ISSN 1882-6075

Journal of Iwate Society of Nursing Science

岩手看護学会誌

研究報告

東日本大震災復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況

尾無　徹，三浦まゆみ，工藤朋子　1

医療機関で働く看護職の死生教育に関する学習ニーズ　鈴木美代子，千田睦美，伊藤　收　11

資料

看護学生の個人特性と手術看護に対する態度　及川衣織，小澤尚子　27

An Integrative Review of English and Japanese Language Studies of Midwifery Education in Relation to Breastfeeding

Shizuko Angerhofer, Heather Hopper, Kyoko Noguchi,Heather Skirton　39

A 県内のがん看護専門看護師の役割開発　菊池和子　53

活動報告

高校生の対人関係能力を高めるために看護系大学の学生が行なったピア・エデュケーションの効果

大久保牧子，福島裕子　63

第 14 巻第 1 号　2020 年 5 月

岩手看護学会

Iwate Society of Nursing Science

＜研究報告＞

東日本大震災復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況

尾無　徹[1)] 三浦まゆみ[2)] 工藤朋子[1)]
1）岩手県立大学看護学部　2）岩手医科大学看護学部（元岩手県立大学）

要旨

復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況について明らかにすることを目的とし，被災町村の保健師 8 名へ半構造的面接を行った．その結果【保健師に多種多様で解決が容易ではない相談が集中している状況】【平時より幅が広く複雑な健康課題が混在している地域の実情】【住民への直接的な保健師活動と同様に重要な事務も多く抱えており大変】【保健師活動を支える部署体制の脆弱化】【理想とする保健師活動とその実践が難しい実情との間で生じる葛藤】【仕事を継続するモチベーションの限界】が明らかになり，その対応として，保健師の役割の明確化や，保健師に限定せず課題に応じた職種を選任してマンパワーを確保すること，災害時の公衆衛生に精通する助言者を迎え，先の見通しが持ちにくい復興期の保健師活動の組み立てに関する助言を受けることも有効な対策として示唆された．

キーワード：東日本大震災，復興期，市町村保健師，保健師活動，困難

はじめに

平成 23 年 3 月 11 日に起きた東日本大震災はこれまでの災害とは異なり，地震や津波といった自然災害と，人為災害である火災や原子力発電所の事故による特殊災害等が複合的に，且つ，広範囲にわたって起きた災害であり，死者・行方不明者 18,880 人，被災家屋約 110 万戸という甚大な被害をもたらした（内閣府，2012）．

被災市町村の保健師は，発災直後から住民の生命と生活を優先して活動し（古本，2014），避難所生活が開始すると，これまでの阪神淡路大震災，新潟県中越大震災，新潟中越沖地震といった大規模災害で課題となったインフルエンザやノロウィルス等の感染症，廃用症候群，エコノミークラス症候群や，仮設住宅へ移行後は心的外傷や PTSD，孤独死等（奥田，2008）について，県内外からの支援を受けて対応してきた．

大規模災害時における保健師の活動マニュアル（日本公衆衛生協会全国保健師長会，2013）には，復興期において，被災者の高齢化に伴う要介護者の増加や，死亡・転出による家族構成の変化，地域によっては若い年代の流出による人口減少と高齢化の進展，自殺者の増加等の健康課題が起こりうるとされている．この時期の市町村保健師の役割として，復興住宅内のコミュニティづくり及び地域の自治組織等と連携した地域との融合，こころのケア，仮設住宅から移動することによる健康問題への支援等が明記されている．また，この役割を担う際には，多種多様な人材や組織と，効率的な協働支援による活動の推進を図るためのマネジメント力やリーダーシップの発揮が求められている（奥田，2016）．

しかし，東日本大震災は広範囲にわたって起きた災害だったため，予想以上に復興事業が長期化し，仮設住宅生活が 5 年を超える被災者も存在している点において，これまでの大規模災害の復興期と状況が異なっており，過去の大規模災害と違った健康課題や保健師活動が求められることも予測される．さらに，小池（2013）は，津波による被害が大きかった町村では，震災前から比較して人口減少・高齢化が急速に進行していると報告している．併せて，被災した東北 3 県の沿岸部は沿線から遠く，社会資源がもともと豊富では

ないこと，町村保健師は市の保健師と比較して人員も限られており，平時から担当する保健師活動の幅が広いこと等を考慮すると，復興期における町村の保健師活動の難しさが推察される．そして忘れてはならないのが保健師も被災者であり，住民の保健師活動と並行して自分自身や家族のケア，住宅再建等も行っているということである．

このような復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況について，報告や研究はほとんどされておらず，具体的な対策についての検討まで至っていない．今後，自然災害が大規模化し，かつ，日本各地で頻発することが指摘されている中，これを明らかにすることは，具体的な対策を考えるための基礎資料となる点において意義があると考えた．

目的

復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況を明らかにすることを目的とする．

方法

１．用語の定義

１）東日本大震災：平成 23 年 3 月 11 日に発災した地震や津波といった自然災害と人為災害である火災と定義し，本研究においては原子力発電所の事故による特殊災害は含めないこととする．

２）復興期：住民が仮設住宅から復興住宅へ移動する，または，恒久住宅へ移行している時期と定義する．

３）困難をきたす状況：保健師活動の推進に支障をきたす状況と定義する．

２．調査方法

１）対象

被災者の仮設住宅入居期間が 5 年以上を経過する町村で，かつ，住宅再建用宅地の造成や復興住宅の建設完了が平成 27 年度以降のため，恒久住宅への移行を選択できる状況にない町村で絞り込んだ結果，A 県 3 町村と B 県 1 町が対象となり，そこに所属する平時 3 年以上業務を行っていた保健師で研究の参加同意が得られた 8 名を対象とした．

２）平成 28 年 3 月から平成 29 年 3 月まで

３）データ収集法

研究対象機関や対象者へ，本研究の趣旨と方法について文書と口頭で説明し同意を得た．データ収集はインタビューガイドを用いて半構成的面接法を行い，承諾を得て IC レコーダーに録音し，併せて記録をとった．面接内容は，保健師の基本情報と，所属部署の業務体制と業務量，業務の難易度，保健師活動の困難，業務の組み立て方，印象に残っている事例，生活や価値観の変化についてである．

３．分析方法

復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況についての研究や報告は少なく，研究の問いのレベルは「これは何であるか」というほとんど明らかになっていない現象に該当し，かつ，対象の感情や理性，信念などの内的な世界と対象を取り巻く環境やその相互作用について明らかにすることを目的としているため，これに適しているとされる質的記述的研究とした．IC レコーダーの録音記録をもとに逐語録を作成し，対象者ごとに半構成的面接で得られた内容から作成した逐語録を繰り返し精読し，保健師活動に困難をきたす状況について語られている部分を抽出し，研究対象者の背景に留意しながら，対象者が語った内容や表現が損なわれないようコード化した．次に，コードの意味内容の共通性を解釈し，複数のコードが集まったものに名前をつけ抽象度を上げてサブカテゴリーを抽出した．そして，サブカテゴリーの類似性や相違性に注目し，カテゴリーを作成した．

４．倫理的配慮

本研究は，平成 28 年 2 月の岩手県立大学大学院看護学研究科研究倫理審査会の承認を得て実施した．対象者には研究の目的や研究協力の自由，プライバシー保護などの倫理的配慮等について記した文書をあらかじめ送付し，口頭でもつらい内容は語らなくてよい等，被災者でもある対象者の心情に配慮した説明をしたうえで，同意書に署名を得て実施した．

結果

１．対象者の概要（表１）

保健師経験年数 11 年から 31 年（平均 22.4 年）で，8 名とも女性，30 代が 1 名，40 代が 4 名，50 代が 3 名で，面接時間の平均は，1 時間 18 分（最短 1 時間 2 分～最長 1 時間 30 分）だった．

表１　対象者の概要

	地域	性別	年齢	経験年数
A	A 地域	女性	30 代	11 年
B	B 地域	女性	50 代	30 年
C	C 地域	女性	40 代	21 年
D		女性	40 代	21 年
E	D 地域	女性	40 代	17 年
F		女性	50 代	31 年
G		女性	40 代	17 年
H		女性	50 代	31 年

２．復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況（表２）

145 コードを抽出し, 19 サブカテゴリー抽象化され, 6 カテゴリーとなった（表 2）. カテゴリーは【　】, サブカテゴリーは《　》, コードは「　」で示し，以下それぞれのカテゴリーについてデータを示しながら結果を述べる.

１）【保健師に多種多様で解決が容易ではない相談が集中している状況】

49 コード，3 サブカテゴリーで構成された.

復興期における被災者の状況として,「震災によって世帯構成が変わり，家族内で支え合う力が弱くなったことで保健師が関わるケースが増えた」,「震災前は隣近所が遠かったことで起きていなかったトラブルが，仮設住宅など住居の距離が近くなったことで起き，それが相談として増えている」といったように自助が低下しており，相談が増えていることや「潜在的にいた事例化する住民が，地域のつながりが変化したことによって一気に顕在化し困難事例が増えた」などの互助が低下したことで相談が増えているというコードから≪地域の自助や互助が低下している状況≫となっていることがわかった.

さらに,「被災者は複数の問題を抱えており，健康面に加え経済的な相談が増えた」や「法律的な対応が必要なケースも多いため弁護士との連携が増えた」などの健康面の相談以外の分野における相談が増えることで，関係機関と連携して対応していた．また,「民生委員から被災者に関する相談が増え，一緒に対応するケースが増えた」という平時から日常的に連携していた関係機関との連携の増加や「精神的な不調を訴える住民に対してはこころのケアセンターと連携して対応するケースが増えた」などの震災後に設立された機関との連携も増えていることから，≪健康面を含めた複数の生活上の課題を住民が抱えている状況≫へ対応していることがわかった． 保健師はこのように幅広い相談へ対応するが,「震災後はアパートが減り，トラブルがあった住民同士の住居を離す等の解決方法が取れないため大変」という被災前と比較して解決策の選択肢が減少していることによる大変さや「一件に対し，連携する機関や団体が増えた分，連絡調整する時間や労力がかなり増えている」といった≪住民の課題が複雑多様化しているため解決に時間と労力を要する≫状況がみられた.

２）【平時より幅が広く複雑な健康課題が混在している地域の実情】

20 コード，3 サブカテゴリーから構成される .

「業務量としては仮設住宅の全戸訪問が増えた分が大きい」ことや「仮設住宅で日中でも人が多く，ニーズがあるところで健康相談サロンをやっている」というように≪被災者のニーズがその場により千差万別≫である状況がみられた.

また,「自殺予防の観点から震災後うつスクリーニングを重点的に行っている」や「血糖値が高い人が多く，糖尿病対策のために重点的に訪問活動や健診結果の説明をしている」など，≪予測される疾病も含めて健康課題が複雑多様化している状況≫もみられた.

この 2 点以外にも,「子育て世代包括支援センターや糖尿病性腎症重症化予防プログラム等，国から推奨される事業を実施しなければならない」といった≪被災状況を鑑み法律や要綱の制定，改定に対応をしなければならない≫状況もみられた.

３）【住民への直接的な保健師活動と同様に重要な事務も多く抱えており大変】

15 コード，3 サブカテゴリーで構成される.

「復興庁の補助金は複数の課にまたがっているため，活動報告や実績報告を取りまとめて書類を作成するのが大変」や「他の事務もそうだが，義援金の事務は特に間違えられないので神経を使う」,「保健センターの再建にあたりどのような建物にするかを考え，事務作業や打ち合わせを重ねなければならず大変」といった≪復旧・復興事業実施には労力が大きく多様な事務を要する≫状況がみられた．また,「もともと事務量が多いため事務をこなすという最低限のことしかできていない」という≪住民への直接的保健師活動ができない程の事務量を抱えている≫実情もみられた.

このように保健師が受け持つ事務量が多いことで

「締め切りまで時間が短い補助金の申請や報告と事業や訪問が重なることがあり，それが数本にわたると本当に厳しい」などの状況となり≪要支援者や事業への対応と補助金事務を同時に進めることの難しさ≫がみられた．

4）【保健師活動を支える部署体制の脆弱化】

21 コード，2 サブカテゴリーで構成される．

復興期における保健師の部署体制に関することとして，「他の部署も忙しいという理由から事務職が 2 名減のため残業しなければ事務が終わらない状況」や「福祉部門に専門職がいないという理由から福祉に関する相談でも保健師が受けている」こと，「上司の判断で保健師の支援を打ち切り，正職員を採用するほうに切り替えたが新人は即戦力になるわけではないので業務負担は減らない」など≪保健師の業務量が増加しやすい部署体制≫があった．また，「保健師が辞めることで，辞めた人の分，地区担当や業務を残された保健師で対応するため大変」といった≪退職者が出ることによる一人当たりの業務量の増加≫もみられた．

5）【理想とする保健師活動とその実践が難しい実情との間で生じる葛藤】

14 コード，4 サブカテゴリーで構成される．

復興期における保健師活動として，「住民が目の前にいる状況のため，震災から何年目だからと言って震災後に開始した事業も，もともとある事業も終了させることはできない」という≪震災前・震災後から実施している事業を継続しなければいけないという考え≫がある一方で，「外部支援が無くなるのを見越して，少しずつ自分たちでできる範囲に保健事業を整理することは話し合いの都度出てくるが中々できず課題」ということや「この先，国や県の支援が無くなって自分たちだけになった時に，今行っている保健師活動をどう担保していくかが課題」といった≪外部支援が無くなることを見越した事業の組み立て直しの課題≫があるとともに，「震災は初めてのことで，今自分たちがやっている保健師活動が正しいのかどうか分からなくて不安」といった≪自分たちのやっている保健師活動が正しいのか不安≫も抱えていた．

さらに，「震災後，町の状況が目まぐるしく変化するため，保健師活動の方向性を考えて実行することに必死」であることや，「震災 1 年目から 3 年目ぐらいまでは衣食住を整えるなど明確な目標があるが，4 年目 5 年目になると住民の状況がそれぞれ異なり，事業の立案も何を優先して保健師活動をしていくかも迷い，状況についていくのに必死」といった≪目まぐるしく変化する被災地での保健師活動を考えることに必死≫な状況もあった．

6）【仕事を継続するモチベーションの限界】

26 コード，4 サブカテゴリーで構成される．

「一日が始まれば，『もう終わった』と感じるぐらい一日過ぎるのに何の苦労もなく，5 年経っても気を張っている状態は変わらない」や「やらなければいけないことが多すぎて頭がパンクしそうなくらい」といった≪今の保健師活動をこなすので精一杯≫な状況がみられた．また，「残業はもちろん，休みの日も出勤していることで母親としての役割をしてあげられていない」や「昼夜問わず困難事例が保健師に舞い込み大変」という≪仕事と生活を切り離して考えにくい状況≫もみられた．そのうえ，「半年以上解決していないケースをいくつも抱えており精神的にきつい」などの≪問題を解決できない要支援者と付き合い続ける心理的負担≫もあった．

このように保健師活動を行うのに精一杯の中，「震災を理由に体調を崩して仕事を辞める職員がいて自分を責めた」や「事務職や保健師が辞めた分の仕事を残った人に振り分けざるを得ないため心苦しい」といった≪退職者が出ることによる心理的負担≫も生じていた．

考察

保健師活動に困難をきたす状況について【保健師に多種多様で解決が容易ではない相談が集中している状況】【平時より幅が広く複雑な健康課題が混在している地域の実情】【住民への直接的な保健師活動と同様に重要な事務も多く抱えており大変】【保健師活動を支える部署体制の脆弱化】【理想とする保健師活動とその実践が難しい実情との間で生じる葛藤】【仕事を継続するモチベーションの限界】の 6 つのカテゴリーが明らかになった．

東日本大震災から 5 年が経過し，外から見れば一見落ち着いているように見える被災地だが，そこで活動する保健師は自らも被災地の住民であるという側面を持ちながら，発災直後より保健師活動を継続しており，復興期を迎えた時点で生じている困難をきたす状況について見出されたことを踏まえ，以下で考察を述べる．

表２　復興期における保健師活動に困難をきたす状況

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
保健師に多種多様で解決が容易ではない相談が集中している状況	地域の自助や互助が低下している状況	・震災によって世帯構成が変わり，家族内で支え合う力が弱くなったことで保健師が関わるケースが増えた ・潜在的にいた事例化する住民が，地域のつながりが変化したことによって一気に顕在化し困難事例が増えた ・震災前は隣近所が遠かったことで起きていなかったトラブルが，仮設住宅など住居の距離が近くなったことで起き，それが相談として増えている ・震災後精神保健に関する相談が増えている
	健康面を含めた複数の生活上の課題を住民が抱えている状況	・被災者は複数の問題を抱えており，健康面に加え経済的な相談が増えた ・民生委員から被災者に関する相談が増え，一緒に対応するケースが増えた ・精神的な不調を訴える住民に対してはこころのケアセンターと連携して対応するケースが増えた ・法律的な対応が必要なケースも多いため弁護士との連携が増えた
	住民の課題が複雑多様化しているため解決に時間と労力を要する	・震災後はアパートが減り，トラブルがあった住民同士の住居を離す等の解決方法が取れないため大変 ・一件に対し，連携する機関や団体が増えた分，連絡調整する時間や労力がかなり増えている
平時より幅が広く複雑な健康課題が混在している地域の実情	被災者のニーズがその場により千差万別	・業務量としては仮設住宅の全戸訪問が増えた分が大きい ・仮設住宅で日中でも人が多く，ニーズがあるところで健康相談サロンをやっている
	予測される疾病も含めて健康課題が複雑多様化している状況	・自殺予防の観点から震災後うつスクリーニングを重点的に行っている ・血糖値が高い人が多く，糖尿病対策のために重点的に訪問活動や健診結果の説明をしている
	被災状況を鑑み法律や要綱の制定，改定に対応をしなければならない	・子育て世代包括支援センターや糖尿病性腎症重症化予防プログラム等，国から推奨される事業を実施しなければならない
住民への直接的な保健師活動と同様に重要な事務も多く抱えており大変	復旧・復興事業実施には労力が大きく多様な事務を要する	・復興庁の補助金は複数の課にまたがっているため，活動報告や実績報告を取りまとめて書類を作成するのが大変 ・他の事務もそうだが，義援金の事務は特に間違えられないので神経を使う ・保健センターの再建にあたりどのような建物にするかを考え，事務作業や打ち合わせを重ねなければならず大変
	住民への直接的保健師活動ができない程の事務量を抱えている	・もともと事務量が多いため事務をこなすという最低限のことしかできていない
	要支援者や事業への対応と補助金事務を同時に進めることの難しさ	・締め切りまで時間が短い補助金の申請や報告と事業や訪問が重なることがあり，それが数本にわたると本当に厳しい
保健師活動を支える部署体制の脆弱化	保健師の業務量が増加しやすい部署体制	・他の部署も忙しいという理由から事務職が 2 名減のため，残業しなければ事務が終わらない状況 ・福祉部門に専門職がいないという理由から福祉に関する相談でも保健師が受けている ・福祉部門に専門職がいないため，ＤＶや虐待等の福祉分野のケースも保健部門の保健師が受けることになっている ・上司の判断で保健師の支援を打ち切り，正職員を採用するほうに切り替えたが新人は即戦力になるわけではないので業務負担は減らない
	退職者が出ることによる一人当たりの業務量の増加	・保健師が辞めることで，辞めた人の分，地区担当や業務を残された保健師で対応するため大変
理想とする保健師活動とその実践が難しい実情との間で生じる葛藤	震災前・震災後から実施している事業を継続しなければいけないという考え	・住民が目の前にいる状況のため，震災から何年目だからと言って震災後に開始した事業も，もともとある事業も終了させることはできない
	外部支援が無くなることを見越した事業の組み立て直しの課題	・外部支援が無くなるのを見越して，少しずつ自分たちでできる範囲に保健事業を整理することは話し合いの都度出てくるが，中々できず課題 ・この先，国や県の支援が無くなって自分たちだけになった時に，今行っている保健師活動をどう担保していくかが課題
	自分たちのやっている保健師活動が正しいのか不安	・震災は初めてのことで，今自分たちがやっている保健師活動が正しいのかどうか分からなくて不安
	目まぐるしく変化する被災地での保健師活動を考えることに必死	・震災後，町の状況が目まぐるしく変化するため，保健師活動の方向性を考えて実行することに必死 ・震災 1 年目から 3 年目ぐらいまでは衣食住を整えるなど明確な目標があるが，4 年目 5 年目になると住民の状況がそれぞれ異なり，事業の立案も何を優先して保健師活動をしていくかも迷い，状況についていくのに必死
仕事を継続するモチベーションの限界	今の保健師活動をこなすので精一杯	・一日が始まれば，『もう終わった』と感じるぐらい一日過ぎるのに何の苦労もなく，5 年経っても気を張っている状態は変わらない ・やらなければいけないことが多すぎて頭がパンクしそうなくらい
	仕事と生活を切り離して考えにくい状況	・残業はもちろん，休みの日も出勤していることで母親としての役割をしてあげられていない ・昼夜問わず困難事例が保健師に舞い込み大変
	問題を解決できない要支援者と付き合い続ける心理的負担	・半年以上解決していないケースをいくつも抱えており精神的にきつい
	退職者が出ることによる心理的負担	・震災を理由に体調を崩して仕事を辞める職員がいて自分を責めた ・事務職や保健師が辞めた分の仕事を残った人に振り分けざるを得ないため心苦しい

１．東日本大震災復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況の構造について

これまでの大規模災害でも復興期の健康課題の特徴として，住民の意識が「現在の生活」から「今後の生活」へ移行する時期（4 か月から 2 年半）に，不安・絶望などの心理的ストレスが生じやすくなること（日本福祉文化学会編集委員会，2010）や，住宅環境の不満，地域コミュニティの変化によって精神症状を訴えること（小倉，2002）等が挙げられている．東日本大震災ではこれに加え，奥田（2016）は長引く集団生活によるストレス，認知症，精神障害，アルコール問題が健康課題として挙げられると述べており，本研究においても「震災後精神保健に関する相談が増えている」状況が見られた．さらに，これまでの研究や報告等ではほとんど見られなかった近隣トラブルへの対応や経済的な問題，法律的な問題まで保健師に相談が寄せられ，幅広い相談へ対応をしていることがわかった．これは単に相談件数が増加したと捉えるだけではなく，住民自らストレスが蓄積して限界を迎える前に相談できていることや，被災町村の保健師が相談を吸い上げられるような関係性及び，連携体制を地域に作っているとも読み取れる．しかし，それゆえ健康面のみならず，【保健師に多種多様で解決が容易ではない相談が集中している状況】であることが保健師活動全体を推進していく上での難しさの一つになっていると伺えた．さらに，≪問題を解決できない要支援者と付き合い続ける心理的負担≫ や「昼夜問わず困難事例が保健師に舞い込み大変」という≪仕事と生活を切り離して考えにくい状況≫等もあり，行政保健師という住民に対する責任によって生じる【仕事を継続するモチベーションの限界】がみられた．

また，要支援者への個別支援と併せて，【平時より幅が広く複雑な健康課題が混在している地域の実情】もみられた．これは被災町村の保健師が，被災者支援事業，法律改正等に伴う事業，地域の健康課題に対する事業等を計画・立案して懸命に活動するが故に見出された状況であると読み取れた．しかし，限られた人数で通常業務の再開をしながら，これらの業務を行うのは容易なことではなく，≪今の保健師活動をこなすので精一杯≫といった【仕事を継続するモチベーションの限界】がみられた．福島県南相馬市で活動する大石（2016）は，外部委託にしたい業務もあるが，それを受けてくれる地元事業所は少なく，地域全体が人員不足に陥っていると述べており，本研究の対象である町村という規模の特徴や「沿岸部」といった東日本大震災被災地の位置関係から，打開策がさらに限定されることも困難な状況の一つとして推察された．この【保健師に多種多様で解決が容易ではない相談が集中している状況】と【平時より幅が広く複雑な健康課題が混在している地域の実情】といった，対応しなければならない住民や地域の状況があると同時に，【住民への直接的な保健師活動と同様に重要な事務も多く抱えており大変】な状況であることで，保健師が抱える全体の業務量が膨大になり，困難が強くなっていることが推察された．この行政保健師が行う事務業務は，看護職の中で特異的であり，保健師活動を行うにあたって予算の獲得とその運用は極めて重要で，保健師業務の大きな柱であるため次の考察で詳しく述べる．このような困難をきたす状況を支えるのが組織であるが，【保健師活動を支える部署体制の脆弱化】が生じていることで，前述した 3 つのカテゴリーの困難な状況へ対応しきれない様子が伺える．また，この 4 つのカテゴリーのバランスが崩れることで【仕事を継続するモチベーションの限界】が生じていると捉えられた．このような状況にありながら被災町村の保健師は，発災から継続して懸命に保健師活動を展開してきた．さらに，復興期になっても≪目まぐるしく変化する被災地での保健師活動を考えることに必死≫であり，≪外部支援が無くなることを見越した事業の組み立て直しの課題≫や≪自分たちのやっている保健師活動が正しいのか不安≫も抱えるなど，5 年が経過しても先が見えない中で保健師活動を展開していかなければならないことに苦慮している．このような【理想とする保健師活動とその実践が難しい実情との間で生じる葛藤】が困難な状況の根底にあると考えられた．以上，考察をもとにカテゴリー間の関係性を整理したところ，図 1 のような構造が，東日本大震災復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況として浮き彫りとなった．

２．復興期における保健師活動への事務業務の影響について

住民への直接的支援と地域支援といった行政保健師活動を行うためには，行政予算の獲得とその運用が不可欠である．平時以上に多様な保健師活動が求められている復興期においては，一般会計予算はもちろんのこと，補助金や交付金の獲得と運用が必要になり，業務全体の大きな割合を占めていることから，事務業務

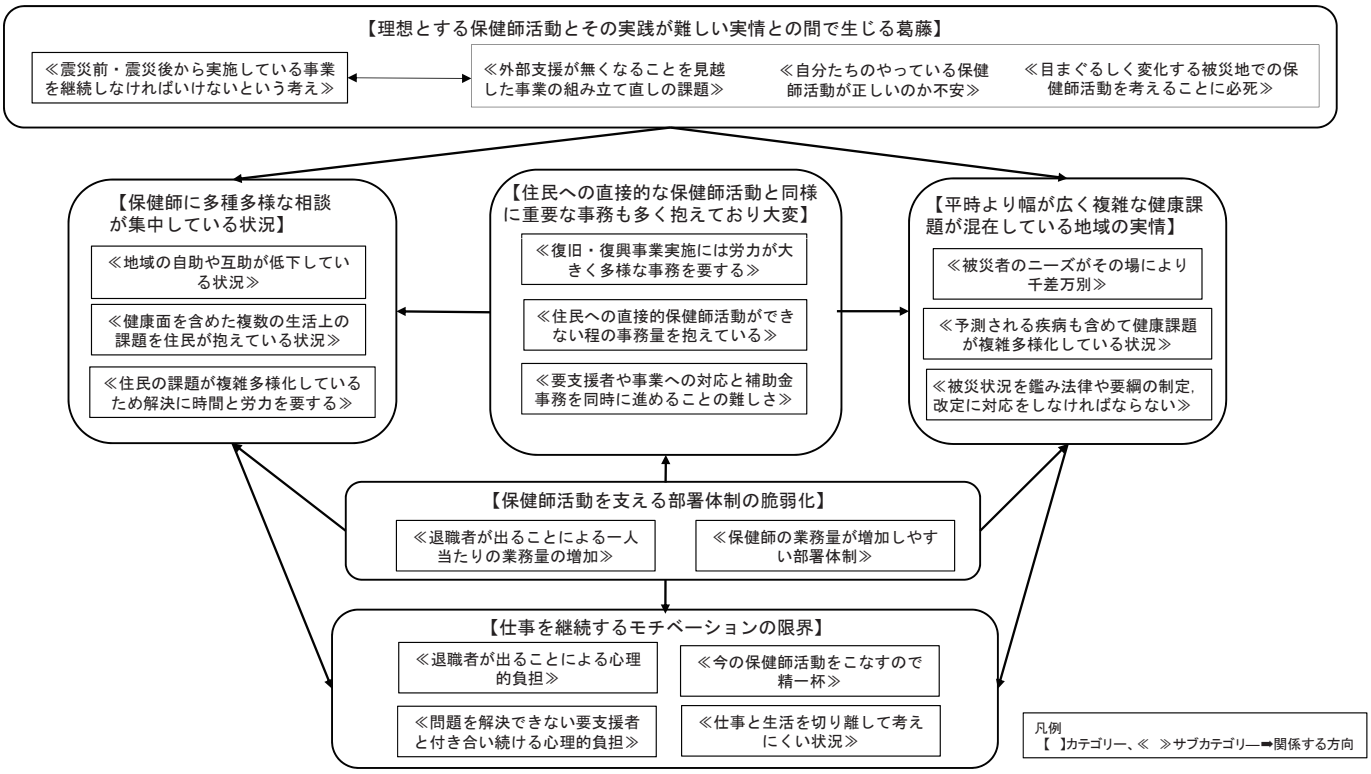

図１　東日本大震災復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況の構造

について以下に考察を述べる．

厚生労働省の市町村の常勤保健師の活動項目別活動状況調査（2016）において，業務連絡・事務の割合が年々増加し，平成 27 年では，保健師活動全体の 20.1%を占めていることが報告され，事務業務が一般的に保健師活動の一つの柱になっているのが実態である．これに加え，復興期を迎えている被災地では，応急仮設住宅地域における高齢者等のサポート拠点等の設置（厚生労働省，2011）や，被災者健康・生活支援総合交付金（復興庁，2015）など，被災者を支援するための補助金や交付金を活用し，多様な問題を抱える要支援者や幅広い健康課題へ対応をしているため，これに係る事務量についても業務として増加している．しかも，補助金や交付金は申請の期限が決められており，並行して，突発的で時間の管理が難しい要支援者や事業等への対応を行わなければならず，【住民への直接的な保健師活動と同様に重要な事務も多く抱えており大変】であることが困難をきたす状況として浮き彫りとなった．

この状況へ拍車をかけるように「他の部署も忙しいという理由から事務職が 2 名減のため残業しなければ事務が終わらない状況」というコードもみられ，事務職との役割分担ができず，保健師が事務業務を抱え込まなければならない状況となることで，保健師活動との両立が困難な状況が伺えた．このように，事務量に対応し得る部署体制が整っていないことで【仕事を継続するモチベーションの限界】もみられる等，困難な状況をより増強することが推察された．瀬籐他（2014）は，被災地の支援者のストレスは，現地支援者自身が被災者であるにもかかわらず，従来の業務に加え慣れない震災関連の業務が増え，全体の業務量が激増することと指摘しており，保健師活動を推進していくために不可欠な事務業務への対策の重要性が浮き彫りとなった．

３．困難をきたす状況への対応に関する示唆

本研究から，復興期における保健師活動に困難をきたす状況とその構造について浮き彫りになった．その対策について以下に考察を述べる．

被災町村の保健師への相談内容を見てみると，健康面の問題に限らず，経済面や近隣トラブルといった生活上の問題に関する相談も多く挙げられており，必ずしも保健師でなければ対応できないものだけではなかった．さらに事務業務についても，保健師活動を行

う上で重要な業務ではあるものの，補助金や交付金の申請等は事務職でも行える内容のものもあった．このことから，保健師の役割を明確化し，保健師に事務業務や相談が集中し過ぎないよう，行政・地域内で問題解決に対する役割分担や適切な相談窓口の周知をすることが困難な状況への対策として考えられた．しかし，業務量が膨大であり，現状のマンパワーで役割分担するだけでは解決できるとは言い難いため，マンパワーの確保も視野に入れなければならない．
被災地への保健師の派遣の在り方に関する検討会報告書（日本公衆衛生協会，2013）で報告されているように、現在は平時の業務の再開を目途に支援保健師は撤退することが望ましいとされており，復興期に保健師を招聘するのは容易ではない。厚生労働省（2018）でも東日本大震災被災市町村への保健師派遣の協力依頼を呼び掛けているが，中々見つからないのが実情である．

以上より，保健師に限定することなく，地域と行政内の課題に応じた職種を選任し，マンパワーを確保した上で，役割分担をすることが困難をきたす状況への対策として重要であると考えられた．特に，本研究で挙げられた課題を鑑み，ソーシャルワークができる専門職や，事務量に見合った事務職の配置を自治体内外から招聘することを検討し，保健師が一手に担っている業務の役割分担を行うことが，困難をきたす状況への対策として考えられた．

また，困難をきたす状況の構造の根底には【理想とする保健師活動とその実践が難しい実情との間で生じる葛藤】があり，現在行っている保健師活動の不安や見通しを持てないことへの課題が明らかとなった．東北大学大学院医学系研究科地域保健支援センターの報告（2013）では，公衆衛生に関する多くの問題を解決するためには，保健分野の外部からのアクションが必要となると述べている．先の見通しが持ちにくい復興期の保健師活動の組み立てに関する助言や，時には現在行っている保健師活動を肯定し，後押しできる災害時の公衆衛生に精通する医師や大学教員等の助言者を迎えることも一つの対策として示唆された．

研究の限界と今後の課題

本研究は 8 名の対象者のインタビューから分析した結果であり，かつ，被災と市町村の規模，地域の位置関係と資源の差異がある点においては一般化に限界がある．今回の研究結果をベースに災害後の中長期的な支援を行う被災自治体の保健師活動の困難について蓄積していく必要がある．

結論

復興期における被災町村の保健師活動に困難をきたす状況について明らかになったことを以下に述べる．

1．保健師活動に困難をきたす状況について【保健師に多種多様で解決が容易ではない相談が集中している状況】【平時より幅が広く複雑な健康課題が混在している地域の実情】【住民への直接的な保健師活動と同様に重要な事務も多く抱えており大変】【保健師活動を支える部署体制の脆弱化】【理想とする保健師活動とその実践が難しい実情との間で生じる葛藤】【仕事を継続するモチベーションの限界】の 6 つのカテゴリーが明らかになった．

2．6 つのカテゴリーの関係性から，要支援者の増加や多様な健康課題への対応とそれらと両立が難しい事務がありながら，それを支える部署体制が脆弱化していることで困難が増強し，モチベーションの限界が見られること，また，その根底には，現在行っている保健師活動の不安や見通しを持てないことへの課題といった【理想とする保健師活動とその実践が難しい実情との間で生じる葛藤】があることが困難をきたす状況の構造として整理された．

3．保健師に業務が集中しすぎないよう，保健師の役割を明確化し，行政や地域内で役割分担を行うことや，マンパワーの確保については，課題に応じた職種を選任すること，また，先の見通しが持ちにくい復興期の保健師活動の組み立てに関する助言や，保健師活動を肯定し，後押しできる災害時の公衆衛生に精通する医師や大学教員等の助言者を迎えることが困難をきたす状況への対策として示唆された．

謝辞

東日本大震災復興期の業務ご多忙の中，本研究の主旨にご賛同いただき本研究に協力してくださった皆様に心から感謝申し上げます．本研究は，岩手県立大学大学院看護研究科における修士論文の一部を加筆・修正したものである．本研究の一部は，日本災害看護学会第 19 回学術集会（2017，鳥取）で報告した．

引用文献

復興庁（2015）：平成 27 年度被災者健康・生活支援総合交付金（第 1 回）の交付可能額通知について，https://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat2/20150526_h27_1kenkouseikatsukoufukintsuchi.pdf［検索日 2016 年 10 月 9 日］

古本尚樹（2014）：東日本大震災被災町村における保健・医療・福祉活動について−大槌町役場保健師への聞き取りから−，日本集団災害医学会誌，19（2），168-174.

小池司朗（2013）：東日本大震災に伴う人口移動傾向の変化―岩手・宮城・福島の県別，市町村別分析―，季刊社会保障研究，49（3），256-269.

厚生労働省（2018）：平成 31 年度における東日本大震災被災市町村への保健師派遣の協力依頼について，http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat3/material/20181207_kourou.pdf［検索日 2018 年 12 月 10 日］

厚生労働省（2016）：平成 27 年度 保健師活動領域調査（活動調査）の結果について，http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/katsudouchousa_h27.html［検索日 2016 年 12 月 10 日］.

厚生労働省（2011）：応急仮設住宅地域における高齢者等のサポート拠点等の設置について，https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001amh8-att/2r9852000001dgwk.pdf［検索日 2016 年 12 月 9 日］.

日本公衆衛生協会全国保健師長会（2013）：大規模災害における保健師の活動マニュアル，平成 24 年度地域保健総合推進業務「東日本大震災における保健師活動の実態とその課題」を踏まえた改正版，1-161.

日本福祉文化学会編集委員会編（2010）：災害と福祉文化，明石書店，東京 .

内閣府（2012）：東日本大震災の被害状況，http://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h24/bousai2012/html/honbun/1b_1h_1s_01_00.html［検索日 2016 年 12 月 9 日］.

小倉こずえ（2002）：北海道南西沖地震における災害時の保健活動，治療学，36（9），64.

奥田博子（2016）：東日本大震災から振り返る，保健師ジャーナル，72（3），184-189.

奥田博子（2008）：自然災害時における保健師の役割，保健医療科学，57（3），213-219.

大石万里子（2016）：いま求められている支援とは福島県南相馬市の報告，保健師ジャーナル, 72（3），190-196.

瀬藤乃理子，坂口幸弘，黒川雅代，他（2014）：東日本大震災の被災地における支援者のストレス～発災 1 年半後の状況～，産業ストレス研究，21（3），271-277.

東北大学大学院医学系研究科　地域保健支援センター（2013）：東日本大震災における公衆衛生の復興活動～宮城県の被災地での記録～，84-87.

（2019 年 8 月 7 日受付，2020 年 2 月 12 日受理）

＜ Research Report ＞

Situations that make it difficult in the Activities of Public Health Nurses in Towns and Villages Damaged by the Great East Japan Earthquake Disaster during its Reconstruction Phase

Toru Onashi[1)]，Mayumi Miura[2)]，and Tomoko Kudo[1)]
1）Faculty of Nursing at Iwate Prefectural University,
2）School of Nursing at Iwate Medical University（former Iwate Prefectural University）

Abstracts

The aim of this study is to clarify the situation that causes difficulties in public health nurse activities in the affected villages during the Great East Japan Earthquake Disaster recovery phase. I asked eight public health nurses. As a result, the following six difficulties were clarified. From the relationship of the category, public health nurses are having difficulties in “A wide variety of consultations” and “various health issues” and “a lot of hard office work”. In addition to this, “weaknesses of the system to support the activities of public health nurses” and “conflicts arising from ideal health activities” and “situations where it is difficult to practice limitations in motivation to perform continuous” work difficulties were getting stronger. To solve these problems, you also need to “roles of public health nurses” and “staffing of professionals according to the problem” and “get advice from the doctors and university faculty who are familiar with public health in the event of a disaster”.

Keywords：Great East Japan Earthquake Disaster, Reconstruction Phase,
Municipal Public Health Nurses, Public Health Nurse Activity, Difficulties

＜研究報告＞

医療機関で働く看護職の死生教育に関する学習ニーズ

鈴木美代子　千田睦美　伊藤　收
岩手県立大学看護学部

要旨

本研究は，医療機関で働く看護職の死生教育に関する学習ニーズを明らかにすることを目的に，質問紙調査から得られた 99 人の自由記述をもとに内容分析を行った．その結果，対象者の 8 割以上が死生教育に興味・関心があると回答する一方で，実際に学習会などに参加した経験者は 3 割以下で，今後学びたいテーマとして【実践的なケアに関する内容】や【チーム・看護職の質に関わる内容】など，多様なケア実践と看護師自身の成長に関する内容があげられた．死生教育に対する要望や期待では，15 カテゴリーが抽出され，「多様な教育・学習ニーズ」「ケアの実践化」「体制・環境の整備」「看護職のメンタルヘルス」「死生教育の現状と課題」の 5 つの観点に分類された．医療職だけでなく家族や地域住民を含む全年代の多様な対象者が死生について身近に学び合える学習機会の充実を求める一方で，現場の教育不足や体制整備が課題にあげられ，教育的介入の必要性が示唆された．

キーワード：医療機関，看護職，学習ニーズ，死生教育，質的分析

はじめに

日本は本格的な超高齢多死社会を迎え，2018 年の年間死亡者数が 136 万人と過去最多を更新し（厚生労働省，2018a），2040 年にはピークの 167 万人に達すると推計されている（内閣府，2018）．これに伴い，国民の人生最期の過ごし方や死の迎え方に対する考えは多様化しており（百瀬，2011），治療や療養場所の選定，症状緩和などの終末期医療を取り巻く患者のニードは多様で複雑化しているといわれる（玉井他，2018）．平成 29 年の高齢者白書によると，高齢者の半数以上が，「治る見込みがない病気になった場合，自宅で最期を迎えたい」と希望しており，9 割超が「延命のみを目的とした医療は行わずに，自然にまかせてほしい」と考えていることが報告されている（内閣府，2017）．ところが実際に最期を迎えている場所の割合は，病院・診療所の医療機関 74.8%，老人ホームや介護老人施設 10%，自宅 13.2%と，依然，医療機関が 7 割以上を占めている（厚生労働省，2017）．

久木原（2016）は，こうした医療機関で死を迎える状況について，医療の進歩が，延命治療，告知，終末期医療，緩和ケア，臓器提供，自己決定など，死生観にまつわる多くの課題を提示することになり，在宅死とは異なる死の様相や看取りの在り方を余儀なく示すことになったと述べている．医療機関で終末期ケアに携わる看護職は，患者・家族の医療や死生に対する多様なニーズをはじめ，高齢化社会に対する政策の動向や医療情勢をふまえ，様々な課題に対峙しながら，死を迎える患者・家族の尊厳を守り意思を尊重し，できるだけよいかたちで最期を迎えられるよう支援することが求められる．

しかし，近年は核家族の増加や多くが病院で死を迎える状況から，死を身近に経験したことがない看護職が終末期のケアに戸惑いや不安を感じており，またその殆どが一般病棟で最期を迎えている実状から，急性期患者とターミナル患者が混在する一般病棟で働く看護職は，急性期患者に時間を取られ，ターミナル期の患者に十分な医療やケアが提供できないことにストレスや不満感を抱き，これらが看護職のバーンアウトの要因になっているとの指摘もある［岡田（北村）他，2012］．こうした背景をふまえ，今後も病院で最期を迎える人は増えると見込まれていることから，ケアの質を確保していく上で看護職のメンタルヘルスケアを

はじめ，看護師自身の死生観を育成する教育的介入が必要であると考える．

本研究者らは，岩手県の医療機関で働く看護職を対象に，質問紙調査を実施し看取りとデスカンファレンスの実態について報告した（鈴木他，2019）．その結果，医療機関で働く看護職の多くが，看取りを多数経験し普段のケアのなかで死生を意識しながらケアを実践しており，デスカンファレンスへの参加と学習会や研修会参加の機会をとおして，ケアの質向上と自身の死生観育成につながっていることが明らかになった．その一方で，デスカンファレンスへの参加経験者は半数以下にとどまり，8 割以上が学習会や研修会に参加したことがない実態が明らかになり，現場における教育的介入の必要性が課題としてあげられた．

そこで本研究では，先の調査結果で示すことができなかった，死生教育に関する学習ニーズとして自由記述で問うた，学びたい内容やテーマ，および死生教育への期待や要望について明らかにすることとした．医療機関での看護職の死生教育に関する学習ニーズを明らかにすることで，今後医療現場において必要な死生教育の内容を検討していく際の基礎資料になると考えた．

研究目的

岩手県内の医療機関で働く看護職の死生教育に関する学習ニーズを明らかにすることである．

研究方法

１．調査対象

先に実施した岩手県内の医療機関 100 施設（調査時期に自然災害により被災した 1 病院を除く）のうち，調査に協力が得られた 23 施設 787 人のデータのうち，死生教育に関する学習ニーズとして自由記述で問うた「死生教育について学びたいテーマや内容」と「死生教育に対する期待・要望」の 2 つの質問に回答が得られた 99 人を対象とした．なお，99 人全員が 2 つの質問項目に回答していた．

２．調査方法

医療機関の施設長と看護部門責任者へ，予め書面で研究趣旨を説明し調査への協力を依頼した．調査に承諾が得られた医療機関に調査用紙を郵送し，対象者への配布を一任した．対象者には書面で研究趣旨と倫理的配慮について説明し，調査に同意が得られた場合にのみ無記名で回答を求め，研究者宛に直接郵送してもらった．

３．用語の定義

本研究では，看取りおよび死生教育について，以下のとおりに定義した．

１）死生教育：患者・利用者の終末期を含めた生と死を支えるケアに関する教育

２）看取り：終末期の亡くなる間際のかかわりだけではなく，回復の見込みが困難となり徐々に状態が悪化し最期を迎えるまでの過程へのかかわり（坂下，2017）

３）死生看護：尊厳あるその人の人生が最期までその人らしく全うできるよう生と死を支える看護（日本看護協会の人生の最終段階における医療 HP 参照）

４．調査内容

調査項目は，以下の１）～５）の内容で構成し，選択と自由記述で回答を求めた．

１）対象者の属性：年齢，性別，勤続年数，所有免許・資格，看護基礎教育の最終学歴

２）所属機関の概要：設置母体，病床数，緩和ケア病棟の設置の有無，これまで経験した病棟

３）看取りとエンゼルケアの実態：経験した看取り経験数，経験したエンゼルケアの経験数，エンゼルケアを学んだ時期，普段のケアで死生看護を意識する頻度

４）死生教育の実態：死生教育に興味・関心があるか，死生教育に関する研修会や学習会などへの参加経験と参加回数

５）死生教育に関する学習ニーズ（自由記述）：死生教育について学びたいテーマや内容，死生教育に対する期待・要望

５．調査期間

2015 年 9 月～11 月

６．分析方法

選択式の質問項目は，統計ソフトは IBM SPSS Statistics 25 を用いて単純集計を行った．自由記述によるデータは，内容分析とした．具体的には，記述内容の意味が損なわれないように，1 つの文脈ごとに 1 つの意味となるようにコードを抽出し，意味の類似性・共通性に基づいて分類しサブカテゴリーとした．さらに，サブカテゴリー間の類似性を確認しカテゴ

リー化した．分析の信頼性と妥当性を確保するために，コードの抽出，サブカテゴリーおよび，カテゴリー化の分類と命名の一連過程において，筆者が中心に行った結果について，共同研究者間で共有・検討しながら一貫して信憑性が保てるよう努めた．

倫理的配慮

医療機関の看護部門責任者に研究計画書に基づき，研究趣旨と方法について書面で説明を行い，研究協力に同意が得られた施設に必要数の質問用紙を郵送した．病棟看護師長から対象者への配布を依頼し，対象者には，説明書を通じて研究目的と趣旨について，研究参加は自由意志に基づくこと，拒否しても不利益がないこと，無記名による回答で個人情報の保護し，研究目的以外に使用しないこと，結果公表時の匿名性の保証について説明した．また，質問紙の回収は，研究協力に同意が得られた場合にのみ同封した返信封筒で研究者宛に直接郵送してもらった．本研究は所属機関の研究倫理審査委員会の承認を得た上で実施した（承認番号 16-8）．

結果

調査協力を依頼した 100 施設のうち，23 施設 787 人より同意が得られ，このうち，本研究が目的とする死生教育に関する学習ニーズとして，「死生教育について学びたいテーマや内容」と「死生教育に対する期待や要望」の質問項目に，自由記述による回答が得られた 99 人を分析対象とした．

１．対象者の概要

対象者 99 人の属性として，平均年齢（年齢幅；Range，標準偏差値；SD）は，42.2 歳（Range 21 ～ 68，SD ＝ 10.0），平均勤続年数は，19.3 年（Range 1 ～47，SD ＝ 10.4）であった．所有免許と資格（複数回答）は，看護師 93 人（93.9%），准看護師 21 人（21.2%），保健師 8 人（8.1%），助産師 4 人（4.0%），認定看護師 4 人（4.0%）で，看護師が 9 割以上であった．看護基礎教育の最終学歴は，専門学校 78 人（78.8%）と多く，次いで短期大学 9 人（9.1%），大学 7 人（7.1%）の順であった．これまで勤務してきた病棟あるいは，現在勤務している病棟は，81 名から記述が得られ，診療科に基づく内科・外科の「一般病棟」をはじめ，病期による急性期・慢性期・回復期の「混合病棟」が約 7 割を占め，外来病棟，療養型病棟，リハビリ病棟が，約 2 割を占めていた．その他，地域包括ケア病棟，精神科病棟，小児科病棟，透析病棟，看護部，教育部門と多様で，これまでの経験病棟を尋ねたため，殆どが複数病棟を記述していた．緩和ケア病棟で働いた経験がある（現在働いている）看護職は 3 人であった．

所属機関の概要は，設置母体が，「国・県」43 人（43.4%）と「法人」36 人（36.4%）で約 8 割を占め，「市町村」10 人（10.1%），「私立（大学病院含）」10 人（10.1%）であった．所属機関の病床数は，多い順に「100 ～ 399 床」が 65 人（65.7%），「20 ～ 99 床」が 21 人（21.2%），「400 床以上」が 13 人（13.1%），「19 床以下」が 0 人の順であった．緩和ケア病棟の設置の有無については，「設置している」が 15 人（15.2%），「設置していない」が 83 人（83.8%）と，設置していない医療機関が 8 割以上であった．対象者の属性と所属機関の概要ついて，表 1 に示した．

２．看取りと死生教育の実態

医療機関で働く看護職の看取り経験は，「21 回以

表１．対象者の属性および所属機関の概要　（n=99）

	平均値	SD	Range
年齢	42.2	10	21 ～ 68
勤続年数	19.3	10.4	1 ～ 47
	人	%	
性別	n=97		
女性	93	93.9	
男性	4	4.0	
所有免許・資格（複数回答）			
看護師	93	93.9	
准看護師	21	21.2	
保健師	8	8.1	
助産師	4	4.0	
認定看護師	4	4.0	
最終学歴	n=97		
大学	7	7.1	
短期大学	9	9.1	
専門学校	78	78.8	
その他	4	4.0	
設置母体	n=99		
国・県	43	43.4	
市町村	10	10.1	
法人	36	36.4	
私立（大学病院含む）	10	10.1	
病床数	n=99		
19 床以下	0	0.0	
20 ～ 99 床	21	21.2	
100 ～ 399 床	65	65.7	
400 床以上	13	13.1	
緩和ケア病棟の設置	n=98		
設置している	15	15.2	
設置していない	83	83.8	

上」が 67 人（67.7％），「11 ～ 20 回」17 人（17.2％）と 8 割以上が 11 回以上経験し，これに伴いエンゼルケアの経験数も，「21 回以上」62 人（62.6％），「11 ～ 20 回」20 人（20.2％）と，8 割以上の看護職が 11 回以上経験したと回答した．また，普段のケアで死生をどれくらい意識するかについては，「毎日意識する」37 人（37.4％），「ときどき意識する」55 人（55.6％）と，9 割以上が死生を意識してケアを実践していた．

死生教育への興味・関心については，「大変ある」36 人（36.4％），「ややある」47 人（47.5％），「どちらともいえない」13 人（13.1％）と，8 割以上が「関心がある」と回答したが，実際に死生看護に関する研修会や学習会への参加経験は，「ある」25 人（25.3％），「ない」74 人（74.7％）で，7 割以上が参加したことがなかった．エンゼルケアを学んだ時期については，「勤務してから実際の場面で学んだ」82 人（82.8%）が 8 割以上と多く，「学生時代に基礎看護教育で学んだ」7 人（7.1%），「勤務先の研修会などで学んだ」6 人（6.1％）と形式的に学修した人は 2 割以下と少ない実態が明らかになった．これらの医療機関で働く看護職の看取りと死生教育の実態については，表 2 に示した．

表２．医療機関で働く看護職の看取りと死生教育の実態　（n=99）

	度数	(%)
入院患者の看取り経験数	n=95	
未経験	0	0.0
1 ～ 5 回	4	4.0
6 ～ 10 回	7	7.1
11 ～ 20 回	17	17.2
21 回以上	67	67.7
エンゼルケアの経験数	n=94	
未経験	2	2.0
1 ～ 5 回	8	8.1
6 ～ 10 回	2	2.0
11 ～ 20 回	20	20.2
21 回以上	62	62.6
エンゼルケアを学んだ時期	n=96	
学生時代に看護基礎教育で学んだ	7	7.1
勤務してから実際の場面で学んだ	82	82.8
勤務先の研修会等で学んだ	6	6.1
外部の研修会で学んだ	1	1.0
普段のケアで死生看護を意識する頻度	n=99	
毎日意識する	37	37.4
ときどき意識する	55	55.6
ほとんど意識しない	6	6.1
全く意識しない	0	0
死生教育に興味・関心があるか	n=99	
大変ある	36	36.4
ややある	47	47.5
どちらともいえない	13	13.1
余りない	3	3.0
全くない	0	0.0
死生教育に関する研修会などへの参加経験	n=99	
ない	74	74.7
ある	25	25.3
死生教育に関する研修会への参加回数	n=25	
1 ～ 2 回	14	56.0
3 ～ 5 回	9	36.0
6 回以上	2	8.0

３．死生教育について学びたいテーマや内容

「死生教育について学びたいテーマや内容」の自由記述から，126 コードが抽出され，コードの意味の共通性・類似性に基づき 26 サブカテゴリーに分類され，最終的に【実践的なケアに関する内容】，【対象別のケアに関する内容】，【ケアの場の違いによる看取り】の多様なケア実践に直結した内容に関するカテゴリーと，【チーム・看護職の質に関わる内容】，【死生観の形成に関わる教育・知識】の，働く看護職自身の成長に関連するカテゴリーの 5 カテゴリーに分類することができた（表 3）．

以下，カテゴリー，サブカテゴリー，コードをそれぞれ，【　】，［　］，〈　〉で示し，抽出されたカテゴリーについて説明する．

【実践的なケアに関する内容】は，［看取りケア］（15 コード），［エンゼルケア］（15 コード），［緩和ケア］（8 コード），［グリーフケア］（6 コード），［ターミナルケア］（5 コード），［告知後のケア］（2 コード），［意思を尊重したケア］（2 コード），［エンドオブライフケア］（1 コード）の，54 コード，8 サブカテゴリーで構成され，〈良い看取りを迎えるためのケア〉，〈エンゼルケアの技術〉，〈エンゼルケアの最新情報〉，〈家族を含めたターミナルケア〉など，死生に関して多様な側面から焦点を当てたケア実践に関するコードが最も多く含まれ，抽出コード全体の 4 割を占めていた．【対象別のケアに関する内容】は，［家族へのケア］（14 コード），［認知症ケア］（5 コード），［高齢者ケア］（5 コード），［救急・災害時の対応］（4 コード）など，32 コード，7 サブカテゴリーで構成され，〈家族への声かけの実践〉，〈独居・身寄りがない方の看取り〉，〈急変時の対応の死生教育〉，〈死を迎える子の親に寄り添う看護〉など，多様な対象者の状態に応じたケアに関するコードが含まれた．【チーム・看護職の質に関わる内容】は，［メンタルヘルスケア］（7 コード），［デスカンファレンス］（4 コード），［倫理・安全］（4 コード），［情報交換］（2 コード）の，17 コード，4 サブカテゴリーで構成され，〈看護師のメンタ

表３．死生教育について学びたいテーマや内容

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード（数）	コード数	全体（割合）
実践的なケアに関する内容	看取りケア	看取りケア（6） 良い看取りを迎えるためのケア（3） 看取り看護の症例発表 看取りケアが患者さんに与える影響 看取りの場の選択，資源の活用	15	54 （42.9%）
	エンゼルケア	エンゼルケアの技術（9） エンゼルケアの最新情報（4） エンゼルケアの正しい方法	15	
	緩和ケア	緩和ケア（4） 緩和ケア・ホスピスの実際と現状 緩和ケア病棟における DNAR 疼痛コントロール	8	
	グリーフケア	グリーフケア（5） 遺族ケア	6	
	ターミナルケア	ターミナル患者の対応（3） 家族を含めたターミナルケア（2）	5	
	告知後のケア	がんを告知された患者の看護　関わり方	2	
	意思を尊重したケア	どの段階で踏み込んだ話をしたらよいか 意思を尊重したケア	2	
	エンドオブライフケア	エンドオブライフケア	1	
対象別のケアに関する内容	家族へのケア	家族に対する関わり方（9） 家族への声かけの実践（2） 家族さんに与える影響 意識レベルが低下した際の家族の受け止め	14	32 （25.4%）
	認知症ケア	認知症ケア（4） 認知症高齢者の看取り	5	
	高齢者ケア	高齢者に対する看取り（3） 高齢者の意思決定 独居・身寄りのない方の看取り	5	
	救急・災害時の対応	急変時の対応の死生教育（2） 救急医療現場に関する内容 災害時の対応	4	
	精神看護	精神看護 精神症状に対する研修	2	
	小児のケア	死を迎える子の親に寄り添う看護	1	
	リハビリ看護	リハビリ病棟における看護師の仕事	1	
チーム・看護職の質に関わる内容	メンタルヘルスケア	看護師のメンタルヘルス（3） 医療職のストレスケア（2） 関わるスタッフの心理分析	7	17 （13.5%）
	デスカンファレンス	デスカンファレンスの進め方（3） 家族を含めたデスカンファレンス	4	
	倫理・安全	看護倫理（2） 身体抑制への対応の仕方 医療安全	4	
	情報交換	情報交換 他施設の情報を知りたい	2	
ケアの場の違いによる看取り	在宅での看取り	在宅での看取りケア（6） 在宅医療において穏やかな自宅看取り	7	13 （10.3%）
	混合病棟での看取り	一般病棟での看取り（3）	3	
	施設での看取り	施設での看取り（2） ケアプランについて	3	
死生観の形成に関わる教育・知識	死生教育	死生教育に関する研修（3）	3	10 （7.9%）
	納棺の知識	納棺師の話（3）	3	
	新人教育	新人職員への指導	2	
	看護基礎教育	学校教育での研修会 看護教育	2	
		合計	126 コード	

ルヘルスケア〉，〈デスカンファレンスの進め方〉，〈看護倫理〉，〈身体抑制への対応の仕方〉，〈他施設の情報を知りたい〉など，チームやスタッフ，看護職自身の人間としての成長やケアの質向上を目指すコードが含まれた．【ケアの場の違いによる看取り】は，［在宅での看取り］（7 コード），［混合病棟での看取り］（3 コード），［施設での看取り］（3 コード）の，13 コード，3 サブカテゴリーで構成され，〈在宅での看取りケア〉や〈一般病棟での看取り〉など，医療機関だけではなく多様なケアの場における看取りに関するコードが含まれた．【死生観の形成に関わる教育・知識】は，［死生教育］（3 コード），［納棺の知識］（3 コード），［新人教育］（2 コード），［看護基礎教育］（2 コード）の，10 コード，4 サブカテゴリーで構成され，〈納棺師の話〉，〈新人職員への指導〉，〈学校教育での研修会〉など，形式的教育や知識の習得を目指すコードが含まれた．

また，【対象別のケアに関する内容】と【ケアの場の違いによる看取り】のカテゴリーでは，対象者が勤務している（してきた）病棟の機能により，コード内容に違いの傾向が示された．すなわち，急性期と慢性期の混合病棟では，看取りやエンゼルケアに関する実践的なケアの内容が多く抽出されたのに対し，療養型病棟では，家族や認知症・高齢者ケアに関する内容，外来勤務の看護職は，在宅ケアや施設ケアに関する内容があげられていた．なお，勤務経験年数や年齢による，コード内容の違いの傾向は認められなかった．

４．死生教育に対する要望と期待

「死生教育に対する要望や期待」の記述内容から，130 コードが抽出され，コードが示す意味の類似性・共通性に基づいて分類した結果，31 サブカテゴリー，13 カテゴリーに分類された（表 4－1，表 4－2）．さらにこれらのカテゴリーは，死生教育に対する期待・要望として，「多様な教育・学習ニーズ」，「ケアの実践化」，「体制・環境の整備」，「看護職のメンタルヘルス」，「死生教育の現状と課題」の 5 つの観点に分けられた．以下に，それぞれの観点ごとに，カテゴリー，サブカテゴリー，コードを【　　】，［　　］，〈　　〉で示し，また抽出されたコード数が全体に占める割合を占有率として（　　）に示し説明する．

１）多様な教育・学習ニーズ

観点 1 の「多様な教育・学習ニーズ」は，様々な対象者や状況の死生教育の充実や実践場面におけるスキル向上と身近に参加できる学習機会の充実などに関する 44 コードで構成され，そこから 9 サブカテゴリーと，【多様な実践場面での死生教育の充実】，【身近に参加できる学習機会と教育の充実】，【死生教育の必要性】の 3 カテゴリーに分類された．

【多様な実践場面での死生教育の充実】は，〈家族との関わり，声のかけ方など教育して欲しい〉，〈家族への対応に対する教育やケアについても充実して欲しい〉などの［家族に対する効果的なケア方法］（8 コード），〈それぞれの年代や子ども，自分のこと，親のこと「生」「死」に対する学びがあると良い〉，〈看取りは高齢者だけではなく子どもということもあると思うので，幅を広げて教育の中で取りあげて欲しい〉などの［多様な年代・状況における死生教育の充実］（5 コード），〈一般市民へ向けての教育をお願いしたい〉，〈医療者でない人達も死に対して元気なときから自分はこうして欲しいと考えてみて欲しい〉などの［地域住民を対象とした死生教育の必要性］（4 コード），〈家族も一緒に行うエンゼルケアが増えるとよい〉などの［エンゼルケアに関する技術・方法］（3 コード），そして〈デスカンファレンスの目的や死生教育についてもっと学べる機会があれば良い〉などの［デスカンファレンス教育の実施］（2 コード）が抽出され，様々な年代の多様な状況にある対象への死生教育の必要性と効果的なケア実践を目指すための知識・技術に関する学習ニーズの，5 サブカテゴリー，22 コードで構成された（占有率 16.9%）．

【身近に参加できる学習・教育の充実】は，〈死ぬということに関して，経験が少ないので学びの機会を探している〉，〈現役看護師が経験年数を問わず学べる機会がもっと広がって欲しい〉などの［参加しやすい学習機会の充実］（8 コード）と，〈死生教育について、機会があれば学んでいくべきだと思っている〉などの［死生教育の充実］（3 コード）が抽出され，死についてもっと身近に学べる教育・学習機会の充実への学習ニーズの，2 サブカテゴリー，11 コードで構成された（占有率 8.5%）．

【死生教育の必要性】は，〈学生の頃から看取りや死生教育に関する教育を進めてもらえれば現場に出てからも役に立つと思う〉などの［基礎看護教育における死生教育の必要性］（7 コード）と，〈職場で卒後 1 年目～3 年目までは研修したほうがよい〉，〈新人教育などでもっと教育が今後出来ればよい〉などの［院内研修における死生教育の必要性］（4 コード）が抽出さ

れ，形式的な知識として系統的に学ぶ看護基礎教育や院内研修での新人研修における教育・学習ニーズの，2 サブカテゴリー，11 コードで構成された（占有率 8.5%）.

２）ケアの実践化

観点 2 の「ケアの実践化」は，ケアの質確保を目指した看護職の死生観の形成や環境整備の必要性と多職種やチームの連携の必要性に関する 23 コードが抽出され，そこから 7 サブカテゴリーと，【その人らしく最期をむかえるためのケア】,【チーム・多職種で共有し統一したケア】,【死生観に基づいたケア実践】の 3 カテゴリーに分類された.

【その人らしく最期を迎えるためのケア】は，〈残された時間をどう生きるか，どう過ごすかを考えていただき，一緒にかかわっていきたい〉，〈誰もが迎える死を最期にかかわる場として，その人らしく迎えられるようにできることを考えていきたい〉などの［その人に沿ったケアの質の確保］（5 コード）と，〈丁寧な看護を提供できる環境づくり〉，〈その人のことを考えたら告知して，その人らしく最期をむかえられる環境づくりも必要〉などの［丁寧に向き合える環境づくり］（4 コード）が抽出され，病院で最期を迎える患者の寄り添った丁寧なケアの実践とそのための環境調整の必要性を求める学習ニーズの，2 サブカテゴリー，9 コードで構成された（占有率 6.9%）.

【チーム・多職種で共有し統一したケア】は，〈医師にも安らかに死を迎えるための情報発信が必要〉，〈医師の理解が必要〉などの［医師の理解と協力が必要］（4 コード）と，〈人間の尊厳，ケアについて職種を超えて共通に行われたらよい〉，〈スタッフでターミナルをどうしていくか患者の希望をどのようにかなえていくかを一緒に考えられたらよい〉などの［多職種で共有し統一したケア］（3 コード），〈様々な学歴，職歴のスタッフで構成されている看護部のため，全スタッフに理解できる内容を希望〉，〈専門・認定看護師の充実を図り，チーム全体で統一した看護を提供できるようになりたい〉の［チームで理解・統一したケア］（2 コード）が抽出され，医師や多職種チームで連携し統一したケアの必要性を求めるニーズの，3 サブカテゴリー，9 コードで構成された（占有率 6.9%）.

【死生観に基づいたケア実践】は，〈親の死を経験したことが死生観につながり，その後は看護ケアに生かせているように思う〉，〈就職して実際に患者さんの死と向き合ってから学ぶ機会は大切〉などの［体験に基づく死生観の形成］（3 コード）と，〈家族との関わり方，家族の思いなど家族の体験談等含めて学べれば，実際臨床で役立つと思う〉などの［家族・遺族の体験談からの学び］（2 コード）が抽出され，自身の体験からの学びや死生観に基づいたケア実践に関するニーズの，2 サブカテゴリー，5 コードで構成された（占有率 3.8%）.

３）体制・環境の整備

観点 3 の「体制・環境の整備」は，緩和ケア病棟を含め看取りの場の拡充や医療機関以外に広く語り・学び話し合える環境整備の必要性に関する 15 コードが抽出され，これらは 4 サブカテゴリーと，【看取りケアの場の拡充】,【広く学び話し合える環境づくり】の 2 カテゴリーに分類された.

【看取りケアの場の拡充】は，〈家や施設で静かに家族も納得して永眠できる環境づくりが行政的に整備されることを望む〉，〈施設でもっと看取りを行なってもらえるようにならないかと思う〉などの［在宅・施設での看取りケア体制の整備］（5 コード）と ,〈緩和ケア病棟の造設・増床を望む〉，〈緩和病棟の実際について，緩和についても深く学びたい〉などの［緩和ケア病棟の管理・運営へのニーズ］（3 コード）が抽出され，看取りの場が，在宅・施設への拡充と緩和ケア病棟の増設を求めるニーズの，2 サブカテゴリー，8 コードで構成された（占有率 6.2%）.

【広く学び話し合える環境づくり】は，〈患者・家族が前もって生・死，終末期をどのように迎えたいのかを話し合うようになって欲しい〉，〈本人家族と医療従事者で前向きに話し合い，望む形で最期を迎える社会を期待したい〉などの［医療者・患者・家族で死について話し合える環境］（4 コード）と，〈医療現場のみの教育ではなく，一般の方と一緒に話せる場，勉強できる場があればよい〉，〈国や文化の違いを分かりつつ，死について何でも語り合える場の環境が出来ればよい〉などの［医療現場だけでなく広く学び・語り合える場］（3 コード）が抽出され，患者・家族と医療者が前向きに最期の迎え方について広く語り合える環境づくりを求めるニーズの，2 サブカテゴリー，7 コードで構成された（占有率 5.4%）.

４）看護職のメンタルヘルス

観点 4 の「看護職のメンタルヘルス」は，看護職自身が死に直面することで生じる精神的ストレスと看護職に対する精神面へのケアおよび教育の必要性に関する 15 コードが抽出され，これらは 4 サブカテゴリー

と，【看護師の精神的ストレス】，【看護師のメンタルヘルスケア】の２カテゴリーに分類された．

【看護職の精神的ストレス】は，〈看取り経験が看護・介護職員のストレスになり離職につながっている〉，〈時々いつか死んでしまうのに，何のために生きているのかわからなくなることがある〉などの［死に直面することで働くことへの困惑］（5コード）と，〈無意味な延命により，家族の疲労を見る方がストレス〉などの［関わりへの無力感・ストレス］（3 コード）が抽出され，死に直面し終末期ケアに関わる看護職の精神的ストレスや無力感，働くことへの困惑といったニーズの，2 サブカテゴリー，8 コードで構成された（占有率 6.2%）．

【看護師のメンタルヘルスケア】は，〈自問自答しながら前向きに考え，こういった気持ちへの向き合い方，考え方を共有したい〉，〈急性期病棟で，ターミナル患者や家族の思いに十分に添えないジレンマを軽減させる方法〉などの［看護師の精神面のケア］（4 コード）と，〈看護師が辛い経験を背負わず人生を送るために死生教育を広めてほしい〉，〈看取ることがスタッフのメンタルを追いつめるのではなく，自信を持ってケアできる教育が必要〉などの［自信を持ってケアに向き合える教育］（3 コード）が抽出され，患者の死を体験した精神面へのケアや，精神的負担にならずに前向きに考え看護職として日々働いていくためのメンタルヘルスケアや教育の必要性に関するニーズの，2 サブカテゴリー，7 コードで構成された．（占有率 5.4%）．

５）死生教育の現状と課題

観点 5 の「死生教育の現状と課題」は，死生教育ということばの理解不足や医療現場における看取りケアや死生観の形成を困難にしている現状と課題に関する 33 コードで構成され，これらは 7 サブカテゴリーと，さらに【死生観に対する要望と課題】，【死生教育についての理解不足】，【看取りケアを困難にしている現場の課題】の 3 カテゴリーに分類された．

【死生観に対する要望と課題】は，〈死生教育は宗教との関係が重要だと思う〉，〈死に対する悪いイメージマイナスイメージを払拭していけたらよい〉などの［宗教や文化的背景に関連する死生観］（7 コード），〈若い方々が死を遠ざけるのではなく，自分のこととして考えられるようになればよい〉，〈死生観は，全ての世代の人々がそれぞれに持てるようになれば良い〉などの［必然的な死と捉える死生観］（4 コード），〈核家族化も進んでおり，家族の死でさえ関わったことのないスタッフが増えている〉，〈死に近くない病棟にいると受け止め方や死への危機感が違うと感じる〉などの［死が身近なものとしてとらえにくい現状］（3 コード）が抽出され，死生観に対する多様な考えや新人看護職の現状と課題に関するニードの，3 サブカテゴリー，14 コードで構成された（占有率 10.8%）．

【死生教育についての理解不足】は，〈死生観，死生教育．デスカンファレンス等．初めて聞くことばばかりだった〉，〈死生教育というものを聞いたのが初耳だったので，もっと社会全体で周知されても良いと思う〉などの，［死生教育のことばの意味が不明確］（8 コード），〈アンケートをとおして興味を持ったので，研修会等に参加し知識を深めていきたい〉などの，［今回の調査をとおして興味をもった］（2 コード）が抽出され，死生教育について理解が不明確で今回の調査で興味・関心が深まったという内容の 2 サブカテゴリー，10 コードで構成された．（占有率 7.7%）．

【看取りケアを困難にしている現場の課題】は，〈変則勤務のため，本人や家族の話をゆっくり聞く時間がとれない現状〉，〈看護師だけではなく医師やリハビリ栄養士なども参加した方が良いがゆっくりとできない〉などの，［医療者の教育・ケアの課題］（4 コード）と，〈最期まで在宅で望んでいても看取るために病院に入院する現状〉，〈急性期病院でせわしなく看取るのではなく，ゆったりと家族と時間を過ごして亡くなるのが理想〉，〈教育も必要だがきちんと相手に向き合えるだけのまず人員が欲しい〉などの，［現場の体制に関する課題］（5 コード）が抽出され，ケアに携わる看護職をはじめチームや医療者の課題と現場の課題に関する内容の，2 サブカテゴリー，9 コードで構成された（占有率 6.9%）．

考察

１．岩手県の医療機関で働く看護職の看取りと死生教育の実態

本研究から，医療機関で働く看護職は，医療機関の病床数や部署に関わらず，看取りやエンゼルケアを経験しながら，普段のケアにおいて死生を意識して実践していることが明らかになった．厚生労働省（2018b）の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると，医療機関で働く看護師が亡くなる患者（入所者）を受け持つ頻度は，1ヶ月に 1 人以上が 29.8%，半年に 1 人以上が 34.1%と報告されている．この数値

表４−１．死生教育に対する期待・要望 〔観点１：多様な教育・学習ニーズ，観点２：ケアの実践化〕

観点	カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード	コード数	占有率
多様な教育・学習ニーズ	多様な実践場面での死生教育の充実	家族に対する効果的なケア方法	家族との関わり，声のかけ方など教育して欲しい	8	22 コード 16.9%
			家族が悲しみを引きずらないようにためには，関わる看護師の対応がとても重要		
			残された家族が後悔しないために，どのように看護職スタッフが介入していけば良いか難しい		
			最期を自宅で迎えるための家族への指導が必要		
			家族への対応に対する教育やケアについても充実して欲しい		
		多様な年代・状況における死生教育の充実	急変時の対応について、介護スタッフが慌てず行動できるポイントを教えて欲しい	5	
			それぞれの年代や子ども，自分のこと，親のこと「生」「死」に対する学びがあると良い		
			看取りは高齢者だけではなく子どももあると思うので，幅を広げて教育の中で取りあげて欲しい		
		地域住民を対象とした死生教育の必要性	医療者でない人達も死に対して元気なときから自分はこうして欲しいと考えてみて欲しい	4	
			一般市民へ向けての教育をお願いしたい		
			医療職だけではなく，一般の方も死生観についてもっと学んで理解を深められればよい		
		エンゼルケアに関する技術・方法	家族も一緒に行うエンゼルケアが増えるとよい	3	
			エンゼルケアの根拠を看護学校から教えてほしい		
			死後の処置についてすっきりした表情をさせてあげたいのでその方法を知りたい		
		デスカンファレンス教育の実施	「デスカンファレンス」プログラムが実践されるようになって欲しい	2	
			デスカンファレンスの目的や死生教育についてもっと学べる機会があれば良い		
	身近に参加できる学習機会と教育の充実	参加しやすい学習機会の充実	都合で参加できなかったため，回数をもう少し増やしていただければ日程が選びやすい	8	11 コード 8.5%
			死ぬということに関して，経験が少ないので学びの機会を探している		
			現役看護師が経験年数を問わず学べる機会がもっと広がって欲しい		
			もっと詳しく学びたい．学ぶ機会を作って欲しい		
		死生教育の充実	死生教育がもっと身近なものになれば良い	3	
			死生教育について、機会があれば学んでいくべきだと思っている		
			教育を受ける機会が沢山あればよいと思う		
	死生教育の必要性	基礎看護教育における死生教育の必要性	エンゼルケアの根拠を看護学校から教えてほしい	7	11 コード 8.5%
			学生の時に学ぶ場があれば，現場に出てからそれほどストレスを受けなくても良くなるのではないか		
			死生について考える時間は大切だと思うので，看護や介護職以前の学習の場で行なう必要がある		
			学生の頃から看取りや死生教育に関する教育を進めてもらえれば現場に出てからも役に立つと思う		
		院内研修における死生教育の必要性	職場で卒後 1 年目〜3 年目までは研修したほうがよい	4	
			新人教育などでもっと教育が今後出来ればよい		
			各職場でできるような体制作り		
ケアの実践化	その人らしく最期を迎えるためのケア	その人に沿ったケアの質の確保	いつももっと患者家族の気持ちに沿った援助ができれば良いなと思う	5	9 コード 6.9%
			残された時間をどう生きるか，どう過ごすかを考えていただき，一緒にかかわっていきたい		
			タイミングや言葉の選択（家族・本人ともに）等，少しでも心が安らぐような関わりができたらと思う		
			誰もが迎える死を最期に関わる場として，その人らしく迎えられるようにできることを考えていきたい		
		丁寧に向き合える環境づくり	丁寧な看護を提供できる環境づくり	4	
			一般病棟で看取りをもっと自然に行なえるようにしたい		
			その人のことを考えたら告知して，その人らしく最期をむかえられる環境づくりも必要		
			様々な状況に合わせ対応ができるルール作り（法律も含む）や基盤をしっかりと整えてもらいたい		
	チーム・多職種で共有し統一したケア	医師の理解と協力が必要	医師にも安らかに死を迎えるための情報発信が必要	4	9 コード 6.9%
			医師の理解が必要		
			看護や介護職だけでなく医師にも必要だと思う		
		多職種で共有し統一したケア	人間の尊厳，ケアについて職種を超えて共通に行われたらよい	3	
			死生学においては，職種問わずどの分野であってもジェネラリストの養成を目指していただきたい		
			スタッフでターミナルや患者の希望をどのようにかなえていくかを一緒に考えられたらよい		
		チームで理解・統一したケア	様々な学歴，職歴のスタッフで構成されている看護部のため，全スタッフに理解できる内容を希望	2	
			専門・認定看護師の充実を図り，チーム全体で統一した看護を提供できるようになりたい		
	死生観に基づいたケア実践	体験に基づく死生観の形成	親の死を経験したことが死生観につながり，その後は看護ケアに生かせているように思う	3	5 コード 3.8%
			就職して実際に患者さんの死と向き合ってから学ぶ機会は大切		
			経験とフォローする先輩方の声かけは重要		
		家族・遺族の体験談からの学び	家族との関わり方，家族の思いなど家族の体験談等含めて学べれば，実際臨床で役立つと思う	2	
			遺族の方の話等，聞けると参考になる		

表４−２．死生教育に対する期待・要望 ［観点３：体制・環境の整備，観点４：看護職のメンタルヘルス，観点５：死生教育の現状と課題］

観点	カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード	コード数	占有率
体制・環境の整備	看取りケアの場の拡充	在宅・施設での看取りケア体制の整備	在宅での看取りなど死生についてもっと一般の看護職員などに広まっていって欲しい	5	8 コード 6.2%
			家や施設で静かに家族も納得して永眠できる環境づくりが行政的に整備されることを望む		
			在宅での看取りがしやすくなるようになってほしい		
			施設でもっと看取りを行なってもらえるようにならないかと思う		
		緩和ケア病棟の管理・運営へのニーズ	緩和病棟の効果や管理的なところを知りたい.	3	
			緩和ケア病棟の造設・増床を望む		
			緩和病棟の実際について，緩和についても深く学びたい		
	広く学び話し合える環境づくり	医療者・患者・家族で死について話し合える環境	患者・家族が前もって生・死，終末期をどのように迎えたいのかを話し合うようになって欲しい	4	7 コード 5.4%
			本人家族と医療従事者で前向きに話し合い，望む形で最期を迎える社会を期待したい		
			家族全員でオープンに話し合える死生教育があればよい		
		医療現場だけでなく広く学び・話り合える場	医療現場のみの教育ではなく，一般の方と一緒に話せる場，勉強できる場があればよい	3	
			悲嘆のケアについて , 病院・病棟だけではなく，広く語り合えるような場があると参加したい		
			国や文化の違いを分かりつつ，死について何でも語り合える場の環境が出来ればよい		
看護職のメンタルヘルス	看護職の精神的ストレス	死に直面することで働くことへの困惑	看取り経験が看護・介護職員のストレスになり離職につながっている	5	8 コード 6.2%
			時々いつか死んでしまうのに，何のために生きているのかわからなくなることがある		
			若い頃に経験した死の体験が辛かった		
			在宅や施設での見取りが増えれば病院看護師の離職は防げるのか		
		関わりへの無力感・ストレス	無意味な延命により，家族の疲労を見る方がストレス	3	
			「死」はシビアな問題なのでいつも声掛けに悩み，何も言ってあげられないことが多い		
	看護職のメンタルヘルスケア	看護師の精神面のケア	医療者側の精神面のケア	4	7 コード 5.4%
			自問自答しながら前向きに考え，こういった気持ちへの向き合い方，考え方を共有したい		
			急性期病棟でターミナル患者や家族の思いに十分に添えないジレンマを軽減させる方法		
		自信を持ってケアに向き合える教育	看護師が辛い経験を背負わず人生を送るために死生教育を広めてほしい	3	
			その人らしさについての教育が若い年代の受ける側に重すぎないように伝わることを期待する		
			看取ることがスタッフのメンタルを追いつめるのではなく，自信を持ってケアできる教育が必要		
死生教育の現状と課題	死生観に対する要望と課題	宗教や文化的背景に関連する死生観	死生教育は宗教との関係が重要だと思う	7	14 コード 10.8%
			日本人の多くは宗教が日常的ではないのでなかなか難しそうだ		
			死に対する悪いイメージマイナスイメージを払拭していけたらよい		
			スピリチュアル・宗教		
		必然的な死と捉える死生観	若い方々が死を遠ざけるのではなく，自分のこととして考えられるようになればよい	4	
			病院でも施設でも自宅でも「人間はいつか死を迎かえるもの」そう思って興味をもって欲しい		
			死生観は，全ての世代の人々がそれぞれに持てるようになれば良い		
		死が身近なものとしてとらえにくい現状	核家族化も進んでおり，家族の死でさえ関わったことのないスタッフが増えている	3	
			死に近くない病棟にいると受け止め方や死への危機感が違うと感じる		
			現代は , 死が本当に身近にあり人は不死身ではないことに気づことしないのかもしれない.		
	死生教育についての理解不足	死生教育のことばの意味が不明確	「死生教育」という 4 文字には何故か暗いイメージがある．別な表現はないのだろうか	8	10 コード 7.7%
			死生教育というものを聞いたのが初耳だったので , もっと社会全体で周知されても良いと思う		
			「高齢多死社会」を初めて聞いた		
			死生観，死生教育．デスカンファレンス等．初めて聞くことばばかりだった		
		今回の調査をとおして興味をもった	「死生看護」の定義が分からなかったため，どのような教育か興味がある	2	
			アンケートをとおして興味を持ったので，研修会等に参加し知識を深めていきたい		
	看取りケアを困難にしている現場の課題	医療者の教育・ケアの課題	緩和ケア認定看護師が中心になり研修を行っているが，十分に教育が行き届いていない現状	4	9 コード 6.9%
			変則勤務のため , 本人や家族の話をゆっくり聞く時間がとれない現状		
			看護師だけではなく医師やリハビリ栄養士なども参加した方が良いがゆっくりとできない		
		現場の体制に関する課題	病院経営とどう折り合いをつけるかも難しい問題	5	
			最期まで在宅で望んでいても看取るために病院に入院する現状		
			急性期病院でせわしなく看取るのではなく，ゆったりと家族と時間を過ごして亡くなるのが理想		
			教育も必要だがきちんと相手に向き合えるだけのまず人員が欲しい		

との比較は一概にはできないが，本研究の対象者の平均勤続年数が約 19 年で，豊かな職歴を重ねている看護職であったことに加え，本県においても確実に多死高齢社会が進展している医療情勢の中で，医療機関で働く看護職は，病院の規模や看取り場面に限らず普段から死生を意識して様々な立場でケアに関わっていることが考えられる．また，看護職は，患者の看取りや死を経験することで，死について考え，ケアを振り返ることで自らの死生観を形成しており，こうした看護職者の死生観が，終末期ケアへの積極的な態度や看護の質に影響するといわれている（高原他，2014；大町他，2009）．看取り経験が多かった本研究の対象者は，経験と共に自らの死生観を形成しながら，普段のケアにおいても死生を意識して実践しており，それが死生教育への興味・関心の高さにつながっていたと推察される．

しかし，その一方で，実際に死生教育に関する学習会や研修会に参加したことがある看護職は 3 割以下と少なく，エンゼルケアについても，8 割以上が勤務している臨床現場で実際のケア場面をとおして経験的に学んだと回答していた．このことから，臨床現場における死生教育は，先輩看護師や実際のケアに直面しながら経験的に学ぶ，いわゆる「暗黙知」や「経験知」として習得され，「実践知」として獲得していることが明らかになった．今後，看取りケアの重要性が増すことに伴い，医療現場において看護職がその役割・機能を果たしていくためには，経験的に獲得された実践知とともに言語化・共有化された既存の知識をも習得していくことが必要であり，現場の状況とニーズに即した形式的な知識を学ぶ死生教育の必要性が示唆された．

しかし，本研究の対象者は，岩手県内 23 の医療機関の 99 名より得られた結果であり，岩手県の医療機関の情勢として，急性期病床数が多い実状にあることを鑑みて勤務している病棟や施設に偏りがあることから，岩手県の医療機関で働く看護職の実態として述べるには限界がある．今後は，対象者の勤務場所や施設の規模に焦点を当て追究していくことが必要であると考える．

２．ケア実践に関する多様な学習ニーズ

本研究では，死生教育について学びたいテーマや内容として，大きくケア実践に関する内容と看護職の質向上に関する内容があげられ，その殆どが臨床現場における多様なケア実践に直結する知識や技術に関する内容が示された．その要因として，本対象者の約 7 割が急性期・慢性期の複数診療科が混在する，一般・混合病棟に勤務する看護職であったことから，普段のケア場面に直接活用できる実践的なケアの方法や内容に関するニーズが多く抽出されたと考えられる．また，最もコード数が多かった【実践的なケアに関する内容】は，エンゼルケアをはじめ，看取りケア，緩和ケア，グリーフケア，ターミナルケアに加え，告知後のケア，意思を尊重したケアと，終末期ケアに関わる様々な立場や側面から捉えた内容があげられ，医療現場で終末期ケアにかかわる看護職の役割・機能が多様化している実状を伺い知ることができた．百瀬（2011）は，日本の終末期ケアが，ターミナルケア，ホスピスケア，緩和ケア，エンドオブライフ・ケアなど様々な用語が用いられており，これらの多くががん患者に適用されている点を指摘している．そして，高齢者の終末期ケアは，加齢の影響により変えられない身体機能や病態の現実は受け入れつつ，変えられることに着目し，残された貴重な時間にその人が何をしたいのかを引き出し，目標を設定し，多様な選択肢の中からその人らしい実現の方向を医療・保健・福祉に携わる多職種が協働して支援していくことの重要性について述べている．本研究の対象者は勤続年数や看取り経験が豊富であったことに加え，県内の地域医療支援病院としての役割を担う医療機関で働く看護職が多かったことから，高齢者が病気を発症し入院した時から，病状の変化に伴い入退院を繰り返しながらケアの場を在宅・病院・施設と療養経過をたどるなかで，多職種や地域と連携しよりよいかたちで継続的にその人の生活を最期まで支えていくために，それぞれが置かれた立場で必要なケアや知識の学習ニーズがあげられたと考えられる．

本研究では，対象者の年齢や勤務年数の違いによる明らかな学習ニーズの違いは認められなかった．これは，先行研究で死生教育への興味・関心や研修会への参加経験が年齢や勤続年数と関連していなかったとする研究者らの結果を支持するものであり，大町他（2009）の研究結果と同様であった．つまり，大町他（2009）が述べているように，教育的介入によってターミナルケアの質向上が可能であることを示唆しており，効果的な死生教育を展開するためには，年代や勤続年数というよりも施設や病棟の役割機能をふまえ，それぞれ看護職が置かれている状況に即した教育プログラムや学習内容の検討が必要であると考えられる．

３．死生教育に対する期待と要望

本研究では，死生教育に対する期待と要望として，大きく 5 つの観点からカテゴリーを分類することができた．そして，これらの観点は，それぞれ同列の関係性にあるのではなく，互いに相互補完的な関係性にあると解釈することができた．

１）基礎看護教育と院内研修における死生教育の充実

最もコード数が多かった「多様な教育・学習ニーズ」は，先の「死生教育について学びたいテーマや内容」の学習ニーズ同様に，死生教育を基礎教育や院内研修において系統的に基盤教育として学ぶ必要性と，多様な対象の様々な実践場面における技術や知識を身近で学べる学習機会の充実への期待と要望があげられた．

これは，糸島他（2014）の調査結果においても，基礎教育段階において専門的かつ実践的な死のプロセスを理解したエンドオブライフ・ケアについての学習ニーズが新卒看護師と看護師長両方において高かったことが報告されている．その一方で，終末期看護は身体的・心理的状況が複雑で慎重なケアが必要とされるため，実際に看護学生が実習で受け持つ機会は制限されている場合が多く，看護基礎教育カリキュラムにおける学習展開が困難であり（玉木他，2017），そのため知識レベルの教育が中心になされているとの指摘もある（糸島他，2014）．とりわけ，死が非日常化している現代において，倫理観をもって尊厳ある死や生を考える機会や，死生観の育成を目指した内容を織り込んだカリキュラム構成が必要であり（久木原，2016），そのためには，模擬患者を導入した演習やシミュレーション教育で補完したり，他の学生の体験や看護職者の体験を共有することで追体験的に学べるような教育方法の工夫が重要である（日本看護系大学協議会，2018）．

本研究でも，基礎教育段階から死生教育を学ぶことの重要性が示されていた．それは，単に知識レベルに偏った教育ではなく，看護学生が「死」を自分の問題として捉え，それにどう向き合い考えていくかといった感情や価値観のレベルでも考え，演習や実習での体験的学習をとおして自己の死生観の育成に繋がるような死生教育が重要であると考える．そして，この死生観の育成を目的とした死生教育は，学生が自分の死について考えると同時に生きる意味をも考え，命の尊さについて認識を深めることで，将来看護職となってケアを実践していく際の看護観の基盤につながる不可欠な教育であるといえる．

またこれは，基礎教育だけでなく院内研修においても，死生教育の必要性が示されていた．すなわち，現代の家族構造と医療情勢の変化から，入職してはじめて死を体験する看護職も少なくない実状をふまえ，看護職のメンタルケアを含め，家族と一緒に行うエンゼルケアやデスカンファレンスの方法など，より具体的なケア実践の内容に関する学習ニーズが示されていた．院内における死生教育は，新人看護師だけではなく，年代を問わず看取りを経験している全ての看護職や多職種が一緒に身近に参加できる学習機会の充実がニーズとしてあげられ，フォーマルな研修会に加え，インフォーマルな気軽に柔軟にその場の状況に応じた学習機会の充実を図る必要性が示唆された．

２）死生について地域住民が広く学び語り合える学習機会の拡充

地域住民を対象とした死生教育の必要性は，先の「死生教育について学びたいテーマや内容」では示されなかった内容であり，死生教育が医療職者だけではなく広く一般市民や地域住民のあらゆる年代の対象において，死生観への理解や生と死について学ぶ機会の必要性が示された．これは，A．デーケン（1990）が論じた「死への準備教育（death education）」と重なりをみることができた．デーケンによると，「死への準備教育」とは，死はいつか必ず直面せざるを得ない絶対的，普遍的現実であり，死は常に生と共にあることから，「死」について考えることはそのまま「生」の意味を問いかけることで，死を迎えるまでの人生をいかに生きるかを考える「ライフ・エデュケーション」（Life Education）の生涯教育として論じている．本研究で示された，医療者だけではなく多様な年代の地域住民で広く学び合える学習機会の充実へのニーズは，この死への準備教育同様に，日頃から生や死について考え身近に語り合うことで死生観を形成し，いざ患者や家族が死に直面したときに戸惑いなくその人の望む生き方を支えていくになると考える．

その背景には，厚生労働省（2018c）が終末期医療の在り方として「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を策定し，広く患者・家族・医療職が合意できる基本的な点を整理し方向性を示したことが考えられる．これまで，病気や治療を医師に任せていた時代から，自分で生き方や人生最期の迎え方について考え選択する時代へと進んでいるところであり，自らが希望する医療・ケアを受けるために，大切にしていることや望んでいること，

どこで，どのような医療・ケアを望むかを元気なときから前もって考え，周囲の信頼する人たちと話し合い，共有していくおくことの重要性が認識されてきたのではないかと推察される．

ところが，厚生労働省の調査（2018b）では，一般国民の半数以上が 家族や医療介護関係者と「人生の最終段階について話し合ったことがない」と回答しており，話し合わなかった理由として「話し合うきっかけがなかった」，「知識がないため何を話してよいかわからない」があげられていた．また，昨年改定されたガイドライン（厚生労働省，2018c）に盛り込まれた，アドバンスケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）の概念について，国民の約 8 割，看護職と医師の 4 割が「知らない」と答えていたことから，医療現場でもガイドラインの内容が十分に周知されているとは言い難く，一般国民はもとより医療職者に対してもガイドラインの啓発・普及に向けた教育・研修の必要性が指摘されている．患者・家族の最も身近な専門職者としてケアの全過程に連続的に関わる看護職は，早い段階からその人が望む意思を確認し，病期や療養状態の変化に伴い，その意思や考えも変化していくことが考えられるため，その時の状況に応じて最もよい意思決定が行えるよう支えていくことが重要である．特に高齢者のエンドオブライフ・ケアは，病院に来たときからスタートするといわれ（桑田他，2016），病気や治療との対峙において心身の状態が急に変化しやすい状況にあることから，本人や家族の意思を尊重しながら，正しい知識と情報を提供・共有し，本人・家族にとって望む生き方，最期の迎え方ができるよう，普段から繰り返し話し合い，常に最善の方法が選択できるよう持てる力を引き出し，ときには代弁者となって尊厳ある人生を最期まで支えることが重要であると考える．今回示された，このカテゴリーは，こうした政策や社会の動向を受けて，普段から家族や地域住民，医療者間で語り学び合える環境の重要性の認識が死生教育に対する期待・要望として示されたと考えられる．また，これについては観点 3 の【体制・環境の整備】の［広く学び話し合える環境づくり］からもうかがい知ることができた．

3）医療現場における経験知と形式知の統合を目指す死生教育

次にコード数が多かった観点 2 の「ケアの実践化」は，看護専門職として臨床現場の多様な状況に多職種・チームで連携しながらその人らしい最期を迎えられるよう，よりよいケアの実践を目指す期待と要望が示された．とりわけ，人を対象とする看護では，「その人らしさ」は，対象の個別性や尊厳を保つ上で重要視され，日本看護協会（2003）では看護の目的を，「健康の保持増進，疾病の予防，健康の回復，苦痛の緩和を行い，生涯を通してその最期まで，その人らしく生を全うできるように援助を行うこと」と言明している．また，先行研究でも，その人らしさを尊重するケアは，対象者の意思決定を促し，生き生きした生活や社会参加を可能にし，最後まで自分の意思が尊重され病状が進行していく中でも充実した日々を過ごし，よい最期を迎えることを可能にするとの報告がある（吉田他, 2008）．しかし，その一方で「その人らしさ」は，明確に規定される定義がなく抽象的な概念として受け手によって曖昧に解釈されていることが指摘されている（黒田他，2017）．黒田他（2017）は，「その人らしさ」について先行文献の概念分析から，「内在化された個人の根幹となる性質で，他とは違う個人の独自性を持ち，終始一貫している個人本来の姿，他者が認識する人物像であり，人間としての尊厳が守られた状態」と定義している．そして，他者である看護師の「その人らしさ」のとらえが，本来の対象者らしさとずれてしまう可能性があることを認識しながらも，対象者の「その人らしさ」をとらえていくことは，対象者らしく生を全うできるようなケアの実現可能性を高めることになると述べている．このことから，対象者の「その人らしさ」とは，主観的かつ個別的なものではあるが，看護師が経験している世界からできるだけ対象者の世界に近づけるよう洞察する能力が必要であり，これは単に外から与えられる既存の知識で習得されるものではなく，看護職自身の経験から得られる知識と合わせて備わるものと考えられる．

またこれは，同じ「ケアの実践化」の観点を構成する【死生観に基づいたケア実践】についても同様に考えられる．「死生観」の定義が，「生きる意味と生の延長線上にある死についてどのように捉えているかという個人の考え方」（河野他，2000）とするならば，「その人らしさ」同様に，個人が体験している主観的な世界でとらえられる概念であるといえる．やはり，外から与えられる知識や技術を習得することで形成されるものではなく，自らの体験を意味づけ内在化していくことで死生に関する観方が自己の内から形成されていくものであると考えることができる．そして，この「ケアの実践化」を構成する【その人らしく最期を

迎えるためのケア】と【死生観に基づいたケア実践】は，看護職の体験から獲得される経験的な知識としての側面を含み，もう一つの【チーム・多職種で共有し統一したケア】は，チームでケアを振り返り対話により，体験を他者に言語化することで，客観的で共有可能な実践知となってケアに生かされていくことにつながると考えられる．いわば，観点１の「多様な教育・学習ニーズ」は，主として客観的に言語化された既存知識の教授により学ぶ学習ニーズであるのに対し，観点２の「ケアの実践化」は，主観的な経験を通して得られる実践的な知識の習得を目指す学習ニーズであり，それは講義形式による学習形態ではなく，カンファレンスや対話により他者と体験を共有したり，振り返りやリフレクションをとおして習得される知識であると考えられ，この両方の学習形式で習得する死生教育の重要性が示唆された．

４．看護職の質向上に関わる学習ニーズ

多くがケア実践に関する死生教育への要望や期待が示された中で，看護職自身のメンタルヘルスやデスカンファレンス，倫理・安全などに関するチーム・看護職の質向上を目指す内容が示された．近年，ホスピスや緩和ケア病棟が増加しているとはいえ，依然多くが一般病棟で最期を迎えており，本研究の対象者も，急性期病床と慢性期病床が混在する一般病棟で働く看護職が多くを占めていた．一般病棟でのターミナルケアについて，病期過程のあらゆる段階にある人々が混在しており，各期の看護が同一の場で同時に展開されるため，検査や治療などの医療処置の多い患者や家族のケアが優先され，看護師は，ターミナル期の患者への看護が十分に展開できない状況にジレンマや限界を感じており，それが早期離職の要因の一つになっているとの指摘がある［岡田（北村）他，2012］．病院で終末期を迎える利点は，疼痛や呼吸困難などの終末期の症状や処置に臨機応変に対応できることであるが，ややもすれば，緊急時などは説明が後回しになり医療主導で処置が進められることも少なくない．看護職は，患者や家族から求められる理想のケアと現実とのギャップに戸惑いや矛盾を感じながらも，死に逝く高齢者の尊厳が守られ，安全かつ倫理観をもって残された家族にとって納得がいくような最期を迎えられるよう支援することが求められ，こうした課題に対する要望・期待であったと推察される．［岡田（北田）他，2012］は，看取りに関わる看護師が抱くとまどいの乗り越え方として，研修会や勉強会などに参加し，他の研修生や指導者からのフィードバックを受け，自己の看護を振り返り課題を明確にすることで乗り越えられていたと報告してしている．本研究でも，参加しやすい院内教育プログラムを充実すると共に，病院外の研修会や勉強会に参加しやすい職場環境を病院組織全体で作り上げることの重要性が示された．

５．死生教育の課題

かつての日本は在宅死が殆どであり，若い世代は老いていく家族を見ながら看取りを経験し，死の有り様について学び伝承してきた．しかし，現代は核家族化が進み，日常生活で人が病を抱え最期を迎える状況にふれる機会が少なくなっていることで，入職して初めて患者の死を体験する看護師も少なくないといわれる（坂下，2017）．本研究においても，必然的に全ての人におとずれる死について，看護職に就いてはじめて考えるのではなく，普段から自己の死生観を育んでいく必要性があるが，現代の核家族化や社会環境が死を身近なものとしてとらえにくい現状にあることが課題としてあげられていた．

また，今回の調査で用いた「死生教育」という用語が，聞き慣れない言葉であったとの意見も多数あり，臨床現場では「デスエデュケーション」，「臨床死生学」，「生命倫理学」などの言葉で捉えられている場合もあることから，用いる用語の吟味が必要であったと考える．しかし，「今回の調査を通して興味をもった」との意見も複数みられたことから，言葉の多義性をふまえ説明を加えながら，学習会などで共有していく必要があると考える．

さらに，死生教育の現状と課題として，こうした医療職者の教育不足と共に，人員不足や体制の不備が看取りケアを困難にしている現場の課題としてあげられていた．今後は，死生教育の充実はもとより，現場の人材確保と体制の整備のソフト・ハード両面から充実を図る重要性が示された．今回の研究では，看護職の8割以上が死生教育に興味・関心があると回答しながらも，7割以上がそれに関する研修会や学習会に参加した経験がない実態にあったことから，現場の状況に即したかたちで，日頃のカンファレンスなどを利用した学習会や視聴覚教材の利用など気軽に参加できる研修会や，現場の教育的人材の不足をサポートするために，大学教育機関や中核病院等と連携した教育的介入の必要性が示唆された．

研究の限界

本研究の対象者は，岩手県内 23 の医療機関の 99 名より得られた結果であり，岩手県の医療機関で働く看護職の実態として述べるには限界がある．また，対象者への質問紙の配布を管理責任者に一任したことから，看護職が働く病棟や職位などに偏りが生じていた可能性もある．今後は対象者の条件を絞り焦点化して調査を重ねることで，対象の状況に即した学習ニーズや課題について検討し，具体的な教育的介入の方法を探っていきたい．

結論

本研究では，岩手県内の医療機関で働く看護職の死生教育に対する学習ニーズとして，以下の知見が得られた．

1．岩手県の医療機関で働く看護職は，看取りを多数経験し，普段のケアにおいて死生を意識しながら看護を実践していることが明らかになった．
2．医療機関で働く看護職の 8 割以上が死生教育に興味・関心があるが，実際に研修会に参加した経験者は，3 割以下と少ない実態が明らかになった．
3．死生教育の学習ニーズとして，看取りケアやエンゼルケア，緩和ケア，グリーフケア，ターミナルケアと，終末期ケアを多側面に捉えた実践的なケアに関する内容が多くあげられ，医療機関における看護職の役割・機能が多様化している実状が推察された．
4．死生教育に対する要望・期待では，医療職のみならず家族をはじめ多様な年代の地域住民を対象とした身近に参加できる学習機会の充実が多く示され，現場の状況に即した教育的介入の必要性が示唆された．
5．その人らしく最期を迎えるためのケアや，死生観に基づくケアは，看護師の経験から得られる知識であり，それをチームで言語化して共有することで実践的な知識として統合し，よりよいケア実践を目指していくことにつながる重要性が示された．
6．死生教育に対する課題として，死は文化的背景に依拠して必然的なものとして死生観を捉えることが大切であるが，死を身近に捉えにくい現代の情勢や医療現場にける人員不足，教育不足が，看取りケアを困難にしている課題として示された．

謝辞

本研究にご協力いただきました医療機関の看護部門責任者，ならびに看護職の皆様に心より感謝申し上げます．

引用文献

アルフォンス・デーケン（1990）：死の準備教育，日本臨床麻酔学会誌，10（4），330-332.
糸島陽子，奥津文子，荒川千登世，他（2014）：新卒看護師・看護師長のエンドオブライフに対する教育ニーズ，人間看護学研究，12，25-32.
河野友信，平山正美（2000）臨床死生学辞典 . 日本評論社，東京，18-19.
厚生労働省（2018a）：平成 30 年 (2018) 人口動態統計の年間推計，https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei18/dl/2018suikei.pdf［検索日 2019 年 8 月 8 日］
厚生労働省（2018b）：人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書　平成 30 年 3 月人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会，https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf［検索日 2019 年 6 月 6 日］
厚生労働省（2018c）：改定平成 30 年 3 月人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン，https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf［検索日 2019 年 6 月 6 日］
厚生労働省（2017）：人口動態調査　5-5 表 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率．https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003214716［検索日 2019 年 7 月 17 日］
黒田寿美恵，船橋眞子，中垣和子（2017）：看護学分野における『その人らさ』の概念分析− Rodgers の概念分析法を用いて−，日本看護研究学会雑誌，40（2），107-116.
桑田美代子，湯浅美千子（2016）：死を見据えたケア管理技術（高齢者のエンドオブライフ・ケア実践ガイドブック　第 2 巻），中央法規出版，東京．
久木原博子（2016）：特集あらためて死について考える　看護・医療系学生の死生観育成，保健の科学，58（8），530-534.
百瀬由美子（2011）：病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア，日本老年医学会雑誌，48（3），227-234.
内閣府（2018）：平成 30 年版高齢社会白書（全体版）（PDF 版）第 1 章 高齢化の状況，https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf

［検索日 2019 年 6 月 6 日］
内閣府（2017）：平成 29 年版高齢社会白書（全体版）（PDF 版）第 2 節 高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向　3 高齢者の健康・福祉，https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_03.pdf［検索日 2019 年 6 月 6 日］
日本看護系大学協議会（2018）：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，http://www.janpu.or.jp/file/corecompetency.pdf［検索日 2019 年 5 月 30 日］
日本看護協会（2003）：看護者の倫理綱領，https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf［検索日 2019 年 6 月 6 日］
日本看護協会：人生の最終段階における医療　倫理的課題の概要 https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/text/basic/problem/jinsei.html［検索日 2019 年 11 月 11 日］
岡田（北村）奈津子，山元由美子（2012）：ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のとまどいの乗り越え方，日本看護研究学会雑誌，35（2），35-46.
大町いづみ，横尾誠一，水浦千沙，他（2009）：一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関する要因の分析，保健学研究，21（2），43－50.
坂下恵美子（2017）：一般病棟で終末期がん患者にかかわる若手看護師の困難な看取り経験からの学び，南九州看護研究学誌，15（1），31-38.
鈴木美代子，千田睦美，伊藤收（2019）：岩手県岩手県内の医療機関で働く看護職の看取りとデスカンファレンスの実態，岩手看護学会誌 13（2），41-56.
高原和恵，竹田恵子（2014）：医療型療養病床の終末期看護に対する態度−終末期看護に対する不安の有無別にみた特徴−，川崎医療福祉学会誌，23（2），285－290.
玉井なおみ，木村安貴，大城凌子（2018）：終末期看護教育がもたらす看護学生の終末期ケアに対する意識の変化：The Frommelt Attitude Toward Care of Dying Scale, From B と質的分析を用いての評価，名桜大学紀要 =THE MEIO UNIVERSITY BULLETIN（23），1-13.
玉木朋子，犬丸杏里，横井弓枝，冨田真由，木戸倫子，他（2017）：看護基礎教育における終末期ケアシミュレーションシナリオの開発と評価：フロー体体チェックリストを用いた無作為比較化試験による検討，日本看護科学学会，37，408-416.
吉田友子，檜森めぐみ，増田悠佑，他（2008）：その人らしさを尊重した終末期看護：その人らしさを形成する体験に着目した実践，日本看護学論文集（成人看護Ⅱ），38，65-67.

（2019 年 11 月 14 日受付，2020 年 1 月 6 日受理）

＜ Research Report ＞

A Study on the Learning Needs of Nurses Working in Medical Institutions Regarding Life and Death Education

Miyoko Suzuki, Mutsumi Chida , Osamu Ito
Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

Keywords：Medical institutions, Nurses, Learning needs, Educations about life and death, Qualitative analysis

＜資料＞

看護学生の個人特性と手術看護に対する態度

及川衣織[1)]　小澤尚子[2)]
1）昭和大学横浜市北部病院　2）常磐大学看護学部

要旨

看護学生の個人特性と手術看護に対する態度との関連を明らかにするために，A 看護系大学 4 年生を対象に質問紙調査を実施し分析した．結果，個人特性（経験，関心，知識，看護倫理，イメージ）と手術看護に対する態度との項目間に有意な関連が認められた．手術看護の実習経験や関心がある者は 8 割以上，知識がある者は 6 割以上であり，関心や知識がある者は，［手術室の看護師は積極的に非言語的コミュニケーションを用いる］，と考える傾向が示された．一方で，看護倫理やイメージを否定的に捉える者は，［手術看護は他領域に比べ専門性が高すぎる］，［手術室に配属された看護師はカルチャーショックを受けやすい］と考える傾向が示された．看護基礎教育において，手術室における看護倫理について考える機会を設けることや，手術看護の実習体験を共有し，手術看護への関心や理解を促進する授業内容の必要性が示唆された．

キーワード：手術看護，看護学生，態度

Ⅰ．はじめに

近年の医療の進歩により，外科手術における術式および麻酔の発達は目覚しく，それに伴い手術看護の専門性も求められている．手術看護の目的は，「安全で安心な最良の手術の提供」（土藏，2012）といわれ，さらに手術看護の専門性とは「患者を中心に展開される看護」であり，それを特徴付けるものとして，「専門的知識に裏付けられた行動」「チームの一員でかつ調整役」「マネジメント能力」の 3 つの側面（佐藤他，2004）をもつといわれている．その一方で，手術が安全に終了することは当然のことである．しかし，手術看護が高度な技術や迅速な判断力を必要とするものであっても，手術室には看護はないと世間の認識は未だ乏しい（吉川，2012）という声も聞かれる．

手術看護における臨床看護師を対象としたこれまでの先行研究は，手術室配属初期には自己が描く手術室のイメージとのずれによるショックがあった（大西他，2009），一般病棟の看護師は，手術室の看護業務に対して特殊性と捉えストレスに感じていた者が 8 割を占めた（若林他，2016）など，臨床看護師が手術看護に対して心理的なストレスや困難感を抱いていたことが報告されている．

一方，看護基礎教育における手術看護の先行研究を概観すると，手術見学を経験することによって侵襲を受けた受け持ち患者の理解が促進した（板東他，2012；溝部他，2007），座学で学んだ手術室看護師の役割が手術室実習を経験したことで明確になった（池田他，2012；木村他，2014；石橋他，2011）など，看護学生の手術室実習を経験することによって学習がさらに深化したことが報告されている．また，手術看護への関心では，看護学生は周手術期実習に身を置くことによって手術見学実習への関心が高まった（小澤他，2013），「手術室看護は魅力的」「手術室看護に興味がある」が実習前に比べて実習後に増加していた（溝部他，2007），さらに，手術見学によって手術看護の知識が促進（板東他，2013；木村他，2014；石橋他，2011）した効果が報告されている．一方で数は少ないが，手術見学における看護倫理を報告していた研究は，全身麻酔下で意識がなく，無力な状態におかれる患者を擁護し尊重しようとしていた（北村他，2004；大谷他，2006）ことが報告されている．また，学生の実習前の手術室のイメージは「緊迫感」「親近感」「変

動的」「冷厳さ」「俊敏」であった（小林他，2015）ことや，マスメディアによる緊迫した環境下で手術が行われるイメージをもっていた（中井他，2012）ことが報告されている．さらに，周手術期実習や手術見学実習の経験が手術看護への関心や理解に影響を与えている報告（吉井他，2004；溝部他，2007；木村他，2014；小林他，2015）もある．このように，手術看護の先行研究は，看護学生を対象にした手術室実習に関する研究をはじめ，看護学生個人が有する経験，関心，知識，看護倫理，イメージなどの個人特性が個々に注目され報告されてはいるものの，個人特性各々が手術看護にどのように影響を与えているか，検証した研究は希少であった．しかも，看護学生の手術看護に対する感じ方，考え方や捉え方などの態度と，看護学生の個人特性との間にどのような関係があるのか，関連を検証した量的研究は見当たらなかった．よって，これらの関連を明らかにすることは，看護基礎教育を受けている看護学生が捉える手術看護を理解することにつながり，さらには手術室実習を位置づける周手術期実習における学生の実態がわかることから，臨地実習の学習支援について考える一資料になり得る．

そこで，本研究では，看護学生の個人特性と手術看護に対する態度との関連を明らかにすることを目的に，研究を行った．

Ⅱ．用語の定義

手術看護：手術を受ける患者を対象に，安全で安心な最良の手術が受けられるように，医療チームの一員として情報を共有し，専門的な知識と技術をもってその役割を果たす（土藏他，2012）と定義する．

態度：広辞苑によると態度とは，「事物に対する固定的な心のかまえ，考え方，行動傾向」とある（新村，2008）．そこで，本研究では態度の定義を「手術看護に対する看護学生の感じ方，考え方や捉え方，行動傾向」と定義する．

個人特性：手術看護に対する経験，関心，知識，看護倫理，イメージに対する個人の性質と定義する．

Ⅲ．研究方法

１．研究デザイン

横断的研究，関係探索型研究デザイン．

２．調査期間

2017 年 8 月上旬．

３．研究対象者

A 看護系大学 4 年生 82 名．

４．A 看護系大学の成人看護学実習の概要

A 看護系大学における成人看護学実習は，3 年後期から 4 年前期の各論実習（成人，母性，小児，精神，地域看護学実習）の 1 つとして位置づけた 3 単位の実習であり，周手術期およびクリティカルケア実習，慢性期実習，終末期実習の 3 領域にわかれ，そのうちの 1 領域を学生は継続して 3 週間実習する．主に，周手術期およびクリティカルケア実習にて，手術を受ける患者を受け持ち，原則として受け持ち患者の手術に伴って手術見学実習を行っている．対象とした看護学生は，4 年次の 7 月に総合実習が行われ，すべの実習が修了している．

５．調査内容

１）対象者の個人特性

本研究では対象者の個人特性として，経験（大谷他，2006；小島他，2017；三澤他，2014）は手術見学実習の経験，周手術期患者を受け持った経験，手術を受けた経験，家族が手術を受けた経験，関心（佐藤他，2000；小澤他，2013）は手術看護への関心，知識（佐藤他，2000；江口他，2008；深澤，2006）は器械出し看護師と外回り看護師の役割，看護倫理（中村他，2016；西田他，2011）は手術室における患者のプライバシー，イメージ（吉井他，2004）は手術室の印象の 9 項目を尋ねた．回答形式は，経験，関心，イメージは「ある」「ない」，知識は「知っている」「知らない」，看護倫理は「思う」「思わない」と，2 件法で回答を求めた．

２）手術看護に対する態度

本研究では手術看護に対する態度の質問は，看護学生の手術室看護の感じ方の 11 項目（井尻他，2016；住田他，2015；佐藤他，2000；堀田他，2010；中村，2006），考え方や捉え方，行動傾向の 18 項目（土藏，2011；深澤，2006；西田他，2011；竹村他，2016；吉川，2012；佐藤他，2000；堀田他，2010；中村他，2016；深澤，2011）の計 29 項目を設定した．測定方法が簡便である（服部他，2015）理由から 4 件法を選択し，「非常に当てはまる」「やや当てはまる」「あまり当てはまらない」「全然当てはまらない」で回答を求めた．分析時には，対象者の回答を明瞭にする（小塩他，2007）ため，「非常に当てはまる」「やや当ては

まる」を合わせた「当てはまる群」と，「あまり当てはまらない」「全然当てはまらない」を合わせた「当てはまらない群」の 2 群に分けて行った．

3）プレテストの実施

本調査前に，成人看護学の看護教員 3 名（平均回答時間：12 分）に対し，質問紙の内容と表面妥当性を確認した．また，看護学生 3 年生 5 名（平均回答時間：5 分）に対し，質問の意図が正しく伝わるか，質問項目の用語が理解しやすいか，回答を誘導するような質問はないか，項目数は適切か等の意見を求めた．プレテストを受けた対象者からは，二重課題になっていて答えにくい，主語が明確ではないと助言されたことを受け，文章を修正し質問紙が完成した．

6．調査方法

講義終了後の休憩時間に，教室内にいた対象者 82 名に対し，研究者が研究の趣旨を文書および口頭で説明のうえ無記名自記式調査票を配布し，A 看護系大学内のラウンジに設置した回収箱に調査票を投函するよう依頼した．5 日後，対象者から回収箱に投函された調査票を回収した．

7．分析方法

全調査項目について記述統計処理を行った．次に，手術看護に対する態度の回答比率を算出し，回答比率が 90.0%以上と高かった項目を，手術看護に対する態度の傾向として分析した．対象者の個人特性の項目の相互関連をみるために，χ^2 検定または *Fisher* の直接確率検定（期待度数 5 以下または周辺度数が 10 未満の場合）を行った（有意水準 5%）．次に，対象者の個人特性と手術看護に対する態度との関連には，χ^2 検定または *Fisher* の直接確率検定（期待度数 5 以下または周辺度数が 10 未満の場合）を行った（有意水準 5%）．手術看護に対する態度の 29 項目における信頼性の検討には，クロンバック α 係数を算出した．なお，統計解析には統計ソフト *IBM SPSS Statistics25* を用いた．

8．倫理的配慮

本研究の実施にあたり，対象者に対して以下のような倫理的配慮を行った．なお，岩手県立大学研究倫理審査を受けた（受付番号 17 － 30）．

1）研究協力の依頼の際の倫理的配慮

対象者に対し，研究者の 1 人が口頭と文書を用いて，研究の目的や方法などを詳しく説明した．その際，研究協力は対象者の自由意思であること，参加の有無によって生じる不利益は一切生じないこと，研究成果の学会等における公表の可能性を説明したあとに調査票を配布した．調査票の回収にあたっては，A 看護系大学内のラウンジに回収箱を 5 日間設置し，調査票の投函によって調査の同意が得られたこととし，対象者の自由意思で回答がなされるようにした．

2）データ収集の際の倫理的配慮

対象者の背景や，臨地実習の内容に触れるため，対象者が負担に感じる質問については答えなくてもよいことを研究者が口頭と文書で説明し，調査票への記入を途中で中断しても差し支えないことを伝えた．調査で得られたデータは，鍵のかかる棚に厳重に保管し，研究者以外が取り扱うことがないこと，研究後速やかに破棄もしくは消去することを，口頭と文書を用いて説明した．また，統計的に処理することから個人が特定されないように，個人情報の保護の配慮をすること，得られたデータは研究以外に使用しないこと，十分に配慮する旨を，口頭と文書で伝えた．

Ⅳ．結果

対象者 82 名に調査票を配布し，70 名から同意が得られた（回収率は 85.4%）．全質問項目のうち 30%以上に記載がなかった 1 名を除いた計 69 名（有効回答率は 84.1%）を分析対象とした．

1．対象者の個人特性，および個人特性との相互関連

1）対象者の個人特性（表 1）

本研究では，手術見学実習の経験がある者は 60 名（87.0%），周手術期患者を受け持った経験のある者が 53 名（76.8%）と共に 7 割を超え，手術看護への関心のある者は 43 名（62.3%）と全体の約 6 割を占めていた．対象者の中で，手術を受けた経験がある者は 24 名（34.8%）であった．手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割を知っている者が 54 名（78.3%）であった．手術室は，患者のプライバシーが守られていると思う者は 39 名（56.5%），手術室は，未知の領域という印象がある者は 32 名（46.4%），手術室は，冷たく怖い印象がある者は 29 名（42.0%）であった．

2）個人特性との相互関連（表 2）

個人特性との相互関連では，手術見学実習の経験がある者ほど，周手術期患者を受け持った経験がある（p=.000），手術看護の関心がある（p=.022）と回答した者の頻度が有意に高かった．周手術期患者を受

け持った経験のある者ほど，手術看護への関心がある（p=.000），手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割を知っている（p=.015）と回答した者の頻度が有意に高かった．また，手術看護への関心がある者ほど，手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割を知っている（p=.015），手術室は，患者のプライバシーが守られている（p=.019）と回答した者の頻度が高かった．手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割について知らない者ほど，手術室は未知の領域という印象がある（p=.004）と回答する者の頻度が高かった．

３．手術看護に対する態度の傾向（表 3）

対象者に，手術看護に対する態度を尋ねた 29 項目のうち，当てはまる群の回答比率が 90.0％以上と高かった項目は，手術室看護師は，常に，優先順位を考えて行動している（98.6％），手術室看護師は，安全な体位固定の専門的知識がある（97.1％），手術室看護師は，合併症の予防の専門的知識がある（91.3％），患者に協力してもらう処置には，声かけを，一つ一つの動作を確認しながら行っている（91.3％）であった．一方，当てはまらない群の回答比率が高かったのは，手術室看護師は，患者にとって身近な存在である（91.3％）であった．なお，本研究の手術看護に対する態度を構成する 29 項目全体のクロンバック α 信頼性係数は .77 であった．

４．対象者の個人特性と手術看護に対する態度との関連（表 4）

対象者の個人特性と手術看護に対する態度との関連について検討した結果，関連があったのは，経験（4 項目），関心（4 項目），知識（1 項目），看護倫理（2 項目），イメージ（4 項目）であった．文中に，対象者の個人特性を【　】，手術看護に対する態度を［　］で表記した．

１）経験

【周手術期患者を受け持った経験がない】対象者ほど，［手術室看護師は，一方的に患者へコミュニケーションをとっている］（p=.026），［手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい］（p=.048）に，当てはまる群の頻度が有意に高かった．また，【手術を受けた経験がある】対象者ほど，［手術看護は，手術のようすを知らなくても看護を提供することができる］に，当てはまる群の頻度が有意に高かった（p=.040）．一方，【手術を受けた経験がない】対象者ほど，［手術前後に，患者に十分な説明・情報提供が行われている］に，当てはまる群の頻度が有意に高かった（p=.026）．

２）関心

【手術看護への関心がない】対象者ほど，［手術室看護師は，一方的に患者へコミュニケーションをとっている］（p=.022）に，当てはまる群の頻度が有意に高かった．一方，【手術看護への関心がある】対象者ほど，［手術室看護師は，手術室で患者に対して，積極的に非言語的コミュニケーションを用いる］（p=.004），［手術室の経験は，看護師としての成長を促進する］（p=.004），［手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい］とは思わない（p=.021）に，当てはまる群の頻度が有意に高かった．

３）知識

【手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割を知っている】対象者ほど，［手術室看護師は，手術室で患者に対して，積極的に非言語的コミュニケーションを用いる］に，当てはまる群の頻度が有意に高かった（p=.001）．

４）看護倫理

【手術室は，患者のプライバシーが守られていると思わない】対象者ほど，［手術看護は，他領域に

表１　対象者の個人特性　　n=69

項　　目	回答	人数（%）
手術見学実習の経験	ある	60（87.0）
	ない	9（13.0）
周手術期患者を受け持った経験	ある	53（76.8）
	ない	16（23.2）
手術を受けた経験	ある	24（34.8）
	ない	45（65.2）
家族が手術を受けた経験	ある	55（79.7）
	ない	14（20.3）
手術看護への関心	ある	43（62.3）
	ない	26（37.7）
手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割	知っている	54（78.3）
	知らない	15（21.7）
手術室は，患者のプライバシーが守られている	思う	39（56.5）
	思わない	30（43.5）
手術室は，未知の領域という印象	ある	32（46.4）
	ない	37（53.6）
手術室は，冷たく怖い印象	ある	29（42.0）
	ない	40（58.0）

数値：人数および％

表２　個人特性との相互関連

項目	n	回答	手術見学実習の経験		*p* 値
			ある	ない	
周手術期患者を受け持った経験	69	ある（%）	52（86.7）△【 5.9】	1（11.1）▽【−5.9】	.000***
		ない（%）	8（13.3）▽【−5.9】	8（88.9）△【 5.9】	
手術を受けた経験	69	ある（%）	23（38.3）△【 1.6】	1（11.1）▽【−1.6】	.147
		ない（%）	37（61.7）▽【−1.6】	8（88.9） △【 1.6】	
家族が手術を受けた経験	69	ある（%）	50（83.3）△【 1.9】	5（55.6）▽【−1.9】	.075
		ない（%）	10（16.7）▽【−1.9】	4（44.4）△【 1.9】	
手術看護への関心	69	ある（%）	41（68.3）△【 3.6】	2（22.2）▽【−3.6】	.022*
		ない（%）	19（31.7）▽【−3.6】	7（77.8）△【 3.6】	
手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割	69	知っている（%）	48（80.0）△【 0.9】	6（66.7）▽【−0.9】	.396
		知っていない（%）	12（20.0）▽【−0.9】	3（33.3）△【 0.9】	
手術室は，患者のプライバシーが守られている	69	思う（%）	36（60.0）△【 1.5】	3（33.3）▽【−1.5】	.163
		思わない（%）	24（40.0）▽【−1.5】	6（66.7）△【1.5】	
手術室は未知の領域という印象	69	ある（%）	27（45.0）▽【−0.6】	5（55.6）△【 0.6】	.723
		ない（%）	33（55.0）△【 0.6】	4（44.4）▽【−0.6】	
手術室は冷たく怖い印象	69	ある（%）	24（40.0）▽【−0.9】	5（55.6）△【 0.9】	.477
		ない（%）	36（60.0）△【 0.9】	4（44.4）▽【−0.9】	

項目	n	回答	周手術期患者を受け持った経験		*p* 値
			ある	ない	
手術を受けた経験	69	ある（%）	21（39.6）△【 1.5】	3（18.8）▽【−1.5】	.147
		ない（%）	32（60.4）▽【−1.5】	13（81.3）△【 1.5】	
家族が手術を受けた経験	69	ある（%）	44（83.0）△【 1.2】	11（68.8）▽【−1.2】	.287
		ない（%）	9（17.0）▽【−1.2】	5（31.3）△【 1.2】	
手術看護への関心	69	ある（%）	40（75.5）△【 7.0】	3（18.8）▽【−7.0】	.000***
		ない（%）	13（24.5）▽【−7.0】	13（81.3）△【 7.0】	
手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割	69	知っている（%）	45（84.9）△【 2.4】	9（56.3）▽【−2.4】	.015*
		知っていない（%）	8（15.1）▽【−2.4】	7（43.8）△【 2.4】	
手術室は，患者のプライバシーが守られている	69	思う（%）	31（58.5）△【 0.6】	8（50.0）▽【−0.6】	.548
		思わない（%）	22（41.5）▽【−0.6】	8（50.0）△【 0.6】	
手術室は未知の領域という印象	69	ある（%）	22（41.5）▽【−1.5】	10（62.5）△【 1.5】	.140
		ない（%）	31（58.5）△【 1.5】	6（37.5）▽【−1.5】	
手術室は冷たく怖い印象	69	ある（%）	20（37.7）▽【−1.3】	9（56.3）△【 1.3】	.189
		ない（%）	33（62.3）△【 1.3】	7（43.8）▽【−1.3】	

項目	n	回答	手術看護のへの関心		*p* 値
			ある	ない	
手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割	69	知っている（%）	38（88.4）△【 4.3】	16（61.5）△【 4.3】	.015*
		知っていない（%）	5（11.6）▽【−4.3】	10（38.5）▽【−4.3】	
手術室は，患者のプライバシーが守られている	69	思う（%）	29（67.4）△【 4.7】	10（38.5） △【−4.7】	.019*
		思わない（%）	14（32.6）△【−4.7】	16（61.5）△【 4.7】	
手術室は未知の領域という印象	69	ある（%）	17（39.5）▽【−1.5】	15（57.7）△【 1.5】	.143
		ない（%）	26（60.5）△【 1.5】	11（42.3）△【−1.5】	
手術室は冷たく怖い印象	69	ある（%）	16（37.2）▽【−1.0】	13（50.0）△【 1.0】	.297
		ない（%）	27（62.8）△【 1.0】	13（50.0）▽【−1.0】	

項目	n	回答	手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割		*p* 値
			知っている	知っていない	
手術室は，患者のプライバシーが守られている	69	思う（%）	31（57.4）△【 0.3】	8（53.3）▽【−0.3】	.778
		思わない（%）	23（42.6）▽【−0.3】	7（46.7）△【 0.3】	
手術室は未知の領域という印象	69	ある（%）	20（37.0）▽【−5.0】	12（80.0）△【 5.0】	.004**
		ない（%）	34（63.0）△【 5.0】	3（20.0）▽【−5.0】	
手術室は冷たく怖い印象	69	ある（%）	22（40.7）▽【−0.4】	7（46.7）△【 0.4】	.681
		ない（%）	32（59.3）△【 0.4】	8（53.3）△【−0.4】	

χ^2 検定，*Fisher* の直接確率検定 *：p< .05，**：p< .01，***：p< .001

表３　手術看護に対する態度の傾向

項　　目	n	当てはまる群	当てはまらない群
手術見学実習は，看護学生にとって専門性が高い.	68	62（91.2）	6（ 8.8）
手術室看護師は，患者にとって身近な存在である.	69	6（ 8.7）	63（91.3）
手術室看護師の術前訪問の目的は，患者との信頼関係を作ることである.	69	62（89.9）	7（10.1）
手術室看護師は，患者だけでなく，家族に対しても同様にケアを提供している.	69	35（50.7）	34（49.3）
手術室看護師は，患者が望む社会復帰を目指した援助を行っている.	69	25（36.2）	44（63.8）
手術室看護師は，患者との関係を構築することの経験不足から，ケアへの戸惑いがある.	69	29（42.0）	40（58.0）
手術室看護師は，麻酔中の患者に丁寧な対応や言葉遣いをしている.	69	58（84.1）	11（15.9）
手術室看護師は，一方的に患者へコミュニケーションをとっている.	69	9（13.0）	60（87.0）
手術室看護師は，手術室で患者に対して，積極的に非言語的コミュニケーションを用いる.	68	40（58.8）	28（41.2）
手術室看護師は，常に，優先順位を考えて行動している.	69	68（98.6）	1（ 1.4）
手術室看護師は，手術を受けている患者の状態のみに関心を持っている.	69	14（20.3）	55（79.7）
手術室看護師は，合併症の予防の専門的知識がある.	69	63（91.3）	6（ 8.7）
手術室看護師は，安全な体位固定の専門的知識がある.	69	67（97.1）	2（ 2.9）
皮膚損傷予防のケアは，手術室看護師の自己の判断力が試される.	69	37（53.6）	32（46.4）
器械出し看護師の役割は，執刀医へ器械を渡すことである.	69	62（89.9）	7（10.1）
患者に協力してもらう処置には，声かけを，一つ一つの動作を確認しながら行っている.	69	63（91.3）	6（ 8.7）
手術看護では，自立性のある看護を提供している.	68	41（60.3）	27（39.7）
手術看護は，手術のようすを知らなくても看護を提供することができる.	69	11（15.9）	58（84.1）
手術看護は，他領域に比べ専門性が高すぎる.	69	44（63.8）	25（36.2）
手術室は，チーム医療や継続看護を実体験できる.	69	48（69.6）	21（30.4）
手術室は，会話が最小限なのは感染予防のためである.	69	19（27.5）	50（72.5）
手術室は，患者へのケアの個別性を発揮しやすいところである.	69	27（39.1）	42（60.9）
手術室の経験は，看護師としての成長を促進する.	69	61（88.4）	8（11.6）
術後訪問で，手術室看護師は自己のケアを振り返っている.	69	47（68.1）	22（31.9）
手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい.	69	41（59.4）	28（40.6）
手術前後に，患者に十分な説明・情報提供が行われている.	69	59（85.5）	10（14.5）
手術を受ける患者のニーズを理解したうえで手術看護を提供している.	69	58（84.1）	11（15.9）
手術室は，可視化され，情報を公開している.	67	38（56.7）	29（43.3）
手術室は，アドボケーターの役割がとれている.	69	39（56.5）	29（42.0）

数値：人数および%
項目全体のクロンバックα係数　α：.77

比べ専門性が高すぎる］（*p*=.014），［手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい］（*p*=.011）に，当てはまる群の頻度が有意に高かった．

５）イメージ

【手術室は，未知の領域という印象がある】対象者ほど，［手術室看護師は，患者との関係を構築することの経験不足から，ケアへの戸惑いがある］（*p*=.001），［手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい］（*p*=.014）に，当てはまる群の頻度が有意に高かった．また，【手術室は，冷たく怖い印象がある】対象者ほど，［手術看護は，他領域に比べ専門性が高すぎる］（*p*=.006），［手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい］（*p*=.018）に，当てはまる群の頻度が有意に高かった．

Ⅴ．考察

１．対象者の個人特性，および個人特性との相互関連

１）対象者の個人特性

本研究では，手術看護への関心がある対象者が62.3％と過半数を超えており，先行研究（小島他，2017）と比較しても関心が高い集団といえる．さらに，周手術期患者を受け持った対象者が手術看護への関心が高かったのは，周手術期実習で，受け持ち患者の術前・術後の実践的な援助を通しながら看護を学ぶことで，手術看護への関心を深化させていったと考えられる．

２）個人特性との相互関連

対象者の個人特性との相互関連では，手術見学実習の経験がある対象者ほど，手術看護への関心があると回答した頻度が高かった．板東他（2012）は，手術室

表４　対象者の個人特性と手術看護に対する態度との関連

経験

項目	n	回答	ある	ない	*p* 値
			周手術期患者を受け持った経験		
手術室看護師は，一方的に患者へコミュニケーションをとっている	69	当てはまる群（%）	4（7.5）▽【−2.5】	5（31.3）△【 2.5】	.026*
		当てはまらない群 (%)	49（92.5）△【 2.5】	11（68.8）▽【−2.5】	
手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい	69	当てはまる群（%）	28（52.8）▽【−2.0】	13（81.3）△【 2.0】	.048*
		当てはまらない群 (%)	25（47.2）△【 2.0】	3（18.8）▽【−2.0】	
項目	n	回答	ある	ない	p 値
			手術を受けた経験		
手術看護は，手術のようすを知らなくても看護を提供することができる	69	当てはまる群（%）	7（29.2）△【 2.2】	4（8.9）▽【−2.2】	.040*
		当てはまらない群 (%)	17（70.8）▽【−2.2】	41（91.1）△【 2.2】	
手術前後に，患者に十分な説明・情報提供が行われている	69	当てはまる群（%）	17（70.8）▽【−2.5】	42（93.3）△【 2.5】	.026*
		当てはまらない群 (%)	7（29.2）△【 2.5】	3（6.7）▽【−2.5】	

関心

項目	n	回答	ある	ない	*p* 値
			手術看護への関心		
手術室看護師は，一方的に患者へコミュニケーションをとっている	69	当てはまる群（%）	2（4.7）▽【−2.7】	7（26.9）△【 2.7】	.022*
		当てはまらない群 (%)	41（95.3）△【 2.7】	19（73.1）▽【−2.7】	
手術室看護師は，手術室で患者に対して，積極的に非言語的コミュニケーションを用いる	68	当てはまる群（%）	31（72.1）△【 2.9】	9（36.0）▽【−2.9】	.004**
		当てはまらない群 (%)	12（27.9）▽【−2.9】	16（64.0）△【 2.9】	
手術室の経験は，看護師としての成長を促進する	69	当てはまる群（%）	42（97.7）△【 3.1】	19（73.1）▽【−3.1】	.004**
		当てはまらない群 (%)	1（2.3）▽【−3.1】	7（26.9）△【 3.1】	
手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい	69	当てはまる群（%）	21（48.8）▽【−2.3】	20（76.9）△【 2.3】	.021*
		当てはまらない群 (%)	22（51.2）△【 2.3】	6（23.1）▽【−2.3】	

知識

項目	n	回答	知っている	知らない	*p* 値
			手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割		
手術室看護師は，手術室で患者に対して，積極的に非言語的コミュニケーションを用いる	68	当てはまる群（%）	37（69.8）△【 3.5】	3（20.0）▽【−3.5】	.001*
		当てはまらない群 (%)	16（30.2）▽【−3.5】	12（80.0）△【 3.5】	

看護倫理

項目	n	回答	思う	思わない	*p* 値
			手術室は，患者のプライバシーが守られている		
手術看護は，他領域に比べ専門性が高すぎる	69	当てはまる群（%）	20（51.3）▽【−2.5】	24（80.0）△【 2.5】	.001*
		当てはまらない群 (%)	19（48.7）△【 2.5】	6（20.0）▽【−2.5】	
手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい	69	当てはまる群（%）	18（46.2）▽【−2.6】	23（76.7）△【 2.6】	.014*
		当てはまらない群 (%)	21（53.8）△【 2.6】	7（23.3）▽【−2.6】	

イメージ

項目	n	回答	ある	ない	*p* 値
			手術室は，未知の領域という印象		
手術室看護師は，患者との関係を構築することの経験不足から，ケアへの戸惑いがある	69	当てはまる群（%）	20（62.5）△【 3.2】	9（31.0）▽【−3.2】	.001*
		当てはまらない群 (%)	12（37.5）▽【−3.2】	28（70.0）△【 3.2】	
手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい	69	当てはまる群（%）	24（75.0）△【 2.5】	17（45.9）▽【−2.5】	.014*
		当てはまらない群 (%)	8（25.0）▽【−2.5】	20（54.1）△【 2.5】	
項目	n	回答	ある	ない	*p* 値
			手術室は，冷たく怖い印象		
手術看護は，他領域に比べ専門性が高すぎる	69	当てはまる群（%）	24（82.8）△【 2.8】	20（50.0）▽【−2.8】	.006**
		当てはまらない群 (%)	5（17.2）▽【−2.8】	20（50.0）△【 2.8】	
手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすい	69	当てはまる群（%）	22（75.9）△【 2.4】	19（47.5）▽【−2.4】	.018*
		当てはまらない群 (%)	7（24.1）▽【−2.4】	21（52.5）△【 2.4】	

χ^2 検定，*Fisher* の直接確率検定 *：p< .05，**：p< .01，***：p< .001
当てはまる群：「非常に当てはまる」「やや当てはまる」当てはまらない群：「あまり当てはまらない」「全然当てはまらない」
【　】調整済み残差　　△：期待値より 5% 有意で高値　　▽：期待値より 5% 有意で低値

での看護学生の学習経験として，受け持ち患者が手術を受ける場に身を置いたことから，学生の中にわき起こってきた看護者として重要なケアの姿勢に対する認識が高まったと述べている．本研究の対象者も，受け持ち患者の手術を直視しながら，手術に関わる手術室看護師から提供される手術看護を間近に見ることによって，手術看護の理解が深まり関心が高まったと考えられる．また，手術看護への関心がある対象者ほど，手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割を知っていると回答した頻度が高かった．手術室看護師は，器械出し看護師と外回り看護師とに分かれるがその主な役割として，器械出し看護師は，器械の授受だけに留まらず，感染予防対策や器材の体内遺残防止策など，外回り看護師においては，患者の状態把握に加えて手術室内外の連絡調整などが挙げられる．手術室看護師と一般病棟看護師との役割を比較すると，手術室看護師の役割は特殊であるといえる．しかし，手術室看護師の役割は特殊であるといえるものの，手術看護への関心が高まることによって，手術看護における看護師の役割の理解も高まっていくと考える．

本研究では，手術看護の関心がある対象者ほど，手術室は，患者のプライバシーが守られていると回答した頻度が高かった．手術室では手術野以外の露出を避けるために身体を布で覆いプライバシーを保護している．手術を受けている患者の安全や全身管理のため，手術室看護師はモニター類からの観察のみではなく，患者に直接触れて身体状態を観察している．この行為は一見プライバシーの配慮を欠く行為に取られがちであるが，合併症予防のためには重要な看護である．これらから，手術看護に関心がある者ほど，手術室で行われている看護行為には根拠があり，患者に提供されていると捉えていると考える．

手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割について知っている対象者ほど，手術室は未知の領域という印象がないと回答した頻度が高かった．金子他（2008）は，手術室実習における看護学生の学びの過程について，【第1段階】見学した事実，【第2段階】見学した事実と手術療法の特性の統合，【第 3 段階】手術療法を受ける対象の理解と手術室看護の 3 段階を辿ると述べている．このことから，手術室看護師の役割が安全で安楽な手術を提供することに気づくことが手術看護の理解につながり，さらに理解が深まることによって，手術室は未知の領域であるという思いを軽減させる可能性が示唆された．

２．手術看護に対する態度の傾向

本研究の対象者の 98.6％が，手術室看護師は，常に優先順位を考えて行動していると捉えていた．これは，学内の講義および手術見学実習の経験から，器械出し看護師は，術野を常に見て術者に必要な器械や材料を正確かつ迅速に手渡すこと，外回り看護師は，異常を早期に発見し麻酔科医に報告するなど，常に手術室看護師は他職種と協同していると捉えたものと考える．また，対象者は，手術室看護師は安全な体位固定の専門的知識があるとも捉えていた．これは江口他（2008）の手術室看護師を対象にした意識調査で「患者が体位を固定する場合，皮膚の損傷がないように注意を払う」が 96.0％と高かったことと，同様の傾向であったと考えられる．対象者は看護学生ではあるが，これまでの講義や臨地実習の学びから，患者に与える体位固定の影響を考え，患者にとって安全で安楽な体位を提供する必要性を，手術室看護師と同じく重要視していたと捉えられる．一方，対象者の 91.3％が，手術室看護師は，患者にとって身近な存在である，とは当てはまらないと捉えていた．対象者にとって手術室とは，受け持ち患者の手術に伴ってのみ入室が許される環境である．また，対象者にとっても手術室看護師と対面することは受け持ち患者の手術当日である．このことから，対象者の経験から，手術室看護師を身近な存在とは捉え難いと回答したものと推測される．

３．手術看護に対する態度と関連のあった個人特性

手術看護に対する態度と関連のあった個人特性は，「経験」「関心」「知識」「看護倫理」「イメージ」であった．

１）経験

周手術期患者を受け持ったことがない対象者ほど，一方的に患者に情報を伝えていると捉えていた．土藏（2012）は，手術中の最良の流れを創出するには，そのときその時の流れに大きく関与しているキーマンは誰かをキャッチして，そのキーマンの動きを優先してサポートする動きが重要と考える．例えば，患者が入室してくるときは，患者がキーマンになると述べている．しかしながら，周手術期患者を受け持ったことのない対象者ほど，手術室看護師が処置の流れをスムーズにするため，看護行為を提供する時のみ，患者に一方的に情報を伝えていると捉えていたと考える．ま

た，周手術期患者を受け持った経験がない対象者は，手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすいと捉えていた．吉井他（2004）は，術前は手術を脅威と捉えていた傾向があったが，術後は肯定的イメージに変化していたと述べている．本研究でも手術室見学の経験がない対象者ほど，手術を脅威と捉えている可能性が推測され，このことからカルチャーショックを受けやすいと回答したと考える．

本研究では，手術経験のない対象者ほど，手術前後の患者に対して説明や情報提供が行われていると捉えていた．また，手術を受けた経験がある対象者ほど，手術看護は，手術のようすを知らなくても看護を提供することができると捉えていた．佐々木他（2019）は，実際に学生自身が患者として手術室に入った経験がイメージの違いをもたらすことを報告している．本研究においても，手術を受けた経験の有無によって，手術に対する受けとめ方に違いがある可能性があると考えられる．

２）関心

本研究では，手術看護に関心がある対象者ほど，手術室看護師は，非言語的コミュニケーションを積極的に用いていると捉えていた．手術室看護師は手術室内ではマスクを着用している．マスクによって顔の半分が隠れるため，顔全体の表情を使って思いを伝えることは難しい．そのため，手術看護に関心のある対象者ほど手術を安全に進行させるために，手術室看護師が目やジェスチャーを交えた非言語的コミュニケーションを用いていると捉えていたと考える．

また，手術看護への関心がある対象者ほど，手術室の経験は，看護師としての成長を促進する，手術室に配属された看護師は，カルチャーショックを受けやすいとは思わないと捉えていた．大西他（2009）は，看護師として，手術室を経験することは，今後の術後看護に活かせられる，看護が深められると，看護師としてのキャリアアップを考え，不安もあるが，気持ちは前向きにとらえていると述べている．このことから，手術看護の関心がある対象者は，看護師としてのキャリアを手術室看護師として積み重ねていくことに対し，前向きに捉えていることが示唆された．

３）知識

手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割を知っている対象者ほど，手術室看護師は，手術室で患者に対して，積極的に非言語的コミュニケーションを用いていると捉えていた．土藏（2012）は，手術室看護師について，手術室にいる間の患者との会話はそれほど多くはないと述べている．前述したように，手術室看護師の役割を理解している対象者は，目線やタッチングなどを用いて，積極的に非言語的コミュニケーションをとっていると捉えていたと考える．

４）看護倫理

本研究では，手術室は患者のプライバシーが守られているとは思わない対象者ほど，手術看護は他領域に比べ専門性が高い，およびカルチャーショックを受けやすいと捉えていた．手術室は，患者に侵襲を加え生命に直結した治療を行う緊迫した場所でもあることから専門性が高い．そのため，手術室看護師は，手術療法に伴う侵襲によって患者に不利益が行なわれないよう，患者の安全を守るために各職種や他部門との連携および協働を行っている．手術室スタッフは，命を賭けて手術に臨んでいる患者の思いや願いを受け，各自が責任ある役割を果たしており，患者のプライバシーに対しても真摯に向き合って行動していると考える．

本研究では，手術室は患者のプライバシーが守られているとは思わないと回答した対象者は 43.5％であった．中村他（2006）は，手術室では，「手術を安全に遂行すること」や「できるだけ速く効率的に遂行すること」が最優先される．そのために，一般の病棟では配慮されることも，手術という名のもとに省かれると述べている．これらから，今まで病棟において実習経験を積んできた学生にとって手術室で行われている医療者の行動に圧倒されている可能性がある．手術室において，今医療者がとっていた行動は，今手術を受けている患者にとって，どのような意味があるのか，手術室で行われている事象が理解できるよう指導者および教員が関わっていく必要がある．これらから看護学生に対し，手術室で行われている医療者の行動に圧倒されるのではなく，手術に携わるすべてのスタッフが，手術を受ける人の生命の重みと，それを守る責任に対して向き合っていることを感じ取れるよう，手術室見学実習の学習を振り返る機会が必要と考える．

５）イメージ

本研究の対象者が，臨地実習で手術室に入室することが許されるのは，受け持ち患者に伴ってのみと限定されており，実習時間も病棟実習に比べて短い．そのうえ手術室は未知の領域と捉えている対象者が 46.4% と半数近くを占めることから，手術室看護師と患者との間に信頼関係を構築することはたやすいことではないと捉えていると考える．

手術室に対して冷たく怖いイメージを抱いている対象者は，否定的な手術室のイメージから，手術室に配属された場合はカルチャーショックを受けやすいと捉えていると推測される．福田他（2019）は，卒後 1〜3 年の看護師が語る手術看護の経験において，先輩看護師や医師と関わりながら手術看護を実践し，その関わりを通して看護師である自分が手術看護を行う意味は何かを見い出していたと述べている．このことから，対象者が手術室に対して否定的なイメージを抱きつつ手術室に配属が決まったとしても，手術看護の知識と技術を習得していく過程で，手術看護の意味を見い出すことができれば，否定的なイメージは解消されていく可能性は高いと考える．また，手術室は外科的治療のほか，移植治療や救命医療の場であり，尊い命を守るためにミスが許されない医療現場である．このことから，対象者は他領域に比べて手術室看護は専門性が高すぎると捉えたと考える．

４．看護学生の手術見学実習に対する支援への示唆

本研究の対象者である看護学生は，手術室見学実習に対して関心を持っていたことから，対象である患者を通して周手術期看護の学びを深めていたと考える．一方で，対象者の 87%が手術室実習の経験があるものの，手術室におけるプライバシーが守られていないと回答した者は 43.5%を占め，たとえ手術室見学実習を経験したとしても，手術室内で行われているプライバシーに対するジレンマや苦悩を抱いていたことが示唆される．山田他（2018）は，看護観や倫理観，セルフ・コントロール能力の形成のためには，学生自身が，その日その時にタイムリーに考えることが必要である．そのためには，検討材料としての，ロールモデルの存在と，その看護師は，なぜそのように判断したのか，その根拠を説明することが必要である，と述べている．このことから，看護学生がなぜプライバシーが守られていないと判断したのか，その時，手術室看護師を含む医療従事者は，手術を受けている患者に対してどのような医療，および看護が提供されていたのか，患者や看護師の各々の立場にたって振り返り，手術看護と看護倫理について考えられるような工夫が必要と思われる．手術室看護師には，意識のない患者の代弁者としての重要な役割があることから，手術室看護師の看護行為の目的と根拠が理解できるよう，手術看護の学習を深めていく必要がある．臨地実習で日々行われているカンファレンスで，手術室見学実習の経験や疑問について看護学生同士で話し合うことは，看護観や倫理観を深めていく機会となりうると考える．また，看護学生が臨地実習で手術室見学オリエンテーションを受ける際，手術室看護師から一般的な手術室の構造や手術で使用する器械類の説明にとどまらず，日々行っている患者のプライバシーや倫理面を含めた体験を話してもらうことは，何よりも看護学生の心に響き，倫理観を深めていくことに繋がっていくと考えられる．

看護学生にとって，手術室は受け持ち患者に伴って入室する場所であり，頻繁に経験できるものではない．手術室は未知の領域および冷たく怖い印象と捉えている看護学生が 4 割を超えていた．看護学生にとって手術室は特殊な環境であり，手術室で提供されている医療に対して圧倒されていた可能性もある．本研究では，手術看護の理解するによって，手術室は未知の領域であるという思いを軽減させる可能性が考えられた．これらから，手術看護の実習体験を共有し，手術看護への関心や理解を促進する授業内容の必要性が示唆された．

Ⅵ．本研究の限界

本研究の限界として，分析対象者が 69 名とサンプル数が少なく，また A 県の看護系大学を対象としているため，看護学生に一般化するには限界がある．

Ⅶ．結論

本研究は，看護学生の個人特性と手術看護に対する態度との関連を明らかにすることを目的に研究を行い，以下の結果が得られた．

１．経験では，【周手術期患者を受け持った経験】と手術看護に対する態度の 2 項目，および【手術を受けた経験】と手術看護に対する態度の 2 項目との間に関連があった．

２．関心では，【手術看護への関心】と手術看護に対する態度の 4 項目との間に関連があった．

３．知識では，【手術室看護師の器械出し看護師，外回り看護師の役割】と手術看護に対する態度の 1 項目との間に関連があった．

４．看護倫理では，【手術室は，患者のプライバシーが守られている】と手術看護に対する態度の 2 項目と間に関連があった．

５．イメージでは，【手術室は，未知の領域という印象】と手術看護に対する態度の 2 項目との間に関連

があった．また，【手術室は，冷たく怖い印象】と手術看護に対する態度と 2 項目との間に関連があった．

6．本研究では，手術室におけるプライバシーが守られていないと回答した者が 4 割を超えていた．看護基礎教育における手術室実習の支援として，看護学生が患者や看護師の立場に立って振り返り，看護倫理について考えられる機会を設けていくことや，手術看護の実習体験を共有し，手術看護への関心や理解を促進する授業内容の必要性が示唆された．

Ⅷ．謝辞

本研究にご協力いただきました，A 大学看護学部 4 年生の皆さまに深く感謝申し上げます．なお，本研究は岩手県立大学看護学部卒業研究の一部を修正・加筆したものである．

文献

板東孝枝，雄西智恵美，今井芳枝，他（2012）：手術患者を対象とした成人看護学実習における手術室での学生の学習経験，日本看護学教育学会誌, 22（2），13-25.

板東孝枝，雄西智恵美，今井芳枝，他（2013）：成人看護学実習における「手術見学実習観察項目表」を導入した実習効果の検討，The Journal of Nursing Investigation，11（1，2），51-58.

江口裕美子，湯沢八江（2008）：手術室看護師の業務に対する意識の一考察，日本看護研究会雑誌，31（4），101-109.

服部美佳，舟島なをみ（2015）：「教育ニードアセスメントツール院内教育担当者用−」の開発，看護教育学研究，24（1），101-113.

深澤佳代子（2006）：看護基礎教育における手術室看護の位置づけと教授法について−手術見学実習について−，手術医学，27（4），30-31.

深澤佳代子（2011）：看護基礎教育における手術看護実習の意義，手術医学，33（2），211-213.

福田早織，中村惠子（2019）：卒後 1〜3 年の看護師が語る手術看護の経験，日本看護科学学会，39，59-67.

堀田哲夫，久住文恵（2010）：手術看護師のあり方と問題点，手術医学，31（4），31-33.

池田奈未，百田武司，植田喜久子（2012）：手術室実習における看護学生の学び，Japanese Red Cross Hiroshima Coll.Nurs, 12, 71-78.

石橋鮎美，三島三代子，別所史恵（2011）：成人看護学実習の手術見学における看護学生の目標と学び，島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要，5, 211-219.

井尻弓子，深堀浩樹（2016）：経験を重ねた手術室看護師の手術看護の継続と他領域への移動の意思決定のプロセス，日本手術看護学会誌，12（1），3-13.

金子眞由美，吉田美栄，鳩野みどり（2008）：手術室実習における学生の学びの過程−学生の実習記録の分析−，中国四国地区国立病院付属看護学校紀要，4, 49-57.

木村美津子，中嶋真澄，平井純子（2014）：成人看護学実習における手術見学学生への学習内容提示による学習効果，神奈川歯科大学短期大学部紀要，1, 25-31.

北村直子，奥村美奈子，兼松惠子，他（2004）：手術室実習を通しての学生の学び　第 2 報−学生が捉えた手術室で行われていた看護−，岐阜県立看護大学紀要，4（1），92-98.

小林祐子，帆苅真由美，小島さやか（2015）：看護学生の実習前の手術室イメージと手術実習の認識，新潟青陵学会誌，8（2），17.

小島さやか，小林祐子，帆苅真由美，他（2017）：周手術期看護学実習における手術室実習の満足度を高める要因ー実習状況および手術室看護師・教員の指導との関連ー，新潟青陵学会誌，9（1），63-72.

溝部佳代，鷲見尚己，武藤眞佐子（2007）：周手術期看護学実習における手術室実習の有効性−学生の手術室看護に関する学びと態度の変化より−，10（1），3-13.

中井夏子，門間正子，片岡秋子（2012）：手術見学実習における看護学生の不安感と唾液アミラーゼ活性に関する調査−診療科による相違−，OPE nursing, 27（11），110-114.

中村裕美，志自岐康子（2006）：手術看護における倫理的問題，日本保健科学学会誌，8（4），210-218.

中村裕美，白鳥孝子（2016）：術前訪問における手術室看護師の患者擁護，日本赤十字豊田看護大学紀要，11（1），63-71.

中村良子（2016）：術前患者とのコミュニケーション−外来手術患者との術前コミュニケーションが手術室看護師に及ぼす影響，看護実践科学，41（2），28-33.

西田文子，中村美知子（2011）：手術室看護師の倫理的感性と看護行為の関連，山梨大学看護学会誌，10（1），3-9.
大西敏美，名越民江，南妙子（2009）：手術室看護師が定着するまでのプロセスに関する研究，香川大学看護学雑誌，13（1），1-12.
大谷則子，堀之内若菜，中井裕子，他（2006）：手術室見学実習における学び−二つの実習形態の比較検討による考察−，OPE nursing，21（6），98-108.
小塩真司，西口利文（2007）：質問紙調査の手順，ナカニシヤ出版，51-52，京都.
小澤尚子，熊谷真衣，原島利恵（2013）：手術見学実習に対する学生の満足感−実習形態による比較，日本手術看護学会誌，9（1），50-52.
佐々木祐子，帆苅真由美，小島さやか，他（2019）：看護学生の持つ手術室イメージの手術見学前後の変化から考える周手術期看護教育，日本手術医学会誌，40（1），1-9.
佐藤紀子，若狭紅子，土藏愛子，他（2000）：手術看護の専門性とその獲得過程に関する研究，東京女子医科大学看護学部紀要，3，19-26.
佐藤紀子，若狭紅子，土藏愛子，他（2004）：手術看護の専門性を考える−真のエキスパートナースとは−手術看護の専門性とその獲得過程に関する研究，OPE nursing，19（1），34-42.
新村出（2008）：広辞苑第六版，1690，岩波書店，東京.
三澤佳菜，大木友美，吉原祥子（2014）：周手術期看護における患者・家族への手術室看護師の認識と看護援助，昭和大学保健医療学雑誌，12，37-44.
住田香澄，太田勝正（2015）：よい外回り看護師の倫理的要素と特徴，日本手術看護学会誌，12（1），3-8.
竹村幸子，中村裕美，村瀬智子（2016）：手術看護認定看護師の周手術期看における思考過程の特徴，日本赤十字豊田看護大学紀要，11（1），47-62.
土藏愛子（2011）：手術室看護師の看護技術習得に影響するもの，日手看会誌，7（1），3-9.
土藏愛子（2012）：手術看護に見る匠の技，初版，7，28，32，37，東京医学社，東京.
若林依里，山本亜紀子（2016）：手術室勤務に対するイメージアップを目指して−看護師からみた手術室のイメージ−，日本看護学会論文集，第 46 回，看護教育，278-281.
山田恵子，小林紀明（2018）：看護系大学の学生が臨地実習を通して「個人の特性」のコンピテンシーを形成していくプロセス，日本看護研究学会雑誌，41（5），841-851.
吉井美穂，八塚美樹，安田智美，他（2004）：周手術期看護実習における学生の手術に対するイメージの変化，富山医科薬科大学看護学会誌，5（2），103-107.
吉川有葵（2012）：手術室における Expert Nurse の看護実践，日本クリティカル看護学会誌，8（1），36-48.

（2019 年 7 月 22 日受付，2020 年 2 月 17 日受理）

＜ Material ＞

Personal Characteristics of Nursing Students and Attitudes Toward Operative Nursing

Iori Oikawa[1)]　Naoko Ozawa[2)]
1）Showa University Northern Yokohama Hospital,　2）Faculty of Nursing, Tokiwa University

Keywords：operative nursing, nursing student, attitudes

＜ Material ＞

An Integrative Review of English and Japanese Language Studies of Midwifery Education in Relation to Breastfeeding

Shizuko Angerhofer[1)] Heather Hopper[2)] Kyoko Noguchi[1)] Heather Skirton[2)]

1）Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University, Iwate, Japan.

2）School of Nursing and Midwifery, University of Plymouth, Plymouth, PL4 8AA, United Kingdom.

Abstract

The importance of breastfeeding for health and wellbeing is well established. Support of breastfeeding is a basic competency for midwives and midwifery education should address this topic. The aim of this integrative review was to ascertain the evidence regarding effectiveness of midwifery education in relation to breastfeeding. We used guidance developed by the Centre for Reviews and Dissemination to search for, select, appraise and abstract data from relevant papers. Eligible studies were written in English or Japanese, published since 1989 and addressed pre- or post-graduate midwifery education on breastfeeding. Of a possible 760 papers, three were included in the review. Three main themes emerged from a thematic analysis of the results: learning from women, learning in the classroom and learning from practice. Experiential learning and working alongside midwives who demonstrated good practice was important to enable student midwives and midwives to become ‘skilled companions’ to breastfeeding mothers. However, there is little empirical research on educational interventions designed to help student midwives and midwives develop the knowledge, skills and attitudes to support breastfeeding mothers. Further research in this area is required involving both classroom and practice-based teaching.

Keywords：Breastfeeding; Clinical placements; Education; Experiential learning; Midwifery

Introduction

The importance of breastfeeding for the health and wellbeing of individuals and society is now well established as a result of a growing evidence-base（Horta et al., 2015; Sankar et al., 2015; Victora et al., 2016）. This is supported by reduced mortality rates amongst exclusively breastfed infants compared to those who are either partially or not breastfed（Sankar et al., 2015）. A review of 28 systematic reviews and meta-analyses provided undisputed evidence relating to both short and long-term health consequences of breastfeeding（Victora et al., 2016）; this study identified that breastfeeding provides infants with significant protection against childhood infections, increases intelligence, and provides some reduction in obesity and diabetes. For women who breastfeed, there is evidence of protection against breast cancer, in addition to some protection against ovarian cancer and type 2 diabetes（Victora et al., 2016）: these effects are universal, so apply to women, regardless of income or nationality. However, the prevalence of breastfeeding was identified as lower in high-income countries than in low and middle-income countries（Victora et al., 2016）. Whilst the infant mortality rates in those infants who are not breastfed are lower in high-income countries, the economic impact of low breastfeeding rates has been shown to be significant. In the United Kingdom（UK）, Renfrew et al.（2012）estimated that a modest increase in breastfeeding rates could save over £17 million annually due to the reduction of four infant illnesses alone, specifically gastrointestinal disease, respiratory disease, otitis media, and necrotising

enterocolitis（NEC）.

In addition, there are demonstrable benefits from breastfeeding for infants requiring special care after birth. For example, Tanaka et al.（2009）found that the scores for cognitive function tests at 5 years of age were significantly higher in the breastfed group among very-low-birth-weight-infants, and Vohr et al.（2007）identified that the benefits of vulnerable babies receiving breast milk whilst in the Neonatal Intensive Care Unit（NICU）continued to be evident at 30 months of age; these benefits included higher developmental and behavioural scores, as well as fewer hospitalisations, compared with babies who did not receive breast milk.

Having established the importance of breastfeeding in terms of both health and cost, it is therefore imperative to consider how breastfeeding rates can be effectively increased. The World Health Organisation（WHO）clearly states that maternity services have a special role in protecting, promoting and supporting breast-feeding（WHO, 1990）. The International Confederation of Midwives（ICM）also highlights the importance of midwives in promoting breastfeeding and supporting women to succeed（ICM, 2013）. Indeed the initiation and support for early breastfeeding is listed in the ICM standards as a basic competency that should be an expected outcome of midwifery pre-service education（ICM, 2013）. In addition it is important to note that the promotion of breastfeeding is viewed as a key element in the fourth millennium development goal to reduce infant and child mortality（Oruamabo, 2015）. The ICM is committed to promoting evidence-based practice, and enhancing the health of newborn babies is part of their mission statement. Therefore all midwives should be equipped with the knowledge and skills to support successful breastfeeding. In the UK, the Nursing and Midwifery Council（NMC）, which regulates the midwifery profession, requires midwives to be competent in supporting mothers to breastfeed（NMC 2009）: equally, in Japan such skills are integral to preparing midwives for practice, in line with the guidance of the ICM（2013）and “A Statement by Midwives”（The Japanese Midwives' Association, 2010）.

To promote practices that protect, promote and support breastfeeding globally, the baby friendly hospital initiative（BFHI）was launched as a joint project between the WHO and UNICEF（WHO, 2016）in 1991 following the Innocenti Declaration（WHO, 1990）. A fundamental aspect of the baby friendly initiative（BFI）is the education of staff in order to achieve these aims（UNICEF, 2017a）, and this therefore includes post-registration breastfeeding education for practicing midwives. Several studies across a range of countries have demonstrated that maternity units with BFI accreditation have higher breastfeeding initiation rates than those without accreditation（Munn et al, 2016; Cox et al, 2014）. In addition, Sinha et al.（2015）identified that the greatest improvements in breastfeeding rates were found in areas where improved support and education was offered in a range of home, community and hospital settings; in these circumstances a wide range of qualified health professionals would have received additional breastfeeding education.

Whilst a review of 15 studies by Ward and Byrne（2011）demonstrated that continuing breastfeeding education for nurses and midwives improved knowledge, skills, practices and attitudes, no reference was made to pre-registration breastfeeding education for midwives. However, Ward and Byrne（2011）did recommend that at least 18-20 hours of breastfeeding education should be included in undergraduate programmes. Since 2008 the UNICEF BFI has included an accreditation programme with specific learning outcomes for UK university programmes; these are aimed at Midwifery and Health Visiting/Specialist Community Public Health Nurse programmes（Cummings, 2008）. With this in place a growing number of midwifery programmes in the UK have developed curricula that meet these standards（UNICEF 2017a）by including learning opportunities related to infant feeding across the duration of pre-registration programmes, employing a range of teaching approaches（Angell & Taylor, 2013）. In Japan also, the number of Baby Friendly Hospitals has doubled in the past 10 years, and 73 institutions are accredited as of 2016（Japan Breast Feeding Association 2016）. This enables more student midwives to be exposed to BFI standards during clinical practice placements. In line with Ward and Byrne's（2011）findings relating to a significant change in attitude

following breastfeeding education, Angell and Taylor（2013）suggest that existing attitudes to infant feeding, as a result of personal experience, may be a barrier to learning and should be addressed prior to the learning of factual knowledge.

The institutions of the authors are connected through a memorandum of understanding, the aim of which is to share and improve educational practice in both nursing and midwifery. Both institutions support the Baby Friendly Initiative and we are therefore seeking ways to ensure graduate midwives are able to support mothers to breastfeed. We therefore decided to investigate the available evidence through an integrative review, which is designed to include studies that utilise a range of methodologies（Whittemore and Knafl, 2005）.

Aim of the review

The aim of the review was to ascertain the evidence regarding effectiveness of midwifery education in relation to breast feeding.

The objectives were:

1. To identify educational methods used to provide midwifery students and midwives with the knowledge, skills and attitudes required to support mothers to breastfeed
2. To ascertain the effectiveness of those methods in enabling student midwives and midwives to support mothers to breastfeed.

Methods

Study design

Health professional education should be informed by the scientific evidence available regarding good clinical practice and effective educational strategies. Conducting a literature review in a systematic manner can be used to identify, analyse and synthesise the available evidence on a specific healthcare topic（Centre for Reviews and Dissemination, 2009）. We used the guidance suggested by the Centre for Reviews and Dissemination to undertake this integrative review of midwifery educational practices used to prepare student midwives and midwives to support mothers to breastfeed. This involved using a thorough and systematic search strategy（Table 1）, selection of studies based on rigorous inclusion and exclusion criteria, quality assessment of studies and synthesis of the available evidence（Centre for Reviews and Dissemination, 2009）.

We used PICOS（Table 2）and the PRISMA guidance and checklist（PRISMA 2009）to inform the selection of papers and ensure rigour of the review process.

Search strategy

Evidence published in either English or Japanese was considered for inclusion.

Selection of papers

We selected papers based on stringent inclusion and exclusion criteria.

In this study, we defined midwifery education as “Education required for licensure/registration of midwives

Table 1. Search Strategy

Databases and other sources	The following databases were used to search for appropriate papers: CINAHL, MedlineScience Direct and PsychInfo（papers in English）. CiNii, ICHUSHI web（papers in Japanese）. We also conducted an ancestral search of relevant journals: Midwifery, Journal of Japanese *Midwifery and BMC Pregnancy* and *Childbirth*.
Search terms	The following terms appearing in the title or abstract were used in the search: midwifery OR midwife（midwi*）AND education OR training OR programme OR curriculum OR student AND breast feeding OR breastfeeding
Dates	As the document‘10 Steps to Successful Breastfeeding'（WHO, 1990）was launched by UNICEF/WHO in 1989, we searched for papers published between January 1989 and February 2017.

Table 2. PICOS criteria

Participants	Midwifery students, whether pre-registration or post-registration, studying a formal programme at a higher education institution.
Interventions	Education related to breast-feeding
Comparator/ comparison	Qualitative data on impact of the intervention OR pre and post intervention changes in midwife knowledge or skills or attitudes.
Outcomes	Impact of education on student competence
Study designs	Primary research of any type: quantitative, qualitative or mixed methods.

including undergraduate programmes, professional school programmes, and education in postgraduate programmes for licensed midwives”.

The inclusion criteria were:

- Papers reporting original research studies, conducted in any country
- Papers focussed on formal midwifery education（undergraduate or postgraduate programmes or programmes required for licensure/registration of midwives）
- Papers related directly to midwives' support of breast feeding mothers

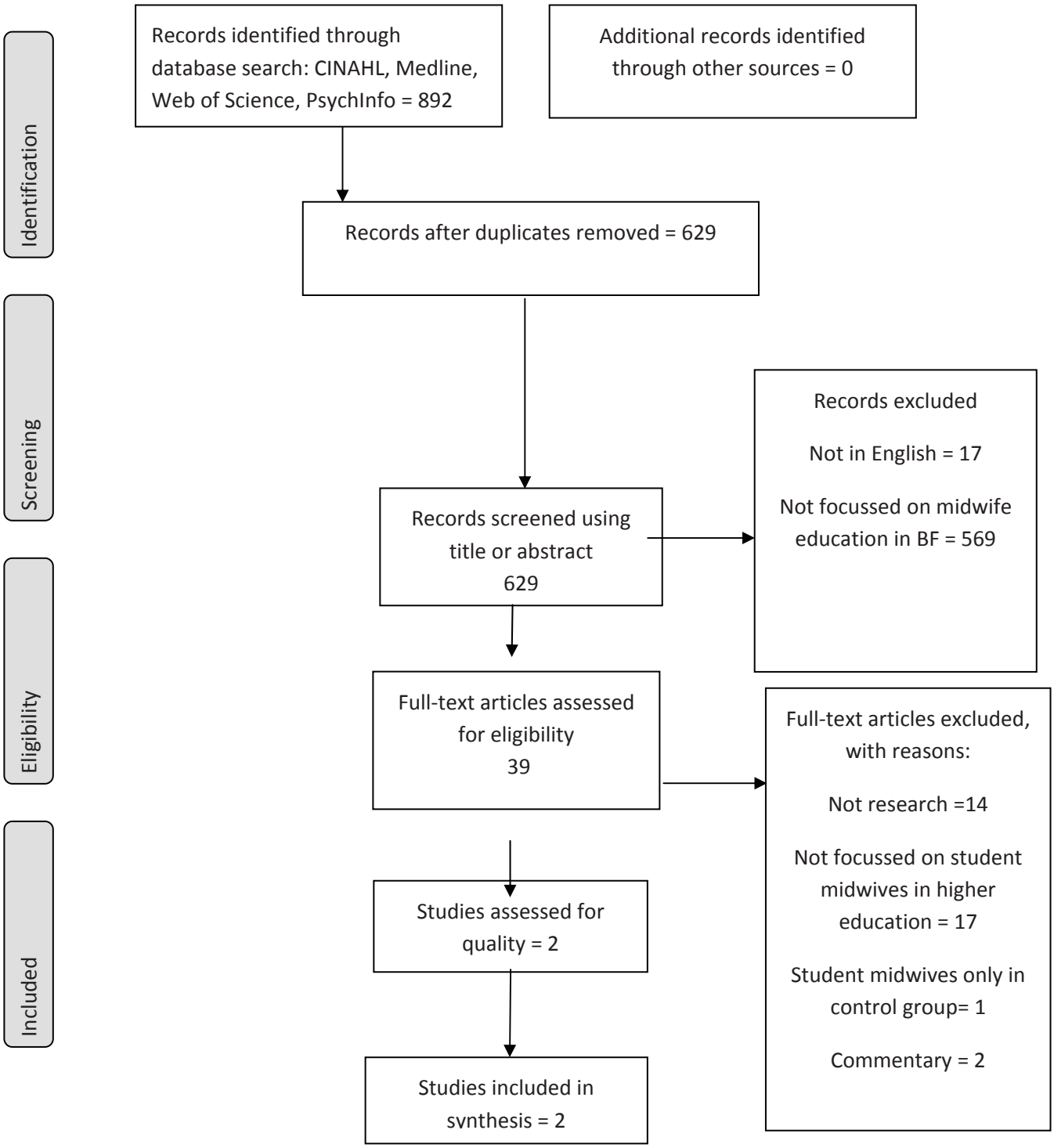

Fig1. PRISMA (2009) Flow Diagram - English papers

- Papers written in either English or Japanese.

We excluded the following papers;

- Those not based on research studies, for example educational papers, opinion papers, reviews
- Those focussed on breastfeeding education for health professionals outside formal educational programmes.

Two authors（HH and HS for English papers, SA and

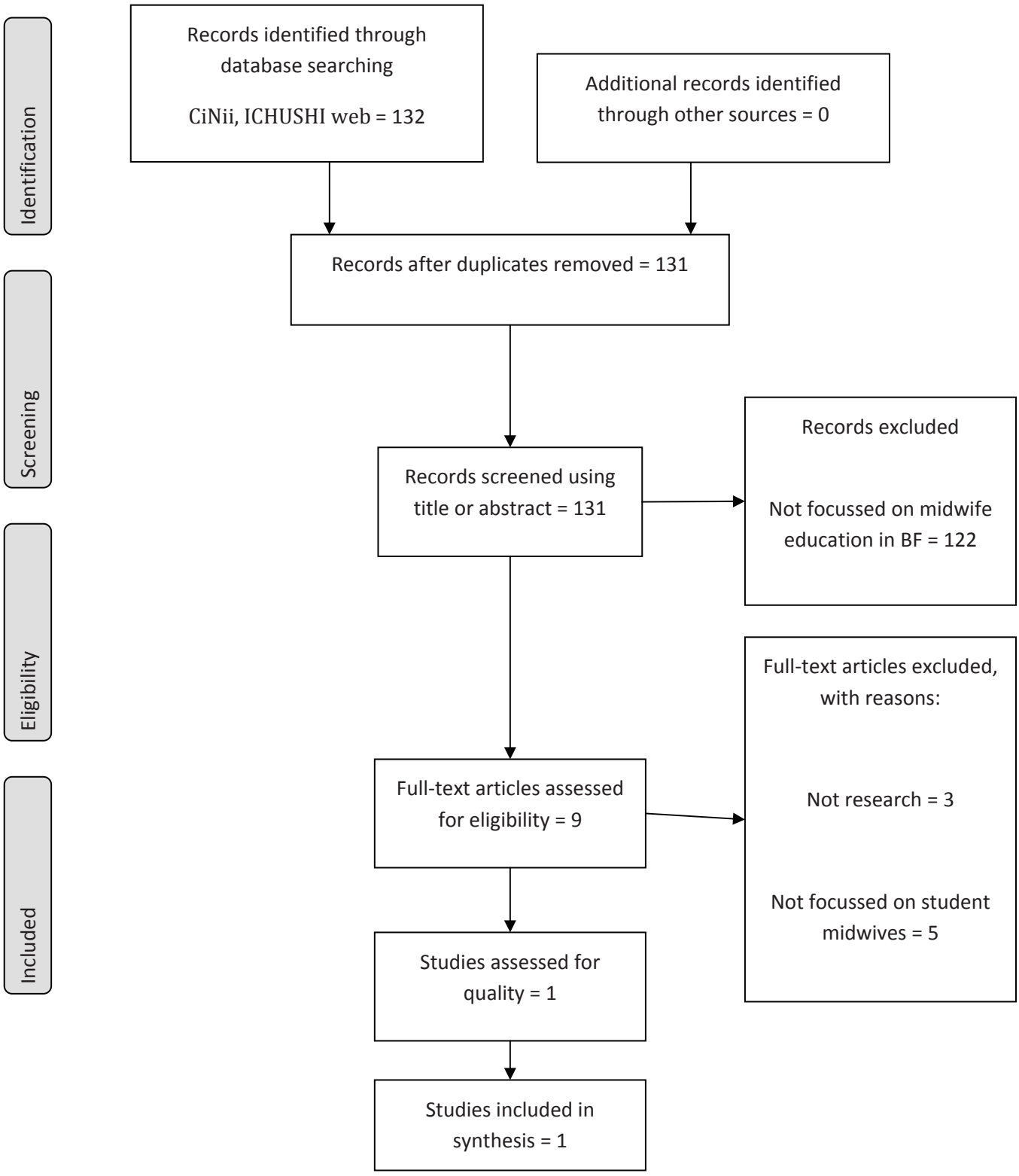

Fig2. PRISMA (2009) Flow Diagram - Japanese papers

KN for Japanese papers）reviewed every paper that was identified during the search, to create a shortlist of papers for possible inclusion. Full text versions of those papers were then read, again by at least two authors, and a decision made as to the inclusion or exclusion of that paper. Throughout this process, all four authors discussed the selection to ensure the criteria were being applied equitably to both English and Japanese papers.

The selection process is illustrated in Figure 1（English papers）and Figure 2（Japanese papers）. Of a total of 760 papers identified as potentially for inclusion, 48 were read in full text and three were selected for the final review.

Quality appraisal

In order to assess the methodological rigour of the papers selected, we used the checklists designed by Kmet et al.（2004）. These authors devised a list that can be used for qualitative studies, and another for quantitative studies. Two authors（HH and HS for English papers, SA and KN for Japanese papers）assessed each paper independently and met to discuss any discrepancies in the appraisal of each. Guidance from the Centre for Reviews and Dissemination（Centre for Reviews and Dissemination, 2009）indicates that selection of papers based on a numerical score may not be robust, but the quality appraisal is an indicator of the

Table 3. Characteristics of the three included studies

Authors, year, title, country	Aim	Study design and method	Participants
Blackman et al（2015） Using Rasch analysis to identify midwifery students' learning about providing breastfeeding support. Australia.	‘To: (i) determine if midwifery students' self-reported abilities in teaching and supervising breastfeeding mothers vary; (ii) assess whether the midwifery students' self-rated breastfeeding ability tool is an appropriate and reliable method of measurement; and (iii) explore what differences exist between midwifery students' self-rated abilities for breastfeeding teaching and supervision between two time periods, approximately six months apart'.（p229）	Pre and post intervention survey. The intervention was a programme of study（delivered as part of the undergraduate midwifery programme）on infant nutrition comprising 36 hours of tutorials, and 108 hours of self-directed learning.	95 undergraduate midwifery students at one higher education institution.
Taylor & Hutchings（2012） Using video narratives of omen's lived experience of breastfeeding in midwifery education: exploring its impact on midwives' attitudes to breastfeeding. United Kingdom	‘to explore the impact of an educational intervention using women's video narratives of their lived experience of breastfeeding and guided learning material on midwives' attitudes to providing support for breastfeeding women'（p90）	Qualitative study based on thematic analysis. This was originally part of a sequential mixed methods study but the quantitative phase data were not reported. The intervention comprised a programme of study on supporting breastfeeding in which students were asked to watch video diaries compiled by breastfeeding mothers, complete a workbook, reflect on their practice and consider possible changes to their own practice.	Eleven students from a post-graduate midwifery programme in one higher education institution. The students were experienced midwives before starting the programme.
Shinohara et al.（2012） Contents of lessons learned by midwifery students during maternity home practice Japan.	To identify students' learning in heir midwifery clinical experiences practicing with midwives.	The midwifery students' learning in their midwifery clinical experiences was analysed from their clinical report by KJ methods.	Four midwifery students（4th year of a university nursing programme）

level to which the results of each study can be trusted. We therefore included all the identified studies.

Data abstraction

Each paper was studied by at least two authors and table of individual characteristics of each study was prepared（Table 3）. As there was considerable variance in methods used, neither meta-analysis nor meta-synthesis could be used to analyse the data.

We used a three-step approach similar to that previously used in other healthcare reviews（Paalosalo-Harris and Skirton 2017）. First we summarised the topics that emerged from each study: these are reported in Table 4. We then used a thematic analysis approach to analyse data that emerged from the qualitative studies, using the method suggested by Braun and Clarke（2006）. To achieve this, each paper was read by two authors several times and initial codes were identified. The codes were then discussed and organised under themes that emerged naturally from the data（Table 5）. The results of this phase of the analysis are presented in narrative form（Centre for Reviews and Dissemination, 2009）.

Data collection	Data analysis	Main findings
The tool was based on a previously developed breastfeeding self-efficacy scale（Dennis, 2003）, with some additions and a brief pilot, resulting in 37 items. Students self-rated their ability for each item using a 4 point Likert scale. Pre-intervention survey completed on day 1 of the maternal and infant nutrition topic; post-intervention survey completed on the first day of the following semester（6 months later, following some postnatal experience in addition to the taught topic）.	Rasch analysis was used to create a hierarchical linear scale, plotting the perceived difficulty of the activity against the ability of the student. The outcomes pre-intervention and post-intervention were then compared. A hierarchical linear scale of difficulty of breastfeeding activities was drawn up for both pre and post-intervention surveys.	34 of the original 37 items were found to be valid; measuring the same underlying attribute. The tool incorporating these 34 items was found to be reliable. Of the 34 activities included in the analysis, five activities were perceived by students to be more difficult post-intervention. These were: helping mother to comfortably breastfeed in public places, helping her to hold her baby comfortably during breastfeeding, encouraging her to feed her baby every 2–3 hours, helping her focus on getting through one feed at a time and providing her with a rationale for feeding overnight. Five activities were perceived to be easier: helping mother determine if baby had sufficient milk, helping her to take her baby off the breast without pain to the nipple, motivating her to breastfeed successful, encouraging her to feed her baby only breast milk and enabling her to assess when her baby had finished breastfeeding.
Two focus groups were conducted: five participants in one, six in the other.	Thematic analysis.	Six themes were identified: listening and learning from women's experiences, generation of emotions; acquisition of new knowledge and learning, reflection on practice, promotion of independent learning and sharing learning with peers.
In the students' daily clinical report, the sentences include the words; learned, understood, or realized, were collected as data.	The data was categorised using KJ method. Then the categories were compared in their relationship.	6 categories were, “Midwife techniques”, “Midwife diagnostic methods”, “Efficacy of health guidance”, “Importance of reconfirmation of knowledge”, “Supporting breastfeeding”, and “Role of midwife in practice”. These contents included required assignments from the practice, implying that students could understand the role and supporting methods of midwives in practice.

Table 4. Topics emerging from the included studies

Categories of findings	Blackman et al. 2015	Taylor and Hutchings. 2012	Shinohara et al., 2012
		PG students	
Difficulty of skill	X		
Self-rated ability of students	X		
Changes in self-rated ability after education	X		
Learning from women's experiences		X	
Generation of emotions		X	
Acquisition of new knowledge and learning	X	X	X
Reflection in practice		X	X
Promoting independent learning		X	
Sharing learning with peers		X	
Learning from experienced midwives in practice			X

Table 5. Themes and sub-themes

General theme: Enhancing midwives' knowledge, skills and attitudes		
Sub-theme	Categories under this theme	Papers in which this sub-theme appeared
Learning from women	Listening to women's experiences	Taylor & Hutchings（2012）
	Generation of emotions	Taylor & Hutchings（2012）
Learning in the classroom	Independent learning	Taylor & Hutchings（2012）
	Sharing with peers	Taylor & Hutchings（2012）
	Changes in self-rated ability after education	Blackman et al（2015）
	Acquisition of new knowledge	Taylor & Hutchings（2012） Blackman et al（2012）
Learning from practice	Working with experienced midwives	Shinohara et al.（2012）
	Reflection in practice	Taylor & Hutchings（2012） Shinohara et al.（2012）
	Difficulty of the skill	Blackman et al（2012）

Results

In the review, two papers were written in English: one study was conducted in Australia（Blackman et al., 2015）and one in the United Kingdom（Taylor & Hutchings, 2012）. In the one paper written in Japanese, the authors reported a study conducted in Japan（Shinohara et al., 2012）. The characteristics of each individual study are presented in Table 3.

Two of the studies focussed on undergraduate midwifery programmes, while students of the other were in a postgraduate programme（Taylor & Hutchings, 2012）. The number of participants ranged from four（Shinohara et al., 2012）to 95（Blackman et al., 2015）.

There was a total of 10 topics that emerged, and they reflected the findings of each study, such as acquisition of new knowledge and learning and reflection in practice. Then the topics were compared and categorised into sub-themes.

The over-arching theme that emerged from analysis of the three papers was ‘enhancing student midwives and midwives’ knowledge, skills and attitudes’. Within this major theme we identified three sub-themes that we labelled ‘learning from women’, ‘learning in the classroom’ and ‘learning in practice’. We present the narrative account of our analysis under these sub-themes.

Learning from women

Under this theme, a sub-theme of listening to women's experiences emerged. However the only authors to address this directly were Taylor and Hutchings（2012）. As part of a post-graduate module on breastfeeding, the authors showed videos of real women speaking about their breastfeeding experiences and their interactions with midwives. These were used in conjunction with guided workbooks. Although the eleven midwives in the group were experienced, they reported that the videos enabled them to see the issues from the women's perspectives, in ways they had not previously done. They appreciated the feedback and reflected that in their daily practice they were often more focussed on tasks and less on what women felt and needed from them. Another interesting reflection concerned the need to be practising safely, with an acknowledgement that if the primary driver was to protect women and babies from harm, then that meant women were less able to exercise choice around how they fed their babies. They felt that the educational videos helped them to re-focus on the women.

The second sub-theme under the theme of learning from women was generation of emotions. Midwives reported that seeing women express their feelings created feelings of empathy and admiration for the women, but also frustration, defensiveness, shock and guilt（Taylor & Hutchings,

2012). For example, it came as a shock to realise that some women had strong negative reactions to midwives touching their breasts when supporting breastfeeding. Some midwives felt that women did not always appreciate the relative priorities of care, for example that commencing breastfeeding might not be appropriate if the mother's life was in danger. It must be remembered that only eleven midwives, from one educational institution, were involved in this study, so the findings may not be transferable to other contexts.

Learning in the classroom

In the study by Blackman et al. (2015), 95 midwifery students were asked to complete a survey before and after a course on infant nutrition, in which breastfeeding was a major component. The taught component of the course comprised 36 hours of tutorial time, with a further 108 hours of self-directed learning. While clinical placements were not built in to this course, the student midwives were reported to have clinical placements in postnatal settings during the six month period of the course, connected with other parts of their training. Learning therefore may have taken place via classroom teaching or in clinical practice. As the details regarding the amount and type of clinical practice were not stated, we have included the results under the 'learning in the classroom' theme. At the start of the six month course, student midwives rated their confidence in performing a range of skills related to supporting mothers to breastfeeding. At the beginning of the course, the skills student midwives felt most confident about were: conveying the fact that breastfeeding can be time-consuming, explaining the need for skin to skin contact immediately after birth, helping the mother to hold her baby comfortably while feeding, getting friends to support her decision to breastfeed and assessing whether the mother was satisfied with her experience of breastfeeding. Skills student midwives felt least confidence in performing were: encouraging mother to feed 2-3 hourly, helping the mother obtain family support and explaining benefits of breastfeeding to her. However, six months later, at the end of the course, their assessments of their own abilities had altered somewhat. The student midwives had spent clinical time in postnatal wards during this period, and therefore had experience in practice. The authors used the self-rated ability scores to assign the relative difficult of tasks. Changes in self-rated ability of each task were calculated and a logit score for each item was produced. Where a difference of less than one logit between pre and post course ratings occurred, the perceived difficult of the task was said to be unchanged. Following the theory component and practical experience, they reported least confidence in their ability to help the mother understand that she needed to feed 2-3 hourly, to feed on demand, to increase supply by feeding overnight, and explain benefit of breastfeeding. However, they had most confidence in their ability to assess if the mother was satisfied with her experience, to explain that breastfeeding can be time-consuming and to show the mother how to take baby off the breast without nipple damage. The authors indicated that a difference of more than one logit indicated a change, and was considered by the authors to indicate that learning had occurred. One of the weaknesses of this study is that while learning about the difficulty of the tasks may have occurred, this does not necessarily indicate that student midwives had learnt more about how to perform it effectively.

Although initially midwives in the study by Taylor and Hutchings (2012) reported they had not learnt anything specific from the use of videos in classroom teaching, it became obvious during focus group discussions that they intended to change practice (e.g. by encouraging skin to skin contact after Caesarean section), therefore learning had occurred. They also reported that their assumptions about their practice with women had been strongly challenged by the video recordings and this had also precipitated changes in practice. Midwives reported that having protected time during the course to reflect outside everyday practice was also valuable, however this may have been the case for any course and may not have been due to the specific educational intervention. However, it was clear that much of the coursework was delivered via guided workbooks, so the student midwives needed to be highly motivated to maximise the learning opportunities. Student midwives in this study indicated that peer support (via fellow students) helped them to deal with the emotions generated by the mother's accounts.

Learning from practice

Shinohara et al. (2012) reported on the experience of

undergraduate midwifery students while on a maternity placement. In this study, the daily clinical documents written by four undergraduate midwifery students during their 2-week clinical experience were analysed by the ‘KJ’ method（a form of qualitative analysis suggested by Jiro Kawakita（Scupin, 1997）. The authors reported that student midwives learned how to support the mothers by working with experienced midwives. The six major themes identified were: ‘Midwife techniques’, ‘Midwife diagnostic methods’, ‘Efficacy of health guidance’, ‘Importance of reconfirmation of knowledge’, ‘Supporting breastfeeding’ and ‘The role of the midwife in practice’. Focusing on the category ‘Supporting breastfeeding’, mothers were provided with breastfeeding support and information throughout pregnancy and the breastfeeding period, with emphasis on the relationship between breastfeeding and the infant's health status. Midwives were observed responding sensitively to the mother's feelings, the student midwives particularly described learning from midwives' attitudes towards mothers and their approaches to making suggestions based on their assessments, explaining concepts concretely, and giving positive feedback to mothers. The strength of this setting was the opportunity to observe midwives working autonomously but closely with mothers. However, Shinohara et al.（2012）conclude that while breastfeeding support is an important midwifery role, it is difficult to learn sufficiently about it through clinical experiences during the pre-registration period and this must be built on after registration. However, the author suggests that having the opportunity to experience breastfeeding care by working with midwives in a clinical maternity setting is valuable for student midwives.

The results of the study by Blackman et al.（2015）have been described above, but they may indicate that clinical experience in postnatal settings had taught the student midwives that those tasks that required encouraging the mother（who may well have been tired as a result of labour）to feed frequently, including throughout the night, were more challenging.

On a negative note, midwives attending a postgraduate course（Taylor & Hutchings, 2012）indicated that the pressures of working in practice were so great that this inhibited them from reflecting and also from giving women the support they needed. Several midwives in that study resolved to alter practice, for example by prioritising tasks differently, by acting as a stronger advocate for the mother and by promoting the mother's independence.

Discussion

While there has long been an acknowledgement that health professional education related to breast feeding has an impact on breast feeding rates, this has been emphasised again in a very recent systematic review by Burgio et al.（2016）.

Swerts et al.（2016）indicate that breast feeding support is more acceptable to mothers when midwives adopt the role of ‘skilled companion’, rather than ‘technical expert’. This involves a ‘hands off’ approach and a focus on the relationship between the mother and the infant, which may develop through experiential learning. In this review, it was clear from the findings in two studies that learning in practice was valuable for student midwives. The students in Shinohara et al.'s study（2012）reported learning from midwives in the clinical setting, however, in this regard effective learning is dependent on observation of appropriate practice. Where student midwives were observing poor practice, for example where midwives were working more as ‘technical experts’ who regarded mothers as novices（Swerts et al., 2016）, this could result in them developing poor habits and attitudes that could work against successful breastfeeding. In the study by Blackman et al.（2015）, it was clear that having experience in clinical practice changed not only the perceived expertise of students, but also their appreciation of the complexity of some activities involved in supporting breastfeeding.

The use of video accounts to enable post graduate students to access the views and experiences of mothers was shown to be a particularly powerful teaching tool（Taylor and Hutchings, 2012）.

Angell and Taylor（2013）, writing about the challenges of preparing student midwives to support breastfeeding, commented on the negative attitudes towards particular types of infant feeding held by some student midwives. These may be based on their own previous experience of infant feeding, although ideas about feeding may be formed at a much younger age（Angell et al., 2011）. Angell and Taylor（2012）discuss methods of challenging midwives' longstanding beliefs so that they can offer

support, regardless of the mothers' chosen mode of feeding. Inclusion of direct input into the classroom teaching, as well as by clinical experience may be effective in helping student midwives and midwives to empathise with mothers and support their decisions. Registered midwives in the study by Taylor and Hutchings（2012）reported that they had been unaware of mothers' feelings about feeding and they were shocked by some of the video accounts. In this case, the ability to have insight into practice requires experience, as a result this method could be effective for qualified midwives. However, midwifery education should aim to produce midwives who are not only supportive of mothers' choices, but also able to communicate effectively with women during this critical period for establishing breast feeding（UNICEF, 2014）.

WHO guidelines enable many mothers around the world the chance to receive standard global support of breastfeeding. In addition, the basic principles regarding breastfeeding are universal. While the ability to support mothers to breastfeed is clearly stated by the ICM as a competence that is essential for midwives internationally（ICM, 2013）, in some countries the re-allocation of midwifery resources works against this. For example, in the UK breastfeeding support for mothers is increasingly assigned to lay peer supporters or to unregistered staff such as maternity support workers（Griffin et al., 2010）. In addition, it is reported that Child Health Nurses and General Practitioners also provide breastfeeding support in Australia（Cox, 2017）. Therefore, the skills required to coordinate a variety of supporters could be included for midwives in their education. In this climate of care, the essential experience needed by midwives to support mothers appropriately could be reduced. In contrast, in Japan, mothers receive care from either registered nurses or registered midwives. There are substantial differences in the initial breastfeeding rates in these countries（98% babies in Japan are breastfed at least once, compared to 81% of babies in the UK）, which is potentially at least partly due to the involvement of midwives in encouraging breastfeeding. Data available on duration of breastfeeding from the most recent UK infant feeding survey, conducted in 2010,（Health and Social Care Information Centre, 2012）shows that exclusive breastfeeding drops from 69% at birth, to 46% at one week of age, to 23% at 6 weeks of age, indicating that the first six weeks of the baby's life are crucial in establishing breastfeeding. However, mothers who stopped breastfeeding in the first week of their baby's life cited problems with attaching the baby, sore breasts, and insufficient milk as reasons for not continuing: these are all issues that a midwife is trained to help the mother to address and indeed, mothers who would have wished to continue feeding for longer reported that they felt more support from midwives would have helped them to do so（Health and Social Care Information Centre, 2012）.

These results are confirmed by results of a review by James et al.（2016）that indicated midwifery support had a considerable impact on mother's ability to breastfeed after early discharge from hospital. However, cultural barriers now exist in the UK because of low breastfeeding rates and the trauma of trying to breastfeed but not succeeding（UNICEF, 2017b）; as a result it is perhaps unsurprising that some mothers feel unable to continue to breastfeed. In turn, this links with the negative attitudes towards breastfeeding held by some student midwives and midwives as they embark on their midwifery education（Angell et al., 2011）, and has resulted in breastfeeding in the UK having become a very emotive topic（UNICEF, 2017a.

Strengths and limitations of this study

While we followed the guidance of the Centre for Reviews and Dissemination（2009）to conduct this review, the fact that there were only three studies identified for inclusion limits the findings. In addition, the three studies varied hugely in terms of the research question and methods used, making meta-analysis or meta-synthesis impossible.

Implications for educational practice.

It is clear from this review that in respect of breastfeeding education, midwives benefit from practice in clinical settings. The foundation of knowledge is important, but further time for practice and reflection has been shown to help the midwife develop his or her role in this area. We would suggest that refresher courses in which qualified midwives are encouraged to reflect on their own practice are a useful contribution to midwifery practice. This would also help to ensure that student midwives are working alongside competent practitioners when on clinical placements.

Conclusions

The educational methods used to provide midwifery students and midwives with the knowledge, skills and attitudes required to support mothers to breastfeed are; learning from women, learning in the classroom, and learning from practice. Post graduate midwives were able to witness breastfeeding issues from the women's perspectives by watching video of breastfeeding women speaking. As a result, this learning from women's experiences gave midwives a new awareness of breastfeeding support as it relates to women's emotions. The self-rated ability of student midwives was altered by learning in the six-month infant nutrition course. Learning from experienced midwives in practice, helped the student midwives learn how to support breastfeeding mothers by observing experienced midwives being close to the women. These education methods for student midwives and midwives led to acquisition of new knowledge and learning.

References

Angell, C., J. Alexander and J. A. Hunt（2011）. How Are Babies Fed? A Pilot Study Exploring Primary School Children's Perceptions of Infant Feeding. Birth: Issues in *Perinatal Care* 38（4）: 346-353.

Angell, C. and A. M. Taylor（2013）. Alien knowledge: Preparing student midwives for learning about infant feeding-Education practice at a UK university. *Nurse Education Today* 33（11）: 1411-1415.

Blackman, I., L. Sweet and J. Byrne（2015）. Using Rasch analysis to identify midwifery students' learning about providing breastfeeding support. *Women & Birth* 28（3）: 228-235.

Braun, V. and V. Clarke（2006）. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3: 77-101.

Burgio, M. A., A. S. Laganà, A. Sicilia, et al.（2016）. Breastfeeding Education: Where Are We Going? A Systematic Review Article. *Iranian Journal of Public Health* 45（8）: 970-977.

Centre for Reviews and Dissemination（2009）. Systematic Reviews. York, Centre for Reviews and Dissemination.

Cox K, Giglia R, Zhao Y, et al.（2014）Factors associated with exclusive breastfeeding at hospital discharge in rural Western Australia. *Journal of Human Lactation* 30(4）:488-497. doi: 10.1177/0890334414547274. Epub 2014 Aug 19.

Cox K, Giglia R, and Binns C W.（2017）Breastfeeding beyond the big smoke: Who provides support for mothers in rural Western Australia? *The Australian Journal of Rural Health* 25: 369-375.

Cummings, M.（2008）Best practice standards for breastfeeding education: A baby friendly approach. *Nurse Education Today* 28(8）: 895–898.

Griffin, R., J. Dunkley-Bent, J. Skewes et al.（2010）. Development of maternity support worker roles in the UK. *British Journal of Midwifery* 18(4）: 243-246.

Health and Social Care Information Centre, IFF Research（2012）Infant feeding survey 2010. Available at: http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB08694/Infant-Feeding-Survey-2010-Consolidated-Report.pdf Accessed March 28, 2017

Horta, B. L., C. Loret de Mola and C. G. Victora（2015）. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 104: 30-37.

International Congress of Midwives（ICM）（2013）. Essential competencies for basic midwifery practice. Retrieved November 12, 2016 from http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Core Documents/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf. Accessed January 27, 2019

James, L., L. Sweet and R. Donnellan-Fernandez（2016）. Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. Women and Birth: Journal of the *Australian College of Midwives*.

Kmet LM, L. R., Cook LS,（2004）. Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, ISBN: 1-896956-71-XX（Online）.

Munn AC, Newman SD, Mueller M, et al.（2016）The Impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Infant Health and Breastfeeding Outcomes. 11:222-30. doi: 10.1089/bfm.2015.0135. Epub 2016 Apr 15.

Nursing and Midwifery Council（NMC）（2009）. Standards for pre-registration midwifery education. Available at: https://www.nmc.org.uk/globalassets/site-documents/standards/nmc-standards-for-preregistration-midwifery-education.pdf Accessed April 20, 2017

Paalosalo-Harris, K. and H. Skirton（2017）. Mixed method systematic review: the relationship between breast cancer risk perception and health-protective behaviour in women with family history of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 73(4）: 760-774.

PRISMA.（2009）. The Prisma Statement, from http://www.prisma-statement.org/statement.htm. Accessed January 27, 2019

Renfrew M, Pokhrel S, Quigley M, et al.（2012）. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. Retrieved March 23, 2017 from https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/sites/2/2012/11/Preventing_disease_saving_resources.pdf. Accessed January 27, 2019

Sankar, M. J., B. Sinha, R. Chowdhury, et al.（2015）. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 104: 3-13.

Scupin, R.（1997）. The KJ Method: A Technique for Analyzing Data Derived from Japanese Ethnology. *Human Organisation* 56(2）: 233-237.

Shinohara, H., Yoshida, M., Naarita, Y. et al.（2012）. Contents of lessons learned by midwifery students during maternity home practice. *Health Science Bulletin Akita University* 20(1）: 59-67.

Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al.（2015）. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Actia Paediatrica* 104(S467）: 114-134.

Swerts, M., E. Westhof, A. Bogaerts et al.（2016）. Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: A systematic review of the literature. *Midwifery* 37: 32-40.

Tanaka, K., Kon, N., Ohkawa, N., et al.（2009）. Does breastfeeding in the neonatal period influence the cognitive function of very-low-birth-weight infants at 5 years of age? *Brain & Development* 31: 288-293.

Taylor, A. M. and M. Hutchings（2012）. Using video narratives of women's lived experience of breastfeeding in midwifery education: exploring its impact on midwives' attitudes to breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition* 8（1）: 88-102.

The Japanese Midwives' Association（2010）. A Statement by Midwives/Core Competency. Retrieved April 4, 2017 from www.midwife.or.jp/general/statement.html Accessed January 27, 2019

UNICEF（2014）. Implementing the UNICEF UK Baby Friendly standards in universities: Learning outcomes and topic areas Available at: https://353ld710iigr2n4po7k4kgvv-wpengine.netdna-ssl.com/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2016/08/University_learning_outcomes.pdf Accessed March 28, 2017

UNICEF（2017a）Stage 2: An Educated Workforce. Available at: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/accreditation/maternity-neonatal-health-visiting-childrens-centres/stage-2-an-educated-workforce/ Accessed January 27, 2019

UNICEF（2017b）Call to action for breastfeeding in the UK. Available at: https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/about/call-to-action/ Accessed January 27, 2019

Victora, C. G., R. Bahl, A. J. D. Barros, et al.（2016）. "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect." *Lancet 387 North American Edition*（10017）: 475-490.

Vohr B.R., Poindexter B.B., Dusick A.M., et al.（2007）. Persistent beneficial effects of breast milk ingested in the neonatal intensive care unit on outcomes of extremely low birth weight infants at 30 months of age. *Pediatrics,* 120, pp. e953–e959

Ward, K. N. and J. P. Byrne（2011）. A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and midwives. *Journal of Human Lactation*: Official Journal Of International Lactation Consultant Association 27（4）: 381-393.

Whittemore, R. and Knafl, K.（2005）. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52（5）, 546–553. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

World Health Organization（WHO）（1990）Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Available at: https://www.unicef.org/

nutrition/index_24807.html/Accessed January 27, 2019
World Health Organization（WHO）(2016) Baby-friendly hospital initiative. Available at: http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/ Accessed January 27, 2019

（2019 年 10 月 15 日受付，2020 年 2 月 17 日受理）

＜資料＞

助産教育における母乳育児に関する英文および和文論文の統合的レビュー

アンガホッファ司寿子[1)]　ヘザー・ホッパー[2)]　野口恭子[1)]　ヘザー・スカートン[2)]
1）岩手県立大学看護学部　2）プリマス大学看護・助産学部

要旨

母乳育児支援は助産師の基本的コンピテンシーであり，助産教育において扱われるべきトピックである．本レビューの目的は，母乳育児に関連した助産教育の有効性のエビデンスを確認することとした．論文検索，選択，データ抽出は，Centre for Reviews and Dissemination のガイダンスを使用し，助産教育における母乳育児支援に関連した論文を対象とした．

760 件の論文のうち 3 件を対象とした．結果の主題分析から，＜女性から学ぶ＞＜講義で学ぶ＞＜実践から学ぶ＞の 3 テーマが抽出された．母乳育児をする母親にとって身近な存在の熟練助産師になるためには，経験的な学びと，よい実践をする助産師と一緒に関わることからの学びが重要であった．しかし，助産学生および助産師が母乳育児支援するための知識，技術，態度の教育的介入に関する実証的研究はほとんどない．講義と実践，両方の教育が関連したさらなる研究が求められる．

キーワード：母乳育児，臨床実習，教育，経験的学習，助産

＜資料＞

A 県内のがん看護専門看護師の役割開発

菊池和子
岩手保健医療大学看護学部

要旨

A 県内のがん看護 CNS の役割開発及びその困難点を明らかにし , がん看護 CNS への支援の示唆を得ることを目的とした．対象は A 県内のがん看護 CNS6 名．半構造化面接による内容を逐語録としカテゴリー化した．役割開発として【現場のニーズ・病院の課題把握】【CNS の役割の理解促進】【管理者からのサポート】【診療報酬の加算取得】【スタッフへの支援】【他職種・同職種との連携】【自己研鑽】【新たな看護サービスへの挑戦】のカテゴリー，困難点として【自己の役割意識のゆらぎ】【CNS 活動のための調整困難】【CNS としての自信のなさ】【組織の中の位置づけでの困難さ】【他職種との連携不足・困難】が抽出された．CNS は自ら働きかけ期待されている役割を明確にし役割開発者として看護管理者の支援を受けて活動し質の高い看護サービスを提供していく役割を担っていた．看護管理者には CNS の組織内での立ち位置を確保する支援，CNS の要望に対する支援が求められている．

キーワード：がん看護専門看護師，役割開発，困難点

Ⅰ．はじめに

専門看護師（Certified Nurse Specialist 以下 CNS とする）の制度は 1994 年に発足している．当時，少子化・高齢化が進み，疾病構造の変化や医療の高度化がみられるようになり，看護の世界で，特定分野の知識や能力を専門的に必要とする場面や問題が増加してきた．これまでの看護職の基礎教育と長年の経験だけでは，対象者の必要としているニーズに対応できなくなってきた．このような状況から，効率的に質の高い看護サービスを提供し，看護学の発展をはかるため，看護基礎教育だけでは習得できない知識や技術の習得が大学院教育のなかに位置づけられるようになり，CNS の教育が開始された．CNS は，日本看護協会専門看護師認定審査に合格し，複雑で解決困難な看護問題をもつ個人，家族及び集団に対して，水準の高い看護ケアを効率よく提供するための，特定の専門看護分野の知識及び技術を深めた者をいう（日本看護協会，2019）．CNS の分野の中で，がん看護 CNS は，2006 年にがん対策基本法が制定され，がん医療の均てん化の促進のためにがんのプロフェショナル養成が加速され，全国的に増加してきた．A県内では 2017 年の本研究調査時点でがん看護 CNS が 8 名活動している．がん看護 CNS は職場の中で CNS としての役割を開発しながらがん患者や家族の QOL 向上を目指して療養生活の支援を行っている．1996 年に全国で初めてのがん看護 CNS が誕生 (日本看護協会，2019) し約 20 年経過しているが，A県内ではがん看護 CNS が誕生してから 10 年も経ていないことから施設内でのがん看護 CNS としての活用についてはがん看護 CNS 自身や看護管理者，同職種，他職種者が模索している状況があると推測される．CNS は自ら役割を開発することが求められており，組織の中で役割を開発し，複雑な問題をかかえている患者や家族への卓越した看護援助により成果をあげている．その一方で，役割拡大に向けて活動しながらも困難さも感じていると考えられる．そこで，CNS の役割開発とその困難点を明らかにしたいと考えた．

A 県内にはがん看護 CNS の他に他分野の CNS も活動しているが，分野の特徴もあることが考えられることから今回はがん看護CNSに焦点をあてることとする．

CNS の役割開発や役割拡大に関する研究や文献をみると，看護管理者が期待する CNS の業務内容に関するもの（鶴田他，2006）や CNS の現状と課題（市川他，2003）（野地他，2003）（加藤，2003）（アナリー R. オークス，2003）, 質問紙調査によるがん看護 CNS の業務内容及び CNS が感じている活動へのやりがいと困難感（千﨑他，2010），看護管理者からの CNS 役割開発支援（桐山他，2018）の報告がある．また田中（2015）は，日本の専門看護師が役割を獲得するまでの内面的成長プロセスについて報告している．その他に CNS からの事例報告や実践報告があるが，CNS からのインタビュー調査による役割開発やその困難点に関する報告はみあたらない．

以上のことから，A 県内のがん看護 CNS が役割開発をどのように行っているのか，またその困難点をがん看護 CNS へのインタビュー調査により明らかにし，今後の A 県内のがん看護 CNS への支援の示唆を得るための研究に取り組んだ．

調査の結果，協力を得たがん看護 CNS は全員が病院での勤務者であり，看護管理者からの支援に関する内容が出された．そこで，病院での役割開発には看護管理者の支援が必要不可欠であることから，今回は，がん看護 CNS の役割開発と看護管理者からの支援について検討することとした．

Ⅱ．研究目的・意義

A 県内のがん看護 CNS が役割開発をどのように行っているのか及びその困難点を明らかにし，今後の A 県内のがん看護 CNS への支援の示唆を得ることを目的とする．

A 県内のがん看護 CNS の役割開発やその困難点を明らかにすることで，今後のがん看護 CNS の役割開発についての示唆が得られ，また，他分野の CNS の役割開発の示唆も得られると考えられる．

用語の定義

CNS の役割開発とは，CNS としての自分の役割や期待される活動を明確にしながら，CNS としての役割を獲得すること，と定義する．

Ⅲ．研究方法

１．半構造化面接による質的記述的研究

２．調査対象者：A 県内のがん看護 CNS

３．調査方法：研究の同意書が得られたがん看護 CNS にインタビューガイドによりインタビューを行う．その際に同意を得てからインタビュー内容を IC レコ ーダーに録音する．

４．調査内容：

- がん看護 CNS の役割開発のために行っていることとその困難点
- がん看護 CNS の活動についての評価　患者や医療者からの評価
- がん看護 CNS としての活動の成果について
- 看護組織への貢献度　病院組織への貢献度　外部への貢献度
- 認定看護師との違いについて
- 属性　がん看護 CNS としての経験年数　看護経験年数　年代　組織での位置づけやシステム

５．分析方法：

１）インタビュー内容を逐語録とした．
２）がん看護 CNS の役割開発に関する発言を抽出してコード化した．
３）類似したコードを集め，カテゴリー化した．
４）研究対象者にカテゴリー化した結果を示し，誤りや不備がないか確認を得て，信頼性を高めた．

６．調査手続き：

１）A 県内のがん看護 CNS の所属する看護管理者に依頼文を発送し，調査対象となるがん看護 CNS への配布書類（依頼文，研究計画書，インタビューガイド，同意書）をご覧いただき，調査にご賛同いただけたならば，がん看護 CNS へ依頼書類を配布するよう依頼した．
２）調査対象者から同意書が得られたならば，対象者に連絡し，業務に支障がないようにインタビュー調査の日時，場所の調整を行った．

７．倫理的配慮

研究対象者に調査の趣旨，目的，方法及び参加は自由意思であり，不参加であっても不利益は被らないこと，同意した後でも同意を撤回できることを書面で説明した．さらに，答えたくない質問には答えなくともよいこと，対象者のインタビュー内容は研究対象者用の ID 番号をつけて分析し，個人が特定できないよう

に配慮すること，公表にあたっても，個人や施設が特定されないように配慮することを書面で説明し同意書を得た．録音した内容を記録した電子媒体や分析資料は鍵のかかる場所に保管し，研究の終了後，10 年間保存し，その後，データの削除及びシュレッターで廃棄する．電子媒体についてはパスワードつきのものを使用し，データの分析は，ネットワークに接続されていないパソコンを使用する．尚，本研究は岩手県立大学研究倫理審査委員会に諮り（県大第 1874 号）実施した．

Ⅳ．結果

対象者は，6 名でがん看護 CNS としての経験が 1〜9 年目であり，全員，女性であった．看護経験年数の平均は 25 年で，がん診療拠点病院及びそれ以外の病院の勤務者であり，中間管理者が含まれていた．今回の調査目的は CNS の役割開発と困難点を明らかにするものであり，対象者の背景との関連について明らかにするものではないことから対象者の個別の詳細については示さない．

面接時間は 30 分〜65 分で，平均 47 分であった。

1．がん看護 CNS としての役割開発

78 コードから，32 サブカテゴリー，8 カテゴリーが抽出された．以下【 】をカテゴリー，＜ ＞をサブカテゴリー，「 」をコードとして表記する．

がん看護 CNS としての役割開発として，【現場のニーズ・病院の課題把握】【CNS の役割の理解促進】

表 1．がん看護専門看護師の役割開発

カテゴリー	サブカテゴリー
現場のニーズ・病院の課題把握	現場のニーズ・病院の課題把握
CNS の役割の理解促進	CNS の役割について説明
	役割を浸透させ説得できるだけの力をつけ適切な人へのアプローチ
	管理職への働きかけ
	病院全体をラウンドして顔を覚えてもらうこと
	自分が何をしている人かを人にみせること
	スタッフのリーダー役
	自分のしたいことを話すこと
	CNS の特徴としての調整・倫理調整
管理者からのサポート	管理者へ要望しサポート得ること
	活動日を確保すること
診療報酬の加算取得	診療報酬の加算取得
スタッフへの支援	がん看護の底上げ
	自分の実践を見せ , 教育的なことを行うこと
	カンファレンスでの教育支援
	スタッフが看護を実感し , やる気への支援
	スタッフや患者の個別性や強みを生かし必要時支援
	スタッフへのメンタルヘルスへの支援
	患者を擁護すること
	困難事例の共有で患者・家族の意思を尊重したケア
他職種・同職種との連携	医師との連携
	同じゴールを目指した他職種・同職種との連携
	CNS と CN が一緒に活動する機会
	患者・家族との面談で関係職種と連携
	周囲とのコミュニケーション
	医師・同職種から信頼を得ること
	他職種・同職種の脅威にならないこと
自己研鑽	最新のがん医療の知識の獲得
	傾聴の能力の向上
	自分の能力をわかること
	役割開発者としての CNS としての意識
新たな看護サービスへの挑戦	新たな看護サービスへの挑戦

【管理者からのサポート】【診療報酬の加算取得】【スタッフへの支援】【他職種・同職種との連携】【自己研鑽】【新たな看護サービスへの挑戦】の 8 カテゴリーが抽出された（表 1）.

【現場のニーズ・病院の課題把握】は,「現場のニーズや認定看護師（Certified Nurse 以下 CN とする）の行っていることを理解し，この中で自分のできることを探していく」「CN や医師が大切にしていることを理解して，病院の課題は何かと考えていく」の＜現場のニーズ・病院の課題把握＞である.

【CNS の役割の理解促進】は,「看護師長会でのプレゼンテーションの機会を得て CNS としての自分の役割と活動したいことを話した」の <CNS の役割について説明 >,「じわじわと役割を浸透させながら説得できるだけの力をつけ，誰にアプローチしたらよいかわかってきたのでそのようなアプローチを行う」の＜役割を浸透させ説得できるだけの力をつけ適切な人へのアプローチ＞,「看護師長とか看護部長，上司，管理職とうまくやるよう自分から働きかける」「管理者に資料を提供するとみてくれて，一緒に考えてくれた」「管理者自身が CNS の役割を学んで，CNS のことをわかってくれる」「他の部署から困っていることを誰に相談したらいいかわからない状況に CNS として応えれない時，どうしたらいいか看護師長に相談」の＜管理職への働きかけ＞,「活動日に病院全体をラウンドして顔を覚えてもらう」「他部署に行くとこの人は何だろうと思われる，支援チームはこのようなことをしますよとチラシで説明」の＜病院全体をラウンドして顔を覚えてもらうこと＞,「自分が何をしている人かを人にみせる」「講師の話があれば極力，断らない」の＜自分が何をしている人かを人にみせること＞,「皆と患者のことを考える時に引っ張り役，この辺のどこが問題点だよね．じゃあ皆でこの辺の情報を取っていこうかとか，リーダーとしての役割」の＜スタッフのリーダー役＞,「自分の行いたいことを口に出すと他のメンバーからアドバイスをもらったり一緒に行うということになる」の＜自分のしたいことを話すこと＞,「退院支援だと訪問看護とか施設とか一般ナースや CN が，ここ迄しか見込まないところをもっと踏み込みアプローチしたり情報交換する」「CN は患者や家族中心のケアがメインだが CNS は医師であったり病院自体であったり社会的なことまで含めて調整」「倫理調整は CN より CNS が深く分析し学んでおり倫理的なことは CN が行っていないためそこを行う」の＜ CNS の特徴としての調整・倫理調整＞で構成された.

【管理者からのサポート】は,「上司からあなたがやりたいことをやってみなさい，とサポートされている感がある」「自分を知ってもらえて周囲も理解し，こういうところで役立つのではということを上司も知った」「上司から何をして欲しいのか話して，と言われ，要望をダイレクトに話す」「自分が課題としてあげたことを看護師長会で優先順位をつけてやっていけば，とアドバイスをもらった」の＜管理者へ要望しサポートを得ること >,「患者や家族の利益を一番に考え，自分を知ってもらえて周囲も理解して，こういうところで働かせれば役に立つということを上司に知ってもらえ活動時間をもらえた」「CN も活動時間がもらえていなかったので，何とか業務以外で自分の時間をもらえて，やりたいことと現場のニーズを考えながら活動時間をもらえるような環境となった」「CN は活動時間をもらえていない環境をよし，としている現状があった．CN とも話し合い活動時間を確保した」「管理者に活動日はこういうことをして，でもこのくらい時間が足りないということをアッピールし活動時間を増やしてもらえた」の＜活動日を確保すること＞である.

【診療報酬の加算取得】は,「CNS の活動が診療報酬の加算を取れるようになった，患者のためでもあるが病院のためでもある」「看護の研修で診療報酬の加算の話題があり医師と相談しシステムができた」「患者のフォローで面談をしたがそれが加算につながった」「病院でこれまでがん患者管理料をとれなかったが，CNS や CN の活動時間を確保して患者の不安軽減につなげて欲しい，ということがあった」「可能な限り加算も取れ患者にも役立つよう病院の取り組みを新聞で見て患者が来院」の＜診療報酬の加算取得＞である.

【スタッフへの支援】は,「対応を苦慮する患者について患者に起きていることをスタッフに解説する」「全体を広い視野で考えたり意見したりを心がけ，俯瞰して調整していく」「複雑な問題の時に誰に何をどうアプローチしたらいいか考え，実施する」「何年間か活動してきたことで院内のがんやがんに限らず看護の質や倫理的面がレベルアップ」「看護師からの相談内容の変化から底上げになっているかなと思う」「外部講師とかで地域のがん看護の底上げに貢献していると思う」「学習会や研修会で皆に役立つような情報，

知識を提供」「ナースの実践を振り返る機会に参加し，少しでも役立っていると感じる」「勉強熱心なスタッフと一緒に看護研究をしようと思っている」の＜がん看護の底上げ＞，「積極的治療が難しい人とか症状の強い患者に対するケアに自分がかかわることでその患者を理解できたといってもらえる」「自分の実践を見せることで伝わっていく，教育的なことを行えるかと思った」「役割モデルとしてアセスメントを皆に知らせ，なぜそうしたか記録に残せるものは残す」の＜自分の実践を見せ，教育的なことを行うこと＞，「家族のなかの問題で，今の問題は何か，と分かるようなカンファレンスをして看護師として介入することかどうか，家族の力を見極めてサポートしていくことなのかを見極めるようなカンファレンス行っている」「カンファレンスの時に患者理解を深めるよう，自分の受け持ち患者のことを紹介する」の＜カンファレンスでの教育支援＞，「あきらめずに働きかけた事例で患者の気持ちを大事にし，患者の希望に寄り添ったことで親子関係が改善し，患者の気持ちも落ち着き，これが看護なんだと感じたスタッフが，看護をしている感がなくナースを辞めようと思っていたけれども，やる気につながった」の＜スタッフが看護を実感し，やる気への支援＞，「CNS の教育で個々のスタッフや患者の個別性を生かす，という教育の視点，自分自身の広がり，その人のもつ力とか，個別性とか，その人の強みを生かす視点が出てきた」「この人達ができているんだったら，お願いして応援するとか外回り，何でもするというのではなく必要な時や頼られた時に自分の力を生かす，実践では自分が直接かかわることで看護師が CNS に依存していくのかやり方で変わっていく，事例をめぐる背景を広く見て，緊急性をみて，ここは自分が直接やるべきだという時は自分がやるし時間的余裕がある時は力を持った人がいる時はその人を見極める」の＜スタッフや患者の個別性や強みを生かして必要時，支援＞，「自分の経験から，がん看護は辛いことが多いのでバーンアウトを予防するよう意識的にスタッフの情緒的支援をする」の＜スタッフへのメンタルヘルスへの支援＞，「大学院で学んで患者擁護の視点を意識していたが活動として強くだせるようになったのは何年かしてから」「内科の診断時から CNS が関われるようになり診断時は患者のショックは大きいので患者と家族の満足度を上げることにつながってきたのかな，と思う」「患者の満足度を上げる，患者を擁護するという立場で患者の力となったかと思う」の＜患者を擁護すること＞，「積極的治療が困難とか症状の強い人と向き合うのが難しい，何もできない，と感じている病棟であり，あとは緩和ケア病棟へ行くのが当たり前，という雰囲気があったがカンファレンスやデスカンファレンスをして患者理解を深めたりとか，ケアについて話し合いをもったことで患者や家族の大切にしているものを確認しながらケアを考える病棟になった」の＜困難事例の共有で患者・家族の意思を尊重したケア＞である．

【他職種・同職種との連携】は，「がんセンターで働いてきた医師とかは CNS のことを分かり，倫理調整など頼まれる」「実践で患者に変化が現れると，医師もこの人は役立つ，ということがわかり医師との連携もでき，活用してもらえる」の＜医師との連携＞，「病棟スタッフや患者も対応しにくいような医師とコラボして研修会を行っている」「外来と病棟，地域との連携が必要」「大事にしていることは他職種との協働」「脅威にならないこと，同じ方向を見て同じゴール目指して他職種とも，同職種もがん領域だけでなく一緒に活動する」「自分が引っ張って行くのは簡単だが仲間だと思ってもらうことが大事，足並みそろえ各領域の人を大事に考え一緒にやっていきたい」の＜同じゴールを目指した他職種・同職種との連携＞，「CNS が声をかけた方が CN 同士をつなぐ役目はしやすい」「CN と一緒に院内研修として事例をアセスメントする機会をたちあげ，研修をやって好評で，教育で CN とひとつになれたという感じがある」「自分の分からないところは CN につなげ，CN と共に活動する」「がん患者家族相談を立ち上げたいと思って当初，CN と一緒にアンケートをとって，がん看護の教育で何を学びたいかについて院内のがん看護の教育企画をアンケートをもとに看護部に提出した」「専門認定看護師会が出来てからは会の存在を大いに活用してスペシャリストについて発信したり，会として発信する，会として提案する，個人として提案するより良い」の＜ CNS と CN が一緒に活動する機会＞，「前は紹介状のみで入院病棟を割り振りしたが面談し状態に応じた入院調整を行っている」「患者と家族と診察前後に面談し，家族に伝え方も確認し医師に相談して段取りを決めてから面談，診察後に面談し理解できているか認識のずれをみている」「これまでは面談に誰も同席していなかったが患者の QOL 向上を目指して CNS か CN やソーシャルワーカーと一緒に面談に入る」「医療者から心理的支援の必要な人は，話を聴いて欲しい

といわれる」の＜患者・家族との面談で関係職種と連携＞，「CNS の役割開発で大事だと思うことは周囲とのコミュニケーション」の＜周囲とのコミュニケーション＞，「大学院の研究で記録の仕方が変わった，記録は無駄なく，端的にポイントをもってカルテに書くようになったことで，医師も看護師も記録を読み，信頼感が伝わってくる」の＜医師・同職種から信頼を得ること＞，「役割開発のうえでの工夫点は脅威的にならないように行動する」「病棟のラウンドの時に何かちょっとしたことを話しかけられた時も，それはだめとか，いけないと否定的なところから入らずに，と心がけている，上から目線ではなく，皆でやっていこうという姿勢」の＜他職種・同職種の脅威にならないこと＞で構成された．

【自己研鑽】は，「研修会や勉強会をするために最新の知識等を得るために学会で仕入れてくる」の＜最新のがん医療の知識の獲得＞，「CNS の勉強をして患者の話の聴き方が変化した，前は傾聴しているつもりで，どうしても自分の価値観がでてきた，それがほとんどなくなったそこが大きい」「今はただ患者の思いを聴くことで患者自身が自分で答えを見つけている」の＜傾聴の能力の向上＞，「自分が何ができるか自分でわかっていること」の＜自分の能力をわかること＞，「土台をつくるまでが大変で，そこは上がどうこうとか，というより自分の考え方が大きいと思う」の＜役割開発者としての CNS としての意識＞から構成された．

【新たな看護サービスへの挑戦】は，「今後研修を受けてアピアランス外来をやりたい，関係部署に働きかけをしている」「地域における活動が今後の課題，がん患者も介護現場にいたりするが連携ができていないのでつなぎ役が必要」の＜新たな看護サービスへの挑戦＞である．

２．役割開発における困難点

13 コードから，11 サブカテゴリ―，5 カテゴリーが抽出された．

役割開発における困難点として【自己の役割意識のゆらぎ】【CNS 活動のための調整困難】【CNS としての自信のなさ】【組織の中の位置づけでの困難さ】【他職種との連携不足・困難】の 5 カテゴリーが抽出された（表 2）．

【自己の役割意識のゆらぎ】は，「現場の底上げが自分の役割だと思っていても一人で限界を感じる」の＜自分一人での限界＞，「病院の中の役割って何だろうな，難しいな，と思う時がある」「これまでも CNS のような活動をしていたので他の医療者に違いが見えないのではないかという壁」の＜自己の役割を自問＞から構成された．

【CNS 活動のための調整困難】は，「上司からやりたいことをやってとサポートされている感があるが自己のスケジュール調整困難」の＜ CNS 活動のためのスケジュール調整困難＞，「直接，患者と関われない部署のため患者のニーズが把握できない」の＜患者のニーズの把握困難＞，「したいことがあるがワークライフバランスとの調整が課題，もう少し時間があればいろいろとできる」「決められた時間の中で最大限のことをする」の＜したいことがあるがワークライフバランスとの調整が課題＞から構成された．

【CNS としての自信のなさ】は「やりたいことを行うに当たっての知識不足」の＜知識不足＞，「やりたいことをやっていけるようにもう少し踏み出したらと

表２．役割開発するうえでの困難点

カテゴリー	サブカテゴリー
自己の役割意識のゆらぎ	自分一人での限界
	自己の役割を自問
CNS 活動のための調整困難	CNS 活動のためのスケジュール調整困難
	患者のニーズの把握困難
	したいことがあるがワークライフバランスとの調整が課題
CNS としての自信のなさ	知識不足
	踏み出そうと思っていてもなかなか踏み出せない期間
組織の中の位置づけでの困難さ	組織の役割を決めているのは看護部
	活動時は上司を通す面倒さ
他職種との連携不足・困難	他職種との連携困難
	医療者の認知度が低いこと

言ってくれる人もいたが踏み出せなかった」の＜踏み出そうと思っていてもなかなか踏み出せない期間＞から構成された.

【組織の中の位置づけでの困難さ】は,「組織での役割を決めているのは看護部なので個人の頑張りだけではどうしようもない」の＜組織の役割を決めているのは看護部＞である.「何か行う時は上司を通して,という面倒さがある」の＜活動時は上司を通す面倒さ＞である.

【他職種との連携不足・困難】は,「他職種との関わりはまだ課題,医師を入れてのカンファレンスが難しい」「がん患者も介護現場にいたりするが,介護職との連携ができていない」の＜他職種との連携困難＞,「医療者からの CNS としての活動に対する評価は,まだまだ認知度が低い」の＜医療者の認知度が低いこと＞である.

Ⅴ. 考察

がん看護 CNS の役割開発とその困難点について明らかにしてきた.役割開発の内容は CNS 自身の活動と共に看護管理者からの支援を得て活動できたというカテゴリーが抽出された.困難点では組織での位置づけでの困難さが出された.役割開発には看護管理者からの支援が不可欠である.このことから,CNS 自身の役割開発と看護管理者からの支援について考察していく.

1. がん看護 CNS の役割開発

がん看護 CNS は,【現場のニーズ・病院の課題把握】をし,【CNS の役割の理解促進】に努め【管理者からのサポート】を得て,【診療報酬の加算取得】により病院へ貢献し,がん看護の向上のために【スタッフへの支援】を行い【他職種・同職種との連携】に努めながら,【自己研鑽】に励み,【新たな看護サービスへの挑戦】をしようと考えていた.

本調査により,CNS は役割を理解してもらうために,自ら働きかけ看護師長会でのプレゼンテーションを行い,現場のニーズや課題の把握に努め,管理職へ働きかけ,サポートを得て病院全体をラウンドし顔を覚えてもらい,CN と協働していることが分かった.CNS に期待されている活動を明確にしつつ,勤務施設の組織文化や実情に合わせて活動していることが明らかとなった.そして,CNS は変革促進者として課題解決をあきらめずに忍耐強く取り組んでいた.その中で活動日を確保できたことは,役割開発するうえで重要な位置を占めていた.「CN は活動日がないのをよし」としている現状があったことから,CN にとっても活動日を確保できたことは役割発揮の機会を得られたことにつながっていた.また,診療報酬の加算取得は,病院経営に参画することとなり,CNS を認めてもらう機会となっていた.

スタッフへの支援では,全体を広い視野で考え,意見し俯瞰して調整していることが分かった.スタッフへの支援により看護の質や倫理的面でのレベルアップにつながり,がん看護の底上げになっていた.直接,患者ケアを行い,そのことで患者を理解できたといってもらえる,つまり実践を見せることで伝わっていく,役割モデルとしてアセスメントを行い,スタッフへ知らせたり,看護援助の根拠を記録に残しケアの根拠や意味を考えれるようにすることでスタッフへの教育につなげていた.カンファレンスでは家族の中の問題は何か,看護師として介入することか,家族の力を見極めるようなカンファレンスを行っており,教育的視点でカンファレンスを行っていることが分かった.そして何でも実践する,というのではなく必要な時や頼られた時に自分の力を生かし,個々のスタッフや患者のもつ力や個別性を生かす,という教育の視点の広がりがみられてきていた.また,患者や家族の満足度を上げ,患者を擁護し,患者や家族の意思を尊重したケアから,スタッフへの教育を行っていた.そのことで,看護サービスの質の向上につながっていた.

CNS が自身の経験からがん看護は辛いことが多いのでバーンアウトを予防するようスタッフのメンタルヘルスへの配慮を行っていたことは,看護師が,がん患者の看護を継続していけることに貢献していると考える.また,看護している感がなく看護職を辞めようとしていたスタッフと共に看護援助を行うことで,看護していることを実感させ,やる気への支援を行っていた.CNS の支援により,看護師の離職予防ややりがいへの支援にもつながっていると推察される.

他職種・同職種との連携では,CNS として脅威にならないこと,同じ方向を見て同じゴールを目指して他職種・同職種と協働していることが分かった.そして,CNS の役割開発で大事なことは周囲とのコミュニケーションや信頼を得ることが挙げられた.将来,「地域における活動が今後の課題,がん患者も介護現場にいたりするが連携ができていないのでつなぎ役が必要」と考え,今後ますます必要とされる在宅ケアの推進に向けた新たな看護サービスへの挑戦をしていく

ことが語られた．今後，地域で活動するCNSの必要性と共に，病院で働くCNSが地域で働く医療保健福祉職種と連携し住民への健康支援を行っていくことが求められている．

片平他（2001）は，精神看護CNSの報告から，その役割として，看護サービスの質の向上に貢献する，ナースのメンタルヘルスをサポートする，新たな看護サービスを開発する，ことを挙げているように本調査結果からもそのような内容が抽出された．

また，自分で何ができるかわかりつつ，最新のがん医療の知識を獲得し，自己研鑽に努めていた．自己研鑽は役割開発するうえで大事な要素である．今回のインタビュー調査では語られなかったが，最新の知識を得るためには個人の努力だけではなく，病院からの研修への経済的支援も求められていると考える．自身の問題として，知識不足や踏み出そうと思っても踏みだせない，という自信のなさもうかがえた．研修への時間の確保や，CNSが病院内にスーパーバイズを受けることができるようなシステムも必要とされると考える．また，CNS同志の勉強会の開催や学んだ大学院の教員からの支援を得るなどの自らが自己研鑽する場を開拓することも役割開発するうえで重要であると考えられる．

２．がん看護CNSの役割開発における困難点

がん看護CNSは，役割開発における困難点として【自己の役割意識のゆらぎ】があり【CNS活動のための調整困難】【CNSとしての自信のなさ】【組織の中の位置づけでの困難さ】を感じ【他職種との連携不足・困難】を抱えていた．

現場の底上げが自分の役割とは思っていても，一人で限界を感じ，自分の役割を自問している様子が分かった．CNSの資格を取得し忍耐強く活動してもなかなかその成果が見いだせない状況もあり自分の役割を自問していることが推測された．A県では，がん看護CNSが病院内で一人のみ，という施設がほとんどであり，CNSのそのような悩みへの支援が課題として挙げられた．井上（2012）は，がん看護CNSの看護実践に関する活動報告で，がん看護CNSとして活動するうえで心がけたことは，CNSとしての立ち位置である，CNSを新たに導入することは，その組織にとって脅威となる可能性があるため，CNS自身が組織を「変革する」のではなく，共に悩み考える「協働者」としての立場を自覚して活動する，としている．今回の調査でも，活動日の確保に関して，CNと協働して取り組んだことは，病院内にCNSがほぼ一人の配置であるA県の現状から一人での限界を感じている際の有用な方策として考えることができる．

CNSの役割開発にあたっては，CNS自らが役割開発をするように積極的に他職種や同職種，管理者へ働きかけることが求められている．そのためには自施設の組織文化を理解するように努め，施設内のがん看護の現状と課題を分析し，決して脅威にならないように患者やスタッフの強みを生かして他職種・同職種と協働していくことが重要であることが明らかとなった．

また，ワークライフバランスとの関連で時間制約がありしたいことが十分にできない，というジレンマも抱えていた．勤務時間内でその活動ができるような労働条件の課題も出された．

組織の中の位置づけでの困難さとして，上司からやりたいことをやって，とサポートされている感があるが，現在置かれている部署でのCNS活動のための調整の困難さが挙げられ，また，組織での役割を決めているのは看護部であること，活動時は上司を通してという困難さが挙げられた．CNSの役割を発揮できるような看護部の支援が必要とされる．菊池（2014）は，専門看護師（CNS）における自律性に影響を及ぼす要因の検討について報告している．その中で他職種間調整・管理運営相談能力は，スタッフよりも主任・係長以上の平均点が高く，CNSが専門性を発揮するための職位の必要性が示唆された，と述べている．今回の調査でも，自身の職位から情報が入手しやすいとか，すべてを上司に相談しなくてもしたいことを実行できる，という意見も述べられたことから，今後，CNSの職位の検討が必要とされると考える．

パトリシア，R．アンダーウッド（2003）は，役割拡大が成功するためには，コンセンサスがなくてはならない，アメリカおよび日本の経験で言えるのは，役割拡大は内部のコンセンサスと外部のコンセンサスに依存するということである，コンセンサスは内部的には看護の中から始まり，拡大された役割がどういうものか，そしてそれがどこで使われるかについて，看護師の間で同意がなければならない，と述べている．役割開発にあたってもまずは内部のコンセンサスを得る必要がある．CNSは自ら上司や同僚，他職種に働きかけ，信頼を得て，がん患者や家族のケアの向上に努めていることが明らかとなったが，内部のコンセンサスが得られるよう看護管理者の強いリーダーシップが

求められている．認定看護管理者教育課程セカンドレベル研修では，教育課程の中に人材を活かす看護マネジメントとしてスペシャルスト（認定看護師，専門看護師，特定行為研修修了者等）の活用が組み込まれている（平成 30 年度認定看護管理者教育課程セカンドレベル研修要項）ことからも，看護管理者が病院内で CNS を活用していくことが期待されている．

鶴田他 (2006) は，『看護部長が期待している専門看護師の業務内容と責任の範囲』の論文の中で，CNS の導入を決定する見極めにおいて看護部長のリーダーシップが鍵となっている，また，CNS は看護組織のリソースではなく病院組織全体のリソースと役割が拡大しているといえる，と述べている．看護部の最高責任者からの支援は CNS の役割開発にとって重要といえる．今回の調査結果から CNS が医師と連携して倫理調整を行ったり，研修会を行ったり，CNS が医療者からの依頼で患者の心理的支援を行い患者や家族の満足度の向上に貢献し，CNS が病院組織全体のリソースとしての役割も果たしていることが明らかとなった．看護管理者は CNS がそのような役割を発揮できるような環境を整備し，支援することが求められている．

病院は在院日数の短縮化による業務量の増大や高度医療に伴う医療行為の複雑さ等から，複雑な問題を抱えている患者や家族への支援が困難な状況が考えられることから，そのような複雑な問題の原因を言語化し，システムとしてケアしていく CNS がますます求められていると考える．CNS が自ら役割開発者として活動し看護管理者の支援を得て効率的に質の高い看護サービスを提供する役割を担っていることから CNS の役割開発に当たり看護管理者からの支援が重要である．

３．CNS の役割開発における看護管理者からの支援への示唆

CNS の組織内での立ち位置を確保できるような支援，CNS の役割を理解し，役割発揮の機会，例えば活動日を確保するなど，CNS の要望を聞きながら，相談に乗りながら，活用していくことが求められている．また，他職種からの CNS としての活動に対する評価は，まだまだ認知度が低く，連携不足や連携困難な現実があった．CNS に対する医療者の認知度が低い結果を受け，病院組織全体のリソースとしてその役割について周知していく支援が求められている．

謝辞

本研究へご協力を頂いた皆様へ深く感謝いたします．

文献：

アナリー R．オークス（2003）：日本における上級実践看護職の役割拡大　アメリカからの提案と比較，インターナショナルナーシングレビュー，26（3），46-50.

岩手県看護協会 (2018)：Ⅱ平成 30 年度認定看護管理者教育課程セカンドレベル　1 カリキュラム，平成 30 年度認定看護管理者教育課程セカンドレベル研修要項.

市川幾恵，梅田恵，石橋悦子，他（2003）：〔がん看護〕CNS の十分な活用でスタッフの看護が向上昭和大学病院，看護，55（7），20-26.

井上菜穂美（2012）：がん看護専門看護師の看護実践に関する活動報告，聖隷クリストファー大学看護学部紀要，20，49-55.

片平好重，宇佐美しおり，釜英介，他（2001）：精神看護専門看護師（リエゾン）の著作にみる活動の効果《5》−役割開発に焦点をあてて−，日本看護科学学会学術集会講演集，21，213.

加藤令子（2003）：日本におけるスペシャリストの役割拡大の背景，インターナショナルナーシングレビュー，26（3），10-14.

菊池昭江（2014）：専門看護師（CNS）における自律性に影響を及ぼす要因の検討，日本看護科学学会誌，34，362-370.

桐山啓一郎，伊藤環，小野悟，他（2018）：看護管理者からの CNS 役割開発支援，日本看護学会論文集看護管理，349-352.

日本看護協会 (2019)：専門看護師・認定看護師・認定看護管理者，日本看護協会ホームページ，https：//nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns［検索日 2019 年 10 月 25 日］

野地金子，近藤まゆみ，吉田秀美，他（2003）：〔がん看護〕育成計画を含む総合的支援体制の下での活用北里大学病院，看護，55（7），27-34.

パトリシア，R．アンダーウッド（2003）：尾田葉子翻訳，ヘルスケア変化の一局面としての看護の役割拡大：アメリカからの観察，インターナショナルナーシングレビュー，26（3），43-45.

千﨑美登子，佐藤禮子，小松浩子，他（2010）：平成

18 年がん看護に携わる専門看護師の活動状況調査報告，日本がん看護学会誌，24（2），41-48.
田中久美子（2015）：日本の専門看護師が役割を獲得するまでの内面的成長プロセス，日本看護研究学会雑誌，38（1），127-137.
鶴田惠子，渡邉三紀子，田中由紀子，他（2006）：看護部長が期待している専門看護師の業務内容と責任の範囲，日本赤十字看護大学紀要，20，32-42.

（2019 年 10 月 29 日受付，2019 年 12 月 18 日受理）

＜ Material ＞

Role development of Cancer Nursing for Certified Nurse Specialists In Prefecture A

Kazuko Kikuchi
Iwate University of Health and Medical Sciences

Keywords：Cancer Nursing for Certified Nurse Specialists, role development, difficulty

＜活動報告＞

高校生の対人関係能力を高めるために看護系大学の学生が行ったピア・エデュケーションの効果

大久保牧子　福島裕子
岩手県立大学看護学部

要旨

高校生の対人関係能力を高めるために看護系大学の学生が行ったピア・エデュケーションの効果を明らかにすること目的とし, A 高校 1 年生 42 名に質問紙調査を実施した．ピア・エデュケーション後に，人との付き合い方に関するトラブルや悩みへの対応や，相手の気持ちを考えて伝えることができると認識する生徒が男女ともに増えていた．また，「自分には他人から認められていることがある」，「自分を大切にしたいと思う」と回答した生徒が男女ともに増えていた．さらに，約 7 割以上の生徒は活動内容をよく理解し，友達とのかかわり方について学びがあったと述べていた．ピア・エデュケーションは，グループワーク中の対話を通して，自分の考えや思いを表現することの大切さを体験的に学ぶ機会となり，人間関係を構築するために必要な力を効果的に育むことができると考える．また，友達からの承認を得るプログラムは，自尊感情を高める要因の一つとなると推察する．

キーワード：ピア・エデュケーション，高校生，対人関係能力

はじめに

岩手県立大学看護学部は，若年者の人工妊娠中絶の実施率や性感染症への罹患率が全国で上位にあるという岩手県の思春期保健の課題を受け，2005 年から学生の自主組織である「ピアいぷ」によるピア活動を開始した（福島，2009）．思春期保健におけるピアカウンセリングは，同じ世代を生きるピア＝仲間として共に考え，同じような立場で経験を共有する仲間同士が，対等な立場で話を聞きあい，サポートや共に学びあう活動である（高村，2005）．発足当初の岩手県のピア活動は , その時代の課題としてクローズアップしていた性の健康問題へのアプローチとして，性の健康に関する知識の提供や望ましい恋愛や性行動をともに考える場を主な活動としていた．しかし，近年は高校生の性行動の経験率は半数ほどに減少し，異性とのかかわりを面倒くさいと感じる高校生が 4 割ほどで男女交際への関心も低下している（岩手県高等学校教育研究会学校保健部会　いわて思春期研究会，2015）．

その一方で，「少年の問題行動等に関する調査研究協力者会議（文部科学省，2001）」の報告では，児童生徒の問題行動の要因として，社会性が未発達であり，対人関係がうまく結べないことを挙げている．そして，文部科学省（2004）の「児童生徒の問題行動対策重点プログラム（最終まとめ）」によると，自分の気持ちや考えを適切に相手に伝えることや，他者を認め互いに尊重し合い望ましい人間関係を構築する指導を推進している．このように，特に思春期保健教育を対象としている高等学校においては，対人関係能力を高める教育活動が課題となっている．

前田他（2007）は，ピアカウンセリングは，性行動に問題を抱えていると思われる高校生にとってもコミュニケーションスキルを習得する場となっており，対人関係や自己理解，人生に対する認識を深める機会となったことを報告している．また，田邉他（2016）は，思春期ピアカウンセリング講座を受講した高校生は，多様な価値観を受け入れ，友達を大切にし，困ったときには誰かに相談しようと思うようになったことを明らかにしている．さらに，忠津他（2002）は，ピ

アカウンセリング手法を取り入れたピア・エデュケーションの効果を明らかにし，思春期健康支援システムのなかの１つの強力な手段であると述べている．このようなことから，ピアいぷのピア活動は，思春期保健の対象となる児童・生徒の自己理解や対人関係スキル習得の機会となると考えた．そこで，岩手県内の中学校や高等学校から交友関係のあり方が自我発達に影響する思春期の時期の望ましい成長への教育活動への協力依頼を受け，対人関係能力を高める援助内容を取り入れたピア・エデュケーションを展開するようになった．

ピアいぷが実施しているピア・エデュケーションでは，対象となる集団の対人関係にかかわる課題に合わせたプログラムを検討し提供している．また，グループリーダーとしてかかわり，ディスカッションの問題を提起し，グループ活動が活性化するようサポートしている．そこで，提供しているピア・エデュケーションプログラムとサポート方法が，高校生の対人関係能力の自己認識と自尊感情にどのような変化をもたらしたかを明らかにするための質問紙調査を行い，その結果をもとに今後のピア・エデュケーションの展開方法を検討する一助とする．

研究目的

高校生の対人関係能力に関する教育活動において看護系大学の学生が行ったピア・エデュケーションの効果を明らかにする．

方法

１．調査対象：看護系大学の学生が実施するピア・エデュケーションに参加した県内の A 高校 1 年生 42 名

２．調査時期：平成 28 年 8 月

３．ピア・エデュケーションプログラムとサポート内容

A 高校の担当者とピアいぷ代表者，研究者の 3 名でピア・エデュケーション事前打ち合わせを実施し，高校 1 年生（以下，生徒）の普段の様子や，悩み，興味関心について情報共有した．対象となる集団の対人関係にかかわる課題の一つとして，「無料通話アプリ LINE（以下，LINE とする）でのピアプレッシャー」があることから，以下のプログラムとした．

１）目標

(1) 言葉や物事の捉え方は人それぞれ違うことを理解し，相手の気持ちに配慮した伝え方を考えることができる．

(2) お互いを認め大切にすることができる．

２）構成的グループエンカウンター（Structured Group Encounter　以下，SGE とする）：バースデイライン（10 分）

ねらい…非言語的コミュニケーションを通して緊張をほぐし，リレーションシップを深める．

活動…ジェスチャーだけで，お互いの誕生日を認識しながら，誕生日順に並ぶ．1 月 1 日に一番近い人が先頭で，12 月 31 日に一番近い人が最後尾になる．2 クラスで，並び終えるのに要した時間を競う．また，最後に，答え合わせで先頭の人から順番に誕生日を発表してもらう．

サポート…ピアいぷリーダーは，活動の説明と進行を行う．ピアいぷサブメンバーは活動に参加し，活動の活性化をするよう支援する．また，自分が担当するグループの生徒の様子を観察する．

３）グループワーク：ケーススタディ（50 分）

事例…サッカー部に所属する二人が，負けた試合について LINE でやり取りした．

ねらい…LINE のやり取りの事例を通して，1 つの言葉や文字には様々な意味が含まれており，捉え方次第で全く異なる意味になることや誤解を招く可能性があることを体験的に学ぶ．また，SNS（Social Networking Service）や E-mail（Electronic mail）は相手の気持ちや言葉の捉え方をよく考え使用することが大切であることを理解する．

活動…グループ構成は，クラス別に，生徒 4 名にピアいぷメンバー 1 名とした．グループごとに提起された問題を話し合った後，発表を通してグループごとの考えを共有する．

サポート…ピアいぷリーダーは，ケースの紹介と問題提起をし，進行を行う．ピアいぷサブメンバーは，グループリーダーとしてかかわり，ピアカウンセリング手法を取り入れながらディスカッションが活性化するよう支援する．

４）構成的グループエンカウンター（ＳＧＥ）：認め合いっこ（35 分）

ねらい…他者と自己の良い点，魅力に気づき，互いに認め合うことで自己肯定感を高める

きっかけにする．

活動…グループの 4 名について，それぞれ良いところをカードに書く．書き終わったらカードを読み上げながら交換をする．自分がもらったカードを台紙に張る．

サポート…ピアいぷリーダーは，活動の説明と全体調整を行う．ピアいぷサブメンバーは，担当グループの生徒の良いところをカードに書き，相手に贈る．また，友達の良いところが書けない生徒へは，関係性を想起させたり，例示したりして書けるように支援する．

5）全体シェアリング：活動の振り返りとまとめ（5分）

・生徒から気付いたことや感想を発表

・ピアいぷリーダーから，学びの定着や理解させるためのコメント

4．調査方法

独自に作成した質問紙を用いた，無記名自記式質問紙調査．

1）ピア・エデュケーション前の質問紙調査

ピア・エデュケーション前日のショートホームルーム時間に，学級担任が対象の高校生にピア・エデュケーション前の質問紙と封筒を配布し，共通の読み上げ原稿にて調査の主旨や目的，回答方法などを説明した．また，質問紙の表紙には，調査目的や強制ではないこと，回答したくない場合は白紙でもかまわないことなどを明記した．

記入に要した時間は，2 分程度であった．記入した調査用紙は，生徒自身が封筒に入れて封をして，回収ボックスにて回収した．回収した質問紙が入った封筒は，ピア・エデュケーション当日に研究者自身が A 高校の担当者から受け取った．

2）ピア・エデュケーション後の質問紙調査

ロングホームルームに実施したピア・エデュケーション後に，研究者から事後の質問紙及び封筒を配布した．配布時に表紙に記載している調査の主旨や目的，回答方法，強制ではないこと，回答したくない場合は白紙でもかまわないことなどを説明した．記入に要した時間は，4 分程度であった．記入した調査用紙は，生徒自身が封筒に入れて封をして，回収ボックスにて回収した．

5．調査票の内容

1）属性（性別）

2）対人関係能力の自己認識と自尊感情について

「人との付き合い方に関するトラブルや悩みを対処できるか」，「何かを相手に伝える時に，相手の気持ちを考えて伝えることができるか」，「自分を大切にしたいと思うか」，「他人から認められているところがあると思うか」の 4 つの項目について，それぞれ 4 件法で尋ねた．

質問項目「人との付き合い方に関するトラブルや悩みを対処がきるか」と「何かを相手に伝える時相手の気持ちを考えて伝えることができるか」の尺度は，「できる」，「どちらかといえばできる」，「どちらかといえばできない」，「できない」とした．「他人から認められているところがあると思うか」の尺度は，「ある」，「どちらかといえばある」，「どちらかといえばない」，「ない」とした．「今，自分を大切にしたいと思っているか」の尺度は，「思っている」，「どちらかといえば思っている」，「どちらかといえば思っていない」，「思っていない」とした．

3）生徒たちが認識するピア・エデュケーションに対する評価

生徒たちが認識するピア・エデュケーションに対する評価は，ピア・エデュケーション後に質問紙で回答してもらった．「活動内容は理解できたか」，「活動は楽しかったか」，「活動で自分の知らなかった一面を知ることができたか」，「活動はこれからのあなたに役に立ちそうか」，「もう一度参加したいと思うか」の 5 項目を設定し，それぞれ 4 件法で尋ねた．また，「活動内容を理解した理由」と「活動の感想や印象」については，自由記述で尋ねた．

質問項目「活動内容は理解できたか」の尺度は「よく理解できた」，「どちらかといえば理解できた」，「どちらかといえば理解できない」，「理解できない」，「活動は楽しかったか」の尺度は「楽しかった」，「どちらかといえば楽しかった」，「どちらかといえば楽しくなかった」，「楽しくなかった」，「活動で自分の知らなかった一面を知ることができたか」の尺度は「できた」，「どちらかといえばできた」，「どちらかといえばできなかった」，「できなかった」，「活動はこれからのあなたに役に立ちそうか」の尺度は「役立つ」，「どちらかといえば役立つ」，「どちらかといえば役立たない」，「役立たない」，「もう一度参加したいと思うか」の尺度は「参加したい」，「どちらかといえば参加したい」，「どちらかといえば参加したくない」，「参加した

くない」とした.

６．分析方法

選択式質問項目については，統計パッケージソフトSPSS（ver.19）を使用し，単純集計を行った．また，自由記述については，記述された内容を精読し，内容ごとに類似するものをカテゴリー化した.

７．倫理的配慮

研究者がA高校の担当者とピア・エデュケーション事前打ち合わせの時に，文書および口頭にて研究の趣旨等の説明と協力依頼を行った．その後，A高校の担当者を通じて，校長の承諾を得た．調査対象者には，文書にて研究の趣旨説明と協力の依頼を行った．文書には，調査票への回答は無記名であり結果公表の際には個人が特定できないこと，研究への協力は自由意思によるものであり強制ではないこと，研究に協力することの利益と不利益，個人情報の取り扱いと保護，研究成果の公表，調査票への回答をもって同意が得られたこととすること，について記載した.

質問紙に記入後は，対象者自身が封筒に入れ封をし，所定のボックスで回収し，高校で開封することなく，研究者の手元に回収されるようにした．対象からの回答はデータ番号をつけて管理し，個人名や学校名が特定されないように配慮し，研究終了後，全データは消去し，紙媒体のものはシュレッダーをかけて破棄した.

なお，本研究は，平成28年8月に岩手県立大学看護学部倫理審査委員会を受審（受付番号16－27）し「非該当」の審査結果を得て実施した。

結果

１．調査対象者の属性

看護系大学の学生が実施するピア・エデュケーションに参加した県内のA高校1年生42名を対象として調査を実施した．ピア・エデュケーション前は，42名（回収率：100%）から回答が得られ，有効回答数（率）は42名（100%）であった．また，ピア・エデュケーション後は，38名（回収率：90.5%）から回答が得られ，有効回答数（率）は38名（100%）であった．ピア・エデュケーション前の対象の生徒は，男子22名（52.4%），女子18名（42.8%），その他1名（2.4%）であり，ピア・エデュケーション後は男子22名（57.9%），女子14名（36.9%），その他1名（2.6%）であった（表１）.

表１．対象の属性

		活動前		活動後	
		人数	（%）	人数	（%）
性別	男子	22	（52.4）	22	（57.9）
	女子	18	（42.8）	14	（36.9）
	その他	1	（2.4）	1	（2.6）
	無回答	1	（2.4）	1	（2.6）
	計	42	（100.0）	38	（100.0）

表２．男女別ピア・エデュケーション前後のトラブル・悩み対処効力の比較

	できる		どちらかといえばできる		どちらかといえばできない		できない	
	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）
ピア・エデュケーション前								
男子（n=22）	4	（18.2）	15	（68.2）	1	（4.5）	2	（9.1）
女子（n=18）	2	（11.1）	11	（61.1）	5	（27.8）	0	（0.0）
その他・無記入（n=2）	1	（50.0）	0	（0.0）	1	（50.0）	0	（0.0）
合計（n=42）	7	（16.7）	26	（61.9）	7	（16.7）	2	（4.8）
ピア・エデュケーション後								
男子（n=22）	5	（22.7）	15	（68.2）	2	（9.1）	0	（0.0）
女子（n=14）	4	（28.6）	5	（35.7）	3	（21.4）	2	（14.3）
その他・無記入（n=2）	0	（0.0）	1	（50.0）	1	（50.0）	0	（0.0）
合計（n=38）	9	（23.7）	21	（55.3）	6	（15.8）	2	（5.3）

２．ピア・エデュケーション前後の対人関係能力の比較

ピア・エデュケーション前後の対人関係能力の自己認識に関するアンケートの質問項目「人との付き合い方に関するトラブルや悩みを対処できるか（以下「トラブル・悩み対処効力」とする）」と，「何かを相手に伝える時相手の気持ちを考えて伝えることができるか（以下「相手の気持へ配慮」とする）」について，男女別に集計した.

トラブル・悩み対処効力について，ピア・エデュケーション前に「人との付き合い方に関するトラブルや悩みを対処ができる」と認識している男子は4名（18.2%），女子は2名（11.1%），その他の性別と性別無記入者を合わせた全体では7名（16.7%）であった．ピア・エデュケーション後に「人との付き合い方に関するトラブルや悩みを対処ができる」と認識した男子は4.5ポイント，女子は17.5ポイント，全体では7.0ポイント増えていた（表2，図1，図2）.

相手の気持へ配慮について，ピア・エデュケーショ

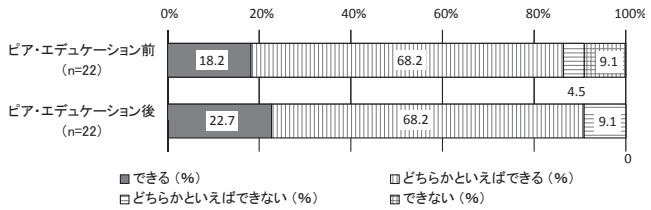

図１．男子のピア・エデュケーション前後のトラブル・悩み対処効力の比較

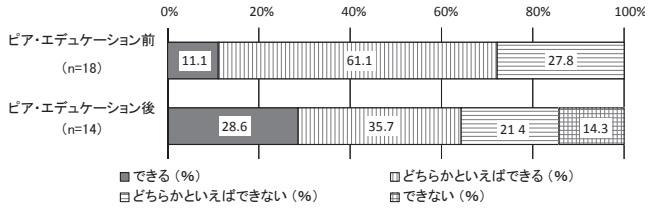

図２．女子のピア・エデュケーション前後のトラブル・悩み対処効力の比較

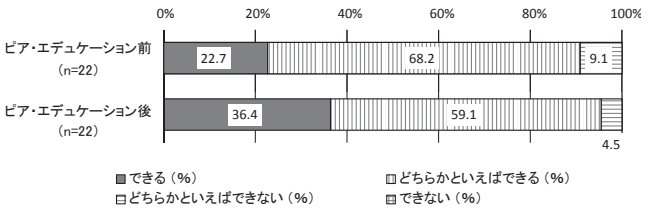

図３．男子のピア・エデュケーション前後の相手の気持ちへ配慮の比較

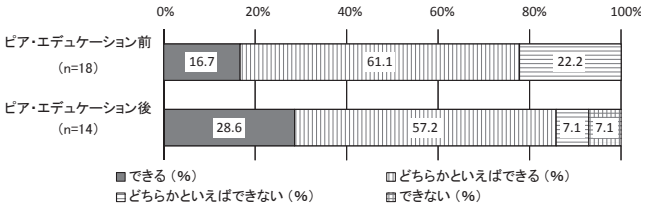

図４．女子のピア・エデュケーション前後の相手の気持ちへ配慮の比較

表３．男女別ピア・エデュケーション前後の相手の気持ちへ配慮の比較

	できる		どちらかといえばできる		どちらかといえばできない		できない	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
ピア・エデュケーション前								
男子 (n=22)	5	(22.7)	15	(68.2)	2	(9.1)	0	(0.0)
女子 (n=18)	3	(16.7)	11	(61.1)	4	(22.2)	0	(0.0)
その他・無記入 (n=2)	0	(0.0)	2	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
合計 (n=42)	8	(19.0)	28	(66.7)	6	(14.3)	0	(0.0)
ピア・エデュケーション後								
男子 (n=22)	8	(36.4)	13	(59.1)	1	(4.5)	0	(0.0)
女子 (n=14)	4	(28.6)	8	(57.2)	1	(7.1)	1	(7.1)
その他・無記入 (n=2)	1	(50.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
合計 (n=38)	13	(34.2)	22	(57.9)	2	(5.3)	1	(2.6)

ン前に「何かを相手に伝える時相手の気持ちを考えて伝えることができる」と認識している男子は 5 名 (22.7%)，女子は 3 名 (16.7%)，その他の性別と性別無記入者を合わせた全体では 8 名 (19.0%) であった．ピア・エデュケーション後に「何かを相手に伝える時相手の気持ちを考えて伝えることができる」と認識した男子は 13.7 ポイント，女子は 11.9 ポイント，全体では 15.2 ポイント増えていた (表 3，図 3，図 4)．

３．ピア・エデュケーション前後の自尊感情の比較

ピア・エデュケーション前後の自尊感情に関するアンケートの質問項目「他人から認められているところがあると思うか (以下「他者評価認知」とする)」，「今，自分を大切にしたいと思っているか (以下「自尊感情」とする)」について，回答項目ごとに集計をした．を比較した．

他者評価認知について，ピア・エデュケーション前に「他人から認められているところがある」と思っている男子は 4 名 (18.2%)，女子は 0 名 (0.0%)，その他の性別と性別無記入者を合わせた全体では 4 名 (9.5%) であった．ピア・エデュケーション後に「他人から認められているところがある」と思った男子は 4.5 ポイント，女子は 7.2 ポイント，全体では 8.9 ポイント増えていた (表 4，図 5，図 6)．

自尊感情について，ピア・エデュケーション前に「自分を大切にしたいと思っている」と思っている男子は 10 名 (45.4%)，女子は 4 名 (22.2%)，その他の性別と性別無記入者を合わせた全体では 16 名 (38.1%) であった．ピア・エデュケーション後に「自分を大切にしたいと思っている」と思った男子は 18.3 ポイント，女子は 13.5 ポイント，全体では 14.6 ポイント増えていた (表 5，図 7, 図 8)．

表４．男女別ピア・エデュケーション前後の他者評価認知の比較

	認められているところがある		どちらかといえば認められているところがある		どちらかといえば認められているところがない		認められているところがない	
	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）
ピア・エデュケーション前								
男子（n=22）	4	（18.2）	12	（54.6）	3	（13.6）	3	（13.6）
女子（n=18）	0	（0.0）	11	（61.1）	7	（38.9）	0	（0.0）
その他・無記入（n=2）	0	（0.0）	2	（100.0）	0	（0.0）	0	（0.0）
合計（n=42）	4	（9.5）	25	（59.5）	10	（23.8）	3	（7.1）
ピア・エデュケーション後								
男子（n=22）	5	（22.7）	12	（54.6）	3	（13.6）	2	（9.1）
女子（n=14）	1	（7.2）	10	（71.4）	2	（14.3）	1	（7.1）
その他・無記入（n=2）	1	（50.0）	1	（50.0）	0	（0.0）	0	（0.0）
合計（n=38）	7	（18.4）	23	（60.5）	5	（13.2）	3	（7.9）

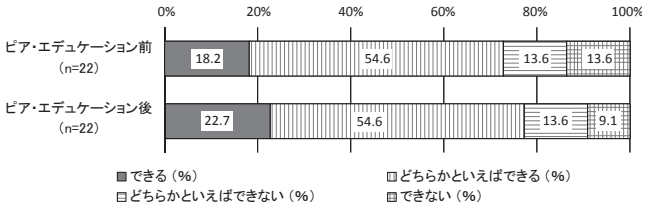

図５．男子のピア・エデュケーション前後の他者評価認知の比較

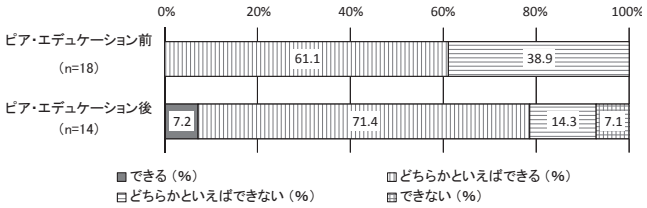

図６．女子のピア・エデュケーション前後の他者評価認知の比較

表５．男女別ピア・エデュケーション前後の自尊感情の比較

	大切にしたいと思っている		どちらかといえば大切にしたいと思っている		どちらかといえば大切にしたいと思っていない		大切にしたいと思っていない	
	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）
ピア・エデュケーション前								
男子（n=22）	10	（45.4）	8	（36.4）	2	（9.1）	2	（9.1）
女子（n=18）	4	（22.2）	13	（72.2）	1	（5.6）	0	（0.0）
その他・無記入（n=2）	2	（100.0）	0	（0.0）	0	（0.0）	0	（0.0）
合計（n=42）	16	（38.1）	21	（50.0）	3	（7.1）	2	（4.8）
ピア・エデュケーション後								
男子（n=22）	14	（63.7）	6	（27.3）	1	（4.5）	1	（4.5）
女子（n=14）	5	（35.7）	7	（50.0）	2	（14.3）	0	（0.0）
その他・無記入（n=2）	1	（50.0）	1	（50.0）	0	（0.0）	0	（0.0）
合計（n=38）	20	（52.6）	14	（36.8）	3	（7.9）	1	（2.6）

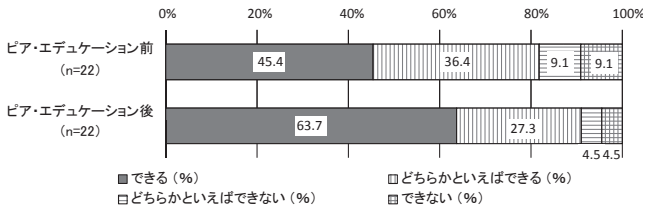

図７．男子のピア・エデュケーション前後の自尊感情の比較

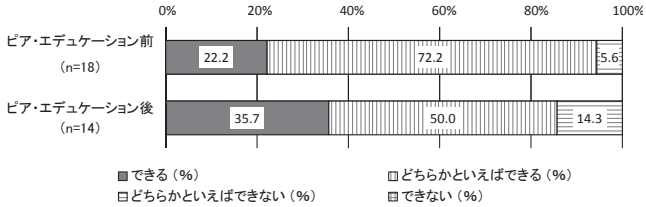

図８．女子のピア・エデュケーション前後の自尊感情の比較

４．ピア・エデュケーションの評価

ピア・エデュケーション後に行ったアンケートの質問項目「活動内容は理解できたか」「活動は楽しかったか」，「活動で自分の知らなかった一面を知ることができたか」，「活動はこれからのあなたに役に立ちそうか」，「もう一度参加したいと思うか」について，回答項目ごとに集計をした．また，「活動内容理解の理由」と「活動の感想や印象」について自由記述された内容は，文脈に留意しながら抽出し，類似するものをカテゴリー化した．なお，文章中のサブカテゴリーを［ ］，カテゴリーを【 】で示した．

ピア・エデュケーション後，「活動内容をよく理解した」男子は 16 名（72.7%），女子は 11 名（78.6%），その他の性別と性別無記入者を合わせた全体では 29 名（76.3%）であった（表 6）．活動内容をよく理解した理由として最も多かったのは，［意見交流ができて楽しかった］や［自分の考えを伝えられた］といった，【対話による学び合い】ができたからであった．次に多かったのは，［相手を尊重したコミュニケーションについて考えられた］，［人とのかかわり方について考えられた］，［事例がわかりやすかった］といった【ケーススタディによる学び】ができたからであった．また，［学生がわかりやすく説明してくれた］という【ピア・サポートによる学びの促進】も理由であった（表 11）．

表６．男女別活動の内容理解についての感想

	よく理解できた		どちらかといえば理解できた		どちらかといえば理解できない		理解できなかった	
	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）
男子（n=22）	16	（72.7）	6	（27.3）	0	（0.0）	0	（0.0）
女子（n=14）	11	（78.6）	3	（21.4）	0	（0.0）	0	（0.0）
その他・無記入（n=2）	2	（100.0）	0	（0.0）	0	（0.0）	0	（0.0）
合計（n=28）	29	（76.3）	9	（23.7）	0	（0.0）	0	（0.0）

表７．男女別活動の楽しさについてのについての感想

	楽しかった		どちらかといえば楽しかった		どちらかといえば楽しくなかった		楽しくなかった	
	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）
男子（n=22）	19	（86.4）	3	（13.6）	0	（0.0）	0	（0.0）
女子（n=14）	12	（85.7）	2	（14.3）	0	（0.0）	0	（0.0）
その他・無記入（n=2）	2	（100.0）	0	（0.0）	0	（0.0）	0	（0.0）
合計（n=28）	33	（86.8）	5	（13.2）	0	（0.0）	0	（0.0）

「活動は楽しかった」男子は 19 名（86.4%），女子は 12 名（85.7%），その他の性別と性別無記入者を合わせた全体では 33 名（86.3%）であった（表 7）．

「今回の活動で自分の知らなかった一面を知ることができた」男子は 3 名（13.6％），女子は 5 名（35.7%），その他の性別と性別無記入者を合わせた全体では 9 名（23.7%）であった（表 8）．

「今回の活動はこれからの自分に役立つと思った」男子は 18 名（81.8%），女子は 10 名（71.4%），その他の性別と性別無記入者を合わせた全体では 30 名（78.9%）であった（表 9）．

「今回のような活動にもう一度参加したいと思った」男子は 14 名（63.6%），女子は 8 名（57.1%），その他の性別と性別無記入者を合わせた全体では 24 名（63.2%）であった（表 10）．活動の感想や印象に残っていることの自由記述には，【活動への感想】として，［活動が楽しかった］，［意見交流が楽しかった］，［友達とのかかわり方について学びがあった］といった記載があった．また，【ピア・サポートへの感想】には，［ピアいぷのサポートがよかった］といった記載があった（表 12）．

考察

本研究の目的は，高校生の対人関係能力に関する教育活動において看護系大学の学生が行ったピア・エデュケーション実践の効果を明らかにすることであった．その結果，以下の事が明らかになった．

表８．男女別活動で自分の知らなかった一面を知ることができたについての感想

	知ることができた		どちらかといえば知ることができた		どちらかといえば知ることができない		知ることができなかった	
	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）
男子（n=22）	3	（13.6）	15	（68.2）	2	（9.1）	2	（9.1）
女子（n=14）	5	（35.7）	8	（57.2）	1	（7.1）	0	（0.0）
その他・無記入（n=2）	1	（50.0）	1	（50.0）	0	（0.0）	0	（0.0）
合計（n=28）	9	（23.7）	24	（63.2）	3	（7.9）	2	（5.3）

表９．男女別活動がこれからの自分に役立つかについての感想

	役立つ		どちらかといえば役立つ		どちらかといえば役立たない		役立たない	
	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）
男子（n=22）	18	（81.8）	3	（13.6）	1	（4.6）	0	（0.0）
女子（n=14）	10	（71.4）	4	（28.6）	0	（0.0）	0	（0.0）
その他・無記入（n=2）	2	（100.0）	0	（0.0）	0	（0.0）	0	（0.0）
合計（n=28）	30	（78.9）	7	（18.4）	1	（2.7）	0	（0.00）

表10．男女別活動にもう一度参加したいかについての感想

	参加したい		どちらかといえば参加したい		どちらかといえば参加したくない		参加したくない	
	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）	人数	（%）
男子（n=22）	14	（63.6）	7	（31.8）	1	（4.6）	0	（0.0）
女子（n=14）	8	（57.1）	6	（42.9）	0	（0.0）	0	（0.0）
その他・無記入（n=2）	2	（100.0）	0	（0.0）	0	（0.0）	0	（0.0）
合計（n=28）	24	（63.2）	13	（34.2）	1	（2.6）	0	（0.00）

１．対人関係能力に関する自己認識について

ピア・エデュケーション前よりピア・エデュケーション後に，人との付き合い方に関するトラブルや悩みへの対処や，何かを相手に伝える時相手の気持ちを考えて伝えることができると認識する生徒が男女ともに増えていた．今回のピア・エデュケーションでは，グループワークを通して，「言葉や物事の捉え方は人それぞれ違うことを理解し，相手の気持ちに配慮した伝え方」を体験的に学ぶ機会を提供した．また，ケーススタディには，身近な問題として興味をもって参加できる事例を準備した．さらに，ピアいぷサブメンバーは，グループワーク時にディスカッションテーマについて解説し，ディスカッションが活性化するようピアカウンセリング手法を取り入れ対話的に生徒らの

表11. 活動が理解できた理由

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容
対話による学び合い	意見交流ができて楽しかった（12）	ピアいぶの皆さんと話し合えたから
		自分の周りの人がどういう意見を持っているのか交流できたから
		楽しくいい話し合いができたと思う
		みんなと意見を交流しあうことができたから
		みんなで話し合い，楽しく交流することができたから
		みんなで楽しくできたし，グループで話し合いながらできたから
		みんなで話し合い，楽しくできたから
		今回の活動では，普段あまりしゃべんない人としゃべったりなど，貴重な体験ができたからです
		ほかの班とも意見が似ていたから
		グループで考えてみて会話のやり方などをみんなで考えることができたからです
		楽しくできたから
		楽しかったから
	自分の考えを伝えられた（6）	自分から意見などすることができた
		人と話すときに気持ちを考えて話せたと思ったから
		グループ内でもクラス内でも自分たちの意見やお互い感じたことをしっかり伝えられたから
		スムーズに話せた
		相手に自分が思っていることを伝えることができたから
		意見をしっかり述べることができたから
ケーススタディによる学び	相手を尊重したコミュニケーションについて考えられた（9）	コミュニケーションをとることは大事
		相手に気持ちを伝えることの難しさと大切さを理解できた
		相手の気持ちなどを考えようとしたから
		自分の気持ちを相手に伝えることの大切さを学ぶことができた
		自分の気持ちを相手にしっかりと伝えられているか考えることができたから
		ラインやメールなどで伝えるとき，人の気持ちを考えて送ったりすることを考えられた
		LINE などの送る内容が相手を傷つけるときがあることが知ることができたから
		ひとつの言葉で人を傷つけてしまったりすることが分かった
		人に伝えるということがこんなに難しいのかと実感できたから
	人とのかかわり方について考えられた（8）	今まで自分もあるようなことだったと思った
		人の意見を読み取る活動だったから
		人との関係について色々知ることができたので良かったから
		これから気をつけていきたいと思ったから
		仲間の大切さも改めて知れたから
		細かく質問に対して，その対処などを考えれたから
		人とのかかわりを大切にすることを感じることができた
		人と人とのトラブルについて改めて考えるいい機会になった
	事例がわかりやすかった（2）	LINE の例があったので分かりやすかった
		分かりやすい例だった
ピア・サポートによる学びの促進	学生がわかりやすく説明してくれた（8）	皆さんが丁寧におしえてくれたから
		説明が分かりやすかったからです
		きちんと説明をしていただいたから
		分かりやすく説明してくれたから
		ゆっくり丁寧だったから
		大学生の皆さんの説明や進め方が良かったからだと思います
		内容も分かりやすく説明してくれたから
		分かりやすく説明してくれた

表12. 活動の感想・印象

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容
活動への感想	活動が楽しかった(12)	ありがとうございましたまた機会があれば活動したいです
		最初のうちは静かだったけど，色々していくうちに楽しくなってきて，よかったです
		こういうことをする機会はあまりないのでとても楽しかった
		楽しい活動があり面白かったです
		とても楽しく学習できましたありがとうございました
		とても楽しくまたしたいと思った
		楽しく活動できましたありがとうございました
		楽しかったです
		楽しかったですありがとうございました
		この活動ができてよかった
		このような活動はとても大切なんだなと思いました
		緊張したけれど，分かりやすかった
	意見交流が楽しかった(9)	自分の意見を話し合う場がもうけられたことがうれしかった
		自分だったらということを上げて考えるのも良いと思いました
		初めての活動だったが，色々と意見を出したりして，できたので楽しかった
		班のみんなと協力し合って，話し合いすることができた
		自分がこんなに積極的に話せたのは初めてだと思うのでうれしかった
		みんなと話し合いながらできたというのもとても楽しいことだった
		自分で考えをしっかり持って，それをみんなで共有できてよかったと思う
		グループの皆との絆を深めることができたと思う
		おもしろかったし，普段あんまりはなさない人ともはなせたからよかった
	友だちとのかかわり方について学びがあった(8)	他者の気持ちを考え，誤解を招くようなことをしないように気をつけたいと思った
		自分の周りにいる友達のトラブルについてどう考えているのかという意見を聞けて有意義な時間だった
		自分たちが普段使っているメールについて話し合ったが，メールを使う際，注意することなどを新たに発見できたのでよかった
		今後の生活にいかしていきたい
		メッセージは受け人側によりいろいろ感じることが違っていたのでそれをこれから生かしたい
		相手に伝えるということは大事だということが分かった
		みんなと交流できてこれを機に伝えることの難しさやこれからの改善点をみつめることができた
		思ったことをしっかり言葉にするのは難しくて，自分は悪くないと思っていても相手には悪い印象に捉えられてしまうときがあるっことを学べて良かった
	SGEが楽しかった(3)	バースデイラインが印象に残りました
		自分や周りのことをメッセージみたいに書いてもらったり書いたりするのが印象に残った
		最後に認め合いをしたこと
	進学への希望	岩手県立大学看護学部に入りたい気持ちが高まりました
	活動の反省	あまり自分からは話そうとしていなかったので，もう少し話してみればよかったと思った
ピア・サポートへの感想	ピアいぷ（看護学生）のサポートがよかった(5)	ピアいぷの方々が優しく分かりやすく対応しくれてよかった
		ピアいぷの皆さんも，優しく接してくれて良かった
		ピアいぷの皆さんは，優しくて丁寧に教えてくださったので，とてもよかった
		県大生の方々は優しく自分たちをしっかりまとめてくれたので良かった
		ピアいぷの皆さんは，自分たちの意見を崩さず，さらに広げてまとめてくれてとてもすごいなと思った

考えを引き出すかかわりを行った．

原田他（2014）は，ケーススタディでは，事例について仲間と議論することで理解が深まることを報告している．また，丸岡他（2009）は，思春期健康教育において，非日常的な学生ピア・サポーターが担当することで新鮮さや，ピア・サポーター特有の親しみやすさで授業が楽しく，わかりやすいものになっていたと指摘している．さらに，軸丸（2005）は，看護基礎教育における基本的なカウンセリング技術の教育後，対話的対人関係形成技能の傾聴技能が高まったと述べている．

これらのことから，身近な問題をテーマにした体験的学習によるピア・エデュケーションは，思春期健康支援システムの中で有効な一つの手段であると推察する．また，ディスカッション時に基本的なカウンセリング技術を持つ看護学生が対話的手法を活用してサポートとすることで，グループワークを通して言葉や物事の捉え方は人それぞれ違うことを理解して相手の気持ちに配慮した伝え方を考えることができたと考える．

２．自尊感情について

ピア・エデュケーション前よりピア・エデュケーション後に，他人から認められているところがあると思っていたり，自分を大切にしたいと思っていたりする生徒が男女ともに増えていた．今回のピア・エデュケーションでは，他者と自己の良い点，魅力に気づき，互いに認め合う機会を提供した．また，ピアいぷサブメンバーは，グループメンバーの良い点や魅力に気づけるような視点を示し，生徒が互いに認め合えるよう促した．

岡田（2011）は，現代青年の友人関係において，相手から受容されることを通して自尊感情の水準を高揚・維持しようとする過程が見出されたと報告している．また，白井（2015）は，自尊感情の形成には他者との関係に依存していることを明らかにしている．このことから，友人からの承認の機会を組み入れたピア・エデュケーションのプログラムは，青年の自尊感情を高める要因の一つとなると推察する．

３．受講した生徒が認識するピア・エデュケーションの評価について

今回のピア・エデュケーションに参加した約７割の生徒は，活動内容をよく理解できていた．ピア・エデュケーションでは，身近なトラブルの題材としてケーススタディを道具にして対話による学び合いが進められるよう，ピアいぷのサブメンバーが生徒の考えを引き出したり，認めたりするかかわりを行った．また，約９割の生徒は活動が楽しく友達とのかかわり方について学びがあり，７割以上の生徒がこれからの自分に役立つと思っていた．ピア・サポート方法については，わかりやすく説明してくれ意見を整理して広げてくれたといった反応を示していた．

田村（2017）は，ディスカッションにおいては，積極的な発言や議論の進行に関わるような質の高い発言が増加し，他者意見を傾聴し理解しようとするといったポジティブなコミュニケーション行為が見られ，対人関係能力や自己管理能力，課題解決能力などのジェネリックスキルの向上と深く関わっていることを明らかにした．また，田邉他（2016）は，思春期ピアカウンセリング講座は他者の意見を傾聴し，友達の多様な価値観を尊重することの大切さを感じるきっかけとなり，受講した高校生は人間関係の構築についての認識を深めたと報告している．さらに，西山他（2002）は，大学生と高校生といった斜め関係は，縦関係の例にあるような完全な師弟関係や専門家ではないユーザーが抱える課題に関して，信頼感や安心感が効果的に利用されていたと指摘している．

これらのことから，ピア・エデュケーションは，グループリーダーとしてグループのディスカッションで問題提起したり，話合いが活性化するよう支援したりするピアいぷメンバーのピア・サポートによって，自分の価値観を理解することや多様な価値観があることを理解できたと推察する．また，プログラムが「身近な問題」として興味をもって参加できる内容から，自分の考えや思いを表現することの大切さを体験的に学ぶ機会となったと考える．

結論

本研究の目的は，看護系大学の学生が高校生に対して行ったピア・エデュケーションの効果を明らかにすることであった．その結果，以下の事が確認された．

１．高校生は，友達等とのコミュニケーションを通して，対人関係の築き方を学ぶ時期である．この時期に，ピア・エデュケーションでの学びを深めることにより，人間関係を構築するために必要な力を効果的に育むことができると考えた．

２．友達からの承認の機会を組み入れたピア・エデュケーションのプログラムは，思春期の自尊感情を高める要因の一つとなると推察した．

３．ピア・エデュケーションは，グループ活動中の対話を通して，自分の価値観を理解することや多様な価値観があることを理解すること，および自分の考えや思いを表現することの大切さを体験的に学ぶ機会であった．

高校生は，友達等とのコミュニケーションを通して，対人関係の築き方を学ぶ時期である．この時期に，ピア・エデュケーションでの学びを深めることにより，人間関係を構築するために必要な力を効果的に育むことができると考える．

しかし，対人関係能力といったスキル学習には，望ましい対応の確認後（モデリング），練習を行い，（ロールプレイ・リハーサル），スキル活用と評価（フィードバック）が必要である．ピア・エデュケーション前後の対人関係能力に関する自己認識についての差は認められなかったことは，100 分という短い時間の１回の活動での限界と考えた．

引用文献

福島裕子（2009）：若者の自主企画による性の健康とセクシュアリティに関する情報発信の効果，岩手県立大学看護学部紀要，11，59-70.

原田要之助，久保知裕，木村勇一（2014）：SNS の利用者意識を高めるケーススタディの一考察－リスク意識の啓発プログラムの開発－情報処理学会研究報告，65（1），1-10.

岩手県高等学校教育研究会学校保健部会　いわて思春期研究会（2015）：高校生の生と性に関する調査（報告書）.

軸丸清子（2005）：大学看護学科学生のカウンセリング技術養成教育の評価に関する研究，日本看護研究学会雑誌，28（5），55-62.

前田ひとみ，高村寿子，渡邉至，他（2007）：高校生を対象とした大学生による思春期ピアカウンセリングの評価（Ⅰ），南九州看護研究誌，5，11-18.

丸岡里香，百々瀬いづみ，フランク J.J，他（2009）：教育課程に活用するピア・エデュケーション活動の効果と課題，北翔大学北方圏学術情報センター年報，1，33-38.

文部科学省（2001）：少年の問題行動等に関する調査研究協力者会議報告（概要） https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/__icsFiles/afieldfile/2016/05/12/1370854_010.pdf［検索日 2019 年 10 月 22 日］

文部科学省（2004）：児童生徒の問題行動対策重点プログラム（最終まとめ） http://warp.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/286794/www.mext.go.jp/b_menu/houdou/16/10/04100501.htm［検索日 2019 年 10 月 22 日］

西山久子，山本力（2002）：実践的ピアサポートおよび仲間支援活動の背景と動向 - ピアサポート / 仲間支援活動の起源から現在まで一，岡山大学教育実践総合センター，2，81-93.

岡田努（2011）：現代青年の友人関係と自尊感情の関連について，パーソナリティ研究，20（1），11-20.

白井利明（2015）：自尊感情を高める教育実践を再考する，大阪教育大学紀要，64（1），147-156.

忠津佐和代，津島ひろ江，池田理恵，他（2002）：ピアカウンセリング手法を用いた思春期性教育とその実践，川崎医療福祉学会誌，12（2），259-270.

高村寿子（2005）：思春期の性の健康を支えるピアカウンセリング・マニュアル―ピアカウンセラー（学生）版，小学館，東京.

田村美恵（2017）：アクティブ・ラーニング型授業における コミュニケーション活動の効果，神戸外大論叢，67（2），5-23.

田邉綾子，鶴田来美，長谷川珠代，他（2016）：思春期ピアカウンセリング講座を受講した高校生の友人との人間関係構築に関する認識，日本公衆衛生看護学会誌，5（3），259-65.

（2019 年 12 月 19 日受付，2020 年 3 月 12 日受理）

＜ Practice Report ＞

The Effectiveness of Peer Education Conducted by University Nursing Students' to Improve High School Students Interpersonal Skills

Makiko Okubo　Yuko Fukushima
Iwate Prefectural University

Keywords：Peer Education，High Schools Students, Interpersonal Skill

岩手看護学会誌　第 14 巻　第 1 号

発行日　2020 年 5 月 29 日

編　集　岩手看護学会編集委員会
代表者　工藤朋子

発　行　岩手看護学会
代表者　内海香子
〒 020-0693
岩手県滝沢市巣子 152-52
岩手県立大学看護学部内岩手看護学会事務局
Fax　019-694-2201
E-Mail　regist@isns.jp

印刷　　河北印刷株式会社

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意ください.
©2020. 5　ISSN　1882-6075

ISSN 1882-6075

Journal of Iwate Society of Nursing Science

Research Reports

Situations that make it difficult in the Activities of Public Health Nurses in Towns and Villages Damaged by the Great East Japan Earthquake Disaster during its Reconstruction Phase

Toru Onashi, Mayumi Miura, Tomoko Kudo 1

A Study on the Learning Needs of Nurses Working in Medical Institutions Regarding Life and Death Education

Miyoko Suzuki, Mutsumi Chida, Osamu Ito 11

Materials

Personal Characteristics of Nursing Students and Attitudes Toward Operative Nursing

Iori Oikawa, Naoko Ozawa 27

An Integrative Review of English and Japanese Language Studies of Midwifery Education in Relation to Breastfeeding

Shizuko Angerhofer, Heather Hopper, Kyoko Noguchi, Heather Skirton 39

Role development of Cancer Nursing for Certified Nurse Specialists In Prefecture A

Kazuko Kikuchi 53

Practice Report

The Effectiveness of Peer Education Conducted by University Nursing Students' to Improve High School Students Interpersonal Skills

Makiko Okubo, Yuko Fukushima 63

Volume 14 Number 1 May 2020

Iwate Society of Nursing Science