

# 沖縄県立看護大学

# 紀 要

## 第 12 号

<b>原著</b>	
小規模村に適した住民参加型子育て支援計画の開発 —参加型アクションリサーチ— 野田千代子 前田和子 末吉政春 糸洌洋一	1
<b>報告</b>	
離島に居住する在宅酸素療法患者のQOLと在宅療養に関する研究 —沖縄県の離島と沖縄本島都市部との比較— 石川りみ子 宮城裕子 伊牟田ゆかり	13
一般不妊治療後妊娠した女性の母親役割獲得 —妊娠・出産期から産後3ヶ月までの主観的体験— 知念久美子 玉城清子	25
産後1か月と3か月時点の母親の抑うつの変化 —NICUに入院した子どもをもつ母親と正常新生児をもつ母親との比較— 西平朋子 玉城清子	37
沖縄県内の行政機関に勤務する保健師の職務満足度 知念真樹 池田明子 金城芳秀	47
島嶼看護職のICTを用いたネットワーク構築とサポート体制の検討 清水かおり 神里みどり	55
緩和ケア病棟における緩和ケアの質評価ツールSTAS-J導入に対するコア看護師の認識 宮城千秋 神里みどり	65
インターネットウェブログを用いた食事日記作成の試み —20歳代青年を対象として— 渡辺昌子 宮地文子 岡村純	73
<b>研究ノート</b>	
院内助産システム開設の始動 —第1次～第3次救急医療を担う施設の場合— 玉城清子 西平朋子 賀数いづみ 井上松代 川平由美	85
乳がん体験者に対する効果的な運動を動機づけるための理論的枠組みの検討 玉井なおみ 神里みどり	93
<b>資料</b>	
看護基礎教育における看護技術教育に関する研究の動向 —2001年から2009年に発表された研究論文の分析を通して— 金城忍	105
<b>大学院GP特別寄稿</b>	
<b>報告</b>	
組織的な大学院教育改革推進プログラム 「島嶼看護の高度実践指導者の育成」の取り組み 神里みどり 玉城清子 當山富士子 野口美和子	113
<b>研究ノート</b>	
生活習慣病患者の看護における島嶼性アプローチの検討 —3つの島嶼における活動報告を通して— 仲宗根洋子	123
本邦における島しょの看護に関する研究の動向 野村幸子 仲宗根洋子 知念久美子	131
<b>資料</b>	
Rural Contexts - Islands ルーラルの文脈—島嶼 仲宗根洋子 野村幸子 知念久美子 玉城清子 神里みどり	139
<b>その他</b>	
島嶼看護高度実践指導者の育成と将来への展望 野口美和子	149
沖縄県立看護大学紀要投稿規程	155
編集後記	157

2011年3月

# 小規模村に適した住民参加型子育て支援計画の開発

— 参加型アクションリサーチ —

野田千代子 前田和子 末吉政春 糸洌洋一

沖縄県立看護大学紀要 第12号 (2011) 別刷

原著

## 小規模村に適した住民参加型子育て支援計画の開発 —参加型アクションリサーチ—

野田千代子<sup>1)</sup> 前田和子<sup>2)</sup> 末吉政春<sup>1)</sup> 糸洸洋<sup>1)</sup>

### 要約

【研究目的】本研究の目的は、子育て支援活動案の評価枠組みを作成し、優先順位を決めること、及びこのプロセスから小規模村で住民参加型会議を成功させるための方略を特定することであった。

【方法】乳幼児の養育者8名または子育て支援者21名を参加者とした住民参加型会議を8回実施し、録音した発言内容の逐語録を作成するとともに、会議外での参加者の言動も記録した。これらから、子育て支援活動案を抽出し、筆者らが開発した評価枠組みを用いて評価した。さらに、住民参加型計画策定に有効な方略と思われる記述を抜き出し、カテゴリー化してまとめた。

【結果と考察】住民から50の支援活動案が提案され、それらを受容性、実行可能性、持続可能性の観点から筆者らが評価した結果、4タイプに分類でき、優先順位が決定された。また、小規模村に適した住民参加型会議に効果的な5つの方略と25の具体的方法が特定できた。本研究の限界は、会議に養育者の主体的参加が十分に得られなかったこと、及び支援活動案の評価を住民参加型で実施できなかったことである。

【結論】本研究を通して、子育て支援活動案の優先順位を決めるための評価枠組みを提示でき、また、小規模村に適した住民参加型会議を成功させるための方略を特定できた。

キーワード：子育て支援計画、住民参加、小規模村、活動評価枠組み、参加型アクションリサーチ

### I. はじめに

子どもの健やかな成長と安心して子どもを産み育てることができる地域社会の形成が求められる中、次世代育成支援対策<sup>1)</sup>が制定され、全自治体は2009年度までに住民参加による後期行動計画を策定することが義務付けられた。藤内<sup>2)</sup>の全国調査報告によると、前期行動計画策定にコンサルタント業者を利用していた自治体は69.2%で、そのうちの80.5%は計画書の素案策定を含めて依頼しており、コンサルタント業者に「丸投げ」に近い形で策定した自治体が多かったという。A村の前期行動計画も業者委託で策定され、村の実情に合っていないという指摘が住民からされ、村の保健師と担当者（以下、村担当者という）も同様に感じていたため、後期行動計画策定においては住民の意見を十分反映することが不可欠であった。

そこで、今回は策定プロセスを2段階方式で進めた（図1）。第1段階は質問紙調査で、その結果<sup>3,4)</sup>から、村の子育て支援の課題は「養育者の心構え」「子育て不安」「養育者同士や地域住民との交流」などにあることが分かった。さらに、養育者と支援者の双方からあがった

「交流やふれあいの方法」「話合いたいこと」についての提案、特に6割の支援者が記述した「子育て支援への夢」などから、子育て支援に関する方向性が示唆された。

第2段階では質問紙調査結果を踏まえ、養育者と子育て支援者がそれぞれグループ会議を重ね、具体的な子育て支援計画を作成していく参加型アクションリサーチを行った。本論文は第2段階についてであり、その目的は、乳幼児とその養育者のために住民が提案した子育て支援活動案の評価枠組みを作成し、優先順位を決めるとともに、小規模村で住民参加型会議を成功させるための方略を特定することであった。

### II. 研究方法

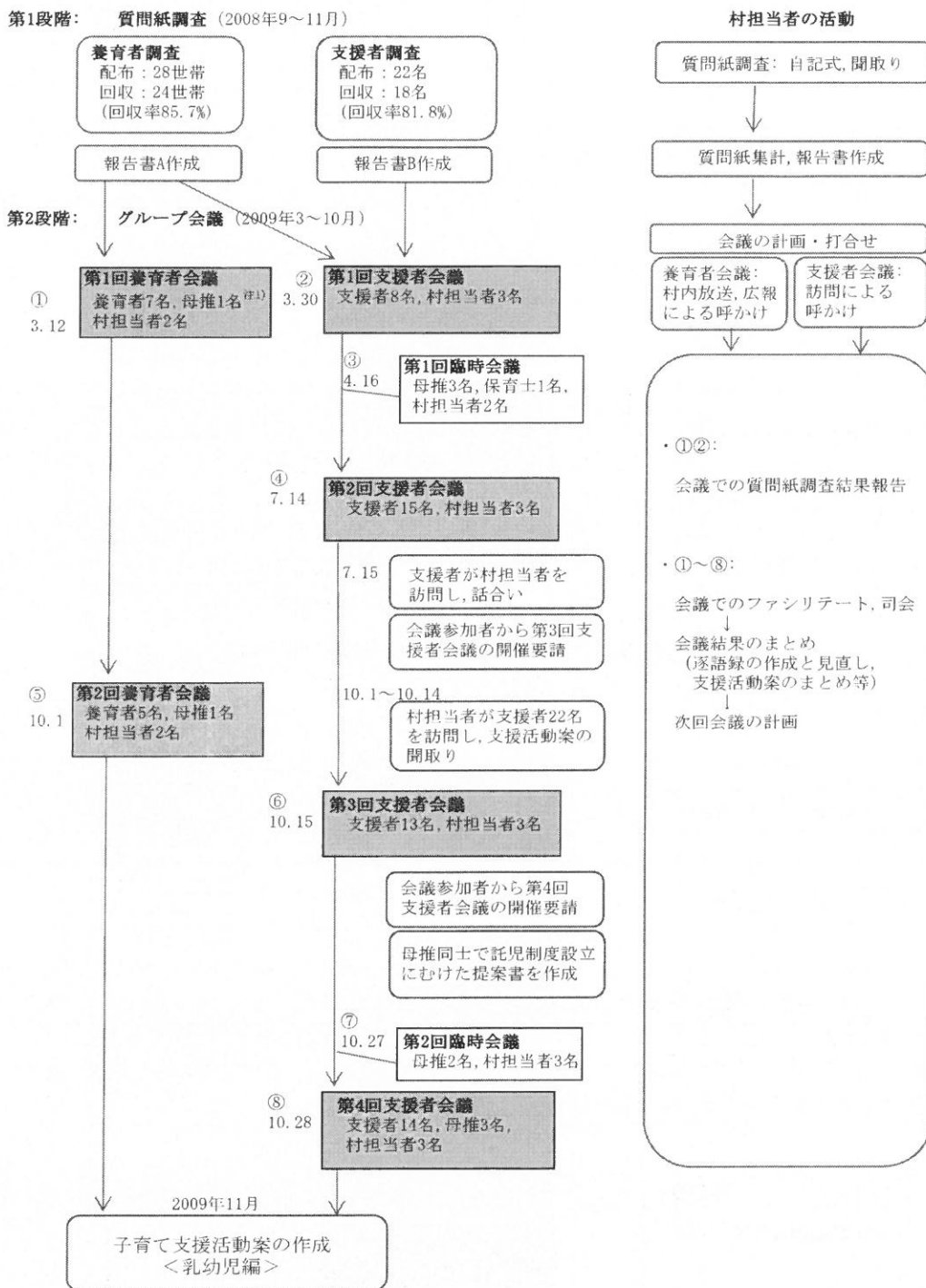
#### 1. 研究開始時の村の状況

A村は人口843名、独自の伝統行事が多く残っている1島1村の小規模離島である。人口は年々減少しており、老年人口34.6%<sup>5)</sup>、生活保護率54.3%<sup>6)</sup>といずれも県内の市町村で最も高い。このように高齢化の進行や若年者の減少に伴い、離島及び過疎地域特有の課題を抱えており、母子保健・福祉に関する人材と資源も限られている。

乳幼児は44名(男20、女24)で、うち在宅の乳幼児が13名(29.5%)と保育園児が12名(27.3%)、幼稚園児が19名(43.2%)であった。乳幼児のいる世帯は28世帯で、母親

1) 粟国村役場

2) 沖縄県立看護大学



■ は、定例会議を示す  
□ は、支援者の要請により開催した臨時会議を示す  
注1) 母推とは、母子保健推進員の略である

図1 研究プロセス

28名は出身地と居住状態により次の4群に分類できた。A群は村出身の永住者で7名(25.0%)、B群は結婚などで村に来て将来も住み続ける村外出身者で16名(57.1%)、C群は医師や警官の妻、教員など一時的居住の村外出身者で3名(10.7%)、D群は村に住む夫及び子どもと別居し村へ居住していない者で2名(7.1%)であった。

村外出身の母親は2004～2005年の57%から2008年には75%へと増加しており、村の核家族割合は83.3%であることから、子育て支援の需要は高いが、現在、村には1歳半以下の託児制度はない。

## 2. 研究デザイン

研究デザインは、中村<sup>7)</sup>のいう内部主導のプロジェクトで外部専門家の支援を求める形の参加型アクションリサーチであった。すなわち、母子保健看護を専門とする大学院教授をアドバイザーとし、村担当者が企画・実施した住民参加型会議を通して子育て支援活動案を作成していった。年齢が若く、役職のない養育者に自由に発言してもらえるように、会議を養育者会議と支援者会議の2つに分けた(図1)。

養育者会議へ参加した養育者は8名(延べ12名)と母子保健推進員2名であり、支援者会議へ参加した支援者は21名(延べ59名)であった。支援者の内訳は民生委

員・児童委員、各字区長、各字子ども育成会長、母子保健推進員、保育所保育士、幼稚園教諭、小中学校養護教諭、幼小中学校長、教育委員会教育課長、診療所の医師と看護師であった。

1回あたりの会議時間は90分程度とし、会議の進行役は計画策定の事務局である村担当者があつた。

会議内容は参加者の許可を得て録音し、逐語録を作成した。また、会議に関連のある参加者の会議外での言動もフィールドノートとして記録した。これらの記録から、①子育て支援活動案と②住民参加型計画策定に有効な方略と思われる記述を抜き出し、類似のものをまとめてサブカテゴリーとし、さらにサブカテゴリーをまとめてカテゴリーとした。

## 3. 研究期間

研究期間は2009年3月から10月であった。

## 4. 支援活動案評価枠組みの開発

提案された個々の支援活動案を客観的に評価する枠組みは大西ら<sup>8)</sup>が用いた、受容性、実行可能性と持続可能性の3指標を参考に、村に合った形で筆者らが新しく作成した(表1)。

まず、「受容性」はその活動へのニーズや参加者が得

表1 支援活動案の評価枠組み

	受容性	実行可能性	持続可能性			
評価項目と基準	<b>1 養育者会議での参加者の受け入れ</b> ○ 全員に受け入れられた × 反対者がいた	<b>1 主な実施者の有無</b> ○ いる (担当者の役・職) × いない	<b>1 主な実施者の属性</b> ○ A群(村内出身者)か B群(今後も村に住み続ける者)、 またはC群(一時的居住者)だが有力な 後継者がいる × C群で有力な後継者がいない、 またはA・B群だが任期があと1～2年			
	<b>2 支援者会議での参加者の受け入れ</b> ○ 全員に受け入れられた × 反対者がいた	<b>2 実施者の主体性</b> ○ ある × 少ない	<b>2 予算の継続的な確保</b> ○ 予算不要、 または1年以上確保している × 継続は難しい、または要検討			
	<b>3 質問紙調査でのニーズ</b> ○ ある × ない	<b>3 予算の確保</b> ○ ある、または予算不要 × ない、または要検討				
	<b>4 実現に必要な参加者数の確保</b> ○ できる × できるか不明	<b>4 安全面</b> ○ 問題なし × 改善点あり				
総合評価	<b>定義</b>	<b>定義</b>	<b>定義</b>			
	<b>高</b> 受け入れられる	3～4	十分可能性がある	3～4	3年以上続く	2
	<b>中</b> 受け入れられる対応が必要	1～2	可能性がある	1～2	1～2年以上続く	1
<b>低</b> 受け入れられない	0	可能性がない	0	続かない	0	

られるかをみる指標で、評価項目は①養育者会議での受入れ状況、②支援者会議での受入れ状況、③質問紙調査でのニーズの有無、④活動の実現に必要な参加者数の確保の見込みである。次に、「実行可能性」はその活動が実際に実現できるかをみる指標で、①実施者の有無、②主体性、③予算の確保、④危険性の有無を評価した。最後に、「持続可能性」は活動の企画が1回または短期で終わるのではなく、後期行動計画策定後も持続するかをみる指標で、①主な実施者の属性（実施者または後継者は村への一時的な居住者ではなく、その後も村に住み続ける者であるか）と②予算の継続的な確保を評価した。さらに、3指標はそれぞれを構成する各評価項目の判定から総合評価として「高」「中」「低」に判定した。

### 5. 倫理的配慮

本計画は研究開始前に沖縄県立看護大学倫理審査の承認を得た（承認番号08017号）後、研究参加者に文書及び口頭で研究の趣旨と方法、研究参加者の意志の尊重、個人情報保護の保護、参加を断っても提供される保健サービスに影響しないことを説明し、同意を得た。

## Ⅲ. 結果

### 1. 受容性、実現可能性、持続可能性のある子育て支援活動案とは何か。

8回の会議が開催され、新たに50項目の支援活動が提案された(表2)。

支援活動案の内容は、交流が30項目(60.0%)と最も多く、次いで子どもの健康支援が5項目(10.0%)、子育て教育、父親の育児参加推進が各4項目(8.0%)、養育者の気分転換が3項目(6.0%)、子育てへの負担の軽減が2項目(4.5%)、母親のレスパイトケア、安全な遊具の確保が各1項目(2.0%)であった。交流(60.0%)の内訳は、親子と地域の交流が17項目(34.0%)、養育者同士の交流が6項目(12.0%)、在宅児と園児の交流が5項目(10.0%)、保育園児と高齢者の交流、および保育園児と地域の交流が各1項目(2.0%)であった。

支援活動案の対象者は、親子が33項目(66.0%)と最も多く、次いで養育者が15項目(30.0%)、子どもが2項目(4.0%)であった。

支援活動案の実施者は、母子保健推進員が11項目、保育士と村担当者が各7項目、教育委員会が4項目、民生委員・児童委員、幼稚園教諭、区長、診療所、支援者全体が各3項目、役場経済担当課2項目、小中学校、養護教諭、支援者の一部が各1項目であった。2者協働による実施者は、母子保健推進員と保育所が最も多く6項目、次

いで母子保健推進員と村担当者が2項目、民生委員・児童委員と村担当者が1項目、区長と保健師が1項目であった。支援者全体の協働による支援活動案は3項目あり、いずれも第3回支援者会議以降に実施が決定した。

支援活動案の提案者は、民生委員・児童委員が9項目、保育士、母子保健推進員が各8項目、幼稚園教諭が7項目、養育者が5項目、子ども育成会長、村担当者、区長が各4項目、診療所医師、学校長が各3項目、養護教諭、教育委員会が各2項目などであった。

各支援活動案は3指標の総合評価の組合せから、タイプ1～タイプ4に分類できた(表2)。50項目中、総合評価の最も高いタイプ1と最も低いタイプ4がそれぞれ19項目(38.0%)と最も多く、次いでタイプ3の7項目(14.0%)、タイプ2の5項目(10.0%)の順であった。プロジェクト途中に自主的に実行に移された支援活動案は8項目(16.0%)あり、いずれもタイプ1の項目であった。項目20と23の持続可能性が「中」だった理由は、実施者が一時居住者で有力な後継者が今のところ見つからないためであった。

### 2. 行動計画策定のための住民参加型会議にはどのような方略が有効か。

当初、養育者会議と支援者会議は各々2回の予定であったが、住民の要請により支援者会議が4回、臨時会議が2回となり、合計8回開催された(図1)。

支援者会議出席者の大半は本会議の形態に慣れておらず、また司会の不慣れもあって、会議の趣旨を理解できなかったり横道にそれたりした。特に第1回会議では、自分にできる活動は専門職者からは提示されたが、非専門職の支援者の一部からは「どう支援したらいいかわからない」「行政が子育て支援の柱を何本かにまとめ、支援者へ協力を要請すべき」「行政が多くの予算を作り、その傘の下で支援ができるような体制を作ると、自分たちも協力する」「早く会議を終わらそう」などの発言もあった。このため予定の2回では建設的な話し合いが進まず、成果は少なかった。これらを補ったのが、会議の進め方について支援者の一部やアドバイザーから出された多くの提案や助言であった。会議を主催する村担当者はこれらをすぐに実行に移しながら、会議外での参加者との意見交換や担当者間で会議の振り返りを重ねることにより、会議をスムーズに運営する方法が分かるようになっていった。会議を経るごとに支援者と村担当者間および支援者間の認識が一致し、充実した議論が重ねられるようになった。最終的に予定外の臨時会議と支援者会議がそれぞれ2回ずつ増え、毎回多くの支援者が参加した。

一方、養育者会議では、母子保健推進員を兼ねている

表2 参加者から提案された子育て支援活動案

子育て支援活動案	主な目的	支援対象	主な実施者 <sup>注1)</sup> (実施決定時)	提案者	総合評価 <sup>注2)</sup>			
					受容性	実行可能性	持続可能性	備考
1 親子ふれあい教室での保育園児への身体計測	子どもの健康支援	親子	母推, 保育士	母推	高	高	高	*
2 保育所の誕生会への在宅児の参加	在宅児と園児の交流	親子	保育士, 母推一同	保育士	高	高	高	*
3 在宅児への保育所の室内遊びの案内	在宅児と園児の交流	親子	保育士, 母推	保育士	高	高	高	*
4 在宅児への運動会参加への協力	在宅児と園児の交流	親子	保育士, 母推	保育士	高	高	高	*
5 在宅児の養育者への保育所の絵本の貸出	子育て教育	親子	保育士, 母推	養母推	高	高	高	*
6 民児宅への看板の設置	親子と地域の交流	親子	民児, 村担当者	民児	高	高	高	*
7 「父と子のふれあいの日」の設定	父親の育児参加推進	親子	村担当者, 支援者	幼教, E子会	高	高	高	
8 未就園児への保育所のムービー作りの案内	在宅児と園児の交流	親子	保育士, 母推	保育士	高	高	高	
9 幼稚園の園庭開放	在宅児と園児の交流	親子	幼教	幼教	高	高	高	
10 民児による見守りのための乳幼児宅の地図作成	親子と地域の交流	親子	社協	民児	高	高	高	
11 W地区コミュニティの親子への開放	養育者間の交流	親子	W区長	母推	高	高	高	
12 乳幼児クリスマス会への高齢者の案内	親子と高齢者の交流	親子	母推	保育士	高	高	高	
13 教委と民児が連携してあいさつ運動をする	親子と地域の交流	親子	民児, 学校	民児	高	高	高	
14 養育者(特に村外出身者)への声かけ	親子と地域の交流	養育者	支援者, 保健師	民児, 村担当者	高	高	高	
15 区長への乳幼児宅の情報提供(広報配布時の声かけのため)	親子と地域の交流	養育者	区長, 保健師	村担当者	高	高	高	
16 支援者が優しい気持ちで、乳幼児の養育者を見守る	親子と地域の交流	養育者	支援者	支援者 村担当者	高	高	高	
17 幼稚園での子育てトークの実施	幼稚園児の養育者間の交流	養育者	幼教	幼教	高	高	高	
18 幼稚園での保護者交流会を目的とした行事の企画	幼稚園児の養育者間の交流	養育者	幼教	幼教	高	高	高	
19 保育園児の民児宅への訪問(要望時)	保育園児と地域の交流	子ども	保育士	保育士	高	高	高	
20 親子ふれあい教室での絵本の読み聞かせ	養育者の子育て教育 子どもの情緒の発達	親子	養母推	保健師	高	高	中	*
21 親子での診療所見学の対応(要望時)	子どもの病気の予防	親子	診療所	診療所	高	高	中	
22 診療所掲示板に子どもの病気対策の掲示	子どもの病気の予防	養育者	診療所	診療所	高	高	中	*
23 養育者への健康だまりの発行と配布	子どもの病気の予防 健康増進	養育者	養教, 母推	養教	高	高	中	
24 子ども診療所教室の開催(要望時)	子どもの病気の予防	子ども	診療所	診療所	高	高	中	
25 妊婦や養育者への学校図書館の一般開放の広報	養育者の気分転換	親子	村担当者, 母推	校長	中	高	高	
26 中央公民館の畳の間の開放	養育者間の交流	親子	教委	教委	中	高	高	
27 中央公民館の調理室の開放	養育者間の交流	親子	教委	教委	中	高	高	
28 地域の子育て支援情報や資源の紹介	親子と地域の交流	親子	村担当者, 母推	E子会	中	高	高	
29 学校体育館や運動場の開放(要望時)	親子と地域の交流	親子	教委	校長	中	高	高	
30 子育てに関する講演・研修録画の貸出	子育て教育	養育者	村担当者	P子会	中	高	高	
31 村外出身の養育者への村の生活に関する伝統の説明	親子と地域の交流	養育者	民児(個人)	民児(個人)	中	高	高	
32 保健師室での絵本や雑誌の貸出	子育て教育 養育者の気分転換	親子	村担当者	養教	高	中	中	
33 夫婦の育児分担(父親は子どもの社会性を促す等)	父親の育児参加推進	親子	—	養育者, 母推	高	中	低	
34 公園の設置(作地区, 遊具が充実したもの)	親子と地域の交流 子どもの発達促進	親子	役場経済担当課	養母推, 幼教	高	低	低	
35 I公園のブランコでの砂の入替	安全な遊具の確保	親子	役場経済担当課	養母推	中	中	中	
36 流しそうめん会の再開	親子と地域の交流	親子	支援者の一部	幼教, W区長, 保育士	中	中	中	
37 P地区コミュニティの親子への開放	養育者間の交流	親子	P区長	母推	中	中	低	
38 親子でのスポーツやイベントでの交流	親子と地域の交流	親子	—	W区長, E子会	中	低	低	
39 学校図書館の一般開放時の有効活用(読み聞かせ等)	親子と地域の交流	親子	教委	校長	中	低	低	
40 村の中心に親子と住民がゆんたくできる集会所の設置	親子と地域の交流	親子	—	民児	中	低	低	
41 商店横に親子と住民がゆんたくできるスペースの確保	親子と地域の交流	親子	—	W区長	低	低	低	
42 父親が母親の自慢をし合う	父親の育児参加推進	親子	—	養育者	低	低	低	
43 休日朝の「歩こう会」の開催	親子と地域の交流	親子	—	研修区	低	低	中	
44 父親間で家族を大切にしている「優秀なお父さん」を選ぶ	父親の育児参加推進	親子	—	民児	低	中	低	
45 養育者が参加しやすい世代を超えた交流や趣味の場の設定	親子と地域の交流 養育者の気分転換	養育者	—	民児, 保育士	高	低	低	
46 託児制度の導入	子育てへの負担の軽減	養育者	—	養育者, 母推, 幼教, 支援者	高	低	低	
47 フラダンス教室の開催	養育者の気分転換	養育者	—	養育者	中	低	低	
48 乳幼児親子教室でのゆんたく手芸の実施	養育者の気分転換	養育者	—	養育者	中	低	低	
49 去が地域の母親のために「母の日」に感謝の料理を作る	母親のレスパイトケア	養育者	—	W区長	低	低	低	
50 1歳未満児の保育	子育てへの負担の軽減	養育者	—	民児	低	低	低	

注1) 母推: 母子保健推進員; 養母推: 乳幼児を養育中の母子保健推進員; 民児: 民生委員・児童委員; 幼教: 幼稚園教諭; 養教: 養護教諭; 教委: 教育委員会;  
校長: 幼小中学校長; 子会: 子ども育成会長; 社協: 社会福祉協議会

注2) 備考欄の\*は、会議プロセス中に実行に移された項目

表3 住民参加型会議の効果的方略

カテゴリー (方略)	サブカテゴリー (具体的方法)	データ例
A 内部主導と外部専門家の助言	1 外部専門家の助言	・プロジェクトの計画時点から、プロジェクト全体を通して母子保健看護を専門とする大学院教授をアドバイザーとして助言を得た。
	2 内部主導のプロジェクト	・プロジェクトや質問紙調査の素案づくりや会議の進行を外部のコンサルタント業者に頼らなかつたことで、村にあった形のプロセスを経ることができ、住民の意見を反映した子育て支援活動案が作成できた。
	3 行政職と保健師の協働	・効果的な会議運営方法についての村担当者間での検討を重ねた。 ・会議外での参加者との意見交換なども行政職と保健師の双方が同席して行った。
	4 村担当者の積極的な取組み	・養育者から要望の強い託児制度の実現に向けて村担当者も①-④の努力をした。 ①ファミリーサポートネットワークおきなわの総括アドバイザーに面会し、助言を求めた ②県担当者に情報を求め、実現可能性に向けて相談した ③村役場内での予算化について検討した ④託児制度の委託について社会福祉協議会メンバーと話合った
B 正しい現状認識と情報共有	5 質問紙調査結果の報告	・参加者の個人的な意見だけでなく、村の養育者、及び子育て支援者全体の子育て支援に関する意見を客観的に把握して会議に臨めるようにするため、養育者会議と支援者会議の1回日前半に質問紙調査結果の報告を行った。  ・調査結果報告に関して、参加者から「このアンケート、すばらしいよ…これだけを勉強すれば地域の子どもたちがよく育つ、ということが見えてくるわけさ…」 「結果から養育者と地域住民のふれあいが少ないことがうかがえるので、養育者と地域住民とのふれあいを鍵にする」とよい」という意見があった。
	6 会議結果報告	・毎回、会議冒頭で前回までの会議結果を報告した後、話し合いを開始した。
	7 支援者の現在の活動の紹介と感謝	・参加者から「新しい支援案を考えてもらう前に、日頃から支援者各自が実施している支援活動を会議で紹介するとよい。そうするとみんな誇りを持ち、「今後も協力していこう」という気持ちになるのではないかと」という意見があった。 このため、村担当者が支援者26名を個別訪問し、現在実施している支援と新たな支援案についての聞き取りをした。その結果を次回会議で発表し、参加者全員から補足説明してもらった。また、これまでの支援に対する感謝の意を参加者に伝えた。  ・他の支援者の支援内容を把握することで、自分のできる支援を考える上での参考となる。また、支援者間の連携の方向性も見えてくる。他の支援者の支援内容を把握することで、支援者各自の支援を考える上での参考となる。また、支援者間の連携の方向性も見えてくる。
C 趣旨に沿った会議運営	8 村担当者の取組み紹介	・村担当者の支援内容を会議で説明することで、村担当者と支援者の連帯が高まった。 ・託児制度の実現に向けての村担当者の取組みについて、母子保健推進員へ随時経過報告をした。
	9 支援者同士の連携	・第1回会議後から部分的に支援者同士が自主的に話し合いをするなど連携がみられるようになった。会議を重ねるごとに、複数の支援者協働による支援活動案が提示されるようになった。さらに、支援者が連携して実行に移した支援活動案もみられた。 支援活動案は、2者の協働によるものから、会議後半には支援者全体によるものへと拡大した。
	10 会議参加の趣旨徹底	・他者や他組織への批判や要請ではなく、参加者が実施したいことや、他の養育者や支援者と共に連携したいことについて発言してもらうことを強調した。
	11 村担当者の役割分担	・村担当者のうち、行政職2名が各々主催者とファシリテーターとなり、保健師がファシリテーターの補佐をした。
	12 公平な発言の機会作り	・毎回、一人ひとりに発言の機会を作り、その発言を尊重した。
	13 趣旨から外れた発言の修正と配慮	・会議の趣旨と外れた意見や要請があった際は、指摘せず、発言者の気持ちを一旦受け止めた上で、趣旨を理解してもらえるような適切な言葉かけを心掛けた。
14 意見がまとまるような代替案の提示	・乳幼児と高齢者の交流を目的とした流しそめん会の開催について、開催に前向きな参加者と、衛生上の問題を理由に反対する参加者との間に意見に食い違いがみられた。結果として、衛生面に考慮した方法を検討していくことと、まずは賛同できる支援者同士が実現に向けて連携をはじめ、協力を希望する支援者がいれば随時受入れていくという代替案を村担当者が提示したことで全員が賛同し、実施することになった。	



表3つづき

カテゴリー (方略)	サブカテゴリー (具体的方法)	データ例
D 周な準備	15 議論の視覚化	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者から「会議では、議論の内容を黒板に記載していくことで、参加者は自分の発言に責任を持つようになり、議論の中心が分かりやすくなる」という意見があった。</li> <li>検討が必要な支援活動案を応用紙を掲示し、それに沿って議論を進めた。また、議論の経過を応用紙に記載していき、議論の視覚化を図った。このことにより、出席者全員が真剣に議論に参加し、幾つかの支援活動案は実施することになった。</li> </ul>
	16 会議の振り返り	<ul style="list-style-type: none"> <li>次回の有効な会議開催にむけて、村担当で会議の振り返りをし、話し合いを重ねた。</li> <li>会議の録音や蓄語録を見直すことで、会議中に聞き逃らしていた参加者の意見を把握したり、村担当者側の改善点を見出し、次回に活かした。</li> </ul>
	17 参加者のエンパワメント促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>母子保健推進員は、当初は支援者会議への参加に消極的だったが、養育者との意見交換や支援者会議結果の聴取などの過程を経て、次第に託児制度設立にむけての積極的な姿勢がみられるようになった。具体的には、託児制度設立について支援者からの理解と同意を得るため、母子保健推進員は村担当者に臨時会議の開催要請をした。臨時会議の前にお互いで話し合いをし、提案書を作成して臨時会議に持参した。その後、支援者会議へ参加し、託児制度設立の必要性を訴え、結果として支援者の理解を得た。</li> <li>支援者会議へ参加した母子保健推進員から「託児制度についてみんなの了承が得られてよかった。今後も設立にむけてと取り組んでいきたい」という意見があった。</li> </ul>
E 柔軟な会議運営とファシリテート	18 参加者選定の修正	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者から「参加者は各組織の代表者とし、事前に代表者が組織の意見をまとめて会議に出席した方が会議はまとまりやすい。しかし区長や民生委員・児童委員は各地区民の代表だから全員に呼びかけをした方がよい。小学校の先生には、乳幼児の次に開催される小学生以上を対象とした会議へ参加してもらおう」という会議メンバーについての提案があり、村担当で検討した結果、受け入れた。</li> <li>村担当は子ども育成会長の参加の必要性に気付き、次の会議からの参加を要請し、出席してもらった。</li> </ul>
	19 資料配布方法の工夫	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者から「本村は人口が少ないので、子育て支援者のメンバーの大半は他の役職も兼務しており、本会議以外にも多くの会議への参加が求められている。このため、配付資料の紛失がよくある。整理のために参加者用のファイルを作成し渡すとよい」という提案があったため、参加者用のファイルを作成し、全員に渡した。</li> </ul>
	20 会議以外での意見の受け表明	<ul style="list-style-type: none"> <li>会議で村担当から、支援活動案や会議の進め方についての意見があれば会議以外の時でも随時受け付けることを伝えた。</li> <li>その翌日、参加者の一人が村担当を訪れ、「今子どものためにしていることは何点かあるが、会議で自分がそれを言うと、他の参加者から良くは思われない気がして言わなかった」と胸中を明かし、養育者支援を継続するため支援者の連携の必要性、父親の育児参加支援の方法、会議改善のための提案をした。</li> </ul>
	21 訪問による会議案内	<ul style="list-style-type: none"> <li>毎回、会議開催前に行政職と保健師が共に参加者を訪問し、案内状を手渡した。</li> </ul>
	22 参加者訪問による意見交換	<ul style="list-style-type: none"> <li>効率よい会議運営のための支援者との個別の意見交換の必要性に気付いたため、村担当は支援者全員を訪問した。</li> <li>会議開催の趣旨や質問紙調査結果などを支援者が納得できるまで説明するとともに、会議主催者への要望なども聞き、意見交換をした。また、会議の趣旨と外れた意見や批判的な意見を述べた参加者へは、意見交換をし、理解し合う作業を重ねた。</li> </ul>
	23 臨時会議の開催要請の受け入れ	<ul style="list-style-type: none"> <li>母子保健推進員と保育士の協力が必要な支援について、保育士から会議要請があった。村担当で検討後、第1回臨時会議を開催した。</li> <li>支援者から託児制度設立への了承を得る方法や準備について、母子保健推進員から会議要請があった。村担当で検討後、第2回臨時会議を開催した。</li> </ul>
	24 支援者会議の開催要請の受け入れ	<ul style="list-style-type: none"> <li>第2回支援者会議終了後に参加者から「乳幼児への支援活動案が完成しないうちに、次の段階の小学生以上への支援についての会議に進んでしまったら意味がない気がする」「乳幼児とその親を対象としたものに限って次回の会議でも話し合い」という会議の開催要請があった。村担当で検討後、第3回支援者会議を開催した。</li> <li>第3回支援者会議の直後に参加者から「未検討の支援活動案は、参加者の了承を得て会議を延長してみんなで話し合った」という意見が出た。また、会議の2日後参加者から「会議を前回のまま終わらせるのはもったいないのでぜひもう1度開催してほしい。依頼すればみんな参加してくれると思う。全ての事項に関して検討を終えるように、時間は2時間と多めに設定しておく」という会議の開催要請があった。村担当で検討後、第4回支援者会議を開催した。</li> </ul>
	25 参加者からの提案の受け入れ	<ul style="list-style-type: none"> <li>会議運営方法についての参加者からの提案は、村担当で検討後、会議運営に反映していった。</li> </ul>

母親以外の養育者に主体的な参加を促すことが十分にできなかった。しかし、養育者でもある母子保健推進員は、実現可能性は低いながらも、養育者と支援者の一部から要望の強い託児制度の設立にむけて、臨時会議を開催したり、支援者会議に出席して必要性を直接訴えるなど次第に積極的な姿勢をみせるようになった。本研究中に母子保健推進員は、4名中2名が交替し、その構成は乳幼児をもつ者が1名から3名に増えた。

研究プロセスの分析から住民参加型会議を成功に導いた方略として5つのカテゴリーとそれらの具体的方法であるサブカテゴリーを25特定できた(表3)。すなわち、①内部主導と外部専門家の助言、②正しい現状認識と情報共有、③趣旨に沿った会議運営、④周到的準備、⑤柔軟な会議運営とファシリテートであった。

#### Ⅳ. 考察

本研究では参加型アクションをリサーチ通して、A村の乳幼児とその養育者に適切な50もの主体的子育て支援活動案が新しく提案された。それらを受容性、実行可能性、持続可能性の観点から評価した結果、4タイプに分類でき、支援活動の優先順位が明らかになった。さらにプロジェクトプロセスを分析することによって、小規模村に適した住民参加型行動計画を策定するための会議に効果的な方略を特定できた。

本研究の独創性の一つは、住民が提案した支援活動を個別に評価する枠組みを作成し、優先順位の決定に役立てたことである。評価指標として、我々は大西ら<sup>8)</sup>を参考に、受容性、実行可能性、持続可能性の3指標を用いたが、この選択は現時点では妥当であったといえる。なぜなら、国内においては地域保健活動のすすめ方や評価一般に関する文献<sup>9-27)</sup>は数多くあったが、支援活動の計画策定や実施評価に有用な具体的指標を紹介した、または活用した文献は見当たらず、行政サービスにおいてもこれらは確立されていなかった<sup>28)</sup>からである。国外の先行文献<sup>29-34)</sup>は少なからずあったが、大西らを除き、評価枠組みを詳細に記述していなかった。したがって、我々は大西らと同じ指標を用いたが、評価対象が異なるので評価指標の判定基準を変える必要があり、新しく評価枠組みを作成した。村に合った形の評価枠組みを作るには工夫が必要だったが、これを用いたことで、優先的に取り組むべき活動や活動の改善点や効果的な活動とするための留意点などを客観的に把握することができた。小規模村の特殊性として専門職及び母子保健推進員の定着が難しいという問題がある。それ故に引継ぎが重要であるが、この課題を補う観点からも評価枠組みをさらに洗練させ

ていくことが求められる。今回、時間的制約もあり、評価枠組みの作成と評価は筆者らだけで行ったが、これらも住民参加型会議で検討することがより望ましいといえよう。

次に、本研究では住民参加型計画策定のための5つの有効な方略とそれらの具体的方法25を特定できた。これらの方略と具体的方法の多くは一般的にどこでも共通するものであったが、いくつかは、経験豊富なプロジェクトマネジメント実務者のいない小規模村だからこそ可能である、または特に有効と思われる方法であった。

第1の方略は、村担当者主導と外部専門家の助言である。村に合った計画は、母子保健福祉の現状を最も理解している村担当者が主導することが最も望ましい。しかし、プロジェクトマネジメントに未熟な組織がプロジェクトを主導するには、外部専門家の助言は欠かせなかった。これらは藤内<sup>2)</sup>の報告と一致した知見であった。また、藤内らは保健計画策定における保健師と行政職の役割分担と協働の重要性にも言及している<sup>11)</sup>。沖縄県の小規模村の保健師はほとんどが村外出身者であり、また県外出身者も少なくない。このような場合は、保健師が単独で伝統文化が根付いている地域とその住民を理解するには限界があり、本研究においても、地域保健に関する専門的知識をもつ村外出身の保健師と、豊かな行政知識をもつ村出身の行政職員との協働はプロジェクト全体を通して欠かせないものであった。

第2の方略は、正しい現状認識と情報共有である。住民参加型の保健活動においては、会議や意見交換会を重ね、KJ法などで意見を集約していく方法が最も多いが、本研究では、事前に実施した調査結果を会議冒頭に報告して、参加者が村の現状を正しく共通理解するようにした。同様の取組みをした尾形ら<sup>35)</sup>の報告によると、地域がエンパワメントしていくプロセスの第1段階は「実態が分かる」段階であり、また、個人のエンパワメントのプロセスの核となるのは、他者との相互作用における「対話と気づき」であるとしている。本研究の結果もこれらを裏付けるものであった。また、民生委員・児童委員の子育て支援活動に関する実態調査<sup>36)</sup>でも、母子保健領域との十分な連携ができていないことが報告された。プロジェクト開始前はA村においも同様であったが、支援者への情報の提供と共有化に務めたことで、会議を重ねるごとに支援者同士の主体的連携が活発化し、多様な参加者の協働による支援活動案の提案などにつながった。

第3の方略は、趣旨に沿った会議運営である。会議においては冒頭に目的や参加者への期待を十分に伝え、参

画意識や主体性を高めるような投げかけをすることが重要である<sup>37)</sup>。本プロジェクトにおいても、会議の趣旨を徹底することに力を注いだ。小規模村で生活をしていく上では、住民同士が良好な関係を保つことは極めて重要である。したがって、「他者や他組織に対する批判や要求をしない」、「参加者が実施できる支援活動について発言する」という会議の趣旨を繰り返し説明したことで、次第に批判的発言がみられなくなった。よいアイデアはポジティブな感情から出やすい<sup>38)</sup>ことから、出席者が気持ちよく話し合いを続けられる会議運営に務めた。

第4の方略は、周到な準備である。駒沢<sup>39)</sup>は、日本の地域保健アプローチの成功事例には、積極的に住民の中に出かけていき、住民の実態と実感に迫る努力をしている特徴があると報告した。本研究において、会議以外での意見も受付けることを表明した翌日に、ある参加者が村担当者を訪ね、「今子どものためにしていることは何点かあるが、会議で自分がそれを言うと、他の参加者から良くは思われない気がして言わなかった」と胸中を明かしたことをきっかけに、会議と会議の間に村担当者が参加者一人ひとりと意見交換を重ね、意見を汲み上げて資料を作り、会議に反映させていく方法をとった。小規模村ではこのような方法は可能であり、目標達成のために有効であった。これに加え、託児制度の設立を望む養育者の意思を尊重し、会議で彼らが自分たちの思いを主張できるように、村担当者が常時励まし支えていくようなきめ細かな準備が必要であった。

第5の方略は、柔軟な会議運営とファシリテートである。ファシリテーターは会議参加メンバーの思考とコミュニケーションを支援・促進し、効果的・効率的な会議を実現させるのがミッションである<sup>40)</sup>が、進行の役割を担った村担当者は研究開始時にはファシリテーターとしての能力を修得していたとはいえなかった。しかし、失敗しても経験を重ねたこと、会議の録音を聞き直し会議の成否を冷静に分析したことが、ファシリテーターとしての村担当者の成長を促した。また、参加者からの会議要請や提案を積極的に受入れたこと、村担当者間で会議の振り返りをして次に反映させていったことは、徐々に村に合った形の会議運営を可能にしていった。さらに、支援者が現在行なっている積極的取組を会議の中で紹介し、感謝を伝える方法は、引っ込み思案な村民を動機づける方法となった。

シェリー・アーンステインは住民参加の8つのはしご論において、住民と行政との関わり方を、①あやつり、②セラピー、③お知らせ、④意見聴取、⑤懐柔、⑥パートナーシップ、⑦住民への権限委任、⑧住民自治の8段

階に分けており、①～②の段階は「住民参加とは言わない」、③～⑤の段階は「形だけの参加」、⑥～⑧段階で初めて「住民の力が生かされる真の意味での住民参加」になるとしている<sup>41)</sup>。これらを今回の取組みに当てはめると、第1回支援者会議では第4段階だったが、プロジェクト終了時点では第6段階へと進めていくことができたと考えられる。託児制度設立を目指した養育者でもある母子保健推進員の活動からは、小規模村であっても、第7段階へ到達できる可能性を見出せた。また、佐藤らの参加型まちづくりプロセスによる実証的研究によると、プロセスの進行につれて住民の意識は、はしごの上段へと高まる<sup>42)</sup>。今後も住民との協働の機会をつくっていくこと、その中で今回特定できた5つの方略とその具体的方法を改善していくことが筆者らに求められている。

本研究の限界は、養育者会議に母子保健推進員を兼ねている母親以外の養育者に主体的な参加を促すことが十分にできなかったこと、ならびに支援活動案の評価を住民参加型で行えず筆者らだけで行ったことであった。

住民が提案した子育て支援活動案を実現していく過程では、村担当者がプロセスのモニタリングとスーパーバイズをしていく必要がある。特に、住民のニーズが反映されている受容性の高い支援活動案については、住民とともに実行可能性を高めていき、さらに持続可能となるように進めていくべきである。また、後期行動計画<sup>43)</sup>に盛り込んだ子育て支援活動案の実現化にむけた住民主体の活動を支援するには地域の看護職と行政職との協働が欠かせない。今後は、今回作成した評価枠組みの妥当性を検証し、有用な評価ツールとして改善が重ねられることが期待される。

## V. 結論

本研究では乳幼児に焦点を当てて、小規模村にふさわしい子育て支援計画策定の方略を探るために、住民参加型会議を中心にアクションリサーチを実施した。その結果、住民が提案した支援活動を独自に作成した評価枠組みを用いて評価し、優先順位を決めることができた。さらに、小規模村で真の住民参加による計画づくりを成功させるために活用できる5つの方略と25の具体的方法を特定できた。これらの結果は住民参加型子育て支援計画策定の方略として有効であり、他の小規模自治体に応用可能であると考えられた。

## 謝 辞

本論文は第1筆者の博士前期課程 課題研究の一部であ

り、収集したデータを再分析したものである。

研究にご協力いただいたA村の乳幼児の養育者、子育て支援者をはじめ住民のみなさまに深く感謝致します。また、長崎大学大学院の大西真由美教授にはご多忙の中、国際看護学の専門的な立場から地域保健活動研究に関する貴重なご助言を数多くいただきました。心より深謝致します。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省(2010)：次世代育成支援対策法について。  
www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/jisedai.html (2010年9月12日現在)。
- 2) 藤内修二(2005)：市町村母子保健計画の見直しと推進に関する研究,厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)総合研究報告書,3.
- 3) 野田千代子(2010)：離島A村に適した乳幼児のための子育て支援計画策定とそのプロセス-参加型アクションリサーチ-, 沖縄県立看護大学博士前期課程 課題研究報告書, 沖縄県立看護大学。
- 4) 野田千代子, 前田和子, 末吉政春, 糸洸洋一(2011)：栗国村における乳幼児の子育て支援に関する課題と方向性, 沖縄の小児保健, 第38号。
- 5) 総務省(2010)：平成17年 国勢調査結果 (第4表年齢別割合) について。  
www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001005116&cycode=0(2010年11月2日 現在)。
- 6) 沖縄県福祉保健部 福祉・援護課(2009)：2009年度版 沖縄県の生活保護, 沖縄県, 沖縄, 42-48。
- 7) 中村和彦(2008)：アクションリサーチとは何か?, 南山大学人間関係研究センター紀要第7号, 1-25。
- 8) Ohnishi Mayumi, Nakamura Keiko(2009)：Capacity building of local governmental and non-governmental organizations on environmental hygiene through A community-based training workshop program, Journal of Interprofessional Care, 23(1), 4-15。
- 9) 上田泉(2007)：地域看護アセスメントと評価の実際-母子保健活動(虐待)の実践例, 佐伯和子, 地域看護アセスメントガイド-アセスメント・計画・評価のすすめかた-(第1版), 52-61, 医歯薬出版, 東京。
- 10) 福永一郎(2001)：事業評価-保健活動における評価と行政評価から-, 平野かよ子, 尾崎米厚, 事例から学ぶ保健活動の評価 (第1版), 177-185, 医学書院, 東京。
- 11) 藤内修二, 岩室伸二(2001)：新版 保健計画策定マニュアル-ヘルスプロモーションの実践のために-(第1版), ライフ・サイエンス・センター, 東京, 44-46。
- 12) 厚生労働省(2010)：計画の策定・推進・評価を容易にするためのモデル-地域における 健康日本21実践の手引きについて-, 25, 111-123。  
www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/jissen/index.html(2010年9月13日現在)
- 13) 平野かよ子(2008)：保健活動の評価, 日本看護協会 保健師職能委員, 平野かよ子, 新版 保健師業務要覧(第2版), 80-81, 日本看護協会出版会, 東京。
- 14) 眞船拓子(2006)：地域看護活動の展開方法, ナースのための地域看護概論-看護の継続性をめざして-(第4版), 眞船拓子, 杉本正, 110-114, ヌーベルヒロカワ, 東京。
- 15) 金谷志子(2002)：地区(特定集団)の活動展開, 津村智恵子, 改訂地域看護学, 63-74, 中央法規出版, 東京。
- 16) 田代順子(2005)：「ヘルスプロモーション」のための活動モデル, 阿部俊子, 山口徹, 総合保健医療論-これからの保健・医療・看護-(第1版), 233-238, ヌーベルヒロカワ, 東京。
- 17) 木下由美子(2004)：地域看護で用いられる理論, 木下由美子, エssenシャル地域看護学(第1版), 39-48, 医歯薬出版, 東京。
- 18) 平澤則子, 斎藤智子, 小林恵子, 佐々木美佐子, 熊倉みづ子, 飯吉舎枝(2001)：地域保健活動手法の活用実態と課題, 新潟県立看護短期大学紀要, 第7巻, 21-30。
- 19) 中坂育美(2009)：公衆衛生看護活動における評価の現状と課題, 保健医療科学, 58(4), 349-354。
- 20) Lawrence W.Green, Marshall.Kreuter(1997)：ヘルスプロモーションPrecede-Proceedモデルによる活動の展開(第1版), 医学書院, 東京, 31-41, 243-283。
- 21) Lawrence W.Green, Marshall.Kreuter (2005)：実践ヘルスプロモーション Precede-Proceedモデルによる企画と評価(第1版), 医学書院, 東京, 227-266。
- 22) 岩永俊博(2003)：地域づくり型保健活動の考え方と進め方(第1版), 医学書院, 東京, 62-64, 76-77, 185-197。
- 23) 岩永俊博(1999)：地域づくり型保健活動のすすめ(第1版), 医学書院, 東京。
- 24) 国際開発高等教育機構(2007)：PCM 開発援助のためのプロジェクト・サイクル・マネジメント参加型計画編(改訂第7版), 財団法人国際開発高等教育機構(FASID), 東京。
- 25) PCM読本編集委員会(2001)：PCM手法の理論と活用, 財団法人国際開発高等教育機構(FASID), 東京。

- 26) 独立行政法人国際協力機構 (2010) : プロジェクト評価の手引き 改訂版JICA事業評価ガイドラインについて, [www.jicago.jp/activities/evaluation/guideline/jica.html](http://www.jicago.jp/activities/evaluation/guideline/jica.html)(2010年9月28日現在)
- 27) 国際開発高等教育機構(2004) : 政策・プログラム評価手法LEAD -利用ガイドと事例-, 財団法人国際開発高等教育機構(FASID), 東京.
- 28) 国際開発高等教育機構(2003) : 政策・プログラム評価ハンドブック -新しい評価手法を目指して-, 財団法人国際開発高等教育機構(FASID), 東京,1-7.
- 29) Wiecha JL, Ayadi AM, Fueimmerler BF, Carter JE, Handler S, Johnson S, Strunk N, Korzec-Ramirez D & Gortmaker. SL(2004) : Diffusion of An Integrated Health Education Program in An Urban School System Planet Health, Journal of Pediatric Psychology29(6), 467-474.
- 30) Myers KM, Valentine JM & Melzer SM(2007) : Feasibility, acceptability, and Sustainability of Telepsychiatry for Children and adolescents, PSYCHIATRIC SERVICES, 58(11), 1943-1946.
- 31) Mellecker RR, Mcmanus AM, Lanningham-Foster LM & Levine JA(2009) : The feasibility of ambulatory screen time in children, International Journal of Pediatric Obesity, 4, 106-111.
- 32) Magnus A, Haby MM, Carter R & Swinburn B(2009) : The cost-effectiveness of removing television Advertising of high-fat And/ or high-sugar food And beverage to Australian children, International Journal of Obesity, 33, 1094-1102.
- 33) Gardner JS, Miller L, Dowling DF, Le S, Blough D & Shotoribani S(2008) : Pharmacist prescribing of hormonal contraceptives: Results of the Direct Access study, Journal of the American Pharmacists association, 48(2), 212 - 221.
- 34) UNICEF(2010) : Nutrition HIV And Infant Feeding. [www.unicef.org/nutrition/index\\_24827.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24827.html)(2010年9月28日現在).
- 35) 尾形由起子, 山下清香, 山野理恵, 井上恵理(2006) : K町における地域の子育て支援システムの構築 -3地区のエンパワメント・プロセスを通して-, 保健師ジャーナル, 62(11), 976-981.
- 36) 三橋美和, 榎本妙子, 福本恵(2008) : 児童委員・民生委員の子育て支援に関する実態調査 - 母子保健活動との連携の視点から -, 京都医大看護紀要, 17, 101-110.
- 37) 名倉広明(2008) : ファシリテーションの教科書, 日本能率協会マネジメントセンター, 東京,20-27.
- 38) 横井真人(2009) : 感情マネジメントがあなたのファシリテーションを変える!, 日本経済新聞出版社, 東京,19.
- 39) 駒澤牧子(2004) : 日本の地域保健アプローチから学ぶこと-途上国のプライマリ・ヘルスケアの推進に向けて-, 国際協力研究, 39号, 17-25.
- 40) 桑畑幸博(2008) : 目に見える議論-会議ファシリテーションの教科書-, PHP研究所, 東京,68.
- 41) 立木茂雄(2004) : 住民参加と協働が成立する社会的条件, ボランティア学研究, 5, 5-27.
- 42) 佐藤恵栄, 为国孝敏(2005) : 参加型まちづくりプロセスに関する実証的研究, 土木計画学研究, vol.32. [www.jsce.or.jp/library/open/proc/maglist2/00039/200511\\_no32/pdf/160.pdf](http://www.jsce.or.jp/library/open/proc/maglist2/00039/200511_no32/pdf/160.pdf)(2010年9月28日現在).
- 43) 栗国村役場(2010) : 栗国村次世代育成支援行動計画(後期行動計画),69-95. [www.vill.aguni.okinawa.jp/modules/news6/article.php?storyid=8](http://www.vill.aguni.okinawa.jp/modules/news6/article.php?storyid=8)(2010年9月28日現在).

## Developing child-rearing support program in a small island village through Participatory Action Research

Chiyoko Noda<sup>1)</sup> Kazuko Maeda<sup>2)</sup>  
Masaharu Sueyoshi<sup>1)</sup> Yoichi Itosu<sup>1)</sup>

### Abstract

**Objective:** The purposes of this research were (i) to develop an evaluation framework and prioritize action plans for child-rearing support using the framework, and (ii) to develop effective resident participatory meeting strategies which can be used in small-scale villages.

**Method:** Eight meetings were held with 8 parents or 21 supporters to discuss child-rearing support program. All meetings and open conversations held outside the meetings were tape-recorded and transcribed verbatim. From the transcription data, action plans for child-rearing support were selected and evaluated using the evaluation framework developed by the researchers, and effective meeting strategies for small-scale villages were extracted and categorized.

**Findings:** Fifty action plans were proposed by the residents and evaluated by the researchers according to acceptability, feasibility, and sustainability. Action plans were then categorized into four types and prioritized. Five effective resident participatory meeting strategies for small-scale villages were determined. These strategies consisted of 25 specific activities. Limitations in the present research were; a lack of active involvement of parents in the parent group meetings, and the fact that the priority of action plans were only reviewed by the researchers and not by the residents.

**Conclusions:** We were able to use the findings of this Participatory Action Research to (i) establish a qualitative evaluation framework for deciding priority, and (ii) determine effective resident participatory meeting strategies in small-scale villages.

**Key word :** child-rearing support program, small-scale village, evaluation framework, participatory action research (PAR)

---

1) Aguni Village Office

2) Okinawa Prefectural College of Nursing

離島に居住する在宅酸素療法患者のQOLと  
在宅療養に関する研究  
—沖縄県の離島と沖縄本島都市部との比較—

石川りみ子 宮城裕子 伊牟田ゆかり

沖縄県立看護大学紀要 第12号 (2011) 別刷

報告

## 離島に居住する在宅酸素療法患者のQOLと在宅療養に関する研究 —沖縄県の離島と沖縄本島都市部との比較—

石川りみ子<sup>1)</sup> 宮城裕子<sup>1)</sup> 伊牟田ゆかり<sup>1)</sup>

### 要約

【研究目的】沖縄県の離島（以下離島とする）に居住するHOT患者のQOLと在宅療養の支援状況を、沖縄本島都市部（以下本島都市部とする）のHOT患者と比較し、離島に居住するHOT患者のQOLを高め、つつがない療養生活を送るための支援の示唆を得ることを目的とする。

【方法】対象者は、離島に居住するHOT患者で意思疎通が可能者とし、対照群に本島都市部に居住する同様の条件を有する者とした。調査は、調査票に基づいて聞き取り調査を行った。

【結果】調査に協力の得られたHOT患者は離島36人で、本島都市部45人であった。離島に居住するHOT患者は男性22人(61.1%)、女性14人(38.9%)、平均年齢は73.8±12.1歳、55.6%が趣味を有しており、本島都市部とほぼ同様であった。本島都市部と比較すると、離島は喘息、気管支拡張症が有意に多く ( $p<0.05$ )、呼吸困難の程度、息切れともに有意に不良で ( $p<0.001$ )、入院回数の平均は有意に多かった ( $p<0.05$ )。支援者について、医師など専門職者からの支援は有意に少なかった ( $p<0.001$ )。QOLをみると、離島に居住するHOT患者は、QOLが全体的に低く、本島都市部と比較すると、日常役割機能（身体）、活力、社会生活機能、日常役割機能（精神）が有意に低かった。相関係数では趣味は活力、社会生活機能、心の健康と正の相関 ( $p<0.05$ ) を、息切れや呼吸困難の程度は身体機能や活力、全体的健康感と負の相関 ( $p<0.05$ ) を示していた。

【結論】離島に居住するHOT患者は、本島都市部と比較するとQOLが低かった。相関係数から趣味を持つ者は活力が高く、親戚や友人を訪問するという社会生活機能、心の健康も高いことが示唆された。息切れや呼吸困難の程度は身体機能や活力、全体的健康感と有意に負の相関を示したことから、外来における症状管理支援の重要性が示唆された。また、人的環境的資源の乏しい離島において、HOT患者および家族の在宅療養を支えるための、多職種の地域連携組織を活かしたチーム医療ならびに地域からの支援体制が求められた。

キーワード：離島、本島都市部、在宅酸素療法（HOT）、QOL、支援

### I. はじめに

呼吸不全で在宅酸素療法（以下HOT患者とする）を受けている患者は、喘息発作や上気道感染等の罹患による急性増悪をもたらすリスクが高く、常に医療機関との連携のもと、日頃から家族とともに健康管理を行うことが重要である。しかし、島嶼に居住する患者は、地理的・気象的条件から急変時の適切な対応や医療処置を受けにくく<sup>1,2)</sup>、それは生命の危機をもたらし。また、たとえ、急性期医療によって救命されても、病状は進行し、ねたきり予備軍となる。沖縄県の離島（以下離島とする）においては高齢化が顕著で、独居または高齢者夫婦の世帯も少なくなく<sup>3)</sup>、在宅での自己管理や支援体制も十分とはいえない<sup>4)</sup>。在宅でつつがなく療養を送るためには病気を受容し、急性増悪をもたらす要因をコントロールすることが重要であり、それは患者の自己管理能力とQOL（Quality of Life）に深く関わっている<sup>5)</sup>。QOLはADLや社会活動に影響をうけるが、離島に居住するHOT患者の日頃の活動は、月一回の外来通院以外は家庭内にとどまっている者が多く、QOLは高いとはいえ

ない状況であった<sup>2)</sup>。

これまで、島嶼に関する研究は、離島における保健・医療・福祉に関する基盤整備の遅れ<sup>6)</sup>や、離島の海域に囲まれた地理的環境からくる生活の不便性や保健医療福祉サービスの欠乏等に関する研究<sup>7)</sup>、島民の健康意識調査に関する研究<sup>8)</sup>など、離島の課題に焦点を当てた報告が多い。しかし、大湾は、島嶼の特徴を有利性で捉え、地域把握の容易性、保健医療福祉の統合化の可能性、情報収集や把握の容易性等を挙げている<sup>9)</sup>。保健医療福祉施設や保健医療福祉専門職者など物的資源や、人的資源の乏しい島嶼に居住するHOT患者が、QOLを向上し、在宅療養をつつがなく行えるためには島嶼の利便性を活かした支援が必要と考える。

そこで、本研究は離島に居住するHOT患者の在宅療養に関連するQOLと在宅療養の支援状況を、沖縄本島都市部（以下本島都市部とする）のHOT患者と比較し、そこから、離島に居住するHOT患者のQOLを高め、つつがない療養生活を送るための支援の示唆を得ることを目的とする。

1) 沖縄県立看護大学



表1 基本属性

		全体(n=81)	離島(n=36)	本島都市部(n=45)	$\chi^2$ 検定、 t-検定
		人数(%)	人数(%)	人数(%)	
性別	男性	52(64.2)	22(61.1)	30(66.7)	n.s.
	女性	29(35.8)	14(38.9)	15(33.3)	
年齢	50代以下	10(12.3)	5(13.9)	5(11.1)	
	60代	8(9.9)	5(13.9)	3(6.7)	
	70代	33(40.7)	14(38.9)	19(42.2)	
	80代	25(30.9)	10(27.8)	15(33.3)	
	90代	5(6.2)	2(5.6)	3(6.7)	
平均年齢±S.D.歳		74.7±12.2歳	73.8±12.1歳	75.4±12.4歳	n.s.
配偶者	あり	47(58.0)	23(63.9)	24(53.3)	n.s.
	なし	34(42.0)	13(36.1)	21(46.7)	
同居家族数	独居	14(17.3)	7(19.4)	7(15.6)	
	2人	33(40.7)	16(44.4)	17(37.8)	
	3~4人	23(28.4)	9(25.0)	14(31.1)	
	5~8人	11(13.6)	4(11.1)	7(15.6)	
	平均±S.D.人	2.7±1.5人	2.5±1.3人	2.9±1.7人	
子どもが近くに居住	あり	57(70.4)	23(63.9)	34(75.6)	n.s.
	なし	24(29.6)	13(36.1)	11(24.4)	
職業	あり	8(9.9)	5(13.9)	3(6.7)	n.s.
	なし	73(90.1)	31(86.1)	42(93.3)	
経済 <sup>a)</sup>	ゆとりがある	16(20.5)	15(45.5)	1(2.2)	***
	かろうじて	45(57.7)	12(36.4)	33(73.3)	
	苦しい	17(21.8)	6(18.2)	11(24.5)	
趣味	あり	50(61.7)	20(55.6)	30(66.7)	n.s.
	なし	31(38.3)	16(44.4)	15(33.3)	
喫煙習慣	あり	3(3.7)	1(2.8)	2(4.4)	n.s.
	なし	78(96.3)	35(97.2)	43(95.6)	

a)欠損値有り

\* p&lt;0.05, \*\*\* p&lt;0.001

## II. 研究方法

### 1. 調査対象者

調査対象者は、離島に居住し外来、または訪問診療など継続治療を必要とするHOT患者で、意思疎通が可能なことを条件とし、調査に同意が得られる者45人とした。対象とする島は、①HOT患者が居住し、島内に②急性増悪時に入院加療が可能な医療機関を有し、かつ③安定期には在宅療養を支える保健・医療・福祉サービスを提供する施設があること<sup>3,9,10)</sup>、④ヘリコプターによる救急搬送の対象島<sup>1,3,10)</sup>であることとし、二島二医療機関を選定した。比較対照として、①、②、③を有する本島都市部に居住し医療機関の外来で通院治療を受けている二施設のHOT患者で、離島と同様の条件を有し同意の得られる者45人とした。

### 2. 調査方法

調査期間は、平成19年10月から平成20年10月までである。調査方法は、外来などの病院内または自宅訪問など、患者の望む場所で調査票に基づいて聞き取り調査を行った。

調査内容は、1)基本属性(性別、年齢、配偶者、職業、経済状況、趣味、喫煙など)、2)療養に関すること(診断名、罹病期間、入院回数)、3)呼吸状態に関すること(呼吸困難の重症度分類: Hugh-Jones、症状、酸素飽和度: パルスオキシメーターによる測定)、4)支援状況、5)QOLである。

調査項目について、QOLはWareのSF-36を用いた<sup>11-15)</sup>。QOLは健康や疾病との関係を目的とする場合には、健康関連QOL (health-related quality of life: HRQOL) を

表2 療養に関すること

項目	全体(n=81) 人数(%)	離島(n=36) 人数(%)	本島都市部(n=45) 人数(%)	$\chi^2$ 検定、 t-検定
診断名(複数回答)				
COPD	47(58.0)	22(61.1)	25(55.6)	
肺気腫	31(38.3)	15(41.7)	16(35.6)	
慢性気管支炎	8(9.9)	3(8.3)	5(11.1)	
気管支拡張症	9(11.1)	7(19.4)	2(4.4)	*
肺結核後遺症	7(8.6)	4(11.1)	3(6.7)	
間質性肺炎	8(9.9)	2(5.6)	6(13.3)	
喘息	28(34.6)	17(47.2)	11(24.4)	*
その他	16(19.8)	9(25.0)	7(15.6)	
罹病期間				
1年未満	4(4.9)	1(2.8)	3(6.7)	
1~5年未満	18(22.2)	9(25.0)	9(20.0)	
5~10年未満	24(29.6)	13(36.1)	11(24.4)	
10~20年未満	18(22.2)	7(19.4)	11(24.4)	
20~50年未満	10(12.3)	4(11.1)	6(13.3)	
50年以上	7(8.6)	2(5.6)	5(11.1)	
平均±S.D.年	14.7±17.8年	12.8±15.3年	16.2±19.6年	n.s.
入院回数 <sup>a)</sup>				
なし	7(8.9)	1(2.9)	6(13.6)	
1~2回	21(26.6)	8(22.9)	13(29.5)	
3~4回	22(27.8)	12(34.3)	10(22.7)	
5~9回	13(16.5)	4(11.4)	9(20.5)	
10回以上	16(20.3)	10(28.6)	6(13.6)	
平均±S.D.回	5.3±5.5回	7.1±7.0回	3.8±3.5回	*

a)欠損値有り

\* p<0.05

用いることが米国では一般的であり<sup>11)</sup>、現在では、Short-Form Health Survey(以下SF-36と略)が臨床応用に最も多く使用されている<sup>12)</sup>。我が国においても福原らが日本人の健康観に適合するか、計量心理学的な信頼性と妥当性を検証<sup>16)</sup>し、国際的な研究においても健康状態を測定していく上でより一般化することに貢献した<sup>17)</sup>。SF-36は8つの下位尺度、すなわち身体機能(physical functioning: PF)、日常役割機能(身体)(role-functioning/physical: RP)、体の痛み(bodily pain: BP)、全体的健康感(general health perceptions: GH)、社会生活機能(social functioning: SF)、活力(vitality: VT)、日常役割機能(精神)(role-functioning/emotional: RE)、心の健康(mental health: MH)からなる多次元心理計量尺度である。それぞれの下位尺度は、決まったスコアリング・プログラムによって100点満点の連続変数スケール<sup>14,15)</sup>に換算される。調査票にはSF-36 Version 2日本語版マニュアル<sup>15)</sup>を使用し、さらに比較が容易な国民標準値を50とする評点を用いた。

呼吸困難の重症度判定はHugh-Jonesの呼吸困難の5段階分類を用いた。最も程度の軽い「同年齢の健康者と同

様の労作ができる」を1とし、最も程度の重い「会話、着物の着脱にも息切れがする」を5で表した(表3)。経済状態は「苦しい」1点から「ゆとりがある」3点の範囲で点数化した。

### 3. 倫理的配慮

調査に際し、医療機関の施設責任者に文書による対象者紹介の同意を得た。その後、条件を満たす患者に文書および口答による目的、方法および本研究に参加しなくても不利益にならないこと、中途拒否も可能であることの説明を行い、研究参加の同意が得られた患者を対象に聞き取り調査を行った。調査を外来で行う場合は、患者のプライバシーに配慮して面談室または処置室で行った。得られたデータは学術目的で使用することを約束し、個人が特定されないよう統計処理しデータ管理を厳重に行った。診断に関する項目で本人が記憶していない場合は、医療機関で確認する旨の了解を得た。

なお、本研究は本学の倫理審査において承認を得ている。

表3 呼吸状態に関すること

項目	得点	カテゴリー	全体(n=81) 人数(%)	離島(n=36) 人数(%)	本島都市部(n=45) 人数(%)	χ <sup>2</sup> 検定、 t-検定
Hugh-Jonesによる 呼吸困難の重症 度分類	1	同年齢の健康者と同様の労作ができ、 歩行、階段の昇降も健康者並みにできる	5(6.2)	0(0)	5(11.1)	
	2	同年齢の健康者と同様の労作ができる が、坂、階段の昇降は健康者並みにでき ない	20(24.7)	5(13.9)	15(33.3)	
	3	平地でさえ健康者並には歩けないが、自 分のペースなら1km以上歩ける	13(16.0)	5(13.9)	8(17.8)	
	4	休みながらでなければ50m以上歩けない	31(38.3)	18(50.0)	13(28.9)	
	5	会話、着物の着脱にも息切れがする。息 切れのため外出できない	12(14.8)	8(22.2)	4(8.9)	
		平均±S.D.	3.3±1.2	3.8±1.0	2.9±1.2	***
症状(重複回答)						
	呼吸困難		41(50.6)	15(41.7)	26(57.8)	
	息切れ		33(40.7)	24(66.7)	9(20.0)	***
	咳		34(42.0)	19(52.8)	15(33.3)	†
	痰		52(64.2)	26(72.2)	26(57.8)	
	熱		8(9.9)	3(8.3)	5(11.1)	
	倦怠感		20(24.7)	12(33.3)	8(17.8)	†
SpO <sub>2</sub> <sup>a)</sup> (%)		85~89	3(3.8)	2(5.6)	1(2.3)	
		90~94	23(28.8)	8(22.2)	15(34.1)	
		95~100	54(67.5)	26(72.2)	28(63.6)	
		平均±S.D.%	95.2±2.9%	95.6±3.4%	94.9±2.4%	n.s.

a)欠損値有り

† p<0.10, \*\*\*p<0.001

#### 4. 分析方法

データ解析について、検定は、質的変数はχ<sup>2</sup>検定(Fisher直接法)、量的変数はt-検定(母平均の差・両側検定)を行った。QOLについては、SF-36下位尺度8項目の国民標準値を50とした得点で表し、平均値、中央値を離島のHOT患者と本島都市部とを比較した。さらに、離島のHOT患者のSF-36下位尺度と各項目との相関を算出し、関連する項目を抽出した。

解析は統計解析ソフトSPSS 13.0 J for Windowsで行い、有意水準の判定をp≤0.05とした。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 対象者の特徴

##### 1) 基本属性

調査に協力の得られたHOT患者は離島36人、本島都市部45人であった。離島における分析対象者は表1に示すとおり、36人で男性22人(61.1%)、女性14人(38.9%)、平均年齢は73.8±12.1歳で、本島都市部75.4±12.4歳とほぼ同様であった。本島都市部と比較すると、配偶者がいる者は離島23人(63.9%)、本島都市部24人(53.3%)とやや離島のHOT患者が多かったが、同居家族数の平均、および子どもが近くに居住する者の比率は、離島2.5±1.3人、本島都市部2.9±1.7人、離島23人(63.9%)、本島都市

部34人(75.6%)と離島は両方ともやや少なかった。また、離島では独居が7人(19.4%)、夫婦世帯を含む2人暮らしは16人(44.4%)で全体の63.8%を占めていた。一方、本島都市部では独居7人(15.6%)、2人暮らしは17人(37.8%)で全体の53.4%と半数程度であった。職業を有している者は全体的に少なく、離島で5人(13.9%)、本島都市部3人(6.7%)と離島がやや多かったが、有意差は見られなかった。経済状況では、全体的に「かろうじて」が45人(57.7%)と最も多かったが、離島ではゆとりのある者は15人(45.5%)と最も多く、「苦しい」6人(18.2%)であった。本島都市部と比較すると本島都市部はゆとりのある者1人(2.2%)であり、離島は有意にゆとりのある者が多かった(p<0.001)。趣味をもっている者は離島20人(55.6%)、本島都市部30人(66.7%)と本島都市部が多かったが、有意差は認められなかった。現在も喫煙している者は離島1人(2.8%)、本島都市部2人(4.4%)と少なかったが、離島、本島都市部ともにHOTをしながら喫煙している者がみられた。

##### 2) 身体的状況(表2、表3)

療養に関することを表2に示す。診断名については複数回答とした。COPDが離島で22人(61.1%)、本島都市部25人(55.6%)で最も多かった。喘息を合併している者は離島17人(47.2%)、本島都市部11人(24.4%)であり、離島

のHOT患者は喘息を合併している人が有意に多かった ( $p<0.05$ )。また、気管支拡張症は離島7人(19.4%)、本島都市部2人(4.4%)と離島が有意に多かった ( $p<0.05$ )。罹病期間の平均について離島 $12.8\pm 15.3$ 年、本島都市部 $16.2\pm 19.6$ 年と離島のHOT患者が短かったが、有意差は認められなかった。入院回数の平均は離島 $7.1\pm 7.0$ 回、本島都市部 $3.8\pm 3.5$ 回で離島のHOT患者の入院回数に有意に多かった ( $p<0.05$ )。

呼吸状態について表3に示す。Hugh-Jonesの呼吸困難の重症度分類では、離島は $3.8\pm 1.0$ 、本島都市部 $2.9\pm 1.2$ で離島のHOT患者の呼吸状態は有意に不良であった ( $p<0.001$ )。内訳をみると離島は「休みながらでなければ50m以上歩けない」18人(50.0%)、「会話・着物の着脱にも息切れがする」8人(22.2%)と本島都市部の13人(28.9%)、4人(8.9%)より重度の比率が多かった。症状別に見てみると、息切れのある者は離島24人(66.7%)、本島都市部9人(20.0%)と離島が有意に多く ( $p<0.001$ )、咳、痰についても有意差はないが離島の方が比率は高かった(離島咳52.8%、痰72.2%、本島都市部咳33.3%、痰57.8%)。パルスオキシメーターで測定した酸素飽和度 ( $SpO_2$ ) の平均値は離島 $95.6\pm 3.4\%$ 、本島都市部 $94.9\pm 2.4\%$ でほぼ同値であった。

## 2. 在宅療養における支援状況 (表4)

在宅療養の支援状況を表4に示す。離島でのHOT患者の支援者は家族が最も多く31人(86.1%)、次いで親戚

9人(25.0%)、近隣・友人からの支援4人(11.1%)であり、本島都市部の家族35人(77.8%)と比較すると家族の支援は、やや多かったが有意差は認められなかった。専門職者からの支援は本島都市部に比べ全体的に少なく、医師から支援を受けていると認識している者は、離島のHOT患者が有意に少なかった(離島4人11.1%、本島都市部21人46.7%、 $p<0.001$ )。看護師も同様で少ない傾向が見られた(離島6人16.7%、本島都市部15人33.3%、 $p<0.10$ )。一方、介護福祉士は離島9人(25.0%)、本島都市部7人(15.6%)と離島がやや多かったが有意差は認められなかった。受けているサービスで訪問看護、在宅ケアは離島、本島都市部ともほぼ同様の比率であったが、デイケアは離島が2人(5.6%)、本島都市部12人(26.7%) ( $p<0.05$ )と離島が有意に少なかった。

## 3. 離島と本島都市部のHOT患者の比較による離島のHOT患者のQOLの特徴 (表5)

HOT患者全体のQOLをSF-36下位尺度得点(国民標準値を50とした得点)でみると(表5)、HOT患者のQOLはすべてにおいて低かった。特に身体機能は極端に低く、次いで、全体的健康感が低かった。離島と本島都市部のQOLを比較すると、体の痛みと全体的健康感に有意ではないが、全ての下位尺度において離島のHOT患者の得点が低かった。身体機能は離島 $10.67\pm 18.75$ 、本島都市部 $18.05\pm 18.07$ とともに極端に低かったが、さらに離島は低かった ( $p<0.10$ )。全体的健康感に離

表4 支援状況

項目	全体(n=81)	離島(n=36)	本島都市部(n=45)	$\chi^2$ 検定
	人数(%)	人数(%)	人数(%)	
在宅療養の支援者(重複回答)				
家族	66(81.5)	31(86.1)	35(77.8)	
親戚	25(30.9)	9(25.0)	16(35.6)	
近隣・友人	13(16.0)	4(11.1)	9(20.0)	
看護師	21(25.9)	6(16.7)	15(33.3)	†
医師	25(30.9)	4(11.1)	21(46.7)	***
薬剤師	7(8.6)	1(2.8)	6(13.3)	
介護福祉士	16(19.8)	9(25.0)	7(15.6)	
保健医療福祉サービスの活用(重複回答)				
訪問看護	8(9.9)	3(8.3)	5(11.1)	
在宅ケア	20(24.7)	8(22.2)	12(26.7)	
デイケア	14(17.3)	2(5.6)	12(26.7)	*

†  $p<0.10$ . \* $p<0.05$ , \*\*\* $p<0.001$

表5 離島と本島都市部のHOT患者のQOLの比較 (SF-36 下位尺度得点 国民標準値50とした得点) n=80

下位尺度(項目) 国民標準値(50)	下位尺度得点 全体 (n=80)		下位尺度得点 離島 (n=35)		下位尺度得点 本島都市部 (n=45)		t-検定			
	平均値	±S.D.	平均値	±S.D.	平均値	±S.D.				
	(中央値)		(中央値)		(中央値)					
身体機能(10) (PF:physical functioning)	14.82	±18.62	(9.36)	10.67	±18.75	(9.36)	18.05	±18.07	(16.40)	†
日常役割機能 (身体)(4) (RP:role-physical)	44.39	±15.58	(56.24)	40.07	±16.38	(42.60)	47.75	±14.22	(56.20)	*
体の痛み(2) (BP:bodily pain)	49.79	±11.64	(49.03)	47.86	±13.08	(49.03)	51.29	±10.28	(49.90)	
全体的健康感(5) (GH: general health perception)	39.61	±11.43	(40.78)	39.86	±11.05	(40.78)	39.41	±11.84	(38.10)	
活力(4) (VT:vitality)	47.05	±11.54	(50.24)	43.74	±12.43	(47.17)	49.63	±10.21	(50.20)	*
社会生活機能(2) (SF:social functioning)	47.89	±14.45	(57.10)	38.49	±16.77	(43.94)	55.20	±5.72	(57.10)	***
日常役割機能 (精神)(3) (RE:role-emotional)	48.80	±13.94	(56.56)	45.15	±15.89	(52.31)	51.65	±11.60	(56.60)	*
心の健康(5) (MH:mental health)	47.05	±12.65	(49.11)	44.18	±13.48	(43.80)	49.29	±11.63	(51.80)	†

† p<0.10, \*p<0.05, \*\*\*p<0.001

島39.86±11.05、本島都市部39.41±11.84とほぼ同値で、ともに低かった。日常役割機能(身体)、活力、社会生活機能、ならびに日常役割機能(精神)は有意に離島のHOT患者が低かった。特に社会生活機能は離島38.49±16.77、本島都市部55.20±5.72であり、離島のHOT患者の得点がかかなり低かった(p<0.001)。次に活力が低く離島では43.74±12.43、本島都市部49.63±10.21であった(p<0.05)。心の健康は有意ではないが離島のHOT患者(44.18±13.48)が低かった(p<0.10)。

#### 4. 離島のHOT患者のQOLとその関連要因(表6)

離島に居住するHOT患者のQOLの関連要因をSF-36下位尺度と各項目との相関係数でみると(表6)、身体機能は職業(r=.500, p<0.01)とに正の相関を示し、息切れ(r=.363, p<0.05)、Hugh-Jones(r= -.897, p<0.01)とに負の相関を示した。また、支援状況では、親戚(r= -.365, p<0.05)、介護福祉士(r= -.427, p<0.05)とに、また、在宅ケア(r= -.389, p<0.05)を受けていることに負の相関を示していた。身体的理由から普段行っていることを制限する日常役割機能(身体)では、趣味(r=.377, p<0.05)とに正の相関を示し、罹病期間(r= -.449, p<0.01)、息切れ(r= -.509, p<0.01)、Hugh-Jones(r= -.396, p<0.05)とに負の相関を示した。

全体的健康感では痰(r= -.355, p<0.05)とに負の相関を示した。

活力については趣味(r=.406, p<0.05)とに正の相関を示し、呼吸状態の痰(r= -.352, p<0.05)、Hugh-Jones(r= -.424, p<0.05)とに負の相関を示した。また、支援者の親戚(r= -.475, p<0.01)、友人(r= -.463, p<0.01)、医師(r= -.350, p<0.05)とに負の相関を示していた。

社会生活機能では趣味(r=.382, p<0.05)とに正の相関を示した。

精神的理由から普段行っていることを制限する日常役割機能(精神)では、趣味(r=.452, p<0.01)とに正の相関を示し、罹病期間(r= -.425, p<0.05)、Hugh-Jones(r= -.338, p<0.05)、支援者の看護師(r= -.411, p<0.05)、医師(r= -.441, p<0.01)、介護福祉士(r= -.342, p<0.05)とに負の相関を示した。

心の健康については職業(r=.348, p<0.05)、趣味(r=.348, p<0.05)とに正の相関を示し、支援者の友人(r=.424, p<0.05)、介護福祉士(r= -.356, p<0.05)とに負の相関を示した。

#### IV. 考察

HOT患者のQOLを国民標準値と比較すると全体的に低く、特に身体機能は極端に低かった。それは、筆者ら

表6 離島におけるHOT患者の基本項目とSF-36下位尺度との相関係数 n=35

項目	身体機能 PF	日常役割機能(身体) RP	体の痛み BP	全体的健康感 GH	活力 VT	社会生活機能 SF	日常役割機能(精神) RE	心の健康 MH
1 基本属性								
職業 <sup>a)</sup>	.500 **	-.091	.074	-.042	.114	.135	.054	.348 *
趣味 <sup>a)</sup>	.338 *	.377 *	.222	.167	.406 *	.382 *	.452 **	.348 *
2 身体的状態								
療養に関すること								
罹病期間 <sup>b)</sup>	-.208	-.449 **	-.212	-.254	-.246	-.213	-.425 *	-.320
呼吸状態								
息切れ <sup>a)</sup>	-.363 *	-.509 **	-.326	-.198	-.313	-.199	-.059	-.190
咳 <sup>a)</sup>	-.110	-.277	-.042	-.329	-.329	-.006	-.280	-.192
痰 <sup>a)</sup>	-.196	-.326	-.223	-.355 *	-.352 *	-.108	-.324	-.324
Hugh-Jones <sup>c)</sup>	-.897 **	-.396 *	-.282	-.169	-.424 *	-.326	-.338 *	-.245
3 支援状況								
支援者								
親戚 <sup>a)</sup>	-.365 *	-.280	-.281	-.326	-.475 **	-.196	-.103	-.318
友人 <sup>a)</sup>	-.060	-.114	-.047	-.014	-.463 **	.011	-.274	-.424 *
看護師 <sup>a)</sup>	-.169	-.057	-.125	-.204	-.193	-.125	-.411 *	-.224
医師 <sup>a)</sup>	-.216	-.189	.080	-.263	-.350 *	-.183	-.441 **	-.233
介護福祉士 <sup>a)</sup>	-.427 *	-.274	.187	.067	-.241	-.091	-.342 *	-.356 *
保健医療福祉サービスの活用								
在宅ケア <sup>a)</sup>	-.389 *	-.118	.122	.177	-.183	-.063	-.275	-.214

a) あり:1, なし:0 または はい:1, いいえ:0  
 b) 量的データ  
 c) 尺度:1~5 表3参照

\*p<0.05, \*\*\*p<0.01

の先行研究<sup>4)</sup>と同様の結果であり、呼吸状態の不良が関連していると考えられる。

離島に居住するHOT患者と本島都市部とを比較すると、離島者のHOT患者のQOLは本島都市部より全体的に低く、特に、身体機能はさらに極端に低くなっていた(p<0.10)。日常役割機能(身体)、活力、社会生活機能、日常役割機能(精神)についても離島者のHOT患者は有意に低く、特に社会生活機能の得点がかかなり低かった(p<0.001)。

離島者のHOT患者のQOLを相関係数でみてみると、呼吸状態の息切れ・痰などの症状や呼吸困難の程度(Hugh-Jones)はQOLの下位尺度の身体機能や活力とに有意に負の相関を示していた。呼吸状態について離島と本島都市部とを比較すると、離島者は喘息や気管支拡張症を有している者が有意に多かった。気管支拡張症は痰が多く、日々の排痰状況がその日の呼吸状態に深く影響する。また、痰は全体的健康感とも有意に負の相関を示していた。先行研究の島嶼に居住する慢性呼吸器疾患の自己管理行動の調査<sup>4)</sup>では、呼吸管理に関する自己管理状

況が十分でなく、呼吸法や排痰法など肺理学療法の指導の必要性が示唆された。離島者のHOT患者は呼吸困難の程度が有意に不良で、息切れも有意に多かったことから、より症状コントロールや呼吸へのセルフケアが出来るよう支援することが求められる。また、人数は一人二人と少ないが離島、本島都市部両方にHOTをしながら喫煙している患者がいた。喫煙は咳、痰、喘鳴の症状悪化の危険因子であり<sup>18)</sup>気管支喘息要因を高頻度に有するという関連性<sup>19)</sup>や禁煙効果<sup>20)</sup>も報告されていることから、さらなる患者目線に立った問題解決の方法を患者と共に模索する必要がある。

療養におけるセルフケア能力について、本庄<sup>21)</sup>は有効な支援の獲得をあげ、健康と強い相関関係にあると報告している。本庄の述べている有効な支援の獲得とは自分の健康管理を支援してくれる人を持ち、有効な支援を得ることができる能力としており、それは家族や専門職を含めた支援者として捉えられる。HOT患者の療養を支援する者は全体で家族が81.5%であった。独居が17.3%いたことから、独居のHOT患者は家族からの支援を得

にくいことが考えられる。離島をみてみると、支援者は家族が86.1%であり、独居は7人19.4%であったことから、独居であっても家族からの支援を得ていることが推察できる。離島のHOT患者の63.9%は子どもが近くに居住していることから、子どもからの支援が推察された。一方、本島都市部に居住するHOT患者は、家族からの支援が77.8%であった。独居が15.6%であったにもかかわらず、家族からの支援が下回ったのは、同居であっても家族の支援を得られないという本島都市部のHOT患者の生活環境の現状が推察された。しかし、医師、看護師からの支援を認識している者は本島都市部が多かったことから ( $p < 0.001$ ,  $p < 0.10$ )、離島に比べ専門職による必要な療養指導などの支援を受けていることが推察された。

一方、離島のHOT患者の専門職からの支援の認識は、本島都市部と比較し看護師16.7% ( $p < 0.10$ )、医師11.1% ( $p < 0.001$ ) と有意に少なかった。HOT患者がつつがなく在宅療養を継続するためには、医師・看護師などの専門職者からの支援は重要である。外来看護の役割として自宅でセルフケアできるよう生活に沿った支援をすること<sup>22)</sup>や、変化によりよく適応できるように支援し継続的に対処すること<sup>23)</sup>があり、外来において、酸素や投薬の処方だけでなく、実際の生活に照らし生活の様子を聴き取り、療養上困難に思うことの相談に応じることは重要な役割と考える。離島のHOT患者の罹病期間は、本島都市部のHOT患者より短期であるにもかかわらず、入院回数が有意に多かった。また、離島に居住するHOT患者は本島都市部と比較し、息切れも多くHugh-Jonesも不良で呼吸状態は症状コントロールされているとはいえない。急性増悪による再入院を予防するためにも、外来における症状コントロールや肺理学療法等の療養管理指導は重要と考える。

しかし、離島においては、保健医療福祉機関および専門職者の絶対数は不足し、保健医療福祉サービスの課題<sup>7)</sup>が山積していることから、人的環境的資源の乏しい離島における支援として保健医療福祉の統合化の可能性、情報収集や把握の容易性等の島嶼の利便性を活かしてチーム医療としての支援体制を構築することは有効と考える。対象になった一島では基幹病院を中心に多職種の地域連携が構築されつつあった<sup>24)</sup>ことから、既存の組織を活用してHOT患者の支援体制を検討することも解決の一步に繋がると考える。

HOT患者の呼吸機能に関しパルスオキシメーターによる酸素飽和度は離島、本島都市部ともほぼ同値を示し約95%であった。酸素吸入下の比較的安静にした状態での測定値であり、呼吸障害の程度を反映するものではな

いと考える。

引き続き、離島のHOT患者のQOLを相関係数から分析すると、身体機能、活力は親戚、友人と負の相関を示していた。それは身体機能、活力の低い者は、親戚、友人からの支援を得ているといえる。身体機能は呼吸状態とも相関しており、在宅ケアや介護福祉士とも相関が見られた。また、筆者の先行研究<sup>25)</sup>で身体機能とADLは有意に相関していたことから、身体機能の低い者はADLも低く、在宅ケアの必要な者については親戚の支援も得られるという支援的つながりがあることが推察された。

経済状況については離島ではゆとりのある者が本島都市部より有意に多かった。HOT患者は高齢者が多く、酸素療法の経費に負担感を訴える患者も多いが、本研究では本島都市部と比較すると離島での負担感はそう強くないという結果になった。経済状況はQOLと深く関連している<sup>26)</sup>ことから、個別に分析することが必要である。

趣味は、本島都市部同様離島においても半数以上が有していた。相関係数から趣味を持つ者は身体機能が高く活力があり、普段行っている活動を身体的精神的理由で制限することも少なく、親戚や友人を訪問するという社会生活機能も高いことが示唆された。また、趣味は心の健康と正の相関を示し、趣味を持つ者は心の健康も高いことが示唆されたことから、HOT患者の呼吸状態に応じて趣味が行える環境作りを支援することはQOLの向上に繋がると考える。

また、離島におけるHOT患者は本島都市部と比較し、社会生活機能が極端に低かった。その理由の一つとして、呼吸状態の不良さが影響していることが推察されるが、加えて、外出に伴う酸素ボンベの携帯の不便さ、バリアフリーの障碍、酸素吸入への羞恥心や自己尊重低下<sup>27,28)</sup>が外出や人との交流の妨げとなっていることが考えられる。事実、訪問看護や在宅ケアはほぼ同数であるが人の集まるデイケアへの参加は本島都市部と比べ、有意に少なかった。HOT患者が地域での行事や活動に参加しQOLの社会生活機能を高めるためには、HOTを受けている自分を受容し、また、周囲からも受容されていると実感できる環境づくりが求められる。そのためには、専門職だけでなく、地域からの支援が重要になると考える。

## V. 結 論

離島に居住するHOT患者と本島都市部に居住するHOT患者のQOLと、在宅療養の支援状況を比較し検討した結果、以下の知見が得られた。

1. 離島に居住するHOT患者は、QOLが全体的に低く、本島都市部と比較すると、日常役割機能(身体)、活

- 力、社会生活機能、日常役割機能（精神）が有意に低かった。
2. 離島に居住するHOT患者は、家族からの支援のみでなく親戚からの支援的つながりもあることが推察された。
  3. 離島のHOT患者は本島都市部と比較し呼吸困難の程度が不良で、息切れも多く、入院回数も多かった。息切れ、痰などの症状や呼吸困難の程度は身体機能や活力、全体的健康感にも影響し、外来における症状管理支援の重要性が示唆された。
  4. 離島に居住するHOT患者は、身体機能と社会生活機能が極端に低かったが、趣味を持つ者は活力が高く、親戚や友人を訪問するという社会生活機能、心の健康も高いことが示唆されたことから、呼吸状態に応じて趣味が行える環境作りを支援することはQOLの向上に繋がると考える。
  5. 離島のHOT患者が認識する専門職者からの支援は全体的に少なかった。人的環境的資源の乏しい離島において、HOT患者および家族の在宅療養を支えるための、多職種の地域連携組織を活かしたチーム医療ならびに地域からの支援体制が求められる。

## 文 献

- 1) 平成17年度内閣府沖縄総合事務局委託調査(2006)：安心して住める離島のための基本調査報告書，株式会社パスコ。
- 2) 沖縄県企画部(2008)：離島関係資料。
- 3) 沖縄県宮古福祉保健所(2008)：平成19年度 宮古福祉保健所概要。
- 4) 石川りみ子，宮城裕子，松田梨奈，前川一美(2009)：島しょに居住する慢性呼吸器疾患患者の在宅療養に関連する要因とQOLに関する研究，沖縄県立看護大学紀要，10号，1-14。
- 5) 渡辺美樹子，勝野久美子，松本麻里，宮崎直子，森下美加，大池貴行，栗田健介，千住泰代，力富直人(2003)：慢性呼吸器疾患患者に対する呼吸リハビリテーションの心理面への効果，日本呼吸管理学会誌，12(3)，364-369。
- 6) 佐久川政吉，大湾明美，村上恭子，大川嶺子，伊藤幸子(2003)：沖縄県一離島における要介護保険サービスに関する研究，沖縄県立看護大学紀要，第4号，110-117。
- 7) 大湾明美，宮城重二，佐久川政吉，大川嶺子(2005)：沖縄県有人離島の類型化と高齢者の地域ケアシステム構築の方向性，沖縄県立看護大学紀要，第6号，40-49。
- 8) 仲宗根洋子，吉川千恵子，上田礼子，新垣利香，宮城裕子(2007)：離島におけるテレナーシング技法の開発及び実践・教育への応用，平成16年度～18年度科学研究費補助金基盤研究C 研究成果報告書，62-72。
- 9) 沖縄県企画部市町村課編集(2008)：平成20年沖縄県市町村概要，沖縄。
- 10) 沖縄県福祉保健部(2007)：福祉保健行政の概要，沖縄。
- 11) 福原俊一(1999)：MOS Short-Form 36-Item Health Survey: 新しい患者立脚型健康指標，厚生省の指標，46(4)，40-45。
- 12) Ware JE, Sherbourne CD(1992)：The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection, Medical Care 30(6)：473-483。
- 13) Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M(1989)：The Medical Outcomes Study: an application of methods for monitoring the results of medical care. JAMA 262(7)：925-930。
- 14) Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B(2000)：SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. pp6:1-6:22 pp10:16-10:17, Quality Metric, Inc.-Lincoln, Rhode Island The Health Assessment Lab-Boston, Massachusetts。
- 15) 福原俊一，鈴鴨よしみ編著(2004)：健康関連QOL尺度 SF-36 Ver.2日本語版マニュアル，京都，NPO健康医療評価研究機構。
- 16) Shunichi Hukuhara, Seiji Bito, Joseph Green, et al(1998)：Translation, Adaptation, and Validation of the SF-36 Health Survey for Use in Japan. J Clin Epidemiol 51(11)：1037-1044。
- 17) 福原俊一，鈴鴨よしみ，尾藤誠司，黒川清(2001)：SF-36日本語版マニュアル(Ver.1.2)，(財)パブリックヘルスリサーチセンター，東京。
- 18) 牧野国義：慢性呼吸器症状の個人危険指標について(1998)，日本公衛誌，45(2)，175-180。
- 19) 下地克佳，斎藤厚(1995)：慢性閉塞性肺疾患における気管支喘息要因と喫煙との関連性に関する研究，日胸疾会誌，33(2)，132-139。
- 20) American Thoracic Society(1995)：Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 152：S77-S120。
- 21) 本庄恵子(2000)：熟年期にある慢性病者のセルフ



- ケア能力と健康の関係,日本看護科学会誌,20(3),50-59.
- 22) 林啓子 (2001) : 外来看護の役割と課題 外来看護  
が変われば医療全体が変わる, 看護技術, 47(7),17-21.
- 23) 数間恵子, 小林康司 (2005) : 在院日数短縮化による  
ケア必要量の増加とニーズの多様化, インターナシ  
ョナルナーシングレビュー, 28(1), 32-36.
- 24) 宮城裕子, 石川りみ子, 松田梨奈, 神里みどり, 佐  
久川和子 (2009) : A 離島における慢性疾患患者の在  
宅療養を支援する地域連携, 沖縄県立看護大学紀要,  
第10号, 63-70.
- 25) 石川りみ子 (2005) : 呼吸困難を有する慢性呼吸器  
疾患患者の在宅療養継続とQOLに関する研究, お茶の  
水医学雑誌, 53(1・2), 1-22.
- 26) 西村浩一 (1996) : COPDにおけるhealth-related  
quality of lifeとその評価方法について, THE LUNG  
perspectives, 4(4) : 57(405)-60(408).
- 27) 武田謙治, 水嶋春朔, 柄久保修, 土井陸雄  
(2002) : 在宅酸素療法患者の生活活動範囲と居住環  
境の関連, 日本公衛誌, 49(7), 683-693.
- 28) 神津朋子 (2002) : 在宅酸素療法患者と在宅非侵襲  
的陽圧換気療法を受ける慢性呼吸不全患者の生活体  
験, 上武大学看護学部紀要, 第4巻, 1-16.

# The Study on QOL and Related Factors about Patients with Chronic Respiratory Diseases who are under Home Oxygen Therapy — Comparing Okinawa Prefectural Isolated Islands with the Urban Areas on Okinawa Main Island —

Rimiko ISHIKAWA<sup>1)</sup> Yuko MIYAGI<sup>1)</sup> Yukari IMUTA<sup>1)</sup>

## Abstract

### **[Purpose ]**

The purpose of this study is to examine QOL and the actual way of supporting the home care of the HOT (Home Oxygen Therapy) patients who live on Okinawa prefectural isolated island, and to compare with those same HOT patients who live in the urban areas on Okinawa main island in order to get some clues to improve QOL of the patients so that they can receive better support for their medical treatment.

### **[Methods]**

The objects of this study are the HOT patients who live on the isolated islands with whom we can get verbal communication. The control group is the same HOT patients who live in the urban areas on the main island. The survey was carried out by hearing from the patients based on the questionnaires.

### **[Results ]**

1) The number of HOT patients who cooperated with our survey was 36 on the isolated islands and 45 in the urban areas on the main island. The HOT patients who live on the isolated islands were 22 males (61.1%) and 14 females (38.9%) of which the average age was  $73.8 \pm 12.1$ , and the patients enjoying the hobbies were 55.6%. These numbers and percentage were almost the same in the urban areas on the main island group. When compared with the urban areas on the main island, the patients of asthma and bronchiectasis were high significantly in numbers ( $p < 0.05$ ), the degree of breathlessness and dyspnea showed significantly worse ( $p < 0.001$ ), and the average of the hospitalization on the isolated islands was significantly higher ( $p < 0.05$ ). The supporting of the specialists such as doctors were much less than that of the main islands ( $p < 0.001$ ).

2) Looking at the QOL, we found that HOT patients living on the isolated islands were generally lower than that of the main island especially in the fields of Role Physical, Vitality, Social Functioning, and Role Emotional. It was showed the positive correlation in those who enjoy their hobbies in the fields of Vitality, Social Functioning and Mental Health ( $p < 0.05$ ), and the minus correlation in the degree of breathlessness and dyspnea in the fields of Physical Functioning, Vitality, and General Health.

### **[Conclusion]**

We found that the QOL of HOT patients living on the isolated islands were lower than that of the main island. It was suggested, from the standpoint of correlation coefficient, that those who enjoy their life actively were in better condition in the fields of Social Functioning and Mental Health. Since it suggested the minus correlation in the degree of breathlessness and dyspnea in the fields of Physical Functioning, Vitality, and General Health, it was also learned that the supporting system for the symptoms of the outpatient was important. As the HOT patients on the isolated islands had less support in the human resources, it should be appealed that the supporting systems for cooperation between other occupations on the local basis in order to help the HOT patients and their family members on the home medical care.

**Key words :** isolated islands, urban areas on the main island, Home Oxygen Therapy, QOL, support

---

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

一般不妊治療後妊娠した女性の母親役割獲得  
—妊娠・出産期から産後3ヶ月までの主観的体験—

知念久美子 玉城清子

報告

# 一般不妊治療後妊娠した女性の母親役割獲得 —妊娠・出産期から産後3ヶ月までの主観的体験—

知念久美子<sup>1)</sup> 玉城清子<sup>2)</sup>

## 要約

【目的】本研究の目的は一般不妊治療後に出産した女性の妊娠期から産後3か月までの母親役割獲得の主観的体験を明らかにし、看護への示唆を得ることである。

【方法】妊娠・出産期から産後3ヶ月目までの①母親としての意識②子どもに対する感情③ソーシャルサポートの状況について半構造的面接を行った。分析方法は、面接の逐語録から主観的体験を抽出し、類似する内容をまとめた。

【結果】一般不妊治療後に妊娠・出産した4名の女性から、身近な人々の支えで母親として自信をつける、子どものいる友人との関係、高年に伴う出産体験、高年妊娠に伴う子どもの障害を気にする体験の4つの主観的体験があった。身近な人々の支えで母親として自信をつける体験では、【満足のいく周囲からの育児サポート】によって【子育てに自信】を持ち【母親としての責任】を感じていた。子どものいる友人との関係では、【不妊治療期に子どものいる友人との交流を避けていた】が妊娠をきっかけに【有効な子どものいる人からのアドバイス】を得ることで関係性が変化していた。高年に伴う出産体験では、【異常分娩により長い出産体験】や【帝王切開術による産んだ実感のない出産体験】をしていた。高年妊娠に伴う子どもの障害を気にする体験では、【子どもの障害を気にする】体験をしていた。

【結論】1. 身近な人々の支えは、母親役割獲得する上で重要な要因になっていた。  
2. 子どものいる友人との関係は、不妊治療期と育児期では友人の存在が異なっていた。  
3. 出産体験が肯定的になるように、出産時の精神的サポート、出産時の納得のいく説明、出産後の振り返りを通してのフォローが必要である。  
4. 不妊治療による子どもへの影響へのインフォームドコンセントやカウンセリングの体制をしっかりと整え、精神的フォローが行えるようにする必要がある。

キーワード：一般不妊治療後の妊娠、母親役割獲得、主観的体験、サポート

## I. はじめに

近年、生殖補助医療の進歩は著しく、その受診者も急速に増加し<sup>1)</sup>、不妊治療により多くの女性が母親になっている<sup>2)</sup>。不妊治療を受けている女性は、子を持たないことへの焦燥感、失望、精神的ストレス、夫や家族に対する責任感、治療への不安、自尊心の喪失、時間的・経済的負担、友人や職場の人間関係など複雑な感情や問題を抱えており<sup>3~6)</sup>、専門職によるケアが求められている<sup>3・5・6)</sup>。出産体験は一般的に女性にとって幸福な体験であるが、逆に困難な出産体験は自尊心を脅かす喪失体験となる場合がある<sup>7)</sup>。不妊治療後妊娠した女性一般的に高年初産婦、ハイリスク妊婦、異常分娩が多い<sup>8)</sup>。医学的にリスクの高い不妊治療後の妊娠は心理的ストレスともなり、母親役割獲得の阻害要因となる可能性がある。それによって、子どもに対してアンビバレンスな感情<sup>9)</sup>、児に対する反応の鈍さとなり<sup>10)</sup>、円滑な育児行動を阻害することもあると予測される。

母親役割は一般的に、幼少期から思春期までの被養育

体験ならびにか弱いものに対する思いやりの意識を通して形成される。またそれは、妊娠・出産・育児期には妊娠の受容や出産時の陣痛の克服体験、育児期の育児の喜び体験により「母親としての意識」として発展し、母親としての役割獲得に結びつく。母親はまた、夫や家族などの重要他者からのサポートが得られることによって、子どもへ関心が向けられる<sup>7)</sup>。つまり、「ソーシャルサポートの状況」は「母親としての意識」を通し母親役割獲得に影響すると考えられる。母親の子どもに対する愛情は人間のもつ最も強いきずなと言われており<sup>11)</sup>、それは日常の子どもとの交流を通して形成される。しかし、母親の子どもに対する思いは、愛情という母と子のポジティブな感情のみでなく、ネガティブな感情もある。母親が子どもに対して抱く感情は母親役割獲得過程に影響する。よって「子どもに対する感情」が母親役割獲得に影響すると考えられる。母親役割獲得にはその他にもさまざまな要因があると考えられるが本研究では、主に「母親としての意識」、「ソーシャルサポートの状況」、「子どもに対する感情」が母親役割獲得に影響すると考

える。(図1) 生殖補助医療が進歩し、高度生殖補助医療で母親にな

1) 沖縄県立看護大学大学院 博士後期課程

2) 沖縄県立看護大学 母子保健看護・助産

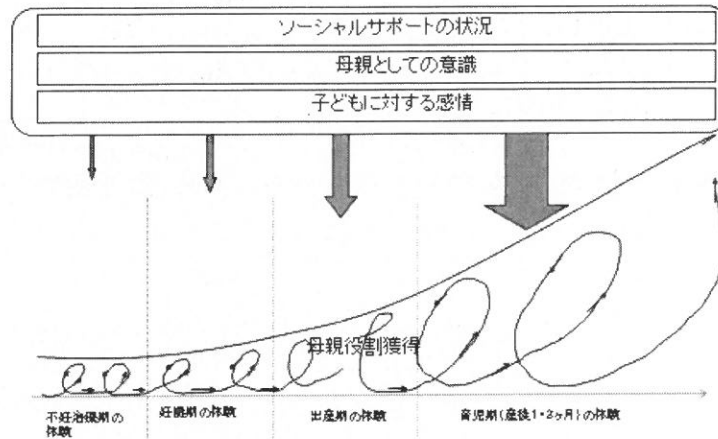


図1 本研究の概念枠組み

(出典 新道幸恵・和田サヨ子 (1990)：母性の心理社会的側面と看護ケア,101,医学書院)

図 母性意識の形成・発展と母親役割取得過程 を一部修正し、「ソーシャルサポートの状況」・「母親としての意識」・「子どもに対する感情」を追加した)

った女性の研究は進んでいるが、一般不妊治療で出産した女性の研究が少なく、また、母親役割獲得に関する研究は少ない。よって、本研究の目的は、一般不妊治療後に出産した女性の母親役割獲得について妊娠・出産期から育児期までの「母親としての意識」、「ソーシャルサポートの状況」、「子どもに対する感情」から母親役割獲得の主観的体験を明らかにし、看護への示唆を得ることである。

## II. 研究方法

### 1. 研究の枠組み (図1)

本研究では、「母親としての意識」、「ソーシャルサポートの状況」、「子どもに対する感情」が母親役割獲得に影響すると考える。また、時期によって、「母親としての意識」、「ソーシャルサポートの状況」、「子どもに対する感情」の影響の強さ (図1の矢印の大きさ) が異なると考える。さらに、その時期の状況によって、母親役割獲得がスムーズに進んだり、あるいは少し衰退したりを繰り返しながら、母親役割を獲得していくと考える (図1の螺旋の矢印)。

### 2. 調査対象

A県内の不妊治療および出産施設を併設している2病院を研究協力施設として設定し、同一施設で不妊治療および妊婦健診・出産をした初産婦を対象とした。

### 3. 調査期間

調査期間は、2008年6月から2008年10月である。

## 4. 調査内容

### 1) 対象者の基礎的データ

対象の基礎的情報や不妊治療経過、妊娠経過、出産・産褥経過などの基礎的データは診療録や助産録・母子健康手帳から収集した。

### 2) 半構造的インタビューによる主観的体験

#### (1) インタビュー時期の検討

一般的に産後1ヶ月目の女性は慣れない育児による睡眠不足や疲労が母親としての能力を低下させる時期であると言われている<sup>12)</sup>。しかし、産後3ヶ月目になると、新生児の生活リズムと自分の生活リズムの調整ができ、母親であることの心地よさを感じ、母親であることをアイデンティティの一部として内在化できるようになり<sup>12)</sup>、多くの初産婦は子どもへの愛着を形成している時期であると報告されている<sup>13)</sup>。また、研究協力施設では産後1ヶ月目、産後3ヶ月目に、乳児検診を行っている。乳児検診を機に自己の振り返る機会になると考え、産後1ヶ月と産後3ヶ月目をインタビューの時期と決定した。

#### (2) インタビューの内容

産後1ヶ月目および産後3ヶ月のインタビュー内容は、妊娠・出産期の体験と産後1ヶ月目・産後3ヶ月目の体験の①母親としての意識、②子どもに対する感情、③ソーシャルサポートの状況であった。

インタビューはプライバシーの保たれる、研究協力施設の面談室や対象者の自宅で行った。インタビューに要した時間は約40～60分であった。インタビューの内容を対象者の同意を得てテープレコーダーに録音した。

表1 対象者の属性

ケース	年齢	不妊の原因	不妊治療歴	今回の妊娠時の不妊治療	妊娠の経過	分娩時の経過	夫以外のサポート
	本人						
A	37	生理不順・甲状腺機能亢進症	5年	排卵誘発	非妊娠時より体重12kg増	児頭骨盤不適合 緊急帝王切開	実母
B	39	卵管通過障害	2年	AIH	妊娠高血圧	分娩進行停止のため 緊急帝王切開	実母
C	36	原因不明	1.5年	性交タイミング法	切迫流産	分娩遅延のため 吸引分娩	なし
D	40	原因不明	1年	性交タイミング法	切迫早産	分娩遅延のため 吸引分娩	なし

5. 分析方法

面接時の録音内容から逐語録を作成し、それを対象者に郵送し内容の確認を行った。返送されてきた逐語録から文意を損なわないようデータを断片化し、主観的体験と思われる内容と取り出し、その後、類似する内容をサブカテゴリーとして抽出し、さらに、類似するサブカテゴリーを集め、主観的体験としてのカテゴリーを抽出した。分析は、研究指導教官のスーパーバイズのもとに行なった。

6. 用語の定義

母親役割獲得とは、母親として責任を持って子どもを育てていく役割を得ること。

7. 倫理的配慮

本研究の研究計画書を、沖縄県立看護大学の倫理審査において承認を得た。その後研究協力施設責任者および研究対象者に対して、口頭および文書で調査協力を依頼した。

依頼文書には調査目的、診療録からの情報収集、面接時の録音、プライバシーの保護、途中辞退が可能であること、調査の参加の有無に関わらず、それによる不利益がないことの保証ならびに得られた情報は研究以外に使用しない事などを明記した。

Ⅲ. 結果

1. 研究対象者の属性 (表1)

研究調査に同意の得られたのは4名で平均年齢は38歳、不妊治療歴は平均2.4年であった。対象者は今回、排卵誘発剤の使用1名、AIH (配偶子間人工授精) 1名、性交タイミング法2名によって妊娠していた。妊娠中は、切迫早産1名や切迫流産1名、妊娠性高血圧症候群1名、非妊時から10kg以上の体重増加1名だった。また、出産は帝王切開術2名、吸引分娩2名で出産時に医療処置が行われていた。出産後の育児サポート状況に関しては、2人

は実母や義母ならびに家族のサポートが得られていたが、他2名は実家が離島にあるため夫以外のサポートは得られない状況であった。

2. 母親役割獲得の主観的体験 (図2)

インタビューから1) 身近な人々の支えで母親として自信をつける 2) 子どものいる友人との関係 3) 高年に伴う出産体験 4) 高年妊娠に伴う子どもの障害を気にする体験の4つの母親役割獲得の主観的体験があった。文中の ( ) は文章がわかりやすく著者が追加、「」は対象者の語りを示し、抽出されたサブカテゴリーを<>、さらにカテゴリーを【】で示す。

1) 身近な人々の支えで母親として自信をつける (表2)

一般不妊治療によって妊娠したことで<周囲からの祝福>や<妊娠を喜んでくれた夫>からの【祝福による喜び】の体験をしていた。また、妊娠中は、「看護師から、徐々に母親になるから大丈夫だよと言われ泣きました。」というように<看護師の助言に感動>し、<掃除以外の家事を行なう夫>の身重な妻への思いやりや、<子どものいる妹が相談相手>になることなどから、妊娠中の不安や悩みを一緒に考えてくれる人たちの【周囲の支え】があることを体験していた。さらに、妊娠経過が進むにつれて<腹部膨大で徐々に妊娠を実感>したように【徐々に妊娠を実感】していた。「妊娠中はよくお腹の子に話しかけていました。」と言うように<子どものことを思う>、そして「この子は私たちを選んで生まれてきたのだ。」という<子どもから選ばれた思い>から【親である意識】が芽生えていた。

さらに出産時には「夫がいなかったら出産を乗り越えられなかった。」という語りのように<出産時の夫の支え>や<助産師の支援で出産を乗り越える>から【周囲の支えで出産を乗り越える】体験をしていた。

産後1ヶ月目では<子育ては大変>や<初めての子育てに戸惑う>、そして<うまく対処できずに不安>とい

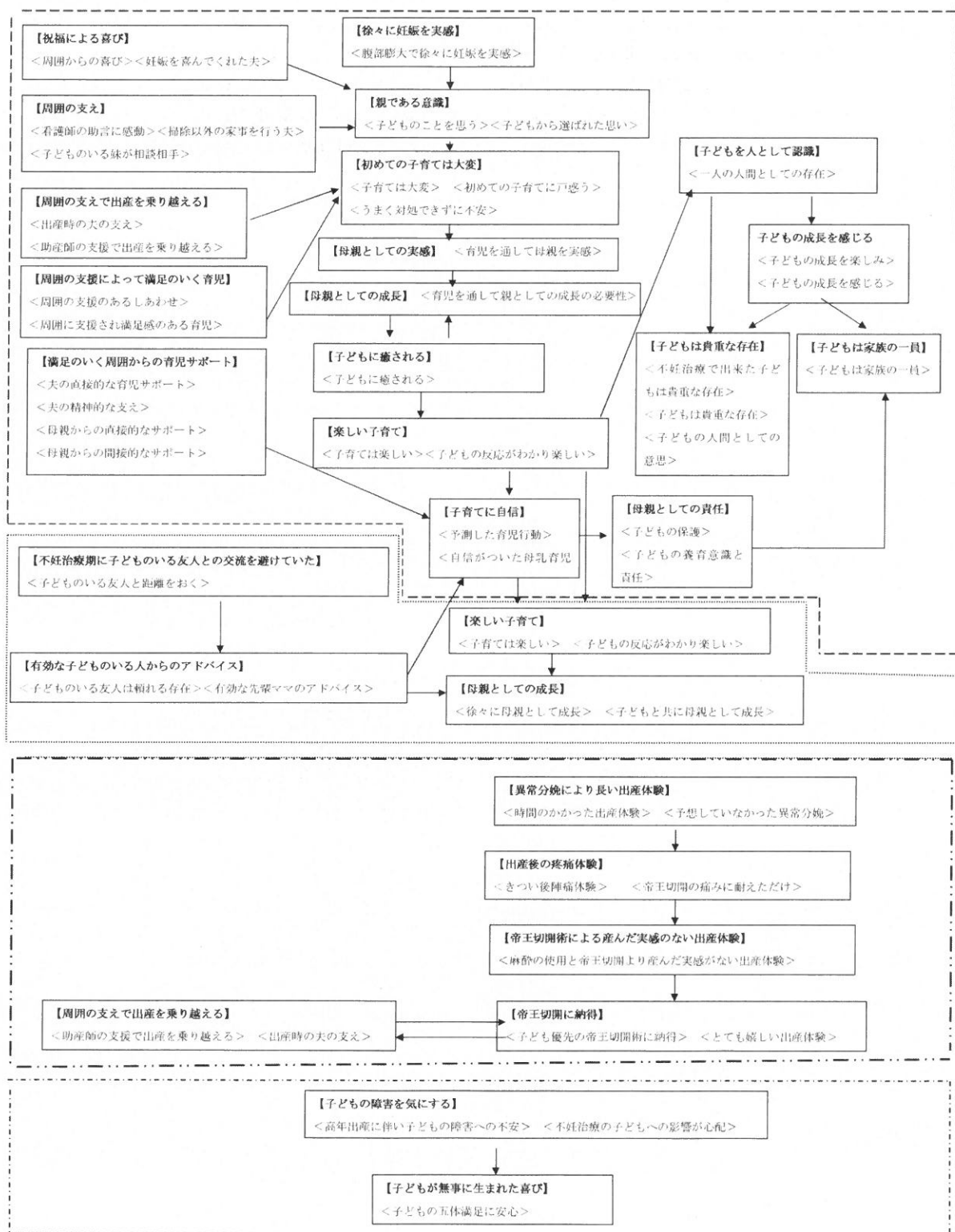


図2 母親役割獲得の主観的体験のストーリーライン

(----) 身近な人々の支えで母親として自身をつける・(-----) 子どものいる友人との関係・(-----) 高年に伴う出産体験  
 (-----) 高年妊娠に伴う子どもの障害を気にする体験)

表2 身近な人々の支えで母親としての自身をつけるに関するカテゴリー

対象者の語り	サブカテゴリー	カテゴリー
不妊治療で子供が出来たので、周りの叔父や叔母も喜んでくれました。(ケースA) (叔父や叔母は)子供が不妊治療で生まれたこともわかっており、子供が生まれたことを喜んでくれています。(ケースA)	周囲からの祝福	周囲からの祝福による喜び
(夫が)子供が出来たと知ったときは、とても喜んでくれました。(ケースA・B・C・D)	妊娠を喜んでくれた夫	
看護師のアドバイスで「母親は徐々に母親になって、強くなるから大丈夫だよ」と言われて、うるうるしてしまいました。(ケースB)	看護師の助言に感動	
妊娠中、夫は掃除以外の事は気を遣ってやってくれました。(ケースD)	掃除以外の家事を行なう夫	周囲の支え
私の妊娠中に、妹の妊娠もわかり、お互い妊婦同士だったので気になる事を相談しながら助けあいながら過ごしました。(ケースA)	子どものいる妹が相談相手	
妊娠中は特に(子どものいる)妹にいろいろ相談していました。(ケースA)		
助産師と一緒に頑張ってくれたので耐えることが出来ました。(ケースA)	助産師の支援で出産を乗り越える	周囲の支えで出産を乗り越える
助産師がいなかったら下から産めなかったかもしれません。(ケースC)		
夫がいなかったら出産を乗り越えられなかったです。(ケースC・D)	出産時の夫の支え	
(出産時)ずっと夫が付き添ってくれました。(ケースA)		
みんながよくしてくれるので、私以上に幸せな人はいない感じです。(ケースA)	周囲の育児支援のあるしあわせ	周囲の支援によって満足のいく育児
周りは一人で子育てしないといけない人が大勢いますが、私には助けてくれる人がいっぱいいて、子どもも元気で、育児が苦しい感じではないです。(ケースB)	周囲に支援され満足感のある育児	
(育児で苦しいとき夫が)ちゃんと私のことを見てくれているとわかり、うれしかったです。(ケースC)	夫の精神的な支え	
今はお風呂は夫が9割方入れています。(ケースA)	夫の直接的な育児サポート	満足のいく周囲からの育児サポート
夫は子供をあやすのも上手で、ミルクを飲ませるのもうまいです。(ケースA)		
子供が夜泣きしたときは彼と私で交互に抱いて落ち着かせています。(ケースB)		
母も育児に協力してくれます。(ケースA・B)	母親からの直接的な育児サポート	
私が子守で夜眠れないと話したら、わざわざ離島から小包で料理などを送ってくれます。買い物に行くことも大変なので助かっています。(ケースD)	母親からの間接的なサポート	

った【初めての子育ては大変】との体験を夫や両親の手伝いによって感じる<周囲の育児支援のあるしあわせ>や<周囲に支援され満足感のある育児>からくる【周囲の支援によって満足にいく育児】によって解消していた。そして、「(子どもを)世話をしていくうちに自分の子どもである自覚が沸いてきた。」という<育児を通して母親を実感>するといった【母親としての実感】体験をしていた。また、【母親としての実感】は<育児を通して親としての成長の必要性>を感じるといった【母親としての成長】につながり、子どもとの相互作用によって【子どもに癒される】体験となっていく。さらに、<子育ては楽しい>や<子どもの反応がわかり楽しい>といった【楽しい子育て】体験をしていた。子育てを通して子どもを<一人の人間としての存在>である【子どもを人として認識】や<不妊治療で出来た子どもは貴重な

存在>といった【子どもは貴重な存在】である思いを抱いていた。

産後3ヶ月目では子どももある程度大きくなることから夫も子どもの扱いに慣れ、「今は子供のお風呂は夫が9割方入れています。」のように直接子どもの世話を行なう<夫の直接的な育児サポート>や日々の育児を気遣う<夫の精神的な支え>があった。また、初めての子育てを気遣い母親が子育ての手伝いをする<母親からの直接的なサポート>や遠く離れて住んでいる母親から「私が子守で夜眠れないと話したら、わざわざ離島から小包で料理などを送ってくれます。買い物に行くことも大変なので助かっています。」といった<母親からの間接的なサポート>から【満足にいく周囲からの育児サポート】体験をしていた。これらの【満足にいく周囲からの育児サポート】体験は【子育てに自信】が持てる体験に繋が



表2 身近な人々の支えで母親としての自身をつけるに関するカテゴリー（続き1）

対象者の語り	サブカテゴリー	カテゴリー
お腹が大きい時が1番すごく妊娠の実感がありました。（ケースD）	腹部膨大で徐々に妊娠を実感	徐々に妊娠を実感
自分の体格が大きいので大きい子が産まれると思っていました。（ケースD） 妊娠中はよくお腹の子供に話しかけていました。（ケースA・B）	子どものことを思う	親である意識
この子は、私たちを選んで産まれてきたのだと思っています。（ケースA）	子どもから選ばれて親になった思い	
子育ては大変だと聞いていましたが、本当に大変ですね。（ケースC） 自分が実際に、子育てをやってみると、大変であることがわかりました。（ケースB）	子育ては大変	
何もかもが奮闘中です。（ケースD） 友だちの子どもを抱っこした事はありませんが、育児は全く初めてで、わかりません。（ケースD） （小さい子どもの世話をすること）全くの初体験なので、怖々やっています。（ケースC）	初めての育児で戸惑う	初めての育児では大変
（子どもが）泣いたらどうしたらいいのかわからず不安になります。（ケースB・C）	うまく対処できずに不安	
産んだときは本当に自分の子どもかなあと思いましたがミルクを飲ませたり、世話をしているうちに自分の子どもであると自覚が湧いてきました。（ケースC）	育児を通して母親を実感	母親としての実感
子育てをしていると、自分も親として成長しないとイケないと感じています。（ケースA・B・C・D）	育児を通して親としての成長の必要性	母親としての成長
夜は眠れないのでつらいのですが、子供の寝顔みたり、子供が笑ったりすると癒されます。（ケースD） 子供に癒されながら子育てをしています。（ケースC）	子どもに癒される	子どもに癒される
子供に手がかかるが、楽しいです。（ケースD） 子育ては、大変ですが、楽しいし、子供もかわいい。（ケースA）	子育ては楽しい	
子供に声をかけたら「おーおー」と子供の反応があり、子育てがとても楽しいです。（ケースB） 子供には「よく産まれましたね」と話しかけると「うー」と反応し、よくおしゃべりします。（ケースA）	子どもの反応がわかりやすい	楽しい子育て
おしりが赤くなったら、こまめに洗って治すようにしていますので、おむつかぶれは今のところありません。（ケースA）	予測した育児行動	
以前は母乳が出ていないのかもしれないという不安が強かったが、子供の体重もすごく増えていますし、ミルクを足さなくてもいいと知って、今のままでいいんだと思いました。（ケースD）	自信がついた母乳育児	子育てに自信
この子を守って、育てて行かないとイケないと強く思います。（ケースB）	子どもの保護	
最初はどうしていいのかわからなくて、おろおろしていたのですが、今はこの子を守り育てていくのは母親になった私の責任だと思っている。（ケースB） 子どもと24時間つきあえるが母親なんだと強く感じます。（ケースD）	子どもの養育意識と責任	母親としての責任
自分の子供でもあり、一人の人間と感じがします。（ケースA） 子供は自分の分身であり、ひとつの人格でもあります。（ケースD）	一人の人間としての存在	子どもを人として認識
子供が早く大きくなって一緒に遊びに行くのがとても楽しみです。（ケースA） 子供が反応を示す様になって、子供の成長が楽しみです。（ケースA）	子どもの成長を楽しみ	子どもの成長を感じる
子供の写真を見比べると大きくなっていると感じます。（ケースD） 子供と一緒にいないと寂しく感じます。（ケースB）	子どもの成長を感じる	
不妊治療を受けたことで、私たちが変わり、子供に恵まれた今、子供がいなかった生活は私には考えられません。（ケースA）	子どもは家族の一員	子どもは家族の一員
何となく子供が出来たのではなく、本当に望んで頑張ってきた子なのですごく嬉しいです。（ケースD） 私は注射をしたりして、普通には妊娠出来なかったもので、こうやって子供が出来たこと自体が「すごい」と思っています。（ケースA）	不妊治療でできた子どもは貴重な存在 子どもは貴重な存在	子どもは貴重な存在
子供は伝える事ができないが、一人の人間としての意思はあると感じます。（ケースB）	子どもの人間としての意思	

っていた。さらに<子どもの保護>や<子どもの養育意識と責任>という【母親としての責任】や<子どもの成長を楽しみ>に<子どもの成長を感じる>といった【子どもの成長を感じる】体験から【子どもは家族の一員】であると思うようになっていた。そして<子どもは貴重な存在>で<子どもの人間としての意思>を感じるといった【子どもは貴重な存在】として子どものことを思っていた。

## 2) 子どものいる友人との関係 (表3)

「不妊治療中は、(子どものいる)友人とメールとかで連絡はとっていたのですが、距離をおく感じでした。」というように<子どものいる友人と距離をおく>といったように【不妊治療期に子どものいる友人との交流を避けていた】。しかし、産後3ヶ月目には、「いまでは友人は頼りになる存在です。」と述べているように<子どものいる友人は頼れる存在>に変化し、また、「先輩ママからいろいろ情報がもらえています。このちょっとした情報がうれしい、役に立っています。」と<有効な先輩ママのアドバイス>として受け入れ【有効な子どものいる人からのアドバイス】として捉えられるようになっていた。また、子どものいる友人から得た育児のアドバイスをもとにオムツかぶれを予防する行動がとれるようになったといった<予測した育児行動>や<自信がついた母乳育児>は【子育てに自信】につながっていた。さらに<子育ては楽しい>や<子どもの反応がわかり楽しい>といった【楽しい子育て】体験は<徐々に母親として成長>や<子どもと共に母親として成長>といった【母親として成長】体験につながっていた。

## 3) 高年に伴う出産体験 (表4)

出産時「微弱陣痛だったので生まれるまで2日かかった。」の発言のように<時間のかかった出産体験>や「吸引とか促進剤とか考えていませんでした。」という<予想していなかった異常分娩>より【異常分娩により長い出産体験】をしていた。さらに、出産後も続いた<きつい後陣痛体験>や<帝王切開の痛みに耐えただけ>といった【出産後の疼痛体験】あるいは「麻酔で痛くなかったので産まれた実感があまりなかった。」という【帝王切開術による産んだ実感のない出産体験】をしていた。しかしまた、帝王切開術になった対象の中には、<子ども優先の帝王切開術に納得>し、それを<とても嬉しい出産体験>と思いついて【帝王切開術に納得】した体験となっていた。吸引分娩になったもの<助産師の支援で出産を乗り越える>や「夫がいなかったら出産を乗り越えられ

なかった。」という<出産時の夫の支え>による【周囲の支えで出産を乗り越える】体験をしていた。

## 4) 高年妊娠に伴う子どもの障害を気にする体験 (表5)

「出産が終わるまでは、無事に産まれてくるのか、高齢出産なので障害を持っていないかが心配でした。」や「(私は40歳なので出産直後)すぐに本当に子どもが五体満足なのか確認しました。」という<高年出産に伴い子どもの障害への不安>、排卵誘発剤の使用により妊娠に至ったケースAは「(排卵誘発剤を使用していたので)こんなに薬品を使って子どもが出来たときは大丈夫なのかという不安がありました。」のように<不妊治療の子どもへの影響が心配>といった【子どもの障害を気にする】体験をしていた。そして、「(子どもの)手や足も付いていると思った。」ように<子どもの五体満足以安心>するといった【子どもが無事に生まれた喜び】を感じていた。

## IV. 考察

インタビューから見出された母親役割獲得の主観的体験から身近な人々の支えで母親として自信をつける、子どものいる友人との関係、高年に伴う出産体験、高年妊娠に伴う子どもの障害を気にする体験をしていた。それらについて考察する。

### 1. 身近な人々の支えで母親として自信をつける

Rubinによると妊娠は心理的・社会的に母親になること、女性の自己システムと生活空間のなかに子どもを受け入れるための準備期間で<sup>14)</sup>、この時期の母親モデルの存在は、Maternal Identityを発展させるといわれている<sup>12)</sup>。妊娠期は、<子どものいる妹が相談相手>になっており、<妊娠・出産経験のある身近な人の存在>はMaternal Identityを発展させるために役に立っていたと考えられる。

産後1ヶ月目、産後3ヶ月目では、家族は子供の世話を一緒に行う直接的サポートと育児のアドバイスをする間接的サポートがあった。特に出産・育児の経験のある実母や妹の存在は、母親としての先輩モデルであるとともに親密さもあり、気軽に相談しやすくサポートを得やすい存在であると考えられる。また、距離的にも離れていても、宅配便による食事の支援等、家族が出来る方法で対象者をサポートしていた。これからさまざまな方法によるサポートを家族から得る事によって親として育児が行なっていた。これらのことより、サポートが母親役割獲得の上で重要な要因と考えられた。

表3 子どものいる友人との関係に関するカテゴリー

対象者の語り	サブカテゴリー	カテゴリー
不妊治療中は、(子どものいる)友人とメールとかで連絡はとっていたのですが、距離をおく感じでした。(ケースC)	子どものいる友人と距離をおく	不妊治療期、子どものいる友人との交流を避けていた
(子どものいる)友人と会っても、子どもの話や不妊治療の話に触れられるのが嫌で自分から距離をおいていましたが、今は普通に会っています。(ケースB)		
いまでは友人は頼りになる存在です。(ケースB・D)	子どものいる友人は頼れる存在	有効な子どものいる人からのアドバイス
先輩ママからいろいろ情報がもらえています。このちょっとした情報がうれし、役に立っています。(ケースA)	有効な先輩ママのアドバイス	
おしりが赤くなったら、こまめに洗って治すようにしていますので、おむつかぶれは今のところありません。(ケースA)	予測した育児行動	子育てに自信
以前は母乳が出ていないのかもしれないという不安が強かったが、子供の体重もすごく増えていますし、ミルクを足さなくてもいいと知って、今のままでいいんだと思いました。(ケースC)	自信がついた母乳育児	
子どもが日々成長しているのがわかり楽しく子育てをしています。(ケースA)	子育ては楽しい	楽しい子育て
子どもに自分の思いが伝わっているようで、子育ては楽しいです。(ケースB)		
だんだん、育児に慣れてくると、泣くとお腹が空いている、満足すると眠る事がわかって楽しくなった。(ケースA)	子どもの反応がわかり楽しい	
徐々に母親になるかもしれません。(ケースA)	徐々に母親として成長	母親として成長
子供の世話をしながら、だんだん親になっていくと思っています。(ケースB・D)	子どもと共に母親として成長	
子供によって、親に成長すると思います。(ケースC)		

表4 高年に伴う出産体験に関するカテゴリー

対象者の語り	サブカテゴリー	カテゴリー
助産師と一緒に頑張ってくれたので耐えることが出来ました。(ケースD)	助産師の支援で出産を乗り越える	周囲の支えて出産を乗り越える
助産師がいなかったら下から産めなかったかもしれません。(ケースC)		
夫がいなかったら出産を乗り越えられなかったです。(ケースD)	出産時の夫の支え	
(出産時)ずっと夫が付き添ってくれました。(ケースA・B・C・D)		
微弱陣痛だったので産まれるまで2日かかりました。(ケースC・D)	時間のかかった出産体験	異常分娩による長い出産体験
普通に産まれると思っていたので、吸引とか促進剤とか考えてもいませんでした。(ケースC・D)	予想していなかった異常分娩	
後陣痛もきつく感じました。(ケースB)	きつい後陣痛体験	
産んだ実感よりも手術の痛みに耐えただけで感じました。(ケースB)	帝王切開の痛みに耐えただけ	出産後の疼痛体験
お腹の痛みだけ感覚がありました。(ケースA)		
麻酔で痛くなかったので産まれた実感があまりなかったです。(ケースA・B)	麻酔の使用と帝王切開	帝王切開術により産んだ実感がない出産体験
子供の事を考えて先生が帝王切開が良いと判断してくれて、良かったと思っています。(ケースA)	子ども優先の帝王切開術に納得	帝王切開術に納得
帝王切開に決まったときは不安はなかったです。(ケースB)		
出産の時はとても嬉しかったです。(ケースA)	とても嬉しい出産体験	

表5 高年妊娠に伴う子どもの障害を気にする体験に関するカテゴリー

対象者の語り	サブカテゴリー	カテゴリー
出産後すぐに本当に子供が五体満足なのかを確認しました。(ケースA・C・D)	高年出産に伴う子どもの障害への不安	子どもの障害を気にする
出産が終わるまでは、無事に産まれてくるのか、高齢出産なので障害を持っていないかが心配でした。(ケースB)		
(排卵誘発剤を使用していたので)こんなに薬品を使って子どもが出来たときは大丈夫なのかという不安がありました。(ケースA)	不妊治療の子どもへの影響が心配	
(子どもの)手も足もついていると思いました。(ケースA)	子どもが五体満足に安心	子どもが無事にうまれた喜び

## 2. 子どものいる友人との関係

不妊治療中、女性は【子どものいる友人との交流を避ける】体験をしていた。これは、自分に子どもが出来ない事で劣等感があり、交流を避けることで不妊である自分を認めたくない思いが働いていたと解釈される。また、不妊の経験のない人は、不妊女性の心情を完全に理解できず<sup>15)</sup>、不用意な言葉や態度で、不妊症の人たちを傷つけることがある。そのような言動から自己を守るために【子どものいる友人との交流を避ける】行動につながっていたと考えられる。

しかし、産後1ヶ月目では子どものいる友人は、育児を行う先輩としてのポジティブな存在になっていた。それは、子どもができることにより、不妊であった意識が薄れ、子どものいる友人と母親同士としての新しい関係が形成されたからだと考えられる。このように、子どものいる友人との関係は、不妊治療期と育児期では大きく異なっており、不妊治療を受けた経験のある女性特有の主観的体験であると考えられる。

## 3. 高年に伴う出産体験

不妊治療は高年になって開始される場合が多いため<sup>16)</sup>、不妊治療後の妊娠は高年初産婦となりやすい。高年初産婦は軟産道や骨盤関節の硬化により分娩所要時間も時間を要し、帝王切開の適用になりやすい。

緊急帝王切開術は経膈分娩に比べて、出産体験を肯定的認識が低いと報告されているが<sup>17・18)</sup>、今回の対象者は分娩進行停止によって緊急帝王切開術になったが、【帝王切開術に納得】し、<とても嬉しい出産体験>と思っていた。このことは、陣痛に耐えたが、分娩が進行しないためやむを得ず帝王切開での出産となったためにそれに納得し、子どもが無事に産まれたことに満足したためと解釈される。しかし、同じ帝王切開術でも【帝王切開術により産んだ実感のない出産体験】として受け止めている者もいた。出産体験を否定的にとらえる者は自尊心感情を低下させる<sup>12)</sup>。低い自尊心感情は、母親としての意識を低くするためMaternal identityの確立を困難にすると推測される。さらにMaternal identityの確立が困難な場合、母親役割獲得もスムーズに行なえないと思われる。よって、出産が肯定的体験になるように、出産時の精神的サポート、出産時の納得のいく説明、出産後の振り返りを通したフォローが必要である。

## 4. 高年妊娠に伴う子どもの障害を気にする体験

妊娠・出産期に【子どもの障害を心配】する体験から、不妊治療受診者の多くは高年で高年妊娠に伴う子どもへ

の障害のリスクや不妊治療に伴う治療の影響を長く心に抱いていた。実際に子どもの障害の有無を確認することによって不妊治療や高年妊娠による子どもへの影響の心配から解放され、子どもの受容につながっていた。

不妊治療の方法には、排卵誘発剤などの薬物使用や人工的な操作を伴うものもある。先天性奇形の多くは主要器官形成される妊娠初期に発症し<sup>19)</sup>、不妊治療の排卵誘発剤は妊娠成立以前に使用するので、胎児奇形発生としては関連しない。しかし、そのような知識を持たない女性は、子どもに異常はないかと【子どもの障害を心配】する主観的な体験しながら妊娠期を不安に過ごしていたと推察される。また、この【子どもの障害を心配】する主観的体験は、高年妊娠の女性も体験すると考えられるが、不妊治療という人工的な処置によって妊娠した女性の方がより強い思いを抱いていると考えられる。したがって、不妊治療により薬物や人工的な操作を伴う場合は、不妊治療による子どもへの影響へのインフォームドコンセントやカウンセリングの体制をしっかり整え、精神的フォローが行なえるようにする必要がある。

## V 研究の限界と今後の課題

本研究では、対象者が4名と少人数で一般化するには症例数が不足していた。また、不妊治療方法によっても不妊治療の体験が異なると推察されるため、今後の課題として不妊治療別の母親役割獲得を明らかにする必要がある。

さらに産後1ヶ月・3ヶ月に後向き研究を行ったことから今後は前向き研究を行い、不妊治療と母親役割獲得を明らかにする必要がある。

## VI 結論

1. 不妊治療後妊娠した女性の、身近な人々の支えは、母親役割獲得する上で重要な要因になっていた。
2. 子どものいる友人は、不妊治療期にはネガティブな存在として意識していたが、育児期では育児を行う先輩としてのポジティブな存在となっており、両時期ではその意味が大きく異なっていた。
3. 不妊治療を行う女性は、高年の方が多い。そのため、加齢にともない出産が困難になると予測される。困難な出産体験はMaternal identityの確立が困難であり、それが母親役割獲得にマイナスに作用すると考えられている。したがって出産体験が肯定的になるような看護支援が必要である。
4. 不妊治療により薬物や人工的な操作を伴う場合は、不妊治療による子どもへの影響等やカウンセリング

の体制を整える必要がある。

## 謝 辞

本研究に快く調査にご協力頂いたお母様方ならびに病院施設の院長・看護部長に深く御礼申し上げます。

本研究は平成20年度沖縄県立看護大学大学院保健看護学研究科の修士論文に一部加筆・修正したものであり、一部は第8回日本生殖看護学会学術集会で報告しました。

## 引用文献

- 1) 平成11年度厚生科学研究費助成金（子ども家庭総合研究事業）生殖補助医療に対する患者の意識に関する研究：全国調査の結果から。
- 2) 厚生労働省 精子・卵子・胚の提供等による生殖補助医療制度の整備に関する報告書
- 3) 森岡由起子,千葉ヒロ子,森恵美(2001)：助産師が行う不妊症ケア～I V Fの現場から～, PERINATAL CARE 新春増刊, 70-83.
- 4) 白井千晶：不妊治療患者の実態に関する社会学的研究, <http://www.af-info.or.jp/jpn/subsidy/report2/2003/body/03D-C02-P152.TXT>
- 5) 千石一雄,石川陸男：不妊症治療後の妊婦の心理的ケア, Prenatal Care,13巻,84-88.
- 6) Barbara Eck Menning, R.N., M.S.N (1982) : THE Psychosocial Impact of infertility, Nursing Clinics of North America, Vol. 17, No.1, p 155～163.
- 7) 新道幸恵,和田サヨ子 (1990) : 母性の心理社会的側面と看護ケア, 医学書院.
- 8) 勝畑有紀子,石川浩史他 (2005) : 40歳をこえる高年初産の妊娠・分娩予後, 日本産婦人科学会神奈川地方部会誌, 41 (2), 132-136.
- 9) 大嶺ふじ子,儀間継子,宮城万里子,仲村美津枝,鳥尻貞子他 (2000) : 不妊治療を受けた妊産褥婦の不安と対児感情について, 母性衛生, 第41巻4号,439～443.
- 10) 水野千奈津,鳥田三恵子 (2006) : 不妊治療後の母子関係に関する研究,Nurse eye, 19 (4), 108-117.
- 11) Klaus,MH,Kennel,J:Maternal-Infant bonding 1976. 竹内徹,柏木哲夫訳 (1979) : 母と子のきずな 母子関係の原点を探る, 医学書院.
- 12) Marcer,R.T. (1986) :First-timemotherhood,Springer Publishing.
- 13) Kenneth S.Robson,M.D.,and Howard A.Moss,Ph.D. (1970) :Patterns and determinants of maternal attachment,The Journal of PEDIATRICS, December, p976～985.
- 14) Reva Rubin : Maternal Identity and the Maternal Experience, 1997, 新道幸恵 後藤桂子訳 (1997), ルヴァン ルビン 母性論, 医学書院.
- 15) 秋月百合,高橋都,齊藤民,甲斐一郎 (2004) : 不妊女性の経験するネガティブサポートに関する質的研究, 母性衛生, 46 (1), 126-135.
- 16) 平成17年版国民生活白書
- 17) Marut,T.S,Mercer,R.T (1979) :Comparis of Primiparas' s Percetions of Varginsl and Cesarean Births Nursing Reserh,28(5),260～266.
- 18) 東野妙子,近藤潤子 (1988) : 初回帝王切開術分娩の婦人の喪失と悲嘆過程の分析,日本看護科学学会誌,8 (2), p 17～32.
- 19) 青木康子他編集 (2008) : 助産学体系 3 妊娠・分娩の生理と病態, 日本看護協会出版会.

Maternal role attainment of Woman who got pregnant  
after general infertility treatment  
— Subjective experience until three months postpartum  
from the pregnancy to childbirth period —

Kumiko Chinen<sup>1)</sup>, Kiyoko Tamashiro<sup>2)</sup>

Abstract

**[Objective]** The purpose of this study was to clarify the role of subjective experience of maternal role attainment from pregnancy to three months postpartum who had experience of general infertility treatment.

**[Method]** The semi-structured interview of "Consciousness as mother", "Feelings to the child", and "Situation of the social support" until three months postpartum from the pregnancy and childbirth period were done. Analytical methods to extract from the subjective experience of the interview transcripts, similar content together.

**[Results]** There were four subjective experiences of "Confidence is given as a mother with a support of familiar people." · "Relation to friend who has child" · "Childbirth experience according to advanced age" and "Experience of worrying about child's trouble because of advanced age pregnancy" from an interview. For an experience providing a confidence as a mother with a support of surrounding people, she obtained "a confidence to raise a child" by "a satisfying child rearing support from surrounding environment" and felt "a responsibility as a mother". For a relationship to a friend with a child, the relationship has been changed as acquiring "an advice from a person with an available child" by pregnancy while "avoiding an intercommunication for friend with a child during a infertility treatment." In an experience of late childbearing, she had "a longer childbirth experience by abnormal labor" and "no actual sense of delivery due to a childbirth experience by Caesarean operation". For an experience to worry about a child disability by late childbearing, she had an experience for "worrying about a child disability".

**[Conclusion]**

1. A support by surrounding people was an important factor to acquire a maternal role.
2. For a relationship to a friend with a child, the friend's existence became different between a infertility treatment period and child-rearing period.
3. To become a childbirth experience as a positive experience, it needs to be assisted through a mental support/convincing explanation at the time of delivery and a review after delivery.
4. It needs to securely consolidate a system of informed consent and counseling for child influence by infertility treatment and establish a circumstance to carry out a mental assistance.

**Key words :** Pregnancy after general infertility treatment、 Maternal role attainment、 Subjective experience、 Support

---

1) Okinawa Prefectural College of Nursing, Doctoral Course

2) Okinawa Prefectural College of Nursing

**産後1か月と3か月時点の母親の抑うつの変化**  
—NICUに入院した子どもをもつ母親と正常新生児をもつ母親との比較—

西平朋子 玉城清子

報告

# 産後1か月と3か月時点の母親の抑うつの変化 —NICUに入院した子どもをもつ母親と正常新生児をもつ母親との比較—

西平朋子<sup>1)</sup> 玉城清子<sup>1)</sup>

## 要約

- 【目的】本研究の目的は、NICUに入院した子どもをもつ母親と正常新生児をもつ母親を比較し、産後1か月と3か月時点の抑うつの変化を明らかにし、看護支援に示唆を得ることである。
- 【方法】NICUに入院経験のある子どもをもつ母親（NICU群）及び正常新生児を出産し1か月健診を受診した母親（正常群）を対象に、産後1か月と3か月の2回、抑うつについて自記式質問紙を用いた調査を行なった。抑うつは日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）を用い、8点以下を抑うつ陰性、9点以上を抑うつ陽性とした。
- 【結果】1. 1か月の調査票の回収数は232名で、そのうちEPDSの未記入者10名を除く222名（有効回答率95.7%）を分析対象とした（NICU群43名、正常群179名）。また、3か月の回答はNICU群25名、正常群100名合計125名から得られ（回収率60.1%）、全員が有効回答であった。
2. 産後1か月では、NICU群は正常群に比較して有意に抑うつ陽性率が高かった。
  3. 産後3か月では、抑うつ陽性者の割合は、NICU群に有意に多かった。
  4. 産後1か月と3か月に回答があった者で、産後1か月時に抑うつ陽性の者のうち産後3か月も陽性であった者はNICU群、正常群ともに約4割であった。また産後1か月は抑うつ陰性でも、3か月に抑うつ陽性となる者は、NICU群33.3%、正常群9.1%であった。
- 【結論】産後1か月、3か月ともにNICU群に抑うつ陽性の者の割合が高かった。このことから、NICUに入院した子どもの母親に対しては、子どものケアだけでなく、母親に対しても地域との連携をさらに強化しながら退院後も継続的な支援の必要性が示唆された。

キーワード：NICU、産後、抑うつ、EPDS

## I. 緒言

妊娠・出産を経てあらたに始まる子育ては、女性にとって喜びや楽しみだけではなく、心身の疲労も伴うと同時に、これまでに経験したことのない新たな、生涯にわたって続く母親という役割を担うことでもある。

ヒトの赤ちゃんは、生理的に未熟な状態で出生するため（生理的早産）、大人（親）による世話が必要である<sup>1)</sup>。母親に世話されることによって心理的にも社会的にも人間の子どもとなっていく。子どもの生涯にわたる健全な心身の発達のためには、この時期に母親から十分な愛情と世話を受け、安定した愛着を形成することが重要である<sup>2)</sup>。

産褥期は、出産を契機に体内のホルモン環境の著明な変化が起これ、精神的に不安定に陥ることもあるといわれている<sup>3~5)</sup>。この時期は、育児に伴う心身の疲労に加え、母親役割を達成するために新たに周囲との関係を形成していくという心理社会的なストレスも加わることになる。そのため出産後の女性は、気持ちが落ち込んだり、不安になったりと周産期に何らかの精神保健上の問

題により苦悩することも少なくない<sup>6, 7)</sup>。

産後うつ病は、産後数週間から3か月以内に抑うつ状態が出現し、一般のうつ病と同様の症状がみられる<sup>5, 8, 9)</sup>。産後うつ病など母親のメンタルヘルスに問題がある場合は、乳児の発するサインに気づきにくく、適切に応えることができないなど、母子相互の交流を妨げることが知られている<sup>10, 11)</sup>。Nagataは産後のうつ状態が強い母親は、子どもに対する関心が低く、母親から子どもへの愛着が弱いことを報告している<sup>12)</sup>。

日本では里帰り分娩の習慣など実家からの援助が得やすく、産後うつ病の発症頻度は欧米より低いのではないかと考えられていた<sup>13)</sup>。しかし発症頻度は欧米では10~26%<sup>6)</sup>、わが国でも10~20%と報告されており<sup>14~16)</sup>、ほとんど差はみられない。

これまでの産後うつ病に関する研究では、住環境の不満足、夫の家事への不参加、授乳の困難、児の夜泣き、若年・高年出産、帝王切開、子どもの病気や入院などがリスク要因として報告されている<sup>16~18)</sup>。

一方、NICUに入院する子どもを出産した母親は、予期せぬ出産による妊娠の中断、正常に出産できなかったことへの罪悪感、子どもへの接触の恐怖感を強く抱くこ

1) 沖縄県立看護大学



と、子どもの健康状態や成長発達、後遺症へ不安を募らせやすいといわれている<sup>19~22)</sup>。よって、NICUに入院している子どもの母親は、正常新生児をもつ母親と比較して心理的負荷がかかり、抑うつが強くなると予測されるが、産後うつ病に関する先行研究の多くはNICUに入院している子どもをもつ母親は除外されている。NICUに入院する子どもを出産した母親のメンタルヘルスケアを実践していくためには、母親のメンタルヘルスの状態や特徴を把握し支援していくことが重要であるが産後の抑うつについて両方を対象にし、客観的に比較した研究は少ない。

そこで本研究の目的は、NICUに入院した子どもをもつ母親と正常新生児をもつ母親を比較し、産後1か月と3か月時点の抑うつの変化を明らかにし、看護援助に示唆を得ることである。

## II. 研究方法

### 1. 対象と方法

調査対象者は、平成21年6月から8月までに沖縄県内のNICUを併設する2医療施設に入院経験のある1か月の乳児をもつ母親（以下NICU群）及び中北部の3医療施設で正常新生児を出産し1か月健診を受診した母親（以下正常群）である。事前にNICUを併設する2医療施設および中北部の3医療施設の施設管理者と病棟管理者に調査の趣旨を説明し、了解を得た。その後、1か月健診に来院した母親へ調査者が口頭および書面で調査の趣旨を説明し、了解の得られた者へ調査票を配布した。1回目の調査に回答の得られた232名中、2回目の調査への協力に同意し、調査票に住所の記載があった者へ産後3か月時点で2回目の調査を郵送法で行なった。

質問紙調査は記名式であり、質問紙送付のために対象者の自宅住所の情報を得ることを説明し、了解を得た。

### 2. 調査内容及び測定用具

1) 基本属性は、母親の年齢、父親の年齢、婚姻状況、既往妊娠分娩歴、分娩様式、児の出生週数、出生時体重などである。NICUに入院した子どもの情報（入院時の状態、入院中に行なわれた処置・検査・治療内容、今後予定されている処置・治療・検査内容、予後についての説明内容）についてはカルテや面会ノート等から情報収集を行った。

2) 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（以下EPDS）

EPDSは、産後うつ病のスクリーニングを目的に、Coxらによって作成された尺度である<sup>23)</sup>。今回の調査で

は、岡野らによって翻訳されたEPDS「日本版」を使用した<sup>14)</sup>。EPDS「日本版」の信頼性は、岡野により再テスト法（順位相関係数0.92）、Cronbach's  $\alpha$  0.78と報告されている<sup>14)</sup>。EPDSは10項目より構成されそれぞれの項目について、過去7日間の感じたことを「いつもと同様にできた（0点）」から「まったくできなかった（3点）」の4件法で測定し、10項目の合計点で評価される。カットオフポイントを8/9に設定した場合の鋭敏度は、0.75、特異度0.93と報告されている<sup>14)</sup>。本研究においてもカットオフポイントを8/9点とし、8点以下を「抑うつ陰性」、9点以上を「抑うつ陽性」とした。

### 3. 用語の定義

1) NICU群：NICUの病棟管理者から紹介されたNICUに2週間以上入院している子どもの母親

2) 正常群：妊娠37~41週の期間に産産し、出生時体重2500g以上、アプガースコア7点以上、単胎、入院中に治療を有する疾患がなかった子どもの母親

3) 抑うつ陰性：EPDS総得点8点以下

4) 抑うつ陽性：EPDS総得点9点以上

### 4. 分析方法

1) EPDS10項目すべてに記載されている者を分析対象とした。

2) 精神科疾患既往のある者は対象から除外した。

3) 調査場所はNICU群が2施設、正常群が3施設であった。それぞれの群間の同等性の検定を行なう。

4) 同一対象に1か月（1回目）と3か月（2回目）に調査を行なうため、1回目の対象者について3か月アンケート回収有り群と無し群に分けて同質性の検定を行ない、同質性が保証されれば1か月で回収されたデータを分析の対象とするが、保証されなければ3か月で回収されたデータに対応する者の1か月のデータを用いる。

5) 従属変数の正規性の検定を行い、正規性が保証されればパラメトリック検定、されない場合はノンパラメトリック検定を用いる。

6) 分析はSPSS 15.0J for windowsを用い、有意水準を5%未満とした。

### 5. 倫理的配慮

研究計画は、所属する大学の倫理審査委員会の承認（承認番号09001）を受けて実施した。また調査協力施設の倫理審査委員会または管理者会議での承認を得て実施した。調査票を配布する際、口頭および文書をもって研究目的と自由参加であること、調査票によって得られた

情報はコード化し施設および個人が特定されないこと、収集したデータは施設のある場所に保管し研究者以外の他人が閲覧できないようにすること、プライバシーの保護には充分配慮すること、本研究以外には使用しないことを説明し、同意の得られた者に調査票を配布した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 調査票の回収状況と同等性の検定

1か月の調査票の回収状況は、NICU群では配布数54部に対し回収数43部(回収率79.2%)、そのうち有効回答数は43部(有効回答率100%)であった。正常群では配布数227部に対し回収数189部(回収率83.3%)、そのうち有効回答数はEPDSの未記入者10部を除く179部(有効回答率94.7%)であった。1か月の調査票はNICU群43人、正常群179人、合計222人を分析対象とした。次に3か月の調

査票の回収状況は、NICU群では、住所の記載のなかった者(2人)、子どもが死亡した子どもの母親(1人)を除いた40人に配布し、25人から回答が得られ(回収率62.5%)、有効回答は25部(有効回答率100.0%)であった。正常群では、住所記載のなかった11人を除く168人に配布し、100人から回答が得られ(回収率59.5%)、有効回答は100部(有効回答率100.0%)であった。3か月の調査票は両者の合計125人を分析対象とした。

正常群の3施設の対象者について属性( $p=0.31\sim 0.947$ )及びEPDS( $p=0.89$ )の同等性の検定を行なった結果、有意差がなかったことから同等であると判断した。NICU群の2施設についても同等性の検定を行なった結果、有意差はなく、同等であると確認された。また、1か月の回答者222名と3か月の回答者114名と回答者数に差があったので、1か月の回答者を3か月アンケート回収

表1 対象者の背景

		NICU群(n=43)		正常群(n=179)		Z値	p値
母親の平均年齢(歳)		31.4±6.1		29.9±5.5		-1.678	0.093
父親の平均年齢(歳)		33.2±7.1		32.0±6.7		-1.293	0.196
出生時体重(g)		1894.6±772.2		3039.7±349.5g		-8.774	0.001
在胎週数(週)		33.7±3.9		39.0±1.2		-8.321	0.001
		人	%	人	%	$\chi^2$ 値	p値
結婚形態	既婚	39	90.7	171	95.5	2.946	0.229
	未婚(入籍予定あり)	1	2.3	1	0.6		
	未婚(入籍予定なし)	3	7.0	5	2.8		
	無回答	0	0.0	2	1.1		
分娩様式	経膈分娩	19	44.2	137	76.5	21.192	0.001
	帝王切開	24	55.8	42	23.5		
分娩のとらえ方	思ったより軽かった	5	11.6	75	41.9	24.194	0.001
	思った通り	4	9.3	36	20.1		
	思ったより大変	33	76.7	67	37.4		
	無回答	1	2.3	1	0.6		
児の性別	男児	19	44.2	84	46.9	0.105	0.865
	女児	24	55.8	95	53.1		
妊娠・分娩経過中の異常の有無	無	1	2.3	68	38.0	20.586	0.001
	有	42	97.7	111	62.0		
出生順位	初産婦	22	51.2	65	36.3	3.208	0.083
	経産婦	21	48.8	114	63.7		
仕事の状況	専業主婦	34	79.1	111	62.0	4.658	0.199
	パートタイム	2	4.7	20	11.2		
	フルタイム	7	16.3	45	25.1		
	その他	0	0.0	2	1.1		
	無回答	0	0.0	1	0.6		
現在の家計の状況	余裕がある	1	2.3	5	2.8	3.557	0.469
	やや余裕がある	1	2.3	12	6.7		
	どちらともいえない	26	60.5	107	59.8		
	やや苦しい	10	23.3	44	24.6		
	苦しい	5	11.6	9	5.0		
	無回答	0	0.0	2	1.1		

有り群と回収無し群に分け、同質性の検定を行なった。その結果、属性 ( $p=0.54\sim 0.73$ ) 並びにEPDS ( $p=0.102$ ) に有意差がなかったことから同等とみなし222名を分析対象とした。

## 2. 対象の背景

対象者の背景を表1に示した。母親の平均年齢はNICU群31.4±6.1歳、正常群29.9±5.5歳、父親の平均年齢はNICU群33.2±7.1歳、正常群32.0±6.7歳であった。出生時平均体重は、NICU群1894.6±772.2g、正常群3039.7±349.5gであった。平均在胎週数は、NICU群33.7±3.9週、正常群39.0±1.2週であった。NICU群では、72.1%が早産であった。婚姻状況は既婚が正常群95.5%、NICU群90.7%であった。分娩様式は、正常群では経膈分娩76.5%であるのに対し、NICU群では帝王切開55.8%であり、NICU群は有意に帝王切開が多かった ( $\chi^2=21.2, p=0.001$ )。分娩のとらえ方は、NICU群では「思ったより大変だった」76.7%が最も多いのに対し、正常群は「思ったより軽かった」が41.9%と最も多くなっており両群間で、分娩に対するとらえ方に差がみられた ( $\chi^2=24.2, p=0.001$ )。妊娠・分娩経過中の異常の有無では、NICU群では「異常なし」は1名のみで、残り42人は妊娠・分娩経過中に異常を指摘されているのに対し、正常群では「異常なし」が66人 (38.0%) であり、NICU群には妊娠・分娩経過中に異常を指摘されている者が有意に多かった ( $\chi^2=20.6, p=0.001$ )。職業は、正常群、NICU群ともに専業主婦が最も多かった。家計の状況は、「やや苦しい」「苦しい」を合わせると正常群29.6%、NICU群34.9%であり、経済的に余裕がないと認識しているものが両群間とも約3割いた。

NICU群の子どもの背景は、低出生体重児21名、極低出生体重児13人、心疾患12人等であった (表2)。1回目の質問紙調査時に子どもが退院しているのは4人で、39人は入院中であった。また、2回目の調査で子どもが退院しているのは22人、2人は入院中であった。

表2 調査時のNICU入院の子どもの背景

	1か月 (n=43)
入院中	39人
退院	4人
超低出生体重児 (1000g未満)	2
極低出生体重児 (1500g未満)	13
低出生体重児 (2500g未満)	21
心疾患	12
消化器疾患	1
染色体異常	3
RDS (呼吸窮迫症候群) 疑い	2
その他	6

(重複回答)

## 3. 産後1か月のNICU群と正常群のEPDS判定結果

NICU群と正常群における産後1か月のEPDS判定結果を表3に示した。産後1か月における「抑うつ陽性」はNICU群では41.9%、正常群で13.4%であり、NICU群は「抑うつ陽性」が有意に多かった ( $\chi^2=19.4, p=0.001$ )。NICU群と正常群における抑うつと分娩様式の関連では、NICU群では、「抑うつ陽性」の者に有意に帝王切開が多かった ( $\chi^2=6.1, p<0.05$ )。NICU群と正常群における抑うつと分娩のとらえ方の関連では、NICU群では、「抑うつ陽性」の者に「思ったより大変だった」と回答した者が有意に多かった ( $\chi^2=6.1, p<0.05$ )。

## 4. 産後3か月のNICU群と正常群のEPDS判定結果

正常群とNICU群における産後3か月のEPDS判定結果を表4に示した。産後3か月における「抑うつ陽性」はNICU群36.0%、正常群13.0%であり、NICU群に「抑うつ陽性」の割合が有意に多かった ( $\chi^2=7.0, p=0.023$ )。NICU群の抑うつ陽性9人の中には、低出生体重児 (6人)、超低出生体重児でレスピレーターケア中 (1人) や極低出生体重児・酸素使用中 (1人)、心疾患合併の子ども (3人)、母親の内科既往のある者 (3人) がいた (重複回答)。また正常群の抑うつ陽性者は、初産婦7人、経産婦6人で、そのうち夫が長期出張中の者1人が含まれていた。

表3 産後1か月のNICU群と正常群のEPDS判定結果の比較

	NICU群 n=43 人 (%)	正常群 n=179 人 (%)	$\chi^2$ 値	p 値
抑うつ陰性	25 (58.1)	155 (86.6)	19.380	0.001
抑うつ陽性	18 (41.9)	24 (13.4)		

表4 産後3か月のNICU群と正常群のEPDS判定結果の比較

	NICU 群 n=25 人 (%)	正常群 n=100 人 (%)	$\chi^2$ 値	p 値
抑うつ陰性	16 (64.0)	87 (87.0)	7.037	0.023
抑うつ陽性	9 (36.0)	13 (13.0)		

5. 産後1か月と3か月時点のNICU群と正常群の抑うつ陰性者および陽性者の変化

1か月と3か月の2回とも回答のあった125人について、NICU群と正常群の抑うつ陰性者および陽性者の変化を図1に示した。1か月では、抑うつ陽性の者はNICU群10人(40.0%)に対し正常群では12人(12.0%)であり、有意にNICU群の方が多かった( $\chi^2=7.0, p=0.023$ )。そのうち、3か月時点も抑うつ陽性であった者はNICU群4人(40.0%)、正常群5人(41.7%)であり両群間の割合はほぼ同じであった。1か月では抑うつ陽性だった者が、3か月では抑うつ陰性であった者はNICU群6人(60.0%)、正常群7人(58.3%)であった。次に、1か月で抑うつ陰性であった者が3か月では抑うつ陽性になった者はNICU群5人(33.3%)、正常群8人(9.1%)であった。1か月、3か月の2回とも抑うつ陰性の者は、NICU群10人(66.6%)、正常群80人(90.9%)であった。

産後1か月時に抑うつ陽性の者のうち3か月も陽性であった者の内訳は、NICU群は子どもが心疾患を合併している者(1人)、母親に内科疾患既往がある者(3人)、不妊治療後(IVF-ET後)の母親(1人)となっていた(重複回答)。正常群は初産婦かつ核家族(3人)、経産婦2人で、夫婦ともに県外出身者1人が含まれていた。次に、1か月は抑うつ陽性で3か月は抑うつ陰性の者は、NICU群では極低出生体重児が1人、胎便吸引症候群疑い(1人)、低出生体重児(3人)等となっており、正常群は初産婦3人、経産婦4人、義父母と同居している者2人であった(重複回答)。また、1か月は抑うつ陰性の者が3か月では抑うつ陽性となった者は、NICU群は超低出生体重児(1人)や極低出生体重児、慢性肺疾患のため酸素療法中(1人)の子どもの母親であり(重複回答)全員が初産であった。正常群では、1か月で「抑うつ陰性」であった者88人のうち、3か月も「抑うつ陰性」の者は80人(90.9%)であり、正常群は2時点とも抑うつ陰性の者の割合が多かった。

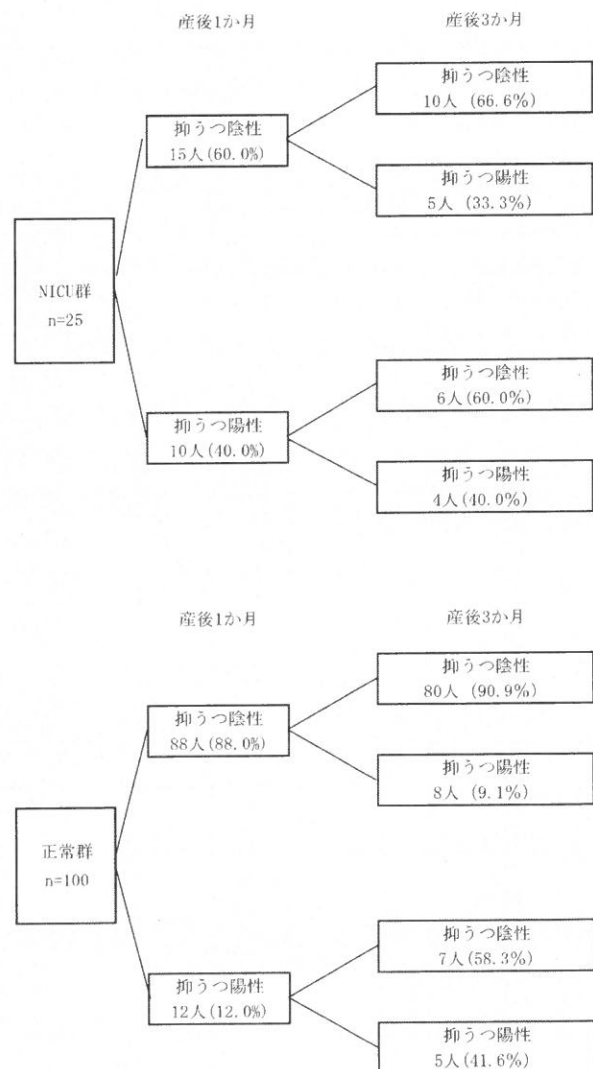


図1 産後1か月と3か月のNICU群と正常群の抑うつ陰性者および陽性者の割合

## IV. 考察

### 1. 産後1か月のNICU群と正常群のEPDS判定結果

産後1か月の抑うつ陽性の者はNICU群に有意に多かった。NICU群では、1回目調査回答時に39人は入院中であり、保育器に収容されていたり、人工呼吸器の装着や酸素投与が行なわれていたり、輸液、モニターの装着など、子どもの状態に合わせた処置が行なわれていた。よってNICU群は、出生直後よりこのような子どもを目の前にし、母親は子どもの状態や治療に対する不安、予後に対する不安など多くの要因が重なり、心理的負荷がかかり抑うつ陽性の者が多くなったと推察された。

また、NICU群では抑うつ陽性の者に帝王切開が多かった。子どもの状態が危機的であり、経膈分娩は困難なため、帝王切開での分娩の者が多くなっていた。緊急帝王切開後の1か月後の褥婦の特徴として、帝王切開を「不本意な出来事」「苦悩の体験」と認知し、「自責感」「苦悩」「つらさ」のストレス反応を体験すると報告されている<sup>24)</sup>。分娩後1か月を経過しても、正常に出産できなかったことへの喪失感や罪悪感、自責の念などを感じており、それらの要因が影響したと推察された。

NICU群では、抑うつ陽性の者に分娩を「思ったより大変だった」と回答した者が多かった。出産体験を否定的に捉える者に産後のうつ傾向が多いと報告されており<sup>25)</sup>、先行研究を支持するものであった。NICU群は、喜びに満ちた中で新しい命を迎えるという一般的な出産のイメージとは異なり、予期せぬ出産に対する不安や緊張のなかで分娩となる場合が多いこと、さらに生まれてくる子どもの生命に対する不安など多くの要因が重なり分娩を否定的に捉え、抑うつ陽性の者が多くなったと推察された。

NICU群では、抑うつ陽性の者全員が妊娠経過中に異常を指摘されていた。看護職者は身体的な異常の早期発見や予防に加えて、心理的な問題の早期発見、予防にも目を向け、妊娠経過中に異常を指摘される母親や帝王切開の母親に対しては、産後の抑うつの可能性も視野に入れながら、予防的視点で関わることの重要性が示唆された。

一方、正常群では、抑うつ陽性の者が13.4%とこれまでの報告とほぼ一致していた<sup>14~16)</sup>。この結果から沖縄県においても抑うつ陽性の者は約1割いることが推察された。母親が抑うつ陽性の場合、母親自身の健康やQOLの問題だけではなく、夫やその家族、子どもへの愛着や世話や発育発達にも影響を及ぼすことになる。そのため産後1か月健診では、入院中には把握できなかった産後抑うつの母親をスクリーニングするために、母親

に対する身体的回復のみに目を向けるのではなく、精神面への配慮も示しながら関わっていくことが重要と考える。看護者には、抑うつ陽性が一過性のものであるか、治療が必要となってくるケースなのかを見極める知識・技術が求められる。周産期のメンタルヘルスについての知識を深めるために自己研鑽と同時にメンタルヘルスクエアを実践していくための教育プログラムも必要と考える。

### 2. 産後3か月のNICU群と正常群のEPDS判定結果

NICU群は、産後3か月では8割の子どもが退院しているにもかかわらず、1か月同様抑うつ陽性が有意に多かった。抑うつ陽性の者は、超低出生体重児や極低出生体重児、慢性肺疾患により在宅酸素が必要な子ども、NICU退院直後に再入院した子ども、心疾患を合併している子どもの母親などであった。これらの子どもをもつ母親は、自宅でも特別な観察や処置が必要なため、成長・発達・健康への不安のみではなく、子どもの育児や関わりなど日常生活においても緊張や不安が伴い、そのため抑うつ陽性の者が多くなったと推察された。不安や緊張が持続し、心理的負荷が長期間かかると産後うつ病に移行することが考えられる。NICU群の母親には継続した関わりに加え、母親の負担軽減のために家族間の関係調整を行なうことや、産後うつ病の早期発見・予防のために産後のメンタルヘルスに関する保健指導を本人及び家族へ行なうことも重要と考える。

出産後の母親の子どもへの感情の変化について、多くの母親が、3~4週の間は疲弊して、不安な思いに駆られ、そのようなときは子どもも遠い存在に感じられるが、子どもが微笑んだり、見つめ始めたりすること、子どもが1人の人間となり、母親もそれを認識し、母親側の子どもへの感情は3か月頃までに着実にふくらむといわれている<sup>26)</sup>。また、Mahlerによると、生後5か月までの時期は、自閉期から共生期への移行期間であり、この頃から、子どもから母親への愛着が増大し、母子の相互交流が活性化されてくる時期である<sup>27)</sup>。一方この時期に母親が抑うつ陽性の場合には、母子の相互交流が妨げられ、健全な母子関係が形成されない可能性がある。よって、産後の抑うつは母親のみの問題ではなく、子どもへの長期的な影響を生じる可能性があり、早期発見・予防が重要と考える。現在、施設での産後の健康診査は1か月健診で終了することが多い。今後は産後3か月までは施設での健診や市町村での新生児訪問時にEPDSを活用し、地域の保健師とも連携を図りながら継続して母親の精神状態について経過を見ていく体制作りも必要と考える。

### 3. 産後1か月と3か月時点のNICU群と正常群の抑うつ陰性者および陽性者の変化

NICU群では、産後1か月時に抑うつ陽性の者のうち3か月も陽性であった者が4割、産後1か月は抑うつ陰性でも3か月では抑うつ陽性だった者が3割であった。その内訳をみると、極低出生体重児や慢性肺疾患、心疾患を合併する子どもが含まれていた。このことから、退院後は子どもの治療に対し母親が責任をもたなければならないこと、NICU入院中とは異なり子どもの状態を自分で判断しなければならないストレスなど多くの要因が重なり、抑うつ陽性になったと推察された。また、NICU群では少なくとも3か月間は子どもの状態によって母親の抑うつが生じやすい状況であることが推察された。

NICUに入院する可能性をもつハイリスクの母親に対しては、妊娠中からの継続した支援により、産後の抑うつ発見・予防につながる可能性が示唆された。

一方正常群でも、1か月時に抑うつ陽性の者のうち3か月時点も抑うつ陽性の者が4割であった。このことから、正常群においても1か月時点で抑うつ陽性の母親に対しては、1か月以降も外来や地域の保健師と連携しながら母親のメンタルヘルスや子育ての状況について継続して経過を見ていく必要性が示唆された。

母親が産後1か月で抑うつ陰性の場合でも3か月では陽性になる者もあり、産後1か月のみで母親の抑うつを判断することの危険性が示唆された。

一方、産後1か月、3か月時点の2回とも抑うつ陽性の者や、産後1か月では抑うつ陰性であった者のうち3か月で陽性になった母親の中には、治療が必要な者も含まれている可能性がある。今後はそれらの対象者を支援にどのようにつなげていくか、どのような子育てを行なっているのかさらに詳しく調査を行なっていくことが課題である。

「助産師に必要な母子のメンタルヘルスの教育内容の必要度」では障害児出生の母親と家族へのケア、異常経過の妊産褥婦への心的ケア技術等母子のメンタルヘルス能力の向上が優先順位の上位を占めており、看護職は、身体的なケアに多忙であることや心理的問題に対応する知識不足やスキル不足からメンタルヘルスケアに向き合えていないとの報告もあり<sup>28)</sup>、産科領域で働く看護職はメンタルヘルスに関する問題を抱えた対象者に対しての対応に戸惑いや不安を感じると思われる。しかし妊産褥婦に関する情報を一番もっている産科領域で働く看護職には日々の観察や関わりを通して心理的な問題の早期発見・予防、ひいては診断・治療につなげていくという役割が求められている。よって周産期で働く看護職は、周

産期のメンタルヘルスの重要性を認識し、妊産褥婦やその家族のケアを実践していくことが必要と考える。

今回は対象者数が少なく、結果の解釈には慎重さが必要であるものの、NICU群および正常群では1か月時に抑うつ陽性の者のうち約4割は3か月時点も抑うつ陽性の可能性があり、母親への継続した精神的な支援を行なうことで、治療が必要な対象者の早期発見・予防につながることを示唆された。

NICU群は、入院中のみならず退院後において継続した支援が必要であり、産科・NICUスタッフのみではケアに限界があるため、地域との連携をさらに強化し、EPDSを活用しながら継続したケアを展開していく対策の必要性が示唆された。

## V 結論

1. 産後1か月ではNICU群は正常群に比較して抑うつ陽性者が有意に多かった。
2. 産後3か月では抑うつ陽性の者は、NICU群に有意に多かった。
3. 産後1か月と3か月の2回回答があった者の両者間の比較

1) 産後1か月時に抑うつ陽性の者のうち3か月も陽性であった者はNICU群、正常群ともに4割であった。

2) 産後1か月は抑うつ陰性でも、3か月に抑うつ陽性となる者はNICU群約3割、正常群約1割であった。

以上のことから、産後1か月と3か月時点ともにNICU群に抑うつ陽性の者の割合が高かった。このことから、NICUに入院した子どもの母親に対しては、子どものケアだけではなく、母親に対しても地域との連携をさらに強化しながら退院後も継続した支援を行なっていくことが必要である。

## 研究の限界

1. 対象者の選定について、正常群は中北部に限られた地域での調査であり、得られた結果を一般化することには限界がある。今後は都市地区を含め、対象者を増やし調査を行なっていくことが必要である。

2. NICU群は病棟管理者の了解が得られた者であり、子どもの状態は比較的安定している母親が対象であった。今後対象者を増やすとともに子どもが急性期にある母親も対象になるような研究方法の検討が必要である。今回は子どものNICU入院の適応理由や分娩様式が一定ではなく、抑うつ発生に影響するバイアスが大きいことが予測されるため、今後は入院の適応理由を一定にするなど対象者の条件を検討する必要がある。また、抑う

つが3か月以降どのように推移していくか長期的に経過を追う必要がある。

3. 今回の調査では2回目の調査票の回収が60.1%と約半数からの回答であった。回答の得られなかった対象者の中には、さらに抑うつが強い者や高い不安を持っているため回答することができなかった母親も含まれている可能性がある。今後は、回答が得られなかった母親も調査対象になるような方法の検討が必要である。

4. 母子関係は母親と子どもとの相互作用により成り立っていくものである。今回は母親側の要因についての調査項目が不十分であり、今後は被養育体験などの母親側の要因についても追加して調査を行なう必要がある。

## 謝 辞

本調査にご協力下さった、NICUに入院した子どもをもつお母様、正常新生児をもつお母様、各関係機関の施設長および関係職種の皆様方に心より感謝申し上げます。

(本論文は、平成22年度沖縄県立看護大学大学院保健看護学研究科の修士論文の一部を修正したものである)

## 引用文献

- 1) アドロフ・ポルトマン/高木正孝(1961):人間はどこまで動物かー新しい人間像のためにー,岩波新書,東京.
- 2) J. ボウルビィ/黒田実朗, 大羽葵, 岡田洋子, 黒田聖一(訳)(1961):母子関係の理論 新版I愛着行動,岩崎学術出版社,東京.
- 3) 網野信行, 松永秀典, 隅寛二(2004):ホルモン環境の変動と精神機能の変化, 臨床精神医学, 33(8),1003-1010.
- 4) 吉田敬子著(2005):母子と家族への援助 妊娠と出産の精神医学, 金剛出版, 東京.
- 5) John Cox and Jeni Holden 著/岡野禎治, 宗田聡(2006):産後うつ病ガイドブック,ーEPDSを活用するためにー
- 6) 岡野禎治, 野村純一, 越川法子, 土井通哉, 辰沼利彦(1991): Maternity blues と産後うつ病の比較文化的研究, 精神医学, 33: 1051-1058.
- 7) 山下洋, 吉田敬子(2003):産後うつ病とBonding障害の関連, 精神科診断学, 14(1),41-48.
- 8) 北村俊則(2007):周産期メンタルヘルスケアの理論 産後うつ病発症メカニズムの理解のために,医学書院, 東京.
- 9) 加藤進昌, 神庭重信(2009):text 精神医学 psychiatry 改訂3版,南山堂, 東京.
- 10) 鈴宮寛子(2005):周産期からの育児支援ー地域における母子精神保健の視点からー, 母子保健情報, 51, 48-53.
- 11) 吉田敬子編(2006):育児支援のチームアプローチ 周産期精神医学の理論と実践, 金剛出版, 東京.
- 12) Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjyo S. (2000): Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants, Acta Psychiatrica Scandinavica, 101,209-217.
- 13) 玉木敦子(2007):産後のメンタルヘルスとサポートの実際, 兵庫県立大学看護学部紀要, 14, 37-56.
- 14) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 玉木領司, 野村純一, 宮岡等, 北村俊則(1996):日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)の信頼性と妥当性, 季刊精神科診断学,7,525- 533.
- 15) 鈴宮寛子, 吉田敬子, 石井美栄(2003):産後うつ病の全国実態調査ならびに早期スクリーニングと援助方法の検討,平成14年度厚生労働科学研究報告書,25.
- 16) 鈴宮寛子, 山下洋, 吉田敬子(2004):保健機関が実施する母子保健対象者の産後うつ病全国他施設調査, 厚生指針, 51(10): 1-5.
- 17) 中野仁雄(2000):妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究,平成12年度厚生科学研究報告書,61-75.
- 18) 上田基子,吉田敬子, 山下洋,田代信維(2002):精神障害の予防をめぐる最近の進歩,294-295, 東京, 星和書店.
- 19) 長濱輝代, 松島恭子(2004):新生児集中治療室(NICU)入院児の母親がもつ気分変動に関する研究ー心理特性の縦断的分析と事例検討,小児保健研究, 63(6),640-646.
- 20) 近藤裕子, 大宮加代子(2004):低出生体重児を出産した母親の心理状態の変化ー児のNICU入院から退院にいたるまでー,日本看護学会論文集34回, 小児看護,115-117.
- 21) 神田千恵,本間真紀, 白石道子他(2007):NICU入院による分離を経験した母親の産後うつに関する検討, 母性衛生, 48(2),331-336.
- 22) 山本正子(2009):M-GTAを用いたNICU入院初期の児をもつ母親の子どもの受容プロセスの研究,母性衛生, 49(4),540-548.
- 23) Cox,J.L., Holden,J.M.,& Sagovsky,R.(1987):Detection of postnatal depression:development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale.British Journal of

- Psychiatry,150,782-786.
- 24) 大林陽子, 石村由利子(2010): 緊急帝王切開後の褥婦のストレスとその関連要因に関する研究 (第1報), 母性衛生, 51(1),153-162.
- 25) 常磐洋子(2003): 出産体験の自己評価と産褥早期の産後うつ傾向の関連,日本助産学会誌, 17(2),27-38.
- 26) 山下あいこ (1996): 胎児への愛着に関する研究結果と今後の課題,看護研究,29(2), 47-56.
- 27) M.S.マーラー他著/高橋雅士, 織田正美, 浜畑紀(2007): 乳幼児の心理的誕生 母子共生と個体化,黎明書房, 名古屋.
- 28) 新道幸恵(2005): 母子のメンタルヘルスケアのための専門家教育—看護職教育に焦点を当てて—,母子保健情報, 51,80-85.



## Changes in depression in mothers one and three months after childbirth — comparison between mothers of newborn babies admitted to NICU and healthy babies —

Tomoko Nishihira<sup>1)</sup> Kiyoko Tamashiro<sup>1)</sup>

### Abstract

**[Aims]** This study aimed to elucidate changes in depression one and three months after childbirth among mothers of newborn babies admitted to NICU and mothers of healthy babies, and obtain suggestions for nursing care from the mothers.

**[Methods]** The Japanese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was administered twice at 1 and 3 months after childbirth to mothers whose baby was admitted to NICU (NICU group) and mothers who delivered a healthy baby and underwent a 1-month medical checkup (Healthy group). In this self-assessment survey, a score of eight points or lower was judged as negative for depression and a score of nine points or higher as positive for depression.

**[Results]** 1) A total of 232 mothers responded to the survey at one month after childbirth, and 222 (43 in NICU group and 179 in Healthy group) excluding 10 who failed to completely fill out the EPDS (valid response rate, 95.7%) were enrolled in this study. A total of 125 (25 in NICU group and 100 in Healthy group) responded three months after childbirth (collection rate, 60.1%) and all responses were valid. 2) One month after childbirth, depression was observed significantly more frequently in the NICU group than in the Healthy group. 3) Three months after childbirth, mothers with depression were observed significantly more frequently in the NICU group than in the Healthy group. 4) Among those who responded 1 and 3 months after childbirth, those with depression at both 1 and 3 months accounted for about 40% in both the NICU and Healthy groups. Mothers without depression at 1 month but with depression at 3 months after childbirth accounted for 33.3% in the NICU group and 9.1% in the Healthy group.

**[Conclusions]** Mothers with depression were observed more frequently at both one and three months after childbirth in the NICU group. These results suggest that it is necessary to provide not only care for the children but also continuous support for mothers after discharge, whose babies were admitted to the NICU, by further strengthening the cooperation with the district.

**Key words :** NICU; after childbirth; depression; EPDS

---

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

# 沖縄県内の行政機関に勤務する保健師の職務満足度

知念真樹<sup>1)</sup> 池田明子<sup>2)</sup> 金城芳秀<sup>2)</sup>

## 要約

【背景】これまで看護師に関する職務満足度の研究は数多くおこなわれているが、保健師を対象とするものはほとんどない。

本研究の目的は、沖縄県の保健師の職務満足度の現状を把握し、年齢構成や勤務先等との関連について検討を行う。

【方法】対象は、沖縄県内の行政機関に勤める全保健師(404人)とした。

郵送法による調査で、2006年5月～6月の期間に実施した。回収率は、61.9% (250人)であった。

調査項目は、職務満足度、対象者の属性(年齢、性、勤務先、所属、役職の有無)である。

本研究の職務満足度スケールは、EllenbeckerのHome Health Care Nurseの職務満足度スケールをもとに作成された。20の質問項目は5段階のリッカートスケールで評価される。

【結果】職務満足度スケールの項目の中で、最も平均値が高かったのは、「私の仕事は重要で価値がある」、「住民と築いてきた関係は私にやりがいを与えている」「私には、信頼し、必要などときにはたよれる同僚がいる」の順であった。

一方、平均値が低かった項目は、「私は、私が働いている組織の事業方針に変化をもたらす力を持っている」「地域住民は私が提供したケアやサービスに満足している」「私は仕事として再び保健師を雇おう」「私は受け持っているケースの主治医に専門家の仲間として対応されている」の順であった。

対象者の属性で職務満足度と関係がみられたのは、年齢階級、勤務先、役職の有無であった。

【結論】本研究の結果から、沖縄県の行政機関に勤務する保健師の職務満足度は、保健師としての仕事の価値ややりがいに関する項目で、高くなっていた。一方、組織の事業方針への影響力についての項目や保健師という職種に対する魅力や誇りに関する項目では、得点が低かった。

また、沖縄県の行政機関に勤務する保健師の職務満足度は、年代や勤務先、役職の有無によって異なっていた。

キーワード：沖縄県、保健師、職務満足度

## I. はじめに

近年、平成9年(1997年)の地域保健法の施行を皮切りに、平成12年(2000年)の介護保険法、平成15年(2003年)の健康増進法などが施行され、保健師の携わる仕事内容が変化してきた。このような全国的な流れに加え、沖縄県では、地域保健法の施行に合わせて、駐在保健師制度が廃止され、保健所内での保健師の分散配置など県に勤務する保健師の業務内容や職場環境が変わってきた。また、市町村でも介護保険等の新しい事業の増加による業務内容の多様化や、市町村合併、地域包括支援センターの設置などによる保健師の分散配置など、保健師の携わる業務内容や配属される組織が変化してきた。こうした保健師をとりまく変化への対応として、専門雑誌等にも、「保健師のニュービジョン」<sup>1)</sup>「市町村保健師のアイデンティティ」<sup>2)</sup>といった特集が生まれ、関連学会でも「今後の保健師の役割」「保健師の専門性」等のテーマが取り上げられてきた。

しかし、このように業務内容や職場環境が大きく変化する中で、現場の保健師が現状をどのように受け止めて

いるかについての調査研究は少ない。

これまで看護師の職務満足度は離職や定着との関連から多く報告されているが<sup>3)・13)</sup>、保健師の職務満足度に関する研究は少なく、Cumbey & Alexander(1998)<sup>14)</sup>、Campbell et al.(2004)<sup>15)</sup>、和泉・佐伯(2002)<sup>16)</sup>、および宇座(2004)<sup>17)</sup>のみであった。これらの研究で用いられた職務満足度は、看護師や鉄道員を対象に開発された測定尺度を土台とし、保健師にも応用可能と考えられている。一方、米国のHome Health Care Nurseを対象に職務満足度の測定尺度が開発され(Lynch(1994)<sup>18)</sup>、Ellenbecker(2004)<sup>19)</sup>)、その業務内容や勤務形態は看護師よりも保健師に似ていると考えられる。

そこで本研究では、Ellenbecker(2004)<sup>19)</sup>が開発した職務満足度を用いて、沖縄県の行政機関に勤務する保健師に焦点をあて、職務満足度の現状を把握することを目的とした。

## II. 方法

### 1. 対象、調査方法、調査期間および回収率

対象は、沖縄県及び県内市町村に勤務する全ての保健師(404人)である。調査方法は、郵送法による自記式

1) 沖縄県南部福祉保健所

2) 沖縄県立看護大学・大学院

質問紙調査で、2006年5月29日～6月10日の期間に実施した。回収率は、61.9% (250人) だった。

## 2. 調査項目

調査項目は、表1に示す職務満足度と、年齢、性別、勤務先、所属および役職の有無である。

## 3. 職務満足度の測定

Home Health care Nurses Job Satisfaction Scale (HHNJS)はEllenbeckerにより開発されたものである<sup>20)</sup>。Home Health care Nursesの主な業務は、在宅患者宅への訪問とケア及びケアプランの作成、主治医との調整、看護報酬を得るための書類作成、また患者家族や患者に対する健康教育などである<sup>21) 22)</sup>。本研究では、開発者の承諾を得て、HHNJSを日本の保健師向けに一部修正した。具体的には、HHNJSの項目から「マネジドケアは、私に、ケアを提供する際有能であるよう努めさせている」「私は、患者のニーズにあったケアを診療報酬システムに交渉する際、達成感を感じる」の2項目を除き、「総合的にみて、私は自分の仕事に満足している」という1項目を加え、計20項目とした(表1)。各項目について、「そう思わない」を1、「そう思う」を5とした5段階のリカートスケールで回答してもらい、1を1点、5を5

点として点数化した。職務満足度の総合得点は、各項目の点数の合計である。

なお、本調査に先立って、年齢や勤務先の異なる保健師10人に予備調査を行い、質問紙の表現や構成について修正を加えた。また今回、使用した職務満足度のCronbach  $\alpha$  係数は0.853であった。

## 4. 分析方法

回答者の中で、分析項目に未記入等の欠損値がない186人のデータを用いて分析した。

統計解析ソフトウェアにはR (v2.7.1)<sup>23) 24) 25)</sup>を用い、職務満足度スケールの各項目及び総合得点について、年齢階級、勤務先、役職の有無別に一元配置分散分析やt検定を行った。

## 5. 倫理的配慮

本研究は沖縄県立看護大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。個人のプライバシー保護のため、質問紙調査は無記名で実施した。調査に際し、調査の情報を本研究以外では用いないことを明記した研究の趣旨説明文を調査用紙に添付し、調査用紙の返信をもって調査に同意したものとみなした。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象者の属性の状況

本研究の対象者の属性を表2に示した。年代は、20代 (20.4%)、30代 (34.9%)、40代 (28.5%)、50代 (16.1%)

表1 職務満足度スケールの質問項目とその得点

質問項目	平均値	SD
1 私の仕事は面白いと感じる	4.3	0.82
2 地域住民と関わり合った内容は私にやりがいを与えている	4.3	0.83
3 私は、地域住民の生活の質を高めようと思ってきた	3.7	0.85
4 私はこれまでやってきた仕事について誇りを持って人に語る事ができる	3.6	0.89
5 地域住民は私が提供したケアやサービスに満足している	2.9	0.79
6 私には、報酬し、必要に応じてはたせられる労働がある	4.2	0.90
7 私は専門職としての基準をふまえたケアをしている	3.3	0.82
8 地域住民をケアするため、チームで話し合える	4.0	0.94
9 他の看護・介護職種は私の仕事をしやすくする	3.9	0.94
10 上司は私が提供する地域住民についての情報を評価している	3.3	0.82
11 私は受け持っているケースの主治医に専門家の仲間として対応されている	3.2	0.86
12 私は仕事として再び保健師を志すだろう	3.2	1.27
13 私は現在の職場で仕事を続ける予定である	3.9	1.16
14 私は他の保健師同僚や保健師の仕事に興味がある	3.3	1.08
15 私は現在の職場で保健師として成長・発達する機会がある	3.8	0.93
16 私は他のケースのニーズにあわせて、ケアの基準を選び取る権限がある	3.3	0.83
17 私は自分の仕事をコントロールしている	3.3	0.95
18 私は現在の職場の上司との関係に満足している	3.3	1.04
19 私は、私が抱えている課題の事業方針に変化をもたらす力を持っている	2.6	0.88
20 総合的に見て、私は自分の仕事に満足している	3.4	0.94
総合得点	71.1	10.33

※本スケールは、EllenbeckerのHome Health Care Nurses' Job Satisfaction Scaleをもとに、作者の承認を得て項目を一部変更し作成した。

表2 対象者の属性

項目	人数 (N=186)	%
年代		
20代	38	20.4
30代	65	34.9
40代	53	28.5
50代	30	16.1
性別		
男性	20	10.8
女性	166	89.2
勤務先		
県	53	28.5
市	80	43.0
町・村	30	16.1
特定町村 <sup>※</sup>	23	12.4
所属		
保健師会	144	77.4
福祉・介護関係	28	15.1
その他	14	7.5
役職の有無		
なし	148	79.6
あり	38	20.4

※ 特定町村とは人口1万人未満で県の支援を必要とする離島・へき地町村(沖縄では、伊是名村、伊平屋村、伊江村、豊田村、真村、大宜味村、久米島町、新原村、豊後村、南風原村、読谷村、読谷町、南大原村、北大原村、多良間村、竹富町、与那国町)を指す。



表5 職務満足度スケール項目の年代別平均値

職務満足度スケール項目	年代	データ数	平均値	標準偏差	P値 <sup>*)</sup>
1 私の仕事は重要で価値がある	20代	38	4.2	0.79	0.031
	30代	65	4.2	0.85	
	40代	53	4.4	0.93	
	50代	30	4.6	0.50	
7 私は専門職としての基準をふまえたケアをしている	20代	38	2.9	0.94	0.002
	30代	65	3.2	0.85	
	40代	53	3.6	0.99	
	50代	30	3.6	0.72	
8 地域住民をケアするため、チームで話し合える	20代	38	3.8	1.00	0.002
	30代	65	3.8	1.01	
	40代	53	4.3	0.79	
	50代	30	4.3	0.70	
11 私は受け持っているケースの主治医に専門家の仲間として対応されている	20代	38	3.1	1.09	0.045
	30代	65	3.1	0.93	
	40代	53	3.4	0.68	
	50代	30	3.6	0.90	
12 私は仕事として再び保健師を選ぶだろう	20代	38	3.1	1.34	0.013
	30代	65	2.8	1.23	
	40代	53	3.6	1.25	
	50代	30	3.4	1.17	
14 私は他の保健医療関係者に保健師の仕事を進めよう	20代	38	3.2	1.23	0.005
	30代	65	3.0	0.96	
	40代	53	3.3	1.14	
	50代	30	3.8	0.90	

※ 一元配置分散分析 (\*\* p<0.05)

しては、「1 私の仕事は重要で価値がある」「11 私は受け持っているケースの主治医に専門家の仲間として対応されている」「14 私は他の保健医療関係者に保健師の仕事を進めよう」で50代の平均得点が他の年代と比較して高く、「8 地域住民をケアするため、チームで話し合える」では、40代・50代が20代・30代に比べて平均得点が高くなっていった。また、「7 私は専門職としての基準をふまえたケアをしている」では、20代の平均得点が他の年代よりも低く、「12 私は、仕事として再び保健師を選ぶだろう」では、30代で他の年代よりも平均得点が低くなっていった。

勤務先別では、4項目に有意差が認められ(図2)、その詳細について表6に示した。表6より、「6 私には、信頼し、必要ときにはたよれる同僚がいる」「13 私は、現在の組織で仕事を続ける予定である」「18 私は現在の職場の上司との関係に満足している」の3項目で、特定

表6 職務満足度スケール項目の勤務先別平均値

職務満足度スケール項目	勤務先	データ数	平均値	標準偏差	P値 <sup>*)</sup>
6 私には、信頼し、必要ときにはたよれる同僚がいる	県	53	4.4	0.65	0.037
	市	60	4.3	0.79	
	町・村	30	4.1	1.17	
	特定町村 <sup>*)</sup>	23	3.6	1.16	
11 私は受け持っているケースの主治医に専門家の仲間として対応されている	県	53	3.6	0.72	0.006
	市	60	3.2	0.93	
	町・村	30	3.0	0.96	
	特定町村 <sup>*)</sup>	23	3.2	1.15	
13 私は現在の組織で仕事を続ける予定である	県	53	4.0	0.89	0.004
	市	60	4.0	1.06	
	町・村	30	4.1	1.16	
	特定町村 <sup>*)</sup>	23	2.8	1.51	
18 私は現在の職場の上司との関係に満足している	県	53	3.4	0.82	0.035
	市	60	3.4	1.04	
	町・村	30	3.3	1.24	
	特定町村 <sup>*)</sup>	23	2.7	1.06	

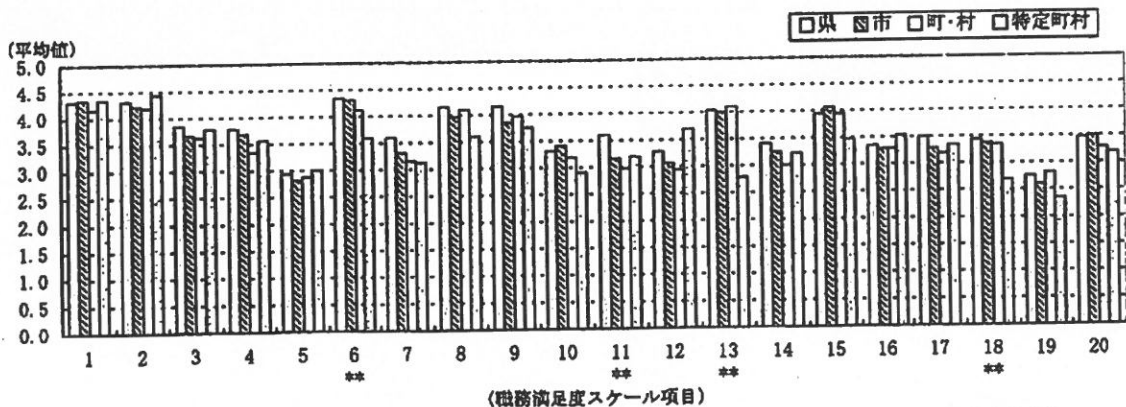
※ 特定町村とは人口1万人未満で県の定住を命ぜられる離島・へき地町村(沖縄では、伊平島村、伊平島村、伊平島村、重村、大宜味村、久米島町、渡嘉敷村、包陽村、原田村、読名喜村、南大原村、北大原村、多良間村、竹富町、中郷町)を指す。  
 ※2 一元配置分散分析 (\*\* p<0.05)

町村の平均得点が最も低かった。また、「11 私は受け持っているケースの主治医に専門家の仲間として対応されている」では、県の平均得点が最も高かった。

#### IV. 考察

##### 1. 保健師の年代と職務満足度

本結果では、年代が上がるにつれて、職務満足度が高くなり、これまでの看護師に対する先行研究と同様な結果であった(Alexander et al(1998)<sup>26)</sup>, Tai et al(1998)<sup>6)</sup>。この年齢上昇と関係している職務満足度スケールの項目は、ケースの直接支援(対人サービス)に関連する項目として、「7 私は専門職としての基準をふまえたケアをしている」と「8 地域住民をケアするため、チームで話し合える」、保健師としての価値や自信、仕事への魅力を示す項目として、「1 私の仕事は重要で価値がある」、「11 私は受け持っているケースの主治医に専門家の仲間として対応されている」、「12 私は、仕事として再び保健師を選ぶだろう」及び「14 私は他の保健医療関係者に保健師の仕事を進めよう」であった(図1、表5)。



(一元配置分散分析: \*\* P<0.05)

図2 勤務先別職務満足度スケール項目得点の平均値

特に、項目11は年代で50代や、県保健師の平均得点が高かったことから(図2)、保健師としての経験が医療との連携を必要とするケースにいかされていると考えられる。

## 2. 役職の有無と職務満足度

OlecknoとBlacconiere(1995)<sup>27)</sup>は、公衆衛生に関わる5つの職種についての職務満足度の調査から、管理職の職務満足度が最も高かったと報告している。本研究においても、「役職あり」が「役職なし」よりも職務満足度は有意に高くなっていたが(表4)、役職の有無は年代とも関連がみられなかった(表3)、追加で、年齢を調整して重回帰分析を行ってみると、総合的な職務満足度と役職の有無の間の関連性は見られなかった。そこで、職務満足度スケールの項目の中で「役職あり」に高い得点が期待される項目「19私は、私が働いている組織の事業方針に変化をもたらす力を持っている」に追加解析を行ってみると、役職あり(3.0)と役職なし(2.5)の間に有意差( $p<0.05$ )がみられた。しかし、この項目は20項目中の平均得点が最下位(2.6)であり、勤務先や年齢階級とは統計学的な関連がみられないこと(図1、図2)、「17 私は自分の仕事をコントロールしている」の平均得点も3.3点とあまり高くないことから、保健師が自らの仕事を決定できるのは限定的であることが示唆された。

## 3. 地域住民との関わりと職務満足度

大西ら(2008)<sup>28)</sup>は、保健師は家庭訪問について大切な活動だとは思っているものの、その件数は年々減少してきていると指摘した。本研究の「10 上司は私が提供する地域住民についての情報を評価している」および「16 私には、個々のケースのニーズにあうように、ケアの基準を選び取る権限がある」の平均得点が3.3とそれほど高くないことから(表1)、保健師の分散配置や事務職の削減による事務量の増加など、家庭訪問を重要だと思っても思うように実施できない現状があるのではないかと考えられる。さらに、本研究では2番目に低い平均得点であった「5 地域住民は私が提供したケアやサービスに満足している」でも、年齢階級や勤務先では統計学的な関連がみられないことから、ケアやサービスを住民に思うように提供できていないと自己評価していることが推察される。実際、行政で働く保健師は、ケースの潜在的なニーズを分析して行動することが多いため、その重要性和必要性が対象者に理解されない場合も考えられる。

## 4. 特定町村保健師の職務満足度

Taiら(1998)<sup>6)</sup>やBoyleら(1999)<sup>29)</sup>によると、上司の正しい評価や配慮、サポート、上司とのコミュニケーションなどは、看護師の離職に影響すると結論している。沖縄県健康増進課(2004)<sup>30)</sup>によれば、特定町村は新卒保健師が1人または2人で勤務しているところが多く、平成9年から平成16年までに退職した保健師159人中107人(67.2%)が3年以内に退職したと報告している。本研究では、勤務先別に職務満足度をみたとき、特定町村では、「6 私には、信頼し、必要などときにはたよれる同僚がいる」、「13 私は、現在の組織で仕事を続ける予定である」及び「18 私は現在の職場の上司との関係に満足している」の平均得点が有意に低くなっており(図2)、これら満足していない職場環境は、特定町村保健師の離職率の高さの一要因になっていることが示唆された。

## V 本研究の限界

これまで、保健師向けに独自に開発された職務満足度のスケールは存在しなかったため、保健師を対象とする先行研究の多くが、病棟に勤務する看護師や医療従事スタッフ向けに作成されたスケールを活用して満足度を把握しようとしていた。本研究では、地域で患者訪問や患者・家族教育などを行っている米国のHome Health Care Nurse向けに開発された職務満足度スケールを、日本の実状に合うように一部修正して活用した。そのため、本研究結果は、訪問活動を中心とする業務に関する保健師の職務満足度の側面に限定され、地域保健行政を担う保健師の業務全般に関する職務満足度を捉えるには至っていない。

## VI 結論

本研究の結果から、沖縄県の行政機関に勤務する保健師の職務満足度は、保健師としての仕事の価値ややりがいに関する項目で、高くなっていた。一方、組織の事業方針への影響力についての項目や保健師という職種に対する魅力や誇りに関する項目では、得点が低かった。

また、沖縄県の行政機関に勤務する保健師の職務満足度は、年代や勤務先、役職の有無によって異なっていた。

## 謝辞

本研究に快く協力していただいた沖縄県並びに市町村保健師の皆様へ深く感謝いたします。

本研究は平成18年度沖縄県立看護大学大学院保健看護学研究科の博士論文の一部に加筆・修正したものである。

文献

- 1) 医学書院 (2004) : 特集 保健師を考える・1 保健師のニュービジョン, 公衆衛生, 68(4), 256-283.
- 2) 医学書院 (2004) : 特集 保健師を考える・2 市町村保健師のアイデンティティ, 公衆衛生, 68(5), 336-362.
- 3) Cavanagh.S.J.(1989): Nursing turnover: literature review and methodological critique, *Journal of Advanced Nursing*, 14, 587-596.
- 4) Irvine D.M., Evans.M.G(1995): Job satisfaction and Turnover Among Nurses: Integrating Research Findings Across Studies, *Nursing Research*,44(4), 246-253.
- 5) Borda.R.G., Norman I.J.(1997): Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review, *Int. J. Nurs. Stud*, 34(6), 385-394.
- 6) Tai. T. W. C., Bame. S. I., Robinson. C. D.(1998): Review of Nursing Turnover Research, 1977-1996, *Soc. Sci. Med.*, 47(12), 1905-1924.
- 7) Blegen .M. A.(1993): Nurses' Job Satisfaction:A Meta-Analysis of Related Variables, *Nursing Research*, 42(1), 36-41.
- 8) 尾崎フサ子(1987): 看護婦の仕事への満足度に関する研究-米国のICU・CCUで働いている看護婦と一般内科・外科病棟で働いている看護婦の比較, *看護研究*, 20(3), p54-63
- 9) 尾崎フサ子, 忠政敏子(1988) : 看護婦の職務満足質問紙の研究—Stampsらの質問紙の日本での応用—, 大阪府立看護短期大学紀要, 10(1), 17-24.
- 10) 中山洋子, 粟生田友子, 片平好重(1997): 看護婦の仕事に対する認識と満足度・継続意志に関する記述的研究-基礎基盤の異なる病院で働く看護婦を対象とした調査結果の比較検討-, 聖路加看護大学紀要, 23(3), p2-15
- 11) 三木明子, 二瓶律子, 小林洋子, 酒井郁子, 藤田比佐子 (2001): 病院看護婦の自己教育力と職務満足度, 宮城大学看護学部紀要, 4(1), p143-151
- 12) 石松直子, 大塚邦子, 坂本洋子(2001): 看護婦のメンタルヘルスに関する研究-ストレス・職務満足度・自己状態相互の関連-, 日本看護研究会雑誌, 24(4), p11-20.
- 13) 山田豊子, 豊田久美子 (2002) : 手術室看護師の職務満足度と実務実態の関連について-専門職としての自律性に着目して-, 京都市立看護短期大学紀要, 27, p1-9
- 14) Cumbey. D. A., Alexander. J. W.(1998): The Relationship of Job Satisfaction with Organizational Variables in Public Health Nursing, *JONA*, 28(5), 39-46.
- 15) Campbell. S. L., Fowles. E. R., Weber B. J.(2004): Organizational Structure and Job Satisfaction in Public Health Nursing, *Public Health Nursing*, 21(6), 564-571.
- 16) 和泉比佐子, 佐伯和子 (2003) : 行政で働く保健師の職務満足と個人属性及び職場内環境要因との関連 : 新任保健師の遠隔継続教育プログラムの開発 平成14年度 総括・分担研究報告書, 18-25、佐伯和子, 厚生労働科学研究費補助金 健康科学総合研究事業.
- 17) 琉球大学医学部保健学科地域看護学教室(2006) : 保健師のキャリア開発に関する調査報告書、沖縄県、琉球大学医学部保健学科地域看護学教室.
- 18) Lynch. S. A.(1994): Job Satisfaction of Home Health Nurses, *Home Healthcare Nurse*, 12(5), 21-28.
- 19) Ellenbecker C.H. (2004) : A theoretical model of job retention for home health care nurses, *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 303-310.
- 20) Ellenbecker C.H.(2001): Home Health Care Nurses' Job Satisfaction: A System, *Home Health Care Management & Practice*, Oct 462-467, 2001.
- 21) Ultimate Nurse(2010): Home Health Nursing. <http://www.ultimatenurse.com/home-health-nursing/171/> (2010年9月29日現在)
- 22) A American Homecare and Communitiy services (2010): Home Health Nursing Services. <http://www.aamericanhomecare.com/ims/Application/ServicesHomeHealthNursing.php> (2010年9月29日現在)
- 23) 岡田昌史 (2006) : The R Book データ解析環境Rの活用事例集 (第3刷), 九天社 (東京)
- 24) 舟尾暢男 (2005) : The R Tips データ解析環境Rの基本技・グラフィックス活用集, 九天社 (東京)
- 25) 青木繁伸 (群馬大学) (2010) : Rによる統計処理 <http://aoki2.si.gunma-u.ac.jp/R/> (2010年9月29日現在)
- 26) Alexander J.A., Lichtenstein R., Oh H.J., Ullman E.(1998): A causal model of Voluntary turnover among nursing personnel in long-term psychiatric settings., *Research in Nursing and health*, 21, 415-427.
- 27) Oleckno W.A., Blacconiere M.J.,(1995): Job satisfaction in public health: a comparative analysis of five occupational groups., *Journal of the Royal Society of Health*, 115(6), 386-390.
- 28) 大西章恵, 近藤明代, 笹原千穂, 真溪淳子, 羽原美奈子, 北山明子, 河野啓子(2008) : 現場の声から探る家庭訪問の現状, *保健師ジャーナル*, 64(8), 684-689
- 29) Boyle D.K., Bott M.L., Hansen H.E., Woods C.Q.,

Tauntan R.L.(1999): Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay., American journal of Critical care, 8(6), 361-371.

30) 沖縄県健康増進課(2004): 特定町村人材確保・資質向上に関する調査結果概要, 平成16年度 沖縄県保健師等人材確保推進委員会 資料5.



## The job satisfaction of Public health nurses employed by local government Agencies in Okinawa.

Maki Chinen<sup>1)</sup> Akiko Ikeda<sup>2)</sup> Yoshihide Kinjo<sup>2)</sup>

### Abstract

#### Background:

Many studies have been conducted on job satisfaction for clinical nurses but few for public health nurses (PHNs).

The aim of this study is to grasp the job satisfaction of PHN employed by local government agencies in Okinawa and to analyze the relationship between job satisfaction: age, job place and others.

#### Method:

Subjects were 404 PHNs employed by local government agencies in Okinawa.

The mail survey was done in 2006 from May to June. Response rate was about 62% (250 PHNs).

The questionnaire items were job satisfaction, age, sex, job place, affiliation and work position.

Job Satisfaction Scale of this study is based on Ellenbecker's Home Health Care Nurses' Job satisfaction scale and modified to suit Japanese PHN.

The 20 items in total were rated on a 5-point Likert-scale.

#### Result:

Higher mean score on each individual item are listed below: "My work is important and worth while", "Relationship I have established with patients are rewarding", "I can rely on peers and turn to them if necessary". While Lower mean score items were "I have the power to generate in organizational policy at the agency where I work", "My patients are satisfied with the care I provide", "I would choose PHN again for practice", "I am treated as a professional colleague by my patients' physicians".

The Significant relationship was founded between the job satisfaction: age, job place, and work position.

#### Conclusion:

This study suggested that Okinawan PHNs are satisfied with the worth and reward of their work.

However, their satisfaction score was low for the power of generate in organizational policy and their pride about PHNs role was also low.

Besides, Okinawan PHNs satisfaction were different on age, job place and work position.

**Key words :** Okinawa, Public Health Nurse, Job satisfaction

---

1) Okinawa prefectural Nanbu Regional Public health and welfare center

2) Okinawa Prefectural Collage of Nursing

# 島嶼看護職のICTを用いたネットワーク構築と サポート体制の検討

清水かおり 神里みどり

沖縄県立看護大学紀要 第12号 (2011) 別刷

報告

# 島嶼看護職のICTを用いたネットワーク構築とサポート体制の検討

清水かおり<sup>1)</sup> 神里みどり<sup>2)</sup>

## 要約

【背景】離島で勤務する看護職は地理的特徴から継続教育の機会が得られにくく、知識・情報入手手段も限られている。これらは、人材確保の難しさや、早期離職の一因になっていることが予測される。そのため、へき地・離島で働く看護職が学習や相談を受けられるようなサポートをはじめとする支援体制をつくる必要がある。

【目的】本研究の目的は、ICTを活用して離島で勤務する看護職者間のコミュニケーションの輪（ネットワーク）を作ること、離島診療所看護職が抱える問題を抽出しサポート体制について検討することである。

【方法】研究参加の同意が得られた沖縄県内の離島診療所看護職を対象とし、半構成的面接法による個人インタビュー、ビデオカンファレンスの会議内容、ICTでのチャットからデータを得た。ICT環境として音声はskypeの会議通話、画像は沖縄県立看護大学の遠隔講義システム（FCS）を用いた。

【結果】3名の離島診療所看護職が本研究に参加した。5回のビデオカンファレンスと2回の公開講座を発信した。ビデオカンファレンスの主な内容は自己紹介と各島の現況、看護実践上の振り返り、慢性疾患予備軍への働きかけ、保健師との取り組み報告、島の伝統行事と診療所看護職の関わり、死亡者・感染症患者の搬送方法、危機管理体制等であった。ビデオカンファレンス実施後は「他の島との情報交換が出来る」、「自分の島だけではないのだという安堵感」、「ビデオカンファレンスの便利さを感じる」、「繋がっている感じがする」、「孤立感が軽減した」、「モチベーションが上がる」、「愚痴ることができストレスが解消される」等の意見が聞かれた。また、ICT環境設定後、診療所看護職間でのSkypeによるチャット、電話での交流、島の行き来が行われるようになった。

【考察】今回、市販のWebカメラ、FCSとSkypeという簡便なツールを用いて双方向のネットワークを確立することができ、参加者は他の離島看護職とのコミュニケーションの機会を得た。初めは大学側が中心となった交流であったが、自らVC以外での交流を持つようになった。それらを通して、離島の看護職間の交流が生まれ、相互作用が働いたと考える。

キーワード：離島、看護職、ICT、ネットワーク、支援体制

## I. 緒言

平成20年の沖縄県保健医療計画<sup>1)</sup>によると、沖縄県は39の有人離島を有し、群島主島に類型される宮古島、石垣島、久米島の3カ所には病院が設置されており、残り36島のうち15島（16カ所）には県立診療所、4島には町村立診療所の計20診療所が設置されている。これらの離島診療所では、医師一人、看護師一人で孤軍奮闘しており、また離島に勤務する保健師も0-1人で住民の健康支援を担うという状況が多いため、医療職者への活動の支援、精神的支援は重要と考えられる。

Desley<sup>2)</sup>は、ルーラル/リモートエリアナーシングに関する7つ勧告の中で、雇用者は看護師確保・定着のために、定期的な代替看護師派遣などの費用負担、適正水準の人的、財政および物的資源が備わった職場環境の提供、ITへのアクセスおよび使用に必要な教育提供の必要性を述べている。八田<sup>3)</sup>は、「ルーラルナーシングとはへき地・離島における看護職の活動」としている。その定義から、沖縄の離島診療所・保健医療施設の看護職

の看護実践はルーラルナーシングと共通する部分も多いことが推察される。ルーラル地域で働く看護職は看護に必要な知識・技術を向上させる研修の機会が得られにくい、交代要員の確保が困難なことにより研修参加が困難である、情報・知識が必要となったとき自己学習方法や情報・知識の入手方法の選択肢が限られている、インターネットからの情報を得ることや看護職・関係職種との交流会が少ないことなどが明らかになっている<sup>4,7)</sup>。

ゆいまーるプロジェクト推進室<sup>8)</sup>では、沖縄県離島診療所医師への支援活動としてWeb上での医師の募集・登録、リフレッシュ休暇代診、研修会等の実施、情報ネットワークの充実・効率化の推進等を実施している。また、沖縄県保健医療計画<sup>9)</sup>では、離島における医療・保健情報の格差是正を図る目的で「沖縄県離島・へき地遠隔医療支援システム」を運用し、医師への支援体制を整備しているが、看護職に対する支援は整備されていない現状がある。

これらのことより、離島で勤務する看護職は継続教育の機会が得られにくく、知識・情報入手手段も限られている。また、情報通信技術（ICT：Information and Communication Technology、以下ICTと略す）の活用に

1) 名桜大学人間健康学部看護学科

2) 沖縄県立看護大学大学院

も課題があると考えられる。これらは、人材確保の難しさや、早期離職の一因になっていることが予測される。そのため、へき地・離島で働く看護職が学習や相談を受けられるようなサポートをはじめとする支援体制をつくる必要がある。本研究の目的は、第一にICTを活用して離島で勤務する看護職間のコミュニケーションの輪を作る（ネットワークを作る）こと、第二に離島診療所看護師が抱える問題を抽出しサポート体制について検討することである。

## II. 研究方法

### 1. 調査期間：平成21年8月～平成22年3月

### 2. 研究協力者

沖縄県内離島診療所で勤務する看護職のうち研究参加の同意が得られた看護職3名である

### 3. 研究手順とデータ収集方法

#### 1) 研究協力者の選定

診療所リストを元に8カ所に電話による研究参加を依頼した結果、「インターネットがつながっていない」、「パソコンがうまく使えない」、「今は業務だけで手いっぱいである」等の理由で5カ所から参加の回答が得られなかった。また、参加の意思が確認された3離島診療所は、ICT環境設定の日程調整ができなかったこと、インターネットがつながらなくなったという理由で、ビデオカンファレンスへは進展しなかった。そこで、知り合いの離島診療所看護職、医師に紹介してもらい、スノーボール方式で参加者を募った。その際、インターネット環境が整備されている者、個人で使用できるパソコンがある者、パソコン操作が慣れている者、研究同意が得られた者を選定条件に入れた。

#### 2) 面接手順とデータ収集方法

データ収集は、ICT環境設定のための離島訪問時に1対1の個人面接法（半構成的面接調査）にて行った。主なる質問内容は、遠隔離島における看護実践上の制約、看護実践を行う上で困った時の対処・支援体制、継続教育・情報収集方法、現在困っていることであり、この4つの視点で半構成的インタビューを実施した。面接中は自由に語ってもらうことを基本としながら、作成した質問内容を網羅するように、話の流れに応じて研究者が確認や質問を行った。また、基本属性、学歴、看護職歴、パソコン使用歴等の情報も収集した。

#### 3) ビデオカンファレンス

ビデオカンファレンスの内容は了解を得た上で録音

し、逐語録を作成した。録音できなかった場合には、終了後にフィールドノートを作成した。実施したビデオカンファレンスの内容、時間、ICT環境（接続・音声・映像）の評価は、カンファレンス終了直後、あるいはskypeのチャットで行った。また、カンファレンス終了時には、次回カンファレンスの日程調整と、課題・テーマを決定した。

#### 4) データ分析方法

インタビューの内容は、インタビュー終了後にフィールドノートに内容を記述した。各研究協力者3名を個別に分析し、次に全体分析（質的内容分析）を行った。フィールドノートの内容を「看護実践上の制約」、「困った時の対処・支援体制」、「継続教育・情報収集方法」、「現在困っていること」の視点で分析し、意味内容の似通ったもの、そうでないものを比較検討し、カテゴリー化を行った。ビデオカンファレンスの内容は逐語録を元に、各カンファレンス内容を概観し整理した。

### 4. 倫理的配慮

個人インタビューやビデオカンファレンスへの協力者には、研究の趣旨、研究への参加は自由であること、途中辞退が可能なこと、得られたデータは本研究以外で使用しないことを直接電話にて説明し同意を得た。個別インタビュー、およびテレビカンファレンスの内容は参加者の同意を得た上でテープに録音する。録音できなかった場合には、終了後にフィールドノートを作成する。テレビカンファレンスの実施風景を参加者の許可を得た上でスナップ写真を撮ることとした。

なお、本研究は沖縄県立看護大学の倫理審査の承認を得て実施した。

## III. 結果

### 1. 研究協力者の概要（表1）

3名の離島診療所看護師が本研究に参加した。年齢は20代が1人、30代が2人であり、3人共に県外の出身である。現在の診療所での勤務年数は1-3年であった。インターネット接続環境は、3島共にADSLであった。

### 2. 研究協力者が所属する離島の概要（表2）

診療所の経営主体は2島が県立、1島が市町村立であった。A島、C島は交通手段として的高速船が一日に往復30便弱あるが、B島は一日に高速船、フェリー共に往復1便のみである。A・C島は内海であり風雨、高波の影響を受けにくく高速船の欠航はほとんどないが、B島は風雨、波の影響を受けやすく高速船の欠航が多い。C

表1 参加者の概要

	A島	B島	C島
年齢	30代	20代	30代
看護師歴	18年	8年	17年
現職年数	2年	1年	3年
出身地	県外	県外	県外
免許・資格	看護師	看護師	看護師・助産師
学歴	短期大学	専門学校	専門学校

※インターネット接続環境は3島共にADSL

表2 各離島の概要

	A島	B島	C島
人口	約600人	約700人	約300人
診療所の経営主体	県立	県立	山町村立
交通手段	高速船 25分 (往復 28便)	フェリー 90分 高速船 5分 (往復 1便)	高速船 10分 (往復 28便)
特記事項	介護施設がないため、介護を必要とする住民は島外に出る。		2009年3月より医師不在 週2回巡回診療 2011年4月より医師赴任予定

島は2009年3月から医師が不在であり、別の離島診療所医師が週に2回巡回診療に訪れている。医師は2011年4月より赴任予定である。

### 3. 個人インタビューの結果

#### 1) 看護実践上の制約 (表3-1)

分析の結果、<限られた資源(酸素、薬剤)での対応>、<言い伝えや伝統文化を理解した上で接することが大切>、<親病院からの情報がタイムリーでない>、<訪問看護をしたいが、医師の理解が得られにくい>、<医師が不在のため、島でできる範囲が限定される>の5つのカテゴリーが示された。A島看護師は「住民は言い伝えや伝統文化を非常に大切にしているため、それを理解した上で接することが大切」と、C島看護師は「伝統文化、行事を優先してとても無理をするので、健康上の問題もその時に出やすい。一緒に参加することで管理したりしている」と述べていた。また、A島看護師は「医師が訪問看護を離島看護師の業務と思ってくれないから、時間内に訪問ができず、時間外や休日を利用して気になる人を訪問するようにしている」と述べていた。医師不在のC島看護師は、「医師がいないので、島

表3-1 看護実践上の制約

カテゴリー	具体例
限られた資源(酸素、薬剤)での対応	訪問の機会や、台風で船が出ない時など、限られた資源(酸素、薬剤)での対応となる(B島)。
言い伝えや伝統文化を理解した上で接することが大切	在島は言い伝えや伝統文化を非常に大切にしているため、それを理解した上で接することが大切(A島)。 島の人は、伝統文化をとても大切にしているため、それを理解した上で接することが大切(C島)。 イベント時には無理をする、急患が発生したり、緊急コールよりも、言い伝え、伝統文化を優先してとても無理をするので、健康上の問題もその時に出やすい。一緒に参加することで管理したりしている(C島)。
親病院からの情報がタイムリーでない	親病院からの情報がタイムリーでなかったり(A島)。 親病院に保健指針の資料を得たことも、なかったりする。情報が遅れたりもする(B島)。
訪問看護をしたいが、医師の理解が得られにくい	訪問看護を離島看護師の業務と捉えてくれないから、時間内に訪問ができず、時間外や休日を利用して気になる人を訪問するようになっている(A島)。
医師が不在のため、島でできる範囲が限定される	医師がいないので、島でできる範囲が限定されている(C島)。 薬を処方して欲しいとか、医師の役割を要求されることがある(C島)。

表3-2 困った時の対処、支援体制

カテゴリー	具体例
看護職者が身近にいない	患者のことや看護について話をする同業者が身近にいない(B島)。 保健師も巡回程度で、あまり交流がない。保健師と情報を共有したりすることも難しい(C島)。
親病院からの十分な支援は得られていない	親病院は話にくい雰囲気ではないが、あまり支援をしてもらっている感じはしない(B島)。
親病院勤務時代の同僚、医師に相談する	親病院に相談する(A島)。 親病院勤務時代の同僚と話を(A島)。
診療所医師、代診医、巡回保健師、巡回医に相談する	診療所医師が教えることが好きなので、聞きやすいし、教えてくれる(B島)。 代診の先生が来たときには、色々教えてもらったり、相談したりしている(A島)。
島内の医療従事者に相談したり、意見交換する	巡回医師が来た際に、疑問に思っていることを聞いたりしている(C島)。 介護施設の医療職者の入選と定期的にカンファレンスをしているので、そのときに相談したり、情報交換したりできる(B島)。
FirstClass(県立診療所会議システム)での意見交換	FirstClassで投げかけたり意見交換している(A島)。
ひとりで悶々とする	ひとりで悶々とする。(A島)。 県外出身から沖縄には知り合いもいないし、島の中で誰かに相談できなかったら、すぐに広まって大変なので話せない。一人でなんとかするしかない(C島)。

表3-3 継続教育・情報収集方法

カテゴリー	具体例
情報が入ってこないで取り残される感じがする	情報が入ってこないで、取り残される感じがする(B島)。 情報はほとんど入ってこない(C島)。 島には書店も本屋もない(C島)。
インターネットで情報を入手している	インターネットで情報を取り入れている(B島)。 診療所、自宅のパソコンからインターネットで情報を取り入れている(C島)。
親病院からの資料から情報を得る	親病院からの資料(B島)。
県立離島診療所看護師協議会・研修(年1回)に参加している	毎年県立の診療所看護師の協議会があるので、そのときはグループワークもしたりして、情報交換する(A島)。 年1回、県立の集まりがあるので、それには出ている(B島)。
学会・研修会にはなかなか出られない	県外の学会、研修会にはなかなか出られない(B島)。 ここからだと本島に出て、それから県外となると、3-1日島から出るようになるので、とてもじゃないけど無理(A島)。 会場は出て見たいというけど、居ないときに何かあったらと思うと、興味があっても行かない(C島)。 医師が不在なので、なかなか島を出ることができないので、本当に必要な情報(保険点数の改定など)を収集する時以外は島を離れていない(B島)。
必要な情報は自らアクセスし、アップデートする	診療所の運営に必要なことが、保険点数の改定などが、今すぐに必要なことの情報があるときは、必ず出ている(C島)。 看護職になって初めて、フェイスブックサークルの年間購読契約をした。向こうにいたら、いつでも手に入るから、買ったことがなかったし、必要なときに使っていた(B島)。

でできる範囲が限られている」、「薬を処方して欲しいとか、医師の役割を要求されることがある」と看護業務を超える要求があることを述べていた。

#### 2) 困った時の対処、支援体制 (表3-2)

分析の結果、<看護職者が身近にいない>、<親病院からの十分な支援は得られていない>、<親病院勤務時代の同僚、医師に相談する>、<診療所医師、代診医、巡回保健師、巡回医に相談する>、<島内の医療従事者に相談したり、意見交換する>、<FirstClass(県立診療所会議システム)での意見交換>、<ひとりで悶々とする>の7つのカテゴリーで示された。「患者のことや看護について話をする同業者が身近にいない(B島)」、「保健師も巡回程度で、あまり交流がない。保健師と情報を共有したりすることも難しい(C島)」ため、看護実践上で困った場合に頼れる看護職者が身近にいないことが語られた。親病院での勤務経験があるA島看護師は「親病院勤務時代の同僚と話をする」と話していた。C島看護師は「親病院は話にくい雰囲気ではないが、あまり支援をしてもらっている感じはしない」と話していた。「代診の先生が来たときには、色々教えてもらったり、相談したりしている(A島)」、「介護施設の医療職者の人達と定期的にカンファレンスをしているので、そのときに相談したり、情報交換したりできる(B島)」、「巡回医師が来た際に、疑問に思っていることを聞いたりしている(C島)」と医療専門職者と接触の機会を

して、相談・情報交換がなされていた。3人とも県外出身であり、C島看護師は「県外出身だから沖縄には知り合いもないし、島の中では誰かに相談なんかしたら、すぐに広まって大変なので話ができない。一人でなんとかするしかない」と話していた。

### 3) 継続教育・情報収集方法 (表3-3)

分析の結果、<情報が入ってこないので取り残される感じがする>、<インターネットで情報を入手している>、<親病院からの資料から情報を得る>、<県立離島診療所看護師会議・研修(年1回)への参加>、<学会、研修会にはなかなか出られない>、<必要な情報には自らアクセスし、アップデートする>の6つのカテゴリーで示された。「情報が入ってこないので、取り残される感じはする(B島)」、「島には書店も本屋もない(C島)」と専門的な情報からの疎外感を感じていた。しかし、インターネットでの情報収集や看護情報誌の定期購読(B島)、診療所運営上必要な情報の入手(C島)等、積極的な知識のアップデートをしている。県外の研修・学会については「少ししけると、すぐに高速船が欠航になり、島に戻れないこともあるので、余程のことがないとならない(B島)」という天候上の問題、「ここからだ本島に出て、それから県外となると、3-4日島から出るようになるので、とてもじゃないけど無理(A島)」というアクセス性、「医師が不在なので、なかなか島を出ることができないので、本当に必要な情報(保険点数の改定など)を収集する時以外は島を離れていない(C島)」という医療者不在の不安などから参加できない現状であった。

### 4) 現在困っていること (表3-4)

分析の結果、<人間関係上のストレスが大きい>、<島を簡単に離れられない>、<他の看護職との交流が不可能>、<看護師の役割を理解してもらえない>、<医師がいないという負担感が大きい>の5つのカテゴリー

で示された。

<人間関係上のストレス>は、「医師の患者への対応、看護師への対応がストレス(A島)」、「医師に対しての不満が多い(B島)」と医師との関係が大きく、看護実践上の困難や精神面にも影響を及ぼしていた。また、「医師は島を不在にするときは、調整の上いつでも代替医師が来るが、看護師には夏期休暇の5日間のみである(A島)」、「代替看護師などいない。私が島を離れると、医療者が誰もいなくなる(C島)」と話しており、代替看護師が限定的、あるいは居ないために島内に留まざるを得ない状況である。「他の離島に出向いて交流を持つことも難しい(A島)」、「保健師も巡回で月に1回しか来ないし、あまり交流がない。保健師も毎年変わっている(C島)等、看護職間の交流の難しさも語られた。また、<看護師の役割を理解してもらえない>では「医師が看護師の役割を『診療所の診療の補助』と理解しており、訪問看護、予防的な活動を理解して貰えない(A島)」、「島の事情を知らない観光客が夜間に急患となると、医師がいないこと、船が出ないこと、簡単にヘリが呼べないことなどの理解が得られない(C島)」などが語られた。医師不在のC島は、負担感を感じながら勤務していることが語られた。

### 4. ビデオカンファレンスのICT環境 (図1)

ビデオカンファレンスは、A島、B島、C島と大学の4カ所を結んで実施した。音声はskypeの会議通話を使用し、画像は沖縄県立看護大学の遠隔講義システム(FCS: Flash Communication Server、以下FCSと略す)を使用した。WebカメラはLogicool社のLogicool® 1.3-MP Webcam C500hを用いた。日常的な交流として、携帯電話、携帯メール、skypeのチャットを使用した。

表3-4 現在困っていること

カテゴリー	具体例
人間関係上のストレスが大きい	医師の患者への対応、看護師への対応がストレス(A島) 医師に対する不満がある(B島) 医師が患者への診療は一手に行いたいという感じであり、看護師と患者のみでの接離を好まない(B島) 上日に島外に出て島を不在にすることを医師が嫌うので、思うように出せず、リフレッシュできない(A島)
島を簡単に離れられない	医師は島を不在にするときは、調整の上いつでも代替医師が来るが、看護師には夏期休暇の5日間のみである(A島) とにかく、島を離れることができない。役場も、巡回医師、代替医師も島を離れて良いと言ってくれるが、何かあったらと考えると、やはり離れられない(C島) 代替看護師などいない。私が島を離れると、医療者が誰もいなくなる(C島)
他の看護職との交流が不可能	他の離島に出向いて交流を持つことも難しい(A島) 離島診療所看護師間でのコミュニケーションを取りたいができない(A島) 県立ではないので、他の離島診療所との交流がない(C島) 保健師も巡回で月に1回しか来ないし、あまり交流がない。保健師も毎年変わっている(C島) FirstClassでの意見交換がタイムリーでない、反応が希薄。限られた人同士の参加になっている(A・B島)
看護師の役割を理解してもらえない	医師が看護師の役割を「診療所の診療の補助」と理解しており、訪問看護、予防的な活動を理解して貰えない(A島) 医師が患者への診療は一手に行いたいという感じであり、看護師と患者のみでの接離を好まない(B島) 住民から、看護師の役割以上の事を求められることも多い(C島) 時に、島の事情を知らない観光客が夜間に急患となると、医師がいないこと、船が出ないこと、簡単にヘリが呼べないことなどの理解が得られない(C島)
医師がいないという負担感が大きい	医師がいないという負担感が大きい(C島) 診療所の運営をひとりでやるので、管理面で気を遣う(C島) 医師が不在の時に、急患が来ると、全部自分で判断しないといけないので、負担がある(C島)

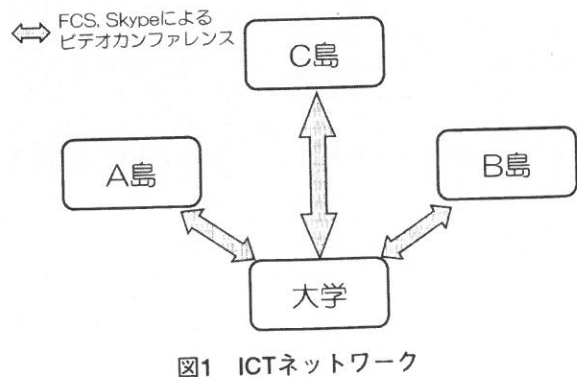


図1 ICTネットワーク

5. ビデオカンファレンスの実施 (表4)

ビデオカンファレンスは合計5回実施した。各回の内容は以下の通りである。

1) 第1回目:平成21年12月28日に開催

2島の看護師と大学で2名の研究者が参加した。テーマは特に設けず、自己紹介、各島の現況、現在困っていること、年末年始の過ごし方 (島から出られるのかどうか) 等が話題となった。現在困っていることを元に、糖尿病のケースカンファレンスが次回のテーマに決定した。また、沖縄県立看護大学の島嶼看護に関する公開講座を試験的に発信することにした。

2) 第2回目:平成22年1月15日に開催

参加者は1回目と同様に2島の看護師と大学で2名の研究者である。2回目は糖尿病のケースカンファレンスを予定していたが、B島で2日連続溺水の心肺停止事例が発生した直後であり、B島看護師からその時の看護実践の振り返りをしたいと申し出があったこと、A島看護師もB島看護師のメンタル面を心配し、話がしたいという意見もあったため、テーマを溺水心肺停止事例における看護実践の振り返りに変更した。ビデオカンファレンスでは、B島看護師が溺水2事例の状況説明をしながら、自分の看護実践について振り返りが行われた。A島看護師からA島の事例・取り組みが紹介され、その中で今後の課題を明確にしながら、次の事例に活用可能なポイントの確認、必要物品の確保・配置の工夫、医師・役場・ダイビングショップ等関係者との連携が話された。診療所医師と共に事例を振り返ることの大切さを認識し、次回ビデオカンファレンスでは医師とのカンファレンス結果の報告、糖尿病患者のケースカンファレンスを実施することに決定した。

3) 第3回目:平成22年2月13日に開催

参加者はA・B島看護師と研究者1名、糖尿病に精通した大学教員D氏である。ビデオカンファレンスでは、A島の糖尿病患者の自己管理状況、保健師との関わり、診療所看護師が住民健診に関われない現状、健診データが共有できないこと、B島の生活習慣病予備軍への保健

師の関わり、糖尿病患者への医師、看護師の関わりが報告された。D氏からはE島での取り組み (保健師と看護師の橋渡し)、E島で成功した「健康手帳」が紹介された。その後、A・B島のイベントや日常の関わりを通して実施している住民への健康教育の実際、今後の保健師を交えた活動プランが話された。また、A島看護師から新たに参加希望しているC島看護師の紹介があり、次回はC島でのICT環境セッティング後、ABC3島と大学をつなぎ、各島の現況報告、情報交換を行うことにした。

4) 第4回目:平成22年3月1日に開催

AB島看護師に加え、新たにC島の看護師が参加した。C島看護師の紹介と、各島の現況報告、情報交換を行った。死亡した患者、感染症患者、外傷患者の搬送方法について、各離島の工夫、役場や船会社との調整が話された。各島での自殺の現状、対応についても情報交換がなされた。AB島は県立でC島は市町村立であり、経営母体の異なるC島が加わるにより、役場や親病院との連携、特に地震・津波などの災害時、新型インフルエンザなどの感染症が発生した場合の危機管理体制について、情報交換がなされた。県立と市町村立では雇用状況も異なり、代替看護要員の派遣の有無も明らかになった。また、島行事の住民の健康問題、急患の特徴についても話がなされた。置かれている環境の違いを共有し合い、互いの苦境への改善策を模索する様子が見受けられた。次回は、第3回目のビデオカンファレンスで紹介されたE島の健康手帳を大学より各島に送付し、それを活用した結果を報告し合うことにした。

5) 第5回目:平成22年3月12日に開催

参加者はAC島看護師と研究者2名である。B島看護師は診療所での診療業務が長引いており不参加となった。A島看護師がD町役場の保健師とのカンファレンス内容を報告した。まず、D町の保健師事情、問題点、課題が話された。C島も同じD町役場の保健師が関わっているため、情報共有が大変スムーズに行われた。D町では保健師が1-2年毎に担当者が変わることが多く、継続して関われないという問題が生じていた。今回カンファレン

表4 ビデオカンファレンスの概要

	第1回目	第2回目	第3回目	第4回目	第5回目
参加者	AB島の看護師、研究者 2人	AB島の看護師、研究者 2人	AB島の看護師、研究者 1人、糖尿病に精通した 大学教員	ABC島の看護師、研究 者2人	AC島の看護師、研究 者2人
テーマ で 内容	AB島島嶼看護師の紹介、 各島の現況 年末年始の過ごし方 現在困っていること	看護実践の振り返り (溺水による CPR 事例) 緊急時のリスクマネジ メント	糖尿病予備軍のケース カンファレンス 各島の糖尿病患者の自 己管理の状況、予備軍 の問題 健康教育の実際と今後の 活動プラン	C島の診療所看護師の 紹介、各島の現況 特別な患者の本島への 搬送方法 島行事、伝統文化への 配慮 疫病、親病院との連携	「健康手帳」を用いた 保健師とのカンファ レンス結果 役場との連携、チーム ワークの重要性 診療所看護師の心得 次担任者への引き継 ぎ事項

スをした保健師も3月末で交代となるため、健康手帳の活用について次の担当者への引き継ぐことが課題となった。後半のビデオカンファレンスでは、地域住民の大切に行っている島行事・地域文化と健康問題の関係、離島診療所看護師の心得などが話された。AC島の看護師共に沖縄県外の出身者にもかかわらず、地域文化を大切にしている住民への理解を示し、共に楽しみ、尊重する姿勢で対応することの大切さを共有していた。地域行事で起こりやすい健康問題や、行事前後の重症化予防などが話され、その土地に合わせた看護師の在り方を模索している姿が伺えた。

#### 6. ビデオカンファレンス後の意見

ビデオカンファレンス実施後、「繋がっている感じがある」、「情報交換が出来る」、「他の島の取り組みが参考になる」、「他の島への関心が出てきた」、「様々な意味で、自分だけ、自分の島だけではないのだという安堵感がある」、「モチベーションが上がる。頑張ろうという思いになった」、「孤立感が軽減した」、「連絡が取り合えることが心強い」、「ビデオカンファレンスの便利さを感じている」、「愚痴ることができ、ストレスが解消される」などポジティブな意見が聞かれた。また、「時々聞こえない」、「聞きづらいことがある」、「画像がコマ送りになったり、静止したりする」、「回線状況が悪い時がある」、「同時に話すと、誰かの声が途切れる（skypeの性質）」など、ICT環境上のネガティブな意見も聞かれた。

#### 7. 島嶼看護関係の公開講座の発信

公開講座は合計2回発信した。ICT環境はビデオカンファレンスと同様である。内容は1回目「太平洋諸島における島嶼看護の現状と遠隔専門看護師の活動」、2回目「台湾の看護・医療事情～老年看護に焦点をあてて」である。1回目はA島、B島の2人の看護師が参加したが、B島看護師は、公開講座開始後30分以内に心肺停止患者の緊急コールが入り、対応のため退室した。A島看護師は、終了20分前に急患発生の緊急コール対応のため退室した。2回目はA島看護師のみ参加し、終了まで全てを受講することが出来た。終了後、「島を出ないで聞けることが嬉しい」、「内容が島嶼・へき地看護実践に役立つもので、参考になった」、「講演者の声は綺麗に聞こえたが、通訳の声は小さかった」、「講演途中で緊急コールで呼び出され、最後まで聞けず残念だった」、「ビデオカンファレンスの設定と同様の操作であり、問題なかった」との意見が聞かれた。

#### 8. ビデオカンファレンス開始後の変化

それぞれの島のICT環境を設定し、ビデオカンファレンスを開始することにより、ビデオカンファレンスの時間以外での診療所看護師間でのskypeによるチャット、電話での交流、島の行き来が行われるようになった。また、ビデオカンファレンス中もA島看護師がB島看護師に対し、「B島ではマラソン大会があるけど、準備は進んでいる？」と質問するなど、参加者のそれぞれ島についての関心が高まっている様子が伺えた。マスメディアで報道されるような溺水などの事故、悪天候、マラソン大会など島でのイベントがあった場合、直接連絡を取ったり、その後のビデオカンファレンスで話題にあがった。平成22年2月27日に、発生した地震（震源地は沖縄近海でM6.9、最大震度5弱）では沖縄本島全域に津波警報が出された。その地震後に実施した第4回目のビデオカンファレンスでは、各島の被害や避難方法・場所、島民の状況などを確認し、それから各島の災害時の危機管理体制の情報交換へと発展していった。

### IV. 考察

#### 1. 離島診療所看護師の抱く問題とICTによるネットワークについて

今回、個人インタビューとビデオカンファレンスを実施することにより、離島診療所で勤務する看護師の抱いている問題を把握することが出来た。離島診療所看護師の多くは、1人体制であり、島によっては他の看護職、医師以外の保健医療専門家が島内に存在しないという現状も明らかになった。塚本ら<sup>7)</sup>も、へき地診療所看護職が研修など学習機会・資源を得にくいという不利な条件を抱えていると述べており、1人体制、代替要員がないことは、看護実践上の困難感を分かち合ったり、議論し合うことが困難であり、それ故に孤独感を感じることに繋がりうる。また、島によっては本島との交通機関である船舶の便が少ないことや、欠航が多いことも、孤独感に繋がりうる。本研究に参加した3島の看護師は、いずれも沖縄県外の出身者であり、島内だけでなく、本島内にも知り合いがいない中、単身で勤務していた。離島看護師として赴任する以前は、本州の設備が整った総合病院に勤務しており、意見交換をする看護師が側にいない、酸素や薬剤に限度がある等、赴任後のリアリティショックも大きかったことが推測される。また、ビデオカンファレンス後の意見からもわかるように、ビデオカンファレンスを通して「物理的に離れていても繋がっている」ことが体感できたと考える。置かれている環境の相違点を共有し合い、互いの苦境への改善策を模索する様



子が見受けられた。ビデオカンファレンス以外でもskypeや携帯電話、携帯メールで交流を持つことにより、「いつでも繋がる」安心感を得られたと考える。さらに、ビデオカンファレンスで近況報告、看護実践に関する情報交換、体験を語り合うことで、看護師間の連帯感が生まれ、モチベーションも高まっていった。

ルラールエリアの看護職に関するMargaret<sup>11)</sup>らの研究調査では、「つながっているという感覚」は、他の保健医療専門家とのつながり等のサポートネットワークの発達、都市病院との関係、テレコミュニケーションの有用性(電話、FAX、遠隔医療、インターネット)、および地域社会とのつながりの4つが関連していると述べている。また、「つながっていない感覚」は都市病院や他の保健医療専門家との関係不足、指導者や代替要員などのサポートスタッフ不足、不十分な電力供給等に伴うコミュニケーションの破綻が関連していると述べている。今回のビデオカンファレンスでは、市販のWebカメラ、FCSとSkypeという簡便なアプリケーションを使用することで、ICTによる双方向のネットワークを確立することができたと考える。離島という環境から、天候不良、アクセスの集中等で実際には接続状況が悪いこともあったが、その際は携帯電話での連絡や他のコミュニケーション手段を用いて「必ず繋がる」ことができた。そのことについて、参加者は「心強い」、「安心感がある」と述べていたことから、携帯電話、携帯メール、skype、FCS、e-mail等複数のネットワークを持ち、いずれかの方法では必ず双方向の連絡が可能であることが重要である。

また、公開講座の発信は、離島にいながら学習ができることの喜びを得ることができていた。これまで、研修に出向くには、移動するための時間と費用が必要となっていた。さらに、夏期休暇の5日間以外は代替要員が確保されないため、学会や研修への参加を断念することも多かったようである。沖縄県の遠隔離島の場合、継続教育のために本州の学会/研修に参加するためには、移動手段が船舶から飛行機への乗り継ぎが必須であり、島を不在にする日数が増える。宿泊費等も発生するため、コスト面での負担が大きいことは容易に察することができるが、それ以上に、島を不在にすることが彼らには負担要因であるため、島に居ながらの継続教育、知識・技術のアップデートが必要である。塚本ら<sup>7)</sup>のへき地診療所看護師への学習ニーズ調査でも、看護活動の充実に向けて、看護職・医療職としての専門知識を最新にブラッシュアップさせていく機会を得ることへのニーズが高いことが示されている。公開講座や講演を発信、受信することが可能になれば、幾つかの負担が軽減され、最新の知

識・技術へのアクセス性が高まるであろう。本研究で用いたICT環境は簡便なシステムであり、受信だけなら回線状況の良くない離島にも充分耐えうる。よって、本システムを用いた離島で勤務する看護職への継続教育プログラムを開発していくことは必要であり、有用と考える。しかし、1回目の公開講座発信時に休日にも関わらず2島の看護師共に急患発生のため緊急コールに対応せざるを得ず、完全に聴講することは出来なかった事実がある。これが、離島で勤務する看護職の現実である。離島で勤務する看護職は、島に滞在している間24時間、365日、島民や島を訪れた観光客の健康上の問題に対応することを余儀なくされているのである。このような島の看護職の事情を加味した上で、継続教育プログラムを検討していくことが重要であると考えられる。

## 2. ICT環境について

今回、Webカメラ、FCS、Skypeを用いてICT環境を整え、ビデオカンファレンスの開催と公開講座発信により、図2のようなネットワークが構築できたと考える。参加者は簡便なツールを用いて、他の離島看護師とのコミュニケーションの機会を得ることができた。初めは大学側がビデオカンファレンスを開催し、公開講座を発信するという大学が中心となった交流であったが、skypeのチャット、携帯電話、島間の行き来等、自らビデオカンファレンス以外での交流を持つようになった。それらを通して、離島の看護職間の交流が生まれ、相互作用が働いたと考える。以上より、大学側の役割は情報リテラシーの提供、遠隔による情報発信、そして、離島看護職間の交流を見守ることと考える。今後もビデオカンファレンスを継続しながら、新たな情報の発信、離島間の交流を見守っていきたい。

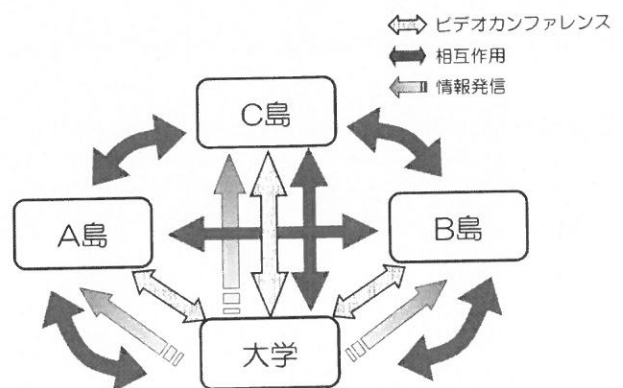


図2 ICTを用いたネットワーク構築

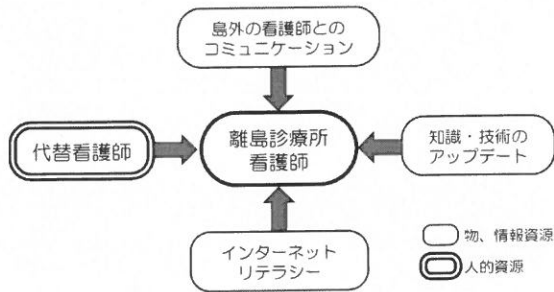


図3 離島診療所看護師への支援体制

### 3. 離島診療所看護師への支援体制について

上述した事項を踏まえ、離島診療所看護師への支援体制について検討した(図3)。離島診療所看護師は、島外の看護職とのコミュニケーション、離島に居ながらの知識・技術のアップデート、インターネットリテラシーを必要としており、それらはICT環境整備をした上で、ビデオカンファレンスや、公開講座の発信等を通して遠隔で支援することが可能と考える。さらに、離島診療所看護師は、学会・研修会への参加、休暇のために島外に出るための代替看護師の確保を必要としている。県立病院附属診療所に関しては、夏期休暇の5日間のみ代替要員が確保されている。しかし、勤務時間外である土日や学会/研修で島外に出たいと考えても、その間に何かあったら考えると、島内に留まってしまうのが現状である。ある町村立診療所では、夏期休暇さえ代替要員が確保されていないという現実がある。人的資源の確保に関しては今後の課題である。

#### 本研究の限界

本研究のビデオカンファレンスに参加した看護師3人全員が沖縄県外の出身であるため、一般化するには充分ではない。

今後の課題は、1.退職に伴い、ビデオカンファレンス

参加者が1人減ったため、新たな参加者の募集が必要であること、2.診療所看護師だけでなく、保健師もメンバーに加える、3.ビデオカンファレンスの継続的な実施、4.離島の通信環境の改善、5.離島診療所看護師が島外に出るための人的資源(代替看護師)の確保である。

#### 謝辞

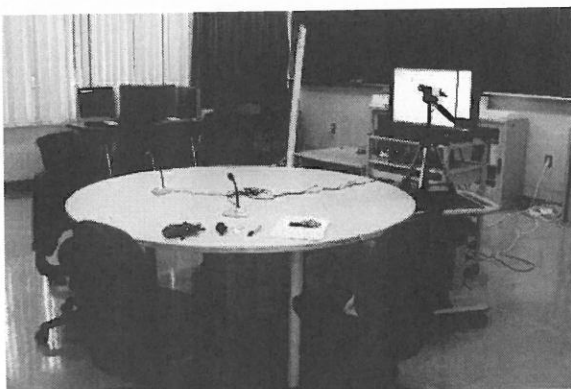
本研究の実施にあたり、ご協力いただいたA島、B島、C島の看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

#### 付記

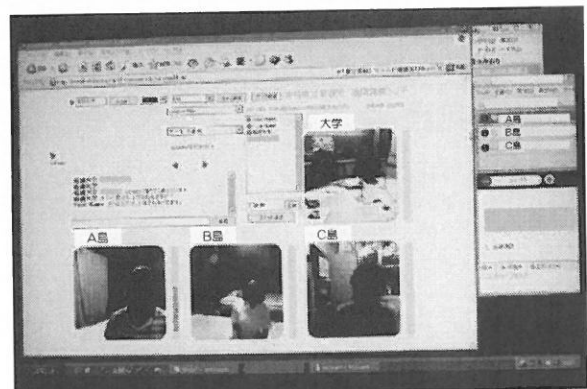
本研究は、平成21年度沖縄県立看護大学学長奨励教育研究の一部として実施されたものである。

#### 文献

- 1) 沖縄県福祉保健部 医務・国保課(2008): 沖縄県保健医療計画平成20年改訂, 83-90, [http://www.pref.okinawa.jp/imu\\_kokuho/iryotaisaku/hokenniryokeikaku/hokeniryokeikaku.html](http://www.pref.okinawa.jp/imu_kokuho/iryotaisaku/hokenniryokeikaku/hokeniryokeikaku.html), アクセス日2009年8月25日。
- 2) DesleyHegney(2003): RURAL AND REMOTE AREA NURSING: AN AUSTRALIAN PERSPECTIVE, Online Journal of Rural Nursing and Health Care, vol. 3, no.1, Spring. Retrieved on August 16, 2009, from <http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/view/103/99>.
- 3) 八田勘司ら(2000): 地域交流センター年報平成12年度VOL.3 7.研究開発事業: ルーラルナーシング概念枠組みモデル, 三重県立看護大学地域交流研究センター, 43-48.
- 4) 大平肇子、小林文子ら(2002): 日本におけるルーラルナーシングの役割モデルについての研究, 三重県立看護大学紀要, 75-84.



ビデオカンファレンス実施場面



ビデオカンファレンス実施場面

- 5) 吉岡多美子、小林文子ら (2002) : ルーラルナーシングにおける専門家役割モデルの検証 - M県内におけるへき地診療所と都市部病院に勤務する看護専門職への調査結果から、三重県立看護大学紀要, 85-94.
- 6) 八田勘司ら (2001) : 地域交流センター年報平成13年度VOL.4 (2)ルーラルナーシング概念枠組みの構築, 三重県立看護大学地域交流研究センター, 30-36.
- 7) 塚本友栄ら (2010) : へき地診療所看護職の学習モード, 日本ルーラルナーシング学会誌, 5, 1-15.
- 8) ゆいまーるプロジェクト推進室 : <http://www.ritoushien.net/>, アクセス日2009年8月25日.
- 9) 沖縄県福祉保健部 福祉保健企画課 (2004) : 沖縄県保健医療計画, 77-78.
- 10) 八田勘司ら (1999) : 地域交流センター年報平成11年度VOL.2 7.研究開発事業:ルーラルナーシング概念枠組みモデル, 三重県立看護大学地域交流研究センター, 48-55.
- 11) Margaret M. Conger, Karen A. Plager (2008) : ADVANCED NURSING PRACTICE IN RURAL AREAS : CONNECTEDNESS VERSUS DISCONNECTEDNESS, Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 8(1),24-38,Retrieved on August 6, 2009, from<http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/viewFile/156/194>.
- 12) Chad O' Lynn, et al (2009) : RURAL NURSES' RESEARCH USE, Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 9(1):34-45, Retrieved on August 6, 2009, from <http://www.rno.org/journal/index.php/online-journal/article/view/176/226>.
- 13) P Van Ast, A Larson (2009) : Supporting rural carers through telehealth, Rural and Remote Health, Retrieved on August 26, 2009, from [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_634.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_634.pdf).
- 14) C Newman, E Martin, DE McGarry, A Cashin (2009) : Survey of a videoconference community of professional development for rural and urban nurses, Rural and Remote Health 9: 1134, Retrieved on August 25, 2009, from [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_1134.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_1134.pdf).
- 15) 八田勘司ら (1998) : 地域交流センター年報平成9年度・平成10年度 4.研究開発事業:ルーラルナーシング概念枠組みモデル, 三重県立看護大学地域交流研究センター, 16-23.
- 16) 厚生労働省医政局指導課 (2005) : 第10次へき地保健医療計画, <http://www.mhlw.go.jp/za/0727/c35/c35-24.pdf>, アクセス日2010年5月20日.
- 17) 梅木智彦ら (2008) : 離島・へき地における保健・看護のための遠隔コミュニケーションシステムの開発, 日本ルーラルナーシング学会誌, 3, 103-115.

## Supporting Nurses in Remote Islands through Videoconference System.

Kaori SHIMIZU, M.S., P.H.N., R.N.<sup>1)</sup> Midori KAMIZATO, Ph.D., P.H.N., R.N.<sup>2)</sup>

### Abstract

**BACKGROUND:** The nurses in the remote island are difficult to obtain continuing education and new information of nursing knowledge and limited communication with outside islands. These are cause of early resignation for nurses. Therefore, the making of the support system such as providing continuing education or consultation is necessary and indispensable.

**PURPOSE:** To make the network system using Information Communication Technology (ICT) to support for remote area nurses.

**METHODS:** The nurses, who want to join the support system with ICT, in remote island's clinic were recruited with snowball methods from the health care providers. We provide several videoconference with ICT to have meeting and chat for these nurses. Data were obtained by Semi-structured interviews, conversation of videoconference activities and chat from ICT.

**RESULTS:** Three clinical nurses from different islands participated videoconference and individual interviews. Before we had videoconferences, they had problems; "a lack of relationships with other health care providers", "no Information", "isolation", "unable to attend professional meetings", "stress on interpersonal relationship with a medical doctors". We had 5 videoconferences and provided two open lectures for these nurses. The main contents of videoconferences were case conferences, review of nursing practices, island people's health problems and nursing intervention on traditional event. After the videoconferences, nurses have been reporting their positive interaction such as "feeling connecting with outside health care providers", "exchanging nursing knowledge" "using of ICT", "feel less isolated", "increasing of their own motivation", "refreshing themselves". After the videoconferences, these nurses have been making connections themselves by the telephone, skype chat, and meeting directly.

**CONCLUSIONS:** Providing videoconferences and open lectures were a very supportive way to connect with remote island nurses.

**Key words :** remote island, remote area nurses, ICT, network, support system

---

1)Meio University

2)Okinawa Prefectural College of Nursing

# 緩和ケア病棟における緩和ケアの質評価ツールSTAS-J導入 に対するコア看護師の認識

宮城千秋 神里みどり

報告

## 緩和ケア病棟における緩和ケアの質評価ツール STAS-J導入に対するコア看護師の認識

宮城千秋<sup>1)</sup> 神里みどり<sup>1)</sup>

### 要約

【目的】本研究は、緩和ケア病棟における緩和ケアの質評価ツールSupport Team Assessment Schedule 日本語版(STAS-J)の導入に対するコア看護師の認識を明らかにすることを目的としている。

【方法】調査対象はA緩和ケア病棟のSTAS-Jの導入の推進者であるコア(中心)となる看護師7名である。STAS-J学習会の参与観察法と面接法を用いてデータを収集し、質的に分析を行った。

【結果】コア看護師は学習会を通じて、STAS-Jを理解し、ケースやショートカンファレンスにSTAS-Jを活用していった。STAS-J導入に対するコア看護師の認識は、【ケアの質を考える共通のツール】【カンファレンスにおける情報共有とチームアプローチ】【コミュニケーションを介した患者・家族、医療者との関係の保持】【緩和ケアの基本に立ち返るケア行動】【STAS-Jに関する教育の必要性】という5つのカテゴリーが見出された。

【結論】コア看護師は、STAS-Jを学ぶことで、緩和ケアの基本的なアセスメントが可能になり、傾聴や寄り添うことの大切さを認識していた。さらに、STAS-Jの項目を活かし、コミュニケーションを意識したケアを実践していた。STAS-Jの導入において、コア看護師を中心とした学習会を行うことは有用であり、事例検討を重ねながら、それぞれの看護師に応じた教育とサポート体制を行う必要がある。

キーワード：Support Team Assessment Schedule 日本語版(STAS-J)、緩和ケア病棟、看護師の認識

### I. はじめに

緩和ケアの質は常に評価され、ケアの効果を保証するものでなければならない。STAS (Support Team Assessment Schedule) は、英国のHigginsonによって開発されたホスピス・緩和ケアの代理評価尺度<sup>1)</sup>で、患者に負担を与えないという利点がある。わが国においては、医療者がケアを評価する用具として、適切で妥当性の保証がされたものがなかったため、2004年にSTAS日本語版(以下、STAS-J)が作成された<sup>2)</sup>。近年、臨床現場においてはSTAS-Jの普及が進み、患者・家族の病状把握、コミュニケーションの評価によるチーム医療の推進の効果が期待されている<sup>3)</sup>。一方、上司からの押しつけなどでスタッフがあまり納得しないまま、STAS-Jを導入した場合、評価することが目的化してしまい、ケアの向上に繋がらないとも言われている<sup>4)</sup>。

STAS-Jに関する研究には、がん告知がケアの質の向上に重要であるとするエビデンスの報告<sup>5)</sup>、緩和ケアチームの介入効果<sup>6)</sup>、緩和ケア病棟におけるSTAS-Jを用いた定期的な自己評価<sup>7)</sup>などがあるが、これらの結果は医師や多職種チームを中心とした導入の成果に焦点が当てられている。中島<sup>8)</sup>は、STAS-J導入時のキーポイントにつ

いて、「まずは小規模メンバーから」「限られた業務量の中で対象を限定して行う」などを挙げている。STAS-Jのマニュアル<sup>9)</sup>では、コアとなる看護師がまずトレーニングすることを勧めている。しかし、STAS-Jを理解するための学習方法やコアとなる看護師がSTAS-Jを導入していく過程でどのような認識がみられるのかについて研究されたものは少ない。

そこで、本研究は、緩和ケア病棟におけるSTAS-Jの学習会を通して、コア看護師のSTAS-Jに対する認識を明らかにし、今後のSTAS-J導入のあり方および効果的な活用のための示唆を得ることを目的とした。

### II. 研究方法

#### 1. STAS-Jの概要

医師、看護師の支援チームで行う緩和ケアの評価尺度の一つである<sup>9)</sup>。STAS-Jは、「1.痛みのコントロール」「2.症状が患者に及ぼす影響」「3.患者の不安」「4.家族の不安」「5.患者の病状認識」「6.家族の病状認識」「7.患者と家族のコミュニケーション」「8.医療専門職間のコミュニケーション」「9.患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション」の9項目から構成されている。各項目は0～4の5段階からなり、各段階の説明文をみて最も近いものを選ぶようになっている。また、0は問題

1) 沖縄県立看護大学

が小さいこと、4は問題が大きいことを意味する。STAS-Jは、オーディットツールとして、十分な信頼性と妥当性が確保されている<sup>2)</sup>。STAS-Jは、患者による自己記入ではなく、ケアを提供しているスタッフが記入するため、終末期で全身状態が悪い患者にも使用可能である。

## 2. 研究対象者

対象者は開設して1年目のA緩和ケア病棟で、STAS-J学習会に参加したコア看護師7名であった。ここでは、7名の看護師がコア（中心）となってSTAS-Jの理解を深め、コア看護師からスタッフへSTAS-Jの使用に関する相談や教育を行う役割があった。コア看護師は、A緩和ケア病棟17名の中から、病棟師長の推薦により選出された。また、緩和ケア病棟開設前の準備班のメンバーでもあった。

## 3. 研究方法

データ収集は、STAS-J学習会の参与観察とSTAS-J導入に対する個人インタビューを1回行った。調査期間は2007年5～10月であった。

### 1) STAS-J学習会の参与観察

STAS-J学習会は週1回、勤務終了後の1時間、コア看護師と研究者とで実施した。コア看護師1名がファシリテーターとして学習会を進め、研究者はオブザーバーの立場で参加し、毎回の議事録を作成した。また、学習会の発言内容は、参加者の許可を得て録音した。

### 2) STAS-J導入に対する個人インタビュー

計15回の学習会終了後に30～60分の個人面接を1回実施した。面接はプライバシーの確保できる個室で行い、同意を得てテープレコーダーに録音し、逐語録を作成した。質問項目は、①STAS-J学習会に参加した感想、②STAS-Jについて役立つと思うことや難しい点、③STAS-J導入によるカンファレンスや看護ケアについての認識である。

## 4. 分析方法

STAS-J学習会の参与観察から、毎回の学習会の現状と問題点、それに対するコア看護師の取り組みをまとめた。毎回の学習会を参与観察した理由は、コア看護師のSTAS-Jに対する認識の変化をみるためである。

個人インタビューから得られた質的データは、次の手順で質的帰納的に分析した。まず、テープから、対象者ごとに逐語録を作成した。逐語録を精読し、対象者のSTAS-J導入に対するコア看護師の認識を抽出してデータとした。データの意味や内容を読み取りながら、1つのまとまりごとにコード化した。さらに、意味内容が類似

する言葉を集約してカテゴリー化した。分析過程において、質的研究の専門家によるスーパーバイズを受け、分析結果の真実性・妥当性を確保するように努めた。

## 5. 倫理的配慮

対象者に研究の概略、研究への参加は自由であり、研究結果の公表についてはプライバシーの保護を厳守することを書面と口頭で説明を行い、文書で承諾を得た。研究者は、外部者なので、施設長および対象者の許可を得てから毎回の学習会に参加し、研究で収集された患者の情報は個人を特定できないように情報の保護に努めた。本研究は沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会で承認を得て実施した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象者の背景

対象者は、病棟師長、主任看護師、病棟看護師5名の計7名である。平均年齢42.6±10.0歳、平均看護師経験年数17.9±10.7年、緩和ケア病棟勤務年数は全員が1.5年であった。本研究に協力する緩和ケア病棟（開設して1年目）はこれからツールを導入し、取り組もうとしている病棟であり、STAS-Jの使用経験はコア看護師の全員が無かった。

### 2. STAS-J学習会のプロセス

STAS-J学習会は計15回開催され、そのうち第10～15回はSTAS-J評価を行った。1回の学習会は1時間で、知識の習得に関しては、STAS-Jマニュアル第2版<sup>9)</sup>を用いてグループディスカッションを行い、STAS-J評価はデスケース、実際の患者について行った。STAS-J学習会は、1) マニュアル・仮想症例の演習、2) 言葉の意味、3) デスケース・振り返り、4) 実際のケースのSTAS-Jの評価、5) 全体の取り組み（スタッフによるSTAS-Jを使用したカンファレンス）の5段階を経た。これら学習会のプロセスに照らし、毎回の学習会のテーマ、内容および問題、コア看護師の取り組みを示した（表1）。

#### 1) マニュアル・仮想症例の演習

第1～3回はマニュアルを用いた学習会を開始し、コアメンバーで意見交換を行った。コア看護師はSTAS-Jに対して、コミュニケーションの評価、未告知の場合は病状認識を把握することが困難であることを述べた。第4～5回はマニュアルにある仮想症例の検討を行ったが、評価の得点をつけることが中心になってしまい、患者の不安や病状認識について、他者評価する難しさがあった。第6回は仮想症例の復習を行った。コ

表1 STAS-J学習会のプロセス

	月日	学習会のテーマ	内容および問題点	コア看護師の取り組み
マニュアル・ 仮想症例の演習	1回 5/11	・学習会の年間計画を発表 ・STAS-Jの説明、意見交換	・導入に対するメンバーの不安 ・コミュニケーションの評価が難しい	・ケアの質評価導入への働きかけ ・STAS-Jの概要について説明
	2回 5/18	・STAS-Jマニュアルの抄読	・9つの各評価のスコアリング方法 ・病状認識、コミュニケーションの問題	・マニュアルの通読、事前学習
	3回 5/25	・STAS-Jマニュアルの抄読 ・疑問点について話し合う	・予後告知は難しい ・医師とのコミュニケーションが難しい	・マニュアルの仮想症例について事前に自己評価を行い、学習会に備える
	4回 6/1	・マニュアルの仮想症例の演習 (2症例)	・不安や病状認識の捉え方が難しい ・メンバーのスコアリングの不一致	・マニュアルの仮想症例について事前に自己評価を行い、学習会に備える
	5回 6/8	・マニュアルの仮想症例の演習 (2症例)	・患者の病状認識について他者評価することは難しい ・評価の際に迷う。STAS-Jの理解不足	・学習会の進行方法について話し合う。事例検討には進まず、仮想症例の復習をすることに決定
	6回 6/15	・仮想症例 (4症例) の振り返り	・STAS-Jにある言葉の定義や意味をどう捉えればいいのか、わからない	・STAS-J評価に出てくる言葉の意味について学習する必要があることを話し合う
言葉の意味	7回 6/22	・STAS-Jマニュアルにある言葉の意味	・痛み、不安、予後・余命、倦怠感、抑うつ、コミュニケーションの定義について	・文献を持ち寄り、言葉の意味や定義について学習し、確認していく
	8回 6/29	・STAS-Jマニュアルにある言葉の意味の復習 ・導入に対する意見交換	・STAS-Jの評価項目をどう捉えていくのが難しい ・スタッフへのSTAS-J勉強会の方向性	・デスケースでSTAS-Jを活用し9項目の意味を捉えていくことを提案 ・勤務時間の30分を利用して勉強会を予定
デスケース・ 振り返り	9回 7/6	・STAS-Jの評価項目の理解 (デスケース)	・STAS-Jの9項目に沿ったデスケース (肺がん、脳転移の患者) の発表 ・STAS-Jを使用したデスカンファレンス	・STAS-Jの9項目に沿って言語化、デスケースをまとめる ・デスカンファレンス用紙の見直し
	10回 7/27	・デスケース (1回目) におけるSTAS-Jの評価	・メンバーで意見を出し合いながら評価を行う (スコアリングのトレーニングも行う) ・9項目に沿って書くことが難しい	・デスケースをSTAS-Jの9項目に沿って再度まとめる (言動や家族との関わりの場面) ・STAS-Jをデスカンファレンスに取り入れる
	11回 8/10	・デスケース (2回目) におけるSTAS-Jの評価	・デスケース (喉頭がん、気管切開、寝たきりの患者) のSTAS-Jの評価 ・デスケースは振り返りでありSTAS-Jを前提としたケアが行えない	・STAS-Jの項目を意識した情報収集やコミュニケーションを図る必要性を認識 ・デスカンファレンスではスコアリングは不要 ・実際のケースでSTAS-Jの評価を行う
実際のケースの STAS-Jの評価	12回 8/17	・第1回: 実際のケース (A症例) における入院初期のSTAS-Jの評価	・受け持ち看護師 (当日参加なし) がケース (肺がんの患者) を9項目に沿ってまとめたものでSTAS-Jの評価を行う ・未告知の患者・家族と関わる難しさ	・実際のケースでは評価する時期が定まっていた、経過を追うことも可能 ・不足している情報をメンバーで出し合い、補足していく
	13回 8/24	・第2回: 実際のケース (A症例) におけるSTAS-Jの評価	・呼吸苦が強く鎮静処置を行ったケース ・受け持ち看護師の参加なし。日々のケアで看護師の対応、患者の反応がどうだったのか、分からない	・受け持ち看護師の参加があったほうが、情報が多くなり、評価しやすい ・次回は別のケースで受け持ちが参加して、STAS-Jの評価を行う
	14回 8/31	・第3回: 実際のケース (B症例) におけるSTAS-Jの評価	・長期入院、神経因性疼痛でコントロール困難なケース ・受け持ち看護師がケア内容を提示する	・カンファレンス内容の記録を残す必要 ・情報共有をチームで行うことで、ケアの視点が変わるのでスタッフへ伝える必要がある
全体の取り組み	15回 9/28	・スタッフ看護師がまとめたデスケース (1症例) の検討	・スタッフ看護師が記述したデスケース (肺がんの患者) で検討 ・スタッフはSTAS-Jを勉強していないので書くのに時間がかかる。特に患者・家族の病状認識が難しい	・がん告知の経過、対話することを通してケアを行ったことを振り返る ・スコアリングに時間はかからない ・デスカンファレンスにおけるコア看護師によるスタッフへのサポート



表2 STAS-J導入に対するコア看護師の認識

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的内容
ケアの質を考える共通のツール	緩和ケアに必要な情報が収集できる可能性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緩和ケアを考える共通のツールとして必要である</li> <li>・STAS-Jの9項目を視点にチームで情報を出し合ってよりよい緩和ケアを考える</li> <li>・患者・家族に「どう思っていますか」とストレートに聴けるようになった</li> <li>・ケアの評価はSTAS-Jだけでなく患者・家族からの直接の言葉が大事だと感じる</li> </ul>
	病状認識に関する情報収集の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日々のケアの中から患者・家族の病状認識が可能となるように意識した関わりが必要</li> <li>・病状認識に関するアセスメントはきちんとした情報収集、深い関わりがないと実践できない</li> <li>・患者・家族に予後とか余命とか、口に出すことの抵抗があって聴けない</li> </ul>
カンファレンスにおける情報共有とチームアプローチ	9項目でデスケースのケアを振り返る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・デスケースをSTAS-Jの9つの評価項目に沿って記述することは学習のきっかけとなる</li> <li>・デスケースの場合はケアの振り返り、スコアリングは必要ない</li> <li>・STAS-Jを理解したあとでの実践ではないのでサマリーの記載は難しく、時間がかかる</li> </ul>
	チームで情報の共有を行いケアに繋げる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価の過程でなぜその点数になるのか、メンバーで話し合う</li> <li>・朝のショートカンファレンスやデスケースカンファレンスにSTAS-Jの9項目を取り入れると、情報共有ができる</li> <li>・患者や家族の思いをきちんと知ることによって援助ができる</li> <li>・きちんと情報をとって、それに沿って実践し、評価していく看護のサイクルをまわしていく必要がある</li> </ul>
コミュニケーションを介した患者・家族、医療者の関係の保持	コミュニケーションの重要性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーションについて改めて考えることができる。緩和ケアではコミュニケーションに関する評価が必要であることが理解できた</li> <li>・コミュニケーションが大事。痛みに関しても話をしていたら落ちついたりするから、緩和では関わり方が大事である</li> <li>・限りある時間の中で看護師が意識して、患者・家族に話を聴く機会をつくる</li> <li>・コミュニケーションの重要性がわかってきて、スタッフがうんと関わるようにしているし、看護スタッフ同士、医師とも情報を交換するようにしている</li> </ul>
	調整役としての看護師の役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンスに栄養士も参加している。合同カンファレンスの開催において多職種を巻き込んでいくことが大事である</li> <li>・緩和ケアの考えに対する医師とのジレンマをかかえているが、関係がうまく図れなくては患者・家族に迷惑がかかるので協調するよう努めている</li> </ul>
緩和ケアの基本に立ち返るケア行動	傾聴や寄り添うことの大切さ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いろいろところで患者・家族の話に耳を傾け、自然に接するようになっている</li> <li>・苦しんでいる患者に関わることができずに戸惑う。避けては通れないので、自己の課題として取組んでいく</li> </ul>
	スタッフの意識の変化	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務優先のケアからスタッフ全体が症状緩和に関心を示して、患者の状態に合わせて介入していくことができていく</li> </ul>
STAS-Jに関する教育の必要性	STAS-Jの理解不足とその対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・正直、STAS-Jの理解ができていない。どう活かしていけばいいのか見当がつかない</li> <li>・看護スタッフはSTAS-Jに対する理解不足や負担感があるので、勉強会を行ってから、全体に導入するべきだった</li> <li>・コアメンバーが中心となり、初心者に合わせて資料の提示を行う</li> <li>・よく関わっている看護師の事例をSTAS-Jの9項目に沿って具体的に話してもらう</li> <li>・コアメンバーがスタッフと評価をするときにアドバイザーとして入っていく</li> </ul>

メンバー間で評価方法を共通認識できるようになるには、STAS-Jの評価項目にある言葉の意味について学習する必要があることが話し合われた。

## 2) 言葉の意味

第7～8回の学習会は痛み、不安などの言葉の定義について文献学習が行われた。それでも、コア看護師はSTAS-Jの評価項目にある言葉の意味を捉えることができていないと感じていた。現状を打破する策として、デスクースのサマリーの内容を9つの評価項目の視点で記載していくことになった。A緩和ケア病棟のデスクカンファレンスでは、受け持ち看護師が症状マネジメント、心理・社会的・スピリチュアルケア、家族ケア、患者から学んだこと、看取りの説明についてデスクサマリーを記載することになっていた。

## 3) デスクース・振り返り

第9回は、コア看護師がデスクースのサマリーをSTAS-Jの評価項目の視点で記載し、項目ごとのディスカッションを行った。第10～11回は、STAS-J評価のトレーニングとして、スコアリングも実施した。コア看護師は、STAS-Jの評価項目の意味をどう捉えていくのか、自らの関わりを振り返りながら、その得点の根拠について話し合うようになった。STAS-Jの視点でデスクサマリーを記載することで、コア看護師は患者・家族の情報やチームケアの状況が具体的に確認した。しかし、デスクースは死亡退院したケースのため、ケアの振り返りが中心で、評価した結果をすぐに活かすことができなかった。コア看護師は、STAS-Jの9項目を意識した情報収集やコミュニケーションを図っていく必要性を認識していた。また、デスクカンファレンスでは、評価のスコアリングは必ずしも必要でないことが話し合われた。

## 4) 実際のケースのSTAS-Jの評価

第12～13回は、実際のケースで入院初期、1週間後のSTAS-Jの評価を行った。受け持ちのコア看護師は、学習会実施前にSTAS-Jの評価項目に沿って、ケースレポートをまとめた。2回とも受け持ちのコア看護師の参加がなかったため、コアメンバーで情報を出し合いながらSTAS-Jの評価を行った。このケースの場合、痛みのコントロールはできていたが、呼吸苦の増強があり、積極的な介入が必要であった。また、症状の悪化とともに不安は増強していった。未告知であることから、患者の病状認識や患者と家族が今後について話し合うことは十分にできていなかった。デスクースと比べて、実際のケースの場合は時期が定まっていて、経過も分かるので評価しやすいことが話し合われた。コ

アメンバーは、カンファレンスにSTAS-Jを使用することで、問題点が明確になり、チームの情報共有ができることを確認した。

第14回の学習会は、コア看護師が事前に受け持ち患者の評価を行ってから、コアメンバーでSTAS-Jカンファレンスを行った。記録に関しては、STAS-Jの9つの項目に沿って治療経過およびケアの評価に加えて、患者の希望、気がかりな患者の言葉などを記載していった。コアメンバーは、患者・家族の状態のアセスメントとチームで行ったケアを振り返ることで、情報共有ができることを実感した。STAS-Jを用いた評価で終わらず、状況をどうみよるかのプロセスが大事であり、それを共有することで患者の見かたが変わればケアの質は上がることが話し合われた。

## 5) 全体の取り組み (スタッフによるSTAS-Jを使用したカンファレンス)

第15回の学習会は、病棟のデスクカンファレンスで実施したデスクサマリーをもう一度コアメンバーで検討した。このデスクースは、患者の医療不信が強く、がん告知を行った結果、良いケアができたケースであった。STAS-Jのスコアリングは、以前ほど時間はかからず、ケアの振り返りを中心に話し合うことができた。また、コア看護師はデスクカンファレンスでスタッフへ評価項目の意味を伝えていくような、サポートが必要であることを話し合った。

## 3. STAS-J導入に対するコア看護師の認識

学習会の開始から5ヵ月後の10月に病棟全体へのSTAS-J導入が実施された。具体的には、デスクカンファレンスに加え、朝のショートカンファレンスにおいてもSTAS-Jの評価を行うことになった。STAS-Jの導入に対するコア看護師の認識についてデータを分析した結果、5つのカテゴリーと9つのサブカテゴリーが抽出された(表2)。文中の【 】はカテゴリー、『 』はサブカテゴリー、〈 〉は具体的内容を示す。

【ケアの質を考える共通のツール】は、『緩和ケアに必要な情報が収集できる可能性』『病状認識に関する情報収集の難しさ』の2つのサブカテゴリーで構成された。【カンファレンスにおける情報共有とチームアプローチ】は『9項目でデスクースのケアを振り返る』『チームで情報の共有を行いケアに繋げる』の2つのサブカテゴリーで構成された。【コミュニケーションを介した患者・家族、医療者の関係の保持】は『コミュニケーションの重要性』『調整役としての看護師の役割』の2つのサブカテゴリーで構成された。【緩和ケアの基本に立ち返るケア

行動』は『傾聴や寄り添うことの大切さ』『スタッフの意識の変化』の2つのサブカテゴリーで構成された。【STAS-Jに関する教育の必要性】は、『STAS-Jの理解不足とその対応』のサブカテゴリーで構成された。これらは、〈看護スタッフはSTAS-Jに対する理解不足や負担感があるので勉強会を行ってから、全体に導入するべきだった〉ことや〈よく関わっている看護師の事例をSTAS-Jの9項目に沿って具体的に話してもらおう〉などで示された。

#### IV. 考察

##### 1. STAS-J導入に対するコア看護師の認識の現状

コア看護師はSTAS-Jの項目にある言葉の意味を調べ、デスケースを9項目の視点で言語化していく取り組みを行いながら、STAS-Jへの理解に繋げていた。

【ケアの質を考える共通のツール】では、コア看護師はSTAS-Jを患者・家族の病状認識の把握、患者・家族、医療者を含むコミュニケーションの良否、家族ケアの視点が広がったことから、『緩和ケアに必要な情報収集ができる可能性』としてSTAS-Jの良さを認識できたと考える。2007年のSTAS-Jのミニワークショップからは、「STAS-Jを使用することで情報の不足が明確になる」、「スタッフ間で情報共有しやすい」、「今後のケアを考えていく指標となる」などの利点が報告されている<sup>10)</sup>。STAS-Jに対するコア看護師の認識として抽出された【ケアの質を考える共通のツール】は、前述したものと共通のものと考えられる。STAS-Jの項目は提供している緩和ケアが十分網羅されているかどうかを評価するためのものというより、基本的なことを見落としていないかどうかをチェックするための道具であると言われている<sup>9)</sup>。コア看護師は、STAS-Jの9項目に沿って情報収集することで、緩和ケアの基本的なアセスメントが可能になったと考える。また、「患者の病状認識」の項目がSTAS-Jの評価項目に含まれていることにより、病状認識の捉え方に対する意識も高められたのではないかと考える。

コア看護師の中には、患者や家族に予後や余命といったことを聴く抵抗感を持っており、『病状認識に関する情報収集の難しさ』を感じていた。先行研究で志真ら<sup>11)</sup>が行った看護師のSTAS-Jの各項目の評価では、身体面の項目は容易であるが、「患者と家族のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション」「患者の病状認識」「家族の病状認識」において評価が難しいとされ、本研究結果においても、先行研究と類似していた。中島<sup>5)</sup>は、病状の変化に即したがん告知を行いながら患者・家族を支えることが、ケアの質

の向上により影響を与えることを述べている。また、STAS-Jマニュアル<sup>9)</sup>にも、病状や予後について話すことを望まない患者の場合は、たとえ病状認識が現実とずれていても訂正する必要はないこと、病状認識の評価項目のために患者に直接尋ねる必要はなく、スタッフは日常のコミュニケーションから得られた情報で判断していくことが適切であると述べている。このことから、緩和ケアに携わる看護師は、患者・家族の病状の捉え方と情報ニーズの確認を行うコミュニケーションスキルを身につけていく必要があると考える。

【カンファレンスにおける情報共有とチームアプローチ】では、コア看護師は〈STAS-Jの9項目を取り入れると情報共有ができる〉〈患者や家族の思いをきちんと知ることによって援助ができる〉と認識していた。市原らは<sup>12)</sup>、カンファレンスによって自らの役割を再認識でき、さまざまな意見によってケアも広がりを見せ、チームアプローチが可能になると述べている。STAS-Jの項目を視点にカンファレンスを行うことは、チームでの情報交換だけでなく、他のスタッフがどのような認識を持っているかを互いに理解でき、話し合える機会が持てることから、カンファレンスへの活用は重要であると考えられる。【コミュニケーションを介した患者・家族、医療者の関係の保持】は、緩和ケアにおける『コミュニケーションの重要性』『調整役としての看護師の役割』を再確認し、〈医師とも情報を交換する〉〈患者・家族に話を聴く機会をつくる〉〈多職種を巻き込んでいく〉ことによって、STAS-Jの目的である看護の質の向上に繋がることを実感できたものと考えられる。

【緩和ケアの基本に立ち返るケア行動】は、STAS-Jの項目が意識づけとなって、自らの看護を振り返る機会となり、緩和ケアの意識を向上させたと考えられる。STAS-Jを用いることで、〈業務優先のケアからスタッフが症状緩和に関心を示して、患者の状態に合わせて介入していく〉ことの認識の変化へと繋がったと考える。

##### 2. STAS-J導入後の課題

6か月間の学習会の参与観察から、STAS-Jの導入に向けての教育やトレーニングには、多くの時間や労力を要することが確認できた。本研究では、デスケースにおけるケアの振り返りにSTAS-Jが活用された。しかし、デスケースの場合は、評価結果を実践に活かすことが困難であり、その都度、患者・家族、チームケアの状態をアセスメントし、適切な介入を行うことができないことから、クリニカル・オーディット（日常的な監査）としての限界があったと考える。またデスケースとの関わりを言語

化し、デッサマリーを記載する記録に対する負担も大きいことが明らかになった。しかし、これらのプロセスは、STAS-Jの評価項目にある抽象的な言葉の意味を理解していく上で、必要であったと考える。また、病棟スタッフを対象とした学習会の開催がないまま、全体の取り組み(スタッフによるSTAS-Jを使用したカンファレンス)が実施されたことから、【STAS-Jに関する教育の必要性】が抽出された。Cooper<sup>13)</sup>は、緩和ケアユニットにおけるSTASの実行には構造化された導入計画と医療スタッフの評価の訓練が必要であると述べている。中島<sup>8)</sup>らは、スタッフ向けのSTAS-J学習会を開催し、病棟全体で問題点を共有できるようになってから、全体の取り組みを広げていくことを報告している。このことから、事前にスタッフを対象とした基本的な学習会を行った方が、スタッフが納得してSTAS-Jカンファレンスに取り組むことに繋がるのではないかと考える。A緩和ケア病棟は開設して1年であったことから、STAS-Jによる評価を開始し、病棟スタッフ全員が共通の認識のもとにケアを行えることが必要であると考えられる。

### 3. 本研究の限界

本研究結果は緩和ケア病棟におけるSTAS-J学習会から実践への導入直後のプロセスであり、具体的なケアの改善に至るプロセスについては、今後長期的に縦断的な研究をする必要がある。

### V. 結論

看護師は、STAS-Jの9項目を学ぶことで、緩和ケアの基本的なアセスメントが可能になり、傾聴や寄り添うことの大切さを認識していた。さらに、STAS-Jの9項目の視点をケアへ活かすことで緩和ケアに対する認識の変化がおこり、コミュニケーションを意識した緩和ケアの基本に立ち返るケア行動がみられた。緩和ケアに携わる看護師は、STAS-Jの項目を視野に入れ、常に自己のケアの振り返りを行うことで、質の高い看護ケアを展開できる可能性が示唆された。STAS-Jの導入において、コア看護師を中心とした学習会を行うことは有用であり、事例検討を重ねながら、それぞれの看護師に応じた教育とサポート体制を行う必要がある。

### 謝辞

本研究にご協力頂きましたA病院の看護部長、緩和ケア病棟の看護師長、副看護師長、病棟看護師の皆様からお礼申し上げます。

### 引用文献

- 1) Higginson IJ, McCarthy M(1993) : Validity of the Support team assessment schedule : Do rating reflect those made by patients or their families?, Palliative Medicine, 7(3), 119-228.
- 2) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T et al(2004) : Reliability and Validity of Japanese version STAS(STAS-J), Palliative and Supportive Care, 2(4), 379-384.
- 3) 中島信久(2005) : 急性期病棟での普及が期待されるホスピス・緩和ケアの評価法, ベストナース, 16(3), 50-53.
- 4) 宮下光令, 笹原朋代(2005) : STAS-Jを用いた緩和ケアの自己評価, 看護管理, 15(12), 999-1003.
- 5) 中島信久, 秦温信(2006) : がん告知の内容からみた終末期ケアの質の検証—STAS日本語版によるクリニカル・オーディット—, 緩和医療学, 8(1), 55-62.
- 6) Tetsuya Morita, Fujimoto Koji, Yo Tei(2005) : Palliative Care Team : The First Year Audit in Japan, Journal of Pain and Symptom Management, 29(5), 458-465.
- 7) 吉田美代子, 東海林由美, 齊藤美由紀, 黒田美智子, 三浦信江, 横山英一, 川村博司, 加藤佳子(2006) : 三友堂病院緩和ケア病棟における緩和医療の質の評価—Support Team Assessment Schedule (日本語版) : STAS-Jの導入—, 三友堂病院医学雑誌, 17(1), 3-11.
- 8) 中島信久, 秦温信, 小嶋裕美, 森田真由美(2006) : 急性期病棟におけるSTAS日本語版の導入と問題—アンケート調査の結果から—, 緩和ケア, 16(6), 561-565.
- 9) 緩和医療提供体制の拡充に関する研究班(2005) : STAS(Support Team Assessment Schedule)日本語版スコアリングマニュアル—緩和ケアにおけるクリニカル・オーディットのために— (第2版), 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
- 10) 第31回日本死の臨床研究会年次大会ミニワークショップ(2007) : STAS-Jの使用経験とこれからの課題2007プログラム・抄録集, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研修事業.
- 11) 主任研究者 志真泰夫(2002) : 緩和医療提供体制の拡充に関する研究 厚生科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業 平成13年度総括・分担研究報告書, 1-12.
- 12) 市原香織, 今井賢吾(2009) : ホスピス病棟におけるカンファレンスの実際—淀川キリスト教病院の場合—, 緩和ケア, 19(2), 165-168.
- 13) Cooper J, Hewison A(2002) : Implementing Audit in Palliative care ; An Action Research Approach, Journal of Advanced Nursing, 39(4), 360 - 369.

## Core nurses' perception of the introduction of STAS-J, a quality assessment tool of palliative care in the palliative care unit

Chiaki Miyagi<sup>1)</sup> Midori Kamizato<sup>1)</sup>

### Abstract

**【Purpose】** This research aims to clarify core nurses' perception of the introduction of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J), a quality assessment tool of palliative care in the palliative care unit.

**【Method】** The research subjects are 7 core leading nurses who promote the introduction of STAS-J into the palliative care unit. Data was collected by using participant observation and interviews during the STAS-J learning seminar, followed by qualitative analysis of the data.

**【Result】** Core nurses understood STAS-J through the learning seminar and utilized STAS-J in death cases and short conferences. Core nurses' perception of the introduction of STAS-J could be classified into 5 categories: **【a common tool to consider the quality of care】** **【information sharing and team approach in conferences】** **【retention of relationships between patients, families and doctors through communication】** **【care action going back to the basics of palliative care】** **【necessity of education relevant to STAS-J】** .

**【Conclusion】** The study of STAS-J enabled core nurses to conduct basic assessment of palliative care and made them aware of the importance of listening to and taking the part of patients. Moreover, they practiced care focusing on communication by utilizing the items of STAS-J. Holding learning seminar led by core nurses in introducing STAS-J is useful. Education and the support system appropriate to each nurse need to be provided while continuously considering anecdotes.

**Key words :** Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J) , palliative care unit , nurses' perception

---

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

インターネットウェブログを用いた食事日記作成の試み  
—20歳代青年を対象として—

渡辺昌子 宮地文子 岡村純

沖縄県立看護大学紀要 第12号 (2011) 別刷

報告

# インターネットウェブログを用いた食事日記作成の試み —20歳代青年を対象として—

渡辺昌子\*1 宮地文子\*2 岡村純\*3

## 要約

【目的】20歳代青年の食生活に関する効果的な健康教育の方法を探るため、携帯電話を媒体としてインターネットウェブログ（以下ブログ）による食事日記の作成と対象者相互間の意見交換を試み、その効果と課題を考察する。

【方法】カメラ付き携帯電話を所持し、インターネットにアクセス可能な20歳代の男女15名を対象とし、3名ずつ、構成条件の異なる5グループを編成した。対象者は食事の写真とコメントを携帯電話でEメール送信する方法で3日間のブログ食事日記を作成し、グループ内で相互にブログを閲覧してコメントを交換した。食生活に関する意識（関心・自己評価）調査を、ブログ食事日記作成前、作成後、1か月後に実施した。

【結果】食生活への関心はブログ食事日記作成後に高まり1か月後に再び低下、食生活に関する自己評価はブログ食事日記作成後に低下し1か月後に上昇する傾向がみられた。自己評価の視点はブログ食事日記作成後と1か月後において拡大し、特にグループ内でコメント交換した項目や、そのグループの食生活の特徴を示す項目において評価項目数が増加する傾向が見られた。対象者のコメントを質的および時系列的に分析した結果、食生活に関する意識の変化のきっかけとなったのは自己の食事日記に対するコメントである場合が最も多かった。また、全対象者が他の対象者から受信したコメントにより意識の変化を促進されており、約半数の対象者に食事バランスや調理法を考える等の行動変容が認められた。

【結論】ブログによる食事日記は、食生活の自己評価の視点の拡大や関心の増加等、食生活に関する意識改善に一定の効果が期待できると考えられる。また、その過程における対象者同士の相互作用の重要性が示唆された。より効果的な対象者のグループ編成方法、簡便なブログ作成ツールの開発等が今後の課題である。

キーワード：健康教育 青年期 食生活 インターネット

## I. はじめに

近年、わが国における生活習慣病予備群は年々若年化しており、若い世代からのライフスタイル（日常生活習慣）の改善が緊急の課題になっている<sup>1),2)</sup>。「健康日本21」中間評価においては、20歳代以上（特に男性）の肥満者の割合が顕著である一方、知識・態度行動レベルではほぼ横ばいであることが指摘されており、これを改善するための新しい取り組みが実施されている<sup>3),4)</sup>。平成20年度国民健康・栄養調査においても、15～19歳におけるエネルギー摂取量、動物性脂質摂取量の増加が著しいこと、朝食の欠食率は男女とも20歳代が最多であることが指摘されている<sup>5),6)</sup>。また、先行研究では大学生や中・高校生の栄養バランスの乱れ、朝食の欠食や外食の増加などが指摘されている<sup>7)</sup>。

岡崎<sup>8)</sup>は、青年期を養育者に依存していた食生活から自由な喫食に移行する時期と位置づけ、この時期に生涯の健康づくりの基礎となる食生活の態度、知識、技術を身につけることの重要性を述べている。しかし、青年期は有訴者率、通院者率ともに低く、健康に自信があるた

めに食生活への関心が乏しく、効果的な健康教育が難しい時期である。学生においては欠食など好ましくない食習慣を「体に悪い」と理解していても行動を変容できない者が多いとする報告<sup>9)</sup>は、単に知識を伝達するだけでは食生活の改善に結びつかないことを示唆している。また、食生活に関する健康教育では、主に秤量記録法や24時間思い出し法などによる食事評価に基づく面接指導が行われている一方、対象者が主体的に自己の食生活を振り返り、食生活改善意欲を高める支援方法の開発が課題となっている<sup>10),11)</sup>。

近年、通信機器の目覚ましい進歩で、インターネットと携帯電話が若い世代を中心に通信ツールの主力となり、2009年における20歳代のパソコン利用率は72.3%、携帯電話（PHS含む）普及率は92.6%、うちカメラ付き携帯電話利用率は78.4%に達している<sup>12)</sup>。さらに、インターネットウェブログ（以下ブログ）の活用も活発化している。ブログは時系列で並べられた記事とそれに関するコメントが定期的に更新される形式のサイトであり、記事ごとに時間記録(time stamps)を持ち、コメント欄を通して相互にコミュニケーションが可能である点で一般のホームページと区別されている<sup>13)</sup>。ブログは携帯電話を介して記事の掲載や閲覧が可能であり、時間や場所を問わない情報交換の利便性から利用者が拡大し、特に青

\*1 Colorado College

\*2 佐久大学

\*3 日本赤十字九州国際看護大学

年にとって最も身近な情報交換手段の一つになっている。

健康教育におけるインターネットの活用をみると、2000年～2004年に医中誌に原著論文または会議録として掲載されているインターネットを活用した健康教育に関する報告件数は10件に満たないが、2005年～2010年9月は150件以上（うち原著36件）と急増している。その内容は医療機関における患者教育（服薬指導等）に対して、生活習慣の改善を目指す健康教育に関する報告件数が上回っている。後者の対象年代としては、壮年期住民に対する特定健診に関連した食生活・運動・禁煙指導、青少年に対する食生活・禁煙・性教育等の他に、育児支援や高齢者への介護予防等も含まれ、幅広い対象者にインターネットを活用した健康教育が急速に進展している。その背景には、前述した携帯電話及びパソコンの普及に加え、2008年度から特定健康診査後の特定保健指導で「積極的支援」に該当する対象者に対して3～6か月の継続支援が義務付けられ、特に継続支援は面接、電話、メールのいずれかを組み合わせる用いること<sup>14)</sup>とされたことがある。現在、電話やメール等の非対面式保健指導の手法について多様な試みが報告されているが、それらはいずれも専門職者と対象者の関係における健康教育または食事調査法の検討を目的としており、複数の対象者間の相互作用による学習型教育効果に関する研究は報告されていない。

そこで本研究では、20歳代青年に焦点を当て、食生活に関する効果的な健康教育の方法を探るために、携帯電話で撮影した食事の写真をブログに掲載して食事日記を作成し、対象者同士が相互にメッセージを書き込む方法を用いた健康教育を試み、その効果と課題について考察することを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

カメラ付き携帯電話を所持し、インターネットにアクセス可能な20歳代の男女15名。インターネットホームページを利用した広告および広告紙に研究の趣旨を示して協力を募り、面接による研究の説明に対して理解と同意が得られ、互いに面識のない者を対象者として選定した。この15名を、特徴の異なる5つのグループ（各グループ3名）、すなわち第1グループ：社会人男女、第2グループ：社会人と学生の男女、第3グループ：社会人女性、第4グループ：女子大学生、第5グループ：社会人と学生の男女に編成した。グループ編成は、グループ構成の最適条件を検討するために構成条件が異なるように編成し

た。

### 2. 研究期間

平成18年6月～11月（データ収集および分析期間を含む）

### 3. データ収集の方法

#### 1) 事前調査

半構成的面接法で、下記項目の回答を得た。

- (1) 対象者の属性：年齢、性別、職業、同居人等
- (2) 食生活への関心：4件法順位尺度（「よく考える」4点、「ときどき考える」3点、「あまり考えない」2点、「ほとんど考えない」1点）を用いた。

- (3) 現在の食生活の自己評価：4件法順位尺度（「よい」4点、「まあよい」3点、「あまりよくない」2点、「よくない」1点）および自由記述とした。

#### 2) ブログによる食事日記（以下、ブログ食事日記）の作成と相互閲覧（第1～3日目）

以下の要領で、対象者それぞれがブログ食事日記を平日、週末、休日を含む3日間作成した。その間、グループ内（3名）で相互にブログ食事日記を閲覧し、コメント欄を利用して意見交換することを求めた。

- (1) カメラ付き携帯電話で期間中に摂取した全ての食事と飲み物（水、茶などを除く）を撮影し、その写真に気づいたこと等のコメントを付記して、メールで指定したアドレスに送信した。写真とコメントはリアルタイムで各自のブログにアップデートされ、ブログ食事日記が更新された。

- (2) 携帯電話およびパソコン上でグループメンバーのブログ食事日記にアクセスして写真とコメントを閲覧し、ブログのコメント欄を利用して相互にコメントの書き込みを行った。

対象者には、研究期間中も通常通りの食生活をするよう説明した。なお、第5グループは、対象者の希望によりブログ食事日記作成にパソコンを使用した。

#### 3) 3日間のブログ食事日記作成および相互閲覧終了後の調査（第4日目）

ブログ食事日記作成と相互閲覧を終えた翌日、メールで下記項目の回答を求めた。

- (1) 3日間の食生活への関心：事前調査と同一内容
- (2) 3日間の食生活自己評価：事前調査と同一内容
- 4) ブログ食事日記作成および相互閲覧から1か月経過後の調査（第30日目）

メールで下記項目の回答を求めた。

- (1) 食生活への関心：事前調査と同一内容



(2) 食生活の自己評価：事前調査と同一内容

(3) ブログ食事日記の作成・相互閲覧の感想および改善点：自由記述

#### 4. 本研究で用いたブログ作成環境および研究対象の人数、調査期間の設定

本研究には、携帯電話からブログ更新ができ、かつ携帯電話とパソコンどちらのアクセス方法を用いてもブログの閲覧、コメントの書き込みが可能である株式会社Livedoorの「Livedoor Blog」を使用した。使用に当たっては、正規の手続きによって筆者がIDを取得し、ブログの設定を行った。第三者によるブログの閲覧およびコメントの書き込みを防止するため、ブログへのアクセスを本研究関係者のみに限定した。

研究対象者数は、プレテストの結果、各グループの人数を、相互にブログを閲覧・コメントするのに負担とならず、十分なディスカッションが可能と考えられる3名とした。また、グループ数は、グループの特徴を検討可能で、かつ、倫理面の管理が徹底でき、調査期間内に調査を実施できる5グループとし、計15名を研究対象とした。

ブログ食事日記作成期間について、先行研究では3~7日間の調査が多かったが、今回は携帯電話やインターネットを用いての操作が多岐にわたり、作業量が多くなることを考慮し、3日間とした。さらに、対象者の生活パターンによる食生活の変化を可能な限り追うことができるよう、木曜、金曜、土曜の連続した3日間を設定した。

ブログ食事日記作成後の調査は、食事調査に関連した介入研究で事後調査を行っていた報告がないことから、ブログ食事日記作成および相互閲覧からある程度の日数を置き、かつ調査期間内に実施可能な1か月後にメールによる質問紙調査を実施した。

#### 5. 倫理的配慮

対象者に対しては、研究の説明を口頭および文書を用いて行い、研究参加については個人の意思を尊重し、研究の途中であっても中止することができること、研究で得られたデータは研究終了後に完全に削除、破棄することを伝え、書面で同意を得た。個人情報、データ等は厳重に管理し、分析、公表にあたっては個人が特定されないよう充分配慮した。本研究では携帯電話によるメールを使用したため、メールアドレスが筆者以外に知られることがない様に管理し、研究者のパソコンには最新のセキュリティソフトを導入した。ブログの掲載内容は個人が特定されることがないようにハンドルネームを用い、

あらかじめ対象者に相手を傷つけるような書き込みはしないこと、場合によっては書き込みの削除や対象者からの除外もあり得ることを説明した。ブログ食事日記の掲載内容およびディスカッション内容は、複数の研究者(オブザーバー)により常時監視し、倫理的に問題がある内容を含まないか確認しつつ調査を進めた。本研究の実施においては沖縄県立看護大学倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た(承認番号:06004)。

#### 6. 分析方法

##### 1) 食生活の実態分析

ブログ食事日記の写真、コメント、食事時刻を厚生労働省「日本人の食事摂取基準」<sup>15)</sup>を参考にした以下のカテゴリーに従って、対象者ごとに特徴を分析した。

<カテゴリー>

- (1) 栄養：献立、栄養バランス等
- (2) エネルギー：量、カロリー、調理法等
- (3) 食習慣：朝食、間食、食事時刻等
- (4) 酒・嗜好品：アルコール、コーヒー等

##### 2) 食生活に関する意識の分析

本研究においては、食生活への関心、食生活の自己評価、ブログに記録されたコメントの内容を「食生活に関する意識」としてとらえ、以下の分析を行った。

(1) 食生活への関心(4件法順位尺度)：前述の調査項目について、ブログ食事日記作成前、ブログ食事日記作成終了後、1か月後の変化を点数化した。

(2) 食生活の自己評価(4件法順位尺度)：前述の調査項目について、ブログ食事日記作成前、ブログ食事日記作成後、1か月後の変化を点数化した。

##### (3) 食生活の自己評価(自由記述)

自由記述の内容は、食生活の実態分析(前述。参考・厚生労働省「日本人の食事摂取基準」<sup>15)</sup>)のカテゴリーをさらに細分化した10コード、すなわち a.献立、b.食品・食材、c.量、d.調理法、e.時刻、f.朝食、g.外食、h.間食、i.酒・嗜好品、j.その他、に分類した。

(4) ブログ食事日記における食生活に関する意識の変化とメンバー間のコメント交換の分析

質的内容分析においては、一般に既存のモデルに基づくカテゴリー・コードを使用するので、テキストの解釈(カテゴリー化・コード化)において、テキストの存在するコンテキストが切り離される危険性の大きいことが指摘されている<sup>16)</sup>。また、従来の研究の多くはコード化したテキストとその出現頻度(あるいは数)を問題とし、出現順序(時間軸)を考慮しない分析が多かった。本研究では、コメントの順序性をできる限り重視したコード

化を行うことで、メンバーの相互関係とそこで起こった意識の変化を分析する方法をとった。すなわち、ブログで得られたコメントをコード化し、さらにコード化したコメントをシークエンシャルに分析してメンバー同士の相互作用を明らかにすることを試みた。コード化においては、伊礼らによる看護学生指導のプロセスレコードの内容分析研究<sup>17)</sup>を参考に、第1コード化作業ではコンテキストよりもコメントそのものの表現内容を重視し、第2次コード化作業でコード化したコメントをもう一度元のコンテキストに戻して、コードを確認・修正するという方法で信憑性を高める努力をした。具体的な方法は以下のとおりである。

- ① グループメンバー間のコメントを発信者と受信者間の方向性（ベクトル）に着目して、下記に3分類した。
- A：自己コメント：対象者本人が自己のブログ上の食事の写真に付記したコメント
- B：受信コメント：グループメンバーから対象者のブログ上に書き込まれたコメント
- C：発信コメント：対象者がグループメンバーのブログを閲覧し、書き込んだコメント

② コメントの内容から特に重要な表現を含むテキストを選択し、食事概要の分析の際に用いた10コードにコード化し（第1次コード化）、さらにシークエンシャルなコンテキストとの関連においてコード化の確認と修正を行った（第2次コード化）。コメント解釈の信憑性を高めるため、筆者ほか2名の研究者によるトライアングレーションを実施した。

③ ブログ食事日記上で、食生活に関する意識の変化を示すコメントを抜き出し、シークエンシャルにみて最も早く出現したコメントを「意識の変化のきっかけとなったコメント」とし、意識の変化を促進または強化したコメントを「意識の変化を強化したコメント」として、その方向と順序性に着目したパターン化を試みた。

### 3) ブログ食事日記に対する評価の分析

ブログ食事日記作成に対する感想と改善点に関する自由記述をKJ法によって分析した。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象者の特徴

対象者の年齢は21～29歳（平均24歳）、男性3名、女性12名、家族と同居している者11名、独居者4名であった。職業は常勤者8名、パート者2名、学生5名で、常勤・パート者に深夜およびシフト勤務者はいなかった。BMIは17.1～31.6の範囲で、男性2名が軽度肥満（WHO基準：Obese class I～Pre-obese）、女性1名が軽度やせ（同基準：Underweight）に属していたが、他は正常範囲内であった。

### 2. ブログ食事日記からみた食生活の実態

対象者15名中6名に写真のないブログ食事日記があった（うち2回以上に及んだ者は2名）が、それらはいずれも外食時の記録であった。1日の摂食回数は平均3.8回（最少2回、最多8回）で、食事時刻は6:30～24:30に及んでいた。1日に主食と主菜で構成する3食（朝・昼・夕）を毎日摂取しているのは15名中7名で、残り7名は朝食を、1名は夕食を欠食していた。外食を3日間しなかったのは15名中1名で、独居者および学生は全員外食が多かった。間食を一度もしなかった者は0名、1日2回以上は3名であり、飲酒は男性全員と女性の半数にみられた。

グループ別の特徴をみると、食品の選択および食生活習慣パターンに差異があり、第1・2グループは全員が1日3食摂取しているのに対し、第4グループは朝食に菓子・ヨーグルトが多く、第5グループは3名中2名が朝食または夕食を欠食していた。

### 3. 食生活に対する関心および自己評価の変化とブログ食事日記におけるコメントの概要

#### 1) 食生活に対する関心・自己評価の変化（表1）

表1 ブログ食事日記作成前後における食生活への関心および自己評価の変化

	1グループ			2グループ			3グループ			4グループ			5グループ				
	グループ構成			グループ構成			グループ構成			グループ構成			グループ構成				
	社会人(男女) 独居者 1人			社会人・学生(男女) 独居者 1人			社会人(女性) 独居者 1人			女子大学生 独居者 0人			社会人・学生(男女) 独居者 1人				
	携帯電話			携帯電話			携帯電話			携帯電話			パソコン				
自己評価	評価時期		作成 前	作成 後	1か月 後	作成 前	作成 後	1か月 後	作成 前	作成 後	1か月 後	作成 前	作成 後	1か月 後	作成 前	作成 後	1か月 後
	平均食生活関心点		2.0	2.3	2.0	1.7	2.0	1.7	2.7	3.0	2.3	2.0	3.0	2.0	1.0	2.3	1.3
平均食生活自己評価点		3.0	2.3	3.0	2.0	1.7	2.7	3.0	2.7	3.0	2.3	1.7	3.0	2.0	1.3	1.7	

注1) 平均食生活関心点：食生活についてよく考える4点、ときどき考える3点、あまり考えない2点、ほとんど考えない1点とし、3人の平均点を表示

注2) 平均食生活自己評価点：よい4点、まあよい3点、あまりよくない2点、よくない1点とし、3人の平均点を表示

表2 ブログ食事日記におけるコメント交換の概要

	1グループ	2グループ	3グループ	4グループ	5グループ	全グループ						計		
	グループ属性	社会人(男女) 独居者 1人	社会人+学生(男女) 独居者 1人	社会人(女性) 独居者 1人	女子大学生 独居者 0人	社会人+学生(男女) 独居者 1人	ブログ日歴別 コメント数			方向性別 コメント数				
	ブログ更新手段	携帯電話	携帯電話	携帯電話	携帯電話	パソコン	自己 受信 発信			自己 受信 発信				
ブログ日歴	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目	1日目 2日目 3日目		
a.献立	11 18 7	21 26 11	11 20 13	15 6 8	7 5 4	65 75 43	58 62 63						183	
b.食品・食材	5 11 5	5 6	2 4 3	3 1 2	5 8	10 26 24	19 22 19						60	
c.摂取量		1	1	2 1 1	1 1 1	4 3 2	9						9	
d.調理法	10 2 1	5 2	5 3 1	4	5 1	18 11 10	15 12 12						39	
e.時刻					9 4 5	9 4 5	3 6 9						18	
f.朝食		8 1	2 3	3 1 4	5 13 1	19 18 5	14 12 15						41	
g.外食	3 1	1 5 1	5 3 1	6 3	6 3 9	10 18 14	27 7 13						47	
h.間食	4 1	1 1 4	3 1	8 4 3	7 6 1	27 13 8	31 8 5						44	
i.酒嗜好品	2 8 2	2			1	3 10 2	7 4 4						15	
自己コメント数	16 14 7	10 14 11	12 10 4	18 14 11	18 10 14	74 62 47						183		
受信コメント数	10 12 3	12 16 7	9 11 4	7 2 7	15 12 6	53 53 27						133		
発信コメント数	9 15 5	9 16 6	8 13 10	6 3 7	8 16 9	40 63 37						140		
総コメント数	35 41 15	31 46 24	29 34 18	31 19 25	41 38 29	167 178 111	183 133 140						456	
グループ総コメント数	91			81		75			108					

食生活への関心をブログ食事日記作成前、ブログ食事日記作成後、1か月後でみると、全グループにおいてブログ食事日記作成前より作成後に高まり、1か月後に再び低下する傾向が認められた。一方、食生活の自己評価は全グループにおいてブログ食事日記作成前より作成後に低下し、1か月後に再び上昇する傾向がみられた。

2) ブログ食事日記におけるコメント交換 (表2)

ブログ食事日記に寄せられたコメントの総数は456件で、その内容は「a.献立」が183件と最も多く、次いで「b.食品・食材」60件、さらに「g.外食」、「h.間食」、「f.朝食」、「d.調理法」の順となり、献立・食品等の栄養バランスに関するコメントが、食事時刻・間食等の食習慣、エネルギー、酒・嗜好品に比して多かった。「i.酒・嗜好品」は男性メンバーを含む第1・2・5グループに、「e.時刻」は第5グループのみにみられた。

次にコメントの方向性をみると、コメント総数456件のうち自己コメントが183件と最多で、発信コメント140件、受信コメント133件であった。グループ別のコメント数は、最多108件、最少75件とグループ差があり、ブログ日歴別では第1・2日目に多かった。

3) グループ別にみた食生活に対する自己評価 (自由記述) の変化とコメント交換との関連

食生活の自己評価に付記された自由記述コード数は、全グループが事前調査時に比してブログ食事日記作成後および1か月後に増加した。そのうち、「a.献立」は全ての期間、他のコードはブログ作成後と1か月後に増加しており、ブログ食事日記作成とコメントの交換によって自己評価の視点が拡大する傾向が認められた。

また、コメント数と内容はグループで特徴があった。コメント数が最も多かった第5グループはメンバーの生

活背景が多様で、食事回数が多い(間食を含む)、食事摂取時刻が遅い、朝食を抜く等、食生活の個人差に関するコメント交換が多く、ブログ食事日記作成後の自己評価コードも「e.時刻」「f.朝食」「h.間食」等、コメント交換が多かった項目について増加していた。逆に、3日間のコメントが最も少ない第2グループはメンバー全員が女子大学生で、食生活の特徴や自己評価も類似していた。ブログ食事日記作成後の自己評価は、食生活の実態と同様に「h.間食」「g.外食」の項目が増えた。また、「e.時刻」に関するコメントは0件であったが、ブログ食事日記作成後の自己評価に出現していた。

4) 対象者別にみた食生活に対する意識の変化とコメント交換との関連

各対象者の食生活に関する意識の変化を示すコメントとグループメンバー間のコメント交換の関係をシークエンシャルに分析した結果、以下の事例に代表される3パターンに分類された。

(1)パターン1:自己コメントをきっかけに意識が変化した事例(図1-1):24歳男性会社員(2グループ)

本事例は家族と同居しており、平日の食事は弁当も含めて親が作り、栄養のバランスが取れていた。しかし、自己コメントを記述する過程で休日前夜や休日の外食時に栄養のバランスおよび調理法の偏りを自覚した。さらに受信コメントと発信コメントによってその意識を強化し、対処法を考える自己コメントが認められた。

(2)パターン2:受信コメントをきっかけに意識が変化した事例(図1-2):24歳女性会社員(1グループ)

本事例は両親と同居しており、食事は親が作るが食事時刻が遅く、外食が多かった。事前調査時の食生活自己評価は「まあよい」、「野菜を多くとっている」としてい





日歴	自己コメント	受信コメント	発信コメント
2	 <p>普通のオードブル。今夜は職場の懇談会だったのでこのメニューでした。野菜がないですねえ…</p>	<p>意識の変化のきっかけとなったコメント</p>	
3		<p>オードブルのメニューは、野菜より揚げ物やお肉中心のものが多くですね。栄養をバランスよくとることが難しいですよ。</p> <p>私も今日オードブルでしたよ!!揚げ物多いです。しかも自分の好きなものだけつまむから野菜不足するかもしれませんね。</p>	<p>意識の変化を強化したコメント</p> <p>やっぱり週末は飲まないかね～。こういう場ではやっぱり揚げ物多くなりますよねえ…意識してサラダを注文するといいかも。</p>

図1-1 自己コメントをきっかけに変化した事例：24歳男性会社員（第2グループ）

日歴	自己コメント	受信コメント	発信コメント
1	 <p>朝は野菜のポタージュスープを飲みました。</p>		
2	 <p>お肉が多いでしょうか…魚も入れて、野菜はジュースで補給してみました。</p>	<p>ほかの野菜もジュースじゃなく直接食べると思いますよ。</p>	<p>参考になります。私は栄養ゼリーや市販のスープに便りがちなので。</p> <p>サラダが+だととってもいいと思います。私はヤバイと思う所がいっぱい。反省！</p>
3	 <p>ヘルシーに沢山の豆や野菜をとりました。</p>	<p>もう少し野菜を食事の中に取り入れるといいと思いますよ。</p>	<p>意識の変化を強化したコメント</p>

行動変容を示すコメント

図1-2 受信コメントをきっかけに意識が変化した事例：24歳女性会社員（第1グループ）

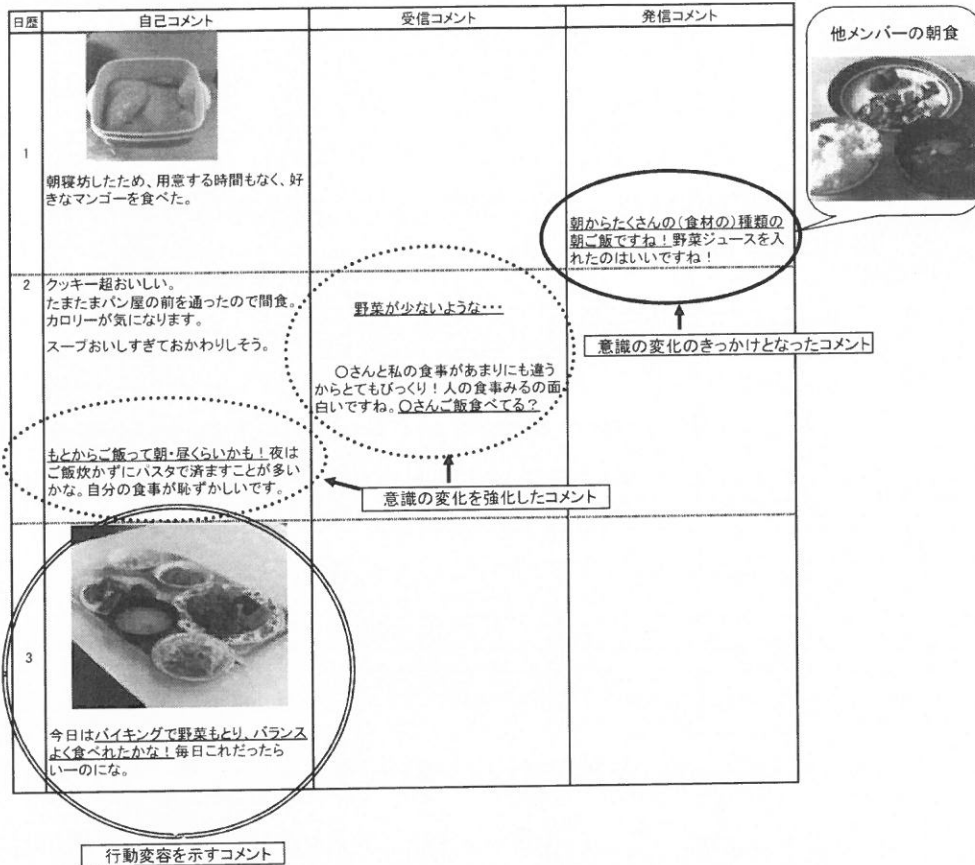


図1-3 発信コメントをきっかけに意識が変化した事例：28歳女性会社員（第3グループ）

たが、受信コメントを通して野菜摂取が市販のスープや飲料に偏っていることに気付いた。その後、グループメンバーとの野菜摂取に関するコメント交換を通して意識を深め、第3日目には野菜を取り入れた食事を取るという行動変容が認められた。

(3)パターン3：発信コメントをきっかけに意識が変化

表3 個人食生活に関する意識の変化に関連したコメント

グループ	メンバーコード	意識の変化に関連したコメント			行動変容の有無
		自己コメント	受信コメント	発信コメント	
1	1-a	◎	○	○	無
	1-b		◎○	○	有
	1-c		○	◎	有
2	2-a	◎	○		有
	2-b	○	○	◎	有
	2-c	◎	○	○	無
3	3-a	◎	○		無
	3-b	○	○	◎	有
	3-c	◎	○	○	無
4	4-a	◎	○	○	無
	4-b	○	◎	○	有
	4-c	◎	○	○	無
5	5-a	○	◎		無
	5-b		○	◎	有
	5-c	◎	○	○	有

◎ 意識の変化のきっかけになったコメント  
 ○ 意識の変化を強化したコメント

した事例（図1-3）：28歳女性会社員（3グループ）

本事例は、独居で、自炊を楽しんでいるが、食生活について明確な評価基準を持っていなかった。第1～2日目は衝動的に間食を多く摂取したが、グループメンバーのブログ食事日記を閲覧して他者の献立の豊かさに気づき、同時に受信コメントからも自己の栄養バランスの悪さを自覚した。第2日目の発信コメントで自己の食生活の反省点を述べ、第3日目の外食時には栄養バランスを考えたメニューを選択する行動変容が認められた。

これらの3事例と同様に、対象者の意識の変化を促したコメントの方向性と順序性をみる（表3）と、意識の変化のきっかけとなったコメントは自己コメント、発信コメント、受信コメントの順に多かった。一方、意識の変化を強化したのは受信コメントが多く、全事例の意識の変化に関わっていた。バランスのとれた食事を選択する等の具体的な行動変容を示すコメントは8名の対象者に認められた。

#### 4. 1. ブログ食事日記作成に参加した感想と改善点

感想の自由記述は全員から計38件得られた。その内容

は「ためになった」が22件と最多で、内訳は「自己の食事を見直すことができた」10件、「グループメンバーの食事を閲覧できた」9件、「グループメンバーと意見交換ができた」2件、「新しいメニューを知ることができた」1件であった。次に「楽しかった」が14件で、上記と同様の理由があげられた。また、少数ではあるが、「(食事を)人に見せるのが恥ずかしかった」1件、「(写真を撮る等の作業を)一緒に食事する人に説明するのが大変だった」1件の記述があった。

ブログ食事日記の改善点については11件の記述があり、そのうち「期間の延長」が5件と最多で、希望期間は1週間が3件、2週間が1件、期間不明が1件だった。次に「グループメンバー数の増加」「メンバーの組み合わせの多様化(男女混合など)」が各2件あった。「手間がかかる」は3件で、うち2件はパソコンを用いた参加者であり、もう1件は「バイキング時の撮影が複数回にわたり大変」であった。

#### Ⅳ. 考察

本研究は、携帯電話を媒体としたブログによる食事日記の作成および対象者同士の意見交換の効果と課題を検討する初めての試みであり、対象者数が少なく、対象属性に偏りがある等の限界があるが、調査結果から以下の事項を考察することができた。

##### 1. 対象者の食生活の特徴について

本研究の対象者は、自主的に研究協力に応募した、食生活またはブログに関心が高い者であったと考えられる。しかし、独居者だけでなく家族と同居している場合でも、外食や間食が多い、食事時刻が不規則等の課題を抱え、事前調査では何をどのように食べたらよいかの基準が不明確な者がほとんどであった。これらは先行研究<sup>6)-9)</sup>、<sup>18)-20)</sup>で示された青年期一般の食生活の実態および意識と類似しており、一般的な20歳代青年の食生活と共通すると考えられる。

##### 2. ブログ食事日記による食生活への意識の変化と対象者同士の相互作用の効果

全グループに食生活への関心・自己評価項目の増加が認められ、対象者の約半数に行動変容を示すコメントがみられたことから、ブログ食事日記作成は対象者が食生活に多角的な関心を高め、行動変容を促すことが示唆された。ブログ食事日記作成とグループメンバーとの意見交換がシークエンシャルに作用し、各自の食生活の再評価、主体的な改善を図ると考えられる。

本研究では、食生活に関する専門家等を置かず、対象

者同士のコミュニケーションを重視した相互学習型健康教育を試みた。その結果、対象者は楽しみながら相互に学び、食生活への意識を改善する傾向がみられた。Wangは公衆衛生に関するアクションリサーチアプローチの意義について、'(This methodology) is based on the understanding that people are the experts on their own lives.'と述べている<sup>21)</sup>。「指導者から対象者へ」という一方向的な知識の伝達では得られない主体的な発見や学習が、3日間という短期間で食生活の実態を見直すことに至った要因と考えられる。すなわち、健康行動変容に必要な支援要素には、情報提供、動機づけ支援、積極的支援があり、本研究におけるブログ食事日記作成が「対象者が自らの食生活の現状に気づき、習慣の改善の必要性を納得する」<sup>22)</sup>ことを目標とする情報提供、動機づけ支援の二つの要素を満たすものであったこと、また「個人が(中略)個人の健康と健康に影響を与える問題を十分知った上で意思決定できるように支援する」<sup>23)</sup>という、健康教育における支援方法として重要な「主体性を尊重する原則」に基づいていることから、特に自尊心が高まる20歳代青年に有効な方法であることが示唆された。

また、食事時刻については、グループにおける意見交換がなくても意識の向上が認められたことから、ブログの特徴である時間記録(time stamps)の効果が示唆され、ブログ食事日記を対象者が単独で作成するだけでも一定の効果が期待できると考えられる。

##### 3. ブログを用いた食事日記の応用可能性と今後の課題

###### 1) ブログを用いた食事日記の利点と応用可能性

対象者の感想から、ブログというツールは20歳代青年になじみがあり、食事日記作成を通して食生活の自己評価および他者との意見交換を場所・時間を問わず、楽しく気軽に行えたことが示された。また、ブログに掲載された写真は個人の食生活の実態をありのままに伝え、そこに付記されたコメントは対象者の食生活の意識を明確に示していた。したがって、ブログを用いた食事日記作成と意見交換は、専門家の価値基準による設問では測り得ない、対象者固有の価値意識を把握できると考えられ、ニーズアセスメントの一手法となる可能性があると言える。

ZaichkowskyらはITを用いた健康教育の利点について、動機づけを促進させる効果が高いこと、非対面・匿名で指導を受けられること、欠点について、不適切な情報を対象者に提供する可能性があること、プライバシーや信頼性における問題が起りやすいことを挙げている

24)。本研究において、対象者は匿名性を保ったまま相互に動機づけができていた点からも、その利点は裏付けられたと考えられる。

また、特定健診後の保健指導の方法論における議論に関して、河原らは、メール等の非対面での保健指導は一方的な情報提供および双方向的な教育のどちらも効果があると述べている<sup>25)</sup>。したがって、本研究で対象者間の誹謗中傷を防ぐために置いたオブザーバーを食生活指導の専門家に置き換えることで、食生活に関する対象者間の意見交換に対して専門的知識に基づいた適切な助言を与えることも可能であると考えられる。さらに専門家と対象者による1対1の食生活健康教育も実施可能であると考えられる。

対象者のグループ編成に関しては、本研究においては、対象者の属性差が大きいグループは属性差が小さいグループに比して意見交換が活発であったことから、性別、社会的背景、食習慣などが異なるグループ構成の方が、より活発な相互作用が期待できると考えられる。

## 2) ブログを用いた食生活に関する健康教育と課題

ブログを用いた食生活に関する健康教育の今後の課題として、通信費、ブログ作成ツールやネットワーク環境の確保、携帯電話やパソコンを扱う技術開発の必要性が挙げられる。例えば、今回パソコンを用いて研究に参加した対象者から「作業が大変だった」との感想があり、パソコンと携帯電話との利便性の差が示された。また、宴席やバイキング形式の外出等、撮影に向かない状況も指摘された。ライフサイクルにおいて社交性が活発となる20歳代青年の特性に対応した、負担なく食生活を記録できるツールの開発が不可欠であると考えられる。

一方、対象者がブログに掲載した食事内容の写真はいずれも鮮明で、改善上の指摘がなく、画像精度は十分であったといえる。一方、限界として、味つけや詳細な量等、視覚のみでは把握しきれない情報もある。コメントの信頼性を上げることが画像データの補完に繋がるため、コメント記入におけるガイドライン作成等も今後の検討課題である。

## V. 結論

食生活に関する効果的な健康教育の方法を探るため、20歳代青年を対象に、携帯電話で撮影した食事の写真をブログに掲載して食事日記を作成し、対象者同士が相互にメッセージを書き込む方法を用いた健康教育を試み、その効果と課題について考察した。

その結果、食生活の自己評価の変化と評価視点の広がり、食生活に対する関心の増加、コメント内容の変化か

ら、食生活に関する意識改善に一定の効果を得ることができた。また、食生活に関する意識の変化における対象者同士の相互作用の重要性が示唆された。

より効果的な相互作用を得るための対象者の組み合わせ、幅広い対象者に活用するためのツールの開発等が今後の課題である。

## 謝辞

本研究に快くご協力いただきました研究対象者の方々、貴重なご意見をいただきました沖縄県立看護大学新城正紀先生、川崎道子先生、牧内忍先生はじめ、多くの研究者の方々に心より感謝申し上げます。

本稿は、沖縄県立看護大学博士前期課程修了論文を加筆修正したものです。

## 引用文献

- 1) 財団法人厚生統計協会編：国民衛生の動向厚生生の指標2010年、pp79-88、東京、厚生統計協会、2010。
- 2) 大野良之、柳川洋編：生活習慣病予防マニュアル改訂4版、pp212、東京、南山堂、2005。
- 3) 健康日本21中間評価報告書  
[http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/ugoki/kaigi/pdf/0704hyouka\\_tyukan.pdf](http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/ugoki/kaigi/pdf/0704hyouka_tyukan.pdf) (2010年11月18日現在)
- 4) 川久保清、李延秀：「健康日本21」と中間評価、臨床栄養、110(1)29-34、2007
- 5) 平成20年度国民健康・栄養調査結果の概要  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/11/dl/h1109-1b.pdf> (2010年11月18日現在)
- 6) 藤沢良知：最近の食生活・栄養と健康問題～平成20年国民健康・栄養調査を中心に～、学校給食、5：84-86、2010。
- 7) 池田順子、河本直樹、村上俊男：青年の健康教育システムに関する研究第1報 女子学生の食生活・生活状況と健康状況の実態、京都文教短期大学研究紀要、36：92-100、1997。
- 8) 岡崎光子：栄養指導論 第2版、pp170、東京、南江堂、1995。
- 9) 小倉あゆみ、太田宏美、木村映理子 他：20代学生の食行動と食意識—健康教育のあり方を考える—、山形県公衆衛生学会抄録、2001。
- 10) 田中平三：24時間思い出し法と食物摂取頻度調査の問題点、臨床栄養、72：139-146、1988。
- 11) 中村美詠子、青木伸雄、那須恵子 他：食品摂取頻度・摂取量法と7日間秤量記録法の比較、日本公衆衛

- 生雑誌、41：682-691、1994.
- 12) 社団法人中央調査社：  
パーソナル先端商品の利用状況2009、  
<http://www.crs.or.jp/pdf/ptg2009.pdf> (2010年11月18日現在)
- 13) 工藤雅俊：最新パソコン用語集、pp136-137、東京、エクスメディア、2005.
- 14) 河原里奈、根井さやか、玉木藍 他：対面式と非対面式による特的保健指導のメリット・デメリット、保健師ジャーナル、66 (4)：366-374、2010.
- 15) 第一出版編：厚生労働省策定日本人の食事摂取基準2005年版、pp10-16、東京、第一出版、2005.
- 16) 岡村純：質的研究の看護領域への展開—社会調査方法論の視点から—、沖縄県立看護大学紀要、5：3-14、2004.
- 17) 伊礼優、岡村純、栗栖瑛子：臨地実習における患者—学生間のコミュニケーションの分析—テキストとしてのプロセスレコードの内容分析をとおして—、沖縄県立看護大学紀要、6：10-23、2005.
- 18) 馬場みちえ、長弘千恵、明石久美子、平田伸子、児玉尚子、尾坂良子：学生の日常生活習慣と健康状態に関する文献展望 1988年～1999年3月までの文献から、九州大学医療技術短期大学紀要、28：13-25、2001.
- 19) 川田由香、佐喜真未帆、亀山良子ほか：女子大学生の食習慣と食行動に関する考察、金城学院大学論集(自然科学編)、3 (2)：8-12、2007
- 20) 磯辺由香、重松良裕：大学生の食生活の実態について、三重大学教育学部研究紀要(社会科学)、58：63-76、2007
- 21) Wang, C.C.：Flint Photovoice, Community Building Among Youths, Adults, and Policymakers. *American Journal of Public Health*, 94(6), 911-913, 2004.
- 22) 足立淑子：保健指導バイタルポイント、pp8、東京、医歯薬出版、2007.
- 23) Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B.K., 曾根智史、湯浅資之、渡辺基、他訳：健康行動と健康教育—理論・実践・研究—、pp7-12、東京、医学書院、2006.
- 24) Zaichkowsky, L.D., 竹中晃二、綾千晶：健康と身体活動を促進するためのインターネットを中心とした相互コミュニケーションの活用について、日本体育協会スポーツ医・科学研究報告、2001(2)：102-106、2001.
- 25) (再掲) 河原里奈、根井さやか、玉木藍 他：対面式と非対面式による特的保健指導のメリット・デメリット、保健師ジャーナル、66 (4)：366-374、2010.



## Creating the Dietary Diary Online: Promoting Healthier Eating Habits for Youths

Masako WATANABE-ITO<sup>1)</sup>, RN, PHN, MNS

Fumiko MIYAJI<sup>2)</sup>, RN, PHN, PhD

Jun OKAMURA<sup>3)</sup>, MHS

This study seeks to find out an effective method of the healthy eating education for youths. 15 youths who were in their twenties and unknown each other were recruited to join this research to record their dietary diaries online. They created their dietary diaries on internet weblog via their cell phones and discussed with each other for three days without advices of specialists.

We found that what they ate, what kinds of topics they discussed about and what they thought about their eating habits had changed during this peer-learning period. We also discovered that the interaction among the participants were important in this process.

This methodology which embraces the self efficacy holds promise for the future as health education for youths. More examination of grouping participants and development of digital tools to create the dietary diary were needed for the next step.

**Key words :** health education, youths, eating habits, Internet

---

1) Colorado College

2) Saku College

3) Japan Red Cross Kyusyu International College of Nursing

**院内助産システム開設の始動**  
—第1次～第3次救急医療を担う施設の場合—

玉城清子　西平朋子　賀数いづみ　井上松代　川平由美

沖縄県立看護大学紀要 第12号 (2011) 別刷

研究ノート

## 院内助産システム開設の始動 —第1次～第3次救急医療を担う施設の場合—

玉城清子<sup>1)</sup> 西平朋子<sup>1)</sup> 賀数いづみ<sup>1)</sup> 井上松代<sup>1)</sup> 川平由美<sup>2)</sup>

キーワード：院内助産、院内助産システム、助産師、助産外来

### I. はじめに

妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保は「健やか親子21」の目指すところである。産科医療は出産前後に突然発生する妊産婦や胎児・新生児の死亡の危険性を抱えている。そのため必要時医療の介入が直ちに行えるよう環境を整えること、すなわち医療のバックアップ体制は不可欠である。一方、快適さは、妊産婦やその家族のニーズに添うようなケアの提供によって確保されるであろう。

A病院は第1次から第3次までの救急医療<sup>1)</sup>を担っており、ベッド満床を理由に治療を断ることはないとの理念が綿々と引き継がれ多忙を極める病院である。そのため、A病院の総合周産期母子医療センターには、ローリスクからハイリスクまでの妊産婦が混在し入院している。

日本の第2次大戦の敗戦によって沖縄は27年間、米軍の支配下にあった。その当時、沖縄ではすべてにおいて米軍の軍事が優先され、沖縄住民のニーズは米軍に関連しない最低限のものしか充足されなかった<sup>2)</sup>。米軍の沖縄の行政を司る琉球列島米国民政府は、不足している医師の養成のために1949年から1952まで、本土の大学に留学生を派遣した。1952年以降それは日本政府に引き継がれた。留学生は、卒業後は沖縄の医療に貢献することが義務づけられていたが、帰還率は低かった。帰らない理由の1つに、沖縄に研修施設がないことがあったため<sup>2)</sup>、琉球米国民政府は1965年（昭和40年）、A病院に卒後研修施設を設置し、医師の帰還を図ることにした。そして研修レベルを米国と同等にするため、米国の医学校との間で契約を結んだ。具体的にはハワイ大学との間で契約が締結され、同大学医学部から指導医がA病院に派遣され、米国式の卒後研修システムが開始された<sup>2)</sup>。沖縄の本土復帰後は、沖縄県とハワイ大学との間で契約が締結

され、A病院の卒後研修システムは現在も存続している<sup>2)</sup>。このような経緯からA病院は研修医の教育に重きを置くと同時に、県内の総合周産期母子医療センターとして妊産婦へ高度医療も提供している。A病院総合周産期母子医療センターにはハイリスク妊産婦が多いが正常妊産婦も少なくない。しかし、前述のような状況下で、ハイリスク妊産婦のケアを優先せざるをえず、本来の助産業務が遂行できないことにジレンマを感じる助産師も少なくない。

対象者のリスクを弁別し、リスクの高い妊産婦は医師が、正常な妊産婦は助産師が受け持つことにより、適切な母子保健医療が提供できると考えられる。つまり、妊産婦のリスクに応じて医師と助産師の業務分担を行うことは、医師の過重な業務負担の軽減に繋がると同時に助産師にとっても責任ある業務の実践につながり、それが助産師の職務満足感を高めると考えられる。よって、助産師が責任を持って正常な妊産婦のケアを行なうためには「院内助産システム」の構築が必要と思われる。

本研究の目的は、第1次から第3次までの救急医療体制を担うA病院総合周産期センターの助産師が院内助産システム構築に向けてどのように認識しているのか、その変化のプロセスを明らかにすることである。

### II. 研究方法

#### 1. 研究協力者

研究協力者はA病院に勤務する助産師で、院内助産システムに関心があり研究協力に同意が得られた者8人である。助産師としての経験年数1年未満から22年、平均12.8年であった。

#### 2. データの収集方法

平成21年11月から平成22年5月までの間に、A病院で月1回1時間の程度の会議を開いてもらい、そこでは研究協力者に院内助産システムに関し自由な発言を求め、研究者はファシリテーター役に徹した。会議は合計6回持

1) 沖縄県立看護大学  
2) 沖縄県立中部病院

たれ、そのうち3回は外来保健指導に対する患者の満足度の調査に関すること、残りの3回が院内助産システムに関することであった。研究協力者の許可を得て会議での発言をテープに録音し、逐語録におこした。本研究では院内助産システムに関する3回の会議の逐語録を分析した。

### 3. 倫理的配慮

研究への参加は自由意思であること、研究への協力を承諾した後も取りやめることができること、研究結果を学会での発表や論文にすること等を説明し、文書及び口頭で同意を得た。研究計画書は研究者の所属する大学の倫理審査委員会の承認を得た。

### 4. 分析の方法

得られたデータは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) を用いて分析した<sup>4,5)</sup>。M-GTAでは、データの分析にあたって「その立場におかれている人間」の視点に立っていることを意識して分析するため「分析焦点者」の設定を行う。本研究ではA病院総合周産期センターで働く助産師を分析焦点者とした。分析テーマは「第1次から第3次救急医療を担い、米国式産科医療の影響を受けた総合周産期センターで勤務する助産師が、自施設の院内助産システム構築に向けてどのように思っているのか、その変化のプロセスを明らかにすること」とした。

M-GTAの分析方法に基づき、以下のごとく分析を行った。①分析テーマと分析焦点者の視点に照らして、データの関連箇所に着目し、その解釈から概念の生成を行った。②データ分析を進め新たな概念を生成し、個々の概念ごとに分析ワークシートを作成した。③概念と概念、つまり2つの概念の関係を検討し、複数の概念からなるカテゴリーを生成し、さらにカテゴリー間の関係性を検討した。院内助産システムに関する会議の逐語録を基に作成した分析ワークシートが妥当であるかを、データと研究者の解釈を対照させ、M-GTA研修会に参加した協同研究者とディスカッションしながら分析を進めた。

### 5. 用語の定義

院内助産システムの定義は以下に示す内容で、日本看護協会の定義にしたがった<sup>6)</sup>。

院内助産システムとは病院や診療所において保健師助産師看護師法で定められている業務範囲に則って、妊婦健康診査、分娩介助並びに保健指導（健康相談・教育）を助産師が主体的に行う看護・助産提供体制としての

「助産外来」や「院内助産」をもち、助産師を活用する仕組みをいう。助産師は、医師との役割分担・連携の下、すべての妊産褥婦やその家族の意向を尊重し、またガイドラインに基づいたチーム医療を行うことで、個々のニーズに応じた助産ケアを提供する。特に、ローリスク妊産褥婦に対しては、妊婦健康診査、分娩介助並びに保健指導（健康相談・教育）を助産師が行う。

助産外来とは、妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導が助産師により行なわれる外来をいう。

院内助産とは、分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が主体的なケア提供を行う方法・体制をいう。特に、ローリスクの分娩は助産師により行なわれる。

第3次救急医療とは2次救急では対応できない重篤な疾患や多発外傷に対する医療、救命救急センター、高度救命救急センター（第1次：入院や手術を伴わない医療、2次：入院や手術を要する医療）を示す。

総合周産期母子医療センター：MFIICU（母体胎児集中治療室）6床以上、NICU 9床以上有すなど、常時、母体及び新生児搬送受入体制を有し、高度の周産期医療を行える医療施設のことである。

## Ⅲ. 結果と考察

M-GTAによる分析で生成した結果図（図1）を説明する。抽出されたカテゴリーは[ ]、概念は〈〉、会議中の発言は「 」で示す。また発言の中の（ ）は、文意が理解しやすいよう研究者が言葉を補足したものである。

### 1. 全体のプロセス

図1に全体のプロセスを示した。研究協力者8名のうち7名が、A病院に勤務する前に、他の病院で〈助産外来の実施〉や〈分娩介助の実施〉をしており[自律した助産業務の体験]をしていた。しかし、A病院に配置転換後〈ハイリスク妊産婦〉が多い、医師の卒後研修施設のため〈医師優先〉で業務が進められている、助産師が活動していなかった頃の〈米国式研修制度〉で産科関連の研修も行われている、研修医に産科医療技術を学ばせる〈研修医の教育への協力〉を行わなければならないことから[院内助産システム開設の困難感]を認識していた。また、〈ハイリスク妊産婦〉の多さ、〈医師優先〉の職場環境、〈研修医の教育への協力〉は、本来助産師が責任を持って正常な妊産婦のケアを行うのを阻害する状況をつくり出し、それが[助産師の能力不足感]に作用していた。しかし、中には〈医師優先〉の職場環境や〈米国式の研修医制度〉に納得できず、産婦を観察・ケアしている者が[助産ケア]も行うという意識を持っている者も

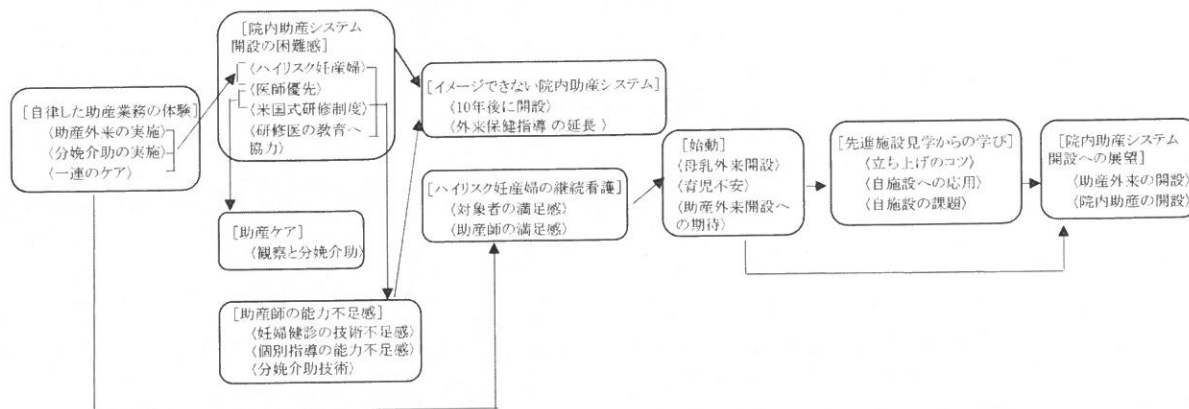


図1 院内助産師システム開設に向けての助産師の考えの変化

[ ] : カテゴリー  
 〈 〉 : 概念

いた。また、[院内助産システム開設の困難感]と[助産師の能力不足感]の両者は[イメージできない院内助産システム]を形成していた。

[自律した助産業務の体験]は、院内助産システム開設への作用はみられなかったが、[ハイリスク妊産婦の継続看護]に影響していた。すなわち助産師は、妊娠中から出産・産後までの継続ケアをした実践してきた過去の経験を活かし、ハイリスク妊産婦へ継続的に受け持ち看護を行うことによって満足感を得ていた。これは助産師が主体的にできる支援について“いまできることから始める”という方針の転換に繋がりに[母乳外来開設]のきっかけになっていた。

研究期間中に総合周産期センター機能を有しながら院内助産システムを開設している先進施設の見学を行った。見学したことにより、院内助産システム〈立ち上げのコツ〉を知り、さらに〈自施設への応用〉や〈自施設の課題〉を考えるきっかけとなる[先進施設見学からの学び]があり、[院内助産システム開設への展望]を持つようになっていた。

## 2. カテゴリーごとの説明

### 1) [自律した助産業務の体験]

助産師は正常に経過している妊婦や新生児のケア並びに分娩介助が独自の判断でできる<sup>6)</sup>。8人中7人の研究協力者は前の勤務先で助産外来もしくは分娩介助を自律して行っていた。例えば、ある助産師は「(B病院では)医師がある程度、助産師に任せてくれるから、自分たちで・・・略・・・外来の枠も作って、自分たちでちゃん

とこの枠を使ってやっていた。」、また、「(B病院では)分娩介助を自分たちでやっていた」や「(C病院でも)陣痛とか破水(の患者)が来たら自分たちで診察をして入院を決めて、それからお産までの一連の流れをやっていた」と語っていた。さらに「お産をとるといのが、助産師のひとつのモチベーションにならないとやっぱりやって仕事楽しくない」と話しており、自律して行う助産業務は助産師のモチベーションに繋がると認識していた。

### 2) [院内助産システム開設の困難感]

総合周産期センターであるA病院は、地域の産科診療所や病院から重症患者が紹介されるため、〈ハイリスク妊産婦〉が多く、「合併症妊産婦は、正常じゃないですから助産師が(責任を持って)関われない」とか「(患者は)重症度も高いし、常に追われながら仕事している」との発言が示すように、医師の指示の下に〈ハイリスク妊産婦〉のケアを行っていた。また、医師の研修病院のため、分娩介助を研修医に優先的に行わさせねばならず、「(A病院では助産師は、産婦の)経過を見ているのにお産はとれない」や「今日は自分が(分娩を)取りたいと言ったけどスタッフ(医師)に退かされた」のように、前の勤務先では普通に行っていた分娩介助を、A病院では医師に委ねなければならず、〈医師優先〉の職場環境であると認識していた。その上、A病院は〈米国式研修制度〉を採用しており、研修医は分娩第1期の産婦マニュアル通り<sup>7)</sup>、「1時間おきの内診」を行っていた。長時間、産婦の側でケアを行っている助産師はそのような研修医の診断・治療に対し、「産婦さんの表情とか痛みの

状況とかを見ないで（診断することに）、納得がいけない」と感じていた。しかしながら同時に、「・・・A病院は研修病院なので研修医を育てなければいけない」という〈研修医教育への協力〉の意識もあった。それらのことが、助産師が主体となって業務を行う〔院内助産システム開設の困難感〕を形成していると考えられた。

### 3) [助産ケア]

一部の助産師は〈医師優先〉の職場環境に対し「お産がとれずもどかしい」と感じ、さらに〈米国式研修制度〉による弊害か、産婦の状態よりデータから判断している研修医のあり方に「納得がいけない」と思っていた。それは「・・・助産師が（分娩を）とれる体制を作りたい」や「・・・研修病院でも、たまには助産師がメインです」の発言にみられるように助産師が〈観察と分娩介助〉を実施したい願望を持っていた。

### 4) [助産師の能力不足感]

研修病院であるため助産師の業務範囲である正常分娩の介助も医師に優先的に行わせるような〈研修医教育への協力〉は、助産師業務の経験不足となり、助産師の自律した業務の遂行を阻害し、[助産師の能力不足感]を強めていたと考えられた。また、現代の産科医療では妊婦健診時、医師は超音波診断装置（エコー）を用いて妊婦・胎児の異常の有無、胎児発育状態の診断を行っている。助産師は保健師助産師看護師法で医療行為が禁止されているため<sup>7)</sup>、エコーのような医療器械を用いた教育は受けてこなかった。A病院の助産師もエコーに関する教育を受けていないため、「(助産師は)妊婦のエコーができるのか？」や「保健指導もある程度エコーを見(せ)ながらするのが大事だが・・・略・・・そのようなことができない」と語っており、助産師の行う妊婦健診が現在の産科医療水準に到達できていないとの考えに至っていた。それはつまり〈妊婦健診の技術不足感〉や〈個別指導の能力不足感〉に繋がり、それが[助産師の能力不足感]として認識されていた。

### 5) [イメージできない院内助産システム]

〔院内助産システム開設の困難感〕と〔助産師の能力不足感〕の2つは[イメージできない院内助産システム]に繋がっていると考えられた。研究協力者は、院内助産システムのイメージができず〈外来保健指導の延長〉のように考えたり、また、ハイリスク患者の多さや多忙な業務の現状では院内助産システムの開設は、遠い先のことで〈10年後に開設〉できればよいと思っていた。

### 6) [ハイリスク妊産婦の継続看護]

A病院では、以前からハイリスク患者を継続的に受け持ち保健指導などを提供する[ハイリスク妊産婦の継続

看護]を行っていた。「(患者の)話だけ(でも)聞いてそれを解決してやれば、患者も(満足し)またね、みたいに帰っていくし・・・」との語りから継続的な関わりは〈対象者の満足感〉を高めていると考えられた。また、ある助産師は、他の助産師(とそ)の受け持ち患者との関係を「リスクがあって受け持っているのだが、(助産師の)表情がすごくいきいきしている。患者(の表情)も満足そうなので、何だか長いスパンで関わって・・・略・・・見ていたら羨ましい」と話しており、継続的な看護の提供が〈助産師の満足感〉となっていた。以前勤務していた病院で〈助産外来の実施〉経験や〈一連のケア〉経験などを含む[自律した助産業務の体験]は[ハイリスク妊産婦の継続看護]の実践に影響していると推察された。

### 7) [始動]

母乳栄養を推進しているにも関わらず、1か月健診までフォロー体制が整ってなかったため、新生児の体重増加不良が把握できていなかったことがあり、それを解決するため〈母乳外来開設〉が行われた。それを開設することによって母乳以外の育児全般に関する不安、すなわち〈育児不安〉があることが把握された。そしてそれは「こんなにニーズがあるとは・・・」「やるんだったら助産師は医師の診療の補助ではなく助産外来、診療の補助とは違う枠で・・・」「助産外来って看板やって、人ひとりおいた方がアピールにもなる」の発言のように〈助産外来開設への期待〉を持つようになり、それは院内助産システム開設を[始動]するという肯定的な方向へ働いていた。

### 8) [先進施設見学からの学び]

研究期間中に総合周産期母子医療センターの機能を持ちながら院内助産システムを開設している先進施設の見学を行った。そして見学後の報告会で、「(見学先の助産師が)、院内助産(システム)がうまくいった理由として、『(それまで)ず〜っとやっていた助産師外来の流れ(の中)でスムーズにできた。』、『・・・略・・・病院(の管理者)が協力的だった』、『医者がすぐに対応してくれている』、『最初から医師に関わってもらう。キーパーソンとなる医師とのコミュニケーションが大切』と説明していた」との発言があり、院内助産システム〈立ち上げのコツ〉を学んで来ていた。

また、見学した施設と自分の病院を比べ「(自分の病院の)空いている所の外来を有効利用する」、「外来で妊婦さんへゆ〜くり話をする場を持ち、不安の軽減に努め(安心して)妊娠生活を送れるよう援助する」や「外来での保健指導の充実とか医師とかスタッフ、看護部との

調整、あと助産技術の研修(を)、やっぱり充実させないことには・・・略・・・」の発言のように、助産外来開設のための〈自施設の課題〉を明確にしていた。さらに、「助産技術の研修とローリスク産婦に関しては分娩介助ができる(こと)。今後行うことというのは助産師の確保、あと医者、スタッフ、看護部との調整になってくる・・・。」や「今できないとか、無理じゃないかという考えをまず無くそう。できることをまず考えないと。」など自分の施設で何ができるかという〈自施設への応用〉についても考えるようになっており、発想の転換がみられた。

#### 9) [院内助産システム開設への展望]

[先進施設見学からの学び]から、「助産師が主体的に働けたらいきいきとして仕事ができる。A病院でお産の介助ができる。新人教育になる。・・・略・・・今年8月から看大の助産の学生をひとり受け入れるようになっている。そのためには、外来からの保健指導の充実を図ること。」「緊急時の対応ができる病院で助産師が妊産褥婦やその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産後1か月まで・・・略・・・これらの業務を医師と役割分担しながら助産師が自立して行うこと(を確立する)。」、「A病院における助産外来の助産ケアの考え方(について)、助産外来とは、妊産褥婦の健康診査・保健指導が助産師によって行われる外来のことで、助産ケアとは基本的に正常に経過している妊産褥婦を対象にし、分娩介助も含める。」などの発言から、〈助産外来の開設〉や〈院内助産の開設〉の意欲が芽生え[院内助産システム開設への展望]を持つようになっていた。

## IV. 総合考察

### 1. 院内助産システム開設について

本研究から、「ハイリスク妊産婦が多い総合周産期センター」や「米国式卒後研修制度を持つ病院」の条件下で、助産師が主体的役割を取るような院内助産システムは困難と思われる施設でも、その役割がとれるよう意識が変容していくプロセスを明らかにすることができた。前の勤務先で助産師が助産外来や分娩介助を行い[自律した助産業務の体験]を有する助産師は、〈ハイリスク患者〉が多くそのケアに多くの時間を費やし、また研修病院のために〈医師優先〉の業務が行われている現施設では[院内助産システム開設の困難感]と認識していた。さらに〈妊婦健診の技術不足感〉や〈個別指導の能力不足感〉からは、[助産師の能力不足感]に繋がっていた。そのため院内助産システムをイメージすることができなかった。しかし、[ハイリスク妊産婦の継続看護]を通し

て〈対象者の満足感〉や〈助産師の満足感〉を再認識することによって、〈母乳外来開設〉に結びつき、さらにまた母乳外来でのケアを通して、母親達が様々なく育児不安〉を持っていることが把握され、[院内助産システム開設への展望]が高まっていった。

また、同時に総合周産期センター機能を持ちながら院内助産システムを開設している先進施設の見学も行った。見学により〈立ち上げのコツ〉を学び、それらの自施設への応用や課題についても考える機会となっていた。そのような経緯を通して、[院内助産システム開設への展望]へと繋がった。

これまでの院内助産開設関連の論文は、一部の情熱の強い助産師によるもの<sup>9)</sup>、トップダウン方式<sup>10,11)</sup>の2つに大別されよう。前者の場合は情熱のある助産師が疲弊若しくは退職するとその機能が壊れてしまう危険性があり<sup>12)</sup>、また、トップダウン方式では、上層部と現場の意思が一致すれば千船病院のように優れた組織を作り上げ<sup>10,11)</sup>、よいケアを提供できることが実績で示されている。今回の研究では上述の2つとは異なり、院内助産システムの開設が困難と助産師が認識している組織で、開設に意欲を持つ助産師が集まり検討を重ね、さらに先進施設を見学することによって意識の変容プロセスを明らかにすることができた。

## 2. 本研究の限界と課題

本研究の目的は、院内助産に関心のある助産師を対象にした会議録から、院内助産システムの開設に関するプロセスを明らかにすることであった。助産師の中には院内助産に関心のない者もいることから、それらも含めたさらに多くの助産師を対象にすることで、様々な問題点が明らかになると思われる。したがって、今後はさらに対象者を増やし検討する必要がある。また、今回は助産外来や院内助産開設の展望までを明らかにしたが、院内助産システム開設の展望から実践までの検討は今後の課題である。

## 謝 辞

本研究に際し、研究協力者になってくださいましたA病院の助産師のみなさま並びに視察を引き受けて下さった高槻病院並びに千船病院の関係者のみなさまに心より感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) 沖縄県：沖縄県保健医療計画 平成20年度改訂。
- 2) 崎原盛造, 郡司篤晃(1996)：沖縄における保健医療

- の特性, 琉球大学医学部附属地域医療研究センター (編), 沖縄の疾病とその特性, 21-40, 九州大学出版会, 福岡.
- 3) 新垣浄治(1976): 沖縄県立創立30周年記念誌, 沖縄.
  - 4) 木下康仁(2006): グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証的研究の再生, 弘文堂, 東京.
  - 5) 木下康仁(2007): グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い, 弘文堂, 東京.
  - 6) 遠藤俊子, 常田裕子(2009): 院内助産システムの推進 日本看護協会の取り組み, 看護, 61(9), 67.
  - 7) 厚生問題研究会 (編) (2010): 保健師助産師看護師法 看護六法, 新日本法規, 東京.
  - 8) 沖縄県立中部病院OBGYN インターンマニュアル 24th Edition 非売品
  - 9) 石村朱美, 高橋八重子(2006): 私たちの夢の実現に向けて, 助産師雑誌, 60(1), 66-684.
  - 10) 内藤正子(2008): 特集 産科医療の充実と看護管理 院内助産院の目的とその実現に向けた戦略, 看護管理, 18(9), 738-741.
  - 11) 村田佐登美(2008): 特集 産科医療の充実と看護管理 産科病棟看護科長の立場から, 18(9), 742-747.
  - 12) 石村朱美(2008): 院内助産所開設後11年の時を経て, 助産師, 62(3), 14-17.



## Indication of the birth center — A case of higher level of an emergency medical center —

Tamashiro Kiyoko RN, PHN, RNM, MPH<sup>1)</sup> Nishihira Tomoko, RN, PHN, RNW, MNS<sup>1)</sup>  
Kakazu Izumi, RN, PHN, RNM, MNS<sup>1)</sup> Inoue Matsuyo RN, PHN, RNM, MPHSc<sup>1)</sup>  
Kawahira Yumi, RN, RNM<sup>2)</sup>

**Key words :** Birth center, Birth center system, Midwife, Midwifery clinic

---

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

2) Okinawa Prefectural Chubu Hospital

# 乳がん体験者に対する効果的な運動を動機づけるための 理論的枠組みの検討

玉井なおみ 神里みどり

研究ノート

## 乳がん体験者に対する効果的な運動を動機づけるための 理論的枠組みの検討

玉井なおみ<sup>1)</sup> 神里みどり<sup>2)</sup>

### 要約

【研究目的】乳がん体験者に対して、運動はがん再発のリスクや治療に伴う骨粗鬆症や倦怠感に予防効果があることが報告されている。我が国においても乳がん体験者は増加していることから、予防効果が報告されている運動の動機づけにおいて保健行動を把握することは必要不可欠と考える。そこで今回は、乳がん体験者の運動の動機づけに適切で活用可能な保健行動モデルを導くことを目的に、運動に焦点を当てた保健行動モデルに関する研究を検討した。

【データ資源】がんおよび乳がん体験者に対し保健行動モデルを用いた国内外の論文の現状を医学中央雑誌およびCINAHLで検索(1981年～2010年9月)した。がんおよび乳がん体験者に用いられている保健行動モデルである、健康信念モデル、社会的認知理論、計画行動理論、トランスセオレティカルモデル、ヘルスプロモーションモデル、防護動機理論、自己決定理論、クライアント保健行動相互作用モデルの8つに焦点を当てて文献レビューを行った。

【結果】がん体験者の運動に焦点を当てた保健行動モデルの論文は、国内では皆無であり、国外では数件の報告があった。8つの保健行動モデルの構成要素には、自己効力感が多く用いられていたが、がんの治療や症状などの身体的要素、がんの再発や予後への不安などの因子は保健行動モデルに含まれていなかった。

【結論】自己効力感は乳がん体験者の運動の動機づけの予測因子となる可能性がある。しかし、既存の保健行動モデルは、がんの治療や症状などの身体的要素、がんの再発や予後への不安などの因子が考慮されておらず、乳がん体験者に応用するには限界があると考えられる。さらに、がん体験者の運動に焦点を当てた保健行動モデルを用いた研究は国外の報告のみであり、文化的背景の異なる我が国における乳がん体験者の保健行動モデルの構築が必要であると考えられる。

キーワード：乳がん体験者、理論的枠組み、運動、動機づけ、自己効力感

### I. 背景

我が国における乳がん罹患率は年々増加し、1998年には女性のがん罹患率の第一位<sup>1)</sup>となり、年間約4万人が新たに罹患すると言われている。今や日本人女性の20人に1人は乳がんを診断され、今後も増えることが予測される<sup>2)</sup>。年齢別の罹患状況は、30歳を過ぎるころから増え始め、45歳前後に急速に増加し、50歳を過ぎるころから罹患率が低下するという特徴があり、育児や家庭での役割、社会的役割を担う年代に罹患する者が多い<sup>1)</sup>。しかし、乳がんは早期発見で9割以上が治癒<sup>3)</sup>、女性のがんの罹患率1位に対し、死亡率は大腸、肺、胃がんに次いで多く、2009年には年間11,918名が乳がんで死亡している<sup>4)</sup>。また、乳がんは他のがんと比較し5年以降の再発や転移が見つかる<sup>5)</sup>という特徴があるため、罹患すると長期にわたり再発の恐れを抱き、精神的、経済的、社会生活上も大きな負担を負うと言われ<sup>5)</sup>、長期的なケアが求められる。このような状況の中、厚生労働省<sup>4)</sup>は40歳以上の女性に2年に一度のマンモグラフィー検診を推奨し、2009年度より40歳、45歳、50歳、55歳、60歳に当たる女性に対し乳がん検診の無料クーポン券を発行す

るなど、乳がんの早期発見に努めている。また、乳房は体表臓器であることから自分でがんを見つけることができるという特徴があり、乳房の自己検診への啓蒙活動も盛んに行われている。例えば、NPO法人日本乳がんピンクリボン運動では、10月第3日曜日をピンクリボンの日に定め、乳がんの早期発見・早期治療への啓蒙活動を行っている。

国外においては、乳がんの再発予防<sup>6-16)</sup>やがんの治療に伴う骨粗鬆症予防<sup>17-22)</sup>や倦怠感の症状緩和<sup>23-26)</sup>については、ウォーキングなどの適度な運動の予防効果が認められてきており、米国スポーツ医学学会では、2010年がん体験者の運動のガイドラインを発表されている<sup>8)</sup>。

がん体験者に対して、がんの再発予防の重要性については国外の論文で言及されてきている<sup>27-29)</sup>、国内においてはがんの予防・早期発見に関する研究は皆無であることが報告されている<sup>30)</sup>。また、これまでのがんの予防・早期発見に関する国外の研究論文の殆どが、健康者を対象に構築された保健行動モデルを用いており、がん体験者を基に構築された保健行動モデルは見当たらない。Maureen<sup>31)</sup>は、乳がん女性の運動動機づけとアドヒアランスを研究に用いるのに最もよい理論的枠組みについて一般的な合意がないとしている。さらにKaren K<sup>32)</sup>は、計画行動理論と社会的認知理論は、運動へのアドヒ

1) 沖縄県立看護大学大学院博士後期課程

2) 沖縄県立看護大学

表1 乳がん体験者の運動と保健行動モデル (CINAHL)

	n (出版年)	Patient	Survivor	Exercise
		n (出版年)	n (出版年)	n (出版年)
<b>健康信念モデル (Health Belief Model)</b>				
Cancer	352 (1986-2010)	91 (1988-2010)	2 (1986-2010)	8 (1989-2009)
Breast Cancer	186 (1987-2010)	53 (1988-2010)	2 (1997-2009)	5 (1991-2009)
<b>社会的認知理論 (Social Cognitive Theory)</b>				
Cancer	72 (1993-2009)	25 (1993-2009)	0	14 (2000-2009)
Breast Cancer	29 (1993-2009)	12 (1993-2009)	0	9 (2004-2009)
<b>計画行動理論 (Theory of Planned Behavior)</b>				
Cancer	55 (1997-2010)	16 (1997-2010)	0	17 (1997-2009)
Breast Cancer	19 (1998-2010)	6 (1998-2010)	0	7 (1999-2008)
<b>トランスセオレティカルモデル (Transtheoretical model)</b>				
Cancer	52 (1993-2010)	27 (1993-2009)	0	6 (2004-2009)
Breast Cancer	19 (1993-2009)	14 (1993-2009)	0	4 (2004-2009)
<b>ヘルスプロモーションモデル (Health Promotion Model)</b>				
Cancer	16 (1990-2009)	3 (1999-2009)	1 (2006)	1 (2008)
Breast Cancer	4 (1999-2008)	2 (1999-2008)	0	1 (2008)
<b>防護動機理論 (Protection Motivation Theory)</b>				
Cancer	8 (2001-2009)	3 (2008-2009)	0	3 (2001-2008)
Breast Cancer	3 (2002-2009)	2 (2008-2009)	0	2 (2008-2009)
<b>自己決定理論 (Self-determination Theory)</b>				
Cancer	4 (2006-2008)	2 (2006-2008)	0	2 (2006-2008)
Breast Cancer	1 (2008)	1 (2008)	0	1 (2008)
<b>クライアント保健行動相互作用モデル (Interaction Model of Client Health Behavior)</b>				
Cancer	12 (1991-2010)	4 (2000-2008)	0	1 (2008)
Breast Cancer	3 (1993-2008)	2 (2000-2008)	0	1 (2008)

検索日: 2010.9.14

アランスを展開するのに広く用いられるが、どの理論も、運動のアドヒアランスで乳がん治療の重大な生理的効果を考慮していないと指摘しており、既存の健康行動理論をがん体験者に応用するには限界があると考え。我が国においても乳がん体験者は増加しており、予防効果が認められてきている運動の動機づけにおいて保健行動を把握することは必要不可欠であり、健康者ではなく乳がん体験者の保健行動モデルの構築が急がれる。そこで、乳がん体験者の運動の動機づけに適切で活用可能な保健行動モデルを導くことを目的に、運動に焦点を当てた保健行動モデルに関する研究を検討した。

## II. がん看護分野の国内外の論文の状況

がん看護分野の保健行動モデルを用いた研究論文を検討したところ、8つの保健行動モデルが抽出された。そこで、がん看護分野の保健行動に関する研究の現状を把握するため、健康信念モデル、社会認知理論、計画行動理論、トランスセオレティカルモデル、ヘルスプロモーションモデル、防護動機理論、自己決定理論、クライアント保健行動相互作用モデルの8つの保健行動モデルについて、国内外の文献検索を行った。国内論文は国内最大の医学文献情報データベースである医学中央雑誌web ver4版 (1983~2010年9月) を用い、国外論文は看護師

と関連医療専門家に重点をおいた文献情報データベースであるCINAHL (1981~2010年9月) を用いた。キーワードは、各保健行動モデル名と“がん”、“乳がん”さらに“患者”、“がん体験者”または“サバイバー”を追加して検索した。また、国外論文はCINAHLを用いて同様に、“Cancer”、“Breast Cancer”さらに各保健行動モデルと“Patient”、“Survivor”を追加して検索した。

検索の結果、国内論文においては、防護動機理論で一般集団を対象としたマンモグラフィ検査に関する論文1件<sup>33)</sup>のみであり、がん体験者に関する論文は1件も検索されなかった。国外論文の検索結果を表1に示す。がんに関する論文で最も用いられている保健行動モデルは、健康信念モデルであり“Cancer”で352件、“Breast Cancer”で186件、そのうち“Patient”をキーワードに含む論文は“Cancer”で91件、“Breast Cancer”で53件であった。キーワードを“Patient”から“Survivor”に変更すると殆どのモデルで検索されず、健康信念モデルで2件、ヘルスプロモーションモデルで1件のみであった。本論文の焦点である“Exercise”に関するものは社会的認知理論が最も多く“Cancer”で14件、“Breast Cancer”では9件であった。“Breast Cancer”と“Exercise”で掲載が多い雑誌はOncology Nursing Forum 11件、Cancer Nursing 3件、Psycho-Oncology 2件であった。

表2 保健行動モデルの構成要素

モデル	構成要素
健康信念モデル	認知された脆弱性、認知された重大性、認知された利益、認知された障害、行動のきっかけ、自己効力感
社会的認知理論	環境、状況、行動に移す能力、予測、期待、セルフコントロール、観察学習、強化、自己効力感、情動的コーピング反応、相互決定論
計画行動理論	行動意図、態度、主観的規範、認知された行動コントロール感
トランスセオレティカルモデル	変容ステージ、意思決定のバランス、自己効力感、変容のプロセス
ヘルスプロモーションモデル	健康の重要性、健康の制御の知覚、自己効力の知覚、健康の定義、健康状態の知覚、行動の利益の知覚、ヘルスプロモーション行動の負担の認知
防護動機理論	不適応反応の増加要因(内的報酬、外的報酬)、不適応反応の減少要因(深刻さ、生起確率)、脅威評価、適応反応の増加要因(反応効果性、自己効力)、適応反応の減少要因(反応コスト)、対処評価
自己決定理論	基本的ニーズ(自律性、有能性、関係性)、動機づけ(無動機、外因性動機づけ、内因性動機づけ)
クライアント保健行動相互作用モデル	クライアント特異性の要素(基本属性、社会的影響、これまでのヘルスケアの経験、環境資源)、クライアント-保健医療者の相互作用の要素(情緒的サポート、健康情報の提供、意思決定のコントロール、専門技術能力)、保健行動のアウトカム(ヘルスケアの利用、健康状態、ヘルスケアの問題の重大性、推奨されるケアのアドヒアランス、ケアの満足度)

国内論文でキーワードを“乳がん”と“運動”のみとし再検索したところ、25件検索され、その内訳は術後の拘縮や関節可動域制限に焦点を当てたものが18件と最も多く、その他リンパ浮腫予防4件、深部静脈血栓1件、QOL 1件、運動とイメージ1件であり、がんの再発予防や骨粗鬆症予防、倦怠感予防としての運動に関する論文は見当たらなかった。

### Ⅲ. 乳がん体験者の運動と保健行動モデル

乳がん体験者の運動に関する論文を保健行動モデル別に検討する。なお、各保健行動モデルの構成概念<sup>33-36)</sup>を表2に、乳がん体験者の運動と保健行動モデルに関する論文を表3に示す。

#### 1. 健康信念モデル (Health Belief Model)

健康信念モデル<sup>34,35)</sup>はRosenstokによって1966年に開発され、Becker、Maiman、Kirscht、HaefnerとDrachmanによって1975年に発展した。Rosenstok、Strecher、そして、Beckerは自己効力感が健康信念モデルに組み込まれると提案し、特に運動アドヒアランスにおいて、補足的な構成要素として用いられている<sup>34,35)</sup>(図1)。健康信念モデルの理論的枠組みで、アドヒアランスは健康の脅威への個人の認知と脅威を減らすための行動で測定される。そして、認知された利益に対して重みづけられる。認知された脅威は、認知された重大性と脆弱性に直接関連がある。認知された重大性は、健康状態の重大性に関する個人の認知である。疾患または他の

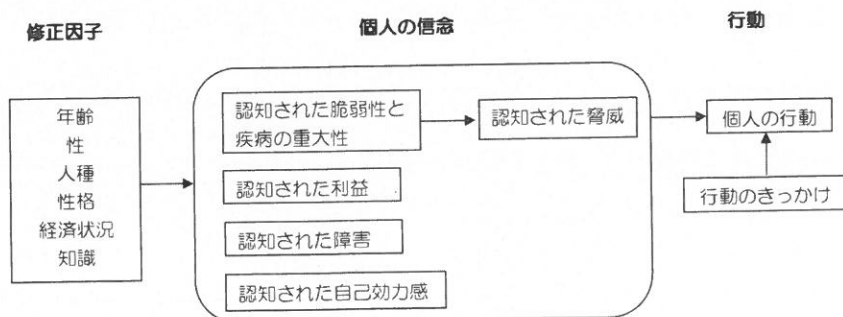


図1 保健信念モデルの構成要素と関連 (Karen Glanz, et.al.; Health Behavior and Health Education 4th edition, Figure 3. 1, p49, Jossey-BASS, 2008, 著者訳)

表3 乳がん体験者の運動に保健行動が活用されている文献のレビュー

著者、掲載誌、年	論文名	健康モデル	目的	研究デザイン	対象者概要/方法	結果/結論
Barbara Windom Adkins I. Clinical Journal of Oncology Nursing, 13 (6), 895-100, 2009. ※39	Maximizing exercise in Breast Cancer Survivors	健康信念モデル	乳がんサバイバーで適度な運動の 利益を明らかにし、乳がんの積極 的治療、手術、化学療法、放射線 療法後の体力を改善するため に、がんケアチームの包括的アプ ローチを提案する	介入研究	乳がんサバイバーの包括的運動プログラムを 作成し、実施報告。1症例の報告を含む。	日頃の適度な運動は、乳がんサバイバーの治療中や治療後の身体、精 神、社会的well-beingを改善し、障害を克服する自信、社会環境の支援に 肯定的な考えを促進した。適度な運動プログラムは、ほとんどのサバイ バーが身体的精神的に良好な状態で活動的になることを助ける。
Petro-Nustas W. Cancer Nursing (2002), 25(3), 219- 229.	Health-related behaviors and lifestyle factors of patients with breast cancer	健康信念モデル	乳がんの女性と対象群で健康行 動と生活様式の違いを調査する	横断研究	100人の乳がん女性と同数の対象群(乳がん女性 と年齢や教育、居住地の類似した者を選定)、が んの家族歴、生活様式、健康教育や乳房の自己 検診についてインタビューを行った。	2時間では、脂肪や植物性オイル、肉の摂取などの明らかな違いはなかつ た。がん患者は缶詰やスライマーな食事、カフェインの多い食事が多かつ た。喫煙や同僚者の喫煙には差はなかった。乳がん女性の殆どが、少な くとも診断の5年前から運動していた。2群間で、ストレスのある出来事が あまらかな危険因子だった。
Nelson JP. Oncology Nursing Forum, 18(7), 1191- 1197, 1991.	Perceived health, self-esteem, health habits, and perceived benefits and barriers to exercise in women who have and who have not experienced stage I breast cancer	健康信念モデル	stage Iの乳がん女性と対象群 で、認知された健康、セルフエス テーム、健康習慣や運動の認知さ れた利益や障壁の違いを調査する	横断研究	stage Iの乳がん女性55名と乳がんの経験のない 対象群で認知された健康、セルフエステーム、健 康習慣や認知された利益や障壁の違いを調査し た。	乳がん女性と対象群で認知された健康、セルフエステーム、健康習慣に 明らかな差はなかったが、運動の認知された利益や障壁が異なり、対象 群の方が障壁が高かった。
Maurseen E. Wood. Oncology Nursing Forum, 35(1), 89- 95, 2008. ※31	Theoretical Framework to Study Exercise Motivation for Breast Cancer Risk Reduction	健康信念モデル / 社会的認知理論 / ヘルスプロモーションモデル。自己 決定理論、トランスセオレティカルモ デル、計画行動理論、防護動機理論 特定する	乳がんのリスクの高い女性のリス クを減らすために、運動の動機付 け研究の適切な理論的枠組みを 特定する	文献レビュー	健康増進モデル、自己決定理論、社会的認知理 論、健康信念モデル、トランスセオレティカルモ デル、計画行動理論、防護動機理論に付随する関 連した情報を収集するために、広範囲に文書レ ビューを行った。	防護動機理論は、健康に関連した行動の変容を促進するための運動の動 機付けにおける、認知されたリスクと自己効力感の影響を調べるのに用い ることができるとする。乳がんのリスクを低下させるための実証的な提案を するときに、選定した理論モデルを用いたエビデンスに基づいた研究は、専門家 の助けとなるだろう。
Hubery J., Vener J. Waltman N. et. al. Oncology Nursing Forum, 36 (5), E266-73, 2009. ※43	Development of an instrument to measure adherence to strength training in postmenopausal breast cancer survivors	社会的認知理論	治療後の重大な骨量減少のある 閉経後の乳がんサバイバーにおけ る体力またはウェイトトレーニング (SWTE)へのハリアと動機付けの 評価のための理論に基づく尺使用 発	探索的、記述的、および、方法的 研究	骨密度の閉経後乳がん患者223人に骨密度改 善におけるカルシウム、ビタミンD、24か月のSWTE 介入を行っている大規模調査から、35-75歳の乳 がんサバイバー85人を無作為に抽出し、運動アド ヒアランスのハリア、運動アドヒアランスの動機付 けを調査し、85人から回答を得た。	対象は、平均年齢59.08歳、閉経またはホルモン療法から7.04年経過し、 乳がん治療から5.64年経過、BMIは26.69歳、主に白人(99%)である。 アドヒアランスのハリア因子サブスケールは『自分のための時間を優先し ない』(5項目)、『アドヒアランスに対する他のハリアを解決する』(9項目) の2つの因子が抽出された。アドヒアランスの動機付け因子サブスケール は、『教育とフィードバック』(14項目)、『社会的報酬』(9項目)の2因子が 抽出された。 動機付けとなるものためのサブスケールは、『教育とフィードバック』と 『社会的報酬』を含んだ。
Caplan M. et. al. Oncology Nursing Forum, 34 (2), 518, 2007.	More than just Cancer: pitting a self-management program as an innovative, potential prevention strategy for breast cancer survivors	社会的認知理論	長期にわたる乳がんサバイバーの 健康状態について理解する。b) 自己管理プログラムが健康状態や 健康行動に影響するかを調査する	plilot study	乳がん治療から5年以上経過した45-79歳の20 人の女性も期間の自己管理プログラムを実施し、 前後および4週間後に調査した。Banduraの社会 学習理論とBeckの認知行動理論を用いた。	長期にわたる乳がんサバイバーの自己管理プログラムは健康行動の情報 提供となり、健康行動を向上させる。

※本文の引用文献で示されている論文番号

表3 乳がん体験者の運動に保健行動が活用されている文献のレビュー (つづき)

著者・掲載雑誌・年	論文名	健康モデル	目的	研究デザイン	対象者概要/方法	結果/結論
Rogers LQ, Shah P, et al. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 32 (4), 807-815, 2005. ※44	Social Cognitive Theory Physical Activity during Breast Cancer Treatment	社会的認知理論	乳がん治療期間の社会的認知理論と身体活動の関連を図る	介入研究	治療後の白人女性の乳がんサバイバー21名。構造的インタビューと自己管理、万歩計、一週間の活動	平均の一日の歩数の多さは、運動モデルと一年間の取入の高さと強く関連した。一日の多いウォーキングはセルフエフィカシーの向上、自信、運動のパートナー、運動モデル、高い運動の楽しさ、低い否定的信念と関連した。社会的認知理論は治療中の乳がんが活動の理解するために用いられる理論的枠組みだが、活動のタイプで練習と関連する。
Rogers LQ, Matevery C, Hopkins-Price P, et al. <i>Cancer Nursing</i> , 27 (6), 462-473, 2004. ※45	Exploring Social Cognitive Theory constructs for promoting exercise among Breast Cancer Patients	社会的認知理論	積極的治療中の乳がん患者で社会的認知理論を用いて、運動の知識、態度、行動を調査する	介入研究	12人の乳がん患者が3つのフォーカスグループのセッションに参加した。	多くの参加者は治療中、運動に関する情報は与えられていなかった。参加者は治療中の運動は有害より利益があると感じ、そして倦怠感の軽減や生き残りに向上すると感じていた。参加者は運動プログラム期間にガイドラインや教育を望んでいた。社会的認知理論は乳がんの運動を枠組みとして利用できるとも限らない。
Karen K. Swenson, Mary Jo Nissen, Susan J. Henly <i>Oncology Nursing Forum</i> , 37(3), 321-330, 2010. ※32	Physical Activity in Women Receiving Chemotherapy for Breast Cancer: Adherence to a Walking Intervention	計画行動理論	化学療法を受けている乳がん患者のために身体活動プロトコルのアドヒアランスを述べて、予測する	縦断的、観察的研究	補助療法を受けている40-55歳の乳がん患者38名。縦断的研究は、骨密度でテストボスナーと身体活動の効果を比較している無作為化臨床試験で実施された。参加者は、1日10,000歩、歩くよう助言、初めに理学療法士の相談を受けた、モチベーションを高める、をランダム化した。多段階モデリングは、アドヒアランスを予測する変数を特定するのに用いた。	29人が歩数データを提供した。最初の8週間の参加者合計歩数の平均は、280,571(SD = 111,992)であり、それは指示した歩数の67%である。歩数が記録されていない日は除外し、初めの8週間で1日の平均歩数は7,363(SD = 2,421)、14%のアドヒアランス率であった。ウォーキングプログラムへのアドヒアランスは、化学療法の間、損なわれたが、化学療法終了後は改善した。
Bernardine M. Pinto, Carolyn Rabin, Shira Dunsiger, <i>Psycho-Oncology</i> , 18, 369-376, 2009. ※46	Home-based exercise among cancer survivors: adherence and its predictors	トランスセオレナリイカルモデル	がん患者の運動の介入に基づく運動の効果を検査する	介入研究	乳がん患者に、在宅での運動を12週間行い運動のアドヒアランスを調査した。アドヒアランスは、週当たりの運動の時間、週当たりの歩数、週運動目標を達成したかどうかで評価した。	参加者は、1週目から12週目まで明らかに運動の時間と歩数が増加した。運動目標の達成率は最初の週間が高かった。運動のセルフエフィカシーは各週のアドヒアランスの予測因子であった。乳がん患者の在宅での運動のアドヒアランスは予測因子と変化し、運動のセルフエフィカシーの初期のレベルと関連するかも知れない。
Bernardine M. Pinto, Georita M. Frierson, Carolyn Rabin, et al. <i>Journal of Clinical Oncology</i> , 23(15), 3577-3587, 2005. ※47	Home-based physical activity intervention for Breast Cancer Patients	トランスセオレナリイカルモデル	早期乳癌患者の在宅身体活動(PA)介入の有効性を無作為化比較試験で評価する	介入研究	乳がんのstage 0~IIで治療を終えた86人の座位PAが多い女性(平均年齢、53.14年、標準偏差、9.70年)を無作為にPAまたは対照群に割り当てられた。PA群の参加者は、毎週12週間PAプログラム(Trans-theoretical Model)に基づいて評価された。評価は初回と最後(12週目)、そして6か月後と9か月後に行われた。	介入の後、PA群は対照群より有意にPAの合計時間(分)、適度な強度のPAをより多くの時間(分)行い、週当たりのエネルギー消費が低いことを報告した。PAの変化は、客観的な活動のモニタリングで反映されなかった。PAグループは、対照群よりPAがガイドラインを満たすようだった。グループ間で、BMIと体脂肪率で有意な差はなかった。介入後の比較では、PAグループで歩力の有意な改善と倦怠感の減少が明らかであった。補正、気分と身体体重の増加は介入により肯定的傾向があった。介入は、うまくPAを増加させて、早期乳癌患者の間で心因性健康の改善性と特異的な側面を改善した。
Teresa S. Lee, Sharon L. Kilbreath, et al. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 36(4), 454-462, 2009. ※49	Factors that Affect Intention to Avoid Strenuous Arm Activity After Breast Cancer Surgery	防護動機理論	乳がん術後激しい上肢運動を避けるための女性の意思と関連する要因を調査する	横断的研究	175人の乳がん患者。防護動機理論に基づき、調査は治療前、人口統計変数、上肢のアドヒアランス、恐怖、またはコピング特性が激しい上肢運動を避けるための女性の意思の予測因子となりうるかの評価を用いた。	参加者の70%は、術への影響のため激しい運動を避ける意思を報告し、最も激しい上肢運動を避けていない参加者より術後胸部の症状を報告した。リンパ浮腫への脆弱性を認識した女性や術後のケアについてアドヒアランスを受けた女性は、最も上肢運動を避けるようであった。リンパ浮腫の恐怖や術のケアのアドヒアランスを受けるとは激しい上肢運動を避ける女性の意思の動機づけとなった。

※本文の引用文献で示されている論文番号

健康の脅威は、アドヒアランス行動を予測する可能性がある。認知された利益は、個人によってとられるさまざまな行動が脅威を減らすことに効果的であるという信念である。

健康信念モデルは、50年以上にわたり健康行動における理論的枠組みとして最も多く用いられてきた。乳がんに関連する論文としては、マンモグラフィースクリーニングにおける一般集団の乳がん検診の受診行動に用いられている。Champion<sup>37,38)</sup>は乳がんの自己検診用に作成したモデルを改良しマンモグラフィーの受診行動から認知されたリスク、利益、検診受診の障害を予測するモデルとしてChampion Health Belief Modelを開発しているが、検診の受診行動は主にがんではない一般集団に焦点を当てて構築されたものである。

Barbara<sup>39)</sup>は、乳がん体験者で適度な運動の利益を明らかにし、乳がんの積極的治療（手術、化学療法、放射線療法）後の体力を改善するために、がんケアチームの包括的アプローチを提案することを目的に調査を行った。その結果、日常の適度な運動は、乳がん体験者の治療中や治療後の身体、精神、社会的well-beingを改善し、障害を克服する自信、社会環境の支援に肯定的な考えを促進し、適度な運動プログラムは、殆どの乳がん体験者が身体的精神的に良好な状態で活動的になることを助けると述べている。

## 2. 社会的認知理論 (Social Cognitive Theory)

社会的認知理論はBandura<sup>40)</sup>によって考案され、人間の行動を相互に作用し合う3つの要素（行動、個人的要因、環境）からなるダイナミックな相互作用モデルによって説明する。

個人的要因は行動を象徴化し、行動の結果を予測し、他人を観察することによって学習し、行動を実行することに自信を持ち、行動を自己決定・自己統制し、経験を反省・分析する個人の能力を含んでいる<sup>40-42)</sup>。社会的認知理論では、ある行動が望ましい結果をもたらすと思ひ、その行動をうまくやることができるという自信がある時にその行動をとる可能性が高くなると考える。

社会的認知理論を構成する多くの概念のうち、ある行動がどのような結果を生み出すかという本人の判断を「結果期待」、その行動をうまく行うための自分の能力に対する信念を「効力期待（自己効力感）」と言う。

社会的認知理論では、望ましい成果をもたらす特定の行動について適確で効果的な行動のための個々の認知された技術や能力に焦点を当てた。Bandura<sup>40,41)</sup>によると、自己効力感とは、自己の行動の遂行可能性の認知、すな

わち、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信のことである。自己効力感は将来の行動変容の予測因子となり、また自己効力感の変化が行動の変化に先行するとも言われている。また、個人の行動変容を予測する有効な要因であり、運動を習慣的なものにしていく段階において注目すべき最も重要な心理的要因である<sup>34,35,4-42)</sup>。

Hubery<sup>43)</sup>は、治療後の重大な骨量減少のある閉経後の乳がん体験者における体力またはウエイトトレーニングへの障壁と動機づけの評価のための理論に基づく尺度開発として社会的認知理論を用いた。Rogers<sup>44)</sup>は、乳がん治療期間の社会的認知理論と身体活動の関連を因するため、治療後の白人女性の乳がん体験者21名に対し、構造的インタビューと自己管理、歩数計、一週間の活動を調査している。また、Rogers<sup>45)</sup>は積極的治療中の乳がん患者12人に社会的認知理論を用いて、運動の知識、態度、行動を明らかにすることを目的に調査を行っており、社会認知理論は乳がんの運動を枠組みとして利用できるかもしれないと述べている。

## 3. 計画行動理論 (Theory of Planned Behavior)

計画行動理論<sup>34)</sup>とは、合理的行為理論を拡張した理論である。合理的行為理論では、信念（行動信念と規範的信念）、態度、意図、行動の関係を示し、態度と行動の関係を理解する。しかし、この理論は、行動が意図によりコントロールできる度合いに左右され、意図によるコントロールが弱い場合には、合理的行為理論の構成要素で行動を十分に予測できるかはわからない。そこで、計画行動理論では合理的行動理論に「行動コントロール感」を加え、意図や行動に影響を及ぼす、自らコントロールできない要因を斟酌した。

Karen<sup>42)</sup>らは、化学療法を受けている乳がん患者のために身体活動プロトコルのアドヒアランスを予測する目的で、化学療法を受けている乳がん体験者36人に対し、1日10,000歩歩くことを助言し、そのアドヒアランスを測定した。ウォーキングプログラムへのアドヒアランスは、化学療法の間、損なわれたが、化学療法終了後は改善したと述べている。また、看護への示唆として、化学療法でウォーキングプロトコルのアドヒアランスを予測することを知らずには、身体活動介入のタイプ、タイミングと強度を選択することに役立つとしている。

## 4. トランスセオレティカルモデル (Transtheoretical Model)

トランスセオレティカルモデルとは、Prochaskaと



DiClementeによって考え出されたモデルであり、変容のステージを利用して、介入に関する主要な理論から変化に関する様々なプロセスと原理を統合した理論であることから<sup>34,35)</sup>、Trans-theoretical (理論横断的な) という名称となった。主要な構成要素には、変容ステージ、意思決定のバランス、自己効力感、変容プロセスがある。

行動の段階として、無関心期、関心期、準備期、実行期と維持期の5段階があり、モデルにおいて、患者が新しい行動を習得し順応する時に変化は起こる。無関心期では、個人はすぐに行動を変える意志はない。関心期には、個人は変化にいくらか考慮する。個人が近い将来、変化する意思があるとき、準備期となる。維持期は、通常少なくとも6ヵ月、個人が変化を継続したとき成し遂げられる。

Bernardineら<sup>46)</sup>は、乳がん患者に、在宅での運動を12週間行い運動のアドヒアランスを調査した。アドヒアランスは、週当たりの運動の時間、週当たりの歩数、週の運動目標を達成したかどうかで評価し、運動のセルフエフィカシーは各アドヒアランスの評価の明らかな予測因子であったと述べている。またBernardineら<sup>47)</sup>は、早期乳がん患者の在宅身体活動の介入の有効性を無作為化比較試験で評価した。乳がんのstage 0~IIで治療の終えた86人の運動をしていない女性 (平均年齢53.14歳;標準偏差9.70) を無作為に在宅身体活動群または対照群に割り当て、在宅身体活動群は、毎週、運動の記録と12週間の電話カウンセリングを受けた。評価は初回と12週目、6ヵ月後と9ヵ月後に行ったところ、介入は乳がん体験者の在宅での活動を増加させ、心の健康を改善したと述べている。

## 5. ヘルスプロモーションモデル (Health Promotion Model)

Penderのヘルスプロモーションモデルによると、健康増進は幸福、個人の達成感、自己実現を最大にする直接的な行動である<sup>31,48)</sup>。Penderのオリジナル・モデルは、直接的に健康促進行動をもたらす7つの認知知覚因子と、間接的に健康行動に影響する5つの修正因子を示した。7つの認知-知覚は健康の重要性、健康の制御の知覚、自己効力の知覚、健康の定義、健康状態の知覚、行動の利益の知覚、ヘルスプロモーション行動の負担の知覚である。5つの修正因子は、人口統計学的特性、生物学的特徴、人間関係の影響、状況的因子と行動的因子である。

ヘルスプロモーションモデルを用いた乳がん体験者の運動に関する論文は、Maureen<sup>31)</sup>の論文のみであった。

Maureenは、ヘルスプロモーションモデルは大部分が健康を促進する行動と幸福の関係に焦点を当てており、がん体験者の運動アドヒアランスに応用するには限界があると述べている。

## 6. 防護動機理論 (Protection Motivation Model)

防護動機理論では、推奨される防衛的健康行動を行う意思は、脅威と対処評価として知られている、認知された脆弱性、認知された重大性、反応効果性、自己効力感によって特定されると提案されている<sup>31)</sup>。態度と行動を起こし、確認し、導く防護動機付けは、脅威と対処評価過程の機能である。

脅威評価は認知された脆弱性、認知された重大性と脅威から成るが、対処評価は反応効果性と自己効力を含む。認知された脆弱性は健康状態を向上させる個人の認知を反映し、認知された重大性は健康状態を抑止または生命の脅威への個人の信念を反映する。脅威は、潜在的危害が行動変容の動機付けに十分明らかであることを意味する。反応効果性は、脅威を減らすために個人の行動が健康状態と関連した彼または彼女のリスクを軽減するか、低下させるという確信である。自己効力は、個人が修正している行動がうまく行われることができるという確信である。

防護動機理論を用いた乳がん体験者の応用としては、Teresaら<sup>49)</sup>が175人の乳がん患者に行った、乳がん術後激しい上肢運動を避けるための女性の意思と関連要因を調査した論文がある。参加者の70%は、腕への影響を考えて激しい運動を控える意思を報告し、また激しい上肢運動を行う参加者は腕や胸の症状を報告した。リンパ浮腫への脆弱性を認知した女性や腕のケアについてアドバイスを受けた女性は、激しい上肢運動を控えるようであったとし、リンパ浮腫の恐怖や腕のケアのアドバイスを受けることは激しい上肢運動を避ける女性の意思の動機づけとなったとしている。また、大森<sup>33)</sup>は、マンモグラフィ検査の受診行動を乳がんの経験のない220名を対象に年代毎の行動傾向を把握し、受診勧告の方法を検討した。その結果、30歳未満は、乳がんの罹患に対する自我関与を低く評価する傾向があり、30~49歳は、脅威の深刻さが受診行動を抑制する傾向があり、50歳以上は、防護動機が合理的な判断を経由して受診行動を動機づける傾向があると述べている。

## 7. 自己決定理論 (Self-determination Theory)

DeciとRyanの自己決定理論によると、個人には、動

機付け、行動と幸福を促進するために社会的に満たさなければならぬ3つの基本的ニーズ（自律性、有能性と関係性）がある<sup>31)</sup>。動機付けの3つの型は、無動機、外因性動機付けと内因性動機付けである。無動機は、行動に対する意思の欠如であり、外因性動機付けは、アウトカムに到達する行動である。そして、内因性動機付けは、活動を楽しむための参加である。自己決定の連続性は、無動機から内因性動機付けまで動機付けを導く。個人が内因性動機付けの方へ進むにつれて、彼らは個人の学力、自主性と自信（幸福感と同様に）のより強い感情を所有する。内因性動機付けは、運動アドヒアランスを促進する重要な変数である。

自己決定理論を用いた乳がん体験者の運動に関する論文は、Maureen<sup>31)</sup>の総説で健康者に対する論文を紹介しているのみであり、がん体験者を対象とした論文は見当たらなかった。

#### 8. クライアント保健行動相互作用モデル (Interaction Model of Client Health Behavior)

クライアント保健行動相互作用モデル (IMCHB) は、Cheryl Lorane Cox<sup>36)</sup>によって提唱されたモデルであり、大きな枠組みとして、患者特異性の要素、患者-保健医療専門家の相互作用の要素、保健行動のアウトカムに分け、医療者が患者に提供するケアの満足度が入っていることが特徴である。ケアの満足度が低いと治療法のアドヒアランスも高くなり、ひいては検査データも良くなる。IMCHBでは、医療者からの支援として、感情的支援（クライアントの認知・情緒面の支援）、保健情報（合併症や薬剤などの情報提供）、意思決定コントロール（患者の意思決定に医療者の勧めが影響する）、専門的・技術的能力（医療者側の技術として、教育のわかりやすさなど）と変数が細かく分かれており、自分たちのケアを振り返る時に役立てることができる。

乳がん体験者を対象にIMCHBを用いた論文は、McGuire<sup>50)</sup>の論文1件のみである。骨密度の低下した閉経後の乳がん体験者124人を対象に24ヵ月の介入の2次資料を用いて加重負荷運動プログラムのアドヒアランスを調査した。プログラムのアドヒアランスは、調査開始時は79.4%であったのに対し終了時点では58.9%に低下したと述べ、アドヒアランスの低い参加者は知識や技術の提供の回数が増加したと述べている。

#### IV. 乳がん体験者の保健行動モデルの必要性

国内論文において、保健行動とがんに関する論文は防護動機理論を用いた健康者を対象とした乳がん検診に関

する論文1件のみであり、がん体験者を対象とした論文は1件も検索されなかった。また、“乳がん”と“運動”に関して、術後の拘縮や関節可動域制限に焦点を当てたものが最も多く、その他リンパ浮腫予防、深部静脈血栓、QOLを調べたものであり、がんの再発予防や骨粗鬆症予防、倦怠感予防としての運動に関する国内の研究は見当たらなかった。また、外来診療という限られた時間の中でがん体験者の生活環境や予防行動など個別的な関わりが十分にできていない現状があり<sup>51,52)</sup>、一般的に乳がん体験者は運動により期待される効果に関する情報が不足しているものと推察される。

Maureen<sup>31)</sup>は、乳がん女性の運動動機付けとアドヒアランスを研究に用いるのに最もよい理論的枠組みについて一般的な合意がないとし、Karen K<sup>32)</sup>は、計画行動理論と社会的認知理論は、運動へのアドヒアランスを展開するのに広く用いられるが、どの理論も、運動のアドヒアランスで乳がん治療の重大な生理的効果を考慮していないと述べている。既存の保健行動理論は、健康者を対象に構築されたものが殆どであり、既存の保健行動モデルでは、がん体験者特有の症状や治療、また副作用といった身体的因子や死の恐怖、再発への不安といった心理面への側面は十分測定することはできないことから、がん体験者に既存の保健行動モデルで説明するには限界があり、がん体験者特有の新たな健康モデルの構築が必要である。

がん体験者の運動に焦点を当てた論文で用いられていた保健行動モデルの構成要素として、自己効力感が多く用いられている<sup>40-42)</sup>。自己効力感は、運動の動機づけのアドヒアランスの予測する因子として最も多く用いられていることから、がん体験者においても適切で活用可能なものと推察された。

#### V 結論

乳がん体験者の運動の動機づけに適切で活用可能な保健行動モデルを導くことを目的に運動に焦点を当てた保健行動モデルに関する研究を検討したところ、構成要素である自己効力感は乳がん体験者の運動の動機づけの予測因子となる可能性が示唆された。

健康者における健康行動は、その人が育んできた健康観や人生観に基づくものであり、容易に変わるものではないと言われている<sup>53)</sup>。人々が自身の生活上の改善点を認識し、健康増進へ強く動機付けされない限り、行動を変えることは望めないし、また動機付けができたとしても、その人自身が健康行動を実践できる方法や力を獲得しなければ、健康行動は継続されない<sup>50)</sup>。しかし、医療

技術が進んだ現在でもなお、がんはその体験者に死を意識させる疾患であり、がん体験者は死への恐怖、再発・転移への不安がある<sup>4,26,27)</sup>と言われ、健康を渴望している。従って、がんという体験は保健行動に何らかの影響を与える可能性があり、がん体験者と、がんの既往のない者と同じ保健行動理論を用いて説明するには限界があると考えられる。また、これまでの保健行動理論は、健康者を対象に構築されたものが殆どであり、がん体験者をモデルに構築したモデルは見当たらない。乳がん体験者の運動のアドヒアランスは、がん体験者ではない者より低いとの報告<sup>54)</sup>や、治療中は運動のアドヒアランスが低下することが報告<sup>32)</sup>されており、乳がん体験者の健康行動を理解するには、乳がんという体験や、治療による影響を踏まえた独自の保健行動モデルの構築が必要である。乳がん体験者独自の保健行動モデルの構築は、がん体験者の再発予防や骨粗鬆症予防、倦怠感緩和に対する看護支援においても重要であると考えられる。

さらに、保健行動モデルを用いてがん体験者の運動に焦点を当てた研究は国外の報告のみであり、文化的背景の異なる我が国で応用可能か検証の必要がある。我が国においても、乳がん体験者が増加しており、乳がん体験者を対象とした保健行動モデルの構築が必要であると考えられる。

## 引用文献

- 1) 国立がんセンターがん対策情報センター, がん情報サービス (更新日: 2010年11月30日): <http://ganjoho.jp/public/index.html> (2011年1月27日現在).
- 2) 近藤まゆみ, 峰岸秀子 編(2006): がんサバイバーシップ がんとともに生きる人々への看護ケア, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 3) 阿部恭子, 矢形寛, 編集(2006): 乳がん患者ケアガイド, 学研, 東京.
- 4) 厚生労働省関連の統計データ: <http://www.mmjp.or.jp/kawakami-clinic/data/koseiidx.htm> (2010年9月28日現在).
- 5) 酒巻哲夫, 他 編著 (2009): 患者と作る医学の教科書, 日経研, 東京.
- 6) Michelle D, Wendy T, Diane Feskanich, et al. (2005): Physical Activity and Survival after Breast Cancer, *JAMA*, 293 (20), 2479-2486.
- 7) Melinda I. Irwin, Ashley Wilder Smith, et al. (2008): Influence of Pre- and Postdiagnosis Physical Activity on Mortality in Breast Cancer Survivors: the Health, Eating, Activity, and Lifestyle Study, *Journal of clinical oncology*, 26(24), 3958-3964.
- 8) Schmitz, L.H., Courneya, K.S., Matthews, C., et al. (2010): American College of Sports Medicine Roundtable on Exercise Guidelines for Cancer Survivors, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 42, 1409-1426.
- 9) Martina Markes, Thomas Brockow, Karl-Ludwig Resch (2009): Exercise for women receiving adjuvant therapy for Breast Cancer (Review), *The Cochrane Library*, Issue 1.
- 10) Margaret L. McNeely, Kristin L. Campbell, Brian H. Rowe, et al. (2006): Effect of exercise on breast cancer patients and survivors, a systematic review and meta-analysis, *Canadian Medical Association Journal*, 175(1), 34-41.
- 11) 日本乳がん学会 編 (2008): 科学的根拠に基づく乳がん診療ガイドライン 5 疫学・予防 2008年版, 金原出版株式会社, 東京.
- 12) NCCN: the NCCN Breast Cancer Risk Reduction Guideline / 日本乳がん情報ネットワーク 訳: NCCN 腫瘍学臨床実践ガイドライン, 乳がんリスク軽減 2008年第1版. [http://www7a.biglobe.ne.jp/~jccnb/guideline/images/g109\\_rsk.pdf](http://www7a.biglobe.ne.jp/~jccnb/guideline/images/g109_rsk.pdf) (2010年7月21日現在).
- 13) Ueji M, Ueno E, Osei-Hyiaman D, Takahashi H, Kano K. (1998): Physical activity and the risk of breast cancer, a case-control study of Japanese women, *J Epidemiol*, 8 (2), 116-122.
- 14) Graham A. Colditz, Cynthia J. Stein (2004): *HANDBOOK of cancer Risk Assessment and Prevention*, Jones and Bartlett Publishers. MA, USA.
- 15) Krista L, Roberta L (2008): Preventing Second Cancers in Cancer Survivors, *Oncology Nursing Forum*, 35 (2), E12-22.
- 16) 外崎明子, 佐藤正美, 今泉郷子, 他 (2009): がんサバイバーの健康生成のための運動プログラムの開発 文献レビュー, *日本がん看護学会*, 23 (1), 3-20.
- 17) Anna L. Schwartz, Kerri Winters-Stone, Betty Gallucci (2007): Exercise Effects on Bone Mineral Density in Women with Breast Cancer Receiving Adjuvant Chemotherapy, *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 627-633.
- 18) National Institute of Health ; What Breast Cancer Survivors Need to Know about Osteoporosis. [http://www.niams.nih.gov/Health\\_Info/Bone/Osteoporosis/Conditions\\_Behaviors/osteoporosis\\_breast\\_canc](http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Bone/Osteoporosis/Conditions_Behaviors/osteoporosis_breast_canc)

- er.asp, (2010年4月15日現在).
- 19) Cathy Maxwell, Pamela Hallquist (2005): Cancer Treatment-Induced Bone Loss in Patients with Breast or Prostate Cancer, *Oncology Nursing Forum*, 32 (3), 589-601.
  - 20) Zhao Chen, et al. (2005): Fracture Risk Among Breast Cancer Survivors Results from the Women's Health Initiative Observation Study, *Arch intern med.* 165 (14), 552-558.
  - 21) Gloria Jean Gross, Carol D. Ott, Ada M. Lindsey, Janice J. Twiss, and Nancy Waltman (2002) : Postmenopausal Breast Cancer Survivors at Risk for Osteoporosis: Physical Activity, Vigor, and Vitality, *Oncology Nursing Forum*, 29 (9), 1295-1300.
  - 22) Connie E. Limburg (2007): Screening, Prevention, Detection, and Treatment of Cancer Therapy-Induced Bone Loss in Patients with Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34 (1), 55-61.
  - 23) Margaret Chamberlan Wilmoth, Elizabeth Ann Coleman et al. (2004): Fatigue, Weight Gain, and Altered Sexuality in Patients with Breast Cancer: Exploration of a Symptom Cluster, *Oncology Nursing Forum*, 31 (6), 1069-1075.
  - 24) NCCN: the NCCN Cancer-Related Fatigue Guideline /日本乳がん情報ネットワーク 訳：NCCN腫瘍学臨床実践ガイドライン, 癌に伴う倦怠感, 2008年第1版. [http://www7a.biglobe.ne.jp/~jccnb/guideline/images/gl16\\_fati.pdf](http://www7a.biglobe.ne.jp/~jccnb/guideline/images/gl16_fati.pdf) (2010年7月21日現在).
  - 25) Mock V., Pickett M, Jonson D, et al. (2001): Fatigue and Quality of life outcomes of exercise during cancer treatment, *Cancer Practice*, 9(3), 119-127.
  - 26) Mock V. (2004): Evidence-Based Treatment for Cancer-Related Fatigue, *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 112-118.
  - 27) Barbara K. (2000): Focus on Health Promotion: Self-Efficacy in Oncology Nursing Research and Practice. *Oncology Nursing Forum*, 27 (1), 89-97.
  - 28) Patricia A. Ganz (2007): *Cancer Survivorship Today and Tomorrow*, Springer. USA.
  - 29) Oncology Nursing Society: *Oncology Nursing Society 2009-2013 Research Agenda*. <http://www.ons.org/media/ons/docs/research/2009-2013onsresearchagenda.pdf> (2010年5月6日現在).
  - 30) 真壁玲子：がん看護学領域における研究の動向と課題 (2003)：過去5年間 (1998-2002年) に看護系学会誌2誌に掲載された研究論文, *日本がん看護学会誌*, 17 (2), 13-19.
  - 31) Maureen E. Wood (2008): Theoretical Framework to Study Exercise Motivation for Breast Cancer Risk Reduction, *Oncology Nursing Forum*, 35 (1), 89-95.
  - 32) Karen K. Swenson, Mary Jo Nissen, Susan J. Henly (2010): Physical Activity in Women Receiving Chemotherapy for Breast Cancer, Adherence to a Walking Intervention, *Oncology Nursing Forum*, 37 (3), 321-330.
  - 33) 大森直樹 (2005)：マンモグラフィ併用乳がん検診に対する受診行動意図の世代間比較—防護動機理論に基づく認知的傾向の検討—, *日本乳がん検診学会誌*, 14(1), 71-80.
  - 34) Karen Glanz, Barbara K, Frances Marcus Lewis: *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 3rd edition (2002)/ 曾根智史, 湯浅資之, 渡辺基, 鳩野洋子 訳 (2006)：健康行動と健康教育—理論, 研究, 実践, 医学書院, 東京.
  - 35) Karen Glanz, Barbara K, K.Viswanath (2008): *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 4th edition, JOSSEY-BASS, USA.
  - 36) Cheryl L. Cox and Klaus J. Roghmann (1984): Empirical test of the interaction model of client health behavior, *Research in Nursing and Health*, 7, 275-285.
  - 37) Champion, V. L., Scott, C. R.(1997): Reliability and Validity of Breast Cancer Screening Belief Scales in African American Women, *Nursing Research*, 46(6), 331-337.
  - 38) Champion, V. L., (1999): Revised Susceptibility, Benefits, and Barriers Scale for Mammography Screening, *Research in Nursing & Health*, 22, 341-348.
  - 39) Barbara Windom Adkins (2009): Maximizing exercise in Breast Cancer Survivors, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13 (6) , 695-700.
  - 40) Bandura A. (1977) : Self-efficacy, Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
  - 41) Bandura A. (1997): *SELF-EFFICACY the exercise of control*, Freeman, New York.
  - 42) 江本リナ (2000)：自己効力感の概念分析, *日本看護科学学会誌*, 20 (2), 39-45.
  - 43) Hubery JL, Vener J, Waltman N. et al. (2009): Development of an instrument to measure adherence to strength training in postmenopausal breast cancer

- survivors, *Oncology Nursing Forum*, 36 (5), E266-73.
- 44) Rogers L.Q., Shah P, Dunnington G et al. (2005): Social Cognitive Theory Physical Activity during Breast Cancer Treatment, *Oncology Nursing Forum*, 32 (4), 807-815.
- 45) Rogers L.Q., Matevey C, Hopkins-Price P, et al. (2004): Exploring Social Cognitive Theory constructs for promoting exercise among Breast Cancer Patients, *Cancer Nursing*, 27 (6), 462-473.
- 46) Bernardine M. Pinto, Carolyn Rabin, Shira Dunsiger (2009): Home-based exercise among cancer survivors: adherence and its predictors, *Psycho-Oncology*, 18, 369-376.
- 47) Bernardine M. Pinto, Georita M. Frierson, Carolyn Rabin, et al. (2005): Home-based physical activity intervention for Breast Cancer Patients, *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3577-3587.
- 48) Nola J. Pender: *Health Promotion in Nursing Practice* 3rd edition (1996)/小西恵美子 監訳 (1997) :ペンダ－ヘルスプロモーション看護論, 日本看護協会出版会, 東京.
- 49) Teresa S. Lee, Sharon L. Kilbreath, et al. (2009): Physical Activity in Women Receiving Chemotherapy for Breast Cancer: Factors that Affect Intention to Avoid Strenuous Arm Activity After Breast Cancer Surgery, *Oncology Nursing Forum*, 36(4), 454-462.
- 50) McGuire RL (2008): Examining intervention components for promoting adherence to strength weight training exercise in postmenopausal breast cancer survivors with bone loss, University of Nebraska Medical Center, Ph.D. (129).
- 51) 北添可奈子, 藤田佐和 (2008) : 外来化学療法をうけるがん患者の“前に向う力”, *日本がん看護学会誌*, 22(2), 4-13.
- 52) 矢ヶ崎香織, 小松浩子 (2007) : 外来で治療を続ける再発乳がん患者が安定した自分へ統合していく体験, *日本がん看護学会誌*, 21(1), 57-13.
- 53) 小松浩子 著者代表 (2010) : 系統看護学講座 専門分野Ⅱ 成人看護学総論 成人看護学[1], 医学書院, 東京.
- 54) Smith SG, Chagpar AB (2010): Adherence to Physical Activity Guidelines in Breast Cancer Survivors, *The American Surgeon*, 76(9), 962-965.

## Theoretical Framework to Study Exercise Motivation for Risk Reduction among Breast Cancer Survivors

Naomi Tamai. RN. PHN.MHS. <sup>1)</sup> Midori Kamizato. RN. PHN. PhD. <sup>2)</sup>

### Abstract

**Objectives:** To identify an appropriate theoretical framework to study exercise motivation for recurrent and side effect such as osteoporosis and cancer-related fatigue risk reduction among breast cancer survivors.

**Methods:** We searched the CINAHL and NPO Japan Medical Abstracts Society from 1981 to September 2010. We reviewed the theoretical framework to study exercise for breast cancer survivors. An extensive review of the literature was conducted to the Health Belief Model, Social Cognitive Theory, Theory of Planned Behavior, Transtheoretical Model, Health Promotion Model, Protection Motivation Theory, Self-Determination Theory, and Interaction Model of Client Health Behavior.

**Results:** Although, there are several theoretical framework reports about the exercise of the cancer survivors, there are not reports in Japan. The most of these theoretical frameworks to study exercise for breast cancer survivors have concept of self-efficacy. However, these theoretical frameworks are not considered the factors of the physical elements such as cancer therapy or the symptom, and of the anxiety to a recurrence and a prognosis of the cancer.

**Conclusions:** It was suggested that self-efficacy predictive for cancer survivors to psychological changes achieves to exercise. However, these theoretical frameworks are not considered the factors of the physical elements such as cancer therapy or the symptom, and of the anxiety to a recurrence and a prognosis of the cancer. It was suggested that there theoretical framework are some limitation for cancer survivors. Furthermore, these theoretical frameworks which focused on cancer survivors were reported only in other countries. Therefore, we need to develop the model of theoretical framework for breast cancer survivors in our country because of cultural differences.

**Key words :** breast cancer survivor, theoretical framework, exercise, motivation, self-efficacy

---

1) Okinawa Prefectural College of Nursing, Doctoral Course

2) Professor of nursing at Okinawa Prefectural College of Nursing

看護基礎教育における看護技術教育に関する研究の動向  
—2001年から2009年に発表された研究論文の分析を通して—

金城 忍

沖縄県立看護大学紀要 第12号 (2011) 別刷

資料

## 看護基礎教育における看護技術教育に関する研究の動向 —2001年から2009年に発表された研究論文の分析を通して—

金城 忍<sup>1)</sup>

### 要 約

本研究の目的は、看護基礎教育における看護技術教育の研究の動向を明らかにし、看護技術教育における研究遂行上の示唆を得ることである。医学中央雑誌Webにて、「看護基礎教育」「看護技術」「看護技術教育」「教育方法」をキーワードに、2001年から2009年に発表された研究論文を検索した。次いでそれらキーワードを掛け合わせて検索し、看護基礎教育における看護技術教育に関する64件の原著論文を分析対象とした。

分析の結果、分析対象を掲載した文献は紀要が最も多く、研究者の所属も大学・短期大学が73.4%であった。このことは1992年以降、看護系大学が急増したことに関連していると考えられた。研究内容として「看護技術演習における授業評価と課題」「看護基礎教育における看護技術修得状況と看護技術教育の課題」「看護技術教育における学生の学びや教育内容、教育方法の検討」「教育機関と臨床における看護技術教育の課題」「看護技術教育における技術教育の実態と課題」「看護技術演習に関する研究の動向」の6つのコアカテゴリに分類された。以上のことから、看護基礎教育における看護技術教育に関する研究の動向として、看護技術修得を促す効果的な技術教育についての課題を明確にしていることが明らかとなった。

キーワード：看護基礎教育，看護技術教育，国内文献

### I. 緒言

文部科学省は2002年に「大学における看護実践能力育成の充実に向けて」<sup>1)</sup>を報告した。その報告書では、看護学の教育内容のコアである技術学習項目が明記され、卒業時目標とした看護実践能力の構成と卒業時到達度について述べている。翌年の2003年には厚生労働省が、「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」<sup>2)</sup>を報告した。その報告書は、臨地実習において学生が行う看護技術についての基本的な考え方や、臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術として、2002年の報告書<sup>1)</sup>に示された看護技術項目に追加・修正を加えた82項目の看護技術の水準を具体的に示した。その後2005年に小山<sup>3)</sup>は、看護基礎教育卒業時に全ての学生が習得しておく必要のある看護技術として142項目の技術を明らかにし、各々の技術の到達目標を示した。小山が明らかにした看護技術項目と到達目標は、2007年に厚生労働省が報告した「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」<sup>4)</sup>や、2008年の厚労省医政局課長通知の「助産師、看護師教育の技術項目の卒業時の到達度について」<sup>5)</sup>などに活用されている。

このように看護技術教育に関連して、文部科学省や厚

生労働省などでは討議が盛んに行われている。穴沢ら<sup>6)</sup>は、「臨地実習における学生の看護技術の習得は患者に安全・安楽な技術を提供することと一体である。そのためには、学内における看護技術の十分な学習が必須であり、臨地実習での実践を前提とした看護技術演習がますます重要になると考える」と看護基礎教育における看護技術教育の重要性を述べている。しかし医療の高度化や在院日数の短縮化、医療安全に対する国民の意識の高まりなど国民のニーズの変化を背景に、臨床で必要とされる看護技術と看護基礎教育にて習得する看護技術に乖離が生じ、それが新人看護職員の離職の一因との指摘もされている<sup>7)</sup>。そこで看護技術教育の今後の発展を見据えていくためには、看護基礎教育における看護技術教育に関する研究の動向を明らかにする必要があると考えた。

看護基礎教育における看護技術教育に関して穴沢ら<sup>6)</sup>は、1991年から2002年に発表された文献から、基礎看護技術演習に関する研究の動向について報告している。また鈴木ら<sup>8)</sup>は、1991年から1992年の4つの主要な学会誌に発表された技術教育に関する研究を対象に、基礎看護学における研究の現状を明らかにした。しかし2002年以降の看護技術教育に関する研究の特徴について報告されたものはみられなかった。そこで今回看護基礎教育における看護技術に関する研究の動向について分析を試み

1) 沖縄県立看護大学



た。

## Ⅱ. 研究目的

我が国の看護基礎教育における看護技術教育に関する研究の動向を明らかにし、看護技術教育における研究遂行上の示唆を得る。

## Ⅲ. 研究方法

### 1. 研究対象

2001年から2009年に発表された看護基礎教育における看護技術教育に関する研究論文

### 2. 研究方法

#### 1) 分析方法

(1) 医学中央雑誌Web(Vre.4)を用いて、2001年～2009年の発表研究論文で、「看護基礎教育」、「看護技術」、「看護技術教育」、「教育方法」をキーワードとして検索し、それぞれの研究論文数を把握する。

(2) 「看護基礎教育」と「看護技術教育」の2つのキーワードを含む研究論文と、「看護基礎教育」、「看護技術」、「教育方法」の3つのキーワードを含む研究論文を取り出す。

(3) (2)で得られた研究論文の種類が「原著論文」に分類されている研究論文を分析対象とし、分析対象の発表年、掲載文献の種類、研究者（第一著者）の所属機関、看護技術項目、研究の種類、研究デザイン、研究対象者、データの種類、データ分析方法、研究倫理上の問題、につ

いて記述統計値を算出する。

(3) 分析対象の研究内容を要約し、それらを表現する研究内容コードを作成する。

(4) 研究内容コードの共通性、相異性を比較検討し、研究内容カテゴリを導き出す。

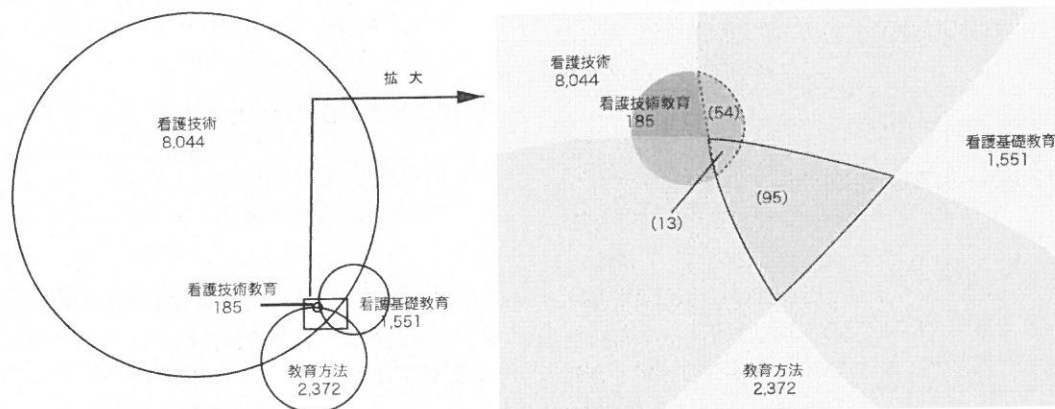
(5) (4)で得られた研究内容カテゴリの共通性、相異性を比較検討し、研究内容についてのコアカテゴリを明らかにし、看護基礎教育における看護技術教育に関する研究の動向について考察する。

## Ⅳ. 分析結果

### 1. 看護基礎教育、看護技術、教育方法の中での看護技術教育に関する研究について

2010年2月現在、「看護基礎教育」、「看護技術」、「看護技術教育」、「教育方法」をキーワードとしている研究論文数は、「看護基礎教育」1,551件、「看護技術」8,044件、「看護技術教育」185件、そして「教育方法」2,372件であった。

続いてそれぞれのキーワードを掛け合わせた結果、「看護基礎教育」、「看護技術教育」の2つのキーワードを含む研究論文は54件、「看護基礎教育」、「看護技術」、「教育方法」の3つのキーワードを含む研究論文は95件あった。なお「看護基礎教育」、「看護技術教育」、「教育方法」の3つのキーワードを含む研究論文は13件あった。各キーワードにて検索された研究論文数を図1に示す。「看護基礎教育」、「看護技術教育」の2つのキーワードを含む研究論文と、「看護基礎教育」、「看護技術」、「教



注) ( )内に示された数値は、各キーワードを掛け合わせて検索された研究論文数を表す。数値と掛け合わせたキーワードを以下に示す。

(54):「看護基礎教育」、「看護技術教育」

(95):「看護基礎教育」、「看護技術」、「教育方法」

(13):「看護基礎教育」、「看護技術教育」、「教育方法」

図1 「看護基礎教育」、看護技術、「看護技術教育」、「教育方法」をキーワードに検索された研究論文数

育方法」の3つのキーワードを含む研究論文の中から、論文の種類が「原著論文」に分類されている64件を分析対象とした。

## 2. 掲載文献の種類

分析対象の掲載文献の種類は、大学・短期大学・専修学校の紀要が28件(43.8%)と最も多くみられた。続いて学会誌と学術集会誌が13件(20.3%)、商業雑誌が6件(9.4%)であった。

## 3. 研究者の所属

第一著者の所属機関は、大学が34名(53.1%)と最も多く、専修学校16名(25.0%)、短期大学13名(20.3%)、大学校1名(1.6%)と続いていた。分析対象の発表年度、研究者の所属別の件数を図2に示す。

## 4. 研究の種類および研究デザイン

分析対象の64件は、量的研究31件(48.4%)、質的研究17件(26.6%)、量的研究と質的研究を併用したもの16件(25.0%)であった。

## 5. 研究対象とデータの内容

分析対象における研究対象者は、学生が46件(71.8%)と最も多く、そのうち看護教員と看護師も含むものが2件あった。看護教員を対象としたものは7件(10.9%)あり、そのうち看護師も対象としたものが2件、テキストも対象としたものが1件あった。

分析に用いられたデータの種類の総数は67件で、その内訳は自作の質問紙44件(65.7%)が最も多く、次いで学生に課したレポート7件(10.4%)であった。

看護技術項目については、技術修得状況を把握するために看護技術全般を取り扱った研究が19件と最も多かった。個別の看護技術については、ベッドメイキング技術、バイタルサイン測定技術、食生活の援助技術、採血技術、静脈内注射技術について検討した研究論文がそれぞれ2件あった。また寝衣交換技術、運動一休息の援助技術、全身清拭、沐浴技術、足浴、口腔内清潔法、経管栄養法、洗腸、気管内吸引、皮下注射技術について検討した研究論文はそれぞれ1件あった。

## 6. データ分析方法

64件のうち、量的研究31件、量的研究と質的研究の併用は16件あり、単純集計で検定未実施の研究は25件(53.2%)、検定法を用いた研究は22件(46.8%)であった。

## 7. 倫理的問題について

分析対象のうち、先行研究やカリキュラムを研究対象とした研究論文は6件みられ、その他58件は、倫理的配慮を必要とする研究論文であった。そのうち所属機関の倫理審査の承認を得ていたものは7件であった。その7件の発表年は、2006年に3件、2008年に2件、そして2009年に2件であった。一方、倫理的配慮に関して記入していないのが6件あった。その他の45件については、

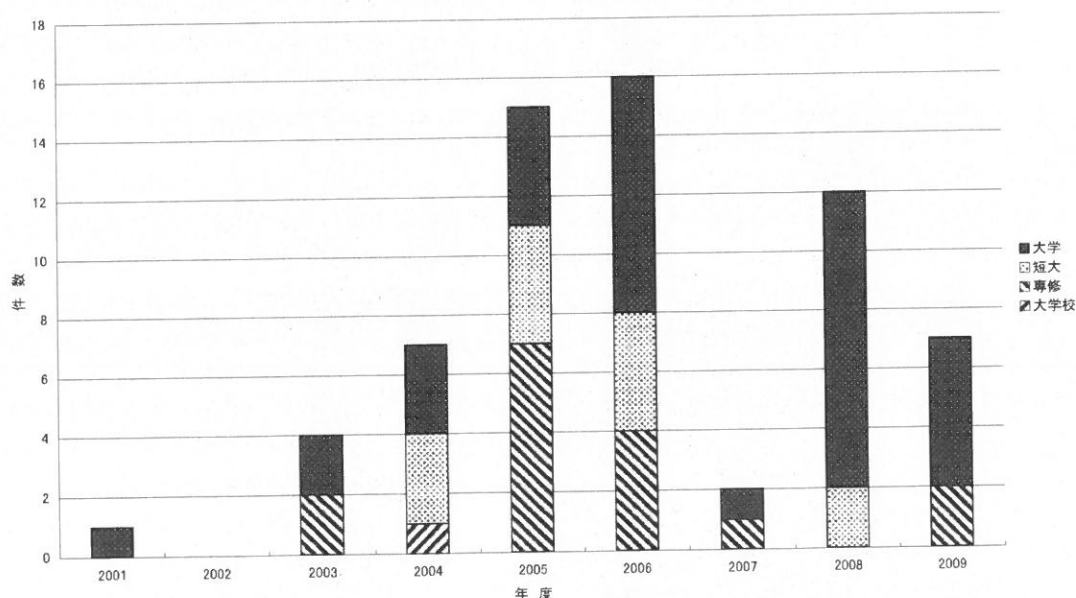


図2 論文発表年度、研究者所属別の原著論文件数

研究対象者に対して文書を用いながら説明したものが6件、書面でのみ説明したものが10件、口頭で説明を行ったものが16件であった。しかし説明内容は記載されているものの、どのように説明したのか不明なものが13件あった。

## 8. 研究内容

### 1) 研究内容の分類 (表1)

分析対象となった研究論文を精読し、研究内容コードを導き出した。次いで研究内容の共通性と相異性に注目し、17の研究内容カテゴリが導き出された。さらに意味内容を検討した結果、6のコアカテゴリが抽出された。以下、6のコアカテゴリごとに研究内容を示す。

#### (1) 看護技術演習における授業評価と課題 (28件, 43.8%)

このコアカテゴリは4つの研究内容カテゴリから構成された。その4つの研究内容カテゴリは、「看護技術演習における授業展開の再構成による学習効果」、「看護技術演習における授業展開の評価」、「看護技術演習におけるSP活用の効果と課題」、「看護技術演習における演習プログラムの評価と課題」であった。

例えば、バイタルサイン測定に関して、意図的に教育介入した授業とそうではない授業の比較から、教育介入した場合の教育成果について明らかにした研究論文があった。またOSCE実施時に、ボランティアによる模擬患者と現任看護師による模擬患者の評価傾向を比較し、模擬患者の活用方法について検討した研究論文もみられた。

#### (2) 看護基礎教育における看護技術修得状況と看護技術教育の課題 (15件, 23.4%)

このコアカテゴリは3つの研究内容カテゴリから構成された。その3つの研究内容カテゴリは、「臨地実習における学生の看護技術経験状況と看護技術教育の課題」、「学生の自己評価から見た卒業時における看護技術の修得状況と看護技術教育の課題」、「臨地実習における学生の体験と看護技術の課題」であった。

このコアカテゴリでは、臨地実習での看護技術の修得状況の実態を把握し、学内の授業・演習状況と比較、分析を行い、今後の課題を明らかにした研究論文があった。また看護基礎教育の充実に関する検討会報告書の「看護教育の技術項目と卒業時の到達目標」を元に調査用紙を作成し、全ての実習を終了した4年次の学生を対象に学生の看護技術の修得状況を明らかにした研究論文がみられた。

#### (3) 看護技術教育における学生の学びや教育内容、教育

#### 方法の検討 (10件, 15.6%)

このコアカテゴリは4つの研究内容カテゴリから構成された。その4つの研究内容カテゴリは、「看護技術教育における授業内容や看護技術の見直しによる教育内容と授業方法の検討」、「看護技術教育における視聴覚教材の活用状況や効果と今後の課題」、「身体侵襲を及ぼす看護技術演習における学生の学びと教育方法の課題」、「看護技術演習における技術教育の記憶と自己評価への影響」であった。

ここでのコアカテゴリでは、学内演習の授業内容を見直し、教育内容の精選および授業方法の改善と今後の課題について明らかにした研究論文がみられた。また基礎看護技術自己学習でのビデオ教材の効果と改善点を学生へのアンケートから明らかにした研究論文がみられた。

#### (4) 教育機関と臨床における看護技術教育の課題 (7件, 10.9%)

このコアカテゴリは4つの研究内容カテゴリから構成された。その4つの研究内容カテゴリは、「看護技術教育における教育機関と臨床での看護技術習得の到達目標の相違と看護技術教育の課題」、「看護技術教育における教育機関と臨床の看護技術教育の実態」、「臨地実習における看護師の看護技術指導状況と課題」、「臨床で重要と考える看護技術に関する卒業生からの意見、要望と教育方法の検討」であった。

例えば、教育と臨床の乖離が予測される看護技術の実態調査を行い、学内演習での教育方法の改善を検討した研究論文がみられた。また看護師養成機関と実習病院での看護技術教育の実態調査を行った研究論文もみられた。

#### (5) 看護技術教育における技術教育の実態と課題 (3件, 4.7%)

このコアカテゴリにおける研究内容カテゴリは、「看護技術教育における技術教育の実態とサブテキストの内容」であった。

ここでは、皮下注射について、基礎看護学に関するサブテキストの記述内容を分析し、安全で確実な皮下注射の注射部位と針の刺入角度と長さを考察した研究論文がみられた。

#### (6) 看護技術演習に関する研究の動向 (1件, 1.6%)

このコアカテゴリにおける研究内容カテゴリは、「基礎看護教育における基礎看護技術演習に関する研究の動向」であった。これは1991年から2002年に発表された看護技術演習に関する研究論文を概観した研究であった。

表1 分析対象の研究内容カテゴリ

発表年	研究内容コード	研究内容カテゴリ	コアカテゴリ
2001	学生の自己評価から見た診療場面の援助技術修得を促す教育方法の検討	看護技術演習における授業展開の再編成による学習効果	(1) 看護技術演習における授業評価と課題(28件, 43.8%)
2003	経管栄養の演習においてテクニカルポイントを導入した演習と導入しない演習の比較から、テクニカルポイント導入の効果		
2003	足浴の技術学習における技術の根拠についての実験検証的方法の効果		
2005	静脈採血の技術演習の困難要因を改善した演習実施内容の検討		
2005	演習計画用紙の導入によって得られた学習成果		
2005	バイタルサイン測定に関して意識的に教育介入した授業とそうでない授業の比較から教育介入した場合の教育成果		
2005	バイタルサイン測定に関して意識的に教育介入した授業からの今後の教育課題		
2006	基礎看護技術教育で「学習者主体、形成的評価、実践に根ざす」という特徴を押さえた授業効果の検討		
2006	看護技術演習に臨地実習で受け持つ機会の多い患者を想定した事例導入の実習課題と学習効果		
2007	メタ認知技能を高める「ベッドメイキング」技術習得のための教育方法の検討		
2007	看護実践能力育成に対する実習前演習の効果		
2008	基礎看護技術演習での学生の主体的な参加型演習における倫理的態度への効果と技術演習における教育方法の検討		
2008	基礎看護技術を学習する複数科目に一貫した事例を用いることの学習効果		
2009	看護基礎教育の教員と臨床看護師との共同授業についての学習効果		
2003	日常生活援助技術における学生の自己評価から見た技術チェックの教育的効果	看護技術演習における授業展開の評価	(2) 看護基礎教育における看護技術修得状況と看護技術教育の課題(15件, 23.4%)
2005	OSCE導入に当たり、限られた時間で技術を習得させるために、技術の一部を試験することの有用性について		
2005	全身清拭技術において教員のデモを通して得られた「快」の感覚体験および技術教育における教員の実践力を提供することの意義		
2006	基礎看護技術にアクティブラーニングデータ分析とグループワークを導入することの学習効果と生活援助技術における教材のあり方の検討		
2008	入学直後学生に臨床に即したシナリオを用いたPBLの実施シナリオからの学習項目の抽出状況と学びに関する学生の捉え方の変化		
2008	SPへの援助を経験した学生と経験していない学生との学びの違いに対するSP活用の効果と課題		
2005	SP技術演習で体験した内容から技術教育方法としての効果の検証	看護技術演習におけるSP活用の効果と課題	
2006	OSCE実施時、ボランティアによるSPと現任看護師によるSPの評価傾向から、SPの活用方法についての検討		
2006	看護基礎技術演習にSPを導入することに対する学生の評価		
2008	洗腸の援助技術について講義のみの学びと、教員のデモストにSPを導入し観察学習を取り入れた演習後の学びの比較検討		
2007	基礎看護技術の学内演習におけるリーダー学生を中心としてグループ学習を用いた技術習得における学生の困難さと対処行動		
2008	摂食・嚥下リハビリテーション看護教育における学生の自己評価から見た演習プログラムの評価と学生の知識・技術習得に向けての課題		
2008	基礎看護技術演習における自己学習課題、個別指導の状況と自己学習プログラムに対する理解度と視聴覚教材に対する評価	看護技術演習における演習プログラムの評価と課題	
2009	「沐浴」技術習得におけるグループ代表学生を中心としたグループ学習における学習方法の効果		
2004	看護技術到達度の現状把握と講義・学内演習・学内実習と臨地実習の一貫した教育の整合性と統合性および臨地実習にて実施する看護技術の水準の検討		
2005	成人看護学実習における看護技術の修得状況の実態と学内の授業・演習状況から見た次年度に向けての看護技術教育の課題	臨地実習における学生の看護技術経験状況と看護技術教育の課題	
2005	臨地実習における看護技術の実施経験状況から見た看護基礎教育の看護技術教育の課題		
2006	助産師教育課程における専修学校・看護系短期大学卒業生と看護系大学卒業生の看護技術の経時的修得状況の変化と今後の技術教育課題		
2006	卒業期の臨地実習における看護技術の経験・見学率の変化から実施率の向上につながる演習指導内容の妥当性		
2008	基礎看護学実習における学生の看護技術実施時の困難とその対処方法および看護技術習得をめざした教育方法の検討		

金城忍：看護基礎教育における看護技術教育に関する研究の動向

2008	看護基礎教育における母性の基本的看護技術の実施状況の年次比較から見た教育評価		
2008	看護系大学生の臨地実習における看護技術経験状況と自信の程度および教育的介入のあり方についての検討		
2008	成人看護学実習における学生の看護技術経験の実態と学内及び実習での技術教育のあり方の検討		
2009	成人看護学・老年看護学実習における3年間の看護技術経験率の変化から見た看護技術習得に向けた効果的な教育方法		
2009	成人看護学実習での看護技術の経験の実態と、成人看護学領域としての専門看護技術実習での指導内容・方法の検討		
2006	日本と中国(上海)の3年課程における看護技術到達度の自己評価の比較および看護技術教育の検討	学生の自己評価から見た卒業時における看護技術の修得状況と看護技術教育の課題	
2006	卒業時における看護技術の修得状況から見出された到達目標達成のための技術教育のあり方と新人看護職員教育プログラム構築への示唆		
2009	学生の自己評価から見た卒業時における基礎看護技術の修得状況と看護技術教育の課題		
2005	実習での「ヒヤリ・ハット」レポートから医療安全教育を志向した基礎看護技術教育の課題	臨地実習における学生の体験と看護技術教育の課題	
2004	看護技術教育の授業内容の検討から見出された教育内容と授業方法の検討	看護技術教育における授業内容や看護技術の見直しによる教育内容と授業方法の検討	(3) 看護技術教育における学生の学びや教育内容、教育方法の検討(10件、15.6%)
2005	本学の技術教育に関する実態と今後の看護技術教育の展望		
2006	先行研究の整理・記述を通して基礎看護学領域での技術教育の実際と学生の技術修得状況および看護技術教育のあり方の検討		
2008	本学の基礎看護教育における看護技術の見直しと看護実践能力の向上につながる基本的な基礎看護技術の教育内容の妥当性の検証		
2006	基礎看護技術演習の自主学習におけるビデオ学習の効果と改善点	看護技術教育における視聴覚教材の活用状況や効果と今後の課題	
2006	看護技術教材としてのe-learning導入に対する学生の評価と今後の課題		
2006	基礎看護技術教育におけるWebCT教材の活用状況		
2004	基礎看護領域での学生の静脈内注射技術に関する理解度と教育方法のあり方	身体侵襲を及ぼす看護技術演習における学生の学びと教育方法の課題	
2009	学生同士による採血技術の体験学習からの学びと教育方法の課題		
2004	看護基礎教育にて学んだ気管内吸引技術教育の卒業後の記憶と同技術への自己評価に及ぼす影響	看護技術演習における技術教育の記憶と自己評価への影響	
2005	教育と臨床の乖離が予測される看護技術の実態調査と基礎看護技術教育改善の検討	看護技術教育における教育機関と臨床での看護技術習得の到達目標の相違と看護技術教育の課題	(4) 教育機関と臨床における看護技術教育の課題(7件、10.9%)
2005	静脈注射技術における学校と臨床の「期待する教育レベル」と「1人でできる到達時期」についての認識および看護基礎教育における静脈注射技術教育プログラムの検討		
2008	看護基礎教育卒業時の看護技術の到達目標に関する教育者と看護実践者の意見の相違		
2004	A県における看護師養成機関と主たる実習病院での看護技術教育の実態および看護基礎教育の技術教育のあり方	看護技術教育における教育機関と臨床の看護技術教育の実態	
2003	臨地実習における実習指導看護師の基礎看護技術に関する指導の状況と実習体制整備についての課題	臨地実習における看護師の看護技術指導状況と課題	
2004	看護基礎教育にて学習する看護技術において、卒業生が重要と感じる技術項目の学習と看護技術教育の課題	臨床で重要と考える看護技術に関する卒業生からの意見、要望と教育方法の検討	
2005	看護基礎教育における看護技術教育に対する卒業生の意見・要望からの看護技術教育の教育方法の検討		
2006	看護基礎教育における「ベッドメイキング」技術に関する授業内容の実態	看護技術教育における技術教育の実態とサブテキストの内容	(5) 看護技術教育における技術教育の実態と課題(3件、4.7%)
2007	看護基礎教育における看護記録に関する教育の現状と課題		
2009	基礎看護技術教育における皮下注射技術に関するサブテキストに記述された内容の検討		
2004	看護基礎教育における基礎看護技術演習に関する研究の動向	看護基礎教育における基礎看護技術演習に関する研究の動向	(6) 看護技術演習に関する研究の動向(1件、1.6%)

## V. 考察

### 1. 看護技術教育に関する研究の動向

1991年から2002年に発表された文献を対象とした穴沢ら<sup>6)</sup>の報告では、研究者の所属機関は短期大学が最も多く51.9%を占め、次いで大学が28.6%であった。しかし、2001年から2009年までに発表された分析対象の研究論文を分析した今回の研究では、大学が最も多かった。これは1992年の「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」によって、看護系大学が急増し、そこに所属する教員の研究論文が増加したと考えられる。

研究の種類とデザインについて検討すると、本研究結果では量的研究48.4%、質的研究26.6%、量的・質的の併用25.0%であり穴沢ら<sup>6)</sup>の報告と類似していた。しかし一方鈴木ら<sup>8)</sup>や野本ら<sup>9)</sup>の報告では、量的研究が半数を占めていた。分析対象が異なるため単純に比較することはできないが、先行研究の発表年度を重ねてみると、今後、質的研究が増加していくと考えられる。

分析対象とした研究論文において、具体的な看護技術について検討した研究論文は64件中20件で、そのうち技術修得状況を把握するために看護技術全般を取り扱った研究論文は19件であった。その19件の発表年をみると、2001年に1件、2003年から2005年はそれぞれ2件、2006年は4件、2008年は5件、2009年は3件である。これらの研究論文では文部科学省、厚生労働省などの報告書を参考に看護技術修得に関するスケールを作成し、学生の技術修得到達度を把握している研究論文であったことから、今後、技術修得状況を把握するための看護技術全般を取り扱った研究が進展すると予測される。

研究倫理に関しては、2004年に日本看護協会が「看護研究における倫理指針」<sup>10)</sup>を発表している。本研究の分析対象となった研究論文の中で2004年以降の研究論文は59件であったが、所属機関の倫理審査の承認を得ているものは7件しかなかった。このことから、本研究の分析対象となった研究論文では倫理審査委員会の承認を得ている研究論文はわずかであることが判明した。しかし今後倫理審査承認を得た研究報告が増えていくことが必要であると考えた。

### 2. 看護技術教育に関する研究の内容

看護技術教育に関する研究の内容を分析した結果、6つのコアカテゴリに分類された。この6つのコアカテゴリのうち、「(1) 看護技術演習における授業評価と課題」、「(2) 看護基礎教育における看護技術修得状況と看護技術教育の課題」、「(3) 看護技術教育における学生の学びや教育内容、教育方法の検討」の3コアカテゴリは、看護

基礎教育における看護技術教育の教育内容や教育方法に焦点を当てている研究であり、分析対象研究論文の82.8%を占めていた。穴沢ら<sup>6)</sup>の報告では、6つのカテゴリに分類され、そのうち「I. 看護技術教育における教授方略および教具活用による成果 (38件, 43.7%)」、「II. 看護技術学習における学生の技術修得状況とそれに影響する要因 (17件, 19.6%)」が上位を占めていた。このことから、2001年から2009年に発表された研究論文でも1991年から2002年に発表された研究論文と同様の研究内容が実施されていることが伺われた。また本研究での分析対象にも見られたものと同様に、穴沢らの報告にも、模擬患者活用に関する研究や視聴覚教材の活用など新たな教授法に関する研究もなされていた。このことから今後も学生の看護技術修得を促す教授学習方法の検討が行われていくと考えられた。

## VI. 結論

1. 分析対象となった64件の掲載文献は紀要が43.8%を占め、研究者の所属も大学・短期大学を合わせると73.4%であった。

2. 分析対象の研究の種類は量的研究が48.4%、質的研究が26.6%であった。先行研究の報告を踏まえると、今後質的研究が増加していくことが考えられた。

3. 学生を研究対象とした研究が71.8%と最も多くみられた。しかし倫理的配慮を必要とする研究論文は58件みられるも、倫理審査委員会の承認を得た研究論文は7件のみであった。

4. 64件の研究論文の研究内容を要約した結果、「看護技術演習における授業評価と課題」「看護基礎教育における看護技術修得状況と看護技術教育の課題」「看護技術教育における学生の学びや教育内容、教育方法の検討」「教育機関と臨床における看護技術教育の課題」「看護技術教育における技術教育の実態と課題」「看護技術演習に関する研究の動向」の6つのコアカテゴリに分類された。

### 本研究の限界

研究対象を医中誌Webからの研究論文抽出であることから、キーワード検索時に本研究目的に合致する研究論文が検索されなかった可能性がある。また内容的に原著論文に相応しない研究論文も分析対象としたことは本研究の限界といえる。今後、検索から漏れないように検索方法を吟味し、今後の研究動向をみていく必要がある。

## 引用文献

- 1) 看護学教育の在り方に関する検討会報告(2002)：大学における看護実践能力育成の充実に向けて，文部科学省。
- 2) 厚生労働省医政局看護課(2003)：看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書，厚生労働省。
- 3) 小山真理子(2005)：看護基礎教育における看護技術の教育の充実に関する研究－看護基礎教育卒業時の到達目標－，厚労省科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)。
- 4) 厚生労働省医政局看護課(2007)：看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書，厚生労働省。
- 5) 厚生労働省医政局看護課長通知(2008)：「助産師，看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」について，厚生労働省。
- 6) 穴沢小百合，松山友子(2004)：わが国の看護基礎教育課程における基礎看護技術演習に関する研究の動向 1991～2002年に発表された文献の分析，国立看護大学校研究紀要，3(1)，54-64。
- 7) 厚生労働省医政局看護課(2009)：新人看護看護職員研修に関する検討会 中間まとめ，厚生労働省。
- 8) 鈴木純恵，舟島なをみ，杉森みどり，安齋由貴子(1994)：わが国の学会抄録にみる基礎看護技術教育の研究現状の分析－研究デザイン，研究内容に焦点を当てて－，自治医科大学看護短期大学紀要，3，15-27。
- 9) 野本百合子，鈴木純恵，小川妙子(1995)：1989～1993年におけるわが国の基礎看護学教育に関する研究の動向と特徴－研究方法と研究内容に焦点をあてて－，看護教育学研究，4(1)，1-17。
- 10) 日本看護協会(2004)：看護研究における倫理指針。

**組織的な大学院教育改革推進プログラム**  
— 「島嶼看護の高度実践指導者の育成」の取り組み—

神里みどり　玉城清子　當山富士子　野口美和子

沖縄県立看護大学紀要 第12号 (2011) 別刷



報告

## 組織的な大学院教育改革推進プログラム —「島嶼看護の高度実践指導者の育成」の取り組み—

神里みどり<sup>1)</sup> 玉城清子<sup>1)</sup> 當山富士子<sup>1)</sup> 野口美和子<sup>1)</sup>

### 要約

【目的】文部科学省の事業である組織的な大学院教育改革推進プログラム「島嶼看護の高度実践指導者の育成」の取り組みの概要とこれまでの活動実績を報告し、今後の展開と課題を提示することで、プログラムのさらなる発展へとつなげていく。

【プログラムの概要】本大学の博士前期課程、後期課程に設置されている先端保健看護分野に新たに「島嶼保健看護」の領域を開設する。その領域において、島嶼の地域文化に根ざした看護を基盤として、島嶼地区一体となって問題解決に向けて協働する地域ケア連携、島嶼地区特有の健康問題に関する実践・教育・研究を行う。学生の受け入れは博士前期課程2名、後期課程1名とする。島嶼保健看護領域の新科目は9科目で、そのうち博士前期6科目(島嶼保健看護特論Ⅰ、同演習、同実習、同課題研究、地域文化看護論、多職種地域連携論)、博士後期3科目(島嶼保健看護特論Ⅱ、同特別研究Ⅱ、国際島嶼看護論)である。教育方法は、宮古島に人材育成の拠点を置き、本大学と宮古島教室とをテレビ会議システムで結ぶ遠隔教育と現地指導を取り入れた融合型教育とする。国内外の島嶼地域での実習や太平洋島嶼地域での会議や研修参加による交流活動を通じてグローバルな視点を養う。

【取り組みの実際】平成21・22年度の入学者7名に対してプログラムの実際を展開している。新科目の履修や島嶼地区での教育・研究活動、太平洋島嶼地域での実習や研修、国内外での島嶼看護に焦点を当てた学会での発表や学術交流を通じて、実践指導能力や、教育・研究指導能力を養っている。

【今後の課題】プログラムの3年間の体系的な評価、プログラム終了後の継続や推進、人材育成能力の開発、島嶼看護学の試案の構築に向けて、更なる課題解決の方略を模索していく努力と組織的な取り組みが必要である。

キーワード：島嶼看護、高度実践指導者、人材育成

### I. はじめに

文部科学省は、社会の様々な分野で幅広く活躍する高度な人材を育成する大学院博士課程、修士課程を対象として、優れた組織的・体系的な教育的な取組(Good Practice:略してGP)に対して重点的な支援を行う「組織的な大学院教育改革推進プログラム」事業を展開している<sup>1)</sup>。この事業の目的は、大学院教育の実質化(教育の課程の組織的展開の強化)及びこれを通じた国際的教育環境の醸成を推進することである。さらに、この事業に採択された取り組みを広く社会に情報提供することで、今後の大学院教育の改善に活用されることが理念の一つとして掲げられている<sup>1)</sup>。

沖縄県立看護大学では、島嶼県沖縄の特徴を活かした大学院での島嶼看護の高度実践指導者の人材育成を目指す目的で、この事業プログラムに応募し、採択をされた(平成20年度大学院教育改革支援プログラム採択：平成21年度から名称変更)。本大学院では平成20年度から平成22年度までの3年間、この事業の助成を受け現在(平成22年度11月)、最終年度の成果報告に向けて、プログラムの目的に沿った活動内容の再確認を行いながらGP推進活動に取り組んでいる。

1)沖縄県立看護大学大学院

本稿では、採択された大学院教育プログラム「島嶼看護の高度実践指導者の育成」の概要とこれまでの活動実績を報告し、今後の展開と課題を提示することで、プログラムのさらなる発展へとつなげていきたい。

### II. プログラムの概要

本プログラム設立の経緯として、沖縄県は39の有人離島を抱えており、県内の島嶼地区で活動する看護職者の育成が求められていることより、県立大学の使命として、島嶼看護の人材育成に寄与していくことは重要である。これまで本学では、学部で島嶼保健看護の科目を設け、教育や実践現場での実習の展開などを行ってきた。しかし、大学院においては島嶼保健看護に特化した教育や体系的な取り組みはなされてきていない。そこで、本プログラムでは、これまでの実践をふまえ、島嶼の看護活動と多職種連携活動を担う高度実践者、実践的教育研究指導者の育成を行うことを目的とした。

#### 1. 島嶼保健看護領域の設立と新科目(図1)

本大学大学院の先端保健看護分野に新たに「島嶼保健看護」の領域をおく。その領域では、島嶼の地域文化に根ざした看護を基盤として、島嶼地区の各職種が一体となって問題解決に向けて協働する地域ケア連携、島嶼地

区特有の健康問題に関する実践・教育・研究を行う。学生の受け入れは博士前期課程2名、博士後期課程1名とする。博士前期課程の入学者は島嶼地区に勤務する看護職者とする。

島嶼保健看護に関する高度実践者(博士前期課程：以下Mとする)と実践的教育研究指導者(博士後期課程：以下、Dとする)を育成するため9科目を新設する。その科目は、島嶼保健看護特論Ⅰ(M)とⅡ(D)ならびに同演習・実習(M)、同課題研究(M)と特別研究Ⅱ(D)で、専門科目のコア科目として地域文化看護論(M)、また選択科目として多職種地域連携論(M)、国際島嶼看護論(D)である。

## 2. 国内外における島嶼保健看護の学習の場と教育方法(図1)

本プログラムは、宮古島をその人材育成の拠点とする。宮古島における多職種地域連携活動や多職種共同研究を通して現地での指導を行う。また、国内外の島嶼地域での地域文化保健看護に関する課題、ならびに多職種連携・協働に関する現状について調査をしたり、また現地看護職者との交流会や研修会などを行い、それらを学習活動として取り入れる。

講義及び演習は宮古島や本大学の双方において開講し、テレビ会議システムや本大学の遠隔講義システムを使用して遠隔指導と現地指導の双方を取り入れた融合型教育を行う。特に、グループワークを中心としたプロジェクト型の演習や調査を推進することで、多職種連携・協働に必要な能力を養う。課題研究(M)・特別研究Ⅱ(D)は、教員が宮古島に出向き、学生の現地における共同研究活動に関わりながら指導する。

## Ⅲ. 現在までの取り組みの現状

プログラムが採択された平成20年度から3年目の平成22年度の前半期までの取り組みの現状を主に本大学院GPの活動報告書(平成20・21年度)<sup>2-7)</sup>を基に、中間の活動実績として報告する。

取組1年目は、プログラムの準備で、入学試験による学生の確保、新科目のシラバス作成、宮古島教室の開所、さらに遠隔通信システムの構築であった。2年目・3年目には入学生を受け入れ、新科目の展開、さらに海外研修や交流、学内外、国内外に向けての情報発信を行ってきた。

### 1. 取組み体制と宮古島教室の開所

新たな領域である島嶼保健看護領域のプログラム開設に向けて、GP推進委員会の組織の下で、大学院GPワー

キンググループを中心に、研究科教務委員会、研究科委員会、ファカルティ・ディベロップメント(以下、FD)専門部会、国際交流室運営委員会と協力体制を組みながら、事業を展開した。

平成21年3月末に宮古病院の一室を借用して、宮古島教室を開所した。テレビ会議システムの導入、通信環境の整備や遠隔講義システムのFD体制を構築し、本大学と宮古島教室との双方向による学習環境を整えた。

### 2. 島嶼保健看護指導体制の構築

島嶼保健看護領域の博士前期・後期課程の9科目のシラバスを作成し、大学院担当教員の専門性を考慮した科目担当の看護教員(教授8)を配置した。講義はオムニバス形式で、大学院の看護系の教員が全員関与することで、組織的な学習支援体制を構築できるように試みた。シラバス作成、教員配置に関しては、大学院研究科教務委員会を中心に、大学院担当教員全員と検討会議を2回設け、プログラム内容に関する検討を行った。それにより組織的な教育・研究体制を構築した。グローバルな視点で国内外の情報を共有できる環境構築のために、シラバスは日本語版と英語版を大学院ホームページ(以下、HP)に掲載して公表した。さらにシラバス冊子を作成して全教員へ配布を行い、シラバス内容の周知に努めた。

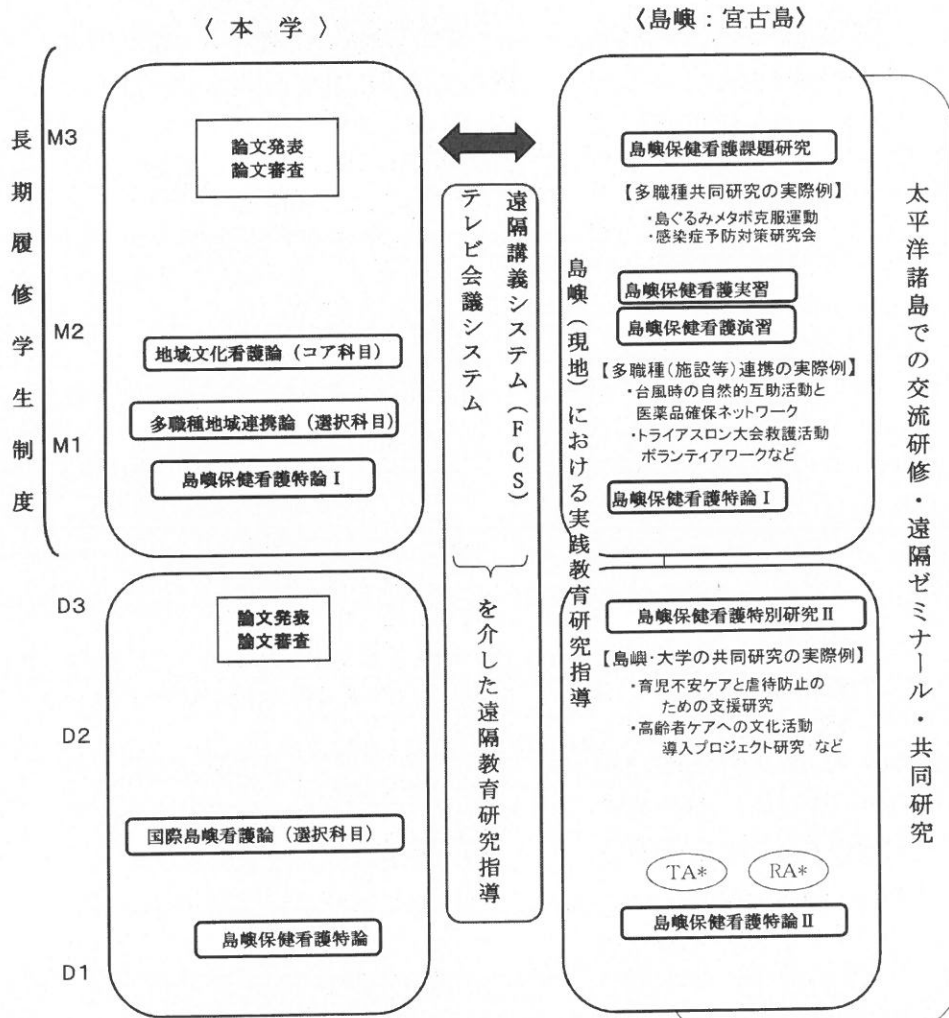
本大学の全教員への島嶼保健看護に関するFD教育として、島嶼保健看護に関する専門の学外講師(県外講師4名、国外講師1)を招聘して、講演会を5回開催した(平成21年12月～3月)。島嶼保健看護のプログラムの開始にあたって、島嶼保健看護に関するFD教育を行うことによって、各教員の島嶼保健看護に関する認識と知識の向上に寄与できたと考える。

FD講演会は、学内の教職員だけでなく学外へも幅広く広報し、学内・県内から参加者を募り、大学院教育改革プログラム(島嶼保健看護の育成プログラム)に関する説明を講演会の前に行い、参加者が本プログラムの趣旨を理解できるように努めた。講演会参加者は県内外から377(延べ人数)であった。FD講演会の内容は講演集やDVD録画集として編集し、講演集は本学の全教員・大学院学生並びに科目履修生へ配布し、またHPでも公表した。

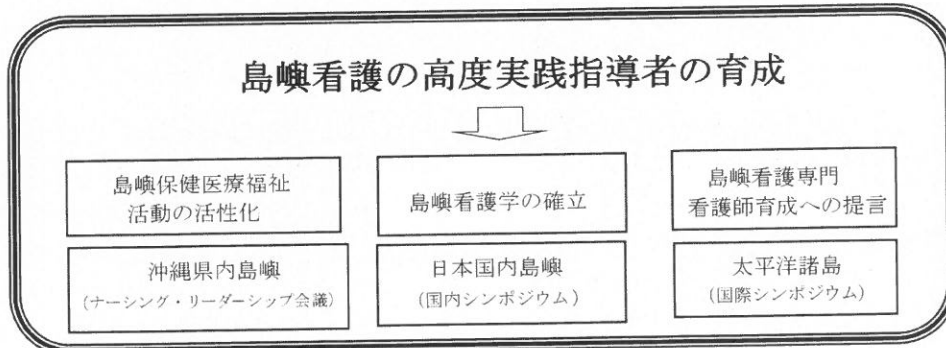
### 3. 島嶼保健看護領域に関する入学試験の実施

島嶼保健看護領域に関する入学試験を平成20・21年度(総計2回)に実施した。島嶼保健看護領域の受験者数は前期課程11名、後期課程5名であり、その内、前期課程4名(宮古島在住3名、波照間島在住1)、後期課程3名(本島

図1. 島嶼現地指導と遠隔指導の融合型教育



島嶼看護の高度実践指導者の育成



※Mは前期課程（修士）、Dは後期課程（博士）で、数字は年次を示す。\*TA/RA: テーチング/リサーチアシスタント

図 2. 組織的な大学院教育改革推進プログラム  
「島嶼看護の高度実践指導者の育成」に関する人材育成能力と評価方法

＜沖縄県立看護大学大学院＞  
 保健看護学研究科の人材養成目的  
 博士前期：広い視野に立つて看護における高度なケアの実践や教育のできる専門的能力の育成。又は、学識を深めることによって研究能力を育成  
 博士後期：看護分野における研究者として自立した研究活動を行うのに必要な研究能力及びその基礎となる豊かな学識の育成

＜組織的な大学院教育改革推進プログラム：島嶼看護の高度実践指導者の育成＞  
 プログラムの目的  
 ・ 島嶼看護の高度な実践ならびに実践的教育研究指導のできる看護指導者の育成  
 ・ 島嶼住民の生活文化に根差した看護を実現できる高度な島嶼看護専門能力の育成  
 ・ 宮古島を拠点にした島嶼看護学の現地での教育研究指導者の育成  
 ・ グローバルな視点で問題を解決できる能力の育成

終了後に期待される人材像  
 博士前期課程：実践指導・調整能力(保健所・市町村の保健看護分野の責任者、保健医療福祉施設の管理者、ケアコーディネーター、ケア開発者、学部・大学院の現地実習指導者、大学教員との共同研究者など)  
 博士後期課程：実践教育指導・研究能力(島嶼保健看護学の教育研究指導者、教育研究指導にあたる臨床指導教授など)

博士前期課程における人材育成能力：①実践指導・調整能力  
 ②ケア開発能力  
 ③実践的研究能力  
 博士後期課程における人材育成能力：①教育指導能力  
 ②研究指導能力

人材育成能力の評価方法

- ① 自己評価(具体的記述を含む)、自己評価に基づく口頭試問
- ② 課題研究、特別研究Ⅱによる論文審査と総合科目試験

在住)、総計7名の合格者を決定した。

入学試験や科目履修に関する説明会を宮古島、石垣島、久米島の3つの島で開催し、看護・保健職59名の参加があり、大学院で島嶼看護を学ぶ意識の高さが伺えた。

#### 4. 島嶼看護学教育の実際

入学生7名(博士前期課程4名、博士後期課程3)を対象に島嶼保健看護のプログラムを開始し、宮古島教室と本大学での双方向による遠隔テレビ会議システムを活用した授業と現地指導による授業を展開している。指導体制として担当指導教員以外に指導補助教員の設置、複数指導体制を取り入れている。島嶼関連科目の授業は、週末の土曜日・日曜日に行っている。

島嶼保健看護特論Ⅰ・Ⅱ：本大学の看護系教授8名を中心に国内の非常勤講師2名並びにゲストスピーカー1名を含むオムニバス形式で授業を展開している。各専門領域(母子・小児・成人・老年・精神・地域)における本島と離島、そして本土や海外との健康問題の比較を通して、島嶼地区における健康生活上の課題を解決する方略について多面的に学習できるように構成している。

島嶼保健看護演習・実習：宮古島の地域文化的背景を考慮に入れ、現地の保健医療福祉関係者との多職種地域連携を意識した演習・実習を担当指導教員4名で展開している。6単位の演習のうち、1単位分(1週間)の実習は太平洋島嶼地区(グアム・サイパン・テニアン)で行い、また県内の島嶼地区での実習は、渡名喜島、多良間島、伊良部島の診療所や石垣島などの保健所を中心に実習を展開している。実習計画書は、各学生の関心領域や課題研究のテーマに照らし合わせて各自で作成し、自己の課題を島嶼の実践の場で深め、課題研究へとつなげていけるようにしている。

地域文化看護論、多職種地域連携論：地域文化看護論は、看護系教授2名と学外非常勤講師1名によるオムニバス形式で、地域文化に関する課題を学生に提示し、各学生がフィールドワークを行い、その結果をグループワークで質的帰納的に分類・分析できるような学習方法を取り入れている。さらに、グループワークでまとめた内容を、学会で発表できるように指導し、学術的交流の場でディスカッションできる機会を設けている。

多職種地域連携論は、看護系教授3名と宮古島病院や保健所・福祉関係などの多職種からなるゲストスピーカー10名によるオムニバス形式で授業を展開している。授業内容の一つとして、宮古島で開催されているトライアスロンの行事を通じた多職種地域連携活動で培われた能力を、救急体制時、台風などの災害時に応用していける

ような発展的な多職種連携の在り方を学び、その方略を習得できるようにしている。

国際島嶼看護論：平成21年度は、国内非常勤講師2名並びに国外の太平洋島嶼5カ国\*から6名の非常勤講師を招聘し、オムニバス形式と集中講義形式で授業を展開した。その際、各オムニバスの先生方に公開講演の形で、学内や県内外の保健医療関係者に幅広く参加を呼びかけて講義を開講した。公開講演会(6回)のこれまでの延べ参加人数の総数は、196名(宮古島教室での遠隔参加者49名を含む)であった。これらの講演会を遠隔システムを活用して、本大学から宮古島教室や小浜島などの診療所の看護師へも配信した。さらに、島嶼保健看護領域以外の大学院の学生や教員に、講義参加をオープンにしたり、また招聘講師から専門的知識を得るためのフリーディスカッションの場を設けるなど、太平洋島嶼地域の国々の保健医療看護事情についての情報の共有ならびに学術的交流を行った。平成22年度は、国際シンポジウムで招聘した講師(グアム大学、オーストラリアの大学、日本の大学、テニアン島の看護専門職者)を中心に各太平洋島嶼地域での保健看護上の問題と看護活動ならびにリーダー育成の視点で授業構成を行った。国内外島嶼地域の看護職リーダーと交流することにより、学生がグローバルな視点を身に付けながら国際的な場で共同研究できるような基礎的能力が養えることをねらいとした。

\* (太平洋地区5カ国：グアム、オーストラリア、台湾、ニュージーランド、ハワイ)

課題研究、特別研究Ⅱ：博士前期課程の学生に関しては、特論・演習・実習で得られた知識の統合を通して、宮古島における保健医療看護の課題を明確にさせて、課題研究テーマを絞らせ、研究計画書の立案ができるように支援した。現時点で、博士前期課程2名ならびに博士後期課程1名の学生が、研究計画書を作成し、倫理審査委員会の承認を得て研究に着手している。また、博士後期課程の学生の研究推進のために、宮古島病院の看護部と共に「看護部離島支援のための共同開発プロジェクト(仮称)」を立ち上げ支援している。

#### 5. 太平洋諸島との交流

平成21年1月にグアム大学を中心にサイパン・テニアン、3月に台北医学大学看護学部や医療施設の視察と交流を行った。その視察交流に、総勢7名の教員が参加し、アジア太平洋島嶼地域の医療保健看護の現状把握と次年度の実習場確保の検討を行った。アジア太平洋島嶼地域の海外視察の結果から、博士前期課程の実習を計画実施した。さらに、博士後期課程では国際島嶼看護論の非常

勤講師の確保並びに国際的な研究活動の推進のための基盤作りを行った。

平成22年度は、太平洋島嶼地区で開催された会議や学会への参加を通して、島嶼における専門職者との交流を深め、情報交換をしながら研修計画を立案した。さらに、教員や学生が会議や学会に参加することにより、そこで大学院GPの情報を発信し、太平洋島嶼地区の看護職との信頼関係の構築と、島嶼看護に関する学際的な交流を行った。

第31・32回American Pacific Nursing Leaders Council Conferenceへの参加：サイパン(第31回)やパラオ(第32回)で開催された太平洋諸島看護リーダー会議に大学院学生5名と教員3(延べ人数)が参加し、ミクロネシア諸島などの太平洋の10の島々との看護職リーダーと交流を深めた。各諸島の特徴と保健看護に関する課題を理解し共有することでグローバルな視点を養うことができたと考えている。

第27回Annual National CRANAplus Conferenceと豪州でのリモート看護大学院教育の研修への参加：平成21年度に豪州における第27回遠隔看護学会に教員が参加し、遠隔看護教育に関する学術的交流を行い、国際島嶼看護論の非常勤講師や国際シンポジウムの招聘講師選定のための情報収集などを行った。学会に参加することで、遠隔看護に関する専門的な知識を得ることができ、今後の島嶼看護の概念を構築していく上で参考になった。平成22年度は、国際島嶼看護論の一環として博士後期課程の学生が自己の関心課題に沿った豪州での研修を計画し、CRANAの学会で交流を深めたりリモート看護のスペシャリストの教授の指導を受けた。これは自ら研修計画を立てて、実際に国内外の島嶼関連の健康課題と対比することで、本邦の島嶼の健康問題が明確化できたのではと考えている。

## 6. 社会への大学院GP活動の情報発信

国内外における会議や学会、研修などで、大学院GP活動の現状を報告<sup>9-17)</sup>し、学際的交流を推進している。具体的には、大学院の学生は島嶼に関係する国内外の学会<sup>9-17)</sup>にて、研究活動の発表を行い、島嶼看護に関する学問的視点で研究者とのディスカッションを通して学問的な情報発信を行っている。また、随時大学院GP活動をHP(日本語版・英語版)<sup>7)</sup>に掲載し、さらに国際・国内シンポジウムを開催することで、国内外へ情報の発信を行っている。

## IV. 今後の展開と課題

3年間のプログラムの評価について、学内の自己点検評価委員会や外部評価委員会にて、プログラム全体の到達度、さらに科目の内容や到達目標、教育方法(遠隔教育も含めて)、学生の到達度や満足度、教員評価など含めて多面的に評価を行う必要がある。これまでに外部評価委員会を毎年1回開催し、学内の教員と学外の有識者による評価が行われている。そこでは、どのような能力を養っていくのか明確にすることが問われている。

文部科学省の中央教育審議会では、博士前期課程を高度職業人養成、後期課程を研究者養成機関と位置づけている。図2に本プログラムの人材育成能力を示した。本プログラム終了後に期待される人材像として、前期課程では、保健医療福祉分野で活躍する管理者やケア開発者などで、博士後期課程では島嶼保健看護の教育研究指導者などである。博士前期課程では、実践指導・調整能力、ケア開発能力、実践的研究能力が必要で、博士後期課程では、教育指導能力や研究指導能力が必要である。これらの評価方法として最終的には学位取得を目指した課題研究並びに特別研究Ⅱによる論文審査や総合科目試験による評価を行う予定である。

島嶼看護学はまだ学問として構築されていないが、学生の研究活動を通して、さらに、そこからの研究の積み重ねによって、培われていくものと考えている。本プログラムは、その意味でも島嶼看護学構築の試案に向けての第一歩を踏み出したのではないかと考えている。そして最終的なプログラム評価は、修了した学生が大学院で培ってきた専門的能力を活かして、島嶼地域の保健看護の課題を解決していくリーダーとして活躍していくことが最終的なアウトカム評価になりえると考えている。そして、島嶼地域でその能力を発揮できるためには、資源やマンパワーの少ない島嶼地域では、自分一人だけの力ではなく、島嶼住民とともに相互に支えあいながら島嶼の特質を活かした島嶼性アプローチが必要になってくるであろう。

今後の課題として、プログラム終了後の島嶼看護領域における大学院教育・研究活動の継続や推進、島嶼看護の人材育成のためのコンピテンシーの明確化、そして学問としての島嶼看護学の構築、そしてこれらの成就のためのマンパワーやハード面のコストなど、これまでにない新しい学問領域に付随する課題は山積している。しかし、この課題は島嶼県沖縄ゆえに背負わざるを得ないのであり、これは沖縄県立の看護大学の使命の一つであり、今後の一層のたゆまない努力と組織的な取組みが必要であろう。

#### IV. おわりに

大学を挙げての組織的な取り組みである「島嶼看護の高度実践指導者の育成」プログラムの実践を通して、本大学の学生、教員ならびに職員、そして宮古島をはじめとした県内外の離島、さらに太平洋島嶼地区での保健医療職者に対して、「島嶼看護」の一石が投げられ、その波及の波が起こったばかりである。その波を絶やさない努力並びに研鑽の積み重ねが、さらなるプログラムの発展につながられるのではと期待している。

#### 引用文献

- 1) 組織的な大学院教育改革推進プログラム(2010): <http://www.jsps.go.jp/j-daigakuin/index.html>(2010年11月11日現在).
- 2) 神里みどり、當山富士子、玉城清子、野口美和子(2009): 大学院教育改革プログラム: 島嶼看護の高度実践指導者の育成、平成20年度成果報告書、沖縄県立看護大学大学院.
- 3) 神里みどり、當山富士子、玉城清子、野口美和子(2010): 組織的な大学院教育改革推進プログラム: 島嶼看護の高度実践指導者の育成、平成21年度成果報告書、沖縄県立看護大学大学院.
- 4) Midori Kamizato, Fujiko Touyama, Kiyoko Tamashiro, Miwako Noguchi(2009): Program for Enhancing Systematic Education in Graduate School 2008-2010, Outline of New Graduate Program, "Development of Advanced Nursing Specialist in Islands Nursing", Okinawa Prefectural College of Nursing.
- 5) 神里みどり、大川嶺子、知念久美子(2010): 組織的な大学院教育改革推進プログラム: 島嶼看護の高度実践指導者の育成、島嶼保健看護実習報告書(海外実習: グアム・サイパン・テナアン)、2010年2月15日(月)~19日(金)、沖縄県立看護大学大学院.
- 6) 神里みどり、大川嶺子、知念久美子、謝花小百合、田島瑞穂(2009): 組織的な大学院教育改革推進プログラム、2009 American Pacific Nursing Leaders Council Conference 参加報告書、沖縄県立看護大学大学院.
- 7) 平成21年度組織的な大学院教育改革推進プログラム(2010): 島嶼看護の高度実践指導者の育成 [http://www.okinawa-nurs.ac.jp/gp/gp\\_top.html](http://www.okinawa-nurs.ac.jp/gp/gp_top.html)(2010年11月11日現在).
- 8) 神里みどり、野口美和子、當山富士子、玉城清子(2009): 平成20年度大学院教育改革支援プログラム「島嶼看護の高度実践指導者の育成」公開講演・特別講演資料集、テーマ: 生活文化に根ざした島嶼看護の実践を目指して、沖縄県立看護大学大学院.
- 9) 知念久美子、野村幸子、盛島幸子、美底恭子、糸数仁美(2010): 看護職が認識した沖縄における地域文化的看護体験、文化看護学会第2回学術集会(千葉).
- 10) 神里みどり、當山富士子、野口美和子(2010): 沖縄における地域文化的看護体験にみる文化看護学の研究課題、文化看護学会第2回学術集会(千葉).
- 11) 野村幸子、知念久美子、仲宗根洋子(2010): 本邦の文献にみる島しょ看護における現状と課題、日本ルーラルナースング学会、第5回学術集会抄録集「人々の暮らしに寄りそう看護活動」、p 36、日本ルーラルナースング学会(長崎).
- 12) 知念久美子(2010): 沖縄県A離島診療所の看護活動の課題、日本ルーラルナースング学会、第5回学術集会抄録集「人々の暮らしに寄りそう看護活動」、p 38、日本ルーラルナースング学会(長崎).
- 13) 美底恭子、大湾明美、野口美和子(2010): 離島診療所看護師の高齢者への内服自己管理の支援の実態、日本ルーラルナースング学会、第5回学術集会抄録集「人々の暮らしに寄りそう看護活動」、p 39、日本ルーラルナースング学会(長崎).
- 14) Kumiko Chinen(2010): The Issue for Developing of Supporting Remote Islands at the Local Core Hospital in Okinawa Japan, 9th Conference of the Canadian Rural Health Research Society, Rural Health: Connecting Research and Policy, PROGRAM AND BOOK OF ABSTRACT, p72, (Canada).
- 15) Midori Kamizato, Fujiko Toyama, Kiyoko Tamashiro, Miwako Noguchi(2010): The Developing Islands Nursing Program for Graduate Course in Okinawa, Japan, 9th Conference of the Canadian Rural Health Research Society, Rural Health: Connecting Research and Policy, PROGRAM AND BOOK OF ABSTRACT, p75, (Canada).
- 16) Kaori Shimizu, Midori Kamizato(2010): Supporting Nurses in Remote Islands through Videoconference System Okinawa, Japan, 9th Conference of the Canadian Rural Health Research Society, Rural Health: Connecting Research and Policy, PROGRAM AND BOOK OF ABSTRACT, p76, (Canada).
- 17) Yoko Nakasone, Kumiko Chinen, Sachiko Nomura, Midori Kamizato, Miwako Noguchi(2010): The Characteristic of Island Nursing, 9th Conference of the Canadian Rural Health Research Society, Rural Health:

神里みどり：組織的な大学院教育改革推進プログラム

Connecting Research and Policy, PROGRAM AND  
BOOK OF ABSTRACT, p81, (Canada).



## Program for Enhancing Systematic Education in Graduate School —Development of Advanced Nursing Specialist in Islands Nursing—

Midori Kamizato<sup>1)</sup> Kiyoko Tamashiro<sup>1)</sup> Fujiko Touyama<sup>1)</sup>  
Miwako Noguchi<sup>1)</sup>

### Abstract

**Purpose:** We report the outline for Program for Enhancing Systematic Education in Graduate School “Development of Advanced Nursing Specialist in Islands Nursing” granted by ministry government of Japan. We will suggest our program’s agenda and perspective in future.

**Outline of Program:** This course will be establish as one education research area of the Health and Nursing Science, Graduate Program of the Graduate Program Department. The “Islands Health Nursing” course will be included in the leading healthcare and nursing field available in both Master’s and Doctor’s Program for Health and Nursing science Research and Specialization. In this course, undertaken to promote the community care cooperation where islands collaborate to solve problems as a whole. We accept two students in the master’s course and one in the doctoral course. The following 9 new subjects were established: Island Health Nursing Theory I・II, Seminar, Practicum, Problem Study, Special Study II, Community Culture and Nursing Theory, Community Cooperation among Multi-profession Theory and International Nursing in Island. Miyako Island will be the base for human resource development. Teaching methods are Integrated education of training in the field and distance education by using a video conference system. The students have training in global and local view point through practicum or field work in the Pacific Islands or domestic Islands in Okinawa.

**Actual approach:** We have 7 students in this Island Nursing course. They have been studying 9 new subjects, including activities of education or research, practicum or seminar in Pacific Islands and domestic islands, giving presentation their own researches and exchange in outside or inside countries of academic conference. The students are training their competency of practicum, education and research through those activities

**Future agenda and perspective:** We need to search to solve the agenda that evaluation of program for three years, continue and promotion after finishing the program, construction for academic of Island Nursing.

**Key words :** islands nursing, advanced nursing specialist, personal training

---

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

# 生活習慣病患者の看護における島嶼性アプローチの検討

— 3つの島嶼における活動報告を通して —

仲宗根洋子

研究ノート

## 生活習慣病患者の看護における島嶼性アプローチの検討

### —3つの島嶼における活動報告を通して—

仲宗根洋子<sup>1)</sup>

キーワード：生活習慣病、看護、島嶼性アプローチ

#### I. はじめに

沖縄県は、肥満割合や生活習慣病の発症リスクを高めるメタボリックシンドロームの該当者・予備軍の割合が増えており、全国に比べはるかに高い状況である。そして、本島以外の島嶼地域においても、住民の少子・高齢化の社会環境の変化とライフスタイルの多様化に伴う生活圏の拡大などにより生活習慣病の波が押し寄せている<sup>1)</sup>。また沖縄県では、医療法に基づき平成元年から「沖縄県保健医療計画」が策定され、平成20年度に改定された「県民のニーズに則した保健医療サービスを積極的に推進する総合的かつ基本的な計画」<sup>1)</sup>が謳われている。その中では、生活習慣病などの慢性的に長期化する病気の治療に対して、地域の医療機関の連携体制を進める対策が考えられている。また、平成20年の「健康おきなわ21」では、県や市町村などが主に地域住民を対象に実施する健康づくり（地域保健）だけでなく、職場健診等の職域で行われる健康づくり（職域保健）がお互いの情報を交換・共有し、連携して活動することで、効果的で効率的な健康づくりを推進することが期待されている<sup>3)</sup>。

しかしながら、県民の受療行動を受療率でみると、外来受療率は、全国で最も低く、入院受療率は、すべての年齢階級で全国値を上回って高くなっている。このことは症状が悪化するまで受診しない人、治療中断者など受療行動の課題がある。また重症化予防の観点も必要であり、さらに医療機関、在宅支援、事業所、住んでいる地域との連携が重要であるため、第1次予防から第3次予防までの予防看護および、身体、心理、社会面を含めた包括的なアプローチが求められる。

早期診断テクノロジーの飛躍的な発達、薬物療法の向上、様々なテクニックの向上等を考えると、離島における生活習慣病に取り組む方法についても、新たな方策も期待される。一方、そこに住む患者・住民が取り組み、

選択でき、財政的にも無理のない持続可能な方策がこれまで培われた地域・文化の中に存在してきたのではないかと考える。特に世界的にも島嶼環境は厳しい財政と健康問題が存在し<sup>5)</sup>、生活習慣病の増加は、様々な地域・文化に配慮した予防看護が必要である。しかし生活習慣病患者の看護に関する報告や研究は多数あるが、島嶼における取り組みに焦点を当てた研究は少ない。これまで専門性を推し進めてみてもなお患者数が増加し続ける生活習慣病の課題の解決法として包括性、連携性、地域・文化性を考慮した取り組みを検討する必要がある。

本稿は、島嶼での生活習慣病に対する実践的な取り組みとして、筆者のこれまでの研究フィールドである久米島と現在大学院の教育プログラムでフォーカスを当てている宮古島、さらに本大学院と交流を進めている太平洋諸島にあるテニアン島の看護の活動を取り挙げている。保健医療資源が乏しく、固有の地域・文化の残った島嶼における生活習慣病患者に対する看護のアプローチについてその性質を検討する。すなわちこれらの3つの地域の看護の活動に含まれている具体的な方法・内容を包括性、連携性、地域文化性の視点を用いてリストアップし、島嶼性アプローチについて考察することが目的である。

#### 3. 用語の操作的定義

1) 包括性とは、生活習慣病患者の看護ケアとしての身体面に加え、病気を持つ個人や家族・地域の抱える心理社会面や歴史文化面、治療、自己管理教育および保健・医療・福祉サービスなどの1次予防から3次予防までを広く含むこととする。

2) 連携性とは、病院、在宅および地域、事業所でケアに関わる専門職間の連携、並びにサービス利用者である患者・住民の治療への参加と専門職者、関係団体との協働を意味する。特に専門職の少ない島嶼で連携して事に当たる経験を活かして、情報の共有化を図り、協力し合い活動することとする。

3) 地域・文化性とは、島嶼地域で生活する住民への

1) 沖縄県立看護大学

予防看護として、住民の時代背景を踏まえた生き方と健康に関わる自己管理の特徴的な方法や価値観などへの配慮並びにその活用とする。

## II. 研究方法

対象：1. テレナーシング久米島実践モデルの開発<sup>6)</sup>、2. 宮古島市健康の輪推進プラン<sup>7)</sup>、3. テニアン島のヘルスセンターを中心とした3つの予防看護活動事例<sup>8)</sup>とする。

方法：島嶼地域における3つの予防看護活動事例について、報告書および既出資料の分析から、包括性、連携性、地域・文化性についての操作的用語の定義にもとづいて活動内容を抽出し、リストアップする。リストアップされた内容を集約し、島嶼性アプローチについて考察する

## III. 結果 (表1、2)

### 1. テレナーシング久米島実践モデルの開発<sup>6)</sup>

#### 1) 対象地域の概要 (表1)

久米島は沖縄本島的那覇から西に100km、飛行機で30分要し人口約9,500人である。平成12年度に開設した公立久米島病院は病床数40を有し、5人の医師と看護師27人おり、久米島町役場は保健師5人と管理栄養士1人が常駐している。

#### 2) 久米島実践モデル (表1、2)

平成14年から看護大学教員と久米島病院看護師、久米島町役場保健師の3者による実践・研究チームの組織化と、テレナーシング導入を視野に入れた2型糖尿病患者の自己管理の支援、疾病の悪化予防の取り組みである。実践モデルには、テレナーシングに関する文献から、Tele-Nursing Practice Model (以後TNPM) の概念モデル<sup>9)</sup>を参考に、久米島の健康課題、生活習慣病の肥満、高血圧、糖尿病などを考慮した取り組みを構築した。TNPMはナースの6つのプロセス領域と看護・人・健康との関連を1つに統合し、第1次予防から第3次予防を基軸にした、Information Technology (IT) の導入モデルである。

【包括性】の視点は、血糖値・血圧値のモニタリング指導、心理社会面の相談、糖尿病の治療のメインである食事・運動・服薬への介入、自己管理支援は実践・研究チームによって行われている。また住民健康診査の結果と指導においては、地域と病院の保健師と看護師が連携して第1次予防から第3次予防まで行われている。しかし歴史文化面の取り組みは見られない。

【連携性】の視点は、久米島の医療専門職者の関わりはあるが、そのつながりの度合いは、主に保健師と看護職

者間が強まっている。地域住民の参加の度合いは、電話や訪問で個別のつながりがあるが、住民同士、近隣関係への取り組みはみられない。多職種、組織間では、実践においてヘリコプター要請が行われている。急患が運ばれた先の施設との繋がりについて明らかでない。

【地域・文化性】の視点は、第1次産業から第3次産業までを職業とする島民である。糖尿病の患者には、単独世帯、未婚の男性、家族性糖尿病が見られて、字単位の取り組みを始めようとしている。平成18年度には久米島病院看護師実践チーム、久米島町役場保健師実践チームで久米島全体の第1次から第3次予防に関する健康課題が看護師、保健師、利用者の3者が共有できる健康づくり手帳を完成させ、住民健診後の要医療、要指導対象者に配布され、外来で受診者が健康づくり手帳を持って訪れる連携サイクルの形成が見られる。

### 2. 宮古島市健康の輪推進プラン—うぶた減る脂 (ヘルシー) 大作戦<sup>7)</sup>

#### 1) 対象地域の概要

宮古島市は、那覇から南西約290km、総面積は約200km<sup>2</sup>、飛行機で那覇から50分要し、人口約55,000人で、高齢化率25.5% (平成20年) である。島の医療資源を人口10万対で県全体と比較してみると、医療施設数は薬局数以外すべて上回り、医療従事者数は、医師、看護師、助産師の数は少ないが、保健師、准看護師の数は上回っている。

宮古島市の健康課題は、3大死因 (がん、心疾患、脳血管) の割合が、全国、県平均と比較して、いずれも高い状態にある。脳血管疾患や心疾患の主要因として「肥満」が挙げられ、また平成18年度の基本健康診査の結果では、メタボリックシンドロームの割合が男女とも県平均より高く、肥満が糖尿病に繋がる可能性が高い状況である。

今回の事業の内容から、平成17年5市町村の合併で誕生した新市における若い世代に焦点を当てた健康で活力ある島づくり「宮古島市健康の輪推進プラン」は、市民・関係機関・各団体の推進体制下で策定され、健康課題「肥満」を取り上げ、食生活、多量飲酒、運動不足、健康診断の未受診について行動計画が作られている。

【包括性】の視点は、事業の行動計画で、①「個人でできること」、②「各団体で取り組めること」、③「地域で取り組めること」、「行政で取り組めること」に分けて共同で取り組むことを明確に明記している。その中の運動促進では、健康増進課が「マスメディア等を活用して、正しい運動方法を広める」ための具体的実践の取り組み

表1 3つの島嶼の生活習慣病に対する取り組み

島の概要	テレナーシング久米島実践モデル	宮古島市健康の輪推進プラン	テニアンヘルスセンターのファミリー・ユニットアプローチ
<p>那覇から西に100km、総面積約63.5km<sup>2</sup>、5つの島(本島、奥武島、オーム島、島島、硫黄島)からなる。飛行機で那覇から30分要し、人口約9,500人。老年人口割合23.4%、行政区33、1人当たり所得水準98.8(沖縄県100)</p>	<p>公立病院1(40床)、診療所2、歯科診療所2、特別養護老人ホーム1、老人福祉施設5、医師7人、薬剤師1人、保健師5人、看護師28人、准看護師7人、助産師1人、栄養士3人、理学療法士1人、マンパワーは、島外出身者が殆どである。</p>	<p>那覇から南西約290km、総面積は約200km<sup>2</sup>、大小6つの島(宮古島、池間島、大沖島、伊良部島、下地島、来間島)からなる。飛行機で那覇から50分要し、人口約55,000人。老年人口割合25.5%、行政区5、所得水準93.5(沖縄県100)</p>	<p>北マリアナ諸島で火山性の13島の中の1つがテニアン島である。総面積は約100km<sup>2</sup>、サイパン島から南に約8km、セスナ機で約10分、人口約3,000人。先住民チャモロ人とカロリニアン人、フィリピン人、中国人、韓国人、白人、日本人など多くの人種、国籍の人々が住む。</p>
<p><b>医療環境</b></p>	<p>公立病院1(40床)、診療所2、歯科診療所2、特別養護老人ホーム1、老人福祉施設5、医師7人、薬剤師1人、保健師5人、看護師28人、准看護師7人、助産師1人、栄養士3人、理学療法士1人、マンパワーは、島外出身者が殆どである。</p>	<p>福祉保健所1、病院4(公立病院2と法人2)で病床数947、一般診療所38、歯科診療所27、薬局18、訪問看護ステーション3、医師90人、保健師29人、助産師8人、看護師310人、准看護師217人。 人口10万対で県全体と比較してみると、医師、看護師、助産師数は少なく、医療施設、保健師、准看護師は上回っている。</p>	<p>ヘルスセンター1(3床、入院は限定3日間)、医師1人、ファミリーナーサンプラクティショナー1人、メディックス1人、看護師5人、准看護師5人、看護助手3人、公衆衛生部門(看護師1人、医療助手1名、データ入力2人、ファミリーナーサンプラクティショナー1人、補助スタッフ5人)。 ヘルスセンターは、島唯一の医療機関で24時間オープン。外来部門が主で、救急室には緊急時のお差設備を有しているが、通常は38週でサイパンの医療センターに送っている。</p>
<p><b>健康課題</b></p>	<p>肥満、高血圧、糖尿病、脂血症、歯周病などが多く平成12年開院以来、外来通院患者は毎年増加している。糖尿病による死亡率がここ10年間で急激に上昇し、県全体においては、男性17位から8位、女性35位から3位となっている。糖尿病性腎症の人工透析患者が増加し、高額医療費による町財政への影響が懸念されている。</p>	<p>3大死因(がん、心疾患、脳血管)の割合が、全国、県と比較して、いずれも高い状態にある。脳血管疾患や心疾患の主要因として「肥満」が挙げられ、また18年度の基本健康診査の結果では、メタボリックシンドロームの割合が男女とも県平均より高く、糖尿病型肥満が多い。又HbA1c7.0以上の有視見者の治療機関未受診・中断者対策が必要とされている。</p>	<p>健康問題に1位に肥満、2位に糖尿病、3位に高血圧、4位に偏風、5位に10代の妊娠がある。特に50%の子どもが肥満であり、若い世代の高血圧が増加している。高血圧と糖尿病は主な死因になっている。良くないライフスタイル、45%の喫煙者、60%の男性のアルコール摂取や経済的格差の問題に対する公衆衛生部門の働きかけが不足しており、子どもや家族に入り込んでいない。</p>
<p><b>活動内容</b></p>	<p>期間 平成14年11月～平成19年3月 久米島実践モデル ・看護大学教員と久米島病院看護師、久米島町役場保健師の3者による実践・研究チームの組織化と、テレナーシング導入を視野に入れた2型糖尿病患者の自己管理の促進、疾病の悪化予防についての取り組み ①テレコミュニケーション技法を用いた歩数計を活用した自己運動量を知る支援 ②食事メニューの自己管理シート記載への支援 ③患者の疑問・相談に答える ④適切な判断を促す情報の提供 5. 大学と病院看護師、町役場保健師の連携</p>	<p>期間 平成20年から29年度までの10年計画 「宮古島市健康の輪推進プラン」～うぶばた減る脂(ヘルシー大作戦～事業 ・健康推進課の保健師を中心に有線放送を活用した運動啓蒙・食事に関する知識提供・行動促進 ①きびきび体操 ストレッチ 朝・昼・夕放映 ②ググッパバイメタボ体操の放映 ③健康食(ヘルシーメニュー)、住民健康講座、酒の飲み方、についてのテレビ放映 ④宮古島市の子どもの食生活実態調査結果放映 ⑤市民の生活の場(スーパー)内でヘルシークイチャーの歌を流す。</p>	<p>期間 2009年～現在 ファミリー・ユニットアプローチ：家族単位の肥満指導プログラム ・ファミリーナーサンプラクティショナーによる自立した活動で、ヘルスセンターを受診する家族の1人に肥満プログラムを紹介し、家族のつながりが強い地域なので、家族で助け合えるようにしている。 ①兄弟、いとこなどグループファミリーを集めてサポーター。 ②朝の5時からクリニックで散歩を計画し、集まったメンバーで散歩する(5～6人)。 ③1年に1度の2日間糖尿病プログラム：知識や技術の支援</p>

表2 3つの島嶼の生活習慣病に対する取り組みの包括性、連携性、地域・文化性

3つの視点【包括性、連携性、地域・文化性】	テレナーシング久米島実践モデル	宮古島市健康の輪推進プラン	テニアンヘルスセンターのファミリーユニットアプローチ
<b>包括性</b> 病気を持つ個人や家族・地域のニーズアセスメントとケア	血糖値・血圧値のモニタリング指導	体重・腹囲の測定を推進	・薬の処方
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 身体面</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 心理社会的</li> </ul>	・糖尿病患者への外来看護師による外来相談や電話相談	・保健師、看護師、栄養士、運動療法士による健康相談	・家族計画（女性が考える出産）と女性の健康について妊娠中教育プログラム
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 歴史文化的</li> </ul>		・お酒の飲み方指導 「オトオリ」憲法 「オトオリ」カード	2200人の先住民チャモロ人、1300人の契約労働者、多様な文化13カ国語
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医学的専門的知識に基づく支援（治療）</li> </ul>	・持参薬の調整、運動の指示、食事カロリーの目安の設定		・胸部/子宮頸がん健診プログラム、・2日間の糖尿病包括的診療、・小児発達機関プログラム（CDAC） ・一般的疾病予防プログラム
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自己管理教育                              食事                              運動                              禁煙</li> </ul>	・病院の外来での個別指導の実施 ・ミニ糖尿病教室、展示 ・食事のメニュー記録に基づく個別アドバイス ・スリムアップ教室 ・保健師の住民健診率アップ作戦（広報、日時調整、企業訪問、保健師による電話勧奨、在宅訪問） ・外来受診中断者の家庭訪問（看護師、保健師）	・行政マスメディアを活用した地域住民向け啓蒙教育（体に良い教室開催、グッバイ！メタボ体操、行政チャンネルで毎日放映 正しい歩き方指導） ・「健康食コーナー」毎日放映（平日3回、土日4回） ・保健師による地域アプローチ（健診受診の勧奨健診後の保健指導）	・安全な運動のためのプログラム ・学校の健康教室（教員参加のエアロビクス、ダンスレボリューション） ・外来受診者の指導に子どもから大人まで家族全員を対象とするファミリーアプローチ（20～30ファミリー、300人） ・学校保健アプローチ（若年妊娠予防のための性教育）
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 保健・医療・福祉サービス                              社会資源、ケア提供体制</li> </ul>	・健診結果に基づく外来受診者、血糖コントロール不良者の看護師と保健師間の情報提供連絡会 ・町民健康づくり手帳	・肥満問題系図作成 活動計画立案・評価指標の設定、推進プランの策定 ・ウォーキングマップ・サイクルロード紹介 ・郷土料理の伝達 地域の食材を使った健康食レシピ集の発刊	・低所得者医療扶助制度（MEDICARD PROGRAM）プログラム ・統治国に働きかけて運動設備の整備、運動環境整備（遊歩道とか）
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 第1次予防・第2次予防・第3次予防</li> </ul>	・第1次～第3次予防	・第1次予防	・第1次～第3次予防

表2 3つの島嶼の生活習慣病に対する取り組みの包括性、連携性、地域・文化性

<p><b>連携性</b> 情報の共有化を図り、協力し合い活動することとする</p> <p>専門職間連携</p>	<p>病院看護師と町役場保健師の電話、メール、訪問情報交換、医師、栄養士、看護師、保健師、看護大学教員合同の研究会の開催</p>	<p>宮古島市健康増進計画推進委員会の年一回の会議(医師)</p>	<p>小・中学校の教員とファミリーナースプラクティショナーの連携</p>
<p>患者・家族・地域住民</p>	<p>健康推進協議会</p>	<p>ヘルスサポーターの会 個人、地域、団体の連携</p>	<p>・家族プロジェクト(親を巻き込んだ最小単位で)</p>
<p>医療施設間連携 他職種、組織間</p>	<p>町役場、公立病院の連携、緊急民間と自衛隊のヘリコプター要請</p>	<p>健康づくり推進員活動 食育推進協議会の設置 食生活改善推進員育成と活動</p>	<p>緊急対応の場合は統治国、連邦政府、サイパンの病院、軍病院へのヘリコプター搬送協力依頼</p>
<p><b>地域・文化性</b> ● 時代背景を踏まえた世代に共通する生き方 職業</p>	<p>農業：早朝より畑に出て、11時頃まで働く 漁業：季節や時期の魚類が豊富でパヤオ漁をする 製造業：泡盛銘酒の製造 観光：美しい浜辺、海洋深層水入浴施設、ホテルなどを有し、観光産業が発達</p>	<p>農業：サトウキビ、葉たばこ、野菜、果物の生産 漁業：遠洋漁業、はえ縄漁による青い海を目玉とした観光産業 製造業：数カ所に泡盛製造工場を有す</p>	<p>原住民はオフィスワークが主生計となり、外国籍の契約労働者(低賃金)のハウスメイドを雇用している(農業、漁業が衰退している)</p>
<p>家庭</p>	<p>単独世帯、未婚の男性、高齢者と独身の男性世帯、家族性糖尿病が見られる</p>	<p>県内の他地域に比べ未婚率が低く、家族のつながりが強い。</p>	<p>男性が権力を持っている家族のつながりが強い 家族性糖尿病がある</p>
<p>地域</p>	<p>33行政区(字と呼ばれている)の担当者を決める。</p>	<p>市町村合併 地元の踊り、民謡、神事やまつり、地元の人材活用(ボランティア)が盛んである</p>	<p>数カ所に分散した1つの村 ファミリーグループで近隣に住んでいる</p>
<p>● 健康に関する自己管理方法と価値観の配慮・活用 食事 運動 その他</p>	<p>・地域の食材の開発と食べ方の工夫(時期に捕れる魚料理が続く、缶詰の多用、行事に作る大きいサイズのお餅)</p>	<p>オトリー儀式への介入 地元テレビ局で体操を放映 26年前よりトライアスロンを開催し、全島を挙げて取り組み運動の理解が深い</p>	

がある。また各団体、個人の活動計画が描かれている。具体的に実施されている取り組みでは、地元の有線テレビジョンを活用した広報及び関係者を巻き込んだ体操番組の制作と放映である。1、運動指導士が振り付けをした「きびきび体操ストレッチ朝・昼・夕、グッバイメタボ体操」などは、1日数回、定期的に出演者を変えて放送している。出演者は①役所の職員、②青年会議所のメンバー、③消防署員、④地区体育協会、⑤宮古警察署員などである。さらに、食育事業の一貫として地元の作曲家による乗りのいい曲、ヘルシークイチャーを小学生が踊っている。スーパーマーケットでは、その曲を常時流して一般住民に覚えてもらっている。健康食（ヘルシーメニュー）では、宮古島市食生活改善推進員協議会メンバーがテレビ出演して普及に努めている。また住民健診勧奨、警察とタイアップした飲酒については、歴史文化的な「オトオリ」の介入であり、宮古島市の子どもを対象にした食生活調査についての結果を広報するなど行政チャンネルを有効活用した啓蒙活動などがある。第2次、第3次予防の視点での医療機関通院中の住民への関与はみえない。

【連携性】の視点は、医師を中心とした専門職間連携が年に1回開催され、看護専門職者間の連携はみえない。また患者や地域の人々の連携はヘルスサポーターの会がある。

【地域・文化性】の視点は、県内の他地域に比べ未婚率が低い、家族がそろって行事の継続、26年にわたる全島民挙げてのトライアスロン開催の継続などがある。

### 3. テニアン島の健康課題と看護活動<sup>9)</sup>

#### 1) 対象地域の概要

太平洋のマイクロネシアのマリアナ諸島で南端のグアム島を除く火山性の14の島のうちの1島がテニアン島である。テニアン島は、先住民チャモロ人とカリフォルニア人が60%を超え、その他1300人の契約労働者がフィリピンなどから移住し、多様な文化と13種類以上の言語が混在している。

テニアンはサイパンからセスナ機で南に約10分、人口約3,000人である。島の医療施設は、テニアンヘルスセンターのみで24時間オープン、3床有するが入院は限定3日間となっている。外来部門が主で、医師1人、ファミリーナースプラクティショナー1人、メディックス1人で、看護師5人、准看護師5人、看護助手3人での12時間シフトの交代勤務、月5回のオンコール、週40時間の勤務体制である。救急室には緊急時のお産設備があるが、通常は38週でサイパンに送っている。

テニアンヘルスセンターの機能は、検疫、救急、入院、外来、歯科、検査、社会保障、薬局、放射線、超音波、ウーマンヘルス、ティーンエイジのカウンセリング（性行為感染症に関する相談など）、施設は小さいが種々なことが行われている。災害看護では、台風と津波に備えた特定の訓練、テニアン空港事故発生に備えた訓練、ナースは緊急時のフロントラインの役割を担うためのトリアージ訓練など緊急体制マニュアルがある。

#### 2) 健康課題への取り組み

テニアンの健康課題は、①肥満、②糖尿病、③高血圧、④痛風、⑤10代の妊娠である。特に50%の子どもが肥満であり、若い世代の高血圧が増加している。望ましくないライフスタイル、喫煙や飲酒率が高く、経済的問題が存在する。

【包括的】【地域・文化】ファミリーナースプラクティショナーは、子どもや家族に深く関わりファミリー・ユニットアプローチを専門的に対応している。ヘルスセンターの利用者の多くは、アセスメントの過程で家族の問題を有していることが明らかになり、介入を必要としている。兄弟、いとこなどが同じ区域に住んでおり、家族を拡大したアプローチもあるが、男性が権力を持っている地域性のため、女性患者には「あなたの家族に話してもいいですかと確認しアプローチしている。しかし、物価は高く、経済的基盤が弱く、男性優位の社会背景からドメスティックバイオレンスも多く、ファミリーアプローチが困難な場合もある。

【連携】の視点は、小中学校の教員と連携し、家族という最小単位への介入がみられる。肥満児童が多いことから、「あなたの体をチェックしなさい」という学校プログラムを実施している。欧米文化の影響から車社会となり歩く習慣がないので可能な限り毎日10～15分でも歩くように勧めている。炭水化物、タンパク質、野菜をバランスよく取るように推奨するなど、効果を期待値にフォーカスするのではなく、子どもたちが率先して行えるようにしている。現在、学校の課外活動、陸上競技・新しい周回走路、小学生向けのダンス・レボリューション、放課後の教員向けエアロビクス、体育館へのウエイトトレーニング・バトミントン・トレッドミルの設置、夜間照明付きテニスコート、夏季ユース・プログラム、サッカー・バスケットボール、地域舞踊・歌謡などが行われている。クリニックでの散歩プログラムでは、ウォーキングなどは3～5名のグループ参加と時間をきちんと設定せず集まった順に歩き始めるように推奨している。時間が限定されるとそれに縛られるためうまく実行に移せない場合があるので時間はフリーにしている。



#### IV. 考察

##### 1. 生活習慣病の看護活動

久米島、宮古島、テニアン島の3つの島に共通する生活習慣病として「肥満」が挙げられる。久米島も数年前はウォーキングをしている人を見かけることが少なかった。病院外来に通院するようになった糖尿病患者は個別指導を受けて自転車運動やウォーキングを行うようになり、看護師と地域の保健師との情報共有によって、地域でのフォローアップに繋がっている。

テニアン島でもファミリーナースプラクティショナーによる学校生徒、教員、そして家族を単位とした歩く習慣のなかった人々が歩き初め、そのために運動を安全に行うための取り組みもみられている。宮古島市は、26年前からトリアスロンが始まり、地域ぐるみの運動の啓蒙はされているが、肥満が増加してきていることから、運動の正しい行い方、継続性を推進するために、マスメディアの効果に期待した保健師を中心にした取り組みになっているようである。

これらの対策の特徴は、内臓脂肪は運動で燃焼しやすいということに着目し、運動習慣を身につけることを目的に個人やグループ、地域全体などでの取り組みに看護師、保健師、ナースプラクティショナーが関わっていることである。

##### 2. 包括性、連携、地域・文化的視点

表2はこの3つの島嶼の生活習慣病に対するアプローチについて、その取り組みの内容を3つの視点から列挙したものである。今回の3地域の看護活動は生活習慣病として共通する「肥満」への様々な取り組みの内容ということもできる。

包括性・連携性の視点では、久米島は病院外来を中心にした個別支援を看護師と大学教員、そして地域の保健師と協同連携する形で行われている。さらに糖尿病患者への自己管理支援を地域の保健師と看護師が連携して個別在宅支援も行っている。島の人口は、島内に留まった男性の割合が多く、特に高齢の母親と同居した单身男性の未受診・受診中断、合併症などへの支援に看護師と保健師が連携する取り組みなどがみられている。外来の看護師には家庭訪問をする時間が作れないが電話をすることができる。しかし連絡が取れない時、地域の保健師に依頼をして訪問をしてもらうなどの連携が可能となっている。しかし、個人を対象とした活動が主に述べられており、地域ぐるみの活動へのアプローチが求められる。

宮古島は宮古島市健康推進計画にもとづく市の保健センターの健康増進課保健師を中心にした各団体を巻き込

んだ島民対象の予防活動である。広い意味の啓蒙普及型活動であり、マスメディアを有効に活用して啓蒙しているが、実施状況の把握の評価は今後検討する必要がある。連携に関しては地域の各団体との協同連携が具体的に描かれてあるが、看護職者間特に病院関係者との連携については「宮古島市健康の輪推進プラン」に関連した内容にはみられなかった。健診受診者の結果の情報共有は、病院外来受診で個々の検査結果がつながり、地域で生活しながら、対象者の希望していた方向に改善されるようにしていく必要がある。

テニアンはヘルスセンターのファミリーナースプラクティショナーを中心にした個人、ファミリー、学校生徒を対象とした予防から治療までの取り組みがあった。テニアンヘルスセンターの公衆衛生担当者は、各種予防接種を担当するテニアン島出身のナースが1人いるだけなので、ファミリーナースプラクティショナーが人口3,000人の島民の外来受診者を個別支援したり、その家族へもアプローチしたりしている。このアプローチは対象者が把握しやすく看護活動が行き届きやすい島の特徴から非常に効果的であると考えられる。彼女は拡大された権限を有し、少ないスタッフの中で大変重要な役割を遂行している。また彼女は、住民からの信頼も大きく、個別・あるいは家族単位の外来診察、相談、あるいは電話相談なども多く、多忙である。このファミリープラクティショナーの権限と機能、役割は限られた資源の中で包括的に行なう島嶼看護に示唆を与えるものの、看護職者間、地域の各団体などの協力連携性に乏しい。スタッフの教育や連携できる資源の開発が必要と考える。

地域・文化の視点では、久米島は栄養面や行事食は、健康問題に関連する要因と考えられるが焦点は弱かった。ただ「住民は温厚で一見行動的ではないが、一度納得したら行動する」と表されることがあり、知識や言葉による説明を直に行う方法が効果的かもしれない。

宮古島の伝統的な「オトオリ」というお酒の飲み方は、糖尿病や高血圧などの要因となっており、「オトオリカード」や「オトオリ憲法など地域の保健師や団体によってのユニークな取り組みがみられる。しかし、「オトオリ」は、島の連携の輪を支える大切なコミュニケーションをともなっており、簡単に廃止することもできないのではないかと考える。

テニアン島は男性中心の社会であり、ファミリーアプローチではその特徴に配慮を必要とする。また歴史的に多民族文化が入り交じり、多言語は相互理解の障害をもたらし、ヘルスケアを難しくしていると考えられる。

2型糖尿病に対する遺伝的な弱さ、コントロール困難

になってからの受診、透析患者の増加など悪いサイクルの是正が課題となっているなど、健康課題はテニアン島も沖縄と似た傾向が伺える。しかし島の医療資源や看護職者や組織の違い、活動対象者の違い、そして地域・文化の違いがリストアップにより明確になった。

## V 今後の課題

3つの視点から3つの島嶼地域の取り組みの内容をリストアップしたが、記録物を中心に取出したものであるため、歴史文化的面、地域住民間の連携の状況、専門職間連携、看護専門職者間の連携などについて、詳細が得られてない。またマスメディアを活用した島民視聴者からの啓蒙普及の評価を検討していく必要がある。テニアン島では、沖縄県の島嶼と違う視点やアプローチがある。3つの視点から検討はしたものの、既存資料からの内容では具体的な取り組みを引き出すことは限界があり、さらに詳しい内容を聞き取りなどで確認し、島嶼性アプローチの性質を捉える必要がある。包括性、連携、地域・文化的3つの視点は、限られた狭小性の陸地面積を有する島嶼の保健看護の分野においては必要不可欠である。

## 引用・参考文献

- 1) 沖縄県保健医療計画：沖縄県、p1,p11、平成20年改訂。
- 2) 平成19年国民健康・栄養調査結果の概要、健康局総務課生活習慣対策室
- 3) 健康おきなわ21 ～長寿世界一復活に向けて～：沖縄県福祉保健部、p14、平成20年。
- 4) 宮古島市特定健康診査等実施計画概要：国民健康保険課、p13,p50、平成23年3月。
- 5) The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever, World Health Organization.
- 6) 仲宗根洋子：離島におけるテレナーシング技法の開発および実践・教育への応用、平成16年度～18年度研究成果報告書、平成19年3月。
- 7) 宮古島市健康の輪推進プラン ～うぶた減る脂 大作戦～、平成20年3月。
- 8) 沖縄県立看護大学大学院：島嶼保健看護実習報告書（海外実習：グアム・サイパン・テニアン）、2010年2月。
- 9) Margaret L. Larson-Dabn: Tel-eNurse Practice Quality of Care and Patient Outcomes, JONA, 31(3), 145-153, 2001.
- 10) 玉城秀彦著：社会が病気を作る－「持続可能な未来」のために、角川学芸出版、p175、2010。

# 本邦における島しょの看護に関する研究の動向

野村幸子 仲宗根洋子 知念久美子

沖縄県立看護大学紀要 第12号 (2011) 別刷

研究ノート

## 本邦における島しょの看護に関する研究の動向

野村幸子<sup>1)</sup> 仲宗根洋子<sup>1)</sup> 知念久美子<sup>2)</sup>

キーワード：島しょ、離島、看護、動向

### I. はじめに

島国である日本は有人・無人合わせて約6800余の島々からなり、その内、有人離島は、離島振興法に基づく島が261、他に小笠原諸島や奄美群島、沖縄振興特別措置法に基づく49の島々があり合わせて310島である<sup>1)</sup>。これらの島々は、面積にすると全国に比しわずか1.38%、又人口をみても約43万人とわずか1%にも満たない<sup>2)</sup>。しかし、離島は、その地理的特性から国境として領海の保安に重要な役割をもつものであり、豊かな自然の特性から「癒しの空間」として「価値ある地域差」としてとらえなおす必要のあることが離島振興法基本方針に明記されている。島の歴史や文化、また島を取り巻く自然環境そのものが“癒し”として観光資源となり、近年の離島ブームにより多くの観光客が来島する現象も島によってはみられている。しかしながら、離島の自然環境は、四方を海に囲まれ、一般に地形が急傾斜であり山地が多く、平地が少ないことが特徴であり、また日本海や太平洋の荒波の中に浮かぶ孤島として本土より隔絶し、交通、医療、文化、教育諸施設など後進的性格を有する<sup>3)</sup>ものとして離島振興法が昭和28年制定され、各施策を実施してきた。にもかかわらず、離島の限られた産業のもとでは就業の機会も少なく、若い人々の恒常的な人口減少に伴い老年人口は全国20.1%に対し離島平均33.0%<sup>4)</sup>と高く、少子高齢化、過疎化が進んでおり新たな課題が浮かび上がるなど本土との格差はなかなか解消されず、時限付の離島振興法は今日まで継続されている。

次に有人離島は、本土からの時間距離や地理的条件、人口規模等に基づき、類型化される。本土の中心的都市から航路1時間圏内にある「本土近接型離島」、このうち内海・本土近接型離島、外界・本土近接型離島があり、さらに群島型離島、孤立大型離島、孤立小型離島の5つに分類されており<sup>5)</sup>、離島を比較し特徴を把握するとき

の参考となる。

「安心して住める離島のための基本調査」<sup>6)</sup>によると、全国の離島を対象にした離島の暮らしの中で改善を望むこととして、「医療・診療所」が48.1%と高く、離島類型化別にみても同様であり、医療水準の向上を望む声の高さがうかがえると述べている。また、沖縄県における同調査では、離島の類型によらず、「大きな病院への搬送」、「救急時の搬送」、「診療機会の充実」の項目のいずれかが生活における安心の低い項目に含まれている。人口規模により、歯科診療所が未設置であったり、医師等の数が不十分であったりと島によって医療体制の格差があることが課題となっている。一方、沖縄本島や群島型主島では、医療・保健に関する項目は不安要素としては低く、それより「環境汚染」や「自然の減少」、「子どもの非行」など人的要因に関する項目が上位である。このことから離島の類型により住民のニーズが異なり、小離島にとっての「保健・医療」は共通する課題として看護が小離島に目を向ける事の必要とその役割が大いに期待される。

ところで医療は昨今、専門分化が著しい。医療現場における高度化、専門分化が進むことへ対応し、看護では、看護ケアの広がりや看護の質の向上をめざし特定の分野の知識と技術に習熟した専門看護師、認定看護師等の養成がなされている。保健医療に関わる専門職の人材が少なく、また医療設備も十分とはいえない離島においては、看護の対象が乳幼児から高齢者と幅広く、看護の内容も怪我を含めた急性疾患、慢性疾患、終末期、病気の予防など幅広い対応が求められ、効果的に看護活動を展開することを考えねばならないが、未だそれは確立されていない。島しょ県にある本大学は、県内の島しょ地域で活動する看護職者の育成、ならびに島しょ看護の確立を求めている。そこで、国内の島しょにおける看護の研究の特徴について既存の研究を概観し、島しょにおける看護とその研究の基礎に資することが本研究の目的である。

1) 沖縄県立看護大学

2) 沖縄県立看護大学大学院後期課程

## II. 研究方法

### 1. 研究期間

2010年5月～8月

### 2. 対象文献の検索方法

島しょを含むへき地、遠隔地における看護に関する学会誌である“日本ルーラルナース学会誌”を含めて看護に関連する論文が多く検索できる医学中央雑誌を検索の対象とした。医学中央雑誌Ver.4（1985年～2009年）により、“島しょ”“離島”と“看護”をキーワードにして検索する。さらに、絞込検索にて原著、抄録のある論文を再度検索する。検索の結果、文献の選択にあたっては、内容からへき地のみに関する文献は除外し、島しょの看護に関連したものを限定し原著、報告を分析対象にした。

### 3. 分析方法

検索結果から得られた文献のテーマ、研究目的、看護の視点からみた内容を3名の著者らで分析する。分析方法は、1) 研究の年代別文献の推移、2) 文献における対象の島と地域の分類、3) 文献のテーマ、研究目的、論文内容から看護領域、及び島しょにおける看護の研究の特徴、課題について検討する。

## III. 結果及び考察

3つのキーワードを入力した結果、へき地医療・看護を含む466件の文献が得られた。さらにその中から原著、抄録のあるものを検索し、109件を得た。次に文献の内容からへき地、山間部、過疎地域、国外の過疎地域における看護活動など島しょの内容とは異なるものが31件あり、それを除外し78件の文献を対象とした。

### 1. 研究文献数の年代別推移

78件の文献を発表年代別にみたのが図1である。2001年までは1～2件で推移しているが、2002年は9件と一気に増え、以後6件～14件と推移していた。2002年以前の文献をみると、最初の1985年の長嶺らによる文献では、看護の立場ではないが離島診療所の在宅高齢者の終末期医療活動に関して専門職によるチームアプローチの必要性を述べていた<sup>7)</sup>。社会的背景として、島しょにおける人口は昭和35年以後、徐々に減少し高齢化率の上昇がみられ、介護力の低下や在宅における終末期ケアの課題が生じ始めてきたことが考えられる。その後1993年は井上ら<sup>8)</sup>による北海道、東京、島根、長崎、鹿児島、沖縄の遠隔離島における救急患者搬送の実態に関するものであった。1995年には看護活動に関する文献として玉城ら<sup>9)</sup>に

より昭和30年から45年当時の離島の無資格者による分娩介助に関する実態調査に関するものがあった。その後、1998年に2件、離島と都市部の住民を比較した保健生活行動の特徴<sup>10)</sup>や生きがい感に関する内容<sup>11)</sup>があった。

2002年の文献内容をみると、瀬戸内海における内海・本土近接型離島において透析療法を受けている高齢患者の療養生活管理に関するもの<sup>12)</sup>や群島型離島属島の1島の高齢者を焦点に、離島の生活における満足度からみた生活実態調査<sup>13)</sup>や保健医療行動の調査<sup>14)</sup>、および社会的視点からみた高齢化を促進している住民の背景に関するもの<sup>15)</sup>などがあった。また台風被害時の看護ニーズに関するもの<sup>16)</sup>などがあり、2003年には離島の看護職の自律性に関するもの<sup>17)</sup>や島での生活を希望する患者へ腹膜透析導入により在宅に移行できた慢性疾患患者の看護についての症例研究<sup>18)</sup>、島外の福祉施設に入所している高齢者へふるさと訪問により一時帰省を実施し、生きがいづくりになることを検証した研究<sup>19)</sup>と離島の看護職に求められる資質に関するものや慢性疾患患者の療養生活に関するもの、高齢者の生活への支援に関するものなど文献数の増加に伴い研究の内容も多様となっていた。

2007年、2008年は、文献数もそれぞれ11件、14件と増えており、その内容は遠隔システムを活用した慢性疾患の患者の自己管理への支援<sup>20)</sup>や島内におけるボランティアを活用した移送サービスによる高齢者の外出支援の実態に関する調査<sup>21)</sup>や島内での在宅死の実現に向けた取り組みに関するもの<sup>22)</sup>、住民の求める離島看護職の役割に関するもの<sup>23)</sup>など離島における看護活動に関したさまざまな取り組みがみられた。

文献が増えてきた背景として2002年に第5次離島振興

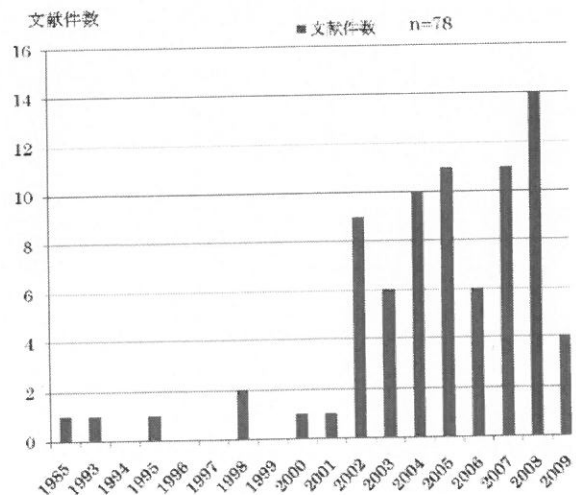


図1 文献数の年代別推移

法の延長・改正が行われ、新たに離島が領海の保安に大きな役割を担っている事が示された。これは行政を始めとして人々に離島への関心を高めたと思われた。さらに2004年に日本ルーラルナース学会が創設され看護職者も離島への関心が高まったと思われた。その後、文献数もほぼ一定で推移しているがその数は年間約10件前後とまだまだ少ない。

## 2. 研究内容による分類と文献数

78件の文献についてテーマ、研究目的、結果、結論など論文内容を著者らで読み合わせ看護領域について検討し分類した。その結果、表1に示すように14領域に分類できた。最も文献数が多かったのが「老年保健看護」に関するもので24件、次に「慢性看護」「遠隔看護」に関するもの各7件、「看護教育」6件、「地域看護」「看護管理」各5件、「母子保健看護」「小児保健看護」「精神保健看護」「災害看護」に関するもの各4件、「ターミナルケア」に関するもの3件、「救急医療」「公衆衛生」各2件、「文化看護」に関するもの1件であった。高齢者の生きがい感や主観的健康感、及び精神保健に関する福祉の現状など看護活動の基礎資料となる保健に関するものが含まれていたため看護活動領域名を「老年保健看護」、「精神保健看護」とした。また母性看護領域では、周産期看護だけでなく思春期の保健教育や女性・子どもの健康ニーズ

など母子保健に関するものがあり領域名を「母子保健看護」と命名した。小児看護領域では、子どもの急性症状への電話相談や子どもの健康に関する基礎的調査として生活や自覚症状をとらえた研究論文、児童虐待防止に関した基礎的研究など小児保健に関するものがあったため「小児保健看護」と命名した。以下、看護活動領域ごとに概観したい。

もっとも多い「老年保健看護」の内容を見ると離島におけるケアマネジメントの実態や介護予防のための地域住民のエンパワーメントによる地域システムづくりが8件あり、高齢者の生きがい感の実態調査や生きがいづくりとして『ふるさと訪問』への取り組みが5件あった。また離島における高齢者の生活に関するものとして、主観的健康観など生活上の意識に関するものが5件、栄養・食生活の実態や意識に関するものが2件あった。他に離島で暮らし続けるための高齢者のニーズ調査や療養設備のない離島における看護職の役割に関するもの等が3件、離島の高齢化社会の社会的視点からみた特徴に関するものが1件あった。中尾<sup>24)</sup>は、要介護となった高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するために必要なことに視点を当て、療養場所を島外に移した離島の高齢者118名を対象に調査し、その特徴を明らかにし、看護職の役割について報告していた。島内の診療所は、療養場所の要として社会的入院を受け入れ高齢者の一時保護の役割を果たしていた。また、離島には専門医療機関やリハビリ施設がないため医療依存度が高くなるとそれを求めて島外に移動せざるを得ない。島外への転出者は子どもに迷惑をかけたくないとの理由でまだ自立できる内に「子どもの近くへ」赴いていた。そこで離島の看護職の役割として、訪問看護ステーションのない地域では、医療依存度の高い人の在宅療養が困難になっており、医療機関の看護者が予防の観点から対象者にケアすることや療養生活に関する家族への指導・教育が必要であること、島内の看護者間で相互に連携し継続看護を推進していくこと、看護専門職が少ないため一般状態の把握や変化時の対応等ヘルパーへの教育や指導をしていくことが報告されていた。

次に「慢性看護」では、慢性疾患患者を在宅療養で支援するための地域連携の現状に関するもの1件、入院が長期化する要因の分析が1件、離島で慢性腎不全をもちながら療養生活を維持するために腹膜透析を導入した事例等が4件、慢性呼吸器疾患患者の在宅療養生活に関するもの1件があった。離島において脳卒中患者の入院が長期化する要因として清川<sup>25)</sup>は患者側、受け入れの家族側、社会資源・生活環境の要因から分析している。患者

表1 研究内容による分類と文献数

領域	文献数	文献内容(一部)
老年保健看護	24	人口動態からみた特徴、生き方・生きがい感、主観的健康観、生活、介護予防、ケアシステムづくり、要介護者への看護職の役割
慢性看護	7	慢性呼吸器疾患(HOT)患者の在宅療養、地域の受け入れ体制、腹膜透析
遠隔看護	7	遠隔システムの開発と看護への活用、無医村での診療所看護職の活動
地域看護	5	離島の類型化、住民の生活習慣、異文化理解
看護教育	6	島の保健師のキャリア発達(ライフヒストリー)、島における総合実習、島嶼保健看護、島での実習における学生の学び、ルーラルナース教育プログラムの開発
看護管理	5	離島看護師のバーンアウト、診療所の看護活動、役割、保健師の駐在制度、看護職の自立性
母子保健看護	4	周産期看護、思春期教育養育行動、健康に関するニーズ
小児保健看護	4	児童の自覚症状と生活、小児救急電話相談の現状、児童虐待
精神保健看護	4	精神障害者支援、福祉の現状
災害看護	4	危機管理体制における看護職の役割、台風被害と住民の健康、災害対策への意識
ターミナルケア	3	ターミナルケアと家族の支え、支援者の支援内容
公衆衛生	2	A県の離島における主要死因、B県の呼吸器疾患の死亡数
救急医療	2	救急搬送の実態、ドクターヘリの利用
文化看護	1	方言「のさり」について

文献数 78

側の要因として少しでもよくなって元の生活にもどりたいという「患者の強い意志」、「リハビリへの意欲」、しびれや痛みが残ったまま退院することで「今後の不安」がある。受け入れる家族側の要因としては、リハビリを続けられればもっとよくなるのではないかと、「リハビリへの期待」、高齢の配偶者や息子夫婦の共働きによる「介護力」の問題、病院で十分な看護・医療を受けさせたいという思いがある。さらに清川は、社会資源や生活環境の要因として、「家のリフォーム・在宅の準備」、「社会資源活用の準備」が遅れていることや、病院のある島と離れた島に定住している場合は船を利用することになり時間や交通費がかかることから「交通の不便」があると報告していた。腹膜透析の導入に関するものでは、糖尿病による腎不全で透析導入となったが島で漁師として元の暮らしがしたいという患者の強い希望により、腹膜透析とインシュリンの自己注射の手技を指導し、島の保健師や連続的携行式腹膜透析（CAPD）の業者と学習会を重ね、島の診療所と連携し、緊急時の連絡体制と対処方法を指導し帰島することができた事例の報告があった<sup>26)</sup>。この事例では北の海の荒れる冬場の生活は本島の娘宅での生活を準備することで島での生活を実現していた。

「母子保健看護」では、周産期に関するものは、昭和30～45年までの間に離島に居住し島での出産を経験した女性への調査を通し、当時の離島における無資格者による分娩介助の状況を明らかにしたものの<sup>27)</sup>があった。他には、離島における若年母親の養育行動の実態に関するものや、思春期ピアカウンセリングなどがあった。

「小児保健看護」では、後藤<sup>28)</sup> <sup>29)</sup>による離島市街地の小中学生の健康維持・増進に関する生活行動や生活習慣及び自覚症状に関する実態と既存の研究による都市部、離島村落とを比較した研究があった。離島市街地に在住する子どもの「あくびが出る」「横になりたい」「頭がぼんやりする」など自覚症状の訴え率は、小学生より中学生が高く、小学生、中学生共に都市部より離島の方が高いという結果を示していた。また健康に対する意識は都市部との差はみられず、小学生の生活行動の比較では、夕食や間食を取る比率は都市部が高く、テレビ視聴時間、家庭学習時間共に都市部が長い傾向を示していた。このことについて既存のへき地の子どもとの比較から、離島の子どもたちの生活習慣や自覚症状に環境の影響を受けている事を見出していた。次に、離島における児童虐待防止活動に関わる専門職の教育プログラムの開発に関する研究があった。児童相談所における児童虐待の相談件数が年々増加する中で、市町村における相談件数も増加している。しかし、離島には児童相談所がなく後

方支援がすぐ受けられない状況にあり、そのことから離島では児童虐待防止活動における関係職者の技術力向上と自立した実践力を有する人材の育成が課題であり虐待防止活動の教育プログラムの開発をめざしていた。限られた人材での連携、協力、チームアプローチの重要性<sup>30)</sup>を述べていた。

「精神保健看護」において新井は、離島の保健師への聴き取り調査から、家庭訪問相談指導により家族のニーズを把握し、保健所デイケアや家族教室、家族会、共同作業所など社会資源の整備が図られたことや、患者・家族には病気を隠したい気持ちがあるが、島外の精神専門機関を受診する際の経済的・身体的負担がある<sup>31)</sup>という離島の特徴を報告していた。また、人口100名以上の65離島を対象とした精神科医療・福祉活動、及び社会資源の整備状況についての調査をしていた。交通では毎日、船の運航がない島が14島(21.5%)あった。人口規模10,000人以上である14島の内、92.8%の13島には専門医療機関があり、医療機関のない12島はいずれも人口1,000人未満の小離島であった。また保健師の勤務年数が3～4年の場合は社会資源が充実傾向にあり、保健師は専門機関へ助言の要望が高く、連携の必要がある<sup>32)</sup>ことを述べていた。

「遠隔看護」では、遠隔システムの開発を看護への活用や看護教育への試みに関する報告があった。活用の実際として、離島の生活習慣病の増加に伴う糖尿病患者の自己管理支援へ大学と地元医療機関、町役場が連携し、テレナーシングを導入していた<sup>33)</sup>。また、人口約400名、高齢化率38.7%の無医村である日本海の小離島のへき地出張診療所に、超音波診断装置や心電図機器、聴診器音拡大装置を導入し、テレビ電話をとおした医師の遠隔診察とその指示に基づいて看護師が治療を行っている<sup>34)</sup>との報告があった。そこでは、遠心分離器や尿分析装置を導入することで採血後、分離させた検体を本病院に送り、島内で慢性疾患のコントロールが可能となり、基本健診の要精査者に対してもテレビ診療でのフォローをしていた。観光客の多い夏場は医師が出張診療を実施しているが医師のいない冬場は、テレビ診療をとおした指示のもとで、看護師が縫合等の外傷処置も行っており、看護職の役割の拡大がみられた。

「災害看護」では、離島医療施設の職員や住民への災害に関する意識調査があった。津田らによる台風時の被害と住民の健康への調査から、離島は、コミュニティの強さがあり又これまでの経験から台風襲来時の避難行動に助け合いがあるが、絶対的なマンパワーの不足があり、従来の経験を超えた大きな被害に及んだ時は、島外から

敏速な支援を受けられない事を想定した対策の必要を提示していた<sup>35)</sup>。春山らによる離島を含むへき地診療所の看護師を対象にした調査によると、看護師が離島であった健康危機管理状況として、最も多かったのは、①自然災害に伴う被害、次いで②キャンプや観光、合宿等で当該地域を訪れた外来者が主な食中毒の集団発生、③インフルエンザなど感染症の集団的発生、④毒物の意図的な散布事件、爆発・火災・原子力・化学物質等による事故であった。健康危機発生時に困ることとしては、「医薬品や医療設備の不足」、「医師・看護師の不足、応援体制」、「地理や交通事情による被災地孤立の可能性」、「後方支援病院への搬送」、「高齢者への対応」、「マニュアル等がなく、体制が整っていないこと」、「診療所や診療所看護職の役割が不明確」、「漠然とした又は未経験であることによる不安」があった<sup>36)</sup>。

「看護管理」では、岩永<sup>37)</sup>は、離島中核病院に勤務する看護職のバーンアウト平均得点が既存の大学病院看護職より高く、その要因として「気分転換」、「超過勤務」、「職務満足」との関連を見出していた。また鈴木<sup>38)</sup>は、離島を含むへき地診療所の看護職の認識から看護活動の現状を調べ、へき地診療所において発展させるべき看護活動として、①地域社会の共同生活のあり様を把握し、それを基盤とした看護活動、②在宅ケアチームの一員として関係機関との連携、③地域住民の健康問題を共有し、健康レベルの向上に向けた市町村保健師との共同活動、④身近な相談機関としての健康生活支援、⑤医師不在時や救急時の迅速で的確な判断に基づく対応と拠点病院との連携の5点を述べていた。このことから島嶼における看護活動は、施設内の看護活動に留まらず、病気の予防に向けた健康教育や健康相談、救急時の対応、在宅看護と住民の生活に添って生じる健康の側面への幅広い活動が求められるといえよう。

「看護教育」では、看護基礎教育における“しま”での地域看護実習や総合実習について学生の学びから“しま”の実習は、地域と健康問題の関連を多面的にとらえ、限られた社会資源の中から看護活動の可能性を考えるのに有効である<sup>39)</sup>と述べていた。その他に看護実習先である島しょの看護職者の実践力の向上に関する試みとして、島しょの看護職者は研修や実習の受け入れの機会が乏しく新たな知識・技術の獲得がしづらい環境にあり、看護学生の実習を受け入れることで自己の評価の機会となり、スキルアップにもつながるとの報告があった<sup>40)</sup>。小林<sup>41)</sup>は、へき地・離島におけるルーラルナースの教育プログラムの開発<sup>41)</sup>を検討し、①救急への対応、②看護指導技術能力、③多様な年齢、疾患、健康レベルへの

看護過程の展開、④地域住民の理解、⑤慣習、⑥価値観、⑦地域の健康状態、⑧高齢者のケアシステムの充実、⑨自己啓発、⑩独自の役割の10項目を明らかにしていた。

「地域看護」では、林<sup>42)</sup>は、保健活動のあり方を検討する基礎資料として瀬戸内海の有人離島22島について昭和40年を100とした平成7年の人口割合から類型化を試み4群に分類し、既存の資料から群別の特徴を明らかにしている。交通では定期船の就航回数が少なく老年人口が60%を超え生活設備も不自由なA群、老年人口約40%で交通は比較的便利であるが地場産業の後継者の少ないB群、老年人口約25%で交通は比較的恵まれ、地場産業も盛んで後継者も残る可能性のあるC群、老年人口はC群と同じ25%であるが、地場産業や観光資源があり交通も便利で後継者も残るD群。離島は交通が不便で高齢者が多く、過疎地域で物的にも人的にも資源が不足しているとされるが、類型化することでその特徴を見出し効果的な保健活動を展開する資料を示していた。

その他に救急医療における搬送の課題や特定の地域の方言から困難状況を乗り越える文化的な背景、離島における在宅死への支援に関するものが少数あった。

島しょに関する文献数や内容からみた結果、高齢者に関する文献が最も多かった。これは島の人口は少子高齢化が進み、保健医療においては介護の問題や慢性疾患に伴う療養生活の管理、終末期医療と課題があり、それぞれの課題への取り組みが今後ますます必要であろう。島の特徴をみると交通では海による遮断があり不便で自然環境が厳しい、人的側面では専門職が少なく社会的資源も乏しい、産業も限られ経済的にも厳しさがある、と生活環境の厳しさがある。しかし、他の側面を見ると、住民は伝統行事を守り、特有の文化が残っており、それが島外や県外の人にとっては魅力となっている。さらにこのような伝統文化を守っていく中で、近隣・住民同士が地縁・血縁による地域ネットワークで結ばれ、相互扶助があり、都市部には失われたお互いに声をかけあって暮らすスタイルが残っている。また、高齢者は食事や日常生活行動において規則正しい生活をしており、手伝いや農耕など社会的役割があり、そのことが生きがいにもなっている。そして自立心が強く、食生活や身体運動の充実があり、不便ではあるが島にとっても愛着をもって生活をしている。専門的人材の乏しい島では、このような相互扶助を活用した介護システムの構築の研究や一人の看護職が多様な役割を担っている事が研究よりわかった。また、健康の側面から住民の特徴をみると、医療依存度が高くなると支える専門職、社会的資源が乏しく島外に出ざるを得ない状況にあり、看護職はそのためにも



病気予防や介護予防を日々の看護活動で行っていた。慢性疾患に罹患すると限られた社会資源の中、島外の看護職、診療所の看護職が中心となって、保健師、医療機関と連携し療養生活を支える工夫を考えていかないとけない。島しょ地域に共通である専門職の少ない人材の中で、住民の持てる力を引き出し、どのように活用していくか、そしてどれだけ積極的に考えるかによって看護職の役割拡大も生じ、島で療養生活を維持できるかどうか患者の生活の在り方が決定づけられていた。島しょにおける子どもの健康問題では、山で分断されるという島の地理的状況によって、村落間の交通が不便となり学童期の子どもの放課後の過ごし方や友達関係に影響を与え、精神的健康の要因となっていた。遊び空間、友人関係等そのことの心身への影響が島によってどうか、さらに検討が必要と考えられた。

Jean Ross<sup>43)</sup>によれば、身体的、社会的、感情的、スピリチュアルな健康は、環境と文化の関係から生まれ、島しょのヘルスケアに必要な要素として、地域に根ざしたスキルと文化の推奨、地域ごとに工夫された解決法とジェネラルアプローチをあげている。今回、文献を分析する中で、看護職の活動として島の文化をとおした地域住民の理解と看護活動には、共通する部分があった。離島において多様な看護活動が必要であるにも関わらず、人的資源が数少ない看護職は、住民の多様な健康問題へジェネラルアプローチが求められているといえよう。島しょにおいて効果的な看護活動を実践するためにはどのようにジェネラルアプローチの実践力をつけていくのか、さらに深めていく必要が示唆された。

### 3. 研究対象地域と研究領域

78件の文献について研究の対象となっている島を県別に分類した(表2)。対象の島は論文内容から抽出し、その結果、地域は特定できるが島が特定できない文献や1つの文献で複数の島にまたがっており、地域も特定できない文献があった。県別の有人離島数と研究対象の文献数を表2に示した。研究対象の島が最も多いのは沖縄県で34件あり、沖縄県の有人離島41島の内10島とその他の離島が対象となっていた。全国で最も多い55の有人離島をもつ長崎県は、対象の島が4島とその他離島で、文献数は6件であった。次に多い28の有人離島を有する鹿児島県で対象の島は1島とその他で文献数は8件であった。次いで13の有人離島を有する東京都は2島が対象となっており文献数も2件であった。瀬戸内海に面し、多くの有人離島のある愛媛県、香川県、岡山県、兵庫県は文献数がそれぞれ1件と少なかった。これらから、島しょの

表2 研究対象の島と研究領域、文献数

都道府県	有人離島数 <sup>1)</sup>	研究対象になった島の数	研究領域	文献数
沖縄	41	10島+沖縄全域、その他離島	老年保健看護	13
			慢性看護	3
			母性保健看護	2
			地域看護	2
			ターミナルケア	1
			精神保健看護	1
			小児保健看護	1
			災害看護	2
			公衆衛生	1
			看護教育	2
			看護管理	2
			遠隔看護	4
			計	34
			長崎	55
看護教育	2			
地域看護	1			
看護管理	1			
計	6			
鹿児島	28	1島+その他離島	老年保健看護	3
			小児保健看護	3
			母性保健看護	1
			公衆衛生	1
			計	8
新潟	2	K島	老年保健看護	1
			遠隔看護	1
			計	2
東京	13	2島	地域看護	1
			救急医療	1
			計	2
			山形	1
岡山	15	1島	災害看護	1
兵庫	6	1島	ターミナル看護	1
北海道	6	その他離島	慢性看護	1
香川	22	その他離島	地域看護	1
愛媛	32	1島	地域看護	1
島根	4	その他離島	看護管理	1
熊本	6	その他離島	文化看護	1
その他		瀬戸内海の離島	慢性看護	2
			老年保健看護	1
			キャリア開発	1
		その他離島		精神保健看護、看護教育、慢性看護、遠隔看護、老年保健看護、看護管理、救急医療
1)平成21年沖縄県離島関係資料				文献数78

看護に関する研究には地域による偏在が認められることがわかった。

### IV. 結論

- 1)島しょの看護に関する研究は2002年から増えているが多い年でも最大14件でまだまだ少ない。
- 2)離島の看護に関する研究の特徴として高齢者から母子、精神、看護教育、地域看護、災害時の対応など多様な領域の研究があった。中でも「老年保健看護」に関する研究が多かった。島しょの看護活動では、高齢者を中心とした多様な対象、健康問題への対応が求められる。
- 3)健康を障害された高齢者、慢性疾患患者、障害児・者、精神障害者等を島で支えることが課題となっているがその研究文献は少ない。
- 4)研究対象となっている島は偏在しており、沖縄、長崎、鹿児島に多かった。

引用文献

- 1) 財団法人日本離島センター (2007) : 2006年版 離島統計年報 1.
- 2) 日本離島センターしましまネット (2010) : 島の基礎知識.  
<http://www.mlit.go.jp/crd/chirit/ritoutoha.html> 検索日2010.11.10
- 3) 国土庁地方振興局離島振興課 (1996) : 離島振興ハンドブック, 1-72.
- 4) 2)に同
- 5) 3)に同 4-5.
- 6) 株式会社パスコ (2006) : 平成17年度内閣府沖縄総合事務局委託調査 安心して住める離島のための基本調査 報告書 1-13 - 2-25.
- 7) 長嶺敬彦 (1985) : 老衰を対象にした在宅における終末医療—離島における試み, 公衆衛生49 (10), 708-710.
- 8) 井上仁, 箕輪良行, 河野正樹 (1993) : 離島における救急搬送の実態 搬送を要請する現場医師からのアンケート調査の検討, 日本救急医学会雑誌, 5(1), 32-41.
- 9) 玉城清子, 賀数いづみ, 古謝タカ子他 (1995) : 沖縄の離島における無資格者による分娩介助に関する調査, 日本公衆衛生雑誌, 42 (3), 229-223.
- 10) 岩永秀子 (1998) : 長崎県小値賀島住民の保健行動特性, 日本看護科学学会誌, 18(1), 30-39.
- 11) 岩本テルヨ, 田中愛子, 兼安久恵 (1998) : 在宅老人の生きがい感 離島と都市部の比較, Quality Nursing, 4(1), 42-49.
- 12) 大藪秀代, 西宏行, 渡辺千史, 岡野里美, 片島由美子, 川崎秀孝, 河本順子, 河本紀一 (2002) : 離島における高齢患者のゆめプラス使用経験, 腎と透析, 53巻別冊腹膜透析, 492-494.
- 13) 鳥谷めぐみ (2002) : 離島社会における保健医療の総合的研究 (3) 高齢者の生活を中心に, 天使大学紀要2号, 185-194.
- 14) 百々瀬いづみ (2002) : 離島社会における保健医療の総合的研究 (2) 西阿室村落における食生活の視点を中心に, 天使大学紀要2号, 173-184.
- 15) 田島忠篤 (2002) : 離島社会における保健医療の総合的研究 (1) 西阿室村落における高齢化社会について社会的視点から, 天使大学紀要2号, 159-171
- 16) 津田万寿美, 小笹美子, 松下聖子, 白井千津, 林洋子 (2002) : 沖縄県渡名喜島における台風16号被害と住民の健康, 日本災害看護学会誌4 (3), 46-51.
- 17) 崎美樹, 野津直美 (2003) : 離島中核病院における看護職の自律性と職務満足との関係, 日本看護学会論文集 看護管理33号, 251-253.
- 18) 菅原由美子 (2003) : 島で暮らしたいと腹膜透析を学んで, 北海道勤労者医療協会看護雑誌, 29巻, 39-42.
- 19) 大湾明美, 佐久川政吉, 大川嶺子, 下地幸子, 富本傳, 根原憲永 (2003) : 離島における施設入所高齢者の生きがいづくりに関する研究 —「ふるさと訪問」事業化への取り組みのプロセスと事業消化・課題-, 沖縄県立看護大学紀要4号, 94-100.
- 20) 仲宗根洋子, 吉川千恵子, 宮城裕子 (2007) : 沖縄県久米島における保健・医療・福祉の連携及び患者の自己管理支援 テレナーシングの導入とケアシステム, 日本ルーラルナーシング学会誌2巻, 49-61.
- 21) 佐久川政吉, 大湾明美 (2008) : 沖縄県—離島における高齢者の外出支援の特徴 —T島の「ボランティア移送サービス」事例-, 沖縄県立看護大学紀要9号, 45-51.
- 22) 大湾明美, 坂東瑠美, 佐久川政吉, 呉地祥友里, 上原綾子 (2008) : 小離島における「在宅死」の実現要因から探る看護職者の役割機能 南大東島の在宅ターミナルケアの支援者たちの支援内容から, 沖縄県立看護大学紀要9号, 11-19.
- 23) 菊池友美 (2008) : 島嶼住民の求める離島看護職の役割, 看護教育49(8), 704-708.
- 24) 中尾八重子 (2008) : 訪問看護ステーションのない離島における高齢者の療養場所移行の特徴と看護職の役割, 日本ルーラルナーシング学会誌第3巻, 49-59.
- 25) 清川千香子, 小島万里子他3名 (2008) : 離島における脳卒中患者の入院が長期化する要因の分析, 五島中央病院紀要10号, 61-64.
- 26) 17) に同
- 27) 8) に同
- 28) 後藤聡 (2003) : 離島者期における保健医療の総合的研究 (4) 村落の小・中学生の自覚症状と生活について, 天使大学紀要3巻, 91-102.
- 29) 後藤聡 (2004) : 離島市街地の小・中学生の自覚症状と生活, 天使大学紀要4巻, 27-39.
- 30) 山城五月, 前田和子, 上田禮子 (2008) : 児童虐待防止活動における専門職の教育的ニーズ—沖縄県の場合-, 沖縄県立看護大学紀要第9号, 1-9.
- 31) 新井信之, 渡部幹夫, 渡邊喜代子他2名 (2006) : 離島に勤務する保健師による活動の方向性 三宅島

- の精神保健活動と家族の状況、医療看護研究2(1)、95-101.
- 32) 新井信之、渡部幹夫、新井平伊他2名(2006)：離島の精神医療と精神障害者支援の状況 65離島を対象としたアンケート調査からみえてきたもの、順天堂医学52(1)、103-110.
- 33) 19) に同
- 34) 三浦妙、渡部絵里子、中山久美子他5名(2004)：粟島へき地診療所における看護活動、新潟厚生連医誌13(1)、47-48.
- 35) 15) に同
- 36) 春山早苗、鈴木久美子、佐藤幸子(2005)：へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割 診療所看護職の活動の現状と認識から、自治医科大学看護学部紀要3巻、3-17.
- 37) 岩永喜久子(2007)：離島中核病院看護職のバーンアウトと関連要因、日本看護学会論文集 看護管理37号、61-63.
- 38) 鈴木久美子、田中幸子、岸恵美子他2名(2004)：へき地診療所において発展させるべき看護活動、自治医科大学看護学部紀要2巻、5-16.
- 39) 山崎不二子、堂下陽子、松下幸子(2007)：しまにおける総合実習での学びの到達レベルとその特徴、日本ルーラルナース学会誌2巻、37-47.
- 40) 佐久川政吉、大湾明美、呉地祥友里(2009)：島しょにおける大学と実習先との共同による看護職者の実践力向上の試み、日本ルーラルナース学会誌4巻、35-42.
- 41) 小林文子(2005)：ルーラルナースの教育プログラムの検討、地域医療第44回特集、165-167.
- 42) 林 志保、池田澄子、筒井和子(2001)：離島で暮らす人々の保健活動のあり方に関する研究(第1報) 既存資料からみた香川県22島の特徴、香川県医科大学看護学雑誌第1号、119-132.
- 43) Jean Ross(2008): Rural Nursing :Aspects of Practice, Rural Health Opportunities 19-28.

**Rural Contexts - Islands**  
**ルーラルの文脈—島嶼**

仲宗根洋子   野村幸子   知念久美子   玉城清子   神里みどり

沖縄県立看護大学紀要 第12号 (2011) 別刷

資料

## Rural Contexts - Islands ルーラルの文脈—島嶼

仲宗根洋子<sup>1)</sup> 野村幸子<sup>1)</sup> 知念久美子<sup>2)</sup> 玉城清子<sup>1)</sup> 神里みどり<sup>1)</sup>

本稿の邦訳にあたって

本大学院では組織的な大学院教育改革推進プログラム「島嶼看護の高度実践指導者の育成」として、国際島嶼看護論の科目が開講されており、国際的な島嶼看護に関する健康課題や看護援助の方略について学ぶことを目標にしている。平成21年度に、この科目の非常勤講師としてニュージーランドから招聘したJean Ross先生によって、編集されたニュージーランドでは初の「Rural Nursing: Aspects of Practice(257頁:2008年)」の著書のご紹介をして頂いた。その本の第2章に「Islands」というセクションが設けられている。ルーラルの本は豪州や米国などで数少ないながらいくつか出版されているが、「島嶼」のキーワードで章建てされたものはほとんど見当たらない。よって、本邦の島嶼看護の基礎資料の一つとして活用できるように、今回の本の「島嶼」の章を邦訳した。なお、この章の訳にあたっては、Jean Ross先生から直接許可を得て行った。

キーワード：島嶼、ニュージーランド、ルーラル

### はじめに

「島」という題材が私の興味を引き、何が「島」の特徴であるのかといろいろな思いを巡らせていた。「本土の島々などというものは存在するのか、島の人々だけに関連した健康ニーズとは何か、そして遠隔性<sup>1)</sup>というものがどのように健康対策に影響を及ぼすのだろうか？リモートのルーラル<sup>2)</sup>コミュニティで育ったことが、島や島嶼性という観念、そして遠隔性やコミュニティの存続といった概念に対する私の長年の興味に影響を及ぼしてきた。この経験のおかげで、ルーラルコミュニティの構造と機能、古参・新参者の関係や親族関係の様相(Long & Weiert, 1998)、地域固有の文化といったものへの理解を深めることができた。また、この経験により、自律性、責任感、独立性、そして十分に想像力をもって当たれば何事も成し遂げられるという自信が出てきた。そして、それが後々の私の看護実践にも影響を及ぼしてきた。

### ニュージーランドにおける島の概念

およそ25%の人口がルーラル、あるいは街から遠く離れたリモートで暮らす島嶼国家ニュージーランドにおいて(保健省, 2002)、「島」という概念は特に意義深い。

ニュージーランドは2つの本島と、そこから離れた無数の小島からなっている。(本島の一つ)南島の南方の沖合にあるスチュワート島は、ニュージーランドで3つ目に大きな島である。本章全体を通して、島嶼生活の例証としてこのスチュワート島に関する情報を用いることにする。スチュワート島には403人の定住者がおり(ニュージーランド統計局, 2006)、訪問者(旅行者)は毎年3万人に上る(保護管理局の地元職員との私信, 2006)。

全てのニュージーランド人は島民であると考えることができ、ニュージーランドのルーラルやリモート地域においては、遠隔性や狭小性、あるいは島嶼性をより感じやすくなる。島民には、自分たちの生態系が、海岸というひとつの有界域をはるかに超えて続いているのが見えている(McCall, 2002a)。海洋資源は島民の生態系の一部とみなされ、マッコールによると、大陸から来た人間が陸地ではなく海が家だと感じた時、その人は初めて島の人間になるのである。海岸から200海里まで広がる排他的経済水域(EEZ)は、島の勢力範囲を大きく広げることになり、島民は海岸から遠く離れた海上まで航海し、自分たちの技能を駆使して貿易経路と資源を制御・管理している。

ニュージーランドのルーラル・リモート地域を、それ

1 原文の「isolation」を本稿では島嶼看護学の慣行に従って主に「遠隔性」と訳すが、文脈に応じて「孤立性」あるいは「孤立」という訳を当てる箇所もある。類似語である「remote」は本稿では一貫して「リモート」とカタカナ表記とする。

2 原文の「rural」は本稿ではカタカナ表記の「リモート」に統一する。

1) 沖縄県立看護大学大学院

2) 沖縄県立看護大学大学院博士後期課程

らの繋がり、遠隔性、有界性<sup>1</sup>といった観点から分析し、これらの地域内部から他の地域を眺めることで、ルーラル・リモートのコミュニティがどのように機能しているのかが明らかになってくる。(スチュワート島のような)「資源コミュニティ」は、社会と天然資源の接点に位置し、経済の浮き沈みのサイクルの影響を強く受けている (McClintock, Baines, & Taylor, 2000; Moore, 1998)。ニュージーランドの一般人口と比較した場合、この経済的・社会的な成長と下落の波は島嶼コミュニティに不利益をもたらすが (McClintock 他)、コミュニティの機能を理解することでこの不平等に対処することができる。

9人に1人が島に住み、国内的にも国際的にも、一般に認識されている「本土」との構造的分離と関係との影響に対応せざるを得ない我々ニュージーランド人、同時に島民にとって、島というものの理解は重要である。地球資源の3分の1は島嶼からのものであり、移民や海運の波及という意味において、島々の境界は世界に広がっている (McCall, 2002a)。従って、島嶼は我々の住む地球と将来の持続性に大きな影響を与えている。

## 島嶼

島は、「水に囲まれたひと固まりの土地；これに類似するもの全て、例えば (道路の) 安全地帯」と定義されている (Webster, 1989, p. 201)。ロイル (2001) によると、島というものを特別にする2つの特殊な要素とは、「遠隔性」と「環海性」である。第一に、遠隔性には (水、山、フェンスによる) 物理的なものと、(言語、共同体活動の種類、文化による) 社会的なものがある。島の遠隔性については、ボーム (2001) が「相違の事実」(p. 11) であると言及しており、島がより均質化され、近くの、例えば本土の、コミュニティと融合されることによってこの相違の事実は減少する。ロイルの挙げる二つ目の要素は、全体性や完全性のイメージ、独立した生態系の感覚を抱かせるような臨海性である (Baldacchino, 2004)。

島は、より大きな陸地と陸続きの強い繋がりのない、比較的小さな陸地という直観的な概念であると定義することができ、島とはおそらく「様々な要因によって引き起こる遠隔性と狭小性の体験」(Kelman, 2004a, p. 2) という意味を持ち、それは本土のルーラルやリモートの「小さな」コミュニティの経験や (Gould & Moon, 2000)、船、潜水艦、油田掘削プラットフォームという

形の小さな孤立した多数のコミュニティが存在する海上環境 (Bull & Boyle, 1998) に似ている。

## 島嶼に関連して考えられる諸問題

島嶼は：

- ・いつも居住者がまばらというわけではない (Gould & Moon, 2000; Hotchkiss, 1994)。
- ・非常に急速な政治的、経済的な変化が起こりうる (Baldacchino, 2004)。
- ・距離的にはリモートではなくても、分離 (状態のために避けられない) コストが、輸送システムの管理や、天候、技術的な問題にまつわる財務的・人的コストのために、(陸続きの) ルーラルエリアが負わざるを得ない分離コストよりも高くなりうる。この「島にかかるペナルティー」(Gould & Moon, 2000) と言われる不可避のコストは、スチュワート島では、インバーカーギルと比較した場合、輸送とエネルギー費用のために、毎月一家族当たり400ドルの余剰コストがかかるという衛生委員会の見積もりにより裏付けられている。
- ・個人経済は、Migration (移住)、Remittances (送金)、Aid (扶助) and Bureaucracy (官僚制) から取ったMIRAB (ミラブ) という、依存性と脆弱性を暗示する言葉を使って、悲観的に表現されている。

「本土の人間」とも定義できる都市部の人間たちから見た場合、ルーラル・リモート地域のありかたと、島嶼・島嶼性というものには多くの共通点がある。島嶼は遠隔からの観念であり、ルーラリティ (地方性) もまた神話的な遠方観念である (Logan, 1997)。そして、そこには独立した生態系の観念と、物理的・比喩的に「橋」というものが持つ影響がある。

類似性としては：

- ・島嶼とルーラルの文化と経済には、気候と季節が直接的な影響を及ぼす。そのことはさらに、サービス産業と供給産業に特徴的な需要をもたらし、また資源にも影響を及ぼす (Gould & Moon, 2000)。
- ・島嶼生活 (Hotchkiss, 1994) とルーラル (Bushy, 2000) での生活において共通の、「移住」という要素が、植民という形であろうと、通常の移民という形であろうと、遺伝子プールや民族性に影響を及ぼす。
- ・島嶼とルーラルの生活において、規模の不経済性というものが感じられる (Gould & Moon)。例えば、島の

<sup>3</sup> 原文では 'bounded-ness' という単語が使われており、ある世界・社会の限界域・境界性を示す言葉。本稿では、明らかに島嶼の文脈で使われる場合は「環海性」、それ以外は「有界性」という訳を当てる。

少数人口は、輸送、通信、サービス提供のコストを賄わなければいけない反面、法定・立法上の必要なサービスの条件というものは‘本土’のレベルに合わせられている。このような島嶼・ルーラルにおける規模の不経済性は、都市部の需要を基準とした必要なサービス提供の評価とは矛盾する現実である (Gould & Moon)。

島嶼学 (Nissology) とは、島の研究分野に与えられた呼び名であり、‘自分の言葉による学際的な研究’ (McCall, 2005, p. 418) と定義される新たな学術分野である。この研究パラダイムには以下の8つの特徴が含まれる：明らかな土地の境界；海洋資源—特に排他的経済水域 (EEZ)；大陸にある国家が (島嶼の) 権利を主張する傾向；土地と地球資源が欠乏しているという認識；社会的・文化的な生態系に限界があるという感覚；人々の繋がりや強さ；移住—転入と転出の両方が‘彼 (女) らの生態学的・社会的なシステムの本質に組み込まれた’ (McCall, 2000a, p. 730) 主要な関心事である。

### 島の人々 (島民たち)

島の人々は逆境に対して、我慢強く自立的で、回復力があり勤勉、臨機応変で冷静であるとみなされている (Bushy, 2000; Leipert & Rutter, 2000; Long, 1998; Sansom, 1970; Wirtz, Lee & Running, 1998)。島でのライフスタイルは、準備を怠らない心構え (Boaz, 2004)、充足感、親密な関係、そして人間的な尺度 (ヒューマンスケール) の感覚を促進する。

小島の地域性には、地理や資源の社会的側面と共に、臨海性や差異の社会的側面も含まれている (Royle, 2001)。小さなコミュニティにおける匿名性のなさ、親密になるための敷居の低さは、より強固な社会関係を築く (McCall, 2005)。コミュニティの個人的な関係には、近接度、社会階級、職業、性、民族性、親族、居住の長さ、時代、また宗教などが様々な度合いで複雑に内包されており、また、過去や現在、将来の様相に織り込まれた闘争や変化への対応をも含んでいる (Taylor, 1988)。

島民に影響を与えている要素の中で、よく知られているものには、帰属意識、親族関係、部外者・部内者や新参者・古参者の観念、匿名性の無さ、親密性、しっかりとしたケアネットワーク、独特な時間の捉え方、地域特有の言語、そのコミュニティで個人が持つステータスの認知、などがある (Bushy, 2000; Hotchkiss, 1994; Lee, Hollis & Median, 1998; Smith, 2004)。H.レビンとM.レビン (1987) は、島に住みながら、スチュワート島に

あるコミュニティの社会研究をおこない、島民の競合的・個人主義的な特徴と共に存在する、調和、協調、礼節、共同体精神といった特徴を確認した。このような姿勢により、漁師は海では水産資源を巡って直接競争しながらも、コミュニティにおいては友人、隣人、親類として生きることができる (H. Levine & M. Levine)。

ルーラルコミュニティの女性たちは、社会、土地、教育、健康問題に関わりあっていることが知られており、彼女たちは政治的意欲がある (Rural Women New Zealand 2001; Smith, 2004)。このことは、スチュワート島の女性たちが支援ソーシャルネットワークや集団活動において特定の役割を担い、コミュニティにおいて選り抜きの意思決定者の集団として認められているというH.レビンとM.レビン (1987) の研究結果によって裏付けされており、ムーア (1998) もスチュワート島の女性たちがかなりの意思決定権を持ち、ほとんどの委員会で優位を占めていると述べている。

### 島民に関して考える側面

島民は：

- ・島嶼性の強い感覚を持ち続けながら、移動と移住両方の意識を維持している (Baldacchino, 2004)。これは‘起源 (roots) と進路 (routes) の共存’、‘開放性と閉鎖性’の矛盾であり、グローバル化された世界の中での島嶼性や‘地域性’という観念、つまり島民の分離や不安につながるものである。
- ・時刻表に縛られる (timetabling) といった制約に直面する。例えば、島民はフェリーや飛行機の航行スケジュールに合わせて島を出入りしなければならず、それも天候に左右される。概念的には、‘timetabling’とはある種の境界、制約、制限であり、理論上は、分離の度合い、相対的な遠隔性、そして遠隔性の認識が大きく増加することになる (筆者の理論)。
- ・移動時間が取られることにより仕事や家族から離れる時間と、本土での余計な宿泊・交通費用が増えることになる。本土に行くことで、島民は孤立感を覚え (Lee 他, 1998)、天候の状態によって計画が急きょ変更になる場合に備え、町にはそのための組織化と、先を見越した計画性、そして順応性を持つことが求められる。

### 島民たちとルーラルの人々—いくつかの接点

ルーラルアイデンティティー

‘島のアイデンティティー’には、‘ルーラリティー (地方性)’との共通要素が多く含まれている (Gould

Moon, 2000)。例えば、島民たちとルーラルの人々は共に、それぞれのコミュニティにおいて複数の役割を担い、コミュニティにいる人々がどの程度の資源を持っているのかを把握して、多様で広範な知識を持つが故に‘ジェネラリスト’としての役割を果たしている (Long, 1998)。島民たちとルーラルの人々は、自分たちは都会出身者とは違うと考えている (Strasser, 1999; Fraser-Wilson, 2005)。この違いの例としては、準備を怠らない心構え (Boaz, 2004)、我慢強さ (Wirtz et al., 1998)、自律性 (Bushy, 2000)、回復力 (Leipert & Reutter, 2005) といったこれらの地域で広く浸透した意識があり、この意識は個人の生き残り、その生き残りを助けるコミュニティの持続性を維持するために不可欠である (Boaz)。言い換えるなら、個人が資源の管理を誤れば、個人が住むコミュニティ自体の存続を危うくすることになる (Moore, 1998)。

### ルーラルの孤立

‘島のような孤立’ は一般的に言えばルーラリティと、そして具体的には ‘ルーラルネス’ と ‘リモートネス’ といくつか共通の特徴がある。リーら (1998) は分離、相対性、物事の見方というものは、社会学的な遠隔性の特徴を測る物差しであると認識している。孤立の結果として、人は他の人々と意思の疎通やコミュニケーションをあまり取らなくなり、それが身体的、社会的、政治的、そして専門的な孤立へとつながることがある (Lee et al.)。それがさらに、個人とコミュニティ双方の脆弱化につながる (Bushy, 2000)。

孤立のもう一つの現象は、封鎖とおそらくは力の喪失に関わる ‘アイランディティス (islanditis)’ という症状である。‘アイランディティス’ の症状は、攻撃性、ふさぎこみ、また社会的引きこもりとして表れ、特に、島の環境の中で本土の政策を遂行しようと努力を続ける公務員に顕著に表れている (McCall, 2002)。ルーラルの人々は、この症状をキャビン熱かブッシュ熱と考えるかもしれない。

### 保健 (サービスの) 提供

オーストラリアとニュージーランドの小規模のルーラルコミュニティにおいては、保健サービスの提供がコミュニティの安定のためには不可欠であると認識されており、適切なヘルスケアが人々の回復力を高めコミュニティを強化する反面、サービスの減少は脆弱性の増大と、おそらくはコミュニティの衰退につながる (Farmer, Lauder, Richards & Sharkey, 2003; Strasser,

Harvey & Burley, 1994)。ルーラルの人々はロールパフォーマンスモデルを元に健康を理解しており、仕事や日常生活を行う能力があるかどうかは健康に対する信念の根底にある、ということは一般的にも認識されている (Elliot-Schmidt & Strong, 1997; Long, 1998; Smith, 2004)。ルーラルの人々のストイックで我慢強い性質は、小規模な島嶼コミュニティにおいても見受けられる (Swain, 1970)。島民たちとルーラルの人々は、共に長期間役職にある保健提供者に親近感を覚え、島外や地元以外の出身者を信用しない (Gould & Moon, 2000; Strasser et al.)、そして自分たちが知っている者にケアされることを好む (Long)。

### 島とルーラルの人々の健康

ルーラルやリモートに住む人々と同様に、島民たちはある程度遠隔で狭小な場所という条件の中に生きていることは明らかである。遠隔で狭小であるという困難に加え、彼らには、政治権力、管轄権、将来の発展へ向けた選択権への制限が加えられ、さらに、時には島特有の危険を及ぼす過酷な環境や経済的困難にも立ち向かわないといけない。このような条件の中で島民たちの健康は生み出されているのである。‘保健は、人々の活動と身体的・生物的環境の相互関係を理解し管理する我々の能力にかかっている’ (World Health Organization 1992, as cited in McMurry, 2003, p. 9)。

島のヘルスケアには、利用可能な急性・一次医療を作り上げるための有効なコミュニケーションシステム、信頼できる情報の収集、輸送手段、そして専門家のサービスへの適切なアクセスが必要である (Scottish Health Services Advisory Council, 1995)。地域に根ざしたスキルと文化の奨励、そしてヘルスケア提供のため地域ごとに工夫された解決法とジェネラリストアプローチが、島に住む人々に対するヘルスケアに特有の要素であると考えられてきたが (Hotchkiss 1994; Royle 1995; Ministry of Health 2002; Scottish Health Services Advisory Council, 1995)、これらはルーラル・リモートコミュニティにおけるヘルスサービスのニーズにも共通の要素である (Bushy, 2000; Lee et al., 1998; Ministry of Health, 2002; Rural Women New Zealand, 2001; Smith, 2004; Strasser, 1999)。

ケルマン (2004a) によると、島のコミュニティでは元来、脆弱性と感染性が増加する傾向にあり、これはルーラルコミュニティにおいても同様である (Gould & Moon, 2000)。世界保健機構 (WHO) によると、‘健康とは、人々が学び、働き、遊び、愛するといった毎日



の生活を送る環境の中で、その人々によって作られ育まれるものである' (World Health Organization 1986, as cited in Wass, 2000, p. 270)。WHOは、島のコミュニティは社会経済的な、そして環境的な変化に対して脆弱であり、この事は'島のコミュニティの健康と環境に多大な脅威'を与えていると認めている (cited in Galea, Powis & Tamlin, 2000, p. 178)。この脆弱性は、伝染病、経済的困難、島における社会・政治的不利益、島の戦略的重要性、そしてこれらに影響される水・食料の供給といった環境的要素、自然災害によって、健康問題へとつながっていく可能性がある。この健康問題のために、緊急・プライマリーヘルスケアの提供を必要とする島嶼独特の健康状態・サービスニーズが生まれる (Gould & Moon)。

ホッチキス (1994) の論評によると、島嶼ヘルスケアの前向きな要素は：プライマリーケアに対する地元の順応性、地元サービスへの簡単なアクセス、ジェネラリストによるケア、地元の風習への敬意、そして、専門的能力の開発やサービス提供のために、より大きな中心地との連携を探り維持する必要性を認識していることである。

マクマレー (2003, p. 10) によると、バランスと可能性は'健康の2つの重要な要素'であり、さらにマクマレー (2003) は、人々が健康な時、彼 (女) たちは身体的、社会的、感情的、スピリチュアルな要素との調和が取れており、これは健康を概念化するための社会生態学的アプローチであると述べている。社会生態学的アプローチは、我々の世界、文化、生活、そして我々と環境との関係についての根本的な思い込みに集合的な発問を行うディーブエコロジーについて考察する。

WHOは、健康な島とは、'子供たちが心身共に成長し、環境が学びとレジャーの場を提供し、人々は尊厳を持って働き歳を重ね、生態的バランスが自尊心の源となる' (World Health Organization, as cited in Galea, 1997, p. 2) 場所であると提唱しており、健康な島はプライマリーヘルスケアを通して作りあげられる。

ニュージーランド・プライマリーヘルスケア戦略 (保健省, 2001) はジェネラリストの第一レベルサービス、コミュニティへの参加、健康増進と予防、適時・公正なアクセス、健康状態を改善しヘルスケアにおける不平等を軽減する自信を生み出すような高度な実行システムに焦点を当てている。プライマリーヘルスケアには、個人の健康状態に対する事後的・継続的な管理も含まれるが、それを、高度な全体的健全性のために、持続的な健康と健全性をもたらさうコミュニティの許容能力を

築きあげることを目的とした、広範囲な活動も包含される (McMurry, 2003)。

グールドとムーン (2003) は、'(人口比率的に見て) 不釣り合いなほど立派だと一般的には受け止められるかもしれないが、特に島民たちがルーラルあるいはリモート地域にいる場合、日々島でのプライマリー・緊急ケアのニーズに応えるためには、最低限提供されるべき (保健) サービスの中核というものがある' (p. 1082)。島のコミュニティには特有の保健ニーズがあり、そのコミュニティにいる保健の専門家たちには、島の人々のニーズに見合う能力を得ることが求められる。通常、島のコミュニティにおけるヘルスケアは看護師たちによって提供され、この看護師たちは高度な看護活動を実践している (Bushy, 2000; Galea et al., 2000; Long, 1998; McMurray, 2003; Ministry of Health, 2002; Scottish Health Services Advisory Council, 1995; World Health Organization, 2001)。

#### ルーラルにおけるルーラル看護実践

遠隔性や狭小性を感じるようなルーラル、リモート、島嶼地域のほとんどのコミュニティでは、プライマリー・緊急ヘルスケアは看護師によって提供されている (Bushy, 2000; Long, 1998; McMurry, 2003; Scottish Executive, 2003; Strasser, 1999; World Health Organization, 2001)、そしてこのような看護師の役割のニュージーランドでの例は、南島の西海岸やスチュワート島で見受けられる。

このようなケアを提供する看護師は'幅広いジェネラリスト' (Bushy, 2000; Long, 1998; Galea et al., 2000; McMurray, 2003; Ministry of Health, 2002; Scottish Executive, 2003; World Health Organization, 2001) と見なされている。看護師たちにとって、プラクティショナーとしてこの'幅広いジェネラリスト'の役割を担うためには、医療や福祉分野といった、伝統的にはヘルスケア提供者と協力関係にあり、他の専門分野に属していた領域から派生したケアの要素を提供することが求められる (Strasser, 1999)。

トンプソン (2005) はニュージーランドのルーラル看護師たちの境界について調査した上で、'ルーラル・プライマリーケア看護師たちは、看護と医療分野間、看護分野内、そして看護と緊急医療分野間といったいくつかの (職務上の) 境界について折り合いをつける。看護師たちは、この境界上の仕事を、独自の'適切な'あるいは'間違った'専門家としてのアイデンティティーの折り合いをつけることによってこなしている' (p. ix)。ジ

ジェネラリストの焦点は、個人、家族、コミュニティ・ヘルスケアといったもので、ジェネラリストはアセスメント、診断、計画、介入、(事後)評価によってケアの包括モデルを取り仕切る (Ervin, 2002)。

### ルーラル看護師の能力

島嶼看護師の健康管理対策に関連する特有の能力は、高度な救急処置、高度なアセスメントと診断、コミュニティアセスメント、健康増進、疾病予防、健康スクリーニング、小手術や薬剤治療を含む治療技術、特別な対象(妊婦など)の管理、批判的思考や問題解決能力などを含むと見なされている (Bushy, 2000; Lee et al., 1998; Scottish Executive, 2003; Wilkinson & Blue, 2002; World Health Organization, 2001)。

ルーラルコンピテンシ (能力) は、ルーラルヘルスセンターが委託した研究に参加するジョーンズとロス (2002) によって明らかにされた。彼らは、次の領域に関連した 'ルーラルコンピテンシにのみ特徴的な' 幅広いカテゴリーを識別した: 距離と孤立への耐性、小さなコミュニティで専門家としての自己と個人としての自己を管理する、患者と看護師の関係を管理する、そして '他の保健専門家たちからの独立と相互依存' (Jones and Ross, 2002, p. 12)。これらのコンピテンシは、ルーラルにおける看護に特に関わりのあるものである。

### スチュワート島での看護師の体験

スウェイン (1970) は、多様で複雑な看護師としての役割を説明した、スチュワート島での彼女自身の経験を綴っている。看護師には、誠実さや困難な状況における強さ、隙のない守秘能力と信頼性が求められる (Swain)。彼女は、コンピテンシの欠如がいかに患者と看護師に影響を与えるか、そして地方保健局のコンピテンシへの適切な理解がなかったために起こった問題、'医療や調剤のことが全く分かっていない' (p. 107) 看護師を派遣されたことへのフラストレーションを強く指摘している。このことは、調査者の救護看護師がスチュワート島での勤務時に経験した困難からも裏付けできる。

セント・ジョンサービスを設置し、緊急時の援助を行うために地元ボランティアの訓練を行ったというスウェイン (1970) の描写は、ニュージーランド・セント・ジョン救急サービスと連携する島の看護師たちの活動と類似している。スウェインが例証したコンピテンシは、イギリスの小さな島嶼、主にアンスト島で従事した看護師ジェミマ・サザーランドの模範的な経歴について、哀悼の意を持って書かれた死亡記事の内容にそっくり見て取る

ことができる (Stickle, 2005)。

ここに書かれた、島嶼看護師の立場は、高度な看護コンピテンシを立証しており、ルーラル・リモートの状況における専門性と、ジェネラリスト看護師として身に付けた技能と知識の展開が含まれている。看護実践の高度化は、実践的な知識と学術研究における調査に基づいた学説を統合することによる専門化と展開の融合を指し示すものである。高度な看護は、国際的には国際看護師協会 (ICN) や世界保健機構 (WHO) によって、国内的にはニュージーランド看護師協会 (NCNZ) によって、高いレベルの臨床看護技能であると認められており、立法府とナースプラクティショナーのコンピテンシーレベルにより裏書きされている (Schobar & Affara, 2001; Nursing Council of New Zealand, 2006; World Health Organization, 2001)。国際看護協会は、ナースプラクティショナーとは '主にコミュニティに根ざして、個人、家族、そしてプライマリーヘルスケアの枠組みの中で他のヘルスケア提供者と協力して働く職業看護師である' と定義している。ナースプラクティショナーは、ヘルスケアシステムへの重要な入り口点になり、様々な状況の下で活動できる可能性がある (Schobar & Affara, p. 5-6)。

ナースプラクティショナーのための国際看護協会が説明した中核となるコンピテンシとは、家族・コミュニティ環境といった様々な状況の中で、多様性の許容、協力、批判的思考、問題解決、リーダーシップ、組織化能力を証明することであると示されている (Schobar & Affara, 2001)。そして、これに似たコンピテンシは、島嶼、ルーラル、リモート地域における広範囲に渡るジェネラリストの実践により示された、特殊な中核的コンピテンシであることが指摘されている。

### 保健対策に関連した考察されるべき将来の課題とは：

- ・我々国民が、島嶼学の視点から自分たちをもっとよく知り、世界における我々の場所を理解できるように、ニュージーランドの教育カリキュラムの一部として島嶼研究に力を入れるべきである。
- ・島嶼学的アプローチ、つまり内部から向けた本土への視点、コミュニティという '島' の視点を用いて、ルーラル・ニュージーランドにおける健康への信念や健康状態への新しい調査が行われるべきである。
- ・更に、ニュージーランドの高度ルーラル看護実践において顕著でありながらも、未だ十分な知識の集積がない分野、つまり実践、コンピテンシ、コミュニティと専門化の強いつながりといったものに焦点

を当てた調査が行われるべきである。

- ・島嶼国家であるニュージーランドの全てのルーラル・リモート地域に、処方資格を持ち、プライマリーヘルスケアが行えるナースプラクティショナーが配置できるように、国内全て20か所の地方保健局に対する国の援助が与えられるべきである。

## 結論

‘島’と‘島嶼性’という題材は、構造的な分離性と狭小性という問題に取り組む必要があり、常に小さく地理的に孤立した国民であり続ける我々ニュージーランド人が、我々について理解するために重要である。我々の身体的、社会的、感情的、スピリチュアルな健康は、我々の環境と文化との関係から生まれるものである。よって、我々は自分たちの‘島嶼性’を認識し‘島’あるいは島嶼学の視点から‘島嶼性’を研究する必要がある。この理解と知識により、看護師はルーラル、リモート、小さな‘島’の人口に正確な知識に基づいたヘルスケアを提供し、このような人々が体験する脆弱性や不利益を更に軽減することができるであろう。

## References

Baldacchino, G. (2004). The coming of age of island studies. *Royal Dutch Geographical Society KNAG*, 95(3), 272-283.

Baum (2001) In S. T. Royle. *A geography of islands: Small island insularity* (pp. 11). London. Routledge.

Boaz, T. (2004). Preparedness: lessons learned from nature. *Editorial Family & community health*, 27(3), 191-192.

Bull, R. M., & Boyle, A.J. (1998). The maritime environment: a comparison with land-based remote area health care. *Australian Journal of Rural Health*, 7(2), 83-88.

Bushy, A. (2000). *Orientation to nursing in the rural community*. Thousand Oaks, United States of America: SAGE.

Department of Conservation (2006). *Personal communication re visitor numbers*. Stewart Island.

Elliott-Schmidt, R., & Strong, J. (1997). The concept of well-being in a rural setting: understanding health and illness. *Australian Journal of Rural Health*, 5(2), 59-63.

Ervin, N. E. (2002). *Advanced community health nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.

Farmer, W., Lauder, W., Richards, H., & Sharkey, S. (2003). Dr John has gone: assessing health professionals' contribution to remote rural community sustainability in the UK. *Social Science and Medicine*, 57(4), 673-686.

Fraser-Wilson, P. (2005). (Letter to Leanne Samuels, Director of Nursing, Southland Hospital) Strategic Planning Nursing Service for Stewart Island. Stewart Island Health Committee, Stewart Island.

Galea, G. (1997). *The healthy islands concept: a work in progress*. Suva: World Health Organization.

Galea, G., Powis, B., & Tamlin, S. A. (2000). Healthy islands in the Western Pacific-international settings development. *Health Promotion International*, 15(2), 169-178.

Gould, M. I., & Moon, G. (2000). Problems of providing health care in British Island communities. *Social Science and Medicine*, (50), 1081-1090.

Hotchkiss, J. (1994). *Health care on small islands: A review of the literature*. Liverpool: World Health Organization.

Jones, S., & Ross, J. (2002). *Career development for rural nurses*. Christchurch, New Zealand: National RURAL CONTEXTS & ISLANDS 29 Centre for Rural Health, Department of Public Health and General Practice, Christchurch School of Medicine, University of Otago.

Kelman, I. (2004a). *The intrigue of islands- what are they?* UK National Trust. Retrieved September 2004 from <http://www.nationaltrust.org.uk/environment/html/features/papers/islands10.htm>

Kelman, I. (2004b). *Island vulnerability*. Island vulnerability project retrieved September 2004 from [www.islandvulnerability.org](http://www.islandvulnerability.org)

Lee, H. J., Hollis, B. R., & McClian, K.A. (1998). *Isolation*. In H. J. Lee (Ed.). *Conceptual basis for rural nursing* (pp. 61-75). New York: Springer Publishing.

Leipert, B., & Reutter, L. (2005). Developing resilience: How women maintain their health in Northern geographically isolated settings. *Qualitative Health Research*, 15(1), 49-65.

Levine, H., & Levine, M. (1987). *Stewart Island: Anthropological perspectives on a New Zealand fishing community*. Wellington, New Zealand: Victoria University.

Lewis, J. (2001). *Island characteristics and vulnerability: some perspectives*. Datum International: Wiltshire.

- Retrieved September 2004 from datum@gn.apc.org
- Logan, J. R. (1997). Rural America as a symbol of American values. *Rural development perspectives*, 12(1), 19-21. Retrieved September 2005 from <http://www.ers.usda.gov/publications/rdp/rdp1096/>
- Long, K. (1998). The concept of health: Rural perspectives. In H. J. Lee (Ed.). *Conceptual basis for rural nursing* (pp. 211-221). New York: Springer publishing.
- Long, K. L., & Weinert, C. (1998). Rural nursing: Developing the theory base. In H. J. Lee (Ed.). *Conceptual basis for rural nursing* (pp1-3). Springer Publishing: New York.
- McCall, G. (2002a). How to tell the private sector when you see it: nissological notes from the Pacific Islands. *Proceedings from the IUCN/WCPA-EA-4 Taipei Conference*. Taiwan.
- McCall, G. (2002b). Nissology: something to think about and something to protect-beyond the boundaries. *Proceedings from the IUCN/WCPA-EA-4 Taipei Conference*. Taiwan.
- McCall, G. (2005). Nissology: A debate and discourse from below. University of New South Wales: Australia. Retrieved September 2005 from <http://southpacific.arts.unsw.edu.au/nissology.htm>
- McClintock, W. L., Baines, J. T., & Taylor, C.N. (2000). *Retreat from the frontier: fishing communities in New Zealand*. Retrieved February 2006 from [http://www.tba.co/nz/coference\\_papers/](http://www.tba.co/nz/coference_papers/)
- McMurry, A. (2003). *Community health and wellness: A socioecological approach*. Australia: Elsevier.
- Ministry of Health. (2001). *The primary health care strategy*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Ministry of Health. (2002). *Implementing the primary health care strategy in rural New Zealand: A report from the rural expert advisory group to the Ministry of Health*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
- Ministry of Health. (2005). *Chatham Islands Focus: Results from the 2002/03 New Zealand Health Survey*. Retrieved May 2006 from <http://www.moh.govt.nz>
- Moore, B. (1998). *Sustainable tourism planning: A Stewart Island, New Zealand case study*. Unpublished doctoral thesis. Dunedin, New Zealand: University of Otago.
- Nursing Council of New Zealand. (2006). *Scopes of practice*. Retrieved May 2006 from <http://www.nursingcouncil.org.nz>
- Royle, S. A. (1995). Health in small island communities: the UK' s South Atlantic colonies. *Health and Place*, 1(4), 257-264.
- Royle, S. A. (2001). *Geography of islands: Small island insularity*. London: Routledge.
- Rural Women New Zealand. (2001). *Rural Health Survey*. Wellington, New Zealand: Rural Women New Zealand.
- Sansom, O. (1970). *The Stewart islanders*. Wellington, New Zealand: Reed.
- Schohar, M., & Affara, F. A. (2001). *The family nurse*. Geneva: International Council of Nurses.
- Scottish Executive (2003). *Family health nursing in Scotland*. Edinburgh: Scottish Executive.
- Scottish Health Services Advisory Council. (1995). *Health care services in remote and island areas in Scotland*. Edinburgh: Scottish Health Services Advisory Council.
- Smith, J. D. (2004). *Australia' s rural and remote health: a social justice perspective*. Victoria, Australia: Tertiary Press.
- Statistics New Zealand. (2006). *Stewart Island Community Profile*. Retrieved January 2008 from <http://30.RURAL.NURSING>  
[www.stats.govt.nz/domino/external/web/CommProfiles.nsf/](http://www.stats.govt.nz/domino/external/web/CommProfiles.nsf/)
- Stickle, E. A. (2005, winter). A tribute to a Queen' s Nurse: the late nurse Jemima Sutherland. *QNIS (Queens Nursing Institute Scotland) Newsletter*. Retrieved May 2006 from [http://www.qnis.org.uk/resources/qnis\\_cp1s.pdf](http://www.qnis.org.uk/resources/qnis_cp1s.pdf)
- Swain, G. (1970). *Stewart island days*. Wellington, New Zealand: Whitcombe and Tombs Ltd.
- Strasser, R. D., Harvey, D., & Burley, M. (1994). The health service needs of small rural communities. *The Australian Journal of Rural Health*, 2(2), 7-13.
- Strasser, R. D. (1999). Teams in rural health. *Health Care and Informatics Review* Online, 4(1). Retrieved December 2005 from <http://hcro.enigma.co.nz/website/index.cfm?fuseaction=articledisplay&FeatureID=95>
- Taylor, C. N. (1988). *Community, an introduction*. Unpublished manuscript. Taylor, Baines and Associates: New Zealand.
- Thompson, L. (2005). *Profession and place: Contesting professional boundaries at the margins*. Unpublished PhD

Thesis.

<http://www.geog.canturbury.ac.nz/research/index>

Wass, A. (2000). Promoting Health; The primary health care approach. Sydney: Saunders.

Webster, N. (1989). Webster' s dictionary. Budget Books Pty. Ltd: Melbourne.

Wilkinson, D., & Blue, I. (Eds.). (2002). The new rural health. Melbourne, Australia: Oxford University Press.

Wirtz, E., Lee, H. J., & Running, A. (1998). The lived experience of hardiness in rural men and women. In H. J.

Lee (Ed.). Conceptual basis for rural nursing (pp. 257-274). New York: Springer Publishing.

World Health Organization. (2001). Mid-level and nurse practitioners in the Pacific: models and issues. Geneva: Office of Publications.

#### 謝辞

日本語訳の校閲に関して、山口賢一氏にご尽力頂きました。ご協力頂きましたことに心より深謝いたします。

# 島嶼看護高度実践指導者の育成と将来への展望

野口 美和子

その他

## 島嶼看護高度実践指導者の育成と将来への展望

野口 美和子

沖縄県立看護大学 学長

### 1. 島嶼看護の海へ漕ぎ出すきっかけ

従来、島の暮らし、島の看護については、相反する評価がされてきた(図1)。例えば「島の暮らしは乏しく悲しい」に対して、「島が一番美しい、島でずっと暮らしたい」

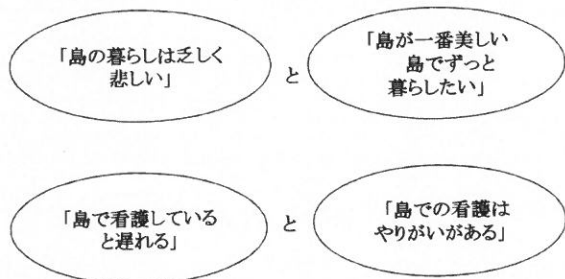


図1 島嶼看護の海へ漕ぎ出すきっかけ(その1)

たい」というものである。又、ずっと「島で看護していると遅れる」進歩から取り残されるに対して、「島での看護はやりがいがある」本当の看護に出会えたといったものである。

沖縄には多くの小離島がある。そして沖縄自体が島なのである(図2)。古来より、琉球列島と呼ばれ太平洋の島々と交流してきた。何よりも、日本国はそもそも島国なのだ。日本のとりわけ沖縄の看護を考えると、島嶼看護学の追究、研究はとても大切な課題といえる。

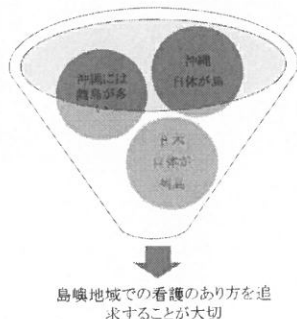


図2 島嶼看護の海へ漕ぎ出すきっかけ(その2)

沖縄県立看護大学は  
開設時から島嶼看護学の教育をしている。  
島嶼看護の研究も進めている。  
しかし  
それは十分であったか?

図3 島嶼看護の海へ漕ぎ出すきっかけ(その3)

沖縄県立看護大学は開学のための基本計画においてすでに「島嶼看護」の教育・研究が打ち出され県民に約束されていた(図3)。開学後10余年の間、島嶼保健看護の講義や島嶼での実習が一部に行われており、又様々な教育研究領域で、島の看護に関する研究が行われてきた。しかし、それは十分であったかといえばそうではなく、大学全体として組織的に取組んできたとは言い難いものであった。

### 2. 船出(文部科学省の2つのGPが同時採択)

そこで、平成20年に、2つのGPに応募しそして採択された(図4)。組織的な大学院教育改革推進プログラム「島嶼看護の高度実践指導者の育成」と、質の高い大学教育推進プログラム「島嶼環境を活かして学ぶ保健看護の教育実践」

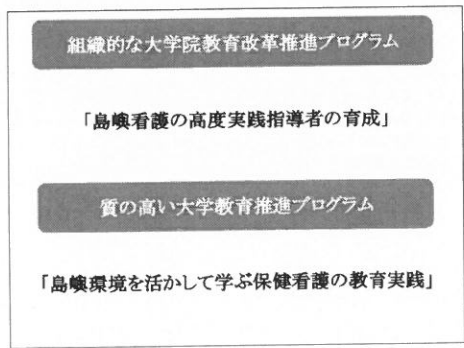


図4 船出(文部科学省の2つのGPが同時採択)

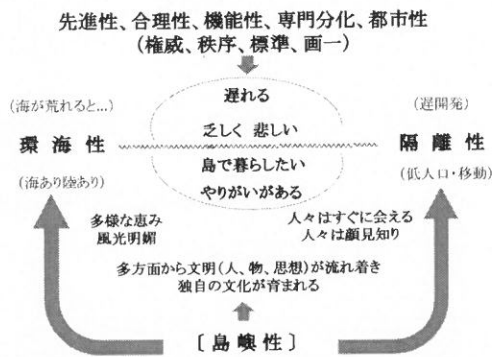


図5 島嶼看護の高度実績指導者の育成計画

の教育実践」である。島国である日本の文部科学省が、小離島を多くかかえる沖縄県の看護大学からの申請を支援するのは当然のこととはいえ、沖縄県立看護大学が、「島嶼看護の海へ沖縄から漕ぎ出す」上で、文部科学省の支援の「追い風」は、とても有り難いものとなった。

### 3. 島嶼看護の高度実践指導者の育成計画

「島嶼」とは地理的用語であると同時に歴史、産業、経済を含む、諸要因に規定される文化的用語でもある(図5)。地理的には「環海性」そして、歴史、文明、文化的には「隔離性」の特性を背負い、そこから「幸」も「不幸」も「便」も「不便」も持たせられている。海、陸からの「多様な恵み」、そして島ならではの明るく、光輝く風景があり、狭ければ狭いほどに「人々はすぐに会える、人々は顔見知り」で深く繋がって暮らしている。四方に広がる海からは海流に乗って「多方面から文明(人、物、思想)が流れ着き」そして隔離された中で「独自の文化が育まれる」という特徴も生まれる。だから人々は、島を愛し、島を誇りに思い「島で暮らしたい」と希望を抱き、希望の実現を支える看護職が「やりがいがある」と思えるのではなからうか。

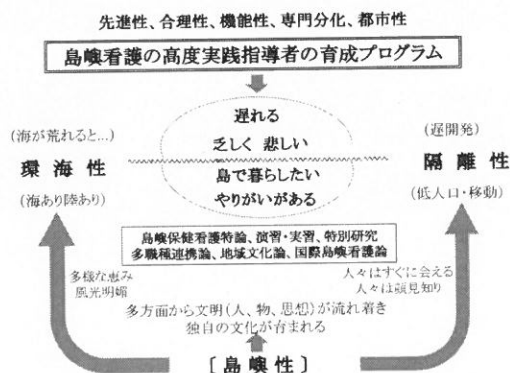


図6 島嶼看護の高度実績指導者の育成計画

一方、グローバル化が進む現代社会の「先進性、合理性、機能性、専門分化、都市性」から見ると、海が荒れ交通の不便な島では、物資、情報に「乏しく」、開発が遅れるために、若者が、病弱なお年寄りが外に出て行き、別れの「悲しい」体験が多くなる。先進医療施設や専門職の数も少なく、何となく置いて行かれ「遅れる」不安を覚える現実もある。

そのような島の暮らしと看護の特徴を踏まえて、島の看護を担いリードする指導者を育成するのが「島嶼看護の高度実践指導者の育成プログラム」(以下大学院GPプログラム)である(図6)。そして、「島嶼保健看護特論、演習・実習、特別研究、多職種連携論、地域文化看護論、国際島嶼看護論」が開講された。

### 4. 実践的看護研究指導を通して見えてきつつある島嶼看護の高度実践

平成21年4月に大学院GPプログラムに入学した大学院生は、講義、演習、実習を終え、今3人が課題研究、博士論文の作成に取りかかっている。まだ仮題ではあるがそのテーマを示す(図7)。修士課程での課題研究「島嶼における保健看護活動の評価のあり方」は、40年にわたる島の保健師の活動、なかでも母子保健活動に焦点をあてて、その発展過程をほりおこしデータとし、それに“島の看護を発展させたものは何であったか”を問いかけて導き、それを活動評価の視点として後輩保健師に残していこうとするものである。

課題研究「離島診療所における高齢者の内服自己管理への看護師の支援」は高齢者の内服薬の自己管理支援という一見ありふれた看護活動を通して、島での看護の特質を求め、あり方を検討するものである。

博士論文にかかる研究「島嶼地区の中核病院が行う離島支援の看護活動モデルに関する研究」は、大学院GPプログラムのためのサテライト教室を置いている宮古島

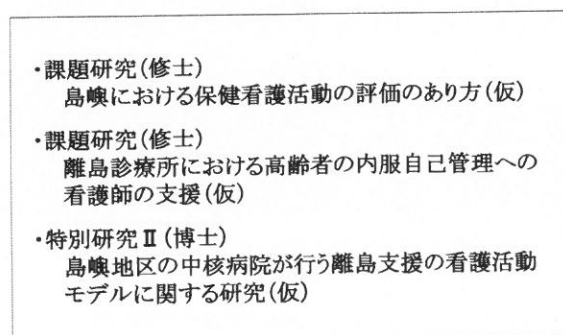


図7 実践的看護研究指導を通して見えてきつつある島嶼看護の高度実践



市にある県立宮古病院が、これまで行ってきた離島支援の諸看護活動を見直し、改革を図るために設けられた委員会に、院生が参加し、その全過程を分析対象として、離島支援の看護のあり方を検討し、モデルを提案する試みである。

これから3人の研究指導をする中で、“これは島の暮らし、島の看護らしいな”と思われる現象が見えてきている。これを「島の強み、あるいは島の強みを活かすこと」と考えられる現象と、島の弱み、「あるいは島の弱みを克服すること」と考える現象とに分けて検討してみたい。

### 5. 島嶼環境の強みを活かし、弱みを(中和、無毒化)し克服(強みに転じ)する看護実践活動

#### 1) 強みを活かす

「島では住民の状況は全て分かってしまう。」(図8)は、「今、息子が帰ってきているから訪問しよう。」「障害児の妹を兄が連れて遊んでいる。だから、兄の同級生達は障害児との付き合いに慣れていらいいことが見えてくる。」これは障害者のノーマライゼーションを大いに前進させると考える。「精神障害者も、サトウキビの収穫時期は手伝っている。だから、巡回診療にも出てこない。」これはとても良い傾向であると考え。「受診は忘れるが、デイケアへはちゃんと来ているので、そこに

島では住民の状況は全て分かってしまう

- ・今、息子が帰ってきているから訪問しよう
- ・障害児の妹を兄が連れて遊んでいる。だから、兄の同級生達は障害児との付き合いに慣れていらいいことがみえてくる
- ・精神障害者も、サトウキビの収穫時期は手伝っているから、巡回診療にも出てこない
- ・受診は忘れるが、デイケアへはちゃんと来ているのでそこに呼びに行けば、受診は可能
- ・服薬指導をしているつもりが、いつの間にか家の改修や家族の生活指導まで拡がってしまう

図8 島嶼環境の強みを活かし、弱みを(中和、無毒化)し克服(強みに転じ)する看護実践活動  
強みを活かす(その1)

この島で暮らしたい、この島が好きという島の人の気持ちがわかっている

- ・重度身体障害児のリハビリが、この島でできなかったために、家族ごと島を離れなければならないことは残念!これをどうにかしたい!!

図9 強みを活かす(その2)

呼びに行けば、受診は可能。」や「内服指導をしているつもりが、いつの間にか家の改修や家族の生活指導にまで拡がってしまう。」もある。

「この島で暮らしたい、この島が好きという島の人の気持ちが分かっている。」(図9)は、「重度身体障害児のリハビリが、この島でできなかったために、家族ごと島を離れなければならないことは残念!これをどうにかしたい!!」があり、これが母子保健活動として障害児療育巡回相談をはじめの原点となっていた。

「みんなで助け合っとうにかしたい。」(図10)は、「役場の職員であれば、救急搬送や台風時に寝たきり老人達のためのそれぞれの世話はすぐにできる」とか、「健診の成果が見えてくると、参加する役場の一般の職員の力の入れ方が違ってくる」もある。こんな気持ちになってしまうのが島なのではなからうか。

「島ではなんでも言い合える、何でも頼める」(図11)は、「保健師は障害児を持ったことがないから、親の気持ちわからんでしょ」と(面と向かって)言われた。それでハッと我にかえり、いろいろ工夫していった。「同じ境遇の親が話し合えるとよいと、経験者に初心者のケアを頼んだら、すぐ引き受けてくれた。」「事務に頼んだら、始めは“仕事が増える”と渋々だったが、成果が見えてくると、“島の子供達のことだから”と夢

みんなで助け合っとうにかしたい

- ・役場の職員であれば、救急搬送や台風時に寝たきり老人達のためのそれぞれの世話はすぐにできる
- ・健診の成果がみえてくると、参加する役場の一般の職員の力の入れ方が違ってくる

図10 強みを活かす(その3)

島では何でも言い合える、何でも頼める

- ・「保健師は障害児を持ったことがないから親の気持ちわからんでしょ」と言われた
- ・同じ境遇の親が話し合えるとよいと、経験者に初心者のケアを頼んだら、すぐに引き受けてくれた
- ・事務に頼んだら、始めは、“仕事が増える”と渋々だったが、成果がみえてくると、“島の子供達のことだから”と夢中になってやってくれる
- ・懇親会で三線も弾けば、家族に頼んで素麺を湯がいてもらう、何でもした島の子供達のためだもの

図11 強みを活かす(その4)

集まって、食べて、楽しめば、繋がっていく

- ・集まると必ず山羊汁をつくる、みんな仲良くなる
- ・母親同士がゆっくり過ごせるように  
保健師は昼食の手配をする
- ・本土の研究者が健診で来た時は、手を替え品を替えてもてなし、夜も研修会を開き、楽しく学んだ  
それが良かったから、飽きさせずに長続きた

図12 強みを活かす (その5)

専門職がない

- ・専門の医師や臨床心理士がいなかったから、  
研修で知り合った本土の一流の研究者に頼って、  
見事な専門家チームでの一斉検診が実現できた
- ・一流の専門家に同行訪問しことで、障害児家族指導の  
一流のやり方を身につけた
- ・課題によっては、多少のメンバーの変化はあるもの  
のほぼ同じような人が集まってくるので、ツーカーで分担  
したり、交代しているうちに、ノウハウを学び合っている

図14 弱みを克服する (その2)

交通遮断、輸送遮断が頻繁に起こる

- ・台風がよく来るので、そんな時は、島中の医療施設の  
医薬品の在庫を知らせ合ったりして、仲良くなっている
- ・台風の通過の日数が予測できるので、必要なら在宅酸素  
療法患者は入院してもらおうので安心して在宅療養ができる
- ・海の荒れ具合、家族の繁忙などがわかるので、  
離島の臨月の妊婦は早めに入院してもらおう
- ・離島検診に行って、台風で研究者とともに1週間も閉じ込  
められた。新しい事業計画や研究計画を立て意気投合し、  
それで、仲良くなれたし、エンパワーメントされた

図13 弱みを克服する (その1)

ないものねだりはしないでいるうちに諦めてしまう

- ・本島から赴任した保健師が訓練を受けずに  
放置されている障害者をみて、  
「この人達も幼い頃に訓練を受けていたら  
もっと豊かに生活できていたはず」という  
「外からの目」に触発されたことが、  
巡回診療相談を発展させた原動力

図15 弱みを克服する (その3)

中になってやってくれる」、そして「懇親会で三線も弾けば、家族に頼んで素麺を湯がいてもらう、何でもした。島の子どものためだもの」という住民が大勢いる。

「集まって、食べて、楽しめば、繋がっていく」(図12)は「集まると必ず山羊汁をつくる、みんな仲良くなる。」「母親同士がゆっくり過ごせるように、保健師は昼食の手配をする。」これが保健師の大切な仕事だった。

「本土の研究者が健診で来たときは、手を替え品を替えもてなし、夜も研修会を開き、楽しく学んだ。それが良かったから、飽きさせずに長続きた」飽きさせなただけでなく、心が通じたようである。

## 2) 弱みを克服する

弱みを克服するでは、島では「交通遮断、輸送遮断が頻繁に起こる」(図13)は、「台風がよく来るので、そんな時は、島にある全ての医療施設の医薬品の在庫を知らせ合ったりして、仲良くなっている」、「台風の通過の日数が予測できるので、必要なら在宅酸素療法患者は入院してもらおうので安心して在宅療養ができる」や「海の荒れ具合、家族の頻忙などがわかるので、」離島の臨月の妊婦は早めに入院してもらおう。」このような社会的入院というより島の入院も工夫されていた。本土からの研究者と「離島健診に行って、台風で研究者とともに1週間も閉じ込められた。新しい事業計画や研究計画を立て意

気投合し、それで、仲良くなれたし、エンパワーメントされた」がある。このように島では、禍を転じて福となすしたたかな態度が形成される。

人口規模が小さい島では各種専門職をそろえることができず「専門職がない」(図14)、また専門職は都会に偏在する傾向にある。しかしそれを逆手にとって、「専門の医師や臨床心理士がいなかったから、研修で知り合った本土の一流の研究者に頼って、見事な専門家チームでの一斉検診が実現できた。」そして「一流の専門家に同行訪問したことで、障害児家族指導の一流のやり方を身につけた」という。「課題によっては、多少のメンバーの変化はあるもののほぼ同じような人が集まってくるので、ツーカーで分担したり、交代しているうちに、ノウハウを学び合っている。」もある。

「ないものねだりはしないでいるうちに諦めてしまう」(図15)は、「本島から赴任した保健師が訓練を受けずに放置されている障害者をみて、「この人達も幼い頃に訓練を受けていたら、もっと豊かに生活できたはず」という外からの目に触発されたことが、巡回療育相談を発展させた原動力」が述べられている。常に外部に目を向け、新しい動きに関心を持っていることが島の看護指導者には必要なのだ。

「“遅れている”意識を持ちやすい。」では(図16)、

“遅れている”意識を持ちやすい

- ・保健師が住民と相互信頼関係にあったから島の住民と本土からの専門家を結びつけたので、住民はすぐに堂々と研究者と話し合うことができていた
- ・一流の専門家・研究者達から、自分達がそれまで普通にやっていたことを注目され、良い評価をされて、自信を持った

図16 弱みを克服する (その4)

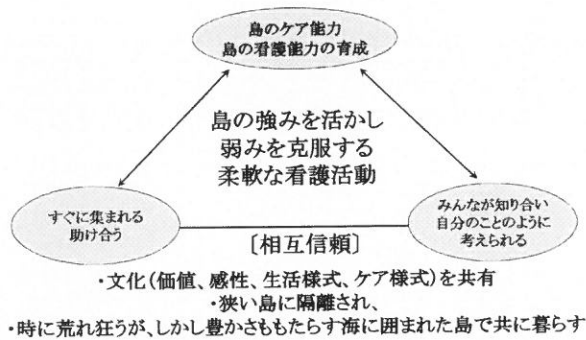


図17 島嶼看護の高度実践

「保健師が住民と相互信頼関係にあったから、島の住民と本土からの専門家を結びつけたので、住民はすぐに堂々と研究者と話し合うことができていた」住民は、始めは東京からの研究者に驚いて腰が引けていたようである。「一流の専門家・研究者達から、自分達がそれまで普通にやっていたことを注目され、良い評価をされて、自信を持った。」もある。これは島の保健師が島の住民全てを良く把握していること、自分の子どものように島の子ども達のことを心配していることに、本土から来た研究者達が感動したことを述べているものである。

## 6. 島嶼看護の高度実践

これら院生の研究指導で見えてきている島の暮らしと看護の特徴を踏まえて、「島嶼看護の高度実践」とは何かを考えてみたい (図17)。

島の住民と看護職は「文化を共有」して「狭い島に隔離」され、「海に囲まれた島で共に暮らす」ことで生まれる「相互信頼」をベースにして、「すぐに集まれる・助け合う」ことを活かし、「みんなが知り合い・自分のことのように考えられる」を武器にして、「島の強みを活かし弱みを克服する柔軟な看護活動」を組織し、「島のケア能力、島の看護能力育成」を達成しているのではないかと推測される。これを検証していきたい。

したがって「島嶼看護の高度実践指導者」は (図18)、

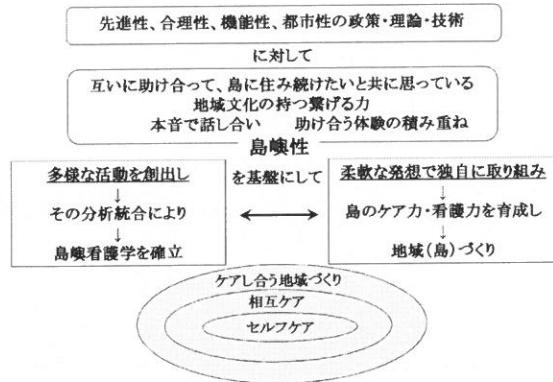


図18 島嶼看護の高度実践指導者

「先進性、合理性、機能性、都市性の政策・理論・技術」に対して、「互いに助け合って、島に住み続けたいと共に思っている地域文化の繋げる力や、本音で話し合い助けあう体験の積み重ね」つまり暮らし方に現れる「島嶼性を基盤にして」「柔軟な発想で独自の取り組み」「島のケア力・看護力を育成し」「地域(島)づくり」をしつつ、それにより「多様な活動を創出し」「その分析、統合により」「島嶼看護学を確立」することに貢献していくことが求められていると考える。

## 7. 島嶼看護の高度実践指導者の育成を通して

私どもが大学院G Pプログラムで目指したものは、沖縄の地、先島において「島嶼看護の高度実践指導者の育成を通して」、「アジア太平洋の島々、世界の島々で働く看護職と学び合い」ながら「島嶼看護学の確立」を目指すことであった (図19)。それは地域看護学への貢献として、その内容を豊かにし、文化看護学への貢献として、島で生まれ、かつ変化する多様な地域文化看護に関する事実を提供する。地域看護学と文化看護学はこれからの21世紀のグローバル化が進む時代において看護の新しい基盤となろう。そして新しい時代の看護教育を開くこと

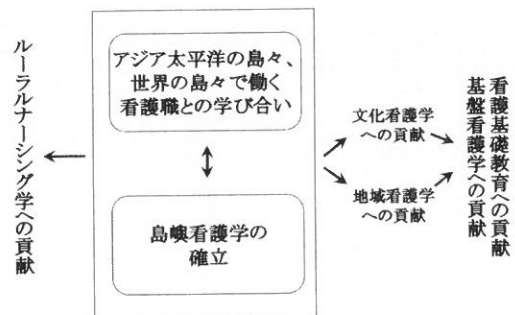


図19 島嶼看護の高度実践指導者の育成を通して

が期待される。関係する看護の学会としては日本ルーラルナーシング学会があり、私どもの研究成果が公表される予定であり「ルーラルナーシング学」への貢献が期待される。

地球が狭くなっている。水が不足している。看護の力によって、島嶼だけでなく、陸の孤島、都会の砂漠も含めて、豊かに人々が暮らす地域であるよう念じたい。

# JOURNAL

## of

### Okinawa Prefectural College of Nursing

No.12

**Original Article**

- Developing child-rearing support program in a small island village through Participatory Action Research  
Chiyoko Noda, Kazuko Maeda, Masaharu Sueyoshi, Yoichi Itosu ..... 1

**Reports**

- The Study on QOL and Related Factors about Patients with Chronic Respiratory Diseases who are under Home Oxygen Therapy - Comparing Okinawa Prefectural Isolated Islands with the Urban Areas on Okinawa Main Island  
Rimiko Ishikawa, Yuko Miyagi, Yukari Imuta ..... 13
- Maternal role attainment of Woman who got pregnant after general infertility treatment -Subjective experience until three months postpartum from the pregnancy to childbirth period -  
Kumiko Chinen, Kiyoko Tamashiro ..... 25
- Changes in depression in mothers one and three months after childbirth: comparison between mothers of newborn babies admitted to NICU and healthy babies  
Tomoko Nishihira, Kiyoko Tamashiro ..... 37
- The job satisfaction of Public health nurses employed by local government Agencies in Okinawa  
Maki Chinen, Akiko Ikeda, Yoshihide Kinjo ..... 47
- Supporting Nurses in Remote Islands through Videoconference System  
Kaori Shimizu, Midori Kamizato ..... 55
- Core nurses' perception of the introduction of STAS-J, a quality assessment tool of palliative care in the palliative care unit  
Chiaki Miyagi, Midori Kamizato ..... 65
- Creating the Dietary Diary Online: Promoting Healthier Eating Habits for Youths  
Masako Watanabe-Ito, Fumiko Miyaji, Jun Okamura ..... 73

**Research Note**

- Indication of the birth center -A case of higher level of an emergency medical center -  
Kiyoko Tamashiro, Tomoko Nishihira, Izumi Kakazu, Matsuyo Inoue, Yumi Kawahira ..... 85
- Theoretical Framework to Study Exercise Motivation for Risk Reduction among Breast Cancer Survivors  
Naomi Tamai, Midori Kamizato ..... 93

**Sources/Information**

- Trend in Studies on Nursing Skill Education in the Basic Course on Nursing Education in Japan  
- Analysis of the Literature Published from 2001 to 2009 -  
Shinobu Kinjo ..... 105

**Special Contributions to the OPCN Bulletin on Behalf of the Program for Enhancing Systematic Education in Graduate School: Development of Advanced Nursing Specialists in Island Nursing**

**Report**

- Program for Enhancing Systematic Education in Graduate School  
" Development of Advanced Nursing Specialist in Islands Nursing"  
Midori Kamizato, Kiyoko Tamashiro, Fujiko Touyama, Miwako Noguchi ..... 113

**Research Notes**

- Examination of Islands Approach in Lifestyle-related Disease of Nursing Through to Three Activities Reports  
Yoko Nakasone ..... 123
- Trend of Research on Island Nursing in Japan  
Sachiko Nomura, Yoko Nakasone, Kumiko Chinen ..... 131

**Sources/Information**

- Rural Contexts - Islands  
Yoko Nakasone, Sachiko Nomura, Kumiko Chinen, Kiyoko Tamashiro, Midori Kamizato ..... 139

**Other**

- Development and Future Prospect for Advanced Practitioner Leaders in Island Nursing  
Miwako Noguchi ..... 149

- Criteria for Manuscripts ..... 155

- Postscript ..... 157

March 2011