

聖マリア学院大学紀要

BULLETIN OF
ST.MARY'S COLLEGE

目 次

I. 特別寄稿

| | | |
|-----------|-------------|---|
| 倫理一般と臨床倫理 | 清水 哲郎 …………… | 3 |
|-----------|-------------|---|

II. 寄稿

| | | |
|---|-------------|----|
| 地域在住高齢女性への体操介入が心理面に及ぼす影響 － 独居者と独居以外の人で比較 － | 中村 和代 …………… | 11 |
|---|-------------|----|

III. 原著

| | | |
|--------------------------------|---------------|----|
| 乳児を育てる母親が評価した授乳・離乳に関するリソースの有効性 | 松原まなみ 他 …………… | 17 |
|--------------------------------|---------------|----|

| | | |
|-----------------------|---------------|----|
| 子どもの啼泣に対する母親の情動反応と共感性 | 松浦 幹恵 他 …………… | 27 |
|-----------------------|---------------|----|

IV. 報告

| | | |
|-----------------------------|---------------|----|
| 大学と病院で兼務する慢性疾患看護専門看護師の活動の実際 | 中尾 友美 他 …………… | 39 |
|-----------------------------|---------------|----|

| | | |
|---|---------------|----|
| 看護学生を対象理解の能力を育むための授業をめざして － シミュレーション授業の教材に演劇を用いた母性看護学演習の効果 － | 川口弥恵子 他 …………… | 45 |
|---|---------------|----|

V. 資料

| | | |
|----------------------------------|---------------|----|
| 救急医療で患者が終末期となった家族から見た医療の認識と遺族の心理 | 安藤 満代 他 …………… | 53 |
|----------------------------------|---------------|----|

| | | |
|----------------------------------|---------------|----|
| 視聴覚教材と模擬患者を導入したスピリチュアルケアの教育方法の効果 | 安藤 満代 他 …………… | 61 |
|----------------------------------|---------------|----|

| | | |
|--------------------------------------|--------------|----|
| 臨床看護学実習 I (急性期・周術期) における手術室見学実習の実態調査 | 滝 麻衣 他 …………… | 67 |
|--------------------------------------|--------------|----|

VI. 総説

| | | |
|-------------------------------------|--------------|----|
| 現代のナイチンゲールクリニカル・ナース・リーダーに期待される役割と機能 | 滝 麻衣 他 …………… | 71 |
|-------------------------------------|--------------|----|

VII. 解説

| | | |
|-----------------|---------------|----|
| 看護大学における宗教教育の意義 | 鷺尾 昌一 他 …………… | 77 |
|-----------------|---------------|----|

| | | |
|------|-------|----|
| 投稿規定 | …………… | 81 |
|------|-------|----|

| | | |
|-------------------------------|-------|----|
| 聖マリア学院大学紀要 vol.6 2014年度 査読審査者 | …………… | 83 |
|-------------------------------|-------|----|

| | | |
|------|-------|----|
| 編集後記 | …………… | 84 |
|------|-------|----|

【特別寄稿】

倫理一般と臨床倫理

清水哲郎

東京大学大学院人文社会系研究科 特任教授

医療・介護といった社会化したケア活動において、ケア従事者はケアを提供する相手（患者・利用者本人）およびその家族とコミュニケーションを行いつつ、活動を進める。そこでは、倫理が常に関係しており、ケア従事者が医療・介護を医療・介護として行っている場合は、意識していなくても通常倫理的に適切な対応がなされている。しかし、意識して倫理的に適切な対応を見出さねばならないこともしばしば起きる。臨床倫理は、そのような場合に「どうしたらよいか・どうすべきか」とケア従事者たちが共に考える営みに他ならない。

「臨床倫理」は、「臨床に携わる者たちの・臨床の場面における・倫理」であり、「人間関係一般における倫理」を基礎として、それに「社会的要請に応じて臨床に携わっている」という条件がつくことに伴ってそれなりの性格が加わったものである。そこで、以下では、社会における人間関係のあり方、倫理的なもののあり方を一般的に提示し、それを基礎として、社会の認定・要請を受けてケアに従事する専門職としての倫理をどう考えたらよいかを論じる。

人間関係における一般的倫理

まず、倫理一般について、定義を試みよう。倫理はまずもって、「私たちが関係し合う際に、互いに相手に対して、どう振舞うべきか」に関することである、といえ、さしあたって大方の同意をえられよう。

ここで、「互いにかく振舞う《べき》である」と私が考える際に、私は、私が独り「かく振舞うべきだ」と判断しているわけではなく、「誰もがそう判断している」と考えている。つまり、それは私がある社会の中で生きている社会において大方が共通に考えていることであり、社会的通念である。すなわち、「かく振舞う《べき》である」とは、社会の成員同士が互いに「かく振舞う」よう要請しあっていることであり、つまりは、社会が「かく振舞う」ことをその成員に要請している《社会的要請》であるということができよう。

ここで要請の主体を社会としたが、従来はより超越的な主体（神・仏・お天道様等々）を立てる傾向があった。本稿はそれを否定するものではないが、そうした超越的なものを前提しない倫理の理

本稿は、久留米市において2014年6月に開催された日本慢性看護学会第8回学術集会（大会長：松尾ミヨ子 聖マリア学院大学大学院看護学研究科長）における講演「臨床倫理エッセンシャルズ—慢性疾患患者・家族を支えるプロセス」の一部を再考・拡充したものであって、同講演の記念として聖マリア学院大学紀要に寄稿するものである。本稿の内容は、次の既発表論文の一部を改訂する作業の途上にあるもので、現段階（2015年1月初旬）のドラフトを未熟ながら公表し、批判を受けることで、さらなる改訂をしたいという趣旨のものである。Shimizu T., *The Ethics of Unity and Difference: Interpretations of Japanese Behaviour Surrounding 11 March 2011*, 単著, Uehiro T., ed., *Ethics for the Future of Life: Proceedings of the 2012 Uehiro-Carnegie-Oxford Ethics Conference*, The Oxford Uehiro Center for Practical Ethics, 134-143, 2013.

解を提示しようとしているために、人間同士の共通理解というところ以上には遡らないという方法で進めている。

次に、私たちの社会には、成員間の振舞い方についての様々な要請・通念がある。それを枚挙してみると、より一般的・普遍的に妥当すると思われるもの（したがって「より抽象的」なもの）もあれば、「現在の日本においては」といったより限定的・文化相対的と思われるもの（したがって「より具体的」なもの）もある。かつ、ここでは結論を言うにとどめるが、より普遍的なもの、より文化相対的なものの中には、「より普遍的な要請と、文化相対的な事実についての判断から、より文化相対的な要請が帰結する」という関係を見出し得る。この点を次に例示しておく。

一般的要請：「他者に危害を加えるべきではない」

+文化相対的判断：「電車の中で携帯電話をかけると周囲の迷惑になる（＝他者への危害になる）」

⇒文化相対的要請：「電車の中で携帯電話をかけるべきではない」

一般的要請はごく少数のものであり、相当普遍的に妥当すると思われ、また、具体的な行動を指すというより、常に心がけているべき他者への姿勢を指している。文化相対的判断は、事実についての、時代により、地域により多かれ少なかれ変動する可能性がある判断であって、これ自体には「べき」であるという性格は付随していない。

このことは、社会の成員個々の立場からみると、倫理的に適切な対応をするためには、「一般的要請を身に着け」、「事実についての社会的通念を認識している」ことが必要となる。この両者があってこそ、例えば私が電車の中である人に電話で連絡する用事を思い出した時に、「すぐあの人に連絡したい」というので直ちに携帯電話を使おうとするのではなく、「電車の中での携帯電話は周囲の人の迷惑になる」という通念がある」と状況を認識し、それに伴って「迷惑にならないようにしなくちゃ」という姿勢が活性化して、「すぐあの人に連絡したい」という私の欲求をコントロールすることになる。すなわち

倫理的姿勢：「他者に危害を加えない（迷惑にならない）ようにしよう」

+状況把握：「ここ（電車の中）で携帯電話をかけると周囲の迷惑になる（と思わ

れている）」

⇒行為：「ここでは携帯電話をかけないでください」

以上のことから倫理を定義してみる：

倫理は、社会における人間同士の関係のあり方についての社会の要請であって、社会の成員同士の互いに対する基本的な姿勢についての要請と、これと状況に応じて連動する人間関係の事実についての通念とから成っている。

実際には、社会においては、基本的姿勢についての要請と人間関係についての通念とが組み合わさった、様々な文化相対的要請の総体として倫理が語られることが多いが、ただ、「こうしてはいけない、ああしなければいけない」といった戒めのリストというだけでは倫理とは言えない。以上のような構造に関する何らかの自覚が伴ってはじめて倫理と言えよう。例えば、電車の中でしばしばながれる放送において、「車中では携帯電話は、周りの人の迷惑になりますから、かけないでください」と語られる時、ただ「かけてはいけない」と結論を言っているのではなく、より一般的な社会的要請「周囲の人の迷惑にならないように」を援用しつつ語っている、という意味で倫理についての語りと言えよう。このような語りは、人々が理をもってこのことを理解し、自発的にこの要請に応じるように促していることになる。

社会の要請として例えば「他者に危害を加えないように」と語られるのは、誰も自由でありたい状況で、その自由を自らコントロールする必要があるからである。すなわち、人はできるだけ自由であるべきだとはいえ、皆が際限なく自由に（自分勝手に）生きたら、社会の存続がやうくなくなってしまふ。そこで、社会的な要請の内容は、人間関係が適切に持続するようにそれぞれが自発的に自らの自由をコントロールすることを促すものとなる。

私たちはお互いにいろいろなことを要請（依頼・お願い）しあっている。それが個人的な要請・依頼である場合は、倫理的なことにはならない。しかし、要請が、要請する人—受ける人という当事者間だけにとどまらず、当事者ではない人々、同じ社会の成員である人々が、一緒になって要請するものである時、それは社会的要請としての倫理に関わることになる。

社会的要請には、社会的評価が伴っている。要請に応じる振舞いは是認（時に賞賛）され、要請

に応じない(ないしは反する)振舞いは非難される。「社会的」評価というのは、評価の対象となる振舞いに対して、ただ当事者が評価するというだけでなく、同じ社会の成員全体による是認(賞賛)や非難を伴う評価がなされるポテンシャルがあることをいっている。

倫理としての社会的要請の中心になる基本的姿勢に関する要請としては、次の二つが一般に考えられよう。

- ・他者危害禁止: 他者に害を加えてはならない
- ・他者援助(相互扶助) 奨励: 困っている人がいたら助けよう/互いに助け合って生きよう

「他者危害禁止」は皆に個別に要請されているのに対し、「他者援助奨励」はある場面に居合わせた人々全体に対して要請されている、というような興味深い動き方がある。つまり、電車の中で電話をかけないことは、電車に乗り合わせたすべての人に個々に要請されており、「誰かが守ればよい」のではなく、「皆が守るべき」である。他方、動く車内で立っていることが辛いと思われる人が乗車してきた時に、すべての人が席を譲るという行動をするように要請されているのではなく、席を譲る行為が可能なたち全体に「誰か立ってあげて」と要請されているのである。この動き方の違いは興味深い、ここでは割愛する。

人間における倫理の成立

ここで、私たちの社会で一般に成り立っている倫理の構造についての私見を提示しておく。私たちは毎日多くの人と交流し、様々なやりとりをしている。その際に、相手に対してどのように振る舞うかということについて、様々な〔状況に向かう姿勢〕と〔状況把握〕を組み合わせて、対応の仕方を選んでいる。そのもっとも基本的な相手に対する姿勢と把握(理解)の対として、両立しない二つの対が並存している。

その対の一つは、「相手は私と同じ・一緒だ(仲間だ)」という状況把握と、「互いに支え合って生きよう」という姿勢の対である。このような対が活性化している際に、相手の状況についての具体的な把握が関係するものとして得られると、相手の状況に適した仕方で支え合う振る舞いが結果する。この対とそれに伴う行動の様式を《皆一緒(同)の倫理》と呼ぶことにする。

もう一つの対は、「相手は私とは違う・異なる」という状況把握と、(異なっている者同士であっ

ても喧嘩しないで平和にやっていくことを目指して)「互いに干渉せずに、別々に生きよう」という姿勢の対が活性化している際に、相手の状況に関する具体的な把握が関係することとして得られると、相手の生き方を尊重し、干渉しないといった対応が結果する。この対とそれに伴う行動の様式を《人それぞれ(異)の倫理》と呼ぶことにする。

この二つの対が私たちの間に並存していて、両者が混じり合って個々の相手にたいする対応を結果する。この際の、二つの対の混じり合いの割合は個々の人間関係の遠近に相対的である。非常に親しい相手とは、皆一緒の倫理の割合が高く、人それぞれの倫理はごく少ない。家族などでは、人それぞれの倫理の割合がゼロに近いこともある。反対にごく疎遠な間柄においては、人それぞれの倫理の割合が高く、皆一緒の倫理の割合はごく低くなる。通常の間柄においては、両者の割合が半々に近くなるので、両者が並存することによるジレンマがしばしば起きる(ジレンマについては後述)。

このような事情は、倫理に関しても起きている。上述の基本的な倫理的姿勢の一つ「他者危害禁止」は、疎遠な間柄では厳格に要請されるが、親しい間柄においては要請が緩くなる。言い換えれば、自分のものと相手のものとの区別が緩くなり、他人のものを勝手に使うことに対する抵抗が小さくなる。また、相手に害が及ぶことについても「お互い様」といった決まり文句により、ある程度までは許容される。ここでいう「許容される程度」がどの程度かは、まさしく人間関係の遠近に相対的である。

附言すれば、この二つの倫理が並存することによって私たちの倫理はより洗練された人間関係を可能にしているともいえよう。というのは、この二つはそれぞれ単独では弱点があるのである。まず、皆一緒の倫理は、皆が同じだと看做すので、個人の意思への顧慮に欠けるところがあり、自他の境界があいまいで、「お節介・干渉がましい」振舞いや、大方が共通している事柄について少数者が異なっていると、その異なっているということ排除しようとする傾向がある。他方で、人それぞれは、個々人の独自性を尊重して干渉しないという利点があるが、これは反面、他者に対する無関心・冷淡な振る舞いや、ギブ・アンド・テイクの打算的な傾向をもたらす。そこで、両者が並存し、混ざることで、それぞれの欠点をもう一方の倫理によって補完しあっているという構図になっているのである。

現在の結果から遡って、歴史的経緯を論理的に推定する

以上で、私たちが関係する相手に対してもつ、基本的な姿勢と状況把握の対が二つあり、両者は論理的には両立し得ないのだが、並存することによって、互いに補完し合っているといった、対人関係についての私たちの振り舞い方についての事実をごく簡単に記した。これを前提として、このようなことになってきた歴史的経緯を推し量ってみる。つまり、以下の記述は、現在ある事実が結果するためには、どういうことがあったに違いないかを論理的に考えたものである。

人類の歴史を論理的思考によって遡っていくと、人間が群れ単位で生活していた原初的な状態が見えてくる。そこにおいて倫理は既にあったといえるだろうか。人間の群れが群れ自体のサバイバルを目指していたであろうことは、そもそも私たちが知っている生物の行動、したがって、群れとなって生きている場合はその群れの行動が、サバイバルを目指す合目的なものとして理解できるということからも認めてよいだろう。そうであれば、群れとしては（つまり群れの成員たちは互いに）、サバイバルを目指す群れとしての活動に協力的であることを成員たちに要請するようになったともいえよう。

確かに、人間以外の群れにおいて、群れとしてのチームワークに非協力的な成員を非難したり制裁を加えたりする例を私は知らない。また、人間の場合でも、環境次第でサバイバルが非常に厳しいのでなければある程度は協力しない者も大目に見られ、ことに協力的でないことが本人の能力の不足に由来すると看做された場合は許容されていたようである。しかし、通常、狩りや農作業、あるいは家事においてそれなりの役割を果たす者たちが社会のまっとうな成員と看做され、そうでないものは、「怠け者」「穀つぶし」などといったレッテル貼りが非難する言語行為であることから分かるように、非難の対象となってきた。

とにかく、人間以外の動物にみられる、群れの活動に非協力的な成員が放置されているという状況から人間もまた出発したであろうが、どこかの時点で群れが成員に協力的であることを要請するようになったことが論理的に要請される。それがどこかで起きなければ、現在の皆一緒の倫理の事実が説明できないのである。

つまり、皆一緒の倫理は、遡れば群れが自らのサバイバルを目指して、成員に協力的であることを要請するようになったことに源を求めることが

できる。だが、人それぞれの倫理については、この限りでは、原初的な群れの生活に該当する起源を見出すことができない。

人間の原初的な状態において、群れ単位でサバイバルを目指していたが、同時に群れと群れとの間の交流もあった。他の群れとの交流は、他所の産物や今まで知らなかった新しい技術等を得るために有益であったろう。だが、しばしば縄張り争いも起きたのであり、それは交流を妨げ、長引くと群れの益にならなかった。そこで、群れ同士の平和的な共存が自らの群れにとって比較的多くの益をもたらすという知恵が働くこととなった。この場合、現在の国家間の平和共存においても同様であるが、相互の不可侵・不干渉について合意することが必要であったろう。例えば、ある村は隣村との間にある山の尾根を境としてお互いの縄張りを認め合い、相手の縄張りに入って、動植物を採取しないことを約束しあうといったことである。相手の縄張りに勝手に入らない・相手の群れのことには口を出さないという相互不干渉が、群れ同士の相互の要請であったが、ここに人それぞれの倫理の起源を見出すことができよう。

以上の限りでは、群れ内部では皆一緒の倫理、群れの間では人それぞれの倫理が働くことになった。このような状態は、私たちにあって決して単に想像上のことではなく、記憶の中にある事態ではないだろうか。つまり、「内々」での振り舞い方と、「よそ者」に対する振り舞い方の使い分けや、このような意味での内と外の区別は私の中にもあるのである。

さて、多くの群れが並存しているという単純な状態から紆余曲折を経て、私たちの社会は、それら原初的な無数の群れを包含するほどのものとなり、その内部での人間関係は、本来の群れ内部の間柄のような関係から、まったく見知らぬ群れの一員との交渉のような疎遠な関係まで、関係の遠近が単純にはいえないような複雑な関係になってしまっている。私たちはそういうわけで、群れ内部で成り立っていた皆一緒の倫理と、他の群れとの間で成り立っていた人それぞれの倫理を、適当な割合でブレンドして、個々の対応をするようになっている。実際、具体的な例示はここでは割愛するが、「相手との距離を見切って、それに適合した割合で二つの倫理をブレンドして対応する」という記述は、現代の人間同士の対応の現象をよく説明している。なお、ここで言う現象の中には、倫理に関する現代人の考え方についてすでに指摘したいいくつかの事実（他者危害禁止は近い関係では緩くなるとか、他者援助奨励は個々にではな

く関係者全体に対して要請されているといったこと)も含まれている。

同と異の倫理の社会的ケアへの適用

人間関係において存在している現在の倫理一般のあり方を前提すると、臨床現場の倫理についてどうということが理解できるかについて、最後に触れておく。

医療や介護は、現在は社会の仕組みに組み込まれた活動となっている。行政が監督し、専門職の多くは国家が認める資格となっており、社会が管理する医療保険が自己負担分を除く費用の大半をカバーしている、というように、ケアは社会の管理の下でなされるようになってきている。このことを《社会化したケア》と言っておく。

群れ内部における原初的なケア

翻って、人間同士のケアしあう関係の起源を推し量ると、それは皆一緒の倫理が支配的であった、原初的な群れの生活に遡源する。そこでは、《皆一緒》というあり方でケアがなされており、群れのサバイバルを目指して、怪我や病によって弱った者を世話し、群れのサバイバルを担う人材として復帰できるように努力がなされていたであろう。高齢で弱った者も経験に裏打ちされた知恵の故に、群れのサバイバルに貢献する人材として世話されたことであろう。このような生活が連続として続くうちに、ケアにともなう同情・共感・憐憫といった情の動きが生じたと推定することもできよう。それはケアをより積極的に行うように動機付けるので、群れのサバイバルに有利に働くこととなり、その結果、サバイバルした者たちの子孫である私たちはこうした情の動きをもつようになってきているのである。

加えて、情の動きは、「サバイバルに役立つ」といった理の動きによって発動するのではなく、「痛そう、苦しそう」といった見た目に応じて発動するので、例えば、群れのサバイバルに役立つ知恵袋だと認定された年寄りだけでなく、年老いて弱った者たちを全般に世話するようにと、情の発動は方向づけるようにもなった。ただし、こうした情の動きは、時としてサバイバルを目指す理の動きによる方向づけと齟齬をきたすこともあった。例えば、理に従えば、群れのサバイバルのために、足手まといになる老いた者、怪我や病で弱った者を切り捨てて、元気な者たちだけで生き延びる算段をしなければならないような状況が

あったとする。その場合でも、情の面では、そうした人たちへの愛情の発動により、切り捨てることへの抵抗が生じ、かくして理と情の方向づけが衝突することとなったのである。

また、原初的な群れ内部でのケアは、《皆一緒》という考え方が支配的である状況でなされるため、ケアを行う者たちが最善と思うことを直ちに実行する傾向があり、本人の意思を聞くといったことは軽視されもした。これを《原初的なパターンリズム》と呼んでおく。どうしてそうなるかという、皆一緒の倫理単独からは、個々の成員の意向を尊重することは出てこないからである。「皆一緒」であるならば、本人にいちいち聞かなくても、何が最善かは周囲の者に判断できるのである。こうした考え方は、現在でも家族の間でしばしば現れる。例えば、家族の一員が厳しい疾患に罹って医療機関で検査を受けた場合に、本人よりも先に家族が主治医から結果の説明を聞き、予後が悪いといった場合に「本人には知らせないでください。最期まで知らないで、治る希望を持ち続けたほうが本人のためなんです」と医師に強く要求することがしばしばあることは、よく知られている。

皆一緒の倫理の下でのケアの倫理

さて、こういう状況において、ケアに関する倫理はどういうものであったかということ、皆一緒の倫理の基本である「協力し合う」「助け合う」ということを、ケアを必要とする成員に対して実践することに他ならなかった。このことをより具体的に理解するためには、ここでいう《ケア＝世話》という活動がどういうものであるか(＝ケアの本質)を押さえておく必要がある。つまり、「ケアがケアであるために不可欠の要素」を明確にすることである。以下の3点を挙げておく。

第一に、ケアはコミュニケーションのプロセスとして進められる。上に本人の意思を軽視する傾向があるといったが、これはコミュニケーションのプロセスにおいて意思をいちいち聞いたりしないということであり、本人とのコミュニケーションは、本人が対応できる限りにおいて不可欠である。本人の訴えを受けてケアが始まり、「痛い、苦しいかどうか」、「空腹かどうか」、「手足を動かせるかどうか」といったことを本人に確かめながら、手当を試み、その結果少しは楽になったかどうかを本人に聞くといったやりとりは欠かせなかった。相手はものでも、物言わぬ動物でもなく、人間なのであり、人間がケアの相手であるということは、コミュニケーションのプロセスとしてケア

がなされるということを必然的に伴う。

第二に、ケアする側は、本人がよくなることを目指している。上述のように本人の具合を聞きながら手当をする際に、「具合がよくなること」こそが目指す方向であった。つまり、本人にとっての最善がケアの目的である。

第三に、群れとして目指すサバイバルと、本人の最善を目指すことが時として両立しない場合にどうするかという問題があり、理はあくまでも「群れとしてのサバイバルが妨げられない範囲で、本人の最善を目指す」選択をしようとする。ところが、情は、群れのサバイバルにかかわる状況であっても、本人の最善を目指すように動くために、理の目指すことと、情の目指すことが分裂する事態となり、ジレンマ状態が生じる。

以上のうち、第1点は「ケアの進め方」に、第2点は「ケアの目的」にかかわり、第3点は群れ全体にとっての善と、各成員にとっての善との関係に関わるポイントである。皆一緒の倫理が支配的な状況におけるケアの本質はこのようなものであり、言い換えると、これらが皆一緒の倫理の下でのケアの倫理（つまり、群れとして、成員に要請するケアのあり方）に他ならない。すなわち、まとめると次のようになる。

- ・コミュニケーションのプロセスとして進める
- ・本人にとっての最善を目指す
- ・群れのサバイバルは、本人にとっての最善より優先される

社会の仕組みになったケアの倫理

現代の医療や看護が原初的なケアと違うところとしては、知識・技術が高度化したということもあるが、既に指摘したように、ケアの性格としては、「社会の仕組みになった」という点が肝要である。原初的な群れの中では、メンバーは知り合い同士だったが、それとは比べ物にならないほど巨大かつ複雑になった現代社会においては、成員同士は互いに知らない場合が大半である。つまり、原初的なケアは《皆一緒》の倫理の下でなされていたが、現代の医療・介護は、元来は見知らぬ者同士であった医療・介護従事者と、ケアを必要とする患者ないし利用者およびその家族の間でなされるのであり、そのベースになる倫理は、《皆一緒》を受け継いだ上で、《人それぞれ》の倫理がこれと対等に働くというように、両者が並存・混在している状態にある。そこで、上記の3点にわたって、《人それぞれの倫理》が入ってくることによって、どのような変化が起きたかを提示する。

・ケアの進め方

皆一緒の倫理においては、コミュニケーションのプロセスとして進めるのではあるが、ケアの方針の選択等において、本人の意思が軽視される傾向にあったのに対し、まさに《人それぞれ》が重要な要素となった。すなわち、ケアを受ける本人の縄張りに本人の身体も含まれる以上、本人の同意なしに本人の身体に介入することは不適切となった。まさに「自律尊重」の成立である。ただし、ケアの進め方に関する倫理としては、自律尊重だけで済むわけではなく、皆一緒の倫理に由来する、本人とのコミュニケーションとその周辺にある本人を仲間として尊重する姿勢も並存している。すなわち、相手を理解しようとし、相手と共感する姿勢、相手の気持ちや存在を尊重する姿勢、互いに納得して合意することをベースにした選択といったあり方である。

・ケアの目的

皆一緒の倫理の支配下では、本人にとっての最善がケアの目的であったが、何が最善かは仲間たちが判断できること、決めていいことであった。これに対して、人それぞれの倫理が入ってきた結果、何が最善かについてのもう一つの物差しとして、本人の価値観・評価が加わることとなった。これに比していうと、医療・介護従事者が持っている物差しは、社会における共通の価値観であることになる。医療・介護従事者は社会の信任によりその職務に就いたのであり、それに伴って社会の成員たちの大方に共通の価値観を活動の際の物差しとして採用したと看做すことができる。そこで、共通の価値観と本人の個人的価値観という二つの物差しの間の調整という問題が生じた（次の項目の結論をここに援用すれば、そういう調整においては、個人的価値観による選択が社会的適切さに反しない限り、これを認めるということも共通の価値観に含まれているといえる）。

・社会的視点

皆一緒の倫理においては、群れのサバイバルと本人にとっての最善という問題が挙げられたが、人それぞれの倫理が入ってくることによって、問題は単に群れ全体（ないし社会全体）と個人という論点にとどまらず、社会の成員それぞれが《人それぞれ》の生き方を認められる者となったために、成員間の不公平を排することが加わり、また現代社会の複雑さに伴い、社会資源の使い方の問題、経済的な問題等々、社会全体を見る視点にたって、行おうとしているケア（医療・介護）の適切さをチェックするということが要請されることとなった。

以上、3点にわたって皆一緒と人それぞれの倫

医療者の倫理的姿勢＝臨床の倫理原則

〔活動の進め方〕 **人間尊重**：相手は人だ一ものではない

- コミュニケーションを通して
- **人それぞれ**→①自律尊重 (respect for autonomy)
- **皆一緒** →ケア的態度、相手を理解する、気持・存在を尊重

〔活動の目的〕 **与益**：相手の益になるように

- ②**与益** (beneficence) + ③**不加害** (non-maleficence) :
両者を合わせ、相対的に評価
- 物差し **皆一緒**→共通の価値観
人それぞれ→個人的価値観

〔社会的視点〕 **社会的適切さ**：社会的視点でも適切に

- ④正義 (justice) 公平・公正
- 社会自体が **人それぞれ** と **皆一緒** のブレンド
- 社会のあり方の選択に、何が適切かは相対的

臨床倫理プロジェクト 清水哲郎

理の並存という状況におけるケアの倫理の基本的あり方を整理すると、別図のように、臨床倫理の3つの倫理原則としてまとめることができる（なお、別図中、①～④として示したものは、現在医学系学会では定説のように言及されることが多い、ビーチャム・チルドレスによる4原則に該当する）。医療活動に携わるときに、従事者たちはこれらの姿勢を体現しているはずである。このような姿勢をとりつつケアをおこなってこそ、従事者たちは医療ないしは介護を行っていると言えるからである。臨床の場において、倫理的に適切に対応することは、医療・介護をそれとして行っていることと同じなのである。

おわりに

本論においては、人間における倫理一般の成り立ちについての現状を前提とする論理的思考によって推定し、皆一緒の倫理および人それぞれの倫理の起源と、現代社会における両者の並存とブレンドという構造を見出した。次に、これを前提にして、医療・介護活動を、社会化したケアと捉え、原初的ケアの皆一緒の倫理の支配下における成り立ちから、現代社会における人それぞれの倫理の導入という理解によって、臨床現場における従事者たちの倫理の論理的構成を試みた。

【寄稿】

地域在住高齢女性への体操介入が心理面に及ぼす影響 — 独居者と独居以外の人で比較 —

中村和代

聖マリア学院大学

<キーワード>

高齢女性、独居者、体操介入、心理的効果

要約

平成25年、日本人女性の平均寿命は86.6歳となったが健康寿命との差は約13年である。高齢化率の上昇と共に高齢女性独居者の割合も増加傾向にあるが、独居は抑うつ傾向や自殺のリスク因子ともいわれている。健康寿命延伸に向けて、身体活動と運動は推奨されているが、体操が心理面におよぼす効果について家族形態別に検討したものは見当たらない。今回、体操教室に参加されている高齢女性を対象とし、独居者と独居以外の人で体操を行うことによる心理面への影響に差があるのかを検討した。結論として、体操教室に継続的に参加する事は、心理面にも良い影響を及ぼす可能性が示唆され、それは、独居以外の人においてより顕著であった。

I. 背景

平成25年現在、日本人の平均寿命は、男性80.2歳、女性86.6歳と男女とも前年より0.2歳上回っており今後さらに延び続けることが予測される。しかし、病気や寝たきり等で自立した生活ができない期間を差し引いた健康寿命は、平成22年時点で男性70.4歳、女性73.6歳であり平均寿命との差が男性では約10年、女性では約13年となっている¹⁾。平成25年度国民生活基礎調査による要介護度別にみた介護が必要となった主な原因をみると、要支援者では、関節疾患、運動器関連疾患の占める割合が36.1%で最も高い。特に60歳以降の女性においては、加齢に伴い骨粗鬆症の発生率が上昇しており、転倒・骨折などのリスクも高くなる。これら運動器の障害は生活の質に大きな影響を及ぼすことが推察される。また、わが国の高齢者の自殺者数は近年増加傾向にあり、平成25年は自殺者27,283人のうち60歳代が最も多い17.3%であり、60歳以上が全体の4割以上を占めていた。自殺の原因・動機では健康問題

が約7割で最も多く、特に、うつ病と身体の病気が6割以上を占め²⁾、人口学的要因では高齢者の独居がリスク要因³⁾であった。高齢者人口に占める独居高齢者の割合では、平成22年(2010)時点で、男性11.1%、女性20.3%であり、将来推計でも女性の顕著な増加が示されている¹⁾。

高齢女性の運動器障害および心理面の問題は、介護予防、健康長寿の面からも重要な問題と考える。健康寿命延伸に向けた取り組みとして、健康日本21でも身体活動と運動は推奨されているが、高齢者を対象とした運動や体操が心理面におよぼす効果について一定の見解は得られていない⁴⁾。散見される先行研究では、対象者数が少なく解析は男女合同であり、調査時期が運動介入から数カ月後のものもあり、運動の影響と解釈できるかは疑問が残る^{5)~9)}。また、体操が心理面におよぼす効果について家族形態別に検討したものは見当たらない。

今回は体操教室に参加されている高齢女性を対象とし、体操による心理面への影響について独居者とそれ以外の世帯の人で検討した。

II. 研究方法

1. 対象者および倫理的配慮

対象者は、運動指導士が女性を対象に1カ月に2回開催している体操教室の参加者のうち60歳以上で研究協力を同意された155名。研究実施に際しては、聖マリア学院大学研究倫理審査委員会の承認を得た。対象者へは書面および口頭で匿名調査である事、個人情報保護および協力を拒否した場合も不利益は被らない事等を説明し調査票への回答をもって同意の意思があると判断した。

2. 調査方法

1) 調査時期

平成24年7月から同年10月

2) 調査内容

対象者の特性として年齢、体操教室への参加回数、参加目的、家族形態、精神神経用剤服用の有無を調査、身体状況として身長(アズワン社の超音波測定式身長計)および体組成計(タニタ社インナーキャン50)を用い体重、体脂肪率、内臓脂肪レベル、筋肉量、推定骨量を測定し、ロコモティブシンドロームの有無として、信頼性、妥当性が検証済みの足腰指数25の簡易版である足腰指数5¹⁰⁾を調査した。また、気分・感情状態の調査としてProfile of Mood States (POMS)の日本語版POMS短縮版(以下、POMS)¹¹⁾を使用した。POMSは30項目からなり、0「全くなかった」-4「非常に多くあった」の5件法で選択する。「緊張・不安」「抑うつ・落ち込み」「怒り・敵意」「疲労」「混乱」「活気」の6つの気分(以下、6尺度)を同時に評価することができる信頼性は検証済みの尺度である。手引き書¹²⁾によると、被験者の生活場面における典型的かつ持続的な気分・感情を表すのには、「過去1週間」について問い、短時間での評価測定の場合は、「現在」「この3分間」などといった問いかけも可能である。本研究では、普段の気分・感情状態として体操前に「過去1週間の気分・感情」を問い、体操後には「現在の気分・感情」を問いかけた。

3. 解析方法

調査票の家族形態の項目に記入漏れがある人を除外し154名を解析対象とした。6尺度の値は標準化得点(以下、t得点)に換算し、t得点は、手引き書¹²⁾に基づき次のように判定した。健常値は「活気」尺度については40点以上、「活気」以外の5つの尺度については60点以下。要注意値は「活気」尺度については39点以下、「活気」以外の5つの

尺度については61-74点、受診考慮値は「活気」以外の5つの尺度については75点以上とした。足腰指数5については、6以上をロコモティブシンドローム該当者とした¹⁰⁾。

体操が心理面におよぼす効果について、独居者(以下、独居群)と独居以外の人(以下、独居以外の群)で2群に分け、体操前と体操後の6尺度のt得点についてF検定により等分散を確認し対応のないt検定、または、Satterthwaite検定を行った。また、各群における体操前後の6尺度のt得点の比較は、独居群ではウィルコクソンの符号付順位和検定、独居以外の群では対応があるt検定を行った。統計ソフトはSAS9.2を使用し有意水準は危険率を5%未満とした。

4. 体操内容

運動指導士の指導の下、音楽を流して90分間実施。主な内容は、ウォーミングアップ10分、立位でのストレッチ体操10分、座位と臥位での体操30分、課題曲の踊り20分、クールダウン10分であるが、その日の本人の体調に応じた無理のない範囲で行い、給水と休憩の時間を適宜入れて実施した。

III. 結果

1. 対象者の背景

対象者の家族形態をみると、夫婦のみが55人(36%)で最も多く、次いで夫婦またはどちらか1人と子ども39人(25%)、独居群は24人(16%)であった(表1)。対象者の特性について独居群と

表1. 家族形態別分布

| 家族形態 | 人(%) |
|------------|----------|
| 独居 | 24(15.6) |
| 夫婦のみ | 55(35.7) |
| 夫婦(一人)と子ども | 39(25.3) |
| 3世代同居 | 25(16.2) |
| その他 | 11(7.1) |

独居以外の群で比較した(表2)。2群間で有意差があったのは年齢と体重であり、年齢は独居群が74歳と高く、体重は独居群が47.8kgと低かった。身長、Body mass index、体脂肪率ほか、精神神経用剤服用者では2群間で有意差は無かった。体操教室への参加回数についても2群間で有意差は無かった(表3)。

表2. 対象者の特性

| 項目 | 独居群 (n = 24) | 独居以外の群 (n = 130) | p |
|--|--------------|------------------|---|
| 年齢 (歳) ²⁾ | 74.0 ± 5.1 | 69.3 ± 6.0 | * |
| 身長 (cm) ¹⁾ | 150.3 ± 4.7 | 151.6 ± 4.7 | |
| 体重 (Kg) ²⁾ | 47.8 ± 4.3 | 51.9 ± 6.8 | * |
| Body mass index (kg/m ²) ¹⁾ | 21.2 ± 2.8 | 22.6 ± 2.7 | |
| 体脂肪率 (%) ¹⁾ | 28.3 ± 5.0 | 31.0 ± 5.1 | |
| 内臓脂肪レベル ¹⁾ | 6.4 ± 2.0 | 6.9 ± 1.7 | |
| 筋肉量 (Kg) ¹⁾ | 32.4 ± 3.2 | 33.7 ± 2.8 | |
| 推定骨量 (Kg) ¹⁾ | 1.8 ± 0.2 | 2.0 ± 0.2 | |
| 体内年齢 (歳) ¹⁾ | 50.0 ± 5.5 | 49.5 ± 7.8 | |
| 足腰指数 ⁵⁾ | 2.7 ± 3.1 | 1.9 ± 2.5 | |
| ロコモティブシンドローム n (%) ³⁾ | 3(12.5) | 10(7.7) | |
| 精神神経用剤服用者 n (%) ³⁾ | 3(12.5) | 23(17.6) | |

1) 対応のないt検定 2) Satterthwaite検定 3) Fisherの正確検定
平均±標準偏差 * p < 0.05

表3. 独居群と独居以外の群での体操教室参加回数比較¹⁾

| 回数 | 独居 (n = 24) | 独居以外 (n = 130) | p |
|------|-------------|----------------|-----|
| 1-5回 | 3(12.5) | 20(15.4) | n.s |
| 6回以上 | 21(87.5) | 110(84.6) | |

1) Fisherの正確検定

2. 普段の気分・感情の状態について独居群と独居以外の群で比較 (表4)

体操前に調査した「普段の気分の状態」について、独居群と独居以外の群でt得点を比較した結果、「怒り-敵意」について独居以外の群が有意に高値であった。その他、「不安-緊張」「抑うつ-落ち込み」においては、独居群のt得点が高い傾向にあった。

3. 体操後の気分・感情の状態について独居群と独居以外の群で比較 (表5)

体操後の「現在の気分・感情の状態」については、「抑うつ-落ち込み」で独居群のt得点が有意に高値であった。その他「不安-緊張」「怒り-敵意」「疲労」「混乱」についても独居群のt得点が高い傾向にあった。

4. 独居群の体操前と体操後の気分・感情の状態の比較 (図1)

体操前の「普段の気分・感情の状態」については、「不安-緊張」「抑うつ-落ち込み」「怒り-敵意」「疲労」「混乱」のt得点は60点以下、「活気」のt得点は40点以上であり、6尺度すべて健常値の範囲内であった。体操後は、「不安-緊張」「抑うつ-落ち込み」「怒り-敵意」「疲労」のt得点は有意に改善し、「混乱」「活気」においても値は改善していた。

表4. 独居群と独居以外の群での体操前のt得点の比較

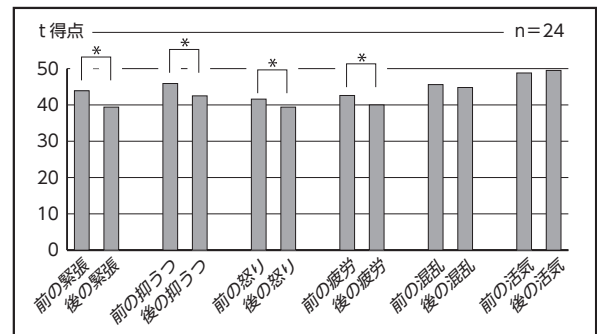
| POMS 6尺度 | 独居 (n = 24) | 独居以外 (n = 130) | p |
|------------------------|-------------|----------------|---|
| 不安-緊張 ¹⁾ | 43.8 ± 5.6 | 43.4 ± 6.2 | |
| 抑うつ-落ち込み ¹⁾ | 45.9 ± 4.9 | 44.8 ± 5.6 | |
| 怒り-敵意 ¹⁾ | 41.6 ± 4.4 | 44.6 ± 5.7 | * |
| 疲労 ²⁾ | 42.6 ± 5.4 | 43.6 ± 5.2 | |
| 混乱 ²⁾ | 45.6 ± 9.9 | 48.1 ± 6.0 | |
| 活気 ¹⁾ | 48.8 ± 8.6 | 46.91 ± 7.7 | |

1) 対応のないt検定 2) Satterthwaite検定
平均±標準偏差 * p < 0.05

表5. 独居群と独居以外の群での体操後のt得点の比較

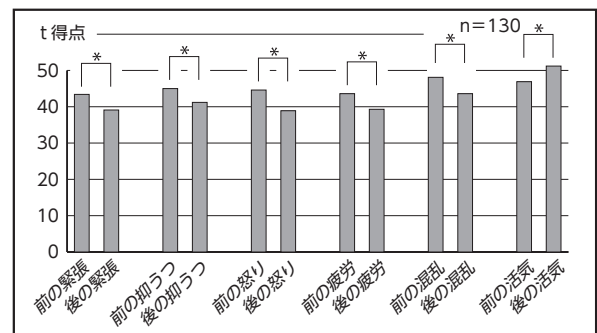
| POMS 6尺度 | 独居 (n = 24) | 独居以外 (n = 130) | p |
|------------------------|-------------|----------------|---|
| 不安-緊張 ¹⁾ | 39.4 ± 4.1 | 39.0 ± 4.3 | |
| 抑うつ-落ち込み ¹⁾ | 42.5 ± 2.3 | 41.2 ± 2.6 | * |
| 怒り-敵意 ¹⁾ | 39.4 ± 3.0 | 38.9 ± 2.8 | |
| 疲労 ²⁾ | 40.0 ± 5.3 | 39.3 ± 3.3 | |
| 混乱 ¹⁾ | 44.8 ± 5.1 | 43.5 ± 5.6 | |
| 活気 ¹⁾ | 49.5 ± 10.7 | 51.2 ± 11.9 | |

1) 対応のないt検定 2) Satterthwaite検定
平均±標準偏差 * p < 0.05



1) ウィルコクソンの符号付順位和検定 *p < 0.05

図1. 独居群の体操前後のt得点の比較¹⁾



1) 対応があるt検定 *p < 0.05

図2. 独居以外の群の体操前後のt得点の比較¹⁾

5. 独居以外の群の体操前と体操後の気分・感情の状態の比較 (図2)

体操前の「普段の気分・感情の状態」において、

6尺度のt得点は、すべて健常値の範囲内であったが、体操後は6尺度すべての値がさらに有意に改善していた。

IV. 考察

対象者の特性(表2)については、Body mass index、筋肉量、推定骨量および内臓脂肪レベルは、60-70歳代女性の標準的な値であり身体的に大きな偏りは無い集団と考える。しかし、ロコモティブシンドローム該当者は13人(7.6%)であり、65歳以上の女性を対象としたROAD Study¹³⁾でのロコモティブシンドローム該当者87人(23.2%)に比べ、かなり低い割合であった。体操の効果として筋力低下防止や平衡感覚の維持など身体面により影響を及ぼしていることが推察された。体操教室への参加回数(表3)をみると、毎月2回開催の教室に6回以上参加している人が87%であり、その中でも1年以上継続して参加している人が80%以上を占めていた。対象者の参加目的(図3)をみると、「健康のため」と「体力維

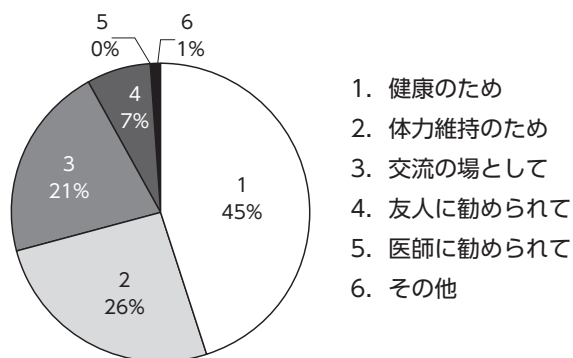


図3. 体操教室の参加目的(複数回答)

持のため」で約7割を占めていた。深堀ら¹⁴⁾は、介護予防行動に直接的な影響を及ぼす要因として健康管理自己効力感が強く影響すると述べている。本研究の対象者においても健康維持として体操教室に参加し、その効果を実感していることで継続的な参加に繋がっていることが推察された。

対象者の普段の気分・感情の状態について独居群と独居以外の群で比較した。両群共に6尺度すべてにおいてt得点は健常値であった(表4)。内山ら¹⁵⁾は、体操教室参加の高齢者は、日常生活動作のつらさが少なく抑うつ状態の可能性が低いと報告している。今回の対象者でも同様の可能性が考えられた。2群間で有意差があったのは、「怒

り-敵意」について独居以外の群のt得点が有意に高値で、「疲労」「混乱」についても独居以外の群のt得点が高い傾向にあった。独居者で日常生活が自立できている人は、自分のペースでの生活を営み、怒りの感情を抱くような出来事に遭遇する機会が少ないことが予想される。一方、3世帯同居者においては、世代間ギャップや価値観の相違、家族とのコミュニケーションがうまく取れないなどの問題から心の病気を誘発するリスクが潜んでいるという報告¹⁶⁾もあり、今回の対象者にもそれらの要因が関連している可能性が推察された。また、体操後の気分・感情の状態をみると、独居群に比べ独居以外の群が「抑うつ-落ち込み」においてt得点があり低値であり、「不安-緊張」「怒り-敵意」「疲労」「混乱」においても値は低く、「活気」は高い傾向にあった(表5)。体操による心理面への影響としては、独居以外の群がより顕著であった。日常生活において怒りの感情を抱くような場面が多い人は、特に家の外に出て他者と交流したり、体操などの身体活動を行うことが心の健康の面からも望ましいと考える。

両群それぞれにおいて体操前と体操後のt得点を比較すると(図1、図2)、両群とも、体操前の6尺度のt得点はすべて健常値であったが、体操後は6尺度すべてにおいて、t得点はさらに改善していた。体操教室に定期的に参加することが、普段の心理面へもよい影響を及ぼし、不安感、緊張感、抑うつ感などのコントロールへも効果的に働いていることが推察された。また、この体操教室では、曲に合わせた踊りも組み込まれており、長期的運動による自尊感情の改善や認知機能の改善の効果¹⁷⁾も期待できる。Happy People Live Longer(幸せな人は長生きする)といわれるように、ご機嫌、幸せでいることは、独立した健康長寿への大きな因子である^{18)~19)}。今回の対象者は、体操前も気分・感情状態は健常値であったが、体操によりさらに、緊張、抑うつ、不安などの気分状態の改善がみられていた。体操は即時的効果としての心理的効果と共に、将来的な健康寿命延伸へも寄与できることが期待できる。

研究の限界として、本調査は自記式質問紙である事、自ら体操教室に参加する意思があり参加できる状況にある人達である事、横断調査である事が挙げられ、結果の解釈に考慮する必要がある。今後の課題として心理面への影響を客観的に評価できる生化学的指標の検討等を考えている。

結論として、体操教室に継続的に参加する事は、気分・感情状態にも良い影響を及ぼし健康寿命延伸に寄与する可能性が示唆され、特に、それ

は独居以外の人において顕著であった。

V. おわりに

2025年には65歳以上人口が3人に1人、75歳以上人口が4人に1人となる推計が出された。今後、独居者や認知症高齢者の増加、医療費高騰による経済圧迫および高齢者多死問題などさまざまな社会問題が推測される。また、老老介護の割合も増加傾向にあり、主な介護者の70%は女性であるが、支援や介護を受けるのも70%は女性である。政府の「健康フロンティア戦略」でも介護予防、健康寿命の延伸に重点が置かれている。国民一人ひとりが自ら健康寿命延伸を意識し、生活の中に体操を取り入れるなどの生活習慣の見直しも重要である。合わせてさまざまな状況下にある高齢者の方々が、よりよい生活を送られるための支援について今後も模索していきたい。

謝辞

本研究の実施にあたり調査や身体計測に快くご協力いただきました対象者の皆様、また、体操前後の調査に際し、時間調整他、多大な御協力、ご配慮を頂きました運動指導士の皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 内閣府:平成26年版 高齢社会白書
- 2) 内閣府自殺対策推進室:平成25年中における自殺の状況,2014
- 3) 椿 広計,伏木忠義,久保田貴文:自殺の要因. 国立精神・神経センター精神保健研究所資料,2013
- 4) MCAULEY, E. & RUDOLPH, D.: Physical activity, aging, and psychological well-being. *Journal of Aging and Physical Activity*,3,67-96,1995
- 5) 北湯口純,鎌田真光,須藤晴紀,他:地域保健事業における水中運動を中心とする転倒予防の取り組みの効果分析, 身体教育医学研究,9,15-22,2008
- 6) 久保克彦,吉中康子,小川嗣夫,他:中高年者の運動継続への心理的援助の効果, 京都学園大学人間文化学会紀要,61-76,2008
- 7) 杉浦令人,櫻井宏明,和田弘,他:要支援・軽度要介護高齢者に対する集団リズム運動が心身機能にもたらす効果, 理学療法科学,25(2),257-264,2010
- 8) 丸山祐司,福川祐司,八百則和:地域在住高齢者の12カ月の心身の変化-運動教室参加者を事例として-,*Wellness Journal*,5(1),29-37,2009
- 9) 吉村良孝,沖嶋今日太,江崎一子:高齢者対象健康教室における参加者の感情プロフィールについて-POMSテストを用いた検討-,*総合健診*,33(5),12-15,2006
- 10) 星野雄一,星地都司:運動器診断ツール(足腰指数25)の開発, *医学の歩み*,236(5),371-376,2011
- 11) 横山和仁:POMS短縮版手引きと事例解説.1-8,105,東京,金子書房,2005
- 12) 横山和仁:診断・指導に活かすPOMS事例集.1-6,東京,金子書房,2002
- 13) Yoshimura N, Muraki S, Oka H, et al: Cohort Profile: Research on Osteoarthritis/Osteoporosis Against Disability study (ROAD) study. *Int J Epidemiol*.39,988-995,2010
- 14) 深堀 敦子,鈴木みずえ,グライナー 智恵子,他:地域で生活する健常高齢者の介護予防行動に影響を及ぼす要因の検討, *日本看護科学会誌*29(1),15-24,2009
- 15) Kaoru U, Kazuyo T, Ikuharu M, Physical and Mental Features of Elderly Persons Who Experienced Group Exercise for Care Prevention, *Nippon Eiseigaku Zasshi*,66(4),724-730,2011
- 16) 吉田健治: 高齢者の自殺とその対策について http://www.kyotogakuen.ac.jp/~o_human/pdf/association/2011/p2011_02.pdf
- 17) 渋谷智久,今野亮,山村伸: 運動・スポーツ活動とメンタルヘルス. *スポーツ精神医学*,165-167,2009
- 18) 坪田一男:日本抗加齢医学会員のアンチエイジング実践状況, *日本抗加齢医学会雑誌*,10(3),409-414,2014
- 19) Diener E, Chan MY: Happy People Live Longer; Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology:Health and Well-Being*.3,1-43,2011

【原著】

乳児を育てる母親が評価した 授乳・離乳に関するリソースの有効性

松原まなみ、井上 円*、田中千絵

聖マリア学院大学、*カーティン大学

<キーワード>

母乳育児、授乳、離乳

要約

母親が活用している授乳や離乳に関する情報リソースが母乳育児の成功にどのように影響しているかを把握する目的で、乳児を持つ母親341名に対し、生後3か月時、6か月に「授乳に関するサポートネットワーク活用質問紙:USNQ」を郵送し、リソースの有効性を評価するための質問紙調査を行った。

USNQには、授乳に関する11項目、離乳に関する6項目の質問項目が含まれており、それぞれの項目について7種の情報リソース（助産師・看護師、医師、夫、家族、友人・知人、マスメディア）各々の有効性を5段階スケールで評価する。結果、授乳に関する専門的ケア項目では看護職の評価得点が高く、情緒的サポートは、専門職（助産師・看護師、医師）と身近な支援者（夫、家族、友人・知人）はほぼ同等の評価であった。離乳食に関しては、乳児健診などでの離乳食指導以外は専門職の評価は低く、マスメディアの評価が最も高かった。母乳群と非母乳群において、差が見られなかった。夫の評価はいずれの項目においても低かった。

I. 緒言

母乳育児の確立、継続には母親を支えるサポートシステムや情報源の豊かさが影響することは、先行研究^{1)~7)}で明らかにされている。乳児を持つ母親は、授乳や離乳に関する知識、技術に関する情報を、どのようなリソースから獲得しており、どのリソースが有効であったと評価しているのだろうか？

本研究の目的は、①乳児を養育している母親は、授乳や離乳に関するサポートとしてどのようなリソースを活用しているか、②授乳や離乳に関するサポートとして活用したリソースに関して、その有効性を母親自身がどのように評価しているか、③それらが母乳育児の成功にどのように影響しているかを明らかにすることである。

II. 方法

1) 対象

A県内産科クリニック、およびB県内総合病院産科において、産科施設入院中の褥婦のうち、母乳育児の障害となるような母体および新生児の異常や疾患を有する者を除外した対象者に対し、産科管理者が説明文を持って研究への参加を依頼し、同意の得られた母親を対象とした。

2) 調査方法

調査には、USNQ:Utilization of Support Network Questionnaire¹⁾:授乳に関するサポートネットワーク活用質問紙を一部改変した質問紙を用いて生後3か月および6ヶ月時に無記名の郵送調査を行った。

USNQは、著者らが開発し、授乳・離乳に関する知識・技術に関してサポートの内容毎に、各リ

ソースの有効性を「5:とても役に立った」から「1:あまり役に立たなかった」の5段階リッカートスケールで評価するものである。質問紙に含まれる情報リソースは、①助産師・看護師、②医師、③夫、④実母や姉妹など夫以外の家族、⑤友人・知人、⑥本や雑誌、テレビなどのマスメディア、⑦インターネットなどその他の情報源の7項目で構成されている。

授乳・離乳に関する情報としての調査項目は、3か月、6ヶ月調査ともに、調査時点での栄養法すなわち、母乳栄養か、混合・人工栄養かについてたずねた。3か月調査では、母乳に関する知識、母乳の飲ませ方などの授乳技術、授乳用品の選び方、情緒的サポート、母乳育児支援システムの紹介など、授乳に関する知識や技術に関する11項目についてたずねた。6ヶ月調査では、離乳食開始時期、与え方など離乳食に関する4項目についてたずねた。質問紙の内容については表1に示した。

3) 分析方法

USNQで評価された①～⑦のリソース得点

表1. 授乳に関する質問紙 (USNQの一部抜粋)

| 【3ヶ月調査】 | | | | |
|--|---------------------------|--|-----------|----------|
| 授乳に関する下記の項目について、「誰(何)から」その情報を得て、それが「どの程度役に立ったか」について当てはまる数値に○をつけてください。 | | | | |
| 1) 出産前に知っていた、母乳に関する知識 | あまり役に立たなかった | | どちらとも言えない | とても役に立った |
| 助産師・看護師 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 医師 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 夫 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 実母や姉妹などの家族 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 友人、知人 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 本や雑誌、テレビ | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| その他の情報源() | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| ※以下、点数評価部分を省略し、項目のみ記載する | | | | |
| 2) 乳房・乳頭の手入れなどおっぱいの準備 | | | | |
| 3) 哺乳瓶や人工乳首など、授乳用品の準備や選び方 | | | | |
| 4) 母乳で育てるか人工乳か、授乳の方針を決める | | | | |
| 5) 抱き方や乳首の含ませ方など、母乳の飲ませ方 | | | | |
| 6) 哺乳瓶や人工乳首の使い方など、人工乳の足し方 | | | | |
| 7) 退院後、母乳のみでよいか、人工乳を補足するかどうか | | | | |
| 8) 搾乳の仕方や乳房・乳頭のマッサージなどのおっぱいケア | | | | |
| 9) 授乳トラブルなど母乳育児上の問題の解決 | | | | |
| 10) 母乳に関して自信をなくしそうな時の励ましや支え | | | | |
| 11) 母乳相談室や母乳育児支援グループなどの母乳育児支援システムの紹介 | | | | |
| 【6ヶ月調査】 | | | | |
| 離乳食に関する下記の項目について、「誰(何)から」その情報を得て、それが「どの程度役に立ったか」について当てはまる数値に○をつけてください。 | | | | |
| 1) 離乳食を始める時期 | あまり役に立たなかった | | どちらとも言えない | とても役に立った |
| 出産施設の助産師・看護師 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 乳児健診などでの離乳食指導 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 医師 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 夫 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 実母や姉妹などの家族 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 友人・知人 | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 本や雑誌、テレビ | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| その他の情報源() | 1-----2-----3-----4-----5 | | | |
| 2) 離乳食の与え方(離乳食の内容や量、進め方) | | | | |
| 3) 離乳食のつくり方 | | | | |
| 4) スプーンやマグなど、捕食器の準備や選び方 | | | | |

に関し、総得点の平均値をトータルスコア、i) 助産師・看護師、医師などの医療専門職、ii) 夫や家族、や友人・知人などの母親の身近にいる支援者、iii) 本、雑誌、テレビなどのマスメディアに分けてそれぞれの平均値を算出し、i) 医療専門職スコア、ii) 専門職ではない身近にいる支援者スコア、iii) マスメディアスコアとして、リソースのタイプ別に評価を行った。

統計解析にはSPSS for Windows ver.19を用いた。

4) 用語の定義

本研究でいう「リソース(資源:Resource)」とは、乳児期にある子供を持つ母親が、乳児期の栄養摂取、すなわち授乳や離乳に関する活動の為に利用可能なものをいう。書籍や雑誌などの物的資源と、人的資源とがある。一般的なリソースには、経済的資源も含まれるが、本研究では含まない。

5) 倫理的配慮

対象者には本調査結果を研究目的以外には使用しないこと、承諾の自由と拒否による診療や看護への影響がないことを保障することを文書を持って説明するなど倫理的配慮の元を実施しており、聖マリア学院大学倫理委員会の承認(H20-020)を得ている。

Ⅲ. 結果

1) 対象者の背景(表2)

調査対象356名のうち、A県内産科クリニックからは、175名、B県内総合病院産科からは166名、計341名の同意が得られた。初産婦176名(51.6%) 経産婦165名(48.4%) 平均年齢は29.2±4.9歳、分娩週数38.9±1.4週、出生時体重2987.5±369.0g、帝王切開施行率は20.8%であった。対象者の背景を表2に示す。総合病院は、地域周産期センター機能を有する病院であり、産科クリニックとは対象者の背景が大きく異なっており、母親の年齢、分娩週数、帝王切開率、分娩時母体異常、児の出生体重、早産率、出生時の異常およびGCU/NICUへの入院率に有意差がみられた。しかしながら、母乳育児に影響すると考えられる母児の疾患・異常のあるもの除外して対象者を選定したため、乳頭・乳房の異常や吸啜不良などには差がなかった。

生後3ヶ月時調査の回答は251名(クリニック124名、総合病院127名)、6ヶ月時調査の回答は

表2. 対象の背景

| <母> | 産科クリニック N=175 | 総合病院 N=166 | <児> | 産科クリニック N=175 | 総合病院 N=166 |
|---------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 初経別 n.s. | PP:46.1% MP:53.9% | PP:5.8% MP:4.2% | 性別 n.s. | 男児:55.6% 女児:44.4% | 男児:54.9% 女児:45.1% |
| 年齢(歳) P<0.01 | 27.9 ± 4.8 | 30.5 ± 4.9 | 出生体重 P<0.01 | 3053.2 ± 356.1 | 2922.3 ± 397.5 |
| 分娩週数(週) P<0.01 | 39.2 ± 1.2 | 38.5 ± 1.6 | 早産 P<0.01 | 10.3% | 27.7% |
| 帝王切開率 P<0.01 | 0% | 42.4% | 出産時の児の異常 P<0.01 | 0.3% | 4.2% |
| 分娩時母体異常 P<0.01 | 1.8% | 20.2% | 要治療 NICU/GCU入院 P<0.01 | 3.0% | 24.6% |
| 乳頭異常 扁平/陥没等 n.s. | 9.6% | 5.0% | 吸啜不良 n.s. | 4.2% | 6.5% |
| 乳房/乳頭トラブル(過度の緊満、乳頭亀裂など) n.s. | 3.0% | 2.1% | | | |

206名(クリニック96名、総合病院110名)から得られ、回収率はそれぞれ73.6%、60.4%であった。

2) 栄養法

3ヶ月時の母乳率は65.9%(クリニック68.3%、総合病院63.0%)、6ヶ月時の母乳率は63.7%(クリニック67.3%、総合病院60.0%)であった。

3) 母親が評価したリソース別の有効性

各項目について、母親が「有効である」と評価している度合いを7種のリソース別に比較し、内容ごとに有効性の認知パターンの相違について解

析するため、それぞれの質問項目に回答された得点の平均値を、折れ線グラフで図表化した。その結果、母親が評価した各リソース別の有効性得点は、得点分布パターンによって、5つのパターンに分類された。5つのパターン別の結果をそれぞれ図1~図5に示した。

さらに、各対象者の認知している授乳に関するリソースの総合評価としてトータルスコア、リソースのタイプ別に得点を総括したi) 医療専門職スコア、およびii) 身近にいる支援者スコア、iii) マスメディアスコアについて、内容別に評価パターンに相違が見られるかどうかについて、図2,3,4に棒グラフを併記した。

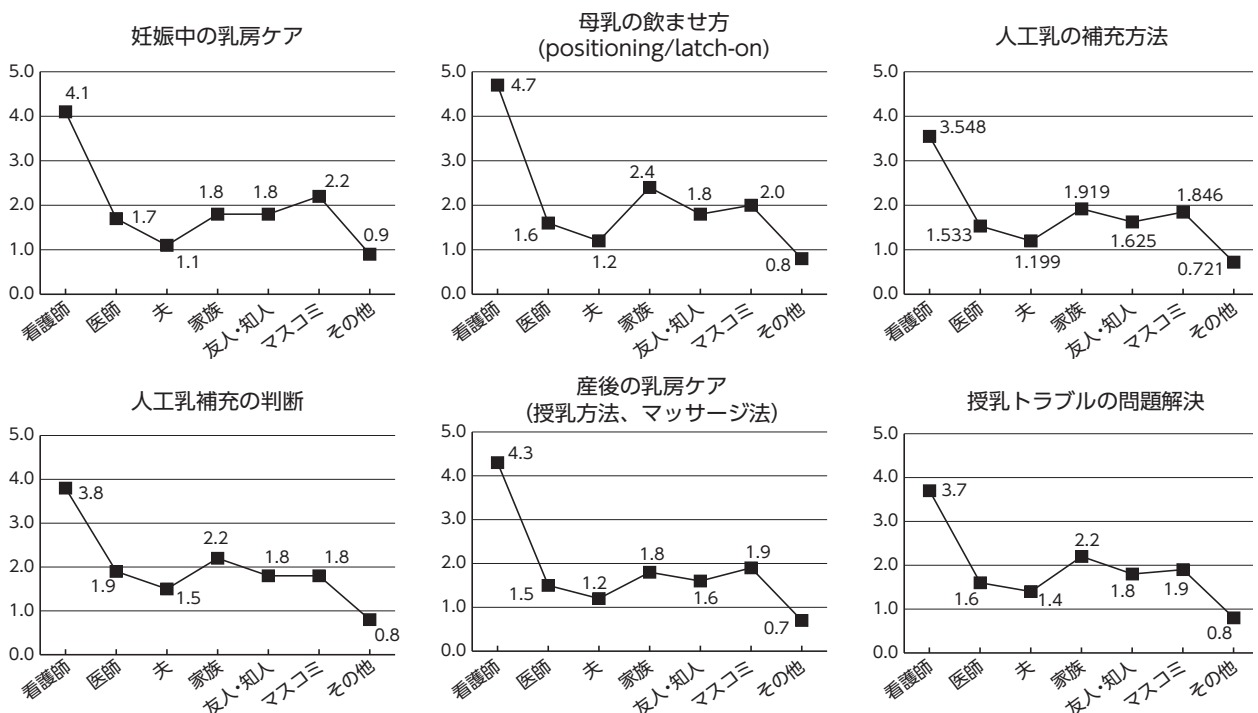


図1. 専門的ケアに関する項目

(1) パターン1 (図1) は、看護職の評価得点が特に高い情報領域で「専門的ケア項目」としてまとめられた。「妊娠中の乳房ケア」や「母乳の飲ませ方」、「人工乳の補充方法と必要性の判断」、「産後の乳房ケア(授乳方法やマッサージ方法)」や「トラブル発生時の問題解決」の6項目で、看護職に対する評価得点が3.5~4.7点と、他のリソースに比べ、どの項目においても高い得点を示した。夫の評価得点は1.1~1.5点と最も低く、次いで医師の評価得点も1.3~1.9点と低かった。専門的ケアに関する項目群では看護職以外のリソースはいずれも低い評価であった。家族、友人・知人・マスメディアの評価得点は1.8~2.4点の範囲にあり、同程度に有効であると評価されていた。

(2) パターン2 (図2) は、母乳で育てるか、人工乳かという「授乳方法の意思決定」に関する項目で、看護職の得点が3.7点と最も高く、役に立ったと評価されていた。2番目に高かったのは夫以外の家族の得点で2.7点、次いで友人、知人などといった身近な支援者の得点が2.1点、本やTVなどもほぼ同程度で役に立ったと評価されていた。

(3) パターン3 (図3) は情緒的サポートに関する項目で、「母乳に関して自信をなくしそうなときの励ましや支えになった」と評価されたり

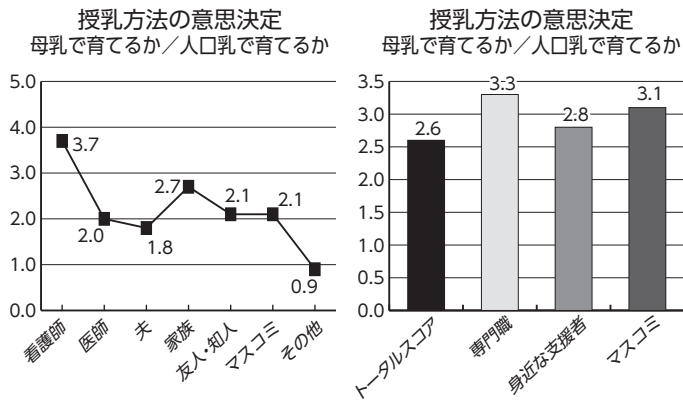


図2. 授乳法の意味決定

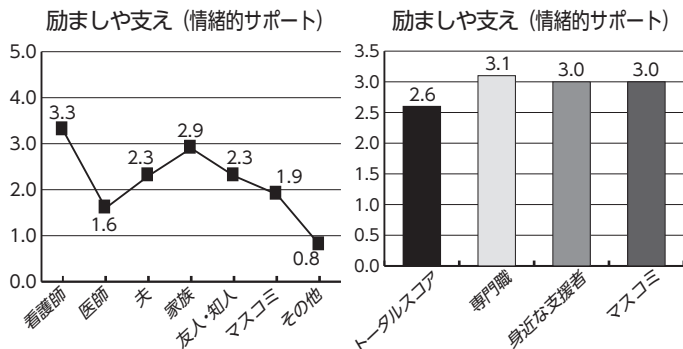


図3. 情緒的サポート

ソースとして最も高得点を示したのは看護職の3.3点、ついで夫以外の家族が2.9点であった。夫は友人・知人と同程度に評価されており、ともに2.3点であったが、医師の得点は1.6点と評価は低かった。すなわち、母乳に自信をなくした際、まずは看護職の支えが有効と評価しているが、情緒的なサポートとしては家族や友人知人なども身近な支援者も有効とみなされていることが明らかになった。

(4) パターン4 (図4) は、3点を上回る評価得点がなく、トータルスコアも2.1点程度と他の項目に比べてすべてのリソースが低得点領域に分布していたため、低得点項目としてまとめた。「授乳用品の準備や選び方」「母乳育児相談室や母乳育児支援グループなどの母乳育児支援システムの紹介」の項目はどのリソースも母親の評価が低く、「役に立った」とは評価されていなかった。

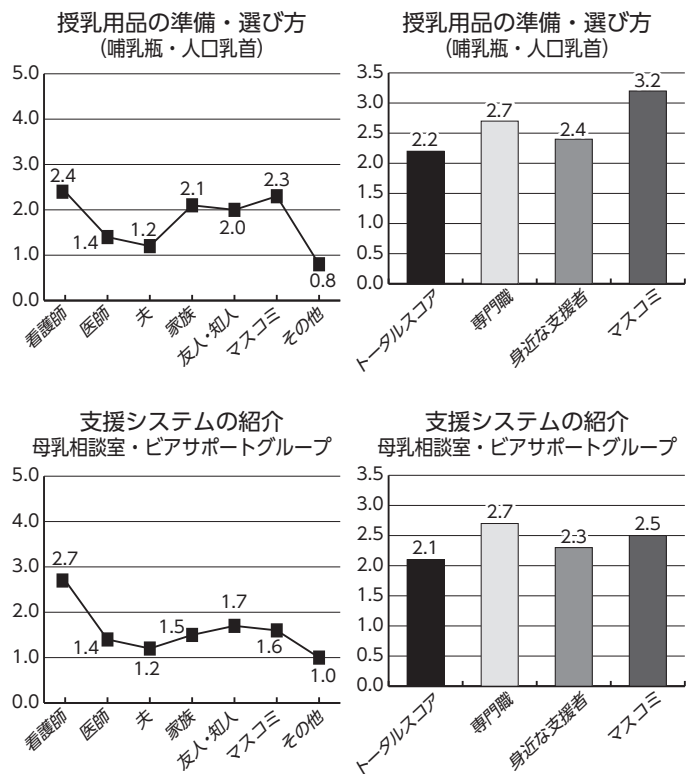


図4. 低得点項目

(5) パターン5 (図5) の離乳食に関する項目は、どの項目においても本・雑誌などマスメディアの評価が3.8~4.0点と高く評価され、次いで乳児健診などで実施されている離乳食指導が2.3~3.8点と高く評価されたものの、それ以外は専門職スコアの評価得点が低いという特有のパターンを示した。家族が2.6~3.0点、友人知人が2.7~3.0点と身近な支援者の評価も比較的高く、医師や夫の

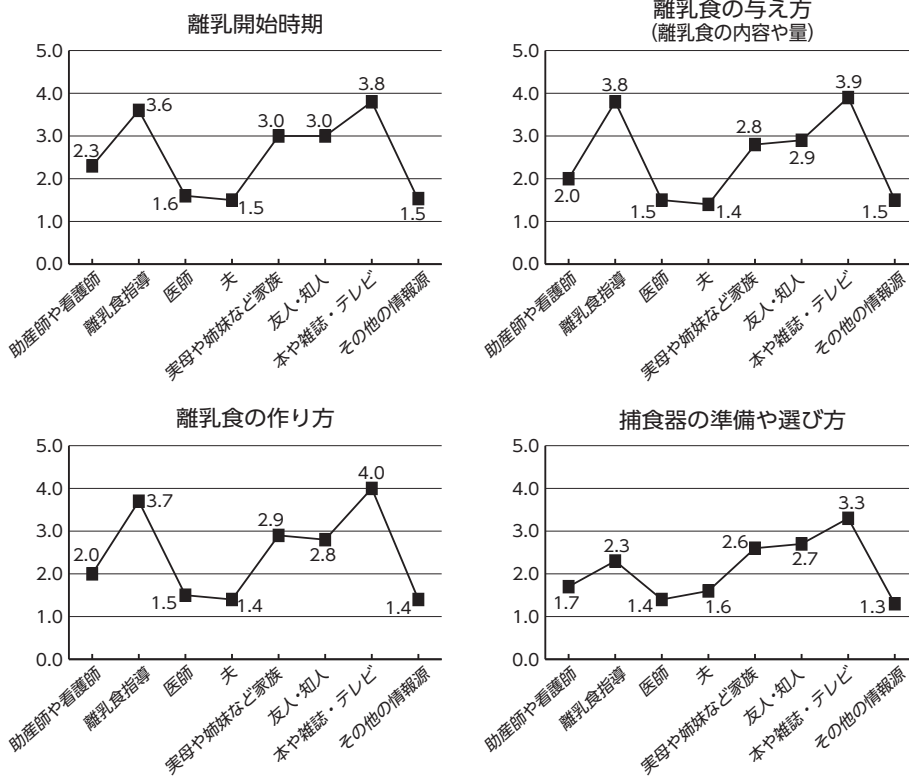


図5. 離乳食

表3. 3ヶ月時の栄養法と USNQ スコアの関係

| | 1) 母乳の知識 | 2) 乳房ケア (妊娠中) | 3) 授乳用品の選択 | 4) 意思決定 | 5) 母乳の飲ませ方 | 6) 人工乳補充方法 | 7) 人工乳補充の必要性 | 8) 乳房ケア (産後) | 9) トラブル解決 | 10) 情緒的サポート | 11) 支援システム紹介 | トータルスコア |
|------|-----------|---------------|------------|-----------|------------|------------|--------------|--------------|-----------|-------------|--------------|------------|
| 母乳群 | 2.4 ± 1.1 | 2.1 ± 1.1 | 2.2 ± 1.2 | 2.6 ± 1.3 | 2.3 ± 1.2 | 2.1 ± 1.1 | 2.3 ± 1.2 | 2.1 ± 1.2 | 2.2 ± 1.2 | 2.6 ± 1.3 | 2.1 ± 1.1 | 25.0 ± 1.2 |
| 非母乳群 | 2.5 ± 1.1 | 2.2 ± 1.1 | 2.3 ± 1.1 | 2.7 ± 1.1 | 2.2 ± 1.1 | 2.3 ± 1.2 | 2.4 ± 1.2 | 2.2 ± 1.0 | 2.3 ± 1.1 | 2.6 ± 1.1 | 2.3 ± 1.1 | 26.0 ± 1.1 |

評価得点は授乳と同様、離乳食に関する項目でも評価は低かった。

(6) 各リソースを「役に立った」と評価し、支援として活用した事が母乳育児の成功にどのように影響しているかを知る目的で、3ヶ月時における栄養法と、USNQの各項目における各リソース評価得点のトータルスコアの関連を見るために、各項目の平均値を母乳群と非母乳群(混合・人工栄養)で比較した。しかし、いずれの項目においても母乳群と非母乳群による差は見られなかった(表3)。

IV. 考察

1. 母親が評価したリソース別の有効性

1) 授乳に関する評価

母親たちは、人工乳の補充・必要性の判断や授乳トラブル発生時など、母乳育児上の躓きに際し

ては看護職をもっとも役に立つリソースとして評価しており、医師や夫については有効なリソースとして評価していなかった。また、母親たちは、授乳方法を決定する際、看護職を最も高く評価していたという結果から、授乳方法の決定に際しては看護職の指導や意見を参考にして授乳方法を決定していると考えられた。それらに次いで有効と評価されたのは、夫以外の友人知人であり、本やTVなどのマスメディアも活用している実態が明らかになった。

情緒的サポートに関しては、看護職を最も有効なリソースであったと評価しており、ついで、夫以外の家族や友人知人も頼りにしている実態が浮かび上がった。

また、「哺乳・乳首の選択」や「母乳育児支援システムの紹介」に関しては、どのリソースも評価得点が低く、「哺乳瓶や人工乳首の選択、母乳相談室やサポートグループなどを活用する際、母親は、リソースには頼らず、自分で選択・活用して

いる実態がうかがえた。手段的、情緒的サポートとしても有効な母親グループなどの「支援システムの紹介」は、WHO&UNICEFが示した『母乳育児成功のための10か条』の一条項にも挙げられている重要な項目であるにもかかわらず、どのリソースにおいても得点が低かったという結果は、母乳で育てる母親のための支援グループ作りを助け、それらのグループを紹介する」という活動が浸透していない実態を示すものであり、母乳率向上のためには、この事実を受けとめ、今後、われわれ専門職が推進すべき課題と考えられた。

2. 離乳食に関する評価

母親たちは、授乳に関する知識・技術と、離乳食に関する知識、技術に関しては異なる情報活用パターンをとっていた。離乳食に関する項目は、乳児健診などでの離乳食指導以外は専門職の評価得点が低く、本・雑誌などマスメディアの評価が高く、次いで、家族や友人知人などの身近な支援者の評価が高いという結果から、授乳に関しては専門職をリソースとして活用しているが、離乳食に関してはマスメディアや友人知人・家族を頼りにしており、自治体で行われている離乳食以外は、専門職からの情報は活用していないという実態が明らかになった。

日本の母子保健システムにおいては、産科施設は1か月健診以降のかかわりは薄くなり、その後は保健センターでの乳児検診へと移行し、離乳食指導は主として保健センターがその機能を担っている。対象とした母親たちは保健センター等で行われる離乳食指導は有効と認識していたが、実母や姉妹などの家族がほぼ同程度、それ以上に、本や雑誌、TVなどのリソースをより有効と認識していた。

今回の対象施設は、退院後も母乳相談外来があり、退院後も継続支援出来る体制を有していた。それにもかかわらず、この結果からは、どの施設も、離乳食支援までは母親をフォローできていないという課題を提示した。しかしながら、母親たちは、離乳食に関する知識や技術は母乳や授乳に関する相談とは異なり、医療・保健的な課題というより、育児に必要な一般的課題としてとらえていると捕らえることもでき、育児に関する知識・技術の提供とそのリソース活用には棲み分けがあることが伺えた。

3. リソースの評価・活用に関する文化的差異

筆者らは、かつて、米国の中流階級の母親を対象にした調査を基にUSNQを開発し、乳児を養

育している米国の母親たちが母乳育児を行う上で、どのようなリソースを活用しているのか、活用したリソースの有効性を母親自身がどのように評価しているか、サポートネットワークがどの程度充実しているか、それらが母乳育児の成功にどのように影響しているかについて調査¹⁾を行った。その調査では、母乳群の母親は、非母乳群の母親に比べ、USNQのトータルスコアが高く、各リソース項目のスコアが高いという結果を得た。すなわち、母乳育児を成功させた母親は、サポートネットワークが充実しており、さまざま項目について、ラクテーションコンサルタント(以下、LCとして示す)や医師などの専門職を情報リソースとして活用し、母乳育児を成功させるための支援として有効であったと評価していた。しかしながら、今回、日本人の母親を対象とした調査においては、3ヶ月時の母乳率とリソース活用実態との間に関連を見出すことはできなかった。今回の調査において、特に、授乳に関する専門的ケアに関する項目で、看護職の評価得点は家族、友人・知人・マスメディアの得点に比較して高く評価されていたことは、米国人褥婦を対象とした調査と同様の結果であった。しかしながら、アメリカ人の母親を対象とした調査との最大の相違は、夫に対する評価であった。

「母乳で育てるか、人工栄養で育てるか」といった授乳方法の意思決定に関しては、看護職の評価が最も高かったが、次いで、夫以外の家族や友人知人などの身近な支援者、マスメディアの評価得点も高かった。母乳で育てるか、人工栄養かを決める際、母親は専門職の意見を最も参考に行っているが、身近な支援者やマスメディアの意見も参考にしていることが伺われた。米国における調査では母乳で育てるか、人工栄養かという意思決定に際して、ラクテーションコンサルタントや看護師、意思などの専門職よりも夫の評価得点が高く、ついで友人、家族の得点が高いという特徴があった。

また、「母乳に関して自信をなくしそうなときの励ましや支えになった」といった情緒的サポートを提供したリソースに関しても、米国での調査結果とは大きく異なっていた。今回の調査では専門職の評価と、家族・友人知人など身近な支援者の評価得点が高かったにもかかわらず夫の評価得点が低い傾向にあったのとは逆に、米国での調査においては、母乳育児上、困難に直面した際に励まし、支え、自信を支えてくれる情緒的支援として最も高く評価されていたのは夫であり、次いで家族や友人の評価が高かった。看護師や医師の評

価得点は低かったものの、ラクテーションコンサルタントは情緒的支援の項目において、夫に次いで高く評価されていた。米国では各専門職の役割が明確に区別され、業務分担は明瞭になされている。米国で調査した施設ではラクテーションコンサルタントは、母乳育児の専門家として病棟に配置され、他の看護スタッフとは独立して哺乳支援業務を行っており、それが調査結果に明瞭に現れていたと考えられる。

また今回の調査では、夫の評価得点がすべて低く、日本人の夫は授乳、離乳に関しては有効なリソースとしては評価されていない実態も明らかになった。米国人の夫は初回授乳時の支援においてもラクテーションコンサルタントや看護師について高い得点を示し、妊娠中の授乳に関する情報提供といった役割においても高く評価されていた。

米国の母親は授乳に関するさまざまな項目で夫を有効なリソースとして評価していたが、今回、日本人の母親を対象とした調査においては、すべての項目で夫の評価得点が低かったという結果は、米国人と邦人の夫婦関係の相違やサポート活用の様式、困難に直面した際のコーピングパターンにおける文化的差異を示していた。特に、母乳で育てるか、人工乳を選択するかといった意思決定や、授乳で困ったときの精神的支えといった授乳に関する重要な局面において、米国の母親たちは、ラクテーションコンサルタントや医師などの専門職を高く評価すると同様に夫を高く評価していたにもかかわらず、日本人の夫は、妻から授乳に関する情報源としてはほとんど評価されていないという実態がうかがい上がった。

母乳育児の成功には、さまざまな情報リソースや支援が影響することは多くの研究¹⁾⁻⁷⁾で指摘されている。本研究結果から、各種リソースの活用方法やその有効性には文化的な相違が存在し、夫婦関係、家族関係に影響する文化的相違は、母親が子育てに関するリソースを活用する際にも影響していることが示唆され、母親を支援する際にはその差を考慮してケアに当たることの重要性が示された。

V. 総括

以上、総括すると、

1. 母乳の飲ませ方、人工乳の補充、産前産後の乳房ケアやトラブル解決など、授乳に関連するケアに関する項目では看護職の評価得点が高かった。

2. 授乳方法を決定する際は専門職の意見を最も高く評価していたが、身近な支援者やマスメディアの評価も高かった。
3. 情緒的サポート源としては、専門職と、家族・友人知人などの身近な支援者の評価得点は高かった。
4. 母乳に関するリソースとしての夫の評価得点は、いずれの項目においても低かった。
5. 授乳用品の選択、母乳育児支援システムの紹介に関しては、どのリソースも評価得点が低く、母乳育児の情報源として評価されていなかった。
6. 母乳群と非母乳群において、情報リソースの活用と有効性の評価得点には差が見られなかった。
7. 離乳食に関しては、乳児健診などでの離乳食指導以外は専門職の評価得点は低く、マスメディアの評価得点が最も高く、医療専門職、身近な支援者の評価はほぼ同等であった。
8. 各種リソースの活用やその有効性の評価には文化的な相違が存在し、母親を支援する際にはその差を考慮してケアに当たることの重要性が示唆された。

Acknowledgement

※本研究は、コンビ株式会社からの研究助成を受けて実施し、第51回日本母性衛生学会(於 金沢) 2010.11.6にて発表した。

文献

- 1) Buckner, E., & Matsubara, M. Support network utilization by breastfeeding mothers. *J Hum Lact*, 9 (4), 231-235. 1993
- 2) Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29 (4), 278-284. 2002
- 3) Giugliani, E. R., Bronner, Y., Caiaffa, W. T., Vogelhut, J., Witter, F. R., & Perman, J. A.. Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about fathers' knowledge of breast feeding. *Acta Paediatr*, 83 (11), 1127-1131. 1994

- 4) McLeod, D., Pullon, S., & Cookson, T.. Factors influencing continuation of breastfeeding in a cohort of women. *J Hum Lact*, 18 (4) , 335-343. 2002
- 5) Ministry of Health, Labour, & Welfare. (2005) . Infant nutritional survey in 2005. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare in Japan.
- 6) Scott, J. A., Landers, M. C., Hughes, R. M., & Binns, C. W.. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health*, 37 (3) , 254-261. 2001
- 7) Shepherd, K. C., Power, G. K., & Cater, H.. Examining the correspondence of breastfeeding and bottle-feeding couples' infant feeding attitudes. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3) , 651-660. 2000

The effect of the information resource relating to nursing and weaning using by mothers

Manami Matsubara, Madoka Inoue *, Chie Tanaka
St-Mary's Colledge, * Curtin University

<Key words>

breastfeeding, feeding, weaning

Abstract

The goal of the present study was to evaluate the effect of the information resource relating to nursing and weaning using by mothers for successful breastfeeding. USNQ (A questionnaire regarding to support -network during nursing and weaning) were mailed to 341 mothers with infants at the time of 3 months old and 6 months old. USNQ had 11 questions about nursing and 6 questions about weaning. Each question evaluated the effect of 6 information resources (a midwife, a nurse ,a doctor ,a husband, a family, a friend, an acquaintance) in 5 level of scale. A nurse had higher score with professional care for nursing. There was no significant difference between experts (a midwife, a nurse, a doctor) and relatives (a husband, a family, a friend, an acquaintance) with emotional support. Mass media had higher score with weaning while experts had lower score with weaning except supervising baby food at infant medical examination. There was no significant difference between breastfeeding and non- breastfeeding. A husband had lower score in every question.

【原著】

子どもの啼泣に対する母親の情動反応と共感性

松浦幹恵、松原まなみ*、平田真由**

東京医科大学八王子医療センター、*聖マリア学院大学、**九州電力株式会社

<キーワード>

啼泣、心拍、皮膚温、共感性、愛着

要旨

母親の共感性の度合いによって、子どもに対する愛着と啼泣に対する情動反応にどのような違いが見られるかを検討する目的で、妊娠後期の母親33名を対象に、共感性尺度と愛着尺度を用いて母親の心理特性を把握するとともに、情動反応として啼泣映像を觀賞させ、その開始時から終了までの皮膚温と心拍(HR)を測定し、変動量を算出した。

その結果、高共感性群の母親は子どもの啼泣映像によってHRが上昇した。一方、低共感性群の母親ではHRの下降を示すとともに、心拍、皮膚温変化が少なく、胎児愛着得点も低かった。また、母親のHR変動量が大きいほどその胎児愛着得点が高かった。

以上の結果、共感性と乳児への愛着および啼泣刺激に対する母親の情動には関連があることが示唆された。

I. 緒言

子どもの啼泣に対する母親の情動反応は、母親が子どもの泣いている状況をどのように感知(知覚)・解釈し、応答しようとするかを予測する手がかりと考えられている。

親が子どもの啼泣をどのように受け止め、解釈するかは親の対処行動を決定する上で重要であることが種々の研究によって示されている^{1) 2) 3)}。BellとAinsworth⁴⁾は、乳児の啼泣と親の応答性との関係を検討し、乳児の要求に母親が敏感に応答することが母子間の安定した愛着形成につながることを示唆している。Ainsworthら⁵⁾は、健康的な母子愛着が形成されるためには、母親が子どものCue(合図)を的確に感知(知覚)⇒解釈⇒応答する上で母親の感受性が重要性であるとし、その一つとして母親の共感性が母子間の愛着形成に深く関わっていると指摘している。

本研究の目的は、母親の共感性の違いによっ

て、子どもの啼泣に対する母親の情動反応に相違がみられるのかどうかを、生理学的指標を使って明らかにし、それらが子供に対する愛着とどのように関係しているのかを明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 研究対象

対象はA県内B助産所の妊婦健診に訪れた妊婦で、妊娠経過に異常の認められない妊娠後期の母親のうち、研究参加に同意の得られた妊婦33名である。

2. 研究の概念枠組み

母親が言葉を持たない段階にある子どもの要求を捉える際には、子どもからの何らかの合図(Cue)を感知してそれを解釈し、子どもの要求に

応えようとする⁴⁾。母親が子どもの要求に反応するためには、まずその合図 (Cue) を捉える必要があり、子どもの啼泣はその合図 (Cue) のひとつである。母親は、その合図 (Cue) に反応し、対処行動を示すが、母親が子どもからの合図 (Cue) を感知し、応答する過程には、快 (リラックス)・不快 (緊張・ストレス) といった情動反応を伴う。子どもの啼泣がストレス的な合図 (Cue) として感知されると、ストレス反応として心拍数が上昇する。また、古くから、情動と皮膚温との関係が指摘されており、不安、困惑、怒りなどの情動によって手指の皮膚温は低下し、安堵で回復する⁶⁾ こと、精神的負荷によって手指や鼻部皮膚温が低下することが示されている⁷⁾。

したがって、本研究では、乳児の啼泣という合図 (Cue) によってもたらされる母親の情動反応を、心拍数と皮膚温という二つの生理学的指標で捕らえることとし、母親の特性のひとつである「共感性」によって乳児が啼泣した際の情動反応に違いが見られるか、それらの反応と母親の子どもへの愛着に関連が見られるかを明らかにするために、以下に示す測定用具を用いて関連性を検証した。

3. 使用した測定用具

1) 情動反応

母親の情動反応は、不随意的自律反応である心拍 (Heart-Rate; 以下HRと略す) と、表面皮膚温によって測定した。心拍 (HR) は、心電図; 心拍監視装置 (日本コーリン(株) BP-508 typeS)、ディスプレイ電極 (スリーエム社製) を用いて、第 I 誘導により測定し、日本コーリン社製 Vital Sign Recorder Ver.1.0 によって数値に変換し、PC (NEC 社製) に記録した。皮膚温 (指尖部、鼻尖部) は、サーミスタを用いて、左手第 2 指の指尖腹側部と鼻尖部にピックアップを装着し、安立計器(株)社製 AM-7052 (E) DATA COLLECTER にて記録した。また、生理的反応と情動の関係を裏付けるため、補完的に面接を行い、啼泣に対しての感情・理由・対処法についての質問を行った。

2) 共感性:empathy

共感性とは、相手の経験していることについて見ているものが、相手の立場で経験する反応と定義する (Davis⁸⁾, 1994)。共感性の測定には、Davis⁸⁾ の The Interpersonal Reactivity Index (以下 IRI) を桜井⁹⁾ が日本語訳して作成した多次元共感測定尺度を用いた。IRI は、28 項目 (4 下位尺度、1~4 点、28~112 点) から

成り、得点が高いほど共感性が高いことを示す。IRI の 4 下位尺度の反復信頼性は 0.61~0.81 であり、Mehrabian & Ebstein¹⁰⁾ の開発した The Questionnaire Measure of Emotional Empathy : QMEE の日本語版¹¹⁾ との併存妥当性が確認されている⁹⁾。

3) 愛着:attachment

愛着とは、母親と子どもとの間に形成される愛情の絆と定義する (Bowlby, J.¹²⁾)。本研究では、妊娠中においては、母親から胎児に対する愛着、産後 1 ヶ月時は乳児への愛着を扱う。

胎児への愛着は Cranley¹³⁾ による Maternal-Fetal Attachment Scale (以下 MFAS) を成田ら¹⁴⁾ が日本語版に作成した Maternal-Fetal Attachment Scale Japanese Version (以下 MFAS-J) を用いた。これは、21 項目 (1~4 点、21~84 点) からなり、得点が高いほど胎児への愛着が高いことを示す。MFAS の信頼性は多数の研究により確立されており¹³⁾、MFAS-J の α 係数も 0.87 と内部一貫性が認められている¹⁴⁾。

分娩後の乳児への愛着は、Müller¹⁵⁾ の Maternal Attachment Inventory (以下 MAI) を中島¹⁶⁾ が日本語訳して作成した愛着尺度日本語版 (以下 MAI-J) を使用して産後 1 ヶ月時における乳児への愛着を調べた。これは、26 項目 (1~4 点、26~104 点) からなり、得点が高いほど乳児への愛着が高いことを示す。MAI の妥当性、信頼性はすでに確立されており¹⁵⁾、MAI-J の α 係数も 0.92 と内部一貫性が認められている¹⁶⁾。

4) 属性

母親の年齢・学歴・職業、子どもの数 (初経別)、きょうだい構成、子どもの養育経験を把握した。

4. データ収集方法

助産所の妊婦健診に訪れた母親に、乳児の泣いている映像を提示し、その際の情動反応を計測するとともに、以下に示す内容の質問紙への回答を得た。測定結果の解釈を補完する目的で、計測後、面接による聞き取り調査を行なった。さらに、産後 1 ヶ月時に郵送調査を行った。

5. データ収集手順

乳児が泣いている映像 (以下、「啼泣映像」と表す) は、育児生活上、母親が頻繁に関わることの多い空腹時の啼泣を撮影して用いた。啼泣映像 30 秒、静止映像 30 秒、微笑映像 30 秒を抽出し、静止・啼泣映像を 2 回、最後に微笑映像の順に各

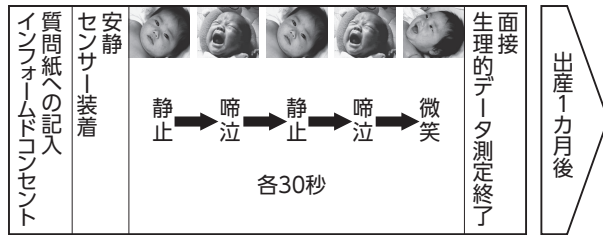


図1. データ収集の流れ

30秒のブラック映像のインターバルで構成した。データ収集のプロトコールを図1に示した。

データ収集は、空調管理のできる個室で、室温 25 ± 1 度、湿度40~60%の環境下で実施した。まず、対象者へのインフォームド・コンセントを得た後、質問紙にて、MFAS-J、多次元共感測定尺度および基本属性に関する質問への回答を得た。その後、センサーを装着し、リクライニングチェアで10分間椅座位安静の後、29インチテレビモニターを対象者から2メートル離れた位置に設置し、映像をビデオテープにて呈示した。ビデオの最終部分で啼泣映像刺激によるストレス緩衝作用を目的として乳児の微笑映像を呈示した。音量は、環境基準（環境省）を基に 50 ± 10 dBの範囲で、一定にして行なった。映像呈示時、対象者のHR、表面皮膚温を持続的に測定した。MAI-Jは産後1ヶ月時に回答を得、郵送にて回収した。

6. データ分析方法

1) 心拍 (HR)・皮膚温データの算出

心拍 (HR) は、2秒間隔でbeats/minを記録した。啼泣映像開始時をベースラインとして、30秒間のHR変化率を算出した。HR変動量は、映像呈示時間30秒間のうち、前半10秒間と後半10秒間の平均値の差によって求めた。

皮膚温は、1秒間隔で、表面皮膚温度を記録した。HRと同様に、啼泣映像開始時をベースラインとして、30秒間の皮膚温変化率を算出した。皮膚温変動量は、HR変動量と同様にして算出した。

2) 分析

静止映像、1回目の啼泣映像、2回目の啼泣映像の比較を行なった。前半10秒間、中間10秒間、後半10秒間の平均値を算出した。それぞれ映像開始時をベースラインとして、前半、中間、後半との比較をWilcoxonの符号付順位和検定を用いて行なった。共感性とHR・皮膚温変動との関連を見るため、Kruskal-Wallis検定を行い、Bonferroniによる多重比較を行なった。

HR変動・皮膚温変動と愛着との関連をみるた

め、HR・皮膚温変動量を基に、胎児愛着得点ならびに乳児愛着得点とのSpearmanの順位相関係数を算出した。

共感性と愛着との関連では、共感性の3群間の胎児愛着得点の差を見るため、Kruskal-Wallis検定を行い、Bonferroniによる多重比較を行なった。統計解析には、統計ソフトSPSS Version10.0J for Windowsを使用した。

7. 倫理的配慮

対象者には研究目的と研究の意義、使用する機器および方法の安全性について説明を行った後、本研究への参加は自由意思に基づくこと、協力の拒否と途中離脱の権利および研究への許諾が医療・看護サービスに影響しないことを保障し、収集したデータは個人が特定できないよう管理し、研究目的以外にはデータを使用しないことを文書および口頭で説明した上、同意を得た。さらに、計測中は妊婦の身体・心理的負担を考慮し、必要時には計測を中断するなど十分な配慮の元に実施した。得られたデータは研究室内で厳重に保管した後、研究終了後、シュレッダー処理を行った。

本研究はC大学倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 対象の属性

分析対象は、データ収集に協力の得られた33名のうち、未回答項目のあった者を除く31名(93.9%)である。初妊婦が10名(32.3%)、経妊婦が21名(67.7%)、平均年齢は、 28.9 ± 4.3 歳(range19~38歳)、平均妊娠週数は、 34.8 ± 3.2 週(range27~39週)であった。

2. 属性と共感性・愛着との関連

多次元共感測定尺度 (IRI) を用いた母親の共感性得点の平均値は、 73.7 ± 6.0 点(range66~86点)、母親の年齢、職業の有無、初経別、教育歴、養育経験の有無によって共感性得点を比較したところ、いずれも有意差はなく、妊娠週数に関してのみ、共感性得点と正の相関が認められた($r=0.37$, $p<0.05$)。本調査による多次元共感測定尺度の信頼係数は、Cronbach's $\alpha = 0.57$ であった。

MFAS-Jを用いた母親の胎児愛着得点の平均値は、 91.7 ± 12.1 点、母親の年齢、妊娠週数、職業の有無、初経別、教育歴、養育経験の有無に

よって胎児愛着得点を比較したところ、有意差はなく、本調査におけるMFAS-Jの信頼係数は、Cronbach's $\alpha = 0.83$ であった。妊娠期の胎児に対する愛着の回答を得た対象者のうち、MAI-Jによる乳児愛着の回答が得られたのは17名で、MAI-Jを用いた17名の産後1ヶ月時点における乳児愛着得点の平均値は、 96.2 ± 7.7 点、MAI-Jの信頼係数はCronbach's $\alpha = 0.91$ であった。妊娠期の胎児愛着と産後1ヵ月後の乳児愛着との関連を確認するため、Spearmanの順位相関係数を算出したところ、胎児愛着と乳児愛着との間に正の相関が認められた ($r = 0.74$, $p < 0.01$)。

3. 情動反応

実験開始から終了までのHRおよび皮膚温の変化を個人間で比較したところ、多様なパターンが認められた。啼泣・静止映像呈示によるHR・皮膚温の変化を比較するため、各時間における変化を映像呈示開始時100とした比率で表し、HRおよび皮膚温の変化率を算出した。さらに、それぞれの映像呈示30秒間を10秒間ごとに区切り、前半10秒間・中間10秒間・後半10秒間のHRおよび皮膚温の平均変化率を算出した。

啼泣映像呈示により、1回目の映像開始時のHRが有意に上昇したが ($p < 0.05$)、2回目では有意な変化は見られなかった。静止映像呈示においては、途中、ややHRの減少が見られたものの有意な差はなく、後半には開始時点とほとんど変わらない値を示した (図2)。

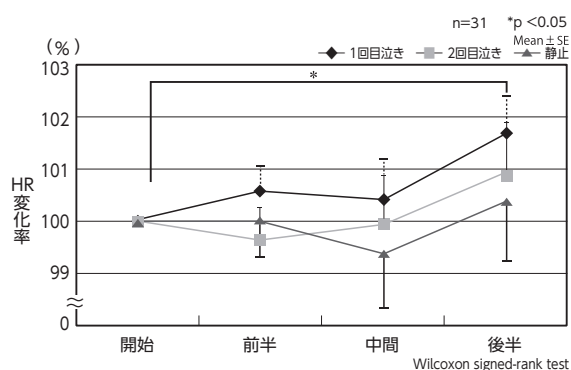


図2. 映像呈示によるHRの変化率

鼻尖部皮膚温では、1回目の啼泣映像呈示において、映像開始から後半にかけて低下を示したが ($p < 0.01$)、2回目の啼泣映像では、低下率が少なく、有意な変化は認められなかった。静止映像では、前半・中間とやや低下したものの、後半では映像開始時とほとんど変わらない値であった

(図3)。指尖部皮膚温では、1回目の啼泣映像は呈示開始から中間にかけて0.96%の低下を示した ($p < 0.05$)。2回目の啼泣映像呈示ではわずかに上昇がみられ、静止映像では、0.16%の上昇を示した ($p < 0.05$) (図4)。すなわち、母親は、静止映像より啼泣映像を呈示されたときに、より大きな情動反応を示したことが分かる。また、母親達は1回目に呈示された啼泣映像の方により強く反応していた。本研究で、1回目の啼泣映像呈示時のHRおよび皮膚温を分析に使用したのは、この理由による。

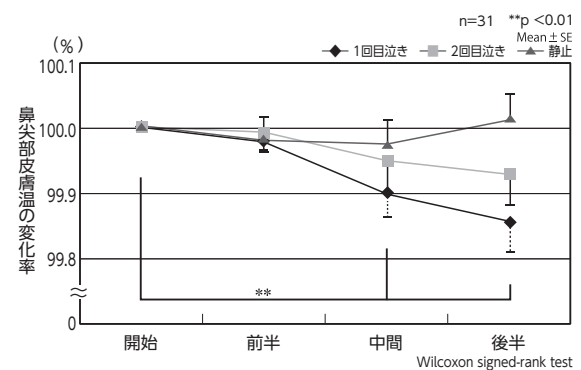


図3. 映像呈示による鼻尖部皮膚温の変化率

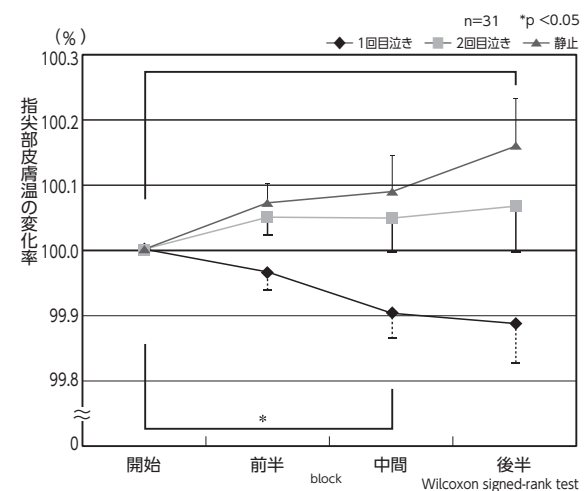


図4. 映像呈示による指尖部皮膚温の変化率

4. 母親の共感性と啼泣に対する情動反応との関連

1) 共感性とHR変動との関連

共感性の違いにより啼泣に対する情動反応に違いが見られるかを確認するために、共感性の平均値 ± 1 標準偏差を基準に、80点以上を共感性の高共感性群、67点以下を低共感性群、68~79点を中間群の3群にグルーピングを行なった。その結果、高共感性群は6名、低共感性群4名、中間群21名であり、得点の平均値は、高共感性群83.0

± 2.4点、低共感性群 66.6 ± 2.4点、中間群 72.4 ± 3.8点であった。

これら3群の経時的HR変化率を比較したところ、高共感性群と中間群においては、啼泣映像開始時から終了までの30秒間にHRが上昇傾向にあるのに対して、低共感性群は、低下傾向にあった(図5)。啼泣映像呈示前半10秒間と後半10秒間におけるHRの平均値の差をHR変動量とし、共感性の3群間で比較すると、多重比較では、共感性の高・低2群間に差が認められ、高共感性群は低共感性群に比べHR変動量が有意に高かった($p < 0.05$) (図6)。

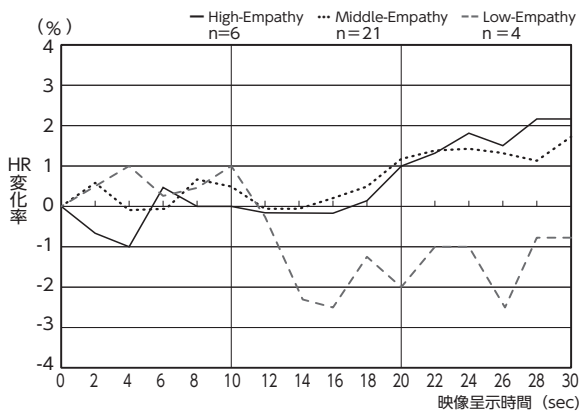


図5. 泣き映像呈示時における共感性の3群によるHR変化

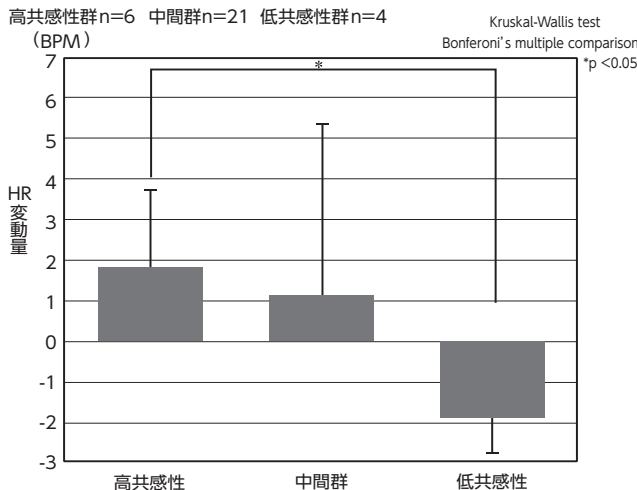


図6. 共感性3群におけるHR変動量の比較

2) 共感性と皮膚温変動との関連

共感性の3群において、指尖部ならびに鼻尖部皮膚温の変動を比較したところ、鼻尖部皮膚温において、高共感性群は、啼泣映像開始時から終了までの30秒間に低下傾向にあるのに対して、中間群・低共感性群は、変動が少ない傾向にあった

(図7)。HRと同様に、共感性の3群間において鼻尖部皮膚温の変動量を比較すると、高・中・低の順に皮膚温変動量が小さい傾向にあったが、有意差は認められなかった(図8)。指尖部皮膚温の変化率においては、3群とも低下傾向にあり(図7)、共感性の3群間において皮膚温変動量に有意差は認められなかった。

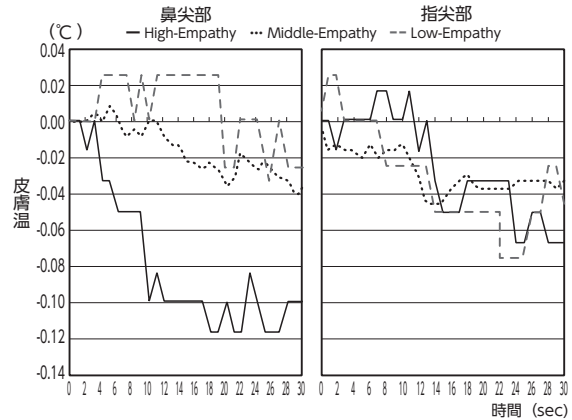


図7. 泣き映像呈示時における共感性3群による皮膚温変化

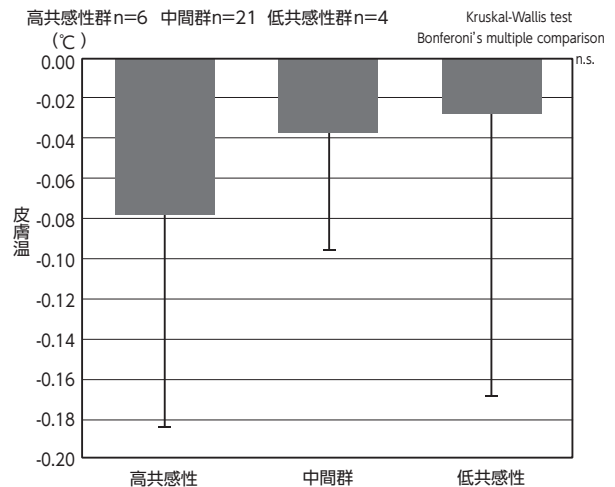


図8. 共感性3群における鼻尖部皮膚温変動量の比較

5. 啼泣に対する情動反応と愛着との関連

情動反応と愛着との関連を見るために、Spearmanの順位相関係数を算出した。その結果、啼泣映像呈示前半10秒間と後半10秒間におけるHRの平均値の差をHR変動量とした場合、HR変動量と胎児愛着得点との間に正の相関が見られた($r = 0.57, p < 0.01$) (図9)。

HRと同様の算出法による皮膚温の変動量においては、鼻尖部・指尖部皮膚温ともに胎児愛着得点との間に有意な相関は認められなかった。

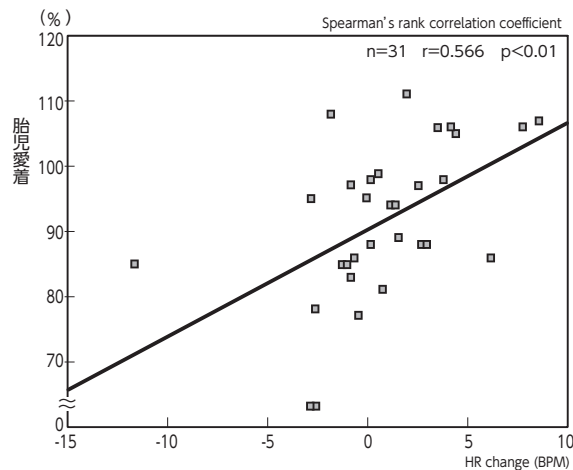


図9. HR変動量と愛着との相関

6. 母親の共感性と愛着との関連

共感性の高・中・低3群における胎児愛着の平均値は、高共感性群 96.5 ± 5.5 点、中間群 93.0 ± 12.1 点、低共感性群 77.3 ± 10.0 点であった。共感性の違いによる愛着得点を比較するため、共感性の3群間において胎児愛着得点を比較したところ、3群間に有意な差が認められ ($\chi^2(2) = 7.28, p < 0.05$)、多重比較では、高共感性群は、低共感性群に比べ、胎児愛着が有意に高く ($p < 0.05$)、中間群は、低共感性群に比べ、胎児愛着が有意に高かった ($p < 0.05$) (図10)。

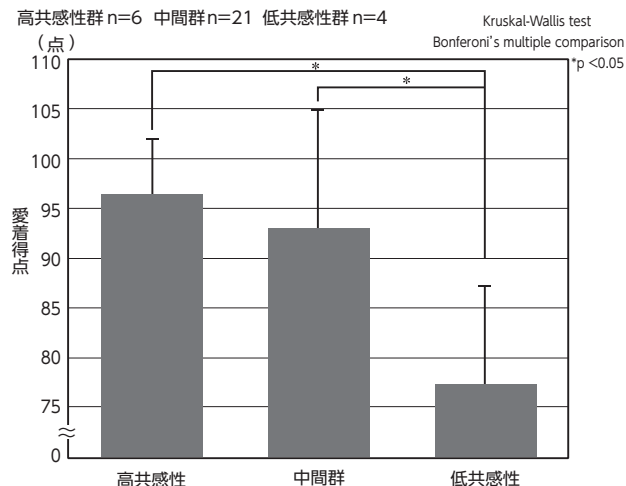


図10. 共感性3群における愛着得点の比較

IV. 考察

1. 母親の共感性

共感性を測定するために用いた多次元共感測定尺度は、Davis⁸⁾によって開発された The Interpersonal Reactivity Index (IRI) を桜井⁷⁾が

日本語訳したものである。Davisによると、The Interpersonal Reactivity Index (IRI) の4下位尺度における内部一貫信頼係数は0.70~0.78、反復信頼性は0.61~0.81であり¹⁷⁾、本研究結果においては、Cronbach α 信頼係数は0.57であり、先行研究よりやや低い値を示したものの妥当な結果であったと考える。多次元共感測定尺度は、Mehrabianら¹⁰⁾の The Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE) の日本語版である情動共感測定尺度¹¹⁾との併存妥当性が認められている⁹⁾ものの、内部一貫性に関しては十分検討されていないのが現状である。桜井も、尺度の構成や妥当性、信頼性に関してさらなる検討の必要性を述べている。本結果からも、多次元共感測定尺度の信頼性・妥当性については十分とは言えず、再度検討の必要があると考える。

共感性を扱った先行研究においては、その定義について役割取得や視点取得による「他者感情の理解」といった認知的側面を強調する立場と「他者感情の代理的経験」といった情動的側面を強調する立場から数多く議論されてきたが、一致した見解が得られているとは必ずしも言えない。近年では、認知的側面と情動的側面のどちらかを重視するよりも、両面を考慮したものが多くなってきている¹⁸⁾。共感性の測定方法は、特定の状況において喚起される「状態共感」と、個人の特性としての「特性共感」を測定するもの到大別され、前者では質問紙法、他者評定法、生理学的反応を測定する方法があり、後者では、ある場面の情動を推測させる Picture-Story 法、共感的傾向を回答する質問紙法、他者評定法がある。

本研究では、母親の共感性を特性共感として、その測定に質問紙法を用いたが、一般的な特性共感の測定にとどまり、母子関係において特有な共感を扱うまでには至らなかった。石井ら¹⁹⁾は、母親役割獲得と共感性との関連を報告し、母親役割に影響する共感性の本質を明らかにする必要があると述べている。本研究結果においても、母親の共感性の解釈とそれに伴う測定方法の選択について、再度検討する必要があると考えられる。さらに、母親の共感性のどのような側面が母子関係に影響するのかを明らかにした上で共感性を扱っていかなければならないと考える。

2. 胎児愛着と乳児愛着

胎児愛着の測定に用いた MFAS-J は、Cronbach α 信頼係数0.83と高い値を示した。MFAS は、Cranlay¹³⁾によって開発され、その妥

当性・内部一貫性については、既の実証されている。これをもとに成田ら¹⁴⁾が日本語版 MFAS-J を作成したところ、Cronbach α 信頼係数 0.87 であった。これらと比較しても、今回の調査において、MFAS-J は高い内部一貫性を示したと言える。

乳児愛着の測定に用いた MAI-J は、Cronbach α 信頼係数 0.93 と高い値を示した。MAI を開発した Müller¹⁰⁾ は、産後 1 ヶ月の母親を対象とした調査を行い、内部一貫性を示す Cronbach α 信頼係数が 0.85 であったと報告している。中島¹⁶⁾ は、これをもとに日本語版を作成・調査し、Cronbach α 信頼係数 0.92、反復信頼性 0.84 であったと報告している。これらと比較すると、本研究の内部一貫性は、先行研究¹⁶⁾ と同等に高い値を示したといえる。

また、本研究において、本来は乳児への愛着を見るべきところ、胎児愛着を代用した。大村ら²⁰⁾ は、妊娠期の愛着と産後の愛着との関連を検討した中で、胎児愛着が産後の乳児愛着を予測しうると述べている。このように妊娠期の胎児向けの愛着が、産後の乳児に対する愛着を反映することを確認するために、本研究では胎児愛着と乳児愛着との相関を見た。その結果、胎児愛着と乳児愛着との間に正の相関が見られた。即ち、妊娠期における胎児に対する愛着が高い母親ほど、産後 1 ヶ月時における乳児に対する愛着が高いことを示し、大村らの研究を支持する結果となった。

さらに、産後までフォローできた対象の 55% で胎児愛着と乳児愛着との高い相関が認められた。本研究では、対象数の確保と研究期間の限界のため、乳児に対する愛着の代わりに妊娠期における胎児愛着を使用したが、胎児愛着は産後の乳児愛着を予測しうるものと考えられ、産後の乳児に対する愛着の代用として妥当な結果が得られたと考えている。

3. 情動反応

各映像呈示による HR の変化は、静止映像に比べ、啼泣映像呈示による変化が比較的大きく、その中でも 1 回目の啼泣映像呈示時における HR の変化率が大きく増加した。また、皮膚温においても、静止映像では変化率が少なく、啼泣映像での変化率が大きかった。つまり、母親は、静止映像に比べ、啼泣映像呈示によってより大きな情動反応を示し、また、1 回目と 2 回目の啼泣映像では、2 回目の啼泣映像に比べ、1 回目の啼泣映像呈示のほうがより強く情動反応を示すことが確認された。この結果に従い、本研究では 1 回目の啼泣映

像呈示時の HR および皮膚温を、共感性との関連を見るための解析に使用した。

4. 母親の共感性と子どもの啼泣に対する情動反応との関連

1) HR の変動

今回の調査では、共感性の高い母親は、子どもの啼泣映像を呈示されると HR が上昇し、共感性の低い母親では反対に下降した。心臓には、交感神経と副交感神経（迷走神経）の両方が分布しており、交感神経は心臓活動を促進させ、副交感神経は抑制的に作用する²¹⁾。本研究の結果から、自律神経系の反応において、共感性の高い母親は、子どもの啼泣という危急事態を示す Cue に対峙するため、交感神経が優位な状態へと反応したことによって HR が上昇したと考えられる。

Wiesenfeld ら²²⁾によると、出産経験のない成人女性に対して子どもの啼泣映像を呈示したところ、共感性の高い人は、映像呈示開始から 5 秒間において HR が明らかに上昇し、共感性の低い人では、有意な心拍変化は見られなかったことが報告されている。また、共感性の高い人は、共感性の低い人に比べ、「子どもを抱き上げたい」といった主観的要求を示したことも報告されている。本研究において、情動反応を解釈する補完的な手段として母親にインタビューを実施した。その結果、高共感性群の母親は、子どもの泣いている理由について、【抱っこ】、【オムツ】、【授乳】といった具体的な養育行動を挙げていたのに対して、低共感性群のは、【機嫌が悪い】、【さみしい】、【かまってほしい】などの主観的な内容にとどまっており、共感性の高い人は、共感性の低い人よりも、子どもの啼泣映像に対して生理的に敏感であり、具体的な行動に結びつく可能性が高いことが示唆された。高橋²³⁾は、私的な状況で子どもの啼泣する声を不快と感じた母親は、そうでない母親よりも HR が大きく低下し、感情を示す尺度で比較すると、感情が低い母親のほうが HR が低下したと報告している。本結果と照合すると、低共感性の母親の HR 変化と一致する。行動喚起の点からみると、低共感性の母親は子どもの啼泣に対してネガティブにとらえ、それに応答するだけの情動反応が喚起されにくい可能性があると考えられる。

本研究において、共感性の高い母親に HR の上昇がみられたことは、母親の内面で、子どもの啼泣に対して何らかの行動を起こすための準備としての反応が喚起されていることを示していると解釈できる。また、共感性の高い母親は、共感性の低い母親に比べ、その準備としての反応がより喚

起され易いと考えられ、Wiesenfeldら²²⁾の研究を支持する結果となった。

2) 皮膚温の変動

末梢皮膚温の変動は、アドレナリン作動性の交感神経性血管収縮線維によって支配されており、交感神経活動の亢進と抑制にともなう血管収縮活動の増減によって起こる²¹⁾。本研究において、共感性の高い母親は、共感性の低い母親にくらべ、有意な差ではないものの、鼻尖部皮膚温の低下傾向がみられた。また、指尖部皮膚温では共感性の3群における有意な差は見られなかったものの、ともに低下傾向を示した。宮坂ら²⁴⁾のサーモグラフィを用いた顔面皮膚温の感情評価の検討では、恐れ的情動喚起刺激に対し顔面の皮膚温が低下したことが報告されている。指尖部皮膚温については、本多ら²⁵⁾が、情動喚起刺激の違いによる指尖部皮膚温の変化を検討しており、ネガティブ刺激に対して指尖部皮膚温の低下が見られたと報告した。これは、啼泣映像によって、血管収縮線維の活動化が亢進し、血管平滑筋が収縮することによって血流量が減じ、その結果として皮膚温が低下したことが考えられる。HRの変動においても共感性の高い母親のほうが、交感神経活動の亢進が大きく見られる傾向を示しており、啼泣映像に対して情動が喚起され、母親の行動を起こすための準備状態を反映するものと考えられる。

皮膚温変動はHR変動のような有意な差は認められなかったことにより、本研究で用いた刺激ビデオの子どもを啼泣映像が、刺激の強さと持続時間において皮膚温変動の反応閾値に達していなかった可能性が考えられる。しかし、通常の育児生活においては、「何をやっても啼泣止まない啼泣」が存在し²⁶⁾、そのような状況下においては、交感神経の亢進により血管反応をもたらすような情動反応が喚起されていることも充分予測される。情動反応としての皮膚温変動に関しては、啼泣刺激の条件設定を変化させ、更なる検討が必要であると考えられる。

5. 子どもの啼泣に対する情動反応と愛着との関連

本研究では、刺激(合図:Cue)に対する母親の情動反応の変化を示す「感受性」の一指標としてHRを扱ってきたが、先行研究^{27) 28) 29)}と照らし合わせた結果、HRの変動量と愛着との関連から、HRは母親の感受性を充分反映するものであった。自律神経活動を反映するHR変動量と愛着との間には、正の相関がみられた。これは、啼泣という刺激に対して、HRが上昇傾向にある母親ほど胎児に向ける愛着が強いことを示し、逆にHR

が下降傾向にある母親ほど、胎児に向ける愛着が低いことを示していると考えられる。

母親の感受性に関する先行研究²⁷⁾では、子どものシグナルに対して敏速かつ効果的に反応する母親は、そうでない母親よりも子どもとの安定した愛着関係にあることを見いだしている。このことより、子どもの啼泣刺激と対峙したとき、交感神経優位な状態となる母親ほど、胎児に向ける愛着が強いと解釈することができ、妊婦においても啼泣に対して情動反応が喚起され、何らかの行動を起こす準備状態に至る母親ほど、胎児に向ける愛着を強く示すと推測できる。

このように感受性の高い母親においては、子どもの啼泣によって、何らかの行動の準備状態が喚起され、子どもの啼泣にตอบสนองしようとする行動につながっていくと予測される。こうした感受性の高い母親の行動が、早期の母子相互作用の形成に重要であり、その後の母子の絆、愛着形成にもつながっていく³⁰⁾と考えられる。

6. 母親の共感性と愛着との関連

共感性の高い母親は、共感性の低い母親に比べて、胎児に向ける愛着が強いことが明らかとなった。この結果から、共感能力の高い母親は、共感能力の低い母親に比べて、胎内に存在するわが子に対する愛着が形成されやすいと考えられる。共感性の高い母親は、胎内に存在するわが子の胎動を感じ、それに対して共感的に感じ取ることができ、お腹をさすったり、声かけをしたりするなどの何らかの応答が予測される。そして、自らの体を感じる胎動を胎児からの発信と意味づけることによって母-胎児間のコミュニケーションが生まれ³¹⁾、胎児への愛着が高まったものと考えられる。

共感性は、向社会行動、特に愛他的行動の動機付けにとって重要なものである。母親の共感性は、子どもの共感性の発達に大きな影響を与えるといわれている²⁹⁾。共感的な母親は、子どもの欲求や興味を中心にした養育態度を増し³²⁾、子どもの共感性を高める方向に働きかけることができると推測できる。

7. 母親の共感性と情動反応・愛着との関連

本研究より、共感性の高い人は、共感性の低い人と比べ異なるHRパターンを示し、子どもの啼泣刺激に対して生理的に敏感であることが示唆された。啼泣により情動反応が喚起される母親は、胎児に対する愛着が強く、産後の愛着にも関連していた。

Feshbach³³⁾によると、自分の子どもに共感的な母親は子どもの考えや感情に注目し、これらの感情を理解し、共有できるという。子どもにとってこのような母親の共感性は、自分が理解されたことの感覚として経験され、母親への子どもの愛着を深めていく。そうした母子間の相互作用により、愛着がより形成されていくと考えられる。一方、共感性の低い母親は、子どもの感情とCue(合図)に対する感受性が低いため、子どもの要求を満たすことができず、子どもに対して自分が理解されないという感情を与えることになる指摘されている¹⁾。また、Frodiら³⁴⁾は、虐待を行なう親たちが泣いている乳児のビデオテープを見たとき、虐待しない親よりも多くの怒りを感じ、乳児への同情が少ないことを示しており、共感する傾向が低いと報告している。即ち、共感性の低い母親は、子どもの行動を的確に理解できないため、子どもの要求に対して適切な応答ができず、ひいては虐待にいたる可能性が高くなるのではないかと考えられる。

本研究において、共感性の異なる妊娠期の母親が、乳児のCue(合図)である啼泣に対して異なる情動的反応を示し、胎児に対する愛着に影響するという結果が得られた。つまり、共感性の高い母親は、子どもの啼泣に対してより強い情動反応を示し、愛着が形成されやすい傾向であることを示した。

母親の共感性は、子どもの感情認知、共感性の発達に重要な役割を果たしていることが多数の研究者により示唆されている^{23) 35) 36)}。Bowlby¹²⁾は、乳児は誕生時から社会的情動シグナルを発しており、主に養育者の感情を手がかりに応答するような生まれ持つ傾性があるとしている。共感的な母親の場合、子どものシグナルに対して感受性のある反応を示すことより、乳児は母親の感情を手がかりに感情認知が発達すると考えられる。

このように、母親の共感性レベルが、子どものCue(合図)に対する感受性と愛着に関連があるという結果は、母親あるいは母親になる準備段階にある人に対してより子どもに対する感受性を高めるよう、指導的・援助的介入の必要性・重要性を示すものと解釈できる。母親の共感性という側面から感受性ならびに愛着を早期に評価し、妊娠期から継続的に母子関係の構築にむけて支援していくことが重要であると考えられる。

8. 研究の限界と展望

本研究では、母親の共感性と、子どもの啼泣に対する情動反応、愛着との関連を検討した。その

結果、共感性の違いによって、異なるHR反応パターンが確認され、啼泣によって情動反応が喚起される母親は、胎児に対する愛着が強く、産後の愛着にも関連があることが示されたが、本研究では、注意刺激(Cue)に対する対処行動までは扱わなかったため、喚起された情動反応が、子どもの啼泣に対する適切な行動に結びつくか否かという結論を導くことはできない。しかしながら、将来、歪みを生じる可能性のある母子関係をいかに早期に予測し、援助するかに応用できる可能性という点において、本研究結果は臨床的意義があると考えている。共感性という母親特性の異なる母親が、子どもに対してどのように関わり、愛着・母子関係を築いていくのかを長期的に観察するとともに具体的援助策の検討を行うために本研究結果は活用できると考えている。

本研究では、共感性を母親の持つ一つの特性として扱ってきたが、発達心理の分野では、共感性は乳児期に共感的反応の形で既に存在し、年齢とともに発達して学童期・青年期までにほぼ完成すると言われている³⁵⁾。一方、共感性の認知的側面は、年齢とともに発達していくという見解もあるものの、思春期以降の共感性の発達に関するコンセンサスは得られていない。石井ら¹⁹⁾は、妊娠や出産・育児という体験が、母親の母性意識やマタernalアイデンティに影響し、母親役割と関係の深い共感性を変化させる可能性があるとして述べている。今後、母親の共感性が、妊娠・出産・育児を体験することにより変化していくのかどうか縦断的に調査し、また下位尺度レベルでの比較により、母親の共感性のどのような側面が重要であるかを明らかにする必要があるだろう。

本研究において、皮膚温変動と愛着との相関は認められなかった。皮膚温は、HRと同様な自律神経系における神経性調節とともに体液性調節とを受けて変化する。一般に神経系による体温調節反応は速く、ホルモンなどの化学物質による体液性の調節反応は遅いとされる²¹⁾。これをふまえ、本研究結果は、皮膚温変動そのものが啼泣刺激に大きく反応しなかったこと、刺激間でのインターバルでは前刺激反応からの影響が完全に回復していなかったことが考えられ、刺激の条件設定を再度検討し、皮膚温の測定部位や測定パラメータの選択、測定条件等の検討を行なう必要があると考えられる。

本研究では、対象数が少なく、これらの結果を一般化するには限界があると思われる。上述のような要素をふまえ、対象数を増やし、再度検討する必要があると考えている。

VI. まとめ

1. IRI (多次元共感測定尺度) を用いて、妊娠後期の妊婦 33 名を高共感群、低共感群に分け、乳児の啼泣に対する情動反応 (HR 変動、表面皮膚温) の違いを測定した。
2. MFAS-J (胎児愛着尺度) を用い、共感性高・低 2 群の胎児愛着の違いを測定した。
その結果、
3. 子どもの啼泣映像は、母親の心拍数上昇という情動反応を喚起し、特に、最初の刺激によってより強い反応を示した。皮膚温変化も心拍数変化と同様の傾向を示したが、心拍数ほど明瞭な変化を示さなかった。
4. 共感性の高い母親は、子供の啼泣映像によって HR の上昇を示し、共感性の低い母親は、HR の下降を示した。
5. HR 変動の大きい母親ほど、胎児に対する愛着得点が高く、産後の愛着得点も高かった。
これらの結果から、
6. 妊娠期における母親の感受性、共感性ならびに母-胎児間の愛着を早期に評価し、母親の感受性を高めて母子間の愛着形成を促すために、本研究で取り扱った指標が活用できる可能性が示唆された。

文献

- 1) 嶋田容子, 板倉昭二: 乳児の啼泣声の母親の解釈 (速報). 母性衛生. 48 (2) :337-339, 2007
- 2) 岡本美和子, 松岡恵: 生後 1~2 ヶ月児の持続する啼泣に対する初産婦の対処の実態とその影響要因. 日本助産学会誌. 15 (3) , 2001
- 3) 堀井満恵, 笹野京子, 符井沙織, 他: 母親が児の啼泣方を判別する能力獲得に關与する要因の検討. 富山医科薬科大学看護学会誌. 4 (2) :33-42, 2002
- 4) Bell, S. M., & Ainsworth, M. D. Infant crying and maternal responsiveness. Child Development. 43:1171- 1190, 1972
- 5) Ainsworth, M. D. S. et al: Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation and at Home. Hillsdale, Lawrence Erlbaum, N.J. 1978
- 6) Mittelman, B. & Wolff, H. G.: Emotions and skin temperature, Observations on patients during psychotherapeutic (psycho-analytic) interviews.

- Psychosomatic Medicine. 5. 211-231, 1943
- 7) 吉田倫幸・菊本誠・松本和夫: 白色雑音に対する鼻部皮膚温と主観的狀態の対応. 生理心理学と精神心理学: 13. 29-38, 1995
 - 8) Davis, M. H.: Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. Journal of Personality and Social Psychology. 44 (1) : 113-126, 1983
 - 9) 桜井茂男: 大学生における共感と援助行動 - 多次元共感尺度を用いて -. 奈良教育大学紀要. 37 (1) : 149-154, 1988
 - 10) Mehrabian, A., & Epstein, N.: A measure of emotional empathy, Journal of Personality, 40:525, 1972
 - 11) 高木秀明: 情動的共感性と援助行動の關係に關する研究. 日本教育心理学会第 18 回總會発表論文集: 448-449, 1976
 - 12) Bowlby, J. 黒田実郎訳: 新版. 母子關係の理論. 愛着行動. 岩崎學術出版社, 1991
 - 13) Cranley, M.S. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nursing Research, 30 (5) : 281-284. 1981
 - 14) 成田伸, 前原澄子: 母親の胎児への愛着形成に關する研究. 日本看護科学会誌. 13 (2) : 1-9, 1993
 - 15) Müller, M.E.: A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. Journal of Nursing Measurement. 2; 129-141, 1994
 - 16) 中島登美子: 母親の愛着尺度日本版の信賴性・妥当性の検討. 日本看護科学学会誌. 21 (1) : 1-8, 2001
 - 17) Davis, M. H., 菊地章夫訳: 共感の社会心理学. 人間關係の基礎. 川島書店, 1999
 - 18) 大住真理, 明田芳久: 母子の共感的關係の構造 - 子どもの年齢および母親の特性共感との關連. 上智大学心理学年報. 21:59-69, 1997
 - 19) 石井邦子, 森恵美, 前原澄子: 妊娠期における母親役割獲得プロセスと共感性の關連について. 日本看護科学学会誌. 17 (4) : 37-45, 1997
 - 20) 大村典子, 山磨泰子, 松原まなみ: 周産期における母親の内的ワーキングモデルと胎児および乳児への愛着. 日本看護科学会誌. 21 (3) : 71-79, 2001
 - 21) 宮田洋監. 藤沢清編: 新生理心理学 (第 1 卷) 生理心理学の基礎, 初版第 3 刷. 北大路書房, 2003

- 22) Wiesenfeld, A. R.: Individual differences among adult women in sensitivity to infants: evidence in support of an empathy concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (1) : 118-124,1984
- 23) 高橋有里, 桐田隆博: 乳児の啼泣声が育児中の母親に及ぼす心理生理的影響: 育児ストレスとの関連性、電子情報通信学会技術研究報告、HIP, ヒューマン情報処理.106(410) :69-74,2006
- 24) 宮坂康敏, 内田雅文, 井出英人: 顔面皮膚温による感情の評価. 電子学会論文誌.117 (11) -C:87-88,1997
- 25) 本多麻子, 正木宏明, 山崎勝男: 情動喚起刺激が自律神経系の反応特異性に及ぼす影響. 生理心理,20 (1) :9-17,2002
- 26) 岡本美和子, 松岡恵: 出産後1~2ヶ月における児の持続する啼泣に直面した初産婦の危機状態. 日本女性心身医学会雑誌.8 (1) :85-92, 2003
- 27) Pederson, D. R., Karin, E. G., & Moran, G., et al.: Maternal attachment representation, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Development Psychology*, 34 (5) : 925-933,1988
- 28) Atkinson, L.Niccols, A.& Paglia, A., et al.:A meta-analysis of time between maternal sensitivity and attachment assessments: implications for internal working models in infancy/toddlerhood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17 (6) : 791-810,2000
- 29) Vereijken, C. M. J. L., Riksen-Walraven, M., &Kondo-Ikemura, K. Maternal sensitivity and infant attachment security in Japan: a longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 21 (1) : 35-49, 1997
- 30) 前原邦江: わが子の合図をよみとる感性を高める看護援助-産褥早期の母子相互作用のアセスメントから-. 母性衛生.47 (2) :439-438,2006
- 31) 岡本依子, 菅野幸恵, 根ヶ山光一: 胎動に対する語りにみられる妊娠期の主観的な母子関係: 胎動日記における胎児への意味づけ. 発達心理学研究.14 (1) :64-76,2003
- 32) 寺見洋子, 奥井利佳: 幼児・児童の共感性の発達と母親の養育態度および共感性との関係. 幼児児童教育研究.2:15-24,1990
- 33) Feshbach, N. D.:Parental empathy and child adjustment / maladjustment. In N. Eisenberg & J.Strayer (Eds.), *Empathy and its development*. Cambridge University Press. Cambridge,1987
- 34) Frodi, A:Child abusers' responses to infant smiles and cries. *Child Development*, 51:238-241,1980
- 35) 澤田瑞也: 共感の心理学-そのメカニズムと発達-. 第2版. 世界思想社,1993
- 36) 渡辺弥生, 瀧口ちひろ: 幼児の共感と母親の共感との関係. 教育心理学研究.34 (4) :324-331,1986

The influence of mothers' sympathy on their attachment and emotional reaction to crying babies.

Mikie Matsuura, Manami Matsubara *, Mayu Hirata **
Hachioji Hospital, *St-Mary's Colledge, ** Kyushu Electric Power Co., Inc.

<Key words>

crying, heart rate, skin temperature, empathy, attachment

Abstract

The goal of the present study was to investigate an influence of mothers' sympathy on their attachment and emotional reaction to crying babies.

31 mothers in late pregnancy were examined their sympathy and attachment by using sympathy scale and attachment scale. They were also measured their heart rate and skin temperature during the video observation of a crying baby. The fluctuation amount of each measurement was calculated as the emotional reaction.

The mothers with higher sympathy increased heart rate by the video. On the other hand, the mothers with lower sympathy decreased heart rate by the video. They also indicated less fluctuation amount of heart rate and of skin temperature by the video and lower score of attachment. The mother with larger fluctuation amount of heart rate indicated higher score of attachment.

The result implied significant relationship among mothers' sympathy and their attachment and emotional reaction to babies' crying.

【報告】

大学と病院で兼務する 慢性疾患看護専門看護師の活動の実際

中尾友美、布井清秀*、福井卓子**、日高艶子、
鷲尾昌一、橋口ちどり***、中島成子***、松尾ミヨ子

聖マリア学院大学、*聖マリア病院糖尿病内分泌内科、
聖マリア病院生活習慣病科、*聖マリア病院看護本部

<キーワード>

門看護師、大学院教育、慢性疾患看護

はじめに

近年の高度先進医療の発達、医療依存度の高い自宅療養者の増加、ヘルスケアニーズの多様化などから専門性の高い看護師の育成が必要となり、1996年より専門看護師(CNS:Certified Nurse Specialist)の認定が開始された¹⁾。日本看護系大学協議会と日本看護協会が連携し運営する専門看護師制度は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた専門看護師を社会に送り出すことにより、保健医療福祉の発展に貢献し看護学の向上をはかることを目的としている¹⁾。専門看護師教育は大学院教育であるため、文部科学省認可の大学院教育課程に専門看護師教育を組み込む形で行われており、専門看護師教育部分の認定は日本看護系大学協議会が実施している。

表1に示すように慢性疾患看護を含む11分野(がん看護、精神看護、地域看護、老人看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護、急性・重症患者看護、感染症看護、家族支援、在宅看護)の専門看護師教育が2013年現在、88大学院228課程で実施されている¹⁾。専門看護師は、専門看護分野において、①実践:個人、家族及び集団に対して卓越した看護を実践する、②相談:看護者を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う、③調整:必要なケアが円滑に行われるために、保健医

表1. わが国の専門看護師(文献1を一部改変)

| | 領域 | 看護の専門性 |
|----|-----------|--|
| 1 | がん看護 | がん患者の身体的・精神的な苦痛を理解し、患者やその家族に対してQOL(生活の質)の視点に立った水準の高い看護を提供する |
| 2 | 精神看護 | 精神疾患患者に対して水準の高い看護を提供する。また、一般病院でも心のケアを行う「リエゾン精神看護」の役割を提供する |
| 3 | 地域看護 | 産業保健、学校保健、保健行政、在宅ケアのいずれかの領域において水準の高い看護を提供し、地域の保健医療福祉の発展に貢献する |
| 4 | 老人看護 | 高齢者が入院・入所・利用する施設において、認知症や嚥下障害などをはじめとする複雑な健康問題を持つ高齢者のQOLを向上させるために水準の高い看護を提供する |
| 5 | 小児看護 | 子どもたちが健やかに成長・発達していけるように療養生活を支援し、他の医療スタッフと連携して水準の高い看護を提供する |
| 6 | 母性看護 | 女性と母子に対する専門看護を行う。主たる役割は、周産期母子援助、女性の健康への援助、地域母子援助に分けられる |
| 7 | 慢性疾患援助 | 生活習慣病の予防や、慢性的な心身の不調とともに生きる人々に対する慢性疾患の管理、健康増進、療養支援などに関する水準の高い看護を行う |
| 8 | 急性・重症患者看護 | 緊急度や重症度の高い患者に対して集中的な看護を提供し、患者本人とその家族の支援、医療スタッフ間の調整などを行い、最善の医療が提供されるように支援する |
| 9 | 感染症看護 | 施設や地域における個人や集団の感染予防と発生時の適切な対策に従事するとともに感染症の患者に対して水準の高い看護を提供する |
| 10 | 家族支援 | 患者の回復を促進するために家族を支援する。患者を含む家族本来のセルフケア機能を高め、主体的に問題解決できるように身体的、精神的、社会的に支援し、水準の高い看護を提供する |
| 11 | 在宅看護 | 在宅で療養する対象者及びその家族が、個々の生活の場で日常生活を送りながら在宅療養を続けることを支援する。また、在宅看護における新たなケアシステムの構築や既存のケアサービスの連携促進を図り、水準の高い看護を提供する |

療福祉に携わる人々の中のコーディネーションを行う、④倫理調整:個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる、⑤教育:看護者に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす、⑥研究:専門知識及び技術の向上並びに開発をはかるために実践の場における研究活動を行う、の6つの役割を果たすことが求められている¹⁾。

聖マリア学院大学においては2012年より慢性疾患看護の専門看護師教育課程が設置されている。慢性疾患看護専門看護師(以下慢性CNS)の活動は、がん看護など他分野の専門看護師と同様に、「実践」「調整」「相談」「教育」「研究」「倫理調整」といった役割を活用し、所属する施設において看護外来の開設や地域連携システムの構築、チーム医療の推進など看護の質の向上にも寄与している²⁾。そのような実践者を教育するには、実践に関わる指導者が大きな役割を果たす必要があるため、演習や実習科目では専門看護師が講師となる場合が多く、専門看護師の所属する施設が実習場所として選択されるようになってきている。しかし、専門看護師教育課程を進めるための困難として、専門看護師教育を担当できる教員や適切な実習機関が少ない³⁾とされているように、十分な教育環境が整っているとは言い難く、九州地方も同様の状況である。

そこで、専門看護師の資格を有する筆頭執筆者(以下筆頭者)は、2011年より、大学院で専門看護師の教育に携りながら、隣接する実習病院である聖マリア病院の協力を得つつ、実習病院で慢性CNSとしての活動に努め、さらには大学と実習病院の連携強化にも寄与することを目指し、演習や実習科目をスムーズに進める体制を整える取り組みを始めた。本稿では、その取り組みについて報告する。

I. 慢性疾患看護専門看護師

専門看護師とは、日本看護系大学協議会が認定する大学院専門看護師教育課程を修了した後、公益社団法人日本看護協会の実施する専門看護師認定審査に合格し、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して、水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識及び技術を深めた者をいう¹⁾。その中で、慢性疾患看護分野の特徴は、「生活習慣病の予防や、慢性的な心身の不調とともに生きる人々に対する慢性疾患の管理、健康増進、療養支援など

に関する水準の高い看護を行う¹⁾」とされている。このように、慢性疾患看護分野の関わる範囲が広いことより、各慢性CNSはサブスペシャリティを持っていることが多く、糖尿病、呼吸器病、消化器難病、循環器病、腎臓病、神経難病、関節リウマチ、肝臓病、脳卒中リハビリテーションなど多岐に亘っている⁴⁾。

2013年現在の慢性CNSの人数は、84名であり、最も多いのは兵庫県の14名、次いで大阪府の13名である(表2)。近畿地方に多いのは、大学院教育課程が早期に開設されたことによると考える。また、多くの慢性CNSは病院などの医療機

表2. 都道府県別慢性CNS人数
(文献1を基に作成、2013年1月現在)

| 都道府県 | 人数 |
|--------------------------|----|
| 兵庫 | 14 |
| 大阪 | 13 |
| 東京 | 9 |
| 神奈川 | 6 |
| 北海道・千葉・山梨・福岡 | 4 |
| 新潟・滋賀 | 3 |
| 群馬・静岡・愛知・広島・岡山・長崎 | 2 |
| 岩手・栃木・埼玉・福井・岐阜・奈良・和歌山・高知 | 1 |
| 合計 | 84 |

関に所属しているが、大学に所属する者も増えてきており、活動の幅が広がってきていることが推測される。

活動の内容は、新たな看護ケア方法の構築^{5) 6)}、チーム医療の推進^{7) 8)}、慢性看護の理解を看護師に促す試みや看護外来の開設²⁾などに関わっている。また、CNSの活動には、エビデンスに基づいた指導やガイドラインの作成と持続的な再検討という直接の看護実践、クオリティーの数値の物差しとなるデータ収集と分析、更に改善策への提案へつなげる責任がある⁹⁾。さらに、病院レベルの制度に関わるだけではなく、地域、社会、国の医療政策に関わり、医療安全や質向上へつなげる役割も担っている⁹⁾。

II. 専門看護師教育をサポートするための慢性CNSとしての活動

聖マリア学院大学は2007年に慢性CNSの認定を受け、病院で約4年間勤務した筆頭者を専門看護師の育成のために2011年4月に大学教員と

して採用した。筆頭者は2011年4月に聖マリア学院大学に着任後、基盤臨床看護学領域（基礎・成人看護学）の学部教育、大学院慢性CNSコース関係科目の講義を担当しているが、実習病院である聖マリア病院と聖マリア学院大学とが協働して専門看護師を育成するために、実習病院である聖マリア病院に聖マリア病院看護部の非常勤看護職員として勤務している。病院での任務は、大学院専門看護師コース学生の病院実習を指導するための準備、大学院修了後も大学教員によるサポートが必要な場合が多いことから、大学が看護本部と協働して修了生を支援する体制を整えることができるように連絡調整を行っている。また専門看護師育成には実習を含む教育科目に、複数名の専門看護師が講義、演習を担当する必要がある。また演習・実習のための病院が必要なことから、聖マリア病院を含む九州地区の慢性CNSとの連携、ネットワークの構築を行い、慢性CNS達との連携を図っている。九州における専門看護師は、2013年1月時点で、全領域合わせて61名、慢性CNSは6名である¹⁾。この現状に鑑み、専門

看護師教育の実習場としての環境を整えるために、現在、実習病院である聖マリア病院で看護実践を行いつつ、聖マリア病院で必要とされる専門看護師の役割を探求している。聖マリア学院大学と実習病院である聖マリア病院における具体的な目標は、①大学院専門看護師コースの実習が実施できる環境を作る、②大学院生が専門看護師の役割を学ぶことのできる環境を作る、③隣接する病院で専門看護師コースの修了生が働きやすい環境を整える、④専門領域における看護の発展に寄与する（図1）、の4つであり、以下にその内容を詳しく解説する。

1) 実習病院である聖マリア病院での実践と大学院専門看護師コースの実習環境の整備

実習においては、学生は専門看護師が患者と関わり、医療・看護の現場を動いている場面を見ることが必要になる。そして、専門看護師の活動を見た後は、実際に慢性CNSとしての役割を実践する実習が加わる。例えば、コンサルテーションを学ぶ実習の場合、病院職員もしくは指導者であ

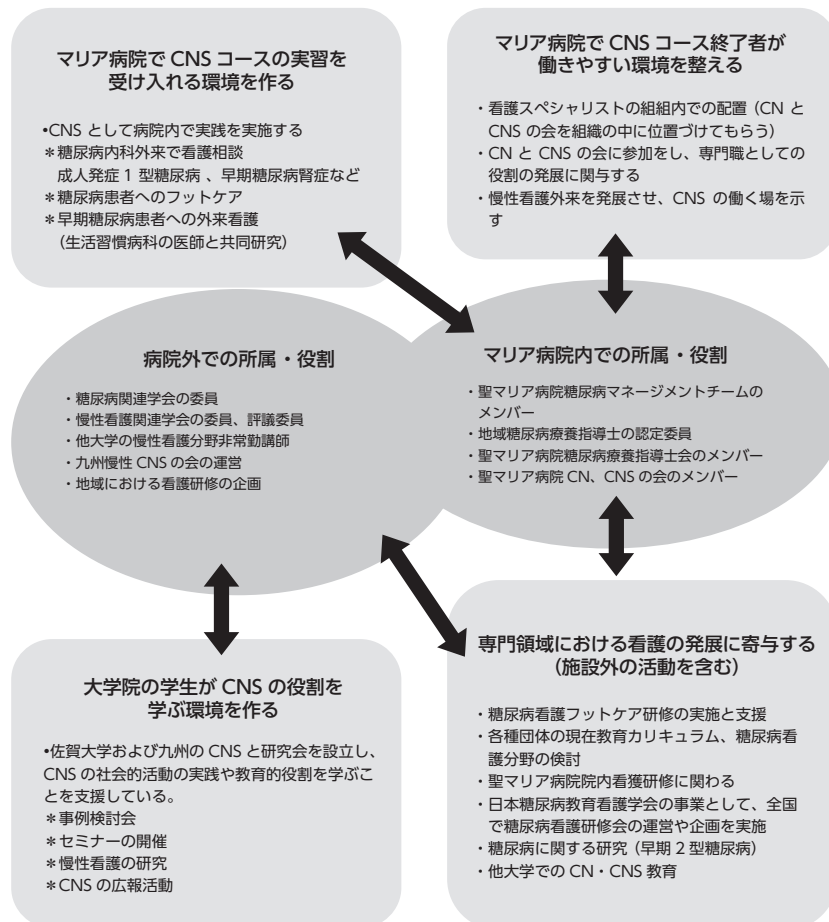


図1. 大学と病院で兼務する慢性疾患看護専門看護師の活動内容

る慢性CNSからコンサルテーションを受け、その内容からコンサルテーションのタイプやコンサルティアーの状況を分析し、コンサルティアーと相談を重ねながら自分の取るべき役割を検討するというプロセスを実施することになる。多くの場合、実習病院に入ってすぐにコンサルテーションを受けることは困難であるため、指導する慢性CNSが学生に応じたコンサルテーションの設定や、関連部署との調整をしながら実習を進めていく。したがって、実習病院内で実習の調整が出来るように、専門看護師が活動できる場を獲得する必要があった。当大学では、大学教員が研究や看護師・助産師教育で病院の看護業務に関わることはあっても、実践目的で看護業務に携ることはそれまでなかった。そこで、聖マリア学院大学はCNSの資格を持つ筆頭者を教職に在籍させながら、病院でのCNS活動ができるよう聖マリア病院と協議を重ね、筆頭者の着任1年後、これを実現させるに至った。

非常勤職員の許可が出た後、糖尿病内科の医師や看護スタッフと意見の交換や協議を行い、まず、外来看護にCNSとして参加した。外来には保健指導室があり、既に糖尿病患者に対する個別教育やフットケアが実施されていた。しかし、医師が患者のセルフケアをアセスメントし、療養行動が取れていないと判断した患者を依頼するシステムであったことより、患者の行動を変化させ、血糖値を改善させるための指導という側面が強かった。慢性状況におけるケアの焦点は、病気の治癒に患者を向けるのみではなく、病気とともに生きることを支えることが重視される。食事療法や運動療法といった療養行動の実行だけでセルフケアをアセスメントするのではなく、その人の日常生活状況、仕事の状況、家族関係や機能、社会的役割や関係、といったその人が生きている背景を包括的に捉えてセルフケアをアセスメントし、必要な看護が受けられるシステムに移行ができないかを案出してみた。医師と看護師の両方の視点を加えて、現在実施されている保健指導へつなぐことが出来れば、患者により必要なケアが提供出来るのではないかと考えたためである。そこで、医師による診察の待ち時間に、慢性CNSが患者と療養生活について話をするといった取り組みを始めた。対象となる外来全体の患者の概要(糖尿病のタイプ、血糖コントロール状況、年齢層、療養指導介入の有無など)を分析するとともに、実際に患者の話を聞き、看護介入が必要となる対象を決め、現在、週1日、外来勤務をしている。さらに、院内の糖尿病治療やケアの改善に取り組ん

でいる「糖尿病ホスピタルマネジメントチーム」メンバーの一員となり、対象に合わせた看護ケアの検討にも参加をしている。

慢性CNSは糖尿病内科の医師と協働すると同時に、生活習慣病科の医師とも連携をした。生活習慣病科では、早期の糖尿病患者を対象としているため、診断直後の糖尿病患者や境界型糖尿病の看護に携わることが出来る。早期の糖尿病患者に関するガイドライン^{9) 10)}を確認し、有効であるとされているセルフモニタリングを活用した看護を、管理栄養士や運動療法指導士と協力しながら提供している。また、患者とともに身体計測をすることで、過去、現在、未来の自分の身体を考慮してもらうことや、患者に適した看護モデルの活用を適宜行いながら患者の状況を分析したり、提供する看護の方向性を決めたりしている。今後は、これらの実践事例を分析し、介入の評価を実施しながらエビデンスを蓄積し、より洗練された看護ケアの提供をしていく予定である。

以上のように、実践として、糖尿病内科に通院する糖尿病患者への外来看護相談、生活習慣病科における早期糖尿病患者への外来看護相談という取り組みを始め、病院内で慢性CNSの実習がサポート出来るようにしている。

2) 大学院生が専門看護師の役割を学ぶことのできる環境を作る

専門看護師は所属施設のみならず、地域全体の看護の質の向上に寄与する役割がある。地域の看護の状況をアセスメントし、必要に応じて教育などの対応をすることも重要な役割とされる。しかし、大学院生にとって、そのような社会的な活動の実践は、実習という限られた期間では難しい。そこで、九州地方の慢性CNSや教育課程を設置している大学教員と共同し、研究会を設立した。研究会では、大学院生もメンバーとなり、慢性CNSが実施している地域での活動を共同して行い、慢性看護に関するセミナーを開催している。社会的な活動の実施プロセスをともに体験することで、専門看護師になった際、どのように地域に働きかけていくかイメージが付きやすくなると思われる。慢性CNSコースを持つ他大学や慢性CNSが働く病院との連携は、大学院にCNSコースを持ち、大学教員でありながら、慢性CNSとして実習病院で働く看護教員を持つ聖マリア学院大学が中心となって取り組むべき課題であり、CNSである筆頭者をはじめ本学教員に与えられた使命であろう。

3) 隣接する実習病院（聖マリア病院）で専門看護師コースの卒業生が働きやすい環境を整える

専門看護師はチェンジエージェントという側面もあるため、自ら働きやすい環境を作り出すことが求められる。しかし、専門看護師側の努力以上に、大学と病院の協働に基づいた環境づくりが重要であり、そのような環境が専門看護師を育て、働きやすさを整えることが望まれる。そこで、専門看護師の組織での位置づけを検討することにした。院内では23名の認定看護師が活動中で、認定看護師会が設置されていた。しかしその会は組織図上に明記されておらず、開催は認定看護師の任意に基づいたものとなっていた。そこで、看護本部や認定看護師と協力し、看護部内の組織として認可してもらおうとともに、専門看護師もメンバーに加えてもらい、それぞれが責任と権限を持って活動できる体制を整えることを検討している。認定・専門看護師会をどう活用するかは、各自の取り組みにより異なると考えるが、看護を発展させたいと考えるスペシャリストにとっては、有効に作用すると考えられる。

4) 専門領域における看護の発展に寄与する

専門看護師は専門分野において所属する地域の看護の現状をアセスメントし、必要な取り組みを実施することが求められる。専門とする糖尿病看護の周辺地域の状況は、地域糖尿病療養指導士制度が発達しており、療養指導士の実践能力が高く、全国的に見ても力を入れて取り組まれている状況であった。反面、糖尿病療養指導士が看護師のみを対象とした制度ではないことより、看護に特化した教育の必要性も感じた。特に日本糖尿病教育・看護学会が推奨するフットケア研修の県下での開催が数年実施されていなかった。そこで、日本糖尿病教育・看護学会の研修担当理事やネットワーク委員、慢性CNS、糖尿病看護認定看護師の協力を得て、大学でフットケア研修を開催した。さらに、県の看護協会の現任教育に糖尿病看護コースの設置について相談したところ、設置可能となった。

看護の発展への研究による寄与に関しては、教員として大学に所属していることは研究しやすい環境にあるといえる。慢性CNSとして実習病院で働くことにより、慢性疾患の看護に関連する研究に聖マリア病院看護部・看護師と協働して取り組むことができ、これを大学との連携を密にする役割の中で、果たしていくことも与えられた使命の一つである。現在、慢性CNS教員（筆頭者）は糖尿病内科の医師の協力の下、有職糖尿病患者へ

の看護介入を検討している。その他、成人発症1型糖尿病患者や早期の糖尿病腎症患者の看護実践を積み重ね、それらの事例を分析することで介入方法を導き出し、介入効果を評価する研究も続けている。

おわりに

聖マリア学院大学の専門看護師の教育担当教員が、聖マリア病院で慢性CNSとして働くという試みは、まだ始めたばかりである。しかし、日々進歩する医療現場で活躍する高度実践者の教育は、実践者の視点と研究者の視点の両方を持って学生に関わっていくことが必要であり、教育する側が常に臨床に身を置き患者に接することは、より実践力のある看護師を育成することにつながる。医学教育においては、文部科学省が推進している「大学病院連携型高度医療人養成推進事業」（平成22年より「大学病院間の相互連携による優れた専門医等の養成」へ名称変更）などが活用され¹²⁾、病院と大学が連携して専門医を養成する取り組みがなされている。今後、看護もリサーチマインドを持った人材が必要とされることが予測され、大学と病院の連携を強化し、専門看護師の育成に関わることが望ましいと考える。

また、病院と大学を兼務する専門看護師の体制は、大学院修了生が現場でCNSとしてどのように活動を開始するか、どのような役割をとるかなどを病院とともに考えていくことを助けてくれる。専門看護師教育は、聖マリア学院大学と実習病院である聖マリア病院との強い協働なくしては、実現困難である。病院看護師卒後教育の一部を聖マリア学院大学大学院のCNSコースと連携して行うことも、今後病院と大学双方で取り組みを検討してみたい課題である。

文献

- 1) 公益社団法人日本看護協会 専門看護師 :<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>
- 2) 中尾友美:糖尿病看護領域における慢性疾患看護専門看護師の活動に関する文献検討. 聖マリア学院大学紀要.3:81-87.2012
- 3) 堀内 ふき,小西 美智子,石垣 和子他:大学院における老年看護学教育の実態,老年看護学.13(2):112-114.2009

- 4) 日本専門看護師協議会 :<http://www.jpncns.jp/ch5-bumon/mansei/mansei.html>
- 5) 仲村直子:心不全のディジーズマネジメントの実践を探る回復・慢性期の心不全患者の支援の実際慢性疾患看護CNSとしての患者支援活動.看護技術.54(12):124-128.2008
- 6) 高橋奈美:気管切開後ALSと診断され心理的混乱をきたしていた患者へ慢性疾患看護専門看護師が行った支援内容の検討.日本難病看護学会誌.14(1):80.2009
- 7) 馬場敦子:慢性看護における看護職の役割の拡大 慢性疾患看護専門看護師が行うケアとケアを融合した生活習慣病予防看護.日本慢性看護学会誌.7(1):20-21.2013
- 8) 竹川幸恵:慢性呼吸器疾患看護認定看護師への期待～慢性疾患看護専門看護師の立場から呼吸ケアチームを活性化するための協働～.日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌.21(3):210-213.2011
- 9) エクランド源稚子:日本の看護への期待 Nurse Practitioner と Certified Nurse Specialistの共存.看護科学研究.8(2):34-39.2009
- 10) 日本糖尿病学会編集:糖尿病治療ガイド2014-2015.文光堂.2014
- 11) 日本糖尿病学会編集:科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013.南江堂.2013
- 12) 藤澤 純一, 森山 雅人, 井口 清太郎他:医学・医療における『連携』を考える 大学病院連携型高度医療人養成推進事業「NAR大学・地域連携『+α専門医』の養成」プログラム.新潟医学会雑誌.124(3):132-137.2010

【報告】

看護学生の対象理解の能力を育むための授業をめざして — シミュレーション授業の教材に演劇を用いた母性看護学演習の効果 —

川口弥恵子、松原まなみ、桃井雅子、田中千絵、柳本朋子、大町福美

聖マリア学院大学

<キーワード>

母性看護学教育、対象理解、育児、シミュレーション

要旨

看護教育において対象理解の能力を育むことはきわめて重要であるにもかかわらず、核家族化が進行した社会環境の下で育った看護学生は、母性看護における複合家族の状況や、初めて新生児を養育する家族の生活を理解することが困難である。そのような学生に対し、より深く対象についての“気づき”を得ることができるシミュレーション教材として演劇を用いた授業を実施した。本研究の目的は、看護学生の“気づき”を促して対象理解の能力を育むことを目指したシミュレーション授業の効果を評価することである。

育児ストレスや母親と家族員間の心理的葛藤を描いた演劇を看護学部3年生に観賞させ討議させた。終了後の学生の授業評価から、授業の学びを内容分析の手法を用いて質的に分析した。その結果、学生は育児の大変さや育児に関する世代間ギャップ、母親や家族が支援を必要としていることを理解し、家族に共感し、母性看護上の課題に気づいていた。

I . 緒言

看護学生は、近年の少子化、核家族化や地域住民同士の関係の希薄化などの社会の変化により妊産褥婦や新生児と接する機会が少なく、対象者の身体的・心理的・社会的状況についてイメージすることが困難な現状にある。

藤岡・目黒¹⁾は、臨床における看護師の行為は、「臨床の知」に基づいていると論述している。「臨床の知」とは『看護という具体的な行為で表現される「行為の知」である。また何らかの疾病や障害という具体的なニーズを持った状況、その背後にあるその人の生きてきた歴史とか、家族とか、社会といった個別的で具体的な人間的状況に関する知である。』と述べている。

高橋²⁾は『看護の対象は健康に問題を持つ「全人的な存在としての人間」であることは言うまでもなく、看護はそこに展開される「現象」(感覚の

働きによって知ることのできる出来事)に対してかかわりを持つものである。』と述べ、さらに『看護師が「現象」に対して敏感に感じられる力(感受性)を高めることは、自分自身を豊かにし、豊かな関係、さらには豊かな看護ができることにつながる』と述べている。

また浅川³⁾は「看護に求められる大切な資質は人間を理解する能力」であり、それを基礎教育の中で看護学生に育むには、「ハッと感じたことや、疑問に思ったことを明らかにしたいと望む心が自己成長のきっかけになり、学生が感じていることや知覚していることを大切に、それを教育の手がかりとすること」が重要であると述べている。

我々は、看護学部3年生を対象とした「母性看護学方法論Ⅱ」において、「学生の“気づき”を促して母性看護における対象理解の能力を育むこと」をねらいとし、現実を模することで学習効果を促進するといわれているシミュレーション授業を

母性看護学方法論Ⅱ 演習

産後の生活を表現した
演劇鑑賞と
グループディスカッション

学習者の実態
 ・看護学部 3 年生 114 名
 ・人間・健康・環境・看護について
 の見方はロイ適応看護モデルで学習している学生
 ・各論実習前の演習であり、臨床の様子や、褥婦や新生児の実態について知識や実体験の少ないものが多い

本時目標
 1) 演劇を通して、生活体験の少ない学生の母性看護における対象理解を促進する
 2) 必要とされる看護の方向性を見出す

ねがい「対象を深く理解する」
 1) 産後の母子とその家族は心理的・社会的にどのような状況にあるのか、目の前で起こっている現象について五感で感じ取り、何が起きているだろうと想像し、対象の置かれている状況について、気づいて欲しい
 2) その対象者に対し、看護師である「私」は何ができるだろうと思いを寄せて欲しい

教授方略
 1) シミュレーション「劇化」
 母性看護の対象である母子とその家族の産後の生活をリアルに表現した演劇を鑑賞する
 2) グループディスカッション「ワールドカフェ」
 グループをチェンジすることにより、グループディスカッションが活性化される
 「グループ討議」
 生活体験の少ない学生でも、少人数グループで討議を繰り返すことにより、グループダイナミクスが生まれ、さまざまな視点に気づき、より深く感じ、気づくことができる

教材の研究
 ・より深くリアルさを追求するために初めての育児で起りやすい出来事を通して、産後、退院して自宅に帰った母子とそれを取り巻く夫や夫の父母の様子をリアルに表現したシナリオを作成
 ・プロの劇団に演技を依頼

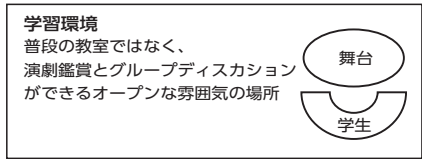


図1. 授業案

取り入れた。その中でも、社会体験の乏しい学生に対し、対象の世界をより深く感じとることが出来る「劇化」⁴⁾の方法を選択した。近年、看護教育におけるシミュレーション教育の方法は、SP（模擬患者）や学生によるロールプレイ、ビデオなどを活用したものなどさまざまであり、そのいずれも効果があったと報告している。しかしながらそれらのシミュレーション教育では臨床の一場面を切り取って、主として看護技術習得の学習を目的としていることが多く、ストーリー性を持った対象の現実生活を疑似体験として学習できる「劇化」という教育技法を用いた報告は見当たらない。

本稿では、「学生の“気づき”を促して母性看護における対象理解の能力を育むこと」をねらいとして、シミュレーション授業の教材に演劇を用いた母性看護学演習の効果について、学生の授業評価の分析を通して考察したので報告する。

環境・条件の6つの要素を挙げている。その中でも中核となる『ねがい』には、「この授業を通して、学生にどんなことを学んで欲しいのか、どんな体験をして欲しいのか、どのように育ってほしいのか」という教師の思いを込めた授業デザインの立案を提案している。目黒は、このフォーマットの中心に教師の『ねがい』を位置づけ、そこから本時の『目標』を導きだして「実現したい授業の方向を明確に持つ」ことで、教師が指導案に縛られることなく、授業の中の自分を自由にする（開放）ことができ、その結果、授業が学習者の変化を前提とした相互性の場としての意味を持つてくるとしている。

本授業に込めた教師の『ねがい』は、1) 産後の母子とその家族は心理的・社会的にどのような状況にあるのか、目の前で起こっている現象について五感で感じ取り、何が起きているだろうと想

Ⅱ. 方法

1. 授業のねらい

今回、「母性看護学方法論Ⅱ」の授業案には目黒の「6つの構成要素に基づく授業デザイン」をフォーマットとして使用し作成した(図1)。

目黒⁵⁾は、その著書の中で独自の教育論を展開し、一般的に用いられている指導案の形式とは異なる「6つの構成要素による授業デザイン」のフォーマット(図2)を示し、授業を構成する際の基本的な考え方として、①ねがい、②目標、③学習者の実態、④教材の研究、⑤教授方略、⑥学習

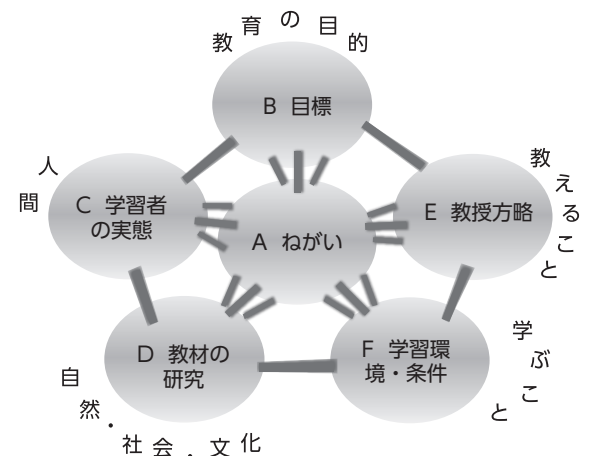


図2. 6つの構成要素による授業デザイン(目黒)

像し、対象の置かれている状況について、気づいて欲しい。2) その対象者に対し、看護師である「私」は何ができるだろうと思いを寄せて欲しい。であり、学生に演劇を通してより深く「対象を理解する」力を育ててほしいという教師の思いを込め、それに対応して授業の目標は、1) 演劇を通して、生活体験の少ない学生の母性看護における対象理解を促進する。2) 必要とされる看護の方向性を見出す。とした。

2. 教授方略

1) シミュレーション授業・劇化

シミュレーション授業とは、模擬患者やロールプレイ、体験学習など意図的に構成した模擬的な学習を促進する教育技法⁴⁾をさす。我々は、学生が対象の世界をより「現実」として感じ取ることが出来るように、シミュレーションの中でも「劇化」という教育技法を選択した。

演劇は、初めての育児で起りやすい場面を想定して、産後、退院して自宅に帰った母親と子、それを取り巻く夫や夫の父母の様子をリアルに表現したシナリオを、母性看護学に精通した教育者とともに、シミュレーションの内容を吟味して作成し、プロの劇団に演技を依頼した。また出演者とは、打ち合わせを繰り返し、我々の考える授業のねらいを理解してもらうとともに、医療監修を行い、より深くリアルさを追求することに努めた。

1時間の劇の内容(写真1~5)は、初めての育児に戸惑いながらも一生懸命取り組もうとする母親と、それをサポートしようとする夫を中心に、「母親なんだからがんばりなさい」という夫の父や、育児が上手いかない母親にあれこれと口を出す夫の母が登場し、上手いかない沐浴や夜泣きでなかなか眠れない日々が続くことで、夫との間にも徐々にすれ違いが起こり、精神的に追い詰められていく母親の様子を描いている。

写真1. 夫婦初めての沐浴は上手いかないことばかり



写真2. 夫の父に「母親なんだからがんばりなさい」と言われる



写真3. 「こんなに泣かせて」夫の母の言葉が胸に突き刺さる



写真4. 「しっかりしてくれよ、母親なんだから」と夫とも徐々にすれ違っていく



写真5. 眠れない日々が続く、だんだん精神的に追い詰められる母親



2) グループディスカッション

演劇を観賞後、登場人物である家族成員：①母親のグループ②夫のグループ③夫の 母のグループ、④夫の父のグループの4つに、学生5~6名ずつに分かれ、グループに割り当てられたそれぞれの家族はどのような思いをもち、どのような状況にあるかについて、学生が気づいたことをワールドカフェ6)形式のグループディスカッションを通して考察させた。

それぞれのグループには教員を1名づつ配置し、グループ内の討議がすすまない時はファシリテーターとしての役割を行った。

学生には、グループに割り当てられた家族成員の思いや状況についてグループディスカッションした後、話し合いの成果をクラス全体に発表させ、学びの共有化を図った。このことにより、割り当てられた家族成員以外の家族の思いや状況についての理解も促した。

次に「私たち看護職は、このような家族にどんな支援ができるか」というテーマで、再びグループディスカッションさせ、最後に、教員が学生の発表内容から支援の方向性をまとめて、学生の理解を促した。

3. 対象者および実施期間

授業は平成25年6月に実施し、授業終了後、受講した聖マリア学院大学看護学部3年生114名に対して無記名で授業評価を行った。

4. 調査内容

授業から学生が気づいた内容として、「対象者の心理的・社会的状況について感じ取ったこと」について自由記述を求めた。

5. 分析方法

授業から学生が気づいた内容は内容分析の手法^{6) 7) 8)}を用い、質的分析を行った。記述された内容について、その意味内容の文脈ごとにコーディングを行った後、コードの類似性に従ってカテゴリーに分類し、その分類が表す内容をカテゴリー名とした。カテゴリー分類には、母性看護学教育に精通しており、質的分析の経験豊富な共同研究者と整合性について意見交換を繰り返し、信頼性・妥当性を確保するように努めた。さらに文脈単位と記録単位の出現頻度を算出した。

6. 倫理的配慮

授業評価の公表に関して、授業評価は無記名で実施し、個人が特定されることはないこと、デー

タは本研究以外の目的で使用することはないこと、また分析終了後は速やかに廃棄し、データが残らないようにすること、公表への同意の可否は自由意志でありそれによる不都合は一切生じないこと、同意に否があった場合、公表はしないなどの倫理的配慮、同意の可否は回収ボックスに提出を求めることを明記した依頼文にしたがって、学生に口頭で説明し全員の同意を得た。本研究は、聖マリア学院大学の倫理委員会の承認を得て実施した(H26-003)。

Ⅲ. 結果

授業から学生が気づいたこと(表1)

「対象者の心理的・社会的状況について感じ取ったこと」の問いに対して、記述のあった学生104名(回答率91.2%)を分析対象とした。そのうちテーマに合致した記述のみを選別し、140記録単位、117文脈単位の記述から、最終的に32のコード、6のカテゴリーが抽出された。

以下、記載の多かった順に、カテゴリーを【 】、コードを『 』、具体的記載内容を「 」と表記し、結果を示す。

1) 【家族それぞれの立場によりいろいろな思いがある】

このカテゴリーは7のコードからなり、最も記録単位数が多く31(22.1%)であった。

学生は「対象の人になって考えるとさまざまな思いがあることに気づいた」など『家族にはそれぞれの思いがある』こと、「夫の母親は育児に関して手伝いたいと思っているけど、何を手伝ったらよいかわからない」など『どうしたらよいかわからないと思っている』こと、「父親の多くは、仕事をしていて育児に参加する機会が必然的に少なくなり、どうしたらよいかわからないという思いが大きいと思った」など『夫はどう手伝ったらよいかわからないでいる』こと、「みんな悪気はなく、それぞれが児のことを思っていると感じた」など母親に対して『悪意があるわけではない』こと、「父親も仕事と育児の手伝いで板ばさみになって悩んでいるんだなと思った」など『夫も悩んでいる』こと、「孫がかわいいからこそ子育てに対して口出ししてしまう」など『気にしているから口出ししてしまう』こと、「夫の母は一度子育てを経験しているので、どうしてこんなことができないのかと感じてしまうことがあるのだと思う」など『母親なんだからもっとしっかりしてほしいと思って

表1. 授業から学生が気づいたこと

| カテゴリー | コード | 記録単位 | 割合 |
|--------------------------|-------------------------------|------|-------|
| 家族にはそれぞれの立場によりいろいろな思いがある | 家族にはそれぞれの思いがある | 31 | 22.1% |
| | 夫の父母にはどう関わっていいかわからないと思っている | | |
| | 夫はどう手伝ったらよいかかわからないでいる | | |
| | 悪意があるわけではない | | |
| | 夫も悩んでいる | | |
| | 気にしているから口出ししてしまう | | |
| | 母親なんだからもっとしっかりしてほしいと思っている | | |
| 産後の母親はつらい状況にある | 不安がある | 30 | 21.4% |
| | 周囲に自分をわかってもらえない | | |
| | 出産により役割や人間関係が変化する | | |
| | 眠れない | | |
| | ストレスを抱えている | | |
| | 押し付けられると苦しい | | |
| | 迷惑をかけられないと思って抱え込んでしまう | | |
| | がんばっても成果が出ない | | |
| | 攻められているように感じる | | |
| | 自分がしっかりしなければならぬとプレッシャーを感じてしまう | | |
| 母親は身体的にも精神的にも不安定 | | | |
| 家族間の調整や家族全体に対する支援が必要である | 母親だけでなく家族全体への支援が必要 | 27 | 19.3% |
| | 家族間の関係性の調整が必要 | | |
| | 時代の変化に気づいてもらう必要がある | | |
| | 役割変化に対する支援が必要 | | |
| 育児には周囲の理解や支えが必要である | 育児には周囲の支えが必要 | 27 | 19.3% |
| | コミュニケーションが大切 | | |
| | 互いの理解が大切 | | |
| | 伝統的な育児を理解することも大切 | | |
| 世代間で育児に対する考え方に違いがある | 時代の変化につれて育児が変化している | 13 | 9.3% |
| | 育児は女の仕事という考え方がある | | |
| | 姑にしか出来ないサポートもある | | |
| 育児は大変 | 育児は大変 | 12 | 8.6% |
| | 母親ひとりの育児は困難 | | |
| | 育児が嫌になりうる | | |
| 計 | | 140 | 100% |

いる』ことなど家族にはそれぞれの立場によりいろいろな思いがあることに気づいていた。

2)【産後の母親はつらい状況にある】

このカテゴリーは11のコードからなり、記録単位数は30(21.4%)であった。

学生は「母親は沐浴や授乳、おむつ交換、夜泣きなど本当にさまざまなことに対して不安を持っているのだなと感じた」など育児に『不安がある』こと、「家族との意志の疎通が大事であるが、うまく伝え合えない関係(気遣い)ではとてもつらいことだと思った」など『周囲に自分の思いをわかってもらえない』こと、「子どもが生まれる前と後では役割機能や心理面も大きく変化するんだなと

思った」『育児をするということは今まで築いてきた人間関係にも影響を及ぼすのだということがわかった』など『出産により役割や人間関係が変化する』こと、「子どもが泣き出したら眠れなくなることをいまさらながら実感した」など『眠れない』こと、「イメージと違う子育ての大変さや周りの人からのアドバイスなどにより母親はストレスを抱えている」など『ストレスを抱えている』ことなど産後の母親はつらい状況にあることに気づいていた。

3)【家族間の調整や家族全体に対する支援が必要である】

このカテゴリーは4のコードからなり、記録単位数は27(19.3%)であった。

学生は「母親のことだけ考えるのではなく、夫や夫の父母への支援も大切だと思った」『家族全体のサポートが必要』など『母親だけでなく家族全体の支援が必要』であること、「医療者は対象者の心理面も見えていかなければならないが、その周囲の人にも目を配り、周囲の人がどう思っているかを聞き、調整していく必要があることに気づいた」など『家族間の関係性の調整が必要』であること、「夫の父母には、子育てのやり方が変わってきていることに気づいてもらう必要がある」など『時代の変化に気づいてもらう必要がある』ことなど家族間の調整や家族全体に対する支援が必要であることに気づいていた。

4)【育児には周囲の理解や支えが必要である】

このカテゴリーは4のコードからなり、記録単位数は27(19.3%)であった。

学生は「周囲の支えがあった上で育児は成り立つのだと改めて感じました」など『育児は周囲の支えが必要』であること、「話しあうことによって改善できるのではないかと気づいた」など『コミュニケーションが大切』であることなど周囲の理解や支えが必要であることに気づいていた。

5)【世代間で育児に対する考え方に違いがある】

このカテゴリーは4のコードからなり、記録単位数は13(9.3%)であった。

学生は「夫婦とその親という年齢が離れていると、育児に対する考え方が大きく違うんだなと感じた」など『時代の変化につれて子育てが変化している』こと、「夫の父は、男は外で働き女は家で家事と子育てをするという考え方を持っている」など『育児は母親の仕事という考え方がある』ことなど世代間で育児に対する考え方に違いがある

ことに気づいていた。

6) 【育児は大変】

このカテゴリーは3のコードからなり、記録単位数は12(8.6%)であった。

学生は、「育児は想像するより大変」「劇を見て子育ての大変さ、みんながきついと 感じるのがわかった」など育児は大変であることに気づいていた。

IV. 考察

1. 授業目標の達成度

対象理解と看護の方向性

今回、我々が行った授業の目標は1) 演劇を通して、生活体験の少ない学生の母性看護における対象理解を促進する。2) 必要とされる看護の方向性を見出す。であった。

「授業から学生が気づいたこと」を質的に分析した結果、6カテゴリーが抽出された。

学生は、産後、沐浴や夜間の授乳など自宅に帰った母親が経験する育児の現状を観てリアルに疑似体験することによって【育児は大変】と感じ、出産を終えたばかりの母親の身体的・心理的苦痛や家族と理解・協力しあえない状況を【産後の母親はつらい状況にある】と想像していた。またそこには、夫の父母の伝統的役割分業観と、若い世代の夫婦との考え方にズレがあり、【世代間に育児に対する考え方に違いがある】ことにも気づき、現代の育児の難しさについて気づいていた。さらに、育児は母親ひとり、夫婦だけで行うものではなく【周囲の理解や支えが必要である】ことに気づいていた。本授業では、母親、その夫、夫の父、夫の母、それぞれの小グループに分かれ、ワールドカフェ形式のグループディスカッションを通して考察させ、その後クラス全体に発表し共有したことにより、学生は、母親だけでなく、夫には夫の、夫の父母には夫の父母なりの思いや立場、役割があり、【家族にはそれぞれの立場によりいろいろな思いがある】ことに気づいていた。夫の父母は、伝統的役割分業観や現代とは違うジェンダーの考え方をもっていることにも気づき、それは若い世代の夫婦との考え方にズレを生じさせ、【世代間に育児に対する考え方に違いがある】ことが母親をさらに苦しめていることにも気づいていた。現代の育児の特徴でもある母親の孤立化についても感じており、育児は母親ひとり、夫婦だけで行うものではなく【育児には周囲の理解や支

えが必要である】ことに気づいていた。またそのような家族に対し、医療者としては、それぞれの思いを理解しつつ、【家族間の調整や家族全体に対する支えが必要である】と気づいていた。

生活体験の少ない現代の看護学生にとって、出産後、養育期にある家族の生活や家族成員の役割や心理を想像できず、対象理解にとまどいを感じる学生も多く、母性看護学教育における対象理解に困難が多くなってきている実情がある。そのような学生たちに、母性看護の対象である母子とその家族の産後の生活をリアルに表現した劇を観せることによって、学生は産後の生活の実態を受け止め、対象者のそれぞれの立場や思いに共感していた。また、そのつらい状況に思いをはせ、想像することによって家族間の葛藤を理解していた。さらにそのような母子や家族に対し、医療者としてどのような支えが出来るのかということを考えていた。

これらの記載内容から1) 演劇を通して、生活体験の少ない学生の母性領域における対象理解を促進する。2) 必要とされる看護の方向性を見出す。という授業の目標は達成されたと考える。

2. 教授戦略

1) 「劇化」

藤岡⁴⁾は、看護教育におけるシミュレーション教育の特徴について『臨床の実際からは一定の距離を保っているが、だからと言って非現実的な学習の場ではない。(中略) 演劇や文学において我々はそれが「虚構」であることを十分承知の上で、舞台や文章の中に「現実」を感じとっている。(中略) その経験においてはリアルなのがシミュレーションである』と述べている。

授業の感想において、学生は「育児は本当に大変なんだなと思った」「自分は結婚しても相手の両親と一緒に暮らしたくないなと思った」など、自分の未来の体験と重ねていたり、「こんなことが普通の家庭で起こっているんだなとびっくりした」など演劇で観た体験をリアルなものとしてとらえていたことから、「劇化」を授業戦略として用いた効果はあったと考える。

2) グループディスカッション

今回の授業のグループディスカッションに採用したワールドカフェ⁹⁾とは、比較的大人数の集まりで、設定したテーマに関してダイナミックで協働的な話し合いの場を作り出すのに効果的なファシリテーションプロセスであるとされている。カフェの空間のようなオープンな雰囲気の中

を設定し、5~6名ずつのグループで20 - 30分程度の話し合いを行い、その後、メンバーを交換して2~3回の話し合いを繰り返す。話し合う際にはテーブルに用意された模造紙に、メモ書きするような感覚で対話の内容や意見を自由に記載していく。これは、グループメンバーが変わっても模造紙を用いて意見を共有することができ、次々にテーブルを移動することで、カフェで話が広まっていくように意見が盛り上がる効果をねらっている。多くのグループディスカッションを取り入れ、特に母性看護分野の生活体験の少ない学生でも、少人数グループで討議を繰り返すことにより、グループダイナミクスが生まれ、さまざまな視点に気づき、より深く感じ、想像することができることをねらった。高島¹⁰⁾はグループ学習の目的を「グループメンバー同士が課題に関する討議をすることによってさまざまな視点に触れ、より創造的な問題解決思考を養うこと」と「人との関わりそのものを体験すること」の2つをあげている。

さらにグループディスカッションで話し合ったことをクラス全体に発表するにあたり、自分の価値観や考えを他者とすり合わせ、どのように結論を導くかなどの能力は、将来多職種の中で働く看護職にとって必要な能力と考えられる。

授業の感想において、多くの学生が「自分の考えつかないことも、他の人の意見を聞いて視野が広がった」「グループで考えることでより深く対象について考えることができた」と述べていることから、グループディスカッションを授業戦略として用いた効果はあったと考える。

V. 総括

母性看護学実習前の看護学科3年生に対し、「母性領域における対象理解のための学生の“気づく”能力を高めること」を目標とし、産後、退院して自宅に帰った母親と子、それを取り巻く家族の状況を「劇化」というシミュレーション授業を実施した。演劇鑑賞後、母親や夫、夫の父母それぞれの思いや役割、立場について、気づいたことをグループディスカッションし、全体の学びとして討議内容を発表させ、授業終了後に学生が記載した授業評価の内容を質的に分析した。

学生は【育児は大変】【産後の母親はつらい状況にある】【育児には周囲の理解や支えが必要である】【家族にはそれぞれの立場によりいろいろな思いがある】【世代間に育児に対する考え方に違

いがある】【家族間の調整や家族全体に対する支援が必要である】と感じ取っており、母子とその家族の生活状況について実感を伴って理解し、家族メンバーそれぞれの立場や思いに共感し、母性看護上の課題に気づいていた。

以上、今回の授業目標であった「母性領域における対象理解のための学生の“気づく”能力を高めること」を目標として、演劇というシミュレーション教材を用いた演習授業は一定の効果が見られたと評価できた。

※本研究は2013年度、聖マリア学院大学FD助成金を得て実施し、第70回日本助産師学会(福岡)で発表した。

文献

- 1) 藤岡完治, 目黒悟: 臨床的教師教育の考え方とその方法. 屋宜譜美子, 目黒悟編. 教える人としての私を育てる 看護教員と臨床実習指導者, 医学書院. 24-42, 2009
- 2) 高橋美恵子: 院内教育とニューカウンセリング. 藤岡完治編. 感性を育てる看護教育とニューカウンセリング. 医学書院. 151-165, 1995
- 3) 浅川明子: これからの看護教育とニューカウンセリング. 藤岡完治編. 感性を育てる看護教育とニューカウンセリング. 医学書院. 187-198, 1995
- 4) 藤岡完治: 全体解説. 藤岡完治, 野村明美編. わかる授業をつくる看護教育技法3 シミュレーション・体験学習. 医学書院. 1-11, 2000
- 5) 目黒悟: 看護教育を創る授業デザイン 教えることの基本となるもの. 25-90, 東京, メヂカルフレンド社, 2011
- 6) Berelson B. 稲葉三千男他訳: 内容分析. 東京, みすず書房, 1957
- 7) 舟島なをみ: 質的研究への挑戦. 第2版. 東京, 医学書院, 2007
- 8) 有馬明恵: 内容分析の方法. 京都, ナカニシヤ出版, 2007
- 9) Brown J, Isaacs D. 香取一昭, 川口大輔訳: ワールド・カフェ - カフェの会話が未来を創る -. 東京, ヒューマンバリュー出版社, 2007
- 10) 高島尚美: グループ学習. 村本淳子編. わかる授業をつくる看護教育技法2 討議を取り入れた学習法. 医学書院. 160-190, 2001

Focusing on the construction of effective teaching method to appeal to the sensitivity of the nursing students

Effect of a simulation teaching material on students in maternity nursing class:

Yaeko kawaguchi, Manami Matsubara, MasakoMomoi, Chie Tanaka,
Tomoko Yanagimoto, Fukumi Omachi

St.Mary's college Faculty of Nursing

<Key words>

maternity nursing education, simulation, childcare

Abstract

Even though those experience is extremely important to enhance the sensitivity of nursing students to observed phenomena, students brought up in the social environment with advanced nuclear family tendency hardly ever experience what a multifamily is like and how hard a parent take care of their first new born-baby in the family. A simulation teaching material provides simulated experience of those experiences to the students.

Aims: The purpose of this study was to evaluate the effect of the simulation teaching material as focusing on the construction of effective teaching method to appeal to the sensitivity of the nursing students.

Methods: A drama depicting typical daily life in the family performed by professional performers was used as the simulation teaching material. A hundred and nine of the third grade nursing students viewed the drama and discussed about psychological conflict with child rearing among the family members and the stress on each family members. After the discussion, students filled out the class evaluation-sheet telling about how student feel about child rearing daily life. The sheet are analyzed by Content Analysis as a qualitative research method.

Results: Most of the students understood through the simulated experience how hard child rearing was especially for new mother or how generation gap about the way of thinking for child rearing affected on the mother or the parent, or how each of the mother and the parent and the family needed support from outside of the family or each other in themselves.

Conclusion: The results implied that students enhanced their sympathy to the family and noticed their crucial task in maternity nursing.

【資料】

救急医療で患者が終末期となった家族から見た 医療の認識と遺族の心理

安藤満代、日高艶子、八谷美絵、谷多江子

聖マリア学院大学

<キーワード>

救急医療、遺族、医療の認識、遺族の心理

要旨

本研究の目的は、ICUで患者が亡くなった遺族の「受けた医療に対する認識」と「家族の死後の心理的変化」を調べることであった。遺族25名にこれらに関して自由記述を求めた。その結果、「受けた医療に対する認識」については【治療や予後の説明】、【力を尽くしたことの言動】、【家族への気遣い】、【面会と看取りの時間】、【感謝やお礼】、【グリーフケアの要望】の5つのカテゴリが、「家族の死後の心理的変化」については【突然の死によるショック】、【深い悲嘆反応】、【後悔と自責】、【日常生活の変化】、【死への納得】、【適応方法の探索】、【自己哲学の学び】、【今後の生き方の指針】という8つのカテゴリが得られた。治療中では家族を気遣いながらの治療や予後の説明、面会や看取りの時間、尽力を尽くしている言動を、亡くなってからはグリーフケアを求めていることが示された。また遺族は深い悲嘆反応から、人生の再構築に向かうという心理的な変化があることが示唆された。

I. 諸言

救急医療における患者は、事故や急病などにより生死と隣り合わせの状況から終末期に至ることがある。近年、救急医療における終末期ケアの重要性が認識されるようになった。救急医療に関連する学会では、救急医療における「終末期」とは「突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にも関わらず死が間近に迫っている状態」と定義している¹⁾。

救急医療のなかの一つである集中治療室(Intensive Care Unit: ICU)での終末期ケアは一般病棟に比べて困難だと考える看護師は多い。木下²⁾によると、困難な理由として「ICUはオープンスペースで個室がない」、「周囲に医療機器が多い」などICUの環境に関する内容や、「救急への患者の搬送が多く、情報収集やケア、信頼関係を築く時間がない」など時間の制約に関するもの

があった。

ホスピスケアと救急医療の現場との相違を示した石井³⁾は、家族が患者の死を受容するまでの時間の相違を指摘していると同時に、患者の死後の家族ケアであるグリーフケア(Grief Care)の重要性を示している。立野ら⁴⁾が「医療者の遺族ケアに対する認識」について調べたところ、5割以上の医療者が遺族ケアの必要性を認識していたが、約7割の医療者は遺族ケアの実施に困難を感じていることが示され、グリーフケアの実施はまだ十分にはされていないことが覗える。遺族の中には死別後1ヵ月から約1年の間に、「睡眠障害」、「気分の低下」、「食欲低下」⁵⁾、パニック障害や全般性不安障害⁶⁾などの精神症状が現れたり、悲嘆が長引き、日常生活に支障が生じる複雑性悲嘆を経験する者もいる⁷⁾。このようなことから、遺族の心理を知ることは重要なことと考えられたが、救急領域で患者が終末期を迎えた遺族の心理を調

べた研究はまだ少ない。

遺族の心理過程には、治療中に受けた治療やケアを家族がどのように感じていたのか、すなわち家族の認識が重要と考えられる。受けた医療に関して、家族がどのように感じたのかに関する海外の先行研究では、ICUで受けた医療の質の評価に関する研究や⁸⁾、医療の質を評価するスケールの妥当性を検討した研究⁹⁾、受けた医療に対する満足度へ影響する要因の検討¹⁰⁾、救急医療で患者が終末期となった家族へのケアに関する介入研究¹¹⁾などがある。一方、日本では、島本ら¹²⁾や黒川ら¹³⁾の研究がある。島本ら⁸⁾は、救急搬送されて72時間以内に亡くなった遺族のインタビューから、治療中に不満・不愉快に思ったこととして「看護師の声かけが少なかったこと」、「看護師からの説明不足」であり、助けになったことは「医師の納得のいく説明、家族が十分に心臓マッサージをしてもらったと感じる医師の行動、家族をねぎらう医師の声かけ」であった。黒川ら⁹⁾も、心肺停止状態で搬送された患者の遺族のニーズを調べた研究では、受けた医療に対して「満足」または「だいたい満足」は87%だったが、お別れの時間は43%が「不十分」と回答した。これら日本の研究では、患者が救急搬送されて外来で亡くなった場合に遺族が受けた医療をどのように認識していたのかを調べたものだったので、家族がスタッフと関わった時間は極めて限られていた。そのため、家族とスタッフがどのように関わったか、それをどう認識したかを十分に把握するには、接触した時間が少ないと考えられた。

そこで、初療より比較的接触した時間が多いと考えられる場合の医療の認識について調べる必要があると考えられ、今回、ICUに焦点を当てた。さらに、ICUで患者が亡くなった際の遺族の心理過程について調べることにした。

II. 研究目的

本研究の目的は、ICUで患者が亡くなった遺族による、受けた医療に対する認識と、患者が亡くなって遺族となってからの心理的变化について調べることである。

III. 用語の定義と研究の概念枠組み

1. 用語の定義

救急医療の終末期：発症した重篤な疾病や不慮

の事故などに対して適切な医療の継続にも関わらず死が間近に迫っている状態とする。

家族と遺族：救急外来では家族、病院より帰宅後については遺族と表現する。

死別悲嘆：患者の生前から死後にわたり、一連のプロセスとして考える。

2. 概念的枠組み

悲嘆からの回復過程を示したSandersの段階説¹⁴⁾では、遺族は「ショック期」、「喪失の認識期」、「引きこもり期」、「癒し期」、「再生期」を経ることが示されている。本研究の救急で家族を亡くした遺族もこの段階を経過するものと考えられ、この枠組みを用いた。

IV. 研究方法

1. 調査対象

A総合病院の死亡退院した患者のカルテから、調査の開始から遡って、半年から2年前までに患者がICUで亡くなった遺族200名に、調査の趣旨を記した調査依頼状を封書にて送付した。亡くなった患者は、外傷や脳血管障害のために救急車で救命救急室に搬送された患者、他の病院で治療を受けていたが急変で対応が困難になって搬送された患者であった。調査開始から遡って半年から2年前とした理由は、通常の悲嘆の期間は約半年とされていることと、3年以上では患者の死から時間が経過しすぎていると考えられたことによる。また、自死遺族の悲嘆の程度は、傷病による患者の死とは異なると考えられたので、除外基準として「自死遺族は除く」とした。返信ハガキによって調査への参加の意志を確認し、参加の意志表示があった25名に対して実際の質問紙を送付した。

2. 調査尺度

「受けた医療についてどう感じたか」、「家族が亡くなった後の心の変化がどのようなものであったか」について自由記述することを求めた。

3. 調査方法

研究者が病院を訪問し、病院のカルテから調査の開始から遡って半年から2年前までに患者がICUで亡くなった遺族200名に調査依頼状を封書にて送付したところ、25名から参加の意志表示があった。そこでこの25名に対して実際の質問紙を送付した。

4. 分析方法

自由記述の文章を分析の対象とした。ペレルソンを参考にした舟島¹⁵⁾の内容分析に基づいてカテゴリ化を行った。最初に記述文章から最小の意味のある文章に区切ってコードを形成した。次に抽象度を上げて、類似したコードをまとめて中カテゴリとし、さらに抽象度を上げて最後のカテゴリとした。本稿ではコードを「」、サブカテゴリを「」、カテゴリを【】として表現した。またこの内容分析は研究者2名が行い、もしカテゴリ化で一致しないものがあれば、一致するまで協議した。さらに質的分析に詳しい専門家からの適切な助言を受けて実施した。

5. 倫理的配慮

遺族の心情に配慮し、突然に質問紙を送付せず、最初に調査の趣旨を記述した手紙を遺族に送り、そのなかで調査に協力するという返信が来た遺族に対して、調査用紙を郵送するという手続きをとった。調査では「万一遺族の精神的な問題が重大だと面接者が考えた場合は、連携をとっている精神科医に相談し、受診を勧める」というリスクへの対応を用意していた。また研究者の所属する大学と実施施設の病院の研究倫理審査委員会の承認を得て、調査を実施した。

V. 結果

1. 受けた医療への認識

研究の協力が得られたのは25名であった。対象の背景として特徴的なものは、対象の年齢は50代(7名)が多く、性別は、男性14名と女性11名と男性がわずかに多く、亡くなった患者は配偶者が多かった。経過した年月別による参加人数は、死別後6ヶ月～1年未満の遺族の参加者は0人、死別後1年～1年半未満の遺族は4名、死別後1年半～2年未満の遺族は19名、死別後2年以上の遺族は2名であった。死因は脳血管障害(10名)の方が多く、死は「予期してなかった(24名)」がほとんどであった(表1)。

ICUで治療中の患者の家族による医療の認識について、「治療の説明がなかった」、「医師から治療の説明がほしかった」など「治療内容の説明不足」を感じ、さらに予後が悪いとわかっていれば教えてほしかったという「予後の説明の要望」があった。これらは【治療や予後の説明】というカテゴリにまとめられた。また患者が亡くなったときには、「尽力を尽くしたという言葉」を希望

表1. 遺族の背景

(N=25)

| 調査項目 | 人数 |
|---------------|----|
| 1. 年齢 | |
| 20-29 歳 | 0 |
| 30-39 歳 | 1 |
| 40-49 歳 | 4 |
| 50-59 歳 | 7 |
| 60-69 歳 | 4 |
| 70-79 歳 | 6 |
| 80-89 歳 | 3 |
| 90 歳以上 | 0 |
| 2. 性別 | |
| 男性 | 14 |
| 女性 | 11 |
| 3. 故人との関係 | |
| 配偶者 | 13 |
| 実の親 | 6 |
| 義理の親 | 2 |
| 兄弟姉妹 | 2 |
| その他 | 2 |
| 4. 主たる介護者か | |
| 介護者だった | 23 |
| 介護者でない | 2 |
| 5. 故人の死からの期間 | |
| 半年 - 1年未満 | 0 |
| 1年 - 1年半未満 | 4 |
| 1年半 - 2年未満 | 19 |
| 2年以上 | 2 |
| 6. 故人の傷病名、疾患名 | |
| 外傷 | 1 |
| 心疾患 | 4 |
| 脳血管疾患 | 10 |
| その他 | 10 |
| 7. 死は予期されたものか | |
| 予期されたもの | 1 |
| 予期しなかった | 24 |

し、「尽力を尽くしている姿」から家族は死を受け入れようとしており、これらは【尽力を尽くしたことの言動】とした。

家族自身が受けたケアについて、家族はスタッフからの「身体の気遣い」、「励ましの言葉」、亡くなって自宅に帰るときの「見送り」など、スタッフからの【家族への気遣い】を感じていた。面会に関しては「子どもはICUで父親に面会できた」という場合と、「子どもはICUで父親に面会できなかった」というようなく治療中の面会の有無があったこと、「死に際に会えなかったことが心の傷になっている」と「看取りの時間」がなかったなど、【面会と看取りの時間】を求めている。また一方では、「本当によくしていただいた」、

表2. ICU 治療中の家族から見た医療の認識

| コード | サブカテゴリ | カテゴリ |
|---|--------------------------------|----------------|
| ・ 治療の説明がなかった ・ 良い印象でなかった ・ 医師から治療の説明がほしかった | ・ 治療や予後の説明 | ・ 治療内容の説明不足 |
| ・ 専門的な予後の説明がほしかった | ・ 予後の説明の要望 | |
| ・ 尽力を尽くしたことを言ってほしかった ・ 尽力を尽くした一言で家族も納得する ・ 治る見込みがないのによくしてもらった | ・ 尽力を尽くしたという言葉 ・ 尽力を尽くしている姿 | ・ 尽力を尽くしたことの言動 |
| ・ 医師が家族の身体を心配してくれた ・ 家族を元気づけ励ましてくれた ・ 病院を出るときに見送ってくれた | ・ 身体の気遣い ・ 励ましの言葉 ・ 見送り | ・ 家族への気遣い |
| ・ 子どもはICUで父親と面会できた ・ 子どもはICUで父親と面会できなかった ・ 医師が面会できる部屋を設定してくれた ・ 子どもの頃自分はICUで母の死に際に会えなかった ・ 死に際に会えなかったことが心の傷になっている | ・ 治療中の面会の有無 ・ 見取りの時間 | ・ 面会と看取りの時間 |
| ・ 本当によくしていただいた ・ ありがたかった ・ 医師に大変お世話になった | ・ 感謝 | ・ 感謝やお礼 |
| ・ 医師に再度会ってお礼を言いたい ・ お礼を言いたい | ・ お礼 | |
| ・ 思い出を話す機会がほしい ・ 自分がきつかった ・ 子どもを気遣うことができなかった ・ 父親が亡くなって子どもにつらい思いをさせた ・ 子どもの話を聞いてくれる機会があればよかった | ・ 故人を語る機会 ・ こどもへのケア | ・ グリーフケアの要望 |

「医師に大変お世話になった」など、【感謝やお礼】を感じていた。

患者が亡くなってからは、「思い出す機会がほしい」とく故人を語る機会>があれば思ったり、「子どもの話を聴いてくれる機会があればよかった」などく子どもへのケア>があれば良かったと感じ、【グリーフケアの要望】をもっていた。

2. 患者が亡くなってからの遺族の心理

次に「ICUで患者が亡くなってからの遺族の心理」に関しては、<突然で実感なし>の状態や<突然で深い悲しみ>を感じるなど、【突然の死によるショック】を経験していた。その後、<体調不良>になったり、<悲しみと寂しさ>を感じていた。さらに「心に穴が空いた」、「喪失感で何もできなかった」という<喪失感によるスピリチュアルペイン>を感じたり、「フラッシュバックが続いた」など<PTSD様の状態>を体験していた。これらをまとめて【深い悲嘆反応】とした。

さらに、「もう少し長生きしてほしかった」、「生前に親孝行していれば良かった」という<後悔の念>や、「主人に対して毎日すまなく思っている」という<自責の念>を感じるなどの【後悔と

自責】を体験していた。日常生活では、故人が亡くなって一人になり<暗くなった生活>や<食事準備の大変さ>を体験していた。また「以前親しかった人も主人が亡くなって遠ざかった」など<交友関係の減少>と同時に、「死は友人関係ではタブーだった」、「相談相手がしばらくいなかった」とく語れない死>を経験していた。これらのサブカテゴリは【日常生活の変化】とした。

また悲しみを感じるとともに、「患者が亡くなってほっとしたところがある」など<介護からの開放>を感じたり、「子どもを(天国に)送って役目を果たした」など<送る役割遂行>、「急死は本望だと思う」という<患者の希望通りの死>だったと、死のプラス面を見て死を納得しようとしているような【死への納得】をしていた。さらに、「亡くなった母は自分を愛してくれていた」など<家族の絆の認識>を感じ、「自分が生きることの意味があると思う」など<生きる意味>を感じていた。心の痛手から回復するために、仕事の<忙しさ>に時間を費やしたり、故人が天国から心配しないように元気でいようとく故人への配慮>をしたり、<宗教>に専心したり、<明るく振舞う>ようにしたり、運命だとく諦め>

表3. 集中治療室で家族が亡くなった遺族の心理(一部分)

| コード | サブカテゴリ | カテゴリ |
|--|-------------------------|-------------|
| ・ 突然だったので亡くなった実感がなかった ・ 死後 1 週間はぼう然としていた ・ 突然だったのでドラマのようだった ・ あまりに突然だった | ・ 突然で実感なし | ・ 突然の死でショック |
| ・ 突然の母の死で毎日悲しかった ・ 現在はどうか落ち着いて生活している ・ 急にいなくなったので命日の日は泣いた | ・ 突然で深い悲しみ | |
| ・ 自分は元気を失った ・ 家族の介護で身体が不調になった ・ 父の死後に母は認知症になった ・ 食事ができなかった ・ 介護に疲れて自分が病気になった | ・ 体調不良 | ・ 深い悲嘆反応 |
| ・ 母の死後に泣くこともしばしばだった ・ 亡くなってすぐより今が寂しい ・ 亡くなって残念だ ・ とても寂しい日が続いた | ・ 悲しみと寂しさ | |
| ・ 故人を頼りにしていた ・ 心に穴が空いた ・ 喪失感で何もできなかった ・ 面会がなくなり時間が長い ・ フラッシュバックが続いた | ・ 喪失感によるスピリチュアルペイン | |
| ・ 入院していた病院を見るのはつらかった ・ 入院していた病院から離れていた ・ もっと早く診察受けたかった ・ 後悔している ・ もう少し長生きしてほしいかった ・ 後悔が続いた | ・ PTSD 様の状態 | |
| ・ 生前に親孝行していればよかった ・ こうしてあげればよかったと後悔する ・ 主人に対する気遣いがなかった ・ もっと自分が体調を気遣えば元気だったと思う ・ 主人に対して毎日すまなく思っている | ・ 後悔の念 | ・ 後悔と自責 |
| ・ 父と二人暮らしだった ・ 父の死後一人となり生活が暗くなった ・ 一人暮らしになり食事の用意に困っている ・ 妻が亡くなって交流が減った ・ 以前親しかった人も主人が亡くなって遠ざかった ・ 兄弟がいる人がうらやましい | ・ 自責の念 | |
| ・ 死は友人関係ではタブーだった ・ 相談相手がしばらくいかなかった | ・ 暗くなった生活 | ・ 日常生活の変化 |
| ・ 患者が亡くなってほっとしたところがある ・ 介護から開放されてほっとした ・ 母が苦しまずに亡くなってありがたかった | ・ 食事準備の大変さ ・ 交友関係の減少 | |
| | ・ 語れない死 | |
| | ・ 介護からの開放 | ・ 死への納得 |

を感じたりしていた。これらのサブカテゴリは、【適応方法の模索】というカテゴリにまとめた。

遺族はさまざまな苦しみのなかからも、「自分の死を思う」、「人はいつ死ぬかわからない」という〈自己の死の意識〉をもつようになり、「家族を亡くした人の辛さがわかる」という〈他者への共感〉をするなど、【自己哲学の学び】をしていた。そして、今後は「同じ立場の人を助けたい」という〈他者のために生きる〉、自分もく悔いのない生き方、〈前向きに生きる〉、〈故人の供養

〉をするなど【今後の生き方の指針】を得ていた。

VI. 考察

1. 受けた医療に対する認識

「受けた医療に対する認識」に関する自由記述から、【治療や予後の説明】、【力を尽くしたことの言動】、【家族への気遣い】、【面会と看取りの時間】、【感謝やお礼】、【グリーフケアの要望】とい

うカテゴリが抽出された。患者が治療中のときには家族は、今どのような治療が行われているのか、なぜそれが必要なのかといった詳細な説明を求めていた。島本ら¹²⁾では家族が「救われたと感じたこと」に「医師から納得のいく説明があった」が、今回の研究では「医師から治療内容の説明がなかった」と異なっていた。これらから「説明に満足した、不満足だった」という相違はあるものの、家族にとっては治療の説明が重要であることが確認された。さらに説明に関して木下²⁾は集中治療室での看護師のケアを調べ、「患者の死を予見した場合は患者の死の可能性が高いことを早く家族に伝えるように医師に促す」、「医師と家族間の調整を行う」などを示している。これらより看護師は、家族に直接説明をする場合と、家族と医師の調整をするという重要な役割があると考えられる。

【面会と看取りの時間】については、特に本研究では「子どものICUでの面会の希望」があった。黒川ら¹³⁾の研究においても「調査対象者の87%は満足していたものの、お別れの時間に関しては43%が不満足であった」と報告している。ICUが治療の場であることから、看取りの場や時間を確保することは難しいと考えられるが、今後さらに検討する必要がある。

スタッフからの【家族への気遣い】に関しては、看護師がケアとしてできる内容であり、高山¹⁶⁾と同様な結果であった。高山は「家族にはさまざまな感情が複雑に交差するので、患者が亡くなるという現実に対処し、受容する過程での第三者の援助が重要である」という。患者が亡くなって家族が帰宅するまでの時間は少ないであろうが、この間の看護師の心理面のケアが、その後の遺族の心理にも影響し、重要なケアと考えられる。

そして【グリーフケアの要望】については、救急医療で患者を亡くした家族は、それ以外で患者を亡くした家族以上に心身への問題を起こす割合が高いことが報告されている¹⁷⁾。村上ら¹⁸⁾がいうように「終末期におけるより良い家族のケアがグリーフケアにつながる」ということから、終末期における家族ケアと遺族へのグリーフケアのニーズが高いことを示している。

2. 患者が亡くなってからの遺族の心理

「家族の死後の心理的変化」に関する自由記述から【突然の死でショック】、【深い悲嘆反応】、【後悔と自責】、【日常生活の変化】、【死への納得】、【適応方法の探索】、【自己哲学の学び】、【今後の生き方の指針】というカテゴリが得られた。

【突然の死によるショック】は、心身に強く影響し、＜PTSD様の状態＞やく喪失感によるスピリチュアルペイン」といった【深い悲嘆反応】を引き出していると考えられる。実際、クリティカルケアで患者が亡くなった遺族ではうつ病の症状がみられたり¹⁹⁾、鎮静剤や睡眠薬を用いている例²⁰⁾、精神的健康度の問題²¹⁾も報告されている。今回の参加者には、患者が亡くなって半年から1年未満の方は参加していなかったことを考えると、亡くなった後の半年間はさらに強い悲嘆反応を経験したことが予想され、帰宅直前の方へのケアについてさらに検討する必要があると考えられる。

【後悔と自責】に関して、「もしあのとき自分が～だったら」という直接的な原因を自分に感じたり、「もっと優しくしてあげていれば」という予期しなかった死に対する後悔の念や自責の念が強いと考えられた。緩和ケア病棟で患者が亡くなった場合にも「後悔」はみられているが、その内容は「患者への接し方」、「自分の都合を優先した」、「患者の好きにさせてあげなかった」²²⁾などであり、今回の後悔の内容とは異なっていると考えられる。これらも死が予期できず、突然家族が亡くなった場合の後悔や自責感は、予期できた場合以上に深いものと考えられる。

悲嘆からの回復過程をSandersの段階説¹⁴⁾では、「ショック期」、「喪失の認識期」、「引きこもり期」、「癒し期」、「再生期」にまとめている。これにそって本研究の結果をみると、患者が亡くなったからの【突然のショック】は「ショック期」、【深い悲嘆反応】は「喪失の認識期」に相当すると考えられる。葬儀や四十九日が終わった頃の【後悔と自責】、【日常生活のネガティブな変化】が生じる頃は「引きこもり期」の段階と考えられる。半年を過ぎて、患者の死の意味や、死の肯定的な面を探そうとする【死への納得】は「癒し期」に、さらに同時に自分が生きていくための【適応方法の模索】や【自己哲学の学び】、【今後の生き方の指針】を得る頃は「再生期」に相当すると考えられる。救急医療の現場で家族を亡くした遺族の心理的变化については、Sandersの示す段階を経験していることが示唆された。

看護としては、「ショック期」では、寄り添う、やさしくタッチするなどなどのケアが、また身体不調にはアセスメントと適切な医療機関につなぐことが有効と考えられる。「喪失の認識期」や「引きこもり期」では、喪失に対する無念な思いや自責感を共感的に傾聴することが必要と考えられる。さらに、「癒し期」、「再生期」では、サポートグループや自助グループに関する情報提供や、遺

族の適応方法を一緒に考えることなどが有効と考えられる。

3. 結論と今後の課題

ICUで患者が亡くなった遺族に対して「受けた医療に対する認識」と「家族の死後の心理的变化」について調べた。救急医療現場での看護として重要なことは、「家族への気遣い」をしながら、十分に「治療や予後の説明」を行い、「面会と看取りの時間」を確保すること、そしてもし、患者が亡くなった場合には、医療者として「尽力を尽くしたことの言動」を示すことといえる。さらに、患者が帰宅した後は、遺族は深い悲嘆反応から人生の再構築に向かうという心理的な変化があることが示唆され、必要に応じて継続的なグリーフケアが必要と考えられる。

ただし、本研究では、調査対象数が少ないため、本結果を一般化できないという問題があった。今後は、さらに対象数を増やして、本研究結果を確認する必要がある。また、対象の施設が一つであったために、抽出されたコードの数や種類が限られていた。この点についても、データの信頼性や妥当性を高めるためにも、今後はいくつかの施設において同様の調査を行い、本結果を確認する必要があると考えられる。

文献

- 1) 日本救急医学会救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会:救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン),2007
- 2) 木下里美:ICUでの終末期看護行為-般病棟との相違点を中心に-. ICUとCCU, 3:223-228, 2007
- 3) 石井史子: 救急医療の現場にもグリーフケアは重要である. 第17回日本臨床死生学, 16:28-29, 2011
- 4) 立野淳子・山勢博彰 山勢善江,他: わが国のクリティカルケアにおける医療者の遺族ケアに関する認識と現状. 日本クリティカル看護学会誌, 5 (2) :69-81, 2009
- 5) Clayton PJ: Bereavement and Depression. Journal of Clinical Psychiatry, 51: 34-40,1990
- 6) Jacobs S,Hansen F,Kasl, S, et al. : Anxiety Disorder During acute Bereavement- Risk and Risk factors. Journal of Clinical Psychiatry, 51: 269-274,1990
- 7) 木下里美: 集中治療室における終末期ケア—全国調査の結果から. 日本集中治療医学会雑誌, 20:470,2013
- 8) 島本明美,井汲恵理,川本亜希子,他: 予期しない家族の死に直面した遺族が医療者へ望んだこと-救急搬送された事例を通して. 第35回総合看護, 3-5,2004
- 9) 黒川雅代子,村上典子,中山伸一,他: 病院到着時心肺停止状態で搬送された患者の遺族のニーズと満足度,日本救急医学雑誌, 14: 639-48,2011
- 10) Curtis JR , Patrick DL,Engelberg RA, et al: A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members. Journal of Pain Symptom Manage, 24: 17-31,2002
- 11) Schleyer AM,Curtis JR : Family satisfaction in the ICU: why should ICU clinicians care? Intensive Care Medicine, 39:1143-1145, 2013
- 12) Henrich NJ,Dodek P,Heyland D, et al: Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey. Critical Care Medicine, 39: 1000-1005,2011
- 13) Curtis JR,Nielsen EL,Treece PD, et al : Effect of a quality-improvement intervention on end-of-life care in the intensive care unit: a randomized trial. American Journal Respiratory Critical Care Medicine, 184: 348-355,2011
- 14) Sanders CM: Surviving Grief and Learning to live again. John Wiley & Sons, New Jersey,40-119, 1992
- 15) 舟島なおみ: 質的研究への挑戦. 東京, 医学書院, 2000
- 16) 高山裕喜枝: 救急医療における終末期患者の家族への看護. 家族看護,1 (2) ,63-70, 2003
- 17) Zisook S, Shuchter SR : Depression through the first year after the death of a spouse. American Journal of Psychiatry, 148: 1346-1352,1991
- 18) 村上典子,中山真一,富岡正雄,他: 救急医療におけるグリーフケアという視点の重要性. 日本臨床救急医学誌, 12:37-42,2009
- 19) Mark,DS,Earle H,Lauren CV, et al: Psychiatric illness in the next of kin of

- patients who die in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 36: 1722-28,2008
- 20) Cuthbertson,SJ,Margetts M A,Streat, S J, et al : Bereavement follow-up after critical illness. *Critical Care Medicine*, 28:1196-1201,2000
- 21) 安藤満代,瀧健治,牧香里,他:救命救急の集中治療室(ICU)で家族が亡くなった遺族の精神的健康度と複雑性悲嘆. *日本臨床救急医学雑誌*, 16(2): 91-94,2013
- 22) 塩崎麻里子,中里和弘,他:遺族の後悔と精神的健康との関連,行ったことに対する後悔と行わなかったことに対する後悔. *老年社会科学*, 29(2): 258, 2007

【資料】

視聴覚教材と模擬患者を導入した スピリチュアルケアの教育方法の効果

安藤満代、山本真弓*、古田雅俊**、谷多江子、八谷美絵

聖マリア学院大学、*前 聖マリア学院、**中京大学

<キーワード>

視聴覚教材、模擬患者、スピリチュアルケア、教育方法

要旨

本研究は視聴覚教材や模擬患者を導入した授業の内容が、スピリチュアルケアとして終末期の患者とのコミュニケーションをとる際の看護学生の不安と看護の態度変容に効果があるかを調べた。参加者は52名の看護学生であった。不安の測定にはSTAIを用い、看護の態度には「生の無意味感を訴える終末期がん患者へのケアの態度尺度 (The attitudes toward caring for patients feeling meaningless scale; 援助の意志、肯定的評価、無力感) を用いた。講義前後での得点について調べた結果、不安は 55.6 ± 9.0 から 51.7 ± 9.7 に有意に低下した ($p < .00$)。また、態度における「援助の意志」については、 20.7 ± 2.7 から 21.4 ± 2.8 と有意に上昇し ($p < .05$)、「前向きな評価」については 12.0 ± 2.8 から 13.4 ± 2.4 へと有意に上昇した ($p < .001$)。この結果から、視聴覚教材や模擬患者を導入した教育方法は看護学生の不安を低減させ、患者との関わりを積極的にするという態度変容に効果があることが示唆された。

I. 諸言

終末期の患者は、自己の存在と生きる意味や目的感を失い^{1) 2)}、死に行くことに関連する根源的苦悩³⁾を感じることもある。この苦悩をスピリチュアルペインと呼ぶ。看護モデルの一つであるロイ適応看護モデル⁴⁾における看護アセスメントには、ドブラーツが人生の終焉⁵⁾と定義している悲嘆プロセスがあり、看護師にはこのプロセスを支援するための役割がある。この役割遂行には、死にゆく人と相互作用する人(家族・友人・看護師・医師など)が重要な役割を担う⁶⁾とされているが、実際には死にゆく人と関わる人は、医師や看護師でさえスピリチュアルニーズに気づいていない⁷⁾という報告もある。看護学生は、臨床で働く医師や看護師以上に、終末期の患者と接した経験は少なく、死が近い患者へのスピリチュアルケア⁸⁾やコミュニケーションをとることは難しいと考えられ

る。

将来看護師となる看護学生の教育においては臨地実習における看護学生が行う基本的な看護技術の水準⁹⁾のなかに看護職として必要な基本姿勢と態度が示され、到達目標の中に「援助的コミュニケーション」が指針として含まれている。援助的コミュニケーションとは、気遣いや承認、傾聴などコミュニケーション自体がケアとなる援助行為をさす。看護学生が終末期の患者に対して援助的コミュニケーションの技術を習得することは重要であると考えられるが、学生がスピリチュアルペインを持った終末期の患者とコミュニケーションをとることを実際に学習する機会は少なく、学生が終末期の患者とのコミュニケーションに不安を感じ、患者とのコミュニケーションに消極的になることが考えられる。

終末期のがん患者がスピリチュアルペインを表出した場合、臨床の看護師においても積極的に関

わろうとする場合もあるが、どのように対応したら良いか迷う場合もある。そのようななかで、看護師が傾聴法について講義を受けた場合のケアの態度の変化を調べた研究では、看護師の「無力感」が低下することが明らかにされている¹⁰⁾。

臨地実習前の看護学生は、臨床の看護師以上にスピリチュアルペインを表出している患者とどのような態度で関わってよいか迷うと考えられる。そのため筆者らは、教員が学生の消極的態度を積極的態度に転換させるための教育方法を考案することは重要なことと考えた。先行研究において高齢者の理解に視聴覚教材が有効であったことや¹¹⁾、がん性疼痛をもつ患者とのコミュニケーションに模擬患者のロールプレイが有効であったこと¹²⁾などから考えると、教員が講義において視聴覚教材や模擬患者を導入することはコミュニケーション技術の向上に有効であると予測した。さらに、学生が観察または実践したことを振り返るリフレクションは、臨床の実践能力を養うことに有効であることが示されている。Graham¹³⁾は、リフレクション教育にグループ学習や行為を深めるための記録方法が有効であることを示唆している。これらのリフレクションは、実践からの学びを深めるための方法として重要であると考えられる。

そこで本研究では、看護学生の終末期患者とのコミュニケーション技術の向上を目指す教育方法を考案し、その効果を検討することとした。教育方法の効果を評価するものとして、終末期患者とのコミュニケーションに対する不安と、患者がスピリチュアルペインを表出した際の看護師のケアの態度に焦点を当てた。学生が具体的に学習できる視聴覚教材のDVDを作成し、それを用いたロールプレイの実践、さらに模擬患者とのロールプレイやリフレクションを導入するという教育方法を実践したのでここに報告する。

II. 研究目的

看護学生がスピリチュアルケアを学習するために教員がDVD視聴、ロールプレイ、模擬患者とのロールプレイ、リフレクションを用いた講義内容を設定した。本研究の目的は、これらの教育方法が、看護学生の終末期患者とのコミュニケーションに対する不安と看護の態度に効果があるかを調べることである。

III. 用語の定義と研究の概念枠組み

1. 用語の定義

- ・**スピリチュアルペイン**: 自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛¹⁾とし、具体的には「生きる意味や目的感」、「心の穏やかさ」の喪失
- ・**スピリチュアルケア**: スピリチュアルペインに対するケア
- ・**援助的コミュニケーション**: 気遣いや承認、傾聴などコミュニケーション自体がケアとなる援助行為

2. 概念的枠組み

理論的枠組みは、学習はモデルを模倣するモデル学習¹⁴⁾によって行われているとする考えに基づく。筆者らは、教員が作成した模擬患者とのロールプレイのDVDの視聴、学生同士のロールプレイ、模擬患者と学生のロールプレイの観察は、学生にとってモデリング学習をする良好な機会になると考える。

IV. 研究方法

1. 対象者

対象者はターミナルケア論を受講する看護学部3年生であった。授業は、3年前期に行った。既に2年次に基礎看護学実習を終え、受け持った患者の看護過程をロイ適応モデルに基づき展開した経験を持っていることとした。3年後期からは臨地実習に出る予定であった。この講義においては、終末期看護の身体的、心理的な看護については学習していた。76名が講義に参加し、そのうち同意が得られた56名が調査に参加した。

2. 質問紙

不安を測定するためにSTAI¹⁵⁾を用いた。日常的な不安を測定する特性不安と、現在の不安を測定する状態不安の2種類がある。今回は、「終末期の患者とのコミュニケーションをとる場面を想像したときの不安」として状態不安を測定することとした。尺度は20項目あり、1点~4点を与え、合計得点を算出する。STAIの合計得点は20点~80点の範囲をとり、得点が高いと不安感が高いことを示す。標準化されたときの状態不安の平均値と標準偏差は、 36.6 ± 8.98 であり、それとの比較によって不安の程度を解釈する。

さらに終末期患者からスピリチュアルペインを表出されたときの看護師の態度を測定するため

に、「生の無意味感を訴える終末期がん患者へのケアの態度尺度:The attitudes toward caring for patients feeling meaningless scale」を用いた¹⁰⁾。これは、「援助の意志」(3項目)、「前向きな評価」(2項目)、「無力感」(3項目)から成っていた。得点は、1点~7点が与えられ、合計得点の平均値を用いていた。先行研究での平均値と標準偏差は、「援助の意志」では 6.1 ± 0.83 、「前向きな評価」では 5.3 ± 0.92 、「無力感」は 3.1 ± 1.3 であった。使用した尺度は、どれも信頼性と妥当性は確認されている。

3. DVD、ロールプレイ、模擬患者とのコミュニケーションで用いたシナリオの内容

事例は60歳女性Yさん、乳がんがあり化学療法の効果がなくホスピスを希望された患者である。患者はスピリチュアルペインをもっている。それへの「スピリチュアルケア」^{16) 17) 18)}について資料(図1)をもとに、入院してこられた場面の

| スピリチュアル次元 | スピリチュアルペイン | ケア方法 |
|---------------------|-------------|------------------------|
| 時間存在である患者は将来を失う | 無意味感 | 傾聴と対話 |
| | 無目的感 | 生の回顧を促す |
| | 空虚 | 自分史を編む |
| 関係存在である患者は他者を失う | アイデンティティの喪失 | 傾聴と対話 |
| | 不安 | 共に居る |
| | 孤独 | タッチング |
| | 疎外 | 家族へのスピリチュアルサポート |
| | | 患者にも役割を与える 聖職者に紹介する |
| 自律存在である患者は自律と生産性を失う | 依存と負担 | 傾聴と対話 |
| | 無力 | 自律概念の明確化 |
| | | 認知療法的対話 |
| | | 存在価値を高める |

図1. 終末期患者の苦悩とケア方法(一部改編) 村田2004

患者と看護師の病室での実際の会話シーンのシナリオ(図2)を作成した。

このシナリオは、我々の別の研究報告においても使用され、学生の自由記述から学生の思考が深まっていると考えられる¹⁹⁾。

4. データ収集方法

教員が作成したDVDを見てイメージを作り、さらにDVDと同じ内容のシナリオで、学生が二人組みになりロールプレイを行った。その後、模擬患者(Stimulus patients)と学生の代表が2

1. 患者さんの紹介: Yさん60歳女性。乳がんの再発によって化学療法や放射線療法を行っていたが、困難となり、ホスピスを希望した。入院するまでは、パートの仕事などをしていたが、病気になるからは退職していた。夫と二人暮らし。子どもはいない。夫には、「あなたの家事にいつも文句を言うから自分は病気になる」と攻撃的であった。入院して、ボランティアの人には「自分が死ぬかもしれない」ということを話していたが、看護師には、自分の気持ちを話さないで、苦悩している表情であった。

2. 会話時の状況: 「傾聴により患者の気持ちを表現してもらう」という看護計画に基づき、午後15時ごろ病室を訪れた。訪室時Yさんは枕を背もたれにベッドに座り入院案内の冊子を見ておられた。少しお話ししてもかまわないかと尋ねる「どうぞ」と迎えてくださった。

3. 会話の内容

N1: ホスピスに入られて、今のお気持ちについて教えていただきたいと思っています。山田さんは、病気が再発してから、どのような気持ちで過ごされて来られたのですか。

Y1: 初発のときは、治ると思っていたので、少し楽でしたが、再発となったときはショックでした…。また、治療をしましたが、効果がないと先生から言われて。

N2: 初発の時は、気持ちも楽だったけど、再発となってショックだったのですね(沈黙)

Y2: ええ再発だったら、もしもこのまま治らないのでは、という気持ちとか、またつらい治療をしなければならぬのかと思うと、本当に気持ちが落ち込んで行って…そんな気持ちでした。しばらくは呆然とした日々を過ごしてから、治療を始めました。しかし、その医師の態度が、きつくて、本当に嫌なことが多かったです。また、治療の効果もなく、体力の方が落ちていって、結局、つらかったけど、治療をあきらめたのです。

N3: 治療だけでもつらいのに、医師の態度もきつくて、嫌なことが多かったのですね。(沈黙) 治療の効果も見られず、結局、治療をあきらめることになったのですね。

Y3: ええ、治療をやめて、ホスピスに入るというのは、もう治ることはない、もう駄目なのだということがはっきりしたようなものですから…。それで、治療をやめたくなかったのです。でも、あのまま、続けていたら、もっと体力が落ちて、動けなくなっていたかもしれません。治療をあきらめたことは、むしろよかったかもしれません。そしてホスピスに入りました。

N4: 今は、あの時治療をやめてよかったかもしれないそう思われるのですね。ホスピスに入り、ご主人は毎日きてくれていますね。ちょっとお見かけしたのですが優しい方ですね。

Y4: 私はあの人のせいで病気になるかと思っていたので、あの人を見ると本当にイライラします。最近、毎日体力が落ちていくのもわかり、隣の人が昨日亡くなって、自分もそうなるのかなと思ったりもします。もうだめなのかなーって。昨日、夢を見て、その夢では、自分が天国に行こうとしていたら、急に下に落ち始めていくという怖い夢でした。不安で目が覚めても眠れませんでした。

N5: 怖い夢を見たのですか(沈黙)。最近、体力が落ちて来たり、隣の人も亡くなって、自分もそうなるのではと怖くなったのですか。「急に落ちていく夢が怖かった」ことについては、もう少し詳しく話してくれますか。

Y5: ええ、私は今までいい人生ではなかったと思うのです。子どももないし、仕事もしていませんし。何も世の中に残せていないのです。意味のない人生でした。夫にも冷たかったし、地獄に行くのではないかと考えて、死後のことを考えていたとき、このような夢になったのだと思います。

N6: いい人生ではなかったと思うのですか。子どももないし何も残せてない、意味のない人生だと感じているのですか。そして夫にも冷たかったと…。

Y6: ええ、夫も忙しい中毎日よく来てくれていると思います。もっと優しく接したいのに素直になれない自分がいます。

N6: もっと優しく思っているのですか。今日はお話されたいこと話せましたか?

Y6: なんだか少し気持ちが楽になりました。

N7: これから、Yさんはどのようにホスピスで過ごしたいと思われますか。

Y7: せつかくですから、私にできることがあれば習ってなにか残せたらと思います。

N8: わかりました。

図2. 会話配録:患者Yさん

回、同じシナリオでロールプレイを行った。その後、リフレクションを行った。最初のDVDを見る前と、最後のリフレクションが終わった後に同じ質問紙に回答することを依頼した。手順の詳細を図3に含める。

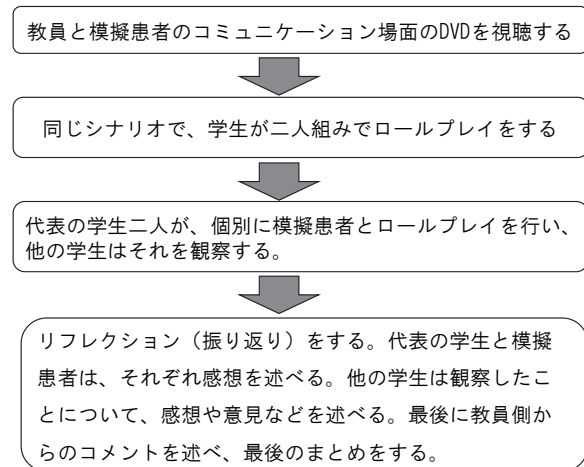


図3. 講義の具体的な計画

5. データの分析方法

回答のなかで欠損値がある回答用紙は除外した。分析は、SPSS ver.21を用いた。STAIについては、ターミナルケア論の講義の前後で合計得点の平均値に差があるかをt検定によって調べた。「生の無意味感を訴える終末期がん患者へのケアの態度尺度:The attitudes toward caring for patients feeling meaningless scale」については、進んで患者を援助したいと感じる「援助の意志」、患者が無意味感を看護師である自分に表してくれたことを前向きに受け止める「前向きな評価」、どうしたらよいか分からない「無力感」の下位尺度があった。それぞれについて、講義前後で合計得点の平均値に差があるかをt検定によって調べた。検定ではすべて有意水準は0.05%とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、授業内調査であり筆者の所属する大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者に対して、研究者から研究の趣旨および内容、本調査は任意であり調査の拒否・中断が可能であること、調査を拒否・中断しても何ら個人の成績に影響しないことを文書および口頭で授業前に説明を行った。さらに調査結果に関しては、本研究の目的以外に使用しないこと、データ入力時から

論文執筆、学会での報告に際しても匿名性を厳守し、個人が特定できないようにすることを説明。その上で、了解が得られる場合には、講義終了後、設置した回収ボックスに質問紙を提出してもらうようお願いした。回収ボックスは翌日まで設置しておいた。

V. 結果

本研究には56名から同意が得られた（回収率74%）。そのなかで、欠損値などがあった4名は除外し、52名を分析の対象とした。統計的分析の結果（表1）、STAIの得点は、講義前後で 55.6 ± 9.0 から 51.7 ± 9.7 に有意に低下した（ $p < .00$ ）。また、「生の無意味感を訴える終末期がん患者へのケアの態度尺度」の3つの下位尺度について、講義前後で次のように変化した。「援助の意志」については、 20.7 ± 2.7 から 21.4 ± 2.8 と有意に上昇し（ $p < .05$ ）、「前向きな評価」についても 12.0 ± 2.8 から 13.4 ± 2.4 へと有意に上昇した（ $p < .001$ ）。しかし、「無力感」については 12.0 ± 3.5 から 12.2 ± 4.0 になり、講義の前後で有意差はみられなかった。

表1. 本講義前後におけるSTAIと「生の無意味感を訴える終末期がん患者に対するケアの態度尺度」における平均値の変化（n=56）

| 尺度 | 講義前 | 講義後 | |
|------------------------------|------|------|------|
| STAI | 55.6 | 51.7 | ** |
| 生の無意味感を訴える終末期がん患者に対するケアの態度尺度 | | | |
| 援助の意志 | 20.7 | 21.4 | * |
| 前向きな評価 | 12.0 | 13.4 | ** |
| 無力感 | 12.0 | 12.2 | n.s. |

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

VI. 考察

終末期患者とのコミュニケーションを考えたときのSTAIの得点は55.6点から51.7点に低下した。講義前の55.6点は、正常成人の36.6点よりもかなり高いことから、学生のコミュニケーションに対する不安が高いことが伺える。そのなかで、今回のような講義によって51.7点まで低下したことは、授業の工夫によって学生のコミュニケーションの不安が低下することを示唆している。

さらに「生の無意味感をもつ患者へのケアの態度尺度」の「援助の意志」が20.7点から21.4点に有意に上昇したこと、「前向きな評価」が12.0点から13.4点に有意に上昇したことは、変化した点数としては少ないものの、今回のような講義の工夫は「積極的にケアに関わろう」という気持ちを向上させることに有意義であることが示唆された。「無力感」という下位尺度については有意差がみられなかったことは、まだ学生が病棟実習に出ていないことから、現実的にイメージができなかったためではないかと推測される。

STAIの得点や、「援助の意志」や「前向きな評価」の得点が上昇したのはなぜだろうか。これは、最初に教員と模擬患者とのコミュニケーション場面のDVDを視聴することによって行動のイメージ化が進み、どのように自分がコミュニケーションをとったらよいかのイメージができたためではないかと考えられる。辻²⁰⁾は、視覚教材の利点として「現実的場面を提示でき、印象に残る資料を提供できる」ことを示している。また葛原他²¹⁾の研究では、模擬患者とのコミュニケーション場面のDVDを学生が視聴したことで、患者の表情、お互いの言葉、言葉の間など、非言語的(non-verbal)な表現を理解することに有効であったことが示されている。

これらのことから、次のように考えられる。学生は、イメージ化ができたと同時に、非言語的なコミュニケーションの重要性に気づくという客観的な学習ができた。次に学生相互でロールプレイを行ったことで、学生は患者の気持ち、看護師の気持ちを体験することができ、それぞれの視点から考えることができるようになり、患者に対する「共感的理解」が進んだと推測される。小坂²²⁾は、精神看護学の学習のなかで、患者と実習生役を演じたところ、自己理解と他者理解が深まり、患者に対する共感的理解が深まったと言う。すなわち「患者の視点が理解できるようになった」と言う。本研究においても、実際に患者役、看護師役を演じてみると、お互いがどのような気持ちをもっていいのかということを体験でき、患者への共感的理解や共感的態度が促進されたと考えられる。

そして、最後に学生はリフレクションによって、自己への気づきを促すことができたと考えられる。最初は「教員と模擬患者」のDVDを視聴することで「行動のイメージ化」をはかり、次に実際に自分が行うことで、共感的理解や共感的態度を伴った「看護師の態度を伴った自己のイメージ化」ができ、最後に他の学生と模擬患者とのコミュニケーション場面を観察することで、他者と

比較したり、「自己イメージの客観視」が行われると考えられる。学生は、このようなプロセスによって、患者の生きる無意味感の表出に対して、自分なりに対処できるという気持ちを持ち、積極的に関わる気持ちが生じ、その結果、「不安」の低下、「援助の意志」や、無意味感の表出に対する「前向きな評価」の上昇につながったのではないだろうか。リフレクションのプロセスを調べた先行研究²³⁾では、シミュレーションプログラムの内容を振り返るなかで、いくつかの段階を経るが、どの段階にも「気づきに対する自己内省」があったことを報告している。本研究でも、学生はリフレクションを通して、一連のプロセスに評価を与えたり、自己内省を行い、学びの内容を確認していたのではないかと考えられる。

終末期患者に対する看護学生の模擬患者とのコミュニケーションのあり方を、入学すぐと、卒業前を比較した開戸ら²⁴⁾の研究では、入学時では「評価的対応」や「避難的対応」が多かったが、卒業時には「支持的対応」や「支援的対応」が多くなっていることが示され、積極的に効果的な対応をするように変化していた。これらの先行研究を含めて考えると、終末期という患者の状況に合わせた具体的なコミュニケーションの技術を学習することで、看護師としての対処能力や自己効力感が高まると考えられる。ただし、本研究では「無力感」の得点は有意な変化がみられなかったことから、まだ臨床での経験がないことから、臨床でのイメージがつかめなかったために無力感を感じていることも予想された。また、質問紙の回収率が74%であったことは、講義の前後と回答する時間も短く、煩雑であったこと、また終末期患者とのコミュニケーション場面をイメージがわからずに回答にしにくかったことなどが予想される。これらの点についてはさらに検討する必要がある。

看護学教育の在り方に関する検討会報告書の臨地実習の在り方、看護実践能力育成における臨地実習の意義に「看護の方法について[知る][わかる]段階から[使う][実践できる]段階に到達させるために臨地実習は不可欠な過程である」²⁵⁾と述べられている。従って、今回のような学生の参加型の学習によると、学生は[使う]段階に到達することができ、看護実践力育成の方法として有用と考えられる。

文献

- 1) 村田久行:終末期患者のスピリチュアルペイ

- ンとそのケア—現象学的アプローチによる解明. 緩和ケア, 1515:385-390,2005
- 2) 森田達也,角田純一,他:終末期癌患者の実存的苦痛-研究の動向. 精神医学, 41 (9): 995-1002,1999
 - 3) 恒藤暁:最新緩和医療学. 227-239, 最新医学社, 1999
 - 4) Roy, Sr.C.& Andrews, H. 江本愛子訳/松木光子監訳):ザ・ロイ適応看護モデル. 396-399, 医学書院, 東京, 2002
 - 5) Dobratz,M.:根本多喜子訳,人生の終焉/Roy Sr.C. (松木光子監訳):ロイ適応看護モデル序説,原著第2版・邦訳第2版, 417-434, ヘルス出版, 1995
 - 6) Dobratz,M. (片岡万里訳):ロイ適応モデル論文集. 38-45, 聖マリア学院大学, 1997
 - 7) Highfield,M.F.: Spiritual health of oncology patients. Nurse and patient perspectives. Cancer Nurse, 15:1-8, 1992
 - 8) 安藤満代,大坪昌喜:ホスピス病棟実習において看護学生のもつ困難感—スピリチュアリティと抑うつ感との関連を中心に—. 看護教育, 48 (6): 514-518, 2007
 - 9) 新たな看護のあり方に関する検討会報告書,審議会議事録, 2011.7.25, 厚生労働省 URL:<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html>.
 - 10) Morita T, Murata H, Tamura, K, et al.: Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. Journal of Pain and Symptom Management, 34 (2):160-170, 2007
 - 11) 古城幸子, 木下香里:高齢者理解を広げる映画教材の教育効果. 新見公立短期大学紀要, 28:1-6, 2007
 - 12) 石原克秀, 青井聡美, 吉田なよ子他:模擬患者参加型演習の教育効果について, 日本看護研究学会誌, 36:245, 2013
 - 13) Graham, J.W. Reflective practice: using the action learning group mechanism. Nurse Education Today, 15:28-32, 1995
 - 14) バンデューラ, A.:本明寛, 野口京子監訳:激動社会の自己効力,金子書房, 1997
 - 15) Spielberg, C.D. 水口公信, 下仲順子, 中里 克 治: State-Trait Anxiety Inventory STAI 状態・特性不安検査 (Form X)
 - 16) 村田久行:臨床に活かすスピリチュアルケアの実際—スピリチュアルケアとは何か—,ターミナルケア, 12 (4): 324 - 327, 2002
 - 17) 村田久行:末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア:アセスメントとケアのための概念枠組みの構築. 緩和医療学, 5 (2):157-165, 2003
 - 18) 村田久行, 小澤竹俊:末期がん患者へのスピリチュアルケア援助プロセスの研究. 臨床看護, 30 (9):1450-1464, 2004.
 - 19) 山本真弓,古田雅敏,安藤満代:SP-CSSによるスピリチュアルペイン学習方法の効果,看護教育,22:65-74, 2013
 - 20) 辻義人:視聴覚メディア教材を用いた教育活動の展望—教材の運営・管理と著作権—. 小樽商科大学人文紀要, 115:175-194, 2008
 - 21) 葛原誠太, 室屋和子, 野元由美:老年看護学演習における視聴覚教材活用の効果, 産業医科大学雑誌, 35 (2):173-182, 2013
 - 22) 小坂やす子:精神看護学実習における学生の自己理解, 他者理解, ロールプレイを体験して, 患者役, 実習生役の立場から. 看護教育, 43:46-49, 2013
 - 23) 本田芳香, 小原泉:がん看護実践能力を育成するためのリフレクションプロセス. 自治医科大学看護学ジャーナル, 7:13-24, 2009
 - 24) 開戸啓子, 石川奈津子, 片桐由美子他:終末期患者に対する看護学生の対応技術に関する研究 (2), ホスピスケアと在宅ケア, 8:44-48, 2000
 - 25) 看護学教育の在り方に関する検討会報告書,審議会議事録, 2011.7.25, 厚生労働省 URL:<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0317-4.html>.

【資料】

臨床看護学実習 I (急性期・周術期) における 手術室見学実習の実態調査

滝 麻衣、米村敬子、大坪奈保、小森あき奈、
鬼丸美紀、藤巻承子*、能塚覚美*、濱野香苗

聖マリア学院大学、*社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 手術部

<キーワード>

急性期看護、周術期看護、周麻酔期管理、看護学実習、実習指導

要旨

平成24年度から、実習施設であるA病院の協力の下、臨床看護学実習 I に2日間の手術室見学実習を導入した。今回、手術室見学実習の是非と教育プログラムの評価を行うことを目的とし、学生の実習状況に関する実態把握を行った。

結果、手術室見学実習では、学生が1~7件、平均3.8件の手術を見学できていたが、診療科に偏りがあることや、受持ち患者/受持ち患者と同じ術式の見学ができた学生は半数以下であったこと、講義演習では周知できていない麻酔法や術式があったことが確認できた。手術室見学実習に関する学生の満足度は高かった一方、実習期間によっては満足度に差異が見られた。実習指導體制については、9割の学生が現在の指導方法でよいと回答していた。手術室見学実習は、「チーム医療」「患者・医療安全」「感染管理」等に関する学生の理解を促すなどの学習効果も期待できることから、急性期・周術期看護を学ぶ上で不可欠な実習であると考えられる。

1. はじめに

本学では、成人を対象とした急性期・周術期の患者を受持つ臨床看護学実習 I を必修科目として位置づけているが、開学当初から平成23年度に至るまで手術室における臨床実習が導入されておらず、例年、担当教員および実習病棟指導者から、学生が看護過程を展開するうえで、手術による生体侵襲を考慮したアセスメントが十分とは言えないこと、術後の看護管理が看護介入計画に反映できていないなどの課題などが挙げられていた。先行研究では、看護基礎教育において手術室見学実習を導入している施設も多く、「周術期看護の理解に手術室見学実習は不可欠」「術後の看護や疼痛の理解に役立つ」などのメリットが示されてい

る¹⁾。

本学では、平成24年度から手術室の見学実習を導入したが、現状では見学実習に対応する講義・演習が確保されているとはいいがたく、加えて学生が実習で見学している手術内容について報告されているものはない。

2. 目的

本調査研究の目的は、臨床看護学実習 I (以下、実習 I) における手術室見学実習の是非を含めた実習プログラムの評価を行うため、手術室見学実習後の学生の履修状況から、本学における講義・演習・実習の連動性について検討することである。

3. 方法

1) 対象と方法

平成24年度において実習Iを履修した学生117名の実習記録とした。実習中、学生には手術室見学実習の履修状況やどのような疾患および術式・麻酔方法の見学を行ったのかを、表1に示す実習日誌を記入してもらい、実習日誌から①手術室見学実習における経験症例件数、②経験症例の診療科別内訳、③手術室見学実習と病棟実習の関連性について分析した。実習に関する満足度については、Survey Monkey社が提供するインターネットサーベイシステムを用いWeb上で回答を得た。結果については記述統計分析を行った。

表1. 臨床看護学実習I・手術室実習 実習日誌

| 臨床看護学実習I・手術室実習 実習日誌 | | |
|---------------------|------|---------------------|
| 年 | 月 | 日 曜日 |
| | | 学籍番号 _____ 氏名 _____ |
| 実習目標 | | |
| Time table | 実施内容 | 考察 |
| | | |
| 【本日のまとめと考察、課題】 | | |
| 【担当者コメント】 | | |

2) 手術室見学実習の履修方法

今回、実習施設であるA病院と共同し、平成24年度から2日間の手術室における見学実習を導入した。当大学における臨床看護学実習I（急性期看護）の実習は、隣接するA病院の外科系病棟に9~11名ずつのグループで配置され、平成24年度は、腎泌尿器科、整形外科、消化器外科、婦人科、脳神経外科の5箇所病棟実習を実施した。

学生は、3週間（15日間）のうち、1週目、2週

目、3週目のいずれかの時期に、2日間の手術室見学実習を履修することとした。実習前オリエンテーションおよび更衣・入室手順については学内教員が指導を担当し、手術室内の実習指導は、手術室内の実習指導者および、各手術室内に配置された外回り看護師が担当した。

見学実習のスケジュールは、1日目の午前中に手術室の実習指導者から手術室全体のオリエンテーションを実施してもらい、午後からは学生が実習Iで履修している診療科の手術を中心とした見学実習を依頼した。実習終了後は手術室指導者および学内教員によるショートカンファレンスを開催し、翌日の実習目標に反映させることができるよう配慮した。

2日目は、学生の実習目標に沿って適した手術症例を選択させてもらい、病棟指導者には、目標到達に向けた支援を依頼した。

4. 倫理的配慮

学生には実習開始前のオリエンテーション時に、口頭で手術室見学実習の評価を行うことを伝え、実習記録から本調査に必要な情報を収集する旨説明した。また、調査研究に当たっては、調査協力の有無および実習記録の内容が個人の成績に反映しないこと、結果が個人の特定に繋がらないこと、本調査研究以外の目的で結果を用いないことを説明したうえで学生の回答を以って同意を得た。なお、本調査研究については、学内倫理審査委員会の承認（H25-006）を得ている。

5. 結果

学生117名のうち、調査の同意の得られた116名の実習記録を対象に分析した。

1) 手術室見学実習における経験症例件数

学生が2日間の手術室見学実習において経験し、実習記録に明確に記載があった手術症例は延べ450件であった。学生一人あたりの経験件数は平均3.8件（SD値1.33）であり、最小1件、最大7件であった（図1）。

2) 学生が見学した手術症例の診療科別内訳

学生が経験した手術症例の診療科別内訳で、最も多かったものは整形外科疾患の101件（全体の22.4%）であり、次いで耳鼻科85件（18.9%）、婦

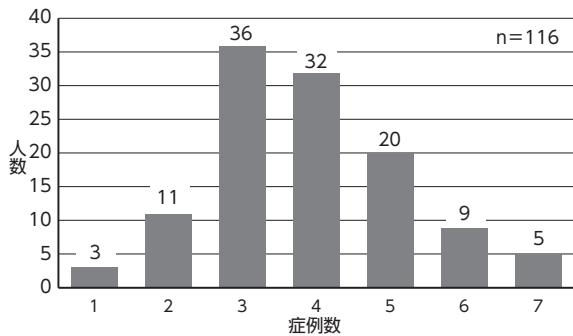


図1. 学生一人あたりの経験症例件数

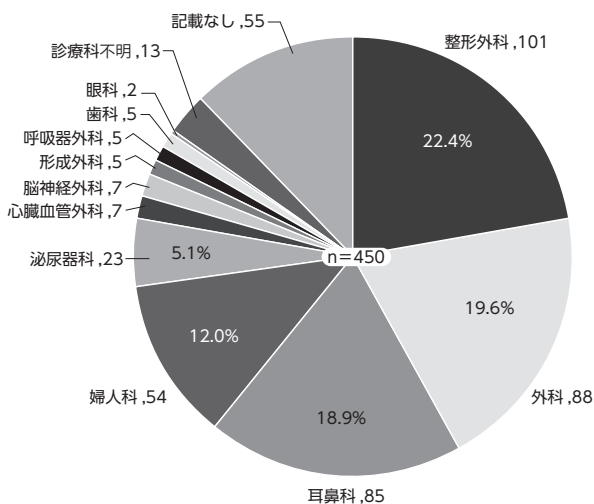


図2. 経験症例の診療科別内訳

人科54件(12.0%)であった(図2)。診療科別に見ると、学生は、約11科にわたる幅広い診療科で症例を経験していた。

3) 学生が見学した手術症例別内訳

2)で述べた診療科別内訳のうち、術式でもっとも多く経験した症例は、骨折に伴う骨接合術や骨折観血的手術が多くを占めており、他にも人工骨頭置換術・椎弓切除術・腱縫合術などの多様な症例であった。

次いで割合が多かった診療科は外科であり、88件(19.6%)であった。手術内容は、主に消化器外科である、胃・肝臓・脾臓・大腸などの消化管の切除・摘出術のほか、腹腔鏡下の手術も多く経験していた。

一方で、実習記録に術式や病名の記載がないものも多く、48件(15.1%)が診療科や術式が不明であった。また麻酔の区別をきちんと捉えて学習し実習記録に記載している学生や、外回り看護師とともに手術室の一日の流れを見学し、看護師やスタッフの役割についての学びを実習記録に記載している学生がいる一方で、周麻酔期ある患者の

麻酔管理に関する学びや看護の活動について観察した点などの記述がまったく無い学生もみられた。

4) 病棟実習と見学した手術内容との関連

学生の実習病棟(診療科)に関連する手術症例を見学した学生の割合をみると、実習に関連する手術を見学できた学生の割合は、49.1%であった。

実習病棟別に見ると、腎泌尿器科病棟で実習した学生19名中3名(31.6%)が、腎泌尿器疾患に関連した手術を見学できていた。整形外科病棟では、最も多い43名が実習しており、うち26名(60.5%)は、1件以上の整形外科手術を見学できていた。消化器外科病棟では、実習した学生18名のうち13名(72.2%)が1件以上の消化器外科手術を見学できていた。婦人科病棟においても、22名中12名(54.5%)が婦人科の手術を見学できていたが、脳外科病棟で実習した学生7名(6%)には、疾患に関連する手術を見学できたものはいなかった(表2)。

表2. 病棟実習と手術室見学実習の関連

| 実習病棟の主な診療科 (配置人数) | 実習に当該する診療科の手術を見学できた学生の人数とその割合 | |
|----------------------|-------------------------------|-------|
| | 人数 | 割合 |
| 整形外科 (43) | 26 | 60.5% |
| 婦人科 (22) | 12 | 54.5% |
| 腎・泌尿器科 (19) | 6 | 31.6% |
| 消化器外科 (18) | 13 | 72.2% |
| 脳外科 (14) | 0 | 0.0% |
| 合計 | 57 | 49.1% |

5) 学生の実習満足度

有効回答は31件(26.7%)であった。手術室見学実習に対する全体の満足度は81.2%であり、「受持ち患者の/受持ち患者と同じ手術が見学できた」と回答した学生の満足度は81.4%。「できなかった」と回答した学生の満足度は81.0%であり、大差は見られなかった。

6. 考察

今回の調査結果では、実習病棟への学生の配置数と見学した手術数が比例している傾向が把握できた。一方で、3週間の実習期間の中で2日間を手術室見学実習と位置づけ、関係部署と日程を決

めたうえで実習に臨むため、病棟実習で学生が受持つ患者や類似する症例の手術を見学できる場合もあれば、見学実習の予定が上手く合わず見学できない場合もあった。これは、実習時期や曜日によって、手術件数にも変化があるため、学生毎の違いが生じた可能性があると思われる。

学生が見学した手術症例については、今回の実習記録だけでは把握困難なものも多かったため、学生が見学した手術症例に関する学習を復習できるよう、患者の最低限の基本情報や術式、麻酔方法、手術時間など、周術期管理の患者アセスメントに必要な事項を示すことで、学習状況の把握と学習支援が可能になると考える。

本学における実習に対しての学生の満足度は高いと考えられ、自由記載欄には、「座学では学べない多くのことを経験でき、経験することが重要だと感じた。短期間であっても実習できることは。これからの急性期・周術期を患者がどのようにたどってきたのか、病棟でも考えることができると思う」や「手術室の見学実習で、患者安全や医療安全、チーム医療の大切さを再認識した」などの意見があった。これらは、「受け持ち患者の手術が単独または手術室看護師に同行し見学できた学生の方が、それ以外の学生よりも手術室実習の満足度が高い傾向がみられた」²⁾とする調査結果や、手術室実習後の学生レポートを分析した結果、看護師の業務や能力、チームワークなどの項目についての標記がお多く、より実践的な学びを提供するためには、実習体制の整備が必要³⁾とする他の先行研究の報告とも合致しており、本学においても学生の関心度の高さを示していると考えられる。

実習Ⅰにおける手術室見学実習は、急性期化し、日進月歩で進化する医療環境に触れる良い機会であるとともに、「チーム医療」「患者・医療安全」「感染管理」等に関する学生の理解を促すなどの学習効果も期待できることから、急性期・周術

期・周麻酔期看護を学ぶ上で不可欠な実習であると考え、手術室実習指導者との連携強化のもと、最低限の時間数を確保し継続する必要があると考える。今後は、今回の結果を基に、講義や演習で見学可能な症例を教授するとともに、受持ち患者の手術見学に同行し、看護過程の展開に反映できるような講義・演習・実習に連動性を持たせた教育指導体制の整備が必要であると考えられる。

7. 結語

今回、手術室見学実習を導入し、その実習評価を行った。今回の学生の履修状況から、講義・演習では周知できていない麻酔・手術法があることや、実習との連動性について意識させる必要があることが明確となった。今後は、講義・演習で周術期・周麻酔期にある患者事例やシミュレーションを実施するなど、知識・技術・実践力を繰返し学び体得することができるような教育プログラムの構築や改善が必要であると思われる。

文献

- 1) 深澤 佳代子:手術医学教育と研究の方向性 看護基礎教育における手術室看護の位置づけと教授方法について 手術室実習について,日本手術医学会誌,27(4):296-298,2006.11
- 2) 小澤 尚子,熊谷 真衣,原島 利恵:手術室実習に対する学生の満足感 実習形態による比較,日本手術看護学会誌,9(1):50-52,2013.07
- 3) 堀越 政孝,辻村 弘美,恩幣 宏美,他:手術室見学実習における学びの内容 術中レポートの分析,群馬保健学紀要,30:67-75,2010.03

【総説】

現代のナイチンゲール クリニカル・ナース・リーダーに期待される役割と機能

滝 麻衣、鷺尾昌一、矢野正子

聖マリア学院大学

<キーワード>

高度専門看護実践、看護制度、看護管理

1. はじめに

近年に見るめざましい医療環境の変化のなか、看護師に求められる役割や機能も大きな転換期を迎えている。日本では、2004年12月の社会保障審議会医療部会で、医師不足への対策として米国で活躍する専門性の高い看護師について言及された事をきっかけに、2005年以降チーム医療と特定看護師制度（現「看護師特定能力認証制度」）に関する議論がすすめられてきた。米国看護協会は2008年、それまで各専門家集団に一任していた活動を体系化し、4つのAdvanced Practice Registered Nurses (APRN) の専門性を明示した（表1）。これにより、各領域の役割・機能が明確化される一方で専門分野の細分化が進み、ケアの統合が困難となるなどの状況が問題視されることとなった。この結果、米国看護教育協議会は新たな専門機能であるClinical Nurse Leader (CNL) の創設に向け1999年から取り組んでいる。2006年からは認定資格制度が開始され、CNLは研究・教育・実践の統合と明確なエビデンスを示す者としての役割・機能を期待されている。故に

CNLは「現代のナイチンゲール」として認識されている。

そこで本稿では、看護の歴史やナイチンゲールの功績を踏まえたうえで、看護の新たな専門職種であるCNLについて紹介する。

2. 看護発展の歴史的背景

ローマ帝国における看護は、313年のコンスタンチヌス帝によるミラノ勅令後にキリスト教会が貧困者や病人の救済のために教会内に設けたディアコニアから始まった¹⁾。キリスト教信者の増加に伴い訪問看護も行われるようになったが、その活動の中心は女性信者であった。

十字軍による戦争は、看護に大きな影響を与えた。聖ヨハネ教団は1113年には聖ヨハネ修道騎士団となり、①巡礼者の安全を守り、イスラムと戦う騎士と、②巡礼者の身の回りの世話を司祭、③雑役に奉仕し、病人や負傷者を看護する奉仕会の友、の3つの部門から構成され、各地に病院や救護所を設け手厚い看護を行ったとされている。十字軍のエルサレムへの進軍に伴い、ハンセン病がヨーロッパに移入され、ハンセン病に罹患した巡礼者や兵士の救護も教会や騎士団（軍事医療団）の仕事であった¹⁾。

細菌などの病原体が同定され、抗生物質による治療ができる以前の感染症対策は患者の隔離しがなく、中世ヨーロッパではカトリック系の病院が各地にできるまでは、教会が病人の収容所とな

表1. 米国における4種のAdvanced Practice Registered Nurses (文献16)

- Certified Registered Nurse Anesthetists:CRNA
- Certified Registered Midwives:CRM
- Clinical Nurse Specialists:CNS
- Nurse Practitioners:NP

り、寝る場所や食事を与え、看護尼が病人の世話をしていた¹⁾。

3. フローレンス・ナイチンゲールの功績

抗生物質による治療がない状態であって、感染症対策はもっぱら患者の隔離であったが、病原体が発見される以前であっても、疫学的方法により感染源を遮断することによって感染を予防するという方法が実践された。1954年に英国ロンドンでコレラが大流行した際、ジョン・スノーはコレラによる死亡者を居住地区ごとに地図に記入し、ブロード街の共同井戸のポンプ周囲に死亡者が多いことを突き止め、そのポンプの使用を中止することでコレラの蔓延を防止した²⁾。当時、ロンドンには二つの水道会社があり、テムズ川から水道を引き共同井戸のポンプから水道水を提供していた。このように、コッホのコレラ菌の発見よりも約30年前に、疫学的手法を用いてコレラの蔓延を予防したのである²⁾。

看護の領域で疫学的手法を発揮し活躍したのは、近代看護の祖といわれるフローレンス・ナイチンゲール (Florence Nightingale) である。1853年トルコとロシアの間でクリミア戦争が開始されたが、英国はフランス、サルディニア (後のイタリア王国) とともにトルコの友軍として参戦した。イスタンブール郊外のスクタリにあった英国軍の野戦病院には、多くの傷病兵が運び込まれていた¹⁾。しかし、フランスが慈善看護団を派遣し、ロシアが従軍尼僧団を配備していたのに比べ、戦地での看護は手薄であった。そのことを知ったナイチンゲールは従軍を志願し、38名の従軍看護団 (14名の病院看護師と24名の尼僧) のリーダー (トルコ領における英国陸軍病院女性看護師総監督官) として、スクタリにあった英国軍の野戦病院に赴任した^{1) 3)}。そこで彼女を待ち受けていたものは、戦争による傷害による死亡者よりも、病院の環境が劣悪であるためにおこる感染症での死亡者の方が多いという現実であった。傷病兵にはネズミが這い回り、ノミやシラミが湧く狭い間隔で寝かされていた³⁾。英国陸軍の規則は厳格で、軍医の指示がなければ傷病兵のケアができない状態であり、ナイチンゲールらは診療に関与させてもらえない状態が続いたが、その中で彼女は、自分たちの判断でできるところから傷病兵の看護を開始した³⁾。看護覚書の中でナイチンゲールは、「すべての病気はその過程のどの時期においても多かれ少なかれ回復の過程である」と

述べ、「病気に付随すると思われる症状や苦痛が、その病気とは別の原因 (新鮮な空気、光、暖かさ、静かさ、清潔さ、規則正しい食事の管理と世話の一部または全部の欠如) からおこることが多い」ことを指摘している^{3) 4)}。しかし、実際の野戦病院では、冷めた食事が患者に配膳され、弱った患者の食事は他の兵士が食べている状況だった。ナイチンゲールらは、看護師宿舎の炊事場で温かいスープ (ぶどう酒の入った葛湯) を作り、軍医の許可を得て患者に与えた³⁾。ナイチンゲールの最初の仕事は患者に適切な食事を提供することであった。

傷病兵の増加により、軍の人手が足りなくなって初めて、ナイチンゲールたち看護団に診療の手伝いが依頼されたが、野戦病院での死者は増えるばかりであった。傷病兵は次々とコレラや赤痢に感染し、排泄物の入った盥は病院内に放置されたままにされており、新たな感染源となっていた。当時、英国陸軍の衛生・健康管理は「兵站部」、「調達局」、「医務局」の3つの部局が担当していたが、各部局の権限が複雑に絡み合い、日用品の手配ですら極めて多くの書類が必要で、上級医師は書類の作成に忙殺され、現場での診療は経験未熟な医師に任されていた³⁾。ナイチンゲールは、病院の実情視察に訪れていた国会議員、従軍牧師、新聞社の基金を活用するため、現地スクタリに来ていた新聞社の支持をとりつけ、自由になる豊富な資金を手に入れた。これを背景に「必要な物品は彼女に届ける」という取り決めを作成し、病院の物資流通を一元化した³⁾。

彼女が病院の物資流通の一元化の次に取り組んだものは、野戦病院の衛生状況の改善であった。彼女は排泄物の入った盥を片付け、野戦病院の外に洗濯のための家を作り、リネンなどの洗濯を行った³⁾。英国政府は野戦病院での死亡者が増え続けるため、衛生委員会を派遣し、病院の下水の清掃、ネズミの巣となっていた棚板を除去し、壁を石灰で洗うなどの処置を行った³⁾。

クリミア戦争後の英国陸軍の会議でナイチンゲールは、クリミア戦争で死亡した兵士の多くが敵の砲弾で殺されたのではなく、野戦病院の劣悪な医療・衛生環境のために亡くなったことを統計資料とグラフを使って提示した³⁾。ナイチンゲールの改革案は英国陸軍で取り上げられ、英国陸軍の兵士の死亡率は半減した³⁾。このように、ナイチンゲールは臨床現場で起こった問題点を統計的手法により可視化した後、改善策を提案し、それを実行させることによって患者の健康回復に貢献したのである³⁾。

加えて、1863年に出版された「Notes on Hospital」では、ナイチンゲールが考案した「ナイチンゲール病棟」と言われる病院建築が示されており、患者一人の療養空間として相応しい面積、ベッドの高さやベッドとベッドの間の距離に関する理想的な計算値が述べられている⁵⁾。現在のエレベーターや患者の食事を上階に運び上げるためのダムウェーター（リフト）の原型となる「巻き上げ機」を設置することや、現在のナースコールの原型である「弁付き呼鈴」を設置することなどが含まれており、またそのための政策的な活動や資金確保なども含まれる⁶⁾。これらは、現在の看護活動における作業導線や効率化に寄与しているといえる。

彼女は、疫学・統計学者、管理者、建築家、ロビイスト (Lobbyist) など、多岐にわたる能力を根拠に基づいて実践する看護実践 (EBNP: Evidence based nursing practice) の先駆者として認識されている。

4. クリニカル・ナース・リーダー

米国看護大学協議会 (American Association of College of Nursing: 以下 AACN) の定義によると、クリニカル・ナース・リーダー (Clinical Nurse Leaders: 以下 CLN) とは、「教育・実践領域の共同により位置づけた新たな看護の専門的役割であり、患者ケアと医療に関与する看護師の質の向上の推進を図るものである」とされている⁷⁾。AACNでは、『現代のナイチンゲール』として、その活動への使命が明記されている。

1) CNL 制度設立までの歴史的背景

CNL 制度は、1999年、患者安全・医療安全に寄与する医療提供体制の実現を図るべく AACN が検討を開始したことに始まる。特に、乱立する専門性の中、教育の質の担保が図れていないことや、看護実践に関する多くの論文や報告書があるがエビデンスに欠ける点、高学歴の専門家が増加した結果、専門家による看護提供体制が競合化しているなどの問題が顕在しており、その現状を打破するべく創設に至ったという経緯がある⁸⁾。その後、度重なる議論が繰り返され、2006年から試験的認定試験が開始されて以降、年間3回 (秋・冬期、春季、夏期) の認定試験が実施され、2014年4月24日現在の報告では、3,224名 (平均合格率71%) の認定者が誕生し、CNLとして活動している⁹⁾。

2) 活動の実際とその役割

CNLは「管理者や病棟師長とは異なり、例えば、院内感染などが臨床で発生した場合、それらの問題への対処や、改善のための勧告を行うだけではなく、発生病棟など臨床の現場に赴いて、そこで働く看護師に直接指導を行う看護専門職」であり、「管理職」と「臨床実践を担う専門家」の両者を兼ね備えた看護専門職であり、その活動には必ずエビデンスを明確にするなどの手法がとられるため、根拠に基づく看護実践を行う専門職として、疫学、統計学的知識が必須となる¹⁰⁾。CNL 実践活動の基本的側面には表2に示す項目が含まれている¹⁰⁾。

表2. CNL 実践活動の基本的側面 (文献10)

- 患者ケアの実践と提供のため、個人、家族、グループ、国民を対象とした、介入デザイン、調整、評価を含む臨床リーダーシップを発揮し;
- ケア・アウトカムの特定と収集に参加し;
- ケア・アウトカムの評価と向上に関する説明責任を果たすとともに、一定の最適な結果と他の根拠となる評価の統合を図り;
- 個別・患者群ごとに危険を予測し;
- 個別・患者群ごとに横断的なケアを提供し;
- 根拠に基づく実践のデザインと実現を図り;
- チームにおけるリーダーシップ、管理、他の専門職チームと協働し;
- 情報の管理や情報システム、医療アウトカムを向上させるための技術を用い;
- 人的、環境、資材管理に影響を与える監督と報告の責務 (Stewardship) を果たし;
- 患者、集団、医療専門チームの擁護者であること

注) 文献10を筆者が邦訳

Table2. Fundamental aspects of CNL practice (文献10)

- Clinical leadership for patient-care practices and delivery, including the design, coordination, and evaluation of care for individuals, families, groups, and populations;
- Participation in identification and collection of care outcomes;
- Accountability for evaluation and improvement of point-of-care outcomes, including the synthesis of data and other evidence to evaluate and achieve optimal outcomes;
- Risk anticipation for individuals and cohorts of patients;
- Lateral integration of care for individuals and cohorts of patients
- Design and implementation of evidence-based practice(s);
- Team leadership, management and collaboration with other health professional team members;
- Information management or the use of information systems and technologies to improve healthcare outcomes;
- Stewardship and leveraging of human, environmental, and material resources; and,
- Advocacy for patients, communities, and the health professional team.

3) 受験資格

AACN Web siteによると、CNLの資格試験を受験するための要件として、CNLの教育課程を修了したもの、または修了見込みの学生であること、とされている。また、受験資格要件については、①看護師資格を有すること、②CNLの修士課程修了者、卒業生であること、その他、AACN白書¹⁰⁾に明記された要件を満たしていること、が挙げられる。

4) CNL 導入の効果と社会的位置づけ

Bender は25件のCNLの活動報告を分析し、1件は職務分析、7件は質的研究や調査研究、3件が量的調査研究などを実施していたが、全てのCNLの活動報告と調査において、CNL導入により、ケアの質を向上させる結果に繋がっていたと報告した¹¹⁾。このように、CNLの役割は看護を科学的に捉え、看護実践のエビデンスを明らかにし、現場に応用できるように導くことである。しかし、AACNによるCNL白書¹⁰⁾では、「CNLは革新的で新しい看護の役割を提供し、ケアの質の改善に寄与している一方、医療という大きな領域の中でCNLが自身の役割を明確にしていく過程で困難に直面しており、臨床の場面でCNLの役割が求められているということを実証するためには、今後も研究を積み重ねる必要がある」としている¹²⁾。この点については、日本国内の専門看護師、認定看護師も同様の悩みを抱えていることが多く、新たな専門職としてのアイデンティティの形成が必至であると思われる。

また、CNLによる急性期ケアのチーム医療や安全管理に関わる報告^{12) 13)}では、CNLが多方面と協働しつつ、医療水準の向上に寄与している点が指摘されている。CNLが臨床看護の実践と看護管理の双方の知識を有していることが、CNLが多方面と協働しつつ、医療水準の向上に寄与できる理由である¹²⁾。すなわち、看護師の臨床実践に必要な専門性の高いテクニカル・スキル (Technical Skills、以下 TS) と、他職種と共同していくための実践能力であるノンテクニカル・スキル (Non-Technical Skills、以下 NTS) の向上が不可欠であると言える。NTSとは、「TSを支える、自己管理や社会性の技能を指し、学習して向上させることができる技能である」¹⁴⁾とされており、患者安全・医療安全上必要なスキルとしても認知されている。これらの役割は、クリミア戦争時に傷病者のケアの効果を上げるために環境的要因について着目し、傷病兵の死亡率を激減させたという、ナイチンゲールらの多大なる努力と一

致する。

5) CNLの社会的位置付け

AACNが教育と実践の統合とともに、新しい専門的看護師として、CNLの養成を開始したが、米国では代表される4つ全てのAPRNが、2025年までに博士課程を資格認定要件とする¹⁵⁾など、教育面の引き上げが行われている。今後のCNLの資格要件に関わる学歴の引き上げに向けた対策も今後の課題ではないかと考える。

5. おわりに

今回、フローレンス・ナイチンゲールの業績の一部を紹介すると共に、米国で新しく設置された専門的看護職であるCNLを紹介した。日本国内では、CNL資格や資格取得に関する報告はこれからであろうが、看護実践の高度化、医療提供体制の複雑化、安全な医療提供の必然化が求められる現状においては、それぞれのNTSに介在する役割が必要であり、その観点からCNLの必要性について議論が高まるのではないかと考える。

日本では、管理面と実践面の役割が明確に分担された体制を取る施設が多いため、看護実践と看護管理の双方の質の向上に寄与するCNLは、日本国内の臨床現場にも則した専門家であると思われる。しかし一方で、日本への制度導入となると、看護師特定能力認証制度により研修を受けた看護師や、従来の専門看護師の領域や専門性 (表3) や認定看護管理者との競合も想定される¹⁷⁾。日本での制度導入に向けては、米国でのCNL制度創立の背景を熟知し、日本が抱える課題を整理しつつ、適切な基盤整備を行う必要があると考える。

米国では、CNLの資格取得については、2016年までには量的充足を図る計画にあるようだが、今後はCNLのエビデンスと業務の明確化が図られるとともに、APNとして法的に位置付けられることが期待されるのではないかとと思われる。

文献

- 1) 杉田暉道, 長門谷洋治, 平尾真智子, 石原 明: 看護史, 第7版, 医学書院, 東京, 2005, P.6-25.
- 2) 佐々木敏: 疫学とは何か? 日本疫学会編, 初めて学ぶやさしい疫学, 第2版, 南江堂, 東京, 2010, P.1-8.
- 3) 茨木 保: ナイチンゲール伝, 図説看護覚え

表3. わが国の専門看護師の専門領域とその内容 (文献14)

| 領域 | 看護の専門性 |
|-------------|--|
| 1 がん看護 | がん患者の身体的・精神的な苦痛を理解し、患者やその家族に対してQOL(生活の質)の視点に立った水準の高い看護を提供する |
| 2 精神看護 | 精神疾患患者に対して水準の高い看護を提供する。また、一般病院でも心のケアを行う「リエゾン精神看護」の役割を提供する |
| 3 地域看護 | 産業保健, 学校保健, 保健行政, 在宅ケアのいずれかの領域において水準の高い看護を提供し、地域の保健医療福祉の発展に貢献する |
| 4 老人看護 | 高齢者が入院・入所・利用する施設において、認知症や嚥下障害などをはじめとする複雑な健康問題を持つ高齢者のQOLを向上させるために水準の高い看護を提供する |
| 5 小児看護 | 子どもたちが健やかに成長・発達していけるように療養生活を支援し、他の医療スタッフと連携して水準の高い看護を提供する |
| 6 母性看護 | 女性と母子に対する専門看護を行う。主たる役割は、周産期母子援助、女性の健康への援助、地域母子保健援助に分けられる |
| 7 慢性疾患援助 | 生活習慣病の予防や、慢性的な心身の不調とともに生きる人々に対する慢性疾患の管理、健康増進、療養支援などに関する水準の高い看護を行う |
| 8 急性・重症患者看護 | 緊急度や重症度の高い患者に対して集中的な看護を提供し、患者本人とその家族の支援、医療スタッフ間の調整などを行い、最善の医療が提供されるよう支援する |
| 9 感染症看護 | 施設や地域における個人や集団の感染予防と発生時の適切な対策に従事するとともに感染症の患者に対して水準の高い看護を提供する |
| 10 家族支援 | 患者の回復を促進するために家族を支援する。患者を含む家族本来のセルフケア機能を高め、主体的に問題解決できるよう身体的、精神的、社会的に支援し、水準の高い看護を提供する |
| 11 在宅看護 | 在宅で療養する対象者及びその家族が、個々の生活の場で日常生活を送りながら在宅療養を続けることを支援する。また、在宅看護における新たなケアシステムの構築や既存のケアサービスの連携促進を図り、水準の高い看護を提供する |

書とともに, 医学書院, 東京, 2014, P.44-67.

- 4) 助川直子訳: ヴィクター・スクレトヴィッチ編 ナイチンゲール看護覚え書決定版, 医学書院, 東京, 1998, P.111-189.
- 5) ナイチンゲール看護研究所HP, “優れた管理者”としてのナイチンゲール, <http://www.nightingale-a.com/page-fn7-4.html>, 平成26年6月30日
- 6) ナイチンゲール看護研究所HP, “病院建築家”としてのナイチンゲール, <http://www.nightingale-a.com/page-fn7-4.html>, 平成26年6月30日
- 7) AACA web site. <http://www.aacn.nche.edu/cnl/CNLFactSheet.pdf>, 平成26年6月12日
- 8) AACA web site. <http://www.aacn.nche.edu/cnl/about/history>, 平成26年6月12日
- 9) AACA web site. CNL Stats. <http://www.aacn.nche.edu/leading-initiatives/cnl/cnl-certification/pdf/CNLStats.pdf>, 平成26年6月12日
- 10) AACA web site, Competencies and Curricular Expectations for Clinical Nurse LeaderSM Education and Practice October 2013, <http://www.aacn.nche.edu/publications/white-papers/cnl>, 平成26年6月12日
- 11) Bender M.: The Current Evidence Base for the Clinical Nurse Leader: A Narrative Review of the Literature. *Journal of Professional Nursing*. 2014 Mar-Apr;30 (2) :110-23
- 12) Bender M.: Interdisciplinary Collaboration: the role of the clinical nurse leader. *Journal of Nursing Management*. 2013 Jan.; 21 (1) : 165-74
- 13) Reid KB, Dennison P., The Clinical Nurse Leader CNL® : Point-of-care safety clinician. *The on line Journal of Issues in Nursing*. 2011.9. 16 (3) : 4
- 14) 相馬孝博: これだけは身に付けたい 患者安全のためのノンテクニカル・スキル超入門, メディカ出版, 2014, P.6-19.
- 15) Kelly A. Goudreau, Mary Smolenski: Health Policy and Advanced Practice Nursing: Impact and Implications, Springer Publishing Company, USA, 2013, P.361-442.
- 16) 滝 麻衣: 海外における看護の専門性

--International Federation of Nurse Anesthetistの活動. インターナショナルナーシング・レビュー 31 (2) . 89-93. 2008. 日本看護協会出版会

17) 公益社団法人 日本看護協会HP, 公益社団法人日本看護協会 専門看護師:[http://ninteinurse.or.jp/nursing/qualification /cns](http://ninteinurse.or.jp/nursing/qualification/cns), 平成26年6月30日

【解説】

看護大学における宗教教育の意義

鷺尾昌一、井手 信、井手悠一郎、井手三郎

聖マリア学院大学

<キーワード>

看護大学、宗教教育、日本

はじめに

橋爪は「人間は必ず死ぬ存在であり、一旦は自立した存在となるけれども、最後は年老いて他の人の世話になりながら死んで行くから、お互いに助け合わなければ生きていけないことを知っている」と述べている¹⁾。社会は共通の価値観（大事なことやその意味）を共有する人々によってつくられており、それは後の世代の人々へと受け継がれていく。宗教は「自分は何故、今ここに生きているのか」という、存在の理由を人間に与えるものであり、「自分が死んだ後どうなるのか」という疑問に答えるものである^{1) 2)}。

看護の目的は日本看護協会の定義によれば「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、生涯を通してその最後まで、その人らしく人生を全うできるよう身体的・精神的・社会的に支援する」ことである³⁾。言い換えると、看護は人間がその人らしく生き、人生を全うし、安らかな死を迎えることを支援することである。しかし、医療がどんなに発達したとしても、病気や死が避けられないものであるならば、人間は宗教の助けを必要とする⁴⁾。看護職は患者に寄り添う看護を行うためにも患者の宗教的背景を理解しておく必要がある。

日本人の宗教

日本人の宗教としては仏教徒が多いと言われているが、インドで生まれたオリジナルな仏教と

は別のものになっていて、道教や儒教の思想が加えられている⁴⁾。仏教は中国を経て日本に伝来したが、中国を経ることで、中国の道教や儒教の思想が加えられ、中国や朝鮮半島で行われていた祖先崇拜とともに日本に伝えられ、さらに、日本の土着の宗教である神道と結びつき、「神仏習合」と呼ばれる事態が生まれた^{5) 6) 7)}。神仏習合を正当化する理論としては「神道の神々は仏教の仏が日本に現れたものである」と解釈されていた^{5) 6) 7)}。従来神道では死穢、血穢、産穢といった不浄は最も忌むべき事柄とされ、嚴重に隔離されなければならず、平生でも神前に詣でるためには嚴重な潔斎が必要であった⁷⁾。古代の神々は畏怖すべき存在であったが、神道が仏教の慈悲を取り入れたことにより、神々は人々の祈りを聞き、願いに応え恵みを施す存在となることが可能になったのである⁷⁾。近代において、明治政府により「神仏分離」という形で仏教と神道を分離することになった⁷⁾が、多くの日本人は正月には初詣に神社に行き、お盆は寺院で先祖を供養するということを抵抗なく行っている。葬式や法事は仏教、七五三や結婚式は神道と、仏教と神道が仲良く混在している⁴⁾。現在では、キリスト教も日本人にはなじみ深いものとなっており、日本中でクリスマスのお祝いをして、ケーキを食べる。幼稚園や保育園ではイエスの誕生にまつわる話の劇が上演されたりもする。結婚式を教会でというのも珍しくない。

キリスト教が日本社会に無視できない影響を与えている理由として、島田はミッションスクールの存在をあげている⁸⁾。こうした学校ではキリスト教の宗教教育が行われ、カトリック系の学校だ

と生徒たちは信者でなくても日常的に礼拝に参加するようになってきている。信者でも定期的に礼拝に参加していない人もいるので、礼拝に参加する頻度は一般的な信者よりも多いと考えられる。このようにキリスト教はミッションスクール中の教育で、その道德感や倫理感を日本人に伝えていった。しかし、キリスト教教育で伝えられる道德観や倫理観が崇高であればある程、一般のキリスト教徒とのギャップが感じられるので、キリスト教徒の言動が「つまづき」の原因となる場合もある。カトリックは洗礼をうけることで、今までやってきた悪いことは赦されるが、洗礼を受けた後も悪いことをするかもしれないので、洗礼の時に告悔(告白)の仕方も教えられる⁸⁾。人間は意志の弱さだけからではなく、自分のおかれた状況の中で挫折していくこともあり⁹⁾、必ずしもいつも理想的な行動ができない弱い存在であるからこそ宗教が必要であるという教育も必要でないかと思う。

わが国の仏教指導者の一人である大谷光真は、宗教には「どうしようもない大きな力」により動かされている自分を気づかせる力があり、また動かされる自分を背負っていくしかないとき、宗教はその引き受けの姿勢に関わるものであると述べている¹⁰⁾。浄土真宗には阿彌陀如来による「そのまますまのお救い」があるが、これは「私がこのままではいけないから救ってください」のであって、私の側が「このままで良い」と居直ってはいけなると述べている¹⁰⁾。悪いことをしたときは、『仕方がなかった』とか『そのときは正しかった』と言い逃れるのではなく、たとえ仕方がなかったとしても『私が間違った』、『私が悪かった』と言わねばいけない」と述べ、「宗教は過去と未来をごまかさずに生きていくための力になる」と述べている¹⁰⁾。

ミッションスクールの使命

聖マリア学院大学はミッションスクールであり、カトリック系の看護大学である。カトリックの愛の精神ということがよく話題として提供される。キリスト教が初めて日本に伝えられた時、宣教師たちは「愛」という言葉を「ご大切」と言いあらわしたという¹¹⁾。宣教師たち伝えたかったのは、「人間一人ひとり、性別、能力、家柄、財産などに関係なく、神様にとって大切なものであり、御子キリストがこの世に使わされ、私たちの罪のあがないとして死ぬほどに、私たちは価値ある一人ひとりである」という良い知らせ(福音)

であった。ミッションスクールの使命は子どもたち一人ひとりに「あなたは“大切”な存在であり、偏差値や何ができるかに関係なく、その存在そのものが神様に愛されている」ことを伝えることである¹¹⁾。自分が大切にされていると感じることのできる子どもたちは他の人も大切にできるのではないかと思う。「あることができないという理由で価値がない」ということはないということを私たちは忘れてはいけない。その子が「看護師に向いていない」ということと、「価値がない」ということは別の問題であり、「現時点で看護師に向いていない」のであれば、どのようにすれば看護師になれるのかを一緒に考え、具体的な方法を提示し、今後の進路について一緒に考え、子どもたち自身が自分の進路を見つけることができるように援助するようにしないといけないのではないかと思う。

学修能力が低い子どもたちへの対応

自分にその子を傷つけているという意識がなくても、子どもたちを傷つけている場合があるので注意が必要である¹²⁾。「ハイレベルの達成を要求するが、支援などほとんど行わない」場合、その行為はハラメントと考えられる¹²⁾。教員が学生に対して、「権力のちらつかせ」がなくても、子どもたちは「やめてください」とはっきり言うことができない。達成の目標を教員がハイレベルと感じていなくても子どもたちにとってハイレベルであることはありうるのである。現在、子どもたちの学修能力差は開学の当時に比べ、格段に大きくなっており、以前と同じ対応をしては「自分は子どもたちのために良いことを行っている」と思っている「知らず知らずのうちに子どもたちを傷つけている」場合もあることを知っていないといけない。学修能力に問題を抱える子どもたちを指導する場合、まず「できたこと」に注目し、「できたこと」をまず褒め、その子を肯定することが必要である¹³⁾。その上で、教員は子どもたちに知識を教えるのではなく、どのようにしたら知識を増やしていけるかを、先輩として教授するといった姿勢が必要であるのではないかと考える。学修能力が低い子どもたちの場合、一度に大きなテーマを与えるのではなく、具体的な小さなテーマを与え、簡単な問題で成功体験を味わせたのち、少しずつレベルを上げていくという工夫、「できなかったことを責める」のではなく「失敗であっても行ったという事実(問題が零点であっても問

題を解いたという行為)」をほめることも必要である¹³⁾。

三浦朱門・曾野綾子夫妻の話によると、料理で片方が「フランス料理」、片方が「お茶づけ」というようにお互いが良いとする水準に差がある場合、中途半端に妥協して中間の水準に合わせるといことをするとお互いが不満を持ち続けるので、高い水準のものが低い水準に合わせる余裕を示すことで、破たんが避けられる¹⁴⁾。

教育の現場においても、平均レベルの子どもたちに合わせた教育に加え、低い水準の子どもたちの水準に合わせた教育も必要になってくるのではないかと思う。曾野は「新約聖書の『コリント信徒への手紙(一)』」の中で、パウロが「愛というものは(たとえ善意であっても) 相手を変えさせようとするのではなく、辛抱強く相手をそのままの姿で庇い続けることだ」と書いているように、辛抱強く見守ることが全てのことを成功させる秘訣と述べ、「子どもの教育は待つことである」と述べている¹⁵⁾。

僻地の小中学校では複数学級があり、異なる学年が同じ教室で講義を受けているが、本学においても、同じ教室に異なるレベルの子どもたちがいることを意識して、低い水準の子どもたちでも分かる話をとこところに織り込んでいく工夫が必要ではないかと思う。教員を二人配置し、補助の教員がサポートすることにより、理解が遅れている子どもたちの対応をすとか、本学の国家試験対策でやっているように遅れている子どもたちに対する補講クラスを設けるなどの対策も低学年から必要でないかと思う。

おわりに

「看護大学教育の在り方に関する検討会(第二次)(座長:平山朝子岐阜県立看護大学長)」は看護学大学卒業時の到達目標の検討に先立ち、学士課程における看護教育の特徴を整理し、公表している¹⁶⁾。①保健師・助産師・看護師に共通した看護学の基礎を教授する。②看護生涯学習の出発点となる基礎力を培う。③創造的に開発しながら行う看護実践を学ぶ。④人間関係形成過程を伴う体験学習が中核となる。⑤一般教養(リベラルアーツ)教育が基盤に位置付けられている。以上5点が看護大学の教育課程の特徴である¹⁶⁾。

看護職は患者に一番身近な医療職として、患者自身の回復能力を援助し、自立を助け、看護を実践していく領域である。言い換えれば、看護職の

独自の機能は患者が健康の回復(あるいは平和な死亡)に資するような行動がとれるように援助することである¹⁷⁾。看護職に求められるのは看護職自身が考える病気からの回復(平和な死)ではなく、その患者にとっての意味のある健康の回復に資するようにその患者が行動するのを援助することである¹⁷⁾。そのためには、看護学を含めた広義の医学知識だけではなく、患者の生活背景や生活習慣の根拠となる理念、価値観を理解し、共感することが求められる¹⁸⁾。宗教は「自分は何故、今ここに生きているのか」という、存在の理由を人間に与えるものであり、「自分が死んだ後どうなるのか」という疑問に答えるものである¹⁾²⁾。患者の宗教的背景を理解しておくことは、患者の生活背景や生活習慣の根拠となる理念、価値観を理解するのに不可欠のことであり、患者に寄り添う看護を行うために大切であると考えられる。子どもたちが優しい看護職になれるように子供たち自身が大切にされていることが実感できるように宗教以外の教育の機会においても接していければ良いと思う。

文献

- 1) 橋爪大三郎:世界がわかる宗教社会学入門、筑摩書房、2006.
- 2) 加賀乙彦:科学と宗教と死.集英社、2012.
- 3) 井部俊子、坂本すが、高田早苗、他:看護に関わる主要な用語の解説:概念的定義・歴史の変遷・社会的文脈、日本看護協会、2007.
- 4) 玄侑宗久、鈴木秀子:仏教・キリスト教、死に方・生き方.PHP研究所、2013.
- 5) 島田裕巳:神も仏も大好きな日本人.筑摩書房、2011.
- 6) 島田裕巳:無宗教こそ日本人の宗教である.角川書店、2009.
- 7) 阿満利磨:仏教と日本人.筑摩書房、2007.
- 8) 三浦朱門、曾野綾子:愛に気づく生き方.青春出版、2013.
- 9) 遠藤周作:私のイエス.祥伝社、1988.
- 10) 大谷光真:愚の力.文藝春秋、2009.
- 11) 渡辺和子:愛をこめて生きる、“今”との出逢いをたいせつに.PHP研究所、1999.
- 12) 香山リカ:知らずに他人を傷つける人たち、モラル・ハラスメントという「大人のいじめ」.KKベストセラーズ、2007.
- 13) 坪田信貴:学年ビリのギャルが1年で偏差値を40上げて慶応大学に現役合格教した

- 話.KADOKAWA, 2013.
- 14) 三浦朱門、曾野綾子: 愛に気づく生き方. 青春出版、2013.
 - 15) 曾野綾子: 人生の収穫. 河出書房新社、2011.
 - 16) 石井邦子: 進む大学改革と看護実践能力育成の大学卒業時到達目標の提示. 看護教育 51 (6) : 492-496, 2010.
 - 17) 湯槇ます、小玉香津子訳: ヴァージニア・ヘンダーソン、看護の基本となるもの、改訂版、日本看護協会、1973.
 - 18) 鷺尾昌一、矢野正子: 看護大学教育に求められるもの、リベラルアーツ(一般教養)の重要性. 看護教育 52 (9) : 776-777, 2011.

聖マリア学院大学紀要投稿規定

(総則)

第1条 「聖マリア学院大学紀要」は、聖マリア学院大学の機関紙である。

第2条 刊行は原則として、年1回とする。

(投稿資格)

第3条 投稿論文は他の雑誌に未掲載のものに限り、また、投稿者は原則として、本学大学教職員および聖マリア医療福祉研究所研究員、本学卒業生、に限る。ただし、本学教職員の共同研究者の場合はこの限りではない。

(倫理的配慮)

第4条 本誌に掲載する論文は、人を対象とした研究においては、ヘルシンキ宣言、文部科学省・厚生労働省の研究倫理規程（「疫学研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省）」、「臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省）」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省・経済産業省）」等）を遵守していることを本文中に明記する。

- 2 研究倫理審査委員会の承認を得ておく必要がある。なお、場合によっては証明書の提示を求められることがある。
- 3 動物実験に当たっては、「聖マリア学院大学動物実験取扱規程」に基づき、適切に研究が行われていなければ論文を受理しない。

(論文の種類)

第5条 論文の種類は、原著論文、研究報告、資料、総説、その他であり、その内容は以下のとおりである。

【原著論文】 研究そのものが独創的で、新しい知見が論理的に示されているもの。

【研究報告】 内容的には原著論文には及ばないが、研究結果の意義が大きく、本学での研究・教育の発展に寄与するもの。

【資料】 新しい知見に乏しく、研究結果の意義も小さいが、本学での教育の発展に寄与するもの。

【総説】 特定のテーマについて多面的に内外の知識を集め、また、文献的にレビューして、当該テーマについて総合的に学問的状況を概説したもの。

【その他】 本学での教育に関与するもので、本誌編集委員会が適当と認めたもの。

(投稿方法)

第6条 本誌編集委員会を投稿先とする。

(執筆要項)

第7条 執筆要領については、別に定める。

(校正)

第8条 校正は初稿のみ執筆者が行う。但し内容の変更は認めない。

(掲載)

第9条 掲載料は原則として無料とする。

(原稿の採否)

第10条 原稿の採否は査読を経て、本誌編集委員会が決定する。

(著作権)

第11条 本誌に掲載された記事の著作権は、本学に帰属するものとする。

- 2 本誌は、提出された論文を冊子体で刊行する以外にも二次的利用として、電子的記録媒体(CD-ROM、DVD-ROM 等)への変換・送信可能化・複製・学内外への配布およびインターネット等で学内外へ公開する権利(公衆送信権、自動公衆送信権等)を専有するものとする。

付則 この規定は、平成18年度より適用する。

付則 この改正は、平成19年1月10日より適用する。

付則 この改正は、平成20年2月13日より適用する。

聖マリア学院大学紀要 vol.6
2014年度査読審査者

(50音順 敬称略)

安藤 満代 (聖マリア学院大学)
大町 福美 (聖マリア学院大学)
崎田 マユミ (聖マリア学院大学)
小路 ますみ (聖マリア学院大学)
滝 麻衣 (聖マリア学院大学)
竹元 仁美 (聖マリア学院大学)
堤 千代 (聖マリア学院大学)
中尾 友美 (聖マリア学院大学)
中村 和代 (聖マリア学院大学)
中山 和道 (聖マリア学院大学)
濱野 香苗 (聖マリア学院大学)
日高 艶子 (聖マリア学院大学)
松尾 ミヨ子 (聖マリア学院大学)
松原 まなみ (聖マリア学院大学)
桃井 雅子 (聖マリア学院大学)
山邊 素子 (聖マリア学院大学)
鷺尾 昌一 (聖マリア学院大学)
Eric Fortin (聖マリア学院大学)

編集後記

聖マリア学院大学紀要第6巻をお届けいたします。御寄稿してくださった皆様方、査読審査を下された皆様方に、委員一同、心より御礼を申し上げます。

本誌に御寄稿いただいた論文は、その一稿一稿に、看護の実践者・教育者・研究者としての熱い思いが込められた知と愛の結晶です。本誌を通じて互いの知と愛がさらに深まり、共有され、本学の理念が実践・教育・研究においてより具現化されることを心より願っております。今後とも、皆様方の本紀要へのご理解とご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

平成26年度紀要編集委員会

編集委員：桃井雅子 崎田マユミ 松原まなみ 堤 千代 谷多江子
事務局：行武仁美

聖マリア学院大学紀要 Vol.6

発行日 2015年3月25日

編集 聖マリア学院大学紀要編集委員会

発行 学校法人 聖マリア学院
☎830-8558 福岡県久留米市津福本町422
☎0942-35-7271 (代) Fax0942-34-9125

印刷 聖母の騎士社
☎850-0012 長崎県長崎市本河内2-2-1
☎095-824-2080 Fax095-823-5340

