

第4卷第3号

# 新潟青陵学会誌

JOURNAL OF NIIGATA SEIRYO ACADEMIC SOCIETY

新潟青陵学会

# 目 次

## 総 説

平川 毅彦

- 望ましい地域社会としての「コミュニティ」…………… (1)  
—「負の遺産」清算過程という側面から—

## 原 著

斎藤まさ子・内藤 守

- 精神科看護師による肥満ケアの実践に影響を与える要因 …………… (11)

和田由紀子

- 病院内で発生する暴力に対する看護職の認識と対応の枠組み …………… (21)

遠藤 順子・澁谷 恵子・菅原真優美

- 看護基礎教育における模擬患者を活用した教育効果の検討 …………… (33)  
—口腔ケア演習を通して（第1報）—

金子 史代・倉井 佳子・広瀬ひろみ・佐藤 益美・山際 和子

- 外来で慢性病の治療を受けている後期高齢者のセルフケアに関連する要因の検討 …… (43)

中村 恵子

- 算数・数学の授業における学力及び学習観に影響を及ぼす要因 …………… (55)

## 研究報告

桑原有衣子・半藤 保・池田かよ子

- 若年男女の「冷え症」について …………… (65)

清水みどり・吉本 照子・緒方 泰子

- 介護老人保健施設の終末期ケアにおける看護管理者の役割 …………… (71)  
—終末期ケアへの認識、取り組みおよび困難感を解決するための工夫の分析から—

中村 悦子・清水 理恵・尾崎フサ子

- 病院職員の職務満足とその影響要因 …………… (83)

## 資 料

樋掛 優子・内山伊知郎

- 児童・生徒の学校適応に関する日本の研究の動向について …………… (93)  
—学級適応に関する理論的視点の整理（2）—

小島さやか

- 文献から見た看護教育におけるポートフォリオ評価活用の現状 …………… (101)

|                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 真壁あさみ・橘　　玲子・運上　司子・本間　昭子・和田由紀子・斎藤　恵美<br>長期健康問題を持つ子どもの親の相談に関するニーズについて …………… (111)<br>―アンケート調査の結果から― |  |
| 原田　留美<br>岩崎京子「かさこじぞう」と瀬田貞二「かさじぞう」…………… (119)<br>―テキスト比較表からわかる文学作品としての特徴の違いについて―                   |  |
| 平成23年度新潟青陵学会臨時総会　議事録 …………… (129)                                                                  |  |
| 第3回　新潟青陵学会学生シンポジウム …………… (131)                                                                    |  |
| 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 …………… (135)                                                     |  |
| 捕遣（第4巻第1号）<br>原　　著<br>中野　啓明<br>観念へのケアリングを促す発問研究 …………… (25)                                        |  |

# 望ましい地域社会としての「コミュニティ」

## —「負の遺産」清算過程という側面から—

平 川 毅 彦

新潟青陵大学看護福祉心理学部福祉心理学科

### “The Community” as a Desirable Form of Local Social Organization : From the Perspective of Cleaning Up the “Negative Legacies” of the Past

Takehiko Hirakawa

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

#### 要旨

本研究では、1945年以降の地域社会の在り方を巡る代表的論考についての検討を通じ、日本社会特有の「コミュニティ」概念が導き出されたことを明らかにする。「望ましい地域社会」が、「戦争協力組織」「前近代の遺物」という「負の遺産」を継承する町内会と峻別される。現代社会における諸問題を解決するため、地域社会の積極的意義が提示される。コミュニティは、現代における「望ましい地域社会」である。しかし、普遍的価値意識を持つ住民が主体的に関わらない場合、コミュニティは個人の自由を奪う「望ましくない地域社会」へと変貌する。地域社会における「負の遺産」との絶えざる緊張関係の中でのみ、コミュニティの形成・維持は可能である。「誰にとって」「どのように」、そして「いかにして」という視点から、望ましい地域社会としての「コミュニティ」は、今日においてこそ徹底した検討・検証が必要とされている。

#### キーワード

コミュニティ、町内会、負の遺産

#### Abstract

By examining the leading studies on the ideal forms of local social organization published since 1945, the author demonstrates that a concept of “community” unique to Japanese society has been introduced. “Desirable forms of local social organization” are distinct from the chonaikai that continued the “negative legacies” of the wartime cooperatives and the outdated pre-modern organization. To solve various problems in contemporary society, a positive model of local social organization is presented. The community in modern Japanese society is “a desirable form of local social organization.” However, when residents with universal values and attitudes do not become actively engaged, a community can turn into an “undesirable form of local social organization” that deprives people of their personal freedom. Communities can be formed and maintained only within the context of a constant tension with the negative legacies left by older forms of the chonaikai. A thorough examination and study of “communities” as desirable forms of local organization must be conducted in today’s context by focusing on for whom, how, and in what way they should be organized.

#### Key words

community, chonaikai, negative legacies

## I はじめに

「コミュニティ」、それは日本社会において単なる地域社会を意味しない。1969年に発表された国民生活審議会による答申書では以下のように規定される。「生活の場において、市民としての自主性と責任を自覚した個人および家族を構成主体として、地域性と各種の共通目標をもった、開放的でしかも講成員相互に信頼感のある集団を、われわれはコミュニティと呼ぶことにしよう。この概念は近代市民社会において発生する各種機能集団のすべてが含まれるのではなく、そのうちで生活の場に立脚する集団に着目するものである」。さらに、「コミュニティは従来の古い地域共同体とは異なり、住民の自主性と責任性にもとづいて、多様化する各種の住民要求と創意を実現する集団である。それは生活の場において他の方法で満たすことのできない固有の役割を果たすものである」<sup>1)</sup>。「コミュニティ」とは、具体的な個々の地域社会を指し示すのではなく、現代の都市社会状況における様々な課題解決に向けた「規範的な目標を含む政策概念」<sup>2)</sup>であり、地域社会の「望ましい姿」を描いたものである<sup>3)</sup>。

「コミュニティ」に言及する研究者は、意識的にせよ無意識的にせよMacIverらによるCommunity定義を基礎としている<sup>4)</sup>。しかし、日本社会におけるコミュニティ概念は、これだけではない。「前近代的な遺物」であるだけでなく、「戦争協力組織」としての過去を持つ地域住民組織、つまり部落会・町内会が抱える歴史上の「負の遺産」、それを清算しようとする過程で導出されたもの、それがカタカナで記された「コミュニティ」である。

本研究では、地域の在り方を巡る、1945年以降に発表された代表的論考を中心とした検討を通じ、日本社会特有の「コミュニティ」概念が導き出されたことを明らかにする。「望ましい地域社会」が、それまでの町内会に代

表される地域住民組織と峻別される。他方、現代社会の諸問題解決に向けた地域社会についての新しい分析枠組みが作り上げられる。そして、この分析枠組み上で「コミュニティ」の意味内容が明らかにされた時、「負の遺産」は決して解消されていないことが判明する。

以下の作業は、現実の地域社会や住民組織の在り方についてのものではない。しかし、日常生活の場としての地域社会の現状を踏まえた行為が求められる際、言葉の意味内容を厳密にしておかなければならない。「新しい公共」や「協同」によって語られる地方自治の在り方を考えるうえに、また福祉実践上重要な概念である「福祉コミュニティ」<sup>5)</sup>の可能性を検討するために、「コミュニティ」についての「理論の底の浅さ」<sup>6)</sup>を指摘されるままでは、先に進むことなど出来ないのである。

## II 「魂のオアシス」としての地域社会

1952年のサンフランシスコ講和条約締結後、戦争協力組織<sup>7)</sup>として解散命令が出されていた部落会・町内会がほぼ同じ形で「復活」、その存在を巡って議論が引き起こされた。町内会復活は「戦後民主化」に反しているのか否か。こうした議論に対し、翌53年に発表された高田保馬の論考では、壮大な高田社会学の体系が、主に大都市における地域社会に投影され、戦争協力組織という「負の遺産」の解消、さらには新概念創出のための手がかりが示された。キーワードは「魂のオアシス」<sup>8)</sup>である。

高田は、現代社会、とりわけ都市社会における社会的結合のありかたを、Durkheimの論<sup>9)</sup>に従って分業による利益社会の進展と見なす。「利益社会化の極において、個人は自己を情意的に託すべき集団または結合を失」い、「分業による相互依存の集中点たる大都市において個人は单身投げ出され」とする。「塵芥」としての個人の無力感を満たすため、「民族、

国家、人類というのがごときはその距離あまりに大きく、いわば取りつくしまもない」。他方、個々人にとって身近な存在であり、かつ利害を越えたところに基礎を持つ社会的結合に目をむけると、そこには血縁か地縁によるものがある。しかし、戦後改革による家制度の解体により、「家族」という結合形態はその力を失おうとしている。「社会通念的にまた感情的にたよりになる家というものはなくなり、ひいてそれに連る血縁の親しみも相互扶助の気徳が失われつつある……これに代つて〔原文のまま〕何ものかが強化せられるということとは必然の希望<sup>10)</sup>」となる。社会的疎外状況にある個人のよりどころ、つまり「魂のオアシス」として、残された地縁的結合への期待が寄せられる。

ところが、日本社会における代表的な地縁的結合組織である部落会・町内会、及びそれらの下部組織である隣組は、「戦争協力組織」という過去を持つだけでなく、「時代遅れ」とされている。こうした「負の遺産」を解消することなくして、地縁的結合に基づく組織の積極的評価は不可能である。これらの課題を解決するため、高田は以下のような指摘をおこなう。<sup>12)</sup>

(1) 地縁組織は自然発生的

(2) 戦争協力組織であったのは「強権政治を迅速に容易に運営するための補助装置」として利用されたため

(3) 分業が進展する社会にあって、社会的疎外状況にある多様な個々人が結合する機会として、地域的同質性こそが活用されなければならない

(4) 地方自治行政をすすめるうえでも、多様な住民をまとめあげるためには地域別以外の組織はありえない

こうして、日本社会における「隣組」に代表される地縁組織の負の遺産が論理上解消されたばかりでなく、現代都市社会における疎

外克服へ向けた積極的な意味合いが付与された。高田は以下のように議論をまとめる。

近所班が十分に育成して対面の情意的結合と地域の風物歴史と相融合するならば、人々はそこに弱いけれども一般的オアシスを求め得ぬであろうか。大都市人は郷土を持たぬ。郷土とは離村の人がもつ追憶の自然とは限らぬ。すでに生活する地域やその風物、歴史との情意のつながる場所をさす。この意味における郷土を大都市に与えることは、人類を救い得る一つの方向である。社会進化の大勢が大都市の異常なる拡張を来しつつある。これは一面悲しむべきことでもあるがおさえ切れることでもない。かくて全国土が大都市化し、地方はその郊外と化すであろう〔中略〕隣組の平時的利用が近所の接触を自然に加えさせるならば、デュルケムが職業集団に求めるものが案外<sup>13)</sup>に手近にあるのではないか。

高田の論考はデータによる検証に基づいたものではない。しかし、利益社会の進展を是認しながら、そこから生じる諸問題の解決策として、地縁的結合を基礎とする「魂のオアシス」形成を目指すという発想は、次に検討する「新しいタイプの町内会」を経て、望ましい地域社会としての「コミュニティ」概念形成へと至る一連の研究者たちにとっての貴重な“道しるべ”となった。

### Ⅲ 「新しいタイプの町内会」発見

部落会・町内会に代表される地縁的組織の負の遺産を解消し、同時に現代社会における課題克服のために重要な役割を提示したのが先の高田による論考であり、「魂のオアシス」が必要であるとされた。それから10余年後、町内会という「構造」がそれまで前提とされていたような「機能」を必ずしも規定するわ

けではない、とする研究が発表された。中村八朗は、町内会が旧中間層を中心とした「保守層」をリーダーとし、地方行政の下請けとしての側面があることを事実として認める一方で、住民運動の核となり、地域社会の要求実現の中心ともなりうることを、具体的な調査データに基づいて指摘する。

1965年に発表された「都市町会論の再検討」において、中村はそれまでの諸研究を踏まえ、「町内会の性格または属性の内容」を以下のように整理する。<sup>14)</sup>

- 1 加入単位は個人ではなく世帯であること
- 2 加入は一定地区居住に伴い、半強制的であること
- 3 機能的に未分化であること
- 4 地方行政における末端事務の補完作用をなしている
- 5 旧中間層の支配する保守的伝統の温存基盤となっていること

「町内会の性格についてのこれらの指摘の背後には、その性格がわが国の都市化、近代化、民主化に逆行するものとする問題意識が潜んでいる<sup>15)</sup>」という認識に基づき、中村は東京都近郊都市における検証を行う。その結果、「前記の5点に照らすと、特に4、5の点で指摘の妥当しない町内会が多く現れていることを知った。それとともに、従来下されていた町内会の性格規定には、意識的、無意識的にいくつかの前提が置かれていたのではないか、それらの前提はこのような町内会の出現とともに再考慮される必要が生じたのではないか<sup>16)</sup>」という仮説が提示される。

「加入様式、機能または活動内容、行政協力の様式、地方選挙との関係、および役員層<sup>17)</sup>」という側面から調査を行い、上記5点についての検証を行った中村は、以下のような結論を導き出す。

以上のようにこれらの町内会では、まず加入単位が世帯であり、3団地を除けば全戸加入制、つまり半強制的といわれるものになっている。ただし3団地といえども会員は団地居住者に限られ、一歩団地外に居を移せば自動的に自治会を脱会することになっており、したがって地域拘束性を伴う点では共通である。活動の内では行政機関への要求が重点的であるとはいえ、列挙した項目に見られる通り、親睦を主とする表出的 (expressive) 活動から手段としてのあるいは適応のための器具的 (instrumental) 活動に及ぶ多岐な内容を含む。つまり従来の指摘の1～3についてはこれら町内会も何ら相違する点はないのであって、先に「自治会」「町内会」の名称いかに拘らず総称として町内会と呼ぶと述べて、両者の区別を認めなかったのは以上の理由による。しかし採り上げた町内会は、行政との関連においては程度の差はあれ非協力的であり、逆に行政機関に対する要求や交渉に力が入られている。役員層に旧中間層を含むのは井之頭町会のみであり、また政治との関連においては強い自主性を持って選挙利用を厳しく排除するか、もし選挙に関係する<sup>18)</sup>とすれば革新系につながっている。

1から5の前提に立つ従来の町内会に対して、「行政の末端事務」「保守的伝統の温存基盤」という要素を満たさない、「新しいタイプの町内会」が「発見」されたのである。こうした視点に立つなら、それまでの町内会を巡る議論では、「町内会構成員の意識や態度が無視されて、町内会そのものまたは町内会という集団形式を独立変数とおき、それに対する従属変数が体制維持という結果である」と見做されていたのではないだろうか。このような関係づけによれば、町内会の存在する所では至る所で体制維持の動きがみられ、記述のような町内会が出現する余地がなかったわけで

ある。したがってここでは、独立変数として町内会構成員の意識や態度を取るべきであり、この意識や態度のいかんによって町内会は体制維持的にも反体制的にもなり、さらに政治とは無縁のもの（irrelevant）にもなりうるものと考えられねばならない<sup>19)</sup>のである。

「新しいタイプの町内会」の発見により、従来の町内会研究は新局面を迎える。町内会という社会構造が、それまで前提とされていた機能を規定するとは限らないことが明らかにされたからである。さらに、町内会を構成する住民の「意識や態度」によって、その機能は大きく異なってくる可能性が示された。高田による「魂のオアシス」（1953年）、中村の「新しいタイプの町内会」（1965年）、その延長線上に国民生活審議会による「コミュニティ」（1969年）がある。そして、1971年に発表された奥田道大による論考は、当該住民の意識・態度如何によって地域社会の性格が異なるとする発想を踏まえた、地域社会の分析枠組みの提示であり、「コミュニティ」概念の一つの完成型である。しかし、そこから導き出された課題は、地域社会に埋め込まれた「負の遺産」解消が、決して容易なものではないことを指し示していた。

#### IV 地域社会の分析枠組みと「コミュニティモデル」

「コミュニティ」を検討する際に避けて通ることができないもの、それが奥田道大による地域社会の分析枠組みから導き出された「コミュニティモデル」である。奥田は、以下のような前提から論を起す。地域社会をコミュニティと置き換えた場合、都市社会学の研究領域で2つの理論的前提が存在する。つまり、（1）「コミュニティは、都市化現象の全体社会的規模の拡大と深化の過程にあって、その存在意義の強調されるターム」であり、「都市化過程にあって積極的・肯定的意味

あいをもつ地域社会」、（2）「特定の地理的範囲とか生活環境施設の体系というフィジカルな領域にとどまらず、地域住民の価値にふれあう意識や行動の体系を意味するもの〔傍点は原文のまま<sup>20)</sup>〕」である。前者は高田による「魂のオアシス」、後者が中村の「新しいタイプの町内会」を想定するなら、その内容は自明である。ただし、奥田の議論はここにとどまらない。地域社会の「負の遺産」が意図的に位置づけられており、その清算のためには「住民の主体化」が重要な位置を占める。

コミュニティは、体制サイドが先行的に装置した条件のなかで、住民がどう自己回復しうるかというメカニズムに、ポイントがあるのではない。体制という構造的緊張関係の実践過程にあって、住民自身に内在化され、相互に共有される価値として認識されるものである。手短に言えば、住民サイドにおいて提起されるコミュニティは、住民の主体化が、主要な与件となる。いわば、住民自身に主体化された価値の創出が、コミュニティの主体化につながることになる。主体化は、体制とのかかわりにおいて対極化され、客体化とは一方の極をなす<sup>21)</sup>〔傍点は原文のまま〕。

以上のような前提のもとに、地域社会を構成する住民の「行動体系」（主体化—客体化）と「価値意識」（普遍化—特殊化）という二つの軸を交差させ図式化されたモデルが、「地域社会の分析枠組み」である（図1<sup>22)</sup>）。「望ましい地域社会」としての「コミュニティ」の意味内容が、それ以外の三類型（「地域共同体」「伝統的アノミー」「個我」）との比較において明らかにされる（表1<sup>23)</sup>）。

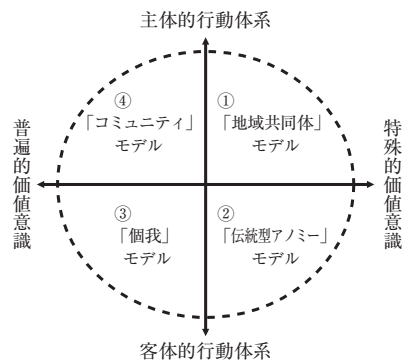


図1 地域社会の分析枠組み（奥田,1971:139）

表1 地域モデルの分析視点（奥田,1971:142）

|                | ①「地域共同体」モデル  | ②「伝統型アノミー」モデル  | ③「個我」モデル         | ④「コミュニティ」モデル |
|----------------|--------------|----------------|------------------|--------------|
| i) 分析枠組み       | 特殊化—主体化      | 特殊化—客体化        | 普遍化—客体化          | 普遍化—主体化      |
| ii) 都市化の論理との対応 | 後退的          | 逸脱的            | 適応的              | 先行的          |
| iii) 住民類型      | 伝統型住民層       | 無関心型住民層        | 権利要求型住民層         | 自治型住民層       |
| iv) 住民意識       | 地元共同意識       | 放任、諦観的意識       | “市民”型権利意識        | 住民主体者意識      |
| v) 住民組織        | 「旧部落・町内会」型組織 | 行政系列型（行政伝達型）組織 | 行政圧力団体型（要求伝達型）組織 | 住民自治型組織      |
| vi) 地域リーダー     | 名望有力型リーダー    | 役職有力者型リーダー     | 組織活動家型リーダー       | 有限責任型リーダー    |

それぞれの地域類型と町内会との関係については、住民の意識・態度が組織の在り方を規定する、という前提から引き出される。「地域共同体」モデルにおける町内会組織は、「政治・行政過程の末端装置的役割をはたすとともに、住民の相互関係（親睦、祭礼、労力奉仕、相互扶助等）の組織的紐帯をなす」。「伝統型アノミー」モデルでの町内会組織は「包括的地縁団体としてよりも、行政ルートの分化（特殊専門化）に対応した多次元的団体へと衣替えする」。「個我」モデルでは、「住民自体の生活要求を実現する組織的ルートとして選択され、活かされる。生活要求のより多くの部分は、行政サイドにふりむけられるところから [中略]、行政サイドにおいて、『自治会・町内会』組織は、行政補助組織としてよりも、行政への圧力団体としてうけとめられる」。これに対して、「コミュニティ」モデルにおいては、「住民主体の生活基盤を創出する過程で、住民相互の連帯関係はふかめら

れ、行政過程との自主的対応がはかられる。

[中略] 地域住民組織は、さきの行政過程との自主的対応とならんで、生活の多元化と高次化にみあった、親睦・レクリエーション活動、教育・文化活動という、小集団単位の<sup>24)</sup>expressiveな機能状況を示す」。ここで想定される「住民自治型組織」は、もはや従来の町内会といった枠組みではとらえきれない。

ともかく、こうした地域社会の分析枠組みから引き出された地域類型の検証が、八王子市住民を対象とした約1000ケースの調査票データに基づいてなされた。分析作業を通じ、「地域住民にとって、コミュニティは、望ましいもの、期待されるものとして、プラス・イメージ」のあることは明らかにされた。<sup>25)</sup>しかし、(1)「コミュニティ」のイメージについては「地域共同体」と類似的なパターンを示すこと、(2)「地域共同体」と対照的なものが「個我」モデルであること、(3)「コミュニティ」形成は「個我」モデルを前提条

件とすること、そして（４）地域社会という発想が「『個の論理』を減殺する『地域共同体』的系においてうけとめられていた、という課題が明らかにされた。「地域共同体」→「伝統型アノミー」→「個我」→「コミュニティ」と単純にすすまえばかりか、「個我」を基点として「地域共同体」へと先祖返りすることも充分ありうる。そして、こうした事態を防ぐためには常に普遍的な価値意識を住民が持ち、また自身が主体となることが必要とされるのである（図2）。

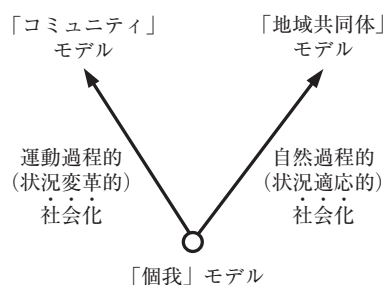


図2 分岐の基軸（奥田,1971:174）

コミュニティのモデル化の基軸である、住民の主体化と普遍化は、所与の条件として“上から与えられるもの”でも、また、自然過程的（時間經過的）に醸成されるものでもない。たんなる所与の条件であるとすれば、それは、“だれにとっても望ましい”タテマエ規範へのイメージ志向の域を出るものではない。たえざる実践過程（行動への論理的対応）を通じて、住民の生活構造に内的に意味づけられた、価値として認識されるものである。新しい価値創出にかかわるコミュニティは、「運動モデル」として把握することが可能である。

望ましい地域社会類型としての「コミュニティ」の姿が、理論上の枠組みにおいて登場し、その検証がなされたまさにその時、「負の遺産」が再浮上した。解体に瀕した伝統的な地域社会は、普遍的価値意識を持つ「市民」を生み出し、こうした市民が主体的に行動す

るようになることで、「コミュニティ」が形成される。行政とも「協同」して自らのまちの問題に取り組み、しかも異質な人々を排除せず、「同じ市民」として迎え入れる。しかし、地域社会に関わる住民の不断の努力（運動）が無い限り、地域社会の歴史に埋め込まれた「負の遺産」は、これまで以上に増殖しかねない。こうした危険性を常に自覚しながら、「コミュニティ」の在り方は議論されなければならないのである。

## V まとめ

以上、日本社会における規範的政策概念としての「コミュニティ」という発想の形成プロセスを、地域社会における「負の遺産」清算という側面から概観してきた。特定の地域に居住することをきっかけとして、地域内全世帯を対象とし、包括的な機能をはたす町内会・自治会から、現代社会における問題解決の主役である「コミュニティ」へと移行するためには、以下のようなステップが必要であった。

（１）戦争協力組織としての役割を負わされたのは当時の体制の問題であって、「自然発生的」な町内会自身がそうした要素を持っているわけではない。他方、社会的分業に伴い、アソシエーショナルな組織が、社会において中心的な役割を演じるという趨勢は否定できない。しかし、特定の目的と限定されたメンバーシップを特徴とするアソシエーションに対して、包括的な機能を果たし、一定地域への居住という「地縁」をきっかけとする町内会のような組織は、現代社会における「魂のオアシス」として、個々人の疎外克服にむけて貴重な組織になりうるものであり、さらに地方自治をすすめるうえでの基礎単位としても重要である。

（２）「新しいタイプの町内会」の出現に

よって、町内会という構造が、それまで前提とされてきた役割をすべて規定するわけではないことが確認された。旧中間層以外をリーダーとし住民運動の担い手となる町内会が、「発見」されたからである。そこに居住する住民の意識や態度こそ、町内会の機能を規定する重要な要因として考えられなければならない。

(3) 住民の意識や態度を軸として作り上げられたのが「地域社会の分析枠組み」であり、「地域共同体」「伝統的アノミー」「自我」という三類型と比較されるものとして、「コミュニティ」が登場した。ここでのコミュニティは、現代における「望ましい地域社会」の類型であり、普遍的価値意識をもつ住民が主体となって作り上げなければならない。「住民自治型組織」は、これまでの「町内会」とまったく異なったものになりうる。しかし、住民主体による「運動」としての側面を欠く場合、「コミュニティ」は望ましくない地域社会、つまり「地域共同体」へと容易に先祖返りする。伝統的な意味での「町内会」が復活する。<sup>28)</sup>個人は集団の圧力の前に屈する。しかも、日常生活のあらゆる場面においてである。「負の遺産」との絶えざる緊張関係の中でのみ、「コミュニティ」の形成・維持は可能である。

以上が、日本社会における、4半世紀という時間の流れの中で作り上げられてきた「コミュニティ」という概念形成のプロセスである。時代的制約の下にあることは否定できない。また、「住民の意識と態度」のみで地域社会の在り方が規定される発想には、入念な検討が必要である。しかし、「コミュニティ」という概念を用いて、日常生活の場としての地域社会で発生する諸問題に立ち向かうためには、これまでの概念形成プロセスと意味内容を充分踏まえておかなければならない。

2005年に発表された、国民生活審議会答申

書『コミュニティの再興と市民活動の展開』では、以下のような「展開」が示されている。「コミュニティとは、自主性と責任を自覚した人々が、問題意識を共有するもの同士で自発的に結びつき、ニーズや課題に能動的に対応する人と人とのつながりの総体」を指し示し、「同じ生活圏域に居住する住民の間でつくられるエリア型コミュニティが停滞する一方で、特定のテーマの下に有志が集まって形成されるテーマ型コミュニティが登場している<sup>29)</sup>」。しかし、ここでの「テーマ型コミュニティ」は中田が指摘するように、CommunityではなくAssociationである<sup>30)</sup>。今日、「コミュニティ」概念はさらに混乱し、科学的検証すら許さないまでに拡散していると考えざるを得ない。しかし、地縁に基づき、自立した個人から形成される開放的な地域社会、つまり「コミュニティ」は過去の遺物などではない。

公的教育サービスにおける通学範囲は、一定の地域的範囲を単位とする。質的なニーズが重視される今日における福祉サービスは、「直接会って顔が見える範囲」に圏域が限定される。そして、自然災害は、一定の地域空間に居住する住民に被害を及ぼす。「教育」「福祉」「災害」という住民生活の基本的な局面を考える時、「誰にとって」「どのように」、そして「いかにして」という議論が必要である。「魂のオアシス」「新しいタイプの町内会」を経て形成されてきた、望ましい地域社会としての「コミュニティ」という概念は、いまこそ徹底した検討・検証が必要とされているのである。

#### [注・引用文献]

- 1) 国民生活審議会調査部会. 1969:2.
- 2) 中田. 1999:2.
- 3) 社会福祉という文脈でなされた答申書(中央社会福祉審議会.1971)も、「コミュニティ」の

意味づけは同様である。

- 4) 「人々が特定の関心を分有するのではなく、共同生活の基本的な諸条件を分有して共同生活をしている場合、集団の大小にかかわらず、その集団をわれわれはコミュニティと呼ぶ。人間の生活の一切を包括するところにコミュニティの特色がある。人々は会社組織や教会内で全生活を送ることはできないが、部族や都市でならそれが可能である。したがってコミュニティの主要な基準は、人々の社会関係のすべてがそのうちにみいだされることである…コミュニティは、ある程度の社会的結合 (social coherence) をもつ社会生活の一定の範囲である。コミュニティの基礎は、地域性 (locality) と地域共同感情 (community sentiment) である」 (MacIver & Page.1949:8-9)
- 5) 岡村 (1974) によって提示された「福祉コミュニティ」は、こうした「コミュニティ」という発想への批判的検討から導き出されたものである。
- 6) 「都市問題」(2006:97(3))における大森の発言(41)。
- 7) 詳細については平川 (2011) を参照。
- 8) 高田. 1953:8.
- 9) Durkheim. 1893.
- 10) 地縁ではなく、「近代家族」形成によってこうした問題解決に取り組むという議論も可能であろう。
- 11) 高田. 同:3.
- 12) 同:6-9.
- 13) 同:10.
- 14) 中村. 1965:69.
- 15) 同.
- 16) 同:70.
- 17) 同:71.
- 18) 同:74-75.
- 19) 同:80.
- 20) 奥田. 1971:35.
- 21) 同:136-137.
- 22) 同:139.

- 23) 同:42. なお、明らかな誤植は奥田 (1983:32) に基づき修正した。
- 24) 同:139-142.
- 25) 同:173.
- 26) 同:174.
- 27) 同:175.
- 28) 近年でも以下のような指摘がある。「コミュニティ施策以降、町内会の取りまとめ機能があらためて着目され、その囲い込みをすすめる動きが顕著である。たとえば防災に関しては、風水害から地震にシフトした自主防災組織の結成がすすめられたが、実態は『町内会』と重なり、その防災部門として収斂されるのが一般的である。災害は地形や地物など地域特性に大きく影響され、安全の単位と町内会の単位とが一致するとは限らない。にもかかわらず、実質的に町内会と重ねて結成を促進させるところに『組織化』の特徴がある」(岡田. 2005:1073)。
- 29) 国民生活審議会. 2005:3.
- 30) 中田. 2002:8.

#### [文献一覧]

- 天川晃・大森彌他. 座談会 高木鉦作先生の人と業績—町内会研究と都区制度改革にかけた情熱—, 都市問題. 2006:97(3):34-56.
- 中央社会福祉審議会. コミュニティ形成と社会福祉 (答申). 1971 (日本現代教育基本文献叢書 社会・生涯教育文献集Ⅱ. 東京:日本図書センター:2000. 所収).
- Durkheim, E. *De la division du travail social*. Paris: Librairie Felix Alcan.1893 (井伊玄太郎訳社会分業論 (上・下). 東京:講談社;1989).
- 平川毅彦. 「部落会町内会等整備要領」(1940年9月11日、内務省訓令第17号)を読む—地域社会の「負の遺産」を理解するために—. 新潟青陵学会誌. 2011:3(2):11-15.
- 国民生活審議会調査部会編. コミュニティー生活の場における人間性の回復—(答申). 東京:大

- 蔵省印刷局:1969.
- 国民生活審議会総合企画部会編. コミュニティの再興と市民活動の展開(答申). 2005 (内閣府HP. <<http://www.cao.go.jp/>>. 2011年11月1日参照).
- MacIver,R.M. & Page,C.H. Society;An Introductory Analysis. London:Macmillan and Company Limited.1950. (若林敬子・竹内清による部分訳. コミュニティと地域社会感情. 現代のエスプリ.1973:68:22-30).
- 中村八朗. 都市町会論の再検討. 都市問題. 1965; 56(5):69-81.
- 中田實. 背反か連携か—町内会とコミュニティ—. コミュニティ政策研究. 1999:1:1-2.
- 中田實. コミュニティ政策再考. 愛知学泉大学コミュニティ政策学部紀要. 2002:5:1-15.
- 岡田彰. 自治体行政史—資料をして語らしめる—. 高木鉦作. 町内会廃止と「新生活協同体の結成」. 東京. 東京大学出版会. 2005:1063-1075.
- 岡村重夫. 地域福祉論. 東京:光生館.1974.
- 奥田道大. コミュニティ形成の論理と住民意識. 磯村英一他編. 都市形成の論理と住民. 東京:東京大学出版会. 1971:135-177.
- 奥田道大. 都市コミュニティの理論. 東京. 東京大学出版会. 1983.
- 高田保馬. 市民組織に関する私見. 都市問題. 1953;44(10):1-12.

# 精神科看護師による肥満ケアの実践に 影響を与える要因

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

## Factors Affecting the Practice of Obesity Care by Psychiatric Nurses

Masako Saito, Mamoru Naito

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

### 要旨

本研究では、A県内の精神科病院で働く看護師147名を対象に、肥満ケアの実践に影響を与える要因を量的な調査により明らかにした。その際、肥満ケアへの意識、精神科看護師としての意識、身体管理の必要性への意識について測定するための尺度を作成した。また、菊池・原田（1997）の看護婦の自律性測定尺度を用いて、看護師の自律性も測定した。分析手順は、各尺度を因子分析（最尤法・プロマックス回転）による尺度構成を行い、さらに肥満ケアの実践に影響を与える要因を明らかにするために共分散構造分析によって検討した。その結果、意識的なものである「精神科看護師への志向性」のみが「肥満ケアの実践」に直接的に影響を与えていることが、モデル上支持された。看護師の自律性からの直接的な影響が見られなかったことは、精神科看護のなかでの肥満ケアの位置づけが関係している可能性がある。また、「精神科看護師への志向性」を高めるアプローチの必要性が示唆された。

### キーワード

精神科看護師、肥満ケアの実践、精神科看護師への志向性

### Abstract

In this study, a quantitative survey of 147 nurses working in psychiatric hospitals in “A” Prefecture was carried out in order to clarify the factors affecting the practice of obesity care. A scale was compiled to measure these nurses' awareness of obesity care, their awareness as psychiatric nurses and their awareness of the need for physical control. The nurses' autonomy was also measured using the autonomy measurement scale devised by Kikuchi and Harada (1997). The analysis procedure was as follows : scaling was carried out on the basis of factor analysis (maximum likelihood method and promax rotation) while the discussion of factors affecting practical obesity care was based on covariance structure analysis. As a result, the model supported only “psychiatric nurse orientation,” an awareness-related factor, as directly affecting “practical obesity care.” The fact that nurses' autonomy apparently had no direct effect suggests that this may have something to do with the position of obesity care within psychiatric nursing. Furthermore, there seems to be a need for an approach that enhances “psychiatric nurse orientation.”

### Key words

psychiatric nurses, practical obesity care, psychiatric nurse orientation

## I はじめに

統合失調症患者は、肥満のリスクが高く、1990年代から登上した第二世代抗精神病薬の副作用の問題や多剤大量服薬、鎮静作用のある薬剤の影響や疾患の特性としての過鎮静、さらに炭酸飲料や間食などの過食などが因子としてあげられている<sup>1)</sup>。

肥満対策として、多職種協働による心理教育や、当事者を対象とした食事や運動など行動変容を目的とした健康管理プログラムを実施し、体重減少の有効性を示唆した研究が報告されている<sup>2) 3)</sup>。しかし、筆者らは限られた範囲内における研究ではあるが、統合失調症患者が入院中や退院後に肥満となり、それが継続しているプロセスを面接調査により明らかにした<sup>4) 5)</sup>。洋服が入らなくなったなどの現実的なリスクのほか、太ったことによる自尊感情の低下、身体面や心理面からくる活動性の低下など、さまざまな面で患者のQuality of Life (QOL) に大きな影響を与えていた。これらの患者に共通するものは、内服薬と体重との関連に関する知識や、退院後の日常生活を視野に入れた体重管理に関する正しい知識のニーズの高さであり、これらの結果は、入院中から退院後の生活を視野に入れた、個別的なケアの必要性の高さを表していた。

退院後の生活に向けて、多職種による肥満対策のための心理教育や運動療法などのリハビリテーションを行っていても、その機会を逸したり、患者の理解度の問題もあるため、どの患者にも充分対応できているとはいえない。むしろ、日常の個別的な関わりの中で、患者個々の特性にみあった活動性や食生活について、体重管理のセルフケアに結びつくようなケアが求められているといえる。しかし、実際は体重増加が身体的なリスクへ発展する危険性が顕著でない限り、たとえ体重増加があっても退院後を見据えたケアを提供するかしないかは、看護師個人に任されている

のが現状といえる<sup>6)</sup>。臨床では、きめ細かい援助をしている看護師を見かけるものの、患者を対象としたインタビュー調査では、入院中に体重増加がみられても、必ずしもケアの提供を受けていないことが明らかとなっている。また、子瀬古らの継続看護の必要性の意識に関する研究<sup>7)</sup>でも、個々の看護師の認識のズレや、指標が明確でないことからくる希薄な介入などの問題が明らかとなっている。これらは、肥満のケアの実践が、看護師によって個人差があることを示している。日本看護協会の看護者の倫理綱領の前文で謳われているように、看護は看護の対象者の健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、その人らしく人生を全うできるように援助することを目的としている。肥満ケアは看護が主体として取り組むべき問題といえる。

一体、どのような要因が肥満に関するケアの看護実践へと結びついているのだろうか。看護援助のプロセスや精神科看護師の臨床判断に関する研究はいくつか見られるが、肥満ケアの実践に影響を与える要因に関する研究は少ない。松井<sup>8)</sup>は、援助状況に接すると、行動する前に援助事態の意味を探る意識や援助要請者への規範的責務感、援助の対象へ同情・共感や怒り、罪悪感などの様々な意識が起こることを明らかにしている。また、肥満ケアの実践に関して、精神科看護歴10年以上の熟練看護師や管理栄養士に意見を求めたところ、看護師の意識的なものが影響をあたえることが示唆された。たとえば肥満ケアの必要性への意識や、精神科看護師という職業への向き合い方、患者の身体管理の必要性への意識である。また、波多野は行動と自律性との関連について論じているが、肥満ケアについても看護師個人にケアの提供を任されているという性格から、自主的・主体的な判断と適切な看護実践が求められており、看護職としての自律性が影響を与えていることが考え

られる。さらに、小谷野<sup>10)</sup>や菊池・原田<sup>11)</sup>の研究によると、看護師の自律性には、意識的なものが影響をあたえることが明らかになっている。そこで、意識的なもの→自律性→肥満ケアの実践という順に、モデルを仮説として構築した。

本研究では質問紙を用いた量的調査により、肥満ケアの実践に対して、精神科看護師の意識的なものと自律性がどのように影響を与えているかを検討する。「肥満ケア」という限定された範囲内であるが、この探求は、看護教育や臨床の場において、患者の退院後の健康や生活を見据えた、包括的な看護ケアの実践につなげるための一助となるものと考ええる。

## II 研究目的

本研究は、精神科看護師に対して肥満ケアに関するアンケート調査を実施し、精神科看護師の肥満ケアの実践に影響を与える要因を共分散構造分析によって検討することを目的とする。

## III 研究方法

### 1. 調査時期と対象者

調査の実施時期は、2010年12月～2011年 1月であり、A県内の有作為抽出した2か所の精神科病院で働く全看護師147名を対象とした。

### 2. 倫理的配慮

研究への協力は、自由意思によって回答できるものであること、個人が特定されないように配慮すること、調査データは分析後すみやかにシュレッダーにかけること、研究目的以外にはデータを利用しないことを記述した文書を各調査用紙に添付した。

## 3. 調査内容

精神科看護師という職業への意識と肥満ケアへの意識、精神科看護師としての身体管理への意識、および肥満ケアの実践に関する尺度は、文献（1-4）や精神科看護師として臨床経験10年以上の熟練ナース3名と管理栄養士1名を対象とした意見交換により作成した。さらに看護師の自律性に関しては、菊池・原田の看護婦の自律性測定尺度を使用した。最後に、基本属性として、年齢、性別、正看護看、精神科の経験年数、その他の科の経験年数をたずねた。回答はすべて「全く当てはまらない（1）」から「かなり当てはまる（4）」までの4件法によった。

## 4. データ分析の手続き

分析の手順は、肥満ケアの実践、肥満ケアへの意識、精神科看護師としての身体管理への意識、精神科看護師という職業への意識、看護婦の自律性測定尺度は因子分析（最尤法・プロマックス回転）による尺度構成を行なった。そして尺度に含まれるすべての項目の平均点を求め、尺度得点とした。本研究では、肥満ケアの実施度とそれに影響を与える要因に関して検討することを目的としているため、各尺度得点の相関係数を算出した。さらに、図1の概念モデルかSPSS AMOS 18を用いて共分散構造分析を行い、モデルの検討を行った。

## IV 結果

質問紙の回収数は126（回収率85.7%）で、有効回答数は114（有効回答率77.6%）であった。有効回答数の内訳は、男性が34（29.8%）で、正看25・准看9、平均年齢39.3歳であり、女性は80（70.2%）で、正看55・准看25、平均年齢45.3歳であった。

## 1. 各尺度の分析

### 1) 肥満ケアの実践に関する項目

肥満ケアの実践に関する8項目は、得点の分布に極端な偏りが見られた1項目を削除した。そして、残りの7項目を使用した最尤法による因子分析を行った結果、固有値の変化と因子の解釈可能性から、7項目による1因子が適切な因子数と判断した。第1因子の寄与率は60.71%となり、第1因子に対する項目の因子負荷量の絶対値が全て.40以上となったため1因子構造の確認が出来たと判断した。結果の詳細を表1に示す。「肥満ケアの実践」( $\alpha=.888$ )と命名した。

### 2) 肥満ケアへの意識に関する項目

肥満ケアへの意識に関する7項目は、得点の分布に極端な偏りが見られた2項目を削除した。そして残りの5項目で最尤法（プロマックス回転）による因子分析を行った結果、固有値の変化と因子の解釈可能性から、4項目による2因子が適切な因子数と判断した。結果の詳細を表2に示す。なお、回転前

の2因子で4項目の全分散を説明する割合は81.54%であった。第1因子として抽出された2項目は、「肥満と抗精神病薬への意識」( $\alpha=.746$ )と命名した。第2因子として抽出された2項目は、「肥満ケアの必要性への意識」( $\alpha=.782$ )と命名した。

### 3) 精神科看護師という職業への意識に関する項目

肥満ケアへの意識に関する9項目は、得点の分布に極端な偏りが見られた2項目を削除した。そして残りの7項目を用いて最尤法（プロマックス回転）による因子分析を行った結果、固有値の変化と因子の解釈可能性から、5項目による2因子が適切な因子数と判断した。結果の詳細を表3に示す。なお、回転前の2因子で5項目の全分散を説明する割合は70.45%であった。第1因子として抽出された2項目は、「精神科看護師への志向性」( $\alpha=.862$ )と命名した。第2因子として抽出された3項目は、「精神科看護師としての積極性」( $\alpha=.614$ )と命名した。

表1. 肥満ケアの実践の因子分析結果

| 肥満ケアの実践 ( $\alpha=.888$ )                 |       |
|-------------------------------------------|-------|
| 私は患者の肥満や肥満傾向の改善のために食事や間食の取り方の教育的関わりをしている  | 0.813 |
| 私は患者の肥満や肥満傾向の改善のために運動の必要性についての教育的関わりをしている | 0.809 |
| 私は患者の肥満や肥満傾向の改善のために生活改善のための働きかけを行なっている    | 0.787 |
| 私は肥満や肥満傾向の患者に活動性が増すような働きかけをしている           | 0.762 |
| 私は患者に対して退院後の生活を考えた体重管理のための働きかけを行なっている     | 0.719 |
| 私は必要時、患者の肥満対策で他職種（管理栄養士、OTなど）と連携をとっている    | 0.624 |
| 私は受け持ち患者が肥満や肥満傾向の場合、看護計画にあげている            | 0.610 |

表2. 肥満ケアへの意識の因子分析結果

|                                    | F 1    | F 2    |
|------------------------------------|--------|--------|
| 因子1：肥満と抗精神病薬への意識 ( $\alpha=.746$ ) |        |        |
| 私は抗精神病薬と体重増加との関連を常に意識している          | 0.963  | -0.045 |
| 私は体重が増えやすい抗精神病薬を知っている              | 0.616  | 0.071  |
| 因子2：肥満ケアの必要性への意識 ( $\alpha=.782$ ) |        |        |
| 私は看護師として患者の肥満を予防する責任がある            | -0.073 | 0.853  |
| 私は肥満や肥満傾向の患者には看護介入が必要だと考えている       | 0.12   | 0.727  |
| 因子間相関                              | F 1    | F 2    |
| F 1                                | -      | 0.441  |
| F 2                                |        | -      |

## 4) 身体管理の必要性への意識に関する項目

身体管理の必要性に関する6項目は、得点の分布に極端な偏りが見られた1項目を削除した。残りの5項目を用いた最尤法による因子分析を行った結果、固有値の変化と因子の解釈可能性から、5項目による1因子が適切な因子数と判断した。第1因子の寄与率は62.52%となり、第1因子に対する項目の因子負荷量の絶対値が全て.40以上となったため1因子構造の確認が出来たと判断した。結果の詳細を表4に示す。「身体管理の必要性への意識」( $\alpha=.849$ )と命名した。

## 5) 看護婦の自律性測定尺度

看護婦の自律性に関する47項目は、最尤法(プロマックス回転)の因子分析を行った結果、固有値の変化と因子の解釈可能性から、47項目による5因子が適切な因子数と判断した。結果の詳細を表6に示す。なお、回転前の5因子で47項目の全分散を説明する割合は60.46%であった。第1因子として抽出された10項目は、「認知能力」( $\alpha=.926$ )と命名した。第2因子として抽出された11項目は、「緊

急時判断能力」( $\alpha=.915$ )と命名した。第3因子として抽出された13項目は、「実践能力」( $\alpha=.920$ )と命名した。第4因子として抽出された8項目は、「抽象的判断能力」( $\alpha=.897$ )と命名した。第5因子として抽出された5項目は、「自立的判断能力」( $\alpha=.848$ )と命名し、各項目を逆転項目として得点を反転させた。

## 2. 肥満ケアの実践と他の変数との検討

因子分析において、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより尺度得点とした。

## 1) 肥満ケアの実践と属性との関連

「肥満ケアの実践」(平均 2.62, SD 0.66, 尖度 0.13, 歪度 -0.47)に関して、t検定により男女差を検討したところ、有意な差は見られなかった( $t(84)=1.191$ , n.s.)。また、正看護師と准看護師との差をt検定により検討したところ、有意な差は見られなかった( $t(84)=1.916$ , n.s.)。

さらに、「肥満ケアの実践」と「年齢」(平均 42.88, SD 11.09)、「肥満ケアの実

表3. 精神科看護師という職業への意識の因子分析結果

|                                                      | F 1    | F 2   |
|------------------------------------------------------|--------|-------|
| <b>因子1: 精神科看護師への志向性 (<math>\alpha=.862</math>)</b>   |        |       |
| 私は精神科看護師という仕事にやりがいをもって臨んでいる                          | 0.957  | 0.006 |
| 私は精神科看護師という仕事を人に誇りを持って話せる                            | 0.777  | 0.015 |
| <b>因子2: 精神科看護師としての積極性 (<math>\alpha=.614</math>)</b> |        |       |
| 私は援助成果を出すためにいろいろな援助方法を模索している                         | -0.033 | 0.947 |
| 私は援助成果が見られるまであきらめない姿勢で臨んでいる                          | 0.123  | 0.494 |
| 私は患者と関係が悪化しても必要なケアは行わなければならない                        | -0.013 | 0.359 |
| <b>因子間相関</b>                                         |        |       |
| F 1                                                  | -      | 0.515 |
| F 2                                                  |        | -     |

表4. 身体管理の必要性への意識の因子分析結果

|                                                |       |
|------------------------------------------------|-------|
| <b>身体管理の必要性への意識 (<math>\alpha=.849</math>)</b> |       |
| 私はストレスが多くなったとしても身体管理は行わなければならない                | 0.873 |
| 私は患者と関係が悪化しても身体管理は行わなければならない                   | 0.749 |
| 私は看護師として患者の身体管理に目を向けなければならない                   | 0.694 |
| 私は受け持ち看護師として受け持ち患者の身体管理には責任がある                 | 0.665 |
| 私は自主的に身体管理に目を向けるようにしている                        | 0.640 |

表5. 看護婦の自律性測定尺度の因子分析結果

|                                                  | F 1          | F 2          | F 3          | F 4          | F 5    |
|--------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------|
| <b>因子1：認知能力 (<math>\alpha=.926</math>)</b>       |              |              |              |              |        |
| 私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる                      | <b>0.962</b> | -0.197       | -0.21        | 0.211        | 0.094  |
| 私は患者に将来起こるであろう危機を予測することができる                      | <b>0.953</b> | -0.198       | 0.003        | -0.045       | 0.012  |
| 私はこれまでの経過から患者の今後の行動を予測することができる                   | <b>0.802</b> | -0.072       | 0.01         | 0.023        | -0.013 |
| 私は患者が内心抱いている不安を状況から推測することができる                    | <b>0.652</b> | -0.194       | 0.168        | 0.166        | 0.004  |
| 私は患者の言動から性格や生活習慣を読み取ることができる                      | <b>0.638</b> | 0.208        | -0.084       | 0.081        | -0.069 |
| 私は患者の心理的問題を患者から直接聞き出すことができる                      | <b>0.598</b> | 0.25         | -0.052       | 0.042        | -0.187 |
| 私は治療が患者に及ぼす心理的影響を予測することができる                      | <b>0.498</b> | 0.005        | 0.431        | -0.209       | 0.054  |
| 私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる                        | <b>0.492</b> | 0.198        | 0            | 0.071        | -0.006 |
| 私は患者のニーズにすぐに気付くことができる                            | <b>0.471</b> | 0.318        | 0.151        | -0.024       | -0.019 |
| 私は患者の言動に共感的理解を示すことができる                           | <b>0.42</b>  | 0.311        | 0.024        | -0.148       | 0.042  |
| <b>因子2：緊急時判断・実践能力 (<math>\alpha=.915</math>)</b> |              |              |              |              |        |
| 私は患者の急激な生理的变化（吐血、意識喪失など）に対応することができる              | -0.203       | <b>0.927</b> | -0.044       | 0.013        | 0.137  |
| 私は看護の際に必要な物品を過不足なく準備できる                          | 0.064        | <b>0.805</b> | -0.163       | -0.05        | -0.106 |
| 私は手際よく看護ができる                                     | -0.286       | <b>0.789</b> | 0.118        | 0.207        | 0.007  |
| 私は緊急時にも落ち着いて看護を行う事ができる                           | -0.033       | <b>0.65</b>  | 0.086        | 0.191        | 0.054  |
| 私は突然の患者の生理的变化（血圧低下、悪寒など）に応じて看護方法を変更できる           | -0.119       | <b>0.64</b>  | 0.137        | 0.063        | -0.136 |
| 私は患者の意識レベルの変化を正確に把握することができる                      | 0.251        | <b>0.605</b> | 0.079        | -0.19        | 0.018  |
| 私は患者の検査結果と症状との関連を理解することができる                      | 0.36         | <b>0.486</b> | 0.179        | -0.299       | 0.084  |
| 私は看護に必要な情報をすぐに集めることができる                          | 0.296        | <b>0.417</b> | 0.008        | 0.155        | 0.028  |
| 私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な看護を推測できる                   | 0.026        | <b>0.378</b> | -0.046       | 0.338        | 0.101  |
| 私は看護方法を自分一人で選択できる                                | 0.233        | <b>0.362</b> | -0.117       | 0.339        | 0.131  |
| 私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる                    | 0.15         | <b>0.341</b> | 0.261        | 0.083        | 0.009  |
| <b>因子3：実践能力 (<math>\alpha=.920</math>)</b>       |              |              |              |              |        |
| 私は患者の突然の求めにも躊躇せずに応じることができる                       | -0.089       | -0.139       | <b>0.868</b> | 0.069        | 0.124  |
| 私は患者のニーズに一致した看護を選択することができる                       | -0.123       | 0.053        | <b>0.835</b> | 0.04         | 0.004  |
| 私は患者の社会生活に配慮した看護ができる                             | 0.108        | -0.099       | <b>0.681</b> | 0.12         | 0.075  |
| 私は患者の医療に対する不信感や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる            | 0.045        | 0.008        | <b>0.663</b> | 0.041        | -0.022 |
| 私は患者が落ち着いて看護が受けられるよう常に配慮ができる                     | -0.066       | 0.154        | <b>0.545</b> | -0.014       | 0.137  |
| 私は患者の多くの情報から必要な看護を選択することができる                     | 0.024        | 0.22         | <b>0.542</b> | -0.004       | -0.092 |
| 私は看護の優先順位を立てて計画的に1日を過ごすことができる                    | 0.108        | 0.186        | <b>0.519</b> | -0.135       | -0.11  |
| 私は患者の社会的適応を促進するための指導ができる                         | 0.27         | -0.114       | <b>0.451</b> | 0.194        | -0.05  |
| 私は他職種と連携を上手にとることができる                             | -0.153       | 0.277        | <b>0.412</b> | 0.233        | -0.01  |
| 私は患者の情動の変化怒り、悲しみなどに対処することができる                    | 0.155        | 0.344        | <b>0.365</b> | -0.012       | -0.103 |
| 私は患者の心理的变化（不安、怒り、焦りなど）に応じて看護方法を変更できる             | 0.116        | 0.269        | <b>0.347</b> | 0.113        | -0.111 |
| 私は看護を常に創意工夫することができる                              | 0.089        | -0.155       | <b>0.342</b> | 0.27         | -0.012 |
| 私は患者の個性を考慮した看護を実践することができる                        | 0.293        | 0.255        | <b>0.33</b>  | -0.085       | 0.058  |
| <b>因子4：抽象的判断能力 (<math>\alpha=.897</math>)</b>    |              |              |              |              |        |
| 私は看護モデルを用いて看護方法を決定することができる                       | -0.082       | 0.127        | -0.017       | <b>0.758</b> | 0.016  |
| 私は将来起こるであろう問題に向けて看護方法を選択できる                      | 0.192        | 0.116        | -0.179       | <b>0.723</b> | -0.033 |
| 私は看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定出来る                     | 0.104        | -0.126       | -0.014       | <b>0.718</b> | 0.056  |
| 私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる                   | -0.13        | -0.021       | 0.196        | <b>0.683</b> | -0.161 |
| 私は立案した看護計画はいつもスタッフの承認が得られる                       | 0.033        | -0.113       | 0.178        | <b>0.629</b> | -0.003 |
| 私は患者の変化（結果）を予想して看護を選択することができる                    | 0.08         | 0.295        | 0.045        | <b>0.458</b> | 0.103  |
| 私は患者の症状や検査結果を統合して適切な看護方法を選択できる                   | 0.058        | 0.247        | 0.114        | <b>0.432</b> | -0.025 |
| 私は患者の価値観を十分に理解することができる                           | 0.262        | 0.026        | 0.216        | <b>0.331</b> | -0.01  |

因子5：自立的判断能力 ( $\alpha=.848$ )

|                                |        |        |        |        |              |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------------|
| 私は患者の言動に惑わされて適切な看護方法を選択できない    | 0.06   | -0.153 | 0.147  | -0.044 | <b>0.865</b> |
| 私は他者の助言を受けなければ看護方法を選択することができない | 0.049  | -0.066 | 0.051  | -0.003 | <b>0.763</b> |
| 私は患者の訴えがないと何を看護すべきかわからない       | -0.107 | 0.078  | -0.014 | -0.063 | <b>0.76</b>  |
| 私は患者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない   | 0.064  | -0.096 | 0.112  | 0.112  | <b>0.686</b> |
| 私は患者の意思を尊重せずに看護方法を選択してしまう      | -0.048 | 0.409  | -0.213 | -0.018 | <b>0.609</b> |
| 因子間相関                          |        |        |        |        |              |
| F 1                            | —      | 0.617  | 0.682  | 0.584  | 0.016        |
| F 2                            |        | —      | 0.689  | 0.628  | 0.012        |
| F 3                            |        |        | —      | 0.626  | 0.047        |
| F 4                            |        |        |        | —      | 0.093        |
| F 5                            |        |        |        |        | —            |

表6. 各尺度得点の相関係数

|               | 肥満ケアの実践 | 肥満と抗精神病薬への意識 | 肥満ケアの必要性への意識 | 精神科看護師への志向性 | 精神科看護師としての積極性 | 身体管理の必要性への意識 | 認知能力   | 緊急時判断実践能力 | 実践能力   | 抽象的判断能力 | 自立的判断能力 | 平均値  | SD   |
|---------------|---------|--------------|--------------|-------------|---------------|--------------|--------|-----------|--------|---------|---------|------|------|
| 肥満ケアの実践       | —       | .243**       | .209*        | .437**      | .337**        | .392**       | .409** | .362**    | .451** | .380**  | 0.153   | 2.62 | 0.66 |
| 肥満と抗精神病薬への意識  |         | —            | .349**       | .430**      | .310**        | .459**       | .502** | .335**    | .363** | .284**  | -0.180  | 2.87 | 0.77 |
| 肥満ケアの必要性      |         |              | —            | .294**      | .244**        | .321**       | .289** | -0.026    | 0.093  | 0.100   | -0.009  | 3.16 | 0.66 |
| 精神科看護師への志向性   |         |              |              | —           | .423**        | .535**       | .543** | .447**    | .536** | .406**  | 0.007   | 2.86 | 0.75 |
| 精神科看護師としての積極性 |         |              |              |             | —             | .666**       | .522** | .441**    | .480** | .475**  | -0.016  | 2.75 | 0.49 |
| 身体管理の必要性への意識  |         |              |              |             |               | —            | .579** | .488**    | .474** | .383**  | -0.051  | 3.02 | 0.58 |
| 認知能力          |         |              |              |             |               |              | —      | .704**    | .767** | .673**  | -0.058  | 2.56 | 0.51 |
| 緊急時判断実践能力     |         |              |              |             |               |              |        | —         | .794** | .741**  | -0.081  | 2.49 | 0.52 |
| 実践能力          |         |              |              |             |               |              |        |           | —      | .751**  | -0.073  | 2.58 | 0.45 |
| 抽象的判断能力       |         |              |              |             |               |              |        |           |        | —       | -0.138  | 2.37 | 0.49 |
| 自立的判断能力       |         |              |              |             |               |              |        |           |        |         | —       | 1.84 | 0.51 |

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

践」と「精神科看護経験年数」（平均 10.27, SD 9.88）との相関係数を算出し相関関係を検討したところ、いずれも有意な相関を示さなかった。

## 2) 肥満ケアの実践とその他の変数との相関関係

各尺度得点の平均値と標準偏差、及び互いの相関係数を表6に示す。

「肥満ケアの実践」と、看護師の自律性や意識的なものとの間には有意な正の相関が見られた。しかし、自律性の下位構成概念である認知能力、緊急時判断実践能力、実践能力、抽象的判断能力はそれぞれ互いに強い正の相関関係があることがわかる。意識的なものも高い正の相関を示している。よって、この相関係数だけでは擬似相関などの可能性を否定出来ず、「肥満ケアの実践」に影響を与えている変数に関して検討するには限界がある。

### 3. 共分散構造分析

肥満ケアの実施度とそれに影響を与える要因に関して検討するため、各尺度得点の相関係数などを参考に仮説的なモデルを作成し、それを用いて共分散構造分析を行い、モデルの検討を行った。本研究では、前述のように看護師の自律性が肥満ケアの実践に影響を与え、さらに看護師の意識的なものが自律性と肥満ケアの実践に影響を与えることを想定している。モデルの検討は、欠損値のないデータで行った (n=86)。

SPSS AMOS 18を使用し、修正指数と因果の強さを示すパス係数とその有意確率及び各適合度指標の改善の度合いをもとに、モデルの修正を繰り返して最終的なモデルを導いた。分析に使用したモデルを図1に示す。ただし、共分散や誤差項は省略している。適合度指標は  $\chi^2(23) = 28.18$  (n.s.), GFI=0.962, AGFI=0.874, CFI=1.000, RMSEA=0.051であり、モデルは受容できると判断した。以下では、各影響について検討する。

意識的なものから看護師の自律性のパスがいくつか確認できたため、意識的なものが自律性へ影響を与えていることが明らかになった。そして、「精神科看護師への志向性」が「肥満ケアの実践」に対して中程度の正の有意なパスを示していた。それ以外の変数からの「肥満ケアの実践」へのパスはいずれも有意ではなく、「自立的判断能力」から弱い正のパスを示していたが有意ではなかった。この結果から、「肥満ケアの実践」は看護師の自律性ではなく、意識的なものである「精神科看護師への志向性」が規定していたといえる。

## V 考察

### 1. 肥満ケアの位置づけ

本研究は、肥満ケアの実践に影響を与える要因を検討することを目的とした。「肥満ケアの実践」の基礎統計量 (平均 2.62, SD 0.66, 尖度 0.13, 歪度 -0.47) から、ケアを実践して

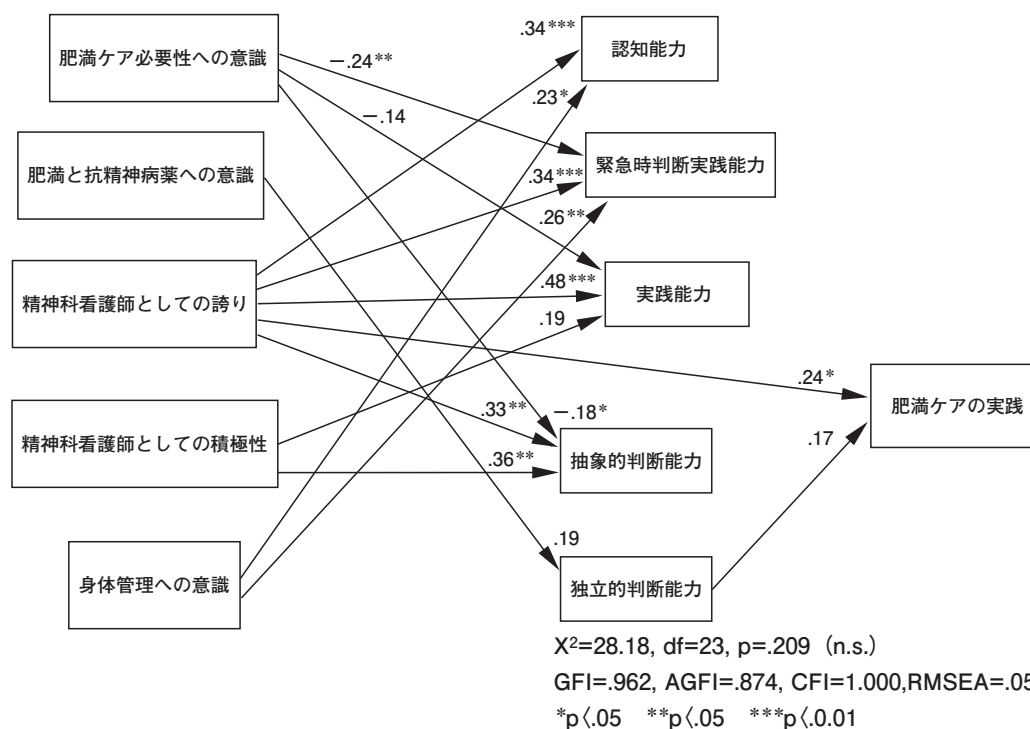


図1. 肥満ケアの実践に影響を与える要因のモデル図

いるかどうかにはやはり個人差があることがわかる。一方、肥満ケアの実践に関して、男女差と資格差（正看護師と准看護師）をt検定により検討したところ、有意な差は見られなかった。また、肥満ケアの実践と、年齢及び精神科看護経験年数の相関を検討したが、いずれも有意な相関を示さなかった。これらは肥満ケアの実践の個人差を規定する要因ではないといえる。

菊池らは、看護活動を看護場面における状況の認知、判断、実践の3つの段階に分けて、看護専門職の自律性が持つ5つの下位項目、“認知能力”“実践能力”“具体的判断能力”“抽象的判断能力”“自立的判断能力”<sup>13)</sup>を設定した。しかし、今回の調査で肥満ケアの実践に、この5項目の直接的な影響が見られなかったことは、精神科看護のなかでの肥満ケアの位置付けに起因するのではないかと考えられる。一般的に、重大な合併症がない限り、精神科看護に求められる第一義的な目標は、患者の精神症状の安定であり、その目標を達成するために看護を展開する。地域での生活を視点とした看護よりも、精神症状や日常生活行動に関心が向きがちとなっているのは否めない事実である。冒頭でも述べたとおり、すぐ対応が必要な程度でない限りは、肥満ケアを実践するかどうかについては、個々の看護師の判断にゆだねられているという現状があり、それが自律性ではなく意識的なものが影響しているという、今回の結果に結びついているのではないかと考えられる。これは新たな示唆を与える結果といえる。

## 2. 今後の展望

肥満ケアの実践に関して有意な正のパスを示したのは、「精神科看護師への志向性」のみであった。この結果は、精神科看護師としてのやりがいや誇りが高いものほど肥満ケアの実践を行なっていることを示している。現

状の精神科看護において、看護師個人に任されている性格のケアを、より多くの看護師が実践するようになるためには、看護師それぞれの「精神科看護師への志向性」を高めることの必要性が示唆された。

仕事上でやりがいがあると内面的に感じるためには、自分が関心を持っている仕事について、実践したことが上手くいったと感じるときであり、このような心理状態を多く体験することにより、動機や満足度が高くなると言われている。<sup>12)</sup>木村らは、精神科看護師の諸葛藤から精神科看護の問題点をインタビュー調査し構造化しているが、中核概念として“ビジョンのない看護”をあげている。日常業務で、精神疾患特有の症状をもつ患者の対応において、それぞれ独自の看護判断を迫られることが多く、その対応の正否について葛藤やジレンマに陥ることがまれではないと述べている。これは、明確な判断基準がないなかで、実践したことが上手くいったと実感する機会を十分持ててないことを示唆するものである。自ら下した判断や、行った看護が正しかったかどうかについて意見交換し合える場づくりや、行った看護の意義を明らかにして意識化できる体制づくりが、ビジョンの可視化につながり、看護へのやりがいや動機、満足度の向上へと発展するものと考えられる。

## VI おわりに

本研究では、意識的なものと自律性が肥満ケアの実践に影響を与えているという仮説をたてた。その仮説の検証に当たり、肥満ケアの実践尺度、肥満ケアへの意識尺度、精神科看護師という職業への意識尺度、精神科看護師としての身体管理への意識尺度を新たに作成した。さらに因子分析を用いて尺度化を行い、それぞれの尺度得点を算出した。それらの尺度得点の相関分析の結果と先行研究から

仮説的なモデルを構築し、各意識と自律性および肥満ケアの実践との関連を共分散構造分析を用いて検討した。その結果、「精神科看護師への志向性」という意識的なものが、肥満ケアの実践に直接影響を与えていることが明らかとなった。

サンプル数も多くはなく、一時点の調査であるため、因果関係に関して過度の一般化は危険である。自作の尺度に関しては、 $\alpha$ 係数により内的整合性を検討しており、概ね良好だったといえるが、信頼性、妥当性共に検討の余地がある。

本研究は、平成22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。

## 引用文献

- 1) 長嶺敬彦. 抗精神病薬の「身体副作用」がわかる. 64-68. 東京:医学書院;2006.
- 2) 小渡敬, 中里恵, 比嘉喜代, 他. 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.
- 3) 加藤大慈, 藤田英美, 杉山直也, 他. 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.
- 4) 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—. 新潟大学法政理論2007;39(3):159-189.
- 5) 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. 新潟青陵学会誌. 2010;3(1):33-42.
- 6) 長山亜紀子, 國井良彦等. 退院後の生活を意識してかわる、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(2):12-19.
- 7) 子瀬古伸幸, 藤田みゆき, 大谷須美子. 急性期治療病棟における退院クリニカルパスを用いたアプローチ—看護師の継続看護に対する意識変化—. 日本精神科看護学会誌. 2008;51(2):290-293.
- 8) 松井豊, 浦光博. 対人心理学研究シリーズ7 人を支える心の科学. 98-100. 東京:誠心書房;1998.
- 9) 波多野誼余夫, 稲垣佳世子. 無気力の心理学 やりがいの条件. 51-72. 東京:中公新書;1999.
- 10) 小谷野康子. 看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の分析—急性期病院の看護婦を対象にして—. 聖路加看護大学紀要. 2001;27:1-8.
- 11) 菊池昭江, 原田唯司. 看護専門職における自律性に関する研究—基本的属性・内的特性との関連—. 看護研究. 1997;30(4):23-34.
- 12) Robbins,Stephen P.,高木晴夫監訳. 組織行動のマネジメント. 324-327.東京:ダイヤモンド社;1997.
- 13) 木村克典, 松村人志. 精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点. 日本看護研究学会雑誌. 2010;33(2):49-59.

# 病院内で発生する暴力に対する看護職の認識と 対応の枠組み

和田 由紀子

新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

## Awareness of Nursing Workers on Violence in Hospitals and the Framework of Measures Dealing with These Cases

Yukiko Wada

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

### 要旨

本稿では、病院内で発生する看護職への暴言・ハラスメントを含めた広い意味での暴力について、看護職の認識・対応の枠組みを調査し、組織的に改善するための方策を検討することを目的とした。対象はA県内2か所の総合病院に勤務する看護職200名、研究方法は託送調査法（自記式の質問紙を使用）による量的研究である。回収率70.0%、有効回答率46.5%であった。

分析の結果、以下の示唆を得た。1. 患者・その家族から暴力を及ぼされた場合、非日常性・物理的な影響を伴うかに影響を受けその認識や対応がなされる。2. 患者・その家族からの暴力の種類がセクシャルな言動である場合、直接的行動・間接的行動・ことばの場合とは異なる要因も看護職の認識や対応に大きく影響する。3. 暴力被害を潜在化させないために、看護職の安全・尊厳を尊重する職場風土の構築、本結果のような傾向を補い把握するための組織としての具体的な暴力の判断ラインとシステム作りが必要である。4. 暴力を及ぼされた相手が看護師・医師等のスタッフの場合は、1、2とは質が異なるため「反応の質」の具体性や要因をさらに検討していく必要がある。

### キーワード

暴言、暴力、ハラスメント、看護職の認識と対応

### Abstract

This report is aimed at studying the awareness and frameworks of countermeasures implemented by nursing workers in regards to violence in a broad sense, including abusive language and harassment, and to investigate the strategies for improvement in an organization. The study was conducted by sending a questionnaire to 200 nursing workers at two general hospitals. The retrieval rate was 70.0%, and the rate of effective response was 46.5%.

The study results clarified the following four points: (1) If the staff is subject to violence from patients or their families, their recognition and response to this violence is dependent on whether accompanied by an extraordinary and physical impact; (2) If violence from patients or their families involves sexual behavior, factors other than as stated in (1) will affect the response deeply; (3) To avoid victims of violence becoming silent, the work environment must be established to respect the safety and dignity of the nursing workers, and a uniform standards and a system for identifying violence must be enforced as an organization to supplement and monitor the tendencies discovered in the results of this study; and (4) If medical staff such as a nurse or doctor uses violence on other medical staff, the quality of response differs from (1) and (2), and further investigation of the details and related factors is required.

### Key words

verbal abuse, violence, harassment, awareness and measures taken by nursing workers

## I はじめに

病院内で発生する看護職への暴力は、近年非常に注目されている。その背景には、慢性的な人手不足による看護師の離職や身体的・精神的健康への影響が従来より指摘されていることに加えて、看護師・医師等の医療従事者を被害者とした暴力事件がいくつも報道され<sup>1)</sup>、患者・家族からの医療に対する要求の質・量<sup>2)</sup>が変化しているということがあるのではないかと考えられる。

しかし「我が国の状況は芳しくない」<sup>3)</sup>というとおり、被害の報告は増加の一途をたどっている。研究や対策は始まったばかりであり、国内で報告されている研究の多くは、暴力を及ぼされた相手が患者・その家族である場合を対象とした被害実態の把握に留まっている。また、病院内で発生する暴力に関することばだけでも、「院内暴力」「職場暴力」「暴力・暴言」「患者ハラスメント」等数多く、それら暴力に関することばの定義に暴言・ハラスメント等を含めているものもないものもあり、各研究者が暫定的に定義している状況である。これらのことは、看護職に対する暴力への注目度は高いにも関わらず、暴力に対する統一した概念がなく、実際には非常に曖昧であること、および看護職が「暴力」に対して個々の基準を持ち対応している可能性が高いことを示唆している。看護職への暴力は、実際には看護職（同僚）・医師からも多く、看護師の感じる「辛さ」はこちらの方がより大きいとの指摘があるが<sup>3)</sup>、こちらは目を向けられたばかりで患者・その家族からの場合以上に概念が曖昧で対策も明確になっていない。

さらに、看護職が暴力を受けた場合に相談・報告する相手は、上司・管理職以上に同僚であることが最も多い<sup>4) 5)</sup>と報告されている。同僚への相談・報告は、身構えることが少なく被害にあった話を傾聴してもらいアドバイ

スを受けることができる。上司・管理職への報告・相談とは別の有用な面があるが、同時にいくつかのバイアスがかかるため被害が公に把握されにくく、長期的にみると組織的な対応や改善に至りにくいという側面をもつ。

以上より、看護職が暴力またはそれに近い被害を受けた場合、それが暴力か否か、被害を公にするか否かを判断し対応するのは、暴力に対する看護職個々の基準に大きくゆだねられており、表面化しないものも多いという現状があることがわかる。被害対策を講ずる前に、この個々の基準が実際にはどのようなものかを明らかにしなければ、看護職への暴力被害の具体的な解決には結びつきにくいのではないであろうか。

そこで本稿では、病院内で発生する暴言やハラスメントも含めた広い意味での暴力に対する看護職の認識や対応の枠組みを明らかにし、被害をより組織的に改善するための方策を検討することを目的とする。

## II 研究方法

### 1. 研究対象者

病院に勤務する看護職を母集団とし、A県内2か所の総合病院に勤務する看護職200名に対し、各病院看護部を通した託送調査法による質問紙調査を2010年2～3月に実施した。

### 2. 倫理的配慮

本研究は、所属機関の倫理審査委員会の承認を得た後実施した。

研究協力の下承を得る際に各施設の看護部には、各対象や施設での分析はせず、結果報告時には全体の分析結果を用いること、研究発表時には対象・施設が特定されない方法・表記を用いることを口頭及び文書で説明し、了承を得た。

研究対象者には、研究の主旨、本研究への協力については個人の自由を保障し不利益は生じないこと、研究結果は学術的な目的以外

では使用せず、無記名と分析方法・回収方法で個人のプライバシーは保障されること、回答されたことにより研究協力の同意を得たものとするを、病棟への依頼文書および質問紙の冒頭で説明し、回答をもって研究協力への同意を得たものとした。

### 3. 質問紙の内容

本研究で使用した質問紙は、基本的属性の他に、看護職の暴力被害に対する認識について尋ねた2種の設問、暴力被害の実態に関する設問、及び3種の尺度により構成した。本稿では暴力被害の認識と実態に関する設問を分析対象とし、詳細を以下の通りとした。なお、この調査は分析対象とした設問は異なるが、本誌前号の論文<sup>6)</sup>と同一のものである。

#### 1) 看護職の暴力被害に対する認識についての設問

##### (1) 被害を及ぼされた相手・言動別の設問

過去10年間に国内で報告された文献<sup>3) 5) 7) ~12)</sup>

をもとに、「病院（施設）内でおこりやすいトラブル例の『相手の言動』」として、直接的行動7項目、間接的行動5項目、ことば4項目、セクシャルな言動9項目を独自に作成した。そして被害を及ぼされた相手を「患者・その家族の場合」と「看護師・医師等のスタッフの場合」に分け、項目ごとに「暴言・暴力・セクシャルハラスメントだと思うか（以下『暴力と思うか』とし、各質問の内容は< >内に示す）」及び「そのような被害を受けたときに、報告書などの提出も含め、病院内の相談窓口または上司に被害にあったことを話すか（以下『被害を話すか』とし、各質問の内容は< >内に示す）」について質問した。回答は、「思う・わからない・思わない」または「話す・わからない・話さない」の3件法とした。

##### (2) 状況別の設問

過去10年間に国内で報告された文献<sup>3) 5) 7) ~12)</sup>

をもとに、看護職が被害を公にするか否かの判断に影響を与えられる状況を独自に

13項目あげ、「患者やその家族に暴言・暴力を受けたとき、報告書などの提出も含め相談窓口や上司に被害を話すか（以下『状況により被害を話すか』とし、項目の内容は< >内に示す）」を質問した。回答は、「話す・たぶん話す・たぶん話さない・話さない」の4件法とした。

#### 2) 暴力被害の実態に関する設問

前述の(1)被害を及ぼされた相手・言動別の設問に準じ、過去1カ月以内・過去1カ月を除く1年以内に、「実際に何回ぐらいそれらの言動に遭遇したか」を言動の種類ごとに体験の有無を質問し、体験があった場合にはその頻度、および被害にあったことを病院内の相談窓口または上司に話したかについて質問した。本稿では、暴力への対応と暴力被害体験の関連を検討するために、これらの質問の中の過去1カ月以内および過去1カ月を除く1年以内、即ち過去1年以内に被害を及ぼされた相手別体験の有無を抽出した。

### 4. 分析方法

分析は、各項目を集計し比較した。さらに看護職の暴力被害に対する認識では、被害を及ぼされた相手別に各質問の「暴力と思うか」と「被害を話すか」の回答について、カイ二乗検定(McNemar-Bowkerの検定、有意水準5%)を行い、有意差を検定した。状況別の回答では、被害を及ぼされた相手別体験の有無間でカイ二乗検定(Kruskal-Wallisの順位和検定、有意水準5%)を行い、有意差を検定した。なお、分析にはSPSS 14.0J for WINDOWSを使用した。

## Ⅲ 結果

質問紙の回収数は140（回収率70.0%）であった。本稿では、暴力被害の実態に関する設問において全て回答し、且つ暴力の認識について尋ねた2種の設問において無回答数が各々1割以下である質問紙を有効回答とし

た。有効回答数は93（有効回答率46.5%）、その基本的属性は表1に示すとおりであった。

## 1. 相手が患者・その家族の場合

### 1) 看護職の暴力被害に対する認識（表2）

「暴力と思うか」の質問では、「思う」の割合はセクシャルな言動の＜V.性的な関係を迫られた＞が90.3%、直接的行動の＜G.首を絞められた＞が87.1%と高く、直接的行動の＜F.髪を引っ張られた＞、間接的行動の＜J.側にあった物品・器物に暴力を受けた＞＜K.物を投げられた＞、ことばの＜O.脅迫された＞、セクシャルな言動の＜Q.体（胸・お尻など）を触られた＞＜S.抱きつかれた＞＜Y.卑猥な質問をされた＞の7項目も70%以上だった。逆に50%以下だった項目は、ことばの＜M.『もう来るな』と介入拒否された＞26.9%、＜N.ののしられた＞47.3%、セクシャルな言動の＜U.『大きな胸』などの身体の特徴を言われた＞

47.3%の3項目だった。「思わない」とした回答が最も高かった質問は、ことばの＜M.『もう来るな』と介入拒否された＞31.2%であり、ことばの＜N.ののしられた＞、セクシャルな言動の＜R.手や腕をなでられた＞＜U.『大きな胸』などの身体の特徴を言われた＞の3項目も20%以上だった。

「被害を話すか」の質問では、「話す」が70%以上だった項目はセクシャルな言動の＜V.性的な関係を迫られた＞75.3%と直接的行動の＜G.首を絞められた＞83.9%の2項目のみであり、50%以下だった項目は、直接的行動の＜B.爪を立てられた＞＜C.引っ掻かれた＞＜D.つねられた＞、間接的行動の＜I.暴力を振るう仕草をされた＞、ことばの＜M.『もう来るな』と介入拒否された＞＜N.ののしられた＞＜P.中傷・皮肉を言われた＞、セクシャルな言動の＜R.手や腕をなでられた＞＜U.『大きな胸』などの身体の特徴を言われた＞の3項目も20%以上だった。

表1. 対象の基本的属性（n=93）

| 属 性          | 区 分             | 人数（名） | 割合（%） |
|--------------|-----------------|-------|-------|
| 職 種          | 准看護師            | 11    | 11.8% |
|              | 看護師             | 77    | 82.8% |
|              | 助産師             | 5     | 5.4%  |
| 年 齢          | 20歳代            | 17    | 18.3% |
|              | 30歳代            | 30    | 32.3% |
|              | 40歳代            | 29    | 31.2% |
|              | 50歳以上           | 16    | 17.2% |
|              | 無回答             | 1     | 1.1%  |
| 勤 務 形 態      | 日勤のみ            | 5     | 5.4%  |
|              | 3交代制            | 85    | 91.4% |
|              | 2交代制            | 1     | 1.1%  |
|              | 無回答             | 2     | 2.2%  |
| 学 歴          | 高等学校            | 5     | 5.4%  |
|              | 専門・専修学校         | 73    | 78.5% |
|              | 短期大学            | 9     | 9.7%  |
|              | 大学              | 4     | 4.3%  |
|              | 大学院             | 0     | 0.0%  |
|              | その他             | 1     | 1.1%  |
| 勤務する病棟の病床数   | 40床未満           | 2     | 2.2%  |
|              | 40～50床未満        | 60    | 64.4% |
|              | 50床以上           | 23    | 24.8% |
|              | 無回答             | 8     | 8.6%  |
| 勤務する病棟のスタッフ数 | 20名未満           | 17    | 18.3% |
|              | 20～25名未満        | 32    | 34.4% |
|              | 25～30名未満        | 15    | 16.2% |
|              | 30名以上           | 22    | 23.7% |
|              | 無回答             | 7     | 7.5%  |
| 看護職経験年数      | 平均16.2年（SD=9.5） |       |       |
| 現在の病棟経験年数    | 平均4.0年（SD=5.2）  |       |       |

表2. 病院（施設）内でおこりやすいトラブル例としてあげた「相手の言動」に対する認識・対応：  
相手が患者・その家族の場合（n=93）

|          |                            | 暴力・暴言・セクハラだと思うか？ |            |            |          | 病院内の相談窓口または上司に被害を話すか？ |            |            |          |
|----------|----------------------------|------------------|------------|------------|----------|-----------------------|------------|------------|----------|
|          |                            | 思う               | わからない      | 思わない       | 無回答      | 話す                    | わからない      | 話さない       | 無回答      |
| 直接的行動    | A. 叩かれた*                   | 66.7% (62)       | 22.6% (21) | 10.8% (10) | 0.0% (0) | 53.8% (50)            | 26.9% (25) | 19.4% (18) | 0.0% (0) |
|          | B. 爪を立てられた**               | 57.0% (53)       | 26.9% (25) | 16.1% (15) | 0.0% (0) | 37.6% (35)            | 31.2% (29) | 31.2% (29) | 0.0% (0) |
|          | C. 引っ掻かれた*                 | 58.1% (54)       | 25.8% (24) | 16.1% (15) | 0.0% (0) | 41.9% (39)            | 30.1% (28) | 28.0% (26) | 0.0% (0) |
|          | D. つねられた**                 | 55.9% (52)       | 28.0% (26) | 15.1% (14) | 1.1% (1) | 37.6% (35)            | 32.3% (30) | 29.0% (27) | 1.1% (1) |
|          | E. 体当たり・突き飛ばされた            | 69.9% (65)       | 22.6% (21) | 5.4% (5)   | 2.2% (2) | 61.3% (57)            | 24.7% (23) | 9.7% (9)   | 4.3% (4) |
|          | F. 髪を引っ張られた**              | 78.5% (73)       | 14.0% (13) | 7.5% (7)   | 0.0% (0) | 62.4% (58)            | 21.5% (20) | 14.0% (13) | 2.2% (2) |
|          | G. 首を絞められた                 | 87.1% (81)       | 10.8% (10) | 2.2% (2)   | 0.0% (0) | 83.9% (78)            | 11.8% (11) | 4.3% (4)   | 0.0% (0) |
| 間接的行動    | H. 唾を吐きかけられた**             | 69.9% (65)       | 21.5% (20) | 8.6% (8)   | 0.0% (0) | 52.7% (49)            | 30.1% (28) | 17.2% (16) | 0.0% (0) |
|          | I. 暴力を振るう仕草をされた*           | 50.5% (47)       | 32.3% (30) | 17.2% (16) | 0.0% (0) | 34.4% (32)            | 40.9% (38) | 24.7% (23) | 0.0% (0) |
|          | J. 側にあった物品・器物に暴力を受けた       | 76.3% (71)       | 16.1% (15) | 7.5% (7)   | 0.0% (0) | 68.8% (64)            | 17.2% (16) | 14.0% (13) | 0.0% (0) |
|          | K. 物を投げられた                 | 74.2% (69)       | 17.2% (16) | 7.5% (7)   | 1.1% (1) | 65.6% (61)            | 21.5% (20) | 12.9% (12) | 0.0% (0) |
| ことば      | L. 威圧・威嚇された                | 62.4% (58)       | 30.1% (28) | 7.5% (7)   | 0.0% (0) | 57.0% (53)            | 28.0% (26) | 15.1% (14) | 0.0% (0) |
|          | M. 「もう来るな」と介入拒否された         | 26.9% (25)       | 41.9% (39) | 31.2% (29) | 0.0% (0) | 39.8% (37)            | 34.4% (32) | 25.8% (24) | 0.0% (0) |
|          | N. ののしられた                  | 47.3% (44)       | 31.2% (29) | 20.4% (19) | 1.1% (1) | 38.7% (36)            | 36.6% (34) | 24.7% (23) | 0.0% (0) |
|          | O. 脅迫された*                  | 71.0% (66)       | 19.4% (18) | 9.7% (9)   | 0.0% (0) | 57.0% (53)            | 28.0% (26) | 15.1% (14) | 0.0% (0) |
| セクシヤルな言動 | P. 中傷・皮肉を言われた*             | 58.1% (54)       | 31.2% (29) | 10.8% (10) | 0.0% (0) | 41.9% (39)            | 40.9% (38) | 17.2% (16) | 0.0% (0) |
|          | Q. 体（胸・お尻など）を触られた          | 72.0% (67)       | 19.4% (18) | 5.4% (5)   | 3.2% (3) | 65.6% (61)            | 24.7% (23) | 8.6% (8)   | 1.1% (1) |
|          | R. 手や腕をなでられた**             | 52.7% (49)       | 24.7% (23) | 21.5% (20) | 1.1% (1) | 30.1% (28)            | 36.6% (34) | 32.3% (30) | 1.1% (1) |
|          | S. 抱きつかれた*                 | 75.3% (70)       | 21.5% (20) | 3.2% (3)   | 0.0% (0) | 63.4% (59)            | 26.9% (25) | 9.7% (9)   | 0.0% (0) |
|          | T. 必要以上に体を露出された            | 67.7% (63)       | 25.8% (24) | 5.4% (5)   | 1.1% (1) | 64.5% (60)            | 26.9% (25) | 8.6% (8)   | 0.0% (0) |
|          | U. 「大きな胸」などの身体の特徴を言われた     | 47.3% (44)       | 31.2% (29) | 21.5% (20) | 0.0% (0) | 34.4% (32)            | 37.6% (35) | 24.7% (23) | 3.2% (3) |
|          | V. 性的な関係を迫られた**            | 90.3% (84)       | 6.5% (6)   | 3.2% (3)   | 0.0% (0) | 75.3% (70)            | 22.6% (21) | 2.2% (2)   | 0.0% (0) |
|          | W. 個人情報について尋ねられたり調べられたりされた | 59.1% (55)       | 30.1% (28) | 10.8% (10) | 0.0% (0) | 55.9% (52)            | 29.0% (27) | 15.1% (14) | 0.0% (0) |
|          | X. 執拗に食事に誘われた*             | 63.4% (59)       | 30.1% (28) | 6.5% (6)   | 0.0% (0) | 50.5% (47)            | 34.4% (32) | 15.1% (14) | 0.0% (0) |
|          | Y. 卑猥な質問をされた**             | 74.2% (69)       | 22.6% (21) | 3.2% (3)   | 0.0% (0) | 55.9% (52)            | 30.1% (28) | 14.0% (13) | 0.0% (0) |

\*p<.05\*\*p<.01

な胸』などの身体の特徴を言われた＞の9項目だった。「話さない」とした回答が最も高かった質問は、セクシヤルな言動の＜R.手や腕をなでられた＞32.3%であり、次いで直接的行動の＜B.爪を立てられた＞31.2%、＜D.つねられた＞29.0%、＜C.引っ掻かれた＞28.0%だった。全体的に「暴力と思うか」と「被害を話すか」の回答は同様の傾向だったが、同じ項目の「思う」割合より「話す」とする割合は10～20%低い値を示した。

各質問項目の「暴力と思うか」と「被害を話すか」の回答率の差を検討した結果は、直接的行動の＜A.叩かれた＞＜B.爪を立てられた＞＜C.引っ掻かれた＞＜D.つねられた＞＜F.髪を引っ張られた＞、間接的行動の＜H.唾を吐きかけられた＞＜I.暴力を振るう仕草をされた＞、ことばの＜O.脅迫された＞＜P.中傷・皮肉を言われた＞、セクシヤルな言動の＜R.手や腕をなでられた＞＜S.抱きつかれた＞

＜V.性的な関係を迫られた＞＜X.執拗に食事に誘われた＞＜Y.卑猥な質問をされた＞の14項目に有意差がみられた。いずれも「暴力と思うか」の「思う」よりも「被害を話すか」の「話す」の割合が有意に低く、「思わない」よりも「話さない」の割合が有意に高かった。2）「状況により被害を話すか」について（表3）

＜11.受けた外傷が、医学的な処置を必要とする場合＞で「話す」割合が61.3%と高く、「多分話す」の回答を加えると92.5%を占めた。「話す」「たぶん話す」を併せて70%以上だったのは、＜1.原因の一つに、自分の処置・ケアの未熟さがあると思う場合＞＜2.原因の一つに、自分のコミュニケーションのとり方未熟さがあると思う場合＞＜3.相手への対応に不備があり、『自分も悪かった』と思う場合＞＜11.受けた外傷が、湿布・絆創膏などのfirst aidで対応できる場合＞の4項目だった。逆に

表3. 看護職が被害を公にするか否かの判断に影響を与えると思われる状況と対応 (n=93)

|                                        | % (人数)     |            |            |            |          |
|----------------------------------------|------------|------------|------------|------------|----------|
|                                        | 話す         | たぶん話す      | たぶん話さない    | 話さない       | 無回答      |
| 1. 原因の一つに、自分の処置・ケア技術の未熟さがあると思う場合       | 21.5% (20) | 53.8% (50) | 20.4% (19) | 4.3% (4)   | 0.0% (0) |
| 2. 原因の一つに、自分のコミュニケーションのとり方の未熟さがあると思う場合 | 20.4% (19) | 54.8% (51) | 21.5% (20) | 3.2% (3)   | 0.0% (0) |
| 3. 相手への自分の対応に不備があり、「自分も悪かった」と思う場合      | 32.3% (30) | 44.1% (41) | 18.3% (17) | 5.4% (5)   | 0.0% (0) |
| 4. 「専門家として相手の言動を受容すべきだ」と思う場合           | 17.2% (16) | 43.0% (40) | 31.2% (29) | 7.5% (7)   | 0.0% (0) |
| 5. 「話しても改善されない (変わらない)」と思う場合           | 18.3% (17) | 39.8% (37) | 32.3% (30) | 9.7% (9)   | 0.0% (0) |
| 6. 「話したら、自分が逆に責められる (注意される)」と思う場合      | 15.1% (14) | 46.2% (43) | 32.3% (30) | 6.5% (6)   | 0.0% (0) |
| 7. 「相手ではなく、疾患や状況がそうさせている」と思う場合         | 9.7% (9)   | 39.8% (37) | 37.6% (35) | 12.9% (12) | 0.0% (0) |
| 8. 相手の信頼・信用の表れだと思う場合                   | 11.8% (11) | 44.1% (41) | 35.5% (33) | 7.5% (7)   | 1.1% (1) |
| 9. 相手の甘え・依存の表れだと思う場合                   | 11.8% (11) | 44.1% (41) | 33.3% (31) | 10.8% (10) | 0.0% (0) |
| 10. 受けた外傷が、医学的な処置を必要とする場合              | 61.3% (57) | 31.2% (29) | 6.5% (6)   | 1.1% (1)   | 0.0% (0) |
| 11. 受けた外傷が、湿布・絆創膏などのfirst aidで対応できる場合  | 36.6% (34) | 38.7% (36) | 19.4% (18) | 5.4% (5)   | 0.0% (0) |
| 12. 痛みなどの身体的苦痛はあったが、外傷は生じていない場合        | 25.8% (24) | 39.8% (37) | 31.2% (29) | 3.2% (3)   | 0.0% (0) |
| 13. 痛みなどの身体的苦痛はなく、外傷も生じていない場合          | 14.0% (13) | 35.5% (33) | 34.4% (32) | 16.1% (15) | 0.0% (0) |

50%以下だった項目は、＜7.『相手ではなく、疾患や状況がそうさせている』と思う場合＞＜13.痛みなどの身体的苦痛はなく、外傷も生じていない場合＞の2項目だった。

さらに、暴力への対応と暴力被害体験の関連を検討するために、過去1年以内に被害を及ぼされた相手別体験の有無に焦点を当て、「患者・その家族からも、看護師・医師等のスタッフからも暴力被害を受けていない群（以下『被害なし群』とする）(n=18)」、「患者・その家族からはあったが、看護師・医師等のスタッフから暴力被害を受けていなかった群（以下『患者からのみ被害あり群』とする）(n=54)」、「患者・その家族からも、看護師・医師等のスタッフからも暴力被害を受けた群（以下『被害あり群』とする）(n=19)」の計3群を抽出し、「状況により被害を話すか」の回答率の差を検定した。結果として、＜4.『専門家として相手の言動を受容すべきだ』と思う場合＞＜6.『話したら逆に自分が責められる』と思う場合＞＜7.『相手ではなく、疾患がそうさせている』と思う場合＞の3項目で有意差がみられ、いずれも被害あり群・患者からのみ被害あり群・被害なし群の順に「話さない」割合が有意に高く、「話す」と「多分話す」を併せた話す傾

向は低かった（図1）。なお、「患者・その家族からはなく、看護師・医師等のスタッフからのみ暴力被害を受けた群（n=2）」は、人数が少なかったため分析の対象とはしなかった。

2. 相手が看護師・医師等のスタッフの場合（表4）

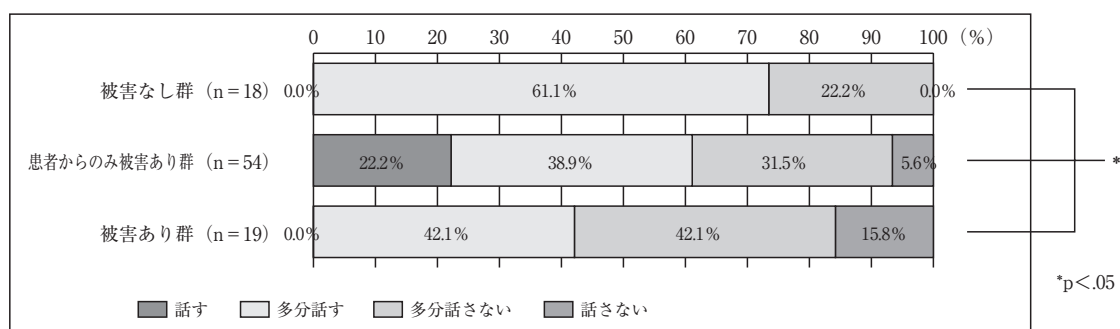
「暴力と思うか」の質問では、「思う」とした割合はセクシャルな言動の＜V.性的な関係を迫られた＞94.6%が最も高く、次いで直接的行動の＜G.首を絞められた＞93.5%、セクシャルな言動の＜T.必要以上に体を露出された＞91.4%、＜Q.体（胸・お尻など）を触られた＞90.3%だった。50%以下はなかったが、60%台だった項目は間接的行動の＜I.暴力を振るう仕草をされた＞61.3%、ことばの＜M.『もう来るな』と介入拒否された＞67.7%、セクシャルな言動の＜R.手や腕をなでられた＞65.6%、＜W.個人情報について尋ねられたり調べられたりされた＞69.9%、＜X.執拗に食事に誘われた＞61.3%の5項目だった。「思わない」とする回答はほぼ全てで10%を下回り、多くは5%前後だった。

「被害を話すか」の質問では、「話す」とした割合が80%以上だった項目は直接的行動の＜G.首を絞められた＞89.2%の1項目であ

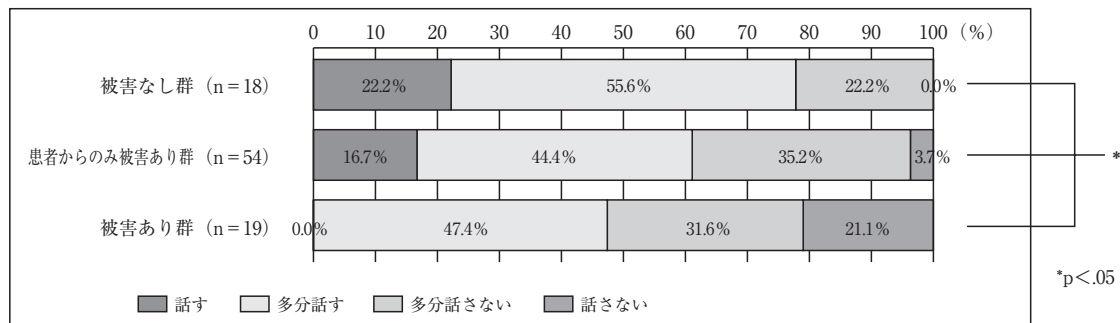
り、70%以上だった項目は直接的行動の＜A.叩かれた＞＜E.体当たり・突き飛ばされた＞＜F.髪を引っ張られた＞、間接的行動の＜H.唾を吐きかけられた＞＜K.物を投げられた＞、ことばの＜O.脅迫された＞、セクシャルな言動の＜Q.体（胸・お尻など）を触られた＞＜V.性的な関係を迫られた＞の8項目だった。「話さない」とした項目で最も高かった項目は、セクシャルな言動の＜U.『大きな胸』などの身体の特徴を言われた＞17.2%であり、15%以上

だった項目はことばの＜N.ののしられた＞、セクシャルな言動の＜R.手や腕をなでられた＞＜X.執拗に食事に誘われた＞の3項目、その他の項目は10%前後だった。全体的に「暴力と思うか」と「被害を話すか」の回答は同様の傾向であり、同じ項目の「思う」割合より「話す」とする割合は10～20%低い値を示したが、「思う」「話す」とする割合は高かった。

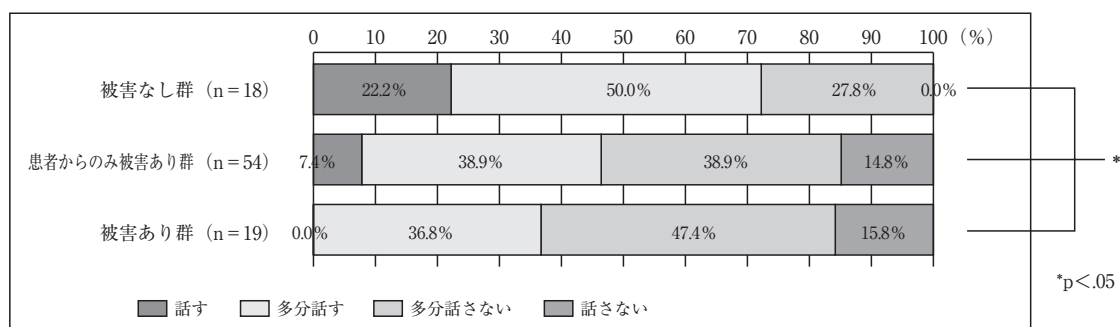
各質問項目の「暴力と思うか」と「被害を



〈4.「専門家として相手の言動を受容すべきだ」と思う場合〉



〈6.「話したら逆に自分が責められる」と思う場合〉



〈7.「相手ではなく、疾患がそうさせている」と思う場合〉

図1. 「状況により被害を話すか」で有意差がみられた各質問項目の回答率 (n=91)

表4. 病院（施設）内でおこりやすいトラブル例としてあげた「相手の言動」に対する認識・対応：  
相手が看護師・医師等のスタッフの場合（n=93）

|          |                             | 暴力・暴言・セクハラだと思うか？ |            |            |          | 病院内の相談窓口または上司に被害を話すか？ |            |            |          |
|----------|-----------------------------|------------------|------------|------------|----------|-----------------------|------------|------------|----------|
|          |                             | 思う               | わからない      | 思わない       | 無回答      | 話す                    | わからない      | 話さない       | 無回答      |
| 直接的行動    | A. 叩かれた                     | 84.9% (79)       | 10.8% (10) | 4.3% (4)   | 0.0% (0) | 73.1% (68)            | 17.2% (16) | 9.7% (9)   | 0.0% (0) |
|          | B. 爪を立てられた**                | 80.6% (75)       | 11.8% (11) | 7.5% (7)   | 0.0% (0) | 65.6% (61)            | 24.7% (23) | 9.7% (9)   | 0.0% (0) |
|          | C. 引っ掻かれた*                  | 79.6% (74)       | 12.9% (12) | 7.5% (7)   | 0.0% (0) | 65.6% (61)            | 23.7% (22) | 10.8% (10) | 0.0% (0) |
|          | D. つねられた*                   | 79.6% (74)       | 11.8% (11) | 6.5% (6)   | 2.2% (2) | 64.5% (60)            | 24.7% (23) | 9.7% (9)   | 1.1% (1) |
|          | E. 体当たり・突き飛ばされた             | 81.7% (76)       | 11.8% (11) | 6.5% (6)   | 0.0% (0) | 71.0% (66)            | 18.3% (17) | 10.8% (10) | 0.0% (0) |
|          | F. 髪を引っ張られた*                | 88.2% (82)       | 5.4% (5)   | 6.5% (6)   | 0.0% (0) | 74.2% (69)            | 16.1% (15) | 8.6% (8)   | 1.1% (1) |
|          | G. 首を絞められた                  | 93.5% (87)       | 4.3% (4)   | 2.2% (2)   | 0.0% (0) | 89.2% (83)            | 7.5% (7)   | 3.2% (3)   | 0.0% (0) |
| 間接的行動    | H. 唾を吐きかけられた                | 88.2% (82)       | 9.7% (9)   | 2.2% (2)   | 0.0% (0) | 79.6% (74)            | 16.1% (15) | 4.3% (4)   | 0.0% (0) |
|          | I. 暴力を振るう仕草をされた*            | 61.3% (57)       | 30.1% (28) | 7.5% (7)   | 1.1% (1) | 50.5% (47)            | 36.6% (34) | 11.8% (11) | 1.1% (1) |
|          | J. 側にあった物品・器物に暴力を受けた*       | 79.6% (74)       | 11.8% (11) | 8.6% (8)   | 0.0% (0) | 63.4% (59)            | 23.7% (22) | 12.9% (12) | 0.0% (0) |
|          | K. 物を投げられた*                 | 89.2% (83)       | 5.4% (5)   | 5.4% (5)   | 0.0% (0) | 74.2% (69)            | 16.1% (15) | 9.7% (9)   | 0.0% (0) |
| ことば      | L. 威圧・威嚇された**               | 81.7% (76)       | 15.1% (14) | 3.2% (3)   | 0.0% (0) | 59.1% (55)            | 31.2% (29) | 9.7% (9)   | 0.0% (0) |
|          | M. 「もう来るな」と介入拒否された          | 67.7% (63)       | 21.5% (20) | 10.8% (10) | 0.0% (0) | 61.3% (57)            | 24.7% (23) | 14.0% (13) | 0.0% (0) |
|          | N. ののしられた**                 | 74.2% (69)       | 15.1% (14) | 10.8% (10) | 0.0% (0) | 53.8% (50)            | 30.1% (28) | 16.1% (15) | 0.0% (0) |
|          | O. 脅迫された*                   | 89.2% (83)       | 7.5% (7)   | 3.2% (3)   | 0.0% (0) | 75.3% (70)            | 16.1% (15) | 8.6% (8)   | 0.0% (0) |
| セクシヤルな言動 | P. 中傷・皮肉を言われた**             | 73.1% (68)       | 21.5% (20) | 5.4% (5)   | 0.0% (0) | 53.8% (50)            | 33.3% (31) | 12.9% (12) | 0.0% (0) |
|          | Q. 体（胸・お尻など）を触られた**         | 90.3% (84)       | 7.5% (7)   | 2.2% (2)   | 0.0% (0) | 72.0% (67)            | 21.5% (20) | 6.5% (6)   | 0.0% (0) |
|          | R. 手や腕をなでられた**              | 65.6% (61)       | 23.7% (22) | 10.8% (10) | 0.0% (0) | 43.0% (40)            | 40.9% (38) | 16.1% (15) | 0.0% (0) |
|          | S. 抱きつかれた**                 | 88.2% (82)       | 7.5% (7)   | 4.3% (4)   | 0.0% (0) | 69.9% (65)            | 21.5% (20) | 7.5% (7)   | 1.1% (1) |
|          | T. 必要以上に体を露出された**           | 91.4% (85)       | 7.5% (7)   | 1.1% (1)   | 0.0% (0) | 76.3% (71)            | 17.2% (16) | 6.5% (6)   | 0.0% (0) |
|          | U. 「大きな胸」などの身体の特徴を言われた*     | 61.3% (57)       | 25.8% (24) | 11.8% (11) | 1.1% (1) | 43.0% (40)            | 37.6% (35) | 17.2% (16) | 2.2% (2) |
|          | V. 性的な関係を迫られた**             | 94.6% (88)       | 3.2% (3)   | 2.2% (2)   | 0.0% (0) | 72.0% (67)            | 22.6% (21) | 5.4% (5)   | 0.0% (0) |
|          | W. 個人情報について尋ねられたり調べられたりされた* | 69.9% (65)       | 21.5% (20) | 8.6% (8)   | 0.0% (0) | 57.0% (53)            | 31.2% (29) | 11.8% (11) | 0.0% (0) |
|          | X. 執拗に食事に誘われた*              | 61.3% (57)       | 29.0% (27) | 9.7% (9)   | 0.0% (0) | 45.2% (42)            | 39.8% (37) | 15.1% (14) | 0.0% (0) |
|          | Y. 卑猥な質問をされた**              | 74.2% (69)       | 23.7% (22) | 2.2% (2)   | 0.0% (0) | 48.4% (45)            | 40.9% (38) | 10.8% (10) | 0.0% (0) |

\*p<.05\*\*p<.01

話すか」の回答率の差を検定した結果は、直接的行動の＜E.体当たり・突き飛ばされた＞＜G.首を絞められた＞、間接的行動の＜H.唾を吐きかけられた＞、ことばの＜M.『もう来るな』と介入拒否された＞の4項目を除いた全ての質問項目で有意差がみられた。いずれの項目も「思う」よりも「話す」割合が有意に低く、「思わない」よりも「話さない」の割合が有意に高かった。

## IV 考察

### 1. 相手が患者・その家族の場合

今回の研究では、直接的行動ではより非日常的で苦痛が大きな行動で「思う」「話す」割合が高い傾向にあった。特に＜G.首を絞められた＞は日常生活で見聞きすることはまずないため、「思う」「話す」割合が一貫して高かったのではないかと考えられる。間接的行動では、周囲の物が破損する等の物理的要因を伴う項目が高く、物理的要因を伴わない項目が低いという傾向がみられた。これは＜O.脅迫された＞以外のことばの3項目について、「思う」「話す」割合が全体的に低かったことでも裏付けられる。各言動の質問項目は、先行研究<sup>3) 5) ~7) 12)</sup>で暴言・暴力・ハラスメント、またはそれに類するものとして報告されたもの、即ち、全てが「思う」または「話す」と回答されてもおかしくない項目であり、一般の日常生活で十分問題視される言動である。しかし、患者やその家族の直接的行動・間接的行動・ことばによる被暴力体験を、看護職が「暴力である」と受け止めるかどうかには、相手の言動が非日常性や物理的影響を伴うどうかの影響を及ぼすことが示唆された。

その理由として、「身体的苦痛が大きい実害がなかったから、暴力と思わなく（話さなく）ても大丈夫」「これくらいのことばは看護の

仕事をしていたら仕方がない」等というよう  
な個人の考えが根底にあること、看護職の安  
全・尊厳が、患者の安全・人権と同等である  
とは必ずしも考えられていないという、看護  
職の職場風土の影響<sup>13)</sup>が考えられる。看護職の  
専門性に基づいたそうした判断は職務上必要  
と思われる部分もあるが、その一方で、意  
識・無意識を問わず自らを抑圧している看護  
職像が表れている。兼児・石橋が「万事に物  
申すような持続型ハラスメント」や「医療者  
の本質に迫る本質型ハラスメント」のような  
物理的暴力を伴わないハラスメントを受けた  
場合、被害者は厭世的な気分・喪失感が強く  
なり実際に離職につながる事例もあったと報  
告しているが、実質的被害と認識が異なり葛  
藤した末に離職となった可能性もある。さら  
に、「暴力と思うか」と「被害を話すか」の  
回答で有意差がみられた14の質問項目につ  
いては、認識だけでなく対応においても抑圧や  
葛藤がおきている可能性があるといえる。

セクシャルな言動では、清拭・更衣といっ  
た「職務上欠かせない日常的な患者への接  
触」と区別しにくいものが低い傾向があるこ  
とが明らかになった。即ち、＜V.性的な関係  
を迫られた＞＜S.抱きつかれた＞＜Y.卑猥な  
質問をされた＞といったようなあからさまな  
言動でなければ「思う」「話す」とする割合は  
減少し、患者の手が偶然当たったかもしれな  
いというような、線引きしにくいものでは更  
に低くなった。このセクシャルな言動の傾向  
は、他の3種類の言動とは異なっている。藤  
森<sup>15)</sup>は性被害者の傷つきやすさと共に、「社会で  
は、まるで性被害者には何らかの落ち度が  
あったのではないかという、うっすらとした  
偏見と差別を感じつつも、しかし言語化して  
はまずいのではないかという状況がまかり  
通っている」と述べている。看護の専門性に  
基づいた判断や感情を処理した結果に加え  
て、そのような一種のタブー視、他者に被害  
を受けたことを知られたくない気持ちや羞恥

心等が「専門職としての意識」をもつからこ  
そ一層大きくはたらき、異なった結果となっ  
たのではないかと考えられる。

「状況により被害を話すか」で質問した13  
項目については、自分に非があった場合や身  
体的苦痛・外傷がひどくなるほど「話す」割  
合が高く、看護職としての専門性が意識され  
る場合や、自らの状況が好転しない場合に  
「話す」割合が低くなる傾向にあった。これ  
は、前述した看護職個々の考えや職場風土の  
傾向を示し、暴力を受けた事実を公にすること  
に一種の枷がかかっている看護職の現状を  
示している。特に「話す」割合を低くするこ  
の傾向は、「暴力被害も実態に関するアクセシ  
ビリティ・インシデントレポートが実態を反映せ  
ず、数が少ない」<sup>16)</sup>とされる理由であり、暴力  
被害を潜在化させる要因の一つとなっている  
と考えられる。また、荻原は暴力を受けた看  
護師の実態調査で、「暴力を受けた時・その後  
の心理とも陰性感情が表出されているが、そ  
れぞれの看護師が業務に支障をきたさないよ  
うに感情をコントロール、抑圧して感情の処  
理が行われている」と述べており、今回の結  
果はその処理がどのように発揮されているか  
を示唆している。しかし、「患者からの暴力  
は、専門職者としてだけではなく、1人の人  
間としての尊厳や自信までも失わせる」<sup>13)</sup>  
以上、そのような感情の処理を行う看護職にか  
かる心理的負荷は非常に大きい。特に＜4.  
『専門家として相手を受容すべきだ』と思う  
場合＞＜6.『話したら逆に自分が責められる  
(注意される)』と思う場合＞＜7.『相手で  
はなく、疾患や状況がそうさせている』と思  
う場合＞という3項目は、暴力被害体験で暴  
力を及ぼされた相手が多重になるほど被害が  
潜在化することを示しているため、その傾向  
は大きいと考えられる。患者から及ぼされる  
暴力被害は、バーンアウトや心的外傷後スト  
レス障害(PTSD)等をも生み出すとされる  
が、暴力被害の結果としてだけではなく、更

に心理的負荷がかかった看護職の葛藤が加わりそれらの状態が生じることもあるのではないだろうか。

暴力被害の事実を確実に把握し対応するための方策を講ずるには、今回得られた結果のような各項目で「何が被害として認識されやすく、また認識されにくいのか」「被害として表面化しやすいもの、潜在化しやすいものは何か」という看護職の認識や行動の傾向を踏まえることが重要となる。暴力と一くくりに扱わずに、被害が被害と認識されにくく潜在化しやすいものはそれとして見なければ、方策を講じても当然有効に機能しない。管理者だけでなく組織全体で具体的に統一した「看護職の認識や行動の傾向を踏まえた暴力の判断ライン」をもつことも必要である。さらに、患者の安全・人権と同様に、看護職の安全・尊厳を尊重する風土を組織として構築すると共に、より被害情報を的確に収集する手段も講じなければならない。医療事故予防としてインシデント・レポートの記載がどの病院・施設にも浸透しているが、類似したレポートを作成・活用するのも手段として有効であろう。その際は、被害を報告しても本人には責任や不利益はなく、看護職として責められたり阻害されたりすることはないことも徹底し、二次被害を防ぐ必要がある。暴力被害を受けた看護職には、サポートやメンタルヘルスケアが重要であることが述べられており<sup>1) 9) 16)</sup>、それらの重要性は当然のことである。しかし根本的な解決のためには、被害を正確に収集・把握しなければどのような対策も的確に講じられないことを強く認識すると同時に、看護職が抑圧することなく暴力被害をスムーズに認識し表出していけるための土壌を、まずは作っていくしかないと考える。

## 2. 相手が看護師・医師等のスタッフの場合

直接的行動では、どの項目も「思う」「話す」と回答する割合が高かった。先述した看護職としての専門意識や職場風土という話す

ことを妨げる一種の枷が、同じく援助を行う立場の者には作用しにくいことを示唆している。間接的行動では、相手が患者・その家族の場合と同様に、物理的要因を伴う行動でないと「思う」「話す」と回答する割合が低下する傾向にあった。物理的影響＝実害ととらえ、暴力としにくいとも考えられるが、ことばの項目では「思う」「話す」割合が高く、そのように単純化できるかは非常に疑問で検討の余地がある。同僚・上司による暴力の特徴として、精神的な攻撃やいじめが主になっている報告<sup>11)</sup>からもこれらの項目を検討する重要性は明らかであり、上司・先輩からの教育的指導との区別も含め、今後その内容を更に精査しデータを積み重ねていく必要がある。

セクシャルな言動では、相手が患者・その家族の場合で「思う」「話す」と回答する割合が高かった項目が同様に高く、且つ全体的にも高い値となった。＜Q.体（胸・お尻など）を触られた＞＜T.必要以上に体を露出された＞は、相手が患者・その家族の場合では低かったが看護師・医師等のスタッフの場合では高く、社会生活を営む上で必要な一定の判断基準が発揮されているといえる。

一方で、「思う」よりも「話す」割合が非常に低下し、全体的に低いことは特徴的である。最もつらい暴力被害体験に絞った場合その加害者は同僚であり、暴力を受けた体験のある人は援助を求めない傾向が高く、上司へ報告される割合は2割弱とされるが、今回の結果はそれが裏付けられている。被害を受けた時にまず相談する同僚が加害者であった場合、相談することができずに被害状況が続くと状況はさらに悪化し、被害者の孤立が進む<sup>3)</sup>という悪循環を来す。職場環境が悪くなることを慮っていたり我慢していたりする、恐怖心で言うに言えない等の可能性を加味しつつ、被害・ダメージの質や量、個々の対応といった影響要因、および、第三者として被害把握・対応を行うための独立したシステム作りも検

討し、今後さらに詳細に調査していかなければならない。

本研究では看護職への暴力被害について、相手が看護師・医師等のスタッフの場合では患者・その家族の場合とは異なる認識の傾向が得られ、被害を受けた結果としての反応の質が異なることが示唆された。しかし相手が患者・その家族の場合と同内容で検討するには限界があり、今後は異なる内容で更にデータを積み重ね、その「反応の質」の具体や要因を検討していく必要がある。

## 注・引用文献

- 1) 安井はるみ. 院内暴力とその対応の現状. 看護管理. 2006;16(12):1019-1022.
- 2) 新幅知子. 看護師のための“院内暴力”予防と対応. 看護展望. 2005;30(13):1447-1450.
- 3) 大澤智子, 加藤寛. 看護師の職場における被暴力体験とその影響に関する調査研究. 心的トラウマ研究. 2008;4:69-81.
- 4) 三浦百合子, 田中淳子, 他. 看護職が患者・家族から受ける暴力行為と組織対応に向けた取り組み. 第39回看護管理. 2008;279-281.
- 5) 齊藤均. 職場暴力の被害にあった看護師が報告をためらう理由. 神奈川県立保健福祉大学センター看護教育研究収録. 2009;34:203-209.
- 6) 和田由紀子, 佐々木祐子. 病院に勤務する看護職への暴力被害の実態とその心理的影響. 新潟青陵学会誌. 2011;4(1):1-12.
- 7) 三木明子. 暴力を受けた看護師へのメンタルサポート. 看護展望. 2005;30(13):1441-1446.
- 8) 清水房枝, 坂口桃子, 他. 看護師が受ける患者・家族からの暴力, 暴言への危機管理. 看護管理. 2006;16(12):1014-1018.
- 9) 武井麻子. 医療福祉の場の暴力—暴力をめぐるさまざまな問題を考える—. 精神科看護. 2004;31(3):10-15.
- 10) 小宮浩美, 鈴木啓子, 他. 暴力による身体

的・心理的影響と被害を乗り越える方法. 精神科看護. 2004;31(3):16-23.

- 11) 鈴木啓子. 保健医療現場における職場暴力について② 診療科を問わない職場暴力の実態と看護者の課題. 臨床看護. 2007;33(13):2022-2028.
- 12) 鈴木久子. 暴力発生にどう対応するか—対応マニュアルの作成・活用—. 看護展望. 2005;30(13):1431-1440.
- 13) 友田尋子. 特別講演 1 隠蔽されてきた看護師への暴力. 看護. 2009;66-70.
- 14) 兼児敏浩, 石橋美紀, 他. 患者ハラスメントの実態調査とその対策に関する研究. 日本医療マネジメント学会雑誌. 2009;9(2):399-403.
- 15) 藤森和美. 被害者のトラウマとその支援. 51-61. 東京都誠信書房;2001.
- 16) 鈴木啓子, 石野麗子, 他. 暴力被害を口に出せない看護者の心理から考える被害者支援システムの構築. 精神看護. 2005;8(3):30-38.
- 17) 荻原由紀. 看護師が受ける暴力の面接法による実態調査—暴力の経験について印象に残ったことを自由に解答してもらった結果より—. 第38回看護管理. 2007;128-130.

## 謝辞

本調査を行うにあたり、ご協力くださいました看護部および看護職の皆さまに心より感謝申し上げます。



# 看護基礎教育における模擬患者を活用した教育効果の検討

## —口腔ケア演習を通して（第1報）—

遠藤 順子<sup>1)</sup>・澁谷 恵子<sup>1)</sup>・菅原真優美<sup>2)</sup>

1) 東京工科大学医療保健学部看護学科

2) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

## Educational Effect by Using Simulated Patient in Basic Nursing Education : Through Practice on Oral Health Care (the First Report)

Junko Endo,<sup>1)</sup> Keiko Shibuya,<sup>1)</sup> Mayumi Sugawara<sup>2)</sup>

1) TOKYO UNIVERSITY OF TECHNOLOGY DEPARTMENT OF NURSING

2) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

### 要旨

本研究の目的は、模擬患者（以下SP）を活用した「口腔ケア演習」における看護学生の学び・反応を先行研究結果と比較し、その教育効果を検討することである。看護学生64名に質問紙調査を実施した結果、学生はケアを通したSPからのフィードバックや援助時の反応、模擬患者という存在自体に強く影響を受けることが明らかになった。自由記載の質的分析結果からもSPとの関わりを通して【内発的動機づけを得る】ことや【他者理解の必要性を認識する】ことが示された。

また、看護師体験の有無による学習効果には有意な差は認められなかった。これは、学習体験の違いによる学習効果の差が生じない演習プログラムの工夫によるものと考えられる。

しかし、個人としては【模擬患者を活用した演習におけるネガティブな反応】も示されており、肯定的にも否定的にも強く影響し、学習効果を左右するSPの活用については教育内容の精選や意図的なプログラム作成の必要性が示唆された。

### キーワード

模擬患者、看護基礎教育、教育効果

### Abstract

The objective of the present study was to compare the learning content and responses of nursing students in “practice on oral health care” that used simulated patients (SP) with those of a previous study, and to investigate the educational effect of the practice. The results of a questionnaire survey conducted on 64 nursing students indicated that students were strongly influenced by the feedback they received from SP through care, the responses of SP during provision of assistance, and the presence of SP itself. Qualitative analysis of free response items also showed that interactions with SP resulted in “intrinsic motivation” and “recognition of the need to understand others”.

In addition, no significant differences were observed in learning effects between students with and without learning experience in nursing. This finding was attributed to the fact that the practice program was designed to prevent differences in learning effects by learning experience.

However, at the personal level, “negative responses regarding practice using SP” were also observed. These findings indicate the need for careful selection of educational contents and creation of more effective programs in the use of SP, which exerts strong effects both positively and negatively and influences learning effects.

### Key words

simulated patient, basic nursing education, education effect

## I はじめに

看護基礎教育における看護技術演習は、従来、学生同士で看護師役と患者役を交互に体験する方法を用いて知識・技術・態度の修得を目指してきた。学生が患者役を体験することは、援助を受ける立場から患者心理を推し量りより良い看護を問う契機となり得る。一方、模擬患者（Simulated Patient、以下SPと略す）参加型の教育方法は、1975年に日本に紹介され、医学、薬学、理学療法などの教育において既に導入されている<sup>1,3)</sup>。SPは医療系大学におけるOSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床能力試験）等に活用されるStandardized Patient：標準模擬患者と、授業・演習等の練習の場に参加するSimulated Patient：模擬患者の2つの意味を持つが、本研究で用いるSPとは、後者を示す。看護基礎教育では、2000年頃よりその実践報告が散見されるようになった。先行研究結果からは、看護教育における看護基本技術の演習にSPを活用する理由として、患者への直接的経験なしには看護実践能力の育成は困難であるが、その力が未熟な段階にある学生が、他者と直接関わる中で看護技術を現実的に学ぶ方法としての有用性が報告されている<sup>4)</sup>。具体的には第一に『SPが創り出すリアリティによって生じる効果』<sup>5)</sup>として、①学生の感情が揺さぶられ、②SPからのフィードバックが学生の気づきを高め、③SPとの関わりが学生にインパクトを与え、④患者の気持ちや視点を知り、⑤患者を包括的に理解する重要性に気づく機会となり、⑥基本に立ち戻る機会になることが示唆されている<sup>12)</sup>。第二に『日常とは異なる学習環境が創り出す効果』<sup>5)</sup>として、①適度な緊張感をもって演習に臨むことができ、②主体的な学習姿勢を引き出し、③学習継続を動機づけ、④学生自身の学習姿勢を問い直す機会になることが示唆されている<sup>15)</sup>。第三に『模擬という状況によって生じる

効果』として、段階的、実践的学習を強化することができる<sup>5)</sup>ことが示唆されている。また、SPを活用した教育効果を左右する一要因としてSPの質があげられる<sup>5)</sup>。

しかし、これらの先行研究におけるSPは養成背景が異なっており教育効果の検証までには至っていない。また、教員がSPを演じた場合、学生の技術習得に効果があるといった報告もある<sup>16-18)</sup>。SPの本来の定義は、患者の単なる病歴や身体所見にとどまらない、病人特有の態度や心理的、感情的側面に至るまでを可能な限りを尽くし完全に模倣するように訓練を受けた健康人とされており、A大学看護学科では、一定の専門機関で訓練を受けたSPを活用した教育実践を行っている。

そこで、本研究では第一報としてSPを活用した「口腔ケア演習」における学生の気づき・学び・反応について先行研究結果との比較検討を行い、看護基礎教育におけるSPを活用した教育効果の特徴および教育効果について明らかにし、教育方法の改善の示唆を得ることを目的とする。また、今後は得られた本研究結果をもとに、今後ますますの導入が予測されるSPを活用した看護基礎教育の改善に向けた研究へと発展させていきたいと考える。

## II 方法

### 1. 演習内容

「口腔ケア演習」は、第1回目に全学生が学生同士で交互に看護師役・患者役を体験する演習を行った後、第2回目に患者役にSPを活用し学生の一部が看護師役を体験し学びを共有する演習の2回行った。また、SPを活用した演習プログラムは、看護師役体験の有無による学習効果の差が生じない工夫として以下の6点に基づき実施した。①SPを活用した「口腔ケア演習」前にSP事例および事前課題を提示する。②看護師役学生は当日決定する。③各グループはSPへの援助を2回行う。

看護者役は1回目と2回目で別の学生が行う。④1回目の援助の後、学生間でカンファレンスを行い改善点について検討する。⑤改善された援助の方法に基づいて2回目の援助を行う。⑥2回目の援助の後、SPと学生の合同カンファレンスを行い、SPからフィードバックを受ける。SPを活用した演習概要を表1に示す。

## 2. 倫理的配慮

対象者に以下について口頭および文書で説明した。①研究の目的と意義、②得られたデータの匿名性の保証、研究目的以外の使用の禁止、研究後の適切な手段による破棄、③得られたデータの厳密な管理、④研究への参加・不参加および中断の自由。⑤研究へ参加しない場合に成績など学業において不利益を受けない権利の保証、⑥研究結果の公表、⑦研究結果を知る権利の保証。

また、所属施設の倫理審査委員会に倫理申請した結果、「データは連結不可能匿名化され

ており、『臨床研究に関する倫理指針』の対象にならない」旨、報告を受けた。

## 3. 調査

### 1) 対象および調査期間

基礎看護技術「口腔ケア演習」を受講したA大学看護学科2年生85名であり、調査期間は、2011年7月である。

### 2) 調査方法

「口腔ケア演習」後、無記名自記式質問紙調査を行った。研究協力依頼書・質問紙を配布した後、研究目的、内容、倫理的配慮について文書および口頭で説明を行い協力を依頼した。研究参加の自由を担保するため、説明後は退室し教室に設置した回収箱に投函してもらい、その後回収した。

### 3) 質問紙内容

質問項目は、①基本属性（年齢・性別）、②「口腔ケア演習」時の看護師役体験の有無、③SPを活用した教育効果から構成される。SPを活用した教育効果の質問項目は、先

表1 「口腔ケア演習」の概要

| 演習                                | 学生の学習                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第1回<br>口腔ケア演習<br>(90分)            | 全学生が学生同士で交互に看護師役・患者役を体験する<br>《患者設定》両上肢の運動機能障害により自分で口腔の清潔が保持できない患者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 第2回<br>口腔ケア演習<br>(90分)            | ◆グループ編成、第2回口腔ケア演習のSP事例の提示<br>各グループでSP事例に適した口腔ケアの方法について検討・立案する<br>《SP事例》両上肢の運動機能障害により自分で口腔の清潔が保持できない患者<br>・70歳代 ・男性／女性 ・和式寝衣を着用 ・骨折の疼痛なし<br>・口を大きく開けることに遠慮がある ・意思の疎通は問題なし<br>・安静度制限はなし                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 第2回<br>SPを活用した<br>口腔ケア演習<br>(90分) | 各グループの代表がSPに対し看護役を体験する<br>【SPに対する1回目の口腔ケア】<br>1. グループの代表1名が看護師役になり、事前に立案した口腔ケアの方法に基づきSPに口腔ケアを行う *看護師役は当日に確定する<br>2. 他の学生は観察者として以下の視点に基づき見学する<br>・看護師役学生の援助の良い点、改善点 ・SPの身体的、精神的な安全、安楽<br>・看護師役学生—SPの関係、等<br>3. 1回目の口腔ケア終了後に学生間でカンファレンスを行い、改善点を加筆修正する<br>【SPに対する2回目の口腔ケア】<br>4. 加筆修正した口腔ケアの方法に基づきグループの代表1名が看護師役になり、SPに口腔ケアを行う *1回目の看護師役とは別の学生<br>5. 上記2同様<br>6. 2回目の口腔ケア終了後に以下の視点に基づき学生・SP合同カンファレンスを行う<br>・SPへの口腔ケアを通しての気づき・学びと今度の課題、等<br>7. まとめ／学習の共有をはかる |

行研究<sup>4,5,7-9,11-13,15,17,18)</sup>を参照した11項目に独自の1項目からなる12項目で、評価はすべて「まったくあてはまらない」(1点)～「よくあてはまる」(5点)の5段階リッカート法を用いた。また、自由記載の1項目からなる全13項目間を設定した。本調査前にプレテストを行い、質問項目の確認・一部修正を行った。

#### 4) 分析方法

(1) 統計学的解析は、市販の統計ソフトSPSS19.0 for Windowsを用いて単純記述統計、「口腔ケア演習」時の看護師体験の有無の平均得点の差は対応のないt検定を行った。

(2) 自由記載により得られたデータは、質的記述的研究の以下の手続きにより分析した。

- ① 記述された内容を意味内容の通じる記録単位に整理し、コード化する。
- ② コードをその類似性によりサブカテゴリ、カテゴリと抽象度を上げて分類する。
- ③ 分類結果について、研究者間で妥当性の吟味検討を行う。

(3) (1)(2)より得られたデータは、先行研究結果と比較検討し、その特徴・傾向を

明らかにした。

### Ⅲ 結果

#### 1. 対象者の属性

本研究に同意の得られた学生65名(回収率76%)のうち看護師役体験の有無について欠損のある1名を除いた64名(有効回答率98%)を対象とした。平均年齢20.1(SD=2.5)歳であり、女性53名、男性9名、無記名2名であった。口腔ケア演習時の看護師役体験ありの対象者は28名であり、平均年齢19.8(SD=3.3)歳、女性22名、男性4名、無記名2名であった。看護師役体験なしの対象者は36名であり、平均年齢20.0(SD=2.5)歳、女性31名、男性5名であった。

#### 2. SPを活用した「口腔ケア演習」における学習効果

各質問項目の平均得点は、レーダーチャート上のパターンで4.02～4.70の高い値を示した(図1)。なかでも「Q2主体的な学習の大切

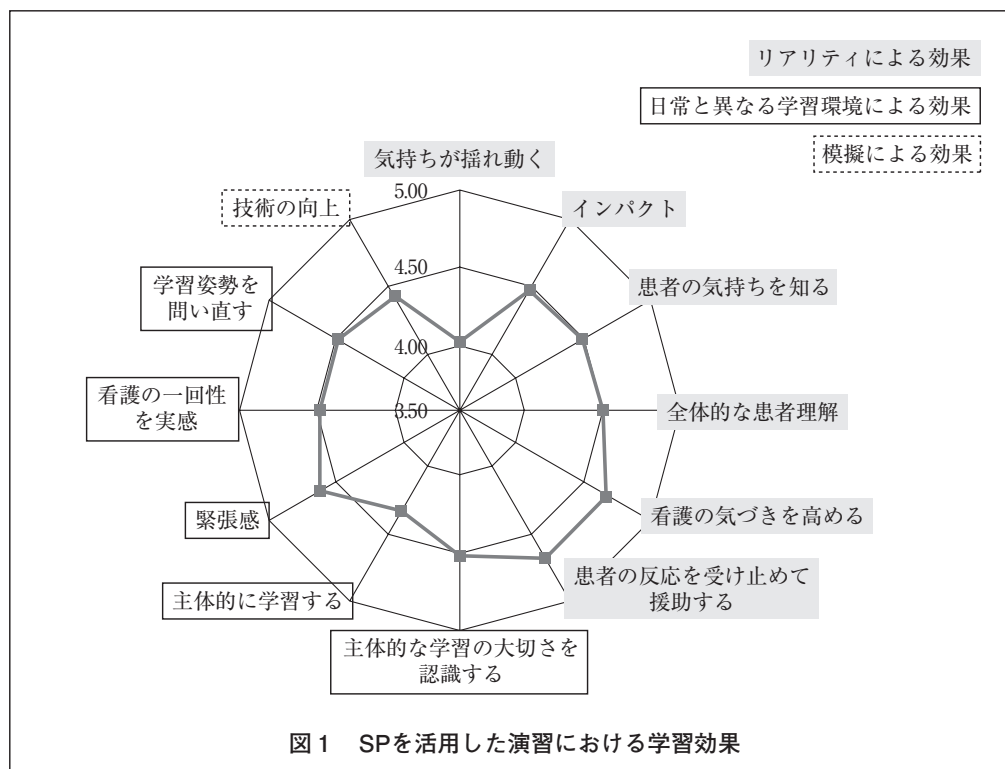


図1 SPを活用した演習における学習効果

さを認識する」は4.53、「Q5看護の気づきを高める」は4.70、「Q8緊張感」は4.66、「Q11患者の反応を受けとめて援助する」は4.70で平均得点4.50を上まわる特に高い値を示した。一方、すべてにおいて高い値を示すなかで「Q1気持ちが揺れ動く」は4.02、「Q10主体的に学習する」は4.30とこの2項目は最下位とそれに次いで低い得点であった。

### 3. 「口腔ケア演習」時の看護師役体験の有無による学習効果の比較

“看護師役体験あり”の対象者は“看護師役体験なし”の対象者よりも「Q1気持ちが揺れ動く」・「Q2主体的な学習の大切さを認識する」・「Q5看護の気づきを高める」・「Q6技術の向上」・「Q7インパクト」・「Q9全体的な患者理解」・「Q10主体的に学習する」・「Q11患者の反応を受けとめて援助する」・「Q12学習姿勢を問い直す」の項目について平均得点を上まわった。また、“看護師役体験なし”の対象者は“看護師役体験あり”の対象者よりも「Q3患者の気持ちを知る」・「Q4看護の一回

性を実感」・「Q8緊張感」の項目について平均得点を上まわった(図2)。しかし、“看護師役体験あり”と“看護師役体験なし”のすべての平均得点には有意な差は認められなかった(表2)。

### 4. SPを活用した「口腔ケア演習」の気づき・学び・反応

自由記載の回答は27人(42%)であった。データ分析の結果からSPを活用した学生の反応として分析されたコードは45コード、これらを意味内容の類似性から抽象化を進めて14サブカテゴリ、3カテゴリを抽出した。以下に導き出されたサブカテゴリを《 》、カテゴリを【 】で示す(表3)。

「口腔ケア演習」を通した学生の気づき・学びとして第一に【内発的学習動機づけを得る】が示された。学生は、《良い緊張感を持って学習に臨むことができた》なかで《SPのケアを通して看護の気づきを得る》ことにより《身体の構造/機能を理解することの大切さを認識する》《自己の学習姿勢を振り返る》《学習

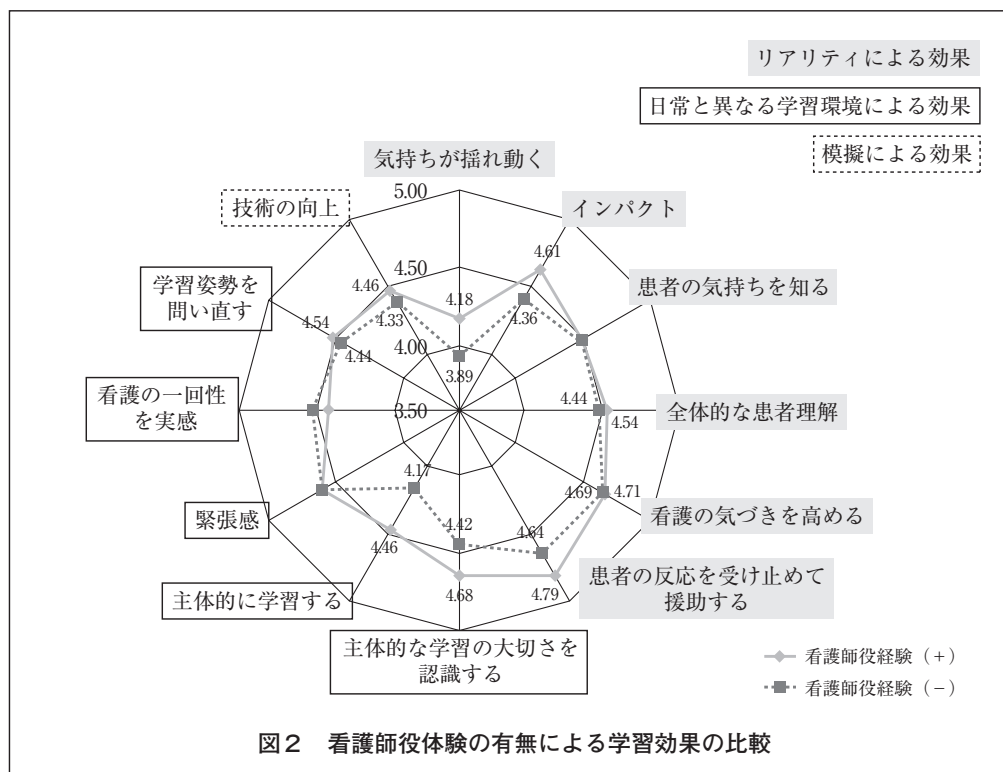


表2 看護師役経験の有無による学習体験の比較

| 質問項目 |                                                 | 平均値 (SD)   |            |     |
|------|-------------------------------------------------|------------|------------|-----|
|      |                                                 | 看護師役経験あり   | 看護師役経験なし   |     |
| Q1   | 模擬患者との関わりを通して快・不快・喜び・悲しみなどの自分の気持ちが揺れ動いた         | 4.18(0.61) | 3.89(0.75) | n.s |
| Q2   | 主体的な学習姿勢の大切さを感じた                                | 4.68(0.55) | 4.42(0.55) | n.s |
| Q3   | 患者の気持ちや視点を知ることが出来た                              | 4.46(0.51) | 4.47(0.65) | n.s |
| Q4   | 看護の1回性について実感し、継続した学習への動機づけとなった                  | 4.36(0.62) | 4.53(0.56) | n.s |
| Q5   | 模擬患者から実施した援助に対する感想・意見を聞くことにより援助や看護に対する新たな気づきを得た | 4.71(0.54) | 4.69(0.53) | n.s |
| Q6   | 繰り返し実行することで技術の向上につながった                          | 4.46(0.74) | 4.33(0.77) | n.s |
| Q7   | 模擬患者との関わりは印象深くインパクトを与えられた                       | 4.61(0.63) | 4.36(0.83) | n.s |
| Q8   | 適度な緊張感をもって演習に臨むことができた                           | 4.64(0.56) | 4.67(0.63) | n.s |
| Q9   | 患者を全体的に理解することの重要性に気づくことができた                     | 4.54(0.74) | 4.44(0.65) | n.s |
| Q10  | 主体的に学習に臨めた                                      | 4.46(0.58) | 4.17(0.76) | n.s |
| Q11  | 患者の反応を受け止めながら援助をすることの大切さを再認識した                  | 4.79(0.50) | 4.64(0.60) | n.s |
| Q12  | 自分自身の学習姿勢を問い直す機会になった                            | 4.54(0.70) | 4.44(0.70) | n.s |

表3 SPを活用した「口腔ケア演習」の気づき・学び・反応

| カテゴリ                    | サブカテゴリ (N=27)                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内発的学習動機づけを得る            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・SPのケアを通して看護の気づきを得る(9)</li> <li>・SPを活用した学習の有効性を実感する(7)</li> <li>・自己の学習姿勢を振り返る(5)</li> <li>・良い緊張感を持って学習に臨むことができた(5)</li> <li>・学習の必要性を認識する(3)</li> <li>・ケアすることの喜びを得る(2)</li> <li>・身体の構造／機能を理解することの大切さを認識する(1)</li> </ul> |
| 他者理解の必要性を認識する           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・他者を理解することの大切さを認識する(2)</li> <li>・他者を理解することの困難さを認識する(1)</li> </ul>                                                                                                                                                      |
| 模擬患者を活用した演習におけるネガティブな反応 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・学習内容の差を感じ学びの実感が得られない(4)</li> <li>・模擬患者に対する強い緊張(3)</li> <li>・看護師と比較されているという思い(1)</li> <li>・学習内容に対する不満足感(1)</li> </ul>                                                                                                  |

の必要性を認識する》など学習への意欲を刺激されている。そして、《ケアすることの喜びを得る》ことで《SPを活用した演習の有効性を実感する》ことが明らかになった。第二に【他者理解の必要性を認識する】が示された。学生は、《他者を理解することの困難さを認識する》とともに《他者を理解することの大切さを認識する》ことが明らかになった。また、【模擬患者を活用した演習におけるネガティブな反応】が示された。学生は、多くの気づきや学びを得る一方、SPを活用するという特殊な学習環境において一部ではあるが《模擬患者に対する強い緊張》や《緊張によ

る不安》、《看護師と比較されているという思い》を抱き《学習内容に対する不満足感》や《学習内容の差を感じ学びの実感が得られない》ことが明らかになった。

#### IV 考察

##### 1. SPを活用した教育効果

先行研究<sup>7)</sup>でSPを活用した教育効果として示唆され本研究で調査した『リアリティによる効果』、『日常と異なる学習環境による効果』、『模擬による効果』の各質問項目の平均得点は4.02～4.70の高い値を示した。なかでも「Q

2 主体的な学習の大切さを認識する」・「Q5 看護の気づきを高める」・「Q8 緊張感」・「Q11 患者の反応を受けとめて援助する」は平均得点 4.50 を上まわり特に高い値を示した。また、「看護師役体験あり」の対象者は「看護師役体験なし」の対象者よりも「Q1 気持ちが揺れ動く」・「Q2 主体的な学習の大切さを認識する」・「Q5 看護の気づきを高める」・「Q6 技術の向上」・「Q7 インパクト」・「Q9 全体的な患者理解」・「Q10 主体的に学習する」・「Q11 患者の反応を受けとめて援助する」・「Q12 学習姿勢を問い直す」の 9 項目について平均得点を上まわった。これらは、統計的な優位差は認められなかったが、SP 活用の教育効果として本研究で質問項目にあげた 12 項目のうちの大半を占めており、SP 活用による学生教育効果の有用性が示唆された。

また、質的分析結果からも、学生の気づき・学びとして《自己の学習姿勢を振り返る》、《模擬患者のケアを通して看護の気づきを得る》、《良い緊張感を持って学習に臨むことができた》などから成る【内発的学習動機づけを得る】ことや《他者を理解することの困難さを認識する》とともに《他者を理解することの大切さを認識する》ことから成る【他者理解の必要性を理解する】ことが示された。

学生は SP への口腔ケアの援助のなかで、例えばブラッシングの圧の強さや含嗽の水の量の適切さについて、援助後のフィードバックはもとよりその時々 SP の言葉、表情、態度から「実際患者にならないとどんなことで不快に感じるのか分からない」、「相手の視点になって考える事は難しい」ことを改めて認識していた。そして、「教科書や参考書だけでは感じ取れない患者さんの気持ちを理解することができた」、「自分のできなかったこと、これからの課題について気づくことができた」という実践なしには得ることのできない気づきや学びを得ていた。SP を活用した教育において SP のフィードバックは非常に重要である

と考えられている。SP からのフィードバックは患者の心情を理解する大きな手がかりになり、<sup>8) 9)</sup> SP との関わりは学生にインパクトを与え<sup>5)</sup>ることが報告されている。

また、SP を活用した教育効果としては高い値ではあるが、「Q1 気持ちが揺れ動く」は他の項目に比べて低い結果を示した。これは、「ケアに対する感謝の言葉を頂いたのが初めてだったので感動した」など SP への援助を通して快・不快・喜び・悲しみなどの自分の気持ちの揺れ動きを感じてはいるが、SP から受けるインパクトがより強く印象に残ることを意味する。

以上から、学生は自分の行った援助に対するフィードバックを直接 SP から受けることや、自分が援助を行っている時に示される SP の反応、そして何よりも模擬患者という存在自体に強く影響を受けることが明らかになった。また、本研究で得られたデータは、一定の専門機関で訓練を受け、本来の SP の提議に合致した SP を活用した教育実践結果であることから、SP を活用した教育効果を測るうえで標準となり得る可能性が高いと判断する。

## 2. 看護師体験の有無による学習効果の比較からみた効果的な学習プログラム

本研究結果では、看護師役体験の有無による学習効果に有意な差は認められなかった。これは、学習体験の違いによる学習効果の差が生じない演習プログラムの工夫によるものと考えられる。

SP を活用した教育方法の課題として一定の訓練を受けた SP の確保の難しさがある。<sup>8)</sup>このため、学生全員が SP に援助を行うことができないため、学生の学習効果に差が生じることが問題とされている。A 大学看護学科でも同様の懸念があり、「看護師役体験なし」の学生は「看護師役体験あり」の学生に比べて、傍観者的な学習態度になりやすく、学習内容に<sup>7)</sup>差異が生じるという指摘もある。このため、

学生が主体的に学習に臨むことができ、SPへの看護師役体験の有無による学習効果の差を最小限に止めることに留意した演習プログラムを作成した。演習プログラムのポイントは次の6点である。①SPを活用した「口腔ケア演習」前にSP事例および事前課題を提示する。②看護師役学生は当日決定する。③各グループはSPへの援助を2回行う。看護者役は1回目と2回目で別の学生が行う。④1回目の援助の後、学生間でカンファレンスを行い改善点について検討する。⑤改善された援助の方法に基づいて2回目の援助を行う。⑥2回目の援助の後、SPと学生の合同カンファレンスを行い、SPからフィードバックを受ける。これらの演習プログラムポイント①②では、演習の目的・学習内容を明確すること、誰もが看護師役を体験する可能性があることから、各人および全体の学習準備状況を整えることを、演習プログラム③④⑤⑥では、反復学習による多様な視点で援助を深く考察することと確かな技術の習得をねらいとした。

Banduraは、人は一連の行動がある結果に至るであろうと分かっている、自分が必要な行動をできるかについて疑っている時は、結果期待は行動に影響しない。また、知覚された効力期待は努力にも影響し、高ければ高いほど困難に直面した際により頑張ることができる<sup>20)</sup>。これをSPに対する演習プログラムで例えると、SPに良い援助を行うためには、事前に提示されたSP事例をよく理解し、必要な知識を補い、グループで検討したことを基に各自がSP事例に応じた口腔ケアの援助方法を計画し、必要な技術練習を行うという一連の行動が必要である。これまでの知識や技術の習得に自信がない学生でも、このような行動をとればSPに良い援助を行うことができるという結果期待を持ち得る。しかし、これらの行動をとることの自己効力が低い場合や、グループ代表として援助を行

うことは強い緊張を伴うためにSPに良い援助を行えない場合がある。演習プログラムでは、事前学習の段階から学生が円滑に学習に臨めるように、さらには多様な視点をもって援助の方法を考えることができるようにグループ学習を課した。そして、グループ学習においても学生一人ひとりが主体的に演習に臨むことで、学習準備状態を整えるために看護師役の決定を当日に行った。また、看護師役になった学生はグループの代表として援助を行っているため、行った援助に改善点があったとしてもそれは個人を問うものではない。改善点は、よりよい援助についてグループ全体で検討する機会とした。これにより、多くの学生は効果期待を持って学習に臨めたと考える。

また、Banduraは、自己効力の形成に影響を与える一要素として代理経験をあげている<sup>20)</sup>。これは他人がどのようにしているかを見て、その成功したり失敗することを観察することからの影響である。演習プログラムでは、SPに対する看護師役以外の学生は、観察者の役割を担う。したがって、実際に援助は行わないが、グループ学習により看護師役学生の援助の意図や方法を理解している。このため、援助中のSPの反応もフィードバックも看護師役を体験した学生と同様に、あるいは客観的に観察することで場合によってはより深く多様な気づきや学びを得ることができる<sup>21)</sup>。看護師役を体験する・しないに関わらずセッション場面を通して学生は、実に生き生きと体験しているような感覚を共有し、体感的学習を可能にしていたことやフィードバックによる意見の他に、事前学習として課題を課したことが、対象に合わせた知識や技術の統合に関する理解や自己の気づきを深めることに反映するという報告もある<sup>22)</sup>。本研究結果では統計的な有意差はなかったが、看護師役体験なし”の対象者は“看護師役体験あり”の対象者よりも「Q3患者の気

持ちを知る」・「Q4看護の一回性を実感」・「Q8緊張感」の項目について平均得点を上まわっていた。また《模擬患者を活用した学習の有用性を実感する》ことが示されていることからSPを活用した学習の満足度は高かったと考える。以上から、演習プログラムの工夫により看護師役体験の有無による学習効果の差は最小限に留める可能性が示唆された。

しかし、本研究結果では、学習効果について統計的な優位差はみられなかったが、自由記載による質的分析結果から《学習内容の差を感じ学びの実感が得られない》という【模擬患者を活用した演習におけるネガティブな反応】も示されている。これは、学生には個性があり、すべての学生が等しい学習意欲や学習パターンをもっているとは限らないことを意味する。学習にとって内発的動機づけは重要であるが、これは教師によってコントロールされるものではない。内発的動機づけについては、有能さと自己決定の感情が好奇心や興味として現れ、それがわれわれを課題に向かわせ、それに挑戦することや修得することにより、有能さや自己決定の感情は高まると言われている。<sup>23)</sup> 学習に動機づけられるためには、そのための準備が必要となる。SPを活用した学習が自分にどんな学びをもたらすのかといった学習への期待も、これまでの学習の積み重ねがなければイメージすることは難しい。SPを活用した学習効果では「Q2主体的な学習の大切さを認識する」ことに比べて、実際に「Q10主体的に学習する」ことは低い得点を示した。学生がSPに影響を受け、学習の大切さを認識することと、実際の行動とは必ずしも一致しないのである。BrehmとSelfは、その人がどの程度動機づけられているか、または、その活動にどの程度の努力を注ぎ込む心構えがあるのかといった観点から動機づけを考えることの有益性を示している。<sup>24)</sup> 以上から肯定的にも否定的にも強く影響し、学習効果を左右するSPの活用については教育

内容の精選や継続した意図的なプログラム作成の必要性が示唆された。

本調査による自由記載の質的分析は、対象数が少なく先行研究で示唆されているSPを活用した教育効果についての一部を検討するに至った。今後は、学生の気づきや学びが直接に表現されている演習記録の分析・検討を通してSPを活用した教育効果を明らかにする必要がある。

## V 結論

SPを活用した「口腔ケア演習」の教育効果を先行研究との比較・検討した結果以下のことが示唆された。

1. SPを活用した教育効果として、学生はSPからのフィードバックや援助時の反応、模擬患者という存在自体に強く影響を受けることが明確になった。
2. 看護師役体験の有無による学習効果の差は、学習体験の違いによる学習効果の差が生じない演習プログラムの工夫によって最小限とすることができる。
3. SPを活用した学習は、学習効果を左右する程の強い影響を学生に与えるため、教育効果を高めるための教育内容・方法の継続的な改善の必要性が示唆された。

## 謝辞

本研究にあたり調査にご協力いただきました学生の皆さまに深謝いたします。

## 引用文献

- 1) 藤崎和彦. アメリカの医学教育における模擬患者の導入の現状とその理論. 看護展望. 1993;18(8):44-48.
- 2) 松田裕子, 八木敬子, 平井みどり. 神戸薬科

- 大学における模擬患者の養成と実習への導入.  
医療薬学. 2005;31(2):125-135.
- 3) 沖田一彦, 宮本省三, 板場英行, 他. 理学療法教育へのシミュレーションの導入—模擬患者を用いたインテーク面接の実習について—. 理学療法学. 1992;19(1):18-24.
- 4) 和住淑子, 山本利江, 青木好美, 他. 模擬患者への看護体験による看護学生の認識の発展. 千葉大学看護学部紀要. 2004;26:63-67.
- 5) 本田多美枝, 上村明子. 看護基礎教育における模擬患者参加型教育方法の実態に関する文献的考察—教育の特徴および効果、課題に着目して—. 日本赤十字九州国際看護大学IRR. 2009;7:69-77.
- 6) 鈴木玲子, 高橋博美, 常盤文枝, 他. コミュニケーション学習にSP (Simulated patient) を取り入れた教育技法の開発. 埼玉県立大学紀要. 2002;14:19-26.
- 7) 肥後すみ子, 奥山真由美, 太湯好子. SP導入によるコミュニケーション演習に基づく学習効果と教育技法の評価. 岡山県立大学保健福祉学部紀要. 2005;12(1):33-43.
- 8) 土蔵愛子, 大学和子, 西久保秀子. 模擬患者による看護技術実技試験における評価に関する検討. 聖母女子短期大学紀要. 2003;16:65-73.
- 9) 鈴木玲子, 高橋博美, 藤田智恵子, 他. 成人看護学における対象理解を深める教育方法の検討1—SPを取り入れたコミュニケーション授業の導入と展開—. 看護展望. 2003;28(3):46-52.
- 10) 加悦美恵, 飯野矢住代, 河合千恵子. 基礎看護学におけるSP参加型の授業と臨地実習の連繫—学生の臨地実習のふりかえりから—. 日本看護科学会誌. 2006;26(2):67-75.
- 11) 堀美紀子, 村松千鶴, 淘江七海子. 模擬患者を導入したコミュニケーションスキルトレーニングの学習効果. 香川県立医療短期大学紀要. 2004;5:105-114.
- 12) 嶋根久美子, 瀬瀬美保子, 榎本康世, 他. 看護基礎教育における学内技術演習の検討—模擬患者への基礎看護技術演習の効果—. 日本看護学会論文集看護教育. 2005;36:12-14.
- 13) 大久保祐子, 里光やよい, 豊田省子, 他. 標準模擬患者を用いた基礎看護学における客観的臨床能力試験の試み. 日本看護学教育学会誌. 2003;13:235.
- 14) 和住淑子, 山本利江, 齊藤しのぶ. 模擬患者への看護を初めて体験した初年次看護学生の体験内容と認識の特徴. 千葉看護学会会誌. 1999;5(2):49-54.
- 15) 清水裕子, 大学和子, 野中静. 基礎看護技術実技試験におけるSPを導入したOSCEの試み. 聖母女子短期大学紀要. 2002;15:53-63.
- 16) 社本生衣. 看護技術育成の向上を目指した基礎看護学演習の試み—模擬患者に教員を導入して—. 看護学研究. 2011;3:59-67.
- 17) 豊田生子. 看護教員がSPとなってわかったこと—私の模擬患者体験—. 看護教育. 2004;45:828-833.
- 18) 任和子. 模擬患者の経験から (特集 看護教育におけるSP (模擬患者) 活用法の可能性). Quality nursing. 2001;7:572-576.
- 19) 植村研一. Simulated Patient. 医学教育. 1998;19:218-221.
- 20) Bandura. A. Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review. 1977;84:191-215.
- 21) 竹田恵子, 太湯好子, 谷坂佳苗. 模擬患者 (SP) を導入した看護面接教育の取り組みとその課題. 川崎医療福祉学会誌. 2004;14(1):27-40.
- 22) 堀美紀子, 村松千鶴, 淘江七海子. 模擬患者を活用した教育方法の検討—学生の評価能力の育成に向けて—. 香川県立保健医療大学紀要. 2004;1:89-96.
- 23) 大村彰道編. 教育心理学I—発達と学習指導の心理学—. 150-151. 東京: 東京大学出版会; 2009.
- 24) Brehm. J. W. , Self. E. A. The Intensity of Motivation. Annual Review of Psychology. 1989;40:109-131.

# 外来で慢性病の治療を受けている後期高齢者の セルフケアに関連する要因の検討

金子 史代<sup>1)</sup>・倉井 佳子<sup>1)</sup>・広瀬ひろみ<sup>2)</sup>・佐藤 益美<sup>2)</sup>・山際 和子<sup>3)</sup>

1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

2) 新潟臨港病院

3) 新潟県立新発田病院附属看護専門学校

## Study of Factors Related to Self-Care Behavior of Elderly Outpatients Aged 75 Years and Older with Chronic Diseases

Fumiyo Kaneko<sup>1)</sup>, Yoshiko Kurai<sup>1)</sup>, Hiromi Hirose<sup>2)</sup>,  
Masumi Sato<sup>2)</sup>, Kazuko Yamagiwa<sup>3)</sup>

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

2) NIIGATA RINKO HOSPITAL

3) NIIGATA PREFECTURAL SHIBATA HOSPITAL NURSING SCHOOL

### 要旨

本研究の目的は、外来で慢性病の治療を受けている後期高齢者のセルフケアに関連する要因を明らかにすることである。糖尿病外来と透析外来に通院している2型糖尿病患者7名と慢性腎不全患者7名の後期高齢者に半構成的面接法による調査を行い、KJ法を用いて分析した。その結果、セルフケアに関連する要因として「生きがいと楽しみ」「家族と身近な人々による支援」「生活を維持する工夫」「病気と治療の理解」の4つが統合された。外来で慢性病の治療を受けている後期高齢者のセルフケアには、その人の生活の中での「生きがいと楽しみ」が最も重要な支えとなっていた。そして、自分に必要な「家族と身近な人々による支援」を受けながら、生活に活かせる「病気と治療の理解」から、自分らしい「生活を維持する工夫」をすることがセルフケアに関連する要因となっていた。

### キーワード

外来、慢性病、後期高齢者、セルフケア、KJ法

### Abstract

The purpose of this study was to identify the factors related to the self-care behavior of elderly outpatients aged 75 years and older who are treated for chronic diseases. Semi-structured interviews were conducted with elderly patients aged 75 years and older at diabetes and dialysis outpatient clinics, namely, 7 patients with type 2 diabetes and 7 patients with chronic renal failure. The results, analyzed by the KJ method, revealed that self-care behavior was influenced by the integration of 4 factors: motivation and enjoyment of life, support from family and people close to the elderly, creative efforts to maintain the lifestyle, and an understanding of the disease and its treatment. While “motivation and enjoyment of life” was the most important emotional support for elderly outpatients aged 75 years and older who are treated for chronic diseases and practice self-care, it was also found that self-care behavior was enhanced by “support from family and people close to the elderly” and the ability to apply “an understanding of the disease and its treatment” in daily life, such as making “creative efforts to maintain the lifestyle” suited to them.

### Key words

outpatients, chronic diseases, 75 years and older, self-care, KJ method

## I はじめに

日本の人口の年齢構成は、2010年では75歳以上の後期高齢者が1407万人となり、後期高齢化率は11.1%と上昇している<sup>1)</sup>。この後期高齢化率の上昇に伴い、わが国の主要な死亡原因である脳卒中や虚血性心疾患などの危険因子となる糖尿病は、70歳以上の高齢者では境界型も含めると約3人に1人の割合にまで増加している<sup>2)</sup>。さらに、糖尿病性腎症を原因疾患とした新規の透析導入者には高齢者が多く、平均導入年齢は67.3歳、65歳から74歳導入者は28.9%、75歳以上は33.6%となっている<sup>3)</sup>。このように後期高齢者の糖尿病や透析導入の増加が著しい今日においては、疾病の予後や合併症に影響を及ぼすセルフケアが後期高齢者にもケア提供者としての看護師にも重要な課題となる。

セルフケアは、自らの内的機能と発達を調整するために自分自身をケアする行為に携わる時に生み出される。そして、長期にわたるセルフケア行為は、その人の環境において日常生活パターンという文脈の中で遂行される<sup>4)</sup>。高齢者のセルフケアについては、少なくとも医学的処方箋に忠実であることを要求するものではなく、個人が自己の生活の中で行っている健康維持のためのものであることが強調されている<sup>5)</sup>。それゆえ高齢者のセルフケアへの支援に関する研究には、高齢者からみたセルフケアの意味付け、そしてそれが高齢者の日常生活の中でどのように現れているかの質的研究が求められているのである<sup>6)</sup>。

外来通院している後期高齢糖尿病患者のセルフケアに関連した研究には、食事療法の実行度を後期高齢者の意思と遵守行動の有益性との関連からみた報告がある<sup>7)</sup>。また、訪問看護師が認識する後期高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況、後期高齢糖尿病患者のセルフケア支援への試みが報告されている<sup>8)</sup>。しかしながらこれらのセルフケアの研究は食事

療法や看護師の認識による記述にとどまっている。また、外来で透析を受けている患者のセルフケアに関連した研究には、透析患者の特性・信念およびセルフケアとの関連<sup>10)</sup>、透析患者のセルフケア要因<sup>11)</sup>、透析患者の自己管理行動および自己効力感に影響する因子等<sup>12)</sup>が報告されている。しかし、これらの研究は対象者を成人から高齢者までとしており、後期高齢患者のセルフケアの特徴については言及していない。

外来で糖尿病治療、もしくは透析治療を受ける患者のセルフケアはそれぞれに特徴がある。後期高齢者がそれぞれの治療を受けながら、どのようにして生活者としての欲求を満たしているのかを知ることにより外来で慢性病の治療を受けている後期高齢患者のセルフケアに共通する要因を見出すことができと考える。本研究は、糖尿病外来と透析外来で治療を受けている後期高齢患者のセルフケアの聞き取り調査により、後期高齢患者のセルフケアに関連する諸要因を知り、後期高齢患者のセルフケアへの支援の方向性を見出すことを目的としている。

## II 研究方法

### 1. 対象者

A 総合病院の糖尿病外来と透析外来に、2型糖尿病と慢性腎不全の治療を目的に通院をしている、言語的コミュニケーションが成立し意思疎通が可能であり、自分が受けている治療や日常生活について語ることができる75歳以上の後期高齢者を外来担当看護師の協力のもとに本人の同意を得て選定し研究対象者とした。

### 2. データ収集

データ収集は、半構成的面接調査により、2010年4月から8月までの間に実施した。患者が思いをできるだけ語れるように患者中心

のインタビューガイドを作成した。その内容は「病気の療養を日常の生活のなかでどのように行っているか」であり、患者に自由に話してもらうよう普通に会話するようなやり方で面接をすすめた。面接は病院内のプライバシーが保てる場で行った。患者の負担にならないように30分を目安に面接を行い、面接内容は患者の同意を得てその場で記録し逐語録を作成した。面接と合わせて診療記録から病歴、治療内容、診断名、検査結果の情報を収集した。

### 3. 分析の方法

データの分析には、実態把握法としての質的統合法であるK J法を用いた<sup>13)</sup>。K J法は、バラバラな定性的データを組み立てて全体像を得ると同時にこれを累積的に使用することにより問題が解決できるという方法である。今回は山浦<sup>14)</sup>による質的統合法（K J法）と考察法に沿って以下の手順で分析した。

#### 1) ラベル作成とグループ編成

逐語録に作成した内容をよく読み、「外来通院している後期高齢者のセルフケア要因をどう考えるか」の視点から、患者の思い、考え、行動の意味が消えない範囲で文章を最小化してラベルを作成した。すべてのラベルを一覧表にして、ラベルの文章の意味が似ている「類似性」に着目してラベルを集めグループ化した。集まったラベルの類似グループ毎のラベルの全体感から、それらのラベルの主張を代弁するように文を作成し表札として記述した。表札を付けたラベルのセットを1つのグループとして、このようなグループ編成を続けて最終的に残った表札にそこに含まれる内容を端的に表わすシンボルマークをつけた。

#### 2) ラベルのグループ編成による構造図の作成

外来で慢性病の治療を受ける後期高齢者のセルフケアに関連する要因として、ラベルのグループ編成で最終的に得られた各シンボル

マークの意味上の関係性に着目して、論理的関係性を発見するために相互に関係する配置となる構造図を作成した。

#### 3) 分析結果の信頼性

分析結果の信頼性を高めるために、ラベル、表札、シンボルマークの作成の各過程で逐語録に立ちかえて分類した。そして、そこに含まれる内容の表現においても常に見直しを行った。また、分析結果については現場の糖尿病看護および透析看護に熟達した看護師2名に分析結果について助言を受け、繰り返し検討を行った。

### 4. 用語の定義

セルフケアとは、その人自らの健康維持や健康問題への対処であり、その過程においてはその人が主体的であるか、また、積極的な役割を遂行しているかが重要視されるのである。人が問題に対処するには、主体的であるときと、それと反対に他律的であるときがある。また、その役割には、自分で行う積極的な役割と人に任せる主体的な役割とがある。これは、その人の表面に現れる行動としては異なるが、両方ともその人の主体的な行動を現わしているものであり、セルフケアはその人の前向きな意識が前提となっている<sup>15)</sup>。

### 5. 倫理的配慮

本研究はA総合病院看護部の承認を得て行った。患者の選定は外来担当看護師に依頼し、患者の同意を得てから紹介してもらい、研究者が面接の依頼を行った。患者に対し、研究目的、方法、得られたデータの匿名性等プライバシーの保持と厳重管理、研究参加の自由意思について、研究協力に対する心情的拘束に十分配慮しながら書面に沿いながら口頭で説明し、研究協力の承諾書に署名を得た。

面接時間は、糖尿病患者では外来診療時の待ち時間を利用し、透析患者では透析開始後

に状態が安定して会話が可能であることを担当看護師と患者に確認して、患者の体調の良い状態で面接を実施した。面接で療養に関するニーズや不安の表出、支援が必要と判断した内容については患者の承諾を得て外来看護師に伝えケアが受けられるように配慮した。なお、得られたデータは研究以外の目的に使用しないこと、途中でも辞退可能であることを約束した。また、分析結果の公表について許可を得た。

### Ⅲ 結果

#### 1. 対象者の背景

対象者は14名で糖尿病患者7名と透析患者7名である（表1-1、表1-2）。糖尿病患者7名は男性3名、女性4名であり、年齢は75歳から84歳（平均年齢78.9±3.9歳）、治療期間は3年から32年（平均年数17.6±10.1年）であった。薬物療法を受けている者は6名であり、HbA<sub>1c</sub>値は5.6～8.3%であった。男性3名は妻と二人暮らしであり、女性4名は息子夫婦らと同居していた。透析患者7名は男性4名、女性3名であり、年齢は75歳から94歳（平均年

齢83.4±6.8歳）、透析による治療期間は1年から7年（平均年数4.1±2.0年）であった。全ての患者が週3回、1回4時間の透析を受けており、CTRは47.2%～72.0%であった。男性1名と女性1名は1人暮らしであり、他の4名は妻や息子夫婦らと同居していた。実際の面接時間は平均28分（25分～40分）であった。

#### 2. 後期高齢者のセルフケアに関連する要因の分析データの作成

外来通院している後期高齢者のセルフケアについて、患者の逐語録から取り出されデータ化されたラベルは糖尿病患者では196枚、透析患者では190枚であった。それらのラベルの意味の類似性によるグループ編成は4段階にわたり、その結果、糖尿病患者では、13の表札から4つのシンボルマークのグループに、透析患者では、12の表札から4つのシンボルマークのグループに統合された。4つのシンボルマークは、糖尿病患者と透析患者は共通しており、「生きがいと楽しみ」「家族と身近な人々による支援」「生活を維持する工夫」「病気と治療の理解」であった（表2-1、表2-2）。

表1-1 後期高齢糖尿病患者の背景

| 性 | 年齢     | 治療       | 治療期間 | 病状                     | 同居家族          |
|---|--------|----------|------|------------------------|---------------|
| 女 | 70歳代後半 | インスリン・内服 | 15年  | HbA <sub>1c</sub> 8.3% | 夫・息子夫婦・孫2人    |
| 女 | 70歳代後半 | 食事・運動    | 7年   | HbA <sub>1c</sub> 7.2% | 息子夫婦・孫1人      |
| 女 | 70歳代後半 | インスリン・内服 | 22年  | HbA <sub>1c</sub> 6.5% | 息子夫婦・孫夫婦・ひ孫2人 |
| 男 | 70歳代後半 | 内服       | 3年   | HbA <sub>1c</sub> 6.5% | 妻             |
| 女 | 80歳代前半 | インスリン・内服 | 32年  | HbA <sub>1c</sub> 5.6% | 夫・息子夫婦        |
| 男 | 80歳代前半 | インスリン    | 19年  | HbA <sub>1c</sub> 6.3% | 妻             |
| 男 | 80歳代前半 | インスリン    | 25年  | HbA <sub>1c</sub> 6.9% | 妻             |

表1-2 後期高齢透析患者の背景

| 性 | 年齢     | 治療        | 治療期間 | 病状                | 同居家族            |
|---|--------|-----------|------|-------------------|-----------------|
| 女 | 70歳代後半 | 透析週3回・4時間 | 5年   | DW59.8kg・CTR47.2% | 娘夫婦・孫3人         |
| 男 | 70歳代後半 | 透析週3回・4時間 | 7年   | DW67.5kg・CTR53.7% | 妻と息子            |
| 男 | 80歳代前半 | 透析週3回・4時間 | 4年   | DW57.5kg・CTR48.6% | 妻・息子夫婦・孫4人      |
| 男 | 80歳代後半 | 透析週3回・4時間 | 5年   | DW57.5kg・CTR50.5% | 妻               |
| 女 | 80歳代後半 | 透析週3回・4時間 | 2年   | DW39.6kg・CTR54.7% | 独居（近くに娘夫婦）      |
| 女 | 80歳代後半 | 透析週3回・4時間 | 1年   | DW44.5kg・CTR72.0% | 息子夫婦・孫夫婦・ひ孫2人   |
| 男 | 90歳代前半 | 透析週3回・4時間 | 5年   | DW41.2kg・CTR54.9% | 独居（近くに娘夫婦・息子夫婦） |

以下に、外来で糖尿病治療と透析治療を受ける後期高齢者のセルフケアに関連する要因のシンボルマークとその内容について説明する。シンボルマークは【 】、表札は『 』、患者の語った内容を「 」にラベルの素データとして示す。

### 1) 【生きがいと楽しみ】

このシンボルマークは、糖尿病患者、透析患者ともに共通する3つの表札、『自分の生き方、考えや希望を表現できる』『自分の考えで生活できているという自信がある』『身近な人間関係の中の喜びを感じている』から統合された。外来で慢性病の治療を受けてい

る後期高齢患者は、自らが自律的に生活していこうとする精神力と生活に活力をもたらし、気力と生きる張りあいを【生きがいと楽しみ】として述べていた。それは、後期高齢者が自分の生き方、考え方や希望、楽しみにしていることを表現すること、自分の考えで生活できているという自信から自覚されることであり、これら【生きがいと楽しみ】を後期高齢者は身近な人々、家族や友人との関係の中で感じており、家族では特に配偶者の存在が後期高齢者の心の安定と気力の維持につながることを語っていた。

糖尿病患者は、「生まれが農家だったから思い出して野菜を作っている」と親との思い

表2-1 外来で治療を受けている後期高齢糖尿病患者のセルフケアに関連する要因

| シンボルマーク       | 表札                   | ラベルの主な内容                                                                              |
|---------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 生きがいと楽しみ      | ・ 自分の生き方、考え方、希望      | 春になってくれば野良仕事と散歩が日課になる。それが楽しみ。<br>生まれが農家だったから親の手伝いをしていたことを思い出して野菜を作っている。               |
|               | ・ 自分の考えで生活できているという自信 | 今は自分のことは自分でできるのでそれが自分の役割で責任だと思っている。<br>昔、肉屋で総菜をつくっていたので味付けには自信がある。それも張り合いになっている。      |
|               | ・ 身近な人間関係の中の喜び       | 妻は自分がいることが張り合いになっている。今は、妻が友人で家族だ。<br>孫は「ばあちゃんの作ったのがおいしい」と自分が作ったものを食べたいと言ってくれる。        |
| 家族と身近な人々による支援 | ・ 子供からの支援            | 腰が痛くて、歩くことがやっとなので、病院には息子に車で連れてきてもらっている。<br>息子は仕事が忙しいし、嫁も仕事をしているのであまり頼めない。             |
|               | ・ 配偶者や身近な人からの支援      | 自分が糖尿病になって45年たってから夫は自分の体のことを考えてたばこの栽培をやめた。<br>出かけられないので、1歳違いの妹に電話したり身内に支えてもらっている。     |
|               | ・ 町内、隣近所の人との付き合い     | 昔からこの周辺に住んでいる。人と人のつながりがつよい土地で互いに支え合っている。<br>息子に勧められ30年間暮らした土地から引っ越してきたから、周りに知った人がいない。 |
| 生活を維持する工夫     | ・ 自分なりにできる食事療法       | 血糖を測ってその値を見て食べ物や少し減らしたり増やしたりして自分で調整している。<br>野菜と魚を食べるようにして肉は少しは食べるが余計は食べないようにしている。     |
|               | ・ 自分なりにできる運動療法       | 立てないけれども上半身と腕の運動を妻にさせられている。<br>運動は歩くようにしていたが膝が痛くなって長く歩けなくなった。                         |
|               | ・ 独自の生活信条            | 食べる量はある程度減らして、あまり気にしないで自分で食べたいものを食べている。<br>教えてもらったことを自分で考えて調整してやっている。                 |
|               | ・ 生活習慣の維持            | 朝4時30分に起きて、体操して6時40分に注射して、規則正しく生活するように心がけている。<br>風呂は毎日はいらないし、暖かい日を選んで入っている。           |
| 病気と治療の理解      | ・ 病気と治療に関連した知識       | 血糖値を気にしている。HbA <sub>1c</sub> 6.5を目標にしている。<br>酒とたばこはやめた。                               |
|               | ・ 合併症に関連する知識         | 狭心症の発作が心配なので薬、すぐ効くスプレーをもっている。<br>白内障の手術をしてから、転んだりするといけなくて今はあまり外には出ない。                 |
|               | ・ 治療の内容と経過の理解        | 30年前から糖尿病の薬を飲んでいて。<br>血糖は180-190くらいで、インスリンを朝と夕に2回注射している。                              |

表2-2 外来で治療を受けている後期高齢透析患者のセルフケアに関連する要因

| シンボルマーク       | 表札                   | ラベルの主な内容                                                                                   |
|---------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生きがいと楽しみ      | ・ 自分の生き方、考え方、希望      | 私の生き方は、後ろを向かないということ、前を向いていくということをもいつも考えている。夫は満州からの引揚者で警察官だったので自分の責任で子どもを見なければならなかった。       |
|               | ・ 自分の考えで生活できているという自信 | 近所に娘がいるけども迷惑かけたくないから、それが自分を支えていると思う。毎日朝起きて着替えをして仏壇の水を変えて、気が向くと長女が送ってくれた大人の塗り絵をする。          |
|               | ・ 身近な人間関係の中の喜び       | 女房は自分があるので安心して思う。大勢の家族なので自分はその役割があると思う。透析が2日に1回あるので1泊しかできないけれども、卓球やカラオケの仲間と旅行に行く。          |
| 家族と身近な人々による支援 | ・ 配偶者と子供からの支援        | 娘と妻が透析に通う時に手伝ってくれる。自分一人でも出かけたいと思って家族は心配する。近くにいる娘が買い物と体の調子を聞きに来てくれるが自分は市営住宅に一人で暮らしている。      |
|               | ・ 透析患者、近所の人との付き合い    | 透析も7日目になるといろいろな人が自分の隣で透析をしているので自然と話をし合う友人になる。家の中で運動しているという人もいるけれども、外に出て、風に吹かれて、人に会うのが楽しみだ。 |
|               | ・ 医療者、デイサービスの人からの支援  | 手帳で透析のデータを出してくれるので、担当看護師さんとそれについて話をするのが楽しみだ。ヘルパーさんが週3回きてくれて、買い物、掃除、透析の食事をつくってもらっている。       |
| 生活を維持する工夫     | ・ 自分なりにできる食事療法       | お湯を飲むとかえって口が渇くので水を砕いてコーヒー味や紅茶味にして楽しんでいる。カリウムとリンの値が気になるので、野菜はきざんで洗うし、青いものは必ず湯がいて食べている。      |
|               | ・ 独自の生活信条            | 旬のものを何も食べないで死んで行くのは嫌だから少しづつ食べている。シュンとして生きていても意味がないので、普通に生活して体の調子が悪いと休んだりしている。              |
|               | ・ 生活習慣の維持            | 透析がない日は1日ゆっくりテレビを見て過ごす。足が少し悪いけれども杖をついて外に出てみる。朝は4時に起きて、6時から7時に朝食を食べて、その後に透析を12時までする。        |
| 病気と治療の理解      | ・ 病気と治療に関連した知識       | よくならない病気で、よくて現状維持という病気だから、毎週3回の透析は仕事だと思っている。透析を始めてから7日目、なんでこんな病気になったかと考える時がある。             |
|               | ・ 症状に関連する知識          | 水をひいて体重は落ちてもいい気分でない。家に帰って物を食べるともとにもどる。年に2回は旅行に行くが帰ってくると体重が増えている。3000ml水を引くと具合が悪くなる。        |
|               | ・ 治療の内容と経過の理解        | 透析が必要と言われ3ヶ月後に透析が始まり、何回もシャントを作ってやっと落ち着いてきている。糖尿病で薬とインスリンで15年治療していたが、透析は5日目になる。週3回通っている。    |

出を振り返り今の生活の楽しみを語っていた。また、「自分でできることをすることが自分の役割で責任だと思っている」「今は妻と二人でラヂオ体操をすることにしている」と毎日の生活を自分のできる範囲で維持していかうとする気持ちを通して生きがいと楽しみを述べていた。

透析患者は、「前を向いて生きていくことをいつも考えている」「近所に娘がいるけども迷惑かけたくない」と自立して生きることへの意欲を語っていた。また、「卓球やカラオケの仲間と旅行に行く」と透析治療の合間の限られた時間のなかで楽しみを見出す努力を語っていた。

## 2) 【家族と身近な人々による支援】

このシンボルマークは、糖尿病患者では、『子供からの支援がある』『配偶者や身近な人からの支援がある』『町内、隣近所の人との付き合いがある』、透析患者では『配偶者と子供からの支援がある』『透析患者、近所の人との付き合いがある』『医療者、デイサービスの人からの支援がある』の3つの表札から統合された。これらの表札に共通する内容は、後期高齢者のセルフケアには加齢による身体的・精神的な変化に対応する家族や身近な人の協力が重要であり、家族や身近な人の協力や理解が得られるほど高齢者の療養への負担感は軽減することが述べられていた。しかし、家族員や身近な人とどのような関係にあるかが後期高齢者のセルフケアに影響することも語られていた。

糖尿病患者は「腰が痛くて歩くのがやっと」と受診行動の困難を息子に支援されている実感が述べていた。その反面、「息子は仕事が忙しい」と支援を依頼できない状況への不安を述べていた。男性患者は「妻が血糖の検査をしている」と妻から療法の全面的な支援を受けていることが語られていた。また、「人と人のつながりがつよい土地で互いに支え合っている」とその地域に長く住んでいる後期高齢者はその土地の人びとに精神的に支えられていた。しかし、子どもとの同居により「息子に勧められ引っ越してきたから周りに知った人がいない」と知らない土地での孤独も述べられていた。

透析患者は、「娘と妻が透析に通う時に手伝ってくれる」「透析は週3日で息子が送り迎えをしてくれる」と家族による支援体制と「近くにいる娘が体の調子を聞きに来てくれる」と別々に生活している子の支援を語っていた。また、透析治療で出会う患者同士で「透析も7年目になると自然と友人になる」と交流が広がり、「透析のデータを担当看護師さんと話すのが楽しみ」と病状と治療の説明を通して医療者との関係を深めていた。そして、「ヘルパーさんが週3回きてくれる」と社会資源の積極的な活用なども語られていた。

### 3) 【生活を維持する工夫】

このシンボルマークは、糖尿病患者では、4つの表札『自分なりにできる食事療法がある』『自分なりにできる運動療法がある』『独自の生活信条がある』『長年の生活習慣が維持されている』、透析患者では3つの表札『自分なりにできる食事療法がある』『独自の生活信条がある』『長年の生活習慣が維持されている』から統合された。これら両者の表札に共通する内容には、後期高齢者がその人なりの生活信条をもって、今まで生きてきた過程で培われた生活習慣を維持し生活者

として満足できる生活を送ろうと努力している内容が語られていた。生活者としての後期高齢者は、今までの生活において1つ1つのやり方を主体的に選択し、自分が満足できる生活を送ることを高齢者なりに学習し、その経験と自らの感覚によって自分に合ったやり方で実践していることを述べていた。そこには、高齢者が慣れ親しんでいる自分らしいやり方で生活を維持したいという思いが現れていた。

糖尿病患者は、「血糖値を見て自分なりに調整している」と血糖値を見ながら自分のやれる範囲で食事療法をしていること、「上半身と腕の運動している」のように、身体能力にあった運動療法の実施を語っていた。そして、「食べたいものを食べている」「規則正しく生活する」ような、長年の変わらない高齢者自身の生活習慣を守ることによりその人なりの療養法を維持して自分らしくあるための努力を述べていた。

透析患者は、水分と食事制限を「氷を砕いてコーヒー味や紅茶味にして楽しむ」「野菜はきざんで洗い、青いものは必ず湯がく」のように日常生活で習慣づける努力を語っていた。また、「旬のものを何も食べないで死んで行くのは嫌だ」「シュンとして生きていても意味がない」と透析によって生かされているという喪失や絶望を感じながらも生きることの意味や希望を見出そうとする姿勢が述べられていた。そうしたなかで「透析がない日はゆっくり過ごす」「透析の日は4時に起きる」のように透析が生活の中心になっている生活習慣が述べられていた。

### 4) 【病気と治療の理解】

このシンボルマークは、糖尿病患者では、3つの表札『病気と治療に関連した知識がある』『合併症に関連した知識がある』『治療の内容と経過を理解している』、そして、透析患者では3つの表札『病気と治療に関連し

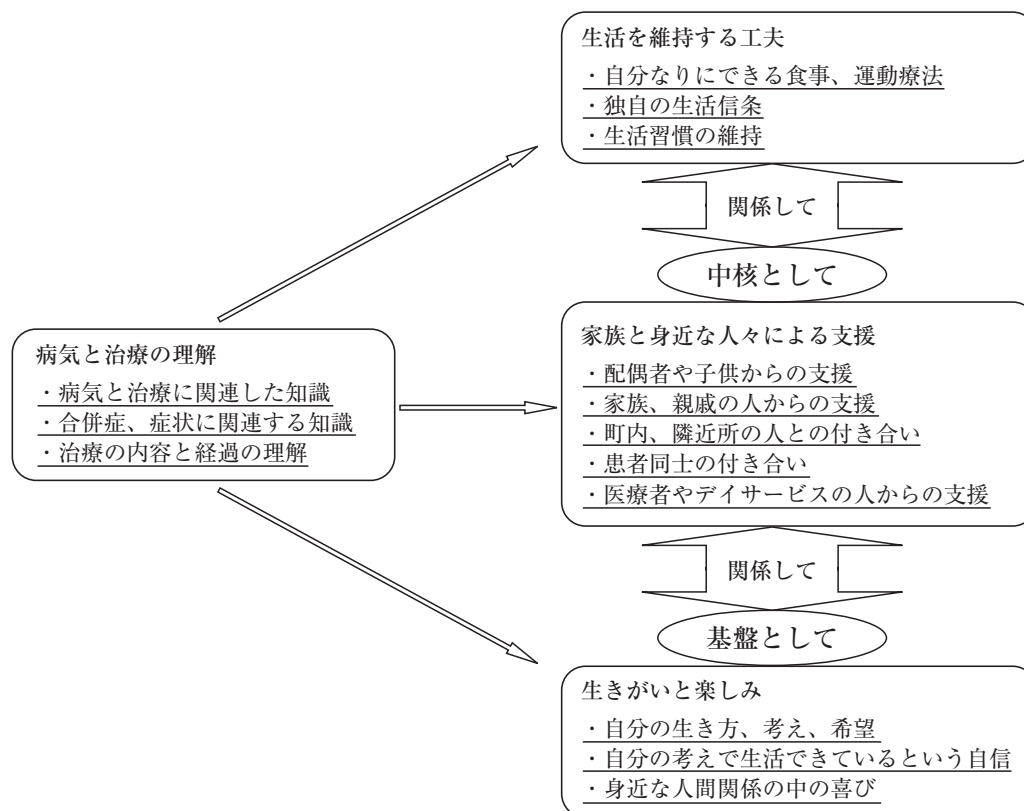


図1 外来で慢性病の治療を受けている後期高齢患者のセルフケアに関連する要因の関連図

た知識がある』『症状に関連する知識がある』『治療の内容と経過を理解している』から統合された。後期高齢者の病気や治療の知識、療法に関係する具体的な方法は、入手しやすく理解しやすいことがらを通して述べられていた。また、自覚症状によるストレスを強く感じており、その管理に必要な知識と方法が具体的に述べられており、回復が望めないことへの喪失や挫折体験が語られていた。

糖尿病患者は、「HbA<sub>1c</sub>6.5を目標にしている」のように、食事療法の評価のために、外来受診時に確認できるHbA<sub>1c</sub>値を重要視し、「酒とたばこはやめた」と健康的な生活のQOLを高めることへの関心を語っていた。また、「狭心症の発作にすぐ効くスプレーをもっている」「白内障の手術をしたが、転んだりするのが心配なのであまり外には出ない」のように具体的な方法を述べていた。「血糖を検査しインスリンをしてから朝食」

「血糖は180-190くらい、インスリンを朝と夕に2回」と治療が生活に組み込まれ習慣化された行動として述べられていた。

透析患者は、「透析は仕事」と考えつつも「よくならない病気」「なんでこんな病気になったか」のように回復が望めない病気を深刻に受け止め、透析による喪失や挫折体験を述べ、「水をひいてもいい気分でない」「物を食べるともともどもどる」と透析に伴う身体的苦痛によるストレスを述べていた。そして、「糖尿病で15年治療し透析は5年目になる」「何回もシャントを作ってやっと落ち着いてきた」のように糖尿病の合併症から透析に至った過程でのセルフケア不足を悔いる思いが語られていた。

### 3. グループ編成による構造図

外来通院する後期高齢糖尿病患者と透析患者の逐語録から取り出した4つのシンボル

マーク【生きがいと楽しみ】【家族と身近な人々による支援】【生活を維持する工夫】【病気と治療の理解】から後期高齢者のセルフケアに関連する諸要因の構造図を示した(図1)。外来で慢性病の治療を受けている後期高齢者のセルフケアは、その人の生活の中での生きがいと楽しみを支えに、家族や身の回りの人びとからの支援を受けながら、自分らしい生活を維持することを主眼に自分に必要な病気と治療の知識を生活の中で活かしていることがわかった。

#### IV 考察

オレムは、セルフケアを人間の持つ能力として、個人が生命、健康、良好 (well being) を維持するために自分自身で開始し遂行する活動として概念化している<sup>4)</sup>。外来で慢性病の治療を受ける後期高齢者のセルフケアを支える【生きがいと楽しみ】は、その人なりに毎日の生活を気持ち良く、そして意欲的に生きるという、良好 (well being) の状態と関係するものと言える。良好な状態とは、生活する人間が個人として知覚する状態であり、それは、満足・喜び・幸福の経験、精神的な経験、自分らしさを求める経験、そして、よりよく生きようとする経験によって特徴づけられる<sup>15)</sup>。つまり、自分の生活を良好な状態に維持すること、そこには自らが生活をより充実させようとする後期高齢者の主体的な意思が関係しているととれるのである。それゆえ、後期高齢者のセルフケアの支援には、【生きがいと楽しみ】を支えることが優先される課題となると言える。

また、外来で慢性病の治療を受けている後期高齢者のセルフケアには、自分にとって必要な【家族や身近な人々による支援】を受けながら、生活に活かせる【病気と治療の理解】から、自分らしい【生活を維持する工夫】をすることが関連していた。これらは、

慢性病を持つ患者が可能な限り普通の生活を維持し確立しようとする努力や試みである<sup>16)</sup>。そして、このことは後期高齢者のセルフケアの特徴となる、後期高齢者個々の生活習慣をセルフケアに転換するという過程であるといえる<sup>17)</sup>。つまり、この過程は、外来で慢性病の治療を受ける後期高齢者が、今までの生き方を基盤に、家族や身近な人々との関係から、そして、医療者との相互作用から、自分らしい生活を無意識的に創り出す、生活の常体化への過程であるといえる<sup>16)</sup>。それゆえ、この後期高齢者の毎日の規則正しい生活を後期高齢者のセルフケアの特徴と考え支援することが重要と考える。

セルフケアは、自分の健康を維持するために何をすればよいのかを考え、知識を得たり推測したりしながら行動し、それがどうだったかを振り返るという熟慮的な行為を伴う一連の過程を持つ<sup>4)</sup>。今回の調査では、後期高齢者は、病気療養において目標としている検査の数値があった。しかし、検査の結果を気にしてはいるが、数値が悪いからといって今までの生活習慣を積極的に変化させようとするわけではなかった。西片によれば、後期高齢者の食事療法では、食事療法ができそうと思うほど、また空腹による苦痛が少ないほど食事療法の実行程度は高いが、食事療法実行の意思や遵守行動の有益性とは関連が見られなかったと述べている<sup>7)</sup>。後期高齢者のセルフケアには、身体的および精神的な限界と制約、あるいは自立と依存の状態が関係しているために、現実には、自分の持ちうる諸能力を認識したうえで、家族や身近な人々の支援や医療者からの支持を得ながら後期高齢者が考え決定し行っている<sup>18)</sup>のである。

今回の調査では、糖尿病治療、そして透析治療それぞれのセルフケア行為は緩やかさと正確さを現す行為をとおして述べられていた。両者に共通する緩やかさに関連する「普通にしている」「特に何もしていない」等の

行為は、それ自体が後期高齢患者のセルフケアの特徴を示しているものと考えられる。それは、後期高齢患者が今までの日常生活習慣に沿ったやり方で、生活に無理なく取り込んでいける、苦痛の少ないやり方とおして自分らしく生きようとする生活者としての努力を現しているものと言える。また、今回の調査の対象者の平均年齢は透析患者が約83歳、糖尿病患者が約78歳で5歳の差があったが透析患者のセルフケアの方がカリウムやリンの値を気にし、飲水量を調整するなど正確さを示す行為が多く述べられていた。このことから、外来に通院し慢性病の治療をしている後期高齢患者のセルフケアは年齢により低下するとは必ずしも言えないことも考えられた。そこには透析患者がセルフケアを語る時に述べていた「透析は仕事」という治療に対する強い意思が背景にあると感じられた。そして、その意思は透析治療をとおして深まる医師、看護師、他の患者らとの関係によって強められていた。後期高齢患者はこれらの人々から自分の病状や検査について情報を聞き、日々の努力を評価され励ましを得ることによりセルフケアのモチベーションを高めていることが推察された<sup>10,17)</sup>。このことから後期高齢者のセルフケアへの支援では、外来で患者と関わりあう看護師をはじめとする医療関係者らの働きかけが必要であることが示唆された。

一方、糖尿病患者のセルフケアは食事や運動など日常生活に強く直結しており、生活の質の維持に比重が置かれる。後期高齢患者のセルフケア支援では壮年期患者以上に、生活に無理なく取り込んでいけるような、苦痛の少ない、これならできそうと思える食事療法の内容をともに見つけていくことが重要となる<sup>19)</sup>。これは、後期高齢者がその人なりのQOLを維持できることと倦まずに病気と付き合っていけることを目的に後期高齢者の生活内容に合った緩やかさを考慮していくことであり、<sup>20,21)</sup>

外来で慢性病の治療を受ける後期高齢患者のセルフケアでは、その人らしい生活を維持していくことが重要になると言える。

## V 結論

外来で慢性病の治療を受けている後期高齢者のセルフケアは、その人の生活の中での生きがいと楽しみを支えに、家族や身の回り的人びとからの支援を受けながら、自分らしい生活を維持することを主眼に自分に必要な病気と治療の知識を生活の中でいかしていることがわかった。後期高齢者のセルフケアへの支援では、後期高齢者の日々の生活の中の満足・喜び・幸福、自分らしさを求める経験をよく知ること、後期高齢者が考え決定し行っていることをよくみて、その全てをセルフケアとみることが基本とも言える。そして、後期高齢者が毎日の生活において良好な状態を維持できることを援助の主眼に置いて、後期高齢者の日常生活の内容を重んじた緩やかで寛容な支援を考えることが課題となる。

## 引用文献

- 1) 総務省：平成22年国勢調査。人口等基本集計結果。＜<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/kihon1/pdf/gaiyou1.pdf>＞。2011.10.28.
- 2) 厚生労働省（平成23年1月）。身体状況調査の結果。平成20年国民健康・栄養調査報告。＜<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h20-houkoku-03.pdf>＞。2011.8.16
- 3) 日本透析医学会：図説わが国の慢性透析療法の現況 I。2010年末の慢性透析患者に関する基礎集計。＜<http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html>＞。2011.8.16
- 4) Dorothea E. Orem : Nursing. Concepts of

- Practice. 6<sup>th</sup> ed. Mosby. St.Louis. 2001.
- 5) 小玉敏江. 高齢者の健康自己管理と地域的支援—社会的交流への保健師のアプローチ—. 75-76. 東京:こうち書房;2007.
  - 6) 杉澤秀博. 序章医師と患者の選択. 透析医療とターミナルケア. 1-16. 東京:日本評論社; 2008.
  - 7) 西片久美子. 後期高齢糖尿病患者における食事療法の特徴と関連要因. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 2003;7(2):115-122.
  - 8) 小沢久美子. 後期高齢糖尿病患者の療養生活を支援する訪問看護師のケアの構造化の試み. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 2010;14(2):147-154.
  - 9) 内海香子, 麻生佳愛, 他. 訪問看護師が認識する訪問看護を利用する後期高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 2010;14(1):30-39.
  - 10) 武内奈緒子, 村嶋幸代. 血液透析患者の特性・信念およびセルフケアとの関連. 日本看護科学会誌. 2008;28(4):37-45.
  - 11) 新谷恵子, 荒木節子, 他. 人工透析患者のセルフケア度に影響する要因の追究. 富山医科薬科大学看護学会誌. 2000;3:97-109.
  - 12) 川端京子, 石田宣子, 他. 血液透析患者の自己管理行動および自己効力感に影響を及ぼす因子. 日本生理人類学会誌. 1998;3(3):1-7.
  - 13) 川喜田二郎. KJ法—渾沌をして語らしめる—. 121-170. 東京:中央公論社;1993.
  - 14) 山浦晴男. 科学的な質的研究のための質的統合法 (KJ法) と考察法の理論と技術. 看護研究. 2008;41(1):11-32.
  - 15) 金子史代. ドロセア・E. オレムにおける看護のセルフケア不足理論の基礎的研究. 東京:看護の科学社;2004.
  - 16) Strauss.L.Anselm, 南裕子. 慢性疾患を生きる. ケアとクオリティ・ライフの接点. 103-114. 東京:医学書院;1987.
  - 17) 白瀧真由美. 第7章高齢慢性腎不全患者における生活の常態化のプロセス. 透析医療とターミナルケア. 171-194. 東京:日本評論社;2008.
  - 18) 清水由美子. 患者からみたセルフケアの意味. 透析医療とターミナルケア. 111 - 132. 東京:日本評論社;2008.
  - 19) 西片久美子, 河口てる子. 高齢糖尿病患者の食事療法実行度と生活意識の関係. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 2002;6(1):5-14.
  - 20) Satoh.A.Sakurada.A, et al. Dietary Guidance for Older Patients with Diabetes Mellitus and Their Primary Caregivers Using a Model Nutritional Balance Chart.Japan Journal of Nursing Science. 2008;583-89.
  - 21) Dornier.B.Niedert.K.C, et al. Position of the American Dietetic Association:Liberalized Diets for Older Adults in LongTerm Care. Journal of the American Dietetic Association. 2002;102 (9):1316-1323.



# 算数・数学の授業における学力及び 学習観に影響を及ぼす要因

中村 恵子

新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

## Factors Affecting Learning Ability and Views of Learning in Arithmetic and Math Lessons

Keiko Nakamura

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

### 要旨

本研究の目的は、算数・数学の授業における学力及び学習観に影響を及ぼす要因について明らかにすることである。大学生への面接調査の結果をもとに質問項目を作成し、2008年7月～2009年12月に3大学576名の大学生を対象として質問紙調査を実施した。欠損値のあるデータを除きサンプル数を485として、共分散構造分析によるパス解析を行った。

その結果、算数や数学の授業において、「児童生徒に合った授業」をすることで「学習意欲」が高まり、「学力」や「学習観」に影響を及ぼすことが示された。また、「教材の工夫」は、「児童生徒に合った授業」との相関が高く、「学習観」にも影響することがわかった。算数と数学の授業との大きな違いは、算数では「学び合い」が構成概念として示されたが、数学では示されなかったことである。

### キーワード

算数、数学、学力、学習観

### Abstract

The objective of this study was to clarify the factors affecting academic ability and views of learning in arithmetic and math lessons. Question items were compiled on the basis of the results of interviews with university students and between July 2008 and December 2009, 576 students from three universities were asked to complete a written questionnaire. After excluding data with missing values, the number of samples was taken to be 485, and these were analyzed by means of covariance structure analysis.

Results showed that where arithmetic and math lessons were concerned, providing “lessons suited to children,” would increase the “desire to learn” and “learning ability” and “views of learning” would also be affected. In addition, a strong correlation was found between “creative arrangement of teaching materials” and “lessons suited to children” and this also influenced “views of learning.” The big difference between arithmetic and math lessons was that in arithmetic “learning together” was shown to be the construct concept whereas this was not shown to be the case in math.

### Key words

arithmetic, mathematics, ability, views of learning

## I はじめに

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り、国際的に見て上位を維持している。しかしながら、算数の勉強は楽しいかを4つの選択肢（「強くそう思う」、「そう思う」、「そう思わない」及び「まったくそう思わない」）で尋ねた設問について、「強くそう思う」、「そう思う」と答えた児童の割合は、それぞれ、34%、36%であった。「強くそう思う」と答えた児童の割合が34パーセントであり、国際平均値の55%よりも21ポイント下回っており、日本は、調査参加国36カ国中、台湾、オランダ、香港、デンマークに次いで低い。数学の勉強が楽しいかについて「強くそう思う」「そう思う」と答えた生徒の割合は、それぞれ9%、30%であり、「強くそう思う」と答えた生徒の割合は、国際平均値の35%よりも26ポイント下回っており、スロベニア、韓国に次いで低い。2003年の調査と比較すると、小学校では増加傾向が見られたが、中学校はほとんど変わらず、国際的に見て依然と低いままである。<sup>1)</sup>

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、「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」と指摘している。<sup>2)</sup> 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わかった。<sup>3)</sup> 面接調査では、教師は算数科の授業では客観主義的な学習指導を多く用いており、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。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。<sup>4)</sup>

また、大学生を対象とした算数・数学についての面接調査を行い、8つのカテゴリーと33のサブカテゴリーが抽出し、大学生がもつ算数・数学の学習観に関してプロセスの構造を明らかにした。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。【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。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。<sup>5)</sup>

本研究では、大学生への面接調査の結果をもとに質問項目を作成し、大学生を対象とした質問紙調査を行った。本研究の目的は、以下の通りである。

- ① 算数・数学の好き嫌いについて、小学校、中学校においてどのように変化しているのか調べる。
- ② 小学校6年時の算数と中学校3年時の数学の授業や学習を比較し、その違いを明らかにする。

- ③ 小学校6年時の算数と中学校3年時の数学の授業について、学力や学習観に影響を与える要因と構造を明らかにし、授業のあり方を考察する。

## II 研究方法

大学生への面接調査の結果をもとに質問項目を作成し、2008年7月～2009年12月に3大学576名の大学生を対象として質問紙調査を実施した。授業終了時に、研究の目的や方法について口頭と文書で説明した。無記名であるため個人が特定されることはなく、データは数量化し研究目的以外には使用しないことを示して、研究協力を依頼した。質問紙への回答をもって、同意とみなした。質問内容は、算数や数学の好き嫌い（5件法）、好きまたは嫌いだった時期、小学校6年生時の算数および中学校3年生時の授業や学習（28項目、5件法）についてである。

欠損値のあるデータを除きサンプル数を485とした。算数や数学の好き嫌いや、好きまたは嫌いだった時期については、割合を求めた。小学校6年生時の算数および中学校3年生時の授業や学習については、対応のある場合の平均値の差の検定（t検定）、「嫌い」、「嫌いではない」の2群の平均値の差の検定（t検定）、共分散構造分析によるパス解析を行った。

## III 結果

### 1. 算数・数学の好き嫌い

「算数や数学は好きですか、嫌いですか」の質問について、「好きである」14.0%、「やや好きである」21.9%、「どちらともいえない」15.3%、「やや嫌いである」23.1%、「嫌いである」25.8%となっている（図1参照）。肯定の「好きである」と「やや好きである」を合わせると35.9%であり、否定の「嫌いであ

る」と「やや嫌いである」を合わせた48.9%よりも13.0ポイント下回っている。

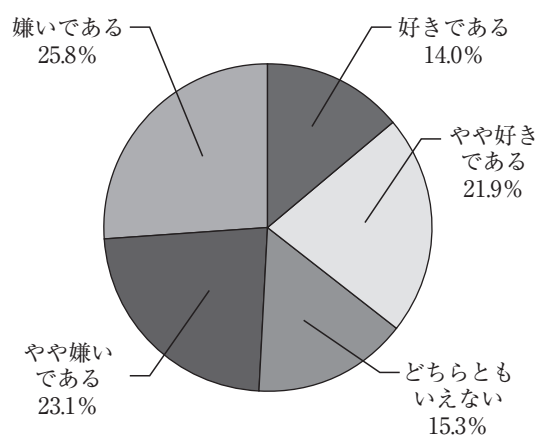


図1 算数・数学の好き嫌いの割合

また、図2は、「算数や数学が好きだったのはいつですか」及び「算数や数学が嫌いだったのはいつですか」の質問について、小学校1年から中学校3年までの割合の変化を表したものである。「好き」の割合は、小学校で下がり続けて、中学校1年でやや増え、その後また下がっている。「嫌い」の割合は、右肩上がりに増えている。特に、小学校3年から4年では7.4ポイント、4年から5年では8.0ポイント、中1から中2では7.2ポイント、中2から中3では9.3ポイント増えており、変化が大きい。

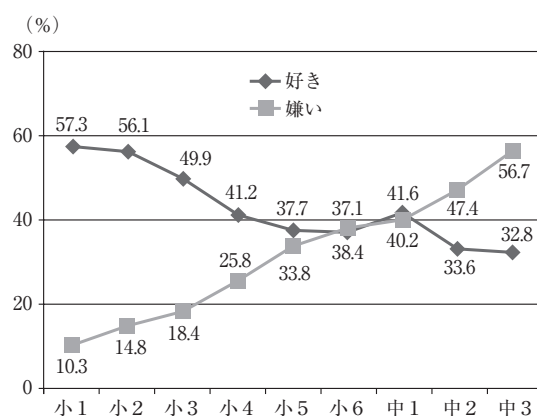


図2 算数・数学の好き嫌いの割合の変化

## 2. 小学校6年時の算数および中学校3年時の授業や学習の比較

表1は、小学校6年時の算数および中学校3年時の数学の授業や学習についての各質問項目の平均、標準偏差値、相関係数、t値を示したものである。平均値の差の検定では、28項目中20項目において有意差がみられた。特に、「日常での有用さ」( $t(484)=12.23, p<.001$ )、「家族の援助」( $t(484)=12.12, p<.001$ )の項目では算数の平均値が高く、「塾や家庭教師」( $t(484)=13.07, p<.001$ )、「教師の専門性」( $t(484)=10.31, p<.001$ )の項目では数学の平均値が高くなっており、差が大きかった。反対に、有意差がみられなかったものとしては、「楽しさ」、「質問・意見」、「能力の高さ」、「宿題の多さ」、「児童(生徒)のペースに合わせた進め方」、「説明のわかりやすさ」、「面白さ」、「得意」が挙げられる。

また、表2は、算数(小学校6年)及び数学(中学校3年)について「嫌い」、「嫌いではない」の2群の平均値、標準偏差、t値を示したものである。平均値の差の検定では、算数、数学それぞれ24項目において有意差がみられた。特に、算数において「嫌いではない」の群で平均値が高かったのは「得意」( $t(483)=17.08, p<.001$ )、「面白さ」( $t(483)=15.37, p<.001$ )、「楽しさ」( $t(483)=15.34, p<.001$ )、「成績のよさ」( $t(483)=14.60, p<.001$ )、「能力の高さ」( $t(483)=12.45, p<.001$ )であり、「嫌い」の群で平均値が高かったのは「理解度の低さ」( $t(483)=13.55, p<.001$ )であった。特に、数学において「嫌いではない」の群で平均値が高かったのは「得意」( $t(483)=15.81, p<.001$ )、「面白さ」( $t(483)=14.24, p<.001$ )、「成績のよさ」( $t(483)=13.73, p<.001$ )、「楽しさ」( $t(483)=13.06, p<.001$ )、「能力の高さ」( $t(483)=12.12, p<.001$ )であり、算数と

同様な結果を得た。反対に、有意差がみられなかったものとしては、算数では「塾や家庭教師」、「ドリルやプリントの使用」、「家族の援助」、「問題をやる時間の多さ」、数学では「宿題の多さ」、「家族の援助」、「塾や家庭教師」、「問題をやる時間の多さ」が挙げられ、算数、数学で似たような結果が得られた。

さらに、共分散構造分析を行った結果を、図3、4に示した。図3は、小学校6年時の算数の授業についてである。5%水準ですべて有意である推定値(標準化推定値)が得られた。 $GFI=.956$ 、 $AGFI=.933$ 、 $CFI=.979$ 、 $RMSEA=.050$ であり、十分な適合を示した。算数の授業についての構成概念は、「学び合い」、「児童に合った授業」、「教材の工夫」、「学習意欲」、「学力」、「学習観」の6つである。図4は、中学校3年時の数学の授業についてである。1%水準ですべて有意である推定値(標準化推定値)が得られた。 $GFI=.966$ 、 $AGFI=.946$ 、 $CFI=.987$ 、 $RMSEA=.048$ であり、十分な適合を示した。数学の授業の構成概念は、算数の授業の構成概念から「学び合い」を除いた5つである。

## VI 考察

### 1. 算数・数学の好き嫌いの変化

算数・数学について「嫌い」の割合が学年が上がるとともに右肩上がりに増えていることは、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という面接調査の結果と一致している。変化の大きさの理由として、小学校4年、中学校2年において学習内容の抽象性が全学年より高くなること、小学校5年において学習内容が多くなること、中学校3年は受験の影響を受けることなどが推測される。「好き」の割合は、小学校で下がり続けているが、中学校1年でやや増える。その理

表1 算数（小学校6年）と数学（中学校3年）の授業や学習についての質問項目の平均値、標準偏差、相関係数、t値

| 質問項目                                                           | 算数：小6 |      | 数学：中3 |      | 相関係数    | t値       |
|----------------------------------------------------------------|-------|------|-------|------|---------|----------|
|                                                                | 平均値   | 標準偏差 | 平均値   | 標準偏差 |         |          |
| 1 【教師の専門性】<br>教師は、算数（数学）の専門的な知識や技能を豊富にもっていたと思う。                | 3.16  | 0.99 | 3.75  | 1.09 | 0.26*** | 10.31*** |
| 2 【教科書の内容の教え方の丁寧さ】<br>教師は、教科書の内容を丁寧に教えてくれた。                    | 3.51  | 0.94 | 3.64  | 1.03 | 0.32*** | 2.45*    |
| 3 【説明のわかりやすさ】<br>教師の説明はわかりやすかった。                               | 3.49  | 0.98 | 3.41  | 1.20 | 0.24*** | 1.44     |
| 4 【児童（生徒）のペースに合わせた進め方】<br>教師は、児童（生徒）のペースに合わせて授業を進めていた。         | 3.28  | 1.00 | 3.35  | 1.07 | 0.28*** | 1.21     |
| 5 【課題や活動の工夫】教師は、児童（生徒）が興味や関心をもつように課題や活動を工夫していた。                | 3.01  | 1.04 | 2.89  | 1.06 | 0.28*** | 2.05*    |
| 6 【算数（数学）的活動】授業中、ゲームをしたり具体物を使ったり調べたりするなど、児童（生徒）自身が活動する機会が多かった。 | 2.76  | 1.06 | 2.35  | 1.00 | 0.39*** | 7.86***  |
| 7 【日常生活との関わり】教師は、身近な出来事や事例を取り上げるなどして、日常生活と関わらせて授業を行っていた。       | 2.87  | 1.09 | 2.69  | 1.04 | 0.31*** | 3.15*    |
| 8 【話し合いによる問題解決】<br>授業中、仲間と話し合って問題を解決することが多かった。                 | 2.73  | 1.15 | 3.09  | 1.16 | 0.32*** | 5.89***  |
| 9 【質問・意見】<br>授業中、児童（生徒）がよく質問したり意見を述べたりした。                      | 3.02  | 1.14 | 3.03  | 1.16 | 0.24*** | 0.26     |
| 10 【ドリルやプリントの使用】<br>授業中、ドリルやプリントを使った学習が多かった。                   | 3.84  | 1.05 | 3.36  | 1.14 | 0.27*** | 7.99***  |
| 11 【問題をやる時間の多さ】<br>授業中、練習問題や応用問題をやる時間が多かった。                    | 3.50  | 0.94 | 3.71  | 0.96 | 0.38*** | 4.38***  |
| 12 【自分で考える時間】<br>自分で授業中、問題について自分で考える時間が十分あった。                  | 3.80  | 0.98 | 3.55  | 1.06 | 0.21*** | 4.42***  |
| 13 【宿題の多さ】<br>算数（数学）の宿題が多かった。                                  | 3.01  | 1.04 | 2.97  | 1.08 | 0.33*** | 0.78     |
| 14 【自主的な学習】<br>家でも自主的に算数（数学）の勉強をした。                            | 2.65  | 1.27 | 2.85  | 1.30 | 0.56*** | 3.66***  |
| 15 【自分で考えること】<br>わからなかった時は、自分でよく考えた。                           | 3.46  | 1.05 | 3.60  | 0.97 | 0.62*** | 3.59***  |
| 16 【教師の援助】<br>わからなかった時は、教師が教えてくれた。                             | 3.59  | 1.05 | 3.73  | 1.08 | 0.34*** | 2.60*    |
| 17 【友達同士の援助】<br>わからなかった時は、友達同士で教え合った。                          | 3.43  | 1.13 | 3.78  | 1.06 | 0.37*** | 6.21***  |
| 18 【家族の援助】<br>わからなかった時は、親など家族から教えてもらった。                        | 3.50  | 1.32 | 2.80  | 1.44 | 0.58*** | 12.13*** |
| 19 【塾や家庭教師】<br>塾や家庭教師など、学校以外でも算数（数学）を習っていた。                    | 2.40  | 1.67 | 3.49  | 1.69 | 0.40*** | 13.07*** |
| 20 【能力の高さ】<br>算数（数学）の能力が高かった。                                  | 2.64  | 1.16 | 2.66  | 1.18 | 0.71*** | 0.41     |
| 21 【得意】<br>算数（数学）は得意だった。                                       | 2.96  | 1.43 | 2.87  | 1.33 | 0.66*** | 1.83     |
| 22 【理解度の低さ】<br>学習したことが理解できなかった。                                | 2.66  | 1.20 | 2.91  | 1.13 | 0.30*** | 4.02***  |
| 23 【論理思考力】<br>算数（数学）を学習したことで、論理的に考える力がついた。                     | 2.80  | 0.99 | 2.97  | 0.99 | 0.62*** | 4.54***  |
| 24 【成績のよさ】<br>算数（数学）の成績がよかった。                                  | 3.34  | 1.27 | 3.08  | 1.24 | 0.59*** | 4.97***  |
| 25 【楽しさ】<br>算数（数学）の学習は楽しかった。                                   | 2.97  | 1.32 | 2.97  | 1.30 | 0.49*** | 0.10     |
| 26 【面白さ】<br>算数（数学）の学習は面白かった。                                   | 2.96  | 1.31 | 2.88  | 1.33 | 0.62*** | 1.54     |
| 27 【日常での有用さ】<br>算数（数学）の学習は、日常生活に役立つ。                           | 3.60  | 1.04 | 3.01  | 1.12 | 0.52*** | 12.23*** |
| 28 【難しさ】<br>算数（数学）の学習は難しかった。                                   | 3.30  | 1.18 | 3.74  | 1.15 | 0.42*** | 7.70***  |

\*\*\*：p&lt;0.001 \*：p&lt;0.05

表2 算数（小学校6年）及び数学（中学校3年）について「嫌い」、「嫌いでない」の2群の平均値、標準偏差、t 値

| 質 問 項 目               | 算数：小6             |      |               |      | t値       | 数学：中3             |      |               |      | t値       |
|-----------------------|-------------------|------|---------------|------|----------|-------------------|------|---------------|------|----------|
|                       | 嫌いではない<br>(N=299) |      | 嫌い<br>(N=186) |      |          | 嫌いではない<br>(N=210) |      | 嫌い<br>(N=275) |      |          |
|                       | 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 |          |
| 1【教師の専門性】             | 3.26              | 1.01 | 3.01          | 0.93 | 2.81**   | 3.95              | 1.01 | 3.60          | 1.13 | 3.53***  |
| 2【教科書の内容の教え方の丁寧さ】     | 3.66              | 0.93 | 3.26          | 0.91 | 4.59***  | 3.88              | 0.98 | 3.45          | 1.03 | 4.63***  |
| 3【説明のわかりやすさ】          | 3.79              | 0.89 | 3.02          | 0.93 | 9.18***  | 3.91              | 1.06 | 3.02          | 1.16 | 8.75***  |
| 4【児童(生徒)のペースに合わせた進め方】 | 3.54              | 0.97 | 2.88          | 0.91 | 7.58***  | 3.64              | 1.07 | 3.13          | 1.01 | 5.29***  |
| 5【課題や活動の工夫】           | 3.25              | 1.00 | 2.62          | 0.99 | 6.77***  | 3.14              | 1.06 | 2.70          | 1.01 | 4.66***  |
| 6【算数(数学)的活動】          | 2.94              | 1.06 | 2.46          | 0.99 | 4.98***  | 2.51              | 1.06 | 2.23          | 0.93 | 3.01**   |
| 7【日常生活との関わり】          | 3.04              | 1.05 | 2.59          | 1.09 | 4.56***  | 2.92              | 1.03 | 2.51          | 1.02 | 4.43***  |
| 8【話し合いによる問題解決】        | 2.82              | 1.16 | 2.58          | 1.03 | 2.28*    | 3.20              | 1.19 | 3.00          | 1.13 | 1.97*    |
| 9【質問・意見】              | 3.15              | 1.14 | 2.80          | 1.11 | 3.40**   | 3.22              | 1.17 | 2.89          | 1.14 | 3.11**   |
| 10【ドリルやプリントの使用】       | 3.90              | 1.04 | 3.75          | 1.07 | 1.58     | 3.57              | 1.06 | 3.20          | 1.18 | 3.65***  |
| 11【問題をやる時間の多さ】        | 3.57              | 0.92 | 3.40          | 0.96 | 1.96     | 3.81              | 0.96 | 3.64          | 0.96 | 1.93     |
| 12【自分で考える時間】          | 4.03              | 0.91 | 3.44          | 0.98 | 6.71***  | 3.87              | 0.93 | 3.30          | 1.09 | 6.14***  |
| 13【宿題の多さ】             | 2.89              | 1.04 | 3.20          | 1.01 | 3.24**   | 2.96              | 1.13 | 2.97          | 1.04 | 0.13     |
| 14【自主的な学習】            | 3.00              | 1.29 | 2.08          | 1.02 | 8.66***  | 3.28              | 1.28 | 2.51          | 1.21 | 6.76***  |
| 15【自分で考えること】          | 3.75              | 0.95 | 2.99          | 1.05 | 8.23***  | 3.96              | 0.81 | 3.33          | 1.00 | 7.68***  |
| 16【教師の援助】             | 3.72              | 1.03 | 3.38          | 1.04 | 3.46**   | 3.92              | 1.06 | 3.59          | 1.08 | 3.36**   |
| 17【友達同士の援助】           | 3.57              | 1.10 | 3.22          | 1.16 | 3.38**   | 3.94              | 1.05 | 3.66          | 1.05 | 2.91**   |
| 18【家族の援助】             | 3.41              | 1.38 | 3.64          | 1.21 | 1.95     | 2.78              | 1.53 | 2.81          | 1.38 | 0.25     |
| 19【塾や家庭教師】            | 2.41              | 1.67 | 2.37          | 1.66 | 0.28     | 3.55              | 1.71 | 3.45          | 1.67 | 0.65     |
| 20【能力の高さ】             | 3.09              | 1.06 | 1.92          | 0.91 | 12.45*** | 3.32              | 1.13 | 2.15          | 0.94 | 12.12*** |
| 21【得意】                | 3.63              | 1.23 | 1.89          | 0.99 | 17.08*** | 3.77              | 1.19 | 2.18          | 0.97 | 15.81*** |
| 22【理解度の低さ】            | 2.17              | 1.04 | 3.46          | 0.99 | 13.55*** | 2.44              | 1.09 | 3.27          | 1.02 | 8.63***  |
| 23【論理思考力】             | 3.01              | 0.99 | 2.45          | 0.89 | 6.38***  | 3.36              | 1.02 | 2.68          | 0.87 | 7.83***  |
| 24【成績のよさ】             | 3.89              | 1.07 | 2.45          | 1.03 | 14.6***  | 3.83              | 1.11 | 2.51          | 1.01 | 13.73*** |
| 25【楽しさ】               | 3.55              | 1.17 | 2.05          | 0.96 | 15.34*** | 3.73              | 1.21 | 2.39          | 1.05 | 13.06*** |
| 26【面白さ】               | 3.54              | 1.15 | 2.03          | 0.98 | 15.37*** | 3.70              | 1.20 | 2.25          | 1.05 | 14.24*** |
| 27【日常での有用さ】           | 3.78              | 0.98 | 3.32          | 1.07 | 4.85***  | 3.30              | 1.07 | 2.79          | 1.11 | 5.01***  |
| 28【難しさ】               | 2.92              | 1.09 | 3.91          | 1.06 | 9.83***  | 3.21              | 1.17 | 4.14          | 0.96 | 9.35***  |

\*\*\* : p<0.001 \*\* : p<0.01 \* : p<0.05

算数・数学の授業における学力及び学習観に影響を及ぼす要因

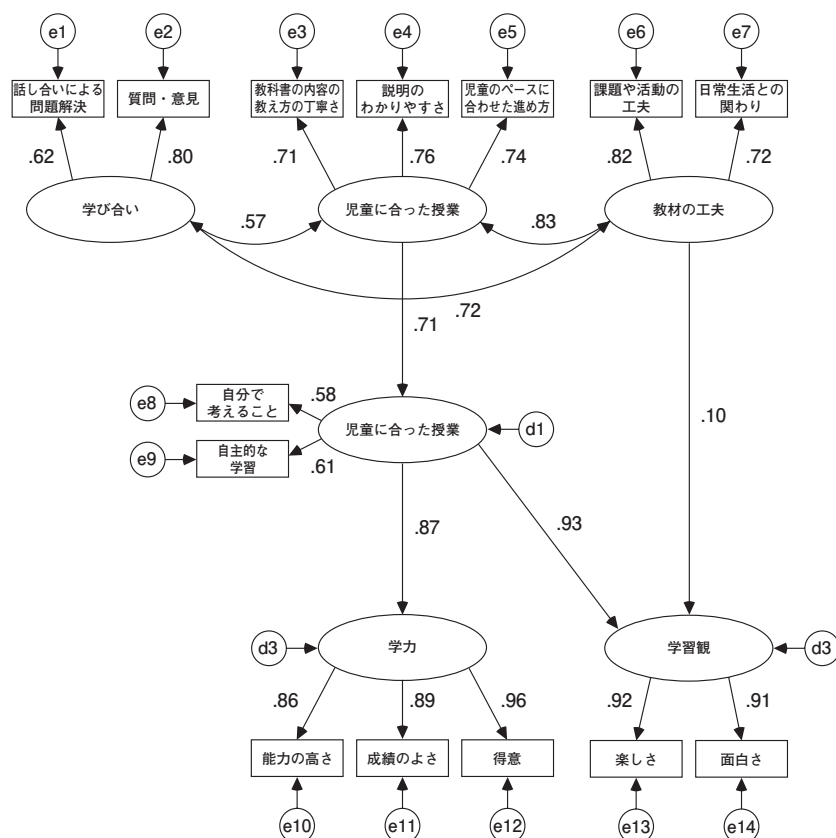


図3 算数（小学校6年）の授業

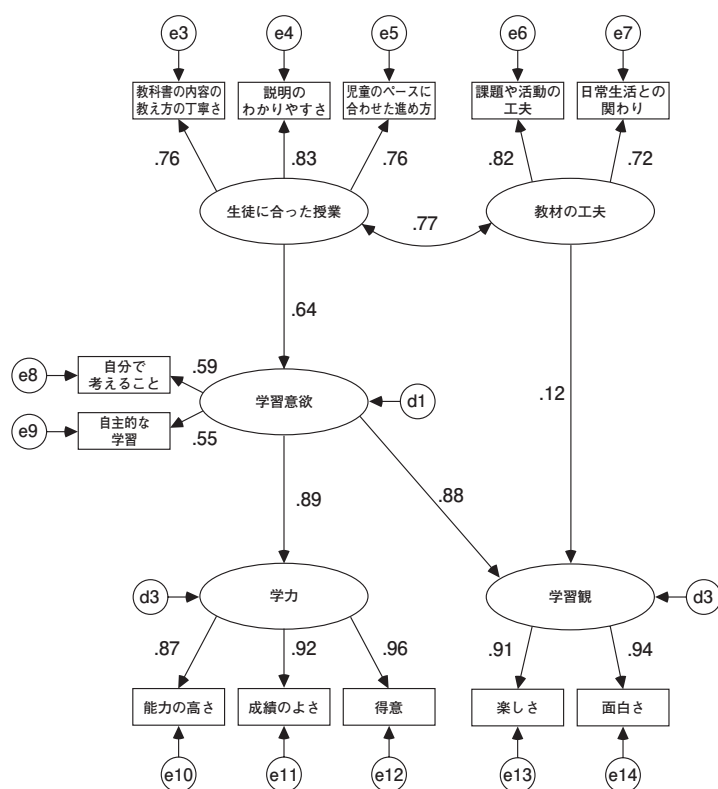


図4 数学（中学校3年）の授業

由として、学級担任制から教科担任制になることや、中学校の「教師の専門性」の項目の平均値が小学校と比べて有意に高いことから、中学校の数学教師の専門性の高さが考えられる。

また、図1、2を比較してみると、「算数や数学は好きですか、嫌いですか」の質問について「好きである」と「やや好きである」を合わせた割合は35.9%、中学校3年時の「好き」の割合は32.8%となっており、大学生である現在よりも中学校3年時の方が3.8ポイント下回っている。反対に、否定の「嫌いである」と「やや嫌いである」を合わせた割合は48.9%、中学校3年時の「嫌い」の割合は56.7%となっており、現在よりも中学校3年時の方が7.8ポイント上回っている。義務教育における算数・数学の授業のあり方が問われるところである。

## 2. 算数・数学の授業や学習の比較

算数・数学の授業や学習を比較し、以下のような相違点があることがわかった。

- ・ 数学の内容は抽象的であるため、中学校では「日常での有用さ」が感じにくい。
- ・ わからなかった時の対応として、小学校では「家族の援助」が多いが、中学校では「友達の援助」「教師の援助」が多くなっており、「塾や家庭教師」などの学校外での学習が増える。
- ・ 「説明のわかりやすさ」、「児童（生徒）のペースに合わせた進め方」、「宿題の多さ」、「質問・意見」といった教師の授業のしかたや、「能力の高さ」、「得意」、「楽しさ」、「面白さ」といった学力や学習観については、小学校と中学校の間であまり違いがみられない。

また、「嫌い」、「嫌いではない」の2群において、算数・数学ともに特に平均値の差が大きかったのは、「得意」、「面白さ」、

「楽しさ」、「成績のよさ」、「能力の高さ」であり、学力や学力観の違いが非常に大きいことが示された。国際数学・理科教育動向調査（TIMSS）の結果において、平均得点が国際的に見て上位を維持しているが、算数の勉強は楽しいかということについては国際的に見て依然と低いままであることから、「楽しさ」、「面白さ」を高めるような授業を行っていくことが課題である。

## 3. 算数・数学の学力及び学習観に及ぼす要因

算数や数学の授業において、「児童（生徒）に合った授業」をすることで「学習意欲」が高まり、「学力」や「学習観」に影響を及ぼすことが示された。また、「教材の工夫」は、「児童に合った授業」との相関が高く、「学習観」にも影響することがわかった。算数と数学の授業との大きな違いは、算数では「学び合い」が構成概念として示されたが、数学では示されなかったことである。「学び合い」は、「児童に合った授業」、「教材の工夫」と相互に関連している。

算数・数学の授業についての構成概念のうち、「児童に合った授業」は客観主義的な学習指導、「学び合い」と「教材の工夫」は構成主義的な学習指導にあたる。「教材の工夫」は「学習観」に影響することから、「楽しさ」、「面白さ」を高めるには構成主義的な学習指導を授業の中に入れていく必要がある。

## V おわりに

教師を対象とした先行研究において、教師は算数科の授業では客観主義的な学習指導を多く用いていること、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、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がわかった。本研究は、大学生という学習

者の立場からの研究であり、客観主義的な学習指導だけでなく、構成主義的な学習指導が学習観に影響を与えることが明らかになった。構成主義的な学習指導の難しさは先行研究において示されていることではあるが、本研究の調査結果から、構成主義的な学習指導を行っていくことが重要である。

今後は、対象を算数・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りたい。

## 引用文献

- 1) 国立教育政策研究所. 国際数学・理科教育動向調査の2007年調査 (TIMSS2007) 国際調査結果報告 (概要). <<http://www.nier.go.jp/timss/2007/gaiyou2007.pdf>>. 2011年11月30日.
- 2) 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](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05102601.htm)>. 2011年11月30日.
- 3) 中村恵子. 教師の学習観と学習指導の諸関連. 日本デューイ学会紀要. 2001;42:162-168.
- 4) 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.
- 5) 中村恵子. 大学生のもつ算数・数学の学習観に関する研究. 新潟青陵学会誌. 2010;3(1):43-51.



## 若年男女の「冷え症」について

桑原有衣子<sup>1)</sup>・半藤 保<sup>2)</sup>・池田かよ子<sup>2)</sup>

1) 聖マリアンナ医科大学病院 周産期センター

2) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

### Symptoms of Poor Blood Circulation in Young People of Both Male and Female

Aiko Kuwabara<sup>1)</sup>, Tamotsu Hando<sup>2)</sup>, Kayoko Ikeda<sup>2)</sup>

1) ST MARIANNE UNIVERSITY HOSPITAL, PERINATAL CENTER

2) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

#### 要旨

若年男女の冷え症の実態を把握するため、2009年5、6月の2ヵ月間に男女大学生479人と男女高校生372人、合計851人を対象に冷え症の有無に関する無記名アンケート方式による調査を行い、以下の結果を得た。

冷え症は一般に女性に多いといわれているが、本研究でその差異を確認したところ、冷えによる苦痛の頻度は男女間に統計学的な差を認めなかった。冷えを感じる部位は足趾、手指、かかと、手掌の順で、四肢末端に多かった。はじめて冷えを感じ出した年齢は、冷えの程度が強いほど若い傾向があった。冷えの日差変動は、就寝前が最も多く、それにより寝つきが悪く、睡眠時間も少なかった。月経周期や、男女のBMIと冷えとの間には統計学的有意差を認めなかった。肩凝り、立ちくらみなどの不定愁訴が6項目以上ある人は5項目以下の人に比べて、冷えを自覚している人が有意に多かった。(p<0.05) 冷え症の対応策としては、一時的効果に過ぎないがソックスを履くなどが多かった。

#### キーワード

冷え症、若者、身体部位、日差変動

#### Abstract

A questionnaire was used to obtain data from 851 university and high-school students(241 males and 610 females) in May and June, 2009, with respect to physical symptoms reflecting poor blood circulation( PBC ). In general, such symptoms were more frequently reported by females than males, but in this study no statistically-significant difference with respect to gender was found. As for the symptoms reported, the most frequent included feelings of coldness in the extremities, especially the fingertips and tips of the toes, but also in the heels and palms. Such symptoms were reported as most noticeable in the evening before going to bed, and this discomfort tended to impede the ability of the respondents to fall asleep, resulting in shorter sleep times. Significantly more respondents who reported 6 or more general complaints (such as stiff shoulders and feelings of dizziness upon standing up too quickly) also reported being aware of the fact that they had PBC, as compared to the respondents reporting 5 or fewer such complaints. No statistical difference was noted between menstrual cycle and/or body mass index and PBC related symptoms. The most popular remedy used was the wearing socks, which was reported to offer a temporary but effective alleviation of PBC-related symptoms.

#### Key words

symptoms of poor blood circulation, young people, body part, circadian variation

## I 緒言

いわゆる冷え症という言葉は繁用され、多くの人がその苦痛を自覚しているにも関わらず実態はしばしば等閑視されている。冷え症という病名は西洋医学にはないが、東洋の社会では治療すべき疾患とみなされている。したがって、その病態も明確でないため診断基準も定かではない。ところが、後山<sup>1)</sup>はレーザ組織血流計と指先加速度脈波を用いた末梢血流動態と冷えの関係を評価し、冷えを感じる症例の下肢血流量が有意に減少し、冷え症の病態は四肢末梢の皮膚血流量の低下が責任の一端を有することを明らかにした。ひるがえって、臨床的な「冷え」の概念には(1)氷、冷氣などにより一時的に冷える「冷え」、(2)体質的に冷える性分である「冷え性」、(3)自覚的に冷えが症状として現れる「冷え症」などがある。九嶋<sup>2)</sup>らは、「身体他の部位は全く冷えを感じない室温において、身体の特定位点のみが冷たく感じる状態」と定義づけた。しかし、本研究では「冷え症」を「冷え症だと自覚している場合」とし、若年男女を対象とした限定的なものではあるが、“冷え症”の実態の一端を明らかにすることができたので報告する。

## II 研究方法

2009年5、6月、A大学男女大学生479人、

B高校男女高校生372人、合計851人を対象に、無記名アンケート方式による調査を行った。質問内容は、①冷え症の有無、②自覚症状(以下不定愁訴と略す)の有無；この中には肩凝り、腰痛、全身倦怠感、頭痛、頭重、立ちくらみ、めまい、動悸、息切れ、食欲不振、嘔気、発汗、不眠、体調不良、朝起きるのがつらい、胃痛、耳鳴り、微熱、貧血、便秘、下痢、などが含まれる、③冷えを感じ出した年齢、④最も冷えを感じる部位、⑤冷えの程度などである。冷えの程度は、近藤<sup>2)</sup>らによる「ひどく冷えるので苦痛」「かなり冷えるが苦痛でない」「少し冷えると感じる」の三つに分類した。得られたデータは $\chi^2$ 検定により有意差検定を行った。やせ、肥満はbody mass index(以下BMI)値により、標準を18.5~25とし、やせを18.5未満、肥満を25以上とした。さらに、アンケート記入は任意とし、被験者の安全性が保障され、研究の目的、方法、安全性に関して十分説明を受け、よく理解した上で自らの意思で研究に協力した。また、情報は個人が特定されないように十分に配慮した。

## III 成績

### 1. 頻度(表1)

冷え症の頻度は35.1%で約1/3の人が冷え症を持っていた。しかし、男女別では女性の44.6%に比し、男性では11.1%にしか冷え症は

表1 男女別冷え症の頻度と程度

| 冷え症    |                  | 男（n）       | 女（n）       | 合計（n）      |            |
|--------|------------------|------------|------------|------------|------------|
| あ<br>り | ひどく冷えるの<br>で苦痛   | 4（1.7%）    | 57（9.6%）   | 61（7.4%）   | 290（35.1%） |
|        | かなり冷えるが<br>苦痛はない | 11（4.7%）   | 125（21.0%） | 136（16.4%） |            |
|        | 少し冷える            | 11（4.7%）   | 83（14.0%）  | 44（5.3%）   |            |
| な　　し   |                  | 208（88.9%） | 329（55.4%） | 537（64.9%） |            |
| 記入なし   |                  | 7          | 16         | 23         |            |
| 合　　計   |                  | 241        | 610        | 851        |            |

(%)は「記入なし」を差し引いて算出した。

なく女性に多くの冷え症を認めた ( $p < 0.01$ )。そのうち、ひどく冷えるので苦痛を感じているのは、全体では冷えを感じるものの中で21.0% (61人/290人) であったが、男女別では男性の15.4%、女性の21.5%で統計学的な男女差はなく、男性にも冷えを苦痛とする者の割合が多いことが分かった。

## 2. 冷えを感じる部位

最も多かったのは、足趾 (15.5%)、ついで手の指 (9.3%)、かかと (4.2%)、手掌 (2.1%) など四肢の先端部で、部位に男女差はなかった。

## 3. 冷えの初覚年齢

冷えを感じ出した年齢 (初覚年齢) は  $14.7 \pm 2.7$  歳であり、冷えの程度別では「ひどく冷えるので苦痛」は  $14.5 \pm 3.4$  歳、「少し冷えると感じる」は  $15 \pm 2.4$  歳であった。

## 4. 冷えの日差変動

1日の時間帯のうち、就寝前が50%、ついで日中21%、起床時18%、風呂上がり4%、その他冬場、常になどの6%が続いた。

## 5. 冷えと睡眠との関係 (表2)

冷えを感じる時間帯は就寝前が最も多いことから、寝つきの良しあしについて調査した。その結果回答のあった820人中「ひどく冷えるので苦痛」「かなり冷えると感じる」を冷え群として処理すると、冷え症ありの人で「寝つきが良い」と回答したのは72人 (36.4%)、

「普通」91人 (14.1%)、「悪い」35人 (14.1%) であった。冷え症なし群では、「良い」214人 (34.4%)、「普通」340人 (54.7%)、「悪い」68人 (11.0%) であった。そのため、冷え症がある人はない人に比べて有意に寝つきが悪いという結果になった。 ( $p < 0.01$ )

## 6. 冷え症の有無と睡眠時間 (表3)

有効回答のあった817人について睡眠時間6時間以上と、6時間以下とで解析したところ、冷え症がある人はない人に比べて睡眠時間6時間以下が有意に多かった。 ( $p < 0.05$ )

## 7. 冷えと各種の不定愁訴

不定愁訴が6項目以上ある人は5項目以下しかない人に比べて有意に冷えを自覚している割合が多かった。 ( $p < 0.05$ )

なお、不定愁訴の内容については冷え症がある人では肩凝りが最も多く、ついで立ちくらみ、朝起きるのがつらい、腰痛の頻度が高かった。

## 8. 冷え症の対策

冷え症に対する工夫をしていると回答のあった112人中、「靴下を履く」が58人 (51.8%) で最も多く、ついで「カイロを貼る」21人 (19.0%)、であった。冷えを感じる部位が多い足指に対応した回答であった。なお、それによって一時的ではあるが冷え症が軽快するものが62人 (55.3%)、軽減するが35人 (27.3%)、変化なしが15人 (13.4%) であった。

表2 冷え症と寝つきとの関係

| 冷え症    | 寝つき         |             |             |
|--------|-------------|-------------|-------------|
|        | よい          | 普通          | 悪い          |
| あり 198 | 72 (36.4%)  | 91 (14.1%)  | 35 (17.7%)  |
| なし 622 | 214 (34.4%) | 340 (54.7%) | 68 (11.0%)  |
| 合計 820 | 286 (34.9%) | 431 (52.6%) | 103 (12.6%) |

表3 冷え症の有無と睡眠時間

| 冷え症 (n) | 睡眠時間        |             |
|---------|-------------|-------------|
|         | 6時間以下 (n)   | 6時間以上 (n)   |
| あり 196  | 143 (73.0%) | 53 (27.0%)  |
| なし 621  | 391 (62.9%) | 230 (37.0%) |
| 合計 817  | 534 (65.4%) | 283 (34.6%) |

## IV 考察

### 1. 男女の冷え症の比較

冷え症の頻度は意外に多く、対象者851人中291人(34.2%)が自覚していた。

男女別では、男性の11.1%、女性の44.6%が冷えを自覚していた。冷え症の定義の仕方にもよるが、近藤らは<sup>2)</sup>318名の女性の調査で今回の成績に近い38.7%に、さらに三浦らは<sup>5)</sup>20~24歳の103名の女性の調査で51.9%に冷え症を自覚したと報告している。また、川越らは<sup>3)</sup>6,729人中572人(8.5%)に、男女別では男性の23%、女性の12.0%が冷えを自覚していた。このように、冷えの自覚は女性が男性より高頻度であることは各報告とも一致している。男女の頻度は多くの報告で概ね1:6であるが、本研究では約1:4であった。特筆すべきことは、男性でも11.1%に冷えを自覚していたことである。しかも、男性の1.7%はひどく冷えるので苦痛と訴えていた。ちなみに、女性ではこの数字は9.6%であった。近藤らは女性対象者の冷えの程度を重症(+++)、中等度(++)、軽度(+)に分類し、重症は14.5%であったと報告した。すなわち、本研究とも合わせ、女性の10%前後は冷え症による苦痛を感じていることが明らかにされた。

### 2. 冷えを感じる部位と初覚年齢

冷えを感じる部位については、足が15.5%と最も多く、ついで手の指先が9.3%、きびす4.2%、手掌2.1%と、四肢末端部に冷えを感じるものが多かった。この部位について男女差は認められなかったのは、他の報告<sup>1,2,3,7)</sup>と同じであった。

冷えの初覚年齢については、全体で14.7±2.7歳で、若年のうちから自覚することが明らかとなった。これは、近藤らの<sup>2)</sup>成績よりもやや若年に偏っていた。

### 3. 冷えを感じる時間帯

冷えを感じる時間帯は、就寝前が50%と最も多く、ついで昼間21%、起床時18%、

風呂上がり4%の順であった。今井らの<sup>1)</sup>複数回答では、就寝前64.5%、朝24.5%、夕がた19.4%、また、近藤らの<sup>2)</sup>一日でもっとも冷える時間帯は就寝前67.5%などの成績と一致し、冷えを自覚する人の約50~70%は就寝前に最も強いことが明らかになった。また、寒冷刺激により冷えが増強する可能性があるため、調査を冬季に行えばさらに冷え症の割合は増加すると考えられる。

このように冷えを感じる時間帯が就寝前であることから、冷えを自覚する人は睡眠に冷えが影響することが予測される。事実、今回の成績では冷えを感じる人は寝つきが悪く、結果的に睡眠時間が減少することが示された。

### 4. 冷えと各種の不定愁訴

不定愁訴が6項目以上の群と5項目以下の群に分け、冷えとの関係を比較したところ、6項目以上の群に冷えを自覚している人の割合が有意に高かった。宮本らは<sup>6)</sup>冷えの強い群に体調がすぐれない、貧血、便秘、胃痛を自覚するものが多く、また、近藤らは<sup>2)</sup>冷え症とそうでない群とでは、自覚している自律神経症状の内容に差はないものの、冷え症のものは自覚症状が3.1項目、冷え症でないものは1.8項目とその差を認めている。以上のことは、各種愁訴の項目数が多い人は不定愁訴の一つである冷えを自覚する割合が高くなり、愁訴が多ければ冷えも感じやすいという相関関係につながる。各種愁訴は自律神経機能や、ホルモン動態の乱れにも関係し、それが冷え症と関連する可能性がある。

### 5. 冷え症の対策

靴下を履くが最も多く、ついでカイロが多かった。定形らは<sup>7)</sup>、各年代で対応策に差があり、若年者は「カイロを貼る」が多いと述べている。今井らは<sup>1)</sup>靴下・ストッキングを履くという回答が多かったと報告している。このような対応策により、冷えの改善度は一時的に軽減するという回答を含めると96%に改善効果を認めた。ただし、その多くは冷えの軽

減効果は一時的で、根本的な効果となっていない様子がうかがえた。

## V 結語

若年男女の冷え症の実態を把握するため、2009年5、6月の2カ月間に年齢15～22歳の男女大学生479人、男女高校生372人、合計851人を対象に冷え症の有無に関する無記名アンケート方式による調査を行い、以下の結果を得た。

1. 冷え症は女性に多く ( $p < 0.01$ )、足、手指、かかと、手掌の順で、四肢末端に多かったが、ひどく冷えるので苦痛としたものは男性15.4% (4/26)、女性21.5% (57/265) で両者間に統計学的有意差は認めなかった。
2. はじめて冷えを感じだした年齢は、冷えの程度が強いほど若かった。
3. 冷えの日差変動は、就寝前に最も多く、それにより寝つきが悪く、睡眠時間も短かった。
4. 月経周期と冷え、男女のBMIと冷えとの間には有意差を認めなかった。
5. 肩凝り、立ちくらみなどの不定愁訴が6項目以上ある人は5項目以下の人に比べて、冷えを自覚している人が有意に多かった。
6. 冷えの対策として、靴下を履くという人が最も多く、一時的効果を認めた。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた各位に心からお礼申し上げます。

## 引用文献

- 1) 後山尚久. 冷え症の病態の臨床的解析と対応. 医学の歩み. 2005;215(11):925-929.

- 2) 高橋愛美, 林美希, 石井香織. 冷えから起こる妊婦のマイナートラブルの改善を目指して. 母性衛生学会抄録. 2008;49(3):146.
- 3) 九嶋勝司, 斉藤忠朝. いわゆる「冷え症」について. 産婦の実際. 1956;5:603-608.
- 4) 近藤正彦, 岡村靖. 冷え性の病態に関する統計学的考察. 日産婦誌. 1987;39(11):2000-2004.
- 5) 三浦友美, 交野好子, 住本和博, 他. 青年期女子の「冷え」の自覚とその要因に関する研究. 母性衛生. 2001;42(4):784-789.
- 6) 川越宏文, 高橋健二, 川嶋朗, 他. 冷えの実態調査—基礎データと疾患別の冷えの頻度—診断と治療. 2003;91(12):2293-2296.
- 7) 今井美和, 赤祖父一知, 福西秀信. 成人女性の冷えの自覚とその要因についての検討. 石川看護雑誌. 2007;4:55-64.
- 8) 定方美恵子, 佐藤悦, 村山ヒサエ. 女性の冷え症の実態と冷房使用、食生活の関係—年代的特徴を中心に— 新潟大学医療技術短期大学部紀要. 1997;6(1):47-58.
- 9) 宮本教雄, 青木貴子, 武藤紀久, 他. 若年女性における四肢の冷え感と日常生活の関係. 日衛誌. 1995;49:1004-1012.



# 介護老人保健施設の終末期ケアにおける看護管理者の役割

—終末期ケアへの認識、取り組みおよび困難感を解決するための工夫の分析から—

清水みどり<sup>1)</sup>・吉本 照子<sup>2)</sup>・緒方 泰子<sup>2)</sup>

1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

2) 千葉大学大学院看護学研究科

The Role of Nurse Managers in End-of-Life Care in Geriatric Health Service Facilities  
-Based on an Analysis of Their Perceptions of End-of-Life Care, of How to Solve Their  
Misgivings About It and of Ways of Dealing With It-

Midori Shimizu<sup>1)</sup>, Teruko Yoshimoto<sup>2)</sup>, Yasuko Ogata<sup>2)</sup>

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

2) CHIBA UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF NURSING

## 要旨

介護老人保健施設の終末期ケアにおける看護管理者の役割を抽出する目的で、施設特性や終末期ケアへの取り組み開始時期が異なる3施設の看護管理者3名と看護師1名に、半構成的面接を行い、管理者の終末期ケアへの認識や取り組み、困難を感じている点とそれを解決するための工夫を分析した。

老健の看護管理者は、施設特性や終末期ケアの経験・認識の違いによって異なる役割を果たしていた。管理者はこうした影響を認識し、それらの違いを超えて、高齢者・家族が意思決定できる仕組みを作り、症状緩和の処置と高齢者の苦痛のバランスの調整、日常生活重視のために、医師・他職種・家族と調整を行い、連携に必要な介護職の能力向上のための教育を行う必要がある。

## キーワード

介護老人保健施設、看護管理者、終末期ケア、役割

## Abstract

In order to deduce the role of nurse managers in end-of-life care at Geriatric Health Service Facilities, semi-structural interviews were conducted with nurse managers and nurse at three facilities which had different characteristics and which began to tackle end-of-life care at different periods. An analysis was made of these managers' perceptions of end-of-life care and their ways of tackling it, and of aspects about which they felt misgivings and how they set about finding solutions to these.

Nurse managers in Geriatric Health Service Facilities performed different roles depending on the characteristics of the facilities and their experience and perceptions of end-of-life care. There is a need for managers to perceive such influences and go beyond the differences in order to build a mechanism that enables elderly persons and families to make decisions; to adjust the balance between symptom relief procedures and elderly patients' suffering; to liaise among doctors, other personnel and families in order to emphasize daily life; and to provide education essential for improving care-givers' ability at liaison.

## Key words

geriatric health services facilities, nurse managers, end-of-life care, role

## I はじめに

介護老人保健施設（以下、老健）は、医療機関と在宅をつなぐ中間施設として誕生し、医療者および家族の在宅支援は重要な役割の1つである。介護保険がスタートして10年以上が経過し、在宅と施設の入退所を繰り返すいわゆる往復型利用者においては、加齢に伴う諸機能の低下によって施設介護の比率が増大し、やがては最後の時を迎える。これは疾病が直接の死因ではない高齢者の老衰死をどこで看取るのか、という問題に老健が直面することを意味する。老健での終末期ケアについては賛否両論あるものの、2009年の介護報酬の改定で終末期ケア加算が新設され、それに先立つ2008年の調査では終末期医療を行ったことがあると答えた施設は41.1%にのぼり<sup>1)</sup>、在宅支援の一環としての終末期ケアを容認する方向にあることを示唆している。

老衰死は終末期か否かの判断が非常に難しいこと、認知機能の低下で意思決定が困難なことなど、高齢者固有の要因により、ケアのエビデンスが蓄積しにくく、終末期ケアに困難を感じている施設は多いと思われる。しかし老健の終末期ケアにおける困難感や、それを解決するための工夫に関する知見の蓄積はほとんどなく、このような状況下で看護管理者は自施設のケアの質を保証しなければならない立場にある。

終末期ケアの取り組みや困難感は、施設特性や終末期ケアへの取り組み開始時期の違いによって異なる可能性がある。また清水の研究から、看護管理者の認識が、老健での死の看取りに影響していることから、管理者の終末期ケアへの認識が、取り組みや困難感に影響している可能性もある。

本研究の目的は、2009年の介護報酬改定から1年が経過した時点で、施設特性や終末期ケアへの取り組み開始時期が異なる3施設のケーススタディを通して、終末期ケアにお

ける看護管理者の認識や取り組み、困難を感じている点とそれを解決するための工夫を質的帰納的に分析し、老健の終末期ケアにおける看護管理者の役割を抽出することである。

## II 研究方法

1. 調査対象：施設特性および終末期ケアへの取り組み開始時期が異なる3施設の老健看護管理者3名、および1施設の看護職1名を対象とした。対象者および施設特性については表1に示した。

2. 調査期間：2010年3月

3. 調査方法：老健看護管理者の終末期ケアへの認識、取り組みおよび困難感を解決するための工夫について広く収集するために、施設特性や終末期ケアへの取り組み開始時期が異なる施設を選定した。東の研究から終末期ケアの実施と関係している施設特性は、要介護3以上の割合が高く、在宅復帰率が高いことなどが明らかになっていることから、在宅支援機能別に選定する必要があり、類型化にあたっては、老健の在宅支援機能から往復型、滞在型、など6類型に分類した井上の文献を参考に、利用者が在宅と施設の入退所を繰り返す「往復型」、在宅と往復しない「滞在型」、往復型と滞在型が混在する「混在型」の3タイプとした。

以上の方法で選定された3施設の看護管理者に、①終末期ケアへの認識、②取り組み、③困難感とそれを解決するための工夫、について1人1回40～60分の半構成的面接を行い、許可を得て内容を録音し逐語録を作成した。面接の順序は終末期ケアへの取り組み時期が早く、豊富な経験を持つ施設の管理者から行い、次の面接者には自由に語ってもらったあとでそれ以前の面接者から得た取り組み・困難感・工夫がないか確認することにした。なお協力が得られた場合は、施設での取り組みを補足する目的で看護職にも同様の半

表 1 対象者・施設の概要と終末期ケアへの認識・取り組み状況

| A 施設                                                           |                                                                            | B 施設                                                                                                |                                                           | C 施設                                             |                       |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|
| 対象者の属性<br>年齢・性別<br>当該施設での勤務年数                                  | 看護管理者<br>60代・女性<br>15年                                                     | 看護管理者<br>50代・女性<br>10年                                                                              | 看護管理者<br>50代・女性<br>12年                                    | 看護管理者<br>50代・女性<br>12年                           | 看護管理者<br>40代・女性<br>9年 |
| 施設特性<br>開設年数<br>定数<br>在宅支援のタイプ<br>認知症専門棟の有無<br>併設病院の有無<br>開設地域 | 15年<br>100名<br>往復型<br>認知症専門施設<br>あり<br>首都圏 農・漁村地域                          | 22年<br>81名<br>混在型<br>認知症専門棟なし<br>あり<br>首都圏 大規模団地                                                    | 12年<br>100名<br>滞在型<br>認知症専門棟なし<br>なし<br>地方都市 市街地          | 12年<br>100名<br>滞在型<br>認知症専門棟なし<br>なし<br>地方都市 市街地 |                       |
| 利用者の特徴                                                         | 家族との関係性が良好に保たれている<br>近隣都県からの利用者も多い                                         | 家族との関係性が比較的保たれている<br>市内の利用者が多い                                                                      | 家族との関係性はあまり保たれていない<br>市内の利用者が多い                           | 家族との関係性はあまり保たれていない<br>市内の利用者が多い                  |                       |
| 終末期ケアへの認識                                                      | ターミナルだからといって特別なことはなく、日頃やっていたケアをそのまま継続する<br>普通段の生活の延長線上にあり、普通の生活支援の量・質を下げない | 終末期だからといって特別なケアはしない、その方が普通に施設で生活して、いたとと同じタイムスケジュールで、喜ばれた関わりを中心に援助する<br>終末期は、一見すると普通のケアでも細心の注意を払っている | 老健は終の棲家ではなく、最後は病院が在宅でという思いがあったが、加算がつき、希望者も多いので取り組まざるを得ない。 |                                                  |                       |
| 取り組み状況<br>開始時期                                                 | 開設時から<br>希望者全員に実施                                                          | 開設時から<br>希望者全員に実施<br>※夜間、休日は臨終直前に死亡確認のため併設病院に搬送<br>ケアは看護職が担当<br>死後処置は看護職が実施                         | 介護報酬改定後<br>急変で亡くなる以外は原則として病院に搬送し、終末期ケアは実施せず               |                                                  |                       |
| 介護報酬改定前                                                        | ケアは看護・介護職が協働で担当<br>死後処置は看護・介護職が協働で実施                                       | 希望者全員に実施<br>ケアは看護・介護職が協働で担当<br>死後処置は看護・介護職が協働で実施                                                    | 希望者全員に実施<br>ケアは主に看護職が担当<br>死後処置は主に看護が実施                   |                                                  |                       |
| 介護報酬改定後                                                        | 希望者全員に実施<br>ケアは看護・介護職が協働で担当<br>死後処置は看護・介護職が協働で実施                           | 希望者全員に実施<br>ケアは看護・介護職が協働で担当<br>死後処置は看護・介護職が協働で実施                                                    | 希望者全員に実施<br>ケアは主に看護職が担当<br>死後処置は主に看護が実施                   |                                                  |                       |
| マニュアルの有無                                                       | あり                                                                         | あり                                                                                                  | あり                                                        |                                                  |                       |
| 意思確認の時期                                                        | 入所時全員に実施・以後状態変化時に適時実施                                                      | 入所時全員に実施・以後状態変化時に適時実施                                                                               | 終末期の診断時                                                   |                                                  |                       |
| 医療処置の取り決め                                                      | 輸液に関する取り決め<br>静脈穿刺は3回/日まで<br>夜間就眠時に実施し日中の活動を妨げない                           | 輸液に関する取り決め<br>原則行わない<br>家族の了解を得て最長1週間実施<br>輸液量500～200ml/日<br>静脈穿刺は3回/日まで                            | 酸素吸入の実施<br>24時間の輸液実施<br>希望があれば経管栄養実施（胃瘻を除く）               |                                                  |                       |

構成的面接を行い、逐語を作成した。また併設病院の有無、認知症専門棟の有無、利用者の特徴、立地場所、さらに終末期ケアの取り組み状況として、介護報酬改定前後の状況、マニュアルの有無、意思確認の時期、についてもデータ収集した。

4. 分析方法：逐語録から、①終末期ケアへの認識、②取り組み、③困難感、④困難感を解決するための工夫、に関する記述を切り出して要約しデータとした。次に困難感を示すデータを類似性に基づいてカテゴリー化し、その内容を考慮してカテゴリー名をつけ、困難感の要素とし、施設ごとに困難感の要素別に困難感を解決するための工夫を示すデータを整理した。データ及び分析の信頼性・妥当性を確保するため、作業は高齢者施設看護と看護管理を専門とする研究者3名が協働して行った。得られたデータと分析結果を面接者に提示して信頼性・妥当性を確認した。面接者に確認後、前述の研究者3名が協働して施設特性、終末期ケア開始時期および管理者の認識ごとに各施設のデータを比較した。

5. 用語の定義：本稿では、流石<sup>2)</sup>の定義に従い、「終末期」とは「疾患と老化が進んで心身が衰弱し、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止ができなくなり、死がそれほど遠くないと判断される状態にある高齢者の人生の終末の時期」をさす。「看取り」とは死期が限りなく近い状態でのケアをいい、終末期のケアに包含される。

6. 倫理的配慮：看護・介護職を統括する看護管理者に調査協力について書面で依頼し承諾を得た。対象者への調査依頼書および同意書に調査参加に関する任意性の保証、プライバシー保護のための匿名性、個人情報の保護を明記し、面談時に書面及び口頭で再度確認し、書面をもって承諾を得た。

### Ⅲ 結果

看護管理者の終末期ケアへの認識、取り組みおよび困難感を解決するための工夫、について表1、表2にまとめた。

#### 1. A施設

管理者は、首都圏にある「往復型」で認知症専門の施設に15年間勤務していた。開設時から看護職と介護職が協働で終末期ケアに取り組み、管理者の終末期ケアに対する認識は、特別なことではなく日頃やっているケアをそのまま継続する、普段の生活の延長線上にあり、普通の生活支援の量・質を下げない、だった。

職員が何度も話し合いを重ねることで、ケアの手順や意思確認の方法などは確立されており、それに関する困難感はなかったが、医師が家族に対して適切な選択をするための十分な情報を提供できていないこと、具体的には看護職からみて入院治療で改善可能と思われるのに、病院での治療ではなく施設での看取りを誘導するような説明をしがちなことに困難を感じていた。また家族が高齢、認知症、再入所困難を理由に入院治療を希望しないことにも困難感を感じ、それらを軽減する工夫として、遺族にアンケートを行って課題を抽出したり、家族が治療を選択しなかったことを将来後悔しないか投げかけてみたり、再入所可能なことを説明したりしていた。

さらに、栄養士が誤嚥を恐れて食形態をどんどん落とそうとしたり、医師が浮腫のある高齢者の輸液を継続しようとしたり、また過去には介護職が終末期と診断されたとたんにケアに消極的になることにも困難を感じていた。対応として、認知症高齢者の摂食行動には様々な要因が影響していることから、嚥下機能・環境・メニューをその都度タイムリーに評価するだけでなく、評価方法を工夫していた。医師に対しては倫理問題を提示したり、職員の代弁者として説得したり、苦痛を

伴う輸液の処置にルールを設けていた。介護職に対しては、終末期ケアは普段の生活の延長線上にあり、普通の生活支援の質・量を下げないよう教育したり、死のプロセスの教育、高齢者に対する観察機能の向上と次に取るべき行動の予測についての教育を行っていた。

## 2. B施設

管理者は首都圏にある「混在型」老健で、開設時から看護職が終末期ケアを担当してきた施設に10年間勤務していた。終末期ケアに対する認識は、特別なケアをすることではなく、その方が普通に施設で生活していたときと同じタイムスケジュールで喜ばれた関わりを中心に援助する、終末期は一見すると普通のケアでも細心の注意を払っている、だった。

この施設も事例を重ねて職員が話し合う中で、ケアの手順や意思確認の方法などは確立され、それに関する困難感は無かったが、施設での看取りを希望する高齢者・家族が、併設病院の医師の判断で退院のタイミングを逃して病院で亡くなることや、高齢者の終末期でも1000～1500mlの輸液は必要という医師の考え方に困難感を感じていた。それに対しては、病院に出向いて高齢者の状態を把握し、高齢者・家族の希望や施設で受入可能なことを病院側に伝えたり、加齢による身体機能の低下を医師に説明し、理解を得ながら輸液のルールを設けたりしていた。また家族に対しては、死期が近いことを理解できなかったり、直前に看取り場所を変更することに困難を感じており、それに対しては普段から家族をアセスメントし、医師の説明を噛み砕いて再度説明しつつ、家族がやるべきことを一緒に確認し、家族自身が死のプロセスを確認しながら区切りをつけられるよう援助したり、死の直前に家族に看取り場所の最終確認をしたりしていた。

また過去に、摂食飲水ができなくなった入

所者に輸液もしないのは職員に悔いが残るが、血管確保が困難になり浮腫が出現すると入所者の苦痛が増す、といった輸液治療と高齢者の苦痛の板挟みになったり、膝関節の拘縮が強い状態で亡くなった利用者がいた経験から、輸液のルールを設けたり、終末期ケアにリハビリ職も関わって協働して拘縮予防に努めるようにしていた。この施設では、介護報酬改定前は看護職のみが終末期ケアを担当していたが、改訂後は介護職も協働して行うようになった。知識不足から生じる介護職の不安や動揺に対しては、死のプロセスと身体機能の変化だけでなく、ケアの根拠をわかりやすく説明し、看護職と一緒にケアに入って経験を積めるようにしたり、業務や精神面のサポートを行ったりしていた。

## 3. C施設

管理者は地方都市の「滞在型」老健で、介護報酬改定後に看護職が終末期ケアに取り組み始めた施設に12年間勤務していた。終末期ケアに対する認識は、老健は終の棲家ではなく、最後は病院か在宅でという思いがあったが、加算がつき、希望者も多いので取りまざるを得ない、だった。

施設では、終末期と判断されてから家族に意思確認を行っていたが、意思確認のタイミング、意思確認できていない時点での急変、本人の意思確認ができないこと、に対して困難感を感じていた。また、家族と高齢者の関係が疎遠になり、普段見ていないために死期が近いことを説明しても家族が理解できずに面会に来ないことにも困難を感じており、入所者の状態の変化をそのつど説明するようにしていた。

この施設では、終末期の医療処置として24時間の輸液と酸素吸入を行い、家族の希望を確認して経管栄養（胃瘻は除く）も行うことから、医療処置が増えることによる看護師の負担や血管確保の難しさに困難を感じていた。それについては、施設でできる範囲を家

表2 終末期ケアの困難感と解決するための工夫

|     | 困難感の要素                             | 終末期ケアの困難感                                                                                                                                                                                                                  | 解決するための工夫                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A施設 | 高齢者・家族の意思決定のあり方や方法に関する<br>こと       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師が、家族に対し適切な選択をするための十分な情報を提供できていない（入院治療可能と思われる症例でも、医師が家族に施設での看取りを誘導してしまう。）</li> <li>・家族が、認知症があり高齢だからという理由で入院治療を希望しない。</li> <li>・家族が、治療のため退所すると再入所出来なくなることを恐れて入院治療を希望しない</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設で亡くなった入所者の家族に振り返りのアンケートを実施し、課題を明らかにする予定</li> <li>・家族に治療で改善する可能性があることを説明する。</li> <li>・家族が治療拒否したことを将来悔やむのでは、と投げかける</li> <li>・家族の不安を意識しながら、再入所は可能であることを説明する。</li> </ul>                                                                                                                                             |
|     |                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士が誤嚥を恐れ食形態をどんどん落としてしまう。</li> </ul>                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・嚥下機能をタイムリーに評価しつつ、この環境でこのメニューは適切か否かを見極める。</li> <li>・食事は1日の総量および1週間の総量の2段階で評価し、無理に食べさせない。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 |
|     | 高齢者終末期のあり方と医師・他職種・家族との調整に関する<br>こと | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師が、脱水を理由に浮腫がある高齢者の輸液を継続する。</li> <li>・医師が、医学的立場から入浴を許可しない</li> </ul>                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師に、治療の中断は倫理問題になるので補液の適用を慎重に検討するよう依頼する。</li> <li>・医師に、浮腫の状況と、見るに忍びない職員の気持ちを取りまとめて説明し、補液を絞ってもらう。</li> <li>・静脈穿刺のルール（3回／日まで）を設ける。</li> <li>・綺麗な身体でお見送りしたいという看護・介護職の気持ちを家族に伝え、家族を巻き込んで医師を説得する。</li> </ul>                                                                                                             |
|     |                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・死のプロセスがわからず、終末期になると介護職が生活支援のケアに消極的になる。（訪室を控える、日中ホールに出さないなど）</li> </ul>                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期ケアは普段の生活の延長線上にあり、普通の生活支援の質・量を下げないよう介護職に教育する。</li> <li>・死のプロセスを教育する</li> <li>・介護職の観察機能を高め、次取るべきアクションの予測ができるよう教育する。</li> </ul>                                                                                                                                                                                    |
| B施設 | 高齢者・家族の意思決定のあり方や方法に関する<br>こと       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設での看取りを希望する高齢者・家族が、併設病院の医師の判断で退院のタイミングを逃し病院で亡くなる。</li> <li>・死の直前に看取り場所の希望を変更する家族がいる。</li> <li>・死期が近いことを家族が理解できない。（医師の病状説明が理解できない）</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院を退院し入所を希望する家族の相談に応じる。</li> <li>・病院に病状を見に行き、看護師から情報収集し、施設での受入は可能だが退院はまだか確認する。</li> <li>・病院医師に、施設での看取りを希望していることを伝える。</li> <li>・普段の会話の中からぶれそうな家族が否か判断する。</li> <li>・死亡の直前に看取り場所について家族に最終確認する。</li> <li>・医師の説明後に噛み砕いて説明し、家族がやるべきことを確認する。</li> <li>・家族に、死のプロセスの1段1段を確認し区切りがつけられるよう援助する。（食べられなくなった、意識がなくなった）</li> </ul> |
|     |                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設医は以前、高齢者の終末期も病院で治療すべきと考えていた。</li> </ul>                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師に、高齢者が口から入らなくなることの意味について説明し、施設での終末期ケアについて理解してもらった。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                    |
|     | 高齢者終末期のあり方と医師・他職種・家族との調整に関する<br>こと | <ul style="list-style-type: none"> <li>・関節拘縮が強く、死後に膝が伸びない入所者がいて看護職として恥ずかしい思いをした。</li> <li>・医師は以前、脱水予防のために補液を1000～1500ml／日入れたが、浮腫が生じた。</li> <li>・摂食飲水ができなくなった入所者に輸液もしないのは職員に悔いが残るが、血管確保が困難になり、浮腫が出現すると入所者の苦痛が増す</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期でもリハ職が関節可動域訓練を実施するようにし、介護職と協力して関節拘縮を予防する。</li> <li>・終末期の高齢者の身体機能の低下を医師に説明し、施設で輸液量の取り決めを行った。（500～200ml／日）</li> <li>・本人の食べたいものを食べ、飲みたいものを飲んでもらう。</li> <li>・輸液は原則行わないが、家族の了解を得て最長1週間実施し、やれることはやったと職員が納得できるようにする。</li> <li>・輸液量は500～200ml／日</li> <li>・静脈穿刺は3回／日まで</li> </ul>                                        |

介護老人保健施設の終末期ケアにおける看護管理者の役割

|     |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B施設 | 介護職との連携のあり方や方法に関すること           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間死亡の場合、看護職が病院・家族に連絡し、介護職に指示して業務を調整することに負担を感じている。</li> <li>・死後の処置に対する介護職の動揺が大きく、業務に支障をきたす</li> <li>・死のプロセスに関する看護職と介護職の知識の差が大きく、介護職の不安につながっている。</li> </ul>                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護職が業務を補助し、処置に関われたことを褒めて精神面のサポートを行う</li> <li>・看護職が介護職を連れて一緒にケアに入り、観察ポイントやどの程度なら動かして良いかなどを指導する。</li> <li>・死のプロセスと身体機能の変化、およびケアの根拠を介護職にわかりやすく説明する。</li> </ul>                                                           |
|     | 高齢者・家族の意思決定のあり方や方法に関すること       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期ケアの意思確認を入所時に行うと、終の棲家と認識されるため、終末期と診断されてから家族に行っているが、どのタイミングで行うべきか迷っている。</li> <li>・ADLは全介助、コミュニケーションもとれない人が誤嚥性肺炎になり、苦痛の訴えがない場合は病院に搬送すべきか迷うし、家族も希望しない</li> <li>・終末期ケアに関する高齢者自身の意向が確認できない。</li> <li>・最後の時を一緒に過ごせるよう家族に勧めるが、疎遠な家族は普段見ていないため、死期が近いことを理解できずに面会にもこない</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所者の状態の変化をそのつど家族に説明する。（食べなくなった、声がけに反応しなくなった）</li> </ul>                                                                                                                                                               |
| C施設 | 高齢者終末期のあり方と医師・他職種・家族との調整に関すること | <ul style="list-style-type: none"> <li>・輸液のための血管確保が困難になる</li> <li>・高齢者が徐々に悪くなる場合は決め手になる症状がないと病院には送れない。</li> <li>・何もしないで見守るにはかなりの覚悟が必要になり、輸液をすれば浮腫が生じる。</li> <li>・看護師が、定期的な状態観察、点滴、吸引、経管栄養、褥瘡処置などの医療処置が増え、負担が大きい。</li> <li>・（看護師）経口摂取から経管栄養への切り替えのタイミングに迷う</li> </ul>                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・何度か試みてダメな場合は他の看護師が代わって行う、医師が行う。</li> <li>・点滴が入りにくくなった段階で医師が家族に説明する。</li> <li>・看護師として諦めきれず何度も試みる。</li> <li>・医師に症状や状態を報告し、病院での治療を働きかける。</li> <li>・浮腫の出現を医師に報告し輸液量を調整してもらう。</li> <li>・施設で出来る範囲を家族に説明し理解してもらう。</li> </ul> |
|     | 介護職との連携のあり方や方法に関すること           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が、定期的な状態観察、点滴、吸引、経管栄養、褥瘡処置などの医療処置が増え、負担が大きい。</li> <li>・（看護師）介護職・リハ職は終末期になるとケアから引いてしまい、看護師が全て行っている。</li> </ul>                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が手伝っている介護業務が出来なくなること介護職に理解してもらう。</li> <li>・介護職に出来る範囲で看護師をサポートしてもらう。（医師・家族への連絡、物品の準備）</li> <li>・低栄養による褥瘡を作らないよう介護職と協力して予防する。</li> <li>・（看護師）死後の処置は経験のない介護職を選んで一緒に行う。</li> <li>・（看護師）ケアの根拠と必要性を説明する。</li> </ul>      |

族に説明して理解してもらう、看護職が手伝っている介護業務ができなくなることを介護職に説明し協力を求める、などで対応していた。何もしないで見守るにはかなりの覚悟が必要になり、輸液をすれば浮腫が生じることも困難感を感じていたが、輸液は最後まで諦めずに何度も穿刺し、浮腫が出現した場合は医師に報告して輸液量を調整しながら24時間継続して実施していた。また高齢者は決め手になる症状がないと病院に送れないため、医師に症状や状態を報告し、病院での治療を働きかけていた。

以上の結果から、老健の看護管理者が認識する終末期ケアの困難感は、その類似性から3つの要素に分類できた。①高齢者・家族の意思決定のあり方や方法に関する事、②高齢者終末期ケアのあり方と、医師・他職種・家族との調整に関する事、③介護職との連携のあり方や方法に関する事、であった。

## IV 考察

### 1. 管理者の困難感を構成する3つの要素

今回の調査で老健看護管理者の困難感を構成する3つの要素と、坂田の介護療養型医療施設<sup>3)</sup>の管理者が捉えた高齢者の終末期ケアにおける問題点を比較すると、坂田は高齢者の意思決定のあり方、終末期医療のあり方と医師・家族との調整、独居高齢者への精神的サポート、家族との連携、等をあげていることから、老健と療養型医療施設の管理者は共通する問題認識を持っていることがわかった。異なる点は、老健では介護職を始めとする他職種との連携のあり方や方法に困難を感じており、これは療養型医療施設と比較して看護職が少なく、介護職の協力なしに終末期ケアが成り立たないこと、生活重視の視点から終末期であっても栄養士やリハビリ職の介入が療養型医療施設より多い可能性があること、などが背景にある可能性がある。また終末期

医療のあり方について、療養型医療施設では高度救命処置など、過剰医療を問題にしているのに対し、今回の調査では過剰医療は輸液による浮腫のみだった。これは施設の医療資源の差が影響していると考えられる。しかし対象施設が少ないため、今後は対象を増やして分析する必要がある。

### 2. 施設特性と看護管理者の役割

意思決定のあり方や方法に関する事では、「滞在型」「混在型」では、死期が近いことを家族が理解できないことに困難を感じていた。背景には、在宅で介護できなくなり入所した高齢者は、家族との関係性の維持が難しく、疎遠になった家族が高齢者の状態を適切に把握することが困難になることがある。看護管理者は、B施設の取り組みのように、高齢者の状態が変化するごとに意思決定に必要な情報を、家族の理解度にあわせながら提供し、家族がやるべきことを一緒に確認しつつ、家族が死のプロセスに区切りがつけられるような、意思決定支援の仕組みを構築する必要がある。

「往復型」認知症専門施設であるA施設の管理者は、治療可能と思われる事例でも、高齢・認知症を理由に家族が入院治療を希望しないこと、医師が治療でなく施設での看取り<sup>4)</sup>を誘導することに困難を感じていた。内藤は医師の立場から、認知症高齢者における終末期について、後期高齢者のもつ多重な慢性期疾患をコントロールし尽くした上での多臓器不全（老衰）であり、終末期があり、終末期ケアを医療中心型から看護・介護中心型へ、といった「みなし看取り」論は、医療は介護によって代用できないことから歯止めが必要である、と述べている。また園田は明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族の意思決定に関する訪問看護師の支援として、高齢者の望む生活や意思を押し量り、代理となって家族に働きかけること、よりよいと看護師が考える看取りを家族に働きかけていること

を明らかにしており、A施設の看護管理者の実践と類似していた。以上のことから、看護管理者は意思表示できない高齢者の代理となっており、疾病のコントロールやより良い看取りに向けて家族や医師に働きかける必要がある。今回は各類型につき1施設しか調査していないため、今後は施設数を増やして分析する必要がある。

### 3. 終末期ケアの経験・認識と看護管理者の役割

A・B両施設は終末期ケアを開始して10年以上が経過しており、職員が事例を通して話し合いを重ねることでケアの枠組みや手順がある程度確立されていたが、C施設は1年弱で試行錯誤の段階にあり、その差が困難の内容の違いに現れていた。たとえば意思決定のあり方や方法に関することでは、C施設は意思確認のタイミングに困難感を感じていたが、A・B施設では入所時に全員に意思確認を行い、状態の変化に合わせて適宜再確認するという手順が確立し、急変時でも何らかのコンセンサスが家族と施設の間で担保される仕組みができていた。しかし意思決定に必要な情報提供や合意形成のあり方に困難感を感じていた。このことから看護管理者は、入所時から終末期ケアの意思確認を行う仕組みを作るだけでなく、自施設の情報提供や合意形成のあり方を常にモニターし評価していく必要があると考える。

また、症状緩和の処置である輸液と、穿刺痛や浮腫といった輸液に伴う入所者の苦痛に関する困難感では、A・B施設の管理者は両者のバランスを取るための取り決めを設けたり、職員の意見を集約して医師を説得したりしていた。全国老人保健施設協会の調査によると<sup>5)</sup>終末期と判断した時期に行った医療的処置として、最も多いのは「末梢静脈からの点滴」(81.1%)で、死亡前24時間以内に行った医療行為は「痰吸引」(83.3%)「点滴」(82.6%)、「酸素療法」(79.1%)で、輸液は約

8割の施設で実施されていた。

老年医学のテキスト<sup>10)</sup>では、輸液は衰弱した終末期患者に腹水の増加、末梢や全身の浮腫、肺水腫、分泌物の過剰を引き起こすため、エビデンス（延命・快適さ・痰吸引の減少、QOLの改善など）を考慮の必要があるとし、経管栄養については延命に関してエビデンスはなく、肺炎を含む炎症や吸引を有意に減少させた報告はない、としている。

老健で終末期に輸液が行われる背景には、管理者らが「何もしないで終わってしまうと、関わった私たちが悔いを残す」、「何もしないでただ見ているというのも、結構覚悟がある」と語るように、職員の対象への無力感を軽減し、できる範囲の手は尽くした、と納得するために必要な医療処置であることが考えられる。終末期ケアは高齢者とその家族の安楽と満足を最優先することは言うまでもないが、ケアに携わる職員の満足もまた重要である。従って、症状緩和と目的で医療処置を行う場合は、看護管理者がそれによる高齢者のメリットとデメリットのバランスを継続的にモニターし、実施／中断の判断の手助けとなる取り決めを、職員の合意のもとに設定する必要がある。

さらにA・B施設の管理者は、高齢者の終末期ケアは日常生活の延長線上にあるという認識を持ち、医学上の理由で入浴や食事を楽しむことに制限を加えようとする医師や栄養士、終末期にリハビリは不必要と考えるリハビリ職に対して困難を感じつつも、ケアの根拠を示しながら説得し調整していた。Patrick<sup>7)</sup>らは終末期の質を「死にゆく過程と死の質」(quality of dying and death)、「終末期における生活の質」(QOL at the end of life)、「終末期ケアの質」(quality of end-of-life care)の3つの側面から評価することを提案している。「終末期における生活の質」とは、死が間近に迫ったときでも機能状況や生活に不可欠なニーズを満たすことを重視することであり、

「死にゆく過程と死の質」とは、症状と個別ケアに対する満足感であり、前述の輸液と苦痛の調整などが含まれる。病院では「死にゆく過程と死の質」が最優先されるが、A・B施設の管理者は最後まで「終末期における生活の質」も重視し、誤嚥のリスクが少ない（しかし見た目も味も悪い）食事や経管栄養より、少量でも普通の食事を経口摂取することを大切にしている。

以上のことから、看護管理者は自施設における高齢者終末期ケアのあり方について、医師や他職種、家族と合意形成を行い、高齢者の状態の変化を常にモニターしながら、その合意に基づいて「死にゆく過程と死の質」と、「終末期における生活の質」のバランスを調整していく必要がある。

最後に、介護職との連携のあり方や方法に関することでは、A・B施設の看護管理者は、「終末期における生活の質」を重視していることから、老健の終末期ケアは看護職と介護職の連携が不可欠と考えていた。しかし介護職の知識不足がケアへの不安や消極的態度につながっているとして、介護職のアセスメント能力を向上させる教育を行っていた。小楠<sup>8)</sup>は、特別養護老人ホームの職員が終末期ケアをおこなって難しかったこととして、看護職員から介護職員への状況に応じたケアの意味の説明不足、状態変化の表現の難しさ、などを上げている。看護管理者は、介護職のアセスメント能力向上のためにケアが必要な根拠を含めて説明し、言語化に必要な用語はもとより、観察ポイントも併せて教育する必要がある。なお本研究は3施設のケーススタディであり、結果の信頼性・妥当性は非常に限定される。今後は対象数を増やして分析する必要がある。

## V まとめ

老健の看護管理者は、施設特性や終末期ケアの経験・認識の違いによって異なる役割を果たしていた。看護管理者はこうした影響を認識し、それらの違いを超えて、高齢者・家族が意思決定できる仕組みを作り、症状緩和の処置と高齢者の苦痛のバランスの調整、日常生活重視のために、医師・他職種・家族と調整を行い、連携に必要な介護職の能力向上のための教育を行う必要がある。

## 注・引用文献

- 1) 全国老人保健施設協会. 介護老人保健施設における適切な医療提供のあり方に関する研究事業報告書. 70. 東京:全国老人保健施設協会; 2009.
- 2) 流石ゆり子, 牛田貴子, 亀山直子, 他. 高齢者の終末期のケアの現状と課題—介護保険施設に勤務する看護職への調査から—. 老年看護学. 2006;11(1):71.
- 3) 坂田直美, 原敦子, 小野幸子, 他. 介護療養型医療施設における看護管理者が捉えた高齢者の終末期ケアの現状と課題. 岐阜県立看護大学紀要. 2003;3(1):58.
- 4) 内藤圭之. 認知症介護における老人保健施設の役割. 老年精神医学雑誌. 2008;19(1):31.
- 5) 江澤和彦. 老人保健施設の医療. 日本老年医学会雑誌. 2011;48(4):343.
- 6) Audrey Chun, R. Sean Morrison: Palliative Care. Jeffrey B. Halter et al.: Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, Six Edition. 382. U.S.A.: Mc Grae Hill; 2009.
- 7) Patrick D.L., Curtis J.Ret al. Measuring and Improving the quality of dying and death. Annals of Internal Medicine. 2003;139(5):410.
- 8) 小楠範子, 萩原久美子. 特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえ方—終末期ケア

における「よかったこと」「むずかしかったこと」に焦点を当てて一. 老年社会科学:2007;29(3):347.

#### 文献一覧

清水みどり. 介護老人保健施設での死の看取りを可能にする要因の考察—看護管理者へのインタビューから—. 新潟青陵大学紀要. 2005;5:347-358.

東憲太郎. 老人保健施設における看取りと看護に期待されること. コミュニティケア. 2009;11(9):12-17.

井上由紀子, 他. 在宅支援機能からみた老人保健施設のあり方に関する考察—「往復型老人保健施設」の利用特性を通して—. 病院管理. 2001;38(2):25-35.

園田芳美, 石垣和子. 明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族のターミナルケアにおける意思決定に関する訪問看護支援. 老年看護学. 2009;13(2):72-79.



## 病院職員の職務満足とその影響要因

中村 悦子<sup>1)</sup>・清水 理恵<sup>1)</sup>・尾崎フサ子<sup>2)</sup>

1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

2) 佐久大学看護学部

## Hospital Staff's Job Satisfaction and the Effecting Factors

Etsuko Nakamura<sup>1)</sup>, Rie Shimizu<sup>1)</sup>, Fusako Ozaki<sup>2)</sup>

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

2) SAKU UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

### 要旨

病院職員の職務満足、経営参画意識、職場の人間関係および職務意識に対する視点を通して、職務満足に影響する要因を明らかにするためのアンケート調査を実施した。対象は地域の中核病院である1施設に勤務する全職員800名である。有効回答数は637名(87.6%)であった。結果は職務満足が一番高かった職種は医師であり、事務職が一番低かった。看護職は10職種のうち5番目であった。職務満足への影響要因に対して、医師および医療技術職は「主体的な仕事を認める雰囲気」であり、看護職は「上司との適切な関係」、事務職は「他人と協働できる職場」が強く影響していた。職務満足に影響する経営参画意識との関連では看護職のみに「経営理念・方針への評価」「経営理念達成をめざした仕事」の影響を認めた。各職種の役割機能の特殊性により職務満足に影響する要因に相違があった。

### キーワード

病院職員、職務満足、影響要因、経営参画意識

### Abstract

Purpose: What factors cause job satisfaction as a hospital worker? Questionnaires were distributed to all eight hundred workers in the hospital (87.6% participants in the questionnaire). Questionnaires contained the following items: job satisfaction, motivation to participate in hospital management, human relationship in a work environment and finally, a sense of duty in the hospital.

Results : The highest occupation of job satisfaction was medical doctors, while, the lowest satisfaction was among clerks. Nurses were fifth out of ten groups. Concerning the good effect to job satisfaction, medical doctors and medical technicians were recognized for their independent work. Meanwhile, nurses were recognized for their proper relationships with their supervisors. The clerks desired a healthy working relationship. While most groups did not exhibit much motivation to participate in management policy, nurses displayed an interest. Also, nurses displayed an interest in creating an ideal management system.

Conclusion: In conclusion, only nurses exhibited an interest in management policy as well as creating an ideal management. They wanted to work with management until an ideal situation has been created. Also, important to note is the satisfaction level displayed by nurses in general. All other groups displayed different variations of satisfaction.

### Key words

hospital staff, job satisfaction, effecting factors, management participation

## I はじめに

高度な医療技術の進歩とともに、医療経営を取り巻く経営環境は、国民のニーズの多様化、医療制度改革、医療提供体制の見直しとめまぐるしく変化している。国民は健康の回復と共に、医療の安全、快適な療養環境、質の高い医療サービスを求めている。患者から選ばれる病院になることは、病院経営の安定を意味する。医療の質指標の一つに患者の満足度調査があるが、患者が求める医療の質を提供するためには人的資源の確保が量的にも質的にも重要と言える。藤村は「顧客と従業員が相互にそれぞれの態度や行動に影響を及ぼし合い、顧客のサービスに対する満足と従業員の職務満足との間にはポジティブな影響関係が生じる<sup>1)</sup>」と述べている。医療の質指標のもう一つの視点に職員の職務満足を調査することの意義がここにある。

医療機関を評価し、改善を支援する第三者機関、日本医療機能評価機構では、調査表を用いて評価を行っている。その評価項目に「病院運営管理の合理性<sup>2)</sup>」が含まれており、組織の運営・管理の在り方が医療の質を左右する基本的要素と位置付けている。病院職員の職務満足は、その病院の組織管理、組織風土とも関連することが示唆されている。恩田らは「組織運営と職員の職務満足との関連で、経営方針の明確化とそれを周知徹底する経営幹部の姿勢や、人事評価・人材育成のあり方と高い相関が認められた<sup>3)</sup>」と報告している。

病院において看護師の職務満足については多くの研究報告がなされているが、医師を含む病院職員の職務満足度の調査は散見するにとどまっている。今回の調査では、病院の運営・管理に関連する参画意識や職場の人間関係、仕事に取り組む職務意識などの視点から医療の質改善のための人的資源管理を見直す一手段として、職務満足の職種別比較と職務満足に影響する要因について明らかにする。

## II 研究方法

### 1. 研究対象

研究の対象者は、地域の中核病院として機能している500床以上の大規模病院一施設の職員全員を対象とした。下記の調査方法に記した質問紙を800名に配布し、728名から回収した(91%)。うち欠損値のある回答用紙を除き、有効回答数は637名(87.6%)であり、これを分析対象とした。

### 2. 調査方法

調査期間は2008年10月～11月である。質問紙による自記式留め置き調査で、調査項目は53項目であった。回答方法は、尺度1～5の5件法とし、点数化した。点数が高いほど、満足度は高く、肯定的認識が高いとした。調査内容は、属性のほか、職務満足3項目、職務満足に影響する要因50項目である。職務満足に影響する要因は、「上司との適切な関係」(17項目)「評価方法の明示」(3項目)「経営理念・方針への評価」(5項目)「経営理念達成を目指した仕事」(4項目)「主体性ある仕事の取り組み」(3項目)「病院理念や目標の伝達」(6項目)「主体的な仕事を認める雰囲気」(6項目)「他人と協働できる職場」(6項目)に分けた。職務満足とその影響要因8つのカテゴリーについては、看護管理、経営、公衆衛生に関連する研究者でKJ法を行い、カテゴリー化した。各カテゴリーについて、①「職務満足」とは、仕事および職場に満足している②「上司との適切な関係」とは、直属の上司と意思疎通ができており、適切な指導が受けられている③「評価方法の明示」とは、評価の方法を知っており、自分の評価について説明を受けている④「経営理念・方針への評価」とは、経営理念や方針は時代の変化に対応したものであり、その内容に共感している⑤「経営理念達成を目指した仕事」とは、経営方針に沿って自分の目標を立て、目標を意識しながら仕事をしている⑥「主体性ある仕事

の取り組み」とは、自分自身の向上目標や計画を持ち、問題意識をもって取り組んでいる⑦「病院理念や目標の伝達」とは、病院としての経営方針が示され、部署目標が明確に伝えられている⑧「主体的な仕事を認める雰囲気」とは、斬新な発想や創意工夫を生かそうという職場の雰囲気があり、信念をもってやっている仕事を認める職場環境がある⑨「他人と協働できる職場」とは、他部門との連携が図られ、同じ職場内においても信頼関係によって運営されている、という意味を持つカテゴリーとしてネーミングした。信頼性妥当性について、各カテゴリーのクロンバック  $\alpha$  は0.65以上であった。

### 3. 分析方法

調査項目53について単純集計し、平均値を算出した。全職員の調査項目に対する満足度・肯定的認識の高低をみた。職務満足と職務満足に影響する要因について、各カテゴリーの平均値を算出し、一元配置分散分析（Tukey法）で職種別比較を行った。P<0.05を有意差ありとした。また、職務満足に影響する8つのカテゴリーの影響力について職種別にみた。職種別は医師、看護職、医療技術職、事務職とした。医療技術職は放射線技師、検査技師、作業療法士、理学療法士、言語療法士の5職種のみを対象にまとめた。職務満足と職務満足に影響する8つのカテゴリー間の関連性をピアソンの相関係数で分析した。次に、職務満足を従属変数とし、8つのカテゴリー（「上司との適切な関係」「評価方法の明示」「経営理念・方針への評価」「経営理念達成を目指した仕事」「主体性ある仕事の取り組み」「病院理念や目標の伝達」「主体的な仕事を認める雰囲気」「他人と協働できる職場」）を独立変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った。年齢を補正した。統計ソフトはSPSS Ver.17.0 for Windowsを使用した。

## III 結果

### 1. 対象の属性（表1）

637名のうち、女性が504名で79.1%を占めた。平均年齢は $38.3 \pm 10.5$ であった。勤務年数は平均が $14.8 \pm 10.2$ であった。0～9年が240名で37.7%を占め一番多かった。職種では看護職が400名で62.8%を占め一番多かった。次いで医師44名、事務職43名であった。

表1 対象者の属性

| n=637                      |             |     |      |
|----------------------------|-------------|-----|------|
| 項目                         | 属性          | n   | %    |
| 性別                         | 男           | 133 | 20.9 |
|                            | 女           | 504 | 79.1 |
| 年齢<br>平均 $38.3 \pm 10.5$   | 20代         | 172 | 27.0 |
|                            | 30代         | 173 | 27.2 |
|                            | 40代         | 182 | 28.6 |
|                            | 50代以上       | 110 | 17.3 |
| 勤務年数<br>平均 $14.8 \pm 10.2$ | 0～9         | 240 | 37.7 |
|                            | 10～19       | 170 | 26.7 |
|                            | 20～29       | 163 | 25.6 |
|                            | 30年以上       | 64  | 10.0 |
| 職種                         | 医師          | 44  | 6.9  |
|                            | 看護職         | 400 | 62.8 |
|                            | 薬剤師         | 18  | 2.8  |
|                            | 放射線技師       | 18  | 2.8  |
|                            | 検査技師        | 29  | 4.6  |
|                            | P T・O T・S T | 14  | 2.2  |
|                            | 管理栄養士・栄養士   | 8   | 1.3  |
|                            | 事務職         | 43  | 6.8  |
|                            | 病棟補助員       | 10  | 1.6  |
|                            | その他         |     |      |
|                            | ・臨床工学士      |     |      |
|                            | ・情報管理士      | 53  | 8.3  |
|                            | ・視能訓練士      |     |      |

### 2. 全職員の職務満足、職務満足に影響する要因53項目の平均値の比較（表2）

職員の職務満足は、「病院の理念が示されていますか」( $3.99 \pm 0.04$ )「仕事上の問題が生じた場合には上司は適切な対応をしていますか」( $3.94 \pm 0.04$ )「職場の同僚には助け合おうとする雰囲気がありますか」( $3.80 \pm 0.04$ )の順に高かった。逆に満足度が低かった項目は「病院のトップや幹部層と話し合える雰囲気がありますか」( $2.40 \pm 0.04$ )「異動には個人の希望が反映されていると思いますか」( $2.41 \pm 0.04$ )、「仕

表2 職務満足と職務満足に影響する要因項目の平均値

|                                      |                                              | n=637       |
|--------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|
|                                      | 質問項目                                         | 平均値 (SD)    |
| 職務満足 ( $\alpha = 0.77$ )             | 6. この病院に入ってよかったと思いますか。                       | 3.42 (0.98) |
|                                      | 26. 現在の仕事の内容に満足していますか。                       | 3.02 (0.99) |
|                                      | 35. 自分にとって魅力ある経営者や幹部がいますか。                   | 2.85 (1.03) |
| 上司との適切な関係<br>( $\alpha = 0.92$ )     | 2. 仕事上の問題が発生した場合には上司は適切な応対をしていますか。           | 3.94 (0.94) |
|                                      | 5. 直属の上司が部下の意見を聞いていますか。                      | 3.77 (0.99) |
|                                      | 9. 上司のあなたに対する評価は育成や指導という観点から行われていると思いますか。    | 3.48 (0.98) |
|                                      | 12. 上司のあなたに対する評価は納得できていますか。                  | 3.41 (0.89) |
|                                      | 14. 直属の上司と話し合える雰囲気がありますか。                    | 3.77 (1.06) |
|                                      | 18. 異動には個人の希望が反映されていると思いますか。                 | 2.41 (1.03) |
|                                      | 20. 病院のトップや幹部層と話し合える雰囲気がありますか。               | 2.40 (1.10) |
|                                      | 21. 直属の上司から権限の委譲がされていますか。                    | 2.91 (0.98) |
|                                      | 22. あなたは直属の上司と意思疎通ができていますか。                  | 3.38 (0.99) |
|                                      | 24. あなたの意見を病院のトップや幹部層に伝える方法がありますか。           | 2.81 (1.06) |
|                                      | 27. あなたは上司から適切な指導が受けられますか。                   | 3.32 (0.92) |
|                                      | 34. 部下の意見が病院運営に反映されていると思いますか。                | 2.60 (0.87) |
|                                      | 44. 病院のトップが部下の意見を聞いていますか。                    | 2.70 (0.91) |
|                                      | 45. 仕事の中での指示や命令系統ははっきりしていますか。                | 3.24 (0.86) |
|                                      | 46. 病院のトップから権限の委譲がされていますか。                   | 2.57 (0.91) |
|                                      | 48. 仕事上の貢献度の高い人は昇進や昇給などで適正な評価をされていると思いますか。   | 2.48 (0.92) |
|                                      | 53. 職場の中ではきちんとした指示が与えられていますか。                | 3.32 (0.79) |
| 評価方法の明示<br>( $\alpha = 0.76$ )       | 11. あなたの評価について上司から説明を受けていますか。                | 2.96 (1.17) |
|                                      | 19. あなたが受けている評価の方法を知っていますか。                  | 2.50 (1.28) |
|                                      | 28. 職員に対する評価の方法には客観性がありますか。                  | 3.03 (0.85) |
| 経営理念・方針への評価<br>( $\alpha = 0.83$ )   | 7. 環境変化にうまく適応している病院だと思いますか。                  | 3.11 (0.85) |
|                                      | 23. 病院の理念の内容は共感できるものですか。                     | 3.49 (0.86) |
|                                      | 29. 経営理念の中には病院としての社会的使命が含まれていると思いますか。        | 3.55 (0.84) |
|                                      | 32. 経営理念や経営方針は時代の変化に対応していると思いますか。            | 3.11 (0.85) |
| 経営理念達成を目指した仕事<br>( $\alpha = 0.69$ ) | 40. 経営方針が経営戦略や経営政策に反映されていますか。                | 2.92 (0.81) |
|                                      | 3. 病院の目標をふまえて、あなた自身の目標を設定していますか。             | 3.25 (0.88) |
|                                      | 31. 経営方針と自分の仕事との関連を考えながら仕事をしていますか。           | 2.98 (0.93) |
|                                      | 33. あなたは病院に貢献していると思いますか。                     | 3.30 (0.83) |
| 主体性ある仕事の取り組み<br>( $\alpha = 0.66$ )  | 41. 現在の経営方針についていくことができますか。                   | 2.81 (0.83) |
|                                      | 13. 自分が信念を持ってやっている仕事は上司から反対されてもやり遂げようと思いますか。 | 2.91 (0.92) |
|                                      | 49. あなたは自分の向上目標や計画を持っていますか。                  | 3.12 (0.86) |
| 病院理念や目標の伝達<br>( $\alpha = 0.82$ )    | 52. あなたは自分の仕事について常に問題意識を持って取り組み改善に努めていますか。   | 3.23 (0.77) |
|                                      | 8. 病院の理念が示されていますか。                           | 3.99 (0.97) |
|                                      | 17. 部や課の目標がはっきりしていますか。                       | 3.45 (1.07) |
|                                      | 25. 病院として経営方針が示されていますか。                      | 3.40 (0.90) |
|                                      | 39. 病院は経営方針を理解させる努力をしていますか。                  | 3.04 (0.85) |
| 主体的な仕事を認める雰囲気<br>( $\alpha = 0.82$ ) | 42. 長期ビジョンが示されていますか。                         | 2.72 (0.86) |
|                                      | 51. 経営方針は院長や上司から説明されていますか。                   | 3.24 (0.89) |
|                                      | 10. 正論を大切にすると雰囲気がありますか。                      | 3.43 (0.84) |
|                                      | 15. 自分が信念を持ってやっている仕事を認める環境がありますか。            | 3.38 (0.92) |
|                                      | 16. 斬新な発想や創意工夫を生かそうという雰囲気がありますか。             | 3.16 (0.93) |
| 他人と協働できる職場<br>( $\alpha = 0.82$ )    | 37. 失敗が許される雰囲気がありますか。                        | 3.03 (0.87) |
|                                      | 43. 新しい仕事にチャレンジしてゆこうという雰囲気がありますか。            | 2.97 (0.87) |
|                                      | 50. 病院において自己啓発を積極的に行っている人がいますか。              | 3.18 (0.84) |
|                                      | 1. 職場の同僚には助け合おうとする雰囲気がありますか。                 | 3.80 (0.89) |
|                                      | 4. 職場は信頼関係によって運営されていると思いますか。                 | 3.64 (0.94) |
|                                      | 30. 他職種と対等なパートナーシップを築くことができますか。              | 3.02 (0.91) |
|                                      | 36. 他部門との連携は図られていますか。                        | 3.03 (0.87) |
|                                      | 38. 職種間にはよい意味でライバル意識がありますか。                  | 2.85 (0.84) |
|                                      | 47. 病院の目標の達成に向けて病院全体が一丸となる雰囲気がありますか。         | 2.86 (0.85) |

事上の貢献度の高い人は昇進や昇給などで適正な評価をされていると思いますか」(2.48±0.04)の順に低かった。

### 3. 職種別・職務満足の平均値比較(表3、表4)

職務満足度の範囲は3-15点で、全職員の平均値は9.29±2.49であった。医師が11.68±2.23で一番高く、次いで作業療法士、理学療法士、言語療法士であった。一番低かったのは事務職で、8.12±2.15であった。看護職は9.20±2.39で5番目であった。医師と看護職、薬剤師、放射線技師、検査技師、事務職との間に有意差がみられた。(p<0.05)

### 4. 職種別・職務満足に影響する8つのカテゴリーの平均値比較(表3、表4)

1)「上司との適切な関係」(17-85点)の全職員の平均値は52.52±10.66であった。医師の平均値が60.4±11.8で一番高かった。医師と看護職、薬剤師、放射線技師、検査技師、事務職との間に有意差は認められた。事務職が44.6±8.86で一番低かった。(p<0.05)

2)「評価方法の明示」(3-15点)の全職員の平均値は、8.50±2.74であった。看護職の平均値が9.6±2.33で一番高かった。看護職と医師、薬剤師、放射線技師、検査技師、作業療法士、理学療法士、言語療法士、栄養士、事務職、その他の職種との間に有意差が認められた。検査技師が5.48±2.03で一番低かった。(p<0.05)

3)「経営理念・方針への評価」(5-25点)

の全職員の平均値は、16.19±3.22であった。作業療法士、理学療法士、言語療法士の平均値が17.57±3.20で一番高かった。放射線技師が15±3.88で一番低かったが、この項目では全職種間に有意差は認められなかった。

4)「経営理念達成を目指した仕事」(4-20点)の全職員の平均値は12.35±2.50であった。医師の平均値が14.5±2.81で一番高かった。事務職が11.21±2.23で一番低かった。医師と看護職、薬剤師、放射線技師、検査技師、事務職、その他の職種との間に有意差が認められた。(p<0.05)

5)「主体性ある仕事の取り組み」(3-15点)の全職員の平均値は9.26±1.98であった。医師の平均値が10.7±1.87で一番高かった。事務職が8.49±2.11で一番低かった。医師と看護職、放射線技師、事務職、その他の職種との間に有意差が認められた。(p<0.05)

6)「病院の理念や目標の伝達」(6-30点)の全職員の平均値は19.84±4.02であった。作業療法士、理学療法士、言語療法士の平均値が20.85±3.53で一番高かった。次いで看護職が20.43±3.88で高かった。看護職と検査技師、事務職との間に有意差が認められた。(p<0.05)

7)「主体的な仕事を認める雰囲気」(6-30点)の全職員の平均値は19.15±3.82であった。医師が21.55±3.85で一番高かった。次いで看護職が19.50±3.58で高かった。事務職が16.79±3.48で一番低かった。医師と看護職、

表3 全職員の職務満足、職務満足に影響する要因の平均値

| n=637               |             |
|---------------------|-------------|
|                     | 平均値         |
| 職務満足(3-15)          | 9.29±2.49   |
| 上司との適切な関係(17-85)    | 52.52±10.66 |
| 評価方法の明示(3-15)       | 8.50±2.74   |
| 経営理念・方針への評価(5-25)   | 16.19±3.22  |
| 経営理念達成を目指した仕事(4-20) | 12.35±2.50  |
| 主体性ある仕事の取り組み(3-15)  | 9.26±1.98   |
| 病院理念や目標の伝達(6-30)    | 19.84±4.02  |
| 主体的な仕事を認める雰囲気(6-30) | 19.15±3.82  |
| 他人と協働できる職場(6-30)    | 19.20±3.82  |

( )は得点範囲

表4 職種別における職務満足と職務満足に影響する8つのカテゴリーの平均値比較

|                 | 職業満足         |    | 上司との適切な関係     |    | 評価方法の明示     |    | 経営理念・方針への評価  |    |
|-----------------|--------------|----|---------------|----|-------------|----|--------------|----|
|                 | 平均値 (SD)     |    | 平均値 (SD)      |    | 平均値 (SD)    |    | 平均値 (SD)     |    |
| 医師 (n=44)       | 11.68 (2.23) |    | 60.36 (11.80) |    | 7.43 (2.84) |    | 17.23 (3.39) |    |
| 看護職 (n=400)     | 9.20 (2.39)  | ** | 53.63 (9.92)  | ** | 9.64 (2.33) | ** | 16.21 (3.18) | ** |
| 薬剤師 (n=18)      | 8.22 (2.10)  |    | 45.17 (10.14) | *  | 5.83 (1.95) |    | 15.83 (2.33) |    |
| 放射線技師 (n=18)    | 9.11 (3.20)  |    | 49.83 (9.14)  |    | 6.17 (2.36) |    | 15.00 (3.88) |    |
| 検査技師 (n=29)     | 8.52 (2.52)  |    | 45.45 (10.52) | ** | 5.48 (2.03) | *  | 15.41 (3.05) |    |
| PT・OT・ST (n=14) | 10.29 (1.98) |    | 54.43 (8.62)  |    | 6.71 (2.02) |    | 17.57 (3.20) |    |
| 管理栄養士・栄養士 (n=8) | 9.13 (0.64)  |    | 57.13 (5.72)  | *  | 6.88 (1.25) |    | 16.00 (2.07) |    |
| 事務職 (n=43)      | 8.12 (2.15)  |    | 44.60 (8.86)  |    | 6.21 (2.22) |    | 15.63 (3.42) |    |
| 病棟補助員 (n=10)    | 9.60 (2.12)  |    | 54.60 (8.34)  |    | 8.40 (1.35) |    | 17.10 (2.73) |    |
| その他 (n=53)      | 9.49 (2.69)  |    | 49.83 (11.18) |    | 6.70 (1.88) | ** | 16.02 (3.41) | ** |

\* p &lt; 0.05 \*\* p &lt; 0.01

|                 | 経営理念達成を<br>目指した仕事 |    | 主体性ある<br>仕事の取り組み |    | 病院理念や<br>目標の伝達 |    | 主体的な仕事を<br>認める雰囲気 |    | 他人と協働できる職場   |    |
|-----------------|-------------------|----|------------------|----|----------------|----|-------------------|----|--------------|----|
|                 | 平均値 (SD)          |    | 平均値 (SD)         |    | 平均値 (SD)       |    | 平均値 (SD)          |    | 平均値 (SD)     |    |
| 医師 (n=44)       | 14.50 (2.82)      |    | 10.70 (1.87)     |    | 19.25 (4.45)   |    | 21.55 (3.85)      |    | 22.23 (3.80) |    |
| 看護職 (n=400)     | 12.19 (2.38)      | ** | 9.15 (1.89)      | ** | 20.43 (3.88)   |    | 19.50 (3.58)      | *  | 19.58 (3.48) | ** |
| 薬剤師 (n=18)      | 11.83 (2.36)      |    | 9.39 (2.06)      |    | 17.94 (3.84)   |    | 17.56 (3.17)      |    | 17.33 (3.60) | ** |
| 放射線技師 (n=18)    | 11.89 (3.08)      |    | 8.72 (2.42)      |    | 18.11 (4.21)   | ** | 18.67 (3.41)      |    | 17.78 (3.80) |    |
| 検査技師 (n=29)     | 12.03 (2.20)      |    | 9.24 (2.15)      |    | 17.59 (3.74)   |    | 17.41 (4.01)      | ** | 17.59 (3.05) |    |
| PT・OT・ST (n=14) | 13.64 (2.44)      | ** | 10.21 (1.76)     |    | 20.86 (3.53)   |    | 20.50 (3.70)      | ** | 19.43 (3.59) |    |
| 管理栄養士・栄養士 (n=8) | 12.38 (1.06)      |    | 9.63 (1.51)      | *  | 20.38 (2.13)   |    | 21.50 (2.14)      |    | 20.75 (1.49) | *  |
| 事務職 (n=43)      | 11.21 (2.23)      |    | 8.49 (2.11)      |    | 17.91 (4.50)   |    | 16.79 (3.48)      |    | 16.81 (4.09) |    |
| 病棟補助員 (n=10)    | 12.60 (1.96)      | *  | 9.30 (1.64)      |    | 20.00 (3.13)   |    | 19.30 (2.54)      |    | 19.80 (3.91) |    |
| その他 (n=53)      | 12.75 (2.52)      |    | 9.38 (1.95)      |    | 19.57 (3.76)   |    | 17.42 (4.45)      |    | 17.36 (4.43) |    |

\* p &lt; 0.05 \*\* p &lt; 0.01

薬剤師、検査技師、事務職、その他の職種との間に有意差が認められた。(p<0.05)

8) 「他人と協働できる職場」(6-30点)の全職員の平均値は19.20±3.82であった。医師が22.2±3.80で一番高かった。次いで病棟補助員が19.8±3.91で高かった。一番低かったのは、事務職が16.81±4.09で一番低かった。医師と看護職、薬剤師、放射線技師、検査技師、事務職、その他の職種との間に有意差が認められた。(p<0.05)

##### 5. 職種別、職務満足に影響する要因(表5～表8)

###### 1) 単回帰分析による相関

医師は、職務満足とその影響要因8つのカ

テゴリー間に正の相関が認められた。相関係数は、 $r=0.32\sim r=0.86$ の範囲であった。看護職においては、各カテゴリー間に正の相関が認められた。相関係数は、 $r=0.43\sim r=0.83$ の範囲であった。医療技術職は、各カテゴリー間に正の相関が認められた。相関係数は、 $r=0.29\sim r=0.86$ の範囲であった。事務職においては、「上司との適切な関係」と「主体性ある取り組み」、「評価方法の明示」と「経営理念・方針への評価」「経営理念達成を目指した仕事」「主体性ある仕事の取り組み」、「経営理念・方針への評価」、「主体性ある仕事の取り組み」と「病院理念や目標の伝達」との間に相関は認められなかったが、他のカテゴリー

表5 医師の職務満足への影響要因

|                    |        |       |         |       | n=44  |
|--------------------|--------|-------|---------|-------|-------|
|                    | 非標準化係数 |       | 標準化係数   |       |       |
|                    | B      | 標準誤差  | $\beta$ | t     | 有意確率  |
| 主体的な仕事を認める雰囲気（6項目） | 0.280  | 0.081 | 0.485   | 3.470 | 0.001 |
| 上司との適切な関係（17項目）    | 0.077  | 0.026 | 0.410   | 2.932 | 0.006 |
| R2                 | 0.723  |       |         |       |       |
| Adj R2             | 0.703  |       |         |       |       |
| *年齢を補正した           |        |       |         |       |       |

表6 看護職の職務満足に影響する要因

| n=400              |        |       |         |        |       |
|--------------------|--------|-------|---------|--------|-------|
|                    | 非標準化係数 |       | 標準化係数   |        |       |
|                    | B      | 標準誤差  | $\beta$ | t      | 有意確率  |
| 上司との適切な関係（17項目）    | 0.082  | 0.014 | 0.342   | 5.695  | 0.000 |
| 経営理念・方針への評価（5項目）   | 0.19   | 0.044 | 0.252   | 4.325  | 0.000 |
| 病院理念や目標の伝達（6項目）    | -0.114 | 0.036 | -0.185  | -3.145 | 0.002 |
| 主体的な仕事を認める雰囲気（6項目） | 0.111  | 0.039 | 0.167   | 2.855  | 0.005 |
| 他人と協働できる職場（6項目）    | 0.096  | 0.037 | 0.14    | 2.568  | 0.011 |
| 経営理念達成を目指した仕事（4項目） | 0.103  | 0.051 | 0.103   | 2.036  | 0.042 |
| 主体性ある仕事の取り組み（3項目）  | 0.115  | 0.051 | 0.103   | 2.036  | 0.042 |
| R2                 | 0.65   |       |         |        |       |
| Adj R2乗            | 0.647  |       |         |        |       |
| *年齢を補正した           |        |       |         |        |       |

表7 医療技術職の職務満足に影響する要因

| n=61               |        |       |         |       |       |
|--------------------|--------|-------|---------|-------|-------|
|                    | 非標準化係数 |       | 標準化係数   |       |       |
|                    | B      | 標準誤差  | $\beta$ | t     | 有意確率  |
| 主体的な仕事を認める雰囲気（6項目） | 0.301  | 0.090 | 0.440   | 3.334 | 0.002 |
| 他人と協働できる職場（6項目）    | 0.276  | 0.098 | 0.353   | 2.799 | 0.007 |
| R2                 | 0.606  |       |         |       |       |
| Adj R2乗            | 0.585  |       |         |       |       |
| *年齢を補正した           |        |       |         |       |       |

表8 事務職の職務満足に影響する要因

n=43

|                 | 非標準化係数 |       | 標準化係数   | t     | 有意確率  |
|-----------------|--------|-------|---------|-------|-------|
|                 | B      | 標準誤差  | $\beta$ |       |       |
| 他人と協働できる職場（6項目） | 0.300  | 0.072 | 0.569   | 4.155 | 0.000 |
| 上司との適切な関係（17項目） | 0.069  | 0.034 | 0.285   | 2.056 | 0.047 |
| R2              | 0.623  |       |         |       |       |
| Adj R2乗         | 0.594  |       |         |       |       |

\*年齢を補正した

間では、相関係数、 $r=0.30\sim r=0.85$ の範囲で正の相関が認められた。

## 2) 重回帰分析

医師、看護職、医療技術職、事務職のそれぞれについて、重回帰分析により職務満足に影響する要因を抽出した。医師の職務満足に影響する要因は「主体的な仕事を認める雰囲気」「上司との適切な関係」の2つが抽出された。「主体的な仕事を認める雰囲気」が強く影響していた。看護職の職務満足に影響する要因については、「上司との適切な関係」「経営理念・方針への評価」「病院理念や目標の伝達」「主体的な仕事を認める雰囲気」「他人と協働できる職場」「経営理念達成を目指した仕事」「主体性ある仕事の取り組み」の7つが抽出された。「上司との適切な関係」が強く影響していた。「病院理念や目標の伝達」は負の影響要因であったが、単回帰分析では正の相関であった。医療技術職の職務満足に影響する要因は、「主体的な仕事を認める雰囲気」「他人と協働できる職場」の2つが抽出された。「主体的な仕事を認める雰囲気」が強く影響していた。事務職の職務満足に影響する要因は「他人と協働できる職場」「上司との適切な関係」の2つが抽出された。「他人と協働できる職場」が強く影響していた。「評価方法の明示」はいずれの職種にも採択されなかった。

## IV 考察

国民が求める質の高い医療サービスを提供するためには、安定した経営が重要である。経営基盤をなす、物的資源管理、財政的資源管理、人的資源管理を全体的システムとして管理する手法はいうまでもないが、その中でも労働力となる人の管理、つまり人的資源管理は組織と個人を結ぶ、要となる管理手法として重要である。従来より、患者満足度（CS）は医療の質の指標として注目されてきたが、職務満足度（従業員満足度）については、米国から導入の際に、顧客満足度から切り離されたという経緯がある。米国の顧客満足度の概念は従業員から生まれると明確に定義されている。今日、職員満足は患者満足に連鎖し、内部顧客（ES）という捉え方が一般的となってきた。職務満足とは「仕事そのものに対する満足だけではなく、職場の同僚との人間関係、賃金、昇進見通し、福利厚生、職場の物理的環境、労働組合、企業に対する満足など具体的な場面で遭遇する事柄に対する満足度の総体として考えられている」<sup>4)</sup>と定義づけられている。

<sup>5)</sup> Stampsらは医療職者の職務満足を決定する要因として、報酬、自律性、職務、組織外との社会的接触、権限委譲、地位（職位）の6項目を掲げている。今回の調査は、病院の経営に対する参加意識と職務意識に着目しながら、職務満足度を調査した。病院職員の職務満足の全項目において、「病院の理念が示されていますか」「仕事上の問題が発生した場合に

は上司は適切な応対をしていますか」「職場の同僚には助け合おうとする雰囲気がありますか」については平均値3.0以上で、肯定的認識が高かった。病院の方針伝達や上司の対応や同僚との関係については、働きやすい職場環境にあると考えられた。しかし一方、「病院のトップや幹部層と話し合える雰囲気がありますか」「異動には個人の希望が反映されていると思いますか」「仕事上の貢献度の高い人は昇進や昇給などで適正な評価をされていると思いますか」については平均値3.0以下で否定的認識であった。人事労務に関する評価は低いと言える。欲求充足説のHerzberg理論<sup>6)</sup>は、人間の労働への動機づけには不満足をもたらす要因（衛生要因）と満足をもたらす要因（動機づけ要因）があると述べている。衛生要因は、仕事の条件や環境に関するもので、仕事に対する不満を予防する働きを持ち、衛生要因が充足されないと大きな不満を招くと言われる。職務満足に影響する要因を職種別に重回帰分析でみると、医師は「主体的な仕事を認める雰囲気」「上司との適切な関係」が影響を及ぼし、看護職は、「上司との適切な関係」「経営理念・方針への評価」「病院理念や目標の伝達」「主体的な仕事を認める雰囲気」「他人と協働できる職場」「経営理念達成を目指した仕事」「主体性ある仕事の取り組み」が影響を及ぼしていた。また、医療技術職は「主体的な仕事を認める雰囲気」「他人と協働できる職場」が影響を及ぼし、事務職においては「他人と協働できる職場」「上司との適切な関係」が影響を及ぼしていた。職種における役割機能の特殊性により職務満足に影響する要因に相違があった。「上司との適切な関係」「他人と協働できる職場」「経営理念・方針への評価」は衛生要因としての条件であり、仕事に対する不満を予防する働きを持っている。職務満足に直接的に影響する要因と言うよりは職務満足を高めるための前提条件として重要と考える。Herzbergの動機づけ要因には、

自らの仕事を達成すること（達成）、自身が認められ評価を受けること（承認）、仕事すること自体に満足できること（仕事そのもの）、責任を持たされること（責任）、社会的地位に就けること（昇進）、技能における成熟（成長）が含まれる。「経営理念達成を目指した仕事」「主体的な仕事を認める雰囲気」「主体性ある仕事の取り組み」は動機づけ要因にあたる。人的資源管理のテーマは「従業員と企業との関係はどうあるべきか、どのようになり得るか」である。恩田らの研究によれば「病院における組織管理姿勢は、『職場の雰囲気・職務満足』に最も影響を与えていた<sup>3)</sup>」と述べ、「組織運営には、経営方針の明確化とそれを周知徹底する経営幹部の姿勢や、人事評価・人材育成のあり方と高い相関があった<sup>3)</sup>」と報告している。職員にやる気を出させ、能力を最大限発揮してもらえよう職場環境には、組織管理の幹部の姿勢が問われていると言える。経営参画意識という側面からみると、看護職のみに「経営理念・方針への評価」「経営理念達成を目指した仕事」が職務満足に影響していた。「経営理念・方針への評価」「経営理念達成を目指した仕事」は、病院の理念や方針を意識し、自分の目標と統合させることにより仕事を通して自己実現欲求を満たしていると考えられた。自分の仕事に誇りを持ち、組織へ貢献できる充実感こそが組織の活性に繋がるのではないかと考える。組織と個人との関連は、組織運営の要とも言える。

この研究の限界は、A県内に限定した地域の中核病院1施設のみの結果である。職務満足はその施設が置かれている地域性や施設の規模、労働環境の特性により職務満足に影響する要因は異なることが考えられ、多様な諸要件に基づく調査を必要とする。今後の課題としたい。

## V 結論

1. 医師の職務満足が他の病院職員よりも高かった。
2. 職種別における職務満足に影響する要因は、医師および医療技術職は「主体的な仕事を認める雰囲気」であり、看護職は「上司との適切な関係」、事務職は「他人と協働できる職場」が強く影響していた。各職種の役割機能の特殊性により職務満足に影響する要因に相違があった。
3. 経営参画意識と職務満足との関連では、看護職のみに「経営理念・方針への評価」「経営理念達成を目指した仕事」が職務満足に影響していることが認められた。

## 参考文献

- 1) 藤村和宏. サービス提供組織における顧客満足・職務満足・生産性の関係についての理論的・実証的考察. 香川大学経済論叢. 1997;69:51-126.
- 2) 財団法人日本医療機能評価機構. 統合版評価項目概要Ver.6.0. <<http://jcqhc.or.jp>>. 2011.11.1.
- 3) 恩田光子, 山門和明. 病院における職務満足とその影響因子—組織管理姿勢に着目した分析—. 医療マネジメント学会雑誌. 2005;6:531-536.
- 4) 森岡清美, 塩原勉, 本間康平. 新社会学辞典. 761. 東京:有斐閣;1993.
- 5) Stamps LP, Piedmont BE, Slavitt BD, et al. Measurement of Work Satisfaction among Health Professionals. Medical Care. 1978;16(4):337-352.
- 6) Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The Motivation to Work. 141-147. Singapore: John Wiley&Sons;1959.

## 文献一覧

- ・長谷川敏彦. 病院経営戦略. 159-167. 東京:医学書院;2005.
- ・田尾雅夫. モチベーション入門. 36-63. 東京:日本経済新聞社;2006.
- ・尾崎フサ子. 働きやすい職場環境への影響要因—自由記述から—. 第33回日本看護学会論文集(看護管理). 2002;33:305-307.
- ・尾崎フサ子. 看護婦の職務満足質問紙の研究—Stampsらの質問紙の日本での応用—. 大阪府立看護短期大学紀要. 1988;10(1):17-24.
- ・西川一康. 職務満足の心理学的研究. 1-5. 東京:勁草書房;1984.
- ・餅田敬司. 職務満足度調査から人材育成のあり方を模索する—看護管理の視点から—. 立命館経営学. 2008;47(1):185-200.
- ・恩田光子, 松田孝緒, 田口義丈, 山門和明. 病院における組織管理姿勢と患者満足との関連—外来患者満足度と職務満足の関連に着目した分析—. 病院管理. 2005;42(3):27-35.
- ・Etsuko Nakamura, Naohito Tanabe, Akiko Sekii, et al. Staff Nurses' Intention to Remain Employed in Small-and Medium-Sized Hospitals, with a Focus on Their Working Conditions. Tohoku J Exp Med. 2010;220(3):191-198.
- ・Kudo Y, Satoh T, Hosei K, Miki T, et al. Association between intention to stay on the job and job satisfaction among Japanese nurses in small and medium-sized private hospitals. JOccup Health. 2006;48:504-513.

# 児童・生徒の学校適応に関する日本の 研究の動向について

## —学級適応に関する理論的視点の整理（2）—

樋掛 優子<sup>1)</sup>・内山伊知郎<sup>2)</sup>

1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部福祉心理学科

2) 同志社大学心理学部

## Trends in Japanese Research on Children's and Students' School Adjustment

### —Arrangement of Theoretical Aspect Concerning Class Adjustment（2）—

Yuko Hikake<sup>1)</sup>, Ichiro Uchiyama<sup>2)</sup>

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

2) DOSHISHA UNIVERSITY DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

### キーワード

児童・生徒、学校適応、学級適応、理論的視点、臨床的介入

### Key words

children and students school adjustment class adjustment theoretical aspect  
clinical intervention

## I 問題と目的

前稿<sup>1)</sup>では、従来、日本においてなされてきた児童・生徒の学校適応の測定に関連する研究について、大対<sup>2)</sup>の述べる、「学校適応の結果として生じる状態についてアセスメントするための指標」と「学校適応に影響を及ぼす要因に注目した指標」のうち、前者に沿って整理・検討を行い、理論的視点の整理および検討を行った。

その結果、「学校適応の結果として生じる状態についてアセスメントするための指標」は、①スクール・モラルを理論的中心として作成された尺度②児童・生徒の主観的な学級適応感を理論的中心として作成された尺度③クラス内の対人関係を理論的中心として作成された尺度の3つに分類されることが示された。本稿では前稿の続きとして、後者の

「学校適応に影響を及ぼす要因に注目した指標」について引き続き整理・検討を行う。

「学校適応に影響を及ぼす要因に注目した指標」では、これまで対人スキルや発達的特徴といった個人の要因、親、教師、友人などの身近な他者のタイプや学級風土、教室環境といった環境の要因が測定されてきた。大対<sup>2)</sup>らは、国内外の先行研究をレビューし、「学校適応アセスメントのための三水準モデル」を提唱しており、前述の要因の中では、学級風土以外の要因についてはレビューを行っている。学級風土における「明るい学級」「おとなしい学級」などという表現は、その構成員個人の特性のみならず、学級全体の醸し出す「風土」と呼ぶべき特性を表現しており、生徒の情意や学力に影響する要因として、重要視<sup>3)</sup>されている。

そこで、本稿では特に「学級風土」とそれ

に関連する研究についてレビューを行い、理論的視点の整理を行うことを目的とする。さらに、前稿、本稿でのレビューのまとめとして、児童・生徒の学校適応について、尺度を用いてアセスメントすることによる臨床的介入の可能性について考察を行う。

## II 学校適応に影響を及ぼす要因に注目した指標について

### 1. 学級雰囲気に関する尺度

学級風土に関する研究についてレビューする際には、類似の概念として、学級雰囲気に  
関する研究についても、レビューする必要がある。

学級雰囲気は、先行研究においてSD法によって気分やイメージとして表現されており、これまで、各々の研究者によって、様々な尺度が作成されてきた<sup>4,5,6,7)</sup>(表1～4)。

これまでの研究では、学級雰囲気と学級風土が研究者によっては同義の概念として捉えられていたり、学級雰囲気尺度を学級風土尺度として使用し、両者の定義があいまいであった。例えば、小川・水野・倉盛<sup>8)</sup>は、両者を同義の概念としてとらえ、学級雰囲気と学級風土は学級構成員の相互作用によって学級内に醸成される一定の気分であり、学級活動全般にわたる総合的、全体的な特徴としている。また、秋田・市川<sup>9)</sup>は、学級風土測定に吉崎・水越<sup>4)</sup>の学級雰囲気尺度を使用している。けれども、吉崎・水越<sup>4)</sup>の尺度を用いたその他の研究<sup>10,11,12)</sup>においては、学級雰囲気として尺度が使用されている。このように、研究者間で同一の尺度を使用していても、測定しようとするものが異なっており、学級雰囲気と学級風土の定義が明確化されていない印象を持つ。

根本によると、学級の社会的風土とは、<sup>13)</sup>「学級集団成員の学級における、ある程度持続的な感情、態度ないし行動の学級集団全体としての傾向」のことであり、これに対して

表1 吉崎・水越(1979)による学習集団雰囲気測定尺度

| 活発さと明るさ因子 (9項目)         |           |
|-------------------------|-----------|
| 活発な                     | － おとなしい   |
| 明るい                     | － 暗い      |
| おもしろい                   | － つまらない   |
| 生き生きした                  | － しずんだ    |
| のびのびした                  | － こせこせした  |
| たのしい                    | － たのしくない  |
| たのもし                    | － たよりない   |
| 話しやすい                   | － 話しにくい   |
| 気楽な                     | － 重苦しい    |
| 規律とまとまり因子 (9項目)         |           |
| おちついた                   | － おちつきのない |
| まじめな                    | － ふまじめな   |
| ひきしまった                  | － ゆるんだ    |
| きちんとした                  | － だらしない   |
| 熱心な                     | － 熱心でない   |
| 責任感のある                  | － 無責任な    |
| まとまった                   | － パラバラな   |
| ねばりづよい                  | － あきっぽい   |
| 協力的                     | － 非協力的    |
| 探求意欲に支えられた自主的行動因子 (5項目) |           |
| やさしい                    | － こわい     |
| ていねいな                   | － らんぼうな   |
| 温かい                     | － 冷たい     |
| すなおな                    | － ひねくれた   |
| 親切的                     | － 不親切的    |

学級雰囲気とは、「大多数の学級集団成員の感情、態度、行動傾向などから成員ないし外部者が受ける学級集団全体についての概括的な印象のこと」と定義され、根本は両者を明確に区別すべきだとしている。そして、そもそも学級風土とは、個人のメンタルヘルスや学校生活の支援だけでなく、学校・学級コミュニティのレベルで、支持的 (supportive) な風土を醸成することが、個人の成長にも資する<sup>14)</sup>という考え方をもとにしている。また、学校臨床実践で使用可能な学級の「見立て」を行うために用いるツールとして、作成されたという経緯がある。よって、学級雰囲気尺度とは、作成にあたり理論的背景や目的が異なると考えられ、区別する必要がある。

さらに、学級風土尺度は、学校臨床実践で

表2 根本（1983）による学級雰囲気測定尺度

|    |         |   |         |
|----|---------|---|---------|
| 1  | いごちのよい  | － | いごちの悪い  |
| 2  | のびのびできる | － | きゅうくつな  |
| 3  | つまらない   | － | たのしい    |
| 4  | 不親切な    | － | 親切な     |
| 5  | こわくない   | － | こわい     |
| 6  | 大切な     | － | どうでもよい  |
| 7  | おちつかない  | － | おちつきがある |
| 8  | なごやかな   | － | とげとげしい  |
| 9  | 沈んだ     | － | うきうきした  |
| 10 | やる気のない  | － | やる気のある  |
| 11 | まじめな    | － | ふまじめな   |
| 12 | まとまりのある | － | まとまりのない |
| 13 | だらけた    | － | きびきびした  |
| 14 | つめたい    | － | あたたかい   |
| 15 | 明るい     | － | 暗い      |
| 16 | しらけていない | － | しらけた    |
| 17 | 嫌いな     | － | 好きな     |

表3 東京都立多摩研究所（1997）による学級雰囲気測定尺度

|          |                  |
|----------|------------------|
| 1        | クラスは明るい          |
| 2        | クラスはよくまとまっている    |
| 3        | クラスみんなの仲が良い      |
| 4        | 行事にはクラスで協力してとりくむ |
| 5        | クラスにはいやなひとが多い（＊） |
| 6        | クラスがうるさい（＊）      |
| 7        | クラスにはけじめがある      |
| 8        | クラスは勉強熱心である      |
| 9        | クラスにはケンカが多い（＊）   |
| （＊ 逆転項目） |                  |

使用することを目的として作成されたという性質上、臨床的介入の可能性について考察するには、詳しく検討する必要がある。そこで、次章では学級風土尺度について、理論的背景とこれまで行われてきた調査研究を整理していくこととする。

2. 学級風土尺度に関する研究について

1) 理論的背景

学級風土尺度は、欧米ではClassroom Environment Scale (CES)<sup>15,16)</sup>、Learning Environment Inventory (LEI)<sup>17,18)</sup> という2つの

表4 酒井ら（2002）による教室にいるときの気分に関する尺度（「学級適応」と定義して測定）  
※家庭の雰囲気尺度（菅原ら,1997）を参考に作成されている。

|                    |
|--------------------|
| 教室での反抗的な気分（6項目）    |
| 頭にきてキレそうになる        |
| イライラする             |
| がまんできない            |
| むかつく               |
| あばれたくなる            |
| 教室での不安な気分（5項目）     |
| さみしい               |
| ひとりぼっち             |
| 不安だ                |
| こわい                |
| きんちょうする            |
| 教室でのリラックスした気分（4項目） |
| ほっとする              |
| あたたかい感じがする         |
| 楽しい                |
| のびのびできる            |

尺度を主軸として研究は展開している<sup>19)</sup>。この2つの尺度のもつ特徴として、LEIやCESでは、生徒自身の感じる学級の特徴を、色々な側面から包括的に捉えることができる点にある。特に、CESでは生徒の生活意識全般に学級環境が及ぼす影響に注目し、LEIでは学校教育の主目的である知識伝達の効率化に寄与する学習環境評価を重視した点に特徴がある<sup>19)</sup>。それぞれの尺度を用いて様々な研究がなされてきたが、主に教科教育の面と、生徒指導や学校生活への適応など学校精神保健に関する面という2つの方面に整理できる<sup>19)</sup>。

CESは、各国語版に翻訳され、学級風土と子どものメンタルヘルスや学業成績・学校適応等の関連を検討する有力な指標として用いられてきた<sup>19)</sup>。Moosは、環境が人間の健康や運命にまで影響することを指摘し、軍隊や学寮、家庭など、さまざまな人間環境について、その心理社会的な性質を多次元的に捉える必要性を述べ、社会生態学の立場から環境の人間への効果を重視し、風土を物理的環

境・組織的環境・人間集団と並ぶ環境の4大構成要素の1つと考えた。これを学級で言えば、学級風土は学級の物理的・組織的側面や教師・生徒集団と並ぶ学級環境の一構成要素であり、学級環境の生徒への効果を媒介するものと考えて、Moosは風土把握の質問紙であるCESを作成した<sup>19)</sup>という経緯がある。

## 2) 日本版学級風土尺度の作成

CESやLEIについては、我が国においても研究者による部分的な利用や紹介がなされてきた。CESやLEIと類似した尺度として根本が<sup>9, 21)</sup>CSS (Classroom Structure Scale) を作成しているが、下位尺度領域が5尺度と少なく、学級全体を把握できているかは検討の余地がある。

伊藤・松井<sup>22)</sup>は、実践に寄与し、我が国の学校事情に即した質問紙を作成するために、CES・LEIを参考にしつつ、学級観察や生徒面接などで得られた結果を加味した質問紙項目を作成することを目的とし、学級風土尺度をMoosらのCES (Classroom Environment Scale) <sup>15)</sup>を下敷きに作成した。伊藤・松井は、Moosが環境の性質を捉えるのに必須な3領域と指摘した「関係性」「個人の発達と目標志向性」「組織の維持と変化」<sup>20)</sup>の3領域に、これまで伊藤で作成した質問紙の再編を行い、<sup>23, 24)</sup>下位尺度の設定を行った。尺度構成は以下のとおりである。

「関係性」の領域に＜学級活動への関与＞(13項目)、＜生徒間の親しさ＞(7項目)、＜自然な自己開示＞(6項目)、＜学級内の不和＞(9項目)、＜学級への満足感＞(5項目)の5つの下位尺度を設定した。これらの尺度は、相互に異なる内容を持つが、学級の人間関係の微妙な問題に注目し、その記述の積み重ねで全体像を浮き彫りにしようというものである。そして、「個人発達と目標志向」の領域では、＜学習への志向性＞(6項目)、「組織の維持と変化」の領域

には、＜規律正しさ＞(6項目)＜学級内の公平さ＞(5項目)の2つの下位尺度が設定され、全8尺度57項目の尺度で構成され、妥当性と信頼性が確認されている。特徴として、尺度得点の図示により、子ども達を感じている学級の特徴を表現できる、いわばエゴグラムのように簡便で結果を図示できる学級の「性格テスト」である。<sup>25)</sup>

しかし、学級風土尺度は、8尺度57項目と項目数が比較的多く、対象も中学生・高校生に限られている。<sup>26)</sup>簡潔な短縮版であれば、小学生も利用できる可能性があり、より有効な活用が見込まれることから、伊藤により6尺度全34項目からなる小学生用短縮版が作成され、妥当性、信頼性が確認されている。<sup>25)</sup>伊藤によると、小学校4～6年生に対し調査を行った結果、4年生では質問文についての質問が多く、理解度に個人差が大きいことから、原則として小学5、6年生を対象とした尺度であることを述べている。

また、CESには教師に関する項目が含まれていないとして、西田・田嶋<sup>27)</sup>は生徒-教師相互関係の項目を含む、学級風土尺度を新たに作成した。西田・田嶋<sup>27)</sup>の尺度もMoosの理論に基づいており、3次元で構成されている。対人関係の次元として生徒相互関係次元では親和性(8項目)、徒党性(3項目)、生徒-教師関係次元として親和的配慮(11項目)、熱心な学級経営(6項目)、個人の発達と目標志向の次元として、けじめ・自律因子(6項目)、不満因子(3項目)、無関心因子(3項目)、学級の維持・変革の次元として、活発性因子(8項目)、まとめ因子(3項目)、発言因子(2項目)の計53項目で構成されている。このように、Moosらの理論を参考に、2種類の学級風土尺度が日本でも作成されたが、実際の研究には、西田・田嶋<sup>27)</sup>の尺度は用いられておらず、尺度の開発に留まっているのに対し、伊藤・松井<sup>22)</sup>は研究蓄積がなされている。次項では、伊藤・松井で

作成された尺度が用いられた研究について、整理していく。

### 3) 日本版学級風土尺度を用いた研究

#### －調査研究に焦点を当てて－

伊藤の一連の研究では、学校臨床実践で使用可能な、学級の「見立て」<sup>28)</sup>を行うための学級風土尺度を作成してきた伊藤自身が述べるように、学級風土尺度はそれをもとに教師コンサルテーションを行うことを目的とし、主にスクールカウンセラーやコンサルタントが学校・学級環境に焦点をあてた介入方法を教師とともに考えるにあたり、活用されてきた（例えば、伊藤<sup>28,29,30)</sup>）。尺度は臨床実践での事例研究で主に用いられてきたが、尺度を用いての、臨床および教育心理学的視点に基づく調査研究も数多くなされ、有益な知見が得られている。教師コンサルテーションも重要だが、「学級風土」がどのように子どもたちに影響を与えているかを知ること、極めて重要である。以下、現在までなされてきた調査研究について、整理していくこととする。

松井は、小学6年生、中学1～3年生に対し、学級風土と精神的健康との関連を調査し、思春期の子どもたちにとって、学級の凝集性が精神的健康を保つ要素になっていることを示唆した。さらに、松井・安藤<sup>26)</sup>は高校生に対しても調査を行っており、学級風土と学校生活意識について検討を行い、学級という枠を通して生徒個人の人々の成長に効果を及ぼしている可能性を示唆した。佐野・青柳<sup>32)</sup>は、中学生・高校生に対して調査を行い、学級風土の中でも生徒間の親しさが、目標意識、適応感に関連し、生徒間の親しさ→目標意識→適応感という一連のプロセスがあることを示した。町田<sup>33)</sup>は、中学1～3年生を対象に、中学生の精神的自立に学級風土が及ぼす影響を検討した。全ての学年で精神的自立と学級風土の相関がみられたが、1年生と3年生では関連のある尺度が異なっており、発達の変化がみ

られることを示した。

このように、学級風土尺度を用いた調査研究は少ないながらもなされており、良好な学級風土が児童・生徒の精神的発達の検討に寄与することが明らかになっており、今後も研究の蓄積が望まれるといえる。

## Ⅲ まとめ

### 1. 学校適応に影響を及ぼす要因に注目した指標について

本稿では、従来、日本においてなされてきた児童・生徒の学校適応の測定に関連する研究について、大対<sup>2)</sup>の述べる、「学校適応に影響を及ぼす要因に注目した指標」の中で、特に「学級風土尺度」に焦点をしぼり、整理および検討を行った。学級雰囲気尺度および学級風土尺度が同義のものと定義されていたり、混同されて尺度が使用されていることもあるが、学級風土尺度は明確な理論的背景をもって作成されているため、両者を区別して使用することの必要性を指摘した。「雰囲気」と「風土」は一見すると似ており、混同しやすい。しかし、本論文で学級風土尺度の理論的背景についてもレビューを行い、学級雰囲気尺度との相違を明確化したことは、今後の学級適応に関する研究の発展に寄与すると考える。

また、学級風土尺度では、伊藤・松井<sup>22)</sup>の尺度が主に用いられているが、尺度を教師コンサルテーションにのみ用いるのではなく、調査研究にも使用することで、児童・生徒の精神的発達について検討する際に寄与することを調査研究のレビューで示した。数少ない調査研究では、良好な学級風土が児童・生徒の精神的発達に寄与することが明らかになったが、良好な学級風土を形成するための要因についても本尺度を使用することで検討は可能であろうし、調査による量的研究を積み重ねることで、別々に論じられていることの多

い、学校臨床心理学と教育心理学に通じる新たな知見を得ることができると思われる。

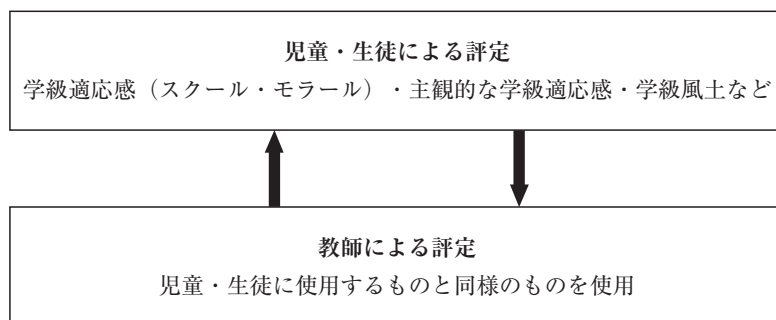
## 2. 臨床的介入の可能性について

最後に、前稿、本稿での学校適応に関する尺度のレビューを通じての考察について述べる。一連の研究では、尺度を児童・生徒のみに評定させる場合がほとんどで、教師評定の場合も、教師のみに評定させる、という方法で用いられている。質問紙がすくい取る子どもたちの声は、あくまでも子どもたちの主観であるが、子どもたちがどう感じているかによって、指導法も当然異なってくる。教師のみの評定においても、当然のことながら、あくまでもそれは教師の主観である。児童・生徒評定と教師評定の両方を行い両者の相違を検討すること、著しい相違がある場合は、児童・生徒（低・中学年の場合は保護者）および教師間で評定のフィードバックセッションを行うことが、児童・生徒側の認知－教師側の認知の相違を埋めることにつながるのではないだろうか（図1）。重要事だけに、学級について知ることの教師の抵抗感に配慮する必要もあるが、セッションにより、教師側はより児童・生徒理解が深まり、児童・生徒側（低・中学年の場合は、保護者）もより自己（および自身の子ども）に対する理解が深まることにつながるのではないだろうか。問題を抱える児童・生徒に対する早期での介入につながると考えられ、それらは臨床的に極め

て意義があるだろう。今後の研究蓄積が望まれる。

## 引用文献

- 1) 樋掛優子, 内山伊知郎. 児童・生徒の学校適応に関する日本の研究の動向—学級適応に関する理論的視点の整理(1)—. 新潟青陵大学学会誌. 2011;4(1):71-78.
- 2) 大対香奈子. 個人の行動特徴と環境との相互作用から「適応」を捉える. 日本教育心理学会総会発表論文集. 2010;52:148-149.
- 3) 伊藤亜矢子, 松井仁. 学級風土研究の経緯と方法. 北海道大学教育学部紀要. 1996;72:47-71.
- 4) 吉崎静夫, 水越俊行. 児童による授業評価—教授行動・学習行動・学習集団雰囲気との視点より—. 日本教育工学雑誌. 1979;4:41-51.
- 5) 根本橋夫. 学級集団の構造と学級雰囲気およびモラルとの関係. 教育心理学研究. 1983;31:211-219.
- 6) 小林正幸, 仲田洋子. 学校享受感に及ぼす教師の指導の影響に関する研究—学校の雰囲気に応じて教師はどうすればよいのか—. カウンセリング研究. 1997;30:207-215.
- 7) 酒井厚, 菅原ますみ, 眞榮城和美, 菅原健介, 北村俊則. 中学生の親および親友との信頼関係と学校適応. 教育心理学研究. 2002;50:12-22.



※両者の相違の検討を行い、  
差が大きい場合は臨床的な  
介入につなげる機会とする。

図1 フィードバックセッション

- 8) 小川一夫, 水野ひとみ, 倉盛一郎. 学級の個性. 小川一夫編. 学級経営の心理学. 171-198. 京都:北大路書房;1979.
- 9) 秋田喜代美, 市川洋子. 中学生の学級風土認知がメンタルヘルスに与える影響:学級間および学級内タイプにおける学級風土認知の「相違」. 立教大学心理学科研究年報. 1999;41:35-50.
- 10) 楠見幸子. 学級集団の大局的構造の変動と教師の指導行動, 学級雰囲気, 学校モラルに関する研究. 教育心理学研究. 1986;34:104-110.
- 11) 塚本伸一. 教師の勢力資源が中学生のモラルと学級雰囲気に及ぼす影響. 上越教育大学研究紀要. 1998;17(2):551-562.
- 12) 野口真, 坂中正義. 教師のカウンセリング・マインド認知に関する研究—教師のイラショナル・ビリーフとの関連, および学級雰囲気評価への影響から—, カウンセリング研究. 2007;40(2):105-115.
- 13) 根本橋夫. 学級集団の規範, 発達過程および機能. 稲越他編著. 学級集団の理論と実践. 東京:福村出版;1991.
- 14) 伊藤亜矢子. スクールカウンセリングと学級風土—ニーズ・効果査定の観点から—. コミュニティ心理学研究. 2007;11(1):5-13.
- 15) Trickett, E. , & Moos, R. H. Social environment of junior high and high school classrooms. *Journal of educational psychology*, 1973;65:93-102.
- 16) Trickett, E. , & Moos, R. H. *Classroom Environment Scale Manual : Development, Applications, Research*. 3rd ed. PaloAlto, CA : Consulting psychologists press;1995.
- 17) Walberg, H. J. Social environment as a mediator of classroom learning. *Journal of educational psychology*, 1969;60:443-448.
- 18) Fraser, B. , Anderson, G. , & Walberg, H. J. Assessment of learning environments : manual for Learning Environment Inventory (LEI) and My Class Inventory (MCI) . Perth; Western Australian Institute of Technology;1982.
- 19) 伊藤亜矢子, 松井仁. 学級風土研究の意義. コミュニティ心理学研究. 1998;2(1):56-66.
- 20) Moos, R. H. *Evaluating Educational Environment*. San Francisco:Jossey-Bass Publishers;1979.
- 21) 根本橋夫. 学級集団における社会心理学的風土の多次元的研究—問題点と主要な知見—. 千葉大学教育学部研究紀要. 第1部. 1989;37:39-54.
- 22) 伊藤亜矢子, 松井仁. 学級風土質問紙の作成. 教育心理学研究. 2001;49:449-457.
- 23) 伊藤亜矢子. 学級風土質問紙作成の試み—学級風土を捉える尺度の帰納的な抽出—. コミュニティ心理学研究. 1999a;2(1):104-118.
- 24) 伊藤亜矢子. 中学校の学級風土と生徒のメンタルヘルス. 平成9年~平成10年度科学研究費(奨励研究(A))研究成果報告書課題番号09710067. 1999b.
- 25) 伊藤亜矢子. 小学生用短縮版学級風土質問紙の作成と活用. コミュニティ心理学研究. 2009;12(2):155-169.
- 26) 松井仁, 安藤徹郎. 高校生における学級風土と学校生活意識. 京都教育大学紀要. 2004;104:1-12.
- 27) 西田純子, 田嶋誠一. 中学校の「学級風土」に関する基礎的研究—「教師項目」を含む尺度作成の試み—. 九州大学心理学研究. 2000;1:183-194.
- 28) 伊藤亜矢子. 学級風土質問紙についての事例的検討の試み—質問紙が学級の特徴と変化を捉えたか—. お茶の水女子大学発達臨床心理学紀要. 2000;2:25-35.
- 29) 伊藤亜矢子. 学級風土質問紙の臨床的妥当性検討の試み—学級編成時の生徒のメンタルヘルスが風土形成に与える影響を中心に—. コミュニティ心理学研究. 2001;5(1):11-22.
- 30) 伊藤亜矢子. スクールカウンセリングにおける学級風土アセスメントの利用—学級風土質問

紙を用いたコンサルテーションの試みー. 心理臨床学研究. 2003;21(2):179-190.

31) 松井仁. 思春期における精神的健康と学級環境. 京都教育大学紀要. 2003;102:13-21.

32) 佐野友哉, 青柳肇. 「学級風土」が中高生の動機づけ及び適応感に及ぼす影響ー学級における目標意識に注目してー. 日本教育心理学会総会発表論文集. 2004;46:629.

33) 町田万里子. 中学生の精神的自立に学級風土が及ぼす影響. 児童教育研究. 2010;19:11-20.

34) 伊藤亜矢子. スクールカウンセリングと学級風土ーニーズ・効果査定の観点からー. コミュニティ心理学研究. 2007;11(1):5-13.

# 文献から見た看護教育における ポートフォリオ評価活用の現状

小島 さやか

新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

## The Current Status of Practical Use of Portfolio Evaluation in the Nursing Education : A Literature Survey

Sayaka Kojima

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

### キーワード

ポートフォリオ、看護教育、文献研究

### Key words

portfolio, nursing education, literature survey

## I はじめに

ポートフォリオ評価法は、2000年ごろから日本の看護界においても注目され、徐々に導入されている。2000年に我が国で導入された「総合的な学習」などを始め、自ら考え実践する教育の重要性、標準化されたテストのような定量的で数値的な評価ではなく、質的な評価をも求められている時代に即したものと言える。

ポートフォリオは、「自らの意思で、自らの成果や自ら手に入れた情報を一元化したもの<sup>1)</sup>」であり、「学習してきたことや学習経験に対する各人の意味づけを表現するため」のものであるなどと定義づけられている。ポートフォリオは本来、画家や建築家が自分の作品を売り込むために用いる「紙ばさみ」を意味していた。そのファイルを見れば、現在の作風や力量が一目瞭然であるだけでなく、自らがこれまでの作品を振り返ることで今後の

自分の課題や目標も明確になってくる。このポートフォリオを評価に活用したのがポートフォリオ評価である。ポートフォリオは、ロンドン大学のS. クラーク教授らが考案し1980年代後半にイギリスやアメリカで取り入れられた後、1990年代後半に日本に入ってきたとされている。

我が国において看護分野で初めてポートフォリオについて述べられたのは、2000年に英国における卒業教育を紹介した特集だと言われている。英国の看護者は、看護の質の保持、就職してからの看護者自身の成長を促すこと、免許申請時の知識や技術を維持し、さらに高いものへと究めていくこと<sup>4)</sup>を目的に、専門職としての経験の再評価、現在の自己評価、目標設定と行動計画を立て、成長計画を実行に移す、という課程にポートフォリオを導入して取り組んでいる。この、英国での取り組みが紹介された後、日本の看護界でもポートフォリオ評価法が着目され、徐々に報

告が増えている現状である。

国内の看護文献におけるポートフォリオ活用の現状については2005年に加藤ら<sup>3)</sup>が文献検索による調査を行い、抽出された15件を評価したものがある。その後、日本の看護分野でもポートフォリオの導入が増え、実践報告が多くなされるようになったが、各々の報告を分類し、評価したものは2005年以降殆ど見られない。

そこで、日本の看護教育におけるポートフォリオ評価導入・実践の現状、またその効果や今後の課題を知ることで、より有効に効果的にポートフォリオを使う方法を見いだせると考えた。さらに看護界の変化に伴う新たなポートフォリオ活用の可能性についての示唆を得られると考え、本研究に取り組んだ。

## Ⅱ 目的

1. ポートフォリオ評価をテーマに発表された文献を検索し、看護教育におけるポートフォリオ評価の実践の対象者、実践内容を知る。
2. 看護教育における今後のポートフォリオ評価活用の示唆を得る。

## Ⅲ 対象と方法

### 1. 調査期間と対象

1990年から2011年8月までの期間に報告された文献のうち、キーワード「ポートフォリオ」「看護」を検索語として医学中央雑誌webデータベースを用いて検索を行い、ヒットした119件のうち、タイトルおよび内容から、看護教育におけるポートフォリオについて述べられていると判断した116件から、ポートフォリオ評価導入の現状を調査した。

### 2. 分析方法

上記1. によって得られた文献から収録

年、論文の種類、研究対象者別に分類した。

論文の種類は、医学中央雑誌の分類に基づき「原著」「総説」「会議録」「解説」「座談会」「一般」の6項目に分類した。研究対象者は、タイトルおよび内容から「学生」「新人看護師」「一般看護師（対象者として管理者・新人看護師と明記されているものを除いたもの）」「看護管理者」「認定看護師」「教員」「患者・家族」「その他」の8項目に分類した。

## 3. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、日本看護協会「看護研究における倫理指針」（2004）に基づき配慮を行った。

## Ⅳ 結果

### 1. 文献の年次推移と動向

検索された文献116件のうち、記事区分別で見ると、解説62件、会議録32件、原著16件の順に多く収録されていた。（表1）

また、収録年別に見ると、2000年以前の文献は無かった。2000年に4件が収録されたのを最初に毎年数件の収録があり、2005年から文献収録件数が増加していた。2010年には、過去最多の31件が収録されていた。研究対象者を分類すると（表2）のようになった。対象者の内訳は、基礎教育（学生）が49件、卒後教育（看護師）が52件とほぼ同じ割合であり、患者・家族7件、教員3件の順に続いた。（表2）

### 2. 看護基礎教育におけるポートフォリオの活用の実際

看護基礎教育（ここでは看護系大学・短大・専門学校等における保健師・助産師・看護師課程履修学生に対する教育を指す）に関連するポートフォリオ活用の文献は49件収録されていた。看護学生に対してどのような看

表1 看護関連雑誌における文献の収録年、種類 (2000年～2011.8月)

| 年     | 原著 | 総説 | 会議録 | 解説 | 座談会 | 一般 | 件数  |
|-------|----|----|-----|----|-----|----|-----|
| 2000  | 0  | 0  | 0   | 0  | 0   | 3  | 3   |
| 2001  | 0  | 1  | 0   | 0  | 0   | 0  | 1   |
| 2002  | 0  | 0  | 0   | 0  | 0   | 0  | 0   |
| 2003  | 0  | 0  | 0   | 1  | 0   | 0  | 1   |
| 2004  | 0  | 0  | 1   | 2  | 0   | 0  | 3   |
| 2005  | 1  | 0  | 1   | 19 | 0   | 0  | 21  |
| 2006  | 5  | 0  | 1   | 4  | 1   | 0  | 11  |
| 2007  | 3  | 0  | 2   | 7  | 0   | 0  | 12  |
| 2008  | 2  | 0  | 12  | 3  | 0   | 0  | 17  |
| 2009  | 1  | 0  | 9   | 2  | 0   | 0  | 12  |
| 2010  | 3  | 0  | 6   | 21 | 1   | 0  | 31  |
| 2011  | 1  | 0  | 0   | 3  | 0   | 0  | 4   |
| 合計(件) | 16 | 1  | 32  | 62 | 2   | 3  | 116 |

表2 看護関連雑誌における研究の対象者 (2000年～2011.8月)

| 年     | 学生   | 新人<br>看護師 | 一般<br>看護師 | 認定<br>看護師 | 看護<br>管理者 | 教員 | 患者<br>家族 | その他 |
|-------|------|-----------|-----------|-----------|-----------|----|----------|-----|
| 2000  | 1    | 0         | 0         | 0         | 0         | 0  | 0        | 2   |
| 2001  | 0    | 0         | 1         | 0         | 0         | 0  | 0        | 0   |
| 2002  | 0    | 0         | 0         | 0         | 0         | 0  | 0        | 0   |
| 2003  | 1    | 0         | 0         | 0         | 0         | 0  | 0        | 0   |
| 2004  | 1    | 0         | 2         | 0         | 0         | 0  | 0        | 0   |
| 2005  | 4    | 1         | 9         | 0         | 5         | 1  | 1        | 0   |
| 2006  | 6    | 0         | 2         | 1         | 1         | 0  | 1        | 0   |
| 2007  | 6    | 1         | 3         | 0         | 0         | 1  | 1        | 1   |
| 2008  | 8    | 0         | 5         | 1         | 1         | 0  | 2        | 0   |
| 2009  | 6    | 2         | 1         | 1         | 1         | 1  | 0        | 0   |
| 2010  | 15   | 1         | 5         | 3         | 3         | 1  | 2        | 2   |
| 2011  | 2    | 0         | 1         | 0         | 1         | 0  | 0        | 0   |
| 合計(件) | 50   | 5         | 29        | 6         | 12        | 4  | 7        | 5   |
|       | 基礎教育 | 卒後教育      |           |           |           |    |          |     |
|       | 50   | 52        |           |           |           |    |          |     |

護学領域でポートフォリオ評価が用いられているかを調べたところ、基礎看護学、成人看護学、老年看護学、精神看護学、母性看護学、教養科目と、特定の領域に限定されることがなく用いられていることが分かった。

#### 1) 実習における活用

ポートフォリオ評価は、実習の自己評価、自己教育力の育成、看護技術演習の習得等を目的として活用されている例が多く見られ

た。<sup>5)</sup> 迫田らにより、1年生から継続してポートフォリオ作成を行うことにより、講義から演習へ、そして実習につながるポートフォリオプロジェクトに取り組むことで学生が成長と課題を自ら実感し、学習方法として効果的であったことが報告されていた。

#### 2) 演習における活用

看護過程演習では、吉田らは看護過程演習の中にメタ認知を意識した「気づきと学び（記録による振り返り）」を加え、成果としての記録をポートフォリオとし俯瞰できることによる学習効果の示唆を得ていた。同じく看護過程演習に関して、佐藤らは看護過程演習終了後に提出した「成長報告書」の分析から、ポートフォリオ評価を通しての学びとして、「プロジェクト学習能力」「自己評価と課題発見力」「自己表現力」「自己肯定力」を挙げていた。<sup>6)</sup>

また、前田らはグループワーク、研究レポート作成、学会形式の発表会を行う授業の中でポートフォリオを作成することは自己評価や研究の基礎となる資料整理や活用の方法など、研究のスキル形成につながることを明らかにした。<sup>8)</sup>

#### 3) 授業記録としての活用

渥美は、精神障害当事者が参加する授業を行う中で、学生に「日々の授業記録」としてポートフォリオを書かせ、その学習効果を確認した。<sup>9)</sup> 岩田らも、ポートフォリオでプレゼンテーションから学習したことの内容を分析する中で、ポートフォリオシートがセルフラーニングの評価の補助をする可能性があること、ポートフォリオの評価機能である自己評価・再構築・活動への動機づけが分析から確認できたことを述べている。さらに、講義と演習・臨地実習が点と点ではなく、線としてつながり看護観の育成や援助技術の習得が行えるよう、講義から演習、実習へとつなぐ試みも行われていた。<sup>4)</sup>

#### 4) 保健師学生、助産師学生への活用

保健師学生に対する基礎教育、助産師学生の分娩助産実習・新生児受け実習の振り返りにポートフォリオを活用している例も見られた。ポートフォリオの考え方での評価により、学生が自ら課題を発見し解決策を考え、自己の傾向を認識し成長につなげていくことが出来ていた。<sup>11)</sup>

#### 5) デジタルポートフォリオ

従来行われてきた紙媒体によるポートフォリオ作成だけでなく、施設内に設置した無線LANでポートフォリオ評価を行う大学の例が2009年以降から数件報告されていた。e-Portfolio（ポートフォリオをデジタル化したもの）は、時間や場所を選ばずにアクセスが可能で、授業毎の課題やレポート提出、評価、管理、研究論文の添削や公開を行ったり、クリニカルラダーを取り入れて、学生の就職活動にも活用されていた。

### 3. 卒後教育におけるポートフォリオの活用 の実際

#### 1) 新人看護師への活用

新人看護師に対しては、入職後の新人対象研修で説明を行い導入しているケースが多かった。山本は、新人が作成したポートフォリオの構成要素として、業務のタイムスケジュールと学習メモ、他者からのフィードバックの3種類を挙げ、タイムスケジュールには業務の成功談・失敗談から自分なりに編み出した仕事上の工夫や患者・スタッフとの間のエピソードを記載し、学習メモの中で自らの知識の定着の度合いの確認や得た知識の関連付けをしていた。さらに他者からのフィードバックを得ることで、自分の成長を実感できたり、次の段階への動機付けが得られたと述べていた。

#### 2) 一般看護師への活用

一般の看護師に対しては、目標管理、キャリア支援、看護研究支援、接遇、医療安全推進担当者への教育評価などの目的で導入され

ている文献が見られた。吾郷らは、<sup>14)</sup>ポートフォリオを活用した臨床看護研究支援を試みた結果、看護研究にポートフォリオを活用した者は活用しなかった者に比べて有意に「自己の成長が図れた」「自己教育力が高まった」「看護研究は社会に貢献するという方向性にある行為である」と回答したことが分かった。

#### 3) 看護管理者への活用

目標管理にポートフォリオを導入した例では、<sup>15)</sup>ポートフォリオ活用群と非活用群で目標管理の達成度を比較すると、活用群は「モチベーションを高める」「業務改善の取り組みができる」「目標管理を同僚と共有できる」の達成度が有意に高かったことが分かった。管理者として、スタッフが自信を持てるような自己評価、エビデンスの確かな師長評価ができたことが大きなメリットであった。その他、クリニカルラダーや看護研究支援にポートフォリオを活用している報告も見られた。

#### 4) 認定看護師への活用

認定看護師では、経験や基礎教育課程が様々である対象者に対して各自が主体的に自己の課題に向かって学びを深めることを目的としてポートフォリオを導入していた。<sup>16)</sup>ポートフォリオの活用により、学習意欲の他、緩和ケア認定看護師の実践能力に不可欠な対人関係能力や対象者の心情に関わるケアに必要な能力の向上が期待できると考察されていた。

#### 5) デジタルポートフォリオ

eポートフォリオを導入した病院では、<sup>17)</sup>導入の目的として①データの可視化により計画的なキャリアアップが可能、②看護管理者が目標管理、教育計画、評価などに活用できる、③システム化することで紙運用の際の人的・時間的コストを削減出来る、との報告があった。機能としては、研修状況や自己研鑽、技術チェックリスト、面接記録、キャリアラダー評価等を持ち、看護師はメリットと

して自己の実践能力の可視化が可能になり、自己の課題が具体的にイメージしやすくなったという。また、管理者や教育担当者も情報が一元管理できることで管理・教育業務に活用しやすくなったと報告されていた。反面、デメリットとして従来の紙運用ではできた個別の状況（中途採用者への年度途中での導入など）への対応の難しさが挙げられていた。

#### 4. 患者・家族教育におけるポートフォリオの活用の実際

患者・家族教育に関連するポートフォリオ活用の文献は7件収録されていた。糖尿病や精神疾患などの慢性疾患を抱える患者の自己管理や保健指導などにポートフォリオが取り入れられていた。

家族への活用については灘ら<sup>18)</sup>が患者自身や家族でテーマを決めて入院に至る経過や現在の心境、検査結果、医師の説明、病状や治療経過状況、薬の効能、自らの目標などを書くことは、闘病意欲の向上や医療者とのコミュニケーションの深まりに効果があり、医療事故防止にも有益に作用すると述べられていた。

#### 5. 教員の評価・教育におけるポートフォリオの活用の実際

教員に関連するポートフォリオ活用の文献は4件収録されていた。安川ら<sup>19)</sup>の報告では、教員を対象とした調査の中で、ポートフォリオ評価に関心があり、意欲があっても、考え方や進め方が分からないために一步を踏み出せないでいる看護教員の姿が示されていた。また、共同で教育活動を展開するためのネットワークづくりを行う必要性や、ポートフォリオを作ることそのものを目的化しないことが大切であることも述べられていた。

## V 考察

### 1. ポートフォリオ評価法活用の現状

2005年、加藤ら<sup>3)</sup>が本研究と同様の検索を行っているが、抽出された文献はわずか15件であったのに対し、本研究では116件、およそ8倍の文献が掲載されていることを考えると、看護分野においては、この数年間でポートフォリオ評価法が注目され、活用の頻度も領域も広がっていると言える。また、ある特定の看護分野に限定されずに活用され、成果報告がされている現状からは、教育において幅広い領域に応用ができる、ポートフォリオの柔軟性を裏付けるとも言えよう。ポートフォリオは、いわば学習者参加型の学習評価システムであり自分の学習上の課題を自ら発見し、課題の解決のための適切な学習方法を選択し、実行して、その結果を当初の課題に照らして評価し、問題点があれば修正していく能力の育成につながる。また、ポートフォリオを通して自己評価を行うことには「授業の内容に学習者の注意を向けさせ、学習成果や学習意欲を高める」ことを期待できる<sup>2)</sup>。学習者の主体的な学習の取り組みを促すポートフォリオが看護においても効果的な教育及び評価の方法である<sup>20)</sup>と考える。石塚は、ポートフォリオは従来の教師主導の一方的な評価から、コミュニケーションという相互作用を通しての共同評価となることから、学生の自尊感情や自信、学習意欲を育むこと、自己評価や他者評価という対話を通してメタ認知能力をつけるのに有効であると報告している。学習目標を明確化すること、ポートフォリオ評価の方法について、学習者と指導者各々が認識し、共通理解を図ることで教育効果が上がると考えられる。

ポートフォリオ評価の教育・実践・研究への活かし方として安川は、<sup>21)</sup>「自分の実績や成果を他人に分かる形で蓄積したポートフォリオを持ち寄り、互いに開示すれば、その人の

能力や関心、魅力、良さが分かるだけでなく、チームを組んでの共同作業がしやすくなり、相互の経験の幅を広げることが出来る」と指摘している。また、看護実践に対しては、「スタッフの人材育成と目標管理」、研究に対しては「現時点での自分の到達点を確認」「長期的な展望に立った研究計画を立案するために活用できる」と述べている。2010年4月には「保健師助産師看護師法」「看護師等人材確保法」の改正により、新人看護職員の卒後臨床研修が努力義務化された。研修体制の充実、新人看護職員の離職防止や、看護の質向上、医療安全の確保、指導を担う中堅看護職の負担軽減にも有効と言われていることから、よりよい研修体制の整備・研修内容の充実が必要だと考える。

さて、大関は<sup>22)</sup>大学教員の立場から、学生のそれまで受けてきた教育（義務教育・高校教育、ひいては、日本全体の教育方針など）を視野に入れて、生涯学習者となるように教育するのが私たち看護大学教員の努めである、と訴えている。教員として、自らも研鑽していく姿は、言葉を数多く積み重ねるより、何倍も学生に訴えるものがあるに違いない。

文部科学省中央教育審議会の学士課程教育の在り方に関する小委員会（2007）では、教員がティーチング・ポートフォリオ（自分の授業や指導において投じた教育努力の少なくとも一部を、目に見える形で自分及び第三者に伝えるために効率的・効果的に記録に残そうとする教育業績ファイル）の導入により①将来の授業の向上と改善、②証拠の提示による教育活動の正当な評価、③優れた熱心な指導の共有などの効果が認められると言われている。ポートフォリオ評価法の広がりと共に、学習者を支援する教員自らが研鑽していくことの重要性は今後高まるであろう。

ポートフォリオ作成上の課題として、ポートフォリオは自己成長の記録であるがゆえに自己完結的な作業が多く、作成するためのモ

チベーションの維持が困難になる場合<sup>13)</sup>があり、意欲を取り戻すのに他者からのフィードバックを得る機会や他者のポートフォリオを見る機会を持つことが有効だったことも分かった。また小澤ら<sup>23)</sup>の調査では、病院で5年間ポートフォリオを活用してきた中での課題として、「資料がたまってタイムリーに整理できない」「面接直前になりあわてて整理している」「凝縮ポートフォリオになかなか移行できず、ポートフォリオが何冊にもなっている」などのスタッフからの意見が聞かれていた。

目標達成に向けて効果的にポートフォリオを作成するには、①指導者と学習者が共に目的・効果を正しく理解し、目標達成のために自らのポートフォリオを作成したいという動機付けを持てること、②日々ポートフォリオと向き合い、知の蓄積がタイムリーに出来ること、③他者からのフィードバックを適切なタイミングで受けることが出来る環境を作り、目標達成に向けてのモチベーションが保てるような援助が得られること、が必要条件であると考えた。

## 2. 今後の展望

### 1) デジタル化

eポートフォリオとは、「学習者の学習経験およびその結果身に付けた能力などの証拠となる、学習者が作成した一連のデジタル形態の学習成果物」<sup>24)</sup>を指す。eポートフォリオにより、教育現場において「学びの統合ができる」「成果の確認ができる」「今後の課題が見える」環境が整備された。インターネットを介して何時でも何処からでも活用することで、学生－教員、教員－教員の情報共有が推進され、学生の支援と支援内容の管理が可能となった。ただ、学生に対するeポートフォリオに関する文献は3件報告されてはいるが、いずれも同一著者によるものであり、また卒後教育（病院）における報告も1件の

みである。これより、デジタルポートフォリオはまだ国内に広く普及しているとは言えない現状が推測される。デジタルポートフォリオを導入するには、対象者全員がモバイル端末を持ち、操作ができることと、情報のやり取りがスムーズに行えるための環境づくり、設備投資も必要などの困難さがあるが、社会のデジタル化、情報化時代の現在に対応しており、普及することでメリットは大きいと思われる。また、若い時からデジタルメディアに慣れ親しみ、日常生活でもメディアに触れる時間を多く持つ若者世代と、ベテラン世代とではメディア習得にかかる労力も、使いこなす力も大きく異なるはずである。どの世代もポートフォリオを自分の分身のように活用するためには、見やすさ、使いやすさの工夫も必要であろう。いずれにしても、デジタルポートフォリオ自体の導入件数が少ないことから、今後、導入数が増え、さらなる検討課題が明らかになることが望まれる。

## 2) 専門看護師、認定看護師への活用

高度化・専門分化が進む医療現場における看護ケアの広がり看護の質向上を目的に、1996年に専門看護師が、1997年に認定看護師が誕生している。2011年現在では、既に専門看護師は600人超、認定看護師は9000人超となっている。<sup>25)</sup>大関は大学院レベルでの教育にも各自が自主的に課題を見つけ、目標設定・計画・実行・再評価というプロセスにreflective practiceを取り入れたポートフォリオが不可欠であると述べている。鈴木<sup>1)</sup>も、専門領域を体系化するため、また自己肯定感や自尊感情を高めるためにもポートフォリオは有効であると述べている。今後、さらなる活用の可能性があると考えられる。

## 3) 外国人看護師候補生への活用の可能性

日本での看護教育界の新たな変化として、F T A（自由貿易協定）、E P A（経済連携協定）をきっかけとして、日本において看護に関わる外国人就労者の受け入れが可能とな

り、2008年からインドネシア、フィリピンより、日本で看護師免許の取得を目指す看護師候補生が入国している。しかし2011年、第100回看護師国家試験においては、E P Aに基づく出願者399名に対して合格者は16名（合格率4.0%）が現状である。受験者全体の合格率が91.8%だったことを考えると、日本語による試験の壁が厚かったことがうかがえる。学習支援の一つの形としてのポートフォリオの導入は、本調査では看護を学び続ける全ての看護者にポートフォリオ導入が可能であったことを考えると、今後の検討の余地が大いにあると思われる。日本語という言語ツールによるコミュニケーションが難しい外国人との協同関係において、ポートフォリオがそれを補完する機能を果たすのではないだろうか。

ただし、彼らの日本語能力がポートフォリオ作成の上での大きな壁になる可能性がある。小玉<sup>2)</sup>らは外国人日本語教師を教育するなかで「記述式は日本語能力の高いコースに適していると考えられるが、その中でも低い方に属する研修生には、記述が多少困難で、実際短い記述になりがちである」と問題点を挙げている。そして、日本と彼らの母国、どちらの言語でポートフォリオを作成するかは大きな問題となる。学習者の母国語で作成すれば指導者の理解を困難にし、指導者の母国語で作成するとなれば、学習者は、自らの思いや課題達成状況についての的確に述べられるだろうか、という問題に直面するであろう。誰のためのポートフォリオか、を考えた時に、E P A（経済連携協定）に基づく受け入れの上限年数が3年であることを考えると、おおよそ来日後1～3年未満と思われる、在日年数の短い外国人看護師候補生にどのようにポートフォリオを導入するかは、大きな課題となるだろう。指導者がポートフォリオの意義、目的を的確に伝えられること、学習者がそれを理解出来ること、学習者が、指導者に伝わる形でポートフォリオの作成が出来るこ

と、などの課題があるだろう。

今回の調査では、外国人看護師候補生を対象としたポートフォリオ評価に関する文献は見られなかった。外国人看護師候補者に対して、教育支援システムの一つとしてポートフォリオ評価の導入を試みることには、国際交流、地域貢献、国の経済政策への協力などの大きな価値があると考ええる。

## VI 結論

1. 看護関連雑誌において、看護教育におけるポートフォリオ評価に関する報告は2000年ごろ始まり、現在では5年前のおよそ8倍の研究報告がなされていた。

2. 看護教育におけるポートフォリオ評価の対象者は、基礎教育（学生）と卒後教育（看護職）がおおよそ半分ずつを占め、この二つの対象者で全体の約9割を占めていた。

3. 学習者の主体的な取り組みを促すポートフォリオは、看護においても効果的な教育及び評価の方法である。また、ポートフォリオは特定の領域に限定されることなく、看護学を構成するあらゆる科目の評価に用いることが出来る。

4. 看護教育・看護実践におけるポートフォリオ評価の課題は、効果的なポートフォリオ作成を支援できる環境作りである。それには、目的・効果の理解や作成への動機づけ、タイムリーな情報整理、他者からの適切なフィードバックが必要である。

5. 今後の看護学におけるポートフォリオの活用の可能性として、デジタル化、専門・認定看護師等への導入、外国人看護師候補者への導入等が挙げられる。

### 【注・引用文献】

1) 鈴木敏恵. 看護師の実践力と課題解決力を実

現する！ポートフォリオとプロジェクト学習.

14. 東京：医学書院；2010.

2) 小玉安恵, 木山登茂子, 有馬淳一. 外国人日本語教師教育へのポートフォリオ評価導入の試み. 国際交流基金日本語教育紀要. 2007;3:95-111.

3) 加藤真紀, 吾郷ゆかり, 吾郷美奈恵, 他. 看護教育におけるポートフォリオ活用の文献展望. 島根県立看護短期大学紀要. 2005;11:99-107.

4) 大関信子. 看護教育にポートフォリオの導入を. Quality Nursing. 2000;6(3):52-53.

5) 迫田綾子, 川西美佐, 松原みゆき, 他. 看護の力を育むポートフォリオプロジェクト学習講義から演習、実習へつなぐ試み. 日本看護科学学会学術集会講演集. 2009;29:177.

6) 吉田礼子. 看護過程学習の授業評価—メタ認知を意識した教授方略と看護過程展開の理解度—東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集. 2010;19:50-59.

7) 佐藤光栄, 平栗智美. 「高齢者の看護過程」にポートフォリオ評価を導入しての学び—成長報告書の分析から—. 湘南短期大学紀要. 2010;21:89-93.

8) 前田由紀子, 増田安代. 精神看護学におけるグループワークの学習効果に関する検討—研究的思考と研究のスキルの基礎的育成に向けての試み—. 九州看護福祉大学紀要. 2006;8(1):113-124.

9) 渥美一恵. 看護基礎教育における精神障害当事者参加授業の教育効果—ポートフォリオ「日々の授業記録」による検討—. 日本看護学会論文集. 看護教育. 2011;41:71-74.

10) 岩田みどり. PBL・テュートリアル学習のポートフォリオシートからみた学習効果プレゼンテーションに関する考察. 日本赤十字看護学会誌. 2009;9(1):35-41.

11) 丸山和美, 遠藤俊子, 小林康江, 他. 助産学生の分娩解除実習後の到達度—平成16年度後の改善点から検討する—. 山梨大学看護学会誌.

- 2007;5(2):31-38.
- 12) 吾郷美奈恵, 石橋照子, 梶谷みゆき, 他. 看護学生の自己教育力育成とキャリア形成Vol6―“だんだん e ポートフォリオ “の評価と今後の課題―. 看護展望. 2010;35(7):680-685.
- 13) 金子八重子, 石井敦子, 松本千香江, 他. スタッフが成長を実感できるポートフォリオの活用. 看護展望. 2011;20-27.
- 14) 吾郷美奈恵, 加藤真紀, 山下一也, 他. 臨床看護研究の現状とポートフォリオを活用した臨床看護研究の支援. 鳥根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要. 2008;2:107-115.
- 15) 鈴木敏恵. クオリティ・オブ・キャリアを高めるポートフォリオ―スタッフと組織がいきいきする“新しい目標管理”を始めよう!―. 看護管理. 2010;20(5):394-398.
- 16) 筑後幸恵, 松村ちづか, 星野純子. 緩和ケア認定看護師教育におけるポートフォリオ導入の効果. 埼玉県立大学紀要. 2010;11:35-39.
- 17) 松田美智代, 毛利王海, 清水多嘉子, 他. 東大病院における e ポートフォリオの導入. 看護展望. 2011;28-34.
- 18) 灘久代. 医療事故防止に役立つ患者・家族のテーマポートフォリオの提言. 看護教育. 2010;51(12):1089-1091.
- 19) 安川仁子. 看護教員のポートフォリオ評価の認識 教員養成課程修了者の調査から. 看護教育. 2010;51(2):102-105.
- 20) 石塚淳子, 佐藤道子. ラベルワークを用いたポートフォリオ評価法の試み. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要. 2006;14:63-72.
- 21) 安川仁子. 新しい評価システムを創る―ポートフォリオ評価の教育・研究への活用―. 北日本看護学会誌. 2007;9(2):1-3.
- 22) 安川仁子. 看護理論のテーマポートフォリオでの学生の学びと成長―「自己の成長報告書」の分析をととして―. 日本看護科学学会学術集会講演集. 2008;28:471.
- 23) 小澤直子, 畑中睦子. スタッフの強みを活かすポートフォリオの活用. 看護展望. 2011;13-19.
- 24) Current Awareness Portal. e ポートフォリオの活用方法. <http://current.ndl.go.jp>: 2011/09/09
- 25) 大関信子. 英国の卒後教育での実際. Quality Nursing. 2000;6(3):60-68.



# 長期健康問題を持つ子どもの親の 相談に関するニーズについて

—アンケート調査の結果から—

真壁あさみ<sup>1)</sup>・橘 玲子<sup>2)</sup>・運上 司子<sup>2)</sup>  
本間 昭子<sup>1)</sup>・和田由紀子<sup>1)</sup>・斎藤 恵美<sup>2)</sup>

1) 新潟青陵大学看護福祉心理学部看護学科

2) 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究科

## The Consultation Needs of Parents of Children with Long-Term Health Problems

—A Questionnaire Survey—

Asami Makabe<sup>1)</sup>, Reiko Tachibana<sup>2)</sup>, Shisako Unjo<sup>2)</sup>  
Shoko Honma<sup>1)</sup>, Yukiko Wada<sup>1)</sup>, Megumi Saito<sup>2)</sup>

1) NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF NURSING

2) GRADUATE SCHOOL OF NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY

### キーワード

親支援、長期健康問題、相談したい専門家、相談内容、アンケート調査

### Key words

parent support, long-term health problems, consultation needs, questionnaire

## I はじめに

少子化に伴い医療現場でも子どもに関わるサービスは縮小化の傾向にあるが、一方で年々出生数が減少しているにもかかわらず、小児慢性特定疾患治療研究事業の受給人数の増加が見られている<sup>1)</sup>。

日本全国の出生数の年次推移は、毎年減少し続けているが、この現状の中で、低出生体重児出生数、早産出生数、多胎児出生数のいずれも毎年増加しており、低出生体重児出生率は、1975年～1980年を底辺とするU字型曲線を示し、2000年現在でもまだ上昇が続いている<sup>2)</sup>。

超低出生体重児が合併症を持つ割合については、慢性肺疾患が46.2%と最も多く、続いて

ADHD22%、学習障害17.4%、脳性麻痺13.6%、知的発達遅滞13.4%と報告されている<sup>3)</sup>。

このように小児の医療・療育に関する問題が深刻化する中、小児科の医師不足もあり、総合病院の小児科は待ち時間も長く、診療時間も限られている。関東近郊の40カ所の病院に通院する慢性疾患をもつ乳幼児・学童以上の保護者を対象にしたアンケート調査<sup>4)</sup>では、相談に関する要望として、「いつでも気軽に相談にのってくれる」が42.9%、「電話での相談に応じてくれる」が36.5%、「保育園（幼稚園）や学校の問題があったとき相談できる」が18%、「きょうだいや祖父母のことで問題があったとき相談できる」が15.3%である（いずれも「とてもある」と「まあまあある」を

合計したもの)。さらに、自由記載の相談に関するものでは、「何でも相談にのって欲しい」「担当看護師制にしてほしい（相談できる体制）」、「相談、精神的ケアのシステムを作って欲しい」、「電話相談にのって欲しい」などの要望があがっていた。

このようなことから、長期的健康問題をもつ子どもの家族は「相談したいが相談できない」状況にある可能性が考えられる。誰に、どのようなことについて相談したいのかを明確化し、相談の場の可能性について提言するために調査を行った。

## II 方法

2009年8月～10月にかけてA市内の3つの病院の特殊外来において子どもを連れた保護者に受診する子どもの状態と相談に関するニーズについてアンケート調査を、回収箱の設置と郵送による回収で行った。

## III 倫理的配慮

対象者には研究の主旨を口頭で説明したうえで了解を得、無記名として個人が特定され

ることの無いように配慮した。なお、新潟青陵大学倫理審査委員会の承認を得て研究を開始している。

## IV 結果

配布数は173で、回収数166（回収率95.9%）であった。うち、有効回答数は140で有効回答率は84.3%であった。有効回答のうち、長期的健康問題を持つと思われるケースが118、持たないケースが22であった。今回の研究では有効回答の内、長期的健康問題を持つと判断されるケース118を対象とした。

対象者の概要としては56ケースが軽度発達障害（自閉症、アスペルガー症候群、ADHD、LDなど）と診断、あるいは疑いがあると医師により指摘されていた。軽度発達障害を持たないケースのうち、10ケースは小児慢性特定疾患治療研究事業の給付を受けており、39ケースは発育に遅れが見られた。12ケースは低出生体重児であり、残りの1ケースは病気や障がいのある子どもの「親の会」に所属していた。

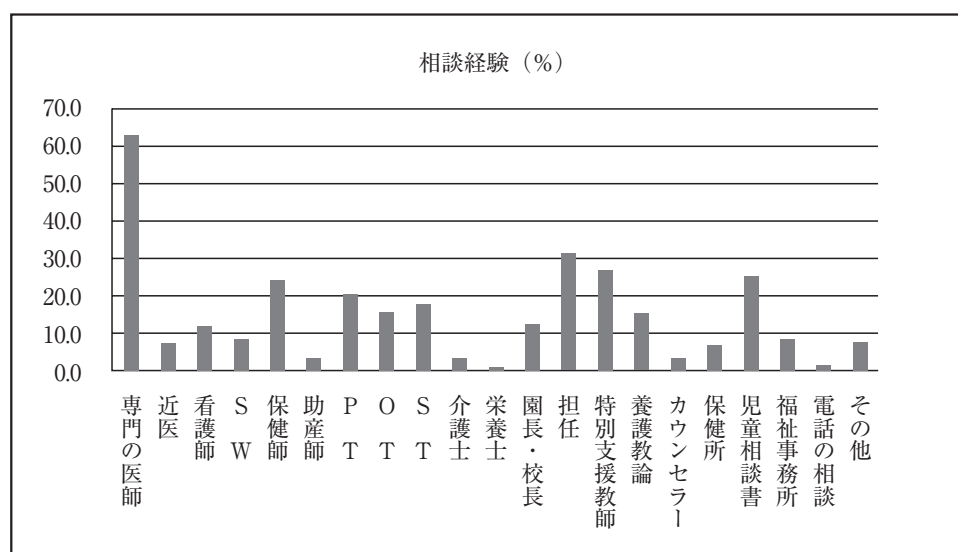


図1 相談経験

(SW：ソーシャルワーカー、PT：理学療法士、OT：作業療法士、ST：言語療法士)

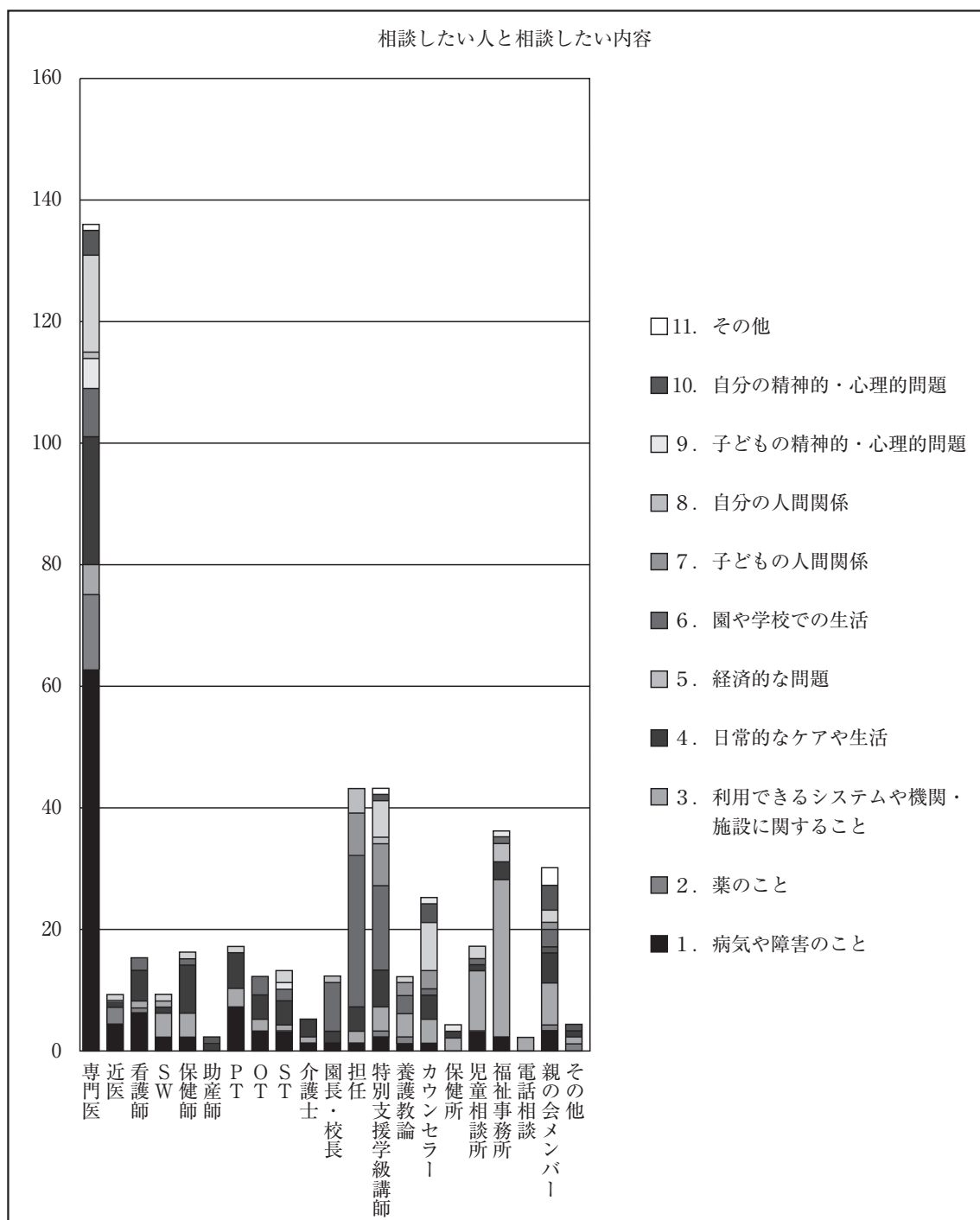


図2 相談したい人と相談したい内容

(SW：ソーシャルワーカー、PT：理学療法士、OT：作業療法士、ST：言語療法士)

## 1. 相談状況について

子どもや自分のことで専門家に相談したことがあるかどうかの質問には「はい」98（83.1%）「いいえ」20（16.9%）と回答があり、ほとんどが専門家に相談していた。

「はい」と答えた親で相談したことのある機関（複数回答）を聞いたところ、専門の医師が最も多く、次いで担任、特別支援学級教師、児童相談所、保健師などが多かった（図1）。

## 2. 相談したい人（機関）と相談したい内容について

相談したい人（機関）と相談したい内容について聞いたところ（複数回答、回答数455）、10項目のアンケートで示した相談カテゴリーのうち「経済的な問題」を除く9項目について医師に相談したい親が圧倒的に多く回答者の74.6%を占めていた。次いで多いのが担当保育士やクラス担任で、相談したい主な内容としては、「園や学校での生活について」が担任に相談したい親の58.1%にあたり最も多かった。3番目に多く相談したい相手は特別支援学級の教師で内容は「園や学校での生活について」が特別支援学校の教師に相談したい人全体の32.6%にあたる。4番目に多く相談したい相手は福祉事務所で内容は「利用できるシステムや機関・施設に関する情報」が一番多く選択した人全体の72.2%を占めていた。5番目に相談したい相手は親の会のメンバーであり、「利用できるシステムや機関・施設に関する情報」、「日常的なケアや生活」「自分の精神的・心理的問題」など、内容は多岐にわたっていた（図2）。

以下に相談相手として期待の大きかったものをニーズ順に取りあげ、専門職（機関）ごとに内容をまとめた。

### 1) 専門医

対象が何らかの健康問題をもつ子どもの親であるため、医師への相談ニーズは高かった。実際今までの相談経験としても、「専門の医師」が一番多い。「その他」を含む11カテゴリーのうち、「経済的な問題」を除く10のカテゴリーについての相談ニーズがあった。中でも「子どもの精神的・心理的問題」が「病気や障がいのこと」、「日常的なケアや生活」に次いで第3位に挙げられているのは目につく。相談したい内容全体の89%以上が「病気や障がいのこと」であった。

### 2) 担任、特別支援学級教師、養護教諭

「担任」、「特別支援学級教師」もついで、ニーズが高く、相談経験としても次点である。とくに特別支援学級の教師に対しては相談したい内容11カテゴリー中、9カテゴリーに関して相談したいというニーズがあった。

### 3) 福祉事務所

ニーズの4番目として挙げられているのが、福祉事務所であり、相談したい内容として「利用できるシステムや機関・施設に関すること」がほとんどをしめていた。

### 4) 親の会

対象者で親の会に所属しているのは31人（26.3%）であり、所属していないのは87人（73.7%）であった。親の会に所属している人では14人（45.2%）が親の会に相談したいとしており、所属はしていないが、親の会に相談したいと言う回答は17人あり19.5%を占めていた。

### 5) カウンセラー

実際の今までの相談経験として「カウンセラー」は3.4%と低い水準（21カテゴリー中17位）を示しているが、相談ニーズとしては21.2%（21カテゴリー中6位）となっていた。相談したい内容として35.6%の親が「子どもの精神的・心理的問題」、次に「利用できるシステムや機関・施設に関すること」と「日常的なケアや生活」がそれぞれ16.0%で挙げられていた。

### 6) 児童相談所、保健師

相談経験としては、4番目に多い「児童相談所」は相談したいというニーズとしては7位でそれほど高くない。同じく「保健師」も相談経験としては「児童相談所」と並んで多いが、相談ニーズとしては9位であった。

## 3. 相談したい内容（複数回答）

また相談したい内容だけをまとめてみると89%の親が「病気や障がいのこと」次いで70.3%が「利用できるシステムや機関・施設に

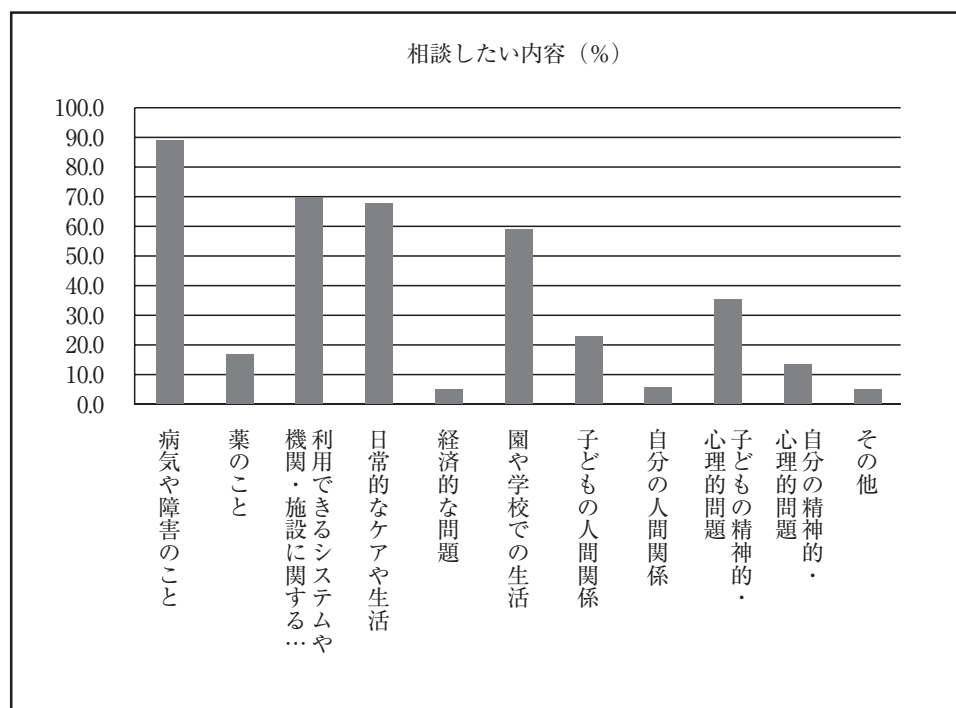


図3 相談したい内容

関すること」、67.8%が「日常的なケアや生活」を挙げていた（図3）。

#### 4. 親支援のためのシステム

長期的な健康問題をもつ子どもの親支援のために、どのようなシステム（支援・期間・施設・工夫など）があったらよいかについて自由記載できいたところ、118人のうち、49人（41.5%）が様々な要望を記載しており、関心の高さが現われていた。内容としては専門機関の充実、親子のサークル活動、いろいろな場面での保育、情報、情報や支援の共有、遊び場、経済支援などが挙げられていた。キーワードは「定期的支援」「継続的支援」「支援施設の増設」「経済的支援」「気軽にに行ける相談場所」などであった。

## V 考察

### 1. 医師への相談ニーズの高さ

調査の結果から親の専門医に対する相談ニーズの高さやその内容が多岐にわたってい

ることが明かになった。なぜ、このような結果になったのか。以下のようなことが考えられる。1. 医師から十分に聞きたいことが聞けていない。2. 医師への期待が高いなどである。1番目の問題に関しては、診療時間が短く、聞きたいことが十分に聞けないということがある。また、説明されてもその場で理解できなく、疑問として残ったままである可能性がある。谷田が医学的説明の理解は患者の疑問と既存の記憶がつながるとつじつまが合って理解が進むと述べているように、医師が説明しても、自分の体験や知識とつながらないために何回も聞かないと理解できないという可能性もある。子どもの成長とともに新たな問題が出てきて、受診の度に新たに相談したいことがでてくると言うこともある。また、中野が行った親が持つ医療者への期待に関する調査では、医師に質問することができる雰囲気作りを期待していた。具体的には「聞き難い雰囲気はやめて欲しい」「もっと質問しやすいムードづくりを」「言いたいことの半分しか言えないときもある」「疑問に

思ったことは質問しやすい状態に」などが挙げられており、医師とは面談の機会はあるが、その場の雰囲気から言えない、聞けないつらさが伝わってくる。

また、2の専門医への期待の高さであるが、アンケートに挙げた項目中の「病気や障害のこと」を聞きたいという他に9項目、すなわち「薬のこと」「利用できるシステムや機関・施設に関すること」「日常的なケアや生活」「園や学校での生活」「子どもの人間関係」「自分の人間関係」「子どもの精神的・心理的問題」「自分の精神的・心理的問題」のすべてのことについてもアドバイスが欲しい、また得られると期待している。

このような「相談ニーズの高さ」と「聞けなさ」の問題に寄与できるのは、診察の時にそばにいる看護師であると思われる。この調査では看護師への相談ニーズは12.7%にとどまっており直接相談したい相手としては選択されていない。しかし、相談したいことがあるが話せない・聞きたいことがあるが聞けない親が相談できるように場を設定することは看護師の務めであると思われる。中野は、親は看護師に「『子ども・家族・医師の橋渡し』を期待していた<sup>6)</sup>」と報告している。看護師は相談に関しては相談相手としてよりはむしろ相談をしやすいしてくれる人として認識されている、あるいは期待されている。

## 2. 担任・特別支援学級の教師への相談ニーズ

次に今までの相談経験として高く、また相談ニーズとしても高いのが、担任や特別支援学級の教師に対してである。主に1.「園や学校での生活について」や2.「子どもの人間関係について」であるが、一日の大半を過ごす学校での生活は親にとっても気がかりなことである。より充実した生活のためには、ハンディキャップを抱えながらの友人関係の構築・維持が重要となるであろうことは自明のことである。

このように、長期健康障害を持つ子どもの親は専門の医師と担任、特別支援学級の教師への相談を求めている健康と学校生活や教育についてが一番の関心事であり、悩みも大きい様子がうかがえる。今回の調査では、対象とした118ケースのうち54ケースが軽度発達障害と診断されていることもあり、「園や学校での生活について」や「子どもの人間関係について」相談したいというニーズが高く出ていると推測される。

## 3. 医療と学校をつなぐもの

では、この健康と教育の問題を一人の子どもの問題としてつなぎ合わせているのは誰であろうか。多くの場合親自身が医師の診断や説明を聞き、それを学校に伝えるという繋ぎの役割を果たしている。その結果、学校からまたは医療者側から連携への模索がある場合もあれば、ない場合もある。しかし、親がそのコーディネーター的役割を担うにはいささか問題点がある。それは、往々にして親と教師にはとらえ方のズレが生じているためである。今回の調査で全体のケースの47.6%を占める軽度発達障害に関して、堀口<sup>7)</sup>らは「注意の障害、多動性、衝動性、学習の遅れは保護者で、対人的なコミュニケーション能力の問題は教師でそれぞれ認識されやすく、また逆に、相手側には気づかれない特徴である」と述べている。援助の対象者である子どもについてある程度一致した認識がないと、良いケアにはつながっていきにくい。親支援に関する要望では、「医療・学校等、子供の関わる環境を全て橋渡ししてくれるようなしくみ」や「専門の医師から学校（校長、担任）への指導、たとえば手紙などで具体的な支援方法を伝えていただきたい。まったくわかってもらえない担任にあたってしまった場合、心の支えなき状態になってしまうことが一番苦痛」など、医療と学校が繋がらない苦悩が記されている。

医療と教育のつなぎ手として浮かび上がるのは養護教諭の存在であるが、実際の相談経験として、15.3%の親が養護教諭に相談しており、相談したい専門家としても、10.2%にとどまっておりニーズは高くない。しかし、養護教諭の職務内容として、他機関との連携、調整も含まれており、医療と教育現場をつなぐコーディネーターとして力を発揮し、認知されるべき存在である。

#### 4. 身近な一緒に考えてくれる人

親支援のために何が望まれているのかを自由記載からみると、「専門機関の充実」、「親子のサークル活動」、「いろいろな場面での保育」、「情報」、「情報や支援の共有」、「遊び場」、「経済支援」などが挙げられている。41.5%の親が様々な要望を記載しており、日常生活の中で不便を感じたり、親支援が不十分と考えていることが反映されている。「病院にも月に一回お薬をもらいに来るが、医師と話をする時間が非常に短い。毎月か二カ月に一回、三カ月に一回など専門員か訪問専門員と定期的に話せる支援が必要」「子どものケア同様、親の心のサポートをしてくれる人が身近にいてくれると良い。病気・障害を持っていると外出もままならない。保健師さんは初めだけであとは一人です。行政にもっと身近でサポートしてほしい」「気軽に電話したり、出向いたりして悩みや不安に耳を貸してくれる所がほしい。専門の先生というのではなく、愚痴なども言えるような人がベスト」「もっと発達障害は特別だというのではなく、誰にでも起こりうる障害とそのことに悩んでいる親が行きやすい、相談しやすい場所を増やしてほしい」「手当て（特児など）をもらうにしても、保育園をさがすにしても、すべて親が動かないといけないので、様々な情報を提供してくれ、一緒に考えて行動してくれるサポーターがいると良い」。このように、長期健康問題

を持つ子どもの親は、身近なサポーターを求めている。この結果は冒頭に挙げた鈴木らの調査結果「電話での相談に応じてくれる」「いつでも気軽に相談にのってくれる」という要望が高い割合を示していたことと一致する。しばしば相談できる、または定期的に相談できる身近な相談場所が必要とされ、一緒に考えてくれる人の存在を望んでいる。

## VI 結論

長期的健康問題を持つ子どもの親は専門の医師への多岐にわたる相談ニーズがあることが分かった。しかし、反面相談したいのにできない現状も推測される。医療の場で親が相談できるような場の設定に看護師が寄与するのではないかとと思われる。また、相談したい専門家の2番目、3番目は担任や特別支援学級の教師であり、子どもの学校生活に対する関心が高いと同時に学校での子どもをめぐる問題も多いのではないかと推測された。医療と学校の連携は必要であるが、そのコーディネートを母親がするのは難しい。医療と学校をつなぐ役割として養護教諭の活躍が望まれる。親は身近な日々のサポートを望んでおり、一緒に考えてくれる人の存在を希求している。

### 付記

この調査は2009年度新潟青陵大学共同研究費助成を受けている。

### 文献

- 1) 厚生統計協会. 国民衛生の動向 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ「小児慢性特定疾患治療研究事業の対象疾患、給付実績と改正後の対象疾患」. 2006;53(9):94.
- 2) 中村敬. 低出生体重児出生率増加の背景

(特集 最近の子どもの発育・発達). Current Information of Maternal & Child Health. 2002; 46:14-23.

3) 小川雄之亮. 21世紀の周産期医療に期待するもの—小児科、新生児科の立場から—. 周産期医学. 2001;31(1):12-15.

4) 鈴木千衣, 小原美江, 及川郁子. 外来通院する慢性疾患児の治療及び日常生活の現状と外来看護に対する家族の認識, 福島県立医科大学看護学部紀要. 2003;5:57-68.

5) 谷田憲俊. インフォームド・コンセント. 大阪:NPO法人医薬ビジランスセンター. 2006:105-111.

6) 中野綾美. 子どもの治療・看護に参画する家族の医療者への期待—看護者への期待と医師への期待の比較—. 高知大学看護学会誌. 2000;25(1):24-32.

7) 堀口寿広, 宇野彰. 特別支援教育と医療の連携—保護者と教育側の子ども理解の「ズレ」—. 国立オリンピック記念青少年総合センター研究紀要. 2006;(6):71-82.

# 岩崎京子「かさこじぞう」と瀬田貞二「かさじぞう」 ーテキスト比較表からわかる文学作品としての特徴の違いについてー

原 田 留 美

新潟青陵大学看護福祉心理学部福祉心理学科

Two Versions of "Kasa-jizo", by Kyoko Iwasaki and by Teiji Seta  
A Text-Comparison Chart Showing the Differences between These Two Literary Works

Rumi Harada

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

## キーワード

再話、小学校国語科、幼児教育、笠地藏

## Key words

retold stories, Japanese language education in elementary school, preschool education, Kasa-jizo

## I はじめに

小学校国語科の教科書には、複数の出版社において採用されている作品がいくつか見られる。岩崎京子の「かさこじぞう」もその一つである。平成23年度版でも、東京書籍、三省堂、教育出版、学校図書の子四社が採用している。この作品は昭和42年にポプラ社から出版された絵本（絵は新井五郎）が元になっているが、教科書掲載に当たってはテキストに修正が加えられている。現行四社のテキストを見合わせるに、表記法や文節区切りの有無など細かな点では異同があるものの、ほぼ同じものとなっている。

ところで、「かさこじぞう」の絵本は岩崎京子によるものの外にも多く出版されており、とくに瀬田貞二・文、赤羽末吉・絵の福音館書店版「かさじぞう」は初版が昭和41年、岩崎版同様のロングセラーである。またこの絵本は、保育者養成校向け「領域 言葉」

の教科書でも推奨されることが多い<sup>1)</sup>。このことから、幼稚園や保育所では岩崎の「かさこじぞう」よりも瀬田の「かさじぞう」の方がより一般的であると推測される。

両者は同じ昔話の再話ではあるが、ストーリー展開はほぼ同じものの、描写の力点の置き方や表現の方法等にかんがりの違いがある。幼児教育の場では瀬田の「かさじぞう」の方がより親しまれている一方で、小学校の教材としては岩崎による再話が定着したことにはそれなりの理由があろう。本稿は、以上の問題について考える基礎資料として両者のテキスト比較表を作成し、それぞれの特徴を探るためにまず、文学作品としての傾向の違いを明らかにすることを目的とする。なお、先に述べたように岩崎作品は、絵本と教科書掲載作品とでは違いがあるが、本稿では教科書掲載作品を分析対象とすることとする。

比較表作成に用いたのは次の二作品である。

「かさじぞう」：福音館書店発行。以後、瀬田版と呼ぶ。

「かさこじぞう」：東京書籍版。絵本同様文節区切りになっており、比較する上での視覚的違和感が少ないと判断したため、この版を採用した。以後、岩崎版と呼ぶ。

また、分析の便宜のため、表においては以下の五場面に区切った。

第一場面 物語の冒頭から、おじいさんが笠を売るために家をでるまでの場面。

第二場面 おじいさんの、市での笠売りの様子の場面。

第三場面 市からの帰り道、地蔵に笠をかぶせる場面。

第四場面 おじいさんの帰宅後、老夫婦が床につくまでの場面。

第五場面 笠のお礼に米などが届けられる場面。

さらに、各々のテキストの特徴を示すと考えられる箇所は、太字で示した。

なお、瀬田版、ならびに、岩崎版の原典は絵本である。また、各社教科書にはいずれも挿絵が掲載されている。（教科書に掲載された「かさこじぞう」の挿絵画家ならびに挿絵は各社異なっている。）本来ならば絵も含めての作品分析を行う必要があるが、紙幅の関係上、今回は文章分析のみにとどめることとする。

## Ⅱ テキストの比較表

| かさこじぞう                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | かさじぞう                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>（第一場面）</p> <p>むかしむかし、あるところに、じいさまとばあさまが ありましたと。</p> <p>たいそう びんぼうで、その 日 その 日を やっと くらして おりました。</p> <p>ある 年の 大みそか、じいさまは た めいきを ついて いいました。</p> <p>「ああ、その へんまで お正月さんが ござらっしゃると いうに、もちこの よういも できんのう。」</p> <p>「ほんにのう。」</p> <p>「何ぞ、売る もんでも あれば ええが のう。」</p> <p>じいさまは、ごしきを 見回したけど、 何にも ありません。</p> <p>「ほんに、何にも ありゃせん のう。」</p> <p>ばあさまは、土間の 方を 見ました。 すると、夏の 間に かりとっておいた、 すがが つんで ありました。</p> <p>「じいさま じいさま、かさこ こさえて、 町さ 売りに 行ったら、もちこ 買え</p> | <p>（第一場面）</p> <p>むかし、あるところに、びんぼうな じ いさんと ばあさんと あったと。</p> <p>じいさんは、まいにち あみがさを こし らえては、まちに いって、それを うっ て、くらしていたと。あるとし、おおみそ かが きたので、じいさんは、</p> <p>「ばあさん、ばあさん。きょうは、おれ、 かさを 五つも こしらえたから、まちへ いって、しょうがつの もち かってくる。 ことしこさ、いいとしをとるべな」という と、ばあさんも、</p> <p>「はい、はい。じゃ、ひいたいて まって るから」といって、じいさんが でかけて いったと。</p> |

んかのう。」

「おお おお、それが ええ、そう しょう。」

そこで、じいさまと ばあさまは、土間に 下り、ざんざら すげを そろえめました。そして、せっせと すげがさを あみしました。

かさが 五つ できると、じいさまは、それをしょって、

「かえりには、もちこ 買って くるで。にんじん ごんぼも しょって くるで。」

と 言うて、出かけました。

(第二場面)

町には 大年の市が 立って いて、正月買いもの 人で 大にぎわいでした。うすや、きねを 売る 店も あれば、山から まつを 切って きて、売って いる 人も います。

「ええ、まつは いらんか。おかざりのまつは いらんか。」

じいさまも、声を はり上げました。

「ええ、かさや かさやあ。かさこは いらんか。」

けれども、だれも ふりむいて くれません。しかたなく、じいさまは かえることに しました。

「年こしの 日に、かさこなんか 買うもんは おらのじゃろ。ああ、もちこも もたんで かえれば、ばあさまは がっかりするじゃろうのう。」

(第三場面)

いつのまにか、日も くれかけました。じいさまは、とんぼり とんぼり 町を出て、村の 外れの 野っ原まで 来ました。

風が 出て きて、ひどい ふぶきになりました。

(第二場面)

さて、まちへ きて、じいさんは、

「かさや かさや。かさは いらぬか」

こういつて、かみちょうから しもちょうへ、しもちょうから かみちょうへ、いくどもあるいた。けれども、だれひとりかうものが ない。にぎやかな としこしいちでは、さかなや こめは とぶようにうれても、じいさんの かさなんか、みむきもされなかったと。

(第三場面)

そのうちに ひがくれて、ゆきが もかもか ふってきたので、じいさんは しかたなく、かさを せおって、もどってきた。とちゅうの ひろい のはらに さしかかった ころには とうとう ふぶきになった。のはらには、いしの じぞうさまたちが、

ふと かおを 上げると、道ばたに じぞうさまが 六人 立って いました。

おどうは なし、木の かげも なし、ふきっさらしの 野っ原なもんで、じぞうさまは かたがわだけ 雪に うもれて いるのです。

「おお、お気のどくにな。さぞ つめたかるのう。」

じいさまは、じぞうさまの おつむの 雪を かきおとしました。

「こっちの じぞうさまは、ほおべたに しみを こさえて。それから、この じぞうさまは、どうじゃ。はなから つららを 下げて ござらっしゃる。」

じいさまは、ぬれて つめたい じぞうさまの、かたやら せなやらを なでました。

「そうじゃ。この かさこを かぶってくだされ。」

じいさまは、売りものの かさを じぞうさまに かぶせると、風で とばぬよう、しっかり あごの ところで むすんで あげました。

ところが、じぞうさまの 数は 六人、かさこは 五つ。どうしても 足りません。「おらので わりいが、こらえて くだされ。」

じいさまは、じぶんの つぎはぎの 手ぬぐいを とると、いちばん しまいの じぞうさまに かぶせました。

「これで ええ、これで ええ。」

そこで、やっと あんしんして、うちにかえりました。

(第四場面)

「ばあさま ばあさま、今 かえった。」

「おお おお、じいさまかい、さぞ つめたかったろうの。かさこは 売れたのかね。」

「それが さっぱり 売れんでう。」

じいさまは、とちゅうまで 来ると、じぞうさまが 雪に うもれて いた 話を

たっているばかり。みれば ふぶきに さらされて、かおから つららを たらして ならんでいたので、

「あやあ、むごいことだない。はだかで ゆき かぶって さぞ さむかろう」と、じいさんは、うりもののかさを、じゅんじゅんに、じぞうさまに かぶせると、六にんの じぞうさまなので ひとつたりない。そこで、さいごの じぞうさまには、じぶんの かぶっていた かさを ぬいでかぶせて、そのまま うちへ かえったと。

(第四場面)

うちでは、ばあさんが、もちを かって くるだろうと まっていたが、じいさんは じぶんの かさまで なくして、まっしろ になって かえってきた。そして、じいさんが、かさは うれなくて、六じぞうさまに かぶせてきたと、すっかり はなしを

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>して、<br/>「それで おら、かさこ かぶせて きた。」<br/>と 言いました。</p> <p>すると、ばあさまは いやな かお ひ<br/>とつ しないで、<br/>「おお、それは ええ ことを しなすつ<br/>た。じぞうさまも、この 雪じゃ さぞ<br/>つめたかろうもん。さあ さあ じいさま、<br/>いろりに 来て 当たってください。」</p> <p>じいさまは、いろりの 上に かぶさる<br/>ように して、ひえた からだを あたた<br/>めました。</p> <p>「やれ やれ、とうとう もちこなしの<br/>年こしだ。そんなら ひとつ、もちつきの<br/>まねごとでも しようかのう。」</p> <p>じいさまは そう いって、<br/>米の もちこ<br/>ひとつす ばったら<br/>と、いろりの ふちを たたきました。<br/>すると、ばあさまも ほほと わらって、<br/>あわの もちこ<br/>ひとつす ばったら<br/>と、あいどりの まねを しました。</p> <p>それから 二人は、つけな かみ かみ、<br/>おゆを のんで 休みました。</p> <p>(第五場面)</p> <p>すると 真夜中ごろ、雪の 中を、<br/>じよいやさ じよいやさ<br/>と、そりを 引く かけ声が してきました。<br/>「ばあさま、いまごろ だれじゃろ。長じ<br/>ゃどんの わかいしゅが 正月買いもんを<br/>しのこして、今ごろ 引いて きたんじゃ<br/>ろうか。」</p> <p>ところが、そりを 引く かけ声は、長<br/>じゃどんの やしきの 方には 行かず、<br/>こっちに 近づいて きました。</p> <p>耳を すまして 聞いてみると、<br/>六人の じぞうさ</p> | <p>すると、<br/>「そうか、そうか。かさを もってきたっ<br/>て、こんやの たしには ならないもの。<br/>おじぞうさまに あげて よかったな。そ<br/>だらば、つけものででも としを とるべ」<br/>と、ばあさんが いって、ふたりして、す<br/>っぽりめしを さくさく たべて ねてし<br/>まったと。</p> <p>(第五場面)</p> <p>すると、しょうがつの あさの あけが<br/>たに、どこかで、<br/>「よういさ、よういさ、よういさな」<br/>と、そりひきの こえがする。じいさんと、<br/>ばあさんは めを さまして、がんじつの<br/>あさに、そりひきをするのは ふしぎだな、<br/>と おもって きいていると、<br/>「よういさ、よういさ、よういさな」<br/>と、かけごえは だんだん、うちのほうへ<br/>ちかよってくる。</p> <p>はてな、そりひきは、おらうちの ほう<br/>へ、きたようだと、おきてみる と、かけ<br/>ごえが もっと おおきくなって、</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>かさこ　　とって　かぶせた<br/> じさまの　　うちは　どこだ<br/> ばさまの　　うちは　どこだ<br/> と、歌って　いるのです。<br/> そして、じいさまの　　うちの　前で　止<br/> まると、何やら　おもい　ものを、<br/> ずっさん　ずっさん<br/> と、下ろして　いきました。<br/> じいさまと　ばあさまが　おきていって、<br/> 雨戸を　くると、　かさこを　かぶった<br/> じぞうさまと、手ぬぐいを　かぶった　じ<br/> ぞうさまが、<br/> じょいやさ　じょいやさ<br/> と、空ぞりを　ひいて、かえって　いく<br/> ところでした。<br/> のき下には、米の　もち、あわの　もち<br/> の　たわらが、おいて　ありました。<br/> その　ほかにも、みそだる、にんじん<br/> ごんぼや　だいこんの　かます、おかざり<br/> の　まつなどが　ありました。<br/> じいさまと　ばあさまは、よい　お正月<br/> を　むかえる　ことが　できましたと。</p> | <p>「よういさ、よういさ、よういさな。<br/> 六だいじぞうさ　かさとって　かぶせた<br/> じいあ　　うちは　どこだ、ばああ　　うちは<br/> どこだ。よういさ、よういさ、よういさな」<br/> と、きこえてくる。<br/> じいさんは、おもわず、<br/> 「おお、ここだ、ここだ」と、こえをかけ<br/> て、がらりと　あまどを　あけてみた。<br/> すると、そこらじゅうは　あかるく　か<br/> がやいて、六にんのあみがさを　かぶった<br/> ひとたちが、<br/> 「よういさ、よういさ、どっこいしょ」と、<br/> なにやら　おもい　たわらを　のきばたに<br/> おろして、のっこのっこと　かえっていっ<br/> たと。<br/> じいさんと　ばあさんが、たわらをみた<br/> れば、しょうがつの　もちやら　さかなや<br/> ら、いえに　かざる　たからやら、こがね<br/> やらが、どっさり　つもって、かぞえきれ<br/> ないくらい　あったのだった。<br/> それから　ふたりは、しあわせになった<br/> とき。<br/> どっとはらい。</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Ⅲ テキストの比較分析

本節では、上記の比較表から読み取れる各テキストの特徴について場面毎にまとめる。

#### 第一場面

・「笠売り」仕事の位置づけと困窮の状況について

瀬田版では、笠売りはじいさんの生業であり、大晦日の笠売りも普段の生活の続きであることになっている。これに対して岩崎版は、年越しのために取り組んだ、生業とは別の仕事ということになっている。瀬田版にも「ことしこさ、いいとしをとるべな」とあり、老夫婦にとって年越しが毎年の課題であること、すなわち貧しい暮らしであることが

読み取れるが、年越しのために特別な仕事をしなければならない岩崎版の方が、困窮の状況をより強く印象づけるものとなっている。

#### ・登場人物等の描き方

この場面に限らず全般的に岩崎版はせりふが多い。また、ことの経過を細かに描写している。年越しの方策としての笠作りに思い至るまでの場面でも、具体的な動作仕草の描写を通して老夫婦の困惑が説明されている。登場人物についての情報量が多く、心情や人となり印象に残りやすいと言える。対して瀬田版は会話が少ない。地の文にも人物の心情等をうかがわせるものは少なく、ことの経過についても言葉を尽くして説明するところはない。ゆえに人物の心情や人となりよりス

トリー展開の方に注目しやすいと言える。

#### 第二場面

##### ・市の様子

岩崎版には、市にいろいろな出店があること、つまり市全体の描写がある。大晦日の市の賑わいを具体的に伝えようとする表現と言える。一方瀬田版は、魚や米は売れていくが、じいさんの笠は売れなかった事実焦点を当てて伝える表現になっている。

##### ・笠が売れなかったことについての心情描写

岩崎版は、笠が売れなかったことに対する落胆と、家で待っているばあさまの期待に応えられなかった残念さをせりふで具体的に表現し、じいさまのばあさまへの思いや人となりが理解できるものとなっている。一方この点については、瀬田版には直接的言及はない。

#### 第三場面

##### ・市から家に帰るまでの描写について

瀬田版は、日没になったこと、雪が降り出したこと、「しかたなく」帰ること、野原で吹雪に遭うこと、地蔵からつららが下がっていたのを見かけて「むごい」と思ったこと、地蔵を思いやり笠をかぶせたことが事実として語られていく。一方岩崎版は、笠が売れないまま帰るじいさまの心情がうかがえる描写「とんぼりとんぼり」を織り込んだり、雪まみれの六地蔵を気の毒に思う心情が伝わる仕草（頭の雪を払い背に触れる。笠の紐をしっかりと結ぶ。）の描写が見える。また、そのような心情を直裁に述べるせりふが多い。このほか、岩崎版では物語の舞台の様子、じいさまが帰っていった道筋や六地蔵の立つ野原の状況（吹きさらしであること）についての説明がある。

#### 第四場面

##### ・帰宅後の老夫婦の様子

瀬田版では、ばあさんがじいさんを待っていたこと、じいさんが雪まみれになって帰ってきたこと、じいさんがばあさんに今日の出

来事を語ったこと、ばあさんがじいさんの行動を支持・肯定したこと、簡素な食事をして寝たことが、事実として語られていく。岩崎版では、じいさまの話を聞いたばあさまが「いやなかおひとつしないで」受け入れ、はやく火にあたるようじいさまに勧めたとあり、ばあさまのじいさまへの思いが表現されている。また、火にかがみ込むじいさまの姿の描写により、帰路が身体的に辛いものであったことも理解される。さらには思うに任せなかった正月準備の残念さを振り払うために、老夫婦が餅つきの歌と身振り、即ち想像力とユーモアをもって乗り越えたことが語られる。老夫婦の人となりが描かれていると言える。

#### 第五場面

##### ・老夫婦に贈り物が届けられる場面の描き方

贈り物が届けられた時間帯について、岩崎版では真夜中となっている。そのため、長者のところの若い衆がまだ正月準備をしているのかと老夫婦が思いを巡らすことになるが、この下りが入ることで、老夫婦が所属する共同体の存在が読み手に意識されやすくなっている。他方瀬田版では、明け方のこととなっており、長者やそこで働く者についての言及はない。老夫婦が生活する共同体を読者が意識することはない。

また、贈り物の中身やその届けられ方についても違いがある。岩崎版では、お返しの贈り物をとどけたのは地蔵であることが明示されており、お返しの中身はその時老夫婦が必要としていた年越しができる範囲のものにとどまっている。地蔵に親切にしたので、現時点で必要なもののお返しが地蔵からもたらされた。それ以上の広がりはない。これに対して瀬田版には、贈り物の届け主について「六にんの あみがさを かぶった ひとたち」と曖昧に表現している。「のっこのっこ」という擬態語には地蔵的なところがあるが、彼らが地蔵であることの明示はなく、不可思議

な印象を与えるものとなっている。さらに贈り物の中身も、当座必要な物資だけではなく、こがねも含まれている。「それから ふたりは、しあわせになったとさ。」はそのことを受けての結末表現であり、豊かな年越しが叶ったのみならず、老夫婦の人生が様変わりし「めでたしめでたし」となったこと、即ち善なる者にはどこからか救いの手が延べられ、良い報いがあるという昔話らしい終わり方となっている。

・贈り物を届けに来た者たちの歌への反応

岩崎版、瀬田版ともに贈り物を届けに来た者たちは歌で老夫婦に呼びかけている。これに対し瀬田版は歌に応じているが、岩崎版は応じていない。岩崎版の原作である絵本の「かさこじぞう」では応じているので、これは教科書掲載の際に改訂されたのであろう。

誰が何のために自分を呼ぶのかはわからないものの呼ばれているのでとりあえず応えるという反応は、素朴で、昔話の登場人物らしさを感じさせる。それに対して岩崎版での反応は、正体のしれない呼びかけに応えることをためらう用心深さを読み手に印象づける。老夫婦の人となり伝える反応と言っても良いだろう。もしくは、歌に応じることで結果的に善行の見返りを求めているかのように見えてしまうことを避けたものか。いずれにしても、次節で触れる所謂昔話らしさとは異質の、人物の造り方であると考えられる。

#### IV まとめ

昔話の特徴の一つに、人物像の類型化がある。<sup>2)</sup>例えば、善人悪人は明確に区別されている。そして、善人か悪人かは、心情の詳しい描写ではなく、予めのラベリング（正直じいさん、欲深じいさん等）とそのラベルに合致した行動・行為によって示される。善人は善人と呼ばれて善人らしく行動し、悪人は悪人と呼ばれて悪人らしく行動するのである。瀬田

版の老夫婦は、上のような昔話らしさにそって造型されていると言えるだろう。

岩崎版「かさこじぞう」の老夫婦も、心優しい善人である。生活の貧しさに対する悩みはあっても、心優しい善人ゆえの心の葛藤などは抱え込まない。その点ではぶれがない。

けれども、夫婦相互の思いやりやいたわり、雪にまみれた地蔵への憐憫の情などの描写が細やかで筆も多く割かれている。表にして瀬田版「かさこじぞう」と比較してみると、老夫婦の心情や人となりが強く意識された再話作品であることがテキストからわかる。このことに関連し、岩崎京子は絵本の後書きに次のように書いている。

老夫婦が心をよせあい、信頼し合う姿には、ほのぼのと胸があたたまります。

わたしは、〈清福〉ということばは、このふたりの姿だと思いました。じいさまとばあさまは、地蔵様にお正月じたくをいろいろもらいますが、そのたまものにまさるしあわせを、もっていたのだということを、よみとってほしいと思います。

ここには、人の幸せはモノに依拠するのではなく、心の有り様そのものの中にあるという考えが読み取れる。このような人生観は、貧しくとも善良なる者は善行故に最終的に貧しさから救済され、悪い者は悪行ゆえに報いを受けるという、昔話によく見られる単純な論理とは異なるものであろう。岩崎はすでに絵本執筆の段階から、登場人物を類型化して語るいわゆる昔話の一般的なあり方からの逸脱を意識して再話を行っていたのではないかと考える。

以上、2種の「笠地蔵」再話作品の特徴について見てきたが、岩崎版について言うなら、上のような作品的特徴が、「かさこじぞう」が教材として広く採用されるようになったことと関わっているのではないか。この点を確認するために、教科書出版会社各社がHPで公開している指導計画案を参照してみた

い。例えば、学校図書の「年間指導計画・評価計画作成資料」では、「かさこじぞう」の学習目標に「登場人物の言動から心や人柄をつかむことができる。」、学習活動に「場面ごとに大事な言葉を書き抜きながら、まわりの様子やじいさまとばあさまの言動を読み取り、二人の心や人柄について考える。」とある。この指導計画では、配当時間15時間のうち、「読む能力」に12時間があてられている<sup>3)</sup>。また、東京書籍の「年間指導計画」の「教材のねらいと主な学習活動」には、「昔話独特の言い回しに着目したり、叙述からじいさまやばあさまの人柄を想像したりしながら、「かさこじぞう」を読む。」とある。この指導計画では配当時間 16時間のうち14時間を「読む能力」に、さらに14時間のうち6時間が上記の学習活動にあてられている<sup>4)</sup>。三省堂の「年間学習指導・評価計画作成資料」の「学習目標主な学習活動」には「「じいさま」と「ばあさま」の行動や様子の叙述に基づいて、二人の気持ちや人柄を話し合う。」とあり、配当時間の8時間すべてが「読む能力」にあてられている<sup>5)</sup>。

いずれも、老夫婦の心情（気持ち）だけでなく、人柄にまで踏み込んで理解することがねらいとなっている点が目を引く。人柄という語が使われている以上、単なる類型的人物造型を超えたものがこの作品にはあると理解されているということになるだろう。言い方を変えるのならば、「かさこじぞう」は人柄にまで踏み込んで理解する学習の教材としてふさわしい作品と受け止められ、教科書に配置されているということになるのではないか。

一方、このような特徴を持つ岩崎版「かさこじぞう」を昔話の教材として用いることに対する疑問も福田隆義によって提示されている<sup>6)</sup>。福田の岩崎版に対する評価を簡単にまとめると、昔話の再話にしては心情描写や状況の叙述に細かいところが多く、説明的で所謂

昔話的魅力に欠けるというものになる。さらに福田は、昔話を取り上げるのなら、昔話らしい作品を扱うべきではないかという考えに基づき、瀬田版「かさじぞう」をよりすぐれた教材として挙げている。

確かに、福田の言うとおり、昔話らしさを味わわせることをねらいとするなら、瀬田版の方が教材としてよりふさわしいと言えるだろう。また、シンプルな人物造型と描写により昔話らしい再話作品となっているが故に、瀬田版は、心情や人柄に踏み込んで理解することを子どもに求めないことを前提とする保育者養成あるいは幼児教育の場において、子ども達になじみやすい作品として評価されてきたものとも考える。

同じ昔話が元になっていたとしても、再話の姿勢（昔話らしい再話を目指すか、登場人物の内面を掘り下げるか）によって作品傾向は大きく異なる。昔話らしい簡素な語り口を味わわせることをねらいとするならば、瀬田作品の方がよりふさわしいであろうし、昔話という低学年にもなじみやすい枠組みを利用しつつ人物について深く読み込むことをねらいとするならば、あるいは、児童向け読み物やその先の小説への道筋をつけていくことを意識するのならば、岩崎版の方が教材としては扱いやすいだろう。

瀬田の「かさじぞう」が幼児教育の場で広く親しまれてきたと考えられるのに対し、岩崎による「かさこじぞう」の方が小学校国語科教材として定着した理由の一つには、上記のような文学作品としての傾向の違いがあると考ええるものである。

## 注

- 1) 管見に入った限りではあるが、巻末等の幼児に読み聞かせしたい絵本リストに「笠地蔵」が入っているものでは、すべて瀬田版を紹介して

いる。

- 2) 稲田浩二, 稲田和子. 日本昔話ハンドブック. 208-213. 東京:三省堂;2002.
  - 3) 学校図書. 平成23年度用年間指導計画・評価計画作成資料(一太郎). <[http://www.gakuto.co.jp/junkokugo/download/23syo-koku\\_nennkei-hyouka2jtd](http://www.gakuto.co.jp/junkokugo/download/23syo-koku_nennkei-hyouka2jtd)>. 2011年11月30日.
  - 4) 東京書籍. 平成23年度版小学校国語科「新しい国語」指導計画作成資料. <<http://ten.tokyo-shoseki.co.jp/downloadfr1/jtd/ekc84521.jtd>>. 2011年11月30日.
  - 5) 三省堂. 平成23年度版『小学生の国語』年間指導・評価計画作成資料[案]. <[http://tb.sanseido.co.jp/kokugo/kokugo/e-kokugo/23\\_plan-data/index.html](http://tb.sanseido.co.jp/kokugo/kokugo/e-kokugo/23_plan-data/index.html)>. 2011年11月30日.
- なお、教育出版社がHPで公開している「年間学習指導計画・評価計画案」では、「評価」欄に「場面の様子や登場人物の気持ちを想像しながら工夫して読んでいます。」とあるのみで、老夫婦の人柄の理解については言及がない。これは、同社の計画案が配当時間が6時間とコンパクトであるのに加え、具体的な学習活動も「『かさじぞう』を読み、好きなところをメモして紹介し合う。／朗読テープを聞くなどして、民話の語り口に関心をもつ。」が計1時間、「全文を読み、おもしろかったところ、気づいたことを話し合う。」が3時間。「おもしろかったところを、役割を決めて読み合う。」が1時間。「その他の昔話を、お互いに紹介し合う。」が1時間となっており、他社の計画案のような、登場人物について深く読み込むことをねらいに含むものとはなっていないためであろう。このような学習活動であるのならば岩崎版でなければならない理由は薄まり、瀬田版も教材として用いるのではないかと考える。教育出版社. 平成23年度版年間指導計画・評価計画案. <<http://www.kyoiku-shuppan.co.jp/view.rbz?nd=133&ik=1&pnp=100&pnp=106&pnp=133&cd=2016>>. 2011年11月30日.
- 6) 福田隆義. 民話の教材化:絵物語としての

『かさじぞう』. 文学と教育. 1988;145:28-37. 福田隆義. 文学史の中の児童文学『かさじぞう』. 文学と教育. 1983;123:64-70.

## 文献一覧

- 岩崎京子, 新井五郎. かさこじぞう. 東京:ポプラ社;1981.
- 瀬田貞二, 赤羽末吉. かさじぞう. 東京:福音館書店;2002.
- 新しい国語二下. 東京:東京書籍;2011
- ひろがることば小学国語2上. 東京:教育出版;2011.
- 小学生のこくご2年下. 東京:三省堂;2011.
- みんなとまなぶしょうがっこうこくご2下. 東京:学校図書;2011
- 木村はるみ. 乳幼児のことばを育てる. 東京:雲母書房;2005.
- 高橋司. 乳幼児のことばの世界. 京都:宮帯出版社;2007.
- 阿部明子. 保育内容一言葉一. 東京:建帛社;2005.
- 千葉恭造, 田上貞一郎, 佐藤秀一. 領域・言葉の理論と実践. 東京:双文社出版;1993.
- 清水美千子. 絵本の世界(1). 東京:明治図書;1984.
- 高橋省己. 言葉一理論編一. 東京:三晃書房;1991.
- 岩田英作, 岩崎京子. 「かさこじぞう」のたくらみ. 島根県立大学短期大学部松江キャンパス研究紀要. 2011;49:11-16.

# 平成23年度新潟青陵学会臨時総会 議事録

1. 日 時 平成23年11月5日（土）  
12時00分～12時40分

2. 場 所 5号館5301大講義室

議事に先立ち、正会員数119名のうち、出席者41名、委任状26名で、合計67名で、正会員数の過半数であることが確認され、議事に入った。

## 3. 議事の経過および結果

### 1) 会長挨拶

諫山正学長より以下の挨拶があった。

今回の学会は国際的な視点で開催された。地域貢献をテーマに今後の発展を望む。

### 2) 議長選出

役員会に一任され、押木泉会員が選出された。

### 3) 審議事項

第1号議案 平成22年度収支決算について

平川理事より、資料に基づき報告があった。栗林監事より、平成22年度4月1日から平成23年度3月31日までの収支決算について、適正に処理されていることが報告された。異議はなく、拍手をもって承認された。

第2号議案 第5回新潟青陵学会学術集会会長について

新潟青陵大学教授鈴木宏先生を役員会で選出した旨の説明があった。異議なく拍手で承認された。

### 4) 報告事項

#### ① 平成23年度学会事業中間報告

「新潟青陵学会学生シンポジウム」についての報告があった。

本事業は、「卒業生との連携研究及び情報提供」を目的とする。本年度3回目となる。

11月23日（水）「専門職として学び続けること～いまだからこそ、在学生に伝えたいこと～」というテーマで実施する。

#### ② 名誉会員について

本学会に功労のあった方として、清水不二雄氏、半藤保氏、佐藤忠司氏の3名が決定されたと報告があった。

#### ③ その他

会員より発言があり、質疑応答が行われた。

## 第一の質問

会員：新潟青陵学会学術誌についての報告が予定されているか。

山際：今回の学術誌掲載について和文要旨、英文Abstractが欠落した論文があり、会員の皆様に深謝します。この論文は4巻3号に掲載させていただく。欠落の原因として、要旨や、Abstractの必要な論文と必要でない論文に分けたことに原因がある。論文の著作権は著者にあり、2度の著者校正の機会が与えられており、最終的責任は著者にある。論文の形態、著作権等については今後検討しなければならない問題である。

## 第二の質問

会員：論文提出が2部となっている。査読者より回答書がないということで差し戻された。手続きの再検討を要望する。

山際：再検討する。

### 5) 第5回新潟青陵学会学術集会会長挨拶

鈴木宏教授より以下の挨拶があった。

看護学科修士課程が平成25年に開学され

ることになっている。それに合わせ、地域  
貢献をテーマに取り組みたい。

## 第3回 新潟青陵学会学生シンポジウム

1. 日時：平成23年11月23日(水) 13:30～15:30

2. 会場：新潟青陵大学 5301講義室

3. 参加対象者：在学生及び教職員

4. テーマ・プログラム：「専門職として学び続けること～いまだからこそ、在学生に伝えたいこと～」

1) 趣旨

今年は、3月11日に未曾有の東日本大震災が起こり、また7月に新潟・福島豪雨水害を経験した。卒業生によっては、現場において様々な困難な状況に遭遇しているのではないと思われる。今回は、大きな災害とそのもたらす影響により社会全体が揺れ動いている中で、専門職として働いている卒業生から、「復興支援」をキーワードに現場で学んだことや感じていることを在学生に語っていただく。その中から、学生時代のいま何を学び、考えておくべきかについて意見交換をする。

2) シンポジスト

- ① 新潟青陵大学短期大学部 人間総合学科卒業生 近藤真代子
- ② 新潟青陵大学福祉心理学科卒業生 渡部真理佳
- ③ 新潟青陵大学福祉心理学科卒業生 山倉 辰裕
- ④ 新潟青陵大学看護学科卒業生 井上 祥子
- ⑤ 新潟青陵大学看護学科卒業生 佐藤 令子

3) コーディネーター

新潟青陵大学看護福祉心理学科教授  
中野 啓明

4) 司会

新潟青陵大学看護福祉心理学科准教授  
池田 かよ子

5) プログラム

- 13:30 開会挨拶（学会長 諫山 正 新潟青陵大学学長）
- 13:40 司会によるシンポジウムの趣旨説明・シンポジスト紹介（10分）
- 13:50 シンポジスト発表（10分×5名）
- 14:40 休憩
- 14:50 全体討議（30分）
- 15:20 閉会の挨拶（司会）
- 15:30 終了

5. 参加状況：学生118人、教職員15人、シンポジスト5人、合計138人

6. 内容：

1) 開会挨拶（学会長 諫山 正 新潟青陵大学学長）

言語がない時代は文章ではなく伝承により技を伝えていた。経験を聴くことは技を伝承するために必要なことである。今年、陸前高田ボランティアへ多くの本学教職員が参加し、大震災をとにかく見るという貴重な体験をした。今日は先輩の話や体験を聞いて、文字情報では得られない学びをし、大いに技を磨いてほしい。

2) 発表内容

① 近藤真代子

（介護福祉士 特別養護老人ホーム  
長和園）

【災害時対応】東北・関東大震災発生時には、利用者の安全確認をすると共に入浴を中止し、テレビで被害状況を確認するなどした。福島県南相馬市より入所者を受け入

れ、被害者3名の居宅介護支援を行った。新潟福島豪雨では、勤務施設周辺の信濃川が氾濫し道路冠水があったため、園児や高齢利用者を避難させ、入浴中止、使い捨て食器を使用する等の対応を行った。

【災害からの教訓】災害はいつ起こるかわからないので、常に準備しておかないといけない。不安な中、どう対応してよいかわからない場面もあったが、日頃から教えられたことをただ行うのだけでなく、「結果予見可能性（起こる結果を予測する）」、「結果回避義務（予測できる結果を避けるように努める）」を念頭に訓練などを行い、迅速に対応できるよう日ごろからリスクと向き合い対応を考えておくことが大切である。

【学生へのメッセージ】働き始めは出来ないことへの焦りや不安があったが、一つ一つを丁寧に確実に行えばよい。覚える事がたくさんあるが、どうしてそうするのか、根拠を理解すれば覚えらる。辛い時は周囲に相談し、助けてのサインを出すこと。

## ② 渡部真理佳

（保育士 長岡市立三和保育園）

【災害時対応】南相馬市から避難してきた方の避難所で勤務した。どんな気持ちで避難して来たのかを考えると、ドキドキしてどうしてよいかわからなかった。奇声を発する、順番が待てない等、ギリギリの精神状態を感じさせる方もいて大変だったが、「ありがとう」という言葉でやる気になった。「酒やたばこを買ってこい。被災者の権利だ」という方もいて困ったが、「それは違う」と断りした。豪雨時には、朝5時半に招集がかかったが、ちゃんと行けた自分に「社会人だな」と思った。

【災害からの教訓】いろいろと力になりたいが、出来ないこともある。出来る事は頑張るが、出来ないことははっきりとお断り

したり、出来ない自分を認める事も大切。

【学生へのメッセージ】辛い仕事は耐えられるが、辛い人間関係は耐えられない。職員間の好き嫌いなどの人間関係がどうしてもあるが、納得いくまで話し合っ「子どもに何が一番大切か」を優先し団結して保育できるようにしている。就職すれば新人も一人前の保育士として期待されるので、期待に応えられるように勉強して日々自分を高めるようにしている。学生時代はいろいろな経験が一番出来る良い時だ。勉強も遊びもいろいろと経験してほしい。

## ③ 山倉 辰裕

（臨床心理士 新潟青陵大学大学院  
臨床心理センター）

【災害時対応】直接現地に行くことができず、無力感、焦燥感があった。しかし、水害にあった方のカウンセリングを行い、それを通して「これも震災ケアだ。目の前の人をケアすること。今の自分の仕事を一生懸命やることでも良いのだ」と思った。

【災害からの教訓】震災が起きた直後、研修会があつて心理職としての対応を勉強したが、自分は実際の動き出しが遅く、なかなか動けず反省した。知識も大切だが、こういうことがいつ起こってもいいという準備をいつもしておくことが大切だ。事前に起こることを想定して自分は何ができるかを周囲に説明しておくなど、日ごろからの土台づくりが大切。

【学生へのメッセージ】今やっていることや勉強が将来どう役立つかわからない時期もあるが、何か一つ頑張っていると見えてくる。趣味でもいいから何か頑張っていることで将来役に立つ。

## ④ 井上 祥子

（保健師 聖籠町役場 保健福祉課）

【災害時対応】災害発生時は日頃から担当

地区の状況を把握している中で心配な家を急いで回った。また、相馬市から306名が町民会館へ避難して来られ医療や介護の必要な方も含まれていたが、事前に情報がなかったのものでその場で手探りの対応に追われた。現在は町民会館からは移動されたが、25人の避難者の方が町内にいらっしゃり支援を続けている。

【災害からの教訓】1年間で406人、述べ919人を訪問した。これは人数だけだと日本一になり自慢に思っている。自分の担当地区の赤ちゃんは全部知っている。その際には赤ちゃんだけでなく家族全体を見て、他の兄弟や夫の状況なども把握。「1家族単位・世帯単位でみる事、2生活・暮らしを見る事、3子どもから高齢者まで丸ごとみること」が保健師としての視点であり醍醐味。このような視点があるので避難民の受け入れについても対応でき、日ごろの保健師活動が災害支援につながるのだと実感した。

【学生へのメッセージ】人に興味を持つこと。いろいろな人に会って関わってほしい。

#### ⑤ 佐藤 令子

(助産師 長岡赤十字病院)

【災害時対応】勤務病院は中越地区の中核の病院で災害医療センターにも指定されている。災害時には救護班の活動拠点となり宮城県などに職員が派遣された。自分が被災地へ行くことはなかったが、派遣された同僚から被災地での不十分な環境の中での出産の話聞いた。

【災害からの教訓】日頃助産師として仕事をしていて、「良いお産」とは専門職がそう思うのではなく、お産したお母さんが「良いお産だった」と思えるものであると感じている。被災直後の出産はスタッフも大きな不安でいっぱいではない環境の中で大変だったが、お母さんの「この子が希望」

という言葉に助産師は勇気づけられた。命の尊さを考えて若い人に伝えたい。

【学生へのメッセージ】教科書の勉強だけでなく多くの人とかかわって欲しい。人とかかわる事の大切さを理解しながら勉強してほしい。

#### 3) 全体討議内容

「患者や利用者から期待されていること」について、「予想しないことに対応するため今後学生に培っておいて欲しい力」について討議された。

前者については、患者や利用者から子育てについて相談される時、日々実施する事となっているケアの他に個別ケアを要求される時、「最後の砦だ」と期待される時、何でも解決してくれるのではないかと相談してくる時、本人の希望と家族の期待が異なり家族が強く期待してくる時などに「期待権」を感じることがある。また「全部こたえられないこともある」、「応えられず申し訳なく思う事もある」、「わからない時は相談しながら一緒に考えるようにしている」、「何故そのように期待するのかを考え、周囲にも相談しながら自分だけで解決しようとしないようにしている」など、実際の対応策についても意見が出された。

後者については、「もしもの時にスムーズに動けるように、準備をしておく事が大切」、「一人での対応が必要になることもあるので、自分で判断する力が必要」、「想像力を働かせて何事にも取り組むこと」、「もしこういうことが起こったらどうするか。何を狙いにするか見極めて考えることが、もしものときに動ける力になる。実行力、行動力が大切」、「目の前にある場面を判断し、結果を予測して行動する力」、「自分が万全であることが重要なので、自分自身の癒しとかストレス発散なども重要」とのアドバイスがあった。



# 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2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、研究報告および資料とし、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、研究報告 研究結果の意義が大きく、当該研究分野の進展に寄与す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)
- 四、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

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(資料をのぞく)
- 二、和文要旨(資料をのぞく)
- 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、見出番号の表記は、原則として次の様式に従う(全角英数字。「\_\_」は全角スペースを、「□」は文字を示す)。

I\_\_□□□□□ (章)

(1行アキ)

1. □□□□□ (節)

1) □□□□□ (項)

(1) □□□□

①\_\_□□□□□

- 七、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。
- 八、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。
- 九、注・引用文献および文献一覧の取扱い、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.

十、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。

十一、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

十二、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22年12月17日から施行する。

## 様式2

# 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. 見出番号の表記は、投稿および編集に関する規程に準じている。
- ☐ 7. 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。
- ☐ 8. 文献の情報は、原典と相違ない。
- ☐ 9. 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。
- ☐ 10. 和文要旨400字程度、英文要旨 200ワード程度（希望する原稿の種類が「資料」の場合を除く）をつけている。
- ☐ 11. 和文要旨と英文要旨の内容は、一致している。
- ☐ 12. カバーシートに、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（日本語および英語でそれぞれ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
- ☐ 13. 次の書類等が、揃っている。
  - ① 原稿：2部
  - ② カバーシート：1部
  - ③ 投稿論文チェックリスト：1部
- ☐ 14. 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

## Review Article

- “The Community” as a Desirable Form of Local Social Organization :  
From the Perspective of Cleaning Up the “Negative Legacies” of the Past  
Takehiko Hirakawa ..... (1)

## Original Articles

- Factors Affecting the Practice of Obesity Care by Psychiatric Nurses  
Masako Saito, Mamoru Naito ..... (11)
- Awareness of Nursing Workers on Violence in Hospitals and the Framework of  
Measures Dealing with These Cases  
Yukiko Wada ..... (21)
- Educational Effect by Using Simulated Patient in Basic Nursing Education :  
Through Practice on Oral Health Care (the First Report)  
Junko Endo, Keiko Shibuya, Mayumi Sugawara ..... (33)
- Study of Factors Related to Self-Care Behavior of Elderly Outpatients Aged 75 Years  
and Older with Chronic Diseases  
Fumiyo Kaneko, Yoshiko Kurai, Hiromi Hirose ..... (43)  
Masumi Sato, Kazuko Yamagiwa
- Factors Affecting Learning Ability and Views of Learning in Arithmetic and Math Lessons  
Keiko Nakamura ..... (55)

## Reports

- Symptoms of Poor Blood Circulation in Young People of Both Male and Female  
Aiko Kuwabara, Tamotsu Hando, Kayoko Ikeda ..... (65)
- The Role of Nurse Managers in End-of-Life Care in Geriatric Health Service Facilities :  
Based on an Analysis of Their Perceptions of End-of-Life Care, of How to Solve Their Misgivings  
About It and of Ways of Dealing With It  
Midori Shimizu, Teruko Yoshimoto, Yasuko Ogata ..... (71)
- Hospital Staff's Job Satisfaction and the Effecting Factors  
Etsuko Nakamura, Rie Shimizu, Fusako Ozaki ..... (83)

## Research Data

- Trends in Japanese Research on Children's and Students' School Adjustment :  
Arrangement of Theoretical Aspect Concerning Class Adjustment (2)  
Yuko Hikake, Ichiro Uchiyama ..... (93)
- The Current Status of Practical Use of Portfolio Evaluation in the Nursing Education :  
A Literature Survey  
Sayaka Kojima ..... (101)
- The Consultation Needs of Parents of Children with Long-Term Health Problems :  
A Questionnaire Survey  
Asami Makabe, Reiko Tachibana, Shisako Unjo ..... (111)  
Shoko Honma, Yukiko Wada, Megumi Saito
- Two Versions of "Kasa-jizo", by Kyoko Iwasaki and by Teiji Seta :  
A Text-Comparison Chart Showing the Differences between These Two Literary Works  
Rumi Harada ..... (119)

# 観念へのケアリングを促す発問研究

中 野 啓 明

新潟青陵大学看護福祉心理学部福祉心理学科

## Study of Questioning Urged by Caring for Ideas

Hiroaki Nakano

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

### 要旨

本稿の目的は、観念へのケアリングを促す発問とは何かを考察することにある。

ネル・ノディングズは、ユニバーサル・カリキュラムを典型とするケアリング教育を提唱している。このユニバーサル・カリキュラムは、自己へのケアリング、仲間内でのケアリング、見知らぬ者や遠い他者へのケアリング、動物、植物、地球へのケアリング、人工的世界へのケアリング、観念へのケアリングからなる。ケアリング教育の学習内容は、人間にとどまらず、対象、観念に及ぶことを示している。

ノディングズは、カリキュラムのレベルでの姿を示しているが、授業研究のレベルでの姿は示していない。そこで、安西冬衛作の「春」を教材として、観念へのケアリングを促す発問について考察する。

### キーワード

ネル・ノディングズ、ユニバーサル・カリキュラム、観念へのケアリング、教育的ケアリング、発問

### Abstract

This paper aims to clarify questioning urged by caring for ideas.

Nel Noddings advocates a caring education modeled on the universal curriculum. This curriculum consists of “caring for self”; “caring in the inner circle”; “caring for strangers and distant others”; “caring for animals, plants, and the earth”; “caring for the human-made world”; and “caring for ideas.” The study of caring education extends from human beings to ideas.

Noddings illustrated the curriculum of caring education; however, she does not illustrate Lesson Study (*Jugyou Kenkyuu*). Thus, I conducted a study on questioning urged by caring for ideas, using *Fuyue Anzai's “Haru (Spring)”* as teaching material.

### Key words

Nel Noddings, universal curriculum, caring for ideas, educative caring, questioning

## I 研究の目的と方法

本稿の目的は、観念へのケアリングを促す発問とは何かを考察することにある。

ネル・ノディングズ (Nel Noddings) は、ユニバーサル・カリキュラム (universal curriculum) を典型とするケアリング教育 (caring education, education of caring) を提唱することによって、ケアリング教育の学習内容が人間にとどまらず、事物や観念にまで及ぶことを示している。ノディングズは、カリキュラムのレベルでの姿を示しているのである。

しかしながら、どのような教材を用いて、どのような発問・指示を行うことが観念へのケアリングを促すことになるのかという、授業研究のレベルの姿までは示されていない。

そこで、本稿においては、まず、ノディングズのユニバーサル・カリキュラムの枠組みについて概観するとともに、先行研究に示されたケアリング教育の分析結果について考察する。次に、多くの授業実践例が報告されている「春」(作・安西冬衛)を教材とした発問・指示に関する先行研究を分析した上で、「春」における観念へのケアリングを促す発問・指示の実際を示す。

## II ケアリングの6領域における学習活動の分析

教育学の領域においてケアリング (caring) の導入の必要性を主張するノディングズには、『ケアリング——倫理学と道徳教育への女性的アプローチ——』以外にも『諸学校におけるケアへの挑戦——教育へのもう一つのアプローチ——』、『教育哲学』、『家庭からスタートするということ——ケアリングと社会政策——』、『批判的授業——私たちの諸学校は何を教えるべきか——』等の著作がある。<sup>1)</sup>

『諸学校におけるケアへの挑戦』において、

ノディングズは次のようにいう。

「知的に方向づけられている多くの生徒にとってでさえも、私たちの学校という場所とは、知的に刺激する場所とはなっていない。ほとんどの生徒たちは、学校で観念をケアすることを学んでいない。おそらく、事物をケアすることを学んでいる生徒は、さらに少ない。」<sup>2)</sup>

ノディングズは、学校が「知的に刺激する場所とはなっていない」という。そして、「事物をケアすること」や「観念をケアすること」を学ぶ必要があるとしている。これは、ノディングズのいうケアリング教育の学習内容が、人間にとどまらず、対象、観念に及ぶことを示している。

ノディングズは、「諸学校におけるケアへの挑戦に出会うには、我々は連続性を計画しなければならない。」<sup>3)</sup>として、「目的意識の連続性、場の連続性、人の連続性、カリキュラムの連続性」<sup>4)</sup>を主張している。このうち、「カリキュラムの連続性」については、ケアリングに関する本質的な諸テーマを巡って組織されたユニバーサル・カリキュラム (universal curriculum) にすべきだとしている。<sup>5)</sup>

このユニバーサル・カリキュラムは、

- ① 自己へのケアリング (caring for self)、
  - ② 仲間内でのケアリング (caring in the inner circle)、
  - ③ 見知らぬ者や遠い他者へのケアリング (caring for strangers and distant others)、
  - ④ 動物、植物、地球へのケアリング (caring for animals, plants, and the earth)、
  - ⑤ 人工的世界へのケアリング (caring for the human-made world)、
  - ⑥ 観念へのケアリング (caring for ideas)、
- の6領域からなる。<sup>6)</sup>

佐藤学は、この6領域を簡潔にまとめてはいるけれども、佐藤においてもこの6領域を具体化した授業の姿は不明のままである。

ケアリングの6領域を具現化した授業の姿

を明らかにしている先行研究としては、齋藤勉・高橋由香里（2001年）による研究を挙げることができる。この研究では、平成12年度の新潟大学教育人間科学部附属長岡小学校の研究紀要『「わたし」がつくる学習——第3年次研究会要項・紀要——』で述べられている各教科、領域の学習活動を、ノディングズのいうケアリングの6領域を理論枠組みとして用いて分析している。

高橋は、国語に関しては、次のように分析している。

「① 自己へのケアリング

栖吉川についてスピーチする。自分が見習うべきことを決める。話題を決める。原稿を作る。話す練習をする。よりよい原稿、話し方をするために工夫することを考える。注意して話すところを決める。何回も繰り返して練習する。詩を読む。音を表現した言葉に目を向ける。思い思いに音読する。教師自作の詩が何の音かを予想する。何度も繰り返して読む。自分の音の詩を作りたいという願いを持つ。練習方法を選択する。アドバイスを受け入れ、実践する。

② 身近なサークルにいる人々へのケアリング

仲間の話し方や話した内容のよいところを探す。仲間に聞いてもらうようお願いする。仲間に聞いてもらう。仲間とアドバイスしながら練習する。仲間と予想し合ったことを話し合う。仲間と練習する。仲間へアドバイスする。それぞれの音読を聞き合って感想を言い合う。仲間でコメントし合う。

③ 見知らぬ人々や遠く離れた他者へのケアリング

該当する学習活動は、見出せなかった。

④ 動物・植物・環境へのケアリング

該当する学習活動は、見出せなかった。

⑤ 人間が創った物や道具の世界へのケアリング

録音して聞いてみる。

⑥ さまざまな観念へのケアリング

分かりやすくするために原稿を修正する。音を集めて詩にする。スピーチ大会を開く。音を表現した言葉についての感想を書く。自分の経験と比べて感想を書く。自己評価する。音読練習をするためのアイデアを発表する。発表会をする。学習の振り返りを記述する。

②、⑥の領域にまたがる<sup>8)</sup>学習計画を立てる。」

平成12年度の新潟大学教育人間科学部附属長岡小学校の研究紀要で述べられている国語の学習活動としては、「自己へのケアリング」が最も多いことになる。また、「身近なサークルにいる人々へのケアリング」と「さまざまな観念へのケアリング」という2つの領域にまたがる学習活動があることも示している。

高橋は、各教科、領域における分析結果をもとに、次のようにいう。

「『自己へのケアリング』は、自分自身のために活動することである。そして、考える、選択する、発言するなどの活動そのものは、自分が行うことなので、この領域に含めている。----（中略）----

『さまざまな観念へのケアリング』は、あることと思考を関連させる活動である。このことは、何かを知ったり、疑問に思ったり、振り返ったり、発表したり、表現したりすることである。

すべての領域に学習活動が見出せたのが、生活、わかくさ（サマースクール）、わかくさ（環境）である。最も該当する学習活動が見出せなかった領域は、『動物・植物・環境へのケアリング』であり、次に学習活動が見出せなかったのが『見知らぬ人々や遠く離れた他者へのケアリング』である。この2つの領域は、学習内容として取り上げられていないことも影響している。この2つの領域に関する教材開発を行

う必要性がある。」<sup>9)</sup>

この研究成果は、子どもたちの実際の学習活動の姿をケアリング論から明らかにしている点で、評価することができる。

しかしながら、ケアリング論を、授業研究の視点、すなわち教師が行う発問・指示と学習活動という関係の視点から、その実際の姿を明らかにするまでには至ってはいない。

換言すれば、高橋の研究はケアリング教育(caring education, education of caring)の視点からの研究であるが、教育的ケアリング(educative caring)の研究にまでは至っていないのである。<sup>10)</sup>

では、教師が行う発問・指示と学習活動との関係を教育的ケアリング論から明らかにすればどうなるのであろうか。次に、「春」(作・安西冬衛)の授業における発問に焦点をあて、「観念へのケアリング」を促す授業実践の姿を明らかにする。

### Ⅲ 「春」の先行研究の分析

安西冬衛の「春」という詩がある。

向山洋一は、1982年11月号の『授業研究』誌上の連載「授業の腕をみがく——実践者が技術にこめるもの——8 短い詩を授業する」において、この「春」の授業を公開した。

そして、大森修はこの授業を「追試」し、その結果を1983年9月号の『授業研究』誌上において、公開した。

その際、大森が行なった発問は次の通りである。<sup>11)</sup>

- 発問1「どんな読み方でもいいから、わからないところはデタラメでもいいから読んで下さい。」
- 発問2「話者がこのちょうを見ている位置を目玉で書き表わしなさい。この詩の情景を絵にして、目玉を書き入れるのです。」

○発問3「ちょうちょは、まだ見えているか。もう見えなくなったか。」

○発問4「この詩の中で、対比されている言葉はどれとどれでしょう。」

○発問5「話者は、外国にいるか日本にいるか。」

○発問6「『春』の作者は、幸福だったか、不幸だったか。」

教材と発問・指示が明確に示されたこの授業は、その後、数多くの教師によって「追試」された。

ところで、発問2に関して、大森は、「話者というものを使いこなせてきたら『話者の位置はどこか』と発問するだけで十分である。」<sup>12)</sup>という。

この意味で、この発問2は、次のように一般化することができる。

話者の位置はどこですか。

または、次のようにも一般化することができる。

話者は、どこから見えていますか。

しかし、大森の行った発問2について、宇佐美寛は次のように批判する。

「『話者(主)』とは何か。見る(知覚する)者であり、言葉を話す者でもある。話すためには観念を持たねばならない。考えねばならない。この知覚・観念・発語という三段階の全てを『話者』概念に含めているので、無理が生ずるのである。」<sup>13)</sup>

宇佐美は、「話者がこのちょうを見ている位置を目玉で書き表わしなさい。この詩の情景を絵にして、目玉を書き入れるのです。」という発問における「『話者』概念」には「無理が生」じているとしている。なぜならば、「分析批評」の授業では、「知覚・観念・発語

という三段階」を区別せずに、「『話者』概念に含めている」からであるという。

しかしながら、「知覚・観念・発語」が、なぜ「三段階」に分けられるのかは、私にはよくわからない。また、宇佐美のいう「段階」とは何かも、私にはよくわからない。さらに、発問として、話者の「観念」を直接聞くことが可能なのかということも、私にはよくわからない。

齋藤勉は、この宇佐美の見解に対して、次のようにいう。

「宇佐美氏のいう『知覚・観念・発語という三段階』は、私にはよく分からない。私なりに、『分析批評』論が『話者』概念に『知覚』『観念』『発語』という三つのカテゴリーを含ませているととらえてみる。----（中略・引用者）----大森氏は、『話者』を『知覚』と『発語』でとらえていた。しかし、『観念』というとらえがでていなかった。----（中略・引用者）----

知覚語で問う発問づくりのポイントの二つめは、

発問文の語句を検討せよ。

である。<sup>14)</sup>

齋藤は、大森の行った「春」の授業実践における発問2では宇佐美のいう「観念」というとらえがでていないとしているのである。その上で、「発問文の語句を検討せよ。」としているのである。

しかしながら、中野による研究<sup>15)</sup>と大田博之による研究<sup>16)</sup>を除いて、「発問文の語句」と順序を十分に検討しているとはいえず、かつ子どもに描かせるべき「絵」をあらかじめ教師が「図」として与えてしまっている。

教師があらかじめ「図」を与えてしまっていることは、話者の知覚内容を問うという目的を達することはできない。この目的を達するためには、子どもこそが「絵」を描かねばならない。

教師が提示した「図」によって話者の位置を検討するのは、子どもの意見をまとめるため、討論を行うためである。

したがって、まずは、「観念」が活発に生じするような発問を行うべきなのである。

ところで、宇佐美は「春」の実践に関わって、次のようにも批判している。

「意味論的には、従来考えられていたよりも多様な発問があるべきである。例えば次のようにである。

『このちょうは、何ちょうですか。色は何色ですか。』『海は何色ですか。波は荒いのですか。おだやかですか。』『ちょうは、どれくらいの高さを飛んでいたのですか。』<sup>17)</sup>

宇佐美は、意味論の見地から、「従来考えられていたよりも多様な発問があるべき」だとして、「このちょうは、何ちょうですか。色は何色ですか。」といった三つの発問を具体例として提案している。この三つの発問は、まず、全体があって、その全体の中から部分を浮かび上がらせるような発問であるといえる。

しかしながら、この発問をいつ使うのか、つまり発問の順序はどうなるのかということについては、宇佐美の主張からは不明のままである。

私は、次の順序によって発問を行うべきだと考えている。

- (a) 「話者は何を見えていますか」という知覚対象全体を問う発問を行い、話者が見ている光景を「絵」に描かせる。
- (b) 次に、絵の違いを浮き上がらせるために全体の中から部分を浮かび上がらせるような発問を行う。
- (c) 話者の位置を問う。

(a) の発問を行った後に (b) の発問を行うことによって、学習者による気づきをもとに「観念へのケアリング」を促すことができるのである。

## Ⅳ 「春」の授業実践と考察

### 1. 「春」の授業実践の概要

Ⅲで示した「春」の先行研究の分析結果をもとに、筆者自身が、2002年9月にN小学校の6年生2クラス、および10月に大学生を対象に行った授業の概要を示す。

#### 【1時間目（45分）】

- ・教師が板書した「春」の詩をプリントに視写する。
- ・「どんな読み方でもいいから、わからないところはデタラメでもいいから読んでください。」という指示の後に読んでみる。
- ・『吾輩は猫である』を例に、話者と作者の違いを説明する。

#### 【2時間目（45分）】

指示 a 5回読んだら座ってください。

発問 a 話者は何を見えていますか。

指示 b 話者に見えているものを「絵」にして描いてください。できれば、ことばでも書いてください。時間は10分です。

小学生も大学生も、当初、「えー!？」という声を出していたが、様々な絵を描き始めた。そして、5分後に次の指示を行った。

指示 c 終わった人は、先生に見せにきてください。

このとき、5人を選んで黒板に書いてもらった。

この5人を選ぶ時に用いた視点は、次の通りである。

- ・波が描いてあるか
- ・太陽が描いてあるか

- ・雲が描いてあるか
- ・崖が描いてあるか
- ・草が描いてあるか
- ・向こう岸が書いてあるか

指示 d それぞれの絵を説明してください。

一人ずつ黒板の前で説明してもらった。

一通り説明してもらった後で、次のように問うた。

指示 e 黒板に描いてもらった「絵」と、自分の描いた「絵」を比べて、気づいたことを書いてください。

小学生の記述を紹介する。

黒板に書いてあるのは向こう岸など、山や島が書いてあるけど、僕は島を描きませんでした。

私の絵は何かものたりないなあ、と思っていたけれど、絵の説明を聞いて、私の絵をもう少しわかりやすくして、渡っているところを見ている様子なのかなあ、と思う。私の絵は、おだやかな波の海をてふてふがふつうにひらひら飛んでいる。けど、黒板の絵にはひどい嵐の日もあった。

大学生の記述を紹介する。

人それぞれが陸が書いてあったり、なかったりしたので、受け止め方が様々であると感じた。

同じ詩を読んでも人それぞれ想像する景色は違うと思った。私は春のあたたかいおだやかな南の方の海峡を想像したが、

「荒れている海や北の方の海などを想像した人もいて、違う見方もあると思った。」

授業の中では、次のような発言があった。

「同じところと違うところがある」

「左から右に飛んでいる絵と下から上に飛んでいる絵がある」

「草や木が描いてある絵がある」

「向こう岸が描いてある絵がある」

こうした発言を受けて、次のように言った。

「まだまだ違いがあると思いますが、今度はその違いをはっきりさせていきたいと思います。」

そして、黒板に描かれている絵をもとにしながら、次の一連の質問をし、その答えをプリントに「パッと一言で」書いてもらった。

#### 質問

- ① 海は荒れていますか、静かですか。
- ② 海の色は何色ですか。
- ③ 海の音はどうですか。
- ④ 天気は晴れていますか、曇っていますか。
- ⑤ 時刻は朝ですか、日中ですか、夕方ですか、夜ですか。
- ⑥ 崖はありますか、ありませんか。
- ⑦ 草や木は生えていますか、それとも生えていませんか。
- ⑧ 向こう岸は見えていますか、見えていませんか。
- ⑨ ちょうは、何色ですか。
- ⑩ ちょうは話者の視線よりも上にいますか、下にいますか。それとも同じ位ですか。

そして、次のように聞いた。

指示 f 話者に見えているものを、もう一度「絵」にして描いてください。

大学生に対しては、さらに、「前に描いた絵との違いも書いておいてください」とも言った。ある大学生は、次のように書いた。

(引用者註・向こう岸を) 山から陸に変更した。海は荒れていたなので、波を大きく書いた。

周りの状況(波・がけ)が描いてある。

小学生には授業後に感想を書いてもらった。ある小学生は次のように書いている。

2回目の授業は、1回目に比べると正直言って、迷うところもたくさんあって、難しかったです。たった少ししか説明の入っていない詩から、空は晴れているか、海は何色か、草木ははえているかなど想像していくのは大変でした。詩のイメージを絵にする時も、海峡ってなに？向こう岸って見えたのかな？など、おもしろかったけれどむずかしかったです。

絵をかいてみたりしておもしろかった。それは、Kさんは、岩があってザパーンというイメージでFさんは、静かな感じ。一つの詩でもこんなにたくさんの絵にかわってでてきてははっきりいっておどろきました。

## 2. 授業実践の考察

この「春」の授業をケアリングの6領域の視点から考察する。

教師による「発問 a 話者は何を見えていますか。」と「指示 b 話者に見えているものを『絵』にして描いてください。できれば、ことばでも書いてください。」によって、学習者は「話者に見えているものを『絵』で描く」

という学習活動を行っている。これは、まずは自分の考えを絵で描いてみるという活動であるので、自己へのケアリングに関わる学習活動であるといえる。

そして、「指示 d それぞれの絵を説明してください。」によって、黒板に描いてもらった5人の発表を聞くという学習活動を行っている。これは、仲間内でのケアリングに関わる学習活動である。

また、5人の発表をもとに、「指示 e 黒板に描いてもらった『絵』と、自分の描いた『絵』を比べて、気づいたことを書いてください。」によって、他者の絵と比べて気づいたことを書くという学習活動を行っている。これは、振り返りに関わる活動であるから、観念へのケアリングと自己へのケアリングに関わる学習活動であるといえる。

さらに、「海は荒れていますか、静かですか。」等の一連の質問に答える学習活動も、共通の質問項目について自分はどうか考えるという学習活動であるから、観念へのケアリングを中心とした、自己へのケアリングにも関わる学習活動であるといえる。

さらにまた、「指示 f 話者に見えているものを、もう一度『絵』にして描いてください。」によって、「もう一度絵を描く」という学習活動を行っている。これは、自分の絵を修正するという学習活動であるから、観念へのケアリングに関わる学習活動であるといえる。

筆者の行った「春」の授業からすれば、ノディングズのいう「観念へのケアリング」を促すためには、授業の組み立ての際に、他の5領域、特に「自己へのケアリング」との間の往復関係を促すような、発問・指示を考えねばならないことになる。

このことは、換言すれば、「この詩のイメージをいいなさい」などといった観念に関わることを直接問うても意味がないことを示している。すなわち、学習者に「イメージ」が形

成されるために、教師はどういった発問・指示を、どういった順序で行うかを再考しなくては、観念へのケアリングを促す発問とはならないのである。

ところで、今回行った授業では、「黒板に描いてもらった5人の発表を聞く」という学習活動の後に「他者の絵と比べて気づいたことを書く」という学習活動を取り入れ、その気づきをもとに教師が行った「質問に答える」という学習活動をおこなった。しかしながら、学習者による質問づくりまでには至っていない。

学習者による質問づくりと、その質問に答えるという、ケアシケアされる関係の交代可能な学習活動を組織するならば、教師＝教授者、子ども＝学習者という関係の構図に、子ども相互によるケアシケアされるという枠組みを導入することでもできたであろう。こうした授業の実践や分析については、今後の課題<sup>18)</sup>としたい。

## 【註】

1) Nel Noddings. *Caring: A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley: University of California Press; 1984. (ネル・ノディングズ, 立山善康・林泰成・清水重樹・宮崎宏志・新茂之. ケアリング 倫理と道德の教育——女性の観点から. 京都: 晃洋書房; 1997.)

Nel Noddings. *The Challenge to Care in Schools: An Alternative Approach to Education*. New York: Teachers College Press; 1992. (ネル・ノディングズ, 佐藤学監訳. 学校におけるケアの挑戦——もう一つの教育を求めて——. 東京: ゆみる出版; 2007.)

Nel Noddings. *The Philosophy of Education*. Boulder: Westview Press; 1995. (ネル・ノディングズ, 宮寺晃夫監訳. 教育の哲学——ソクラテスから＜ケアリング＞まで. 京都: 世界思想社; 2006.)

- Nel Noddings. *Starting at Home : Caring and Social Policy*. Berkeley: University of California Press; 2002.
- Nel Noddings. *Critical Lessons: What Our Schools Should Teach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
- 2) Noddings. *The Challenge to Care in Schools*. 19-20.
- 3) Ibid., 72.
- 4) Ibid., 65-73.
- 5) Ibid., 73.
- 6) Ibid., 74-172.
- なお、齋藤勉は、ノディングズのユニバーサル・カリキュラムの6領域に⑦として「状況・場面へのケアリング」を加えて、ケアリング・カリキュラムを構想している。(齋藤勉. 学校教育におけるケアリング. 中野啓明・伊藤博美・立山善康編著. ケアリングの現在——倫理・教育・看護・福祉の境界を越えて——. 5-10. 京都: 晃洋書房; 2006. 齋藤勉. 授業批評の力を鍛える. 39-46. 東京: 明治図書; 2007.)
- 7) 佐藤学. ジェンダーとカリキュラム. 藤田英典・黒崎勲・片桐芳雄・佐藤学編. 教育学年報 7 ジェンダーと教育. 103-104. 横浜: 世織書房; 1999.
- 8) 齋藤勉・高橋由香里. 小学校におけるケアリング教育の研究. 新潟大学教育人間科学部附属教育実践総合センター研究紀要. 2001;20:2.
- 9) 同論文. 14-15.
- 10) 中野啓明. 教育的ケアリングの研究. 15-17. 東京: 樹村房; 2002.
- 中野啓明. 学習活動へのアプローチ. 中野啓明・伊藤博美・立山善康編著. ケアリングの現在——倫理・教育・看護・福祉の境界を越えて——. 136-137. 京都: 晃洋書房; 2006.
- 11) 大森修. 発問定石化の提唱——発問は教師の共有財産になる——. 授業研究. 1983;21(11):37-38.
- 12) 同論文. 40.
- 13) 宇佐美寛. エネルギー3——「分析批評」論3——. 現代教育科学. 1987;30(3):113.
- 14) 齋藤勉. 知覚語で問う発問づくりのポイント. 現代教育科学. 1987;30(8):34.
- 15) 中野啓明. 知覚対象を問う発問. 教育技術研究. 1995;5:96-107.
- 16) 齋藤勉・大田博之. 対比発問から主題への過程——「春」(作・安西冬衛)の授業実践——. 新潟大学教育人間科学部附属教育実践研究指導センター研究紀要. 1999;18:61-77.
- 17) 宇佐美寛. 前掲論文. 111.
- 18) 本論文は、2002年10月に行われた教育哲学会第45回研究大会での一般研究発表をもとに、若干の修正を加えたものである。

## 平成 23 年度 新潟青陵学会役員

会長 諫山 正  
理事 会長代理：鈴木 宏  
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  
研究報告会担当：碓井 真史 学生担当：茶谷利つ子、池田かよ子  
広報担当：南雲 秀雄、浅田 剛正  
監事 真壁 伍郎、栗林 克礼  
事務 高野 聡、小松原由美子

### 編集後記

3.11から1年が経過しました。地震そのものよりも、津波による被害は想像をはるかに超えるものであり、被災された方々の悲惨な状況は目を覆うばかりです。復興への道筋すら立たず、福島第1原発から排出される放射性物質の健康に及ぼす被害は予測すらできない状況です。しかしながら少しずつですが、被災者に笑顔が戻りつつある報道に救われる思いもうちびます。

「大日本地名辞典」を著した吉田東伍（阿賀野川沿い安田生まれ）は「歴史地理」第8巻第12号（1906年）に「貞観11年 陸奥府城の震動洪溢」を著し、史書「日本三大實録」に記された869年の貞観地震と津波の被害がこの度のそれに匹敵するものであったことを

紹介しています。「想定外」とされた津波の被害はすでに100年以上も前に警鐘が鳴らされ、経産省も東電もそのことを知りながら、何らの対策もとらなかったことが判明しています。

研究者の使命は新知見を見だし、それを広く社会に公表することにあります。わが新潟青陵学会誌もその一翼を担うものと自負しています。本誌第4巻には27編の投稿があり、21編が採択・掲載されました。年2回発行とした第3巻の投稿数20編、採択18編から増加しています。さらなる増加により発刊回数を増し、より迅速に研究成果の公表が可能となることを願っております。

山際 岩雄

---

### 新潟青陵学会誌 第4巻第3号

平成24年3月10日 印刷  
平成24年3月15日 発行（非売品）

発行者 〒951-8121 新潟青陵学会（会長 諫山 正）  
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-seiryō.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](mailto:shimizu@pavc.ne.jp)

---

ISSN 1883-759X

Vol. 4 , No. 3

JOURNAL OF  
NIIGATA SEIRYO  
ACADEMIC SOCIETY

NIIGATA SEIRYO ACADEMIC SOCIETY