

聖マリア学院大学紀要

BULLETIN OF
ST.MARY'S COLLEGE

目 次

I. 特別寄稿

質的データとして「手記(体験記)」の検討	星 直子 …………… 3
----------------------	--------------

II. 寄稿

地域ケアシステム構築のためのアブダクション的討議展開	小路ますみ …………… 11
性暴力被害者への司法看護ケアにおける技術能力向上のための教育に関する研究	竹元 仁美 …………… 15
不妊に向き合う女性への看護 — 「女性の思いに寄り添う看護」の実現にむけて —	桃井 雅子 …………… 23
日本の看護を伝える方策	小川 正子 …………… 29

III. 報告

母親における育児不安と育児主訴及び保健福祉サービスの利用との関連	西地 令子 他 …………… 35
国内暴動時の女性に対する暴力 ケニア選挙後暴動時の状況、予防策構築に向けての取り組み、第一報	秦野 環 他 …………… 43

IV. 資料

本学における平成23年度のフィジカルアセスメント演習・OSCEの試み	濱野 香苗 他 …………… 51
看護系大学卒業生に求められる看護実践能力と4年制大学看護教育の課題	鷺尾 昌一 他 …………… 57
ティーチング・ポートフォリオ・ワークショップにおけるアウトカム評価 — 継続的教育改善へ向けて —	竹元 仁美 他 …………… 63
家族へのインタビューがもたらす看護学生の死生観の深まり — がん告知希望の有無を通して —	木下みゆき 他 …………… 73

V. 解説

看護研究を英語論文にするためのストラテジー	鷺尾 昌一 他 …………… 79
-----------------------	------------------

投稿規定	…………… 84
聖マリア学院大学紀要 vol.4 2012年度 査読審査者	…………… 87
編集後記	…………… 88

【特別寄稿】

質的データとして「手記(体験記)」の検討

星 直子

帝京大学 医療技術学部看護学科

<キーワード>

質的データ、手記(体験記)、闘病記、研究ノート

要約

質的データというと看護学領域の研究ではインタビューが圧倒的であるが、個人が綴った「手記(体験記)」は、質的データとしてもっと活用されるべきであると考えている。本稿は研究ノートとして、Grounded Theoryの原点ともいえるべきグレーザーとストラウスの『データ対話型理論の発見』[B.G. グレイザー・A.L. ストラウス, 後藤隆、大出春江、水野節夫, 1996]と、水野の『事例分析への挑戦』[水野節夫, 2000]をもとに、インタビュー以外のデータ(ここでは手記を中心に)の意義と困難さについて整理した。次にいわゆる「闘病記」の広がりを見渡し、医療情報提供という縛りから脱却し、質的データとしてその意義と困難さを踏まえた上で、「手記(体験記)」という表現に筆者がこだわる理由について説明した。

I. はじめに

筆者は質的データを扱った研究および研究方法の周辺を課題としている。質的データというと看護学領域の研究ではインタビューが圧倒的であるが、個人が綴った手記(あるいは体験記。以下手記とする)は重要なものであり、質的データとして、もっと活用されるべきであると考えている。筆者が手記を使った研究を始めた頃は、「手記」がデータとして活用できることに行きついたものの、十分な論考もせず質的データとして使った¹⁾。その後も質的データとしての手記について意義を検討しなくてはならないと考えたまま今日に至っている。

昨今では、手記という表現よりも、「闘病記」という用いられ方が一般化し、検索ワードとしてもヒットするようになってきた。このような傾向はある意味望ましいが、筆者はあえて「手記」

という表現にこだわっている。後で説明するが、闘病記について情報提供している「健康情報棚プロジェクト」のメンバーが知人であるために、この会の活動として企画されるシンポジウムや研究会に誘われ、参加したり情報を入手することも多い。しかしこのような折、いつも説明できない違和感とその理由について保留状態であった。

本稿では、以上の2点から、まず筆者が手記に至った事情と、質的データとしての手記の意味を考える。次にいわゆる「闘病記」の広がりを見渡す。最後に、なぜ筆者は違和感を感じるのかについて探してみたい。

II. 手記に至った事情

筆者が病気・障害を抱えた子どもの親夫婦の研究を始めた頃、入院したり、外来治療に通院する

子どもたちの親にインタビューをしていた。当時は筆者もインタビューでデータを得ることしか考えていなかった。初めは、主治医や病棟師長などから紹介していただき、協力の了解をいただけた方にインタビューをしていた。当初は順調に進む予定であったが、長期に通院や入院をしている子どもは同じであり、病院で働いている医師や看護師もほとんど変化がなく、インタビューの協力者が頭打ちになってきた。また夫婦の一方である夫、つまり子どもの父親たちの多くが、自分たちは話をするほどのことは何もしていないという理由^{脚注1)}で、インタビューに協力していただけなかった。そこであらためて打開策を見つけるべく、模索せざるを得ない状況となった。同時期データ分析についてご指導いただいていた先生の本²⁾が出版されたことをきっかけに、一気に気持ち手がチャレンジへと傾いたのである。以下Grounded Theoryの原点ともいべきグレーザーとストラウスの『データ対話型理論の発見』³⁾、水野の『事例分析への挑戦』⁴⁾を中心に、インタビュー以外のデータ、ことに手記に関するものについて整理してみたい。

グレーザーとストラウスは、研究資料をフィールドワークから得られた資料と文書資料との2つに分けた。さらに文書資料を社会科学の文献と、社会学者以外の人々によって作り出された文書資料——手紙、伝記、自伝、回顧録、言行録、小説、ノンフィクションの形式をとった数多くの記録——に分け、「理論産生のために値打ちを秘めていて、フィールドワーク同様、文書資料の利用にも熟達し、巧みである必要がある。(略)ただしその探求はわれわれ自身の目的を見すえたものでなければならない。」³⁾と述べている。あわせてフィールドワークと図書館での作業^{脚注2)}は、1) 鍵となる現場を選択し、そこに身を置き、知恵と工夫によって方向づけられなければならないこと、2) 調査にとって重要なある論点について、誰と話し、誰の言うことを聴き、誰に質問し、誰を観察すべきかを見抜くこと、3) あるできごとに参加したり、それを観察したりした様々な人が、後になって言うことを、チェックすることが類似していると述べている。さらに戦略として、4) 関連する出来事の連鎖を追求する、5) あるできごとに誰が「関わって」いて、誰が関わっていないか、誰が知っていて、誰が知らないかをはっきりさせる、6) 人々がたえず使っていると気づいたキーワードの意味を「追跡して突きとめる」などをあげている³⁾。ここでグレーザーらが述べているのは、文書資料の利用がフィールドワークと類似してお

り、研究目的を見すえた利用の熟達によって、同様な成果が得られることを強調しようとしているものと考えられる。研究においてどのようなデータを用いるかは、研究結果を左右するほど重要な決定であるため、慎重に行うべきであることはいうまでもない。

彼らは図書館の作業で得られる図書館資料の利点と限界について以下のように述べている³⁾。まず入手可能性をめぐって、現存していない人にも話を聞くことができる、空間的な条件・距離の隔たりを克服できる、調査の協力の受け入れという手続きに縛られない、さらに調査終了後にデータ不足に気づいた時、再度確認できるなどをあげている。また仕事を抱えている研究者の場合、スケジュール調整がしやすいなどについてもあげ、労力、経費、迅速さの点から利点を述べている。さらに彼らの研究方法の特徴でもある比較分析^{脚注3)}の作業における、膨大な比較分析集団も提供してくれること、資料が時系列的に得られやすいことなども付け加えている。一方限界についても述べている。図書館といえどもすべての資料を完全に保管しているわけではない。また資料は図書館の事情もからんで生成消滅するものであり、欠落や細部の緻密さに問題がある場合も予測される。さらに図書館資料は「書き手の産み出す情報である」ということを特徴としており、「意図的に誤った誘導を行う可能性」があること、「全く不可解な解釈」でも資料として存在することがある。調査者が直接フィールドワークによって得られるものではないので、調査者の要求するものとは異なり、詳細かつ連続的ではないかもしれないことも指摘している。フィールドワークは「まるで突然の様に進展することがある」こと、調査者は「自分自身が得た感触に加え、過去の観察をも、直接的に用いる」ことがあることなど、フィールドワークにおける調査者の経験や感受性にかかわるものは、活用できないことなど、彼らのフィールドワーカーとしての体験をもとにしたと考えられる説明も加えている。彼らは以上のような利点と限界を述べた上で、「比較分析」がこれらを補うことはもちろん、「理想的にすぐれたデータの源泉はどれかではなく、特定の研究において単独、あるいは組み合わせで用いる時に、どのデータ源泉が最良のものとなる可能性があるかに関する、現実的な評価の必要性」に注目すべきであるとし、あわせてこれを見極められる研究者の力量を問うている。

グレーザーらの説明³⁾とは別に、水野⁴⁾は「公刊されている有限素材」という表現を用い、素材

と分析解釈の2点から意義を説明している。まず素材そのものに由来するものとして、素材はかなりの程度までその量が増え、素材の増減に由来する分析・解釈の変更の可能性が生じることを指摘している。一方分析・解釈視角の多様性から、焦点となる素材に即して開かれた形で相互検討を可能にすることができるという点を指摘している⁴⁾。質的研究においてどれくらいデータを集めればよいかという課題は、よく論議されるものの一つである。比較分析は新しい素材が加えられるたびに、新しい解釈が追加される余地を持ち、必然的に常に変更や拡大（あるいは縮小）、いつ終わたらよいかという点についての不確かさを抱え込むことになる。公刊されているものは、ほとんどがあるまとまりをもって有限であるという特徴によって、便宜上の到達点に至ることができる。またデータ分析については、主観的であるとか調査者のご都合主義であるという批判を受けることが多い。倫理的判断も絡んで、インタビューなどのデータは公開されていないことが一般的である。一方、水野⁴⁾のいう「公刊されている有限素材」は、誰もがアクセス可能であり、データの確からしさや分析に関する討議を可能にすることによって、批判に対するリスクを低くしたいという意図がある。

以上のような、いわば幸運にも行きついたというべき筆者の出会いを手掛かりに、図書館資料、あるいは公刊資料などの特徴や限界について整理してみた。ここであらためて、本稿の手記とは何かということ限定しておく、グレイザー³⁾がいうところの、小説、伝記は一応保留しておくこととして^{脚注4)}、当事者によって書かれたもの—手紙、自伝、回顧録、言行録、ノンフィクションの範囲をひとまず考えておこう。

Ⅲ. データとしての困難さ

次に検討しなくてはならないのが、手記をフィールドワークで得られたデータと同じタイプのデータとして扱うということである。前に、看護学領域では、質的データというと圧倒的にインタビューが多いと述べた。研究会などを開いているせいもあるのだろうが、インタビューのデータ分析について相談に乗ってほしいと言われることが多々ある。中にはボリュームも内容も大変豊かなデータに出会い、分析者として羨ましく、心躍る体験もある。一方では大変貧しいデータも多い。半構成的インタビューという表現はともかく、中にはあたかも質問紙調査を口頭で行っているだけに等しい、一方的なインタビュー側の質問に終始するものもある。つまり、何を研究課題として、インタビューしたいのか見えない上に、語りや文脈が無視され、分断されているのである。インタビューに習熟していないという技術的な問題もあるが、中には大学院の指導教授から〇例以上インタビューしろと言われてたので—などという乱暴な論議も入っている。筆者はこのような乱暴な論議に振り回され、ご都合主義のインタビューをするならば、データ分析以前にデータ自体に質的な問題が存在していると考え^{脚注5)}。

看護の研究者がよくいうように、研究課題に沿った対象となる人々が少ない、なかなか出会えない、倫理的扱いが複雑であるなどは、看護や医療という研究領域の特徴である。前でグレイザー³⁾や水野⁴⁾の意見を整理したように、手記は多くが公開を意識して書かれ、公開されているものであり、その特徴や限界を理解して用いれば、研究領域が抱える特徴を問題とすることなく研究を進めることができる。また筆者も含めてトレーニングが不足の、未熟なインタビュー側の技術的

脚注1) 当時は筆者も質的研究を始めたばかりで、このことの意味をとらえることができず、重要な話が聴けずに残念だったと今では思っている。ストラウスらが、研究者に必要という「理論的感受性」がまだこの時点では育っていなかったのである。詳細は論文1) [1]でも述べたが、「何もしていない」という夫の語りに含まれる、重要な意識がとらえられなかったのである。

脚注2) グレイザーらによると、質的データを扱う社会学者であっても、そのほとんどが頼りにしているデータの源泉は、インタビューとフィールドノートであるとして、一方の比較検討を図書館資料においたのである。ここでいうフィールドワークと図書館の作業とは、このようなデータの収集作業についての記述である。

脚注3) 絶えざる比較法 (constant comparative method) データ対話型理論 (grounded theory) の産出を行っていく際の中心的な方法とされているもの。考察の対象となっている集団どうし、できごとどうし、あるいは産出したカテゴリーやその諸特性とできごと—これらを対象にして、理論的飽和をめざして絶えず比較を行なうことが含まれる3)。

脚注4) 研究課題により、あるいは研究方法を検討して用いれば、可能であると考え。しかしひとまず、当事者が書いたものとしては、同質なデータとして扱う上では困難があると考えるので、保留とした。

な問題もクリア可能となる。前述までを踏まえ、筆者が分析を試みた体験を含めて、特に扱いに注意を要すると考えることについて、以下《データとしての困難さ》として2点だけ述べてみる。

まず一方的な主張（あるいは誘導）に載せられたり、引き込まれる可能性があることである。グレイザーら³⁾がいう「書き手の産み出す情報である」という認識である。前で小説などを保留としたことと同様であるが、フィクション化する可能性をもち、データの質の担保やバランスを欠くことがある。これはライターレベルでも起こりうるが、ライターと編集者が異なったケースでは、編集の段階でも起こりうる。何をデータとするかという選択の段階で、慎重な検討を要するものである。幸い出版社や掲載誌、著者の概要などは検索しやすくなっている。年代に至ってはほとんどが公開されている。その他、ざっと目を通すことによって書かれたものの時代背景、文化、価値観、地域的な特徴なども、かなりのレベルで把握可能である。自らの研究課題を意識すれば、選択の範囲はむやみに拡大することはなく、むしろ楽しく選択作業が可能である。

次は書かれた作品の長さである。特定グループの機関誌等の掲載記事では、あまり長くないものが一般的である。しかし冊子として出版されたものは、200ページくらいは短い方で、500~600ページくらいが一般的である。長いことつまりデータの量が膨大であることを前提とし、一見関係ないと思われる記述も含め、膨大なデータを扱うためのスキルが必要である。これらをデータとしてどの様に扱うかは別の機会に譲るとして、絶えず研究課題を意識した視角を持ち続けることは、それなりに物理的にも、体力的にもエネルギーが必要である。しかし筆者も分析体験で実感したのだが、当たり前ではあるが、長いということは物理的な時間が長いだけではなく、それに伴う体験が長期にわたって描かれ、内容が豊富になる。また公刊されるまでに、情緒的反応も含め、ライターのある基準によって優先度が付けられ、表現され、整理されているという傾向があり、インタビューとは異なったものが得られる。たとえばインタビューでもよく耳にする「ショックで頭が真っ白だった」というような体験の語りは、時間的経過を経て「今思えば、あれは〇〇に変化した」などという語りが増えられ、その語りや変化の様相もまた、データとしての意味を浮上させてくるのである。

IV. 「闘病記」の広がり

東京都立中央図書館が、闘病記文庫という名前の特設コーナーを作ったのは2005年である。初めは、前年から「医療情報コーナー」を設けるなどの取り組みをしていた同図書館へ、大学病院図書館司書の石井氏が、新刊、古書などの闘病記を約1000冊寄贈し、専用コーナーを設置してもらったのがきっかけである⁵⁾。これ以後全国に闘病記文庫が立ち上がり、このような特設コーナーは、公共図書館、医学図書館、病院など、2011年8月には96か所以上にのぼると言われている⁶⁾。現在では、書籍のみならず、DIPEX (Data base of Individual Patient Experience) Japan が、乳癌、前立腺癌の患者の語りをデータベース化し、映像として公開するまでに至っている。

ここで使っている「闘病記」とは何をいうのだろうか。門林氏によれば、「病気と闘う(向き合う)プロセスが書かれた手記」とし、「病気を患う人自身が自らの病について、そして病と向き合う自分自身について書いたもの」と説明している⁷⁾。さらに「患者本人以外、主として家族が書いたものについても、個人の闘病に力点がおかれたものであれば『闘病記』としてとらえる」としている⁷⁾。前述の石井氏の立ち上げた「健康情報棚プロジェクト」も同様に、「病と向き合う過程を綴った手記」⁸⁾としている。つまり病の当事者ならびに家族の、病の体験が述べられたものである。闘病記文庫が広がるのに呼応したように、「闘病記」という言葉が一部領域では一般化し、国会図書館の検索ワードにもなってきた。

インターネット上で闘病記の古書店を運営している星野氏によれば、妻が乳がん診断され、闘病、死亡の体験から、闘病記の古書店を発想した⁹⁾という。「乳がんの再発に苦しむ妻にどう接したらいいか、家族に何ができるのか、それを知るには闘病記が参考になるのではないかと思った」⁹⁾という。当時は乳癌といえば千葉敦子氏の闘病記くらいしかなく、平凡な主婦の妻の闘病の参考にするにはあまりにも生活状況が違いすぎた。一方「闘病記」という図書分類は見当たらず、図書館で探すのは困難だった。さらに古書店を開設するに至った事情を以下の様に述べている。「そもそも「闘病記」は、著者がよほどの有名人でないかぎり、大手出版社から発行されることは少なく、大半は自費出版です。書店に並ぶ機会も少なく、いずれ断裁、もしくは死蔵されるケースが多いはず。新刊書店で購入可能な闘病記は、ごく一部に過ぎません。(中略)『古書店』でなけれ

ばならなかったのはこの点によります。」⁹⁾と述べ、患者や家族が知りたいのは、同じ病気を体験した人が病名を告げられた時や、人生の“終点”が視野に入ってきた時の気持ちであり、そのために同じような体験を持つ人々を探すこと、情報へのアクセスの困難さという障害があることを指摘している⁹⁾。

確かに通常の図書分類では、闘病記は文学のジャンルに一括分類され、書名やサブタイトルだけで闘病記とわかるものはごくわずかである。ライターがどのような人物で、何の病気の闘病記であるのかは、本を手にとりざっとでも目を通さなければわかりにくい。星野氏の古書店も闘病記を病名によってリスト化をしているし、前述の健康情報棚プロジェクトも、闘病記を多種類の病気によって分類し^{脚注8)}、情報提供している。このような分類は、「ある病気であると告げられ、これからどう生活したらよいか」というケースにおいては、闘病記を活用する側（読者）にとっても、闘病記を提供する側（図書館司書や医療者）にとっても、病気という入口が明示されているという点から利便性が高い。以上のような事情から、日本において「闘病記」は医療情報の提供の傾向を強くしている。

V. 「手記」の表現にこだわる意味

一般化しつつある「闘病記」ではなく、筆者があえて「手記」の表現にこだわる意味を、闘病記が悪いと言っているのではないという弁解も含めて、以下で欧米と社会学等の学問領域の事情から説明してみたい。

前述の闘病記の事情とは若干話を異にするのが、欧米の傾向である。1980年から始まり90年代に入って、アメリカやイギリスは、「医学と文学」が一気に進んだ。1982年に雑誌 *Literature and Medicine* が創刊を見たのを始め、医学部の専門教育の中で、「医学と文学」というタイトルを冠した科目が正式に教えられるようになった。さらにこの傾向はカナダやオーストラリアなど、他の英語圏の国でも似たような潮流がおこってきた。これらには文学者の関与もあるといわれ、例えばニューヨーク大学の *Literature, Art, Medicine Database* では、そのエディターの多

くは文学の学位を持っているという¹⁰⁾。ここでは日本の『華岡青洲の妻』、『恍惚の人』などの小説、正岡子規の『病牀六尺』などもリストアップされており、*illness narrative* とか、*Pathography* (Pathography) と呼ばれている。つまり「病気の物語」という扱いで、研究対象となっているのである¹⁰⁾。鈴木は、『比喩としての病』の著者スーザン・ソングを例に、「彼女は乳がん患者というアイデンティティを身にまとわず、病気によって定義されることを拒んだ。彼女が書いたのは、文学者としてであり、乳がん患者であったことは、あくまでその背景である¹¹⁾」と述べ、ステレオタイプな分析やラベリングの危険性を指摘している。

社会学の事情も別である。社会（あるいは集団）とは何かを集合的に扱うのが社会学のマクロの視座だとすると、個人の側から社会（あるいは集団）を説明しようとするのがミクロの視座である。集合的に扱うだけではなく、個人はいやおうなく社会的存在として、生きている時代の社会（あるいは集団）から影響を受け、影響を及ぼして生活している現実がある。このような現実については、個人と社会（あるいは集団）の双方の視座と視座の相互性、影響・interactionなどから説明が試みられている。ライフヒストリー研究、現象学や民族学における研究では、個人が書いた日記や手記、語りなどが研究素材として扱われ、いわゆる個人の体験の語りに重きがある。彼ら当事者は何を伝えようとしたか、体験の意味などを手掛かりとして、個人と社会という研究課題が追求されてきた。

水野⁴⁾は自らを生活体験とその意味の分析を関心事としていると述べ、「書き手にとって、少なくともその時点その時点で重要な意味を持つ様々な生活体験を、エピソードをまじえながらつづつたものとして位置づけた上で、個別の事例に即して、そこに書かれている内容の生活体験的意味を分析しようというものである⁴⁾」と手記を位置付けその分析上の立場を説明している。ほかにも社会学では、見田宗介の不幸の類型¹²⁾、まなざし¹³⁾の研究なども、新聞記事や個別事例の分析として有名である。

ここで若干「ナラティブ narrative」の状況も加えておこう。1980年代後半、故河合隼雄が「物語」という言葉を使い始め、これが「narrative」であったという説明がある。1990年代になり

脚注7) 闘病記リストによると、凡例だけでも1.がん104分類、2.小児がん19分類、3.疾病135分類、4.脳41分類、5.障害6分類、6.心臓23分類、7.精神17分類 となっている⁸⁾。

「ナラティブ narrative」は、心理臨床や精神療法の、中でも家族療法の分野から注目され広がりを見せたのである。野口によれば、1997年の Macnamee, S. & Gergen, K. J. の『ナラティブ・セラピー：社会構成主義の実践^{脚注8)}』の翻訳により、「ナラティブ narrative」は本格的に始まったとされる。当時は一部を除いてはあまり注目されず、1999年の小森・野口・野村による『ナラティブ・セラピーの世界』の出版以後、家族療法家以外にも広がった¹⁴⁾と経緯を説明している。ナラティブについても現在は多様な発展を見せている段階であると考えられる。

以上いくつか述べたものは社会構成主義、ナラティブ、質的研究法^{脚注9)}として、ポストモダンな学問として日本へ紹介され、広がりを見せた^{脚注10)}。しかし必ずしも複数の学問分野で、それぞれの用語や立ち位置が検討され、了解されているというよりは、それぞれに出合ったある分野の研究者が理論や方法を学び、構成してきた段階という方がふさわしい状況である。ほぼ同時代、個人の体験の語りが目目を浴び、活用されてきたことは偶然の一致と考えるににくい。本稿を基点として、ナラティブ、物語、語りなどへの論及は、筆者の中での熟成を待って、別の機会に譲りたい。

最後に、以上のようなさまざまな学問領域の事情に、医療の事情を重ねてみる。医療はかつての病を治すという時代から、この時代に至って病を抱えて生きる時代へとパラダイムシフトが起こった。病気を治すだけを課題とするのではなく、病を抱えてその人らしく生きることが課題となった。疾病・死と健康は対立概念ではなく、一連の連続体としてとらえられ、連続体上の位置づけが、個人の現在の健康レベルと考えられるようになった。予防レベルの概念も、健康-疾病連続体を意識し、第一次予防から三次予防に分けられ、

単に疾病予防ではなく積極的に健康をプロモートする介入から、治療、リハビリテーションをも含むことになった。このことから、扱う健康課題は多様になり、医療やケアの選択肢や評価は、リスクやコスト、治癒率や、死亡率で選択・評価されるだけでなく、基準として生活の質 (Quality of Life) が注目されるようになった。生活の質を基準として注目するようになることは、データ、コスト、治癒、死亡などという客観的で量的な把握に比べ、きわめて個人的な満足感や幸福感という主観的、質的なものが基準となり、従来の様な把握だけでは困難になってきた。そこで体験や個人の語りがあったため認識されるようになったと考えられる。本来医療・看護は、「どうしたのですか？」などという個人の主観的な体験を問うことから始まっていたし、「楽になりました」などという語りでも結果を評価していたことを考えれば、いまさら言うまでもなく、個人の語りを重要な手掛かりにしていたのである^{脚注11)}。

さらに、「お任せ」医療から、「個人が説明を受け、選択する」医療への変化である。個人の権利意識の変化や倫理的扱いに対する変化である。当然説明や選択は、個人や家族を対象とし、その場合発達段階や理解度だけではなく、職業や家族背景などをはじめとする様々な個別的な事情が絡んでくる。1980年代以降の、自分探しや自分史を書くなどという社会現象にみるように、個人の内外ともに、「個人」を問う時代的な流れがあるように思う。個人を医療の主体とする、中心におくというのは、当たり前であるとされながらも、この段階でようやく社会の全体的意識でも、実践活動レベルでも、個人とその体験が焦点化される体制が整ってきたともいえる。

以上長々といくつかの経緯を説明してきた。筆者が単に「闘病記」という表現、あるいは「医療情

脚注8) 本書の原題は、「Therapy as social construction」(1992年)である。そのまま読めば、セラピーとしての社会構成主義ということになるのか。タイトル上では、「ナラティブ」の表現はない。

脚注9) 1990年代後半から、看護界では良く知られている Grounded Theoryの翻訳をはじめ、質的研究に関する出版も相次いでいる。

脚注10) 看護界も正確な紹介や理解があるかを別論議として、いずれもそれなりの広がりを見せている。一部に見るような用語の流行に乗ろうというような風潮は危険であり、正確な理論的な了解を前提とし、慎重な導入と活用を筆者は望んでいるものである。

脚注11) EBM (Evidence Based Medicine) から NBM (Narrative Based Medicine) という表現の方が最近では一般的であるかもしれない。しかし、この場合、narrativeはevidenceではないのかという論議が決着していない。筆者は質的に異なるものではあるが、双方evidenceであると考えた方が説明がつきやすいと思っている。これは質的研究に問いかけられる、主観性、一般化などという用語とも同様な特徴を持っており、まさしく質的論議をするものであると考え、ここではあえて避けている。

報提供」という縛りから脱却したいという思いは、このような事情を踏まえてのことである。さらにいえば本稿では手記を研究の素材として扱うということを意識して検討してきたが、闘病記は病気を基準としたひとつの分類であることを改めて意識しなくてはならない。たとえば健康の概念として例示したように、元気に老いる、健やかに育つなども大切な枠組みである。障害を抱えるということは闘病なのだろうか、そもそも病気と闘ねばならないのか^{脚注12)}など、広がりが見えてくる。ここで述べたいいくつかの例示は、研究におけるデータの方向性の一つにすぎない^{脚注13)}。研究者が自らの研究課題に従って、意識しなくてはならないことである。グレーザーら³⁾の図書館における調査の記述部分を、冗長に引用したのもそのためである。いってみれば当事者の「体験と語り」に関する記述として、「手記」の表現にこだわっているわけである。

IV. おわりに

本稿をひとまず筆者のこだわりについて説明することで終えるが、《体験と語り》について論考を進めるためには、「体験とは何か」、「語りとは何か」についてさらに追及したうえで、ナラティブの検討も踏まえ、体験と語りの関係や位置づけを論じなければならない。

個人が物語を描く経緯としてロバート・アトキン¹⁵⁾は、<ストーリーの心理的機能><ストーリーの社会的機能><ストーリーの神秘的機能><ストーリーの宇宙的機能>の4つの機能を挙げ、人々がなぜストーリーを語るかについて、「すべての人々のライフストーリーは意味あるもので、多くの神聖な要素に満ち、他者と関係できる意味を持ち、価値あるものである。(略)ライフストーリーを語るのは、ライフストーリーが私たちの重要な一部分であるからである。自分自身について語ることによって、自分の人生を定義し、秩序付け、人生を理解する見方を見つけることができる。また、ストーリーを語ることによって、『今

の自分』に影響を及ぼしてきた様々な要因を整理、理解し、自分自身をよりよく捉え、最終的には自己を受け入れやすくなるのである。(略)ライフストーリーを語ることは、人生に意味を与え、意味づけを必要とする過去の出来事を癒し、自己を受け入れるもっとも重要な方法である。この語りを通して、私たちは解放、回復、解決、再生という人間に普遍的にあるパターンを経験することが出来る¹⁵⁾と述べている。

同じように門林は、「闘病記を書くことによって再構築して生まれる『新たな自分』は受動性を抱えた能動性を持ち、過去の自分との連続性を持ちながら変容もしている。(略)病の語り手は闘病記を書くことによって、さらにそれが読まれることによって、ケアされるのみならず、ケアする立場にもなっているのである⁷⁾」と闘病記研究から意義づけている。

体験の語りは意義があるということは異論がないのが現状である。しかし「体験」と「語り」は多様な側面をもち、誰が、何の目的で、それを扱うのか、検討するかは、別である。本稿ではその導入部分を意識して、手記という表現で記述され、公表されたものの範囲に限定して論考しひとまず稿を終えたい。

文献

- 1) 星直子：子どもの病気・障害経過における「夫婦の体験」に関する研究，こうち書房，2004.
- 2) 水野節夫：事例分析への挑戦／個人現象への事例媒介的アプローチの試み．東信堂，2000.
- 3) グレイザー B.G., ストラウス A.L./ 後藤隆，大出春江，水野節夫，訳：データ対話型理論の発見．新曜社，1996.
- 4) 水野節夫：事例分析への挑戦／個人現象への事例媒介的アプローチの試み．東信堂，2000.
- 5) 闘病記活用しやすく．(2005年6月10日)．朝日新聞．
- 6) 石井保志：図書館・病院における闘病記提供の一提言．闘病記研究会シンポジウム予稿

脚注12) 筆者が手記を使った分析体験や単なる読書も含め、「闘病状態」の時期が存在することは了解できる。個人の生活という長期の時間的経過では、一部であるという認識である。この点は「物語論」での論考が多いところである。

脚注13) ある病気の闘病記を対象とした研究があり、研究課題として成立するという事も認める立場である。ただし、一部の病気を時系列のみに従った分析を行い、結果をライフマップと称して一般化することには、慎重な扱いを望む立場である。また医療情報の提供としての病名分類と研究課題は、必ずしも一致しないという点については研究者が注意を要することである。

- 集.『国民のがん情報不足感解消に向けた「患者視点情報」のデータベース構築とその活用・影響に関する研究(22093201)』研究班(主任研究者:中山健夫),2011.
- 7) 門林道子:生きる力の源に/がん闘病記の社会学. 青海社,2011.
- 8) 石井保志:闘病記文庫入門:医療情報源としての闘病記の提供方法,日本図書館協会,2011.
- 9) 星野史雄:「古書パラメディカ」の活動. 闘病記研究会シンポジウム予稿集. 文部科学省科学研究費「がん対策に特化した患者図書室における闘病記を用いた患者支援の実証的研究」研究班,p19,2009.
- 10) 鈴木晃仁:医学と英文学(1)、臨床医学の物語的転回. 英語青年152(1):25-27,2006.
- 11) 鈴木晃仁:医学と英文学(6)、身体化された医学理論. 英語青年152(6):362-364,2006.
- 12) 見田宗介:現代における不幸の諸類型/現代社会学講座Ⅵ疎外の社会学. 有斐閣,1963.
- 13) 見田宗介:まなざしの地獄/尽きなく生きることの社会学. 河出書房新社,2008.
- 14) 野口裕二:ナラティブ・アプローチの10年. 家族療法研究 26(2):97-101,2009.
- 15) ロバート・アトキンソン/塚田守訳: 私たちの中にある物語/人生のストーリーを書く意義と方法. ミネルヴァ書房,2006.

【寄稿】

地域ケアシステム構築のための アブダクション的討議展開

小路ますみ

聖マリア学院大学

<キーワード>

地域ケアシステム構築、アブダクション、討議展開、KJ法、累積KJ法

要旨

地域ケアシステム構築には、関係機関・職種の活動がもたらす矛盾やそれに伴う葛藤から協働へと、意識の変革を促し、意見一致を導く方法が求められる。その方法には、関係機関・職種の「討議」の中で、それぞれの意見を統合し、誰もが納得する共通の課題を捉え、システムを生起させる探求法が必要である。この探求法にアブダクションがある。このアブダクションの具体的なノウハウとして体系づけられている方法に累積KJ法がある。

累積KJ法は、リアルな生活データを適切に集め、それらのデータをボトムアップして創造的事案を生起させる方法であり、その過程に「アブダクション」が位置づけられている。この累積KJ法を用いたアブダクション的討議展開は、地域ケアシステムの生起に有効である。

はじめに

平成15年5月厚生労働省告示201号「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」によって、保健所は地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能を強化するため、その運営について企画及び調整の機能強化が示された。その具体的活動に、保健・医療・福祉のシステム構築、医療提供体制の整備がある。

この告示の一環として、平成15年10月厚生労働省通知「保健師の保健活動指針」の中の「連絡及び調整事項」で、都道府県保健所保健師は、精神障害・難病・エイズ・結核・感染症等の地域ケアシステム構築のための協議会の運営と活用、が示された。

この必要性を例えるならば、様々な援助を必要とする人が地域で生活する場合、いくつかのサービス機関からばらばらに援助者がやってきて、それぞれの対応に終始し、あるいは来てほしいサー

ビス機関から来ないといった状況では、安心して生活できないであろう。

システムとは、「個々の要素が、有機的に組み合わせられた、まとまりをもつ全体。体系。系」¹⁾である。いわゆる、ある目的を達成するために、必要な要素が組み合わせられ、それぞれが有機的に機能する状態である²⁾。地域におけるケアシステムは、ケアを必要とする人とケアを提供する機関・職種が、あるいは機関・職種同士がつながり、サービスが受けやすく、支援が途切れないように、そして、誰もがこのようなサービスを公平に受けられる状態のことである。

すなわち、地域ケアシステムの目的は、地域住民がより安全でより健やかな生活を営めるように、関係機関・職種が系統的に支援することであり、ひいては、住民のために安全・安心、健やかな町づくりにある³⁾。

橋本⁴⁾は、地域ケアシステムを「一定の機能をもつ独立した部分や要素が相互に関連し合って、

全体として保健の向上発展という共通の目的を志向して動く体系である」と定義している。

現在、都道府県保健所保健師は、地域ケアシステム構築に係る会議運営の担当者として、その活動を担っている。この会議運営の中で、市町村をはじめ関係機関・団体の関係職種や複雑化・多様化するニーズを抱えた地域住民ら、関連する多様な領域、バックグラウンドをもつ人々と協働しながら、健康の視点から地域住民の生活の質（QOL）を追求し、それを推進する地域ケアシステム（仕組み）を創る活動を展開している。

この地域ケアシステム（以下、システムと略称する）は、保健所管轄市町村をはじめ関係機関・団体の、トップの合意のもと公共化される。保健師は保健所長に委任され、組織目標を達成するための活動を自身の判断で遂行することのできる、つまり、保健所長に権限を委譲された⁵⁾「保健・医療・福祉の連携・システム構築」の事業遂行者として位置づけられ、組織内部の「権限関係」と異なる、独立した複数の組織間調整⁶⁾に力点を置いた会議運営を展開する。

この会議運営は、まずは関係機関・職種の実務者レベルの個別対応事例でとらえた個々の問題を抽出し、次は、施策に関与する係長クラスの会議運営の中で住民なり関係機関・団体とその問題を共有し、それぞれの領域で果たせる役割を認識し合い、効果的かつ合理的に問題処理を図ることのできるシステムを創ろうとするものである。こうして創出されたシステムは、最終的に関係機関の責任者会議の合意で公共化される。

すなわち、システム創設に係る保健師は、経験知を備え、決断と方針決定の能力が必要である。ここでは、関係機関・職種の活動がもたらす矛盾や対立から協働へと、意識の変革を促し、意見一致によるシステム構築を導く方法が求められる。その実践的方法は、関係機関・職種の「討議」の中で、それぞれの意見を統合し、誰もが納得する共通の課題を探求し、その課題から、新しき活動体制、つまりシステムを生起させる探求法が必要である。この探求法は、既に成立している地域ケアシステムの過程を客観的に分析するものではなく、生起させる方法である。これには、複雑・多様な現実のデータを適切に集め、それらを統合してボトムアップする科学的方法論が求められる。この方法にアブダクションがある。

このアブダクションの具体的なノウハウとして体系づけられている方法に累積KJ法がある。累積KJ法は、リアルな生活データを適切に集め、それらのデータをボトムアップして創造的事案

を生起させる方法であり、その過程に「アブダクション」が位置づけられている。この累積KJ法を用いたアブダクション的討議展開は、地域ケアシステムの生起に有効である。

なお、この方法は、市町村合併が推進されて広域化される現状下、市町村保健師にも有益な方法でもある。本稿では、地域ケアシステム構築のためのアブダクション的討議展開方法を紹介するものである。

1. アブダクション

アブダクションとは、アメリカの哲学者、論理学者、数学者、物理学者、科学者であるチャールズ・サンダース・パース（1839-1914）によって提唱された、演繹、帰納に続いたもう一つの論理学である。パースは、「探求という科学的行為は、ある問題状況に直面し、何らかの疑念を抱くようになるとき、その疑念に刺激されて生じる。つまり、探求はわれわれの信念にそむくある意外な事実を観察し、われわれの期待の習慣に反する何らかの変則性に気づくことから始まる。その探求の目的は、その意外な事実や変則性がなぜ起こったかと言うことについて、その理由または説明を与えることによって、われわれの疑念を合理的に解決することにある」⁷⁾と述べ、このような意外な事実や変則性がなぜ起こったかについて説明を与える「説明仮説」を形成する推論が、アブダクションであると提唱した。

そして、アブダクションの形式を、パースは次のように定式化している⁸⁾。

- 1) 驚くべき事実Cが観察される。
- 2) しかしもしHが真であれば、Cは当然の事柄であろう。
- 3) よって、Hが真であると考えるべき理由がある。

この形式は、「驚くべき事実の発見」→「なぜか」→「説明仮説の創設」の思考過程を踏む。

2. 現象学的探求とアブダクション

アブダクションは、現象学的探求により導かれる。

パースによる現象とは、「それが実在に対応するか否かには全く関係なく、どんな仕方においてであれ、あるいはどんな意味においてであれ、心に現われるいっさいのものの総合的全体」を意味する。「知覚として、イメージとして、経験として、思想として、習慣として、仮説（発想、洞察、推測）としてなど、あらゆるさまざまな仕方であれわれわれの心のうちに観察されるものが現象」⁹⁾である。

現象学とは、「現象の直接観察に基づき、その観察を一般化することによって、現象のいくつかの非常に広いクラスをはっきり目立つようにする。次に、そのおのおののクラスの諸相を記述し、それらのクラスは何ひとつとして切り離すことができないように複雑に絡み合っているけれども、しかしその特性は全く異なっていることが明白であることを示す。そしてある非常に短い表でもって現象の最も広いカテゴリーを包括し得ることを疑問の余地なく立証する。最後にそれらのカテゴリーの主な小分けを枚挙するという研究である」¹⁰⁾。

現象学的探求とは、「われわれの日常的共通経験の世界、すなわち日常いつでも誰でも経験する普遍的現象を直接観察し記述し分析し、それらの現象に遍在する『それ以上分解不可能な要素』を発見する科学(探求の営み)」¹¹⁾である。

現象に遍在する「それ以上分解不可能な要素」とは、そこに発見できる限りの真理、つまり、共同社会における究極的な意見の一致(実在)である。これはあらゆる現象を包摂し、統一的に把握する究極的な普遍的カテゴリーである。

この現象の究極的な普遍的カテゴリーは次の様式(第一性から第三性)を踏む¹²⁾。

第一性とは、そのものが、積極的にそして他のいかなるものとも関係なしに、そのものであるような、ものの在り方である。すべての外からの力やすべての理性に関係なく、そのうちにあっても、あるいはその外にあっても、他の何ものとも関係をもたず、それ自体であるような何ものか。いかなる分析も解釈も加えられない、それ以前の未分化の、直接的即自的なものの在り方である。この第一性は、記述することはできない。

この感覚を著者は次のように表現したい。「今まで語句の集合にしか見えなかったデータが語るのである。同様な心の叫びが、それぞれのデータから浮かび上がった」と。デイヴィスの言葉を借りていいかえると、「心が事物をある方向で見る結果、事物がおのずから結び合っ、心が調和と統一の感覚を持つこと-がともなう」¹³⁾。この浮かび上がってくる感覚は、感覚そのもので記述できない。これを、立ち現れた現象と呼ぶ。

第二性は「事実」である。これは、それは定性的データから浮かび上がった現象を記述し、その類似性をカテゴリー化し、そのカテゴリー間の関連性からとらえた矛盾を伴う出来事である。抽象的な質的可能態(第一性)ではなく、また、一般性の要素(第三性)を全く含まない、純粋に個体的なものの在り方である。

その在り方を顕著に表わす概念として、たとえば「争闘」、「衝突」、「抵抗」、「作用と反作用」、「刺激と反応」などが挙げられる。これらの概念には、純粋な「二極性」の意味が含まれている。換言するなら、ただ二つのものの間の対立を意味する。第三性の概念は、これらの矛盾の根幹にある共通の課題たる真理である。この真理は未来の出来事がでたらめにではなく、ある法則にしたがって起るといふ事態に見られるような、そのような法則的なものの在り方をいう。言い換えれば、法則は、それぞれの領域が抱えている活動概念を超え、新しき観念に変換されることで、あらゆる未来の事象がどうあらねばならないかを、仮説的に言明する一般原理である。

以上、パースの現象の究極的な普遍的カテゴリーは、第一性「性質」、第二性「事実(二極性)」、第三性「法則」であり、このカテゴリーは、第一性には一つの種類しかない。しかし高次のカテゴリーは低次のカテゴリーを含む。つまり第二性は第二のものと第一のものを含み、第三性は第三のものと第二のものと第一のものを含む。そこで第二性には二つの種類があり、第三性は三つの種類に分類できる。つまり、第三性である法則は、第一性である性質から第二性である事実を経て、たどり着くものである(図1)。こうしてたどり着いた法則は単なる事実の集合ではない。法則は現実的事実を越えて、未来の一般的条件または状況の下で、あらゆる未来の事象がどうあらねばならないかを、仮説的に言明する一般原理である。言い換えれば、このカテゴリーの第一性から第三性まではカテゴリーの抽象化によって高次のカテゴリーにたどり着くとも言える。

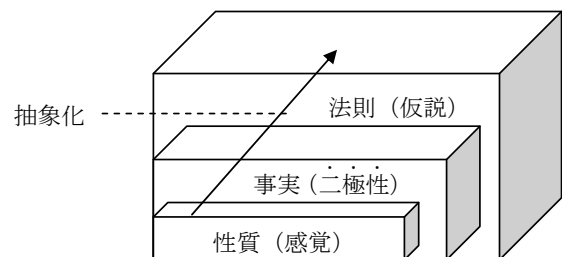


図1. 現象の究極的な普遍的カテゴリーの様式

パースはそれを人類進化の過程の中で自然に適應するために、人間精神に備わるようになった「自然について正しく推測する本能的能力」と言っている。そして、その進化論的根拠について、「自然の諸法則の影響のもとで、育まれ進化した人間

精神には、本来、それらの自然の諸法則について、正しく推測する本能的能力が備わっているのである。言い換えると、アブダクティブな洞察力は、それ自体が人間精神の合自然的（合理的）な働きである」¹⁴⁾と言う。

人間精神の合自然的な働きは、現象のアブダクティブな洞察で、驚くべき事実の発見から、なぜこのようなことが起こるのか、という洞察で説明仮説を発見する。この説明仮説から、なるほど、このような問題はここに本質があったのか、と認識され、では、どうすればよいか、こうすれば合理的だと、発想は展開する。言い換えれば、アブダクティブな洞察は、われわれの信念にそむくある意外な事実を観察したとき、あるいはわれわれの期待の習慣に反する何らかの変則性に気づくことから始まる。そして、その意外な事実や変則性がなぜ起こったかということについて、その理由や説明を与えることによって、われわれの疑念を合理的に解決するものである。この思考過程は、現象学的探求で、驚くべき事実の発見→なぜか→説明仮説の創設という思考の形式を踏む。この形式を伴う思考法をアブダクションと言う。

以上のことから、アブダクションは、仮説形成的な探求法であり、ある明確な目的をもって、すなわち正しい説明仮説の形成を目指して、アブダクティブな洞察によって行われるのである。このアブダクションは現象の直接的観察に基づき、現象学的探求で共同社会における究極的な意見の一致（実在）、すなわち一般的真理を探求する科学的な論理的思考法である。

3. アブダクションの体系的な方法たる KJ 法

KJ法は、アイデアを作り出す方法¹⁵⁾として、1951年、わが国の研究者、川喜田二郎が考案したものであり、1967年に研修体系の大筋ができ、世に普及された。川喜田は民族地理学の研究者であり、この研究経験と自己の第二次世界大戦の経験をもとに次の3点に着眼した。第1は、研究過程において明らかになる多種多様な現象を質的データとしてまとめ、結論にたどり着く方法が用意されない限り、混沌に振り回される可能性がある¹⁶⁾。第2は、現代人の生活は混沌としており、この状況を整理する方法が用意されない限り、生活をめぐる混乱を処理し、その関係者との協力関係を築くことは望めない¹⁷⁾。第3は、国際平和を目指し現代社会の混沌と危機を克服するためには、何をにおいても人々がよりよき判断力を培わねばならない¹⁸⁾。KJ法は、これらを動機として開発された方法論である。

また、川喜田は、独自の視点から科学を3種類¹⁹⁾に分類している。その第1は、すでに体系化された情報をもとに論理的な推論を重視する科学であり、これを書齋科学と命名した。第2は、仮説が本当かどうかを確認するための科学であり、これを実験科学と命名した。第3は、そこだけにしかない野外的、個性的、複雑な世界を明らかにする科学であり、これを野外科学と命名した。なお、この3つの科学のうち、書齋科学はすでに体系化された情報、すなわち文献と論理的な思考法を重視するもので、文献に基づき、現実を観察することなく成立する学問として位置づけている。また、実験科学は、現実を観察するがその現実ありのままの現実ではなく、人間がありのままの現実には操作を加えた人工的自然であり、研究目的を達成するために何度も実験室の中で繰り返しその状況を作ることができる。これに対し、野外科学はありのままの現実を扱い、この現実には複雑な要素が絡み合っており、極めて個性的である。

生活をめぐる混乱や社会の危機の処理にはこの野外科学の視点から接近する必要がある、これらの研究にふさわしい方法としてKJ法は考案された。この方法は、個別的現象から次第に一般的秩序の発見に向かい、一般法則から天下ることを嫌い、「データをして語らしめる」²⁰⁾というデータのまとめ方に対する基本方針を持つ。

以上を総称して、川喜田は次のように述べている。「KJ法は、データをして語らしめて、よりよき判断を混沌の中から取り出す方法である」²¹⁾、「主客分離以前の混沌から出発し、方便としての主客の分離とそのヤリトリの中で、生産的葛藤を経て、ふたたび主客分離のない総合ないし統一に辿り着く。つまり、秩序の誕生、あるいは私が『本然』と形容したものに辿り着く。これが、もともとの世界に宿っている『創造』のプロセスであろう。KJ法はただそれを、より強く、よりすなおに遂行することを助ける方法にすぎない」²²⁾。

一方、この方法について川喜田は、「実質的にKJ法の原型になるようなやり方がある程度見えてきた頃、私は、自分のやり方が学問の永い歴史の中で、どういう位置を占め、何と呼ばれるべきかを知りたくなった。そこで、京都大学人文科学研究所に親友で哲学者の上山春平教授（当時）を訪ねた。…それは、昔アリストテレスが演繹法や帰納法と共に提案した三つの方法のひとつで、哲学者パーズ（Charles Sanders Peirce）の名づけたアブダクション（abduction）である、日本語に訳するなら「発想法」とでも呼ぶべきだろう²³⁾」、そして、「上山は、帰納法でも演繹法でもな

く、…仮説構成のプロセスで、その仮説を立証していく構造になっている…」²³⁾と示唆された事を述べている。

一方、「組織開発で根本的に重要な科学的方法論は、総合的方法論である。その根幹はリアルな生活データを適切に集め、それらを、データをして語らしめてボトムアップするにある。…それをチャールズ・パースは、演繹法・帰納法に並ぶものとして『アブダクション』として命名した。しかし、私は全く同じ方向をたまたま指向していたので、それを『野外科学』的方法と命名し、書齋科学・実験科学と並ぶ、第三の道であると提唱したわけである」²⁴⁾と、アブダクションはKJ法という野外科学的方法であると言っている。

また、川喜田は「定性的データを、何らかの形でまとめて、意味の判るような全体像として、再び頭の中に持ち帰らねばならない。…このプロセスの一番大切な中味は、『己を空しくして、データをして語らしめてまとめる』ということなのだ。…単に日本語で『まとめる』といったのでは、誤解の恐れがある。いわんや、仮説や思いつきや理論といった既成概念をあてはめてまとめたのでは、全くこのプロセスの精神に反するのである。…発想的統合法とか統合的発想法とかいろいろ工夫して呼んでみたが、…すでに紹介したアブダクションがまあまあ近いところであろう」²⁵⁾と、己を空しくして、データをして語らしめてまとめる方法が、アブダクションであることを提示している。

しかしながら、アブダクションとの対比から、「長い間『どこかにあるはずだ』と探し求めた『総合』の方法論が、…西欧にリードされた現代文明にも存在しない…。『総合』の方法がないのなら、それを創造しなければならない。それを自覚的にハッキリ提案したのは…パースだけではなかろうか。パースが指摘した方法論はアブダクションと言う。しかしそれが、手の下せるだけの具体的ノウハウに仕上げられたと言うことは聞かない。私はそんなことは一切知らず、ポツポツ歩き続け、結局KJ法として体系づけたのだった」²⁶⁾と、KJ法は、パースが成せなかった手の下せるだけの具体的ノウハウに仕上げた方法であることを主張している。

以上から、KJ法は、リアルな生活データを適切に集め、それらを、データをして語らしめてボトムアップする「アブダクション」であり、このアブダクションを、手の下せるだけの具体的ノウハウに仕上げ、方法論として体系付けたのがKJ法と言える。

KJ法は、単に野外科学領域の研究のみならず、書物や複雑な知識などの理解に、研修会などの教育方法として、また、会議における検討内容の整理にといった様々な側面に応用可能な方法²⁷⁾である。

舟島は、1975～1988年のKJ法に関する文献検索の結果、「KJ法を教育方法として使用し、その効果を明らかにした研究が数件存在した。これらは看護基礎教育から継続教育にわたり、また、これらの文献のうち、数件は看護実践の場において対象の理解を深め、問題状況を解決する看護実践を検討する方法としてKJ法を使用し、その経験をケーススタディとして報告していた。これらは、KJ法がこれまで概説した内容分析、現象学的方法、グラウンデッド・セオリーとは異なる特徴を持つ方法論であることを示している」²⁸⁾と述べている。言い換えれば、分析的な推論で留まるのではなく、KJ法は実践そのものが研究に連動している「方法」であることを示している。いわゆるKJ法は実践法であると同時に「研究法」でもあり、実践の科学的技法と言える。

4. 累積 KJ 法

KJ法は、1951年、1つのデータを1枚のカードに記し、多くのデータから共通点や違いを見つけながら、多彩な考えを1つの発想にまでまとめて上げていく系統的方法として生み出された。数年の経過を経て生成変化し、1986年、「KJ法-混沌をして語らしめる」²⁹⁾で、集大成された。その中で、KJ法の手法は、アブダクションであり、手に入る限りのデータをもとにした「総合」を求める科学的な方法として位置づけられている。

1) 一巡工程

KJ法を行使する一巡工程を1ラウンド(1R)と呼ぶ。最も狭い意味では、それは[ラベルづくり→グループ編成→A型図解化→B型叙述化]を指す。けれどもラベルづくりに先立って、取材活動が必ず必要となる。だから、もうすこし広い意味での1ラウンドは、取材→狭い意味の<KJ法>を指す。

(1) ラベルづくり

まずは、野外観察(フィールドワーク)で捉えた情報から、1つのラベルに1つの「志」³⁰⁾を持つ文脈単位の定性的データを選出する(ラベルづくり)。

「志」とは、大辞林によれば「こころざし」、その意味は「心に決めて目指していること」、「何になろう、何をしようと心に決めること」³¹⁾とある。

また、志向とは「ある目的を目指して向かうこと」である。

川喜田は、「素材となるデータが、誰かに対して訴えかける、という能動的で訴えの方向性のあるものでなければならない。この作業が以後の作業の死命を制する出発点である」³²⁾と、「ラベルづくり」の重要性を述べている。

(2) グループ編成、表札づくり

次は、それぞれのデータを一枚の大きな用紙に拵げ、一枚一枚を精読する。その精読は、「己を空しくして、『データをして語らしめる』」なければならない。これには、「今まで語句の集合にしか見えなかったデータが語るのである。同様な心の叫びが、それぞれのデータから浮かび上がった」、また、「心が事物をある方向で見る結果、事物がおのずから結び合っ、心が調和と統一の感覚を持つこと-がともなう」と言った感覚である。この浮かび上がってくる感覚は、感覚そのもので記述できないものである。

川喜田はこの方法を核融合法と表している。

次は、この核融合法で捉えた「同様な心の叫び」を集め(KJ法で言うグループ編成)、その内容を記述する。記述したものは、KJ法で「表札」と言い、この作業を「表札づくり」と言う。この表札に現れる「志」をもとに、同様な「志」を核融合法で集め、その内容を記述する。こうして、これ以上分類できないレベルまで繰り返す(抽象化)。

(3) 図解化(A型、またはA型図解化)

次は、その最高レベルの表札を、表札間の関係性を捉えながら空間に配置する(空間配置)。空間配置とは、表札の内容をどのように配置すれば、意味の上で最も整合性の取れる相互関係の配置をなすのか、それを探って空間配置する。

配置が決まれば、表札の下位のラベルをその下に貼り付け、全てのラベルを貼付する。そして、それぞれの1段階目のラベル(島)、1段階目のラベルを包含した2段階目のラベル(島)というように順に線で囲っていく(島どり)。島同士は、線で結びつけて関連付ける。島どりと島間の関連付けが終わると、問題に関する実態の構造が見え、「志の核心」を捉えることができる。KJ法はこれを混沌から秩序への転換の完了³³⁾と呼ぶ。

(4) 叙述化(B型、またはB型叙述化)

その構造を叙述化することによって、構造の不整合部分に修正を加えることができ、「志の核心」を捉えることができる。叙述化とは、図解してわかったことをストーリーにすることである。図解してわかったこととは、研究者の解釈を入れず、図解をそのまま文章化することである。文章化し

ながら思いつく新たな発想や解釈は、図解の説明と明確に区別しておく。

以上のことから、KJ法の一巡工程は、現象の直接観察に基づき、類似性ある定性的データでグループ編成し、その類似性ある内容を的確に記述した表札をつくり、さらにこれらの表札から、これ以上分類できないレベルまで抽象化を繰り返す、その最高レベルの表札間の関係性を構造的に捉える(図解化)方法である。こうして、問題の実態を構造的に捉え、「それ以上分解不可能な要素」を捉えることができる。

この作業を総称して、川喜田は、「KJ法は、データをして語らしめて、よりよき判断を混沌の中から取り出す方法である」³⁴⁾と述べている。

2) 累積KJ法

川喜田は、「KJ法を行使する一巡工程を一ラウンド(1R)と呼ぶ。最も狭い意味では、それは[ラベルづくり→グループ編成→A型図解化→B型叙述化]を指す。…けれども、課題が複雑難解であったり巨大になってくると、一ラウンドだけでは、簡にすぎたり底が浅くて、用が足りなくなる。そこで、何ラウンドをも累積的に行使し、いわばたたみかけるようにして問題を解決する必要に迫られるのである。累積KJ法(cumulative KJ Method;C-KJ)が生まれたのは、こういうわけである」³⁵⁾と述べ、重要な問題解決のために、累積KJ法を創出した。すなわち、時間的に余裕があり、予算も確保された重要案件については、「状況把握(活動上の矛盾)」、「本質追求(その矛盾はなぜ起こるのか)」、「構想計画(では、どうすべきか)」というそれぞれの探求内容を、一巡工程で分割探求することによって、より一層の成果を期待できるということである。この分割探求されるそれぞれの一巡工程は、ラウンドと表される。

その分割探求は、次の過程を踏む。

第1ラウンド「問題提起」

第2ラウンド「状況把握」(または「現状把握」)。

第3ラウンド「本質追求」

第4ラウンドは「構想計画」

第5ラウンドは「具体策」

第6ラウンドとして「手順化」

以上のラウンドを支援活動体制づくりの具体例に適用すると、

第1ラウンド「問題提起」では、「本地域における支援活動に係るあるべき体制づくり」を討議のテーマにすることについての妥当性を探求する。

第2ラウンド「状況把握」では、「本地域における支援活動の困難はどこにあるのか」を探求する。

このラウンドでは困難を生じさせる関係機関・職種が抱える矛盾が「事実」として提示される。これは1つとは限らない。

第3ラウンド「本質追求」では、「なぜそのようなことが起こるのか」を探求する。「なぜか」は、その確執をもたらす理由ないしは原因を探求し、「説明仮説」が創設される。この説明仮説、「～という活動上の困難は、～という関係機関・職種の活動上の矛盾があるからだ」を「～という矛盾を解消すれば、活動上の困難が解決される」と読み替えると、関係機関・職種間の「共通の課題」が浮上してくる。

第4ラウンド「構想計画(方針の決定)」では、「共通の課題」から「では、どうすればよいか」が探求される。そして、第5ラウンドは「具体策」、第6ラウンド「手順化」に至り、「実施」直前に漕ぎつける。

以上の、第2ラウンド「状況把握」→第3ラウンド「本質追求」の探求の過程は、アブダクションを踏む。

3) アブダクション的討議展開

1ラウンドを1回の討議で探求する。例えば、保健所のある領域における地域支援体制づくり事業を企画するならば、討議展開は次のように企画される。

- 第1回討議(問題提起):これから解決しようとする問題の共通理解をとる。
- 第2回討議(事実の発見):本地域における支援活動の困難はどこにあるのか。
- 第3回討議(理由の解明と説明仮説の創設):なぜそのようなことが起こるのか。
- 第4回討議(方針の決定):では、どのように取り組んでいけばよいか。
- 第5回討議:責任者会議における関係機関の了解
- 第6回討議:《地域ケアシステム構想の設立》
- 第7回討議:手順化:どんな作業をどんな順番で行えばよいか。

それぞれの会議で出された意見の逐語録を、探求者が持ち帰り、KJ法一巡工程で探求し、その結果を一表、図解、文章でまとめ、そのまとめを次回会議前に討議メンバーに説明し、共通理解を取った上で、次の会議に入る。もちろん、この探求は時間的に余裕があり、専門のインストラクターが揃えば、討議の場で探求作業を行うこと

もできる。

こうして、第3回会議で説明仮説が創設されると、前述した通り、説明仮説「～という活動上の困難は、～という関係機関・職種の活動上の矛盾があるからだ」を「～という矛盾を解消すれば、活動上の困難が解決される」と読み替えることによって、関係機関・職種の「共通の課題」が浮上してくる。この共通課題の吟味を経て、討議メンバーは、「ではどうすればよいか」、「こうすれば合理的だ」、「こうしよう!!」と、発想が展開し、地域ケアシステム構想に至る。

一方、一表・図解・文章で共通理解を取っていく中で、討議メンバーのそれぞれの意見がどの部分に位置づけられ、それはどのように他者の発言と関連を持つのが顕になり、自分の立ち居地が明確になる。こうして、同じ目標に果たす自他の役割の尊重精神が生まれ、協働認識が醸成される。すなわち、この討議展開は、システム構築をもたらすだけでなく、この醸成された協働認識が他の事業にも連動し、町づくりの基盤となる。

以上のKJ法6ラウンドは、問題解決プロセスであり、このプロセスにアブダクション(第2・3回討議)がある。このアブダクションが、システム構築のキーポイントとなる(図2)。

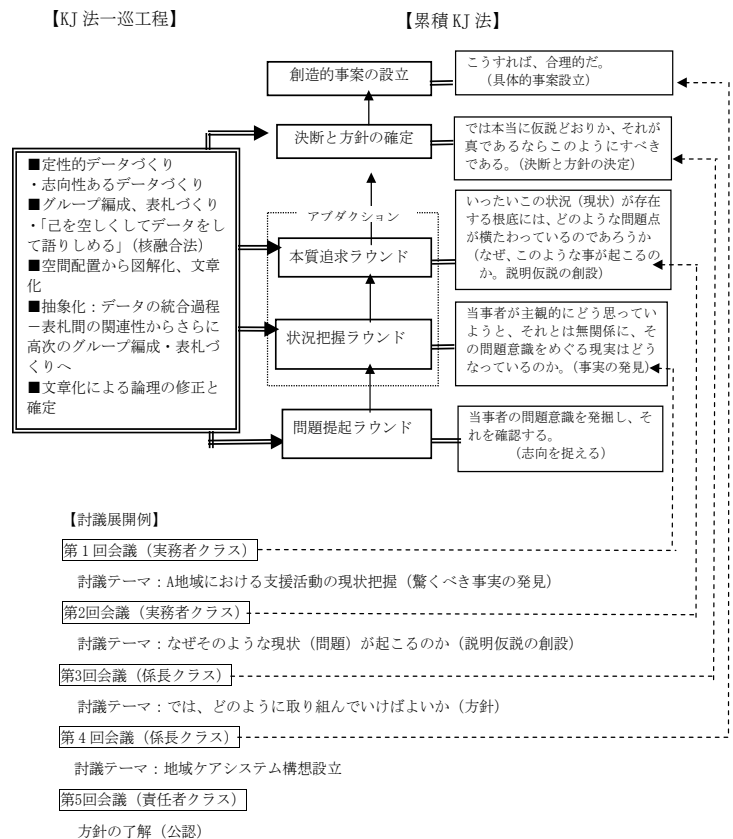


図2. 累積KJ法とアブダクション的展開による討議展開例

5. アブダクションの基盤となるもの

1) 現象学的探求

KJ法の一巡工程(以下、KJ法と称する)根幹は核融合法にある。核融合法とは、川喜田の言う「己を空しくしてデータをして語りしめる」ことである。具体的には、意味・内容の類似性によってグループ編成された定性的データから、討議メンバーの「志」を包括した「志向」を読み取ることである。喩えて言うならば、定性的データはそれぞれの立場から発せられた言葉であり、複雑・多様であるが、そのデータを「己を空しくして」見ていくと、「同じ叫びが立ち現れてくる」といった感覚である。これは、立ち現れた現象に他ならない。この現象を文言で表記したものが表札である。

この表札間の関連を見ながら、さらに表札の意味・内容の近似性によってグループ編成し、同様に核融合法で上位の表札を作っていく。これ以上グループ編成できない段階までこの作業を繰り返すと、意見の質的統合ができる。この繰り返しは抽象化と言う。意見の統合とは、パースの言う「これ以上分解不可能な要素」に至ることであり、問題に横たわる一般的真理(核心)である。

このような、日常いつでも誰でも経験する普遍的現象を直接観察し記述し、それらの現象に遍在する「それ以上分解不可能な要素」を発見する探求を、現象学的探求という。

KJ法で、アブダクションの展開を形どおりにまとめても、「それ以上分解不可能な要素」にはたどり着かない。「己を空しくしてデータをして語りしめる」ことが重要である。これを抜きにしたKJ法は、KJ法の本流ではなく、意見の質的統合はできない。

2) 討議方法-心の開放

討議の場におけるKJ法の素材収集は、フィールドワークに行くかわりに、討議メンバーたちの頭の中を探検するのである。その素材提供には、ブレインストーミングが役立つ。しかしブレインストーミングは、新しいアイデアを出す方法としての観点を重視し、討論後、これらのアイデアはひとつずつ批判的に検討され評価され、よいアイデアがふるいのこされ、採択される。KJ法の意見の質的統合とは本質は違うものである。厳密に言えば、ブレインストーミングというよりもブレインストーミング的討議が役に立つのである。

川喜田は、「ブレインストーミングで最も注目すべきなのは、討論者が守るべき次のような4原則である」として、次のとおり挙げている。

- ①批判を禁ずる。つまり他人の出したアイデアについて批判的な評価をしてはならない。
- ②量を求める。つまり、できるだけ多種多様なアイデアを、種が尽きるまで沢山出すことである。
- ③自由奔放たれ。つまり、「こんなアイデアをいけばバカげたことだと笑われやしないか」といった抑圧したいじけた気持ちを捨て、奇想天外なことでも何でも発言してみることである。
- ④結合。すなわち、他人のアイデアに触発され、そのアイデアと結びつけて、さらに異なったアイデアを発想することである。

KJ法の素材収集は、「自・他ともの意見を抑圧せず放出することで、360度の視角から偏らずに情報を捉えよ」ということであり、上記4原則に一致する。いわゆるKJ法は、ブレインストーミングを素材提供として位置づけ、ブレインストーミングの4原則を踏まえた討議を重視している。

以上のことから、KJ法の素材収集には、討議の場における自由奔放な雰囲気重要で、他人の出した意見に対する批判的な評価を禁じ、多種多様な意見をどれだけ出せるかに命運がかかっているとえよう。

6. アブダクション的討議展開の準備要件

1) システム化に要する体制づくり

関係機関の合意によるシステム化には、個々の事例検討会議で累積された課題を、係長クラスの会議で検討し、新たな社会資源の開発・改善策を課長クラス会議で、さらにトップクラス会議で提示し承認を得ることのできる体制が必要である。

以下、保健所主催会議における体制(例)を示したい(図3)。

2) 討議メンバーの人選

討議には、支援活動に情熱を持ち、地域住民のニーズを捉え、自分の所属する機関や職制では解決できず他の機関・職種に依存しなければならない現状を捉えることのできるメンバーが有益である。会議主催者は住民のニーズを捉えた経験知ある情熱あるメンバーの人選に留意しなければならない。

この人選には、実務者クラスによる事例検討会等個別サービス連絡・調整会議と、この実務者クラスで捉えた個々の支援活動上の問題を集積し、施策として反映できる係長クラス会議の二層立てによる人選が特に重要である。このことで、実務者クラスで捉えた支援活動上の課題が、係長クラスを経て施策として公共化され、地域住民のニ

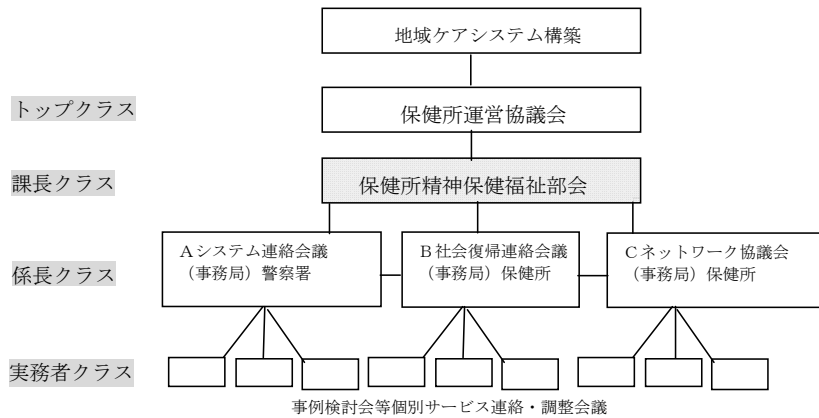


図3. 保健所主催会議における体制 (例)

ズに密着したシステム構築にいたるであろう。ここには、それぞれの機関における、各会議の内容・成果の密なる報告と合意が必要である。

おわりに

アブダクションは、関係者の討議、いわゆる話し合いによって地域ケアシステムを構築できる有効な方法である。アブダクションは、複雑・多様な現実の支援活動に携わる人々の声から、定性的データを適切に集め、それらを統合してボトムアップする方法であり、新しきものを生起させる探求法である。また、地域ケアシステムを創造的事案に置き換えると、システム構築に限らず、創造的事案を生起させる場においては、どのような領域においても活用できる方法でもある。

この探求法を具体的なノウハウとして、また体系的な方法として仕上げられているのが累積KJ法である。その基本はKJ法の一巡工程にある。いわゆる、累積的ではなく1回の会議においても、KJ法の一巡工程の中に累積KJ法の思考過程を導入することで創造的事案を生起させることができるであろう。

KJ法は、手順を修得すれば、どこでも、誰もが活用できる手法である。実際KJ法は企業や医療・教育と、KJ法の手法はあらゆる領域に周知され、活用されて多くの業績を上げている。しかし、手法の原点となるアブダクション、言い換えればKJ法の思想については周知されているとは言い難い。いわゆる、討議の場において表出された意見の文言の類似性による分類に終始している感を持たざるを得ない。この意見の集合から立ち現れる「現象」を捉え、意見に内在する「志」による分類が必要である。すなわち意見の《質的》統合がKJ法の本流であり、この質的統合を成すことができれば、KJ法は単なる手法に留まらず、科学的な実践法として、あらゆる領域における創造的事

案創設に貢献できるであろう。

この探求法は、多少の訓練が必要である。著者自身、故川喜田二郎東京工業大学名誉教授のもと研修を受け、現象学的探求法、KJ法で言う核融合法を身につけるのに1週間を要した経験がある。が、KJ法に慣れ親しんだ方には、その探求法の訓練だけで事足りるであろう。実際、著者はこのアブダクション的討議展開に係る検証・実証的研究を行い、その有効性を確認できた。この研究報告については他の機会でご助言・ご指導を承りたい。今後は、地域ケアシステム構築に、アブダクション的討議展開を図りながら、実践者と共にこの方法の生成変化を繰り返しながら、精度を高めて行ければ幸いである。

文献

- 1) 松村明編:大辞林.1059,東京,三省堂,1989
- 2) 平野かよこ編:最新保健学講座-地域看護学総論②.150,東京,メヂカルフレンド社,2008
- 3) 荒賀直子,後閑容子:公衆衛生看護学.3,178-184,東京,インターメディカル,2011
- 4) 橋本正巳:地域保健活動の動向と課題.108,東京,医学書院,1968
- 5) 人事院事務総局編集:JST基本コースシート集.東京,社団法人日本人人事管理協会,1992
- 6) 桑田耕太郎,田尾雅夫:組織論.35-374,東京,有斐閣アルマ,1998
- 7) 米盛裕二:アブダクション-仮説と発見の論理-.7-28,勁草書房,2009
- 8) 同上,53-72
- 9) 米盛裕二編訳:パース著作集1-現象学-.1,東京,勁草書房,1997
- 10) 同上,1-3

- 11) 同上,4-8
- 12) 同7),43-90
- 13) ウィリアム・H・デイヴィス著,赤木照夫訳:
パースの認識論.40,東京,産業図書,1990
- 14) 同7),1-28
- 15) 川喜田二郎:発想法.i,東京,中公新書,1967
- 16) 川喜田二郎:KJ法.5,東京,中央公論者,1986
- 17) 同上,8
- 18) 同上,6
- 19) 同15),6
- 20) 同16),70
- 21) 川喜田二郎:KJ法-混沌をして語らしめる
-.16,東京,中央公論新社,2004
- 22) 同上,551
- 23) 川喜田喜美子・高山龍三編著:川喜田二郎の
仕事と自画像-野外科学・KJ法・移動大学
-.265-267,東京,ミネルヴァ書房,2010
- 24) 同上,70
- 25) 同21),54-55
- 26) 同23),118
- 27) 同15),152
- 28) 舟島なをみ:質的研究への挑戦.95,東京,医
学書院,1999
- 29) 川喜田二郎:KJ法-混沌をして語らしめる
-.東京,中央公論新社,2004
- 30) 同1),866
- 31) 同1),1045
- 32) 同29),121-170
- 33) 同16),135
- 34) 同29),16
- 35) 同29),366

【寄稿】

性暴力被害者への司法看護ケアにおける 技術能力向上のための教育に関する研究

竹元仁美

聖マリア学院大学

<キーワード>

性暴力被害者, 司法看護ケア, 技術能力

I. はじめに

ドメスティック・バイオレンス (以下、DV) に よって引き起こされる身体的・心理社会的被害に 対する看護ケアをウィメンズヘルスにおける重大 な課題として、これまで共同研究者と協力しながら 国内外においてDV被害者支援に関する研究に 取り組んできた^{1) 2) 3) 4)}。

暴力被害者は人間としての尊厳を踏みにじられ、否応なく身体的・心理社会的健康障害を背負 われる。主な健康障害は、身体的外傷、外傷後 ストレス障害 (PTSD: Post Traumatic Stress Disorder)、大うつ病、自殺企図、性器の外傷、性 感染症、妊娠や人工妊娠中絶などである^{5) 6) 7)}。 被害者は社会的な Stigma (汚名・恥辱) として暴 力被害について開示できず、医療者側においても ユニバーサル・スクリーニング (全員対象) が推 奨されながらなかなか取り組みが進まない現状が ある³⁾。まして、DV被害者ケアに特化した教育を 受けた看護者によるケアについては、専門的看護 教育を受けた者が10~20%程度に留まっている 現状^{8) 9)}では、SACHICOなどの先端事例¹⁰⁾も あるものの、多くの医療機関では実現困難な状況 にあると言わざるを得ない¹¹⁾。

本稿では、まずこれまでのDV被害者支援研究 の中から、タイ国コンケン大学の研究者らと実施 した研究、2007年科研費 (3年間) に採択され取 り組んできた研究の概要について説明する。そし て、現在進行中の2011年科研費 (3年間) に採択

された「性暴力被害者に対する司法看護ケア」に ついて述べたい。

II. タイ国北東部コンケン県における DV 研究の成果

1. 2004年からの Intimate Partner Violence (IPV) 調査研究の成果

タイ国立大学コンケン (Khon Kaen) 大 学 Centre for Research and Training on Gender and Women's Health (CRTGWH) の研究者グループおよび九州看護福祉大学大学院 (国際看護学) を中心とした (筆者を含む) 研究 者グループは、2004年の半年間、タイ東北部コ ンケン県在住の褥婦1646名 (分娩後5日以内、 14-45歳) を対象として構造式質問表に基づいた 面接調査を行った^{12) 13) 14)}。この調査は家族 (両 親等) からの暴力 (Family Violence) およびパー トナーからの暴力 Intimate Partner Violence (IPV) の実態調査、あわせて非虐待女性のもつ知 識やコーピング・スタイルと身体的・精神的健康 障害の関連を明らかにすることを目的としていた ^{12) 13) 14)}。

調査結果は以下の通りである。家族から暴力を 受けていた女性は564人に上り、その内訳は精神 的暴力被害33%、身体的暴力5%、性的暴力2.1% であった¹²⁾。「女性の権利」に関する知識 (例: IPV が原因で裁判による離婚の場合、元夫は元妻の生

活費を支払う義務が発生する) に関しては、ほとんどの非虐待女性が知っていた^{12) 13)}。次に「女性の権利」について知識と暴力被害の頻度との関連を分析した結果、知識の少ない女性群のほうが知識の多い女性よりも有意に暴力を受ける頻度が高かった^{12) 13)}。

さらに夫や親密な関係にあるパートナーからの妊娠期にある女性への暴力、その被害女性のもつコーピング・スタイルが妊婦および胎児・新生児に及ぼす身体的精神的健康被害へどのような緩衝作用をもつのかについて検討した¹⁴⁾。その結果、妊娠期にあった対象者の457名が身体的・精神的・性的な暴力を受けた経験をもっていたことが明らかになった。またコーピング・スタイル (Avoidance coping 回避的対処、Approaching Coping 接近的対処、Social Support Seeking 社会的支援の探索) のうち、Social Support Seeking (社会的ソーシャルサポートの探求) のみが有意な緩衝作用を有しており、Social support を活用した被害者支援の有効性が示唆された¹⁴⁾。

もう一つ、共同研究者が行ったDV被害者のコーピングに関する研究からも興味深い結果が得られているので紹介したい¹⁵⁾。妊婦421名を対象として妊娠期から産褥期にかけて質問紙調査を実施し264名から回答を得た¹⁵⁾。妊娠中に53.7%が精神的DV、26.6%が身体的DV、19.2%が性的DVを経験したと回答した。このDV被害群はDV経験なし群と比較した結果、身体的疼痛・メンタルヘルス・社会機能が有意に悪かった。また、産褥期には、精神的DV35.4%、身体的DV9.5%、性的DV11.3%を経験したと回答した。DV経験なし群と比較するとメンタルヘルスと社会機能が有意に低かった。胎児・新生児の健康とDV状態とは関連は見られなかった。DV被害者のDVに対するコーピング戦略として、泣く、静かにする(沈黙する)、暴力的な状況を離れ親戚の所へ避難する、他者の支援を探す、地域の警察等に知らせる、エモショナルサポート・社会的法的支援・コミュニティサポートサービスの利用などを採用していた。さらに、これらのコーピング法はDV被害者の安全確保において有益であったと回答している。

2. 2009~2010年におけるタイ国での研究成果

16) 17) 18) 19) 20)

2010年には、コンケン大学CRTGWHの Sawangchareon 准教授らと著者らの研究グループによって、2004年度の調査研究を発展させ、IPV被害女性に対する看護ケア効果についてのアクション・リサーチを行うこととなった。この研究は2段階で構成され、第1段階は看護師に対する2日間のワークショップ実施、第2段階はそのトレーニングを受けた看護師らによるIPVスクリーニングおよび看護ケア実施、であった。2日間のワークショップの内容は、DVに関する基本的知識、スクリーニング、コンサルテーション、リラクゼーション法、などである(図1)。

Date: 20-21 and 25 February 2010 Place: Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Tentative Schedule

Date Time	Topic
1st Day	
08.30-09.30	Registration
09.00-09.30	Pre-test
09.30-10.30	Self awareness on gender roles and domestic violence (DV)
10.30-10.45	Coffee break
10.45-11.15	Understanding domestic violence cycle
11.15-12.00	Nursing care of DV patients
12.00-13.00	Lunch
13.00-14.00	DV assessment, implementation, evaluation and patient's safety
14.00-14.15	Tea Break
14.15-15.00	Law and legal application
15.00-16.00	Thorough education, referral and documentation
2nd Day	
09.00-10.30	DV counseling (Thank patients, reassurance, empower, assist, take notice)
10.30-10.45	Coffee break
10.45-12.00	DV counseling (Thank patients, reassurance, empower, assist, take notice)
12.00-13.00	Lunch
13.00-15.00	Practice using DV instruments and role plays
15.00-15.15	Tea break
15.15-16.00	Evaluation
Four Days Later 09.00-16.00	Follow-up, case discussions, clinical supervision at study sites

図1. Workshop training on competency development of nurses in screening and assisting women who have experienced domestic violence

タイ国立コンケン大学の近隣にある医療施設に勤務する看護職者から希望者を公募し、ワークショップはコンケン大学看護学部棟で2回開催した(筆者ら日本人研究者グループは第1回目のワークショップに参加)。このワークショップに参加した看護者が勤務する3つの医療機関において、DV被害者のスクリーニングを実施した結果、32名の患者にDV被害が疑われた。そのうち看護者の面接によってDV被害を認めた17名を対象として看護カウンセリングを行った結果、セルフエスティームと精神的健康度が有意に向上した。さらに、看護カウンセリングによってDV被害者は回避的なコーピング方法よりも積極的なコーピング方法(別居・離婚をする、両親や親戚に相談する、医療スタッフに相談する等)をとるようになった。これらの結果から、看護カウンセリングによって、(1) DV被害者はDVにより健康障害が生じていることを理解したこと、(2) より有効なコーピング方法を学習したこと、(3) ストレス軽減によって精神的健康度の向上につながったこと、等の成果が得られたと考える。

Ⅲ. 日本におけるDV暴力被害者支援に関する研究の概要と成果

2007~2009年に、地方都市における小規模医療機関に在職する看護者を対象として、児童虐待およびDVに対する問題認識と看護実践力の向上に向けた教育プログラムの開発・実施・評価を行った^{21) 22) 23)}。

この教育プログラムの目標は、(1) 看護者が児童虐待及びDVに関連する知識、および被害を受ける子どもや女性に対するケア技術を習得すること、(2) 被害者支援に関わる看護者がケアにおいて自信と意欲の向上がすること、であった。

教育プログラム内容は、以下のように2つの部分から構成されている。まず、児童虐待とDVの知識を習得する；(1) 児童虐待とDVの定義・種類、(2) 児童虐待とDVによって引き起こされる健康問題(被害者の身体的、心理社会的健康問題)、(3) DVが子どもへ及ぼす影響(世代間連鎖等)、(4) DV問題のもつ特殊性(社会構造から生み出される暴力、被害女性の学習性無気力等)、(5) 児童虐待防止法、DV防止法等の法律における看護者の義務、である。次に、被害者が必要とする看護技術を習得する；(1) 被害者のプライバシーの確保と方法、(2) 被害者のスクリーニング法と通報の仕方、(3) 情報提供(相談支援機関リストと連絡

先)、(4) 証拠保全(ボディマップ・写真撮影・記録)、(5) 安全対策(リスクアセスメントと対処法)、(6) 看護者が被害者に対しとるべき態度、である。

開発した教育プログラムを用いて、ワークショップを開催した。小規模医療機関で勤務する看護者(看護師、准看護師、助産師)を対象としてこの教育プログラムを展開した。また、あわせて教育媒体としてパンフレットの作成も行った。ワークショップ後、参加した看護者に質問紙調査を依頼し、プログラム評価を行った。その結果、教育プログラムの効果が確認された²⁴⁾。

Ⅳ. 司法看護学がめざす性暴力被害者ケア

著者らは、「司法看護におけるSexual Assault Nurse Examiner (SANE) の役割」⁴⁾の中で、日本における司法看護学の必要性、司法看護における看護の役割、SANEの看護ケアに示される司法看護のあり方、わが国における司法看護ケアの方向性について、見解を述べた。ここではその中から司法看護ケアについて要点を抜粋し再整理する。

1. 性暴力被害者支援の必要性

警視庁統計資料(2009)によると、平成21年度の強姦の認知件数1,402件、強制わいせつの認知件数6,688件となっているが、実数は遥かに多いとされている²⁵⁾。性暴力は身体的暴力や精神的暴力による被害によりさらに大きく深く傷つけ、人間としての尊厳を踏みにじる許し難い犯罪である。性暴力被害によって、被害者は甚大な身体的・心理社会的健康障害を背負わされるが、被害者に落ち度を求める社会的風潮の中で性暴力被害を開示できず相談を受けることもままならないことが多い²⁶⁾。医療者側も種々の理由から積極的なアプローチが取れず、スクリーニングも遅々として進まない状況がある²⁶⁾。このような状況の中で、DV被害者に特化した専門知識・技術を習得した看護者が適切な医療ケアを提供することを強く期待されている^{27) 28)}。しかしながら、専門的な看護教育を受けた者はわずか10~20%程度に留まっているため、このような社会的ニーズに対応できない現状がある^{29) 30)}。

2. 司法看護における看護の役割

Goll-McGeeによれば、司法看護とは「生存者および死亡者のトラウマ(外傷)に関する科

学的調査および訴訟手続きを含む看護過程」であり³¹⁾、その役割を担うのがSANE (Sexual Assault Nurse Examiner) である。

司法看護に求められる具体的な役割は、The National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinationsに示されている。プロトコルでは、1) 急性の医学的ニーズのアセスメントをし、安定化、治療およびコンサルテーションの提供をすること、2) 法医学的検査を実施し、患者からの法医学的医療歴の聴取、司法エビデンスの収集と記録をすること、3) 危機介入、支援およびアドボケートを保証するために調整をすること、とされている^{32) 33) 34)}。さらに、危機介入、情報提供、他の連携機関への紹介、安全計画の立案があげられている^{35) 36) 37)}。このようにSANEは、他の医療スタッフや警察・司法専門職との連携強化や³⁴⁾、医療ケアや司法証拠採取能力の向上におけるスキルアップにも関しても役割を果たしている³⁸⁾。

3. SANE の看護ケアに示される司法看護のあり方

性暴力被害者のケアの原則は、被害によって損なわれているが、本来被害者自身が持っている力の回復(エンパワメント)を促進することである。被害経験からの回復とは、「(サポートを受けながらも)自分の力で回復した」と思えることである。そのためには、『Women-centered care (女性中心のケア)』³⁹⁾、および『Psychological First Aid (被害後救急医療ケア)』⁴⁰⁾に見られるアプローチ法が重要かつ有用であると考えている。

1) Women-centered Care³⁹⁾女性中心のケア

これは、被害者が自己コントロール感を回復するために、被害者のエンパワメントを促すことを目的としている。具体的なケア内容は、被害者の「人間としての尊厳」に十分配慮し敬意を持つこと、「被害者は悪くない」ということを保証すること、プライバシーが保てる安全な環境を提供し安心感を与えることである。ケアの中で女性の身体的・精神的安全を保証する支援方法、安全な場所の確保が重要となる。加えて、全ての医療ケアや証拠採取プロセスにおいて、1つ1つ目的・内容・方法を丁寧に説明しコンセンストを得ることが必要である。本人の希望や同意があればアドボケート(権利擁護・代理)として、被害者の傍にいる人を確保するよう配慮する。

しかし、特別な教育プログラムを受けていない医療者は、被害者に対する誤解や誤った信念に基

づいた行動や態度をとってしまう可能性が高い⁴¹⁾。このような二次被害につながる医療者の対応を改善するために、医療者のジェンダーセンシティブ・トレーニング、および司法証拠採取・トラウマを抱えた女性へのケアのための技術トレーニングが欠かせない。教育とその後の経験によって、被害女性にデブリーフィング(性暴力被害に対する感情を解放させる)を行いつつ、医学的ケアと司法証拠採取を実施することができるようになる⁴²⁾。

2) 被害後急性期の医療ケア⁴⁰⁾: Psychological First Aid (PFA)

これは犯罪被害から間もない急性期の被害者に対して、「安全と安心」を提供し、自己コントロール感を取り戻し自己決定できるようになる包括的な介入についてまとめられたものである。特に、心理学的応急処置(Psychological First Aid ; 以下PFA)の手引きが非常に参考になる⁴⁰⁾。

PFAは、1) トラウマ的出来事によって引き起こされる初期の苦痛を軽減すること、2) 短期・長期的な適応機能と対処行動を促進すること、を目的としている。

PFAの具体的な内容は、(1) 被害者にアプローチし支援活動を始める、(2) 安全と安心感の提供、(3) 安定化を図る、(4) 現在のニーズと困りごとに対処するための情報を収集する、(5) 現実的な問題解決を助ける、(6) 周囲の人々との関わりを促進する、(7) 対処に役立つ情報を提供する、(8) 関係機関への紹介と引き継ぎをする、の8つである。

DV被害者の広範囲にわたる初期反応(身体的・心理的・行動上、スピリチュアルな問題)の中には、強い苦痛を引き起し、適応的対処行動を妨げるものがあるので、共感と気遣いに満ちた支援によって被害者の苦痛を和らげ回復を促進させる必要がある。

4. わが国における司法看護ケアの方向性

人種や文化背景・社会情勢の違いがあっても性暴力被害者の置かれた状況は北米とあまり変わらないため、性暴力被害者ケアの原則は同じであると考えている^{42) 43)}。しかし、わが国では司法看護についての研究は途についたばかりで^{10) 44) 45)}、性暴力被害者支援をシステムティックに実践している機関等はごくわずかである。その中で特筆すべきは、2010年に大阪阪南中央病院内に設置された性暴力救援センター・大阪(Sexual Assault Crisis Healing Intervention

Center Osaka: 性暴力危機治療的介入センター大阪;SACHICO) である¹⁰⁾。

SACHICOでは、ボランティア(24時間待機・ホットライン対応)、産婦人科医師(24時間対応)、臨床心理士、ケースワーカー、精神科医師、小児科医師、弁護士、法学者、警察によるチーム医療で性暴力被害者の医療ケアを行っている¹⁰⁾。活動内容は、産婦人科医師(原則、女性医師)と看護師が24時間体制で、1) 妊娠予防のための緊急避妊薬の投与、2) STD検査、3) 証拠採取、4) 弁護士の紹介、5) 人工妊娠中絶、6) 警察への通報、7) フォローアップ外来、である¹⁰⁾。北米のSANE/SART (Sexual Assault Response Team) を参考にしているので基本的な活動内容はほぼ同じであるが、SANEとは異なり看護師の主体的な関わりではなく医師主導型である。包括的実践モデルとしてSACHICOは有効といえるが、看護師養成では検討が必要である⁷⁾。

5. 性暴力被害者支援のための教育プログラムとしての司法看護学

わが国で性暴力被害者ケアのための看護師教育に関して、片岡ら⁸⁾と三隅ら⁴⁶⁾による研究報告がある。片岡ら⁸⁾の看護師教育プログラムは、性暴力、被害者に与える心身社会的健康への影響、被害者ケアの知識や技術の理解に加え、看護師自身の持つ強姦神話や思い込みなどの態度に焦点を当てている。一方、三隅ら⁴⁶⁾の看護師教育プログラムはSANE養成プログラムで約40時間の講義と演習で構成されている。プログラム内容は、DVや子ども虐待の問題を包含した暴力の理解に加え守秘義務と記録の取り方、司法証拠採取を含んでいる。著者らの研究では両者の特徴を生かしつつ、わが国の医療システムおよび司法システムに基づいた証拠採取に関する看護技術教育プログラム開発を検討している。

6. 司法看護ケアにおける技術能力向上のための教育構築

これまで、独立行政法人日本学術振興会科学研究費の助成を受け、タイ国や我が国でのDV被害者支援に関する研究を行ってきた。現在、それらの研究で得られた「看護師が習得すべき知識や技術に関する知見」を活用し、司法看護ケアにおける技術力向上の教育に関する研究を進めている。

今回の教育プログラムの特長は、「Workshop training on competency development of nurses in screening and assisting women who have experienced domestic violence:

タイ国におけるDV被害者支援のための看護者対象ワークショップ」(図1)¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾、「小規模医療機関における看護者の虐待被害者ケア能力の向上に向けた教育に関する研究」²¹⁾で作成したものをベースとして、被害者が起訴を望む場合に証拠能力をもった証拠採取ができる技術力を養う演習を付加したことである。今後、Women-centered care やPFAなどを包括的に組み込んだロールプレイ型の演習を組み立て試行した後、評価・修正を加えたいと考えている。

さらに、被害者の身体的・心理社会的問題に対応できる看護カウンセリングについても検討中である。効果的な看護カウンセリングを行うためには、まず看護者自身もっている価値観を知り、自分の価値観に基づくアプローチの危険性を認識することから始めることが重要である。そして、プログラムの過程を通して、カウンセリング能力だけではなく、被害者が置かれた状況を的確にアセスメントし、共感し真に寄り添うことができる看護能力を総合的に習得できるものでなければならない。最終的には、看護スペシャリストだけではなく看護ジェネラリストが習得すべきユニバーサル・スキルとして教育プログラムを構築したいと考えている。

V. おわりに

複雑で高度なケアを必要とする性暴力被害者に真に向き合い、継続的なケアを実践するためには、司法看護に関する知識および科学的で正確な技術に裏打ちされた専門家としての技量が必要不可欠である。加えて、専門家として経験を積み、自信や意欲に支えられることによって真の援助者として活動が可能となる。そのために、看護者に必要とされる知識・技術・態度価値観について研究を進め、司法看護ケアの構築につなげて性暴力・DV被害者支援の一助としたい。

本稿は、平成19~21年文部科学省科研費(挑戦的萌芽研究)により実施した研究を一部含み、平成23~25年度独立行政法人日本学術振興会科学研究費(挑戦的萌芽研究)の助成を受けて現在進行中の研究に関するものである(科研費採択番号:23660086)。

文献

- 1) 待鳥祐子, 田中千絵, 竹元仁美, 牧香里, 大濱

- 京子,入部久子:ネグレクトとされた3人の障害児を抱える母親、家族へのアプローチ カルガリー家族アセスメントモデル (CFAM) を使用して見えてきたもの. 家族看護研究.13 (2) :114,2007.
- 2) 竹元仁美:PRECEDE-PROCEED Model を用いた Intimate Partner Violence の要因分析. 日本看護科学学会学術集会講演集.27; 500,2007.
 - 3) 竹元仁美,大橋知子,大町福美,桃井雅子: 女性に対する暴力のスクリーニングにおける障壁の検討. 聖マリア学院紀要,22:63-69,2008.
 - 4) 竹元仁美,山本八千代:司法看護における Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) の役割. 聖マリア学院大学紀要.3;105-115, 2012.
 - 5) Kessler,RC.,Sonnenga,A.,Hughes,M .,&Nelson, CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Archives of General Psychiatry, 52:1048-1060, 1995.
 - 6) 小西聖子:犯罪被害者のメンタルヘルス, 誠信書房,2008.
 - 7) WHO:Multi-country study on Women's Health and Domestic Violence against Women.2004.
 - 8) 片岡弥恵子,下谷恵美,加納尚美,大竹眞裕美: 性暴力・暴力被害者への看護に関する実態調査, 聖路加看護学会誌,8 (1) :1-9,2004.
 - 9) 友田尋子,高田昌代:わが国の看護職教育における DV に関する教育の実態と教員意識調査,大阪市立大学『大学教育』,5 (2) :13-21,2008.
 - 10) 加藤 治子.性暴力救済センター・大阪 (SACHICO) 開設の経緯と現況について.トラウマティック・ストレス.8 (2) :46-55.2010.
 - 11) 山本八千代:ドメスティック・バイオレンス被害者の医療機関における状況の調査—被害者の来院目的,健康問題,医療従事者のDV 認知状況—. 母性衛生.48 (4) :551-558.2008
 - 12) 尾坂良子,馬場みちえ,竹元仁美,森中恵子: タイ北東部妊婦がもつ女性の権利に関する知識と家族内暴力との関連. 日本公衆衛生学会総会抄録集.64,P1056.2005.
 - 13) Sawangchareon K., Nanakorn S., Wattananukulkiat S., Osaka R.: Family Violence and Knowledge on Women's Right of Pregnant Women in the Northeast of Thailand. Women's World 2005. The 9th International interdisciplinary Congress on Women. Seoul, Korea, June 19-24, 2005.
 - 14) Takemoto H., Baba M., Morinaka K., Sawangchareon K., Nanakorn S., Kinoshita M. :The effectiveness of coping strategies on adverse health outcomes: Study on abused women during pregnancy in Northeastern Thailand. The 10th International Family Nursing Conference (Kyoto, Japan) 2011.
 - 15) Amornrat Sricamsuk: Domestic violence against pregnancy women: A Thai perspective. Thesis for the degree of Doctor of philosophy in the School of Nursing and Midwifery, Griffith Health at Griffith University
 - 16) Sawangchareon K.,Wattananukunkeit S.,Stricamsuk S. A.,Nanakorn S.,Doasodsai S.,Takemoto H., Morinaka K., Baba M.:Self-esteem and general health of abused women.Abstracts of The 10th International Family Nursing Conference (Kyoto,Japan) 2011
 - 17) Wattananukunkeit S.,Sawangchareon K.,Stricamsuk S. A.,Nanakorn S.,Doasodsai S.,Takemoto H.:Perceived causes and negative effects of domestic violence.Abstracts of The 10th International Family Nursing Conference (Kyoto,Japan) 2011
 - 18) Stricamsuk S. A.,Sawangchareon K.,Wattananukunkeit S.,Nanakorn S.,Doasodsai S.,Takemoto H.:Barriers and experiences in providing domestic violence counseling to abused women. Abstracts of The 10th International Family Nursing Conference (Kyoto,Japan) 2011
 - 19) Takemoto H., Baba M., Morinaka K., Sawangchareon K., Wattananukunkeit S.,Stricamsuk S. A.,Nanakorn S.,Doasodsai S.:The consultation and coping strategies in order to improve mental health of Thai abused women. Abstracts of The 21th World Congress

- on Psychosomatic Medicine (Seoul, Korea), 2011.
- 20) 竹元仁美: タイにおける暴力被害女性への看護介入が精神的健康に与える効果. 日本助産学会学術集会 札幌 1-2 May, 2012.
 - 21) 山本八千代, 大田恵子, 宮城由美子, 櫛直美, 竹元仁美, 泉澤真紀, 鈴井江三子: 小規模医療機関における看護者の虐待被害者ケア能力の向上に向けた教育に関する研究. 2007~2009年度挑戦的萌芽研究採択. 科学研究費補助金データベース. <http://kaken.nii.ac.jp/ja/p/19659584>
 - 22) 竹元仁美, 山本八千代: 性暴力被害者への司法看護ケアにおける技術能力向上のための教育に関する研究. 2011~2013年度挑戦的萌芽研究採択. 科学研究費補助金データベース. <http://kaken.nii.ac.jp/ja/p/23660086>
 - 23) 山本八千代, 竹元仁美, 宮城由美子, 泉澤真紀, 杉浦絹子, 秋鹿都子: DV・児童虐待, 性暴力被害者に対する司法看護技術向上のための看護者教育モデル構築. 2012~2014年度基盤C採択. 科学研究費補助金データベース. <http://kaken.nii.ac.jp/ja/r/10310913>
 - 24) Yamamoto Y: Investigation into the Actual State of Nursing Care for abused women in clinics and small hospitals in Local City" The 12th East Asian Forum of Nursing Scholars. 2009, 3.14.
 - 25) 警視庁HP: <http://www.keishicho.metro.tokyo.jp/anzen/sub5.htm>
 - 26) 小宅理沙: 犯罪被害女性の妊娠に対する支援の実態と今後の課題, Core Ethics, 2: 247-258. 2006.
 - 27) NPO 法人女性の安全と教育のための支援教育センター編: SANE養成講座資料. 2009.
 - 28) 片岡弥恵子, 下谷恵美, 加納尚美, 大竹眞裕美: 性暴力・暴力被害者への看護に関する実態調査, 聖路加看護学会誌, 8 (1) :1-9, 2004.
 - 29) 友田尋子, 高田昌代: わが国の看護職教育におけるDVに関する教育の実態と教員意識調査, 大阪市立大学『大学教育』, 5 (2) :13-21, 2008.
 - 30) Goll-McGee B. The Role of the Clinical Forensic Nurse in Critical Care. Critical Care Nurse Q. 22 (1) :8-18. 1999.
 - 31) Campbell R., Patterson, D., & Lichty L. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) Program: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. Trauma, Violence, and Abuse. 6:312-329. 2005.
 - 32) Ledray L. Sexual assault nurse examiner (SANE) Development and operation guide (NCJ 170609). Washington DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Program, Office for Victims of Crime. 1999.
 - 33) U.S. Department of Justice. A national protocol for sexual assault medical forensic examinations: Adults/adolescents (NCJ 206554). Washington, DC: Office on Violence Against Women. 2004.
 - 34) Ledray LE. Evidence Collection and Care of the Sexual Assault Survivor The SANE-SART Response. Violence Against Women Online Resources. 2001;1-21. 2001.
 - 35) Ledray L. Faugno D. & Speck P. SANE: Advocate, forensic technician, nurse. Journal of Emergency Nursing. 27:91-93. 2001.
 - 36) Crandall PG. & Helitzer D. Impact evaluation of a sexual assault nurse examiner (SANE) program. (NIJ Document No. 203276). Washington, DC; National Institute of Justice. 2003.
 - 37) Selig C. Sexual assault nurse examiner and sexual assault response team (SANE/SART) program. Nursing Clinics of North America. 35:311-319. 2002.
 - 38) McGregor MJ. Mont JD. White D. Coombes ME. Examination for Sexual Assault: Evaluating the Literature for Indicators of Women-Centered Care. Health Care for Women International. 30:22-40. 2009.
 - 39) 兵庫県こころのケアセンター. サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 第2版 日本語版 2009: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. Psychological First Aid. Field Operations Guide 2nd Edition. 2006.
 - 40) Du Mont J & White D. The doctor's dilemma: Caregiving and medicolegal evidence collection. Medicine & Law. 23

- (3) :515.2004.
- 41) 田口奈緒. 性暴力被害とその対応. 産婦人科治療. 99 (6) :617-622.2009.
- 42) 中島聡美・正木智子. 性暴力被害者への早期介入—ある民間被害者支援団体の相談事例から—. ト라우マティック・ストレス. 1 (1) :63-67.2003.
- 43) 日高経子, 三木明子, 金崎悠. 諸外国における司法精神看護の役割. 岡山大学医学保健学科 紀要. 14:103-111.2003.
- 44) 山田典子, 山本春江, リボヴィッツよし子. 日本における法看護学教育カリキュラムの検討. 日本ヒューマン科学会誌. 2 (1) :57-64.2009.
- 45) 三隅順子, 加納尚美, 小竹久美子, 他: 性暴力被害者支援看護師 (Sexual Assault Nurse Examiner) 養成プログラムの評価, 母性衛生, 49 (1) :152-159,2008.

【寄稿】

不妊に向き合う女性への看護 — 「女性の思いに寄り添う看護」の実現に向けて —

桃井雅子

聖マリア学院大学

<キーワード>

不妊、ウイメンズ・ヘルス

I. はじめに

近年、生殖医療の進歩に伴い、不妊治療をうける女性（以下、当事者女性）やカップル、また治療を経て妊娠、出産する女性は増加傾向にある。我が国における、子産み・子育て文化について¹⁾、地域や家族、個人により相違はあるものの、イェ制度や伝統的な家族観がいまだに存在し、そのような状況のなかで、当事者女性が持つストレスとは、“子どもがいないという潜在的・慢性的な悲しみ”、“女性として完全ではないという不全感”、“子どもが持てないことによる自己価値や自尊心の低下”、“夫婦関係や家族関係におけるストレス”など、数多くのストレスを抱えていることが先行研究から明らかにされている。

著者が、臨床において当事者女性の思い（苦悩）を聞くなかでも、日本人に従来から存在してきた先の家族観は、今なお、女性自身と女性を取り巻く周囲の人々の、意識の根底に在り続け、それが当事者の苦悩に影響していることや、苦悩の主たる要因であることが少なくない、という印象を持ってきた。

こうした当事者女性のストレス状況、苦悩に関しては、当事者と深く関わらない者には理解するのが困難であるとも言われている²⁾。また当事者としても、不妊の問題は第三者には相談しにくい事柄であり、その理由としては「カップルの性に関わる問題であり、社会の中ではマイノリティであること、不名誉なこと (stigma) として見られるためである」³⁾とされている。

以上のことから、当事者女性の多くは、その苦

悩を周囲の誰にも打ち明けられず、相談できないまま、不妊治療中とそれに続く妊娠や出産、産後の長い経過を過ごしていることが容易に想像できる。また先行研究から、こうした当事者女性（ここでは不妊治療後の妊婦を指す）の思いが、不妊治療に関する個人的な経験と深く関わっており、多様でかつ非常に個別的な思いであることが明らかにされている^{4) 5)}。

ここで、生殖看護（不妊看護）の現状に目を向けてみる。近年、看護師および助産師の基礎教育において、“ウイメンズ・ヘルス”および“リプロダクティブ・ヘルス/ライツ”の視点から、女性の健康を支援する看護者が学ぶべき重要項目として、不妊に関しても、その基礎的な知識や看護について教授されるようになった。さらに日本看護協会では、当分野において、より高度な看護実践者としての資質が求められることから、2002年より不妊症看護分野の認定看護師教育を開始し、2012年9月現在、全国で121名が認定を受けその役割を担っている。この数は、最近の生殖医療を行う施設の増加数に対しては、未だ非常に少ない数といえ、社会的なケア・ニーズに充分に応えることができないのが現状である。また、今現在、臨床で不妊治療を受ける女性と直に関わる看護者の状況とは、「患者への関わり方が分からない」、「個人的価値観から患者に共感できない」等、とくに後者に関しては、不妊治療にたいする当事者女性と看護者自身が持つ価値観の相違によって、その女性に寄り添う看護を実施するのが困難な状況である、と言われている¹⁾。また看護者が、当事者女性との価値観が異なることによってジレンマを

持つ可能性も指摘されており、そこで看護者に求められることとして、一つは自己の価値観を明確にすることであり、他の一つは“当事者女性一人一人の理解に努め、女性の側に寄り添う心を持ち続ける必要がある”とされている。

以上のことから、看護者が“一人一人の当事者女性に寄り添う看護”を実現するためには、従来の看護基礎教育で教授されてきた、不妊に関する基本的知識や一般的な看護に加えて、実際に看護者として臨床に臨むとき、そこで出会う女性個々の思いに意識と耳を傾け、理解しようと努める姿勢が必要ではないだろうか。そして、看護者が個々の思いを理解し、それをありのまま受容した時に、はじめてその女性のケア・ニーズが見えてきて、対象に寄り添う看護の実現へと導かれるのではないか、と考える。

ここで再び不妊治療の現場に話を戻すと、現在、我が国において不妊治療を取り扱う施設は、実に700施設にのぼるといわれ、この数は世界的にも例を見ない多さである⁶⁾。なかでも特に、不妊治療を専門とする施設の増加が目立ち、それに伴い当事者女性は妊娠するまでは治療専門の施設に通院し、妊娠後は、その専門施設では分娩を取り扱わないという理由や、あるいは不妊治療後はハイリスク妊娠になる可能性が比較的高いという理由（不妊の原因となる既往歴がある場合、または高齢初妊婦である場合、等）から、周産期医療を担う総合病院等に紹介され、転院するケースが数多く認められる。ここで当事者としては、転院によってそれまでの医療者や看護者との関係性が途切れることになるため、「継続的なケア（不妊治療中から妊娠、出産、産後を通じたケア）」をして欲しいと希望することが明らかになっている⁴⁾⁵⁾。こうした当事者とケア者の継続的な関わりは、不妊治療の経過を共に辿り、女性がその時々抱く思いも共有することで、双方の関係性がより深く築かれるため、当事者女性にとっては妊娠後の複雑な思い（後述する“不妊治療後の妊婦に特徴的な思い”を指す）を表出しやすい関係であるといえる。また同時に、看護者にとっては、個々の治療経過とその時々抱いた思いを理解したうえで関わるができるので、先の“患者への関わり方が分からない”、“価値観の相違から患者に共感できない”といったジレンマを持つ可能性もより少なくなるのではないかとと思われる。

本稿では、こうした当事者女性を取り巻く現状を鑑み、著者がこれまでに行ってきた研究の中から、特に不妊治療後に妊娠・出産、育児をする女性の思いを理解するため、まずその実態を明らか

にすることを目的として行った一研究⁴⁾を紹介する。それに続いて、他の関連研究⁵⁾を参考にしながら、これら二つの研究から導かれた看護への示唆について述べたいと思う。

II. 「不妊治療後の多胎妊婦の思い」⁴⁾

不妊治療後の多胎妊婦の思いを明らかにすることを目的に、3名の当事者女性を対象に半構成的インタビューを行い、内容を分析した。対象者の背景は以下の通りである。いずれも30才代で不妊期間と不妊治療期間をあわせると5年以上が経過していた。

- ・ケース1（現在育児中）：30才代、不妊治療期間5年間、3年前に双胎児を帝王切開で出産
- ・ケース2（管理目的で入院中）：32才、不妊期間5年、治療期間9か月、双胎妊娠37週、自然流産2回経験（5週、8週）
- ・ケース3（産後35日目）：31才、不妊期間5年、治療期間3年6か月、品胎児を帝王切開で出産

分析の結果、対象者に共通する特徴的な思いとして3つの側面、すなわち「妊娠の受けとめ方に対する思い」、「妊娠中のケアに対する思い」、「他の妊婦（以下、他の妊婦とは“不妊治療後の妊婦”および“自然妊娠の妊婦”の両者を指す）との繋がりや関係に関する思い」、以上が認められた。また、これらの思いに影響する要因としては「不妊治療を通して経験したこと」、「治療を通じて知り合った友人の言葉」、「他の妊婦と自己の捉え方」、「治療に関して自己決定をしたこと」、以上の4つが挙げられた。

ここでは各ケースのデータについて詳細な解説はせず、先の、共通する3つの思いについて、それらの内容と要因との関連について触れながら、順に述べる。

1) 「不妊治療を通して経験したこと」に関わる思い

過去の、不妊治療を通して経験したことが、今回の妊娠の受けとめ方に影響していた。

まず、長期間の治療を経て、妊娠したことが初めて分かった時は“とにかく嬉しい”という思いを持っていた。それに続く妊娠経過中は、不妊治療後ということに起因する妊娠中のリスクに関して、書籍や他者から得た根拠の曖昧な情報や、医療者から得られる正確な情報の少なさ、また過去

の流産経験等によって“今回の妊娠もまた流産になるかもしれない”という不安を、妊娠安定期に入るまで持ち続けていた。ここで看護者へのニーズとして表出されていた事は、一つは“再び流産などの辛い経験を繰り返さないように、リスクを回避するための具体的な予防法を教えて欲しい”ということであった。

二つ目は“安定期に入るまでは胎児の無事を願う思いで一杯のため、とても産後のことまでは考えが及ばない。安定期に入り、不安が落ち着いた時期に、産後の育児等に関して教えてほしい”というニーズであり、看護者からの産後を見越した働きかけを望んでいた。

文献によれば、不妊治療を受ける女性では妊娠すること自体が最終目標になる傾向があるため、妊娠すると無気力感に陥り、その後の目標が見出せないことがあり、また、それまで妊娠できなかった自分が妊婦になったことへの戸惑いから具体的な出産・産後のイメージが持てないこと、さらには無事に産後できるまでは不安である故に出産・育児に向けての準備が遅れがちになること、等が問題として挙げられている⁷⁾。また当事者の妊婦らは、このような自分たちの思いに対して、看護者には“妊娠継続に対して現実的な捉え方が出来るように支えて欲しい”また“母親として自ら出産や育児に取り組み、元気で安全に子どもを育てるように支えて欲しい”、加えて“妊娠中の不安を問題解決的にとらえ現実的な対処方法がとれるように支えて欲しい”と願うことが報告されている⁵⁾。

以上のことから、看護者はまず過去の治療経験が、現在の妊婦の思いにどのように影響しているかを意識的にアセスメントし予め理解しておくこと、そのうえで、妊娠確定時には、治療を経て妊娠できた思いを妊婦と共有し、妊婦自身が“妊娠”を現実的に、また肯定的に受けとめることが出来るように、妊娠できたことを共に喜ぶことが必要な場合もあるだろう。また妊娠確定時から安定期に入るまでは、妊娠中のリスクに対してそれらを回避する予防法を具体的に助言することで、再び流産するのではないかと等の不安を軽減することを図ることが求められる。そして妊娠安定期に入り、不安が落ち着いた時期を見計らって妊婦自身が出産や産後のことに意識を向け、その妊娠時期に応じた必要な準備（例えば、母親役割を担うための心理的な準備、また育児環境を整えるといった点から周囲のサポートシステムを調整する等）を開始できるように、産後を見越した支援が必要であろう。

2) 「治療を通じて知り合った友人の言葉」に関わる思い

対象者のうちある一ケースは、治療を通じて知り合った友人のことを“治療中から知っている心強い人、治療中もとても救われた人”と表現しており、同じその友人から聞いた“凍結や融解というショック（治療の過程で卵子に加えられる人為的操作）に耐えた卵子は強い”という言葉によって、妊娠初期に流産するのではないかと不安から解放された、と語っていた。

不妊当事者同士の交流と共感については^{8) 9)}、それらが強力なサポート力を持つことと、それによって当事者は互いに心身をエンパワーし合い、加えて、自己効力感が高められる可能性がある、とされている。

当ケースの場合は、本来ならば妊娠安定期に入る以前の、未だ流産への不安が強い時期に、治療の同士でもある友人の“ショックに耐えた卵子は強い”という言葉を中心に拠り所として、卵子の生命力またそれを宿す自己の妊孕力を信じることで、流産への不安がより少ない状態で過ごせたのではないかと推測した。

看護者には、このような互いにエンパワーし合える当事者同士の繋がりを支援すること、例えば、自助グループに関する情報提供や、実際に当事者同士が繋がりを持てるような機会や場を提供することも求められる。

3) 「自己と他の妊婦の捉え方」に関わる思い

本研究の対象者は、“自己”と“他の妊婦”一先の繰り返しになるが、ここで“他の妊婦”とは“自分と同じ治療後の妊婦（以下、治療後の妊婦）”および“自然妊娠の妊婦”の両者を指す一との関係性に関する思いや、自分と他の妊婦とを比較することで生じる思いについて語っていた。

まず、ある一ケースは、“治療後の妊婦”について“治療中から知っている心強い存在、普通の妊婦友達とは違う”と語り、“自然妊娠の妊婦”については“やはり羨ましい”という思いを語った。さらに当ケースは、“自然妊娠の妊婦”と自分とを比較したとき、“自分は（自然に）できちゃった人とは違う”という、いわば自分を相手より優位にみなす思いと、その一方で“自分は治療しなければできなかった”という、自分を相手より劣位とみなす思い、こうした二つの相反する思いが交互に生じ、そのために“自然妊娠の妊婦”と付き合う時には葛藤を覚えることの心理的苦痛について語った。そして当ケースは看護者に対して“不妊治療のことについて気兼ねなくオープンに話

せる、(不妊)治療組の妊婦クラスを別枠で設けてほしい”と希望していた。以上の語りから推測すると、この妊婦にとっては、不妊治療のことを隠しながら“自然妊娠の妊婦”と付き合うことは、自己の内葛藤を覚える苦痛な経験であり、よって、そうした心理的苦痛を感じることはない、不妊治療のことも気兼ねなく話ができる、同じ治療経験を持つ妊婦との繋がりを求めていたと思われる。

次に、他の一ケースでは、“治療後の妊婦”について“自分と同じ思いをしている人、その人の話を聞くと心強く安心する”と、相手の存在を自分にとって肯定的に捉える一方で、同時に“自分が不妊であることを改めて自覚させる人”というマイナスに捉える側面も認められた。さらに“そうした人(治療後の妊婦)との繋がりはばかりだけでは良くない、自分は前向きになれない”、よって“治療にはこだわらない、前向きな人”との繋がりを希望すると語った。

以上、2ケースの語りをもとに、看護師は“治療後の妊婦”と“他の妊婦”の繋がりをどのように支援できるかについて以下に考察する。

(1) “不妊治療後の妊婦”同士の繋がりに関する支援

不妊治療後の妊婦が、同じ当事者同士で繋がりを持つことについては¹⁰⁾、不妊患者が治療のことを周囲に隠すことや秘密をもつことは、それ自体がストレスになるため、当事者同士が相手の反応を気にせずに会話できる機会が必要であると言われている。これに対して、不妊当事者が自助グループに加わることは、不妊というアイデンティティを認めることでもあり、そうした繋がりに抵抗感をもつ女性もいることが明らかにされている¹¹⁾。

以上のことから、看護師は、個々の妊婦が、当事者同士の繋がりをどのように捉えているか、またその繋がりを希望するか否かは、個別性や多様性があることを念頭に置きアセスメントする必要がある。また、そこで当事者同士の繋がりを希望する妊婦に対しては、従来の“自然妊娠の妊婦との合同クラス”の枠にとどまらず、新たに別枠で“不妊治療後の妊婦クラス”を設け、自由参加の機会を提供することも検討していく必要があるだろう。

(2) “不妊治療後の妊婦”と“自然妊娠の妊婦”の繋がりに関する支援

不妊治療後の妊婦が、自然妊娠の妊婦と繋がりを持つ意義について⁸⁾、妊婦同士で交流し、妊娠

中の経験を共有することで、妊娠に伴い生じているマイナートラブルや不安が決して不妊治療に依るものではなく、妊娠中だから“通常のこと”と捉える機会になり、それが“治療後の妊婦”の自信にも繋がる、と言われている。

本研究のケースにおいても、“治療にこだわらない、前向きな人との繋がりを求めている”という語り認められた。このように、“治療後の妊婦”の中には、不妊治療という過去の経験に縛られた治療仲間同士だけの繋がりにとどまらず、妊娠した後は、“自然妊娠の妊婦”とも繋がりを持つことによって、妊娠に対してより前向きで肯定的な見方をしたいと望む妊婦もいるだろう。やはりここでも、看護師には“治療後の妊婦”の持つ、“他の妊婦”との繋がりに関する個別的ニーズを十分にアセスメントし、支援にも多様性を持たせることが必要と言える。

4) 「治療に関して自己決定したこと」に関わる思い

ある一ケースは、過去の治療過程において、それまでは妊娠確定後も、万一、途中で流産になった場合の、次の治療に備えて採集した他の卵子を凍結保存していた。しかし今回の妊娠確定後は、医師と十分に話し合い、自ら納得したうえで“破棄する”と自己決定し、そのことによって“お腹の子ども信じるといふ気持ちがあり、(妊娠中)やってこれた”と語っていた。ここで当ケースの思いを推測すると、今回の妊娠に当たり、ある意味、妊婦は覚悟を決めて凍結卵を“破棄する”ことを、医師にも相談しながら最終的には自己決定したと思われる。こうした自己決定が、今回の妊娠に至った卵子、そして現在も胎内に宿り続ける胎児の生命力を信じる、という思いを支える一要因にもなったのではないだろうか。

不妊治療の過程で、医療者が患者のインフォームド・チョイスを支援することの意味について¹¹⁾、「ともに悩み考えていく姿勢を医療者のなかにも見たとき、それ自体が不妊に悩む女性・カップルの気持ちを癒し、次のステップを踏み出す、すなわち、“(医療に)参加する”ための力をエンパワーするのではないか」と言われている。

本ケースの場合、医師の専門的な助言を得て、十分に話し合い、自ら納得して自己決定できたこと、それが、次のステップ、すなわちその後の妊娠経過を“自己決定したことに対する納得と確信”という思い、またそれに通じる“安定した思い”を持ちながら過ごすことに繋がったのではないだろうか。加えて、治療中から妊娠後にかけて、

医師と相談できる関係性を保持していたことも、専門家によって継続的にフォローしてもらえると、という安心感を持つことができ、妊娠中の安定した思いに繋がったのではないかと推測した。

看護者が、“不妊治療後の妊婦”の思いをより深く理解するためには、治療中にどのような経過をたどり、そこでどのような経験をしてきたか—例えば、治療の選択や決定を誰と、どのように話し合いながら行ってきたか。またそこで女性自身が納得して選択・決定できたか、さらにその選択や決定したことを専門家が継続的にフォロー、支援しているか等—という視点で意識的にアセスメントする必要があるだろう。

Ⅲ. 看護への示唆 (先行研究から導かれた3つの視点)

ここで、先述した著者の研究⁴⁾と、他の「不妊治療後に妊娠した女性が抱く妊娠期におけるケア・ニーズ」⁵⁾という関連研究、これら2つを比較・検討して、そこから導かれる“不妊治療後に妊娠した女性への看護”として必要と思われることを、以下、3つの点からまとめておく。

まず一つは、「妊婦自身が不妊および不妊治療という過去の経験を自ら受け容れ、同時に他者にも受け容れてもらえるように支援すること」である。妊婦が、過去の辛い経験をした自己を、否定や否認することなく受容するために、まず看護者ができることは、その思いに耳を傾け、理解しようと努めることである。また、不妊治療後の妊婦同士の繋がりを促すことも、妊婦が心身をエンパワーし自己効力感が高められ、それが自己受容に繋がることが期待できるだろう。他者から受容してもらうという事では、例えば妊婦にとって最も身近で、過去の治療経験にも影響を及ぼしている家族(夫、義父母、実父母等)が、不妊治療を経て妊娠に至った、現在の妊婦を認め、これまでの長い治療期間で妊婦が経験した心身の苦痛に対して、ねぎらいと労りの思いを持つように促すことが必要である。そのとき看護者は、専門家の立場から、その家族に妊婦の思いについて代弁、説明し、理解を求めることが必要な場合もあるだろう。

二つ目は、不妊治療に関する過去の経験が自他ともに受容された上で、「現在の妊娠、そして今後の出産・育児に取り組めるように支援すること」である。まず、過去の経験に起因する流産等への不安に関しては、その予防・対処法について具体

的な助言と、過不足ない情報提供を行うことで不安の軽減を図り、妊娠そのものを肯定的に受けとめることができるよう支援する。そして、不安が落ち着く妊娠安定期を見定め、妊婦自身が今後の出産と育児に意識を向け、必要な準備が開始できるように、先を見越した働きかけを行うことである。このとき看護者は、妊婦が出産や育児を前向きに捉えるためには、不妊治療中の仲間同士の繋がりにとどまらない、自然妊娠の妊婦を含めた、新たな妊婦同士の繋がりが有効であることを心に留めておきたい。

最後に、三つ目として「治療中から、その後の妊娠・出産・育児期を通して継続的な支援を行うこと」である。“妊婦の思い”は、看護者との継続的な関わりを通じ、関係性が築かれることで表出され、それによって、個々の思いに沿ったケアが実現可能になる。海外では、不妊治療を受ける当事者の継続的支援モデルとして、生殖看護師という専門家によるプライマリ・ケアが、当事者からの肯定的な評価を受けている¹²⁾。わが国では、先述した不妊看護認定看護師がその役割を担うと言え、今後、こうした人材がより多くの場で実践に携わることによって、当事者女性への継続的支援が実現することが期待される。

Ⅳ. おわりに

不妊治療を受ける女性をとりまくわが国の社会的な状況、またそこで女性が抱くさまざまな思い(ケア・ニーズ)について著者の研究を概説し、関連研究と併せて、そこから導かれる看護の視点について述べてきた。

最後に、著者の今後の研究について触れておきたいと思う。ここ数年、“当事者女性の思いに寄り添う看護”の実現に向けて、早急に何をすべきか、何ができるかについて考えつつ研究を進めてきた。その結果、臨床の現状として、治療中から産後にかけて継続的支援を受けたいと願いながら、やむを得ない理由で転院を余儀なくされている当事者妊婦が少なくないことから、まずは、転院先の病院で、現に妊婦にケアを提供している看護者が、一人一人の女性の思いに意識と耳を傾け、理解しようとする姿勢を持ってもらうことが、ケア実現への近道ではないかと考えるに至った。著者の臨床経験では、不妊治療後の妊婦が転院先の病院で、そこで初めて出会う看護者に対して、自ら過去の不妊に関する経験談を切り出すことは非常

に稀である。しかし、看護師が理解しようという姿勢で、意識してアセスメントする時、少しずつではあるが不妊治療にまつわる苦悩の思いを表出して下さるという場面には、過去に遭遇してきた。よって、看護師が先の姿勢を持ちアセスメントすることで、妊婦はその思いを表出する機会が与えられ、それが当事者女性一人一人の思い(ケア・ニーズ)に寄り沿ったケアに繋がると考える。

そこで、現在、地方の一総合病院において、産科病棟に勤務する看護師および助産師を対象に「不妊治療後の妊婦・褥婦に対するケア」についての意識調査を実施し、その結果を踏まえて、看護師に対する教育プログラムを開発している過程である。この意識調査において、対象者(看護師)の学習ニーズに関する回答をみると、“不妊治療中や治療後の妊婦・褥婦の思いを知りたい”また“不妊治療後の妊婦や褥婦に対して具体的にどのような支援ができるのかについて知りたい”という内容が数多く認められる。これらの学習ニーズをうけて、まず第一回目の教育プログラムとして「不妊と向き合う女性に寄り添う看護(第1回目)～女性と家族の思いの耳を傾けてみませんか?」というテーマで、当事者の思い(実態)を理解してもらうことを目的とした勉強会を病棟内で実施した(2012年9月)。今後も引き続き、臨床における看護師への教育プログラム開発に取り組むことで、“不妊と向き合う女性の思いに寄り添う看護”の一日も早い実現にむけて、僅かでも貢献できればと考えている。

本稿は、平成17～19年度文部科学省科研費研究(若手研究(B))により実施・公表した研究の一部を含む。また、現在進行中の研究については、平成22～24年度独立行政法人日本学術振興会科学研究費(基盤研究(C))の助成を受けて実施中の研究である(科研費採択番号:22592531)。

文献

- 1) 森恵美:子産み子育て文化を尊重した看護学の探求、日本看護科学会誌、30(2):83-89、2010.
- 2) 青柳優子:助産師の不妊に関する意識と不妊治療の許容度、日本助産学会誌、24(1):84-95、2010.
- 3) 森明子:不妊治療に関わる家族の意思決定、家族看護、1(1):70-78、2003.
- 4) 桃井雅子、森明子、堀内成子:不妊治療後の多胎妊婦の思い—3事例の分析—、日本生殖看護学会誌、6(1):55-64、2009.
- 5) 崎山貴代:不妊治療後に妊娠した女性が抱く妊娠期におけるケア・ニーズ、日本生殖看護学会誌、8(1):5-12、2011.
- 6) 不妊治療情報センター .<http://www.funin.info/check/2012>.
- 7) 佐藤孝道編著:女性寄り添う看護シリーズ②不妊に悩む女性への看護、メディカ出版:84-91、2010.
- 8) Garner, H., Catherine: Pregnancy After Infertility, Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing (Supplement):58s-62s, 1985
- 9) 中島洋子:「おいで、語ろう」大分県不妊専門相談センターの実戦、助産雑誌、59(10):910-915、2005.
- 10) まさのあつこ:不妊治療、選択支援として看護職に望むこと、助産雑誌、59(10):894-899、2005.
- 11) 森明子:不妊治療と不妊看護、不妊治療におけるインフォームド・チョイスを支援するということ、助産雑誌、59(10):900-905、2005.
- 12) 森明子他:英国の不妊当事者サポートにおける生殖看護師と自助グループの協働、聖路加看護大学紀要、34:62-69、2008.

【寄稿】

日本の看護を伝える方策

小川正子

聖マリア学院大学

<キーワード>

国際協力、国際看護、国際看護方法論、看護基礎・継続教育分野の協力、広域協力

I . 国際看護・保健活動の意義と必要性

国際看護・保健活動とは地球上のすべての人々の健康を守るための活動である。世界には195の国があるが、そのうち150カ国以上が開発途上国と呼ばれる国々である。これらの国々と先進国との間には著しい健康水準や保健医療水準の格差があり、今なお開発途上国の多くの人々は、先進国では予防や治療が可能な病気で死亡しており、地球上に著しい健康上の不平等が存在している。

人間開発の機会の格差をもっとも明確にとらえている指標である乳児死亡率(出産1000人あたりの死亡者数)ひとつを取り上げてみても、2010年現在、アフリカにはシエラオネ共和国(114)やコンゴ民主共和国(112)のように乳児死亡率が100を超える国が認められる一方、日本(2)のように先進国には乳児死亡率が5未満の国も少なくない¹⁾。

健康の格差は先進国と開発途上国の間だけではなく、一つの国の中でも存在している。“健康は金で買うもの”という考えがごく普通である開発途上国では、健康状態に関しても、ヘルス・サービスへのアクセスに関しても不平等が存在しており、日本のように国民全員が医療保険に加入しており、保険証ひとつあれば全国のどのような医療機関でも自由に受診できるという国は極少ないのである。

多くの開発途上国は経済発展が遅れ、増加する人口に対応するだけで、自国のみで現在の状況から脱出するのは困難であり、国全体として豊かになるとともに、保健医療制度を整備し、福祉政策

を進めるなど格差を是正するために国際協力が求められている。

その要求に対応することで国際社会の平和と発展に貢献し、これを通じて日本の安全と繁栄の確保に資する。そのため、開発途上国の人々が健康を享受し、命を全うできる社会の実現をめざし、開発途上国の人々自身でその国の国づくりを推進する人的資源を確保するよう支援するものである。

また、我々の生活や産業に欠かせないエネルギーの80%を海外からの輸入に頼っている。食糧自給率も40%を切っており、毎日食べているもののほぼ60%が輸入されている²⁾。このように、私たちの生活に必要な数多くの品々を通して日常的に世界とつながっており、日本から一歩も外に出ない人であってもその生活や健康は世界各地の自然や生産物、あるいは各地で生活する人々の健康と密接に関係している。

さらに、交通機関が発達し、人や物の移動が日常的になった今日、世界のある場所で起きた感染症はあっという間に世界中に広がっていく。このように一つの国の感染症が地球規模での健康問題に進展していく危険性もある。加えて、世界的な気候変動の影響により、病原体を媒介する生物がこれまでより広域で繁殖する可能性も指摘されている。このため、感染症対策は、世界全体が協力して取り組む課題となっている。

このように、保健分野の協力は、開発途上国の人々が置かれている状況を改善するためだけでなく、日本で暮らす人々の健康を守るためにも重要である。

II. 保健医療分野における国際協力の動向

現在国際社会は、2015年を目標年限としているミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs) を掲げ、開発途上国の開発課題に一丸となって取り組んでいる。世界銀行やWHOを始めとする国際機関や二国間援助機関など従来から多くの開発パートナーが関与している。さらに近年、エイズ・結核・マラリア対策 (世界基金) による大規模な資金供与、米国を始めとした二国間援助機関の保健分野への支援の拡大、ビル・メリンダ・ゲイツ財団等民間資金の参入等によって、保健分野における開発途上国への支援資金は2000年の107億ドルから2007年217億ドルと倍増している³⁾。このような国際的な努力は、開発途上国の人々の健康改善に貢献してきている (2000年には年間1,090万人の5歳未満児死亡が、2010年推計では760万に減少)。しかし、依然として改善が遅れている保健課題があり、MDGsの達成が困難とされる国や、国全体としての指標は改善しつつも見過ごすことのできない国内健康格差が残っている国もある。

このような課題に対応し、効率的な協力を行うため、多様な援助機関と開発途上国の保健政策を調整する枠組みとして、国際保健パートナーシップおよび関連イニシアティブ (The International Health Partnership and related initiatives: IHP+) が動き出している⁴⁾。

III. 保健医療分野におけるわが国の国際協力の動向

日本は従来から、人間の安全保障に結びつく地球規模課題として保健医療分野での取り組みを重視し、保健システムの強化などに関する国際社会の議論をリードしてきた。具体的には、2000年のG8九州・沖縄サミットにてサミット史上初めて、感染症を主要議題の一つとして取り上げ、これがきっかけとなって2002年には「世界エイズ・結核・マラリア対策基金 (世界基金) が設立された⁵⁾。

2005年には、保健関連のミレニアム開発目標 (MDGs) の達成に貢献することを目指した『「保健と開発」に関するイニシアティブ』を打ち出した。そして、2008年7月のG8北海道洞爺湖サミットでは、保健システムを強化することの重要性を訴え、G8としての合意をまとめた「国際保健に関する洞爺湖行動指針」を発表した。また、

2010年6月のG8ムスコカ・サミット (カナダ) では、MDGsの中でも達成状況が遅れている母子保健に対する支援を強化するムスコカ・イニシアティブのもと、日本は母子保健分野で2011年から5年間で最大500億円規模の支援を追加的に行うことを発表した⁵⁾。

2010年9月のMDGs国連首脳会合では、「国際保健政策2011-2015」を発表し、保健関連のMDGs達成に貢献することを表明した。この首脳会談に続く会合として、2011年6月に開催されたMDGsフォローアップ会合では、保健分科会で保健関連MDGs4/5/6 (目標4: 乳幼児死亡率の削減、目標5: 妊産婦の健康の改善、目標6: HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病のまん延の防止) および2015年以降の開発目標 (ポストMDGs) も見据えた政策 (保健システム・糖尿病・がんなどの非感染症疾患) について議論し、成果をまとめた文書を発表した。新たな国際保健政策では、①母子保健、②三大感染症 (HIV/エイズ、結核、マラリア)、③新型インフルエンザやポリオを含む公衆衛生上の緊急事態への対応を3本柱としている。特にMDGsの達成状況が遅れている母子保健分野については、EMBRACEモデル (妊産婦に対し、産前から産後まで切れ目のない手当を確保するための支援。妊産婦の定期検診、機材と人材の整った病院での新生児の手当、病院へのアクセス改善、ワクチン接種などが行われるよう国際社会と協力して支援を行う) に基づいた支援を目指している⁵⁾。

また、日本は2005年以来、新型インフルエンザ対策として、総額約4億ドル (2011年4月時点) の国際協力を実施しているが、2009年の新型インフルエンザ (A/H1N1) のパンデミックの際には開発途上国におけるワクチン接種を支援するためにWHOを通じて約11億円の緊急無償援助を行った他、将来発生するかもしれない新型インフルエンザに備えるために東南アジア連合、アジア欧州連合との協力でアジア地域における150万人分の抗ウイルス薬などの備蓄や供与を行った⁵⁾。さらに、二国間協力により、インフルエンザが発生する状況を監視する体制の強化やワクチン産生能力の向上のための支援を行っている⁵⁾。

IV. 日本の国際協力の仕組み

a. 国際協力とは

広義の国際協力とは、他国との情報・技術・人的交流によって各国が各々の利益をはかる「国際

交流」と、先進国が開発途上国に対して行う政府間、他国間、あるいは民間で行われる国境を超えた援助・協力活動により開発途上国の自助努力を促し、民生の安定と発展を図る「国際協力(狭義)」に大別される。狭義の国際協力の原点は、1863年に設立された赤十字国際委員会の前身である「五人委員会」にある。第一次世界大戦の後の1919年にはセーブ・ザ・チルドレン(英国)が誕生し、第二次大戦の前後にはOXFAM(英国、1942年)、CARE(米国、1945年)、カリタス・インターナショナル(イタリア、1950年)などが設立されている。これらは民間活動として展開されていて、現在の国際協力NGOのルーツである。

日本の政府開発援助は戦後の賠償という形で始まり、1954年にビルマとの間に最初の賠償協定を結んでいる。国際協力としては、コロンボプランの一環として1958年にインドに対して行われたものが最初である。戦災により疲弊した日本は1954年から1966年にかけて米国と世界銀行より資金援助を受けていた。

国際協力の方法論は、1960年代「学問」として進化していった。1960年代後半には、米国の国際開発庁(USAID)が「ロジカル・フレーム・ワーク」と呼ばれる論理性と合理性を証明する国際協力の方法論を開発した。これは、その後ドイツの技術協力公社(GTZ)によって改良され「目的志向型プロジェクト立案手法」として世界中で使われるようになった。この流れを受けて、日本の国際協力機構(JICA)が、日本独自の方法論である「プロジェクト・サイクル・マネジメント」(PCM)を開発した。このように、この時代に国際協力の方法論の“原案”が作られた。しかし、これが実際に使用されたのは、JICAでは1994年になってからである。これ以降、JICAのプロジェクトは共有的かつ効率的にマネジメントが行えるようになった。

b. 国際協力の仕組み

わが国が行っている支援を経済的側面からと考えると図に示すようになる。政府開発援助(ODA)とよばれる政府による支援、公的資金や民間資本による援助、民間非営利団体による支援に分類される。

二国間協力は日本と開発途上国各国間で実施す

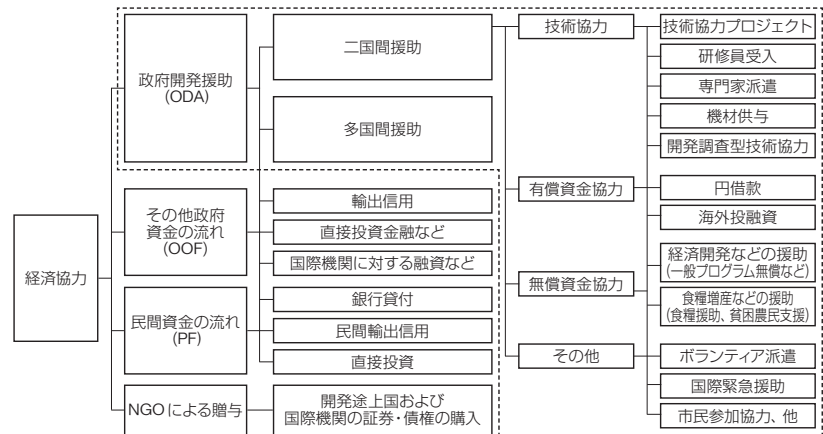


図1: 経済協力と政府開発援助 資料 JICA「国際協力機構年報2010」

る協力で、技術協力、有償資金協力(直接借款)、無償資金協力、などに分けられる。また、多国間援助とは、WHO等国際機関への拠出金による協力で開発途上国への支援をすることである。

(図1)

V. 国際看護活動

a. 国際看護活動の概要

看護職の活躍の場は日本国内だけではない。他国との人的交流・情報交換などの国際交流とともに開発途上国の発展を支援する国際協力においても看護職は一定の役割を果たしてきた。いかなる国のヘルス・ケアシステムにおいても、人的資源は主要な資源である。多くの国において、最も大きなヘルス・ケア提供者は、助産師、保健師を含む看護職である。看護職がその知識、技術、熱意をもって、国を超えて人々の健康に貢献することが望まれている。

2012年3月現在、独立行政法人国際協力機構(JICA)が協力している国は、約150か国で毎年1万人の日本人(専門家、コンサルタント、ボランティア等)を海外に派遣している。

その割合は、アジア58%、アフリカ20%、北米・中南米10%、中東6%、大洋州4%、ヨーロッパ2%となっている。そのうち、継続して活動している保健医療関係者を含めた数は、約1,900名で専門家1,100名、協力隊を含むボランティア800名である。

一方、特定非営利活動法人(NGO)は、国際協力を行う非営利の市民団体として、現地の草の根レベルでのニーズを把握し、柔軟できめ細かい協力を行っている。

JICAから派遣されている保健医療関係の協力

隊の中で、半数近くを看護職（看護師、助産師、保健師）が占めている。看護職隊員は、最低3年の実務経験が必要と考えられている。その理由は、看護職の活動場所に関係している。どこで活動するか（病院、地域、教育、行政）によって求められる技術が異なるからである。

現在、隊員の約55%が従事している地域での活動場所は、保健センターや保健ポストと呼ばれる診療機能を備えた施設である。ここでは、PHCの考え方を基盤に、診療だけではなく母子保健活動、予防接種普及活動、地域住民の健康教育活動などを行っている。従って、保健師であっても医療機関での臨床経験があると実際の活動に生かせ、効果的な活動が展開できる。地域での活動では、健康教育の手法が欠かせず、住民自身が健康問題に取り組めるように組織づくりを行ない、自分たちで問題を解決できるように促すことが必要である。保健センター・保健ポストでは日常的に妊婦健診、乳幼児健診を行っており、健診結果に関する評価（特に栄養状態）も実施している。

看護職隊員の約40%は病院で活動している。そこでは、外科系・小児科・ICU・産科（助産師の場合）や、手術室などでの専門的な臨床経験が求められている。ただし、日本のように高度な医療機器があるわけではないので、同じような機器がなくても状況に合わせて物品を工夫して活動できる柔軟さが期待されている。また、高度な専門技術よりも清潔操作や日常生活援助技術のような基礎看護技術の基本を押さえておくことも必要である。活動先で看護を改善しようとするなら、看護について言葉で説明できる、あるいは実際に行ってみて看護であると相手を納得させることが必要であるため、自分の考えを明確に表明することも国際協力を行ううえで重要な技術である。極わずかであるが、看護学校や看護系大学での活動の要請もある。看護教育に関する活動は、臨床経験があれば行えるというものではない。少なくとも、臨床実習指導者講習会を受講し実際に臨床指導経験がある、あるいは教員養成コースを受講し、教員経験があることなどにより臨床実習指導の技術、基礎看護技術を指導するための教育技術、授業計画作成技術などを併せもつことが望まれる。

一方、看護職専門家の活動内容としては、JICAが行う技術協力プロジェクト（一定の成果を一定の期間内に達成することを目的として、予め合意された協力計画に基づき、一体的に実施・運営される技術協力事業）の目標を達成させるため、現地のカウンターパート（技術移転を行う相手のこ

と。以下C/Pと略す）とともに「保健システムの強化」、「母子保健の向上」、「看護教育の強化」、「感染症対策」などの活動に取り組んでいる。

母子の健康改善や感染症対策を持続的、効果的に進めるには「保健システム」の整備と強化が必要である。具体的な活動としては、行政・制度の整備、医療施設の改善、医薬品供給の適正化、正確な保健情報の把握と有効活用、財政管理と財源の確保とともに、プロセスを動かす人材やサービスを提供する人材の育成・管理を含めた活動を展開している。

また、思春期の性、妊娠、出産、育児、家族計画といったリプロダクティブヘルスの一連のステージに包括的に取り組む活動を行っている。例えば、安全なお産が広まるように妊産婦健診の受診促進、助産師など技術を持った出産介助者の育成、病院連携による搬送体制整備などの「継続ケア」システムづくりや母子健康手帳の導入といった活動を行っている。

さらに、HIV/エイズ、結核、ポリオ、マラリア、シャーガス病、新型インフルエンザなどに対して、予防、検査・診断、治療の各段階に沿って、保健システムの強化、人材育成、調査・研究などの活動を展開している。

これらは、JICAが実施する技術協力プロジェクトの主なものであるが、この他にも「地域保健看護師のための現任研修」、「公衆衛生分野における人材育成」や「学校保健サービス促進」等々の多種多様なプロジェクトが実施されている。

b. 国際看護活動の実際

著者が、2007年～2011年の4年間プロジェクトチーフアドバイザーを務めた「中米カリブ地域/看護基礎・継続教育強化プロジェクト」を紹介する。プロジェクト対象者の主体的な学びと気づきによる行動の変化を促すため、また、プロジェクト終了後もプロジェクト活動で出された成果を持続発展させるための技術移転の方法を導入し成功した一例である。

本プロジェクトは、国際看護協力で初めての広域協力案件であるが、それに加え二国間協力も同じプロジェクトで展開した。その活動方法としては、南南協力の形態（開発における開発途上国間の協力で、ある分野で進んでいる開発途上国が別の開発途上国を支援すること）を取り入れたものであった。プロジェクト対象国は、エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、ニカラグア、ドミニカ共和国の5カ国である。これら5カ国からの協力要請を受け、効果的、効率的に対応すべく工

ルサルバドルを拠点とする広域協力として実施された。具体的には、看護師に対する教育の質向上のため、(1) エルサルバドルを除く4カ国を対象(広域協力)とする看護基礎教育分野の協力、(2) エルサルバドルを対象(二国間協力)とする看護継続教育分野の協力の二つのコンポーネントを有したプロジェクトを実施した。

(1) の看護基礎教育分野の協力については、各国の看護基礎教育指導者(看護教師および臨地実習指導看護師)の能力の向上と教育実施体制を強化することをプロジェクト目標とし、これまでのJICAの協力によりエルサルバドルに育ったリソースを活用しつつ、エルサルバドルにおいて「看護基礎教育カリキュラム」、「地域看護」、「看護教育機関と臨地実習現場の連携(教育・臨地連携)」等のテーマに関し各国のC/Pを養成した。その後、各国のC/Pが自国にて指導者を養成し、その養成された指導者とC/Pとで中央委員会を発足した。

具体的には、まず、各国の看護基礎教育指導者を指導する看護人材(このプロジェクトのC/P)に対し養成研修を実施した。次に、彼女らが各国において、自国用適応研修プログラム、研修教材、研修実施計画を作成したうえで、看護教師・臨地実習指導看護師の選抜メンバーに対する研修指導者養成研修を実施して中央委員会を発足させた。その後、中央委員会が全国の地方拠点で研修指導者養成研修を実施し、その受講者による地方委員会を発足させ、中央委員会→地方委員会→全国の看護教師・臨地実習指導看護師というカスケード方式による研修・モニタリング体制の確立を図った。その際の学習を容易にするため、研修マニュアルを作成し、保健省の承認を得て標準マニュアルとし、全国展開への一助とした。また、看護基礎教育において確実に習得する必要がある看護・助産技術の学習内容・方法をカスケード方式で吸い上げ、看護基礎教育カリキュラムに反映させた。

その過程において、日本人専門家とエルサルバドル看護人材とが、各国における活動のフォロー・指導を行い、中米・カリブ地域における看護教育の質の向上を目指し共に助け合い切磋琢磨しながらネットワークを構築していった。

(2) のエルサルバドルに対する看護継続教育分野の協力については、将来的に看護基礎教育分野と同様にその成果を周辺各国と共有することを視野に入れつつ、エルサルバドル「サンタアナ県における看護職に対する助産分野の継続教育の質が向上する」ことをプロジェクト目標とした。そして、モデル県であるサンタアナ県において、リブ

ロダクティブヘルス分野の継続教育に関しファシリテーター研修を行い、育成されたファシリテーターを中心とした中央委員会を設置し、助産に関わる看護師への研修をカスケード方式で行った。

具体的には、研修指導者の候補者を選抜し、ファシリテーター養成研修を実施した後、研修指導者がサンタアナ県の母子保健サービスに関する現状調査を行って問題点を抽出した。この結果から、それら問題点の解決を目指した研修プログラム・研修実施計画を作成して、妊産婦ケアに係わる全ての看護師を対象に研修を実施した。研修を受講した看護師に対して、研修終了3カ月後から研修指導者によるモニタリング・再指導を行い、結果を分析した。その結果を踏まえ、研修プログラムの一部改善を行うとともに、准看護師用研修プログラム・研修実施計画を作成し、准看護師に対する研修を実施した。また、近隣2県を対象に研修指導者養成研修を行い、看護継続教育の全国展開への基盤づくりの一步を踏み出した。

これら二つのコンポーネントは、相互に密接に関連する看護教育の基本的な要素であり、相互にフィードバックが期待できること、また日本人専門家、カウンターパート等の関係者が共通していることから、一つのプロジェクトの枠組みにより、効果的・効率的な実施を目指した。

<成果および成果の要因>

(1) の看護基礎教育分野の協力については、看護教師による指導能力が向上したことに加え、学生が臨地実習に行った際、現場においても学校で学んだとおりの学習環境が用意されていること、及び、教師と現場の看護師との関係が良好なことにより、学生の知識・技術の習得が容易に進んだ。また、改善された教育内容・方法が標準カリキュラムに盛り込まれ、どこの看護学校でも同じ内容が習得できるようになり、対象患者へのケアの質の確保につながっている。

社会背景・保健政策の似通った中南米の中で看護教育指導者の能力向上に先行して取り組んだエルサルバドルとパラグアイの人材を本プロジェクトの専門家として登用したことにより、成功国を目標にC/Pのモチベーションを高め、目標意識を明確に持ちながら活動を展開することができた。また、研修方法として実習を多く取り入れたことで、看護師の技術力が向上し、仲間の看護師のみならず医師や妊産婦やその家族からの評価が向上した。このことが更なるモチベーションの向上につながり、インパクトを生むプロジェクトへと発展した。

(2)の看護継続教育分野の協力については、病院・保健所で妊産婦ケアに携わる全ての看護職に対する母子保健分野の継続教育研修プロセスが確立・実施された。近隣2県での研修・モニタリングは、多種多様な工夫で経費を確保し自主運営している。妊婦健診や訪問看護・生活指導等の質について飛躍的な向上が見られるとともに、保健センターでは看護師専用の妊婦健診用部屋を確保し、以前は実施できなかった健診や個別指導等を行えるようになった。さらには、保健省看護課の政策として、全国展開を視野に入れた2011年度活動計画を作成しており、他県への拡大も近いうちに実現可能である。

C/P 機関に対する過去の協力の成果により、関係者がカスケード方式の研修形式に容易に適応できたため、プロジェクト活動が効率よく進められた。実習重視の研修内容および研修終了後のモニタリング・再指導の実施により、ケアの質の向上に直結した。

日本人専門家と現地C/Pが、常時一緒に活動を展開できる二国間協力と異なり、広域協力においては、各国において何らかの問題が発生しても、その現場に居ない時が多く最適な指導をすることが困難であった。そこで、各国のプロジェクト目標を達成するための戦略として、巡回指導を定期的に行いながら、地理的距離を埋めプロジェクト活動に対する動機づけを行うため、メール・スカイプ・電話等を用いて日頃から頻回にコミュニケーションをとるように心がけた。また、JICA-Netを活用し、5カ国間での意見交換の場としての全体会議およびリプロダクティブヘルス分野の会議をビデオ会議形式で定期的に行った。これらの方法を導入したうえで、“プロジェクト讃歌”を作詞・作曲し、ことある毎に皆で歌ったことにより、各国のプロジェクト関係者の気持ちをひとつにまとめることが出来、活動の報告が活発になされるとともに関係者相互に良い刺激を受け、モチベーションはさらに高まっていった。

<国際協力実施上のポイント>

- ・日本と相手国との協働作業であることを念頭におき、日本人による一時的作業効率性より、自立的発展を重視する。
- ・その自立的発展を支援するため、途上国側の主体性（オーナーシップ）の発揮を尊重する。
- ・そのため、日本人専門家はプロジェクトの一員

として、上司や同僚と相談しながら活動計画を策定・実施する。

- ・その活動では、計画 (Plan) → 実行 (Do) → 検証 (Check) → 改善 (Action) を繰り返し、計画を遂行するために関係者と協力し合い、周りの人を巻き込みながら活動を進めていく。
- ・その際、現地の人々と同じ言葉を話し、同じ目線とともに生活・協働しながら開発途上国の課題に向き合い、国づくりのための人づくりの活動を展開する。
- ・その活動過程において、予想すらできない問題が次々と発現し、日本の常識が通用しない中で、生活様式や文化、習慣の異なる現地の人と協働するためには、グローバルな視野、創意工夫・企画力、精神力・忍耐力、語学力、コミュニケーション力等が必要となる。

文献

- 1) WHO 世界保健統計 2012年版、http://memorva.jp/ranking/unfpa/who_2012_neonatal_infant_mortality_rate.php
- 2) 農林水産省/日本の食糧自給、http://www.maff.go.jp/j/zyukyu/zikyu_ritu/012.html.
- 3) 外務省:2010年版 政府開発援助 (ODA) 白書 日本の国際協力: 133-134頁、2-5、2011年.
- 4) 独立行政法人国際協力機構:JICAの保健医療分野の協力-現在と未来-, 2010.
- 5) 独立行政法人国際協力機構:ミレニアム開発目標への取り組み、20120年.
- 6) 外務省:2011年版 政府開発援助 (ODA) 白書 日本の国際協力: 2012年.
- 7) 厚生労働統計協会:厚生指標 増刊 国民衛生の動向 2011/2012、Vol.58 No.9:32頁、2011年.
- 8) 国際協力機構年報2011 <http://www.jica.go.jp/about/report/2011/index.html>
- 9) 小山 洋、鈴木庄亮:国際保健医療、辻 一郎、小山 洋、編、シンプル公衆衛生2012、南江堂、2012.
- 10) 伊藤雅治、椎名正樹、遠藤弘良、他編著:保健医療分野における国際協力. 国民衛生の動向 2012/2013. 厚生労働統計協会、2012.

【報告】

母親における育児不安と育児主訴及び 保健福祉サービスの利用との関連

西地令子、田中千絵、今村桃子*

聖マリア学院大学 看護学部、*国際医療福祉大学 看護学部

<キーワード>

育児不安、精神的健康、育児主訴、保健福祉サービス

要約

育児ストレスや育児不安は現在の社会問題である。今回の研究においては、母親の精神的健康度及び不安及び育児主訴と保健福祉サービスの利用との関連性を検証することを目的とする。

対象者は、育児支援センターを利用している3歳児未満の乳幼児を持つ母親を対象に調査を行った。調査同意者53人のうち回答があったものは40人(回答率75.5%)であった。調査内容は①対象者の特性、②子どもに関する心配等の状況、③育児上で困ること、④保健福祉サービスの利用と満足度を調査した。さらに、心理的評価としてGHQ-30及び日本版STAIを使用した。

対象者40人(平均年齢31.1±3.5)のGHQ-30総得点は7.1(±5.2)、STAIによる特性不安の平均値は46.3(±11.1)、状態不安の平均値は43.1(±9.5)であった。育児主訴の比較において、「子どもがいうことを聞かない」が特性不安群はそうでない群に比較して高い傾向を示した($p<0.05$)。さらに、状態不安の有無においては、状態不安群は非状態不安群に比較して「子どもの世話」($p<0.05$)と「子どもがいうことを聞かない」($p<0.01$)の率が有意に高かった。保健福祉サービスの利用で、特性不安の有無においては、すべての項目で有意な差が認められなかった。一方、状態不安の有無では、状態不安群は非状態不安群に比較して「一時保育」の利用率が有意に高かった($p<0.05$)。

結論:本研究成果によって、母親の育児主訴や保健福祉サービスが母親の精神的健康や状態不安と関連性が示された。したがって、育児の支援の関係者は、問診票等のチェックだけでなく、母親の育児に関する訴えを傾聴し、保健福祉サービスの利用状況の把握によって、母親の不安等の心理的状況をアセスメントすることが重要である。

I. 研究背景

子育て支援の背景としては、核家族化、少子化の問題、母親の育児不安、地域社会の人間関係の希薄化など子育てを取り巻く現代の諸問題がある。育児ストレスや不安は、母親の精神的健康を損なうだけでなく、深刻な社会問題となっている育児放棄や虐待につながる可能性もある^{1) 2)}。さ

らには、児の精神的発達等への悪影響の可能性も考えられる¹⁾。このため、行政においてはエンゼルプランや次世代子育て支援法等の施策を打ち出し、その改善を図っている。しかし、育児不安や不適切な育児の改善のためには、行政施策のみでなく、育児不安やストレス研究等により、育児ストレスや不安要因の究明、さらには育児支援やサポート体制の構築が早急に必要である。

日下の研究³⁾においては、育児に関わるストレスを構造化し、育児ストレスが多様な要因からなることを明らかにし、殆どの母親が育児にストレスを感じていることを報告している。さらに、長期にわたるストレスは母親の抑うつと関連があることも示唆されている^{4) 5)}。

このため、近年においては育児ストレスや育児不安に関する研究は、様々な観点から多くの研究が行われ、母親の特性、性格傾向やその子どもの状況など個人の特性との関連性の研究が多く行われている^{6) 7) 8) 9)}。乳幼児を持つ母親の精神的健康は低い傾向が報告されている⁶⁾。さらに、母親の育児負担感と精神的健康との関連性においては、育児負担感が精神的健康に及ぼす影響が高いことが報告されている⁶⁾。また、母親のストレス対処行動に関する研究においては、対処行動の方法と精神的健康度との関連性が報告されている^{8) 9)}。さらに、障害児や低体重児等を持つ母親の不安やストレスが高いことが示され、子どもの状況との関連性も示唆されている^{10) 11) 12) 13)}。

最近の研究においては、母親・子ども個人と家族、地域の支援体制などの育児環境の視点からの研究も注目されている。母親の養育への対処としての相談は、相談することによってストレスや不安が軽減されることが報告されている^{14) 15)}。しかし、母親の育児主訴や保健福祉サービスと母親の精神的健康度及び不安との関連性を検証した研究は殆どなく、明らかにされていない。

したがって、今回の研究においては、母親の精神的健康度及び不安と育児主訴保健福祉サービスの利用との関連性を検証することを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究対象者

対象者は、K市の育児支援センター3か所に平成20年2月28日～4月10日の間に参加した3歳児未満の乳幼児を持つ母親を対象に調査を行った。調査同意対象者53人のうち回答があったものは40人(回答率75.5%)であった。

本研究は、聖マリア学院倫理委員会の承認を得て、対象者に書面及び口頭にて、研究目的及び方法について説明し、書面にて同意を得た。

2. 調査内容

(1) 対象者の特性、子どもの状況、育児環境調査
質問紙は下記についての自記式アンケートを作成し調査を行った。調査内容は①対象者の特性：

学歴、職業の有無、家族状況、子どもの人数、②子どもに関する心配等の状況、③育児上で困ること④保健福祉サービスの利用と満足度を調査した。

(2) 心理的評価

精神的健康度評価は、30項目のGeneral Health Questionnaire (GHQ-30) 検査を使用し、自記式で行い回収後評価を行った。GHQ30は、下位尺度A 一般的疾患傾向、B 身体症状、C 睡眠障害、D 社会的活動障害、E 不安と気分障害、F 希死念慮とうつ傾向の6項目から構成され、総スコア7点以上は精神的不良症状があるとされ、得点が高いほど症状が強いとされている¹⁶⁾。

さらに、不安尺度は、日本語版状態・特性不安検査 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) を使用し評価を行った。STAI 検査は、状態不安と特性不安尺度の2つの評価からなるもので、その得点により、女性のカットオフポイントは状態不安で42点以上、特性不安では45点以上が高不安と評価される^{17) 18)}。

3. 統計解析手法

統計解析手法として、グループ間の差はカイ二乗検定、平均値差の検定はt検定を用いた。また、相関分析は、Spearman 検定を用いて両者の相関係数を算出した。

すべての統計解析は、SPSSバージョン18.0を使用し分析を行った。統計的有意水準は $p < 0.05$ とした。

III. 結果

1. 対象者特性とその子どもの状況

40人の対象者の特性を表1に示す。平均年齢は、31.1(±3.5)歳であり、家族形態は、「核家族」が33人、両親と「同居家族」が7人であり、8割以上が核家族であった。同居家族では、夫との両親と同居が3人と妻との両親4人と妻の両親との同居と回答した。対象者の子どもの人数は、「1人」が23人(57.5%)、「2人」が16人(40.0%)、「3人」が1人(2.5%)であった。こどもの平均年齢は、第1子が31.8(±28.5)で、第2子が15.2(±11.3)であった。第1子から第3子どもの性別は男30人(51.7%)、女28人(48.3%)であった。

2. 子どもに関する心配等

1) 子どもに関する心配事の有無

子どもの食事に関する心配ごとの有無では、「ある」回答した方は14人(35.0%)で、「ない」と

表1. 対象者の特性

n = 40		
年齢	31.1 ± 3.5	
25 ~ 29 歳	14	(35.0%)
30 ~ 34 歳	18	(45.0%)
35 ~ 39 歳	8	(20.0%)
学歴		
高校卒	6	(15.0%)
専門学校卒	14	(35.0%)
短大以上	7	(17.5%)
大学以上	13	(32.5%)
職業の有無		
有	12	(30.0%)
無	28	(70.0%)
家族形態		
各家族	33	(82.5%)
両親と同居	7	(17.5%)
子どもの人数		
1人	23	(57.5%)
2人	16	(40.0%)
3人	1	(2.5%)
子どもの平均年齢(月数)		
第1子 40人	31.8 ± 28.5	
第2子 17人	15.2 ± 11.3	
第3子 1人	17.0	
子どもの性別		
男	30	(51.7%)
女	28	(48.3%)

※平均標準偏差で表示

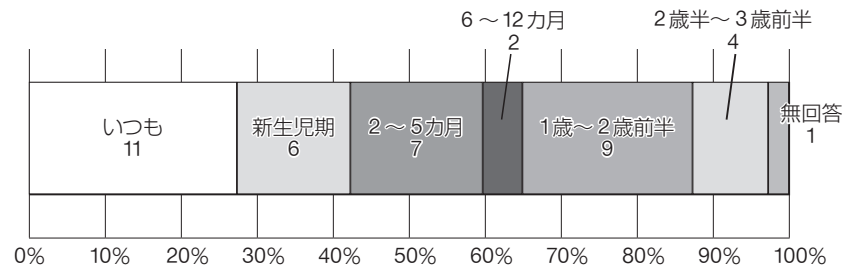


図1. 子育てが大変な時期

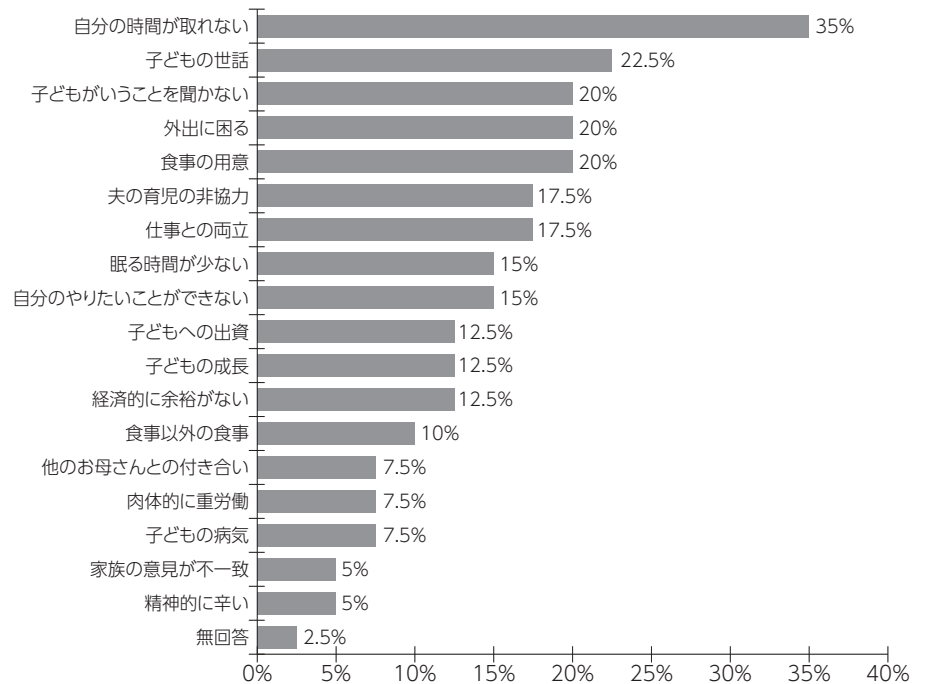


図2. 育児上で大変だと感じること (重複回答3つまで)

回答した人が26人(65.0%)であり、子どもの食事面で心配をしている人が3割以上であった。食事の心配ごとの内容は、「偏食」や「小食」、一方で「肥満」、「食べ過ぎ」などの記載が目立った。

現在の子どもの心配ごとの有無では、「ある」回答した人は21人(52.5%)で、「ない」と回答した人が19人(47.5%)であり、半数以上の方が子どもに関する心配ごとを持っていると回答した。また、過去における子どもの心配ごとの有無では、「ある」回答した人は18人(45.0%)、「ない」と回答した人が22人(55.0%)であり、現在の心配事に比較するとやや低いものの、過去においても心配ごとがあったことを示している。現在の心配ごとの有無と過去の心配ごとの有無とは有意な関連は認められなかった(表なし)。

心配ごとの内容は、病気や発達発育の心配事ほか、食事や「子供がいうことをきかない」「かんしゃく」「臆病」などの子どもの行動面の心配ごとの記載が多かった。

2) 子どもの大変だった時期

子どもの大変な時期では、全体では「いつも大変」回答した方が最も多く11人(27.5%)、次いで「1歳~2歳前半」が9人(22.5%)、「生後2ヶ月~5ヶ月」が7人(17.5%)、「新生時期」が6人(15.0%)の順であった(図1参照)。

また、第1子の子どもの1歳未満グループと1歳以上のグループでその割合を比較すると、最も割合が多かったのは1歳未満グループでは「新生時期」が約6割で最も多く、次いで「いつも大変」が約3割であった。

3) 育児主訴：育児上で大変だと感じること

育児において大変だと感じること(3つまで)は、「自分の時間が取れない」と回答した人が最も多く14人(35.0%)、次いで「子どもの世話」が9人(22.5%)、「外出に困る」8人(20.0%)、「子どもがいうことをきかない」8人(20.0%)、「食事の用意」8人(20.0%)の順であった。(図2参照)

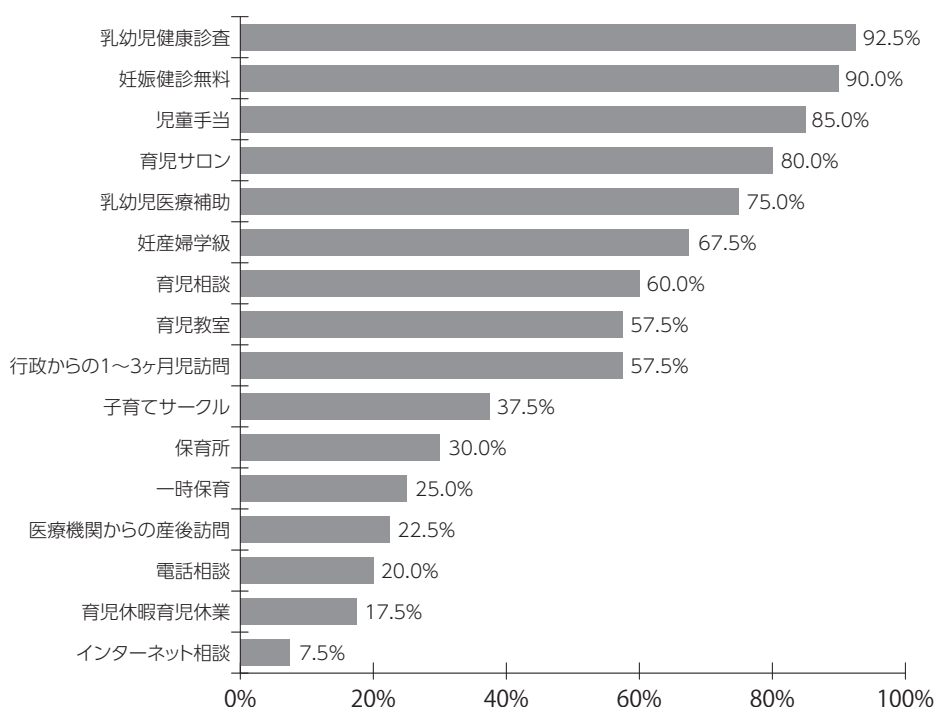


図3. 保健福祉サービスの利用(率)(すべて)

3. 保健福祉サービスの利用状況と満足度

1) 行政等のサービスの利用と満足、今後のサービスへの希望

行政等の受けたサービス(すべて)では、「乳幼児健康診査」と回答した人が最も多く37人(92.5%)、次いで、妊婦健康診査の無料36人(90.0%)、その次に「児童手当」34人(85.0%)、「育児サロン」34人(85.0%)、「乳幼児医療補助」30人(75.0%)、「妊産婦学級」27人(67.5%)、「育児相談」24人(60.0%)の順で、利用率が6割以上であった。(図3参照)

満足したサービス

受けたサービスのうち満足したサービス(3つまで)においては、「乳幼児健康診査」と回答した人が最も多く18人(45.0%)、次いで「乳幼児医療費の補助」17人(42.5%)、「育児サロン」16人(40.0%)の順で、全体の4割以上であった。(図なし)

今後充実してほしいサービス(3つまで)では、「児童手当等の経済的援助」と回答した方が最も多く16人(40.0%)、次いで「乳幼児医療の延長等」14人(35.0%)、「保育所の利用制度」11人(27.5%)、「母親への就労支援制度」10人(25.0%)、「地域子育て環境の整備」10人(25.0%)、「育児サロン」10人(25.0%)の順であった。(図なし)

4. 精神的健康度と不安の結果

今回の対象者の精神的健康では、GHQ総得点は、平均値7.1(±5.2)点(平均値±標準偏差)であった。さらに、GHQ総合点精神的健康不良者は半数の20人(50.0%)という結果を得た(表なし)。

一方、不安評価では、状態不安の平均値は43.1(±9.5)、特性不安の平均値は46.3(±11.1)であった。さらに、STAIの判定基準¹⁶⁾¹⁷⁾による評価では、状態不安を有する者が22人(55.0%)で、全体の5割以上と高い傾向を示した。また、特性不安を有する者は、18人(45.0%)と5割弱の人が高い傾向を示した。

5. 精神的健康度及び不安の有無による育児主訴、保健福祉サービス利用との関連性

1) 精神的健康度及び不安の有無による育児主訴との関連性

精神的健康不良の有無及び特性状態不安の有無による育児主訴の人数(割合)を表2に示す。

精神的健康不良の有無においては、すべての項目で有意な差が認められなかった。一方、状態不安の有無においては、「子どもの世話」と「子どもがいうことを聞かない」が状態不安群は非状態不安群に比較して高い傾向を示した($p<0.05, p<0.01$)。さらに、特性不安の有無では、「子どもがいうことを聞かない」が特性不安群は非特性不安群に比較して有意に高いことが観察

表2. 精神的健康不良の有無及び特性不安、状態不安の有無による育児主訴の人数 (割合)

n = 40

	精神的健康不良		精神的健康		状態不安群		非状態不安群		特性不安群		非特性不安群	
	n = 20	n = 20	n = 22	n = 18	n = 18	n = 18	n = 22					
食事の用意	5 (25.0%)	3 (15.0%)	ns	5 (22.7%)	3 (16.7%)	ns	4 (22.2%)	4 (18.2%)	ns			
自分のやりたいことができない	2 (10.0%)	4 (20.0%)	ns	2 (9.1%)	4 (22.2%)	ns	3 (16.7%)	3 (13.6%)	ns			
眠る時間が少ない	5 (25.0%)	1 (5.0%)	ns	3 (13.6%)	3 (16.7%)	ns	3 (16.7%)	3 (13.6%)	ns			
精神的に辛い	2 (10.0%)	0 (0.0%)	ns	2 (9.1%)	0 (0.0%)	ns	2 (11.1%)	0 (0.0%)	ns			
仕事との両立	2 (10.0%)	5 (25.0%)	ns	2 (9.1%)	5 (27.8%)	ns	1 (5.6%)	6 (27.3%)	ns			
経済的に余裕がない	3 (15.0%)	2 (10.0%)	ns	1 (4.5%)	4 (22.2%)	ns	2 (11.1%)	3 (13.6%)	ns			
子どもの世話	5 (25.0%)	4 (20.0%)	ns	8 (36.4%)	1 (5.6%)	*	5 (27.8%)	4 (18.2%)	ns			
子どもの成長	1 (5.0%)	4 (20.0%)	ns	1 (4.5%)	4 (22.2%)	ns	1 (5.6%)	4 (18.2%)	ns			
子どもの病気	1 (5.0%)	2 (10.0%)	ns	2 (9.1%)	1 (5.6%)	ns	1 (5.6%)	2 (9.1%)	ns			
子どもへの出費	2 (10.0%)	3 (15.0%)	ns	3 (13.6%)	2 (11.1%)	ns	2 (11.1%)	3 (13.6%)	ns			
外出に困る	4 (20.0%)	4 (20.0%)	ns	4 (18.2%)	4 (22.2%)	ns	5 (27.8%)	3 (13.6%)	ns			
肉体的に重労働	2 (10.0%)	1 (5.0%)	ns	1 (4.5%)	2 (11.1%)	ns	2 (11.1%)	1 (4.5%)	ns			
夫の育児の非協力	3 (15.0%)	2 (10.0%)	ns	3 (13.6%)	2 (11.1%)	ns	2 (11.1%)	3 (13.6%)	ns			
他のお母さんとのつきあい	2 (10.0%)	1 (5.0%)	ns	2 (9.1%)	1 (5.6%)	ns	2 (11.1%)	1 (4.5%)	ns			
自分の時間が取れない	5 (25.0%)	9 (45.0%)	ns	9 (40.9%)	5 (27.8%)	ns	7 (38.9%)	7 (31.8%)	ns			
家族の意見が不一致	2 (10.0%)	0 (0.0%)	ns	2 (9.1%)	0 (0.0%)	ns	2 (11.1%)	0 (0.0%)	ns			
食事以外の家事	1 (5.0%)	3 (15.0%)	ns	2 (9.1%)	2 (11.1%)	ns	1 (5.6%)	3 (13.6%)	ns			
子どもがいうことを聞かない	6 (30.0%)	2 (10.0%)	ns	8 (36.4%)	0 (0.0%)	*	7 (38.9%)	1 (4.5%)	*			

*p<0.05, **p<0.01

表3. 精神的健康不良の有無及び特性不安、状態不安の有無による保健福祉サービスの人数 (割合)

n = 40

	精神的健康不良		精神的健康		状態不安群		非状態不安群		特性不安群		非特性不安群	
	n = 20	n = 20	n = 22	n = 18	n = 18	n = 18	n = 22					
妊産婦学級	15 (75.0%)	12 (60.0%)	ns	15 (68.2%)	12 (66.7%)	ns	12 (66.7%)	15 (68.2%)	ns			
妊婦健診無料	17 (85.0%)	19 (95.0%)	ns	18 (81.8%)	18 (100.0%)	ns	14 (77.8%)	22 (100.0%)	ns			
医療機関からの産後訪問	2 (10.0%)	7 (35.0%)	ns	4 (18.2%)	5 (27.8%)	ns	3 (16.7%)	6 (27.3%)	ns			
行政からの13ヶ月訪問	13 (65.0%)	10 (50.0%)	ns	14 (63.6%)	9 (50.0%)	ns	10 (55.6%)	13 (59.1%)	ns			
乳幼児健康診査	19 (95.0%)	18 (90.0%)	ns	20 (90.9%)	17 (94.4%)	ns	17 (94.4%)	20 (90.9%)	ns			
育児相談	13 (65.0%)	11 (55.0%)	ns	15 (68.2%)	9 (50.0%)	ns	14 (77.8%)	10 (45.5%)	ns			
電話相談	5 (25.0%)	3 (15.0%)	ns	4 (18.2%)	4 (22.2%)	ns	3 (16.7%)	5 (22.7%)	ns			
育児教室	14 (70.0%)	9 (45.0%)	ns	16 (72.7%)	7 (38.9%)	†	13 (72.2%)	10 (45.5%)	ns			
育児サロン	17 (85.0%)	15 (75.0%)	ns	17 (77.3%)	15 (83.3%)	ns	14 (77.8%)	18 (81.8%)	ns			
子育てサークル	7 (35.0%)	8 (40.0%)	ns	10 (45.5%)	5 (27.8%)	ns	8 (44.4%)	7 (31.8%)	ns			
保育所	5 (25.0%)	7 (35.0%)	ns	8 (36.4%)	4 (22.2%)	ns	6 (33.3%)	6 (27.3%)	ns			
一時保育	8 (40.0%)	2 (10.0%)	†	9 (40.9%)	1 (5.6%)	*	6 (33.3%)	4 (18.2%)	ns			
児童手当	18 (90.0%)	16 (80.0%)	ns	18 (81.8%)	16 (88.9%)	ns	15 (83.3%)	19 (86.4%)	ns			
乳幼児医療補助	16 (80.0%)	14 (70.0%)	ns	16 (72.7%)	14 (77.8%)	ns	13 (72.2%)	17 (77.3%)	ns			
育児休暇育児休業	3 (15.0%)	4 (20.0%)	ns	3 (13.6%)	4 (22.2%)	ns	1 (5.6%)	6 (27.3%)	ns			
インターネット相談	2 (10.0%)	1 (5.0%)	ns	2 (9.1%)	1 (5.6%)	ns	0 (0.0%)	3 (13.6%)	ns			

†p<0.1, *p<0.05

された (p<0.05)。これらの育児主訴の項目以外では有意な差は認められなかった。

2) 精神的健康度及び不安の有無による保健福祉サービス利用との関連性

精神的健康不良の有無及び特性不安、状態不安の有無による保健福祉サービスの人数 (割合) を表3に示した。精神的健康不良の有無において、「一時保育」利用率が精神的不良群は非精神的不良群に比較して高い傾向を示したが、有意な差ではなかった。その他の項目においても有意な差

が認められなかった。

一方、状態不安の有無においては、状態不安群は非状態不安群に比較して「一時保育」利用率が有意に高かった (p<0.05)。しかし、特性不安の有無においては、すべての項目で有意な差が認められなかった。

また、「育児教室」利用率は、精神的不良群、状態不安群、特性不安群がそうでない群に比較して高い率を示したが有意な値ではなかった。その他の項目では有意な差が認められなかった。

IV. 考察

今回の研究結果では、全体的に対象者の母親のGHQ得点の平均値は高く、半数が精神的健康不良であることを示した。また、特性不安及び状態不安では、両者の平均値は各基準値より高く、約半数の対象者が状態不安や特性不安を有することが観察された。さらに、特性不安のある者はそうでない者に比べ、「子どもがいうことを聞かない」の主訴が有意に高く、状態不安のある者はない者に比較して、「子どもの世話」と「子どもがいうことを聞かない」の主訴が有意に高いことが観察された。これらは、特性不安を有する母親においては、子どもへの行動に不安を持ち、更には状態不安にある母親においては、子どもの行動や子どもの世話等に負担感を持っている可能性を示唆している。

本研究結果は、母親の精神的健康度は低い傾向は、及川ら⁶⁾の研究における殆ど母親のGHQ得点が高く(平均値7.64±6.2)、精神的健康不良者が約半数(47.3%)を占めた結果とほぼ同様の結果を得た。

また、岡田ら⁷⁾の育児負担感と精神的健康度をみた研究において、育児負担感が高い者は精神的健康度が低いことが示された。この研究においては、育児負担感の項目中、最も差異が認められたのは「子どものかわりで腹を立てることがある」、次で「子ども世話によって自由が制限される」であり、これらの育児負担感が精神的健康度に強く影響していると岡田らは提唱している⁷⁾。一方、本研究結果では、「自分の時間がとれない」の主訴が最も多かったが、育児不安との関連性においては、「子どもがいうことを聞かない」、「子どもの世話」との関連性が観察された。

子どもの関わりにおける子どもへの世話や子どもの行動への母親の育児認知(以下「育児認知」)が精神的健康等に関連性が示されたことにおいては、両者の結果は一致している。一方、本研究結果では、母親の育児認知は、精神的健康度より育児不安との関連性が明瞭であったことが、岡田ら⁷⁾の研究結果との差異である。両者の差異の要因として、前者は各項目をリーカットの5段階評価を使用し、本研究においては、3つまでの重複選択法であったこと、両者の項目内容や対象人数の差異等、検査方法等の違いが結果に影響したことが考えられる。しかし、母親の育児認知は精神的健康より育児不安への影響が強い可能性も否定できない。GHQ検査は一般的な精神健康状態をみる指標であり、今回のA一般的疾患傾向、B身体

症状、C睡眠障害、D社会的活動障害、E不安と気分障害、F希死念慮とうつ傾向の6項目から構成からなり¹⁶⁾、身体症状に影響されやすい。一方、牧野¹⁹⁾は、育児不安を、「無力感や疲労感あるいは育児意欲低下などの生理現象を伴ってある機関持続している情緒の状態」と表現し、情緒的な要素の方が強く影響される¹⁷⁾¹⁸⁾。したがって、育児認知も情緒に左右されやすく、精神的健康度より不安への影響が大きいことが考えられる。

さらに、本研究結果では、母親の精神的健康や不安と保健福祉サービスの利用との関連性も検証した。「一時保育」の利用率は、状態不安がある者はそうでない者に比較して有意に高かった。また、有意ではないが、精神的健康不良の者はそうでない者に比較して利用率が高い傾向を示した。「育児教室」利用においても、状態不安の者はそうでない者に比較して利用率が高い傾向を示した。この結果は、一時保育を利用する母親は、育児不安あるいは精神的健康不良を有する可能性があることを示している。また、育児教室を利用する母親でも、育児不安を有している者が参加していることも考えられる。

母親の心理的状況と保健福祉サービスの利用との関連性をみた研究はこれまでに殆どなく比較は難しい。しかし、育児ストレスとストレス対処スタイルとの関連性をみた研究で、対処スタイル「非難」とGHQ総得点との関連性が最も高く、対処スタイル「回避」とGHQの下位尺度である「疾患傾向」と「不安と気分変調」との関連性が示されている⁸⁾。一時保育が子どもの世話から逃れる母親の「回避」行動と仮定すると、本研究結果は澤田ら⁸⁾の結果から説明が可能である。一方、育児教室が援助行動であるとする、澤田ら⁸⁾の研究結果では、援助行動はGHQ総得点やGHQの下位尺度である「不安と気分変調」との関連性は認められていない。一方、育児ストレスにおける相談研究において、「育児の不安感」への相談相手は、夫、友人の順で多く専門家が最も低いことが報告されており¹⁵⁾、育児教室への参加は、同じ悩みを持つ友人づくりを目的とした行動である仮定できる。育児教室への参加は母親のストレス・コーピング行動であり、育児ストレスや育児不安を抱える母親のコーピング行動としては説明が可能である。いずれにしても、本研究結果は、母親の保健福祉サービスの利用状況と育児不安や精神的健康度との関連性を示唆している。

研究の限界として、第1として、横断的研究でありこれらの因果関係を明白にできないことである。第2に、対象者が支援センターを利用する母

親と限られており、その対象数が非常に少ないことから偏りのある結果を得た可能性も否定できない。今後は、多くの人数を対象とし、相談対応等による介入研究が必要になる。

したがって、本研究成果は、母親の育児主訴や保健福祉サービスが母親の精神的健康や状態不安と関連性が示された。したがって、育児の支援に関わる医師、保健師、保育士等の関係者は、問診票等のチェックだけでなく、母親の育児に関する訴えをより傾聴し、保健福祉サービスの利用状況の把握によって、母親の不安等の心理的状況をアセスメントすることが重要である。さらには、これらの関係者による連携等による育児支援体制づくりがより充実することが望まれる。

謝辞

今回の研究は聖マリア学院大学のFD委員会の助成金を受けて実施した。また、本研究にご協力を頂いた久留米市子育て支援部児童保育課、子育て支援センターのスタッフの方々及び調査参加頂いた保護者の方々に感謝申し上げます。

文献

- 1) Arimoto A, Murashima S.: Child-rearing anxiety and its correlates among Japanese mothers screened at 18-month infant health checkups, *Public Health Nurs.* 24:101-10, 2007
- 2) Cyranowski JM, Swartz HA, Hofkens TL, Frank E: Emotional and cardiovascular reactivity to a child-focused interpersonal stressor among depressed mothers of psychiatrically ill children, *Depress Anxiety*; 26:110-16, 2009.
- 3) 日下部典子, 坂野雄二: 育児に関わるストレスの構造に関する検討, *ヒューマンサイエンスリサーチ*, 8:27-39, 1999
- 4) Geifand M, Teti M, Fox R: Sources of parenting stress for depressed and non-depressed mother of infant, *Journal of Clinical Child Psychology*, 21:262-272, 1992.
- 5) 佐藤達成, 菅原ますみ, 戸田まり他: 育児に関連するストレスと抑うつ重症度との関連, *心理学研究*, 64:409-416, 1994.
- 6) 及川裕子, 久保恭子, 刀根洋子: 乳幼児を持つ親の精神的健康状態—GHQ (General Health Questionnaire) 調査とPBI (Parental Bonding Instrument) の関連を通して—, *WHS*, 3:79-86, 2004.
- 7) 岡田節子, 荒川裕子, 種子田彩他: 母親の育児負担感と精神的健康の関連性, *静岡県立短期大大学院研究紀要*, 17:115-126, 2003.
- 8) 澤田瑞也, 鈴木求美子, 土屋智子他: 母親の育児ストレスへの対処スタイルに関する研究—精神的健康との関係—, *神戸海星学院大学研究紀要*, 43:81-89, 2004.
- 9) 間三千夫, 筒井孝子, 中島和夫: 母親の育児ストレス・コーピングと精神的健康の関係, *和歌山信愛女子短期大学紀要*, 42:54-58, 2002.
- 10) 加藤道代, 津田千鶴: 育児初期における養育意識・行動の縦断的研究, *小児保健研究*, 60:780-786, 2001.
- 11) 香川スミ子, 西田真由子, 杉山厚子他: 障害児を持つ母親の精神的健康度(1) 乳幼児期と学童期の比較, *総合福祉*, 1:33-4, 2004/03.
- 12) 斉藤和江, 川上義, 今泉岳雄他: 極低出征体重児の2歳児における発達の特徴と養育態度の関連について, *小児保健研究*, 54:706-711, 1995.
- 13) 石野晶子, 松田博雄, 加藤英世: 極低出征体重児の保護者の育児不安と育児支援体制, *小児保健研究*, 5:675-683, 2006.
- 14) 清水嘉子: 母親の養育ストレスへの対処, *日本道德性心理学研究*, 19:13-20, 2005.
- 15) 清水嘉子: 母親の育児ストレスにおける相談と対処の実態とその関連性, *小児保健研究*, 66:54-60, 2007.
- 16) 中川泰明, 大坊郁夫: 日本語版GHQ 精神的健康度の手引き, 日本文化科学社, 東京, 1985.
- 17) 肥田野直ほか: 新版STAIマニュアル, 実務教育出版, 2000.
- 18) Spielberger, C.D., 水口公信, 下中順子, 中里克治構成: STAI使用手引き, 三京房, 1991.
- 19) 牧野カツ子: 乳幼児を持つ母親の生活と「育児不安」, *家庭教育研究紀要*, 3:34-55, 1982

Relationship between the maternal anxiety and complaints that mothers had on the care their children, the public health welfare service

Chie Tanaka, Reiko Nishichi, Toko Imamura

<Key words>

maternal anxiety, mental health status, maternal complaint, public health and welfare service.

Abstract

Purpose: The maternal anxiety and stress are the present the social problem was conducted to investigate the mental health status, maternal anxiety among the mothers. Therefore, and the purpose of the present study was the examination of relationship between the mental health status, the maternal anxiety and maternal chief complaints, utilization on public health and welfare service for child care among the mothers.

Subject and Method: Subjects in this study were fifty-three mothers who used support center for the child care, and the collection rate was 75.5 percent. The subjects completed the 30-item version of the Japanese General Health Questionnaire (GHQ-30) and Japanese STAI and some questionnaires related the child care.

Result: In the forty subjects (age: 31.1 ± 3.5), the average of GHQ total score were $7.1 (\pm 5.2)$, and the average of the anxiety trait scores were $46.3 (\pm 11.1)$ and the average of the anxiety state scores were $43.1 (\pm 9.5)$ on the STAI examination.

The complaints that were "child care" and "I can't control my children" in anxiety state group was significantly higher than those in non- anxiety state group ($p < 0.01$, $p < 0.05$). Furthermore, the complaint that was "I can't control my children" in anxiety trait group was significantly higher than those in non- anxiety trait group ($p < 0.05$). Additionally, "short-lived childcare" on the utilization on public health in anxiety state group was significantly higher than those in non- anxiety state group ($p < 0.05$).

Conclusion: The result of this study showed associations between the maternal anxiety, the mental health status and maternal chief complaints, utilization on public health and welfare service for child care among the mothers.

【報告】

国内暴動時の女性に対する暴力 ケニア選挙後暴動時の状況、 予防策構築に向けての取り組み、第一報

秦野 環、文珠紀久野*、宮林郁子、Sabina Wakasiaka、Grace Omoni**

聖マリア学院大学、*山梨県立大学、**ナイロビ大学

<キーワード>

国内暴動、女性、性的暴力、予防策構築

要旨

紛争中やその復興時期における女性を対象とした暴力は、身体的暴力、なかでも性暴力となることが多く、被害者は身体的・精神的、かつ社会的に非常に大きな損傷を負うこととなる。本研究の目的は、女性が暴力を受けた後、身体的被害を最小限にするために、可能な限り早く医療機関を受診するよう推奨するために、ケニアの文化に適切なメッセージを構築することである。本報告では、189名の女性に対して質問紙調査を用いて女性たちの男性による暴力に対する認識と、フォーカスグループディスカッションを用いて暴力被害の現状を調査した結果を報告する。質問紙調査の結果、女性たちの属性と暴力に対する認識においてピアソンの χ^2 乗検定で有意な相関関係がみられたのは年齢だけであった。フォーカスグループディスカッションの結果、女性に直接暴力を加えた中には警察官などの治安に関わる職種のもが含まれていた。ナクル市におけるフォーカスグループディスカッションにおいては、参加者の悲嘆の表出が大きかった。調査の結果、女性たちが男性による暴力を受けないために自立を願っており、紛争後の女性たちへの精神的支援、経済的な支援などが必要なが示唆された。

I. 緒言

紛争中やその復興時期における女性を対象とした暴力は、身体的暴力、なかでも性的暴力となることが多く、被害者は身体的・精神的、かつ社会的に非常に大きな損傷を負うこととなる。紛争時に男性は人権を侵される対象になることが多く、根拠のない処刑、拷問、死につながる。しかし女性は、性的暴力の対象となることが多い¹⁾。紛争時には、非戦闘員を攻撃しないという国際条約(ジュネーブ条約)があるにも関わらず、現在の紛争状況下においては、女性への性的暴力が、政治的・軍事的な戦争状況の終焉を得るためのひとつの手段として使われていることが多い^{2) 3)}。また、組織だった性的暴力だけでなく、女性たちは紛争下という生命の存続さえ脅かされている異常な毎

日の中、腕力・火器保持などで優位にたつ男性からの攻撃におびえている。レイプに関しては、ここ数十年の紛争時においても、バングラデシュ、ライベリア、ルワンダ、そしてウガンダ他で報告されている⁴⁾。紛争時の女性を対象にした暴力は目につきにくく、それは女性に限った問題だと理解されるがゆえによく理解されていない⁵⁾。女性に対する暴力は、多くの国々において適切な予防方法と対処方法を持ち合わせていない。実際にいくつかの国々や地域においては、性的暴力は注意喚起や対処方法を持つことに価値のある問題とは認識されていない^{3) 6) 7)}。

2007年12月末にケニア共和国で起こった選挙後暴動は、約2ヶ月で30万人近い国内避難民を生み出し、約1,000人の命を奪った。その間、わずか6週間で(12月27日~2月10日まで)

287人も女性の身体的・性的暴行の被害者として治療を受けている(ナイロビ女性病院)。数字だけを見ると全被災民の約0.1%と非常に小さな数に見受けられるが、女性が受けた身体的暴力、特に性的暴力は沈黙と恥に覆い隠されほとんどの場合目に見えない³⁾といわれるために報告・治療を受けた被害者の数は氷山の一角にすぎないと考える。

性的暴力は女性に筆舌に尽くしがたい損傷を与える。中でも望まない妊娠やHIVの感染は、生涯にわたって彼女たちの心身の健康を蝕むこととなる。被害の事実は消せないにしても、性的暴力を受けた直後、特にHIV感染予防のためには、遅くとも72時間以内に治療を開始し、一定期間内服を続けることができれば、その感染を防ぐことが可能である⁸⁾。妊娠も、同じく成立を阻止することができる。しかし、性的暴力の報告や受療行動は「恥」につながることから困難であり、その被害者の多くは治療を受けることができていない。この状況は、現在多くの国々が目標の達成に向けて邁進しているミレニアム開発目標(Millennium Development Goals)のゴール3「ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上」、ゴール5「妊産婦の健康の改善」、ゴール6「HIV/エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止」、ひいては、ゴール4「乳幼児死亡率の削減」の達成阻害要因となりうる。

ケニア共和国は、独立以来、他のアフリカ諸国と比較して、政治的に安定を保ち東アフリカの優等生と言われてきた国家である。にもかかわらず、昨年末の大統領選挙に端を発した国内暴動がケニア国内では大きな犠牲者を生み、東アフリカの周辺諸国に不安定な状況を与える結果となった。ケニアは多民族国であり、今後も起こりうる可能性のある暴動や国内紛争など緊急時のみならず、平時においても女性を対象とした性的暴力の減少と、それによる健康被害を可能な限り抑制することを目指す。本研究では暴力の被害を受けた女性たちが、暴力以降の健康被害を最小限にするための行動を起こせるようにメッセージを構築する。ひいては、本研究の調査活動を通じて女性のエンパワーメントと、ミレニアム開発目標に近づくことを目指す。

紛争時やその後に発生した女性に対する性的暴力に関しては、多くが報告されている。特に、アフリカ諸国の紛争時におこった女性に対する数々の性的暴力は報告されているが⁹⁾、実態把握、事後の報告にとどまっているものが多く、その暴力に対する予防策、発生後の対応策は講じられてはいない。性的暴力とHIVの感染に関しては、合意

のもとに行った性交渉と違い被害者が攻撃されることによる身体的損傷が大きい分、HIVの感染率が高いであろうとは言われているが確証はない。また、HIV陽性者に性的暴力を受けた経験のある者が多かったという報告もされているが、その性的暴力との直接の関係性は証明されてはいない⁸⁾。その上、性的暴力を受けた者が、その後もエイズなど性的感染症に対するハイリスク行動をとっていることも報告されている¹⁰⁾。HIVの陽性率は「制服組(軍人・警察官など)」が高いといわれているが、紛争時における性的暴力とHIV感染に関して調査し、その因果関係を報告したものは見られない。しかし、今後も起こりうることが予想される性的暴力に伴う、健康被害、特にHIV感染の予防、望まない妊娠を阻止することなど、身体的被害を最小限にとどめる方法が存在することから、「性的暴力発生直後に対処する手だてがあること」を女性に周知する必要がある。また、性的暴力の被害者が、その後HIVを含む性感染症に対し効果的な予防行動を実践できていないことから、性的暴力直後の身体的ケアにとどまらず、長期的な心身へのケアが必要とされる。性的暴力は、紛争中・紛争直後にだけ発生するものではない³⁾。自国における危険性のために、コンゴ民主共和国からタンザニア共和国の難民キャンプに逃れて暮らす女性・女兒がその難民キャンプ内においても性的暴力を受けている実態がある¹¹⁾。被害者である女性たちに対し、当該事件から波及する健康被害を最小限に抑え、かつ、身体的、精神的、社会的に一刻も早く立ち直るための手立てを構築する必要がある。

メッセージ構築に向けて本報告ではまず、女性たちが選挙後暴動時に男性により受けた暴力の被害について報告する。

II. 研究方法

1. 研究対象

2007年末のケニア大統領選挙後暴動時に、最も被害の大きかったナイロビ市内キベラスラム地区、リフトバレー州都ナクル市を調査対象地域とし、2007年度ケニア大統領選挙後暴動を経験している女性。

2. 調査期間

調査は、2009年12月7日から17日の間に実施した。

3. 調査手順

調査実施に先立ち、ケニアの共同研究者により、ケニアの二つの調査対象地域で活動する非政府援助機関(NGO)に研究の目的などの説明を行い、研究参加の了解を得た。続いて研究アシスタントに対し、研究の目的、調査方法などの指導を行い、当該アシスタントが調査に先立ち現地を訪問し、調査日程、時間、研究参加者の招集、研究参加者への謝金などの事前調整を行い、両地域において活動するNGOスタッフが事業地域内のネットワークを活用し、研究への参加者の招集を行った。調査当日、個々の研究参加者には紙面を用いて研究の目的、リスクなどを説明し、研究への参加意思の確認を行い質問紙調査を行った。質問紙調査に引き続き、フォーカスグループディスカッションを行った。

4. 調査内容

本研究の目的は、女性が暴力を受けてしまった後、身体的被害を最小限にするために、可能な限り早く医療機関を受診するように推奨するためのケニアの文化に適切なメッセージを構築することであり、研究の一部をなす本調査ではまず質問紙を用いて、女性たちの暴力に対する認識について質問を行った。研究参加者は、189名である。質問項目は、1) 夫が妻に言語的に屈辱を与えること、2) 男性が自分の妻を殴ること、3) 夫が自分の妻が臨まなくてもセックスすることを強要すること、4) 男性が女性や女兒の意思に反してセックスすること、5) 暴力がHIV/AIDSの一因になると思うかの5項目である。また研究参加者の属性として、年齢、居住地、学歴、民族、宗教、婚姻状況、既婚者の結婚形態(一夫多妻制か否か)、仕事、1日の収入、家族構成を質問した。加えて、病気になったときの対処の仕方、妊娠の有無、避妊方法、大統領選挙直後の居住地と経験を質問した。分析放送はPASW Statistics 18を用いて集計し、上述質問項目1)~5)についてと女性たちの属性に関しピアソンの χ^2 乗検定を行った。次にフォーカスグループディスカッションで、1) 女性に対する暴力について、2) ケニア選挙後暴動時の自己の経験について、3) 女性が暴力について語るができるのか、ということを中心に大きな柱としてディスカッションした。ディスカッションは、事前にケニアの共同研究者たちと準備した「フォーカスグループディスカッションガイド」に沿って行われた。ファシリテーターは社会学者で、選挙後暴動発生直後からナクル市内においてNGO等で女性の支援活動に参加経験のある女性である。

5. 倫理的配慮

研究計画書は聖マリア学院大学研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た後、ケニア国内研究倫理審査を行うKenya National Hospital-Ethics Research Committeeの審査・承認を受けた。研究への参加に先立ち、個々の参加者には英語で書かれた書面を用いて、英語またはスワヒリ語で、研究目的・手順・リスク・利益・任意的参加と離脱・守秘義務・連絡先を説明した。また本調査から得られたデータはカギのかかる保管場所に保管すること、個人が特定されることはないことを説明し、承諾の得られたものからは同意書に自筆で署名を得た。名前を書くことができなかった数名に関しては、彼女たちの意思に基づき質問者が代理で名前を記入した。

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者の属性(表1)

研究参加者は189名であり、ナクル市が99名、ナイロビ市内キベラスラムが90名であった。最年少者が19歳、最高齢者は81歳で、平均42歳

表1. 参加者の属性

年齢	人数	割合(%)
~ 19	2	1
20 ~ 29	37	20
30 ~ 39	60	31
40 ~ 49	37	20
50 ~ 59	29	15
60 ~	24	15
	189	100
教育のレベル	人数	割合(%)
教育なし	30	16
初等教育	104	55
中等教育	49	26
高等教育	6	3
	189	100
婚姻状況	人数	割合(%)
独身	20	11
結婚	61	32
別居中	43	23
離婚	2	1
未亡人	63	33
	189	100
宗教	人数	割合(%)
カトリック	46	24
プロテスタント	131	69
セヴンス デイ アドベンチスト	8	4
モスリム	4	2
	189	99
1日の収入	人数	割合(%)
0 ~ 100 シリング	74	39
101 ~ 200 シリング	39	21
201 シリング以上	76	40
	189	100

であった。研究参加者のリクルートメントにあたり「19歳から60歳まで」と明記してはいたが、コミュニティ内で年長者が尊敬される文化であること、非常に繊細な内容に関する調査を行うことから、地域・参加希望者の意見を尊重した。教育に関しては、初級教育（8年生まで）を終了しているものが55%で最も多かった。民族別では、キクユ族が74人、39%で最大を占め、参加者の民族は10の民族が挙げられた。宗教では、プロテスタントが131人69%であり、次いでカトリックが46人24%であった。婚姻状況では、現在結婚しているものは61人で32%、別居中が43人23%、未亡人が63人33%と最も多かった。現在結婚しているものの中で一夫多妻制のものは11人で18%であった。

2. 参加者の属性と暴力に対する認識

参加者の属性と暴力に対する認識において、ピアソンの χ^2 乗検定を行ったところ、相関関係がみられたのは年齢だけであった ($p < 0.05$)。

3. ケニア選挙後暴動時の自身の経験について

フォーカスグループディスカッションは、10人ずつがひとつのグループを構成し、ファシリテーター経験者がディスカッションの進行役を務めた。ディスカッション会場には進行役と記録者、参加者のフラッシュバックなどへの対応にあたるためにケニアの助産師が立ち会いを行った。この助産師は、女性に対する暴力などの研究経験がある。言語は、スワヒリ語で行われ、部分的には民族の単語も使われた部分があった。ディスカッションの記録には参加者の同意を得て、ICレコーダーとテープレコーダーによる音声記録と記録者による筆記記録を行った。毎日、フォーカスグループディスカッション終了後には研究者全員が集合し、その日のディスカッション内容の概要を確認しあった。それぞれのディスカッションは録音されたものから書き起こし、英語で逐語録を作成した。ディスカッションの内容から、参加者たちが具体的にどのような暴力を経験していたのかを抽出した（表2）。

1) 対象地域の概要

ナイロビ市内、キベラスラム地区：ケニア共和国の首都ナイロビに存在し、ナイロビの人口（約300万人）の約4分の1が暮らすと言われている。東アフリカ地域最大のスラム地区である。住民構成で最も多いと言われているのがルオ族（大統領選挙の最大対抗馬となったライラ・オディンガ氏

表2. 紛争時に受けた被害
(フォーカスグループディスカッションの発言から)

被害	Nakuru (99人、9G)	Kibera (55人、6G)
レイプを受けた	4(4%)	0(0%)
夫を殺された	16(16%)	1(2%)
夫の失踪、行方不明	10(10%)	0(0%)
子供を殺された	4(4%)	1(2%)
子供が暴行を受けた	2(2%)	1(2%)
家を焼かれた	12(12%)	6(10%)
家財道具等を盗まれた	10(10%)	8(14%)
商売を奪われた	6(6%)	6(10%)
立ち退きを強制された	3(3%)	0(0%)
病気になった	2(2%)	4(7%)
(夫、子供以外の) 家族が殺された	2(2%)	2(4%)

の民族)で、続いて現役大統領のキバキ氏の民族であるキクユ族である。住民の最大民族がルオ族であり、キクユ族の現役大統領が大統領選挙に勝利したことから、キクユ族が当初の暴力の主なターゲットとなった。フォーカスグループディスカッションの中でも「キクユだから襲う、ここを出ていけ」と明確に民族名を挙げて暴力の対象となり、焼き打ちにあった研究参加者もいた。

ナクル市：リフトバレー州の州都であり、ケニア4番目の都市である。ここは、もともとカレンジン族の土地であったが、英国による植民地時代には「ホワイトハイランド」と呼ばれ、多くの白人による大農園が作られた。1963年の独立後、政府の方針として最大民族であるキクユ族を国内全土に移住させる計画のひとつの対象地域となり、多くのキクユ族が移住した。特に農園経営やビジネスに関わるキクユ族が多い。地域の農産物の集積場であり、ケニア国内の交通の要所でもある。フォーカスグループディスカッションの参加者は、「暴徒化した若者が家々を回り、ライラ・オディンガ（ルオ族）の写真があるかないかで、暴行を加えた」と語っている。

2) ナクル市の被害の状況

夫を失った研究参加者が多く99人中26人と、実に26%もの女性が殺害や行方不明で夫を亡くしていた。グループディスカッションの進行は、途中、悲嘆があふれ出て困難な状況や、また「吐露する」というように一気に語りつくす参加者もいた。参加者が女性に対する暴力を予防すると同時にこの苦しい経験から学んだこととして異口同音に語ったことは、平時から女性が経済的に力をつけることであり、そうすることによって「自分と家族を養うことができる」、自立していけると

いうことであった。同時に女性自身が自分たちの権利について学び、法に関わる人々が女性の権利に関してもっと敏感であり、かつ女性の権利が犯されたときには適切な支援を提供できるようになるべきだと語った。

3) キベラ地区の被害状況

首都ナイロビ市内の暴動の中心地であり、暴動は、大統領選挙の投票前日から始まっていたと語る参加者が多かった。キベラ地区での暴力の特徴は、貴重品・有用な品は略奪され、無用のものは焼かれたということであり、今回の参加者たちの多くは、家・物品に対する被害を受けていた。これらの暴行には、主に若者、特にアルコールや薬剤により興奮させられた若者が関与していたと語っている。ここでは両大統領候補者を支える民族対立が明確となり、現役大統領で再選を果たしたキバキ大統領の民族キクユ族がターゲットとなった。レイプされた女性の証言として、暴動を鎮圧するために展開していた警察官他、治安に関わる者たちが、女性に対する暴行に関わっていたとの証言があった。もともと多民族がスラムでのコミュニティーを形成し10数年から数十年にわたり共存してきたなかでの暴動発生であり、「隣人」、「近所の人」を攻撃するということが理解できない、理解できなかったと語った女性も多かった。研究参加者の女性たちは非常に残酷な状態を経験していたにもかかわらず、落ち着いて経験を話しているように見うけられた。

IV. 考察

1. 参加者の属性と暴力に対する認識

女性の属性の中では、年齢と暴力に対する認識においてのみ有意な相関関係がみられた。ケニアにおいては、文化的な位置づけとして夫による妻への暴力は多いと言われ¹²⁾ 女性のほうは「家族の財産、食物のために嫁がされている」ということがあること、また同時に夫側は、妻の家族に支払ったものの代償として「妻は自分が好きなようにしてよいもの」との捉え方があり、とくに若年結婚をした者は従順であることが関係していると思われる。結婚後時間が経過するにつれて、それを暴力と認識するようになってきていると考えられる。

2. 両地域における暴動被害の大きさの違い

ナクル市とスラム地区での暴動による被害の大

きさの違いは、今回の研究参加者の状況だけで語ることはできないが、ケニアにおける民族間の土地所有権の問題が大きく関与していると考えられる。スラム地区では、多くの民族が長い年月をかけて、混在してスラムの形成が図られてきたが、ナクル市はもともとひとつの民族、カレンジン族の土地であったところを他の民族（現役大統領、ケニア最大民族のキクユ族）が移住してきたことに端を発した「民族と土地の問題」が根底にあったと言われている。今回の暴動では、「土地を奪われたもの（カレンジン族）」と「土地を奪ったもの（キクユ族）」との間の明確な対立とはならなかったが、今までのくすぶっていた対立、ナイロビ市内のスラム地区他でキクユ族が攻撃されていたことから、若者を動員し、そしてキクユ以外の人々を襲うという計画的、組織的な動きで「非キクユ族」を攻撃の対象としたことが、大きな被害につながったと考える。

3. 「制服組」による暴行

攻撃、女性に対する暴行を加えたものの中に、いわゆる「制服組」といわれる、警察官、治安鎮圧部隊が多く含まれていた。紛争時や国内・国際を問わず、暴動がおこったときには、これらの「制服組」が暴行に関わることが多いと言われている。ケアインターナショナルが行った調査によれば、この暴動期間中に暴行を受けた女性の数は、3,000人余りで、その中で証言に立った300人のうち、60人が警察官ほかの制服組によるものであったと報告している。

4. 悲嘆の表れ

ナイロビ市内のキベラ地区の参加者と比較し、ナクル市の参加者の方が悲嘆の表出が大きかった。両地域での参加者の被害状況からみるとナクル市の参加者の被害状況が重篤であったことはひとつの要因と考えられるが、ナクル市の参加者の多くが被害を受けた後、被害状況を語り合ったことがない、インタビューなどを受けたことがないという状況も大きな要因と考えられる。元来軍隊用語であったデブリーフィングは、前線からの帰還兵にその任務や戦況状況を質問し報告させたことを指していたが、災害や精神的ショックの強い経験を受けた人々にも危機的介入方法として使用される。トラウマ経験後のデブリーフィングは条件によっては害になると言われているために¹³⁾、セッションの経験が必ずしも肯定的な結果につながるとは言い難い。しかし、「人と話す」ことがトラウマの対処方法でもあることから、ナイロビ市

内キベラスラム地区では、暴動直後から多々のメディア、研究者、調査が入り多くの人々から話を聞かせてほしいと言われたと語る参加者もいて、語ることで癒しにつながっていたのではないかと考えられる。

5. 研究の限界と今後の展望

両調査対象地域において活動するNGOの協力を得て研究参加者のリクルートメントを行ったために、その地域を代表する参加者を得ることはできたが、本研究の年齢制限枠組みを外れた参加者も多くみられた。研究参加者全員に対し質問紙調査とフォーカスグループディスカッションを行ってはいるが、「個人を特定しない」という条件で参加への同意を受けているために、フォーカスグループディスカッションで多くを語った参加者の背景、被災状況と個人の属性などの検証を行うことができなかった。また、ケニア共和国は、その民族数が40を超えるとされ、学校教育を受けていないものの多くは、それぞれの民族が持つ言語を使用することが多く、フォーカスグループディスカッションの逐語録から英語への翻訳が非常に困難であるということから、すべてのグループの翻訳が完成していない。今後は、本調査で得られた情報を研究参加者に還元するためにデブリーフィングセッションを行うことと、協力を得られる参加者には個別的により深いインタビューを行い、民族と被災の状況、居住区と被災状況、民族と被災後の対応などについて深く掘り下げ、ケニアの文化に適した女性たちへのメッセージ構築に結び付けたいと考える。

V. 結語

本調査の結果、女性たちが暴力を受けていたこと、またこれらの暴力を予防するために普段から女性の権利について学び、自立できるような手立てを身につけておきたいと考えていることがわかった。この結果を基礎に研究を進め、文化に適切なメッセージ構築につなげられると考える。

文献

- 1) Coker, D. Race, Poverty, and crime-centered response to domestic violence: a comment on Linda Mill's insult to injury: rethinking our responses to intimate abuse. *Violence Against Women*, 10 (11) : 1331-1350, 2004
- 2) Prunier G. *The Rwanda crisis 1959 - 1994: history of genocide*. London, Hurst, 1995
- 3) WOMEN TARGETED OR AFFECTED BY ARMED CONFLICT: WHAT ROLE FOR MILITARY PEACEKEEPERS? Conference Summary, UNIFEM, DPKO, UN ACTION AGAINST SEXUAL VIOLENCE IN CONFLICT, WILTON PARK, GOVERNMENT OF THE UNITED KINGDOM AND CANADA
- 4) Dodge CP. Health implications of war in Uganda and Sudan. *Social Science and medicine*, 31: 691-698, 1990
- 5) Colombini M. Gender-based and sexual violence against women during armed conflict *Journal of Health Management*, Jul-Dec: 4 (2) :167-83, 2002
- 6) United Nations High Commissioner for Refugees, *Handbook for emergencies*. 2001
- 7) Good hand J., Hulme D. From wars to complex, political emergencies: understanding conflict and peace building in the new world disorder *Third World Quarterly* 20:13-26, 1999
- 8) Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use or other nonoccupational exposure to HIV in the United States No. 54 (RR02) *MMWR*. Centers for Disease Control and Prevention. Centers for Diseases Control and Prevention, 2005
- 9) Spiegel PB; Bennedsen AR; et al: Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries : a systematic review, *Lancet*, 369: 2187-95, 2007
- 10) Dunkle KI; Jewkes RK; et:al Gender - based violence, relationship power, and reisk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa, *Lancet*, 363:1415-21, 2004
- 11) Tanaka Y, Kunii O, Hatano T, Knowledge, attitude, and practice

- (KAP) of HIV prevention and HIV infection risks among Congolese refugees in Tanzania, HEALTH & PLACE, 14 (3) , 434-52, 2008
- 12) Omoni, G. Teenage motherhood in North Kissi District, Kenya CurtinUniversity, Australia, 2005
- 13) Randal Marshall, M.D今わかったことをあの時知っていたら。September 11 から学んだこと, Japanese Journal of Traumatic Stress Vol. 3 No1: 12-18 February 2005

【資料】

本学における平成23年度の フィジカルアセスメント演習・OSCEの試み

濱野香苗、滝麻衣、宮林郁子*、
松尾ミヨ子、安藤満代、松本昌子、竹元仁美

聖マリア学院大学 看護学部、*福岡大学 医学部看護学科

<キーワード>

フィジカルアセスメント演習、OSCE、実践能力向上

I . はじめに

平成19年の「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」¹⁾によれば、フィジカルアセスメント技術は「看護の対象を理解する上で看護師にとって欠かせない能力であり、強化する内容」として位置づけられている。また平成23年の「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告」²⁾では、看護実践能力の養成における課題として「看護師等にはこれまで以上に高い能力が求められ、学習環境も大きく変化する中、看護学基礎カリキュラムの在り方、そして、臨地実習の在り方等の検討も必要になっているなど、学士課程における看護系人材養成の在り方について全体的な見直しが求められている」と報告されている。このような状況を受け、フィジカルアセスメントや客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Evaluation、以下OSCEとする) を授業科目に組み込んでいる教育機関が見られる^{3) 4) 5) 6)}。本学においては、4年制大学に移行後、カリキュラムに単位認定科目としてフィジカルアセスメント演習が組み込まれていなかった。そこで平成19年にフィジカルアセスメントに関するFD研修会を実施した⁷⁾。平成18年度からフィジカルアセスメントに関するワーキンググループ (以下WGとする) を立ち上げ、全教員が関わり、フィジカルアセスメント演習・OSCEを実践した。カリキュラム改正により、平成24年度からフィジカルアセスメントは単位認定科目として組み込まれる予定である。そこで単位認定科目外としての実践は最後となる平成23年度のフィ

ジカルアセスメント演習・OSCEの状況を報告する。

本報告をするに当たり、倫理的配慮として、フィジカルアセスメント6領域の代表者とWGメンバーの合同会議 (以下代表者会議とする) で実践を文章化して残すことが提案されたことをフィジカルアセスメント演習・OSCE関係者全員に報告した。また、投稿前に投稿文をフィジカルアセスメント演習・OSCE関係者全員に配信して閲覧してもらい、了解を得ている。

II . 教育計画

1 . 演習の位置づけ

フィジカルアセスメント演習・OSCEは単位認定科目外の集中授業として計画した。

2 . 教育目標

- 1) フィジカル・アセスメントの必要性を説明できる。
- 2) フィジカル・アセスメントに必要な基本技術を学習し、技術を習得することができる。

3 . 対象

3年生の領域別看護学実習前の学生112名を対象とし、学生の参加は選択制とした。1グループ5~6名で編成し、18グループに分けた。

4 . 実施期間

平成23年7月11日 (月) ~7月27日 (水)

5. 企画運営および担当者

企画運営は、教務委員長の指名により組織されたWGが行った。WGは統括者1名、副統括者1名、担当者5名で組織した。WGでフィジカルアセスメント演習・OSCEの大筋の方向性を決定した。さらに代表者会議（フィジカルアセスメント6領域の代表者とWGメンバーの合同会議）を開き、6領域間の資料や準備等の調整を行った。表1に領域と担当者を示す。

表1. 領域と担当者

領域	担当者
WG	主統括：濱野、副統括：滝、
	宮林、松尾、松本、中村、黒木
臨床講義	中山、井手信
脳神経	宮林、日高、中尾、井福、小浜、小森
呼吸器	松尾、山本、牧、濱崎、黒木、松永
循環器	秦野、滝、谷、飯盛、鬼丸
消化器	安藤、山邊、白水、小川、石本
筋骨格	小路、松本、西地、堤、中村、谷口
乳房・リンパ・皮膚	松原、大町、竹元、桃井、田中

下線は領域代表者

Ⅲ. 実施内容

1. 全体スケジュール

1週目は主に教員による講義・デモンストレーションを行い、その後学生による技術練習を行った。7月15日（金）は領域毎のSkills Checkを行った。2週目は全身のフィジカルアセスメントの練習の時間とした。3週目はOSCEを行った。表2に全体スケジュールを示す。

表2. 全体スケジュール

月日	1限目 9:00-10:30	2限目 10:40-12:10	3限目 13:10-14:40	4限目 14:50-16:20	5限目 16:30-18:00	
一週目	7/11(月)	10時～OR	臨床講義(Head to toe)		—	
	7/12(火)	乳房・リンパ・皮膚	呼吸器	Skills Lab.		
	7/13(水)	筋骨格	消化器	Skills Lab.		
	7/14(木)	循環器	脳神経	Skills Lab.		
	7/15(金)	Skills Check(全領域)				
二週目	7/18(月)	海の日				
	7/19(火)	実習OR	Skills Lab. (Head to toe)			
	7/20(水)	Skills Lab. ※予約制とする				
	7/21(木)					
7/22(金)						
三週目	7/25(月)	OSCE ※7/27はOSCE予備日				
	7/26(火)					
	7/27(水)					

2. オリエンテーション

- 1) 日時 7/11 (月) 10:00～10:30
- 2) 内容 フィジカルアセスメント・OSCEの実施要綱を配布し、教育目標およびスケジュール、グループメンバー、注意事項の説明を行った。

3. 講義・デモンストレーション

- 1) 日時 7/11 (月) 10:40～16:20
- 2) 実施内容 医系教官による講義、デモンストレーション
頭から足先までのフィジカルアセスメントについて講義があった。
- 3) 日時 7/12 (火) 9:00～7/14 (木) 16:20
- 4) 実施内容 領域別担当教員による講義・デモンストレーション
脳神経、呼吸器、循環器、消化器、筋骨格、乳房・リンパ・皮膚、各領域で作成した資料を用いて、解剖生理、フィジカルアセスメントのデモンストレーションを行った。その後学生が2人1組になりフィジカルアセスメントの練習を実施した。

4. Skills Lab.(技術練習)

- 1) 日時 7/12 (火)～7/14 (木) 16:30～18:00 (5限目)
事前予約制Lab. 7/20 (水)～7/22 (金) 9:00～16:30
- 2) 場所 基礎看護学実習室および成人看護学実習室
- 3) 実施方法 担当教員の指示に従って受講する。学生は2名ずつのペアを組んで技術練習を行う。

表3にSkills Lab.の日時、場所、領域を示す。

表3. Skills Lab.の日時、場所、領域

	基礎看護学実習室	成人看護学実習室
7/12(火) 16:30-18:00	乳房・リンパ・皮膚	呼吸器
7/13(水) 16:30-18:00	筋骨格	消化器
7/14(木) 16:30-18:00	循環器	脳神経

5. Skills Check

(各領域における技術習得状況の確認)

- 1) 日時 7/15 (金) 9:00～18:00
- 2) 場所 成人看護学実習室、地域看護学実習

室、基礎看護学実習室、母子看護学実習室

- 3) 実施方法 各領域をグループ毎にローテーションする。

各実習室において、指定された領域の技術チェックを受ける。技術チェックを受けた学生は、チェックシートに各領域担当者のサインを貰う。教師は名簿のチェックを行う。希望者および技術習得が基準に満たない学生は、7/20~7/22のSkills Lab.において技術練習を行う。

- 4) 注意事項 技術評価に適した服装で参加すること。必要物品は学生各自で準備し、持参すること。全体の流れや動きについては、各領域担当教員の指示に従う。

表4に場所と時間、領域のローテーションを示す。

**6. Skills Check ~Head to toe~
(頭から足先までのフィジカルアセスメント)**

- 1) 日時 7/19 (火) 13:00~17:00
 2) 場所 1G・2G・3Gの学生は基礎看護学実習室、4G・5G・6Gの学生は成人看護学実習室を使用する。
 3) 実施方法 最初に教師によるデモンストレーションを行う。

学生の練習時は、担当教員の指示に従い学生2人でペアになって実施する。

Skills Checkは、各グループの担当教員が実施し、評価に際しては、担当教員の指示に従う。

表5にSkills Checkの時間、場所、スケジュールを示す。

7. OSCE (客観的臨床能力評価試験)

- 1) 日時 7/25 (月)、7/26 (火)
 2) 実施方法 各担当領域の教員の指示に従う。各領域でブースを設定し、事例やチェックリストを用いて評価試験を実施した。表6に7/25 (月) のスケジュール、表7に7/26 (火) のスケジュールを示す。
 3) 7/28 (水) 予備日のスケジュール 適宜担当教員の指示に従う。領域によって進行速度が異なっていた為、予備日を使用した領域が見られた。
 4) OSCE 不合格者について OSCEで不合格の判定を受けた学生は、各領域担当の教員の指示に従って、再評価を受験する。再評価期間は夏期休暇中とする。

表4. 場所と時間、領域のローテーション

実習室	成人		地域	基礎		母子
	乳房・ リ・皮	脳神経	筋骨格	消化器	循環器	呼吸器
9:00-13:00	1G	2G	3G	4G	5G	6G
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	2G	3G	1G	5G	6G	4G
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	3G	1G	2G	6G	4G	5G
13:00-14:00	昼休み					
14:00-18:00	4G	5G	6G	1G	2G	3G
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	5G	6G	4G	2G	3G	1G
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	6G	4G	5G	3G	1G	2G

表5. Skills Check の時間、場所、スケジュール

実習室	基礎看護学実習室			成人看護学実習室		
	1G	2G	3G	4G	5G	6G
13:00-13:30	教師によるデモンストレーション			教師によるデモンストレーション		
13:30-14:30	学生の練習			学生の練習		
14:30-14:40	休憩					
14:40-16:30	Skills Check ~ Head to toe ~			Skills Check ~ Head to toe ~		

表6. 7/25(月)のスケジュール

実習室	成人		地域	基礎		母子
	乳房・ リ・皮	脳神経	筋骨格	消化器	循環器	呼吸器
9:00-12:00	1G	2G	3G	4G	5G	6G
12:00-13:00	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	2G	3G	1G	5G	6G	4G
(休憩)	↓	↓	↓	↓	↓	↓
13:00-16:00	3G	1G	2G	6G	4G	5G

表7. 7/26(火)のスケジュール

実習室	成人	母子	基礎		地域	
	乳房・ リ・皮	脳神経	呼吸器	消化器	循環器	筋骨格
9:00-12:00	4G	5G	6G	1G	2G	3G
12:00-13:00	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	5G	6G	4G	2G	3G	1G
(休憩)	↓	↓	↓	↓	↓	↓
13:00-16:00	6G	4G	5G	3G	1G	2G

IV. 評価

平成23年8月23日(火) 10:00~11:00、学部会議室において、代表者会議を開催し、フィジカルアセスメント演習・OSCEの総括および評価を行った。

1. 企画運営について

- 1) 時間的には余裕のある計画であった。
- 2) 全体の進行表を作成したので解りやすかった。
- 3) 計画の伝達に教員間で差が見られたので、統一が必要だった。
- 4) 授業や総合実習で教員に負担がかかり、時間調整が大変であった。
- 5) 今後各領域で教員の配置変更やローテーションも必要である。時間が掛かる領域は多くする等、必ずしも領域で均等でなくても良いのではないか。
- 6) 一人フリーで動ける教員がいたので、学生の行動調整ができ良かった。
- 7) 今回の計画・実施を文章化して残す方向で取り組む。
- 8) 昨年に準じて修正を加えて資料の準備を進めた。資料の印刷を一括したのは良かった。
- 9) 環境調整(待合場所の前の蚊対策)が必要であった。
- 10) 男子学生は部屋を別にする等の工夫が必要であった。

2. 領域別演習・Skills Lab. (7/11~7/14) について

- 1) 同じ日に演習を行う領域は、同じ体制で部屋配置等を行った方が効率的に廻すことができる。
- 2) 臨床講義でリンパがなかったので領域で追加講義を行ったが、実施はスムーズにいった。
- 3) 学生の学習環境の調整(丸椅子だけでなく机の準備、デモンストレーションでのスクリーンの見え方への配慮)が必要である。
- 4) 脳神経領域は準備に時間がかかるので、午後より午前中が適当であった。

3. 全領域 Skills Check(7/15) について

- 1) 脳神経領域は学生1人12分の設定で、1回目で合格した学生は2名であった。評価時間がかかり、最後は20時までかかった。
- 2) 消化器領域は時間内の終了は難しかった。コンパクトにする等考える必要がある。

- 3) 筋骨格領域は関節可動域、徒手筋力テストのみのチェックを行い、1回で合格したのは7割弱であった。
- 4) 実習等で教師がほとんどいなかった領域があり、調整した。
- 5) 領域により1回目での合格者数に差があったが、最終的には全員合格した。

4. Head to toe Skills Check (7/19) について

- 1) デモンストレーションが見えていない学生がいたと思われるが、学生は能動的に見ようとしなかった。
- 2) 教員の組み合わせによりチェック教員数が2人と1人の所があった為、進行に時間差が出た。応援体制をとり、全員合格した。
- 3) 学生数が少なかったグループは十分に関わることができ、学生も一生懸命に取り組んでいた。
- 4) 担当教員の指導の差が大きかった。

5. 予約 Skills Lab. (7/20~7/22) について

- 1) 総合実習等で教員数が少なくなり、予約通りにはできなかった。
- 2) 予約は少なかったが熱心に取り組んでいた。
- 3) 学生はゆっくり丁寧に教えてもらった。
- 4) 教員が2人ずつ時間毎に担当した。再チェックと学生の自由練習に当てた。

6. OSCE(7/25~7/26) について

- 1) 乳房リンパ皮膚領域は3、4人の教員で実施した。未到達の2名は後でチェックした。流れは良かった。
- 2) 呼吸器領域は時間が遅れていった。事例は比較的易しかったが、アセスメントが不十分な学生も多く、今後実習で患者のアセスメントに活用できるよう、OSCEの事例の提示方法については検討が必要である。
- 3) 筋骨格領域は教員6人が2人組になり、1人は患者役になりチェックした。再チェックを練習なしで受けにくる学生がおり、指導を要した。
- 4) 消化器領域はOSCE事例を5例準備し、大体できた。流れもスムーズであった。
- 5) 循環器領域は1事例で行い、問診は教員が、聴診は学生同志で行った。1回目で7割が不合格であった。OSCEの意味を理解していない学生もいた。患者役の学生が診察時に協力的ではなく、実施者が戸惑う場面がみられた。

- 6) 脳神経領域は患者役を教員が行い、1事例で実施したが、事例が学生間に伝わっていた。1回目合格は6名であった。学生はアセスメントして介入までが難しかったようである。
- 7) 領域により事例数やチェック方法に特色があったが、再チェックにより合格できた。

7. 学生の状況について

- 1) 2名の体調不良者が出た。
- 2) 服装や頭髮、準備物品についてのさらなる注意喚起が必要であった。
- 3) 本番になると緊張してうまくいかない学生もいた。
- 4) 自信がついてきたという学生の反応もあった。
- 5) 今回の演習を通して気を付けて関わる方が良い学生については、実習開始時に情報提供する。

V. 考察

金谷他⁸⁾は過去5年間のフィジカルアセスメント技術教育研究は33件と報告している。また梶原他⁵⁾はOSCEに関する原著論文は2003年から見られると報告している。

「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告」²⁾に述べられているように、「看護師等にはこれまで以上に高い能力が求められている」ことを反映して、看護大学における看護基礎教育においても、フィジカルアセスメント能力の教育が求められるようになったと言える。またその能力の評価方法として医学教育で導入されているOSCEが看護教育にも導入されていることを示している。そのような状況を受け、本学では早期に単位認定科目外に位置付けられるフィジカルアセスメント演習・OSCEの導入がなされていたが、その体制は平成23年度で終了する。平成23年度実施後の評価から、全領域Skills Check、Head to toe Skills Check、OSCEにおいて再チェックの学生がいたが、技術試験にほぼ合格していることから、教育目標はほぼ達成で

きたと考える。また評価内容から、領域別資料の作成準備は前回は土台にした修正によりスムーズであったこと、担当教員のローテーションの可能性、学習環境の改善、チェック時間が領域で差が生じること、事例数が少ない場合は学生に事例が伝達されやすいこと、アセスメントに困難を感じる学生がいる等の課題が明らかになった。しかし、上記の評価は教員による評価であり、学生からの目標達成度や臨地実習への活用等についてはまだ評価が得られていない。今後時期を見て評価をする必要がある。

文献

- 1) 厚生労働省：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書.2007
- 2) 文部科学省：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告.2011
- 3) 奥野信行,大納庸子,本多祐子,他：人間看護学科におけるフィジカルアセスメント技術教育の実際. 園田学園女子大学論文集. (42):77-89,2008
- 4) 奥野信行,大納庸子,松本珠美,他：フィジカルアセスメント教育におけるブレンディッド・ラーニングの実践と評価. 園田学園女子大学論文集. (44):91-110,2010
- 5) 梶原理絵,中西純子：看護学士課程におけるOSCE活用の現状と課題に関する文献検討. 愛媛県立医療技術大学紀要.8(1):35-41,2011
- 6) 山本容子,山縣恵美,滝下幸栄,他：看護学士課程4年生の看護実践能力の現状と看護基礎教育におけるOSCEの意義. 京都府立医科大学看護学科紀要.(21):127-136,2011
- 7) 聖マリア学院大学FD委員会：FD活動報告書. 創刊号:99-104,2007
- 8) 金谷悦子,村上みち子,山下暢子,他：看護基礎教育におけるアセスメント技術教育研究の動向—過去5年間のフィジカルアセスメント技術教育研究に焦点を当てて— .群馬県立県民健康科学大学紀要.1:35-49,2006

【資料】

看護系大学卒業生に求められる看護実践能力と 4年制大学看護教育の課題

鷺尾昌一、矢野正子

聖マリア学院大学

<キーワード>

看護教育、一般教養、看護実践能力

はじめに

看護大学の新生ラッシュにより看護大学は2011年現在200校となった¹⁾。現在の看護教育は統合カリキュラムにより、看護師と保健師の受験資格を与えているが、大学のカリキュラムは短期大学や専修学校での3年間の看護師受験資格のための教育に、短期大学の地域看護学専攻科における1年間の保健師受験資格のための教育を上積みしたものではない。専攻科における保健師教育の時間(聖マリア学院短期大学地域看護専攻科の地域看護学:20単位630時間)に比べるとかなり、看護大学における地域看護学の時間は減少している(聖マリア学院大学看護学部:12単位360時間)。統合カリキュラムにより、重複を避けることにより、それが可能になっているとも考えられるが、大学生としての学士力がそれを可能にしているとも考えられる。

看護大学の卒業生は看護短期大学卒業生や看護専修学校の卒業生に比べ、速戦力としては不十分であるが、応用力があり、新しい時代の看護技術の取得等の卒後の「伸びしろ」が大きいと言われている²⁾。言い換えれば、大学の教育は、看護技術という「肉や魚」を与える教育でなく、「肉や魚」を得るための道具を作る方法を工夫する力を与える教育なのである。

本稿では看護大学教育における一般教養教育の意義と4年制大学看護教育の課題について私見を述べ、本学での看護教育の在り方についての議論のための話題提供としたい。

I. 一般教養 (リベラルアーツ)

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

このように、大学教育と専修学校の教育の違いの一つは一般教養の時間が大学では多くとられているのに対し専修学校では一般教養教育を重視してこなかったことである⁴⁾が、看護大学の新生ラッシュは看護教員不足により看護大学から一般教養の講義時間を減らすリスクを抱えている。すなわち、大学で看護教育に携わるすべての教員が一般教養の重要性を理解しているとは限らないからである⁵⁾。一般教養の部分は大学院の修士課程、博士課程では身につかない部分であり、大学教育を受けていない看護系教員の中には、一般教養の重要性に気づかない教員がいるかもしれない。そのような看護系大学教員が大多数を占めている大学の場合、看護大学の専修学校化が進むのではないかと心配である⁵⁾。

看護大学での教育には看護職特有の職能と、全ての医療従事者に求められる科学的な基盤を併せ持った人材の育成が求められている⁶⁾。このため、高等学校で生物、化学、物理を選択しなかつ

た看護大学生にとって、解剖学、生理学、病態生理学、薬理学、微生物学などの専門基礎科目の習得の基礎となるこれらの理系一般基礎科目の底上げは専門科目を受講する際のハンデいをなくすという意味でも重要性である⁶⁾。

看護職は患者に一番身近な医療職として大きな役割を果たしてきたが、その役割は看護職として独自に判断し看護を展開していく部分と医師を補佐する部分とに大きく分かれている。手術や薬剤の投与、検査等に関しては医師が主導的立場を取り、看護職はそれをサポートする立場になるが、患者自身の回復能力を援助し、自立を助けるというケアの領域においては看護職自身が看護診断を下し、看護を実践していく領域である。言い換えれば、看護職の独自の機能は患者が健康の回復（あるいは平和な死）に資するような行動がとれるように援助することである⁷⁾。

看護職に求められるのは看護職自身が考える病気からの回復（あるいは平和な死）ではなく、その患者にとっての意味のある健康の回復に資するようにその患者が行動するのを援助することである⁷⁾。そのためには、看護学を含めた広義の医学知識だけではなく、患者の生活背景や生活習慣の根拠となる理念、価値観を理解し、共感することが求められる⁵⁾。このため、心理学、福祉学といった看護に直接役立ちそうな知識だけではなく、文学や地理、歴史といった、一見看護とは直接関係ないように見える知識も必要となってくる。この一見無駄のように見える時間をどれくらい取れるかが、学士力を支えているのではないかと考えられる⁵⁾。

看護系大学の急速な量的拡大に対し、教員不足や実習施設等の不足、それに伴う教育の質の低下が懸念され、学士課程における看護基礎教育の質的充実が急務となっている³⁾が、看護職には幅広い視野から、人間と人間生活を理解し、確実な倫理観で行動する「ヒューマンケアの基本に関する実践能力」が不可欠であり³⁾、看護力の向上のためには基礎看護の充実だけではなく、一般教養の充実も必要である。

煙草は肺癌をはじめとした各部位のがんや虚血性心疾患、慢性肺疾患をひきおこし、それらを悪化させることはよく知られている。看護職は最も身近な、最も多数の医療職として、喫煙者に禁煙指導を行うことが求められており、立場上喫煙しないことが求められている。大井田ら⁸⁾は看護専門学校卒業生と看護大学生の喫煙率を比較し、専門学校生(22.7%)が大学生(7.8%)よりも喫煙率が高かったと報告している。鷲尾ら⁹⁾が医学

部付属病院で勤務する看護職を対象に行った調査でも4年制大学を卒業した看護職(10.5%)は短期大学(12.2%)や専修学校(21.7%)、各種学校(22.6%)で看護教育を受けた看護職に比べ、喫煙者の割合が少なかった。鷲尾ら⁹⁾の調査では喫煙看護職の77.9%が喫煙は自らの健康に有害であると回答しており、喫煙者の多くが有害作用を認識しながら喫煙を継続している。一方、喫煙者のうち、「煙草を吸うのは看護師として好ましくない」と回答した者は27.4%に過ぎなかった⁹⁾。

看護協会が行った2006に行った調査でも4年制看護大学の卒業生の喫煙率(11.5%)は保健師・助産師学校の卒業生(8.8%)よりも高かったが、3年制短期大学(13.8%)、3年制養成課程(18.8%)、2年制養成課程(23.7%)の卒業生よりも低かった¹⁰⁾。その一方で、女性看護教員の喫煙率は13.7%と3年制短期大学卒業生と同レベルであり¹⁰⁾、大きな問題を抱えている。

女性看護教員よりも4年制大学卒業の女性看護職に喫煙者が少ないのは、単に煙草の有害作用についての知識の差では説明できない。鷲尾らの病院に勤務する看護職を対象に行なった喫煙の調査⁹⁾では学歴が喫煙率に影響を与えていた。看護教員には短期大学や専修学校、各種学校の卒業生が多いと考えられるので、看護教員の喫煙率が高いことには学歴が関係していると考えられる。桜井らの看護系女子学生を対象とした調査¹¹⁾では保健師学校(13.0%)、助産師学校(22.1%)、看護学校(24.6%)の順に喫煙率は高く保健師教育は低い喫煙率と関係していた。4年制大学で教養教育が基盤に位置付けられた看護教育を受けた者は、保健師養成にかかわる教育課程の中で保健指導の実際を学ぶ中で、石井³⁾の言う幅広い視野から、人間と人間生活を理解し、「保健指導を行なう者は患者のお手本となるべきである」という考えを身につけ、確実な倫理観で行動する『ヒューマンケアの基本に関する実践能力』を獲得できているためではないかとも考えられる。

Ⅱ. 大卒看護師に求められる看護実践能力

戦後の公衆衛生の向上は感染症等による死亡を減少させ、癌、心臓病、脳血管疾患等の生活習慣病が日本人の死因の半数以上を占めるようになった¹²⁾。これに伴って、疾病を予防する公衆衛生看護・地域看護の対象疾患の主体は感染症から生活習慣病にシフトしてきている。また、人口構成の高齢化、少子化の急速な進行により、認知症を有

する等の介護が必要な高齢者が増加している。高齢者において認知症の程度が高いほど日常生活動作 (ADL) の自立度は低く¹³⁾、介護の必要度は大きくなっていく。このため、認知症の予防は福祉の観点からも重要である。認知症のうち、脳血管性認知症は、高血圧、糖尿病等の生活習慣病が危険因子であることが判っており、これらの予防は脳血管性認知症の予防につながる。

2000年に策定された健康日本21では生活習慣病の一次予防が重視され、壮年期の死亡の減少や健康寿命の延伸が目標とされている。生活習慣病については、食事、喫煙、運動、ストレス等の関連性が指摘され、2002年の健康増進法の活動と合わせて、地域の保健師による予防的取り組みが行われてきた¹⁴⁾。さらに、日本看護協会認定の専門看護師(1994年発足)、認定看護師(1995年発足)の活動も評価され、一次予防のみならず、二次予防、三次予防の面でも専門的看護介入が診療報酬に反映されるようになってきている¹⁴⁾。

生活習慣病の場合、その発生を予防する一次予防だけではなく、早期発見・早期治療を行う二次予防、リハビリや疾病の悪化防止である三次予防も重要になってきている。三次予防の主な舞台は病院等の医療機関であり、病院で働く看護職に予防医学の知識が求められるようになってきている。予防医学活動を行う看護は、我が国では、公衆衛生看護は行政に関係する看護、地域看護は訪問看護ステーションなどの地域看護学会などで用いられている「地域における看護活動の総称」¹⁵⁾と区別して考え、公衆衛生看護を狭義に捉える人たちが少なくないが、看護大学の卒業生には保健師のライセンスの取得を希望する、しないに係らず、生活習慣病患者への健康指導に必要な予防医学の知識は不可欠であり、広義の公衆衛生看護の知識の取得は必要である。

保健師・看護師の統合カリキュラムによる教育を受ける4年制大学の看護学部卒業生には患者のニーズに合わせて熟練した看護ケアを提供するだけではなく、保健医療サービスの企画・運営に参加するチームの一員としての職務遂行能力や健康に関する査定能力が求められている⁴⁾。村嶋¹⁶⁾はわが国の保健師のニーズは①保健指導を提供し民間にも就職する保健師と②調査研究能力・政策立案能力を持つ少数精鋭の保健師の二つがあることを指摘し、前者を「4年間の看護教育」で、後者を「看護教育終了後1~2年間の保健師教育」で行うことを提唱している。

「看護大学教育の在り方に関する検討会(第二次)(座長:平山朝子岐阜県立看護大学長)」は

「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」に続いて、「特定の健康問題を持つ人への実践能力」を看護大学卒業の到達目標に挙げている³⁾が、その中には、健康の保持増進と健康障害の予防に向けた支援という一次予防や慢性的疾患を持つ人への療養支援等の三次予防が含まれている。糖尿病の三次予防(悪化防止)は糖尿病性腎症による血液透析導入の一次予防、心筋梗塞の一次予防である。このように、生活習慣病の三次予防は、続発する合併症の一次予防であるので、看護大学では卒業生が専門的看護介入を行うことができるような教育を行うことが求められている。

おわりに

4年制看護大学では一般教養教育が基盤に位置付けられている³⁾。しかし、看護大学は大卒の看護系教員の不足から大学教育を受けていない教員が看護大学生の教育を行っている場合が少なく、全ての教員が看護力の向上のためには基礎看護の充実だけではなく、一般教養の充実も必要であることに気づいているとは限らない。4年制看護大学においては、「①保健師・助産師・看護師に共通した看護学の基礎を教授する。②看護生涯学習の出発点となる基礎力を培う。③創造的に開発しながら行う看護実践を学ぶ。④人間関係形成過程を伴う体験学習が中核となる。⑤一般教養教育が基盤に位置付けられている。」という学士課程における看護教育の特徴³⁾を全ての教員が共有できるような取り組み(例えば、学内研修会など)が必要である。

また、看護系教員は医系教員とは違い、看護職という性質上、教鞭をとりながら、臨床活動を続けることが困難であり、看護系教員は「臨床経験期間が少ない」、「臨床から離れてかなり時間が経過している」等の問題を抱えている。看護大学生に「臨床の知」を伝えるために、看護系大学教員は実際に臨床で働いている看護職と共同研究を行うなど、臨床現場の看護職の経験を「臨床の知」として蓄積していく¹⁷⁾作業が必要である。

エスター・L・ブラウンは著名な看護研究者であるが、彼女は看護師ではない¹⁸⁾。彼女は地域社会の住民の立場から看護職がどのような働きをすれば住民が看護職より、他の保健医療職から得られない利益を得られるかという観点から研究を行ってきた社会学者で、看護職を重要な専門職業としてその地位の確立に貢献した研究者である¹⁸⁾。

このように看護師でなくても立派な看護研究を行うことは可能である。看護系教員が非看護系の研究者よりも良い研究を行うためには、看護師としてのアイデンティティを持ち、日常診療の中で生じる問題が、「看護師の問題なのか、医師の問題なのか、医療機関のシステムの問題なのか、保健行政の問題なのか」を明確にする過程のなかで、看護師の視点で研究を行う必要がある。医学系研究科で研究指導を受けた者の中には医学研究者と同じ視点で研究を行ない、看護職が行なう医学研究で学位を取得している者もいる。大学院で行なった医学研究は研究のやり方や考え方を学ぶためのものであり、看護大学教員としては看護研究者の視点で研究を行なうべきである（これは、福祉系大学など看護以外の領域の大学院で研究指導を受けた者についても同様である）。このことは看護大学生に活かした看護教育を行う上で大切である。

「看護大学教育の在り方に関する検討会（第二次）」は「特定の健康問題を持つ人への実践能力」を看護大学卒業の到達目標に挙げている³⁾。看護職は禁煙指導など患者に健康指導を行うことが求められるので、立場上喫煙しないことが求められているが、看護学生を教育する看護教員の喫煙率（13.7%）は4年制大学卒業の看護職の喫煙率（11.5%）よりも高く¹⁰⁾、看護教員を含めた大学全体（教職員・学生）に対する禁煙指導も今後の課題である。国際看護協会の看護師の倫理綱領では看護師は自己の健康を維持し、ケアを提供する能力が損なわれないようにするとともに、看護者の信頼を高めて社会の信頼を得るように、個人としての品行を高く維持することが求められており¹⁹⁾、看護大学は健康指導を受ける人たちの手本となるようなより良い健康習慣を身に付けた看護職を養成する必要がある。

文献

- 1) 一般財団法人日本看護系大学協議会 JAPNU
<http://www.janpu.or.jp>. accessed 2011/11/08.
- 2) 和田良香、鶴田早苗、西元勝子、他：4年制大学における看護技術教育、臨床は大卒ナースに何をききたいしているか。看護教育 41 (9) : 742-746、2000.
- 3) 石井邦子：進む大学改革と看護実践能力育成の大学卒業時到達目標の提示。看護教育 51 (6) : 492-496、2010.

- 4) 杉森みど里、舟島なをみ。看護教育、第4版、医学書院、2004.
- 5) 鷺尾昌一、矢野正子：看護大学教育に求められるもの、リベラルアーツ（一般教養）の重要性。看護教育 52 (9) : 776-777、2011.
- 6) 鈴木真也：大分県立看護科学大学における基礎科学教育の現状と課題。大分看護科学研究 3 (1) : 15-18、2001.
- 7) 湯楨ます、小玉香津子訳：ヴァージニア・ヘンダーソン、看護の基本となるもの、改訂版、日本看護協会、1973.
- 8) 大井田隆、尾崎米厚、岡田加奈子、他。看護専門学校と看護大学の学生における喫煙行動の比較。日衛誌 54:539-543、1999.
- 9) 鷺尾昌一、和泉比佐子、稲葉佳江、他。看護師の喫煙経験と喫煙に対する意識、大学病院での調査から。看護教育 47: 184-187、2006.
- 10) 日本看護協会：2006年「看護職のたばこ実態調査」報告書。日本看護協会、2007.
- 11) 桜井愛子、大井田隆、武村真治、他：わが国における看護学生、保健婦学生、助産婦学生の喫煙実態調査。厚生指針 56 (3) : 9-16、2003.
- 12) 伊藤雅治、曾我紘一、河原和夫、他編：国民衛生の動向2010/2011。厚生統計協会、2010.
- 13) 鷺尾昌一、納富昭人、岡山昌弘、他：特別養護老人ホーム入所者の予後とその関連要因。老年精神医学雑誌 4 (12) : 1413-1418、1993.
- 14) 三上れつ：2000-2005年表で見るわが国の看護・看護教育の動向。看護教育 46 (5) : 353-357、2005.
- 15) 奥山則子：地域看護学とは。奥山則子、松田正巳、齊藤恵美子他編。地域看護学総論、第2版、医学書院。2-6、2008.
- 16) 村嶋幸代：東京大学大学院修士課程に開設された「保健師コース」の紹介と今後の保健師像。保健師ジャーナル 62 (6) : 474-479、2006.
- 17) 正木治恵、有田祥子、内堀真弓、他：「臨床の知」を臨床にフィードバックするために一経験を積み重ねること、研究しつつ看護すること。看護学雑誌 70 (9) : 806-812、2006.
- 18) 小林富美栄：エスター・ブラウン。小林富美栄、樋口康子、小玉香津子編。現代看護の探求者たち、人と思想、増補第2版。日本看護協会出版、1-15、2009.
- 19) 国際看護師協会：ICN看護師の倫理綱要2000年。日本看護協会編。看護者の基本的責務、基本法と倫理。日本看護協会出版会、16-21、2003.

【資料】

ティーチング・ポートフォリオ・ワークショップ におけるアウトカム評価 — 継続的教育改善へ向けて —

竹元仁美、山邊素子

聖マリア学院大学

<キーワード>

ティーチング・ポートフォリオ、アウトカム評価、継続的教育改善

I. はじめに

カソリック系私立看護大学(単学部単科)である聖マリア学院大学FD委員会は、平成18年に短期大学から4年制大学の移行にともない再編成が行われ、以降、教授会の下部組織として本格的な活動を展開している。本学のFD委員会の基本活動方針は、1) 教育の質の向上、2) 研究活動の推進および外部研究資金の獲得、3) メンターシップの構築の3つである。特に本学は、設立理念に基づいて地域社会の医療に貢献する人材を教育する大学であり、教育の質の向上に関しては力を注いでいる。具体的な活動として、公開授業、教育関係のワークショップ型研修会の開催、2泊3日型ティーチング・ポートフォリオ・ワークショップ(Teaching Portfolio Workshop、以下TPWS)の開催等を実施している。

平成23年度にはTPWSは第3回を数え、ティーチング・ポートフォリオ(Teaching Portfolio、以下TP)を作成した教員は19名(退職者を含めて)となった。第1回目TPWSは大学評価・学位授与機構(National Institution for Academic Degrees and University Evaluation、以下NIAD-UE)の栗田佳代子氏主催の1日ワークショップと2回の電話メンタリングという形態であった。しかしメンティ(TP作成者)の負担軽減のため、第2回・第3回は大学評価・学位授与機構のオリジナル(北米では3泊4日型)の2泊3日型TPWSを実施した。今回、3年間のTPWSのアウトカム評価および目標達成

度評価を行い、教育の質の向上に関する成果評価とともに今後の継続的な教育改善に必要な方策について検討する。

II. ティーチング・ポートフォリオ・ワークショップの実際

1. ティーチング・ポートフォリオ(TP)の概要

1) TPの定義と意義

TPとは「教員が、自らの教育活動について振り返り、自らの言葉で記し、様々なエビデンスによってこれらの記述を裏付けた教育業績についての厳選された記録」¹⁾である。

発祥の地であるカナダや米国では、TPは、1) 大学教員の昇格や終身在職件の獲得、補助金申請や教職活動における自己の教育活動の優秀性を示す根拠、2) 自己の教育活動を自己省察する仕組み、3) 教育活動に関する知識や経験を次世代の教員と共有する文書録、と位置付けられている¹⁾。これに対して、日本型のTPは、文科省中教審の答申「学士課程の教育の構築に向けて」(2008)²⁾の中で、以下のように示されている。

2) 文部科学省中央教育審議会におけるTPの位置づけ

中央教育審議会(中教審)は、「学士課程の教育の構築に向けて」(2008)²⁾において「大学として自学の教員に求める役割・責務、専門性等学内外に明らかにする。評価に際しては、教員の自己評

価を取り入れる。(中略)・さらに授業改善に向けた様々な成果や努力を適切に評価する観点から、教員が教育業績の記録を整理・活用する仕組み(いわゆるティーチング・ポートフォリオ)の導入・活用を積極的に検討する。教員の役割の機能分化(教育・研究・社会貢献など)に対応した教員評価の工夫について研究する。・・・」(下線は筆者)と、TPの積極的な導入・活用を勧奨している²⁾。つまり、日本型TPでは教育改善および大学教員の教育業績評価のツールの1つとして、文科省がTP活用を積極的に推進している。これを受けて、日本国内でも徐々にTPを取り入れる高等教育機関が増えてきている。2011年11月の時点で12機関249名の教員がTPを作成した。(図1)



図1. 全国のTP作成者数
(2011年10月現在)(NIAD-UE 栗田氏資料)

3) TPの構造と作成プロセス

TPの基本的な構造は図2に示す通りである。TPの分量としてはA4用紙8~10ページで、構成要素は、教育の責任、自己の教育理念(教育哲

○は教育理念、□は教育方法、◇は教育方法を示すエビデンス、
◇は成果を示すエビデンス、△は独自の項目

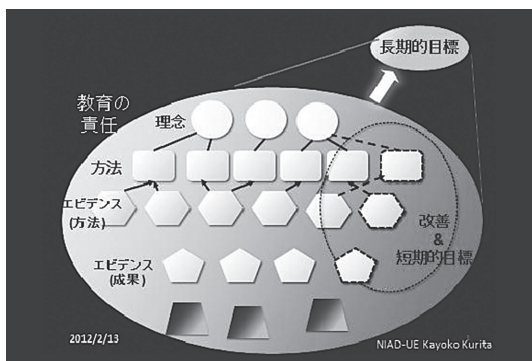


図2. ティーチング・ポートフォリオの基本的な構造
(NIAD-UE 栗田氏資料)

学)、教育方法(工夫している点)、エビデンス(教育方法)、エビデンス(成果)、教育改善および短期的目標、である。さらに、PDCA(Plan・Do・Check・Action)サイクルを継続的にまわしていくことによって教育における長期的目標を達成することが可能となる。

作成において、まず教育の責任について記述するが、これによって現在担当している講義・演習・実習科目全体を俯瞰することができる。次に、最も重要な教育理念について熟考をする。所属大学の建学の精神・教育理念を再度振り返り、その理念に基づいた自分自身の教育理念・教育哲学をメンター(TP作成支援者)と共に掘り下げ、言語化していく。そのためには、日常の教育活動の中で、特に力を注ぎ教育改善に努めている講義・演習・実習から代表的なものを選び、具体的かつ詳細に記述することが必要である。そして、「何故自分は大学教員をしているのか」、「何故自分はこのような教育方法を採用しているのか」、「自分はどのような教育をめざしているのか」と、メンター(TP作成支援者)と共に自らに問いかける。このプロセスの中で、日常意識化・顕在化することのなかった自己の教育への深い思い(教育理念・教育哲学)を明らかにすることができる。ここではじめて、大学の教育理念、自己の教育理念・教育哲学と日常の教育実践がつながってくる。ストーンと胸に落ちる感覚(腑に落ちる、スッキリ感)が得られ、さらには教員としての充足感・満足感が得られよう。そして、次のプロセスとして、教育改善のために今後の短期目標・中長期目標を設定する。最終的に、これらの教育実践はエビデンスによって裏付けされる(エビデンスは添付資料として一緒にファイリングする。Backup資料は別途保存する)。

このようなTP作成過程を経て、メンティ(TP作成者)は、自己の教育活動を自己内省し、教育改善の道筋を見出し将来の目標設定に至るのである。これがシステム化されていけば、PDCA(Plan・Do・Check・Action)サイクルが回り恒常的な教育改善のしくみになり得る(評価の項で詳述)。

2. ティーチング・ポートフォリオ・ワークショップについて

本学では、大学評価・授与機構の2泊3日型TPWSを採用している。Seldinの提唱したアメリカ型では3泊4日型TPWSであるが、日本の大学教員のニーズに合わず、現在2泊3日型が多いようである³⁾。宿泊型であるため、企画、施設の下

見・価格交渉・決定、予算の計上、準備 (IT 環境の確認、持ち込み機材等の確認)、参加者の募集等、諸々の準備が必要となり、少なくとも4カ月程度の期間が必要である^{4) 5)}。

二人三脚やマラソンの伴走者に例えられるように、TPはメンター (TP作成支援者) と共に自分の教育実践を深く掘り下げていく作業を通して作り上げていくものである。そのため、メンターの人選と依頼は重要である。TPを書いた人が全てメンター (TP作成支援者) として適性があるというわけではないので、人材の確保がTPWSを成功させるための重要なポイントになる^{4) 5)}。

また、メンティ (TP作成者) はスタートアップシート^{4) 5) 6) 7)} (SUS:TPのひな型になるもの) に記載するのに数時間から数十時間の執筆期間が必要なため、1か月前頃にメール配信しなければならない。1週間前頃にはSUSを取りまとめ、担当メンター (TP作成支援者) に渡すが、第1回目のメンタリングの方向性を決める重要なものとなる。

以上のように、事前準備が大変であるがTPWSの成否を握る重要なポイントなので丁寧に進めていく必要がある。

Ⅲ. 聖マリア学院大学 TPWS における 企画・運営の実際とアウトカム評価

第2回・第3回のTPWS^{6) 7) 8)}についてインプット・プロセス・アウトプット・アウトカムの観点で整理し評価を行った (第1回TPWSは栗田氏の運営のため除外)。

1. アウトカム評価に関する諸理論

1) アウトカム評価について

アウトカムは「X (特定のプログラムなど) を終了後、Yを獲得できる」とした時のYにあたるものとされている⁹⁾。アウトカムの測定方法として、達成度試験、ポートフォリオ、インタビュー、フォーカスグループ等、総括的に検討するものとパフォーマンスベースで評価するものがある⁹⁾。アウトカムの種別として、認知的なものや情緒的なものに分けられ、さらに短期的なものや長期的なものに分類される⁹⁾。しかし、アウトカム評価指標は教育改善先進国の北米やオーストラリアにおいても発展途上にあり、我が国はさらに遅れている状況にある¹⁰⁾。

本稿では、Watson (2003) の「Input-Process-Outputモデル」¹¹⁾を基に、さらにOutcomeを

加えた「Input-Process-Output - Outcomeモデル (以下、I-P-O-Oモデル)」としてアウトカム評価を行った。

2) 事業 (プロジェクト、プログラム) 評価について
事業評価とは「事業活動の実態や成果を分析・測定し、実施期間・施設・団体等の目標や当該事業目標に照らして解釈・価値判断を加えること」である¹²⁾。

事業の実施を自己点検・自己評価することが非常に重要であることは言をまたないが、「PDCAサイクル理論」を用いると有効なFeedbackが可能となる^{12) 13)}。PDCAサイクルとは、もともと工業生産過程における品質管理で用いられた理論であるが、継続的な改善を可能にすることから、教育的活動にも広く取り入れられている^{12) 13)}。PDCAを簡単に説明すると、以下に示す通り「Plan」→「Do」→「Check」→「Action」→次の「Plan」へというスパイラルなサイクルである。

Plan : 企画、計画。今までの実績、参加者の状況などの事前評価に基づいて企画する。

Do : 運営、実施。企画、計画内容に沿って実行する。

Check : 評価。実施内容が計画通り進行したか検証し、評価する。

Action : 改善。改善のため、計画通りに実施できなかった部分を客観的アセスメントし、新しいステージのPlanへFeedbackすることによって、次のPDCAサイクルが開始する。このスパイラルアップによって、持続可能な改善が可能となる。

3) 目標達成度評価について

目標達成度評価に関しては、7つのステップで構成されるRBM (Results-based Management) が有効と考える¹³⁾。もともとREMはJICAで用いられているマネジメントツールの1つで、「『実績 (Performance) および Output、Outcomes、Impactの達成に焦点をおいたマネジメント戦略』と定義されており、「計画策定戦略」、「実績測定」、「評価」を行い、その結果をマネジメントに活用するプロセス」である¹³⁾。

Step1 目標の明確化: 明確かつ測定可能な言葉で求める結果を特定し、どのように目標を実現するか整理する。

- Step2 目標の特定:それぞれの指標について、指標と単位を決める。
- Step3 目標値の設定:それぞれの指標について、達成すべき水準を達成時期と共に設定する。
- Step4 モニタリング・システムの構築と実績値の測定:実績値を定期的に収集するため、モニタリング・システムを構築し、実績値を測定する。
- Step5 実績値のレビュー:実績値と目標値を比較し、目標達成度を確認する。
- Step6 評価の実施:モニタリング・システムから得られない補完的な情報を入手し、目標達成度の要因分析を行う。
- Step7 目標達成度・評価結果の利用:目標達成度と評価結果を組織内部の学習、組織外部への結果報告に活用するためには、組織改変、政策・手続きの改定等の改革をあわせて実施する必要がある。

2. 「I-P-O-Oモデル」による TPWS の振り返り

以下、「I-P-O-Oモデル」を用いてTPWSの実際を振り返る。

1) Input (人材・資金・資材機材など活動に必要な資源):

企画・運営は第1回TPWSでTPを作成したFD委員のワークショップ(以下、WS)担当者と事務が行ったが、第3回は運営の人手が不足しFD協力員に協力を求めた。WSにかかる宿泊費・会議室費・消耗品費はFD委員会の単年度予算として計上し、学外メンター(TP作成支援者)の謝金・旅費についてはFD研修会予算から支出した。メンターとはTPに関する知識や経験をもち、TP作成者と共に教育における振り返りを行い、作成における具体的なアドバイスを行う「TP作成支援者」のことである。

第3回TPWSは予算削減に努めたが、使用予定の会議室が変更となったため予算を若干上回った。

2) Process (活動・作業の質量と成果・努力量):

大学執行部や教員の理解を深めるため、第1回TPWS開催年度にFD研修会として栗田氏のミニワークショップを実施した。TPWS準備としては、年度初めの4月に起案書を作成し教授会で承認を得た後、5月にメンター(TP作成支援者)および会場等の選定・予約を行い、6月にTPWS参加者を募集し、7月に参加者に資料を配布しス

タートアップシート(TPの原型、以下SUS)¹⁾を作成してもらい、8月初旬に2泊3日型TPWSを開催した。通常の業務の講義・演習・実習の合間にこれらの準備をすることによる担当者(教員1名、事務1名)の負担は大きい。しかし学外メンター(TP作成支援者)のサポートによって他大学のノウハウを活用することができ、実質的サポートだけでなくメンタルサポートも得ることができた。

3) Output (活動によって生み出された結果):

TP作成者は延べ16名(退職者を含む。キャンセル1名)で、常勤教員の38%に達した(H24年6月現在では在籍教員のうち12名)。教授会報告および学部会議で報告を行い、TPWSの詳細および各教員のハイライトについてはFD委員会活動報告書に掲載し教員全員に配布した。TP本体はTP業績集としてまとめ発刊する予定である。

4) Outcomes (表1)

本稿ではアウトカムを「TPWS参加による参加後のTP作成者へのベネフィット」と捉え、(1)新しい知識やスキルの獲得、(2)価値観・態度や行動の変容、(3)条件・地位の変化に分けて評価した⁹⁾。評価は、作成されたTP、事後アンケート(メンティ・メンター)結果、参加者からのコメントを根拠とした^{6) 7) 8) 14) 15) 16)}。詳細は次項で述べる。

3. 本学 TPWS に関するアウトカム評価

アウトカム評価として、上記の(1)新しい知識やスキルの獲得、(2)価値観・態度や行動の変容、(3)条件・地位の変化、について検討を行った。

1) 新しい知識やスキルの獲得:

TPについての知識およびTP作成方法については理解していたが、教育改善ツールとしてどう活用していくかについては今後の検討課題である。TP更新プログラムに則っていくことも1つの方策であるが、日々の授業改善に役立つような仕組みの創出がより重要であると考え。日々の教育改善については個々の教員が行っているが、大学全体の知的財産として活用するためには共有する場を作ることが必要となってくる。組織FDとしては日常化されることが理想であるが、まずは毎月開催されているStudy Sessionなどを活用して定期的な共有の機会を作ることが現実的と思われる。

2) 価値観・態度や行動の変容:

メンター(TP作成支援者)との二人三脚によるTP作成プロセスにおいて、参加者は自分の教育実践を深く掘り下げ、自分の教育哲学・理念を再認識することができていた。また、普段接する

表1. TPWS 参加者の教育実践の振り返り・自己省察および要望等 7)8)14)

<ul style="list-style-type: none"> ■教育活動を客観的に振り返ることで、自身の根底にある教育に対する思いを教育理念として顕在化し整理することができた。また、自身の「教育における責任」を自覚し、今後の教育に対する姿勢が明確になった。 ■自分の教育実践全てが自分の(教育)理念とつながっていること、また組織の理念ともつながっていることがわかり、教育の方向性を確認できた。 ■日ごろ評価されない教育活動を肯定的に評価してもらえた。 ■TPを見ながら、どう進めていくとよいか(どう表現すると人に伝わるかなど)、書き方や方向性も指導して頂いた。 ■話を聞く技術を考える機会となった。 ■自分が疑問に思ったことを率直に質問できる雰囲気があり、的確に回答してもらえた。 ■教育の方向性を確認することができ、安心や自信につながった。 ■専門領域外メンターだったが、看護教育に関して上手に課題を引き出してくれた。 ■メンターはうまく表現できないことを言い換えたり、繰り返したりしてくれることで、本当に言いたいことをまとめることができた。 ■自分ひとりで考えるのはやはり躓きやすく、限界がある。 ■他大学で専門の異なるメンターと面接を受けることで、日々の教育を振り返ることができた。 ■自分の役割と課題が明確になり、無意識に行っている仕事の重要性に気付いた。 ■エビデンスが蓄積されていないことが明確になり、成果を求める姿勢が養われた。 ■シラバスを何度も読み直すことで、科目のつながり・到達目標を考え直すことができた。 ■作成したTPも業績のひとつとし、教員評価に加えるシステムがあったらよい。 ■更新も含めて、毎年誰かが参加し作成するというシステムになればよい。 ■上層部がTPの価値を認める必要がある。TPでどのように自分に変化があったのか、報告会などで知らせる。 ■TPと結びついた公開授業を行う(と周知される)。 ■大学教育の質の向上にどのように貢献できるかを広報し、認識を高める。 ■学内では教育については(話し合う機会が)ほとんどなかった、と改めて感じた。教育理念や教員としての資質などの話もあっていい。教員として当たり前だけれど評価されない「教育」を評価する学校になって欲しい。TPが教員としての資質を考えるきっかけとなった。
--

ことが少ない他領域の職位の違う教員と教育について討論することも刺激になっていた。しかし、行動の変容に関しては現在のところ把握できていない。長期的な成果評価のため、参加者への追跡アンケートやインタビューを検討する必要がある。

3) 条件・地位の変化:

現在、本学のTPWSは教育改善のためのFD委員会研修会という位置づけであるため、TPを作成した教員個人の業績として評価されていない。2泊3日型TPWSに参加しTP作成には多大の時間的・作業的コストがかかることは事実であり、できるだけTPを作成した教員の業績化を図るためにTP業績集あるいは紀要別冊の発刊を検討中である。

IV. TPWSにおける目標達成度評価からみた課題

1. TPWS 目標の達成度について

TPWS目標の達成度評価を行うことによって、TPWSの実質的な成果を問い運営上の改善方策を導きだした。当初、上位目標として「本学の教育の質の向上/大学教員の教育能力の改善」を掲げ、TPWS目標として、1)メンティが教育に関する自己省察を得る、2)教育について議論する場を設定しネットワーキングする、3)教育に

関する工夫・努力を可視化し共有化ができる、の3つをあげていた。達成度に関してはⅡと同じく、作成されたTP、事後アンケート、コメントから評価した。

1)に関しては概ね達成していると評価できるが、講義を担当しない助手や担当数の少ない助教については自己省察(内省)の深さに課題が残る。また、自己省察で得たものをその後の教育改善にどのように活かしているかについてもFollow-upし、その有効性を検証していく必要がある。

2)に関してはTPハイライト発表において公表しているが、その後教育に関して講座会議を除くと公的私的に討論する場がなく、特定の場の設定や更新プログラム研修が必要となる。

3)に関しては、ワークショップ3日間の折々や最終日のハイライトの発表時に参加者同士の教育理念や方法論における工夫についての意見交換ができていた。しかし、FD委員会活動報告書だけでは生き生きとした教育実践における熱意や工夫・努力を伝えにくい。従って参加者以外の教員への周知はまだ十分といえる状況になく、Web化(動画)や学内研修会で発表を行うなどの方策が必要である。

2. TPWSのアウトカム評価および目標達成度評価からみた課題の整理

以下、TPWSのアウトカム評価および目標達成度評価からみた課題を整理した。

1) アウトカム評価:「I-P-O-Oモデル」を用いて

(1) Input評価:

①ヒト: 大学執行部の関与については、学長がTPWS3日目のハイライト発表において講評していただき、学院長もTPWS参加を呼び掛けに応じて参加意思を示して下さっている(第4回TPWSに参加)。TPWSがFD委員会活動における教育改善に寄与する重要なプログラムであることを周知する上で、非常に強力な推進力になるので、可能な限り執行部に関与を求めていく必要がある。

メンティ(TP作成者)の募集に関しては、毎年方法を検討しているが、8月上旬という时期的な制約(総合看護学・助産学実習との重なり、学会開催時期)があり、時間や労力がかかる。教育より研究を重視している教員も存在しており、インセンティブが必要である。大分大学のように紀要論文1本と同等にみなす¹⁷⁾、あるいはポイント制にするなどの方策が有効と考えられるが、全学的な申し合わせが必要となる。

メンターはTPを作成した教員の中から候補者を選出するが、メンター(TP作成支援者)に求められる資質があるため全員が適格というわけではない。そのため、学外のメンターを招聘する必要がある。経験上、専門領域外の教員にメンターをしてもらった方が、自己の新たな側面に気づきやすい傾向がある。また、メンティ(TP作成者)の性格等により学外メンター(TP作成支援者)に担当してもらう方が有効な場合もある。また、朝早く夜遅い宿泊型TPWS運営のため、WS運営協力員の確保も欠かせないが、TPWSの流れを知っている助手クラスの人材が少なく人材確保が難しい。

②モノ: 会場確保、必要物品、Food & Drink 利便性が高く、メンティ(TP作成者)がリラックスできる学びの環境整備が必要である。Food & Drinkは重要な要素の1つであると考えており、FD研修会等でもお茶や低額のスイーツ等を準備しアイスブレーキングの役割を持たせている。コストを削減するための努力は必要であるが、数値に表れない教員の深い内省を促すために、コストパフォーマンスのみで論じることはできない。

③カネ: 経費確保(FD委員会の単年度予算とし

て計上)

現在、大学の理解により予算化できている。費用節減に努めるとともにパフォーマンスを高める工夫をする。また、作成されたTPの附加価値を高める努力もする。

④情報の共有化・ネットワーク化: 個人的繋がりから組織的ネットワーク化へ向けて動きがある。国内の第一人者である大学評価・学位授与機構の栗田佳代子氏およびTPNetを中心に全国的なネットワーク化が推進されている。また、TPWSを本格的に導入し定着させている大学(例: 佐賀大学、広島大学、愛媛大学、大阪府立大高専、阿南高専等)とのネットワークも構築されつつある。そこでは、TPWSのノウハウに関する情報共有やメンタープールの役割も担っている。

(2) Process評価: 活動・作業の質量と成果・努力量

4月頃から企画・起案をはじめ年度末の報告書作成までほとんど1年がかりのスパンで動いているため、時間の確保が大変である。現在、担当教員1名と事務1名でほとんど運営管理しているので、分担できる人材がいれば時間・労力の節減および士気の維持に役立つ。

(3) Output評価:

第1回TPWS(NIAD-UE主催)メンティ4名
第2回TPWS学内メンター2名、メンティ6名
第3回TPWS学内メンター1名、メンティ5名(+1名 佐賀大TPWS参加)

1回のTPWSで6名のメンティに参加してもらう初期目標であったので、概ね達成していると評価できる。他のアウトプットとして、FD活動報告書がある。第3巻、4巻、5巻、6巻(発刊予定)の中でTPWS報告をしているが、各教員の業績としてTP業績集もしくは紀要別冊を発刊する予定である。

(4) Outcomes評価⁹⁾:

アウトカム評価とその課題について表2にまとめた。それ以外の視点として、短期的VS中長期的アウトカム、認知的VS情緒的アウトカムの2つの軸でまとめた。

①短期的および中長期アウトカム:

短期アウトカムについては表1の事後アンケートに記載されているように、教育に関する自己内省が深められている。メンタリングやTP作成を通して、各教員が自分の教育理念に気づいたり、再認識したりしながら、教育に対する思いを深め、今後の

表2. TPWS 運営上の課題の洗い出し — アンケート結果・討議から — 7)8)14)

<p>■ TPの利点や活用法を事前に十分理解をしてワークショップ参加：効果的かつ効率的。利点や活用法等をもっと学内で頻回に伝える機会をもつ</p> <p>■ 持参資料：資料の過不足があったため事前に委員会からの助言が必要である</p> <p>■ スケジュール：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1日目の作業時間が短い ・3日目のKJ法のセッションとして「To be a good mentor」グループワークの位置づけ「テーマ」を段階的に進める ・Good mentor の資質についてディスカッション時間を確保 ・各発表に対する意見交換の時間を長めに確保 <p>■ メンティの職位をある程度揃えたほうがよい</p> <p>■ 参加者の募り方：准教授・教授以上は強制的にでも全員受けてもらった方がよい、自由参加、全員強制参加、各領域から必ず1名参加(各領域で利点や活用の可能性について報告)、全教員に義務付け、等</p> <p>■ 組織の理念—自分の理念—授業の工夫—学習の状況の関連が表現しやすいフォーマットが必要 大学教員は教職免許を持たない教育者であるため、教員になった背景や動機を記載する欄があるとよい</p> <p>■ 会場選択：市内ではなく、非日常的な場所がよい</p> <p>■ 他の大学との共同ワークショップ開催の検討</p> <p>■ TPの活用法：専門看護師として教育役割においてTPが活用できる。しかし、能力アップや社会的活動のため、アカデミック・ポートフォリオのように教育以外の側面も必要</p> <p>■ TP開示：大学院生など</p> <p>■ 助手は1年毎に作成し領域責任者へ提出して、1年を通じた教育内容に対する評価と助言を受ける資料として利用してはどうか</p>
--

教育改善に向けて短期・中長期目標を設定していた。これがPDCAの最初のスパイラルとして機能していることの証左と考える。しかし、中長期アウトカムについては現在のところ測定する目途が立っていない。そのため、継続的教育改善として次のステージのPDCAにスパイラルアップしたかの保証はできない。今後の課題として、事後評価に使用されるアンケートやフォーカスグループもしくは質的研究手法を用いたインタビューなどで中長期にわたる教育改善につながる行動変容や意識の変化をチェックするシステムを作る必要がある。

②認知的および情緒的アウトカム：

認知的アウトカムとしてTPに関する知識やアクティブリスニング等についての学びが記述されていた。情緒的アウトカムとしては、日頃評価されない教育活動について肯定的に認められたことや建設的Feedbackを得たことによって安心感、満足感、教育改善への意識づけにつながっていたことがあげられる。これが教員としての自己尊重につながりQOLの向上にも良い影響を与えると考えられる。その他に、第3日目のTPハイライト発表時のDiscussionが非常に好評で、他の教員の教育に対する熱い思いや教育方法の工夫を知ることができたとしており、認知的・情緒的アウトカムとしてあげられる。しか

し、TPWSのアウトカム評価を組織的評価として個々の教員にFeedbackされなければ、個人的な教育改善努力がどこまで続くのか個人的責任に帰されてしまう可能性が残る。個々人の教育改善を実質的な業績評価として組み込む必要があり、持続可能なスパイラルアップを保証するための重要な観点であると強調したい。

2) RBM (Result-based Management) を用いたTPWS 目的達成度評価 からみた課題

Step1・2の目標の明確化および指標の特定については、測定可能な結果および数値目標を明示していなかった。漠然と「教育の質の向上」と記述しているので量的にも質的にも評価が難しい。Step3については、毎年年度末にFD活動報告書にTPWS報告をまとめているので、評価時期も特に設定していなかった。Step4のモニタリング・システムの構築が課題である。現在はスタートアップシートに少しと事後アンケートで情報を収集しているが、量的にも質的にも評価データが不足している。Step5についてはメンティの数値目標は1回のTPWSあたり6名前後としているので、評価基準として用い実績値と比較することができた。Step6については、補完的なデータについて個人的に少し話をすることはあったが、システムティックではなく、要因分析には不足していた。Step7の目標達成度・評価結果の利用については本稿での振り返りを基に今後討議していく。

V. TPWS における継続的な教育改善 にむけて

TP作成自体やワークショップにおけるメンターや他の教員とのディスカッションがそのまま教育改善活動として機能する。それはTPワークショップ自体がある種のLearning Community¹⁸⁾として機能すると考えられ、典型的な体験型FDとして、自己の教育を振り返り今後の教育改善に向けて明確な目標設定に至る。このように、TP作成過程で教育理念・教育活動の自己省察することを通して、Teachingの喜びと自己の教育活動における再認識・再発見がある。また、2泊3日の宿泊で寝食を共にすることで教員の帰属意識を醸成し、大学内の人的ネットワークを構築することにつながっている(これは著者が実感としてTPWS参加者との人的ネットワークの広がりを感じている)。そして教育という仕事に対する教員の満足度を向上させ、ひいてはQOLの向上にもつながっていくと考える。各教員にTPの持つこのような意義についても理解を深めてもらいTPWSへの自発的参加に結び付けたい。そのため、より一層FD委員会活動としてのTPWSの位置づけを明確化し、周知していく必要がある。より効果的効率的なTPWS広報の工夫が求められる。

また教育改善ツールとして、TPは構造的にも組織内システムとしても、その内部にPDCAサイクルによるスパイラルアップを内包していなければならない。簡単に言えば、TPの項目に教育改善を目的としたPDCAに関する項目が含まれるようにすること、TPWS→(更新TP)→APWS→(更新AP)・・・という学内システムを創ることである。

また、独善に陥らないためにも、有効な指標を策定するためにも、全国組織、九州ブロック組織、大学内など各レベルのネットワークを構築する必要がある。加えて、アウトカム評価のための測定指標の開発を早急にシステムティックに進めていくことが必要である。教育改善ツールとしてだけでなく、教育改善のスパイラルアップを持続可能なものにしていくために大学教員の業績評価としての側面も併せ持つよう検討することも重要である。

このような組織的取り組みが、大学として説明責任(アカウンタビリティ)を果たし、継続的な教育改善の具現化につながっていくと考える。

VI. 結び

以上、本学 TPWSのアウトカム評価および課題について検討した。

長期的、間接的アウトカムについては検討できず議論の余地は残るものの、2泊3日型 TPWSにおける教育改善に関する一定の成果と今後の示唆を得ることができたと考える。

今後、更新プログラムとしてアカデミック・ポートフォリオ(以下、AP)¹⁹⁾導入を視野に入れており(平成24年8月開催予定)、その際大学執行部と討議し教育・研究・社会貢献(学内アドミニストレーションを含む)における評価について明確にする必要があると考える。APは、教育、研究、サービス(学内運営管理・社会貢献)の3領域および3領域の統合から構成されており、明示されていないものの先述した中央教育審議会の答申「学士課程の教育の構築に向けて」(2008)²⁾の内容に該当している。これを受けて、APの導入も今後本格的になり全国的な広がりをみせると予測される。

本稿は、平成24年3月16日に第18回大学教育研究フォーラム(京都大学)において口演発表した「ティーチング・ポートフォリオ・ワークショップ運営における課題—活動・作業のアウトカム評価に着目して—」に加筆修正を加えたものである。

文献

- 1) ピーター・セルディン著・大学評価学位授与機構監訳・栗田佳代子訳:ティーチング・ポートフォリオ作成の手引 大学教育を変える教育業績集. 玉川大学出版部. 2007.
- 2) 文科省中教審の答申「学士課程の教育の構築に向けて」2008. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/1217067.htm
- 3) 栗田佳代子:ティーチング・ポートフォリオとは 評価結果を教育研究の質の改善・向上に結びつける活動に関する調査研究会報告書「日本におけるティーチング・ポートフォリオの可能性と課題—ワークショップから得られた知見と展望—」. 大学評価・学位授与機構. P1-6, 2009. <http://www.teaching-portfolio-net.jp/main/resource.html>
- 4) 大阪府立大学高専ティーチング・ポートフォ

- リオ研究会:実践ティーチング・ポートフォリオ スターターブック.エヌ・ティー・エヌ.2011.
- 5) 皆本晃弥:大学教員の教育者としての業績記録 ティーチング・ポートフォリオ導入・活用ガイド.近代科学社.2012.
- 6) 竹元仁美:ティーチング・ポートフォリオ導入に向けて FD委員会活動報告書第4号.p6-7,2011.
- 7) 竹元仁美,山本真弓:「Mentoringの確立」- 研究・教育の向上に向けての組織作り・ティーチング・ポートフォリオ研究会報告,FD委員会活動報告書第4号.p7-33,2011.
- 8) 竹元仁美:Teaching Portfolio Workshop 報告 FD委員会活動報告書第5号.p14-50,2011.
- 9) 野田文香:アウトカム評価としてのインスティテューショナル・リサーチ機能 立命館高等教育研究 第9号 125 - 140,2009.
- 10) 川嶋太津夫:ラーニング・アウトカムズを重視した大学教育改革の国際的動向と我が国への示唆 名古屋高等教育研究.8:173-191,2008.
- 11) Watson LM.:“The College Experience: A conceptual Framework to Consider for Enhancing Students’ Educational Gains.” MA: Pearson, 535-548,2003.
- 12) 井内慶次郎監修,山本恒夫,浅井経子,椎廣行編:生涯学習自己点検・評価ハンドブック-行政機関・施設における評価技法の開発と展開一文憲堂 p10-15,2004.
- 13) 独立行政法人国際協力機構評価部:新JICA事業評価ガイドライン第1版 2010 <http://www.jica.go.jp/activities/evaluation/guideline/pdf/guideline.pdf>
- 14) 竹元仁美:Teaching Portfolio Workshop 報告 FD委員会活動報告書第6号.編集中
- 15) 竹元仁美他:Teaching Portfolioを用いた母性看護学における教育実践のリフレクション.聖マリア学院大学紀要,2:43 - 48, 2011.
- 16) 竹元仁美:ティーチング・ポートフォリオの導入・活用シンポジウムin佐賀大学TP披露「看護学・助産学」(2011.11.18~19,佐賀市)
- 17) 尾澤重知氏(現早稲田大学大学院,前大分大学)私信
- 18) 加藤善子:ラーニング・コミュニティ・教育改善・ファカルティ・デヴェロップメント.大学教育研究 16:1-16,2007.
- 19) ピーター・セルディン,J.エリザベス・ミラー著・大学評価学位授与機構監訳・栗田佳代子訳:アカデミック・ポートフォリオ,玉川大学出版部,2009.

【資料】

家族へのインタビューがもたらす 看護学生の死生観の深まり — がん告知希望の有無を通して —

木下みゆき、竹元 仁美*、齊田菜穂子、渡邊 則子、牧 香里*

山口大学大学院、*聖マリア学院大学

<キーワード>

死生観教育、学生インタビュー、がん告知

I. はじめに

終末期の看護の目標は、患者とその家族にできる限りQOLを高める看護を提供することである¹⁾。言い換えれば、死の時までの生をその人にとって意義深いものにできるように、尊厳ある死をその人らしく迎えることができるように援助することが終末期の看護の目標である²⁾。誰もいつかは必ず身近な人と自分自身の死に直面しなければならず、死について学ぶことは、そのまま死までの生き方である死生観について知ることでもある³⁾。患者と死について真に分かち合うことができ、分かち合うことが必要なのは家族である⁴⁾にもかかわらず、夫婦でがん告知について話し合いを持っているのは3割程度にすぎない⁵⁾。

終末期看護の学習において、学生が死生観についてより深く意識することは患者の苦しみや生きる意味を見出すために重要な意味をもつ。しかし、現在の核家族・超少子社会に生きる学生にとって、日常生活の中から死生観について学ぶ機会は少なく、家族間ですら死生観について話し合う機会もほとんどない⁵⁾。

今回、学生が死生観をより深く意識することを教育目的として、終末期看護学の講義において学生自身へ「がんの告知」に関する質問を行い、さらに家族には学生がインタビューをするという方法を採用した。本稿では、そのなかで見えてきた学生およびその家族の「がんの告知」に対する態度、学生の家族がもっている死生観、および学生

の死生観の形成に関する教育方法について検討する。

II. 研究目的

- 1) 死を身近に考えられる「がんの告知」に関する学生自身の考えを明らかにする。
- 2) 家族の「がんの告知」に関する考えを明らかにする。
- 3) 学生がインタビューするという学習方法は多様な死生観を知ることの効果的であるのかを明らかにする。

III. 研究方法

1. 調査対象

看護専門学校生2年生61名である。

2. 調査時期

平成21年5月～7月。成人看護学Ⅳ(終末期看護)の講義期間中である。

3. 調査方法

構成式質問紙を用いた横断調査。

- 1) 学生は終末期看護の1回目の総論の講義を受けた後、課題として「がんの告知」に関する自由回答を含む質問紙に答える。

質問紙の内容：(1) がんの告知希望の有無とその理由、(2) 希望する終末期の医療及び看護、(3) 家族へのインタビューを終えての感想である。

- 2) 学生自身が、家族の一人に担当教員から渡された「インタビューの依頼書」を渡し、研究への同意を得て家族にインタビューを行う。インタビューの内容は、(1) がんの告知希望の有無とその理由、(2) 希望する終末期の医療及び看護について、(3) 学生によるインタビューを受けての感想である。

分析方法：「がんの告知希望の有無とその理由」、「学生が家族へのインタビューを終えての感想」、「学生によるインタビューを受けての家族の感想」について記述統計的に分析した。研究者間で、記述内容を繰り返し読み合意するまで類似する内容ごとに抽出しまとめた。

4. 倫理的配慮

学生に対する倫理的配慮：学習目的と研究目的を書面及び口頭で説明し、答えたくない内容には答えなくてもよいこと、答えなくても学生の不利益にならないことを説明した。質問紙の提出を持って承諾と理解した。質問紙は、教員のBOXに提出とし、周囲に質問紙の内容が見えない配慮をした。

家族に対する倫理的配慮：学生が家族に書面

表1. 家族への研究依頼書

ご家族の方へ 平成21年6月1日 講義担当：木下みゆき 成人看護学方法論Ⅳ「がんの告知」について
ご家族の皆様には平素より当校の看護教育につきまして、ご支援、ご協力をいただき厚くお礼申し上げます。 さて、成人看護学方法論Ⅳでは、がん疾患により終末期を迎えている人の看護について学ぶことを目的としています。 今回の単元では、特に個人の権利の尊重と生命の尊厳を中心に、現代のがん医療の動向と現状を捉えながら「告知」や「緩和ケア」の実際と看護の役割を学ぶことを学習目的としています。 そこで、告知について学生自身の考えを記入すること、学生によるご家族へ告知についてインタビューをさせていただきます。 インタビューの結果は講義・研究会の中で発表させていただきます。尚、倫理的な内容ですので答えにくい場合は答えられなくてかまいません。答えられなくても学生の評価に不利益になることはありません。 インタビューの趣旨にご賛同いただきご協力いただけるご家族の方はお答えください。 お忙しいところ申し訳ありませんが、宜しくお願い致します

(表1) を配布し、学習内容を口頭で説明した。答えたくない内容には答えなくてもよいこと、インタビューに答えなくても学生の不利益にならないことを説明した。質問紙の提出を持って承諾と理解した。尚、所属の看護専門学校長を含む教務委員会で倫理的に審査を受け、研究の承諾を得た。

V. 研究結果

回答数は、学生61名(有効回答率100%)、家族58名(有効回答率95.1%)であった。学生の平均年齢は22.6歳であった。家族の内訳は母親43名(74.1%)、父親11名(18.6%)、姉3名(5.1%)、夫1名(1.7%)平均年齢は49.1歳であった(表2)。

表2. 回答者の内訳及び年齢

学生	61名	平均年齢：22.63 ± 6.09歳
家族	58名	平均年齢：49.07 ± 8.92歳
家族内訳：	母親	43名 (74.1%)
	父親	11名 (18.6%)
	姉	3名 (5.1%)
	夫	1名 (1.7%)

1) がんの告知を希望

希望すると回答した学生は57名(93.4%)、希望しない1名(1.6%)、わからない3名(4.9%)であった。がんの告知を希望していた家族は45名(77.5%)、希望しない3名(5.1%)、わからない10名(17.2%)であった。

2) 学生と家族の告知を希望する理由(表3)

「自分のことだから遺された時間を有効(大切)に使いたい、後悔のない人生を送りたい」が45

表3. 学生の告知を希望する理由

自分のことだから後悔のない人生を送りたい	45件
知らされなければ心の整理がつかない	8件
余命を知りたい	7件
自分だけが知らなければ家族が病名を隠そうとしてよそよそしくなり虚しい	5件

件と最も多く、「知らされなければ心の整理がつかない」8件、「余命を知りたい」7件、「自分だけが知らなければ家族が病名を隠そうとしてよそよそしくなり、自分の疾患も知らずに死ぬのは虚しい」5件、「自分で治療法を考えたい」2件、その他2件であった。家族のがんの告知

表4. 家族の告知を希望する理由

その後の生き方を考えられる、思い残すことのないようにやり遂げたい、死の準備や家族にできることをしたい	30件
自分のことを知りたい	8件
治療法など自ら選択したい	4件
抗がん剤などにより脱毛したり、病室の患者さん達の会話で自ずと気づくので、お互い隠し事をせず取り組む方がいい、情報社会なのでわかる	3件

を希望する理由としては(表4)、「自身のその後の生き方を考えられる、死の準備や家族にできることをしたい」が30件と最も多く、「自分のことを知りたいから」8件、「治療法など自ら選択したい」4件、抗がん剤により脱毛したり、病室の患者さんたちの会話でおのずと気づくので、お互い隠し事をせず取り組んだほうがいい、隠されても今の情報社会ではわかる」3件、「70歳を過ぎたら告知は受けず延命もせず寿命だと思って死にたい」2件、「なぜ痛いかわからないと不安で闘病生活を乗り越えられない」2件であった。その他の意見として、自分だけに告知してもらい家族には内緒にしたいという考えもあった。

- 3) 学生と家族のがんの告知を受けたくない理由
「何も知らず死んで逝きたい」1件であった。家族の告知を受けたくない理由としては「がんイコール死なので死の宣告をされたくない」1件、「聞くと怖い、どうしていいかわからない」2件であった。
- 4) 学生と家族のがんの告知を受けたいかわからない理由
「その時にならないと今は考えられない」2件、「考えた事がない」1件であった。家族の、がんの告知を受けたいかわからない理由としては「その時にならないとわからない」7件、「早期発見なら告知してほしいが、末期であれば告知はいらぬ」2件。「友人が再発し死の恐怖に対してのを見て、自分は受け入れられるかわからない」1件であった。
- 5) 家族にインタビューを行った学生の感想(表5)
「普段聞けないことが聞けて新鮮であった、真剣に考えてくれて親の考えを知れてよかった、貴重な体験であった」17件、「日頃告知の話などしないので難しかった」4件、「母は延命を拒否しているが、子どもとしては延命治療を受けてできるだけ長く生きて欲しいと思った」4件、「思った通りの意見であった」3件、「変な感じ、恥ずかしさがあった」3件、「まるで親が病気になるような錯覚を起し死に対する母

表5. インタビュー実施後の学生の感想

普段聞けないことが聞けて新鮮であった、真剣に考えてくれて親の考えを知れてよかった、貴重な体験であった	17件
日頃告知の話などしないので難しかった	4件
母は延命を拒否しているが、子供としては延命治療を受けてできるだけ長く生きて欲しいと思った	4件
思った通りの意見であった	3件
変な感じ、恥ずかしさがあった	3件
まるで親が病気になるような錯覚を起した	2件
自分が看護の道を進むということを改めて感じた	2件

の気持ちを聞き寂しくなった」2件、「普段からこういった話しをしているので特にない」2件、「もしがんになったら怖くなった、考えさせられた」2件、「一緒に居て好きなことをさせてあげたい」2件、「自分が看護師の道を進むということを改めて感じた」2件、「祖母への告知時の話しを聞いて勉強になった」2名、「一歩距離が近づいた感じがした」1件、「こういった授業を受けていることを解ってもらえた」1件、「母は告知を希望しているが家族として告知できるかどうかかわからない」1件、「人はいつか死ぬものだと思った」1件などであった。このように、家族へのインタビューを通して、家族一人一人が様々な死生観を持っていることや家族のがんに対する思いと学生自身の思いが異なり、ゆらぎを感じる学生もいた。

- 6) 学生によるインタビューを受けての家族の感想(表6)
「日頃考えないので真剣に考えた、健康に気をつけ、もしがんになったら悔いのないようにしたい」15件、「生死を目の当たりにする勉強をしているのだなと思った、今後の学習を真剣に受け止めてやって行って欲しい、終末期医療の学習は大切な分野だと思う」10件、「延命治療をしたくないことを伝えられてよかった」4件、「がんになる可能性はあるが、今の自分には実

表6. 学生によるインタビューを受けての家族の感想

真剣に考えた、もしがんになったら悔いのないようにしたい	15件
生死の学習をしていることがわかった、今後の学習を真剣に受け止めてやってほしい	10件
延命治療を受けたくないことを伝えられてよかった	4件
がんになる可能性はあるが今は実感が無い	3件
質問にとまどった	3件
前向きに死を受け入れる	2件
子供にお墓や土地のことを話さないといけないと思った	1件
親子でも考えは違うので気持ちを話すことは重要である	1件

感がない」3件、「質問にとまどった」3件、「死を考えることは生きることを考えることだと改めて思った、前向きに死を受け入れる」2件、「がんになった時と今では違うと思う」2件、「子どもにお墓や土地のことなど引き継ぐことを話さないといけないと思った」1件、「親子でも考えは違うので、気持ちを話すことは重要である」1件であった。

VI. 考察

以下、1) 看護学生および家族のがん告知に対する態度、2) 看護学生が家族の死生観を知ることの意義、3) 看護学生の死生観の育成、の3点について考察する。

1. 看護学生および家族のがん告知に対する態度

今回の調査では、がんの告知を受けたいと考えている学生93%、家族78%であった。学生が告知を希望する理由として「自分のことだから後悔のない人生を送りたい」、「知らなければ心の整理がつかない」、「余命を知りたい」などがあげられた。これは、正しい病名や病状を知り一番納得できる方法を選び³⁾、学生は正確な情報に基づき自己決定 (Informed Decision) することによって残された人生を有意義に過ごすことができると考えるためと推測される。同じように、学生の家族にとっても、告知を受けることで、後悔のない人生を送ることや、遺して逝く家族への配慮をすることが可能となるためと推測される。

今回、告知を希望しないと回答した学生が1名 (1.6%)、家族が3名 (5.1%) いた。その理由として、「怖い」、「がんイコール死と受け止めている」ためと回答があった。これは、「がん告知は死刑の宣告であると考える」⁶⁾、「終末期がん患者へのがん告知を拒否した家族は、がんという言葉に忌み嫌みを感じ、真実を曖昧に伝えることを好む」⁸⁾という先行研究の結果と一致している。しかし、現在、がん医療は予防・治療・支持療法などにおいて著しく進歩、発展しており⁷⁾、早期がんや種類によっては治癒する可能性が高い。また、高度情報社会でがんに関する情報も簡単に入手可能であり、抗がん剤などの副作用による脱毛などから、がんを隠し通すこと自体が難しくなっている。このような状況にありながらも、人々の「知りたい権利」と同様に「知らないでいる権利」^{8) 9)}を守る必要性を示唆する結果と考えることができる。

2. 看護学生が家族の死生観を知ることの意義

終末期の看護の目標を達成するためには、学生が患者や家族の多様な死生観を理解することが重要であり、様々な機会を通して死生観育成のための教育をしていく必要がある^{10) 11)}。今回、看護学生の死生観を構築する教育的アプローチとして、「学生が学生自身の家族へインタビューする」方法を採用した。17名の学生は、普段聞くことが少ない生死についての家族間での真剣なやり取りや、親の死生観を知ることによって、「貴重な体験であった」と評価している。これは、「母は延命を拒否しているが、子どもとしては延命治療を受けて、できるだけ長く生きて欲しいと思った」^(4名)というような意見の食い違う場面に遭遇しながらも、家族と「生と死」について真剣に話し合う機会を貴重と受け止めたためであると考えられる。何よりも、親と自分の延命治療に対する考えが違うこと、家族が自分自身とは異なる多様な死生観を持っていることを、実感を持って理解することにつながっている。人の信念や価値観は多様であり、終末期における意思決定においては、患者および家族のもつさまざまな価値観が重要となる^{12) 13)}。今後の課題としては「死生観をもつことの重要性」と「対象者のもつ死生観を確認することの重要性」についても学生が認識できるように支援する必要がある。

インタビューが家族に及ぼす影響に関しては、家族の感想から推察できる。4名の家族は「延命治療を受けたくないことを伝えられてよかった」、8名の家族は「終末期看護の学習をしていることを知り、子どもの成長を喜び、今後も学習を真剣に受け止め継続してほしい」と回答していた。これらは、インタビューの副次的な効果として、学生と家族間における一種の「アドバンス・ディレクティブ (Advance Directive) : 生前指示」¹⁴⁾であり、「学生の学びや成長に対する応援メッセージ」であると捉えることができる。一方で、「がんになる可能性はあるが、今の自分には実感がない」3名、「がんになった時と今では違うと思う」3名、「質問にとまどった」3名、という意見もあった。このような家族側にリアリティが乏しくとまどいがみられる中でのインタビューにどのような効果があったか、を今後検証する必要がある。少なくとも、事前準備として家族への働きかけが必要であったと考えられる。

3. 看護学生の死生観の育成

看護学生の死生観に関する先行研究としては、看護学生と一般大学生の死生観を比較した研究

15) 16)、死生観の育成に関する調査^{17) 18)}などがあげられる。他に、死生観に影響する要因として学年比較(実習経験の差)、死を扱った手記での学びをあげた研究¹⁹⁾、終末期ケアを考えたきっかけとして、講義や臨地実習、死別の経験、テレビ・映画をあげた研究²⁰⁾、などがある。しかし、死生観を形成する教育アプローチについて十分な検討がされていると言えない²⁰⁾。

死生観の育成を目的とした教育は、「生きる意味、死ぬこととは何か、生と死に伴って生じる様々な問題について考え、生命の尊厳についての認識を深め考察することを目的とした教育」²⁰⁾である。これまでの先行研究は、看護師や看護学生を対象とした死生観の育成に関するものが多い²¹⁾。これは、看護学生が患者やその家族に対して適切なケアを実践するために、明確な「死生観」「看護観」をもつことが求められる²²⁾ことの反映であろう。終末期看護では患者とその家族が抱えるさまざまな苦痛の意味や援助に対する認知学習に加えて、ケアリングにつながる共感性などの情意面の学習も重要とされる²²⁾。しかし、現代の学生は生活体験や感情体験が乏しいため、患者や家族の理解が容易ではない。

終末期看護実習やカンファレンスなどで学生自身が考えるアプローチが重要であることは論を待たないが、その前段階としての講義や演習の工夫も必要である。今回の「学生が家族にインタビューをする」方法は、身近な家族のもつ死生観に触れることができ、感情体験を伴う学習機会となったと考える。また、家族自身にとっても自らの「死」について考える機会となった。死生観の育成は、医療職や死に直面している人々だけでなく、すべての人々にとり重要かつ必要なことである²¹⁾。幼少期からの成長過程において、段階的に「死生観」「よりよく生きること」についての教育を構築することも看護職の役割として関与すべき課題である。

VII. 結語

学生が家族に直接「がんの告知」「希望する終末期の医療及び看護」「インタビューを受けての感想」についてインタビューするという学習方法は、家族員が持つ多様な死生観を知ることにつながっていた。本研究結果から、「生を意義深いものにしてできるように、尊厳ある死をその人らしく迎えることができるように援助する」、終末期看護の学習方法の1つとしての有効性が示唆された。

文献

- 1) 恒藤暁, 内布敦子編集: 系統看護学講座 別巻 緩和ケア. 医学書院. 46-80:2009.
- 2) 山崎章朗: 緩和ケアの「人間的意味あい」を考える, 臨床看護, 22 (13); 1848-1852:1996.
- 3) 木下みゆき, 蒲池千草: 看護学生による家族インタビューの学習効果. 聖マリア学院紀要. 15; 51-53:2000.
- 4) 森山美知子: ファミリーナーシングプラクティス. 医学書院. 268-276:2001.
- 5) 齊田菜穂子, 吉野裕香, 伊藤麻衣, 他: 終末期患者をもつ配偶者以外の家族ニーズ—身近な人の死を経験した家族調査から— . 第39回日本看護学会論文集看護総合. 395-397:2008.
- 6) 村上國男: 病名告知とクオリティ・オブ・ライフ. メジカルフレンド社. 24-38:1990.
- 7) 長聡子: がん患者の家族に関する看護研究の動向と課題, 産業医科大学雑誌 30 (2); 197-218:2008.
- 8) 星野一正: 癌診療におけるバイオエシックスについて. 癌と化療 19; 281 - 285:1992.
- 9) ビック・クリスティアン: 真実告知とインフォームド・コンセント「第一に教えること」(primum docere) は臨床実践の新たな標語か? 医療・生命と倫理・社会. 5 (1); 14 - 20:2006.
- 10) 谷村千華, 松尾ミヨ子, 平松喜美: 終末期のがん患者へのがん告知を拒否した家族の体験. 日本がん看護学会誌. 18 (2); 38-46:2004.
- 11) 石田美知: 看護学生の死生観構築を目指した教育方法及び内容の検討. 日本看護医療学会雑誌. 10 (2); 20-28:2008.
- 12) 小林祐子, 和田由紀子, 若林理恵子, 他: ターミナルケア授業にエンゼルメイク演習を取り入れた試み. 日本ホスピス・在宅ケア研究会雑誌. 18 (1); 23-30:2010.
- 13) 鈴木志津枝, 内布敦子編集: 成人看護学, 緩和・ターミナルケア看護論第2版. ニューヴェルヒロカワ. 44-53:2013.
- 14) 松井美帆, 井上正規: 入院高齢患者の終末期ケアに関する意向. 生命倫理. 13 (1); 113 - 121:2003.
- 15) 糸島陽子: 死生観形成に関する調査—看護学生と大学生の比較—. 京都市立看護短期大学紀要. 30; 141-147:2005.
- 16) 土屋八千代, 内田倫子: 看護学生と医学生のインフォームド・コンセントに関する研究

- 死の体験の有無と患者・自分・家族へのがん告知に対する考え方.看護教育.45(7);552-557:2004.
- 17) 前澤美代子,仲沢富枝:看護学生の死生観の育成.山梨県立看護大学短期大学部紀要.12(1);1-14:2006.
- 18) 風岡たま代,伊藤ふみ子:看護教育における看護学生の死生観に関する本邦35年間の研究の概観.横浜創英短期大学紀要 4;1-11:2008.
- 19) 石田順子,石田和子,神田清子:看護学生の死生観に関する研究.桐生短期大学紀要.18;109 - 114:2007.
- 20) 加藤和子,百瀬由美子:看護学教育における看護学生の死生観に関する研究.愛知県立大学看護学部紀要.15;79-86:2009.
- 21) 海老根理絵:死生観に関する研究の概観と展望.東京大学大学院教育学研究科紀要.48;193-202:2008.
- 22) 瀬川睦子,原頼子:終末期看護実習における死生観構築と共感性育成の効果的指導.川崎医療福祉学会誌.15(1);141 - 147:2005.

【解説】

看護研究を英語論文にするためのストラテジー

鷲尾昌一、竹元仁美、今村桃子*、井手三郎、宮林郁子**

聖マリア学院大学 看護学部、*国際医療福祉大学、**福岡大学

<キーワード>

看護研究、英語論文、ストラテジー

I. はじめに

英語で論文を書く目的については、1) 研究成果のPriorityを主張し、研究業績を確立する、2) 国際標準語である英語圏の圧倒的に多い読者と研究成果を共有する、3) 一流の専門家による論文の査読によって精緻化を図る、4) 国際的レベルの専門家と学术交流を促進する、などがあげられる^{1) 2) 3)}。このように英語で看護研究論文を書く必要性が叫ばれ^{4) 5)}、看護領域の高学歴化が進み修士課程・博士課程において、英語論文作成のための教育が必須となり充実化が図られてきている。しかし、現在まで日本人看護専門職や研究者による英語論文はその数も十分でなく、インパクトファクターのある雑誌への掲載は殆どない状況である。その理由として、看護領域の専門職や看護学生の英語能力の低さが指摘されている⁶⁾。まず英語論文を書くことから始めなければならないが、書くために必要なテクニカルスキルの習得は訓練によって十分可能であるとされる³⁾。

英語論文を書くには、まず看護研究を正当な研究手順に則って遂行し得られた結果を「英語的発想」で論文化すればよい。換言すれば、英文論文が書けるための第1の必要条件是日本語で看護研究の論文が書けることである。次に英文化の段階に進むが、日本語で書いた論文をそのまま英語に翻訳すればよいというものではなく方法やルールが必要になる。本稿では看護研究を英語論文化する際の、ネイティブスピーカーにチェックを受ける前段階の論文の下書きと英文の書き方について

概説する。英語論文を書くための細かな方法については、成書等を参考にしたい^{7) 8) 9)}。

II. 英語的発想による論文の下書き

まず、論文を書く前にどの雑誌に投稿するかを決めることが必要である。調査や研究の結果を誰に知らせたいかで投稿先が決まる。投稿雑誌が決まれば読者(査読者)を意識して論文のタイトルや緒言を書くことができる。

次に、英文論文の下書きを日本語で書く。和文雑誌に投稿する日本語の論文の下書きとの違いは短い文章にすることである。その際、主語や目的語がきちんと表記されているかを確認する必要がある。日本語の文章では主語が省略されていたり、文章が途中で途切れていたりしても意味が通じる場合があるが、科学論文を英語で書く場合には完成された文章を書く必要がある。短い英文であれば高等学校卒業レベルの英文法の知識で対応できるため、Speakingは苦手でもWritingは可能と考えられる。英文ジャーナルの場合、和文雑誌に時々見られる主語や目的語が曖昧な長い文章は好まれないので留意する。

III. 論文の構成

論文の構成は、①要旨(Abstract)、②緒言(Introduction)、③対象と方法(Subjects

and Methods)、④ 結果 (Results)、⑤ 考察 (Discussion) からなっている^{2) 3) 7) 8) 9) 10) 11) 12)}が、③の対象と方法から論文の下書きを日本語で書く。これは③が論文の中で最も書きやすいためである。ここでは、性、年齢など調査や研究の対象者の属性を書く。また、どのような方法で調査や研究を行ったかを書く必要がある。データ収集方法は質問票調査なのか、身体計測データなのかなど具体的に書く。さらに、解析方法についてどのような解析を行ったかを書く。他の研究者が調査や研究を同じ方法で他の対象者に行う際に必要な情報を読者に提供することが求められる。インフォームド・コンセント、倫理委員会の承認など倫理的配慮に関する事項^{13) 14)}も記載しなければならない。

次は調査や研究の結果の表や図を書く。調査や研究で得られた結果を表や図に示すためであるが、表や図は本文を読まなくてもそれだけで内容が理解できるようにする。重要な結果は表や図で示す方が読者(査読者)にわかり易い。

表や図の作成後は、本文の結果の下書きをする。表や図に結果を示したのものについては、要点を簡潔に書く。表や図の説明は全てを行う必要はなく、要点のみを論文の結果の部分に書くようにする。その際、本文に示している結果がどの表や図の説明なのかがわかるように記述する。例えば、「図1に示すように、妊娠糖尿病群は非妊娠糖尿病群に比べ、血糖値が有意に高かった。」などのように表記する。一方、表や図に示していない結果も論文の結果の部分に書かなければならないので、日本語論文では「表には示していないが、妊娠糖尿病群と非妊娠糖尿病群で高血圧の割合に有意差を認めなかった。」とする。しかし、英文論文の下書きでは「妊娠糖尿病群と非妊娠糖尿病群で高血圧の割合に有意差を認めなかった(表には示されていない)」と結果の文章の後ろに(表には示されていない)と明示し図表に示されていないことが読者にわかるようにしておく必要がある。結果の次は考察を書く。考察は研究者が結果をどのように解釈し、意味づけるかを示すものである⁹⁾。考察では結果として得られたデータに基づき、著者の研究成果やシステマチックな文献検索で調べた先行研究の結果を参考にしながら、調査や研究で得られた知見を検討し、一定の結論を導くことが求められる。研究結果が研究開始前に立てた仮設の通りであったのか、そうでなかったのかを記述し、その理由を考察する。今回明らかになったことと先行研究の結果を比較し、違いがある場合にはその理由を考察する。理由を考察する場合

には単に著者自身の考えを述べるのではなく、根拠となる先行研究を紹介し、対象や方法のどの部分が今回の研究と異なるので違った結果になったと説明をする⁹⁾。その際、著者自身の主張が研究結果のどの部分に基づいているかを明確にし、具体的な研究結果から逸脱して著者自身の考えを主張することのないように注意する。

また、この調査や研究の強みとその成果を一般化する場合の限界についての考察も必要となる。考察では、「著者自身の意見や考え」と「先行研究の結果や他の研究者の考え」が一緒に示されるので、引用文献をつけ、「今回の研究結果や著者自身の考え」とが明確に区別がつくようにする⁹⁾。

本文作成の最終段階で、緒言を書く。何故、この調査や研究を始めたのか、その目的は何かについて記述する。緒言をうけ、調査や研究を行い、その結果を踏まえて考察がなされるが、考察の内容と完全に重複しないように注意する。考察で引用した文献の中から、背景を示すに必要な重要文献のみを引用し、研究目的が明確になるようにする。

要旨は最後に書く。研究目的、方法と対象、結果、結論を簡潔に示す。結果は全て示すのではなく、考察で結論を導くのに用いた重要な結果のみを簡潔に記述する。要旨はそれだけで論文の概要がわかるように書く必要がある。

IV. 日本語の下書きを英語に翻訳する

日本語の下書きを英語に翻訳する際のポイントは、日本文の内容を忠実かつ簡潔に短い文章にすることである。また、参考書や英語辞書に書かれている例文や先行研究の英語論文の表現などを参考にすると良い。その際に注意することは、Itなどの代名詞は使わないよう心がけ、文章は受け身のスタイルをとるようにする。

方法や対象、結果の表現方法は先行研究の英語論文の表現が非常に参考になる。対象の人数や結果の数値を置き換えるだけで、先行研究の英語論文の文章をそのまま使うほうが良い場合もある。細かいところはネイティブスピーカーにチェックを依頼する。一般的に、英文チェックを行うネイティブスピーカーは英語の専門家であるものの看護学の専門家ではない。そのため、誤訳を避けるために、短い英語の文章を書き直接的な表現で正確に内容を伝える努力をし、英文チェックを受けることが重要である。

V. 英文チェックの目的

看護研究論文は科学論文である。科学論文は表現の仕方や表記の仕方が普通の文章とは違うので、出来る限り修飾語や形容詞を省き、著者のロジカルな思考を正確に伝えるための、簡潔で直接的表現の短い文章が適している。また、英文のチェックを依頼した後は内容が間違っていないかを確認する必要がある。そのため著者自身の英語の能力で英文チェックを受けた論文の内容がわかる範囲の添削でなければ、著者の伝えたい内容が正確に英文になっているかを確認することはできない。

VI. 略語

略語は同じでも領域が異なると意味するものが異なる。MSは循環器疾患の領域ではMitral stenosis (僧帽弁狭窄症)、神経疾患の領域ではMultiple sclerosis (多発性硬化症)である。読者(査読者)が必ずしも著者と同じ領域の専門家ではないので、全ての読者に分かる用語を用い、略語を使用する場合には説明をする必要がある。そして、文中で最初に略語を使用する場合にはCheyne-Stokes respiration (以下、CSR)のように略していない用語の後に(略語)を続けて記述する。

VII. 英文論文を書くための準備

看護研究を行うためには国内外の先行研究をシステムチックレビューする必要がある^{9) 10)}。英語で書かれた先行論文の研究方法などを自分が英文論文を書く際に利用できる部分をぬき書きしたり、アンダーラインを引いたりしておくこと非常に有用である。解析方法、倫理的配慮なども論文の表現をそのまま真似ることができる。また、結果や考察などで使われている英語表現もチェックしておくこと参考になる。

英語の論文を書くことに余裕ができれば、英語論文の書き方のテキスト¹⁰⁾や論文の書き方についての英文のテキスト¹¹⁾や論文の書き方のテキストの翻訳本¹²⁾を参考にして最初から英文の論文を書くように進めていく。

VIII. ネイティブチェックの検討実例

表1に2010年8月に神戸で開催された第3回国際産業看護・第2回アジア産業看護ジョイント学術集会で発表した英文原稿(Imamura T, et al: The smoking status of nurses working at a general hospital in Fukuoka, Japan)の一部を紹介する。Aが原文、Bがネイティブスピーカーのチェックを受けた英文、C.が投稿した英文(最終原稿)である。

表1. ネイティブスピーカーの英文チェックの実例

A. 原文:

The burden of tobacco-induced health problems is so heavy that nurses, who help patients to become in a good health, should give the high priority to tobacco control in its fight against smoking.

B. ネイティブスピーカーのチェックを受けた英文:

The burden of tobacco-related health problems is so heavy on the health care system that nurses, responsible for improving patients' health, should be expected to emphasize the dangers of smoking.

C. 投稿した英文(最終原稿):

The burden of tobacco-related health problems is so heavy that nurses, who help patients to become in a good health, should give the high priority to tobacco control in its fight against smoking.

* Imamura T, et al: The smoking status of nurses working at a general hospital in Fukuoka, Japan (第3回国際産業看護・第2回アジア産業看護ジョイント学術集会、神戸、2010年8月)より作成

原文では「The burden of tobacco-induced health problems is so heavy」としていたが、ネイティブスピーカーがチェックした英文では「The burden of tobacco-related health problems is so heavy on the health care system」と、「on the health care system」が追加された。「tobacco-induced health problems」を「tobacco-related health problems」とした部分についてはそのまま採用したが、訂正した英文では「tobacco-related health problems」とネイティブスピーカーのチェックの通りになっている。しかし、「on the health care system」が追加されると、保健医療システムの負担(社会的負担)となり、個人の負担という意味合いが弱くなると考えたので、この部分は採用しないこととした。

原文の「nurses, who help patients to become in a good health, should give the high priority to tobacco control in its fight

against smoking.」はネイティブスピーカーがチェックした英文では「nurses, responsible for improving patients' health, should be expected to emphasize the dangers of smoking.」と訂正された。「看護職はタバコ対策に優先的に取り組むべきである:nurses should give the high priority to tobacco control in its fight against smoking.」というのが、「看護職はタバコの危険性を強調すべきである:nurses, responsible for improving patients' health, should be expected to emphasize the dangers of smoking.」という意味になっている。タバコ対策はタバコの危険性を人々に伝えるだけではない。喫煙の危険性に関する知識を持っていながら、禁煙することができない人々への禁煙支援等もタバコ対策に含まれる。タバコ対策に取り組むということは単にタバコの危険性を強調するだけではなく、禁煙支援を含め、患者の援助をするという意味を含めたかったので、英文チェック後の「患者の健康に責任がある:responsible for improving patients' health」ではなく、元の英文の「患者が良い健康状態になるのを援助する:help patients to become in a good health」を採用し、元の英文を残すことにした。それで、「nurses, who

help patients to become in a good health, should give the high priority to tobacco control in its fight against smoking」のまま投稿した。

最良の方法は英文チェックするネイティブスピーカーに自分の伝えたいことを説明しながら、英文の表現を選択することである。それが不可能な場合には、次善の策として誤解を与えないように簡潔で直接的な表現の短い文章を書くことである。文法が正しくてもその文章の意味が元の文章と別の意味になってしまっただけではその英訳は失敗となる。ネイティブチェック後の文章において、元の意味(著者が意図する意味)が伝わるか否かを確認する必要がある。

表2に2010年に開催された産業看護の国際学会で発表した英文原稿から抜書きした実例(A.倫理的配慮、B.方法、C.結果)を示すので参考にしてください。

表2. 英文表記の実例

A. 倫理的配慮 (Ethical conditions)	
①	This study was approved by the Ethical Review Committee of St. Mary's College. 本研究は聖マリア学院大学の研究倫理委員会の承認を得た。
B. 方法 (Methods)	
①	A self-administered questionnaire survey was conducted in December, 2007. 2007年12月に自記式の質問紙調査を行った。
②	All analyses were conducted using SPSS version 17.0. 全ての統計解析はSPSS (ver.17.0) を用いて行った。
C. 結果 (Results)	
①	The rate of current smokers was lower among public health nurses than the rate of registered nurses (12.5% vs. 20.5%, $p<0.05$). 現在喫煙者の割合は看護師よりも保健師で低かった (12.5% vs. 20.5%, $p<0.05$).
②	Compared with registered nurses, the rate was higher among practical nurses (i.e., nurses licensed by local governments such as Fukuoka Prefecture) (20.5% vs. 34.5%, $p<0.01$). 看護師に比べ、准看護師(すなわち、福岡県のような県が免許を与える看護師)はその割合が高かった (20.5% vs. 34.5%, $p<0.01$).

*Imamura T, et al: The smoking status of nurses working at a general hospital in Fukuoka, Japan (第3回国際産業看護・第2回アジア産業看護ジョイント学術集会, 神戸, 2010年8月) より作成

IX. まとめ

ネイティブスピーカーの英文チェックを受けた論文は簡潔で直接的な表現の短い文章を中学・高校英語レベルの文法で書く(看護や医療の領域の専門用語を用いる)。英文チェックを行うネイティブスピーカーは看護の専門家ではないので、チェックを受けた英文の内容が著者の伝えたい内容と異なっていないかを確認する必要があるため、可能な限り簡潔で短い英文を書くように努力しながら、日常的に自己の論文作成能力および英語能力の向上のために研鑽する^{10), 11), 12)}。

本稿は2009年7月14日に聖マリア学院大学FD委員会と国際交流委員会が主催した研修会での講演内容を追加訂正したものである。

文献

- 1) 山下仁, 杉下知子: 英語論文の投稿. Quality Nursing 7 (9): 65-72, 2001.
- 2) 佐藤徳: 英語による論文執筆スキル. 感情心理学研究 17 (3): 199-201, 2010.
- 3) 小野義正: テクニカルライティングとプレゼンテーション 英語論文の書き方(概論). 日本機械学会誌 107 (1025): 282 - 285, 2004.
- 4) Eric Larson: Lack of Japanese Nurses Publishing in English Hurts the International Profession 日本人看護職の

- 英文での論文発表数の不足が国際的専門職の名に及ぼす影響 Quality Nursing 6 (12);53-56,2000.
- 5) 杉下知子:国際学術交流を推進する意義.Quality Nursing 7 (1):95-103,2001.
- 6) lida Yasuko:第6回総会日本医学英語教育学会 国際化時代の看護専門職に求められる英語力:その教育のあり方 Specialized English Education for Health/Medical Professionals.Journal of Medical English Education 6 (2);184-188,2007.
- 7) Robert A. Day., Barbara Gastel., 美宅成樹訳:How to write & publish a scientific paper. 6th Edition. 世界に通じる科学英語論文の書き方. 第6版. 丸善.2010.
- 8) 平田光男:一流ジャーナルから学ぶ科学英語論文の書き方.東京,化学同人, 2010.
- 9) 鷺尾昌一,白水麻子,今村桃子,他:研究論文の作成をめざして 若手研究者のための看護論文の書き方.聖マリア学院紀要 22:83-85,2008.
- 10) 上村妙子,大井恭子:英語論文・レポートの書き方 東京,研究社,2004.
- 11) American psychological Association: Publication manual of the American Psychological Association, 4th ed. Washington, American psychological Association, 1998.
- 12) Tornquist EM: From Proposal to Publication: An informal guide to writing about Nursing Research, New Jersey, Pearson Education Inc., 1986, 円城寺泰子,田代順子,渡邊容子訳:看護論文を英語で書く,東京,医学書院,2007.
- 13) 鷺尾昌一,安藤満代,井手三郎:看護研究と倫理、人間を対象とした調査研究を行う看護師のために.聖マリア学院紀要 21:33-36,2007.
- 14) 鷺尾昌一,井手三郎,安藤満代,他:医学研究における個人情報保護.聖マリア学院紀要 21:37-41,2007.

聖マリア学院大学紀要投稿規定

(総則)

第1条 「聖マリア学院大学紀要」は、聖マリア学院大学の機関紙である。

第2条 刊行は原則として、年1回とする。

(投稿資格)

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

(倫理的配慮)

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

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

(論文の種類)

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

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

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

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

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

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

(投稿方法)

第6条 本誌編集委員会を投稿先とする。

(執筆要項)

第7条 執筆要領については、別に定める。

(校正)

第8条 校正は初稿のみ執筆者が行う。但し内容の変更は認めない。

(掲載)

第9条 掲載料は原則として無料とする。

(原稿の採否)

第10条 原稿の採否は査読を経て、本誌編集委員会が決定する。

(著作権)

第11条 本誌に掲載された記事の著作権は、本学に帰属するものとする。

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

付則 この規定は、平成18年度より適用する。

付則 この改正は、平成19年1月10日より適用する。

付則 この改正は、平成20年2月13日より適用する。

聖マリア学院大学紀要 vol.4
2012年度査読審査者

(50音順 敬称略)

井手 信 (聖マリア学院大学)
大町 福美 (聖マリア学院大学)
小路 ますみ (聖マリア学院大学)
白水 麻子 (聖マリア学院大学)
竹元 仁美 (聖マリア学院大学)
中山 和道 (聖マリア学院大学)
濱野 香苗 (聖マリア学院大学)
日高 艶子 (聖マリア学院大学)
松原 まなみ (聖マリア学院大学)
溝部 昌子 (聖マリア学院大学)
桃井 雅子 (聖マリア学院大学)
山邊 素子 (聖マリア学院大学)
鷺尾 昌一 (聖マリア学院大学)

編集後記

聖マリア学院大学紀要第4巻には星直子先生の特別寄稿をはじめ、計12編の論文が掲載されることになりました。御寄稿いただいた論文の査読を担当くださった先生方に深謝申し上げます。

大学は1つでも多くの専門領域に分かれています。その中で、一人一人の者が役割を与えられています。それぞれの知識や能力は大学の一部を担っているにすぎません。第4巻には大学院教員の先生方の寄稿4編を掲載しております。紀要が本学教員の相互理解と相互学習のために活用されれば幸いです。

平成24年度研究紀要編集委員会

鷺尾昌一 日高艶子 竹元仁美 桃井雅子 小川正子

聖マリア学院大学紀要 Vol.4

発行日 2013年3月25日

編集 聖マリア学院大学研究紀要編集委員会

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

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

