

紀 要

第 14 号

原著

終戦から67年目にみる沖縄戦体験者の精神保健

—介護予防事業への参加者を対象として—

當山富士子 高原美鈴 大城真理子 田場真由美 蟻塚亮二 仲本晴夫 大宜味恵 … 1

Cancer Pain Assessment ツールの臨床への普及プロセス

吉澤龍太 神里みどり …………… 13

在宅終末期がん患者の家族介護者に実施したアロママッサージの主観的反応

塚原ゆかり 神里みどり …………… 29

報告

離島診療所に赴任する看護師に対する教育プログラムと支援体制

下地千里 神里みどり …………… 43

ICU病棟における新任看護師の習熟度別教育プログラムの導入過程

—参加型アクションリサーチ法を用いて—

翁長悦子 池田明子 …………… 57

病棟看護師が同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた過程の特徴

伊良波理絵 嘉手苺英子 …………… 71

研究ノート

日本国内の看護基礎教育におけるディベートの取り組みに関する文献検討

—取り組みの実際と教育効果および課題—

宮里智子 伊良波理絵 高橋幸子 金城忍 嘉手苺英子 …………… 81

資料

島嶼に居住する在宅酸素療法患者支援モデルの構築

—外来看護における療養支援の現状と課題—

宮城裕子 石川りみ子 玉城久美子 照屋清子 本村悠子

奥浜杖子 盛島幸子 島尻郁子 …………… 89

学生の授業評価を正確に反映する評価項目について

—平成22年度開講の授業科目における学生による授業評価アンケート得点の傾向から—

金城忍 嘉手苺英子 高橋幸子 賀数いづみ 渡久山朝裕 金城芳秀 …………… 97

沖縄県立看護大学の「学生による授業評価」に関する課題

—学生と教員の意見から—

高橋幸子 賀数いづみ 金城忍 渡久山朝裕 金城芳秀 嘉手苺英子 …………… 105

沖縄県立看護大学紀要投稿規程 …………… 113

編集後記 …………… 115

原著

終戦から67年目にみる沖縄戦体験者の精神保健 — 介護予防事業への参加者を対象として —

當山富士子¹ 高原美鈴¹ 大城真理子¹ 田場真由美²
蟻塚亮二³ 仲本晴男⁴ 大宜見恵⁵

【目的】 戦闘が行われた沖縄本島とその周辺離島村を含む町村に在住する沖縄戦体験者の精神保健、特に戦争トラウマの現状について把握する。

【方法】 〈研究デザイン〉 量的研究。〈調査期間〉 平成24年4月～同年7月。〈対象〉 戦闘が行われた沖縄本島の4町村（南部1、中部1、北部2）および沖縄本島周辺離島の2村（南部1、北部1）を含む6町村在住者で、当該町村の介護予防事業に参加していた沖縄戦体験者で、75歳以上の者。〈調査に使用した尺度および質問紙〉 1) WHO-5 (World Health Organization Mental Health Well Being Index-five items: 精神的健康状態表)。2) IES-R (Impact of Event Scale-Revised) 改訂 出来事インパクト尺度日本語版によるトラウマの程度を測定。3) 沖縄戦に関する質問紙を使用した。

【結果】 収集したデータ303のうちIES-Rに欠損値がない257を解析対象とした。性別では女218 (84.8%)、男39 (15.2%)で、平均年齢は82.5歳。WHO-5の平均得点は21.6 (±4.2)。IES-Rの平均得点は23.2 (±16.1) で、PTSDハイリスク者とされる25点以上が106 (41.2%) あった。「沖縄戦を思い出すきっかけ」では、「戦争に関する映像・新聞記事」が208 (80.9%) であった。IES-R得点と関連があったのは、「戦争を思い出す頻度」「誰かが危険な目に遭うのを目撃した」「当時の年齢で14歳以上と14歳未満」であった。

【結論】 今回の対象は、PTSDハイリスク者が4割いたにも関わらず、精神的健康状態は良好であった。その理由として、沖縄戦体験者はレジリエンスがあり、沖縄には“ユイ”という相互扶助の精神があり、地域の共同体との繋がりがあったからだと推察される。また、PTSDハイリスク者が4割もいたことから、沖縄戦体験高齢者の介護や看護を行う際には、沖縄戦によるトラウマやPTSDを意識し関わる必要があると考える。

キーワード：沖縄戦、沖縄戦体験者、精神保健、IES-R、WHO-5

I. はじめに

沖縄戦とは、「太平洋戦争の末期に南西諸島、とくに沖縄本島およびその周辺の島々で、一般住民を巻き込み展開された地上戦である。沖縄戦の何よりの特徴は、現地住民をまきこんでの島嶼戦であったこと、その結果、正規軍人の戦死者よりも一般住民の戦死者がはるかに多かったところにある。」^{1,2)}とされている。また、沖縄戦の特徴として、池宮城らは5つを挙げており²⁾、要点につい

て筆者が以下のように要約した。

1) 3ヶ月以上の長期に及ぶ激しい地上戦：時期は、一般には1945年4月1日～同年6月23日と言われるが、米軍が慶良間諸島に上陸した3月26日から南西諸島の全日本軍を代表して無条件降伏の文書に署名した9月7日の説がある。

2) 現地自給の総動員作戦：現地自給の対象は、物資だけにとどまらず兵力不足を補填するために現地招集を拡大する一方、さらにこれを補充する防衛招集を三次にわたって実施した。これがいわゆる防衛隊である。防衛隊の対象は満17歳以上45歳となっているが、割り当てられた頭数を揃えるため15-16歳の少年や50歳前後の人まで駆り出さ

¹ 沖縄県立看護大学

² 琉球大学保健学研究科

³ 沖縄協同病院

⁴ 沖縄県立総合精神保健福祉センター

⁵ 今帰仁村役場

なければならなかった。更に、県下の全中等学校、男女青年団からも動員が行われた。

3) 軍民混在の戦場：政府は南西諸島の老幼婦女子を県外に疎開させる決定をしたが、沖縄戦が始まるまでに県外へ疎開したのは約8万人に過ぎず、40万人の一般住民が県内にとどまっていた。このような軍民雑居の状態は軍にとって深刻な問題を惹起した。

島中の老幼男女が軍と一体となって全島要塞化の突貫作業に従事したということは、軍の重要な機密が一般住民に筒抜けになっていることを意味する。つまり、住民の献身的な軍への協力は、結果として潜在的なスパイ容疑者をたらしめるというジレンマに陥ったのである。

4) 軍人を上回る一般住民の犠牲：沖縄戦における戦死者数は今なお正確な数字はつかめていない。沖縄県の援護課が推定としてまとめた数字は次のようになっている。

5) 米軍占領の長期化：戦後27年におよぶ沖縄

本土兵	65,908	} 94,000	} 122,228 (沖縄県出身戦没者合計)
沖縄出身軍人軍属	28,228		
戦闘参加者	55,246		
一般住民 (推定)	38,754		
米軍側	12,520		
合計	200,656		

統治は、アメリカ軍部の沖縄攻略作戦（アイスマーグ作戦）において、沖縄を将来にわたって日本から分離し、そこに恒久基地を設定するという意向が強く示されていた。その構想は、復帰後の今日といえども基本的に変わることはない。この間、沖縄県民は米軍の軍事支配の下で無権利状態におかれ、軍事基地のもたらすさまざまな恐怖―基地問題・人権問題・生活権の問題等―にさらされ続けてきた。

これまで、沖縄戦体験者の精神保健についての報告は少ない。沖縄戦と精神保健に関する先行研究は、當山の一農村を対象とした報告^{3,4)}、元女子学徒隊を対象とした喜納⁵⁾・平井⁶⁾・塚田⁷⁾の報告、吉川の戦争体験の回想や戦争体験からの回復過程

に関する報告^{8,9)}、蟻塚の臨床事例に関する報告¹⁰⁾が見られる。

沖縄戦以外の第二次大戦と一般住民を対象にした国内における大がかりな調査では、広島・長崎の原爆災害¹²⁾や石田ら¹³⁾の社会学的調査、それに吉松等¹⁴⁻¹⁶⁾の中年世代の生活意識と戦争体験がある。最近では、金ら¹⁷⁾の長崎の被爆体験者を対象とした報告、広島市¹⁸⁾による原子爆弾被爆実態調査の中でPTSDに関する現状が報告されている。

国外における第二次大戦と精神保健に関する報告は多数見られる。特にPTSDに関する最近の研究では、Glaesmerらの戦争体験高齢者とPTSDに関する報告およびうつや身体疾患に関する報告¹⁹⁻²⁰⁾、Lueger-Schusterらの戦時中の性虐待に関する報告²¹⁾、Sperlingらのホロコースト生還者のレジリエンス (resilience) に関する報告がある²²⁾。

このように、戦争と精神保健に関する研究は、終戦から67年が経過しているにも関わらず、未だに多くの報告があり、新しい知見も見出されている。特に、PTSDについては1980年アメリカ精神医学会において診断基準²³⁾の中に位置づけられ、レジリエンス²⁴⁾研究についても1970年代から欧米において研究が始まった概念である。

そこで今回は、戦闘が行われた沖縄本島と周辺の離島村を含む町村に在住する沖縄戦体験者の精神保健、特に戦争トラウマの現状について把握することを目的とする。

II. 研究方法

1. 対象

1) 対象は、戦闘が行われた沖縄本島の4町村（南部1、中部1、北部2）および沖縄本島周辺離島2村（南部1、北部1）を含む6町村在住者で、当該町村の介護予防事業^{*1}

（通称：ミニデイケア、以下ミニデイと略する）に参加していた沖縄戦体験者。

2) 年齢は、75歳以上の者（平成24年12月末で75歳となる者を含む）。

2. データの収集期間

平成24年4月～同年7月末日

3. 方法

- 1) 調査に先立ち、対象地域の町村長および同町村の社会福祉協議会会長へ研究の趣旨を文書および口頭で説明し、同意を得た。
- 2) 次に、ミニデイに参加していた対象者へ、文書および口頭で研究の趣旨と調査内容について説明し同意を得た。
- 3) 調査員は、元保健師を中心に心理士、医師、看護学生が参加した。調査に先立ち調査内容、面接時の留意事項について、事前に学習会を行った。調査員は、一調査地区に3名～7名を配置した。
- 4) 調査は、個人面接による他記式調査方法。
- 5) 面接時間：短い人で15分、長い人では30分以上を要した。
- 6) 調査に使用した尺度および質問紙。

(1) WHO-5 (World Health Organization Mental Health Well Being Index-five items : 精神的健康状態表) : WHO-5は、最近2週間の精神的健康状態を評価するもので、質問は、「1. 明るく楽しい気分で過ごした」、「2. 落ち着いた、リラックスした気分で過ごした」、「3. 意欲的で、活動的に過ごした」、「4. ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた」、「5. 日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった」の5項目から構成される。各質問項目について、最近2週間の状態を「いつも」から「まったくない」の6件法で回答を求めた。得点範囲は、0点～25点で、数値が高いほど精神的健状態が良好であることを示している(以下、精神的健康状態良好とする)。合計得点が13点未満であるか、5項目のうちのいずれかに0または1の回答があるときには、精神的健康状態が不良とされる(以下、

精神的健康状態不良とする)。

(2) IES-R (Impact of Event Scale-Revised) 改訂 出来事インパクト尺度日本語版: 米国のWeissらが開発した心的外傷性ストレス症状を測定するための質問票である。PTSDの3症状クラスターに対応して、侵入(再体験)症状8項目、回避症状8項目、過覚醒症状6項目の計22項目により構成され、回答は5件法からなる。採点法は、各選択肢の得点0-4点を合計し、合計得点は0～88点である。高い得点ほど症状が悪いことを表わす。PTSDのスクリーニング目的のカットオフ合計得点は24/25とされる²⁵⁾。

(3) 沖縄戦に関する質問紙: 質問紙の項目は、①性、②年齢、③これまでのあなたの人生で最もつらかった出来事、④沖縄戦の記憶、⑤戦時中の居所、⑥招集・動員の有無、⑦戦時中の避難場所、⑧収容所体験の有無、⑨食糧事情、⑩水事情、⑪戦時中の病気の有無、⑫戦時中の負傷、⑬人が危険に遭うのを目撃したかどうか、⑭身内の死亡の有無、⑮沖縄戦による財産などの被害、⑯-1沖縄戦を思い出す頻度、⑯-2どのような時思い出すか、⑯-3思い出す時の気持ち、⑰つらい体験をどのようにして乗り越えたか、である。

7) データの解析

データの解析には、IBM SPSS Statistics 19を用い、統計学的な有意差の検定には χ^2 検定を使用した。

4. 倫理的配慮

調査の実施にあたっては、以下の事項について、文書および口頭で説明を行い、対象者から同意を得た。

- (1) 研究への参加および協力は任意であり、断っても不利益が生ずることはない。
- (2) 研究への参加および協力を同意した場合であっても、辞退したい場合は、何時でも辞

退できる。

- (3) プライバシーは固く守られ、施設や個人が特定されないよう配慮する。
- (4) 研究結果を論文や学会発表、その他の方法で公表する際は、匿名性を保つ。
- (5) データは研究の目的以外には用いない。
- (6) データの保管に関しては、研究代表者が責任をもつ。

なお、本研究は沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号10026）。

- ※1 介護予防事業：要支援・要介護に陥るリスクの高い高齢者を対象とした二次予防事業と、活動的な状態にある高齢者を対象とし、できるだけ長く生きがいをもち地域で自立した生活を送ることができるようにすることを支援する一次予防事業²⁶⁾。

Ⅲ. 結果

今回活用したミニデイは、各町村の状況に合わせて、それぞれの自治会で月に1~2回実施されている。主な活動は、室内ゲームやカラオケ・ゲートボールなどのレクリエーション、リハビリ体操・食事・手芸・交流会・社会見学などが行われていた。

このように、高齢者にとって憩いの機会となっている場において、悲惨な戦争体験を話して貰うという研究計画に、地域によっては消極的な反応が見られた。当初、ミニデイ参加者にも緊張した表情がみられたが、調査の趣旨を説明し参加を依頼すると殆どの参加者が調査に応じてくれた。面接中は真剣な表情で体験を話し、終了後は、「有り難う」「頑張ってるね」「今日、初めてこのような事を話してスッキリした」「このような話しは、子や孫にもあまり話せないよ」などの声があった。対象者の重い話しに調査員も調査がスタートした当初は疲れがひどく、気が重たいと話していた。しかし、このような深刻な話しの後でも、カラオケ

や三味線が鳴ると明るい表情になり、楽しそうに歌ったり、踊ったりしている高齢者の行動を見た。しかし、数人ではあるが、面接を断った者もいた。

なお、収集できたデータは303人で、そのうちIES-Rに欠損値がない257人（84.8%）を解析対象とした。

1. 対象者の背景とWHO-5

表1は、対象者の基本属性とWHO-5の結果を示したものである。対象257人のうち、性別では女218人（84.8%）、男39人（15.2%）であった。平均年齢（±標準偏差）は82.5歳（±5.2）で、現在81歳以上（沖縄戦当時14歳以上、以下当時14歳以上とする）が158人（61.5%）、81歳未満（沖縄戦当時14歳未満、以下当時14歳未満とする）が99人（38.5%）であった。年齢の区分は、小学生と小学校を卒業したものでは戦時中の役割が異なっていたことや発達年齢で区分されていた欧米の報告を参考に行った。WHO-5の平均得点（±標準偏差）は、21.6（±4.2）であった。精神的健康が低いとされる13点未満の者が11人（4.3%）、また、5項目のうちいずれかに0または1がある者は11人（4.3%）であった。

表1 対象者の基本属性

		n=257
性	女性 n(%)	218(84.8)
	男性 n(%)	39(15.2)
年齢(歳)	平均年齢(±SD)	82.5(±5.2)
	81歳以上(当時14歳以上) n(%)	158(61.5)
	81歳未満(当時14歳未満) n(%)	99(38.5)
WHO-5	平均得点(±SD)	21.6(±4.2)
	最高得点	25
	最低得点	0
	得点13未満の者 n(%)	11(4.3)
	5項目のうち0または1の回答がある者 n(%)	11(4.3)

2. これまでの人生で最もつらかった出来事

表2は、「これまでのあなたの人生で最もつらかったと思う出来事は何ですか」の質問で、最もつらかった出来事として、[戦争]と回答した者が110人（42.8%）で半数近くを占めていた。[戦争]に

次いで多かったのは、[家族の死] 55人(21.4%)、[生活苦] 61人(23.7%)となっていた。また、全対象を当時14歳以上の者と14歳未満の対象を分けて計上した。その他、[思い出したくない] 3人(1.2%)、[何もない] が16人(6.2%)あった。

3. IES-RとWHO-5低値群の比較

表3は、IES-R得点について、全対象とWHO-5低値群の得点を示したものである。全対象のIES-R得点の平均(±標準偏差)は、23.2(±16.1)で、そのうちIES-Rの最高得点は78で、最低得点は0点であった。PTSDのハイリスク者とされる25点以上は106人(41.2%)、30点以上79人(30.7%)、35点以上58人(22.3%)であった。また、WHO-5低値群は22人で、この群のIES-R平均得点(±標準偏差)は29.9(±15.0)で、うち最高得点は59点、25点以上が14人(63.6%)、30点以上12人(54.5%)、35点以上9人(40.9%)となっていた。このように、IES-R得点を区分し計上した理由は、阪神・淡路大震災の5年後に行われた調査において、PTSDの生涯診断^{※2}ではIES-R得点が31.0、現在診断^{※2}では35.6との報告²⁷⁾があるため、今回の対象においても25.0以上、30.0以上、35.0以上に区分し比較した。

※2 PTSD臨床診断面接尺度 (Clinician-Administered PTSD Scale : CAPS) : CAPSでは、PTSDの現在診断及び生涯診断を行なうことができる。個々の症状項目の評価時期は、面接前1ヶ月あるいは1週間 (現在診断)、ないし外傷体験以後のある1ヶ月間 (生涯診断) 注)

表2 これまでの人生で最もつらかった出来事 (自由記正)

	n=257(%)		
	全対象	当時14歳以上	当時14歳未満
戦争	110(42.8)	67(42.4)	43(43.4)
家族の死	55(21.4)	35(22.1)	20(20.2)
生活苦	61(23.7)	38(24.1)	23(23.2)
思い出したくない	3(1.2)	3(1.9)	0(0.0)
何もない	16(6.2)	8(5.1)	8(8.1)
解答なし	12(4.7)	7(4.4)	5(5.1)
合計	257(100.0)	158(100.0)	99(100.0)

となる。

注) 生涯診断：現時点では症状はないが、過去のある時点では診断に見合う状態を呈したことがある場合²⁸⁾

4. 沖縄戦を思い出すきっかけ

表4は、「沖縄戦を思い出すきっかけ (複数回答)」を聞いたものである。その中で、[戦争に関するテレビなどの映像・新聞記事] が208人(80.9%)で8割を占め、次いで[慰霊の日や法事] 194人(75.5%)、[基地や軍用機] が135人(52.5%)、[雷や花火などの大きな音] 52人(20.2%)となっていた。なお、表には示していないが7月以降の調査対象114人では「オスプレイ」という言葉を発し、不安を訴えたのが16人(14.0%)いた。

5. IES-R得点の高値群 (IES-R ≥ 25) と低値群 (IES-R < 25) の比較

表5は、IES-R得点 (24/25) と統計学的な関連 (χ^2 , $p < 0.05$) がみられた項目を挙げた。

「戦争を思い出す頻度」では、〈常に思い出す〉のIES-R高値群41(38.7%)、低値群29(19.2%)、〈時々思い出す〉のIES-R高値群51(48.1%)、低値

表3 IES-R：全対象とWHO-5低値群の比較

IES-R	全対象 n=257	WHO-5低値群 n=22
平均得点(±SD)	23.2(±16.1)	29.9(±15.0)
最高得点	78	59
最低得点	0	6
得点25以上の者 n(%)	106(41.2)	14(63.6)
得点30以上の者 n(%)	79(30.7)	12(54.5)
得点35以上の者 n(%)	58(22.3)	9(40.9)

表4 沖縄戦を思い出すきっかけ (複数回答)

	人(%)
戦争に関するテレビなどの映像、新聞記事	208 (80.9)
慰霊の日や法事	194 (75.5)
基地や軍用機	135 (52.5)
雷や花火などの大きな音	52 (20.2)
その他	60 (23.3)

群83 (55.0%)、〈思い出すことはほとんどない〉の IES-R高値群2 (1.9%)、低値群29 (13.9%)、〈思い出さないようにしている〉の IES-R高値群11 (10.4%)、低値群18 (11.9%) であった ($p < 0.001$)。「戦時中、誰かが危険な目に遭うのを目撃」では、〈した〉の IES-R高値群44 (41.5%)、低値群95 (62.9%)、〈していない〉の IES-R高値群61 (57.5%)、低値群52 (34.4%) であった ($p = 0.003$)。

「当時の年齢」では、〈14歳以上〉の IES-R高値群74 (69.8%)、低値群84 (55.6%)、〈14歳未満〉の IES-R高値群32 (30.2%)、低値群67 (44.4%) であった ($p = 0.047$)。

IV. 考察

1. WHO-5から見た精神的健康状態

岩佐らによると、WHO-5総得点には年齢差が認められる²⁹⁾としており、それに関する井藤らの65歳以上大都市在住高齢者を対象とした報告(解析対象1,954人)では、WHO-5得点の平均(±標準偏差)は15.6(±6.08)、精神的健康状態が不良者の出現頻度は29.5%、年齢階級別では年齢の高い対象で精神的健康状態の不良者が多いとなっている³⁰⁾。更に、櫻井らの地域在住高齢者(平均年齢±標準偏差=70.4±6.0歳)を対象とした報告では、運動

充足感の高い対象でWHO-5得点が19.6(±3.9)、運動充足感が低い対象では17.3(±4.9)となっている³¹⁾。今回の対象は、平均年齢が82.5歳(±5.2)、WHO-5得点21.6(±4.2)と、年齢が高いにも関わらず精神的健康状態良好となっており、逆に精神的健康状態不良は、22人(8.6%)で1割弱であった。このような結果が生じた背景として、今回の対象は介護予防事業へ参加している元気な高齢者で、且つ地域の活動にも積極的に参加している活発な高齢者であることが考えられる。加えて、石原は、「戦争は多くの死者を出し、年齢構造までも変えた…(中略)…1866年～1870年生れの生年群の85～89歳、1871年～1875年生れの生年群の80～84歳を除いては、どの生年群とも各年齢階級で、沖縄県の「減少比」と「生残率」が、ともに全国より高い数値を示している…(中略)…沖縄の高齢者は全国平均に比べ、ADLおよび血液中成分の分析値が良好であることから全国の高齢者より健やかに老いている状態」³²⁾と述べている。大田は、「沖縄戦の過程で住民が被った甚大な犠牲…(中略)…沖縄住民にとっては、自らの郷土が見る影もなく破壊し尽され、数々の文化財も余すところなく潰滅させられた。そのうえ当時の人口の三分の一に相当する十数万人を犠牲に供した」³³⁾と述べている。

表5 IES-R得点の高値群と低値群の比較

項目	IES-R		合計	人(%)	p値
	高値群	低値群			
戦争を思い出す頻度	常に思い出す	41(38.7)	29(19.2)	70(27.2)	$p < 0.001$
	時々思い出す	51(48.1)	83(55.0)	134(52.1)	
	思い出すことはほとんどない	2(1.9)	21(13.9)	23(8.9)	
	思い出さないようにしている	11(10.4)	18(11.9)	29(11.3)	
計	105(100)	151(100)	256(100)		
戦時中、誰かが危険な目に遭うのを目撃	した	44(41.5)	95(62.9)	139(54.1)	0.003
	していない	61(57.5)	52(34.4)	113(44.0)	
	計	105(100)	147(100)	252(100)	
当時の年齢	14歳以上	74(69.8)	84(55.6)	158(61.5)	0.047
	14歳未満	32(30.2)	67(44.4)	99(38.5)	
	計	106(100)	151(100)	257(100)	

※ IES-R得点が25以上を高値群(IES-R \geq 25)、25未満は低値群(IES-R $<$ 25)とする。カイニ乗検定。

※ 「戦争を思い出す頻度」(解答なし1)、「戦時中、誰かが危険な目に遭うのを目撃」(解答なし5)を分析対象から削除。

今回の対象者は、沖縄戦を生きのびてきた高齢者であり、「生残率」が高いと推察される。沖縄は、かつては「琉球王国」として中国はじめ、日本、朝鮮、東南アジア諸国と交易をしていた時代から、島津侵入事件そして琉球処分へと複雑かつ激動にみちた歴史体験をしている。また、島嶼県で毎年台風に襲われるという環境の厳しさ³⁴⁻³⁵⁾がある。真栄城らは、沖縄の県民像として、「期待志向性をもっとも高く、事大主義性をもっとも低いという特徴をもち、沖縄県だけにみられる型である。他のグループからの乖離が大きく、まったく独立した型といってよい。教育熱、県人意識などがつよい反面、事大主義・実力主義・権威主義に反発するという特徴を有している」³⁶⁾と述べており、過去の歴史的背景や環境の厳しさが対象者の中にも流れているものと考えられる。庄司は、レジリエンスは、一般に「リスクや逆境にもかかわらず、よい社会適応をすること」という意味で使われる。また、「レジリエンスは、重大な逆境という文脈の中で、良好な適応をもたらすダイナミックな過程をいう」²⁴⁾と説明しており、今回の対象は、レジリエンスを維持していたものとする。

PTSD研究で著名なハーマンは、「外傷的イベントは個人と社会とをつなぐ紐を破壊する。生き残った者は、自己という感覚、自己が価値あるものであるという感覚、自己が人間に属するという感覚は自分以外の人々との結びつきの感覚に依存し、それ次第であるということを痛いほど味わう。グループの連帯性は恐怖と絶望とに対する最大最強の守りであり、外傷体験の最強力な解毒剤である。…(中略)…社会のきずなの取り戻しは私は一人ではないという発見を以て始まる。この体験が確実、協力、直接的なのはグループを措いては他にない。…(中略)…グループは、極限状態を生き抜いた人たちには測り知れない価値があることが証明されている。」³⁷⁾と述べている。沖縄には昔から、模合やユイマール(イーマール)という相互扶助の精神や郷友会・県人会活動などに見られる

ような共同体意識があり、地縁関係の結束が強いと言われている³⁴⁾³⁸⁾。一人ではなく隣人あるいは地域の共同体との繋がりがあった。すなわち、戦争という「リスク」や戦後の「逆境」にもめげず、精神的に健康で環境に上手く適応してきたのではないかと考えられる。

2. 人生で最もつらかったと思う出来事

人生で最もつらかったと思う出来事では、対象の約半数が「戦争」、次いで「家族の死」次いで「病気や生活苦」となっているが、これは当時14歳以上と14歳未満でもほぼ同様な傾向にあった。僅かではあるが、14歳未満で父親が戦死したこと、14歳以上で子どもの死が目立った。戦争は、いずれの対象においてもこころの傷として深く残っているのが確認できた。

3. IES-R得点とWHO-5低値群

沖縄戦と背景は異なるが、阪神・淡路大震災の結果を参考にすることができる。震災から5年後に実施された阪神・淡路大震災の調査(n=68)では、PTSD生涯診断と関係が高いIES-R得点は31.0で68人中14人(20.6%)、PTSD現在診断と関係が高いIES-R得点は35.6で20人(29.4%)がPTSDと診断されていた²⁷⁾。

今回対象のIES-R得点とWHO-5低値群をみると、全対象のIES-R平均得点は23.2(±16.1)で、PTSDハイリスク者のカットオフ値25以上の者は4割で、30以上の者が3割、35以上の者が2割となっている。今回の対象は、戦後67年が経過しているにも関わらずPTSDが疑われる者が、少なく見積もっても対象の2割～3割いるものと推測される。更に、WHO-5低値群では4割～半数がPTSDだと推測される。このことは、沖縄戦体験者と何らかの形で関わる時、例えば、看護や介護あるいは治療等に関わる場合は、沖縄戦によるトラウマやPTSDを意識し関わる必要があることを示唆している。

同様な見解は、Glaesmerら¹⁹⁻²⁰⁾の先行研究にお

いても述べられている。Glaesmerら¹⁹⁾は、戦後60年目に実施した大規模調査から、戦争によるトラウマやPTSDは、感情障害や不安、心臓疾患、喘息、背部痛、がん、高コレステロール、胃腸障害、聴覚障害、高血圧、甲状腺異常などの精神や身体へ影響があることを指摘し、戦争体験者と関わる場合、戦争によるトラウマやPTSDとの関連を見逃すことなく、戦争トラウマやPTSDを意識した支援の必要性について注意を喚起している。

なお、1,659人を対象としたGlaesmerら²⁰⁾の結果では、PTSD270人(16.2%)、うつ症状109人(6.6%)、身体疾患79(4.8%)、計458人(27.6%)となっており、今回の対象とほぼ同じ値であった。

沖縄県で心療内科に従事している蟻塚¹¹⁾は、「沖縄には原因不明の不眠やうつに苦しむ高齢者が大勢いるはずで、スクリーニング基準を作って診断したところ、2年間で100例も該当した」と述べ、「沖縄戦ストレス症候群」として、

- ①晩発生PTSD：老年期の不眠症。近親死など強いストレスで誘発される。
- ②命日反応型うつ病：毎年、沖縄戦慰霊の日やお盆に不眠やうつ症状を繰り返す。
- ③おおいのフラッシュバック：タイプ①②で特に「死体のおい」などの記憶に苦しむ。
- ④パニック発作型：突然、動悸がして不安と恐怖感が襲う。
- ⑤身体化障害：原因不明の身体の痛みやしびれに苦しむ。
- ⑥戦争記憶の世代間連鎖：第一世代が沖縄戦を体験、養育、貧困などが第二、第三世代にも影響を与える。
- ⑦破局体験後の人格変化：沖縄戦後、社会的不適応になり、精神病的症状を示す。
- ⑧認知症の妄想、幻覚「乳児を背負っている」と思う、夜中に「避難しろ」と叫ぶなど。

の8項目を挙げている。

なお、結果には示していないが、調査時の面接で戦時中の性虐待について、その場を目撃した人、

知人が被害者となった人、あるいは夜間に「助けしてくれー！」という女性の声を聞き、今でもその声が夢に浮かんだり、甲高い女性の声が聞こえるという体験者がいた。同様な報告は、Lueger-Schusterら²¹⁾による、ソビエトに近いオーストリアの体験者の調査において、性虐待の被害者やそれを目撃した人も、長く精神的問題やPTSDを患う人がいるとしている。その為、高齢者のケアや関係者への教育において、性的虐待は精神面への影響が大きいことから、心的外傷を意識し支援することを勧めている。

4. 沖縄戦を思い出さきっかけ

「沖縄戦を思い出さきっかけ」(複数回答)で最も多いのは、戦争に関するテレビなどの映像、新聞記事が8割を占めている。この質問については、特に時期的な要素に左右されやすいのではないかと推察された。その理由は、6月の調査対象では1件も浮上しなかった“オスプレイ”という言葉が、7月以降には高齢者の口から“オスプレイ”という言葉が出てきた。県内のマスコミによると、6月末に“オスプレイ”配備に反対する県民大会の時期が報道されるようになり、そのニュースが少なからず影響したのではないかと考えられる。また、オスプレイの影響が少ないと思われた平成23年8月の1ヶ月間について、沖縄県内の地方紙である「沖縄タイムス」から、「基地」をキーワードに検索した結果226件が浮上した³⁹⁾。幾つか項目を挙げると、①辺野古問題、②枯れ葉剤、③石綿疾患、④普天間問題、⑤F15燃料流出、⑥F15沖縄訓練開始、⑦脱走米兵、⑧オスプレイ「絶対無理」、⑨沖国大ヘリ墜落7年迎え写真展、などが挙げられる。

同様に、同じ時期の全国紙の「朝日新聞」を検索した結果、「基地」に関する記事が33件挙がった⁴⁰⁾。そのうち、26件は海外のニュースで、①世界遺産に弾痕(リビア)、②無人貨物船の打ち上げ失敗、③金日成指示で工作活動など、沖縄の「基地」関連の記事は3件のみであった。地方紙と全国紙で

は、単純に比較することには無理があるかと思われるが、沖縄の地方紙のタイトルは、住民の生活の場で日常的に起こっている内容であり、如何に沖縄が基地から派生する問題の影響を受けているかが推察できる。

5. IES-R得点の高値群と低値群の比較

IES-R得点の高値群と低値群の比較では、「戦争を思い出す頻度」や「戦時中誰かが危険な目に遭うのを目撃したか否か」「当時の年齢」において、有意差がみられた。特に、「戦争を思い出す頻度」では、 $p < 0.001$ となっていた。これは、先にも述べたが基地問題に関連するマスコミの報道が強く影響しているものと推察される。1日に7~8件の基地に関する報道、更に今年の7月には“オスプレイ”のキーワードで408件が新聞で報道されている⁴¹⁾。凄惨な沖縄戦で大きなトラウマを抱え、その上終戦後もそれが癒える間もなく、基地問題に翻弄され心の底にトラウマが沈んだままになっているのではないだろうか。このように考えると、蟻塚¹¹⁾が指摘するように、沖縄戦体験者が強いストレスによる晩発性のPTSDを発症するという危険性も十分考えられる。「戦時中誰かが危険な目に遭うのを目撃したか否か」(表5)では、弾が飛んできて目の前で身内が死亡したり、死人の上をまたいで必死で逃げたことやレイプの場面を目撃したことなどが、脳裏にしっかりと焼き付き未だに忘れられないと涙ながらに話す体験者が見受けられた。

「戦時中誰かが危険な目に遭うのを目撃したか否か」について関連する先行研究では、Glaesmerら²⁰⁾の幼児期の体験を60年後に追跡した報告で、目撃とトラウマの関係では今回の調査と同様な結果であった。「当時の年齢」については、Wendtら⁴²⁾が、第2次大戦中の年齢が2-7歳、8-13歳、14-20歳の年齢層に分けて分析した結果、対象全体ではPTSDが10~11%がみられたが、そのうち年齢の高い青年層の14-20歳が6割を占めていたとの報告がある。この値は、本調査の当時14歳以上のIES-R得

点25点以上が6割を占めているのと全く同様な結果である。当時14歳以上の対象では、小学校を卒業し日本軍の作業に駆り出されたり、年齢の高い者では結婚し、子どもや家族の世話という役割があり、若い年齢層に比べ戦争体験の厳しさが影響しているのではないかと考えられる。

V. まとめ

1. 戦闘のあった離島2村を含む6町村の介護予防事業に参加した沖縄戦体験者のWHO-5得点は、先行研究に比べ高得点であり精神的健康状態は良好であった。
2. IES-Rによると、PTSDのハイリスク者が4割あった。その理由として、凄惨な沖縄戦体験に加え、日常的に起きている「基地」から派生する問題がマスコミにより報道されることが強く影響しているものと推察される。また、IES-R得点の高値群と低値群では、「戦争を思い出す頻度」「戦時中誰かが危険な目に遭うのを目撃した」「当時の年齢」で関連がみられた。
3. 今回の対象は、PTSDのハイリスク者が4割いたにも関わらず、精神的健康状態は良好であった。その理由として、沖縄戦体験者は高いレジリエンスがあり、加えて沖縄には“ユイ”という相互扶助の精神があり、地域の共同体との繋がりがあったからだと推察される。
4. PTSDのハイリスク者が4割いたことから、沖縄戦体験者に対する心身の介護やケアを行う際は、沖縄戦によるトラウマやPTSDを意識した関わりが必要だと考える。

謝 辞

本研究を実施するに当たり、苦しい体験にも関わらず調査に御協力下さいました沖縄戦体験者の皆さまはじめ、当該町村役場および社会福祉協議会、各公民館およびミニデイ担当者の皆さま、暑いなか労をいとわず調査員として本研究へ参加して下さいました元保健師はじめ、大学院生、大学

生その他の皆さまへ心より感謝いたします。

最後に、研究助成を頂きました「沖縄県対米請求権事業協会」に感謝申し上げます。

文献

- 1) 沖縄大百科事典刊行事務局編 (1983) : 沖縄大百科事典上, 沖縄タイムス社, 沖縄.
- 2) 池宮城秀意編集代表 (1981) : 日本の空襲一九四一―一九四五, 三省堂, 東京.
- 3) 當山富士子 (1984) : 「沖縄の文化と精神衛生」所収―本島南部における沖縄戦の爪跡, 弘文堂, 東京.
- 4) 當山富士子 (1992) : 本島南部―農村と沖縄戦―精神衛生の問題を中心に, 東京大学医学部 (博士論文) .
- 5) 喜納春香, 當山富士子, 田場真由美, 宇良俊二, 高原美鈴 (2009) : “沖縄戦”へ動員を余儀なくされた元女子学徒隊の精神保健の現状、第25回沖縄県看護研究学会集録, 55-58.
- 6) 平井志保, 高原美鈴, 當山富士子 (2011) : “沖縄戦”へ動員を余儀なくされた元女子学徒隊の看護と精神保健 (その1), 日本公衆衛生雑誌, 58巻10号, 381.
- 7) 塚田宏子, 當山富士子, 高原美鈴 (2011) : “沖縄戦”へ動員を余儀なくされた元女子学徒隊の看護と精神保健 (その2), 日本公衆衛生雑誌, 58巻10号, 381.
- 8) 吉川麻衣子 (2004) : 戦争体験からの回復過程に影響を及ぼす要因に関する探索的研究―沖縄県高齢者の生活, 明治安田こころの健康財団研究助成論文集, No.39, 135.
- 9) 吉川麻衣子, 田中寛二 (2004) : 沖縄県の高齢者を対象とした戦争体験の回想に関する基礎的研究, 心理学研究, 75(3), 269-274.
- 10) 蟻塚亮二 (2012) : 沖縄戦によるストレス症候群, 病院・地域精神医学, 54(4), 31-34.
- 11) 蟻塚亮二 (2012) : うつ, 不眠背後に沖縄戦が―精神科医が新たな診断指標, 民医連新聞, 第1528号, 1.
- 12) 広島市・長崎市原爆災害編集委員会 (1979) : 広島, 長崎の原爆災害, 岩波出版, 東京.
- 13) 石田忠代表 (1979) : 原爆被害の全体像に関する実証的研究 その1・その2, 昭和54年度科学研究費補助金 (総合研究A) 研究成果報告書.
- 14) 吉松和哉, 三宅祐子, 尾崎新, 箕口雅博 (1986) : 現代中年男性世代の生活意識と戦争体験, 社会精神医学, 9(1), 66-73.
- 15) 吉松和哉, 三宅由子, 箕口雅博, 尾崎新, 中村健一 (1987) : 現代中年男性世代の生活意識と戦争体験 (第2報), 社会精神医学, 10(2), 138-144.
- 16) 吉松和哉, 箕口雅博, 三宅由子, 尾崎新 (1988) : 現代中年男性世代の生活意識と戦争体験 (第3報), 社会精神医学, 11(2), 180-188.
- 17) 金吉晴 (2009) : 被爆体験のもたらす心理的影響について, 精神神経学雑誌, 400-404.
- 18) 広島市 (2010) : 広島市原子爆弾被爆実態調査研究「原爆体験者等健康意識調査報告書」.
- 19) Heide Glaesmer, Elmar Braehler, Harald Gundel, Steffl G.Riedel-Heller (2011) : The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with physical morbidity in old age: a German population-based study, Psychosomatic Medicine, 73, 401-406.
- 20) Heide Glaesmer, Marie Kaiser, Elmar Braehler, Harald J.Freyberger, Philipp Kuwert (2012) : Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly - a German community-based study Aging & Mental Health, Vol.16, 3-4, 403-412.
- 21) Brigitte Lueger-Schuster, Tobias M.Gluck, Ulrich S.tran, Elisabeth, L.Zeilingner (2012) : Sexual violence by occupational forces during and after World War II: influence of experiencing and witnessing of sexual violence on current mental health in a sample of elderly Austrians, International

- Psychogeriatrics, 24:8, 1354-1358.
- 22) Wolfgang Sperling, Sebastian Kreil, Teresa Biermann (2012): Somatic Diseases in Child Survivor of the Holocaust With Posttraumatic Stress Disorder: a comparative study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol200, No.5, 423-406.
- 23) ジュディス・L・ハーマン, 中井久夫訳 (1999): 心的外傷と回復, みすず書房, 東京.
- 24) 庄司順一 (2009): リジリエンスについて, 人間福祉学研究, 2(1), 35-47.
- 25) 東京都医学総合研究所: IES-R (Impact of Event Scale-Revised) 改訂 出来事インパクト尺度日本語版.
- 26) 介護予防マニュアル改訂委員会 (2012): 介護予防マニュアル改訂版, 介護予防マニュアル改訂委員会.
- 27) 兵庫県長寿社会研究機構こころのケア研究所 (2001): PTSD遷延化に関する調査研究報告書, 5.
- 28) 日本トラウマティック・ストレス学会 (2008): CAPS日本語版使用手引き.
- 29) 岩佐一, 権道恭之, 増井幸恵, 稲垣宏樹, 河合千恵子, 大塚理加, 鈴木隆雄, 小川まどか, 高山緑, 藺牟田洋美 (2007): 日本語版「WHO-5精神的健康状態表」の信頼性ならびに妥当性—地域高齢者を対象とした検討—, 厚生 の指標Vol54-8, 48-55.
- 30) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 岡村毅, 下門顯太郎, 栗田圭一 (2012): 大都市在住高齢者の精神的健康度の分布と関連要因の検討. 要介護支援認定群と非認定群の比較, *日本老年医学会雑誌*, 49(1), 82-89.
- 31) 櫻井良太, 鈴木宏幸, 野中久美子, 大場宏美, 鄭恵元, 村山陽, 藤原佳典 (2012): 運動に対する充足感が高齢者の心身機能に与える影響—運動充足感と身体活動量からの検討—, *日本健康学会誌*, 20巻特別号, 125.
- 32) 石原ひろみ (1989): 沖縄県の死亡構造の変遷に関する研究, 博士論文 (東京大学), 44.
- 33) 大田昌秀 (2006): これが沖縄戦だ, 那覇出版社, 沖縄.
- 34) 沖縄地域科学研究所編 (研究主査 真栄城守定) (1990): 沖縄の県民像—ウチナンチュとは何か—, ひるぎ社, 沖縄.
- 35) 高良倉吉 (1995): 琉球王国, 岩波新書, 東京
- 36) 沖縄地域科学研究所編 (研究主査 真栄城守定) (1990): 前掲書, 231.
- 37) ジュディス・L・ハーマン, 中井久夫訳 (1999): 前掲書, 340-341.
- 38) 沖縄大百科事典刊行事務局編 (1983): 沖縄大百科事典. 下, 沖縄タイムス社, 658.
- 39) <https://dbs.g-sesrch.or.jp/aps/QOKF/main.jsp?ssid=20120910134948078gsh-ap03> (2012年9月10日).
- 40) <http://sitesearch.asahi.com/.cgi/sitesearch/sitesearch.pl> (2012年9月12日)
- 41) <https://dbs.g-search.or.jp/aps/QOKF/main.jsp?ssid=20120918165512680gsh-ap03> (2012年9月18日).
- 42) Carolin Wendt, Simone Freitag, Silke Schmidt (2012): How Traumatized are the Children of World War II? The Relationship of Age During Flight and Forced Displacement and Current Posttraumatic Stress Symptoms, *Psychother Psych Med*, 62: 294-300.

本研究は、「社団法人沖縄県対米請求権事業協会」の研究助成により実施した。

Original Article

Mental health of the people who have experienced the battle of Okinawa on 67th year from the end of the war -The targets who participated in preventive care project-

Fujiko Toyama¹⁾ Misuzu Takahara¹⁾ Mariko Oshiro¹⁾ Mayumi Taba²⁾ Ryouji Arizuka³⁾
Haruo Nakamoto⁴⁾ Megumi Ogimi⁵⁾

[Purpose] The purpose of the research is to clarify the present state of the mental health of the battle of Okinawa experience people who lives in mainland Okinawa and isolated islands where the battle was held, especially a trauma are over the war is focused.

[Methods] <Design>Quantitative research <Term> April 2012-July 2012 <Target>The people who experienced battle of Okinawa over age of 75 who participated in preventive care project in main island of Okinawa;4 places(southern area 1, central area 1 , northern area 2) , and isolated islands of Okinawa;2 places(northern area 1, southern area 1) Where the battle was performed. <scale and questionnaire>1) WHO-5(World Health Organization Mental Health Well Being Index-five items) Measurement of mental health situation. 2) IES-R(Impact of Event Scale-Revised) The revised Japanese edition; Event impact Scale, Measurement of degree of trauma. 3) Questioner about the battle of Okinawa.

[Results] The research target is 257 without a deficit value in IES-R among 303 collected data. The target were consist of 218 women (84.8 %) and 39 men (15.2%). The average age was 82.5 years old. Average score of WHO-5 was 21.6(± 4.2). Average score of IES-R was 23.2(± 16.1). And, the number of people which IES-R point over 25 who are defined as high risk in PTSD, was 106(41.2%). The 208(80.9%) people answered that " The media image and articles " were triggers them to remember the battle of Okinawa. In addition, Questioners which had relationships with IES-R points are followings ; " Frequency which remembers war " " To witness the someone had a dangerous situation " " above age of 14 years at that time and under age of 14 at that time] and IES-R point had a positive relation in statistical analysis.

[Conclusion] The targets have good mental health conditions, although people with high risk of PTSD were 40% of all the target. The reason could be that they have high resilience, soul of mental help system which called "yui" in Okinawa, and, relationships with local communities. The results that 40% of all was high-risk shows that when caring and nursing someone who experienced the battle of Okinawa, paying attention to the presence of a trauma or PTSD is essential.

Key word : Battle of Okinawa, Battle of Okinawa experience people, Mental Health, IES-R, WHO-5

¹⁾ Okinawa Prefectural College of Nursing

²⁾ University of the Ryukyus Graduate School

³⁾ Okinawa Kyoudou Hospital

⁴⁾ Okinawa Prefectural General Mental Health Center

⁵⁾ Nakijin Town Office

原著

Cancer Pain Assessmentツールの臨床への普及プロセス

吉澤 龍太¹ 神里 みどり²

【目的】 WHOラダーに準じた疼痛緩和のプロセスを行うために、A病院に適したCancer Pain Assessmentツール(以下CPAツール)を作成し、臨床で活用していく中で、どのように普及していくかというプロセスを明らかにすることを目的とした。

【方法】 がん患者が入院する3病棟の看護師を対象として、研究者がガイドラインなどを参照に作成したCPAツールを臨床に導入し、3カ月のフォローアップを行い、期間中の看護師との関わりを参与観察した。また導入後、計9名の看護師に対して、半構成的面接法を行った。それらのデータを元に質的帰納的分析を行った。

【結果】 抽出された8つのカテゴリーはツールの普及状況を表す4つの時期に分けられた。普及準備期では〈看護師を含む多職種へのCPAツールの広報不足〉〈CPAツールの使用方法の不統一と戸惑い〉という問題があった。普及促進期では、〈CPAツールを普及させるための病棟での取り組み〉が行われた。普及分岐点ではCPAツールが普及した病棟では〈看護師が使用して感じたCPAツールの有用性の実感〉があり、普及しなかった病棟では〈CPAツールの有用性を実感できなかった背景〉があった。浸透期では〈CPAツールの活用で生じた症状コントロールに対する看護師の意識と行動の変化〉と〈看護師が使用して感じた患者にとってのCPAツールの有用性〉がみられた。継続・発展への課題では〈CPAツールの活用を継続していくための教育の必要性〉が明らかになった。

【結論】 CPAツールが病棟へ普及していくプロセスは、リーダーやリンクナースなどの推進力となるスタッフとの協働、CPAツールを効果的に活用するための病棟システムの調整やツールの簡便性への工夫が必要であり、看護師がCPAツールを活用して臨床の中で意義あるものとして有用性を実感することが重要なプロセスであった。

キーワード：アセスメントツール、がん性疼痛、Translational Research

I. はじめに

我が国の優先すべき健康問題とされているがんによって、多くの患者が身体だけでなく、心理社会面、スピリチュアルな痛みを苦しんでいると言われている¹⁾。その中で、がん性疼痛は持続する痛みのため、がん患者のQOLを著しく低下させる²⁾。そのため、痛みの症状は迅速、また適切な対処が必要とされている。その対処法として、1982年に発表された「WHO方式がん疼痛治療法」(以下、WHOラダー)は、がん性疼痛を70~90%除痛する方法であり、臨床試験で実証されたガイドラインとして世界中に普及している³⁾。しかし、日

本におけるWHOラダーの認識度調査では、看護師も含めた医療従事者への認識度が低いことが報告されている^{4,5)}。また、一般的に知られているWHOラダーは基本的に効果の弱い鎮痛薬から投与し、段階的に弱オピオイド、強オピオイドへと変更していくこと、NSAIDsとオピオイドは併用であることが望ましいことが言われている。しかし、実際の臨床においてオピオイドの調整は、WHOラダーによる方略がそのまま当てはまるわけではなく、基本的な方略としたうえで、患者の個性性を捉えたアセスメントと慎重な薬剤調整が必要とされている。しかし、甲斐⁶⁾らの急性の痛みを伴う患者のアセスメント過程を明らかにした研究では、一連のアセスメント過程に要する時間が約30分で

¹ 独立行政法人 那覇市病院

² 沖縄県立看護大学

あったと述べられている。このことから、WHOラダーはそのエビデンスが実証されているガイドラインでありながら、臨床で効果的に活用するには正確かつ熟考されたアセスメントが求められ、業務過多な臨床で日常的に活用するには困難と言える。

本研究のフィールドであるA病院においても、看護師または医師にWHOラダーが周知されているとはいえ、独自の判断で薬剤が使用されている現状である。また臨床において、患者一人ひとりから痛みの情報を収集し、アセスメントを行い、鎮痛薬を調整したりと、これらのことを多忙な業務内で行うのは困難な現状である。実際にWHOラダーのようなEvidence-Based Practice (以下、EBP) の実践を妨げる要因に「時間が足りない」ことも要因とされている^{7,8)}。

このような現状において、効果的な疼痛緩和を行うため、看護師は患者の痛みについて正確なアセスメントとWHOラダーに準じた薬剤調整を一連のプロセスで行う必要があり、この一連のプロセスを臨床の全ての看護師が簡便に、同じレベルで実施するために、がん性疼痛のアセスメントツールやWHOラダーに準じたガイドラインを臨床現場で有効に活用できる介入が必要であると考えた。実際に、小児のがん患者を対象にした有田⁹⁾や笹木¹⁰⁾の研究では、痛みアセスメントツールを用いることで、患者の痛みは軽減し、患者・家族の満足度を高めることが明らかにされている。

しかし、我が国ではツールを用いた痛みのアセスメントに関して多くの研究がされており¹¹⁻¹⁴⁾、様々な痛みのアセスメントシートが開発されているが、それらのほとんどがアセスメントから薬剤調整までを一連のプロセスとしてつなげられる内容のツールではない。そのため、臨床の看護師が痛みのアセスメントを行った後に円滑に薬剤調整が実践できるよう、ガイドラインを基としたツールの必要性が考えられた。

これらのことから、がん性疼痛のアセスメント

ツールやガイドラインを臨床に普及させることを目的としたTranslational Researchの必要性があったが、我が国において、褥瘡ケアや小児の疼痛緩和でしか行われていない現状である。そこで本研究では、成人がん患者のがん性疼痛へのケアを主体としたTranslational Researchを行った。

研究目的

WHOラダーに準じた疼痛緩和のプロセスを行うためのがん性疼痛アセスメントツールやガイドラインを作成し、臨床現場へ導入していくことで、A病院に適したツールとして普及していくプロセスを明らかにすることである。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

Translational ResearchをTitler¹⁵⁾は、ヘルスケアにおいて、個人や組織による臨床的決定を向上させるために、EBPの実行に影響する方略、介入、変数を明らかにすることであり、さらにEBPの実行を促進、維持する介入の効果を検証することも含むと定義している。

本研究では、その効果が実証されている痛みアセスメントシート、ガイドラインを基に研究者が、臨床において看護師が活用できるようツールとして作成し、簡便でより有効なものへと修正を繰り返す。これにより、ツールを臨床に普及させ、疼痛緩和を行っていくプロセスを明らかにすることで、ツールの活用に影響する要素とその効果を検証することである。

2. 研究対象

1) 研究場所

研究者が勤務するA病院のがん患者が入院している外科病棟と2つの内科病棟の計3病棟で実施した。A病院は沖縄県における二次救急医療機関であり、また同時に地域がん診療連携拠点病院としての役割をもつ。

2) 研究期間

研究期間は準備期間と導入期間を含み、平成22年6月～平成22年10月末までの約5カ月間であった。

3) 研究参加者

外科病棟、内科2病棟の計3病棟へのフォローアップ期間では、研究者が病棟ラウンドを行う日に勤務している看護師の中の約2～3名を対象とし、フォローアップ終了後に各病棟の看護師長と2名の看護師の計9名にインタビューを行った。

3. Cancer Pain Assessmentツールの内容

1) 痛みアセスメントシート（図1）

痛みの部位、性質、強度と痛みによる睡眠障害の有無、痛み増強の有無、痛みに対する患者の思いや対応方法を確認する内容となっている。痛みの性質は稲垣ら¹⁶⁾の先行研究や短縮版McGill痛み質問票（日本語版）¹⁷⁾を参考にした。痛みの強度はガイドライン¹⁸⁾からNumeric Rating Scale、Verbal Rating Scale、Wong-Baker Face Scaleの臨床ですでに普及している痛みの強度を測定する3つのスケールを合わせたものを作成した。WHOのがん疼痛治療の目標である3段階を参考にして、痛みの強度を安静時の痛みと体動時の痛みの2つの項目にし、睡眠障害の有無の項目を加えた。

この痛みアセスメントシートは患者自身による自己記入を基本とするため、対象となる患者は意識障害や精神疾患のない成人のがん患者とした。記入方法はチェックシート方式で簡便性を重視し、記入時間は約5分程度であった。痛みアセスメントシートに記入した内容を、看護師が電子カルテに簡便に取り込めるよう、研究者が作成したEXCELチャートへ入力することとした。

2) ガイドライン・フローチャート（図2）

痛みアセスメントシートで得られた情報から、疼痛緩和に向けたアセスメントと薬剤調整の指標となることを目的としている。ペインスケールによって痛みを定量化し、その数値からフローチャートに沿って看護師がアセスメントを行い、主治

医と連携して疼痛緩和を行っていくためのガイドラインである。

ガイドラインは米国のNational Comprehensive Cancer Network（以下NCCN）^{19,20)}やがん性疼痛治療ガイドライン¹⁸⁾を参考にした。NCCNガイドラインを選択した理由は、WHOラダーは痛みの強さによる鎮痛薬の選択ならびに鎮痛薬の段階的な使用法を示しており、NCCNガイドラインは痛みを数値化することでWHOラダーが示している使用法をより詳細に明記しているからである。ガイドラインはフローチャート形式となっており、痛みの数値を軽度（1～3）、中等度（4～6）、重度（7～10）の3段階に分類され、鎮痛剤の最高血中濃度に達する時間で適切な痛みの評価が行われるようになっている。さらに、神経障害性疼痛を予測するために、痛みアセスメントシートの項目で判断できるようフローチャートに追加した。

この「ガイドライン・フローチャート」と前述した「痛みアセスメントシート」の2つを総称して、Cancer Pain Assessment（がん性疼痛アセスメント）ツールとし、本文中ではCPAツールと名称する。

4. CPAツール導入の流れ

- 1) ツールを臨床で活用するにあたり、A病院の緩和ケアチームに属する医師や薬剤師によって、CPAツールの信頼性について確認した。
- 2) CPAツールを各病棟から選出された看護師によって構成されている緩和ケア委員会で検討し、修正を行った。緩和ケア委員会に属する各病棟の看護師にはリンクナースとしての役割を依頼した。
- 3) CPAツール導入前、研究者が各病棟の看護師を対象に、がん性疼痛アセスメントとWHOラダーの必要性についての約30分間のミニレクチャーを計3回実施した。

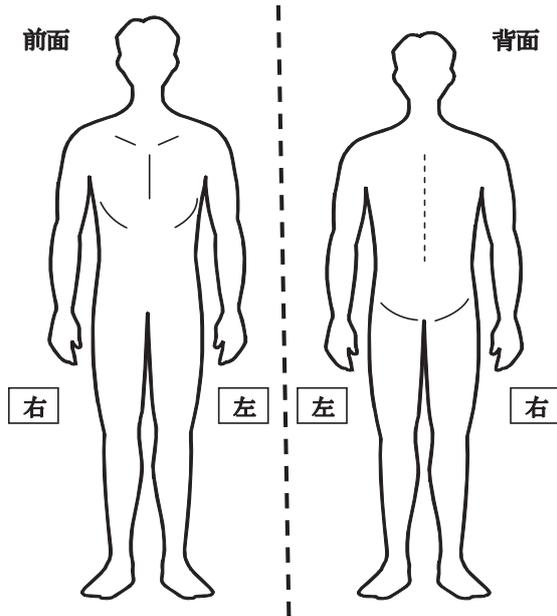
また7月下旬、対象となる看護師と院内の医師を含む他職種を対象とした講義を、院外の緩和ケア専門医師を講師として招聘して、WHOラダーとオ

痛みアセスメントシート

あなたの痛みについて教えてください。ご自身で記入が難しければ、家族か看護師に書いていただいても良いです。書き方がわからない時は看護師に聞いて下さい。

お名前 _____ 年齢 _____ 記入日時：平成 _____ 月 _____ 日

1. 痛みのある部分を○で囲んでください。痛みがあればいくつでも記入していいです。



2. どんな痛みか教えてください。あてはまる表現の項目に✓をしてください。

- ① ズキンズキンと脈打つ痛み
 - ② ギクッと走るような痛み
 - ③ 突き刺されるような痛み
 - ④ 鋭い痛み
 - ⑤ しめつけるような痛み
 - ⑥ 食い込むような痛み
 - ⑦ 焼けつくような痛み
 - ⑧ うずくような痛み
 - ⑨ 重苦しい痛み
 - ⑩ さわると痛い
 - ⑪ 割れるような痛み
 - ⑫ 心身ともうんざりするような痛み
 - ⑬ 気分が悪くなるような痛み
 - ⑭ 恐ろしくなるような痛み
 - ⑮ 耐えがたい、身のおきどころのない痛み
 - ⑯ しびれ、またはしびれるような痛み
 - ⑰ びりびりした痛み
- (ほかの痛みの表現があれば記入してください)

3. 痛みの強さを教えてください。あてはまる強さを表す数字の部分に○をしてください。

現在の痛み (安静時の痛み)	
動いた時の痛み	
	<p>痛みなし 軽度の痛み 中度の痛み 高度の痛み 最悪の痛み</p>

4. 痛みで眠れないことがありますか？
 ある ない

5. 突然痛みが強くなる時はありますか？
 ある (1日に _____ 回くらい) なし

6. あなたが今までどのように痛みに対応してきたか、また痛みに対するあなたの思いを教えてください。

図1：痛みアセスメントシート

ピオイド・鎮痛補助薬の使用方法についての講義を行った。講義時間は約90分間であった。

4) CPAツール導入1~2週間前に、各病棟に研究者がおもむき、約15分で研究の目的と内容、ツール導入の説明を行い、代表者として病棟の看護師長に口頭と書面で研究参加の同意を得た。研究の協力依頼とCPAツールのオリエンテーションは各病棟で計2回実施した。

5) CPAツールを導入してから1か月は週2回、導入後2~3か月間は週1回、病棟ラウンドを研究者が行い、CPAツールの評価やアセスメントへのフォローアップを行いながら、参与観察法でインフォーマルにデータ収集を行った。

6) CPAツール導入後の3ヶ月月上旬から中旬にかけてインタビューを行った。緩和ケア委員会で、CPAツール導入の対象となった各病棟の看護師から、ツールを使用して疼痛緩和が図れた症例報告会が行なわれた。

5. データ収集

1) 病棟ラウンドでの参与観察

研究者はCPAツール導入期間中、各病棟にラウンドを行い、その際、看護師との関わりの中で、看護師の意識や行動の変化、CPAツールへの評価や意見をフィールドノートに記録した。ラウンドをする時間帯はケア業務が集中する午前を避け、14時から16時の間に各病棟約20~30分間であった。

2) CPAツール導入の対象となった各病棟の看護師への半構成的インタビュー

インタビューは、CPAツールが導入された3病棟の看護師、計9名を対象に行った。対象となる看護師は、看護師長に複数の候補者の選定を依頼し、その中から、幅広い意見が得られるよう経験年数やCPAツール活用に取り組む姿勢から研究者が決定した。また各病棟の看護師長も管理者としての研究への取組みやスタッフとは異なる視点からの評価を聞くため、インタビュー対象者として依頼した。インタビューの場所はプライバシーが守られる個室で行い、対象者が負担にならないよう約30分以内で行った。インタビューの内容は半構成的面接法で行った。面接内容は録音し、録音を拒

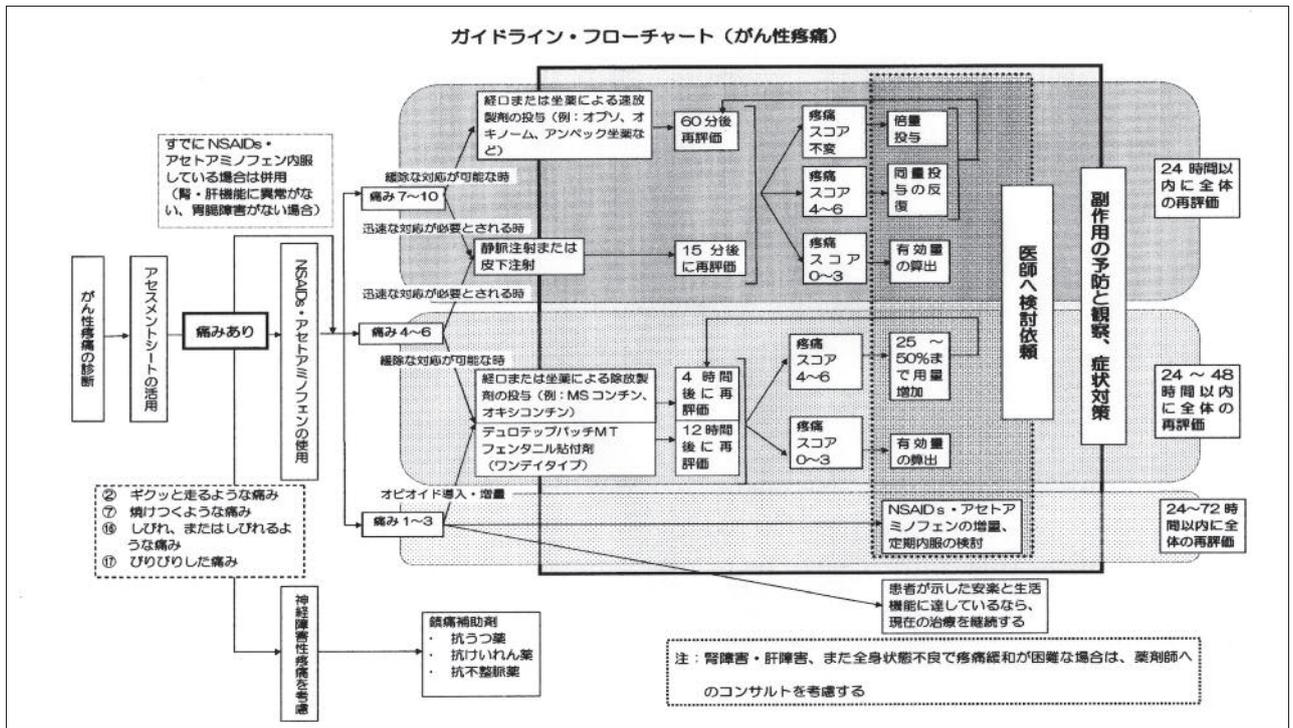


図2 ガイドライン・フローチャート

否した対象者は許可を得て、面接中にフィールドノートに記録した。収集したデータを逐語録に作成し質的帰納的に分析を行った。

6. データ分析

1) 質的帰納的分析

対象病棟でのインタビューと病棟ラウンドの際の参与観察から得られたデータは質的帰納的に分析を行った。

(1) 逐語録から、CPAツールが臨床でどのような効果をもたらしたか、また看護師によるCPAツールの評価などをテーマとして内容を抜粋、要約した。これらのデータで類似しているものをまとめ、サブカテゴリーを抽出した。

(2) 抽出したサブカテゴリーから、CPAツールの導入以前の問題や現状、経時的な変化や背景、今後の課題を明らかにしながら抽象度を上げ、更に同様のプロセスでカテゴリー化を行った。

(3) 真実性の確保は、がん看護に精通した大学教員や大学院生と逐語録やカテゴリーのピアレビューを行い、スーパーバイズを受けた。

7. 倫理的配慮

対象者に対し、研究の参加・不参加は自由であること、インタビュー申いつでも不参加を申し出ることができること、得られた情報は研究者以外に流出しないよう保管すること、情報は個人が特定されないようコード化することを説明し、同意を得た。本研究は沖縄県立看護大学倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の基本的属性

インタビュー対象者の基本的属性は男性1名(11.1%)、女性8名(89.9%)の計9名であった。そのうち3名が看護師長で1名が主任、5名がスタッフの職位であった。平均経験年数は13±9.9年(範囲：3-30)であった。インタビューは各対象者1回ずつ、要した時間は平均で23分であった。

対象となった病棟は、外科病棟、呼吸器・消化器内科病棟、血液内科病棟で、各病棟の在院日数は約11日間、約16日間、約32日間であった。

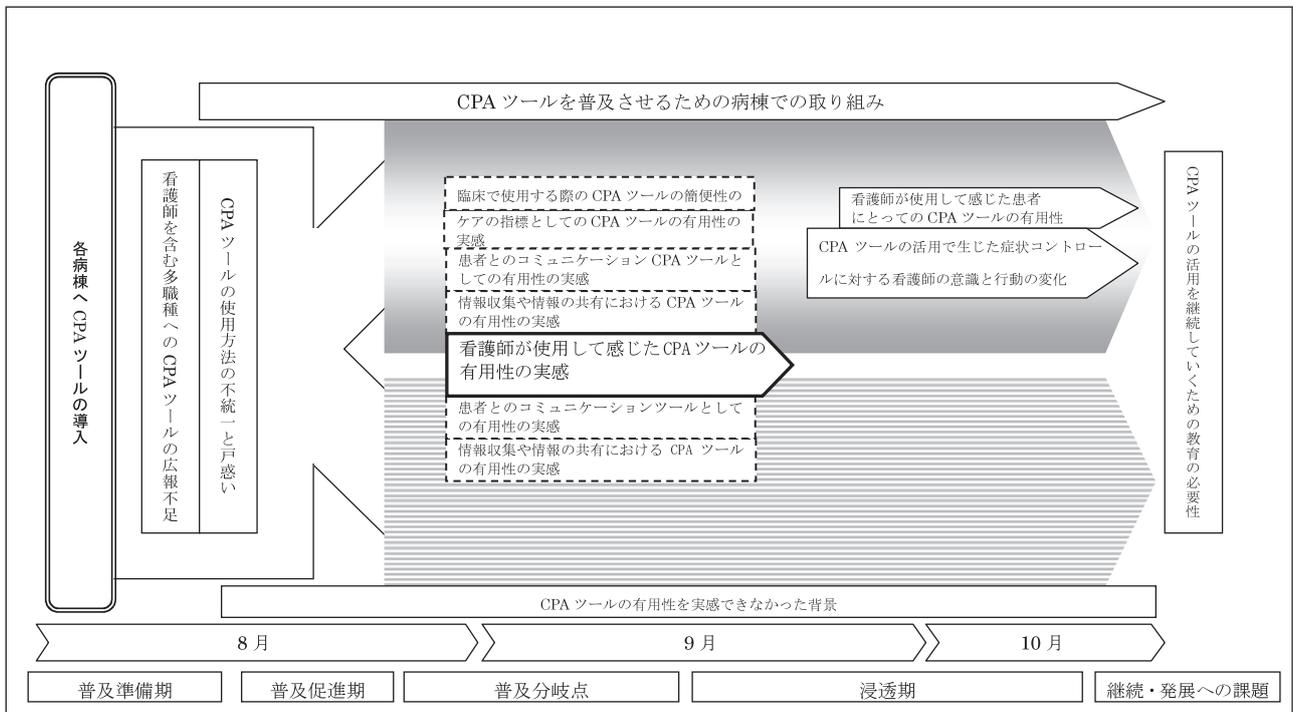


図 3. 看護師の有用性の実感に伴う CPA ツール普及状況プロセス



2. 臨床でのCPAツール普及状況のプロセス (表1、図3)

CPAツールの普及状態と対象となった病棟の看護師の変化を述べる。

以下、カテゴリーは【 】で、サブカテゴリーは〈 〉で、具体例を「 」で示した。カテゴリー

はそれぞれが個別なものではなく、時間の経過と共に影響しあい、進行している傾向があったため、時期によって場面を分けて示した。時期はCPAツールの普及状況を表す内容で、CPAツールを導入した直後の普及準備期、普及するための取り組みが行なわれた普及促進期、各病棟の普及状況に違いがみられた普及分岐点、CPAツールが普

表1 看護師の有用性の実感に伴うCPAツールの普及状況プロセス

	カテゴリー	サブカテゴリー	具体例
普及準備期	看護師を含む多職種へのCPAツールの広報不足	病棟看護師へのCPAツールの認識不足	CPAツールを認識していない、またはCPAツールを認識しているが、使用していない
		医師へのCPAツール周知不足	ガイドライン・フローチャートを医師は使っていない
	CPAツールの使用方法の不統一と戸惑い	対象となる患者の不特定とCPAツール活用の未熟性	CPAツールの使用方法と対象患者が統一できない
普及促進期	CPAを普及させるための病棟での取り組み	CPAツールをアピールすることによる看護師や医師への意識づけ	ガイドライン・フローチャートを目につく場所に設置している
		CPAツールを有効に使用するための病棟システムの調整	週1回、痛みの再評価する日を設定する
		CPAツールの活用を促進するリンクナースの存在	緩和ケア委員会のメンバーが痛みの評価日にスタッフに声かけていた
普及分岐点	看護師が使用して感じたCPAの有用性の実感	患者とのコミュニケーションCPAツールとしての有用性の実感	痛みアセスメントシートがあると、患者と痛みについて話がしやすかった
		情報収集や情報の共有におけるCPAツールの有用性の実感	チーム間で痛みの視点を細かくアセスメントし、情報がとれるようになった
		ケアの指標としてのCPAツールの有用性の実感	今まではスケールまでだったが、ガイドラインを使用することでスケールから次の行動が見えるようになった
		臨床で使用する際のCPAツールの簡便性の実感	業務の中で使用するのには、記入するのに短時間だから大変じゃない
	CPAツールの有用性を実感できなかった背景	CPAツールを用いての情報共有へのカンファレンス不足	痛みアセスメントシートの使用と評価が定着しないのは、カンファレンスがないから
		継続しない記録や評価	再評価は誰もやっていないと思います
	リンクナースの役割不足	患者の問題を提示できる人がいなかった	
	看護師が実感できなかったCPAツール活用の必要性	看護師の痛みへの問題意識が低い	
浸透期	CPAツールの活用で生じた症状コントロールに対する看護師の意識と行動の変化	看護師の疼痛コントロールに対する意識と行動の変化	以前は痛いかわからないだったが、今は痛みの部位や感じ方を聞くようになった
		痛み以外の症状に対するケアの必要性についての意識の向上	呼吸苦や倦怠感を訴える人も多くて、どうしたらって思うようになった
	看護師が使用して感じた患者にとってのCPAツールの有用性の実感	CPAツールによる患者と医療者との痛みについての共有	痛みアセスメントシートを使用することで、患者も見てくれているんだなって、喜んでます
疼痛緩和へつなげられた看護師の実感		痛みで苦しむ人が少なくなってきた	
継続・発展への課題	CPAツールの活用を継続していくための教育の必要性	事例を用いた継続的な教育プログラムの必要性	定期的なスタッフの教育とCPAツールの説明、モデル患者を使用した予行演習があればいいと思う

及した病棟で看護師からCPAツールの有用性の実感がみられた浸透期、また今後の課題を表した継続・発展への課題として分類した。ここでは、8つのカテゴリと19のサブカテゴリが明らかになった。

1) 普及準備期 (8月上旬)

導入前に各病棟2回ずつ、CPAツールの使用方法のオリエンテーションを実施したが、各病棟で共通して、CPAツールを認識していない、または認識しているが使用していないという《病棟看護師へのCPAツールの認識不足》がみられ、また薬剤を処方する医師も認識していない《医師へのCPAツール周知不足》という現状であった。この現状から【看護師を含む多職種へのCPAツールの広報不足】という問題が明らかになった。またCPAツールを認識している看護師でも、対象者がわからない、使用方法が看護師間で一致していないという《対象となる患者の不特定とCPAツール活用の未熟性》がみられ、【CPAツールの使用方法の不統一と戸惑い】が明らかになった。

「え？(ツールのことを)聞いていないけど、なんだろう？まだ見てないはず・・・」

「誰が対象者かわからない。入院患者全員にこのアセスメントシートを取るの？」

2) 普及促進期 (8月中旬)

看護師や医師へCPAツールが認識されていない、使用方法が統一されないという状況の中でも、看護師長を中心として【CPAツールを普及させるための病棟での取り組み】が行なわれていた。それは《CPAツールをアピールすることによる看護師や医師への意識づけ》から始まり、各病棟が自発的に《CPAツールを有効に使用するための病棟システムの調整》をする場面がみられた。このような取り組みをスムーズに進めることができた背景には、緩和ケア委員会メンバーや経験年数が豊富な看護師などによる《CPAツールの活用を促進するリンクナースの存在》が重要な役割を担っていた。

「うちができるのはフローチャートをまずはドクターの目のつく所に、(ナースステーションの)テーブルの上にドカンと大きいのを(A3サイズ)いつも置いている。これ(フローチャート)はずっと置いとく。わかってくれるまで、置いとく。」

「アセスメントシートとかあって、(病棟で)火曜日に痛みの評価をしましょうって決めたので、そうやって決められていると、やらないっていうのがあるので、ちゃんと時間を作ってゆっくり痛みについて話すことができた気がします。」

「IさんとかAさんとかも(緩和ケア委員会メンバー)結構、積極的に皆に言ってくれているので、定期的に、あと掲示板とかにも残してくれたりとか、なんか、痛みの評価ありますとか掲示板に入っていると、朝来て受け持ちで見て、あ～あるんだな～って、多分それもあると思います・・・中略・・・実際、今日やってねって、こんなやってやるんだよって教えてくれる人がいないと、多分なんかちゃんとできないのかなって・・・何か、頼りになります。(緩和ケア委員会メンバーが)いるだけで、多分違うと思います。」

3) 普及分岐点 (8月中旬～9月中旬)

徐々にCPAツールが病棟へ普及してくると、臨床場において、【看護師が使用して感じたCPAツールの有用性の実感】が現れた。それは患者に痛みアセスメントシートを用いることがきっかけとなり、《患者とのコミュニケーションツールとしての有用性の実感》であったり、痛みアセスメントシートが看護師間で情報を共有するツールとして《情報収集や情報の共有におけるCPAツールの有用性の実感》がみられた。また、ガイドライン・フローチャートは《ケアの指標としてのCPAツールの有用性の実感》をもたらし、痛みアセスメントシートの記入の簡便さやEXCELチャートを用いて記録の重複を避ける工夫は《臨床で使用する

る際の簡便性の実感》をもたらした。

「やっぱり痛みとか、がんっていうのを切り込むのって、意外とこの人に触れていいのかなって思ったりしてる…中略…今、実はこういうアセスメントシートを使っているんで、ちょっとお話聞かせてもらえませんかって言って、なんかきっかけになったりしますね。こういう物差しでうちはやってるんですけどって言って・・・」

「看護師には直接言わないけど、（痛みアセスメントシートを）書かせたら痛みがあったと初めてわかったことがある。（痛みアセスメントシートは）必要なと思いました」

「あの表（ガイドライン・フローチャート）とか見て、痛み止めとか必要だったりするときは、先生には相談しやすくなった。チームで見て、あ、じゃあ先生にあの表を（ガイドライン・フローチャート）持って行って、実際にこんなやっているんですけどって、先生にその場（看護師のチームカンファレンス）に入ってきてくれたことがあります。」

「このアセスメントシートは、前にも出でたんですけど、毎回やらなくてもいいっていうことで、痛みの種類が変わった時に口頭で聞いて、（EXCELチャートに）入力すればいいっていうことで、必ずこのシートを使わなくてもいいっていうことで、できるだけ紙は利便性を考えたら、できるだけ無くして、本人たちがこなしていけば、これでいいのかなって思います。」

効果的にCPAツールが普及した病棟では、看護師の行動にいくつかの変化やCPAツールの有用性への実感がみられたが、反対にCPAツールの普及が困難だった病棟もあった。その背景には《CPAツールを用いての情報共有へのカンファレンス不足》《継続しない記録や評価》《リンクナースの

役割不足》《看護師が実感できなかったCPAツール活用の必要性》が挙げられた。それらは【CPAツールの有用性を実感できなかった背景】として、CPAツールが普及しない具体的な要因として明らかになった。

「痛みアセスメントシートの使用と評価が定着しないのは、カンファレンスがないから。通常は、カンファレンスへつなげるために、患者を評価する。そのカンファレンスがないため、病棟看護師の患者への問題意識が薄いのではないかと思う。〇〇さんは患者の声を聞いているが、その内容を他のスタッフと共有し、ケアに活かすことができていないと思う。」

「どっかの病棟は（再評価を）週一でやっているって言っていて・・・そういう評価をしないから結局、1回（痛みアセスメントシートを）とって、終りになってしまっているのが病棟の現実だと思うので・・・もし経過的に評価してみているのであれば、（再評価する）曜日をつけたりだとか、受け持ちがちゃんと評価をするっていう形で持っていくよりしないと継続することは絶対に無理だと思います・・・だって、私もやりましたけど、その後誰もやっていないと思います。」

「患者の問題を提示する要となる人がいなかった。だから、評価が継続しない。」

「自分はペインスケールは好きじゃない。ペインスケールを使用することに納得できない。人によって痛みの程度や感じ方は違うし、例えば、老人とかはうまく評価することもできない。ペインスケールを使うことよりも、看護師が患者個人を見て評価することが必要なのではないかと思う。痛みは数字で表すものではないと思う。評価することで痛みを表せるのか、また数字で患者の内面までみることができると疑問を感じている…中略…アセスメントシートがないと患者の痛みの声

が聞けないの？看護師が患者の本質、その人自身を見ないと、いけないんじゃないの？」

4) 浸透期（9月中旬～10月）

看護師がCPAツールの有用性を感じていると、それは直接、患者へのケアにも影響がみられた。痛みについて以前は漫然とスケールを確認していたが、《看護師の疼痛コントロールに対する意識と行動の変化》がみられ、CPAツールを使用しながら積極的に痛みをコントロールするよう働きかけるようになった。痛みについてコントロールができるようになると、看護師は痛み以外の症状にも視点が向けられるようになった。「呼吸苦や倦怠感を訴える人も多くて、どうしたらって思うようになった」と《痛み以外の症状に対するケアの必要性についての意識の向上》がみられ、これらの意識と行動は【CPAツールの活用で生じた症状コントロールに対する看護師の意識と行動の変化】として見られるようになった。

「今まで皆、ペインスケールまでは見ていたんですよ。でもペインスケールを見て、次の行動のどこに目をつけたらいいのか、がわかっていなかったんで、次の段階、（ガイドライン・フローチャートの痛みの評価から、医師への報告まで）目の付けどころが見えてますよね…中略…スケール表は6なのに、そこから先が動けない私たちが、経験年数でね。今はそうじゃない、新人看護師が確実に動いていますからね、これ（ガイドライン・フローチャート）を見て。」

「あと痛みと呼吸苦だったり、あと倦怠感とかって評価がよくわからなくて、結構、痛みではないけど、倦怠感として訴える人も多いなってというのあって、それはどうしたらいいんだろうって、このアセスメントシートを通して思うようになった。…中略…で、そういう時にはまたどうしようかなとか、どうしたらいいのかなとかって、

思ったりとかもして、それってどうしたらいいんですか？なんだろう・・・倦怠感とか、問診をとりながら、痛くはないんだけどみたいな、ただだるくてって、これってとれるの？とかって、言われた時とか・・・」

看護師がCPAツールの有用性を実感し、実際に臨床現場での意識と行動が変化することで、患者からの良好な反応を感じ取ることができるようになった。「アセスメントシートを使用することで、患者も見てくれているんだなって、喜んでいきます」と、以前よりも患者の痛みの声を聞くことができ、《CPAツールによる患者と医療者との痛みの共有》へとつながっていた。また看護師長は、ラウンドしていると以前に比べ、「痛みに苦しむ人が少なくなってきた」と実感していた。CPAツールを使用することで、《疼痛緩和へつなげられた看護師の実感》となり【看護師が使用して感じた患者にとってのCPAツールの有用性】が感じられるようになっていた。

「これやることで患者さんとかも見てくれているんだなって分かるみたいで、今いますけど、一人使っている人が・・・ちょっと難しい人なので・・・でも、結構喜んで、結構喋ってくれているみたい、って言ってました。」

「（痛みがコントロールできたことで）表情が変わったのは驚きましたよ。あ、この人こんな風な穏やかな表情があるんだ～、ずっと眉間が寄っていて、いつも私たちに当たっていたんですけど・・・先生には痛みを言わないで我慢してて、で、ナース皆に当たって、あんまり笑ったりとか、ありがとうとか言わなかったんですけど、（患者が）動けるようになりましたって・・・」

5) 継続・発展への課題

看護師長を始め、看護師もCPAツールの有用性を感じ始めたが、今後も継続的に活用していくた

めに、必要としていることは看護師への教育であった。「定期的なスタッフの教育とCPAツールの説明、モデル患者を使用した予行演習があればいいと思う」など《事例を用いた継続的な教育プログラムの必要性》が聞かれ、それは【CPAツールの活用を継続していくための教育の必要性】として明らかになった。

「でも勉強会あったら参加したい。…中略…やっぱり触らなくなる（勉強会に参加しない）とわからなくなるし、しょっちゅう触っている（勉強会に参加する）とこういう意識づけはあるし・・・定期的にあったほうが、まあ多すぎてもまた多分大変だと思うかもしれないけど、ただ短時間とかであればいいかもと思う。」

IV. 考察

1. CPAツール普及の促進要因

CPAツールの導入直後に直面した問題では、【看護師を含む多職種へのCPAツールの広報不足】と【CPAツールの使用方法の不統一と戸惑い】がみられた。導入前に講義の実施やオリエンテーションを実施していたにも関わらず、看護師間でCPAツールを認識されていない現状があった。準備期間が1か月と短い期間であったことが原因であると考えられる。ツールの存在や使用方法をスタッフに認識されることは、ツールを活用するうえでの重要要素である。Titlerら²¹⁾もケア提供者がそれぞれの臨床現場において、研究結果に裏付けされたツールを使用するには、そのツールの知識と技術を持つことが重要であると述べている。そのためには、ツールを使用するスタッフへの教育、看護師長やリンクナースの活用、またコンサルテーションを通しての伝達、ポスターなど視覚的な広報も方法の一つとして述べている。CPAツール導入までには、十分な準備期間を確保し、これらの方法を組み合わせたCPAツールの広報が必要であると考えられる。

【CPAツールを普及させるための病棟での取り

組み】では、看護師長とリンクナースが中心となり、医療者へのCPAツールのアピールや活用しやすいようなシステムの調整などCPAツール導入のための様々な取り組みを行っており、導入を促進する大きな要因であったと考える。Titlerら²¹⁾が述べるように、リーダーやリンクナース達の取り組みが、看護師によるツールの活用という行動の変容に、効果的に作用していったと考える。濱田ら²²⁾も、ツール導入後、研究者がケア効果の共有とその評価を看護師に伝達しながら、推進力となるスタッフを支援することの重要性を述べている。

CPAツールが普及した病棟の特徴として、【看護師が使用して感じたCPAツールの有用性の実感】がみられた。看護師は実際の業務で活用するうえで、統一した視点での情報収集とアセスメントを行い、薬剤の調整や医師との連携を行うという一連の過程において看護師自身の行動が疼痛緩和へつながっていると意識することができたと考える。有田⁹⁾の研究でも、看護師がツールを活用することで、患者の疼痛緩和につながっていると実感でき、ケアを継続するための力や自信につながっていくことを明らかにしている。このように、CPAツールの活用が効果的なケアへとつながるといふ有用性の実感が成功体験となり、看護師のケアへの意識向上を導くと考える。また、この期間にみられたCPAツールの簡便性も導入における重要な要素である。CPAツールを活用するために、業務の負担が増加する、また時間がかかると、看護師はCPAツールを使用しなくなる恐れがある。そのため、本研究においてCPAツールは簡便性を重視して、短時間で活用できるように作成したことが効果的であったと考える。濱田ら²²⁾も研究において、開発されたエビデンスに基づくツールをそのまま臨床で当てはめるのではなく、原理原則を大事にしながら、臨床に適する形で使いやすいツールにするため、可能な範囲でスタッフと共に修正することが必要と述べられている。

これらのことから、CAPツールが病棟へ普及す

る促進要因には、スタッフに認識されるよう十分な広報と情報提供、管理者・リンクナースなどの推進力となるスタッフとの協働、成功体験によるCPAツールの有用性の実感、CPAツールの簡便性が重要であると考えられる。

2. CPAツール普及の阻害要因

CPAツールが普及しなかった病棟の特徴には、【ツールの有用性を実感できなかった背景】がみられた。CPAツールを用いたカンファレンスがなく、痛みについての評価や記録が単発的であることは、看護師間での連帯感を生みず、CPAツールを活用しても、その後ケアが継続しないことが考えられる。有田⁹⁾の研究でも、実際にツールを活用してもタイムリーなカンファレンスが行われず、効果的な緩和ケアにつながっていない場面があり、タイムリーなカンファレンスの場を設定する技術、緩和ケアがチームで行える環境を整える技術の重要性を述べている。また、先述したCPAツール普及の促進要因からもわかるように、CPAツール導入の推進力となるリンクナースの不在や看護師がCPAツールの必要性を実感できていないことは、CPAツール普及に関して影響が大きいことが考えられる。

ただ各病棟の特徴から、がん患者の在院日数に明らかな差があり、在院日数が長期である病棟は、それぞれのがん患者を長期でケアを繰り返す中で、CPAツールの必要性を実感することができたが、在院日数が短期の病棟では、必要性を実感する時間が足りなかったことも影響していると考えられる。

3. CPAツール導入による看護師の変化

【CPAツールの活用で生じた症状コントロールに対する看護師の意識と行動の変化】では、疼痛緩和への積極的な行動と痛み以外の症状に対する意識の変化がみられた。これまで患者の痛みをスケール化しても、先に進めないでいた看護師がCPAツールをケアの指標として活用することで、

自信を持ち、疼痛緩和への意識を高めたと考える。松岡ら²³⁾の研究においても、痛みのアセスメントツールを導入したことで、看護師が実践の場でその効果を体験し、患者や家族、看護師間で効果を共有することが知識的側面での変化の強化につながったと述べている。疼痛以外の症状に対する意識は、このような積極的な疼痛緩和を行うことで、患者にとっても優先すべき問題であった痛みが解消され、患者や看護師が共に痛み以外の症状に視野を広げることができたと考える。つまり、CPAツールを導入したことで、ある程度の疼痛緩和の効果があつたと評価できる結果であったと考える。また同時に痛みアセスメントシートを用いての患者からの詳細な問診は、看護師の聴くという姿勢を形成し、患者の潜在していた、倦怠感など疼痛以外の問題を表出しやすい環境作りにつながると考える。

【看護師が使用して感じた患者にとってのCPAツールの有用性の実感】では、看護師は、CPAツールを活用することで、痛みの問題を看護師と共有できたという患者の喜びを感じることに、また実際に患者の疼痛緩和が行なっていると実感している場面がみられた。痛みアセスメントシートを用いて、患者と共に痛みや抱えている問題を話し合うことによって、患者は「看護師にわかってもらっている」と感じることで信頼関係が構築されたと考える。また実際に、患者の疼痛緩和となったという実感は、非常に重要である。松岡ら²³⁾の研究でもケア効果を高めるツールを導入する場面での看護師の注目すべき変化として、看護師の意識・態度・ケアの変化が患者のケア参加を高め、苦痛の緩和につながり、患者のそうした良い変化を捉えた看護師が、自分たちのケアを再度評価し、看護の喜びを感じるという相互的な関係があることを明らかにしている。本研究においても、CPAツールを活用し疼痛緩和を行うことで、患者の反応と相互作用によって、看護師の意識の向上と成長につながったと考える。

4. 今後の課題

【CPAツールの活用を継続していくための教育の必要性】では、今後もCPAツールを継続、発展させ、さらにアセスメントを深めるための教育の必要性が求められた。インタビューの中で看護師は、短時間で、定期的に繰り返し行う講義や勉強会を希望していた。またイメージしやすいように、事例を用いる提案も聞かれた。Marlies²⁴⁾やMacLaren²⁵⁾らは、看護師への短時間での教育プログラムは、その後の継続的な実践サポートとコンサルテーションを必要としているが、知識向上に有効であると述べている。また事例による演習は、看護師の過去の経験を振り返り、評価することで新しい見解と行動の変化につながると考える。山本²⁶⁾も良い看護教育には「例を用いて学習内容への理解を促す」「モデルを示す」「経験から学習を促す」ことを挙げている。このように短時間での教育プログラムと過去に経験した事例による演習を組み合わせた教育プログラムの構築が今後の課題として必要とされている。

V. 結論

本研究でWHOラダーに準じたCancer Pain Assessmentツールを臨床に普及させるプロセスを明らかにすることができた。このプロセスの中で、リーダーやリンクナースの推進力となるスタッフとの協働、CPAツールを効果的に活用するための病棟システムの調整やツールの簡便性への工夫が必要であり、看護師がCPAツールを活用して臨床の中で意義あるものとして有用性を実感することが重要な促進要素であった。

このプロセスの中で、看護師は自信をもって痛みへのケアを行い、患者の身体症状に対する意識の向上と患者との相互作用による成長していく変化をみる事ができた。

研究の限界

本研究では対象者が看護師のみであったが、今後は医師や他職種を巻き込むことで、CPAツールを洗練し、病院全体でのシステムとして組み込んでいく必要がある。

また本研究では3か月間という短期間のフォローであったが長期間でのフォローアップと継続的な教育を行っていき、CPAツールの活用によるがん患者の疼痛緩和への影響を評価していくことが課題である。

謝 辞

本研究にご協力いただいたA病院看護部長、各病棟看護部長、インタビュー対象者の方々、ツールを活用していただいた各病棟看護師の皆様、また本稿をまとめる際ご指導をいただいた指導教員に心より感謝いたします。本論文は、平成22年度沖縄県立看護大学大学院保健看護研究科の修士論文の一部を修正したものである。

引用文献

- 1) Twycross R, Wilcock A : Symptom Management in Advanced Cancer, third edition (2002) / 武田文和 (2003) : トワイクロス先生のがん患者の症状マネジメント, 医学書院, 東京.
- 2) 日本緩和医療学会「がん性疼痛治療ガイドライン」作成委員会 (2000) : Evidence-Based Medicineに則ったがん疼痛治療ガイドライン, 真興交易(株)医書出版部, 東京.
- 3) 森田雅之, 松本禎之 (2008) : ナースのための鎮痛薬によるがん疼痛治療法 (第2版), 1-26, 医学書院, 東京, 21-26.
- 4) 三木徹生, 中條政敬, 愛甲孝, 岩城周子, 上原充世, 江口恵子, 小倉雅, 落合美智子, 上村裕一, 上湊博美, 斎藤裕, 迫田喜久男, 高平百合子, 種村完治, 堂園晴彦, 中俣直子, 長倉伯博, 平川忠敏, 牧角寛朗, 牧野正興, 松崎勉, 的場康徳, 宮崎康博, 吉田恵子, 吉見太郎 (2006) : がん性疼痛緩和についての医師へのアンケート

- 結果 - WHOラダーの医師の認知度 -, 緩和医療学, 8(4), 385-392.
- 5) 野上龍太郎, 樋口マキエ (2006) : 麻薬性鎮痛薬使用に関する看護職の認識 - WHOラダーを基に -, 九州看護福祉大学紀要, 8(1), 59-68.
- 6) 甲斐仁美, 桜井礼子, 藤内美保, 草間朋子 (2007) : 「急性の痛み」を伴う患者のアセスメント過程の分析ーアセスメントシート作成に必要な情報入手のためにー, 看護教育, 48 (3), 257-264.
- 7) Parahoo K, Barr O, McCaughan E (2000) : Research utilization and attitudes towards research among learning disability nurses in Northern Ireland, Journal of Advanced Nursing, 31(3), 607-613.
- 8) Retsas A (2000) : Barriers to using research evidence in nursing practice, Journal of Advanced Nursing, 31(3), 599-606.
- 9) 有田直子 (2009) : 痛みアセスメントツールを使用した痛み緩和ケアの効果, 看護研究, 42(6), 397-407.
- 10) 笹木忍 (2009) : 子どもとその家族中心の疼痛緩和ケアをめざして, 看護研究, 42(6), 419-424.
- 11) 片田範子 (2009) : translational researchとしての小児の疼痛緩和方法の開発, 看護研究, 42(6), 387-396.
- 12) 桑田由佳 (2009) : がん性疼痛コントロールについての看護介入を考えてー疼痛アセスメントシートを作成してー, 通信医学, 61(1), 38-43.
- 13) 長澤昌子, 熊谷妃小江, 立花弘子 (2002) : 一般病棟のがん性疼痛患者に疼痛アセスメント用紙と標準看護計画を活用した効果, 日本看護学論文集：成人看護Ⅱ, 33, 383-385.
- 14) 門倉さゆり, 渡部和子, 星野早苗 (1999) : 小児の痛みのコントロールーアセスメントツールを用いることの効果ー, 日本看護学術論文集：小児看護, 30, 103-105.
- 15) Titler MG (2010) : Translation Science and Context, Research and Theory for Nursing Practice, 24 (1), 35-55.
- 16) 稲垣聡美, 加藤勝義, 丸山昌広, 新美雅規, 斎藤寛子, 中野一子, 野田幸裕, 鍋島俊隆 (2006) : がん患者が訴える痛みの表現に基づく痛みの評価 (第2報) - 愛知県病院薬剤師会疼痛質問票 (APQ) を用いた鎮痛薬・鎮痛補助薬選択方法の検討 -, 医療薬学, 32(8), 788-804.
- 17) Yamaguchi M, Kumano H, Yamauchi Y, Kadota Y, Iseki M (2007) : The development of a Japanese version of the Short-form McGill Pain Questionnaire, The Journal of the Japan Society of Pain Clinicians, 14(1), 9-14.
- 18) 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会 (2010) : がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン2010年版, 金原出版株式会社, 東京.
- 19) National Comprehensive Cancer Network - Clinical Practice Guidelines in Oncology Adult Cancer Pain Vol.2010.
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp (2010年5月現在)
- 20) 井上勝一, 武田文和訳 (2003) : NCCN 2002年版実地診療ガイドラインがん疼痛, 癌の臨床, 50(2), 155-174.
- 21) Titler MG, Everett LQ (2006) : Making EBP Part of Clinical Practice-The IOWA Model, Teaching Evidence-Based Practice in Nursing, New York, 295-324.
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1618350381&SrchMode=2&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1296108844&clientId=67232> (2011年1月現在)
- 22) 濱田米紀, 有田直子, 笹木忍, 田村恵美, 西原佳奈美, 松岡真里, 内正子, 三宅玉恵, 三宅

- 一代，片田範子（2009）：小児の痛み緩和ケアツール導入過程におけるCNSの技術と役割の明確化，看護研究，42(6)，445-457.
- 23) 松岡真里，加藤真知子，鎌田真紀（2009）：子どもと親の痛み緩和ケアへの評価および看護師の意識・態度・ケアの変化，看護研究，42（6），409-417.
- 24) Marlies E.J.de Rond, Rianne de Wit, Frist S.A.M.van Dam, Brigitte Th.M.van Campen, Yvonne M.den Hartog, Rietje M.A.Klievink(2000)：A Pain Monitoring Program for Nurses-Effects on Nurses' Pain Knowledge and Attitude-, Journal of Pain and Symptom Management, 19(6), 457-467.
- 25) MacLaren JE, Cohen LL, Karkin KT, Shelton EN（2008）：Training Nursing Students in Evidence-Based Techniques for Cognitive-Behavioral Pediatric Pain Management, NursingEducation, 47(8), 351-358.
- 26) 山本裕子（2009）：アメリカの看護教員の視点からみた良い看護教育ストラテジー，日本看護学教育学会誌，19(1)，61-69.

Original Article

The Utility and Dissemination Process of Cancer Pain Assessment Tools into Clinical Practice

Ryuta Yoshizawa¹⁾ Midori Kamizato²⁾

【Purpose】

The purpose of this study was to explore the utility and dissemination process of Cancer Pain Assessment (CPA) tools that adapted to clinical setting to relieve cancer pain in accordance with WHO ladder.

【Methods】

The researcher introduced original assessment tools to clinical nurses, who have been working three wards in a hospital. After introduction, the researcher supported clinical nurses for three months as a participant observation.

After three months, data was collected by semi-structured interviews from nine nurses of three wards, and analyzed by qualitative and inductive methods.

【Results】

Dissemination process of assessment tools found four stages with eight categories. A stage of the preliminary dissemination, the wards had problems of “a lack of information of CPA tools for multidisciplinary and includes nurses”, “inconsistency and confusion of how to use CPA tool”. A stage of the promotable dissemination, the nurses of each wards practiced “approach to disseminate CPA tools for nurses on wards”. A stage of the Junctional dissemination, the wards that CPA tools were disseminated had “actually feeling of utility for nurses use CPA tool”, whereas the wards that CPA tool were not disseminated had “background in which utility of CPA tool were not able to be actually felt”. A stage of the dissemination, the wards had “the nurse's action and consideration change into symptom control caused by use of CPA tool” and “Utility of CPA tools for patients who felt it by using”. Subject to continuance and development, the wards explored “necessity of education to continue use of CPA tool”.

【Conclusions】

It was necessary for the process of CPA tools' dissemination into clinical settings as follows ; first, collaboration with the staff such as the leaders and link nurses who will be the driving force to disseminate CPA tool ; second, adjustment system to make best use of CPA tool, and device of ease for CPA tool. Finally, it was important that nurses who were using CPA tools realize feeling of utility and meaning into clinical settings.

Key word : assessment tools, cancer pain, translational research

¹ Naha City Hospital

² Okinawa Prefectural College of Nursing

原著

在宅終末期がん患者の家族介護者を実施した アロママッサージの主観的反応

塚原ゆかり¹ 神里みどり²

【目的】在宅療養中の終末期がん患者の家族介護者を対象に、アロマセラピストである看護師がアロママッサージを実施することにより、家族介護者の主観的な反応を明らかにすることを目的とする。

【方法】在宅終末期がん患者の家族介護者8名を対象として、アロマセラピストである看護師が研究協力者の自宅に3回訪問を行い、研究協力者にアロママッサージを約30分実施し、参与観察と半構成的インタビューから得られた質的データを分析した。

【結果】家族介護者の平均年齢は54.1±16.1歳、患者との続柄は妻5名、娘3名、介護期間は7.8±6.9ヶ月であった。家族介護者がアロママッサージを受けることで、〈症状が緩和する〉、〈リラクゼーションする〉、〈アロママッサージ後のリフレッシュ感〉、〈感情の解放〉、〈自分自身の健康を意識する〉、〈内省する〉、〈介護の中にアロママッサージを取り入れることに意欲を示す〉、〈患者や介護におけるアロママッサージへの期待〉、〈患者の状態に左右される〉、〈看護師の専門知識を頼りにする〉という反応がみられた。

【結論】アロママッサージを家族介護者に行うことで、家族介護者の身体・精神・社会・介護面に反応が認められた。アロマセラピストである看護師が家族介護者に行なうアロママッサージは、家族介護者のリフレッシュと介護意欲につながり、また、家族介護者に簡便なアロママッサージの指導を行うことも介護意欲につながる事が示唆された。

キーワード：在宅終末期がん患者、家族介護者、アロママッサージ

I. はじめに

わが国の医療・介護においては、施設中心から、可能な限り在宅方向を推進している。終末期がん患者においても在宅ケアが推進されつつあるが¹⁾、がん患者は医療依存度が高く、死別も控えていることから、終末期がん患者を介護する家族は、介護負担と疲労度がとても高い状態にあることが報告されている^{1,2)}。家族は介護のために自分の時間を確保することすら難しい状況^{3,4)}で葛藤⁵⁾を感じており、家族介護者がリフレッシュする時間を持つことの重要性が指摘されている⁴⁾。先行研究によると家族の介護負担を軽減することで、在宅での看取りを希望する人が増加することが言われて

おり⁶⁾、在宅における終末期がん患者の家族介護の負担を軽減するための家族支援の必要性が問われてきている^{7,9)}。しかし、終末期がん患者の家族介護者に対する適宜な休養と気分転換のみが提示されているのみで、具体的な家族介護者自身の身体・精神のリフレッシュを促すための看護援助に関する研究は見当たらない。

一方、アロママッサージにはリラクゼーション¹⁰⁾やストレスを軽減する効果¹¹⁾があり、マッサージと対話によって、リラクセスや自己表出、気分転換、自己への気づきが生じやすいことが示唆されている¹²⁾。また、アロママッサージのようなタッチは安らぎと結びつきを高めるオキシトシンを分泌しやすいことが報告されている¹³⁾。

これまで、アロママッサージなどの補完代替療

¹ YUKARI'S

² 沖縄県立看護大学

法を活用した看護援助の研究ががん患者を対象にいくつかなされてきており^{10,11,14-20}、ガイドライン²¹)でもがん患者の苦痛症状の緩和に有効であることが明記されている。しかし、家族介護者を対象とした看護支援としてのアロママッサージの研究はこれまでなされてきていない現状であり、がん患者の身体・精神の苦痛症状の緩和に有効であれば、家族介護者に対しても介護負担の軽減や身体・精神の症状の緩和に有効である可能性が高いことが推測される。

本研究では、在宅療養中の終末期がん患者の家族介護者を対象に、アロマセラピストである看護師がアロママッサージを実施することにより、家族介護者の主観的な反応を明らかにすることを目的とする。特に、アロママッサージを受ける家族介護者の反応を質的に明らかにすることで、在宅終末期がん患者の家族介護者に対する具体的な看護支援の方法が導き出されるのではと考えている。

用語の定義

家族介護者：日々の生活において主たる介護を担当している者で、同居の有無は問わないものとした。

終末期がん患者：疾患の治癒が望めない状態であり、生命予後が半年あるいは半年以内と考えられる時期²²)でがんの告知を受けている者とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究協力者

A県内の1施設である在宅療養支援診療所の医師(施設長)に研究フィールドの提供および研究協力候補者の選定を依頼し承諾を得た。

研究協力者の選定は、在宅において終末期がん患者の介護を行っているキーパーソン、認知的な障害がなく、会話によるコミュニケーションが可能な者とした。医師が、外来あるいは研究協力候補者の自宅で、研究協力候補者からの調査参加の内諾を得た後、調査者は医師より紹介を受けた。緩和ケア外来受診の時、あるいは研究協力者の自

宅に訪問した時に、調査者が調査の趣旨を文書と口頭で研究協力候補者に説明した後、調査参加への同意の得られた者を研究協力者とした。

研究参加に同意した在宅終末期がん患者の家族介護者は8名であった。

2. データの収集方法

データ収集は、研究協力者の自宅に訪問し、アロママッサージ前後に半構成的インタビューを、アロママッサージの実施過程において参与観察法を実施した。

1)実施期間

2009年7月～10月

2)アロママッサージの方法

本研究におけるアロママッサージは、精油と植物油を混ぜ合わせたもの¹⁶⁾を使用し、手を使って対象者の体をさすったりする²⁰⁾こととし、研究協力者の意向や状態に応じたアロママッサージの手技と方法をアセスメントし実施していく方法とした。アロママッサージは、アロマセラピストである調査者(看護師)が行った。

(1)使用する精油および植物油

精油としてリラクセーション、リフレッシュの効果¹⁰⁾があるオレンジ・スイート油(プラナロム社、学名Citrus sinensis、Lot.No.BCSZ2)と希釈用の植物油としてホホバ油(アロマアンドライフ社、学名Simmondsia shinensis)を使用した。希釈濃度は安全性を考慮し、1%とした。

(2)パッチテスト

初回訪問時に使用する精油と植物油のパッチテストを約15～20分で行った。

(3)アロママッサージの実施

アロママッサージの実施は3回とし、訪問の間隔は研究協力者の状況に合わせて実施した。3回実施した理由は、信頼関係の構築と複数回の観察によるアロママッサージの反応のデータをを得ることで、質の高いデータが抽出できると考えたからである。各回におけるアロママッサージの時間は、約30分

とした。訪問の間隔は、基本的に3日に1回の間隔で、トータル3回とした。ただし、患者と研究協力者の状態および都合に合わせ、訪問のたびに研究協力者と相談し、次回の訪問日を臨機応変に決定した。

施術部位は、研究協力者の意向や状態によって相談後、研究協力者の希望に沿った部位を選択した。

アロママッサージはがん患者の症状を緩和できる一つの方法であるため、研究協力者の希望があれば、簡便なアロママッサージの指導を研究協力者に行った。研究協力者が対象になることを配慮し、患者もアロママッサージを希望した場合、主治医に確認し、主治医の了承のもと患者にもアロママッサージを行った。

3) 参与観察の方法

アロママッサージの実施ごとに、その実施過程における研究協力者の身体の状態、言動や行動などの反応を観察しフィールドノートに記録した。録音の許可が得られた研究協力者に関しては録音し、その後逐語録に起こした。

4) 面接調査の方法

(1)研究協力者に関する情報収集

研究協力者より、アロママッサージの実施時に、研究協力者の基本的属性および医学的属性に関するデータの収集を行った。内容は、性別、年齢、職業、患者との続柄、介護期間、患者の疾患名と病状および年齢、介護状況である。

(2)半構成的インタビュー調査

①半構成的インタビューは、アロママッサージの実施ごとに、アロママッサージの実施前後に行った。

②半構成的インタビューの内容は、アロママッサージの実施前に、「家族介護者の身体的状況」、「患者の状態と介護していく上での思い」、「家族介護者自身の生活の様子」とし、アロママッサージの実施後に、「家族介護者の身体的状況」、「アロママッサージに対する感想」とした。インタビュー

内容はアロママッサージの実施後、フィールドノートに記録した。録音の許可が得られた研究協力者に関しては録音し、その後逐語録に起こした。

2. データの分析方法

1)アロママッサージの実施内容

アロママッサージの実施内容は、フィールドノートの内容に基づいて、研究協力者の疾患および症状、訪問の間隔、実施部位について整理した。

2)アロママッサージに対する反応の分析

アロママッサージを実施回数ごとに分けて、研究協力者が述べたありのままの言葉の意味を大切にする必要性から質的帰納的に分析を行った。

(1)各研究協力者のインタビューと参与観察のフィールドノートの記述内容、または逐語録から、アロママッサージの反応と研究協力者の身体的精神的状況、介護負担などに関連する言葉を抽出した。

(2)抽出した言葉を簡単な短文に置き換え、研究協力者ごとにコード化を行った。

(3)類似する内容を集め、アロママッサージの反応と研究協力者の身体的精神的状況、介護負担などの具体的な内容として表現した。

(4)さらに類似した内容を集め整理しカテゴリー化を行った。

質的データの分析の際は、質的分析経験のある指導者からのスーパーバイズと定期的なゼミナールでのピアレビューを行い、データの真実性を確保した。

3. 倫理的配慮

沖縄県立看護大学倫理審査委員会の承認を得た後、研究協力者には調査参加と中断の自由、匿名性の保障、プライバシーの保護、データの保管とデータの破棄、データは本調査の目的以外に使用しないこと、参加を拒否しても不利益を受けないこと、研究成果の公表等について書面を用いて説明し、署名による研究参加の同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 研究協力者の概要

研究協力者の概要を表1に示した。8名の家族介護者は、全員女性で、年齢は20代～70代にわたり、平均年齢は54.1±16.1歳であった。5名は主婦、2名は有職者で内1名は介護休職中、1名は無職であった。患者との続柄は、妻5名、娘3名であった。介護期間は、7.8±6.9ヶ月であった。患者の平均年齢は71.4±9.8歳であり、男性5名、女性3名であった。家族介護者の介護状況を表2に示した。すべての患者は、がん性疼痛薬にて疼痛管理を行っており、疼痛、呼吸困難、浮腫、吐気、嘔吐、全身倦怠感などの症状を伴っていた。8名の患者のうち1名は中心静脈栄養、1名は褥創処置の医療処置を必要とする状態であった。また、1名はがんだけでなく、パーキンソン病も併発していた。患者の日常生活動作においては、自立3名、移動など一部介助を要する3名、寝たきり2名であったが、症状によって日常動作はかなり左右されていたため、すべての家族介護者は患者から目が離せない状況で患者を一人おいての外出は約1時間以内であった。

2. 家族介護者の症状およびアロママッサージの実施内容

家族介護者の症状およびアロママッサージの実施内容を表3に示した。各家族介護者の疾患および症状で最も多かったのが肩こり（8名中6名）であり、半数が腰痛であった。アロママッサージの訪問の間隔は家族介護者の希望によって3～25日間であった。アロママッサージの実施回数は、アロママッサージの予定実施回数である3回が5名、2回が2名、1回が1名であった。アロママッサージの予定実施回数(3回)に至らなかった3名の理由としては、患者の症状が不安定であることや悪化したこと、患者以外に介護を要する家族の介護の都合、家族介護者が多忙であることであった。

実施部位は肩関節周囲、腰部、腰背部、両下肢、

両手関節であり、毎回実施部位が異なっていた。

3. アロママッサージを受けた家族介護者の反応

家族介護者がアロママッサージを受けることで反応があった項目について分析を行ったところ、家族介護者のアロママッサージの特徴を明らかにすることができた。アロママッサージを受けた家族介護者の反応をカテゴリー化し、表4に示した。以下に、家族介護者のアロママッサージの反応をカテゴリーごとに述べる。カテゴリーを< >、家族介護者が語った言葉は「 」, 語りの補足を()で示す。

<症状が緩和する>ことの例として、F氏は、両膝関節から下肢末梢のアロママッサージ後、「あ、(下肢末梢の)じんじんが治っています、今。うん、すごく楽になりました。もう、いつもじんじんしているんですよ。あのなんて言うんですか、ほらあの正座してるとしびれるでしょう」と症状の緩和を実感していた。

<リラクゼーションする>ことの例として、B氏は、1回目のアロママッサージの開始時より「あー、いい香りですね。気持ちいい」と感じ、毎回のアロママッサージのたびに心地よさを話していた。

<アロママッサージ後のリフレッシュ感>の例として、D氏は、「(アロママッサージのような時間があると)やっぱり、うん、頑張ろうかなっていう気持ちにはなりませんね」と介護意欲につながると話し、「何だろう、ちょっとリセットじゃないけど、その時間は、やっぱり一日の中で自分にかかる時間」と感じていた。

<感情の解放>の例として、G氏の夫は症状が不安定で、余命が短いため、自殺企図があり、何度も自殺未遂を繰り返していた。G氏は、患者から目が離せず、「だから、寝るときに、(自分の)枕の下に自殺に使いそうなものを入れて寝ているんです」と、常に緊迫した介護状況をアロママッサージ前に語っていた。G氏はアロママッサージを受けた後、「こんなにやさしく触ってもらったのは、

表1 研究協力者の概要

研究協力者	年齢	職業	患者との続柄	介護期間(月)	患者		
					年齢	性別	疾患名
A	50	主婦	娘	2	83	女	大腸がん
B	56	主婦	妻	3	53	男	胃がん
C	29	パート	娘	8	75	女	悪性リンパ腫 下肢麻痺
D	29	無職	娘	8	58	女	直腸がん
E	59	事務職 (介護休暇中)	妻	11	80	男	小細胞肺癌
F	71	主婦	妻	5	71	男	肺がん
G	70	主婦	妻	1	75	男	肺がん
H	69	主婦	妻	24	76	男	肝臓がん 肝硬変 パーキンソン病

表2 研究協力者の介護状況

研究協力者	患者の状況	介護状況
A	がん疼痛治療薬によって疼痛管理ができていないため、ADLは自立しているが、時折疼痛があり、薬を調整している ショートステイ利用後食事摂取が困難となる	患者ががんとなり、がんをきっかけに他県で一人暮らしをしていた患者と同居し、夫と障害児の子どもを抱えながら、疼痛管理などの介護を行っている 自宅近くに住んでいる一人暮らしのおば(軽度の認知症)の介護も行っている 介護と子育ての合間の30分くらい、週1、2回外出している
B	24時間ポンプ使用にて中心静脈栄養を行っている 食事摂取が困難ですぐに嘔吐する がん疼痛治療薬によって疼痛管理はできているが、倦怠感がある 排泄や歩行は自立しているが、入浴は介助を要する	患者と二人暮らしであり、中心静脈栄養の交換を昼夜行なう 入浴介助も行ない、患者が経口摂取できそうなものを模索している
C	がん疼痛治療薬によって疼痛管理を行なっているが、時折疼痛を伴う 食事は一部介助、寝たきりでおむつ使用 仙骨部に褥創あり	患者を父親と一緒に介護し、おむつ交換、褥創処置、食事介助を行なう
D	がん疼痛治療薬によって疼痛管理を行なっているが、 下肢に浮腫や触れると疼痛がある 寝たきりで、入浴全介助、ポータブルトイレや食事は一部介助を要する	介護のため仕事を退職し、患者の介護を行う 同居している妹は勤めているため、日中は一人で介護を行う 体位交換、トイレ介助、食事介助を行なう 外出しても患者を自宅に一人きりにしているため、1時間くらいで、すぐに帰宅する
E	がん疼痛治療薬によって疼痛管理を行なっているが、 時折疼痛を訴える 嘔吐が目立ち始めている 排便コントロール不良、食事は自立しているが食欲はなく、歩行不安定にて監視、トイレ一部介助を要しオムツ着用	患者の症状の悪化に伴い、介護休暇を取る 遠方に暮らしている娘が一人いて、時々介護の協力をする おむつ交換や食事摂取ができるように工夫を行っている 患者から目が離せない
F	がん疼痛治療薬によって疼痛管理を行なっているが、 「もう死ぬのか」と言い始め、背部の痛みを訴える ADLは自立している	患者の母親(90代 軽度の認知症)の介護を大腿骨突起性骨頭壊死の疼痛を抱え杖歩行をしながら行なっている 患者のがん発症にて、患者の介護も始まる 同居している娘は勤めているため、日中は患者と夫の母親を一人で介護する 患者は同じ敷地内の別棟に一人で過ごしており、携帯電話で1時間おきくらいに連絡してきて、疼痛やさすって欲しいと訴える そのたびに、杖歩行で患者のいる別棟まで往復する 外出は自分自身の受診くらいで、それ以外は、患者と患者の母親の介護に時間を費やしている
G	がん疼痛治療薬によって疼痛管理を行なっているが、 症状は不安定 ADLは自立しているが、このところ失禁を繰り返す 調子のいいときは散歩を行うが、余命が少ないため、自殺企図があり、何度も自殺未遂を繰り返している	息子と近くに暮らしている娘が、患者の介護の協力を行なう 家族介護者自身も頸部の疼痛にて、リハビリに通院しているが、患者の症状が不安定なことや自殺企図があるため、患者から目が離せず通院が困難な状況にある 介護を行い始めたばかりで、患者の症状が不安定なため、対処法がわからずにいる 患者が失禁を繰り返し始め、訪問介護などこれから導入していく状態で、息子と急いで介護環境を整えている
H	がんの症状は安定しているが、パーキンソン病もあり、 起き上がりが困難で頸部が前傾している 軽度の認知症がある 室内歩行は自立しているが、外出は付き添いを要する 夜間頻尿で排泄の介助(オムツ使用)を要する	患者と二人暮らしで、遠方に子どもが3人いて、時々介護を手伝っている 患者の起き上がりの介助、排泄の介助、毎日リハビリを行い、介護疲れを認める 軽度の認知症と起き上がり困難があるため、患者を一人にして家を開けられない 自分自身も非結核性抗酸菌症で年に2回肺炎になり、腰痛もあり、体調管理に神経を使いながら介護に臨んでいる

表3 研究協力者の症状およびアロママッサージの実施内容

研究協力者	疾患および症状	訪問の間隔	実施部位
A	肩こり 腰痛	1回目 (7日間) 2回目 (25日間) 3回目	1回目:肩関節周囲 両手関節 2回目:腰背部 3回目:腰背部 両手関節
B	肩こり 下肢末梢の冷え	1回目 (10日間) 2回目 (14日間) 3回目	1回目:腰背部 2回目:両膝関節から下肢末梢 3回目:腰背部
C	肩こり 腰痛 尋麻疹 アトピー 右足関節剥離骨折 便秘 下肢浮腫 眼性疲労	1回目 (6日間) 2回目 (8日間) 3回目	1回目:腰背部 2回目:腰背部 3回目:両下肢後面
D	腰痛 胃潰瘍	1回目 (6日間) 2回目	1回目:腰部、下肢末梢 2回目:腰背部、下肢末梢 3回目:なし ※患者の状態が思わしくなくなり、実施に至らず
E	肩こり 坐骨神経痛	1回目 (10日間) 2回目 (7日間) 3回目	1回目:肩関節周囲 2回目:腰背部 3回目:腰背部
F	肩こり 大腿骨骨頭壊死 十二指腸潰瘍 下肢末梢にじんじんした 感じがある	1回目 (10日間) 2回目	1回目:肩関節周囲 2回目:両膝関節から 下肢末梢 3回目:なし ※患者の症状悪化や患者の母親の介護の都合 で、次の訪問予定が立たず
G	肩こり 頸部疼痛	1回目	1回目:肩関節周囲 2回目以降:なし ※介護環境の整備の途中であり、患者の症状が 安定せず、介護が多忙で、次の訪問の予定が 立たず
H	腰痛 耳管開放症 非結核性抗酸菌症	1回目 (8日間) 2回目 (3日間) 3回目	1回目:腰部 2回目:肩関節周囲を含める腰背部 3回目:腰部

表4 アロママッサージを受けた研究協力者の反応

カテゴリー	内容
<症状が緩和する>	身体が楽になり、軽くなったと感じる 身体の温かさ、柔らかさを感じる
<リラクゼーションする>	いい香りと感じる 心地よさを感じる
<アロママッサージ後のリフレッシュ感>	リフレッシュ感を味わう アロママッサージの時間があることで、介護を頑張ろうという気持ちになる アロママッサージの時間が自分のリセットのように感じる
<感情の解放>	アロママッサージ中に涙が出る
<自分自身の健康を意識する>	自分自身の身体を振り返る 自分自身が自覚していない健康状態に気づく 気分転換を意識し始める アロママッサージのセルフケアに興味を示す
<内省する>	患者のがんの発症、自分自身の疾患、患者との関わり方、家族の関係を 振り返る
<介護の中にアロママッサージを取り入れることに意欲 を示す>	アロママッサージの指導を受け、患者にアロママッサージを行う
<患者や介護におけるアロママッサージへの期待>	自分よりも患者にアロママッサージを行なってほしいと希望する 家族介護者に対するアロママッサージのサービスを望む アロママッサージの費用の安さを希望する
<患者の状態に左右される>	アロママッサージ中、患者のことを気にかける 患者の具合が悪くになったら、自分自身のためにアロママッサージを 受ける時間があるかわからない
<看護師の専門知識を頼りにする>	患者あるいは自分自身の症状の対応、がん性疼痛薬使用の確認、 介護の方法を相談する 患者あるいは自分自身の症状、疾患の経過、既往歴を自ら話し出す

初めてです」と話し、「(アロママッサージ中)涙が出てきました」とアロママッサージ中の変化を語った。

＜自分自身の健康を意識する＞ことの例として、E氏は、アロママッサージを受けることで、「やっぱりマッサージのところに行ってみようかな、(訪問)看護師さん来てる時に。一週間に1回でもね」と、気分転換と自分の健康を意識し始めていた。また、アロママッサージ後、「いろいろこうやって愚痴を聞いてもらったりとか、(中略)抱え込まないで済むって」と話し、話すことでまた介護に臨めるようであった。

＜内省する＞ことの例として、F氏は、アロママッサージのたびに内省を行っていた。1回目のアロママッサージの実施時には、患者のがん発症を振り返り、F氏は、「(患者のがんがわかって)何だか分からないうちに5カ月来ましたよ。なんかまだ……(中略)なんか夜中ときどき、もしかして夢だったって感じがしますもんね」と、患者の死期が近づいていることを受け入れようとし、「だからまあ、今日をいっぱい、精一杯生きるしかないんじゃないかなと思って」と一日一日を精一杯生きることが語っていた。2回目のアロママッサージの実施時には、自分自身の疾患が発症してからの状況を振り返り、「(病気に)なってみなくちゃ分からない。」と、疾患にならなければわからないことに気づき、「歩いてくれるんですもんねえ。ありがたいと思わないといけないですね。形なんかどうでもいい。つくづく私も思いましたよ、足の骨切ったら」と、自分自身の身体に感謝を感じていた。

＜介護の中にアロママッサージを取り入れることに意欲を示す＞ことの例として、E氏に、1回目のアロママッサージの実施後、簡便なアロママッサージを家族介護者が患者に行なうことも可能であり、必要に応じて指導も行なうことを伝えたところ、E氏は、次回の訪問時、患者に行なうための簡便なアロママッサージの指導を希望した。2回

目のE氏のアロママッサージの実施後、調査者はE氏に簡便なアロママッサージを指導した。患者にベッドで仰臥位になってもらい、患者の膝関節から下肢末梢にアロママッサージを行なうところを調査者がE氏に見せながら、E氏に指導を行った。その後、E氏に患者のアロママッサージを実際に行なってもらい、指導を行なった。E氏は、患者にアロママッサージを行ないながら、「お父さん(夫)、気持ちいい?」と、患者に話しかけていた。患者は、「うん。気持ちいい」と答え、E氏は、「ああ、よかった。お父さん(夫)、いいの教えてもらったね」と自分のアロママッサージのやり方に安心し、「気持ちよかった?じゃ、今度マッサージタイムしてあげるね」と患者にアロママッサージを行なっていく意欲をみせていた。アロママッサージの指導後、E氏は、「お父さん(夫)、足の浮腫みがなくなったよ」と、アロママッサージ前後の患者の下肢の違いに驚きを感じていた。

＜患者や介護におけるアロママッサージへの期待＞の例として、H氏は、1回目の訪問ではじめてアロママッサージを経験し、2回目の訪問時にアロママッサージを行うと気持ちがいいので、自分ではなく患者にアロママッサージを実施して欲しいと感じていた。H氏は、「(患者の後頸部に苦痛があるため)だから、私じゃなくて、今日は主人でもいいです」、「どんな方法でもいいから、私、効くのがあれば」と、自分のことより患者を優先し、患者の苦痛緩和を希望していた。H氏のアロママッサージ後、調査者は患者にもアロママッサージを行った。H氏は、「(患者のアロママッサージ中)ねえ、お父さん。気持ちいいでしょう」と、何度も患者に話しかけ、患者は「あったかくて」と言っていた。

また、F氏は、これまでアロママッサージを受けたことがないにもかかわらず、1回目のアロママッサージの実施前に、「だから、できれば主人の背中をね、マッサージしてほしいくらい」と語り出した。F氏は大腿骨突発性骨頭壊死で杖歩行であ

り、患者の母親(90代 軽度の認知症)を介護しながら、患者の介護を行っていた。患者は同じ敷地内の別棟に一人で生活しており、携帯電話でF氏に1時間おきくらいに連絡し、患者の疼痛に対してさすって欲しいなどと要求していた。そのたびに、介護者F氏は杖歩行で患者のいる別棟まで往復していた。今のところ患者は通院ができていますが、今後、患者の症状の進行やF氏自身の健康状態によって通院困難になった時を考え、F氏は患者の訪問診療を希望し、訪問診療を受けることになった。初めて訪問診療を受けた患者は、「もう死ぬのか」と言い出し始めていた。そのような状況の時に1回目の訪問が重なった。1回目のアロママッサージの実施後、F氏は、「お父さん、今もんでくれるって言うけど、少し(アロマ)マッサージしてもらって言ったら、うん、してもらって言うてますから、ちょっと会ってみてください」と、介護状況に追い詰められた様子で、とにかく患者に対して何かして欲しいという感じであった。

＜患者の状態に左右される＞ことの例として、H氏は、「だから、本当はね、(アロママッサージを)何もなくて受けたいのね」と、患者のことがいつも脳裏にあるため、介護から解放されてアロママッサージを受けたいと希望を語った。しかしながら、家族介護者におけるアロママッサージに関して、「ただね、その、自分がやってもらってる(アロママッサージを)・・・、(患者が)もうちょっと具合悪くなると、うーん、やってもらって時間があるかなって」と患者の状態に左右されることを感じていた。

＜看護師の専門的知識を頼りにする＞ことの例として、G氏は、アロママッサージ後、患者があまりにも痛がるので慌てて飲ませた薬に関して、「お薬、これを飲ませたんですが、よかったですか」と、がん性疼痛薬とがん性疼痛薬の説明書、主治医からの症状出現時の患者への対応が記載された用紙を提示して確認を行い始めた。また、F氏は、患者と患者の母親も介護しており、2回目のアロマ

マッサージに訪問すると否や、「おばあちゃんが、退院後、ずっと寝ているんです。大丈夫ですか」と、患者の母親が退院してから、いつもの状態と違うと、30分くらいそのことを話し出し、どのように対応すればよいのかと質問し始めた。

IV. 考察

1. アロママッサージを受けた家族介護者の反応の特徴

1)家族介護者の気分転換

家族介護者にアロママッサージの場を設けることで、短時間でも介護から離れ、気分転換ができ、自分自身と向き合い、介護に追われる自分の状態をリセットすることができていた。さらに、気分転換し、リフレッシュしたことで、介護に臨もうと思う介護意欲につながっていた。これまでも先行研究⁴⁾において、介護を続けていく上で、家族介護者が気分転換しリフレッシュすることの必要性が示唆されている。しかし、先行研究では具体的な方法までは提示されていない。家族介護者が終末期がん患者の介護を続けていく上で、アロママッサージを受けることで気分転換し、リフレッシュすることは、介護意欲につながることが本研究から示唆された。

2)患者の状態によって左右される家族介護者自身の時間

アロママッサージを用いて、介護を主体とする生活から家族介護者自身の時間の確保を試みたが、家族介護者自身の時間の確保は患者の状態に左右されて、患者の状態によって自分のことよりも患者を最優先していた。

本研究の対象者8名中3名が調査の途中で中止となった理由は、患者の状態が悪くなり、介護の状況に変化をきたしたことにあった。患者は終末期のがん患者であり、患者のために最善を尽くしたいという思いが家族介護者にあることが伺えた。患者の具合が悪くなったら、自分のためにアロママッサージを受ける時間があるかわからないとい

う今後の不安の言葉が聞かれたように、調査が途中で中止になった家族介護者の行動は同じであった。終末期がん患者の介護を行う家族には、自分のことよりも、患者のことが根底にあり、患者を最優先することが本研究において明らかになった。

終末期のがん患者の介護を行っていく上で、家族介護者の気分転換が必要とされていても、家族介護者自身の時間の確保は、患者の状態に大きく左右されているといえる。したがって、終末期がん患者を介護している家族に、アロママッサージを実施し、気分転換を促したり、リフレッシュさせたりする支援には適切な時期があることが考えられる。

2. 在宅終末期がん患者の家族介護者に対する看護支援の可能性

1) 家族介護者に行うアロママッサージ

終末期がん患者の家族に休息を勧めること、つまり、心身の安らぎを提供する看護ケアは必須であると報告されている²³⁾。よって、家族介護者に、アロママッサージを実施することで気分転換を促し、リフレッシュする時間を提供することは、在宅介護を続けていくための家族支援となりえる可能性があると考えられる。

在宅における終末期がん患者の家族に対して、家族の思いや考えの表出を促すことが関係性に参与し²⁴⁾、触れるケアは身体を通じて関係性を深める可能性が報告されている²⁵⁾。本研究で行なったアロママッサージは、家族介護者に直接触れることで、家族介護者と調査者との関係性がより深まって、家族介護者の思いを表出することにつながっていた。このことは、アロママッサージを通して直接身体に触れられることで、触れられている身体の部分がアロママッサージを受ける者とアロママッサージを行う者との共通認識となったのではと考えられる。調査者は家族介護者の言動だけでなく、アロママッサージを行う自らの手を介して、家族介護者の状態を理解しようと努めており、

そのことが家族介護者の心を開きやすい状態に導いた可能性も考えられる。また、アロママッサージを介して、家族介護者は自分自身の身体状態に意識が向きやすく、アロママッサージのリラクゼーション効果もあり、自分の健康、生活、患者や家族との関係、患者と介護に対する思いを振り返りやすかったのではないかと考える。よって、アロママッサージを介した家族介護者との関わりは、家族介護者の思いを引き出すツールの一つとなる可能性が考えられる。

さらに、調査者がアロマセラピストだけでなく看護師であるため、家族介護者が表出した内容は、症状や介護で気になること、医療的なことを話しやすかったことが考えられる。また、アロママッサージを介して家族介護者と関わるだけでなく、家族介護者を通してがん患者の状態の把握にもつながると考えられる。アロマセラピストである看護師は、看護をベースとした見解で患者と家族介護者を捉え、加えてアロマセラピーの知識と技術を活かすことが可能である。また、熟練したアロマセラピストが行うアロママッサージは安全で最大の効果が得られることが報告されている²⁰⁾。よって、アロマセラピストである看護師は家族介護者にアロママッサージを行うことで、両者の関係性を深めやすく、症状の緩和、思いの表出、リフレッシュ、介護意欲、介護指導につなげやすいことから、看護とアロマセラピーの知識と技術で幅広く在宅看護を展開することが可能だと考えられる。また、簡便なアロママッサージであればアロマセラピストでなくても、看護師にも実施可能であることが報告されている²⁶⁾。したがって、看護師が家族介護者に簡便なアロママッサージを行うことは、両者の関係性を深めやすく、家族介護者の思いを引き出せ、リフレッシュや介護意欲、介護指導につなげることが可能であるため、在宅終末期がん患者の家族支援につながるのではと推測される。今後、アロマセラピストではない通常の看護師によるアロママッサージの検証が必要であ

る。

在宅終末期がん患者の家族介護者に対する看護支援において、訪問看護が家族介護者自身を支援の対象においたサービスではないため、家族介護者の介護負担、潜在的な健康問題を訪問看護師は把握していても十分な支援にいたっていない現状が報告されている⁸⁾。家族介護者との短時間の会話の中で行なえる簡便なアロママッサージであれば、訪問看護の中で実践可能だと考える。よって、看護師であれば行える家族介護者に対する簡便なアロママッサージの開発、普及を今後検討していく必要があると考えられた。

2)簡便なアロママッサージの家族指導

家族介護者は、終末期がん患者の死期が迫ってくると、患者に対してやってあげることがなくなってくることから、何もできない無気力にさいなまれることが報告されている^{1,3,27)}。本研究ではアロママッサージの指導を希望した家族介護者から、患者の苦痛症状の緩和のために、患者に何かをやってあげたいという家族介護者の強い思いが伺えた。家族介護者が簡便なアロママッサージのすべを持つことで、患者の症状緩和と家族介護者の介護の満足感につながるのではと考える。また、家族介護者が終末期がん患者に簡便なアロママッサージを行うことによって、両者の関係性をより深め、ひいては家族介護者における死後の悲嘆のプロセスに関与する可能性もあり、より相乗的に作用することが伺える。したがって、家族介護者に、終末期がん患者に対する簡便なアロママッサージの指導を行うことは、有意義な家族支援につながると考えられる。

V. 結論

1. 家族介護者にアロママッサージを実施することで、症状の緩和、リラクゼーション、感情の解放、内省、自分自身の健康への意識、アロママッサージを介護に導入する意欲、患者や介護におけるアロママッサージへの期待などと身体・精神・社

会・介護面への反応が明らかになった。

2. アロママッサージの場を設けることで、家族介護者の一時的なリフレッシュにつながっていたが、家族介護者の生活と家族介護者自身の時間の確保は、常に患者の状態に影響を受けていて、家族介護者は自分のことよりも患者のことを最優先していた。

3. アロマセラピストである看護師が家族介護者に行なうアロママッサージは、家族介護者との信頼関係を深めやすく、家族介護者の思いを表出させ、看護師の専門的知識にも頼れるため、家族介護者のリフレッシュと介護意欲、介護指導につながり、ひいては終末期がん患者における在宅看護の支援につながる可能性が示唆された。また、家族介護者に簡便なアロママッサージの指導を行うことも介護意欲につなげる看護支援の可能性が示唆された。

研究の限界

本研究の研究協力者は8名と少なく、明らかとなったところはごく一部のものである。アロママッサージによる効果は、精油、植物油、直接施したアロママッサージの手技、調査者の手の状態と相乗的に働いているため、その要因を追求することには限界がある。今後は、より研究協力数を増やし、継続的にアロママッサージを家族介護者に行なうことで、家族介護者がどのように反応し、家族介護者の健康、QOL、介護に影響を及ぼすか、さらに、家族介護者と患者、双方の反応をみることで、家族介護者と患者の関係性に影響するか検討する必要がある。また、本研究ではアロマセラピストである看護師と患者、家族介護者における相互作用までは研究目的としていなかったが、先行研究²⁸⁾によると、アロママッサージを介してアロマセラピストである看護師と患者との間には相互作用が生じていることが報告されている。今後は患者、家族介護者、看護師を含めて、アロママッサージを介した相互作用の研究についても明らかにすることが課題である。

謝 辞

本研究にご協力いただきましたご家族、患者の皆様、研究協力者に出会える機会を提供していただき、多大なるご配慮をいただきましためぐみ在宅クリニック院長小澤竹俊先生、スタッフの皆様方に心から感謝申し上げます。本論文は、平成21年度沖縄県立看護大学大学院保健看護研究の修士論文の一部であり、収集したデータを再分析したものである。

引用文献

- 1)横田美智子, 秋元典子(2008): 在宅で終末期がん患者を介護した家族の体験, 日本がん看護学会誌, 22(1), 98-107.
- 2) Norissa J H, Ruth A B, Barbara G, et al(2008): Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal Oncology Nursing*, 12(3), 507-516.
- 3)篠塚裕子, 稲垣美智子(2007): 病院で死を迎える終末期がん患者の家族の添う体験, 日本看護科学学会誌, 27(2), 71-79.
- 4)Hudson P L(2006): How well do family caregivers cope after caring for a relative with advanced disease and how can health professionals enhance their support?, *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 694-703.
- 5)堀井たづ子, 光木幸子, 畷田理佳, 他(2008): 在宅療養中の終末期がん患者を看病する家族の心情と療養支援に関する質的研究, 京都府立医科大学看護学科紀要, 17, 41-48.
- 6)横山渥子, 西村正二, 大頭信義, 他(2005): 在宅緩和ケア 望む人すべてが受けることの在宅緩和ケアへ, *ホスピスと在宅ケア*, 13(1), 28-35.
- 7)中川雅子, 小谷亜希, 笹川寿美(2008): 日本における終末期がん患者の家族のケアに関する文献的考察, 京都府立医科大学看護学科紀要, 17, 11-21.
- 8)後藤みゆき(2009): 在宅終末期がん患者の家族介護者に対する支援～訪問看護サービスにおける現状と課題～, *医療福祉研究*, 3, 27-43.
- 9)Rivera H R(2009): Depression Symptoms in Cancer Caregivers, *Open Access Article*, 13 (2), 195-202.
- 10)小笠原映子, 椎原康史, 小坂橋喜久代, 他(2007): 柑橘系精油によるアロママッサージのリラクゼーション効果およびリフレッシュメント効果について 皮膚コンダクタンスおよび気分形容詞チェックリストによる評価, *日本看護研究学会雑誌*, 30 (4), 17-26.
- 11)今西次郎(2005): ストレス度, リラクゼーションならびにQOLの評価に関する研究, *統合医療*, 2(2), 15-20.
- 12)平原直(2006): 全人的苦痛を抱えるがん患者に対する「マッサージと対話」の効果患者の「痛みの意味」の変化を中心に, *高知女子大学紀要看護学部編*, 55, 51-59.
- 13)シャスティン・ウヴネース・モペリ(2008): オキシトシン 私たちのからだをつくる安らぎの物質, 24-27, 160-164, 株式会社晶文社, 東京.
- 14)Yim V W, Ng A k, Tsang H W, et al(2008): A Review on the Effects of Aromatherapy for Patients with Depress Symptoms, *THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE*, 15(2), 187-195.
- 15)鈴木彩加, 大久保暢子(2009): 看護分野におけるアロマセラピー研究の現状と課題, *聖路加看護大学紀要*, 35, 17-27.
- 16)Susie W, Kelly B, Lesley S(2008): Massage for symptom relief in patients with cancer systematic review, *J Adv Nurs*, 63(5), 430-439.
- 17)宮内貴子, 山勢博彰, 小原弘之, 他(2007): 終末期がん患者の便秘に対する腹部アロマセラピーマッサージの効果の検討, *緩和ケア*, 17(4), 368-372.
- 18)室伏利圭子, 佐藤正美, 長瀬雅子, 他(2008): がん患者の倦怠感緩和を目的としたアロママッ

- サージの効果, 東海大学健康科学部紀要, 14, 99-105.
- 19)宮内貴子, 小原弘之, 末廣洋子(2005):ホスピス・緩和ケア病棟におけるアロマセラピーの現状, がん看護, 10(5), 448-452.
- 20)Abrams DI, Weil AT(2008)/伊藤壽記, 上島悦子(2010):がんの統合医療, (第1版), 233-245, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京.
- 21)特定非営利活動法人日本緩和医療学会(2008):がん補完代替医療ガイドライン, 1, 14-15.
- 22)日本学術会議 臨床医学委員会終末期医療分科会(2008):終末期医療のあり方について亜急性の終末期について.
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf> (2012年11月8日現在)
- 23)Cronfalk B S, Strang P, Ternstedt B M, et al(2009): The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative homecare-an intervention, Support Care Cancer, 17, 1203-1211.
- 24)熊谷有記, 国府浩子, 大見由紀(2009):終末期在宅がん患者を支える家族に対する家族支援, 死の臨床, 32(1), 117-122.
- 25)川原由佳里, 守田美奈子, 田中孝美, 他(2009):触れるケアをめぐる看護師の経験—身体論的観点からの分析—, 日本看護技術学会誌, 8(2), 46-55.
- 26)相原優子, 神里みどり, 謝花小百合, 他(2012):がん看護実践に活用可能な補完代替療法の効果と安全性のエビデンスに関する文献検討, 沖縄県立看護大学紀要, 13, 1-16.
- 27)眞嶋朋子, 佐藤まゆみ, 増島麻里子, 他(2008):メタ統合で明らかになった終末期がん患者を抱える家族員の体験, 看護研究, 41(5), 395-401.
- 28)山中愛子, 神里みどり(2009):アロママッサージによる終末期がん患者と看護師の内面的相互作用とその効果, 日本がん看護学会誌, 23(1), 61-69.

Original Article

Response to aroma massage for home-based terminal cancer patients' family caregivers

Yukari Tsukahara¹⁾ Midori Kamizato²⁾

[Purpose] The purpose of this study was to identify a response to massage therapy for terminal cancer patients' family caregivers in the home. This result will provide information for nursing care for home-based family caregivers.

[Methods] Eight family caregivers were given aroma massage therapy by researcher as aroma therapist at their home. The aroma therapist visited their homes three times for providing each time of 30 minute' aroma massage. During aroma massage, researcher as aroma therapist had observational survey and interviews for family caregivers. The quality of data was analyzed inductively.

[Results] Family caregivers' average age was 54.1 ± 16.1 years old ; relation of cancer patients were 5 wives and 3 daughters ; duration of caring period were 7.8 ± 6.9 months. Having massage therapy were altered to family caregivers good feeling such as " relief of symptoms", " relaxation" , " feeling of refreshment after having aroma massage", " release of emotion", " aware of their own health", " reflection with oneself", " eager to have aroma massage therapy during care of cancer patients", " expectation of aroma massage for patients and care", "the dependence of caregiver on the their patients' condition", and "depend on nurses' expert knowledge".

[Conclusion] Family caregivers were given aroma massages and they had the following responses such as better physical, mental, social, and care giving conditions. Nurses such as aroma therapists are able to support family caregivers by using aroma massage. Also, teaching simple aroma massage to family caregivers will help them take better care of terminal cancer patients in the home.

Key word : home-based terminal cancer patients, family caregivers, aroma massage

¹ YUKARI'S

² Okinawa Prefectural College Of Nursing

報告

離島診療所に赴任する看護師に対する教育プログラムと支援体制

下地千里¹ 神里みどり²

【目的】

離島診療所赴任1年目の看護師に対する教育プログラムと支援体制を検討し、M病院看護部へ提言することを目的とする。

【方法】

研究協力者は、M病院の離島支援開発委員会のメンバー(12名)や看護管理者(2名)、T離島診療所看護師(1名)、15ヵ所の県立病院附属診療所看護師(15名)であった。研究方法は、第1段階から第4段階で構成した。第1段階では、既存の資料から教育プログラムと支援体制の原案を作成し、委員会で追加・修正を行った。第2段階では、作成した教育プログラムに基づいて診療所看護師に対する2日間の研修を実施し、その参与観察を行った。第3段階では、研修終了後に診療所看護師に対する半構成的面接調査を実施し研修の評価を行った。第4段階では、教育プログラムと支援体制について15ヵ所の県立病院附属診療所看護師を対象に意見交換会と質問紙調査を行い、その結果を基に、最終版を作成した。

面接や参与観察は質的帰納的に分析し、質問紙調査は記述統計を行った。

【結果】

第1段階：T診療所看護師の課題を抽出し、赴任前の島の特殊性とその対応の講義、研修計画等を含む教育プログラムと支援体制の原案を作成した。

第2段階：T診療所看護師は、糖尿病外来や薬剤部での研修において、実践的で新たな情報を得ることができ、かつ関係部署との連携を密にすることができた。

第3段階：T診療所看護師の研修直後の評価として【研修での学びを看護実践へ活用】することや【看護の質の維持・向上のための研修の継続の必要性】など9つのカテゴリーが抽出された。

第4段階：質問紙調査では、県立病院附属診療所の全看護師が教育プログラムの必要性を認識していた。さらに、意見交換会の内容から、【赴任前の十分な救急室配置の必要性】【赴任前の引き継ぎのあり方の検討の必要性】など8つのカテゴリーが抽出された。

最終的な教育プログラムのコア内容として、「島の特性に応じた看護」「一人配置で行う救急看護」「薬剤師代行業務」「診療所における地域連携」「診療所と派遣病院の関連部署との連携」「看護師の背景と特性」が明らかとなった。支援体制として、赴任前では「救急室への配置」「島の特殊性に関する講義開講」、赴任中では「診療所看護師のサポート強化」「研修の実施」、「1年間の活動報告会の開催」などが抽出された。

【結論】

赴任1年目の離島診療所看護師に対する教育プログラムのコア内容と具体的な支援体制が明確になった。今後看護部と離島支援開発委員会などの組織的な運営や支援のもとに教育プログラムが継続的に実施されていくことが必要である。

キーワード：離島診療所、診療所看護師、教育プログラム、支援体制

¹ 沖縄県立宮古病院

² 沖縄県立看護大学

I. はじめに

へき地診療所とは、「交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち医療の確保が困難である「無医地区」及び「無医地区に準じる地区」において地域住民の医療を確保することを目的として、都道府県、市町村等が設置する診療所」と定義されている¹⁾。沖縄県は、有人離島39島からなる島しょ県であり、16ヵ所の離島には、6つの県立病院に附属するへき地診療所（以下、離島診療所）が存在する。各診療所に、看護師は一人しか配置されていない現状であり、高度な看護実践能力の必要性が予測できる。

筆者は、過去2年間(2006～2007年) 沖縄県立病院附属の小離島診療所での赴任経験がある。しかし、その当時、赴任に伴う事前教育や診療所看護師の看護実践トレーニングは存在せず、これまで経験したことのない診療所での仕事や島での生活に不安を抱えたまま、診療所看護師として看護活動を実践しなければならなかった。

春山ら²⁾による全国のへき地診療所看護職を対象とした看護活動の実態調査では、看護活動における問題および課題として、「看護以外の仕事に追われている」「相談できるバックアップ機関がない」「担当外・専門外の仕事をしなければならない」「業務が明確にされていない」などの課題が明らかにされている。さらに、看護活動を支える研修などの教育機会の少なさやサポート体制の不足についても報告されている。教育研修プログラムとして診療所派遣前のオリエンテーションの充実や目標管理の必要性³⁾については先行研究で述べられているが、具体的な診療所看護師に対する教育プログラムの内容や支援体制に関する報告は見当たらない。

そこで、本研究では、離島診療所赴任1年目の看護師に対して、離島に特化した看護実践活動が可能となる教育プログラムやその支援体制を明確にし、診療所看護師を派遣している中核病院の看護部に提言することを目的とする。

II. 研究方法

1. 共同研究者および研究協力者

共同研究者は、T診療所の派遣病院であるM病院内にある離島支援開発委員会(以下、委員会とする)メンバー12名であった。研究協力者は、過去にT診療所に赴任経験のある看護師7名、T診療所看護師であるA氏1名、元M病院看護部長1名、沖縄県立病院附属診療所看護師15名であった。

2. 研究方法

研究方法は、第1段階から第4段階で構成した。第1段階で、既存の資料から教育プログラムと支援体制の原案を作成し、委員会で追加・修正を行った。第2段階で、作成した教育プログラムに基づいて診療所看護師に対する2日間の研修を実施し、その参与観察を行った。第3段階で、研修終了後の診療所看護師に対する半構成的面接調査を実施し研修の評価を行った。第4段階で、15ヵ所の県立病院附属診療所看護師に本研究で作成した教育プログラムと支援体制を提示し、意見交換会と質問紙調査を行った。その結果を反映させて、最終版の教育プログラムと支援体制を明確にした。

研究期間は、平成23年4月～11月であった。

3. 分析方法

診療所赴任経験者の既存資料(委員会の調査資料や看護部提出レポートなど)、委員会の会議内容、さらにT診療所看護師A氏の研修中の参与観察、研修直後と研修1か月後の面接調査の内容、M病院看護管理者に対する半構成的面接調査の内容について、各調査別に類似するものをカテゴリー化し、質的帰納的に分析した。質問紙調査の量的データは、記述統計を行った。質的データの内容分析では指導教員からスーパーバイズを受け、真実性の確保に努めた。また、月1回定期的に開催される研究室のゼミナール(5-8名)に参加し、ピアレビューを行った。

4. 倫理的配慮

研究協力施設長、研究協力者に対して、文書と口頭にて研究の趣旨と内容を説明し、説明会への参加や質問紙調査は自由参加であることを説明し同意を得た。また、診療所看護師A氏に対する面接調査では、面接の日時、場所についてA氏の意向に沿えるように配慮し、プライバシーの保護に留意すること等を約束した。なお、本研究は沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

Ⅲ. 研究結果

第1段階から第4段階までの結果については、本文中の【】をカテゴリー、《》をサブカテゴリー、具体例を「」で示す。

<第1段階>

1. T診療所看護師に対する教育プログラムと支援体制（案）の作成

T診療所赴任時に筆者が行った島の特殊性の対応（表1）から、前任者からの「島の特殊性とその対応について」の講義をT診療所赴任前の3月に受講できるように、教育プログラムに組み入れた。T診療所赴任経験者である看護師の課題（表2）より、《救急薬剤の管理》《レントゲン管理》などの【看護以外の代行業務の遂行】があるため、「施設管理課」「検査科」を、また、一人で行う薬剤業務のストレスがあるため「薬剤部」を、島で多い健康問題への取り組みが必要であることから「糖尿病外来」を、合計8ヵ所の関連部署を研修プログラムの必須項目として取り入れた。その際、看護部と離島支援開発委員会が研修受け入れ部署への協力依頼や研修内容の確認、さらにT診療所への代替看護師派遣などの支援を行うこととした。T診療所看護師の自己の課題に対する振り返りのために中間報告会、看護活動の評価のために年間活動報告会をプログラムに取り入れた。

2. 離島支援開発委員会における教育プログラムと支援体制に関する追加修正点

委員会の会議で、M病院看護部がT診療所看護師の自己目標を基に、協働で1年間の研修計画を立案することを追加した。また、研修日程は2日間と決定した。

<第2段階>

1. 教育プログラムの実施：T診療所看護師に対する研修の実際(2日間)

赴任5ヵ月目のT診療所看護師A氏に対して、M病院内での8ヵ所の関連部署で研修を実施した。

糖尿病外来では、具体的な指導を学び、今年4月から導入したインスリン製剤や新しく変更になった内服の説明、使用済み針の廃棄物回収方法の確認、自己血糖測定器の貸し出しや購入方法を確認することができた。薬剤部では、薬局長よりT診療所協力業務についての経緯および応援業務内容、麻薬の取り扱い管理事項・報告義務、薬の返品方法、消毒薬の保管方法、監査の時期や回数などの情報を得ることができた。さらに、T診療所で困っている院内調剤の吸入薬については、薬局へ直に相談し、実践にすぐに活かせることができた。施設課では、診療所看護師A氏の「宿舎の水道管が壊れていて困っていること」など、担当部署に直接相談できる場となった。

<第3段階>

1. 研修直後の評価

T診療所看護師A氏による研修直後の評価では7つのカテゴリーが抽出された。

【診療所看護師の役割の理解】では、「救急室研修で症状別のトリアージ方法の資料と方法を学んだ」「M病院との連携の必要性が理解できた」「薬剤業務が理解でき、診療所でも薬剤依頼をする時の工夫点などがわかった」など具体的な内容があった。

【地域に合わせた生活習慣病の看護実践への活

表1. T診療所赴任時に筆者が行った島の特殊性への対応

	島の特殊性	対応・取り組み
1. 環海性 [†]	<ul style="list-style-type: none"> ・台風時には船が入らない ・船体の定期点検期間は船が運休になる ・雨が降ると受診患者が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・台風接近時、船体の定期点検時期は、食料を買いだめした ・薬や酸素ボンベの請求を事前に行った
	<ul style="list-style-type: none"> ・T島の方言は、M島の方言と全く異なり理解できない 	<ul style="list-style-type: none"> ・方言がわかる事務員に通訳を依頼した
2. 隔離性 [‡] (遠隔性)	<ul style="list-style-type: none"> ・サトウキビの製糖期に受診しない人が多い ・牛のセリの日には受診しない人が多い ・行事の日には受診したくない人が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・製糖期や牛のセリ、地域行事などの期間は予約の調整を行った
	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の時間に合わせた受診時間を要求する ・休日に看護師の自宅へ薬の請求に来る 	<ul style="list-style-type: none"> ・受診日時を守るよう説明し、診療所に受診してもらった
	<ul style="list-style-type: none"> ・収穫した野菜を持って来て、その代わりに医療を要求する 	<ul style="list-style-type: none"> ・丁寧に断りをして、診療所への受診を促した
	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急以外の自分の時間に合わせた夜間にコールし医療を要求する 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療者が限られているため、緊急性がない場合はなるべく日中に受診するよう説明し、島の役場と協力し、広報などで住民へ周知した
3. 狭小性 [†]	<ul style="list-style-type: none"> ・島には火葬場がなく、土葬が行われる ・葬儀の準備や片付けまで、全てを島の住民で行う役割がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・島の風習に習って、お墓まで住民と一緒に見送った
	<ul style="list-style-type: none"> ・風邪が流行する時期は、夜間の受診が増えるが、医療力が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの急な発熱への対応を、母親たちへ指導した
	<ul style="list-style-type: none"> ・受診しない患者への対応として電話連絡したり、地域住民へ島にいるか聞いたりした 	<ul style="list-style-type: none"> ・島にいる人に受診を促した
	<ul style="list-style-type: none"> ・勤務時間以外に、突然看護師の自宅に診療要求のために来てしまう 	<ul style="list-style-type: none"> ・島での急患対応の方法（ワンクッションコール*）を住民や役場と確認した
	<ul style="list-style-type: none"> ・留守中の深夜に泥酔した住民が、看護師の自宅に押し掛けてきた 	<ul style="list-style-type: none"> ・鍵をかけてドアを開けない ・事務員の家に泊まるなど対応
	<ul style="list-style-type: none"> ・内服管理が必要な患者のキーパーソンが5分以内（工作中でも）で来院する 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族とともに、在宅での安全な内服投与につなげた
	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘリ搬送時は、住民が集まって誰が何をしたか聞きたがる 	<ul style="list-style-type: none"> ・プライバシーの保護に努めた
	<ul style="list-style-type: none"> ・外国人の母親が子どもを受診させる場合、片言の日本語であり内服の説明が必要だった ・診察料をその日に支払わず後払いが多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・日本人のご主人と一緒に受診してもらった ・支払催促を電話で対応した

[†]環海性＝海洋性：自然災害の影響を受けやすい

[‡]隔離性（遠隔性）＝孤立・拡散性：交通のアクセスが不便 物資、情報に乏しい

[†]狭小性＝分断性：個人のプライバシーが守りにくい 住民の合意が得やすい

*ワンクッションコール：平成14年に住民が女医に対して行ったストーカー行為によって、診療所の医師・看護師の安全面が問題となった。役場・駐在・住民・県の職員・社協等の月1回の時間外対応について会議を行い、「ワンクッションコール体制（第1コールは役場、第2コールは診療所医師・看護師）」が開始となった。この体制は県立病院附属診療所に波及していった

表2. T診療所赴任経験看護師が認識する課題

カテゴリー	サブカテゴリー
1. マンパワー不足のため住民との連携の必要性	マンパワー不足で、医療職員以外との協働が重要
	住民に緊急時の教育活動を行うことで救急体制時の連携が可能
	役場職員の協力
	診療所職員間の話し合い
2. 看護以外の代行業務の遂行	採血後遠心分離器の操作、配送のための梱包や移送準備
	薬剤・調剤のストレス
	薬剤指導や薬剤管理に問題がある患者への対応の苦慮
	台風時の対策
3. M病院看護部とT診療所との連携と課題	看護部との連携不足
	診療所看護師から看護部への積極的な働きかけ
	看護部との研修や夏季休暇についての相談
4. 安心して診療所勤務が継続できるサポート体制の必要	M病院看護部との連携
	診療所勤務の継続にはサポートが必要 リフレッシュのための方法
5. 患者のニーズを把握するための巡回診療活動への参加の必要性	他職種カンファレンスへの参加で住民のニーズ把握
	巡回診療活動に関われない
6. 医師との信頼関係構築の重要性	医師との信頼関係
	医師不在の精神的なストレス
	医師の態度への不満
7. 保健師との連携の必要性	保健師が不在時の業務代行
	保健師の活用
	保健師との連携と情報の共有
8. 地域住民との信頼関係の構築	住民との交流を積極的にもつ
	看護師も医療班として行事に協力
	役場の職員との協働
	医療体制の話し合い時の感情的な違和感 住民そして専門職としてのジレンマ
9. 診療所勤務経験のメリット	患者の生活背景を考慮し看護実践する重要性の再認識
	物品管理の向上
	早急な救急対応
	他職種との連携とその効果の実感

用】では、「新薬や新しい情報を取り入れる工夫が必要である」「看護業務に活かすことの必要性を感じた」「糖尿病が多い地域なので、M病院で行っている糖尿病のフットケアや、指導方法などを看護実践に活かしたい」などの意見があった。【小児対応の研修の必要性】では、「小児で使用する薬剤量に不安がある」や「赴任前に小児外来での研修が必要である」などがあった。

【住民と医療者との連携の必要性】では、「診療所はマンパワーがないので職員全体で取り組むことの必要性を再認識」していた。【今後の看護活動の課題と研修への要望】では、「赴任前研修への要望」「診療所に赴任する前に、救急室、小児外来、薬剤部の研修があったほうがいい」、「最新の治療などを含めて赴任前に小児科外来での研修が必要である」など研修への要望があった。

【他部門との協働の必要性】では、「研修を受けることで、知り合いになるので、今後相談しやすくなる」「研修を通して薬剤部が相談を受ける姿勢であることを感じたので、今後は薬剤部と連携し問題解決をしたい」など、前向きな発言がみられた。また、「物品の故障時の対応」や診療所内や医師・看護師宿舎の「電化製品やボイラーなどの故障時の対応」など、曖昧な「施設管理の方法の理解」が得られたことから、【看護活動以外の代行業務の理解】の категорияが抽出された。

2. 研修1ヵ月後の評価

T診療所看護師A氏による研修1ヵ月後の評価として2つの категорияが抽出された。

【研修での学びの看護実践へ活用】では、「知識がないと生活指導が十分にできない」「マニュアル内容の更新の必要性を感じた」「ヘリ搬送時スムーズに行えるように、手順などの整理の必要性を実感している」などの課題があった。【看護の質の維持・向上のための研修の継続の必要性】では、「看護の知識や技術などの向上のための事例をもって研修に参加することの必要性を感じた」「1年に1回

は診療所看護師を対象とした研修の受講を希望したい」「知識や経験不足があるので、診療所看護師に対する教育・支援プログラムの必要性を感じた」などの意見があった。

3. M病院看護管理者が認識するT診療所看護師との連携や赴任条件

M病院の看護管理者が抱える課題として「診療所看護師の評価」「病院から離れているので診療所看護師から発言しないと把握しづらい」など、T診療所看護師との連携の課題があった。

T診療所看護師の派遣を決定する際に考慮する条件として、【コミュニケーション能力】【3年以上の臨床経験・問題解決能力】【地域と溶け込み繋がりができる】【メンタル面が強い】【組織の規範が守れる】【医師との組み合わせを考慮する】【診療所勤務の希望】【家族への考慮】の8つの категорияが抽出された。

4. 離島支援開発委員会における教育プログラムと支援体制に関する追加修正点

赴任前の救急室配置、M病院が実施している巡回診療に関する情報提供、離島支援開発委員会への入会について、支援体制の項目に追加した。赴任後の支援としては、看護部・前任者・離島支援開発委員会が相談役となり、4・5月にサポート体制の強化を行うことを追加した。

<第4段階>

1. 県立病院附属診療所看護師に対する教育プログラムと支援体制に関する意見交換会

本調査で明確になった教育プログラムと支援体制を県立附属診療所看護師15名に提示し、意見交換会を開催した。その結果、以下のことが明らかとなった。

医療従事者のマンパワーの少ない小離島では、【役場との連携が重要】であり、「地域の関係機関への連携の必要性」や「離島の役場と連携した問

題解決への取り組み」などの連携のサブカテゴリーが抽出された。その他【赴任前の十分な救急室配置の必要性】【診療所赴任前からの関係部署との繋がり必要性】【赴任前の引き継ぎのあり方の検討の必要性】【診療所赴任時の努力と工夫】【退職看護師から現役診療所看護師へのサポート体制の構築の必要性】【効果的な教育プログラムと支援体制の必要性】【診療所勤務に対する看護師のストレス緩和の必要性】など7つのカテゴリーが抽出された。

2. 派遣病院の教育支援の現状と診療所看護師の教育支援に対する認識

1) 県立病院附属診療所看護師に対する派遣病院の教育支援の現状

派遣病院の教育プログラムと支援体制において、同様なプログラムについて「ある」と答えたのは、わずか1名（6.7%）であり、その内容としては、「赴任前の救急やその他外来への研修と年1回の診療所看護師会議への参加」があった。

2) 県立病院附属診療所看護師の教育支援に対する認識

本研究で開発した教育プログラムと支援体制について、県立診療所看護師15名（100%）全員が、必要と回答した。具体的な意見として「地域との関わりが業務内容に影響するので、着任前にできる場所は病院で研修を受けた方がいい」「病院とは違う業務や、一人でやる看護以外の業務が多いため」など、診療所は病院とは違う役割があることから、教育支援の必要性を認識していた。また、「何の準備もなしに幅広い知識が求められる。診療所勤務に就くのは不安」、「この教育プログラムと支援体制があれば安心して仕事ができる環境づくりとなると思う」など様々な不安に対する支援の必要性の意見があった。さらに、「引き継ぎがなかったので絶対に必要」などの引き継ぎに関することや、「実践の振り返りや困りごとや問題解決に必要」など、中核病院から距離がある離島診療所の

支援体制に関するニーズがあった。これらの県立診療所看護師の意見を教育プログラムに反映させて、引き継ぎ時における役場担当者への紹介を行う項目などを追加した。

3. 教育プログラムと支援体制の看護部への提言

12月に開催された委員会の会議にて、T診療所看護師に対する教育プログラムと支援体制を決定し、最終版の承認を得た。その後、離島支援開発委員会委員長（看護副部長）が、M病院看護部に対して、最終版の教育プログラム（表3）と支援体制（表4）について提言を行った。

IV 考察

1. T診療所看護師に対する教育プログラムと支援体制

塚本⁵⁾は、へき地診療所看護師の「拠点病院看護師が行わないような検査や薬剤業務にも従事しなければならない困難感」を指摘している。また、吉岡⁶⁾は、へき地診療所看護師が多様な看護活動を実践していくためには、学習機会を確保し、実践をサポートする体制を整えていくことが必要不可欠であると述べている。すなわち、教育プログラムだけでなく、それを支援する体制を確立していく必要があると指摘している。

実際に研修を受けたA氏は、【看護の質の維持・向上のための研修継続の必要性】があると感じており、県立病院附属診療所看護師からも「地域との関わりが業務内容に影響するので、着任前にできる場所は病院で研修を受けた方がいい」ことや「この教育プログラムと支援体制があれば安心して仕事ができる環境づくりとなると思う」など診療所が病院とは違う役割があることを認識していた。へき地診療所看護師業務の困難さの克服に向けて、拠点病院が継続教育システムを確立することの必要性が示されている⁷⁾。新任期、特に最初の1年間のサポート体制は非常に重要であり、へき地という特殊性のある地域での看護に求めら

表3. 赴任1年目のT診療所看護師に対する教育プログラムの年間計画

時期	目標	方法	研修内容	期間/時間	講師
赴任前	1. T島の地域性や、文化的背景について理解できる	講義	T島の地域性や特殊性について	30分	前任の看護師
	2. 救急室配置 ・救急看護の実際 ・薬剤業務（調剤、管理等） ・BLS/ACLS 実践	救急外来勤務 院内のBLS/ACLS受講	4月からT診療所での診療所看護が実践できるよう支援する	1ヵ月	救急外来教育担当
	2. 巡回診療について理解できる	講義	巡回診療の主旨や、看護の実際について	各30分～1時間	各担当部署師長
6月	1. 今年度の目標が設定できる	所定の用紙にてレポート提出	今年度目標についての意見交換	1時間	看護部
赴任中	8月	1. 派遣病院の機能を知り、各部署との連携方法を、説明することができる 2. T島で多い疾患について知識を深め、看護展開ができる 3. 自己の課題を引き出し、T島住民のニーズにあった看護が提供できる	研修受講 派遣病院 関連部署で講義受講と意見交換など ・救急外来 ・糖尿病外来 ・薬局 ・栄養士室 ・地域連携室 ・施設管理課 ・検査課 ・放射線科	2～5日	看護部 関連部署
9月	1. 自己の実践能力の向上に向けて取り組むことができる	離島開発委員会で報告	研修後1ヵ月目の振り返り	15～30分	M病院離島支援開発委員会
3月	1. 自己の目標について振り返り、達成度を評価し、次年度につなぐことができる	M病院で報告	自己の目標達成について	15～30分	看護部
<p>評価：研修前のレポート、研修1ヵ月後の振り返りの報告、自己目標達成の評価等の自己評価と、看護部による自己評価記録をあわせて、1年間の評価とする</p>					

表4. 赴任1年目のT診療所看護師に対する支援体制の計画

時期	支援内容	目的	担当
赴任前	3月 M病院離島支援開発委員会への入会	T診療所の役割や関係機関との連携について理解できるように支援する	M病院離島支援開発委員会
	3月末～4月初旬 引き継ぎ ・十分な引き継ぎ時間の確保 ・業務内容 ・診療所スタッフとの連携 ・村役場の担当者へ紹介など	島の生活や診療所業務に慣れ、安心して仕事ができるよう支援する	前任看護師 看護部 前任看護師
	4～6月 サポート強化	相談役となり、業務や精神面のサポートに努める	看護部 前任看護師 M病院離島支援開発委員会メンバー
赴任後	7月 研修計画に関する意見交換	研修の内容をT診療所看護師と協働で計画する	看護部 M病院離島支援開発委員会メンバー
	8月 研修実施 代替看護師調整	研修受講のための代替看護師を確保し、研修が受講できる支援体制を整えることができる	看護部 関連部署
	9月 中間報告会開催	目標達成の評価、修正を行い軌道修正ができる	看護部 M病院離島支援開発委員会
	2月 看護活動発表会開催	目標達成の評価を行い次年度に繋げるように支援する	看護部

※1年を通して看護部がT診療所看護師に対する支援を継続する

れる能力を派遣病院の継続看護の目標として位置づけることによって、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位置づけられることが報告⁷⁾されている。したがって、小離島の診療所看護師の課題や離島という特性に応じた看護活動を遂行していくためには、教育プログラムと支援体制を構築することが必要である。

2. 教育プログラムのコア内容の明確化

本研究において、診療所看護師に対する教育プログラムには、＜島の特性に応じた看護＞＜一人配置で行う救急看護＞＜薬剤師代行業務＞＜診療所における地域連携＞＜診療所と派遣病院の関連部署との連携＞＜看護師の背景と特性＞の6つのコア内容が明らかとなった。

高度実践看護師制度検討会⁸⁾では、診療所看護師の課題として、①慢性疾患の健康管理、②急変時の対応、③危機管理など、1人職種による実践活動が課題としてあげられ、そのためのサポートや研修の必要性が報告されている。

1)島の特性に応じた看護

島の特殊性として「台風時に船が入らない」ことによる診療所内の薬や酸素ボンベの点検の必要性は、島で経験しないと理解できないことである。環海性、隔離性、狭小性から起こる離島での特殊性とその対応は、赴任前に情報を得ていることにより、そのギャップに苦しまず、早く島に慣れることに繋がる。塚本ら⁹⁾はへき地にある診療所だからこそ地域に溶け込み、暮らし振りに触れることを通して、地域特有の文化・慣習を理解することで健康問題の発生や改善に繋がると述べている。このことから、診療所看護師が赴任する前に島の文化や慣習について把握できる機会を作ることが必要である。

2)一人配置で行う救急看護

へき地での救急患者発生時、へき地診療所看護師は、初期治療に大きな役割を担い、搬送判断能

力、症状伝達能力、処置・事務手続き、協力要請などを同時に行う技術が求められている¹⁰⁾。救急対応能力（トリアージ、BLS/ACLS）を養い、住民を巻き込んだ素早い救急搬送を行うためにも、赴任前からの救急室配置や、赴任後の継続的な研修が必要不可欠である。実際、県立病院附属診療所看護師への調査において、【赴任前の十分な救急室配置の必要性】が課題として抽出された。

さらに、普段から島の救急体制に関する住民への働きかけや、役場職員と救急搬送の役割確認などを行い、搬送体制に繋げていくことも必要であり、看護師一人配置で行う救急看護には、病院とは違う多様性が求められている。

3)薬剤師代行業務

診療所看護師は、子どもから高齢者までの幅広い受診患者に対応していかなければならない。しかし、離島診療所には、薬剤師は不在であり、そのため、医師の指示のもと、調剤や薬剤指導、薬剤管理などの代行業務を行っている。現在のチーム医療の推進の中¹¹⁾で、看護師の役割拡大においても薬剤使用の内容など「包括的指示」の積極的な活用が検討されているが、具体的内容に関しては、まだ検討の域を脱していないのが現状である。薬剤師が配置できない環境にある離島診療所では、これまでどおり看護師が薬剤師代行業務を担い、住民に対する医療サービスの提供に努めなければならない。そのため、診療所看護師を派遣する中核病院における研修や連携を含めた支援の継続や工夫などが最重要課題である。

4)診療所における地域連携

島に居住する専門職は限られており、患者の健康問題を解決するために必要な関係機関との連携は診療所の重要な役割である。吉岡ら⁶⁾は、へき地診療所看護師には、患者の健康回復のためのアセスメントを行い、必要なマネジメントが取れるような支援が求められていると述べている。患者の健康問題を解決していくために「地域の関連機関への連携が必要」であり、「島では役場と連

携して問題解決への取り組み」を行っていく必要がある。専門職の乏しい離島での看護活動では、病院とは違い、住民とより親密な関係性があり、幅広い診療所看護を実践していくことが求められる。さらに、役場職員や隣人を含めた人材で、患者の健康問題の解決のためにチームを編成し取り組むなどがある。したがって、前任者による赴任時の役場担当者への紹介は、これから連携し患者の健康問題に取り組んでいくための繋がりとして重要な意味がある。

5) 診療所と派遣病院の関連部署との連携

T診療所看護師は、派遣病院の関連部署での研修を受講することで、薬剤師や施設管理など他職種の代行業務における遂行上の留意点を学び、さらに担当者との顔合わせが可能になった。その結果、診療所看護師が業務上で必要な部署への相談窓口が広がり、一人職種で行う看護師の実践活動が安心して遂行できたと考える。マンパワーが少ない離島診療所の看護師が行っている看護活動以外の活動を解決していくためには、中核病院における薬剤や検査部門などの関連部署での研修は必須と言える。

6) 看護師の背景と特性

T診療所看護師A氏は、診療所で行う救急看護に関する不安から、救急室での研修を希望した。A氏は研修後、「経験があっても小児看護に関する不安がある」と述べ、その診療科の経験があっても、その診療科に従事していない期間が長いと、学ぶ必要性を感じる事が推測された。春山ら¹²⁾は、へき地診療所看護師の支援においては、その地域の看護活動を理解し、看護師が抱える問題や課題を共有し、相互的なコミュニケーションによる支援を基盤にすることが重要であると述べている。また、塚本ら⁵⁾は、へき地診療所看護師の特徴への理解を深めたり、必要な技術を習得したりするために、計画的に準備する必要性があると述べている。離島では未経験の診療科でも対応しなければならず、離島診療所看護師の背景や特性による

学習ニーズを考慮することが効果的で実践的な教育プログラムと支援体制を充実させることに繋がると考える。

3. 離島診療所看護師の派遣病院の課題

M病院管理者は、T診療所看護師を派遣する条件に、問題解決能力やコミュニケーション能力、地域に溶け込みつながりが持てることなどをあげている。しかし、看護師の問題解決能力やコミュニケーション能力があっても、病院とは違う看護以外の代行業務を、一人で対応していくことは困難である。また、M病院看護管理者は、T診療所看護師との連携について、「病院から離れているために現場から発言しないと把握しづらい」と感じており、診療所看護師を支える派遣病院と診療所看護師との連携の困難さがうかがえる。

塚本ら⁵⁾は、へき地診療所看護職の支援に対する課題として、看護職派遣に対する派遣病院の責務としての認識欠如をあげている。派遣病院は、診療所の現状を把握し、離島診療所看護師に対する教育プログラムと支援体制を構築していく責務が課せられている。また、拠点病院は人員的に厳しい状況のなかで辛うじて診療所看護職を支援しており、【拠点病院の医療・看護の確保・充実】に対処する必要性が高い課題となっている⁵⁾。M病院も、今回の研修で代替看護師の確保が困難であったように、派遣病院での人員確保は切実な課題であった。派遣病院の状況を加味しながら、教育プログラムと支援体制を整えて行なわなければならない。その克服方法の一つとして、派遣病院の現任教育として位置づけることが必要と考える。離島は、台風の自然災害を受けやすい地理的環境であり、また専門職者の少ない離島においては、地域住民との協働が必要である。今後は、離島診療所と離島住民との協働で、災害看護に関する取り組みも実施していかなければならない。

診療所看護師の多岐にわたる看護実践は、看護教育において意義あるものであり、離島診療所勤

務をローテーションで配置し、看護師の能力開発に向けた試みも必要でないかと考える。

V. 結論

赴任1年目の離島診療所看護師に対する教育プログラムのコア内容と具体的な支援体制が明確になった。今後、看護部と離島支援開発委員会などの組織的な運営や支援のもとに教育プログラムが継続的に実施されていくことが必要である。

引用文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：へき地保健医療対策検討会報告書（第9次）資料2 平成17年1月 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0124-11b.html>
- 2) 春山早苗（2009）：へき地診療所における看護活動の実態と課題に関する調査—へき地診療所全国調査報告—, 45-52.
- 3) 福田順子, 小谷妙子, 工藤祝子, 佐藤里美, 菊池睦子, 鈴木久美子, 真砂涼子, 大久保祐子, 春山早苗, 水戸美津子(2008)：へき地など地域病院への派遣制度を組織的に支援する教育研修プログラムの検討 - 自治医科大学附属病院看護職員のキャリアアップを目指して-, 日本ルーラルナーシング学会誌, 第3巻, 117 - 123.
- 4) 嘉数哲（2009）：島嶼の持続可能性：グローバルな世界における沖縄と太平洋島嶼地域における挑戦と機会 日本島嶼学会 第9号, 33-46.
- 5) 塚本友栄(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 第6巻, 30.
- 6) 吉岡多美子（2002）：ルーラルナーシングにおける専門家役割モデルの検証, 三重県立看護大学紀要; 85-94.
- 7) 春山早苗（2008）：へき地で働く看護職の育成と生涯学習支援, 病院管理4, 44巻, 76.
- 8) 高度実践看護師制度推進委員会（2008）：看護学教育Ⅲ 看護実践能力, 日本看護協会出版会, 76.
- 9) 塚本友栄(2010)：へき地診療所看護職の学習ニーズ, 日本ルーラルナーシング学会誌 第5号, 1-15.
- 10) 加藤宇佐美(2010)：離島へき地診療所で働く看護師に求められるアセスメント・応急処置, 日本救急看護学会誌, 12(2), 11-20.
- 11) チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会 報告書)：平成22年 厚生労働省
- 12) 春山早苗（2011）：へき地診療所における医師と看護師との連携に関する研究, 日本ルーラルナーシング学会誌 第6巻, 35-49.

Report

Suggestion for nursing educational programs and support systems for nurses who are going to work in small island clinics

Chisato Shimoji¹⁾ Midori Kamizato²⁾

[Purpose]

Purpose of this research was identified to the nursing educational programs and support systems for nurses who are going to work in small island clinics. This research results will be suggested to the nursing department of M hospital for nursing education.

[Methods]

This research consisted of four steps. The first step made nursing educational programs and support systems. Those were discussed with the island committee members of M hospital. The second step was providing two days of nursing educational programs for the small island nurse. The researcher had observation surveys during nurses' training. The third step was that we evaluated the nurses' training after we had interviews with her. The fourth step was a questionnaires survey and the opinion meeting with 15 of islands' clinic nurses regarding nursing educational programs and support systems. We evaluated and validated this educational program. We analyzed inductivity for quality data and descriptively for quantity data.

[Results]

The first step: There were 13 categories with issues of the T islands' nurses such as "doing other activities except nursing activities", "need of training for weak point of nursing", "need of support system for work settings for security".

The second step: The T island nurse had a new practical and information from training of diabetes outpatient clinic and pharmacy. Then, the T island nurse had a close and cooperate relationships with other departments.

The third step: Evaluation of training included 9 categories such as "into nursing practice from training", "need of training continually to maintain and improve the quality of care".

The fourth step: All prefectural small island nurses recognized the need for the educational programs and support systems according to the questionnaire survey. There were 8 categories such as " need of sufficient training in emergency room before posting to small island" , " need of exchange information before posting to small islands " from nurses' opinion meeting.

The final core educational programs were " nursing on the basis of characteristics of islands", "emergency nursing by one nurse" , " nursing on behalf of pharmacist", " community of cooperation at island clinic", " teamwork with the clinic between the main hospital which delegate nurses to clinic", and " consideration of nursing back ground and character". The support system were "assigned in the emergency room before deployment", "offer of lecture regarding islands' character", " reinforcement of support systems for the small islands nurses during work", " providing educational programs", and " have report meetings of one year nursing activities for other nurses"

[Conclusion]

The educational programs and support systems were identified in this research. These programs and support systems need continuously carried out by on basis of systematic management of nursing departments and supports committees of the island.

Key word : island clinic, island clinic nurse, nursing educational program, support system

¹⁾ Okinawa Prefectural Miyako Hospital

²⁾ Okinawa Prefectural College of Nursings

報告

ICU病棟における新任看護師の習熟度別教育プログラムの導入過程 ー参加型アクションリサーチ法を用いてー

翁長悦子¹ 池田明子²

【目的】

本研究の目的は、A病院ICU病棟において、経験年数の異なる新任看護師を対象とする習熟度別教育プログラムを導入するために、まずチームリーダーを中心とする研究グループにより「習熟度レベルⅠ」の試案を作成し、この試案の導入過程を通して看護チームの活性化につなげることである。

【方法】

1. 参加型アクションリサーチ法を用いて、ICUの看護師全員で課題に取り組む姿勢作りをする。
2. 研究グループの構成；看護チームのリーダー3名、主任看護師、看護師長、参加希望者5名、計10名
3. 研究のステップ；
①ICU看護師（39名）対象に現任教育に関する質問紙調査、②研究グループ（10名）による新任看護師の習熟度別教育プログラムの試案作成、③新任看護師（6名）への試案のトライアルと評価、④研究グループによるアクションリサーチプロセスのふりかえり

【結果】

1. 質問紙調査結果を踏まえて、新任看護師教育プログラム「習熟度レベルⅠ」の到達目標を「夜勤のメンバーとしての役割がとれる」とし、「習熟度レベルⅠ」の試案および評価ガイドラインを作成した。
2. 新任看護師（6名）を対象に試案のトライアルを実施し、新任者の自己評価と研究グループの他者評価を摺り合わせ、評価ガイドラインを修正した。
3. 参加型アクションリサーチ法によるこの研究への取り組みを通して、チームリーダーの相互理解が深まり、看護チームが活性化し病棟全体への波及効果が示唆された。

【結論】

参加型アクションリサーチ法によるICU病棟の新任看護師を対象とする習熟度別教育プログラムの導入過程を通して、看護チームを活性化することができた。

キーワード：アクションリサーチ、新任看護師、習熟度別教育プログラム、ICU病棟

I. はじめに

近年、医療の高度化と共に、ICU領域でも看護師の実践能力に専門的知識と習熟した技術が求められている。より高度なクリティカルケアを目指すICU看護師のための現任教育プログラムは不可欠である。A病院の教育プログラムは、看護師の卒後経験年数別に臨床実践能力レベルを分類し、

そのレベル別に教育計画が進められている。Ⅰ段階は経験1年目、Ⅱ段階は経験2～3年目、Ⅲ段階は経験4～9年目、Ⅳ段階は経験10年目以上の看護師、Ⅴ段階は主任・師長となっている。看護部の方針により、ICUには新卒の看護師は配置されず、院内の他部署から経験の異なる看護師が配置されるため、病院全体のレベル別教育計画との整合性が保ちにくい状況である。実際に今年のICUの新任看護師6名をA病院の卒後経験年数別段階に当てはめてみると、Ⅱ段階2名、Ⅲ段階3名、Ⅴ段階1名

¹ 沖縄県立中部病院（前沖縄県立南部医療センター・こども医療センター）

² 沖縄県立看護大学大学院

になる。一方、ICUにおける習熟度レベルからみると、6名全員がⅠ段階「先輩の指導のもとで看護実践が出来る」に相当する。

A病院では平成21年の病院組織改革により、ICUが8床から14床に増床となった。看護師の増員にともない病棟スタッフの3分の2が入れ替わるという危機的状況の中で、新任看護師の教育も当面必要な技術の習得に重点をおかざるをえない現状であった。筆者はこのような時期にICUの看護師長に任命された。その後、配置転換で22年度には9名、23年度は6名の新任看護師が配置されたが、毎年、新任看護師の実践能力段階を設定し評価するにあたって苦慮している。このような現状を改善するために、臨床実践能力や経験年数の異なる新任看護師の臨床実践能力の習熟度レベルをふまえたICU独自の教育プログラムの開発が必要ではないかと考えた。

本研究の目的は、A病院のICU病棟において、経験年数の異なる新任看護師を対象に臨床実践能力の習熟度別教育プログラムを導入するために、まずチームリーダーを中心とする研究グループにより「習熟度レベルⅠ」の試案を作成する。そして、この試案の導入過程を通して看護チームの活性化につなげることである。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン：参加型アクションリサーチ法^{1,2)}。この手法を選択した理由は、現場の問題を自分達で解決していくというアクションリサーチの利点を取り入れ、ICU看護師全員で現状の課題に取り組む姿勢づくりをすることである。

2. 研究対象 (図1)

A病院ICU病棟：病床数14床 看護師：40名
看護チーム：Aチーム（脳外科・他混合） Bチーム（心臓外科） Cチーム（循環器科）

3. 研究期間：平成23年6月～平成23年11月

4. 研究のステップ：ステップ1からステップ6までの研究プロセスを以下に示す（図2）。

<ステップ1>

ICU看護師を対象にアクションリサーチによる研究への取り組みの説明とクリニカルラダーの勉強会を行い、看護チームリーダー3名に研究参加を依頼すると同時に参加希望者を募集する。

<ステップ2>

- 1) 看護チームリーダー3名に師長、主任、希望者を加えた研究グループを立ち上げる。
- 2) 研究グループのリーダーを選定しメンバーの役割分担を明確にする。

<ステップ3>

- 1) ICUの看護師39名を対象に「ICUの現任教育プログラムの満足度」、「ICUにおける習熟度レベル別教育プログラムの必要性」等に関する質問紙調査を実施する。
- 2) 研究グループで質問紙調査の結果を分析し、現状の問題点を抽出する。
- 3) 質問紙調査の分析から研究の焦点を教育プログラム「習熟度レベルⅠ」の試案作成をする。

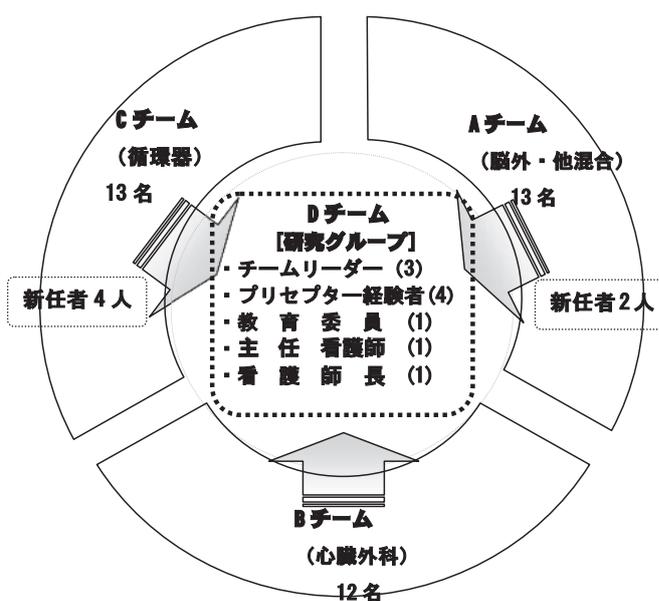


図1 A病院ICU病棟の看護師チームと研究グループの構成

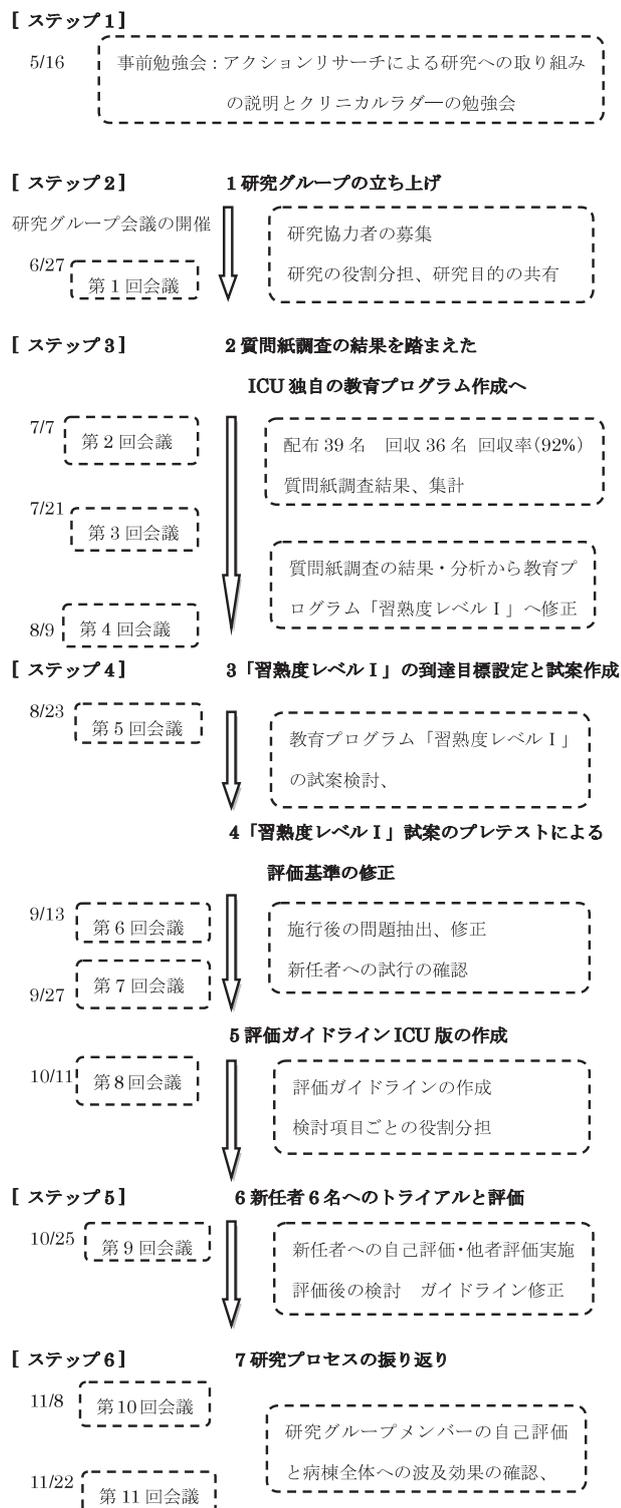


図2 研究への取り組みのプロセス

<ステップ4>

「習熟度レベルⅠ」の試案をプレテストし、結果から問題点を抽出「評価ガイドライン (ICU版)」を作成する。

<ステップ5>

「習熟度レベルⅠ」の試案を実際に新任看護師6名へトライアルしガイドラインを評価、修正する。

<ステップ6>

1) これまでのアクションリサーチの研究プロセスを研究グループで振り返る。

2) ICUにおける新任看護師教育の今後の課題を明確にする。

5. 倫理的配慮：本研究は沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結果

1. 研究グループの立ち上げ

<事前準備>

日勤終了後ICUの看護師に対しアクションリサーチによる研究への取り組みの説明をした。同時に研究指導教授によるアクションリサーチの勉強会を実施し、取り組みの実例^{3,4)}を紹介した。参加者は15名であった。

<研究協力者の募集>

チームリーダー3名に研究参加を依頼し了解を得た。同時にICUの全看護師に対し希望者を募り、9名の研究協力者を決定した。

<研究目的の共有と役割分担>

看護師長の筆者を含めて10名で研究グループを立ち上げた。第一回の会議で新任看護師を対象とする教育プログラムを作成する目的を共有、研究グループの役割分担をした。会議は第2・第4火曜日の17時から2時間程度で研究グループの名称は病棟の看護チームA,B,Cに続きDチームとした。Dチームの会議日程は師長が勤務スケジュールに組み込みこんだ。研究グループにおける筆者の役割は病棟の管理者でなく、研究グループの一員として

の立場であることを説明した。研究グループからも、「研究グループの一員として教育プログラム作成にも関わってほしい」との要望があった。

2. 質問紙調査の結果をふまえてICU独自の習熟度別教育プログラム作成へ

A病院のICU病棟の看護師39名を対象に「現任教育の現状をどう考えているか」に関する質問紙調査を行った。回答者は36名（回収率は92.3%）であった。

質問紙調査の結果について、研究グループは以下の点を確認した。ICUの現任教育プログラムの満足度とICU経験年数の関連性では有意差（Pearsonの χ^2 検定）があり、ICU経験2年以上の看護師が満足していないことがわかった。自由記載の中でも、「指導・教育の統一性が必要」「評価基準が必要」「個人への対応が必要」等があがっていた。これは、ICU経験2年以上の看護師はプリセプターや指導者になっている現状があり、指導を受ける側よりも、指導する立場で困っていることが示唆された。ICUにおける実践能力の習熟度レベル別教育プログラムが必要と97.1%が答えており、その理由として、「専門知識の向上」「レベルの確認・評価」「一定レベルの教育」「ステップアップの必要性」等があった。これらの結果を踏まえて、研究グループでは今後の方向性を検討し、新任看護師教育プログラム「習熟度レベルI」の「目標をどこに定めるか」の話し合いが進められた。

3. 「習熟度レベルI」の到達目標設定から試案作成

「習熟度レベルI」試案の目標を定めるにあたっては、P・ベナーのモデル⁵⁾を参考にレベルIの「新人」からレベルIIの「一人前」の境界線がわかれば、レベルIの目標が設定できると考えた。研究グループメンバーの体験から、夜勤のとき「患者2名を受け持てる」「緊急入院を受け入れることができる」「患者の異常がわかる」等の意見が出され、それらをクリアできれば夜勤を一緒にしても

安心して患者を任せられるとの研究グループメンバーの意見が一致した。そこで、「習熟度レベルI」の目標は「夜勤のメンバーとしての役割がとれる」とした。この「習熟度レベルI」の目標に沿って研究グループメンバー各自が作成した試案を持ち寄り他施設のICUクリニカルラダー^{6,7,8,9)}を参考にしながら、「習熟度レベルI」の試案を作成した。「習熟度レベルI」の試案は「実践技術チェックリスト（ICU版）（一部抜粋）」（表1）と「臨床看護習熟度評価（ICU版）（一部抜粋）」（表2）の2部構成となった。

4. 「習熟度レベルI」試案のプレテストによる評価基準の修正

「習熟度レベルI」試案の作成中、5月に非常勤採用の看護師の夜勤への導入のタイミングを凶っていたことから、試案をプレテストすることとなった（以下対象となる看護師を「習熟度レベルI」のプレテストナースとする）。プレテストナースの自己評価と研究メンバーの他者評価および研究メンバーとプレテストナースとの意見交換から問題を抽出、誰が評価しても同じような評価ができるものを作ることとなった。既存の3段階評価では、経験していない項目を評価する時、「3.できる、2.補佐が必要、1.できない」では評価し難いことから、評価基準を「5.一人のできる、4.フォローがあればできる、3.実施したことはないが過程を述べることはできる、2.見学したことがある、1.見学も実施もない」の5段階評価に変更した。また、今回のプレテストで最低ラインを決める必要があるという意見が出された。5段階評価の「4.フォローがあればできる」をクリア基準とした。ただし、項目によっては条件を設定し、「5.一人のできる」を必須とする項目や症例が少ないと想定される項目は「3.実施はできないが実施の過程を述べることはできる」等とした。こうして「習熟度レベルI」のプレテストにより試案の修正ができた。

表1 実践技術チェックリスト（ICU版）

一部抜粋

氏名

緊急時の対応・呼吸管理・循環管理

項 目	1回目				2回目			備考
	見学	実施月日	自己評価	最終評価	実施月日	自己評価	最終評価	
緊急時の対応								
1、BLSができる								
1)気道確保 (エアウェイ、肩枕の使用)								
2)気管挿管介助								
3)不整脈が分かる								
4)心臓マッサージ								
5)除細動器の取り扱い								
①除細動器のチェック操作ができる								
6)緊急薬品の準備と投与方法								
①救急カートのチェックができる								
2、ICLSのプロトコルがわかる								

与薬管理・ME機器管理・感染管理

項 目	1回目				2回目			備考
	見学	実施月日	自己評価	最終評価	実施月日	自己評価	最終評価	
1、5Rの沿って与薬業務が実施できる。								
2、シリンジポンプの取り扱い								
3、各種輸液ポンプの取り扱い								
4、薬剤(カテコラミン)の交換								
5、輸血ポンプの取り扱い								

脳外・外科・一般内科患者の管理

項 目	1回目				2回目			備考
	見学	実施月日	自己評価	最終評価	実施月日	自己評価	最終評価	
1、OPE送り出しの準備が出来る								
2、OPE後受けの準備が出来る								
3、硬膜外ドレーン管理・抜去介助								
4、脳室ドレーン管理・抜去介助								
5、脳槽ドレーン管理・抜去介助								

循環器患者の管理

項 目	1回目				2回目			備考
	見学	実施月日	自己評価	最終評価	実施月日	自己評価	最終評価	
1、体外式ペースメーカーの管理 ・経皮ペーシング								
3、スワンガンツ挿入・抜去介助								
4、スワンガンツ管理								
5、CHDF管理								

※評価基準・・・「5段階」

- 5:一人でできる
- 4:フォローがあればできる
- 3:実施は出来ないが実施の過程を述べる事が出来る
- 2:見学をしたことはある
- 1:見学も実施もしたことがない

※最終評価はプリセプター、及び配置されているチームリーダーが行う。

平成23年9月作成

表2 臨床看護習熟度評価（ICU版） 一部抜粋

レベル I 到達目標：夜勤のメンバーとしての役割がとれる

氏名：

自己評価日：平成 年 月 日

この度、臨床看護習熟度レベル I 申請にあたり、自己評価を行いました。他者評価を交え、面接による評価をよろしくお願いいたします。

看護実践能力

具体的行動目標	自己評価	他者評価
1. 看護手順・各種マニュアルに沿った正しい看護基本技術が実施できる（ICU 新任者チェックリストにて評価）。		
2. 入院・転入患者の受け入れ準備、転床が以下を含めて実施できる。 ①入院・転入チェックリストの記入と患者の受け入れ。 ②外科系ベッド作成（OPE 後受けチェックリストに沿って）。 ③その他、入院患者のベッド作成。		
3. 2名の患者を受け持ち、看護ケアを安全に提供できる。		

組織的役割遂行能力（管理）

具体的行動目標	自己評価	他者評価
1. ICU/CCU の院内の位置付けがわかる。		
2. ICU/CCU の特殊性について言える。		
3. 以下の活動に参加できる。 ①病棟内の役割。 ②チームメンバーの役割。		

自己教育研究能力

具体的行動目標	自己評価	他者評価
1. 院内の卒後研修・全体研修・ICU/CCU の学習会に積極的に参加する。		
2. お互いに尊重した人間関係が作れる（思いやり・共感・感情のコントロールが出来る）。		

評価方法：「5段階評価」

5：一人でできる 4：フォローがあれば出来る 3：実施は出来ないが実施の過程を述べる事が出来る
2：見学をしたことはある 1：見学も実施も行なったことがない

自己の振り返りと今後の課題

評価者のコメント

評価日：平成 年 月 日

評価委員 チームリーダー：

教育委員：

承認日：平成 年 月 日

承認者 主任看護師：

看護師長：

平成 23 年 10 月作成

5. 「習熟度レベルⅠ」試案の「ICU新任看護師用評価ガイドライン（ICU版）」作成

「習熟度レベルⅠ」の試案の評価を誰でも同じようにできるように、まず、現在使用している「実践技術チェックリスト（ICU版）」の57項目のガイドラインを作成することとなった。研究グループメンバーで脳外や内科関連、循環器関連等、各チームが得意分野の項目を分担し、研究グループメンバーそれぞれの経験知、専門知識、ICUマニュアル等を活用し、A病院のICUで有用な「ICU新任看護師用評価ガイドライン（ICU版）（一部抜粋）」（表3）を作成した。

6. 新任看護師6名に対する「習熟度レベルⅠ」試案のトライアルと評価

新任者6名はトライアルする10月の時点で既に夜勤に入っているため、評価は「習熟度レベルⅠ」をクリアしているかの確認をした。評価担当者はチーム新任看護師と関わっている研究グループメンバーが担当するようにした。「実践技術チェックリスト（ICU版）」に基づいて、新任看護師6名が行った自己評価を評価者が「新任看護師用評価ガイドライン（ICU版）」をもとに面談式で評価を実施した。前述したように、評価の基準は5段階の4以上をクリアとしているが項目によっては3または5をクリアとしていることから総得点の比率80ポイント以上をクリア基準とした。この評価基準をクリアした新任看護師が4名で2名は評価基準に達しなかった（表4）。また、新任看護師に対する「臨床看護習熟度評価（ICU版）」の評価では、得点率80ポイント以上の評価基準をクリアした新任看護師は2名で4名は評価基準に達しなかった。この4名は看護師経験年数5年以下の新任看護師であり、特に「組織的役割遂行能力」「自己教育研究能力」の項目は評価点数が低かった。災害時の行動については3名が評価1であった（表5）。トライアル後の新任看護師の自己評価と研究グループか

らの他者評価を受けた後の意見としては、「評価が振り返りの機会になった」「自己評価によりできている所、できてない所に気付いてよかった」「評価することにより自分を見直すことができ、習得すべき課題が見えてきた」等があがった。一方、評価表への提案としては、「評価表でわかりづらい表現があった」「自己評価は何をもって「5」にしてよいか悩んだ」等があがった。

7. 研究グループによる研究プロセスの振り返り

研究グループメンバーに研究プロセスを通しての振り返りを自由記述形式で記入してもらい、その後研究グループメンバーで検討した。

1) ICU看護師への質問紙調査結果を踏まえ、「習熟度別教育プログラム」作成の必要性についての意思統一が図れた。

2) 「習熟度レベルⅠ」の検討段階でプレテストを行ったことにより、指導者側の問題がわかったため、評価基準修正の必要性が明確になった。また、「評価ガイドライン（ICU版）」作成の必要が明確になった。

3) 「評価ガイドライン（ICU版）」作成への取り組みは研究グループが一番苦労したところであるが、一方、やりがいや楽しさを実感したところでもあった。また、「評価ガイドライン（ICU版）」作成での気付きや新たな発見やマニュアルの振り返りができ、新たな学習の機会となった。

4) 研究グループメンバーがチームリーダー中心に構成されていることもあり、「他のチームリーダーと密に話が出来た」「お互いに良い刺激になった」等、チームリーダー間の相互理解につながった。

5) 新任看護師のトライアル後、他チームの問題を考えたり他チームに関心を持つスタッフが多くなりチーム間の交流が深まってきた。また、「スタッフ間の意見交換が盛んになっている」「病棟のレベルアップが望めそうな気がする」「研究グループの活動を気にとめるスタッフが出てきた」「次のプリセプターをやりたいと申し出るスタッフがあっ

表3 ICU新任看護師用評価ガイドライン (ICU版) 一部抜粋

5：一人でできる 4：サポートがあればできる 3：実践したことはないが過程を述べる事ができる
2：見学したことがある 1：見学も実践もない

循環管理		クリア要件
1、心電図モニターの手配	1) 電極の正しい装着法が分かる。 ①なぜ通常はⅡ誘導を選択するか ②術後は創部を避ける ③永久ペースメーカー移植予定の患者の場合はどこに電極を張るか ④除毛が必要な患者に対し、説明して除毛する事ができる 2) ICU内にある2つの電極の違いがわかる ①3Mの電極⇒普通のモニターや十二誘導用、単価安い剥がれやすい、XPに写らない ②日本光電の電極⇒バージョン用、単価高いがしっかり貼れる、XPに写る 3) 患者にあったアラーム設定ができています 4) ペーシング中の患者の場合⇒詳細設定の‘ペーシング’をONにできる またペーシングしてない患者が‘ペーシング’ONになっている時に解除する事ができる	評価：4以上
2、動脈ラインの管理 (挿入準備～片付け)	1) 目的と適応を言う事ができる 2) 必要物品を準備する事ができる ①循環器 Dr の場合はカトリケ(外径：0.018 50cm) 使用する事もある 3) 処置前に患者へ、必要性と方法を説明する事ができる 4) 必要時、挿入部位の除毛をすることが出来る 5) 挿入部位の下に防水布を敷く事ができる 6) 橈骨穿刺の場合⇒手首を伸展させ、テープで固定する事ができる 7) 挿入前に圧ラインを準備する事ができる 8) 滅菌操作で物品を開封し、術者に渡す事ができる 9) 挿入後、圧ラインの先端を清潔に渡す事ができる 10) 接続後に air 抜きをする事ができる 11) 消毒してテガダーム(または IV3000) を貼付する事ができる 12) エテックスで固定し、シーネを当てる事ができる 13) 手技が終了した事を患者に説明し、手首の伸展保持の協力依頼をする事ができる	評価：5以上
3、中心動脈ラインの管理 (挿入準備～片付け)	1) 目的と適応を言う事ができる 2) 必要物品を準備する事ができる ①ダブルカテーテル、トリプルカテーテル選択と長さがわかる (20cm、60cm) 3) 処置前に患者へ、必要性と方法を説明する事ができる 4) 挿入部位の下に防水布を敷く事ができる 5) 鼠径部に挿入する場合、剃毛する事ができる 6) カテコラミンが流れている場合、処置前に新しいカテコラミンを走らす事ができる 7) 術者のガウン装着介助ができる 8) 滅菌操作で物品を開封し、術者に渡す事ができる 9) 消毒してテガダーム(または IV3000) を貼付する事ができる 10) Hypafix でラインの固定ができる、何 cm 固定か計測する事ができる 11) 清潔操作で点滴薬をラインに流す事ができる (air 混入を防ぎながら) 12) 患者に処置が終了した事を伝える事ができる 13) 初回の CVP 値を医師に報告する事ができる	評価：4以上 経験の有無を確認

表4 新任看護師に対する実践技術チェックリスト (ICU版)

新任看護師(経験年数)	A(21)	B(8)	C(4)	D(4)	E(3)	F(2)
緊急時の対応・呼吸管理・循環管理。						
緊急時の対応						
1、BLSができる						
1) 気道確保 (エアウェイ、肩枕の使用)	5	5	3	3	4	3
2) 気管挿管介助	5	5	4	3	4	3
4) 心臓マッサージ	4	5	1	2	4	4
5) 除細動器の取り扱い	4	5	5	2	4	3
①除細動器のチェック操作ができる。	5	5	5	5	5	5
6) 緊急薬品の準備と投与方法	4	5	5	2	4	4
①救急カートのチェックができる	5	5	5	5	4	5
2、ICLSのプロトコルがわかる	5	4	2	1	1	2
呼吸管理						
1、酸素投与方法	5	5	5	5	5	5
2、体位ドレナージ・理学療法	5	5	4	4	4	4
3、吸入・吸痰の方法がわかる	5	5	5	5	5	5
4、気管内洗浄・アロコフアイバーの準備・片付け方法がわかる	4	4	1	1	4	3
5、A B G検査の把握	5	4	4	4	4	4
循環管理						
1、心電図モニターの取り扱い (アラーム設定)	4	5	4	5	5	4
2、動脈ラインの管理 (挿入準備から抜去片付けまで)	4	5	4	5	5	5
3、中心静脈ラインの管理 (挿入準備から抜去片付けまで)	4	5	4	4	4	5
4、VVラインの管理 (挿入準備から抜去片付けまで)	4	5	4	4	4	5
5、水分出納バランス	5	5	5	5	4	4
与薬管理・ME機器管理・感染管理						
1、5Rの沿って与薬業務が実施できる。	5	5	5	5	5	4
2、シリンジポンプの取り扱い	5	5	5	5	5	5
3、各種輸液ポンプの取り扱い	5	5	5	5	5	5
4、薬剤 (カテコーラミン) の交換	5	5	5	5	4	4
5、輸血ポンプの取り扱い	5	5	5	5	5	4
6、薬剤とラインの振り分け	4	5	4	4	4	5
7、末梢から禁忌の注射薬	5	5	4	4	4	4
8、混合禁忌の注射薬	4	5	4	4	4	4
9、麻薬の取り扱い	5	5	5	4	4	5
10、管理薬の取り扱い	5	5	5	4	4	5
11、血液の取り扱い (輸血伝票、同意書の確認)	5	5	5	5	5	5
12、血液製剤の取り扱い (製剤伝票、同意書の確認)	5	5	5	5	5	5
ME機器管理						
1、心電計の操作ができる。	5	5	5	4	4	5
2、レスピレーターの取り扱いと管理	5	5	5	4	4	5
3、CHDFの取り扱いと管理	4	5	4	4	4	5
4、モニターの管理 (患者の応じたアラームの設定ができる)	4	5	4	4	4	4
感染管理						
1、スカルガードアプリケーションの実践ができる。	5	5	5	5	5	4
2、MRSA発生時の対応	5	5	4	4	4	5
3、感染症患者の体液汚染物の取り扱い	5	5	5	5	5	5
脳外・外科・一般内科患者の管理						
1、OPE送り出しの準備が出来る	2	5	4	4	4	4
2、OPE後受けの準備が出来る	4	5	5	4	5	4
3、硬膜外ドレーン管理・抜去介助	1	4	4	1	2	5
4、脳室ドレーン管理・抜去介助	1	4	4	1	4	5
5、脳槽ドレーン管理・抜去介助	1	4	4	1	4	5
6、頭蓋内圧モニター管理・抜去介助	1	4	1	1	1	5
7、意識レベル・瞳孔・MMTチェック	5	5	5	5	4	4
8、尿比重計の使用法	1	4	2	1	4	5
9、スパイナルドレーン挿入・抜去介助	1	4	1	1	2	4
10、チェストチューブ挿入・抜去介助	4	5	4	4	2	4
11、腹内、胸腔内ドレーンの管理	5	5	5	1	4	4
循環器患者の管理						
1、体外式ペースメーカーの管理	4	5	4	4	3	4
・経皮ペースメーカー	4	5	3	4	3	4
3、スワンガンツ挿入・抜去介助	4	5	4	4	1	5
4、スワンガンツ管理	4	5	4	5	3	4
5、CHDF管理	4	5	4	4	5	4
6、I A B P挿入介助	4	1	2	1	1	3
7、I A B P管理	4	5	4	4	1	3
8、I A B P抜去介助	4	4	2	1	2	3
9、シース抜去介助 (圧迫解除)	4	5	5	4	2	4
総得点(285点)	235	271	230	205	215	244
ポイント (比率)	83	95	81	72	76	86

ベースとなる4以下の点数は網掛けマークした

表5 新任看護師に対する臨床看護習熟度評価（ICU版）の総合評価

新任看護師(経験年数)	A(21)	B(8)	C(4)	D(4)	E(3)	F(2)
看護実践能力						
1、正しい看護基本技術ができる	4	4	4	4	4	4
2、入院・転入患者の受け入れ準備、転床ができる	4	5	4	4	4	5
3、2名の患者を受け持つ	4	5	4	5	4	4
4、電子カルテの基本的な操作ができる	5	5	5	5	4	5
5、代弁者となれる	4	5	4	5	4	3
6、ICU/CCU入室患者の特徴が言える	4	5	4	5	4	4
7、看護問題/計画の立案、評価ができる	5	5	5	5	4	4
8、報告・連絡・相談ができる	4	5	4	4	4	4
9、申し送りを受け、引き継ぐことができる	4	5	5	5	4	5
10、環境整備ができる	4	5	4	5	5	4
11、優先順位を考えて時間管理と行動が取れる	4	5	4	5	4	4
12、患者の問題点、治療方針が把握できる	4	4	4	4	4	4
組織的役割遂行能力						
1、ICU/CCUの院内の位置付けが分かる	4	5	3	3	4	3
2、ICU/CCUの特殊性が言える	4	5	4	3	4	3
3、活動に参加できる(病棟内役割、チームメンバー)	4	5	3	3	4	4
4、関連部署の役割が分かる	5	5	4	4	3	4
5、事故防止策を選択できる	5	5	5	4	4	4
6、事故発生時の報連相・手続きが出来る	5	5	4	4	4	4
7、問題意識を持ち発言することができる	4	3	4	3	4	4
8、オーダーシステムの概要が分かる	5	5	2	4	3	5
9、職場の規則が分かる	5	5	4	5	5	2
10、防災設備の設置場所、取り扱いが分かる	4	4	1	1	1	4
11、災害発生時、メンバーとしての行動がとれる	4	2	1	1	1	3
12、患者の救護区分が言える	5	5	3	1	3	4
自己教育研究能力						
1、研修、学集会に参加する	5	5	4	4	4	3
2、人間関係が作れる	4	5	3	5	4	2
3、振り返りを行い、処置や技術を習得する	4	5	4	4	4	3
4、学んだ事を同僚と共有できる	5	5	4	4	4	3
5、健康管理ができる	5	5	4	5	5	3
総得点 (145点)	127	137	108	114	110	108
ポイント (比率)	88	95	74	79	76	74

ベースとなる4以下の点数は網掛けマークした

た」等、研究グループメンバーはスタッフの意気込みを実感し、病棟全体が変化してきたと述べている。

IV. 考察

本研究の目的に照らして、経験年数の異なる新任看護師を対象とする「習熟度レベルⅠ」の試案作成およびその試案の導入過程を通して看護チームの活性化を可能にした要因に着目して考察する。

1. チームリーダーを中核にした研究グループの構成について

教育プログラムを作成するための研究グループ結成にあたり、各チームリーダーを中核としたこと、さらには、各チームリーダーの推薦により、今までICUの新任看護師の教育に関わってきた人が研究グループに加わったことにより、現場に密着した研究活動を推進することができたと考える。また、研究グループの集まりを「研究のための集まり」とせず、病棟のABCチームに加えて、「Dチーム」としてチーム会議が開催されたことが、病棟で受容されやすかったと考える。さらに、三交代勤務の現場でのスケジュール調整は重要なポイントであり、看護師長がメンバーの一員であった事も研究グループの活性化につながったと考える。

2. 「習熟度レベルⅠ」の到達目標「夜勤のメンバーとしての役割がとれる」について

質問紙調査の結果から、指導を受ける新任者の立場よりも、指導する側が困っている現状が明らかになった。一般的にICUにおける、到達目標のレベルⅠの表現としては「アドバイスを受けながら看護実践ができる」「安全で確実な看護実践ができる」「メンバーとしての役割がとれる」等^{7,8,10)}になっている。しかしA病院は24時間体制の救命救急センターがあり、ICUへは夜間、時間外の重症患者が入室してくる状況がある。そこで、一般病棟にくらべて夜間患者ケアの厳しい状況に焦点

を当てて到達目標を設定し、新任看護師と夜勤を一緒に行っている研究グループメンバーの体験に基づいて具体的に検討された。まず、新任看護師と夜勤をした時、患者の安全を守る条件として、「緊急入院を受け入れることができる」「患者を二人受け持てる」「異常がわかる」等が上がった、そのために必要な知識や技術をチェックリストに盛り込み、それらを夜勤に入るために求められる最低限必要な能力とした。こうして、「夜勤のメンバーとしての役割がとれる」を到達目標にしたことは、現場に即した具体的な目標設定になったと考える。なお、亀井等の先行研究¹¹⁾では「先輩看護師が認識する一人前看護師の能力」を具体的にインタビューデータから抽出しているが、一人前になる迄の夜勤メンバーとしての能力には言及していない。

3. 夜勤希望の新任者を対象としたプレテストについて

プレテストの振り返りから、研究グループは評価基準の必要性を実感し、評価ガイドライン(ICU版)の作成へと方向修正した。評価ガイドラインの作成は実際に指導している研究グループメンバーの経験知とICUで使用している看護手順やICU看護に関する文献、月刊誌等を参考にした。57項目の評価基準毎にガイドラインを作成する作業は、膨大な時間を要したが、自分達が困っていることへの取り組みであったため、研究グループメンバーにとっても、最も充実した時間であり、多くの学びがあったのではないかと考える。

4. 新任看護師へのトライアルから導き出した成果について

新任看護師に対し行ったトライアルでは、実際に研究グループメンバーがICU版評価ガイドラインを用いて評価したことで、評価がしやすくなったこと、新任者に意欲がでてきたこと等の効果が出てきたと考える。また、新任看護師にとっても

自身の到達度の再確認や振り返りの機会が持てたことで、今後の目標へつながったと考える。評価基準は、先行研究^{12,13)}でも「病棟の特殊性を入れる方が評価しやすい」「病棟の特殊性を反映した評価基準を作成する必要がある」と久留島らが報告している。ICUの特徴は重症患者に対するより高度なクリティカルケアが必要とされ、看護師の実践能力に専門的知識と技術が求められている。このような特殊性から、ICU独自の評価基準は必要であると考えられる。しかし、現状では新しい評価基準ができてない段階で既に新任看護師は夜勤に入っており、一緒に夜勤をした時、新任看護師が経験していない症例や事例があった時、新任看護師の業務カバーをしたりすることがあった。このことから、新しい評価基準に照らし合わせると、今までの指導の抜けていたところが明確になり、指導内容の改善につながった。

5. この研究への取り組みの波及効果について

研究グループメンバーの振り返りから、チームリーダーの役割が明確になり、チームリーダー間の交流が促進されたことでチーム活動も活性化したことが確認できた。さらに、研究グループメンバーの活動に触発され、病棟の看護師の新任看護師教育への関心が高まったことが推察された。新任看護師にとっては、この取り組みを足がかりに次の目標への動機づけができたのではないかと考える。

V. まとめ

1. チームリーダーを中核とする研究グループによって、経験年数の異なるICUの新任看護師を対象とする教育プログラム「習熟度レベルⅠ」の試案を作成した。
2. 新任看護師6名にこの試案のトライアルを実施し、ICU独自の「評価ガイドライン」の有効性が確認できた。
3. 参加型アクションリサーチの方法により、チー

ムリーダー間の相互理解がさらに深まり、チーム間の交流が活発になって病棟全体の活性化につながった。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、研究の場の承諾を頂きましたA病院施設長、看護部長、そして多忙な業務の中、快くご協力くださいましたICUの研究グループメンバー、ICU看護師の皆様に深く感謝申し上げます。

なお、本稿は、平成23年度本学大学院保健看護学研究科博士前期課程の課題研究「A病院のICU病棟における新任看護師教育プログラムの開発」の一部である。

引用文献

- 1) Holloway I and Wheeler S: Qualitative Research in Nursing(2002)/野口美和子監訳(2008): 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), 第12章, 185-197, 医学書院, 東京.
- 2) 草柳浩子(2010): 研究と実践をつなぐアクションリサーチ入門 看護研究の新たなステージへ, 第2章, 64-94, 筒井真優美編, ライフサポート社, 横浜.
- 3) 嶺岸秀子, 遠藤恵美子(2001): 看護におけるアクションリサーチ総説, 看護研究, 34(6), 450-463.
- 4) 遠藤恵美子, 千崎美登子, 新田なつ子, 斎藤亮子, 峰岸秀子, 諸田直美, 久保五月(2001): 看護実践・理論・研究をつなぐアクションリサーチ「ケーススタディ」末期がん患者・家族の看護ケアの改善をめざして, 看護研究, 34(6), 481-492.
- 5) Patricia Benner: From Novice to Expert Excellence and Power in Nursing Practice (2001)/井部俊子監訳 (2005): ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ, 第2章, 11-32, 医学書

- 院，東京.
- 6)小島恭子，野地金子(2010)：専門職としてのナースを育てる看護継続教育クリニカルラダーマネジメントラダーの実際，23-28，59-63，医歯薬出版株式会社，東京.
- 7)浦山美輪(2009)：重症病棟ラダーを活用したスタッフ育成と評価，看護人材教育，6(4)，54-66.
- 8)谷井千鶴子(2007)：アセスメントの根拠がわかるエキスパートナースの目線と経験知クリティカルケア看護とスタッフ教育，重症集中ケア，6(0)，150-158.
- 9)神田美由紀，高橋弘美，鈴木和絵，武田恵美子(2009)：ICUのクリニカルラダーを作成して，米沢私立病院医学雑誌，29(1)，43-46.
- 10)山田喜久子(2010)：ラダーレベルⅠ・Ⅱに連動した“独り立ち”教育と評価基準，看護人材教育，7(2)，3-17.
- 11) 亀井洋子，青山ヒフミ，勝山貴美子，小笠幸子(2010)：先輩看護師が認識する一人前看護師の能力，日本看護学論文集 看護管理，40，249-251.
- 12)久留島美紀子，豊田久美子，藤田みか，毛利由布子，品田知恵，三枝弘美，松田和(2007)：看護師のクリニカル・ラダーに対する認識～第一報～，人間看護学研究，5，49-55.
- 13) 久留島美紀子，豊田久美子(2010)：看護師のクリニカル・ラダーに対する認識～第二報～，人間看護学研究，8，89-95.9

Report

The process of introducing a training program according to skill level of new nurses in the ICU ward ～ using participatory action research method～

Etsuko Onaga¹⁾ Akiko Ikeda²⁾

【Purpose】

In the ICU ward of A hospital, in order to introduce a training program according to different skill levels of new nurses with varying years of experience, we first created a draft plan for ' skill level I '. This plan was based on the study group being focused around a team leader, and through the process of introducing this plan, we tried to incorporate the activation of the nursing team.

【Methods】

1. Participatory action research was used to include all ICU nursing staff in working on tasks.
2. Study group structure included a total of 10 nurses , 3 nursing team leaders, a charge nurse, a nursing manager and 5 staff nurses interested in participating.
3. Study steps:
 - ① Questionnaire in relation to training of current duties conducted on 39 ICU nurses, ②The study group created a draft training program according to different skill level of new nurses, ③ Trial and evaluation of draft for 6 new nurses, ④ Review of action research process

【Results】

1. Based on results of the questionnaire, attainment of goals of the ' skill level I ' new nurse training program was seen as ' the role of nurses on night shift ' and the draft plan for ' skill level I ' and evaluation criteria were created.
2. The draft plan was tested on new nurse subjects (6 nurses), and on comparing self-evaluations of new nurses with evaluations of the study group, the evaluation criteria were revised.
3. Handling this study according to the participatory action research method enhanced the mutual understanding of team leaders, activated the nursing team and may have had a ripple effect on the whole ward.

【Conclusion】

Nursing teams were activated through the process of introducing a training program according to the skill level of new nurses in the ICU ward using the participatory action research method.

Key word : action research, new nurse, training program according to different skill levels, ICU ward

¹⁾ Okinawa Prefectural Chubu Hospital

²⁾ Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

病棟看護師が同僚の看護実践から 看護職者としての認識や行動に影響を受けた過程の特徴

伊良波理絵¹ 嘉手苺英子¹

【目的】病棟看護師は同僚の看護実践に接する機会が多く、業務を通して影響を受けていると言える。本研究の目的は、病棟看護師が同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた過程（以下、同僚から影響を受けた過程）の特徴を明らかにし、同僚の看護実践からどのように学んだら良いかの示唆を得ることである。

【方法】臨床経験5年以上の病棟看護師に“同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた出来事”について半構成的面接を行い、逐語録のデータを質的帰納的に分析した。

【結果】研究協力者7名の逐語録から取り出した25の出来事から、同僚から影響を受けた過程の特徴として、「偶然見聞きした同僚の行動が今までの自分の患者対応と違うと思ひ、同僚の行動が患者にとってどのような意味があるのかを考え、自分の看護観とつき合わせて、看護する上で良いと思う方法を選択し、行動する。」等、5つを抽出した。同僚から影響を受けた過程は、同僚の看護実践と自己の過去の体験との違いに注目することで始まり、認識の変化や行動変容へとつながっていた。影響を受ける過程を繰り返すことによって看護観が変化し、その都度、変化した看護観に導かれて患者対応をしていた。

【結論】病棟看護師は、同僚の看護実践を介して自己の体験を意識化することによって、様々な場面で学ぶ機会になる。その際、看護実践を行動だけでなく判断過程も含めてとらえることが重要である。自他の看護実践の振り返りを重ねる中で、応用範囲の広い看護観が形成され、さまざまな対象や状況に合わせた患者対応が可能となることが示唆された。

キーワード：継続教育，看護実践，病棟看護師，同僚，影響

I. はじめに

看護職者は、社会や時代の変化に応じて人々の健康上のニーズに対応するため、看護実践能力の維持・向上に努めることが責務とされている¹⁾。平成22年4月には、「保健師助産師看護師法」及び「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が一部改正され、看護師自らが資質向上に努めると共に、その機会を確保できるよう病院等も配慮することが努力義務化された。現在、多くの病院で院内教育が行われており、新人看護師に対するプリセプター制²⁾や、看護師の実践レベルに対応したクリニカルラダーなどの導入³⁾、学習ニーズや教育ニーズを反映した教育プログラムが開発⁴⁾されている。

看護師は、このような意図的・組織的な教育だけではなく、経験を重ねる中で新人から一人前となり⁵⁾、長期的な成長を遂げている。病棟では交代制勤務により、看護実践が24時間に渡って連続して行われている。そのため、病棟看護師は自らの看護実践から学ぶ他、同僚の看護実践に直接的・間接的に接する機会が多く、業務を通して影響を受けることになる。先行研究において、良好なチームワークが仕事の意欲や職務満足度を高めたり⁶⁾、職場における人間関係が退職に影響したり⁷⁾⁸⁾、モデルやメンター等の存在が職務継続の励みになる⁹⁾など、職場環境としての同僚の影響が指摘されている。また、看護実践に注目すると、同僚から見出しているロールモデル行動¹⁰⁾など、他の看護師の実践から影響を受けていることも報

¹ 沖縄県立看護大学

告されている。しかし、病棟看護師が同僚の看護実践から影響を受ける過程について取り上げた研究はほとんどみあたらない。

そこで、本研究では、同僚の看護実践からの影響に注目し、病棟看護師が同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた過程（以下、同僚から影響を受けた過程）の特徴を明らかにすることを目的とする。それによって、看護師が日々の業務の中で、同僚の看護実践からどのように学んだらよいかについての示唆が得られると考える。

II. 研究方法

1. 用語の操作的定義

「看護実践」は、看護職者が対象者に働きかける際の一連のプロセスであり、ケアの実施だけでなく、その前後の情報収集、アセスメント、計画、評価も含む。「看護職者」は、保健師・助産師・看護師のいずれかまたは複数の資格を持ち、看護を実践している者で、「病棟看護師」は病棟で勤務している看護職者である。「同僚」は、同じ病棟で共に働く看護師であり、先輩、同期、後輩を含む。「看護職者の認識」は、看護実践において看護職者が感覚器官を通して把握した対象者や周囲の状況の具体的な事実や、看護職者が見出した意味、想起した過去の体験や知識、看護実践の中で生じた感情や意思を含む。「看護職者の行動」は、看護職者の振る舞いや表情、言葉での表現や行為等を指す。「行動変容」は、習慣化した行動パターンが変わることを指す。「体験」は、自身が身をもって実際に見聞きたり行ったりする事である。「影響」は、認識や行動が変化した状態である。

2. 研究デザインと概念枠組み

本研究は、半構成的面接によって得た質的データを、帰納的に分析する探索的記述的研究である。病棟看護師が同僚の看護実践から受けた影響を、認識を含めてとらえるために、科学的看護論に示

された看護実践の過程的構造¹¹⁾と、認識を脳細胞に描かれた像としてとらえる三浦つとむの弁証法的認識論¹²⁾を参考に研究の概念枠組みを作成した(図1)。すなわち、看護実践を看護職者と対象者との相互作用としてとらえ、同僚の看護実践に接した病棟看護師が、視覚や聴覚などの五感を通してその看護実践を脳に像(A)として描き、それとともに過去の体験や知識等を想起(B)して新たな認識(C)を形成し、その認識に導かれて、振る舞いや表情、言葉等、外から観察可能な行動として表現(D)するというプロセスを概念枠組みとした。

3. 研究協力者

研究協力者は、研究協力が得られた一総合病院の一般病棟に勤務している臨床経験5年以上の看護師のうち、管理職や認定看護師等の資格取得者を除く者である。看護部長に研究参加者の選定と紹介を依頼し、筆者が説明して同意の得られた者を研究協力者とした。

4. データ収集方法

2011年8月に、看護職者としての認識や行動に影響を受けた同僚の看護実践と、それによる考え方

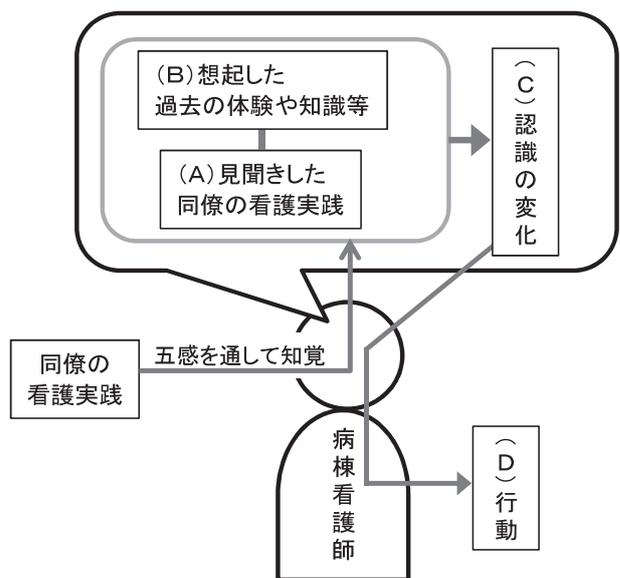


図1 研究の概念枠組み

や行動の変化について、1時間程度の半構成的面接を個別に行った。面接内容は、承諾を得て、ICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

5. データ分析方法

1) 分析対象の選定

研究協力者毎に逐語録を精読し、病棟看護師の認識や行動の変化が述べられている内容を話題のまとめり毎に区切り、経過を要約して記述した。その中から、“同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた出来事”を選定し、分析対象とした。

2) 分析素材の作成

分析対象とした出来事について、再度逐語録を精読し、‘同僚の看護実践をどのように見聞きし、認識や行動にどのような変化を生じたのか’と問いかけながら事実関係を経時的にたどり、文章で再構成した。再構成した文章の意味内容を段階的に抽象化し、同僚の看護実践や病棟看護師の認識や行動の変化が、ある程度具体的に分かる程度に抽象化した記述を分析素材とした。

3) 同僚から影響を受けた過程の特徴の抽出

分析素材毎に精読し、「同僚の看護実践」「想起した過去の体験」「認識に生じた変化」「行動に生じた変化」の特徴を読み取り、分析素材間の類似性と相異性を比較検討し、同僚から影響を受けた過程の特徴をとり出した。

6. 研究方法の真実性の確保

データ分析の各段階で繰り返し逐語録に戻り、分析結果に逐語録の内容が反映されているかを確認した。データ分析は、質的研究を行っている研究者のスーパーバイズを受けるとともに、分析対象の選定・分析素材の作成の段階で、看護現象の抽象化に取り組んでいる複数の研究者と検討した。

7. 倫理的配慮

本研究は、沖縄県立看護大学の研究倫理審査委

員会において承認を得て実施した（承認番号10008）。研究依頼に際しては、研究の趣旨・概要、匿名性の保持、協力は任意によるものでいつでも辞退が可能であること等を口頭および文書で説明し、文書で同意を得た。

Ⅲ. 結果

1. 研究協力者の概要

本研究の研究協力者は、協力病院で経験年数5年以上の病棟看護師38名のうち、同意が得られた7名であった。研究協力者の臨床経験年数は5年半～25年、6名は複数の外来・病棟での勤務経験があった。

2. 同僚から影響を受けた過程のパターン

研究協力者7名の逐語録から“同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた出来事”を選定し、それらの出来事を文章で再構成して段階的に抽象化し、25の分析素材を作成した。分析素材毎に、同僚の看護実践や病棟看護師の認識や行動の変化をたどった。その結果、見聞きした同僚の看護実践と過去の体験の想起との順序、認識の変化の仕方、行動変容の有無の組み合わせによって、5つのパターンに類別できた（図2）。パターン1は、同僚の看護実践に目をとめて過去の体験を想起し、新たな見方や考え方を得て、行動変容したものであった。パターン2は、同僚の看護実践に目をとめて過去の体験を想起し、見方や考え方が想起・強化されたが、行動変容しなかったものであった。パターン3は、過去の体験を想起して意識的に同僚の看護実践に目を向け、新たな見方や考え方を得て、行動変容したものであった。パターン4は、過去の体験を想起して同僚の看護実践に目を向け、見方や考え方が想起・強化されたが、行動変容しなかったものであった。パターン5は、同僚の看護実践を見聞きする機会と過去の体験の想起を繰り返す中で、看護職者としての見方や考え方や行動が経時的に変化したも

	同僚から影響を受けた過程のパターン	分析素材タイトル
パターン1		<p>同僚の看護実践に目をとめて過去の体験を想起し、新たな見方や考え方を得て、行動変容した</p> <p>分析素材1<不穩の理由を探る関わり> 分析素材2<発語のない患者との会話> 分析素材3<心のケアの必要性> 分析素材4<主観的情報を把握する必要性> 分析素材5<患者の状態に合わせた清潔ケア方法> 分析素材6<折り合いをつけた対応> 分析素材7<不穩患者の家族への来院依頼> 分析素材8<負担をかけない吸引方法></p>
パターン2		<p>同僚の看護実践に目をとめて過去の体験を想起し、見方や考え方が想起・強化されたが、行動変容には至らなかった</p> <p>分析素材9<多忙に流されないきちんとした対応> 分析素材10<多忙な中での患者への丁寧な対応> 分析素材11<触発された丁寧なケア> 分析素材12<元気な朝の挨拶> 分析素材13<敬語の使用> 分析素材14<ナースコールの取り方から我が身を振り返る></p>
パターン3		<p>過去の体験を想起して同僚の看護実践に目を向け、新たな見方や考え方を得て、行動変容した</p> <p>分析素材15<障害に即した移動方法> 分析素材16<段階的な生活行動の拡大> 分析素材17<観察力の違い> 分析素材18<事実の情報化> 分析素材19<生活指導の意味づけ></p>
パターン4		<p>過去の体験を想起して同僚の看護実践に目を向け、見方や考え方が想起・強化されたが、行動変容には至らなかった</p> <p>分析素材20<病棟でのカンファレンス実施> 分析素材21<学習意欲の向上></p>
パターン5		<p>同僚の看護実践を見聞きする機会と過去の体験の想起を繰り返す中で、看護者としての見方や考え方が経時的に変化した</p> <p>分析素材22<看護師の関わり方による患者の身体機能低下> 分析素材23<記録の内容と自分の関わりによりとらえた情報の違い> 分析素材24<ケア方法の工夫による目的意識の変化> 分析素材25<手本にしている傾聴する姿勢></p>

図2 同僚から影響を受けた過程のパターンおよび分析素材タイトル一覧

表1 同僚から影響を受けた過程の特徴および分析素材例

	同僚から影響を受けた過程の特徴	分析素材例
特徴1	【偶然見聞きした同僚の行動が今までの自分の患者対応と違うと思いい、同僚の行動が患者にとってどのような意味があるかを考え、自分の看護観とつき合わせて、看護する上で良いと思う方法を選択し、行動する。】	<p>分析素材1<不穩の理由を探る関わり></p> <p>先輩が不穩状態の患者との対話と行動観察を通して、患者が穏やかでいられない理由を突き止め、患者の行動が落ち着いた。それを見て、先輩の対応はすごいと思った。自分は患者の行動にしか目が向かず、医師が指示したらそれを実施しなくてはいけないという気持ちで、患者が従わないと、行動を制することしかしていなかった。患者には行動の理由があることを知り、自分は見方が狭い、客観的な状態にだけ注目するのではなく、理由を知ることが大切だと学んだ。</p> <p>その後、少し距離を置いて患者を見ようと思うようになった。患者が穏やかでいられない理由がわかって、取り除けない場合に葛藤が生じる。しかし、可能な範囲で一時的にでも穏やかでいられない原因を取り除いて、その結果を全体的に評価できるようになっている。後輩が、患者の行動の理由を知ろうとしないで対応していると、アドバイスできるようになっている。</p> <p>(他、分析素材7つ)</p>
特徴2	【周りの状況に流されて業務をしていた時に、同僚の患者対応に目がとまり、自分の都合で対応しないことの大切さを再認識して、丁寧な対応を心がける。】	<p>分析素材11<触発された丁寧なケア></p> <p>一緒にケアをした後輩が、優しく丁寧に実施していたので感心した。実施すべきケアが重なった場合、自分は効率性を優先して丁寧に欠け、患者から苦情を訴えられることがある。ひとりでケアを行うと出来る範囲が狭まるので、複数の看護師で実施するようにしている。ケアに際し、自分が意図していないのに、患者へ不快を与えることもある。</p> <p>見習う必要性を感じて実施するが、気がつくと忘れていたりしている。今でも、患者の身体を動かした時に疼痛を訴えられることがある。業務に追われ自分に余裕がなくなると、整容のような要望には応じることが出来ない場合もある。</p> <p>(他、分析素材5つ)</p>
特徴3	【今までの経験では対応できない患者に関わるために、疑問を持ちつつ同僚の看護実践の場に臨み、同僚が事実の意味をどう読み取って行動しているのかを推察し、同僚の持っている知識や行動に近づく。】	<p>分析素材15<障害に即した移動方法></p> <p>体位変換をほとんど経験しない病棟から、移動動作に配慮が必要な患者が多い病棟に異動し、どのように体位変換を行っているのか疑問だった。</p> <p>安静を強いられ疼痛もある患者に対して、普通に体位変換をするのではなく、体位変換によって疼痛が生じないように実施しており、患者を気遣いすごいと思った。また、基礎教育で学んだ方法よりも手数が少ないので印象的だった。病棟ではみんながやっている方法で、この方が自分達にとっても患者にとっても楽で良いと思った。</p> <p>その後、障害の種類に合わせた移動の仕方を実施している。</p> <p>(他、分析素材4つ)</p>
特徴4	【関わりのあった患者に関する同僚と医師との情報交換の場に同席し、患者の身体内部の状態がより詳しく描けることで、さらに対象特性に即したケアができると思った。】	<p>分析素材20<病棟でのカンファレンス実施></p> <p>主に、新規入院患者に関して、病状や治療に対する患者の意思について医師と定期的にカンファレンスを行う。患者に関する疑問を看護師から医師へ質問し、リーダーの記録でカンファレンスの内容を共有する。カンファレンスへの参加は、患者の状態や治療内容等がわかり、やっぱりとても参考になる。</p> <p>最近、頸椎転移で下半身麻痺の患者にみんなと一緒に関わった時、下半身が動かないことに疑問を持った。入院前から寝たきりだと思っていたが、カンファレンスで、入院数日で動かなくなったことを聞いた。知らないときは深刻な病状と思わなかったが、病状が分かり患者の気持ちになって接することが出来たのか、いつもは淡々と話す患者が思いがけず悲観的なことを言った。病状を知っているから不安な思いも出てくるのかなと思った。</p> <p>(他、分析素材1つ)</p>
特徴5	【患者に起こる変化は、繰り返される看護師の関わり方との関係によるものが徐々にわかり、その間、看護観を作りかえながら患者に対応している。】	<p>分析素材22<看護師の関わり方による患者の身体機能低下></p> <p>就職当初の病棟は、臥床患者が多く全介助が当たり前だと思っていた。また、患者に言われた通りに応じた方が早く用事が済ませられると思い、介助していたと思う。患者に実施を促す看護師は患者に嫌われていた。</p> <p>しかし、安静解除になっても筋力や体力が低下し、それまで介助していた分りハビリが進みにくく、退院に向けて大変な患者もいた。病棟異動を重ねる中で徐々に、寝たきりは寝かせきりから作られるのでADLをあげようと思い始め、普段からどこまで出来るか、注意深く見るようになった。患者に厳しく行動を促す看護師は、患者から遠ざけられることもあるが、出来る行動は促そうと思う。</p> <p>出来る患者に全介助している看護師も多く、患者はそのような看護師を優しいと捉えられていると思うが、それで良いのか気になる。介助と自立の兼ね合いは難しく、新人は行わず、ベテランがそういう役割を担っているように思う。</p> <p>(他、分析素材3つ)</p>

のであった。

3. 同僚から影響を受けた過程の特徴

次に、パターン毎に分析素材を比較検討し、同僚から影響を受けた過程の特徴を取り出した（表1）。以下、とり出したそれぞれの特徴について述べる。本文中、ゴシック体で表現した内容は分析素材例からの抜粋である。

1) 特徴1【偶然見聞きした同僚の行動が今までの自分の患者対応と違うと思い、同僚の行動が患者にとってどのような意味があるのかを考え、自分の看護観とつき合わせて、看護する上で良いと思う方法を選択し、行動する。】

この特徴は、パターン1の8つの分析素材からとり出した。“不穏患者に対し「対話と行動観察を通して…患者の行動が落ち着いた」先輩の看護実践に目をとめ、「行動を制することしかなかった」自分を想起した”のように、偶然見聞きした同僚の行動から今までの自分の患者対応との違いを意識化していた。それに続き、「患者には行動の理由がある…、自分は見方が狭く…客観的な状態だけに注目するのではなく、理由を知る」のように、同僚の看護実践を受ける患者にとって、同僚の行動がどのような意味を持つか考え、それまでの自分の見方や考え方と対比していた。そして、「…患者が穏やかでいられない理由を…一時的にでも原因を取り除いて…評価する」のように、その後、良いと思う方法を行うようになっていた（分析素材1）。

2) 特徴2【周りの状況に流されて業務をしていた時に、同僚の患者対応に目がとまり、自分の都合で対応しないことの大切さを再認識して、丁寧な対応を心がける。】

この特徴は、パターン2の6つの分析素材からとり出した。自分は「効率性を優先して丁寧さに欠け」てしまうが「一緒にケアした後輩が優しく丁寧に実施」していたことに目をとめ、周りの状況に流されて業務をしていたことを感じていた。

そして、「見習う必要性を感じて実施するが、気が付くと忘れていたりしている」等のように、自分の都合で対応しないことの大切さを再認識して、丁寧な対応を心がけようとしていた（分析素材11）。

3) 特徴3【今までの経験では対応できない患者に関わるために、疑問を持ちつつ同僚の看護実践の場に臨み、同僚が事実の意味をどう読み取って行動しているかを推察し、同僚の持っている知識や行動に近づく。】

この特徴は、パターン3の5つの分析素材からとり出した。「体位変換をほとんど経験しない病棟から、移動動作に配慮が必要な患者が多い病棟に異動し、どのように体位変換を行っているのか疑問」のように、自分の力量ではできないことを自覚しつつ同僚の看護実践の場にいた。そして、同僚の行動から、患者に「疼痛が増強しないように実施している」というように、同僚がどのような判断によって行動しているのかをとらえていた。その後、自分も「障害の種類に合わせた移動の仕方を実施している」のように理解したことを自らの行動に活かしていた（分析素材15）。

4) 特徴4【関わりのあった患者に関する同僚と医師との情報交換の場に同席し、患者の身体内部の状態がより詳しく描けることで、対象特性にさらに即したケアができると思った。】

この特徴は、パターン4の2つの分析素材からとり出した。一時的に関わった患者の「下半身が動かない」ことへの疑問が、医師を交えた「カンファレンスで…深刻な病状」とわかったのように、同僚と医師とが情報交換の場で交わした話の内容から、患者に関する情報を得ることができた。その情報と自ら描いていた患者像をあわせることによって、患者の身体内部の状態がさらに詳しく描けることを再確認していた。そして、詳しい患者像が描けたことによって「病状がわかり患者の気持ちになって」対象特性に即したケアが出来るという思いに至っていた（分析素材20）。

5) 特徴5【患者に起こる変化は、繰り返され

る看護師の関わり方との関係によることが徐々にわかり、その間、看護観を作り変えながら患者に対応している。】

この特徴は、パターン5の4つの分析素材からとり出した。「就職当初、臥床患者は全介助が当たり前、患者に言われた通りに応じた方が早く用事が済ませられる、…しかし、安静解除になっても筋力や体力が低下し、リハビリが進みにくくなった患者もいた…寝たきりは寝かせきりから徐々に作られるのでADLをあげよう…患者に…出来る行動は促そうと思う。出来る患者に全介助している看護師も多く、患者はそのような看護師を優しいと捉えると思うが、それで良いのか気になる」という、臥床患者の捉え方や看護師の関わりに対する患者の反応について、看護師と患者との相互関係を長期間にわたって見聞きしていた。それとともに、自らも体験する機会を得ることによって、看護観が変化し、その都度、変化した看護観に導かれて患者対応をしていた（分析素材22）。

IV. 考察

病棟看護師が、影響を受けた同僚の看護実践は、偶然目にした場面であれ、また、意識的に目を向けた場面であれ、いずれも日常的な看護場面であった。ごく普通の看護実践であったとしても、その病棟看護師に意味あるものと映った場合、看護職者としての認識や行動に影響を与えていた。そこで、病棟看護師が同僚の看護実践から影響を受けるか否かは、看護実践そのものの善し悪しではなく、それを目にした病棟看護師との関係に左右されることが推察される。ここでは、各特徴における認識や行動の変化を取り上げ、看護師が日々の業務の中で、同僚の看護実践からどのように学んだらよいか考察する。

特徴1における認識の変化は、目にとめた同僚の行動から、過去の体験を想起して「人間の行動には理由がある」や「心のケアも看護には必要」のような対象の見方や看護観の広がりを見せてい

た。このような見方や考え方の変化は、その後の行動に反映され行動変容へと導いている。この過程が進むには、自己の見方・考え方を客観視する必要がある。成人の学習にとって内省や省察を重ねる重要性が示されている¹³⁾。病棟看護師が内省のきっかけを同僚の看護実践から得ることは、看護観の広がりや深まりをもたらし、看護職者としての成長につながると考えられる。従って、目にとめた同僚の看護実践を偶然の出来事として終わらせるのではなく、自己の体験の振り返りに活かし、看護観を意識的に適用させようという取り組みが必要である。

特徴2では、ともすれば業務に追われる中、同僚の看護実践を介して、丁寧な患者対応が必要であることを再認識していた。同僚の看護実践は、初心に立ち返らせるきっかけだけでなく、反面教師としての役目も果たしていた。状況の全体性をとらえて、具体的なイメージとして、丁寧な患者対応を繰り返し意識化することによって、実現可能性が高まると考えられる。

特徴3では、必要性から始まり、能動的に病棟看護師自ら、同僚の看護実践をモデルとして学ぼうとしていた。病棟看護師は意識的に同僚の看護実践の場に臨んでおり、このような場合、認識や行動が変化しやすいと考えられる。この特徴は、病棟看護師が認識や行動に変化をもたらす際には、知覚可能な同僚の行動のみでなく、“事実の意味をどう読み取って行動しているのか”という判断過程を含めて、同僚の行動を捉えることの重要性を示唆している。日常の実践の中で一人ひとりの看護師が、それぞれ自分の責任において判断を求められることになる¹¹⁾が、他者の判断過程は直接見ることができない。従って、単に行動を観察し模倣するのではなく、同僚に行動に至ったプロセスを問う、自分の事実の捉え方を振り返る等、判断過程の存在を意識化し確認のプロセスを経ることで、同僚の看護実践からの学びにつながると考えられる。

特徴4で示された、患者に関する同僚と医師との情報交換の場は、同僚の発言を通して、同僚が得ている情報や事実の捉え方を把握する機会と言える。病棟看護師は、既知の情報と同僚からの情報とをつなげて、より実像に近付いた患者像をとらえる重要性を再認識していた。看護師は起こっている事実を経験に基づいた知覚能力で判断する¹⁴⁾と言われるように、得ている情報が同じであっても、その意味のとらえ方は看護師によって異なる。同僚が描いている患者像を知る機会は、病棟看護師にとって、自らの患者像に新たな情報を加え、修正したり、確信する等に、描いた患者像を客観視することになる。これは、自らの患者像の描き方の特徴を知ることができ、より事実にもっと近づいた対象像の描き方を学ぶことが出来ると考える。

特徴5では、過去から現在に至る多様な体験や同僚の看護実践をもとに、複眼的な視点で看護師の関わり方を捉えていた。患者に起こっている変化が、自己を含めたチームとしての看護師と患者との関わり方の積み重ねの結果であると意識することが必要である。多数の同僚の看護実践に接する中で、自己の看護実践も客観視を繰り返して自己の経験則を吟味することが重要と考えられる。それによって、応用範囲の広い看護観が形成され、様々な対象や状況に合わせた患者対応になることが示唆された。

V. 結論

病棟看護師が同僚の看護実践から看護職者としての認識や行動に影響を受けた過程の特徴には、以下の5つがあった。

【偶然見聞きした同僚の行動が今までの自分の患者対応と違うと思い、同僚の行動が患者にとってどのような意味があるのかを考え、自分の看護観とつぎ合わせて、看護する上で良いと思う方法を選択し、行動する。】【周りの状況に流されて業務をしていた時に、同僚の患者対応が目にとまり、自分の都合で対応しないことの大切さを再認識し

て、丁寧な対応を心がける。】【今までの経験では対応できない対象特性の患者に関わるために、疑問を持ちつつ同僚の看護実践の場に臨み、同僚が事実の意味をどう読み取って行動しているのかを推察し、同僚の物事の見方や行動に近づく。】【関わりのあった患者に関する同僚と医師との情報交換の場に同席し、患者の身体内部の状態がより詳しく描けることで、さらに対象特性に即したケアができると思った。】【患者に起こる変化は、繰り返される看護師の関わり方との関係によるものが徐々にわかり、その間、看護観を作り変えながら患者に対応している。】

これらの特徴から、同僚の看護実践から学びへと発展させるために、以下の示唆を得た。

1. 日々の業務の様々な場面が学ぶ機会になり得ることを自覚し、注目した同僚の看護実践を偶然の出来事として終わらせるのではなく、自己の体験の振り返りに活かす機会とする。

2. 見習う必要性を感じた同僚の患者対応を、自己の具体的なイメージとして繰り返し意識化する。

3. 同僚の行動が、判断過程の結果であることを意識し、認識と行動を含めて同僚の看護実践をとらえる。

4. 積極的に情報交換の場に参加し、看護師間で患者像の共有をする機会を得る。

5. 患者に起こる変化が、自己を含めたチームとしての看護師と患者との関わり方の積み重ねの結果であることを意識する。そして、多数の同僚の看護実践に接する中で、看護実践を客観視することを繰り返して自己の経験則を吟味する。

本研究では、病棟看護師の体験の想起と語りによって、影響を受けた過程を把握した。病棟看護師の具体的な体験は実践の場や経験年数によって異なることから、その体験からの影響も病棟看護師の対象特性によって異なってくると推測される。今回は、一施設で働く病棟看護師を対象としたが、異なる特性を持つ病棟看護師の体験を聞き取って

いくことが今後の課題である。

謝 辞

本研究の実施にあたり、御協力いただきました看護部責任者、および、病棟看護師の皆様に厚く御礼申し上げます。なお、本稿は、平成23年度沖縄県立看護大学保健看護学研究科博士前期課程の修士論文の一部である。

文献

- 1) 日本看護協会 (2003) : 看護者の倫理綱領, <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> (2012年5月5日現在).
- 2) 日本看護協会政策企画部編 (2008) : 日本看護協会調査研究報告<No.81>2007年病院看護実態調査, 日本看護協会出版会, 東京.
- 3) 小島恭子, 野地金子 (2005) : 専門職としてのナースを育てる 看護継続教育 クリニカルラダー, マネジメントラダーの実際, 医歯薬出版, 東京.
- 4) 三浦弘恵 (2009) : 科学的根拠に基づく院内教育の実現—教育ニード・学習ニードを反映した教育プログラムの展開—, 看護教育学研究, 18(1), 1-6.
- 5) 山田香, 斎藤ひろみ (2009) : 新人看護師が臨床現場において一人前の看護師になるまでの学習過程—正統的周辺参加論 (LPP) の視点から—, 山形保健医療研究, 12, 75-87.
- 6) 高山奈美, 竹尾恵子 (2009) : 看護活動におけるチームワークとその関連要因の構造, 国立看護大学校研究紀要, 11, 11-19.
- 7) 鶴田明美, 前田ひとみ (2009) : 看護師の退職と職業継続支援に関する調査研究, 熊本大学医学部保健学科紀要, 5, 67-78.
- 8) 堀江尚子 (2011) : 看護師と重要なソーシャル・サポートの互惠性, 奈良看護紀要, 7, 8-15.
- 9) 林有学, 米山京子 (2008) : 看護師におけるキャリア形成およびそれに影響を及ぼす要因, 日本看護科学学会誌, 28(1), 12-20.
- 10) 舟島なをみ, 松田安弘, 山下暢子, 吉富美佐江 (2005) : 看護師が知覚する看護師のロールモデル行動, 日本看護学会誌, 14(2), 40-50.
- 11) 薄井坦子 (1997) : 科学的看護論 (第3版), 日本看護協会出版会, 東京.
- 12) 三浦つとむ (1967) : 認識と言語の理論 第一部, 勁草書房, 東京.
- 13) ドナルド・ショーン (1983) / 佐藤学, 秋田喜代美 (2001) : 専門職の知恵 反省的实践かは行為しながら考える, ゆるみ出版, 東京.
- 14) パトリシア ベナー (2001) / 井部俊子 (2005) : ベナー看護論 新書版—初心者から達人へ, 医学書院, 東京.

Report

Features of how staff nurses' cognition and behavior are influenced by their colleagues' nursing practice

Rie Iraha¹⁾ Eiko Kadekaru¹⁾

【Purpose】 Staff nurses are regularly influenced by their colleagues' practice in ward settings. This study aims to explicate features of the process in which the staff nurses' cognition and behavior are influenced and suggest proper learning from the colleagues' nursing practice in hospitals.

【Methods】 We implemented semi-structured interviews with staff nurses with more than 5 year experience on "scenes in which your colleagues influenced your cognition and behavior" and analyzed the verbatim data through qualitative induction.

【Results】 We abstracted 5 features out of 25 stories from the verbatim data of 7 research participants. For example, 1 feature indicates "I found by chance that my colleague's behavior is different from my own nursing care. It made me think about the point of his/her behavior. Referring to his/her behavior and my own view on nursing, I choose the nursing practice I deem best." In general, the process of influence from colleagues begins with the attention to difference between own and colleague's nursing practices, and it leads a staff nurse to cognitive and behavioral change. By repeating the process, a nurse's view changes, and the newly acquired view guides one's nursing care.

【Conclusion】 Staff nurses can learn in various nursing scenes as they can recognize their own experiences with reference to their colleagues' nursing practice. In that process, it is important that a staff nurse grasps not only colleague's behavior, but also the judgment process behind the nursing practice. By repeating comparison between nursing practices of his/her own and others, a staff nurse can acquire a wide range of nursing application and deal with patients in various circumstances.

Key word : nursing continuing education, nursing practice, staff nurse, colleagues, influence

¹⁾ Okinawa Prefectural College of Nursing

研究ノート

日本国内の看護基礎教育におけるディベートの取り組みに関する 文献検討

－取り組みの実際と教育効果および課題－

宮里智子¹ 伊良波理絵¹ 高橋幸子¹ 金城忍¹ 嘉手苺英子¹

キーワード：看護基礎教育、ディベート

I. はじめに

社会の変化や医療ニーズの増大と多様化等の変化の中、学士課程における看護基礎教育には、社会や環境との関係において自己を理解するための素養や、創造的思考力を育成するための教養教育を前提とした看護職の基礎となる教育の充実が求められている。そして、社会の期待に応える看護実践能力を備えた看護職を排出するために、学士課程教育においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標、および、教育内容が文部科学省によって示された¹⁾。

一方、学士課程教育では、学生が、生涯学び続け、どんな環境においても答えのない問題に最善解を導くことができる能力を育成することが求められており、教育の質的転換が喫緊の課題とされている²⁾。アクティブ・ラーニングは、教員による一方的な講義形式の教育とは異なり、学習者の能動的な学習への参加を取り入れた教授・学習法の総称であり、グループ・ディスカッション、ディベート、グループ・ワーク、プレゼンテーションを行うことで取り入れられる。平成24年3月26日の中央教育審議会大学分科会²⁾では、学生の思考力や表現力を引き出し、課題の発見や具体化からその解決へと向かう力の基礎を身につけることができるようになることを目指した、課題解決型

の能動的学修となるような、アクティブ・ラーニングによる授業展開の重要性が審議されている。

このような社会的動きの中、看護基礎教育では、学生の論理的思考能力などを育成する手段として、ディベートが注目されている。ディベートの始まりは、2500年前ギリシャの都市国家アゴラ（広場）で、人々が対話し議論し討議したことにある。現在実施されているのは、民主主義国家における議会ディベートや裁判所の法廷ディベート、学校教育における教育ディベートなどがある。学校教育におけるディベートは、論理的に思考し表現する能力の開発と育成を目的にした、知を創造するための方法論である³⁾。日本の学校教育にディベートが導入されたのは1990年代からであり、看護基礎教育の分野でも2000年代から導入されてきた。

そこで本研究は、日本国内の看護基礎教育におけるディベートに関する文献から、ディベートの取り組みの実際を明らかにし、ディベートの評価方法と評価結果に着目して、看護基礎教育でディベートを導入する教育効果、および、学士課程における看護基礎教育でディベートを導入する際の課題について検討することを目的とする。

II. 研究方法

1. 用語の定義

ディベートについて、北岡は「論理的に思考し

¹ 沖縄県立看護大学

表現する能力の開発と育成を目的にした、知を創造するための方法論である。話し合いや談合とは違い、肯定と否定に分かれて論理を戦わせ、論争が終わると、第三者の審判団の判定により、どちらの主張が論理的であるかを判定する」と述べており³⁾、本研究もこれに基づく。

2. 研究方法

1) 文献検索

国内最大の医学文献情報データベースである医学中央雑誌Web第4版をデータベースとし、“ディベート”、“看護基礎教育”、“看護教育”をキーワードとして、1990年1月～2012年7月の文献検索を行った。さらに、絞り込み検索にて、原著、抄録のある論文を再度検索した。

2) 分析方法

まず、ディベートの組みの実際を明らかにするために、ディベート導入の目的、対象者とグループ人数、科目、論題、ディベートの評価方法と評価結果について文献毎に整理した。その中から、評価方法、および、評価結果に着目し、看護基礎教育でディベートを導入する教育効果、および、学士課程における看護基礎教育でディベートを導入する際の課題について検討した。

Ⅲ. 結果

3つのキーワードを入力した結果、69件の文献が得られた。さらに、その中から、原著、抄録のある22件の文献を選定した。次に、ディベートの取り組みの実際を明らかにするという本研究の目的に照らして、ディベートと他の教育方法とを比較検討している文献研究やディベートを行うときの情報検索に焦点を当てた研究など、ディベートの取り組みそのものに焦点を当てていない研究を除外した。さらに、グループ・ディスカッションのようにディベートの形式をとっていない文献や、客観的に結論を出すことに意義を見いだせない題

材を取り上げている文献など、適切な方法でディベートが行われているとは考えられない文献を除外した12件の文献を分析対象とした。

1. ディベートの取り組みの概観 (表1)

1) ディベート導入の目的

ディベート導入の目的は、大きく分類すると、①論題として取り上げた事柄に関心を向ける、または、その事柄に関する知識や理解を深める⁴⁾⁶⁾⁷⁾¹⁰⁾¹³⁾、②倫理観を養う、または、倫理的問題を理解する⁵⁾⁸⁾¹²⁾¹⁴⁾¹⁵⁾、③客観的分析力や論理的思考力、プレゼンテーションスキルなどのディベート能力の育成⁷⁾⁹⁾¹³⁾¹⁵⁾などがあり、ほとんどの文献が①、または②の目的に③ディベート能力の育成を併せた目的であった。

2) 対象とグループ人数

対象者は専修学校、短期大学および4年制大学の学生であり、准看護師養成所や五年一貫校の学生を対象とした報告はなかった。対象者が大学生であった文献は12件中3件であった⁷⁾¹⁰⁾¹⁵⁾。また、グループ人数は、ほとんどが1グループあたり10名以内で構成していた。

3) 科目と論題

母性看護に関連する科目の中で人工妊娠中絶や出生前診断の是非を論題にしたディベートや⁵⁾⁷⁾⁸⁾¹¹⁾¹²⁾¹⁵⁾、精神看護に関連する科目の中で性転換に関する論題や⁹⁾、成人看護関連の科目の中で臓器移植に関する論題¹³⁾など、生命の尊厳や性に関わる内容であった。さらに、老年看護関連の科目の中で身体拘束に関する論題や¹⁰⁾、精神看護関連の科目の中で鍵掛けに関する論題でのディベートなど¹⁴⁾、人権に焦点を当てた論題もあり、全体として、倫理に関する論題が多かった。また、科目の記載はなかったが、男性助産士導入⁴⁾などの、看護の専門性に関連する論題でのディベートが実施されていた。また、学生が体験した事例を用いたディベートも行われていた⁶⁾。

表1 ディベート取り組み状況 (1/2)

著者 (発行年)	導入の目的	方法			
		対象者 (グループ人数)	科目/論題	評価方法	評価結果
兼宗ら ⁴⁾ (2000)	男性助産士導入に対する賛否の背景を多面的に理解する.	短期大学3年生 381名 (12名)	科目記載なし/ 男性助産士導入の賛否.	ディベート前後に実施した男性助産士導入の賛否を問う質問紙調査の結果を分析.	男性助産士導入の賛否について、曖昧な意見が減少し、専門職の役割や機能等が明確になった.
櫻井ら ⁵⁾ (2000)	倫理的価値観を育成する.	短期大学2年生 119名 (19~20名)	母性看護学総論/ ①夫婦間以外の体外受精の是非 ②出生前診断の是非 ③夫婦間別姓の是非	ディベート終了後に実施した意見の変化や他者を理解する姿勢の変化に関する質問紙調査の結果を分析.	「賛成」・「反対」が減少し、「どちらともいえない」が増加した. ディベートにより、他者を理解する姿勢が深まった.
岸ら ⁶⁾ (2003)	危険に対する感受性が鈍い学生が、危険を敏感に察知する.	短期大学1年生~3年生 20名 (記載なし)	科目名記載なし/ 危険かどうか. 学生が体験したインシデント事例を用いた.	ディベート終了後に実施した危険性の判断を問う質問紙調査、および、授業についての感想の内容を分析.	学生が自ら、自己の判断の誤りに気づくことができた.
岸田 ⁷⁾ (2003)	論題に関する知識の習得、主体的学習能力の習得、討論能力、論理的思考能力の育成、グループダイナミクスの理解、自己主張トレーニング.	大学生 171名 (4~5名)	母性看護学I (概論) / 人工妊娠中絶は是か非か、他.	ディベート終了後に、東京大学の演習評価のために作成した評価票 26項目に、新たに7項目を追加した全体評価と、授業内容の部分的な詳細評価を4件法で得点化した調査結果を分析.	学生は、議論の仕方の練習になった、自己の意見を主張する練習になったなどの「ディベートスキル習得効果」を高く認知していた.
渋谷 ⁸⁾ (2003)	情報収集・論理的表現能力を養い、倫理的問題を自己の問題としてとらえる.	専修学校1年生 39名 (5名)	母性保健/ ①高校生の人工妊娠中絶は是か非か ②出生前診断によりダウン症の診断を受けたときの選択的中絶は是か非か. ②不妊症の場合、体外受精は是か非か.	授業についての感想文(自由記述)の提出を求め、内容を分析.	周産期の倫理的問題に目を向け、学習の動機付けになった. 理論的な発言には至らなかったが、人の意見を真剣に考え、発言を希望する学生もおり、日頃の講義とは異なった反応を示していた.
福田 ⁹⁾ (2004)	論理的思考能力とコミュニケーション能力、知識的基礎能力を養う.	短期大学2年生 78名 (6名)	精神看護学/ 性転換・性別を人為的に換えることは是か非か	ディベート終了後に実施したディベートの効果や学生評価に関する質問紙調査の結果を分析.	論題についての関心が高まった. また、客観的分析能力や論理的思考能力が高まった.
煙山ら ¹⁰⁾ (2005)	身体拘束について、学生自身が積極的に関心を示し、自分なりの考えをもつことができる.	大学3年生 26名 (記載なし)	老年介護演習/ 高齢者における治療・看護では、身体拘束をするべきである.	ディベート終了後に実施した、論題に関する関心や他者の意見を聞く姿勢の変化などについて5段階評価を実施、分析.	自分の意見と他者の意見を比較したいというニーズが高まった. また、論題に関する認識が深まった.

表1 ディベート取り組み状況 (2/2)

著者 (発行年)	導入の目的	方法			
		対象者 (グループ人数)	科目/論題	評価方法	評価結果
布施 ¹¹⁾ (2006)	人との関係の中から自分自身について考えさらに成長できる.	専修学校 2 年生 75 名(6~7 名)	母性看護学 I / 人工妊娠中絶の是非(10 代同士のカップルが妊娠した事例を使用)	ディベート終了後に実施した「学びと感想」のレポート、および、質問紙を用いた自己評価を分析.	考え方の幅や視野が広がった。また、グループの学生同士で協力して取り組むことができ、事前学習をもとに意見を述べる事ができた。
佐久間ら ¹²⁾ (2006)	ディベートが倫理的感受性の向上に有効な方法であることを明らかにする.	専修学校 3 年生 45 名 (4~5 名)	母性看護総論/ 妊娠 21 週で胎児に Duchenne 型キンジストロフィーが判明したとき、生まない選択をすべきである、是か非か.	ディベート前後で質問紙調査を実施し、学生の思いや考えを自由記述により記載した内容を分析.	ディベートでは、論題を焦点化し、根拠となるデータや情報の収集・分析から問題の整理を行い、自分たちの主張を論理的に説明できた。また、自分と異なる立場や価値観を理解し、自己の考えを深めることができていたことから、ディベートは倫理的感受性の育成に必要とされる学習要素を有している。
舟根ら ¹³⁾ (2007)	ディベート論題についての理解を深め、理解力、分析力、構成力、伝達力を養う.	短期大学 2 年生 52 名 (8~9 名)	成人看護学IV/ 臓器移植と臓器提供について	ディベート終了後に実施した「ディベート演習についての意見・感想」のレポート分析.	多様な考え方があることを学び、自分の意見が変化したことや新しい意見を発見したことに気づいた。また、ディベートには、伝達力、構成力、知識、理解力、集中力、分析力が必要であることに気がついた。
小野ら ¹⁴⁾ (2009)	対象および対象のおかれた状況の理解や論理的思考能力、倫理観を養う.	短期大学 2 年生 64 名. (3 名)	精神看護学II/ 鍵かけの是非	ディベート終了後に、ディベートに関する意見や感想を自由記述により記載した内容を分析.	討論から自分の意見が変化した、結論を出すのが難しい、多角的な考えから自己を振り返ることなどを学んだ。
大久保 ¹⁵⁾ (2011)	人工妊娠中絶に関する倫理的・社会的な問題を理解し、助産師として必要な能力を考える。客観的分析力、論理的思考力、プレゼンテーションスキルを向上できる.	大学 3 年生で助産学を履修した 20 名. (5 名)	ウイメンズヘルス論/ 人工妊娠中絶の適応条件から「経済的理由」を削除すべきである.	ディベート終了後に実施した「論題についての自分の考えと助産師としての役割」のレポート、および、感想と講義への要望についての自由記述を分析.	人工妊娠中絶に関して、経済的理由が拡大解釈されている現状や、胎児の生命と人権の尊重などの社会的・倫理的問題を考えることができていた。また、助産師の役割がイメージでき、自己の課題について考えることができた。

4) 評価方法

評価項目は、ディベート前後での自己の意見の変化、論題に対する関心度など、ディベートの論題に関する認識の変化などがあつた。他には、他者を理解する姿勢や他者の意見を聞く態度、ディベートスキル習得効果、および、ディベートを行って学んだことや感想などが挙げられていた。評価方法は、自由記述による質問紙調査やレポートなど、主観的な評価が多かつた。他には、評価項目の測定用に作成された尺度を用いた自記式質問紙調査や自己評価表等が使用されていた。

5) 評価結果

論題について、関心の高まりや視野の広がりなどを示す結果が報告された⁸⁾¹⁰⁾¹¹⁾。ディベート前後での意見の変化については、曖昧な意見が減少したという結果の一方⁴⁾で、ディベート実施前に比べて実施後は「賛成」・「反対」が減少し、「どちらともいえない」が増加したという結果⁵⁾や「自分の意見が変化した」、「結論を出すのが難しい」などの結果¹³⁾¹⁴⁾が示されていた。それらの文献⁴⁾¹³⁾¹⁴⁾では、併せて、他者を理解する姿勢の深まりや多角的な考えから自己を振り返ることなどがディベートからの学びとしてあげられていた。その他、他者の意見を聞く態度、論理的な主張や議論の仕方など、ディベートスキルの習得につながつたという結果⁷⁾⁹⁾¹²⁾¹³⁾や、発言を希望したり、自分の意見と他者の意見とを比較したいというニーズが高まったりなど¹⁰⁾、普段の講義とは異なる反応や、事前学習の必要性を感じていることが示された。全体として、ディベートの導入を評価している文献がほとんどであつたが、それらは、評価方法としてレポートや自己評価表を使用するなど、ディベートに取り組んだ学生の主観的な評価であつた。

IV. 考察

1. ディベートの取り組みの実際

看護基礎教育で強化すべき教育内容として、人間のベースになる倫理性、人に寄り添う姿勢の教育や状況を見極め、的確に判断する能力の育成などが挙げられており、これらのことが看護基礎教育の成果として求められている¹⁶⁾。本研究では、ディベート導入の目的や論題は、倫理に関わる内容が多かつた。その結果から、特に、看護基礎教育の成果である倫理性の育成について、従来の受け身的な講義形式の教育方法では不十分であり、それを補うものとしてのディベートに専修学校、短期大学、4年制大学の看護教育者が期待している状況が伺えた。また、現代の社会において、生命の尊厳や人権をめぐる価値観は多様化しており、そのような状況の中で倫理に関するディベートを行うには、より論理的に思考し表現しなければ審判団の判定を得ることは困難である。従つて、倫理はディベート能力の習得に適した題材であるとも考えられ、本研究におけるディベートの取り組みは、看護基礎教育の成果を得るとともに、ディベート能力の習得をねらいとして取り組まれていることが考えられた。一方、ディベートは、母性看護関連の科目や、成人看護、老年看護、精神看護関連の科目など、倫理的な問題に直面することが多いと推測される科目で導入されている他に、科目の記載はなかつたが、男性助産士導入の賛否という、看護の専門性について問う題材でも実施されていたことから、看護の専門科目で広くディベートが導入されつつあることが推測される。

2. 看護基礎教育にディベートを導入する教育効果

評価方法は、自由記述による質問紙調査やレポートなどを用いた、学生の主観的な評価方法が多かつた。評価結果は、論題について、関心が高まつた、あるいは、視野が広がつた、また、ディベートスキルの習得につながつた、普段の講義とは異なる反応や、事前学習の必要性を感じたことな

どを示す結果が多く、全体として、ディベートの導入を肯定的に評価している文献がほとんどであった。一方、ディベート前後での意見の変化については、ディベート実施前に比べて実施後は「賛成」・「反対」などのように、明確な意見が減少し、「どちらともいえない」が増加したという結果や、「自分の意見が変化した」、「結論を出すのが難しい」などの結果が示されていた。このような意見の変化は、様々な点について考えを巡らせる広い視野をもったことで生じた変化だと考えることができる。学生は、ディベートを導入した学習のプロセスの中で、論理的に思考し、そして他者を理解し、また、多角的な考えから自己を振り返ることを学んだことで、これまでとは異なる視点から題材について考えることができるようになったのではないかと。そして、このような学生の変化は、知が創造されていく段階としてとらえることができ、ディベートを導入する教育効果のひとつとして考えられるのではないだろうか。

とはいえ、全体として、ディベートの導入を肯定的に評価する結果になったのは、評価方法が学生の主観的評価を用いていることが影響していると考えられる。これは、ディベートの論題に関する意見の変化や学んだことなど、学生の認識面に評価内容の焦点をあてているためであると思われるが、ディベート能力や、ディベート論題に関する知識の習得状況を評価するには、学生の主観的評価を取り入れるだけでは充分とはいえない。以上をまとめると、看護基礎教育におけるディベート導入は、ディベート能力の育成の他に、論題として取り上げた事柄に関心を向けることなどや、倫理観を養うことなどに効果があると学生も看護教育者も主観的に感じているが、客観的な結果が示されていないことが現状であるといえる。また、本研究で示されたディベート前後での学生の意見の変化は、教育効果のひとつとして考えることができるが、十分に評価されていない。そのため、教育効果を示すことのできる評価方法を検

討、開発、検証していくことが必要であろう。

3. 学士課程における看護基礎教育でディベートを導入する際の課題

ディベートの取り組みに関する分析対象として選択した文献のなかで、対象者が大学生であった文献は4件であることから、大学でのディベートの取り組みの報告は、専修学校や短期大学の報告に比べると少ない。また、日本国内の看護系大学の数から考えても、数少ないのが現状といえる。つまり、学士課程における看護基礎教育でディベートに取り組んでいる報告をしている施設は限られている。この理由として、一般教育/教養の学問分野でディベートを含めたアクティブ・ラーニングが取り組まれていることから¹⁷⁾、看護の専門科目の教育においてはディベートの取り組みが少ないことが考えられた。また、そのために、ディベートを指導できる看護教育者の数も少ないことも考えられる。しかし、これでは、教養教育で学んだことが看護を学ぶ上で活かされていないことが考えられた。学士課程における看護基礎教育では、社会の期待に応える看護職者の排出のために、看護の対象と人々の尊厳を擁護する能力など、20の看護実践能力を育成することが期待されているが¹⁾、これらの能力を育成するには、教養教育での学びを土台にした看護の教育の積み重ねが重要であると考えられる。従って、ディベートの取り組みにおいても、看護に関連する内容を論題にしたディベートを、看護の専門科目の教育に導入し、教育効果を明らかにしていく必要があるだろう。また、看護教育者は、ディベートを行うための指導力を身につけるとともに、ディベートに精通した教養教育の教員と連携した指導体制を整えることが課題であると考えられる。

V. まとめ

日本国内の看護基礎教育におけるディベートの取り組みに関する文献から、ディベートの取り組

みの実際を明らかにし、看護基礎教育でディベートを導入する教育効果、および、学士課程における看護基礎教育でディベートを導入する際の課題について検討した。

1. ディベートの取り組みは、倫理性の育成やディベート能力の習得をねらいとして取り組まれており、看護の専門科目で広くディベートが導入されつつあることが推測された。

2. 評価方法は、自由記述による質問紙調査やレポートなどを用いた、学生の主観的な評価が多かった。評価結果は、論題について、関心が高まった、また、ディベートスキルの習得につながったなど、全体として、ディベートの導入を肯定的に評価している文献がほとんどであった。一方、ディベート前後での意見の変化については、ディベート実施前に比べて実施後は「賛成」・「反対」が減少し、「どちらともいえない」が増加したなどの結果が示されていた。今後は、教育効果を示すことのできる評価方法を検討、開発、検証していく必要性が示唆された。

3. 大学でのディベートの取り組みの報告は数少ない現状であり、学士課程における看護基礎教育でディベートに取り組んでいる報告をしている施設は限られていた。今後は、看護の専門科目の教育にディベートを導入し、教育効果を明らかにしていく必要があるとともに、ディベートに精通した教養教育の教員と連携した指導体制を整えることが課題である。

引用文献

- 1) 文部科学省 (2011) : 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告, (平成23年3月11日) .
- 2) 中央教育審議会 (2009) : 予測困難な時代において生涯学び続け、主体的に考える力を育成する大学へ (審議まとめ) .
- 3) 北岡俊明 (2003) : ディベート入門, 日本経済新聞社, 東京.
- 4) 兼宗美幸, 坂本めぐみ, 渡部尚子 (2000) : 看護学生の男性助産士に関する意識, 男性助産士導入のディベート前後における調査から, 埼玉県立大学短期大学部紀要, 2, 81-88.
- 5) 櫻井文子, 神崎江利子, 松本友子 (2000) : 母性看護学におけるディベートを活用した倫理的価値観育成の為の教育効果について, 聖隷学園浜松衛生短期大学紀要, 23, 68-75.
- 6) 岸あゆみ, 犬塚久美子 (2003) : 危険への感受性を育むディベート学習, 聖隷クリスティーナ大学看護短期大学部紀要, 26, 15-22.
- 7) 岸田泰子 (2003) : ディベート導入による母性看護学の授業展開に関する考察, 島根医科大学紀要, 26, 11-17.
- 8) 渋谷えみ (2003) : 母性保健の講義にディベートを取り入れた授業評価, 日本看護学会論文集, 母性看護34号, 135-137.
- 9) 福田由紀子, 原田真澄, 小林純子 (2004) : 精神看護学における「ディベート」授業展開と課題, 日本赤十字愛知短期大学紀要, 15, 83-94.
- 10) 煙山晶子, 小笠原サキ子 (2005) : 老年看護学における教育方法の検討, ディベートの教育効果について, 秋田大学医学部保健学科紀要, 13 (2), 50-57.
- 11) 布施明美 (2006) : 母性看護学の学習状況と今後の課題, 学生のレポートとアンケートより, 神奈川県立よこはま看護専門学校紀要, 13, 36-34.
- 12) 佐久間良子, 有田久美, 黒髪恵, 須崎しのぶ (2006) : ディベートが看護学生の倫理的感受性に及ぼす学習効果, 日本看護学会論文集, 看護教育, 37, 12-14.
- 13) 舟根妃都美, 成田円 (2007) : 成人看護学におけるディベート演習についての検討, 名寄市立大学紀要, 1, 15-21.
- 14) 小野晴子, 土井英子, 住野好久 (2006) : ディベートによる精神疾患患者の理解を深める授業方法の工夫, 「鍵かけ」の論題を教材にして, 新見公立短期大学紀要, 30, 9-15.

- 15) 大久保友香子, 植松紗代, 和泉美枝, 眞鍋えみ子 (2008) : 助産学履修学生による人工妊娠中絶を論題にしたディベートの試み, 京都府立医科大学看護学科紀要, 21, 43-49.
- 16) 厚生労働省 (2011) : 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書 (平成23年2月28日) .
- 17) 溝上慎一 (2007) : アクティブ・ラーニング導入の実践的課題, 名古屋高等教育研究, 7, 269-287.

資料

島嶼に居住する在宅酸素療法患者支援モデルの構築 — 外来看護における療養支援の現状と課題 —

宮城裕子¹ 石川りみ子² 玉城久美子¹ 照屋清子³
本村悠子³ 奥浜杖子³ 盛島幸子¹ 島尻郁子⁴

I. はじめに

HOT(home oxygen therapy:HOT)は低酸素血症及び慢性呼吸不全患者の生命予後を改善する持続的酸素療法を自宅で行うことで、地域や家庭、職場での日常生活を取り戻す患者のQOLを重視した医療である。しかし患者はこれまでの生活様式を変更せざるを得ないことも多く、療養する上でしばしば憎悪を繰り返す。中等～重症の慢性閉塞性呼吸器疾患では急性増悪による予後は不良であることが多く、QOLに対する影響も極めて大きいといわれている。急性増悪による再入院を防ぎ、家族に囲まれ住み慣れた住居環境で療養生活を送ることは患者のQOLに影響し、心の健康を高くする¹⁾という報告もあり、患者及び家族が障害された身体機能を理解し、在宅療養においてセルフケア能力とQOLを高め病気の進行を防止することは重要である。そのため専門職者による継続的な患者及び家族への指導及び精神的支援は不可欠であり、外来でのHOT患者の在宅療養支援のシステム作りが求められる。十分な患者教育によっては増悪を避け、日常生活でのQOLを向上させる可能性は高いと考える。外来看護師は患者の外来通院時、より多くの情報を得て短時間で適切な指導ができることが必要となる。しかし島嶼では高齢化が顕著で、医療機関、医療職者のマンパワー不足から、患者を取り巻く支援体制も十分とはいえない。医療機関において医療職者の意識と支援技術の向上

を図るとともに支援体制のシステム作りが求められる。

本研究は、島嶼の総合病院における外来看護師のHOT患者への療養指導に対する現状と課題を把握し、外来看護における療養システムを構築するための資料とすることを目的とする。

II. 研究方法

調査対象は沖縄県M島の総合病院内科外来に勤務する看護師である。外来には、専属の看護師とICU兼務の看護師がおり、両者を対象とした。調査期間は平成23年8月～9月である。

研究方法は事前に同意の得られた研究協力者へ半構成的面接を約30～40分行った。

調査内容は外来における療養指導とHOT患者の療養指導の現状、外来指導充実のために必要と感じていること、療養指導について自分自身で取り組めること、基本属性についてである。

分析は①録音したデータから逐語録を作成、②意味が損なわれないよう要約し類似するものを集め表題をつけコード化し、③各々のコードから逸脱しないようカテゴリー分類を行い、【 】をカテゴリー、『 』をサブカテゴリーとし、外来看護師が認識する療養指導についての現状と課題について検討した。分析過程において、質的研究の経験がある研究者のスーパーバイズを受けた。

倫理的配慮

施設責任者に調査協力の依頼を文書ならびに口頭で行い、承諾を得て調査を行った。研究協力者1人ひとりに研究の主旨と方法、以下の内容を口頭

¹ 沖縄県立看護大学

² 上智大学総合人間科学部看護学科

³ 沖縄県立宮古病院

⁴ 社会福祉士事務所NPO法人あらた

で説明すると共に文書により同意を得た。参加は自由であり途中辞退しても対象者の不利益にならないこと、調査で得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、個人を特定されないように匿名性、プライバシーを遵守すること、調査には30～60分程度かかること、許可を得てICレコーダーに録音し逐語録作成後、録音内容は消去すること、業務に支障のないように時間と場所を調整して行う、研究結果は公表することである。なお、本研究は本学の倫理審査委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結果

研究協力者は外来専従看護師5名とICUの兼務看護師3人の計8人である。看護師経験年数は20年以上が約6割を占めており、平均18.3年、最短6年、最長28年であった。外来勤務期間は3年以上の者が5割であり、平均3.8年、最短が1ヶ月の移動したばかりの者と、最長は6年であった（表1）。

面接により得られたインタビュー内容を分析し、外来における療養指導の現状と課題について検討した結果、【外来での療養指導の現状】【外来で行っている支援】【HOT患者が自己管理できていること】【HOT患者の療養上の問題】【外来における支援体制作り】【酸素管理者との連携】の6つのカテゴリと23のサブカテゴリが抽出された（表2）。

【外来での療養指導の現状】について、外来での状況は呼吸器疾患患者が多く、看護師は「待ち時間を短縮するため話す時間がとれない」「困ったことや訴えがあった時に対応するが、指導は行っていない」など療養指導については十分に行えていないと感じていた。また「主に主治医、訪問看護、酸素機器業者が指導を行っている。外来では特に決まった指導はしていない」「業者からの指導内容の詳細までは把握していない」など指導は主に業者や医師が行っているが、どのような内容で行われているのか詳細については把握されなかった。

【外来で行っている支援】については、「困っていることはないか声かけをする」、「痰の色の変化や発熱など異常時の早めの受診を促す」、「禁煙、火気注意点を話す」、「外来受診しない患者への電話連絡」や「台風・停電時の連絡先の確認」など声かけや電話連絡を行っていた。また、「酸素流量の確認や酸素トラブルへの対応」、「使い方を熟知していなくて酸素をせずにそのまま持ってきている人への説明」、「酸素ボンベが空になっても気付かない人がいるので残量確認のやり方を説明する」など『酸素流量の確認や酸素トラブルへの対応・説明』を行っていた。一方、来院時のSpO₂値が低かった場合、「苦しい時は休むように話す」「夏場や痰が多い時の水分の摂取方法や息苦しい時の対応の仕方」など、『症状対応への説明』を行っていた。

【HOT患者の療養上の問題】について看護師の認識は、「流量の上げ下げに関することや、酸素をしない患者に対して指導の必要性を感じる」ことや「世間体が気になり酸素をしない患者がいる」「携帯用酸素ボンベの残量の確認が十分にできておらず、空になっていることに気付かず外来の待ち時間に苦しくなって気づいたことがある」など『患者の理解不足からくる酸素吸入中断』について介入の必要性を感じていた。また「繰り返し入院する人が多いので、呼吸筋の増強や悪化、風邪予防の指導が必要」であることや「酸素導入時、ADLなど変化があった時は指導が必要」など『風邪予防・呼吸訓練の指導の必要性』を感じていた。一方、「外来待ち時間の間は節約のため、酸素を切っている」ことや「料金を気にして酸素吸入をし

表1 研究協力者概要

対象者	性別	看護師経験年数(年)	所属	外来勤務期間
A	女性	27	外来	3年
B	女性	20	外来	5年
C	女性	6	外来	2年
D	女性	24	外来	6年
E	女性	20	外来	2年半
F	女性	12	ICU	2年
G	男性	10	ICU	2年
H	女性	28	ICU	1ヶ月

表2 外来での療養指導について

要 約	サブカテゴリー	カテゴリー	
台風の時、前もって避難入院で入院できることを患者さんに伝えている。	台風、停電時の対応に対する指導	外来で行っている支援	
停電の時など、前もって連絡の取り方がわかるか確認をする。			
COPDの疾患患者さんに酸素を上げすぎないように声をかけている。	酸素の流量についての指導		
きつい時は救急にいつでも来るよう声をかける。	呼吸苦発症時の対応についての指導		
息苦しい時の呼吸法や、動作を休めることを話す。			
痰の色が悪くなったら気をつけること、熱がでたら早めに受診することを勧めている。	痰、熱の観察、対応についての指導		
痰が出にくい場合、水を多く取ることを説明している。夏は汗をよくかくので、水分摂取を促している。		外来での療養指導の現状	
煙草を吸っている患者には、酸素機器に火気は注意することを話している。	火の注意		
外来時に、持ってきているウッドレッサーのプザーが鳴っている時や酸素の残量が少なく気付いた時、患者本人に今の酸素量を尋ねたり、酸素ポンペを確認したりしている。	酸素ポンペの設定やトラブル時の対応		
外来ではポンペのトラブル時や取り扱いのことで関わっている。			
外来通院時に何か指導というのではなく、患者から訴えがあった時は対応する。	訴えがあった時に対応する		
外来で指導というのはほとんど行っていない。	外来で指導はあまり行っていない		
患者さんが酸素管理についてどの程度理解しているかということは、全てのHOTの患者さんには聞けていない。			
外来患者数が多く、ゆっくりと話せる時間がとれない。			
HOTの患者さんは高齢者が多く、車椅子や付き添いが付いている方も多いため、比較的外来で時間が作れる昼あとに外来に来てもらうことが難しいことが多い。			
待ち時間も長く、お年寄りが多いので診察終わったら早く帰って休みたいという方も多い。			
外来でHOT導入のための入院が決まると外来リーダーに引き継ぎ、病棟に繋いでいるので外来では導入のための指導は行っていない。			
ICUから外来に月に2,3回来る場合、主に処置に関わるため指導の関わりはほとんどない。			HOT患者が自己管理できていること
HOT申請については、関わったことがなければわからない。			
HOT導入時の入院の際、病棟で指導を行っていると思うが、病棟との情報交換は密には行っていない。外来で相談がある場合に対応を行っている。	病棟で行われていると考えるが内容の把握は明確ではない		
栄養や運動については患者さんは医師に相談をして、看護師は検査の日程や次回の予約の確認、薬がでていることなどを伝えているが、患者さんの方から困っていると言ってくることがないそのままになる。			
患者さんからはあまりHOTに関する質問はない。どこまでできているかというのははっきりしないが、困っているというのはいくつかあるが、比較的自己管理はできていると思う。	HOTの患者さんは比較的自己管理はできている		
M島は台風が来たら停電になる可能性が大きく、患者さんは避難入院になる。台風時の対応については理解できている。			
台風のことや呼吸のことを話すと患者さんは「大丈夫だよ」と答える。長年の人が多いので、私より分かっていて、酸素が下がってもあとどの位したら上がってくるから大丈夫だよと話す方もいる。			
導入して10,20年という患者が多く、ちゃんとした管理をしていないといけないうのでできている方だと思う。しょっちゅう、病院に行くことに遠慮しがちだけど、重症になったら大変だからと早めに来る。自己管理、コントロールはいいのではないと思う。			
HOTをしている患者さんは自覚症状がない疾患と違って息苦しさがかかるため、患者さんは恐怖心が強く神経質に管理している印象がある。		HOT患者の療養上の問題	
Spo2の値が低くても持ってきた酸素ポンペの残量が少ないからと調節して節約していた。低酸素に慣れていて自己管理についての理解が不十分ではないかと感じる。	携帯用酸素の残量不足に関する問題		
携帯用酸素ポンペの残量の確認が十分にできておらず、空になっていることに気づかず外来待ち時間に苦しくなって看護師が気付いたことがあった。			
携帯用酸素の量が少ない場合でも病院の酸素を使ったら料金がかかることを気にして節約している。			
繰り返し入院する人が多いので、呼吸筋の増強や、悪化や風邪予防の指導が必要。	入退院を繰り返す		
HOTの患者さんは高齢者が多い。外来で待っている間に酸素が空っぽになる方もおり業者を呼んで対応してもらったこともある。残量の確認がされておらず、そのまま付けてくるんですよね。	使用法についての理解不足		
見た目がいやだから持って歩きたくないとやらない方もいる。	外出時にこと外見を気にして装着しない		
家ではやっているけど外出するときはやりたくない、恥ずかしいと苦しくてもやらない方もいる。			
しっかりした人でも禁煙を何度か促しても受け入れない方もいる。	禁煙をしないこと	酸素管理業者との連携	
台風時は業者も対応している			
HOTの導入が決まると酸素ポンペの取り扱い方法、注意点など酸素機器の業者が対応しているが、導入時の指導内容については十分把握していない。	業者による島全体の酸素管理と導入時指導		
外来でポンペのトラブルがあった場合、業者が対応に当たっている。			
自宅でのトラブルは、患者さんが直接酸素機器業者に連絡している。			
酸素ポンペについてセッティングの仕方や酸素の本数について外来では把握していない。			
残量の確認などを業者が週に1回やっていると聞く。			

表2 つづき

指導のマニュアル、プログラムが必要。	指導マニュアル、プログラム作り	外来における支援体制づくり
導入の時の指導はどうしても必要。	項目にそった指導	
ADLが低下した時とか、何か変化があればその都度必要だと思う。		
認識が不十分な方に対し、体のために酸素の必要性の指導。		
病院で酸素を使ったときの料金についての説明。		
呼吸筋増強についての運動方法についての指導。		
感染症、合併症予防についての指導		
水分摂取の必要性についての指導		
家族を含めた指導も必要。夫婦で高齢の方も多い。		
離島なので、情報が多く取り入れられる環境があるとよい。		
指導にあたるチームなどの、構築していくチームは必要と感じる。		
一人でやろうとしてもできないので、みんなで関わっていく体制が必要。	チームで関わっていく体制	
いろいろな分野の人たちが集まって、知識を出し合って広めていくことがとても大事だと思う。		
私でできることだったらやるだろうし、医師や薬剤師への繋ぎが必要だったら考えていく。		
サーチレーション測定時、受付クラークも酸素が適切に流れているか確認してもらえる体制を作る。	他職種との連携	
どういった事に困っているかなど、ちょっとした会話を5分でもできるとよい。	患者と話す時間の確保	
問題のある患者さんを選択してできるだけ話しを聞いて解決していけるような場をもてるようにする。		
看護師の意識だと思う。忙しい中でもどうにかできることはあると思う。		
患者さんが何を求めているか知りたい。		
話す時間を作ること。話しを聞く時間が取れると、もう少し何かできるのではという思いはある。		
採血結果の待ち時間も外に出ずに待っている方が多いので、待ち時間を利用できるのではないかな。		
患者同士がコミュニケーションがとれるような、お互い看護師には言えなくても患者同士だったら話せるという環境は必要だと思う。	指導環境の工夫	
できれば家まで行ってセッティングの状況の確認や、外出時も適切な方法で酸素療法が行えているか確認できれば、家ではこういう生活しているんだ、病院ではこうなんだなとわかると思う。		
専門的に関わられる人がいるとよい。		
外来の担当とは違う、患者さんの療養指導に対応できる誰かがいてくれたらいいのかなと思う。		
HOT外来などナースも配置して指導していけるような、単独の外来があるとよい。その方が患者さんがいろいろ聞きやすいし、相談しやすい。		
外来の混んでいる中で指導は難しい。自宅でどうか、家での療養環境も含めて指導していく必要がある。		

ない患者」など『経済的負担感からくる酸素吸入の中断』があった。低酸素であっても、世間体が気になり外出時に酸素を行わない者もいた。一方、酸素を節約したいために外来で酸素を切る者もあり、経済的負担による酸素吸入中断がみられた。

【HOT患者が自己管理できていること】と看護師が認識していることは、「(HOT期間が)長年の人が多いので、台風時の対応や相談については理解している」や「高齢者の場合、台風で停電の可能性があるときは避難入院を勧めている」など『台風停電時の対応』があった。一方「重傷になると大変だからと早めに受診に来る」ことや「息苦しいなど症状を自覚し、その時の恐怖感が強いいため積極的に管理している印象を受ける」など『異常時の早めの受診』に関することや、また「(HOT期間が)長い人が多いので、自分の症状や対応を理解している」など『息苦しさ予防、低酸素時の対応』についての自己管理は比較的にできていると認識していた。

【外来における支援体制作り】について、多忙な外来においては「指導ナースの配置や指導チームの必要性」の『療養指導体制づくり』が提案された。また「問題のある患者は意図的に係わる指導体制」や「指導マニュアル、指導パンフレット作成」、「患者同士の交流の場の必要性」について提案が出された。自身の指導力向上に向けた勉強会研修会などの取り組みの等、『指導力向上への取り組み』について、指導充実のために必要なこととして提案された。外来看護の中での取り組みや看護師自身の意識向上を基盤に患者や、他職種も含めた指導体制づくりが指導充実に向けて必要であることが示唆された。

【酸素管理業者との連携】について、M島では在宅酸素に対し、一酸素機器業者が島全体を一括して管理し、指導を行っている。医師からHOT導入の指示が出ると病院から業者に連絡がいき、入院中に酸素機器業者から酸素管理の指導がなされ

ていたが、特に外来では指導内容の確認は行っておらず、酸素機器業者との指導内容の連携や酸素管理状況の情報交換の必要性が示唆された。M島の毎年襲来する台風対策については業者と患者との連携が良く、対応されていた。

IV. 考察

1. 情報の共有

M病院におけるHOT患者の概要として高齢の患者が多く、肺気腫、慢性気管支炎など慢性閉塞性肺疾患による慢性呼吸不全の患者が多く占める。内科の呼吸器外来は週に2日あり、HOT患者は予約日に合わせて受診している。HOT導入患者の多くは高齢であるため、自己管理が困難な場合も多く、また介護者が高齢であることも多い。子どもは島外へ出て、高齢者のみの核家族化が増加し、また、介護者となる配偶者も健康上の問題を抱えている場合が多い。そのため人的、時間的制約が理由で受診を先延ばしにしてしまう場合も多い。患者が長期にわたり安定した健康状態を維持していくためには医療者の役割は大きく、特に定期での外来通院時などに多くの情報を得て、短時間で適切な指導や情報提供を行っていくことが必要となる。急性増悪の発症から治療開始までの期間が短いほど回復がより早く、急性増悪の際に患者が受診をせず未治療である回数が増えるほど急性増悪により緊急入院が増加することが報告されている²⁾。患者が急性増悪の症状を早期に認識することで、早期に受診し治療を行うことにより急性増悪からの回復を早め、入院のリスクを減少させ、よりよいQOLを維持できる可能性があり外来受診時に患者からより多くの情報を得て短時間で適切な指導や相談を行っていくことが必要と考える。【外来での療養指導の現状】では、医師－患者間、酸素機器業者－患者間で指導や情報提供が行われていることは把握していたが、その内容については共通理解が不十分と認識している外来看護師が多かった。また病棟との兼務看護師は外来に常勤

してないため療養指導が行いにくいという点があった。医療チームの形態をとることにより、効率的な教育や行動変容への指導が可能となること³⁾、また医療チームによる在宅管理により患者家族のQOLの改善、ADLの改善、入院の回避の効果があることが報告されており⁴⁾、情報交換や連携の充実の必要性が考えられた【HOT患者の療養上の問題】として外来看護師は酸素の中断や流量に関する患者の理解不足や感染など急性増悪の予防等について問題として認識していた。外来看護師間や医師、業者および病棟看護師との連携を強め、患者の情報を共有しながら継続した看護を行っていくことで、さらに効果的な支援に繋がると考える。

2. 患者指導・看護相談

【HOT患者の療養上の問題】として酸素の非装着や、酸素の残量確認と管理などにおいて不十分であること、また低酸素であっても外出時には酸素吸入をしないことについて、外来看護師は支援の必要性を感じていた。根岸の調査によると、安静時には処方どおりに酸素吸入を行っているが、歩行、トイレ、風呂の順に酸素吸入をしている患者は減少していることが報告されている⁵⁾。一方、酸素節約のため外来で酸素を切る人もおり、経済的負担による酸素吸入中断がみられ、酸素管理の指導に加えて病気の説明、酸素にかかる費用を含め、他職種との連携も視野に入れた指導が必要であることが示唆された。【HOT患者が自己管理できていること】として看護師が認識していることは『台風停電時の対応』『異常時の早めの受診』『息苦しさ予防、低酸素時の対応』であった。一方、【外来で行っている支援】では「台風・停電時の連絡先の確認」や「痰の変化や発熱時には早めの受診を促す」ことなどを外来時に声かけしており、これは【HOT患者が自己管理できていること】と一致していた。M島は6月～9月にかけて台風による影響が比較的多い地域であり、台風時の対応においては患者も把握していると看護師は認識して

いた。患者は行っている自己管理の方法が正しいのか不安に感じる場合も多く、その方法で正しいということを伝えたり、成功できたことを共に喜び支援していくことが必要である。離島は地理的に環海性といった特徴や、歴史、文化、慣習に特有のものがあり、暮らしの中でも島全体が大家族的で地域単位や親戚単位のアイデンティティが強く、個別家族の境界が時としてゆるいなど島への愛着や仲間との繋がりが強いという特徴がある。また高齢者のペースに合わせる生活であったり、当事者の身になって案ずるなどの特徴があり、隣近所や地域で支えていく社会がある。HOT患者の支援システムの構築においては、患者、家族、専門職者以外にも地域の支援が得られるシステム作りの可能性があるのではないかと考える。慢性疾患患者の自己管理においてソーシャルサポートの効果が報告されており、ソーシャルサポートの一形態であるピアサポートは問題解決や精神的支援の効果が期待されている⁶⁾。一方、患者が長い期間HOTを行っていく中で独自の方法で習慣化している場合など、医療者が正しい情報を与えようとしてもなかなか受け入れられない場合もあり、患者の理解の段階に応じて指導を行っていく必要がある。そのためには継続的な関わりが必要であり、患者の思いや相談を十分に聞くことができる時間の確保も必要である。Niciらは患者教育は呼吸器疾患において診断時から終末期までのすべての経過中に反復して実施されなければならないこと⁷⁾、また川野は相談室でない場所で行う看護相談を念頭にして、5分でもまとまった話しができることを指摘している⁸⁾。外来で限られた時間の中で患者の表情や顔色等を観察し、今の健康状態や何を問題として抱えているのかを引き出だし、短時間でも繰り返し患者への教育を行っていくことが急性増悪の予防に繋がっていくと考える。一方患者が医療者とのパートナーシップをとりながらの自己管理技術の習得に向けての患者の積極的な参加、健康によい日常行動へのアドヒアランスの必要性

があげられている⁹⁾。外来受診時に生活を整え、自己管理を維持できるようにかかわることで、日常生活を大切にしながら治療を継続することができるのではないかと考える。

3. 外来看護の現状と課題

今回の調査では、「HOT患者外来を設け、ナースを配置しての指導」や「指導の必要な患者を午後の時間に予約をとることができるシステム」など【外来における指導体制づくり】への提案も多かった。看護師自身の指導力向上に向けた勉強会、研修会などの取り組みの他、他職種との連携も指導充実のために必要なこととして提案された。外来看護の中の取り組みや看護師自身の意識向上を基盤に、患者や他職種も含めた指導体制づくりが指導充実に向けて必要であることが示唆された。

一方、M病院の在宅酸素の管理については、一業者が行っておりHOT導入時の指導や管理を行っていたが、その指導内容と支援体制についての外来との連携まではまだ十分には行われていなかった。他職種との連携を密にし、チーム医療を円滑に機能させることができれば、各専門職者が協働してケアに関わり、異なった視点から患者のニーズを捉え、専門的で多様な知識や技術を提供することが可能になると考える。連携を十分に行い、チーム医療を機能させることが必要であることが示唆された。外来看護では多くの来院患者を抱え、そのため看護師は療養指導についてはほとんど行えていないという認識があった。禁煙や酸素トラブル、外来、外出時の酸素吸入中断患者がおり、それらの患者に対して指導の必要性を看護師は感じていた。

以上のことから、外来での指導充実に向けて看護師の指導力向上や指導体制づくりが課題であることが示唆された。HOT患者が恙なく療養生活を送るためには、他職種との連携を密にし、患者の生活にそった療養指導は不可欠と考える。

V. 結論

1. 外来は多くの呼吸器疾患患者を抱え、療養指導については不十分ととらえており看護師は指導の必要性を感じていた。
2. 在宅酸素管理と指導については業者が行っているが、指導内容と患者の酸素管理についての理解が外来で十分に行われていないことについて、連携の必要性が示唆された。
3. 外来看護師は、喫煙や酸素トラブル、外来・外出時の酸素中断する患者の指導の必要性を感じていた。
4. 外来での指導充実に向けて看護師の指導力向上や指導体制づくりが課題であることが示唆された。

文献

- 1) 石川りみ子他(2005)：呼吸困難を有する慢性呼吸器疾患患者の在宅療養継続とQOLに関する研究，お茶の水医学雑誌，53：1-22
- 2) Wilkinson TM, Donaldson GC, Hurst JR, et al(2004)：Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.*169：1298-1303
- 3) Prochaska JO(1992)：In search of how people change：applications to addictive behaviors. *AmPsychol* 47：1102-1114
- 4) 木田厚瑞他(2000)：高齢者の在宅酸素療法における地域医療連携に関する研究，日呼管理会誌，9：442-445
- 5) 根岸愛(2003)：在宅というもう一つの医療現場から 診断と治療，91(12)：111-115
- 6) 小野美穂他(2007)：病者のピア・サポートの実態と精神的健康との関連—オストメイトを対象に—，日本看護科学会誌，27(4)，23-32
- 7) NiciL, DonnerC, (2006)：ATS/ERS Pulmonary Rehabilitation Writing Committee：American Thoracic Society/European Respiratory Society

- statement on pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 173 : 1390-1413
- 8) 川野雅資(2004)：傾聴とカウンセリング 関西看護出版52-60
- 9) Rise A(2007)：Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Cilinical Practice Guideline Chest : 131 : 4S-42S

資料

学生の授業評価を正確に反映する評価項目について —平成22年度開講の授業科目における学生による授業評価アンケート得点の傾向から—

金城忍¹ 嘉手苺英子¹ 高橋幸子¹ 賀数いづみ¹ 渡久山朝裕¹ 金城芳秀¹

キーワード：授業評価アンケート、評価項目

I はじめに

大学の授業を改善するには適切な授業評価が必要である。授業評価では、評価の主体によって『他者評価』と『自己評価』とに分かれ、『他者評価』としては、(1) 完全な第三者による評価、(2) 授業を受けた学生による評価がある¹⁾。米国においては20世紀初頭より体系的な教員評価が実施され、その中で授業評価は教員の研究能力の評価と並ぶ重要なものとして位置づけられている²⁾。日本では、平成3年の大学設置基準の改定によって、自己点検・自己評価・FDの重要性が示されたことが、授業評価の実施を促した³⁾。授業評価は、独立行政法人大学評価・学位授与機構の示す機関別認証評価の「基準6-6-1-②：学習の達成度や満足度に関する学生からの意見聴取の結果等から判断して、学習成果が上がっているか」の根拠資料として用いられることから、その重要性は明らかである。

授業評価について文部科学省高等教育局は、国公私立大学753大学を対象に調査を実施し、報告した⁴⁾。報告書では、学生による授業評価は国立65（約76%）大学、公立61（約79%）大学、私立473（約80%）大学にて実施されていた。しかし評価項目においては、「授業の分かりやすさ」を716大学が取り上げている一方、「教室の広さ、空調などの物理的環境」については262大学が取り上げており、各大学の評価項目に差が見られている。ここで関内ら⁵⁾は、評価項目について「構成はどの大学も

『I. 自己評価』、『II. 授業評価』、『III. 全体評価』、『IV. 自由記述欄』を基本に行っているが、設問の文章は当然のことながら多岐にわたる」と述べ、さらに29大学の授業評価項目が2項目から31項目であったことも述べている。

沖縄県立看護大学（以降、「本大学」とする）の授業評価の各項目は、文献や他大学での実施内容を参考に、現在、38の評価項目にて実施している（図1）。評価項目の内容は、Question（以降、「Q」とする）1～Q7で学生自身の授業への取り組みについて、Q11～Q29では授業内容・方法の評価、Q8～Q10、Q30～Q38では授業の全般的評価を問うている。学生は38項目に対して、「5.強くそう思う」「4.そう思う」「3.どちらともいえない」「2.そう思わない」「1.全くそう思わない」の5つの選択肢から回答する。授業評価アンケートは、期末試験実施前の最後の授業終了直前に、本大学学務課によって配布後、目的、記入方法、回収方法の説明がなされる。さらに評価にバイアスがかからないように、科目に関係する教員は学生の回答時、その場に同席しないように配慮している。なお本大学の授業評価は「記名式」となっている。しかし「記名式」「無記名式」の要因が自己評価に影響を与えない⁶⁾、⁷⁾ことから、本大学の「記名式」が評価に及ぼす影響は少ないと考えられる。

このような状況で実施されたアンケート結果に対して、筆者自身の担当科目の授業評価は「Q9.この科目の勉強はやさしかった」、「Q10.この科目で良い成績をとるのは容易だ」の評価平均点が常に

¹ 沖縄県立看護大学

3.0以下であった。しかしその他の評価項目の評価平均点は、4.0以上である。この傾向は、共同研究者らも同様であった。評価項目の平均値が4.0未満は、その評価項目に対して「そう思う」のではない、と捉えていると考えられる。このように「Q9」「Q10」の評価項目の平均点が常に3.0以下で、その他の評価項目の平均点は4.0以上の傾向から、評価項目として適切なのかどうかの疑問が生じた。そこで本大学全科目における授業評価各項目の得点の偏りや傾向を明らかにし、評価項目改善の資料にすることを目的に、本研究に取りかかった。

Ⅱ. 研究方法

1. 用語の操作的定義

本大学では平成23年度入学生より新カリキュラムが開始された。平成22年度のカリキュラムでは、科目が「基本科目・専門支持科目・専門科目・統合科目」の4群に区分されている。しかし新カリキュラムでは「教養科目・専門関連科目」の2群に区分されている。今回、学年別、科目の群別に授業評価各項目の得点の偏りや傾向を見ていく。さらに科目の群別において、必修と選択でも異なる得点の偏りや傾向が見られるのではないかと考え、全学年が同じカリキュラムでの比較が必要と考えた。また講義・演習科目と実習科目では授業評価アンケート用紙が異なる（図1、図2）ことや、1つの実習科目では、数人の実習指導教員が関わりあっているため、その評価を判断するのは難しい。

そこで研究対象を平成22年度開講の実習科目以外の基本科目28科目、専門支持科目28科目、専門科目41科目、統合科目4科目の合計101科目の授業評価アンケート結果とした。しかし学年別、必修・選択別、科目の群別に区分して分析を進めていくと、2年次必修の基本科目、3年次選択の専門支持科目、4年次必修の基本科目と選択の専門支持科目は、それぞれ1科目しかなく、特定の科目名が判明すると考えられた。そこでそれら4つの

科目は研究対象から除外した。さらに、2科目の専門科目、3科目の統合科目の授業評価結果が出ていなかった。そこで92科目を分析対象とした。なお92科目を受講した学生ののべ人数は5,671名、授業評価回答数（以降、「N」とする）は5,667枚であった。

2. 分析方法

1) 各科目の基本属性として、「開講学年」、「必修科目・選択科目」、「基本科目・専門支持科目・専門科目・統合科目」の区分を入力し、評価項目毎の平均値を入力する。なお「統合科目」は科目数が少ないことから、「専門科目」として扱った（以降、基本科目・専門支持科目・専門科目の各科目の群を区別する場合には、「領域別」と記す）。

2) 開講科目に対して、受講学年別、および必修科目と選択科目別、および必修科目、選択科目別に領域別を重ねて区分し、評価項目毎に平均点を算出する。

3) 2)にて得られた結果から、平均点が4.0未満の評価項目に注目し、それら評価項目の内容から評価項目改善について考察する。

3. 研究協力者

データ収集は、初めに学長へ研究の主旨・概要を説明し、承諾を得た後、教務委員長を通して平成22年度授業評価結果の入手を依頼した。その後、学務課長へ研究の主旨・概要を説明し、「学生による授業評価」結果の「授業科目名」、「教員名」の欄を塗りつぶし、その資料の余白部分に、「開講学年」、「必修、選択の区分」、「領域（基本科目・専門支持科目・専門科目）」を記入した紙ベースのデータの作成を依頼した。なお本研究は、沖縄県立看護大学研究論理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号10025）。

年次	学籍番号	名前
----	------	----

学生による授業評価アンケート

平成 年 月 日

このアンケートは授業（講義、演習）に対するあなたの評価を真摯に受け止め、今後の授業へ活用したいと思って実施しています。以下の質問に率直にお答え下さい。
 ※回答の選択肢は5つ（5. 強く思う 4. そう思う 3. どちらともいえない 2. そう思わない 1. 全くそう思わない）あります。 その一つを記入して下さい。

※数字記入例
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

科目コード:

科目名:

教員名:

1 この授業によく出席した	5 4 3 2 1	14 教員の熱意が感じられた	5 4 3 2 1	27 ポイントをおさえてくれた	5 4 3 2 1
2 この授業に遅刻をしたことがない	5 4 3 2 1	15 丁寧に、わかりやすい授業であった	5 4 3 2 1	28 授業に活気があって単調ではなかった	5 4 3 2 1
3 授業中、私語をかかわしたこともなく、授業態度はよかった	5 4 3 2 1	16 私たちの理解度に配慮した授業の進め方であった	5 4 3 2 1	29 授業内容の量は適切であった	5 4 3 2 1
4 この科目の予習、復習をした	5 4 3 2 1	17 質問に明快な回答を与えてくれた	5 4 3 2 1	30 授業内容のレベルは適切であった	5 4 3 2 1
5 教員に求められたこと以外に自分で積極的に調べた	5 4 3 2 1	18 私語に対して適切に対処してくれた	5 4 3 2 1	31 この科目の受講後、この科目に対する興味は増加した	5 4 3 2 1
6 この科目の勉強のために図書館をよく利用した	5 4 3 2 1	19 学習の目標をはっきり示してくれた	5 4 3 2 1	32 自分自身と他の学生との共通点・相違点があった	5 4 3 2 1
7 教員に積極的に質問をした	5 4 3 2 1	20 教員の話し方は明瞭で、聞き取りやすかった	5 4 3 2 1	33 この科目を受講して満足であった	5 4 3 2 1
8 この科目はもともと興味があった科目である	5 4 3 2 1	21 教員の話す速度は適当であった	5 4 3 2 1	34 この分野の見方、考え方を学ぶことができた	5 4 3 2 1
9 この科目の勉強はやさしかった	5 4 3 2 1	22 板書は適切で効果的であった	5 4 3 2 1	35 この科目を受講して今後の勉強に役立つと思う	5 4 3 2 1
10 この科目で良い成績をとるのは容易だ	5 4 3 2 1	23 教科書・配布資料の使い方は効果的であった	5 4 3 2 1	36 この科目を受講して、触発されることが多かった	5 4 3 2 1
11 教員の休講は少なかった	5 4 3 2 1	24 視覚覚教材の使い方は効果的であった	5 4 3 2 1	37 この科目を受講して他の学生にも勧めたい	5 4 3 2 1
12 授業時間や場所の変更など学生への連絡が適切であった	5 4 3 2 1	25 課題（宿題・レポートなど）の量は適当であった	5 4 3 2 1	38 教室の広さは講義に適当であった	5 4 3 2 1
13 計画された授業が予定通りに行われた	5 4 3 2 1	26 この授業は全体としてよくまとまっていた	5 4 3 2 1		

※11Bの鉛筆で記入すること。
 ※訂正は消しゴムできれいに消し、消し屑を残さないこと。

◆以上のアンケートの内容以外に、この授業に関する意見、要望、提案 などがあれば、ご自由にお書き下さい。

記入例) 授業評価が5の時 5 4 3 2 1

ご協力ありがとうございました。 全学自己点検・評価検討委員会

図1 講義・演習における授業評価アンケート用紙

学生による授業評価(臨地実習)アンケート

年次	学籍番号	名前
----	------	----

平成 年 月 日

このアンケートは授業（実習）に対するあなたの評価を真摯に受け止め、今後の授業へ活用したいと思って実施します。以下の質問に率直にお答え下さい。
 ※回答の選択肢は5つ（5. 強く思う 4. そう思う 3. どちらともいえない 2. そう思わない 1. 全くそう思わない）あります。 その一つを記入して下さい。

※数字記入例
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

科目コード:

実習科目名:

実習指導教員名:

1 必要に応じてオリエンテーションを受けられる機会があった	5 4 3 2 1	14 教員は、学生が困っているときに助けてくれた	5 4 3 2 1	27 教員から、記録物や提出物に対して、適切な指導・助言があった	5 4 3 2 1
2 オリエンテーションの内容は、実習を円滑に行うために役立った	5 4 3 2 1	15 教員は、学生の個別性に合わせて指導していた	5 4 3 2 1	28 教員が実習時間をせよみに甲めることや、終了時間を延長・短縮することはなかった	5 4 3 2 1
3 学習目標にそって実習を行うことができた	5 4 3 2 1	16 教員は、学生を一人の人間として尊重していた	5 4 3 2 1	29 教員と学生間のコミュニケーションはよくとれていた	5 4 3 2 1
4 実習の対象者に対し詳細・実情・詳細の一面の裏側について説明を行うことができた	5 4 3 2 1	17 教員は、どの学生にも平等に接していた	5 4 3 2 1	30 教員は、学生が対象者とうまく関わるように配慮していた	5 4 3 2 1
5 今までの学習内容を活用しながら実習を展開していた	5 4 3 2 1	18 教員は、学生に真剣に関わっていた	5 4 3 2 1	31 教員は、学生がスタッフとうまく関わるように配慮していた	5 4 3 2 1
6 対象者への理解を深め、個別性を考えながら実習を展開していた	5 4 3 2 1	19 教員は、先入観を持たずに学生に接していた	5 4 3 2 1	32 カンファレンス時間は、長すぎること、短すぎることなかった	5 4 3 2 1
7 日々の学習を振り返りながら、それを生かして実習を展開していた	5 4 3 2 1	20 教員は、学生の質問にわかりやすく答えれていた	5 4 3 2 1	33 カンファレンスにより、実践した内容を意味づけることができた	5 4 3 2 1
8 対象者とのコミュニケーションを深めながら実習を展開していた	5 4 3 2 1	21 教員は、学生が自分の考えにもとづいて行動することを尊重していた	5 4 3 2 1	34 実習中の記録物・提出物などの量は適切であった	5 4 3 2 1
9 対象者との関係を築きながら実習を展開していた	5 4 3 2 1	22 教員は、実習カンファレンスに参加していた	5 4 3 2 1	35 学生同士が協力しあうことができた	5 4 3 2 1
10 必要に応じて、教員に質問することができた	5 4 3 2 1	23 教員の学生に対する質問の量は、多すぎること、少なすぎることなかった	5 4 3 2 1	36 実習では、他の医療従事者の能力が得られた	5 4 3 2 1
11 教員は、学生の必要に応じてアドバイス・指導・説明などを行っていた	5 4 3 2 1	24 教員が学生に期待する行動は、難しすぎること、やさしすぎることなかった	5 4 3 2 1	37 スタッフの対象者に対する態度から学ぶ機会が多い実習であった	5 4 3 2 1
12 教員は、学生の意見を聴いた上で、アドバイスや指導を行っていた	5 4 3 2 1	25 教員と施設実習指導者の連携がよくとれていた	5 4 3 2 1		
13 教員の説明は、具体的にわかりやすかった	5 4 3 2 1	26 教員と施設実習指導者の指導の間に一貫性があった	5 4 3 2 1		

※11Bの鉛筆で記入すること。
 ※訂正は消しゴムできれいに消し、消し屑を残さないこと。

◆以上のアンケートの内容以外に、実習中気づいたこと、感じたことがありましたら記述してください。

記入例) 授業評価が5の時 5 4 3 2 1

ご協力ありがとうございました。

沖縄県立看護大学 自己点検・評価検討委員会

図2 実習科目における授業評価アンケート用紙

Ⅲ. 結果

1. 全学年による必修科目と選択科目および必修科目・選択科目の領域別の平均点について

92科目の分析対象に対して、必修科目52科目(N=4,234)と選択科目40科目(N=1,433)の授業評価アンケートの評価項目毎の平均点を算出した(図3)。その結果、ほとんどの評価項目の平均点は4.0以上と高い傾向を示しており、必修科目と選択科目間での各評価項目の評価得点の傾向に大きな違いはなかった。続いて、全学年の学生による必修科目および選択科目の領域別の評価項目毎の平均点(図4, 図5)については、必修科目, 選択科目の中でも、領域別に異なる特徴が見て取れた。そこで学年毎に「必修・選択別」と「必修・選択別, および領域別の平均点」について述べていく。

2. 学年別における必修科目と選択科目および必修科目・選択科目の領域別の平均点について

開講科目に対して、受講学年別の必修科目と選択科目別, および必修科目, 選択科目別に領域別を重ねて区分し、評価項目毎に平均点を算出した。

平均点が4.0未満となった評価項目を表1に示す。表中のカッコ内に示した数字は科目数, Nは授業評価回答数を示す。また平均点が4.0未満の得点を網掛けで示し, 該当する評価項目を表1の下部に示す。

1) 1年次履修科目について

表1から必修科目と選択科目を比較すると, Q4~Q7では選択科目が低く, Q9~Q10では必修科目が低かった。

必修科目および選択科目毎の領域別では, Q4~Q6は, 選択の基本科目が低かった。しかし必修の専門科目は高かった。Q7では必修, 選択の区別なく専門支持科目が低く, Q8も必修, 選択の区別なく基本科目が低かった。Q9, Q10では, 必修の専門支持科目が低かった。

2) 2年次履修科目について

全科目と必修科目, 選択科目の平均点では, Q2は全科目で4.5であるが, 選択科目が3.8であった。さらにQ4~Q6では選択科目が必修科目より低かった。しかしQ9~Q10では必修科目が選択科目より低かった。

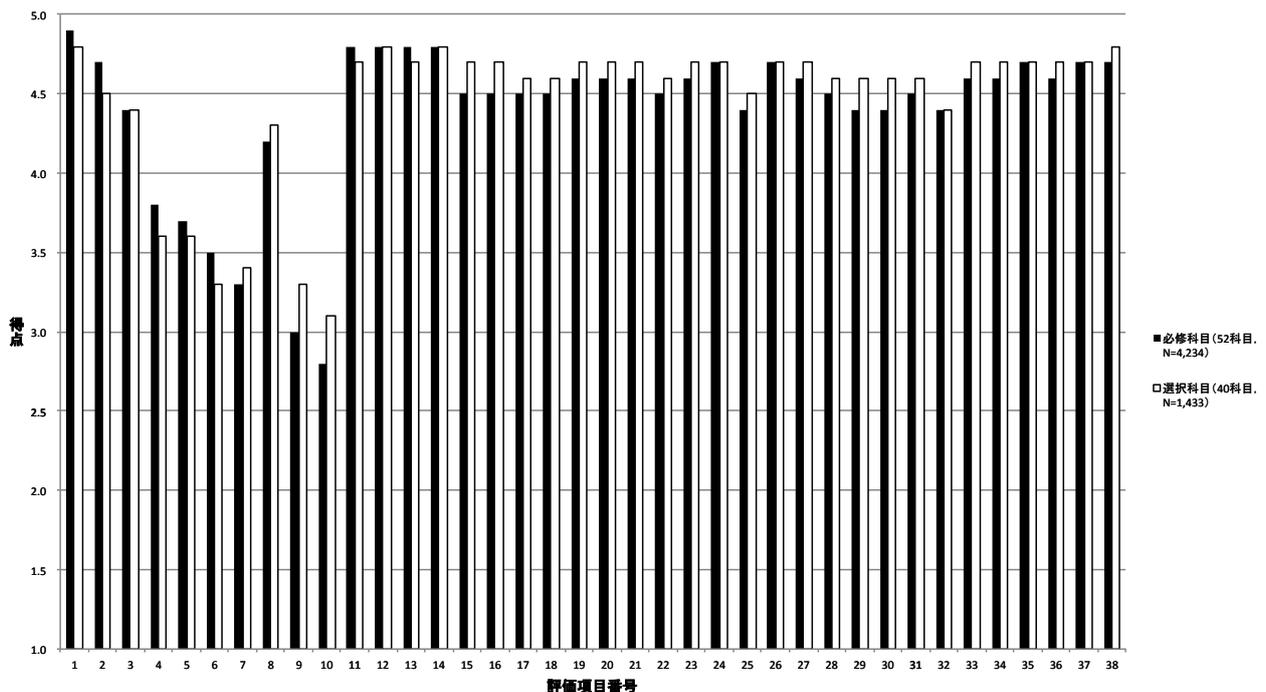


図3 授業評価項目毎の平均点【必修科目、選択科目】

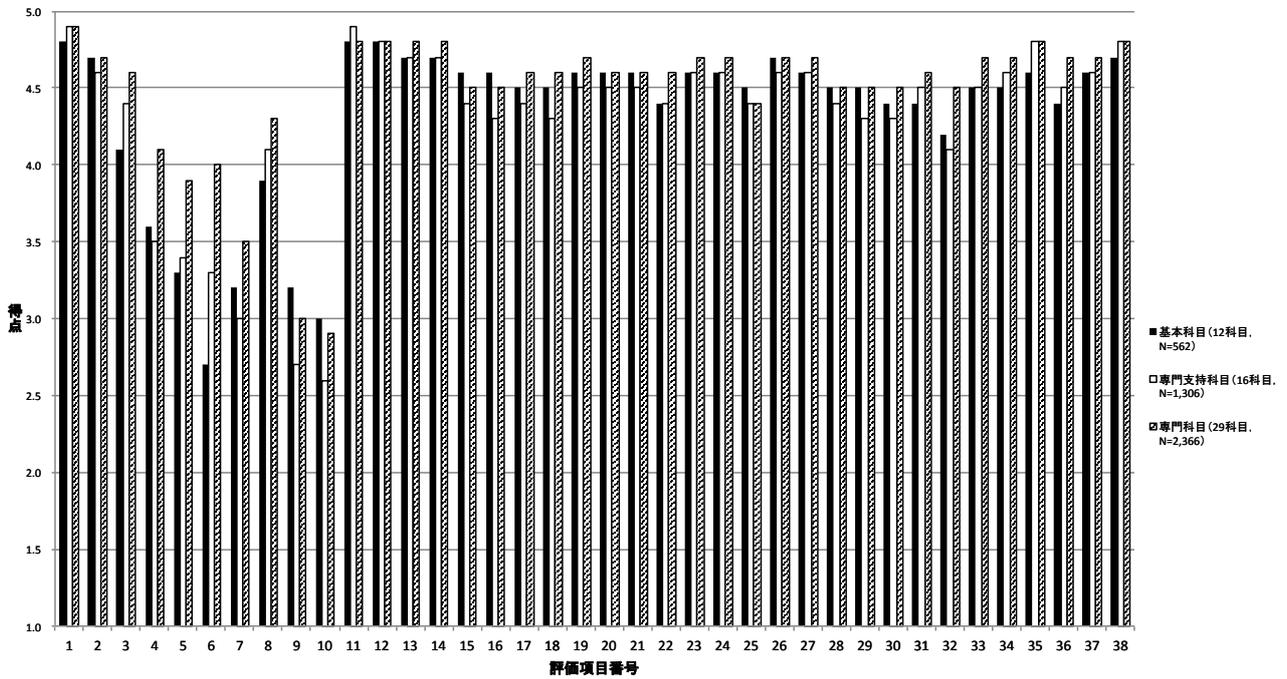


図4 必修科目における授業評価項目毎の平均点【基本科目、専門支持科目、専門科目別】

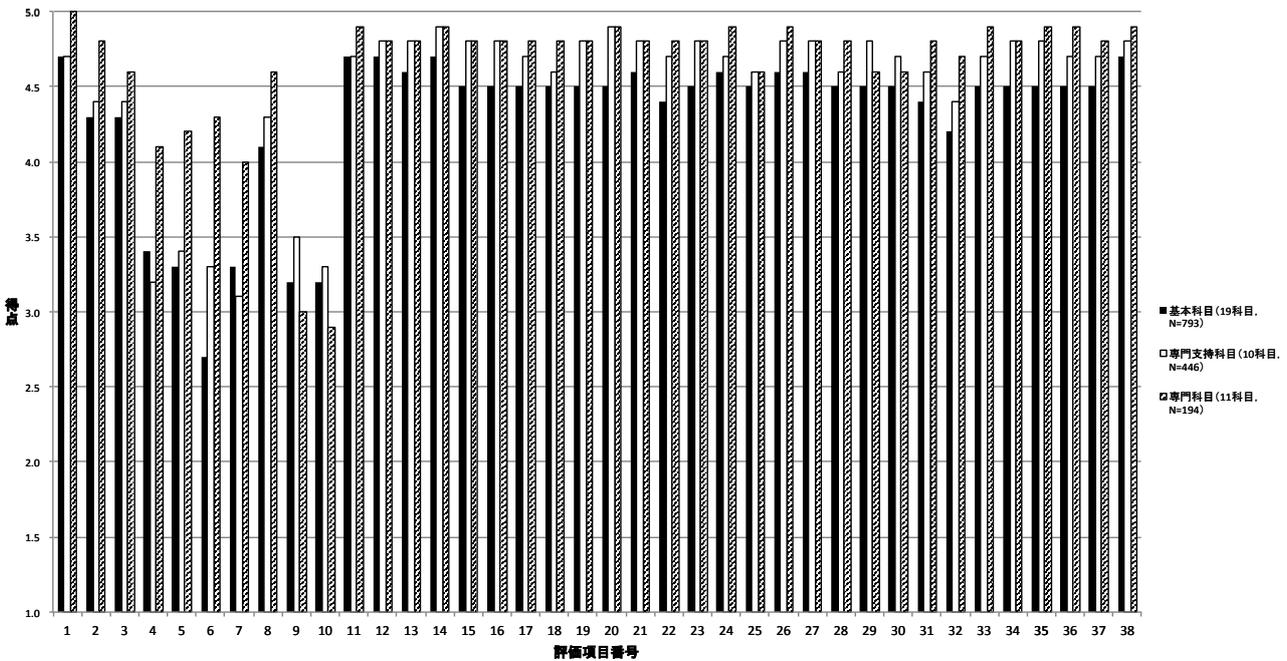


図5 選択科目における授業評価項目毎の平均点【基本科目、専門支持科目、専門科目別】

表1 各学年における必修・選択別および領域別の授業評価アンケート評価項目得点が4.0未満の項目と評価得点

	N	Q2	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q20	Q21	Q25	Q31	
1 年次	全科目(38科目)		4.6	3.5	3.3	3.0	3.1	4.0	3.1	2.9	4.5	4.6	4.4	4.4
	* 必修科目(17科目)		4.7	3.7	3.5	3.2	3.2	4.1	2.9	2.6	4.5	4.6	4.4	4.4
	・基本科目(7科目)	562	4.7	3.5	3.3	2.7	3.2	3.9	3.2	3.0	4.7	4.7	4.5	4.4
	・専門支持科目(8科目)	467	4.6	3.6	3.4	3.5	2.9	4.2	2.5	2.2	4.3	4.4	4.2	4.4
	・専門科目(2科目)	161	4.7	4.5	4.2	4.1	4.0	4.4	2.6	2.5	4.6	4.7	4.4	4.5
	* 選択科目(21科目)		4.6	3.3	3.2	2.8	3.0	4.0	3.3	3.1	4.5	4.6	4.4	4.4
	・基本科目(14科目)	700	4.6	3.3	3.1	2.5	3.1	3.9	3.2	3.1	4.4	4.5	4.4	4.3
	・専門支持科目(7科目)	385	4.5	3.3	3.4	3.5	2.9	4.1	3.5	3.2	4.8	4.8	4.5	4.6
2 年次	全科目(30科目)		4.5	3.8	3.8	3.6	3.5	4.4	3.1	3.0	4.8	4.7	4.5	4.7
	* 必修科目(22科目)		4.7	3.9	3.8	3.7	3.4	4.3	3.0	2.8	4.7	4.7	4.5	4.7
	・専門支持科目(8科目)	659	4.7	3.5	3.4	3.2	3.1	4.1	3.0	2.9	4.6	4.6	4.7	4.6
	・専門科目(14科目)	1,141	4.8	4.2	4.1	4.0	3.6	4.4	3.0	2.8	4.7	4.7	4.4	4.7
	* 選択科目(8科目)		3.8	3.6	3.6	3.3	3.8	4.6	3.4	3.4	4.9	4.9	4.7	4.8
	・基本科目(5科目)	93	3.6	3.9	3.8	3.4	4.0	4.6	3.3	3.3	4.9	4.9	4.6	4.9
	・専門支持科目(3科目)	61	4.0	3.2	3.5	3.1	3.5	4.6	3.5	3.4	5.0	4.9	4.8	4.8
3 年次	全科目(11科目)		4.7	3.9	3.7	3.9	3.3	4.2	3.2	3.1	4.6	4.6	4.4	4.6
	* 必修科目(11科目)	908	4.7	3.9	3.7	3.9	3.3	4.2	3.2	3.1	4.6	4.6	4.4	4.6
	・専門科目(11科目)	908	4.7	3.9	3.7	3.9	3.3	4.2	3.2	3.1	4.6	4.6	4.4	4.6
4 年次	全科目(13科目)		4.8	4.1	4.2	4.2	3.9	4.5	3.0	2.9	4.7	4.7	4.5	4.7
	* 必修科目(2科目)		4.7	3.7	3.7	3.9	3.4	3.5	3.0	2.8	3.8	3.8	3.9	3.9
	・専門科目(2科目)	156	4.7	3.7	3.7	3.9	3.4	3.5	3.0	2.8	3.8	3.8	3.9	3.9
	* 選択科目(11科目)		4.8	4.1	4.2	4.3	4.0	4.6	3.0	2.9	4.9	4.8	4.6	4.8
	・専門科目(11科目)	194	4.8	4.1	4.2	4.3	4.0	4.6	3.0	2.9	4.9	4.8	4.6	4.8

Q2:この授業に遅刻をしたことがない

Q4:この科目の予習、復習をした

Q5:教員に求められたこと以外に自分で積極的に調べた

Q6:この科目の勉強のために図書館をよく利用した

Q7:教員に積極的に質問をした

Q8:この科目はもともと興味のあった科目である

Q9:この科目の勉強はやさしかった

Q10:この科目で良い成績をとるのは容易だ

Q20:教員の話し方は明瞭で、聞き取りやすかった

Q21:教員の話す速度は適当であった

Q25:課題(宿題・レポートなど)の量は適当であった

Q31:この科目の受講後、この科目に対する興味は増加した

必修科目と選択科目の領域別では、Q2で選択科目が必修科目より低かったことは、選択の基本科目が影響していた。それに対して、必修の専門支持科目、専門科目および選択の専門支持科目では平均点が高かった。Q4～Q7では、必修、選択の区別なく専門支持科目の平均点が低かった。Q9、Q10では必修の専門支持科目、専門科目のいずれも低かった。

3) 3年次履修科目について

必修科目の専門科目のみが分析の対象となった。分析の結果、Q9、Q10の評価得点が特に低かった。

4) 4年次履修科目について

必修科目では専門科目のみとなり、選択科目も専門科目のみとなった。評価得点が4.0未満の評価項目の大部分で、必修科目が低かった。その中で、Q9、Q10においては、必修科目のみならず、選択科目も低かった。

IV. 考察

評価項目に対して「そう思う」のではない、と捉えていると考えられた4.0未満の評価項目が明らかとなった。そこで考察では、評価得点が4.0未満の項目について論じ、学生の評価を正確に反映する授業評価の評価項目について提案していく。

初めに1年次～3年次において、Q4～Q7において低い平均点となっていた。このことは、学生たちは授業に対して予習、復習を行わないことが、積極的に調べる機会が少なくなると同時に、教員への質問行動が乏しくなっていることにつながっていると考えられた。特に1年次では、選択科目の基本科目や専門支持科目において平均点が低く、2年次では必修科目、選択科目の専門支持科目で低くなっていた。3年次については必修科目の専門科目が低くなっていた。しかし4年次では、選択科目の専門科目では4.0以上であった。4年次が高いことは、11科目中5科目が助産に関連する科目であることや、卒業単位を満たすため選択した科目であることが影響していると考えられた。講義内積極的態度和受講態度、講義以外での学習に積極的であった学生は、授業の満足度が高い^{8),9)}。本大学の授業評価アンケートのQ33では授業の満足度を問うていることから、今後Q4～Q7とQ33の関連性についても検討していくことが必要であると考えられた。

続いて全ての学年において、授業の難易度を問うQ9とQ10が低い平均点となっていた。先行研究¹⁰⁾においても同様の傾向を示していた。ここで「講義の内容は易しすぎましたか」という設問は、読み手により解釈が異なる、あるいは評価が異なる項目の一つであることが指摘されている¹¹⁾。また学生による授業評価で学生に回答を求めているのは、評価や意見ではなく、学生の自分の「頭の中」の状態に関わる申告（報告）にすぎない¹²⁾との指摘もある。串本¹³⁾は、授業評価項目を分析するにあたり、教育目的の特徴として「到達型」と

「発達型」に区分している。「到達型」の教育目的で重要なものは成果であり、「発達型」では、学習者の能力等を一定水準に到達させることよりも、個々人における発達の程度を最大化させることに関心が払われる。この分類から本大学は、国家資格獲得に必要な水準を設定せねばならないことから、「到達型」の教育目的を掲げているといえよう。さらに串本は、「授業の難易度を問うということは、その回答如何により教育内容を変更する用意があることを示している。従って授業の難易度を問う設問は、発達型の教育目的が前提と考えることができる。」と述べている。このことから本学の授業評価アンケートにて、授業の難易度を問う評価項目は不要ではないかと考えられた。さらに、Q9とQ10の評価項目が全学年低い結果となったのは、Q4～Q7と関連していることも推測された。つまり学生たちは自ら予習、復習を行わず、積極的に調べたり教員に質問したりすることがないことが、「科目はやさしくない」、「良い成績を取ることは容易ではない」ということにつながったと考えられた。

以上のことから、Q4～Q7の評価項目は今後も使用し、Q9とQ10の評価項目の割愛を検討する必要性が示唆された。

V. 結論

平成22年度に開講された、実習科目以外の全授業科目の学生の授業評価結果について、学年毎、必修・選択科目毎、基本科目・専門支持科目・専門科目毎に得点の偏りや傾向を調べた。その結果、学生自身の授業への取り組みについての自己評価、特に講義への積極的態度が乏しい状況が明らかになった。そのことが授業の難易度を問う評価項目の得点が低いことと関係していることが考えられた。以上のことから、授業への取り組みについての自己評価や講義への積極的態度を問う設問は必要であるが、授業の難易度を問う評価項目の割愛を検討する必要性が示唆された。

引用文献

- 1) 安彦忠彦 (1991) : 大学における授業方法とその評価 - 授業改善のために -, 名古屋大学教育学部, 1-11.
- 2) 川嶋太津夫 (1991) : 学生による授業評価と大学の授業改善, 名古屋大学教育学部, 59-67.
- 3) 示村悦次郎 (1992) : 大学教育と授業評価 - 大学審議会の考え方, IDE現代の高等教育, 332, 14-17.
- 4) 文部科学省高等教育局大学振興課大学改革推進室 (2011) : 大学における教育内容等の改革状況について (概要), 文部科学省, 21-22.
- 5) 関内隆, 縄田朋樹, 葛生政則, 北原良夫, 板橋孝幸 (2006) : 主要国立大学における「学生による授業評価」アンケートの分析, 東北大学高等教育開発推進センター紀要, 1, 41-54.
- 6) 牧野幸志 (2003) : 学生による授業評価の規定因の検討 (3) - 記名式による調査が授業評価に与える影響 -, 高松大学紀要, 40, 63-75.
- 7) 牧野幸志 (2003) : 学生による授業評価の規定因の検討 (1) - 授業者担当者への評価懸念のない場合 -, 高松大学紀要, 40, 77-87.
- 8) 牧野幸志 (2001) : 学生による授業評価と自己評価, 成績, 及び学生の満足感との関係 - 教養選択科目「社会心理学」の場合 -, 高松大学紀要, 35, 1-16.
- 9) 牧野幸志 (2001) : 学生による授業評価と自己評価, 成績, 及び学生の満足感との関係 - 専門必修科目「人間関係論」の場合 -, 高松大学紀要, 35, 17-31.
- 10) 花岡明正 (2010) : 授業アンケート結果の検討, 新潟工科大学研究紀要, 15, 65-70.
- 11) 小久保吉裕, 鈴木道隆, 永田正義, 佐藤邦弘, 川月喜弘, 内田仁 (2006) : 卒業生から見た好ましい授業評価アンケート項目, 工学教育, 54 (3), 149-154.
- 12) 宇佐美寛 (2004) : 大学授業の病理 FD批判, 東信堂, 147-172.
- 13) 串本剛 (2005) : 教育目的との対応にみる教育評価の妥当性 - 授業評価項目の分析を具体例に -, 大学教育学会誌, 27 (1), 124-130.

資料

沖縄県立看護大学の「学生による授業評価」に関する課題 — 学生と教員の意見から —

高橋幸子¹ 賀数いづみ¹ 金城忍¹ 渡久山朝裕¹ 金城芳秀¹ 嘉手苺英子¹

キーワード：授業評価、アンケート調査

I. はじめに

近年、変化が著しい社会の中で、どんな状況にも対応しうる人材の育成が求められている。大学はそのような人材育成の期待に応えるべく、教育の質転換を目指し、さまざまな教育改革を進めてきた。そのひとつに「学生による授業評価」（以下、授業評価とする）がある。授業評価は、1991年大学設置基準の大綱化とともに半ば義務づけられ、現在では、8割の大学で実施されている¹⁾。しかし、授業評価を実施してはいるものの、授業改善に充分にいかしているという報告は少なく²⁾、評価結果を授業改善に反映させる、組織的な取り組みが求められている。

沖縄県立看護大学（以下、本学とする）では、開学翌年にあたる平成12年度より、全学的な授業評価を実施している。現在用いられている評価シートは、記名式で、授業方法・内容、学生自身の授業への取り組み状況などに関して、5段階のリッカートスケールで評価する38項目の設問と、授業に対する自由記載欄の様式である。授業の最終回終了直後に学務課職員が学生に評価用紙を配布し、その場で回収されている。回収率は概ね高く、平成23年度の平均回収率は88.1%である。評価結果は、科目ごとに設問項目別の平均点を算出し、リーダーチャートと棒グラフで表され、授業担当教

員にフィードバックされる。評価結果の活用については、各教員に委ねられている。全学的な授業評価とは別に、独自の授業評価を実施している教員もいる。

今回、本学の全学自己点検・評価検討委員会の下部組織である授業評価ワーキンググループが主体となり、授業評価に対する学生および教員のとらえ方について調査を実施する機会を得た。調査は、現行の全学的な授業評価が、学生の意見を的確に反映しているのか、授業改善という本来的目的達成に有効活用されているのかについて調査し、より効果的な授業評価の内容・方法について検討するための資料作成を目的とした。なお本報告は、調査結果のうち、承諾の得られたデータをもとに分析・考察したものである。

II. 調査目的

沖縄県立看護大学における「学生による授業評価」に対する学生および教員のとらえ方を調査し、大学教育の改善に向けた授業評価の内容・方法について検討するための資料とする。

III. 調査方法

本調査は、授業評価について学生対象の調査（以下、調査1とする）と教員対象の調査（以下、調査2とする）を行う。

¹ 沖縄県立看護大学

調査1は、平成24年4月の新年度ガイダンス終了後に、無記名自記式アンケートを配布し、ガイダンス会場に回収箱を設置し、回収した。対象は、アンケート配布時点において本学で授業評価を実施した体験のある学生(2~4年次生)とした。調査項目は、回答者の属性(学年)、授業評価の目的の理解、授業評価への態度、現行の授業評価方法に対する意見、評価結果開示に対する意見であった。

調査2の対象は、平成24年5月時点で本学の科目を担当している教員のうち、本学における授業評価を受けたことがある者とした。対象者全員に無記名自記式アンケート用紙を直接配布し、学内に回収箱を2週間設置し、回収した。調査項目は、回答者の属性(担当科目の領域)、授業評価の活用状況、現行の授業評価方法・内容に対する意見、評価結果開示に対する意見、独自に実施している授業評価の有無及び内容についてであった。

各調査で得られた回答について、単純集計を行った。自由記述で得られたデータについては、意味内容が類似しているものを集め、まとめた。

倫理的配慮として、アンケート配布時に調査の概要について説明し、調査協力を依頼した。その際、調査協力への同意は対象者の自由意志に基づくものであり、同意しなくともなんら不利益は生じないこと、常時辞退の申し出が可能であることを説明した。調査協力の同意は、アンケート用紙に設けた協力可否の欄の記入で確認した。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て実施した(承認番号10024)。

IV. 結果

1. 学生対象の調査結果(調査1)

平成24年度2~4年次生247人にアンケート用紙を配布し、212枚回収された(回収率85.8%)。そのうち、データ提供に協力を得られた207人を本報告の対象とした(有効回答率83.8%)。調査1の結果を表1に示す。

①回答者の属性

回答者207人の学年別内訳は、2年次70人(33.8%)、3年次69人(33.3%)、4年次68人(32.9%)であった。

②授業評価の目的の理解度

146人(70.5%)の学生が、授業評価の目的を「教員が授業内容や方法を改善するため」と回答していた。また、「わからない」と回答したものが14人(6.8%)おり、学年別では2年次が最も多かった(2年次の全回答者70人のうちの10人、14.4%)。

③授業評価への態度：正直に評価しているか

「各項目に対して正直に評価しているか」という問いに対して、4段階で回答を得た。169人(81.6%)が、「まあそう思う」「そう思う」と回答し、多くの学生が正直に回答しているとの結果が得られた。「まあそう思う」「そう思う」と回答していたものを学年別でみると、2年次が最も多く(88.5%)、次いで3年次(86.9%)であった。4年次は69.1%であり、学年別でみると最も低く、一方で、「あまりそう思わない」と回答したものが最も多かった(20人、29.4%)。

④現行の授業評価方法(項目数・記名式・時期)に対する意見

授業評価の項目数については、135人(65.2%)が「現状維持」と回答していた。「減らす」と回答したのは63人(30.5%)であり、学年が高くなるにつれ、「減らす」と回答する割合は大きくなっていった。

記名式に関しては、136人(65.7%)が「無記名式」を希望していた。「記名式」と回答したものは9人(4.3%)にとどまった。

評価の時期に関しては、「現状で良い」と回答したものが155人(74.9%)で最も多かった。実施担当者については、「どちらでも良い」と回答したものが最も多く(107人、51.7%)、次いで学務課職員(81人、39.1%)であった。

授業評価への態度と、評価シートの項目数および記名式に対する意見との関連をみるため、「正直

表1. 調査1(学生対象) 結果:授業評価の目的の理解・評価への態度・実施方法・評価結果の開示に対する学生の意見

		人(%)			
		2年次 n=70	3年次 n=69	4年次 n=68	全学年 n=207
《授業評価の目的の理解度》					
1.学生が自らの授業への取り組み状況を振り返るため		15 (21.4)	12 (17.4)	10 (14.7)	37 (17.9)
2.教員が授業内容や方法を改善するため		42 (60.0)	52 (75.4)	52 (76.5)	146 (70.5)
3.大学が教員をランクづけするため		1 (1.4)	1 (1.4)	1 (1.5)	3 (1.4)
4.わからない		10 (14.4)	1 (1.4)	3 (4.4)	14 (6.8)
1と2		1 (1.4)	3 (4.3)	1 (1.5)	5 (2.4)
2と3		1 (1.4)	0 (0.0)	1 (1.5)	2 (1.0)
《授業評価への態度:正直に評価しているか》					
そう思わない		2 (2.9)	5 (7.2)	1 (1.5)	8 (3.9)
あまりそう思わない		6 (8.6)	4 (5.8)	20 (29.4)	30 (14.5)
まあそう思う		34 (48.5)	35 (50.7)	37 (54.4)	106 (51.2)
そう思う		28 (40.0)	25 (36.3)	10 (14.7)	63 (30.4)
《授業評価方法に対する意見》					
a. 評価シートの項目数	減らす	19 (27.1)	20 (29.0)	24 (35.3)	63 (30.5)
	現状維持	47 (67.2)	45 (65.2)	43 (63.2)	135 (65.2)
	増やす	4 (5.7)	4 (5.8)	1 (1.5)	9 (4.3)
b. 記名方式	記名式	6 (8.6)	2 (2.9)	1 (1.5)	9 (4.3)
	無記名式	41 (58.6)	47 (68.1)	48 (70.6)	136 (65.7)
	どちらでもよい	23 (32.9)	20 (29.0)	19 (27.9)	62 (30.0)
c. 評価の時期	もっと早い時期に	5 (7.1)	8 (11.6)	9 (13.2)	22 (10.6)
	現状で良い	51 (72.9)	55 (79.7)	49 (72.1)	155 (74.9)
	もっと遅い時期に	3 (4.3)	4 (5.8)	3 (4.4)	10 (4.8)
	いつでもよい	11 (15.7)	2 (2.9)	7 (10.3)	20 (9.7)
d. 実施担当者	学務課が実施	21 (30.0)	27 (39.1)	33 (48.5)	81 (39.1)
	教員が実施	7 (10.0)	6 (8.7)	3 (4.4)	16 (7.8)
	どちらでもよい	41 (58.6)	34 (49.3)	32 (47.1)	107 (51.7)
	無回答	1 (1.4)	2 (2.9)	0 (0.0)	3 (1.4)
《評価結果の開示に対する意見》					
	現状でよい	55 (78.6)	50 (72.5)	47 (69.1)	152 (73.4)
	結果の開示を希望する	15 (21.4)	19 (27.5)	21 (30.9)	55 (26.6)
開示内容・方法に対する意見 *《評価結果の開示に対する意見》で「結果の開示を希望する」と回答した学生対象)		2年次 n=15	3年次 n=19	4年次 n=21	全学年 n=55
《開示内容に対する意見》					
	授業評価の結果のみ	1 (6.7)	2 (10.5)	0 (0.0)	3 (5.5)
	授業評価結果と結果に対する教員のコメント	7 (46.7)	4 (21.1)	7 (33.3)	18 (32.7)
	授業評価結果と結果に基づき教員の考える改善内容	7 (46.7)	13 (68.4)	14 (66.7)	34 (61.8)
《開示方法に対する意見》					
	結果一覧の冊子を学内に配置し、自由に閲覧できるようにする	4 (26.7)	4 (21.1)	6 (28.6)	14 (25.5)
	学内の掲示板などに掲示する	5 (33.3)	10 (52.6)	6 (28.6)	21 (38.2)
	ホームページ上で自由に閲覧できるようにする	6 (40.0)	4 (21.1)	8 (38.1)	18 (32.7)
	無回答	0 (0.0)	1 (5.3)	1 (4.8)	2 (3.6)

表2. 学生の授業評価への態度と評価シートの項目数および記名式に対する意見との関係

		人(%)			
		《授業評価方法に対する意見》 a. 評価シートの項目数			
		総計	減らす	現状維持	増やす
《評価への態度: 正直に評価しているか》	総計	207(100.0)	63(30.4)	135(65.2)	9(4.3)
	否定意見	38(100.0)	16(42.1)	20(52.6)	2(5.3)
	肯定意見	169(100.0)	47(27.8)	115(68.0)	7(4.1)
		《授業評価方法に対する意見》 b. 記名式・無記名式			
		総計	記名式	無記名式	どちらでもよい
《評価への態度: 正直に評価しているか》	総計	207(100.0)	9(4.3)	136(65.7)	62(30.0)
	否定意見	38(100)	1(03)	30(78.9)	7(18.4)
	肯定意見	169(100)	8(4.7)	106(62.7)	55(32.5)

に評価しているか」の問いに対し、「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答したものを「否定意見」、「そう思う」「まあそう思う」と回答したものを「肯定意見」として、クロス集計を行った。(表2)。授業評価への態度に「否定意見」で「記名式」と回答したものは1人のみであり、多くが「無記名式」を希望していた。

⑤評価結果の開示に対する意見

現行の授業評価では、評価結果は学生に周知されていない。評価結果の開示を希望するものは、55人(26.6%)であった。学年別でみると、学年が高くなるにつれ、希望するものの割合は多くなっていた。

「評価結果の開示を希望する」と回答したもの(n=55)を対象に、希望する開示の内容を尋ねたところ、最も多かったのは、「授業評価結果と、結果に基づき教員の考える改善内容」であった(34人、61.8%)。開示方法については、「学内の掲示板に掲示」と「ホームページ上での閲覧」と回答したものが多かった。

2. 教員対象の調査結果(調査2)

平成24年5月時点の全教員のうち、科目担当者ではない教員と本学での授業評価を受けたことのない新任教員を除いた26人を調査対象者とした。回収されたアンケート用紙21枚から新任教員3人分を除外し、データ提供に同意を示した回答を選定した結果、17人の回答が本報告の対象となった(有効回答率65.4%)。調査2の結果を表3に示す。

①回答者の属性(担当科目の領域)

基本科目・専門支持科目担当者の回答率は100%、専門科目担当者の回答率は59.1%であった。

②授業評価の活用状況

授業評価の活用状況について、4段階で回答を求めた。最も多かったのは、「ある程度活用している」で12人(70.6%)であった。「あまり活用していない」「ほとんど活用していない」のはそれぞれ2人ずつで、合わせて4人(23.6%)であった。

③現行の授業評価方法(項目数・記名式・時期)に対する意見

授業評価の項目数については、10人(58.8%)が「減らす」と回答していた。「増やす」と回答していたものはいなく、「現状維持」と回答したものは6人(35.3%)であった。

記名式に関しては、「どちらでもよい」と回答したものが7人(41.2%)で、「無記名式」と回答したものが6人(35.3%)、「記名式」は4人(23.5%)であった。

評価の時期に関しては、多くが「現状で良い」と回答していた(14人、82.4%)。実施担当者については、15人(88.2%)が学務課職員と回答していた。

④評価結果開示に対する意見

評価結果の開示を希望すると回答したのは、11人(64.7%)であり、現行の科目担当教員のみの通知でよいとしたのは、6人(35.3%)であった。

「評価結果の開示を希望する」と回答したもの(n=11)に対し、希望する開示のレベルを尋ねたところ、最も多かったのは、「授業評価結果と結果に基づき教員の考える改善内容」であった(7人、63.6%)。結果の開示方法については、「学内の掲示板に掲示」が最も多く(6人、54.5%)、「結果一覧の冊子を学内に配置」「ホームページ上での閲覧」と回答したものはいずれも4人(36.4%)と、同数であった。

⑤独自に実施している授業評価の有無・内容

全学的に行っている授業評価以外に、独自に実施している授業評価の有無については、10人(58.8%)が「実施している」と回答した(表4)。実施方法については、毎回の授業で実施しているものが多く(8人、80%)、評価の内容としては、「授業の理解度の把握」「教員の教育技術の把握」が多かった。記名・無記名については、記名式が80%、無記名式が20%であった。

独自に実施している授業評価を授業改善に活用した事例について、自由記載での回答を得た。改

表3. 調査2 (教員対象) 結果：授業評価の活用状況・実施方法・評価結果の開示に対する職員の意見

	人	(%)
《授業評価の活用状況》	n=17	
良く活用している	1	(5.9)
ある程度活用している	12	(70.6)
あまり活用していない	2	(11.8)
ほとんど活用していない	2	(11.8)
《授業評価の方法に対する意見》	n=17	
a. 評価シートの項目数		
増やす	0	(0.0)
現状維持	6	(35.3)
減らす	10	(58.8)
無回答	1	(5.9)
b. 記名方式		
記名式	4	(23.5)
無記名式	6	(35.3)
どちらでもよい	7	(41.2)
c. 評価の時期		
もっと早い時期に	1	(5.9)
現状で良い	14	(82.4)
もっと遅い時期に	2	(11.7)
いつでもよい	0	(0.0)
d. 実施担当者		
学務課が実施	15	(88.2)
教員が実施	1	(5.9)
どちらでもよい	1	(5.9)
《結果の開示に対する意見》	n=17	
現状でよい	6	(35.3)
結果の開示を希望する	11	(64.7)
《開示内容に対する意見》		
* 《結果の開示に対する意見》で「結果の開示を希望する」と回答した教員対象	n=11	
授業評価の結果のみ	3	(27.3)
授業評価結果と結果に対する教員のコメント	1	(9.1)
授業評価結果と結果に基づき教員の考える改善内容	7	(63.6)
《開示方法に対する意見(複数回答)》		
* 《結果の開示に対する意見》で「結果の開示を希望する」と回答した教員対象	n=11	
結果一覧の冊子を学内に配置し、自由に閲覧できるようにする	4	(36.4)
学内の掲示板などに掲示する	6	(54.5)
ホームページ上で自由に閲覧できるようにする	4	(36.4)

表4. 独自の授業評価の実施状況

	人	(%)
《独自に実施している「学生による授業評価」の有無》	n=17	
実施している	10	(58.8)
実施していない	7	(41.2)
《独自の授業評価の実施方法(複数回答)》		
* 独自の授業評価を「実施している」と回答した教員(n=10)対象	n=10	
a. 評価の実施時期		
毎回	8	(80.0)
中間地点	2	(20.0)
最終回	3	(30.0)
その他(担当部分のみ)	1	(10.0)
b. 評価の内容		
学生の準備状況の把握	2	(18.2)
授業の理解度の把握	8	(72.7)
教員の教育技術の把握	8	(72.7)
c. 記名式		
記名式	8	(80.0)
無記名式	2	(20.0)
d. 選択科目・必修科目		
選択科目	5	(50.0)
必修科目	11	(110.0)
e. 講義・演習		
講義	10	(100.0)
演習	7	(70.0)

善内容は、教材の選定や授業展開のスピード、話し方や資料提示の仕方といった、次の回の授業で改善可能な授業技術に関するものが多かった。

⑥現行の授業評価シートの各評価項目の必要性

現行の評価シートにおいて、38項目の評価内容の大意は、「学生の学習経験に関すること(Q1~7)」「教員の教育実践に関すること(Q11~30)」「学習成果に関すること(Q31~37)」「その他(科目の特徴:Q8~9、学習環境Q38)」に分けられる。この38項目について、「是非必要」「なくてもよい」「どちらでもよい」の3つの中から選択してもらい、回答を得た。全て無回答であった2人分を除外し、15人分の回答を集計した。「是非必要」と回答した割合が多かった評価項目、「なくてもよい」と回答した割合が多かった項目の上位5つを、表6に示した。

3. 学生対象と教員対象の調査結果の比較

評価方法と結果の開示に対する意見について、学生と教員の調査結果を比較すると、評価シートの項目数、記名方式、実施担当者、評価結果開示の希望について、両者の間で意見の違いがみられた。項目数については、学生の65.2%が「現状維持」と回答していたのに対し、教員は35.3%にとどまった一方、58.8%が「減らす」と回答していた。

V. 考察

1. 授業評価に対する学生・教員の関わり方の現状

本調査結果から、多くの学生が授業評価の目的

を理解していることが明らかとなった。しかし、結果の開示を希望した学生は少なく、アンケートの各質問に対して「現状維持」や「どちらでもよい」と回答した学生が多数みられたことから、学生の授業評価に対する関心の低さがうかがえた。また、授業評価への態度について、全学年でみると「正直に評価しているか」の問いに対して肯定意見の学生が9割近くいたが、学年別にみると4年次は7割をきっていた。このことから、授業評価の意義を実感する体験がないまま学年を重ねることにより、学生が次第に授業評価に対して真摯な態度を失っていく様相が見て取れた。よりよい授業とは、教員だけで作り上げるものではなく、受講している学生の声が授業に反映させながら、作り上げるものである³⁾。学生による授業評価が授業改善につながっていることを、学生自身が実感できるような取り組みが必要と思われた。

教員については、約7割が全学的な授業評価結果を活用していると答えていた。加えて、独自の授業評価を行っているものが6割弱おり、その多くが毎回の授業で評価を実施し、次の授業の改善に活かしていた。学習成果に関する評価項目を「是非必要」としている教員が多かったことから、全学的な授業評価から科目全体の総括としての評価を得て、毎回の授業での学生の反応や授業技術に関する評価は、独自に実施している評価で補い、授業改善に取り組んでいる現状が見て取れた。

表5. 現行の評価項目の必要性に対する教員の意見

		n=15	
現行の「授業評価」38項目のうち、【なくてもよい】設問 上位5項目		人	(%)
1.	この授業に遅刻をしたことがない	11	(73.3)
2.	教員の休講は少なかった	9	(60.0)
3.	この授業によく出席した	8	(53.3)
3.	この科目の勉強はやさしかった	8	(53.3)
3.	この科目でよい成績をとるのは容易だ	8	(53.3)
現行の「授業評価」38項目のうち、【是非必要】設問 上位5項目		人	(%)
1.	この科目を受講して満足であった	15	(100.0)
2.	学習の目標をはっきり示してくれた	14	(93.3)
2.	この科目を受講後、この科目に対する興味は増加した	14	(93.3)
2.	この分野の見方、考え方を学ぶことができた	14	(93.3)
2.	この科目を受講して触発されることが多かった	14	(93.3)

2. 現行の授業評価改善の方向性について

本学の評価項目の設問数は38項目ある。主要大学における授業評価の分析報告⁴⁾によると、「学生による授業評価」の平均的な項目数は約16項目であり、本学はかなり項目数が多いといえる。項目数について、学生は「現状で良い」と回答したものが多く、教員は「減らす」と回答したものが多かった。従って、現行の38項目は、回答する学生にとって負担ではないものの、教員が授業改善に活用するには不必要な項目があるといえる。現行の評価シートの各設問項目について、必要性を教員に尋ねた結果、「なくてもよい」という回答が多かったものは、学生の出席状況や教員の休講状況など、学生の評価がなくとも把握可能な内容の項目や、「この科目の勉強はやさしかった」といったように感覚的な回答を求める項目、表現は違うものの内容が類似した項目であった。以上から、設問の内容を吟味の上、表現を修正し統合するなどして、項目を精選していく必要があると思われた。

本学では、現在、記名式で授業評価が行われている。概して回収率が高いのは、記名式により、回答に対して学生個々の責任を持たせていることが一因と考えられる。しかし、学生対象の調査では、無記名式を希望するものが圧倒的に多かった。また、評価への態度との関連を見た結果からは、記名式が正直に評価することを阻んでいる可能性が予想された。以上から、学生の声を的確にすくい上げるためには、無記名式での実施を検討していくことが必要と考えられた。

実施方法については、教員の約9割が「学務課が実施」と回答していた一方で、学生は半数が教員・学務課の「どちらでもよい」と回答していた。両者とも「教員が実施」と回答していたものは数%であり、授業評価の回答に影響を与えないという観点からも、現行の評価方法のとおり、学務課職員による実施が良いと思われた。

3. 授業評価の結果開示について

結果の開示を望む学生は3割弱と少なく、ここからも授業評価に対する学生の関心の低さがうかがえた。しかし、評価結果を見たことがない学生には、開示のイメージがつかず、そのため希望しなかったとも考えられる。評価結果ならびに改善内容を開示することは、学生にとって、自身の行った評価が授業改善に活かされた実感となり、授業をともに作り上げる意識を高める効果が期待される。また、教員にとっては、他の教員の授業評価結果および改善案を参照する機会となる。以上から、授業評価結果および結果に基づき教員の考える改善内容を開示することは、よりよい授業づくりに意義があると思われた。

開示方法については、「掲示板への掲示」が学生・教員ともに最も多かった。掲示物の作成や掲示スペースの確保などの便宜を考慮し、学内専用ホームページで教員や学生が閲覧できるように工夫するなど、検討していく必要があると思われた。

VI. まとめ

- ・学生の7割が授業評価の目的を理解しており、8割が正直に評価していると答えていた。
- ・教員の7割が全学的に実施される授業評価結果を活用しており、教員独自の授業評価を実施しているものは6割いた。
- ・調査結果から、授業評価に対する学生の関心の低さが見て取れた。そしてその背景には、授業評価が授業改善に活かされている実感のなさが関連していると推察された。
- ・現行の評価シートの38ある評価項目は、学生の負担ではないものの、授業改善に不要と教員がとらえている項目も含まれていた。また、記名式であることが、学生の正直な評価を阻んでいる可能性が見て取れた。

以上から、設問項目の精選や、無記名式への変更といった、より授業改善の目的達成につながる評価シートに修正することと、評価結果および結

果に基づいた改善案を提示し、授業をともに作っていく実感を学生がもてるような取り組みが必要と示唆された。

研究の限界と今後の課題

今回の調査において、教員対象のアンケートの回収率が6割強と低かった。今後は、全教員が参加し意見交換できる場の企画など、全学的な取り組みとなるよう方法を検討していくことが課題である。

文献

- 1) 文部科学省高等教育局 大学振興課大学改革推進室 (2011) : 大学における教育内容等の改革状況について, p21~22
- 2) Peter Seldin (2007) : Using Course Feedback from Students to Improve Teaching. 評価結果を教育研究の質の改善・向上に結びつける活動に関する調査研究報告書, 独立行政法人大学評価・学位授与機構「評価結果を教育研究の質改善・向上に結びつける活動に関する調査研究会, p7~32
- 3) 米谷淳 (2007) : 学生による授業評価についての実践的研究, 大学評価・学位研究, 第5号, p123-134
- 4) 関内隆、縄田朋樹、葛生政則、北原良夫、板橋孝幸 (2006) : 主要国立大学における「学生による授業評価」アンケートの分析, 東北大学高等教育開発推進センター紀要, p41~54

沖縄県立看護大学紀要投稿規程(2009.7改訂)

1. 投稿の資格

紀要投稿者は、本学の教職員(旧職員を含む)、非常勤講師、大学院生・研究生及び紀要編集専門部会(以下、「専門部会」とする。)が執筆を依頼した者とする。筆頭著者は原則として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。

2. 投稿の種類

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。

3. 原稿の採否

原稿の採否は専門部会が決定する。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。

4. 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。

5. 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、副(コピー)2部と、原稿を保存した3.5インチフロッピーディスク(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℃、㎡、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。

3) 投稿の種類(制限枚数:図表1つをA4、0.5頁と数える)

(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。

4) 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。

5) 文献の記載

本文中の引用順に番号を付し、本文の引用箇所の右肩に^{1)~4)}など上付の文字で番号を示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に列記する。

(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.

② Goldberg S, Beboit D, Blokland K, and Madigan S (2003): Atypical 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。

② World Health Organization (1992):. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th ed), World Health Organization, Geneva.

③ Rothman, 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>

野口美和子(2007)：成人の健康障害と看護，野口美和子，新体系看護学20 成人看護学① 成人看護概論・成人保健，158-230，メヂカルフレンド社，東京。

(4) 訳本

原著者名(原著の発行年次)/訳者名(翻訳書の発行年次)：訳本書の書名(版数)，出版社名，発行地。

<例>

Holloway I and Wheeler S: Qualitative Research in Nursing (2002)/野口美和子(2007)：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)，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)。

☆上記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専門部会が協議し書式を決定する。

☆沖縄県立看護大学紀要の英文の略称は「J of OPCN」とする。英文による沖縄県立看護大学紀要を引用の際にはこの略称を使用のこと。

6) 原著論文の本文構成は、Iはじめに(Introduction)、II研究方法(Material and Methods)、III結果(Results)、IV考察(Discussion)、V結論(Conclusion)、謝辞(Acknowledgement)、文献(References)とする。また、IIあるいはIIIで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。

7) 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。

8) 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する記述すること(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) 著者の記述は以下の通り

<例>

Izumi Kakazu RN, PHN, RNM, MSN,
Kazuko Maeda RN, PHN, RNM, DNSc,
Reiko Ueda DMSc & Misako Nakasone RN, PHN

(3) Key Words は、固有名詞以外は小文字で記述する。

<例>

semi structured interview, triangulation, action research, QOL, Nuremberg Code

9) 掲載論文の条件

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。

10) 著作権

著作権は沖縄県立看護大学に帰属し、掲載後は本学の承諾なしに他誌に掲載することを禁ずる。また、大学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。

6. 諸経費およびその他の必要事項は別途定める。

2009年7月 改訂

編 集 後 記

沖縄県立看護大学紀要第14号をお届けします。本号は10編の論文を収録しています。今日なお沖縄戦体験者にみられる精神的な健康影響を提起した論文から、学部教育における授業評価の再評価まで、豊富な内容となっています。本号でも、沖縄県立看護大学大学院博士前期課程の学位論文が着実に公表されています。今後も継続して看護実践現場との共同研究が論文化されていくことを期待します。加えて、紀要編集専門部会としては論文の査読体制をさらに強化していく必要があります。

平成25年3月 15日

紀要編集専門部会

部会長 金城芳秀

紀要編集専門部会

部会長 金城芳秀

副部会長 渡久山朝裕

金城忍

井上松代

赤嶺伊都子

山城綾子

沖縄県立看護大学紀要第14号

発行日 平成25年3月29日

発行者 沖縄県立看護大学

〒902-0076 沖縄県那覇市与儀1-24-1

Tel : 098-833-8800

Fax : 098-833-5133

印刷所 有限会社 沖版プロセス

〒902-0075 沖縄県那覇市国場911-1

Tel : 098-854-8776

Fax : 098-853-1374

JOURNAL

of

Okinawa Prefectural College of Nursing

No.14

Original Article

Mental health of the people who have experienced the battle of Okinawa on 67th year from the end of the war

-The targets who participated in preventive care project-

Fujiko Toyama, Misuzu Takahara, Mariko Oshiro, Mayumi Taba, Ryoji Arizuka,

Haruo Nakamoto, Megumi Ogimi1

The Utility and Dissemination Process of Cancer Pain Assessment Tools into clinical practice

Ryuta Yoshizawa, Midori Kamizato13

Response to aroma massage for home-based terminal cancer patients' family caregivers

Yukari Tsukahara, Midori Kamizato29

Report

Suggestion for nursing educational programs and support systems for nurses who are going to work in small island clinics

Chisato Shimoji, Midori Kamizato 43

The process of introducing a training program according to skill level of new nurses in the ICU ward

-using participatory action research method-

Etsuko Onaga, Akiko Ikeda 57

Features of how staff nurses' cognition and behavior are influenced by their colleagues' nursing practice

Rie Iraha, Eiko Kadekaru 71

Research Note

The Actual Situations, Education effects and Issues of Debate in Curriculum of Basic Nursing Education

-Literature review-

Tomoko Miyazato, Rie Iraha, Sachiko Takahashi, Shinobu Kinjo, Eiko Kadekaru 81

Sources/Information

Structuring support model of home oxygen therapy patients residing in Islands

-Current State and issues of home oxygen therapy patient recuperation support in outpatient nursing-

Yuko Miyagi, Rimiko Ishikawa, Kumiko Tamashiro, Kiyoko Teruya, Yuko Motomura,

Tsueko Okuhama, Sachiko Morishima, Ikuko Shimajiri 89

Lecture evaluation questionnaire items which reflect in a student's assessment on a precisely

From the trend of the lecture evaluation questionnaire score of 2010 opening a course

Shinobu Kinjo, Eiko Kadekaru, Sachiko Takahashi, Izumi Kakazu, Tomohiro Tokuyama, Yoshihide Kinjo97

A report of Questionnaire Survey asking the students and the faculty about Course Evaluation by students in Okinawa

Prefecture College of Nursing.

Sachiko Takahashi, Izumi Kakazu, Shinobu Kinjo, Tomohiro Tokuyama, Yoshihide Kinjo, Eiko Kadekaru 105

Criteria for Manuscripts 113

Postscript 115

March 2013