

第3卷第1号

新潟青陵学会誌

JOURNAL OF NIIGATA SEIRYO ACADEMIC SOCIETY

新潟青陵学会

目 次

原 著

- 中村 悦子・中村 圭子・清水 理恵
緩和ケアに関わる一般病棟看護師の心身の負担度とその要因 …………… (1)
- 佐藤 聖一
看護におけるケアリングとは何か …………… (11)
- 原田 留美
日本の神話を補助教材としての扱う場合の問題点について
—「いなばのしろうさぎ」の場合— …………… (21)
- 斎藤まさ子・内藤 守
統合失調症患者の退院後にも肥満が持続するプロセスと看護介入 …………… (33)
- 中村 恵子
大学生のもつ算数・数学の学習観に関する研究 …………… (43)
- 河内 浩美・中村 恵子・小林 正子・丸山 公男・平川 毅彦
「メンタルフレンド活動」におけるメンタルフレンド自身の主観的体験 …… (53)

資 料

- 石崎トモイ・中村 恵子・伊豆 麻子・栗林 祐子
大森 悦子・佐藤 美幸・西山 悦子
心の健康問題を持つ子どものサインと養護診断及び対応プロセスに関する研究
…………… (63)
- 李 在億・平川 毅彦・土橋 敏孝・武田 誠一
「元気高齢者」の生きがいと社会参加
—新潟市中央区「老人憩いの家」利用者調査結果から— …………… (73)
- 渡邊 典子・久保田美雪・小林 正子・小林美代子
池田かよ子・河内 浩美・罇 淳子・半藤 保
産科医不足下において助産師が自立したケアを行うための産科医および
助産師の役割と連携について：その1 —褥婦の意識について— …………… (81)
- 池田かよ子・河内 浩美・渡邊 典子・小林美代子
小林 正子・罇 淳子・久保田美雪・半藤 保
産科医不足下において助産師が自立したケアを行うための産科医および
助産師の役割と連携について：その2 —産科医へのアンケート調査から— …… (91)
- 小林美代子・罇 淳子・渡邊 典子・池田かよ子
小林 正子・河内 浩美・久保田美雪・半藤 保
産科医不足下において助産師が自立したケアを行うための産科医および
助産師の役割と連携について：その3 —助産師の調査から— …………… (99)

柴田 恵美・渡邊 典子・久保田美雪 自宅出産を選択した女性の体験 — 5人目を自宅出産した女性の語りを通して—	(109)
新潟青陵学会シンポジウム	(119)
新潟青陵学会議事録	(121)
新潟青陵学会誌投稿および編集に関する規程・投稿論文等チェックリスト	(123)
CONTENTS	(127)

緩和ケアに関わる一般病棟看護師の 心身の負担度とその要因

中村 悦子・中村 圭子・清水 理恵

新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

Physical and Mental Burden on Nursing Staff Engaging Palliative Care in the General Ward : Its Degree and Related Factors

Etsuko Nakamura, Keiko Nakamura, Rie Shimizu

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

要旨

8施設的一般病棟の看護師を対象に、緩和ケアを受ける患者・家族、医師との関わりを中心に心身の負担度とその影響要因について質問紙調査を行った。心身の負担度は、「悩み」「辛さ」「逃避」「無力」「不眠」「疲労」「イライラ」とし、5段階で評価した。心身の負担度は、全体では「一日の仕事を終え疲労を感じる」「患者とどのように関わっていいのか悩む」が高かった。若い年代ほど負担度が高い傾向にあった。心身の負担度に影響する因子は、ロジスティック回帰分析より3つの尺度の影響因子が抽出された。「職場環境」「患者との関わり体験」「生き方」が強く影響していた。また、患者が「後どのくらい生きられるか」と聞いてきたなど、患者のスピリチュアルな問いに対し、どのように答えるのか、死にゆく患者の運命に、意味や価値を見いだせない苦悩が看護師の心身の負担を強くしていると考えられた。看護師の心身の負担軽減には、緩和ケア教育の推進、緩和ケアを十分に提供できる職場環境、チームアプローチの効果的運用の必要性が示唆された。

キーワード

緩和ケア、一般病棟看護師、心身の負担度

Abstract

We carried out a questionnaire survey among women nurses in the general ward at eight hospital institutions on the topic of physical and mental burden and the factors influencing it, focusing on the nurses' relationship with patients who are taking palliative care and their families, and with the doctors. The burden was evaluated on a five-point scale regarding "distress", "painfulness", "escape", "helplessness", "sleeplessness", "fatigue", and "frustration". Overall, high ratings were given to "feeling fatigue after finishing work for the day" and "distressed at how to get along with patients". The younger generation showed a tendency of higher levels of burden. As factors influencing the physical and mental burden, three lower level scales were picked out according to logistics regression analysis. "Workplace environment", and "Experience of communication with patient " "A way to live" had a strong influence. In addition, it was believed that the physical and mental burden of the nurses was intensified by the agony that they cannot find meanings and values in the fate of dying patients, wondering how to respond to the spiritual questions they asked, such as "How long can I survive?" The necessity for the promotion of education on palliative care, the working environment in which the care can be fully provided, and the effective operation of a team approach were suggested for lightening the physical and mental burden of nurses.

Key words

palliative care, nursing staff in the general ward, physical and mental burden

はじめに

WHO は、緩和ケアの定義を「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期の痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するためのアプローチである」と述べている。生命を脅かす疾患は、多くは転移、再発を繰り返し、終末期に至る長い経過をたどる。

厚生労働省は、緩和ケア充実の促進を目的とし、1990年に「緩和ケア病棟入院料」を、2002年には「緩和ケア診療加算」を診療報酬に盛り込んだ。以来、緩和ケア病棟入院料受理施設数、緩和ケア診療加算受理施設数は年々増加の傾向にあり、緩和ケアチーム活動が注目されるようになってきた。場所や時期に限定されない対象を広げた緩和提供システムの成熟が期待される一方で、一般病院ではこれらの基準を満たす要件を整備することが難しいとされている。

わが国では、病院における死亡率は、2000年78.2%、2008年78.6%で、2000年頃より¹⁾ほぼ横ばいの状況である。依然として、一般病棟で終末期を迎える患者は多い。一般病棟では、最新の治療を受ける急性期、または回復期にある患者と緩和ケアを受ける患者とが混在し、求められるケアの質の違いに、多くの看護師は対応に困難を感じている。そして、死に面した人生の危機にある患者・家族に遭遇し、精神的にもストレスフルな職場環境にある。²⁾Bramらはホスピスで働く看護師と一般病棟で働く看護師のバーンアウトを比較し、一般病棟の看護師の方がバーンアウトが高く、ストレス反応也多かったと報告している。ベッドサイドケアの中心を担う看護師にとって、患者・家族、医師などを含め、ベッドニュースに関わる場面が多く、心身の負担

となっていることが考えられる。³⁾Vachonはがん看護、緩和ケア病棟での職業ストレスとして、患者・家族とのコミュニケーション、あいまいな役割やその葛藤、チーム間のコミュニケーションを含めた職場環境などを挙げている。

今回の研究は、一般病棟看護師を対象に、緩和ケアを受ける患者・家族、医師との関わりを中心とした心身の負担度とその影響要因を明かにすることを目的とし、緩和ケア推進のための体制について検討したので報告する。

用語の操作上の定義

心身の負担：緩和ケアに関する「悩み」「辛さ」「逃避」「無力」「不眠」「疲労」「イライラ」など否定的な感情や身体の不健康状態をいう。

方 法

1. 対象者

2008年3月～5月に、A県内の一般病院で、緩和ケア病棟を持たない中小病院の看護管理者あてに研究協力の依頼文書を発送した。同意の得られた8施設の看護師337名を対象として自記式質問紙調査を行った。看護管理者を経由して配布し、回収は304名であった（回収率90%）。このうち、全ての調査項目に1つでも欠損のあったもの、また男性3名を除き、232名を本研究の分析対象とした（有効回答率76%）。

2. 質問紙の構成

個人の属性、心身の負担度とそれに影響する要因について全67項目を独自に作成した。心身の負担度とそれに影響する要因の項目については、緩和ケア認定看護師2名、他スタッフナースより意見を求め作成した。要因の各尺度内の信頼度係数（ α ）は0.61～0.84であった。

1) 属性

年齢、性別、臨床経験年数、婚姻状況、資格、身内の死を看取った体験の有無、緩和ケア研修受講の有無。

2) 心身の負担度は、患者・家族、医師との関係調整、患者や家族とのコミュニケーションを中心とした緩和ケアに関する「悩み」「辛さ」「逃避」「無力」「不眠」「疲労」「イライラ」について13項目の質問をした。5件法（1：ほとんど該当しない～5：非常によく該当する）で回答を求めた。逆転項目については、点数の高いほど負担度が高いことを示すよう処理した。

3) 心身の負担度に影響する要因

全54項目、5件法（1：ほとんど該当しない～5：非常によく該当する）で回答を求めた。①患者・家族、医師との関わり体験について、「患者との関係」12項目、「家族との関係」6項目、「医師との関係」4項目の計22項目、いずれも α 係数は0.61以上であった。②看護師の役割行動について、「患者との関係」9項目、「家族との関係」3項目、「医師との関係」3項目の計15項目、いずれも α 係数は0.69以上であった。「患者・家族、医師との関わり体験」、「看護師の役割行動」は点数の高いほど体験が多いことを示す。③職場環境について「看護チームと医師との連携は良好である」「患者のQOLを優先している」など10項目、 α 係数は0.84であった。④生き方について、「死を身近にあると感じている」「日常生活で気分を切り替えるようにしている」など7項目、 α 係数は0.63であった。「職場環境」、「生き方」は点数の高いほど質問に対し肯定的であることを示す。

3. 分析方法

1) 心身の負担度は、各項目の平均値（標準偏差）を算出し、負担度の高さを比較した。年代別比較は、一元配置分散分析Tukey法により分析した（ $p < .05$ ）。

2) 心身の負担度13項目の合計の平均値を算出し、1～3までを心身の非負担群（以下非負担群）、3.1～5までを心身の負担群（以下負担群）とし、質問項目54項目について両群の平均値を算出した。各項目の両群の比較をウィルコクソンの順位和検定を用いて行った（ $p < .05$ ）。次に、心身の負担度を従属変数とし、「患者・家族・医師との関わり体験」「看護師の役割行動」「職場環境」「生き方」について8つの下位尺度の平均値を独立変数として、年齢を補正し変数増加法によるロジスティック回帰分析を行った。統計処理は、SPSS Ver17.0 for Windowsを使用した。

4. 倫理的配慮

看護管理者へ書面にて研究の目的、秘密厳守、本研究の目的以外に使用しないこと、参加拒否があっても不利益を被らないことを説明し、調査協力の依頼をした。研究対象者への配布は、看護管理者に依頼したが、個人が特定されないよう無記名とし、個人用シール付き封筒を用意して回収した。対象者へは研究への参加は自由意思であること、いつでも辞退でき不利益や負担が生じないよう配慮すること、研究結果は学会等で公表し、データ入力後はシュレッダーにかけ廃棄することについて文書で説明し、回答をもって同意とみなした。

結 果

1. 対象の属性

年齢は21～53歳、平均年齢33.7歳（ ± 7.99 ）であった。臨床経験年数は1～33年で平均11.3年（ ± 7.7 ）であった。婚姻状況では独身124名（53%）で既婚者より多かった。資格では看護師が208名（90%）で一番多かった。身内の死を看取った体験のある人は149名（64%）であった。緩和ケア研修受講の有無では受けた人は111名（48%）であった（表1）。

表1 対象の属性

n = 232

項 目	人 (%)
年 代	
20 ~ 29	93 (40)
30 ~ 39	76 (33)
40 以 上	63 (27)
婚姻状況	
既 婚	108 (47)
独 身	124 (53)
資 格	
保 健 師	14 (6)
助 産 師	2 (1)
看 護 師	208 (90)
准看護師	8 (3)
臨床経験年数	
1 ~ 5	67 (36)
6 ~ 10	56 (24)
11 ~ 15	44 (17)
16 ~ 20	27 (8)
21 ~ 33	38 (15)
死の看取り体験(身内)	
有 り	149 (64)
無 し	83 (36)
緩和ケア研修受講	
受 け た	111 (48)
受けない	121 (52)

2. 心身の負担度

全体では「一日の仕事を終え疲労を感じる」(3.87±1.06)が高く、次いで「患者とどのように関わっているのか悩む」(3.80±1.05)であった。年代別の比較では、「患者との関わりで看護の仕事をやめたいと思った」、「患者とどのように関わっているのか悩む」、「患者は安らかな死を迎えている」(逆転)の3項目について、若い年代ほど負担度が高く、20代と40代以上の看護師の間に有意な差が認められた(表2)。

3 心身の負担度に影響する因子—全体

関わり体験では、「患者から『痛みを何とかしてほしい』と訴えられた」(3.98±1.16)、「家族は『患者の痛みを何とかしてほしい』と訴えた」(3.81±1.32)の体験が多かった。医師との関わりでは、「『緩和医療へ移行する』と医師から家族へ話があった」(3.39±1.39)、「医師の家族への予後説明に立ち合った」(3.07±1.45)が多く、患者本人への説明に立ち合うのは少なかった。役割行動では、「患者の言動・反応を医師に伝えた」(3.93±0.96)、「医療チームで患者の治療・ケアについて話し合った」(3.77±1.10)の行動が多かった。職場環境では、「同僚からのサポートがある」(3.71±0.93)、「上司からのサポートがある」(3.59±0.96)が高かったが、「看護の仕事量は適切である」(2.05±0.91)、「この病棟は症状緩和の導入が良好である」(2.62±0.96)、「看護チームと医師との連携は良好である」(2.80±1.02)、「この病棟は患者のQOLを優先している」(2.90±0.84)については低かった。生き方では、「死は身近にある」(3.93±1.13)、「日常生活で気分を切り替えるようにしている」(3.91±0.99)が高かった(表3)。

表2 心身の負担度(全体、年代別比較)

	患者と医師との 関係調整に悩む	患者と家族との 関係調整に悩む	患者と話すのが 辛い	家族と話すのが 辛い	患者の病室訪問を できるだけ避けたい	患者の精神的ケアに 無力を感じる	患者とのかかわりで 看護の仕事を やめたいと思った
	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)
全体(n=232)	3.09(1.32)	2.80(1.27)	3.27(1.20)	3.07(1.20)	2.50(1.14)	3.47(1.21)	2.16(1.21)
20代(n=93)	3.11(1.24)	2.91(1.22)	3.41(1.18)	3.24(1.19)	2.58(1.17)	3.63(1.18)	2.38(1.29)
30代(n=76)	3.21(1.36)	2.79(1.38)	3.18(1.20)	3.00(1.24)	2.45(1.19)	3.47(1.27)	2.13(1.23)
40代以上(n=63)	2.94(1.38)	2.65(1.22)	3.17(1.23)	2.90(1.16)	2.43(1.04)	3.22(1.17)	1.86(1.01)

*p<.05

	患者の終末期につ いて考え眠れない	一日の仕事を終え 疲労を感じる	患者とどのように 関わっているのか 悩む	患者のケアを通して 自分は成長した (逆転)	イライラし、周り (同僚、自分の家族) にあたる	患者は安らかな 死を迎えている (逆転)
	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)
全体(n=232)	1.99(0.97)	3.87(1.06)	3.80(1.05)	3.00(1.02)	2.29(1.16)	3.48(0.94)
20代(n=93)	2.09(1.03)	3.97(0.90)	3.96(0.91)	3.09(0.92)	2.25(1.18)	3.70(0.88)
30代(n=76)	1.87(0.87)	3.91(1.15)	3.86(1.13)	2.87(1.12)	2.34(1.16)	3.45(0.96)
40代以上(n=63)	2.00(1.00)	3.67(1.16)	3.51(1.09)	3.05(1.23)	2.29(1.14)	3.19(0.91)

*p<.05

表3 心身の負担度に影響する因子（全体、負担群と非負担群との比較）

	全体(n=232)		負担群(n=113)		非負担群(n=119)		Wilcoxon W	z 値
	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	順位和	平均値(標準偏差)	平均値(標準偏差)	順位和		
Ⅰ. 患者・家族、医師との関わり体験								
＜患者との関係＞(α=.82)								
患者が病気の予後について「後どのくらい生きられるか」と聞いてきた	2.25(1.30)	2.56(1.38)	12216.50	1.96(1.15)	14811.50	12216.50	-3.378	**
患者が「今の治療では不安だ」と疑問を投げかけた	2.34(1.26)	2.66(1.36)	12137.50	2.04(1.09)	14890.50	12137.50	-3.498	***
患者は医師から積極的治療が望めないと言明されても積極的治療を希望した	1.94(1.14)	2.12(1.23)	12886.50	1.78(1.03)	14141.50	12886.50	-2.057	*
患者は「これからの療養の場をどのように決めたらよいか」と相談してきた	1.61(0.92)	1.69(0.99)	13383.00	1.53(0.83)	13645.00	13383.00	-1.077	
患者は今まで自分が生きてきた過去について話をした	2.86(1.33)	2.96(1.33)	13350.50	2.77(1.34)	13677.50	13350.50	-1.027	
患者は「死ぬかもしれない」と、残していく家族について話をした	2.08(1.10)	2.16(1.15)	13410.50	2.00(1.04)	13617.50	13410.50	-.931	
患者から「痛みを何とかしてほしい」と訴えられた	3.98(1.16)	4.22(1.05)	12345.00	3.75(1.22)	14683.00	12345.00	-3.153	**
患者から「生きていく希望がない」と訴えられた	2.18(1.21)	2.42(1.27)	12464.50	1.96(1.12)	14563.50	12464.50	-2.863	**
患者から「自宅へ戻りたい」と訴えられた	3.10(1.37)	3.48(1.38)	11765.50	2.75(1.26)	15262.50	11765.50	-4.197	***
患者から「ホスピスへ転院したい」と医療者側に申し入れがあった	1.60(0.96)	1.71(1.00)	13091.50	1.50(0.92)	13936.50	13091.50	-1.778	
患者が苦痛のため看護師の訪問を断った	1.44(0.80)	1.63(0.92)	12402.50	1.26(0.62)	14625.50	12402.50	-3.575	***
患者が苦痛のため看護師のケアを拒否した	2.81(1.26)	3.12(1.21)	12031.50	2.51(1.23)	14996.50	12031.50	-3.681	***
＜家族との関係＞(α=.78)								
家族から「患者に積極的治療が望めないことを話さないでほしい」と申し出があった	2.70(1.42)	2.96(1.51)	12583.00	2.45(1.28)	14445.00	12583.00	-2.568	*
家族は医師から積極的治療が望めないと言明されても積極的治療を希望した	2.19(1.22)	2.31(1.25)	13149.00	2.08(1.19)	13879.00	13149.00	-1.461	
家族は「患者の療養の場についてどのように決めたらよいか」と相談してきた	2.20(1.25)	2.30(1.36)	13529.00	2.11(1.15)	13499.00	13529.00	-.684	
家族は患者を失うかもしれない悲しみを話した	2.75(1.29)	3.03(1.31)	12268.00	2.48(1.23)	14760.00	12268.00	-3.198	**
家族は「患者の痛みを何とかしてほしい」と訴えた	3.81(1.32)	4.14(1.20)	11918.50	3.50(1.36)	15109.50	11918.50	-3.999	***
家族は「自宅での療養の受け入れは無理だ」と話した	3.18(1.37)	3.51(1.29)	12032.50	2.86(1.37)	14995.50	12032.50	-3.666	***
＜医師との関係＞(α=.61)								
緩和医療へ移行すると医師から患者へ話があった	2.50(1.20)	2.75(1.22)	12383.50	2.27(1.13)	14644.50	12383.50	-2.984	**
緩和医療へ移行すると医師から家族へ話があった	3.39(1.39)	3.63(1.36)	12504.50	3.16(1.38)	14523.50	12504.50	-2.730	**
医師の患者への予後説明に立ち合った	2.29(1.38)	2.57(1.48)	12516.00	2.03(1.23)	14512.00	12516.00	-2.759	**
医師の家族への予後説明に立ち合った	3.07(1.45)	3.35(1.44)	12394.50	2.81(1.41)	14633.50	12394.50	-2.942	**
Ⅱ. 看護師の役割行動								
＜患者との関係＞(α=.71)								
「死」に関わる言葉は患者の前ではしないようにした	3.69(1.20)	3.93(1.10)	12439.50	3.47(1.25)	14588.50	12439.50	-2.890	**
患者に医師の説明をどのように理解したか聞いた	3.49(1.01)	3.73(0.91)	11981.50	3.27(1.06)	14814.50	11981.50	-3.558	***
痛みのコントロールについて、薬以外の方法について患者に説明した	2.59(1.09)	2.73(1.07)	12916.00	2.45(1.09)	14112.00	12916.00	-1.919	
患者にこれからの過ごし方について聞いた	2.26(1.09)	2.39(1.10)	12986.50	2.14(1.08)	14041.50	12986.50	-1.782	
患者に療養の場の選択について説明した	1.53(0.80)	1.59(0.80)	13271.00	1.48(0.80)	13757.00	13271.00	-1.358	
患者に自分のできることはないか聞いた	2.98(1.23)	3.22(1.16)	12450.50	2.76(1.26)	14577.50	12450.50	-2.846	**
患者が「死」について語るとき、話を聞くようにした	3.06(1.12)	3.02(1.09)	14070.00	3.09(1.16)	12958.00	12958.00	-.421	
患者のベッドサイドで話を聞く時間を設けた	3.49(0.96)	3.43(0.90)	14370.00	3.54(1.02)	12658.00	12658.00	-1.044	
患者に「頑張りましょう」と声をかけた	2.25(1.02)	2.30(1.03)	13450.50	2.20(1.01)	13577.50	13450.50	-.844	
＜家族との関係＞(α=.69)								
家族に患者のこれからの過ごし方について聞いた	2.91(1.25)	3.14(1.27)	12474.50	2.69(1.19)	14553.50	12986.50	-1.782	**
家族に療養の場の選択について説明した	1.75(0.96)	1.80(0.95)	13415.00	1.70(0.97)	13613.00	13415.00	-.971	
家族の話を聞く時間を設けた	3.38(0.98)	3.44(0.88)	13575.50	3.33(1.07)	13452.50	13575.50	-.593	
＜医師との関係＞(α=.72)								
患者の治療・ケアについて医師に自分の意見を述べた	2.65(1.21)	2.77(1.14)	13071.50	2.54(1.27)	13956.50	13071.50	-1.595	
医療チームで患者の治療・ケアについて話し合った	3.77(1.10)	3.89(0.97)	13179.50	3.65(1.20)	13848.50	13179.50	-1.398	
患者の言動、反応を医師へ伝えた	3.93(0.96)	4.04(0.81)	13261.50	3.82(1.07)	13766.50	13261.50	-1.265	
Ⅲ. 職場環境(α=.84)								
この病棟は医療チームとして機能している	3.14(0.98)	3.04(1.00)	14477.00	3.23(0.96)	12551.00	12551.00	-1.262	
この病棟は患者の意思決定を尊重している	3.12(0.99)	3.05(1.05)	14277.00	3.18(0.94)	12751.00	12751.00	-.846	
この病棟は症状緩和の導入が良好である	2.62(0.96)	2.47(0.96)	15095.50	2.76(0.94)	11932.50	11932.50	-2.533	*
同僚からのサポートがある	3.71(0.93)	3.60(0.97)	14753.50	3.82(0.89)	12274.50	12274.50	-1.854	
上司からのサポートがある	3.59(0.96)	3.51(0.99)	14570.00	3.67(0.92)	12458.00	12458.00	-1.478	
看護チームと医師との連携は良好である	2.80(1.02)	2.62(0.97)	15153.00	2.97(1.04)	11875.00	11875.00	-2.629	**
この病棟は患者のQOLを優先している	2.90(0.84)	2.73(0.84)	15118.50	3.05(0.82)	11909.50	11909.50	-2.651	**
この病棟は治療優先である	3.22(0.86)	3.24(0.90)	13661.00	3.20(0.83)	13367.00	13661.00	-.432	
看護の仕事量は適切である	2.05(0.91)	1.84(0.82)	15488.00	2.24(0.95)	11540.00	11540.00	-3.350	**
院外研修が受けやすい環境である	2.84(1.11)	2.65(1.13)	15105.00	3.02(1.07)	11923.00	11923.00	-2.513	*
Ⅳ. 生き方(α=.63)								
死は身近にあると感じている	3.93(1.13)	4.11(0.97)	12951.00	3.76(1.24)	14077.00	12951.00	-1.880	
死は不安・恐怖である	3.56(1.09)	3.81(1.04)	12251.50	3.34(1.09)	14776.50	12251.50	-3.272	**
自分の最期の迎え方について日頃より考えている	2.85(1.20)	2.97(1.21)	13175.00	2.74(1.20)	13853.00	13175.00	-1.388	
人生に目的をもっている	3.25(1.03)	3.29(1.08)	13451.00	3.20(0.97)	13577.00	13451.00	-.843	
仕事に生きがいを求めている	2.92(1.06)	2.99(1.09)	13258.50	2.85(1.03)	13769.50	13258.50	-1.237	
日常生活で余暇活動など楽しみを持つようにしている	3.88(1.03)	3.96(0.99)	13277.50	3.79(1.07)	13750.50	13277.50	-1.202	
日常生活で気分を切り替えるようにしている	3.91(0.99)	4.01(0.94)	13187.50	3.81(1.04)	13840.50	13187.50	-1.389	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表4 心身の負担度との関連が認められた因子

	β	オッズ比(95%信頼区間)	p
患者との関わり体験 多い／少ない	1.009	2.743(1.632～4.611)	.000
職場環境 否定的評価／肯定的評価	1.070	2.915(1.639～5.181)	.000
生き方 思慮深い／思慮浅い	.862	2.368(1.350～4.153)	.003

決定係数： $R^2 = .244$

4 心身の負担度に影響する因子—負担群・非負担群との比較

負担群は113名、非負担群は119名であった。ウイルコクソンの順位和検定では、26項目に有意差が認められた。「Ⅰ. 患者・家族、医師との関わり体験」では、いずれの項目においても負担群の方が高く、「患者から『痛みを何とかしてほしい』と訴えられた」「家族は『患者の痛みを何とかしてほしい』と訴えた」「患者から『自宅へ戻りたい』と訴えられた」「『緩和医療へ移行する』と医師から家族へ話があった」など16項目に有意な差が認められた。「Ⅱ. 看護師の役割行動」では、負担群の方がほとんどの項目において高く、「死に関わる言葉は患者の前ではしないようにした」「患者に医師の説明をどのように理解したか聞いた」など4項目に有意な差が認められた。「Ⅲ. 職場環境」では、負担群の方がほとんどの項目において低く、肯定的に評価されていなかった。「看護の仕事量は適切である」「看護チームと医師との連携は良好である」「この病棟は患者のQOLを優先している」など5項目に有意な差が認められた。「Ⅳ. 生き方」では、いずれの項目においても負担群のほうが高く、「死は不安・恐怖である」の1項目について有意な差が認められた（表3）。

5. 心身の負担度との関連が認められた因子—ロジスティック回帰分析

8つの下位尺度のうち、「職場環境」、「患者・家族・医師との関わり体験」の「患者との関係」、「生き方」の3つの尺度が心身の負担度に関連していることが認められ

た。「職場環境」では、否定的な職場評価の看護師群は肯定的な職場評価の看護師群に対してオッズ比は2.92、「患者との関係」は、患者の訴えなどの関わり体験が多い看護師群は少ない看護師群に対してオッズ比は2.74、「生き方」では、死についての感受性、人生観など思慮深い看護師群は思慮の浅い看護師群に対しオッズ比が2.37であった（表4）。 $R^2 = 0.244$ で説明率は24%であった。

考 察

一般病棟の看護師がもつ心身の負担度は、「一日の仕事を終え疲労を感じる」、「患者とどのように関わっていいのか悩む」が高かった。また、心身の負担度は、若い年代ほど高い傾向にあり、「患者との関わりで看護の仕事をやめたいと思った」、「患者とどのように関わっていいか悩む」、「患者は安らかな死を迎えている」（逆転）について年齢が20代と40代以上の看護師との間に有意な差が認められた。若いナースに負担感が高い理由として、小松らは「知識、技術、経験の不足のため」⁴⁾に、患者や家族に対して適切な判断に基づく対応ができないことから、自己の能力に対する自信のなさ、とまどいがある」と述べている。また、一般病棟で緩和ケアを提供している看護師スタッフのストレスとして、松山ら⁵⁾は「看護体制として患者と十分に接することができない」と述べ、中島らは「緩和ケアに対する知識不足、急性期と終末期の患者の異なる看護の困難さを抱えながら看護している」と報告している。

日常的な看護場面でよく体験する項目で、

患者との関係では「患者から『痛みを何とかしてほしい』と訴えられる」が一番多く、家族との関係では、「家族は『患者の痛みを何とかしてほしい』と訴えた」が多かった。痛みのコントロールが十分であるとはいえない状況があると考えられた。医師との関係では、「『緩和医療へ移行する』と医師から家族へ話があった」「医師の家族への予後説明に立ち合った」が、患者本人の説明に立ち合うよりも多かったが、患者本人への説明は皆無ではない。かつて、患者のショックを緩和するという配慮から、患者よりも家族への説明が優先された。今日、医学の進歩や個人情報保護法の制定により、インフォームド・コンセントは患者、家族の同席で行われるようになってきている。⁷⁾

看護師の役割行動としては「患者の言動、反応を医師に伝えた」が多かった。患者のベッドサイドに、日常的にいるのは看護師である。医師の治療が効果的に実施されるためには、患者の反応を的確にとらえ、速やかに医師に伝えることが重要である。

心身の負担度について負担群、非負担群との比較では、「Ⅰ. 患者・家族、医師との関わり体験」「Ⅱ. 看護師の役割行動」で、負担群の方が高い傾向にあり、心身の負担に関連する体験や行動が多かった。しかし、「Ⅲ. 職場環境」では、負担群の方が非負担群よりも低い傾向にあり、職場環境に対する否定的評価があることが心身の負担と関連していると考えられた。「Ⅳ. 生き方」では、「死は不安・恐怖である」の1項目について有意な差が認められ、負担群の方が高かった。死に対するイメージは、文化的、宗教的背景、その人の持つ死生観によって異なる。臨地では患者の死の場面は避けられない。看護師は患者の「死」を身近に意識し、やがて、この世からいなくなるのではという予期不安が死への恐怖となる。その死に真摯に向き合おうとすればするほど、回避できない「死」に、なすす

べもない自分の無力感が、心身の負担となっているのではないかと考える。

心身の負担度に影響する因子について、ロジスティック回帰分析では、8つの下位尺度のうち、「職場環境」「患者との関わり体験」「生き方」について関連があることが明らかになった。

「職場環境」では、「看護チームと医師との連携は良好である」「この病棟では患者のQOLを優先している」「看護の仕事量は適切である」など肯定的に評価している看護師に心身の負担度が低かった。緩和ケアにおいて患者を全人的にサポートするには他職種によるチームアプローチが欠かせない。特に症状マネジメントを行うには、医学的判断だけでなく、患者のQOLの向上を考え、患者の意思を尊重して対応を決めることが重要である。看護師は患者・家族にとって身近な存在であり、24時間患者のそばにいる存在でもある。患者の日常生活の場面から、様々なニーズを捉え、医療チームを調整する役割を担う。丸口⁹⁾はチームメンバーが情報を共有したり、互いに話し合う関係がないとストレスを生じ協働できなくなると述べている。看護師にとって医師との連携が良好であるか否かが、心身の負担度に影響すると考えられた。また、緩和ケアにとって、看護師、医師間にとどまらず、チームによるアプローチを効果的に運用していくことが重要であると考ええる。

「患者との関わり体験」では、「患者から『痛みを何とかしてほしい』と訴えた」「患者が苦痛のため看護師のケアを拒否した」など、患者の心身の苦痛を感じている。「患者が病気の予後について『後どのくらい生きることができるか』と聞いてきた」「患者から『自宅に戻りたい』と訴えられた」は、「残された命をどう生きるか」という患者のスピリチュアルな問いであり、その問いにどのように答えることができるのか、死にゆく患者の運命に、意味や価値を見いだせず苦悩する看護師

の模索や葛藤が心身の負担を強くしているといえる。「看護師の死生観は、患者がスピリチュアルなニーズを表出したとき、具体的には死後の世界への期待・肉体的生命を希求・生きる意味を問い直す時期などに必要になる⁸⁾」と述べられている。緩和ケアとしての適切な対応について、死生観（死生学）を高めたいけるような教育が必要である。

このモデルの説明率は24%であり、更に心身の負担度と関わりの深い因子の抽出について、再検討していく必要がある。

「看護の仕事量は適切である」は全体的に低く、肯定的に評価されていなかった。また、心身の負担群は非負担群に比べ低い値となっており、否定的評価の看護師に心身の負担度が高いことが考えられた。一般病棟においては、急性期、慢性期、終末期が混在していることが多い。適切に仕事の量や時間の配分ができず、患者・家族とゆっくり話している時間がないなど、緩和ケアが十分に提供できない^{10) 11) 12) 13)}ことへの負担感がある。緩和ケアの実践には、経過別看護単位の病棟編成も視野に入れ、職場環境の改善が、看護師の心身の負担軽減につながると考える。

最後に独自に作成した質問項目の信頼性妥当性について、項目精選の課題を残したことを付記しておく。

結 論

1. 看護師の心身の負担度は、全体では「一日の仕事を終え疲労を感じる」、「患者とどのように関わっていいのか悩む」が高かった。若い年代ほど負担度が高い傾向にあった。
2. 心身の負担度との関連が認められた因子は、「職場環境」「患者との関わり体験」「生き方」であった。
3. 緩和ケアに関わる看護師の心身の負担軽減には、緩和ケア教育の推進、チームアプ

ローチの効果的運用、緩和ケアを十分に提供できる職場環境の改善が必要である。

おわりに

今日、一般病院の中でコンサルテーション機能をもつ緩和ケアチームの普及が注目されており、このことが緩和ケアの質の向上に寄与するとともに、看護師の心身の負担軽減につながるのではないかと期待している。

謝辞

A県内の8つの医療施設の看護師よりご協力を頂きましたことに深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省. 統計情報「平成21年人口動態統計」. <<http://www.dbtk.whlw.go.jp/toukei/youran/indxyl2.html>>. 2010. 5. 13.
- 2) Bram PJ, Katz LF. A study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncol Nurs Forum*. 1989;16:555-560.
- 3) Vachon ML. Caring for the caregiver in oncology and palliative care. *Semin Oncol Nurs*. 1998;14:152-157.
- 4) 小松浩子・小島操子・岩井邦子. 終末期医療に携わる看護婦のストレスに関する研究. 看護管理. 1998;21:103-105.
- 5) 松山治美・篠田由美・長澤サユリ. 一般病棟におけるターミナルケアの現状－より良いケアを目指して－. *日本看護学会誌 地域看護*. 2002;33:39-41.
- 6) 中島里子・角田直枝. 緩和ケアに携わる看護師のストレス－一般病棟の場合－. *緩和医療学*. 2000; 2:96-101.
- 7) 田巻知宏. 治療におけるインフォームド・コンセントと家族ケア. *緩和ケア*. 2007;17:82.

- 8) 水島ゆかり. 死生観を看取りに活かすために－
「死生観とケア」研究会の調査から－. 臨床看護. 2007;33(13):1999-2000.
- 9) 丸口ミサエ. チームのストレスとその対処法. 緩和ケア. 2005;15(6):620.
- 10) 上村昌子・皆川邦直・依田由美ほか. ターミナルにおける看護師のストレス. 心身医. 1994;34:291-298.
- 11) 黒瀬佳代子・宮路亜希子・檜垣由佳子ほか. 緩和ケア病棟に勤務する看護婦が陥る“燃え尽き”の構造. 日本看護学会誌. 1999;8:18-26.
- 12) 大堀洋子・有賀悦子・高宮祐介ほか. 急性期と終末期患者が混在する環境で働く看護師のストレスに関する検討. 看護展望. 2004;29(8):104-110.
- 13) Sasahara T, et al. Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. Palliat Med 2003;17:520-526.

参考文献

- 有森葉子. 病院における家族ケア－一般病棟看護師の立場から－. 緩和ケア. 2007;17.
- 池永昌之. ホスピス医に聞く一般病棟だからこそ始める緩和ケア. 大阪:メディカ出版:2005.
- 小笠原利枝. ホスピス・緩和ケア病棟における看取り. 緩和ケア. 2007;17(2).
- 窪寺俊之. スピリチュアルの本質とケアの方法. 緩和ケア. 2005;15(5).
- 佐藤康仁・有賀悦子・大堀洋子ほか. 急性期と終末期の患者が混在する病棟における終末期医療の問題点. 厚生指標. 2005;52(3).
- 終末期医療に関する調査検討会編. 今後の終末期医療の在り方. 東京:中央法規出版:2005.
- 所昭宏・河原正明・中井吉英. がん医療現場でのストレスとその対応. 緩和ケア. 2005;15(6).
- 波平恵美子. 社会的・文化的中心に位置づけられる日本の家族. 緩和ケア. 2007;17.
- 和田美香. 緩和ケア病棟に勤務する看護師のスト

看護におけるケアリングとは何か

佐 藤 聖 一

医療法人社団 三思会 東邦病院

What is Caring on Nursing

Seiichi Sato

MEDICAL SOCIETY CORPORATION SANSIKAI TOHO HOSPITAL

要旨

本研究は、メイヤロフとノディングスのケアリング論から抽出したケアリングの概念を基本として、看護におけるケアリングを明らかにする目的で、レイニンガー、ワトソン、ベナーの看護観を比較考察したものである。その結果、メイヤロフとノディングスのケアリング論の比較から、ケアリングの基本概念とは、人間対人間の関係性を主軸に、ケアする人とケアされる人の相互関係によって、双方が成長していくという関係性のことであることが示唆された。さらに、看護におけるケアリングの考察からは、他領域の研究と同一の視点として、双方向性と相互成長であり、すなわちケアリングは、人間関係の基盤であることが明らかとなった。一方、相違点としては、看護領域の研究者の中では明確なケアリング論を論じている研究者は見当たらず、自らの看護理論の中における重要で本質的な概念としてケアリングを追究していることが明らかとなった。

キーワード

看護、ケアリング、ケアリング概念、関係性、看護の本質

Abstract

The present study weighed the nursing views of Madeleine M. Leininger, Jene Watoson and Patricia Benner. The purpose of clarifying nursing care on the basis of care was extracted from Milton Mayeroff's and Nel Noddings' caring theory. As a result, Milton Mayeroff's and Nel Noddings' comparisons suggest that the basic concept of caring is the mutual relationship of careers and receivers taking on human relationship as a main axis and growing together. Moreover, the discussion of nursing care clarified that caring is the basis of human relationship with interactivity and mutual growth while having the same viewpoint of other research fields. As for the differences, though any researchers of the nursing field do not treat caring theory, they closely understand that caring is an important and essential concept in their own nursing theory.

Key words

nursing, caring, caring concepts, relationships, essence of nursing

1 研究の目的

近年、人間関係の希薄化が社会的な問題となっている。現代人の求める人と人との関係は、他者に気遣いをしない気軽な対人関係を求める一方で、密接な対人関係に対するニーズを含む矛盾した関係であると考察できる。そのため、求めるニーズに結果が伴わない現代の人間関係の狭間で葛藤状態が継続し問題の要点となっている。

人と人との関係性の変化は私の専門とする医療・看護の領域でも問題となっている。多くの病院では、医療の高度化にともなうシステム化により、医療従事者はケアすることが機械的なものとなっていった。このような現状を反省し、医療・看護の本来のあり方を取り戻すために、近年では、患者主体の医療についての議論がなされるようになってきている。その議論の理論的枠組みの1つに、ケアリングがある。ケアリングは、主観的行動を初発として生起されるものであり、客観化しにくい概念である。近代社会の反省の下、ケアリング概念の復興が論議されるなかにあつて、ケアリングは様々な領域において論議されてきているが、その概念は必ずしも明確となっていない。看護領域におけるケアリング研究者のレイニンガーは、看護の本質はケアリングであると述べているが、看護領域においてケアリングが看護の本質であるのか、また看護におけるケアリングの位置づけも明らかにされていない。本研究では、ケアリング概念の構成要素を論究し、コンセンサスを得ているとは言い難いケアリング概念の要点を明らかにすると共に、ケアリングが中心概念であるとされる看護におけるケアリングの意味を論究し、看護領域におけるケアリングを明らかにしたい。

2 ケアリングの基本概念

ケアリングの概念が広く知られるようになった大きな要因に、メイヤロフ (Milton Mayeroff) の著書『ケアの本質 (On Caring)』がある。また、教育学の領域では、ノディングス (Nel Noddings) によるケアリング研究が題材の1つとなっている。そのため、この2人のケアリング論は、ケアリング研究を進めるうえで基本となるものといえる。メイヤロフ、ノディングス両者のケアリング論は、看護、教育、哲学と様々な領域で数多く引用されているケアリング論である。そこでメイヤロフとノディングス双方のケアリング論を比較検討して、ケアリングの基本概念を抽出する。

教育学の領域においてケアリングを研究する早川は以下のように述べる。「彼女 (ノディングス) は、ケアの関係には、『専心と動機の転移 (engrossment and motivational displacement)』という特徴がみられることを指摘しているが、メイヤロフも指摘した『動機の転移』という特徴が、彼女の『連鎖』という考えにユニークなかたちで生かされている。ケアという関係においては、ケアする者とケアされる者という二人の人間が形成する全体的つながりのなかで、ケアする者の自己成長が達成されていくわけであるが、ノディングスはこのケアする者の成長の成否は最終的には自己のなかではなく、『ケアされる者という他者のなかで (ケアするという) 理想が完成されること』によって判断されるという。」¹⁾つまり、早川は、ノディングスのケアリング論は、メイヤロフのケアリング論を捉えつつ、その内容を独自の、女性的倫理の視点で発展させたものと解釈しているのである。さらに、中野は、メイヤロフとノディングスのケアリング論について次のように詳察する。「ノディングスは、『“ケアリング” において、私は、特徴づけられるケアする人 (carer < or one-caring” >) の意識状態を記述した』と

もいう。ノディングスは、メイヤロフのように『献身』や『ケアされる人における成長の促進』ではなく、ケアする人が『専心没頭』と『動機づけ転移』によって特徴づけられるとしているのである。しかもノディングスは、この『専心没頭』と『動機づけ転移』は、『ケアする人の意識状態』に関わるものであるとしている。これも、メイヤロフとノディングスの相違点といえる。²⁾中野は、メイヤロフとノディングスの相違点を以上のように指摘した上で、さらに、共通点について以下のように述べる。「ノディングスは、『包括』に関してメイヤロフとの共通点があるとしている。これは、『独立の認識と同定されるもの』、すなわちメイヤロフのいう『差異の中の同一性』に関わるものである。また、ノディングスはメイヤロフとともに、ハルトが否定する『密接な人的関係性』こそ、理想的には教師に要求される種類のケアリングである』と捉えているのである。(中略・引用者) ノディングスは『役割』よりも『密接な人的関係性』をもって行われるケアリングを重視しているのである。ノディングスは、メイヤロフのいう『差異の中の同一性』や、ケアリングが『ケアする人』と『ケアされる人』との『関係性』にあることは認めながらも、メイヤロフよりも『ケアする人』の意識に重きを置いているのである。³⁾メイヤロフとノディングスのケアリング論は両論とも、密接な人的関係性が重要なものである。そして、メイヤロフとノディングスのケアリング論の重要な相違点は、ケアする人、ケアされる人のどちらの意識に重きをおくかという点である。

メイヤロフとノディングスのケアリング論の比較から、私自身が考えるケアリングの基本概念とは、人間対人間の関係性を主軸に、ケアする人とケアされる人との相互関係性によって、双方が成長していくという関係性のことである。本稿においては以上の定義をケアリングの基本概念として以下に看護におけ

るケアリング概念の考察を進めていく。

看護においてケアリングがはじめて論文として発表されたのは、1976年に発表されたマデリン・レイニンガー (Madeleine M. Leininger) の *Caring: The essence and central focus of nursing* であると考えられる。

看護の領域におけるケアリングの代表的な研究者では、先述のレイニンガーにはじまり、ジーン・ワトソン (Jene Watoson)、パトリシア・ベナー (Patricia Benner) らがあげられる。^{4) 5)} 次項よりこの看護領域における代表的なケアリング研究者3人のケアリング論を省察し、看護領域におけるケアリングを考察していく。

3 レイニンガーのケアリング論

看護師でありながら、人類学の博士号を取得したレイニンガーは、看護を展開する上で、看護の対象である患者と、その患者が生活する場とは密接な関係があると主張し、看護と文化の関係を重要視した文化的ケアを確立した。レイニンガーの看護論は人類学を基盤にした文化的ケア論の中でケアリングを論じている。レイニンガーの看護論の重要な概念について考察し、レイニンガーのケアリング論を論証していく。

1) レイニンガーの看護論と文化的ケア

レイニンガーは看護における文化的ケアについて言及する中でケアリング論を述べている。患者－看護者間の研究をする高橋隆雄は、レイニンガーの研究について以下のように述べる。「レイニンガーは看護の本質にケアを据えた人である。彼女は、患者が国際化し看護師自身も国際的舞台上で活躍する機会が多くなる時代を考え、政治、宗教、経済や人間関係、文化的価値等がケアリング（ケアの行為、活動）に与える仕方を探究するために、『文化ケア』の普遍性と多様性の研究を行っ

た。これはまた、自国文化に根ざしたケアの提供を可能にするものでもあった。⁶⁾このように、文化的ケアとは、文化によって生活様式や宗教観は様々でありそれらを背景として抱えている人間を対象とする看護においては、一様の決まりきった形の看護というものは適用できないというのである。さらに、たとえ異なる文化を背景に持つ人間が看護の対象であろうとも共通する、あるいは類似するものがみられると述べている。文化の異なる対象に対して看護を展開する上では、対象となる患者一人ひとりに合ったケアを提供するために、文化的な多様性に着目して多くの情報を得ることが重要となるのであると述べる。

2) レイニンガーのケアリング論

ケアリングについてレイニンガーは以下のように述べる。「ケアは看護の本質であり、看護の明確で、優先的で中心をなす統一的な焦点である。ケアリングは看護の心と魂であり、人々が専門職看護婦と医療サービスから最も期待するものである。それゆえ、看護婦はこの文化的なケアの価値と信念と実践に関する知識を深め、その知識を健康な人や病気の人に活用するという課題を担っているのである。⁷⁾レイニンガーは、ケアリングと看護の関係について、人間の健康は、生きて生活するという流れの中で変化していくものである為、生活圏である文化と、ケアリングは密接した関係にあり、ケアリングは患者の文化の中で考えなくてはならないと述べているのである。

中柳美恵子はケアリングの中範囲理論の検討の中で、レイニンガーのケアリング論について以下のように述べる。「レイニンガーの理論によれば、ヒューマンケアは看護独自の本質であり、看護の中心的な部分であり、研究や理論的説明の対象になるという。ケアとはきわめて実体の曖昧な、また当たり前とされているものの一つであるのだが、それで

も、やはり看護の核心なのである。⁸⁾また、レイニンガー自身は、ケアリング概念についてケアリングとは、人間としての条件や生活様式を改善したり高めようとする明白なニードあるいは予測されるニードを持つ個人（あるいは集団を）を援助したり、支援したり、あるいは能力を与えたりすることを目的とした行為であると述べる。レイニンガーは、ケアリングを、看護の内容や、具体的な行為を決定したり左右するものではなく、看護師と患者が目標とする結果をゴールとして目指す行為であると定義付けているのである。

さらに、レイニンガーは、患者に対するケアリングについて、以下のように述べる。「人間が成長し、健康を保ち、病気を免れて生存し、あるいは死と直面するうえで最も必要とするのはヒューマンケアリングである⁹⁾」そして、ケアリングのパターンについて、助的・支持的・促進的・实际的行為を含んでいるとしている。レイニンガーは、ケアリングが構成される要点として、毎日の实际的行為が重要であり、その一連の過程そのものがケアリングでありえるということを支持しているのである。

レイニンガーのケアリングについて白鳥は以下のように述べる。「マデリン・M・レイニンガーは、『看護における知的、実践的な焦点の中で最も統合的で支配的で中心的なものとなるのはケアリングである。』と述べ、看護の中核にケアリングの概念を置いている。さらに、“caring”を『人間としての条件もしくは生活様式を改善したり高めようとする明白なニードあるいは予測されるニードをもつ他の個人（あるいは集団）を援助したり、支援したり、あるいは能力を与えたりすることを目指す行為（actions）』と定義づけている。¹⁰⁾白鳥は、レイニンガーは、ケアリングを看護の中核的存在としていると述べる。

レイニンガーは、文化的ケアとしての看護を提唱した看護理論家である。彼女はケアリ

ングを人間としての条件であり、生活を改善させるためのニードであると述べる。また、ケアされる者に対して行われる援助的行動であるとも言う。そして、ケアリングを、ケアを目指す行為とし、癒しや安寧を目的とする看護の本質であると定義しているのである。さらに、ケアリングは、人間が生きていく過程のどの段階においても不可欠な普遍的なものであるが、そのケアリングの細かな内容については、文化集団によって左右され、さらに、その中における個人によっても異なるものであると述べる。それらを乗り越えた、普遍的なニードや行動がケアリングの本質であると述べている。そして、レイニンガーのケアリング論には、ケアリング行動と実践が、他の専門領域の役割から看護の役割を区別すると強調しているのである。そこには、ケアリングこそ看護の専門性を特徴づける概念だというレイニンガーの主張がこめられていると考察する。

4 ワトソンのケアリング論

1) ワトソンの看護論

ワトソンは看護について以下のように述べる。「私は、看護を、人間についてのサイエンスであると同時にアートと考えようとするが、その立場をとることによって従来の還元主義的な科学的方法論とは明確に違った地平に立てるのである。」¹¹⁾ここで述べられているように、ワトソンは、看護をそれまでの自然科学や身体医学の立場から脱却させ人間科学の視点でとらえた研究者である。

ワトソンはケアリングについてメイヤロフを引用し以下のように述べる。「ヒューマンケアというものは、看護婦・患者個人の双方と時空のレベルとを規定する行為で、真剣に研究し、考え抜き、実行しなければならず、また健康や不健康の際に人間的にケアが進められていくプロセスと、人間としての患者につ

いての意義を発見し理解を新たにするために知識と洞察力とを追求するという認識論に関わる行為である。(中略・引用者)患者個人と看護婦が、それ自身で価値ある目的であるという面に光が当てられるようになる。つまり、人間性が脅かされる場面において人間とケアを維持するのに必要な条件を形作るものこそ、人間を主人公にした『間主観的』であり相互依存なプロセスである」¹²⁾このように、ワトソンは、メイヤロフのケアリング論に拠りながら、看護においては患者の健康を目指すケアリングにおいても相互的な関係性が基盤であると述べているのである。

ワトソンは、人間の健康という概念を、心・身体・魂における統一と調和を指し、健康の程度は内面的に知覚された自分と経験された自分がどのくらい一致するかに依るとした。人間の行動及び生理学の側面にのみ焦点をあわせるのではなく、個人全体に焦点をあわせた全人的な捉え方をすべきであり、健康であることが、すなわち幸福につながるとしている。そして、患者と看護師とのケアリング関係について以下のように述べる。「私にとって看護というものは、ある程度の情熱を伴い、知識、思想、価値、哲学、熱意、行為を要素として構成されているものである。このなかで知識、価値、行為は、ヒューマンケアのやりとり、個人の生きられる世界と間主観的に関わることに関係してくるのが一般的である。以上を踏まえて、ヒューマンケアを、看護の道徳的な次元での理念と考えることができる。それを実現するために、人間と人間との間でさまざまな試みがなされるが、その中には患者である人間が、不健康や、心の悩み、痛み、実存の意味を見つけ出せるように手伝うことによって、人間性を守り、高め、維持しようとする、言い換えれば、人間である患者が、自分に関する知識を得、コントロールできるようになり、外部の環境がどのようなものであろうとも内的な調和を保て

るよう自分を癒せるように手伝うことが含まれる。¹³⁾患者である人間は、単純な弱者ではなく、潜在的には、自分というものを理解し受け入れ、自身の力で癒していく能力が秘められている存在であるとしている。さらに、看護の目的は、それらの能力を引き出すよう多様なセルフケアを導き、心身ともに調和を達成できるように支援することにあるとし、看護婦は患者と共にこのプロセスに参加する者であるとしているのである。

ワトソンは、看護師の成長について以下のように述べる。「このプロセスにおいては、それぞれ人間の主体性が断固として保持され、相手〔患者〕の幸せに向かってプラスの変化が生み出されるようになる一方で、看護婦のためにもなり成長することができるようになる。¹⁴⁾ワトソンは、患者の目的を達成していく過程を通して、看護師の成長が達成されるとしている。ケアリングにおける相互成長が患者－看護師間で成立することを明言しているのである。

2) ケアリング論とトランスパーソナルなケア

ケアリングの関係をワトソンは、トランスパーソナルなケアであると述べる。トランスパーソナルなケアについてワトソンは以下のように述べる。「『トランスパーソナルなケア』を行なっていない中で、看護婦は相手の経験の中に入り込める、と同時に、相手である患者は、看護婦の経験の中に入り込める。つまり、トランスパーソナルなケアという理念は、両者が関与させられる間主観性という理念である。¹⁵⁾トランスパーソナルなケアとは、ケアする者とケアされる者が双方の影響を受け、双方が目的に向かって成長していくプロセスを実践していくことであると述べている。

また、ワトソンは、トランスパーソナルなケアを構成する条件をあげている。この条件は、以下の5点にまとめることができる。①

人間の尊厳を高めようとする道徳的熱意。②患者の主観を引き出す看護婦の意思。③患者の内面を感じ取る能力。④患者を統一的な人間であると理解し一体感を持てる能力。⑤看護婦のそれまでの経験と知識を活用し患者のためのケアを考え抜くこと。

さらに、ケアリングの基盤として10のケア因子をあげている。以下10項目を記す。①人間的－利他的な価値観の形成。②信念－希望を持つことへの教え・導き。③自己と他者に対する感受性の育成。④援助－信頼関係の発展。⑤肯定的感情と否定的感情の表出促進と受容。⑥意思決定への科学的問題解決法の体系的活用。⑦トランスパーソナルな教育・学習の促進。⑧支援・保護・調整された心・魂・身体・社会的環境の提供。⑨人間のニードに対する充足への援助。⑩実存的・現象学的な力を認めること。

看護理論やケアリングの研究者である城ヶ端初子は、ワトソンのトランスパーソナルなケアについて以下のように述べる。「ワトソンは、ケアリングはある目的に向けて人を積極的にかかわらせていくような逆説的理想像であると述べ、その目的は人間の尊厳を守り高めること、人間性を維持することと考えています。彼女がもっとも重要視していることはケアリングであり、それはあとで述べるトランスパーソナルなケアを意味しています。¹⁶⁾このトランスパーソナルなケアを構築する条件は、すなわち、ケアリングを構築する条件と同一であるといえる。

3) ワトソンのケアリング論とケアリング研究の課題

ワトソンはケアリングの本質について非常に見出しにくいものであるとして以下のように述べる。「ケアリングは、ケアリング理論の曖昧さとともに、非常に大きなパラダイムの中にある。もし、わかりにくい、主観的な面をとらえようとする質的な基準がなければ、

倫理的にも実践的にも、ケアリングは測定できないままである。¹⁷⁾さらに、ワトソン自身のケアリング論について以下のように述べる。「ここでいっておきたいことは、私の看護の見方が理想的であるという点である。言い換えれば、私は実際の看護の姿よりも可能性の方を見ているといった方がよいだろう。ただし、本質として存在しているものや看護の力というものは、不十分にしか引き出されておらず、見過ごされていることが多いという認識はもっている。¹⁸⁾」ワトソンは、ケアリングを看護における重要な構成要素であることを認めながらも、ケアリングが看護の本質であるとはしていない。さらに、ケアリングは非常にわかりにくく、また他者からは見えにくい概念であると述べている。ワトソンは、ケアリング研究の問題点を提唱しているのである。このワトソンの指摘する課題は現在のケアリング研究の課題としても残されているものである。

ワトソンの述べるケアリングは、患者－看護師間におけるトランスパーソナルな関係におけるケアのことである。すなわち、患者は、看護師からケアを提供され、疾患の回復やハンディの克服といった目標へ向かって成長する。看護師は、患者の成長の過程に参加することによって、自身の学習や技術を向上させたり、患者との接し方や関わり方を向上させたりしていく過程で成長していくのである。ワトソンは、患者と看護師双方が関係することを通して成長することをケアリングだとしているのである。

5 ベナーのケアリング

1) ベナーの看護論

ベナーは臨床知の発達に着目し、健康・病気・疾患の概念を看護学の立場から捉えなおすことを提唱した研究家である。そして、看護実践の中に見られる卓越性を見極めるた

め、看護実践に潜む看護婦特有の知識に注目している。そして、それを実践的知識と呼び、理論的知識との違いを明確にするため、6つの領域を設定した。すなわち、①質的な差異勾配②共通意味③前提、期待そして構え④範例と個人的な知識⑤確立⑥計画的でない現実、である。さらに、ベナーは看護実践の領域を①援助役割②指導③診断機能とモニタリング④急速に変化する状況における効果的な管理⑤治療的介入と療法を施行し、モニターし保証する⑥質の高いヘルスケア実践をモニターし、保証する⑦組織化の能力と仕事役割能力の7点に分類し、各領域に発揮される能力を看護実践の観察および看護婦へのインタビューによって整理した。

ベナーは患者のとらえ方について、病気と疾患ははっきり区別されるもので、疾患は細胞・組織・器官レベルでの失調の現れであるのに対し、病気は能力や機能障害をめぐる人間独自の体験であるとし、病気と疾患は双方向的に影響を及ぼしあうと考えている。そして、人間の体験としての病気は希望・恐怖・絶望感・否認といった意味媒体を通じて疾患に影響を及ぼし、逆に疾患は神経内分泌その他の身体変化と身体状態の直接的作用を通じて病気体験を変化させ得るとしている。

2) ケアリング論とドレイファスモデル

ベナーの看護論は現象学的アプローチによって展開されている。その立場は、実践としての看護におけるケアリングのような見えにくい実践に焦点を当て、臨床の中に埋もれている知識・技能を研究している。ベナー自身ケアリングを、ハイデガー（Martin Heidegger）の言葉であると述べていることから、ベナーの看護論の基盤はハイデガーの現象学にあるといえる。

ベナーが具体的に看護実践にアプローチする際、分析に使用したのは自身が師事したヒューバート・ドレイファス（Hubert L.

Dreyfus) らが開発した技能修得モデルである。ドレイファスらは、チェスプレイヤーとパイロットをモデルに、技能の修得のプロセスにおいて技能習得のレベルが、初心者、新人、一人前、中堅、達人という5つのレベルをたどることを明らかにし、各レベルは3点の特徴を発揮して技能を修得するプロセスとした。第一は抽象的原則から具体的経験への信頼、第二は緊縛した状況への知覚変化、第三は切り離された観察者から状況にのめり込んだ実践者への移行である。ベナーは、このドレイファスモデルが看護にも適用可能と判断し、看護婦及び看護実践との対話に基づく記述的研究を進めた。そして抽象的な観念論ではない、現実の看護実践の中に見られる卓越性を明らかにしようとしたのである。

3) ベナーのケアリング論

心は身体によって規定されるとともに身体を規定し、協同的かつ相互的であるとし、看護においては、人にケアリングの姿勢（気づかうこと・関心をもつこと=caringで接すること）から始まり、看護婦は、巻き込まれて関与することが基本であるとした。その立場に立ってベナーは患者－看護師感について以下のように述べる。「（看護師は）患者にとって病気が何を意味するのか、病気によって何が中断されるのか、回復が何を意味するのか、患者の話に耳を傾けて理解することに熟練する必要がある。また、これらの事例は、特殊で固有な状況に対応できる一連の援助法を得ようという看護師の意欲をかき立てる。さらに、感あひの利益のために失敗を恐れず挑戦しよう、という意欲を持たせる。しかし、そのなかで最も看護師が意欲をかき立てられるのは、看護師にしかできない援助役割を自分のものにしよう、という気持ちである。」¹⁹⁾ さらに、ベナーはケアリングを看護にとって本質的な存在としている。そのうえで以下のように述べる。「看護はケアリングという様式を

用いて人々と相互作用をもち、ケアリングは援助を与えたり、援助を受け取ったりすることの可能性を設定する。」²⁰⁾ ベナーは、ケアリングについて、人間が他者との相互作用をもつ時ケアリング関係が発生し、そのケアリング関係が、双方にとって援助の受け渡しになるのだという。ケアリングを通じて人と人の中に一つの世界が樹立され、その中に意味の際立ちが出来て関心が生み出される。それは人に動機づけと方向付けを与える。その人にとって何が大事かを気づかうことにより、その人に体験と行為の可能性を生み出すのである。

行動理論では動機づけを欲求充足や制御に還元して捉えることが多いが、ベナーは動機づけを個別具体的な他者、計画、物事、出来事に対するケアリングに基づいていると主張し、ケアリングが看護において本質的で基本であるという。ケアリングとプロフェッションに関して研究する服部俊子は、ベナーのケアリングについて以下のように述べる。「彼女（ベナー）は、達人に達する看護職者（expertの段階）にそなわっている卓越性（salience）を現象学的な観点から記述し解釈することで、プロフェッションとしてのケアリングを開示する（disclose）ことができる、と主張する。なぜなら、この卓越性はケアリング実践に見い出されるからである。」²¹⁾ 服部は、ベナーの看護論では、達人レベルの看護者がもつ卓越性こそケアリングであり、看護の本質を担うものであると述べている。

ベナーは、看護におけるケアリングが、感情や情動といった目に見えない感覚的なものだけではなく、患者の安全・安楽の向上を目的とした治療過程の促進を目指す看護行為そのものであると述べている。また、ベナーは、看護師が達人へと成長する中で、ケアリング実践の卓越性が構築されると主張する。ケアリングは看護師と患者がケアを提供し、あるいはケアを受けることを可能にする関係

を示すものであり、看護師と患者関係の基盤だと定義しているのである。

6 ケアリング領域におけるケアリング

看護領域の代表的な研究者である、レイニガー、ワトソン、ベナーそれぞれ3人のケアリング論を省察してきた。3者の要点をまとめると次の4点である。①ケアリングは患者－看護師間に存在する。②ケアリングは看護において重要であり、なくてはならないものである。③患者の目的達成を目指す過程で発揮される。そこでは看護師の成長も達成される。④ケアリングは、その過程や発揮された場面が非常に見えづらく、わかりにくいものである。以下それぞれについて省察する。

① ケアリングは患者－看護師間に存在する。

看護領域のケアリングでは、ケアリングの対象は患者と看護師である。この点是他領域の研究者である、前述のメイヤロフやノディングスとは異なっている。メイヤロフやノディングスはケアリングの可能性について、理論的な広がりを見出す。たとえば、メイヤロフやノディングスにおいては、人から人への広がりのみならず、物事や概念にまで広がりを見出すようにである。これは、看護領域の研究者がケアリングを理論そのものとして研究しているのではなく、自らの看護理論の本質的な考え方ととらえ方としてケアリングを追及しているからであろう。看護領域の研究者にとってケアリングは、看護の目的を達成するための構えなのではないかと考察する。

② ケアリングは看護において重要であり、なくてはならないものである。

ケアリングは看護にとってなくてはならないものである。しかし、看護の本質であると言い切れるかは研究者の中でも見解の分かれるところである。しなしながら、それでもケ

アリングが現在でも多くの看護領域の研究者によって言及されていることを考えれば、看護にとって必要不可欠なものであり、最も重要な要因のひとつであることは否めないと考ええる。

③ ケアリングは、患者の目的達成を目指す過程で発揮される。そこでは看護師の成長も達成される。

従来のケアという概念は、世話するという一方向的な行為とされてきたが、ケアリングでは、患者－看護師間において、双方向的な関わり合いであるという。双方向的な関わりの中で、患者は目的を、看護師は自身の成長を達成していくことでケアリングが発揮されるのである。この双方向的な関わり合いは、メイヤロフやノディングスのケアリング論での相互成長と同一の概念である。

④ ケアリングは、その過程や発揮された場面が非常に見えづらく、わかりにくいものである。

看護は、実践の科学と言われるように、人間と人間との関係性や行動の中でおこなわれるものである。そのため、看護そのものの理論や形態が非常にわかりにくいものである。その中でさらに、密接な人間関係や行為の中で発揮されるケアリングについては、周りの者からは見えづらく、わかりにくいものである。そのため、これまでケアリングに関する一本化した概念や理論化が進まない現状があるのである。

7 結語

以上の考察から、看護領域のケアリングでは、それまでの他領域の研究と同一の視点としては、双方向性と相互成長であり、すなわちケアリングは、人間関係の基盤であるということがいえる。また、相違点としては、看護領域の研究者の中では明確なケアリング論を論じている研究者は見当たらず、自らの看

護理論の中における重要で本質的な概念としてケアリングを追究しているのである。

引用文献

- 1) 早川操. 「ケアリングマインド」育成のための教育理論とその課題－N.ノディングズによるケアの連鎖構造と同心円構造の考察を中心に－. 名古屋大学教育学部紀要 教育学. 1998;45(2): 86-87.
- 2) 中野啓明. 教育的ケアリングの研究. 43-44. 東京:樹村房;2002.
- 3) 同上. 45-46.
- 4) 筒井真優美. ケア/ケアリングの概念. 看護研究. 1993;26(113):4.
- 5) 中野啓明. ケアリングの現在－倫理・教育・看護・福祉の境界を越えて－. 160. 東京:晃洋書房;2006.
- 6) 高橋隆雄. 「患者」から「患者様」へ－ケアの論理－. 先端倫理研究. 熊本大学倫理学研究室紀要. 2009;4:9-10.
- 7) マデリン・レイニンガー. 稲岡文昭訳. レイニンガー看護論－文化ケアの多様性と普遍性－. 4. 東京:医学書院;1995.
- 8) 中柳美恵子. ケアリング概念の中範囲理論開発への検討課題－看護学のケアリングの概念分析を通して－. 呉大学看護学統合研究紀要. 1999;1(2):39.
- 9) 前掲7). 4.
- 10) 白鳥孝子. 日本の医療現場における《患者－看護師》関係の特性－ケアリングの視点から－. 日本大学大学院総合社会情報研究科紀要. 2003; 4:379.
- 11) ジーン・ワトソン著. 稲岡文昭他訳. ワトソン看護論－人間科学とヒューマンケア－. 3. 東京:医学書院;1992.
- 12) 同上. 39-40.
- 13) 同上. 75-76.
- 14) 同上. 109.
- 15) 同上. 86.
- 16) 城ヶ端初子編著. やさしい看護理論② ケアとケアリング－看護間をはぐくむはじめの一步. 78. 東京:メディカ出版;2007.
- 17) ジーン・ワトソン. 者筒井真由美監訳. ワトソン 看護におけるケアリングの探求－手がかりとしての測定用具－. 3. 東京:日本看護協会出版会;2003.
- 18) 前掲11). 50.
- 19) パトリシア・ベナー. 井部俊子ほか訳. ベナー看護論 新訳版－初心者から達人へ－. 65. 東京:医学書院;2005.
- 20) 同上. 42.
- 21) 服部俊子. ケアリングとプロフェッションとしての看護:看護倫理の構想に求められること. 先端倫理研究:熊本大学倫理学研究室紀要. 2007; 2:71.

※ 本稿は2009年明星大学大学院へ提出した修士論文の一部を加筆、再構成したものである。

日本の神話を補助教材としての扱う場合の問題点について —「いなばのしろうさぎ」の場合—

原 田 留 美

新潟青陵大学看護福祉心理学部福祉心理学科

Problems with Using Japanese Myths as Supplementary Materials in the Classroom

: the Case of the “Inaba-no-shiro-usagi”

Rumi Harada

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

要旨

小学校国語科の新学習指導要領では、1・2年向け教材の一つとして日本の神話が挙げられている。神話を補助教材として用いる場合には、古事記などの原典の文脈から切り離し、子どもに親しみやすく再話する必要があるが、それにより原典との乖離が生じる可能性がある。この乖離には、子どもたちにとって親しみやすい補助教材を作成するために必要なものもあれば、神話理解の妨げになるものもある。

「いなばのしろうさぎ」を例にすると、古事記では主人公は大国主だが、補助教材化した場合に、は兎を主人公にする方が子どもたちにとっては親しみやすい。これは必要な乖離である。一方、「しろうさぎ」を「白うさぎ」と表記することには問題がある。「しろ」の語義について、「白色」とする説、「毛をむしられた」とする説、「白い衣服を着た」とする説など説あるからである。現時点ではひらがな書きを採用することが望ましいと考える。

伝統的な言語文化の授業で神話を副教材化するにあたっては、原典理解の妨げになるようなことのないよう配慮する必要がある。

キーワード

学習指導要領、小学校国語科、伝統的な言語文化、日本の神話、いなばのしろうさぎ

Abstract

The New Course of Study for teaching Japanese language in elementary schools suggests using Japanese myths as teaching materials in grades 1 and 2. In order to use them as supplementary materials, the mythological tales must be extracted from their contexts in such traditional collections as the “Kojiki,” and retold in forms more suitable for children, but it is important that such new versions do not become unfaithful to the originals. Although adaptations may be necessary to make them understandable and enjoyable, it is important that they do not implant cultural misinformation in the minds of the students.

For example, the main character in the “Kojiki” myth of the “Inaba-no-shiro-usagi” is the god O-kuni-nushi, but in an adaptation, the rabbit in the story is made into the main character for the sake of student interest, a suitable adaptation. However, the name of the rabbit in the new version contains the ideogram “white” (shiro). The original “shiro,” however, may mean “white,” but it could perhaps mean “naked” (having had his fur ripped off), or even “wearing a white kimono.” As research has not yet conclusively shown which explanation is correct, the name of the rabbit in the children’s version should be left in its original phonetic characters (hiragana).

Key words

Course of Study, Japanese language in elementary school, traditional linguistic culture, Japanese mythology, Inaba-no-shiro-usagi

1. はじめに

2008年3月に告示された小学校の新学習指導要領では、伝統文化重視が明示された。国語科においては伝統的な言語文化の学習が取り入れられた点にその改訂の具体的な姿を見ることが出来る。『小学校学習指導要領解説 国語編』（以下「解説」と略す。）の国語科改訂の要点に、「伝統的な言語文化は、創造と継承を繰り返しながら形成されてきた。それらを小学校から取り上げて親しむようにし、我が国の言語文化を継承し、新たな創造へとつないでいくことができるよう内容を構成している。例えば、低学年では昔話や神話・伝承など、中学年では易しい文語調の短歌や俳句、慣用語や故事成語、高学年では古文・漢文などを取り上げている。」（7頁）とある通りである。

上記のうち、低学年向けの教材として、現行教科書では採用されていない神話が含まれていることが目を引く。しかも、教材として取り上げる神話の典拠をどこに求めるかということについて、「解説」は「神話・伝承については、古事記、日本書紀、風土記などに描かれたものや、地域に伝わる伝説などが教材として考えられる。」と述べる。さらに、「その際、児童の発達の段階や初めて古典を学習することを考慮し、易しく書き換えたものを取り上げることが必要である。」とも付言している。（44頁）

ここから、今後は古事記や日本書紀・風土記といった古代文献の一部を子どもの発達段階等に合わせて再話したものも小学校低学年の授業教材として取り上げられるようになるであろうことが理解される。子どもが古い文化に親しみをもつ契機となる取り組みと考えるが、例えば古事記は天皇家の権力の正当性を語るために、日本書紀は正式な歴史書として、各々独自の意図のもと編纂されたと考えられるひとまとまりの文献であるため、一部

を切り離したり、またそれを子どもたちに理解しやすいように再話したりすることにより、原典とのずれが生じたり、誤解が紛れ込んだりする可能性がある。単に古くておもしろい話を子どもたちに親しませるのではなく、「伝統的な言語文化」の一つとして神話を取り上げる以上、あまりに自由な再話や取り上げ方には問題があると考ええる。

この問題を考えるには、第一義的には教科書収載のものを検討する必要がある。各教科書会社がどの様に取り組むかは興味深い問題であるが、これについては2011年度に新教科書が発行されるのを待たねばならない。

ただ、小学校の授業で取り上げられる日本の神話は、新教科書収載のものだけではないのではないかと考える。教科書における日本の神話の扱い方によっては、補助教材を用いての授業が行われることもありうるのではないだろうか。

その場合の補助教材は、教師が独自に再話したもの、もしくは市販されている絵本や子ども向け読み物を使ったもののいずれかになるだろう。このうち後者では、市販作品の選び方や扱い方が問題になってこよう。なぜならば、市販の子ども向け日本の神話関連作品の多くにも、程度の差はあれ、古事記などの原典との違いやずれが認められるからである。¹⁾ また前者のケースでも、教師が市販の絵本等を参考にした場合には、原典との違いやずれがオリジナルの再話作品に持ち込まれる可能性が皆無ではないであろう。

日本の神話を補助教材として扱う際にこのような問題が起こりうる可能性を予想させるものとして、日本の神話の教材化の方法を扱っている教師用参考書類を挙げたい。これらは国語科の補助教材として神話を扱う場合の授業の展開例やヒント等を掲載したもので、2009年頃からの出版物が目につく。来年度の授業準備のため、もしくは試みとして今年度に日本の神話の授業を行う際に参考に

されるものと推測するが、市販の神話絵本などに基づいたものも含まれているため、記述内容には日本の神話の原典とのずれや誤解が見受けられる。

これらの参考書類の主眼はどの様に授業を構築するかにあるのであって、古事記や日本書紀とのずれ等、細部をあげつらうことに意味はないという考え方もあろう。しかし、伝統的言語文化に親しむことを目的とした授業に取り組もうとするならば、原典の理解を教師側が深めることは、やはり必要なものではあるまいか。

このような考えに基づき本稿では、古事記などの日本の神話の原典をふまえた上で、日本の神話を補助教材として使用する場合に気をつける必要があることがらについて、上述参考書類での日本の神話の扱われ方を参考にしながら整理することを目指したい。

なお、筆者は古事記や日本書紀等の神話を闇雲に原典のまま子どもたちに継承させることを至上としているわけではない。また、作家が文学的感性を発揮して構成した日本の神話の魅力的な再話、あるいは日本の神話を素材としたオリジナル作品の価値の高さを認めるものでもある。本稿は、あくまでも「伝統的な言語文化」の授業として古事記や日本書紀などの神話を取り上げる場合に限定してのものであることをあらかじめ断っておく。

2. 教師用参考書に取り上げられている神話

まず、管見に入った教師用参考書類に、どのような日本の神話が教材として取り上げられているかについて確認する。参照する参考書類は、四種五点である。

① 『言語活動例を生かした授業展開プラン 低学年』

「いなばのしろうさぎ」。テキストの全文揭示はない。教師が子どもにとって親しみやす

いものを作成することが必要とあるが、参考文献例として舟崎克彦による再話作品ならびに西野綾子による再話作品が挙げられている。

② 『「昔話・神話・伝承」の指導のアイデア30選』

「やまたのおろち」。羽仁進による再話作品。

「いなばのしろうさぎ」。福永武彦による再話作品。

「おおくにぬしのぼうけん」。福永武彦による再話作品。

「うみひこ やまひこ」。与田準一による再話作品。

「にほんたんじょう」。岸田衿子による再話作品。

③ 『楽しい“伝統的な言語文化”の授業づくり 1・2年』『1・2年で使える“昔話・神話・伝承ワーク”』

「いなばの白うさぎ」、「やまたのおろち」、「うみさち やまさち」。いずれも出典の明記は見あたらない。

④ DVD『国語科指導技術シリーズⅢ伝統的な言語文化を授業する 第2学年【いなばのしろうさぎを楽しもう】』

「いなばのしろうさぎ」。教師による再話テキスト。

いわゆる「いなばのしろうさぎ」「海幸彦山幸彦」「ヤマタノヲロチ退治」が目につくが、特に「いなばのしろうさぎ」はすべての参考書類で取り上げられている。今の子どもたちにも親しみやすい神話と見なされているのであろう。また、2010年時点において一般書店で入手しやすい絵本の点数は、「海幸彦山幸彦」が5点、「ヤマタノヲロチ退治」が4点であるのに対し、「いなばのしろうさぎ」は7点である。²⁾絵本作品の刊行点数が多ければそれだけ補助教材として取り上げられる可能性も高いと予想される。ゆえに今回は、主として「いなばのしろうさぎ」の神話で起きやすい

と考えられる原典とのずれや誤解について、取り上げていくこととしたい。

3. 「いなばのしろうさぎ」神話の原典について

本節では、「いなばのしろうさぎ」神話の原典のありかとその位置づけ・意味するところ等について整理しておく。

まず、原典について。先に、「解説」において、日本の神話を教材化するための原典を求めうる先として、具体的な文献としては古事記・日本書紀・風土記が挙げられていることに触れた。本稿で取りあげる「いなばのしろうさぎ」も、古事記上巻に見ることができる。このほか、13世紀に成立したと見られる「塵袋」の第十にも「因幡ノ記」からの引用として類似の物語が載せられている。うさぎが海を渡る動機となったできごと（洪水）が述べられている点、オホナムチ（後の大国主）の兄弟神が登場していない点に古事記との違いがある。これを奈良時代に編纂された古風土記に収載されていたものとする見方もあるが、日本古典文学大系版風土記頭注（478頁）は「風土記とは別種の地方誌か」とする。そうであるのならば、「地域に伝わる伝説」の類として扱うべきものということになろう。

前節で紹介した参考書類に見える神話テキストは、物語展開から考えて古事記のものに依っていると判断されるため、ここでは古事記収載の「いなばのしろうさぎ」神話を原典として確認していくことにする。

次に、古事記の「いなばのしろうさぎ」の位置づけや意味についてまとめる。

古事記上巻は、「天地の初め」「国生み、神生み」「アマテラスとスサノヲ」「スサノヲのヤマタノヲロチ退治」「大国主の事蹟」「葦原中国の平定と天孫降臨」「山幸彦海幸彦」等の神話により構成されている。このうち「大国主の事蹟」は、オホナムチ（もしくはオホア

ナムチあるいはオホナモチ）と呼ばれる若い神が、ライバルの兄弟神を凌いで地上世界（葦原中国）を治める王、大国主になるまでを語る成長の物語である。「いなばのしろうさぎ」は、この神話の中に見える。大国主の事蹟の概要は以下のよう³⁾なものである。

出雲国の神であるオホナムチを含む兄弟神が、美人と名高いヤガミヒメに求婚するために、因幡国にやってくる。その道すがら、毛皮をはがれたうさぎに会う。兄弟神はうさぎがさらに苦しむような治療法を伝える。後からやってきたオホナムチは、毛皮をはがれた事情とその傷が悪化した理由をうさぎから聞き、傷を癒す治療法を伝える。オホナムチに感謝したうさぎは、ヤガミヒメの夫としてオホナムチが選ばれるであろうことを予言する。その予言が当たり、オホナムチはヤガミヒメに夫として選ばれるが、そのことによって兄弟神の恨みを買ひ、迫害を受ける。オホナムチは迫害から逃れるために根の国（地下世界、死の国のイメージを持つ世界）へ逃げ込むが、そこでも根の国の主、スサノヲから様々な試練を与えられる。けれどもスサノヲの娘スセリビメの助力を得て試練を乗り越え、最終的にはスサノヲから祝福を受け、地上世界の支配者となる。大国主の名は、スサノヲから与えられた名である。

なお、この後には高天原から降臨した天孫にクニを譲る話が続く。大国主関連の神話は、古事記の中ではクニの成立に至る一連の流れの中に置かれている。

以上のように「いなばのしろうさぎ」は、大国主の成長物語の冒頭に一エピソードとして位置づけられている。このことは、「いなばのしろうさぎ」が「故此大國主神之兄弟八十神坐。然皆國者避於大國主神。所以避者」という文言、すなわち、「八十神が大国主に国をゆだねた理由は」という意の書き出しで始まっている点に明らかである。

次に、古事記の「いなばのしろうさぎ」が

大国主の成長物語においてどのような意味を担っているかについて。

「いなばのしろさぎ」は、端的に言えば、大国主とその兄弟神がヤガミヒメとの結婚という課題に取り組み、大国主が勝利する話である。結婚がモチーフになっている話だが、単なる結婚物語ではない。なぜならば、求婚の対象となったヤガミヒメは、普通の女性ではないからである。彼女の名には「八上」の地名が含まれているが、日本の古代説話においては、土地と関わる名を持つ女性はその土地の象徴や土地神、もしくは土地神に仕える巫女的存在であり、そのような女性との結婚はその土地の支配権を手にすることを意味すると解することができる。すなわち、ヤガミヒメの夫に選ばれた大国主は、八上地方の支配者にふさわしい存在として認められたということになる。反対に、ヤガミヒメとの結婚に至らなかった兄弟神は、支配者としてはふさわしくないと退けられたことになる。

では、何を以て支配者にふさわしいか否かが判断されたかという点、日本古典文学全集版、新編日本古典文学全集版等最近のテキスト類では、医療などの知識・技術に通じているかどうかによっているという見解が示されている。大国主は正しい知識によりうさぎを救うことができたが、兄弟神は適切な知識をもたなかったためうさぎをさらに傷つけた。よって、支配者としての資質を認められた大国主がヤガミヒメに選ばれたのである。

以上のように、古事記の「いなばのしろさぎ」は、成長過程の初めにおいて大国主がすでに支配者としての資質を備えていたことを伝える話と理解されることを確認しておく。

4. 古事記の「いなばのしろさぎ」を補助教材化する場合に問題になる事柄について

「いなばのしろさぎ」の古事記における

位置づけや意味については、前節でまとめたように理解されている。しかし、古事記上巻をすべて補助教材化する場合には話が違ってこようが、「いなばのしろさぎ」のみを取り上げて補助教材化する場合には、当然のことながら前後の文脈から切り離さざるを得ないことになる。そのことにより、古事記の中にあったときにははっきりしていたことがわかりにくくなり、結果、古事記の「いなばのしろさぎ」とのずれを抱えるという問題が起こってくる。また、子どもに親しみやすい作品である必要があるため、これもまた当然のことながら、現代語で再話することになる。その際には、わかりやすさを意識することから生じる原典とのずれや、再話者の思いこみ等による誤解が補助教材に持ち込まれる可能性が出てくる。これは、教師がオリジナルの補助教材を作成する場合であっても、既刊の絵本などを利用する場合であっても同じである。本節ではこのような、「いなばのしろさぎ」を補助教材化する場合に問題になると考えられることについて取り上げ、2節で紹介した参考書類の記述に見える気になる点について触れる。

まず、古事記の文脈から切り離すことによって起こる原典とのずれについて。

前節でまとめたように、「いなばのしろさぎ」は大国主が支配者として成長していく過程の物語の一つで、いわば大国主を主人公とした話と言える。これを小学校低学年の国語科の授業に取り込む場合には、当然のことながらいなばのしろさぎのエピソード部分を切り取って扱うことになる。どこの部分を切り取るかにもよって多少の印象の違いが出てくるであろうが、いずれにしても、古事記の文脈から切り離して補助教材として取り上げた場合には、読者からすれば話の中心部分はしろさぎとわにとのやりとりに見えることであろう。⁴⁾すなわち、うさぎ中心の話として受け取られるということになる。

これは、古事記の文脈すなわち大国主の成長の物語から切り離して補助教材化することによって「いなばのしろうさぎ」が抱え込むことになる原典とのずれと考える。しかしながらこのずれを無くすことは困難であろう。繰り返して述べているように大国主の成長の物語は相当に長いため、小学校低学年の授業ですべてを取り上げることは難しく、また、読者である子どもたちの関心も、うさぎが向こう岸に渡れるかどうか、そして皮をはがれたうさぎがどうなるかという点に寄せられると予想されるからである。「いなばのしろうさぎ」を古事記の文脈から切り離して補助教材化するには、うさぎ中心の物語として扱うことがむしろ適切であると考ええる。

とはいえ、古事記とはかけ離れた内容を授業に取り入れることにならないような配慮は必要だろう。たとえば、『言語活動例を生かした授業展開プラン 低学年』（112頁）には、教訓について読み取らせる活動が取り入れられているが、このような授業展開については注意が必要と考える。どの様な教訓を読み取らせるのか直接には述べられていないが、うさぎ中心の話として補助教材化しているのならば、「他者を欺くとその報いが来る」といった教訓に行き着く可能性が考えられる。けれども、「伝統的な言語文化への親しみ」をねらいとした授業で古事記を出典とする「いなばのしろうさぎ」を扱う場合には、昔話などとは異なる神話ならではの特徴を押さえた授業の方が望ましいと考える。教訓を伝える話として位置づけるといった方向での授業を展開することには賛成しかねる。

では、神話ならではの特徴とは何か。神話と昔話の間に明確な線引きをすることは難しい。けれども、世界の成り立ちや秩序の成立を語ることに神話、特に古事記神話の主眼があるのに対し、昔話は人々の暮らしにより密着した教訓や物事の由来がテーマとなることが多い点は動かし難い。神話の方がよりス

ケールの大きい、ある意味荒唐無稽な展開を見せるものとなりやすいのも、そのためであろう。「いなばのしろうさぎ」でも、うさぎは隠岐の島から対岸の気多の岬に渡ろうとしてワニをだますのであるが、二地点の距離は100キロ近くある。大海原にずらりと並んだ大勢のワニ、その背を踏み踏み軽やかに跳んで対岸を目指すうさぎ。「他者を欺くと云々」などの教訓を読み取らせるより、昔話にはあまりみられないスケールの大きな面白みを、子どもたちには味わわせたい。

ただし、仮に教師の投げかけとは無縁に子ども自らそのような教訓を見いだすに至ったときには、それは肯定的に受け止めるべきであろう。古事記の文脈から切り取られた「いなばのしろうさぎ」だけを子どもが読めば、そのような結論に至るのは自然だからである。

次に、子どもたちが親しみやすい作品として再話することによる、古事記原文との乖離から来るずれや誤解について。この問題は再話の仕方により違いが出てくるものがあるが、ここでは教師用参考書で採用あるいは参考文献とされているものを含めた多くの再話作品に共通して、かつ、話の理解と関わるものを中心に上げる。

まず初めに、兄弟神の、うさぎに対する助言の捉え方について。

教師用参考書類で挙げられている作品を含め、多くの絵本や子ども向け読み物では、大国主の兄弟神は意地悪な心持ちで、あるいはからかいのつもりで、うさぎに適切ではない治療法をわざと伝えたという流れになっている。けれども、古事記にはそのように理解できる記述はない。3節で述べたように、古事記の現行主要テキスト類では、兄弟神が傷を悪化させる対処法をうさぎに伝えたのは、彼らが大国主とは異なり医療等の知識に暗かったためと理解されている。兄弟神の助言が悪意からのものであったと見なすことは、古事記の記述からすればずれとなる。

しかし、たとえおとなが古事記を上巻を通読した場合であっても、原文を読むだけで上のように理解することは難しいだろう。古代に於いては医療知識が支配者の資格の一つであったということが広く一般に共有されているとは言い難いからである。それよりも、兄弟神がうさぎに傷が悪化するような対応法を伝えたのは性格が悪かったからだという解釈の方が受け入れやすいと考える。なぜならば、そのように受け取られやすい記述が古事記中にあるからである。それは、「於大穴牟遲神負袋為従者率往」で、ヤガミヒメへの求婚の旅の際に大国主に荷物を持たせたことがわかる。弟を従者扱いするような兄弟神が、行きずりのうさぎに助言し、その結果うさぎがさらに苦しむことになったとすれば、そこに兄弟神の悪意を見て取るのは不自然な解釈とは言えまい。兄弟神が大国主を従者扱いする場面を含む「いなばのしろうさぎ」の再話作品では、うさぎに対する兄弟神の悪意を明示する表現が無くても、悪意があったと解釈がなされるであろうことが予想される。

兄弟神のうさぎに対する助言に悪意があったと理解すると、相対的にうさぎを救った大国主は優しい人と受け取られやすくなる。哀れなうさぎが優しい大国主に助けられた、という話の流れは、読み手の理解や共感を得やすいものと言えよう。そしてそれは「いなばのしろうさぎ」作品の親しみやすさへとつながると考える。

古事記の記述内容にこだわるのなら、うさぎに対する兄弟神の助言に悪意を見て取ることは、神話の原典とはずれた解釈ということにならざるを得ない。けれども、子どもたちに親しみやすい「いなばのしろうさぎ」の再話を目指すのならば、そのような解釈が生じる余地を排除して物語を構成することは困難であろう。兄弟神の助言に悪意を見て取る解釈が生じる可能性を意識することは、「いなばのしろうさぎ」の補助教材化にとっては必要

なことと考える。

次に、「しろうさぎ」の語義と表記について。

現代の子どもたちが「しろうさぎ」という言葉から思い浮かべるのは、いわゆる日本白色種と言われるうさぎであろうが、これは近代になってから作られた種である。古事記に出てくるうさぎはノウサギで別種である。⁵⁾因幡地方のノウサギの被毛は、傷の治療に用いた蒲の穂黄が採れる夏場には白くならない。そもそも雪国ではない因幡では、冬でもすべてのノウサギが白毛に変色するわけではない。にもかかわらず、古事記には「しろうさぎ」とある。これについてはどのように理解すればよいのだろうか。

古事記の原文では、しろうさぎのシロの字には「素」の字が用いられている。この語義については大きく分けて二通りの考え方が存在する。一つは「素」にシロの訓があることから白色の意味を認めるもの。もう一つは、毛をむしられた裸の状態と解するものである。

前者に関しては、前述のように蒲の花粉が採れる季節の因幡地方のノウサギの被毛が白色でない点が問題となる。しかしこの点については、白色に神聖性を認めることで説明がつくという見解がある。古来、日本では白は神聖な色で、神の化身や神の使いの動物は白い色であることが多かった。古事記にも、白猪、白鹿などが、神の使いや神の化身として登場している。さらに、しろうさぎはただの動物としてこの説話に登場しているわけではない。古事記では、話の終盤でうさぎについて「此、稲羽之素菟者也」とあるのに続き「於今者謂菟神也」という記述が見える。うさぎは神であると古事記は伝えているのである。さらに、うさぎは大国主がヤガミヒメに選ばれるであろうことを予言しており、その予言は的中する。このように、神と呼ばれ呪術的な力を発揮するうさぎであるのならば、普通のノウサギとは異なる白いうさぎであっ

でも不思議はないことになる。

けれども、古事記をはじめとする上代文献で神聖性を帯びた白い動物の表記に「素」を用いた例はほかにない。「素菟」のみが異例の表記になっているところに問題が残る。この表記には単なる白色にとどまらない何らかの意味が込められている可能性が否定できない。

鈴木啓之は、上代文献における「素」の訓字例を調査し「素」の訓が「しろ」以外には考えにくいこと、および「素菟」が漢籍の影響下にある語であるとは考えにくいことを指摘した上で、毛皮を白い衣服に見立てての表現ゆえ「素」の字を用いたとする説を支持する。そしてさらに「菟神」と言われていることもふまえて、「素」を「裸」ではないとしつつ同時に単なる「白色」でもないとする踏み込んだ次のような説を提示する。⁶⁾

(略)「素」の字はこの説話の「衣服・裸」なる表記・表現から連想的に、或いは「文字の趣向」として選ばれた文字であろう。しかし、その選択は単に関連する文字を並べると面白さにあるのではなく、「白」字を以てしても、また〈シロウサギ〉ということばでも表し切れない兎の有様を、すなわち〈毛の白い兎〉であることを積極的に示そうとする意識に拠っていると言えるのではないか。

一方本居宣長は、菟が白いことに触れられないまま話が展開し最後の段で唐突に「素菟」の語が出てくることについて「いささか心得ぬ書ざまなり」とした上で「素もしくは裸の義には非じか」と裸説を示した。⁷⁾ただし同時に、そのように解するのならば「異訓ありなむ」とも言う。裸説には「しろ」以外の訓が必要ということだが「素」の訓は「しろ」以外には考え難いことは、すでに紹介したように鈴木によって明らかにされている。また、上代散文文献に「素」を「裸」「むき出し」等の意に用いた用例は見あたらない。しかし「素菟」の語の使われ方が唐突で単なる白色

とは解し難いとの指摘は傾聴に値しよう。

「素菟」を巡る大きな問題のおおよそは以上の通りである。主要な現行テキストや注釈類を見る限りにおいては現時点では「裸」の義を積極的に認めようとするものは少数である。⁸⁾しかしすでに見てきたように、「素」は単に白色の意を表現する語とは理解しがたい。毛皮を白い衣服に見立てての表現とする説が比較的説得力を持つように見えるが、「素」の訓字例を見るに、これにも問題があるのではないかと考える。

鈴木がすでに用例を挙げた上で指摘していることであるが、「素」の訓字例は古事記には「素菟」のほかには見あたらないが、日本書紀にはいくつか見える。そのうち、「もとより」の訓があてられて副詞的に使われているもの、ならびに「すなほなり」「しづかなり」等の熟字訓が当てられているもの、それと出家者に対する俗人の意で「素」を用いている例を除外すると、以下のものが残る。

- ① 素幡（景行十二年九月）
- ② 素旆（神功皇后摂政前紀 仲哀九年十月）
- ③ 素組（神功皇后摂政前紀 仲哀九年十月）
- ④ 素服（仁徳即位前紀）
- ⑤ 霜素（仁徳三十八年七月）
- ⑥ 素服（允恭四十二年正月）
- ⑦ 素服（天智即位前紀）

上の用例中、⑤は白い塩の比喻としての霜の形容で「素」が用いられている例で、白色の意と理解され、訓も「しろ」があてられている。他例は全て繊維と関わる語中に見える。①②③は降伏の印としての旗や組紐（または細い布）に「素」が用いられている例で、訓は「しろ」「しら」があてられている。日本書紀の欽明二十三年七月は月条に「白旗」が2例あることから、「素旗」も「白旗」と同義と判断されているようだが、欽明紀の例は偽りの降伏の場面と無知により白旗を誤用した場面での用例である。真実降伏の場面では「素」が用いられているのに対し、単な

る降伏ではない場面で「白」が使われていることを見るに、「白旗」は単なる白色旗を表すのに対し、「素幡」等は色以外の義、例えば素の熟字訓の一つ「すなほなり」等の意も含むと解しうる可能性があるのではないかと考える。

一方④⑥⑦は喪服を表す語に「素」が用いられている例である。これらの用例について、鈴木は「素」の古訓を調査し「あさ」となっていることを言っている。この訓については鈴木が言うように、「素」「喪」に〈アサ〉の訓義があるのではなく、例えば『万葉集』の高市皇子殯宮挽歌に見える「白妙乃 麻衣著」（巻二・一九九）などによるもの」と考えられる。素服は白系統の色の麻布でつくられたものと考えて良いだろう。素材が麻であることに関しては、喪葬令に天皇の喪服を麻製とする規程が見えることも、傍証となろう。

けれども、「素」に〈アサ〉の訓義がないのなら、「白」の字を当てる表記法も考えられるはずである。にもかかわらず、なぜそうになっていないのだろうか。ちなみに『日本文学色彩用語集成上代一編』によれば、日本書紀中には「白服」の語は見あたらない。

この点について、おそらくは「白」の字には、麻製の衣服とはつながりにくいニュアンスが含まれていたのではないかと推測する。そのように考える根拠として、日本書紀の孝徳天皇大化二年三月条にみえる、いわゆる薄葬の詔に注目したい。この中に、王以下小智までの冠位を持つ者の葬具は「白布」、無冠者の葬具は「匱布」という規程が見える。匱布、すなわち織り目の荒い布が白布と対比的に扱われている。これは、冠位を持つ者の葬具は色重視で選ばれ、無冠者の葬具は織り目重視で選ばれる、ということではないだろう。おそらく「白布」とは、色が白くかつ織り目も細やかなものを指すのではないかとと思われる。そうであるのなら、「白」が衣服関連用語で用いられた場合には、色彩だけでなく織り目の細やかさをも伝える場合があると理

解できる可能性があることになる。麻製の喪服が素服と表記されたのは、このことと関わるのではないか。高位者が着用する喪服が匱布ということはあるまいが、絹と比べれば麻の織り目は粗いと言えよう。素服を白服と表記することは難しかったのではないだろうか。

このように見えてくると、繊維関連用語での「白」と「素」は単純に白色を意味する類義語として扱う訳にはいかない可能性があるように思われる。特に衣服用語において「素」が用いられる際には、色のみならず織り方の粗さも意味に含まれる可能性があることをふまえると、うさぎの白い毛皮を衣服になぞらえて表現するのに、「白」ではなく「素」を用いるということには合点がいきにくいところが出てくると考えるものである。

「素」の意味については、白色説、裸説、衣服になぞらえた表現説、いずれも問題を残す。「素」が用例によっては織り目の粗さを意に含むことがあることを拡大解釈し、毛をむしられた肌の荒れた状態を表現していると捉えることも、試みの案としては考えられるかもしれない。けれども、衣服関連の語中にある場合に用例が限られている点、およびそのように解釈する場合でも訓が「しろうさぎ」のままでよいかという点が課題として残る。

様々に考えてはみたが、結局のところ現時点では、「しろうさぎ」の語義は明確になっていないということを確認しておきたい。とはいえ、このようなことを小学校の授業に持ち込むことは無論できない。しかしながら、古事記の神話としての「いなばのしろうさぎ」を補助教材化する場合には、教師の側はこのこと、しろうさぎは単なる白色のうさぎではないことを念頭に置くことが望ましいと考える。これは具体的には、補助教材の表記の問題と関わるからである。

2節で挙げた教師用参考書類でも、既刊の絵本類でも、多くは「しろうさぎ」を「白うさぎ」と表記している。しかし教師用参考書

類では、DVD『国語科指導技術シリーズⅢ 伝統的な言語文化を授業する 第2学年【いなばのしろうさぎを楽しもう】』は「しろうさぎ」と表記し、授業の中でも「とりあえず〈しろうさぎ〉と書いておきます」とさりげなくふれるにとどまっている。このような慎重な姿勢が望ましいと考える。

以上、「いなばのしろうさぎ」を例に見てきたが、古事記などの神話を補助教材化しようとすると、原典とのずれが生じることは避けがたい。けれども中には、子どもたちと神話との距離を縮める働きを持つ、必要なずれもある。そういうものについて問題視する必要はないと考える。しかし、伝統的な言語文化に親しむことをねらいとした授業で使用する以上、原典から離れすぎた再話は補助教材としては不適切と考える。補助教材作成の際には、教師は原典の姿についてもある程度関心を払う必要があるのではないかと考えるものである。

5. おわりに

伝統的な言語文化の一つである古典作品に触れると、物事に対する自分のとらえ方に思いこみや誤解が多いことに気づかされる。例えば「いなばのしろうさぎ」では、うさぎの目は赤くないし耳もそれほど長くない。それを知ること、環境の変化により今では目にすることが少なくなってしまった生き物を改めて意識する契機となる。また、支配者（王）となるには心の優しさだけでなく他者に優越する医療などの技術が必要との価値観にふれれば、この話が単なるおとぎ話ではないことが実感される。

このような発見が古典文学に親しむ楽しさの一つと考える。であるからこそ、実際の授業に取り入れられるか否かにかかわらず、教師がまず原典に親しみそれを尊重することが肝要ではないかと考えるものである。

注

- 1) 次の論文にて、ヤマタノヲロチ退治絵本と古事記神話の比較分析を行った。
原田留美. 神話と児童文学—スサノヲのヤマタノヲロチ退治神話について—. 精華女子短期大学紀要. 1999;25:87-102.
神話と児童文学（その2）—続・スサノヲのヤマタノヲロチ退治神話について—. 精華女子短期大学紀要. 2000;26:59-80.
- 2) 「日本書籍総目録」を継承するサイト、
<http://www.books.or.jp/>等で確認。
- 3) 梗概ではオホナムチの名を用いるが、混乱を避けるため他は大国主で統一する。
- 4) 冒頭で、大国主と兄弟神が因幡にやってきた理由などについて言及がある場合には、相対的に大国主の印象が強まる。西野綾子版や舟崎克彦版ではこの部分に比較的多く筆を割いている。一方、『楽しい“伝統的な言語文化”の授業づくり 1・2年』に見える物語冒頭部分の引用では、大国主らについての言及は見えず、うさぎが対岸に渡りたがったことから話が始まっている。このような始まりの場合には、読者の印象に強く残るのはうさぎの方であろう。
- 5) 野ウサギの生態については、次の書籍を参考にした。
平田貞雄. ノウサギの話. 秋田:無明舎出版; 1999.
- 6) 鈴木啓之. 古事記「稲羽之素菟」訓義攷—「素」字の使用意義をめぐる—. 古事記年報. 1989;31:25-46.
- 7) 本居宣長. 本居宣長全集 九巻. 432. 東京: 筑摩書房;1976.
- 8) 新潮日本古典集成版、小学館新編古典文学全集版、岩波書店思想大系版などは「白うさぎ」説を採るが、小学館古典文学全集版は「白うさぎ」説に傾きつつも明言は避け、岩波書店日本古典文学大系版は宣長説を紹介している。

参考文献

- 文部科学省. 小学校学習指導要領解説国語編 平成20年8月. 東京:東洋館出版社;2008.
- 井上一郎. 言語活動例を生かした授業展開プラン 低学年. 110-113. 東京:明治図書出版;2010.
- 大越和孝ほか3名. 「昔話、神話・伝承」の指導のアイデア. 120-151. 東京:東洋館出版社;2009.
- 大森修ほか7名. 楽しい“伝統的な言語文化”の授業づくり 1・2年. 11-19. 45-63. 80-85. 東京:明治図書出版;2009.
- 大森修ほか7名. 1・2年で使える“昔話・神話・伝承ワーク”. 97-118. 東京:明治図書出版;2009.
- 大熊徹・大塚健太郎. 国語科指導技術シリーズⅢ 伝統的な言語文化を授業する 第2学年【いなばのしろうさぎを楽しもう】. 東京:ジャパンライム;2009.
- いなばのしろうさぎ. 舟崎克彦. 東京:あかね書房;1995.
- イナバの白うさぎ. 西野綾子. 東京:ひくまの出版;1989.
- 倉野憲司校注・武田祐吉校注. 古事記祝詞. 東京:岩波書店;1973.
- 西宮一民校注. 古事記. 東京:新潮社;1979.
- 荻原浅男・鴻巣隼雄校注. 古事記. 東京:小学館;1985.
- 青木和夫ほか3名校注. 古事記. 東京:岩波書店;1985.
- 山口佳紀・神野志隆光校注. 古事記. 東京:小学館;1997.
- 大西晴隆・木村紀子校注. 塵袋2. 東京:平凡社;2004.
- 坂本太郎ほか3名校注. 日本書紀上下. 東京:岩波書店;1980. 1982.
- 小島憲之ほか4名校注. 日本書紀123. 東京:小学館;1994. 1996. 1998.
- 秋本吉郎校注. 風土記. 東京:岩波書店;1978.
- 井上光貞他3名校注. 律令. 東京:岩波書店;2001.
- 伊原昭. 日本文学色彩用語集成 上代1編. 東京:笠間書院;2007.

統合失調症患者の退院後にも肥満が持続する プロセスと看護介入

斎藤まさ子・内藤 守

新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

Process of Obese Continuation Even After Discharge in Patients with Schizophrenia and Nursing Intervention for Them

Masako Saito, Mamoru Naito

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

要旨

本研究は、入院体験を契機に肥満となり退院後も肥満が持続している統合失調症当事者の、肥満になったきっかけと肥満が持続するプロセスを明らかにし、援助的視点を得ることを目的とした。N市内の地域活動支援センターに通う3名の当事者に対して半構造的インタビューを行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した。

その結果、3点の援助の必要性が明らかとなった。第一に、肥満を予防するために、入院中と退院後の活動性拡大の機会を見逃さない。急性期を脱し回復期初期の段階で、「暇」や「退屈」と感じるときを見定め、慎重に活動性拡大のアプローチを勧めて行く。第二に、抗精神病薬の副作用について正確な知識を普及し、主体的な肥満対策ができるように援助する。第三に、効果的な減量のための家族を含めた積極的な相談体制を確立する。

キーワード

統合失調症、肥満、活動性、抗精神病薬、相談体制

Abstract

The purpose of this study is to clarify why schizophrenics who become obese while in hospital remain obese even after they leave hospital, along with the process through which their obesity continues, and to obtain a perspective for aid and support. Three out-patients at the Regional Activity Support Center in N City, were interviewed in a semi-structured way and analysis was carried out using the revised version of the Grounded Theory Approach.

As a result, the need for three items of aid was identified. Firstly, in order to prevent obesity, not to miss any opportunity for broadening patients' sphere of activities while they are in hospital and afterwards. At the stage where patients are over the acute phase and have started the recovery phase, to seize on moments when they feel "bored" or that they have "time on their hands" and cautiously recommend an activity-broadening approach. Secondly, to disseminate accurate knowledge about the side effects of anti-psychotic drugs and give patients help so that they can take independent measures against obesity. Thirdly, to establish a positive consultation system including the family to bring about an effective reduction in the quantity of food.

Key words

Schizophrenia, obesity, sphere of activities, anti-psychotic drugs, consultation system

I はじめに

統合失調症と肥満との関連については、症状の影響による活動性低下や食生活など患者自身の特性とともに、抗精神病薬の影響によるものと考えられてきた。さらに、1990年代の第二世代抗精神病薬の登場により、抗精神病薬の副作用の主軸がそれまでの錐体外路症状から肥満を含めたメタボリック・シンドロームのリスクへと移行していることが明らかとなっている。^{1) 2)} 小渡らの研究では、単科精神科病院を対象として、入院患者と外来患者のBMI (Body mass index) 指数を検討したところ、男性の約1/3が、女性の約1/2が肥満者であった。さらに、肥満者数の入院群と通院群との比較では、通院群が入院群の倍近くに及んでおり、通院群の場合は食事管理や栄養指導などの管理がないことが大きいのではないかと指摘している。³⁾ これについては長嶺も同様な問題を挙げている。⁴⁾

この状況は、やがて心血管系イベントや糖尿病など様々な身体合併症の根源的リスクとなるばかりでなく、動くのが億劫になる、人目を気にして外出を控えひきこもりぎみになるという、身体面や心理面からくる活動性の低下も併存し、いずれもQOL (Quality of Life) に大きな影響を与えている。⁶⁾

身体合併症やQOL低下のリスク対策として、入院患者やデイケアに通うメンバーを対象とした、食事や運動などの行動変容目的の健康管理プログラムを実施する施設が増えており、これに関する研究も、医師や薬剤師、看護と領域を超えて発表されている。^{7) 8)} しかし、精神科病院を退院し外来に通う患者が、

服薬を継続しながら日常生活のなかで肥満をどのように捉え、どう対応しているかについて、患者の思いに焦点を当てた研究は見当たらない。筆者らは、外来通院する統合失調症当事者6名に面接調査し、体重管理を主体的に実践していくプロセスを明らかにし、援助的視点について考察した。⁹⁾ そこでは、退院後の主体的な体重管理に焦点を当てているため、入院中や退院直後の体重増加の状況や肥満の持続に関しては分析の対象外であった。

本研究は、前述の6名のうち自らを「肥満」と表現し、入院体験を契機に体重が増加したまま改善されずに持続している3名について、肥満になったきっかけと、その持続に関するプロセスを明らかにし、看護の援助的視点を明らかにすることを目的とする。

II 方法

1. 対象者

N市の地域活動支援センターに通う、精神科病院に入院歴のある統合失調症患者で、入院体験により体重増加をきたし、それが持続している3名である(表1)。3名とも女性で、年齢は20代1名、30代2名である。入院経験は1-2回で、最後に入院した時期は1-10年前であり、入院期間は1.5-5カ月である。入院中もしくは退院後に5kgから20kgという顕著な体重増加を体験しており、体重増加の時期は、入院中から退院後にかけてが1名、退院後からが2名であった。内服する抗精神病薬は、第一世代抗精神病薬が1名、第二世代抗精神病薬が2名であった。

表1 分析対象者の情報

対象者	性別	年代	最終入院時期	入院期間	入院回数	体重増加の状況と時期
A	女	20代	1年前	2か月	2回	退院後に10kg以上増加
B	女	30代	10年前	1.5か月	1回	入院中に20kgと退院後
C	女	30代	7年前	5か月	1回	退院後に徐々に増加

2. 調査期間

調査期間は、2008年5月から12月である。

て文書を提示しながら説明し、同意書に署名を求め承諾を得た。

3. データ収集

事前に施設代表者に承諾を得た上で、地域活動支援センター（以降センターとする）を訪問し、通所者に直接研究の主旨を説明した。施設代表者の調整日にセンターに出向き、協力の得られた対象者に半構造的インタビューを行った。許可を得た上で内容を録音し、逐語録にしたデータを分析対象とした。主要な質問は、体重増加についての考えと対策、内服薬と体重との関係の捉え方、入院中や外来での体重管理ケアに関する医師や看護師との関わりについてである。時間は疲労に考慮し、40分を上限とした。

4. 倫理的配慮

研究協力者へ本研究の目的や方法、および、中途での研究中止の保障、プライバシー保護（ICレコーダーの厳重な管理と消去、個人が特定できないための万全な配慮）につい

5. 分析方法

本研究では、帰納的な質的調査の方法論の1つであるグラウンデッド・セオリー・アプローチ（以降GT法）を用いて分析した。研究方法としてGT法を用いたのは、データに密着した分析から独自の説明概念をつくるGT法が、研究目的に適していると判断したからである。さらに、本研究のように限定的な研究領域において、説明力のある理論を構築するには優れた方法であるからである。本論文の分析は、より活用しやすいように開発された、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以降M-GTA）を用いた。M-GTAでは、収集したデータの全体を見て、分析テーマを設定する。本論では、「肥満となるプロセス」¹⁰⁾、「肥満持続のプロセス」¹¹⁾、「減量を阻むもの」とした。分析ワークシート（表2）を作成し、概念の定義、具体例を記入し、理論的メモを作成した。生成した概念の有効性を

表2 分析ワークシート

概 念 名	頼れる薬という信頼
定 義	服薬は面倒ではあるが、飲まないと症状や体調が悪化するため、症状安定のためには必需品だと思っていること。
ヴァリエーション (具体例)	A1「正直面倒くさいとは思いますが、飲まないとやっぱり症状が悪化しちゃいますし、眠れません。わたしあの寝る前に飲んでるんですけど、朝と昼は飲まないで。なんで飲まないと眠れないんですね。必須ですね。暗示みたいところがありますね」 B13「薬を飲み続けるために、家族の協力は特にありません。自分で飲むように心がけています。・・体重増加の薬はリスベリドンだと思います。できれば肥りにくい薬があればそちらの方に変えてもらえたらいいなと思いますけど」 C2「薬飲まないと体調がわるいんですよね、なんか頭がいたくなったり、だから頭痛薬ももらってきましたけど・・肥ったのでやめたいと思うときはあるけれど、やっぱり飲んでた方が楽なんで」
理論的メモ	薬への信頼は、症状が悪化して眠れなくなる、体調が悪くなり頭痛がするという、症状が表れることで実感しているようだ。Bは、10年間主体的に飲み続けていることが、薬に対する信頼に他ならないと判断する。 対極例：なし Bは、できれば太りくい薬があればそちらの方に変えてもらえたらいいと考えている。Cは肥ったことからやめたいと思うときがあるという。これらは、現在の薬に対する信頼とは別次元の問題なので、肥満と関連した薬への思いについては、別に概念名をあげる。

チェックするためにその都度対極例を探し、その概念がデータから生成可能かどうかを意識しながら、恣意的に解釈が偏らないようにした。次いで概念間の関係を図にしながら進めた。複数の最小単位概念からなるカテゴリーを生成し、結果をまとめて文章化を行った。

概念間の関係を図式化する段階で、専門家によるスーパービジョンを受けた。

Ⅲ 結果と考察

1. 肥満のきっかけと持続するプロセスの結果図

分析の結果は図1のとおりである。まず、結果図の全体的な流れを概念名およびカテゴリー名を用いて説明する。文中に、【 】で示したのが最小単位概念、< >がカテゴリーを意味する。肥満のきっかけと肥満が持続するプロセスは、6つのカテゴリーと、それを構成する14の概念、それに含まれない2つの概念で構成された。

対象者は、入院中に<間食でまぎらわす暇な時間>を過ごすことにより肥満となった。急性期を脱し【暇とを感じる時期から間食開始】となり、【したくてもすることがない日々】を間食することで紛らわしていた。この日々が肥満のきっかけとなった。看護師に対しては、忙しそうで【悩み相談に手が回らない看護師】像を抱いていた。退院後は<休んで食べて・引きこもり生活>を体験し、日中何もすることがないため、【食べて寝て引きこもり生活】を送った。それには、【家族が勧めるただただ休息】が大きく影響していた。この日々も大幅な体重増加を来した。やがて、肥満対策として<減量のための計画と実践>を開始した。方法は、主治医や看護師ではない【信頼できる専門職の活用】であり、【食べ物でカロリー制限】や、通所手段を【自転車と歩きの活用】に変えるなどの方法が取られた。一方、ダイエットに逆行するものとして<太るけどやめられない習慣>があり、気分が沈む時の【元気づけの高カロリーおやつ】や【断れない家族の食の勧め】などがあり、肥

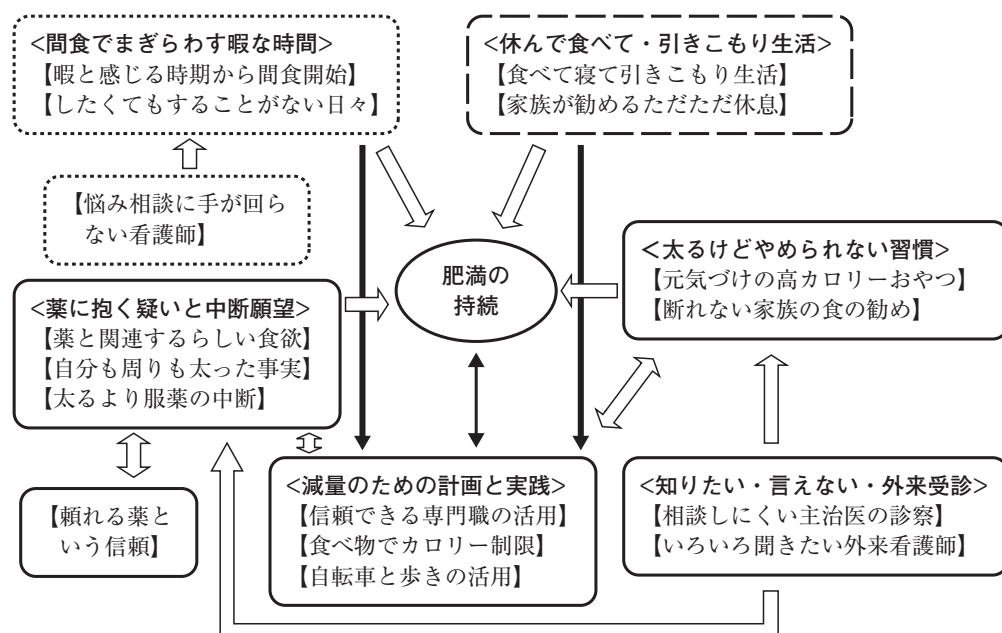


図1 肥満化と肥満の持続のプロセス

 入院中
 退院直後
 現在
 < > カテゴリー名
 【 】 概念名
 → 変化の方向
 ⇔ 影響の方向

満の持続を後押しするものであった。外来受診では、<知りたい・言えない・外来受診>であった。主治医との会話は症状に関連することのみで【相談しにくい主治医の診察】であり、看護師には【いろいろ聞きたい外来看護師】であった。処方薬に対しては<薬への疑いと中断願望>を抱き、それは【薬に関連するらしい食欲】と【自分も周りも太った事実】からという、正確な知識がないまま自らの体験から発生した疑いであり、ときには【太るより服薬の中断】を考えることがあった。それらは、【頼れる薬という信頼】を脅かすものとなっていた。

2. カテゴリーごとの説明

1) <間食でまぎらわす暇な時間>

<間食でまぎらわす暇な時間>は、【暇とを感じる時期から間食開始】、【したくてもすることがない日々】で構成された。急性期を脱し、徐々に症状が安定しても安静を勧められ、退屈を紛らわすために間食を繰り返すことにより、体重が増加した状況を示している。

【暇とを感じる時期から間食開始】とは、症状が落ち着いてくると「暇」と感じるようになり、間食を繰り返したことを表す概念である。「暇なので売店に行ってお菓子を食べてました」、「退屈でつい食べてました」と暇を売店通いや間食をすることで紛らわしていた。

【したくてもすることがない日々】とは、活動欲求が出てきたが、何もすることがなかったことを表す概念である。「最初は何もしたくなかった・・・だんだん病状が落ち着いてくるとなんかしたいと・・・」と、病状の安定とともに活動意欲が出てきたことを表していた。

2) 【悩み相談に手が回らない看護師】

【悩み相談に手が回らない看護師】とは、看護師に抱えていたことを相談したかったが、実際は忙しそうで密接にかかわってもらえなかったことを表す概念である。「相談に

乗って欲しい・・・看護師さんが一番近くにいるはずなんですけど、手が回らないようで」と、忙しそうで相談に乗ってもらえなかった看護師に対しての不満が、遠慮がちに表現された。

3) <休んで食べて・引きこもり生活>

<休んで食べて・引きこもり生活>は、【食べて寝て引きこもり生活】、【家族が勧めるただただ休息】で構成され、退院後は家族が勧めるまま休息を優先し、家に引きこもって食べては寝る生活をしていたため、体重が増加した状況を示している。

【食べて寝て引きこもり生活】とは、退院後は家に引きこもっており、空腹のときはカロリーに考慮しないものを食べていた状況を指す。「ゲームだけやって布団にもぐって・・・お腹すいたら自分で冷凍食品買いに行つて。そういうのって高カロリーなんですよ、それで太ったんです」と、体重の急激な増加がそのころの生活に起因しているものと自らアセスメントしている。

【家族が勧めるただただ休息】とは、家族がとにかく休息を促した状況を示している。

「休め休めと、やっぱり親もわからないんで、どういう風にしたらいいかとか」と退院後の生活について、家族もよくわからないまま休息を促した状況を示している。

4) <減量のための計画と実践>

<減量のための計画と実践>は、【信頼できる専門職の活用】、【食べ物でカロリー制限】、【自転車と歩きの活用】で構成され、それぞれの生活体験で減量の必要性を実感し、日常生活の中で工夫しながら減量の努力を重ねている状況を示している。

【信頼できる専門職の活用】とは、減量のために、信頼できるまわりの専門職に相談したりアドバイスをもらっている状況を指す概念である。「かかりつけの小児科医に相談し、歩いた方がいいと言われて」「月に1・2回体力測定があり、その栄養士に聞いてお弁当

に変えました」と、精神科の主治医や看護師ではなく、身の周りにいる専門家を上手く活用していた。

【食べ物でカロリー制限】とは、減量のためにカロリーに配慮した食材や食事量、飲料などにしている状況を指す。「お弁当に変えたんです。前はカップラーメンでした」「コーヒー牛乳は飲まないでポカリとかに」「センターで甘いお菓子が出るのが一番困ります。食べないで我慢してる」などと、カロリーの高いカップラーメンや砂糖含有量が多いコーヒー牛乳をやめ、さらに通所先でのお菓子も控えるなど、カロリー制限に努力していた。

【自転車と歩きの活用】とは、減量のためにセンターへの道程に、自転車や歩きを入れる工夫をしている状況を表す概念である。「自転車にしようかなって」「できるだけ歩くようにしています。たまに駅まで歩くこともあります」「自転車で25分かけて通ってます」と、バスで通っていた毎日の通所の方法を、歩きや自転車など、より運動量の多いものに変えるという工夫をしていた。

5) <太るけどやめられない習慣>

<太るけどやめられない習慣>は、【元気づけの高カロリーおやつ】、【断れない家族の食の勧め】で構成され、減量の努力の反面、逆行する行動をしている状況が表現された。

【元気づけの高カロリーおやつ】とは、元気づけのためにカロリーの高いお菓子を食べることを指す概念である。「薬飲んでてもたまにへこむときがあり、大きなプリンアラモードのような甘いものを食べると気分がよくなることが、結構あります」「なるべくやらないようにはしていますが」と、減量に逆効果とわかっていながら、元気がない時は精神安定剤の役割を果たす甘いものを食べていた。

【断れない家族の食の勧め】とは、家族が勧める食事や間食を、断れないで食べている状況を示す概念である。「帰るとお母さんがお腹すいた？ ご飯食べなさいと・・・夕飯前のど

んぶり飯です」、「言われたら食べないわけにはいかない」と、家族の思いやりに対しては、無条件で応える姿が示された。また、「母は働きながら食事を作ってくれているので何も言えません」と、家族に作ってもらっているという感謝や申し訳なさから、ダイエット食を要求できず出されたものを食べるという気持ちを表現していた。

6) <知りたい・言えない・外来受診>

<知りたい・言えない・外来受診>は、【相談しにくい主治医の診察】と【いろいろ聞きたい外来看護師】から構成される。外来受診時に主治医とは、症状や処方薬などに関する決まった会話がなされるが、それ以外の相談はしにくい状況であり、外来看護師に対しては聞きたいことがいろいろあるが聞けてない状況を示している。

【相談しにくい主治医の診察】は、主治医とは症状に関連する決まった話題が中心であり、それ以外は相談しにくい状況を表す概念である。「相談になると困るみたいで、精神科の医師は薬とかの面で詳しいだけですから」、「主治医はいつも聞くことが決まっています」と、主治医は疾病に関すること以外の会話をしたくない人という認識があった。その反面、「体重が増え気味なところを聞きたいです」と、本音は主治医に相談したいという思いを表していた。

【いろいろ聞きたい外来看護師】は、外来受診時に看護師からのアプローチが全くないが、肥満についていろいろ聞きたいことがある状況を表す概念である。「看護師さんは何も言わないです」、「体重増加についてどういうことをしたら一番やせやすいとか、食事に関する説明とか、あとは薬の説明とか、そこら辺のことを詳しく聞きたいですね」と、看護師から何もアプローチがないが、知りたいことはいろいろあるという思いを表していた。

7) <薬に抱く疑いと中断願望>

<薬に抱く疑いと中断願望>は、【薬と関連

するらしい食欲】、【自分も周りも太った事実】、【太るより服薬の中断】から構成される。内服薬について、なんとなく太るらしいという疑いを抱いており、ときには服薬を中断したいと思う気持ちが表現された。

【薬と関連するらしい食欲】は、主治医から説明はないが、食欲が出るのは内服薬と関連しているらしいという認識を示す概念である。「何だか食欲がわくみたいで、よくお腹がすくんですよ」「体重増加の薬はリスペリドンだと思います」と、自ら服用する薬剤名を出して、それが太る薬だという判断していた。

【自分も周りも太った事実】は、抗精神病薬を服用している自分も周りの人も太っている事実から、肥満と関連があるらしいという認識を指す概念である。

【太るより服薬中断】とは、太った事実から服薬をやめたいと思う気持ちが生じることを説明する概念である。「やっぱり体重が増加になるみたい。太ったしやめたいと思うときはあります」と、太るらしい薬を継続して服用することへの葛藤が表現された。

8) 【頼れる薬という信頼】

【頼れる薬という信頼】とは、服薬は面倒と感じながらも、症状悪化を防ぐためには必需品だと思っている状況を示している。「眠れるという、暗示みたいなところがあります」「薬飲まないと体調が悪くなります。頭が痛くなったり」と、服用することでの安心感や、服用しなければ体調を崩す体験から、薬の重要性を認識していた。

3. 全体の考察とまとめ

語りを詳細に分析した結果、肥満の持続に対する援助の視点として、『肥満を予防する：入院中と退院後の活動性拡大の時期を見逃さない』、『薬の副作用の正確な知識の普及』、『効果的な減量のための積極的な相談体制の確立』の3点について考察する。

1) 肥満を予防する：入院中と退院後の活動性拡大の時期を見逃さない

そもそも肥満の原因は、入院中や退院直後の体重増加にあったので、それを予防することが大前提である。入院患者の高齢化、認知症患者の増加などから、精神看護においても身体合併症看護の知識やスキルが求められるようになってきているが、幻覚・妄想などの精神症状が混在化した患者をケアするため、精神症状の安定化にケアの視点が行きがちであることを、普段から意識して援助する必要がある。

対象者は、暇ですることがないから間食をしていたという語りから、休息を尊重されるあまり、身体を動かすことがないまま間食を繰り返し、それが体重増加につながったと考えられる。入院期間が1.5-5カ月という比較的短期の入院であったが、一般的には急性期を脱して回復期初期であり、精神的な混乱から再び生活を取り戻していく時期といえる。従来からこの時期は十分な休息が必要であることから、症状の悪化や再燃することを懸念して、多少なりとも刺激が伴う活動範囲の拡大は慎重であった。

では、看護のアプローチとしてどのような活動範囲の拡大が可能であろうか。この時期のリハビリテーションの意義について山根は、絶対安静が必要な急性状態を抜け出した後の、基本的な心身の機能の回復を挙げている。¹²⁾それは、基礎体力の回復や、1日の生活リズムを回復することから始まり、具体的な活動としては、自分の身の回りのこと（身辺処理）くらいはできるようにすることだと述べている。また、野中は、早期リハビリテーションについて事例をあげ、作業療法士と看護職が連携した病棟での活動について報告しており、状態に応じた包括的な関わり、多職種による連携、安全で明確な運営方法などに留意することで、効果的なリハビリテーション¹³⁾が行い得ることを述べている。具体的な活

動として、リラクゼーションストレッチ、創作活動、お茶教室などを実施している。さらに、五十嵐は、症状や制限された治療環境により、自発的な活動が送りにくく単調な生活になりやすいため、回復段階に合わせてより健康的な生活を送るための場・時間・機会を提供することの必要性を説いている。動的な働きかけとして、散歩やリラクゼーション、作業療法やレクリエーション療法などを紹介している。¹⁴⁾活動範囲の拡大に関するこれらの記述を、その時期の対象者の語りからみると、急性症状を脱して「暇」や「退屈」と感じるまで回復していた対象者は、したくてもすることがない単調な時間を、売店通いや間食という動的で自発的な活動で紛らわしていたと考えられる。活動性拡大の働きかけは十分可能であったといえる。

これらのことから、回復期初期の動的な活動範囲の拡大時期の判断材料として、患者が「暇」や「退屈」と感じる時期が重要なポイントになると考えられる。その時期を見逃さず、心身のリスクに対する適切なケアのもとで、個別的な健康的な生活を送るための場・時間・機会を提供する。具体的には、身の整理や軽い身体運動、散歩、創作活動などのリハビリテーションなどが挙げられる。

退院後の活動性は、入院中から自宅での生活を考えた患者自身および家族が理解できるようなアプローチが求められる。また、精神医療も入院期間の短縮化が促進されており、自宅で症状の安定化を図ることも考えられ、退院後の生活については、他職種と連携してできるだけ規則正しい生活ができるように、具体的で個々の生活に見合った方法を模索していく必要がある。

2) 薬の副作用の正確な知識の普及

対象者は、「太ったからやめたいと思うときがある」と語っていた。精神症状に効くこと、継続して飲まなければ症状が悪くなるこ

とを理解したうえでの発言である。抗精神病薬の体重増加には、ヒスタミンH1受容体への親和性が関連しているといわれている。¹⁵⁾特に、第二世代抗精神病薬は、従来の第一世代抗精神病薬の副作用で患者のQOLを著しく低下させていた錐体外路症状が軽減したものの、オランザピンなど薬剤によっては従来以上に体重増加を来すものがある。長嶺は、服薬コンプライアンスに影響を与える因子として一番大きいのが、肥満や糖尿病への恐れや不安があるから飲まない、眠くなるから量を加減する、などの「抗精神病薬の認容性」の問題だと述べる。¹⁶⁾対象者が服薬を中断したいと考えることは、特異なことではないといえる。

薬剤に体重増加という副作用があっても、それを踏まえたうえで主体的に飲み続けるには、つまりアドヒアランスを維持し高めていくためには、抗精神病薬の知識を正しく知ることから始めなければならない。¹⁷⁾知ること、体重増加に対しても、それに見合った主体的な対処行動がとれるようになると考えられるため、入院中から退院後のアドヒアランスに向けた看護の実践が求められる。対象者がそうであったように、退院後はさまざまな疑問や不安を抱きながら服薬を継続している可能性があるため、外来受診時に看護師側からの積極的な働きかけが必要である。

3) 効果的な減量のための積極的な相談体制の確立

ICN看護師の倫理綱領によると、看護が担う基本的責任は、健康の増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和である。入院初期から退院後も含めて、肥満へのケアはこの4点のいずれにも該当すると考えられ、看護の責任領域の問題である。しかし、臨床の看護計画は退院がゴールになっているのが現状である。¹⁸⁾統合失調症患者の場合、疾患の特性や抗精神病薬の影響で、肥満になりやすい特質が

あることを踏まえて、入院早期から管理栄養士と連携し、個々人の地域での生活に見合った、体重管理のセルフケア向上に向けた積極的な支援が必要である。

対象者の太るけどやめられない習慣の語りから、薬や食事あるいは肥満対策への関心がある反面、理解は不十分であることがわかった。また、通院する患者は、食事管理や栄養指導などの管理がないため、肥満者数が入院群より多いことが研究結果から出ている。¹⁹⁾分析結果から、対象者は自ら看護師に聞けないでいるが、実は肥満に関連することで知りたいことがあることがわかった。相談コーナーの設置や待ち時間を利用するなどして、体重管理に配慮した積極的なアプローチが必要である。さらに、家族教室や家族心理教育などで、家族に対する知識の普及も実施していく必要がある。

IV おわりに

今回、入院体験を契機に肥満となり、改善されないまま持続している統合失調症患者に、肥満の持続に関連する思いについて面接調査した。地域活動支援センターに通い、経済面に厳しい状況で、できるだけ費用をかけない方法で減量に努力する姿が伝わってきた。また、食事を作ってくれる家族に、遠慮しながら実施している姿も見えた。求められる看護援助として、『肥満を予防する：入院中と退院後の活動性拡大の時期を見逃さない』、『薬の副作用の正確な知識の普及』、『効果的な減量のための積極的な相談体制の確立』などが明らかとなった。

本研究の限界は、分析焦点者の入院期間が比較的短かったことにより、作業療法やレクリエーション療法などの、精神科リハビリテーションについて語られなかったことがある。

今後は長期入院経験のある統合失調症患者も視野に入れた面接調査を行っていきたい。

謝辞

本研究に快くご協力くださいました対象者の皆さまに心より感謝いたします。

本研究は、平成20年度新潟青陵学会共同研究の助成により実施したものである。

注・参考文献

- 1) 中川敦夫. 統合失調症に対するメタボリック・シンドロームの心理教育. 臨床精神薬理. 2007;10(3):415-420.
- 2) 松田幸彦、梅原滋美、渡邊彩美等. 統合失調症入院患者におけるメタボリックシンドローム有病率の検討. 臨床精神薬理. 2008;11(5):911-920.
- 3) 小渡敬、中里恵、比嘉貴代等. 精神科病院の食を考える 平和病院における肥満調査とダイエット・プログラム. 日精協誌. 2006;25(5):46-53.
- 4) 長嶺敬彦. 精神病院入院患者における高脂血症の頻度. 精神医学. 2001;43(11):1263-1268.
- 5) 長嶺敬彦. 抗精神病薬の「身体副作用」がわかる. 61. 東京:医学書院;2006.
- 6) 斎藤まさ子. 薬物療法のインフォームド・コンセントと看護－当事者の体験を基にした法的・倫理的側面からの考察－. 新潟大学法制理論. 2007;39(3):159-189.
- 7) 加藤大慈、藤田英美、杉山直也等. 統合失調症の栄養・運動管理プログラムに関する効果と問題点の検討－身体指標の評価と症例から－. 精神科治療学. 2006;21(9):999-1004.
- 8) 中川敦夫. 統合失調症に対するメタボリック・シンドロームの心理教育. 臨床精神薬理. 2007;10(3):415-420.
- 9) 斎藤まさ子・内藤守. 通院する統合失調症当事者の主体的な体重管理－グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて－. 新潟青陵学会第2回学術集會集録. 2009;30.
- 10) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプ

- ローチの実践－質的研究への誘い－. 25-30. 東京:弘文堂;2003.
- 11) 前掲10). 131-137.
- 12) 山根寛・総編集坂田三允. 精神看護エクスペール5 精神科リハビリテーション看護. 33. 東京:中山書店;2004.
- 13) 野中高浩、江藤真一. 急性期における早期リハビリテーション導入の効果－妄想による対人関係障害が改善された例－. 日本精神科看護学会誌. 2008;51(3):658-662.
- 14) 五十嵐透子・総編集坂田三允. 精神看護エクスペール13 精神看護と関連技法. 21. 東京:中山書店;2005.
- 15) 前掲5). 152-159.
- 16) 前掲15).
- 17) 前掲15).
- 18) 長山亜紀子、國井良彦、鹿野哲夫. 退院後の生活を意識してかかわる－あたりまえにしていることや病棟ルールを見つめ直す－. 精神科看護. 2008;35(185):12-19.
- 19) 前掲3).

大学生のもつ算数・数学の学習観に関する研究

中 村 恵 子

新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

Research on University Students' Consideration of Learning of Arithmetic and Mathematics

Keiko Nakamura

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

要旨

大学生1年生5名を対象として面接調査を実施し、小学校・中学校・高等学校における算数及び数学の学習観に影響を与える要因について明らかにし、算数・数学科の授業のあり方について考察した。質的分析を行った結果、8つのカテゴリーと33のサブカテゴリーが抽出された。

【学習内容】、【子どもの特性】、【教師の特性】の3つのカテゴリーは「状況（条件）」とみなされ、これらが【授業のあり方】や【つまずきへの対応】の「行為／相互行為」に影響を与え、その「帰結」として【結果】、【自己評価】、【算数・数学の学習観】が生じる。重要なカテゴリーは、【授業のあり方】と【つまずきへの対応】である。子どもの実態に応じた適切なものとなっていない場合、積み上げ教科としての教科の特性と関連して、次の算数・数学の学習にも悪影響を及ぼすことが明らかになった。

キーワード

算数、数学、学習観、授業のあり方、つまずきへの対応

Abstract

In the present study, I clarified factors influencing consideration of learning of arithmetic and mathematics at elementary, junior and senior high schools and considered the ideal method for teaching arithmetic and mathematics. Interview surveys were conducted on 5 first-year university students and 8 categories and 33 subcategories were extracted after qualitative analysis.

The three categories of “characteristics of children”, “learning content” and “characteristics of teachers” were considered ‘conditions’ and influenced ‘actions/interactions’ of “teaching methods” and “handling of difficulties”. In addition, “results”, “self-evaluation” and “consideration of learning of arithmetic and mathematics” were generated as ‘consequences’. Pivotal categories comprised “teaching methods” and “handling of difficulties”. If these categories were inappropriate for the particular child, subsequent study was negatively affected due to the cumulative nature of the subjects.

Key words

arithmetic, mathematics, consideration of learning, teaching methods, handling of difficulties

I. はじめに

15歳児（高校1年生）を対象とした2006年のOECD生徒の学習到達度調査（PISA）において、日本の子どもの数学リテラシーの平均得点が、2003年調査より低下したことが示された。文部科学省は、課題として、数学について知識・技能を実際の場面で活用する力を挙げている。今後の取組としては、算数・数学の授業時数の増加、個に応じた指導を積極的な実施、教育条件を整備し教師が子どもたちと向き合う時間を確保することが提示されている¹⁾。小学4年生、中学2年生を対象とした2007年の国際数学・理科教育動向調査（TIMSS）の結果では、平均得点が前回以上となった。しかしながら、勉強が楽しいと思う割合は、小学校では増加傾向が見られたが、中学校は国際的に見て依然と低く、大きな問題となっている²⁾。

また、2005年の中央審議会答申「新しい時代の義務教育を創造する」では、「現行の学習指導要領の学習観について、様々な議論が提起されているが、基礎的な知識・技能の育成（いわゆる習得型の教育）と、自ら学び自ら考える力の育成（いわゆる探究型の教育）とは、対立的あるいは二者択一的にとらえるべきものではなく、この両方を総合的に育成することである³⁾」と指摘している。習得型の教育とは「知識は獲得される」とする客観主義の立場であり、探究型の教育とは「知識は構成される」とする構成主義の立場である。著者が先行研究として行った小学校の教師を対象とした調査の結果、学習観に関する質問紙調査では、客観主義については全体的に高い傾向にあるのに対し、構成主義については二分される分布となっており、教師間の個人差が大きいことが分かった⁴⁾。面接調査では、教師は算数科の授業では客観的な教授技術を多く用いており、その理由として、算数科が客観的な学問としてとらえられていること、構

成主義的な学習指導が客観主義的な学習指導に比べ、授業実践が難しいものであることが示された。実践教師の学習指導が、児童の学習観にも影響を与えていることも明らかになった⁵⁾。

算数や数学の学習への意欲が乏しい背景には、教師の学習観や授業のあり方が大きく影響していると考えられる。これまでに算数・数学の授業の実践研究は多く行われているが、実際にどのような算数・数学の授業が行われており、子どもはどのような学習観をもっているのか、学習者を対象とした算数・数学の授業についての質的研究は少ない。

本研究では、大学生を対象とした面接調査を行い、小・中・高等学校における算数・数学の学習観に影響を与える要因について明らかにし、算数・数学科の授業のあり方について考察する。

II. 研究方法

1. 対象

A大学の1年生5名を対象に面接調査を行った。

2. サンプルング方法

約150名の大学生を対象に行ったアンケートをもとにして、理論的サンプルングを行った。アンケートの質問項目は、以下の4つである。

- ① 算数や数学は好きですか、嫌いですか（5件法）。また、その理由は何ですか。
- ② 算数や数学が好きまたは嫌いになったのは、いつ頃からですか。
- ③ 算数や数学の学習は楽しいですか、楽しくないですか（5件法）。また、その理由は、何ですか。
- ④ 小学校の算数の授業の記憶はありますか。「記憶あり」の場合、それはどんな授業でしたか。

3. データ収集方法

2008年7月～9月に、半構造化面接法によるインタビューを面接者と被面接者の1対1で行った。事前に調査の趣旨と方法、プライバシーの守秘、自由意思で中断できることを説明し、承諾を得た上で面接を実施した。面接時間は30～50分である。主たる面接内容は、①算数・数学の好き嫌いとその理由、②小学校・中学校・高等学校における算数・数学の授業の様子、③算数・数学の教科観や学習観、④望ましい算数・数学の授業である。面接内容は、対象者の許可を得て録音し、逐語録として文書に起こした。面接場所は、人の出入りがないように、著者の研究室で行った。

4. データ分析方法

分析方法は、グランデッド・セオリー・アプローチを用いた。録音したものを逐語録として文書化しデータとしたものを、文脈をもつ数行ずつ抽出し、データの意味を表すコード名をつけ、分析の最小単位とした。これらのコードを比較して類似したものを集め、包括するグループにまとめてサブカテゴリーとした。さらに、それらのサブカテゴリーをまとめてカテゴリーとした。カテゴリーは、「状況（条件）」、「行為／相互行為」、「帰結」の記述となっている。

次に、カテゴリーの「特性」と「次元」という視点で各カテゴリーを再度検討した。カテゴリーは、特性を表す複数のサブカテゴリーで説明される。次元は、頻度、範囲、程度、時間などを表す。

最後に、各カテゴリー間の関係を見出すために、特性と次元を手掛かりとして、カテゴリーを「状況（条件）」→「行為／相互行為」→「帰結」という因果関係に結びつけて、カテゴリー関連図を作成した。「状況（条件）」は、ある「行為／相互行為」を導くような原因となる基本条件となるカテゴリーのことで

ある。「行為／相互行為」は、処理や実行、反応についてのカテゴリーのことである。「帰結」は、「行為／相互行為」の結果として起こるカテゴリーのことである。

なお、信頼性と妥当性を確保するため、教育学及び数学を専門とする研究者2名と現職教員1名に研究協力を依頼し、分析結果について検討していただいた。その後、研究協力者の意見をもとに、著者が一部修正を行った。

Ⅲ. 結果

分析の結果、8つのカテゴリーと33のサブカテゴリーが抽出された。表1は、コード名とカテゴリー名の例である。表2は、構造とプロセスを表している。

以下、プロセスごとに、抽出されたカテゴリーを中心に結果を述べる。なお、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは、< >、コードは『 』で示す。

表1 コード名とカテゴリー名の例

No.	A 学生のデータ	コード名	カテゴリー名
1	算数は、好きでした。	好き嫌い	学習観
2	算数は、小学校の頃って、簡単って言うか、やればできるって感じで、	難易度	学習内容
3	先生に100点とかもらうとすごい嬉しくて、	テストの点数	結果
4	やりたい。なんていうんだろう。自分でも、宿題とかドリルとかいろいろがんばって100点取ろうという気になったので、好きでしたね。はい。	やる気	自己の評価
5	6年生の頃の、あの、なんていうんだろう、リットルとか、1000リットルとかヘクタールとかあるじゃないですか。単位があるところは、ちょっとつまずいた時があって、	つまずき	つまずきへの対応
6	その時はちょっと苦手かなと思ったんですけど、	苦手意識	自己の評価
7	なんか、先生に、なんか、なんていうんだろう、必至になって教えてもらったって言うか、	熱心さ	教師の特性
8	個人的に聞きに行ったりとかして、できるようになったら、やっぱ、自分、算数好きなんだなって。ずっと結構好きですね。	つまずき	つまずきへの対応
9	中学、高校。数学になったら、なんだろうな。最初のうちは算数好きだったんで、すごい、なんていうんだろう、あー、できるな、簡単だったんですよ、あの頃は。	難易度	学習内容
10	なんだけど、中2ってどういうのでしたっけ。え、なんだっけな。なんか証明とか、嫌いだったんで、	単元	学習内容
11	(図形の証明は) だいぶ嫌いでしたね。高校の確率とか。すごい苦手で、苦手と思っちゃうと、	苦手意識	自己の評価
12	でも、いつも自分の得意教科はいつも数学でしたね。	得意意識	自己の評価
13	とりあえずなんかやればやっただけ、成果が出る教科だったから、すごい好きでした。	効力感	自己の評価
14	ヘクタールとかリットルとかのやつですかね。先生が牛乳パックとかもってきて、これは1000リットルだ、あっ、1000ミリリットルだ、1リットルだ、みたいな感じで。物を使って表現してもらったり、紙芝居的なやつで、畑の絵とかが出てきて、それは、1枚が1アールとかヘクタールとか、ああいうの教えてもらった覚えがあるんで、6年生の時の量のやつは、すごい記憶にあります。	具体物の使用	授業のあり方
15	なんか、その先生の授業のやり方は、なんか、その先生は、まず、自分が教えるじゃないですか。教えて、今度はみんなが問題解くんですよ。そしたら、なんか、まず一問解くんですよ。	授業のパターン	授業のあり方
16	その中でも塾とか行っている子は、やっぱできるじゃないですか。そういう子たちは、進んでいくんですよ。つまずいた子だけは、なんか、先生が教えてくれるんですよ。「なんかわかんないところある？」みたいな感じで。手とか挙げて、「先生、わかりません」みたいな感じで、先生に来てもらって、「これはこうやるんだよ」って。で、また、次に進んでいけるじゃないですか。なんか、それがすごい嬉しかったかな。	教師の対応	つまずきへの対応

表2 構造とプロセス

	カテゴリー	サブカテゴリー (コード)
状況 (条件)	学習内容	教科の特性 (一つの答え、多様な方法、積み上げ教科、考えることの重視)、校種 (小学校、中学校、高等学校)、内容 (科目、領域、単元)、難易度
	子どもの特性	個人の特性 (能力、性格、好み、意欲・態度)、発達段階
	教師の特性	姿勢 (熱心さ、厳しさ)、経験年数、教える技術 (話し方、板書のしかた)、専門性、子どもとの関係
行為／ 相互行為	授業のあり方	授業の進め方 (授業のパターン、授業のペース)、説明の適切さ、場の設定 (考える場、意見を出す場、質問をする場、活動の場、問題を解く場、練習の場)、生活とのつながり、教材・教具 (教科書の使用、ドリルや問題集の使用、具体物の使用、道具の使用)、仲間との関わり、個別指導、クラス分け
	つまずきへの対応	つまずき、努力、教師の対応、仲間の助け
結果	結果	わかること (意味の理解、やり方の理解)、できること、テストの点数、成績
	自己の評価	能力のアップ感、得意・苦手意識、効力感、やる気
	算数・数学の見方	好き嫌い、楽しさ、面白さ、有用感

1. 状況 (条件)

「状況 (条件)」として、【学習内容】、【子どもの特性】、【教師の特性】の3つのカテゴリーが抽出された。

【学習内容】は、＜教科の特性＞、＜校種＞、＜内容＞、＜難易度＞などによって異なり、『一つの答え』、『多様な考え』、『積み上げ教科』、『考えることの重視』といった＜教科の特性＞に、算数・数学科と他の教科との違いが顕著にあらわれている。【子どもの特性】は、『能力』、『性格』、『好み』、『意欲・態度』の＜個人の特性＞と、学習者全体の特徴としての＜発達段階＞からとらえることができる。【教師の特性】は、『熱心さ』や『厳しさ』といった教師の＜姿勢＞、＜経験年数＞、『話し方』や『板書のしかた』といった＜教える技術＞、算数・数学の＜専門性＞、＜子どもとの関係＞であらわされる。【学習内容】、【子どもの特性】、【教師の特性】が相互に関連して、「行為／相互行為」に影響を与えている。

2. 行為／相互行為

「行為／相互行為」として、【授業のあり

方】と【つまずきへの対応】の2つのカテゴリーが抽出された。

【授業のあり方】のサブカテゴリーは、＜授業の進め方＞、＜説明の適切さ＞、＜場の設定＞、＜生活とのつながり＞、＜教材・教具＞、＜仲間との関わり＞、＜個別指導＞、＜クラス分け＞の8つである。コードは、17である。表3に、【授業のあり方】のカテゴリーについて、サブカテゴリー、コード、特性、次元を示した。＜授業の進め方＞では、教師によって『授業のパターン』が異なり、『授業のペース』が子どものペースではなく教師のペースで授業が進むと、学習についていけなくなる子どもが出てくる。＜説明の適切さ＞では、ただ単に問題のやり方だけを説明するのではなく、なぜそのようなやり方をするのかその意味まで説明したり、丁寧に繰り返し説明したりすることが、わかりやすさとなっていた。＜場の設定＞としては、『考える場』、『意見を出す場』、『質問をする場』、『活動の場』、『問題を解く場』、『練習の場』が挙げられた。教師の説明を一方的に聞く受身の授業ではなく、子ども自身が考えて意見を述べ

表3 【授業のあり方】のカテゴリーーサブカテゴリー、コード、特性、次元ー

サブカテゴリー	コード	特性	次元
授業の進め方	授業のパターン	中心となる教材	教科書中心、ドリル中心、板書中心
		流れ	基本的な説明・問題・解説、課題追究・発表、・・・
	授業のペース	パターン数	いつも同じ：場合によって異なる
		基準	教師のペース：子どものペース
説明の適切さ	説明の適切さ	速さ	速い：遅い
		内容	意味、やり方
		内容の濃さ	濃い：うすい
		多様さ	多様：一通り
		難しさ	難しい：易しい
		ステップ	細かい：あらい
		速さ	速い：遅い
		回数	繰り返し：1回
場の設定	考える場	目的	発見、理解
		内容	既習：未習
		考える時間	長い：短い
		単位	個人、グループ、全体
		頻度	多い：少ない
	意見を出す場	目的	練り上げ、意欲
		単位	グループ、全体
		方法	指名、話し合い、ディベート、発表
		頻度	多い：少ない
	質問をする場	質問をする人	教師、子ども
		内容	確認したいこと、わからないこと
		目的	確認、理解、思考、意欲
		頻度	多い：少ない
	活動の場	種類	ゲーム、操作、身体、測定
		目的	興味・関心、思考、定着
		単位	個人、グループ、全体
		活動場所	教室、教室外
		頻度	多い：少ない
	問題を解く場	種類	基本問題、応用問題
		内容	計算問題、文章題、・・・
		目的	発見、定着、発展
		難易度	難しい：易しい
		問題の選択	全員同じ：一人一人のレベルに合った問題を選択
		やり方の数	多様：一通り
		やり方の選択	先生のやり方、自分に合ったやり方
		問題数	多い：少ない
		1問にかける時間	長い：短い
		頻度	多い：少ない
		丸つけをする人	教師、仲間、子ども
		ごほうび	丸、シール、ほめること
	練習の場	種類	計算、百ます計算、作図、・・・
		量	多い：少ない
		形態	個別、一斉
		タイムの測定	測定する（正確、おおまか）、測定しない
		時間	短い、長い
生活とのつながり	生活とのつながり	教師の意図	強い：弱い
		つながりの度合い	強い：弱い
		有用感	高い：低い
		目的	理解、練習、
教材・教具	教科書の使用	依存度	高い：低い
		頻度	多い：少ない
		内容	計算問題、文章題、・・・
	ドリルや問題集の使用	目的	定着、発展
		難易度	難しい：易しい
		分量	多い：少ない
		使い方	授業中の学習、宿題、自主学習
		依存度	高い：低い
		頻度	多い、少ない
	具体物の使用	種類	模型、牛乳パック、時計、おはじき、積み木・・・
		使用目的	説明、操作
		使用者	教師、子ども
		効果	高い：低い
	道具の使用	頻度	多い、少ない
		種類	コンパス、定規、分度器、はかり、リットルます・・・
		使用目的	測定、作図
		使用者	教師、子ども
		正確さへの要求	高い：低い
仲間との関わり	仲間との関わり	頻度	多い：少ない
		働きかけ	教師、子ども
		関わり方	教え合い、意見の出し合い、競い合い
		人数	個人、グループ、クラス全体
		度合い	多い：少ない
個別指導	個別指導	効果	高い：低い
		内容	意味、やり方
		丁寧さ	丁寧：通り一遍
		やる時	授業中、休み時間、・・・
		頻度	多い：少ない
クラス分け	クラス分け	基準	学級単位、成績、名簿、ランダム
		メンバー	等質グループ：異質グループ
		クラスを決める人	教師：子ども：保護者
		人数	多い：少ない
		クラス間の人数差	同じ：異なる
		頻度	全部の授業：一部の授業

たり操作活動をしたりする場が保障されていることが学習の理解や意欲につながっていた。また、＜教材・教具＞では、『教科書の使用』や『ドリルや問題集の使用』、『具体物の使用』、『道具の使用』に教師による違いが見られた。教科書やドリルをいつどのように使用するので、様々なタイプがあった。おはじきや模型などの具体物やリットルますやコンパスなどの道具を使用した授業は、学習した記憶がよくなされていた。＜仲間との関わり＞で教えあったり＜個別指導＞で補ったりする機会が授業の中で設けられていると、わからないことやできないことがそのままではなく、理解や学習意欲につながっている。

【つまずきへの対応】のサブカテゴリーは、＜つまずき＞、＜努力＞、＜教師の対応＞、＜仲間の助け＞の4つである。表4に、【つまずきへの対応】のカテゴリーについて、サブカテゴリー、コード、特性、次元を示した。＜つまずき＞が大きいと克服することが困難となる。自分から質問する、自宅で復習するなどの本人の＜努力＞がどの程度なされたのか、授業内や授業外での個別指導として＜教師の対応＞がどのようになされたのか、わからないところを仲間から教えてもらった

り一緒に考えたりする＜仲間の助け＞がどれだけあったのかによって、つまずきがそのまま放置されるのか克服されるのか分かれる。

3. 帰結

「帰結」として、【結果】、【自己の評価】、【算数・数学の学習観】の3つのカテゴリーが抽出された。

【結果】のサブカテゴリーは、＜わかること＞、＜できること＞、＜テストの点数＞、＜成績＞がある。＜わかること＞には『意味の理解』や『やり方の理解』が含まれ、＜できること＞には計算や作図などのスキルの習得が含まれる。わかったりできたりして＜テストの点数＞や＜成績＞が良いと【自己の評価】が高くなり、反対に、わからなかったりできなかったりして＜テストの点数＞や＜成績＞悪いと【自己の評価】が低くなる。【自己の評価】のサブカテゴリーは、＜能力のアップ感＞、＜得意・苦手意識＞、＜効力感＞、＜やる気＞の4つである。＜能力のアップ感＞、＜効力感＞、＜やる気＞が高いか低いか、＜得意・苦手意識＞が得意か苦手かによって、【算数・数学の学習観】が分かれる。【算数・数学の学習観】のサブカテゴリーは、＜好き

表4 【つまずきへの対応】のカテゴリー —サブカテゴリー、コード、特性、次元—

サブカテゴリー	コード	特性	次元
つまずき	つまずき	程度	大きい：小さい
		内容	わからない（意味、やり方）、できない（計算、作図、測定・・・）
		単元	数量、計算、図形、測定、数量関係
		つまずきの新しさ	以前からつまずき（既習内容）、新たなつまずき（本学習内容）
		頻度	多い：少ない
努力	本人の努力	程度	大きい：小さい
		場所	学校、自宅、塾
		自力・他力	自力：他力（教師、仲間、塾の先生、親に質問）
		内容	復習、予習
		期間	長期：短期
		回数	繰り返し：1回
教師の対応	教師の対応	積極性	積極的：消極的
		内容	意味、やり方
		教え方	一律：個に応じる
		時間	長い：短い
		時間帯	授業中、休み時間、放課後
		単位	個人、グループ、全体
仲間の助け	仲間の助け	頻度	多い：少ない
		助けの求めやすさ	求めやすい：求めにくい
		場所	学校内、学校外
		時間	長い：短い
		時間帯	授業中、休み時間、放課後
		単位	個人、グループ、全体
		方法	やり方を教わる、問題を一緒に解く・・・
		頻度	多い：少ない

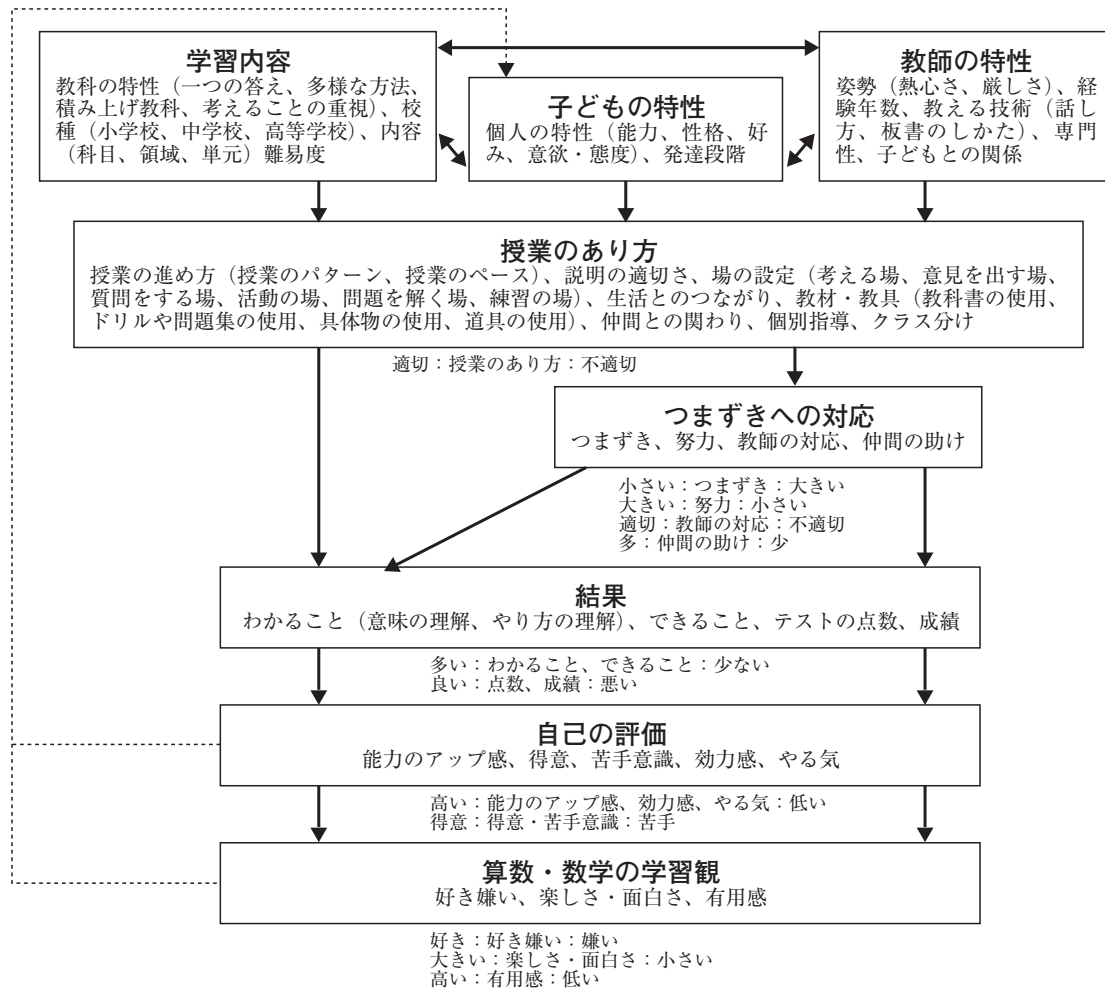


図1 算数・数学の学習観に関するカテゴリー関連図

嫌い>、<楽しさ・面白さ>、<有用感>である。【自己の評価】の高低は、顕著に算数・数学の好き嫌いに結びついていて、【自己の評価】が低いと、算数・数学嫌いで、算数・数学に楽しさ・面白さが感じられず、算数・数学を日常生活に役立たないものとして受け取る傾向がある。【算数・数学の学習観】は、次の学習の「状況（条件）」である【子どもの特性】に影響を与えている。

IV. 考察

【学習内容】、【子どもの特性】、【教師の特性】の3つのカテゴリーは関連し合っており、それらの違いによって【授業のあり方】が異なってくる。<授業の進め方>、<説明

の適切さ>、<場の設定>、<生活とのつながり>、<教材・教具>、<仲間との関わり>、<個別指導>、<クラス分け>といった【授業のあり方】や【つまずきへの対応】が適切に行われるかどうか、【結果】の良し悪しにつながり、それにより【自己の評価】や【算数・数学の学習観】も変わることが分かった。

つまずきの原因としては、授業自体が教師中心で行われていたり子ども自身が実際に活動する場面が乏しかったりして、子どもの実態に合っていないということがある。また、つまずいた子どもに対して個別に適切な対応がなされなかった場合、つまずきがそのままの状態になってしまっている。このように、【授業のあり方】や【つまずきへの対応】が

不適切、不十分であることが、「わからない」、「できない」という状況を生み、点数や成績の悪さは、そのまま低い【自己の評価】や乏しい【算数・数学の学習観】へとつながっている。

さらに、これらによって起こる【子どもの特性】の変容は、「積み上げ教科」としての＜教科の特性＞などに関連して、新しい子どもの算数・数学の学習に影響を及ぼしている。算数・数学の好き嫌いは個人差が大きく、一度つまずくと、そこから改善を図ることは容易ではないことが示唆された。

V. おわりに

大学生がもつ算数・数学の学習観に関してその構造とプロセスを明らかにし、算数・数学の学習観に影響を与える重要な要因として、【授業のあり方】と【つまずきへの対応】の2つを抽出した。授業が子どものペースで進められたり子ども自身の活動の場が保障されたりして子どもの実態に合ったものであること、子どものつまずきに対して適切に対応がなされることが、算数・数学の学習において極めて重要であることが明らかになった。しかしながら、実際には十分になされていないという現状も示された。算数・数学の＜有用感＞が感じられにくいことや、【つまずきへの対応】が算数・数学の＜好き嫌い＞、＜楽しさ・面白さ＞に強く影響することは、教師が単なる知識・技能の習得にとどまるのではなく知識・技能を活用する力をいかにつけていくのか、個に応じた指導を積極的にどのように行っていくのかといった文部科学省が示す課題や取組にも関連するものである。

今後は、本研究によって見出された知見をもとに質問項目を作成して、大学生を対象としたアンケート調査を行い、本研究の検証及び一般化を行っていく。また、算数・数学の授業を実践している教師を対象として半構造

化面接法による調査を実施し、教師の授業に対する考え方や学習観、具体的な授業のあり方について質的分析によって明らかにし、構成主義的な授業モデルの構築を図っていきたい。

引用文献

- 1) 文部科学省. OECD生徒の学習到達度調査 (PISA2006). <http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/gakuryoku-chousa/sonota/07032813.htm>. 2010年5月30日.
- 2) 文部科学省. 国際数学・理科教育動向調査 (TIMSS2007). <http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/gakuryoku-chousa/sonota/07032813.htm>. 2010年5月30日.
- 3) 中央教育審議会. 新しい時代の義務教育を創造する (答申). <http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05102601.htm>. 2010年5月30日.
- 4) 中村恵子. 教師の学習観と学習指導の諸関連. 日本デュイ学会紀要. 2001;42:162-168.
- 5) 中村恵子. 面接法による教師の学習観の研究. 現代社会文化研究. 2004;31:211-225.

参考文献

- 1) アンセルム・ストラウス、ジュリエット・コービン、操華子・森岡崇. 質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 第2版. 東京:医学書院;1999.
- 2) 戈木クレイグヒル滋子. ワードマップ グラウンデッド・セオリー・アプローチ理論を生み出すまで. 東京:新曜社;2006.
- 3) 戈木クレイグヒル滋子. 実践グラウンデッド・セオリー・アプローチ. 東京:新曜社;2008.
- 4) 佐藤郁哉. 質的データ分析法. 東京:新曜社;2008.

「メンタルフレンド活動」における メンタルフレンド自身の主観的体験

河内 浩美¹⁾・中村 恵子¹⁾・小林 正子¹⁾
丸山 公男²⁾・平川 毅彦²⁾

1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科 2) 新潟青陵大学看護福祉心理学部福祉心理学科

Subjective Experiences of Mental Friends in Mental Friend Activities

Hiromi Kawauchi,¹⁾ Keiko Nakamura,¹⁾ Masako Kobayashi,¹⁾
Kimio Maruyama,²⁾ Takehiko Hirakawa²⁾

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

2) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

要旨

本研究の目的は、平成19年度より開始された本学の現代G P「メンタルフレンド（以下MF）活動による地域福祉展開」について、MF自身のMF活動に対する主観的体験を明らかにし、MF活動継続にむけたサポートシステム確立に向けての知見を明らかにすることである。本学のMF活動に登録し定期的活動を実施しているMF5名を対象にした質的記述的研究である。分析の結果、MF活動を支援するものとして、活動開始前の特徴とし施設の子ども達を焦点とした【癒しの提供】【活動への期待】などがMFへの登録動機として語られた。活動後では【自己の成長】【自己の癒し】などMF自身について語られた。また、MF活動を阻害するものとして【活動時間調整の困難さ】【子ども認識の施設職員とのズレ】等、MFが大学に期待するものとして【子ども達の施設での生活イメージづけ】【MFの交流機会の提供】等が語られ、MF活動継続する上で早急な対応が必要とされることが明らかとなった。

キーワード

メンタルフレンド、主観的体験、サポートシステム

Abstract

The present study aimed to elucidate the subjective experiences of mental friends (MFs) in MF activities conducted as part of the “Development of Community Welfare Through Mental Friend Activities”, a Support Program for Contemporary Educational Needs (Contemporary GP project) initiated in 2007 at our university, in order to obtain information for establishing a support system for the continuation of MF activities. A qualitative descriptive study was conducted on five subjects who were registered as MFs at our university and regularly performed activities. As factors supporting MF activities, those focusing on the children at facilities, such as “provision of healing” and “expectations toward activities”, were identified as motivations for registering as MFs prior to the start of activities, while factors related to self, such as “personal growth” and “personal healing”, were observed following activities. Factors hindering MF activities included “difficulty in adjusting activity times” and “differences in recognition of children among facility staff”, while expectations of MFs toward the university included “depiction of the children’s lives at facilities” and “provision of opportunities for interaction among MFs”. These findings suggest that measures promoting the continuation of MF activities are urgently required.

Key words

mental friend, subjective experience, support system

I 緒言

メンタルフレンド（以下MF）活動とは、平成3年に当時の厚生省が事業化した「ひきこもり・不登校児童福祉対策モデル事業」の一環として全国の児童相談所が中心となり「ふれあい心の友訪問活動援助事業」として開始されたものである。本学におけるMF活動は、平成13年度から本学の押木泉教授が児童相談所を皮切りに不登校児を対象に取り組んできた活動を基盤とし、「メンタルフレンド活動による地域福祉展開～ひきこもり不登校児や長期入院患者の教育・福祉・看護への学生参加型トータルケアシステムの開発～」とし平成19年7月に文部科学省の「現代的教育ニーズ取組支援プログラム（以下現代GP）」とし選定され、平成22年3月まで取り組まれた。その主な活動は、子どもと価値観を共有し、彼らを支え、気持ちを代弁し、関係を促進し、子ども達をつなぎ、そして発達成長のモデルとして機能することを念頭に、お兄さん・お姉さんの立場から子ども達とふれあいながら心のサポートを行い、子ども問題の解決支援を目的としたものである。¹⁾

これまで本学のMF活動²⁾についての実態把握調査³⁾や小児病棟における活動調査より、MF自身の成長や効果、活動継続にあたりMFが捉えている課題を示すことができた。現代GPとしての取組期間は終了となったが、今後もMF活動が継続的に地域展開されるよう、発展的自立体制の確立を目指している。そこで本研究は、MF自身が活動に対しどのような主観的体験をしているかを明らかにすることで、多岐にわたる施設での活動継続に向けたサポートシステム確立に向けての知見を明らかにすることである。

II 研究方法

本研究は、MF活動におけるMF自身の主観的体験に焦点を当てており、帰納的アプローチによる研究が適していると考え、質的記述的研究方法とした。

1 研究対象

本研究の対象者は、定期的にMF活動が実施されている病院および児童相談所に活動登録し複数回活動を行った学生である。

2 データ収集方法

対象者へ、事前に本研究の目的と方法を説明し同意を得られた後、個別に大学内の個室ゼミ室にて60分程度の半構成的面接調査を行った。データの収集期間は2009年3月上旬～中旬および2010年2月下旬～3月中旬であった。

面接内容は、MF活動開始のきっかけ、MF活動をしてどうだったか、MF活動を行ってからの自分自身の変化などについてであった。

3 データ分析方法

本研究目的に照らし構造構築に適した修正版グランデッド・セオリー・アプローチ法⁴⁾（以下M-GTA）を採用した。録音した面接内容より逐語録を作成し、M-GTAの分析手順に沿って、分析ワークシートを作成した（表1）。MF活動に対するMF自身の主観的体験と思われる内容をヴァリエーションとし、類似したヴァリエーションについて定義を設け概念を作成した。更に、作成した概念を比較検討し、関係性を明らかにし、カテゴリを抽出した。そこからMF活動におけるMF自身の主観的体験を説明できる構造図を作成した。

表1 概念名〈視野の拡大〉ワークシート例

概念名	視野の拡大
定 義	施設への訪問や、他のMFや子どもたちとの関わりより、新たな知見を得たり自身の成長を感じる事
ヴァリエーション	A25：明るかったですね。なんか、確かにそこまで暗いイメージがあったわけではなかったんですけど、お子さん自体がすごく治療とかで疲れてるんじゃないかなって思ってたんですけど、全然そんなことはなくて、普通に明るくて、もちろん、体調の悪いときはあるんだろうけど、いいときはその…なんていうんだろう…良い時を元気いっぱいにあらわしてくれて、それはそうですね、ちょっと想像していたのとは違ったし…。 A99：とても刺激になっています。何も無く学校生活をダラダラと過ごすよりは絶対いいなと思っていて、自分自身のアンテナが強くなるっていうか、キャッチする…やっぱり、関ってるぶんだけ、いろんなものに興味を持って、そこからまた得る情報があって、そこから広がる。 B33：…人を考えるようになりました。（人を考える？）何か、メンフレをやった後で、私何を言ったかなと。髪の毛とか抜けちゃっているのに、私、髪の毛長いし女の子に好きそうなゴムとかしてるしそのことで私、チョロッと言ったりするだろうし、いろいろ考えることとかありますよ。チョロッと何か、入院嫌なんだよとか子どもがチョロッと行ってきてくれたりするの、こういうとき私何とてたかなとかよく考えるようになったんでー B34：悪いこと言ったかな、とかこれは言わないほうがよかったとか反省とか自分の行動についても考えるようになりました。 C62：…メンタルフレンドは1年間という長い時間の中でいろんなお子さんと関わる事ができて、視野も広がったなって思いますし、長期間で接するので、成長もわかる気がします。 C70：…今振り返ってみると、自分のためになったっていうか、自分が成長するための手段じゃないですけど、自分が成長することが出来たので、自分のためになったっていうのがあります。 C71：子供がもっともっと好きになれたっていうことと、<u>かかわり方も始める前とは変わったんじゃないかなって思います。それまでは、定期的に子供さんと関ることがなかったの、おそらくかかわり方もその経験を経て学んだ…。</u> D96：変わった…メンフレに行き始めてもっと小児科に興味を持ったものもあるし、あとは、子ども達のことを考えてる時間っていうものもあるし、 D102：福祉の人とかやはり何回も来てるので、すごく上手くて、そういうのを盗み見て、子供とかかかわりの対応とか、話しかけ方とか、本の読み方1つでさえも凄い分かって、自分もそういう風にできるようになってきたなって…。 F29：…児童相談所に行くようになってからかな。なんかその、ボランティアに対して、なんかちょっと疑問じゃないんですけど。講義で先生が、「子どもはけっこう大人の都合に振り回されてる」みたいなこと言ってて。そのボランティアって、<u>自分の暇な時に行くわけじゃないですか。って言うことは、自分の都合でいってるってことは、児相相談所にいる子たちに対して、自分の都合で接してるんだよなって思ったら。なんか、ボランティア（笑）って善し悪しなのかなって思いましたね。Bの児童相談所に行き始めて、1対1の関係になってから、なおさら、けっこう深く思う部分もあって。どお～なんだろうなあって。その子のためになっているんだろうかって（笑）。思う部分が大きいです。</u> F54：…児童相談所とC（児童養護施設）で関わっている方が、一回あたりが濃いですよね。濃密な時間とかいうか、を過ごすので、そっちの方の関わりの方が、ゆくゆく生かしているかなあみたい。やっぱり、その、言葉使いとか凄く気使ってますよね。これ言っているのかどうなのかとか、これ言ったらこの子どんな反応するのかっていうのを、すごく考えさせられるのは、児相と養護施設なんですよ。 F55：その子たちの態度とかを、すごい考えながら関わってるんで。まあ、そうしたことで、なんか言っても子ども大丈夫とは、思わなくていいとかいうか。今後、将来そういう子と関わる上でも、すごい考えて、気使ってじゃないですけど、関わりななきゃって思うんで、そこはすごいゆくゆく生かしていけるかなとは思っています。 F74：なんか。物事を考えるようになったって思います。一つの事に対して。結構こう、あまり何も、そんなに深く考えないでやってきたんですけど。こうやって（メンタルフレンドの）活動したり、実習を通して。その一つの事柄に対する意味とか、自分はこう思ってるけど、他はどうなんだろうとか。こう動いたらどうなるんだろうとか。すごい一つ一つに対して考えるようにはなったと思います。

4 倫理的配慮

対象者には、本研究の目的と方法を口頭および文書で説明し承諾を得た。研究への協力は対象者の自由意志であり、協力の有無によって不利益が生じないこと、いつでも協力を取りやめることができることを保障した。また、話された内容については、事前に同意を得て録音し、対象者本人に内容の確認を行った後に使用すること、今後学術集会で発表予定であること、個人情報保護について個人が特定できない処理をすること、録音データは分析終了後に全て破棄することについて説明した。

III 結果

1 対象の属性

対象者は、本学の学生6名であり、福祉心理学専攻3名、看護学専攻3名であった。MF活動場所は、小児病棟4名、児童相談所2名、児童養護施設1名、小学校1名であった。これまでに活動を行った施設数は、3ヶ所1名、1ヶ所5名であった。性別は対象者全員が女性であった。

2 MF活動におけるMF自身の主観的体験について

MF活動に対する主観的体験と思われる内容のヴァリエーションより、29の概念と13のカテゴリが抽出された（表2）。カテゴリを

表2 メンタルフレンド活動におけるメンタルフレンド自身の主観的体験

カテゴリー	概 念 名
癒しの提供	病児の遊びの提供 母の休息確保
活動への期待	知らない世界体験 社会活動の拡大
これまでの経験	子どもとの関わり体験 病児との関わり
自己の成長	視野の拡大 修得知識の実践 他職種への興味や再理解 社会人マナーの習得 対人関係調整力のアップ 子ども達の現実認識
自己の癒し	子どもや母らとの信頼関係の構築 自身の遊び
活動への後押し	親密感 承認されるという経験 生活としてのMF活動
活動時間調整の困難さ	スケジュール調整の困難さ 活動休みへの罪悪感 MF活動と学業両立からのストレス
子ども認識の施設職員とのズレ	子ども認識の施設職員とのズレ
施設職員とのコミュニケーション不足	施設使用についての戸惑い MFと施設職員との関わり不足
子ども達の施設での生活のイメージづけ	子ども達の施設でのイメージづけ
他学生へのMF活動周知	他学生へのMF活動周知
MFの交流機会の提供	情報交換 MF同士の交流
心理的サポート	心理的サポート

【 】、概念を＜ ＞で示す。また、各カテゴリに関するデータは、「 」内に対象者毎に付けた任意のアルファベットと返答順に付けた番号と共に示す。以下にMF活動に対する主観的体験の背景について触れながら説明する。

1) 【癒しの提供】【活動への期待】

病院でのMF活動への登録にあたり、子どもや親については、単調化しやすい入院生活の中で、遊びを通し子ども達に変化をもたらそうとする＜病児の遊びの提供＞や、MFが子どもと関わることで＜母の休息確保＞が得られ、両者にとって【癒しの提供】ができることを期待していた。

また、MF自身については「B15：小さい子ってどんなだろう、実際に病院って何だ

ろう」「E20：どんな子がいるのかなって。見相ってあんまりいいイメージなかったりするから、イメージを変えたかった。」とこれまでに経験したことのないことへの憧れや興味を示す＜知らない世界体験＞としてや、「E15：体調崩したときに…ボランティアからちょっとずつ初めて、社会になれていこうと思って。」と学童保育のアルバイト経験を踏まえ、社会と関わる機会を広げ＜社会活動拡大＞していこうとすることを【活動への期待】として語っていた。

2) 【これまでの経験】

子ども達との関わりについて、MF活動を開始前の体験として「A2：（病弱な甥っ子を）お母さんが忙しい時とか預かる機会があったり、仕事で出なければいけない時とか

に、代わりに病院で面倒みる機会とかがあって」「C20：（小児科病棟での実習で）物を一緒に作ったり、歌を歌ったりしてそういうのがすごく楽しくて」といった入院している子ども達と遊んだり、面倒をみたりしたことがある<子どもとの関わり体験>、活動開始後にMFとして実際に体験していた<病児との関わり>といったMF活動の開始前後における【これまでの経験】とし語っていた。

3) 【自己の成長】【自己の癒し】【活動への後押し】

これら3つのカテゴリは、MF活動が開始後の体験として語られたものであった。

まず、施設への訪問や、他のMFや子ども達との関わりより、新たな知見を得たり自身の成長を感じたりすることを<視野の拡大>として捕らえ、講義での学びや身近な保育士や他学科のMFといった他者から学び得た子ども達との関わり方を<修得知識の実践>として試みたり、他者の子とも達との関わり方を見たり、話をしたりすることで<他職種への興味や再理解>が進んだこと、MFという学外での活動を通して<社会人マナーの習得>につながったと語っていた。また、子ども達との関わりからは、「D59：ずっと仲良く遊んでいた子が治療始まって、来られなくなって、髪の毛抜けるし、顔色がすごく悪くて、それを見てたのが苦しかった」とそれぞれの環境におかれている状況下で見せるありのままの姿を知る<子ども達の現実認識>や、何度となく繰り返される、子ども達の乱暴な言葉使いや対応への慣れを、自身の日常生活に役立てている<対人関係調整力アップ>として語り【自己の成長】と認識していた。

次に、「B18：子ども達が名前を覚えてくれたり、お姉ちゃんって抱きついてくれたり」「E65：児童相談所の子は、環境的にも精神的にもわりとキツイ子が多いんで、なかなか警戒心が強くなってるので、笑顔を見せてくれることによって警戒心を解いてくれ

たのかなあ」と子どもや母親らが自身の思いを表出してくれることで<子どもや母らとの信頼関係の構築>や、子どもと一緒に遊ぶことが、ストレス発散であったり、自身の気分転換として<自身の遊び>となっていることを【自己の癒し】としてとらえ語っていた。

子ども達が名前を覚えてくれたり、笑顔を見せてくれたりすることで、子ども達と一定の距離感が縮まったと<親密感>を実感したり、「C46：「来てくれてありがとうね」って言われて、「子ども達いつも喜んでるよ」って教えてくれるんでありがたい」「E42：学校とは違う私を認めてくれる場所、待ってってくれる人がいるようなところ」と活動に際し、子どもや活動場所の人々から好意的に受け入れてもらえているという<承認されるという経験>として語り、MF活動を「B42：部活やっていたんですけど、わりとね、なんかそれに近くなっているな…楽しいし、嫌なこともあるけど、でも楽しい」「E69：大事な生活活動の一部」といったように<生活としてのMF活動>と語っていた。

4) 【活動時間調整の困難さ】【子ども認識の施設職員とのズレ】【施設職員とのコミュニケーション不足】

これら3つのカテゴリについても、MF活動が開始後の体験として語られたものである。

活動時間を確保するにあたり、授業や実習、バイトなどとの調整が思うようにいかないことを<スケジュール調整の困難さ>として、また「E94：行かなきゃいけないなって思うんですけど。やらなきゃいけないことが、いっぱい、いっぱい。息切れしてきているんで」と活動したいと思っていることが<MF活動と学業両立からのストレス>として語られていた。そして、MF人員の不足により、定期活動がされないことについては<活動休みへの罪悪感>として感じていた。活動を行うにあたり、時間の確保や学業との両立からのス

トレス、人員不足といったことより【活動時間調整の困難さ】を語っていた。

「F39：聞かされていた彼女のイメージとは、関わると全然違うじゃんって思った」

「F43：聞いただけじゃ、やっぱ分からないんだなって思いました」と施設職員がとらえている子ども達の姿と、実際に関わることでMF自身がとらえた姿について【子ども認識の施設職員とのズレ】として語っていた。

使用が可能とされている控室が使えないなど<MF控室使用への戸惑い>や「F99：どう答えていいのか困った部分もあったりしたんですけど。それを相談していいのかなって思うし、（施設の方が）忙しそうなんですよ…だから呼び止めて、ああだこうだ言ってもらえないっていうのもある」「F100：やっぱその施設で言えるみたいな。相談できるっていう環境はほしい」といったような<MFと施設職員との関わり不足>について語っており、【施設職員とのコミュニケーション不足】を体験していた。

5) 【子ども達の施設生活のイメージづけ】

【他学生へのMF活動周知】

「A115：ある日、その子に「お姉さんのお部屋はどこ？」って聞かれて、お家はどこって意味なんだなって」といったようなやりとりから、子ども達とMF自身の暮らしの感覚の違いや、「E29：やっぱり怖かった…なんか言葉がキツイ子とかが多かったんで」「E31：普段そういう世界、中にいないから、なんか、ちょっと。う～ん。」といった戸惑いについて語っており、活動開始前の子ども理解を深めるための【子ども達の施設生活のイメージづけ】をのぞんでいた。

また、「A119：（学内演習の調査でMF活動では）直接活動することと、おもちゃや飾り付け作る活動があるのを伝え、知っていましたがって聞いたら意外に知らない人が多かったので、そうサポート的な活動があるという部分だったり、活動に行く前に不安に思っ

る方が何人かいらっしゃって、先輩方からこういう活動は楽しいですよって、説明の機会があればいいんじゃないかなって思いました」と活動の輪が広がるような【他学生へのMF活動周知】の必要性を語っていた。

6) 【MFの交流機会の提供】【心理的サポート】

継続した1対1での関わりが取りにくい病院での活動においては、「A111：今、病院がどんな状況なのかなとか。後はどんな風な遊びが流行っているのかとか。そういうのは凄く役に立ちます」と語っているように共通認識をもち活動できるための<情報交換>や、MF活動意外における<MF同士の交流>について語っており、活動にあたり【MFの交流機会の提供】が必要としていた。

MF活動の中で、「A78：活動のうえでどうしても切なく思ってしまったこととかも、（GP室の先生に）たまにお話したり」とMF自身が処理できない戸惑いや悩みなどの思いを他者に伝え受け止めてもらう【心理的サポート】の経験を語っていた。

3 本研究で得られたMF活動におけるMF自身の主観的体験（図1）

MF活動におけるMF自身の主観的体験の特徴は、『MF活動を支援する』『MF活動を阻害する』といった性質により示すことができた。

『MF活動を支援する』性質からみると、MFへの登録は、子どもや母親への【癒しの提供】やMF自身の<知らない世界体験>や<社会活動の拡大>といった【活動への期待】により行われ、活動開始以前の病児との関わりや小児病棟での実習での【これまでの経験】を肯定的にとらえていることと合わせ、MF活動を支援するものとなっていた。その反面、子ども達とMF自身の暮らしの感覚の相違については戸惑いをもち、大学に期待することとして活動開始前の【子ども達の施設生活の

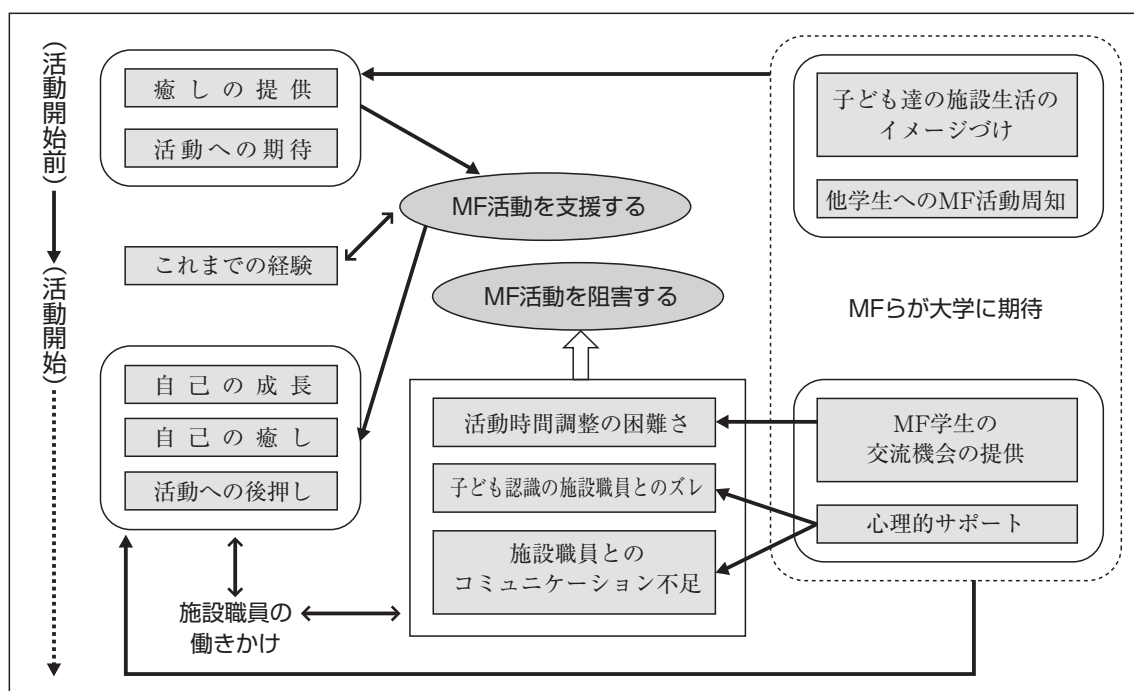


図1 メンタルフレンド活動におけるメンタルフレンド自身の主観的体験構造

イメージづけ】をあげていた。MF活動を繰り返し行うことで、MFは【自己の成長】を自覚し、＜子どもや母らとの信頼関係の構築＞を実感し、子ども達との関わりを＜自身の遊び＞としてとらえることで【自己の癒し】ともなっていた。また、施設職員からの働きかけとして＜承認されるという経験＞は【活動への後押し】となっていた。

次に『MF活動を阻害する』性質からは、MF活動において学業や自身の余暇時間確保ができず、思うようにMF活動が行えないという【活動時間調整の困難さ】、MFが実際の活動で体験する【子ども認識の施設職員とのズレ】や【施設職員とのコミュニケーション不足】の拡大は、MF活動を阻害するものとして影響すると考えられた。阻害要因に対し、MFらはスーパーヴァイザーからの【心理的サポート】により対処していた。また、大学に期待することとして【MFの交流機会の提供】やさらなる【心理的サポート】をあげていた。

IV 考 察

1 MF活動と自己の成長

MF活動の機能は、子ども達と触れあひながら心のサポートを行い、不登校やひきこもりといった子ども達における問題の解決支援を目指すものである。本研究の結果からは、自身の変化とし「色んなものに興味をもつようになり視野が広がった」「人を考えるようになった」といったように＜視野の拡大＞として語られていた。また、活動においては、対象となる子どもや保護者のみならず、施設職員やG P指導室の教職員と身近に接し実社会で活動することで、社会人としての立ち振る舞いを学ぶ機会として＜社会人マナーの習得＞に繋がっている。更に、様々な環境下にある子ども達との関わりから＜子ども達の現実認識＞を行い、関わり方のスキルを身につけることで＜対人関係調整力アップ＞となっている。伊藤らは、MF活動に関するMF自身の変化について「他人の立場や気持ちを汲み取れるようになった」「考え方が柔軟になった」「自分の新たな一面に気づいた」などの項

目より“成長”を挙げており、MF自身も大学生という青年期にあることを踏まえると彼ら自身の成長へも何かしら影響を与えているといえよう。

2 MF活動を阻害する要因と支援について

本学のMF活動が全学的取組として開始され漸く3年が経過したところである。それぞれの施設においても活動が定着してきたところである。また、長期にわたり同一施設で活動を継続するMFについて、大学の講義や自身の余暇と活動時間とのスケジュール調整の困難さ<や定期的なMF活動ができないという活動休みへの罪悪感>となり【活動時間調整の困難さ】としてMF活動を阻害する要因となっている。また、伊藤らは、MFの悩みに関するものとして、「担当職員との活動方針が合わなかった」「相談所職員と連絡を取るのが困難だった」との項目より“孤立・負担感”⁵⁾を挙げています。また、市根井らは、MF活動における児童相談所に関する課題・問題点として「対象児童、MF、児相職員との連携強化が必要」としている⁶⁾。本研究の結果においても、同様な【子ども認識の施設職員とのズレ】や【施設職員とのコミュニケーション不足】として挙げられている。現在、本学において確立された対応策がなされていない。そのためMF自身が、それぞれに他者への気持ちの投げかけを行い自ら【心理的サポート】を行わなければならない状況となっている。伊藤らは、実際の活動においては、児相相談所職員のサポートやスーパーヴィジョンがMFの不安を低減する機能を果たしているとし、また、MF活動に満足しているMFほど、友達的な関わりを取る傾向にあり、自分自身も成長したととらえていることより、MFとしての迷いも小さいことがわかるとしている⁵⁾。これらのことより、早急な対応策としてスーパーヴァイズが可能な人員配置の継続と、互いのMF活動における情報交

換の場として定期的なものとしての【MFの交流機会の提供】が望まれることが示唆される。また、専門的技術が十分でない学生にとって、対応に困った際にアドバイスが求められるような施設との連携強化も望まれる。

VI 結 語

MF活動を支援するものとして、活動開始前の特徴とし施設の子ども達を焦点とした【癒しの提供】【活動への期待】がMF活動への登録動機となっていた。活動開始後は、MF自身についての【自己の成長】【自己の癒し】を認識していた。また、MF活動を阻害するものとして【活動時間調整の困難さ】【子ども認識の施設職員とのズレ】【施設職員とのコミュニケーション不足】が挙げられた。MFが大学に期待するものとして、活動開始前の支援とし【子ども達の施設生活のイメージづけ】、活動開始後の支援として【他学生へのMF活動周知】【MFの交流機会の提供】【心理的サポート】が挙げられた。

謝辞

本研究に、ご協力いただいたメンタルフレンドの皆様には感謝いたします。

なお、この研究の一部は、平成21年度新潟青陵学会学術集会示説で発表した。

文献

- 1) 新潟青陵大学現代GP指導室. 新潟青陵大学現代GPブックレット メンタルフレンド活動による地域福祉展開－ひきこもり不登校児や長期入院児童の教育・福祉・看護への学生参加型トータルケアシステムの開発－. 9. 新潟:新潟青陵大学;2008.

- 2) 平成19年度新潟青陵大学現代G P 効果評価報告書. 57-69. 新潟:新潟青陵大学現代G P 効果評価グループ;2008.
- 3) 平成20年度新潟青陵大学現代G P 効果評価報告書. 48-61. 新潟:新潟青陵大学現代G P 効果評価グループ;2009.
- 4) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践－質的研究への誘い－. 東京:弘文堂;2003.
- 5) 伊藤美奈子. メンタルフレンド事業に関する実態調査－メンタルフレンド活動の実際と、その成長と悩み－. お茶の水女子大学人文科学紀要. 2001;54:277-289.
- 6) 市根井都ほか. 児童相談所におけるメンタルフレンド活動の現状と課題. 福島大学教育実践研究紀要. 1999;36:27-34.

心の健康問題を持つ子どものサインと 養護診断及び対応プロセスに関する研究

石崎 トモイ¹⁾・中村 恵子¹⁾・伊豆 麻子¹⁾・栗林 祐子²⁾
大森 悦子³⁾・佐藤 美幸⁴⁾・西山 悦子⁵⁾

- 1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科
- 2) 新潟市立大形小学校
- 3) 新潟市立松浜中学校
- 4) 新潟青陵高等学校
- 5) 新潟大学医学部保健学科

The Study of Signs, Yogo Diagnosis and Process of Countermeasures for Children who have Psychosomatic Problems.

Tomoi Ishizaki,¹⁾ Keiko Nakamura,¹⁾ Asako Izu,¹⁾ Yuko Kuribayashi²⁾
Etsuko Omori,³⁾ Miyuki Satou,⁴⁾ Etsuko Nishiyama⁵⁾

- 1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING
- 2) OHGATA PRIMARY SCHOOL IN NIIGATA CITY
- 3) MATSUHAMA JUNIOR HIGH SCHOOL IN NIIGATA CITY
- 4) NIIGATA SEIRYO HIGH SCHOOL
- 5) NIIGATA UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

キーワード

質的研究、養護診断、信頼関係、対応、関係作り

Key words

qualitative research, yogo diagnosis, reliable relationship, countermeasures, building relationship

I はじめに

近年、都市化、少子高齢化、国際化などによる社会の大きな変化は、子どもたちの心身の健康に影響を与え、いじめ、不登校、性の問題、生活習慣の乱れなどの深刻な健康問題に発展している。これらの問題の多くは心の健康問題と深く関連していると考えられ、子どもたちの心の健康づくりが学校教育の重要な課題だとされてから数年が経った。

また平成20年1月の中央教育審議会答申では「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策」についての論議がされ、学校保健、食育、学校給食、学校安全の各事項についてそれぞれ提言がなされた。その中で養護教諭は、学校保健活動の中核的役割を果

たしており、子どもたちの心の健康問題の対応には養護教諭の行う健康相談活動がますます重要となったと指摘された。その健康相談活動をより効果的に推進するためには、多くの関係職員がかかわり連携の上で校内体制づくりが重要であることも指摘された。健康相談活動は、平成9年保健体育審議会の答申で示された「養護教諭の新たな役割（養護教諭固有の役割）」¹⁾であり、児童生徒の様々な訴えに対して養護教諭の特質や保健室の機能を十分生かして心や体の両面への対応をすることと解釈されている。子どもたちの心の健康問題に対する方策は多々示されているが、日常的に行う養護活動が心身両面の健康問題に適切な養護診断や対応をしているかについては確かな理論がなく、養護教諭に期待され続けているところである。後藤は、多くの教師像

をふまえ「養護教諭の実践においても科学的な技術と原理を基礎とする技術的实践のみならず、経験によって培った暗黙知を駆使して問題を省察し、状況と対話しつつ反省的思考を展開して、複雑な状況に生起する複合的な問題の解決に子どもたちとともに取り組んでいく反省的实践が求められる。」²⁾と指摘している。そこで、子どもたちの心の健康問題の実践事例の省察（質的研究）から養護教諭に期待される力（実践力）を探ることが急務と考えた。また、山本は、「質的研究は、起きている現象をよりよく理解したり、いままでの見方とは異なる見方で現象を見る枠組みを開発しようとするときに典型的に用いられる。」³⁾と指摘していることから質的研究の必要性の高まりを考えた。

本研究の目的は、熟練した養護教諭を対象に、子どもたちの心の健康問題への支援（関わりや対応）に関する面接調査を行い、養護教諭がどのように子どものサインを受けとめ、どのような思考のもとで判断（養護診断）したかと、子どもの変容のためにどのような対応をしたかについて明らかにすることである。「熟練」とは、勤務経験20年以上で、2校種以上の勤務と3回以上の異動を経験した人とした。

熟練した養護教諭の選定理由は、荒川が述べている「養護教諭が持っていて、他の教員あるいはカウンセラーの保有していない特別な知識。心身医学の知識のある養護教諭（心身医学とは、患者を身体面からだけでなく、心理・社会的に診る医学）。」⁴⁾への期待からである。

Ⅱ 研究方法

1 対象

A県の小学校に20年以上勤務している現職養護教諭1人とした。

2 方法

- 1) 研究デザインは、半構造化面接を用いた質的研究である。
- 2) 面接は、対象者と研究者1対1で行い、面接回数は1回、面接時間は60分程度とした。
- 3) 面接場所は、本人が希望した本人の勤務する学校の保健室とした。また時間帯は本人が希望する子どもが来室しない土曜日とした。
- 4) インタビューの内容は、心に健康問題を持つ児童の対応のうち、うまくいった事例について、①最初の出会い、②最初に見た時の直感とその理由、③情報収集の方法や活動とその理由、④（養護診断）見立て内容とその根拠、⑤見立てを決定した後の対応・方針とその根拠、⑥方針を変えたその状況とその理由等である（表1：参照）。
- 5) 分析方法は、インタビュー内容の「逐語録」を作成し、修正版グランデッド・セオリー・アプローチを用いた。
- 6) インタビュー内容の記録は、対象者の同意を得てICレコーダーに録音した。
- 7) 倫理上の配慮は、対象者にインタビューの中断はいつでもよいことを研究協力依頼時に、口頭で説明した。また面接の録音内容や逐語録のデータは、研究目的以外には使用しない。面接で得られたデータは、外部流出しないよう厳重に保管するなど、8項目の詳細な配慮事項を書面に示し、さらに面接時に口頭で説明をした。
- 8) 本研究は、新潟青陵大学「倫理審査委員会」の審査を受け承認された。

表1 インタビューガイド

【属性】

- 1 職歴についてお聞きしたいと思います。
 - 1) 今の職場につかれて、何年目になりますか。
 - 2) 現校種以外の校種の経験がありますか。あれば、経験年数もお聞かせください。
 - 3) 養護教諭免許以外の資格をお持ちでしたらお聞かせください。
また、それに関する経験もお聞かせください。
 - 4) 今迄に自分には必要だと思って、積極的に参加した講習会や研修会又は研究内容をお聞かせください。

【事例体験】

- 1 先生が最近2年間位の間で、児童生徒に行った実践活動の中で「この事例・この対応は、養護教諭だからこそできた支援である（救急処置も含めて）と感じた経験」で、しかも「良い結果をもたらすことができたと思う体験」事例についてお聞きいたします。
 - 1) 対象の児童生徒との「最初の出会い」から、お聞かせください。
 - 2) その児童生徒を最初にみた時、何を感じましたか、「直感」をお聞かせ下さい。
なぜそう思いましたか。
 - 3) 最初にされた「対応」は、何だったかを、お聞かせください。
なぜそのようにしましたか。
 - 4) 必要な情報収集は、どのように行いましたか（動作や活動も含めて）、お聞かせください。
なぜ、そのようにしましたか。
 - 5) そこで、留意したことがあったらお聞かせください。
また、その理由は何だったとお考えですか。
 - 6) 留意したことやその背景から「判断したこと」をお聞かせください。
その「判断の根拠」はなんでしたでしょうか。
 - 7) 対象の児童生徒の（学習上）教育上の問題がありましたか。
その理由は何だと思えますか（何でしたか）。
 - 8) どのような対応（処置）・方針が必要と決定されましたか。
そのように決めた根拠をお聞かせください。
 - 9) この事例で、経過を追う途中で方針を変えることがありましたか。あれば、その時の中心的な「状況（事由）」は、何だったとお考えですか

3 分析の手順

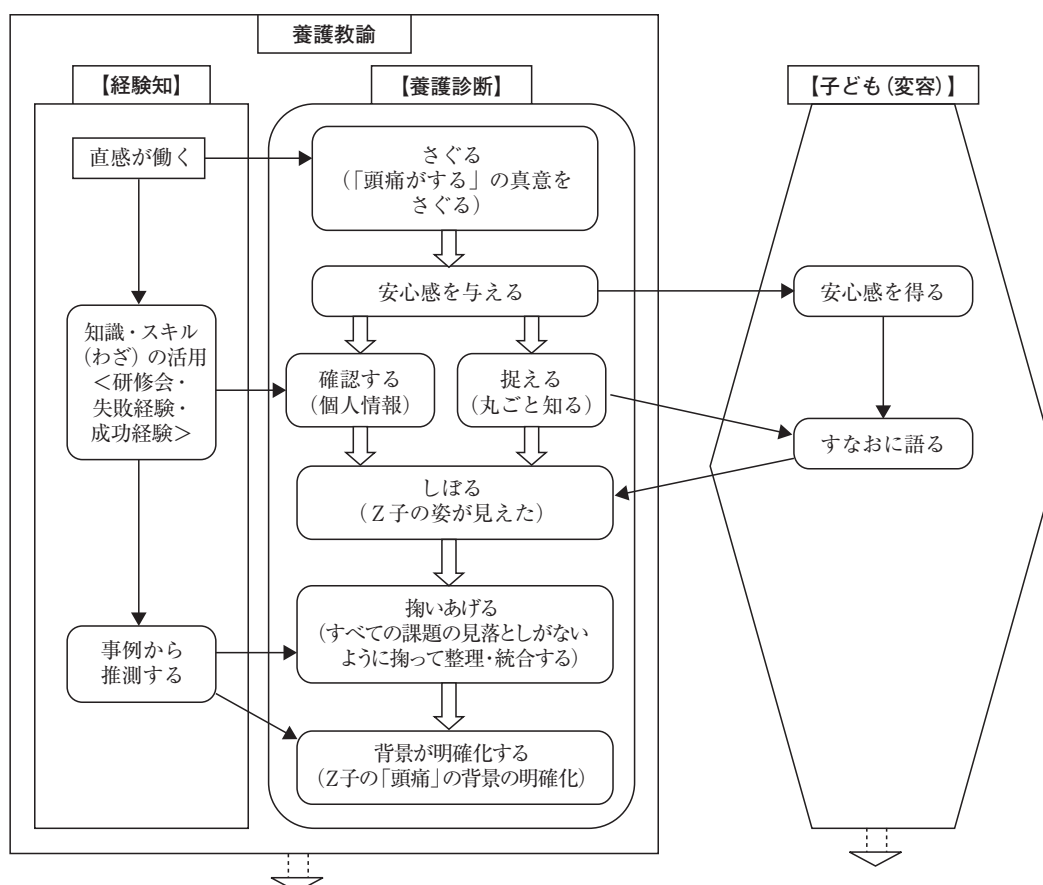
- 1) インタビュー内容の逐語録を作成した。
- 2) ワークシートを作成し、概念名とその定義を作った（表2・表3：参照）。
- 3) 概念を分析し、カテゴリーの生成を行った。
- 4) 概念とカテゴリーからストーリーラインを作成した。
- 5) 概念やカテゴリーの作成・ストーリーラインの作成は分析の要になる重要な過程であり、スーパーバイザーの強力な示唆を得て行った（図1・図2：参照）。
- 6) 妥当性を確保するために、対象者に分析結果を示し、内容について確認した。

表2 「養護診断」ワークシート

概念名	さぐる（「頭痛がする」の真意をさぐる）
定 義	Z子は「頭が痛い」と言ってきたが、“元気そうだけれど、勉強が飽きたのかな”と思案し、心身のバランス（状態）を「初期診断（さぐる）」している。 養護診断プロセスにおいては「来室者との出会い」が重要である。
具体例 (ヴァリエーション)	（Q：2年位の間で、先生がこの事例が養護教諭として支援したものを、最初の出会いからお聞きしたいと思います） ○ 最初は、普通に「頭が痛い」と言って保健室に来室した子どもです。入学して間もない1年生でしたので、顔と名前が一致する程度のあまりかかわりがなかった子どもでした。そんなところから、かかわりが始まりました。 （Q：出会った時に「直観としてどのようなことを感じたかをお聞かせください」） ○ パーと見たときに、勉強があきて保健室に来たのかなぁと感じました。 （Q：それは、顔色とか態度とかどんなことから感じましたか） ○ まず、頭が痛いと言って来たときに、けっこう元気な雰囲気を感じ取れたことと、たまたま「学校関係」という授業でグループワークになって校舎を廻っている元気な姿をみかけましたので、前の時間は元気で勉強をしていた子ですが、頭が痛いと言って来たことと、雰囲気からして元気な雰囲気を感じ取れる子である。もしかしたら勉強があきたのかなぁと直感的に感じました。 （Q：先生が最初にされた会話か処置は何ですか） ○ 「頭が痛いのに頑張っていたんだね」と声をかけた。 ○ この子はあーだこーだと言ってこなくとも、例えば、「△△先生、あの、頭が痛いんです」だとか、「お腹が痛いんです」だとか、あの、「怪我しました」という「ほんの、すり傷でも」何か持っている子どもが来ると、あっ！この子は、何か違うなァという、何か直感みたいなのがありますね。で、この子には何も感じないから、きっと、この子は本当に、この怪我だけの処置だけで来ているなァという、それは、自分でもちょっと、よく分からないんですが、それは、でも、やっぱり、もしかしたら、研修を受けてきて、子どもの見方だとか、捉え方を学んできたことと、やっぱり、経験・失敗してきた経験・見落としてきた経験だとか、その経験が、こう、合わさったものののかな！と感じています。
理論的 メ モ	1年生で、初めて出会っている。前の時間は「結構元気そう」に見えていたのだが、どうしたのだろうかと考えながら「初期診断」を丁寧に始めた。 それは、勉強が飽きたのか、熱があるのだろうかという「さぐる」気持ちを大切にしてい、主訴（「頭痛がする」）にかかわる「心身の状態」を、経験を活かして模索し始めた。

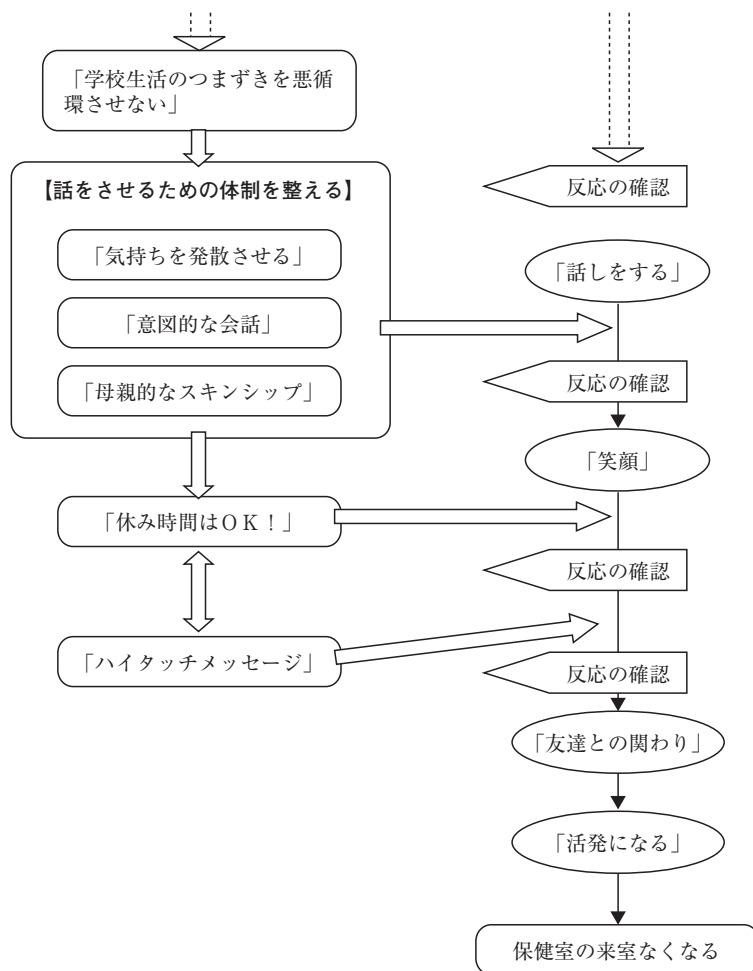
表3 「対応」ワークシート

概念名	学校生活のつまずきを悪循環させない
定 義	「保健室」は、身体の訴えで「頭が痛い」時も、勉強が分からない「逃げ」の時でも受け入れてもらえる。しかし、悪循環も孕んでいる。
具体例 (ヴァリエーション)	(Q: 本人にとっての学習上の障害というか、問題点というかそのようなことは出たのでしょうか。) ○ 例えば、その保健室に来ることによって勉強がますます遅れるか、そうですね、最初のころは、やっぱり同じような時間帯に来ましたので結局保健室に逃げてきて、その授業に出ないとすると又、次回出たときに、また、分からないし、今度だんだん回数が重なってくると本人自身も、あ、次あの授業だあでも、なんか自分もよく分かっていないから何か不安になって、又、保健室に来るという悪循環になっていました。 ○ 担任の先生とちょっと連絡を取り合って、保健室に一端よこすけれども、じゃ、私の方では、あの、一端受け入れはするけども、あの、逃げて行っても解決にならないから、ますます分からなくなるから今の時間頑張っていこう、教室まで送るから頑張っって声を掛けた時がありました。
理論的 メ モ	保健室は、Z子にとって、母親のように「やさしく」受け入れてくれる特別な人がある場所であったり、Z子のまだ経験していない「悪循環」の誘いもあるリスクを備えた場所でもある。



(「 」は概念。 【 】はカテゴリー。 ⇨ は影響関係。 → は時系列。 ⋯→ は養護診断と対応の繋がり。)

図1 養護診断プロセス



(「 」は概念。【 】はカテゴリー。⇔は影響関係。→は時系列。--->は養護診断と対応の繋がり。)

図2 対応プロセス

Ⅲ 結果

1 養護診断のプロセス

逐語録の分析結果は、12の概念と3つのカテゴリーを抽出した(「 」は概念名、【 】はカテゴリー名、“ ”はバリエーション)。

保健室に頭痛がすると言って来室した子ども(以下Z子と記載)の支援事例である。まず養護教諭は、子どもの第一声、頭痛がするに対し「勉強が飽きて保健室に来たのかなあ」と「直感が働き」【養護診断】では、真意を「さぐる」ために、“ソファに座らせ熱を測りましょう”と声掛けをし、“オデコに手を当てて”熱を測った。オデコに手を当てて熱を測るという養護教諭の行為が、子どもに

「安心感を与える」ことに繋がった。養護教諭は、“熱を測定している間”に保健調査表の既往歴や生徒指導資料等から、“名前が挙がっている子”でないことを「確認する(個人情報)」。また、子どもを「捉える(丸ごと知る)」ために普通の世間話等をしながら、情報を「しぼる」。養護教諭の、さりげない普通の世間話から、子どもは“算数の苦手なことと妹が生まれたこと”を“本音で”「素直に語る」。養護教諭のさりげない普通の世間話は【経験知】としての知識やスキル(わざ)である。経験知の背景は、カウンセリングの研修や成功経験・失敗経験等が基礎となっていた。

Z子の姿をつかむための「知識・スキル

（わざ）の活用」は、カウンセリングの研修や成功経験・失敗経験等の「事例から推測する」ものが多かった。すべての情報を「掬いあげる（すべての課題の見落としがないように掬って整理・統合する）」と、Z子の姿は“大体3限目位”に来室し、特定の教科の時間帯でないことと“妹が生まれ、朝食がよく摂れない”等の姿や背景がみえた。【子ども（変容）】は、養護教諭の優しい“熱を測ろうね”や“オデコに手を当てる”などの行為で「安心感を得る」、そして養護教諭との普通の世間話等の中で家庭のこと等を「素直に語る」ことができた。Z子の、頭痛の訴えは、“朝食の不足や夜更かし”等の影響であったという「背景が明確化した」。

2 対応のプロセス

逐語録の分析結果で、10の概念と1つのカテゴリーを抽出した（「」は概念名、【】はカテゴリー、“ ”はバリエーション『』は会話）。

養護教諭は、頭痛がすると言って保健室に来室した子どもに、軽微な学習のつまずきが保健室への逃げになったり、勉強の遅れにつながったり、また不安に繋がるかもしれないという悪循環を予防する「学校生活のつまずきで悪循環をさせない」対応をした。そのためには子どもに、“保健室内での子どもの座る位置を考え”、“養護教諭との1対1ではなく他の子どもを入れて1対2にして友人同士で共通の話題で話ができるように”して【話しをさせるための体制を整える】。そして子どもが“自由にしゃべられる話題に振る”と子どもは話を始める。このように養護教諭は「気持ちを発散させる」方法を実践する。“子どもの学年や性別を考えた話題を取り入れる”という養護教諭の「意図的な会話」や、“他の来室児童の気持ちも考えた”自然の雰囲気の中で、子どもの緊張感や不安を少しずつ取り除いて“子どもの表情が変わり明るく”「笑顔」

になってくる。また、養護教諭のさりげない「母親的なスキンシップ」は子どもとの距離を縮める。

授業中の保健室来室を少なくするために、学級担任や生徒指導主任への情報提供をこまめにし、現在の子どもの様子を知らせている。子どもを保健室から教室に戻すときに“養護教諭と学級担任とのアイコンタクト（繊細な連携）があった。学級担任が『よく来たね。』『待っていたよ！』と声掛け」をして、「受け入れを表現」する。そして、養護教諭は『分からないことはとにかく先生に聞こう！』とアドバイスをし、さらにこのアドバイスを“同じクラスの子どもたちからもして”もらい、Z子は「活発になって」いった。養護教諭はZ子に不安や緊張感を抱かせない環境づくりが整ったら「反応を確認」し、「休み時間はOK！」のサインを出し、授業をできるだけ頑張ってもらいたいという思いで教室へ連れて行った。また、子どもの元気確認や『いつでもあなたを見ているよ。』という気持ちで「ハイタッチ」で表現し、廊下で会った時や目と目が合った時にハイタッチをした。これらの養護教諭のわざは、子どもが「話しをする」行動となり、「笑顔」が生まれ、教室での「友達との関わり」ができ、「活発になる」行動の変容となった。そして、保健室への来室がなくなった。

IV 考察

養護教諭に求められている実践のあり方は、後藤²⁾が指摘している反省的实践であることを踏まえて養護診断と対応のプロセスについて考察する。

1 子どもを捉えるわざ

養護診断とは「養護教諭が専門職としての養護計画を実施するため、アセスメントによって情報の収集・分析を行った後に、総合的

に児童・生徒等の状態等を判断することである。⁵⁾とされている。子どもが保健室にいろいろと（心身の異常など）訴えて来た場合に、まずバイタルサインを手掛かりに、身心のどこに問題があるのかを探りながら支援する初期段階で重要な意味をもつ判断の一つ（養護診断）であると解釈している。

本研究では、子どもが「頭痛がする」といって来室した事例であるから、初期判断（養護診断）と適切な対応について丁寧に分析することが重要であると考えた。

養護教諭は、Z子と最初に保健室で出会った時、その子を校内巡視などの際に“けっこう元気な雰囲気を感じ取れた子”と「捉えて」いた。それは養護教諭が長い勤務経験の中で得た【経験知】の「直感を働かせた」判断が示唆されている。そこで「頭痛がする」と言って来室した子どもの頭痛は本当の訴えではなく、“子どもの仮の姿”として受けとめ、丁寧な対応をし、初期の段階で、保健室でできるアセスメント（「さぐる」）を保健調査表や生徒指導資料の個人情報から「確認」している。養護教諭の“おデコに手を当てる”等のスキンシップや優しい言葉掛けなどの丁寧な対応によって、子どもに「安心感を与えた」ことが、家庭や学校生活上の情報を得ることに繋がっている。その際には、多くの成功経験や失敗経験、研修などで培われた【経験知】としての「知識・スキル（わざ）」が活かされている。養護教諭は“子どもが身につけている髪飾り”などのさりげない会話で信頼関係を更に深め、情報を広げて集め「しほる」ことを行っている。そこで“妹が生まれたこと”“夜の就寝が遅くなったこと”“朝起きられないで朝食が摂れないこと”“3時間目にお腹がすくこと”“算数がやや苦手なこと”を得た。これは、養護教諭がこれまで経験した「事例から推測」して、全ての情報を「掬いあげて整理統合」して「頭痛の背景の明確化」を図ることで、的確に養

護診断（子どもの姿を浮き彫りにできた）をしていることが示唆された。

2 子どもへの対応のわざ

対応とは、広辞苑に「互いに向き合うこと」「相對する關係にあること」と記してある。大谷らは、「養護教諭の心理的・精神的援助活動は、救急処置を求めて保健室を訪れる児童生徒の話を聴くという形態が最も多く、聴く回数は一回だけの割合が多い。」また「継続的な援助が必要な対象は、学級担任をはじめ校内・校外関係者と連携をとりながら援助活動を進める－略－。」⁶⁾と指摘している。このことから、本研究の事例は、養護教諭が「保健室経営方針（学級担任との綿密な関係など）」をはっきり持っていたことと学級担任と綿密な連携を取った継続的支援（対応）が成功したモデルと言える。

養護教諭は、まず「学校生活のつまずきで悪循環をさせない」という保健室の経営方針のもとで、子どもとの関係づくりにいくつかのわざを駆使している。そのわざは、子どもが沢山出入りする保健室の特徴を生かし、さらに他の子どもの力も借りて子どもが緊張しないで話せる環境づくりである。面接者の【経験知】で得た“自分の言葉で言えるような、簡単などこにでもある話題を話させると、堰を切ったようにしゃべりだす子が多い”という子どもの特性を活かした対応【話をさせるための体制作り】で、「気持ちを発散させる」「意図的な会話」「母親的なスキンシップ」をして、子どもに話をさせ笑顔にしている。

次の段階は、学級担任に養護教諭のZ子についての思いを伝え、共通理解のもとでZ子を教室へ戻すための作戦と根回しをすることである。その根回しとは、学級担任と養護教諭のアイコンタクトで“Z子が来ましたよの合図”である。Z子を教室に連れて行った時、学級担任は“よく来たね、待っていた

よ”の声掛けをしている。Z子は不安ながらも安心して戻っている。養護教諭はZ子に、約束事“休み時間なら来ていいよ”をさりげなく伝え、校内で出会った時には“ハイタッチ”をしている。それが熟練した養護教諭がさりげなく行うわざである。その時から、Z子が保健室に来なくなる。このきっかけの一つに、「友達との関わり」が大きい。算数が少し苦手なZ子に、クラスの友達が“僕も分からないことあったけど、聞いたらわかった！”の言葉掛けが行動変容の追い風となる。キーワードの「関係づくり」は、養護教諭と学級担任の他に、友達との関係づくりも示唆された。

V 結論

本研究は、熟練した養護教諭のインタビュー調査から、養護診断及び対応プロセスの分析を行い、それぞれの概念とカテゴリーを抽出し、ストーリーラインを作った。また、養護診断と対応における5つのわざが明らかになった。

<養護診断>

- 1、心の健康問題を持った子どものサイン（頭痛がする）を、保健室（緊張感を与えない部屋）ではごくあたり前の体温を測るという行為中に、保健室にある資料から問題がない児童であることを早期に判断（アセスメント）していること。
- 2、来室時に子どもの情報を得る際に、何気ない普通の会話（子どもが身に付けている髪飾り等の会話から）を通して信頼関係を作っていること。

<対応>

- 3、対象となった子どもが保健室で緊張なく話せるように他児との位置関係を瞬時に設定していること。
- 4、担任との密接な連絡で、子どもが不安なく教室に戻れるように作戦を練り、“休み時

間なら保健室に来てもいいよ”という約束事を作りさりげなく伝えていること。

- 5、対象となった子どもと校内で出会った時は、「ハイタッチ（スキンシップ）」をして、“いつでもあなたを見ているからね”という気持ちを伝えていること。

この5つのわざは、勤務経験・研修経験・失敗経験などで得た経験知である。養護教諭は、適切な場面で躊躇なくごく自然に使っていた。また、子どもと出会った際に直感的に働かせたり意図的に用いたりしていた。それに本人が語った内容（逐語録）を分析してみると半ば無意識的に用いている場面も見られた。

今後は、養護教諭のなすわざの根拠や背景となる経験知の具体的内容を更に模索していきたい。

※ 本研究は、平成21年度新潟青陵学会「共同研究」の助成により実施した。

注・引用文献

- 1) 三木とみ子ほか. 四訂養護概説. 229. 東京:ぎょうせい;2009.
- 2) 後藤ひとみ. 健康相談活動における養護教諭の実践力を探求する. 日本健康相談活動学会誌. 2009;14(2):95.
- 3) 山本則子. 意義あるおもしろい質的研究論文を仕上げるための工夫. 看護研究. 2009;42(5):349.
- 4) 荒川雅子. 養護教諭の行う健康相談活動に必要な知識及び研修方法—経験年数5年以内の養護教諭を対象とした面接調査結果による共通枠組み生成—. 日本健康相談活動学会誌. 2006;1(1):24-32
- 5) 日本養護教諭教育学会. 養護教諭の専門領域に関する養護の解説集. 2007;第一版:7.
- 6) 大谷尚子ほか. 新養護学概論. 118. 京都:東山書房;2009.

文献一覧

- アンセルム・ストラウス・ジュリエット・コービン著、操華子・森岡崇訳. 質的研究の基礎—グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順—. 東京:医学書院:2004. 2007.
- キャサリン・ポーブ・ニコラス・メイズ編著、大滝純司訳. 質的研究実践ガイド—保健・医療サービス向上のために—. 東京:医学書院:2001. 2008.
- 金井Pak雅子. なぜ研究なのか. 看護学雑誌, 1997;61(1):65.
- 西條剛史. ライブ講義質的研究とは何か. 1-222. 東京:新曜社:2007.
- 佐藤学. 教育方法学. 69-79. 東京:岩波書店:2007.
- 佐藤学ほか. 確かな学力と指導法の探究. 82-96. 東京:図書文化:2004.
- 岡田加奈子ほか. 論文で用いられる養護教諭の行う判断・診断に関する「ことば」と「その対象」. 日本教育保健学会年報. 2005;12:15-26.
- 中村恵子ほか. 養護教諭による質的研究における「研究の質」の分析. 新潟青陵学会誌. 2009;1(1):31-39.

「元気高齢者」の生きがいと社会参加

—新潟市中央区「老人憩いの家」利用者調査結果から—

李 在億・平川 毅彦・土橋 敏孝・武田 誠一
新潟青陵大学看護福祉心理学部福祉心理学科

Social Participation, Motivation and QOL in Healthy Senior Citizens : Survey Results From the “Rojin-ikoi-no-ie” in Niigata City

Jaeuk Lee, Takehiko Hirakawa, Toshitaka Dobashi, Nobukazu Takeda
NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

キーワード

元気高齢者、老人憩いの家、生きがい、社会参加

Key words

healthy senior citizens, Rojin-ikoi-no-ie, motivation, quality of life, social participation

I はじめに

かつて高齢者は「社会的弱者」、「医療・保健・福祉の対象」というイメージであったが、高齢社会の進行により近年多くの「元気高齢者」という存在を生み出している。「元気高齢者」には、同世代や他の世代を支えていくという社会的役割を持ちながら、社会参加を通して今までの知識と経験を活かして地域コミュニティづくりの担い手となることが期待されている。高野和良は、高齢者の社会参加の意義を「個人の視点」と「社会の視点」からとらえ、前者は「就業、趣味、スポーツ活動、学習活動、地域活動、ボランティア活動などに参加することで、他人とふれあう機会が生まれ、生きがいや健康を維持することにつながる」とし、後者は「高齢期に生きがいや健康の維持が可能な社会に生きているという事実が、あらゆる世代に社会への信頼感と安心感をもたらし、結果として社会生活の安定と社会秩序の維持が図られることになる¹⁾」と述べている。このような視点から、今日の「元気高齢者」が生きがいを持って、社会参

加できるためには健康で充実した生活を維持する方策が不可欠になる。

現在、新潟市中央区では、「元気高齢者」に対して「老人憩いの家」を活用した生きがい対策推進事業等を実施しているが、年齢、性別、職業歴、居住地などにおける個人差や様々なライフスタイルがあるため、利用者は限定されており十分に浸透していない状況である。本研究では、「老人憩いの家²⁾」に関する調査研究が乏しい状況の中で、「高齢者実態調査（老人憩いの家利用者調査）³⁾」新潟市中央区健康福祉課（2010年）のデータをもとに、実際に新潟市中央区内の「老人憩いの家」を利用している高齢者の利用状況及び生きがい等を把握・分析し、「元気高齢者」の生きがいと社会参加との相互関連性や新たな生きがい推進施策を検討するとともに、「元気高齢者」による地域コミュニティの活性化に向けた方向性を検討することが目的である。

II 調査概要及び調査方法

本調査は、新潟市にある31カ所（中央区の

施設を含む)の「老人憩いの家」の中から、新潟市中央区にある6カ所の施設利用者を対象に生きがいや地域生活状況等を明らかにするために、実施したものである。調査対象は、新潟市中央区にある「老人憩いの家」⁴⁾を利用する65歳以上の高齢者であった。調査票の内容は「現在の日常生活状況及び生きがい」について5項目、「老人憩いの家利用状況」について6項目である。調査票は無記名回答とし、個人や施設が特定できないようにした。なお、調査票の配布、回収は新潟市中央区健康福祉課が担当した。その際対象者には調査の趣旨、研究グループは集計と分析に必要な調査データのみを扱うこと、個人情報及び調査結果は研究目的以外には使用しないことを書面及び口頭で説明し、調査協力への同意を得た。データの分析には統計分析ソフトSPSS17.0を使用し、クロス集計した。調査期間は2009年8月18日から8月31日、有効回収246件である。

Ⅲ 「老人憩いの家」利用者調査結果―

1. 調査対象者の属性

調査対象者の属性のうち、性別は男性58.0%、女性42.0%であった。年齢別では、70歳代が最も多く約5割近くを占めており、次に80歳代(26.0%)、60歳代(23.1%)、90歳代(2.4%)⁵⁾であった。他の年齢層に比べて70歳代の「老人憩いの家」の利用率が高かった。

同居家族は、全体の約4割が配偶者と同居していた。配偶者以外の同居者は既婚・未婚の子供が多く、全体の8割以上が何らかの形で家族・親族等と同居していた。一方で、「本人のみ」の単身世帯が全体の約2割を占めていた。現在の居住地は中央区(85.1%)が中心であった。他の区に居住地がある人は少ないが、全体の約1割程度が東区に住まいがあることから、施設の設備や自宅からの距離などによっては隣区の施設を利用する可能性があると考えられた。

2. 日常生活状況及び生きがい

現在の健康状態について、「普通」が全体の44.4%と最も多く、「良い」22.0%、「とても良い」10.0%を合わせると全体の3割程度は健康状態が良いと答えていた。一方で、「あまりよくない」19.9%、「良くない」3.7%と全体の約2割強が健康状態が悪くないと答えた。

日常生活における心配ごとや悩み等の相談相手については、「家族・親族」63.2%が最も多く、家族以外の相談相手としては、「友人」16.4%が多かった。その半面、困った時に「相談する相手がいない」が6.1%となっており、「近所の人」、「民生委員」、「行政機関の窓口」は全体の1割を下回っていた(図1)。こ

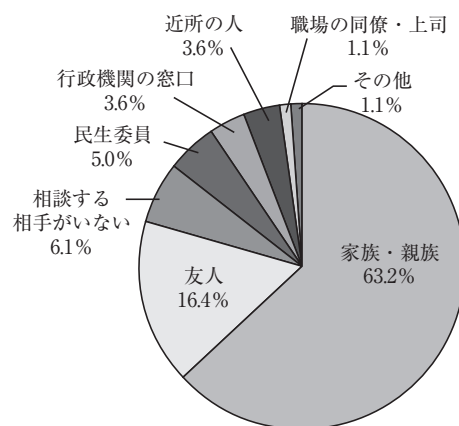


図1 心配ごとや悩みの相談相手（複数回答）

のような状況から、地域生活の中でこれらの資源を有効に活用し、身近なところで心配ごとや悩みを解決または軽減できるようにすることが課題としてあげられる。

不安に思っていることは、自分と家族の健康や病気に関することが中心で、「自分の健康や病気」39.9%、「家族の健康や病気」18.9%を合わせると全体の5割を上回っていた。次に「自然災害」16.1%、「収入」13.1%、「生きがい」4.9%、「犯罪」3.8%、「就労」1.1%、「その他」2.2%となっており、収入といった経済的な不安や生きがいは低い要因であった。

近所付き合いに関して、54.8%が「あいさつを交わす程度」であり、「常に訪問し合う人が

いる」18.9%、「困った時に気軽に相談できる人がある」13.8%、「付き合いがない」9.2%、「その他」3.2%となっている。全体の約3割は住民同士で訪問し合ったり、困った時に相談するなど何らかの形で近隣住民と関わりを持ちながら生活していることを示している。

現在の生きがいは、「友人との交流」39.5%と「趣味のサークル活動」36.9%が中心となっていた。まず男女別では、男性の1位は「趣味のサークル活動」、2位は「友人との交流」、女性は1位が「友人との交流」で2位が「趣味のサークル活動」と、男女で1位と2位が入れ替わっているものの、男女共通であった。上記2項目以外には「家族との団らん」、「高齢者（65歳以上）世代との交流」が高い割合を占めていた。一方それ以外の項目は男女ともに非常に低かった。特に、「高齢者（65歳以上）世代との交流」25.1%に対し、「若い世代との交流」2.6%とその差が大きくなっていることから、同世代と比べて異世代との交流は極めて少ないと推測できる（図2）。

年齢別にみると、年齢が高くなるほど「学習活動」、「就労」の比率は下がり、「近所の

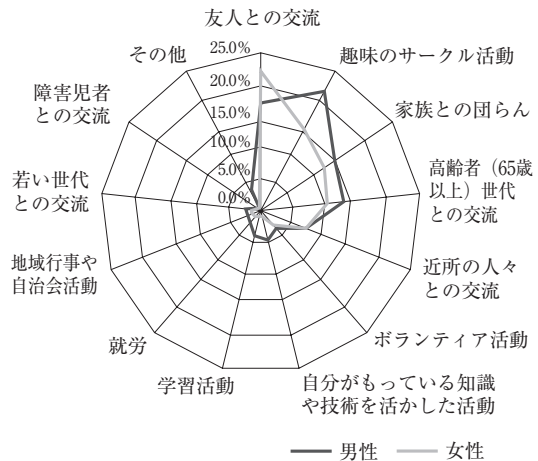


図2 生きがい・男女別（複数回答）

人々との交流」、「高齢者（65歳以上）世代との交流」、「家族との団らん」等の比率が高くなっている（図3）。また上位3項目をみると、年齢層によって違いがはっきり出ているのが特徴である。まず60歳代は「就労」に対する強い意欲を持っていたが、「若い世代との交流」は非常に低かった。70歳代は逆に「若い世代との交流」が最も多く、次に「自分がもっている知識や技術を活かした活動」となっていた。80歳代と90歳代は傾向が類似しており、上位を占めているのは「近所の人々

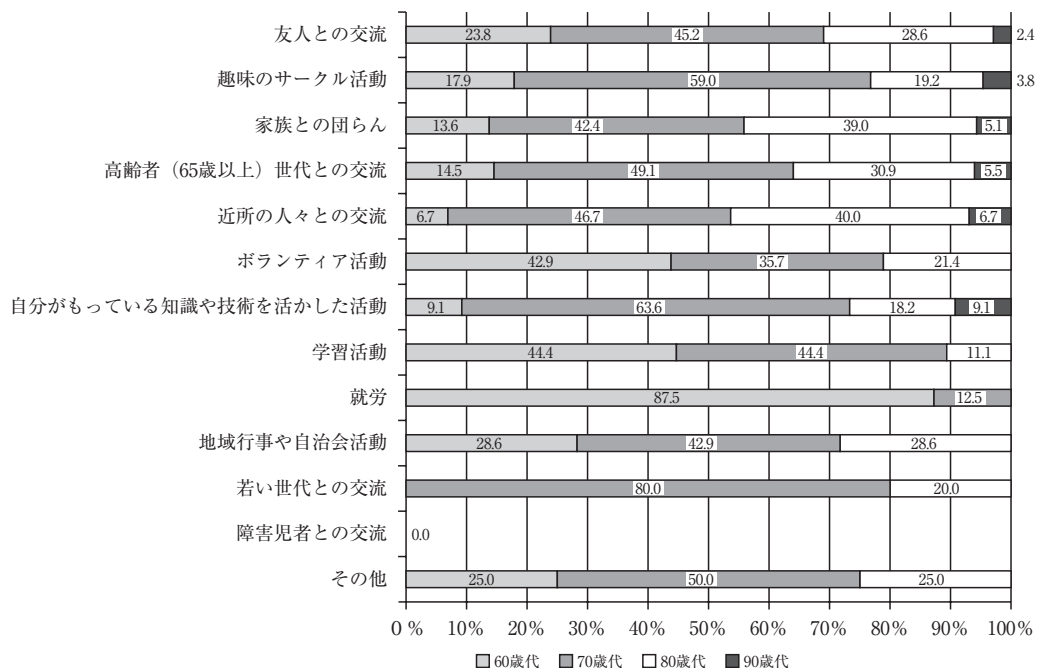


図3 生きがい・年齢別（複数回答）

表1 生きがいの上位3項目（年齢別）

年代	1	2	3
60歳代	就労	学習活動	ボランティア活動
70歳代	若い世代との交流	自分が持っている知識 や技術を活かした活動	趣味のサークル活動
80歳代	近所の人々との交流	家族との団らん	高齢者（65歳以上） 世代との交流
90歳代	自分が持っている知識 や技術を活かした活動	近所の人々との交流	高齢者（65歳以上） 世代との交流

との交流」や「高齢者（65歳以上）世代との交流」であった（表1）。

3. 「老人憩いの家」利用状況

「老人憩いの家」の利用頻度は、「ほとんど毎日」45.8%、「週2～3回くらい」38.1%となっており、週に2日以上利用している人が全体の約8割を占めている。また利用頻度が最も少なかったのは「2～3カ月に1回くらい」0.4%であった（図4）。

利用目的は、男女ともに「お風呂に入る」71.6%（男38.4%・女33.2%）が最も多く、次いで男性は「趣味・娯楽」22.7%、女性は「友達と話す」18.3%であった。それ以外の項目は、男女ともに全体の1割以下であった（図5）。

自宅から施設までの移動手段は、「自転車」39.4%と「徒歩」34.5%が中心となっており、車や公共交通機関等を使わず、経済的負担を伴わずに自宅から自力で通える手段で移動し

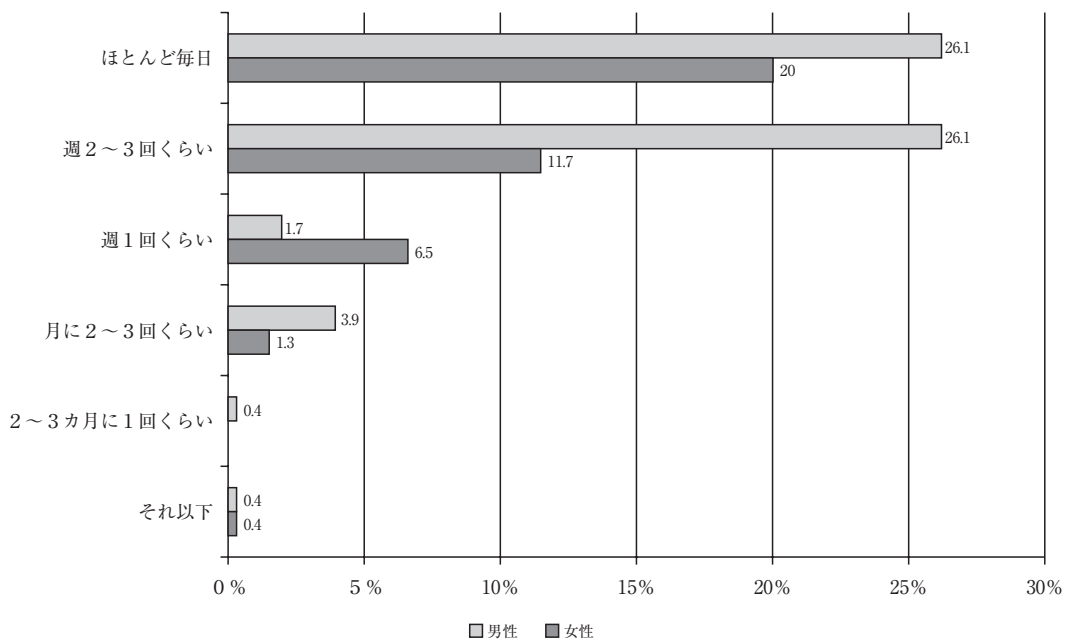


図4 「老人憩いの家」利用頻度（男女別）

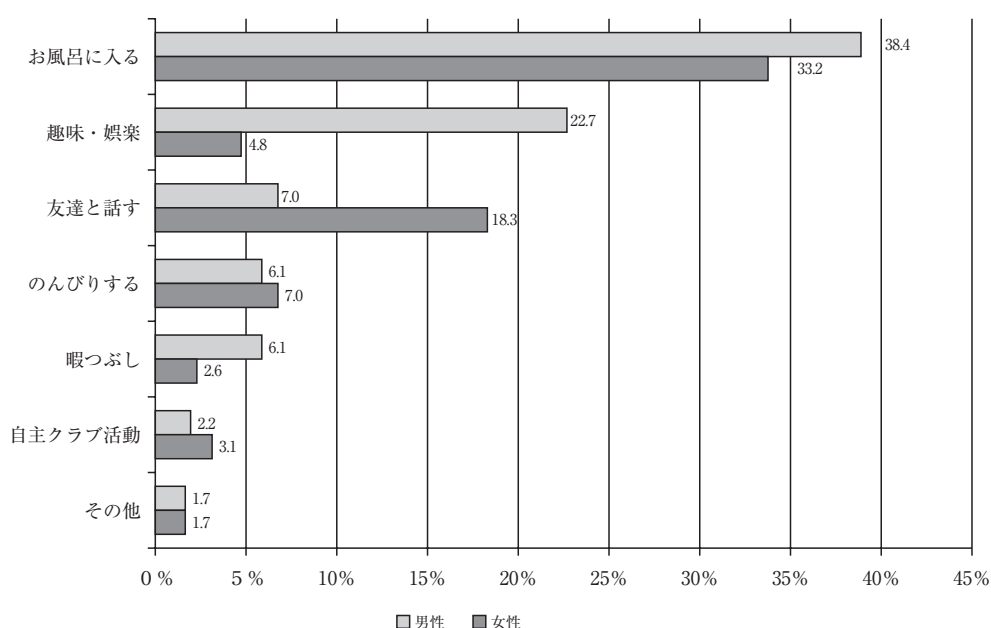


図5 「老人憩いの家」利用目的・男女別（複数回答）

ている人が多いと考えられる。また、男女ともに中央区内外にある他の「老人憩いの家」も併用していること（男性38.9%、女性15.9%）が特徴的であった。

施設の利用満足度については、「とても満足」53.3%、「まあ満足」40.5%となっており、9割以上の人が満足していることを示している。

IV まとめ

今回のアンケート調査は、新潟市中央区にある「老人憩いの家」を利用している高齢者を対象に実施し、現在介護を必要としない「元気高齢者」の生きがいや社会参加及び今後の課題について検討してきた。この調査で得られたデータは、新潟市にあるすべての「老人憩いの家」利用者の実情を表しているわけではない。しかし、現在各地区の「老人憩いの家」を利用している高齢者の特性をある程度反映していると考えられる。「元気高齢者」の「日常生活状況や生きがい」及び「老人憩いの家」利用状況等が明らかになったこ

とを踏まえて、これからの「元気高齢者」の生きがいと社会参加との関わり及び「老人憩いの家」の今後のあり方を、利用者のニーズや地域の実情を考慮したサービスの多様化や施設運営のための取り組みという視点から検討していく必要がある。

1. 地域内社会資源の活用

本調査において、高齢者が「老人憩いの家」に通うことは元気であることが条件ともいえる。しかし、日常生活の不安として自分の健康や病気のことをあげている人が最も多く、今の健康状態をこれからも維持出来るように健康管理に関する適切な対応や支援を進めていく必要がある。「元気高齢者」、特に独り暮らしの高齢者、近所付き合いがない高齢者等が家族・親族・友人以外でも、このような健康に関する相談を含め、色々な悩みをいつでも相談できるように地域に張り巡らされている福祉資源（民生委員、近隣住民、ボランティア、NPO法人、公共機関等）を活用できるよう働きかけることが重要である。今回の調査で明らかになった現在の生きがいをみ

ると、回答者の個人的活動等が上位を占める結果となっており、ボランティア活動、地域行事や自治会活動、若い世代との交流、障がいのある人との交流等にはほとんど生きがいを見出していない傾向がみられた。内閣府「高齢者の社会参加の促進に関するアンケート調査（NPO調査）」（2005年）によると、NPO活動に参加している60歳以上の人のボランティア活動への参加理由（複数回答）としては、「自分自身の生きがいのため」が67.7%で最も多く、「色々な人と交流できるため」58.3%、「自分の知識や経験をいかす機会がほしかったため」42.6%、「社会やお世話になったことに対する恩返しをしたかったため」41.4%、「社会との関わりを持っていたいため」38.0%の順になっている。一方で、参加しなかった理由は「きっかけや機会がない」が最も多かった。⁶⁾ 今回の調査対象者も個人的に生きがいや健康のため、社会的には社会的役割を果たしたいことで社会参加意欲は高いと推測できる。しかし、実際にこれらの生きがいが社会参加に結びつくようなきっかけや機会が少ないと考えられる。「元気高齢者」の地域生活において、生きがいを持つことは地域社会の様々な活動に参加する動機づけとして大事なことである。現在の個人の生きがいを尊重しつつ、社会参加ニーズを考慮した上で、自分の生きがいを土台とした社会活動に参加できるよう社会資源を活用し、積極的な働きかけを図ることが重要である。

2. 生きがい形成拠点としての「老人憩いの家」

今回の調査結果によると、利用者は男性が若干多く、年齢層では70歳代が最も多かった。また、利用頻度は週に2日以上という人の割合が非常に高く、入浴を目的として利用している人が多いことが明らかになった。この調査結果を踏まえて、「元気高齢者」にとって「老人憩いの家」は、地域の中で同じ目的

を持った仲間が集う場であり、身近なところにあって気軽に利用でき、また施設に通うこと自体が社会参加のひとつになっていると考えられる。しかし、利用者の多くが定年後社会活動への参加経験が少なく、家族や親族、友人以外の人との関係性、地域社会との関係性が薄い年齢層であることを考えると、現在の「老人憩いの家」は「元気高齢者」が生きがいを持ち、充実した地域活動に勤しむことができるような機能と役割を十分に果たしているとは言い難い。今後、地域と「元気高齢者」がつながる大切な空間として活用していくためには、施設運営や機能の改善が必要である。そこで、今後の施設運営の改善にあたって、現在ボランティア活動、若い世代との交流、障がいのある人との交流などに対して生きがいをほとんど見出していないことから、若い世代への文化・知識・技術等の伝承活動などの取り組みが有用である。このような高齢者の活動がもつ意義について、上条秀元は、「高齢者が自らの社会的な役割を再認識し、地域における居場所づくりないしは高齢者のアイデンティティー確立の機会ともなっている」⁷⁾と述べている。高齢者自身にとっての意義を考慮した上で、高齢者やその家族、若い世代、ボランティア等と一緒に参加できるような地域活動の場として構築していくことが重要である。「高齢者実態調査」（2010年）によると、55歳から59歳までの「元気高齢者」準備段階世代は定年退職等により、「就労」から「友人との交流」や「趣味のサークル活動」へ65歳以降の生きがいをシフトしようとしている。しかし、地域活動への参加経験をみると、「参加したことがない」が45.2%となっている。⁸⁾ このような準備段階世代に対して、定年退職後のライフステージが職場から地域社会に変わっていくことを想定し、65歳以降のライフスタイルにおいて地域住民との人間関係が広がり、生きがいを持って日常生活の充実感が得られるような社会活

動の場を提供する必要がある。

最後に、「元気高齢者」と地域全体が互いに支え合う関係を築いていけるよう、これから支援を進めていくことが重要である。そのためには高齢者の生活実態やニーズを把握し、高齢者が生きがいを持ちながら健康的な生活をできるだけ長く送るための生きがい推進施策を充実させ、今後①情報提供を強化すること、②「元気高齢者」に積極的に参加を呼び掛けること、③「元気高齢者」が地域活動に参加しやすい環境を作っていくことが重要である。「老人憩いの家」のあり方については、利用者のニーズや地域の実情を考慮しながら、今後地域コミュニティの活性化に向けた多世代間交流の「場」として活用できる取り組みを工夫する必要があると考えられる。

[注・引用文献]

- 1) 高野和良・坂本俊彦・大倉福恵. 高齢者の社会参加と住民組織—ふれあい・いきいきサロン活動に注目して—. 山口県立大学大学院論集. 2007;8:129.
- 2) 地域の高齢者に教養の向上、レクリエーション等のための場を与え、高齢者の心身の健康増進を図る社会福祉施設。市町村が設置・運営し、60歳以上の地域の高齢者が無料で利用できる（昭和40年4月5日、社老第88号厚生省社会局長通知）。全国に3923カ所ある（厚生労働省、平成20年社会福祉施設等調査）。
- 3) 本調査は、2009年度新潟市からの高齢者実態調査委託を受け、調査対象選定・調査票配布及び回収等の作業は、新潟市中央区健康福祉課の協力をいただきながら、調査設計・集計・分析は新潟青陵大学地域福祉研究会（土橋敏孝・平川毅彦・武田誠一・李在億）で行った。本稿は、「高齢者実態調査」報告書（新潟市中央区健康福祉課、2010;21-33）をもとに加筆・修正及び再編集したものである。
- 4) 新潟市内で31カ所ある（北区4カ所、東区6カ所、中央区6カ所、江南区4カ所、西区10カ所、西蒲区1カ所）。利用時間は午前9時から午後4時半までとなっている。月別開所日数は24日である。1日平均利用状況は、なぎさ荘93人（男57人・女36人）、ひばり荘128人（男64人・女64人）、沼垂荘72人（男39人・女34人）、鳥屋野荘56人（男33人・女23人）、山潟荘39人（男18人・女21人）、米山荘85人（男54人・女31人）である（新潟市中央区、2008年9月30日現在）。
- 5) 新潟市中央区の高齢化率は、人口総数172、657人（男82、104人・女90、553人）、65歳以上38、040人（男15、337人・女22、703人）、高齢化率22.0%（男18.7%、女25.1%）である（新潟市年齢別地区別人口統計、2008年9月30日現在）。
- 6) 厚生労働省. 平成18年版高齢社会白書.
- 7) 上条秀元. 高齢者の学習・社会参加支援に関する研究—その基礎的考察—. 宮崎大学生涯教育研究センター研究紀要. 2004;9:2.
- 8) 新潟市中央区健康福祉課. 「高齢者実態調査」報告書. 2010;13-16. 準備段階世代における現在と65歳以降における意向を比較した場合、現在の生きがいは「友人との交流49.3%」、「家族との団らん48.1%」、「就労38.6%」が中心であるが、65歳以降は「友人との交流56.4%」、「家族との団らん47.5%」に次いで「趣味のサークル活動40.6%」を生きがいとして想定している。
- 9) 赤塚俊治・李在億. 地域における高齢者と子どもの社会福祉施設の複合化に関する一考察. 東北福祉大学研究紀要. 2006;30:39-55.
- 10) 伊藤利彦. 高齢社会に対応した産業とまちづくりに関する調査. 調査研究期報. 2001;128:24-27.
- 11) 李永喜・小河孝則・田口豊郁. 福祉ボランティアに対する行政の役割—A市地域福祉基金の助成から—. 川崎医療福祉学会誌. 2008;18(1):75-89.
- 12) 大福族生. 市民活動入門「地域デビューのすすめ」. 月刊自治研. 2007;49(569):30-37.
- 13) 秦綾. 東京都・市区部における老人利用施設

- の施設整備方針と現況－都市居住高齢者のための地域施設計画に関する研究・その7－. 日本建築学会大会学術講演梗概集（東北）. 2000;313-314.
- 14) 木原孝久. ご近所パワーで助け合い起こし.
35. 東京:筒井書房;2006.
- 15) 坂本信雄. 市民参加とNPO活動の関係について. 京都学園大学経営学部論集. 2007;16(3):1-16.
- 16) 鈴木紀子. 「市民活動へ参加する個人に関する一考察－横浜で活動する人の事例から－. 技術マネジメント研究. 2003;2:28-40.
- 17) 菅原良子・藤崎亮一・内山憲介. 高齢者の生きがいと地域づくり－長崎県江迎町における「元氣えむかい」の取り組み－. 地域総研紀要. 2006;4(1):45-52.
- 18) 豊島慎一郎. 地方都市における地域活動と社会参加－「2008年地域の暮らしと福祉に関する大分市民意識調査」データを用いて－. 地域と経済2. 2009;181-197.
- 19) 平川毅彦・土橋敏孝・武田誠一・李在億.
「元氣高齢者」準備段階世代の地域生活と生きがい－新潟市中央区住民調査結果から－. 新潟青陵学会誌. 2010;2(1):11-18.
- 20) 穂坂小百合・佐藤平. 老人憩いの家における建築計画に関する研究－設置地域別にみた施設利用の違いについて－. 日本建築学会大会学術講演梗概集（関東）. 1997;23-24.
- 21) 穂坂小百合・佐藤平・安中英里. K市における旧老人憩いの家の使われ方について. 日本建築学会東北支部研究報告集. 1996;59:265-268.
- 22) 堀薫夫・福島順. 高齢者の社会参加と生涯学習活動の関連に関する一考察－大阪府老人大学修了者を事例として－. 大阪教育大学紀要第IV部門. 2007;56(1):101-112.
- 23) 松成恵. 高齢者の楽しみ・生きがい－独居後期高齢者事例研究－. 山口県立大学生生活科学部研究報告. 2004;67-75.
- 24) 間野百子. 青少年との相互交流をとおした高齢者の社会参加－米国のメンター役割を中心に－. 東京大学大学院教育学研究科紀要. 2005;44:391-399.

産科医不足下において助産師が自立したケアを行う ための産科医および助産師の役割と連携について：その1

—褥婦の意識について—

渡邊 典子・久保田美雪・小林 正子・小林美代子
池田かよ子・河内 浩美・罇 淳子・半藤 保
新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

Roles of Obstetricians and Midwives and Cooperation between Them with Regard to Independent
Provision of Care by Midwives during the Present Shortage of Obstetricians (Part 1)

: About Puerperal Woman's Consideration :

Noriko Watanabe, Miyuki Kubota, Masako Kobayashi, Miyoko Kobayashi
Kayoko Ikeda, Hiromi Kawauchi, Junko Motai, Tamotsu Hando
NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

キーワード

褥婦、安心・安全・満足の出産、助産師、産科医、役割分担と連携

Key words

puerperal woman, complacency, safety and satisfaction at the birth, midwife, obstetrician,
role and cooperation

I 緒言

わが国およびN県下における出産の状況は、98%が施設分娩であり、その内訳は、病院と診療所とで約半数ずつとなっている。周産期医療の現場において、産科医および助産師の不足と偏在（病院と診療所）が問題視される中、各地で産科施設・病棟の閉鎖がおきている。

これらの問題に対しては、量的側面、質的側面からの解決策が考えられる。量的側面の解決策としては、産科医と助産師の養成数の増加が考えられるが、眼下の問題に対して即時的解決策とはならない。さらに、産科医の過重労働の負担や労働対価の適正な評価の点から産科医減少の原因に対する解決策が必要とされている。次に、WHOは、質的側面からのアプローチとして、正常経過の妊産褥婦に

対し助産師が妊娠・分娩・産褥まで一貫したケアを行うことが、妊産婦の求める安心・安全・満足につながると報告している。これはまさに、助産師の専門性の発揮、産科医の過重労働負担の軽減につながる事となる。しかし、現実には妊産褥婦の正常・異常にかかわらず、ほとんどのケースに産科医が関わり、助産師の専門性を十分活かした役割分担となっているとは言い難い。さらに、現在進められている産科施設、産科医の集約化は、妊産婦にとっては出産場所が生活圏からなくなりお産難民となる可能性をはらんでいる。妊産婦が望む安心、安全で満足できる出産を実現できる体制づくりのために、マンパワーを十分活用した産科医と助産師の役割と連携について検討することが不可欠である。

そこで、N県内で出産した褥婦、ケア提供者の産科医、助産師の3者に対し、産科医と

助産師の役割と連携に関する意識調査を行った。このうち本報告は、褥婦を対象とし、出産場所の選定要因、出産の満足度、安心・安全・満足した出産の要因と産科医と助産師の役割分担と連携に関する意識を明らかにすることを目的とする。

II 研究方法

1. 調査期間と調査対象

新潟県内の協力の得られた病院20カ所および診療所14カ所において2007年12月～2008年1月に出産した褥婦821人。

2. 調査方法

研究協力の得られた病院および診療所に無記名による自記式質問紙を郵送した。看護スタッフから褥婦に調査の説明をしてもらい、質問紙を配布、そして退院までに回収してもらった。その後、郵送にて返送、あるいは回収された質問紙を直接に調査者が受け取った。

3. 調査内容

調査内容は、①対象者の属性、②出産場所の決定要因、③安心・安全・満足した出産の要因、④正常経過の妊娠・分娩・産褥および新生児への助産師のかかわりについてである。②は、塚本¹⁾らの「今回の出産場所選択理由」と、鈴木²⁾らの「出産場所とした選んだ理由」を基に作成した。回答は4段階評価（「全く重要ではない」1点～「とても重要」4点）とし、重要度が高いほど高得点を示す。③は、佐藤³⁾の「褥婦の重要度」「褥婦の満足度」の項目を基に作成した。満足度の回答は、5段階評価（「低い」1点～「高い」5点）で満足度が高いほど高得点を示す。重要度の回答は、4段階評価（「全く重要ではない」1点～「とても重要」4点）で重要度が高いほど高得点を示す。④は、正常経過の各期に助産師が主になってケアすることについて、「賛成」「反対」「どちらとも言えない」

の3者択一で選択してもらい、その後に各期におけるその理由を複数回答にて回答してもらった（各期選択肢の項目数は「その他」を含み、妊娠期は13項目、分娩期15項目、産褥・新生児期11項目である）。

4. 分析方法

データーの集計および解析にあたっては、SPSS for Windowsを使用した。調査内容①④は単純集計と基本統計量を求めた。調査内容②③はMann-WhitneyのU検定法を用いて比較検討し、有意水準は0.05未満とした。

5. 倫理的配慮

対象者には、「研究目的と方法」「結果は全て統計学的に処理し個人が特定されないこと」「研究以外に使用しないこと」「研究参加に関する自由意思」について明記した「お願い文」を質問紙に添付し、看護スタッフから説明後、配布してもらった。記入後は、記入者自身で個別封筒に入れてもらい、回収した。アンケートの回答をもって調査への承諾とした。

III 結果

1. 回収状況

質問紙配布数821人、回収数476人（回収率58.0%）のうち、有効回答290人（有効回答率35.3%）を分析対象とした。

2. 対象者の背景（表1）

対象者の平均年齢は30.1±4.7歳、初・経産別では「初産婦」143人（49.3%）、「経産婦」147人（50.7%）、仕事の有無別では「仕事あり」128人（44.1%）、「仕事なし」162人（55.9%）。妊娠経過「順調」は251人（86.6%）、分娩経過「順調」は255人（87.9%）。妊婦健診および出産施設が「同じ」218人（75.2%）、「違う」72人（24.8%）、違う理由は、「里帰り出産」58人（80.6%）、「医学的理由」9人（12.5%）、「その他」5人（6.9%）であった。

初・経産別に妊娠経過についてみると、

表1 対象者の背景

		全体 (n=290)	初・経産別 (n=290)		仕事の有無別 (n=290)	
			初産婦 (n=143)	経産婦 (n=147)	仕事あり (n=128)	仕事なし (n=162)
年齢	平均年齢	30.1±4.7歳	28.9±4.5歳	31.2±4.5歳	30.6±4.6歳	29.6±4.6歳
	最小値	20歳	20歳	21歳	21歳	20歳
	最大値	44歳	41歳	44歳	44歳	40歳
妊娠経過	順調	251人 (86.6%)	120人 (83.9%)	131人 (89.1%)	102人 (79.7%)	149人 (92.0%)
	異常あり	39人 (13.4%)	23人 (16.1%)	16人 (10.9%)	26人 (20.3%)	13人 (8.0%)
分娩経過	順調	255人 (87.9%)	122人 (85.3%)	133人 (90.5%)	109人 (85.2%)	146人 (90.1%)
	異常あり	35人 (12.1%)	21人 (14.7%)	14人 (9.5%)	19人 (14.8%)	16人 (9.9%)
妊婦検診の 施設と出産 施設の違い	同じ施設	218人 (75.2%)	101人 (70.6%)	117人 (79.6%)	103人 (80.5%)	115人 (71.0%)
	違う施設	72人 (24.8%)	42人 (29.4%)	30人 (20.4%)	25人 (19.5%)	47人 (29.0%)

「順調」初産婦120人 (83.9%)、経産婦131人 (89.1%)、同様に分娩経過「順調」初産婦122人 (85.3%)、経産婦133人 (90.5%)であった。仕事の有無別を同様に見ると、妊娠経過「順調」仕事あり102人 (79.7%)、仕事なし149人 (92.0%)、同様に分娩経過「順調」仕事あり109人 (85.2%)、仕事なし146人 (90.1%)であった。

3. 出産場所を決定する要因 (表2)

出産場所を決定する要因28項目について、重要度が高い項目5つは「緊急時に適切な処置が受けられる」3.70点、「医師の評判がよい」3.57点、「助産師の評判がよい」「自宅・実家から近い」3.52点、「医療関係者が親切」3.44点と安全性、医療者の評判や態度、アクセスに関するものであった。反対に重要度が低い項目5つは、「会陰切開をしない」1.94点、「マタニティービクス、ヨガ、スイミングをしている」2.01点、「病院から記念品をもらえる」2.04点、「出産後にマッサージやシャンプーのサービスがある」2.05点、「女性の医師がいる」2.06点と出産方法、エクストラサービス、医療者の性別に関するものであった。

初・経産別で見ると、重要度が高い項目5つは順位の違いはあるものの全体の結果と同じであった。重要度が低い項目5つは、初・

経産婦ともに「会陰切開をしない」、「病院から記念品をもらえる」、「出産後にマッサージやシャンプーのサービスがある」、「女性の医師がいる」の4項目は共通していたが、初産婦は「待合室にプレイルーム、託児コーナーがある」、経産婦は「マタニティービクス、ヨガ、スイミングをしている」であった。次に初産婦と経産婦の比較では、「交通の便が良い」、「待合室にプレイルーム、託児コーナーがある」、「食事が豪華である」は経産婦の得点が高く有意差がみられた。対して、「母親学級や両親学級をしている」、「マタニティービクス、ヨガ、スイミングをしている」、「友人や知人のすすめ」、「夫や家族のすすめ」は初産婦の得点が高く有意差がみられた。仕事の有無別の比較では、有意差はみられなかった。

表2 出産場所を決定する要因の初・経産別での差 (n=290)

		全体 (SD)	初産婦 (SD)	経産婦 (SD)	有意確立 (初産婦VS経産婦)
安全性	緊急時適切な処置を受けれる	3.70 (0.56)	3.66 (0.61)	3.73 (0.50)	n.s
	総合病院である	2.64 (1.03)	2.58 (1.02)	2.69 (1.04)	n.s
アクセス	自宅・実家から近い	3.52 (0.66)	3.50 (0.69)	3.54 (0.63)	n.s
	交通の便がよい	2.98 (0.85)	2.87 (0.85)	3.09 (0.84)	*
医療者に対する評価	医師の評判がよい	3.57 (0.62)	3.54 (0.68)	3.60 (0.56)	n.s
	助産師の評判がよい	3.52 (0.69)	3.46 (0.78)	3.57 (0.59)	n.s
	医療関係者が親切	3.44 (0.74)	3.38 (0.78)	3.49 (0.70)	n.s
	女性の医師がいる	2.06 (0.85)	2.06 (0.84)	2.05 (0.87)	n.s
設備・サービス	施設が充実している	3.39 (0.69)	3.34 (0.73)	3.44 (0.64)	n.s
	完全個室である	2.44 (1.00)	2.37 (0.99)	2.50 (1.02)	n.s
	家族の宿泊ができる	2.22 (0.92)	2.22 (0.95)	2.22 (0.91)	n.s
	待合室にプレイルーム、託児コーナーがある	2.25 (0.90)	2.01 (0.80)	2.48 (0.93)	**
	食事が豪華である	2.23 (0.88)	2.08 (0.84)	2.38 (0.89)	**
	母親学級や両親学級をしている	2.90 (0.86)	3.11 (0.77)	2.70 (0.90)	**
エクストラサービス	病院に入院準備品がそろっている	2.56 (0.91)	2.45 (0.92)	2.66 (0.88)	n.s
	出産後にマッサージやシャンプーのサービスがある	2.05 (0.91)	1.99 (0.90)	2.10 (0.92)	n.s
	病院から記念品をもらえる	2.04 (0.87)	2.03 (0.88)	2.06 (0.87)	n.s
	マタニティピクス、ヨガ、スイミングをしている	2.01 (0.83)	2.15 (0.85)	1.86 (0.79)	**
出産方法	家族が出産に立会える	3.03 (0.97)	3.06 (0.98)	3.00 (0.96)	n.s
	個人の希望をかなえてくれる	3.03 (0.84)	2.98 (0.88)	3.07 (0.80)	n.s
	会陰切開をしない	1.94 (0.71)	1.92 (0.66)	1.97 (0.76)	n.s
他者評価	友人や知人の勧め	2.64 (0.87)	2.76 (0.89)	2.53 (0.84)	*
	夫や家族の勧め	2.52 (0.88)	2.68 (0.90)	2.36 (0.84)	**
育児	母乳育児をしている	3.07 (0.89)	3.03 (0.93)	3.12 (0.86)	n.s
	母子同室である	2.97 (0.84)	2.96 (0.87)	2.99 (0.80)	n.s
費用	分娩費用が安い	2.75 (0.92)	2.73 (0.92)	2.76 (0.93)	n.s
その他	外来の待ち時間が少ない	2.90 (0.96)	2.90 (0.95)	2.89 (0.97)	n.s
	夕方・土・日も診療してもらえる	2.98 (0.89)	2.88 (0.95)	3.07 (0.83)	n.s

Mann-Whitney 検定 * p<0.05 ** p<0.01

4. 安心・安全・満足した出産

1) 出産の満足度

今回の出産満足度の評点は、1点2人(0.7%)、2点3人(1.0%)、3点49人(16.9%)、4点110人(37.9%)、5点126人(43.4%)、平均値 4.22 ± 0.81 点であった。初・経産別では、初産婦の平均値 4.18 ± 0.80 点、経産婦の平均値 4.27 ± 0.82 点であり、経産婦の方が高かった。仕事の有無別では、仕事ありは平均値 4.12 ± 0.88 点、仕事なしは平均値 4.31 ± 0.75 点で仕事なしの方が高かった。

2) 安心・安全・満足した出産を考えるときの重要度(表3)

安全・安心・満足した出産を考えるときの要因15項目について、全体で重要度が高い項目5つは「助産師に心配、不安なことを気軽に相談できる」3.92点、「助産師と医師の連携がよい」3.89点、「母体や胎児の健康状態、今後の見通しの説明がある」「異常・緊急時の受け入れ、対応がよい」3.88点「医師に心配、不安なことを気軽に相談できる」3.87点であった。

初・経産別でみると、初産婦は「助産師に心配、不安なことを気軽に相談できる」3.94点、「母体や胎児の健康状態、今後の見通しの説明がある」3.89点「医師に心配、不安なことを気軽に相談できる」3.88点、「異常・緊急の受け入れ、対応がよい」「処置や検査についてのわかりやすい説明がある」3.86点の順に重要視していた。一方、経産婦は「助産師と医師の連携がよい」3.94点、「助産師に心配、不安なことを気軽に相談できる」「異常・緊急時の受け入れ、対応がよい」3.90点、「母体や胎児の健康状態、今後の見通しの説明がある」3.88点、「医師に心配、不安なことを気軽に相談できる」「処置や検査についてのわかりやすい説明がある」3.85点の順に重要視していた。また、初産婦と経産婦で比較すると「助産師と医師の連携がよい」は経産婦が高く、「妊娠期からの出産教育がある」は初産婦が高く有意差がみられた。

仕事の有無別で比較すると仕事ありが「出産になるまで1人にしない」が高く有意差が

表3 安心・安全・満足した出産を考えるときの重要項目の初・経産婦別の差 (n=290)

	全体 (SD)	初産婦 (SD)	経産婦 (SD)	有意確立 (初産婦VS経産婦)
助産師に心配、不安なことを気軽に相談できる	3.92 (0.27)	3.94 (0.23)	3.90 (0.30)	n.s
助産師と医師の連携がよい	3.89 (0.33)	3.83 (0.39)	3.94 (0.24)	**
母体や胎児の健康状態、今後の見通しの説明がある	3.88 (0.32)	3.89 (0.32)	3.88 (0.33)	n.s
異常・緊急の受け入れ、対応がよい	3.88 (0.36)	3.86 (0.39)	3.90 (0.33)	n.s
医師に心配、不安なことを気軽に相談できる	3.87 (0.36)	3.88 (0.35)	3.85 (0.38)	n.s
処置や検査についてのわかりやすい説明がある	3.86 (0.36)	3.86 (0.37)	3.85 (0.36)	n.s
安心できる言葉かけがある	3.77 (0.47)	3.75 (0.50)	3.80 (0.44)	n.s
プライバシーが保護されている	3.58 (0.62)	3.57 (0.60)	3.59 (0.64)	n.s
近くに出産施設がある	3.49 (0.68)	3.48 (0.74)	3.50 (0.62)	n.s
自分の希望や要望をよく聞いてくれる	3.40 (0.62)	3.35 (0.64)	3.44 (0.60)	n.s
医師が必ず、出産に立ち会う	3.38 (0.67)	3.36 (0.72)	3.39 (0.63)	n.s
出産になるまで1人にしない	3.27 (0.72)	3.29 (0.69)	3.25 (0.76)	n.s
妊娠期からの出産教育がある	3.15 (0.74)	3.18 (0.87)	3.03 (0.75)	**
家族立会い出産ができる	3.14 (0.88)	3.18 (0.87)	3.11 (0.89)	n.s
フリースタイル出産ができる	2.53 (0.83)	2.45 (0.78)	2.61 (0.88)	n.s

Mann-Whitney 検定 ** p<0.05 ** p<0.01

みられた。

5. 正常経過の妊娠・分娩・産褥および新生児への助産師のかかわりについて（図1、表4－1.2.3）

正常経過の妊娠・分娩・産褥および新生児へ助産師が主になってケアを行うことに対して、「賛成」「反対」「どちらとも言えない」の3つで尋ねた。妊娠期について初産婦「賛成」80.3%、「反対」0.7%、「どちらとも言えない」19.0%、経産婦「賛成」73.5%、「反対」4.1%、「どちらとも言えない」22.4%。分娩期は初産婦「賛成」43.4%、「反対」15.4%、「どちらとも言えない」41.3%、経産婦「賛成」37.0%、「反対」15.8%、「どちらとも言えない」47.3%。産褥および新生児期は初産婦「賛成」94.4%、「反対」0.7%、「どちらとも言えない」4.9%、経産婦「賛成」94.6%、「反対」0.7%、「どちらとも言えない」4.8%であった。

以下に各理由についてみていく（妊娠期は「賛成」「どちらとも言えない」とした理由、分娩期は「賛成」「反対」「どちらとも言えない」とした理由、産褥および新生児期は「賛成」とした理由である）。

1) 正常妊娠経過の妊婦健診の計測、診察、保健指導を助産師が主になって行うことについて

「賛成」の理由の上位3つについてみると、初・経産婦ともに同じであり「相談しやすい」84.2%、81.5%、「産科医師不足の解消になる」68.4%、74.1%、「安心できる」47.4%、37.0%であった。「どちらとも言えない」理由を同様にみると、初・経産婦で「医師と助産師両方に診てもらいたい」66.7%、78.8%、「異常の早期発見が困難」48.2%、45.5%、「助産師の知識、技術に不安がある」33.3%、39.4%であった。初産婦は「相談しやすい」33.3%もあった。

2) 正常分娩経過の分娩を助産師が主になり行うことについて

「賛成」の上位3つの理由についてみると初・経産婦ともに「産科医師不足の解消になる」77.4%、79.6%、「相談しやすい」54.8%、55.6%、「安心できる」41.9%、37.0%であった。

「反対」について同様にみると初・経産婦ともに「医師と助産師両方に診てもらいたい」59.1%、60.9%、「異常の早期発見が困難」50.0%、69.6%、「助産師の知識、技術に

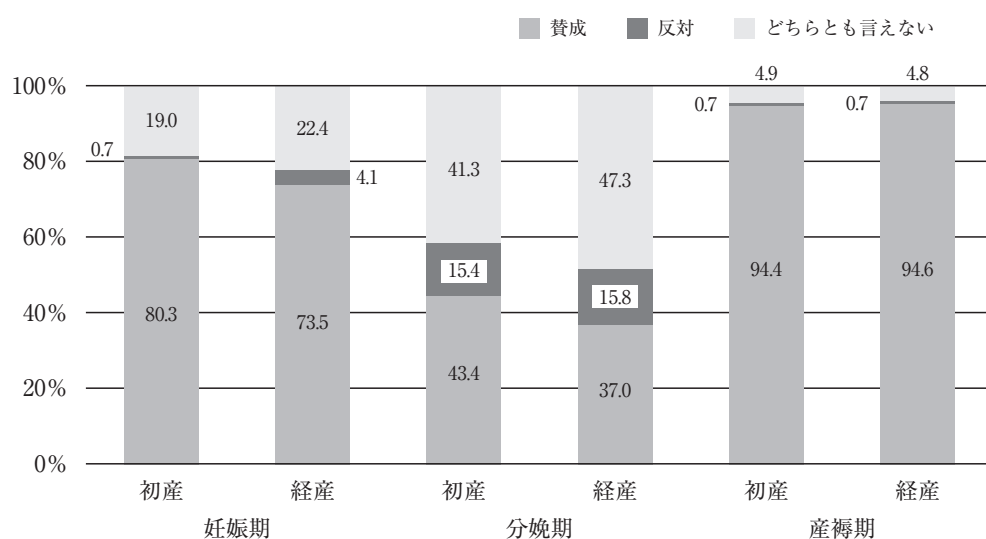


図1 正常経過の妊娠・分娩・産褥及び新生児へ助産師が主にケアを行うことについて

表 4-1 正常経過の妊娠の方へ助産師が主となってかわることについての意見とその理由 % (人)

	妊 娠 期					
	初産婦			経産婦		
	賛成 (114)	反対 (1)	どちらとも言えない (27)	賛成 (108)	反対 (6)	どちらとも言えない (33)
産科医師不足の解消	68.4	0	22.2	74.1	0	33.3
相談しやすい	84.2	0	33.3	81.5	0	0.0
助産師の知識・技術の不安	2.6	100.0	33.3	0.9	33.3	39.4
安心できる	47.4	0	7.4	37.0	0	9.1
羞恥心が軽減	33.3	0	11.1	25.0	0	12.1
異常の早期発見が困難	3.5	100.0	48.2	3.7	66.7	45.5
十分な説明が受けられる	33.3	0	11.1	36.1	0	3.0
必要以上の医療介入がない	6.1	0	11.1	6.5	16.7	9.1
家庭的な雰囲気	38.6	0	11.1	33.3	0	3.0
医師に診てもらいたい	0	0	14.8	0.9	50.0	18.2
医師と助産師両方に診てもらいたい	35.1	100.0	66.7	23.2	50.0	78.8

表 4-2 正常経過の分娩の方へ助産師が主となってかわることについての意見とその理由 % (人)

	分 娩 期					
	初産婦			経産婦		
	賛成 (62)	反対 (22)	どちらとも言えない (59)	賛成 (54)	反対 (23)	どちらとも言えない (69)
産科医師不足の解消	77.4	0	32.2	79.6	0	24.6
相談しやすい	54.8	13.6	17.0	55.6	4.4	8.7
助産師の知識・技術の不安	0	36.4	22.0	1.9	26.1	17.4
安心できる	41.9	13.6	20.3	37.0	13.0	10.1
羞恥心が軽減	22.6	0	10.2	20.4	0	5.8
異常の早期発見が困難	1.6	50.0	32.2	1.9	69.6	47.8
十分な説明が受けられる	29.0	4.6	11.9	18.5	13.0	10.1
必要以上の医療介入がない	12.9	4.6	5.1	18.5	17.4	5.8
家庭的な雰囲気	25.8	0	10.2	33.3	0	4.4
医師に分娩を取り扱ってほしい	0	31.8	8.5	9.3	0	5.8
医師と助産師両方に分娩を取り扱ってほしい	12.9	59.1	61.0	13.0	60.9	71.0
自分がしたいお産	25.8	0	6.8	35.2	0	4.4
出産の満足度	19.4	9.1	3.4	29.6	4.4	5.8

表 4-3 正常経過の産褥および新生児へ助産師が主となってかわることについての意見とその理由 % (人)

	産 褥 お よ び 新 生 児					
	初産婦			経産婦		
	賛成 (135)	反対 (1)	どちらとも言えない (7)	賛成 (139)	反対 (1)	どちらとも言えない (7)
産科医師不足の解消	55.6	0	0	52.5	0	28.6
相談しやすい	88.2	0	28.6	84.2	0	28.6
助産師の知識・技術の不安	0	100.0	14.3	0.7	100.0	71.4
安心できる	61.5	0	14.3	53.2	0	0
羞恥心が軽減	20.0	0	0	20.1	0	14.3
異常の早期発見が困難	0.7	100.0	28.6	0	100.0	0
十分な説明が受けられる	42.2	0	0	38.9	0	14.3
必要以上の医療介入がない	6.7	0	0	10.8	100.0	14.3
家庭的な雰囲気	34.8	0	0	36.7	0	28.6

不安がある」36.4%、26.1%であった。

「どちらとも言えない」について同様にみると初・経産婦ともに「医師と助産師両方に診てもらいたい」61.0%、71.0%、「異常の早期発見が困難」32.2%、47.8%、「産科医師不足の解消になる」32.2%、24.6%であった。

3) 正常な産褥および新生児経過の援助を助産師が主になって行うことについて

「賛成」の上位3つの理由について初・経産婦でみると「相談しやすい」88.2%、84.2%、「安心できる」61.5%、53.2%、「産科医師不足の解消になる」55.6%、52.5%であった。

IV 考察

1. 出産場所を決定する要因

出産場所を決定する要因として高かったものは、「安全性」、「医療者の評判や態度」、「アクセス」を重要要因と捉えていた。「安全性」は、少子化に加え、医療事故とくに母児の障害をめぐる医療訴訟の増加とそれに伴う報道による安全への意識（ニーズ）の高まり、安全という医療の質の重視を示していると考ええる。次いで、「医療者」の評判や態度を重要要因としており、「安全性」とともに医療者の資質を求めている。対して「エクストラサービス」が低く、表面的、あるいは特別なサービスでは重要な要因ではなかった。篁伊⁴⁾らは、出産場所の選択理由を助産院選択群と病院選択群で比較して、病院選択群は「異常時の緊急対応への安全面を優先して選択している」傾向を報告している。われわれの今回の調査対象も病院および診療所で出産した褥婦であったことから同様の結果であった。

初・経産別の比較において、初産婦は「エクストラサービス」「他者評価」、経産婦は「アクセス」「設備サービス」を重視していた。初産婦は、妊娠・分娩全てが初めてであり、不安も強く、出産準備教育を重要と考え、身近な夫を含む家族、知人、友人の影響

は受けやすいと考える。一方、経産婦は、「交通の便がよい」、「待合室にプレイルーム、託児コーナーがある」といったアクセスや上の子供への対応を優先して選択しており、初産婦と経産婦の特徴を示している。これより、対象の妊娠・出産の背景に即したサービスやケアを考慮することが出産施設に求められている。

2. 安心・安全・満足した出産

全体的出産の満足度は、平均値 4.22 ± 0.81 点と高く、初・経産別では経産婦、仕事の有無別では仕事なしの方に満足度が高かった。裏を返せば初産婦と仕事ありは満足度が低いということになる。今回の調査では、満足度の理由や要因について調査していないため、評点の理由は不明である。しかし、妊娠中に合併症があった場合に満足度が低いという調査⁵⁾や分娩時の異常と処置の頻度が高かった方に満足度が低いという調査⁶⁾、そして本調査において初産婦および仕事ありに妊娠経過と分娩経過における異常が高いことを考えると、初・経産婦の別や職業の有無、妊娠経過および分娩経過における合併症や異常が絡み合い、出産の満足度に影響を及ぼしていると推察される。そのため、異常時における助産師をはじめとする医療関係者の関わりは重要である。異常を最小限にし、適切なケアを提供するためには妊娠期からの継続した関わりによる人間関係の構築は必要不可欠である。その役割を担えるのは妊産婦に一番身近で寄り添うことのできる助産師において他にはいないと考える。

3. 正常経過の妊娠・分娩・産褥および新生児への助産師のかかわりについて

正常経過の妊娠・分娩・産褥および新生児へ助産師が主となってケアすることについて「賛成」としたのは、初・経産婦とも「産褥および新生児」9割以上、次いで「妊娠期」7～8割、「分娩期」3～4割、その理由の上位は、全期を通じて初・経産婦とも「相談し

やすい」「安心できる」「産科医師不足の解消になる」であった。妊娠・分娩・産褥期の母親にとって助産師は、相談しやすく安心できる存在を表すと同時に、近年の産科医師不足の問題の解決策として助産師の存在を意識づけていると考える。

また、妊娠期は「賛成」以外は「どちらとも言えない」がほとんどを占め、分娩期は「どちらとも言えない」4～5割、「反対」1～2割弱という結果であった。これらの「反対」「どちらとも言えない」理由の上位は初・経産婦とも共通しており、「医師と助産師両方に診てもらいたい」「異常の早期発見が困難」「助産師の知識・技術に不安がある」というものであった。

助産師は、法的に正常経過の分娩の取り扱いを助産師独自の判断で行える。しかし、分娩は予期せぬ危険や異常がおこりうるものであり、医師と十分な連携をとることができるように配慮されていなければならない。そういうことからみても、医師と助産師両方からみてもらいたい、異常の早期発見が困難である、助産師の知識・技術に不安がある、という褥婦の意識は、当然とも考えられる反面、助産師と産科医がきちんと役割分担し連携をはかる必要性を示しているものと考ええる。さらに、「健やか親子21」の課題の1つに「妊娠・出産の安全性と快適性の確保」がある。福島⁷⁾は「安全性の確保には、実は快適性が大きく連動している。…中略…分娩時の快は不要な緊張や不安を無くし、産む力、生まれる力を引き出し、自然のそして正常な分娩経過を助けることになる」こと、そして、その力を引き出せるのは「妊娠婦を生物学的・医学的視点だけではなく一人の人間としてホリスティックにとらえる助産師なのである」と指摘している。妊娠婦の望む「安心・安全・満足の出産」を達成するには、助産師と産科医の役割分担かつ連携なくしては成り立つものではなく、まさに助産の原理・原則の1つで

ある自然と人為の調和なのである。

V 結語

褥婦を対象とし、出産場所の選定要因、出産の満足度、安心・安全・満足の出産の要因と産科医と助産師の役割分担と連携に関する意識について以下のことが明らかとなった。

1. 出産場所を決定する要因で高いものは、「安全性」「医療者の評判や態度」「交通のアクセス」であり、反対に低いものは「出産方法」「エクストラサービス」「医療者の性別」であった。初産婦と経産婦の比較において、経産婦は「交通の便が良い」、「待合室にプレイルーム、託児コーナーがある」、「食事が豪華である」が高く、初産婦は「母親学級や両親学級をしている」、「マタニティーピクス、ヨガ、スイミングをしている」、「友人や知人のすすめ」、「夫や家族のすすめ」が高かった。
2. 今回の出産の満足度の評点は、平均値 4.22 ± 0.81 点（初産婦 4.18 ± 0.80 点、経産婦 4.27 ± 0.82 点）であった。
3. 安心・安全・満足の出産を考える要因で重要度が高い上位5項目は「助産師に心配、不安なことを気軽に相談できる」「助産師と医師の連携がよい」「母体や胎児の健康状態、今後の見通しの説明がある」「異常・緊急時の受け入れ、対応がよい」「医師に心配、不安なことを気軽に相談できる」であった。また、「助産師と医師の連携がよい」は経産婦が高く、「妊娠期からの出産教育がある」は初産婦が高かった。
4. 正常経過の妊娠・分娩・産褥および新生児へ助産師が主になってケアを行うことに対して、妊娠期は「賛成」が7～8割、同様に分娩期は3～4割、産褥および新生児期は9割以上であった。その理由の上位は各期とも共通しており「相談しやすい」「産科医師不足の解消になる」「安心でき

る」であった。

また、妊娠期は「賛成」以外は「どちらとも言えない」がほとんどを占め、分娩期は「どちらとも言えない」4～5割、「反対」1～2割弱という結果であった。これらの「反対」「どちらとも言えない」理由の上位は共通しており、「医師と助産師両方に診てもらいたい（分娩を取り扱ってほしい）」「異常の早期発見が困難」「助産師の知識・技術に不安がある」というものであった。

謝辞

本研究を遂行するに当たり、ご協力いただきました各施設の施設長および産科医、助産師、そしてアンケートに回答して下さった褥婦の皆様に深く感謝いたします。

本論文の一部は第49回日本母性衛生学会学術集会一般口演および第35回新潟県母性衛生学会で発表した。

なお、本研究は新潟県「知の財産」活用事業の助成を受けた。

文献

- 1) 塚本絵美・杉浦絹子. 出産場所選択要因に関する研究. 三重看護学誌. 2006;8:43-53.
- 2) 鈴木敬子・大町寛子・水谷幸子ほか. 女性が出産に望むこと－助産院での調査より－. 母性衛生. 2003;44(1):98-104.
- 3) 佐藤恵美子. 出産体験に対する褥婦の重要度・満足度に関する研究. 香川中病医誌. 2006;25:38.
- 4) 篁伊久美子・二瓶良子・太田操. 妊婦の主體的な出産に関する意識調査－出産場所選択と希望分娩様式について－. 母性衛生. 2002;43(1):178-187.
- 5) 佐藤ゆき・加藤忠明・伊藤龍子ほか. 出産満足度と出産時ケアとの関連. 小児保健研究. 2007;66(3):465-471.
- 6) 加納尚美・島田智織・小松美恵子ほか. 茨城県における出産の実態と満足度に関する研究. 茨城県立医療大学紀要. 2004;9:1-10.
- 7) 福島裕子. 岩手県の周産期医療と助産師. 厚生労働科学研究補助金子ども家庭総合研究事業助産師活用システム. 平成19年度研究報告書. 2008;3:29-37.

産科医不足下において助産師が自立したケアを行う ための産科医および助産師の役割と連携について：その2

—産科医へのアンケート調査から—

池田かよ子・河内 浩美・渡邊 典子・小林美代子
小林 正子・鱒 淳子・久保田美雪・半藤 保
新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

Roles of Obstetricians and Midwives and Cooperation between Them with Regard to Independent
Provision of Care by Midwives during the Present Shortage of Obstetricians (Part 2)

: A Questionnaire Survey for Obstetricians

Kayoko Ikeda, Hiromi Kawauchi, Noriko Watanabe, Miyoko Kobayashi
Masako Kobayashi, Junko Motai, Miyuki Kubota, Tamotsu Hando
NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

キーワード

産科医、助産師、役割、自立、連携

Key words

obstetrician, midwife, role, independent, cooperation

I 緒言

わが国における出産の状況は、98%が施設分娩であり、病院と診療所とで約半数ずつを分担している。周産期医療の現場において、産科医および助産師の不足、助産師の偏在（病院と診療所）が問題視される中、各地で産科施設・病棟の閉鎖がおきている。そのような中で、妊産婦の求める安心、安全、満足を満たすために、正常妊産婦に対しては、助産師が妊娠、分娩、産褥まで一貫したケアを行うことの有益性が述べられている。しかし、妊婦健診の多くは医師が行い、正常分娩の介助も医師がほとんどの場合立ち会っている。このことは、産科医にとって過重な労働の負担につながり、助産師の専門性を十分活かした役割分担となっているとはいえない。そのためには、近年の産科医療の状況をふまえ、マンパワーを十分活用し現状を改善

するために、産科医と助産師の役割分担と連携が必至であると思われる。

そこで、妊産婦が望む安全、安心、安楽な出産を実現するために、産科医と助産師が信頼関係を保ち、協働者として良い関係の上で、お互いの役割分担と連携をとりながら現在のマンパワーを強化し十分に活用した体制を検討する必要がある。今回、基礎調査としてN県内の産科医の勤務実態、産科医と助産師との役割分担、助産師の自立と今後の産科医療の連携について実態と意識について明らかにする。

II 研究方法

1. 調査期間および調査対象（表1）

平成19年12月～平成20年1月に、N県内で分娩を取り扱っている病院および診療所に勤務する産婦人科医師の代表者59人のうち23人

表1 質問紙調査数

	配布数	回収数	回収率	有効 回答数	有効 回答率
全体配布数	134	48	35.8%	48	100.0%
医師代表者	59	23	39.0%	23	100.0%
個々の医師	75	25	33.3%	25	100.0%

(回収率39.0%)、個々の産婦人科医師75人のうち25人(回収率33.3%)、合計48人を対象とした。

なお、医師代表者とは、病院または診療所における産科医の代表者であり、個々の医師とは代表者を除き、各施設にて産科医療に携わっている産科医師である。

2. 調査方法

無記名による自記式質問紙調査であり、施設に郵送し記入後返送し回収した。

3. 調査内容

調査内容は、産科医の勤務状況、産科医と助産師の役割分担、助産師の自立、産科医療の連携、産科医不足の改善についてである。

4. 分析方法

調査項目について、単純集計を行った。

5. 倫理的配慮

調査対象者には、研究目的と方法、結果はすべて統計的に処理し個人が特定されないこと、研究以外に使用しない旨を記載した文章を添付した。

Ⅲ 結果

1. 対象の属性 (表2)

医師全体の平均年齢は47.38歳、男女の割合は、男性85.4%、女性14.6%、臨床経験の平均年数は21.73年であった。勤務施設は、診療所が8人(16.7%)、病院が40人(83.3%)であった。

表2 対象の属性

	全体 n=48	医師代表 n=23	個々の医師 n=25
年齢	47.38 (SD9.63)	52.70 (SD6.10)	42.48 (SD9.70)
性別			
男性	41人 (85.4%)	22人 (95.7%)	19人 (76.0%)
女性	7人 (14.6%)	1人 (4.3%)	6人 (24.0%)
臨床経験	21.73年 (SD9.08)	26.3年 (SD5.56)	17.52 (SD9.63)
勤務施設			
診療所	8人 (16.7%)	15人 (65.2%)	25人 (100.0%)
病院	40人 (83.3%)	8人 (34.8%)	-

2. 産科医の勤務状況

1) 勤務時間

産科医師の勤務状況を医師全体および診療所・病院別でみると、図1のように100時間以上を超えていたのは診療所勤務医師で37.5%であった。

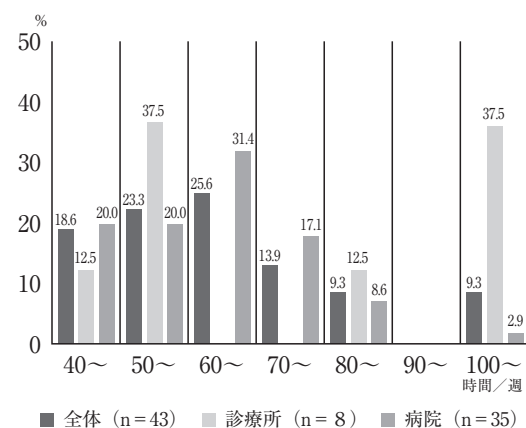


図1 勤務時間

また、産科医1人当たりの1週間における勤務時間数の平均は、診療所勤務医師95.0時間、病院勤務医師61.0時間であった。診療所勤務医師は、病院勤務医師に比べ34時間も多かった。

2) 当直回数

産科医の当直状況を医師全体および診療所・病院別でみると、図2のように、ひと月に28回以上であったのは診療所勤務医師であり、87.5%であった。

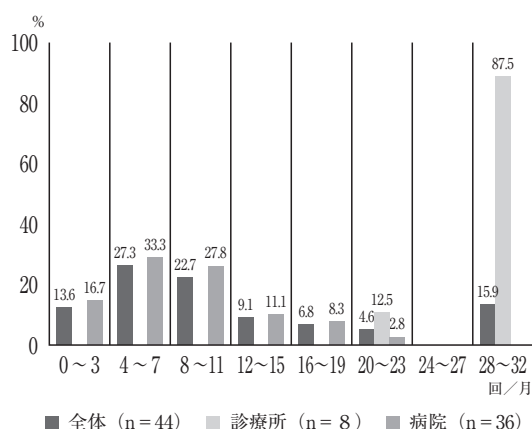


図2 当直回数

また、産科医1人当たりの1ヶ月における当直回数の平均は、診療所勤務医師28.5回、病院勤務医師8.2回であった。

3. 産科医と助産師の役割分担

正常な経過をたどる妊産褥婦および新生児管理について、産科医と助産師の役割分担は施設の産婦人科医師の代表者に尋ねた。

1) 妊婦管理 (図3)

妊婦管理の役割分担は、妊婦健診時の計測実施者は、「助産師または看護師」が、最も多く91.3%で、妊婦健診の実施者は、「産科医」が最も多く95.7%であった。妊婦の保健指導の実施は、「診察後に助産師が実施している」が最も多く54.5%であった。

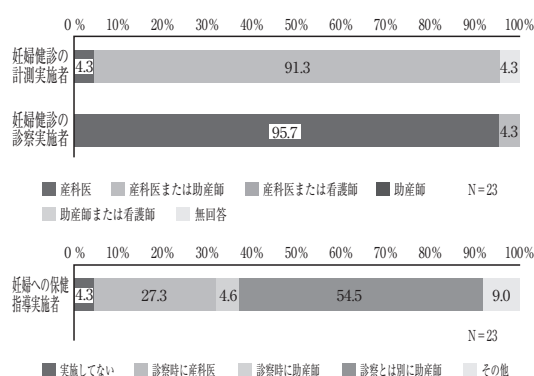


図3 妊婦管理における産科医と助産師の役割分担

2) 分娩管理 (図4)

産婦の入院および分娩経過の判断をしているのは、「産科医または助産師」が最も多かつ

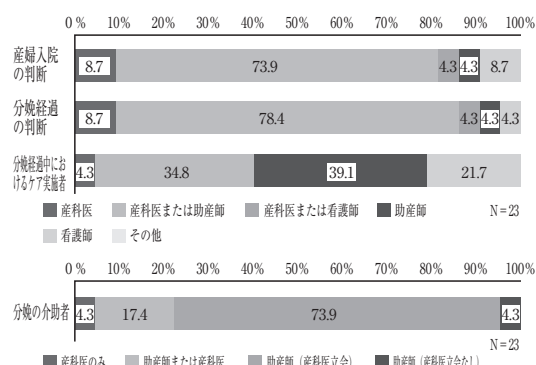


図4 分娩管理における産科医と助産師の役割分担

た。分娩経過中におけるケアの実施者は、「助産師」が最も多く、39.1%であった。分娩の介助者は「助産師のみが介助を行うが、産科医の立ち合いが必須である」が最も多く、73.9%であった。

3) 褥婦・新生児の管理 (図5)

褥婦の診察実施者は、「産科医」が最も多く52.2%であり、新生児の診察実施者は、「産科医または小児科医」が最も多く、60.9%であった。褥婦の日常ケアと保健指導の実施者は、「助産師」が最も多く、47.8%であり、新生児については、「産科医または助産師」が最も多く、43.5%であった。

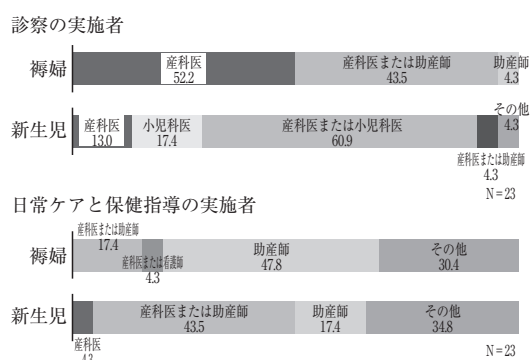


図5 褥婦・新生児における産科医と助産師の役割分担

4. 助産師の自立

正常な経過をたどる妊婦、分娩、褥婦・新生児の管理を助産師が主体となって実施することについて、全体の医師48人に対して、それぞれの項目を「とてもそう思う」「ややそう思う」「あまり思わない」「全く思わない」の4段階で回答してもらった。

1) 妊婦管理 (図6)

助産師が自立して行う妊婦管理では、「とても思う」「やや思う」としたものが多かった項目は、「医師との連携を図るために、妊娠各期に医師の診察を受ける体制づくりが

必要である」、「異常の早期発見や対応が困難である」、「助産師のやりがいに繋がる」の順に多かった。

2) 分娩管理 (図7)

助産師が行う分娩管理では、「とても思う思

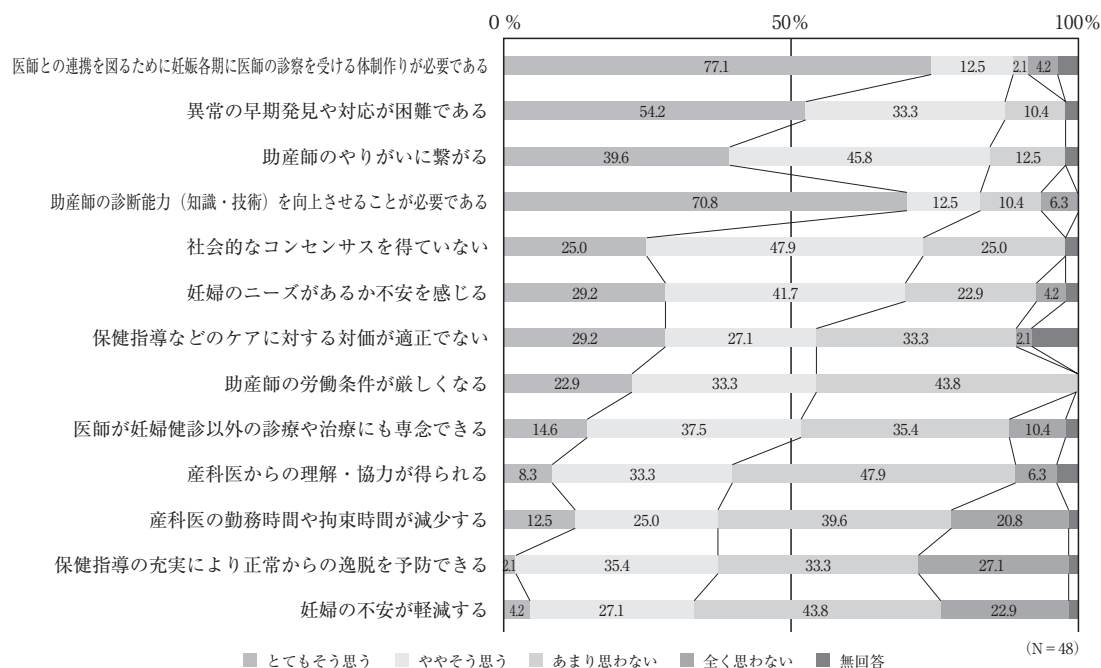


図6 妊婦管理における助産師の自立について

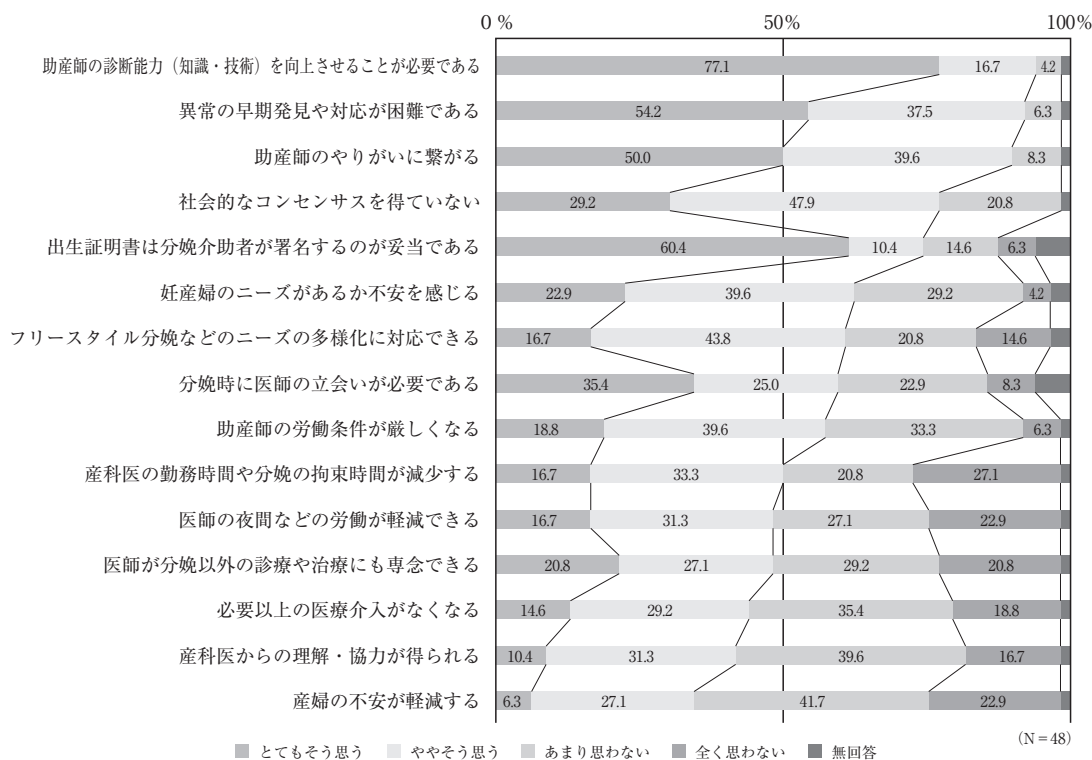


図7 分娩管理における助産師の自立について

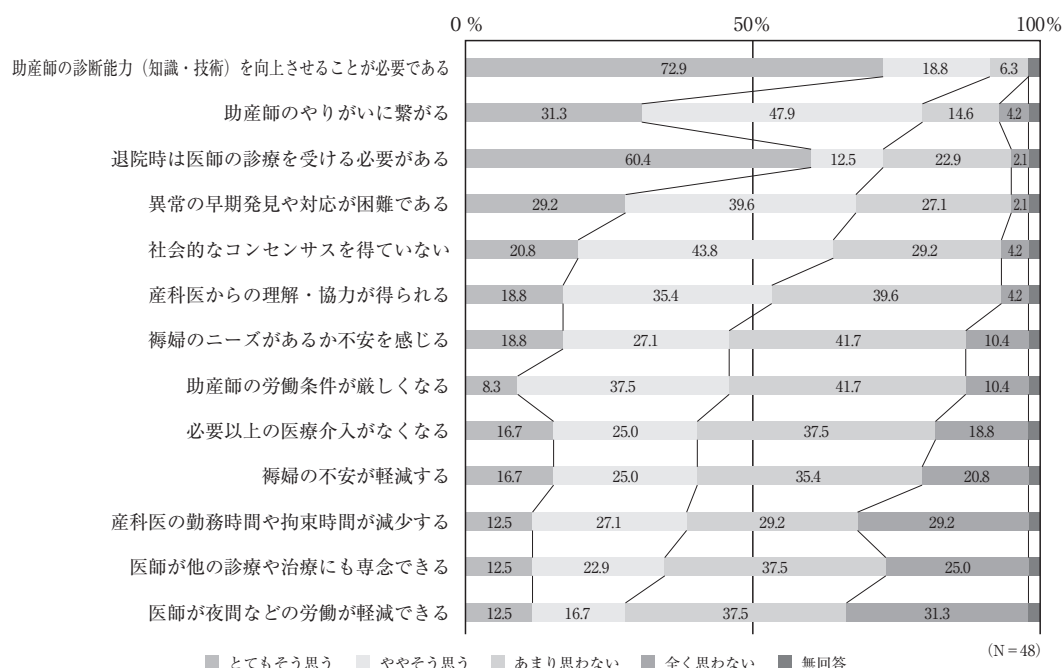


図8 褥婦・新生児の管理における助産師の自立について

う」「ややそう思う」としたものが多かった項目は、「助産師の診断能力（知識・技術）を向上させることが必要である」、「異常の早期発見や対応が困難である。」、「助産師のやりがいに繋がる」の順に多かった。

3) 褥婦・新生児の管理（図8）

助産師が行う褥婦・新生児の管理では、「とてもそう思う」「ややそう思う」としたものが多かった項目は、「助産師の診断能力（知識・技術）を向上させることが必要である」、「助産師のやりがいに繋がる」、「退院時は医師の診察を受ける必要がある」の順に多かったです。

5. 産科医療の連携について（表3）

産科医不足下における連携のあり方について、それぞれ医師・勤務看護職間・開業助産師・施設間・行政との連携方法として望むことについての自由記載を示した。

それぞれの項目では、体制づくりや体制の強化や整備、情報の共有や交換といった意見が多くみられ。体制の強化や整備などについては、「診療所と病院の連携、オープンシステム、分娩や出生児の異常時対応」「開業助産師

表3 産科医療の連携について（複数回答 n=48）

連携先	件数	項目（件）
医師	15	体制づくり（15）
勤務看護職間	7	連携の強化（5） 情報交換 体制の整備
開業助産師	6	連携、体制の整備（6）
施設間	11	マニュアルの作成など（8） 情報交換・コミュニケーション（2） 体制（施設・整備・人員・法整備・記録物）
行政	11	システム、体制の整備（6） マンパワーの確保と活用（5）

における管理責任の明確化」。特に、行政との連携では「医療資源の最大活用をはかる」「待遇や訴訟の窓口開設」「NICU認定基準の緩和」「家庭訪問の充実」「分娩リスクについての啓蒙」などがあった。情報の共有や交換については「勤務看護職者は常に医師への報告が必要」「産科医も助産師も施設間での交流が必要」「施設間における情報の共有化」などがあった。

6. 産科医不足の改善（図9）

産科医不足の改善として、正常な経過をたどる妊産褥婦および新生児に、助産師が主体となって援助していくことは有効であるかについては、「かなり有効」と「やや有効」を合わせると41.6%であり、「あまり有効でない」と「有効でない」を合わせると56.3%で半数を超えていた。

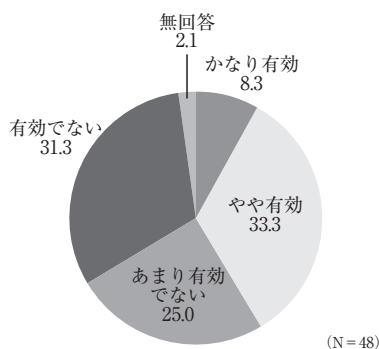


図9 産科医不足の改善について

IV 考察

1. 産科医の勤務状況

産科医師の勤務時間は医師全体および診療所・病院別でみると、1人当たりの1週間における勤務時間数の平均は、診療所勤務医師95.0時間に対して病院勤務医師61.0時間と34時間の差がみられた。病院勤務医師の勤務時間は、平原らの当直を含む病院での勤務時間が 73.3 ± 17.3 時間と¹⁾ほぼ同じであることから、産科医の長時間労働が常態化していることを示している。また、当直回数や土日祝日の勤務回数も著しく多い。一般に多くの施設では、医師は当直の翌日は休日・祝日でないかぎり¹⁾は通常勤務である。それは当直明けを休みにできるほどの人員的余裕がなく、診療規模も過負担であることが大きな原因となっている。特に、診療所は1人の医師が、毎日不眠不休で外来、分娩、手術、入院患者の診察を行っている。身体的にも精神的にも過重労働の実態が存在する。

2. 産科医と助産師の役割分担

周産期各期における役割分担について、まず妊婦管理では妊婦健診時の計測実施者は、「助産師または看護師」が91.3%、妊婦健診の診察は、「医師」が95.7%と最も多かった。保健指導の実施は、「診察後に助産師が実施している」が最も多く54.5%であった。また分娩の管理では、産婦の入院および分娩経過の判断をしているのは、「医師または助産師」が、分娩の介助者は「助産師のみが介助を行うが、医師の立ち合いが必須である」が73.9%と最も多かった。この役割分担は、村上らの設置主体別にみた妊婦健診と分娩介助の担当と同様の結果であった。その分析の中に「妊産婦のリスクレベルによって、助産師と医師の共同作業の状態は異なる」とあるように、産科医と助産師の役割分担は、妊産婦の安全の保証が最優先され、さらに対象のリスクや施設の勤務状況、マンパワーに大きく影響を受けるものと考ええる。

3. 助産師の自立

正常な経過をたどる妊婦、分娩、褥婦・新生児の管理を助産師が主体となって実施することについて各期に共通していたのは、肯定的な捉え方として「助産師のやりがいに繋がる」であった。一方、条件付きまたは否定的な捉え方は「助産師の診断能力（知識・技術）を向上させることが必要である」「異常の早期発見や対応が困難である」であった。助産師のやりがいやモチベーションについて宿田は、³⁾「産科医が黒子的存在になって、助産師に最初から最後まで正常な経過を多く経験してもらうことが助産師のレベルアップに繋がる」と述べている。そうすることで、助産師の自信と実力が上がり、助産師の存在感もあがるという。しかし、妊娠や分娩はいつ異常になるかわからない危険を常に内在していることを考えると、施設内で助産師が本来の力を発揮するためには、医師との協力体制が不可欠である。その中で助産師が自立していく

ためには、穂高が述べているように、「正常妊娠分娩産褥は、助産師が主体的に関わるという強い信念と、そのために必要な知識・技術はもちろん、医師を含めた周囲の理解が得られるような準備を継続的に行っていくことが必要である」といえよう。福島は、助産師の仕事は、妊産婦を生物学的・医学的視点だけでなく一人の人間としてホリスティックに捉えることができるという。長い分娩経過とともに過ごし、女性本来の産む力を引き出すための様々なケアが提供でき、産む女性の主体性を伸長する助産師だからこそ、「安全」につながる「快適」な妊娠・出産に導いていくことができるよう一人一人の助産師が研鑽していくことで、医師にも理解してもらえるものと思われる。

4. 産科医療の連携について

産科医不足下における連携のあり方は、産科医療の連携については、各職種間や施設間、行政での「体制づくりや体制の強化・整備」「情報の共有や交換」といったものが多かった。

分娩前後に突然発生する産科異常の可能性を考えると、分娩期の医療支援体制は不可欠であるが、マスコミなどでも取り上げられているように搬送体制の問題や産科・小児科医師の潜在的なマンパワー不足が問題になっている。その対策としては、都道府県レベルで周産期医療ネットワークを構築しているが、今後さらなる体制の強化や情報交換を行政が中心となって働きかけ、妊産婦がどこで出産しようと適切な医療を受けることができる連携の整備が望まれる。

中村は、⁶⁾「将来の地域周産期医療システム」の中で、総合周産期医療センターは整備されてきたが、そのサテライトとしての地域周産期母子医療センターの存在が不可欠である。地域周産期母子医療センターにおける人的医療の確保には、診療報酬の改善、ならびに小児救急医療体制と並行して整備することが必

要である。また、周産期医療体制整備に対する都道府県間での格差は大きく、この現状を打開するためには各都道府県での整備内容の解析と情報交換による整備内容の点検を行い、周産期医療体制整備が進んでいない県への多面的な行政的支援が必要であろうと述べている。

5. 産科医不足の改善

現在、産婦人科医・小児科医師の不足により周産期医療環境は悪化の傾向をたどっている。産科医の不足の代替として、助産師の主体的活動により院内助産の開設、地域の助産師活動の充実など以前にもまして助産師がその力を発揮すべき時期がきたように認識されている。実際、日本助産師会では、助産所における正常分娩取り扱いのためのガイドラインが作成されている。山本は、⁷⁾「助産師が分娩取り扱いガイドラインを遵守し責任をもって助産およびそれにかかわる診断とケアにあたることにより産婦人科が抱えている過剰労働の負担を軽減することができる。それにより医師は、ハイリスクの妊産婦管理と緊急時対応に遺憾なくその力を発揮することができ、周産期医療環境の改善に繋がる」と述べている。また、田倉は⁸⁾「正常分娩やローリスクの出産は人件費単価の低い助産師や設備負担の少ない助産所が担当し、異常分娩やハイリスク出産は人件費単価の高い産科医や施設設備の充実した中核医療機関が担当（棲み分けと連携の推進）する」と院内助産の経済効果の中で述べている。このような棲み分けができれば、助産師本来の力が発揮でき前述したように助産師の自信と実力が上がり、助産師の存在感もあがるであろう。本調査では、産科医不足の改善に、助産師が主体的に援助を行っていくことが有効であるとした医師は4割であった。4割程度と思うか、4割もあると思うかの判断は分かれるところではあるが、お産の質のレベルを低下させないよう助産師の本領が発揮できるよう助産師自身の努

力と、産科医との連携を進めていくことで、この難題を共に解決していくことが望まれる。

V 結語

1. 産科医の勤務状況

産科医の勤務状況は、長い拘束勤務を余議なくされており、特に診療所に勤務する医師は厳しい勤務状況であった。

2. 産科医と助産師の役割分担

周産期各期における役割分担は、妊婦の診察は主に医師が、褥婦の診察は約半分は助産師が担当していた。分娩管理においては、産婦の入院の判断、分娩経過の判断は医師と助産師が共同に実施し、経過中のケアは約4割が助産師単独で実施していた。

3. 助産師の自立（助産師が主体的となって管理することに対する意識）

助産師が主体となり妊産褥婦や新生児管理を行うことについて、「助産師の診断能力を向上させることが必要である」「異常の早期発見や対応が困難である」とする一方「助産師のやりがいに繋がる」と考える医師が8割を超えていた。

4. 産科医療の連携

産科医療の連携については、各職種間や施設間、行政での「体制づくりや体制の強化・整備」「情報の共有や交換」といったものが多かった。

5. 産科医不足の改善

産科医不足の改善に、助産師が主体的に援助を行っていくことが有効であるとした医師は4割であった。

謝辞

本研究を遂行するに当たり、ご協力いただきました各施設の産科医の皆様へ深く感謝いたします。

本論文の一部は、第49回日本母性衛生学会学術集会一般口演および第35回新潟母性衛生学会で発表した。

なお、本研究は新潟県大学「知の財産」活用事業の助成を受けた。

引用・参考文献

- 1) 平田史樹ほか. 産科医師の勤務実態. 臨床婦人科産科. 2007;61(3):215-217.
- 2) 村上睦子ほか. 助産サービスにおける助産師と産科医の協同作業モデルー全国44施設の助産業務形態と某施設の分娩記録にもとづく分析ー. 日本看護管理学会誌. 2001;5(1):130-133.
- 3) 宿田孝弘・赤川元. 診療所の医師は、助産師の仕事をどう考えているか. 助産雑誌. 2006;60(8):698-704.
- 4) 穂高律子. 助産師が施設で働くための医師との協働. 第37回日本看護学会 母性看護集録集. 2006;15.
- 5) 福島裕子. 産科医療の不足からの転換. 助産雑誌. 2004;58(12):28-33.
- 6) 中村肇. 将来の地域周産期医療システム. 周産期医学. 2005;35(1):9-13.
- 7) 山本詩子. 助産師の主体的な働きがもたらす効果. 第37回日本看護学会 母性看護集録集. 2006;17.
- 8) 田倉智之. 産科医師不足の代替案として注目されている「院内助産所」の経済効果. 助産雑誌. 2006;60(12):1070-1077.

産科医不足下において助産師が自立したケアを行うための産科医 および助産師の役割と連携について：その3

— 助産師の調査から —

小林美代子・罇 淳子・渡邊 典子・池田かよ子
小林 正子・河内 浩美・久保田美雪・半藤 保
新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

Roles of Obstetricians and Midwives and Cooperation between Them with Regard to Independent
Provision of Care by Midwives during the Present Shortage of Obstetricians (Part3)

: A Questionnaire Survey for Midwives

Miyoko Kobayashi, Junko Motai, Noriko Watanabe, Kayoko Ikeda
Masako Kobayashi, Hiromi Kawauchi, Miyuki Kubota, Tamotsu Hando
NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

キーワード

助産師、産科医、役割、自立、連携

Key words

midwife, obstetrician, role, independent, cooperation

I 緒言

周産期医療現場において、産科医および助産師の不足と偏在が問題視される中、各地で産科施設・病棟の閉鎖が起きている。これに対し、産科医や助産師の養成など、さまざまな対応策が検討され進められている。中でも産科施設や医師の集約化は、急速に進められている。しかし、本来、妊産婦にとって安全で安心して満足できる出産の支援をめざす対応策も、妊産婦の生活の場から産科施設が遠ざかるなど、お産難民といわれるような状況に歯止めがかかっていない。また、出産場所のほとんどが施設となっている現在、助産師は法的には正常産を取り扱えることになっているものの、現実としては正常、異常を問わず医師がすべての出産にかかわっていることから、集約化によって産科医の負担が軽減するとは一概に言えない。

これらのことから、現在あるマンパワーを有効に活用していくことが必要で、とりわけ助産師の専門性が十分に発揮されることは、妊産婦が望む安全で安心して満足できる出産の実現につながると期待される。つまり、産科医と助産師の役割と連携を検討し、現在のマンパワーを十分に活用した体制を検討する必要がある。

そのための基礎調査として、本調査では、産科医と助産師の役割分担の実態と助産師の自立や今後の連携に対する助産師の意識を明らかにする。

II 研究方法

1. 調査期間および調査対象

平成19年12月～平成20年1月に、N県内で分娩を取り扱っている病院および診療所に勤務する産科病棟の代表者38人と助産師

370人に調査を依頼し、代表者29人（回収率76.3%）助産師292人（78.9%）から回答を得た。なお、病棟の代表者とは、病棟の看護職代表者である。同様に、産婦人科医134人に調査を依頼し、48人（回収率35.8%）から回答を得た。

2. 調査方法

無記名による自記式質問紙法で、質問紙を施設に郵送し、回答後返送してもらうか、施設で回収された質問紙を直接調査員が受け取り回収した。

3. 調査内容

調査内容は、①助産師と病棟の属性、②産科医と助産師の役割分担、③助産師の自立、④産科医療の連携、⑤産婦人科医不足の改善についてである。

4. 分析方法

データの集計および解析にあたっては、SPSS for Windowsを使用し、調査項目について単純集計と基本統計量を求めた。また、医師と助産師の意識の比較では、両者の調査で3項目以上無回答だったものを除く医師44人助産師281人の結果を χ^2 検定し、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。

5. 倫理的配慮

調査対象には、研究目的と方法、結果はすべて統計的に処理し個人が特定されないこと、研究以外に使用しない旨を記載した文章を添付した。記入後は、記入者自身で個別封筒に入れ封をしたものを、施設ごとの封筒に入れ回収した。アンケートへの回答をもって調査への承諾とした。

Ⅲ 結果

1. 対象の属性

1) 病棟代表者29人のうち、勤務先は診療所10人（34.5%）、病院19人（65.5%）で、産科の位置づけは、産科5施設（17.2%）、産婦

人科6施設（20.7%）、他科との混合18施設（62.1%）であった。施設での18年度の分娩件数は、診療所では平均分娩件数514.7件（SD137.3）、病院では339.8件（SD245.2）で、病院での分娩件数にばらつきが見られた。また、年間分娩件数200件以下の施設が6施設と病院の約1/3を占めていた。

2) 助産師292人の平均年齢は38歳（SD8.8）、産科での経験年数は平均13.1年（SD8.1）、勤務施設は診療所45人（15.4%）、病院245人（83.9%）であった。

2. 産科医と助産師の役割分担

正常な経過をたどる妊産褥婦と新生児の管理を、医師と助産師がどのように役割分担しているのか実態を病棟代表者29人に尋ねた結果を示す。

1) 妊婦管理

妊婦健診の計測を行っていたのは「助産師（または看護師）」が24人（82.8%）と、主に助産師または看護師が役割を担っていた。健診の診察は「医師」が24人（82.8%）で、主に医師の役割であった。保健指導は、多いものから「医師の診察とは別に助産師が行う」17人（58.6%）、「その他」7人（24.1%）で、その内容は医師と指導内容を分担していると答えていることから8割以上に助産師が関わっていた。

2) 分娩管理

入院の判断は、「医師または助産師」が65.5%と最も多く、そのほとんどの施設が、医師は日中や外来受診時に判断し、夜間などは助産師が判断すると答えていた。入院経過中の判断も「医師または助産師」が69%を占めていた。分娩経過中のケア実施者は、「助産師」62.1%と最も多かった。分娩介助は「助産師が介助を行うが、医師が必ず立ち会う」62.1%と最も多く、「助産師が介助を行うが、医師が立ち会わないこともある」6.9%を合わせると、約7割で助産師が分娩介助の役割を

担っていた。また、正常分娩において分娩時に医師がその場にいないと困ることがあるかについては、「はい」が80.1%とほとんどであった。困る理由として最も多かったのが「いつ異常が起こるかわからない」「会陰裂傷による縫合」が挙げられていた。(図1参照)

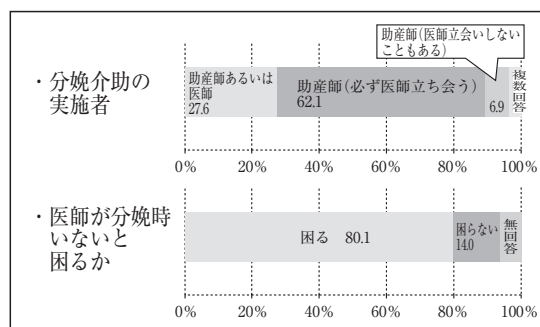


図1 分娩管理における産科医と助産師の役割分担 (n=29)

3) 褥婦・新生児の管理

日常生活ケアと保健指導は、褥婦では15人(51.7%)、新生児では11人(37.9%)を助産師が担っていた。「その他」が褥婦11人(37.9%)、新生児13人(44.8%)と多かったが、そのほとんどは助産師と看護師の複数回答で、看護職が担っていた。

退院時の診察は、褥婦、新生児ともにすべて医師が担っていた。

3. 助産師の自立

正常な経過をたどる妊婦、産婦、褥婦・新生児の管理を助産師が主体となって実施することに関し、助産師292人に質問した。質問項目について「とてもそう思う」「ややそう思う」「あまり思わない」「全く思わない」の4段階で答えてもらい「とてもそう思う」「ややそう思う」を『そう思う』、「あまり思わない」「全く思わない」を『思わない』とした。

1) 妊婦管理

助産師が主体となって実施する妊婦管理で、『そう思う』が多かったのは、「助産師の診断能力を向上させることが必要である」98.9%、「医師との連携を図るために妊娠各期に医師の診察を受ける体制作りが必要である」98.6%、「助産師のやりがいにつながる」94.2%、「正常からの逸脱を予防できる」88.4%、「保健指導などのケアに対する対価が適正でない」76.3%の順であった。最も少なかったのは、「産科医からの理解・協力が得られる」43.2%であった。(図2参照)

2) 分娩管理

助産師が主体となって実施する分娩管理で、『そう思う』が多かったのは、「助産師の診断能力を向上させることが必要である」

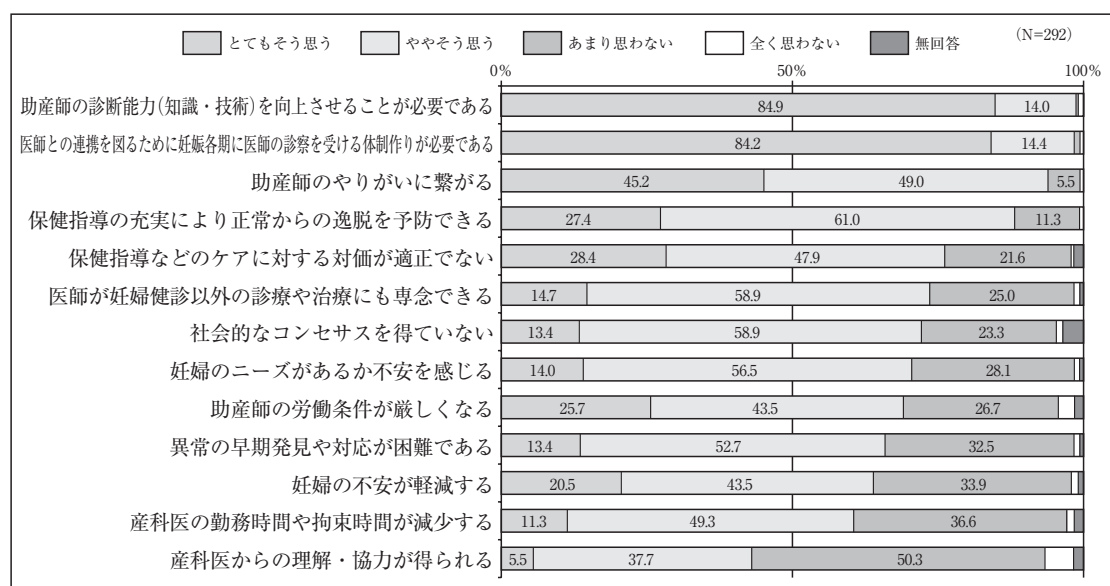


図2 妊婦管理における助産師の自立について

100%、「助産師のやりがいにつながる」94.5%、「フリースタイルなどのニーズの多様化に対応できる」88.0%、「必要以上の医療介入がなくなる」87.0%、「分娩時の医師の立会いが必要である」81.6%「妊婦の不安が軽減する」と「出生証明書は分娩助産師が署名するのが妥当である」74.6%の順であった。最も少なかったのは、「産科医からの理解・協力が得られる」49.3%であった。(図3参照)

3) 褥婦・新生児の管理

助産師が主体となって実施する褥婦や新生児の管理に関して『そう思う』が多かったのは、「助産師の診断能力を向上させることが必要である」99.3%、「助産師のやりがいにつながる」93.5%、「退院時は医師の診察を受ける必要がある」93.2%であった。「必要以上の医療介入がなくなる」82.8%、「褥婦の不安が軽減する」76.7%の順であった。

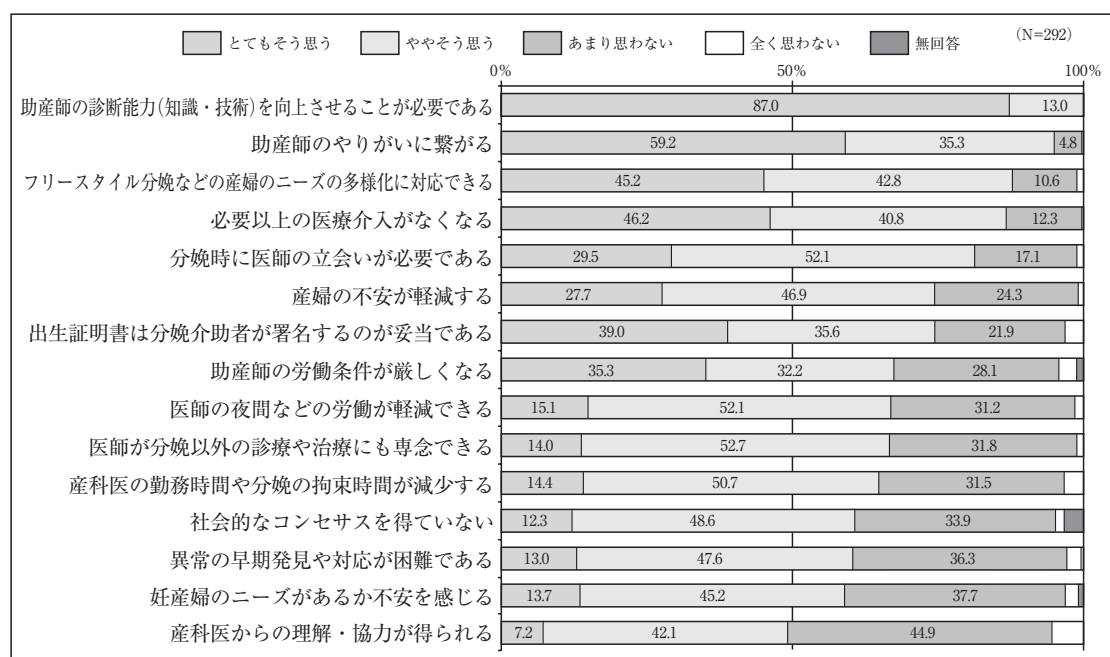


図3 分娩管理における助産師の自立について

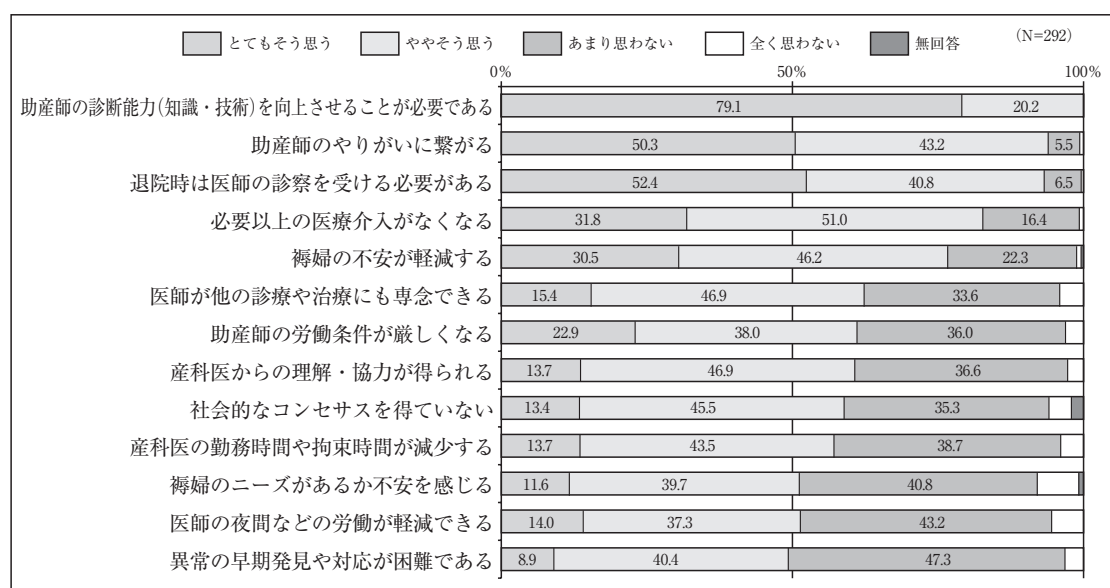


図4 褥婦・新生児の管理における助産師の自立について

最も少なかったのは、「異常の早期発見や対応が困難である」49.3%であった。(図4参照)

4. 産科医療の連携について

産科医不足下における連携のあり方について、助産師292人に、医師・勤務看護職者間・開業所産師・施設間・行政との連携方法に望むことを自由記載してもらった。それぞれにおいて、体制作りや情報交換、連携の強化といった意見が多くみられた。(表1参照)

表1 産科医療の連携について

対象	件数	連携方法				
医師	78件	体制作り (61件)	情報交換 (10件)	その他 (7件)		
勤務看護職	54件	情報交換 (19件)	連携の強化 (17件)	体制の整備 (6件)	産科への理解 (5件)	その他 (7件)
開業助産師	56件	連携の強化 (32件)	情報交換 (15件)	オープンシステム導入 (3件)	その他 (6件)	
施設間	39件	体制作り (22件)	情報交換 (15件)	その他 (2件)		
行政	39件	システム・体制の整備 (15件)	マンパワーの確保と活用 (8件)	情報交換・会議 (6件)	その他 (10件)	

5. 産科医不足の改善

助産師292人に、助産師が主体となって援助していくことが、産科医不足下の改善として有効か尋ねたところ、「かなり有効」70人(24%)「やや有効」142人(48.6%)で、約7割が有効と考えていた。

6. 診断能力向上のための研修会参加への意識

助産師292人に、助産師が主体となって妊娠・分娩・産褥期の管理を行うにあたり、診断能力向上のために研修会を開催したら参加するか尋ねると、「参加したい」264人(90.4%)、「参加しない」11人(3.8%)であった。

7. 医師と助産師の比較(表2参照)

助産師の自立について回答した医師48人、助産師292人中、3項目以上無回答だったものを除く、医師44人、助産師281人の結果を χ^2

検定した。その際、質問項目について「とてもそう思う」「ややそう思う」「あまり思わない」「全く思わない」の4段階で答えてもらい「とてもそう思う」「ややそう思う」を『そう思う』、「あまり思わない」「全く思わない」を『思わない』として比較し、 $p < 0.05$ で有意差があるとした。

1) 妊婦管理

8項目で有意差があり、うち7項目は助産師の方が医師より『そう思う』と答えているもので、「妊婦の不安が軽減する」「保健指導の充実により正常からの逸脱を予防できる」「産科医の勤務時間や拘束時間が減少する」「医師が他の診療や治療にも専念できる」「助産師の診断能力を向上させることが必要である」「医師との連携を図るために妊娠各期に医師の診断を受ける体制作りが必要である」「保健指導などのケアに対する対価が適正でない」であった。一方、医師の方が助産師より『そう思う』と答えているのは「異常の早期発見や対応が困難である」であった。

2) 分娩管理

7項目で有意差があり、うち6項目は助産師の方が医師より『そう思う』と答えており、「妊婦の不安が軽減する」「フリースタイル分娩などのニーズの多様化に対応できる」「必要以上の医療介入がなくなる」「医師が他の診療や治療にも専念できる」「医師の夜間などの労働が軽減できる」「分娩時に医師の立ち会いが必要である」であった。医師の方が助産師より『そう思う』と答えているのは「異常の早期発見や対応が困難である」であった。

3) 産褥・新生児の管理

7項目で有意差があり、うち6項目は助産師の方が医師より『そう思う』と答えており、「褥婦の不安が軽減する」「必要以上の医療介入がなくなる」「医師が他の診療や治療にも専念できる」「医師の夜間などの労働が軽減できる」「助産師の診断能力を向上させること

表2 医師と助産師の比較（医師 n=44、助産師 n=281）

		妊婦管理			分娩管理			産褥・新生児管理		
		そう思う	思わない	有意確立 医師vs助産	そう思う	思わない	有意確立 医師vs助産	そう思う	思わない	有意確立 医師vs助産
妊婦の不安が軽減する	医 師	14(31.8)	30(68.2)	***	16(36.4)	28(63.6)	***	20(45.9)	24(54.1)	***
	助産師	178(63.3)	101(35.9)		210(74.7)	71(25.3)		213(75.8)	67(23.8)	
保健指導の充実による正常からの逸脱を予防できる	医 師	17(38.6)	27(61.4)	***						
	助産師	249(88.6)	32(11.4)							
フリースタイル分娩などのニーズの多様化に対応できる	医 師				28(63.6)	16(36.4)	***			
	助産師				247(87.9)	34(12.1)				
助産師のやりがいに繋がる	医 師	39(88.1)	5(11.9)	n.s	41(93.2)	3(6.8)	n.s	37(84.1)	7(15.9)	n.s
	助産師	266(94.7)	15(5.3)		267(95.0)	14(5.0)		262(93.2)	18(6.4)	
必要以上の医療介入がなく なる	医 師				19(43.2)	25(56.8)	***	20(45.9)	24(54.1)	***
	助産師				246(87.5)	35(12.5)		233(82.9)	48(17.1)	
産科医からの理解・協力が 得られる	医 師	19(43.3)	24(54.7)	n.s	19(43.2)	25(56.8)	n.s	26(59.1)	18(40.9)	n.s
	助産師	118(42.0)	160(56.9)		138(49.1)	143(50.9)		168(59.8)	113(40.2)	
出生証明書は分娩介助者が 署名するのが妥当である	医 師				33(75.0)	10(22.7)	n.s			
	助産師				210(74.7)	71(25.3)				
産科医の勤務時間や拘束時 間が増加する	医 師	17(38.6)	27(61.4)	**	25(54.4)	20(45.6)	n.s	19(43.2)	25(56.8)	n.s
	助産師	171(60.9)	108(38.4)		182(64.8)	99(35.2)		160(56.9)	121(43.1)	
医師が他の診療や治療にも 専念できる	医 師	23(52.3)	21(47.7)	**	22(50.0)	22(50.0)	*	17(38.6)	27(61.4)	**
	助産師	207(73.7)	74(26.3)		186(66.2)	95(33.8)		174(61.9)	107(38.1)	
医師の夜間などの労働が軽 減できる	医 師				22(50.0)	22(50.0)	*	14(31.8)	30(68.2)	*
	助産師				186(66.2)	95(33.8)		143(50.9)	138(49.1)	
助産師の診断能力（知識・ 技術）を向上させることが 必要である	医 師	37(84.1)	7(15.9)	***	43(97.7)	1(2.3)	n.s	42(95.5)	2(4.5)	*
	助産師	279(99.3)	1(0.4)		281(100)	0(0.0)		281(100)	0(0.0)	
医師との連携を図るために妊 娠各期に医師の診察を受ける 体制作りが必要である	医 師	41(93.2)	3(6.8)	**						
	助産師	278(98.9)	3(1.1)							
分娩時に医師の立会いが必 要である	医 師				27(61.4)	15(34.1)	**			
	助産師				229(81.5)	52(18.5)				
保健指導などのケアに対す る対応が適正でない	医 師	26(59.1)	17(38.6)	*						
	助産師	214(76.2)	64(22.8)							
退院時は医師の診療を受け る必要がある	医 師							33(75.0)	11(25.0)	***
	助産師							263(93.6)	18(6.4)	
助産師の労働条件が厳しく なる	医 師	26(59.1)	18(40.9)	n.s	27(61.4)	17(38.6)	n.s	21(47.7)	23(52.3)	n.s
	助産師	195(69.4)	84(29.9)		191(68.0)	88(31.3)		169(60.1)	112(39.9)	
妊婦のニーズがあるか不安 を感じる	医 師	31(70.5)	13(29.5)	n.s	28(63.6)	15(34.1)	n.s	21(47.7)	23(52.3)	n.s
	助産師	198(70.5)	83(29.5)		165(58.7)	115(40.9)		142(50.5)	138(49.1)	
異常の早期発見や対応が困 難である	医 師	39(88.6)	5(11.4)	**	41(93.2)	3(6.8)	***	31(70.5)	13(29.5)	**
	助産師	188(66.9)	93(33.1)		169(60.1)	112(39.9)		138(49.1)	143(49.1)	
社会的なコンセンサスを得て いない	医 師	32(72.7)	12(27.3)	n.s	34(77.3)	10(22.7)	n.s	29(65.9)	15(34.1)	n.s
	助産師	207(73.7)	71(25.3)		175(62.3)	104(37.0)		168(59.8)	113(40.2)	

χ^2 検定 ***: p<0.001 **: p<0.01 *: p<0.05

が必要である」「退院時は医師の診療を受ける必要がある」であった。医師の方が助産師より『そう思う』と答えているのは「異常の早

期発見や対応が困難である」であった。

IV 考察

1. 医師と助産師の役割分担の現状

現状での医師と助産師の役割分担は、妊婦や褥婦、新生児の診察を医師、計測や保健指導、日常のケアを助産師や看護師が担っていた。また、分娩時の入院や経過の判断は医師と助産師の両者がかかわり、分娩介助は、医師の立ち会いのもと助産師が行うが約6割、医師が立ち会わないこともある場合の1割を合わせ全体の約7割を助産師が担っていた。

日本での出生の場所と立会者は、戦後大きく変化した。昭和30年（1955年）には、出生の8割以上が自宅で「立会者」は助産師であったものが、昭和40年（1965年）には自宅での出生は2割弱、助産師の「立会者」も約3割と激減し、現在は出生のほとんどが施設で、「立会者」は医師である。このような出生場所や立会者の変化の中で、妊産褥婦の診察の役割担当が助産師から医師へと変わり、現在の役割分担が出来上がってきたと思われる。そして、役割分担の変化は助産師の診断能力の低下にも影響した可能性がある。

ところで、ここでいう「立会者」は、出生届に記載された「立会者」である。今回の結果からも分かるように、助産師は分娩経過の判断や分娩介助を担っていた。にもかかわらず「立会者」が医師になっている。これには「いつ異常が起こるかわからない」「会陰裂傷による縫合」といった理由から「正常分娩において分娩時に医師がその場にいないと困ることがある」と80.1%が思っており、正常分娩においても妊産褥婦・新生児の管理すべての責任者は医師であり、したがって署名は医師だとする認識が定着しているためとも推測される。連携を取りつつも、それぞれの専門性を活かした新たな体制を作るには、医師やサービスの受け手だけでなく、助産師自身の意識の変革が必要そうだ。今回の調査結果で、「出生証明書は分娩介助者が署名するの

が妥当である」は、医師70.8%、助産師74.6%であった。出生証明書における「立会人」への署名は、すぐにでも実施可能であり、助産師はもちろん、証明書を受け取る産婦や家族の助産師への意識を変えることにもつながる可能性がある。

また、新たな役割分担や連携の在り方を検討する際、どのようにリスクをシェアし連携していくかや、助産師の会陰裂傷の予防や対応能力の向上を検討していく必要がある。

2. 助産師の自立

正常な経過をたどる妊婦、産婦、褥婦・新生児の管理を助産師が主体となって実施することは、「助産師のやりがいにつながる」と医師、助産師ともに約8割以上が思っていた。

しかし、妊産褥婦への効果という点では医師と助産師との間に差がみられた。助産師は、妊婦の「正常からの逸脱を予防できる」88.4%、産婦に対し「フリースタイルなどのニーズの多様化に対応できる」88.0%、「必要以上の医療介入がなくなる」87.0%、褥婦・新生児には「必要以上の医療介入がなくなる」82.8%、「褥婦の不安が軽減する」76.7%と、助産師が関わることで、妊産褥婦のニーズに沿ったケアやより正常で自然な経過をたどることに効果があると思っていた。しかしながら、これらすべての項目は助産師が医師より多く『そう思う』と答え、両者に差がみられた。

WHOの勧告の中で、これまでの調査から、産科医のケアを受けた女性よりも助産婦のケアを受けた女性の方に介入が少なく、ローリスクの女性にとっては、助産婦はもっとも安全な分娩介助者とされていることを報告している¹⁾。しかし、本調査結果によれば、医師は助産師に比べ助産師の介入による効果への認識が低いといえる。逆に、医師の方が助産師より『そう思う』と答え両者に差が見られたのは、妊娠・分娩・産褥を通して「異常の早

期発見や対応が困難である」であった。異常に対する危惧は医師のほうが高かった。

このような違いは、「出産は無事終了するまでは危険なものであり、医療技術は危険であることが証明されるまでは安全である」とする医学モデルと、「身体は問題が生じるまでは有能で信頼できるもので、医療技術は問題のないことが証明されるまでは信用できない」とする社会モデルの世界観の違いによる影響と考えられている。²⁾

このような世界観の違いを乗り越えることは容易なことではない。今回の調査結果からも、医師、助産師ともに「産科医からの理解・協力が得られる」が半数以下で最も少なかったことは、立場の違いによる考え方の違いを乗り越えることの難しさを両者が感じているととれる。日本看護協会は、平成21年度「院内助産システムの普及・課題等に関する調査」結果速報において、助産師が助産外来や院内助産の開設／運営の課題として「医師の理解・協力・賛同」を助産外来では38.2%、院内助産で47.9%と、上位2番、1番にあげていたと報告している。³⁾まさに、助産師、医師相互の理解・協力・賛同こそが、各々の専門性を発揮し新たな役割分担、連携を作るうえで重要だといえる。

3. 今後の産科医療の連携について

助産師の7割は、助産師が自立して正常な経過をたどる妊婦、産婦、褥婦、新生児の管理を行うことが、産科医不足の問題の軽減に役立つと思っていた。そして、新たな役割を引き受けるには助産師自身「助産師の診断能力を向上させることが必要である」「医師との連携を図るために妊娠各期に医師の診断を受ける体制作りが必要である」とも感じていた。しかし、「産科医の勤務時間や拘束時間が減少する」「医師が他の診療や治療にも専念できる」「医師の夜間などの労働が軽減できる」で助産師が医師よりも有意に『そう思う』が

多かったことから、現時点では、助産師ほど医師はその効果を期待していないといえる。

現在、法改正により、助産所では嘱託医や嘱託施設を確保する難しさから、院内助産や助産外来といった形での連携が進められてきている。井上は、医師の立場で院内助産といった助産師との連携において、ローリスク群の取り決めは個々の施設で取り決めがなされることが望ましいとし、さらに、院内助産をする場合は、すべて妊婦のために、速やかに動けるチーム作りが大事であるとしている。⁴⁾また、中根は、ローリスク妊婦のみを対象とした「マザーケア外来」からすべての妊婦を対象とする「チーム健診」を行なうにあたって、異常をチェックできるかと大きな不安があったが、医学的ポイントでは医師が診察し、何かあればいつでも医師に相談できるという条件に背中をおされてスタートしたという。⁵⁾現在、助産師外来や院内助産を行っている施設では、それぞれの施設の条件を踏まえ、現実的な分担や連携のあり方を検討し、実施するための助産師の研修等も行っている。京極は、ともすると平行線になりかねない、職種間での立場の違いによる信念対立を超えて連携を図るためのコツは、「完全解決をめざさない」、自分の「考え方」と少し距離をおいて、実際に問題となっている状況を眺めながら各種の制約の中で選択しうる最善の意見を実践に結び付けていくことに専念することだとしている。⁶⁾

上記の報告においても、院内助産や助産外来を進めていくにあたり、現実の問題解決に向けて医師と助産師が繰り返し話し合いを積み重ねてきたことが伺える。今回の調査結果では、産科医との理解・協力への困難を感じる一方で、その必要性を感じ、新たな役割分担や連携の必要性を感じている助産師の現状が分かった。今後は、そのような検討の機会をどのように実際に設けていくかが課題である。

V 結論

1. 医師との役割分担

現状では、妊婦・褥婦・新生児の管理として、助産師が計測や保健指導、日常生活ケアを、医師が診察を担っていた。分娩時の入院や経過の判断には、医師と助産師の両者がかわり、分娩介助の約6割は、医師の立ち会いのもと助産師が行っていた。

2. 助産師の自立

正常な経過をたどる妊婦、産婦、褥婦・新生児の管理を助産師が主体となって実施することは、助産師のやりがいにつながっている。そして、妊産褥婦の正常からの逸脱の予防や、多様なニーズへの対応、必要以上の医療介入を防ぐといった効果があると思っていた。同時に、医師との連携や自身の診断能力の向上も必要と思っていた。しかし、医師の理解や協力が得られると思っているものは、妊婦管理や分娩管理では半数未満であった。分娩時は、正常分娩においても異常時の対応や会陰縫合などの理由から、約8割が医師の立会いが必要と思っていた。

3. 今後の産科医療の連携について

正常な経過をたどる妊婦、産婦、褥婦・新生児の管理を助産師が主体となって実施することは、産科医不足における問題の軽減に有効と7割が思っていた。

VI おわりに

褥婦・産科医・助産師への調査を通して、以下のことが分かった。

1. 褥婦は安全で安楽なお産をするために、医師と助産師が協同で関わることを希望していた。
2. 助産師が自立したケアを行うことは、医師・助産師ともに「助産師のやりがい

つながる」とし、それには「助産師の診断能力を向上させることが必要」と考えていた。

3. 今後の産科医療において、他職種の施設間および行政との連携を図ることが必要と考えていた。

謝辞

本研究を遂行するにあたり、ご協力いただいた各施設の施設長および医師、助産師の皆様へ深く感謝いたします。本論文の一部は第49回日本母性衛生学会学術集会一般口演で発表しました。なお、本研究は新潟県「知の財産」活用事業の助成を受けました。

文献

- 1) マースデン・ワーグナー. 井上裕美、河合蘭 監訳. WHO勧告に見る望ましい周産期ケアとその根拠. 134-135. 東京:メディカ出版;2002.
- 2) マースデン・ワーグナー. 井上裕美・河合蘭 監訳. WHO勧告に見る望ましい周産期ケアとその根拠. 28-43. 東京:メディカ出版;2002.
- 3) (社)日本看護協会. 平成21年度「院内助産システムの普及・課題等に関する調査」結果速報. 〈<http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/pdf/chosasokuho.pdf>〉. 2010. 5. 25.
- 4) 井上裕美. 院内助産で安全と快適性は得られるのか? 医師の立場から. 助産雑誌. 2006;60: 314-315.
- 5) 中根直子. 「チーム健診」とはどのようなシステムか. 助産雑誌. 2008;62:201.
- 6) 京極真. 職種間の「壁」の越え方「立場の違いを超えた連携」とはどういうことか. 助産雑誌. 2008;62:24.

自宅出産を選択した女性の体験

—5人目を自宅出産した女性の語りを通して—

柴田 恵美¹⁾・渡邊 典子²⁾・久保田美雪²⁾

1) 医療法人 竹山病院

2) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

An Experience of the Woman Who Chose the Home Birth

:Through the Narration of the Woman Who Gave Birth to Her Fifth Baby at Her Home

Emi Shibata¹⁾, Noriko Watanabe²⁾, Miyuki Kubota²⁾

1) TAKEYAMA HOSPITAL

2) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

キーワード

自宅出産、主体性、リラックス、自然、体験

Key words

home birth, independence, relax, natural, experience

I. はじめに

近年、出産の場は病院や診療所などの施設内がほとんどであり、自宅で出産する人々は少数派である。戦前においては自宅分娩がほとんどであり、現代の状況とは全く逆転していた。しかし、戦後、GHQによる法制度の改革などにより、出産の多くは自宅から病院や診療所などの施設内へと移行されることとなった。1960年では、施設内での出生は804,557で総数の約50.1%、自宅での出生は801,484で総数の約49.9%となり、その数はほぼ半々となった。1990年では、施設内での出生は1,220,138で総数の約99.9%、自宅での出生は1447で総数の約0.12%となりこの傾向は現在まで続いている。

しかし、前述したように少数の自宅出産^{注1)}を志向する人もいる。これは、出産そのもののあり方や出産における女性の主体性などに目が向けられるようになったことや、女性が自分自身で出産をどのようなものにしたいか、誰と一緒にどこで出産を迎えるかなどの選択

肢が広く考えられるようになってきたためと考えられる。このような中で自宅出産は、普段の生活の場や時間の流れの中にお産があり、産婦や家族が最も自然でリラックスした環境でお産を迎えることができること、産婦自身の力で出産がおこなわれることから出産への満足感や達成感が高まるなどのメリットがある。

現代、出産の場として医療機関を選択している人々が多い中で、自宅を選んだ人は、その決定においてどのような考えや思いを持ち、自宅出産の体験を通して何を思い、どのようなことを感じているだろうか。本研究では、自宅出産を選択した女性の妊娠から出産に至るまでの体験の語りを通し、自宅出産の意味を見出し、出産援助の一考としたい。

II. 研究目的

自宅出産を選択した女性の妊娠から出産に至るまでの体験を現象学的に浮き彫りにし、総括的に記述することである。

Ⅲ. 研究方法

- 1) 研究デザイン：現象学的アプローチによる質的研究。
- 2) 研究対象：研究参加者は、2007年に第5子を自宅出産した女性1名。(第1子、第2子、第3子、第4子は、施設分娩^{注2)})
- 3) データ収集方法：半構造的面接方法によるインタビューを2008年5月に実施。面接は参加者の自宅で行い、面接回数は1回、面接時間は72分であった。面接内容は、「妊娠が判明した時」「自宅出産を決定した時」「妊娠期」「分娩期」と時間的な流れにそってその時に感じたことや思ったことを自由に語ってもらった。その中で、話しの流れを変えないように注意しながら「その時何を思ったか」「何がそうさせたのか」などの質問をし、相手の言ったことを繰り返し、それを相手が再認識することで内容を深めるように努めた。面接内容は、参加者の承諾を得た後、テープに録音した。
- 4) 分析方法：分析・解釈はColaizziの7段階¹⁾の手法を参考に行った。
 - ① 参加者の逐語記録の全部を読み、それらに対して何らかの印象をもち、そこから何らかの意味をとる。
 - ② 個々の記述に戻り、自宅出産に直接関係する語句や文を抜き出す。(有意な陳述の抽出)
 - ③ 個々の有意な陳述の意味を詳しく説明するよう努める。(定式化された意味)
 - ④ 個々の逐語記録についてこのプロセスを繰り返し、定式化された意味の集合体を「テーマ群」として体系化する。また、これらのテーマ群が妥当であるか確認するために、テーマ群を元の記述全体と照らし合わせてみる。
 - ⑤ こうして得られたすべての結果を研究しているテーマの「総括的な記述」に統合する。

⑥ この総括的な記述を出来る限り明確に「基本構造を特定した」陳述に定式化するように努力する。

⑦ 以上の分析過程において、研究の妥当性を高めるため、研究者間で研究の分析内容を共有し、確認、検討を行い、修正することを繰り返した。

Ⅳ. 倫理的配慮

参加者に研究の趣旨を説明し、得られたデータは本研究以外の目的で使用しないこと、個人や施設名、地名が特定されないようにプライバシーの保護には厳重の注意をはらうこと、個人の不利益になるようなことは話す必要がないこと、いつでも本研究の参加を取りやめることができることについて口頭と文書で説明し、承諾と署名を得てから開始した。

Ⅴ. 結果

自宅出産を選択した女性の妊娠から出産に至るまでの体験として、【1. 妊娠を子どもへの生きる教育のチャンスに変える準備を始める】【2. 自宅出産への期待】【3. 自宅出産を実現させるための努力と意識や行動の変容】【4. 子どもの生まれてこようとする力を信じ、幸せを体感できた自宅出産】【5. 家族の変化から自宅出産の成果を感じる】以上5つの主テーマが見出された。

次に、それぞれの主テーマを構成しているテーマについてデータと共に記述する。なお、データについては、H G明朝Eで示し、参加者の語りをなるべくそのままの形で挿入しているが、分かりにくいところは単語を省いたり、言葉を補った。

主テーマ1. 妊娠を子どもへの生きる教育のチャンスに変える準備を始める

a. 与えてもらった妊娠という思いが、妊娠継続を後押しする

「5人目ってのは全然考えてなかったんだけど…で、ぽっとできて、できたって分かったとき、うち4人目のときにけっこう産むかどうかするかっていうのを旦那とけっこう話しをしてたから…できたら産むのが当たり前っていう感じもなかったから…ただ妊娠ってそんなに簡単にできるものじゃないし、なんだろう…与えてもらってる感？があるから、ほんとの意味で授かったっていう…のがあるから…産むのが当たり前っていうか…」

参加者は、妊娠が判明したとき、全く予期していなかったため、最初は妊娠に対して戸惑いの気持ちがあった。しかし、その妊娠が与えられたものであり、子どもを授かったという思いから妊娠の継続と出産を決定した。

b. 生きる教育をするチャンスであると捉えた妊娠

「ずーっとやってきてるのが生教育、生きるほうのね。生まれるっていう字のほうの生教育をずっとやってきたから、5人目の妊娠を通して子どもたち4人に生きるっていうのをどうやって伝えていくかというのがあったから…そっちの方が先だったかもしれない。」

参加者は、これまで家庭で行ってきた子どもたちへの生きる生教育をこの妊娠によってできると考えた。

主テーマ2. 自宅出産への期待

a. 子どもたちが生命を感じ、自分を大切にしてほしいという思い

「子どもたちに出産を見せてあげたい、って。生まれるっていうこと、まあ自分たちも生まれてきたんだけど…。それがどういふとか、お父さんお母さんがどんな気持ちで赤ちゃんを迎え入れるか、(中略)っていうのを

教えてあげたい、見せてあげたいっていうのは根本にずーっとあるから。」

参加者は、子どもたちへ両親がどんな気持ちで児を迎え入れるのか、どうやって出産をするのか、ということを教えてあげたいと思っていた。

b. 出産は生活の一部であるという思い

「生活の中に出産があるっていうのが自宅出産はものすごく、こう…子どもたちにも感じてもらえるっていうか…自分自身もそう思えるっていうのもあったから…。自宅出産を決めてからはもう、(中略)家族の生活の中の一部なんだよ、っていうことを教えてあげたかったのかなあ。」

参加者は、出産を普通の家族の生活やライフサークルの一環としての出来事であると捉え、自宅出産によって、そのことを自分自身も感じることができ、子どもたちにも感じて欲しいと思っていた。

c. 出産のすべてを夫や子どもとともに体験したいという思い

「病院だとすごく限定される、出産するにしても頭の上のほうにいて、『医療処置をしているところには絶対立ち入らないでくれ』っていうのは他の子たちの出産のときに、まあ旦那にしても子どもたちを立ち合わせたときにしても一言目に言われたことだったから。助産院だとそういうのがないよーってのは聞いてただけど、自宅だともっとそれが無い。」

参加者は、今までの病院出産を振り返り、家族の立会いや出産体験の共有における制限に不満を抱いていた。病院より助産院、助産院より自宅はその制限がより少ないと考えていた。

主テーマ3. 自宅出産を実現させるための努力と意識や行動の変容

a. 自宅出産への壁

「自宅出産のマイナス面でやっぱ嘱託医がないっていうのが1番なんだけど。(中略)自分で嘱託医になってくれる先生を探さなきゃいけない。嘱託医とも色んな話しをして、『どういう部分を私は請け負えばいいんですか?』って言われるし。『何かあったら結局他の病院とかにいつてくださいつていう結果になってもいいですか?』って一言目に言われて。自宅出産でのリスクとかすごく自分が勉強しなきゃいけない。」

参加者は、自宅出産遂行のために自分で嘱託医を探さなければならないこと、自宅出産のリスクの勉強など、簡単にはいかない自宅出産までの道のりを実感していた。

b. 自分の身体のコントロールやセルフケア能力(意識や行動)の高まり

「やっぱり自宅出産っていうものを意識し始めてからは、すべてが全部自分でコントロールしなきゃいけない?(中略)全部、自分でケアしていくっていうかコントロールしていかなきゃいけないから。体重とかも増えないように自然と気をつける。食事も特に意識してたわけじゃないんだけど。中毒症とか切迫になったらできないのはすごく言われるから、自分で管理しなきゃって。」

参加者は、妊娠期の異常の出現が自宅出産不可能とイコールであることを十分に自覚し、自己の身体のコントロールやセルフケア能力(意識や行動)が自然と高まったと感じた。

c. 胎児との一体感を感じる

「お産って自分のものなんだって。ほんとの意味でお腹の子を守るのは自分なんだって思われる。だから、なおさらお腹の子とのやりとりも増えてくるのかな。助産師さんも手で触って、今こういう体勢なんだよって

うのを教えてくれるから、自分で触ったりしながら感じて。すごくなんか、一体感?を感じてた。(中略)ほんとに意識が1つ。常に(胎児と)行き来するようにはしてたかな。」

参加者は、積極的に胎児への思いをはせ、意識的なつながりを持つことで、まだ見ぬ子どもとの絆を深めていった。そして、胎児を守るのは自分しかないという思いと胎児との一体感を感じていた。

d. 自分が「産む」という主体性の出現

「自宅出産っていうのは、医療の手がない状態で産むから、自分と子どもの力が全てっていうのがあったから、2人のまゝ自分とお腹の子と2人の意識とか力とか、コンビネーションみたいな、そういうのは意識させられた。自分も楽に産みたいし、自分が楽に産めるってことはお腹の子どもがすごく楽に出てこれるから。(中略)体重管理をするのが当たり前みたいな感じ。周りから言われての意識じゃないから、自分の中での意識だから、ほんとにねえ自宅出産決めてからは、ほんとにねえ自分が産みだす?(中略)お産っていうものがほんとの意味で自分の事として捉えてる?ほんとに産まされるんじゃないかって産む?そこが一番変わったところかな?」

自宅出産では、胎児と自分の力および意識のコンビネーションがすべてであり、「産まされる」のではなく自分が「産む」、「産み出す」という妊娠・出産に対する主体性を実感していた。

主テーマ4. 子どもの生まれてこようとする力を信じ、幸せを体感できた自宅出産

a. 施設分娩体験を振り返り、自宅出産のメリットを確認する

「すごく、でも、ねえリラックスする。普通に生活しているところで出産してるってことは不思議だったんだけど、ほんとに自然。すごい産むことに対する恐怖感はまった

くないし。ほんとにリラックスしか言えないねえ。医療器具にはまったく囲まれてないでしょう？だから、産まなきゃいけないプレッシャーもないし。何が違うってそれが違う。」

「一番上の子のときは、(中略)吸引だったのね。それこそ産まされてる感じ？産んだっていうよりも出された。ああ出た、みたいな。2番目の時は、もう子ども出る気満々そこまで出てるのに、『先生来るまで、産まないで』って。なんで待たなきゃいけないの？って。」

「絶対出てくる言葉が『今産まないでね』っていうのが病院では出てくるの。(中略)自宅はまったくそれがなかった。なんか逆に、ああもう産んでいいんだっていうくらい、なんかそこでこうふ〜っと力が抜けちゃう。そこが違うかな病院と。病院はやっぱこう、『産まないで、今産まないでね。』って言われたのが、だめだめだめだめ、あ、出しちゃ駄目。もうストップを自分でかけてしまう。」

過去の施設における吸引分娩で感じた「産まされた、出された」という感覚や、「まだ産まないで」という医療者側の都合による言動は、よりリラックスできる自然で恐怖のない自宅出産という実感を強いものとした。また、自宅出産によって今までにない出産の感覚を感じていた。

b. 胎児、母親、助産師という「三角の力」を感じた出産

「ほんとにお腹のあかちゃんのペースでなすがままで。母親は、出ようとしてる力に対してじゃあ後ろからちょっと押してあげて、助産師さんはそれを受ける、受けとめるって感じ。だからほんとにお産の中心は赤ちゃんでそれを後ろから押すのがお母さんで、それを確実に受けとめてくれるのが助産師さんっていう三角だった。その感覚が不思議だった。ほんとに三角の力なんだ。出ようとする力と手伝おうとする力と、受けとめようとする

力っていう。だから全然苦痛じゃなかった。」

参加者は、主体である胎児が出てこようとする力、手伝う母親の力、受けとめる助産師の力を発見し、それを「三角の力」という不思議な感覚で受けとめ、さらに「三角の力」で分娩が進むことで苦痛は全くないと感じていた。

c. 胎児の生まれてこようとする力に身をまかせる

「生まれてくる子どもの力を信じてるっていうか。子どもがその気にならないと生まれないんだっていうのを思ったし、そのときかなあ？あ、出産で親がするものじゃないんだ、母親が決めることじゃなくって、赤ちゃんが決めることなんだって思ったから、生まれてこようとしてるのを、止めるのも変なんだって。お産っていうのがあたしとか医療が主体じゃなくてこの子が主体だった」

参加者は、胎児を出産の主体ととらえ、胎児の生まれてこようという力と気持ちを最優先する感覚で出産していた。

d. 家族みんなと一緒に感じた達成感とあったかい幸福感に満たされる

「すごいあったかくて幸せだった。(中略)それがねえ、すごい格別。産まされてるんじゃないって、産んだから、あ、すごいやり遂げたっていうのも1つなんだけど、そのやりとげた感が1人じゃなくって、お腹の赤ちゃんと一緒にやり遂げたっていう。」

「みんな『やったー』みたいな。みんな頑張ったよね、良かったよねえみたいな、ああいうあったかい気持ち。ほんとにあったかいじわ〜んとした気持ちだったかなあ、出産終わった直後は。」

参加者は、出産を胎児との共同作業でやり遂げ、さらに家族とともに頑張ったという気持ちから格別な達成感、そして幸福感に満たされていた。

主テーマ5. 家族の変化から自宅出産の成果を感じる

a. 日常生活の中にお産があることを再認識できた出産

「普通の生活の中のところに出産ってというのがあったから、また普通の生活に戻っちゃう、気持ちが。だから、あったかいほわんとした気持ちの中に、ほら、みんな入っておいでよ、みたいな」

出産は、特別な出来事ではなく、あくまでも家族のいる日常生活の一部の出来事であった。そのため出産が終わると、また家族のいる普通の生活の中に気持ちが戻っていくということを感じていた。

b. 主体的に育児に関わるようになった夫の変化を実感

「自宅出産したことによって自分（夫）もお産に深く関わった、（中略）その空気をすべて一緒に感じ取って、主体的に参加してたっていうのは、色んな意味で、家族をつくっていく部分で強く感じたみたい。自分（夫）もそうなんだ、産むのはあたしだけでも縁の下の力持ち的な関わり方をしてきたっていうのがやっぱり違う。だからその後の育児に対しても、自分（夫）も主体的に関わっていかなければって、そこが一番違うのかなあ。母親と同じ目線で立てるようになったっていうか。」

夫は、出産の場で縁の下の力持ちとして働き、その空気を一緒に感じ取り家族を形成していくことを肌で感じているようだった。参加者は、夫が育児に対し母親と同じ目線に立てるように変化したことを感じた。

c. 命の重さを感じ取るようになった兄弟の変化を実感

「自宅出産をして…兄弟が仲良くなった。ものすごく一人一人を思い合うようになったっていうか。（中略）命ってどうゆうものなのかっていうのをすごく感じてるし、自宅出産を通して、ほんとにすごく身近になったんだろうねえ。」

「病院で出産するとお母さんと赤ちゃんって（家に）いないから、お兄ちゃんになる心構えをする時間が短いっていうか…自宅出産だと、出産直後からずーっと赤ちゃんがいるから。赤ちゃんが目前にいるからお兄ちゃんになったんだっていう自覚はすごい早かった。」

参加者は、自宅出産を通して、子どもたちの関係性や繋がりが深くなったこと、生まれた赤ちゃんを受容することや姉・兄になる自覚が自然と芽生え、生命の重さを感じることができるようになったと感じていた。

以上より、妊娠から分娩終了までの時間軸に沿って自宅出産に至るまでのプロセスを示すと図1のようになる。

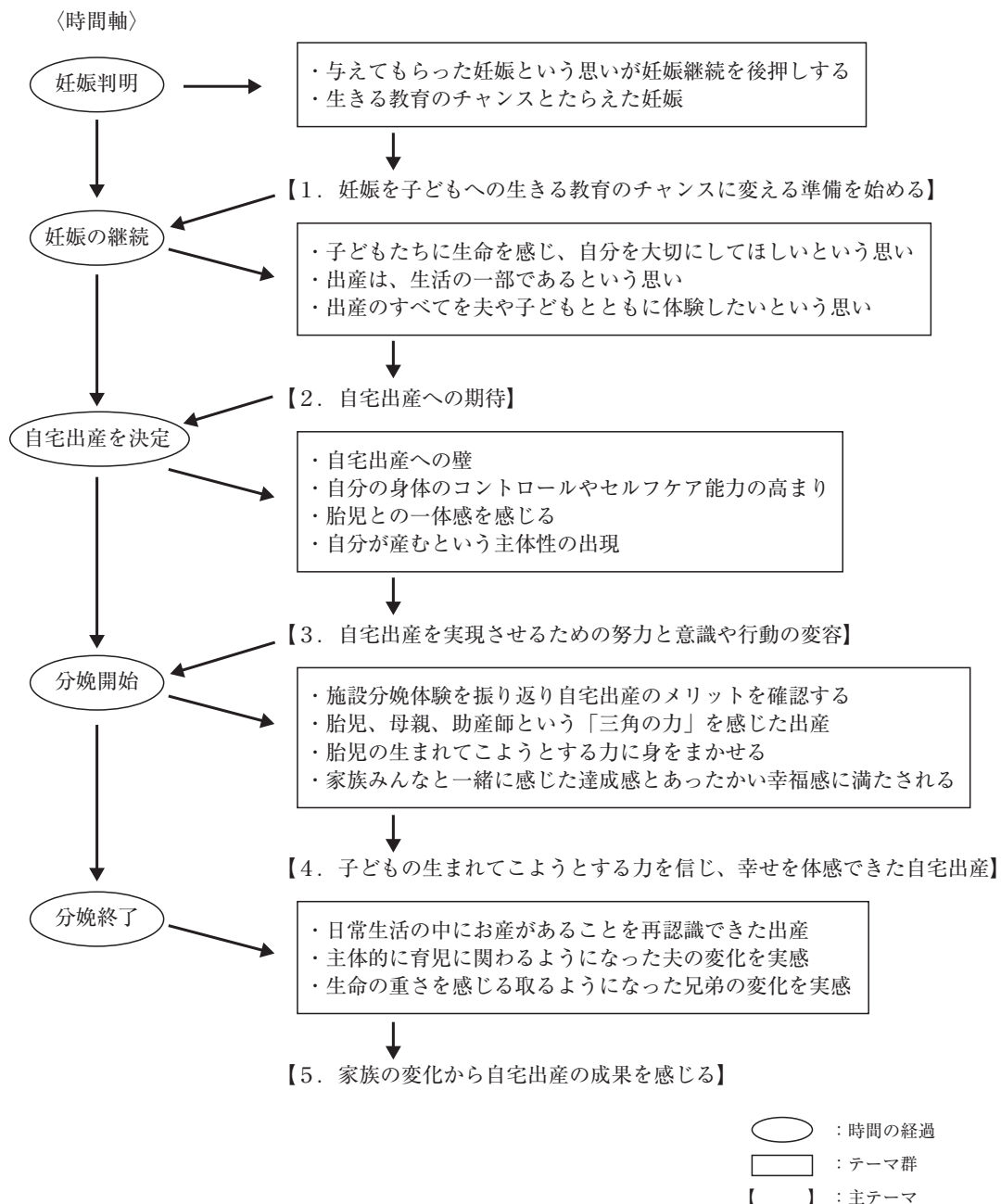


図1 自宅出産の体験のプロセス

VI. 考察

1. 妊娠判明から自宅出産を選択するまでの思い

参加者は、予期していなかった妊娠に困惑したが、妊娠を「与えてもらった」「授かった」と受け止め、むしろ、産むのは当然と考えた。そして、これまで4人の子どもたちに行ってきた生命の重さや生きることを教育す

る「生教育」の機会にもなると考えたことが、妊娠継続を決定させ、さらには、子どもと夫の立会いによる自宅出産への志向となったと考える。参加者のいう「生教育」は、河谷による、「自分がどのように生まれてきたか考え、命の大切さ、自分の大切さを教えたいという思い」である。

くわえて参加者は、子どもたちに出産そのものや児を迎える親の気持ちを教えてあげた

いと思っていた。しかし、今までの病院での立会い出産では、医療処置への立ち入り禁止や家族の立会い制限があり、自分の思いを果たせない体験をしていた。荒木は、自宅出産を選択した褥婦は、「家族と出産体験を共有したい」³⁾ 考えがあることを示しており、参加者は、家族との出産体験の制限のない共有を重要視し、自宅出産を選択したと考える。

さらに、参加者は、出産が家族のいる普段の生活の中や人生の一環として存在していることを子どもたちに伝えてあげたいと思っていた。これは、神谷が指摘する「自宅出産では生活の中にお産がある」ということや「自宅だからこそ、生活とすぐ隣り合わせにあるお産を体験できる」期待を参加者は自宅出産に抱いていたということが伺える。

また、矢島は、⁵⁾ 「お産の場は家族の場であり自分もこうして生まれてきたんだということを身体で感じてもらいたい。医療者はもっと積極的に家族が全員で新しい命を迎える場をつくっていくべきではないかと思う。」ということ述べている。出産は家族の1人1人が生まれてくることや命の誕生を考える良い機会であり、家族にとっての出産という視点での支援も重要だといえる。

2. 妊娠期の思い

参加者は、自宅出産を実現させるために、正常妊娠経過の逸脱予防として自分自身の身体管理に高い意識を持った。具体的には貧血や妊娠高血圧症候群などの予防のために、体重コントロールや食事への自己管理という行動につながった。これは、荒木が「自宅出産を実現するためには順調な妊娠経過をたどることが必要であり、前向きな自己管理に意欲を持って取り組むことが必要である。」⁶⁾ というように、自宅出産達成願望が自己のコントロールを促進したと考える。さらに、参加者は、自分の身体への意識の高まりとともに、胎児への思いや絆の深まりを感じ、胎児との

一体感を強固なものにしていった。これらのことは、参加者の「産まされる」のではなく自分が「産む」という出産に対する主体性を培い、後にみるように分娩時の「三角の力」の発見につながったと考える。

3. 分娩期の思い

参加者は、家族がくつろいでいる団欒の中で分娩の進行を感じながら、これまでの出産における「産まされた、出された」という感覚や、「まだ産まないで」という医療者側の都合による言葉をうけることなく、「リラックスできる」、「自然である」という感覚を持ち続けながら、恐怖や緊張、痛みを感じない出産を終了していた。この参加者の状況は、長谷川⁷⁾の指摘する「多くの女性が出産体験を痛くて辛いといったマイナスなものを受け止めているが、出産を肯定的に受け止めている女性の心理の背景には、心身の苦痛よりも快感が勝り、不安よりも期待が勝り、恐怖感よりも安心が勝っていたという事実があったのだと考えられる」ことである。

参加者は、児の生まれてこようとする力を信じ最優先にして、児の生まれる力、母親の手伝う力、助産師の受け止める力という「三角の力」を感じていた。そして、児との共同作業としてやり遂げたという格別な達成感により、幸福感や満足感に満ち溢れていた。これは、瀧澤⁸⁾の「赤ちゃんは生まれるとき、生まれるように生まれる。私たちは生まれてくる赤ちゃんへの視点をもっと重要視し中心にすべきだと思う。待つことは最大限の積極性である。」としており、参加者は「三角の力」として胎児の力を充分に感じていたと考える。

分娩終了後には、自宅出産を決定した時に考えていたように、家族のいる日常生活や人生の一環に出産があったことを再確認していた。さらに、参加者は、夫が、縁の下⁹⁾の力持ちとして参加者を支え、家族とともに家族形

成を実感できたことによって、夫の育児への主体性の高まりや母親と同じ目線で子どもと関わることへつながったと感じていた。このことは、田島⁹⁾の指摘する「夫がお産に立ち会うことで父性が向上し父親役割がスムーズに獲得され、育児参加が多くなる。」ということである。今後、父親に対し、父親としての役割獲得がスムーズにいくことが期待できると考える。

また、参加者は、子どもたちがお互いのつながりを深め、生まれてきた兄の受容および兄・姉になる自覚が自然とでき、命の重さを感じることができるようになったと感じていたことは、河谷¹⁰⁾による「子どもの立会い分娩によって兄・姉としての心の準備や家族の絆・役割についての教育の機会となることが期待される」を裏付けるものである。このことから、参加者が自宅出産への期待の1つであった「生教育」の達成が図られたと考える。家族で新しい命の誕生を迎えるということは、すでに生まれた子どもが兄弟を円滑に受け入れることでもあり、そのために家族で一体感を得られるような援助は重要である。

以上より、分娩における産む母親、生まれてくる兄を中心として、立ち会う家族（夫、子ども等）、それぞれの相互作用を最大に引き出すキーパーソンは、産む親や家族に最も寄り添える助産師に求められるのではないかと考える。

VII. 結論

本研究は、自宅出産をした参加者の体験に焦点を置き、参加者の「語り」を明確化し、その中心的意味を見出すことを目的とした質的研究である。本研究の参加者は、5人目を自宅出産した女性1名である。参加者の自宅での出産の決定における心理過程や妊娠期・分娩期・出産後の自宅出産における体験をありのままに記述することができた。分析の結

果、自宅出産を選択した女性の思いとして【妊娠を子どもへの生きる教育のチャンスに変える準備を始める】【自宅出産への期待】

【自宅出産を実現させるための努力と意識や行動の変容】【子どもの生まれてこようとする力を信じ、幸せを体感できた自宅出産】【家族の変化から自宅出産の成果を感じる】という5つの主テーマが見出された。

この体験を明らかにすることで、出産は母親となる女性にのみ重要な出来事ではなく、家族の絆の深まりやそれぞれの役割獲得につながることにもなっていた。また、援助者は、家族にとっての出産の意味や、生まれてこようとする兄の力や気持ちにまなざしを向け、母親だけでなく家族にとって出産がより良い体験となるような援助も忘れてはならない。

また、自宅出産遂行のための妊娠・出産に対する主体性の高まりは、自ずと自己の身体のコントロールやセルフケア能力を高めるだけでなく、胎児との一体感をも高めることにつながっていた。

本研究は1人の女性を対象としており、内容には限界があること、カテゴリーの一般化にも課題がある。しかし、その人の「主体性」を尊重する関わりが、安全、安心、満足のいく出産につながることを示唆されたと考える。出産する場所にかかわらず、産む人の主体性を引き出し育むことが今後も重要だと考える。

謝辞

本研究への参加に承諾くださり、貴重な体験をお話くださった参加者に心より御礼申し上げます。

注・引用文献

注1) 自宅出産とは、出産する場所が自宅であること。自宅出産できる人は、母児ともに妊娠中から異常兆候が見られない正常経過の人に限定されている。自宅出産をする場合、引き受けてくれる助産師と嘱託医を探さなければならない。

注2) 施設出産とは、出産する場所が病院、診療所、助産所であること。助産師や医師を探す必要はない。異常の時にすぐに医療が受けられる体制にある。

- 1) ホロウェイ・ウィーラー著. 野口美和子訳. ナースのための質的研究入門. 128-135. 東京: 医学書院;2004.
- 2) 河谷麻貴・平井愛子・馬渡佐知枝ほか. 性教育の視点からみた子供立ち会い分娩の効果. 母性衛生. 2003;44(4):472-480.
- 3) 荒木尚子・野口めぐみ・湯本敦子ほか. 自宅出産をした母親の自宅出産を選択した理由とその実現のための要因. 日本看護学会論文集. 母性看護. 2005;36:152-154.
- 4) 神谷整子. 「自宅」という空間と正常なお産. 助産雑誌. 2005;59(4):304-309.
- 5) 矢島床子. 身も心も高い満足度. それが正常産. 助産雑誌. 2005;59(4):320-325.
- 6) 荒木尚子・野口めぐみ・湯本敦子ほか. 自宅出産をした母親の自宅出産を選択した理由とその実現のための要因. 日本看護学会論文集. 母性看護. 2005;36:152-154.
- 7) 長谷川文・村上明美. 出産する女性が満足できるお産. 助産院の出産体験ノートからの分析. 母性衛生. 2005;45(4):489-495.
- 8) 田島桂子. 立ち会い分娩がもたらす精神的影響. 母性衛生. 1995;36(1):131.
- 9) 前掲2).
- 10) 前掲2).

新潟青陵学会シンポジウム

1. 日時：平成22年2月27日(土) 13:30～15:30

2. 会場：新潟青陵大学 6204講義室

3. 参加対象者：在学生（主として3年生）
及び教職員

4. テーマ：「専門職として学び続けること」

1) 趣旨

卒業生は、大学を卒業後、臨床の現場で働いている中で、様々な困難な状況を感じている。専門職として働く中で感じていること、在学生に伝えておきたいことを卒業生から学生に語っていただき、学生時代のいま何を行っておくべきなのかについて意見交換を行う。

2) シンポジスト

① 短大福祉心理学科卒業生（3期生）

志賀あずさ（地域生活支援センターふらっと）

② 大学福祉心理学科卒業生（1期生）

阿部 裕昭（介護老人保健施設 入舟）

③ 大学福祉心理学科卒業生（6期生）

齋藤 陽子（特別養護老人ホーム新潟あそか苑）

④ 大学看護学科卒業生（2期生）

柴田萌菜美（順天堂東京江東高齢者医療センター）

⑤ 大学看護学科卒業生（3期生）

小林 涼子（十日町市立飛渡第一小学校）

3) コーディネーター

土橋 敏孝

4) 司会

中野 啓明

平成 21 年度新潟青陵学会定例総会 議事録

1. 日 時 平成22年3月19日（金）

15時00分～15時50分

2. 場 所 新潟青陵大学5301講義室

議事に先立ち、正会員数108名のうち、出席者39名、委任状29名、合計68名で、正会員数の過半数であることが確認された。

3. 議事の経過および結果

1) 会長挨拶

清水学会長より「学会創立から3年目となるが、異なる領域の研究者と一緒に研究する強みがまだ出ていない。本学の特徴の中核のひとつなので、本学会を通じて創りあげていきたい」との挨拶があった。

2) 議長選出および議事録署名人選出

役員会に一任され、議長は土橋敏孝会員が選出された。

3) 審議事項

第1号議案 平成21年度事業報告（案）について

拍手をもって承認された。

第2号議案 平成22年度事業計画（案）について

第3号議案 平成22年度収支予算（案）について

学会誌発行日程および共同研究費助成対象については役員会で検討することとし、拍手をもって承認された。

4) 報告事項

① 新年度役員について

② 第3回新潟青陵学会学術集会準備状況について

付、第1号議案

I 学術集会・講演会・講習会の実施

平成21年11月7日に第2回学術集会を本学で開催した（基調講演・シンポジウム、及びポスター発表16本）。

II 学会誌の編集・発行

新潟青陵学会学会誌第2巻第1号を平成22年3月に発行した（採択投稿数4）。

III 共同研究を推進するための事業

共同研究への助成を通じて、多くの研究者の参加を図り、質の高い研究活動の活性化を図った（採択研究数10件、総助成金額3909千円）。

IV 研究・調査等の推進

学術集会での発表、参加者との交流、学会誌への投稿・掲載等を通じて、研究・調査活動を推進し、研究団体としての成果を社会へ還元した。

V 卒業生との連携研究および情報提供

1. 学術集会での発表により卒業生の研究活動を支援し、学会活動の情報を提供し、また学会誌の配布により、卒業生の実践力を高め、社会へ貢献した。

2. 平成22年2月27日に第1回新潟青陵学会シンポジウムを開催した。「専門職として学び続けること」というテーマで看護・福祉の領域で活躍する卒業生5名による報告がなされ、参加した学生会員及び一般会員との間で活発な議論が展開された（参加総数98名）。

VI その他、本会の目的達成に必要な事業

学会ホームページを作成し、学会活動の情報提供を随時行った。

第2号議案

I 学術集会・講演会・講習会の実施

1. 学術集会を11月6日に開催することにより、研究者としての研鑽と研究成果の

発表の場、相互交流の場を提供する。

2. 科研費獲得のための講演会、新任教員・学位取得者等による研究報告会を開催して研究者・専門職としての質の向上を図る。

II 学会誌の編集・発行

学会誌を年度内に2回（9月・3月）発行し、研究者としての研鑽と研究成果の発表の場を提供する。

III 共同研究を推進するための事業

共同研究への助成を通じて、多くの研究者の参加を図り、質の高い研究活動の活性化を図る（申請募集を行い、12月に締切り、審査・採択を2月に行う）。

IV 研究・調査等の推進

学術集会での発表、参加者との交流、学会誌への投稿・掲載等を通じて、研究・調査活動を推進し、研究団体としての成果を社会へ還元する。

V 卒業生との連携研究および情報提供

「新潟青陵学会シンポジウム」開催などにより卒業生の研究活動を支援し、学会活動の情報を提供することで、学生会員と卒業生の連携をすすめる。

VI 学生会員に対する業務

1. 新入生を対象とした学会オリエンテーションを実施する。
2. 卒業生に対して一般会員への移行を推進する。
3. 学生会員に学会誌を配布する。
4. 学術集会・学会誌等への研究発表の場を提供する。

VII その他、本会の目的達成に必要な事業

学会ホームページにより、学会活動の情報提供を随時行う。

新潟青陵学会誌投稿および編集に関する規程

(発行の目的)

第1条 新潟青陵学会会員の執筆による論文等を掲載発表することを目的として「新潟青陵学会誌」を発刊する。

(発行の体裁)

第2条 発行各号の体裁はA4版とし、本文の体裁は10ポイント活字横1段組みとする。

(掲載制限)

第3条 同一の号における掲載は、1人1編を原則とする。ただし、各号の全体の頁数が過大となる場合は、執筆者の承諾を得て2つ以上の号に分割掲載することがある。

(原稿の種類および内容)

第4条 原稿の種類は、総説、原著および資料とし、それぞれの内容は、次の各号のとおりとする。

- 一、総説：特定のテーマについて、総合的に学問的状况を概説したり考察したりしたもの
- 二、原著：独創的な知見が論理的に導かれている学術論文
- 三、資料：前各号のいずれにも該当しないものの、資料的価値があると認められるもの
(実践報告、事例報告、または、調査報告等を含む)

2 新潟青陵学会誌編集委員会（以下「編集委員会」という。）は、前項に規定する原稿とは別に、新潟青陵学会の事業に関する記事を掲載したり、会員に記事の投稿を求めたりすることができる。

(投稿手続)

第5条 原稿は、次の各号により構成する。

- 一、英文要旨（総説および原著のみ）
- 二、和文要旨（総説および原著のみ）
- 三、本文（タイトル、注・引用文献および文献一覧を含む）
- 四、図、表および写真

2 前項第一号に規定する英文要旨は、英語を母国語とする者、またはそれに準ずる語学力を有する者による校閲を受けるものとする。校閲に係る手続き等は、投稿者において行う。

3 投稿者は、編集委員会において定める提出期限までに、次の各号の書類等を角形2号封筒（投稿者の氏名を記載する。）に封入して、編集委員会において定める提出先に持参、または、郵送する。

- 一 カバーシート（様式1）1部
- 二 原稿2部
- 三 投稿論文チェックリスト（様式2）1部

4 前項第二号に規定する原稿には、投稿者の氏名を記載しない。

(編集手続)

5 第4条第2項に規定する記事は、前号までの規程によらず、編集委員会において別に定めるところによるものとする。

第6条 編集委員会における編集手続は、次の各号のとおりとする。

- 一、前条第2項の投稿手続を経た原稿は、学会事務局に到着した日をもって受付日とする。ただし、提出期限を過ぎて到着した原稿は、いかなる理由があっても受け付けない。
- 二、編集委員会は、受け付けた原稿を審査に付し査読を行って、その採否を決定し、正式に受理する。
- 三、編集委員会は、受理した原稿の投稿者に対して原稿の修正および種類の変更を求めることができる。
- 四、原稿の受理通知を受けた投稿者は、編集委員会に対して、本文等のデータを電磁的に記録したフロッピーディスク等を遅滞なく提出しなければならない。
- 五、原稿の掲載順等の編集に関する事項は、編集委員会が決定する。

(原稿の執筆)

第7条 原稿の執筆は、次の各号の要領によるものとする。

- 一、原稿は、和文または英文により、ワードプロセッサを用いて作成する。
- 二、原稿(図、表および写真を除く。)の形式は、すべてA4版の用紙に、横書きで印字するものとする。
- 三、一行の文字数は40字、一頁の行数は36行に設定して適切な行間を空けるものとする。
注・引用文献および文献一覧の書式もこれに準ずる。
- 四、原稿の本文、図、表および写真を合計したA4版用紙の枚数は、11枚以内とする。
- 五、原稿中の図、表および写真は、4分の1未満にあっては360字、4分の1以上2分の1未満にあっては720字、2分の1以上1頁未満にあっては1440字で換算するものとする。
- 六、図、表および写真には、図1、表1、写真1のように通し番号をつけ、本文とは別に一括し、本文右欄外に、それぞれ挿入希望位置を朱書きで指定するものとする。
なお、図および写真については、天地の別を明示することが望ましい。文字の修正・矢印の焼き込み等については、別に実費を徴収するものとする。
- 七、図および写真は、直接に製版可能な明瞭かつ鮮明なもの(電磁的データによるものが望ましい。)とし、モノクロ製版を原則とする。カラー製版を希望する場合は、モノクロ製版とした場合の差額分は投稿者の負担とする。
- 八、注・引用文献および文献一覧の取扱いは、次の例による。
 - ① 注・引用文献は、本文末尾に通し番号(算用数字)を付して一括する。
 - ② 注・引用文献の番号は、本文中の必要箇所右肩に、片括弧を伏した算用数字を記入する。
 - ③ 文献一覧は、原稿末尾に一括する。ただし、通し番号は付さない。
 - ④ 注・引用文献および文献一覧における文献の表記は、原則として次の様式に従う。
雑誌論文：著者名. 論文名. 雑誌名. 西暦年；巻(号)：頁.
単行書：著者名. 書名. 頁. 発行所所在地：発行所名；西暦年.
訳書：原著者名. 訳者名. 書名. 頁. 発行所所在地：発行所名；西暦年.
ウェブページ：著者名. ページ名. <URL>. 閲覧西暦年月日.
- 九、付記の取扱いは、次の例による。
 - ① 共同執筆の場合、各執筆者の分担部分を記載する。

- ② 当該研究が研究助成等を得て行われた場合は、その旨を記載する。

十、カバーシートには、次の内容を記載する。

- ① 論文の表題（和文及び英文）
- ② 欄外見出し（和文及び英文）
- ③ 著者名（和文及びローマ字）
- ④ 所属機関名
- ⑤ キーワード（和文及び英文で5語以内）
- ⑥ 図、表及び写真それぞれの枚数
- ⑦ 希望する原稿の種類
- ⑧ 実費負担による抜刷希望部数（無料分50部を除く）
- ⑨ 連絡者（第一執筆者であることが望ましい。）の氏名、住所、電話番号及び電子メールアドレス

十一、要旨は、和文については400字程度、英文については200ワード程度で作成するものとする。

（著者校正）

第8条 審査および査読後の最終原稿提出後の著者校正は、誤字及び脱字等の修正以外の加筆及び修正は認めないものとする。

（抜刷等）

第9条 掲載論文等1編につき抜刷50部を配付する。ただし、50部を超える分については執筆者がその費用を負担しなければならない。カラー製版等の特別な技術を必要とする場合も同様とする。

（著作権等）

第10条 本学会誌に掲載された論文等（以下「論文等」という。）の著作権は、著作者が有するものとする。

2 著作者は、論文等の複製権を学会に委託するものとし、学会は、論文等を電磁的に複製し、インターネット等のコンピュータ・ネットワークを介して学内外に公開するものとする。

（規程の改正）

第11条 この規程の改正は、学会役員会の議を経なければならない。

附則

この規程は、平成20年12月1日から施行する。

附則

この規程は、平成21年7月6日から施行し、平成21年4月1日から適用する。

附則

この規程は、平成21年12月14日から施行し、平成21年4月1日から適用する。

投稿論文等チェックリスト

* 投稿する前に原稿を点検確認し、原稿に添付して提出してください。下記の項目に従っていない場合は、投稿を受け付けないことがあります。

- ☐ 1. 原稿の内容は、他の出版物にすでに発表、あるいは投稿されていない。
- ☐ 2. 希望する原稿の種類と原稿枚数の規定を確認している。
- ☐ 3. 原稿は、A4判用紙に横書きで、1行40字、1ページ36行で印字している。
- ☐ 4. 原稿枚数は、本文、注記および図表等を含めて、投稿規程の制限範囲内である。
- ☐ 5. 図、表および写真は、1枚に1点を印刷し、それぞれ通し番号を付けている。
- ☐ 6. 本文原稿右欄外に、図、表および写真の挿入希望位置を朱書きしている。
- ☐ 7. 文献の情報は、原典と相違ない。
- ☐ 8. 文献の注記は、投稿および編集に関する規程に準じている。
- ☐ 9. 和文要旨400字、英文要旨200ワード程度をつけている。
- ☐ 10. 英文要旨と和文要旨の内容は、一致している。
- ☐ 11. タイトルページに、次の項目を記載している。
 - ① 論文の表題（和文および英文）
 - ② 欄外見出し（和文および英文）
 - ③ 著者名（和文およびローマ字）
 - ④ 所属機関名
 - ⑤ キーワード（和文および英文で5語以内）
 - ⑥ 図、表および写真それぞれの枚数
 - ⑦ 希望する原稿の種類
 - ⑧ 実費負担による抜刷希望部数（無料分50部を除く）
 - ⑨ 連絡者（第一執筆者であることが望ましい。）の氏名、住所、電話番号および電子メールアドレス
- ☐ 12. 次の書類等が、揃っている。
 - ① 原稿：2部
 - ② 投稿論文チェックリスト：1部
- ☐ 13. 上記書類等を封入する角形2号封筒には、投稿者の氏名を記載している。

以上

私は、新潟青陵学会誌投稿および編集に関する規程に基づき、上記項目を確認しました。

平成 年 月 日 （第一執筆者氏名）

CONTENTS

Original Articles

Physical and Mental Burden on Nursing Staff Engaging Palliative Care in the General Ward : Its Degree and Related Factors

Etsuko Nakamura, Keiko Nakamura, Rie Shimizu (1)

What is Caring on Nursing

Seiichi Sato (11)

Problems with Using Japanese Myths as Supplementary Materials in the Classroom : the Case of the "Inaba-no-shiro-usagi"

Rumi Harada (21)

Process of Obese Continuation Even After Discharge in Patients with Schizophrenia and Nursing Intervention for Them

Masako Saito, Mamoru Naito (33)

Research on University Students' Consideration of Learning of Arithmetic and Mathematics

Keiko Nakamura (43)

Subjective Experiences of Mental Friends in Mental Friend Activities

Hiromi Kawauchi, Keiko Nakamura, Masako Kobayashi

Kimio Maruyama, Takehiko Hirakawa (53)

Research Data

The Study of Signs, Yogo Diagnosis and Process of Countermeasures for Children who have Psychosomatic Problems.

Tomoi Ishizaki, Keiko Nakamura, Asako Izu, Yuko Kuribayashi

Etsuko Omori, Miyuki Satou, Etsuko Nishiyama (63)

Social Participation, Motivation and QOL in Healthy Senior Citizens

: Survey Results From the "Rojin-ikoi-no-ie" in Niigata City

Jaek Lee, Takehiko Hirakawa, Toshitaka Dobashi, Nobukazu Takeda (73)

Roles of Obstetricians and Midwives and Cooperation between Them with Regard to Independent Provision of Care by Midwives during the Present Shortage of Obstetricians (Part 1) : About Puerperal Woman's Consideration :

Noriko Watanabe, Miyuki Kubota, Masako Kobayashi, Miyoko Kobayashi

Kayoko Ikeda, Hiromi Kawauchi, Junko Motai, Tamotsu Hando (81)

Roles of Obstetricians and Midwives and Cooperation between Them with Regard to Independent Provision of Care by Midwives during the Present Shortage of Obstetricians (Part 2) : A Questionnaire Survey for Obstetricians

Kayoko Ikeda, Hiromi Kawauchi, Noriko Watanabe, Miyoko Kobayashi

Masako Kobayashi, Junko Motai, Miyuki Kubota, Tamotsu Hando (91)

Roles of Obstetricians and Midwives and Cooperation between Them with Regard to Independent Provision of Care by Midwives during the Present Shortage of Obstetricians (Part 3) : A Questionnaire Survey for Midwives

Miyoko Kobayashi, Junko Motai, Noriko Watanabe, Kayoko Ikeda

Masako Kobayashi, Hiromi Kawauchi, Miyuki Kubota, Tamotsu Hando (99)

An Experience of the Woman Who Chose the Home Birth

:Through the Narration of the Woman Who Gave Birth to Her Fifth Baby at Her Home

Emi Shibata, Noriko Watanabe, Miyuki Kubota (109)

平成 22 年度 新潟青陵学会役員

会長 清水不二雄
理事 総務担当：平川 毅彦、中村 悦子 学会誌編集担当：山際 岩雄、岩崎 保之
共同研究担当：碓井 真史、丸山 公男 学生担当：中野 啓明、池田かよ子
広報担当：佐藤 忠司、南雲 秀雄
監事 真壁 伍郎、栗林 克礼

編集後記

新潟青陵学会誌は、発刊から 3 年目を迎えました。そして、今号は、12 編という多くの論文を採択・掲載することができました。

投稿くださった会員各位、並びにご多用のなか査読をお引き受けくださった各位に、感謝申し上げます。

さて、今年の夏は、例年にない猛暑（酷暑？）となりました。各位におかれましては、いかがお過ごしでしたでしょうか。

新潟青陵大学のある新潟市でも猛暑日が続く、体温と同じか、時にはそれを超えるような気温を何度か経験しました。大学屋上に設置しているソーラーパネルは、日差しの強い照り付けで、連日フル発電状態でした。

気象庁においては、今夏の猛暑が地球温暖化とも関連しているとの見解を発表しました。温暖化対策は、国や地域の単位を超えて、国際的に協調可能な枠組みでの取組が求められています。

新潟青陵学会は、学際的な学会です。看護・福祉・心理等、それぞれの専門分野における知見を結集して、新たに“新潟青陵学”という理論枠組みを築こうとしています。

残念ながら、今回の投稿論文のなかには、査読者から「投稿規程とは異なるフォームで文献が表記されている」との指摘を受けたものが数多くありました。

投稿者の専門分野における学術的慣行は、最大限の尊重を必要とします。しかしながら、文献表記に関しては、新潟青陵学会の学会誌として統一感を持たせるために、やはり共通のフォームに基づいた表記が望ましいものと考えます。

会員各位におかれましては、投稿規程や今号に掲載された論文の文献表記をお確かめいただき、“学際的である”という本学会の長を更に伸ばしていただければ幸いです。

岩崎 保之

新潟青陵学会誌 第 3 巻第 1 号

平成 22 年 9 月 15 日 印刷
平成 22 年 9 月 29 日 発行（非売品）

発行者 〒951-8121 新潟青陵学会（会長 清水不二雄）
新潟県新潟市中央区水道町 1 - 5939

TEL 025 (266) 0127
FAX 025 (267) 0053
<http://www.n-seiryu.ac.jp/gakkai/>

印刷所 〒951-8103 新潟県新潟市中央区田中町 408 番地

 株式会社 清水印刷所

TEL 025 (223) 2950
FAX 025 (223) 2951
E-mail shimizu@pavc.ne.jp

ISSN 1883-759X

Vol. 3 , No.1

JOURNAL OF
NIIGATA SEIRYO
ACADEMIC SOCIETY

NIIGATA SEIRYO ACADEMIC SOCIETY