

岐阜看護学ジャーナル

The Gifu Journal of Nursing

第1巻1号 2022年6月

【巻頭言】

岐阜看護学ジャーナル創刊に寄せて 竹下美恵子・・・ 1

【原 著】

助産師の専門職的自律性を高める要因および継続教育
—専門職的自律性尺度による検討— 浅野恵美，井關敦子・・・・・・ 3

助産師の専門職的自律性を高めるための継続教育
—助産師が必要と考える研修のあり方— 浅野恵美，井關敦子・・・・・・ 13

糖尿病患者を支援する家族のストレス関連要因
青木郁子，足立久子，小林和成・・・・・・ 23

【研究報告】

「排泄ケア」プログラムから得られた看護学生の学び
魚住郁子，水野郁子，竹下美恵子
社本生衣，佐野亜由美，中島美奈子・・・・・・ 35

保健師課程学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」
学生自己評価の分析と Covid-19 感染拡大下における教育の現状と課題
岡本名珠子，小林和成，西田友子，
田中健太郎，額額朋弥・・・・・・ 47

【編集後記】

・・・・・・ 57

岐阜看護学ジャーナル創刊に寄せて

岐阜大学医学部看護学科
学科長 竹下美恵子

岐阜大学は未来を創造しうる「学び、究め、貢献する」人材の輩出を使命としています。そのもとで看護学科では、人々の健康寿命の延伸に寄与し、貢献できる人材育成をめざしています。そのためには、目まぐるしく変化する社会状況をエビデンスに基づいて探求・創造していく研究力が求められます。

次世代の研究者が将来に希望を持ち、才能を伸ばせる研究環境を整えるため、本学科では「岐阜看護学ジャーナル」を創刊することになりました。令和3年度より編集委員会を発足し、検討を重ね、ようやくこの度の創刊を迎えることができました。新たな「岐阜看護学ジャーナル」創刊のプロセスにおいては、新たな課題も出てまいりました。今後も諸先生方からご指導をいただきながら、研究力の強化に貢献できる「岐阜看護学ジャーナル」を目指してまいります。引き続きご指導・ご鞭撻をよろしくお願いいたします。

【原 著】

助産師の専門職的自律性を高める要因および継続教育

—専門職的自律性尺度による検討—

浅野 恵美¹⁾, 井関 敦子²⁾

要旨：本研究は、助産師の専門職的自律性を高める諸要因および継続教育について明らかにすることを目的とした。A 地域の分娩取扱施設に勤務する助産師を対象に、自記式質問調査を行った。361 人を分析したところ、専門職的自律性得点と正の相関を示したのは臨床実践能力得点、年齢、助産師経験年数であった。継続教育で、経験有が無より専門職的自律性得点が有意に高かった項目は、バースプランの立案と振り返り、地域母子保健活動へ参加、思春期教育やいのちの授業実施、院内助産で分娩介助実施または分娩見学、助産所で研修または分娩介助実施であった。臨床実践能力の向上および女性のライフサイクルに応じたケア、院内助産・助産所での継続ケア研修により教育の質を高めることは、助産師の専門職的自律性の向上につながる可能性がある。

キーワード：助産師、専門職的自律性、臨床実践能力、継続教育

I. 緒 言

厚生労働省が 2008 年に公表した「安心と希望の医療確保ビジョン(厚生労働省医政局, 2008)は、助産師が医師と連携・協働しながら専門性を発揮できるよう、助産実践能力を向上させ自律することが求められている。助産師の専門職的自律性(以下、「専門職的自律性」)を高める要因は、年齢、職位、助産師経験年数、現職場の勤続年数、分娩介助件数、臨床実践能力(石引・長岡・加藤, 2013; 正木・岡山・玉里, 2008; 山崎, 2009)、産科医師との協働性(山崎, 2009)が報告されている。しかし助産師の 87.5%が、医師主導のもと妊産褥婦の管理が行われる病院や診療所に勤務している(日本看護協会出版会, 2015)。そこで従事する助産師は、正常分娩における判断も医師に依存する傾向にあり、自律性が薄れ役割が発揮できていないと懸念されている(伊藤・良村・佐川, 2015)。また、自律性は教育と訓練により獲得できるとされるが(島田, 1995)、分娩件数の減少などによる経験不足のため、助産師は年数を重ねても自律性や臨床実践能力不足に対する不安感や職務への自信喪失感を抱いている(濱松, 2000)。さらに、2015 年に助産師の個人認証制度(日本看護協会, 2016)が始まり助産師の継続教育が重要視され始めたものの、充実した継続教育を行うことには限界が生じている(水野・坂梨・勝川・沢田, 2017)。

こうした状況をふまえ、助産師が少ないケア経験の中でも専門職者として自律できるよう、継続教育(内容や方法)を充実させることが重要である。そこで「専門職的自律性」を高める要因と継続教育について明らかにすることを本研究の目的とした。

II. 方 法

1. 用語の定義

1) 「専門職的自律性」

「専門職的自律性」は、石引ら(2013)の定義を基に、『高度な専門的知識・技術に裏付けられた自主的・主体的な判断と適切な助産実践をすることであり、助産活動における専門的な能力を発揮すること』とした。

2) 継続教育

継続教育は、青柳ら(2012)の定義を基に、『基礎教育を終了した助産師が、専門職者として個々に能力を開発、維持、向上し自らのキャリアを形成できるよう、院内・外で行われる集合教育および個別指導による教育』とした。

2. 研究デザイン

自記式質問紙法による横断調査に基づいた関係探索研究

受付日：2022 年 3 月 1 日，受理日：2022 年 5 月 17 日

¹⁾元岐阜大学大学院医学系研究科看護学専攻

²⁾岐阜大学医学部看護学科

3. 研究対象

本研究の対象者は、A 地域で分娩を取り扱っている病院、診療所、助産所に勤務している助産師とした。まず、研究対象施設を、分娩取扱医療機関一覧(日本産婦人科学会, 2015)から病院 44 施設と診療所 61 施設、および助産師(院)一覧(日本助産師会, 2015)から助産所 23 施設を抽出し、これらの合計 128 施設に勤務する助産師を研究対象とした。

4. 調査期間

2015 年 7 月から 2016 年 1 月

5. 調査方法

研究対象施設として抽出した病院の看護部長等および診療所と助産所の院長等に対し、勤務している助産師の人数分の依頼書と質問紙を郵送した。質問紙は、看護部長および院長等を通して各助産師に配布され、質問紙への回答後に各助産師から郵送してもらった。

6. 調査内容

1) 研究対象者の背景

研究対象者の年齢、卒業した看護師養成所・助産師養成所、助産師経験年数、職位、経験した分娩介助件数、助産実践能力習熟段階レベルⅢ(以下、レベルⅢ)取得の有無、勤務施設の形態(病院・診療所・助産所の別、産科単科又は産科混合病棟の別、院内助産・助産師外来従事の有無)と、勤務施設の特徴について、就業助産師数、年間分娩件数、年間帝王切開娩出術数、院内助産開設・助産師外来開設の有無、出向の受け入れおよび派遣の有無の情報を得た。

2) 臨床実践能力

臨床実践能力は臨床実践能力評価(27 項目)(坂梨, 1999)を活用した。各項目は、「できない」1 点、「援助者と共にできる」2 点、「助言を得てできる」3 点、「自らの判断でできる」4 点の 4 段階リッカート・スケールで評価される。数値が大きいほど「臨床実践能力」が高くなる。得点配分は<全体>108 点、ケアの対象別に 4 つの下位項目群に区分され、<妊婦ケア>16 点、<産婦ケア>36 点、<褥婦ケア>36 点、<新生児ケア>20 点である(表 1)。

3) 継続教育

継続教育は、先行文献(福島, 2009; 加藤・玉城・賀数・井上・西平, 2003; 木村・松岡・平澤・熊澤・佐々木, 2002; 松尾・正岡・吉田, 2018)をもとに、勤務施設内で日々の業務を通して実施されるものと勤務施設外で行われる教育について独自に 22 項目設定した(表 2)。

4) 専門職的自律性の測定用具

石引ら(2013)の助産師専門職的自律性尺度を活用した。この尺度は 46 項目からなり、「全くそう思わない」「そう思わない」「どちらともいえない」「そう思う」「かなりそう思う」の 5 段階のリッカート・スケールで回答を求めるものである。自律性が高いほど高得点となり、総合点は 230 点である。

7. 分析方法

分析にあたり統計ソフト Statistical Packages for the Social Science (SPSS Version22 for Windows)を使用し、解析における有意水準は 5%とした。専門職的自律性尺度は、その因子構造および信頼性を確認した後、専門職については、Spearman 順位相関分析を行った。専門職的自律性得点と年齢、助産師経験年数、職位、勤務施設との関連を kruskal-Wallis 法にて検定後、多重比較を行った。専門職的自律性得点とレベルⅢ取得の有無、継続教育実施の有無について、Mann-Whitney の U 検定を実施した。

8. 倫理的配慮

本研究は、岐阜大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: 28 看護修第 2 号)。研究協力者に対して、研究の趣旨、質問紙への協力は任意であり参加の有無により不利益が生じないこと、研究への同意は質問紙の返送をもって了解を得たものとする、データは統計的な処理を行うため、個人が特定されることはなく個人情報を守られることを書面で説明した。

III. 結 果

1. 質問紙の配布と回収

質問紙を郵送した 128 施設の助産師 786 人の内、376 人から回答を得た(回収率 47.8%)。その内、現在分娩介助業務に携わっていない者および無回答項目があった者を除外し、361 人を有効回答とした(有効回答率 45.9%)。

2. 研究対象者の背景

1) 研究対象者の概要

研究対象者 361 人の年齢は、中央値 38(範囲 22-70)歳であった。看護教育は、229 人(63.5%)が看護師養成所、助産師教育は、263 人(72.9%)が専修学校で受けていた。助産師経験年数は中央値 11(範囲 1-48)年であった。研究対象者の分娩介助件数は、中央値 200(範囲 0-3,000)件であった。レベルⅢ取得者は 106 人(29.4%)であった。職位は、

管理職 37 人(10.2%)、中間管理職 39 人(10.8%)、スタッフ 285 人(79.0%)であった。勤務施設は、病院 258 人(71.5%)、診療所 85 人(23.5%)、助産所 18 人(5.0%)であった。病院勤務者の内 176 人(68.2%)は産科単科病棟、82 人(31.8%)産科混合病棟勤務であった。助産所勤務者を除く 343 人(100.0%)中、院内助産従事者は 41 人(12.0%)、助産外来従事者は 305 人(88.9%)であった。

2) 研究対象者の勤務施設の概要

出向の受け入れを実施している施設に勤務する者 46 人(12.7%)、出向の派遣を実施している施設に勤務する者 118 人(32.7%)であった。就業助産師数の平均は 30.0±22.4 人、年間分娩件数の平均は 701.0±442.4 件で

あった。年間帝王切開娩出術割合は全体で 19.7±13.3 %であった。

3) 臨床実践能力

臨床実践能力の中央値は、＜全体＞102(範囲 52-108)点であった。＜全体＞および 4 つの下位項目群各々の信頼性は、Cronbach α 係数がいずれも .800 以上を示し、内的整合性を確認できた(表 1)。

3. 専門職的自律性との関連

1) 専門職的自律性と諸要因との関連

専門職的自律性得点の中央値は、166(範囲 85-230)点であった。専門職的自律性得点と強い正の相関を示したの

表1 臨床実践能力評価		N=361
臨床実践能力評価課項目(坂梨,1999)	得点 中央値(範囲)	Cronbach α 係数
全体	102 (52-108)	.955
<妊婦ケア>		
1. 妊娠経過の診断ができる		
2. 妊婦の精神的、社会的適応状態を判断し適切な援助ができる	15 (4-16)	.872
3. 妊婦家族の成長を助け、妊娠中・分娩後の準備教育ができる		
4. ハイリスク妊婦の適切な援助ができる		
<産婦ケア>		
1. 産婦診察を実施し、それに基づいて分娩経過の診断ができる		
2. 助産計画の立案、実施、評価ができる		
3. 産婦の心理状態をアセスメントし、それに応じた援助ができる		
4. 産痛緩和への援助ができる		
5. 分娩進行に伴う胎児の健康状態を判断することができる	35 (18-36)	.932
6. 分娩の機序に沿って、母児の損傷を最小限にして助産ができる		
7. 異常を予測し、異常を防止する援助を行うことができる		
8. 異常発生時の救急処置を行うことができる		
9. 産婦や家族に個別性のある援助ができる		
<褥婦ケア>		
1. 産褥経過の診断ができる		
2. 褥婦に対する看護計画の立案、実施、評価ができる		
3. 褥婦や家族に個別性のある援助ができる		
4. 母子関係の円滑な形成に向けての援助ができる		
5. 産後の家族計画について適切な手段を用いて指導できる	34 (16-36)	.922
6. ハイリスク(合併症を含む)の褥婦の適切な援助ができる		
7. 異常発生時の救急処置を行うことができる		
8. 母乳哺育に関する診断と援助ができる		
9. 退院後の母親に対して援助ができる		
<新生児ケア>		
1. 出生直後の新生児の状況をアセスメントし適切な援助ができる		
2. 新生児仮死の蘇生ができる		
3. 新生児の健康状態を診断し、適切な援助ができる	18 (5-20)	.879
4. 新生児に対する看護計画の立案、実施、評価ができる		
5. ハイリスク新生児の援助ができる		
各項目は「できない」1点、「援助者と共にできる」2点、「助言を得てできる」3点、「自らの判断でできる」4点の4段階リッカート・スケール法で評価される。		

は、臨床実践能力得点($r=.713$, $p<.001$)であった(表 2)。
 さらに、専門職的自律性得点と中等度の正の相関を示したのは、臨床実践能力の 4 つの下位項目群の<妊婦ケア>($r=.644$)、<産婦ケア>($r=.673$)、<褥婦ケア>($r=.678$)、<新生児ケア>($r=.629$)(全て $p<.001$)であった。また、年齢($r=.443$, $p<.001$)、助産師経験年数($r=.518$, $p<.001$)も専門職的自律性得点と相関があった。レベルⅢ取得有は、取得無より専門職的自律性得点が有意に高かった($p<.001$)。専門職的自律性得点と職位とは有意な関連があり($p<.001$)、多重比較では、スタッフは、管理職よりも専門職的自律性得点が有意に低かった($p<.001$)。専門職的自律性得点は勤務施設と有意な関連があり($p<.001$)、多重比較では、病院は助産所より専門職的自律性得点が有意に低かった($p<.01$)。

2) 専門職的自律性と継続教育との関連

専門職的自律性得点と継続教育との関連では、以下の項目が有意であった。ケアの振り返りでは、1. バースプランの立案と振り返り($p<.01$)の 1 項目、女性のライフサイクルに応じたケア活動では、8. 地域母子保健活動へ参加($p<.01$)、9. 思春期教育やいのちの授業実施($p<.01$)の 2 項目、研修参加では、21. 院内助産での研修参加の 2) 分娩介助の実施($p<.05$)、3) 分娩見学($p<.05$)、22. 助産所での研修参加の 4) 助産所での研修 ($p<.001$)、5) 分娩介助の実施($p<.001$)が、実施有が実施無より専門職的自律性が有意に高かった。後輩育成および研究活動等については、専門職的自律性得点と継続教育との関連に有意な差はみられなかった(表 3)。

表2 専門職的自律性と社会的背景及び助産師としての能力的背景との関連 N=361

項目		n (%)	相関係数	専門職的自律性得点		有意確率
				中央値(範囲)	平均値±SD	
全体		361 (100)		166 (85-230)	164.4 ± 23.5	
			.443***			†
社会的背景	年齢					
	①20歳代	85 (23.5)		152 (85-209)	149.3 ± 21.5	
	②30歳代	111 (30.7)		162 (97-229)	163.4 ± 21.1	①<②**
	③40歳代	108 (29.9)		176 (100-230)	172.5 ± 22.8	①<③,④*** ②<③**
	④50歳代	54 (15.1)		175 (93-223)	174.0 ± 21.3	②<④*
助産師としての能力的背景	⑤60歳以上	3 (0.8)		172 (143-175)	163.3 ± 17.7	
			.518***			†
	助産師経験年数					
	①1-2年	39 (10.8)		140 (85-176)	135.3 ± 21.9	
	②3-5年	56 (15.5)		154 (115-209)	153.3 ± 18.5	①<③,④,⑤***
助産師としての能力的背景	③6-9年	58 (16.1)		164 (128-199)	163.5 ± 16.9	②<④,⑤*** ③<⑤**
	④10-14年	74 (20.5)		171 (136-229)	169.7 ± 18.1	
	⑤15年以上	134 (37.1)		176 (93-230)	175.0 ± 22.0	
	職位					
	①管理職	37 (10.2)		176 (146-223)	177.8 ± 16.5	③<①***
助産師としての能力的背景	②中間管理職	39 (10.8)		172 (93-229)	169.6 ± 23.5	
	③スタッフ	285 (79.0)		162 (85-230)	162.0 ± 23.7	††
	勤務施設					
	①病院	258 (71.5)		165 (85-230)	162.6 ± 24.5	
	②診療所	85 (23.5)		168 (121-223)	166.5 ± 20.1	①<③**
レベルⅢ取得	③助産所	18 (5.0)		178 (148-223)	179.5 ± 18.1	††
	有	106 (29.4)		175 (100-230)	173.4 ± 20.2	
	無	255 (70.6)		162 (85-230)	160.7 ± 23.8	.000*** †††
	<全体>		.713***	166 (85-230)	164.4 ± 23.5	†
臨床実践能力	<妊婦ケア>		.644***			
	<産婦ケア>		.673***			
	<褥婦ケア>		.678***			
	<新生児ケア>		.629***			

†: Spearman順位相関, ††: Kruskal-wallis検定, 全てのペアごとの多重比較, †††: Mann-WhitneyのU検定

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

表3 専門職的自律性と継続教育 との関連

N=361

項目		実施	n (%)	専門職的自律性得点		
				中央値(範囲)	有意確率	
ケアの振り返り	1. パースプランの立案と振り返り	有	216 (59.8)	170 (116-230)	.002**	
		無	145 (40.2)	163 (85-222)		
	2. パースレビュー	有	256 (70.9)	166 (92-230)	.817	
		無	105 (29.1)	168 (107-205)		
	3. 助産計画の立案と振り返り	有	200 (55.4)	167 (85-230)	.802	
		無	161 (44.6)	166 (92-223)		
	4. パルトグラムの記入と振り返り	有	307 (85.0)	167 (85-230)	.440	
		無	54 (15.0)	164 (100-193)		
	5. 分娩介助後に自分のケアについて振り返り	有	301 (83.4)	168 (85-225)	.673	
		無	60 (16.6)	166 (93-230)		
	6. 分娩介助後に上司・同僚等からの指導や評価	有	198 (54.8)	167 (93-230)	.334	
		無	163 (45.2)	165 (85-225)		
	7. 役割モデルとなる先輩のケアに同行	有	145 (40.2)	167 (93-230)	.924	
		無	216 (59.8)	166 (85-223)		
活動性 に の 応 じ た フ ケ サ イ	8. 地域母子保健活動へ参加 (新生児など訪問指導)	有	53 (14.7)	175 (121-223)	.004**	
		無	308 (85.3)	165 (85-230)		
	9. 思春期教育やいのちの授業実施	有	59 (16.3)	175 (125-223)	.002**	
		無	302 (83.7)	164 (85-230)		
後輩育成	10. 更年期・老年期の健康管理	有	26 (7.2)	159 (85-230)	.904	
		無	335 (92.8)	166 (124-223)		
	11. 後輩の指導担当	有	244 (67.6)	166 (85-230)	.634	
		無	117 (32.4)	167 (93-223)		
研究活動等	12. 助産師や看護師養成所での講義または演習担当	有	57 (15.8)	166 (119-223)	.855	
		無	304 (84.2)	166 (92-230)		
	13. 助産師や看護師養成所の実習指導を担当する	有	150 (41.6)	165 (92-225)	.858	
		無	211 (58.4)	167 (85-230)		
研修参加	14. 研究活動の実施	有	109 (30.2)	167 (100-230)	.351	
		無	252 (69.8)	166 (85-225)		
	15. 看護系の学術集会 (学会) に参加	有	182 (50.4)	164 (93-230)	.448	
		無	179 (49.6)	168 (85-223)		
研修参加	16. 院内研修プログラムに参加	有	227 (62.9)	165 (93-230)	.973	
		無	134 (37.1)	168 (85-223)		
	17. 院外研修プログラムに施設から出張として参加	有	109 (30.2)	164 (85-223)	.125	
		無	252 (69.8)	168 (92-230)		
	18. 院外研修プログラムに個人的に参加	有	199 (55.1)	166 (85-230)	.970	
		無	162 (44.9)	166 (92-223)		
	19. 出向 (他施設に派遣され研修や業務を行う)	有	31 (8.6)	171 (116-230)	.717	
		無	330 (91.4)	166 (85-229)		
	20. 個人的に他施設にて研修参加	有	37 (10.2)	170 (119-230)	.310	
		無	324 (89.8)	166 (85-229)		
	21. 院内助産での研修参加	1)院内助産での研修	有	139 (38.5)	166 (100-230)	.974
			無	222 (61.5)	166 (85-225)	
		2)分娩介助の実施	有	63 (17.5)	172 (126-229)	.014*
			無	298 (82.5)	166 (85-230)	
		3)分娩見学	有	76 (21.1)	168 (85-230)	.026*
			無	285 (78.9)	158 (100-214)	
	4)助産所での研修	有	93 (25.8)	174 (93-230)	.000***	
		無	268 (74.2)	162 (85-229)		
22. 助産所での研修参加	5)分娩介助の実施	有	27 (7.5)	171 (148-214)	.000***	
		無	334 (92.5)	158 (92-230)		
	6)分娩見学	有	47 (13.0)	179 (148-230)	.095	
		無	314 (87.0)	165 (85-229)		

Mann-WhitneyのU検定

*p<.05

**p<.01

***p<.001

IV. 考 察

1. 専門職的自律性と諸要因との関連

今回検討した要因のうち、年齢、職位、助産師経験年数、臨床実践能力、勤務施設が「専門職的自律性」と関連しており、先行研究(石引ら, 2013; 正木ら, 2008; 山崎, 2009)と同様である。ただし今回、臨床実践能力は、「専門職的自律性」と強い正の相関がみられたが、年齢、助産師経験年数は中等度の相関であった。本来ならば、年齢や助産師経験年数の経過とともに臨床実践能力も増加すると考えられるが、必ずしも伴わない現状が推察できる。この理由として、出産数の減少やハイリスクケース(妊娠期間中あるいは分娩後間もない母児のいずれか、または両者に重大な予後が予測される妊産褥婦または、新生児)および帝王切開娩出割合の増加により、助産師が主体的に関わることができるローリスクケース(正常経過にある妊産褥婦)のケア件数が減少しているため、助産師経験年数と臨床実践能力の習得状況に乖離が生じることによると推察する。助産師が主体的にケアできるケース数が減少している現状では、経験年数に見合った臨床実践能力を取得することは十分にできない可能性もある。そのため、正岡ら(2011)も述べているよう、ケアの経験数を増やすだけでなく、助産師個々の状況に応じ1事例毎の経験を通して臨床実践能力を高め、知識や技術の定着ができるよう職場で教育方法を工夫することが必要である。

先行研究では、「専門職的自律性」と分娩期ケア能力の関連が報告されている(伊藤他, 2015; 正木他, 2008; 山崎, 2009)。しかしこの研究では、分娩期の臨床実践能力のみならず、妊婦・産婦・褥婦・新生児全てのケアが「専門職的自律性」と関連があり、その強さは4つとも同等であった。また先行研究(Gepshtein, Horiuchi, & Eto, 2007; Kataoka, 2013)と同様に、本研究では病院や診療所勤務者に比べ助産所勤務者の専門職的自律性が高かった。これらの結果から、分娩期のケア能力のみならず妊娠から産後までの継続したケア能力の向上に取り組むことは「専門職的自律性」を高める可能性がある。助産所勤務者は、妊娠期から産後まで主体的かつ継続的ケアの実践を通して、臨床実践能力と「専門職的自律性」を高めている(Gepshtein, et al., 2007; Kataoka, 2013)。しかし、今回の研究対象者の7割が病院勤務者であり、院内助産従事者は1割程度と少なかったことから研究対象者の多くが、担当ケアを分娩・褥婦・新生児と機能的に役割分

担を行っており、妊娠から育児期ケアの実践が分断傾向にあることが推測できる。また、出向の派遣は3割強と少ないことから、助産師が、継続ケアに取り組むことができる助産所や院内助産(病院や診療所に設置)などでの研修を他施設と連携して行うことや、あるいは研究対象者の8割の病院や診療所で実施されている助産師外来を活用して、妊娠中から退院後まで連続したケアを行う機会や研修を組み入れることは「専門職的自律性」を高める可能性がある。

2. 専門職的自律性と継続教育との関連

「専門職的自律性」と有意な関連があったのは、1. バースプランの立案と振り返り、8. 地域母子保健活動へ参加、9. 思春期教育やいのちの授業実施といった継続ケアであった。先行研究でも、助産師が地域で性教育や母子・家族の保健指導等を行うことは助産師のやりがいと自律性を高めると報告されている(福島, 2009; 高谷・植野・八重樫, 2009)。以上のことから、思春期教育や妊娠から育児期までの連続した継続ケアの機会を持ち能力を養うことは、「専門職的自律性」を高める一つの方法となりうる。

研修参加については、助産所での研修および分娩介助実施が有る者は専門職的自律性得点が有意に高かった。助産所勤務者は助産所経営・運営や助産師主導で継続ケアを行い、対象やその家族との密な関係を保ち「専門職的自律性」を高めている(Gepshtein, et al., 2007; Kataoka, 2013)。従って、助産所での助産師主導で行われるケアや考え方の見聞を通して、助産師の自律した活動がイメージでき「専門職的自律性」が高まったと推察する。また院内助産での研修は、分娩介助の実施および分娩見学の経験をすることで専門職的自律性得点が有意に高かった。院内助産は病院が診療所などの設置場所や医師との関係によって助産師の自律の状態に差が生じる(青柳・永田, 2012; 田島・鈴木・奥・松原・吉住, 2011)。そのため、院内助産の研修では、職員のケア業務に同行して設置の背景、課題などを十分把握した上で、助産師の役割理解を深めることが必要である。

V. 結 論

専門職的自律性得点と正の相関を示した要因は、臨床実践能力得点(<全体><妊婦ケア><産婦ケア><褥婦ケア><新生児ケア>)、年齢、助産師経験年数であった。特に臨床実践能力得点は強い正の相関を示した。

継続教育では、経験有が無より専門職的自律性得点が有意に高かった項目は、バースプランの立案と振り返り、地域母子保健活動へ参加、思春期教育やいのちの授業実施、院内助産での分娩介助の実施と分娩見学、助産所での研修と分娩介助の実施であった。妊娠から産後までの継続ケア能力を高めることや、助産師が主体的に取り組める女性のライフサイクルに応じたケアおよび、院内助産・助産所などの研修の機会は、助産師の専門職的自律性の向上に役立つ可能性がある。

(謝辞：本研究にご協力いただきました病院、診療所、助産所の管理者ならびに助産師の皆様に深く感謝申し上げます。)

(本研究は、岐阜大学大学院医学系研究科看護学専攻に提出した修士論文の一部を修正したものである。)

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

全ての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

VI. 文 献

青柳優子, 永田光子(2012)：病院勤務助産師を対象とした継続教育の現状と課題—管理者と助産師へのインタビューから、医療看護研究, 8(2), 8-15.

福島富士子(2009)：公衆衛生活動における助産師活動の現状と評価の課題, 保健医療科学, 58(4), 362-369.

Gepshtein, Y., Horiuchi S., Eto, H. (2007)：Independent Japanese midwives : A qualitative study of their practice and beliefs, Japan Journal of Nursing Science, 4(2), 85-93.

濱松加寸子(2000)：病院における助産婦活動の現状と問題点, 母性衛生, 41(4), 483-491.

石引かずみ, 長岡由紀子, 加納尚美(2013)：助産師の産科医師との協働に関する研究—助産師の専門職的自律性に焦点をあてて—, 日本助産学会誌, 27(1), 60-71.

伊藤由美, 村貞子, 佐川正(2015)助産システムにおける

概念分析に基づく助産師の自律性の特徴, 母性衛生, 56(1), 95-103.

Kataoka, Y. (2013) : Outcomes of independent midwifery attended births in birth centres and home births: a retrospective cohort study in Japan, Midwifery, 29 (8), 965-972.

加藤尚美, 玉城清子, 賀数いづみ他(2003)：助産婦の卒後教育のニーズに関する研究, 沖縄県立看護大学紀要, 4, 57-65.

木村千里, 松岡恵, 平澤美恵子他(2002)：病院勤務助産師のキャリア開発に関する研究—能力開発に焦点を当てて—, 日本助産学会誌, 16(1), 1-14.

厚生労働省医政局：安心と希望の医療確保ビジョン, retrieved from : <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/d1/s06188a.pdf>. (検索日：2021年8月10日)

正木紀代子, 岡山久代, 玉里八重子(2008)：医療施設における助産師活動の自律性の構成要因, 滋賀母性衛生学会誌, 8(1), 29-36.

正岡経子, 丸山知子(2011)：産婦ケアにおける助産師の語りから経験知を抽出するナラティブ分析, 日本保健医療行動科学学会年報, 26, 158-168.

松尾睦, 正岡経子, 吉田真奈美(2018)：看護師の経験学習プロセス, 尾睦編. 医療プロフェッショナルの経験学習(1). pp. 11-28, 同文館出版, 東京.

水野祥子, 坂梨薫, 勝川由美他(2017)：院内助産における助産師の勤務に関する認識, 関東学院大学紀要, 14(1), 9-16.

日本助産師会：助産師(院)一覧, Retrieved from : <http://www.josansi.org/area.html>. (検索日：2015年4月30日)

日本看護協会：アドバンス助産師LoCMiPレベルIII認証制度, Retrieved from : http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20161226093959_f.pdf(検索日：2018年4月10日)

日本看護協会出版会(2015)：1就業状況, 平成26年看護関係統計資料集, 2-26.

日本産婦人科学会：分娩取扱医療機関一覧, Retrieved from : http://shusanki.org/area/6_27_all0?Aflg=&bflg=(検索日：2015年4月30日)

坂梨薫(1999)：病院における助産婦活動に関する調査—助産婦の臨床実践能力評価—, 長崎大学医療技術短期大学部紀要, 12, 83-90.

島田陽子(1995)：「プロフェッショナル」を目指すにあた

って, インターナショナル ナーシングレビュー,
18(1), 14-17.

田島喜美恵, 鈴木毅, 奥俊信他(2011): 院内助産所と院
外助産所の実態とその比較ー助産師主体の出産施設に
関する研究ー, 日本建築学会技術報告集, 17(37),
955 - 960.

高谷鼓, 植野千尋, 八重樫明子(2009): 助産師が行う性
教育による考察, 日本赤十字看護学会誌, 9(1), 10-17.

山崎由美子(2009): 病院や診療所に勤務する助産師の専
門職としての自律性 分娩期の実践能力および医療過
誤に対する姿勢との関連, 母性衛生, 50(1), 102-109.

Factors that enhance the professional autonomy of midwives and continuing education : Examination by professional autonomy scale

Emi Asano¹⁾, Atsuko Iseki²⁾

Abstract : This study aimed to clarify the factors that increase the professional autonomy and continuing education of midwives. We conducted a self-administered questionnaire survey of midwives working for birthing facilities in area A. The analysis of the responses from 361 midwives revealed that the clinical competence score, age, and the number of years of experience as a midwife had a positive correlation with the professional autonomy score. Professional autonomy scores of the midwives who had received continuing education in the following areas were significantly higher than those of the midwives who had not been educated: birth plan development and reflection, participation in community-based maternal and child health activities, delivering lectures as part of puberty or life education programs, birth assistance or delivery observation in in-hospital birth centers, and training or birth assistance in midwifery homes. The results suggest that the improved clinical competence, care provided according to the life cycle of women, and the improved educational quality of continuing care training in in-hospital birth centers and midwifery homes may help increase the professional autonomy of midwives.

Key words : midwife, professional autonomy, continuing education, training

¹⁾Formerly from the Research Field of Nursing Sciences, Gifu University Graduate School of Medicine

²⁾Department of Nursing Course, Gifu University School of Medicine

【原 著】

助産師の専門職的自律性を高めるための継続教育

—助産師が必要と考える研修のあり方—

浅野 恵美¹⁾, 井関 敦子²⁾

要旨：本研究は、「専門職的自律性」を高めるために助産師が必要と考える研修の時期、場所、内容、方法を明らかにすることを目的に、助産師を対象に自記式質問紙調査を行い 361 人の結果を分析した。その結果、「専門職的自律性」を高めるには、他施設と連携した【勤務施設外】の研修体制の整備、助産師経験 1-5 年目の研修、特に助産師経験 3-5 年目の研修を充実させる必要性が明らかとなった。研修内容は、助産師が主体となる【ローリスクケースのケア】【継続ケア】と【ハイリスクケースのケア】の能力を高めることが上位であった。研修の方法として、【助産師教育プログラムへの参加】【継続ケアの実施】【上司・指導者等とケアの振り返り】を行う継続教育体制を望んでいた。「専門職的自律性」を高めるためには、他施設と連携を取り組織的・計画的に助産師の研修を行うことが有用と考える。

キーワード：助産師、専門職的自律性、臨床実践能力、継続教育

I. 緒 言

2005 年から産科医療確保のための助産師活用推進事業として、院内助産および助産師外来の開設が推奨され、助産師の専門職的自律性(以下、「専門職的自律性」)が求められている。しかし、助産師の 85.4%は病院や診療所で勤務しており(日本看護協会出版会, 2015)、そこでは医師主導のもとに妊産褥婦の管理が行われることから、助産師は自律性を失くし役割が十分に発揮できていない現状がある(伊藤・良村・佐川, 2015)。自律性は教育と訓練により獲得できるとされ(島田, 1995)、助産師の場合、卒後の研修と臨床での指導および助産師としての主体的ケアの実施がこれらに該当する。ところが助産師の教育は長年、就業人数の多くを占める看護師の研修に包括され、助産師に特化した継続教育体系は未整備であった(古川・中野・岡山, 2010)。2021 年頃から助産師のキャリアパスと助産実践能力習熟段階の策定(日本看護協会, 2020)、助産実践能力習熟段階認証制度(日本看護協会, 2018)が始まり助産師に特化した継続教育が行われるようになったものの、少子化による分娩件数の減少、産科病棟の混合病棟化、大病院におけるハイリスクケースの増加などによりローリスクケースをケアする機会は年々減少している。そのため助産師が経験年数を重ねても妊産褥婦および新生児に対する臨床実践能力を向上させるには限界が生じ(水野・坂梨・勝川・沢田, 2017)、

職務への自信が持てず、正常分娩を担うことにも不安を抱く現状がある(岩仲・星・秋元, 2014)。よって助産師は、限られたケアの機会を通して充実した継続教育を得ながら、臨床実践能力を向上し「専門職的自律性」を高めることが不可欠である。また、ローリスと診断されたケースであっても、急変し母子の生命や健康に重篤な影響が生じる周産期ケアにおいては、経験年数が少ない助産師であっても異常の診断・対応能力が求められる。そのため、卒後早期から計画的な研修プログラムが必要となる。このように助産師の高い能力を求められる現状と、現場での教育課題の狭間で助産師自身が必要と考える継続教育(研修)について明らかにすることは、社会のニーズに対応できる助産師を育成するために重要である。そこで、本研究では、助産師が「専門職的自律性」を高めるために必要と考える研修の場所・時期・内容・方法など研修に対するニーズを明らかにすることを目的とした。

II. 方 法

1. 用語の定義

1) 「専門職的自律性」

「専門職的自律性」は、石引・長岡・加納(2013)の定義を基に、『高度な専門的知識・技術に裏付けられた自主的・主体的な判断と適切な助産実践をすることであり、助産活動における専門的な能力を発揮すること』とした。

2) 継続教育

継続教育は、青柳ら(青柳・永田, 2012)の定義を基に、『基礎教育を終了した助産師が、専門職者として個々に能力を開発、維持、向上し自らのキャリアを形成できるよう、院内・外で行われる集合教育および個別指導による教育』とした。

3) ローリスク妊産褥婦・新生児(ケース)

ローリスク妊産褥婦・新生児(ケース)は、正常経過にある妊産褥婦または、新生児とした。

4) ハイリスク妊産褥婦・新生児(ケース)

ハイリスク妊産褥婦・新生児(ケース)は、妊娠期間中あるいは分娩後間もない母児のいずれか、または両者に重大な予後が予測される妊産褥婦・新生児とした。

2. 研究デザイン

自記式質問紙法による質的記述的研究

3. 研究対象

本研究の対象者は、A 地域で分娩を取り扱っている病院、診療所、助産所に勤務している助産師とした。まず、研究対象施設を、分娩取扱医療機関一覧(日本産婦人科学会, 2015)から病院 44 施設、診療所 61 施設、および助産師(院)一覧(日本助産師会, 2015)から助産所 23 施設を抽出し、これらの合計 128 施設に勤務する助産師を研究対象とした。

4. 調査期間

2015 年 7 月から 2016 年 1 月

5. 調査方法

研究対象施設として抽出した病院の看護部長等および診療所と助産所の院長等に対し、勤務している助産師の人数分の依頼書と質問紙を郵送した。質問紙は、看護部長および院長等を通して各助産師に配布され、質問紙への回答後に各助産師から郵送してもらった。

6. 調査内容

1) 研究対象者の背景

研究対象者の年齢、卒業した看護師養成所・助産師養成所、助産師経験年数、職位、経験した分娩介助件数、助産実践能力習熟段階レベルⅢ(以下、レベルⅢ)取得有無、勤務施設の形態(病院・診療所・助産所の別、産科単科又は産科混合病棟の別、院内助産・助産師外来従事の有無)と、勤務施設の特徴について、就業助産師数、年間分娩件数、年間帝王切開娩出術数、院内助産開設・助産師外来開設の有無、出向の受け入れおよび派遣の有無の情報を得た。

2) 助産師が自律するために必要と考える研修の時期・場所・内容・方法

助産師が自律するために必要と考える研修(以下、研修)はいつ、どのように実施すべきと考えるか場所・時期(助産師経験年数何年目に)・内容・方法について自由記述で回答を得た。

7. 分析方法

自由記述から、研修の場所・内容・方法について記入された内容を抽出しコード化、次にコードを集約しサブカテゴリーとして命名した。さらに、類似しているサブカテゴリーを検討しカテゴリーを抽出した。コード数は、全体および勤務施設区分で集計した。研修時期の区分は、卒後経年別達成目標の分類(宮中・恵美須・平澤, 2002)にあわせ、1-2年目、3-5年目、6-9年目、10-14年目、15年目以上の5区分とした。研究者によるピア・チェックを実施し、真実性の確保に努め質的帰納的に分析した。

8. 倫理的配慮

本研究は、岐阜大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: 28 看護修第 2 号)。研究協力者に対して、研究の趣旨、質問紙への協力は任意であり参加の有無により不利益が生じないこと、研究への同意は質問紙の返送をもって了解を得たものとする、データは統計的な処理を行うため、個人が特定されることはなく個人情報には守秘されることを書面で説明した。

Ⅲ. 結 果

1. 質問紙の配布と回収

質問紙を郵送した 128 施設の助産師 786 人の内、376 人から回答を得た(回収率 47.8%)。その内、現在分娩介助業務に携わっていない者および無回答項目があった者を除外し、361 人を有効回答とした(有効回答率 45.9%)。

2. 研究対象者の背景

1) 研究対象者の概要

研究対象者 361 人の年齢は中央値 38(範囲 22-70)歳であった。看護教育は、229 人(63.5%)が看護師養成所、助産師教育は、263 人(72.9%)が専修学校で受けていた。助産師経験年数は中央値 11(範囲 1-48)年であり 10 年以上が 208 人(57.6%)であった。研究対象者の分娩介助件数の平均は中央値 268(範囲 0-3,000)件であった。レベルⅢ取得者は 106 人(29.4%)であった。職位は、管理職 37 人(10.2%)、中間管理職 39 人(10.8%)、スタッフ 285 人(79.0%)であった。勤務施設は、病院 258 人(71.5%)、診

表1 研究対象者の概要

N=361

項目	全体	勤務施設区分		
		病院 n=258	診療所 n=85	助産所 n=18
	中央値 (範囲)	中央値 (範囲)	中央値 (範囲)	中央値 (範囲)
年齢 (歳)	38 (22- 70)	35 (22- 59)	44 (23- 70)	46 (29- 59)
助産師経験年数 (年)	11 (1- 48)	10 (1- 44)	15 (2- 48)	16 (7- 36)
分娩介助件数 (件)	268 (0-3,000)	200 (0-2,600)	400 (26-3,000)	46 (65-3,000)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
職位				
管理職	37 (10.2)	26 (10.1)	6 (7.1)	5 (27.8)
中間管理職	39 (10.8)	33 (12.8)	5 (5.9)	1 (5.6)
スタッフ	285 (79.0)	199 (77.1)	74 (87.0)	12 (66.6)
レベルⅢ取得				
取得 有	106 (29.4)	97 (37.6)	8 (9.4)	1 (5.6)
取得 無	255 (70.6)	161 (62.4)	77 (90.6)	17 (94.4)

療所85人(23.5%)、助産所18人(5.0%)であった。病院勤務者の内176人(68.2%)は産科単科病棟、その内41人は院内助産勤務であった(表1)。

2) 研究対象者の勤務施設概要

配置場所の助産師は平均30.0±22.4人、年間分娩件数は平均701.0±442.4件であった。年間帝王切開娩出術割合は19.7±13.3%であった。年間帝王切開娩出術割合が20.0%以上の施設に勤務する助産師は162人(44.9%)であり病院勤務者は157人(60.9%)であった。院内助産を開設している施設に勤務する者は111人(32.4%)、助産外来・母乳外来を開設している施設に勤務する者は306人(89.2%)であった。出向の受け入れを実施している施設に勤務する者は46人(12.7%)、出向の派遣を実施している施設に勤務する者は118人(32.7%)であった(表2)。

3. 研修の時期・場所・内容・方法

研修のカテゴリーは【 】, サブカテゴリーは[], コードは「 」のように示す。研修の場所・内容・方法について、一人につき複数の記述があったため、コード数は回答者数以上となった。

1) 研修の場所

研修の場所は6コード、4サブカテゴリーで構成されコード数が多い順に【勤務施設外】と【勤務施設内】の2カテゴリーに収束した。全体および勤務施設区分別に最もコード数が多かったのは、【勤務施設外】の「勤務施設では学習・経験できないケアを学べる施設」であり、「ローリスク妊産褥婦・新生児ケアが学べる施設」を必要としており具体的には、助産所・病院および診療所の院内助産や正常な妊産褥婦および新生児の事例が多い施設が挙げられた(表3)。

2) 研修の時期

勤務施設外、勤務施設内共に、全体も勤務施設区分も助産師経験3-5年目のコード数が最も多く、次いで1-2年目であった(表4)。

3) 研修の内容

研修の内容は23コード、9サブカテゴリーで構成され、コード数の多い順に【ローリスクケースのケア】【ハイリスクケースのケア】【継続ケア】【キャリアアップ】の4カテゴリーに収束した。勤務施設別のコード数の特徴をみると、【ローリスクケースのケア】では、病院勤務者が「ローリスク産婦ケア」、診療所勤務者は「ローリスク褥婦ケア」、助産所勤務者は「ローリスク産婦ケア」の研修を必要としていた。また、各勤務施設者とも【ハイリスクケースのケア】【継続ケア】の「妊娠から育児期までの継続ケア」実施の機会を必要としていた(表5)。

4) 研修の方法

研修の方法は14コード、9サブカテゴリーで構成されコード数が多い順に【助産師教育プログラムへの参加】【継続ケアの実施】【上司・指導者等とケアの振り返り】【後輩育成】【学会参加】【研究活動】の6カテゴリーに収束した。全体、勤務施設区分別に「他施設の助産師教育研修に参加」するなど【助産師教育プログラムへの参加】を可能にすることや「妊産褥婦・育児期の継続ケア実施」するなど【継続ケアの実施】できる機会を整えること、また【上司・指導者等とケアの振り返り】ができる指導体制を必要としていた(表6)。

表2 研究対象者の勤務施設概要

N=361

変数	全体	勤務施設区分			
		病院 n=258	診療所 n=85	助産所 n=18	
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	
配置場所の助産師数 (人)	30.0 ± 22.4	37.4 ± 22.3	12.6 ± 5.8	6.1 ± 3.0	
年間分娩件数 (件)	701.0 ± 442.4	824.3 ± 447.7	460.5 ± 185.3	73.3 ± 51.9	
平均帝王切開率 (%)	19.7 ± 13.3	24.1 ± 12.8	10.4 ± 5.1	0.0	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
帝王切開率20%以上の割合	162 (44.9)	157 (60.9)	5 (5.9)		
院内助産開設	111 (32.4)	105 (30.7)	6 (1.7)	(助産所の18人を 除く343人中)	
助産外来・母乳外来開設	306 (89.2)	239 (84.5)	67 (19.5)		
出向の受け入れ実施	46 (12.7)	39 (12.7)	3 (0.8)	4 (1.1)	
出向派遣実施	118 (32.7)	115 (32.7)	1 (0.3)	2 (0.6)	

表3 助産師が「自律するため」に必要と考える研修場所

N=361 (自由記述・複数回答)

(数字はコード数)

研修場所			勤務施設区分			
【カテゴリー】	〔サブカテゴリー〕	「コード」	全体 n=258	病院 n=85	診療所 n=85	助産所 n=18
勤務施設外	勤務施設では学習・経験できないケアを学べる施設	ローリスク妊産褥婦・新生児ケアが学べる施設*	666	476	157	33
		ハイリスク妊産褥婦・新生児ケアが学べる施設**	174	89	84	1
	926	862 地域(保健センター・行政・学校など)	22	18	4	0
	外部研修会	64 看護協会・助産師会・業者研修会・学会参加	64	44	20	0
勤務施設内	勤務施設の臨床現場	117 勤務施設の臨床現場	117	82	27	8
188	院内研修	71 勤務施設開催の研修	71	23	7	41

* 助産所・病院および診療所の院内助産や正常な妊産褥婦および新生児の事例が多い施設

** 総合周産期センター・地域周産期センターなどハイリスク妊娠や分娩管理を行っている施設

表4 助産師が「自律するため」に必要と考える研修の時期

N=361 (自由記述・複数回答)

(数字はコード数)

研修場所	研修時期 (助産師経験年数)	全体	勤務施設区分		
			病院 n=258	診療所 n=85	助産所 n=18
勤務施設外	1 - 2年目	219	153	57	9
	3 - 5年目	461	320	123	18
	6 - 9年目	137	93	39	5
	10-14年目	63	35	27	1
	15年目以上	46	26	19	1
勤務施設内	1 - 2年目	50	25	10	15
	3 - 5年目	110	66	15	29
	6 - 9年目	21	14	2	5
	10-14年目	6	0	6	0
	15年目以上	1	0	1	0

表5 助産師が「自律するため」に必要と考える研修内容

N=361 (自由記述・複数回答)

(数字はコード数)

研修内容			全体	勤務施設区分			
【カテゴリー】	〔サブカテゴリー〕	「コード」		病院 n=258	診療所 n=85	助産所 n=18	
ローリスク ケースのケア	ローリスク妊婦ケア	242 診断 (超音波診断・NST判定含む)	125	90	22	13	
		242 ケア (保健指導・心理的ケア・母性意識向上ケア含む)	108	75	20	13	
		集団指導企画・運営	9	7	2	0	
	1223 ローリスク産婦ケア	578 分娩第Ⅰ期～第Ⅳ期の診断とケア	276	200	59	17	
		578 産婦主体の分娩診断・ケア	273	203	53	17	
		不足部分の強化・分娩介助件数の増加	29	22	7	0	
	ローリスク褥婦ケア	329 入院中から退院後までの診断とケア・保健指導	165	41	113	11	
		329 母乳育児支援 (乳房管理・指導方法・マッサージ含む)	164	41	112	11	
	ローリスク新生児ケア		74 新生児の診断とケア	74	38	29	7
	ハイリスク ケースのケア	妊産褥婦の異常時ケア	498 ハイリスク産婦の分娩第Ⅰ期～第Ⅳ期の診断とケア	166	99	62	5
498 ハイリスク妊産褥婦の診断・ケア・管理			166	99	62	5	
妊産褥婦緊急時看護			166	99	62	5	
831 新生児の異常時ケア		333 蘇生 (NCPR・ALSO)	167	99	63	5	
		NICU・GCU・MFICU管理ハイリスク児の入院～退院までのケア		166	99	62	5
		継続ケア	妊娠から育児期までの 継続ケア	354 妊娠～退院後までの母子継続ケア (継続事例)	174	124	38
354 産後1ヵ月～3ヵ月健診までの母子継続ケア	180			121	46	13	
399 女性のライフサイクル に応じたケア	性教育・思春期生命教育		25	16	8	1	
	45 不妊症ケア		8	8	0	0	
	更年期ケア	12	11	0	1		
キャリアアップ	57 自己研鑽	後輩の育成方法	41	39	1	1	
		57 リーダーシップ能力の育成	10	9	1	0	
		研究方法や研究実践指導	4	2	2	0	
		助産師の倫理観育成	2	2	0	0	

表6 助産師が「自律するため」に必要と考える研修の方法

N=361 (自由記述・複数回答)

(数字はコード数)

【カテゴリー】	〔サブカテゴリー〕	研修方法 「コード」	全体	勤務施設区分		
				病院 n=258	診療所 n=85	助産所 n=18
助産師教育プロ グラムへの参加	他施設の助産師教育研 修に参加	396 他施設の研修や出向におけるケア実施	354	256	80	18
		396 リーダーシップ研修・指導者研修など院外研修参加	42	35	0	7
	449 院内の助産師教育研修 に参加	53 勤務施設でのケアの実施	47	39	8	0
		53 リーダーシップ研修・指導者研修など院内研修に参加	6	6	0	0
継続ケアの実施	妊産褥婦・育児期の継 続ケア実施	352 妊娠中から産後までの継続事例のケア実施	174	124	38	12
		352 新生児・乳児訪問指導など地域母子保健活動	178	121	46	11
	378 女性のライフサイクル に応じた指導	26 思春期教育・更年期・老年期の健康管理など地域活動	26	17	8	1
上司・指導者等 とケアの振り返り	上司・指導者等のケア 同行による指導	122 役割モデルとなる上司・指導者のケア同行による実務指導	61	50	9	2
		122 役割モデルとなる上司・指導者のケア同行により自分のケ ア振り返り	61	50	9	2
	250 上司・指導者等とリフ レクション(振り返り)	128 上司・指導者と共にケア等の振り返り	64	52	10	2
		128 上司・指導者と共に事例検討	64	52	10	2
後輩育成	48 後輩指導	48 後輩の指導	48	46	1	1
学会参加	9 学会参加	9 看護系の学会に参加	9	1	0	8
研究活動	4 研究活動	4 研究活動	4	2	2	0

IV. 考 察

1. 研究対象者の特性

本研究の対象者は、病院の産科単科病棟で勤務する者が多かった。職位別ではスタッフが多かったが、助産師経験年数 10 年以上が 57.6%、またレベルⅢ取得者は 29.4%であることから、助産師としての専門的経験を蓄積し一定の能力を有する者であることが推察できる。

2. 研修の場所・時期・内容・方法

1) 研修の場所

〔勤務施設では学習・経験できないケアを学べる施設〕など【勤務施設外】での研修が必要とされ、特に「ローリスク妊産褥婦・新生児ケアが学べる施設」での研修を可能にすることが求められた。ローリスク妊産褥婦・新生児ケアは助産師の基盤となる実践能力であり自信を持って実施できるよう教育していくことが求められる。しかし、今回の病院勤務者の 60%以上は、ハイリスクケースの多い施設に勤務しており、分娩件数の減少に加え、ローリスクケースのケアが十分に習得できない現状があることが推測できる。青柳ら(2007)は、就職した施設や勤務施設により経験や学習できる内容が異なるため、勤務施設外研修が必要だとしている。研修対象者の 7 割が出向を実施していない施設に勤務しており、他施設での研修の難しさが推察できる。そこで、勤務施設だけで十分な教育の機会を提供できない場合、他施設と協働して組織的に研修場所を整え、出向など短期から長期研修が行なわれることが求められる。

2) 研修の時期

助産師経験 1-5 年目は、基礎技術と助産師の専門領域の技術を学ぶ重要な時期であり(松尾・正岡・吉田・丸山・荒木, 2018), この時期の助産師は、それらを習得する研修に対するニーズが高い(猿田・佐々木, 2011)。今回の研究対象者も助産師経験 1-5 年目の研修の必要性を挙げており、特に勤務施設外で助産師経験 3-5 年目に研修を行うことを望んでいたことが特徴と言える。助産師経験 3-5 年目は、勤務施設内の業務に慣れ、自信を形成し始める時期であるが、一方、後輩もでき悩みながら自己判断で活動することが多くなる時期でもある(宮中他, 2002)。今回の結果から助産師経験 3-5 年目に行われる勤務施設外研修が十分に行えていない現状があり、それを補うために勤務施設外研修が必要と考えていると推察する。助産師経験 3-5 年目には、自信を持って行える経験・業務を増やし、実践能力を定着させていくことが重要と考える。

3) 研修の内容

病院勤務者は【ローリスクケースのケア】の〔ローリスク産婦ケア〕の研修を求めている。病院勤務者の 60%以上が年間帝王切開娩出術割合 20%以上の施設に勤務していることから、産婦主体の診断やケアなど〔ローリスク産婦ケア〕が十分できないと推察する。ローリスクケースのケアの機会が少ない助産師は、正常分娩を担うことに対しても自信喪失感や不安を抱く(岩仲他, 2014)。一方、助産所勤務者は、妊娠中から産後まで継続してケアする中で〔ローリスク産婦ケア〕を行っており、その経験を通して「専門職的自律性」を高めるためには、助産師が主体性をもって行う〔ローリスク産婦ケア〕の経験を必要と考えていると推察する。診療所勤務者は〔ローリスク褥婦ケア〕の研修を必要としていた。診療所勤務者の施設では、助産外来・母乳外来 19.5%の開設と低いことから、褥婦のケアが十分にフォローできていない傾向にあり、そのため研修の必要性を感じていることが推察できる。助産師が、個々のケア経験および習得状況に応じて、専門的な実践能力の基盤である【ローリスクケースのケア】の経験と学習の機会を持てるよう教育体制を整えることが必要である。続いて、各勤務施設者とも【ハイリスクケースのケア】【継続ケア】の〔妊娠から育児期までの継続ケア〕を実施する機会を必要としていた。急変が多い周産期ケアにおける異常の予防や対応能力は、勤務施設や経験年数に関わらず助産師に求められる能力であるため、【ハイリスクケースのケア】を習得する研修のニーズが高いと推察する。【継続ケア】の有用性については、助産所勤務助産師が妊娠から育児期までの継続ケアを通して実践能力を身に着け「専門職的自律性」を養っていることが報告されている(Gepshtein, Horiuchi, & Eto, 2007 ; Kataoka, 2013)。しかし、今回の研究対象者は病院および診療所勤務が多く、業務の都合上、妊娠から育児期ケアが分断され、継続ケアの実施が難しい現状にあると推測する。妊娠から育児期までの継続ケアを実施する機会や研修を業務に組み入れることで臨床実践能力を向上させ、「専門職的自律性」を高める可能性があると考えられる。

4) 研修の方法

研修の方法として、「他施設の研修や出向におけるケア実施」など【助産師教育プログラムへの参加】が挙げられた。研究対象者の勤務施設では、出向の受け入れや出向派遣の実施率が低く、また研究対象者の半数以上が助産師経験年数 10 年以上のベテランであったがレベルⅢ

取得者は 29.4%と低く、他施設との活発な連携や十分な研修は現時点では得られていないと推察する。このように教育環境が十分でない場合は、個人の努力や勤務施設内だけでの教育は限界がある(古川他, 2010)。そこで、他施設と連携し協働で助産師を育成する研修体制を整えることが必要と考える。助産師のように同職種の人数が少ない専門家教育において他施設スタッフとのネットワーク構築と合同研修の実施は有効な方法とされる(松尾他, 2018)。他施設の助産師と経験や課題を共有することで視野を広げ、ケア能力と「専門職的自律性」を向上させる可能性がある。また、「専門職的自律性」を向上させるために妊娠中から退院後の継続ケアの実施は有用である(藤村・河原, 2010; 福島, 2009)、今回の研究対象者も【継続ケアの実施】の必要性を挙げていた。しかし、多くの病院や診療所では妊娠から育児期までの連続したケアを実施することは難しい。そこで管理者には、他施設および組織と連携をとり、助産師が継続ケアの実施や研修ができるようなシステムを構築することが望まれる。研修方法の 3 つ目は【上司・指導者等とケアの振り返り】であった。「専門職的自律性」を向上させるためにケアの振り返りは有用とされる(紙尾・島田, 2016; Reigeluth & Carr-Chellman, 2009/2016)。少ないケア経験の 1 事例毎が、効果的教育の機会となるよう、教育方法を工夫しなければならない。そのためには上司や先輩のケアに同行する機会を作り、ケア中・ケア後の指導を得ることは、判断と対応能力を高める有用な方法と考える。

V. 研究の限界と今後の展望

今回の研究対象者は、病院勤務者が大多数を占め、診療所および助産所勤務者が少なかったことから、結果を一般化することには留意が必要である。

勤務施設だけで十分な教育の機会がない場合、助産師は勤務施設ではない他施設で研修を受けることとなる。しかし、本研究結果では助産師の出向を実施している施設は少ないことから、助産師が勤務施設外で研修を受けることは容易ではないことが推察される。勤務施設外での助産師の研修を可能とするには、研修に関わる施設内での組織的な教育プログラムの実態とその内容を明らかにし、施設間の連携の可能性について検討することが必要である。

VI. 結 語

本研究では「専門職的自律性」を高める継続教育のあり方として、研修の場所・時期・内容・方法に対する助産師のニーズを明らかにした。「専門職的自律性」を高めるには、他施設と連携し【勤務施設外】の研修体制を整備、助産師経験 1-5 年目の研修、特に助産師経験 3-5 年目の研修を充実させる必要性が明らかとなった。研修内容は、【ローリスクケースのケア】【継続ケア】【ハイリスクケースのケア】の能力を高めることが上位であった。研修の方法は、【助産師教育プログラムへの参加】【継続ケアの実施】【上司・指導者等とケアの振り返り】を行う継続教育体制が期待されていた。「専門職的自律性」を高めるためには、管理者等が自施設の助産師の教育状況を分析し、自施設では充足できない学習・経験内容を他施設で習得可能となる体制作りが必要である。よって、他施設と連携を取り組織的・計画的に助産師の研修を行うことが、「専門職的自律性」を高めるために有用と考える。

(謝辞：本研究にご協力いただきました病院、診療所、助産所の管理者ならびに助産師の皆様に深く感謝申し上げます。)

(本研究は、岐阜大学大学院医学系研究科看護学専攻に提出した修士論文の一部を修正したものである。)

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

全ての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

VII. 文 献

- 青柳優子, 永田光子(2012)：病院勤務助産師を対象とした継続教育の現状と課題—管理者と助産師へのインタビューから、医療看護研究, 8(2), 8-15.
- 青柳優子, 石村由利子, 大槻優子(2007)：日本における助産師のキャリアの発達に関する文献レビュー. 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, 3(1), 69-74.
- 藤村博恵, 河原加代子(2010)：地域での活動体験を持助

- 産師の入院中の産褥期ケア. 日本保健科学学会誌, 12 (4), 200-210.
- 福島富士子(2009) : 公衆衛生活動における助産師活動の現状と評価の課題, 保健医療科学, 58(4), 362-369.
- 古川洋子, 中野育子, 岡山久代(2010) : 勤務助産師のキャリアアップに関する研究—助産師の研修希望とキャリアニーズ—, 滋賀母性衛生学会誌, 1, 9-26.
- Gepshtein, Y., Horiuchi S., Eto, H. (2007) : Independent Japanese mid-wives : A qualitative study of their practice and beliefs, Japan Journal of Nursing Science, 4(2), 85-93.
- 石引かずみ, 長岡由紀子, 加納尚美(2013) : 助産師の産科医師との協働に関する研究—助産師の専門職的自立性に焦点をあてて—, 日本助産学会誌, 27(1), 60-71.
- 伊藤由美, 良村貞子, 佐川正(2015) : 助産システムにおける概念分析に基づく助産師の自律性の特質, 母性衛生, 56(1), 95-103.
- 岩仲奈緒, 星恵美, 秋元景子(2014) : 院内助産に対する意欲と助産師の能力及び自己効力感との関係—「医療機関における助産ケアの質評価第2版」及び「特性的自己効力感尺度」を用いて—, 栃木県母性衛生学会雑誌, 40, 30-34.
- Kataoka, Y. (2013) : Outcomes of independent Midwifery attended births in birth centers and home births : A retrospective cohort study in Japan, Midwifery, 29(8), 965-972.
- 紙尾千晶, 島田啓子(2016) : 熟練助産師の分娩介助における Reflection の探究. 日本助産学会誌, 30(1), 17-28.
- 松尾睦, 正岡経子, 吉田真奈美他(2018) : 看護師の経験学習プロセス, 松尾睦編 医療プロフェッショナルの経験学習(1). pp. 11-28, 同文館出版, 東京.
- 宮中文子, 恵美須文枝, 平澤美恵子(2002) : 助産婦業務の自律に向けての経年別教育の達成目標(後編), ペリネイタル・ケア. 2002, 21(4), 350-357.
- 水野祥子, 坂梨薫, 勝川由美他(2017) : 院内助産における助産師の勤務に関する認識, 関東学院大学紀要, 14(1), 9-16.
- 日本助産師会 : 助産師(院)一覧, Retrieved from : <http://www.josansi.org/area.html> (検索日 : 2015 年 4 月 30 日)
- 日本看護協会 : アドバンス助産師 CLoMiP レベル III 認証制度, Retrieved from : http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20161226093959_f.pdf (検索日 : 2018 年 4 月 10 日)
- 日本看護協会 : 助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)活用ガイド, Retrieved from : <http://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakdachi/kanren/sasshi/pdf/guide.Pdf> (検索日 : 2020 年 4 月 20 日)
- 日本看護協会出版会(2015) : 1 就業状況, 平成 26 年看護関係統計資料集, 2-26.
- 日本産婦人科学会 : 分娩取扱医療機関一覧, Retrieved from : http://shusanki.org/area/6_27_all0?Aflg=&bflg= (検索日 : 2015 年 4 月 30 日) Reigeluth C, Carr-Chellman A(2009)/鈴木克明, 林雄介(2016) : インストラクショナルデザインの理論とモデル—共通知識基盤の構築に向けて—1-464, 京都, 北大路書房, 2016.
- 猿田了子, 佐々木真紀子(2011) : 病院に勤務する助産師のキャリア開発に対するニーズとその関連要因, 秋田大学保健学専攻紀要, 19(2), 11-25.
- 島田陽子(1995) : 「プロフェッショナル」を目指すにあたって, インターナショナル ナーシングレビュー, 18(1), 14-17.

Continued education to enhance professional autonomy of midwives : Ideal training that midwives consider necessary

Emi Asano¹⁾, Atsuko Iseki²⁾

Abstract : This study analyzed the responses obtained from 361 midwives who completed self-administered questionnaires for the purpose of elucidating the timing, location, contents, and methods of training that midwives consider necessary for the purpose of increasing their “professional autonomy.” The results indicated that to increase the “professional autonomy” of midwives it is necessary to prepare a training system that is external to the midwife’s place of employment, which cooperates with other facilities and provides training to midwives during their first five years on the job, with particular focus on the third to fifth years. The top-ranking training contents were those that led to improvements in the primary skills of the midwives, which are caring for low- and high-risk cases and providing continuous care. The analysis of the responses concerning training methods indicated that a continuous educational system that allowed for participation in educational programs, implementation of continuous care, and the review by supervisors and instructors of the care provided was preferable for improving the skills of the midwives. Hence, to increase the “professional autonomy” of midwives, it will be beneficial to provide systematic and planned training in cooperation with other facilities.

Key words : midwife, professional autonomy, training, continuous education

¹⁾Formerly from the Research Field of Nursing Sciences, Gifu University Graduate School of Medicine

²⁾Department of Nursing Course, Gifu University School of Medicine

【原 著】

糖尿病患者を支援する家族のストレス関連要因

青木 郁子¹⁾, 足立 久子²⁾, 小林 和成²⁾

要旨：本調査は、通院中の糖尿病患者を支援している家族の支援に対するストレスに関連する要因を検討した。患者と受診に同行した家族には聞き取り調査、同行しなかった家族には質問紙調査を行い115組から回答を得た。患者の治療を支援している家族の支援あり群(n=95)において、食事療法への関心と支援の程度との間に関係はあったが、支援の程度と支援ストレスとの間にはなかった。食事療法の支援期間が長くなり、HbA1c 値が高くなると、支援に対するストレスが上昇した。さらに支援ストレスの上昇はHbA1c 値を高くし、支援ストレスとHbA1c 値は相互に関係性を認めた。HbA1c 値の良好なコントロールが家族の支援ストレスの軽減、支援ストレスの低下がさらにHbA1c 値の改善につながることが示された。また、長期的に食事療法の支援を行っている家族には、食事指導などの機会を通して、ストレスを軽減する介入の必要性を認めた。

キーワード：糖尿病, 家族支援, ストレス

I. 緒 言

厚生労働省の「患者調査」では、2017年における糖尿病患者は328万9,000人と2014年の調査から12万3,000人もの増加を認め、過去最多となっている(厚生労働省, 2017)。糖尿病には β 細胞が破壊されインスリンが欠乏し、薬物による治療を必要とする1型糖尿病と、生活習慣病ともいわれる2型糖尿病に分類され、我が国における糖尿病患者の9割以上が2型糖尿病である。治療には、薬物療法と食事療法・運動療法による生活習慣改善行動があり、食事療法・運動療法は、合併症発症を予防するため一生継続して行わなければならない(日本糖尿病学会, 2019)。しかし「患者調査」において年間8%もの2型糖尿病患者が治療を中断しており、その理由は、自覚症状に乏しく危機感がない、多忙による通院困難、経済的問題等であった(中村・新井・野村, 2011)。長期にわたり治療を継続し、血糖コントロールを良好に維持していくには、患者自身だけでは難しく、様々な支援が必要とされる。高倉・中新・矢野(2009)によると、家族の治療への支援のある患者にHbA1c 値の正常群が多く、治療を継続するためには、個人のみならず日々の生活を共にする家族の支援があってこそ可能になるとしている。また、井上(2013)は、糖尿病の悪化を最小限に食い止めるためには、家族は重要なキーパーソンであるが、血糖コントロールが不良になると家族は患者以上に病むとしている。

糖尿病患者を支援しているその家族のストレスに関する調査では、健康日本21推進フォーラム・サノフィ(2013)による「糖尿病に関するQOL調査」の糖尿病の食事療法における家族の負担は大きく、9割の家族が患者を支援し、その内の約4割がストレスを感じ、さらに、合併症を発症するとそのストレスは7割以上に増大したとしている。また、糖尿病患者は食事療法への支援を同居家族に強く希望しており(高倉他, 2009)、家族が食事療法を厳格にしすぎると、家庭での安らぎの場が奪われ、患者と支援している家族相互にストレスが生じる(伊波, 2013)。この他に、山本・江尻(2006)は、家族の治療への理解は、治療への関心および協力する気持ちを促進するが、血糖コントロール不良が身体に与える影響への理解により、低血糖時の対処等、病状に対する不安やストレスを大きくするとしている。同様に、麻・奥野・宇城(2012)は、インスリン療法中の認知症を伴う高齢糖尿病患者を対象に調査を行い、患者の治療に関心を持ち、治療に対して協力的な家族は、食事管理や血糖コントロールにおいて責任や不安を感じ、それがストレスにつながったとしている。森田・森山・高見(2007)は、食事療法を支援する女性家族において、患者への協力体制を形成する要因の一つに、ストレス対処が抽出されたと報告している。若年の糖尿病患者の家族については、長期間の合併症、食事療法の問題や治療へのアドヒアランスのような自己管理の葛藤等に高いレベルのストレスを

経験している(Mellin, Sztainer, Patterson, 2004)。このように血糖コントロールの改善に向けて支援をしている家族にとり、患者の病状の悪化やHbA1c値の悪化は、自己の支援の適切性を問い、ストレスを感じるようになる。また、治療への理解による関心が高くなると、コントロール不良時の患者の身体に与える影響に不安を家族は抱くようになり、ストレスが増大すると考えられる。

家族支援について、支援期間とストレスとの関係を検討した先行研究はみあたらないが、杉原・杉澤・中谷・柴田(1998)によると、主介護者による介護負担感は介護期間が長い群ほど増悪していた。支援期間と家族のストレスとの間に関係性が予測される。家族のストレスが血糖コントロールに与える影響では、Tsiouli, Alexopoulos, Stefanaki, Darviri & Chrouset (2013)は、18歳未満の患者の家族に、糖尿病に関連した家族のストレスが強くなるほど、血糖コントロールは悪くなったと報告している。

高倉他(2009)は、患者を対象にした支援に対する家族のストレス、伊波(2013)、森田他(2007)や麻他(2012)は、事例検討や質的研究により患者を支援している家族のストレスを検討している。家族を対象とした、患者を支援している家族のストレスを量的研究により検討した結果は今までに報告されておらず、橋本・島田(2017)は、量的研究は見当たらず、知見が乏しいと指摘している。

そこで本研究の目的として、通院中の糖尿病患者を支援している家族の支援に対するストレスに関連する要因を検討する。家族を対象とした量的研究により、患者を支援している家族のストレスに関連する重要な要因を明らかにする。その要因が明らかになれば、今後、具体的にそのストレスの内容、さらには対処方法が検討できるようになる。患者を支援している家族のメンタルヘルスや、患者の血糖コントロールにも影響を及ぼす可能性のある家族のストレスの低減への有効な援助を段階的に検討していく上で、今回の調査に意義がある。

II. 方法

1. 研究の枠組み

本研究の枠組みは、図1に示した。家族の治療への関心は患者の治療支援への動機づけとなり、魚里(2013)が示しているように家族の治療への支援に影響を及ぼす。これまでの研究結果から、患者を支援している家族にとり、支援の程度、支援期間、血糖コントロール不良

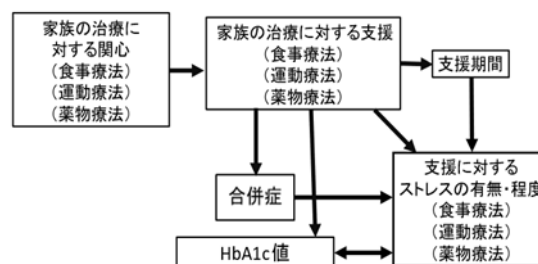


図1 研究の枠組み

や合併症の発症はストレスの増大に関係し、そのストレスの増大は血糖コントロール不良にも関係すると予測した。

2. 用語の定義

1) ストレス

糖尿病患者と生活を共にする家族の患者の支援を行う上で生じるストレスについての調査であるため、Lazarus(Lazarus & Folkman, 1984/1991, pp. 161-181)の「人間と環境との間の特定な関係であり、その関係とはその人の原動力に負荷をかけたり、資源を超えたり、幸福を脅かしたりするもの」とした。

2) 支援ストレス

糖尿病患者を支援している家族の食事療法、運動療法、薬物療法の支援を行う際に生じるストレスとした。

3) 家族

家族とは、Friedman(鈴木・渡辺, 2017)によると、絆を共有し、情緒的な親密さによって互いに結びついた、しかも、家族であると自覚している、2人以上の成員としている。本研究では、患者の一番近くで日常生活を送る人を対象とするため、Friedmanの定義に共に暮らすという内容を加えた、「血縁関係の有無や、戸籍上の関係は問わず、絆を共有し、患者と共に暮らす人」とした。

3. 研究デザイン

本研究は関係探索研究とした。

4. 調査方法・内容

調査期間は、2017年3月から8月の6か月間である。

調査方法は、質問紙法と構成的面接法を用いた。

調査対象者は、4カ所の施設に通院中の年齢20歳以上90歳以下の糖尿病患者とその家族である。患者について、認知症や精神的な病気が強く疑われる者、構成的面接法で回答出来ない者、医師の判断により不相当と判断された者は除外した。家族に関しては、認知症や精神的

な病が強く疑われる者、構成的面接法で回答出来ない者、質問紙を読み回答できない者は、除外した。

患者には外来受診時の診察前の待ち時間に研究協力を依頼し、個別に外来の患者指導室にて5分程度の構成的面接法を実施した。調査内容は、基本属性として性別、年齢、治療内容(食事療法・運動療法・薬物療法)、罹患期間、家族構成、家族の中での一番の支援者を尋ねた。カルテからは、HbA1c値、糖尿病のタイプ、罹患期間、三大合併症の有無の情報を得た。患者の受診に同行した家族には、患者への構成的面接法の終了後、個別に外来の患者指導室・診察室等にて、5分～10分の構成的面接法を実施した。同行しない家族については、患者の調査時に家族への質問紙を配布し、研究者に返送する郵送法を用いた。

家族への調査内容は、独自に作成した患者の「治療への支援の程度」、「支援期間」、「支援ストレス」、「治療への関心の程度」に関する項目である。「治療への支援の程度」は「非常にする」、「かなりする」、「割にする」、「少ししかしない」、「全くしない」、支援ストレスは、「非常にある」、「かなりある」、「割とある」、「ほとんどない」、「全くない」、「治療への関心の程度」は、食事療法・運動療法・薬物療法各々において「非常にある」、「かなりある」、「割とある」、「ほとんどない」、「全くない」の5件法を用い回答を求めた。得点が高くなるほど、その程度は高くなる。「支援期間」については、年単位の数値の記入を求めた。

5. 分析方法

各項目について単純集計を行い、全体および家族の支援あり群での分析を行った。正規分布の確認のため Shapiro-Wilk 検定を用い、正規分布が認められなかったため、ノンパラメトリック検定を用いた。「治療への関心の程度」と「治療への支援の程度」との関係は、スピアマンの順位相関係数を用いた。「支援ストレス」の関連要因については、スピアマンの順位相関係数を行った後、「支援ストレス」の「ほとんどない」～「非常にある」を「ストレスあり群」、「全くない」を「ストレスなし群」の2値名義変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。「HbA1c 値」の関連要因は、スピアマンの順位相関係数を行った後、糖尿病合併症抑制のために推奨される治療目標である血糖コントロールの目標値 7.0%未満(日本糖尿病学会, 2020)を「低値」、7.0%以上を「高値」とした2値名義変数の二項ロジスティック回帰

分析を行った。統計ソフトは SPSS Statistics Ver. 25 for Windows を用い、統計的有意水準は両側 5%未満とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、X大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認後、調査を開始した(承認番号: 28 看護修第 11 号)。調査依頼した施設、患者と同行した家族には、研究の概要、個人情報保護、参加への自由意思、カルテから得る情報等を文書、口頭にて説明し、同意を得た。同行しない家族には、同意説明文を文書にて説明し、質問紙の返送をもって同意を得た。調査により得られた個人情報は、匿名性を確保し、患者とその家族は連結可能にした。

III. 結果

本研究では、196名の患者とその家族に質問紙を依頼し、117名から同意が得られた。家族の質問紙が無回答であった2名を除外し、115名(58.7%)を有効回答とし研究対象とした。

1. 全体について

患者と家族の概要は、表1に示した。家族の治療への支援の程度で「非常にする」から「少ししかしない」と回答した者を支援あり群、「全くしない」とした者をなし群とした。ありと回答した者は95名(82.6%)、なしと回答した者は20名(17.4%)であった。

1) 家族における「治療への関心の程度」と「治療への支援の程度」

表2に示した通り、全体での「食事療法、運動療法、薬物療法の治療への関心の程度」とそれぞれの「治療への支援の程度」との間に有意な相関があった(食事療法 $r=.41$, $p<.01$; 運動療法 $r=.41$, $p<.01$; 薬物療法 $r=.22$, $p<.02$)。

2) 「支援ストレス」と関連要因

表3に示した通り、全体での「支援ストレス」と、「HbA1c 値」、「治療への支援の程度(食事)・(運動)・(薬物)」、「支援期間(食事)・(運動)・(薬物)」との間に有意な相関があった(HbA1c 値 $r=.27$, $p<.01$; 支援の程度(食事) $r=.37$, $p<.01$ ・(運動) $r=.22$, $p<.02$ ・(薬物) $r=.25$, $p<.01$; 支援期間(食事) $r=.19$, $p<.04$ ・(運動) $r=.29$, $p<.01$ ・(薬物) $r=.20$, $p<.04$)。しかしながら、罹患期間、合併症の有無、患者の年齢、家族の年齢との間に有意な相関がなかった。

表1. 患者と家族の概要

全体 (N=115)					家族支援あり(N=95)			家族支援なし(N=20)		
項目	区分	n	%	平均値(SD) 中央値 (範囲)	n	%	平均値(SD) 中央値 (範囲)	n	%	平均値(SD) 中央値 (範囲)
患者の特性										
性別	男性	70	60.9		63	66.3		7	35.0	
	女性	45	39.1		32	33.7		13	65.0	
年齢				67.9 (12.4) 69(37.0-93.0)			67.4(12.2) 68(37.0-93.0)			71.3(14.0) 73(45.0-96.0)
糖尿病										
型	I 型	11	9.6		9	9.5		2	10.0	
	II 型	104	90.4		86	90.5		18	90.0	
罹患期間				14.0 (9.2) 14(1.0-40.0)			14.0(9.2) 12(1.0-40.0)			12.7(9.0) 13(1.0-30.0)
治療法	非インスリン	91	79.2		77	81.1		14	70.0	
	インスリン	24	20.8		18	18.9		6	30.0	
HbA1c				6.8 (0.96) 6.8(4.7-11.0)			7.0(0.96) 6.8(4.7-11.0)			6.9(SD0.95) 6.8(5.6-9.0)
合併症	なし	46	40.0		42	44.2		4	20.0	
	あり	69	60.0		53	55.8		16	80.0	
家族の特性										
性別	男性	38	33.0		21	22.1				
	女性	77	67.0		74	77.9				
年齢				61.2(11.2) 61(27.0-84.0)			57.4(18.6) 60(27.0-82.0)			
支援者	妻				52	54.7				
	夫				16	16.8				
	嫁				10	10.5				
	娘				8	8.4				
	息子				3	3.2				
	その他				6	6.4				

表2. 家族における治療への関心の程度と治療への支援の程度

全体(N=115)						
	平均値(SD)	中央値		平均値(SD)	中央値	相関係数
食事	3.16 (1.01)	3	食事	2.96(1.30)	3	0.41**
関心 運動	3.20(1.01)	3	支援 運動	2.04(1.25)	2	0.41**
薬物	2.90(1.05)	3	薬物	2.02(1.40)	1	0.22*
家族支援あり(N=95)						
食事	3.37(0.93)	3	食事	3.29(1.16)	3	0.23**
関心 運動	3.36(0.93)	3	支援 運動	2.25(1.26)	2	0.33**
薬物	3.03(1.02)	3	薬物	2.23(1.45)	2	0.16

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

表3. 支援ストレスおよびHbA1c値との相関

全体(n=115)												家族支援あり(n=95)													
		HbA1c	罹患 期間	合併症 有無	家族からの支援									HbA1c	罹患 期間	合併症 有無	家族からの支援								
					程度			期間			程度						期間								
					食事	運動	薬物	食事	運動	薬物	食事	運動	薬物				食事	運動	薬物						
支援 ストレス	相関 係数	.27**	.11	-.06	.37**	.22*	.25**		.19*	.29**	.20*	.30**	.10	-6.00	.22*	.10	.13		.16	.11	.06				
HbA1c	相関 係数		.20*	.13	.08	.04	-.10		.15	.02	.01		.21*	.05	.10	.06	-.11		.15	.03	.01				
** $p<.01$ * $p<.05$																									

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

表4. 支援ストレスと関連要因

	全体 (N=115)				家族支援あり(N=95)			
	Wald	OR	95%CI	p	Wald	OR	95%CI	p
HbA1c	3.08	1.57	.095-2.59	.08	3.96	1.72	1.01-2.94	.047*
罹患期間	0.69	0.97	0.91-1.04	.41	0.69	1.03	0.96-1.11	.41
合併症	2.57	0.39	0.13-1.23	.11	0.01	1.04	0.33-3.34	.94
支援程度(食)	4.09	1.72	1.02-2.92	.04*	1.04	1.32	0.77-2.27	.31
支援程度(運)	0.08	1.08	0.64-1.80	.78	0.65	1.27	0.71-2.26	.42
支援程度(薬)	0.01	1.03	0.66-1.60	.90	3.45	8.28	0.89-7.06	.06
支援期間(食)	5.54	1.08	1.01-1.16	.02*	5.59	1.09	1.01-1.16	.02*
支援期間(運)	0.22	1.02	0.93-1.13	.64	0.39	0.97	0.87-1.08	.53
支援期間(薬)	1.88	0.94	0.86-1.03	.17	2.02	0.93	0.86-1.23	.15

* $p < .05$, OR:オッズ比, 95%CI : 95%信頼区間

表5. HbA1cと関連要因

	全体 (n=115)				家族支援あり(N=95)			
	Wald	OR	95%CI	p	Wald	OR	95%CI	p
罹患期間	3.87	1.06	1.00-1.12	.049*	4.38	1.04	1.00-1.15	.04*
合併症	0.40	1.38	.051-3.74	.53	0.03	0.90	0.30-2.69	.85
支援程度(食)	0.002	0.99	0.65-1.52	.96	0.19	1.12	0.69-1.80	.66
支援程度(運)	2.49	1.44	0.92-2.27	.11	2.84	1.51	0.94-2.45	.09
支援程度(薬)	2.34	0.74	0.51-1.09	.13	1.85	0.76	0.52-1.13	.17
支援期間(食)	0.03	1.01	0.95-1.07	.88	0.001	1.00	0.94-1.10	.98
支援期間(運)	2.19	0.93	0.85-1.23	.14	1.54	0.94	0.86-1.04	.21
支援期間(薬)	0.33	1.02	0.95-1.11	.56	0.12	1.01	0.94-1.10	.73
支援ストレス	8.88	1.68	1.11-2.56	.001**	4.50	1.58	1.04-2.41	.03*

** $p < .01$ * $p < .05$, OR:オッズ比, 95%CI : 95%信頼区間

次に、「ストレスあり群」、「ストレスなし群」の2値名義変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果は、表4に示した通り、「食事の支援期間」、「食事療法の支援の程度」が有意であった(食事の支援期間 Wald=5.54, $p=.02$, OR=1.08, 95%CI=1.01-1.16; 食事療法の支援の程度 Wald=4.09, $p=.04$, OR=1.72, 95%CI=1.02-2.92)。

3) 「HbA1c 値」と関連要因

表3に示した通り全体において、「HbA1c 値」と「罹患期間」のみとの間に弱い相関があった($r=.20$, $p=.03$)。が、治療への支援の程度、支援期間、罹患期間、合併症の有無、患者の年齢、家族の年齢との間に有意な相関がなかった。次に「HbA1c 値」について、「低値」、「高値」の2値名義変数の二項ロジスティック回帰分析の結果は、表5に示した通り、「支援ストレス」と「罹患期間」が有意であった(支援ストレス, Wald=8.88, $p<.01$, OR=1.68, 95%CI=1.11-2.56; 罹患期間, Wald=3.87, $p=.049$, OR=1.06, 95%CI=1.00-1.12)。

2 患者を支援している家族について

患者を支援している家族95名(82.6%)を分析の対象とした。

1) 家族における患者の「治療への関心の程度」と「治療への支援の程度」

表2に示した通り家族支援あり群において、「治療への関心の程度」と「治療への支援の程度」との間に有意な相関があったのは、食事療法と運動療法であった(食事療法 $r=0.23$, $p=0.02$; 運動療法 $r=0.33$, $p<.01$)。

2) 「支援ストレス」との関連要因

表3に示した通り家族支援あり群において、「支援ストレス」と「食事療法の支援の程度」との間に有意な相関があった(HbA1c 値 $r=.30$, $p<.01$; 支援の程度(食事)

$r=.22$, $p=.03$)。しかしながら、「支援の程度」(運動・薬物)、「支援期間」、「罹患期間」、「合併症の有無」、「患者の年齢」、「家族の年齢」との間に有意な相関がなかった。次に、「ストレスあり群」、「ストレスなし群」の2値名義変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果は、表4に示した通り、「食事療法の支援期間」と「HbA1c 値」が有意であった(食事療法の支援期間, Wald=5.59, $p=.02$, OR=1.09, 95%CI=1.01-1.16; HbA1c 値, Wald=3.96, $p=.047$, OR=1.72, 95%CI=1.01-2.94)。

3) 「HbA1c 値」との関連要因

表3に示した通り家族の支援あり群において、「罹患期間」との間のみに有意な相関があった($r=.21$, $p=.04$)

が、「治療への支援の程度」、「支援期間」、「罹患期間」、「合併症の有無」、「患者の年齢」、「家族の年齢」との間に有意な相関がなかった。

次に「高値」、「低値」の2値名義変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果は、表5に示した通り、「支援ストレス」、「罹患期間」が有意であった(支援ストレス, Wald=4.50, $p=.03$, OR=1.58, 95%CI=1.04-2.41; 罹患期間, Wald=4.38, $p=.04$, OR=1.04, 95%CI=1.00-1.15)。

IV. 考 察

本研究では、糖尿病患者を支援する家族のストレスに重要な関連要因について、考察する。

1. 糖尿病患者と患者を支援する家族

本調査の患者(115名)は、60%が男性で、平均年齢は67.9歳と高齢であり、90%が2型糖尿病患者であった。平均罹患期間は14年、HbA1c 値の中央値は6.8%であり、三大合併症のいずれかの合併症を60%の者が持っており、国内の調査や研究等と類似していた(厚生労働省 a, 2019)。家族の支援のある患者(95名)も同様に66.3%が男性であり、HbA1c 値の中央値は6.8%、53名(55.8%)が合併症を持っており、平均罹患期間は全体と同様に14年であった。この結果から、罹患期間が平均10年以上と長く、半数以上の患者が合併症を発症しているが、合併症を予防するためのコントロールの目標 HbA1c 値 7.0%未満(日本糖尿病学会, 2020)の患者であった。継続的な血糖コントロールの維持を目指して、現在は、家族の支援を受けて定期的に受診している患者の特徴がみられた。

患者の家族は、67.0%が女性であり、平均年齢は61.2歳であり、支援あり群の家族では、77.9%が女性で平均年齢は57.4歳であった。家族の内訳は、妻52名(54.7%)、嫁10名(10.5%)、娘8名(8.4%)、その他6名(3.2%)であった。支援あり群、支援なし群ともに女性の割合が多いこと、特に支援あり群においてその傾向が顕著で、家族の年齢が若いのは、糖尿病に限らず本邦における介護者の構成割合が女性に偏っており、続柄が配偶者、子、子の配偶者の順に多い傾向(厚生労働省 b, 2019)が反映されたものと考ええる。また、高倉他(2009)によると、糖尿病治療への家族支援の特徴として、男性患者に対する女性の支援では、三度の食事に関する支援が多く、女性の方が食事療法を実行していたと報告している。このような背景から、糖尿病患者を支援する家族に

についての知見は乏しいが(橋本他, 2017), 山本他(2006)の調査と同様に, 今回, 家族の支援者に女性が多くを占めていたと考えられる。本調査の男性の支援者は, 夫16名(16.8%), 息子3名(3.2%)と少なかった。高倉他(2009)は, 男性の支援者には, ストレスの解消を求める傾向があるとしていることから, 今後は男性支援者の検討の必要性が示唆された。

2 支援ストレスに関連する要因

本研究の結果から, 患者を支援する家族の食事療法, 運動療法への関心の程度が高くなるほど, 食事療法, 運動療法への支援への程度も高くなったが, 支援の程度はストレスに重要な関連要因ではなかった。しかし, 食事療法の支援の期間が長くなり, さらにHbA1c値が高くなると, 支援ストレスの上昇が明らかになった。

糖尿病患者の診療ガイドライン(日本糖尿病学会, 2019)によると, 糖尿病患者にある程度支援している家族は67.7%であり, その中の56.9%家族が支援を負担であると回答している。本調査の結果では, 支援している家族にとり支援の程度は明らかな重要なストレス要因ではなかった。しかし, 食事療法の支援期間が1年長くなると支援ストレスは1.09倍に上昇し, 支援期間が長くなるほど家族の支援ストレスに重要な要因になっていくことが示された。食事療法は糖尿病患者の治療には重要不可欠であり(糖尿病治療ガイド, 2020), 家族は日々の生活の中で, 毎日患者のカロリーに応じた1日3度の献立を考え患者を支援している。荒木他(1995)によると, 特に老年患者の食事療法は, 家族に依存するところが多いとされている。また, 患者の平均年齢が60歳代後半の高齢者であり, 高齢の介護者のうち40%以上が何らかの健康不安を抱えていることから(堀田・奥野・深作・柳, 2010), 一層家族の支援の負担があったと考える。家族が患者への支援を継続していく経過の中で, ストレスが高くなっていくことが明らかになった。

罹患期間に関して中川他(2014)は, 栄養指導における糖尿病改善効果は, 罹患期間が長くなるほど得られ難いと指摘しており, 本調査でも罹患期間が1年長くなると, HbA1c値は全体で1.06倍, 支援あり群で1.04と上昇した。罹患期間と支援ストレスとの間に関係はなかった。罹患期間が長くなるとHbA1c値が高くなるのは, 治療への動機づけが低くなり, 自己管理行動の継続が難しくなるからなのか, 今後検討しなければならない。

支援ストレスとHbA1c値の関連性について, 支援あり群ではHbA1c値が1%上昇すると, 支援ストレスは1.72倍に上昇した。この結果は, 山本他(2007), 麻他(2012)の患者へ支援をしている家族は, 食事管理や血糖コントロール不良がストレスにつながるという先行研究の結果から説明することができる。さらに, 高倉他(2009)の同居している家族に患者が期待する支援は, 食事療法への強い支援希求であるとされ, 本調査でも, 家族は患者の支援希求に答えようと努力し, 患者も治療を遵守しようとする気持ちがあるがゆえに, 血糖コントロールが不良になると, 今までの努力の成果が表れず支援ストレスは増大すると推測された。また, 家族が支援しようとしても, 患者が支援に答えようと治療の遵守をしない場合のストレスの増大も考えられた。これらのことから, Tsiouli et al. (2013)の家族のストレスが強くなるほど, 血糖コントロールは悪化したという結果と同様に, 支援あり群では, 支援ストレスが1点上昇するとHbA1c値は1.58倍上昇し, 支援ストレスの上昇は, 患者のHbA1c値の上昇に重要な要因であった。支援ストレスとHbA1c値は相互に関連性を認め, 支援ストレスは食事療法の支援期間が長くなると上昇し, HbA1c値も高くなった。高くなるHbA1c値は, 支援ストレスを上昇させた。HbA1c値の良好なコントロールが, 家族の支援ストレスの軽減に, 支援ストレスの低下がさらにHbA1c値の改善につながるということが明らかになった。

合併症については, 合併症を発症すると家族のストレスは増大した(健康日本21推進フォーラム・サノフィ, 2013)という結果から, 合併症と家族の支援ストレスは関連性があると推測されたが, 本調査では関連はみられなかった。支援ストレスが増大するのは合併症の発症時であり, 本調査の対象者は罹患期間が長く, 既に合併症を発症した患者が60%と多くみられたため, 関連要因として抽出されなかったのではないかと考える。

3 患者を支援する家族のストレスに対する看護への示唆

本調査から, 支援ストレスとHbA1c値との間に相互の関連性があり, 支援ストレスはHbA1c値を高くし, 高くなるHbA1c値は支援ストレスを上昇させた。麻他(2012)の指摘と同様に血糖コントロールに家族は責任や不安を感じており, 支援しているにも関わらず, 血糖コントロールの悪化は家族にストレスを生じさせている。そのために, 患者への支援に家族は戸惑いを感じ, 動機づけが

低くなり、これまでのように支援が円滑にできなくなったり、中断したり等、患者への継続的な支援に否定的な影響を与え、血糖コントロールが悪化しやすくなるのではないかと推察する。

また、本調査は、食事療法の支援期間が長くなると支援ストレスが上昇するという結果を明らかにした。長期的に食事療法の支援を行う家族には、面談の機会を通して家族から支援ストレスの有無、ある場合はその程度、具体的にストレスを生じさせている出来事や事象などを聞き取り、その支援ストレスを低減するための方法を患者および家族と共に話し合いながら見出すことが望ましいと考えられる。支援ストレスの上昇は、家族による患者支援のありかたに否定的な影響を与える可能性も考えられ、支援ストレスの低減により、患者への支援が再び継続されるようになれば、HbA1c 値の改善が期待できると考えられる。

Hoffman(1981)によると、患者を含む家族同士は相互作用の関係にあり、ひとつの複合体としてのシステムを形成している。このように考えると、面談時における看護師の果たす役割は、家族の支援ストレスのアセスメントとともに、患者と家族との関係性がどのような状態にあるのか、例えば、情緒的親密性が高いのか、あるいは低いのか、それとも家族はそれぞれ情緒的な結びつきがなくばらばら状態でひとつのシステムを形成していないのか等を評価する。情緒的親密性が高い時、コミュニケーションも円滑であり、患者と家族間の情報も共有できるが、ばらばらの時は、円滑なコミュニケーションも難しくなり、患者と家族間の情報も共有できなくなると考えられる。それゆえ、家族間がどのような関係性にあるのか、その評価に応じた患者と家族のとの間の調整を図る支援が必要である。

しかしながら、糖尿病に罹患し外来通院する患者は、単独での来院が多く、本調査でも 80%以上が患者個人で受診していた。外来看護師は、患者の外来受診時の限られた時間の中で、患者の治療への思いや家庭で治療の取り組みについて、引き出すよう意図的に関わることで、患者にとって必要な支援を見出すことができるとしている(村上・梅木・花田, 2009)。患者が何を話したいのか、支援の必要があるのかを考えながら関心を持って聴くことにより、患者は看護師が話を聴き受け止めてくれたと思い、自尊感情が高まる。さらに問題解決のためには、患者の受診日以外の日常を問い、家族の関係等、プ

ライバシーの部分にも関わり情報を得る必要がある(石井・島田, 2017)。患者と家族の日常生活および関係性から家族の支援ストレスの状況をアセスメントし、家族の支援ストレスの軽減を図るには、外来受診時に患者から家族の支援状況の情報を得るとともに、治療法等の指導時に、家族との面談時間を設けるなどの工夫も求められる。

V. 研究の限界と今後の展望

調査は、一部の地域に限定された一般総合病院の内科外来、および診療所に通院している患者とその家族を対象とした、限られた地域、施設での調査であるため、データに偏りがないとは言いがたく、一般化には至らない。また、支援あり群となし群に分類したが、支援なし群の母数が少なく統計的な検討ができなかった。先行研究から示された患者の治療への支援に対する家族のストレスに焦点をおいており、ストレスとの関連因子を明らかにするための質問項目を先行研究の結果をもとに抽出したため、ストレスに関連する一部の要因の限定された質問内容であった。今後は、自由記述法を用いるなどストレスを広く抽出していく必要がある。さらに、血糖コントロールは、家族との協同作業であるため(石井, 2000)、同居する家族との関係性からもストレスに与える影響があると推測され、今後の課題である。

付 記

本研究における開示すべき利益相反関連事項はない。

著者資格

I.A は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析、論文の作成のプロセス全体に貢献した。H.A は、研究の構想および論文の作成に貢献した。K.K はデータ分析・解釈、論文作成に貢献した。全ての著者は、最終原稿を確認し、承諾した。

文 献

Alison E. Mellin, Dianne Neumark-Sztainer, Joan M. Patterson, (2004) : Parenting Adolescent Girls with Type 1 Diabetes: Parents' Perspectives, Journal of Pediatric Psychology, 29(3), 221-230.

- 荒木厚, 出雲祐二, 井上潤一郎他(1995): 高齢者糖尿病における糖尿病総合負担度スケール作成の試み, 日本高齢医学会雑誌, 32(12), 786-796.
- 麻美衣, 奥野美紀, 宇城靖子(2012): インスリン療法中の認知症を伴う高齢糖尿病患者の家族支援の実態調査, 日本看護学会論文集成人看護 II, 42, 11-14.
- Elina Tsiouli, Evangelos C. Alexopoulos, Charikleia Stefanaki, et al. (2013): Effects of diabetes-related family stress on gly-cemic control in young patients with type 1 diabetes, Canadian Family Physi-cian, 59(2), 143-149.
- 橋本塁, 嶋田洋徳(2017): 糖尿病患者とその家族における心理的負担感の特徴, ストレス科学研究, 32, 18-24, doi :
<https://doi.org/10.5058/stresskagakukenkyu.2017009>.
- 堀田 和司, 奥野 純子, 深作 貴子他(2010): 老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因, 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 33(3), 256-265, doi :
<https://doi.org/10.14442/generalist.33.256>.
- 伊波早苗(2013): さまざまな場における支援, 糖尿病患者と家族の問題に対する外来看護の実際 家族の力を引き出す支援, 家族看護, 11, (2), 46-51.
- 井上 玲子(2013): 【糖尿病患者と家族へのケア】ライフコースからみた糖尿病とともにある家族の体験, 家族看護 11(2), 16-22.
- 石井均(2000): 糖尿病の心理行動学的諸問題, 糖尿病, 43(1), 13-16.
- 石井佳子, 島田恵(2017): 外来患者の主体的な受療継続を支援する専門性の高い外来看護師の実践, 日本保健科学学会誌, 20(2), 53 - 62. doi :
<https://doi.org/10.24531/jhsaiih.20.2.53>.
- 健康日本推進フォーラム, サノフィ(2013): 2型糖尿病患者とその家族 1000 名に聞く「糖尿病に関する QOL 調査」, <https://www.sanofi.co.jp/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/Asia-Pacific/Sanofi-JP/Home/press-releases/PDF/2013/20130819.pdf?la=ja>, (検索日: 2020 年 7 月 20 日).
- 厚生労働省(2017): 平成 29 年患者調査の概況, (検索日: 2021 年 11 月 2 日)
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html>.
- 厚生労働省 a(2019): 令和元年国民健康・栄養調査結果の概要,
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000687163.pdf>, (検索日: 2021 年 12 月 26 日).
- 厚生労働省 b(2019): 国民生活基礎調査の概況, IV介護の状況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/>, (検索日: 2021 年 12 月 26 日).
- Lazarus.R.S.& Folkman.S/本明寛, 春木豊, 織田正美 監訳(1984/1991): ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究—, 161-181, 実務教育出版, 東京.
- Lynn, Hoffman(1981): Foundations of family therapy : a conceptual framework for systems change, Therapie familiale, Gezinstherapie, Family Therapy, New York.
- 森田桂子, 森山美知子, 高見知世子(2007): 2 型糖尿病患者の家族における食事療法の協力体制形成過程, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 11(2), 157-165.
- 村上美華 梅木彰子, 花田妙子(2009): 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因, 日本看護研究学会雑誌, 32(4), 29-38. doi :
<https://doi.org/10.15065/jjsnr.20090331002>.
- 中川幸恵, 石川祐一, 渡辺啓子他(2014): 2 型糖尿病患者で観察される栄養指導効果に対する罹病期間並びに指導頻度の影響, 糖尿病, 57(11), 813-819, doi :
<https://doi.org/10.11213/tonyoby.57.813>.
- 長戸和子(2013): 糖尿病患者と家族のエンパワーメント, 家族看護, 11(22), 32-38.
- 中村敏史, 新井孝文, 野村翔他(2011): なぜ糖尿病患者は中断するのか?—治療中断の理由とその傾向—, 日本医療薬学会年会講演要旨集, 21, 176.
- 日本糖尿病学会(2019): 糖尿病診療ガイドライン 2019, 南江堂, 東京.
- 日本糖尿病学会(2020): 糖尿病治療ガイド 2020-2021, 文光堂, 東京.
- 杉原陽子, 杉澤秀博, 中谷陽明他(1998): 在宅介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響, 日本公衆衛生雑誌, 45(4), 320-335.
- 鈴木和子, 渡辺裕子(2017): 家族看護学理論と実践第 4 版, 28, 日本看護協会出版会, 東京.
- 高倉奈央, 中新由佳理, 矢野香代(2009): 糖尿病療養者に対する家族支援の実態, 川崎医療福祉学会誌, 18(2), 485-490. doi : <https://doi.org/10.15112/00013032>.

- 魚里明子(2013)：現代社会および家族機能の変容にともなう糖尿病患者と家族の現状, 家族看護, 22(11), 6-15.
- 山本宗子, 江尻富左枝(2006)：高齢糖尿病患者の家族指導および支援の効果, 日本看護学会論文集 老年看護 37, 218-220.

Related Factors In Family Stress Supporting Diabetics

Ikuko Aoki¹⁾, Hisako Adachi²⁾, Kazunari Kobayashi²⁾

Abstract : This study examined factors related to the stress of families supporting outpatients with diabetes. Interviews were held with families who accompanied the outpatients, a questionnaire survey was administered to families who did not accompany the outpatients, and answers were collected from 115 families. In families who supported the patients' medical treatment (n = 95), there was a relationship between the families' degree of interest in diet therapy and their level of support, but no relationship was observed between their level of support and their level of stress from support. However, when the duration of diet therapy support was prolonged, the patients' hemoglobin A1c (HbA1c) level increased, and consequently, the families' level of stress from support increased, and in turn, the increase in the families' level of support raised the patients' HbA1c level. Thus, the families' level of stress from support interacted with the patients' HbA1c level. It was found that controlling the patients' HbA1c level decreased the families' level of stress from support, which in turn improved the patients' HbA1c level. For the families who had provided diet therapy support for a long time, it was found to be necessary to decrease their level of stress from support through such measures as dietary instruction.

Key words : diabetes, family support, stress

¹⁾ Faculty of Nursing & Rehabilitation, Chubu Gakuin University

²⁾ Nursing Course, Gifu University School of Medicine

【研究報告】

「排泄ケア」プログラムから得られた看護学生の学び

魚住 郁子¹⁾, 水野 郁子¹⁾, 竹下 美恵子¹⁾, 社本 生衣¹⁾,

佐野 亜由美¹⁾, 中島 美奈子¹⁾

要旨:【目的】学生が排泄ケアを受ける患者を理解し、思いを尊重した看護介入の方法を考えることができるよう「排泄ケア」に関する講義・演習を実施した。その結果、学生が得た学びを明らかにすることを目的とする。

【方法】「排泄ケア」に関する講義・演習を履修した80名中、研究同意が得られた57名を対象とした。データは、学生が記述した「排泄ケアの講義・演習から学んだこと」のレポートである。分析方法は、質的帰納的方法を用いた。

【結果】排泄ケア演習受講後、学生が記述した学びに関する記述数は、387コードであった。学びに関する記述を分析した結果、1. ケアを受ける患者の思いへの気づき、2. 具体的な看護実践への示唆の2つに大別することができた。

【考察】学生は、患者役、看護師役からの体験による気づきから、ケア提供者として自らの学びを深め、そのことを契機に患者の思いを尊重した看護実践への示唆を得ていたと言える。

キーワード: 排泄ケア, 看護学生, 学び, ロールプレイング

I. 緒 言

排泄は人間の生理的欲求の一つであり、文化的背景や生活様式のなかに組み込まれた個別化されたものである。排泄行動自体は、個人の自立した行為であり、誰もが「排泄だけは自立したい」と考えている。しかしながら、患者は疾病や、障害により通常の排泄行動が営めなくなり、看護職による排泄ケアを受けることを余儀なくされる。看護職からの排泄ケアを受ける患者の思いに関して、黒田(1997)は「排泄援助を受けるということは、羞恥心を伴い、個人の自立を妨げ、結果として自尊心の低下を引き起こすことにつながりやすい」と述べている。したがって看護職は患者のその時々を察して、可能な限り、個別化されたケアを行う必要がある。また、排泄の自立にむけて患者のもてる力を最大限に発揮できるようなケアを考えなければならない。

しかし、実際のケアの場に目を向けると、患者への不必要なおむつ装着、快適とは言えない交換のタイミングなど個別化されたケアとは言い難く、課題が山積している。さらに、排泄ケアに関する先行研究では、患者に不快感を与える要因の多くが看護職にあると指摘されている(鯨岡・鈴木・木田・漆野, 2005)。また、そうした現状の背景に看護職の患者の思いへの意識の低さ等が指摘されている(嶋添・村上・大城, 2008)。そのため、看護基礎教育においても、排泄ケアを受ける患者の思いを考

えながら、個別性を重視した援助方法を考えることができるよう看護学生を支援していく必要がある。一方、看護基礎教育の対象者である看護学生(以降、学生とする)は、核家族化、少子化の中で育ち、排泄ケアを必要とする患者をイメージすることが難しい状態にある。そうした状況に対応するべく、看護基礎教育における看護技術教育の1つとして、現実感あふれる状況設定の中で学生が体験しながら学ぶことができるよう、状況設定に基づいたロールプレイングがある。この技法は、現実にかかる場面を想定して、それぞれ役を演じ、疑似体験を通じて、ある事柄が実際に起こったときに適切に対応できるようにする学習方法の1つである。

これらの指摘を基に、基礎看護技術の科目、「排泄ケア」講義・演習(以降、排泄ケアプログラムとする)の単元で患者の理解の促進、患者の立場に立った看護技術の実践への思考を育てるため、排泄ケアを要する青年期の患者を想定したロールプレイングを実施した。本研究では、「排泄ケア」プログラムから、学生が修得した学びを明らかにすることを目的とする。本研究で得られた結果は、排泄ケアにおける講義・演習の評価・改善の一助となり、臨地実習および、卒業後臨床看護師として看護を実践する際に適応することができ、患者に質の良いケアの提供につながる可能性がある。

II. 目 的

ロールプレイングを基にした「排泄ケア」プログラムを受講した後に、学生が記述したレポートから修得した学びを明らかにすることである。

III. 用語の定義

1. 学び

佐伯(1975) はわかるとは、「その時点でわかる限り、真理とされうるものでよく、理論的にスジが通っている」という意味であると記述している(p. 41)。さらに川口・佐藤(2013)らは、「看護技術を習得するには、患者の状態や状況を捉える力、そのために学んだ援助技術をどのように患者にあわせられるかを考えていく力が求められる」と述べている(p. 141)。それらの先行研究を基に、本研究において「学び」とは、分かること、そして、看護実践にどう活かしていくかを考えることと定義した。

2. デジタルストーリー

須曾野・井川・鏡・下村(2010)は、デジタルストーリーを絵画、画像を用いた物語であると定義している。須曾野他(2010)の記述をもとに、本研究では、デジタルストーリーとは、デジタル機器を用いて、音楽にのせた静止画を映像にした物語と定義した。

IV. 方 法

1. 研究対象者

研究対象者はA 大学、医学部、看護学科において1年次に基礎看護技術(日常生活援助)を履修し、2年次に基礎看護技術のなかで「排泄ケア」プログラムを受講した80名中、研究同意が得られた57名である。年齢は、19歳から22歳。その中に、過年度生は見当たらなかった。

2. 調査時期

平成30年4月から、同年12月まで

3. データの分析

本研究のデザインは質的探索型研究であり、データは、学生が記述した「排泄ケアの講義・演習から学んだこと」のレポートである。「学び」が記述されている1文章を最小単位として抽出し、データの分析には、質的帰納的方法を用いた。内容を分類整理し、項目はできるだけ学生が用いている言葉に則った。データの意味を読み取ってコード化し、さらに共通性に基づいてサブカテゴリー、カテゴリー化した。分析の妥当性については、

研究者間で、繰り返し検討した。

4. 基礎看護学における「排泄ケア」に関する演習の概要

平成30年4月24日から5月25日までの間の16時間を「排泄ケア」プログラムに要した。

1)A 大学医学部看護学科における「排泄ケアプログラム」の位置づけ

A 大学医学部看護学科では、2年次に基礎看護技術Ⅱ、2単位(60時間)の必須科目を設けている。この科目は、基礎看護技術のうち、生体管理機能技術、診療の補助を中核に置く。そのため、看護の対象である人間の個別性を捉え、何よりも、安全・安楽に留意した看護技術を提供することができるよう学習することを目的としている。

そのうち、「排泄ケアプログラム」に関する講義・演習は、90分×8回(16時間)で構成した。「1. 排泄ケアを受ける患者の思いを理解する」「2. 看護実践に必要な基本的知識に基づき、患者にあった排泄援助技術の方法を学ぶことができる」「3. 安全・安楽に留意した援助方法を学ぶことができる」の3点を目標としてあげた(表1)。

第1段階では、排尿、排便のメカニズムに関する講義に加え、自らの日常生活における「排泄」に関する記録を事前課題として課し、観察の視点が明確になるようにした。

第2段階では、排泄の援助を受ける患者の理解の促進を目的とした。現実感あふれる状況を学生が感じ取ることができるようシナリオを基に作成したデジタルストーリーを視聴させた(図1)。学生は、排泄の援助に必要な患者の心理的負担について、グループ討議した。さらに、個人ワークとして、床上排泄、オムツのあてかた、導尿などの方法を考え、演習記録用紙に記述した。個人で記述したものを基に、グループワーク(4名/1グループ)を介して、よりよい方法を検討し、グループの演習計画用紙に仕上げていった。

第3段階では、事例にあった具体的な援助方法を立案した演習計画に基づき、ロールプレイングを基に実践する。演習項目にある技術が終了する度に患者役、看護師役を演じての振りかえる時間を設けた。また、教員は、2から3グループを担当し、「なぜ」「どうするとよいか」等の発問にとどめ、学生の主体性を尊重した。

2)デジタルストーリーの作成

イメージ化が図れるよう事例は、学生と同世代の青年期の女性（22歳）とした。発熱精査で入院。床上排泄を余儀なくされる状態を設定した。時間経過とともに、便秘などの状況を追加した（表2）。それを基にシナリオを作成した。B子役、看護師役などは、教員が演じた。デジタルカメラで撮影した静止画像を、パワーポイント2018を活用し、音楽を挿入して作成した。使用した音楽は、著作権フリー音楽を用いた。尚、図1に示した「デジタルストーリーの一例」では、個人情報の保護の観点から、提示はイラストとした。

5. 倫理的配慮

研究への参加協力は、学生の自由意思を保証するため、単位認定終了後、説明の場を設けた。研究協力に関しては、研究の目的、方法、匿名性を守ること、研究の参加の是非は、評価と関係のないこと等を文書と口頭で説明をした。レポートに関しては、提出後に一旦返却し、氏名を切り取ったものを提出するようにしたことで匿名性を保った。また、本研究におけるデータの収集は、単位認定後に実施した。尚本研究は、岐阜大学医学系研究科倫理委員会の承認を得てから開始した（承認N029-450）。

表1 排泄ケアにおける教育目標と学習項目

単元/目標 排泄ケア：90分×8回(16時間)		
1. 排泄ケアを受ける患者の思いを理解する。 2. 看護実践に必要な基本的知識に基づき、患者にあった排泄援助技術の方法を学ぶことができる。 3. 安全・安楽に留意した援助方法を学ぶことができる。		
学習レベル	学習目標	習得する項目・技術
1段階	1-1) 尿・便の生成と排泄のメカニズムが理解できる。 1-2) 排泄障害とその原因・誘因が理解できる。 1-3) 自らの日常生活における「排泄」に関する記録から、観察の視点が分かる。	排泄・排便メカニズム 排尿・排便の変調の理解 排泄ケア実施時の感染防御策
2段階	2-1) 事例の病態と排泄ケアを必要とする状況の関連が分かる。 2-2) 排泄の援助を受ける患者の心理・社会的側面が理解できる。 2-3) 羞恥心に配慮した援助方法について考えることができる。 2-4) 事例の排泄のアセスメントから、支援すべき問題が明確にできる。	尿失禁アセスメント ボディイメージの変調 排泄が自立できないことに関する心理的負担 心理的負担への配慮
3段階	3-1) 事例にあった具体的な方法を明確にできる。 3-2) 立案した計画に基づき排泄援助場面のロールプレイングに活用できる。 3-3) 援助を考えるための情報収集に必要な学習資源を活用することができる。	トイレでの排泄援助 床上での排泄援助（尿便器） おむつのあてかた 導尿、浣腸など身体侵襲を伴う恐れのある援助

表2 患者の状況

事例：B子さん、女性、20歳代、大学4年生、保育士志望

＜入院までの経過＞大学4年生で、成績は優秀で、〇市早期募集枠5月の公務員試験に合格し、市の保育園での就職が内定している。発熱精査のため入院。

＜入院してからの経過と日常生活＞

発熱精査のため入院。倦怠感が強く、安静度はベッド上安静。排尿は、ベッド上で行うこととなった。**食事**は、セッティングのみでベッド上座位で摂食している。小食で、排せつを気にしてかあまり食事水分が進まず、そのため便秘傾向である。毎日、全身清拭を計画するが、羞恥心が強く「母親にしてみらうからいいです」という。「早くお風呂に入りたい」「髪をきれいにしたい」と言う。排泄は、尿はベッド上で実施している。車椅子を利用してトイレまで行きき。そのため、「トイレが大変でいや」と言っている。**衣生活**は、ドレス式の寝巻を着用している。「今卒業にむけてテストとか、卒論とあるのに・・・なんでこんな大事な時に・・・」と話す。

入院時検査データ

【血液一般・生化学】

検査項目	値
WBC	10000/mm ³
RBC	298×10 ⁴ /μℓ
Hb	9.6g/dℓ
Ht	29.60%
Plt	20.5×10 ⁴ /μℓ

【尿検査】

検査項目	値
尿比重	1.026
ブドウ糖	(－)
蛋白	(－)
潜血	(－)
ケトン体	(－)
ビリルビン	(－)

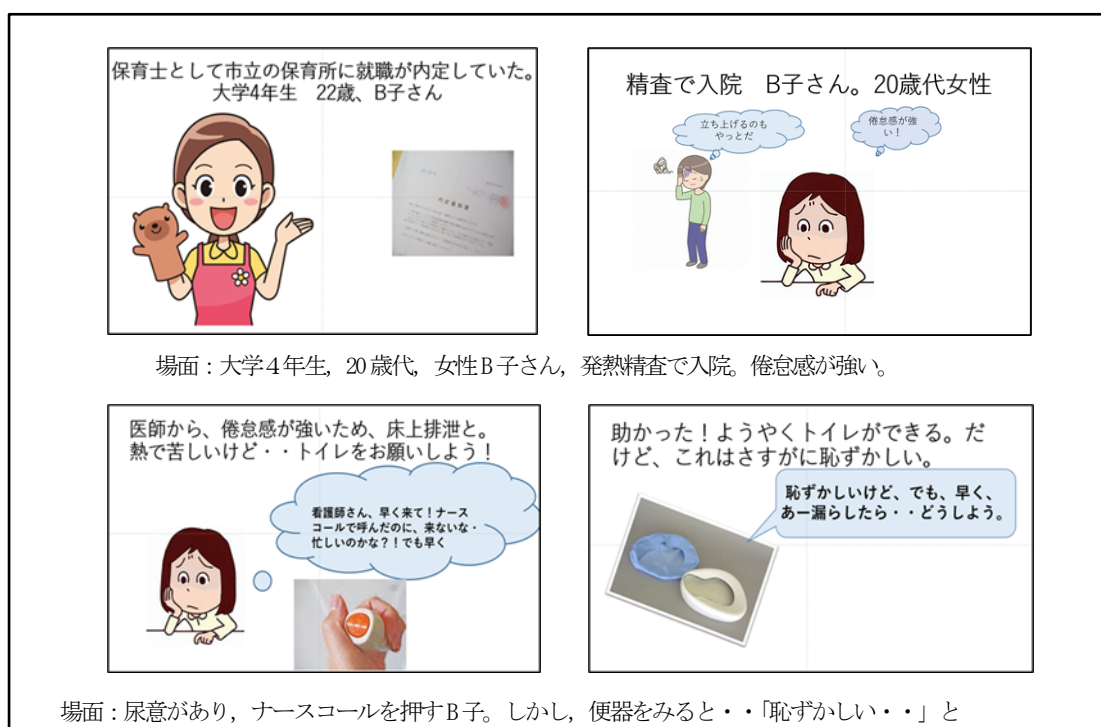


図1 デジタルストーリーの一例

V. 結果

「排泄ケア」プログラム終了後、学生が記述した学びに関する記述数は、387コードであった。本研究の学びの定義を鑑み、学びに関する記述を分析した結果、排泄

ケアを受ける患者の思いへの気づきと具体的な看護実践への示唆の2つに大別することができた(表3, 4)。さらに、文中にコアカテゴリーを『 』, カテゴリーを

【 】, サブカテゴリーを< >, コードを「 」で示した。

排泄ケアを受ける患者の思への気づきは、3 コアカテゴリー、7 カテゴリー、18 サブカテゴリーから構成された。コードは255 抽出された。

さらに、具体的な看護実践への示唆は、3 コアカテゴリー、6 カテゴリー、15 サブカテゴリーで構成され、コードは132 抽出された。

1. 排泄ケアを受ける患者の思いへの気づき

『ケアを受ける患者の苦悩への気づき』『ケアを提供する看護師としての自己の姿勢と力量』『ケア提供者として学びを深める努力』の3つのコアカテゴリーを抽出することができた。なかでも、『ケアを受ける患者の苦悩への気づき』『ケアを提供する看護師としての自己の姿勢と力量』の2つのコアカテゴリーは相互に関連し、『ケア提供者として学びを深める努力』をすることに至っていた。

1) 『ケアを受ける患者の苦悩への気づき』

『ケアを受ける患者の苦悩への気づき』は、学生が、演習で患者役を体験する中で、排泄ケアを受けることへの辛さ等の心情を理解するとともに、患者の願いにも着目することの重要性を示していた。このコアカテゴリーは、【患者の立場に立つことで理解できた患者の苦悩】

【患者の願い】の2つのカテゴリーから構成された。

【患者の立場に立つことで理解できた患者の苦悩】は、<患者の立場に立つことで感じた羞恥心>、<思い通りにできないことへの辛さ>、<他者へ委ねることへの不安>から構成された。学生は、排泄ケアを受ける患者の苦悩を、「排泄ケアを受けることは恥ずかしい」、「時間、場所、方法など排尿、排便を思い通りにできないのは辛い」等と表現し、患者役を通じて、その学びを得ていた。

【患者の願い】は、演習から、排泄ケアを受ける患者の立場に立ち、<羞恥心への配慮を望む>、<安楽なケアを望む>、<適切な説明を望む>から構成されていた。学生は、患者が「最小限の露出にしてほしい」、「早く安全に実施してほしい」、「必要時静かに声をかけてほしい」等のニーズがあることを記述していた。

2) 『ケアを提供する看護師としての自己の姿勢と力量』

『ケアを提供する看護師としての自己の姿勢と力量』は、看護師役を担うことで、学生がケアを提供するうえで必要な知識、技術、態度の3側面の不足を実感してい

たことを示していた。このコアカテゴリーは、【未熟な看護技術への気づき】【患者を慮ることの重要性】【援助する側の戸惑い】のカテゴリーから構成された。

【未熟な看護技術への気づき】は、<不確実な手技・手順>、<安全・安楽に留意したケアが不足している>から構成された。学生は、自己の実施した排泄ケアを「手順や要領が分からないまま実施した」、「無理な体位をとらせてしまった」と振り返っていた。

【患者を慮ることの重要性】は、<思いを察することの重要性>、<排泄ケアの重要性>から構成された。学生は、看護師役を演じ、「患者の様々な思い、考えを感じとる」ことの重要性を記述するとともに、「個々の患者の思いを尊重しないケアは、QOLの低下を招く恐れがある」等と患者を慮ることの重要性を表現していた。

【援助する側の戸惑い】は、<排泄ケアの難しさ>、<未知の体験への戸惑い>から構成された。学生は、「無菌操作を含む複雑な技術を要し」ており、「排泄ケア自体が、患者に苦悩を与えるかもしれない」ことを十分考慮することの必要性を記述していた。学生は、「初めての体験」で「想像した以上に看護師の業務が多い」ことに戸惑いを示していた。

3) 『ケア提供者として学びを深める努力』

『ケア提供者として学びを深める努力』は、学生が能動的に学んだ結果、患者の理解が深まる過程を示した。このコアカテゴリーは、【アセスメントの重要性】【患者理解の深まり】のカテゴリーから構成された。

【アセスメントの重要性】は、<イメージ化を図る>、<根拠を考える>、<グループワークを活用する>、<情報収集の重要性>から構成された。学生は、「デジタルストーリーを見ることで、演習時にイメージ化」を図り、患者とのやり取りから情報を得ていた。そして、生じている事象の根拠を既習の知識である「解剖学的な知識を想起しながら、体位、方法を考えること」ができた。また、介入方法について<グループワークを活用する>ことで「自分が気づかないことをメンバーが発言してくれ、さらに学びが深まった」とグループメンバーとの相互作用の中で学びを得ていた。

【患者理解の深まり】は、<異なる立場からの学び>、<排泄ケア実施時の慣れへの警鐘>で構成されていた。学生は、患者の立場、看護師の立場を経験し、両者の思いが分かったことを「技術を高めながらいろんな事を、無菌操作とか、素早く実施する大変さと、患者側の

素直な恥ずかしさの両者を知ることができた」等と記述していた。さらに、患者の尊厳をなおざりにすることへの警鐘として「看護師は日々行うケアであるからこそ、慣れすぎてしまわないよう注意する必要がある」と記述していた。

2 具体的な看護実践への示唆

学生は、患者役、看護師役体験からの気づきから、『ケア提供者として学びを深める努力』を経て、『安全・安楽に留意した看護実践』『患者の自尊心を保つ看護実践』『患者の強みを活かす』ための具体的な実践方法を記述していた。

1) 『安全・安楽に留意した看護実践』

『安全・安楽に留意した看護実践』は、【安楽に留意した看護実践】【安全に留意した看護実践】のカテゴリーから構成された。

【安楽に留意した看護実践】は、＜適切な説明をする＞、＜動作・経済性を考慮した看護実践＞、＜痛みの軽減に努める＞、＜確実な看護技術の習得＞から構成された。学生は、状況に応じた丁寧な説明を「目的、方法等を分かりやすい言葉を使い、説明をする」と記述していた。また＜動作・経済性を考慮した看護実践＞に関しては、「物品を正確に準備すること、配置を考えてから始める」ことが、患者の疲労感を最小限にし、患者の安楽に留意することに繋がると解釈していた。また、導尿などの痛みを伴う援助については＜痛みの軽減に努める＞ための具体策として「口呼吸を促す」等の記述が示された。その一方で未熟な看護技術が安楽の変調をきたす恐れがあるという解釈をしていた。＜確実な看護技術の習得＞が患者へ安楽な技術を提供することに繋がると考え、「夏休みなどを利用して技術のレベルアップを図っていきたい」と具体的な方法を記述していた。

【安全に留意した看護実践】は、＜感染防御策の実践＞、＜転倒・転落を防ぐ＞から構成された。＜感染防御策の実践＞に関して、学生は、エプロン、マスク等の物品の着脱の順序、方法を具体的に記述していた。さらに、＜転倒・転落を防ぐ＞ために「ベッド柵の活用やベッドのストッパーをかける」等と看護の基本的な安全対策について記述していた。

2) 『患者の自尊心を保つ看護実践』

『患者の自尊心を保つ看護実践』は、【環境を整える】【患者への敬意を示す】のカテゴリーから構成された。

【環境を整える】は、＜羞恥心の軽減に努める＞、＜排泄しやすい雰囲気づくり＞から構成された。＜羞恥心の軽減に努める＞に関して、「カーテン、バスタオルやタオルケットで不必要な露出を避け」、「大きすぎない声で説明をする」と記述していた。＜排泄しやすい雰囲気づくり＞に関しては、「集中できるよう静かな環境を作る」「患者ひとりの時間、場所を作り、看護師は一時退室する」等と記述していた。

【患者への敬意を示す】は、感謝の意を伝え、ねぎらいの言葉をかけることであり、学生は「ケアの終了時にお疲れでした」等と敬意を示すことを記述していた。

3) 『患者の強みを活かす』

『患者の強みを活かす』は、患者の強みである能力に着目し、患者の意思決定に沿うケアの実践の具体例を示していた。このコアカテゴリーは、【患者の能力を活かす】【自己決定を促す】のサブカテゴリーから構成された。

【患者の能力を活かす】は＜自立・自律を促す＞、＜患者からの協力を得る＞、＜個別性に即した援助＞から構成された。学生は「患者の排尿パターンを把握し、トイレに誘導する」、「せめて、ポータブルトイレを用いてはどうか」、「下着の上げ下ろしなど自分でできることは行ってもらう」、「患者のADLを考慮し、健側に力を入れてもらい便・尿器を挿入する」等と記述していた。

【自己決定を促す】は＜患者と話し合う＞、＜患者の同意を得る＞から構成された。学生は、「患者さんとよく話し合いながらより良い方法を提案し、選択してもらう」、「患者の同意を得てはじめて、おむつ、尿取りパッド、便器、尿器の援助を行う」等と記述していた。

表3 排泄ケアを受ける患者の思いへの気づき 255コード

『コアカテゴリー』	【カテゴリー】	＜サブカテゴリー＞
ケアを受ける患者の 苦悩への気づき (116)	患者の立場に立つことで理 解できた患者の苦悩 (93)	患者の立場に立つことで感じた羞恥心 (55)
		思い通りにできないことへの辛さ (26)
	患者の願い (23)	他者へ委ねることへの不安 (12)
		羞恥心への配慮を望む (12)
		安楽なケアを望む (7)
ケアを提供する看護 師としての自己の姿 勢と力量 (68)	未熟な看護技術への気づき (24)	適切な説明を望む (4)
		不確実な手技・手順 (15)
	患者を慮ることの重要性 (24)	安全・安楽に留意したケアが不足している (9)
		患者の思いを察することの重要性 (15)
		排泄ケアの重要性 (9)
ケア提供者として学 びを深める努力 (71)	援助する側の戸惑い (20)	排泄ケアの難しさ (14)
		未知の体験への戸惑い (6)
	アセスメントの重要性 (62)	イメージ化を図る (22)
		根拠を考える (21)
		グループワークを活用する (10)
	患者理解の深まり (9)	情報収集の重要性 (9)
		異なる立場からの学び (6)
		排泄ケア実施時の慣れへの警鐘 (3)

*() の数字はコード数を示す

表4 具体的な看護実践への示唆 132コード

『コアカテゴリー』	【カテゴリー】	＜サブカテゴリー＞
安全・安楽に留意し た看護実践 (70)	安楽に留意した看護実践 (56)	適切な説明をする (20)
		動作・経済性を考慮した看護実践 (19)
	安全に留意した看護実践 (14)	痛みの軽減に努める (10)
		確実な看護技術の習得 (7)
		感染防御策の実践 (10)
患者の自尊心を保つ 看護実践 (31)	環境を整える (27)	転倒・転落を防ぐ (4)
		羞恥心の軽減に努める (22)
	患者への敬意を示す (4)	排泄しやすい雰囲気づくり (5)
		感謝の意を伝える (2)
		ねぎらいの言葉をかける (2)
患者の強みを活かす (31)	患者の能力を活かす (22)	自立・自律を促す (11)
		患者からの協力を得る (6)
	自己決定を促す (9)	個別性に即した援助 (5)
		患者と話し合う (5)
		患者の同意を得る (4)

*() の数字はコード数を示す

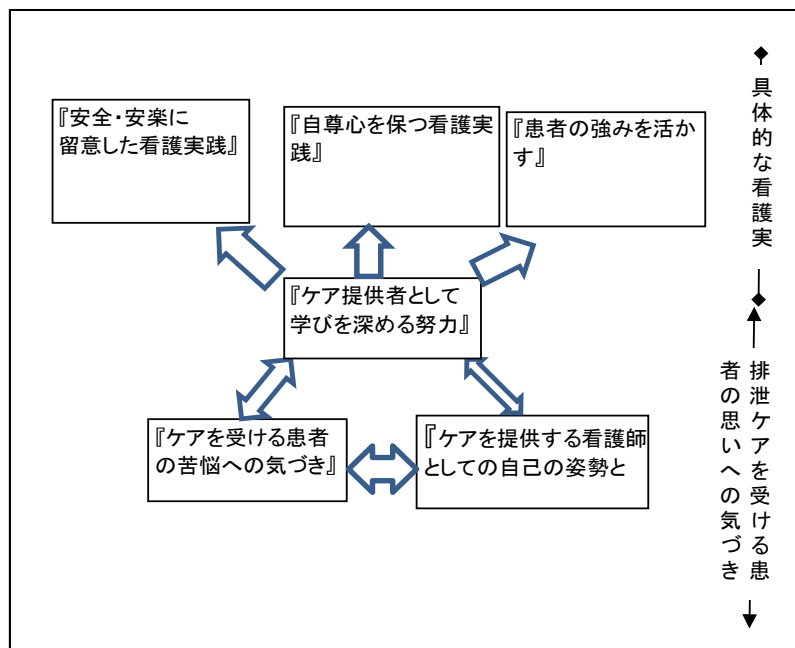


図2 本研究結果における概念図

VI. 考 察

排泄ケアを受ける患者を想定したデジタルストーリーを取り入れた本プログラム実施から、患者役、看護師役を体験することで『ケアを受ける患者の苦悩への気づき』や『ケアを提供する看護師としての自己の姿勢と力量』の不足から『ケア提供者として学びを深める努力』をしていった。そのことを契機に、看護実践への示唆を得ていたと言える。その様相を概念図、図2に示した。本研究では、1. 排泄ケアを受ける患者の思いへの気づき、2. 具体的な看護実践への示唆の2つの観点から考察をする。

1. 排泄ケアを受ける患者の思いへの気づき

青年期にある学生は、日常生活の中で“排泄”行動を自立して行っている。そのためケアを受ける患者の状況を想像することが難しい状態にある。それらに対応すべく、本研究の始点は、排泄のケアに関してイメージ化が図れるよう学生と同様、青年期の女性を患者とし、デジタルストーリーを視聴した。学生は「動画を見ることで、イメージがしやすい」「年齢が近くて、気持ちが想像しやすかった」と記述していた。これらに関して、村中(2016)は、デジタルストーリーを活用することで、紙面上の患者とは異なり、学生が当事者となったように考えることができると指摘している(p.439)。本研究で得られた結果は、村中(2016)の指摘と一致している。

さらに患者役を担うことで、＜思い通りにできないことへの辛さ＞、＜他者へ委ねることへの不安＞などへの気づきに加えて、＜羞恥心への配慮＞、＜安楽なケア＞、＜適切な説明＞など患者の願いにまで及んでいた。植田・辻村・岡本・園田・松浦他(2009)は、「看護師は患者が感じる不快感に関心を寄せることが重要である」と記述している(p.73)。本研究における学生の学びは、先行研究の言及する関心を寄せることと一致しており、そうした試みが患者の求める援助を見出す事につながったと考える。また、学生はケアを提供する看護職の一員としての自己の姿勢と力量に関して、十分なケアができなかったことを振り返り、＜グループワークの活用＞を介して、【未熟な看護技術に関して気づき】【患者を慮ることの重要性】を見出していた。こうした気づきは、自己の学びのあり様に変化を起し、『ケア提供者として学びを深める努力』をすることに繋がっていったと考える。田村・藤原・中田・森下・津田(2002)は、リフレクティブサイクルを何が生じているかを記述、描写し、どのように感じたかを評価し、分析し、アクション、そしてまた、記述に至ることを指摘している(p.44)。すなわち、今研究におけるグループワークでの振り返りは、田村他(2002)のサイクルに則していると考える。加えて、安酸・北川(2018)は、実習の在り方について教師の指導型の教育ではなく、学生の直接的経験に焦点を当てた経験型実習教育を行う必要があり、(中略)そのことによ

り、学生が経験を意味づけることができると記述している(p.5)。本研究における患者役、看護師役からの体験とともに学びを深める努力を図った一連の過程は、学生が経験の意味づけを図る一助になったと推察できる。

また、患者の立場に立ち、学生は「臨床場面では、日々行うケアであるからこそ、慣れすぎてはいけない」「慣れるがあまり、業務として流してはいけないのではないか」等と記述しそれらは＜排泄ケア実施時の慣れへの警鐘＞というサブカテゴリーに集約することができた。池田・丸岡(2016, p.66)は、排泄ケアにおける看護師の倫理的側面に関して“慣れてはいけない”というカテゴリーを抽出し、患者の尊厳をなおざりにしてはいけないことを述べている。そうした指摘は、本研究の＜排泄ケア実施時の慣れへの警鐘＞のサブカテゴリーと一致しており、学生が倫理的側面の大切な点に気づけたといえる。

2 具体的な看護実践への示唆

学生の記述から『安全・安楽に留意した看護実践』『患者の自尊心を保つ看護実践』『患者の強みを生かす』の3つをコアとし、具体的な看護実践への示唆を得ることができた。

『安全・安楽に留意した看護実践』は看護を提供する際の必須要件である。学生の記述から抽出された＜適切な説明をする＞ことは、患者の協力を得て、特に導尿などの身体侵襲を及ぼす危険性のある援助では、安全を保つことに繋がり、＜動作・経済性を考慮した看護実践＞、＜痛みの軽減に努める＞は、患者の疲労を最小限に留めるだけではなく、安寧な状態を導きだしていた。安全とは、危険のない状態をいい、安楽とは身体的にも、精神的にも安寧な状態を示す。キャサリン・コルコバ(2008)は、安楽をコンフォートと呼び、その定義を「4つの経験のコンテキスト(身体的、サイコスピリットの、社会的、環境的)の中で、緩和、安心、超越というニードを満たすことにより強化されるという即自的な経験である」と述べている(p.104)。縄(2006)は、コンフォートには、①身体的、精神的、社会的に苦痛が除去され、②闘病生活を通じて、家族友人とのつながりがあり、自尊心が保たれており、③よりスピリチュアルなレベルで愛されており Well-being な状態であることの3層で構成されていると記述している。学生の記述した安楽は、キャサリン・コルコバや、縄のコンフォートの定義とは少し異なる。学生の記述から抽出できた『安全・安楽に留

意した看護実践』はもう少し初歩的なものであるといえる。しかし、今後看護師として知識を得て、経験を積み、科学的な判断力が取得できれば、超越したコンフォート、つまりキャサリン・コルコバや、縄のいう所にたどり着いていく可能性があるのではないかと考える。その一方で、学生は＜確実な看護技術の習得＞に向けての記述が「セルフトレーニングが重要」や「技術のレベルアップを図る」という記述も見られた。現在、看護技術のセルフトレーニングを推奨しているものの、成果を可視化できるようなシステムがない。今後パフォーマンス評価などを考案していく必要があると考える。

また、学生は『自尊心を保つ看護実践』において構成されるカテゴリーで集約された【環境を整える】【患者への敬意を示す】ことの重要性を記述していた。先行研究では、排泄ケア実施の環境整備に関して、音、臭い、仕切りのカーテン等で排泄しやすい環境を整えることの重要性を指摘している(川口他, 2013, p.84)。本研究の学生も先行研究同様そうした方法を活用していた。本研究で得られた新たな知見は＜ねぎらいの言葉をかける＞、＜感謝の意を伝える＞等の記述があったことである。具体的には「協力いただいたことに対し、ありがとうございます」という「お疲れ様でした。終わりましたよ」などである。これらの記述は、患者への敬意の念を示すとともに、学生の中に内在する謙虚さの現れであると言える。メイヤロフ(1998, p.55)は、ケアリングの主要要素の中の謙遜の中で、第一にケアが自分と相手の成長に対応していくものなので、ケアは相手について継続的に学ぶことを含んでいる。(中略)ケアする人は実に謙遜であり、相手や自分自身についてまた、ケアというと、どこまでが含まれるかについて進んで多くのことを学ぼうとする、と記述している。このことは、ケアされている人から学ぶことも意味していると述べている。すなわち、本研究の対象者である学生の【患者への敬意を示す】のカテゴリーに関する記述は、ケアの対象者から学ぶことであり、そのことを患者に伝えることで、共にその場を共有し、ケアのあり様を作り出していくことに繋がると考える。

さらに学生は、『患者の強みを活かす』ために、患者の【自己決定を促す】必要性を感じ、その方法として「患者さんとよく話し合いながらより良い方法を提案し、選択してもらう」「いくつかの選択肢から、話し合う」等と記述していた。和泉(2007)は、自律を尊重する

ということは、患者にどうしたいのかを選択させ、そのとおりにさせるという事ではない。患者が自分にとって最善と考えられるよい選択ができるように、必要な情報を提供し(中略)、自己決定できるように支援し、患者が選択したことを尊重することを意味していると述べている(p.41)。前述した学生の記述はまさに、和泉(2007)の指摘と一致していると考ええる。

VII 結 論

排泄ケアを受ける患者を想定したロールプレイングを取り入れた「排泄ケア」プログラムからの学生の学びは、患者役、看護師役を体験することで『ケアを受ける患者の苦悩』や『ケアを提供する看護師としての自己の姿勢と力量』等の気づきの抽出にとどまることなく、看護師としてのあるべき姿への想起に至ったところであると考ええる。言い換えれば、学生は、患者役、看護師役からの体験による気づきから、ケア提供者として自ら学びを深め、そのことを契機に患者の思いを尊重した看護実践への示唆を得ていたと言える。

VIII 研究の限界と今後の展望

本研究では、「排泄ケア」プログラム終了後の記述からの分析であり、その学びが、何による効果かが、見えにくい点が否めない。今後、教材の効果か、方法の効果かなど、項目、要素を枠組みにした分析が必要となると考える。

謝 辞

本研究に参加いただきましたA大学医学部看護学科の学生の皆様に心より感謝いたします。

利益相反の開示

付記

本研究は、2018年度岐阜大学 活性化経費活用の助成金(課題番号b-13)の交付により実施した。研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

全ての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

IX 文 献

- 池田富三香, 丸岡直子(2016): 排泄援助における看護師の日常倫理, 日本看護倫理学会誌, 8(1), 62-70.
- 和泉成子(2007): 原則の倫理, 小西恵美子(編), 看護理論よい看護・よい看護師への道しるべ, 36-44. 東京: 南江堂.
- キャサリン・コルカバ/太田喜久子(2008 コルカバ コンフォート理論 理論の開発過程と実践への適用, 104, 東京: 医学書院
- 川口孝泰, 佐藤政枝, 小西美和子(2013): 演習を通して伝えたい看護援助の基礎のキソ, 78-141. 東京: 医学書院
- 黒田裕子監修(1997): 排泄(腎・膀胱)機能障害をもつ人の看護, 195, 東京: メジカルフレンド社
- 鯨岡貞子, 鈴木さよ子, 木田康子, 漆野亜紀(2005): ベッド上排泄を不快にさせる要因と対策の効果, 日本看護学論文集成成人看護学Ⅱ, 36, 211-213.
- Mayeroff, M (1971)/田村真・向野宣之(1998): ケアの本質, 55-59, 東京: ゆみる出版.
- 村中陽子(2016): 基礎看護学で教授したい看護過程とその工夫, 看護教育, 57(6), 437-442.
- 縄秀志(2006): 看護実践における“comfort”の概念分析 聖路加看護学会誌, 10, 11-21.
- 佐伯眸(1975): 学びの構造, 40-41, 東京: 東洋館出版.
- 嶋添深幸, 村上亜紀, 大城正樹(2008): 看護師の排尿援看護師の排尿援助関する意識調査, 化学療法研究所紀要, 8, 33-37.
- 須曾野仁志, 井川朋香, 鏡愛他(2010): 大学生によるデジタルストーリーテリング「自分への手紙」の作成実践, 三重大学教育学部附属教育実践総合センター紀要, 30, 45-49.
- 田村由美, 藤原由佳, 中田康夫他 (2002): オックスフォード・ブルックス大学におけるリフレクションを活用した看護教育カリキュラムの背景と概要, Quality Nursing, 8(4), 321-327.
- 植田彩, 辻村真由子, 岡本有子他(2009): 排泄ケアにみられる身体性—国内文献に記述された実践事例のメタ統合を通して—, 千葉看護学会誌, 15(1), 68-75.
- 安酸史子, 北川明(2018): 経験型実習教育の学びを深める, 経験型実習教育ワークブック, 2-5, 東京: 医学書院

Learning from nursing students from the "excretion care" program

Ikuko Uozumi¹⁾, Ikuko Mizuno¹⁾, Mieko Takeshita¹⁾, Ikue Shamoto¹⁾
Ayumi Sano¹⁾, Minako Nakashima¹⁾

Abstract : [Aims] We provided our students with lectures and practices concerning “excretion care” with the aim that they understand patients receiving excretion care and think of a method of nursing intervention in which they respect the thoughts of such patients. As a result, the purpose of this research is to assess what the students learned from this program.

[Methods] Of the 80 students who attended the lectures and completed the practices, 57 agreed to participate in this study. The data used were the reports titled “Lessons we have learned from the lectures and practices of excretion care” as submitted by the students. A qualitative inductive method was used for analysis.

[Results] The number of descriptions regarding the lessons they learned after attending the lectures on excretion care covered 387 codes. The result of the analysis of the descriptions regarding the lessons learned could be largely classified into two categories: (1) “Awareness of the feelings of patients receiving excretion care, ”and (2) “Suggestion for concrete nursing practice.”

[Discussion] Through awareness after experiencing the roles of patients and nurses, the students deepened their learning and, thereby, obtained suggestions for nursing practices in which they respect the thoughts of patients.

Key words : Excretion care, Nursing college student, Lessons learned, Role playing

¹⁾Department of , Gifu University School of Medicine

【研究報告】

保健師課程学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」 学生自己評価の分析と COVID-19 感染拡大下における教育の現状と課題

岡本 名珠子¹⁾, 小林 和成¹⁾, 西田 友子¹⁾, 田中 健太郎²⁾, 瀬瀬 朋弥¹⁾

要旨：本研究は、2016～2019 年度公衆衛生看護学実習終了時(COVID-19 感染拡大前)と、2020～2021 年度公衆衛生看護学実習終了時(COVID-19 感染拡大以降)の保健師課程 4 年生(以下、COVID-19 前学生、および COVID-19 以降学生とする)の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」(以下、保健師到達度)自己評価を比較することにより、その現状と課題から、COVID-19 感染拡大下におけるより効果的な保健師基礎教育方策の示唆を得ることを目的とした。対象者は、2016～2021 年度の保健師課程 4 年生合計 101 名、内訳は、COVID-19 前学生 68 名(67.3%)、COVID-19 以降学生 33 名(32.7%)であった。COVID-19 前学生と、COVID-19 以降学生の保健師到達度を比較すると、全 119 項目中 55 項目に有意差が認められた。その内、「No.22 訪問・相談支援」の「個人／家族」・「集団／地域」の 2 項目を除く 53 項目について、COVID-19 以降学生の保健師到達度自己評価が有意に高かった。COVID-19 の影響による保健師基礎教育形態の変化は、健康課題の明確化等の思考能力の上昇をもたらした可能性がある。一方で、地域に出向く機会が減少したことにより、他者との相互作用による自己客観的視点の育成に課題があることについて示唆を得た。

キーワード：保健師基礎教育、公衆衛生看護学実習、実践能力到達度、自己評価、新型コロナウイルス

I. 緒 言

保健師は、主に行政機関に所属し、日本国憲法第 25 条が謳う「国の公衆衛生の向上及び増進」を担う専門職であり、それぞれの時代における住民ニーズの変遷に応じて活動する公的な使命を有している(岡本他, 2007)。近年、住民の価値観の多様化、疾病構造の変化、核家族化やコミュニティにおける親密性の希薄化等による健康課題の多様化・複雑化が起こっている。そのため保健師は、これらの社会的課題に対応し得る、より高い実践能力が求められている。

保健師基礎教育の目標と評価の基準としては、厚生労働省より「保健師到達度」が示された(厚生労働省, 2010)。この保健師到達度には、保健師に求められる実践能力として、「Ⅰ. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力」、「Ⅱ. 地域の健康増進能力を高める個人・家族・集団・組織への継続的支援と協働・組織活動及び評価する能力」、「Ⅲ. 地域の健康危機管理能力」、「Ⅳ. 地域の健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化する能力」、「Ⅴ. 専門的自律と継続的な質の向上能力」の 5 つの能力が設定されている。本学においては、上限 20 名の選択制保健師課程学生(以下、学生)に対する

カリキュラムが 3 年次前学期より開始される。具体的には、大学所在地の自治会との連携により、地域住民と協働で行う地域診断演習、健康教育演習、家庭訪問等の技術演習を実施する。さらに、実習地における地区踏査期間を踏まえた地域診断演習を実施し、4 年生の 5 月から 6 月にかけて、産業保健実習 1 週間、保健所実習 1 週間、市町村保健センター実習 3 週間の合計 5 週間、公衆衛生看護学実習を展開する。学生は、保健師基礎教育の初学时より、地域で生活している人々に接し、対話を行いながら実践的に保健活動を学ぶことにより、人々の健康や QOL(Quality of life)の向上をめざした活動、地域における顕在的・潜在的健康課題解決が可能な保健師の育成を目指す教育体制が本学の特徴である。

そのような中、新型コロナウイルス感染症(以下、COVID-19 とする)の感染拡大に伴い、2020 年 1 月以降、大学教育においては、オンライン授業の実施等、これまで行っていた方法とは異なる教育方策の再構築が求められた。2020 年度及び 2021 年度の保健師課程カリキュラムでは、演習・実習等において地域へ出向く教育活動を自粛し、看護学実習と同様に、学内実習への切り替えなど弾力的な運用(文部科学省, 2020)を余儀なくされた。公衆

受付日：2022 年 3 月 20 日，受理日：2022 年 5 月 16 日

¹⁾岐阜大学医学部看護学科地域看護学分野

²⁾元岐阜大学医学部看護学科地域看護学分野

衛生看護学実習は、COVID-19 における積極的疫学的調査や感染拡大防止業務を担う保健所、保健センターにおいて公衆衛生看護活動を経験することを従来の実習方法(以下、臨地実習)としてきた。臨地実習での教育は保健師実践能力の基礎的能力を培うために重要であり、これらの目標に到達するためには、実習で様々な経験を積むことが求められる。しかしながら、現状では、COVID-19 の影響により保健所実習は講義形式に代わり、市町保健センターでは各種保健事業が中止されているために、地区踏査、健康教育、家庭訪問等の実施、保健事業への学生の参加が不可能となった。このような実践的な経験を有しない学生は、それらの経験を有した学生と比較して、保健師到達度の自己評価が低い可能性がある。このような状況下において、本学では、学習目標・実習目標の到達のため、実習受け入れ先と連携したリモート学習を取り入れるなど学習環境を確保したものの、経験は十分であるとは言えず、地域で生活する人々と交流する機会は著しく減少している。このことが、本学保健師課程学生の保健師到達度に影響を及ぼしている可能性がある。本研究では、COVID-19 前学生、および COVID-19 以降学生の公衆衛生看護学実習終了時における「保健師到達度」自己評価を比較することにより、その現状と課題から、COVID-19 感染拡大下におけるより効果的な保健師基礎教育方策の示唆を得ることを目的とした。

II. 方 法

1. 調査対象

対象者は、2016 年度から 2021 年度までに本学の公衆衛生看護学実習を終了した学生(2016 年度 20 名、2017 年度 16 名、2018 年度 18 名、2019 年度 15 名、2020 年度 13 名、2021 年度 19 名)合計 101 名とした。

2 調査方法

本学では、2014 年度より公衆衛生看護学実習の全課程終了後、保健師課程 4 年生に対し、「保健師到達度」の提出を求めている。小項目ごとに、現時点の保健師到達度の自己評価について、「I：少しの助言で自立して実施できる」、「II：指導のもとで実施できる(指導保健師や教員の指導のもとで実施できる)」、「III：学内演習で実施できる(事例等を用いて模擬的に計画を立てたり実施できる)」、「IV：知識としてわかる」の 4 段階で評価を行う。対象学生への説明は、学内での公衆衛生看護学実習ガイダンス時に保健師到達度一覧表を配布の上、評価目的や

回答方法等を説明した。公衆衛生看護学実習終了後に、記名式自記式で回答の提出を求めた。記名式としたのは、提出された「保健師到達度」を、実習終了時の学生との面談、成績判定等の資料等として利活用するためである。実習終了後、年度間の比較や対象者数を担保しての分析を行うべく、匿名化、データ化し、本学学務係所有の USB メモリー内に蓄積してきた。

3. 調査内容

調査内容は、対象の公衆衛生看護学実習終了年度、保健師到達度(厚生労働省、2010)を用いた。保健師到達度は、5 つの実践能力が示されている。その能力から保健師基礎教育卒業時の到達目標を、5 つの大項目、16 の中項目、119 の小項目(個人／家族 48 項目、集団／地域 49 項目、全体 22 項目)より評価を行うものである。大項目 1-5 に属する中項目および小項目数の詳細は、以下の通りである。

- 1) 大項目 1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する(個人／家族、集団／地域)
 - A. 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする：7 項目
 - B. 地域の顕在的、潜在的健康課題を見いだす：4 項目
 - C. 地域の健康課題に対する支援を計画・立案する：5 項目
- 2) 大項目 2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める(個人／家族、集団／地域)
 - D. 活動を展開する(個人／家族 13 項目・集団／地域 14 項目)
 - E. 地域の人々・関係者・機関と協働する：3 項目
 - F. 活動を評価・フォローアップする：4 項目
- 3) 大項目 3. 地域の健康危機管理を行う(個人／家族、集団／地域)
 - G. 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる：4 項目
 - H. 健康危機の発生時に対応する：6 項目
 - I. 健康危機発生後からの回復期に対応する：2 項目
- 4) 大項目 4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する(全体)
 - J. 社会資源を開発する：4 項目
 - K. システム化する：3 項目

L. 施策化する：7項目

M. 社会資源を管理・活用する：4項目

5) 大項目 5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び、実践の質を向上させる(全体)

N. 研究の成果を活用する：2項目

O. 継続的に学ぶ：1項目

P. 保健師としての責任を果たす：1項目

4. 調査期間

調査期間は、2021年12月～2022年3月とした。

5. 分析方法

対象の卒業年度、保健師到達度の各小項目の評価を、「I：少しの助言で自立して実施できる」4点、「II：指導のもとで実施できる(指導保健師や教員の指導のもとで実施できる)」3点、「III：学内演習で実施できる(事例等を用いて模擬的に計画を立てたり実施できる)」2点、「IV：知識としてわかる」1点として、基本統計量を算出した。評価指標の内容から、点数が高いほど、「保健師到達度の自己評価が高い」とした。

その後、対象者を2016～2019年度公衆衛生看護学実習終了の「COVID-19前学生」と、2020および2021年度公衆衛生看護学実習終了の「COVID-19以降学生」の2群に分け、保健師到達度の平均得点の群間比較を行なった。比較には、ノンパラメトリック手法の中央値の差の検定として、Mann-Whitney U testを用いた。

なお、分析には、統計解析ソフト IBM SPSS Statistics 28を使用し、統計学的有意水準は5%(両側)とした。

6. 倫理的手続き

本研究は、岐阜大学医学研究等倫理審査委員会の審査承認後に実施した(承認番号2021-A187)。

対象者への同意の取得については、倫理審査委員会で承認が得られた後、個人情報保護法第23条第2項に基づくオプトアウトを行った。本学医学部看護学科のホームページにおいて、本研究の目的や意義、方法、内容、個人情報の保護等にかかる文書を、1ヶ月間公開した。自身のデータを使用されたくない場合は学務係を窓口として、申し出ることとした。在学生においても同様の手続きを行った。その後、学務係が保管・管理する保健師到達度自己評価表について、匿名化・データ化したものの提供を受け、匿名化を保持したまま分析を行った。なお、当該データの使用については、各年度ともに成績判定後であることを申し添える。

III. 結果

1. 対象の基本属性

2016年度から2021年度の公衆衛生看護学実習終了時に、計101名の保健師課程学生が保健師到達度の自己評価を行い、提出を行なった(回答率100%)。その内訳は、COVID-19前学生(2016～2019年度実習)68名(67.3%)、COVID-19以降学生(2020, 2021年度実習)33名(32.7%)であった。うち、分析対象の保健師到達度は101名分(有効回答率100%)であった。未記入、不明回答のある回答が2名あったが、これらは全小項目数のうち極少であり、当該回答は研究資料として適切であると考えた。未記入、不明回答は、当該小項目において除外の上分析した。

学生による「個人/家族」を対象とした保健師到達度の自己評価を表1、「集団/地域」を対象とした保健師到達度の自己評価を表2、「全体」の保健師到達度の自己評価を表3として、「COVID-19前学生」と、「COVID-19以降学生」の2群間比較の結果を示した。

2. COVID-19前学生と、COVID-19以降学生における保健師到達度の比較について

1) 大項目1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する(表1：個人/家族、表2：集団/地域)

大項目1. について、COVID-19前学生と、COVID-19以降学生における保健師到達度を比較すると、「個人/家族」16項目7項目(43.8%)、「集団/地域」16項目中15項目(93.8%)に有意差が認められた。そのうち、全ての項目について、COVID-19以降学生の平均得点が高かった。

2) 大項目2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める(表1：個人/家族、表2：集団/地域)

大項目2. について、COVID-19前学生と、COVID-19以降学生における保健師到達度を比較すると、「個人/家族」20項目中8項目(40.0%)、「集団/地域」21項目中14項目(66.7%)に有意差が認められた。このうち、「No.22 訪問・相談による支援を行う」は「個人/家族」、「集団/地域」とともにCOVID-19以降学生の平均得点が低く、それ以外の項目はCOVID-19以降学生の平均得点が高かった。

表1 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度（個人／家族）

実践能力	大項目	中項目	小項目	到達 目標	Covid-19前学生：2016-2019年度（n=68）					Covid-19以降学生：2020-2021年度（n=33）					P-Value [†]				
					平均 値	標準 偏差	最小 値	最大 値	パーセンタイル			平均 値	標準 偏差	最小 値		パーセンタイル			
									25	50	75					25	50	75	
Ⅰ． 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する能力	1． 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	A． 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	1 身体的・精神的・社会的側面から客観的・主観的情報を収集し、アセスメントする	I	3.2	0.8	1	4	3	3	4	3.4	0.9	1	4	3	4	4	0.078
			2 社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	3.0	0.8	1	4	3	3	4	3.3	0.8	2	4	3	4	4	0.075
			3 自然及び生活環境（気候・公害等）について情報を収集し、アセスメントする	I	2.8	0.9	1	4	2	3	3	3.0	1.0	1	4	3	3	4	0.214
			4 対象者及び対象者の属性を集団全体として捉え、アセスメントする	I	2.8	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.9	1	4	3	3	4	0.016**
			5 健康問題を持つ当事者の抱える課題をアセスメントする	I	3.1	0.8	1	4	2	3	4	3.3	0.8	1	4	3	4	4	0.128
			6 系統的・総括的に情報を収集し、継続してアセスメントする	I	2.9	0.7	2	4	2	3	3	3.2	0.9	1	4	3	3	4	0.088
			7 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見出す	I	2.8	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.8	1	4	3	3	4	0.059
			8 顕在化している健康課題を明確化する	I	2.9	0.8	1	4	2	3	4	3.4	0.9	1	4	3	4	4	0.006**
			9 健康課題を明らかにしながらそれを認識していない・表出できない人々を見出す	I	2.7	0.7	1	4	2	3	3	3.0	0.9	1	4	3	3	4	0.027*
			10 潜在化している健康課題を見出し、今後起こり得る健康課題を予測する	I	2.9	0.7	1	4	2	3	3	3.2	0.7	1	4	3	3	4	0.024*
Ⅱ． 地域の健康増進能力を高める	2． 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	B． 地域の人々の持つ力（気づき、解決・改善、健康増進する能力）を見出す	11 地域の人々の持つ力（気づき、解決・改善、健康増進する能力）を見出す	I	2.9	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.9	1	4	3	3	4	0.077*
			12 健康課題について優先順位を付ける	I	3.0	0.9	1	4	2	3	4	3.4	0.9	1	4	3	4	4	0.027*
			13 健康課題に対する解決・改善に向けた目的・目標を設定する	I	3.0	0.7	1	4	3	3	4	3.5	0.8	1	4	3	4	4	0.004**
			14 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	2.9	0.6	2	4	3	3	3	3.2	0.7	1	4	3	3	4	0.038*
			15 目標達成の手段を明確にし、実施計画を立案する	I	2.9	0.7	1	4	2	3	3	3.2	0.8	1	4	3	3	4	0.058
			16 評価の項目・方法・時期を設定する	I	2.9	0.7	1	4	2	3	3	3.0	0.8	1	4	3	3	4	0.239
			17 地域の人々の生命・健康・人間としての尊厳と権利を守る	I	3.3	1.1	1	4	3	4	4	3.6	0.9	1	4	4	4	4	0.056
			18 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	3.2	1.1	1	4	2	4	4	3.5	0.9	1	4	3	4	4	0.087
			19 プライバシーに配慮し、個人情報収集・管理を適切に行う	I	3.4	1.0	1	4	3	4	4	3.7	0.9	1	4	4	4	4	0.070
			20 地域の人々の持つ力を引き出すよう支援する	I	2.9	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.9	1	4	3	3	4	0.022*
Ⅲ． 地域の健康危機管理能力	3． 地域の健康危機管理能力	C． 健康増進能力を高める	21 地域の人々が意思決定できるように支援する	II	2.7	0.9	1	4	2	3	3	2.9	1.0	1	4	2	3	4	0.329
			22 訪問・相談による支援を行う	I	2.8	0.6	1	4	2	3	3	2.5	0.8	1	4	2	2	3	0.035*
			23 健康教育による支援を行う	I	2.8	0.8	1	4	2	3	3	2.9	1.0	1	4	2	3	4	0.758
			24 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う	I	2.6	0.8	1	4	2	3	3	2.8	1.0	1	4	2	3	4	0.130
			25 活用できる社会資源、協働できる機関・人材について、情報提供をする	I	2.6	0.8	1	4	2	3	3	2.8	1.0	1	4	2	3	4	0.145
			26 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	2.5	0.9	1	4	2	3	3	2.8	1.0	1	4	2	3	4	0.563
			27 当事者と関係職種・機関でチームを組織する	II	2.1	1.0	1	4	2	3	3	2.3	1.1	1	4	1	2	3	0.167
			28 個人／家族支援、組織的アプローチ等を組み合わせて活用する	II	2.3	0.9	1	4	2	2	3	2.6	1.1	1	5	2	3	4	0.003**
			29 法律や条例等を踏まえて活動する	I	2.4	1.0	1	4	1	3	3	3.1	1.0	1	4	2	3	4	0.206
			30 目的に基づいて活動を記録する	I	2.9	1.0	1	4	2	3	4	3.2	1.0	1	4	3	3	4	0.008**
		D． 地域の人々・関係者・機関と協働する	31 協働するためのコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	I	2.9	1.0	1	4	2	3	4	3.5	0.9	1	4	3	4	4	<0.01***
			32 必要な情報と活動目的を共有する	I	2.8	1.0	1	4	2	3	4	3.4	0.9	1	4	3	4	4	0.012*
			33 互いの役割を認め合い、ともに活動する	II	2.8	1.1	1	4	2	3	4	3.3	1.0	1	4	3	4	4	0.097
			34 活動の評価を行う	I	3.0	0.9	1	4	2	3	4	3.2	0.8	1	4	3	3	4	0.009**
			35 評価結果を活動にフィードバックする	I	2.6	1.0	1	4	2	3	3	3.1	0.9	1	4	3	3	4	0.021*
			36 継続した活動が必要な判断を判断する	I	2.5	0.9	1	4	2	3	3	2.9	0.9	1	4	2	3	4	1.000
			37 必要な対象に継続した活動を行う	II	1.8	0.8	1	4	2	3	3	2.5	1.0	1	4	2	3	3	0.403
			38 健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）への予防策を講じる	II	1.5	0.8	1	4	1	2	2	2.0	0.9	1	4	1	2	3	0.198
			39 生活環境の整備・改善について提案する	III	1.9	0.9	1	4	1	2	3	2.2	1.1	1	4	1	2	3	0.167
			40 広域的な健康危機（災害・感染症等）管理体制を整える	III	1.7	0.9	1	4	1	1	2	1.9	0.9	1	4	1	2	3	0.007**
		E． 健康危機の発生時に対応する	41 健康危機についての予防策を講じる	II	1.7	0.9	1	4	1	1	2	2.3	1.0	1	4	1	2	3	0.167
			42 健康危機（感染症・虐待・DV・自殺・災害等）に迅速に対応する	III	1.5	0.8	1	4	1	1	2	1.8	1.0	1	4	1	2	3	0.423
			43 健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	IV	1.6	0.8	1	4	1	1	2	1.7	0.8	1	3	1	2	3	0.654
			44 関係者・機関との連絡調整を行い、役割を明確化する	III	1.6	0.8	1	4	1	1	2	1.8	0.9	1	4	1	1	3	0.300
			45 医療情報システムを効果的に活用する	IV	1.6	0.8	1	4	1	1	2	1.8	0.9	1	4	1	2	3	0.362
			46 健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	IV	1.7	0.9	1	4	1	1	2	1.9	1.1	1	4	1	2	3	0.070
			47 健康被害の拡大を防止する	IV	1.6	0.8	1	4	1	1	2	2.0	1.0	1	4	1	2	3	0.397
		I． 健康危機発生後からの回復期に対応する	48 健康回復に向けた支援（PTSD対応・生活環境の復興等）を行う	IV	1.7	0.9	1	4	1	1	2	1.8	1.0	1	4	1	2	3	0.375
			49 健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する	IV	1.6	0.8	1	4	1	1	2	1.8	0.9	1	4	1	2	2	

† Mann-Whitney U testを用いた * p<.05 ** p<.01
未記入、不明回答は、当該小項目において除外の上分析した。

保健師課程学生の「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達度」
 学生自己評価の分析と Covid-19 感染拡大下における教育の現状と課題

表2 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度 (集団/地域)

実践能力	大項目	中項目	小項目	到達目標	Covid-19前学生：2016-2019年度 (n=68)							Covid-19以降学生：2020-2021年度 (n=33)							P-Value [†]	
					平均値	標準偏差	最小値	最大値	パーセンタイル			平均値	標準偏差	最小値	最大値	パーセンタイル				
									25	50	75					25	50	75		
Ⅰ. 地域の健康課題の明確化と計画・立案する能力	1. 地域の健康課題を明らかにし、解決・改善策を計画・立案する	A. 地域の人々の生活と健康を多角的・継続的にアセスメントする	1 身体的・精神的・社会的側面から客観的・主観的情報を収集し、アセスメントする	I	2.9	0.7	1	4	3	3	3	3.4	0.9	1	4	3	4	4	0.002**	
			2 社会資源について情報収集し、アセスメントする	I	3.0	0.7	1	4	3	3	3	3.3	0.8	1	4	3	3	4	0.014*	
			3 自然及び生活環境 (気候・公害等) について情報を収集し、アセスメントする	I	2.8	0.9	1	4	2	3	3	3.3	0.8	1	4	3	3	4	0.006**	
			4 対象者及び対象者の関与を全体として捉え、アセスメントする	I	2.9	0.9	1	4	2	3	3	3.4	0.7	1	4	3	4	4	<0.001**	
			5 健康問題を持つ当事者の視点を踏まえてアセスメントする	I	2.9	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.8	1	4	3	3	4	0.032*	
			6 系統的・定期的に情報を収集し、継続してアセスメントする	I	2.9	0.7	1	4	2	3	3	3.3	0.8	1	4	3	3	4	0.005**	
			7 収集した情報をアセスメントし、地域特性を見出す	I	2.8	0.9	1	4	2	3	3	3.4	0.8	1	4	3	4	4	0.001**	
			8 顕在化している健康課題を明確化する	I	2.8	0.8	1	4	2	3	3	3.6	0.8	1	4	3	4	4	<0.001**	
			9 健康課題を持ちながらそれを認識していない・表出できない人々を見出す	II	2.6	0.7	1	4	2	3	3	3.0	0.7	1	4	3	3	4	0.007**	
			10 顕在化している健康課題を見出し、今後起こり得る健康課題を予測する	II	2.9	0.7	1	4	3	3	3	3.2	0.8	1	4	3	3	4	0.093	
			11 地域の人々の持つ力 (気づき・解決・改善・健康増進する能力) を見出す	I	2.9	0.8	1	4	2	3	4	3.3	0.8	1	4	3	3	4	0.009**	
			12 健康課題について優先順位を付ける	I	3.1	0.8	1	4	3	3	4	3.4	0.8	1	4	3	4	4	0.035*	
			13 健康課題に対する解決・改善に向けた目的・目標を設定する	I	3.0	0.7	1	4	3	3	4	3.5	0.8	2	4	3	4	4	0.005**	
			14 地域の人々に適した支援方法を選択する	I	2.9	0.6	2	4	2	3	3	3.2	0.6	2	4	3	3	4	0.007**	
			15 目標達成の手段を明確にし、実施計画を立案する	I	2.9	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.7	1	4	3	3	4	0.023*	
			16 評価の項目・方法・時期を設定する	I	2.8	0.8	1	4	2	3	3	3.2	0.8	1	4	3	3	4	0.013*	
Ⅱ. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	2. 地域の人々と協働して、健康課題を解決・改善し、健康増進能力を高める	D. 活動を展開する	17 地域の人々の生命・健康・人間としての尊厳と権利を守る	I	3.3	1.1	1	4	3	4	4	3.7	0.8	1	4	4	4	4	0.024*	
			18 地域の人々の生活と文化に配慮した活動を行う	I	3.2	1.0	1	4	3	4	4	3.7	0.8	1	4	4	4	4	4	0.007**
			19 プライバシーに配慮し、個人情報の収集・管理を適切に行う	I	3.4	1.0	1	4	3	4	4	3.8	0.7	1	4	4	4	4	4	0.006**
			20 地域の人々の持つ力を引き出すよう支援する	II	2.8	0.8	1	4	2	3	3	3.3	0.9	1	4	3	4	4	4	<0.001**
			21 地域の人々に意思決定を促すよう支援する	II	2.6	1.0	1	4	2	3	3	3.0	0.9	1	4	3	3	4	4	0.037*
			22 訪問・相談による支援を行う	II	2.7	0.7	1	4	2	3	3	3.3	0.9	1	4	2	2	3	4	0.015*
			23 健康教育による支援を行う	II	3.1	0.7	1	4	3	3	4	3.2	0.8	1	4	3	3	4	4	0.276
			24 地域組織・当事者グループ等を育成する支援を行う	III	2.2	0.9	1	4	1	2	3	2.1	1.0	1	4	1	2	3	4	0.691
			25 活用できる社会資源・協働できる機関・人材について、情報提供をする	I	2.5	0.9	1	4	2	2	3	2.9	1.1	1	4	2	2	3	4	0.031*
			26 支援目的に応じて社会資源を活用する	II	2.4	0.9	1	4	2	2	3	2.9	0.9	1	4	2	3	4	4	0.015*
			27 当事者と関係組織・組織でチームを組織する	II	2.1	0.9	1	4	1	2	3	2.3	1.2	1	4	1	2	3	4	0.470
			28 個人/家族支援・組織的アプローチ等を組み合わせて活用する	II	2.3	0.9	1	4	2	2	3	2.5	1.1	1	4	1	3	3	4	0.277
			29 法律や条例等を踏まえて活動する	I	2.5	1.0	1	4	1	3	3	3.2	1.0	1	4	3	4	4	4	<0.001**
			30 目的に基づいて活動を記録する	I	3.0	0.9	1	4	2	3	4	3.4	0.9	1	4	3	4	4	4	0.052
Ⅲ. 地域の健康危機管理を行う能力	3. 地域の健康危機管理を行う能力	E. 地域の人々・関係者・集団と協働する	31 協働するためのコミュニケーションをとりながら信頼関係を築く	II	3.0	1.0	1	4	2	3	4	3.5	0.8	1	4	3	4	4	0.004**	
			32 必要な情報と活動目的を共有する	II	2.8	1.0	1	4	2	3	4	3.4	0.8	1	4	3	4	4	4	0.002**
			33 互いの役割を認め合い、ともに活動する	II	2.8	1.1	1	4	2	3	4	3.4	0.9	1	4	3	4	4	4	0.005**
			34 活動の評価を行う	I	3.0	0.8	1	4	2	3	4	3.3	0.9	1	4	3	3	4	4	0.101
			35 評価結果を活動にフィードバックする	I	2.5	0.9	1	4	2	3	3	3.1	0.9	1	4	3	3	4	4	0.002**
			36 継続した活動が必要なお客を判断する	I	2.4	0.9	1	4	2	2	3	2.9	0.9	1	4	3	3	4	4	0.014*
			37 必要なお客に継続した活動を行う	II	2.3	1.0	1	4	1	2	3	2.4	1.0	1	4	1	3	3	4	0.477
			38 健康危機 (感染症・虐待・DV・自殺・災害等) への予防策を講じる	III	1.7	0.8	1	4	1	2	2	2.0	1.0	1	4	1	2	3	4	0.260
			39 生活環境の整備・改善について提案する	III	1.8	0.9	1	4	1	2	2	2.2	1.1	1	4	1	2	3	4	0.097
			40 広域的な健康危機 (災害・感染症等) 管理体制を整える	III	1.7	0.9	1	4	1	1	2	1.9	1.0	1	4	1	2	2	4	0.309
			41 健康危機についての予防策を活動を行う	II	1.7	0.9	1	4	1	1	2	2.2	1.0	1	4	1	2	3	4	0.021*
			42 健康危機 (感染症・虐待・DV・自殺・災害等) に迅速に対応する	III	1.5	0.8	1	4	1	1	2	1.8	1.0	1	4	1	2	3	4	0.136
			43 健康危機情報を迅速に把握する体制を整える	IV	1.6	0.8	1	4	1	1	2	1.7	0.8	1	3	1	2	2	4	0.446
			44 関係者・集団との連絡調整を行い、役割を明確化する	III	1.7	0.9	1	4	1	1	2	1.7	0.9	1	3	1	1	3	4	0.691
			45 医療情報システムを効果的に活用する	IV	1.6	0.8	1	4	1	1	2	1.7	0.9	1	3	1	1	3	4	0.485
			46 健康危機の原因究明を行い、解決・改善策を講じる	IV	1.7	0.9	1	4	1	1	2	1.9	1.0	1	4	1	2	3	4	0.344
			47 健康被害の拡大を防止する	IV	1.5	0.8	1	4	1	1	2	1.9	1.0	1	4	1	2	3	4	0.094
			48 健康回復に向けた支援 (PTSD対応・生活環境の復興等) を行う	IV	1.6	0.8	1	4	1	1	2	1.8	0.9	1	4	1	2	2	4	0.494
			49 健康危機への対応と管理体制を評価し、再構築する	IV	1.6	0.9	1	4	1	1	2	1.8	0.9	1	4	1	2	2	4	0.321

[†] Mann-Whitney U testを用いた
 未記入、不明回答は、当該小項目において除外の上分析した。
 * p<0.05 ** p<0.01

表3 保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度（全体）

実践能力	大項目	中項目	小項目	到達 目標	Covid-19前学生：2016-2019年度（n=68）							Covid-19以降学生：2020-2021年度（n=33）							P-Value [†]
					平均 値	標準 偏差	最小 値	最大 値	パーセンタイル			平均 値	標準 偏差	最小 値	最大 値	パーセンタイル			
									25	50	75					25	50	75	
IV. 地域の健康水準を高める社会資源環境・システム化・施策化する能力	4. 地域の人々の健康を保障するために、生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する	J. 社会資源を開発する	50 活用できる社会資源と利用上の問題を見出す	I	2.5	1.0	1	4	2	3	3	2.7	0.9	1	4	2	3	3	0.306
			51 地域の人々が組織や社会の変革に主体的に参画できるような機会と場、方法を提供する	III	2.1	0.9	1	4	1	2	3	2.6	1.0	1	4	2	3	3	0.035 *
			52 地域の人々や関係する部署・機関間にネットワークを構築する	III	1.9	0.9	1	4	1	2	3	2.2	1.0	1	4	1	2	3	0.201
			53 必要な地域組織やサービスを資源として開発する	III	1.8	0.8	1	4	1	2	2	2.0	1.0	1	4	1	2	3	0.353
			54 健康課題の解決のためにシステム化の必要性をアセスメントする	I	2.2	1.0	1	4	1	2	3	2.6	1.0	1	4	2	3	3	0.054
			55 関係機関や地域の人々との協働によるシステム化の方法を見出す	III	2.0	0.8	1	3	1	2	3	2.3	1.0	1	4	2	2	3	0.173
	L. 施策化する	M. 社会資源を管理・活用する	56 仕組みが包括的に機能しているか評価する	III	1.9	0.9	1	4	1	2	3	2.2	0.9	1	4	1	2	3	0.131
			57 組織の基本方針・基本計画との整合性を図りながら施策を立案する	III	1.9	0.9	1	4	1	2	3	2.5	1.0	1	4	2	3	3	0.006 **
			58 施策の根拠となる法や条例等を理解する	III	2.4	1.1	1	4	1	2	3	3.1	1.2	1	4	2	4	4	0.002 **
			59 施策化に必要な情報を収集する	I	2.4	1.0	1	4	2	2	3	3.2	1.1	1	4	3	4	4	<0.01 **
			60 施策化が必要である根拠について資料化する	I	2.1	1.0	1	4	1	2	3	2.8	1.1	1	4	2	3	4	0.003 **
			61 施策化の必要性を地域の人々や関係する部署・機関に根拠に基づいて説明する	III	2.0	0.9	1	4	1	2	3	2.8	1.1	1	4	2	3	4	<0.01 **
			62 施策化のために、関係する部署・機関と協議・交渉する	III	1.8	0.9	1	4	1	1	3	2.1	1.0	1	4	1	2	3	0.124
V. 専門的自律と継続的な質の向上能力	5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び、実践の質を向上させる	N. 研究の成果を活用する	63 地域の人々の特性・ニーズに基づく施策を立案する	III	2.2	0.9	1	4	1	2	3	2.9	1.1	1	4	2	3	4	0.002 **
			64 予算の仕組みを理解し、根拠に基づき予算案を作成する	III	1.5	0.8	1	4	1	1	2	2.0	0.9	1	4	1	2	3	0.003 **
			65 施策の実施に向けて関係する部署・機関と協働し、活動内容と人材の調整（配置・増強等）を行う	III	1.7	0.9	1	4	1	1	3	2.1	1.0	1	4	1	2	3	0.032 *
			66 施策や活動、事業の成果を公表し、説明する	III	1.7	0.9	1	4	1	1	3	2.0	1.0	1	4	1	2	3	0.102
			67 保健医療福祉サービスが公平・円滑に提供されるよう継続的に評価・改善する	III	1.8	1.0	1	4	1	2	3	2.2	1.2	1	4	1	2	3	0.131
			68 研究成果を実践に活用し、健康課題の解決・改善の方法を生み出す	III	2.1	0.9	1	4	1	2	3	2.3	1.1	1	4	1	2	3	0.322
			69 社会資源と地域の健康課題に応じた保健師活動の研究・開発を行う	III	1.8	0.9	1	4	1	1	3	2.3	1.1	1	4	1	3	3	0.011 *
	O. 継続的に学ぶ	70 社会情勢・知識・技術を主体的、継続的に学ぶ	I	2.6	1.1	1	4	2	3	3	3.2	1.2	1	4	3	4	4	0.002 **	
	P. 保健師としての責任を果たす	71 保健師としての責任を果たしていくための自己の課題を見出す	IV	2.8	1.1	1	4	2	3	4	3.5	1.0	1	4	3	4	4	<0.01 **	

[†] Mann-Whitney U testを用いた
 * p<.05 ** p<.01
 未記入、不明回答は、当該小項目において除外の上分析した。

3) 大項目 3. 地域の健康危機管理を行う(表 1: 個人／家族, 表 2: 集団／地域)

大項目 3. について, COVID-19 前学生と, COVID-19 以降学生における保健師到達度を比較すると, 「個人／家族」, 「集団／地域」各 12 項目中, 「No. 41 健康危機についての予防教育活動を行う」の各 1 項目 (8.3%) のみ有意差が認められた。その 2 項目ともに, COVID-19 以降学生の平均得点が高かった。

4) 大項目 4. 地域の人々の健康を保障するために, 生活と健康に関する社会資源の公平な利用と分配を促進する(表 3: 全体)

大項目 4. について, COVID-19 前学生と, COVID-19 以降学生における保健師到達度を比較すると, 全 18 項目中 9 項目 (50.0%) に有意差が認められた。その全ての項目について, COVID-19 以降学生の平均得点が高かった。

5) 大項目 5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び, 実践の質を向上させる(表 3: 全体)

大項目 5. について, COVID-19 前学生と, COVID-19 以降学生における保健師到達度を比較すると, 全 4 項目中 3 項目 (75.0%) に有意差が認められた。その全ての項目について, COVID-19 以降学生の平均得点が高かった。

IV. 考 察

本研究では, COVID-19 前学生, および COVID-19 以降学生の公衆衛生看護学実習終了時における「保健師到達度」自己評価を比較することにより, その現状と課題から, COVID-19 感染拡大下におけるより効果的な保健師基礎教育方策の示唆を得ることを目的とした。

1. COVID-19 前学生との比較による COVID-19 以降学生の保健師到達度について

保健師到達度の小項目 119 項目中半数以上の 56 項目において, COVID-19 前学生と比較し, COVID-19 以降学生は, 有意に到達度が高いと自己評価していた。このことから, COVID-19 前学生と比較して, COVID-19 の影響により, 地域での演習や臨地実習経験がほとんど得られなかった COVID-19 以降学生の方が, 約半数の項目で保健師到達度が高いと自己評価しているという結果になった。これは, COVID-19 以降学生の経験の少なさが保健師到達度の低さに関連するのではないかという仮説に反する結果となった。COVID-19 前学生は, 地域での演習, 臨地実習を経験しており, 住民の反応, 計画通りに実施できなかった体

験も含めた現実的な視座から自己の実践を厳しく評価している可能性が考えられる。新人保健師の成長に関する先行研究において, 自己成長を実感するプロセスとは, 《保健活動に対する自信喪失》から《開き直りと自分の殻破り》を経て《自己効力感に基づく行動化》の 3 カテゴリーの変化があると言われている(山田・越田, 2017)。さらに保健師の技術については, 助産師や看護師のテクニカル・スキル(手技)としての技術とは性質が異なり, 実際に地域での経験によって得られる実践能力と切り離して表すことが難しい(厚生労働省, 2019)。以上のことから, できる限り地域住民に接する体験が可能な演習・臨地実習の確保と工夫した学習方策の構築が重要である。

1) COVID-19 以降学生の保健師到達度各大項目に着目した特徴について

有意差が出た小項目が最も多かった大項目は, 「集団／地域」における「1. 地域の健康課題を明らかにし, 解決・改善策を計画・立案する」, 「2. 地域の人々と協働して, 健康課題を解決・改善し, 健康増進能力を高める」, 加えて「全体」における「5. 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的・継続的に学び, 実践の質を向上させる」であった。これは, 学内実習において, 地域全体における健康課題明確化のためのアセスメント, 個別支援事例を深めた上で集団における支援計画を立案するプロセスについて学習する機会が多かったことに関連しているのではないかと考える。また, 学内実習において, 個人およびグループ課題達成のために, 社会資源に関する知識の獲得, 学生同士で考察し, 議論の時間が十分に得られたことで, チームで取り組み協働することの意義や, 他者の視点や価値観に触れながら保健師としての自己課題を見出すことができたことが学生の自己評価の高さに繋がったのではないかと考える。

一方で, COVID-19 前学生と比較し, COVID-19 以降学生の平均得点が有意に低く, 到達度が低いと自己評価していた小項目は, 「個人／家族」, 「集団／地域」とともに「No. 22 訪問・相談による支援を行う」であった。これは, 臨地実習における家庭訪問や健康相談の実施ができなかったこと, 自治会との交流機会の減少から, 学習の経験自体が得られなかったことが影響している可能性がある。保健師の役割を果たすためには, 地域の対象者への活動展開が不可欠である。人々の健康課題を明確化した後の, 重要な支援方策である健康教育や家庭訪問に対して, 学生自身が到達度の実感が十分でなかったことは特筆すべ

き課題であり、地域住民との協働による学習機会が得られなかったことの影響は大きい。特に、保健師が行う家庭訪問では、地域住民が生活する場に赴き、対象の実態や価値観に触れ、実生活に即した支援を行うことに特徴がある。これは、実際に対象が暮らす生活の場に身を置くことでしか得られない学びであり、経験を得る機会の確保は重要な課題である。

2) COVID-19 感染拡大下におけるより効果的な保健師基礎教育の検討

本研究では、COVID-19 感染拡大以降の制限による負の側面が明らかになることを仮説としていたが、結果として COVID-19 以降学生の保健師到達度の自己評価が有意に高い項目が全体の半数以上を超え、負の影響ばかりではない可能性が明らかになった。それらは、学生の健康課題を見出す視点、計画立案をする思考プロセスの自信につながっていた。また、学生同士の主体的なグループワークにより、他者の思考を受け入れ、多様な視点があることを知るプロセスを多く経験し、それにより自分自身の課題を見出す機会も十分得られていたと推察される。先行研究においても、学生がお互いの教育内容を客観的に評価し合う機会が増加したこと(若杉・仲村・伊藤・遠山・川村, 2021)、遠隔だからこそ、多職種と関わりが持て、一つの事例をじっくり深めることができる(和田・武田・内貴, 2021)等の報告がある。COVID-19 の影響による保健師基礎教育形態の変化は、健康課題明確化等の思考向上と自己課題の明確化といった保健師到達度の上昇にプラスの効果をもたらした可能性がある。

一方で、地域住民との相互作用の中で生まれる学生の自己客観的視点の育成、対象者の生活実態や価値観に触れる学習機会の不足に課題があった。今後も、COVID-19 の影響は継続すると見込まれる。保健師基礎教育においては、COVID-19 の影響だけでなく、慢性的な実習受け入れ施設の不足により、学生の実習経験の不足が課題となっている。実習における経験不足を補うため、従来のような実践的な演習・実習の確保に努めることが重要である。さらに、例えば学生が経験不足のまま新任保健師として地域に出たとしても、これまでの教育で得た知的能力を実践家としてのスキルに変換することができる「自己調整能力」を育成する教育が、今後はより重要と考える。具体的には、学生に対して、学習者としての長所と短所について認識させ、学習課題や専門領域への自己効力感を養うこと、自分に何ができて何ができないのかを正確

に把握させることが「自己調整能力」を育むために重要である。良い教授方法とは、学生に学び方、記憶や思考の仕方、自己調整的、自己内省的学習者として自分自身を動機付ける方法を含む、とシャンク&ジーマンは述べている(2007)。

保健師実践能力を高める実践経験機会の確保、さらに例え経験不足のまま新任保健師となっても、自ら継続的に学び続けられる能力を育成する教育が今後の重要な課題である。

V. 研究の限界と今後の展望

本研究の限界は、分析に用いた保健師到達度について、学生自身が自己評価を量的に行ったものである点である。学生、教員、保健師による保健師到達度を比較した研究では、学生の保健師到達度の自己評価は教員や保健師よりも高いことが明らかにされている。学生は実習体験が不足し、保健師の活動に関する理解が十分ではないまま、実力以上の評価をする傾向にある(鈴木他, 2016)。また、本研究は、一大学での調査であるため、一般化するには限界がある。

今後は、本研究で明らかになった課題解決に向けて、学生の保健師到達度の評価を継続して行いながら、COVID-19 感染拡大下であっても実現可能な保健師到達度を高める教育方策の構築に取り組んでいきたい。

利益相反の開示

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

著者貢献度

著者のうち、N.O, K.K, T.K は、研究の構想およびデザイン、データ収集および分析と解釈、論文の作成に関与した。また、T.N, K.T は、データ収集に貢献した。すべての著者は、最終原稿を読み、承諾した。

VI. 文 献

ディル, H シャンク&バリー, J. ジーマン(2001)／塚野州一(2007)：自己調整学習の実践(初版), 72-74, 北大路書房, 京都。

厚生労働省：2010 年看護教育の内容と方法に関する検討会 第一次報告：<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000w9a0-att/2r985200000w9b0.pdf> (検索日：2022 年 1 月 10 日)

- 厚生労働省：2019 年看護基礎教育検討会報告書：<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf> (検索日：2022 年 1 月 10 日)
- 文部科学省：2020 年新型コロナウイルス感染症の発生に伴う医療関係職種等の各学校、養成所及び養成施設等の対応について：https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kango/1316575_00002.htm (検索日：2022 年 1 月 10 日)
- 日本看護系大学協議会：2018 年看護学士課程教育におけるコアコンピテンシーと卒業時到達目標：<https://www.janpu.or.jp/file/corecompetency.pdf> (検索日：2022 年 1 月 10 日)
- 岡本玲子, 塩見美抄, 鳩野洋子他(2007)：今特に強化が必要な行政保健師の専門能力. 日本地域看護学会誌, 2(9), 60-67.
- 杉森みどり, 舟島なをみ(2016)：看護学教育, 医学書院, 東京.
- 鈴木良美, 斉藤恵美子, 澤井美奈子他(2016)：保健師選抜制導入前後における学生の技術到達度と実習体験に関する評価, 日本公衆衛生雑誌, (63), 355-366.
- 和田恵美子, 武田未央, 内貴千里(2021)：新型コロナウイルス感染拡大下の在宅支援論実習 遠隔実習の試み, 京都看護, (5), 37-45.
- 若杉早苗, 仲村秀子, 伊藤純子他(2021)：保健師基礎教育課程の教育評価 コロナ禍における遠隔(Web)ツールを活用した公衆衛生看護学実習プログラムの実践, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, (29), 93-106.
- 山田小織, 越田美穂子(2017)：新人保健師が自己成長感を獲得していくプロセス, 日本看護研究学会雑誌, 40(5), 803-811.

Practical Ability Required of a Public Health Nurse and Achievement Level at the Time of Graduation of a Public Health Nurse Student Analysis of Student Self-Assessment and Current Status and Challenges of Education under the Spread of COVID-19.

**Namiko Okamoto¹⁾, Kazunari Kobayashi¹⁾, Tomoko Nishida¹⁾,
Kentaro Tanaka²⁾, Tomomi Koketsu¹⁾**

Abstract : This study assessed fourth-year students of a public health nursing course completed in 2016-2019 (before the spread of coronavirus disease 2019 [COVID-19]) and 2020-2021 (after the spread of COVID-19). Students underwent self-evaluation on the “practical ability required of public health nurses and achievement at graduation.” The current situation suggests the need for additional measures for effective public health nursing education during the spread of COVID-19. The purpose was to get. The sample was composed of a total of 101 fourth-year students of a public health nursing course from 2016 to 2021. The distribution of the sample was 68 (67.3%) and 33 (32.7%) students before and after COVID-19, respectively. Comparing their levels of achievement before and after COVID-19, the study found a significant difference in 55 of the 119 items assessed. Among them, 53 items, except for two items that cited the “individual/family” and “group/region” of “No. 22 visit/consultation support, ” the self-evaluation of the students regarding the achievement of public health nurses after COVID-19 was significantly high. Changes in the form of education for public health nurses due to the influence of COVID-19 may have led to an increase in the thinking ability, such as clarifying health issues, of the students. Alternatively, a clear problem in this form of education is fostering an objective viewpoint via the interaction of students with others.

Key words : Public Health Nursing, Public Health Nursing practice , Achievement of practical ability
Self-evaluation, COVID-19 infection

¹⁾Department of Nursing, Gifu University School of Medicine, Community Health Nursing

²⁾Ex Department of Nursing, Gifu University School of Medicine, Community Health Nursing

編 集 後 記

岐阜大学医学部看護学科で「看護学専門のジャーナルの創刊を」との多くの要望を受け、この度オンラインジャーナルとして「岐阜看護学ジャーナル」第1巻を創刊することとなりました。この1巻には5編の論文を掲載することができました。論文に、英語のタイトル、および abstract をつけ、英語による検索にも対応できるようにいたしました。この岐阜看護学ジャーナルの創刊に際し、投稿要綱、執筆要領をはじめ多くの規約等の作成にお力添えいただきました方々、査読を快くお受けいただきました外部の諸先生方に深く感謝申し上げます。

この岐阜看護学ジャーナルを多くの方にお読みいただくとともに、本誌への投稿を心よりお待ち申し上げます。
(高橋由起子)

編 集 委 員

高橋由起子，寺田 知新，魚住 郁子
小林 和成，田中 千絵，柿田さおり

岐阜看護学ジャーナル 第1巻1号

発 刊 日

令和4年6月15日

編 集 発 行 者

岐阜大学医学部看護学科・大学院医学系研究科看護学専攻編集委員会

〒501-1194 岐阜市柳戸 1-1 岐阜大学医学部看護学科

The Gifu Journal of Nursing

VOL.1, No.1, June, 2022

C o n t e n t s

【Editorial】

Mieko Takeshita 1

【Original Articles】

Factors that enhance the professional autonomy of midwives and
continuing education : Examination by professional autonomy scale

Emi Asano, Atsuko Iseki 3

Continued education to enhance professional autonomy of midwives :
Ideal training that midwives consider necessary

Emi Asano, Atsuko Iseki 13

Related Factors In Family Stress Supporting Diabetics

Ikuko Aoki, Hisako Adachi, Kazunari Kobayashi 23

【Reports】

Learning from nursing students from the "excretion care" program

Ikuko Uozumi, Ikuko Mizuno, Mieko Takeshita,

Ikue Syamoto, Ayumi Sano, Minako akashima 35

Practical Ability Required of a Public Health Nurse and Achievement
Level at the Time of Graduation of a Public Health Nurse Student

Analysis of Student Self-Assessment and Current Status and Challenges
of Education under the Spread of COVID-19.

Namiko Okamoto, Kazunari Kobayashi, Tomoko Nishida,

Kentaro Tanaka, Tomomi Koketsu 47

【Enitorial Notes】

. 57