

南九州看護研究誌

第6巻 第1号 2008年

【論文】

訪問看護ステーションにおけるHIV陽性者の受け入れに関連する要因の分析
—受け入れ経験の有無による比較—

.....加瀬田暢子・前田ひとみ..... 1

精神医療の場における事故対応の実態と日常安全配慮・
職場環境との関連

.....土屋八千代・山田美由紀・内田 倫子.....11

【短報】

学士課程における助産学教育に関する研究動向

.....小嶋理恵子・兵頭 慶子・水畑喜代子
永瀬つや子.....23

精神科患者の満足度調査票の開発に関する文献研究

.....安藤 一博・村方多鶴子・白石 裕子.....29

実習の動機付けを高める演習の検討

—基礎看護学実習Ⅱ直前演習の試み—

.....大川百合子・前田ひとみ・山田 美幸
加瀬田暢子・長友みゆき・坂下恵美子
津田 紀子.....39

新卒看護師の離職防止に向けた支援の検討

—就職3か月の悩みと6か月の困ったことへの分析—

.....山田 美幸・前田ひとみ・津田 紀子
串間 秀子.....47

【資料】

成人看護学におけるOSCEの試み

.....内田 倫子・土屋八千代・赤星 成子
山田美由紀・緒方 昭子・奥 祥子.....55

女性看護中間管理職の人的資源管理に関する意識

.....兵頭 慶子.....63

【研修レポート】

2007年JICA地域別研修「中東地域女性の健康支援を含む母子保健方策」

—宮崎大学医学部看護学科とJICAとで開始した研修コースについて—

.....永瀬つや子.....69

宮崎大学医学部看護学科



訪問看護ステーションにおける HIV陽性者の受け入れに関連する要因の分析

－受け入れ経験の有無による比較－

Analysis of factors affected by acceptance of people with HIV/AIDS at visiting nurse service stations

加瀬田暢子^{※1}・前田ひとみ^{※2}

Nobuko Kaseda^{※1}・Hitomi Maeda^{※2}

Abstract

Objective : The objective of the present study was to ascertain the current status of visiting care for people with HIV/AIDS in an attempt to improve their care.

Methods : Nurse managers at 3,539 visiting nurse service stations obtained from the list of national association for home-visit nursing care using web, were asked about the experience of visiting care for people with HIV/AIDS and approval of cooperation to this study after explaining the purpose of this study and protection of their information using double post-cards with reply cards. The survey was conducted using self-report questionnaire from April 2006 to February 2007 on nurse managers at 1,000 stations, which were randomly assigned after omitting the stations rejecting the cooperation to this study.

Results : Among 1,666 stations which were respond to our inquiry (recovery rate 47.1%), 41 stations (2.5%) had experience of visiting care for people with HIV/AIDS, while 1,603 stations (96.2%) have not. Nurse managers of experienced stations which were limited to urban area, had significantly more information about HIV care such as secondary infection ($p < 0.05$). Nurse managers of un-experienced stations felt the rejection of HIV care from other staff ($p < 0.01$). The visiting care of people with HIV/AIDS in un-experienced stations was dependent on systematic acceptance in the stations and information about HIV/AIDS.

Conclusions : Our data indicated that acquisition of practical information such as infection control was important in order to initiate the visiting care of people with HIV/AIDS in un-experienced stations. The development of information network protecting privacy will be necessary since that kind of information could be obtained from experienced nurses or group meeting with experienced stations.

キーワード : HIV陽性者, 訪問看護ステーション, 質問紙調査, 情報ネットワーク,
HIV/AIDSの知識
people with HIV/AIDS, visiting nurse service station,
questionnaire investigation, information network, knowledge of HIV/AIDS

※1 宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

※2 熊本大学医学部保健学科
Department of Adult Nursing, School of Health Science, Kumamoto University

I. 緒言

我が国で2006年までに報告されたHIV/AIDS患者は、非加熱血液製剤による感染者を含め13,500人余りであり、潜伏感染者はその4～5倍いるとも言われている¹⁾。これまでHIV/AIDSは「不治の病」として恐れられてきたが、抗HIV療法(HAART: highly active antiretroviral therapy)の開発により今や「コントロール可能な一般的な病へと疾患概念が変化した」²⁾。その結果、HIVに感染はしているが他の疾患による問題で地域での療養を必要とするケースが増えていくことが推測でき、今後の在宅療養支援ニーズの増大が予測できる。しかしながら、HIV/AIDSは「不治の病」「不純な性行為による感染症」という偏見があることは否めず、個人情報保護の問題などから、陽性者の在宅療養への移行は通常のケースに比べ困難が伴うと考える。

HIVに感染している人(以下、陽性者と略す)への在宅療養支援に関していくつか報告はある^{3~6)}が、医学中央雑誌WEB版(ver.4)において、対象年を1997～2007年としキーワードを「『HIV』or『AIDS』」and「『在宅』or『訪問看護』or『訪問介護』」として検索後、「看護」「原著論文」で絞り込んだところ、1件⁷⁾の論文しか検索できなかった。これらの先行研究は、特定の地域を対象とした調査や事例検討であり、陽性者を対象とした訪問看護ステーション(以後、施設とする)の全国的な傾向や受け入れ未経験の施設の現状は明らかとなっていない。地方においても在宅医療を必要としている陽性者の増加が予測されることを踏まえると、まずは実態調査が必要であると考えた。

そこで、陽性者受け入れの現状を明らかにし、受け入れ経験のある施設とない施設での受け入れに関する要因の比較をすることで、今後の陽性者受け入れ促進とケアの質の向上のための示唆を得ることを目的として本研究に取り組んだ。

II. 方法

1. 調査対象

調査対象は(社団)全国訪問看護事業協会のホー

ムページ⁸⁾に公開されている訪問看護ステーションの看護管理者とした。

2. 調査方法ならびに調査時期

初めに上述のホームページに記載されている全3,539施設に対し、調査の目的や趣旨、情報守秘の確約などを記した往復葉書を郵送し、平成18年4月現在での陽性者への訪問看護経験の有無と、今後の調査協力の意思を確認した(第一段階調査)。次に、経験施設と未経験施設では質問の表記内容が異なるため、それぞれの施設に対し、第二段階調査を行った。まず、陽性者への訪問経験があり、調査協力の意思を示した27施設(経験施設)に対し郵送自記式質問紙調査(第二段階調査a)を行った。さらに、第一段階調査で用いたリストから、「第二段階調査aを行った27施設」「陽性者への訪問看護経験があるが調査には非協力で、かつ住所が特定できた5施設」「陽性者への訪問看護経験がなく調査非協力で、住所が特定できた86施設」「閉鎖等22施設」の計140施設を除いた上で無作為抽出した1,000施設(未経験施設)に対し、第二段階調査aと同様、郵送自記式質問紙調査(第二段階調査b)を行った。

調査の時期は、第一段階調査は平成18年4月、第二段階調査aは平成18年9月、第二段階調査bは平成19年2月であった。(図1)

3. 調査内容

第一段階調査では、事前調査として前述のように平成18年4月現在の陽性者への訪問看護経験の有無と、今後の調査協力の意思を尋ねた。

第二段階調査では、a、bともに筆者らが前年度に行った調査⁹⁾や先行研究^{3~6)}を参考に、独自に作成した調査票を用いた。主な調査内容は以下の通りである。

“対象者および施設の概要”としては、経験施設、未経験施設ともに、「対象者の年代」「対象者の取得資格(複数回答)」「施設の所在地」「施設の職員数」「施設の設置主体」「施設の併設機関」を調べた。“訪問看護依頼以前のHIV/AIDSに関する知識”として、「病態生理」「薬物療法」「二

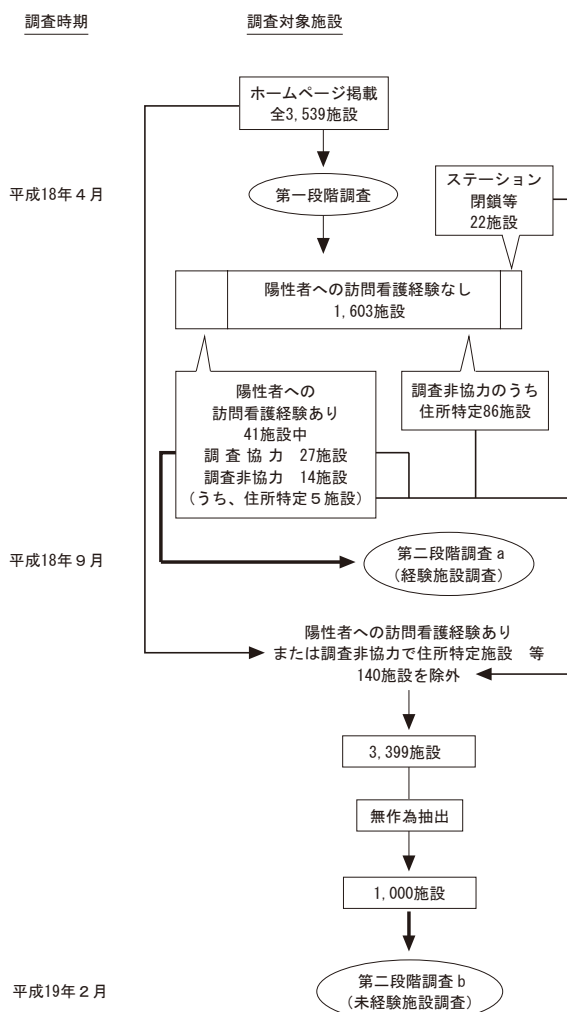


図1 調査対象施設と調査時期

次感染」「個人情報保護」「社会制度」「法律」の6項目について、経験施設には訪問看護依頼がある以前の、未経験施設には現在の知識について「ある」「まあまあある」「どちらともいえない」「少しある」「ない」の5段階の選択肢から1つ回答してもらった。初めて陽性者への訪問看護を依頼された場合について、経験施設には訪問看護依頼を受諾する時の、未経験施設には今後の予想として、“難色を示した部門または示すと思われる部門”を、看護職、介護職、事務等に区分して最もそうだと思うものを1つ選択してもらった。また、未経験の施設には“今後の受け入れの可能性”と、「条件が整えば受けられる」と回答した施設にその条件を自由記述形式で記入してもらった。

4. 倫理的配慮

対象者には研究の目的や趣旨、調査協力が自由意思であり拒否による不利益は生じないことなどの説明を調査の都度行った。また、情報の守秘や得られたデータの適切な処分について書面で約束した。調査票は無記名とし、返信は同封した返信用封筒で個別に行った。調査票の返信をもって同意を得られたものと見なした。

5. 分析方法

「対象者および施設の概要」「未経験施設の今後の受け入れ可能性」については単純集計した。経験施設と未経験施設の比較のため、「訪問看護依頼以前のHIV/AIDSに関する知識」についてはMann-WhitneyのU検定を行った。「難色を示したまたは示すと思われる部門」は χ^2 検定を行った。統計ソフトはSPSS13.0Jを用い、有意確率5%未満を有意差ありとした。

「未経験施設における陽性者受け入れのための条件」については内容分析を行った。分析の過程では研究者2名の意見が一致するまで検討を重ねた。

6. 用語の説明

本研究における「陽性者」とは、AIDS発症の有無に関わらずHIV抗体が陽性である人である。

Ⅲ. 結果

第一段階調査では、3,539施設中1,666施設から回答が得られた(回収率47.1%)。そのうち、陽性者への訪問看護経験のあるのは41施設(2.5%)であり、調査協力の意思を示したのは27施設(65.9%)であった。訪問看護経験がない施設は1,603施設(96.2%)であった(図1)。

第二段階調査aでは、27施設中18施設から回答が得られ(回収率66.7%)、有効回答は17施設であった(有効回答率94.4%)。

第二段階調査bでは、1,000施設中373施設から回答が得られ(回収率37.3%)、そのすべてが有効回答であった(有効回答率100%)。

1. 対象者および施設の概要 (表1)

経験施設 (n=17), 未経験施設 (n=373) とともに, 対象者の年代は「40歳代」が最も多く47.1%, 45.0%であった。取得資格 (複数回答) では「看護師」が経験施設100%, 未経験施設97.6%であり, 「ケアマネージャー」は経験施設76.5%, 未経験施設49.9%であった。施設の所在地は, 経験施設, 未経験施設ともに「関東・甲信越」が最も多く76.5%, 33.0%, 次いで「近畿」11.8%, 16.9%であった。施設の設置主体は経験施設, 未経験施設ともに「医療法人」が最も多く, 35.3%, 46.6%であった。施設の職員数では, 平均看護師数が経験施設は8.8±6.1人, 未経験施設

は5.7±4.2人であった。看護師以外の職種では, 保健師が勤務している施設は, 経験施設2施設, 未経験施設38施設であり, 助産師では経験施設0施設, 未経験施設2施設, 准看護師では経験施設1施設, 未経験施設103施設であった。施設の併設機関では, 最も多かったのが「居宅介護支援事業所」であり, 経験施設の58.8% (10施設), 未経験施設の71.3% (266施設) が持ち, 「併設なし」は経験施設35.3% (6施設), 未経験施設15.0% (56施設) であった。

経験施設において, 最初の陽性者訪問依頼は「平成17年」が35.3% (6施設) と最も多く, 訪問した陽性者数は「1人」が76.5% (13施設), 最高人数は「3人」であった。依頼者は「地域の保健師」「拠点病院」からが共に23.5% (4施設) と最も多かった。

未経験施設では, 依頼された経験があるのは3.5% (12施設) であり, その人数は「1人」が83.3% (10施設), 「2人」が16.7% (2施設) であった。依頼者は「拠点病院」が50% (6施設) と最も多く, 「地域の保健師」「“拠点病院・ブロック拠点病院”以外の病院」が共に25.0% (3施設) であった。

表1 対象者および施設の概要

項 目	経験施設 (n=17)		未経験施設 (n=373)		
	人数	%	人数	%	
対象者の年代	20歳代	0	0	4	1.1
	30歳代	3	17.6	67	18.0
	40歳代	8	47.1	168	45.0
	50歳代	5	29.4	115	30.8
	60歳代	0	0	12	3.2
	70歳代以上	1	5.9	4	1.1
	無効回答	0	0	3	0.8
対象者の取得資格 (複数回答)	看護師	17	100	364	97.6
	保健師	1	5.9	20	5.4
	助産師	0	0	4	1.1
	ケアマネージャー	13	76.5	186	49.9
	無効回答	0	0	1	0.3
施設の所在地	北海道	0	0	22	5.9
	東北	0	0	29	7.8
	関東・甲信越	13	76.5	123	33.0
	東海	1	5.9	31	8.3
	北陸	0	0	13	3.5
	近畿	2	11.8	63	16.9
	中国・四国	0	0	41	11.0
	九州	1	5.9	50	13.4
	無効回答	0	0	1	0.3
施設の設置主体	医療法人	6	35.3	174	46.6
	社団・財団法人	6	35.3	84	22.5
	営利法人	2	11.8	46	12.3
	社会福祉法人	1	5.9	34	9.1
	協同組合	1	5.9	15	4.0
	地方公共団体	0	0	8	2.1
	公的社会保険関係団体	1	5.9	4	1.1
	特定非営利活動法人(NPO)	0	0	1	0.3
	その他	0	0	6	1.6
	無効回答	0	0	1	0.3

2. 訪問看護依頼以前のHIV/AIDSに関する知識 (表2)

HIV/AIDSの「病態生理」「薬物療法」「二次感染」「個人情報保護」「社会制度」「法律」の知識について, 経験施設, 未経験施設に「ある」から「ない」までの5段階で回答してもらった。その結果, 「ある」「まあまあある」の合計が多かったのは経験施設, 未経験施設ともに「二次感染 (経験施設58.8%, 未経験施設29.8%)」と「個人情報保護 (経験施設52.9%, 未経験施設31.1%)」であった。「ない」「少しある」の合計では, 経験施設では「薬物療法」「法律」(どちらも64.7%) であり, 未経験施設では「法律 (77.2%)」「社会制度 (74.5%)」であった。Mann-WhitneyのU検定を用いて経験施設と未経験施設を比較したところ, 「二次感染 (p<0.01)」「個人情報保護 (p<0.05)」について, 経験施設の方が「ある」に傾き,

表2 訪問看護依頼以前のHIV/AIDSに関する知識

知識の内容	施設	ある	まあまあある	どちらともいえない	少しある	ない	無効回答	平均ランク	p値	有意差
病態生理	経験	0	17.6	23.5	41.2	0	17.6	219.32	0.168	n.s
	未経験	1.1	17.2	15.5	44.8	15.8	5.6	182.08		
薬物療法	経験	0	5.9	11.8	17.6	47.1	17.6	153.29	0.243	n.s
	未経験	0.3	8.6	16.9	32.7	36.2	5.4	185.22		
二次感染	経験	5.9	52.9	11.8	11.8	0	17.6	265.11	0.003	**
	未経験	4.3	25.5	17.2	35.9	12.1	5.1	181.31		
個人情報保護	経験	23.5	29.4	11.8	11.8	5.9	17.6	246.57	0.016	*
	未経験	9.9	21.2	21.2	19.6	21.7	6.4	179.41		
社会制度	経験	0	5.9	23.5	17.6	35.3	17.6	218.64	0.154	n.s
	未経験	1.1	4.8	14.2	16.1	58.4	5.4	182.63		
法律	経験	0	0	11.8	17.6	47.1	23.5	187.35	0.874	n.s
	未経験	0	2.7	14.7	14.7	62.5	5.4	183.36		

*経験施設はn=17、未経験施設はn=373

*平均ランクとp値、有意差以外の単位は%である。

*有意検定はMann-WhitneyのU検定による * : p<0.05、** : p<0.01、n.sはno significantの略

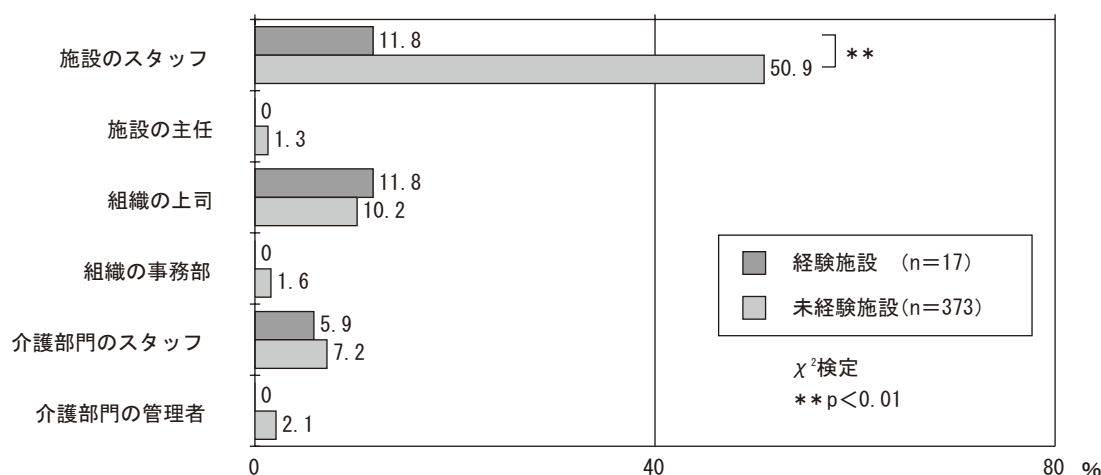


図2 難色を示した部門または示すと思われる部門

有意な差があった。なお、今回は「ある」「まあまあある」「どちらともいえない」「少しある」「ない」の順で質問したが、分析の過程で「少しある」は「ある」の部類に入るのではないかと考えたため、「少しある」「どちらともいえない」の順を入れ替えて分析したが、結果は同様であった。

3. 難色を示した部門または示すと思われる部門 (図2)

経験施設に対しては初回依頼の受諾時、未経験施設に対しては今後の予想として「難色を示したまたは示すと思われる部門」を質問した。その結果、いずれかの部門に「ある」としたのが、経験

施設が35.3% (6施設)であったのに対し、未経験施設は74.5% (278施設)であった。その部門としては「施設のスタッフ」は未経験施設では50.9%が回答したが、経験施設は11.8%であった。χ²検定を用いて経験施設と未経験施設を比較したところ、「ある」は未経験施設が有意に多く (p<0.01)、その部門では「施設のスタッフ」が未経験施設で有意に多かった (p<0.01)。

4. 未経験施設における今後の受け入れ可能性

未経験施設に対し、今後の陽性者受け入れの可能性について質問したところ、最も多かったのは「条件が合えば可能」であり、62.5%が回答した。

「いつでも可能」は21.4%、「いかなる場合も不可」は13.7%であった。

5. 未経験施設における陽性者受け入れのための条件 (表3)

未経験施設において今後の陽性者受け入れを「条件が合えば可能」と回答した施設にその条件を自由記述で回答してもらった。以後、本文では

表3 未経験施設における受け入れの条件

サブカテゴリー	カテゴリー
1. 感染対策 (28)	組織的な受け入れ (149)
2. 組織の受け入れ (22)	
3. スタッフの人数 (19)	
4. スタッフの協力 (12)	
5. マニュアル (12)	
6. スタッフの受け入れ (11)	
7. 職員の同意 (10)	
8. スタッフの理解 (8)	
9. スタッフ全員の一致した認識 (6)	
10. 体制 (6)	
11. 対策 (5)	
12. スタッフの状況 (2)	
13. スタッフの力量 (3)	
14. 緊急時の対応 (3)	
1. 知識 (108)	HIV/AIDSに関する知識 (126)
2. 研修 (5)	
3. HIVに関する情報 (5)	
4. 感染の知識 (2)	
5. 治療に関する知識 (2)	
6. 生活上の注意に関する知識 (1)	
7. 接し方の知識 (1)	
8. プライバシーの知識 (1)	
9. メンタルケアの知識 (1)	
1. 医療機関との連携 (53)	連携 (118)
2. 医師との連携 (41)	
3. 地域との連携 (7)	
4. HIV専門の医師 (6)	
5. 連携 (6)	
6. 保健所との連携 (5)	
1. 利用者・家族の認識 (15)	利用者や家族側の条件 (34)
2. 病状 (8)	
3. ケアの内容 (6)	
4. 家族のサポート (3)	
5. 利用者の病識 (2)	
1. 訪問の条件 (5)	訪問に関わる実際的な問題 (11)
2. 時間調整 (2)	
3. 訪問回数 (2)	
4. 訪問場所 (1)	
5. 技術のサポート (1)	
1. サポート (3)	サポート体制 (5)
2. 社会制度 (2)	

注) () 内の数字はコード数を示す。

サブカテゴリーを [] で、カテゴリーを【 】で表現する。分析の結果、コード総数は442であり、コード数が多かったサブカテゴリーは [知識] (コード数108), [医療機関との連携] (コード数58) であった。そして, [感染対策] [組織の受け入れ] など14のサブカテゴリーから構成される【組織的な受け入れ】, [知識] など9つのサブカテゴリーから構成される【HIV/AIDSに関する知識】, [医療機関との連携] など6つのサブカテゴリーから構成される【連携】, [利用者・家族の認識] など5つのサブカテゴリーから構成される【利用者や家族側の条件】, [訪問の条件] など5つのサブカテゴリーから構成される【訪問に関わる実際的な問題】, [サポート] [社会制度] から構成される【サポート体制】の6つのカテゴリーが抽出できた。

IV. 考察

1. 陽性者への訪問看護の現状

全国の訪問看護ステーションにおいて、平成18年4月までに陽性者の受け入れ経験がある施設は2.5%であり、経験のない施設は96.2%にのぼった。また、経験施設への調査 (第二段階調査a) では、施設の大部分が関東・甲信越地方にあり、2施設が近畿地方、1施設が東北、九州地方にあった。HIV/AIDS患者が最も多いのは関東・甲信越地方であり、次が近畿地方である¹⁰⁾が、経験施設もその分布に従っているといえる。本調査結果では、初めて訪問看護を行った時期としては平成17年が最も多く、経験人数は1~3名であり、平成15年の関東・甲信越地方の訪問看護ステーションを対象とした調査³⁾結果の経験率4.5%、平均経験人数1人程度と比べても状況が変わっていないことが考えられる。その要因として、現在の感染経路としては性的接触の割合が最も多く、年齢的には30歳代が多い¹⁰⁾ことから、現段階では訪問看護のニーズは高くないことが推察される。一方、未経験施設は施設の所在地、設置主体ともに全国の分布と大差なく¹¹⁾¹²⁾、依頼された経験は3.5%であることから、現在の所、陽性者への訪問看護は都市部の一部の施設でしか行われていないことが

わかる。また、依頼者は「地域の保健師」「拠点病院」が多かったが、在宅療養支援フローチャート⁶⁾が示すように、拠点病院やブロック拠点病院から保健師に依頼するケースが大半であると推測される。陽性者の訪問看護は現段階では絶対数が少なく、ケアについては試行錯誤の状態である。これを進めるためには、ケアのスキルを未経験の施設と共有することが重要である。しかしながら、絶対数が少ない上に、個人情報保護の観点から「陽性者への訪問看護を行っている」と明言している施設はほとんどないと考えられる。そこで、個人情報の保護に十分に配慮しながら、地域の中で、どのような状態の人がどこの施設でケアを受けているかを一括して把握し、必要時にアクセスできる「情報源」、すなわち情報ネットワークを整備する必要があると考える。陽性者はHIV治療に関しては拠点病院・ブロック拠点病院を受診している現状を考えると、その機関としてはこれらの病院が適切と考える。

2. 受け入れ準備に関する経験施設と未経験施設の比較

先行研究^{3~6)9)}より、陽性者への訪問看護に関しては施設側のHIV/AIDSの知識や組織の受け入れが影響要因であることが示された。そこで、経験施設と未経験施設で違いがあるのかについて比較検討した。

まず、訪問看護依頼以前の知識では、「二次感染」「個人情報保護」について、経験施設の方が有意に「ある」に傾いた。これは二次感染や個人情報の知識があるから、受け入れに問題はなかったことを意味すると考える。訪問看護師にとって、二次感染防止や個人情報保護の問題はケアに直接関わる内容である。訪問看護利用者の約7割は何らかの医療処置を必要としているといわれており¹³⁾、訪問看護師は血液等の体液に接触する機会も多い。HIV/AIDSが感染性疾患であり、“死に直結した病気”というイメージにより、二次感染予防は重要度の高い事項として受け止められていると考える。また、個人情報保護はHIV/AIDSに限らず必要なことではあるが、前述の疾患のイメー

ジからすると現時点では他の疾患よりも重要な意味を持つと考えられる。単に、訪問看護記録など書類上での個人情報保護だけでなく、ケアに関するあらゆるもの、例えば家庭訪問の仕方や会話の内容、処置の仕方など、通常以上に配慮する必要があるだろう。これらの点において経験施設の方が未経験施設より知識があったということは、まずはこれまでのケアに対する自信が受け入れの最初の要因と考えることができるのではないだろうか。

「難色を示したまたは示すと思われる部門」については、いずれかの部門に「ある」とした割合は未経験施設が有意に高かった。訪問看護ステーションは何らかの母体を持っている場合が多いことから、受け入れに関する意思決定も看護職だけで行うことは難しいと考える。単独で設立している施設であっても、事務部門など他部門との関わりは生じる。看護職者が受け入れようと考えても、組織の上位部門の考えによって却下される場合もあるだろう。また、経験施設では「施設のスタッフ」「施設の主任」の反対がほとんどなかったことから、“仲間の理解”も受け入れに大きな影響を及ぼすと考える。一方で、未経験施設は「施設のスタッフ」が難色を示すと考える人が多かった。これは“予想”であり、現実の問題が生じた時の結果とは厳密には言えないが、少なくとも看護管理者が考える障害といえる。前年度の調査⁹⁾では、最初は1~2人の看護スタッフにだけ病名を知らせ、訪問看護をスタートさせたケースもあった。このことはスタッフ全員に周知していなくても、担当者のみが知っていることで受け入れ可能であることを示しているといえる。この点に関しては、どのように個人情報を守っていくかという看護管理者の姿勢も影響するのではないだろうか。

3. 未経験施設の今後の受け入れの条件

未経験施設に対して、今後の陽性者受け入れの可能性について質問したところ、62.5%の施設が「条件が合えば可能」としていた。「いつでも可能」の21.4%を加えると、8割以上が陽性者の受け入れを前向きに捉えていた。島田¹⁴⁾は、「ここ数年の都内近郊での連携経験からは、保健師も訪問看

「看護師も受け入れはスムーズ」としているが、全国的にも概ね肯定的傾向と言って良いのではないか。ただし、「条件」のクリアが必要となる。

条件の自由記述を分析した結果、6つの条件が抽出でき【組織的な受け入れ】【HIV/AIDSに関する知識】【連携】はコード数が100を超えていた。

【組織的な受け入れ】については、サブカテゴリーを見ると「感染対策に関するもの」と「組織やスタッフの受け入れに関するもの」に大別できた。HIV/AIDSに対する感染対策の原則はスタンダードプリコーションである¹⁵⁾。にもかかわらず、「感染対策が万全でない」と心配というような思いがあるのは、知識不足から生じていると考える。また、心情的に“過剰防御”になりがちとも考える。重要なのは、その施設・そのケースに応じた防御のやり方を構築することであろう。そのためには、実際にケアを体験した人から具体的に情報を入れることも1つの方法と考える。訪問看護の依頼があるからには、必ずどこかの医療機関が診療しているはずであるから、その医療機関と協働して勉強会や研修を行うことが有効と考える。また、「組織やスタッフの受け入れ」に関しては、看護職のみならず介護職や一般職の人の理解が不可欠であろう。HIV感染症に関する医療従事者のストレスは、「自分自身への感染」の他、「少数集団に対する理解や受容に関するもの」「差別・偏見に関するもの」などが複雑に存在しているといわれている¹⁶⁾。サブカテゴリーで【知識】が最も多かったことから、知識不足が「受け入れ困難」の根本的な問題と思われる。HIV感染症に関する医療従事者のストレスは、疾患を正しく理解することで軽減できると予測されることから、すべての職種に対する勉強会や研修を行うことは有効だと思われる。しかし、現在のHIV/AIDSの医療状況から必要なときにすぐその知識を得られるとも考えにくい。現段階で求められるのは「どこにどの情報があるか」を把握できるケアに関する情報ネットワークを整備することである。【連携】で最も多かったのは【医療機関との連携】であったが、【HIV専門の医師】が抽出されたのが特徴的

である。一般的な訪問看護でも医療機関との連携が重要なのは言うまでもない。それに加えて、疾患として単純といえないHIV/AIDSの場合は特に、自分たちのこれまでの経験からの対応が困難な場合があることが推測され、「HIVに関する対応不可能な事態にも対応してもらえる」医療機関や医師が“命綱”的存在なのであろう。それにもかかわらず、HIV医療の専門性から、通常のケースでは対応してくれる医療機関の協力が得られにくい場合も多いと考えられる。「診療経験の少ない拠点病院が多い一方で、HIV医療を担っている中心的拠点病院では患者/感染者が集中している」¹⁷⁾ことが指摘されているが、これはHIV医療を敬遠する医療機関の多さを物語っている。これには、病診連携を推進する一方で、訪問看護側としては医療機関側に積極的にアプローチしていくことが重要であろう。島田¹⁸⁾は、「在宅療養への移行は今後ハードルが低くなって行くであろうが、それまでの間は個別の事例に対して受け入れ先の開拓が必要であり、その役割は看護職が担うべきである」と述べている。現場の立場からさまざまな職種に対して、必要性などを説明し、協力を得られるような力をつけることがこれからの訪問看護師に求められていると考える。

V. 結語

陽性者への訪問看護経験がある施設とない施設を対象に調査を行った。その結果、陽性者への訪問看護が都市部の一部でしか行われていない現状と、受け入れには感染対策や個人情報保護など実践的な知識があることが影響するということが明らかとなった。未経験施設が陽性者への訪問看護を受け入れていくには、全職員を対象とした勉強会が必要であり、その際には実際にケアをした人からの具体的な情報や知識が有効であると考えられた。しかしながら、現段階では経験施設は非常に少なく、個人情報の観点からどの施設が実施しているかは公開されにくい。そのため今後は、個人情報保護しながらも「どの情報がどこにあるのか」という情報ネットワーク整備の必要性が示唆された。

陽性者への在宅療養支援に関しては、訪問看護と同じくらい今後は訪問介護も重要となってくるであろう。今回の調査では陽性者への訪問看護経験のある施設数が少なく対象者が少なかったところに限界がある。今後は訪問介護も含めた在宅支援を充実させるために、看護職として何が必要かについて検討していきたい。

謝辞

調査にご協力下さった訪問看護ステーションの皆様、ならびに分析の過程でご指導を賜りました宮崎大学教育文化学部数学教育専修藤井良宜准教授に心より感謝申し上げます。

(本研究は文部科学省科学研究費：若手研究(B)課題番号17791592の助成を受けて行った)

文献

- 1) 池田和子：HIV/AIDSケアは、今どういうことになっているのか，看護学雑誌，71(4)，392-398，2007
- 2) 厚生指標 国民衛生の動向，53(9)，129，財団法人 厚生統計協会，2006
- 3) 渡辺恵，池戸恵子，望月あづさ，他：HIV/AIDS患者の病院－地域連携システムに関する研究，厚生労働省厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業平成15年度研究報告書，211-214，2004
- 4) 望月あづさ，竜崎香代，池戸恵子他：HIV/AIDS在宅療養支援フローチャートの改定と連携事例による病院－地域連携推進の取り組み，厚生労働省厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業平成16年度研究報告書，183-186，2005
- 5) 島田恵，久保悦子，石塚志麻，他：HIV/AIDS患者の病院－地域連携事例分析による在

宅療養支援上の課題検討，厚生労働省厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業平成17年度総括・分担研究報告書，203-208，2006

- 6) 島田恵，池田和子：HIV/AIDS患者の在宅療養支援－病院～地域連携事例と解説－，厚生労働省厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業，2005
- 7) 石原美和：HIV/AIDS患者に対する在宅療養支援の現状と課題，保健婦雑誌，55(13)，1180-1185，1999
- 8) (社団)全国訪問看護事業協会ホームページ：<http://www.zenhokan.or.jp/list02/index.html>
- 9) 加瀬田暢子，前田ひとみ：HIV陽性者の訪問看護受け入れに関わる要件－訪問看護師へのインタビューより－，日本エイズ学会誌，7(4)，352，2005
- 10) API-Netエイズ予防情報ネット：<http://api-net.jfap.or.jp/index.html>
- 11) 川越博美，山崎摩耶，佐藤美穂子：訪問看護研修テキスト，17，日本看護協会出版，2005
- 12) 平成14年 介護サービス施設・事業所調査，566，財団法人 厚生統計協会，2004
- 13) 川越博美，山崎摩耶，佐藤美穂子：訪問看護研修テキスト，60，日本看護協会出版，2005
- 14) 島田恵：連携－ネットワークとチーム医療における看護師の役割，看護学雑誌，71(5)，490-496，2007
- 15) 国立国際医療センター看護部5階南病棟：HIV/AIDS看護ハンドブック，22，2003
- 16) 平林直次，金子雅彦：医療現場における医療従事者のストレス－HIV感染症医療の現場から－，ストレス科学，14(1)，28-33，1999
- 17) 前掲5)，1

精神医療の場における事故対応の実態と 日常安全配慮・職場環境との関連

The Relation Between Prevention of Medical Accidents and Daily Safety care, Worke's situation in Psychiatric Hospital

土屋八千代^{*1}・山田美由紀^{*1}・内田 倫子^{*1}

Yachiyo Tsuchiya^{*1}・Miyuki Yamada^{*1}・Rinko Uchida^{*1}

Abstract

The purpose of this study was to see actual Prevention Medical Accidents for Mental Disorders in the hospital, and the relation between Prevention Medical Accidents and Daily Safety care, Worke's situation.

The sample analysis was done with 6,233 psychiatric nurses who worked at a hospital word in the whole country more than one hundred bed.

The results were as follows :

All Prevention of Medical Accidents scores more than point 4 except <conference for analysis of an accidents case>. Most high scores were check on job, and submit a report about an accident.

Prevention of Medical Accidents scores were significant as for senior, woman than man, higher position, and with more experiencing of nursing, care poinnts increased.

Daily Safety care scores more than point 4 were 8 items, the others not more than point 4.

Worke's situation scores ruled low in comparison with Prevention of Medical Accidents scores

Prevention of Medical Accidents and Daily Safety care, Worke's situation were relative.

Especially conference, cope for side effect, education about safety management, be given a opportunity for traning, and human support.

These findings discuss that it is important to Safety care for Mental disorders at the ward.

キーワード：精神科看護，精神障害者，事故防止，安全配慮，職場環境

psychiatric nursing, mental disorder, prevention of medical accidents,
daily safety care, worke's situation

I. 緒言

医療現場における安全対策が社会的に注目されるようになったのは、1999年の横浜市立大学での患者取り違え事件からである。その後2001年に厚生労働省が国立病院などの事故事例を収集し、その分析結果を医療機関に提供する「医療安全対策

ネットワーク事業」を開始し、翌年には医療法施行規則が一部改正され、全ての病院・有床診療所に安全管理体制の整備が義務づけられた。2004年には国立病院や大学附属病院等は医療事故報告が義務づけられ、現在は560の登録された医療機関から日本医療機能評価機構の医療事故防止

※1 宮崎大学医学部看護学科 成人・老年看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

センターに事故が報告されている。同センターの報告¹⁾を見ると、事故発生の原因・誘因となっているものはケアレスミスに起因する 경우가多く、有資格者としての倫理観や責任の低さと専門職としての資質・能力の未熟さが指摘される。但し、医療過誤判例の分析では、過失を問われる注意義務はケアレスミスから高度なアセスメント能力を要するものまでの格差があり、注意義務の水準やその範囲は多様で明確な指針は示されていない²⁾。この看護職個々の要因に加えて事故は組織体制の相乗効果で発生する³⁾。医療過誤訴訟は増加しているが⁴⁾、裁判において論点となるのは医療従事者の過失（結果予見義務違反・結果回避義務違反）があったか否かの注意義務と、その行為と結果（患者の損害）との間に因果関係があるか否かである。危険性の予測は専門的な知識を基盤とした的確な観察とアセスメントによってなされるものであり、危険予測ができなければその後続く危険回避はできない。川島⁵⁾は「適切なアセスメントをすることで、転倒・転落を予測し、未然に防ぐことができる」と述べているが、これは高齢者の転倒・転落に限ったことではない。事故を未然に防ぐためには、どのような事態で事故は起こるのか現状査定と将来の予測をもって日々実践すること、更に当事者である患者自身のセルフケアを促進する関わりが重要となる。しかし、精神障害者などは自傷他害の危険性を有し予測しがたい行動を起こす可能性が高い一方で、病態の特殊性からくる行為の責任能力の脆弱さがあり、その分医療者の監督責任義務が強く求められることを判例が示している^{2), 6)}。

以上の背景を踏まえて、実際の医療現場でどのような安全配慮行動が実践されているのかを検討するために、病態の特殊性ゆえに安全の責務が強化される精神医療の場を対象に考える。精神医療の現場では過去の反省と評価から、治療は開放化の方向にある²⁾が、事故に対する対策の遅れも指摘されている⁷⁾。著者らは精神障害者に関する判例の分析から、精神医療は開放化の傾向にありその判断は医師の裁量権が重視されること、看護職には開放化治療に伴う安全配慮義務が要求される

ことを明らかにした²⁾。また、これらの判例分析から抽出された注意義務項目を軸に、精神科看護の実践者を含めて検討した調査表で某県の全数調査を行い、看護職の安全配慮行動の特徴を明らかにした⁸⁾。これらの結果が精神医療の現場での一般的な特徴か、或いは一県の地域特性か、更には精神医療の現場における事故防止に必要な観察項目やアセスメント能力を究明したいと考えた。そこで判例分析の結果抽出された注意義務に関する項目を、精神医療現場での実際の業務と対比させて項目を設定し、実践の行動レベルで調査表を作成し入院中の精神障害者の事故防止に関する全国調査を実施することにした。精神医療の分野でもリスクマネジメントや安全管理に関する特集が生まれ、その中で事故やヒヤリハット事例の分析から事故防止や業務改善を行った報告は多い。中でも、事故の振り返り評価での看護計画立案⁹⁾や、危険因子に基づいたアセスメントで転倒・転落を予防¹⁰⁾、看護判断も倫理的配慮も安全が優先されること^{11), 12)}、安全な治療環境の整備^{13), 14)}、患者の安全は患者自身が守れるような信頼関係の樹立やシステム作りの必要性¹⁵⁾⁻¹⁸⁾など日常的な安全配慮行動や環境整備が事故防止につながることを示される。

そこで、今回は全国調査の中から、事故発生前・発生時・発生後の看護職の対応の実態と、日常的な安全配慮及び職場環境との関係を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 対象者：100床以上の精神病院の病棟勤務中の看護職者を抽出するにあたり、「全国医療機関一覧2004年版」¹⁹⁾より、北海道から沖縄までの人口を基盤として該当施設数を概算した。施設選択に当たっては、複数単位の病棟を有することと調査対象者数確保のために100床以上を対象とした。層化無作為抽出標本抽出法（100～299床と300床以上の施設に分けて）で抽出した100～299床327施設と300床以上193施設に、研究の趣旨を記した調査依頼書、調査表、往復はがきを郵送し研究協力と協力者数を打診した。参加協力のあった施設

は194施設，対象者数7,374名である。対象者選択の基準として，研究趣旨の説明後に賛同の得られた病棟勤務の看護職で，可能な限り性別・年齢・職位（スタッフ，主任・副師長，師長），所属（24時間開放，時間開放，完全閉鎖等の病棟の構造上の区分）を均等に選出してほしい旨を明記し，選出は看護部長に一任した。

2. データ収集と分析方法

1) 調査項目：(1) 属性：年齢，性別，職種，経験年数（免許取得後の経験年数と精神科での経験年数），所属，職位。(2) 安全配慮はベナーの技能習熟のステージ²⁰⁾に沿って有資格者項目（初心者・新人レベル）と専門職項目（一人前・中堅・達人レベル）を設定した。事故対応は事故発生前・発生時・後に区分し有資格者8項目，専門職8項目の計16項目（表1参照），及び日常的な安全配慮として13項目設定（表4）し，最近3ヶ月くらいの期間における実施状況について5段階で回答を求めた。実施度の目安は，いつもしている：5点（おおよそ10回のうち全部～8回実施）～していない：1点（殆どしていない）の5段階評定として得点化した。職場環境は12項目設定（表5），その充足度を5段階評定とし得点化した。(3) 分析は①記述統計，②事故対応と属性，③日常的な安全配慮，職場環境と事故対応との関連。④統計処理は5%有意水準で，尺度得点の比較はノンパラメトリックな検定（2群の場合はMann-

WhitneyのU検定，3群以上の場合はKruskal-Wallis検定），及び順位相関係数による無相関の検定を行った（統計ソフト：HALBAU7）。

3. 倫理的配慮：研究の趣旨と調査表の見本及び以下の①～⑦の内容の文書を郵送し，研究参加の承諾後に各施設に必要部数の調査表と個別封筒を郵送，調査表の返送をもって同意の意思と解釈した。①本調査は科学研究費補助金（基盤研究C）の支援のもとに行われること。②結果は統計的に処理され，施設や個人が特定されることはないこと。③研究の目的以外に使用しないこと。④研究終了時にデータは破棄されること。⑤各施設での研究協力者の選出は看護職者の自由意思で行われること。⑥調査結果を希望する場合は，参加協力の返信時に施設名と住所を明記してほしいこと。⑦調査結果は報告書及び論文として公表されること。

III. 結果

回収施設数は100～299床112施設，300床以上80施設の合計192施設（回収率99%）で，これらより返却された6,505部（回収率88.2%）から，記載漏れや安易な回答と思われるものを除外した6,233部（有効回収率95.8%）を解析対象とした。

1. 属性

女性4,652名（74.9%），男性1,555名（25.1%），年齢は図1に示したように40歳代が1,915名

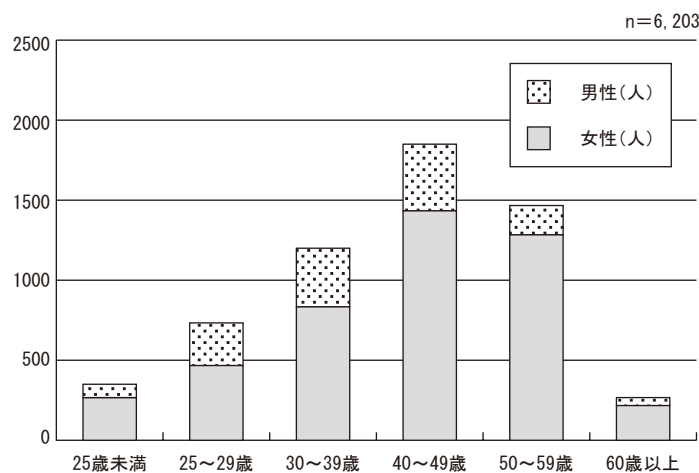


図1 対象者の年齢，性別構成

(30.7%)で最多であった。職種では看護師3,954名(63.4%)、准看護師2,279名(36.6%)、職位ではスタッフ4,596名(74.6%)、主任・副師長951名(15.4%)、病棟師長611名(9.9%)であった。所属は開放病棟742名(12.2%)、部分開放病棟1,704名(28%)、閉鎖病棟3,610名(59.3%)であり、その他個別対応の回答が36名(0.5%)であった。施設の規模は100~299床が3,253名(52.2%)、300床以上は2,980名(47.8%)であった。

2. 事故発生前・発生時・発生後の対応行動

1) 尺度の信頼性と妥当性：事故対応尺度構成の信頼性を検証するためにクロンバッハの α 信頼性係数を求めた。結果は α 信頼性係数は0.922であり、各項目と尺度得点との単相関係数も全て0.9以上を示し寄与率は48.2%であった。日常的な安全配慮の α 信頼性係数は0.84、職場環境は0.90であった。また、妥当性を検討するために因子分析を行った結果、主成分が1個で因子の寄与率が48.2%であることが確認できた。

2) 全体の傾向：全体総計は68.3(±9.8)点であり、各項目毎に見ると、最高値を示したのは事故発生後の<事故に関する報告書の提出(以下、事故報告書)>と事故発生前の<業務は常に確認

しながら実施(以下、業務常時確認)>が4.6点台で、共に有資格者該当項目であった。最低は事故発生後の<事故を教材としてのカンファレンスの開催(以下、事故教材カンファレンス)>の3.9点で、専門職該当項目であった(表1)。

2) 属性との関係：年齢が高くなるほど得点有意に高くなり($p<0.001$)、40~49歳で平均値を超えた。各項目別にみると全項目で有意な差が認められ、60歳以上で<事故報告書>以外の項目全てが高い一方、4点未満が25歳未満では6項目、25~29歳と30~39歳では2項目あり、これらの共通項目は<緊急時の応援体制の事前確認(以下、応援体制)>と<事故教材カンファレンス>であった(表2)。

性別は女性の方が有意に高く($p<0.05$)、各項目別では事故発生前で6項目、事故発生後で3項目で女性の方が有意に高く($p<0.05\sim0.001$)、事故発生時では男性が高い傾向を示したが有意な差はなかった。職種別では看護師と准看護師に有意な差はなかったが、各項目別では事故発生前4項目、事故発生時1項目、事故発生後2項目に有意な差があった($p<0.05\sim0.001$)。職位別では職位が高くなるほど有意に高く($p<0.001$)、各項目別では事故発生前の<業務常時確認>以外

表1 事故対応行動の得点

		項目	平均値±標準偏差
			n=6,219
事故発生前	○	1 業務は常に確認しながら実施	4.6±0.6
	○	2 緊急時の応援体制の事前確認	4.1±1.0
	○	3 患者同士の人間関係への配慮	4.2±0.7
	○	4 危険となる場所・箇所の把握	4.3±0.7
	●	5 疾患特有の危険徴候のキャッチ	4.2±0.7
	●	6 危険徴候患者の医師への連絡と指示受け	4.4±0.8
	●	7 事故回避のための患者への対応	4.3±0.7
事故発生時	○	8 事故発生時の正式ルートでの院内報告	4.5±0.8
	●	9 事故発生時の家族・外部関係部署等への迅速な報告	4.2±1.1
	○	10 事故発生時、他患者への配慮(2次の事故・連鎖予防)	4.3±0.9
	○	11 単独で対処困難な場合の応援要請	4.5±0.8
	●	12 事故発生時、患者に応じた対応	4.5±0.7
事故発生後	○	13 事故に関する報告書の提出	4.6±0.8
	●	14 事故に対する患者自身の受け止め方への配慮	4.2±0.8
	●	15 事故を教材としてのカンファレンスの開催	3.9±1.1
	●	16 事故の客観的分析を看護記録に記載・保存	4.2±1.1
		総計	68.3±9.8

表2 事故対応行動の年齢比較

n=6,211

項目	25歳未満 (n=367)	25~29歳 (n=752)	30~39歳 (n=1416)	40~49歳 (n=1911)	50~59歳 (n=1511)	60歳以上 (n=254)	
事故発生前	○ 1 業務常時確認	4.55±0.58	4.60±0.55	4.56±0.59	4.61±0.57	4.67±0.54	4.77±0.50**
	○ 2 応援体制の事前確認	3.68±1.09	3.92±0.98	3.97±0.97	4.10±0.93	4.22±0.88	4.33±0.86**
	○ 3 患者の人間関係調整	4.06±0.78	4.15±0.74	4.14±0.73	4.25±0.97	4.33±0.68	4.41±0.68**
	○ 4 危険箇所の把握	4.10±0.84	4.22±0.80	4.24±0.75	4.34±0.73	4.46±0.68	4.54±0.61**
	● 5 疾患特有の危険徴候	3.84±0.87	4.11±0.76	4.17±0.73	4.26±0.73	4.35±0.69	4.49±0.64**
	● 6 危険徴候患者の指示受け	4.11±0.96	4.36±0.79	4.33±0.81	4.43±0.78	4.49±0.79	4.59±0.77**
	● 7 事故回避患者対応	4.13±0.73	4.33±0.73	4.27±0.69	4.32±0.72	4.42±0.68	4.52±0.67**
事故発生時	○ 8 報告ルート	4.05±1.03	4.31±0.89	4.42±0.82	4.49±0.82	4.56±0.80	4.65±0.73**
	● 9 家族・関係部署への報告	3.77±1.24	4.05±1.10	4.16±1.03	4.26±1.04	4.35±1.01	4.47±1.00**
	○ 10 他患者配慮	3.91±1.05	4.21±0.88	4.27±0.82	4.31±0.86	4.43±0.80	4.54±0.77**
	○ 11 応援要請	4.33±0.90	4.51±0.83	4.52±0.73	4.48±0.83	4.51±0.81	4.56±0.81**
	● 12 患者に応じた対応	4.25±0.80	4.47±0.72	4.51±0.66	4.49±0.73	4.57±0.69	4.58±0.73**
事故発生後	○ 13 事故報告書	4.53±0.85	4.61±0.76	4.62±0.69	4.61±0.79	4.69±0.71	4.66±0.81
	● 14 患者の受け止めの配慮	3.96±0.97	4.14±0.84	4.16±0.82	4.22±0.84	4.34±0.76	4.40±0.82**
	● 15 事故教材カンファレンス	3.58±1.28	3.67±1.25	3.83±1.17	4.01±1.08	4.10±1.03	4.16±1.05**
	● 16 客観的分析と記録	4.24±1.05	4.23±1.06	4.22±1.03	4.19±1.09	4.27±1.03	4.42±1.00**
総計	64.6±9.9	67.4±9.2	67.9±9.5	68.6±9.8	69.5±9.9	70.5±10.0**	

○有資格者項目 ●専門職項目

significant at *p<0.05, **p<0.01

注：Kruskal-Wallis検定による対比較はBonferroniの検定基準（5%水準<0.0033, 1%水準<0.00067）を採用した。

表3 事故対応行動と性別・職種・職位別比較

項目	性別 (n=6,190)		職種 (n=6,215)		職位 (n=6,140)			
	女性 (n=4,637)	男性 (n=1,553)	看護師 (n=3,946)	准看護師 (n=2,269)	スタッフ (n=4,584)	主任・副師長 (n=946)	病棟(師)長 (n=610)	
事故発生前	○ 1 業務常時確認	4.65±0.54***	4.51±0.62	4.60±0.57	4.63±0.66*	4.62±0.56	4.61±0.54	4.57±0.63
	○ 2 応援体制の事前確認	4.10±0.94***	3.96±0.98	4.03±0.95	4.11±0.94**	4.02±0.98	4.13±0.87	4.31±0.79**
	○ 3 患者の人間関係調整	4.25±0.70***	4.15±0.75	4.23±0.71	4.22±0.72	4.19±0.73**	4.29±0.66	4.41±0.61
	○ 4 危険箇所の把握	4.34±0.73*	4.28±0.77	4.30±0.75	4.36±0.73**	4.29±0.77	4.37±0.68	4.52±0.62**
	● 5 疾患特有の危険徴候	4.24±0.73**	4.17±0.76	4.23±0.74	4.22±0.74	4.18±0.76**	4.33±0.67	4.39±0.67
	● 6 危険徴候患者の指示受け	4.42±0.81*	4.36±0.78	4.43±0.76**	4.36±0.87	4.36±0.85**	4.53±0.62	4.50±0.70
	● 7 事故回避患者対応	4.33±0.71	4.30±0.71	4.33±0.70	4.12±0.73	4.31±0.72**	4.39±0.64	4.39±0.69
事故発生時	○ 8 報告ルート	4.46±0.86	4.44±0.80	4.48±0.81***	4.40±0.90	4.38±0.90	4.58±0.70	4.75±0.49**
	● 9 家族・関係部署への報告	4.20±1.09	4.24±0.95	4.23±1.03*	4.18±1.10	4.12±1.13	4.40±0.85	4.61±0.62**
	○ 10 他患者配慮	4.29±0.87	4.31±0.82	4.30±0.84	4.31±0.89	4.25±0.90	4.39±0.73	4.52±0.66**
	○ 11 応援要請	4.49±0.82	4.51±0.75	4.51±0.78	4.47±0.84	4.47±0.85	4.54±0.71	4.61±0.62**
	● 12 患者に応じた対応	4.50±0.73	4.60±0.64	4.51±0.68	4.48±0.76	4.47±0.74**	4.58±0.61	4.62±0.56
事故発生後	○ 13 事故報告書	4.64±0.76*	4.59±0.71	4.65±0.71**	4.59±0.81	4.60±0.79**	4.68±0.64	4.77±0.53
	● 14 患者の受け止めの配慮	4.23±0.83*	4.17±0.83	4.20±0.83	4.24±0.84	4.18±0.86**	4.29±0.76	4.32±0.73
	● 15 事故教材カンファレンス	3.97±1.12***	3.83±1.16	3.94±1.12	3.91±1.16	3.86±1.19**	4.05±0.99	4.27±0.84
	● 16 客観的分析と記録	4.25±1.06	4.19±1.04	4.19±1.08	4.31±1.00***	4.27±1.03	4.22±1.06	4.00±1.19**
総計	68.41±9.99*	68.17±9.05	68.49±9.41	68.08±10.35	67.64±10.25**	69.88±8.15	71.18±7.18	

○有資格者項目 ●専門職項目

significant at *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

注：性別と職種はMann-WhitneyのU検定を、職位はKruskal-Wallis検定を行い対比較はBonferroniの検定基準（5%<0.167, 1%<0.003）を採用した。

の項目で有意な差が認められた (p<0.001)。有意差があった項目では事故発生前の<危険徴候患者の医師への連絡と指示受け(以下, 指示受け)>で主任・副師長が、事故発生後の<事故の客観的分析を看護記録に記載・保存(以下, 客観的分

析)>でスタッフが高かったが、それ以外の項目において師長が有意に高かった(表3)。

所属別で有意に高かったのは、閉鎖病棟で<危険となる場所・箇所の把握(以下, 危険箇所把握)>(p<0.001), 開放病棟で<家族・外部の関係部署

等への迅速な報告（外部関係者への報告）> ($p < 0.05$), 部分開放病棟で<事故に対する患者自身の受け止め方への配慮（以下, 配慮）> ($p < 0.05$) と<事故教材カンファレンス> ($p < 0.001$) であった。経験年数では, 看護経験年数及び精神科経験年数とも年数を増す毎に得点は高かった ($p < 0.001$)。看護経験においては総計の68点と並ぶのは10年以上の者, 精神科経験においては5年以上であった。全項目で3年未満のもの得点が最低値であった。

3. 日常的な安全配慮行動・職場環境

以下, 『 』は各項目を示す。日常的な安全配慮行動（以下, 日常配慮）についての最高は、『薬物の確実投与』の4.7 (± 0.7) 点であり, 最低は『看護計画の立案（以下, 計画立案）』, 『看護実践の評価と記録（以下, 実践評価）』, 『カンファレンスの開催（以下, カンファレンス）』が4点未満であり標準偏差が大きかった（表4）。これら最低値の3項目は年齢が高くなるほど有意に高く ($p < 0.001$), 職種別では『計画立案』と『実践評価』は准看護師が, 『カンファレンス』は

表4 日常的な安全配慮行動の得点

		n=6,239
項 目		平均値±標準偏差
○	1 個々の患者の看護記録の記載	4.3±0.9
○	2 個々の患者の看護の報告	4.4±0.8
○	3 個々の患者の日常生活の観察	4.5±0.7
○	4 患者の訴えの傾聴	4.4±0.6
○	5 必要な患者情報共有化	4.4±0.7
○	6 薬物の確実な投与	4.7±0.7
○	7 病棟内の整理整頓	3.8±0.9
●	8 職場の人間関係の調整	3.8±1.1
●	9 薬物の副作用出現時の対処	4.1±1.0
●	10 日頃の患者の変化の観察と記録	4.4±0.8
●	11 看護計画の立案	3.5±1.1
●	12 看護実践を評価し記録に残すこと	3.5±1.1
●	13 カンファレンスの開催	3.5±1.2
総 計		53.2±7.1

○有資格者項目 ●専門職項目

表5 職場環境の得点

		n=6,220
項 目		平均値±標準偏差
患者 体制	1 患者が定期検査を受ける体制	4.4±0.8
	2 集団感染に関する患者の検診体制	4.1±1.0
	3 保護室の環境（換気, 冷暖房, トイレ）の整備	4.0±1.1
総 計		12.1±2.4
看護 体制	1 看護研修等の適宜開催の体制	4.2±0.9
	2 看護者が相談できる場や人の存在	3.5±1.1
	3 行動制限に関する看護マニュアルの存在	4.2±0.9
	4 行動制限に関する研修会の受講の機会	3.7±1.1
	5 患者の異動に看護職の意見が反映	3.6±1.0
	6 病棟外活動に必要な職員数の配置	3.6±1.1
	7 事故防止についての手順マニュアルの存在	4.2±0.9
	8 事故発生時の連絡・報告ルート of 整備・確立	4.4±0.8
	9 安全（事故）対策委員会等の設置	4.6±0.7
	10 発生した事故の院内での公表	4.2±1.0
	11 安全管理に関する教育の場（研修会等）	4.0±1.0
	12 事故発生に関わった看護者へのサポート（人・場）	3.5±1.2
総 計		47.2±8.4

表6 日常配慮行動・職場環境と事故対応行動の関係

	日常的安全配慮			職場環境			
	低群 (n=2,251)	平均群 (n=2,412)	高群 (n=1,519)	低群 (n=2,867)	平均群 (n=1,755)	高群 (n=1,557)	
事故発生前	○ 1 業務常時確認	4.4±0.7	4.7±0.5	4.9±0.4**	4.5±0.6	4.7±0.5	4.8±0.4**
	○ 2 応援体制の事前確認	3.7±1.0	4.1±0.9	4.5±0.7**	3.8±1.0	4.2±0.8	4.4±0.8**
	○ 3 患者の人間関係調整	3.9±0.8	4.3±0.6	4.6±0.5**	4.0±0.7	4.3±0.7	4.5±0.6**
	○ 4 危険箇所の把握	4.0±0.8	4.4±0.7	4.7±0.5**	4.1±0.8	4.4±0.7	4.7±0.6**
	● 5 疾患特有の危険徴候	3.9±0.8	4.3±0.6	4.6±0.5**	4.0±0.8	4.3±0.7	4.6±0.6**
	● 6 危険徴候患者の指示受け	4.1±0.9	4.5±0.7	4.7±0.6**	4.2±0.9	4.5±0.7	4.7±0.7**
	● 7 事故回避患者対応	4.0±0.8	4.4±0.6	4.7±0.5**	4.1±0.7	4.4±0.6	4.6±0.6**
事故発生時	○ 8 報告ルート	4.2±1.0	4.5±0.7	4.7±0.6**	4.3±0.9	4.5±0.8	4.7±0.7**
	● 9 家族・関係部署への報告	3.9±1.2	4.3±1.0	4.6±0.8**	4.0±1.1	4.3±1.0	4.5±0.9**
	○ 10 他患者配慮	4.0±1.0	4.4±0.7	4.7±0.6**	4.1±0.9	4.4±0.8	4.6±0.7**
	○ 11 応援要請	4.2±0.9	4.6±0.7	4.8±0.6**	4.3±0.9	4.5±0.7	4.7±0.6**
	● 12 患者に応じた対応	4.2±0.8	4.6±0.6	4.8±0.5**	4.3±0.8	4.6±0.6	4.7±0.6**
事故発生後	○ 13 事故報告書	4.4±0.9	4.7±0.6	4.8±0.6**	4.5±0.8	4.7±0.7	4.8±0.6**
	● 14 患者の受け止めの配慮	3.9±0.9	4.3±0.7	4.6±0.6**	4.0±0.9	4.3±0.7	4.5±0.7**
	● 15 事故教材カンファレンス	3.5±1.2	4.0±1.0	4.5±0.8**	3.5±1.2	4.1±1.0	4.4±0.9**
	● 16 客観的分析と記録	3.8±1.2	4.4±0.9	4.6±0.8**	4.0±1.2	4.3±0.9	4.6±0.9**
総計	63.3±10.4	69.5±8.1	74.1±7.2**	64.6±10.1	69.7±8.1	73.3±7.9**	

significant at *p<0.05, **p<0.01

注：日常配慮行動・職場環境は平均値±1標準偏差を基準に集団数を考慮して3群とした。日常配慮行動は51点以下（低群）、52～58点（平均群）、59点以上（高群）とした。職場環境は、47点以下（低群）、48～53点（平均群）、54点以上（高群）とした。Kruskal-Wallis検定による対比較はBonferroniの検定基準（5%水準<0.0167, 1%水準<0.0033）を採用した。

看護師が高く（ $p<0.01$ ）、職位別では『計画立案』と『実践評価』はスタッフ、『カンファレンス』は師長が高かった（ $p<0.001$ ）。職場環境については概ね4点台を示したが、『相談できる人と場（以下、相談）』、『研修会受講機会（以下、受講機会）』、『患者異動決定への参加（異動決定）』、『必要職員数の配置（以下、職員数）』、『安全管理教育』、『事故発生に関わった看護者へのサポート（人・場）（以下、サポート）』の6項目が3点台であった。『異動決定』は職位と精神科経験年数が多いほど高く、『職員数』は25～29歳と経験5～10年未満が低く、開放病棟が高かった。『受講機会』と『安全管理教育』は准看護師、職位が高いほど高く、25～29歳と3～10年未満で低かった。『相談』は25歳未満と60歳以上で高く、『サポート』は50歳以上で高かった（ $p<0.01\sim0.001$ ）。職位では『相談』には差はなく、『サポート』のみ師長が高かった（ $p<0.05$ ）。

4. 日常配慮、職場環境と事故対応との関係

日常配慮及び職場環境の各総計を平均値±1標準偏差で3区分し、事故対応との関連を検討した。

次に各項目で最低値を示した項目について、5～4点、3点、2～1点の3段階に区分して、それぞれの事故対応得点を比較した。日常配慮得点の高い者が事故対応の全ての項目において有意に高く、標準偏差も小さかった（ $p<0.001$ ）。低値の3項目『計画立案』『実践評価』『カンファレンス』の実施度が高いほど事故対応も有意に高かった（ $p<0.001$ ）。職場環境との関係では、職場環境の充足度が高い者は事故対応も有意に高かった（ $p<0.001$ ）。低値の6項目『相談』『受講機会』『異動決定』『職員数』『安全管理教育』『サポート』と事故対応の関係についても同様の傾向が示された（ $p<0.001$ ）（表6）。日常配慮及び職場環境と事故対応への関連性の度合いを確認するために相関係数を求めた結果、相関係数0.4以上であったのは、日常配慮の『カンファレンス』と事故対応の＜事故教材カンファレンス＞、同様に『薬物の副作用出現時の対応（以下、副作用）』と＜疾患特有の危険徴候のキャッチ＞、＜事故回避のための患者対応（以下、事故回避）＞であった。係数が0.3以上の項目の多くも＜事故回避＞と関連していた（表7）。

表7 事故対応行動と日常的な安全配慮行動、職場環境（看護職体制）との相関関係

	事故対応行動																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
日常的な安全配慮行動	1 看護記録																
	2 看護報告	0.24		0.21	0.21	0.25	0.24	0.27				0.21		0.20		0.22	
	3 日常生活観察	0.27		0.26	0.23	0.28	0.23	0.30				0.22		0.23			
	4 訴えの傾聴	0.26		0.30	0.26	0.30	0.24	0.32	0.20		0.23	0.24		0.28			
	5 情報共有	0.27	0.23	0.32	0.31	0.33	0.29	0.33	0.24	0.20	0.25	0.25	0.28	0.29	0.25	0.21	
	6 薬物確実投与																
	7 病棟内整理整頓	0.23	0.25	0.29	0.30	0.28		0.27			0.22				0.25	0.21	
	8 職場人間関係		0.27	0.29	0.28	0.26	0.21	0.25		0.25	0.24				0.26	0.26	
	9 副作用への対処	0.26	0.29	0.32	0.32	0.40	0.38	0.40	0.31	0.31	0.34	0.32	0.34	0.25	0.33	0.28	0.25
	10 変化の観察・記録	0.28		0.25	0.24	0.31	0.30	0.32			0.23	0.22	0.27		0.26		0.27
	11 計画立案					0.23	0.21	0.24							0.22	0.21	0.25
	12 実践評価・記録	0.22	0.21	0.23	0.23	0.28	0.24	0.28			0.23		0.20		0.26	0.24	0.31
	13 カンファレンス		0.21	0.25	0.22	0.25	0.23	0.25	0.22	0.22	0.24		0.20		0.24	0.45	0.24
職場環境 看護職体制	1 看護研修開催		0.21	0.23	0.23	0.25	0.21	0.24	0.21		0.24		0.20		0.22	0.29	0.20
	2 相談		0.23	0.23	0.21	0.21		0.21							0.22	0.23	
	3 マニュアル		0.21	0.22	0.24	0.23		0.23	0.21	0.21	0.22				0.22	0.28	
	4 受講機会		0.26	0.25	0.25	0.25		0.23		0.23	0.25				0.26	0.32	0.21
	5 意見反映		0.23	0.26	0.24	0.24		0.23		0.21	0.21		0.20		0.24	0.26	
	6 職員数		0.24	0.25	0.25	0.25		0.25			0.21				0.24	0.25	
	7 事故防止	0.21	0.25	0.25	0.26	0.26	0.24	0.27	0.23	0.22	0.25		0.23		0.25	0.30	0.23
	8 連絡・報告	0.25	0.26	0.27	0.28	0.29	0.26	0.30	0.30	0.24	0.29	0.26	0.30	0.25	0.27	0.29	0.25
	9 委員会設置	0.22		0.22	0.24	0.23	0.23	0.25	0.25	0.20	0.23	0.24	0.27	0.26	0.22	0.24	
	10 院内公表		0.20	0.21	0.22	0.22		0.24	0.21		0.22		0.21		0.23	0.28	0.21
	11 教育の場		0.24	0.25	0.25	0.25	0.21	0.25		0.22	0.24		0.21		0.25	0.33	0.22
	12 サポート		0.27	0.25	0.23	0.23		0.22		0.21	0.23				0.25	0.30	0.22

significant at p<0.001
事故対応行動の1~16は項目を指す

IV. 考察

1. 精神医療の場における事故に関する安全配慮行動の特徴

精神科病院に入院中の患者に対する事故対応は、発生前や発生時の項目の方が発生後よりも高い傾向にあった。特に発生前の「業務常時確認」は最高値を示した項目の一つであり、先行研究⁷⁾と同様の結果であることから、精神科勤務者は常に業務確認を行うことで事故防止に努めていることが推察される。また、発生前では「応援体制」の平均値は他の項目に比べて低い、発生時の「単独で対処困難な場合の応援要請」の平均値が高いことから、実際には応援要請で事故対応できていると推測できる。しかし、本項目は年齢が低く経験の少ない者ほどなされていないことが問題となる。予測不能な事故が起こりうる確率の高い精神科の場合、事故発生時に冷静・迅速に対応できるよう事前確認は不可欠である。事故発生時の「外部関係者への報告」が他の項目よりも低かったが、判例によれば離院も含めて事故発生時の警察への連絡の遅れが問題を大きくする場合があるので注意したい^{2),20)}。事故発生後の「事故報告書」は最高

値を示したが、2000年2月実施の先行研究⁸⁾では実施度の低い項目であったにもかかわらず、今回は厚労省の事例報告促進体制作り（2000年）の推奨が影響していると考える。一方、「事故教材カンファレンス」は最低値であり、事故の「客観的分析」の実施度も報告書に比べて高くはない。これらの結果を総合すると、報告書の提出は形式的で事故対策に活用されていないのではないかと推察する。事故の要因を客観的に分析し、その情報を組織的に共有することで事故防止につながることは多数の報告からも周知である。報告書の提出のみではペナルティとしての意味合いが強くなりやすく、事故防止に繋がらないので事故を教材としてのカンファレンスの開催を推進する必要がある。

属性との関係では、年齢が高いほど、また職位が高いほど、看護・精神科経験が多いほど事故対応行動の実施度が高かったが、これらの結果も先行研究⁸⁾と同様の傾向であった。職位が高いほど事故対応が高くなるのは管理を司る病棟師長としての職責からすれば当然とも言える。しかし、事故発生後の事故の「客観的分析」の得点が師長は

最低であることや、＜事故教材カンファレンス＞の得点も4点前半であり、師長の役割から鑑みれば実施度が高いとは言えない。先行研究⁸⁾では師長はこれらの3項目は高値を示し、特に＜客観的分析＞はスタッフの3.9点に比し師長は4.7点であったが、今回は師長は4点に満たず、スタッフが4.3点と逆転現象を示している。事故の振り返り評価での効果や、事故分析が誰が？ではなく何故？の視点から分析する重要性は医療安全やリスクマネジメントの重要なポイントであることは先の厚労省を含め多数報告されている^{9),22)}。今回の結果より、看護管理者は事故を未然に予防し、事故発生時には管理者としての的確に対処することで被害を最小限に抑えるよう努めていることが推察されたが、これに加えてカンファレンスでの事故分析を行い、その結果を実践に還元しスタッフのさらなる安全配慮への行動を高めていく役割の充実が求められる。また、看護経験及び精神科経験年数が多くなるほど行動得点も高くなるが、平均値を超えるのは看護経験では10年以上、精神科経験では5～10年である。有資格者設定項目は経験年数に関わらず全員が実施すべき項目であるが、専門職設定項目は経験年数の少ない者では関与しない（或いはできない）項目もある。ベナーは中堅ナースを経験3～5年、5年以上を達人と想定しているが、今回の結果から言えば、精神医療現場での事故対応行動は少なくとも看護経験は10年以上、精神科経験は5年以上が必要となることが判明した。

職種別では先行研究は看護師の得点が有意に高かったが、今回は有意な差はなく項目別に見ると＜指示受け＞、＜外部関係者への報告＞、＜事故発生時の正式ルートでの院内報告＞、＜事故報告書＞は看護師が高く、＜応援体制＞、＜危険箇所把握＞、＜客観的分析＞は准看護師の方が有意に高かった。指示受けや連絡などは管理者やリーダーの業務に伴うとして専門職項目として設定したものであり、看護師がこれらの役割を担っていることが示唆される。

2. 日常配慮、職場環境について

日常配慮は平均的に4点台を示したが、中には3.5点台を示したのが3項目あり、これらは専門職設定項目であった。今回の分析に先立ち九州圏内のみを分析したが、全国よりも九州圏内の方が得点が高く、『カンファレンス』は3.9点を示し、『計画立案』や『実践評価』も3.8点であった²³⁾。カンファレンスはより質の高い看護を提供するために患者の情報交換や看護ケアについて討議するものであり、日常の看護実践上不可欠な業務である。事故の振り返り評価が計画に還元されることや、リスクアセスメントで実践に還元することは事故予防に直結することは多数実証されていることから、日常業務で共に低い項目である看護計画の立案や実践の評価の充実と共に、常時のカンファレンス開催への努力を師長が率先して行う必要がある。

職場環境は日常的な安全配慮や事故対応が自己行動の評価であるのと異なり、所属する組織体制への充足度を問うものであった。自己行動評価に比べて職場環境評価は総じて低い傾向を示し、項目間の得点差も小さく、特に、『相談』や『サポート』が全調査項目中最低であった。これらの結果は先行研究⁸⁾よりも得点は高くなっているが、得点配分は同様の傾向を示している。『相談』や『サポート』については実際に事故に関与した看護者へのサポートが低いのか、或いはサポートは衆人の知らない場所で事故関与者のみに行われているのか今回の調査では不明である。しかし、得点の低かった年齢層や経験層はリーダーや副師長などを担当する中堅レベルに該当する者であることから、彼等が安心できるように職場にサポートシステムが存在し機能していることを周知しておくほうが望ましいと言えよう。同様に、マニュアル等の存在熟知に比べて『受講機会』の得点が低く、職位による差が大きかった。研修会等の企画・運営は師長が実践している現状が示唆されるものの、研修会開催の周知に比べて受講機会が少ないとスタッフが判断していることから、実際の参加も少ないことが推察される。これはスタッフのみ

整や研修会内容・方法などの検討が必要であることを示唆している。

3. 日常配慮及び職場環境と事故対応との関係

日常配慮と事故対応との関連では、日常配慮が高い者は先行研究⁸⁾同様に事故対応も高かった。特に、行動レベル4.5点（実践度は9割）以上の者はそれ以下に比べて標準偏差が小さいことがわかった。これは平均値を軸に回答のバラツキが小さいことを示しており、これらの群の対象者は概ね同じような方向で実践を行っていることが示唆される。特に点数の低かった看護計画立案や実践評価、カンファレンスに関しても同様の結果であった。職場環境と事故対応との関連では、職場環境の充足度が高い者は事故対応も高く、日常配慮と同様の傾向を示した。関連の度合いを確認するために事故対応と日常配慮及び職場環境について無相関の検定を行った結果、多くの項目間で関連性が示唆された。特に、＜事故回避＞については日常配慮及び職場環境で多くの項目で相関があること、中でも『副作用出現時の対応』の重要性、＜事故教材カンファレンス＞には日常的な『カンファレンス』や職場環境としての『安全管理教育』や『受講機会』、『サポート』などとの関連性が高いことが判明した。現状で8割（4点台）以上実施されている項目に関しては、9割（4.5点）以上を目指したより質を保証しながらの継続が求められるが、その場合宮本ら²⁰⁾の報告にあるようにケア量を考慮した関わりや応援態勢、職員数の検討など、個々の看護職の研鑽のみでは解決できない課題への対応を組織的に検討していくことが求められる。

以上より、精神医療の場での事故防止には、まず第一に日常的な安全配慮行動の実践、中でも薬物の副作用出現時の対応を適切に行うことが多くの事故対応行動と関連すること、日常的なカンファレンスの開催が事故発生後の事故を教材としたカンファレンスの開催に繋がること、及びそのためには安全管理教育や研修会受講機会の確保、人的サポートの充実に向けての対策が必要となる。

4. 研究の限界

今回使用した尺度は、先行研究の時に精神医療の現場の指導者と大学の担当教員複数名で作成した尺度を評価修正したものである。質問項目の信頼性を検討した結果、信頼性係数 α 係数は0.8～0.9と高かったことから測定の内的整合性は担保できた。内容及び構成概念妥当性については判例や実際例の検討から測定の範囲と内容を吟味して構成された質問項目であること、因子分析で因子負荷量の2乗和が1以上の主成分が1個であることが確認できた。質問紙法は自己申告に依存してしまうこと、事前の打診による協力施設の対象者となってしまうこと、所属が閉鎖病棟が多かったこと、年齢的に60歳以上が含まれ得点を引き上げてしまったこと、対象者数が予定数を大幅に上回ったため統計処理において有意差が出やすくなったこと、など今後検討を要する課題が残った。

V. 結語

今回は判例分析から抽出された注意義務項目について実践レベルでの実態を調査した結果、現在の日本における精神医療の現場は、類似の問題を抱えていることが示唆された。結果を見ると、精神科医療事故の対策の遅れが指摘されている中で各施設で種々の工夫を行っていることが推測ができるが、日常的な安全配慮行動として実践計画の立案や評価、記録して情報として活用することが少ないこと、日常のカンファレンスのみならず事故を教材としてのカンファレンスの開催が少ないこと、相談やサポートを含めて人的資源が充実していないこと、など共通の問題点を指摘したい。これらは看護チームで直ちに実践可能な項目である。

今後は60歳以上や職位を制御して年齢や経験年数の関係、他の安全配慮行動との関係を探究していくことで、事故防止につながるアセスメントの内容や項目について明らかにしていく。

本研究は、平成16～18年度科学研究費補助金（基盤C）の助成を受けて実施した調査の一部である。協力下さった施設・看護職に感謝します。

文献

- 1) 日本医療機能評価機構医療事故防止センター：医療事故情報収集事業第5回報告書，2006
- 2) 土屋八千代，福永ひとみ：精神医療における看護職者に求められる注意義務－医療過誤判例及び新聞記事の分析から－，山梨県立看護大学紀要，第2号，9-22，2000
- 3) ジェームズ・リーズン著，塩見弘監訳：組織事故，1-23，日科技連，1999
- 4) 森功：わが国の医療事故の現状とその原因，日本病院管理学会第117回例会資料，1999
- 5) 川島和代：高齢者の転倒を防ぐためのナースの判断過程，エキスパートナース，12(6)，28-30，1996
- 6) 深谷翼：精神科医療事故の特徴と法的責任，精神科看護，28(8)，47-51，2001
- 7) 南良武：遅れている精神科医療事故対策と責任，日精協誌，24(3)，85，2005
- 8) 土屋八千代，野澤由美，内藤さゆり，他：入院中の精神障害者への安全配慮に関する研究－山梨県下の精神病院に勤務する看護職の実態と課題－山梨県立看護大学紀要第3号，1-15，2001
- 9) 樋渡明美，大滝緑：事故の振り返りと看護計画との関連性を考える，日精看誌，44(1)，384-387，2001
- 10) 奥田宏子，梅野正明：危険因子に基づいたアセスメントをすることで転倒・転落を予防する，日精看誌，46(1)，357-360，2003
- 11) 柴田真紀，池田明子：精神科保護室における看護判断－看護者の経験年数に焦点を当てて，北里看護学誌，3(1)，27-35，1997
- 12) 榎戸文子：精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮－行動制限と患者の意思の尊重に焦点を当てて，聖路加看護大学紀要，24，21-31，1998
- 13) 下里誠二：保安施設におけるセキュリティ；精神科看護，30(9)，48-53，2003
- 14) 堀川公平：安心感をもたらすアメニティとは，精神科看護，30(11)，19-23，2003
- 15) 高橋政代：患者さんを迎え入れる姿勢と気持ちを形に，精神科看護，30(11)，13-18，2003
- 16) 加納佳代子：「安全管理」とは何か，精神科看護，30(12)，10-16，2003
- 17) 天賀谷隆：隔離・拘束中の事故を減らすためのしくみづくり，精神科看護，30(12)，17-23，2003
- 18) 五十嵐瑞枝：ヒヤリハット報告から業務改善へ，精神科看護，28(8)，21-29，2001
- 19) 医療施設政策研究会編：病院要覧2003-2004年版，医学書院，2003年
- 20) パトリシア・ベナー著，井部俊子，川村真澄，上泉和子訳：ベナー看護論，医学書院，1992
- 21) 深谷翼：精神科医療過誤判例解説③，精神科治療学，16(7)，729-732，2001
- 22) 鮎沢純子：医療事故防止とリスクマネジメント，精神科看護，28(8)，8-14，2001
- 23) 内田倫子，土屋八千代，安藤一博，他：九州圏内の精神医療施設における日常的な安全配慮，南九州看護研究誌，4(1)，29-34，2006
- 24) 宮本有紀，萱間真美，沢田秋，他：精神科急性期看護のケア量の時期に応じた増減の特徴，精神科看護，30(11)，42-46，2003

学士課程における助産学教育に関する研究動向

A Reviews of Midwifery Education in Undergraduate Nursing Education

小嶋理恵子^{*1}・兵頭 慶子^{*1}・水畑喜代子^{*1}・永瀬つや子^{*1}

Rieko Kojima^{*1}・Keiko Hyodo^{*1}・Kiyoko Mizuhata^{*1}・Tsuyako Nagase^{*1}

キーワード：助産学教育，助産実践能力，学士課程
midwifery education, midwifery competencies,
undergraduate nursing education

I. はじめに

本学では，2004年より看護教育の学士課程において助産師養成教育を行っており，これまでに15名の学生が卒業している。学士課程における看護学教育は，教養科目も包含した大学教育の基，保健師・助産師・看護師の国家資格取得に必要な教育内容を体系化して教授しているところに大きな特色がある。しかし，同課程における助産師養成教育は，統合カリキュラムによるカリキュラムの過密さ，および実習時間の減少からくる学生負担の増加と実践力不足，また助産師としてのアイデンティティ形成困難などの問題も指摘されている¹⁾²⁾。

2007年4月の「看護基礎教育の充実にに関する検討会報告書」では，助産師養成教育は，全体のカリキュラムが22単位から23単位へ，臨地実習が8単位から9単位へと変更になり，分娩介助実習では，正常産を10例程度直接取り扱うことと明記された。また，助産師教育の技術項目と卒業時の到達度(案)も作成され，実践能力を持った助産師を教育することがより明確に求められてきている。

今回，先行研究の検討を行った結果，本学における助産学教育を検討していくうえでの示唆を得たので報告する。

II. 研究方法

1. 研究対象

「医学中央雑誌Web版」「CiNii（論文情報ナビゲーター，国立情報研究所）」を使用し，助産教育，分娩介助実習，助産学生をキーワードとして，2000年から2007年までの文献を検索した。会議録を除く，原著（7件），報告（2件），解説（8件）の17件の文献を分析対象とした。

2. 分析方法

17件の文献を，1. 学士課程における助産学教育課題，2. 学士課程における助産学教育方法の検討，3. 分娩介助実習における学生の到達状況と反応，4. 分娩介助実習における教員・実習指導者役割，5. 助産師基礎教育と現任教育との連携に分類し，共同研究者とともに検討を行った（他分類への再掲含む）。

III. 結果

1. 学士課程における助産学教育課題

この内容に関する文献は5件であった。江幡（2004）は，全国助産師教育協議会（全助協）で行った助産師養成課程別調査（大学63校：回収率73%，短期大学専攻科21校，専門学校24校：回収率75%）によって，助産学科目の必須単位数，および総実習時間数ともに大学が一番少ないという

※1 宮崎大学医学部看護学科 小児・母性（助産専攻）看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

こと、実習内容が、各学校によって差があるという結果を明らかにした。さらに、同じく全助協で2002、2003年に行った教員に対する調査において、「大学でのカリキュラムが問題である」、「助産師養成課程は大学院・専攻科での教育が望ましい」と答えた割合が、どの教員においても高かったことから、助産師としての質の確保に向けて教育を見直す時期であるという問題提起がされた(江幡・黒田：2007)。我部山(2004)、日隈(2004)も同様に、理論が重視されてきた日本の看護教育の動き、看護基礎教育における技術教育割合の減少と、助産学教育の技術教育が講義・実習ともに読み替えで行われている現状が、助産を専攻する学生の基礎技術能力の低下の要因となっていると指摘した。また、服部・谷口(2005)は、学士課程における分娩介助実習においては、介助技術練習にかかる時間が学生1人あたり20~30時間であり、これらが時間外の補習になっていること、分娩介助実習と平行して、継続事例の妊婦健診が行われているといった過密スケジュールの中での学生の負担、正常分娩件数の減少による実習の長期化、それに伴う教員、臨床指導者の負担の増大という課題があることを明らかにした。

2. 学士課程における助産学教育方法の検討

この内容に関する文献は3件であった。服部・谷口(2005再掲)は、科目内容の整理と読み替えを行うことで、助産の必須単位を3単位に減らしカリキュラムのスリム化を図りながら、次世代を育成する女性のリプロダクティブヘルスへの援助と、育児期にある家族への子育てと健康への支援も視野にいれた教育内容の構築を可能にしたことを報告した。また、助産師として自己の課題を追求する研究的姿勢の形成に向けて、助産実習を卒業研究に位置づけたことを報告した。中田・佐々木(2006)は、統合カリキュラムの中で構築されている助産科目における看護技術演習の必要性について、学習者のニーズという側面から調査した。そして、助産専攻学生は、母性看護技術演習項目の中で、分娩進行中の胎児や陣痛の状態など、状況判断や助産診断に必要な技術に対する演習・技

術チェックのニーズが高いという結果を明らかにし、演習項目の整理をしていくうえでの視点を示唆した。佐藤喜根子等(2003)は、助産師基礎教育のあり方を検討するために、「分娩期・産褥期・新生児期のケアの項目」75項目について学生評価、および指導者評価の双方から学習到達度を分析した。結果、学生評価が高く、指導者評価が低い項目は、認知、技術領域が混在している診断、分娩時の指導であり、また、異常時の判断・予測・対処行動は、卒業時には不十分であるため、助産基礎教育と卒業後の継続教育との系統的な流れの中で達成する目標であるとした。

3. 実習における学生の到達状況と反応

この内容に関する文献は、6件であった。渡邊・小田切(2007)は、2002年に、看護系学部・学科を有する4年制大学89校(回収率70.8%)、2003年には、助産師養成の短大専攻科28校(回収率75%)、専門学校32校(75%)に対し、【妊娠期】【分娩期】【産褥期】【新生児期】【女性のライフステージ各期】の 카테고리別に、学生の到達状況についての調査を行った。その結果、すべての項目において、短大・専門学校群に比べて大学群の到達状況が低く、特に、【妊娠期】における診断技術、安定した妊娠経過の維持に関するケア、出産・親準備教育に関する項目に関しては、統計的有意差があったと報告した。また、教育課程に関わらず、【妊娠期】【女性のライフステージ各期】の到達状況が低いということを明らかにした。これらの結果から、助産師として自立して診断ができ、ケアを自分の責任で行える実践能力を養うこと、周産期を中核にしながら、女性の生涯にわたる性と生殖の課題に対応できる専門職の育成が求められていると述べた。丸山等(2005)は、学士課程における助産師養成教育によってどの程度の実践能力が備わっているのかを分娩介助評価表の分析から行っており、実習終了時には、すべての実習項目において援助を受けながら技術的に到達できていることを明らかにした。堀内・服部(2005)は、分娩介助例数毎に「助言と少しの援助ができる」に到達している学生の状況を調査した。その結果、

5例目以降より、60～80%の学生が、到達目標に達していると報告した。しかし、10例目の学生の到達度結果をみると、分娩の清潔操作、胎盤娩出、助産計画の立案、分娩進行度の判断が50%と学生間の技術のばらつきが予想される結果も出ていた。また、服部・堀内（2007）は、学生が記述した「助産実習での学び」と「今後の課題」の記録から、「ヒューマンケアの基本に関する実践能力」「看護の計画的な展開能力」「特定の健康問題を持つ人への実践能力」を身に着けていること、学士課程での実習教育の課題としては、「異常時の対応」「チーム連携」であると述べている。村山・渡邊（2002）は、分娩介助実習時の学生のストレス反応を、心拍数と疲労自覚症状調査用紙、ストレス感情調査用紙とあわせて調査した。その結果から、実習開始前の時点で、すでに緊張が高まっており、この状況は、全実習終了までほとんどかわらなかったということ、ストレス感情でみると「脅威」と「挑戦」というマイナスに働く感情とプラスに働く感情の両面を同時に持ちながら実習していることを明らかにした。大野・村松（2005）も、分娩介助実習に関する調査で、学生の1事例あたりの平均実習時間が11時間55分であり、夜勤帯まで実習が及ぶという長時間の拘束のため、心身の疲労や緊張、ストレスを感じていることを明らかにした。

4. 分娩介助実習における教員・実習指導者の関わり

この内容に関する文献は、4件であった。常盤（2002）は、学生の分娩介助技術も、他の技術と同様に、段階を踏んで発達していくと仮定し、学生自身の実習時期に合わせた課題を提示するとともに、指導者、教員も、学生の時期に合わせた段階的な関わりが必要であるとした。また、丸山等（2005再掲）も、分娩介助評価表の分析から、同様の主張をした。古田（2004）は、分娩介助実習において学生が、「わかった」と認識したときの指導者の言語的働きかけについて分析し、その結果、分娩進行状態の把握については、現象を解釈したり、他の言葉で言い換えるような、学生の

理解を助ける言語的働きかけとしての説明、安全で正確な技術を求められる手技では、具体的方法を助言する指示的助言、短時間で変化する会陰保護、児頭娩出介助においては、学生に次の行動を指示する命令的指示や、理由や目的、予測される結果をあらかじめ告げて指示する説明的指示が、学生の「わかった」という認識につながっていたと報告した。堀内・服部（2005再掲）は、分娩介助実習に向けて、分娩介助技術の体得と、事例を用いて診断と予測に関するトレーニングを1ヶ月間行うことで、技と思考過程の強化を行っていること、また、実習前に、指導者・教員の役割と連携について資料を作成し、指導環境を整えること、実習中は、客観的に学生の動きを観察し、具体的な評価に繋げるようにすること、学生の緊張度や疲労度によって休息を促すということも教員の役割のひとつであると述べた。

5. 助産師基礎教育と現任教育との連携

この内容に関する文献は、2件であった。田中（2004）、喜多・村上（2005）は、ともに新人助産師を教育する臨床現場からみた、助産師教育の問題と、助産基礎教育と現任教育の連携の必要性を述べている。田中は、学士課程における助産教育の現状の中で、助産師としてのアイデンティティの低い新人助産師が育っていること、実習の読み替えにより、妊娠から産褥・新生児期へのケア、地域での母子保健活動に対する経験不足と、これらの教育背景、学生背景が臨床に情報提供されない現状を問題として指摘した。現任教育側としては、このような状況を踏まえて、教育体制の確立、安全な技術を提供するために、見学から一人で実施するまで、段階的なプロセスを踏むこと、経験リスト、チェックリスト、分析ノート等のツールの活用を提示した。喜多・村上は、職場で受ける新人助産師のリアリティショックの分析から、妊娠期・分娩期のケアの未熟性、ケアを行う際の先輩との人間関係の困難さ等の項目で、大学課程群が、他の教育課程群と比べより強くリアリティショックを感じていること、その要因として、教育期間の短さを指摘した。しかし、産褥期、新生児期で

は、継続して指導が受けられる体制かどうかといった現任教育における指導体制との関連性があったことから、卒後臨床研修の充実や、教育と臨床の連携に向けた教育システムの構築の重要性を示唆した。

IV. 考察

学士課程における助産学教育法に関する研究動向について概観してきたが、助産の基礎教育を学士課程で行うことには限界があるという立場と、前者で指摘されている問題点の改善に向けて、統合カリキュラムの特性を活かした講義・演習・実習の改善を図ろうとする2つの立場に大別できた。

今回のカリキュラム改正案では、学士課程において、妊娠・分娩・産褥・新生児期における診断能力を身につけること、さらに女性の生涯にわたる性と生殖に関する役割を担える助産師教育の充実が求められている。しかし、改正カリキュラムは、現行22単位から23単位、実習が8単位から9単位の変更であり、課題とされてきた助産師教育にかかる時間が増えるわけではなく、質的工夫が必要である。

また、助産師・看護師統合カリキュラムでは、119単位以上を統合カリキュラムにおいて学習すると定められている。カリキュラムのスリム化を図りながら、卒業後も助産師として自らをブラッシュアップしていけるように、技術の習得だけでなく、助産観を育て、助産や助産の対象に関心を持ち、自らが探求を続ける教育を体系化していくことが、各大学に求められているといえる。

これらの課題に対しては、服部(2005)、中田(2006)の方法を活用しながら、学習内容、助産技術演習項目の精選を図ることで、教育の質の確保ができるのではないかと考えている。特に、助産診断力の基礎となる観察技術については、演習時に提示する事例の検討も含め、思考過程とリンクさせながらより強化していくこと、さらに、清潔操作、手洗い、導尿などの基礎看護技術は、自己技術評価用具を活用するという現在の方法をさらに検討し、工夫をしていきたい。

また、現在、学生は分娩介助実習や、継続事例

実習を通して、指導助産師・教員とともに、助産師として自立して診断し、ケアを自分の責任で行うという基礎的な実践能力を身につけている。教員には、学生が、個々の事例からの学びを積み上げていけるように、段階に応じ指導者・教員の役割を明確にすること、学生の思考過程の確認を行うことが求められている。さらに、教員・指導者・学生間のやりとりを客観的に観察し、学生の理解につながるロールモデルになれているか、適時に適切なアプローチがされているのかを、多角的な視点から分析し、実習環境を整えていくことも必要である。

V. 終わりに

学士課程における助産師養成教育を行っている大学は114大学中91校となった。助産師の社会的な需要は高く、また質も求められてきている。本学では、夏期休暇中に、1ヵ所の個人病院で分娩介助を中心とした実習を行っているが、全員が10例の分娩介助を終えている。実習では、院長である医師と、指導助産師から丁寧な教育を受け、そこで行われている活動への参加を通して、地域における医療サービスについて理解する機会も得ている。そして、継続事例実習では、附属病院の指導者のケアを通して、ハイリスクケアの関わり方や、助産師としての姿勢について考えることができています。

今回、本学における助産学構築に向けての示唆を得るために、文献を検討したが、文献数は17件であり、助産学教育全体を概観しているとは言い難い。特に、助産師基礎教育と臨床における卒後教育の連携についての文献は、キーワードとして検索していないため、さらなる検討を重ねていきたい。そして、それらの知見をもとに、本学のプライマリー、2次・3次医療施設の双方で実習している利点を活かし、教育内容の精選と工夫、構築を行っていきたいと考えている。

引用・検討文献

- 1) 我部山キヨ子：助産学教育における技術教育の現状と将来的展望，助産雑誌，58(3)，197-202，2004
- 2) 江幡芳枝：実態調査からみた助産師技術教育の問題点，助産雑誌，58(3)，204-210，2004
- 3) 江幡芳枝，黒田緑，小田切房子他：大学・短大専攻科・専門学校における助産師教育の実態と分娩介助・継続事例実習指針，[その1]カリキュラム単位数および助産学実習の比較，助産雑誌，61(3)，226-232，2007
- 4) 日隈ふみ子：十分な実践力習得のための教育課程とは，助産雑誌，58(3)，211-215，2004
- 5) 服部律子，谷口通英，堀内寛子他：本学における助産教育の展開と課題（第1報）-助産教育の現状からの検討-，岐阜県立看護大学紀要，5(1)，79-84，2005
- 6) 中田かおり，佐々木和子：助産教育の学内演習における基礎・母性看護技術演習の必要性-学生への質問紙調査による学内演習の評価，国立看護大学紀要，5(1)，2006
- 7) 佐藤喜根子，佐藤祥子，佐藤理恵：助産師学生の卒業時の学習到達度調査-学生と臨床助産師の評価-，東北大医短部紀要，12(1)，11-20，2003
- 8) 渡邊典子，小田切房子，熊澤美奈好他：大学・短大専攻科・専門学校における助産師教育の実態と分娩介助・継続事例実習指針，[その2]到達状況の比較および分娩介助・継続事例実習指針，助産雑誌，61(4)，344-351，2007
- 9) 丸山和美，遠藤俊子，小林康江：＜実践報告＞本学助産学生の分娩介助実践能力の大学卒業時の到達度，山梨大学看護学会誌，3(2)，47-56，2005
- 10) 堀内寛子，服部律子，谷口通英他：本学における助産教育の展開と課題（第2報）-分娩期実習の実際-，岐阜県立看護大学紀要，5(1)，85-91，2005
- 11) 服部律子，堀内寛子，谷口通英他：本学における助産実習での学びの内容，岐阜県立看護大学紀要，7(2)，3-8，2007
- 12) 村山陵子，渡邊典子：助産婦教育における分娩介助実習の検討（第2報）-分娩介助実習での学生のストレス反応の測定-，日本看護科学学会誌，22(1)，44-52，2002
- 13) 大野弘恵，村松十和：助産師学生の分娩介助実習の実態について-本学の実習指導資料からの分析-，岐阜医療技術短期大学紀要，20，41-50，2004
- 14) 常盤洋子，今関節子：4年制大学における分娩介助実習の効果的な教授法の検討-実習状況および実習到達度の分析から-助産婦雑誌，56(6)，507-513，2002
- 15) 古田祐子：分娩介助技術指導において助産師学生に「わかった」と認識させる指導者の言語的教育技法，母性衛生第45(2)，342-352，2004
- 16) 田中春美：助産教育のあり方と臨床現場の問題点，助産雑誌，58(3)，217-220，2004
- 17) 喜多里己，村上明美：赤十字関連施設における新人助産師のリアリティショックの実態と助産教育背景および現任教育における指導体制との関連，日本赤十字看護大学紀要，19，35-44，2005

参考文献

- 1) 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標（看護学教育の在り方に関する検討会報告）看護学教育の在り方に関する検討会，2004
- 2) 看護基礎教育の充実に関する検討会」報告書：厚生労働省HP，2007
- 3) 看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書．厚生労働省医政局看護課，2003
- 4) 「助産師教育検討委員会」平成18年度事業活動報告書
- 5) 看護学教育にかかる見解 日本看護系大学協議会2006年
- 6) 渡邊典子，村山陵子：助産婦教育における分娩介助実習の検討-全国助産婦教育機関における分娩介助実習の実態調査を中心として-，新潟青陵大学紀要，2，15-26，2002

- 7) 豊嶋三枝子, 堤かおり: 看護学実習における学生の自己効力感に影響する要因—インタビュー内容の分析, 日本看護学教育学会誌, 14(3), 19-30, 2005
- 8) 小山満子, 岡田洋子: 看護学実習評価に対する学生の見解および妥当性に関する検討—学生への面接を通して—, 看護教育, 46(6), 483-488, 2005
- 9) 江本リナ: 自己効力感の概念分析, 日本看護科学学会誌, 20(2), 39-45, 2000
- 10) 安酸史子: 臨床実習指導者に関する研究的取り組みに向けて, *Quality Nursing*, 4(8), 651-657, 1998
- 11) 藤岡寛治, 安酸史子他: 学生とともに創る臨床実習指導ワークブック, 医学書院, 2004
- 12) 宮岡久子: 看護学教育におけるコア・カリキュラムの展望, 福島県立医科大学看護学部紀要, 7, 1-6, 2005

精神科患者の満足度調査票の開発に関する文献研究

A Review related to development of Satisfaction Instrument for Psychiatric Patients

安藤 一博*¹・村方多鶴子*¹・白石 裕子*¹

Kazuhiro Ando*¹・Tazuko Murakata*¹・Yuko Shiraishi*¹

キーワード：精神科患者，満足度調査尺度，精神医療コンシューマー
psychiatric patients, satisfaction scale, mental health consumer

I. はじめに

わが国の精神医療に対する意識の変化，つまり，医療者，患者・家族，一般社会の人々による「患者本位の医療」への意識変化によって，患者が病院を選ぶ時代になって久しい。そこで，患者の側から見た患者のニーズに合わせようとする病院改革の手法として“患者満足度調査”が注目を集めるようになった。看護における患者満足度調査は，海外の文献ではコンシューマー（消費者）に対するサービスの向上を目的に，1950年代後半から行なわれている。一方，日本では，精神科以外の領域で本格的に行われるようになったのは1980年代後半からであり，伊藤¹⁾によれば，複数の精神科ではじめて組織的に患者満足度調査が行われたのは1997年のことである。精神科での調査の時期が遅れたのは患者の「病状への配慮」とともに，患者満足度調査は患者の主観の調査であり，精神科特有の病状による，「回答の信頼性への疑問」があると考えられたからである。それにもかかわらず，患者満足度調査が注目を集めるようになったのは，精神科医療においても，「医療の質の向上」を目指す時代の要請という背景がある。さらに，ノーマライゼーションの考えに基づく，社会的入院患者72,000人を退院させるという新障害者プラン（2003）による，入院医療から地域医療への促進に象徴される「選ばれる病院への転換」という

背景もあり，それに伴って，水野²⁾が提言する，患者の獲得という「経営上の理由」もあると考えられる。

精神科での患者満足度調査の意義について，伊藤¹⁾は以下の3点について述べている。①受療継続のための最低限度の満足度の保証，②患者や支払い者に対する説明ツール，③医療の質改善活動の導入方法のひとつである。また，Kuusmanenら³⁾は「精神科入院医療における患者満足度は，サービスと治療援助を将来利用するかどうかの重要な予測手段である」と述べているように，患者満足度調査は重要なものと位置づけられている。

Ruggeriら⁴⁾は，精神科での患者満足度調査尺度は，諸外国においても標準化されていないものが多く，データの比較が困難であり，ほとんどが自作の測定用具でデザインされたものから始まったと指摘している。その後，精神科患者の満足度の測定尺度が精選され，信頼性・妥当性が検証された研究が行われている。われわれは，精神科看護における経験から，日本における精神科での満足度調査においては，標準化された尺度がほとんど存在せず，病院独自で作成されていると予測した。そこで，調査結果を他と比較することが可能であり日本の文化に即しながら，より客観的で信頼性あるデータを得ることのできる尺度を開発する必要があると考えた。

* 1 宮崎大学医学部看護学科 地域・精神看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

今回は、標準化された尺度の開発の点で実績があり、調査項目の抽出プロセスが詳細に記述されている諸外国の文献と、日本の文献との比較を行ない、尺度開発の基礎資料とすることを目的とした。

II. 研究方法

1. データ収集方法・期間

医学中央雑誌WEB版Ver4で、「精神科」、「患者満足度調査」の両方のキーワードを含むことを条件に検索を行った。検索対象は原著論文、解説、総説とし、会議録は除いた。データの対象は、日本と諸外国共に、1997年から2007年の10年間に発表された文献に限定した。この10年間に設定した理由は、日本において精神科患者に対する満足度調査を本格的に開始された時期が1997年であったためである。次にCINAHLを用いて、海外誌で発表された文献を「Psychiatric patient AND Consumer satisfaction」のキーワードを含むという条件で検索した。また、PubMedを用いて、「Psychiatric patient AND Consumer satisfaction」の他に「Development of a scale」のキーワードを含むという条件で絞り込み検索を行った。データ収集は、2007年5月から7月にかけて行った。

2. 分析方法

研究者3名で、数編の文献の抄読会を行い、各文献から必要な分析要素を抽出した。上位要素として、【調査項目の作成過程】、【調査方法】、【その他】の3要素とした。下位要素として、【調査項目の作成過程】では、「項目の収集方法」、「作成項目の精選方法」、「項目次元」、「信頼性・妥当性の検討」、「質問紙作成上の留意点」、「評定尺度」の6つを設定した。【調査方法】では、「調査法」、「対象者選定基準」、「調査時間」、「面接者（研究者）の属性」、「調査までの手順・配慮」の5つを設定した。【その他】として、「倫理的問題への対応」、「調査国」、「出版年」の3つを設定した。

III. 結果

1. 日本の文献件数

医学中央雑誌WEB版Ver4で、「精神科」、「患者満足度調査」の両方のキーワードを条件に検索を行った結果、9件が検索され、その9件⁵⁻¹³⁾の文献を本研究における分析対象とした。

2. 諸外国の文献件数

CINAHLを用いて、海外誌で発表された文献を「Psychiatric patient AND Consumer satisfaction」のキーワードを含むという条件で検索した結果10件であった。同じ条件でPubMedで検索した結果、113件であった。この結果に「Development of a scale」で絞り込み検索を行ったところ、15件に絞り込まれ、合わせて25件が分析対象となった。この内容を検討した結果、CINAHLから3件³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾、PubMedから3件⁴⁾¹⁶⁾¹⁷⁾、入手した文献のリファレンスより1件²⁰⁾、データ対象期間外も含めて研究者らが1997年以前に発表された尺度開発研究についても文献として有意義と判断したため、本研究に必要と認めた文献4件¹⁸⁾¹⁹⁾²¹⁾²²⁾を併せて最終的に11件が選択され、本研究の分析対象となった。

3. 分析結果

1) 日本の文献

項目の収集方法については、既存の満足度尺度を参考にして、各研究施設の実情に合わせて項目を研究者が作成したものが、9件中5件であった。その他は、自作もしくは記載がないものが4件であった。作成項目の精選方法については1件記載があったが、他の文献ではなかった。信頼性・妥当性の検討を行った研究はなかった。調査法では、質問紙法を用いたものが4件、自記式質問紙と個別面接質問紙調査（以下個別法）を組み合わせたものが4件、個別法のみを用いたものが1件であった。質問紙作成上の留意点としては、どの研究も記載がなかった。評定尺度では、リッカートによる5段階評定を用いたものが4件、4段階評定が3件、4段階と3段階の組み合わせが1件、6段階、5段階、4段階、3段階の組み合わせを用いたものが1件であった。対象者の選定基準は、精

表 1 日本における精神科患者満足度調査票の分類内容

調査票名	香川の単科精神科病院における患者満足度調査項目	記載なし	記載なし	Robert. L. Anders の「自記式精神障害者の満足度尺度」	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	
項目の作成過程	項目の収集方法	記載なし	記載なし	自作	独自の調査票として開発	CSQ-8Jなどを参考	自作	既存の患者満足度調査を参考にして作成	院内サービス向上委員会によって作成	療養環境については既存の調査項目を参考に作成
	作成項目の精選方法	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	病院機能評価項目に準じて作成	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし
	項目次元 ()内は項目数	①ケアの満足度(4) ②職員による接遇(4) ③説明の仕方(4) ④食事・睡眠(3) ⑤環境(4) ⑥人権(4)	①物理的環境(4) ②看護場面・言葉遣いなど(10)	①物理的環境(13) ②看護者の対応(13) ③病棟行事(6)	①接遇と看護姿勢(5) ②環境(2) ③説明(2) ④日常生活行動の援助(4) ⑤家族調整と外泊・退院支援(3)	①入院時などの諸手続き(4) ②病室環境(8) ③院内設備・備品(6) ④医師の対応(3) ⑤看護師の対応(4) ⑥面接者への対応(2) ⑦生活について(2)	①患者自身のこと(8) ②入院生活の質(5) ③看護者の関わり(9)	①気持ちの尊重など(4) ②説明に関すること(4) ③治療とケア(1)	①病棟内環境(1) ②病気・治療・検査の説明(1) ③職員の態度(6)	①病室の環境：日中(12) ②病室の環境：夜間(12) ③医師・看護師に望むこと(7) ④医師の対応(6) ⑤看護師の対応(7) ⑥療養環境(7)
	信頼性・妥当性の検討	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし
	質問紙作成上の留意点	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし
調査方法	調査法	個別面接質問紙調査 回答は尺度計を使用し、患者が指で示す	集合質問紙法	自記式質問紙調査	自記式質問紙調査	自記式質問紙調査(自記式回答が困難な患者には質問によって回答を得た)	個別面接質問紙調査による質問紙への自記(記入できない患者は看護師が記入)	自記式質問紙調査(入院中の児童に対しては面接をして看護師が記入)	自記式質問紙調査	自記式質問紙調査(自記式とするが患者の状況により看護師が説明し聴き取り代筆)
	評定尺度	リッカート5段階法	質問項目により、リッカートの3～6段階法を採用	リッカート4段階法	リッカート5段階法	リッカート4段階法	リッカート5段階法	児童・家族に対して：リッカート4段階法 医師・看護師に対して：リッカート3段階法	リッカート4段階法	リッカート5段階法
	対象者選定基準	一定日時の入院患者から、認知症など質問内容が理解できない患者、器質性脳障害、急性期で精神症状不安定な患者、発達遅滞等知的障害があり質問内容が理解できない患者を除く262名	慢性社会復帰病棟患者	入院患者	入院中の患者の内、隔離をしていない101名	精神科に一定日時に入院中の患者から言語的な応答が可能な429名	入院患者96名	①調査対象の2年間で1ヶ月以上の入院経験のある児童57名とその家族57名 ②医師3名と看護師16名	慢性期開放病棟入院中の統合失調症患者の内、精神障害者社会生活能力評価平均50点以下の20名	入院患者から認知症・器質性脳障害・急性期で精神症状不安定な患者を除く276名
	調査時間()内は平均	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし
	面接者(調査者)の属性	病棟師長	1人の解説者			当該病棟看護師または調査チームのPSW	4名(所属等の記載なし)	研究メンバー2名(所属等の記載なし)		看護師
	調査までの手順・配慮	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	①4名の調査者の対応の統一 ②個室の確保	記載なし	記載なし	記載なし
	その他	倫理的問題への対応	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし
	出版年	2001	2001	2002	2002	2003	2003	2005	2005	2005

精神科入院患者を対象としたものが8件、精神科に1ヶ月以上入院している患者とその家族と職員を対象としたものが1件、であった。**調査時間**についてはどの文献にも記載がなかった。**面接者の属性**としては、研究メンバーという記載だけで、所属、職種の記載がないものが3件、看護師が1件、精神保健福祉士 (PSW) が1件であった。**調査までの手順・配慮**では記載があったのが1件で、内容は、調査者の対応の統一、個室の確保であった。**倫理的問題への対応**について6件に倫理的配慮が記載されていたが、倫理関係機関の許可を記載していた文献はなかった。**出版年**は2001年から2005年であった (表1)。

2) 諸外国の文献

項目の収集方法は、①広範囲な文献調査、②患者に対する個別面接、③スタッフからの助言の3つがあった。①②③を組み合わせたものが3件、①③が2件、②③が2件、既存の質問紙を翻訳したものが4件であった。**作成項目の精選方法**では、①統計的处理、②専門家による項目の検討、③研究者の合議による項目の削除・追加、④患者の重要度のランクづけによる選択の4つの方法があった。③が4件、①が2件、②が1件、③④の組み合わせが1件であった。記載なしが3件であった。**信頼性・妥当性の検討**については、信頼性の検討は「クロンバック α 係数」が4件、「クロンバック α 係数、再テスト法、コーエンの κ 係数」が2件、「信頼性検討済みの調査票の使用」が2件であった。その他に、「クロンバック α 係数と折半法」が1件、「収束妥当性の検討のためのピアソンの相関係数」が1件で、記載なしが2件であった。**調査法**としては、「自記式」が6件、「自記式と個別法の組み合わせ」が3件、「個別法」が2件であった。**項目の次元と項目数**では、項目数は10~84であった。項目次元は2~8で、「全般的満足度」、「情報」、「アクセス」、「介入タイプ」、「患者 - 看護師関係」、「設備・環境」などがあった。**質問紙作成上の留意点**では、信頼性を高めるための「逆転項目の設定」が2件、「評価者によるバイアスがかからないための採点マニュアル作成」が2件、「翻訳版の表現方法の検討」が1件、

記載なしが6件であった。**評定尺度**は、リッカートの5段階法が7件、3段階法が1件、4段階法が1件、7段階法が1件、記載なしが1件であった。

対象者の選定基準は、一つの文献で2つの調査を行ったものがあるため、延べ12件とした。「特定期間に調査対象病院の外来を利用した患者」が5件、「データ収集期間に調査対象の精神科病院を退院した患者全員」が4件、「各精神疾患患者を調査対象病院から特定数選択し、退院後の日数を限定した患者」が1件、「地域コミュニティセンターを特定回数利用した患者」が1件、「統合失調症関連患者で特定期間にメンタルヘルスサービスを特定期間利用した患者」が1件であった。**調査時間**は、10分未満が1件、10~30分未満が3件、30分~1時間未満が1件、記載なしが6件であった。**面接者の属性**は、個別法を用いた5件中、「調査のための訓練を受けた心理士」が1件、「治療に直接関与しない心理士、ソーシャルワーカー (以下SW)、精神科医」が1件、「訓練を受けた心理士、SW、精神科医」が1件、記載なしが2件であった。**調査までの手順・配慮**では、個別法で、「面接者によるバイアスを配慮したマニュアル作成」や、評価の客観性を保つために「評価者相関」を行ったものがあった。質問紙調査では、対象者の回答能力を判定するための方法として「治療者が、対象条件に合致するかどうかを判断」したもの、「患者の注意力を考慮し短時間で実施」したもの等、患者への配慮および評価の中立性・信頼性への配慮に関する記載があった。**倫理的問題への対応**では、研究の許可を得た機関として、①病院の倫理研究委員会、②地域倫理委員会、③病院の管理職があった。①が1件、②が1件、①②が1件、②③が1件、記載なしが7件であった。**調査国**は、フィンランド3件、アメリカ2件、イギリス、カナダ、イタリア、スウェーデン、タイ、EUが各1件であった。**出版年**は、1993年から2006年であった。

表2 諸外国における精神科患者満足度調査表の分類内容（その1）

調査票名	Inpatient consumer satisfaction scale (ICSS)	Verona Expectations for Care Scale (VECS)	Verona Service Satisfaction Scale (VSSS)	The Inpatient Questionnaire	The Outpatient Questionnaire	Satisfaction with Nursing Communication CSQ10	The Verona Service Satisfaction Scale-European Version (VSSS-EU)
方法の収集	患者と何度もブレインストーミング、20人のMH直接治療専門家が患者関心の基本リスト作成→90項目	82項目のうち、36項目をService Satisfaction Scale (SSS-30)、SSS-38、Family Satisfaction Scaleから採用、46項目を新しくイタリアの状況に合わせて作成した。	82項目のうち、SSS-30などから37項目を選択し、45項目はMHSの設定を選んで、作成した。その後簡易版VSSS-54やVSSS-32などを作成した。	著者の1人が両方の基礎アンケートを開発。患者、患者団体、親族団体と、精神医学分野の専門家にヒアリングを行い調整した。		文献調査後、構成概念開発、MHスタッフに相談し、サービス構成要素にアドバイスを受けた。	イタリアのVSSS-54版を、デンマーク語、オランダ語、英語、スペイン語に翻訳。③フォーカスグループで内容と翻訳を検討。
精作成方法の項目	プレテストと項目分析後、30未満も項目を除外。重複項目の除外。2つのサンプルの因子を、主成分分析のバリマックス法で行い複合項目を除去し、最終が33項目。		記載なし	78人の入院患者に非構成的面接。579治療特性を内容分析→48治療特性リストを作成し、77人の患者にランク付けを依頼→重要度が高い20項目のうち16を採用。これを元に入院患者アンケートを修正。	94人の外来患者に、非構成的面接。→277特性を内容分析→57治療特性を84人の外来患者にランク付けを依頼→重要度が高い20項目のうち17を採用。これを元に入院患者アンケートを修正。	5人のMH看護師が質問内容を再調査し改善	記載なし
項目の作成過程	①治療効果(21) ②スタッフへの信頼(7) ③病院環境(5)	①期待：満足なケアについて最も重要なものを文章化する。 ②期待： 全般的側面 専門職の技術と行動 情報 アクセス 効果 介入のタイプ 近親者の関与 ③その他の重要な側面についての記述	①満足 ②満足 全般的側面 専門職の技術と行動 情報 アクセス 効果 介入のタイプ 近親者の関与 ③満足についての自発的な回答を記述	①属性(5) ②スタッフ-患者関係(4) ③病棟の雰囲気と物理的環境(7) ④疾患・治療選択・薬物の効果と副作用に関する情報(8) ⑤種々の治療介入に対する満足度(11) ⑥治療の質(4) ⑦拘束と強制医療(4) ⑧治療計画の全体的評価(6) ⑨全体的な改善項目(1)	最終版：7領域35項目： ①患者属性 ②アクセス・利用地域 ③スタッフ-患者関係 ④情報手段 ⑤治療計画に対する患者の影響 ⑥治療介入と治療デザイン ⑦治療計画全般	一般満足度(8) 看護コミュニケーション満足度(2)	全63項目 ①全般的満足尺度(3項目) ②専門職のスキルと行動(24) ③情報(3) ④アクセス(2) ⑤有効性(8) ⑥介入タイプ(17) ⑦近親者の関与(6)
検査信頼性の検討	主成分分析による因子分析。41項目調査を、研究対象病院と異なる州の公的精神科急性期入院施設を退院した全ての患者(390)に追試。信頼性はクロンバックαにて検討	VESSの①③の自発的の回答とVSSSの②の自発的質問の内容は2人の精神科医によって別々に分析された。最初の患者群と近親者群の40人の被験者のインタビューを1、2週間後に再テストした。VECSに答えた専門職、VSSS-Sの精神科医にも1、2週間後に再度質問。		Cronbachのαと折半法による信頼性の検討	Cronbachと折半信頼性の検討。内的妥当性は、入院患者研究と同じ設計。	記載なし	信頼性テスト：①クロンバックαで内的整合性を検討。②再テスト法で総得点平均と次の平均値とを比較し、クラス内相関係数を求めた。③コーヘンの加重κ
上質の留意点	評価項目にポジティブ方向とネガティブ方向を入れた		記載なし	肯定的・否定的表現を含めた。パイロットスタディで、各セクション毎にコメントを求めた。アンケートにコメントする患者の自由記載欄を含めた。	アンケートにコメントする患者の自由記載欄を含めた(回答しにくい質問、抜けている質問)。		評価項目にポジティブ方向とネガティブ方向を入れた
調査方法	自記式質問紙調査、退院時に手渡し	自記式質問紙調査。認知障害や識字障害のある人には研究者が読みながら回答してもらう。	記載なし	自記式質問紙調査。①8病棟：退院前、②4病棟：退院後2週間以内に答えて郵送	記載なし	自記式質問紙調査質問、退院後2日以内に手渡し、または郵送依頼	自記式質問紙調査。認知障害や識字障害のある人には研究者が読みながら回答してもらう。
尺評定	リッカート5段階法	82項目に0(全然重要ではない)～100(非常に重要)までの得点化	ひどい(1点)～非常に良い(5点)までのリッカート5段階法	リッカート5段階法	リッカート5段階法	リッカート4段階法	リッカート5段階法(項目1-40)。3つの質問から回答する(項目41-54)。
基準者選定	①5つの州立病院(精神科急性期病棟)と3つの州運営MHセンターを退院した全ての患者366人。②別の2ヶ月間に精神科急性期ユニットを退院した全患者390人に依頼	南ヴェローナのPsychiatric Care Register (PCR)に、3年間に18回以上の受診経験のある患者群5名、患者を主に介護している近親者受け持った近親者群76名		国の全入院施設に3日以上入院し、データ収集4ヶ月間に退院した患者	10の外来部門の1656人の全患者。2～4週間通院している全ての患者(受診回数は関係なし)。平均回答率46%→受診3回以下を省くと63%	データ収集期間(1年間)に退院した全患者284人に依頼	ICD-10のF20からF25の診断を受けた289名(アムステルダム49名、コペンハーゲン81名、ロンドン50名、ベローナ66名)。3ヶ月間MHサービスを利用した患者。
調査時間	記載なし	20～120分(M=43.2分)	記載なし	記載なし	記載なし	2～15分(M=5分10秒)	20～30分
面接者(調査者)の属性	病院スタッフ、研究者	2日間の訓練を受けた7人の研究者(精神科医3名、心理学者2名、SW2名)が行った。		大学病院とスウェーデン健康事業開発研究所(Spri)のメンバー		研究者	記載なし
調査までの手順・配慮	患者の回答が、治療及び退院に影響しないように、退院時にアンケートを配布した。	研究者が電話や訪問で被験者と接触し、アポイントをとった。4ヶ月間に2回の接触を持った。		ユーザーズ・マニュアルと、実践ガイドを出版。研究準備、デザイン、実践時に、情報と基礎訓練を与えるための会議を行った。自宅回答の場合、患者が忘れないように書面送付。		記載なし	記載なし
倫理的問題への対応	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし
調査国	アメリカ	イタリア		スウェーデン		イギリス	イタリア、デンマーク、オランダ、イギリス、スペイン
出版年	1989		1993		1995	1996	2000

* MH：メンタルヘルス

表2 諸外国における精神科患者満足度調査表の分類内容（その2）

調査票名	Charleston Psychiatric Outpatient Satisfaction	UKU-ConSat:the Consumer satisfactionrating scale	Self-rating Patient Satisfaction Questionnaire (SPRI) 改変	Thai Psychiatric Satisfaction Scale (TPSS)	Patients' Perspective on Information Questionnaire (PPIQ) + CSQ8	Self-rating Patient Satisfaction Questionnaire (SPRI) 改変	
項目の作成過程	法 取 項 目 集 方	広範囲な文献調査、患者のフォーカスグループ、精神科医から情報収集を基に開発	広範囲な文献レビュー、評定尺度作成の経験、患者ニーズの臨床知識を基に開発	スウェーデンの研究所開発「SPRI」を、国立健康福祉研究開発センターがフィンランド語に翻訳し、データ収集。	広範囲な文献調査、精神科医から情報収集	文献レビュー、研究対象に含まれない外来患者(8人)に個別面接、外来スタッフから質問項目にアドバイスを受けた	スウェーデンの研究所開発「SPRI」を、国立健康福祉研究開発センターがフィンランド語に翻訳し、データ収集。
	精 作 成 選 項 目 方 法	一般満足度測定項目と、パイロット調査を行った入院患者満足度の中から選択。医療の質全体の評価と施設を勧める予測因子の項目を採択。他の項目は開発。	記載なし	オリジナルの一部の表現方法を変更。	主成分分析により、負荷率<0.4の項目を削除し、100項目を86項目にした。	収集した項目を内容分析。→18項目	オリジナル48→46項目(研究方針に合わない項目は削除)
	は 項 目 次 元 () 内	15項目	①構成とプロセス ②転帰	①属性(9) ②スタッフ-患者関係(2) ③情報と治療をコントロールする機会に関するもの(8) ④治療内容(5) ⑤治療の組み合わせ(6) ⑥治療に対する全体的満足度(5)	記載なし	サービスの種類と組織(7) 患者が相談した問題(3) 治療に関する情報(8)	①スタッフ-患者関係(4) ②病棟雰囲気と物的環境(7) ③情報(7) ④治療介入(9) ⑤拘束と強制医療(3) ⑥治療設計の特性(5) ⑦全体的な治療計画(6) 患者属性
	検 妥 信 討 当 頼 性 性 の ・	内的信頼性はクロンバックの α で評価。収束妥当性は、ピアソンの積率相関で評価。		先行研究で項目合致(クロンバック α と折半法による信頼性を検討した。フィンランド版の信頼性・妥当性の調査は実施していない。	内的信頼性はクロンバック α で検討。再テスト法により、コーエンの加重 κ を算出。	下位尺度項目の相関分析とクロンバック α 、一元分散分析を実施。収束妥当性の検討を行なった。	先行研究で項目合致(クロンバック α と折半法による信頼性を検討した。フィンランド版の信頼性・妥当性の調査は実施していない。
	上 質 問 留 紙 作 意 成 点	予備妥当性を調査するために、固定項目を含んだ。項目識別のために、一般満足度を使用。	採点マニュアル作成。肯定的・否定的表現を含んだ。	スウェーデン開発「自己評定式患者満足度アンケート」をフィンランド語に翻訳(一部文法・表現を変更)。	記載なし	重要度と満足度を評価	記載なし
調査方法	調査法	自記式質問紙調査、台本に添って受付係が手渡し	退院時に個別面接質問紙調査	通院中に自記式質問紙配布。次回診察時持参するか、4週以内に郵送	自記式質問紙調査	個別面接質問紙調査	自記式質問紙調査+個別面接質問紙調査。退院前に封筒に入れて返却。
	評定尺度	リッカート5段階法(1項目のみ4段階法)	-3~+3の7点	リッカート5段階法	リッカート5段階法	リッカート3段階法	記載なし
	対象者選定基準	大学附属の公的精神科クリニック19で、データ収集期間(1週間)に治療を受けた282人の成人外来患者全部。	3つの臨床研究施設で、5つの疾患を10例ずつ、135人。退院後3日以内。	2つの精神科成人外来診療所の患者300名に依頼	Siriraj病院の精神科の一般外来の患者384名、①15歳から60歳、②男女、③プロジェクトへの自発的参加、④コミュニケーションが可能である、⑤データ収集期間に3ヶ月間、精神医療サービスを受けた人	付属外来クリニック(2ヶ所)患者全て125名に依頼	1つの精神病院の3ユニットを、データ収集期間に退院した全597人に依頼
	調査時間	2~5分	10~30分(M=15分)	記載なし	記載なし	記載なし	記載なし
	面接者(調査者)の属性	Ph. D	面接訓練を受けた、治療に直接関与しない人(心理士、精神科医、SW)	研究者		訓練を受けた研究助手:心理学修士2人、心理学博士志望者一人	博士課程学生、研究者
	調査までの手順・配慮	スクリプトにそって訓練を受けた受付係が調査を依頼。	患者の注意・関心が低下しないように、20分を超えないようにした。評価の客観性を保つために、評価者相関を行った。	記載なし	読解力が低い患者には、研究者が項目を読み聞かせた。必要に応じて、治療に関与しない研究者が実施した。	プライマリセラピストが、対象者の条件に合致するか判断するために4回面接を行い、最終的に同意を得た。	記載なし
	その他	倫理的問題への対応	記載なし	地域倫理委員会によって評価され、病院の医長と看護部長からデータ収集の許可を得た	倫理委員会の承認を得た。	病院の倫理研究員会の承認を得た。	地域倫理委員会と病院の科学委員会から許可を得た
調査国	アメリカ	フィンランド	フィンランド	タイ	カナダ	フィンランド	
出版年	2001	2001	2003	2004	2006	2006	

* MH : メンタルヘルス

IV. 考察

1. 項目作成プロセス

調査項目の収集方法では、日本の文献では、既存の満足度尺度を参考として活用したものが5件あったが、病院機能評価項目を活用した1件を除いて活用方法を記したものはなく、他は「自作」または記載がなかった。一方、諸外国の文献では、11件すべてにわたって、広範囲な既存文献からの収集や、患者・スタッフ・専門家からの意見を多角的に調査項目に含めるための、フォーカスグループや面接などの手法を用いていた。Ricketts¹⁸⁾は、「特定の項目に限定された調査は偏りが多い」と指摘し、また、Perreault¹⁴⁾は「広範囲に満足度を調査し、多次元の満足尺度で異なった局面を確認した調査はほとんどなかった」と指摘している。そのため、諸外国では、尺度作成のための項目収集が、包括的、段階的に行われていると考えられる。さらに、諸外国では、経済的、政策的側面から、プロジェクトを立ち上げ、組織的に取り組んでいるところが多く、日本における施設単位で実施する調査とは、その規模や調査にかかる時間、労力、費用が異なっていることも要因と考えられる。患者満足度調査は患者の主観を測定することから、特に精神科においては多角的に慎重且つ綿密に項目を収集する必要がある。そのためには、今後わが国においても、組織的に患者や患者の親族、精神医学の専門家などのヒアリングを加えたり、十分な文献調査、あるいは調査票作成経験者によるチェック機能を用いるなどの多角的方法論を用いて項目収集をする必要があると考える。

作成項目の精選方法では、日本の文献では記載がなかった。一方、諸外国の文献では、8件に記載があり、複数の研究者による項目内容の再調査、プレテストの結果に基づく相関のない項目の除外、主成分分析による負荷率を考慮した項目の除外、さらには患者による重要度のランク付けなどの手法で項目の精選が行われていた。この点から、質問要旨を明確にするために、プレテストによるワーディング（適切な言い方）を検討し、必要な内容だけを残すプロセスは必須な作業であると考えられる。

項目次元では、日本の文献では、患者を尊重す

るといった「職員の態度」や生活の快適さを問う「物理的環境」、日常生活における「生活の質」、**「治療・看護の質」**などの項目が、重要度を考慮することなく同列で構成される傾向があった。一方諸外国では、「治療・看護の質」が満足の本質部分として扱われる傾向があった。このような比較から、日本では精神障害者を保護する対象として捉え、様々なサービスを量的に整えることで満足を満たす項目次元が多いが、海外では精神障害者を精神医療サービスを受ける消費者として捉え、自立を促し治療・看護のサービスを質的に捉える項目次元が多いことが示唆された。さらに、諸外国では、項目尺度の次元の理論的背景が明確に記述されており、その理論に沿って尺度次元が決定されていた。Phattharaayuttawat¹⁹⁾は「満足は多次元概念尺度であり、それを測定する質問紙は一つか二つの偏った次元を用いていたのでは、満足を全般的に捉えられない」と指摘しており、今後尺度を作成する際に、「満足」という概念を明確にして取り組んでいくことが重要であると考えられる。

信頼性・妥当性の検討では、日本の文献では全文で記載がなく、諸外国の文献では9件に記載があった。統計学的処理では信頼性検討のために、クロンバック α 係数やコーエンの κ 係数、ピアソンの相関係数、再テスト法、折半法など多様な方法が用いられていた。統計的処理を行うことによって、調査対象者の満足度を正しく測定しているかを明らかにし、その質問紙の精度を高めることが可能である。そのためには、このプロセスを厳密に行なうことは重要である。しかし妥当性については、諸外国においてもあまり記載がなく、今後様々な場面で使うことによって妥当性の検討が進展していくことが推測される。

質問紙作成上の留意点では、本の文献では記載がなかった。諸外国の文献では、データの信頼性を高めるための逆転項目の設定や、イラスがかからないための採点マニュアルの活用などの手段が講じられていた。海外の既存の質問紙を翻訳し、翻訳し、葉のもつ意味を明らかにする作業を行っていた。また、国の文化にあった項目を追加した

り、現を修正したりしていた。水野²⁾は、問紙法には定量化が容易であることから、計処理ができるため、他の調査との比較がし易いという利点はあるが、概念規定が曖昧になりやすく、また盲諾反応や寛容反応という反応バイアスに問題があると述べているように、この点について、十分に留意する必要がある。

2. 調査方法

対象者の選定基準、調査までの手順・配慮では、日本の文献ではすべてが入院中の患者が対象となっているのに対し、諸外国では退院患者を対象に入院中の満足度を調査するか、外来患者や地域のコミュニティを対象としたものがほとんどであった。また諸外国では、時間経過・利用頻度によるバイアスを避けるため、退院後の期間の基準を明確に条件付けているのに対し、日本では調査対象の入院期間を条件付けていなかった。入院期間と満足度は関連すると考えられることから、同じ尺度によって調査する場合は、入院期間の階層別調査が必要ではないかと考える。日本の文献では、調査者の対応の統一と個室の確保について記されたものが1件あった。一方、諸外国の文献では、評価の客観性を保つための対策、注意力の持続時間や回答能力への配慮などの記載があった。このような準備の周到性は、調査対象者との関連を考慮しながら行われるが、信頼性あるデータ収集のためには欠かせない観点であると考えられる。

調査法・調査時間・面接者の属性では、調査法は、日本も諸外国も、自記式質問紙調査・個別法・自記式質問紙調査と個別法の組み合わせを用いていた。また、日本も諸外国も、質問紙法では記入が困難な患者に対して、研究者が質問し回答を求めたりしていた。また、個別法では調査方法に差異が生じないような1人または少数の面接者にするなどの工夫がされていた。

しかし、面接者の属性に関しては、日本の文献では、資格・担当者数・職位について記載されているに留まっていたが、諸外国ではある程度の専門性やトレーニングの内容が記載されているものが多かった。さらに、多くの調査者が治療に直接

関連しない人であることを明記していたものがあり、調査者-被調査者の関係性によるバイアスも考慮されていた。このことは、調査結果の信頼性の精度を上げるものである。また、諸外国では調査時間が詳細に記載されており、精神疾患患者の特性である集中力・注意力の欠如に対する配慮も行われていたことが伺える。

今回の研究目的から、項目作成プロセスと調査方法についての考察を行ったが、この2つの視点からだけでも、日本における精神科患者満足度の研究は課題が多いことが分かった。今後、研究レベルが向上し、看護の実践レベルではなく、研究レベルでの開発が行われるようになることにより、学会誌等への投稿件数の増加も予想される。

3. 倫理的問題への対応

日本の文献で6件に記載があった。しかし、対象者の同意やプライバシー保護などの内容であり、倫理委員会等の承認の記載はなかった。一方、諸外国では2001年以降の文献5件すべてに、地域や病院の倫理委員会の承認についての記載があった。これは、2000年の「ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則」であるヘルシンキ宣言の改定を受けた流れであると考えられる。今後日本においても、内部だけでなく、外部の倫理関係機関による許可を得ることが重要であると考えられる。

V. 終わりに

今回、日本と諸外国の精神科患者満足度調査の文献を用いた比較検討を行なうことにより、質問紙作成に当たって、包括的・段階的なプロセスを踏み、諸外国では緻密な研究デザインで行なわれていたことが様々な角度から明らかにできた。しかし、日本において文献数が少ないことはこの分野の研究者が少ないか、研究成果が未だ少ないことを意味していると考えられる。そのため、今後この分野の研究を厳密に行っていくことで、日本でも標準化された信頼ある尺度開発が望まれる。

文献

- 1) 伊藤弘人：精神科医療のストラテジー，医学書院，120-121，2002
- 2) 水野智：患者満足度調査の効用と限界，第2回東海ヘルスケア・クオリティ（医療の質・介護の質）研究会，1999
- 3) Kuosmanen L., Jyrkinen A. R. et al.: Patient satisfaction with psychiatric inpatient, *Journal of Advanced Nursing* 55(6), 655-663, 2006
- 4) Ruggeri M, Lasalvia A, Dall' Agnola R, al: Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale-European Version. EPSILON Study 7. European Psychiatric Services:Inputs Linked to Outcome Domains and Needs, *British J of Psychiatry*, 177, (39), 41-48, 2000
- 5) 権田幸子, 菊池洋子, 本地久美子, 他: 単科精神病院における患者満足度調査を実施して, 神奈川県立精神医療センター研究紀要, 11, 37-42, 2001
- 6) 中山秀幸, 大島道子, 廣川江梨子: 患者満足度調査を試みて—慢性期社会復帰病棟におけるアンケートから—, *日本精神科看護学会誌*, 44(1), 372-375, 2001
- 7) 長谷川精一, 服部千恵, 鶴原八重子, 他: 患者満足度調査の分析による看護者の対応・看護の質の検討, *日本精神科看護学会誌*, 45(2) 127-131, 2002
- 8) 松田静子, 神保加三次, 桶谷玲子, 他: 精神科における患者満足度調査による看護の評価, *日本看護学会論文集, 看護管理*, 32, 258-260, 2002
- 9) 鈴木利枝, 佐藤雅美, 長谷川恵, 他: 精神科入院患者を対象とした患者満足度調査（第1回）を実施して, *精神医学研究所業績集*, 39, 150-155, 2003
- 10) 村田則正, 山田芳江, 近江登美子: 精神科看護サービスにおける患者満足度調査 開放病棟における調査結果より, *日本精神科看護学会誌*, 46(1), 160-163, 2003
- 11) 藤原千恵美, 原未来, 奥村佳子, 他: 思春期病棟児童と家族の医師, 看護師のケアに対する満足度の分析と今後の課題, *日本精神科看護学会誌*48(2), 183-187, 2005
- 12) 山下美子, 林守, 森美代子, 他: 長期入院患者のQOLと看護の役割, 患者が満足する環境作りの取り組みから, *日本精神科看護学会誌*, 48(2), 105-108, 2005
- 13) 小野勝三, 内藤ふさ子, 篠崎百合子, 他: 精神科病院における患者満足度調査を実施して, 神奈川県立精神医療センター研究紀要, 13, 53-58, 2005
- 14) Perreault, M., T. E. Katerelos, H. Tardif, et al: Patients' perspectives on information received in outpatient psychiatry, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), 110-116, 2006
- 15) Siponen, U., Valimaki, M.: Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 129-135.2003
- 16) Phattaraayuttawat, S., Ngamthipwatthana, T.: The development of the Thai psychiatric satisfaction scale, *J Med Assoc Thai*, 88(8), 2005
- 17) Ahlfors, U., Lewander. T., Lindstrom, E. et al.: Assessment of patient satisfaction with psychiatric care, Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction rating scale (UKU-ConSat), *ULF GORAN Nord J Psychiatry*, 55(44), 71-90, 2001
- 18) Ricketts, T.: General satisfaction and satisfaction with nursing communication on an adult psychiatric ward, *Journal of Advanced Nursing*, 24, 479-487, 1996
- 19) Holocomb, W., Adams, N., Ponder, H., et al.: The Development and Construct Validation of a Consumer Satisfaction Questionnaire for Psychiatric inpatients, *Evaluation and Program Planning*, 12, 189-194, 1989

-
- 20) Pellegrin, K., Stuart, G., Maree, B, et al. :
A Brief Scale for Assessing Patients'
Satisfaction With Care in Outpatient
Psychiatric Services, *Psychiatr Serv*, 52,
816-819, 2001
- 21) Ruggeri, M., Dall'Agola, R.: The devel-
opment and use of the Verona expectations
for care scale(VECS) and the Verona
service satisfaction scale(VSSS) for meas-
uring expectations and satisfaction with
community-based psychiatric services inpa-
tient, relatives and professionals, 23, 511-
523, 1993
- 22) Hansson, L., Hoglund, E.: Patient satis-
faction with psychiatric services, The devel-
opment, reliability, and validity of two pa-
tient-satisfaction questionnaires for use in
inpatient and outpatient settings, *Nord J
Psychiatry*, 49, 252-262, 1995

実習の動機付けを高める演習の検討

—基礎看護学実習Ⅱ直前演習の試み—

Evaluation of the Exercise to Raise Motive of the Nursing Practice

—Just Before Basic Nursing Practice II—

大川百合子^{*1}・前田ひとみ^{*2}・山田 美幸^{*1}・加瀬田暢子^{*1}
長友みゆき^{*1}・坂下恵美子^{*3}・津田 紀子^{*4}

Yuriko Ohkawa^{*1}・Hitomi Maeda^{*2}・Miyuki Yamada^{*1}・Nobuko Kaseda^{*1}
Miyuki Nagatomo^{*1}・Emiko Sakashita^{*3}・Noriko Tsuda^{*4}

キーワード：構成的グループエンカウンター，リフレクション，エンパワメント，
基礎看護学実習

structured group encounter, reflection, empowerment, basic nursing practice

I. はじめに

A大学看護学科では、2年生の後期に患者を初めて受け持つ基礎看護学実習Ⅱ（以下、基礎実習Ⅱとする）を行っている。学生にとって、2週間という実習期間や看護過程の実践に加えて、他者との人間関係作りなど、多くのハードルを越えなければならない実習である。学生は、自らの責任において他者と1対1で関わるという体験に乏しく¹⁾、緊張して気負い、構えている状況が想像できる。実習で経験する様々な課題を克服するためには、自己及び他者を理解しながら、自己の行動を変容させていく力が必要である。

昨年我々が実施した新入看護学生に対する構成的グループエンカウンター（Structured Group Encounter, 以下SGEとする）とリフレクションを取り入れた「仲間づくり演習」では、学生の「自己理解」や「他者理解」への意識を高め、仲間と共に成長する「仲間作り」に寄与できた²⁾。SGEとは³⁾、仲間と体験（感情・思考・事実）を語り合うことで自己や他者を理解し、自己認知の

修正を促す方法である。リフレクションとは⁴⁾、自己の経験を探求することで自己認識を深め、人間としての成長を促す方法である。この二つの方法は、他者との交流を通して、感情の変容と新しい行動を生みだし、さらに自己実現できるようエンパワメントする効果があるといわれている⁵⁾。以上のことから、基礎実習Ⅱの前にSGEとリフレクションを取り入れたプログラムを体験することより、学生がこれまでの自分から1歩前に進み実習への動機付けを高め、仲間と共に成長しながら、初めての長期の実習を乗り越えることができるのではないかと考えた。今回、SGEとリフレクションを取り入れた実習直前演習（以下演習とする）に対する学生の反応や評価を明らかにしたので報告する。

II. 方法

1. 対象

対象はA大学看護学科2年生で基礎実習Ⅱ（2単位）を履修する63名である。

*1 宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

*2 熊本大学医学部保健学科 臨床看護学講座
Department of Adult Nursing, School of Health Sciences, Kumamoto University

*3 宮崎大学大学院医学系研究科修士課程（看護学専攻）
Master's Course of Nursing Science, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

*4 元宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座
Formerly, School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

表1 演習プログラム

テーマ	私の基礎看護学実習Ⅱの目標は…
目標	1. これまでの振り返りから、基礎看護学実習Ⅱにおける自分自身の目標を見いだしましょう 2. 実習グループの仲間が互いに成長できる人間関係を作りましょう
時間	プログラム
9:00～	本時の進め方、グランドルールの説明、エンパワーメントに関する講義
9:25～	①オープニングエクササイズ Where are you? 「Bear in the Tree」の絵を見て、どれが今の自分のイメージに近いか選び、その理由を書き仲間に説明することで、自己の気づきや自己開示につながる。演習後にも実施して自己の変化に気づくことができる。
9:40～	②仲間からの花束 付箋に簡単なメッセージを書いて交換し、その付箋を花に見立てて、自分が描いた花かごに飾って、名前をつける。他者からもらったメッセージから自分が気づかない自分自身の他人への印象を知ることができる。
10:50～	③Let's a walk and touch! 自由に歩き回りながら、挨拶を交わしたり、握手したりすることで人との関係づくりについて考える。 ④Positive Stroke 2人一組になって相手の素敵だなと思う部分を言葉で伝える。伝えられた人は新たな自分に気づくとともに、温かいメッセージを浴びることによって自尊感情が高まる。
11:10～	⑤私の好きなもの 好きなものを描くことによって、自分が人生で大切にしているものを考える。
12:00～	昼食
13:00～	⑥私たちここが似ているね グループメンバーの共通する部分を探していき、そのプロセスで感じたことから仲間の意味について考える。
13:30～	⑦私の看護学生物語 大学に入学してから今日までを振り返りどのような出来事があったか、またその中で自分がどのような感情の揺れを感じてきたかを1本の線で表す。そのグラフを基に感情の揺れが自分にとってどのような意味をもたらすのかを考える。
14:20～	⑧実習の目標と実習後の素敵な私へ（リフレクションに関する講義） 基礎実習Ⅱの自分の目標とその目標が達成された時の気持ちについて考え、目標達成のためにどのような行動をとればよいか、仲間と話し合うことで見いだしていく。

* ①～⑥がSGE、⑦⑧がリフレクションに関連するものである

2. 演習の展開方法

基礎実習Ⅱは後期試験直後の2月に実施している。1グループ5～6名で構成し、12グループを前半・後半グループに分けて実習する。この演習は、前半グループには病棟実習前日の実施であったが、後半グループにとっては病棟実習1週間前の実施であった。

演習はA大学内の100名程度収容可能な小ホールで行った。所要時間は、約5時間であった。学生以外の参加者は基礎看護学講座6名の教員と大学院生1名であった。SGEの講習を受けた教員がリーダーとして、その他はファシリテータの役割をとって表1の通りに進行した。まずリーダーがこの演習の目的と実習との関連、参加者がリラックスして参加できるよう「守秘義務を必ず守る」「批判的、または決めつけにならないようにする」などの8項目のグランドルールの説明をした。また、自己開示をする内容のプログラムでは、自分の答えられる範囲で表現し、言いたく

ないことは無理に言わなくてもよいことを説明した。

3. データ収集方法

1) 演習前後の自己のイメージについて

演習の前後に2つの調査を行った。ひとつはRosenberg⁶⁾のSelf Esteem尺度(星野命訳、以下SE尺度とする)で、「私は全ての点で自分に満足している」「私はときどき、自分がてんでだめだと思う」などの10項目からなり、4段階法の合計点で自尊感情の評価をするものである。ふたつめはBear in the Tree⁷⁾(図1)によって「今の自分のイメージ」を調査した。Bear in the TreeはC. バルマンらがリフレクションスキル開発のための演習で使用している図で、大きな木の根っこや枝にいる①～⑳のBearのうち、学生が自分のイメージに近いと思うBearを選び、その選択理由を書くものである。これらの調査票により演習前後で学生の自己に対するイメージの変化を見

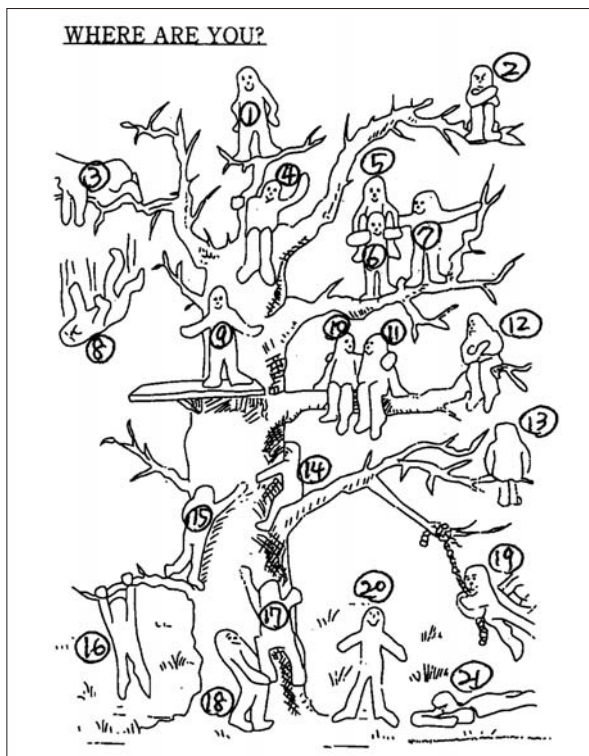


図1 「Bear in the Tree」
文献7)より引用

ることができると考えた。

2) 演習内容の評価について

演習内容の評価は、R.Hoste⁸⁾⁹⁾が開発した25 Semantic Differential Questioner (以下25SDQ とする)にて調査した。25SDQは「創造的な／平凡な」「深い／浅い」など25項目の形容詞からなる教育評価スケールである。＜印象に残ったこと＞＜意外だったこと＞＜将来役に立つと思ったこと＞＜残念だったこと＞を自由記載として加えた。

これら3つの調査票は演習時間内に書いてもらい、会場内に設置した回収箱で回収した。なお、SE尺度とBear in the Treeは出版社から、25SDQは著者から使用許可を得ている。

さらに実習に対する演習の効果を、実習の前半グループと後半グループに分けて、「役に立った・どちらともいえない・役に立たなかった」の3段階評価とその理由を自由記載として実習後に調査した。回収は1名の教員のポストを指定し、投函されたものを研究参加に同意したと見なしデータとした。

4. 分析

SE尺度は4段階法で、各項目に4～1点を配点した。演習前後のSEを比較するために対応のあるt検定を行った。25SDQは7段階法で各項目の肯定的な評価の順から7～1点を配点した。基礎実習Ⅱ終了後の演習評価は、前半グループと後半グループの独立性のカイ二乗検定を行い、グループ間の比較をした。統計処理はSPSS14.0Jを用い、5%未満を有意差ありとした。自由記載は類似した内容ごとに分類した。

5. 倫理的配慮

この演習は基礎実習Ⅱの一環であるが調査票の提出など研究の参加は自由で、成績に関係しないこと、研究結果は学会などに発表することを口頭で説明した。同意の有無を調査票に記入してもらい、全調査票を回収した。調査票は全て無記名とし、個人の特定ができないように学籍番号とは関係のない番号札をランダムに配布し、その番号を調査票に記載してもらうことで演習前後の変化を比較できるようにした。

Ⅲ. 結果

演習当日は1名欠席者がおり、参加した学生は62名であった。

1. 演習前後の学生の変化

1) Self Esteemについて

SEは57名から回答があった(回収率91%)。演習前のSEは24.47点、演習後のSEは25.14点で演習前後では得点に有意な差はなかった。全体の平均点以上であった学生を「高SE群」31名、平均点未満であった学生を「低SE群」26名にわけて演習前後の点数を比較したところ、「低SE群」は演習前が20.00点、演習後が21.04点で、演習後に有意に得点が上昇していた($p<.001$ 以下)。

2) 今の自分のイメージ

「今の自分のイメージ」は、演習前は59名(回収率95%)から回答があり、演習後は54名(回収率87%)から回答があった。

演習前は⑭のBearを選択した学生が最も多く

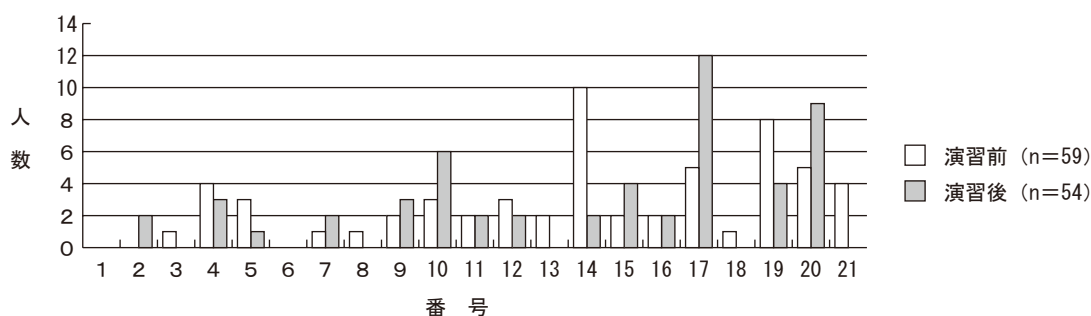


図2 「Bear in the Tree」で選択した番号：演習前後の比較

表2 「Bear in the Tree」の選択理由（一部）

<演習前>

n=59

カテゴリ名 (データ数)	データ
定期試験に関する感情 (16)	<ul style="list-style-type: none"> • テストも終わったところで一休み。 • テストも終わって、実習も後半なので今は解放感でいっぱいだから。
周りを見渡して居場所探し (11)	<ul style="list-style-type: none"> • 周りを客観的にじっくりと観察していて気づくことがたくさんあることを感じてきたから。 • 上ばかり見ている。何かしたくてたまらない。たくさんの希望や夢はあるけれど、漠然としていて行動せずにいる。
安心したい (10)	<ul style="list-style-type: none"> • 何かに対して不安で一人で居たい気もするけどそれを誰かに救って欲しい、誰かと関わっていたい。 • 実習のことで不安、テストのことで足元がグーラグラシがみついています。
支え・支えられている (7)	<ul style="list-style-type: none"> • たくさんの支えがあって今があると思うから。友達とか家族に助けてもらっている。 • 肩車している二人を支えたい気持ち。
今を謳歌 (6)	<ul style="list-style-type: none"> • 今は皆と話したり笑ったりできて一緒にいられるのが楽しいと思うから。
未来に向かって前進中 (6)	<ul style="list-style-type: none"> • 色々と未来に向けて頑張っていこうというときです☆

<演習後>

n=54

カテゴリ名 (データ数)	データ
仲間とともに頑張る (20)	<ul style="list-style-type: none"> • すぐく皆の存在に気づいて1人じゃないんだ、辛い時には皆がいるんだなと気づくことができ少し不安が消えた。 • 1人でも頑張らないといけないけど、お互いに支え合って自分を高めていきたい、高め合っていきたい。 • これからの実習を仲間と一緒に頑張っていこうという気持ちが見えると思ったから。
自分の力で前進 (19)	<ul style="list-style-type: none"> • 人に支えられながらだけど、しがみついているだけでなく、自分でも登っていこうと思うから。 • 自分が今何をすべきなのかしっかり目標を定めて上へと登る準備をしている段階だと思うから。
自己を見つめる (7)	<ul style="list-style-type: none"> • 途中まで登っていたいと思ったけど、全然登っていなかったんだなと思った。今の自分があるのは⑩のように支えてくれる人がいるからだ強く思いました。
緊張の緩和 (4)	<ul style="list-style-type: none"> • 実習に行く不安はまだあるがクラスメイト達とリラックスできて実習に向けてポジティブになってきた。

10名で、以下⑬⑭等の順であった（図2）。演習後は⑰のBearを選択した学生が最も多く12名で、以下⑳⑩などの順であった。選択理由の記載からは、演習前は56のデータが抽出され、「定期試験に関する感情」「周りを見渡して居場所探し」な

ど6つのカテゴリに分類でき、演習後は50のデータが抽出され「仲間と共に頑張る」「自分の力で前進」など4つのカテゴリに分類できた（表2）。

演習前の低SE群7名は、漠然とした不安を理由に⑭のBearを選択していたが、演習後④⑬⑭

⑮⑰⑳を選択し，“皆と一緒に実習に向けてがんばろう”“自分でも登っていこうと思う”など肯定的な理由に変化していた。演習前の高SE群は，テストの解放感を理由にした学生が6名であったが，演習後は“今から実習に向けて頑張っていく”“お互いに支えあっているんだなという気がしたから”という理由でBearを選択していた。

2. 演習に関する学生の評価

演習内容の評価となる25SDQでは61名から回答があった（回収率96%）。平均得点は5.27±1.01点であった。各項目の中央値は「創造的な」など7項目が6点，「速い」が4点で他の17項目は5点であった（表3）。自由記載は，「様々な価値観とのふれあい」「自己の発見」等に分類できた（表4）。

表3 25SDQによる演習の評価

項目	中央値	平均±SD (点)
創造的な	6	5.84±0.97
深い	6	5.58±1.02
興味深い	6	5.78±1.12
貴重な	6	5.85±0.98
よい	6	5.61±0.95
(学習課題に) 関連した	6	5.68±0.93
有用な	6	5.51±1.00
明確な	5	5.20±1.00
満足な	5	5.47±0.84
能動的 (積極的)	5	5.42±1.20
適切な	5	5.27±0.85
大好きな	5	4.78±1.04
説得力のある	5	5.24±1.08
誠実な	5	5.33±0.88
首尾一貫した	5	5.07±1.02
実践的な	5	5.31±1.05
自由な	5	5.39±1.10
刺激的な	5	5.23±1.09
楽観的	5	5.10±0.94
一定した	5	4.71±0.97
やさしい	5	5.33±1.13
きわめて重要な	5	5.17±1.01
(経験の幅が) 広い	5	4.95±1.17
(経験が) 多い	5	4.77±1.08
速い	4	4.13±0.95
平均±SD (点)		5.27±1.01

表4 演習の評価 自由記載

n=61

項目	カテゴリ名
印象に残ったこと	「様々な価値観とのふれあい (30)」「自己の発見 (28)」「仲間の発見 (4)」「楽しい作業 (20)」
役に立ちそうなこと	「コミュニケーション技術 (33)」「自己の発見の手段 (21)」「他者との支えあい (9)」
意外だったこと	「自己の発見 (20)」「他者の発見 (20)」「演習内容 (12)」
残念だったこと	「時間配分 (12)」「うまく表現できなかった (10)」「実習に対する不安 (3)」「自己に対する不安 (3)」

()は記述件数

表5 実習終了後の3段階評価の理由 自由記載

n=53

評価	カテゴリ名
「役に立った」	「自己の発見ができた (12)」「コミュニケーションに活かされた (8)」「団結ができた (4)」「心の支えができた (3)」
「どちらでもない・役に立たなかった」	「思い出す余裕がなかった (12)」「実習との関連が不明瞭 (8)」「知識・技術の確認の方がよかった (3)」「変化なし (3)」「不安 (2)」

()は記述件数

基礎実習Ⅱ終了後の演習の評価は53名の回答(回収率84%)があり、「役に立った」が24名(45.3%)、「どちらとも言えない」が24名(45.3%)、「役に立たなかった」が5名(9.4%)であった。前半・後半グループでの評価に差はなかった($p=0.77$)。自由記載は「自己の発見ができた」「コミュニケーションに活かされた」等に分類できた(表5)。

IV. 考察

1. 演習による学生の変化

今回のSEの結果は演習前が24.47点で、これは一般的な青年期の自尊感情レベルにあり¹⁰⁾、演習後は25.14点と有意な差はなかったことから、全体的に見ると演習は自尊感情に影響を与えなかったといえる。しかし、低SE群においては演習後に有意に得点が上昇していた。このことから自尊感情の低下していた学生は、演習によって自己を「これでよい (good enough)」とする認識の変化が生じたと考え¹¹⁾

演習前後の自己イメージの調査では、演習前では実習前の不安な気持ちや、試験終了の安堵感を表した学生が多かったが、演習後は実習や今後の大学生活を仲間と支え合いながら、前向きにチャレンジしようという気持ちの変化が伺える。低SE群の学生も、自己や実習に対しての不安を理由に⑭を選んでいたが、演習後は仲間を支えられて将来へ登り始めているイメージを理由に④や⑳等を選んでおり、仲間との連帯感、自己の可能性の気づきへと変化している。アイデンティティの確立がまだ不十分で、人を受け入れたり、人から受け入れられたりすることに慣れていない学生にとって、他者からの働きかけを感じ取りながら自分の考えや行為を吟味し、その中から自己を発見することは簡単なことではない¹²⁾。SGEは、そのような困難をエクササイズを使って心をほぐしながら他者と関わり、自己発見の機会を作るといえる。また、SGEを体験することで自己肯定感が高まり、自分を「これでよい」とエンパワメントする力が生まれたと考える。

演習の内容に対する学生の評価は、25SDQの

中央値が「速い」以外は5～6点であったため、概ね肯定的で良い評価を得られたと考える。演習後の記述では、“一体感がうまれてきた”“皆温かいと感じた”など、他者とふれあうことの良さを実感していた。また、“自分が思っていなかった様々なことまで発見できた”“何かを書くことで自分が何を考えているのか少しわかった”など自己の発見にもつながっていた。自己発見はリフレクションの中核概念で専門職として必要な能力であり、この演習を通して学生自身の内面だけでなく、看護師としての成長も支援できると考える¹²⁾。

残念だったことに分類された「時間配分」と「うまく表現できなかった」は、“時間が短かくて思いを伝えきれなかった”“自分の意見がなかなか言えなかった”というものであった。このような感情表現には、信頼できる仲間や自由で安心できる雰囲気が必要であるが、さらに適切な時間配分が重要であると考えられる。「実習に対する不安」「自己に対する不安」については、演習によって、自己の目標がはっきりしていないことに改めて気づいたことと、目標はできたが実践できるのかという2つの感情が生じていた。学生はこれらを<残念だったこと>に書き、ネガティブな感情に思われるが、今の自分の状況や感情に気づいたことは行動変容につながる第一歩であると考え。

2. 基礎看護学実習Ⅱに対する演習の影響

基礎実習Ⅱ終了後に行った演習に対する3段階評価は、前・後半グループともほぼ同様であった。自由記載では患者とのコミュニケーションのとり方に工夫を凝らしたり、グループメンバーと団結したことや、自分に少し自信をもって実習に臨んだことなどが書かれ、自己肯定感を維持し、演習での経験を実習で実践していたことが推測される。

ただし、“お互いをほめることが一体何の役に立つというのか”、“もっと看護技術の練習や情報収集がしたかった”などの記載があり、看護技術や看護過程に不安を感じていた学生は、積極的に演習に参加できなかったことがわかった。演習の時期が試験終了後で自己評価が下がっていたことも要因としてあげられる。したがって演習の時期

を考慮したり自己学習の時間も確保することで、この演習を補完し相乗効果が得られると考える。SGEやリフレクションはその過程で抵抗¹³⁾や痛みを伴うと言われている¹⁴⁾。上記のようなネガティブな感情を引き起こす可能性もあり、このような演習を実施する場合は「肯定的・否定的な両方の側面」があることを認識し、必要な支援についても検討しなければならない¹⁴⁾。

V. おわりに

SGEとリフレクションを取り入れた演習により、学生は自己および他者の理解を深め、自己の可能性を拡大したり、他者との連帯感を導き出した。このことから自己を肯定し、仲間と共にいることを支えに実習での困難も乗り越えていこうという、実習への動機付けを高めたと考える。

今後は、適切な演習時期や時間、自己学習の併用についても検討し、学生が看護を学びながら自己成長できるように関わっていきたい。

文献

- 1) 中西睦子：臨床教育論 体験からことばへ、65-84, ゆみる出版, 1992
- 2) 加瀬田暢子, 前田ひとみ, 山田美幸, 他：新入看護学生に対する「仲間づくり演習」の評価—エンカウンターとリフレクションの概念を取り入れて—, 南九州看護研究誌, 5(1), 1-10, 2007
- 3) 國分康孝, 國分久子, 片野智治, 他：エンカウンターとは何か, 24-26, 図書文化, 2000
- 4) 本田多美枝：看護における「リフレクション (reflection)」に関する文献的考察, *Quality Nursing*, 7(10), 54, 2001
- 5) 津田紀子, 前田ひとみ：リフレクションのエビデンス；クリティカルシンキング能力の育成, *臨床看護*, 32(12), 1701, へるす出版, 2006
- 6) 遠藤辰雄, 井上祥治, 蘭 千壽編：セルフ・エスティームの心理学 自己価値の探求, 26-27, ナカニシヤ出版, 1996
- 7) 田村由美他：リフレクションを行うために必要なスキル開発, *QualityNursing*, 8(5), 51-57, 2002
- 8) R. Hoste：Course Appraisal Using Semantic Differential Scales, *Educational Studies*, 7(3), 151-163, 1981
- 9) 澁谷幸, 中田康夫, 田村由美, 他：模擬患者を導入したコミュニケーション演習の意義—学生の受け止め方に対する分析を通して—, *看護教育*, 46(7), 574-579, 2005
- 10) 菅佐和子：SE (Self-Esteem) について, *看護研究* 17(2), 24, 1984
- 11) 前掲書6), 26-27
- 12) 縄秀志：臨床実習の意味についての一考察—経験するということ・学ぶということ・ケアするということ—, *Quality Nursing*, 4(2), 28, 1998
- 13) 前掲書3)
- 14) Burns, S. and Bulman, C. (田村由美, 中田康夫, 津田紀子監訳)：看護における反省的実践—専門的プラクティショナーの成長—, 256, ゆみる出版, 2005

新卒看護師の離職防止に向けた支援の検討

—就職3か月の悩みと6か月の困ったことの分析—

Support Concerning Resignation Prevention by Newly Licensed Nurses

—Analysis of The Worry on third and The Difficulty 6th month—

山田 美幸^{*1}・前田ひとみ^{*2}・津田 紀子^{*3}・串間 秀子^{*4}

Miyuki Yamada^{*1}・Hitomi Maeda^{*2}・Noriko Tsuda^{*3}・Hideko Kushima^{*4}

キーワード：新卒看護師，離職防止，職務上の悩み，職務の継続，支援
newly licensed nurses, resignation prevention, official problem,
continuation of duty, support

I. 緒言

厚生労働省が発表した『平成18年保健・衛生行政業務報告』¹⁾によると看護師の就業者数は年々増加しているが，前回の調査と比較して20歳代の看護師就業者数は減少している。2004年に実施された日本看護協会の『新卒看護職の早期離職等実態調査』²⁾によると入職後早期（1年以内）の離職者が増加していると回答した病院は18.7%のほり，入職後早期（1年以内）の離職率は9.3%となっている。

新卒看護師の職場定着を困難にしている要因は，「基礎教育終了時点の能力と看護現場で求められる能力とのギャップ」が一番多く²⁾，新卒看護師は慣れない環境の中で，基礎教育と臨床の現場の違いからリアリティショックを感じている。また，リアリティショックの要因は「職場の人間関係」や「看護実践能力」，「身体的な要因」があり，このようなリアリティショックやストレスを受けた新卒看護職者は，悩みながらも問題に対処したり，ストレスを発散させたり自分なりの対処行動³⁾を

とっているが，離職願望があるものほどこれらの要因が強い⁴⁾と報告されている。

そこで本研究は，離職に関係する新卒看護師の職務上の悩みや困ったこと，仕事の継続理由を明らかにし，新卒看護職者への支援のあり方を検討することを目的とした。

II. 研究方法

1. 対象

平成17年6月に開催された2県の看護協会主催の新入会員研修会の参加者732名（就職後3か月，1回目調査）とその中で継続調査への協力の同意が得られた93名（就職後6か月，2回目調査）を対象とした。

2. 方法

- 1) 調査期間：平成17年6月と平成17年9月
- 2) 調査方法：自己記入式質問紙郵送調査
- 3) データ収集方法：就職後3か月調査は2県の看護協会に依頼し，新人看護師研修受付時に研究

※1 宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

※2 熊本大学医学部保健学科
Department of Adult Nursing, School of Health Science, Kumamoto University

※3 元宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座
Formerly, School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

※4 宮崎県看護協会
Miyazaki Nursing Association

の趣旨と研究計画についての説明書と質問票、同意書を配布してもらい、郵送によって回収した。就職後6か月調査は、1年間の研究協力の同意が得られた93名の自宅に質問票を郵送し、郵送にて回答を得た。

4) 調査内容：新卒看護師は、「精神的要因」や「看護実践能力」についてリアリティショックを感じ、リアリティショックは離職願望と関係している⁴⁾。また、リアリティショックは、就職後3～4か月頃までは問題を生じやすい時期であり、就職後6～10か月で徐々に回復に向かうと推測されている⁵⁾。そのため、この時期の新卒看護師の悩みなどを具体的に知ることで、よりよい支援ができるように就職後3か月調査は悩みの有無と内容を質問した。悩みの内容は自由記述にて回答を求めた。さらに、就職後6か月調査では、困ったことや仕事を辞めたいと思った理由、継続理由を自由記述によって回答を得た。

5) 分析方法：自由記述によって得られたデータを繰り返し読み、記述されている悩みや困ったことについて、その内容を示すデータを引き出し、コード化を行った。次に、コードをそれぞれ比較し、同様の内容を示すコードを分類してまとめ、カテゴリー化しサブカテゴリーとして名称を付けた。さらに、それらの中で類似したものをカテゴリー化し、カテゴリーの名称を付けた。カテゴリーの信頼性、妥当性を確保するために、研究者間で同一のカテゴリーが抽出されるまで繰り返し検討を行った。

3. 倫理的配慮

研究の趣旨や参加の自由意思、拒否権、プライバシーの保護、参加における利益と不利益、1年間の調査を計画していることを書面で説明をし、各自で質問票と同意書を郵送してもらった。質問票は無記名とし、個人が特定されないように配慮した。

Ⅲ. 結果

1. 就職後3か月（1回目）調査

回収数(率)は335名(45.8%)であり、対象の

平均年齢は23.2±3.5歳、性別は女性304名(90.7%)、男性31名(9.3%)であった。回収できた335名内122名(36.4%)から仕事上の悩みの有無について回答があった。仕事上の悩みについては自由記述の回答があった103名(84.4%)を分析の対象とした。

1) 仕事上の悩み

悩みを分析した結果、コード総数は206であり、これから【力量不足】【仕事の過負荷】【人間関係の困難】【理想と現実のギャップ】【キャリアアップの不安】【安全の不安】【職場風土の不適】【他

表1 就職後3か月の悩み

		コード総数 : 206	
カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	
力量不足 (73)	技術や知識が未熟	19	
	仕事ができない・覚えられない	14	
	仕事が進まない・うまくいかない	9	
	未熟さからの適性の疑問	5	
	判断ができない	4	
	観察やケアが抜ける	4	
	患者を把握できない	3	
	能率が悪いため残業時間が増加	3	
	仕事の継続に対する不安	2	
	優先順位がわからない	2	
	急変時・急患の対応	2	
	仕事についていけない	2	
	患者の質問に答えられない	2	
	専門用語がわからない	1	
	疲れる、体力がない	1	
	仕事の過負荷 (36)	業務・時間外の勉強・会議	11
		自分の力以上の仕事・勉強	10
時間がない、余裕がない		7	
責任が重い		4	
人間関係の 困難 (24)	仕事量が多い	4	
	人間関係が良くない	20	
	医師への報告が難しい	2	
理想と現実の ギャップ (20)	プリセプターとの関係が良くない	2	
	患者に十分に関われない	8	
	予想と異なり仕事に慣れない	7	
	自分がなにをしたいのかわからない	2	
キャリアアップ の不安 (18)	理想と現実のギャップ	2	
	自分が嫌になる	1	
安全への 不安 (16)	今後の成長に関する不安	17	
	友人に遅れをとっている	1	
	事故やミスを起こさないか不安	13	
	患者からの感染に対する不安	1	
職場風土の 不適 (11)	知らない検査や薬に対する不安	1	
	確認不足に対する先輩の指摘	1	
	先輩に聞きづらい	4	
	思ったことが言えない	4	
	仕事のミスを責められる雰囲気	1	
他者への 気かね(8)	雰囲気になじめない	1	
	勤務の希望が出せない	1	
	迷惑をかけてしまう	8	

者への気がね】の8つのカテゴリーが抽出された。各カテゴリーに見られた悩みの内容は、【力量不足】では「技術や知識が未熟」「仕事ができない」といった内容が挙げられた。【仕事の過負荷】では「時間外の勉強や会議」「自分の力以上の仕事や勉強」が、【人間関係の困難】では「人間関係」「医師への報告が難しい」といった内容が多く挙げられた(表1)。

2. 就職後6か月(2回目)調査

回収(率)は31名(33.3%)であり、対象者の平均年齢は23.0±1.7歳、性別は女性27名(87.1%)男性4名(12.9%)であった。看護教育課程は、4年制大学15名(48.4%)、3年課程専門学校7名(22.6%)、2年課程専門学校5名(16.1%)であった。31名ともに自由記述の回答があったため、全員を分析対象とした。

1) 就職して困ったこと

就職後6か月に「困ったことがあった」と回答した人は30名(96.1%)であった。困った内容をカテゴリー化した結果、【注射】【採血】【用語】【疾患】【急変時の対応】【業務の流れ】【観察】【アセスメント】の8つのカテゴリーが抽出された。その内容は、【注射】は「高齢者への注射・点滴」「経験がないことをしなければならぬ」といった項目があげられた。【採血】は「高齢者・血管の出ない人の採血」、【用語】は「専門用語や略語がわからない」、【疾患】、【急変時の対応】はともに「何をすればいいかわからない」、【業務の流れ】は「時間がかかる」「経験のないことをしなくてはいけない」【情報収集】は「正常と異常がわからない」、【アセスメント】は「過去と現在の症状」「全体のアセスメントができない」といった内容があった(表2)。

2) 仕事をやめたい理由と継続理由

仕事をやめたいと思った人は25名(80.6%)であった。その理由をカテゴリーに分類した結果、【力量不足】【人間関係の困難】【理想と現実のギャップ】【心身不良】【仕事の過負荷】といった5つのカテゴリーが抽出された。【力量不足】では「自信がなくなった」「自分に向いてないと思った」

表2 就職後6か月の困ったこと

		コード総数: 73	
カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	
看護技術 (20)	注射 (8)	皮下注射・筋肉内注射ができない	2
		高齢者への注射・点滴ができない	2
		末梢ラインのトラブルに対処できない	2
	採血 (12)	経験がないことをしなければならぬ	2
		高齢者・血管が出ない人の採血ができない	6
		真空管採血ができない	2
緊張して手が震える		2	
用語 (17)	実習・演習で実際にしたことがない	2	
	専門用語・略語がわからない	15	
疾患 (11)	専門用語が調べられない、載っていない	2	
	何をすればいいかわからない	4	
	学生の時に詳しく習っていない	3	
	勉強・レポートの内容が多い	2	
急変時の対応 (11)	観察項目がわからない	2	
	何をすればいいかわからない	8	
業務の流れ (10)	疾患が多く、学習が追いつかない	3	
	時間がかかる	6	
看護過程 (4)	情報収集 (2)	経験のないことをしなくては いけない	4
		異常と正常がわからない	2
	アセスメント (2)	過去と現在の症状のアセスメント ができない	1
		全体のアセスメントができない	1

といった内容があり、【人間関係の困難】では「人間関係」全般を理由としてあげている一方で、「先輩に怒られた」という具体的な理由もあげられていた。【理想と現実のギャップ】では、「理想と現実が違っていた」「患者とじっくり関われない」といった内容であった。【心身不良】では「体調がすぐれない」「精神的にきつい」といった内容があり、【仕事の過負荷】では、「責任が重い」「自由な時間がない」といった内容があった(表3)。

やめたいと思いながらも仕事を継続している理由は、「患者との関わりが楽しい」「人間関係がよい」というポジティブな意見があった。一方では、「やめると逃げているように感じる」「やめる勇気がない」というネガティブな理由も見られた(表4)。

表3 就職後6か月の仕事をやめたい理由

コード総数：34		
カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
力量不足 (10)	自分に向いていないと思った	2
	患者に文句を言われた	2
	仕事が遅い	2
	力不足と思ったから	1
	自信がなくなった	1
	残業が多い	1
人間関係の困難 (7)	日々の業務に追われた	1
	人間関係	3
	先輩に怒られた	2
理想と現実のギャップ (6)	陰口を言われるような気がした	1
	合わない人がいる	1
	理想と現実が違っていた	2
心身不良 (6)	職場に慣れないため	2
	自分がやりたい仕事ではないから	1
	患者とじっくりかかわれない	1
仕事の負荷 (5)	体調が優れない	2
	体がきつい	2
	眠れない	1
	精神的にきつい	1
	責任が重い	4
	自由な時間がない	1

表4 就職後6か月の仕事を継続する理由

コード総数：35		
カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
ポジティブ (16)	患者との関わりが楽しい	4
	人間関係がよい	4
	職場に慣れてきた	3
	仕事が楽しいと思うことがある	2
	信頼を得られるようになった	1
	努力なしに途中でやめたくない	1
ネガティブ (19)	自分が好きな仕事だから	1
	やめると逃げているように感じる	3
	やめてもどうしたらいいかわからない・やりたいことがない	3
	生活があるから	3
	親に申し訳ない	2
	他に移っても変わらないと思った	2
	やるべき勇気がない	1
	他の人に迷惑がかかる	1
	先輩に申し訳ない	1
	期待をうらぎれないから	1
やめても何の技術も身につけていないため	1	
そのまま時間が過ぎている	1	

IV. 考察

1. 就職後3か月の特徴

就職後3か月の仕事上の悩みとして、【力量不足】【仕事の過負荷】【人間関係の困難】【理想と

現実のギャップ】【キャリアアップの不安】【安全の不安】【職場風土の不適】【他者への気がね】の8つのカテゴリーが抽出された。

その中で【力量不足】【仕事の過負荷】【理想と現実のギャップ】に関するものが多く見られた。新卒看護師は、行ったことのないケアや患者のニーズならびに全体像の把握ができないといった看護実践能力不足にリアリティショックを感じている⁴⁾とされている。また、中原⁶⁾らの調査によると、就職後3か月の時点で新人看護師は、「仕事の量と質の不均衡」といった業務の量に押されて、看護の質を保てないといった悩みがあった。新卒看護師は基礎教育課程から看護の現場に入り、初めて見る患者や初めて行うケアも多い。そのため、仕事が思ったようにできないことによって、自分の力不足や能力以上の仕事が課せられているように感じている可能性がある。さらに、学生の時は1人の患者にじっくりと関わることができていたが、実際に現場に入り複数の患者を受け持つことによって、十分に患者に関わるができなくなり、これが理想とのギャップを感じる一因となっていると考える。

昨今では、医療事故のニュースの報道が増え、医療安全に対する意識が高まっている。【安全の不安】というカテゴリーが抽出されたことは、新卒看護師は知識や技術が未熟な状態でさまざまな患者に関わらなければならないことから、事故を起こすのではないかとといった不安を抱くことが多いためではないかと考える。

就職後3か月では【キャリアアップの不安】に関する悩みも見られた。新卒看護師は自分の力不足を感じる中で次々と求められる能力や技術に到達できず、今後のキャリアアップといった自分の成長に不安を抱いていると考えられる。

今回の調査では、【仕事の過負荷】の中で看護の直接的な業務だけではなく、勤務時間以外に仕事や学習を求められるといった悩みが多く見られた。新卒看護師は、未熟な技術や知識を補うために日々学習しなければならない。そのため各病院・施設でも離職を防止するために新卒看護師に対して、知識や技術を習得するための教育プログラム

が実施されている。しかし、その一方で、新卒看護師にとっては、心身の健康を保つために有効である休息や気分転換がはかれないといった状況をきたしていることが示された。就職3か月時は、6か月や1年に比べて精神健康度が一番悪い時期であり、不眠の症状を訴える者もいる⁷⁾。そのため、新卒看護師が休息を取れるよう、時間外の会議や研修のあり方を検討していく必要があると考える。

2. 就職後6か月の特徴

新卒看護師は、この時期も仕事をやめたいと考えるような自分の力不足を感じていた。その内容は、「困ったこと」のカテゴリーでまとめられた【注射】や【採血】、【急変時の対応】や【用語】など「皮下注射・筋肉注射ができない」、急変時に「何をすればいいかわからない」といった基礎教育の中では十分に学習することができず、実際に現場に入ってから経験したり、学んだりする内容であった。特に用語については「専門用語・略語がわからない」、「専門用語が調べられない、載っていない」といった現状が見られた。これは先輩看護師や医師の間では専門用語や略語が頻繁に飛び交う状況や、同じ略語でも病棟によって意味が異なることが予想され、新卒看護師にとってはその言葉の意味が分からずに戸惑うことも少なくない⁸⁾と考える。井部ら⁸⁾の調査においても、就職時の新卒看護師は、点滴が分からない、注射ができない、患者把握もうまくできないといったように看護行為ができないことを認識していた。さらに、その原因を基礎教育で、時間管理や優先順位の決定、専門用語などうまく仕事をこなす術を学んでこなかったからであると解釈していた。今回の調査は就職後6か月であったが、同様に実践能力に関する内容や要因が見られたと考える。

就職後6か月には担当する患者の数が増え、重症度の高い患者を担当するようになる。そのため、処置や急変時の対応といった実践能力に関わるケアにストレスを感じやすい状態であると考えられる。新卒看護師のストレスの内容は、患者に関するストレスよりは看護技術に関するものがより強

く、看護技術の習得が職場適応の鍵を握る⁹⁾といわれるように、実践能力が伴わないことによって新卒看護師はストレスを感じ、職場適応が困難となることが推測される。

仕事をやめたい理由の中には「体調が優れない」、「眠れない」といった【心身不良】を示す内容があった。看護業務にはケアだけでなく、ケアに伴う書類など事務的な手続きを理解し、処理しなければならないような業務もある。そのため、新卒看護師は事務手続きなどの間接的なケアのために時間を取られ、患者のケアが時間通りにできないことによって時間外の労働を行う可能性がある。また、夜間勤務が始まり生活パターンが変化するこの時期に時間管理ができないことによって、新卒看護師は心身の調整ができなくなることが推測できる。これは、新卒看護師に体の疲労を蓄積させるだけではなく、心の疲労も蓄積させることになり、離職につながるものと考えられる。

仕事を継続している理由には、ポジティブな理由とネガティブな理由があった。「患者との関わりが楽しい」といった喜びや楽しい体験は、次の看護への意欲となり、自己効力感を高め、仕事の継続へつながる。しかし、「やめると逃げているように感じる」「やめる勇気がない」というネガティブな理由は、悩みを抱えたまま仕事を継続させることになり、新卒看護師自身の心身の健康にも影響を与えることが考えられる。

3. 就職後3か月と6か月の特徴

就職後3か月の「悩み」と6か月の「仕事をやめたい理由」に共通する内容は、【力量不足】や【理想と現実のギャップ】【仕事の過負荷】【人間関係の困難】に関するものであった。医療現場の中で求められる実践能力と本人の実践能力のギャップから、パワーレス状態に陥り離職する新卒看護師も少なくない¹⁰⁾。本研究でも、新卒看護師は自分の能力が未熟であることや理想と現実のギャップを感じており、それは、就職3か月から6か月へと続いていることがわかった。

辞めたい理由で就職初期から持続しているものは「人間関係」である¹¹⁾と言われ、勤務希望年数

と人間関係は人間関係が良い人は勤務希望年数が高いといった正の相関があり¹²⁾、人間関係は職場定着の重要な要因となっている可能性がある。

新卒看護師には、就職して半年経過した時期であっても、仕事の過剰な負担がかかっている。それによって、ストレスや体調の変化を来し、通常であれば、休息によって回復するような状況も、休日の研修などによって自由な時間が確保できず、体調を崩すといった状況になっていることが示された。

4. 新卒看護職の支援への示唆

新卒看護師は、仕事をやめたいと思った時に気分転換や相談、問題解決に向けた積極的な行動をとって対処を行っていた¹³⁾。また、現場では、新卒看護師の離職防止の対策として、実践能力を高めるための教育計画^{14),15)}や新卒看護師への援助の方法^{16),17)}について検討されてきた。しかし、今回の結果では、新卒看護師は技術や知識が未熟であるために、時間外にまで労働が及ぶことが多く、さらに実践能力を高める教育計画が時間外の研修になっていることや時間外に会議が行われるために、十分な休息をとる時間やゆとりがないといった状況が示された。そのため、時間管理をするための先輩看護師のサポートが必要であると考え。また、研修は勤務時間内に行うといったように、その研修のあり方を検討していくことが課題であることが必要である。

また、新卒看護師が「困ったこと」や「仕事をやめたい理由」である【理想と現実のギャップ】の内容は就職後3か月、6か月共に、責任といった負荷がかかることが悩みとなっていた。日常のケアを行うことが精一杯の新卒看護師にとっては、安全に対する視点まで目が向かないことも考えられる。ヒヤリハット報告は医療事故の意識づけに有効であるが、新卒看護師にとってはいつ自分が事故をおこすか分からないといった不安を抱くことになり、精神的な負担をかけることになる。そのため、多くのことは一緒にできない新人看護師が、医療事故を起こさないような一つのことに集中できる環境づくりが必要であると考え。特に、

注射の準備など患者に及ぼす影響が大きい処置やケアの準備は、スクリーンを用いて空間を確保することや準備中であることを表示して、声をかけないといったような配慮が望まれる。

さらに、今回の調査において新卒看護師の仕事を継続する理由は、ポジティブな理由とネガティブな理由が見られた。仕事を継続する新卒看護師は、同期の同僚と励ましあったことや患者・家族に感謝されたことが支えとなっている²⁾。また、「仕事のやりがい、楽しさ」は職業の継続上で重要な要因である⁴⁾といわれ、新卒看護師の仕事に対する予想とのギャップに対処していくためには、仲間や仕事に伴う喜び、時期別の対処方法が重要である¹³⁾。そのため、仕事に慣れるまで担当する患者の人数を少なくし、新卒看護師が看護のやりがいや楽しさを感じる事が出来るように、ゆとりを持って患者に関われるようにすることや同じ看護をする先輩や同僚といった仲間が支援することが必要であると考え。

最後に、新卒看護師は基礎教育から臨床に入り、就職して6か月经過する間に多くの悩みを抱え、様々な困難にぶつかり、パワーレスになっていることが示された。現在、新人看護師の離職防止策は、新人が持っている能力を引き出す視点への変換が求められている⁷⁾。そのため、研修だけではなく、同期の仲間と自由に悩みや喜びを語り合ったり、リフレッシュできる機会を設け、本来持っている能力を自分自身の力で取り戻して、自らをコントロールして行けるような支援を行うことも必要性であると考え。

V. 結語

1. 就職後3か月に悩みを持つ新卒看護師は8割以上におよび、その内容は【力量不足】【仕事の過負荷】【人間関係の困難】【理想と現実のギャップ】【キャリアアップの不安】【安全の不安】【職場風土の不適】【他者への気がね】に関するものであった。

2. 就職後6か月に新卒看護師が困っていることは、基礎教育の中では十分に学習することができなかった【注射】や【採血】、【急変時の対応】や

【用語】であった。

3. 就職後6か月に仕事をやめたいと思った新卒看護師は8割以上にのぼり、その理由は【力量不足】【人間関係】【理想と現実のギャップ】【心身不良】【仕事の過負荷】であった。

4. 仕事を継続している理由は、「患者との関わりが楽しい」といったポジティブな理由だけでなく、「やめる勇気がない」といったネガティブな理由もあった。

以上のことから、新卒看護師に時間や責任といった負担がかからないような支援、看護のやりがいや楽しさを感じることが出来るような支援、自分の力を取り戻していけるような支援をする必要があることが示唆された。

本研究の限界は、就職後3か月と就職6か月で同じ質問を行っていないため、比較することに限界があったことである。また、自由記載の部分については、感じていても十分に表現されていない可能性がある。さらに、就職後6か月時の調査において対象者数が減少したため、時期に合わせたより効果的な離職予防の支援を導くためには、縦断的な調査を行うことが求められる。今後は質問内容などの検討を重ね、長期にわたる縦断的な調査に対し、対象者のモチベーションをどう維持するかということを工夫していく必要がある。

謝辞

本研究に際し、御協力くださいました新卒看護師の皆様にご心よりお礼を申し上げます。

なお、本研究は平成17年度科学研究費補助金(基盤研究(B) 課題番号17390571)によって行ったものであり、本研究の一部は第32回日本看護学会学会学術集会にて発表した。

文献

- 1) 厚生労働省：平成18年度保健・衛生行政業務報告，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/06/kekka1.html>
- 2) 日本看護協会，2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策ワーキンググループ：2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書，2006
- 3) 榎原かおり，牧野有里子，宮島いづみ他：新人看護師のストレス要因とコーピングについて－1・2年目看護師による面接調査，第34回日本看護学会学術論文集－看護管理－，142-144，2003.
- 4) 平賀愛美，布施淳子：就職後3か月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討，日本看護研究学会雑誌，30(1)，97-107，2007
- 5) 水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究－リアリティショックと回復に影響する要因－，日本看護研究学会雑誌，27(1)，91-99，2004
- 6) 中原佐苗，太田節，片岡妙他：就職後3か月目における新人看護婦の悩み，第32回日本看護学会論文集－看護教育－，71-73，2001
- 7) 水田真由美，上坂良子，辻幸代他：新卒看護師の精神健康度と離職願望，和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要，7，21-27，2004
- 8) 井部俊子，飯田裕子，今井恵他：看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究－新卒者の卒後臨床研修と臨床実践能力の実態－，厚生科学研究報告書，(医療技術評価総合研究)，12-24，1999
- 9) 神郡博，田村文子：新卒看護婦に見られるストレスに関する研究，群馬大学医療技術短期大学紀要，11，75-81，1990
- 10) 前田ひとみ，影山隆之，津田紀子他：新人看護師の離職を防止するエンパワーメントプログラムの開発，看護展望，32(8)，38-43，2007
- 11) 藤原千恵子，本田育美，星和美他：新人看護婦の職務ストレスに関する研究－職務ストレス尺度の開発と影響要因の分析－，日本看護研究学会雑誌，24(1)，77-88，2001
- 12) 太田にわ，難波純：大学病院に就職した看護婦の職場上の困難についての追跡調査，看護展望，24(13)，86-92，1999
- 13) 久保江里，前田ひとみ，山田美幸他：新卒看護師の仕事に対する予想とのギャップと対処の実態－就職3か月後と6か月後の縦断的調査か

- らー, 南九州看護研究誌, 5(1), 45-52, 2007.
- 14) 山口悦子, 門口亜希子: 新卒者のための教育計画ーエキスパートナース育成に向けての工夫ー, 看護展望, 27(4), 29-38, 2002
- 15) 岡光幸代: 新人ナースのリアリティショック対策ー卒前・卒後研修の効果ー, 看護展望, 30(10), 32-39, 2005
- 16) 酒井慶子: 自信を喪失し, 退職を申し出た新人ナースへのコーチングー「辞めないでほしい」という思いをどう伝えるかー, 看護展望, 30(10), 46-48, 2005
- 17) 若狭紅子: 危機的状況にいる新人看護婦ー現状と求められる対応ー, 看護管理, 9(1), 6-13, 1999

成人看護学におけるOSCEの試み

On trial of Objective Structured Clinical Examination in Adult Nursing

内田 倫子^{*1}・土屋八千代^{*1}・赤星 成子^{*1}・山田美由紀^{*1}・緒方 昭子^{*1}・奥 祥子^{*1}

Rinko Uchida^{*1}・Yachiyo Tsuchiya^{*1}・Nariko Akahoshi^{*1}
Miyuki Yamada^{*1}・Shoko Ogata^{*1}・Shoko Oku^{*1}

キーワード：OSCE（客観的臨床能力試験）、看護実践能力、教育評価、慢性期
OSCE (Objective Structured Clinical Examination),
practical nursing competence, education evaluation, chronicity

I. はじめに

医療機関では医療の高度化と技術の進展に伴い、在院日数の短縮や患者の高齢化などと相まって、高密度で総合的な看護が求められており、看護基礎教育における技術教育の重要性は増している¹⁾。一方、看護基礎教育の状況は臨地実習時間の減少、患者の人権への倫理的配慮や医療安全確保のため看護技術実習の範囲や機会が限定され、実習での体験が減少してきている²⁾。このことは、平成15年の「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」¹⁾においても指摘され、看護の基礎技術が確実に修得できるように教育内容、方法を充実させる方針が打ち出され、看護実践能力育成のため臨地実習における学生の到達レベルの適正評価が必要であることが提言された。

近年、医学教育を中心とした専門職育成において、知識・技能・態度・適正に優れた人材育成を目指して客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination；以下、OSCE）が導入されてきている^{3)~7)}。OSCEは精神運動領域及び情意領域の学習効果を評価するのに適しており、臨床技能の到達度を客観的に評価するために開発された評価方法である。現在全国的に普及が進展している様子であり、先行研究ではOSCEを導入するため技術内容の判定基準や、

試験を実施するための内容の絞り込みとその有効性等が報告されている^{3)~7)}。

本学科は大学附属病院を併設しており、高度な医療・技術に対応できる資質の高い看護専門職の育成をめざしている。臨床看護学を教授する当講座の援助技術教育においても、対象者の状況やニーズを総合的に配慮できる実践能力の高い看護専門職としての技術修得をめざした教育を展開し、看護実践能力育成に効果的な臨地実習教育システムの構築を検討中である。第1回生から臨地実習での展開を視野に入れた授業展開²⁾⁸⁾を試行しており、中でも技術試験をOSCEとして位置づけ臨地実習前に導入し、毎年評価⁹⁾を重ねながら実施している。

今回は、当講座が試みているOSCEについて成人看護学分野での評価を行い、その教育効果と課題を明らかにすることを目的とした。

II. 当講座OSCEの経緯

当講座OSCEは、設定した対象の状況を判断して複合的な課題技術をロールプレイで体験させることで、対象理解と提供する技術の根拠の確認を行わせ、その作業を通して、臨地実習での学びを統合できることをねらいとしている。成人看護学の臨地実習は、急性期・慢性期の各3単位（135

※1 宮崎大学医学部看護学科 成人・老年看護学講座
School of Nursing Faculty of Medicine University of Miyazaki

時間)を大学附属病院で実施し、OSCEは実習前週に実施している。第1回生は、臨床実習での実施頻度の高い技術として、『血圧測定』、『タッピング・ドレナージ』を選定・実施した。全領域実習終了後に学生の同意を得て実施したアンケート(36人分;回収率64.3%)から、『血圧測定』はどの領域実習でも役立つ技術であることや、『タッピング・ドレナージ』は受持ち対象や病棟の状況にあわずに実施することがなかった等の意見を得た。それらを基に、第2回生以降は、臨床実習での実施頻度や技術の知識・手順に加えて、対象理解、実践上の安全性考慮、対人技術の施行におけるコミュニケーション技術はもとより、対象の状況からニーズを総合的に配慮した上で技術提供できること、観察と諸現象との統合的思考が育成されること等を期待した。そのため、15分程度の所要時間を目安とした以下の技術内容で、準備から後片づけまでを一連の技術として修得できるようにした。

・慢性期実習状況設定:「冠動脈造影検査2時間後(ベッド上安静・持続輸液中)の成人期患者の、尿取りこぼしによる汚染寝衣と横シーツの交換」とした。これは前述した報告書¹⁾の安全管理と清潔・衣生活技術を主軸にして、環境調整、活動・休息、創傷管理、与薬、症状・生態機能管理、感染予防、安楽確保、人間関係形成の方法などの技術分類項目が包含される。

・急性期実習状況設定:「胃切除術後1日目(胃管・硬膜外チューブ留置、持続輸液中)の成人期患者の、創部浸出液による汚染したガーゼ・腹帯・寝衣の交換」で、感染予防(特に無菌操作)と安全管理を主軸にして、慢性期と同様の技術分類項目が包含される。

Ⅲ. 方法

1. 対象者:平成17年10月~平成18年7月の間に、成人看護学臨地実習を実施したA大学看護学生56名。

2. 内容:技術項目は予告し、実習室を開放して学生の主体的な練習を奨励した。本試験は原則として臨地実習前週に実施。特に安全確保が不足し

危険行為がある不合格者は、実習開始までに安全確認を行い、再試験は合格基準に到達するまで実施した。評価法については、教員間の評価の差異が生じないように項目内容・点数配分等については検討会とマニュアルを作成し共通理解をした。今回は分析を終了した慢性期のみを対象とした。評価項目と基準、OSCEの具体的展開は以下の通りである。

1) 評価項目;交換前の準備~片づけ・報告までの合計40項目について、「できる(2点)~「できない(0点)」の3段階評価とした。

2) 合格基準と再試験条件;第1.2回生のOSCEと臨地実習の評価を踏まえて、実習での経験が対象特性のアセスメント能力に左右されること、臨地における看護技術は何よりも対象の安全性が優先されることを考慮して項目の重み付けを行った。更に実習の進行と共に実習場において要求される技術レベルを考慮して実習クールにおける重みづけを導入した。評価点数は、1~4クールは48点(60%)以上、5~6クールは56点(70%)以上、7~8クールは60点(75%)以上を合格とした。評価は点数のみでなく患部の安静不保持や転落に繋がるような場合は危険行為として不合格、時間内に終了できなかった場合も不合格とした。

3) 具体的展開方法:学生は2人1組となり、患者役と看護師役を分担する。実施後に自己評価→患者役評価→教員評価を行う。その後、教員評価のチェック表に学生の自己評価と感想欄を設け自由記載してもらい当日中に教員へ提出する。

3. データ分析方法:評価項目を単純集計し、「平均値+1標準偏差」以上の点数を修得の高い技術項目、「平均値-1標準偏差」以下の点数を修得の低い技術項目と見なした。学生の自己評価と感想は、ラベルとなる短文を抽出後、意味の類似性に従ってカテゴリー化した。信頼性・妥当性の確保のために、主に研究者3名が分類・整理したものを研究者全員で合意が得られるまで検討した。

4. 倫理的配慮:全ての評価が終了し卒業した対象者に、文書にて研究の趣旨と意義、評価点数・

内容は統計的処理により個人は特定されないこと、データは本研究の目的以外は使用しないこと等を記し、H19年8月に郵送又は直接手渡し、署名による同意を得た。

IV. 結果

同意の得られた48名（有効回収率は85.7%）を

解析対象とした。

1. 得点評価（表1）；本試験での合格者28名（58.3%）、不合格20名であり、不合格者は実習の全時期に存在した。その内訳は、点数不足15名（75.0%）、時間切れ3名（15.0%）、危険行為2名（10.0%）であり、全員が再試験は1回で合格していた。本試験の平均値は56.60（±9.79）点で、

表1 成人看護学慢性期分野の技術評価項目の得点

評価項目	全体	合格者	不合格者		
	本試験 n=48	本試験 n=28	本試験 n=20	再試験 n=20	
1 目的・方法説明（了承を得る）	1.38±0.57	1.32±0.48	1.45±0.69	1.55±0.51	
2 物品準備・環境調整	必要物品準備	1.83±0.38	1.93±0.26	1.70±0.47	1.85±0.37
	室温・プライバシー・周囲環境	1.65±0.67	1.68±0.61	1.60±0.75	1.65±0.67
3 患者状態観察	バイタルサイン測定	0.77±0.69	1.04±0.64	0.40±0.60	1.85±0.37
	患者全身状態観察	0.65±0.56	0.86±0.45	0.35±0.59	1.05±0.60
	重要観察部位の観察	0.96±0.65	1.29±0.46	0.50±0.61	1.45±0.51
4 保温・プライバシー配慮のための掛物	1.81±0.45	1.82±0.48	1.80±0.41	2.00±0	
5 シーツ交換手順：準備	1.83±0.43	1.75±0.52	1.95±0.22	1.95±0.22	
6 寝衣交換手順：袖を脱がせる	寝衣を脱がせる準備	1.83±0.48	1.93±0.26	1.70±0.66	1.90±0.45
	袖を脱がせる	1.90±0.37	1.86±0.45	1.95±0.22	1.85±0.49
7 寝衣・シーツ交換手順：側臥位へ	安全配慮し側臥位へ	1.52±0.50	1.57±0.50	1.45±0.51	1.60±0.60
	安楽配慮	1.19±0.61	1.11±0.69	1.30±0.47	1.75±0.55
	寝衣・シーツ交換手順：汚染分の敷き込み・除去	1.85±0.41	1.79±0.50	1.95±0.22	2.00±0
8 清拭（半身）	1.56±0.80	1.68±0.67	1.40±0.94	1.90±0.31	
9 寝衣交換手順：袖を着せる	1.65±0.67	1.75±0.59	1.50±0.76	1.65±0.59	
10 寝衣交換手順：襟位置を確認して寝衣を広げる	1.85±0.36	1.86±0.36	1.85±0.37	1.65±0.67	
11 寝衣・シーツ交換手順：交換分の敷き込み	寝衣：交換分の中央位置確認、汚染分との混合注意	1.54±0.62	1.75±0.44	1.25±0.72	1.65±0.49
	シーツ：中央位置確認・考慮	1.79±0.41	1.82±0.39	1.75±0.44	1.85±0.37
12 寝衣・シーツ交換手順：反対側臥位へ	安全・安楽配慮し側臥位へ	1.52±0.50	1.54±0.51	1.50±0.51	1.45±0.51
	残りの半身清拭	1.60±0.71	1.68±0.61	1.50±0.83	1.60±0.50
	交換分の取り出し	1.77±0.47	1.79±0.42	1.75±0.55	1.75±0.44
13 寝衣・シーツ交換手順：安全配慮し仰臥位へ	1.60±0.68	1.71±0.53	1.45±0.83	1.30±0.80	
14 寝衣交換手順：寝衣を脱がせる	輸液に注意し、袖を脱がせる	1.35±0.70	1.50±0.64	1.15±0.75	1.50±0.61
	汚染分（不潔）の取り扱い	1.77±0.59	1.96±0.19	1.50±0.83	1.75±0.55
15 寝衣交換手順：寝衣を着せる	輸液注意し、袖に輸液を通す	1.52±0.55	1.50±0.58	1.55±0.51	1.45±0.69
	袖を着せる	1.79±0.41	1.82±0.39	1.75±0.44	1.75±0.44
16 寝衣・シーツ交換手順：しわを伸ばす	協力を得る	1.35±0.76	1.39±0.74	1.30±0.80	1.85±0.49
	不具合確認	1.56±0.68	1.79±0.42	1.25±0.85	1.65±0.67
17 寝衣交換手順：整え、帯を結ぶ	1.81±0.49	1.93±0.26	1.65±0.67	1.90±0.31	
18 シーツ交換手順：しわを伸ばし、ベッドメイキング	1.69±0.62	1.82±0.48	1.50±0.76	1.90±0.31	
19 掛物を整え、ねぎらいの言葉かけ	1.52±0.68	1.61±0.57	1.40±0.82	1.65±0.67	
20 患者状態観察	バイタルサイン測定	0.75±0.67	0.93±0.47	0.50±0.83	1.80±0.62
	患者全身状態観察	0.58±0.54	0.86±0.45	0.20±0.41	1.10±0.64
	重要観察部位観察	0.88±0.70	1.32±0.48	0.25±0.44	1.40±0.60
	輸液確認	0.98±0.86	1.46±0.64	0.30±0.66	1.40±0.75
21 片づけ	寝衣片づけ	0.88±0.94	1.39±0.88	0.15±0.37	0.95±0.94
	環境調整	1.04±0.97	1.43±0.88	0.50±0.83	1.55±0.76
22 全体を通して	説明・声かけ	1.23±0.83	1.64±0.56	0.65±0.81	1.70±0.47
	褥瘡好発部位皮膚状態観察	1.02±0.93	1.39±0.83	0.50±0.83	1.45±0.83
	報告	0.79±0.87	1.25±0.84	0.15±0.37	1.40±0.75
総計	56.60±9.79	62.50±4.86	48.30±8.94	65.40±4.74	
平均	1.41±0.40	1.56±0.30	1.21±0.59	1.64±0.25	

※全体を通して ■ は「修得の高い技術項目」、□ は「修得の低い技術項目」

実習の進行に伴い高くなっていた。合格者のみは62.50 (±4.86) 点, 不合格者のみは48.30 (±8.94) 点で, 再試験では65.40 (±4.74) 点であった。

得点の高い項目は〈必要物品準備〉, 〈袖を脱がせる〉, 〈汚染分の敷き込み・除去〉, 〈襟位置を確認して寝衣を広げる〉, 〈整え, 帯を結ぶ〉などの8項目であり, 低い項目は交換前と後の〈患者状態観察〉, 〈寝衣片づけ〉, 〈報告〉などの9項目であった。合格者・不合格者の得点傾向は類似して

いたが, 特に不合格者は〈患者の状態観察〉や〈環境調整〉, 〈褥瘡好発部位皮膚状態観察〉が低かった。また, 不合格者の平均点が約半分以下となっている項目もある一方で, 〈目的・方法説明〉, 〈安全配慮〉, 〈輸液に注意し, 袖に輸液を通す〉は合格者より高かった。再試験では〈患者状態観察〉や〈全体を通して〉の項目を始めとした21項目で合格者の点数を上回っていた。

2. 自由記載による自己評価 (表2); 本試験で

表2 成人看護学慢性期分野の技術評価における学生の自己評価・感想

本試験 n=48 (ラベル総数 167)					再試験 n=20 (ラベル総数 61)				
順位	カテゴリー (9)	ラベル数	サブカテゴリー (30)	ラベル数	順位	カテゴリー (10)	ラベル数	サブカテゴリー (27)	ラベル数
1	患者状態観察不足	32	検査後観察の不足	14	1	習得できたこと	21	患者状態観察	6
			一般状態観察の不足	9				根拠を踏まえた援助	3
			交換後の循環動態の観察の不足	4				時間内での援助	3
			行為ごとの観察の不足	3				スムーズな手順	3
			造影剤の副作用の観察の不足	2				安全を考えた援助	2
2	安全への配慮不足	26	点滴ルートへの不注意	14	2	説明不足	7	患者への配慮 (片づけ・環境整備)	2
			患側下肢の屈曲	8				患者設定を意識した援助	1
			転倒・転落の危険 (側臥位時のベッド柵)	4				行為ごとの説明	1
3	安楽への援助不足	22	患者への負担: 無駄な動き・やり直し	8	2	安全への配慮不足	7	行為ごとの説明	3
			側臥位時の不安定な体位	7				根拠の説明	3
			安楽の保持; 安楽枕の使用の仕方	5				安心感を与える説明	1
4	技術の練習不足	20	交換の不手際 (しわ, 手順の誤り)	2	4	根拠に基づく観察不足	6	輸液ルートへの注意	3
			時間内に終わらない	10				患部の安静の保持	3
			拭き忘れ, 拭き残し	6				言葉使い	1
5	根拠に基づく観察不足	18	交換手順がイメージできない	4	5	安楽への援助不足	5	根拠をもった患者観察	5
			一般状態観察の根拠が不十分	16				対象特性の把握	1
			検査に伴う観察項目の根拠がわからない	11				不安定な体位: 安楽枕	3
6	血圧測定技術の習得不足	17	根拠を踏まえない援助	1	7	事前学習・練習不足	4	長時間の同一体位: 側臥位	2
			マンシエットの巻き方	9				行為ごとの観察が必要	2
			上腕動脈の位置	4				対象特性を踏まえた援助	2
			測りっ放し	2				予測をもった観察	1
7	説明と声かけ不足	13	測り直し	1	8	再試験の意義	3	検査についての知識不足	2
			聴診器の扱い方	1				技術練習不足	1
			患者説明: 安心し納得できる説明	7				観察項目の理解不足	1
8	患者への配慮不足	12	行為ごとの声かけ	6	9	学習への意欲	2	再試験の意義	3
			プライバシー	6				学習への意欲	2
			身の回りの整理	3				緊張感: 思うようにできなかった	1
9	患者に合わせた援助不足	7	片づけ	3	10	緊張感	1	緊張感: 思うようにできなかった	1
			対象特性を踏まえない援助	5					
			手順に気がとられた	2					

※下線ありは, 患者役の体験からの学び・気づきも加えられた評価

は総数167のラベルから、9カテゴリーが抽出され、[検査後観察の不足]、[一般状態観察の不足]、[交換後の循環動態観察の不足]等の《患者状態観察不足》が最多で、順に《安全への配慮不足》、《安楽への援助不足》であり、指摘された不足点を中心に評価がなされていた。また、教員や患者役の学生による他者評価や患者役の体験によって《説明不足》や《観察不足》、《配慮不足》などに気づかされ、患者の立場に立った安全・安楽への配慮や援助に繋がったことが記載されていた。再試験は総数61のラベルから10カテゴリーが抽出された。[患者状態観察]・[根拠を踏まえた援助]・[時間内での援助]・[スムーズな手順]等の《習得できたこと》が最多で、他《説明不足》や《安全への配慮不足》を始めとした具体的不足点と、《再試験の意義》や《学習への意欲》等も記載されており、指摘された不足点に加えて習得できたことや学びが評価されていた。

V. 考察

本試験で約6割は合格したが、OSCEで目的とした主技術である安全管理に関しては、危険行為があった者は2名であり、技術の〈患者状態観察〉が低かったことは、設定した項目が専門的な検査に伴う看護が要求されたためと考える。清潔・衣生活に関する技術は平均的に高かったが、輸液をしている側（患側）の袖を脱がせることは平均値以下であった。寝衣交換は基礎的看護技術であるが、患側設定の場合は専門的な技術が要求されるためと考える。また、不合格者の9割は点数不足と時間切れであった。今回の対象学生には時間制限と実習時期による点数の重みづけを導入したことで、実習の全期間を通して点数不足者がでたと考えられる。学生の修得が高い技術項目は、〈必要物品準備〉や寝衣・シーツ交換の手順等、練習を重ねることによって上達する項目であり、反対に低いのはアセスメント能力や知識を最も必要とする〈患者状態観察〉、〈報告〉であった。清水ら¹⁰⁾は、技術習得の困難な部分は患者への説明、観察、声かけ、体位の工夫など患者を人間として捉えた配慮が引き起こす行動である、と述べている。看護基

礎教育の充実に関する検討会の中間的なとりまとめ¹¹⁾の中にも、強化すべき教育内容についてコミュニケーション技術とフィジカルアセスメントがあげられている。患者の状況を的確に観察し、アセスメントできる能力を培うことができれば、患者が安心して納得できる説明や、行為ごとの声かけもできると考えられるため、この部分を強化するためにどのような状況設定が妥当であるか、また実施時間と体験させるべき技術項目については検討を要する。

今回本試験において、不合格者が合格者よりも点数が高い項目があったことから、学生によっては得手不得手があることがわかる。不合格者は設定状況に直ちに対応できずに戸惑った結果、不合格となってしまったことも考えられる。それは、再試験を受けることによって不合格者が高い水準にまで到達できた項目が多いことや、平均値が本試験の合格者よりも高くなったことが示している。これらのことから技術習得は、場への適応、状況を反芻しながら技術を行うこと等、反復練習によって学習効果があがることが明らかとなった。

自由記載による自己評価では、本試験では主に患者状態観察や安全配慮等の不足点が記載されていた。再試験では観察のポイントと根拠について学習が必要であること、状態をアセスメントしながら技術を提供することなど、学習への意欲等がみられた。また更に学んだことや習得できたこと、不足点等が具体的内容で評価にできており、学習が深まったことが示唆される。

看護技術教育における技術修得過程について薄井ら¹²⁾は、「知る段階」、「身につける段階」、「使う段階」があるとし、看護基礎教育の中で繰り返し練習し身につけなければ、その人に応用して「使う段階」にまでは至らないとして、思考しながら提供する技術を反復練習で習得することの重要性を説いている。今回の結果、学生は患者状態をアセスメントしながら根拠に基づいた援助を提供することの気づきや必要性を記載できていたことから、知る段階～身につける段階には至ったこと、及び使う段階は類似の状況設定での同じ技術項目の実施の範疇内での到達であることが推測さ

れる。これは当講座が目標とするレベル（状況をアセスメントする能力を身につけ「使う段階」までの技術修得）の第一歩と考える。それぞれの状況を迅速・的確にアセスメントするにはもっと時間をかけての反復練習と臨地実習での体験を通しての統合作業が必要であろう。土岐ら¹³⁾はアセスメント能力を身につけるには、さまざまな体験を基に患者の問題やケアについて多様な角度から自分自身で考えていく主体的な学習姿勢が重要で学習法が大きく関与することを報告している。技術の習熟モデルを提唱しているベナー¹⁴⁾が、経験は単に時間の経過や長さを指しているのではなく、演繹的な知識（概念や理論）を現実の多くの実践状況を通して洗練させていくことであると述べている。これらのことを踏まえて、設定状況を反芻しながら複合的な技術を反復練習（経験）させることの意味を教員自身が理解しながら、学生の主体性への支援ができることが重要となる。

一般的なOSCEでは、複数のブース毎に10分程度の時間内に問題解決能力や態度・技能の評価を評価者・学生双方から行うこと、即ち自己評価と他者評価を行うことが、臨床能力の評価法として有用であるとされている。梶田¹⁵⁾は自分自身が的確に自己評価する力を身につけるために、客観的な情報のフィードバックが必要であると述べている。自己評価の記載から、他者評価から自分では気づけなかった部分への気づきが学びになったことや、自身が患者役を担うことで、より対象の立場に立った思考展開が深まっている。学生は相互に看護師役と患者役を体験することによって、看護者としての一方的な学びだけでなく、技術を提供される側の思いを体験できている。これらのフィードバックの有用性を高めるには、評価者としての教員の質の向上は不可欠となる。つまり、教員は学生のわかることとわからないこと、及びできることとできないことを、学生自身が明確に出来るように関わることである。

今回の分析より、看護実践能力を育成する方法としてOSCEの学習効果は高いことが明らかとなった。今回設定した状況と技術項目は、成人看護学臨地実習が大学病院という特殊性から検討すると

妥当であったと考える。臨地実習では検査や治療上安静などの制限を必要としたり、持続輸液中であったりする患者を受け持つことが多く、持続輸液中で安静制限のある患者の寝衣・シーツ交換の援助は、清潔保持などの日常生活援助場面で体験する機会が多く、OSCEの設定状況との整合性があつた。今後も、実習上での実施頻度や受け持ち患者状況を考慮しながらより効果的な模擬患者の設定や技術の精選を検討していく。但し、状況を生み出す根拠となる検査や治療に関しては検討を要すること、組み合わせる技術項目や制限時間については急性期（外科系）実習と併せて検討していくこと、実習進行による合格基準点の妥当性や各項目の重みづけについても検討していきたい。

VI. おわりに

看護学生が医療の場で援助に参加するためには、事前に一定水準の臨床能力を習得していることが要求される。そのためには臨床能力を適正に評価していくことが必要とされる。今回のOSCEの評価から、学生の苦手とする技術の確認ができ、臨地実習での留意点が明瞭になったこと、学生の自己評価記述から、評価のフィードバックによる教育効果及び患者役での対象理解と援助を受ける立場での技術評価ができたことなどの教育効果が確認できた。今後は、臨地実習中・後の技術修得状況や臨地実習評価と併せて評価することで、教育システムとしての構築を検討していきたい。

今回、学生の協力を得て技術教育上の課題が明確になり、今後の方向性が示唆されたことに関して学生に感謝したい。

文献

- 1) 厚生労働省：看護基礎教育における技術－看護基礎教育における技術教育の現状と課題－，2003
- 2) 土屋八千代，内田倫子，古家明子：成人・老年看護学における看護技術教育－第1期生の実践・評価を踏まえて－看護展望，30(7)，94-99，2005
- 3) 宮本学，出口寛文，北浦泰，他：一般化可能

- 性理論を用いた客観的臨床能力試験における評価の信頼性の検討, 大阪医大誌, 65(3), 18-23, 2006
- 4) 井誠一, 佐藤成, 國島広之, 他: 医学科生の臨地実習開始前教育および客観的臨床能力試験における感染対策技能教育に関する考察, 環境汚染, 22(1), 52-55, 2007
- 5) 森田正治, 清水和代, 宮崎至恵, 他: 理学療法教育におけるOSCEの試み, PTジャーナル, 40(3), 233-240, 2006
- 6) 吉川奈緒美, 皆田良子: 看護技術教育へのOSCE導入(第3報) - OSCEで実施する技術内容の判断基準の検討 -, 日本看護学会論文集 - 看護教育 -, 41-43, 2003
- 7) 宮菌真美, 村瀬恭子, 本田久美, 他: 臨床判断能力向上をめざした実習前看護技術演習の取り組み, 九州厚生年金看護専門学校紀要, 4, 63-76, 2003
- 8) 土屋八千代: 臨地実習での展開を視野に入れた看護過程の指導方法, 看護人材教育, 3(4), 118-124, 2006
- 9) 土屋八千代, 及川朋実, 内田倫子, 他: 老年看護学実習前技術チェックの評価, 第37回日本看護学会抄録集 - 看護総合 -, 256, 2006
- 10) 清水裕子, 野中静, 大学和子: 基礎看護技術演習に関する研究, 聖母女子短期大学紀要, 15, 39-51, 2002
- 11) 厚生労働省: 「看護基礎教育の充実に関する検討会」の中間的なとりまとめ, 2006
- 12) 薄井坦子: Module方式による看護方法実習書(改訂版), 10, 現代社, 1996
- 13) 土岐初恵, 大島弓子, 高嶋敬子, 他: 臨床経験による看護婦のアセスメント能力の変化 - 卒業直後と4年目の縦断調査から - 日本看護学教育学会誌, 8(1), 1-14, 1998
- 14) パトリシア ベナー, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子: ベナー看護論, 25, 医学書院, 1999
- 15) 梶田叡一: 自己教育への教育(新書), 明治図書, 1985

女性看護中間管理職の人的資源管理に関する意識

Perceptions in nursing human resources management by Female middle manager

兵頭 慶子^{※1}

Keiko Hyodo^{※1}

キーワード：看護における人材管理，中間管理職，中堅の育成
nursing human resources management, middle manager, proficient education

I. はじめに

人的資源の管理には，人材の確保，育成，活用の3側面がある。この3側面に現在の看護の発達，そして看護職個々のキャリア，ライフイベントに対する価値を反映し，看護という仕事に動機づけをする仕組みや創造的に看護の質を高める方略を検討し，人的資源を有効に機能させ，看護専門職の自己実現をはかることは重要である。

しかし，看護職は大半を女性が占める職能集団である。日本の女性労働人口が結婚，出産育児による退職のためにM字構造をとっていることはよく知られている。労働人口が下がるこの時期は，看護職として働き続けるにしても，子育てのために休職する，あるいは一端退職し再就職するにしても，中堅として重責を担う時期である。医療費の破綻などにより医療改革が推進され，患者側の権利意識が高まるなか，委員会活動や後輩の育成，業務改善など看護ケア以外の役割，そして妻，母，女性役割を果たしながらこの時期を乗り越えなければならない。この過剰な負担を乗り越えて中間管理職として活躍する者は，この時期の同僚のマンネリ化した腑甲斐なさを，人材活用・育成のうえで大きな課題と感じている。牛田¹⁾は年数を重ねてもキャリア中期にあるのであり，「臨床実践力が伴わなければ中堅にはなれない」と中堅とは異なる存在としている。このように認定看護管理者の育成や大学院での看護管理に関する教育・研

究が始まりおよそ10年になり，中堅の育成・活用だけでなく，新人教育など日本における人的資源管理に関する実態，考え方，理論，スキルが数多く提言され始めている。

このような時期に新たに中間管理職に就こうとする看護師たちが，女性が多く占める看護職の人的資源管理において何を問題視しどう解決しようとしているのか，その意識を探り，日本文化のなかでよりよい看護が提供されるためにどのような人的資源管理が必要なのかを検討したい。

II. 研究方法

1. 対象および倫理的配慮：認定看護管理セカンドレベル「人的資源活用論」受講者のうち，調査の趣旨と回答については個人が特定されないようデータ化することを説明し了承が得られた24名。
2. データの収集方法：研修終了およそ2か月後に，採用したい看護職，採用法，人材育成の課題・方針・対策について自由に記述して貰い，郵送にて回収した。また，人材育成の課題・方針・解決策については，論点が広がらないよう，およそ2000字程度と指定した。
3. 分析方法：記述を意味のある一文に分け，データとした。その後探索型内容分析を行い，帰納的に類型化し，カテゴリ内容を導き出した。

※1 宮崎大学医学部看護学科 小児・母性(助産専攻)看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

Ⅲ. 結果

1. 属性

対象者の背景は、全員女性で、看護部長1名、看護師長およびそれに準ずる者15名、主任および副師長8名であった。

2. 人的資源の確保について

1) 採用したい看護職

看護に必要な人材をイメージするために「もし、採用に関わるとしたら、どんな人を雇いたいか」を問うた。【人と看護が好きの人】【向上心のある人】【素直、バランス感覚がある人】【したい看護

表1 人的資源管理における課題

カテゴリー項目	主な具体的内容
1. 新人のメンタルヘルスの課題	<ul style="list-style-type: none"> • そういう事例があると、病棟のスタッフ全体にかなりのエネルギーが必要とされ病棟の結束力が崩れる。万が一退職に至ればそれぞれが自分を責め傷つく。看護の質の改善や将来を見越したスタッフの育成にまで行き着かない。
2. キャリアのアンバランス	<ul style="list-style-type: none"> • 新人、若手が多い構成上の問題がある。 • 3年目までの看護師が半数。
3. ラダーの形骸化	<ul style="list-style-type: none"> • ラダーがあっても年功序列になっている。
4. 中間管理者の育成不足	<ul style="list-style-type: none"> • 後輩から指摘されないよう（看護）業務を優先して主任役割を果たせていない。
5. 中堅看護職の役割遂行能力育成不足	<ul style="list-style-type: none"> • 中堅ナースが育っていない、役割が果たせていない、教育が必要と言われる。 • 個々の患者に合った看護過程を展開するという基本的な看護の本分を、中堅看護師でも十分できていない現状がある。
6. 中堅看護職の自己啓発の弱さ	<ul style="list-style-type: none"> • 呼吸器認定看護師やプリセプターをすることで「とりあえず満足している」 • ずっと寝ているわけではなく、時に目覚めよい仕事をする「うたた寝症候群」
7. 新人の伸び悩み	<ul style="list-style-type: none"> • 看護大卒はリアリティショックと闘いながら精神的にはぎりぎりの状態で... 高等学校専攻科卒は知識不足でついて行けず... 粘り強く指導してきたリーダーはかなり疲弊している。
8. 目標管理における目標設定のむずかしさ	<ul style="list-style-type: none"> • (ある状況を) マネジメントし、熟練した専門知識と判断力、調整力、問題発見力や行動力などが要求される。どんな場面でどのような行動をとることなのかということ意識し、熟考し、自覚する必要があるが目標表現は難しい。 • 自分の課題の困難度を小手術、中手術、大手術といった難易度を基準にして手術を選択できる。 • 技術は「できるようになった」「上手くいった」とか「この部分が足りなかった」といった明確な自己評価ができるため、自分の不足する技能や知識がわかりやすい。それらの正確さ、迅速さ、丁寧さといったレベルを加えたりすることで、より具体的な目標や方法を設定できる。しかも、チームメンバーである医師や看護師からのまなざしや言葉、態度による他者評価が日常的に行われる。共通の体験を通して、緊張感や無事終えたという安堵感、喜びも共有できる。 • 貢献しているという実感などにより、有能感を獲得し、専門的技術へのコミットメントを高くもち、自立性を養っていける。
9. 目標管理におけるフィードバックの不適切さ、コーチングスキルの不足	<ul style="list-style-type: none"> • いつどの行為を評価しているのか曖昧な表現となっている。 • 後を追いかける形で、個人で院外研修に参加したり、目標管理やコーチングについて書かれている本を読んで指導することとなった。 • 面接中に達成できない、辞めたいと訴えられる。
10. 臨床能力の高いジェネラリスト不足	<ul style="list-style-type: none"> • ジェネラリストを育成する教育体制が整備できていない。
11. 新人育成の負担	<ul style="list-style-type: none"> • 働く環境がストレスフルになっていることに加え、個々のコミュニケーションやストレス耐性の低下が原因としてあるのではないかと感じる。 • 採用のあり方を工夫する。
12. 途中採用、配置転換後の支援不足	<ul style="list-style-type: none"> • 途中採用、配置転換後の支援（プレッシャーにより退職）、特に昇格と配置転換が同時のときにストレスで辞めるひが多い。
13. 契約職員の日替わり業務への不満	<ul style="list-style-type: none"> • 指導期間が1か月を過ぎたとき、業務を拡大。自信がないと拒否反応がみられた。
14. リスクマネジメント力不足	<ul style="list-style-type: none"> • 医師は委員会に参加しないが、レポートは数日以内、コメディカルは1,2週以内に、看護はチェック、修正等が加わるため2,3週後に提出。
15. 経年的教育主導	<ul style="list-style-type: none"> • 何も考えなくても（研修に）参加していれば次のレベルに進める。
16. 教育機会の不均衡	<ul style="list-style-type: none"> • 研修参加率に個人差ある。 • 教育成果の活用が不足。

表2 人的資源管理に対する解決策

カテゴリー項目	主な具体的内容
1. 教育プログラムの見直し	<ul style="list-style-type: none"> ● 求められる臨床能力や自己の成長の段階レベルといった基準を示すキャリアパスのような体系的・計画的な教育プログラムの作成が必要。 ● 育成目標の明確化と（プリセプターだけでなく）みんなで育てる環境を作る。 ● 新人のときから「キャリア」に関する教育をする。 ● クリニカルラダーに基づく継続教育目標およびプログラムを構築する。介護士にも教育が必要である。途中採用者であるため個人のレベル差が大きい。自分のレベルにあった研修を受講できるシステムを作る。 ● 新人，途中採用，配置転換後の支援（プレッシャーにより退職），特に昇格と配置転換が同時のときに支援プログラムを提供する。
2. 配置転換された看護師対策	<ul style="list-style-type: none"> ● プリセプターを決め，その上にチームリーダーを配置する。
3. 目標管理による支援	<ul style="list-style-type: none"> ● 管理の立場から目標を明示し，スタッフ目標に繋げる。 ● 組織目標と個人目標を一致させ，1年後の具体的目標と一緒に考える。 ● チーム目標，所属委員会目標，接遇，事故防止，自己啓発のなかから2～3の目標を挙げ，達成するよう指導する。 ● 面接時にどのような能力を，どれだけ，いつまでに，どのように向上させるのか明確な組織の期待する目標を伝え，本人の目標とすり合わせる。 ● ライフサイクルに合わせたキャリアアップができるよう関わりたい。 ● スタッフは自分自身が行ったこと，学習したことを，面接者は日々の気づき，承認できる内容を記録する。 ● ラブメモを残し，中間評価で使用する。 ● 師長会で目標管理についての説明・提案・意思統一をする。 ● 自分は今どの段階にいて何を目指す必要があるのかを認識できるようにする。 ● グループに分かれ，リーダー会を発足させ，チームで目標達成する。 ● その人の強みを見つけ，それをキャリア開発にリンクさせる目標立案をする。 ● BSCを有効活用する。 ● 聴く・承認・質問のスキルを磨く。 ● 5年後の自己描写，キャリアアンカーをもつ
4. 看護を語る会の開催	<ul style="list-style-type: none"> ● カンファレンスの時間に看護について3分間スピーチする。
5. クリニカルラダーの有効活用	<ul style="list-style-type: none"> ● 自己評価としてラダーを有効に活用する。 ● ポートフォリオを活用し評価情報を増やす。 ● 直接的連結とまで行かなくとも認定書，報酬を提供する。
6. クリニカルラダーの見直し	<ul style="list-style-type: none"> ● ラダーに合わせ技術チェックリストを見直す。 ● レベル毎の評価基準を師長会に提案し，委員会を発足し起動に乗せる。 ● 看護白書における「ジェネラリスト」など全国共通のラダーを活用する。
7. 日常の気遣い	<ul style="list-style-type: none"> ● 一日一回褒め，ねぎらう。 ● 雰囲気をやわらかく楽しいものにしていく。
8. 面接やコーチングのスキルの強化	<ul style="list-style-type: none"> ● 自己効力感を高め，内発的動機付けをする。 ● アサーションやカウセリングのスキル，交流分析（承認のストローク）を活用する。 ● フィードバックの時期をのがさない。
9. ストレス管理の方法提供	<ul style="list-style-type: none"> ● 啓蒙を繰り返し行うことにより，メンタルヘルス面の問題が起こる可能性があることを皆が理解し，各自が自分を知りストレスをマネジメントする風土を作る。 ● 心の病気も身体の病気と同じような感覚で対応できる環境を作る。 ● 精神科医やリエンナーズによるサポートシステムを作る。
10. 明確な役割付与	<ul style="list-style-type: none"> ● …… の作成を課題として与え，成功体験を与える。 ● 役割を与え，見守り，必要な時に助言し，支援する。 ● NST，記録委員，プリセプターアソシエイトなど役割を付与し，支援者とともに役割遂行を促す。
11. 小集団活動の展開	<ul style="list-style-type: none"> ● 小集団で患者ケアに直接活かせるような課題解決を図る。 ● 病棟内で学習グループを作り，いずれかに所属するようにする。行き詰まりを感じているスタッフにリーダー役割を付与し，潜在的な能力に気づいてもらう。 ● おかれている立場が似ていることから悩みも共通していることが多い。（小集団で）課題に取り組むうえで個々の経験を生かし成功体験を共有でき，新しい問題点を見つけ活動できることを期待したい。 ● 課題に対して二人ひと組で検討する。
12. 有用な配置交代・人事交流	<ul style="list-style-type: none"> ● 先を見越したキャリア開発の視点で配置交代を行う。 ● 教員との人事交流，看護職養成施設に出向など活用する。
13. 人事考課基準の公表	<ul style="list-style-type: none"> ● 公費の研修，出張，昇給・昇格の基準の成文化をする。
14. 外発的動機付けの実施	<ul style="list-style-type: none"> ● 3年に一回院内で業績発表をする。 ● 研修会の参加率等を公表し，ポイント制にするなどナレッジマネジメントをする。
15. 専門領域の育成	<ul style="list-style-type: none"> ● リスクマネージャー，認定看護師など専門領域を育成する。
16. モラル分析の実施	<ul style="list-style-type: none"> ● モラル分析を計画している。
17. リスク予防のための研修	<ul style="list-style-type: none"> ● シミュレーション等研修を実施し，その効果を評価していく。
18. 地域施設との研修の共有	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域で協力連携して教育機会をもつ。
19. 研修成果の共有	<ul style="list-style-type: none"> ● 参加できない人，休職中の人にも情報提供をする。
20. 育成スタッフの強化	<ul style="list-style-type: none"> ● 教育委員の資格基準を明確にする。

がわかっている人】【責任、やる気がある人】【ボランティアやスポーツとか強みがある人】【感性が豊かな人】【目力がある人】など人柄が挙げられた。具体的な看護の能力は挙げっていない。

2) 採用法

また、そのような人をどのように見つけるかについては、【一般常識を問う】【推薦文内申から読み取る】【個人面接をする】、テーマに対する【小論文の記述】、テーマを決めて話し合うという【集団面接をする】、ある状況を提示し【グループワークをして貰う】、2～7日くらいの期間【一緒に仕事をする】【セルフサービスで会食する】が挙げられた。

3. 人的資源管理の課題

表1のように16の課題が抽出された。【新人のメンタルヘルスの課題】【キャリアのアンバランス】の人材確保の2課題、【ラダーの形骸化】の人材活用の1課題、人材育成の13課題と、人材育成に関する項目が多く抽出された。

4. 支援方針の意思表示

看護職への育成支援の方向性を意思表示して貰った結果は以下のような4つであった。ひとつは、「一人ひとりが組織目標の達成を図り、キャリアを自ら磨き、育て、主体的に開発できるようにする」「組織パフォーマンスを高める」など【組織目標の達成と個のキャリア開発の促進】であった。二つめに、「モチベーションを維持し、高めて、毎日の仕事を通じて有能感や自立性を養っていきけるよう支援する」「組織の中で主体的に問題をみつけ解決する喜びを感じ、自分を伸ばすことができ、職務満足度をあげ、患者サービスを向上させる」など【モチベーション、有能感、自立性の育成】であった。三つめに、「少子化の時代に、看護への高い志を持ち看護師を選んだ人たちを大切にするために環境を整える」「大切にされていると感じ、辞めないで続けられるように、いい人材が育ち、役割を十分果たせるようにする」など、【大切にされているという感覚の提供】で、四つめに、「関わりを大切にし、ずっとここで働きたいとい

う病棟にする」「当看護部のブランドは何か、魅力を感じ、働き続けられるシステムを作る」など、【ずっとともに働くという職場風土作り】であった。

5. 人的資源管理上の課題に対する解決策

課題に対して、表2のように【目標管理による支援】【クリニカルラダーの有効活用】【見直し】など20の解決のためのカテゴリが抽出された。

IV. 考 察

1. 職場に必要な人材のイメージとその確保方法

よい看護を提供するためには、よい人材を集め、育て、うまく活用する必要がある。採用の時点でその素養があることは必須である。結果のように人柄を重視し、知識や看護への考え方を観るだけではなく、仕事、グループ作業、会食など行動様式から人間関係の様相をも客観的に把握しようとする試みを挙げている。【一緒に仕事をする】としながら、欧米のように具体的な看護の能力を求めている。人柄や看護への姿勢を変えることは難しく、よい看護をするための具体的な実践力は、就業後にも育てられると考えていることが伺える。新人の採用は配属先を決めずジェネラルな看護職に育て、その後それぞれが希望するキャリアに向かえばよいと考えていることが伺える。

2. 人的資源管理の課題とその解決策

課題に対して多岐にわたる実現可能な解決のためのカテゴリが抽出された。

1) 新人の育成について

新人教育については、井部ら²⁾による大規模な実態調査(1998)から新人やプリセプターの置かれている状況、管理職の新人に対する認識、教育の実態などが管理職に理解され、新たな対策も多く提案され改善されてきている。しかし、今も【メンタルな課題】【伸び悩み】が問題視されている。

そのため、採用時に精神的な健康を見抜く必要を感じ、また、ストレスをかけないよう【日常の気遣い】【コーチングのスキルの強化】【ストレス

管理の方法を提供】し育てることを考えている。

2) 中堅の育成について

【中堅の育成】が課題とされている。俗に「寝たきり看護師」と表されるが今回、ずっと寝ているわけではなくときには目覚めよい仕事をすると「うたた寝症候群」と命名している。臨床実践力が伴わず中堅になりきれないキャリア中期にある者と見做している。佐藤ら³⁾は「36～40歳の臨床実践力が低い」と、子育てや介護など女性の人生にとって過重な時期の充電期間と解釈している。

一方、管理職側の問題も伺える。人材活用の課題のひとつに臨床的【ラダーの形骸化】が挙げられている。「ラダーがあっても年功序列になっている」とラダーと昇格や昇給に結びついていないとしている。それぞれの看護部がどのようなラダーを採用しているのかは明確ではないが、多くはベナーの枠組みが使われていると思われる。であれば、キャリア中期にある看護職の「光る臨床実践のナラティブ」に触れているはずである。看護現象において熟練した経験知により即時に判断し、行動している看護の物語に触れ、どのような看護がその領域で優れた看護実践なのか言語化されているはずである。また、理論や概念の理解は進み、具体的な解決策が挙げられているが、この中期にある同僚の看護実践をよくみておらず、即時的な看護判断に基づくよい看護に気づいていないのではないだろうか。これらの即時的な看護が言語化されることによって、その部署、領域の育成の方向性や目標が把握できるはずである。しかし、目標管理において【目標設定のむずかしさ】を課題としている。目標として言語化するまでに結びついていないことが伺える。そして、どちらかというと【面接やコーチングスキル不足】【フィードバックの不適切さ】とスキルの問題と捉えている。

採用したい看護職も、欧米のように具体的な看護の能力をあげていない。具体的に何ができればよいのかを意識されていない。唯一、対策に挙げられている【専門領域の育成】と、専門・認定看護師として制度化されていることは具体的に認識されている。

しかし、キャリア開発にリンクさせる目標の立

案を始め、【目標管理による支援】が未だ、十分軌道に乗っていないことが伺えるが、【クリカルラダーの有効活用】と合わせ、各自が自分の行く道が見えることによって、高等教育機関や職能団体、学会や民間研修における教育をうまく活用することによって人材育成・活用が発展する可能性が伺える。

3. 支援の方向性

まず、【組織目標の達成と個のキャリア開発】と、組織と個人との両者を視野に、【モチベーション、有能感、自立性の育成】【大切にされているという感覚の提供】【ずっとともに働くという職場風土作り】と、日本的な「和」、PM理論という維持機能、表出的役割を重んじようとしている。従って採用したい人材に、【人柄】【看護への姿勢】を求めていることと繋がる。足を引っ張るのではなく、日本的な「和」のなかでよい方向にEmpowerできることが期待できる。

V. おわりに

今回は筆者単独の分析であり、質的な検討をするに必須である、多角的な検討を十分にしていないという限界がある。しかし、大きく2点が見出せた。キャリア中期にある看護職の状況を理解し、よいところを見出し、目標管理を適切に行い、自己効力感を上げ、参加したくなる教育プログラムの再開やコーチングスキルなどにより支援していく、また、メンタルヘルス、ストレス管理への対応をするの2点である。協力者に感謝しフィードバックをし、教材として活用していきたい。

引用文献

- 1) 牛田貴子：「キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度ver.3」を教育プログラムとして活用するための手引き，看護管理，17(6)；p497，2007.
- 2) 井部俊子，飯田裕子，今井恵，他：看護教育における卒後臨床研修のあり方に関する研究，新人教育の実態，厚生科学研究報告書，1999.
- 3) 上野貴子，内藤理英，佐藤紀子他：経験3年

目以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴
(第2報) 一年齢階級別にみた臨床実践能力の
比較一, 日本看護管理学会誌, 5(2); p67,2002.

参考文献

- 1) 年齢階級別女子労働力人口比率, 労働力調査
年報, 総務省統計局統計センター.
- 2) 特集: キャリアとアイデンティティ, INR,
21(2), 日本看護協会出版, 1999.
- 3) 鈴木敏江: 目標管理はポートフォリオで成功
する, メヂカルフレンド社, 2007.
- 4) 牛田貴子: 「キャリア中期看護師の臨床実践
力測定尺度ver3」を教育プログラムとして活用
するための手引き, 看護管理, 17(6); 496-499,
2007.
- 5) 上野貴子, 内藤理英, 佐藤紀子他: 経験3年
目以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴
(第2報) 一年齢階級別にみた臨床実践能力
の比較一, 日本看護管理学会誌, 5(2); 64-70,
2002.

2007年JICA地域別研修
「中東地域女性の健康支援を含む母子保健方策」
 —宮崎大学医学部看護学科とJICAとで開始した研修コースについて—

**2007 JICA Area Focused Training in Women's Health
and Child Health Support for the Middle East Countries**
 —Newly Established Training Course between
**Japan International Cooperation Agency (JICA) and School of Nursing,
 Faculty of Medicine, University of Miyazaki—**

永瀬つや子^{*1}

Tsuyako Nagase^{*1}

I. はじめに

宮崎大学医学部看護学科は、2007年から3年間の予定で独立行政法人国際協力機構（Japan International Cooperation Agency : JICA）の地域別研修「中東地域女性の健康支援を含む母子保健方策」を実施することになりました。本年度は6月26日～7月25日の期間に中東地域からヨルダンから助産師1名、シリアから産婦人科医1名、アフガニスタンから産婦人科医2名、合計4名の研修員を受け入れました。看護学科としては、初めて地域別研修を企画・運営することになり戸惑いも多かったですが、国際連携センターを始め生殖発達医学講座産婦人科学分野、社会医学講座英語分野等のご協力の上、第1回目の研修を終了することができました。今回、看護学科で研修を開始するに至った経過と研修の実際について報告いたします。

II. 研修員受け入れプログラム要請の経緯

2006年4月上旬、宮崎大学「国際連携推進会議」において「本学の特色を出せるよう、保健医療分野での外国人研修員受入プログラムの立ち上げについて検討願いたい」との要望があがりました。そして宮崎大学国際連携センター 国際協力部門

保健医療としてJICAに提出する外国人研修員受入プログラムの立ち上げについて検討し、研修員受入プログラムの原案を立案して欲しいとの要請がありました。その要請を受け、2006年4月下旬に地域連携・国際交流委員長で、生殖発達医学講座産婦人科学 池ノ上教授、同講座で国際連携センター国際協力部門 保健医療協力教員 鮫島准教授、同じく協力教員で小児・母性（助産専攻）看護学講座 永瀬、国際連携センター国際協力担当 甲斐係長による会議が開催され、研修員受け入れプログラムにむけての準備が始まりました。宮崎大学医学部看護学科としては、2006年5月の学科教員会議で看護学科として正式に外国人研修員受入プログラムを立ち上げることへの承認を受け、プログラム作成が開始となりました。

III. 研修員受け入れプログラムのコース設立の背景

開発途上国では貧困、栄養不良、安全な水や衛生施設へのアクセスが悪いことによる感染症の多発、また保健医療システムの不備にて医療施設や保健医療関係の人材不足やリファラルシステムが機能しないなどの問題が重なり乳幼児死亡率や妊産婦死亡率が高い現状があります。また、女性は地位

^{*1} 宮崎大学医学部看護学科 小児・母性（助産専攻）看護学講座
 School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

が低く、教育や保健医療サービスを受ける機会が男性より乏しいです。女性への暴力や安全な避妊法を選択できないために望まない妊娠も多く、虐げられた生活を送らざるえない状況にあります。2000年9月、国連において、ミレニアム開発目標が発表されました。8つのミレニアム開発目標のうち2つは母子保健に関わる目標であり、乳幼児死亡率の低下と妊産婦健康状態の改善が掲げられています。また開発途上国では女性の地位が低く、教育や医療機関への受診の機会の制限、女性への暴力等の多くの問題があります。ミレニアム開発目標の中にもジェンダー平等推進と女性の地位向上が掲げられており、女性が自律的に健康管理できるためのサポートが大切となっています。しかし、今まで日本で実施されている研修コースでは女性の健康支援に焦点をあてたものが少ないです。そこで看護学科として、小児・母性（助産専攻）看護学講座と地域・精神看護学講座が中心となり

開発途上国における母子保健環境を改善するため、女性が自律的に自らの健康管理に参加し、地域の社会資源を活用しながら女性の健康および子どもや家族の健康を改善できる体制やサービスづくりの基礎を理解することを目的とする1ヶ月間の研修コース、「女性の健康支援を含んだ母子保健方策」プログラム案を作成しました。2006年5月下旬に研修コース案を国際連携センターを通してJICA九州に提出しました。

IV. 研修コース開始までの過程

宮崎大学から提出されたプログラム案をもとにJICA在外事務所に研修コースに対してのニーズについて照会が始まりました。7月にJICA九州の協力のもとで研修内容について再度検討を行い、外務省に研修コースの申請を行いました。

12月上旬、JICA九州から中東地域を対象とした研修コースとしてほぼ採択可能との連絡があり、

表1 JICA地域別研修コースの研修概要

コースタイトル (和文)	「中東地域女性の健康支援を含む母子保健方策」
コースタイトル (英文)	"Women's Health and Maternal and Child Health Support for the Middle East Countries"
協力年限	平成19年度から21年度までの3年間
割当対象国	アフガニスタン、ヨルダン、シリア、イラクの4カ国
本邦受入期間	来日から帰国日まで
技術研修期間	宮崎大学での研修初日から最終日まで (6/26-7/25)
定員	5名
参加資格要件	(1) 所定の手続きに基づき相手国政府によって推薦された者 (2) 看護師、助産師、保健師またはヘルスワーカーの資格を持ち、当該分野において5年以上の経験を有する者。 (3) 25歳以上45歳以下の者。 (4) 心身ともに健康な者。 (5) 軍に属していない者。
研修目標	(1) 日本で実施している母子保健や女性の健康支援のためのサービスの仕組みや政策について理解する。 (2) 母子保健を支える地域住人や利用可能な専門家の活動について理解を深める。 (3) 女性を暴力から守ったり自律的に自らの健康管理に参加するためのサービスやサポートを学び、自国でできる体制づくりを考えることができる。
宿泊施設	リバーサイド宮崎 (ウィークリーマンション) 〒880-0805 宮崎市城ヶ崎3丁目3-1 (日豊本線南宮崎駅 城ヶ崎 バスで10分 徒歩5分) TEL 0985-50-9696・FAX 0985-52-6245 http://www.riverside-miyazaki.com/
研修実施体制	本研修コースは、宮崎大学医学部看護学科が中心となり、関係機関等の協力のもとに計画、実施する。
導入プログラム	初年度は、ジェネラル・オリエンテーション（日本の政治・文化・教育・経済など基礎情報についての講義）が実施できないため、マルチメディア教材の活用を検討する。後日、郵送の予定。マルチメディア教材は、コーススケジュールに現段階では加えず、時間を見つけて適宜自習してもらうスタイルでも可能と考える。

決定に向けての準備としてJICA九州担当者の岡田職員が宮崎大学に来訪しました。国際連携センターと看護学科側担当者と共に研修目的や内容、対象者、時期、その他研修実施にあたってのJICAと宮崎大学の役割等について検討を行いました。

2007年2月上旬に研修コース採択が決定いたしました。再度JICA九州担当者が宮崎大学を訪れ、研修実施に向けての具体的内容と準備についての打ち合わせを行い、表1 JICA地域別研修コー

スの研修概要のように決定いたしました。

看護学科ではJICAとの話し合い後からJICA九州と協力して、GI (General Information : 募集要領) の作成、宮崎県福祉保健部、宮崎市健康福祉課、日本助産師会宮崎支部、宮崎県看護協会を始めとした研修協力機関へ協力依頼を行いながら、研修実施にむけての連絡調整を行い、準備を進めていきました(表2 研修項目・内容と担当機関および施設参照)。

表2 研修項目・内容と担当機関および施設

研修項目	内容	担当機関および施設
周産期医療システム	宮崎大学を中心とした周産期医療体制 <ul style="list-style-type: none"> リファラルシステム (他の産科施設との連携と緊急搬送システムを含む) 人材育成(周産期スタッフ研修等) 周産期医療の実際 (NICU見学, 妊婦健診, ハイリスク妊娠の管理等) 	<ul style="list-style-type: none"> 生殖発達医学講座産婦人科学分野 宮崎大学医学部附属病院産婦人科病棟・外来, 周産母子センター
母子保健行政の現状	日本の母子保健対策 <ul style="list-style-type: none"> 母子保健事業の歴史 母子健康手帳 愛育班や母子保健推進員の活動 	<ul style="list-style-type: none"> 地域・精神看護学講座 小児・母性(助産専攻)看護学講座
地域における母子保健活動(1)	<ul style="list-style-type: none"> 地域母子保健対策 乳幼児健診 すこやか親子21 	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎県健康増進課 宮崎市健康増進課
地域における母子保健活動(2)	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民の育児サポートや育児サークル 地域の専門家(助産師等)の活動(助産所見学を含む) 乳幼児保育による女性の保育支援や乳幼児の健康支援 	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎県中央保健所, “ひよこの会” 清武町子育て支援センター 日本助産師会宮崎支部 “か母ちゃっ子くらぶ” 上田助産院 池田助産院 つばみの寮(乳児院) くすの木保育園
母子保健・女性の健康支援をサポートする人材育成	<ul style="list-style-type: none"> 看護基礎教育 看護継続教育 	<ul style="list-style-type: none"> 基礎看護学講座 成人・老年看護学講座 宮崎大学医学部附属病院看護部 宮崎県看護協会
女性の健康支援	<ul style="list-style-type: none"> 家族計画(避妊) 女性専用外来 健康診断(乳癌や子宮癌を含む) 性感染症 思春期～更年期までの健康支援 	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎県健康増進課 県立宮崎病院女性専用外来 宮崎市健康増進課 外科学講座泌尿器科学分野 宮崎県立看護大学
女性や子どもへの暴力	<ul style="list-style-type: none"> 女性への虐待 乳幼児虐待 児童虐待 	<ul style="list-style-type: none"> 地域・精神看護学講座 NPO法人ハートスペースM 宮崎県立看護大学
思春期教育	性教育 <ul style="list-style-type: none"> ピアカウンセリング 大学生による高校生へのピアエデュケーション 助産師による中学生対象への性教育 	<ul style="list-style-type: none"> 熊本大学 宮崎大学医学部看護学科ピアカウンセリング担当学生 県立都農高等学校 宮崎市立木花中学校 “か母ちゃっ子くらぶ”
Jobreportおよびファイナルレポート作成および発表	<ul style="list-style-type: none"> 自国での母子保健システムと活動 研修で学んだことの知識のまとめ アクションプラン作成 	<ul style="list-style-type: none"> 社会医学講座英語分野 宮崎大学医学部看護学科 English for Nursing Purpose(ENP)学生 宮崎大学

3月下旬に中東研修対象地域への募集が開始し、5月下旬に初年度参加の4名の参加者が決定、6月26日から研修開始となりました。

V. 研修コースの実際

1. 研修参加者

研修は3カ国4名の研修員の参加がありました。内訳はヨルダンから保健省家族計画課の母子保健監督官である助産師1名、シリアから保健センター所長である産婦人科医1名、アフガニスタンから保健省リプロダクティブヘルス部家族計画管理官

である産婦人科医と産婦人科病棟勤務の産婦人科医2名でした。女性の健康支援も含めていることから研修員全員女性でした。研修員への通訳も兼ねて、財団法人日本国際協力センター (Japan International Cooperation Center : JICE) から派遣された許研修監理員の同行がありました。

2. 研修の内容

研修員は6月25日に宮崎に到着、6月26日から表3 研修スケジュール通りに研修を実施しました。研修は、講義、演習、見学から構成されてい

表3 研修スケジュール

月/日		午前 (9:00-12:00)	午後1(13:00-15:00)	午後2(15:00-17:00)	形式
6/21	木	来日			
6/22-24		JICA九州 ブリーフィング			
6/25	月	JICA九州をチェックアウト	移動 (北九州→宮崎)		
6/26	火	1 表敬訪問 (宮崎大学医学部)	表敬訪問 (宮崎大学学長, 副学長, 県庁国際政策課, 福祉保健部)	16:00～ウエルカムパーティー	訪問
6/27	水	2 Job Report発表 意見交換 (ENP学生参加)	研修に対する期待や目的	地域母子保健行政	報告・講義
6/28	木	3 宮崎県の母子保健 (県健康増進課)	母子保健活動	母性看護学実習室見学	講義
6/29	金	4 ピア教育とピアカウンセリング (熊本大学)			講義・演習
6/30	土	5 大学生による大学生を対象としたピアカウンセリング	研修員と学生の意見交換		演習・見学
7/1	日	休日			
7/2	月	振り替え休日			
7/3	火	6 周産期医療システム (生殖発達医学講座産婦人科学分野)			講義・見学
7/4	水	7 周産期医療システム (生殖発達医学講座産婦人科学分野)			講義・見学
7/5	木	8 日本助産師会・“か母ちゃっくらぶ”の活動	宮崎市立木花中2年生対象の性教育思春期教育		講義・見学
7/6	金	9 パパママ教室 (宮崎市)	性感染症と母子感染 (外科学講座泌尿器科学分野)	ENP学生との交流 (社会医学講座英語分野)	講義・見学
7/7	土	休日			
7/8	日	大学病院外来ホールにて七夕のお茶会			
7/9	月	10 日本の看護教育	日本の看護継続教育	宮崎大学附属病院見学	講義・見学
7/10	火	11 児童虐待 (県立看護大学)	開業助産師と助産所の役割	くすの木保育園	講義・見学
7/11	水	12 上田助産院 開業助産師の活動	上田助産院での地域の子育て支援と意見交換		見学・討論
7/12	木	13 県立都農高等学校への移動	県立都農高等学校3年生対象のピアエデュケーション		見学・討論
7/13	金	14 宮崎県中央保健所, “ひよこの会”	県立宮崎病院女性専用外来		講義・見学
7/14	土	休日			
7/15	日	休日			
7/16	月	15 海の日	宮崎の出産・育児文化と歴史 (日南地域)		見学
7/17	火	15 日南 池田助産院 開業助産師の活動			見学・討論
7/18	水	16 ぴんくりボン活動 (乳がん予防) (県健康増進課)	3歳児健康診査見学 (宮崎市)		講義・見学
7/19	木	17 つぼみの寮 (乳児院) の活動	子育て支援グループ活動 (清武町)	女性の生涯を通しての健康 (県立看護大学)	講義・見学
7/20	金	18 Domestic Violence (DV)	NPO法人 ハートスペースMによるDVサポートの現状		講義
7/21	土	休日			
7/22	日	休日			
7/23	月	19 宮崎県看護協会	いきいき女性セミナー (宮崎市)		講義・見学
7/24	火	20 研修のまとめ			討論
7/25	水	21 ファイナルレポート発表会	評価会, 閉講式,	farewell party	発表・討論



写真1 ディスカッションしながらの講義



写真3 閉講式



写真2 ピアカウンセリングの参加と見学

ました。日本の母子保健システムや周産期医療システム、虐待等の基本的知識は講義、ピアカウンセリング等研修員も参加できる内容は演習形式でした。講義は研修員の国の状況を確認しながら対話式方式を活用しました。また、助産所の活動や学校での性教育・思春期教育、地域の健康教育プログラム、健診事業、保育所や乳児院、病院の活動現場を訪問し、日本で実施されている様々な女性支援活動や母子保健事業を見学しました。

研修員は、日本の母子保健政策や周産期医療システムの状況に関心を示し、質問や意見交換を行いながら積極的に参加していました。特にピアカウンセリングと助産所の活動においては、素晴らしい手法や働きかけに研修員の国々でも活用したいとの希望がありました。また、中学生や高校生を対象とした性教育・思春期教育に関しては、自国での性教育実施にむけてのアイデアを得ていました。保育所の訪問では子ども達との交流を行い、乳児院やダウン症親の会“ひよこの会”の活

動現場では、スタッフや親達の素晴らしい活動に涙流す場面もありました。女性の健康支援のための健康教育プログラムのエクササイズに参加し、自分達の健康増進にも効果があると、担当者にエクササイズの方法を尋ねたりし、すべてのプログラムに関して高い関心を示していました。

最終日には、研修で学んだ内容とそこから考えたアクションプランを含めたファイナルレポートの発表会があり、この研修で学んだことを自国で活かすための計画が伺えました。

3. 研修に対する評価

研修の評価は、ファイナルレポートによる発表、評価会の他に毎日のプログラム項目に対して大学で作成した評価表で、①研修目的に適していたか。②自国で活用できそうな内容であったか。③自分にとって有益な内容であったか。④資料や内容は、わかりやすかったか。⑤時間は適切であったか。という5項目について最低点を1点、最高点を5点とし5段階で評価しました。研修内容に関しては、②自国で活用できそうな内容であったか。については平均が3.4点と低かったが、それ以外は4点以上の評点を得ることができていました。特にピアカウンセリング、助産師及び助産所活動、周産期医療システム、女性の健康支援活動では②以外の項目は4.5点以上であり、研修員にとって満足した内容であったといえます。

反面、多くのことを学んで欲しいとのことで研修内容が盛りだくさんになり、時間的ゆとりがあまりないプログラムになってしまっていました。

研修員から、講義は午前中とし、訪問や見学は午後にして欲しいとの要望があがっていました。また全員がイスラム教徒で、食に対してのタブーがあり、外食では食べれないものが多い等の生活面での問題もありました。生活面の困難さに直面し、研修に集中できない場面もあったとの意見あり、1ヶ月という長期研修であることを考え、研修員の生活や健康面を考慮したプログラムつくりの必要性を実感いたしました。

4. 今後の研修に関する希望

研修員から、日本の母子保健指標が改善していった歴史的背景、男女平等に向けての活動、手術室やIUD挿入等の手術や処置時の感染予防活動や院内感染予防のための方法、具体的な分娩時のケアや処置の見学などがあげられました。またイスラムの国々では小学生までは男女が同じ教室で学びますが、中学生以上は別々の教室で勉強します。そこで男女対象の性教育のロールモデルとして、小学生対象の性教育の見学の希望がありました。自国で活用できる性教育教材の作成についても付け加えて欲しいとの意見があり、研修プログラムの改善に役に立つ情報を得ることができました。

VI. おわりに

手探り状態で始めた研修コースでありましたが、国際連携センターを始めとした、大学教職員の皆様のご協力で無事第1回目の研修を終えることが出来ました。初めての研修受入であったため、研修員の体調を配慮せず、ハードな研修となってしまうまいりました。しかし、研修員4名の方はとても熱心で、どの研修項目に関しても積極的に質問し自分から参加し、多くのことを学んで帰っていかれました。また、第1回の研修で準備期間もあまりなかったのですが、宮崎県福祉保健部や宮崎市健康増進課を始めとした多くの機関や施設が忙しい中研修にご協力してくださいました。すべての協力機関や施設が、研修員の方々に学んでもらうように資料作成や見学等について配慮していただいたおかげで有意義な研修となりました。

看護学科としてもこの研修を通して、改めて宮崎で行われている母子保健や女性の健康支援にかかわる活動のすばらしさに触れることができました。これを機会に益々地域との連携を深められればと思いました。

最後に、この研修を実施するにあたってご協力いただいたすべての機関、施設の皆様に感謝するとともに、研修の企画・運営にご尽力いただいたJICA九州およびJICEのスタッフの皆様にお礼申し上げます。

編集後記

宮崎大学医学部看護学科は、看護学科として開設されてから7年目、大学が法人化され4年目を迎えました。今年度の一番大きな出来事として、外部評価を11月に受け、看護学科としての教育や活動についての成果や役割について問われたことでした。また、JICAの地域別研修が開始し、海外協力活動が始まりました。がんプロフェッショナル養成プランが動きはじめ、新たにがん専門看護師（CNS）課程設置に向けての活動が始動しました。少子化が加速する現代で魅力ある大学や学科として特色がある教育や活動を行わないと生き残れない時代となっています。それに伴い、教員も教育、研究、地域貢献を行い、その成果を世間にアピールしていく必要があります。

本誌が、教員の方々や大学、学科の特色や成果を発信できる場の一つとして、利用されることを願っています。
(永瀬)

研究誌委員

委員長 白石裕子
安藤一博
永瀬つや子

南九州看護研究誌 第6巻 第1号

平成20年3月1日発行

発行所 宮崎大学医学部看護学科
〒889-1692 宮崎郡清武町大字木原5200番地

印刷所 (株)印刷センタークロダ
〒880-0022 宮崎市大橋2丁目175番地

The South Kyusyu Journal of Nursing

Vol. 6, No. 1, 2008

[Articles]

- Analysis of factors affected by acceptance Nobuko Kaseda 1
of people with HIV/AIDS
at visiting nurse service stations
Hitomi Maeda
- The Relation Between Prevention of Medical Accidents Yachiyo Tsuchiya 11
and Daily Safety care, Worke's situation
in Psychiatric Hospital
Miyuki Yamada
Rinko Uchida

[Brief Reports]

- A Reviews of Midwifery Education Rieko Kojima 23
in Undergraduate Nursing Education
Keiko Hyodo
Kiyoko Mizuhata
Tsuyako Nagase
- A Review related to development Kazuhiro Ando 29
of Satisfaction Instrument for Psychiatric Patients
Tazuko Murakata
Yuko Shiraishi
- Evaluation of the Exercise to Raise Motive Yuriko Ohkawa 39
of the Nursing Practice
Hitomi Maeda
—Just Before Basic Nursing Practice II—
Miyuki Yamada
Nobuko Kaseda
Miyuki Nagatomo
Emiko Sakashita
Noriko Tsuda
- Support Concerning Resignation Prevention Miyuki Yamada 47
by Newly Licensed Nurses
Hitomi Maeda
—Analysis of The Worry on third
and The Difficulty 6th month—
Noriko Tsuda
Hideko Kushima

[Data]

- On trial of Objective Structured Clinical Examination Rinko Uchida 55
in Adult Nursing
Yachiyo Tsuchiya
Nariko Akahoshi
Miyuki Yamada
Shoko Ogata
Shoko Oku
- Perceptions in nursing human resources management Keiko Hyodo 63
by Female middle manager

[Reports]

- 2007 JICA Area Focused Training in Women's Health Tsuyako Nagase 69
and Child Health Support for the Middle East Countries
—Newly Established Training Course between
Japan International Cooperation Agency (JICA)
and School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki—