

沖縄県立看護大学

紀 要

第 16 号

総説

高齢者ケアにおける文化看護

呉地祥友里 大湾明美 田場由紀 大川嶺子 山口初代 佐久川政吉 …………… 1

原著

看護職者の認知症高齢者の家族介護経験と看護実践との関係

上里さとみ 大湾明美 佐久川政吉 田場由紀 山口初代 糸数仁美 ……………17

NICU 入院中の乳児をもつ母親の医療的ケア提供者としての退院準備

— 決意と自信に影響を与えた重要他者との相互作用 —

堤梨那 前田和子 ……………33

沖縄県における 10 代母親の現状とハイリスク者の特定

賀数いづみ 前田和子 西平朋子 ……………49

報告

母親行動の発達プロセス—A 島居住の幼児を持つ母親の語りを通して—

玉城清子 西平朋子 吉川千恵子 嘉陽田友香 上田礼子 ……………63

小離島の高齢者が捉える地域の健康課題とその解決方法

— 実践レベルでの住民の視点を活用した地域アセスメントのために —

糸数仁美 大湾明美 佐久川政吉 田場由紀 山口初代 牧内忍 長嶺由利子
渡真利木綿子 ……………77

離島 A 島における子育て支援のための新たな地域づくり—母子保健推進員の育成—

西平朋子 吉川千恵子 玉城清子 嘉陽田友香 ……………87

研究ノート

看護基礎教育の技術演習における学生のリフレクションに関する国内文献の検討

高橋幸子 嘉手苺英子 ……………97

乳がんの受診遅延に関する文献検討

大城真理子 神里みどり……………109

島嶼地域と都市地域の看護職者の人事交流によるキャリアアップモデル開発（第 1 報）

— 当事者が捉える課題と解決方法 —

大湾明美 佐久川政吉 仲宗根洋子 賀数いづみ 上原和代 牧内忍 宮里智子
山口初代 ……………117

日本語版退院準備性尺度親用（RHDS-PF）の開発

— パイロットテストによる表面妥当性の検討 —

上原和代 前田和子 ……………125

沖縄県立看護大学紀要投稿規程 ……………133

編集後記 ……………136

総説

高齢者ケアにおける文化看護

呉地祥友里¹ 大湾明美² 田場由紀² 大川嶺子² 山口初代² 佐久川政吉²

【目的】「高齢者は地域文化を生きている」という立場で、文化に関する文献検討により高齢者ケアにおける文化看護の現状を明らかにする。そのために、文化という概念を概観し、わが国の看護における文化の捉え方を整理したうえで、高齢者ケアにおいて文化看護がどのように教育研究されているかを検討する。

【方法】文化人類学等の論述文献、看護基礎教育のテキスト（2006年～2013年）、文化看護学会誌（2009年～2013年）、国内外文献（1989年～2013年）の中から、そのタイトルまたは抄録に「文化」、「看護」、「高齢者」、「cultural」、「nursing」、「elderly」のキーワードのある文献を抽出し、整理分類した。

【結果】文化という概念は、人間理解をめざす学問領域で多様性を持ち、人間を対象とする看護学領域でも国内外で取り入れられていた。わが国の看護における文化の記述のあった看護学のテキストは13冊で、自文化や高齢者の持つ文化を意識する必要性、グローバルとローカルな健康問題への取り組みの必要性等があった。文化の研究を蓄積している文化看護学会誌の21文献は、外国の文化と日本の文化に関するものであった。その日本の文化の捉え方は、「個人の生活体験による認識と意味」、「家族の生活体験による認識と意味」、「地域の特徴による人とのつながり」、「歴史の生活への影響」、「看護職が異なる地域文化にふれる体験」、「組織の特徴による人とのつながり」の6項目に分類できた。国内外の高齢者ケアにおける文化看護の研究は、国内61文献では「地域の持つ文化」、「文化の比較」に関するもの、国外85文献では「移民の文化」に関するものが多くみられた。

【考察】文化看護の教育には、異文化理解のために自文化を意識する必要性、個々の高齢者の持つ文化という虫の目（ローカルな視点）と老いのもたらす文化という鳥の目（グローバルな視点）の必要性が示唆される。高齢者ケアにおける文化看護の研究では、国内外でその差異を生じさせているのは自己観と考えられ、自己観が研究の関心テーマや何を研究の対象とするかに影響していると考えられる。

キーワード：文化看護 地域文化 高齢者ケア

I. はじめに

高齢者が急増する中、社会保障制度改革推進法により、相互扶助体系をバランスよく組み立て、それぞれの地域に見合った地域包括ケアシステム構築が急がれている（厚生労働省，2013）。それに伴い高齢者ケアも、住み慣れた地域で馴染みの関係の中で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる支援が必要である。松林（2007）は「老化の多様性における個人差について生涯をすごした自然環境や文化背景の影響を考慮する必要がある。」と、対象理解のために文化背景を考慮する必要性を述べている。

また、下地（2007）は離島の高齢者が慣れた地域に住み続けること、伝統行事に参加すること、方言を話すことという地域文化行動は、健康感と幸福感に影響していると述べている。これらのことから、「高齢者は地域文化を生きている」とし、高齢者ケアを捉えなおす必要があると考える。

看護において文化が取り扱われたのは、アメリカで1990年代に文化人類学の視点から看護を捉えたレイニンガー（M. M. Leininger, 1995）による。レイニンガーは、文化的背景がケアに影響するとし、サンライズモデルを提唱し、「文化ケア（Culture care）」理論を構築した。わが国の看護における文化は、千葉大学の21世紀COEプログラム（千葉大学大学院看護学研究科、

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

2008)、日本文化型看護学の創出・国際発信拠点－実践知に基づく看護学の確立と展開－で組織的に検討された。そのほぼ同時期に、「世界の各地に生きる人々がもつ文化の多様性、普遍性を探求し、それらに反映した看護方法を研究開発し、看護学の発展に寄与すること」を目的として文化看護学会(2007)が設立された。野口ら(2011)は、「文化に根ざした保健看護の取り組みは、実際は地域ケアの実践である」と述べ、地域ケアとは「ケアを地域で実践するのではなく、地域によるケア」とし、地域文化を基盤にそこで暮らす人々とともにケアを創ることを強調している。しかし、地域文化を取り入れた文化看護の体系化は緒についたばかりで、高齢者ケアにおいてもその教育や研究は散在し、高齢者ケアにおける文化看護の現状を整理する必要があると考える。

そこで、本稿では「高齢者は地域文化を生きている」という視点から、文化に関する文献検討により高齢者ケアにおける文化看護の現状を整理する。そのために、文化という概念を概観し、わが国の看護における文化の捉え方を整理したうえで、高齢者ケアにおいて文化看護がどのように教育研究されているかを検討する。

II. 研究方法

1. 文化という概念の概観

文化人類学、文化社会学、文化心理学のそれぞれの分野の研究者による文化についての論述を文献で整理した。

2. わが国の看護における文化の捉え方

看護学のテキストと文化看護学会誌から文化の捉え方(文化看護)を把握した。看護のテキストにみる文化看護については、看護基礎教育で「文化看護」について記述されているテキスト名とその内容に関する文献が2005年まで検討され整理されていた(佐藤ら, 2005)。その文献

検討の継続として、2006年から2013年までの看護基礎教育における看護のテキストで文化がどのように扱われているか検討した。用いたテキストは、先行研究(佐藤ら, 2005)で文化看護の記述内容が掲載されていた基礎看護領域、地域看護領域(家族看護、在宅看護を含む)に老年看護領域を加えた。検討テキストは75冊中、目次か索引に文化のキーワードが含まれている13冊を分析対象とした。看護領域別で文化の記載があったものは、基礎看護領域は3冊、地域看護領域は8冊、老年看護領域は2冊であった。分類は文化についての記述部分を段落で抜き出し、その記述内容を佐藤らの項目に照らして分類した。

文化看護学会誌にみる文化看護については、文化看護学会が発行している全ての学会誌である第1巻～第5巻(2009～2013年)を用いた。対象文献は、総説、原著、報告、資料であり、寄稿論文や学会活動の報告等は除外し21件に絞り込み、文化の捉え方に関する記述を要約し、内容ごとに文化の捉え方を分類した。

3. 高齢者ケアにおける文化看護の研究

国内文献の抽出は、国内の医学・看護学関係文献を網羅的に収録している医学中央雑誌web版を用い、1989年～2013年を検索対象とした。キーワードは「文化」、「看護」、「高齢者」とし、「文化」×「看護」×「高齢者」で398件であった。さらに「原著」と「総説」を抽出し174件に絞り込んだ。絞り込んだ後、論文名、キーワード、要旨のどちらにも「文化」の文字が記されていないもの、及び固有名詞(大学名)や行事(文化祭)などは除外し、分析対象を61件とした。分類は、先に文化看護学会誌の掲載文献を、研究目的、対象、方法から、研究メンバー間で帰納的な分析をくり返し、高齢者ケアにおける文化看護について「個人の持つ文化」、「家族の持つ文化」、「地域の持つ文化」、「移民の文化」、

「組織・専門職文化」、「文化の比較」、「文化の教育研究方法」の7つのカテゴリーに統合した。

国外文献の抽出は、看護とそれに関連する医療分野の文献を収録しているCINAHLを用い1981年以降を検索対象とした。キーワードは「cultural」、「nursing」、「elderly」とし、「cultural」×「nursing」×「elderly」で25件、abstract検索で12件に絞り込んだ。同様に「local」×「cultural」×「elderly」のabstract検索は7件、「cultural care」×「nursing」×「elderly」のabstract検索は10件であった。また、PubMedを用いて「cultural care」×「nursing」×「elderly」のabstractのあった61件を加えた。絞り込んだ文献に重複はなく、abstractを読み内容が高齢者と関連性がない5件を除外し、検討文献は85件とし、国内文献と同様に分類した。

Ⅲ. 結果

1. 文化という概念の概観

文化は、cultureの訳語であり、原義は「耕作」である。古在 (2009) は、cultureの多様な複合語から、日本語では、文化以外に耕、作、業、芸、養、殖、産、育、栽、培、飼の意味があり、「文化は、生態系の一員としての人間の創造行

為により生まれる」と述べている。このように、文化は人間と環境との相互作用の産物であり、人間の日常生活に直結したものである。したがって、人間理解をめざす学問領域では、文化の概念化に多様性がある。

文化人類学における文化の概念化とその変遷を概観した太田 (1994) の文献から、文化の定義を表1のように整理した。学術的に初めて文化を定義したイギリスの人類学者エドワード・タイラー (Edward Burnet Tylor, 1871) は、人間の行動上の違いは「人種」によるものではなく、後天的に習得された「文化」という考え方で説明を試みた。タイラーは、「文化、または、文明とは、広い民族史的観点からいえば、知識、信仰、道徳、法、習俗、その他人間が社会の一員として獲得したすべての能力と習性を含むひとつの複雑な全体」と定義し、文化を行動パターンと捉え、文化には優劣がありヨーロッパ文明社会を頂点とした文化の階層性を説明した。そして、「未開人」集団も後天的に文化を習得し、ヨーロッパ文明社会と同等の文化を十分に発達させることができるとした。

そののち、アメリカの人類学者フランツ・ボアズ (Franz Boas, 1889) は、文化の定義を明

表1. 文化人類学における文化の定義と特徴

提唱者(提唱年)	文化の定義	特 徴
エドワード・タイラー (1871)	文化、または、文明とは、広い民族誌的観点からいえば、知識、信仰、道徳、法、習俗、その他人間が社会の一員として獲得したすべての能力と修正を含むひとつの複雑な全体のこと	①文化は社会の構成員によって後天的に獲得される ②文化は知識、信仰、道徳などの複雑な総体である ③文化は(ヨーロッパ文明)に等しく、(概念として)単数扱いされる
フランツ・ボアズ (1889)		①(概念として)文化は複数扱いされる ②世界中の文化は平等である ③文化は経験を秩序立てる
ルース・ベネディクト (1946)	(文明国が立脚しているところの諸前提としての文化)文化とは世界の諸社会が各々もっているいろいろなレンズのことであるから、そのレンズは各社会毎に異なり、社会の成員が暗黙のうちに自明のこととして認め、そのレンズを通して人々は自らの経験を秩序立てていく	①文化は社会のメンバーによって共有される ②文化は暗黙の了解である ③文化は(概念として)複数扱いをする ④行動を意味づける枠組みである
ジェームス・ビーコック (1986)	文化とは特定の集団のメンバーによって学習され共有された自明でかつきわめて影響力のある認識の仕方と規則の体系	①文化は社会の構成員によって学習される ②文化は(自明であるがゆえに)暗黙の了解事項である ③(特定集団は数多く存在するので)文化も(概念として)複数扱いされる ④文化は認識の仕方・規則の体系である

出典：太田好信。(1994). 文化. 浜本満, 浜本まり共編. 人類学のコンセンサス文化人類学入門, 1-20, より一部抜粋して作成

確にしていなが、「未開人」の現地調査から、それぞれの文化は等しく価値を認められるべきという文化相対主義を強調した。ボアズの考え方は、ルース・ベネディクト（Ruth Benedict, 1946）やジェームズ・ピーコック（James L. Peacock, 1986）によって、文化とは「特定の集団のメンバーによって、学習され共有された自明でかつきわめて影響力のある認識の仕方と規則の体系」と定義している。ボアズ以降の文化の定義の特徴は、文化を階層ではなく相対でとらえ、行動パターンのみでなく行動に意味が付与されることを含めていた。

このような文化の捉え方の多様性について、クローバーとクラックホーンが、261に及ぶ文化の定義や説明を整理（表2）、7つの定義と6つの説明に分類した（江村，2003）。

表2. A. L. KroeberとC. KluckhohnによるCultuteの定義と説明

タイプ	内 容	数
Definitions (定義)	A: Enumeratively descriptive	20
	B: Historical	22
	C: Normative	25
	D: Psychological	38
	E: Structural	9
	F: Genetic	40
	G: Incomplete Definitions	7
Statements (説明)	A: The Nature of Culture	22
	B: The Components of Culture	7
	C: Distinctive Properties of Culture	9
	D: Culture and Psychology	22
	E: Culture and Language	17
	F: Relation of Culture to society, Individuals, Environment, and Artifacts	23

出典：江村裕文（2003）. 文化の定義のための覚書－文化その1－, 112-123, の一部を抜粋し作成

隣接領域である文化社会学では、北川（1999）が、クラックホーンの文化の定義を「明示的・暗示的に存在する、行動に関する、または行動のためのパターンからなり、シンボルによって獲得され伝達されるもので、人間の集団の顕著な功績である。文化の本質的な中核は、伝統的

に継承されてきた観念や、とりわけそれに付与された価値からなっている」と和訳した。そのうえで、社会学的に文化を分析する視点を、シンボルの体系、意味の体系、価値の体系に整理し、文化の類型として、物質形態の有無により精神文化を「文化」とし、物質文化を「文明」とする類型、あるいは意味の性質により「明示的文化」と「匿名的文化」とする類型、さらに文化の受け入れられている社会成員の範囲により「普遍的文化」、「特殊的文化」、および「選択的文化」とする類型を提案した。さらに文化のとらえ方は、研究目的や方法によりこれからも考案され続け、多様性が増すと結論づけている。

心理学の分野では、ヴントが、環境と心を独立させ、機能的な心を研究する「生理心理学（実験心理学）」と文化的所産としての心を研究する「民族的心理学」の二つの心理学を提唱した（Cole, 1996）。石井（2010）は、心理学における文化の捉え方と研究方法を整理した。文化心理学における文化の捉え方は、適応体系と観念体系というふたつがあり、適応体系は、心と文化は切り離され、心が文化に適応していくために、文化は心に影響するという捉え方、観念体系は、文化は人間に内包され、あるいは人間を内包し、心と文化は双方向に影響し合うという捉え方である。また文化と心理に関する研究方法は、文化心理学的アプローチ、社会歴史的アプローチ、制度的アプローチの3タイプがあり、それぞれの文化の定義と特徴を表3に整理した。

桑山（2005）は人類学の立場から、文化の特徴と内容を「文化は学習される」、「文化は共有される」、「文化は理念と実践の双方からなる」、「文化は統合されている」、「文化は適応の手段である」、「文化は変化する」の6つとしている（表4）。以上のように、文化を研究対象とする学問分野は広がり、捉え方や定義も多様に発展してきた。

表3. 心理学における研究方法ごとの文化の定義と特徴

研究方法	文化の定義	特 徴
文化心理学的アプローチ	文化とは、歴史的に取捨選択され、累積してきた慣習、概念、イメージ、通念、それらの体系化された構造、さらにそれらに基づいて作られた人工物の総体	①文化とは様々な要素が体系化され構造化されている ②文化とは、体系化された構造に基づき人によって生成される
社会歴史的アプローチ	文化とは、複数の人々が何らかの人工物を介して協議し合う過程とその所産であるとし、通常それは世代間で改変されながら継承されるもの	①文化とは、複数の人々に共有され、生成される ②文化とは、継続し、継承される ③文化とは、変化する
制度的アプローチ	文化的な信念や行動傾向は、生態環境への適応戦略である	①文化とは、生態環境への適応をめざした信念であり、行動パターンである

出典：石黒弘明，亀田哲也，(2010)．文化実践，15-160，心の本質的社会性を問うより一部抜粋して作成

表4. 文化の特徴と内容

文化の特徴	内 容
①文化は学習される	民族間で男らしさ、女らしさなどに関して全く異なる気質が見られることから、これらは、文化によって後天的に作り上げられ、生み出されるものであり、従って文化は、学習された結果である
②文化は共有される	同一文化の成員は、文化を同じくする人間は、似たように考え行動するという意味で同質的である
③文化は理念と実践の双方からなる	文化の規則や規範（理念）は、人々の行動（実践）を制限するが、規則や規範と行動とは必ずしも一致しない
④文化は統合されている	文化は様々な要素から成立するが、それらは、相互に関連して1つの全体を形成している
⑤文化は適応の手段である	生物としての人間が生き延びるためには、自分が置かれた自然環境に適応しなければならない。人間の場合、学習され、世代間で踏襲される文化が、いわば個体と外界のクッションとして作用する
⑥文化は変化する	文化の変化には発明、革新、伝播という3つの契機がある。発明は無から有を生むこと、発明されたものは革新を経て覚知へ伝播する

出典：桑山敬己，(2005)．人類学のキーコンセプト 文化，山下晋司編，文化人類学入門 - 古典と現代をつなぐ20のモデル，208 - 219を一部抜粋して作成

2. わが国の看護における文化のとらえ方

1) 看護のテキストにみる文化看護

文化の記述のあったテキスト13冊（表5）を佐藤らの先行研究の記述内容の項目である「文化の定義」、「文化の構成要素」、「看護における文化」、「地域保健医療福祉における文化」に照らし分類した。文化の記述内容は、文化の定義に関することは5冊、文化の構成要素に関することは1冊（表6-1）、看護における文化に関することは13冊、地域保健医療福祉における文化に関することは5冊にみられた（表6-2）。

文化の定義に関する記述内容は、テキストごとに特徴はあったが、前述した桑山の文化の概念の6つの特徴（2005，桑山）を包含していた。

看護における文化は、基礎看護領域、地域看護領域、老年看護領域に記述されていた（表6-2）。記述内容は、佐藤ら（2005）の看護における文化について「看護の対象となる「個人」、

「家族」、「地域」あるいは「病気」、「健康」というものは、文化によって規定されるもの、あるいは文化そのものとして捉えて理解し、それを踏まえた看護ケアをすることが重要である」という結果と同様のものがあった。

佐藤らの先行文献（2005）にはみられなかった内容として、基礎看護領域では、「日本人は、文化的背景の異なる人々と接する機会が少なかったために、異文化を感性ではなく知識レベルで理解しようとする。（ID8）」と、我が国では文化を看護の中にとり入れるために、自文化を意識する必要性を記述していた。また、地域看護領域では、「家族のアセスメントと同時にその家族が暮らす地域の文化的価値観のアセスメントが重要になる。（ID24）」と、家族のアセスメントには、地域の文化的価値観のアセスメントの視点の重要性を記述していた。老年看護領域では、「人々の老いに対する意識は人々が

生きてきた時代や文化により変化している (ID29)」ので「現代の工業化社会のように生産者としての能力に重きが置かれる文化的価値観」では、高齢者の社会行動に影響を与え・・・ (ID28)」と、社会のまなざしが老いの価値観を形成すると記述していた。また、「高齢者は自

表5. 看護のテキスト一覧

テキスト番号	著者名	発行年	著書名	出版社
基礎看護領域	A	松本光子	看護学概論 看護とは・看護学とは[第5版]	ヌーヴェルヒロカワ
	B	田村やよひ	看護学基礎テキスト 第3巻 社会の中の看護	日本看護協会出版会
	C	ライダー島崎玲子・岡崎寿美子・小山敦代	看護学概論 第3版 看護追求へのアプローチ	医歯薬出版
地域看護領域 (在宅看護領域、家族看護領域を含む)	D	中西睦子・井伊久美子・平野かよ子	TACSシリーズ・10 実践 地域看護学	建帛社
	E	眞船拓子・杉本正子・丸山美知子・西田厚子	看護師教育のための地域看護概説－公衆衛生看護を含む地域の看護に取り組むために－	ヌーヴェルヒロカワ
	F	金川克子	最新 保健学講座1 公衆衛生看護学概論	メヂカルフレンド社
	G	宮崎美砂子・北山三津子・春山早苗・田村須賀子	最新 公衆衛生看護学 第2版 2013年版 各論2	日本看護協会出版会
	H	渡辺裕子	家族看護学を基盤とした在宅看護論 I 概論編 第2版	日本看護協会出版会
	I	石垣和子・上野まり	看護学テキスト Nice 在宅看護論 自分らしい生活の継続をめざして	南江堂
	J	山崎あけみ・原礼子	看護学NiCE 家族看護学 19の臨床場面と8つの実践例から考える	南江堂
K	鈴木和子・渡辺裕子	家族看護学 理論と実践 第4版	日本看護協会出版会	
老年看護領域	L	水谷信子・水野敏子・高山成子・高崎絹子 編	最新 老年看護学 改訂版	日本看護協会出版会
	M	正木 治恵・真田 弘美	老年看護学概論—看護学テキストNiCE	南江堂

表6-1. 看護のテキストにみる文化の記述内容

項目	看護領域*	種別番号	ID	記述の内容
文化の定義	基礎	B	1	文化には、衣食住などの物質的なものから、社会的関係や意思疎通の手段である言語や表情などがある。それらは、人間が自然環境に適応するために、各地で独自に形成され維持されるものである。文化は、歴史や社会の都合上、形づくられた約束事であり、普遍的なものでも客観的なものでもない“常識”であり、社会基盤が異なれば、異なる数だけ存在する。
		C	2	文化とは、ある集団で学習され、共有され、伝承されてきた価値観、信念、規範および生活習慣のことであり、これらがその集団の考え方や決定・行動にある一定のパターン化された方法となって表現される (マデリンM.レイニンガー,1995)。
	地域	I	3	文化とは人々に共有されている信念や価値体系のことであり、私たちの行動や認識を意識的・無意識的に枠付けるものである。
		J	4	文化とは、人間が学習によって社会から習得した生活の仕方の総称。衣食住を初め技術・学問・芸術・道徳・宗教など物心両面にわたる生活形成の様式と内容を含む (広辞苑,2007) 個人や家族が有する固有の信条・価値観の背景となるものである。人間の生活様式、行動様式、思考様式であり、そこで育った人にとって認識されにくいものである。
	老年	M	5	文化は生活様式のあらゆる側面であり、広範囲にわたり、人間の諸活動すべてを包含する。その時代を生きた人に共通する考えであるが、世代間や育った地域によって異なる。
構成要素	地域	J	6	ガイガーとデイヴィッドハイザーは、異文化アセスメントモデルの項目として、コミュニケーション、距離感、社会組織、時間感覚、環境に対する効力感、生物学的差異をあげていた。

*看護領域 基礎：基礎看護領域 地域：地域看護領域 老年：老年看護領域

表6-2. 看護のテキストにみる文化の記述内容

項目	看護領域*	種別番号	ID	記述の内容	
看護における文化	基礎	A	7	異なる文化は異なる方法のケアを知覚し、知り、実践する。しかし、ケアには世界中のあらゆる文化において一部共通するものがある。人間は個々のヒューマンケアをする文化的存在であり、環境は個人や文化的集団がそこにおいて生活する背景としてとらえている。	
		B	8	日本人は文化的背景の異なる人々と接する機会が少なかったために、異文化を感性ではなく知識レベルで理解しようとする。看護活動をする上で自分の背景を自覚し、根気強く相互理解に努めることである。	
		B	9	文化的背景の違いによって看護の質に格差が生じないために、レイニンガー (Leininger MM) は、「人々の文化的背景を理解することなくして、すべての対象者に公正で公平な看護を提供することはできない」と認識し、「文化を超えた看護」(transcultural nursing)、「民族看護」(ethnonursing)、「比較文化看護」(cross-cultural nursing)を提唱した。	
		B	10	アメリカでは、文化の研究が盛んにおこなわれており、看護教育においても基礎教育から大学院や卒業教育まで幅広くカリキュラムに組み込まれ、発展し、保健医療政策の策定にも貢献している。わが国はアメリカとは、国際社会における歴史のおよび文化的交流の背景が全く異なるため、日本独自の看護理論を構築することが求められている。	
		C	11	文化的ケアとは、文化に基づいて健康(安寧状態)を維持したり、人間の条件もしくは生活様式を高めたり、死や障害に向き合おうとする他者または集団を援助し、支持し、能力を与えるような行為をさす。(マデリンM.レイニンガー,1995)。	
		C	12	レイニンガーは、異なる環境や文化的状況におけるヒューマンケア、安寧、健康にかかわる看護の現象に着目し、実際の調査から、ヒューマンケアリングが人間の誕生、成長、病気からの回復、安寧の維持に欠かせないもので、どのような文化にも存在するとし、文化ケアを提唱し、サンライズモデルを考案した。	
		D	13	保健師は、人々を地域文化(個人を取り巻く外部の生活環境)に帰属意識をもち、そこで生きる価値観や生活習慣を育み、生活環境と相互に影響を与え合う関係の中で生活者としてアプローチする。	
		D	14	地域看護におけるコミュニティの要素とは、①コアとしての人口動態、文化、歴史など、②自然環境、③教育、④安全と輸送、⑤政治と行政、⑥保健と社会サービス、⑦コミュニケーション、⑧経済、⑨レクリエーションであり、文化をコアとして位置づけている。	
		D	15	保健師活動において対象となる住民のものの見方、考え方、それに基づく生活のしかたという地域住民の文化を知ることは非常に重要なことである。	
		E	16	地域看護活動の特徴は、対象となる地域の自然環境、これまで受け継がれてきた文化や歴史、人口構成の割合、主要な交通網、人々の生活を支える政治や経済、教育、そして医療保健福祉サービスの充実度などから、地域を1人の人間のように、統合された1つの単位(システム)としてアセスメントしていく必要がある。	
		F	17	宗教的な信条や地域の喫煙や飲酒に対する許容度の違いが家庭内での行動に影響することから、文化や価値観が健康に及ぼす影響は大きい。	
		F	18	日本の文化としての地域ケアに、健康と人権を取り入れるためには、対象のもつ保健ニーズの把握や事例検討だけでは不十分で、他者との対話の中で自分ごととして受け止める。	
	G	19	人々の保健行動、地域ケア体制などに影響を及ぼす地域の生活文化は簡単に変えられないが、看護活動を通して健康観や介護観を変化させるには、地域文化を問い直し、発展させることにより、住み遂げたい地域づくりにつながる。		
	I	20	在宅看護は、その個人が有する価値観やライフスタイルを尊重した看護を提供することであるが、それらは、地域社会から影響を受けるため、その文化を尊重した看護を提供すべきである。		
	J	21	文化的背景の違いは、生活のしかた、考え方、行動およびその意味に影響を与え、ガイガー(Giger)とデイヴィッドハイザー(Davidhizar)による異なる文化をもつ人々の間でも意味のある援助が成り立つための指針、異文化アセスメントモデルを紹介している。		
	J	22	ライトは、「病気に対する考え方は、社会的・文化的背景をもつ患者とその家族自身が、経験、信条、価値観に基づいて独自に生み出すもので、看護者が対象を理解する鍵」としている。		
	J	23	フリードマンは、少数民族的な視点と、フェミニストの視点から、看護者の文化を理解する姿勢と家族の捉え方について、家族資源、ライフスタイル、家族周期、家族機能、家族形成過程の多様化をあげている。		
	J	24	家族のアセスメントと同時にその家族が暮らす地域の文化的価値観のアセスメントが重要になる。		
	K	25	家族は、文化から影響を受け、また、その時代の文化を創る。特に歴史的な文化を背負って生きてきた高齢者のケアの場面では、看護者は、文化的背景にまつわる家族の問題に直面しやすい。		
	K	26	文化的背景の異なる国・地域の家族や家族看護を参考にしつつも、個人の文化的背景を中心に考察することが重要である。一方、文化の異なる国・地域の家族と比較することは、対象の特性や背景を浮き彫りにすることができる。		
	老年	L	27	個人に影響をあたえる要因として、「年齢成熟的要因」、「文化的・生育史的要因」、「個別的な要因」の3つをあげ、相対的強度について説明している。文化的生育的要因では、成年期にピークを迎え、加齢と共に下降する。	
		L	28	現代の工業化社会のように、生産者としての能力に重きが置かれる文化的価値観は、高齢者の社会行動に影響を与え、多くの高齢者は、勤労意欲があるにもかかわらず、就業の機会を阻まれている。	
		M	29	人々の老いに対する意識は、人々が生きて暮らしてきた時代や文化により変化している。	
		M	30	儒教的な敬老精神が今も日本文化の中に流れているが、日本語表現では、「老」を賛美するより、マイナスイメージとして用いられる言葉が多い。「年齢・加齢に対する考え方に関する意識調査」(内閣府 平成15年)でも、回答者の7割が高齢者を経験や知恵が豊かであるプラスイメージより、健康不安などのマイナスイメージで捉え、言葉にみるわが国の伝統的な老いに対する価値観と一致している。	
		M	31	生活史や健康歴、その生きてきた社会や時代、特定の人々との関係は、文化や価値観として自然に身につく、高齢者の物事の判断や選択、これからの生き方に影響する。高齢者に共通の文化・価値観は存在するが、個別に異なる文化もある。	
		M	32	高齢者は、自文化や価値観に接することで、心癒されるので、現在の生活が自文化や価値観と一致していることが重要である。	
	地域保健医療福祉	基礎	B	33	人類の歴史は、民族移動による混血と、文化、医療、ケアなど環境に適応するための知恵を交流し発展させてきた。それが近代社会では、自決権を重視した国境により、文化や経済にも境界をつくり、文化の違いが政治問題とされるようになった。その解決には、文化、宗教、民族、性別の違いを受け入れられること、個々人の個々人のレベルでも自分と異なるものを理解することである。
			F	34	世界において、健康に悪い影響を及ぼす文化の例を紹介している。
		地域	G	35	離島には、歴史や独自の風土を育み、伝承されている地域があり、生活行動や生活習慣、健康問題への対応に影響している。
			H	36	地域には人々が長年にわたり代々受け継いできた老いや障害、死をめぐる地域の文化的風土があり、それは近隣の助け合いに影響する。
			J	37	日本人が移民により、日本文化の価値観を時間とともにどのように引き継いでいるかを紹介している。
			J	38	教育環境の異なる老親と老親を支える世代の経験した文化的価値の相違を紹介している。

*看護領域 基礎：基礎看護領域 地域：地域看護領域 老年：老年看護領域

文化や価値観に接することで心癒やされるので、現在の生活が自文化や価値観と一致していることが重要である。自文化や価値観は意識しづらいので言語化されにくいいため、高齢者の文脈や行動場面から対象理解する姿勢が必要である。(ID32)」と、高齢者の生きている文化を、意識的に理解する必要性を記述していた。

地域保健医療福祉における文化については、佐藤ら(2005)の先行文献では、看護専門家以外の社会学や心理学、公衆衛生学のそれぞれの分野で取り扱われていた。しかし今回の記述は、基礎看護領域と地域看護領域にみられ、「・・・文化の違いが政治問題とされるようになった。その解決には、文化、宗教、民族、性別の違いを受け入れる・・・(ID33)」、「世界において、健康に悪い影響を及ぼす文化の例を紹介・・・(ID34)」、「日本人が移民により、日本文化の価値観を時間とともにどのように引き継いでいるかの紹介・・・(ID37)」など、グローバル化社会における健康問題への取り組みを世界レベルで記述していた。また、「離島には、歴史や独自の風土を育くみ・・・健康問題への対応に影響している。(ID35)」、「地域には・・・老いや障害、死をめぐる地域の文化的風土があり、それは近隣の助け合いに影響する。(ID36)」と、特定の地域の文化を意識したローカルな健康問題への取り組みも記述されていた。

2) 文化看護学会誌にみる文化看護

文化看護学会誌の21文献を「外国の文化に関すること」7文献と「日本の文化に関すること」14文献に大別し、記述内容から文化の捉え方を分類した(表7)。

外国の文化に関することでは、文化の捉え方は、「日本と外国を比較」と「外国出身者が日本文化に適応する過程」に分けられた。

日本と外国の比較は、「認知症の捉え方の違いにもとづく認知症ケア実践の日本と中国の比

較」があった(ID1)。外国出身者が日本文化に適応する過程は、「外国出身看護師が日本の医療現場で体験する人間関係や看護技術の文化的差異を獲得する工夫と適応」があった(ID4)。

日本の文化に関することでは、文化の捉え方は「個人の生活体験による認識と意味」、「家族の生活体験による認識と意味」、「地域の特徴による人とのつながり」、「歴史の生活への影響」、「看護職が異なる地域文化にふれる体験」、「組織の特徴による人とのつながり」に分けられた。

個人の生活体験による認識と意味は、例えば、糖尿病患者に自分の身体についてどのように思うか質問すると、身体変化を知識だけでなく、自ら体験した身近な病人の身体変化の記憶から自己の身体をとらえる「糖尿病患者の主観的な身体の捉え方に影響する生活体験と身近な病人の身体変化の記憶」があった(ID10)。

家族の生活体験による認識と意味は、終末期がん患者の家族の意思決定と家族介護に対する姿勢の“ゆれ”は、患者の希望や心情を理解し寄り添おうと思う反面、周囲から提供される情報で「こうすべき」という規範に惑わされてしまう、があった(ID14)。

地域の特徴による人とのつながりは、地域のつながりが農作業や冠婚葬祭の相互扶助的な「ゆい」によって支えられた地域が、「ゆい」の衰退により地域での人と人とのつながりによる助け合いが希薄化していることを懸念し、新たな組織づくりによるつながりをつむぐ、があった(ID16)。

歴史の生活への影響は、日本独自の睡眠援助方法となった足浴を洞察するために、看護学の教科書などから理論的背景や、関連する日本の習慣や歴史との関連を調べた「看護技術(足浴療法)について、歴史からその起源と生活習慣との関係を紐解き、日本独自の看護ケアを考察」があった(ID17)。

看護職が異なる地域文化にふれる体験は、沖

表7. 文化看護学会誌からみた文化の捉え方

ID	著者名	発行年	文献名	文化の捉え方に関する記述の要約	文化のとらえ方	
1	正木治恵, 張平平, 周宇とう他	2009	文化に根ざした認知症予防教室の開発過程における日中比較	認知症の捉え方の違いにもとづく認知症ケア実践の日本と中国の比較	日本と外国を比較	外国の文化に関すること
2	張平平, 正木治恵	2010	中国老年看護の発展に向けた一考察 日本老年看護の概観を通し	高齢者対策・制度と老年看護の提供体制を文化とした日本と中国の比較		
3	藤田水穂	2013	日本およびフィンランドの小学校教科書における人体や健康に関する教育の比較	子供に対する健康教育制度を文化とした日本とフィンランドの比較		
4	王麗華, 小林和成, 大野絢子	2010	外国出身看護師の医療現場における文化的対応に関する研究	外国出身看護師が日本の医療現場で体験する人間関係や看護技術の文化的差異を獲得する工夫と適応	外国出身者が日本文化に適応する過程	
5	飯田貴映子, 酒井郁子	2012	高齢者長期ケア施設における外国人看護職・介護職の就労の現状と課題	外国人看護職・介護職の就労の困難と可能性		
6	酒井郁子, 胡秀英	2012	四川大地震における災害後リハビリテーションと看護の課題	災害支援での他地域での支援と文化的コンピテンシーの必要性		
7	西田伸枝, 田所良之, 谷本真理子他	2013	在日コリアン高齢者1世における文化を尊重したデイサービスの意味	日本に移住した在日コリアン同士のデイサービス利用時における自国の習慣再現とその意味		
8	石川麻衣, 宮崎美砂子	2009	自主グループ参加者のライフストーリーからみた健康づくりのテーマ	健康づくり体験の意味の類似性と多様性から対象を理解	個人の生活体験による認識と意味	
9	宇野澤輝美枝	2013	重度身体障害をもちながら生きてきた人のライフストーリー	重度障害をもちながら生活する主観的体験の理解によるエンパワメント		
10	高橋良幸, 張平平, 清水安子他	2010	日本における糖尿病予防に取り組む人々の身体の捉え方とその文化的考察	糖尿病患者の主観的な身体の捉え方に影響する生活体験と身近な病者の身体変化の記憶		
11	杉本洋	2011	表現する生存者の戦術的実践 経験の深化と「正常」と「異常」の再構成	精神障害を抱える患者の表現活動から捉えた主観的な病気体験の理解		
12	酒井郁子, 湯浅美千代, 島田広美他	2010	脳卒中患者の自我発達を促進する看護援助理論を用いた看護師学習プログラムの開発と評価	看護職経験後の看護理論の学びなおしが実践との照合により専門職アイデンティティの確立に与える影響		
13	遠藤和子, 正木治恵	2011	食卓の営みの語りに表れた2型糖尿病とともにある中高年女性のありよう	食卓の営みに表現される女性の生活経験と病気体験の関係	家族の生活体験による認識と意味	日本の文化に関すること
14	櫻井智穂子, 眞嶋朋子	2013	終末期の緩和を目的とした療養への移行におけるがん患者の家族の決断のゆれに関する研究	終末期の療養環境に関する家族の意志決定に影響する地域の規範と家族のずれ		
15	井出成美, 佐藤紀子, 山田洋子他	2009	社会的サポートネットワークの構築につながる高齢者のエンパワメント指標の試案	地域にある人間関係を活用した住民エンパワメント	地域の特徴による人とのつながり	
16	武分祥子, 柄澤邦江, 岩崎みすず他	2010	地域ケアにおける人々のつながりに関する研究 飯田市郊外の住民が語った「結い」の実態をもとに	地域の人間関係がつくる相互扶助的サポートネットワークの変化		
17	吉永亜子, 吉本照子, 石垣和子	2009	睡眠を促す日本の看護技術としての足浴 足浴利用法の変化	看護技術(足浴療法)について、歴史からその起源と生活習慣との関係を紐解き、日本独自の看護ケアを考察	歴史の生活への影響	
18	川上裕子	2012	国民健康保険組合の設立と保健婦活動の展開 千葉県社会保健婦養成所卒業生の履歴から	保健師養成の歴史(地元の女子を対象)が生んだ地域の生活に密着した保健活動		
19	大川嶺子	2011	小規模離島A島における高齢者地域ケアシステム構築を目指した住民活動の支援 住民活動の進展に影響を与えていた社会文化的要因の検討	地域ケアシステム構築支援における地域の伝統的な意思決定システムの理解	看護職が異なる地域文化にふれる体験	
20	知念久美子, 野村幸子, 盛島幸子他	2011	沖縄における地域文化的看護体験	異なる地域文化をもつ看護職の文化看護体験		
21	眞嶋朋子, 楠潤子, 渡邊美和, 他	2012	専門看護師が必要とする看護管理者からの支援 組織文化からの一考察	専門看護師が組織横断的に役割を発揮するための看護管理者との連携と組織風土、および人間関係		

縄で看護経験を持つ看護職が、患者がユタを精神的拠り所に行っていることや特殊な民間療法を受けているなどの事実を体験する、があった(ID20)。

組織の特徴による人とのつながりは、専門看護師に役割遂行をさせるために看護管理者が、モチベーションへの支援や伝統的な縦割り組織で専門看護師が役割を遂行できるよう、組織で横断的に関われる職位につけ支援をする、があった(ID21)。

3. 高齢者ケアにおける文化看護の研究

高齢者ケアにおける文化看護を、文化看護学会誌の掲載文献から検討すると7項目であった(表8)。その分類で国内外の文献を整理すると、国内文献は「地域の持つ文化」、「文化の比較」がそれぞれ15件(24.6%)、「移民の文化」3件(4.9%)であった。それに対し、国外文献は「移民の文化」が25件(29.4%)と最も多く、「家族の持つ文化」が0件であった。

国内外の研究を概観すると、「個人のもつ文化」には、当事者としての要介護高齢者や健康障害をもった高齢者の生活の実態やケア、レイニンガーの看護理論の有用性などがあった。「家族の持つ文化」には、高齢者の健康の変化(終末期、認知症など)に対する家族や介護者の体験や認識、家族のきずなや家族間の文化の伝承などがあった。「地域のもつ文化」には、地域

の文化に影響される高齢者の健康やケア、看護師が体験した地域文化的看護体験があった。「移民の文化」には、移民を対象とした高齢者の健康の実態とケアがあった。「組織・専門職文化」には、病院や施設におけるケアの文化、看護師、介護支援専門員など専門家の高齢者やケアに対する意識などがあった。「文化の比較」には、民族や国単位の健康の比較、在日の外国人における文化の健康やケアへの影響などがあった。「文化の教育研究方法」には、文化的能力を育てる教育方法・カリキュラムの開発などの教育、高齢者の健康をナラティブアプローチやエスノグラフィー等を用いて明らかにする質的研究などがあった。

以下、項目ごとの文献例を紹介する。

1) 「個人のもつ文化」

国内の例として、障害をもつ当事者の地域生活を支える看護への示唆を得ることを目的とした文献(宇野沢, 2013)は、重度身体障害を持つ高齢期の女性を対象とし、重度身体障害を持ちながら生活している人の体験を当事者の語りからライフストーリー研究の方法を用いて分析していた。当事者の体験の行動パターンと語りによる意味を付与するとし、個人のもつ文化として捉えていた。

国外の例として、レイニンガー理論を適用して高齢者の日常的ケアを分析することを目的とした文献(Souza NM, 2012)は、II型糖尿病を持つ高齢者を対象に、半構成的面接を実施し、内容分析とcontemplated pre-analysisで分析していた。レイニンガー理論から導かれたカテゴリーにより、II型糖尿病を持つ高齢者の日常ケアを、個人のもつ文化として捉えていた。

2) 「家族の持つ文化」

国内の例として、家族の文化の違いを探り、家庭内において健康行動に影響を及ぼし得る文

表8. 高齢者ケアにおける文化看護の研究

	国内文献(%)	国外文献(%)
個人のもつ文化	7 (11.5)	16 (18.8)
家族の持つ文化	7 (11.5)	0 (0.0)
地域の持つ文化	15 (24.6)	16 (18.8)
移民の文化	3 (4.9)	25 (29.4)
組織・専門職文化	7 (11.5)	8 (9.4)
文化の比較	15 (24.6)	7 (8.2)
文化の教育研究方法	7 (11.5)	13 (15.3)
計	61 (100.0)	85 (100.0)

化がどのように伝承されているか検討することを目的とした文献(深澤, 2005)は、三世代(祖母・母・娘)を対象とし、インタビュー法を用い、データから各世代間の文化と思われる内容を分類し分析していた。3世代家族間において家庭内文化を伝承する、家族の持つ文化として捉えていた。

3) 「地域の持つ文化」

国内の例として、看護職の地域文化的看護体験と沖縄の地域文化の関係の検討を目的とした文献(知念ら, 2011)は、沖縄で看護経験のある看護師を対象に、沖縄で暮らす患者・家族・住民とのかかわりの中で認識した地域文化的看護体験について聞き取り、データを分類整理し、その結果を沖縄の地域文化との関連において検討していた。沖縄での看護の地域文化的な特徴を、地域の持つ文化として捉えていた。

国外の例として、ファミリーヘルスチームのコミュニケーションの有効性を評価することを目的とした文献(Tereza, 2013)は、ケアの受手である高齢者を対象にインタビューを実施し、質的に分析していた。高齢者とケア提供者のコミュニケーションに影響する要因として、地域の持つ文化を捉えていた。

4) 「移民の文化」

国内の例として、ブラジル日系永住者の地域における健康づくりの担い手としての役割と日系コロニアにおける健康に関する支援のあり方を明らかにすることを目的とした文献(佐藤ら, 2012)は、コロニアのリーダーを対象に、半構成的面接を実施し、エスノグラフィーを用いて質的帰納的に分析していた。健康づくりにおいて移民として異文化のなかで自文化と照らして検討し、移民の文化として捉えていた。

国外の例として、英語を話さない認知症高齢者をナーシングホームに入所させた介護者(親

戚)の体験を明らかにすることを目的とした文献(Kong E, 2006)は、家庭での介護者を対象としてインタビューを行い、内容分析を行っていた。韓国人の物事の考え方と認知症のとらえ方を、認知症ケア提供における韓国人特有の基本的文化モデルとし、移民の文化として捉えていた。

5) 「組織・専門職文化」

国内の例として、療養病棟における高齢者と看護師の入浴援助場面の構造を明らかにすることを目的とした文献(坂井ら, 2008)は、療養病棟の経験の長い看護師と長期入院している高齢者を対象とし、看護師による高齢者の入浴援助場面を参与観察と当事者インタビューを行い、KJ法で分析していた。療養病棟の文化の影響をうける看護師と高齢者を、組織文化として捉えていた。

国外の例として、看護師不足の原因を明らかにすることを目的とした文献(McNeese-Smith, 2001)は、看護師を対象に離職に影響する要因を調査し、内容分析で分析していた。組織として離職に関与している要因を組織文化として捉えていた。

6) 「文化の比較」

国内の例として、日本と中国の看護の相違点の認識を調査することを目的とした文献(安部, 2010)は、日本で看護研修経験のある中国人看護師を対象とし、中国の看護理解と異文化看護分析に(数量化)検定を用いる方法であった。国単位の異文化看護を理解する、比較文化として捉えられた。

国外の例として、糖尿病を持つアメリカ原住民の、足の潰瘍を治癒させる生物医学的および伝統的方法についての認識を明らかにする目的の文献(De Vera, Noemi, 2003)は、アメリカ原住民を対象に、エスノグラフィックな方法を

用いてデータを収集し、レイニンガーのサンライズモデルを枠組みとして分析していた。自国内に居住する原住民の文化を理解する、比較文化として捉えていた。

7) 「文化の教育研究方法」

国内の例として、糖尿病治療を中断し通院再開する時、それに至るまでにどのような体験をしているかを明らかにすることを目的とした文献（藤田ら、2013）は、Ⅱ型糖尿病患者を対象とし、エスノグラフィーの手法を方法としていた。治療の中断から再開までの体験を文脈として理解する、文化の研究手法として捉えた。

国外の例として、文化に配慮したケアの評価ツールを導入することを目的とした文献（Jeffreys, R, 2013）は、看護学生を対象に、一つの評価ツールで文化的能力を測定していた。看護実習における教員と学生の学びの共有を、文化の教育方法と捉えていた。

IV. 考察

1. 教育からみた文化看護

文化という概念は、人間理解をめざす学問領域で多様性を持ち、人間を対象とする看護領域でも国内外で「文化看護」、「cultural nursing」、「cultural care」として取り入れられていた。

看護基礎教育における文化看護は、理論書で1980年代、看護のテキストでは、1990年代に地域看護領域、2000年代に基礎看護領域、老年看護領域では、2010年代に記述がみられた。このように看護基礎教育では、文化看護を取り扱う領域の拡がりが見える。その記述内容は、先行研究では、看護の対象が文化によって規定されるものであり、文化を踏まえた看護ケアの重要性を記述していた。今回の結果では、文化看護を先進させ、単一民族であるが故に異文化に触れる機会が少ない日本人の特徴から自文化を意識する必要性、家族のアセスメント項目に文化

的価値観の追加する提案、社会のまなざしと老いの価値観の関係、健康問題の取り組みは、グローバルな視点とローカルな視点で文化を意識することを記述していた。

フォロンド（Cynthia L. Foronda, 2008）は、対象理解のための文化的感受性の概念分析を行い、文化的感受性の前提として個人は互いに違いdiversity（多様性）があること、多様な異文化とのencounter（出会い）があること、自文化との相違をawareness（認識）することを導いている。わが国の看護基礎教育では、自文化と異文化を意識するために、自文化への文化的感受性を高める教育が必要である。

また、社会のまなざしが老いの価値観を形成することから、世界に類をみない超高齢社会に向かうわが国は、高齢者先進国としての役割がある。それは高齢者個人の持つ文化、高齢者の家族の持つ文化、高齢者が生きてきた地域の持つ文化や現役時代の組織文化に関心を寄せ、今そこに存在する高齢者のアセスメントに生かす教育が求められていると考える。さらに、桑山（2005）は、近年のグローバリゼーション化により、これまで明確に区切られた特定の場所で隔離、発展してきた文化が互いに共有されることで、新しい文化観の構築が課題となっていると述べている。このように高齢者ケアにおける文化看護の教育には、個々の高齢者の持つ文化という虫の目（ローカルな視点）と人間として老いのもたらず文化という鳥の目（グローバルな視点）の必要性を示唆していた。

2. 研究からみた文化看護

文化看護学会の目的は、世界各地に生きる人々がもつ文化の多様性、普遍性を探求することを挙げていたが、文化看護学会誌からみた文化看護の研究は、外国とわが国との国際比較よりもわが国の個人や家族、地域や組織の持つ文化の特徴について多く取り上げられていた。特

に、個人や家族の生活体験や看護職が異なる地域文化にふれる体験というように体験に意味をのせて文化を紐解き、対象の持つ異文化と看護職の持つ自文化の相違を認識し対象理解につなげていた。また、特定の地域を取り上げ、歴史的な生活習慣や人とのつながりの理解から看護ケアを組み立てる研究が行われていた。つまり価値観や規範の異なる人間として異文化を受け入れる研究が行われているといえる。

高齢者ケアにおいては、国内と国外の文献で差異がみられた。国内文献は「地域の持つ文化」、国外文献では「個人の持つ文化」に関心が高く、また国外文献では「家族の持つ文化」が皆無であった。北山 (1998) は、他者との関係において欧米人は個人主義で独立的自己観を持ち、東洋人は自己と他者の境界が曖昧で相互協調的自己観を持つと述べている。家族や地域より個人の価値を優先する国外と、家族や地域の価値と照らし合わせ折り合いをつけるわが国との差異が研究の関心テーマや対象にも影響していると考えられた。

また、文化の教育や研究方法についての研究が国内外で行われていることは、高齢者ケアにおける文化看護の発展が期待できる。

V. おわりに

社会のまなざしが老いの価値観を形成することは、わが国の社会保障制度改革にも影響している。「安心と希望の介護ビジョン」(厚生労働省, 2008) では、高齢者をケアの受け手としてではなくケアの提供者として地域づくりに貢献できる人材としても位置づけている。野口 (2008) は、「地域文化のもとで生活する対象に、その文化に適したケアを開発し、提供することは看護専門職者の義務であるが、その当たり前のことが追求されずにきている」と述べ、文化に根ざした看護の実践・教育・研究に期待を寄せている。大湾 (2011) は、看護職者には、高

齢者が能力や経験を発揮できるように支援し、高齢者が「求めていること」と「できること」をつなぐこと、つまり、高齢者が地域に生かされ地域を生かすという相互に作用しあう地域づくり(生かし生かされる地域づくり)が必要であると述べている。生かし生かされる地域づくりとしての高齢者ケアは、当事者のもつストレングスに着目することであり、高齢者のストレングスとは、「地域文化を生きている」ことであると考える。

その地域に長く生活してきた高齢者は、地域のスペシャリストであり、文化に適したケアを開発するために、そのストレングスを発揮できる主体である。主体としての高齢者のストレングスは、要介護状態になっても変わらない。だとするならば、我が国が超高齢社会に対応するための高齢者ケアの方向性として推し進められている地域包括ケアシステム構築は、要介護高齢者を中心に据えて、地域の人々との協働連携によって、地域文化を中心に据えた地域づくりといえよう。

引用文献

- 安部由紀, 西村正子, 前田迪郎. (2010). 中国人看護師が感じた日中看護の相違点 中国の看護理解と異文化看護, 中国四国地区国立病院附属看護学校紀要, 6, 91-100.
- 文化看護学会. (2007). 文化看護学会設立趣意書.
<http://scns.kenkyuukai.jp/special/?id=5082>
 (2014年9月29日現在)
- Cole, M. (1996/2002). 天野清 (訳), 文化心理学 発達・認知・活動への文化—歴史的アプローチ (初版), 135-160, 新曜社, 東京.
- Cynthia L. Foronda. (2008). A Concept Analysis of Cultural Sensitivity. *Journal of Transcultural nursing*, 19(3), 207-212.
- 千葉大学大学院看護学研究科. (2008). 千葉大

- 学21世紀COEプログラム日本文化型看護学の創出・国際発信拠点－実践知に基づく看護学の確立と展開－, 1-2.
- 知念久美子, 野村幸子, 盛島幸子, 美底恭子, 糸数仁美. (2011). 沖縄における地域文化的看護体験, 文化看護学会誌, 3(1), 30-37.
- De Vera, Noemi.(2003). Perspectives on healing foot ulcers by Yaquis with diabetes, *Journal of Transcultural Nursing*, 14 (1), 39-47.
- 江村裕文. (2003). 文化の定義のための覚書－文化その1－, 112-123, 異文化, 法政大学国際文化学部企画広報委員会, <http://hdl.handle.net/10114/299> (2014年9月29日現在).
- 藤田結香里, 稲垣美智子, 多崎恵子. (2013). 通院中断した2型糖尿病患者の通院再開に至るまでの体験, 日本糖尿病教育・看護学会誌17(1), 13-20.
- 深澤圭子. (2005). 健康行動に関わる家庭内文化の伝承 祖母・母・娘三世代への聞き取りから, 札幌医科大学保健医療学部紀要, 8, 93-97.
- 石井敬子. (2010). 文化と認知－文化心理学的アプローチ, 石黒弘明, 亀田哲也(編), 文化と実践 心の本質的社会性を問う(初版), 63-160, 新曜社, 東京
- Jeffreys, Marianne R, Dogan, Enis.(2013). Evaluating Cultural Competence in the Clinical Practicum, *Nursing Education Perspectives*, 34(2), 88-94.
- 北川紀男. (1999). 文化社会学研究 現代文化の理解にむけて(第1版), 1-50, 八千代出版株式会社, 東京.
- 北山忍. (1998). 自己と感情－文化心理学による問いかけ－(初版), 共立出版株式会社, 東京.
- 桑山敬己. (2005). 人類学のキーコンセプト文化, 山下晋司編. 文化人類学入門－古典と現代をつなぐ20のモデル(初版), 208-219, 株式会社弘文堂, 東京.
- 厚生労働省. (2008). 安心と希望の介護ビジョン. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1121-8a.pdf> (2014年9月29日現在).
- 厚生労働省(2013). 地域包括ケアシステム http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ch-iiki-houkatsu (2014年9月29日現在)
- 古在豊樹. (2009). 「農」と「市民」を基盤とした文化・学術, 文化看護学会誌, 1(1), 52-59.
- Kong E.(2006). The lived experiences of Korean immigrant caregivers after nursing home placement of their non-English-language speaking (NELS) elderly relatives with dementia, University of Pennsylvania, Ph.D, 178.
- 松林公蔵. (2007). 後期高齢者の地域健康管理の課題②国際的観点から－特にアジアの点描－, ジェロントロジーニューホライズン, 19(1), 31-35.
- McNeese-Smith, Donna K.(2001). A nursing shortage: Building organizational commitment among nurses / Practitioner application, *Journal of Healthcare Management*, 46 (3), 173-87.
- M. M. Leininger. (1991/1995). 稲岡文昭(監訳). レイニンガー看護論文化ケアの多様性と普遍性(第1版), 1-74, 医学書院, 東京.
- 野口美和子. (2008). 退官記念誌沖縄県立看護大学への軌跡－沖縄県立看護大学設置の趣旨に沿った取組から－, 文化に根ざした看護の実践・教育・研究, 84-90, 沖縄県立看護大学, 沖縄.
- 野口美和子, 大湾明美. (2011). 沖縄から漕ぎ

- だす「島しょ保健看護学」の船出 第1回
「島しょ保健看護学」の確立の必要性, 看護
教育, 52(11), 942-947.
- 大湾明美. (2011). 高齢者が安全で安心して希
望をもって暮らせる地域, 正木治恵・真田
弘美編, 看護学テキストNiCE老年看護学
概論, 280-287, 南江堂, 東京
- 太田好信. (1994). 文化, 浜本満, 浜本まりこ共
編, 人類学のコモンセンス文化人類学入門
(第1版), 1-20, 学術図書出版社, 東京.
- 坂井さゆり, 田所良之, 清水安子, 正木治恵.
(2008).
療養病棟における高齢者と看護師の入浴援
助場面の構造 ケアリング実践に影響する
療養病棟文化・環境の考察, 千葉看護学会
会誌, 14(1), 62-70.
- 佐藤紀子, 井出成美, 宮崎美砂子(2005). 地域健
康支援における文化に関する文献検討, 千
葉看護学会会誌, 11(1), 79-86.
- 佐藤美樹, 田高悦子, 臺有桂, 今松友紀, 田口
理恵, 河原智江, 糸井和佳, 根本明宜, 水
嶋春朔, 森口エミリオ秀幸. (2012). ブラジ
ル日系永住者の地域における健康づくりの
担い手が有する資質と役割の記述的研究,
横浜看護学雑誌, 5(1), 55-62.
- 下地敏洋. (2007). 高齢者の地域文化行動が幸福
感に及ぼす影響に関する研究—宮古島出身
者の地域文化行動を通して—, 沖縄県立看
護大学大学院博士学位論文.
- Souza NM, Honorato SM, Xavier AT, Pereira
FG, de Ataíde MB. (2012). World-view,
cultural care and environmental concept:
the daily care of the elderly with
diabetes mellitus [Portuguese], Rev
Gaucha Enferm. Mar, 33(1), 139-46.
- Tereza de Almeida, Rita, Itsuko Ciosak,
Suely.(2013). Communication between
the elderly person and the Family Health
Team: is there integrality?, Revista
Latino-Americana de Enfermagem, 21
(4): 884-90.
- 宇野澤輝美枝. (2013). 重度身体障害をもちなが
ら生きてきた人のライフストーリー, 文化
看護学会誌, 5(1), 1-11.

Cultural Nursing in Elderly Care

Sayuri Kurechi¹, Akemi Ohwan², Yuki Taba²,
Mineko Okawa², Hatsuyo Yamaguchi², Masayoshi Sakugawa²

Abstract

Objective : From the standpoint that the elderly live within a local culture, this article aims to elucidate the current state of cultural nursing in elderly care by examining the literature on culture. In this way, a conceptual overview of culture is provided and aspects of nursing culture in Japan are organized to examine how education and research regarding nursing culture in elderly care are being conducted.

Methods : From dissertations mainly on cultural anthropology (2006-2013), textbooks on the fundamentals of nursing education (2006-2013), articles from the *Journal of Cultural Nursing Studies* (2009-2013), and domestic and international articles (1989-2013), literature including the keywords “culture/cultural,” “nursing,” and “elderly,” in its title or abstract was extracted and classified.

Results : The concept of culture is diverse in the academic fields that strive to understand human beings. As nursing is a discipline that entails caring for humans, the concept of culture has been incorporated into domestic and international studies. Thirteen nursing textbooks covered culture of nursing in Japan, including topics such as the need to be aware of one’s own culture and the culture of the elderly and efforts pertaining to global and local health issues. Twenty-one articles from the *Journal of Cultural Nursing Studies*, which publishes studies on culture, covered Japanese and foreign cultures. Japanese culture captured by these articles can be divided into the following six categories: “meaning and awareness based on personal experiences of daily life,” “meaning and awareness based on experiences of family life,” “interpersonal relationships characteristic of local culture,” “historical influences on daily life,” “experience of interacting with a different local culture through a nursing job”, and “interpersonal relationships characteristic of organizations.” Sixty-one domestic studies on cultural nursing in elderly care in Japan covered “regional culture” and “cultural comparison,” and many of the 85 international studies covered “immigrant culture.”

Discussion : These results suggest, in cultural nursing education, the need for awareness of one’s own culture in order to achieve cross-cultural understanding, as well as the need for a bird’s eye view (global perspective) of culture attributed to aging and a “bug’s eye” view (local perspective) of the culture of elderly individuals. In domestic and international studies on cultural nursing in elderly care, differences may be attributed to sense of self, and this sense of self may play a role in the topics of research interest and in what research targets are selected.

Keywords : cultural nursing, local culture, elderly care

¹ Doctoral Course, Okinawa Prefectural College of Nursing

² Okinawa Prefectural College of Nursing

原著

看護職者の認知症高齢者の家族介護経験と看護実践との関係

上里さとみ¹ 大湾明美² 佐久川政吉² 田場由紀² 山口初代² 糸数仁美²

【目的】 認知症高齢者の家族介護経験を持つ看護職者の家族介護経験と看護実践との関係を検討することである。

【方法】 研究協力者は、家族介護をする以前に、認知症高齢者を看護実践の経験を持ち、離職せずに認知症高齢者を1年以上の家族介護し、現在も継続している40代～50代の看護職者5名であった。研究方法は、半構造化した面接質問紙調査で、過去の記憶が混乱しないよう複数回面接を実施した。分析内容は、家族介護経験前後の看護職者のケアの変化、看護実践の家族介護経験へのいかし方、家族介護経験の看護実践へのいかし方であり、家族介護経験後の看護実践について質的帰納的に分析した。

【結果】 認知症高齢者の家族介護経験前後の看護職者のケアは、ケアの対象である対象者本人、家族、同僚で変化していた。看護実践の家族介護経験へのいかし方は、【多様な症状への対処】【高齢者の生き様の受容】【家族介護の強化】【専門職の役割の活用】があった。家族介護経験の看護実践へのいかし方は、【認知症高齢者の体験世界の受け止め】、【個別的なアセスメントによるケア】、【家族へのケアと介護者との共感】、【介護力のケアマネジメントとサービス利用の促進】、【職場の環境とケア方法の改善】での【地域での看護実践】があった。

【結論】 家族介護経験と看護実践との関係は、看護実践が家族介護経験にいかされ、家族介護経験は看護実践にいかされていた。

キーワード：看護職者 認知症高齢者 家族介護経験 看護実践

I はじめに

わが国は急速に少子高齢化が進み、高齢化率は2010年において23.1%で、高齢化の進行に伴い要介護者と家族介護者は増加している（内閣府，2012）。家族介護の中心は40代および50代が多く、社会的役割も期待されている世代である。一方、家族介護と仕事との両立でみると、2010年における全離職者に占める家族介護を理由とした離職者1.3%（医政局看護課，2011）に対し、看護職者が家族介護を理由とした離職者は6.9%（総務省統計局，2010）と高い比率であった。看護職者の離職は、その多くが職場でリーダー的役割の中堅の看護職者であり、離職は職場にとっても大きな損失になる。支援策として介護休業法など制度は整備され、連続3か

月を限度に1人1回の介護休暇として認められているが、休業により収入が途絶え、先の見えない介護に期限が限られている一時しのぎの介護休暇の活用は少ない。

このように、看護職者の家族介護を理由とした離職は慢性的な看護職者不足の要因となり、社会問題でもある（日本看護協会，2011）。その背景には、看護職者は家族としてだけでなく、専門職としての役割も重ねて期待されることが影響していると報告されている（小林，1996）。

家族介護のなかでも認知症高齢者の対応に苦慮している社会背景があるが、その理由として、ケアの確立が十分とはいえないことが挙げられる。わが国の老年看護学の基礎教育の始まりは1997年であり、現在の家族介護の中心世代の看護職者は、認知症高齢者の看護はおろか、老年看護の基礎教育での学びは十分とはいえない世代である。

¹ 特定医療法人葦の会 オリブ山病院

² 沖縄県立看護大学

ところで、私は、看護職者の中には退職せずに仕事と介護を両立し、介護経験を肯定的にとらえ、認知症高齢者とその家族を支援するなど仕事にいかしている実態があることを経験した。そのことは、看護実践で認知症高齢者に関わった経験は家族介護にいかされ、家族介護経験によって自信や学びを得、その経験は看護実践にいかされていると推察する。

仕事と介護を両立しながら認知症高齢者を家族介護している看護職者は、自らの看護の知識や技術、職場の人的・物的環境をどのようにいかしているのだろうか。また、家族介護者としての看護職者の介護経験は、看護実践でどのようにいかされているのだろうか。看護職者の経験や体験に関する先行研究において、看護職者本人の病気や出産・育児経験や家族の介護を自己の看護実践にいかすことの報告がみられる(西橋, 土屋, 2011; 坂上ら, 2002)。認知症高齢者の家族介護経験をした看護職者もその経験を看護実践にいかしていると考え。看護職者の認知症高齢者の家族介護経験から学ぶことは、認知症高齢者のケアの向上だけでなく、認知症の家族介護の直面する同僚を含めた家族介護者へのケアの改善や、看護職者の家族介護による離職という社会的課題の緩和への示唆が得られると考える。

そこで、本研究では、認知症高齢者の家族介

護経験を持つ看護職者の家族介護経験と看護実践との関係について検討することを目的とする。

用語の操作的定義

- 1) 認知症高齢者：認知機能の低下や周辺症状があり、認知症と医師に診断された高齢者。
- 2) 看護実践：看護職者が業務として認知症高齢者及び家族など関係者へ行っているケア。
- 3) 家族介護経験：看護職者が家族員の一人として、認知症高齢者及びその家族などに関わっているケア。
- 4) 認知症高齢者へのケア：認知症高齢者への関わりにおける身体的な世話を含む療養上の世話、気づかいや配慮、周辺症状への対応。

II 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者は、認知症高齢者施設（介護老人保健施設、療養型医療施設）の看護職者で、認知症高齢者の家族介護経験者である。研究協力者の選定条件は、家族介護をする以前に認知症高齢者の看護実践していた40代～50代の認知症高齢者の家族介護経験者で、離職せずに、認知症高齢者を1年以上家族介護し、現在も継続していることとした。さらに、同居・別居は問わ

表 1 研究協力者の概要

ID	研究協力者					被介護者（認知症高齢者）					
	年代	性別	看護実践歴	認知症看護歴	被介護者との同居の有無	年代	性別	要介護度	認知症高齢者の日常生活自立度*	障害高齢者の日常生活自立度**	被介護歴
1	40代	女性	26年	26年	無	80代	女性	2	II a	B 1	3年
2	50代	女性	30年	22年	無	80代	女性	1	IV	C	21年
3	50代	女性	33年	18年	有	90代	女性	2	II b	A 1	3年
4	50代	女性	33年	12年	有	70代	男性	2	II a	A 1	1年
5	40代	男性	27年	27年	無	80代	男性	5	IV	B 2	6年

* 平成5年10月26日 老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知

** 平成3年11月18日 老健第102-2号厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

ないが、定期的に週に1回以上家族として認知症高齢者をケアしていることとした。

研究協力者の選定方法は、3か所の認知症高齢者施設の管理者に研究の趣旨を説明し研究許可を得、[研究協力者募集]のポスターを2週間掲示した。研究協力予定者として申し出があった者に面接を行い、選定条件に照らし、研究協力候補者を決めた。研究協力候補者に対し、研究の趣旨を説明し、研究方法、特に4回の面接（研究協力者の希望に応じ面接回数を減らすことも可能）があることを文書と口頭で説明し、同意が得られた5名が研究協力者となった（表1）。

看護実践歴は26年～33年で、そのうち認知症看護実践歴は12年～27年であり、リーダー的役割の中堅看護職であった。

2. 研究方法

1) データの収集

看護職者による家族介護経験と看護実践の実態把握を目的に半構造化した面接質問紙調査を実施した。面接は、想起内容が混乱しないよう第1段階[家族介護経験前の看護実践]、第2段階[家族介護経験]、第3段階[家族介護経験と看護実践]、第4段階[家族介護経験後の看護実践]の4段階の時間軸に沿って実施した。第1段階の面接内容は、基本情報、家族介護経験前のケアのポイント、家族介護経験前のケアの困りごと、第2段階は家族介護者としての役割、第3段階は看護実践の家族介護経験へのいかし方、家族介護経験の看護実践へのいかし方、第4段階は家族介護経験後のケアのポイント、家族介護と看護実践の両立の工夫であった。面接時間は各段階で60分程度とし、研究協力者の希望で4回の面接を2回にまとめる場合には時間を延長し、平成25年6月～8月に実施した。なお、面接内容についての事前準備ができるよう面接調査票を事前に配付した。内容は、面接調

査票に記載するほか、研究協力者の了解を得て、ICレコーダーに録音し逐語録を作成した。

面接ごとに逐語録を整理し、次回面接時には、前回の内容を研究協力者に提示し、加筆修正を行った。研究協力者が確認した面接内容の逐語録から、問いに関する原文を抜き出し、意味内容を損なわないようにキーセンテンス化し、個票を作成した。すべての面接終了後、個票を研究協力者に返し、面接内容との相違を確認した。本稿では、家族介護経験と看護実践の関係について検討するために、家族介護経験前のケアのポイント、家族介護経験後のケアのポイント、看護実践の介護経験へのいかし方、家族介護の看護実践へのいかし方をデータとした。

2) データの分析

研究協力者5名の4段階の面接内容のキーセンテンス化された個票をもとに、①家族介護経験前後の認知症高齢者のケアは変化したか？②看護実践は、家族介護経験でどのようにいかされているか？③看護職者の家族介護経験は、看護実践にどのようにいかされているか？の3項目の研究疑問で分析した。

面接内容ごとに全事例のキーセンテンスをまとめ、類似した内容を集めサブカテゴリー化し、研究疑問に照らしてカテゴリー化した。①家族介護経験前後の認知症高齢者のケアの変化については、ケアのポイントのカテゴリーをケアの対象別に整理し比較した。②看護実践の家族介護経験へのいかし方と③家族介護経験の看護実践へのいかし方については、いかし方の内容をカテゴリー化した。データ分析にあたっては、研究指導教員との討議のほか、老年保健看護領域の教員および同領域の博士前期課程修了生で構成する老年保健看護研究会で討議し、合意が得られるまで繰り返し検討した。

文中の標記は、“ ”は原文、「 」はキーセンテンス、《 》はサブカテゴリー、【 】はカ

テゴリー、() は語りの補足とした。

3) 倫理的配慮

研究協力者へ研究の主旨を口頭と文書で説明し、同意を得た。その際、得られた情報は本研究以外の目的で使用されることはないこと、個人が特定されないように配慮すること、研究に協力を得る際には、事前に日程の調整などを十分に行い、業務に支障がないよう配慮することを約束した。さらに、参加は自由意思によること、途中辞退も可能であることを伝えた。なお、本研究は沖縄県立看護大学の研究倫理審査委員会で承認を得て実施した。

III 結果

1. 家族介護経験前後のケアのポイント(図1)

認知症高齢者の家族介護経験前のケアのポイントは、19のサブカテゴリーから7のカテゴリーが抽出された。対象別のカテゴリーは、対象者本人へは、【対象理解のためのケア】、【知識

と経験に基づくケア】、【当事者性のケア】、【創意工夫するケア】、【慣例によるケア】、家族へは、【患者と家族をつなぐケア】、同僚へは、【他者から学ぶケア】であった。

家族介護経験後のケアのポイントは、7カテゴリーと10サブカテゴリーが抽出された。対象別のカテゴリーは、対象者本人へは、【対象理解を深めるケア】、家族へは、【家族の意思決定を支えるケア】、【家族介護体制づくりのケア】、【在宅介護継続に向けたケア】、【家族を単位としたケア】、同僚へは、【患者中心のケア】があり、私へのケアとして【自己のメンタルケア】があった。

1) 対象者本人へのケア

家族介護経験前の対象者本人へのケアとして、《患者の言動を注意深く観察した》、《過去の知識の経験をいかした》、《患者と行動を共にした》、《患者を落ち着かせるために工夫をした》、《身体拘束し安全確保を優先した》などがあり、

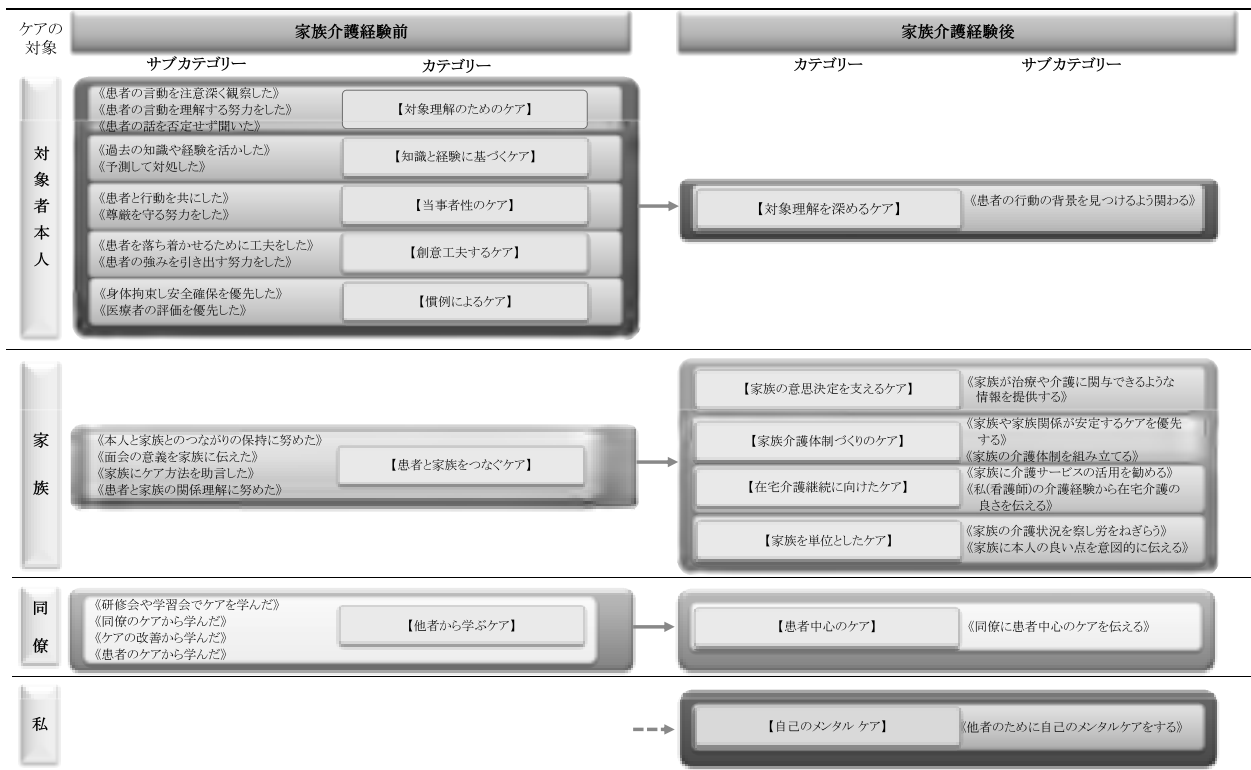


図1 認知症高齢者の家族介護経験前後のケア

多く語られていた。

家族介護経験後は、《患者の行動の背景を見つけるよう関わる》があった。

“最初は物忘れの実態を患者から学んだ。家族介護経験後はお母さんから。記憶は途切れることがあること、過去の記憶にまたいつて。またでもあとは戻ってくる。しょっちゅう今日はこの引き出しみたいな感じ。ここを把握しないとケアできない。そこに戻らないといけない。この人の生きてきた背景を知るのは大事ななって思った《患者の行動の背景を見つけるよう関わる》(ID 2)”

2) 家族へのケア

家族介護経験前の家族へのケアとして、《本人と家族とのつながりの保持に努めた》、《面会の意義を家族に伝えた》などがあつた。

家族介護経験後は、《家族が治療や介護に関与できるような情報を提供する》、《家族や家族関係が安定するケアを優先する》、《私（看護師）の介護経験から在宅介護の良さを伝える》、《家族の介護状況を察し労をねぎらう》などがあり、多く語られていた。

“（これまでの看護実践から）入院期間が長引けば長引くほど入院による弊害が出てくるから、早い段階で在宅に向けて家族と話し合うようにしている。私の（在宅介護の）経験を具体的に話し、本人にとっては家がいい、落ちつくからと在宅介護を勧めている《私（看護師）の介護経験から在宅介護の良さを伝える》。(ID 1)”

3) 同僚へのケア

家族介護経験前は、《研修会や学習会でケアを学んだ》、《同僚のケアから学んだ》など同僚へのケアは見いだせず、他者から学ぶケアであつた。

家族介護経験後は、《同僚に患者中心のケアを伝える》と同僚へのケアがあつた。

“やっぱり施設側（同僚）に理解をしてもらわないといけない。ショートステイ中の問題行動の状況を（職員が）家族に言いますよね。家族は気にするさ。うちの家族もそうだったから。そしたら家族は落ち込むわけ。だから私は、認知症はこれが普通じゃないかって。もっと、患者の良かったところを家族に伝えるようにしようよ。今、私が気にかけて職員に伝えていることなんですよ《同僚に患者中心のケアを伝える》。(ID 2)”

4) 私へのケア

家族介護経験前は、挙がらなかったが、家族介護経験後は、《他者のために自己のメンタルケアをする》があつた。

“認知症高齢者の言動にはなんか理由があるってわかっているから。口調を優しく言えば相手も穏やかになる。こっちがいらいらした顔をみせたら相手もいらいらしてくる。自分の精神状態を穏やかにしておくために、睡眠時間を確保するとか、同級生との模合で気晴らしをするなど努力をしています《他者のために自己のメンタルケアをする》。(ID 4)”

2. 看護実践の家族介護経験へのいかし方（表2）

看護実践の家族介護経験へのいかし方は、【多様な症状への対処】、【高齢者の生き様の受容】、【家族介護の強化】、【専門職の役割の活用】

表2 看護実践の家族介護経験へのいかし方

サブカテゴリー	カテゴリー
《身体症状に合わせて介護をした》	【多様な症状への対処】
《多様な認知症状に対処した》	
《本人の生き方を受けとめるようにした》	【高齢者の生き様の受容】
《介護予防の視点を取り入れた》	
《家族に在宅での介護を教えた》	【家族介護の強化】
《家族の介護疲れを予防した》	
《薬剤の自己調整や医師と薬剤に関する相談をした》	【専門職の役割の活用】
《介護サービス提供者に健康管理の情報を提供した》	

の8のサブカテゴリーから4のカテゴリーが抽出された。

1) 【多様な症状への対処】

症状への対処として、「認知症高齢者への水分の与え方の経験をいかし、本人へも応用した」など《身体症状に合わせて介護をした》、「異食を回避するため食卓に食べ物以外は置かないようにした」など《多様な認知症状に対処した》であった。

“何でも口にするのよ。石けんを買ってきてうっかり片付けなくていい。食べているのであわてて。ダメという表情が硬くなって・・・置かないようにすればいいんだって。病棟では何も置かないようにしているから。《多様な認知症状に対処した》(ID 4)”

2) 【高齢者の生き様の受容】

対象者本人に対し、「私は高齢者に関わることによって、本人の背負ってきた人生への怒りが薄れた」など《本人の生き方を受け止めるようにした》、「本人が過去にやっていたこと(編み物)をみつけてさせた」など《介護予防の視点を取り入れた》があった。

“私は(認知症になった)母には最初怒りがあった。昔はこうあったのにつて、イライラして、怒りがこみ上げてきた。でも母を年寄りとみるといとおしく思うようになった。この仕事はね、いかされていると本当に思います。《本人の生き方を受け止めるようにした》(ID 1)”

3) 【家族介護の強化】

家族で介護するために、「病院での家族指導と同様に、退院準備に向けて家族に介護方法を教えた」など、《家族に在宅での介護を教えた》、「看護職として認知症ケアはストレスがたまることを経験していたので、家族に外出の機会をつくるようにした」など《家族の介護疲れを予

防した》があった。

“まず、家族指導をやりました。退院が決まったときにおむつ交換、夜はおむつをしなければいけない状況だったから。認知症の人は短期記憶障害があるから何回も同じことを言うよと。病気だから怒る方がおかしいんだよと、ずっと言っていました。《家族に在宅での介護を教えた》(ID 2)”

4) 【専門職の役割の活用】

「安定剤が効かなかった患者の経験を思いだし、医師に薬の調整を申し出た」など《薬剤の自己調整や医師と薬剤に関する相談をした》、「便の性状などを記録し、介護サービス提供者に情報提供した」など《介護サービス提供者に健康管理の情報を提供した》があった。

“（父が）落ち着かないときがあつて。頓服をだしてもらったのですが効かなくて。それでお薬を変えてもらいました。職場でもアルコールを結構飲んでた人に効かないとか、医療現場でお薬だしても効果がないことがあることを知っていましたから。《薬剤の自己調整や医師と薬剤に関する相談をした》(ID 5)”

3. 家族介護経験の看護実践へのいかし方(表3)

家族介護経験の看護実践へのいかし方は、【認知症高齢者の体験世界の受け止め】、【個別的なアセスメントによるケア】、【家族へのケアと介護者との共感】、【介護力のケアマネジメントとサービス利用の推進】、【職場の環境とケア方法の改善】、【地域での看護実践】の17のサブカテゴリーから7のカテゴリーが抽出された。

1) 【認知症高齢者の体験世界の受け止め】

認知症高齢者の「行動を制止する前に言動の意味を理解することができた」など《認知症高齢者の世界の理解に努めるようになった》、「そ

表3 家族介護経験の看護実践へのいかし方

サブカテゴリー	カテゴリー
《認知症高齢者の世界の理解に努めるようになった》	【認知症高齢者の体験世界の受け止め】
《本人の生き方を把握・理解し関わるようになった》	
《個別的なアセスメントができるようになった》	【個別的なアセスメントによるケア】
《本人と家族をつなぎ止めるようにした》	
《家族に認知症患者の思いを伝えるようになった》	【家族へのケアと介護者との共感】
《家族の思いに寄り添うことができるようになった》	
《虐待する家族の気持ちを理解するようになった》	
《家族にがんばらない介護を勧めるようになった》	
《介護者の状況を察し介護者へのケアも行うようになった》	
《介護力にあわせてケアマネジメントを行うようになった》	【介護力のケアマネジメントとサービス利用の推進】
《在宅サービスの利用を推進するようになった》	
《在宅介護は多様な人々によって可能になることを伝えるようになった》	
《同僚に認知症患者のケア方法を伝えるようになった》	【職場の環境とケア方法の改善】
《介護予防のための介護環境に気配りをするようになった》	
《同僚へ家族介護の助言をするようになった》	
《私の生き方を語る支援をするようになった》	
《次世代に高齢者理解のための教育を行うようになった》	【地域での看護実践】

の人の生活歴などの基本情報を注意してカルテをみるようになった」など《本人の生き方を把握・理解し関わるようになった》であった。

“ただ本人自身が一番できなくなったことに対して悔しさというのかな、苦しいというのかな。それ本人が一番よくわかっているのよ。前まではできていたことがなんで95まで年とったらできなくなるのかねとか、頭の中が空っぽになった、とか。本人が自覚していることがわかり理解が深まった《認知症高齢者の世界の理解に努めるようになった》。(ID 3)”

2) 【個別的なアセスメントによるケア】

家族介護経験により、「落ち着かない時には、宗教的なことも視野に入れて生活歴からアセスメントする」など《個別的なアセスメントができるようになった》。また家族との関わりにも配慮し、「施設で家族に参加できるケアを見つけた」、「家族の面会后、高齢者が元気になるこ

とを伝えた」など《本人と家族をつなぎ止めるようにした》であった。

“母が定期的に落ち着かなくなり、何をしてもダメだったんですよ。たまたま見舞いにきた叔母が母の仕草をみて、今日は旧暦の15日だから拝みをしたんじゃないと。拝みの準備をしたら落ち着いたの。それで、落ち着かない患者がいたら拝みかもしれないと思い、その関わりをするの的中したの。(ID 2)”

3) 【家族へのケアと介護者との共感】

家族へのケアのいかし方は、「認知症であっても家族のことを入院中も気遣っている」など《家族に認知症高齢者の思いを伝えるようになった》、「親に厳しくなりがちな私は、身内に厳しい家族の立場を理解できた」など《家族の思いに寄り添うことができるようになった》、「親を虐待し自責の念に駆られている家族を支持することができた」など《虐待する家族の気

持ちを理解するようになった》、「家族介護と介護サービスのバランスを伝え、頑張らない介護をすすめた」など《家族にがんばらない介護を勧めるようになった》、「認知症家族には誰でもなりうるので恥じることはない」など、《介護者の状況を察し介護者へのケアも行うようになった》、「死にたいと訴える高齢者に娘の立場で正面から向き合い、本音で語れる」、「娘の立場から親の介護は娘を人として成長させることができる」など《私の生き方を語る支援をするようになった》であった。

“人に任せていいかねと聞かれ、私も任せているから大丈夫ですって言う。認知症の親を他人に世話をさせることはできないとか、親が認知症であることをいえない家族もいる。しかし、いずれ認知症の方は必ず増えるので、みんなも同じ状況になる。介護は長期戦だから一人で頑張らない、楽しんで介護する方法もやらないと先は長いですよ。一生懸命がんばらなくてもいいですよと伝えてますね《家族にがんばらない介護を勧めるようになった》。(ID1)”

4) 【介護力のケアマネジメントとサービス利用の推進】

在宅介護に向けて、「家族の介護力にあわせてサービス調整した」など《介護力にあわせてケアマネジメントを行うようになった》、「在宅介護の継続には介護サービスの上手な活用が必要であることを勧めた」など《在宅サービスの利用を推進するようになった》、「介護には、専門職だけでなく近隣や家族みんなを巻き込むことで、うまくいくことを家族に語れる」など《在宅介護は多様な人々によって可能になることを伝えるようになった》であった。

“（家族だけでは）無理ですよって。自分もこんなだったんですと。24時間ローテーション組んでね、子ども5人も加えてやっですよって。（あなたは子ども）5人いますか？と聞いたら、

いないって。じゃあね、ショート使いましょう、デイも入れましょう、ヘルパーさんも入れましょうと話をして。一人でやる必要ないですよ《在宅サービスの利用を推進するようになった》。・・・続けるためにはサービスを上手く活用していく。そして家族の介護も調整していくのよ《介護力にあわせてケアマネジメントを行うようになった》。(ID2)”

5) 【職場の環境とケア方法の改善】

職場へのいかし方として、「認知症の症状は、過去の生き方を知る事で理解できることを同僚に伝えた」など《同僚に認知症患者のケア方法を伝えるようになった》、「バリアフリーの病棟でも躓きそうな場所を把握し、同僚に注意を促した」など《介護予防のための介護環境に気配りをするようになった》であった。

“面一的な見方をしがちじゃないですか、同僚は。だから認知症の症状は過去の生き方を知る事で理解できるよ。想像力をはたらかせているんなことがそれまでにあったんだろうな一、大変なことがあったんだねーぐらいの気持ちで症状を受け止めてあげていいんじゃないのと同僚には助言している《同僚に認知症患者のケア方法を伝えるようになった》。(ID1)”

6) 【地域での看護実践】

地域へのいかし方として、「地域の子どもたちに認知症高齢者の理解のためのミニ講話をした」など《次世代に高齢者理解のための教育を行うようになった》であった。

“地域の小学校で子ども達にシミュレータを用いた高齢者の疑似体験学習や認知症について学習会をした。今の子ども達は年寄りと暮らしていない子が多いでしょう。お年寄りの方がどんな状態かも分からないし、いずれ皆年とるわけでしょう。今のうちにこの子ども達に教えておかないと、そう思ってPTA役員の時にやっ

たのよ。みんな呆けている人は何もわからんとも思っているわけね、そうじゃないよ。しっかりとわかる時もあることを教えたいと思い、子ども達にそのことを話したのよ、みんなの関わりが大事なのよねって。《次世代に高齢者理解のための教育を行うようになった》(ID1)”

IV 考察

1. 認知症高齢者の家族介護経験前後のケアの変化

認知症高齢者の家族介護経験前後の看護職者のケアは変化していた(図2)。抽出されたカテゴリから中核を導き検討した。家族介護経験前は、対象者本人へのケアとして『対象理解のための多様なケア』、『医療優先のケア』、家族へのケアとして『施設内で家族をつなぐケア』、同僚へのケアとして『学ぶケア』の中核があった。家族介護経験後は、対象者本人へのケアとして『対象理解を深めるケア』、家族へのケアとして『生活の場につなぐケア』、同僚へのケアとして『同僚とつくるケア』、看護職者である私自身には『セルフケア』の中核があった。そして、家族介護経験前は、対象者本人へのケア、家族介護経験後は家族へのケアに重点が移行してい

た。

対象者本人へのケアの変化として、家族介護経験前の《身体拘束で安全確保を優先した》という『医療優先のケア』は、家族介護経験後は語られていなかったことである。家族介護経験後は、《患者の行動の背景を見つけるように関わる》ようになっていた。これまでの家族介護経験を通して、対象者本人の理解を深め尊厳を意識した当事者性を重ね合わせたケアが実践されたからと考えられた。上野・中西(2008)は、私のことは私がよく知っているという当事者性の重視からケアを組み立てることを主張している。看護職者は、自らの家族介護経験を踏まえて、認知症高齢者の家族介護者の立場になって、対象者本人の行動の意味を知り、その思いを共有することができ、認知症高齢者の尊厳を支えることを意識するようになったと推察された。

家族へのケアは、『施設内で家族をつなぐケア』から『生活の場につなぐケア』に変化していた。家族介護経験前には、施設で働く看護職者の立場で、入院や入所している患者と家族を施設内でつなぐケアをしていた。看護職者からみた家族は、施設内のケアの協力者という位置づけであった。しかし、家族介護経験後は、看護職者としての立場や、認知症高齢者としての立場にもたちながら、《家族介護体制づくりのケア》や《在宅介護継続に向けたケア》など施設内ではなく家族のいる生活の場に繋ぐケアをしていた。看護職者からみた家族は、生活の場でケアを継続するための当事者として位置づけていた。永田は(2001)は、認知症ケアに関わる専門職の役割には、継続ケアの推進役があることを述べている。本研究でも、家族介護経験を持つ看護職者は、継続ケアの推進役となり具体的に生活の場に戻すための家族へのケアを多く実践していることが示唆された。

同僚へのケアは、家族介護経験前に看護職者が主体としてケアを提供することなく共に『学

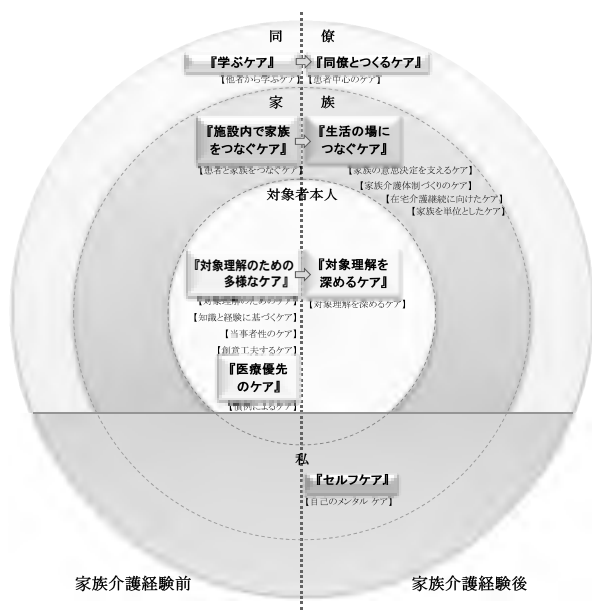


図2 認知症高齢者の家族介護経験前後のケアの変化

ぶケア』であったが、家族介護経験後は、看護職者は主体として同僚にケア方法を伝え、学ぶだけでなく『同僚とつくるケア』を実践していた。認知症ケアは、その方法が十分でなく、実践からケア方法を提案することも求められている。家族介護経験をもつ看護職者の同僚との看護実践は、新たな認知症ケアの可能性を持つと考えられた。

看護職者の『セルフケア』は、家族介護経験後に挙がっていた。越智ら（2011）は、仕事を通して自分の時間を過ごすことや、看護師自身の健康管理のために気晴らしなど自己のためのセルフケアの必要性を述べている。しかし、今回のセルフケアは、『他者のために自己のメンタルケアをする』というように、『他者のため』であった。田場（2010）のセルフケア概念の拡大の研究では、自己のためだけでなく他者のためのセルフケアが存在すると述べている。仕事と家族介護を両立している看護職者は、セルフケアを『自己のため』と『他者のため』にバランスよくできることが仕事を継続する要因の一つと推察された。

2. 家族介護経験と看護実践との関係

看護実践の家族介護経験へのいかし方には、『多様な症状への対処』、『高齢者の生き様の受容』、『家族介護の強化』、『専門職の役割の活用』があった。

家族介護経験の看護実践へのいかし方として、対象者本人へのケアでは、『認知症高齢者の体験世界の受け止め』、『個別的なアセスメントによるケア』があった。認知症高齢者は、記憶力、判断力が低下することで現実世界の認知が困難になり、高齢者自身の思いや感じ方の体験世界で生きるため、会話や行動にズレが生じる。そのため、関わる側が認知症高齢者の体験世界に入り込むことが認知症ケアの第一歩といわれている（中島，2001）。家族介護を経験した看護職

者は、看護実践に介護経験を付加することで、対象の言動に合わせて行動を共にすることの必要性を実感し、認知症高齢者の体験世界が受け止められやすくなっていたと考えられた。

また、『高齢者は未来より過去の時間が長く、過去を理解することで具体的ケアが組み立てられる』と報告されている（長嶋，2001）。看護職者は、家族として認知症高齢者に関わることを通して、『過去の背景を把握することで、その人の人間性を理解し尊敬できる』ようになり、『認知症患者の言動から、いつの時代に生きているのか把握し、対応する』と、過去を思い出しての言動から本人の生き方を把握し、アセスメントする力につながっていた。体験世界に生きる認知症高齢者の生き方を理解することは容易ではないが、その理解には過去の生活を振り返り、目の前にいる認知症高齢者の尊厳を意識することで具体的ケアができることを家族介護経験から学び、当事者性を重ね合わせたケアが実践されたからと考えられた。

家族へのケアのいかし方には、『家族へのケアと介護者との共感』、『介護力のケアマネジメントとサービス利用の推進』があった。

介護問題として、家族機能が低下する中で、家族支援がないまま精神的・社会的に孤立する介護者が少なくない（斉藤，2009）ことは、周知の事実である。その予防策として、看護職者には家族の機能の強化と同時に、社会サービスのうまい活用の支援が求められている。しかし、『看護職者は介護内容の多くを自分の力でできるものと考え、介護サービスの認知が高いにもかかわらず、サービス利用率は非看護と変わらずむしろ負担を取り込んでいた』との報告がある（美ノ谷，2002）。本研究の看護職者の場合、家族介護経験後は、看護職者と認知症高齢者の家族としての立場を重ね、積極的に社会サービスを活用することで介護負担を軽減し、そのメリットを家族介護者に助言するようになってい

た。仕事と家族介護を両立する視点から、自己の力だけではなく家族を含め社会サービスを積極的かつ上手に活用する必要があることが示唆された。

家族へのケアとして、家族介護者の立場に立ち、手を抜く介護、いわゆる頑張りすぎない介護を伝えるようになっていた。これは、【家族へのケアと介護者との共感】と【介護力のケアマネジメントとサービス利用の推進】であり、家族を支えることが介護の継続につながることを理解していたゆえの対応と推察された。また、家族介護を経験した看護職者は、認知症高齢者の問題やニーズの把握、ケア計画の立案、社会資源についての理解、コミュニケーション技術があり、白澤 (1995) が述べているケースマネージャーとしての能力が培われていたことが示唆された。

地域へのケアのいかし方には、【職場の環境とケア方法の改善】、【地域での看護実践】があった。家族介護を経験した看護職者は、同僚に認知症高齢者のケア方法や家族介護の助言を

するようになり、認知症高齢者のケアの質改善につながっていたと考えられた。また、超高齢社会に向かって家族の機能低下や公的な社会保障の不安定な現状で、地域で次世代を育てる役割を看護職者が担い実践していた。

経験について、Dewey (1938) は「人間と外部環境との相互作用」とし、Kolb (1984) は、経験学習について「経験を変換することで知識を創り出すプロセス」と定義している。松尾 (2012) は、経験から学ぶ力について、「思いとつながりを大切にし、挑戦し、振り返り、楽しみながらで経験から多くのことを学ぶ」と述べている。家族介護をしていた看護職者は、家族への思い、つながりという関係性を大事にし、経験を通して学習を蓄積し、その経験が看護実践にいかされ認知症高齢者のケアの向上につながると考えられた。

したがって、家族介護者としての看護職者は、看護実践での知識や経験を家族介護経験に、家族介護経験で得た学びや経験を当事者性に立ち看護実践にいかしていたことから、家族介護経



図3 家族介護経験と看護実践との関係

験と看護実践との関係は、一方的なものではなく双方にいかしいかされていたと推察された(図3)。

3. 仕事と家族介護を両立するための提案

研究協力者は、仕事と家族介護を両立している看護職者であった。先行研究では家族介護者は仕事と介護を両立させることで自信や学びを得て、自己の役割を発揮するなど自己の存在の意味を見出すとの報告がある(麻原, 1998)。つまり、仕事と家族介護の両立はネガティブイメージではなく、バランスをとることができることを示唆していた。また、樋口(2012)は大介護時代を乗り切るため、ワークライフバランスを一步進めて、ワーク・ライフ・ケア・バランスを提唱している。2015年の高齢者介護(厚生労働省, 2003)によると、今後さらに増加する認知症高齢者は、地域包括的ケアシステムの構築により地域でみることが推進されている。認知症高齢者が住み慣れた地域とともに暮らしていくために、離職せず、ワーク・ライフ・ケア・バランスを工夫し、家族介護を経験した看護職者は、家族介護者のモデルになり得ると考える。

家族介護の中心であり職場でもリーダー的役割を期待されている40~50代の看護職者の仕事と家族介護の両立は、看護職者の家族介護による離職という社会的課題の緩和につながることを推察された。

大介護時代を迎え、ワーク・ライフ・ケア・バランスの実現に向けて、看護の継続教育の視点から家族介護経験と看護実践との関係について教育内容に組み入れていくことは重要であると考えられる。

4. 本研究の限界

1) 研究協力者の家族介護経験と看護実践の時期が重なっていたこと、また、20年以上経過している事例があったことから面接での語りの

内容は、家族介護経験と看護実践の区別がつきにくい。記憶の語りには限界があり、確認が困難である。

2) 研究協力者の語りから、家族介護経験と看護実践との関係を検討したが、その語りを導くために調査者の面接技術の乏しさが影響した可能性がある。面接は2~4回実施し、前回の面接内容を整理し、研究協力者に確認し加筆修正を加えたが、面接者の面接技術の限界は回避できない。

3) 家族介護経験と看護実践の関係については、研究協力者が捉えた自己評価に基づく者であり、被介護者や研究協力者以外の介護者による他者評価については検討されていない。自己評価と他者評価が一致するとは限らない。

4) 被介護者の認知度、ADLとの関係、研究協力者の経験年数や家族との関係性については分析していない。被介護者の身体・精神状況、介護者の背景、被介護者と介護者との家族関係などは、結果に影響する可能性がある。

V 結論

本研究は、認知症高齢者の家族介護経験をもつ看護職者5名を対象に、家族介護経験前後のケアの変化、看護実践の家族介護へのいかし方、家族介護経験の看護実践へのいかし方から家族介護経験と看護実践との関係について検討するため、面接調査を実施し、質的帰納的に分析した。

その結果、以下のようなことが明らかになった。

1) 認知症高齢者の家族介護経験前後の看護職者のケアは、ケアの対象である対象者本人、家族、同僚で変化していた。家族介護経験前は、対象者本人へのケア、家族介護経験後は家族へ

のケアに重点が移行していた。

2) 家族介護経験前後の看護職者のケアで抽出されたカテゴリーから中核を導き、家族介護経験前後で比較すると、対象者本人へのケアは『対象理解のための多様なケア』、『医療優先のケア』から『対象理解を深めるケア』、家族へのケアは『施設内で家族をつなぐケア』から『生活の場につなぐケア』へ、同僚へのケアは『学ぶケア』から『同僚とつくるケア』へ変化していた。

3) 看護実践の家族介護経験へのいかし方には、【多様な症状への対処】、【高齢者の生き様の受容】、【家族介護の強化】、【専門職の役割の活用】があった。

4) 家族介護経験の看護実践へのいかし方には、【認知症高齢者の体験世界の受け止め】

【個別的なアセスメントによるケア】、【家族へのケアと介護者との共感】、【介護力のケアマネジメントとサービス利用の推進】、【職場の環境とケア方法の改善】、【地域での看護実践】があった。

5) 家族介護経験と看護実践との関係は、看護実践が家族介護にいかされ、家族介護経験は看護実践いかされていた。

謝辞

本論文は、第一著者の平成25年度沖縄県立看護大学大学院博士前期課程の課題研究の一部を加筆修正したものである。

本研究にご協力いただきました研究協力者の皆さまに深く感謝申し上げます。

引用文献

- 麻原きよみ. (1998). 一過疎農山村における家族介護者の老人介護と農業両立の意味に関する記述的研究, 日本看護科学会, 19 (1), 1-1.
- Dewey. J. (1938). Experience and Education, kappa Delta Pi. (市村尚久訳『経験と教育』講談社, 2004).
- 樋口恵子. (2012). 大介護時代を生きる, 中央法規.
- 医政局看護課. (2011). 2010年看護職員就業状況等実態調査結果:
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh-att/2r98520000017cnt.pdf>
(2012年10月15日現在).
- 小林貴子. (1996). 老親を介護しながら働く要件 —看護婦101人から—, 日本看護科学会誌, 16, 358-359.
- Kolb.D.A. (1984). Experiential Learning : Experience as the Source of Learning and Development, Prenticehall, 1984.
- 厚生労働省. (2003). 2015年～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～, 高齢者介護研究会.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/> (2015年3月1日現在).
- 松尾睦. (2012). 職場が生きる人が育つ「経験学習」入門, ダイヤモンド社.
- 美ノ谷新子. (2002). 病院就労女性の家族介護に対する意識と実態 —介護経験有無による相違と看護職の特徴—, 日本看護学会抄録集, 看護管理, 123.
- 長嶋紀一. (2001). 高齢者に対する理解, 高齢者痴呆介護研究・研修センター テキスト編集委員会 (編), 高齢者痴呆介護実践講座 I (pp. 77-78), 社会福祉法人浴風会, 第一法規出版株式会社.
- 永田久美子. (2001). 痴呆介護職の役割, 高齢者痴呆介護研究・研修センター テキスト編

- 集委員会(編), 高齢者痴呆介護実践講座 I (pp. 195-198), 社会福祉法人浴風会, 第一法規出版株式会社.
- 内閣府. (2012). 平成23年版高齢社会白書 (pp. 2-3), ぎょうせい.
- 中島健一. (2001). 痴呆介護の基本的理解と方法, 高齢者痴呆介護研究・研修センターテキスト編集委員会(編), 高齢者痴呆介護実践講座 I (pp. 235-242), 社会福祉法人浴風会, 第一法規出版株式会社.
- 日本看護協会. (2011). 平成19年潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書:
www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroa-nzen/jikan/pdf/sukue.pdf (2012年6月16日現在).
- 西橋富美江, 土屋八千代. (2011). 育児中看護師の仕事を通してのキャリア・アンカーの獲得, 日本看護学会論文集, 看護管理, 41, 17-20.
- 越智若菜, 田高悦子, 臺有桂, 河原智江, 田口理恵, 糸井和桂. (2011). 中年期就労介護者の介護と仕事の両立の課題に関する記述的研究, 日本地域看護学会誌, 13(2), 140-145.
- 斉藤好子. (2009). 老年看護学 概論と看護の実践 (pp. 118-123), ニューヴェルヒロカワ.
- 坂上千絵, 小野佳子, 本間雅子, 大森寛子. (2002). 患者体験をした看護師の病者役割行動と療養態度, 臨床看護研究, 9(1), 43-48.
- 白澤正和. (1995). ケースマネジメントの理論と実際ー生活を支える援助システムー, 中央法規.
- 総務省統計局. (2010). 労働力調査:
<http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/nen/dt/zuhyou/901500.xls> (2012年10月15日現在)
- 田場由紀. (2010). 要介護高齢者の社会への参加ニーズを充足し促進するセルフケアー高齢者看護におけるセルフケアの概念拡大の必要性ー, 平成22年度沖縄県立看護大学大学院博士論文.
- 上野千鶴子, 中西正司. (2008). ニーズ中心福祉社会へー当事者主権の次世代福祉戦略, 医学書院.

Relationship between experience as a family caregiver and nursing practice in nurses caring for elderly individuals with dementia

Satomi Uezato¹, Akemi Ohwan², Masayoshi Sakugawa²,
Yuki Taba², Hatsuyo Yamaguchi², Hitomi Itokazu²

Abstract

Objective : This study aimed to investigate the relationship between the experience of being a family caregiver and nursing practice in professional settings in nurses caring for elderly individuals with dementia.

Methods : Five nurses in their forties and fifties who cared for an elderly family member with dementia for >1 year without leaving work participated in this study. All 5 nurses had experience with dementia patients in professional settings before providing care to their family member. A technique combining a questionnaire and semi-structured interviews was employed. Each participant was interviewed several times so that consistency of recollection was achieved. Analyzed items were changes in care for dementia patients after gaining experience as a family caregiver; types of nursing practice experience beneficial in caregiving for an elderly family member; types of experience as a family caregiver beneficial in nursing practice in professional settings. Nursing practice after being a family caregiver was qualitatively analyzed using an inductive approach.

Results : Participants, family members, and colleagues were associated with changes in care for dementia patients after gaining experience as a family caregiver. Family caregiving benefited from the following types of experience gained through nursing practice: dealing with various symptoms individually; accepting the way of life of the elderly; reinforcing family caregiving; and utilizing professional roles. Nursing practice in professional settings benefited from the following types of experience as a family caregiver: awareness of dementia patients' experiences; care based on a personalized assessment; empathic feelings toward provision of care for family members and toward caregivers; proactive approaches to management of caregiving capacity and use of services; improvement of the work environment and methods for care; and regional nursing practice.

Conclusion : Experience as a family caregiver and nursing practice in professional settings influenced and benefited each other reciprocally.

Keywords : nurses, elderly with dementia, experience as a family caregiver, nursing practice

¹ Ashinokai Mount Olive Hospital

² Okinawa Prefectural College of Nursing

原著

NICU入院中の乳児をもつ母親の医療的ケア提供者としての退院準備 —決意と自信に影響を与えた重要他者との相互作用—

堤 梨那¹ 前田 和子²

【目的】NICUにおける母親の退院準備のための看護支援に活かすために、NICU入院中の乳児をもつ母親が、誰との、どのような相互作用の中で、退院後に家庭で医療的ケアの担い手として役割を果たせるように準備していったかを記述することであった。

【方法】A病院NICUに入院中で退院後も日常的に医療的ケアが必要な乳児の母親5名を対象に、退院移行期中にそれぞれ2～3回、総計13回の半構造化面接を行った。

【結果】母親が医療的ケア提供者として役割を果たす「決意」と「自信」は、医師、看護師などの医療従事者、そして子ども、夫、家族に加えて同じ経験をしているピア（入院児の母親仲間）など重要他者との多岐にわたるさまざまな相互作用によって、影響を受けていた。「決意」には医師が最も関係し、次いで看護師もかなり寄与していた。他方「自信」の強化には圧倒的に看護師の関わりが寄与しており、総じて、看護師の役割の大きさが明らかになった。看護師との相互作用は、【子どもの状態・治療についての説明】【親子の尊重】【活発なコミュニケーション】【日常的ケア場面での傾聴・助言】【学習への動機づけ】【効果的な指導】など12に分類でき、看護師の基本的態度やケア技術指導場面での関わりが多く語られた。

【結論】母親らの退院準備を支援する上で看護師は重要な役割を果たしていた。看護支援として、母親のレジリエンスのアセスメント、母親を巻き込んだ退院計画の立案、計画的な予期的退院指導、統一したケア技術指導、母親とその家族を含めたチームアプローチなど総合的支援の必要性が示唆された。

キーワード：NICU入院児の母親、医療的ケア提供者、退院準備、決意と自信、重要他者との相互

I. はじめに

新生児集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit、以下NICUという) での入院歴をもつ子どもの約6割は、人工呼吸器管理、酸素療法、吸入、吸引、経管栄養などの医療的ケアが必要な状態で家庭生活を送っており、その主なケア提供者の約8割は母親であるという報告がある(根津, 2000)。つまり、彼らは、入院中に医療従事者が行っていた医療的ケアを提供する役割を引き受けることが期待されており、退院までにその準備をしなければならない。したがって、入院期間中にいかに親を医療的ケア提供者として準備させるかが、NICUで働く看護職者の重

要な役割の1つである。

国内外のデータベース (Pub Med、医学中央雑誌Web Ver.5) を用いて「NICU」「医療的ケア」「退院準備性」のキーワードで文献を検索した結果、NICU乳児と親の総合的な「退院準備性」に関するものは10件 (Raines & Brustad, 2012; Lopez et. al, 2012; Sneath, 2009; Smith et. al, 2009; Lerret, 2009; Weiss et. al, 2008; Weiss&Piacentine, 2006; Mancini&While, 2001; Robison et. al, 2000; Sheikh et. al, 1993) あったが、NICUでの親の医療的ケア提供者としての役割に焦点を当てた研究は見当たらなかった。

他方、慢性状態の子どもの親を対象にした質的研究ではあるが、Swallow (2008) は親が子どものケア提供者としての役割を、看護職者との相互作用の中でどのように獲得していくかにつ

¹ 元沖縄県立看護大学大学院 博士前期課程

² 沖縄県立看護大学大学院

いて明らかにし、親の意識的な語りから直接的な示唆を得て看護支援のあり方を検討する必要性を指摘した。また、Bissell & Long (2003) も親の認識を重要視して、親が病院から家庭への移行を強く望むこと、および「よく準備されている」と感じることの大切さを強調している。さらによく計画された退院準備の支援を受けることは、救急外来受診率や再入院率、公的医療資源の利用率を低下させる予測因子であることも明らかになっている (Sáenz et. al, 2009 ; Weiss et. al, 2007 ; Wesseldine et. al, 1999)。

本研究の目的は、NICUにおける退院準備のための看護支援に活かすために、NICU入院中の乳児をもつ母親が、誰との、どのような相互作用の中で、退院後に家庭で医療的ケアの担い手として役割を果たせるように準備していったかを記述することであった。研究設問は、①母親は医療的ケア提供者としての役割を引受けるという決意を入院中にどのような相互作用を通して固めていったか、②母親は医療的ケア提供者としての自信を入院中にどのような相互作用を通して強めていったか、③母親に影響を与えた重要他者とは誰か、であった。

II. 作業定義

本研究で重要な用語の作業定義を以下に説明する。

相互作用とは「複数の行為者間の相互的な働きかけによって展開する行動過程」(伊藤, 2002) のことをさし、コミュニケーションを媒介とすることが多いが、非言語的媒体によってもなされること、他者との接触は直接的あるいは間接的に行われ、何らかの影響がもたらされる場合に、両者間に相互作用があるとされる。

重要他者とはNICU入院中に母親と相互作用した人で、彼らが影響を受けたとして語った人をさす。

決意とはNICUから家庭へ退院する医療的ケ

アの必要な乳児をもつ母親が、乳児に必要な医療的ケアを家庭で行っていく役割を自らが担っていくことを選択するという意志を決めることとする。

自信とはNICUから退院する医療的ケアの必要な乳児をもつ母親が、乳児に必要な医療的ケアを自分自身がどの程度遂行可能であるかについての知覚とする。

退院準備性とはSteele & Sterling (1992) によれば“discharge readiness”という用語を用い、それを「急性期ケア施設からの退院に対する患者の能力に関して評価する広範囲で、多段階の概念」とし、Fenwick (1979) は“patients’ readiness for discharge”の用語を使用し、“readiness”の概念を「広範囲の概念であり、専門職者間の議論と決定を通して最善に到達することである」と説明した。これらを参考に、本研究では、NICUに入院している乳児の母親が、子どもとの家庭での生活を望み、家庭生活を送る上で必要な生活援助としての医療的ケアを提供する役割を引き受ける決意をし、子どものケアニーズを満たす能力に対する自信をもっていることとする。

III. 方法

研究デザインは、半構造化面接による質的記述的研究であった。面接は、退院移行期に計3回予定した。面接の時期は及川(2002)を参考にし、第1回目は「医療的ケアが必要なまま退院するという意思決定」が求められた時期、または、「院内で在宅療養に向けて準備」しはじめた時期とし、医療的ケアの指導開始直前または開始後1～15日に実施した。第2回目は、「在宅生活への準備を終えた」退院直前の時期とし退院直前に、そして第3回目は「家族により医療的ケアが行われている」かを確かめる時期とし、退院後1か月～2か月であった。ここでいう「退院移行期」とは、NICU入院中に医師か

ら退院の説明を受けた時から退院後2か月までの期間をさす。

研究参加者は、A病院NICUに入院中で、退院後も日常的に医療的ケアが必要な乳児の母親5人程度とした。過去に、母親に子どもの医療的ケア提供者としての経験がある場合、結果に影響することが想定されたため、当該乳児以前に出生した子どもはすべて健常児であることを選定条件とした。A病院内の面談室にて、調査者から研究参加候補者へ研究概要と参加協力依頼について文書および口頭で説明し、同意が得られた場合研究参加者とした。なお、研究への参加を依頼するにあたり、NICUに入院中の乳児の主治医より、研究参加者となる母親は身体的・精神的に支障がないとの判断を得た。依頼した7人全員から同意を得ることができたが、2人の母親は面接開始前に医療的ケアが不要になったため、5人が参加者となった。

研究参加者5人の子どもの在胎週数は平均27週(範囲23~36週)、出生体重は平均791g(範囲444~1151g)であった。第1子が2人、第2子が1人、第3子以上が2人であった。5人中3人は3回すべての面接に参加し、2人は母親の都合で入院中の2回のみであった。第1回面接時点での日齢は平均119日(範囲68~150日)

で、医師より退院後も医療的ケアを継続することについて説明を受けてから退院までの期間は約2週間から1か月半であった(表1)。

データ収集期間は平成23年8月から平成24年7月の間であった。データ収集は、面接ガイドに基づいて行い、医療的ケア提供者としての「決意」と「自信」それぞれに関する母親の知覚は、0~5の6段階の評価とし、0は“決意・自信がまったくない”ことを、5は“強い決意・自信”を表すと説明した後、母親があてはまると思う数字を選んでもらった後に、選んだ理由について尋ねた。特に母親の決意と自信は誰とのどのような相互作用によって生まれたかについての語りが得られるよう配慮した。

研究参加者の語りはICレコーダーに録音し、逐語録に起こし分析データとした。逐語録から、母親の医療的ケアに対する「決意」と「自信」に関連した語りをそれぞれ文脈に沿って抽出し、語りの内容に関する解釈や意味の確認を行い、誰とのどのような相互作用を経験したのか理解した。その際、母親の医療的ケア提供者としての「決意」と「自信」の程度および変化とそれに影響した相互作用は何であったかについて理解した。次に、母親が経験した相互作用をコード化し、さらに意味の類似性に基づきカテゴリ

表1 研究参加者の特徴と面接時期

参加者	子どもの概要					面接時期		
	在胎週数	出生体重	出生順位	診断名 ^a	必要な医療的ケア	第1回	第2回	第3回
A	27週	954g	第1子	肺低形成	酸素療法 吸入療法	日齢83日 指導開始前	日齢87日 退院前日	日齢114日 退院28日後
B	36週	1151g	第2子	奇形症候群	経管栄養	日齢65日 指導2日目	日齢73日 退院前日	日齢93日 退院28日後
C	25週	694g	第5子	水頭症 未熟児網膜症	酸素療法 吸入療法 経管栄養	日齢149日 母児同室経験後	日齢167日 退院前日	
D	24週	714g	第1子	水頭症 未熟児網膜症	経管栄養	日齢150日 指導1日目	日齢161日 退院4日前	日齢220日 退院70日後
E	23週	444g	第3子	水頭症 未熟児網膜症	酸素療法 吸入療法 経管栄養	日齢150日 指導開始半月後	日齢166日 退院2日前	

a 診断名は、研究参加者が語ったもの

リーを生成した。また、数字が「多少」「大小」という意味をもつとの認識から、コード数を数えることによって、NICUで母親がどんな経験をどれくらいし、どんな思いをもっているか、NICUがどんな状況なのか、看護は何を優先すべきかの理解を深めるための一助とした。一連の分析過程は、小児保健看護の研究者2人によるスーパービジョンを受け、真実性を確保した。

倫理的配慮として、研究参加者へ研究の趣旨、研究への自由参加と途中辞退の保証、個人情報保護、不利益の回避などについて書面および口頭にて説明し同意を得た。本研究は、研究参加候補者の選定を病棟師長へ依頼していたため、心理的圧力とならないよう病棟師長は研究参加者を擁護する役割であるという見解を共有し、その役割に徹するよう十分協議した上で調査を開始した。また、研究参加者から事前の内諾は得ず、研究についての説明はすべて調査者が行った。なお、研究計画書は調査開始前に沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号10006）後、研究協力施設の手続きに従い実施した。

IV. 結果

カテゴリー名は【 】, コードは《 》、研究参加者の語りは「斜字」で示す。

1. 母親の語りから抽出された「相互作用」

母親が医療的ケア提供者として役割を果たすことを決意し自信をもつのに影響を与えた相互作用のコード数は全体として99抽出できた。相互作用には、母親にとってよかったと思える肯定的相互作用と嫌だったと思う否定的相互作用があり、それぞれ77と22であった。誰との相互作用だったかを見てみると、医療従事者とが最も多く60、次いで子どもとが19、夫・家族12、ピア（同時期に入院中の乳児をもつ他の母親）5、その他3の順であった。母親の決意や自信に影響を与えた彼らはいずれも、母親にとって

重要他者といえる。

2. 「決意」に影響を与えた重要他者と相互作用

1) 重要他者

全体として、決意に最も影響を与えた重要他者は医師で、語られた相互作用のコード数は17、次に看護師と子どもがそれぞれ12、家族5、夫3、ピア2、その他1の順であった。これを事例別にみると表2に示したように、最多だったのは、事例A、C、Eの医師との相互作用で5または4、Dは看護師と医師がそれぞれ3、Aは子ども5と、ちがいがみられた。また、医師、看護師、子どもとの相互作用は5事例とも語っていたが、家族との相互作用はDでは語られず、また夫、ピアとの相互作用を語った事例は少なかった。

2) 役割に気づいたきっかけ

母親らの決意は自分に期待される役割に気づくことから始まっており、その気づきは重要他者からの情報提供によるものであった。情報提供には、まず、退院後も医療的ケアの継続が必要と医師が判断した後に、医療的ケアの継続について初めて医師より説明を受ける《医師から

表2 各事例の「決意」と「自信」に影響した相互作用数：重要他者別

	事例	看護師	医師	子ども	夫	家族 ^a	ピア ^b	その他	計
決意	A	2	5	1	0	2	0	1	11
	B	2	1	5	2	1	0	0	11
	C	3	4	3	0	1	0	0	11
	D	3	3	2	0	0	2	0	10
	E	2	4	1	1	1	0	0	9
	小計	12	17	13	3	5	2	1	53
自信	A	2	1	3	0	0	1	0	7
	B	10	1	1	1	0	0	1	14
	C	5	0	1	0	0	0	0	6
	D	6	0	2	1	2	2	0	13
	E	6	0	0	0	0	0	1	7
	小計	29	2	7	2	2	3	2	47
	計	41	19	20	5	7	5	3	100

a 家族とは、母親の両親や兄弟姉妹、親戚、当該乳児の同胞などをさす。

b ピアとは、同時期に入院中の乳児を持つ他の母親のことをさす。

の最終説明」、次に、最終説明以前に何回かその可能性について説明を受ける「医師からの予期的説明」、最後にピアから子どもの状態によっては親が医療的ケア提供者となる場合があるとの話しを聞く「ピアからの情報提供」という3種類があり、その組み合わせから役割に気づく経路は3タイプあった。タイプ1は「医師からの最終説明」のみのもの(事例B、E)、タイプ2は「医師からの予期的説明」と「医師からの最終説明」のもの(事例A、C)、タイプ3は「ピアからの情報提供」「医師からの予期的説明」「医師からの最終説明」(事例D)であった(表3)。

まずタイプ1はより早い時期に退院後のケア継続可能性について説明を受ける機会がなく、突然に医師より最終説明を受け、その当日または翌日よりケア技術の練習を開始し、説明から1週間または1か月後に退院した。次にタイプ2は子どもの様子から「もしかしたら、退院後も酸素を続ける必要があるかもしれない…」「このまま飲めないようなら、退院後もチューブ(経管栄養)が必要かもしれない…」と、退院後も医療的ケアが必要になる可能性を考えていた。同時に医師より何度かその可能性について説明を受けた結果、母親は医療的ケア提供者になる心構えができていた。そして、医師から「やっぱり必要です…」と最終的に説明を受け、ケアに必要な技術の練習をした後に退院した。最後にタイプ3は経口哺乳量が少ない他の子どもが退院するという状況を不思議に感じ、自らその子どもの母親に退院後どのように子どもに必要な栄養を摂取させるのかについての情

表3 医療的ケア提供者の役割に気づくまでの経路

タイプ	ピアからの情報提供	医師からの予期的説明	医師からの最終説明	事例
タイプ1			+	B、E
タイプ2		+	+	A、C
タイプ3	+	+	+	D

注. +は母親が経験したことを表すものである。

報を得よう行動を起こしており、実際に我が子が経口哺乳を開始する前から関心をもっていった。そして、子どもが必要量の哺乳をできない場合には、親が経管栄養管理の練習をして退院することがあることを知り、我が子がうまく飲めない様子を目の当たりにすることで、自分も同じような経過をたどる可能性があるかもと感じていた。そのような状況の中で医師からケアの必要性を示唆されたことで、徐々に覚悟を決めていった。どのタイプも、母親はその役割を引き受けることを否定的には捉えず、自分に期待される役割に気づいた時点で決意が「まったくない」とした母親はいなかった。

3) 時期と相互作用

第1回面接(最終説明)、第2回面接(退院直前)、第3回面接(退院後1か月～2か月)の時点において5人の決意の程度がどのように推移したかを表したのが図1である。事例C、Eの2人は第1回面接、第2回面接のみの参加であるという限界の中で、彼らの決意の程度の推移をみると、2タイプに分類できた。第1のタイプは時間の経過とともに決意が高くなるもの(事例B、C、D、E)、第2は決意が退院直前に一度低くなるが再び高くなるもの(事例A)であった。決意の程度が前回より下がってしまった原因は、家族がわが子と積極的に接触しようとしないう様子を見て、不安を抱いたからで

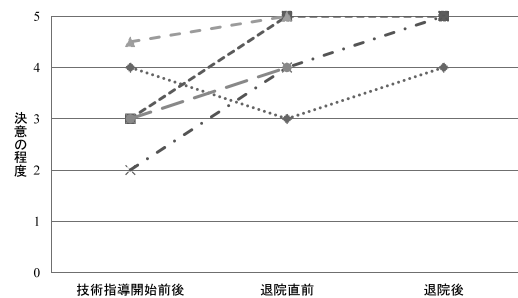


図1 医療的ケア提供者としての決意の推移。各時点における決意の程度を0～5の6段階で評価してもらった。0は決意がまったくないこと、5は強い決意を示す。

あった。しかし、その後事例Aは退院後の外来受診時に、医師からケア継続の必要性について改めて説明を受けたことによって、医療的ケア提供者としての再動機づけがなされたと語った。

全体として、決意に影響した相互作用は52あったが、その内容を時期・重要他者別にまとめたのが表4である。第1回面接（最終説明）時において語られた相互作用は計34（医師14、看護師9、子ども7、ピア2、家族1、MSW1）であったが、第2回面接時（退院直前）の相互作用は計14（看護師3、子ども3、夫3、家族3、医師2）、第3回面接時（退院後）は3人のみの参加だったこともあり、計5（子ども3、家族1、医師1）で、第1回面接時が最も多かった。

次に、全体として重要他者別にどのような相互作用があったかを多い順に見てみる。医師との相互作用は【退院・医療的ケア継続の説明】10件、【子どもの状態・治療についての説明】5件、【具体的なケアに関する助言】1件、【医療的ケア提供者としての再動機づけ】1件があり、その中で「突然の退院日決定」という否定的相互作用を経験した母親は、「もっと計画的に準備を進めてほしい」と強い要望を述べた。看護師との相互作用は多岐にわたり、【子どもの状態・治療についての説明】4件、【退院・医療的ケア継続の説明】2件、【親子の尊重】【ケアへの巻き込み】【日常的ケア場面での傾聴・助言】【学習への動機づけ】【効果的な指導】【医療従事者からの手技の工夫に関する助言】各1件であった。【子どもの状態・治療についての説明】では、「メッセージノートを通した子どもについての情報提供」「同じような子どもに関する情報提供」があった。しかし、「窓越し面会に関する説明の不足」という否定的相互作用もあった。子どもとの相互作用では【子どもの状態の観察と理解】11件、【ケア遂行を困難に思わせる状況の理解】【学習への動機づけ】が各1

件あった。【子どもの状態の観察と理解】では「日々の子どもの状態観察」「子どもの成長を感じる」「子どもの生活ペースの理解」など子どもの観察や世話を通して子どもの状態、日常生活や成長を理解していた。

家族や夫との相互作用は【家族によるサポート】【家族による支援体制】があり、家族とは【家族によるサポート】4件、【家族による支援体制】1件があった。「退院を待ち望む様子」「協力の意思表示」は決意を強める相互作用として語られたが、「退院に対する不安の表出」「子どもとの交流を積極的に取らない様子」は否定的相互作用であった。他方、夫では【家族によるサポート】2件、【家族による支援体制】1件であった。ピアとの相互作用は「親がケア技術を習得して退院することがある」という情報提供として、【ピアからの情報提供】が1件、「練習することで遂行可能であるとの助言」として【学習への動機づけ】が1件あった。MSWとの相互作用には【具体的なケアに関する助言】があったが、これは「在宅医療機器の手続きに関する意思決定を急がされた」という否定的相互作用であった。

3. 「自信」に影響を与えた重要他者と相互作用

1) 重要他者

全体として、自信に最も影響を与えた重要他者は看護師であり、彼らとの相互作用の語りは29と突出して多かった。残りは子ども7、ピア3、医師、夫、家族、その他がそれぞれ2であった。これを事例別にみると表2に示したように、看護師との相互作用を多く語ったのは事例B、C、D、Eの4人であったが、Aだけは子どもが最多の3、看護師が2であった。

2) 時期と相互作用

第1回面接時（最終説明時）でもケアに対し自信がまったくないという母親はなかった。5人

表4 「決意」に影響した重要他者と相互作用：面接時点別

重要他者 (コード総数)	相互作用					
	コード数	第1回面接 (最終面接時)	コード数	第2回面接 (退院直前)	コード数	第3回面接 (退院後)
看護師 (12)	9	【子どもの状態・治療についての説明】 《メッセージノートを通した子どもについての情報提供》(C, D) 《同じような子どもに関する情報提供》(C) 《窓越し面会に関する説明の不足》(A) 【親子の尊重】 《いつも明るく普通の子どもと変わらない接し方》(C) 【ケアへの巻き込み】 《基本的なケアに参加することへの提案》(E) 【日常的ケア場面での傾聴・助言】 《不安表出時にその都度なされる説明》(B) 【退院・医療的ケア継続の説明】 《ケアの必要性に関する理解の確認》(A) 《突然の退院日決定》(E)	3	【学習への動機づけ】 《父を含めたケア技術習得計画の作成・指導》(B) 【効果的な指導】 《見守りのもと急かされずに実施できる技術指導の環境》(D) 【医療従事者からの手技の工夫に関する助言】 《ケア実施時の工夫に関する助言》(D)	0	
医師 (17)	14	【子どもの状態・治療についての説明】 《日々、状態や治療についてその都度説明》(A, C, E) 《低出生体重児に起こりうる一般的な症状に関する説明》(D) 【退院・医療的ケア継続の説明】 《退院予定の目安に関する説明》(A) 《退院後のケア継続可能性に関する説明》(A, C, D) 《退院後のケア継続決定・退院日程の説明》(A, B, C, D, E) ^a 《突然の退院日決定》(E)	2	【子どもの状態・治療についての説明】 《子どもの状態や治療に関してその都度なされる説明》(C) 【具体的なケアに関する助言】 《不安事項に関する説明》(E)	1	【医療的ケア提供者としての再動機づけ】 《ケア継続の必要性に関する説明》(A)
子ども (13)	7	【子どもの状態の観察と理解】 《日々の子どもの状態観察》(A, B2, C, D, E) 《子どもの成長を感じる》(C)	3	【子どもの状態の観察と理解】 《経口哺乳が進まない子どもの状態観察》(B) 【ケア遂行を困難に思わせる状況の理解】 《複雑なケアが行われている様子の観察》(C) 【学習への動機づけ】 《抱っこを求めて泣く子どもの様子》(B)	3	【子どもの状態の観察と理解】 《日々の子どもの状態観察》(B) 《子どもの生活ペースの理解》(D) 《頑張って哺乳する姿の観察》(D)
夫 (3)	0		3	【家族によるサポート】 《共に頑張ることを確認》(B) 《ケア技術指導への参加》(B) 【家族による支援体制】 《多忙な勤務》(E)	0	
家族 (5)	1	【家族によるサポート】 《退院を待ち望む様子》(E)	3	【家族によるサポート】 《退院を待ち望む様子》(C) 《退院に対する不安の表出》(A) 【家族による支援体制】 《協力の意思表示》(B)	1	【家族によるサポート】 《子どもとの交流を積極的に取らない様子》(A)
ピア (2)	2	【ピアからの情報提供】 《親がケア技術を習得して退院することがあるという情報提供》(D) 【学習への動機づけ】 《練習することで遂行可能であるとの助言》(D)	0		0	
MSW (1)	1	【具体的なケアに関する助言】 《在宅医療機器の手続きに関する意思決定を急かされた》(A)	0		0	

注. 【 】内はカテゴリー名、《 》内はコード、斜体は否定的相互作用、()内の英字は事例、事例横の数字は同一回答数である。
a. 事例Eのみ「退院後の生活への具体的なイメージがもてなかった」として否定的相互作用として語った

の自信の程度がどのように推移したかを表したのが図2である。2人は第3回面接（退院後）を受けなかったため、その限界の中での分析であるが、自信の程度の推移は2つのタイプに分類できた。第1のタイプは自信が徐々に高くなるもので、事例B、C、D、Eに認められた。第2のタイプは医師による説明後から退院前に高くなるが、退院後に下がったもので、事例Aにみられた。自信の程度が下がった理由について、彼女は「〈予期せぬトラブルへの対応困難〉というケアの失敗経験を語った。

全体として、自信に影響した相互作用は47あったが、その内容を時期・重要他者別（表5）にみると、第1回面接時に語られた相互作用は計10（看護師6、子ども3、ピア1）であったが、第2回面接時の相互作用は計31（看護師22、医師2、子ども2、夫2、家族1、ピア1、地域保健師1）、第3回面接時は計6（子ども2、看護師1、家族1、ピア1、講演会講師1）であり、退院直前の第2回面接時が最も多かった。

次に、重要他者別にどのような相互作用があったかを多い順に見てみると、看護師との相互作用は計29であり、【効果的な指導】10件、【医療従事者からの手技の工夫に関する助言】5件、【親子の尊重】4件、【学習への動機づけ】【具体的なケアに関する助言】【社会資源に関する情報提供】各2件、【子どもの状態・治療についての説明】【活発なコミュニケーション】【日常的ケア場面での傾聴・助言】【ケア遂行を困難に思わ

せる状況の理解】各1件あった。看護師の基本的態度やケア技術指導場面での相互作用が多く語られ、【効果的な指導】として「〈段階を踏んだ急かされない指導〉」〈ケア練習時のわかりやすい説明〉「〈親切で丁寧な指導〉」など、多くの肯定的な相互作用が語られた。さらに、【社会資源に関する情報提供】として「〈ピアサークル、訪問看護、電話相談などに関する情報提供〉」を経験した母親は、ピアとの繋がりや訪問看護、電話相談によって専門職者から継続した支援が得られることによる心強さ、特に電話相談はわが子のことをよく理解しているNICU看護師が24時間対応してくれるため安心感を得ていた。一方で、「〈日々担当看護師が変わり計画通りに進まない学習〉」〈看護師によって異なる技術指導方法〉といった否定的相互作用もあった。子どもとの相互作用は計7であり、【ケア遂行を困難に思わせる状況の理解】3件、【子どもの状態の観察と理解】【学習への動機づけ】各2件であった。ピアとの相互作用は計3で、【学習への動機づけ】2件、【ピアなどからの助言】1件であり、ピアが「〈ケア練習している様子の観察〉」は彼らの【学習への動機づけ】として肯定的相互作用であった。

医師との相互作用は【具体的なケアに関する助言】として2件あり、「〈不安事項に対する具体的な説明〉」という肯定的相互作用もあったが、具体的対応の提示がないまま「〈困難なケアの要求〉」をされたことで自信が低下したとの語りもあった。夫との相互作用は【家族による支援体制】が2件あり、「〈多忙な勤務〉」である夫との生活の中で、夫の協力を得ることは無理なので家庭でのケアを自分一人で行っていかねばならないと感じることで自信が低くなった事例もあった。家族との相互作用は、【家族による支援体制】2件あり、「〈協力の意思表示〉」〈ケアや日常生活に対する支援〉という肯定的相互作用があった。その他との相互作用として、講

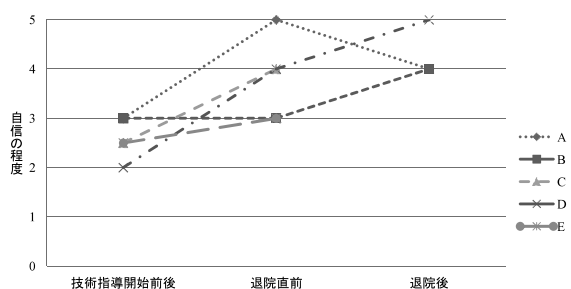


図2 医療的ケア提供者としての自信の推移 各時点における自信の程度を0～5の6段階で評価してもらった。0は自信がまったくない、5は強い自信を表す。

表5 「自信」に影響した重要他者と相互作用：面接時点別

重要他者 (コード総数)	相互作用					
	コード数	第1回面接 (最終面接時)	コード数	第2回面接 (退院直前)	コード数	第3回面接 (退院後)
看護師 (29)	6	【子どもの状態・治療についての説明】 ≪母不在時の子どもの様子に関する情報提供≫ (E) 【親子の尊重】 ≪母の頑張りを認める態度≫ (E) ≪子どものペースを配慮しないケア≫ (B) 【活発なコミュニケーション】 ≪コミュニケーションの良さと子どものことをよく理解していること≫ (B) 【日常的ケア場面での傾聴・助言】 ≪日常の細かい子どもの様子を伝える姿勢≫ (E) 【学習への動機づけ】 ≪日々の看護ケアについての説明≫ (C)	22	【親子の尊重】 ≪その子に合った温かみのあるケア≫ (B) ≪母親を尊重するような指導と助言≫ (B) 【ケア遂行を困難に思わせる状況の理解】 ≪予測されるトラブルに関する説明≫ (C) 【学習への動機づけ】 ≪ケア習得時の励ましの言葉≫ (B) 【効果的な指導】 ≪日頃の観察から得た認識と一致した説明≫ (A) ≪親切で丁寧な指導≫ (B) ≪タイムリーな対応≫ (C) ≪段階を踏んだ急かされない指導≫ (D) ≪説明後に見守りのもと急かされずに実施できる指導≫ (D) デモ見学後に実施する計画的でわかりやすい指導≫ (E) ≪ケア練習時のわかりやすい説明≫ (E) ≪日々担当看護師が変わり計画通りに進まない学習≫ (B) ≪看護師によって異なる技術指導方法≫ (B, C) 【医療従事者からの手技の工夫に関する助言】 ≪ケアの工夫に関する助言≫ (B, D2) ≪ケア実施上の原則に関する助言≫ (D) 【具体的なケアに関する助言】 ≪必要なケアに関する説明がない≫ (A, E) 【社会資源に関する情報提供】 ≪ピアサークル、訪問看護、電話相談などに関する情報提供≫ (C, D)	1	【医療従事者からの手技の工夫に関する助言】 ≪電話相談時の適切な対応≫ (B)
医師 (2)	0		2	【具体的なケアに関する助言】 ≪不安事項に対する具体的な説明≫ (A) ≪困難なケアの要求≫ (B)	0	
子ども (7)	3	【子どもの状態の観察と理解】 ≪日々の状態観察≫ (D) 【学習への動機づけ】 ≪問題なくケアが行われている様子の観察≫ (A, B)	2	【ケア遂行を困難に思わせる状況の理解】 ≪ケア遂行を困難に思わせる子どもの様子の観察≫ (A) ≪ケア実施時に苦しがる様子の観察≫ (C)	2	【子どもの状態の観察と理解】 ≪ケア時の苦痛表情の消失≫ (D) 【ケア遂行を困難に思わせる状況の理解】 ≪予期せぬトラブルへの対応困難≫ (A)
夫 (2)	0		2	【家族による支援体制】 ≪多忙な勤務≫ (B, D)	0	
家族 (2)	0		1	【家族による支援体制】 ≪協力の意思表示≫ (D)	1	【家族による支援体制】 ≪ケアや日常生活に対する支援≫ (D)
ピア (3)	1	【学習への動機づけ】 ≪ケア練習している様子の観察≫ (A)	1	【学習への動機づけ】 ≪ケア遂行への励ましの言葉≫ (D)	1	【ピアなどからの助言】 ≪ケア時の工夫に関する助言≫ (D)
その他 (2)	0		1	【社会資源に関する情報提供】 ≪訪問看護の紹介≫ (E)	1	【ピアなどからの助言】 ≪子どものペースに合わせた子育てへの助言≫ (B)

注. 【 】内はカテゴリー名、≪ ≫内はコード、斜体は否定的相互作用、()内の英字は事例、事例横の数字は同一回答数である。

演会講師からの《子どものペースに合わせた子育てへの助言》という【ピアなどからの助言】、地域保健師からの《訪問看護の紹介》という【社会資源に関する情報提供】があり、訪問看護の紹介を受けた母親は、予期せぬ事態が発生した際に専門職者から支援が得られることを心強く感じていた。

V. 考察

退院後も日常的に医療的ケアを必要とする、NICU入院中の乳児をもつ母親5人それぞれに、退院移行期中に2回または3回、総計13回の半構造化面接を行った。その結果、退院後、母親が医療的ケア提供者として役割を果たす決意と自信の程度を、退院移行期の間に誰とのどのような相互作用を通して強くしていったかが明らかになった。つまり、決意も自信も、医師、看護師、MSW、地域保健師の医療従事者、そして子ども、夫、家族に加えて同じ経験をしているピアなど、重要他者との多岐にわたるさまざまな相互作用によって影響を受けていた。特に子どもにおいては「非言語コミュニケーション」による相互作用、すなわち子どもの存在そのものが母親に大きな影響を与えていた。医療的ケアの役割をとるという意味を固める「決意」には医師が最も関係し、看護師も寄与していた。他方「自信」の強化には圧倒的に看護師の関わりが寄与しており、総じて、看護師の役割の大きさが明らかになった。これらの結果から、医療的ケア提供者としての役割を担う母親に対して、NICU看護師はどのように支援すべきかいくつかの示唆が得られた。

1. 母親のレディネスのアセスメント

母親らを指導する前に彼らのレディネスを整える支援が重要である。つまり、母親がわが子に愛着をもち、彼らを育てる不安をできるだけ除去することである。Sneath (2009) はNICU

において何らかの指導が親へ行われる際考慮すべきことは、親の学習へのレディネスと情報を吸収する能力であると言っており、本研究でも親の学習レディネスを整える相互作用は、看護師との関わりの中で多くみられた。退院指導は医療チームによって行われる責任があるが、指導の大部分は看護スタッフによって行われる (Smith et.al, 2009) との報告があり、既述したように本研究でも同様に親の医療的ケア提供者としての退院準備において看護師の果たす役割は大きいことを証明できた。すなわち、看護師には親のレディネスが整うのを待つのではなく、他の医療従事者と協力して親のレディネスを整えるよう積極的に支援する役割がある。つまり、未熟性という特徴をもつわが子に恐れをもって接している母親にさまざまな方法で働きかけ、母親と子どもとの間をつなぐ働きかけをし続ける。そのために、親のレディネスのレベルをアセスメントし、親が持てる力を発揮できるように配慮した関わりによって、安心して練習できるようにすることが重要である。

2. 母親および家族を巻き込んだ退院計画の立案と計画的な予期的退院指導

母親は、医療的ケアの練習を重ねることで「やっていけそう」と自信を徐々に強くし、主体的・自律的な実践経験はその自信をより強くするという結果であった。親の自信を高めるためには、親が積極的に子どものケアに参加し、実践的な学習を行うことが必要となり、新しいスキルを実践する機会を与える親教育が、親を支援する看護となる (Cleveland, 2008) と言われているが、本結果からもそのような機会を計画的に提供する必要性が示唆された。

親が退院後に医療的ケア提供者としての役割を果たせるように、計画的に支援をしていくことの大切さは当然のことであり、母親たちの要望も強かったが、特にチーム医療においてその

実行には大きな困難が伴う。突然退院日が決まると感じた母親は、その決定を受けた後、急いで子どもを家庭で受け入れる準備に入った。家庭環境をアセスメントすることは、早産児が病院から家庭へ移行する際の看護師の役割である (Lopez et. al, 2012 ; Smith et.al, 2009) とされるが、本研究で看護師がこの役割を発揮した形跡は見いだせなかった。退院計画は、入院したとき、または乳児の生存が明確になったときから始めることが推奨されており (American Academy of Pediatrics, 2008)、退院計画立案に親を含めること (Weiss et.al, 2008 ; Griffin & Pickler, 2006)、親が在宅生活をイメージするための支援 (金泉, 2009) を意識したケア、母親が見通しをもって子どもの入院生活を支えられるような支援方法の工夫が必要であろう。退院支援を計画的に実施する方法として、入院から退院までのニーズを満たすための明確な枠組みを提供する予期的パスウェイやクリニカル・パスウェイの潜在的な有用性が論じられており (Mancini & While, 2001)、NICUでの活用も必要であろう。

3. 統一したケア技術指導

母親の中には指導する看護師によって医療的ケアの手技方法に違いがあり混乱した経験や、看護師間で指導計画の情報共有が不十分で計画がスムーズに遂行できなかった経験を語っていた。初めて新しいことを学習する際には、その基本となることを確実に指導することが重要であるため、看護師の指導方法は指導マニュアルに基づき、統一したものとする必要がある。

4. 母親および家族を含めたチームアプローチなど総合的支援

親の医療的ケア遂行に対する決意は、時間の経過とともに強くなる傾向があり、それは徐々に医療的ケア実践への不安が軽減するからであ

る。しかし、場合によっては決意の程度が弱まる母親がおり、それは特に家族の退院への不安表出が、母親の不安を掻き立てるためであった。先行研究でも、子どもの主たるケア提供者となる親への支援として、まず、家庭環境をアセスメントすること (Lopez et.al, 2012)、家族サポートをとりつけることや家族メンバーを教育セッションに含めること (Weiss et.al, 2008)、医療従事者や家族など親の支援者となる個人や社会との関係性を構築すること (西田, 2010)、支援体制を整えること (金泉, 2009) が重要との指摘がなされている。したがって、医療的ケア提供者となる母親だけではなく、家庭環境、家族関係を含めたアセスメントを行い、父親をはじめとする家族を巻き込んだ支援が重要であろう。

医師らと日常会話をしている最中に、突然退院日程が決められた母親は、計画的な準備をして欲しいと語った。この母親のように、例え、退院への希望を持ち、医療的ケア技術の練習を開始していたとしても、手続きを踏まない行為は母親の不信を生むと思われる。医療従事者の母親への関わりがすべて退院を意識したものであったとしても、母親にその真意が伝わるとは限らないからである。親のケア参加を促す医療従事者の活動として、ケアへの巻き込み以外に、親の期待を話し合い、親のニーズに敏感であることや親が子どもに提供できるケアは何かを話し合うことといった、親と医療従事者との活発なコミュニケーション、折衝の重要性がいわれている (Power & Franck, 2008)。しかし、本研究においては親と医療従事者間で対等な直接的な話し合いがされたという語りはなかった。特に日常的に母親と接する看護師は、もっと親の思いや考えを引き出し、医療従事者が親に期待することをはっきり説明し、両者が話し合っ子どもにとっての最善を決めていくという双方向性のやりとりをもつ必要があり、そうでき

るためのコミュニケーション技術を磨く必要があるだろう。

医療的ケアの指導を受ける前の段階にあって、医療的ケアの実施に対する自信が全くないという親はいなかった。それは一部に例外はあるものの、入院中日常的に看護師が行うケアの様子を観察する、医療的ケア練習中のピアから話を聞く機会があることで、自分にもできそうだという感触をもつ経験を重ね、少しずつ有能感を育てているからだろう。それは、NICUに入院している子どもの親は看護師や新生児科医師が考えているよりも、より専門的なケアに参加したいと考え、自分自身を有能であると捉えている (Nyqvist & Engvall, 2009) との先行研究の結果を支持するものであった。

さらに、母親らはピアサークルや訪問看護、NICUスタッフによる電話相談などの社会資源に関する情報提供を受けることで、安心感を得ていた。特に、慣れ親しんだNICUスタッフと電話相談という形で繋がっていられることを快く思っていた。親の情報探求ニーズは、NICUから自宅へ退院する際の支援 (Boykova & Kanner, 2012 ; Lopez, 2012) として重要な要素であることが確認できた。

本研究の参加者は一施設の5人と少なく、退院や育児に積極的な母親たちであった。しかし、NICUに入院中の子どもの母親の中には、母親役割を受け入れられない者、精神的疾患等があり面会に来られず医療的ケア提供者としての役割を引き受けられない者などもある。今後は、母親らが医療的ケアの担い手としての役割を果たすための退院準備をする際に経験する多様な相互作用を把握できるように、幅広い背景をもつ、より多くの参加者を対象にした研究を行う必要がある。

VI. 結論

NICU入院児の母親5人を対象に、退院移行

期中に計13回の面接を実施し、医療的ケア提供者としての準備を誰と、どのような相互作用の中でしていったかについて、決意と自信に関連する語りから理解した。母親らは子どもの生まれない時期から退院後までの全期間を通して、子ども、夫・家族、ピア、医師、看護師など重要他者との多様な相互作用を通して、医療的ケア提供者としての準備をしていることがわかった。母親らは特に看護師との相互作用を多く語っており、看護師が母親の退院準備に大いに貢献していることが分かったことは意義あることである。医療的ケアの技術指導を含めた退院指導時だけでなく、看護師との日常的な相互作用も母親の医療的ケアの退院準備性に大いに貢献していることも明らかになっており、入院したときから退院を意識した意図的な関わりが看護師には求められていた。他方、医療的ケア技術の指導に関した相互作用では否定的相互作用も語られており、指導方法への改善が求められた。また、母親らにとって、夫や家族、ピアなどとの相互作用も重要であり、看護師は母親の人的ネットワークの把握や調整をする必要があった。以上のことより、NICUにおける退院準備のための看護支援として、母親のレジリエンスのアセスメント、母親を巻き込んだ退院計画の立案、計画的な予期的退院指導、統一したケア技術指導、母親とその家族を含めたチームアプローチなど総合的支援の必要性が示唆された。

謝辞

本研究に取り組むにあたり、子どもの入院、家庭で新しい生活を開始するというお忙しい中、本研究の趣旨をご理解頂き、貴重な経験を聞かせて下さったお母様に深謝します。また、研究の趣旨に賛同し、研究参加者をご紹介くださいましたA病院施設長、新生児科医師、NICU病棟師長に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は平成24年度沖縄県立看護大学

大学院修士論文の一部を加筆・修正したものである。

引用文献

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn (2008). Hospital discharge of the high-risk neonate, *Pediatrics*, 122 (5), 1119-1126.

Bissell G, & Long T. (2003). From the neonatal unit to home : How do parents adapt to life at home with their baby?, *Journal of Neonatal Nursing*, 9 (1), 7-12.

Boykova M, & Kenner C. (2012). Transition From Hospital to Home for Parents of Preterm Infants, *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 26 (1), 81-87.

Cleveland LM. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37 (6), 665-691.

Griffin JB, & Pickler RH. (2011). Hospital-to-home transition of mothers of preterm infants, *MCN American Journal of Maternal Child Nursing*, 36(4), 252-257.

伊藤勇(2002). 相互行為論の視角, 伊藤勇, 徳川直人(監), ニューセンチュリー社会心理学5 相互行為の社会心理学(初版), 11-21, 北樹出版, 東京.

金泉志保美 (2009). 医療的ケアの必要な小児の退院に向けての看護支援, 群馬保健学紀要, 30, 29-39.

Lerret SM.(2009).Discharge readiness: an integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(4):245-55.

Lopez G, Anderson KH, & Feutchinger

J.(2012).Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life, *Neonatal Network*, 31(4), 207-214.

Mancini A, & While A.(2001).Discharge planning from a neonatal unit:An exploratory study of parents' views, *Journal of Neonatal Nursing*, 7(2), 59-62.

根津智子, 富和清隆 (2012). 重症心身症障害児等の在宅医療に関する実態調査, 日本小児科学会雑誌, 116(8), 1244-1249.

西田みゆき(2010). 養育上の困難を抱える母親のempowermentの概念分析, 日本看護科学会誌 : 30(2), 44-53.

Nyqvist KH, & Engvall G. (2009). Parents as Their Infant's Primary Caregivers in a Neonatal Intensive Care Unit, *Journal of Pediatric Nursing*, 24(2), 153-163.

及川郁子 (2002). 小児の在宅療養推進のためのケアマネジメントプログラムの紹介, 小児看護 : 25(11), 1540-1557.

Power N, & Franck L.(2009).Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 62(6),622-641.

Raines DA, & Brustad J.(2012).Parent's confidence as a caregiver, *Advances in Neonatal Care*, 12(3), 183-188.

Robison M, Pirak C, & Morrell C.(2000).Multidisciplinary discharge assessment of the medically and socially high-risk infant, *The Journal of perinatal & neonatal Nursing*, 13(4), 67-86.

Sáenz P, Cerdá M, Díaz JL, Yi P, Gorba M, Boronat N, Barreto P, & Vento M. (2009).Psychological stress of parents of preterm infants enrolled in an early

- discharge programme from the neonatal intensive care unit: a prospective randomised trial, *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 94(2), 98-104.
- Sheikh L, O'Brien M, & McCluskey-Fawcett K.(1993).Parent preparation for the NICU-to-home transition: staff and parent perceptions, *Child Health Care*, 22(3), 227-239.
- Smith, VC, Young S, Pursley DM, McCormick MC, & Zupancic JA.(2009).Are families prepared for discharge from the NICU?, *Journal of Perinatology*, 29(9), 623-629.
- Sneath N.(2009).Discharge Teaching in the NICU: Are Parents Prepared? An Integrative Review of Parents' Perceptions, *Neonatal Network*, 28(4), 237-246.
- Swallow V.(2008).An exploration of mothers' and fathers' views of their identities in chronic - kidney - disease management : parents as students?, *Journal of Clinical Nursing*, 17(23), 3177-3186.
- Weiss ME, Jonson NL, Malin S, Jerofke T, Lang C, & Sherburne E.(2008).Readiness for Discharge in Parents of Hospitalized Children, *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4), 282-295.
- Weiss ME, & Piacentine LB.(2006).Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale, *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 163-180.
- Weiss ME, Piacentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S, Homes SB, Toman S, Toy A, & Vega-Stromberg T.(2007).Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients.*Clin Nurse Spe*, 21, 31-42.
- Wesseldine LJ.McCarthy P.& Silverman M.(1999).Structured discharge procedure for children for admitted to hospital with acute asthma:a randomised controlled trial of nursing practice, *Archives of disease in childhood*, 80, 110-114.

Discharge preparation for mothers who provide medical care to their infants hospitalized in the NICU : Interaction with significant others who influenced their determination and confidence

Rina Tsutsumi¹ Kazuko Maeda²

Abstract

【Objective】 To describe how mothers with hospitalized infants in the NICU interacted with significant others and prepared themselves to play a role as medical care providers at home after discharge; and to utilize it for nursing care support in the NICU for mothers to prepare for discharge.

【Method】 Two to three respective semi-structured interviews were conducted during the transition period for discharge to five mothers of infants who were hospitalized in the NICU of Hospital A and needed daily medical care after discharge.

【Results】 “Determination” and “confidence” for a mother to play a role as a medical care provider was influenced in a wide variety of interaction with significant others including peers who have the same experiences (mothers’ group of hospitalized children) in addition to medical professionals such as physicians and nurses, their children, husband, and family. Physicians had the most association with “determination” followed by nurses who also had considerable association. On the other hand, interactions with nurses overwhelmingly contributed to strengthening of “confidence,” clarifying the significance of nurses’ roles in general. Interactions with nurses were categorized into 12, including “explanation on child’s condition and treatment,” “respect to parent and child,” “active communication,” “attentive hearing and advice in daily care scenes,” “motivation to learning,” “effective guidance,” etc., and fundamental attitude as a nurse as well as involvement in guidance on care techniques was frequently told.

【Conclusion】 Nurses played an important role in supporting mothers to prepare for discharge. The need of comprehensive support for them was indicated as nursing care support, including assessment of mothers’ readiness, discharge planning with mothers, systematic anticipatory discharge guidance, uniform guidance on care techniques, and team approach including mothers and their family.

Keywords: NICU, mother of a hospitalized child, medical care provider, discharge preparation, determination and confidence, interaction with significant others

¹ Former Okinawa Prefectural College of Nursing Graduate School, First Semester of Doctoral Course

² Okinawa Prefectural College of Nursing Graduate School

原著

沖縄県における10代母親の現状とハイリスク者の特定

賀数いづみ 前田和子 西平朋子

【目的】2010年に出産した沖縄県内の10代母親の身体的・社会経済的状态などの実態を把握するとともに、優先的に看護支援すべきハイリスク者を特定するために参考となる指標を見つけることであった。

【方法】沖縄県内の出産を扱う産科医療機関全数34施設の産科病棟師長ら34名を対象に郵送による自記式質問紙調査を行った。

【結果】20施設20名(回収率58.8%)の回答から2010年の10代母親185人のデータを得た。これは本県の10代母親総数439人の約42%であった。平均出産年齢は18.0歳(±1.1)、夫・パートナーの平均年齢20.9歳(±4.1)、婚姻率50%で、「どちらかの実家に同居」48%、「核家族」34%であった。本人の65%が「無職」で、夫・パートナーの63%が「有職」であった。本人またはパートナーが婚姻年齢に達していないカップルは18組であった。10代母親の初診は、妊娠11週以内57%で、県内の妊娠届け出の11週以内85%に比べかなり低く、20週以降の初診も18%で遅い者が明らかに多かった。また、妊娠中の異常は7割を超え、沖縄県の妊婦一般健康診査受診者の有所見率42%に比べ高率であり、貧血や切迫早産、早産・低出生体重児の出生割合も高かった。新生児異常は17歳以上に比べ15・16歳の母親は有意に高かった($\chi^2=10.335$, $\Phi=1$, $p=0.001$)。退院後1か月の来院者は99%であった。リスク者判別の指標は重回帰分析の結果「夫・パートナーのクラス参加」、「本人の就業」、「夫・パートナーの就業」、「10代母親家族の受け入れ」の4変数の組み合わせで最も高い決定係数 $R^2=0.487$ が得られた。

【結論】10代母親は成人母親と比べ、医学的有所見率が高く保健行動にも問題があることがわかった。また、彼女らの社会経済的状况、医学的所見は多様なので出産年齢だけでは支援の必要性を判断できないこと、10代母親の否定的側面だけでなく肯定的側面にも目を向ける必要のあること、彼らの特徴を理解し個別性を考慮した看護支援が求められることが示唆された。ハイリスク者の特定に有用な指標として社会経済的な4変数を特定できたが、これも含めて沖縄県の10代母親に関する更なる調査が必要である。

キーワード：10代母親 沖縄県 産科医療機関 看護支援 ハイリスク者

1. はじめに

我が国では10代母親における周産期死亡率は2013年現在6.3と全体の1.7倍にもものぼり、母子保健上の重要な課題の一つである。2009年には児童福祉法第6条の3で出産後の養育について妊娠期から継続的な支援が特に必要な妊婦と定義される「特定妊婦」として若年妊娠など、妊娠中からの支援の重要性が法的にも示された(厚生労働省2009)。沖縄県では、「健やか親子おきなわ21」の2010年の目標に「全出産数に対する10代母親の割合を全国平均以下にする」を掲げ努力したが、2012年の全出生数に占める10代母親の割合は2.8%と全国1.2%の2.3倍である。全国的には年々減少傾向にあるが、沖縄県では

2010年、2011年の2.6%よりも増加している状況がある(沖縄県, 2012; 厚生労働省, 2011)。また、2008~2012年の15~19歳女性の出生率は沖縄県10.9で、全国4.9の約2.3倍である(総務省統計局)。ここでいう10代母親とは、10代で出産した女性を指し、その女性が妊娠期、出産期、産褥期、育児期のどの時期にあってもこの用語を用いる。

10代母親に関して国内外の研究が数多くなされてきた。国内において、2000年前半までは10代母親を、子育てに問題が起こる要因(前川, 2001)、乳幼児虐待発生のリスク者(小林, 2002; 小泉, 2002; 中澤ら, 2005)、養育態度や養育行動が未熟(佐藤ら, 1991; 田口ら, 1991)、年齢

の若い者ほど子どもとの関わりが不足（木寺ら、1990）とした報告があった。しかし、その後、10代母親の様々な側面を検討する研究が増え、医学的所見と保健行動の特徴として、初診時期の遅れ、妊婦健康診査受診回数の少なさ、貧血、切迫早産、低出生体重児出産（滝本、2008；定月、2009）、思春期のやせ（赤井・松嶋、2010）などの報告が出された。

また、社会生態学的観点からなされた研究もあり、10代で母親になることは本人の学業を中断させ、親世代や周囲の困惑をもたらし、パートナーとの未熟で不安定な関係や脆弱な社会経済的基盤などによって問題を生じさせ（平尾、2005；森田、2008；小林、2007；定月、2013）、その後の生活に大きな社会的リスクを抱える可能性があること（定月、2013）などが指摘された。

国外では、社会経済的貧困、家族崩壊および低い教育レベルが10代妊娠に関係があるとした欧州連合25カ国を対象にした大規模研究（Imamura et al, 2007）をはじめ、10代母親の支援プログラムの評価に関する研究（Barlow J et al, 2007；Brinkman et al, 2010；Scott, 2010；Sunders et al, 2011）など、先駆的な研究が活発になされている。日本では10代母親に対する大規模な社会的支援プログラム研究や評価研究は見当たらない。

沖縄県にとって10代母親問題は重要課題であるが、詳細なデータが公表されていない。全県的な10代母親に関する報告は、「若年妊産婦支援マニュアル」作成のために保健師を対象に調査した10代妊産婦支援に関する調査報告（沖縄県福祉保健部、2005）、それらもとにまとめた永山ら（2007）の研究報告のみで、身体的問題、精神心理的問題、養育力の問題、経済的な問題、こどもの問題やハイリスク要因などが報告されている。しかし、県内の産科医療施設における10代母親の実態を我々は正確に知らないため、

効果的な支援方法が見いだせないことが課題である。本研究は沖縄県内の出産を取り扱う産科施設の10代母親の現状を把握し、限られた看護資源を活かすために優先的に支援の必要なハイリスク者の特定に参考となる指標を見つけることに着目した。支援優先度の高い10代母親を特定できれば、助産師の数が少ない支援者の不足している施設でも対象を特定することにより個別的で効果的な支援の可能性が期待できるかもしれない。

本研究の目的は、沖縄県内の産科医療施設における産科病棟等の責任者を対象に調査を行い、2010年に出産した10代母親の身体的・社会経済的状態などの実態を把握するとともに、優先的に看護支援すべきハイリスク者を特定するために参考となる指標を見つけることであった。主たる研究設問は、沖縄県内産科医療機関を受診した10代母親のうち優先的に看護支援すべき人は誰かである。補助的研究設問は1)10代母親の医学的所見と保健行動はどのような状態か、2)彼らの社会経済的背景はどのような状態か、3)ハイリスク者の特定に有用な指標は何かである。

2. 方法

1) 調査方法

研究デザインは調査研究である。研究対象は沖縄県内の医療機関登録「うちなあeネット」に登録されている産科医療機関で出産を扱っている県内全保健医療圏の施設34カ所（北部3、中部11、南部17、宮古・八重3）の産科病棟等の責任者34人であった。

データ収集の方法は郵送による無記名の自記式質問紙法で、同封の返信用封筒で回収した。質問紙は2種類あり、第1は施設の概要と回答者の属性など、第2は当該施設における過去1年間（2010年1月～12月）の10代母親について、年齢・婚姻状況などの基本的情報の他、家族形態、就業状況などの社会経済状態、診療録等か

ら得られる医学的所見、妊婦健診受診などの保健行動、保健指導や保健師との連携、退院後のフォローなどであった。調査期間は2011年11月から2012年3月末の間であった。

2) 分析方法

(1) 10代母親の医学的所見と保健行動

統計パッケージSPSS Ver. 19を用いて単純集計を行った後、母親の出産年齢別に妊娠・出産・産褥、新生児についての医学的所見、保健行動、社会経済的状態について記述統計を行った。その後、母親の出産年齢別の医学的所見を χ^2 検定、母親の年齢と夫・パートナー年齢の組み合わせについて相関係数をもとめた。

(2) 社会経済的背景

出産年齢と夫・パートナー年齢別の社会的特徴として、家族形態、婚姻状況、本人と夫・パートナーの年齢別就業状況について、出産年齢別カップルを組み合わせで一覧表を作成し分析検討を行った。また、年齢別の組み合わせから法的に婚姻年齢に達しないカップルを把握した。

(3) ハイリスク者の特定に有用な指標

ハイリスク者の判別に参考となる社会経済的指標を特定するために、妊娠リスクスコア(久保ら2009)を参考に算出したリスク得点を従属変数に、社会経済的指標の9変数を独立変数として、ステップワイズ法で重回帰分析を行った。「妊娠リスクスコア」は、ハイリスク妊婦の抽出や妊婦自身が自己評価を行い、リスクに応じた出産施設選択に利用されている。妊娠初期用18項目、妊娠後半期用11項目の質問で構成され、妊婦が自己評価しやすいよう既往疾患や既往産科歴などについて一つ一つの質問項目を選択してリスク得点を算出できる。各項目は1点～2点、疾患によっては5点の配点もあり、得点が高くなるほどリスクが高いことを示している。

「妊娠リスクスコア」の判別は、0～1点を現時点で問題なし(低リスク者)、2～3点を中リスク者、4点以上を高リスク者としている。

本調査では回答者が看護職者であるため、既往疾患歴や手術歴、既往産科歴等は一つの項目にまとめた。また、10代母親本人への調査ではないため、喫煙、飲酒などの嗜好品の頻度や量、身長、体重、妊娠中の体重増加量、薬物の服用歴、不妊治療歴、詳細な婦人科疾患歴などは正確な情報が得られないと判断して除外し、客観データに基づく質問項目に限定した。質問項目および主な得点基準を以下に示す。出産年齢(15歳以下:1点)、出産歴(初産1点)、既往歴(気管支喘息、精神神経疾患など:2点)、既往産科歴(妊娠高血圧症候群、帝王切開、早産など:各1点)、既往婦人科疾患(子宮頸部円錐切除術など:1点)、初診の時期(28週以降:1点、分娩時:2点)、妊婦健診受診状況(2回以下:1点)、妊娠初期検査の異常(性感染症:1点)、妊娠経過中の異常(切迫早産:34週以後1点、33週以前2点、破水や入院:2点、前置胎盤:2点)、胎児・新生児の発育(胎児発育不全2点、低出生体重児:1点)、羊水量(過少:2点、過多5点)、新生児の異常(1点)の12項目を本研究におけるリスク得点の算定項目とした。

3) 倫理的配慮

本研究計画は筆者が所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得た後、施設の研究規則手続きを経て実施した。対象者に目的及び方法、参加の任意性及び中途の離脱の保障、個人情報保護、データの目的外使用の禁止等について文書で説明した。質問紙の回答及び返信をもって調査への同意とした(承認番号10019)。

4. 結果

1) 質問紙の回収状況

賀数いづみ：沖縄県における10代母親の現状とハイリスク者の特定

県内の20施設（北部1，中部6，南部11，宮古・八重山2）20人の看護職者から回答があり、回収率58.8%であった（表1）。20施設の2010年1月～12月の10代出産数は197件で、南部78（約50%）、中部70（約36%）、離島29（約15%）、北部0件であり、そのうちの10代母親、185件のデータが得られた。回答者20人の年齢は50代以上が

約半数を占め、看護経験年数は8～43年で、平均21.6年（±8.9）、職位は病棟師長10人（50%）、主任1人（5%）、病棟助産師6人（30%）、産科外来担当看護師1人（5%）、無回答2人（10%）であった。

表1 調査施設の概要

	北部	中部	南部	宮古・八重山	計
依頼数	3	11	17	3	34
回収数(%)	1 (33.3)	6 (54.5)	11 (58.8)	2 (66.6)	20 (58.8)
(回収施設の内訳：再掲)					
産科診療所/ 産科病院	0	5	7	0	12 (60.0)
総合病院・一般病院産科	1	1	4	2	8 (40.0)
回収施設における 2010年の10代出産数	0	70 (35.5)	98 (49.7)	29 (14.7)	197 (100)
(出産数の内訳：再掲)					
産科診療所・産科病院	0	62	66	0	128 (65.0)
総合病院・一般病院産科	0	8	32	29	69 (35.0)

注1) 数字は施設数、または10代出産数

注2) () は%を示す

表2 10代母親の年齢別基本属性

		15歳	16歳	17歳	18歳	19歳
全体		4 (2.2)	18 (9.7)	26 (14.1)	56 (30.3)	80 (43.2)
婚姻状況						
有	92 (50.0)		7 (38.9)	5 (19.2)	31 (55.4)	49 (61.3)
無	44 (23.9)	4 (100)	6 (33.3)	11 (42.3)	10 (17.9)	13 (16.2)
入籍予定	38 (20.6)		4 (22.2)	9 (34.6)	12 (21.4)	13 (16.3)
不明	10 (5.4)		1 (5.6)	1 (3.8)	3 (5.3)	5 (6.3)
家族形態						
親と同居	89 (48.4)	4 (100)	12 (66.7)	18 (69.2)	22 (39.3)	33 (41.3)
核家族	63 (34.2)		4 (22.2)	6 (23.1)	21 (37.5)	32 (40.0)
その他	3 (1.6)			1 (3.8)	1 (1.9)	1 (1.3)
不明	29 (15.8)		2 (11.1)	1 (3.8)	12 (21.4)	14 (17.5)
就業状況						
有	33 (17.9)			3 (11.5)	8 (14.3)	6 (7.5)
無	120 (65.2)	2 (50.0)	13 (72.2)	16 (69.6)	39 (69.6)	50 (62.5)
学生	25 (13.6)	1 (25.0)	4 (22.2)	6 (23.1)	8 (14.3)	6 (7.5)
不明	6 (3.3)	1 (25.0)	1 (5.6)	1 (3.8)	1 (1.8)	2 (2.5)
産科歴n=183						
初産	162 (88.5)	4 (100)	17 (100)	23 (88.5)	50 (89.3)	68 (85.0)
1回経産	20 (10.9)			3 (11.5)	6 (10.7)	11 (13.8)
2回経産	1 (0.5)					1 (1.3)

注1) n=184

注2) 各変数のnは無回答を除いた数である

2) 10代母親の状況

(1) 10代母親、夫・パートナーの属性と社会的経済的状況

①10代母親の基本属性

10代母親(以下、本人)の出産当時の年齢は最年少15歳、最年長19歳であった。平均年齢18.0歳(±1.1)、内訳は15歳4人(2.2%)、16歳18人(9.7%)、17歳26人(13.9%)、18歳56人(30.1%)、19歳80人(43.0%)、無回答1人(0.5%)であった(表2)。夫・パートナーの年齢は最年少15歳、最年長38歳、平均年齢20.9歳(±4.1)で、19歳34人(18.3%)が最も多く、18歳23人(12.4%)、21歳18人(9.7%)、20歳16人(8.6%)、22歳15人(8.1%)であった。

次に婚姻状況は「結婚」92人(50.0%)、「入籍予定」38人(20.6%)、「未婚」44人(23.9%)、不明(無回答含む)11人(5.4%)であった。家族形態は「本人/夫の実家に同居」89人(48.4%)、「夫・パートナーとの核家族」63人(34.2%)、その他「祖父母、きょうだいと同居」3人(1.6%)、不明29人(15.8%)であった。家族形態は「実家に同居」が最も多く、15歳で100%、16、17歳は各7割、18、19歳は各4割であった。(表2)。

10代母親の就業状況は「無職」120人(65.2%)、「学生」25人(13.6%)、「有職」33人(17.9%)、不明6人(3.3%)であった(表2)。職種は「飲食店・居酒屋」が多かった。夫・パートナーの就業状況は「有職」115人(62.5%)、「学生」14人(7.6%)、「無職」6人(3.3%)、不明49人(26.5%)であり、「不明者」の半数は未婚カップルであった。職種は不明75人(40.3%)、建築・土木関係32人(17.1%)、会社員15人(8.1%)、自営業7人(3.7%)などであった。

②カップルの組み合わせの状況

本人が婚姻年齢に達しない15歳4人中3人(75%)はパートナーも15歳であった。パートナーが15~17歳で婚姻年齢に達しない者は17人(10.8%)おり、本人の年齢は15歳3人(17.6%)、

16歳4人(23.5%)、17歳6人(35.3%)、18歳4人(23.5%)であった(表3)。夫・パートナーと本人の年齢間には弱い相関がみられた($r=0.245$, $p=0.002$)。カップルの就業状況で、最も多いのは「夫・パートナーのみ就業」91人(49.5%)、「本人と夫・パートナー共に就業」24人(13.0%)、「2人とも無職または学生」20人(10.9%)、「本人のみ就業」9人(4.9%)、「本人無職で夫・パートナー不明」と「2人とも不明」40人(21.7%)であった。

(2) 本人の産科医学的所見と保健行動

出産回数は初産が162人(88.5%)、1回経産20人(10.9%)、2回経産1人(0.5%)であり、出産年齢別の初産の割合は15歳と16歳が共に100%、17、18歳が各90%弱、19歳が85%であった。1回経産は17歳3人(11.5%)、18歳6人(10.7%)、19歳11人(13.8%)であり、2回経産は19歳1人であった。出産施設は産科診療所96人(52.2%)、総合病院の産科78人(42.4%)、産科病院10人(5.4%)であった。

①妊娠期

初診の時期は妊娠「11週以内」が90人(57.0%)、「12~19週」40人(25.3%)、「20~27週」23人(14.6%)、「28週以降」5人(3.2%)、不明27人(14.7%)であった。妊婦健診の受診回数は「0回」1人(0.6%)、「1~5回」11人(6.6%)、「6~10回」63人(38.0%)、「11~14回」65人(38.6%)、「15回以上」21人(12.7%)であった(表4)。妊婦健診回数「0回」の1人は19歳、「1~5回」の11人は15歳1人、17歳4人、18歳2人、19歳4人であった(表4)。

妊娠中の異常は「あり」が127人(72.2%)で、その内訳は貧血、切迫早産が多く、妊娠高血圧症候群もあった。15歳の4人は全員が異常「あり」で、初診の時期は「11週以内」と「20~27週」がそれぞれ2人、妊婦健診回数は「3~5

賀数いづみ：沖縄県における10代母親の現状とハイリスク者の特定

表3 出産年齢と夫・パートナー年齢別にみる社会的特徴

		夫・パートナーの年齢							年齢不明/NA
		15~17歳	18~19歳	20~24歳	25~29歳	30~34歳	35歳以上		
n=184	全体	17 (9.2)	57 (30.9)	59 (32.1)	18 (9.8)	1 (0.54)	5 (2.7)	27 (14.7)	
15歳	4 (100)	3 (75.0)	0	0	0	0	0	1 (25.0)	
家族	核家族								
	実家に同居	4 (100)	3 (75.0)					1 (25.0)	
	その他								
就業	本人								
	有								
	無/学生	3 (75.0)	2 (66.7)					1 (100)	
	不明/NA	1 (25.0)	1 (33.3)						
パートナー	有								
	無/学生	2 (50.0)	2 (50.0)						
	不明/NA	2 (50.0)	1 (25.0)					1 (100)	
16歳	18 (100)	4 (22.2)	2 (11.1)	6 (33.3)	2 (11.1)	0	1 (5.6)	3 (16.7)	
婚姻	有/入籍予定	11 (61.1)	2 (50.0)	2 (33.3)	4 (66.7)		1 (100)	2 (66.6)	
	無	6 (33.3)	2 (50.0)	1 (16.7)	2 (100)			1 (33.3)	
	不明/NA	1 (5.6)		1 (16.7)					
家族	核家族	4 (22.2)		1 (50.0)	1 (50.0)		1 (100)	1 (33.3)	
	実家に同居	12 (66.7)	4 (100)	1 (50.0)	5 (83.3)	1 (50.0)		1 (33.3)	
	その他								
	不明/NA	2 (11.1)		1 (16.7)				1 (33.3)	
就業	本人								
	有								
	無/学生	17 (94.4)	4 (100)	2 (100)	6 (100)	2 (100)	1 (100)	2 (66.7)	
	不明/NA	1 (5.6)						1 (33.3)	
パートナー	有	12 (66.7)	3 (75.0)	2 (100)	4 (66.7)	1 (50.0)	1 (100)	1 (33.3)	
	無/学生	2 (11.1)			1 (16.7)	1 (50.0)			
	不明/NA	4 (22.2)	1 (25.0)		1 (16.7)			2 (66.6)	
17歳	26 (100)	6 (23.1)	8 (30.7)	5 (19.2)	1 (3.9)	0	1 (3.9)	5 (19.2)	
婚姻	有/入籍予定	14 (53.8)	4 (66.7)	5 (62.5)	2 (40.0)	1 (100)	1 (100)	1 (20.0)	
	無	11 (42.3)	2 (33.3)	3 (37.5)	3 (60.0)			3 (60.0)	
	不明/NA	1 (3.8)						1 (20.0)	
家族	核家族	6 (23.1)		2 (25.0)	2 (40.0)		1 (100)	1 (20.0)	
	実家に同居	18 (69.2)	6 (100)	6 (75.0)	3 (60.0)			3 (60.0)	
	その他	1 (3.8)						1 (20.0)	
	不明/NA	1 (3.8)			1 (100)				
就業	本人								
	有	3 (11.5)		1 (12.5)	1 (20.0)			1 (20.0)	
	無/学生	22 (84.6)	5 (83.3)	7 (87.5)	4 (80.0)	1 (100)	1 (100)	4 (80.0)	
	不明/NA	1 (3.8)	1 (16.7)						
パートナー	有	15 (57.7)	2 (33.3)	6 (75.0)	1 (20.0)	1 (100)	1 (100)	4 (80.0)	
	無/学生	5 (19.2)	3 (50.0)	1 (12.5)	1 (20.0)				
	不明/NA	6 (23.1)	1 (16.7)	1 (12.5)	3 (60.0)			1 (20.0)	
18歳	56 (100)	4 (7.1)	22 (39.3)	15 (26.8)	6 (10.7)	0	1 (1.8)	8 (14.3)	
婚姻	有/入籍予定	43 (76.8)	4 (100)	19 (86.4)	12 (80.0)	3 (50.0)		5 (62.5)	
	無	10 (17.9)		3 (13.6)	1 (6.7)	2 (33.3)	1 (100)	3 (37.5)	
	不明/NA	3 (5.3)		2 (13.3)	2 (33.3)	1 (16.7)			
家族	核家族	21 (37.5)	1 (25.0)	8 (36.4)	9 (60.0)	2 (33.3)		1 (12.5)	
	実家に同居	22 (39.3)	3 (75.0)	7 (31.8)	4 (26.7)	4 (66.7)	1 (100)	3 (37.5)	
	その他	1 (1.8)		1 (4.5)					
	不明/NA	12 (21.4)		6 (27.3)	2 (13.3)			4 (50.0)	
就業	本人								
	有	8 (14.3)	1 (25.0)	2 (9.1)	2 (33.3)		1 (100)	2 (25.0)	
	無/学生	47 (83.9)	3 (75.0)	20 (90.9)	15 (100)	3 (50.0)		6 (75.0)	
	不明/NA	1 (1.8)			1 (16.7)				
パートナー	有	30 (53.6)	2 (50.0)	12 (54.5)	11 (73.3)	3 (50.0)	1 (100)	1 (12.5)	
	無/学生	7 (12.5)	1 (25.0)	5 (22.7)	1 (6.7)				
	不明/NA	19 (33.9)	1 (25.0)	5 (22.7)	3 (20.0)	3 (50.0)		7 (87.5)	
19歳	80 (100)	0	25 (31.2)	33 (41.2)	9 (11.3)	1 (1.3)	2 (2.5)	10 (12.5)	
婚姻	有/入籍予定	62 (77.5)		20 (80.0)	26 (78.8)	8 (88.9)	1 (100)	5 (50.0)	
	無	13 (16.3)		4 (16.0)	4 (12.1)	1 (11.1)	2 (100)	4 (40.0)	
	不明/NA	5 (6.2)		1 (4.0)	3 (9.1)			1 (10.0)	
家族	核家族	32 (40.0)		7 (28.0)	17 (51.5)	3 (33.3)	1 (100)	2 (20.0)	
	実家に同居	33 (41.3)		15 (60.0)	8 (24.2)	3 (33.3)	2 (100)	7 (70.0)	
	その他	1 (1.2)				1 (11.1)			
	不明/NA	14 (17.5)		3 (12.0)	8 (24.2)	2 (22.2)		1 (10.0)	
就業	本人								
	有	22 (27.5)		8 (32.0)	10 (30.3)		1 (50.0)	3 (30.0)	
	無/学生	56 (70.0)		17 (68.0)	22 (66.7)	8 (88.9)	1 (50.0)	7 (70.0)	
	不明/NA	2 (2.5)			1 (3.0)	1 (11.1)			
パートナー	有	58 (72.5)		19 (76.0)	28 (84.8)	8 (88.9)	2 (100)	1 (10.0)	
	無/学生	4 (5.0)		2 (8.0)	1 (3.0)				
	不明/NA	18 (22.5)		4 (16.0)	4 (12.1)	1 (11.1)		9 (90.0)	

注1) NA：無回答 注2) () は%を示す

回」1人、「6～10回」1人、「11～14回」2人であった。マタニティクラスへの参加状況は本人の「参加」が56人(41.8%)、夫・パートナーの「参加」が9人(10.1%)であった。

②出産・産褥期と新生児の所見

分娩様式は自然分娩146人(79.8%)、吸引分娩17人(9.3%)、帝王切開20人(10.9%)であった。年齢別では15歳の自然分娩は50%であったが、16歳～19歳では自然分娩80～83%で差はなかった。入院中の褥婦の異常は「あり」が24人(13.4%)で、その内訳は「重症貧血」が多かった。新生児は正常144人(81.4%)、低出生体重児24人(13.6%)、早産児6人(3.4%)、その他3人(1.7%)であった(表4)。新生児異常が「ある」者は23人(16.4%)、15～16歳8人(42.1%)、17～19歳20人(13.2%)で、統計的に有意な年齢差があった($\chi^2=10.335$, $\phi=1$, $p=0.001$)。新生児異常は新生児黄疸による光線療法が多かった。

3) リスク得点と関連因子

周産期におけるハイリスク者の判別に参考となる社会経済的指標を特定するために、「妊娠リスク得点」の得点を従属変数に、独立変数は「家族の形態」、「10代母親と家族の関係性」、「初診の時期」、「10代母親に対する家族の受け入れ状況」、「パートナーのクラス参加」、「看護者による家族指導」、「婚姻状況」、「本人の就業状況」、「夫・パートナーの就業状況」の9変数として、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。

本調査におけるリスク得点は最小0点、最大9点で、0～1点73人(39.7%)、2～3点73人(39.7%)、4点以上が38人(20.6%)であり、平均が2.4(±1.7)であった。重回帰分析の結果「本人の就業」、「夫・パートナーの就業」、「夫・パートナーのクラス参加」、「10代母親に対する家族の受け入れ状況」の4つの変数の組み合わせで、最も高い重相関係数 $R=0.698$ 、決定係数 $R^2=0.487$ が得られた(表5)。

4) 退院後のフォローおよび地域連携

10代母親を保健師につなぐために「連絡した」が77人(47.0%)、「していない」が88人(53.0%)であった。「連絡をした看護職の所属」は総合病院62人(79.5%)、産科診療所・産科病院15人(17.2%)であり、有意な施設差があった($\chi^2=64.024$, $\phi=2$, $P=0.000$)。退院後は母乳外来や1か月健診で98.9%がフォローされていた。

4. 考察

沖縄県内の分娩を扱う産科医療機関20施設20人の病棟師長らに実施した質問紙調査から15歳～19歳までの185人の10代母親について、彼らの属性や社会経済的背景、産科医学的所見、保健行動等の実態を把握すると共に、リスク得点に関連する変数を特定した。彼らは2010年の沖縄県の10代母親総数439名の約42%に相当した(沖縄県福祉保健部, 2013)。

1) 10代母親の医学的所見と保健行動

10代母親の初診は妊娠11週以内が57.0%であり、沖縄県内の妊婦届け出の11週以内85.1%(沖縄県福祉保健部, 2013)に比べかなり低く、20週以降の初診も17.6%あり、初診が遅れる者が明らかに多かった。また、妊娠中の異常「あり」は7割を超え、沖縄県の妊婦一般健康診査受診者の有所見率42%(沖縄県福祉保健部, 2013)に比べかなり高く、貧血や切迫早産、早産、低出生体重児も高率であった。これらの結果は、沖縄県が今後も継続して10代母親の問題に重点的に取り組む必要のあることを示していた。取り組みの第一歩は、10代で妊娠した女性をいかに把握するかであり、彼らが保健医療システムの入口に立ったときを見逃さず、彼らの心情を理解し、相談できる仕組みをいかに作るかが問われている。また、退院後も10代母親は届け出た住所から転居を繰り返し(賀数ら, 2009)、届け出の手続きも怠りがちなため、公的

賀数いづみ：沖縄県における10代母親の現状とハイリスク者の特定

表4 10代母親の妊娠・出産・産褥・新生児の状況および地域連携

	全体	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳
出産施設 n=184		4 (2.2)	18 (9.7)	26 (14.1)	56 (30.3)	80 (43.2)
産科診療所/産科病院	106 (57.6)	2 (5.0)	12 (66.7)	10 (38.5)	33 (58.9)	49 (61.3)
総合病院/一般病院	78 (42.4)	2 (5.0)	6 (33.3)	16 (61.5)	23 (41.1)	31 (38.8)
保健師への連絡 n=164						
産科診療所/産科病院有	15 (17.2)		4 (40.0)	1 (6.7)	3 (10.7)	7 (21.9)
無	71 (82.6)	1 (100)	6 (60.0)	8 (88.8)	25 (89.3)	31 (81.6)
総合病院産科有	62 (79.5)	2 (100)	6 (100)	14 (93.3)	14 (60.9)	26 (83.9)
無	16 (20.5)			2 (20.0)	9 (39.1)	5 (16.1)
初診時期 n=158						
11週以内	90 (57.0)	2 (50.0)	9 (56.3)	11 (50.0)	22 (46.8)	46 (66.7)
12～19週	40 (25.3)		5 (31.3)	4 (18.2)	17 (36.2)	14 (20.3)
20～27週	23 (14.6)	2 (50.0)	1 (6.3)	6 (27.3)	7 (14.9)	7 (10.1)
28週以降	5 (3.2)		1 (6.3)	1 (4.5)	1 (2.1)	2 (2.9)
妊婦健診の受診回数 n=166						
0	1 (0.6)					1 (1.4)
3回未満	2 (1.2)			1 (4.3)	1 (2.0)	
3～5回	9 (5.4)	1 (25.0)		3 (13.0)	1 (2.0)	4 (5.6)
6～10回	63 (38.0)	1 (25.0)	8 (44.4)	8 (34.8)	25 (50.0)	21 (29.6)
11～14回	64 (38.6)	2 (50.0)	9 (50.0)	7 (30.4)	14 (28.0)	32 (45.1)
15回以上	21 (12.7)			2 (8.7)	7 (14.0)	12 (16.9)
不明	6 (3.6)		1 (5.6)	2 (8.7)	2 (4.0)	1 (1.4)
妊娠中の異常 n=176						
有	127 (72.2)	4 (100)	11 (61.1)	15 (60.0)	37 (69.8)	60 (78.9)
無	49 (27.8)		7 (38.9)	10 (40.0)	16 (30.2)	16 (21.1)
異常の内訳 (複数回答)						
貧血	78 (44.3)	3 (75.0)	6 (33.3)	11 (44.0)	23 (43.4)	35 (46.1)
切迫早産	60 (34.1)	2 (50.0)	6 (33.3)	7 (28.0)	16 (30.2)	29 (38.2)
妊娠高血圧症候群	6 (3.4)	1 (25.0)	1 (5.6)	0	3 (5.7)	1 (1.3)
その他	24 (13.6)	0	2 (11.8)	2 (8.0)	9 (17.0)	11 (14.5)
分娩様式 n=183						
自然分娩	146 (79.8)	2 (50.0)	15 (83.3)	21 (80.8)	44 (80.0)	64 (80.0)
吸引分娩	17 (9.3)	2 (50.0)	2 (11.1)	1 (3.8)	6 (7.5)	6 (7.5)
帝王切開	20 (10.9)		1 (5.6)	4 (15.4)	5 (9.1)	10 (12.5)
産褥の異常 n=179						
異常あり	24 (13.4)	1 (25.0)	2 (12.5)	3 (11.5)	6 (10.7)	12 (50.0)
異常なし	154 (86.0)	3 (75.0)	14 (87.5)	23 (88.5)	50 (89.3)	64 (83.1)
不明	1 (0.6)					1 (1.3)
新生児の状況 n=177						
正常新生児	144 (81.4)	3 (75.0)	15 (83.3)	18 (72.0)	48 (90.6)	60 (77.9)
低出生体重児	24 (13.6)	1 (25.0)	2 (11.1)	4 (16.0)	5 (9.4)	12 (15.6)
早産児	6 (3.4)	0	1 (5.6)	2 (8.6)	0	3 (3.9)
その他	3 (1.7)	0	0	1 (4.0)	0	2 (2.6)
新生児の異常 n=171						
異常あり	28 (16.4)	3 (75.0)	5 (33.3)	4 (15.4)	6 (11.1)	10 (13.9)
異常なし	143 (83.6)	1 (25.0)	10 (66.7)	22 (84.6)	48 (88.9)	62 (86.1)

注1) 各変数のnは無回答を除いた数

支援サービスを受けられないことも多い。しかし、本調査によれば、出産後1か月時点までは約99%が把握されており、この機会を大切にしてお見守りするための社会的ネットワークの構築など、有効な対策をとる必要があるだろう。

2) ハイリスク者の特定に有用な指標

カップルの中には、本人またはパートナーが婚姻年齢に達しない家族の保護・監督を必要とする者が約1割、18組いた。また、実家に同居、祖父母らとの同居が5割おり、同居の理由は経済的援助と育児支援と推測された。約3割の核家族の者だけでなく、これらの同居者に対しても保健師等の家庭訪問などにより、安定した生活ができていないか確かめる必要があるだろう。本人や夫・パートナーの年齢、婚姻の状態、家族形態、就業状況、ソーシャルサポートなどから10代母親の背景は多様であり、一概に10代母親の年齢だけで支援の必要性を判断することは不適切なことがわかった。

重回帰分析の結果、リスク者特定の有用な指標として本人と夫・パートナーの就業状況、夫・パートナーのクラスへの参加、10代母親への家族の受け入れ状況の4変数の組み合わせで約48%説明できることがわかった。つまり、リスク得点の高い10代母親は、夫・パートナーに仕事がなく、本人が働いている者で、病院等で実施される母親学級などの企画には夫・パートナーも一緒に参加しており、10代母親の親など

家族がわが子の妊娠・出産の現実を受け入れている環境にあるということであった。この結果は10代母親が稼ぎ手として役割を担わざるを得ないことから多忙のために適切な保健行動がとれず、母体や新生児の異常等を引き起こし、リスク得点が高くなったとも解釈できる。また、母親学級等への夫・パートナーの参加は一見両者の関係が良好のように見えるが、働かない夫は時間的余裕があり、一緒に参加が時間的に可能であっただけなのかもしれないし、10代母親の状態が良くないので心配して同行したともとれるため、より両者の関係をきめ細かく観察する必要がある。さらに、リスクの高い10代母親に対する親など家族の受け入れがよかったことは、10代母親にリスクがあったからこそかもしれないし、それまで家族と疎遠だった10代母親でもハイリスクの状態にある場合は、10代妊娠・出産をきっかけに家族から支援を得られやすい状況がうまれるのかも知れない。

この結果と同様な見解を示した欧米の研究は多い。10代で母親になるという選択は、社会経済的に将来の機会を制限された彼女らの肯定的な適応機構が働いた結果で、建設的で現実的な選択肢であったとみるべきかもしれないと述べている (Coleman, 2003; Hanna, 2001; Quinlivan, 2004)。また、学業に苦勞する少女にとって母親になることは彼らが直面している不利な環境から脱出する代替手段かもしれないし、また、10代妊娠が薬物依存などのハ

表5 リスク得点の関連変数

重回帰分析	従属変数：ハイリスク得点	標準化係数	有意確率
1.	本人の就業 (なし：0, あり：1)	0.481	0.0001
2.	夫・パートナー就業 (なし：0, あり：1)	-0.411	0.002
3.	クラスへの夫・パートナーの参加(なし：0, あり：1)	0.391	0.001
4.	10代母親への家族の受け入れ(否定的：0, 肯定的：1)	0.250	0.037
重相関係数		R = 0.698	
決定係数		R ² = 0.487	

注1) 重回帰分析は従属変数：リスク得点、独立変数：家族形態、家族関係、初診時期、家族の受け入れ、夫・パートナーのクラス参加、家族指導、婚姻、本人就業、夫・パートナー就業の9変数を投入し、ステップワイズ法で分析した。

イリスク行動を減ずる介入機会もしくは改善を助ける可能性もあり、妊娠をやりがいのある肯定的なライフイベントとして捉えるべきとの報告もあった (Flanagan, 1999; Koniak- Griffin & Anderson, 1999)。さらに、子どもの頃の虐待やネグレクトを経験したハイリスクの10代少女が、親になることは家族からの支援を受けてより肯定的な関係を構築する機会を提供したこと (Williams & Vines, 1999) や、妊娠・出産を機に実母や家族との関係性を再構築する機会になった (Neu & Robinson, 2008) との報告もあった。

したがって、彼らを支援する看護職者は10代母親の否定的側面だけに目を向けることなく、起きている現実を受け止め、適切な介入及び支援によって10代母親の成長発達を促す機会として肯定的に捉えることの意義を再確認すべきである。今後は、医療機関のもつ周産期データと育児期の10代母親と乳児の家庭訪問の結果を共有し、解析する必要があると考える。また、前方視的な縦断調査によるデータ解析も必要だろう。

研究の限界

今回の研究は、後ろ向き調査であり周産期の異常所見など10代母親にとっての明らかなマイナス要因が把握できた。しかし、情報源が看護職者であり10代母親本人ではないため、社会経済的情報に関しカルテ等記録の不備から無回答が多く限界があった。今後は10代母親も情報源として含め、同様の調査を継続し、より正確な実態把握のためにデータを積み重ねていきたい。また、Bronfenbrennerら (1994) は社会生態学モデルにおいて、自らの社会環境に能動的に働きかける本人のもつ力も重要な構成要素としているので、今後は10代母親の問題解決能力や対処力なども視野に入れて研究を進めていきたい。

5. 結論

本研究結果から、10代母親は成人母親と比べ初診の遅い者が多く、周産期の異常所見率が高いことがわかった。また、彼女らの社会経済的状况、医学的所見は多様なので出産年齢だけでは支援の必要性を判断できないこと、10代母親の否定的側面だけでなく肯定的側面にも目を向ける必要のあること、若年者の特徴を理解し個別性を考慮した看護支援が求められていることが示唆された。ハイリスク者の特定に有用な指標として社会経済的な4変数が特定できたが、これらも含めて沖縄県の10代母親に関する更なる調査が必要である。

謝辞

本研究は、平成23年度沖縄県立看護大学の学長奨励研究の一部である。本調査にご協力いただきました産科医療機関の関係者のみなさまに心より感謝申し上げます。

文献

- 赤井由紀子, 松嶋紀子. (2010). 十代妊婦の支援体制への課題, 川崎医療福祉学, 20 (1), 243-247.
- Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. (2007 Mar). Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomized controlled trial and economic evaluation: Archives of Disease, Child, 92 (3) 229-33.
- Brinkman SA, Johnson SE, Lawrence D, Codde JP, Hart MB, Straton JA, Silburn. (2010, Oct).
- Study protocol for the evaluation of an Infant Simulator based program delivered in schools : a pragmatic cluster randomized controlled trial, Trials. 21 (11) 100 .

- Bronfenbrenner, U, and Ceci, S. (1994). Nature-nurture re-conceptualized in developmental perspective: A bio-ecological model. *Psychol. Rev.* 101, 568-586.
- e-Stat 政府統計の窓口00総務省統計局
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&tclassID=000001052136&cycleCode=0&requestSender=search
(2015. 2. 28現在)
- Flanagan P, Kokotailo P. (1999 Mar). Adolescent pregnancy and substance use, *Clinical Perinatal*, 26(1), 185-200 .
- Hanna B. (2001, May). Adolescent Parenthood: a costly mistake or search for love?, *Reproductive Health Matters*, 9 (17), 101-107 .
- 平尾恭子, 上野昌江 . (2005). 10代で出産した母親の母親行動とソーシャルサポートとの関連, *小児保健研究*, 64 (3) , 415-424 .
- John Coleman and Leo B. Hendry著. (1999 / 2003). 白井利明他訳, 青年期の本質142-147. 賀数いづみ, 前田和子, 上田礼子, 安田由美, 仲宗根美佐. (2009). 沖縄県離島における若年母親の養育行動 - 一般母親との比較 - 沖縄県立看護大学紀要, 10, 15-23.
- 木寺克彦, 佐野嘉子, 武知哲久, 尾崎真理子, 谷仁孝, 中川喜久子, 河津泉美. (1990). 若年母親の育児についての調査成績, *小児保健研究*, 49(6) , 670-675 .
- Lesser Koniak-Griffin D, Anderson NL. (1999). Depressed adolescent mother's of their own maternal role. *Issues Ment Health Nurs*, Mar-Apr, 20(2), 131-49 .
- 厚生労働省 政府統計の総合窓口 estat :
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001127001> (2014年9月11日現在) .
- 厚生労働省 厚生統計要覧
http://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html (2014年9月) .
- 厚生労働省, 養育支援訪問事業ガイドライン,
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate08/03.html>,
(2015年1月20日現在).
- 久保隆彦, 左 勝則, 大石由利子, 加藤有美, 種元智洋. (2009). 妊娠リスクスコアの試み, *周産期医学*, 39(1), 109-113 .
- 小泉武宣. (2002). 子ども虐待発生予防における周産期医療の役割, *周産期医*32(5), 693-697.
- 小林康江. (2007). 当事者の自信を支える看護: 産後1~2か月の母親が「できる」と思えることを支える看護, *家族看護* 5 (1) 65-70.
- 小林美智子. (2002). 虐待発生の背景, *周産期医学*, 32(5) 687-691.
- Mari Imamura, Janet Tucker, Phil Hannaford, Miguel Oliveira da Silva, Margaret Astin, Laura Wyness, Kitty W. M. Bloemenkamp, Albrecht Jahn, Helle Karro, Jorn Olsen9, Marleen Temmerman, on behalf of the REPROSTAT 2 group. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review, *European Journal of Public Health* 17 (6) 630-636 .
- 前川喜平 (2001): 養育機能不全 (親準備性の不足) と子育て支援, *周産期医学*31 (6) 817-820.
- 森田明美. (2008). 10代の出産・子育ての現状と福祉的支援の課題, *思春期学*, 26(1), 134-139.
- 永山さなえ, 比嘉綾子, 塩川明子, 平良久美子, 蔵根瑞枝, 當山裕子, 糸数公, 金城芳秀, 親川豊子, 仲宗根正 (2007) 若年妊産婦支援についての検討, *沖縄の小児保健*, 34, 23-27.

- 中澤直子, 片瀬高, 吉田敬子, 山下洋. (2005). 妊産婦に対するドメスティック・バイオレンス (DV) の実態調査, 乳幼児虐待防止の手がかりとして; 子どもの虐待とネグレクト 7(1) 75-82.
- Neu Madalynn and JoAnn Robinson.(2008). Early weeks after premature birth as experienced by Latina adolescent mothers, MCN American Journal of Maternal Child Nurse.(3), 166-172 .
- 沖縄県福祉保健部健康増進課. (2012, 2013). 沖縄県の母子保健, 平成24年度, 平成25年度.
- 沖縄健康福祉保健部健康推進課. (2005). 若年妊産婦支援マニュアル, 平成17年2月.
- 沖縄県福祉保健部, 沖縄の保健統計, 平成24年人口動態統計 (確定数), <http://wwwokinawa.jp/site/fukushi/fukushikaku/tokei/vsa/h24/h24vsa.html> (2014年9月現在)
- Quinlivan JA.(2004). Teenagers who plan parenthood, Sex Health,(4), 201-208 .
- 佐藤妙子, 佐藤龍三郎, 林謙治. (1991). 若年母親から出生した乳幼児の健康—1歳6カ月までの健康診査成績の分析—, 思春期学, 9(2), 175-181 .
- 田口美智子, 鈴木純子, 海法純子, 猿田貴美, 木村元子. (1991). 若年妊産婦教室が母性意識に与える影響—コードウェル式環境測定のための家庭観察表を用いて—, 思春期(2), 167-174 .
- 滝本秀美. (2008), 10代の出産と出生児体重, 周産期医学, 26(1), 134-139 .
- 定月みゆき. (2009). 若年妊娠・出産・育児への対応, 母子保健情報, (60)53-58 .
- 定月みゆき. (2013), 若年妊娠における社会的問題, 周産期医学, 43(7) 885-888 .
- Stiles, Anne Scott.(2010Nov-Dec),. Case study of an intervention to enhance maternal sensitivity in adolescent mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurse, 39(6)723-733 .
- Sanders J, Owen-Jones E, Robling M.(2011 Jul-Aug). Evaluating the family nurse partnership in England: the Building Blocks trial, Pract Midwife, 14(7), 13-15.
- Williams C, Vines SW. (1999). Broken past, Fragile future: Personal stories of high-risk adolescent mothers, Jan-Mar, 4(1)15-23.

The Current Situation of Teenage Mothers and Measures to Identify High-Risk Individuals in Okinawa

Izumi Kakazu, Kazuko Maeda, Tomoko Nishihira

Abstract

Objective : To establish an index that can identify high-risk individuals who preferentially need support and to improve nursing support at obstetrics facilities in Okinawa.

Method : We conducted a mail-based survey of 34 head nurses who were working for maternity wards at 34 facilities in Okinawa.

Result : We collected and analyzed 20 responses (response rate: 58.8%), which detailed 185 relevant cases of teenage deliveries. This represented 42% of the total of 439 teenage mothers in Okinawa. The mean age of the mothers was 18 (± 1.1) years and that of their husbands/partners was 20.9 (± 4.1) years. The marriage rate was 50%; 48.4% lived with their husband or with the husbands' parent(s); and nuclear families accounted for 34%. In regard to employment, 65% of mothers were not employed while 63% of their partners were employed. Eighteen couples—either one or both—had not reached the legal age for marriage. Only 57% of them received the first antenatal examination within 11 weeks of pregnancy; this was significantly lower than the average rate in Okinawa (85%). Moreover, 18% of teenage mothers received the examination after 20 weeks of pregnancy. Over 70% of them experienced an abnormal pregnancy, which is much higher than the general abnormal pregnancy rate (42%) among those who were examined in Okinawa. The results indicated that teenage mothers experience high rates of anemia, (threatened) premature delivery, and low birth weight. The neonatal abnormality rate among younger mothers with ages between 15 and 16 is significantly higher than that among 17-year-old mothers ($\chi^2=10.335$, $\Phi=1$, $p=0.001$). It was noted that 99% of mothers returned to the medical facilities within 1 month of discharge.

Multiple linear regression analysis revealed that the indices of high-risk individuals include “partners' participation in maternity class,” “employment status of teenage mothers,” “employment status of partners,” and “acceptance by teenage mother's family.” The combination of these four variables reached the highest coefficient of determination: $R^2=0.487$.

Conclusion : The rate of positive medical findings among teenage mothers was higher than that of adult mothers, and their health behaviors also need to be improved. Our research suggests that mother's age is not the sole determinant of the need for support since socio-economic and medical conditions vary among teenage mothers. It is necessary to direct our attention to the positive aspects of teenage pregnancy, and to understand and provide nursing support targeting their specific circumstances. Our indices of four variables are useful in identifying high-risk individuals and provide the basis for future research in teenage pregnancy in Okinawa.

Keywords : teenage mothers, Okinawa prefecture, obstetrics facility, nursing support, high-risk individuals

報告

母親行動の発達プロセス — A島居住の幼児を持つ母親の語りを通して —

玉城清子¹ 西平朋子¹ 吉川千恵子² 嘉陽田友香¹ 上田礼子³

背景：現代は都市化・核家族化の進行と共に、少子化が進行し子育ての知識や技術の模倣学習が少ない者が多く、子育てが困難な状況にある。

目的：幼児の母親が子育て交流会に参加することによって生じる、母親行動の変化のプロセスを明らかにし、今後の子育て支援に資する。

方法：A島に居住し幼児を育てている母親550人を対象にPACAP (Pre-Assessment of Child Abuse Prevention 現代子育て環境アセスメント) 調査を実施して抽出した「相談希望群」「疑問群」「対象群」の中から「子育て交流会」へ参加した者の発達プロセスを考察したものである。研究協力者は10人の母親であり、「子育て交流会」は週ごとに3回ひらかれ、そこでの発言を修正版グランデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) を用いて分析した。

結果：【子育て感】の段階では、子育てに《困難感》を持っていたが、《工夫し乗り切る》方法を見出そうと試行錯誤を重ねるが、全国的な早寝・早起き運動を自分の子どもに実施させるとなると《早寝させるのが困難》と感じていた。また、子育てに対する《支援の求め》では《気軽に預けられる場所》の必要性や母親自身の精神的健康のために《リフレッシュの必要性》を感じており、リフレッシュ時間を求めている。さらに母親は《具体的な育児法》や子育てがうまくできるような《子育て情報》の提供を求めている。家事育児に《夫を巻き込む》ことにより自己の心理的負担の軽減を図っていた。また、夫の子どもへの関わり方や子育て法は自身の《子育ての振り返り》の機会となっていた。最終的には《子どもに関心を持つ》ことによって子育てを自分たちのものとし、《母親同士の繋がり》を深め、【子育て環境作り】に取り組みたいと意識するようになっていた。

結論：はじめ母親達は自分の子育て感について考え、その後、自己の子育ての振り返りを行い他者の援助が必要なことについては支援を求めている。そして最終的には子育て環境を自分たちで作る必要性を感じるよう変化していた。

キーワード：幼児の母親、子育て交流会、母親行動、発達、プロセス

1. はじめに

妊娠・出産・育児は人間の種の保存には絶対に必要で、これまで家族や地域で受け継がれた知識を使って誰もが自然に行なってきた(佐藤, 2000)。しかしながら、現在日本では、少子化や子ども虐待が社会問題となり、母子保健上の大きな課題となっている。なぜそのようなようになったのだろうか。

戦後の高度経済成長戦略によって産業が農耕から工業中心へ急速に転換したことにより、若

者は職を求めて都市部へ移動し(荒川, 1991; 島田, 2005)、都市化が急激に進行した。同時に彼らが都会で家庭を持ち核家族化が進行した(森岡, 1992; 経済企画庁, 1994)。都市化・核家族化により近隣との繋がりが希薄になり、地域からの子育てサポートも減り、さらに地方に住む親族からの子育て支援も得にくく、子育ては夫婦のみで行わざるを得ない結果となった。

社会経済構造の変化はまた、家族の役割分業にも変化をもたらした。核家族では夫婦のみで家庭を維持しなければならないため、夫は就業し妻は子育てと家事担当という性役割分業が進んだ(野々山, 1994; 横山, 2002; 落合, 2004)。そのような状況下で母親は育児ストレスを抱え

¹ 沖縄県立看護大学

² 元沖縄県立看護大学

³ 沖縄県立看護大学名誉教授

ながら生活していると報告されている（野口，小川，松村，2005；高橋，2007）。地域社会の希薄化や核家族化の中で、母親はどのように育児を行なっているのでしょうか。各自治体の子育て支援に関する研究や報告は多いが、母親が子育てについてどのように考え行動しているかに関する研究は少ない。そこで本研究は、子育てに関する交流会に参加した母親の母親行動の変化のプロセスを明らかにし、今後の子育ての支援に資することを目的とした。

2. 研究方法

1) 研究協力者

研究協力者は、A島に居住する幼児の母親550名にPACAP調査（Pre-Assessment of Child Abuse Prevention 現代子育て環境アセスメント）（上田，2011）を実施して抽出した「相談希望群」「疑問群」「対象群」の中から、A島子育て支援研究会が主催する「子育て交流会」への参加呼びかけに応じた10人であった。年齢は30代8人、40代2人で、子どもの数はひとりが2人、二人以上が8人で、出身別ではA島4人、本島3人、県外3人であった。また職業は就業有7人、家業手伝い2人、専業主婦1人であった。

2) データ収集方法

平成24年12月に週1回の割合で連続3回の子育て交流会を開催した。各回ともにファシリテータは親行動の醸成を目的に子育てについて自由に発言ができるよう支援を行った。交流会は各回とも1時間程度で終了し、その内容は研究協力者の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

3) 研究デザイン

本研究の分析には修正版グランデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach 以下M-GTAと略す）を用いた。M-

GTAは、StrausとGlaserによってシンボリック相互作用論を基盤として考案されたグランデッド・セオリー・アプローチ（GTA）を木下によって修正されたものである。M-GTAはヒューマンサービス領域における実践への還元を目的としており、本研究も母親の育児を通しての生涯発達を目指すものであるため研究方法として適切と考えた。

M-GTAでは「分析焦点者」と「分析テーマ」を設定し、その観点からデータに表現されている意味を深く理解し、概念を生成する（木下，2003）。分析の過程では概念・定義・具体例・理論的メモで構成される「分析ワークシート」を用いる。

4) 分析方法

分析焦点者を「幼児の母親」、分析テーマを「幼児の母親の子育てに対する思い」とし、「子育て交流会」の逐語録を注意深く読みながら概念を生成した。概念からカテゴリーを生成する際に、1つのカテゴリーに内包される概念群に多様性がある場合は、サブカテゴリーをおいた。そしてデータから概念、概念からサブカテゴリー・カテゴリーを生成しカテゴリー間の相互関係を結果図としてまとめると共にストーリーラインとして文章化した。信憑性・妥当性を確保するためにM-GTAの研修会に参加したことがあり、また、それを用いて論文を書いた経験のある共同研究者と検討を行なった。

5) 倫理的配慮

研究への協力は自由意志に基づくものとし、承諾後でも取りやめることができること、研究結果は学会での発表や論文にすることを説明し、口頭での承諾を得た。研究計画書は研究者が所属する大学の研究倫理審査委員会の承諾を得た（承認番号10013）。

3. 結果

はじめに結果図と全体のストーリーラインを示した上で、個々のカテゴリーの説明を行なうことにする。なお、【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、〈 〉は概念を示している。交流会の発言は「 」で示し、また発言の中に示した（ ）は文意が理解しやすいように研究者が補足したものである。

1) ストーリーライン

幼児を養育中で子育て交流会に参加した母親の記録から16の概念が抽出され、子育てによる母親行動の発達プロセスとして3つのカテゴリーが生成された(図1)。初めは自身の【子育て感】の認識の段階で、子育てに《困難感》を持ったり、何とか《工夫し乗り切る》方法を試したり、全国的に展開されている早寝・早起き運動を、自分の子どもに実践するとすると《早寝させるのが困難》と感じていた。また、母親同士では同じA島に住みながら〈少ない母親同士の交流〉と感じていた。

次は【支援の求めと自己の子育ての振り返り】の段階である。《支援の求め》では〈気軽に預けられる場所〉の必要性、育児でイライラしないためには自分の時間を持ち〈リフレッシュの必要性〉を感じており、それを理解して欲しいと願っていた。母親は〈具体的な育児法〉や、子育てがうまくできるような〈子育て情報〉の提供を求めている。一方、家庭においては家事・育児に〈夫を巻き込む〉ことにより自己の心理的負担の軽減を図っていた。さらに〈夫の子育て法〉や夫の子どもへの関わり方を通して子育てを〈夫に学ぶ〉ことは自分自身の《子育ての振り返り》へつながっていた。

最後には〈子どもへの関心〉を持つことによって子育てを自分たちのものとして捉え、さらに〈母親同士の繋がり〉を深めることによって情報を共有し、子どもによりよい環境を与え

るための【子育て環境作り】に取り組みたいと意識するようになっていた。

2) カテゴリーごとの説明

(1) 【子育て感】

【子育て感】は、《困難感》《工夫し乗り切る》《早寝させるのが困難》のサブカテゴリーで構成されていた。《困難感》は〈ヘルプ〉と〈子どもにあたる〉の概念で構成されていた。そのうち〈ヘルプ〉では、子どもの健康状態が入院するほど重症ではないが、自分だけでは対処法が分からず不安である、また、近くに子どもの健康状態が分かるサポート者がいないので医療施設に助けを求めている。

1日に何回も病院に行って、病院の先生から「これぐらいの子どもだったら熱出るよ、連れてくる方が大変だよ」って言われて。…元気がなかったら心配になって何回も病院連れて行って。「ちょっとこんなだったら入院じゃなくて、泊まっていく？ 家に帰っても心配なんですよ」って(言われて)、1回入院したことがあって…。

母親は順調に子育てをしているわけではなく、心の余裕がない場合には子どもの行動を待てずにイライラし、自己コントロールができず〈子どもにあたる〉行動を取っていた。

もう少し信頼して待てたらいいんですけど、「あれしろ、これしろ」これが多すぎて、(待つことが)出来なくなってしまって、(子どもは)言われるまで待ってる。それでイライラになってしまう…。待てない。

《工夫して乗り切る》は〈早寝・早起きさせるための工夫〉や〈義父母との考え方の違い〉で構成されていた。早起きをさせるために、朝の楽しみをつくり、子どもが朝自然に目覚めるよ

うな積極的工夫を行なっていた。〈義父母との考え方の違い〉では、嫁の立場として義父母にはっきり「ノー」と言うことができずに自分が諦める、つまり消極的な乗り切り方で対処していた。

保育園から帰ってきたら5時とか6時くらい（なので）、子どもはお腹をすかしている時間帯…。おじいちゃんおばあちゃんが夕飯前にバナナ1本（与え）、小ちゃい子（には）お腹いっぱい夕飯食べれないことが何回もあって。「バナナ食べたらご飯食べれなくなるから今あげないで」って言うが、（義父母は）「この時間帯お腹すくんだよ」って言うので、…。もう諦めました、毎日じゃないので。（だから）預けているときは、もう覚悟して預ける。

消極的な乗り切り方には、普段は義父母との関係性を悪化させたくないため黙っているが、場合によっては義父母を納得させるために専門家の言葉を利用した対処を行っていた。

自分の親だったら止めてって言えるけど、やっぱり言えないので。…それで一回、（子どもが）ぶつぶつ作って、病院に行って薬とかもらって…。自分が言ったら棘があるので、病院の先生に、「何でもかんでもあげてはよくないっていわれた。これは、食べ物からきているぶつぶつなのだよって言われた」と伝えて、やっと止まったんですけど。

《早寝させるのが困難》は〈子どもの特徴〉と〈親の生活リズムの影響〉から構成されていた。そのうち〈子どもの特徴〉は母親が子どもを寝かしつける努力をしているにも関わらず、子どもがそれに反応しないため早寝をさせることが困難な子どもであった。

部屋の電気も全部消してるんだけど、この2歳の子は、一人でこの暗闇の中で起きて、9時半、10時

まで（起きて）…。親にかまって欲しいとかではなくて、本当に眠れなくて、唄を歌ったり、ゴロゴロしたりして…。

〈親の生活リズムの影響〉は両親の帰宅時間の影響を受けていた。父親の場合は帰宅時間が子どもの入眠時間と重なると「子どもが目覚めてしまう」ことであり、母親の場合は帰宅後に子どもの夕食やお風呂の世話に時間を取られるため、子どもの入眠時間が遅くなることであった。

仕事に4月から復帰したんですけど、復帰する前までは、ほんとに5時半から夕飯あげて、それからお風呂に入れて、8時半、9時半には寝かせていたんですよ。（仕事に復帰したら）夜9時までに寝かせるのがちょっと厳しくなって、10時前まで起きてたりというのがあって。それでもやっぱり10時くらいまでには寝かすようにしているんですけど、やっぱり寝かせるのは大変だな…。

〈少ない母親同士の交流〉は「同じクラスの子でも親が分からない」や「（支援センターでは）毎日来るお母さんとあまり来ないお母さんのグループがあり、そこになかなか入れない」などがあり、同じA島で子育てをしている母親であることは認識しているが、お互いの交流はない状態である。

（2）【支援の求めと自己の子育ての振り返り】

【支援の求めと自己の子育ての振り返り】は《支援の求め》と《子育ての振り返り》のサブカテゴリーから構成されていた。そのうち前者は〈気軽に預けられる場所〉や〈リフレッシュの必要性〉〈具体的な育児法〉〈子育て情報〉の概念で構成されていた。〈気軽に預けられる場所〉は、島内に血縁関係者がいないことから用事がある時には子どもを預けることが困難なた

め預けられる場所が欲しいと感じていた。

実家がなかったりすると預ける所もないし、実家があったら預けるっていうことでそれでいいのかなって、お友達のお母さんとも話をしていますね。病気したときに思ったんですけど…、(夫婦)2人ともここ地元じゃないし親もいないので、何かあったときは2人で対応して、仕事を休めないとき、預けられないときに(どうするのか)と。みなさんはどうしていますか？

一方、地元出身の母親は、「放課後はどこの家についてもみてくれているので」と語っており、地元からの支援を得ていた。

〈リフレッシュの必要性〉は、イライラしながら子育てするよりも自分の時間を持ちリフレッシュして子どもに対応した方が子どもにとってもよいと分かっているが、周囲からはリフレッシュ時間を子どもの世話もせず遊んでいると思われることが辛いと感じていた。

子どもが寝てから自分のお金を使って外に行くというのは申し訳ないというのがある。そういうことでの息抜きは出来ないし、ストレス発散がなかなかできない。

〈具体的な育児法〉では、「早寝・早起き」などの子育てに関するスローガンは知っているが、現実の育児に直面し、具体的な実践法が分からないと困惑していた。

早寝・早起きとかあるんですけど。具体的に早寝って何時に寝かせればよいか、何を食べさせたいのか、曖昧だから親も具体的なことがわからないうままに自己流になってしまう。

さらに、親や祖父母が子どもにとって望ましいものを選択できるようにポスターなどで情報

提供をして欲しいと〈子育て情報〉の提供を望んでいた。

ジュースに入っている砂糖の量を示してあるのはよくあるんですけど、こんなご飯にしてみたらっていうメニューとかあったらいいのかなって、(たとえば)朝ご飯の量とか。じいちゃん、ばあちゃんにお菓子あげるなって言っても、ゼロには出来ないで、これよりは、小魚や昆布があったりとか…ちょっと高くても、ヘルシーだよっていうのがあったら、分かりやすい。

《子育ての振り返り》は〈夫を巻き込む〉〈夫の子育て法〉〈夫に学ぶ〉の概念で構成されていた。〈夫を巻き込む〉は、夫は積極的に家事・育児に参加していたわけではなく、母親が対応できない状況になってはじめて参加するようになっていた。そして、夫を上手に巻き込むことによって、母親は負担軽減を図っていた。

(夫は)、最初は全然しなかったですよ。でも2人目ができて、洗濯とかやるようになって。でも私が産休・育休で休んでいる時は、1年間私が休んでいるときはやらなくなって。復帰してからはけっこう大変だった。今までと同じ仕事なのだけできないことがあって。私の大変さもわかって、けんかもして、怒ったり、ほめたりもして。最近やっと、最近って言っても6・7年たってやっと…。

〈夫の子育て法〉は、母親とは異なる面があり子どもも父親には一目置いていると定義された。

自分には分からないことが、(父親と男の子は)男同士で通じ合っていることがあるんですよ。こういうやり方もあるんだって、男親にしかできない、動いたりとか、どこまでも歩いていくので、子どもが、付き合ったり。

父親は母親とは異なる方法で子どもと接しており、また子どもはそれらを自然に受け入れており、その様子から子育て法を〈夫に学ぶ〉体験をしていた。

長男はとってもマイペースなんで、何で毎朝同じ事を言わすのって…。今日は黙って「早くしなさいよ」は1回にしようって決めるんですけど、(しかし、子どもは)絶対遅刻するペースで動く…。お父さんが1年生と4歳の男の子は6時に起こすのを2週間ほど前から始めた。お風呂が2人とも好きなんで、朝お風呂につかってから学校行けるよっていうのに喜んで…。(父親と子ども2人の)3人で本読みながら風呂が沸くのを待って…。

(3) 【子育て環境作り】

【子育て環境作り】は〈子どもへの関心〉と〈母親同士の繋がり〉の概念で構成されていた。〈子どもへの関心〉は、親は子どもが何をしたいのかに関心を持ち関われば、育児はそれほど苦痛ではないと定義され、育児を肯定的に受け止めるものであった。

子どもに関心がある人は、学校行事とか地域行事にも参加する。子どもに関心がないと、思う気持ちがあまりなく参加できないって感じ…。

〈母親同士の繋がり〉は、子どもを持つ母親同士が子育てに関する情報交換を行い、子どものためになるように繋がる行動と定義された。

集まってこんなだったよとか、こんなの作ったよとか、簡単な手作りでもいいのがあったらみんなに紹介(する)みたいな感じの機会を作ったら…、子どものおもちゃとかこれが手元に残る(もの)だったら、参加するお母さん達が増えると思う。(中略)子どものおもちゃとかこれから必要になってくる学校で使うカバンとか、なんかそういうの作るとか、交流が

できたらいいなって思ってた。

《支援の求め》や《子育ての振り返り》の段階から積極的に【子育て環境作り】の必要性を認識しそれに取組みたいと意識が変化していた。また、最初の頃は、同じA島に住んでいてもお互いをあまり知らなかったが、交流会を通して同じ子育てをする者として絆を強めたいと思うようになっていた。

4. 考察

1) 困難感

少子化の進行により子どもの世話をする経験がないまま親になり、子どもの世話は自分の子どもが始めてという状況から、子どもの健康状態が優れないときの対処方法が分からず医療機関に〈ヘルプ〉を求め、問題解決を図っていた。

武田(2002)によると、カナダのトロントでは「ヘルシーベビー・ヘルシーチルドレン」プログラムによって誕生から6歳までの子どもに対し総合的なケアがなされている。そのプログラムによって必要度が最も高い出産後や退院時期に子育て支援機関の情報が提供される。また、病院と保健所の連携も密にとれており、病院からの退院連絡により保健所は母親へ電話カウンセリングや情報の提供を行い、必要な者には家庭訪問やペアレンティングプログラムや赤ちゃんの世話の仕方に関するプログラムの紹介を行っている。カナダでは祖父母からの育児サポートがないため、夫婦で育児ができるような様々なプログラムの開発実施がなされている。我が国でも育児経験のない親が子育てに困らないように様々なプログラムの開発と実施が望まれる。

母親に精神的余裕がない場合、子どもの行動に対して余裕をもって待つことができずイライラし〈子どもにあたる〉という行動をとっていた。多世代が同居していた時代には、義父母や

兄弟姉妹の応援や手本もありうまく対応できたと思われるが、核家族ではそれらが得られないこと、また日中は子育てを一人で行ない家庭という密室の中で自分の感情を制する者がいず子どもに感情をそのまま表出していると思われる。換言すると、核家族では日中は母子のみの孤独な環境にあり、意のままにならない育児にストレスを感じ、自己コントロールができずに〈子どもにあたる〉経験をしていたと推察される。そのような状況に陥った母親には、外に誘い出し、他者と交流させることによってストレスが緩和されることもあるとの報告もあり(汐見, 2000)、今後近隣者や母子保健推進員などの働きが期待される。

2) 工夫して乗り切る

サブカテゴリー《工夫し乗り切る》は〈早起きさせるための工夫〉や〈義父母との考え方の違い〉によって構成されていた。その中の〈早起きさせるための工夫〉には、子どもを無理に起こすのではなく、起きる楽しみを持たせることによって自発的に起きるような仕掛けがあった。子どもは親から褒められたり認められたりすることによって自尊感情や自己効力感が育つ(安梅, 2010) ため、そのような対応ができる親は子どもの育ちをよく理解していると解釈される。

《義父母との考え方の違い》は、子育てについての考え方が母親自身と義父母とで異なっているため、義父母に育児の意識や方法を変えて欲しいと思っているが言い出せずに自分が義父母に合わせる、つまり自分を抑圧することによる消極的工夫を示していた。家制度の名残である嫁姑問題を無意識にひきづり、うまく関係が結ばず嫁が姑に遠慮していると思われた。3世代同居の場合は父方の祖父母との同居が多い(国立社会保障・人口問題研究所, 2014) ことから、〈義父母との考え方の違い〉による消極的工夫が

続けば母親はさらに強いストレス状態に陥る可能性も否定できない。出産や育児の相談相手として心理的に頼りにしているのは母方の祖父母である(内閣府, 2005; 国立社会保障・人口問題研究所, 2008)。また、都心部の調査ではあるが母方の親族のサポートが育児満足度を高めるのに対し父方の親族サポートは母親の生活満足度を低下させる(松田a, 2001) との報告がある。その報告が離島の人々にも適用できるか疑問もあろうが、同時代に生きているのである程度は当てはまるであろう。よって、今回の育児交流会に参加していた母親たちは夫方の親との関係性が大きな問題にならないよう消極的対応をしていたと解釈される。

義父母の子ども時代と推定される昭和30年代から40年代は高度経済成長期にあたり(環境白書, 2003)、父親は外で仕事、母親は家事・育児の担当という性役割が明確であり(落合, 2004)、当時は食事や間食などは家庭で準備し子どもに与えていたが、現在ではスーパーなどに総菜や菓子類が多い。今回、祖父母が子どもに適さないものを与え健康に害があった語りの中では、義父母のこのような子育て行動に対し専門家の言葉を利用しながら改善に向けた対応策を取っていた。

義父母は子育ての強力な支援者であるものの、それが逆効果になることもあり、義父母への子育てに関する教育が望まれる。石井等は祖父母を対象として、子どもにとってよい食材やメニュー、おやつのあげ方に関する内容の孫育児支援プログラムを実施した結果、祖父母は両親と共通認識を持つ必要性を認識し、また、嫁にも言いたいことがあることに気づき、押しつけにならないようなサポートを行うことを自覚するようになっていたと報告している(石井, 井出, 佐藤, 2008)。祖母の育児経験は孫育てにおいて有用な部分もあるが、食物アレルギーなど新しい知識も必要であり、多くの場所で孫育

て講座が必要であると思われる。

また、A島では祖父母が夕食前に果物や菓子を与え、その結果、子どもが食事を取れないことが語られていた。先行研究でも祖父母が夕食前に食べ物を与え、子どもが夕食をとれない状況があり（西館，徳田，2011）、また、祖父母と同居している幼児はう蝕率が高い（三藤，2006）との報告もある。これらから、三世同居は子どもの食生活にマイナス面もあり、子どものことを考えて食事や間食の与え方を家族員全員で共有する必要があるだろう。

3) 早寝させることの困難

睡眠は人間にとって重要である。特に子どもにとって睡眠は成長にも影響する（神山，2004；神山，2008）ことから子どもの睡眠について考慮し環境を整えるよう、文部科学省も国民運動として「早寝・早起き・朝ご飯」を勧めている（文部科学省）。本研究では、《早寝させるのが困難》は、〈子どもの特徴〉と〈親の生活リズムの影響〉で生成されていた。〈子どもの特徴〉は、眠る環境を整えても眠らない子であった。就学前の子どもは夜間の睡眠時間が10時間必要である（佐野，1986）ことから、子どもの1日の過ごし方を見直し、眠らない原因を見つけ、適切な対処が必要と思われる。佐野は保育園での昼寝の時間帯を午後2時まで、遅くとも2時半には起きるように設定する必要がある、つまり、長時間の昼寝は望ましくないとしている。それと平行して、昼間の戸外での体を使った活動性のある遊びが早寝を促すとしている。さらに早寝のしつけや家族の夜型行動の修正なども必要になるだろう。

〈親の生活リズムの影響〉は母親が有職の場合、仕事終了後に家事・育児を行なうことから、必然的に子どもの夕食や入浴時間並びに就床時間が遅くなり、先行研究（矢野，大浜，産田，2007）と同様な結果であった。また、父親の帰

宅時間が子どもの就床時間と重なると子どもが就床しない状況であった。男性にとって仕事は人生そのものであり仕事上の役割を自由に選択できるものではないが、乳幼児期の睡眠不足は、子どもの心身の健康（橋本，2004；小橋川，小林，高倉，宮城，石川，2002；矢野ら，2007）、並びに脳の高次機能への影響が示唆される（鈴木，2006）ことから子どもには十分な睡眠が必要である。そのためには親の帰宅時間を早めるなどの調整が必要であろう。すぐに社会を変革するのは無理かもしれない（武石，2010）が、適切なワーク・ライフ・バランスが仕事の能率をあげ（武石，2011）、さらに家庭生活も充実する（パク・ジョアン・スクッチャ，2002）との報告もあり、今後就業時間に関する職場の調整が課題としてあげられよう。

4) 支援の求め

子育ての負担や悩みの第1位は「自分の自由な時間がもてない」で（国民生活白書，2005）、多くの母親が自由時間がないことをストレスと感じている。本研究の結果でも、育児に専念することにより自分の時間が持てずにストレスと感じていた。短時間でも子どもの世話から解放され、自分の時間を持つことはストレス解消となる（田村ら，2002）ことが明らかになっていることから、母親のリフレッシュの時間を子育てをしていないと否定的に評価せず、積極的に母親が自由に使える時間が確保できるような支援が必要である。

〈子育て情報〉のニードは子どもにとってよいものが選択できるような情報の提供を求めるものであった。家庭の教育力の低下や親の未熟さが指摘され（大日向，2003；大日向，2007）、子育て法が分からない者が増えている。母親になったらすぐに子育てができるとは思わずに、カナダのトロントの取り組みのように（武田，2002）、育児情報を積極的に提供する取り組み

や具体的な子育てに関する教育が必要であることが示唆された。

5) 子育ての振り返り

《子育ての振り返り》は〈夫を巻き込む〉と〈夫に学ぶ〉で生成されていた。女性の社会進出により、既婚女性は仕事と家事・育児の二重負担との指摘もある(松田b, 2001)が、本研究では母親たちは、上手に〈夫を巻き込む〉ことによって家事・育児の軽減を図っていた。

日本では主に母親が育児を行っており(国立社会保障・人口問題研究所, 2014)、父親の子育て実施状況は先進諸国と比較して少ない(厚生労働省, 2006;千葉, 1996)。しかし、育児の相談相手は夫が最も多い(内閣府, 2005)ことから、我が国では夫は母親の精神的支援を担って

いると推測される。本研究でも夫は家事・育児に参加を求められると対応していることから、必要時に参加していると思われる。今後はさらに夫を家事・育児に巻き込むことにより、母親の仕事と家事・育児の二重負担の解消に繋がると推察される。

〈夫に学ぶ〉は、夫が本人(母親)とは異なる方法で子どもに接しており、また子どもも素直に父親の育児を受け入れているのを見ることによって育児法を学んでいた。夫の育児法を見ることによって自分の行っている育児を振り返る機会になり、新しい見地が広がると思われる。

6) 子育て環境作り

《子育て環境作り》に関して、はじめの頃は母親同士の交流が少なかったが、交流会の回数を

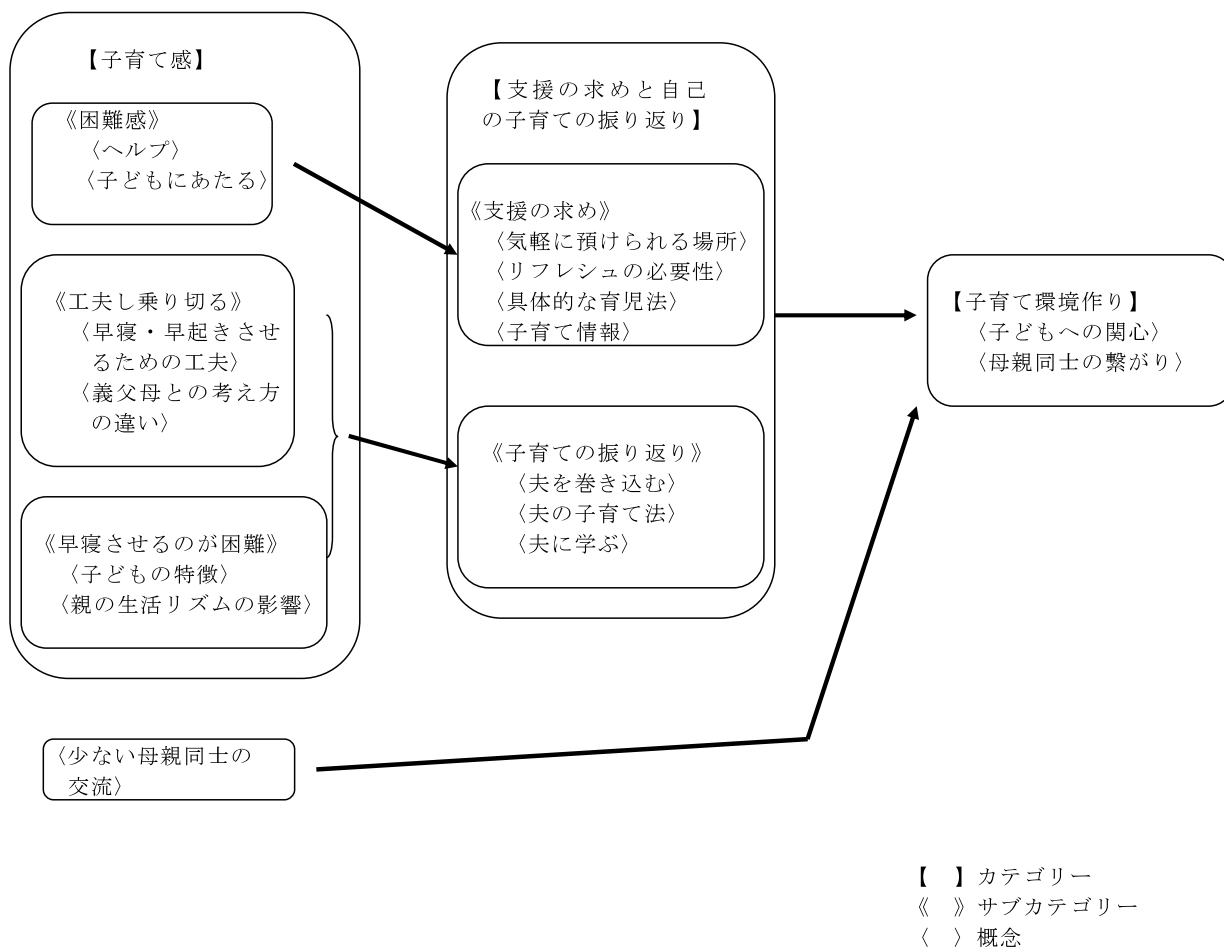


図1 幼児を持つ母親の母親行動の発達プロセス

重ねることによって子育てに関する情報交換や子どものために〈母親同士の繋がり〉の必要性を認識するようになっていた。母親のネットワークの広さが育児不安、育児ストレスの解放要因として注目され、各自治体では育児教室や地域の子育てサークルなどの仲間作りの場を提供するようになってきている。子育てサークル活動には行政が管理するものと母親たちが自主的に管理するものがあるが、兵庫県の調査では母親たちが主体的に行った方がよいとの結果もある(21世紀ヒューマンケア研究機構, 2003)。A島では母親たちが主体的に繋がりたいという意識を持つよう変化しており、今後は自主的に育児サークルを立ち上げ活動することにより育児ストレスを軽減する方法を探すものと期待される。しかし一方、公園デビューという言葉のように母親同士の関係作りの難しさも指摘されている(中西, 岩堂, 2004)。これは高度経済成長期以降に生まれた者の特徴と思われる。すなわち高度経済成長期には道路が分断され、異なる年齢で構成される遊び集団が消失した。その時期以降に子ども時代を過ごした者は日常生活で異質なものを許容する訓練がなされず、同質集団で育ってきた。そして同質的集団内で排他的傾向が強いと少しの違いを気にし、人間関係を作るのが苦手である(汐見, 2000)。したがって、A島の母親同士の関係がうまくネットワークの構築ができ、またストレスにならないように先輩母親が静かに見守るといった側面支援も必要と考えられる。

本研究はA島の乳幼児を養育中の母親を対象としたものであり、一般化するには限界がある。今後はさらにデータ数を増やし、母親行動の成長プロセスを明確にする必要がある。

5. 結論

A島の幼児の母親は、子育てに対して困難感があったが自分なりに乗り切る工夫をしていた。

対処できない困難な場面では周囲の支援を求めて、最終的には子どもへの関心を示すこと、また母親同士の繋がりを作ることによって子育て環境を作り上げようと母親行動の意識が変化していた。

謝辞

A島の子育て交流会に参加した保護者のみなさま、会の運営に関わった関係者の方々に深く感謝いたします。

本研究は平成23年度～平成25年度JSPS科研費23593324(代表者 上田礼子)の助成を受けたものの一部である。

引用文献

- 安梅勅江. (2010). 子育て環境からみた子どもの育ち. 学術の動向, 4, 28-33.
<https://www.jstage.jst.go.jp/article/tits/15/4/15-4-28/-pdf>
- 荒川茂則. (1991). 戦後日本の家族と私化. 奈良大学紀要. 第19号, 177-198.
- 千葉聡子. (1996). 国際比較調査からみた日本の父親の子育ての現状と問題点. 『教育学部紀要』立教大学教育学部, 第30集, 139-150.
- 橋本俊顕. (2004). 子供の睡眠の現状. 四国医誌, 60(1, 2), 14-19.
- 石井邦子, 井出成美, 佐藤紀子. (2008). 家族員の育児対処能力向上のための孫育児支援プログラムの有用性と課題. 千葉看護会誌, 14(1), 107-114.
- 環境白書. (2003).
<http://www.env.go.jp/policy/honbun.php3?kid=218&bfl=18&serial=13428>
- 経済企画庁. (1994). 平成5年国民生活白書. 豊かな交流 人と人のふれあいの再発見.
<http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h5/wp-pl93-01201.html>

- 木下康仁. (2003). グランデッド・セオリー・アプローチの実践－質的研究への誘い. 弘文堂.
- 小橋川久光, 小林稔, 高倉実, 宮城政也, 砂川武彦. (2002). 沖縄県小学生用メンタルヘルス尺度の検討. 琉球大学教育学部紀要, 第61号, 17-24.
- 国立社会保障・人口問題研究所. (2008). 第4回全国家庭動向調査 結果の概要.
www.ipss.go.jp/ps-katei/j/nsfj4/NSFJ4_gaiyo.pdf.
- 国立社会保障・人口問題研究所人口構造研究部. (2014). 2013年社会保障・人口問題基本調査第5回全国家庭動向調査 結果の概要.
<http://ipss.go.jp>
- 厚生労働省. (2006). 平成18年度版厚生労働白書.
- 神山潤. (2004). 眠りを奪われた子どもたち, 岩波ブックレット.
- 神山潤. (2008). 睡眠の生理と臨床 健康を育む「眠りの科学」改訂第2版. 診断と治療社.
- 文部科学省:
http://www.mext.go.jp/a_menu/shougai/a-sagohan/
- 松田茂樹a. (2001). 育児ネットワークの構造とサポート力. 家族研究年報, 27, 37-48.
- 松田茂樹b. (2001). 性役割分業と新・性約割り分業－仕事と家事の二重負担－. 哲学第106集.
- 三藤聡. (2006). 尾道市における乳幼児のう蝕病率に影響を与える生活・環境要因について. 口腔衛生学会雑誌, 56(5), 688-709.
- 森岡清美. (1992). 日本家族の現代的変動. 家族社会学研究, No. 4, 1-10.
- 内閣府. (2005). 「暮らしと生活」シリーズ平成17年版高齢社会白書. p56.
- 内閣府. (2005). 平成17年度版国民生活白書子育て世代の意識と生活.
- 中西美紀, 岩堂美智子. (2004). 幼児を持つ母親の仲間関係と育児困難感－内的ワーキングモデル尺度を用いて－. 生活科学研究誌, Vol. 3《人間福祉分野》.
- 西館有沙, 徳田克己. (2011). 子どもへの菓子の与え方に関する研究－母親の子どもへの菓子の与え方とそれが成長後の子どもの菓子接種に及ぼす影響について－. 富山大学人間学部発達科学部紀要, 5(2), 41-49.
- 21世紀ヒューマンケア研究機構家庭問題研究所. (2003). 地域における子育て支援の報告書.
- 野口順子, 小川佳世, 松村恵子. (2005). 幼児を育て育てている母親の悩みと育児ストレス－保育所児と幼稚園児との比較－. 香川県立保健医療大学紀要, 2, 79-96.
- 野々山久也. (1994). 家族ライフスタイルの多様化への潮流. 都市住宅学, vol 6, 5-9.
- 落合恵美子. (2004). 21世紀家族へ 第3版. 有斐閣.
- 大日向雅美. (2003). 求められている子育て支援とは－昨今の育児不安虐待問題から考える－. 京都母性衛生学会誌, 11, 2-5.
- 大日向雅美. (2007). 家族と地域の子育て力を応援する生協の役割, 生活協同組合研究, 10, 5-10.
- パク・ジョアン・スクッチャ. (2002). 会社人間が会社をつぶす－ワーク・ライフ・バランスの提案. 朝日新聞社.
- 佐野勝徳. (1986). 子育て子育て生活リズム乳幼児編. エヘデル研究所.
- 佐藤紀子. (2000). 子育てする女性の心と体を支えるために. 子ども未来, (341), 7-9.
- 汐見稔幸. (2000). 親子ストレス 少子社会の「育ちと育て」を考える. 平凡社.
- 島田伸一. (2005). 虐待の発生予防へのチャレンジ市町村. 母子保健情報, 50, 102-105.
- 鈴木みゆき. (2006). 保育と睡眠. 上里一郎(監

- 修), 白川修一郎 (編), 睡眠とメンタルヘルス (pp209-233). ゆまに書房.
- 高橋有里. (2007). 幼児の母親の育児ストレス状況とその関連因子. 岩手県立大学看護学部紀要, 9, 31-41.
- 武石恵美子. (2010). ワーク・ライフ・バランス実現への課題国際比較調査からの示唆. RIETI Policy Discussion Paper Series10-P-004. 独立行政法人経済産業研究所
<http://www.rieti.go.jp/jp/>
- 武石恵美子. (2011). ワーク・ライフ・バランスを実現する働き方改革と職場マネジメントの課題, 19-32. Hosei University Report.
- 武田信子. (2002). 社会で子どもを育てるー子育て支援都市トロントの発想. 平凡社.
- 田村毅, 倉持清美, 中澤智恵, 岸田泰子, 木村恭子, 及川裕子, 荒牧美佐子, 持田恭子, 森田千恵. (2002). 出産・子育て体験が親の成長と夫婦関係に与える影響 (1)ー出産前後の面接調査のまとめー. 東京学芸大学紀要. 第6 部門Vol54, 41-56.
- 横山文野. (2002). 戦後日本の女性政策. 勁草書房.
- 上田礼子. (2011). 現代子育て環境アセスメント PACAP (Pre-Assessment of Child Abuse prevention) 手引書, 竹井機器工業.
- 矢野香代, 大浜敬子, 産田真代. (2007). 母と子における睡眠行動の関連性と課題. 川崎医療福祉学会誌, 17(1), 175-183.

Development process of maternal behavior – From the narrative of child-rearing mothers in a island –

Kiyoko Tamashiro, Tomoko Nishihira, Chieko Yoshikawa, Yuka Kayoda, Reiko Ueda

Abstract

Background : In current society, child-rearing is challenging practice as there are an increasing number of nuclear families in which imitative learning of child-rearing knowledge and skills is difficult.

Objective : By observing mothers' participation in the exchange meeting, we aim to explicate transition in mothers' behavior and discover elements what can be useful for child rearing support.

Method : We analyzed data from Pre-Assessment of Child Abuse Prevention (PACAP) research targeted on 550 mothers who rear infants on A Island. We abstracted 3 relevant groups for this analysis - those who seek for consultation, who illustrate abuse risks, and who show normal responses - and examined development stages among mothers who belonged to one of these groups and who participated in "Child-Rearing Exchange Meeting." The meetings were held 3 times weekly, and 10 mothers were enrolled. We analyzed their statement with reference to Modified Grounded Theory Approach (M-GTA).

Result : At the stage of "feeling child rearing," mothers felt "difficulty" and tried to find ways to "overcome it with own ideas." It was the stage that they felt "it was difficult to let their children sleep earlier" in accordance with national health promotion. At the stage of "seeking for support," they looked for baby sitting service as well as "refreshment" time too maintain sound mental state. Moreover, mothers seek for "concrete child rearing methods" and "child rearing information" with which they can better their child rearing. By "involving husbands" in domestic work including child rearing, they tried to mitigate mental burden. Mothers "looked back" their child rearing by observing their husbands' child rearing methods. At the final stage, through their "interests in children," child rearing becomes part of their life. Then, they deepen "relationship with other motors" and become interested in "building child rearing environment."

Conclusion : In the first session, mothers reviewed their child-rearing. In the second session, they sought for support involving their husbands. In the last session they realized that it is necessary to arrange their child-rearing environment.

Keywords : mothers with infants, child rearing exchange meeting, maternal behavior, development, process

報告

小離島の高齢者が捉える地域の健康課題とその解決方法 —実践レベルでの住民の視点を活用した地域アセスメントのために—

糸数仁美¹ 大湾明美¹ 佐久川政吉¹ 田場由紀¹ 山口初代¹ 牧内忍¹
長嶺由利子² 渡真利木綿子²

目的：実践レベルでの住民の視点を活用した地域アセスメントを検討するため、コミュニティアズパートナーモデル（以下、モデルと略）を用いて、小離島の高齢者の「認識」から、地域の捉え方、地域の強み、地域の健康課題とその解決方法を導き出すことを目的とする。

方法：研究協力者は、A村保健師から紹介を得て了解の得られた高齢者6名である。方法は、モデルの枠組みの住民の「認識」を用いてインタビューを行い、質的帰納的に分析した。

結果：1. 地域の捉え方及び地域の強みは、モデルの「地域のコア」及び「サブシステム」の構成要素を包含していた。特に、【価値と信念】についての語りでは、〈困難を乗り越えることができる島〉、〈人材の育つ島〉などと捉え、既存資料や統計資料などの客観的データでは把握しづらい内容であった。2. 地域の健康課題は、高齢者ケアや介護問題、離島医療、若者の健康問題、つながりの弱まりを挙げていた。その解決方法は、「住民としてのセルフケアと支え合い」と「専門職・行政への期待」があった。

結論：住民の「認識」から、地域の捉え方と地域の強みは地域アセスメントに活用が可能である。そして住民は、健康課題の解決方法として、専門職・行政との協働による取組みを希望していた。

キーワード：住民の視点、地域アセスメント、健康課題、小離島、コミュニティアズパートナーモデル

I. はじめに

地域アセスメントは地域の特徴や課題を見出し、その地域の特徴にあわせた保健活動を展開するために行う。しかし、その課題として、地域アセスメントのポイントや枠組みの不明確さ、質的データの捉え方の曖昧さがある（佐伯ら、2001）と指摘されている。「地域の健康課題は誰が解決するのか?」、「どのように解決するのか?」の問いに、健康課題の解決の主体は住民であり、保健師は住民のもつ力を引き出し、補う方法を把握するためにアセスメントが必要になること（平山、1990）、地域アセスメントに住民の視点を取り入れるためには、ニーズ把握の段階で住民の考えや求めの全貌を具体的に知ること（守山、2003）、住民と話し合いながら知恵

を絞り、地域への想い、将来への想いを語り合うこと（森合、2001）が重要であると報告されている。このように、地域アセスメントは、専門職の視点だけでなくニーズ把握の段階から住民の視点を取り入れる必要性を述べている。

沖縄においては、日本本土復帰前に離島の公衆衛生看護婦（保健師）活動で、「地域活動は組織の活動であり、地域にある組織活動に自ら関わりながら、住民を巻き込んで活動しなければならない」という学びから、保健師自ら住民の活動に参加し、住民と共に健康課題を導き解決に取り組んだ実績があるとの報告がある（大湾、2007）。また、小離島診療所看護師のインタビューから、「島の人に育てられた」と語り、住民の考えとその背景をよく知り、看護活動に住民を巻き込む必要性を強調している（菊池、2008）。

ところで、小離島は、狭小性・孤立性・隔絶

¹ 沖縄県立看護大学

² 座間味村役場

性という社会環境により、生活の全体性や地域把握がしやすいため（大湾ら，2005）、地域アセスメントしやすい条件がある。また、小離島は高齢化率が高く、その高齢者たちは、地域の歴史・地理に詳しく文化・慣習に精通していること（菊池，2008）、住民同士の助け合いや地域の食材で作る知恵などを活かし豊かな生活を送っていること（稲垣，2000）から、小離島は住民の視点を導きやすいと考えた。

住民の視点を活用した地域アセスメントには、コミュニティアズパートナーモデル（以下、モデルと略）がある。モデルは、「地域の潜在的な問題の発見を容易にし、地域の個別性を重視した具体的な解決策の検討が可能である」（斎藤ら，1999）、「情報収集に必要な領域があらかじめ提示されている」（北園ら，2002）、「地域の特徴や健康課題を抽出しやすい」（岩本ら，2009）、「看護過程との関連がわかりやすい」（吉岡ら，2006）という活用のメリットが報告されている。モデルは、「地域のコア」、「サブシステム」、「認識」の3つの枠組みからなる。「地域のコア」は、【歴史】、【人口統計】、【民族性】、【価値と信念】の4つの構成要素、「サブシステム」は、【物理的環境】、【教育】、【安全と交通】、【政治と行政】、【保健医療と社会福祉】、【情報】、【経済】、【レクリエーション】の8つの構成要素からなる。「認識」は、「住民はこの地域についてどのように感じているか」や「専門職はこの地域の保健医療の全般的な状況についてどのようなことがわかったか」などの住民と専門職の視点から構成されている。

このように、住民の「認識」を取り入れ、それを拠り所にすれば、実践レベルで住民の視点を活用した地域アセスメントが可能になると考えた。そのことは、地域アセスメントのポイントや枠組みに戸惑っている保健活動の実践に活かすために重要である。

以上の背景から、本研究の目的は、実践レベ

ルでの住民の視点を活用した地域アセスメントを検討するため、モデルを用いて、小離島の高齢者の「認識」から、地域の捉え方、地域の強み、地域の健康課題とその解決方法を導き出すことである。

なお、「小離島」とは、「離島の中でも3,000人以下の人口規模で、保健師が1～2人配置の島」とする。

Ⅱ. 方法

1. 研究協力者

研究協力候補者はA島（総人口約900人、高齢化率23%）の住民で、その選定方法は、村保健師から、地域をよく知っていると思われる65歳以上の高齢者（区長、民生委員、ボランティア活動者など）の紹介を得て、研究者が直接訪問し同意が得られた6人を研究協力者とした。高齢者を選定した理由は、過去から現在での歴史や文化に触れ、その地域で長く暮らし続けたことで、「地域の捉え方」、「地域の強み」と「地域の健康課題」、「その解決方法」が語れる存在であると考えたからである。

年代は、60代2人（ID2、ID6）、70代3人（ID1、ID3、ID5）、90代1人（ID4）であった。性別は、男性2人、女性4人であり、区長、民生委員、ボランティアなどの活動経験者であった。

2. 研究方法

1) データ収集

半構造化された質問紙を用いて訪問面接によるインタビューを行った。調査内容は、モデルの枠組みの住民の「認識」「住民はこの地域についてどのように感じているか」を用いて、「A島はどのような地域か？（地域の捉え方）」、「A島の強みは何か？（地域の強み）」、「A島の健康課題は何か？（地域の健康課題）」である。加えて、住民が捉えるその健康課題の解決方法は「その

健康課題を解決するためにはどうしたらよいか? (健康課題の解決方法)」とした。面接回数は1～3回で、1回当たりの面接時間は1時間程度であった。回答内容は質問紙への記録と、研究協力者の同意を得てICレコーダーに録音し逐語録とした。

2) データ分析

調査内容ごとに逐語録から原文を取り出し、意味内容が損なわれないようにキーセンテンス化した。地域の捉え方と地域の強みについては、類似する内容でサブカテゴリー化し、モデルの「地域のコア」と「サブシステム」の構成要素に照らして整理した。

また、地域の健康課題は、モデルとは異なる内容であるため、モデルの構成要素には照らせず、帰納的に分析した。地域の健康課題の解決方法は、帰納的に分析された地域の健康課題ごとに、具体的な解決方法の形で整理した。

キーセンテンスは“ ”、サブカテゴリーは〈 〉、カテゴリーは《 》、モデルの構成要素は【 】で示した。

3. 倫理的配慮

本研究は、所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号13006)。研究協力者には研究趣旨を説明し、口頭と文書で同意を得た。データ分析や発表等の全プロセスにおいて個人情報特定されないよう、ID番号を付す等の配慮をした。また、データ管理は厳重に取り扱い、鍵のかかる場所で保管をした。研究協力者は調査に不慣れなことや、高齢者のため体調変化が起きやすいことから、表情や言動の微妙な変化を観察しながら面接した。

Ⅲ. 結果

1. 地域の捉え方

「A島はどのような地域ですか?」という問い

に対する住民の地域の捉え方を、モデルの「地域アセスメントの車輪」の図に照らして整理した。その結果、「地域のコア」の4つの構成要素と、「サブシステム」の【物理的環境】、【安全と交通】、【保健医療と社会福祉】、【情報】、【経済】の5つの構成要素が捉えられていた(図1)。「地域のコア」の構成要素の【歴史】には、〈歴史があり外交の経験をもつ島〉など、【人口統計】には、〈島外者により成り立つ島〉などがあった。【民族性】には、血縁のつながりが強く“旧家には門中のお宮があり、行事には親戚が集まる”(門中のつながりの強い島)、〈信仰心の高い島〉、〈行事は出身者で取りはからう島〉などがあり、【価値と信念】には、〈「身の立て直し」の島〉、〈人材の育つ島〉、〈困難を乗り越えることができる島〉などが含まれていた。なお、門中とは、始祖を共通にする父系の血縁集団のことで、先祖祭祀を定期的に行う機能や、親族集団として日常的な交際や扶助で重要な役割を果たす(沖縄コンパクト事典, 1998)。

具体例として、ID2(65歳、男性)は、“歴史が古く、人が入れ替わり立ち替わりすることにより、いろいろな文化が入ってきた島である”(歴史があり外交の経験を持つ島)と捉え、

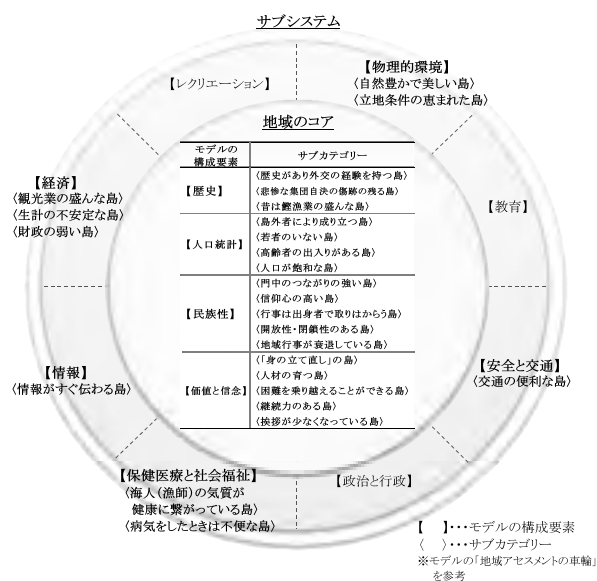


図1 地域の捉え方

“明治時代に鰹漁業を沖縄で初めて創設し全島へ広めた豊かな島である”〈昔は鰹漁業の盛んな島〉であったとA島の【歴史】を語っていた。また、“この島は海洋面積が広く海洋生物を食しているの、感性が豊かで頭がよく、判断力のある優秀な人が多い”島であり、“鰹漁業が傾いた後、南洋へ遠洋漁業に島の男達がたくさん出かけた島である”と同時に、“商売に困った人や政治犯などが身を立て直した島である”〈「身の立て直し」の島〉である。〈困難を乗り越えることができる島〉で、〈人材が育つ島〉であると【価値と信念】を語っていた。A島の【物理的環境】は、“海岸にある天然の薬草を食すことで高齢者が長生きしている島であり(る)”、“島の大きさ・人口がお互いに絆をつくりながら支え合えるちょうどよい規模の島である”〈立地条件の恵まれた島〉と語りつつ、その反面、時代の変遷で、“(人の入れ替わりが多く島外者が増え)挨拶が少なくなっている島である”とも語っていた。

2. 地域の強み

「A島の強みは何か？」という問いに対する住民の捉えた地域の強みを、地域の捉え方と同様にモデルの図に照らして整理した。その結果、「地域のコア」の4つの構成要素と、「サブシステム」では、【物理的環境】、【安全と交通】、【政治と行政】、【経済】の4つの構成要素が捉えられていた(図2)。

具体例として、ID 5 (72歳、女性)は、【価値と信念】については、“年をとると島から出たいとは思わず島がいい”〈島のよさに満足している島〉、“行事のお供え物を作るために、みんなが公民館に集まり会えることが楽しみである”〈つながりを大事にしている島〉、“隣近所の付き合いがあり、行事などは区長が中心に婦人会などみんなで協力し合っている”〈つながり支え合っている島〉であることを強みとして語って

いた。また、A島は“各自が自分の健康は自分で守らないといけないと思っており、健康のための活動に参加しようとする気持ちを持っている”〈健康を気遣っている島〉であることを強みとして語り、そして、“健康のために、掃除・洗濯、畑をして体を動かし(ている)”、“孫を預かり、一緒に遊んだり楽しくすることも健康の秘訣である”と〈健康づくりを実践している島〉であることを強みとして語っていた。A島の【物理的環境】について、“自分で作った野菜が成長していくのが一番の楽しみである”ことから〈野菜が自給自足できる島〉であることを強みと語っていた。

3. 地域の健康課題とその解決方法

「A島の健康課題は何か？」という問いに対する住民が捉えた地域の健康課題は、《高齢者の心身の健康づくりに関すること》、《介護を受けながら安心して住み遂げられるケアづくりに関すること》、《人と人とのつながりの強化に関すること》、《島の宿命としての医療事情に関すること》、《島の特徴による若者の健康づくりに関すること》の5つのカテゴリーと12のサブカテゴリーが抽出された。そして、「その健康課

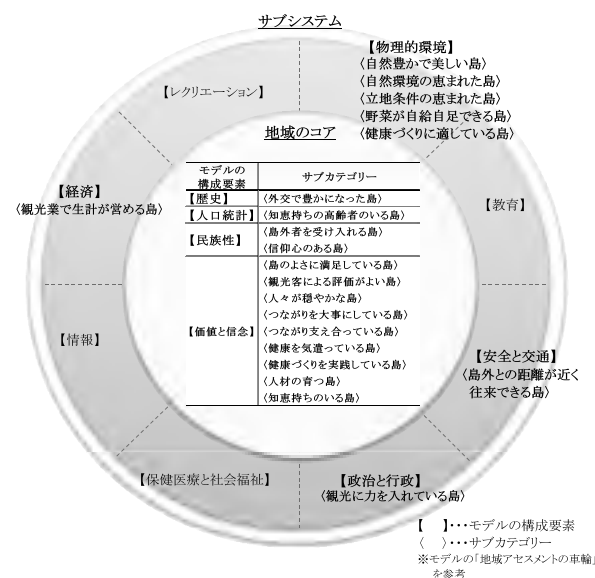


図2 地域の強み

表1 地域の健康課題と健康課題の解決方法

地域の健康課題		健康課題の解決方法	
		住民としてのセルフケア	専門職・行政への期待
《高齢者の心身の健康づくりに関すること》	〈足腰が弱くなっている高齢者がいる〉	<ul style="list-style-type: none"> ・畑仕事を続け体力をつける ・憩いの広場に参加し健康体操をする ・痛みがある時は治療する 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師が個別訪問し体力づくりを促す ・保健師は憩いの広場で個別プログラムを取り入れ活性化させる ・診療所医師・看護師は足腰を鍛えるための健康講話や健康情報を提供する
	〈「夜眠れない」という高齢者がいる〉	<ul style="list-style-type: none"> ・薬草茶を寝る前に飲んだり眠りやすいような環境をつくるよう勧める ・夜間トイレに行かないよう、寝る前は水分摂取を控える ・日中に体を動かす 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師は憩いの広場で活動量を増やすメニューを取り入れる ・保健師は介護負担での睡眠不足への対応をする ・島外の専門職や診療所医師・看護師は不眠の解消方法を伝える
	〈外出しない独居高齢者の孤独死が心配である〉	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅を訪問し安否確認をする ・外出しない理由を聞き、憩いの広場などに誘う 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師は個別にアセスメントし外出支援をする ・保健師は定期訪問で日常の健康管理をする ・診療所医師は独居高齢者宅を定期的に訪問する ・診療所看護師は保健師、医師と連携し必要時体調管理をする ・行政は外出しやすいうように送迎サービスをする
	〈高齢者の生活に楽しみがない〉		<ul style="list-style-type: none"> ・行政はイベントを企画し楽しみのメニューを増やす
《介護を受けながら安心して住み遂げられるケアづくりに関すること》	〈要介護状態では島で最期を迎えられない〉	<ul style="list-style-type: none"> ・介護費用を準備する ・畑仕事を活かした体力づくりを行う ・島のサービスを要介護状態に合わせて利用する ・行政に入所施設の設置を要請する 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師は制度利用を個別的に紹介してほしい ・専門職と行政は島で最期を迎えられるよう継続的に検討する ・行政は高齢者が経済的な補助が受けられるよう制度を弾力的に運用する
	〈島に火葬場がないため火葬は島外に出ざるを得ない〉		<ul style="list-style-type: none"> ・行政は島に葬祭場をつくる
《人と人とのつながりの強化に関すること》	〈人間関係が疎遠になり精神面が弱くなっている〉	<ul style="list-style-type: none"> ・自然環境を活かし森林浴でリフレッシュをする ・祭りや神行事の機会を活かした関係づくりを行う 	
《島の宿命としての医療事情に関すること》	〈専門的な治療は本島に行かないといけない〉	<ul style="list-style-type: none"> ・受診のための医療情報を収集する 	<ul style="list-style-type: none"> ・行政は巡回診療を島外から多く取り入れる
	〈本島専門医の情報がわからない〉	<ul style="list-style-type: none"> ・受診のための医療情報を収集する 	
	〈救急時は救急ヘリにより本島へ行かなければならない〉	<ul style="list-style-type: none"> ・早めの受診をする 	
《島の特徴による若者の健康づくりに関すること》	〈観光客や島の人の日焼けによる皮膚疾患が気になる〉	<ul style="list-style-type: none"> ・外出時は日傘や帽子で日焼け対策をする ・海の仕事では日焼け止めを使うよう伝える 	
	〈若者の健診受診率が低い〉		<ul style="list-style-type: none"> ・専門職と行政の協働により具体的対策を検討し実施する

題を解決するためには、どのようにしたらよいか？」という問いに対する住民が捉えた健康課題の解決方法は、「住民としてのセルフケアと支え合い」と「専門職・行政への期待」という方法で解決策を提案していた（表1）。

《高齢者の健康づくりに関すること》について、ID1（76歳、女性）は、〈外出しない独居高齢者の孤独死が心配である〉ことへの対応として、住民としてのセルフケアと支え合いでは、“自宅を訪問し安否確認をする”、“外出しない理由を聞き、憩いの広場などに誘う”ことであり、専門職・行政への期待は、“保健師は個別にアセスメントし外出支援をする”、“診療所医師は独居高齢者宅を定期的に訪問する”と語っていた。

《人と人とのつながりの強化に関すること》についてID2（65歳、男性）は、〈人間関係が疎遠になり精神面が弱くなっている〉とし、その対応は、住民としてのセルフケアと支え合いでは、“自然環境を活かし森林浴でリフレッシュする”、“祭りや神行事の機会を活かした関係づくりを行う”とし、専門職・行政への期待の語りはなかった。

このように、健康課題の解決方法は、住民としてのセルフケアと支え合いのみで解決するものと、住民のセルフケアと支え合い、専門職・行政への期待の双方で解決するもの、専門職・行政への期待のみで解決するものがあった。

IV. 考察

1. 住民の地域の捉え方の強み

「地域の捉え方」、「地域の強み」についての住民の認識は、「地域のコア」の4つの構成要素すべてと、「サブシステム」の8つの構成要素のうち6つの構成要素を捉え、構成要素のほとんどが包含されていた。その内容は、地域をよく知っている生活者だからこそ語れる具体的な主観的データであった。特に、〈地域行事が衰退

している島〉や〈「身の立て直し」の島〉、〈困難を乗り越えることができる島〉などの【民族性】と【価値と信念】は、過去から現在の地域の移り行く変化を把握している住民だからこそ捉えられる内容であり、既存資料や統計資料などの客観的データからは把握しづらく、地域アセスメントのための情報として客観的データを補完するものであった。先行研究においても、地域アセスメントは、「住民の声・語感を働かせる感性や気づき、・・・人々の生の声で表現されたものを、地域性や伝統・文化、住民同士のつながり・助け合いなどと合わせて考えていく必要がある」（週刊保健衛生ニュース、2011）ことを支持する結果であった。

これらのことから、住民は、地域をよく知り、地域アセスメントができる存在「地域のスペシャリスト」であることを意識し、地域アセスメントには住民が捉える主観的データを取り入れる必要性が確認できた。そして、地域アセスメントに住民の視点を加えるには、「地域の捉え方」と「地域の強み」について、住民の「認識」から聴き取ることが重要であることが示唆された。

2. 住民による地域の健康課題の捉え方

過去のA島における40歳以上を対象にした高齢者福祉意向調査（2005年）では、住民同士がお互いをよく知り支え合っている地域として捉えられていた。しかし、本研究の高齢者が語る地域の健康課題には、〈人間関係が疎遠になり、精神面が弱くなっている〉や〈外出しない独居高齢者の孤独死が心配である〉と捉え、意向調査との健康課題のずれがあった。先行研究において、小離島の地区活動の報告で、「高齢者に必要と思われるニーズと、高齢者が自ら求めるニーズの捉え方にずれがあった」（呉地ら、2008）ことが報告されている。また、島嶼は、人と人とのつながりが広くて深い「互助」の機能

を活かすことで地域のケアシステム構築が可能である（大湾ら、2005）との報告もある。A島は〈自然環境の恵まれた島〉、〈観光産業で生計が営める島〉で、島外者が半数以上の〈島外者により成り立つ島〉など統計資料や島嶼の住民として共通した特徴もある。島嶼を一括りにするのではなく、把握しづらく見落としがちなることを住民の視点を活用することで、地域アセスメントの修正ができ、地域の実情に合わせた健康課題の抽出ができることが示唆された。

3. 住民が捉えた健康課題の解決方法の活かし方

住民が捉えていた地域の健康課題に対する解決方法には、そのほとんどに住民としてのセルフケアと支え合いによる解決方法が提案されていた。このことは、住民は健康課題を解決するために、専門職や行政に頼るだけでなく、住民としてのセルフケアを意識していることが示唆された。そして、その方法として、“身近に採れる葉草茶を飲むことによる眠りやすい環境を整えること”や“徒歩で行ける畑での仕事を活かした体力づくり、自然環境を活かし森林浴によるリフレッシュをすること”の他、“祭り神行事を活かした関係づくりや自宅を訪問し安否確認する”解決策は、〈立地条件が恵まれた島〉や〈野菜が自給自足できる島〉、〈健康づくりに適している島〉である【物理的環境】、〈信仰心のある島〉という【民族性】、〈つながりを大事にしている島〉や〈つながり支え合っている島〉という【価値と信念】における地域の強みを活かした課題解決を考えていた。このように、住民は地域の強みをよく知り、その強みを健康課題の解決方法に生かす視点を持ち、具体的提案ができる存在であると推察された。これは、地域で長く暮らし続けた高齢者を研究協力者として選定したことも影響していると考えられた。

また、専門職・行政への期待として提案され

た解決方法には、現在活動している内容も含まれており、住民はその活動を評価し、方法や内容の改善を希望していることが示唆された。先行研究(菊池、2008)において、専門職として地域における健康課題を解決するためには、住民の考えと背景をよく知り「島の人に育てられ」ながら、住民を巻き込み住民と共に健康課題の解決に取り組むことが必要であることが報告されているが、住民が提案した専門職・行政への期待は、住民も専門職と協働して地域の健康課題解決に向けた取り組みを求めていることが考えられた。

このことから、住民が専門職と行政との協働で健康課題に取り組める住民参加の基盤づくりの支援の必要性が示唆された。また、健康課題の解決方法の具体策は、自然環境や伝統行事を活かした取り組みを希望していると考えられた。

4. 本研究の限界と今後の課題

高齢者のインタビューを通して、住民の認識から地域の捉え方、地域の強み、地域の健康課題とその解決方法を明らかにしたことは、保健活動の実践レベルで地域アセスメントのポイントや枠組みに貢献できると考える。しかし、研究協力者数が限られていたことで地域全体の認識ではないことには限界がある。

今後は、A島の専門職が実践している地域アセスメントと住民の視点の共通性と相違点を検討し、実践者との協働による参加型アクションリサーチで住民主体の保健活動のための地域アセスメントのあり方を深めることが課題である。

V. 結論

1. 地域の捉え方及び地域の強みについての住民の視点は、モデルの構成要素を包含していた。特に、【民族性】と【価値と信念】についての語りは、既存資料や統計資料などの客観的データでは把握しづらい内容であった。住民だ

からこそ語れる主観的データから、住民は地域をよく知り、地域アセスメントができる存在「地域のスペシャリスト」であることが確認された。したがって、地域アセスメントに住民の視点を加えるには、地域をよく知る住民から「地域の捉え方」と「地域の強み」について、住民の「認識」から聴き取ることが重要であることが示唆された。

2. 地域の健康課題について住民は、地域実情に合わせ、把握しづらく見落としがちなことにも捉えていた。そして、その解決方法として、「住民としてのセルフケアと支え合い」と「専門職・行政への期待」があった。健康課題の解決方法の具体策は、伝統行事を活かしつつ住民と専門職・行政との協働による取組みを希望していた。

引用文献

- エリザベスT. アンダーソン, ジュディス・マクファーレイン (2008) : コミュニティアズパートナー地域 看護学の理論と実際, 医学書院, 東京.
- 平山朝子 (1990) : 保健婦活動における地区診断の意義と課題, 保健婦雑誌, 46(4), 267-272.
- 稲垣絹代 (2000) : 超高齢過疎地区で高齢者が生きる意味—瀬戸内島嶼部での民族看護学的アプローチ, 老年看護学, 5(1), 124-130.
- 岩本里織, 小倉弥生, 茅本善子他 (2009) : モデルを用いた地域看護診断の学習効果, 神戸市看護大学紀要, 13, 49-56.
- 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.
- 北園明江, 二宮一枝, 小野ツル子 (2002) : Community as partner Modelを用いた地域看護診断実施時の課題, 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 9(1), 60-68.
- 呉地祥友里, 大湾明美, 大川嶺子他 (2008) : 高齢者ニーズの捉え方 住民主体と利用者本位の「ずれ」, 沖縄県立看護大学紀要, 9, 67-71.
- 森合真由美 (2001) : 健康な地域づくりを住民とともに歩む, 保健婦雑誌, 57(8), 585-589.
- 守山正樹 (2003) : 地域診断への住民参加とは何か, 生活教育, 47(7), 50-55.
- 大湾明美, 宮城重二, 佐久川政吉他 (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, 6, 40-49.
- 大湾明美 (2007) : 沖縄の公衆衛生・看護に学ぶ 離島の保健医療看護 公衆衛生看護婦の「活動遺産」を引き継ぐ, 保健の科学, 49(11), 744-749.
- 斉藤恵美子, 金川克子, 深山智代他 (1991) : 地域看護診断の方法に関する文献検討, 日本公衆衛生誌, 46(9), 756-767.
- 佐伯和子, 和泉比佐子, 加藤欣子他 (2001) : 保健活動における地域の看護アセスメントの課題—保健婦の認識を通して—, 日本地域看護学会誌, 3(1), 142-149.
- 佐久川政吉, 大湾明美 (2007) : 地域ケアシステム構築における専門職者の役割の検証 1 島1市町村型モデル島の事例, 日本ルーラルナーシング学会誌, 2, 27-36.
- 社会保険実務研究所 (2011) : 週刊保健衛生ニュース, 1624-1, 2-32.
- 山口初代, 大湾明美, 佐久川政吉他 (2010) : 沖縄県小離島における要支援・要介護高齢者の日常生活のセルフケアとその意味, 日本ルーラルナーシング学会誌, 5, 45-55.
- 琉球新報社編 (1998) : 沖縄コンパクト事典, 琉球新報社, 沖縄.

Regional health issues perceived by elderly residents of a small isolated island and their solutions: Regional assessment utilizing residents' viewpoints at the practice level

Hitomi Itokazu¹, Akemi Ohwan¹, Masayoshi Sakugawa¹, Yuki Taba¹,
Hatsuyo Yamaguchi¹, Shinobu Makiuchi¹, Yuriko Nagamine², Yuko Tomari²

Abstract

Aim : The aim of the study was to consider a regional assessment approach that utilizes local residents' viewpoints at the practice level. Toward this end, the Community as Partner Model was used to investigate perceptions of the local area, its strengths, health issues, and their solutions from the viewpoint of elderly residents of a small isolated island.

Methods : Participants were six elderly residents who gave written informed consent to participate after receiving an explanation of the study from a health nurse in village A. Interviews were conducted with the participants focusing on their 'perceptions' within the framework of the model. Data were analyzed by the qualitative inductive method.

Results : (1) Participants' perceptions of their regional area and its strengths contained the constituents of 'regional core' and 'subsystem' in the model. Particularly in relation to 'value and belief', they described their island as 'the place where difficulties can be overcome' and 'where human resources are nurtured'. The findings of the interviews went beyond the objective data gathered from previous studies and statistical data. (2) Concerning local health issues, the participants raised problems such as those relating to care for the elderly, nursing, medicine on isolated islands, young people's health, and weakening of relationships. As for the solutions to the issues, 'self-care and mutual support of residents' and 'expectations for professionals and administrative offices were identified.

Conclusion : Examination of local residents' viewpoints revealed the possibility of utilizing the perceptions of a local area and its strengths in regional assessments. Regarding solutions to health issues, residents were found to have a desire to work in collaboration with professionals and administrative offices.

Keywords : cultural nursing, local culture, elderly care

¹ Okinawa Prefectural College of Nursing

² Zamami Village Office

報告

離島A島における子育て支援のための新たな地域づくり －母子保健推進員の育成－

西平朋子 吉川千恵子 玉城清子 嘉陽田友香

背景：安心して子育てができる地域づくりのためには、母子保健推進員の活動の拡大と強化に向けた支援が必要である。

目的：母子保健推進員を対象とした教育研修を実施し、離島A島における子育て支援のための新しい地域づくりに資することである。

方法：A町母子保健推進員9人に教育研修を行った。実施した教育研修の効果を明らかにするために、会議録、質問紙調査による自由記述、グループインタビューの逐語録から得られたデータを質的帰納的に分析した。

結果：教育研修を実施した結果、1）個人レベルの効果（母子保健推進員メンバー）、2）集団レベルの効果（母子保健推進員会議の活動・運営）が示された。個人レベルの効果として《母子保健活動の理解》《母子保健推進員の役割の実感》《必要な技法の理解》《スキルアップ必要性の芽生え》《個別支援の必要性》《主体的学びの開始》《継続可能な活動の提言》の7つのカテゴリーが抽出された。集団レベルにおける効果は準備期、創造期、継続・転換期、発展期の4つに分類できた。

結論：教育研修の実施によって、1. 母子保健推進員が子育て支援のための新たな地域づくりに効果をもたらす可能性が示唆された。2. 母子保健推進員の行動・態度の変化は地域における子育て支援の基盤づくりの1つとなる可能性が示唆された。

キーワード：母子保健推進員 地域づくり 子育て支援

I. はじめに

子育ては家庭のみで行われるものではなく、地域・社会全体で行われてきた。しかしながら現代社会は、経済の発展に伴い人口の都市への移動、複合家族の減少、地域社会との希薄な関係などによって、地域の子育て経験者が子育て支援に関わる機会が減少している。その結果、母親のみで育児をしている状況を生み、母親の育児不安や悩みが顕在化している。平成23年度に実施された社会生活基本調査によると、6歳未満児のいる世帯の夫の育児時間は39分、さらに6歳以上の就学後になると10分にも満たないことが報告されている。「イクメン」と呼ばれる男性が注目されているが、未だ育児の主体と責任は主に母親が担っており、育児に関する母親の負担は増加している。このような現状に対して、親支援プログラムを利用した地域全体への

育児支援（伊藤，2013）、これからの子育て支援と乳幼児健診（福本，2008）、保育サービスの提供手段の多様化など、子育て支援を目的とした様々な取り組みがされている。

母子保健推進員制度は母子保健事業の推進・充実を図る目的で昭和43年に市町村に設置され、役割として安心して子育てができる地域づくりのために地域特性や住民のニーズを踏まえながら母子保健活動を行うことが挙げられる。家庭における子育て力が低下している中、様々な母親の子育て不安感や負担感などに対応し、親育ちを支援し安心して子育てができる地域づくりを展開していくために、今後、母子保健推進員に求められる役割はますます重要になってくることが予測される。

平成24年度のA町の全人口は約8,500人で、母子保健推進員数は県内離島の中で最も設置数が

少なく3人であった。年間約90人の出生数があるA島には約10人の母子保健推進員が必要とみて、関係職種への働きかけにより平成25年4月に9人へ増員となった。これまで乳幼児健康診査事業への協力のみであった母子保健推進員の業務から（沖縄県福祉保健部，2013）、「こんにちは赤ちゃん事業」などの訪問活動を実施し、A島の子育て支援を強化していく必要性が出てきた。また、調査者らは上田が実施している「子ども虐待予防の新しいアセスメント・ツールと支援に関するアクションリサーチ」の協力者として平成23年度からA島において関連職種・機関と協働・連携しながら子ども虐待予防活動や子育て支援を実施してきた。その結果、子育てについて自ら相談を希望する母親や子ども虐待が示唆され専門家による支援が必要と判断される潜在的ニーズを持つ親の存在が明らかになった。

親の不適切な養育を早期に発見し、適切な支援につなげていくためには、ポピュレーションアプローチの観点から地域住民への認識を高めるアプローチも必要とされる（上田，2009）。そこで地域における子育て支援ボランティアも含め住民や関連職者・機関がお互いに共通の認識をもち、保護者が親としての役割を果たせるように、子育てを支援する地域ネットワークや子ども虐待予防に向けた支援体制の構築を図っていくことが必要である（上田，2010）。これらの課題解決の方策の一つとして母子保健推進員の活動の拡大と強化に向けた支援が必須であると考えた。

母子保健推進員は、地域における母子保健の向上に寄与することを目的とした組織（市町村母子保健推進要綱，1968）であり、母と子の健康と福祉のために地域住民のニーズを踏まえながら活動を行っている。つまり、母子保健推進員は同じ地域に住みながら、地域の母子がどのように生活し、子育てをしているのかについて

住民の目線で考えることができる存在でもある。子どものよりよい発育・発達を促すとともに親の子育て不安の軽減など子育て環境を整え、安心して子どもが健やかに育ちやすい地域づくりの方策の一つとして今後ますます母子保健推進員活動範囲の拡大や共に地域の母子保健活動を行っていくことが重要と考える。そのためには母子保健推進員の活動を組織的に支えていくことが重要である。今回母子保健推進員の活動の拡大と強化を支援するために継続的な教育研修を3つの柱をもとに行ったのでその活動報告を行う。

本調査の目的は、母子保健推進員を対象とした教育研修を実施し、離島A島における子育て支援のための新しい地域づくりに資することである。

II. 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者は、平成25年度にA町の町長から委託を受けた母子保健推進員9人である。

2. 調査期間

調査期間は平成25年6月から平成26年3月である。

3. 調査方法

調査への協力が得られた母子保健推進員を対象に教育研修を実施した。教育研修は大きく3つの柱で構成した。1つめの柱として母子保健推進員定例会議に付随して開催する教育研修、2つ目としてO県母子保健大会などO県や保健所等が実施する教育研修への参加、3つめは、子育て支援活動報告・評価会など島内で関係機関が実施する教育研修への参加とした。

まず1つめの柱は、母子保健推進員定例会議に付随して開催する教育研修である。これから母子保健推進員として活動するメンバーが母子

保健推進員の役割を理解し、活動を展開していくために必要な豊かな心と知識および技法の習得ができることを目的とした。そのため、母子保健推進員の役割やA町の母子保健事業の実際を理解すること、A町の母子保健に関する課題を共有しそれぞれの立場から課題解決の方法を考えるために必要な内容を中心に構成した。1回の研修に要する時間は1時間程度とし、研修内容は担当保健師や母子保健推進員、研究者チームで検討し決定した。平成25年6月～平成26年3月の期間に毎月1回、計10回開催した。研修は、講義だけではなくディスカッションや演習も含めた形式で実施した。研修内容や勉強会、活動の計画・立案時には、一方的な内容にならないよう母子保健推進員の意見も反映させながら、活動への意欲を高められるよう心がけた。第1回目は、A町の母子保健事業計画と実施方策についての研修を行った。そのほかに上田によって作成された現代子育て環境アセスメント（PACAP：Pre-Assessment tool for Child Abuse Prevention）と上田式子ども発達簡易検査（USDT：Ueda's Simplified Developmental Test）を用いた子どもと親の発達の見方と活用方法、家庭訪問の進め方および家庭訪問による母子の支援についての研修などを実施した。2時間の会議のうち、1時間は活動報告や情報交換、審議事項や連絡事項のための時間とした。残りの1時間を研修のための時間として設けて、必要な研修や勉強会などを行った。会議での討議内容や意見も研修内容に反映するように心がけ、一方的な研修内容にならないような工夫を行った。研修会は母子保健推進員だけでなく、保健師、役場の母子担当事務、母子担当班長、必要時には教育委員会の担当者など多職種が参加して行われた。2つめの柱は、O県母子保健大会などO県や保健所等が実施する教育研修への参加である。これは、他の市町村における母子保健推進員活動について情報収集や情報交換

を行い、役割意識を高めるとともに広い視野から活動を捉えられることを目的とした。3つめは、子育て支援活動報告・評価会など島内で関係機関が実施する教育研修への参加とした。これはA町の子育てに関する現状や課題を理解し、課題解決にむけて具体的に実行可能な内容を考えることができることを目的とした。

4. データ収集

データ収集は、1) 母子保健推進員定例会議の会議録、2) 学んだことや今後学びたいことなどについて自由記述で回答を求めた無記名による質問紙調査、3) 活動の中で印象に残っていることや嬉しかったことや工夫した点などを自由に発言してもらったグループインタビューから行った。

5. 分析方法

本調査では、母子保健推進員へ実施した教育研修の効果を明らかにするために、会議録、質問紙調査による自由記述内容、活動で印象に残っていることや嬉しかったこと・工夫した点についてのグループインタビューの逐語録から得られたデータを質的帰納的に分析した。

分析は、会議録、質問紙の自由記述内容、グループインタビューの逐語録から得られたデータを検討し、教育研修や母子保健活動に関する内容を意味のあるまとまりで取り出し類似したものをまとめてサブカテゴリーを抽出した。さらにサブカテゴリー間の関係性を検討しカテゴリーを抽出した。分析にあたっては共同研究者間で意見交換を行い、解釈の一致を図った。

6. 倫理的配慮

調査への協力は自由意思であること、質問紙に記載された記述内容やグループインタビューの内容は活動の評価には用いないこと、プライバシーへの配慮や個人が特定されないよ

う配慮を行うこと、本調査結果は学会や論文として公表することなどを口頭および文書で説明を行った。なお本調査は、沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を得た（承認番号13019）。

IV. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者はA島の母子保健推進員9人で、島内出身者4人、島外出身者5人で、全員が女性であった。そのうちグループインタビューに参加したのは7人であった。研究協力者の年齢は30代～60代となっており、養護教諭を退職した人や教育委員、自営業、専業主婦など様々な背景をもつメンバーで構成されていた。母子保健推進員活動を継続している者は3人、初めて活動を実施する人が6人であった。母子保健推進員に応募した理由は、A島での子育ての手伝いをしたい、母子保健推進員が不足している（3人しかいない）ことを聞き力になりたい、地域に貢献したいと思った、地域での子育ての状況を知り子育て支援をしてみたい、自分ができる支援をしながら自分自身も学びたいなどであった。また、教育研修会に期待することは、母子保健推進員が地域とのパイプ役になれること、他の関係機関や関連職種との連携の基礎づくり、地域の問題解決に向けて母子保健推進員としてできることを学ぶなどであった。今後学びたいことは、親のニーズの読み取り方、子育て支援（親支援）の方法、実際の支援方法や連携の取り方などであった。

2. 教育研修の効果

毎月1回、計10回実施した母子保健推進員会議に付随した教育研修と〇県母子保健大会などへの研修参加、上田らが開催したA島での子育て支援活動報告・評価会への参加など、3つの柱で構成した母子保健推進員の教育研修を展開

した結果、1) 個人レベル（母子保健推進員メンバー）の効果、2) 集団レベル（母子保健推進員定例会議の活動・運営）の効果の2つが示された。

1) 個人レベル（母子保健推進員メンバー）の効果（表1）

個人レベルの効果として7つのカテゴリーが抽出された。《 》はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリーを示す。

母子保健事業の内容や主な活動等の説明を受け〈事業の意義と目的の理解〉からスタートし、徐々に《母子保健活動の理解》を深めていった。研修や活動をとおして子育て中の母親の支援を体験することは〈母親を助ける役割〉、〈町と母子をつなぐ役目〉があることへの気づきとなり、〈活動することの大切さ〉、〈人数が増えたことの利点を実感〉していくことで《母子保健推進員の役割の実感》へ繋がっていた。

また、PACAP (Pre-Assessment tool for Child Abuse Prevention) やUSDT (Ueda's Simplified Developmental Test) を用いた子どもと親の発達の見方や評価法を理解すること、家庭訪問による母と子の支援は《必要な技法の理解》となっていた。さらに母子保健推進員として必要な知識・技法を習得することで今後も研修会に継続して参加し知識や技術を学んでいく〈研修・勉強会の必要性〉を自ら実感する体験は《スキルアップの必要性の芽生え》に繋がっていた。A島で実施した我々の調査結果の報告は、島の子育て上の課題を考えるきっかけとなり、〈孤立している母子の支援の必要性の理解〉や〈母親の心理的特徴の理解〉の必要性を実感し、特別な配慮が必要な母子に対する《個別支援の必要性》を納得していた。その後、シミュレーションをとおして実際の訪問時の対応や技法を学習したいという〈シミュレーションへの関心〉、〈訪問時の具体的対応への関心〉、〈活動をと

表1 母子保健推進員メンバーの効果

カテゴリー	サブカテゴリー	内 容
母子保健活動の理解	事業の意義と目的の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健事業の目的がわかった ・こんには赤ちゃん事業の意義と目的が理解できた
	母親を助ける役割	<ul style="list-style-type: none"> ・育児に悩み不安を抱えるお母さんの助けになることや役割がある
母子保健推進員の役割の実感	町と母子をつなぐ役目	<ul style="list-style-type: none"> ・町と母子をつなぐ役目だということが理解できた
	活動することの大切さ	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健推進員の活動は大切な事だと思う。
	人数が増えたことの利点を実感	<ul style="list-style-type: none"> ・人数が増えて事業が始まることはすごい良い事だと思う
必要な技法の理解	訪問時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問時の対応のあり方が理解できた ・訪問の際、保護者に対する基本姿勢が理解できた
	必要な知識の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護条例について理解できた ・家庭訪問をするに当たり個人情報の重要さが理解できた
	わかりやすい説明に納得	<ul style="list-style-type: none"> ・母子推進員にわかりやすいように方法を説明してもらい理解できた
スキルアップ必要性の芽生え	研修・勉強会の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・事業内容に沿って時々勉強会は必要だと思う ・いろいろな研修や勉強会が勉強になったのでこれからも必要
個別支援の必要性	孤立している母子の支援の必要性の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・孤立している母親や子ども達の支援が必要な理由が理解できた
	母親の心理的特徴の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・産後うつ病、マタニティーブルーの多いことがわかった
主体的学びの開始	シミュレーションへの関心	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問時の対応や受け応えのシミュレーションを学びたい
	訪問時の具体的対応への関心	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問の技法を学びたい ・訪問時に気をつけることを学びたい ・実際に訪問して若いお母さん達が玄関を開けてくれるかどうか心配。（その時の）対応を知りたい
	活動をとおした継続的な学びへの希求	<ul style="list-style-type: none"> ・これから活動していきながら（地域にあった子育て支援の方法を）学んでいきたい ・母子保健活動を頑張りながら勉強していきたい ・（子どもの発達に見合った関わり方のポイントについて）もっと勉強したい
	活動範囲の査定	<ul style="list-style-type: none"> ・活動を継続していくためには資金が必要ということはわかるが、手を広げすぎると危険な面もある ・母親の意見を取り入れながら子育て支援センターの活動を展開していくことは大切だが、サポートする人的問題も考えながら継続できる方法を考えていくことも必要
継続可能な活動の提言	社協へ支援を依頼	<ul style="list-style-type: none"> ・子育て支援事業にかかる費用（主に修繕や美化活動）は社協からの活動資金支援を依頼している
	継続できる方法の検討	<ul style="list-style-type: none"> ・1年で終わるような活動ではなく、長く継続できる方法を検討していく視点は持った方がいい ・いろいろな方法を考えながらしかし継続できる方法を検討していく必要がある
	活動目標を意識化	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健推進員が中心になってセンターの運営ができるようにしていくような組織を目標にしたい ・まずは子育て支援をしっかりとしていく活動をしていくことが必要

おした学びへの希求>など《主体的学びの開始》がみられるようになり、行動・態度の変化の兆しがうかがえた。母親同士の交流が少ないためその解消を目的とした「子育て広場」の開設が始まり、子育て広場を利用している母親の実際の声や反応を確認することは、母子保健推進員のさらなる活動意欲の向上に繋がっていた。「子育て広場」を継続して運営していくために建設的な意見交換が行われるようになり、メンバーそれぞれの立場から<活動範囲の査定>と<社協への支援を依頼>し、<継続できる方法の検討>についての視点をもつことは<活動目標を意識化>することに繋がり《持続可能な活動の提言》をするようになった。

2) 集団レベル(母子保健推進会議の活動・運営)の効果

定期的に研修を行うことで、母子のためにできることを主体的に考える機会となり、さらにはメンバーそれぞれの活動状況や課題、工夫点等についての情報共有の場とすることなど活動や運営にも変化が見られた。今回は母子保健推進員活動を支援し充実させることで子育てしやすい地域づくりの一助となることを目的としている。そのためには母子保健推進員活動の発展

プロセスを振り返り、検討することが必要である。そこで住民グループの発展過程と住民・支援者のエンパワメント(星、栗盛, 2010)を参考に活動を振り返った結果、4つの時期に分類できた(表2)。星・栗盛(2010)は、住民グループの発展を①準備期:課題を意識化し、活動のテーマを共有する、②創造期:グループを形づくり、活動を開始する、③継続・転換期:グループ活動を継続、あるいは活動の方向性を転換する、④発展期:グループから地域へ発信し、地域のなかで住民グループや行政が育み合う、の4段階で説明している。今回の結果から、母子保健推進員の活動が開始された1か月目、新メンバー9人による新しい母子保健活動組織の誕生の時期を示す準備期、次いで2~4ヶ月目の母子保健活動の実践力と信頼関係の構築、研修をとおして自己のスキルアップを図る時期としての創造期、活動開始5~8か月目の時期には活動の中から気づきがあり、改善や自主活動「子育て広場の開設」の提案をする継続・転換期、その後A島の母子保健事業への協力体制と自主活動「子育て広場の強化」、今後円滑な活動を展開していくためにはマニュアル「平成25年度A町母子保健推進員活動報告書」の作成、関係機関との連携の時期としての発展期へ活動を

表2 母子保健推進員会議の活動・運営の効果

活動展開	時期	定義	活動内容
準備期	1か月目	新メンバー9人による新しい母子保健活動組織の誕生	<ul style="list-style-type: none"> ・辞令交付式 ・母子保健推進員の交流 ・母子保健事業に関するオリエンテーション等
創造期	2~4か月目	母子保健活動の実践力と信頼関係の構築、研修をとおして自己のスキルアップを図る	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健推進員経験者から体験や経験を分かち合う ・健診時、同伴者(保護者)の声に耳を傾け、信頼関係構築を心がける。 ・研修に参加し、自己のスキルアップをはかる等
継続・転換期	5~8か月目	活動の中から気づきがあり、改善や自主活動の提案をする	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健活動の場で、親の声として「子育て交流の場や情報共有の場」の必要性を提案する。 ・訪問時の不在者への連絡方法として「メモを残す」工夫・母子健康手帳交付時、手作りのお守りとメッセージのプレゼントを開始等
発展期	9~10か月目	町の母子保健事業への協力体制と自主活動「子育て広場の強化」、関係機関との連携の時期	<ul style="list-style-type: none"> ・「こんにちは赤ちゃん事業」の開始 ・広報誌の発行・保育園との共同体制、A町FM放送の活用・活動報告書の作成等

展開していく過程が示された。

V. 考察

1. 母子保健推進員によるグループダイナミックス

今回の母子保健推進員の構成メンバーは、様々な背景をもつメンバーで構成されていた。その結果、話し合う内容に多様性や深まりがみられ、意見交換や情報の共有も円滑に行われたと推察された。母子保健推進員の定例会では、当初は意見や提案も少なく、保健師や研究チームが会議の進行を担っていたが、回が進むにつれ、それぞれの活動における工夫点も多く聞かれるようになり、お互いの意見や活動に耳を傾けながら意見交換や情報の共有が行われるようになった。うまくいった事例からは自分の活動にも取り入れたいという意見が、うまくいかなかった事例には次回の訪問に向けた具体的で実行可能な方法の提案がみられるようになった。これは母子保健推進員同士の連帯感や協働意識が高まり、他の母子保健推進員、保健師の経験や体験を自らの体験として捉え、自分の実践に活かせる方法を考える積極的な姿勢へ繋がった結果と推察される。参加者の人数や構成メンバーを選んで実施することで、研修内容や意見、提案の内容の広がりや深さが増し、研修効果が高まることが示唆された。また、研修の機会や回数については毎月の母子保健推進員定例会議に合わせて計画し、単発的な開催ではなく継続して受講できるような構成とした。継続して子育て支援に関する知識・技術・態度を学習することで母子保健推進員の視野が広がり、地域の子育てに関心を持ち目を向けるようになったと推察された。これらの行動・態度の変化から、母子保健推進員活動を支援することは安心して子育てができる地域づくりへの活動が展開できる可能性が示唆された。

2. 母子保健推進員活動の発展

母子保健推進員の「自分たちが出来ること」として、「安心子育てサポート」の第1歩、「赤ちゃんお守り配布サービス」が提案され開始された。母子健康手帳の発行時に、母子保健推進員が心をこめて手作りしたお守りと地区担当者の名前を添えて配布されるようになった。さらに住民のニーズに合わせた自主活動として、「子育て広場」を開設させることができた。これまでの自分の住む地域を中心に活動を考える視点から、他市町村の子育て支援情報を収集し、関連機関と協働・連携しながら必要なサービスの提供を提案するなど視野が広がっていったことが推察された。また、「子育て広場」を利用している母親の実際の声や反応を確認することは、自分達の活動の振り返りやフィードバック、さらには役割と期待を明確にする効果もあったと推察された。その結果、母子保健推進員のさらなる活動意欲の向上につながっていったと考えられた。また、活動報告書を作成し活動内容を可視化することは、今後取り組むべき課題やニーズを明らかにする機会にもなり得ることから母子保健推進員活動のさらなる発展の可能性が示唆された。

3. 母子保健推進員と協働・連携

研修内容や勉強会、活動の計画・立案時には、一方的な内容にならないように母子保健推進員の意見も反映させながら、活動への意欲を高められるよう共に手を取りあって地域を作っていくという協働・連携・パートナーシップが重要である。今回、このように母子保健推進員の活動が展開されたのは、担当保健師と研究チーム、母子保健推進員の協働・連携の在り方にも要因があると考えられる。具体例として、教育研修の内容の一部に母子保健推進員の意見や提案を取り入れるなど柔軟な会議運営を行うこと、母子保健活動の活動をともに計画し実施すると、

また活動意欲を支えることを心がけたことなどが挙げられる。住民参加型子育て支援計画策定では、柔軟な会議運営とファシリテートが有効な方略であるとしている（野田ら，2011）。また、保健師が母子保健推進員とのパートナーシップを構築する際に用いた技術として、母子保健推進員の活動を共につくる、信頼関係を構築する、活動意欲を支えることを挙げている（本田ら，2012）。本調査の結果もこれらを支持したものとなった。

今回の母子保健推進員の研修には、A町保健師以外にも、大学教員、行政職、地域住民など多職種・機関が協働・連携しながら関わっていた。島内で関係機関が実施する教育研修への参加により、子育て中の母親のニーズとして母親同士が集まり情報交換をする場が欲しいということが明らかになった。そこで、母子保健推進員が中心となり、「子育て広場」の開設に向けて役場や社協など関連機関と調整を重ね、開設の運びとなった。多職種が参加することで、お互いの役割の理解につながり、必要な資源の活用に至ったと推察された。子育てに関わる多職種・機関がそれぞれの異なる専門性を発揮し、効果的に支援の輪を広げていくためには、連携・協働が重要であることが示唆された。

今後の課題として、母子保健推進員から要望が挙げられた具体的な支援や対応方法について学べるような研修会への参加を提案していくことが挙げられる。また母子保健推進員活動の醸成を促し、子育て支援活動を実践できるような研修プログラムを計画・実施していく必要がある。

VI. 結論

母子保健推進員を対象に、継続して教育研修を実施することは、母子保健推進員メンバーへの教育効果と母子保健推進員定例会議への教育効果があることが示唆された。このことから、

母子保健推進員の不足などによりその活動が制限されている地域においては、母子保健推進員の育成は子育て支援のための新たな地域づくりとなり得ると考えられる。また、母子保健推進員活動の醸成に向けてさらなる充実・発展のためには、継続して学べる環境作りの重要性和顕在的・潜在的ニーズが示唆された。

1. 教育研修の実施は、母子保健推進員が主体的に子育て支援活動に参加し、A島の子育ての課題解決に積極的に取り組む力を育て、保健師や関連職種・機関と連携して活動する地域づくりに効果をもたらす可能性が示唆された。

2. 母子保健推進員が地域の子育てに目を向けるという行動・態度の変化は、地域における新たな子育て支援の基盤づくりの1つとなる可能性が示唆された。

謝辞

本調査にご協力いただきましたA島関係者の皆さまに深く感謝いたします。

なお、本調査は平成25年度宇流麻学術研究助成基金からの助成を受けて実施いたしました。

文献

福本恵（2008）：これからの子育て支援と乳幼児健診，母子保健情報第58号，63-66.

本田光，當山裕子，宇座美代子（2012）：母子保健推進員とのパートナーシップを構築する保健師の技術—人口6万人規模の自治体における母子保健活動の実践を通して—，日本看護科学会誌，32（1），12-20.

星旦二，栗盛須雅子（2010）：地域保健スタッフのための「住民グループ」のつくり方・育て方，医学書院，東京.

伊藤徳馬（2013）：親支援プログラムを利用した地域全体への育児支援，母子保健情報第67号，80-83.

久米島子育て支援研究会（2013）：久米島子育て

支援活動報告・評価会資料集.

- 野田千代子, 前田和子, 末吉政春, 糸洌洋一
(2011) : 小規模離島に適した住民参加型子育て支援計画の開発, 沖縄県立看護大学紀要第12号, 1-12.
- 沖縄県福祉保健部(2013) : 沖縄県の母子保健
平成24年度刊行・2012.
- 大日向雅美, 汐見稔幸, 佐藤博樹, 小宮信夫,
山縣文治 (2008) : 子育て支援シリーズ3
地域の子育て環境づくり, ぎょうせい,
東京.
- 上田礼子 (2009) : 子ども虐待予防の新たなストラ
テジー, 医学書院, (東京).
- 上田礼子 (2010) : 生涯人間発達学 改訂第2版,
三輪書店, 東京.
- 山城五月, 前田和子, 上田礼子, 沼口知恵子,
盛島幸子, 池原和子, 仲宗根美佐子(2008) :
児童虐待防止活動における専門職者の教育的
ニーズー沖縄県離島の場合ー, 沖縄県立
看護大学紀要第9号, 1-9.

Community renovation for child-rearing support at the A island : – Maternal-Child Health Promotion Member (MCHPM) training –

Tomoko Nishihira, Chieko Yoshikawa, Kiyoko Tamashiro, Yuka kayouda

Abstract

[Background] In order to promote a community wherein mothers feel comfortable about their child-rearing, it is necessary to support and facilitate activities of MCHPM

[Objective] This project provides MCHPM with educational training and aims to contribute to community renovation at the A Island for better child-rearing support.

[Method] We conducted educational training for 9 MCHPM at the A Town. In order to measure effects of the educational training, we recorded verbatim data from survey and group interview results and conducted qualitative inductive analysis.

[Outcome] The educational training resulted in improvement at: 1) MCHPM's individual level and 2) collective level (activities and management of MCHPM meetings). We abstracted 7 categories regarding individual level: understanding about MCHPM activities, recognition about MCHPM roles, understanding about required techniques, realization about necessity for skill improvement, necessity for individualized support, subjective learning, and suggestion about sustainable activities. We also categorized collective influence into 4 phases: preparation, creation, continuity/transition, and development.

[Conclusion] The educational training suggests: 1) potential of MCHPM that can contribute to community renovation and 2) possibility that MCHPM development can be a foundation for child-rearing support within the community.

[Keywords] Maternal-Child Health Promotion Member, Community Renovation, Child-Rearing Support

研究ノート

看護基礎教育の技術演習における 学生のリフレクションに関する国内文献の検討

高橋幸子¹ 嘉手苺英子²

I. はじめに

近年、専門職者の能力を高めることにおいて、リフレクションによる学びが注目されている。わが国の看護学領域においても、2000年頃よりリフレクションに関する実践報告や研究報告が散見されるようになった(藤井・田村, 2008)。リフレクションは、実践からの学びを明らかにするために経験を振り返るプロセスであり(Reid, B, 1993)、その自己教育的な意義から、臨床での新人教育・継続教育に広く取り入れられている。看護基礎教育においても、リフレクションを取り入れた報告が多数されており(松永・前田, 2013;野口ら, 2012;粕谷・遠藤, 2010;西村ら, 2002)、学生の看護実践能力を育成する方法のひとつとして関心が高まっている。

看護基礎教育において学生の看護実践能力を育成する主要な学習内容として、看護技術がある。学生は、臨地実習で対象者へ看護を展開する前に、学内の技術演習において看護的なものの見方とその表現技術について学ぶ。看護基礎教育での学生のリフレクションを取り扱っている研究を概観すると、その多くは臨地実習のリフレクションであり、技術演習での学生のリフレクションに関する研究は限られている。しかし、学内での技術演習には、看護の初学者である学生が、実習に先立ち看護の概念を形成し看護実践能力を身につけることを目指した学習プロセスがある。技術演習において、学生がどの

ような経験をし、その経験をどのように振り返り、どのような学びを得ているのか、学生のリフレクションの様相を追究することは、看護基礎教育における看護実践能力の育成に示唆を与えるものと思われる。

そこで、本論文では、看護基礎教育の技術演習における学生のリフレクションに関する日本国内の文献を概観し、どのような技術演習を行い、どのような方法でその経験を振り返り、どのように意味づけて学びを得ているのかを、看護技術の修得過程という観点から明らかにし、看護基礎教育の技術演習における学生のリフレクションに関する研究課題を探ることを目的とする。

II. 用語の定義

1. リフレクション

リフレクションは、経験により引き起こされた気にかかる問題に対する内的な吟味および探究の過程であり、自己に対する意味づけを行ったり、意味を明らかにするものであり、結果として概念的な見方に対する変化をもたらす。

2. 看護技術の修得過程

看護技術の修得とは、その時々における対象の構造を見抜きながら、対象と看護者と立場を変換しつつ、具体的行為のポイントを押さえ、安全・安楽・自立を目指した目的意識的な行為ができることである。看護技術の修得過程は、自身の看護技術修得について自己評価することで課題を明らかにしながら学んでいく過程である。

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

Ⅲ. 研究方法

1. 文献の抽出と選定

文献検索は、国内最大の医学看護学文献情報データベースである医学中央雑誌Web版ver.5を用いて、キーワード「リフレクション／振り返り／省察／反省／内省」「技術」「看護基礎教育／看護学生／看護教育」をかけあわせ、2014年8月に検索した。今回は看護基礎教育の技術演習における学生のリフレクションについて検討するため、検索でヒットした222件の文献のタイトルと抄録を読み、現任教育に関する文献53件、臨地実習に関する文献49件、教育方法の評価をしている文献35件、その他、医療安全の演習や教員のリフレクションを取り扱っているもの、助産師教育を取り扱っているものなど43件を除外した。除外後の42件の内容を精読し、リフレクションを構成する要素のうち、リフレクションのもととなる演習内容、リフレクションの方法・内容が読み取れないものは除外した結果、17件の文献が抽出された。さらに、引用文献や著者名により抽出された68件のうち、上記選定基準を満たした2件の文献を加え、総計19件を分析対象とした。

2. 分析方法

まず、看護基礎教育における技術演習の学生のリフレクションに関する文献を概観するために、発行年の新しいのものから降順に文献番号をつけ、著者及び発行年、タイトルと掲載誌情報、研究目的、研究対象（教育機関・学年・人数）、研究方法について一覧にした。次に、各文献の技術演習で取り扱っている技術項目、演習方法・内容および学生のリフレクションを把握する方法を整理した。そして、文献中の学生のリフレクションの内容を示す記述のうち、看護技術の修得過程に関連するものを選び、その内容を看護技術修得過程においてどのような意味をもつかという観点で類別した。類別したま

まりごとの内容を抽象化し、《サブカテゴリー》を抽出し、《サブカテゴリー》の類似性に着目し、【カテゴリー】を抽出した。

Ⅳ. 結果

分析対象となった19件の文献の概要を述べる。なお、()の数字は、表1に提示した文献番号を示す。

1. 分析対象文献の概要（表1）

分析対象となった19件の文献は、いずれも2000年以降に発表されたものであった。リフレクションという言葉がタイトルに入っているものは1件(18)であったが、その他の文献の本文中には、技術演習後に学生が自己の体験を振り返り、体験を意味づけ学びを得ていることを表す記述があり、リフレクションの要素を含んでいた。分析対象文献の研究目的は、技術演習における学生の学びを明らかにすること、教員の効果的な支援を考察すること、演習の方法や意義を検討することなど多様であったが、どの文献も研究目的を達成するプロセスにおいて、技術演習後の学生のリフレクションの内容を検討していた。全ての文献が、記述内容を分析する質的研究の手法をとっており、演習後に学生が記述した振り返りレポートや記録用紙の記述内容を分析したもの(15件：1・2・3・5・7～17)、面接調査を行い得られた逐語録を分析したもの(3件：4・6・18)、演習記録の記述内容の分析と面接調査を併用したもの(1件：19)があった。面接調査を用いた文献のうち3件(6・18・19)は、演習時に録画したビデオ映像を対象者と視聴しながらインタビューを行う再生刺激法が使われていた。対象となった教育機関は4年制大学(12件)・短期大学(4件)・専門学校(3件)であった。学年は、初学年から最終学年に及び、4年制大学の2年生を対象としたものが最も多く、8件であった。

沖縄県立看護大学紀要第16号 (2015年3月)

表1 分析対象文献の概要

文献番号	著者(発行年)	タイトル、掲載誌情報	研究目的	研究対象(教育機関・学年・人数)	研究方法
1	山本ら(2012)	排泄援助技術実践報告(第2報)、旭川荘研究年報43(1), 31-36.	排泄援助技術の授業にグループワーク・技術発表を導入して取り組み学生の振り返りの内容を分析し、学習内容を明らかにする。	看護専門学校・1年次・98名	振り返りレポートの内容を分析
2	小澤ら(2012)	急性期における成人看護学演習の効果シミュレーション教育を試みて、愛知きわみ看護短期大学紀要, 8, 1-5.	急性期の成人看護学演習において、シミュレーション教育を試み、学生の学びを明確にする。	短期大学・2年生・67名	講義終了後のレポート(自由記載)の記述を分析
3	須田ら(2011)	学生が技術練習後に記載する振り返り用紙から見えてきたこと 看護技術を効果的に習得していくための教員の関わりとは神奈川県立よこはま看護専門学校紀要, 7, 1-6.	清拭の看護技術習得に向けた学生の自己練習について検討し、教員の効果的な支援を考察する。	看護専門学校・1年生・9名	毎回の自己練習後、記述した振り返り用紙の内容を分析
4	水戸ら(2011)	模擬患者を用いた看護技術演習における看護学生の「想定外」の経験, 神奈川県立保健福祉大学誌, 8(1), 73-79.	模擬患者を用いた看護技術の演習プログラムで「想定外」の状況に直面した学生の思考・行動パターンを捉えると共に、模擬患者を用いた看護技術演習をより効果的にするための方略を検討する。	4年制大学・2年生・35名	半構成的面接を行い、逐語録を質的帰納的に分析
5	細矢ら(2009)	導尿演習で看護師・患者役割体験の順序と学習内容に関する一考察 演習後レポートの内容分析から、つくば国際大学研究紀要, 15, 181-195.	基礎看護技術における導尿の演習で、看護師と患者の役割体験の順序と学習内容の関連について検討する。	4年制大学・1年生・57名	演習後のレポートを分析
6	神原(2009)	看護技術の練習場面における学習過程の分析 再生刺激法による学生自身の振り返りから、目白大学健康科学研究, 2, 37-47.	学生の看護技術の練習場面における学習経験を明らかにし、看護技術教育における練習の位置づけを検討する資料を得る。	4年制大学・2年生・3名	練習場면을ビデオ撮影し、ビデオを視聴しながらインタビューした結果をKJ法で分析
7	山本ら(2009)	成人看護援助論1(1)の学内演習における学生の学びと課題, 京都市立看護短期大学紀要, 34, 109-117.	成人看護援助論1(1)の学内演習(両手術期看護)における学生の学びを明らかにする。	短期大学・2年生・52名	グループワーク、および演習の振り返り内容を分析
8	庄村ら(2009)	成人看護学におけるOSCE(Objective Structured Clinical Examination)を活用した看護技術の主体的習得に関する学び, 東海大学健康科学部紀要, 14, 39-45.	成人看護学領域の慢性看護論で実施しているOSCEの学習課程における、看護実践能力および実践能力の主体的習得状況などに関する学生が認識した目標達成や課題を含む包括的な学びについて明らかにする。	4年制大学・3年生・74名	自由記述によるアンケート調査を行い、内容を分析
9	榎本ら(2009)	看護実践能力の向上を目指した成人看護実習直前技術演習の検討(第3報) ビデオを取り入れた振り返りによる学生の学び, 千葉県立衛生短期大学紀要, 27巻1-2 135-142	成人看護学実習の実習直前技術演習のビデオを振り返り、得られた学生の学びについて検討する。	短期大学・3年生・74名	実技点検終了後に学生が提出したレポートの分析
10	浅井ら(2009)	看護実践力の向上を目指した成人看護実習直前技術演習の検討(第1報) 病床での看護場を想定した実技点検, 千葉県立衛生短期大学紀要, 27(1-2), 117-124.	成人看護学実習の実技点検の目的達成状況を、演習への学生の意見・感想から振り返り、演習方法の改善を試みる。	短期大学・3年生・76名	実技点検終了時に振り返りシートとして学生が記載した「演習についての意見・感想」の記述内容を分析
11	南ら(2008)	静脈血採血実習における看護学生の学びの分析, 香川大学看護学雑誌, 12(1), 37-46.	学生同士で患者-看護師役割を取り、実際に静脈血採血を行う実習が、学生にとって、採血実習がどのような体験となっているか明らかにする。	4年制大学・2年生・55名	実習後に提出された「実習からの学び」に関するレポートの記述内容を、帰納的に分類
12	荻原ら(2008)	急性期看護学演習における学生の学び「創傷包帯交換」技術演習を通して、看護人材教育, 5(3), 129-134.	看護大学の看護技術演習において、学生がグループで、看護師・医師・患者役という全ての役をロールプレイングで体験することによってどのような学びがあるのか、学生の自己評価と振り返りを分析する。	4年制大学・2年生・105名	学生の自己評価と振り返り記録を分析
13	花井(2007)	盲体験後のレポートにみる「振り返り」の構造, 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要, 11, 36-45.	盲体験及びその介助者体験の振り返りレポートから振り返りの構造を明らかにし、看護技術修得の初期段階における体験の意味を考察する。	看護専門学校・1年生・12名	演習後に提出したレポートの内容を分析
14	平木ら(2007)	模擬患者を対象にした学生の看護技術の分析 ビデオ画像と振り返り内容の分析を通して、香川県立保健医療大学紀要, 3, 61-69.	看護技術演習の自己評価と演習後の振り返り内容を明らかにする。	4年制大学・2年生・69名	演習場面のビデオ撮影をもとにした評価と、演習後自由記述した振り返りの内容を分析
15	澁谷ら(2007)	ベッドメイキング演習における学生の学びの様相-〈実践知〉獲得への扉を開く-	看護技術“ベッドメイキング演習”における学生の学びの様相を質的に記述し、その学びを可能にする教師の教育活動と“ベッドメイキング演習”の技術教育としての意義について検討する。	4年制大学・1年生・49名	演習後のレポートを分析
16	高橋ら(2005)	精神看護場面のロールプレイング演習にビデオの振り返りを取り入れた学び, 岐阜県立看護大学紀要, 5(1), 41-46.	精神看護場面のロールプレイング演習にビデオによる振り返りを取り入れた学習の効果を明らかにする。	4年制大学・3年生78名	レポートの記述内容を分析
17	田村ら(2004)	科目「看護援助技術演習」における3つの教授-学習方法の導入-ピアリーダーシップ・リフレクティブジャーナル・チューター制-, 日本看護学教育学会誌, 14(1), 2004.	3つの教授-学習方法の実際を紹介するとともに、それらの効果についての一考察を試みる。	4年制大学・2年生72名	演習後に記述したりフレクティブジャーナルの記述内容を分析
18	渋谷(2001)	看護技術学習における学生の意味構成を支えるリフレクション, Quality Nursing, 7(8), 13-26.	看護技術学習において筆者が実際に関わった演習場面において、学生がどのように他の学生および教師と社会的相互作用を行い、その中でどのようにリフレクションを通して学習の意味構成を行っていくのかに焦点を当て、教育実践における意義を述べる。	4年制大学・2年生4名	演習場面の録画ビデオを用いた面接調査(再生刺激法)
19	池西(2001)	看護学生の知識と行動の統合に向けての反省的思考に関する研究-実感的自信につながる学習過程-, Quality Nursing, 7(8), 27-32.	看護技術の学習において反省的思考による問題解決過程においてどのような行動の変化が見られるのか、その実態を分析する。	4年制大学・2年生・10名	演習記録と演習場面の録画ビデオを用いた面接調査(再生刺激法)

2. 技術演習の項目および演習方法・内容、学生のリフレクションを把握する方法（表2）

技術演習で取り扱われた技術項目は、ベッドメイキングなど環境を整える技術、コミュニケーション技術、血圧測定などの観察技術、おむつ交換や導尿などの排泄援助技術、洗髪・清拭などの清潔援助技術、片麻痺患者の車椅子移乗などの移動援助技術、与薬技術、創傷処置技術、採血技術、術前訓練などの周手術期の看護技術と多岐に渡っていた。

演習方法は、客観的臨床試験（OSCE: Objective Structured Clinical Examination）や技術チェックなど、学生が看護師として技術を実施し教員の評価を受ける方法（5件：4・8・9・10・14）と、学生が看護師・患者の両方を体験し学生同士で演習する方法（14件：上記以外）とに大きく分けられた。学生同士で演習する方法の中には、技術発表（1）やシミュレーション教育（2）など、他の学生が見学する状況で看護師として技術を実施しているものもあった。3件（3・5・6）を除き、学生は、技術実施後、教員からのフィードバックを受けたり（3件：2・4・8）、ビデオに録画した自己の映像を視聴したり（1件：14）、看護師役の学生・患者役の学生・観察していた学生とで意見交換したり（7件：7・11・15・17・18・19）、これらを併用したり（教員のフィードバックと学生同士の意見交換：1、教員のフィードバックとビデオ視聴：9・10、ビデオ視聴と意見交換：16）することで、行った看護技術を客観的な視点から学生が捉えられるような方策が、演習内容に含まれていた。

学生のリフレクションを把握する方法として、振り返りレポートや記録用紙を用いる方法と、面接調査と、両方を併用する方法とがあった。これらの方法で学生にリフレクションを促す時に、「ビデオを視聴しながらその時に考えていたこと」（6）「良かった点・改善すべき点・気

をつけなければならぬ点」（7）、「自分にとってとても意外だったこと」（15）といったように、研究者が振り返る時点や観点を指定しているものと、「感じ考えたこと」など学生の自由な観点で振り返らせているものがあった。

3. 看護技術の修得過程における学生のリフレクション

対象文献に記述されていた学生のリフレクションの内容を、看護技術の修得過程という観点で検討した結果、【自己客観視】【看護技術のポイント】【患者の立場からの技術の理解】【学習プロセス】の合計4つのカテゴリーにまとめられた。カテゴリーならびにサブカテゴリー、サブカテゴリーごとに学生のリフレクションの内容を示す代表的な記述を抜粋し、表3に示した。以下に、各カテゴリーについて、構成する《サブカテゴリー》と学生のリフレクションを示す記述を提示し説明する。

1) 【自己客観視】

リフレクションにおいて学生は、技術実施時の自身の緊張状態を自覚し、「何も考えられなくなり、冷静さが失われる」とパフォーマンスが鈍ることや「こちらの緊張が患者に伝わっている」と対象者への影響に気づくなど、《実施時の緊張とその影響を自覚》していた。また、ビデオの録画映像で自身の技術実施状況を視聴した学生は、「自分の無意識な癖などを見つめることができた」と《行動の客観視》をしていた。

その他、ベッドメイキングの演習において、患者の安全を守るために必要と思って選択した方法が患者体験をしてみると不快に感じたことから、自己中心から患者中心へ視点が転換していたり、清拭の演習場面を振り返り羞恥心を感じた原因は療養者役の学生を友人と捉えたためと認識し、自身に看護師として問題を捉える視

表2 技術項目および演習方法・内容、学生のリフレクションを把握する方法

文献番号	技術項目	演習方法・内容	学生のリフレクションを把握する方法
1	排泄援助技術 (おむつ交換)	・1グループあたり4~5人のグループに分かれる・各グループで事例に対する援助を考え、患者役・看護師役・説明役を決め、技術を発表する・発表後、会場から質問や意見交換を行う・終了後、教員から全体へフィードバック	演習後の学生の振り返り記録
2	周手術期の看護 ・術前呼吸訓練 ・術後創部の観察	・シミュレーション教育 (事前に看護計画を立案、2つのシナリオについて、看護師役と患者役をそれぞれ1人10分間で実施し、患者役と教員からフィードバックを受ける)	学生が看護師役として記述した振り返りレポート
3	清拭	・清拭の技術試験に向けて自己練習する・自己練習の心得として、①テキストを読む②練習する③研究する④情報交換する⑤患者に関心を向けることを教授した。	自己練習ごとに学生が記述した振り返り用紙
4	車椅子移乗	・事前学習 (事例理解のグループワーク、援助計画立案)、学生間で練習・模擬患者養成機関に所属している高齢男性に対して実施、評価者がチェックリストを用いて看護技術の評価を行う・実施後に、模擬患者と評価者からフィードバック	「学びの振り返り」について行った半構成的面接
5	導尿	・教員によるデモンストレーション・全員が看護師・患者役割を体験	演習後のレポート (看護師・患者役割それぞれを実施した結果についての自由記述など)
6	ベッドメイキング	・練習相手を探して、自己練習を行う・練習相手が見つからない場合は、ひとりで行う	練習場を録画したビデオを視聴しながらそのときに考えていたことや思った事をインタビュー (再生刺激法)
7	周手術期の看護・術前オリエンテーション、術前訓練・術後創傷処置、ドレーンチューブの管理、心電図モニター	・周手術期の看護についてグループワーク・術前・術後の看護演習を実施・各演習終了後に学生間で意見交換 (実施して良かった点・改善すべき点)	レポート ①患者役・看護師の体験を通して感じたこと ②よかった点・改善すべき点・気をつけなければならない点
8	・輸液管理・簡易血糖測定・インスリン注射・経口与薬	・約1ヶ月間、学生は教員のオフィシアワー、自己評価、ピア評価を繰り返し、練習・OSCE当日、くじ引きをして4技術のうちの1技術を実施する。時間は10分。 ・試験後、患者役をした4年生と教員からフィードバック	・A4版用紙約1枚に、以下を自由に記載①OSCEを通して学生が経験したことの学生自身の意味づけ②学びや課題、反省等の自分自身の思いや受け止め③周囲の学生や教員とのやり取りに関する思いや受け止め
9	・包帯交換介助・寝衣交換	・2ヶ月半前に課題を提示し、学生は自主練習を行う ・実技点検 (OSCE)直後、学生の自己評価、患者役の教員、評価者の教員からの評価を行う ・学生全員の実技点検が終了した後、学生全員に対し教員が講評を行う ・その後学生は、実技のみに編集されたビデオを視聴し、実技チェック表にて自己評価する ・さらにその後、教員が評価した実技チェック表を返却され、学生は自己評価と照合する	各自の実技をビデオ視聴しながら実技チェック表をチェックした後、「ビデオを見てどのように思いましたか (わかったこと、思ったことなど)」の項目のアンケートを記載してもらう
10	・包帯交換介助・寝衣交換	・2ヶ月半前に課題を提示し、学生は自主練習を行う ・実技点検 (OSCE)直後、学生の自己評価、患者役の教員、評価者の教員からの評価を行う ・実技点検終了後、学生は振り返りシートを記入する ・学生全員の実技点検が終了した後、学生全員に対し教員が総評を行う ・その後学生は、教員が評価した実技チェック表を返却される。演習時のビデオの視聴は任意	・実技点検終了時に振り返りシートとして学生が記載した「演習についての意見・感想」の記述内容を分析
11	採血	・採血の講義終了後、血管モデルによる学内演習を実施し、約2週間の課題練習期間を設ける。この課外練習期間中に、教員による採血技術チェックに合格すること、患者・看護師の両者の役割を取ることが学生間採血の条件と説明する。・実習前日に、グループ担当教員による個別指導を実施する。・学生間で看護師役・患者役をして採血を実施する。	・演習終了から1週間後に提出された「採血実習からの学び」に関する自由記述のレポートの記述内容を分析
12	創傷包帯交換	・看護師・医師・患者役をロールプレイング	・演習終了後、13項目4段階で自己評価を行った結果と、自由記述の「患者役を行った感想」「医師役を行った感想」の振り返り
13	盲体験 (コミュニケーション技術)	・介助者役がアイマスクをした患者役を介助して屋外に出て校舎の周りを散歩させる。往路と復路で体験を交替する。 ・ペアの相手と意見交換 (介助が看護技術になっていたかという視点で考える)	体験後「介助者体験と患者体験の中で発見したこと」のレポート
14	・車椅子移乗・血圧測定	・患者情報は10日前に、課題は実施直前に提示する。・教員1名、模擬患者1名、学生7名を1グループとして、グループ別に実施 ・技術演習場をビデオ録画した映像を視聴しながら自己評価表をチェックする。	・自己評価表の備考欄の「振り返り (実施した看護技術で不満足であったり失敗したと感じた要因や今後の課題)」の自由記載
15	ベッドメイキング	・デモンストレーション・病室環境のポイントを考える事前課題 ・1グループ (3~4人) で1台のベッドを作成 ・カンファレンス (演習中に気づいたこと)	演習後、「基本ベッドを作成してみて、自分にとってとても意外だったこと、へえと思ったことなどをその時の状況を再現するように記述してみよう! また、そのように思った理由も合わせて書いてみよう!」という課題レポート
16	コミュニケーション技術	・ロールプレイ ・患者役・看護師役・観察者役・撮影者を順にロールプレイ ・演者と観察者らと意見交換 ・ロールプレイのビデオ視聴とグループでの意見交換	演習後、「自分の行動をビデオでみて、感じたこと、考えたこと」についてレポートを記述する
17	洗髪	・教師によるデモンストレーション ・学生によるグループメンバーへのコーチング ・カンファレンス	リフレクティブジャーナル ①なぜその場面・状況を選択したのか? ②その場面・状況は何をしようとして起こったのか? ③その時の感情はどのようなものであったのか? ④その時の判断や自分の取った言動はどうだったか? ⑤その場面・状況に必要な知識やスキルはどのようなことか?
18	洗髪	・療養者役と援助者役および観察者役いずれかの役割を持ち、演習を行う ・演習後、グループメンバーとディスカッション	インタビュー (再生刺激法)
19	清拭	・学生同士で看護師役・患者役を決めて演習 ・演習後グループメンバーとディスカッション	演習記録用紙とインタビュー (再生刺激法)

表3 看護技術の修得過程における学生のリフレクション

カテゴリー	サブカテゴリー	学生のリフレクションの内容を示す記述（一部抜粋）	文献番号
自己客観視	実施時の緊張とその影響を自覚	・想定外の状況に直面したときの心情を「焦りを感じた」「困惑した」と表現した者が多数を占めた。	4
		【自分の動き】「すごく慌てていた。こちらの緊張が患者に伝わっていると感じた」	9
		【緊張感・その影響や対策】「自分が緊張しやすいこと、緊張すると手だけが動いて頭の中では何も考えられなくなり、冷静さが失われることに気づいた」	10
		【採血実習に対する不安・緊張・恐怖】「人間に刺入することへの緊張や恐怖心があった」	11
		【緊張】「あせてあふたした」「緊張してできていたことまでできなくなった」	14
	行動の客観視	【自分の言動への気づき】「自分の無意識の癖などを見つけることができた」	9
		【自分の言動への気づき】「改めて会話が一方的だと思った」	16
	看護者としての視点	【自己中心から患者中心へ視点が転換する】「転落を防止するために柵をつけてベッドを低くしていたが、実際に寝てみると周囲の人が自分を見下しているような圧迫感を感じた」	15
・学生は、療養者役を友人と捉えたために目のやり場に困ったと認識でき、自分には看護者として問題を捉えるという視点がないことに気づき、問題の捉え方を再構成した。		19	
看護技術のポイント	技術の難しさ	【看護技術の難しさ】「呼吸訓練の指導が難しい」「フィジカルアセスメントの難しさ」	2
		【温度管理の難しさ】「お湯が腹部を拭き終わる前に冷めてしまった」	3
		【カテーテル挿入について】「思っていた以上にカテーテルを挿入するのに苦労した」	5
		【採血技術の困難点】「刺入した針の長さの見極めが難しかった」	11
	技術のポイントの明確化	【効果的な身体の拭き方】「タオルが当たる面を広い面になるようタオルの向きを考える」【スムーズな寝衣交換】「向かい袖で腕を足側に少し下げてから行うと簡単」	3
患者の立場からの技術の理解	患者への配慮不足の自覚	【援助場面での配慮】「他のグループで排泄の後に手ぬぐいを渡して、対象者の立場になって考えないといけないと思った」	1
		【患者の反応からの気づき】「私がジャマを引くことで、患者の体があんなにゆれるのかとはじめて気づいた」	9
	患者の思いを追体験	【患者や家族の思い】「目が覚めたとき、酸素マスク、カテーテルなどにつながれて驚き、恐怖、拘束などを感じると思う」	7
		・多くの学生は患者役を通して、「肌の露出」による羞恥心や、「処置中の冷感への驚き」を感じていた。	12
		【盲状態に伴う自己の感情の揺らぎ】「見えない恐怖や不安」「周囲の音に敏感になる」	13
	患者の立場から技術の意味をとらえる	【患者の状態を考えた技術】「麻痺側に立つて行う事で、患者さんの倒れるのではないかと心配が少し減るということがわかった」	9
		【患者に苦痛・不安を与える態度・言動・技術への気づき】「少しの針の動きで痛みを感じることを実感した」「痛い思いを体験して講義内容の注意事項を守る必要性を理解できた」	14
		「ある程度、力を入れて洗ってもらった方が気持ちよかったです、力の入れ具合も大切だと思った」	17
	学習プロセス	練習の必要性を実感	【自己の振り返り】「前期に勉強していた知識を忘れていた部分が多かったので、しっかり復習したい」
【さらに練習する】「練習して自信が持てれば頭が真っ白になったりしない」			6
【練習・冷静】「もっと練習する」「もっと冷静になる」			14
学生同士で意見交換することの意義		【認識の違い】「相手が良かれと思ってくれたところが自分は恐怖、相手に伝えてわかり合えた」	13
		【協力し思考することの価値に気づく】「グループメンバーの一人が、頭側に柵をつけると、患者さんが横になったとき、圧迫感があって、牢屋にいるような気持ちになるかもしれないから、足側につけた方がよいと思うと言ったとき、そうか、と頭に電流が走った」	15
練習と実践のギャップ		「練習の時には、患者が起き上がるころまでは自分でできる設定だったが、実際はそうではなかった」「練習の時には通じていた説明が、患者には伝わらなかった」	4
		【不安になった】「演習の時の状態では、患者の前に出て緊張で固まってしまうのではないかと不安」	10
学習意欲の向上		【練習や試験での反省や悔しさから技術や態度を高める動機づけの獲得】	8
		・試験後の評価における教員と患者役からの肯定的なフィードバックによる自信や自己効力感の高まり	9
		【自己成長を実感する成功体験】「自信へとつながった」「自己成長へとつながった」	11
	【看護技術を学ぶ意欲が高まる】「(ベッドのしわをなくすのは)美しくだけではなく、そこにはちゃんと根拠がある。自分の思っている以上に奥が深い。難しさを感じたし、同時にもっと学びたい気持ちになった」	15	

* 【 】は文献におけるカテゴリ、「 」は具体的内容例、・は本文中の表現

点がなかったことを自覚し、捉え方を修正していたりした。これらは、目に見える行動だけでなく、自身の《看護の視点》について客観視した結果、視点の変化が生じていた。このように看護の視点の変化を伴うリフレクションは、看護の概念の形成を目指す看護技術の修得過程において、意義あるリフレクションと捉えられた。

以上、技術実施後に、実施時の自身の感情や行動や視点を客観視していた学生のリフレクションは、【自己客観視】の категорияとしてまとめた。

2) 【看護技術のポイント】

学生は、我が身を通して看護技術を実施することで「思っていた以上にカテーテルを挿入するのに苦労した」と《技術の難しさ》を自覚していた。一方、寝衣交換を実際にやることで「向かい袖で腕を足側に少し下げながら行くと簡単」とポイントがより具体的になり、《技術のポイントが明確》になっていた学生もいた。

以上、技術実施後に、実施した看護技術のポイントに対する学生のリフレクションは、【看護技術のポイント】の categoriaとしてまとめた。

3) 【患者の立場からの技術の理解】

学生は、他のグループが患者の不快を取り除くケアを実施しているのを見たり、自身の実技のビデオ映像を視聴することで、《患者への配慮不足の自覚》をしていた。また、全盲で歩行介助される患者体験や創傷処置を受ける患者役をすることにより、学生は、《患者の思いを追体験》し、患者の理解を深めていた。さらに、採血の患者体験について「少しの針の動きで痛みを感じることを実感した」と振り返り、針を刺入した後は針先を動かさないよう固定する、と《患者の立場から技術の意味をとらえ》ていた学生もいた。

以上、演習後に、看護技術を受ける患者の気持ちを感じ取ることで患者の立場から看護技術の理解を深めていた学生のリフレクションは、【患者の立場からの技術の理解】の categoriaとしてまとめた。

4) 【学習プロセス】

学生は、技術試験で力が発揮できなかったことから《練習の必要性を実感》していた。そして、学生同士で意見交換することで認識の違いに気づいたり、自分になかった視点に気づかされたりして、《学生同士で意見交換することの意義》を感じていた。一方で、学生同士で練習していた時と試験時の患者の反応が異なったことから、《練習と実践のギャップ》を感じていた学生もいた。また、教員から肯定的なフィードバックをもらうことや、侵襲性が高くストレスの大きい看護技術を成功した体験が自信となりモチベーションを高めたり、日常的な看護技術の小さな行為にも根拠があることを知った体験から、看護技術の奥深さや難しさを実感し、《学習意欲が向上》していた学生もいた。

以上、技術演習後に、これまでの学習体験を想起したり、今後の学習に対して意欲をもったりしていた学生のリフレクションは【学習プロセス】の categoriaとしてまとめた。

V. 考察

これまで、看護基礎教育の技術演習における学生のリフレクションに関して、振り返るものとなる演習方法・内容、リフレクションを把握する方法、そしてリフレクションの内容について、それぞれ述べてきた。考察では、リフレクションの内容と演習方法・内容、およびリフレクションを把握する方法とリフレクションの内容の関係について、看護技術の修得過程という観点から検討し、今後の研究課題について考察する。

1. 学生のリフレクションの内容と演習方法・内容との関係について

学生のリフレクション【自己客観視】のもととなる演習方法・内容を見てみると、技術演習後に評価者や患者役からフィードバックを受けていたり、ビデオ映像で自己の実施時の状況を視聴したり、グループメンバーとディスカッションしたりといったように、行った看護技術を客観的に学生が捉えられるような演習内容が含まれていた。看護技術の修得過程は、自身の看護技術修得を自己評価し、課題を明らかにすることですすんでいく。梶田（1985）は、自立的な学習につながる自己評価について、適切な目標水準で評価されていることと、客観的な実態把握に基づくことを必要条件として提示した。初学者である看護学生は、行った看護技術を評価するときの適切な目標水準、つまり看護の評価の視点も学習途上である。また、技術実施時には自身の行動に集中する傾向にあり、その実技をリフレクションする時にも、学生が気になった現象に注目しがちである。同じ技術実施場面にいた評価者や患者からのフィードバック、グループメンバーの意見や録画した映像は、学生が実技場面を客観的に実態把握するのを助ける。教員など評価者のフィードバックは、看護の評価の視点をもつ評価者が、実技場面を評価した結果を伝えることで、看護技術を評価するときの適切な目標水準を示している。以上から、技術実施後に、自身を客観視させ、評価者の評価をフィードバックする演習内容は、自立的な学習につながる自己評価を学生に促し、看護技術の修得過程を促進していることが示唆された。

学生のリフレクション【看護技術のポイント】のもととなる技術演習の方法・内容では、学生同士で看護者役・患者役となり行う演習方法が多かった。また、学生のリフレクション【患者の立場からの技術の理解】のもととなる技術演習の方法・内容は、学生が患者役をした

体験を振り返っているもの、実技後に録画した自己のビデオを視聴したもの、他のグループの実技を見学したものがあつた。このように、演習方法・内容は多様であつたが、リフレクションを通して、技術のポイントを明確にしたり、患者の立場から技術を捉えたり、看護技術の修得がすすんでいるように思われた。このことから、技術演習後のリフレクションのあり方が看護技術修得に影響すると捉えられ、リフレクションそのものの力を高めることが、看護技術の修得過程を促進すると考えられた。田村ら（2008）は、リフレクションについて、トレーニングすれば身につけることができる思考のスキルととらえ、リフレクションを教育実践に活用し、報告している。田村らは主に臨地実習での実践を報告しているが、学内の技術演習の場でも同様に、リフレクションを活用することの教育効果を検討する意義があると思われた。

学生のリフレクション【学習プロセス】のもととなる技術演習の方法・内容は、学生同士の意見交換で自分とは違う意見を聞き視野が広がった体験や、練習時の状況と試験時のギャップに直面した体験など、自分が描いていたイメージを覆され、感情が揺さぶられた体験をしていた。このように、感情が揺さぶられた体験は、練習の必要性の自覚や学習意欲に影響することが示唆された。

2. リフレクションを把握する方法とリフレクションの内容との関係について

リフレクションは、経験により引き起こされた気にかかる問題に対する内的な吟味および探究の過程である。そのため、他者が把握するには、何らかの形で表現してもらう必要がある。今回の対象文献において、学生のリフレクションを把握するために使われていたレポートや面接調査は、学生の認識内部で行われた内的な吟味や探究の過程を、文字や言葉で表現してもら

う方法として捉えられた。また、リフレクションをするときの観点について、学生の自由な観点で振り返らせているものは、学生が技術演習について、どのようなことを気にかけて問題としているか、リフレクションの出発点を浮き彫りにしていると捉えられた。学生のリフレクションの内容との関係を見てみると、学生の自由な観点で振り返らせる方法をとっていたものは、学生のリフレクションの内容【自己客観視】のサブカテゴリー《実施時の緊張とその影響を自覚》や【看護技術のポイント】のサブカテゴリー《技術の難しさ》に多くみられた。このことから、技術演習後、学生は緊張していた自己や技術の難しさを、気にかかる問題としていることが読み取れた。

一方、研究者が振り返る時点や観点を指定したのものには、「良かった点とその理由」や「今後の課題」といったように、学生が看護技術修得について自己評価し、課題を明らかにする観点で振り返るように導いているものがあり、これは、看護技術の修得過程の促進に向けたリフレクションを促しているとして捉えられた。リフレクションの内容との関係を見てみると、研究者がリフレクションの観点を指定しているときの学生のリフレクションの内容には、看護者としての視点が変化し、認識が発展しているものがあった。Burns et al. (2000)は、リフレクションに欠かせない基礎的スキルとして「自己への気づき (self awareness)」「表現 (description)」「批判的分析 (critical analysis)」「総合 (synthesis)」「評価 (evaluation)」を提示し、この連続性が経験学習のサイクルとなると述べた。看護の視点が変化した学生のリフレクションの記述内容には、清拭時に目のやり場に困った「自己への気づき」があり、その場面を研究者と演習時のビデオ映像を視聴しながら事実的に振り返って「表現」し、「批判的に分析」したところ、療養者役を友人と捉えたために目のやり場に困って

いたと「総合」され、自分に看護者として問題を捉える視点がなかったと「評価」しており、リフレクションのサイクルをたどることで、看護者としての認識が発展していることが読み取れた。このリフレクションのサイクルを辿れるよう意図された記録用紙としてリフレクティブジャーナルを開発し、実習記録など看護基礎教育の場で活用した結果、教育的効果があったことが報告されている (中田ら, 2004; 中田ら, 2005)。以上から、学生の看護の視点が変化し、看護者としての認識が発展する時には、リフレクションのサイクルを辿っていることが示唆された。

VI. まとめ

看護基礎教育の技術演習における学生のリフレクションは、演習内容に含まれている実技場面を客観視する体験を経て行われていた。また、学生のリフレクションの内容は、リフレクションを促す方法の影響を受けていた。そして、学内の技術演習という模擬看護場面であっても、リフレクションを通して学生が看護の概念を形成し、看護者としての認識を発展させてゆく様子が垣間見られた。以上をふまえ、技術演習において看護者としての認識の発展につながるリフレクションを促す方法について明らかにすることが、今後の研究課題として見いだされた。

VII. 本研究の意義と限界

本研究では、看護基礎教育の学内の技術演習において、学生のリフレクションの内容を、演習方法・内容とリフレクションを把握する方法との関係において提示したこと、また、リフレクションを通して看護の概念の形成につながる視点の変化が起こっていることを、文献の中のデータをもとに示したことに意義がある。しかし、分析した学生のリフレクションは、各文献の研究目的に対して収集されたデータを取り

扱っているため、学生のリフレクションの全体像を把握できていない点に限界がある。

<引用・分析対象文献>

浅井美千代, 榎本麻里, 三枝香代子, 白鳥孝子, 中井裕子, 川崎由理, 長井栄子. (2009). 看護実践力の向上を目指した成人看護実習直前技術演習の検討 (第1報) 病床での看護場面を想定した実技点検, 千葉県立衛生短期大学紀要, 27 (1-2), 117-124.

Brigid Reid. (1993). 'But we're doing it already!' Exploring a response to the concept to Reflective Practice in order to improve its facilitation, Nurse Education Today, 13, 305-309.

榎本麻里, 浅井美千代, 三枝香代子, 白鳥孝子, 中井裕子, 堀之内若名, 川崎由理. (2009). 看護実践能力の向上を目指した成人看護実習直前技術演習の検討 (第3報) ビデオを取り入れた振り返りによる学生の学び, 千葉県立衛生短期大学紀要, 27 (1-2), 135-142.

藤井さおり, 田村由美. (2008). わが国におけるリフレクション研究の動向, 看護研究, 41 (3), 183-196.

花井節子. (2007). 盲体験後のレポートにみる「振り返り」の構造, 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要, 11, 36-45.

平木民子, 堀美紀子, 松村千鶴, 雨宮多喜子, 淘江七海子. (2007). 模擬患者を対象にした学生の看護技術の分析 ビデオ画像と振り返り内容の分析を通して, 香川県立保健医療大学紀要, 3, 61-69.

細矢智子, 山崎智代, 佐々木美樹, 小山英子. (2009). 導尿演習で看護師・患者役割体験の順序と学習内容に関する一考察 演習後レポートの内容分析から, つくば国際大学研究紀要, 15, 181-195.

池西悦子. (2001). 看護学生の知識と行動の統合に向けての反省的思考に関する研究—実感的自信につながる学習過程—, Quality Nursing, 7 (8), 675-680.

梶田 叡一. (1985). 自己教育への教育, 明治図書出版, 東京.

神原裕子. (2009). 看護技術の練習場面における学習過程の分析 再生刺激法による学生自身の振り返りから, 目白大学健康科学研究, 2, 37-47.

粕谷恵美子, 遠藤恭子. (2010). 慢性期看護学実習終了後の振り返り学習における学びリフレクションを通して得た知識と実習目的との比較, 足利短期大学研究紀要, 30 (1), 41-46.

松永麻起子, 前田ひとみ. (2013). 臨地実習のリフレクションから導かれた看護学生の気づきと批判的思考態度に関する研究, 日本看護学教育学会誌 23(1), 43-52.

南妙子, 岩本真紀, 粟納由記子, 名越民江. (2008). 静脈血採血実習における看護学生の学びの分析, 香川大学看護学雑誌, 12 (1), 37-46.

水戸優子, 大石朋子, 小山真理子, 間瀬由記, 牧野美幸, 野崎真奈美, 屋宜譜美子. (2011). 模擬患者を用いた看護技術演習における看護学生の「想定外」の経験, 神奈川県立保健福祉大学誌, 8 (1), 73-79.

中田康夫, 田村由美, 澁谷幸, 山本直美, 森下晶代, 石川雄一, 津田紀子. (2005). 基礎看護実習におけるリフレクティブジャーナル上での教師と学生の対話の意義, 神戸大学医学部保健学科紀要, 20, 77-83.

中田康夫, 田村由美, 藤原由佳, 石川雄一, 津田紀子. (2004). <自己への気づき>のスキルを活用してリフレクティブジャーナルを記述した学生の変化, Quality Nursing, 10(5), 485-490.

- 西村はるよ, 生田美苗, 岩本かすみ, 志磨美恵, 近田敬子. (2002). 臨地実習における看護学生のリフレクションの様相, 日本看護学会論文集 看護教育, 32, 209-211.
- 野口佳美, 森本美智子, 谷村千華, 大庭桂子. (2012). 看護学実習におけるリフレクション導入の効果 学生の関心事象の変化による検討, 日本看護学教育学会誌, 22(1), 13-24.
- 荻原麻紀, 尾山とし子, 河原田栄子. (2008). 急性期看護学演習における学生の学び「創傷包帯交換」技術演習を通して, 看護人材教育, 5(3), 129-134.
- 小澤雪絵, 堀田由季佳. (2012). 急性期における成人看護学演習の効果 シミュレーション教育を試みて, 愛知きわみ看護短期大学紀要, 8, 1-5.
- Sarah Burns, Chris Bulman. (2000)/ 田村由美, 中田康夫, 津田紀子. (2005). 看護における反省的实践—専門的プラクティショナーの成長, ゆみる出版, 東京.
- 渋谷美香. (2001). 看護技術学習における学生の意味構成を支えるリフレクション, *Quality Nursing*, 7(8), 661-667.
- 澁谷幸, 山本直美, 三谷理恵, 田村由美. (2008). ベッドメイキング演習における学生の学びの様相 <実践知>獲得への扉を開く, 神戸大学医学部保健学科紀要, 23, 59-78.
- 須田雅美, 田邊三千世, 福田里美, 伊藤幸子, 矢島ちあき, 山本晴美. (2011). 学生が技術練習後に記載する振り返り用紙から見えてきたこと 看護技術を効果的に習得していくための教員の関わりとは, 神奈川県立よこはま看護専門学校紀要, 7, 1-6.
- 庄村雅子, 佐藤幹代, 高橋奈津子, 佐藤正美, 小島善和. (2009). 成人看護学における OSCE (Objective Structured Clinical Examination) を活用した看護技術の主体的習得に関する学び, 東海大学健康科学部紀要, 14, 39-45.
- 高橋香織, 片岡三佳, 池邊敏子. (2005). 精神看護場面のロールプレイング演習にビデオの振り返りを取り入れた学び, 岐阜県立看護大学紀要, 5(1), 41-46.
- 田村由美. (2008). 看護基礎教育におけるリフレクションの実践, 看護研究, 41(3), 197-208.
- 田村由美, 中田康夫, 澁谷幸, 石川雄一, 津田紀子. (2004). 科目「看護援助技術演習」における3つの教授-学習方法の導入 ピアリーダーシップ・リフレクティブジャーナル・チューター制, 日本看護学教育学会誌, 14(1), 47-56.
- 山本晃代, 山下純子, 都甲裕. (2012). 排泄援助技術実践報告 (第2報), 旭川荘研究年報, 43(1), 31-36.
- 山本多香子, 山田豊子, 三木葉子. (2009). 成人看護援助論 1-(1)の学内演習における学生の学びと課題, 京都市立看護短期大学紀要, 34, 109-117.

研究ノート

乳がんの受診遅延に関する文献検討

大城真理子¹ 神里みどり²

キーワード：乳がん、受診遅延

I. はじめに

わが国の乳がん5年生存率は89.1% (国立がんセンター, 2014) で、早期乳がんで発見された場合、10年生存率は90%以上であり (日本乳癌学会, 2014)、日本における乳がんの治療効果は比較的良好であるといえよう。乳がんにおいて、早期の専門機関への受診は、治療の選択肢が広がり、その後の生活や生き方にも大きく影響する。しかし、乳房の異常を自覚しつつも受診に至らず、適切な治療を受けずに重症化に至る者の存在も先行研究で指摘されている (川上, 2009; Tamaki et al, 2013)。

Richardsら (1999) は、しこりなどの乳房症状を認識して3ヶ月以上の治療の遅れは、乳がんの5年生存率に有意に影響し、遅延が長くなる程、がんのステージは進行すると指摘している。よって、生命予後の観点からも受診遅延を検討することは重要である。日本乳癌学会の「全国乳がん患者登録調査報告2011年次症例」(2011)によると、乳がん発見状況は、自己発見が55.7%、検診時に症状ありの者が5.9%で、61.6%の者が何らかの自覚症状を有しており、症状が曖昧で早期発見が困難な卵巣がんなどは異なり (Evans et al, 2006)、乳がんは症状の自覚によりがんを発見しやすい (川上, 2009)。また、肺がん患者は、スティグマや自責の念が

医療機関への受診遅れの影響要因であることが明らかになっており (Carter-Harris et al, 2014)、がんの部位によっても受診遅延の要因は異なる。そこで本研究では、文献検討を通して、乳がんの受診遅延に関する研究の動向を明らかにし、今後の課題について示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. データ収集方法

研究対象の論文の検索は、国外論文については、Pub Medを用い、国内論文は医学中央雑誌 Web Ver.5を用いた。国外論文のキーワードは「breast neoplasms」「help seeking behavior」「delay」とし、国内論文については、「乳がん」「受診遅延」のキーワードを用いて検索した。検索の範囲は2014年8月までの論文を対象とした。

文献の選定基準は、①英語、または日本語で書かれている論文であること、②乳房症状を自覚している者を対象としている研究であること、③受診遅延に焦点を当てた研究であることとした。以上を踏まえて、キーワードで検索された文献から選定基準に合致する文献および選定基準を満たしている文献を2次的に収集した。

III. 結果

1. 国外文献の概要

キーワードにより、21件の文献を検索した。これらの文献について選定基準に照らして確認

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

した結果、13件の文献が選定基準に合致した。さらに、二次的に収集した7件の文献を追加し、計20件の論文を検討した。検索された論文の研究方法は、文献検討5件、質的研究11件、量的研究4件であった。地域別では、欧米諸国が11件、中南米2件、アジア諸国7件であった。選定した20件の論文について検討した結果、「受診遅延の影響要因」「受診遅延に関するモデル」の2つのサブトピックに分類できた。以下、サブトピック毎に検討する。

1) 乳がん患者の受診遅延の影響要因
 受診遅延の影響要因について書かれた文献は16件で、乳がん患者の受診遅延の要因は、「患者の要因」と「医療の要因」「社会文化的要因」に分けられた(表1)。検討した16文献のうち、4件は、受診遅延を3ヶ月以上と定義していた(Iskandarsyah et al, 2014; Poum et al, 2014; Facione et al, 2006; Bish et al, 2005)。それ以外の文献は受診遅延の定義を2週間(Quaife et al, 2014)、4週間(O'Mahony et al, 2013)、時間による設定をしていないなど、その定義は統一されていなかった。

表1 乳がん患者の受診遅延の影響要因に関する文献検討：欧米/中南米

著者, 年	デザ イン	サン プリ ング	対 象	方 法	N	受診遅延 の定義	受診遅延の要因		
							患 者	医 療	社会文化
Quaife et.al 2014 (英国)	量的	横断	イギリスに居住する50歳以上の乳がん患者	電話インタビュー	351	2週間	婚姻状況 教育歴 症状認識	病院までの利便性	人種
Facione et.al 2006 (米国)	質的	横断	サンフランシスコに居住する乳がん女性	In-depthインタビュー	28	3ヶ月	誤った症状解釈 知識 健康習慣 病院の利用頻度		社会的役割 他者への相談
Gould 2010 (カナダ)	質的	横断	症状を知覚した局所進行乳がん患者	In-depthインタビュー	14	—	教育歴 誤った症状解釈 おそれ 優先事項の存在 他者のがん経験		
O'Mahony et.al 2011 (英国)	質的	横断	イギリスの病院に通院中の乳がん女性	半構成面接	10	—	習慣 知識 経験 おそれや否定		社会的役割 他者への相談 信念
Bish et.al 2005 (英国)	文献	—	イギリスに居住する乳がん女性	—	—	3ヶ月	高齢 症状認識 おそれ	医療者への態度 /関係性	他者への相談
Facione 1993 (米国)	文献	—	12文献 (1975-1993年)	—	—	—	知識 おそれ	医療者との関係性	
O'Mahony et.al 2013 (英国)	量的	横断	乳がんクリニックに通院中の女性	自記式質問紙調査	449	4週間	知識 おそれ 日頃の医療機関への受診習慣		信念 社会的役割
Unger-Saldaña 2011 (メキシコ)	質的	横断	病院通院中の乳がん女性	In-depthインタビュー	17	—	症状解釈 知識 経験	医療サービス状況 -利便性 受け入れ状況 国の経済	社会ネットワーク 社会的サポート 宗教
Unger-Saldaña et.al 2009 (メキシコ)	文献	—	96文献 (1950-2008年)	—	—	—	知識 経験 貧困 高年齢 婚姻状況 個人の考え 症状 おそれ	医療サービス状況 -利便性 医師の誤診断	人種 補完代替療法 社会ネットワーク 社会的役割

「患者の要因」として、年齢や教育歴、婚姻状況、乳がん症状の知覚と認識、リスクの誤った解釈、おそれや不安、否認などの感情反応、仕事や子育て、介護など医療機関受診以外の優先事項の存在、日頃の医療機関の受診状況が挙げられた(表1)。Quaife (2014) らによると、痛みやしこりなどの症状は、危険なサインを認識するトリガーとなっており、症状を認識していない者は、認識している者に比べて受診遅延のリスクが2.45倍高まることが報告されていた。また、しこりなどの症状について、良性であるというように誤った解釈をすることも受診遅延

に影響していた (Gould et al, 2010)。さらに、日頃の医療機関の活用状況は対象者の病院に対する認識や自分自身の健康への関心とも関連しており、日頃から検診を受けている者ほど、医療機関へ早めに受診する傾向が見られた (O' Mahony et al, 2011)。医療機関の利用頻度は、医療者との関係性 (Bish et al, 2005) や患者の経済状況と関連しており、医療者に対する否定的な態度や、貧困のために医療保険を有していないことは、受診遅延のリスク要因となっていた (O' Mahony et al, 2013)。

次に「医療の要因」として、がん治療が行え

表1 乳がん患者の受診遅延の影響要因に関する文献検討：アジア/日本 (つづき)

著者, 年	デザイン	サンプリング	対象	方法	N	受診遅延の定義	受診遅延の要因		
							患者	医療	社会文化
Mei-Hsueh et.al 2010 (台湾)	質的	横断	65-91歳の乳がん女性で最初の治療コースを終了した者	インタビューセッション	14	-	知識 おそれ		家族・友人の存在 家族への責任
Thongsuksai et.al 2000 (タイ)	量的	横断	病院で最初に治療を受けた乳がん女性	聞き取りアンケート	94	-	年齢 教育歴 婚姻状況 収入 健康信念	システムの遅れ 医師の誤診断	社会ネットワーク
Poum et.al 2014 (タイ)	量的	横断	病院通院中の進行乳がん患者	聞き取りアンケート	180	3ヶ月	収入 喫煙状況 症状 年齢 教育歴	システムの遅れ 保険制度 病院までの距離	家族・友人の存在
Lam et.al 2008 (中国)	質的	横断	乳房の変化に気づいて受診した女性	In-depth インタビュー / 半構成面接	37	-	症状知覚 日々の求助行動 優先事項の存在		伝統的な感覚 社会ネットワーク
Iskandarsyah et.al 2014 (インドネシア)	質的	横断	外来通院中の乳がん女性	半構成面接	50	3ヶ月	認識・知識不足 感情 がんに対する考え 経済的問題 情報不足		父性的コミュニケーション
Bachok et.al 2012 (マレーシア)	質的	横断	病院通院中の乳がん女性	In-depth インタビュー	12	-	知識 おそれ 病気の否定 優先事項の存在	医療者とシステムの弱さ - ミスリード - 予約の取りづらさ	補完代替療法 他者の承認
Taib et.al 2011 (マレーシア)	質的	横断	2年以内に進行乳がん (ステージⅢ・Ⅳ) の診断を受けた女性	In-depth インタビュー	19	-	知識 問題対処行動		他者の存在
中島 他 2004 (日本)	臨床研究	横断	進行乳癌 (T4) の乳がん女性	カルテ聞き取り面接	10	-	おそれ		相談者の不在
中原 2002 (日本)	臨床研究	横断	重症局所進行乳がんの女性	心理面接	4	-	おそれ	医療不信	他者の存在

る専門施設の有無や医療機関までの利便性、医師の誤診断や人的資源の不足などの医療資源の状況を含めた医療水準が受診遅延に影響していた(表1)。Poumら(2014)は、タイの病院は待ち時間が長く、受診の予約をとるのにもかなりの時間を要すると述べており、発展途上国を中心とした保健医療システムの弱さは受診遅延の影響要因であった。また、発展途上国は先進国に比べて症状が進行してから受診に至るケースが多く(Unger-Saldana et al, 2009)、受診遅延は国の経済状況や社会背景の影響を受けていた。

さらに、「社会文化的要因」も受診遅延の影響要因であることが報告されていた(表1)。先行研究によると、症状の解釈や治療への意思決定は、対象者が所属する文化的背景に左右されると述べられており(Unger-Saldana et al, 2011)、Taibら(2011)の研究でも、マレーシア人は、地域特性として運命論の信念を考へて持つ者が多く、治療しないことを選択したり、補完代替療法を優先したりと、地域文化に基づいた信念は受診遅延の要因であることが明らかになっていた。また、多くの人は病院受診を検討する際、誰かに話しアドバイスを受けることされており、アドバイザーが間違った情報を提供した場合、受診に至らず遅延期間が延長することも報告されていた(Bachock et al, 2012)。このことから、ソーシャル・ネットワークやソーシャル・サービスは、受診の促進要因・遅延要因として重要であった(Bish et al, 2005、Unger-Saldana et al, 2011)。特に、アジア諸国においては、先行研究でも述べられているように、受診に際して他者からのアドバイスを重要視し、家族や友人など他者の承認を得ながら、つまり周囲の者と関わりながら受診を決定していた(Lam et al, 2008)。一方、欧米諸国では、ソーシャルサポートの活用は、医療機関への受診決定の際の情報収集の位置付けとして捉えら

れている傾向があった(Bish et al, 2005)。

2) 乳がんの受診遅延に関するモデルの検証
乳がん患者の受診遅延に関するモデルについて書かれた文献は7件であった。

1995年にAndersenらによって構築されたTotal Patient Delayモデルは、受診遅延における最初のモデルである。Saferら(1979)が健康信念モデルを基盤に受診遅延について提言した構成要素にPsycho physiological Comparison理論を用いて発展させ、受診遅延における「評価の遅延:病気の症状を評価する時間」「病いへの対処の遅延:専門機関への受診を決断するまでの時間」「行動の遅延:受診を決断して予約をとるまでの時間」「スケジュールの遅延:予約をして診察を受けるまでの時間」「治療の遅延:医療機関にかかってから治療が開始されるまでの時間」の5つのプロセスを示した(表2)。

2005年頃より、Total Patient Delayモデル(Andersen et al, 1995)の「評価の遅れ」のステージについてモデルの修正が行われ、コーピングや社会文化的枠組みがモデルの構成要素として追加された(Taib et al, 2011; Andersen et al, 2010; Bish et al, 2005)。また、Unger-Saldana(2011)は、Total Patient Delayモデル(Andersen et al, 1995)の社会システムを考慮していない点や時間による分類の限界を指摘しており、これらの課題を踏まえた上で、社会文化やヘルスケアシステムの枠組みを考慮したThe model of help-seeking behaviorを構築した。社会文化的要素を考慮した枠組み構築の背景として、これまで欧米諸国を中心に受診遅れに関するモデルが検討されてきていたが、2011年頃から非西洋文化圏でも受診遅れの研究が行われるようになったことが挙げられる(Taib, 2011; Unger-Saldana, 2011)(表2)。

乳がん患者の受診遅れに関するモデルの比較検討を行った文献レビューによると、受診遅延

に関する理論や概念が確立しておらず、用語の定義のコンセンサスも得られていないということが明らかになった (Lim, 2011)。多くの文献は、Total Patient Delayモデル (Andersen et al, 1995) の「評価の遅れ」に焦点を当てていたものの、意思決定プロセスや受診遅延の影響要因が考慮されていないなどの課題があり、先行文献ではそれを補うために健康行動理論や相互作用健康モデルなど他の理論を組み合わせて使用していた (表2)。なお、モデルを用いた実践

的な研究は見当たらなかった。

2. 国内文献の概要

国内文献は、2件の文献が選定基準に合致した (表1)。研究方法は、2件とも臨床研究であり、医師、心理士による報告であった。受診遅延の理由としては、「宗教」「症状に気づかない」「病院嫌い」「恐怖・おそれ」の患者心理の問題が挙げられていた。2件の論文に共通して、自分の大変な状況を共有できる相手がいないとい

表2 乳がん患者の受診遅延に関する理論的枠組み／モデルについて

著者, 年	モデル名	基盤となる理論/文献	構成要素
受診遅延の要因に関する研究			
Safer, et.al 1979 (米国)	—	健康信念モデル (Health Belief Model)	評価の遅れ：病気の症状として評価をする 時間病いへの対処の遅れ：専門機関へ受診すると決断するまでの時間 活用の遅れ：専門機関を探してサービスを利用するまでの時間
モデルの構築			
Andersen, et.al 1995 (米国)	Total Patient Delay Model (患者の受診遅延モデル)	Psychophysiological Comparison Theory / Safer, et al (1979) の文献を参考にモデルを構築	評価の遅れ：病気の症状として評価をする時間 病いへの対処の遅れ：専門機関へ受診すると決断するまでの時間 行動の遅れ：受診を決断して予約を取るまでの時間 スケジュールの遅れ：予約をして診察を受けるまでの時間 治療の遅れ：医療機関にかかってから治療開始までの時間
モデルの修正：Andersenら (1995) のTotal Patient Delay Modelを基盤に修正			
Bish, et.al* 2005 (英国)	The Understanding Patient Delay Model (患者の受診遅れモデルの理解)	self-reguration理論 / 行動計画理論 / Theory of implementation	Total Patient Delay Model (1995) の評価のステージに焦点を当て、[help-seekingへの態度] [意思] [行動変容] の概念を追加。
Andersen, et.al 2010 (デンマーク)	The Model of Socio Cultural Interpretation of symptoms (症状の社会文化解釈モデル)	Alomzo's理論：文化人類学社会学	Total Patient Delay Model (1995) の評価のステージに焦点を当て、[社会文化的要因] を追加。
Taib, et.al* 2011 (マレーシア)	The Psycho-Socio-Cultural Model of Symptom Appraisal (症状評価の心理社会文化モデル)	Bish(2005), Andersen (2010)の文献を参考にモデルを構築	Total Patient Delay Model (1995) の評価のステージに焦点を当て、[社会文化的枠組み] と [コーピングのプロセス] を追加。
Unger-Saldana, et.al* 2011 (メキシコ)	The model of help-seeking behavior (援助探索モデル)	・これまでのモデルは、社会心理理論と受診遅れの理由に焦点が当たっており、社会システムや健康システムの考慮がなされていない。・時間による分類の限界。・これまでのモデルの課題を踏まえて、医療機関を受診するまでの社会文化やヘル スシステムの枠組みから構成したモデルを構築。	
モデルの比較：文献検討			
Lim 2011 (英国)	<ul style="list-style-type: none"> ・欧米を中心に検討された乳がん受診遅れのモデルの非西洋における使用の検討。 ・7文献 (153文献中) でモデルを使用。1文献はAndersenのモデル、6文献はAndrsenの評価の遅れに焦点化。 ・Andersenモデルは、Decison-makingの過程や影響要因が不十分。 ・文献では、Andersenモデルと他のモデル (健康行動理論や相互作用健康モデル) を組み合わせて使用。 ・理論やコンセプトが確立されていない。 		

*表1においても使用

う「援助者の不在」や「相談できる場がない」ことが受診遅延の要因として示唆されていた(中原, 2002; 中島, 2004)。なお、受診遅延の概念を提示した文献は見当たらなかった。

IV. 考察

乳がん患者の受診遅延に関する先行研究は、①受診遅延の影響要因を検討したもの、②理論の検討を行ったものに分類された。受診遅延の要因は、「患者の要因」、「医療の要因」、「社会文化的要因」の3つに分類され、海外を中心に検討されていた。一方、日本における受診遅延の影響要因の検討は十分になされていないことが明らかとなった。また、受診遅延に関するモデルについても比較的新しい枠組みとして検討されている段階にあり、多くの文献がTotal Patient Delayモデル(Andersen et al, 1995)の「評価の遅れ」に焦点を当てていた。日本では、モデルの検証・構築はなされておらず、モデルの発展には至っていなかった。また、国内外を概観しても受診遅延に対する看護介入や実践的な研究は見当たらなかった。

Simon (2004) は、文化によってがんに対する解釈は異なることを報告しており、がん医療における文化の重要性を述べていた。Obeidatら (2013) は、西洋人と非西洋人で文化的背景の相違から治療に対する意思決定のプロセスが異なることを報告しており、アジア文化では、適応や他者との共同により問題を対処する特徴があることを指摘している(山口, 2003)。受診遅延においても、社会文化的影响要因は大きいことが推察されるため、日本独自の受診遅延に対する看護支援のよりどころとなる知識の構築が必要である。そのためには、乳がんの受診遅延がどのような要因や条件によって影響されるかを明らかにし、受診遅延行動のプロセスを把握する必要がある。さらに、モデルを構築し、介入・実践的研究を行うことで看護者がより確

実なエビデンスを基に臨床判断ができるようなアセスメント指標を示すことが今後の課題である。

V. 結論

乳がん患者の受診遅延に関する研究の動向を明らかにし、今後の課題についての示唆を得るために文献検討を行った。結果、以下のことが明らかになった。

1. 乳がんの受診遅延の影響要因の検討と乳がんの受診遅延に関するモデルの検証の研究がほとんどであった。

2. 乳がんの受診遅延の影響要因は、「患者の要因」「医療の要因」「社会文化的要因」に分類された。

3. 乳がんの受診遅延に関するモデルの検証は、諸外国を中心に検討がなされており、本邦での研究は皆無の状況であった。

4. 今後の課題として、日本における乳がんの受診遅延の影響要因を明確化し、看護実践に向けてのモデルの構築と実践研究の必要性が示唆された。

引用文献

- Andersen B L, Cacioppo J T, and Roberts D C. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis : Delay stages and psychophysiological comparison processes, *British Journal of Social Psychology*, 34, 33-52.
- Andersen R, Vedsted P , Olesen F, Bro F, and Sondergaard J. (2009). Patient delay in cancer studies: a discussion of methods and measures, *Health Services Res*, 19, 1-7.
- Bachok N, Mohd A R, Krishna G R and Aishah K. (2012). Understanding Barriers to Malaysian Women with Breast Cancer Seeking Help, *Asian Pacific Jour-*

- nal of Cancer Prevention , 13, 3723-3730.
- Bish A, Ramirez A, Burgess C, and Hunter M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms, *J Psychocom Res*, 58(4), 321-326.
- Carter-Harris Lisa, Hermann P C, Schreiber J, Weaver T M, and Rawl M S. (2014). Lung Cancer Stigma Predicts Timing of Medical Help-Seeking Behavior, *Oncology Nursing Forum*, 41(3), E203-E210.
- Evans J, Ziebland S, and McPherson A. (2006). Minimizing delays in ovarian cancer diagnosis: an expansion of Andersen's model of Total patient delay, *Family Practice Advance*, 7, 48-55.
- Facione N C, Facione P A. (2006). The cognitive structuring of patient delay in breast cancer, *Social Science & Medicine*, 63, 3137-3149.
- Gould J, Fitzgerald B, Fergus K, Clemons M, and Baig F. (2010). Why women delay seeking assistance for locally advanced breast cancer, *Cancer Oncol Nurs*, 20(1), 23-29.
- Iskandarsyah A, de Klerk C, Suardi DR, Soemitro MP, Sadarjoen SS, and Passchier J. (2014). Psychosocial and cultural reasons for delay in seeking help and nonadherence to treatment in Indonesian women with breast cancer: a qualitative study, *Health Psychol*, 33(3), 214-221.
- Lam W W T, Tsuchiya M, Chan M, Chan S W W, Or A, and Fielding R. (2008). Help-seeking patterns in Chinese women with symptoms of breast disease: a qualitative study, *Journal of Public Health*, 31(1), 59-68.
- Lim W N J. (2011). Empirical Comparisons of Patient Delay and Help Seeking Models for Breast Cancer: Fitness of Models for Use and Generalisation, *Asians Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 1589-1595.
- Lu M H, Lin H R, and Lee M D. (2010). The Experiences Among Older Taiwanese Women Facing a New Diagnosis of Breast Cancer, *Cancer Nursing*, 33(5), 398-405.
- Obeidat R F, Homish G G, and Lally R M. (2013). Shared Decision Making Among Individuals With Cancer in Non-Western Cultures: A Literature Review, *Oncology Nursing Forum*, 40(5), 454-463.
- O'Mahony M, Hegarty J, McCarthy G. (2011). Women's help seeking behaviour for self discovered breast cancer symptoms, *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 410-418.
- O'Mahony M, McCarthy G, Corcoran P, and Hegarty J. (2013). Shedding light on women's help seeking behaviour for self discovered breast symptoms, *European journal of Oncology Nursing*, 17, 632-639.
- Poum A, Promthet S, Duffy W S, and Parkin M D. (2014). Factors Associated With Delayed Diagnosis of Breast Cncer in North-east Thailand, *J Epidemiol*, 24(2), 102-108.
- Quaife S L, Forbes L J L, Ramirez A J, Brain K E, Donnelly C, Simon A E, and Wardle J. (2014). Recognition of cancer warning signs and anticipated delay in help-seeking in a population sample of adults in the UK, *British Journal of Cancer*, 110, 12-18.
- Richards M A, Westcombe A M, Love S B, Lit-

- tlejohns P, and Ramirez A J. (1999). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review, *The Lancet*, 353, 1119-1126.
- Safer M A, Tharps Q J, Jackson T C, and Leventhal H. (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical clinic, *Medical Care*, 17, 11-29.
- Simon Dein. (2004). Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures, *The Lancet Oncology*, 5, 119-124.
- Tamaki K, Tamaki N, Kamada Y, Uehara K, Zaha H, Onomura M, Gushimiyagi M, Kurashita K, Miyazato K, Tengan H, Miyara K, and Ishida T. (2013). The challenge to reduce breast cancer mortality in Okinawa: consensus of the first Okinawa breast oncology meeting, *Jpn J Clin Oncol*, 43(2), 208-213.
- Taib N A, Yip C H, and Low W H. (2011). Recognising Symptoms of Breast Cancer as a Reason for Delayed Presentation in Asian Women -The Psycho-socio-cultural Model for Breast Symptom Appraisal : Opportunities for Intervention, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 1601-1608.
- Thongsuksai P, Chongsuvivatwong V, and Sriplung H. (2000). Delay in breast cancer : a study in Thai women, *Med Care*, 38 (1), 108-114.
- Unger-Saldana Karla, Infante-Castaneda Claudia. (2009). Delay of medical care for symptomatic breast cancer : A literature review, *salud publica de mexico*, 51(2), S270-S285.
- Unger-Saldana Karla, Infante-Castaneda Claudia. (2011). Breast cancer delay: A grounded model of help-seeking behavior, *Social Science & Medicine*, 72, 1096-1104.
- 川上憂子. (2009). あなたと乳がんわたし 乳房の異常に気づいた時点から受診に至るまでのプロセス, *月刊ナーシング*, 29 (8), 54-63.
- 中原睦美. (2002). 受診が著しく遅延した重症局所進行乳癌患者の心理社会的背景の検討 依存のあり方と居場所感をめぐって, *Journal of Japanese Clinical Psychology*, 20(1), 52-63.
- 中島信久, 泰温信, 松岡伸一, 伊藤東一, 横山良司, 本多昌平, 高岡和夫, 福田由布子, 伊藤律子, 森田真由美, 佐野文男. (2004). 局所進行乳癌 (T4乳癌) 患者における受診遅延の背景と治療上の問題点に関する心理社会的検討, *緩和医療学*, 6 (3), 45-50.
- 日本乳癌学会. (2013). 科学的根拠に基づく乳癌診察ガイドライン②疫学・診断編2013版, 金原出版株式会社, 東京.
- 山口勤. (2003). 社会心理学 アジアからのアプローチ, 東京大学出版会, 東京.
- 日本乳癌学会. (2014.) 全国乳がん患者登録調査報告2011年次症例.
<http://www.jbcs.gr.jp/people/nenjihoukouku/2010nenji.pdf> (2014年9月2日現在)
- 国立がんセンターがん対策情報センター. (2006) がん情報サービス.
<http://ganjoho.jp/public/index.html> (2014年9月2日現在)

研究ノート

島嶼地域と都市地域の看護職者の人事交流による キャリアアップモデル開発 (第1報) —当事者が捉える課題と解決方法—

大湾明美 佐久川政吉 仲宗根洋子 賀数いづみ 上原和代 牧内忍 宮里智子 山口初代

抄録：島嶼地域と都市地域との看護職者の人事交流によるキャリアアップモデルの開発をめざした参加型アクションリサーチの第1段階として、島嶼地域と都市地域の当事者が捉える課題と解決方法から人事交流の可能性を探ることを目的とする。

島嶼地域の保健医療担当課長（5名）と看護職者（10名）、都市地域の看護部長（4名）を研究協力者とした。島嶼地域の看護上の課題等について半構造化した質問用紙を用いて訪問面接を行い、質的帰納的に分析した。

島嶼地域と都市地域の研究協力者が捉えた課題は、「人材確保」と「人材養成」の双方にみられた。島嶼地域の課題の解決方法は、研究協力者の「自己努力」と関係者などの「他者への期待」があった。

人事交流のメリットとして、《人材養成の機会》と《安定的な人材確保》を挙げ、その内容は《ケア実践の広がりや深まり》、《島嶼医療の理解の深まり》、《視点の広がり》、《コミュニケーション能力の向上》、《知識・技術の向上》、《リフレッシュ・リフレクション》、《キャリアアップへの期待》、《看護の就労の場の広がり》、《親病院の活用方法》の検討があった。

島嶼地域と都市地域の人材確保と人材養成の課題解決のためには、人事交流のメリットを生かしつつ、キャリアアップモデルを開発する必要がある。

キーワード：人事交流 キャリアアップ 島嶼 当事者 看護職者

I はじめに

39の離島を有する本県では、島嶼地域での看護職者（保健師・看護師）の人材養成と人材確保に苦慮している。島嶼地域の看護職者の人材養成に関する教育内容や方法等は確立されていない。また、看護職者は都市地域の病院、行政機関への就労を希望し、小規模離島の診療所や行政機関への希望者が少なく看護職者の確保が困難である。

島嶼地域での看護職者の人材養成を担う本学は、学士課程での看護専門基礎教育として「島嶼保健看護論」を開学以来開講してきた。また、文部科学省の競争的資金を獲得し、「島嶼環境を生かして学ぶ保健看護の教育実践」で学部教育の教育方法の工夫改善、大学院教育では、「島嶼看護の高度実践指導者の育成」で島嶼地域の高度実践者や研究者の養成、島嶼の専門看護師

養成を視野に入れた「島しょにおける包括的専門看護師の育成」に取り組んできた。そして、学外の看護職者の生涯学習プログラムとして「島嶼看護職者研修事業」を推進している。

島嶼地域での看護職者の人材確保は、本県と島嶼町村行政により、沖縄県保健師等人材確保推進など努力している。しかし、島嶼地域での診療所看護師や行政保健師の確保は困難な状況である。このように、看護職者の人材養成と行政の人材確保は連結していない現状があり、従来とは異なる課題解決の視点が必要であると考えられる。

島嶼地域の看護実践の特徴に関する先行研究では、「へき地病院の経験は看護技術の種類の拡大、必要な知識の広がりがある」(Kikuchi, et al., 2006)、「へき地の生活の特性を活かした活動を実践している」(篠澤ら, 2007)、「プライ

マリヘルスケアの実践ができる」（大湾，2007）、「島内外との協働連携で、慢性疾患管理から看取りまで継続看護ができる」（美底ら，2013）等がある。このように島嶼・へき地の看護実践の特徴は、健康レベルにあわせた看護、協働連携による継続看護、生活者の視点を生かした看護、看護技術の広がりや応用など、都市地域の看護職者にも必要なスキルであり、看護職者のキャリアアップにつながる可能性あると考える。

以上のことから、本研究の目的は、島嶼地域と都市地域との人事交流のシステム化を図り、島嶼地域での看護実践がキャリアアップにつながるような人材養成を行う。同時に、都市地域でその成果が発揮できるように支援し、島嶼地域と都市地域との看護職者の人事交流によるキャリアアップモデルを開発する。その第1段階として、島嶼地域と都市地域の当事者が捉える課題と解決方法から人事交流の可能性を探ることである。

II 方法

研究デザインは、参加型アクションリサーチである。人事交流によるキャリアアップモデル開発の第1段階として、島嶼地域と都市地域の当事者が捉える課題と解決方法から人事交流の可能性を探る。

1. 研究協力者

当事者としての研究協力候補者は、島嶼地域は看護職者の人材確保で困ったことがあるA村・B村・C村・D村・E町とし、その地域の役場の保健医療担当課長（以下、「担当課長」と略）と診療所看護師と行政保健師（以下、「看護職者」略）、都市地域は島嶼医療に実績がある、あるいは貢献の意思を持つ沖縄県中南部の人口密集地にある300床以上の急性期病院の看護部長（以下、「看護部長」と略）とした。研究協力候補者のうち、研究の主旨と方法に同意の得ら

れた研究協力者は、担当課長5名、看護職者10名、看護部長4名であった。

2. データ収集および分析

データ収集は、半構造化した質問用紙を用いて訪問面接を60～90分行い、ICレコーダーで録音した。面接内容は、担当課長には、島嶼地域の人材確保の課題と解決方法、看護職者には、島嶼地域の人材養成の課題と解決方法、島嶼地域の看護職者の強み、看護部長には、都市地域の人材養成の課題と解決方法、島嶼地域の看護職者の生かし方であり、共通の内容として人事交流のメリットと期待についてインタビューした。

データは、島嶼地域および都市地域の調査結果を研究協力者ごとに、インタビュー内容を逐語録に起こし、質的帰納的に整理し分析した。人事交流のメリットについては、島嶼地域へのメリット、都市地域へのメリットについて語った回答内容を意味が損なわれないようセンテンスにし、類似した内容をサブカテゴリー化、カテゴリー化した。

3. 倫理的配慮

研究協力者には研究の主旨と方法を口頭で説明し、同意を得た。その際、得られた情報は本研究以外の目的で使用されることはないこと、個人が特定されないように配慮すること、参加は自由意思によること、途中辞退も可能であることを伝えた。

なお、本研究は沖縄県立看護大学の研究倫理審査委員会で承認を得て実施した。

III 結果

1. 島嶼地域の人材確保の課題と解決方法

担当課長の捉えた人材確保の課題は、「応募者確保が困難」、「増員のための予算獲得が困難」、「島嶼の事前の現状認識の乏しさ」、「人材

が不定着」、「(職員として問題のある看護職者の) 定着による質向上の難しさ」であった(表1)。その課題解決の方法として、自己努力していることと関係者等、他者への期待があった。

担当課長の自己努力は、ホームページ内容の工夫や個別のネットワークを活かした人材さがしをしていた。また、「(看護職者の) 複数配置の要求」や看護職者の地域理解のために「地域行事への誘い」、「住宅の確保」や「事務負担の軽減」、「保健師の提案を重視し、やりたいことができるような協力」など、採用された看護職者が定着できるようにしていた。一方で、島嶼地域の地域文化・価値を共有し看護実践をしない看護職者、住民とのトラブルの絶えない看護職者や心身に健康課題のある看護職者の採用経験から、「(職員として問題のある看護職者の) 定着による質向上の難しさ」があり、面接時に過去の職歴や継続勤務期間の把握、離島出身の優先雇用、住民に溶け込める人材であるか否かの判断を挙げていた。

の判断を挙げていた。

他者への期待は、過去の保健師駐在制度の良さを振り返り「県職員からの派遣」を県へ期待、離島出身の人材養成が人材確保につながるので看護大学へ「地域推薦枠の継続」希望があった。そして、「広域市町村組合での人材確保希望」、「登録制度による必要時に人材紹介」、「民間病院からの派遣希望」と人材確保の方法を検討していた。さらに、「保健師養成校で島嶼看護教育の時間の確保」を希望し、「人材養成と人材確保をセットにした人材確保」を挙げ、そのために「人事交流を県と看護大学での協力による人材確保」を期待していた。

2. 島嶼地域の人材養成の課題と解決方法

看護職者が捉えた人材養成の課題は、「初期研修の不十分」、「キャリアアップは自己責任という考え」、「研修時間・費用・代替看護師の確保困難」、「困ったときの相談先の曖昧さ」、「島

表1 島嶼地域の担当課長、看護職者が捉えた課題と解決方法

	島嶼地域の当事者が捉えた課題	課題の解決方法	
		自己努力	他者への期待
人材確保	<ul style="list-style-type: none"> ・応募者の確保困難 ・増員のための予算獲得困難 ・島嶼の事前の現状認識の乏しさ ・人材の不定着 ・定着による質の向上の困難 	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ内容の工夫 ・個別のネットワークを活かした人材さがし ・複数配置の要求 ・地域行事への誘い ・住宅の確保 ・事務負担の軽減 ・保健師の提案を重視し実現できる協力 ・面接時に過去の職歴や継続勤務期間の把握 ・離島出身の優先雇用 ・住民との溶け込みの可能性の重視 	<ul style="list-style-type: none"> ・県職員からの派遣 ・(看護大学の) 地域推薦枠の継続 ・広域市町村組合での人材確保 ・登録制度による必要時の人材の紹介 ・民間病院からの派遣 ・保健師養成校での島嶼看護教育の時間の確保 ・人材養成と人材確保をセットにした人材確保 ・人事交流を県と看護大学との協力による人材確保
人材養成	<ul style="list-style-type: none"> ・初期研修の不十分さ ・キャリアアップは自己責任という考え ・研修時間・費用・代替看護師の確保困難 ・困った時の相談先の曖昧さ ・島嶼関連の研修会の乏しさ ・看護師・保健師の連携の乏しさ ・高齢者ケアの知識不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修の情報収集(書籍、インターネット、専門職間、親病院、大学) 	<ul style="list-style-type: none"> ・島嶼出身の人材養成 ・島嶼看護の体験 ・沖縄文化講座の開講 ・島嶼好きの人材養成 ・コミュニケーション力のある人材養成 ・地域の視点を持った看護職養成 ・住民に溶け込める人材養成 ・研修内容や方法の工夫 ・学び直しによる生涯学習支援 ・島嶼研修の継続

嶼関連の研修会の乏しさ」、「看護師・保健師の連携の乏しさ」、「高齢者ケアの知識不足」であった。

その課題解決の方法として、看護職者の自己努力は、書籍やインターネット、専門職間や親病院・大学などを活用し研修の情報収集をし、生涯学習の機会を得るために自己努力をしていた。

他者への期待は、「島嶼出身の人材養成」と「島嶼看護の体験」や「沖縄の文化講座の開講」による「島嶼好きの人材養成」、「コミュニケーション力のある人材養成」、「地域の視点を持った看護職養成」、「住民に解け込める人材養成」をあげていた。そして、生涯学習支援として、島嶼地域にあわせた「研修内容や方法の工夫」や本学が開講している「学び直しによる生涯学習支援」、「島嶼研修の継続」を希望していた。

3. 都市地域の人材養成の課題と解決方法

看護部長が捉えた人材養成の課題は、「病院理念の浸透の乏しさ」、「看護人材の質の格差大」、「在宅看護につなぐ知識・技術の乏しさ」、「異なる専門職と協働の難しさ」、「島嶼を希望する看護職は少なく、その確保に苦慮」であった。

その解決方法として、看護部長の自己努力は、「看護職の個別に応じた研修」、「対人関係の研修」、「訪問看護の研修」、「学び直しによる生涯学習支援」など様々な研修会への派遣していた。

他者への期待は、訪問看護や協働連携のスキル研修の継続であった。また、島嶼診療所を抱え人事配置を担当している看護部長は、「島嶼を希望する看護職は少なく、その確保に苦慮」している課題を挙げ、「学生時に島嶼看護の教育」、「島嶼での実習機会の確保」など本学に対して、学生時に島嶼看護に関心を持つ人材養成を希望していた。そして、現在の看護職者には「島嶼研修事業」の継続により島嶼で働く看護職者の養成を期待していた。

4. 島嶼地域の看護職者の強みと都市地域への生かし方

島嶼地域で働くことでの強みとして看護職者は、「対象理解の広がりと深まり」、「生活重視・予防重視の看護活動」、「慢性疾患管理のスキル向上」、「家族の理解と活用」、「訪問看護のスキル向上」、「地域理解と共助の活用」、「社会資源活用と協働連携」、「自己（看護職者）のセルフケア意識の高まり」、「多様な経験と工夫による看護の役割拡大」を挙げていた。

島嶼地域での看護実践を都市地域の急性期病院に生かすことについて看護部長は、「島嶼勤務経験から自信を持って島での看護の魅力を皆に伝えられると思う」、「島嶼では生活支援が明確になるので、外来・病棟・救急どこでも限定されずに生かせると思う」、「管理職の管理業務、地域連携、外来、病棟での退院調整、訪問看護ステーションに生かせると思う」を挙げていた。

このように、看護職者は島嶼地域での看護実践の強みを意識し、看護部長は、その実践を都市地域で活用できると意識していた。

5. 当事者の捉えた人事交流のメリットと期待

人事交流のニーズは、担当課長から「県にまとめ役を望みたい」、「安定した人材確保のために人事交流を利用したい」、看護職者から「事務職のように人事交流したい」、「他の島嶼で学びたい」、「島ナースとの人事交流を希望する」があった。

人事交流は、担当課長、看護職者、看護部長から「メリットがある」と回答していた（表2）。人事交流のメリットは、「人材養成の機会」と「安定的な人材確保」に大別された。

《人材養成の機会》として、「島嶼では個別性のあるケアができる」、「退院支援などゴールを見据えた看護ができる」など〈看護実践の広がりや深まり〉がある。また、〈島嶼医療の理解〉、〈生活者の視点の学び〉、〈コミュニケーション

能力の向上)、〈知識・技術の向上〉、〈病院活用方法の変化〉のメリットを挙げていた。

《安定的な人材確保》として、「マンネリ化の改善につながる」、「自分の看護について向き合える時間がつくれる」など〈リフレッシュとリフレクション〉と「病院組織内での人事交流には限界がある」など〈看護の就労の場の広がり〉があった。

人事権を持つ担当課長と看護部長は、人事交流に期待を寄せていた。担当課長は、「県との人事交流は事務職の実績があり可能だと思う」、「人事交流はしくみができれば可能だと思う」、「財政面は可能だと思う」と回答していた。看護部長は、「看護師が充足されていたら社会貢献として法人はやると思う」、「人事交流のしくみづくりのできる組織が発展する」とし、担当課長と同様に人事交流のシステム化に期待を寄せていた。

IV 考察

1. 島嶼地域と都市地域の人事交流によるキャリアアップの可能性

島嶼地域と都市地域との人材確保と人材養成は、島嶼地域の人材確保、島嶼地域の人材養成、都市地域の人材確保、都市地域の人材養成とそれぞれの課題に対応する「直線の取り組み」をしているのが現状である。島嶼地域の人材確保については当事者である島嶼の担当課長の努力だけでなく、沖縄県による本学への特定町村からの推薦入学制度や「沖縄県保健師等人材確保支援計画」により支援している(金城ら, 1999: 沖縄県保健師等人材確保支援計画 第9次, 2014)。しかし、このような人材確保の努力は効を奏さず、慢性的な人材確保に苦慮している。

このような課題解決のために人事交流のメリットである《人材養成の機会》と《安定的な人材確保》を活かすことであると考え。島嶼地域と都市地域での異なる看護実践を人事交流

表2 担当課長、看護職者、看護部長が捉えた人事交流のメリット

回答内容	サブカテゴリー	カテゴリー
知識や思考、経験の幅が広がる(課長)	看護実践の広がりと深まり	人材養成の機会
都会の病院の看護の質が変わる(看護職者)		
島嶼では在宅看護が学べる(看護職者)		
島嶼では個別性のあるケアができる(看護職者)		
退院支援などゴールを見据えた看護ができる(看護部長)	島嶼医療の理解	
島嶼医療の理解が深まる(課長)	生活者の視点の学び	
視野が広がる(看護職者)		
生活者の視点が島嶼では学べる(看護職者)	コミュニケーション能力の向上	
コミュニケーション能力が向上する(課長)		
技術のレベルアップが図れる(課長)	知識・技術の向上	
新しい知識や技術が入手できる(看護職者)		
最新の医療を学ぶ機会になる(看護職者)		
病院組織内での人事交流には限界があるので、看護の質が向上する(看護部長)	病院活用方法の変化	
島嶼からの病院の活用方法が変化する(看護職者)		
マンネリ化が防げる(課長)	リフレッシュとリフレクション	安定的な人材確保
マンネリ化の改善につながる(看護職者)		
リフレッシュできる(看護職者)		
自分の看護について向き合える時間がつくれる(看護部長)		
主任や総リーダーはあらゆる状況に対応できるので、島嶼で役に立つと思う(看護部長)	看護の就労の場の広がり	

により生かすことで安定的な人材確保にもつなげるという「循環的取り組み」が必要と考える（図1）。人事交流による循環的取り組みとは、教育機関の意図的な人材養成を加え、キャリアアップにつながるような島嶼地域と都市地域の人材確保のシステム化である。

先行研究では、「県と市町村保健師間の人材交流が、保健師としての対象理解や問題解決に向けた看護の基本の再確認や役割を再考する機会になっていた」（栗田ら、2003）、「病院からの出向・派遣を体験した看護職者は、自己の成長への結びつきを認識した出向・派遣先での体験を持ち、成長を看護実践に活かしていた」（福田ら、2010）、また「クリニカルラダーの導入が看護の質の向上や自己のキャリアアップの向上に重要なこと」（浦田、2009）があり、人事交流は看護実践の質の向上に影響を及ぼし、現任教育でのキャリアアップにつながっていることが推察される。

今回の結果は、人事担当者である島嶼地域の担当課長と都市地域の看護部長の双方は、人事交流の必要性を支持していること、人事交流のシステム化に期待を寄せていた。そして、都市地域の看護部長は「在宅看護につなぐ知識・技術が乏しい」、「異なる専門職と協働することがうまくできない」ことを課題とし、島嶼地域の看護職者は、人事交流により島嶼看護経験は都市地域の急性期病院でも在宅看護につなぐ知識・技術や異なる専門職と協働、島嶼看護の魅力の発信者として生かせると考えていた。

このように島嶼地域での看護実践の強みは、都市地域の病院での外来看護や慢性疾患管理、病診連携、高齢者ケア等にも求められるスキルである。先行研究でも「へき地という特性を有する地域での看護に求められる能力獲得を、拠点病院における継続教育の目標として位置づけることによって、派遣は単なる業務支援に終わらず、自己の看護職としての成長につながり、

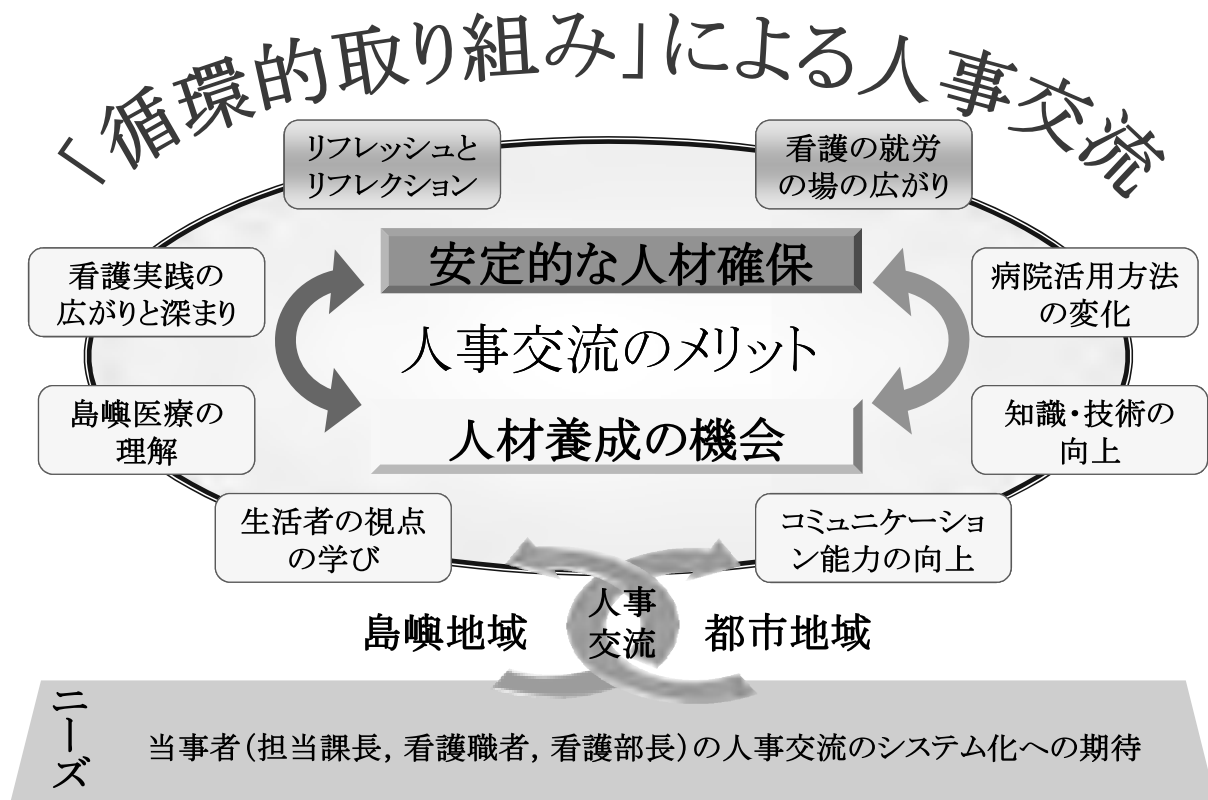


図1 島嶼地域と都市地域の人事交流によるキャリアアップの可能性

キャリア発達からも意義がある方法であること」を示唆していた(塚本ら, 2011)。しかし、現状は島嶼地域での看護実践は、都市地域に戻るとキャリアとして扱われずリセットされ、必ずしも生かされていない。島嶼地域での看護実践は、都市地域の抱えている生活習慣病等へのアプローチにも生かされるようなしくみづくりが必要である。

従って、島嶼地域と都市地域の人材養成と人材確保の課題は、「直線的取り組み」だけでなく、それぞれをつなぎ合せ「循環的取り組み」で解決方法を探ることにより、島嶼地域では人材不足が緩和され、都市地域では看護実践の広がりや深まりや生活者の視点などを備えた看護職者の人材養成が同時に実現できると考える。そのためには、島嶼地域と都市地域との人事交流のシステム化と意図的な継続教育が必要である。

2. 人事交流によるキャリアアップモデル開発に向けて

島嶼地域と都市地域の当事者が捉える人材養

成と人材確保の課題を解決するためには、人事交流によるキャリアアップモデルを開発することが確認できた。本研究は、参加型アクションリサーチの第1段階として位置づけた(図2)。第2段階として、今回の当事者が捉える課題と解決方法をまとめ、地域間や組織間で連携していくために行政の看護リーダー・有識者とシステム会議において検討する。第3段階として、島嶼地域と都市地域の当事者とのシステム会議において、実現可能性のある人事交流によるキャリアアップ(案)を提示する。第4段階として、開発されたキャリアアップモデル(案)を、モデル島とモデル医療機関を選定し実施する。最終の第5段階には、人事交流によるキャリアアップモデルを開発し公表する。

春山は、島嶼地域における人材確保(行政保健師)に向けたサポート体制として、看護系大学の活用を提言している(春山, 2008)。福田は、専門職としての自律や看護管理等に関連があるメンター(福田, 2012)の役割を果たすことで、持続可能性のある循環的な人事交流のシステム

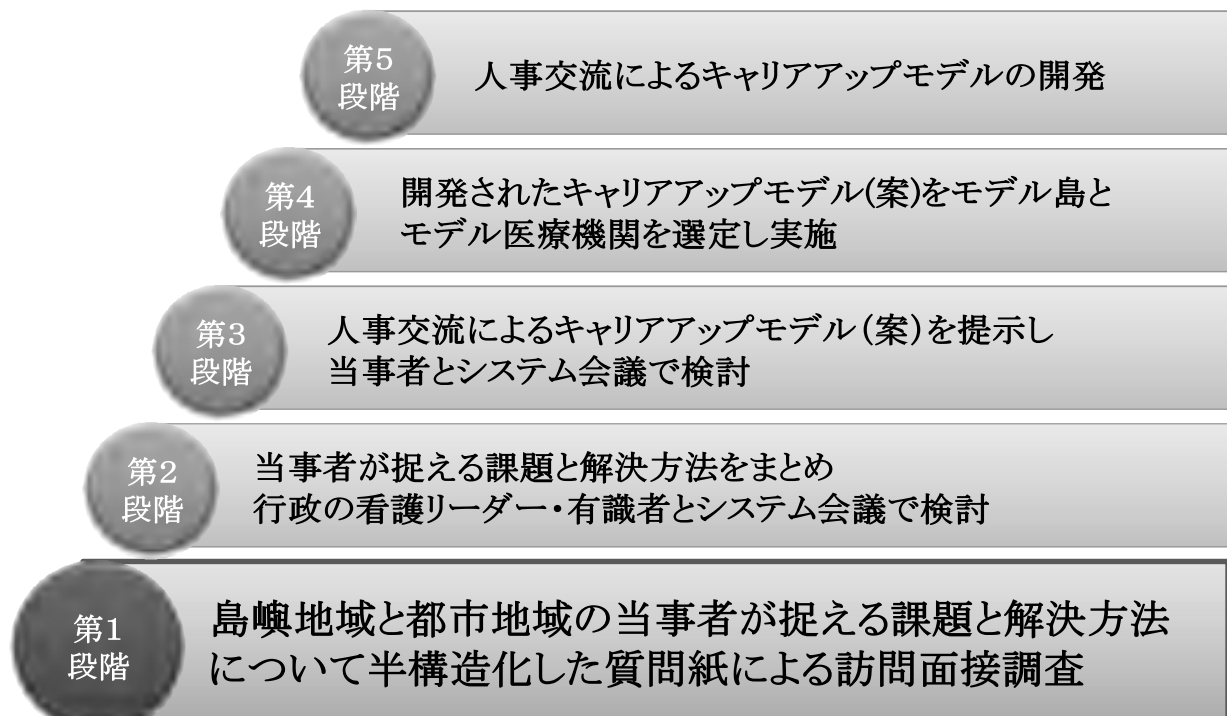


図2 キャリアアップモデル開発に向けた参加型アクションリサーチ

化につながることを示唆している。

本学はこれまで教育・研究機能を生かして前述したように外部資金を獲得して、島嶼地域の特性を取り込んだ学部・大学院の教育課程の強化、看護職者のキャリアアップのための研修事業等を積み重ねてきた実績がある。教育・研究的役割を担う本学において、島嶼地域と都市地域の看護職者の人事交流によるキャリアアップモデル(案)を作成し、参加型アクションリサーチにより検証していく役割があると考えられる。

文献

福田久子, 三木明子, 黒田梨絵：看護師におけるメンターの存在と職務満足との関係, 日本看護学会論文集 看護管理, 42, 420-423.

福田順子, 塚本友栄, 春山早苗 (2010)：キャリア発達から見た看護職の出向・派遣の意義, 日本ルーラルナーシング学会誌, 5, 76.

春山早苗 (2008)：島嶼地域の看護人材確保と提言, 日本ルーラルナーシング学会誌, 3, 19.

Kikuchi M, Goto M, Yakushinji M, et al.(2006): Educational Effects of Dispatch of Nurses to Hospitals in Rural Area, on their Nursing Practice Competence, 日本ルーラルナーシング学会誌, 1, 18-24.

金城英子, 福盛久子, 饒波房江 (1999)：駐在保健婦の引き上げに伴う保健婦活動の体制整備, 人々との暮らしと共に45年ー沖縄の駐在保健婦活動ー, 59-62, 沖縄県福祉保健部健康増進課, 沖縄.

粟田孝子, 篠田征子 (2003)：相互交流を経験した保健師の気づきから考えた保健政策の立案に必要な能力, 阜県立看護大学紀要, 3 (1), 151.

美底恭子, 大湾明美, 山口初代 (2013)：小離島における島外入院から在宅看取りに向けた診療所看護師の準備ケア, 本ルーラルナーシング学会第8回学術集会抄録集, 53.

大湾明美 (2007)：離島の保健医療看護ー公衆衛生看護婦の「活動遺産」を引き継ぐー, 保健の科学, 49(11), 744-749.

篠澤侘子, 春山早苗, 岸恵美子他 (2007)：看護実践能力向上のための教育研修プログラムの開発に関する研究 派遣制度によるへき地等地域病院における実践経験のキャリアへの反映, 自治医科大学看護学部紀要, 4, 97-10.

塚本友栄, 関山友子, 島田裕子他 (2011)：へき地医療拠点病院看護職の現状とへき地診療所看護職支援との関連, 日本ルーラルナーシング学会誌, 6, 31.

浦田喜久子 (2009)：看護職員の確保定着への取り組み 日本赤十字社による看護職員の確保定着への取り組み, 医療, 63 (2), 793-796.

研究ノート

日本語版退院準備性尺度親用 (RHDS-PF) の開発 —パイロットテストによる表面妥当性の検討—

上原和代¹ 前田和子²

キーワード：新生児集中治療室 親 退院準備性尺度親用 (RHDS-PF) パイロットテスト 表面妥当性

I はじめに

Neonatal Intensive Care Unit (以下、NICU) からの子どもの退院の目安としてアメリカ小児科学会により、子どものバイタルサインの安定といった身体面や養育者を含めた家庭環境など、客観的な基準は示されているが (American Academy of Pediatrics, 2008)、両親が退院準備についてどのように感じているかの研究は少なく (Sneath, 2009)、子どものNICU退院当日に退院の準備が整わないとした家族は12~13%あった (Smith V C. et al, 2009; Smith VC. et al, 2012)。米国ではNICU退院後の乳児の再入院率が超低出生体重児で5割、後期早産児でも27%あり (Morris B H. et al, 2005; Escobar GJ et al, 2006; Spicer A et al, 2008)、早期退院の弊害が報告され、母親はNICUにおいて経験したことのあるケアであっても家庭での医療的なケアの実施者としての自信が低い (Raines D A., Brustad J, 2012)。現在、国内外においてNICUからの子どもの退院に特異的な尺度はないが、療養中の子どもの親の退院準備性尺度 Readiness for Hospital Discharge Scale - Parent Form (Weiss M. et al, 2008) (以下、RHDS-PF) はすでに開発されている。

日本では低出生体重児の出生数の増加と長期入院児によるNICU病床の占有による病床不足を解消すべく2010年、2012年の診療報酬改定にてNICUからの退院調整加算が新設、倍増された (厚生労働省保健局医療課, 2010, 2012)。日本においても子どもと親の双方にとって適時にNICUから退院することは、親子と医療経済の両方に有益である。筆者らはWeissのRHDS-PFを日本で標準化するための調査 (以下、本調査) に先駆けて、RHDS-PFとその予測的基準関連妥当性の検討のために使用する、退院後の親の心配事と課題を測定する尺度、Transition Questionnaire (以下、TQ) Part1 (Kenner, 1994) の日本語への翻訳作業を含めたパイロットテストを行った。本テストの目的は、日本語版RHDS-PFと日本語版TQ Part1の表面妥当性を検討し、2つの尺度を含む調査用紙を適切に修正することである。

II 方法

1. 尺度の概要

1) Readiness for Hospital Discharge Scale - Parent Form (RHDS-PF)

米国の看護学者であるWeissはMeleisのTransition Theoryを理論的基盤とし、外科手術後の成人患者本人の退院準備性尺度としてRHDSを開発した (Weiss, 2006)。RHDS-PFはWeissらが療養中の子どもの親用として改良し

¹ 沖縄県立看護大学・大学院 博士後期課程
生涯発達看護分野 母子保健看護領域

² 沖縄県立看護大学・大学院 教授

た尺度で、親の個人的状況、子どもの個人的状況、知識、コーピング能力、期待される支援の5つのサブスケール、11段階のリッカート回答方式29項目と、はいいいえの回答方式2項目の計31項目から成り、尺度の信頼性が確認されている (Cronbach $\alpha=0.85$)。

2) Transition Questionnaire (TQ) Part1

米国の新生児看護学者であるKennerはNICUから自宅へ退院する子どもの親へのインタビュー調査から親の退院後の心配事と課題の概念モデルを作成し (Kenner C, 1990; Kenner C, Lott W, 1990)、Part 1~4から成るTQを開発した。親の退院後の心配事と課題を測定するのはPart 1で情報ニーズ、ストレスコーピング、親子役割発達、悲嘆、社会的相互作用の5つの次元、5段階リッカート回答方式36項目で有用性が確認されている (Cronbach $\alpha=0.71$) (Kenner C., et al, 1993)。

3) 翻訳過程

筆者はまず各尺度の開発者へ連絡をとり尺度の使用許可を得て日本語に翻訳した。次に米国の複数のNICUでNeonatal Nurse Practitionerとして勤務している日本人の協力を得て日本語訳の修正をし、所属大学の小児看護の研究者2名を交えて日米の文化と保健医療状況の違いをふまえ、日本人の親に理解しやすい表現となるよう修正を重ねた。最後に本調査の共同研究者であるNICU看護師らの意見を聞き調査用紙を修正した。

2. 研究参加者と募集方法

パイロットテストでは小学生以下の健康な子どもを育てている親 (以下、一般の親) と1年以内にNICUに子どもが入院した経験を持つ親 (以下、NICU経験の親) を参加者とした。本調査を行う予定の日本国内某県に居住する一般の

親10名、NICU経験の親2名を便宜的に選定し全員から協力が得られた。なお本調査では夫婦で調査に参加する場合も予想されるため、本テストにおいても2組は夫婦での参加を依頼した。また本テストの目的から夫婦で内容について意見交換することを制限しなかった。

3. 調査方法

本テストは平成26年7月に行った。本調査はNICU退院前から退院後1か月までに3回の調査時期を持つ縦断的調査で、本テストで使用した調査用紙Aは退院前、調査用紙Bは退院後に使用予定である (表1)。まずは参加者に調査用紙A、Bの順で回答してもらった。回答の際は所要時間を測定し、わかりにくい部分にマーカーで印をつけ直接コメントを記入するよう依頼した。回答後は調査用紙全般の総合的な評価を所定の用紙に記入してもらい、個別に承諾を得て本調査への意見を聞きとった (表2)。一般の親への配布と回収は筆者が行い、NICU経験の親への配布は仲介者に依頼し回収は郵送とした。

4. 分析方法

調査用紙A、Bへの直接記入と聞き取りの結果を質問項目毎に分類し、RHDS-PFとTQ Part1を含めた全ての質問項目の理解し易さや答え易さに留意し、言い回しや表現を研究者間で再検討した。また総合評価は単純集計し、調査用紙全体の改善に役立てた。また、筆者らで判断しかねる点は尺度の開発者へ問い合わせた。

5. 倫理的配慮

本テストへの参加の任意性、利益と不利益、個人情報の保護、途中辞退が可能であること、答えにくい項目は空欄としてよいことを依頼文に明記し、口頭と紙面で一般の親へは筆者が、NICU経験の親へは仲介者が個別に説明し参加

の同意を得た。また個人が特定されないよう調査用紙の開封は全ての調査用紙の回収後とした(沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会 承認番号14001)。

Ⅲ 結果および考察

1. 調査用紙の回答状況と妊娠中の参加者への配慮

調査用紙A、Bへの回答を完了した者は12名中9名あった。9名の回答結果より各調査用紙の記入率は、調査用紙Aは97.0%、調査用紙Bは97.9%で無回答の項目は世帯の年収など基本属性に関する項目であった。回答所要時間の平均は調査用紙Aで13.1(最大8~最小23)分、調査用紙Bで6.9(最小4~最大14)分であった。

回答を中断した3名の参加者は、現在妊娠中の母親2名とその夫1名であった。うち2名は回収時の聞き取りに応じ、「アンケートに集中

できなかった」「考え込んでしまって答えられなくなった」と感想を述べた。子どものNICU入院期間が超低出生体重児で100日前後となり、次子を妊娠中の母親が本調査に参加する可能性があるため、その際は説明と同意の段階で負担感について確認し参加者から除外することも検討する。なお、妊娠中であった2名の参加者へは調査後に個別訪問をし、その後の心身への影響がなかったことを確認した。

2. 調査用紙への参加者からの意見とそれへの対応

調査用紙への直接の記入は一般の親10名中4名、NICU経験母親2名中1名の合計5名から計35件得た。調査用紙の質問項目毎に参加者の意見をまとめ、筆者らの解釈と対応を一覧表にした。RHDS-PFとTQ Part1の表面妥当性について以下に述べる。

表1 調査用紙の構成

調査用紙A		調査用紙B
装丁	A4サイズ、左開き冊子タイプ、フルカラー印刷	
調査回 (調査時期)	1回目調査用紙(退院前)	2回目調査用紙(退院後1週目)* 3回目調査用紙(退院後1か月目)*
ページ数	8ページ中、質問項目6ページ	6ページ中、質問項目4ページ
質問項目	80	51
構成	<ul style="list-style-type: none"> ・依頼文(表紙) ・あなた・ご家族・お子さまについて(基本属性) ・退院準備状況 親用(RHDS-PF) ・お子さまの退院調整 ・NICUでのご家族への支援 ・NICUでの退院教育の受講状況 ・お子さまへのお世話の技術の習得状況 ・筆者およびNICUへの連絡欄 	<ul style="list-style-type: none"> ・依頼文(表紙) ・退院後の親の気持ち(TQ Part 1) ・お子さまへのお世話の技術の習得状況 ・退院後、お子さまの体調やお世話に困った時のあなたの対処方法 ・筆者およびNICUへの連絡欄

*注釈) 2回目調査用紙と3回目調査用紙は同じである。

表2 パイロットテストの流れと参加者の協力方法

時間経過	配布	→	→	2~3日後回収	回収時(当日)
行程		調査用紙A, Bの評価		総合評価	聞き取り
協力方法	<ul style="list-style-type: none"> ・調査用紙Aへの回答 ・所要時間の測定 	<ul style="list-style-type: none"> ・調査用紙Bへの回答 ・所要時間の測定 	<ul style="list-style-type: none"> ・調査用紙A, Bへ直接マーカーを引き、意見を記入する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・総合評価用紙への回答 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般の親のみ任意で個別に聞き取り

表3 調査用紙Aへの意見と対応・改善

構成	質問番号毎の意見	対応・改善
依頼文	「気持ち」「気もち」が混在。カギつき→鍵付き。(一般父親)	読みやすさを考慮し、「気もち」「カギつき」にすべての調査用紙の表現を統一。
	誰がこの調査の主催者か？病院の立場は？(一般母親)	「本調査はご入院されていた施設およびNICUの協力を得て、上記の院生が主として行っております。」という文言を追加。
	アンケートの内容と回答時期の一覧表はかえってわかりにくい。	調査回に応じた時期と内容へ変更。
I. あなた・ご家族・お子さまについて	1-3) 学歴は必要か？(一般母親)	修正なし
	1-6) 健康な子どもの数、という表現は差別的(一般母親)	「健康なお子さまの数」を削除した。
	1-9) 10) 12) 子ども、お子さま、の表現の統一感がない。(一般母親)	10) の選択肢、夫婦と子ども、のみ「子ども」を残し他は「お子さま」へ修正した。
	1-12) 退院する子を含めるか。(一般母親)	「※入院中のお子さまは含めません」を追加
	1-14) 退院後の住まいの選択肢、三世帯同居の場合、[自宅・親の家]は同じになる。(一般母親)	10) 同居者からわかるため、修正なし。
	2-1) 生まれた時の週数のこと？(一般母親)	数字の穴埋め式から、疑問形に変更し、親が主で回答できる表現とした。例)生まれた時のお子さまの週数()週→妊娠何週で生まれましたか？()週
	3-5) 早産の経験「あり」の後、数字の記入欄に、36回と回答。(一般母親)	週数と勘違いしたと思われる。表記は「()回」のままとした。
	自分自身のことと子どもの質問が交互にあり、ややこしい。(NICU経験母親)	父母自身に関する質問と子どもに関する質問を分け、見出しを付けた。
	2a) 自分への質問か子どもの質問か、わかりづらい。(一般母親)	上記にて解消
	3a) 逆に○しそう。(一般母親)	逆転項目にて修正なし
3b) 逆に○しそう。(一般母親)	逆転項目にて修正なし	
6a) 逆に○しそう。(一般母親)	逆転項目にて修正なし	
7b) 逆に○しそう。(一般母親)	算定方法によると順項目だが確かに逆転項目のような内容である。開発者へ要確認。	
II. 退院準備状況親用 (RHDS-PF)	4ab) 体力、5ab) 元気、の違いは？(一般父親)	原文では、4ab) strength、5ab) energyである。4ab) 体力、で修正なし。5ab) energy元気→活気へ変更
	8b) 生後すぐで、年齢に応じた一般的な活動(ほ乳、あそびなど)として、あそびができる？(一般父親)	原文: usual activities for his/her age (for example, eating, bathing, toileting, play)? 原文は小児全般を想定した表現であるが、NICU退院前後の子どもを想定して、先の表現とした。あそびの定義は人それぞれにあると考えるが、人形やガラガラなどでのあやしもこの頃の遊びもあるとし、修正しなかった。
	10) 健康な子どもでもお世話のタイミングはわからなくてふつう。(一般父親)	育児へのかかわりの程度などにより回答者により差があつてよい。そのままの表現とした。
	12) 文章の下半分が欠けている。(一般父親)	セルを広げて印刷確認済
	15) 「医学的な観点からお子さまに許されている活動内容や程度」とは？(一般母親)	原文: what your child is allowed and not allowed to do NICUからの退院では先天性心疾患や代謝性疾患、慢性肺疾患などを持つ乳児の水分・栄養や活動の制限、感染予防策などが想定された。直訳では「許されること許されないこと」となり、「しつけ」と解釈されることを危惧して、日本語版では「医学的な観点から」の補足をした。NICUからの退院前に親へ個別に説明されるため、そのままの表現とした。
	17) 住い→住まい(一般母親)	誤字を修正済
	20)、24) 医療的ケアに該当しない人もいるため。「該当なし」を作るとよい。(NICU経験母親)	医療ケアに関する3項目について(12, 20, 24)、「該当しない」のチェック欄を追加した。
III. お子さまの退院調整とお世話の技術について	2-7) フォローアップ、わかりにくい。(一般母親)	NICUに入院している子どもの親は理解できる表現と思われ、そのままとした。
	3-2) 母乳を与えること、の項目は男性には不要。(一般父親)	「該当しない」のチェック欄を追加した。
	3-7) 発達の援助、わかりにくい。(一般母親)	「発達を促す援助」へ変更。

1) 日本語版RHDS-PF—退院準備状況 親用—への意見と対応・改善 (表3)

書式や評価方法に関して参加者より3つの意見があった。1つめは親自身への質問と子どもに関する質問が交互に問われることでの混乱であった。質問項目が親子交互に配置される項目は原版において、physically ready, level of pain and discomfort, strength, energy, physical ability/usual activitiesの5つ、計10項目ある。英語表記の場合、文章の違いは主語がyouかyour childだけであり、文法的にも視覚的にもわかりやすい。しかし日本語表記の場合、主語はあくまで調査用紙に回答する親であるため末尾の動詞で「お子さまが～することについて、(あなたは) …と意思ですか。」と複文で表現される。文章が長くなり、最後まで読まなければ親自身への質問か、子どもの状況に関する質問かわかりづらい。小児看護の研究者らと検討し、親自身への質問と子どもへの質問を分けて項目の並び替えをし、通し番号を付け直した (表4)。

2つめは、0-10まで細かく聞かれるので答えにくい、自身の考えと逆に回答してしまいそうになる質問があるなど、尺度に関する意見であった。11段階のリッカート尺度および逆転項目は意図的であり原版のままとしたが、筆者らがみても逆転項目と思われるが原版では順項目

であった1項目について開発者に問い合わせをし、原版のスコアリング方法の誤りであることを確認した。

3つめは「医学的な観点からお子さまに許されている活動や程度」という質問の意味に関してであった。原文では、How much do you know what your child is allowed and not allowed to do after you go home? である。直訳では「退院後、あなたの子どもに許されている、また許されていないことについてどのくらい知っていますか?」となるが、これでは回答者に「子どもの躰」に関する質問と解釈される懸念があり、筆者らで「医学的な観点から」を付け加えた。例えば先天性心疾患をもつ乳児の水分や活動の制限である。子どもの疾患と退院後に必要な医療的ケアや制限についてはNICU退院前に個別に親への教育がされるため当事者には理解しやすいと考え、そのままの表現とした。

2) 日本語版TQ Part1—退院後の親の気持ち—への意見と対応・改善 (表5)

参加者が答えにくいと感じたものは36項目中以下の3項目あった。17) はoverwhelmedの日本語訳を修正したが、20) 34) はそのままの表現とした。表現を修正しなかった理由は、参加者の答えにくさが翻訳によるものではなく、

表4 RHDS-PF (Weiss, 2008) 原版からの質問項目の並び替え

〔Readiness for Hospital Discharge-Parent Form〕 原版	
2a.	How physically ready are <u>you</u> to go home?
2b.	How physically ready is <u>your child</u> to go home today?
〔退院準備性尺度 親用〕 日本語版	
修正前	
2a.	ご自身の身体面についてどのくらい退院の準備ができていますか。
2b.	今日のお子さまの身体面についてどのくらい退院の準備ができていますか。
修正後	
あなたの今日の状況についてお聞きします。	
3)	お子さまの退院に向けて、体調はどのくらい整っていますか。(途中省略、10) まで
お子さまの今日の状況についてお聞きします。	
11)	退院に向けて体調はどのくらい整っていると思いますか。(途中省略、15) まで

注釈 原版では3a.3b.4a.4b.5a.5b.8a.8bが親と子どもの対の質問項目である。
修正後3) は修正前2a、修正後11) は修正前2bにそれぞれ対応。

表5 調査用紙Bへの意見と対応・改善

構成	質問番号毎の意見	対応・改善
依頼文	コメントなし	
I. 退院後の親の気持ち (TQ Part1)	17) 「子どもの退院後に起こった生活全般の変化が重圧となってストレスである」表現が少し難しい。(一般母親)	overwhelmedの翻訳を検討し、「子どもの退院後に起こった生活の変化がストレスである、または、まいっている」に修正。
	20) きょうだいはひらがな？ (一般父親)	修正なし 兄弟姉妹をふくめているため「きょうだい」と表記。
	20) 「子どものきょうだいの存在がストレスになっている」答えにくい。(一般母親)	修正なし
	29) 「を」が不要 (一般母親)	削除した
II. お子さまのお世話の技術について	34) 「子どもを亡くしてしまいそうで怖い」質問内容がきつい。(一般父親)	修正なし
	5)-1 段階の並びがI退院後の親の気持ち (TQ Part1) と逆のため答えにくい。(一般母親)	TQの5段階リッカートの配置を、右に高得点の並びへ修正 (5 4 3 2 1 → 1 2 3 4 5)。すべてのリッカート尺度の並び方を右が高得点に統一する。
III. 退院後、お子さまの体調やお世話に困った時の対処方法	2) 母乳を与えること、の項目は男性には不要。(一般父親)	「該当しない」のチェック欄を追加した。
	1) 友人や家族への電話相談の頻度は選択にしてはどうか、～5回、6～10回、11回以上など (一般父親)	修正なし。1か月以内の質問紙であり、およそでも数字で記入が可能と考える。

表6 TQ Part1の答えにくかった質問項目の原版と日本語版の比較

番号	質問内容
17)	I am overwhelmed or stressed by having my child at home. 子どもの退院後に起こった生活全般の変化が重圧となって、ストレスである ストレスである、または、まいっている
20)	I feel pressure from my other children. 子どものきょうだいの存在がストレスになっている
34)	I am afraid that my child will die 子どもが亡くなってしまうのが怖い

注釈 この質問群の指示文では、「退院後のお子さまとの生活の中で感じているあなたの気持ちについて…」回答するよう示してある。主語は回答者、つまり親である。修正か所を取り消し線で示した。

‘子どもの存在をストレスに感じる’ことの親としての後ろめたさや‘子どもが亡くなる’と口にするのが不吉に感じられるためと推測した。日本では育児は母親の役割という考えが一般的だが、米国や欧州ではベビーシッターの利用が普及し、子育て期にも夫婦の時間をもつのが一般的である。参加者の答えにくさは子育て文化の違いが影響していると考えられた。なお‘亡くなる’は‘死ぬ’を婉曲に表現した忌み言葉であり、それ以上の比喩が困難であった(表6)。

3) 日本語版RHDS-PFとTQ Part 1の表面妥当性と本調査への課題

回答後に対面で聞き取りができた一般の母親3名へ、調査用紙の一部が英語圏で作成された尺度であることを伝え、質問項目や表現に違和感がなかったかを尋ねたところ3名とも翻訳と気づかなかったと答えた。それぞれの修正か所は前述のように日本語と英語の文法の違い、日米の子育て文化の違い、表現が率直か婉曲かなどで項目の削除や大幅な内容の変更をすることなく日本語版を作成できた。しかしTQ Part1

で参加者が答えにくいと感じた3項目はストレスコーピングおよび悲嘆のサブスケールに該当し、参加者の文化的背景の影響を受けやすい。RHDS-PFは米国のみ、TQはカナダ、米国、ロシアで使用されているが、アジア圏での利用はどちらも初めてである。米国で作成され信頼性が確認された心理的尺度が日本で有効かは本調査で検証する。

3. 総合評価

総合評価には未記入がなかったため参加者全員の結果を調査項目毎に以下に示す。

1) レイアウト

レイアウトについて、5よい、4まあよい、3ふつう、2やや悪い、1悪い、の5段階でたずねたところ平均4.3点で‘まあよい’と評価できた。自由記述と聞き取りでは「誰がこの調査の主催者か、調査者と病院との関係がはじめにわかると安心（一般母親）」「表紙の調査内容と時期の表は全体がわかるが見づらい（一般母親）」との意見があった。調査者である筆者と病院の関係性を明記し、表紙の情報量を調査回毎に選定し簡素化した。

2) 色合い

色合いについて、5よい、4まあよい、3ふつう、2やや悪い、1悪い、の5段階でたずねたところ平均4.3点で‘まあよい’と評価できた。自由記述と聞き取りでは「1回目の表紙は暗い印象（一般母親）」という意見があったため、表紙の図柄と基調色を変更し、画像データの画素数や印刷方法を改善した。

3) 文字の大きさ

文字の大きさについて、5大きい、4やや大きい、3ふつう、2やや小さい、1小さい、の5段階でたずねたところ平均3.1点で‘ふつう’でちょうどよいと評価できた。しかし自由記述

では「1回目は質問項目が多く見づらい（NICU母親）」という意見もあった。1回目調査に含まれるRHDS-PFは31項目でかつ11段階尺度で、見開き2枚に納めるために他に比べ文字が小さく行間が詰まっていた。原版では質問文と尺度が上下に並んでいたが日本語版では左右に分けるレイアウトへ変更し、見やすさを改善した。

4) 質問項目の量

質問項目の量を調査用紙毎に、5多い、4やや多い、3ふつう、2やや少ない、1少ない、の5段階でたずねたところ調査用紙A平均4.2点‘やや多い’、B平均3.3点‘ふつう’と評価できた。Aの質問項目が‘5多い’と回答した者は12名中4名、自由記述でも「質問項目が多く途中で疲れる（一般父親）」「Aでは環境を整えた方がよい（一般母親）」など意見があった。調査用紙Aは退院前のNICU面会時の回答を想定していたため調査協力施設と相談し、半分の協力施設で面談室の利用が可能となった。また面会后に自宅に持ち帰り回答してもよいと伝えるようにした。

5) 答えやすさ

質問項目への答えやすさについて調査用紙毎に、5かんたん、4ややかんたん、3ふつう、2ややむずかしい、1むずかしい、の5段階でたずねたところ、Aで平均3.5点‘ふつう～ややかんたん’、Bで平均3.9点‘ややかんたん’と評価できた。しかし‘むずかしい’～‘かんたん’までばらつきが大きい質問項目であったことから、質問への答えやすさは参加者の背景や回答時の精神状態、環境などが反映されやすいと思われる。

IV 結論

子育て中の一般の親とNICUに子どもが入院した経験を持つ親へ日本語版RHDS-PFと日本

語版TQ Part 1 を含む調査用紙に回答してもらい、答えやすさや表現方法について意見収集した。結果、RHDS-PFの原版の項目を一部並び替えたものの、両尺度とも項目の削除や内容の変更をすることなく表面妥当性を確認でき、調査用紙を適切に修正できた。

引用文献

- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, Hospital Discharge of the High-Risk Neonate (2008). *Pediatrics*. 122 (2), 1119-1126.
- Boykova M.(2008). Follow-up care of premature babies in Russia: evaluating parental experiences and associated services. *infant*. 4(4), 126-130.
- Escobar GJ, Clark RH, Greene JD. (2006). Short-Term Outcomes of Infants Born at 35 and 36 Weeks Gestation: We Need to Ask More Questions. *Seminars in Perinatology*. 30 (1), 28-33.
- Kenner C. (1990). Caring for the NICU parent. *J Perinat Neonatal Nurs*.4 (3), 78-87.
- Kenner C, Lott W.(1990). Parent Transition After Discharge from the NICU. *Neonatal Network*. 9(2), 31-37.
- Kenner C., Flandermeyer A., Spangler L., et al.(1993). Transition from Hospital to Home for Mothers and Babies. *Neonatal Network*. 12 (3), 73-77.
- 厚生労働省保健局医療課. (2010). 平成22年度診療報酬改定について. (2014年4月10日検索) http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/setumei_03.pdf
- 厚生労働省保健局医療課. (2012). 平成24年度診療報酬改定について. (2014年4月10日検索) www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-02.pdf.
- Morris B H, Gard C C, Kennedy K. (2005). Rehospitalization of extremely low birth weight (ELBW) infants: are there racial/ethnic disparities? *Journal Of Perinatology: Official Journal Of The California Perinatal Association*. 25 (10), 656-663.
- Smith V C, Young S D, Pursley M, et al.(2009). Are families prepared for discharge from the NICU? *Journal Of Perinatology: Official Journal Of The California Perinatal Association*. 29 (9), 623-629.
- Smith VC, Dukhovny D, Zupancic J.A F. et al. (2012). Neonatal Intensive Care Unit Discharge Preparedness: Primary Care Implications. *Clinical Pediatrics*. 51, 454-461.
- Sneath(2009). Discharge teaching in the NICU: are parents prepared? An integrative review of parents' perceptions. *Neonatal Netw*. 28, 237-246.
- Weiss M, Piacentine LB. (2006). Psychometric Properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement* 14(3), 163-180.
- Weiss M, Johnson L. N, Malin S, et al. (2008). Readiness of Discharge in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric nursing*. 23 (4), 282-295

沖縄県立看護大学紀要投稿規程

1 名称

本誌の名称は「沖縄県立看護大学紀要」(英文名: Journal of Okinawa Prefectural College of Nursing)とする。

2 発刊の趣旨

沖縄県立看護大学における研究活動の質向上に資することを目的とする。

3 投稿の資格

紀要投稿者は、原則として本学の教職員、非常勤講師、大学院生・研究生とする。筆頭著者は投稿資格を有する者とする。投稿資格を有する者は学外の研究者を連名投稿者にすることができる。

4 投稿の条件

人および動物を研究対象とする場合は、研究対象に対する倫理的配慮がなされ、そのことを論文中に記載すること。

5 投稿原稿の種類

投稿原稿の種類は論壇、総説、原著、報告、研究ノート、資料、その他であり、未刊行のものに限る。また、著者は原稿にその何れかを明記しなければならない。なお、投稿原稿は返却しない。以下、投稿原稿の種類別に制限枚数を括弧内に示す。なお、図表1つを0.5ページと数える。

- 1) 論壇Sounding Board (2頁以内): 本学の教育及び保健看護領域に関する話題のうち、論議が交わされつつあるものについて今後の方向性を示すような著述や提言したもの。
- 2) 総説 Review Article (20頁以内): 取り上げた主題について、内外の諸研究を幅広く概観し、その主題についてのこれまでの動向、進歩を示し、今後の方向性を展望したもの。
- 3) 原著Original Article (20頁以内): テーマが明確で独創性に富み、新しい知見や理解が論理的に示されているもの。研究論文としての形式が整い、研究としての意義が認められるもの。

4) 報告 Report (10頁以内) には次のものが含まれる。

- (1) 調査報告: 調査・実験などで得られたデータをまとめ、本学の教育、保健看護領域の発展に寄与するもの。
- (2) 事例報告: 事例を用いた分析が保健看護領域の展開に寄与するもの。
- (3) 実践報告: 保健看護領域の臨床、ないし教育に関する手技・技術や実践の方法に関するもの。

5) 研究ノート Research Note (10頁以内): 萌芽的研究、追試的研究、研究情報(文献レビューもこれに含める)など。

6) 資料 Sources / Information (10頁以内): 調査・実践などで得られたものに利用価値を持つもの。

7) その他 Other (10頁以内): 上記のカテゴリーに分類することが難しいが、専門部会が掲載を妥当だと認めたもの。

6 投稿原稿の構成

- 1) 原著論文の本文構成は、はじめに (Introduction)、研究方法 (Material and Methods)、結果 (Results)、考察 (Discussion)、結論 (Conclusion)、謝辞 (Acknowledgement)、文献 (References)とする。また、本文構成を段階的に記述する場合、段階番号は、1. 2. 3. ...とし、1. をさらに細分化する場合には1) 2) 3) ...とする。
- 2) 投稿原稿のうち総説・原著・報告には英文 (300語程度)および和文 (600字程度)の抄録を付ける。抄録は表題、著者名、所属、キーワード (5個以内)、抄録本文とする。抄録本文 (Abstract)は、背景 (Background)、目的 (Objective)、研究デザイン (Design)、対象 (Subjects)、結果 (Results)、結論 (Conclusion)などがわかるように簡潔にまとめる。資料・論壇・研究ノートは英文・和文タイトルおよびキーワードのみとする。ただし、英文抄録の場合は当該研究テーマを専門とし、かつ英語に堪能な研究者等のチェックを受けたことを証明するものを提出すること。

3) 英文抄録は次の要領でまとめること。

(1) 英語のタイトルは次のように記述すること（最初の文字のみ大文字にすること）。

〈例〉Parenting behaviors of young mothers on a remote island of Okinawa: A comparison with other mothers

(2) Key Words は、例のように固有名詞以外は小文字で記述すること。

〈例〉semi structured interview, triangulation, action research, QOL, Nuremberg Code

7 投稿原稿の採否

原稿の採否は紀要編集専門部会が決定する。紀要編集専門部会は査読者を選定し、査読を依頼する。査読結果等により、原稿は内容の加除、訂正を求められることがある。

8 校正

投稿者による校正は再校までとし、校正に際して原稿の変更あるいは追加は認めない。

9 原稿作成上の留意点

1) 原稿は和文または英文とする。原稿（本文、図、表、写真などを含む）は正1部、査読用（著者名及び所属を空白とした）原稿3部と、原稿を保存したCD-ROMまたはUSBメモリ等（保存形式を明記）を添付して提出する。

2) 原稿はA4版40字（全角）×30行、英文80字（半角）×30行を1ページとする。和文の場合であっても、英文字、度量衡の単位、外国人名はすべて半角（1バイト、ASCIIコード）に統一する。例えば℃、m、kgなど機種に依存する特殊記号は使用しない。また、カタカナは必ず全角文字（2バイト）とし、半角文字（1バイト）では表記しない。すなわち、「ナース」ではなく「ナース」である。イタリック体ギリシャ文字など特殊な字体、記号はその都度明確に指定する。書体は、和文の場合「MS明朝10.5ポイント」とし、英文は「Times New Roman 11.0ポイント」とする。

3) 図、表および写真は、図1、表1、写真1などの番号で区別し、本文とは別に一括する。

4) 文献の引用

本文中における文献の引用は、著者名と出版年を記載する。同一著者の同年刊行の文献の場合は年号の後にa, b, …を附す。

(例)著者1人：玉城（2009）によれば…，大城（2009a）によれば…と報告されている（野口, 2010a; 野口, 2010b）

著者2人：上原・小池（2012）によれば…

著者3人以上：高橋ら（2013）によれば… Akamine et al（2012）…

…（Ueda, 2010a; Ueda et al, 2011）

5) 文献の記載

引用文献は原稿の最後に著者名のアルファベット順に一括して記載する。その順序は、著者名、発行年、文献題名、雑誌名（出典名）、巻（号）、ページとする。なお、和文英文を問わず、著者名間、記載項目間はカンマ区切りとする。

(1) 雑誌

著者名（著者は全員を列挙する）、（発行年次）、表題、掲載雑誌名、号もしくは巻（号）、最初のページ数－最後のページ数。

〈例〉

①下中壽美, 井上松代, 玉城清子, 金城芳秀, 西平朋子, 賀数いづみ.(2009). 「妊婦ふれあい体験学習」が高校生1年生女子のライフプラン, 妊娠・出産・育児の認識度に及ぼす影響, 思春期, 27 (2), 194-203.

②Goldberg S, Beboit D, Blokland K, and Madigan S. (2003). A typical maternal behavior, maternal representations, and infant disorganized attachment, *Development and Psychology*, 15, 329-357.

(2) 単行本

著者名.(発行年次). 書名(版数), 出版社名, 発行地.

〈例〉

①上田礼子.(2006). 生涯人間発達学(改訂第2版), 三輪書店, 東京.

②World Health Organization.(1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th ed), World Health Organization, Geneva.

③Rothman, KJ.(2002). *Epidemiology An Introduction*, Oxford University Press, Oxford.

(3) 分担執筆の本

分担著者.(発行年次). 論文のタイトル, 編者名, 書名(版数), ページ数, 出版社名, 発行地.

〈例〉

①前田和子.(2001). 自己概念と自尊心, 小松美

穂子, 奥宮暁子, 前田和子, 堀内ふき, 人間理解のための看護的アプローチ (第1版), 1-11, 医学書院, 東京.

②John Pearce. (2003). Identifying psychiatric disorders in children, Elena Garralda & Caroline Hyde,(Eds.), Managing children with Psychiatric Problems,3-17, BMJ Publishing Group, London.

(4) 訳本

原著者名. (原著の発行年/翻訳書発行年). 翻訳者名 (訳), 訳本書の書名 (版数), 参照ページ, 出版社, 発行地

<例>

Holloway I and WheelerS. (2002/2006). 野口美和子 (監訳), ナースのための質的研究入門, 研究方法から論文作成まで, (第2版), 25-30, 医学書院, 東京.

(5) ウェブサイト

厚生労働省. (2008). 平成18年 国民健康・栄養調査結果の概要について.
www.mhlw.go.jp/houdou/2008/04/h0430-2.html
(2009年7月15日現在).

(6) その他

(1)~(5)のいずれにも該当しない引用文献の記載方法については紀要編集専門部会が協議し書式を決定する。

10 著作権

著作権は沖縄県立看護大学に帰属し、掲載後は大学の承諾なしに他誌に掲載することを禁ずる。また、紀要編集専門部会が用意する著作権譲渡同意書に著者全員が署名して、最終原稿提出時に添付すること。なお、投稿論文は電子情報開示されることを了解の上寄稿することを条件とする。

11 公開

沖縄県立看護大学紀要は、大学ホームページにて公開するとともに、冊子体を作成し、関連機関等に配布する。

12 投稿期間

投稿期間は、原則として毎年7月15日～9月15日までとする。

13 諸経費およびその他の必要事項は別途定める。

(作成年：平成11年)

(第1次改訂年月：平成15年1月)

(第2次改訂年月：平成15年5月)

(第3次改訂年月：平成19年3月)

(第4次改訂年月：平成21年7月)

(第5次改訂年月：平成25年4月)

編集後記

沖縄県立看護大学紀要第16号をお届け致します。本号は11編の論文を収録しています。多忙な中で査読にかかわり投稿論文の内容を錬磨してくださいました各教員の方々にお礼申し上げます。掲載された論文には修士論文を再度練り上げたもの、現在博士前期課程に在席している院生のものも含まれています。今後とも、教員はもとより院生の闊達な投稿を期待するとともに、今後さらに教員間あるいは看護の実践現場との共同研究が進み、掲載論文が着実に発展することを期待します。

平成27年3月30日

紀要編集専門部会

部会長 永島 すえみ

紀要編集専門部会

部会長 永島 すえみ

副部会長 渡久山 朝 裕

安谷屋 均

佐久川 政 吉

山城 綾 子

事務局 玉城 哉 子

JOURNAL
of
Okinawa Prefectural College of Nursing
No.16

Review Article

Cultural nursing in elderly care

Sayuri Kurechi, Akemi Ohwan, Yuki Taba, Mineko Okawa,
Hatsuyo Yamaguchi, Masayoshi Sakugawa1

Original Article

Relationship between nurses' experience caring for an elderly family member with dementia and their nursing practice

Satomi Uezato, Akemi Ohwan, Masayoshi Sakugawa, Yuki Taba,
Hatsuyo Yamaguchi, Hitomi Itokazu17

Discharge preparation for mothers who provide medical care to their infants hospitalized in the NICU: Interaction with significant others who influenced their determination and confidence

Rina Tsutsumi, Kazuko Maeda33

The Current Situation of Teenage Mothers and Measures to Identify High-Risk Individuals in Okinawa

Izumi Kakazu, Kazuko Maeda, Tomoko Nishihira49

Report

Development process of maternal behavior

—From the narrative of child-rearing mothers in a island—

Kiyoko Tamashiro, Tomoko Nishihira, Chieko Yoshikawa, Yuka Kayouda,
Reiko Ueda63

Regional health issues perceived by elderly residents of a small isolated island and their solutions:

Regional assessment utilizing residents' viewpoints at the practice level

Hitomi Itokazu, Akemi Ohwan, Masayoshi Sakugawa, Yuki Taba,
Hatsuyo Yamaguchi, Shinobu Makiuchi, Yuriko Nagamine, Yuka Tomari77

Community renovation for child-rearing support at the A island

—Maternal-Child Health Promotion Member (MCHPM) training—

Tomoko Nishihira, Chieko Yoshikawa, Kiyoko Tamashiro, Yuka Kayouda87

Research Note

Reviewing Body of Literature in Japan

—Illustrating students' reflection on nursing skills acquired at foundational nursing training—

Sachiko Takahashi, Eiko Kadekaru97

Delay of medical care for symptomatic breast cancer

—A Literature Review—

Mariko Oshiro, Midori Kamizato109

A Career development model using nurse personnel exchange program between islands and urban area (1st report)

—The problem and solution which the parties concerned—

Akemi Ohwan, Masayoshi Sakugawa, Yoko Nakasone, Izumi Kakazu,
Kzuyo Uehara, Shinobu Makiuchi, Tomoko Miyasato, Hatsuyo Yamaguchi117

Construction and Standardizing of Japanese Readiness for Hospital Discharge

Scale-Parent Form

—Pilot Test—

Kazuyo Uehara, Kazuko Maeda125

Criteria for Manuscripts133

Postscript136

March 2015