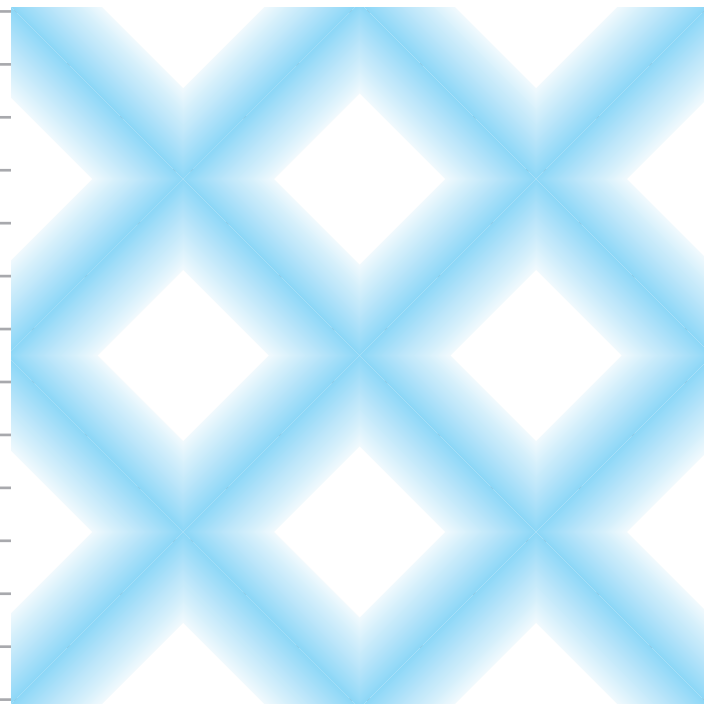


Ishikawa Journal of Nursing

# 石川看護雑誌

第5巻 ■ 2008



石川県立看護大学

ISSN 1349-0664

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

第5巻

Volume 5

2008

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University



# 石川看護雑誌

## 第5巻 (2008年3月)

### 目 次

#### 報告

- 石川県内の病院における退院調整活動の実態と課題 1  
丸岡直子, 洞内志湖, 佐藤弘美, 伴真由美, 川島和代
- 周産期の死のケアに関する看護者の知識とケア環境の実態 11  
米田昌代, 田淵紀子, 坂井明美
- 認知症予防ボランティアの会が身体障害者の会と共に行う認知症予防活動の評価  
—身体障害者の会の変化から— 21  
細川淳子, 松平裕佳, 金子紀子, 天津栄子, 佐藤弘美,  
金川克子, 前田充代, 藤田茂美
- 摂食・嚥下障害者への看護援助技術の開発  
—第2報:経口摂取が可能となった看護援助の分析から— 29  
佐藤弘美, 天津栄子, 直井千津子, 細川淳子, 伊藤麻美子,  
松平裕佳, 前田充代, 紺谷一十三, 宮本孝子, 荒木きみ枝,  
田端恵子, 高田千嘉, 元尾サチ, 宮本千香
- 訪問看護ステーションにおける災害対策の課題  
—能登半島地震における訪問看護ステーションの被害状況と  
初動に関する調査から— 39  
水島ゆかり, 林 一美
- 石川県における助産師の専門的ケア実践の現状 47  
曾山小織, 米田昌代, 杵淵恵美子
- 対応困難事例における看護師の認識の構造の視覚化の試み 57  
諸江由紀子, 藤田三恵, 中田弘子, 川島和代, 山崎由実,  
川合みゆき
- 摂食・嚥下障害者への看護援助技術の開発  
—第1報 摂食・嚥下の看護技術に関する実態調査— 69  
直井千津子, 佐藤弘美, 天津栄子, 細川淳子, 伊藤麻美子,  
松平裕佳, 前田充代, 森垣こずえ, 紺谷一十三, 宮本孝子,  
荒木きみ枝, 田端恵子, 高田千嘉, 元尾サチ, 宮本千香
- 「看護における社会的スキル」と関連する要因の検討 75  
岩城直子, 塚原節子

#### 資料

- 石川県立看護大学の災害時対応の備えに関する一考察  
—「健康管理チーム派遣」に関わった教職員への調査から— 85  
林 一美, 水島ゆかり
- 認知症予防に関する標語募集からみる地域住民の認知症予防に対する考え方 91  
松平裕佳, 細川淳子, 金子紀子, 天津栄子, 佐藤弘美,  
金川克子, 伊藤麻美子, 前田充代

1960年代から2006年における精神保健福祉の動向と精神科看護記録の変遷	99
清末郁恵，武政奈保子	
石川県における新卒看護職員教育および離職への意識に関する実態	109
山崎由実，川島和代，諸江由紀子，橋本智江，二木麻起， 齋藤きぬえ，黒氏純子	
<b>活動報告</b>	
能登半島地震被災地における地域看護学実習で学生が捉えた住民の援助ニーズと 保健師の役割	119
田村須賀子，曾根志穂，金子紀子	
<b>発行規定</b>	129
<b>執筆要領</b>	130
<b>編集後記</b>	133

# Ishikawa Journal of Nursing

Volume 5 (March 2008)

## Contents

### Reports

- Discharge Planning Activities at Hospitals in Ishikawa Prefecture  
: Issues and Current Status 1  
Naoko MARUOKA, Yukiko HORANAI, Hiromi SATO, Mayumi BAN,  
Kazuyo KAWASHIMA
- Present status of nurses' knowledge of prenatal death and its care environment 11  
Masayo YONEDA, Noriko TABUCHI, Akemi SAKAI
- Evaluation of Activities to Prevent Dementia by the Society of Volunteers for  
Dementia Prevention in Cooperation  
with the Society of the Physically Handicapped 21  
–From Changes Seen in the Latter Organization–  
Junko HOSOKAWA, Yuka MATSUDAIRA, Noriko KANEKO,  
Eiko AMATSU, Hiromi SATO, Katsuko KANAGAWA,  
Mitsuyo MAEDA, Sigemi FUJITA
- Development of Nursing Aid Skills for Patients with Eating Disorder and Dysphasia  
–Report No. 2: From the Analysis of Nursing Aid, Which Enabled Oral Ingestion– 29  
Hiromi SATO, Eiko AMATSU, Chizuko NAOI, Junko HOSOKAWA,  
Mamiko ITO, Yuka MATSUDAIRA, Mitsuyo MAEDA, Hitomi KONYA,  
Takako MIYAMOTO, Kimie ARAKI, Keiko TABATA, Chika TAKATA,  
Sachi MOTOO, Chika MIYAMOTO
- Study on Disaster Planning at Home–visit Nursing Station 39  
–Through Research on Damage and Response Actions at Home–visit Nursing  
Station in Notohanto Earthquake–  
Yukari MIZUSHIMA, Kazumi HAYASHI
- The Current Status of Professional Care by Midwives in Ishikawa Prefecture 47  
Saori SOYAMA, Masayo YONEDA, Emiko KINEFUCHII
- A Trial Study to Clarify and Visualize the Cognition Mechanism in Nurses  
Handling Difficult Cases 57  
Yukiko MOROE, Mitsue FUJITA, Hiroko NAKADA, Kazuyo KAWASHIMA,  
Yumi YAMAZAKI, Miyuki KAWAI
- Development of Nursing Aid Skills for Patients with Eating Disorders and Dysphagia  
–Report No. 1: Survey on the Actual Situation of Nursing Aid  
for Oral Ingestion and Swallowing– 69  
Chizuko NAOI, Hiromi SATO, Eiko AMATSU, Junko HOSOKAWA,  
Mamiko ITO, Yuka MATSUDAIRA, Michiyo MAEDA, Kozue MORIGAKI,  
Hitomi KONYA, Takako MIYAMOTO, Kimie ARAKI, Keiko TABATA,  
Chika TAKATA, Sachi MOTOO, Chika MIYAMOTO

Factors Related to Social Skills for Nursing Naoko IWAKI, Setsuko TSUKAHARA	75
<b>Materials</b>	
Consideration of Disaster Preparedness at Ishikawa Prefectural Nursing University –Based on a Survey on Our University Staff Involved In the “Health Care Team Dispatched for Disaster Aid” Kazumi HAYASHI, Yukari MIZUSHIMA	85
Local Residents’ Attitudes Toward Dementia Prevention, as Reflected in the Proposed Slogans on the Subject Yuka MATSUDAIRA, Junko HOSOKAWA, Noriko KANEKO, Eiko AMATSU, Hiromi SATO, Katsuko KANAGAWA, Mamiko ITO, Mitsuyo MAEDA	91
Trends in Psychiatric Health Welfare and Changes in Psychiatric Nursing Records from the 1960 s to 2006 Ikue KIYOSUE, Nahoko TAKEMASA	99
The Actual Conditions of in-Service Training and Turnover of Newly Recruited Nurses in Ishikawa Prefecture Yumi YAMAZAKI, Kazuyo KAWASHIMA, Yukiko MOROE, Tomoe HASHIMOTO, Maki FUTAGI, Kinue SAITOU, Junko KUROUJI	109
<b>Field Action Reports</b>	
The Needs of Communities and the Roles of PHNs/CHNs Identified in Baccalaureate Nursing Students’ Reports to Complete PHN/CHN Practicum in Stricken Area after Notohanto Earthquake Sugako TAMURA, Siho SONE, Noriko KANEKO	119
<b>Regulation</b>	129
<b>Instruction to Authors</b>	130
<b>The editor’s Note</b>	133

## 報告

## 石川県内の病院における退院調整活動の実態と課題

丸岡直子 洞内志湖 佐藤弘美 伴真由美 川島和代

## 概要

石川県内の病院における退院調整活動の実態を明らかにし、退院調整に関する課題を検討することを目的に、県内の104病院の看護部長、380名の病棟看護師長、27名の退院調整看護師を対象に、郵送質問紙法により調査し、以下のことが明らかになった。

退院調整部門が設置されていた病院は18病院(26.9%)であり、平成15年の4病院(6.6%)に比べて増加した。退院調整部門の設置および退院調整看護師の導入効果は、関係職種との連携強化、患者・家族への情報提供の充実であった。退院調整部門を設置していない病院の約半数の看護部長および病棟看護師長は退院調整部門の設置を希望していたが、人材確保や経済的担保を課題にあげていた。退院調整看護師は、情報収集、患者・家族に対する支援、関係職種との連携を実施していたが、退院支援計画の立案と評価は低い実施率であった。退院調整活動を評価している病院は少なく、今後は退院調整機能を強化するためにも退院調整の評価方法を検討することが必要である。

**キーワード** 退院調整, 退院調整看護師, 退院調整部門, 継続看護, 連携

## 1. はじめに

入院患者が退院後に希望する療養生活を開始するには、患者および家族の意思を尊重した療養場所の決定と退院後の生活を再構築するために様々な支援が必要となる。このような支援を病院看護師が実施するには、社会資源の活用、療養方法や医療処置等の指導など専門的知識・技術と他職種・機関との連携が求められる。これらの役割を効果的・効率的に遂行することを目的に、近年では病院内に退院調整部門を設置する傾向があり、地域の保健・医療・福祉部門との連携構築が課題となっている。

我々は、平成15年11月に県内病院看護部を対象に、退院調整部門の設置状況や看護師の役割について実態調査<sup>1)2)</sup>(以後、平成15年とする。)を実施した。その結果、退院調整部門を設置していた病院は6.6%と、全国平均<sup>3)4)</sup>の約30%を大きく下回っていた。実際の退院調整活動は病棟看護師(長)が中心となり、その病棟で蓄積された経験や方法で実施されていた。また、看護部長や病棟看護師長の退院調整強化の必要性の認識は高いとの結果が示された。退院調整部門の設置状況を調査した報告では、全国調査<sup>3-5)</sup>や、一つの県あるいは地方に限定した退院調整の実態調査<sup>6-8)</sup>がみられる。石川県内の実態については我々が平成15年に実施した調査のみで、その後の状況については調査されていない。

入院から在宅まで切れ目のない医療を提供し、患者・家族が望む療養生活を開始するための支援として退院調整活動が注目されている状況にあつて、県内病院の退院調整活動の現状と看護師の果たしている役割を明らかにすることは、病院と地域の看護連携をめざした退院調整のあり方について示唆が得られるものと考えられる。

そこで、本研究の目的は、県内病院の退院調整活動の実態を明らかにし、退院調整に関する課題を検討することである。併せて、平成15年の調査結果と比較し、機能強化の変化を検討した。

なお、本研究では退院調整、退院調整看護師、退院調整部門を以下のように定義する。

**退院調整**：患者・家族が望む療養生活が可能となるように、疾病や障害が生活全般に及ぼす影響を把握し、患者・家族に関わる様々な職種が協働して計画的に退院後の療養生活を整えるために行う活動。

**退院調整看護師**：専任で他職種と協働して退院調整を行う看護師。

**退院調整部門**：看護師を含めた複数の職員で構成され、入院患者の退院調整を行う病院組織の一部門。



## 2. 方法

### 2. 1 調査対象

石川県内の病院の看護部長（看護部責任者）104名、病棟看護師長380名、退院調整看護師を対象とした。なお、退院調整看護師については、実数が未明であるため、退院調整看護師用調査用紙の返送数をもって対象者数とした。

### 2. 2 調査方法と調査内容

#### (1) 調査方法

平成19年8月1日～30日の間に郵送質問紙法により実施した。調査用紙は、石川県内104病院の看護部長に調査の趣旨・方法を記した調査依頼書と共に郵送し、看護部長には調査用紙記入と看護師長および退院調整看護師の任にある看護師に調査依頼書と調査用紙の配布を依頼した。調査用紙は、無記名で対象者から郵送にて直接回収した。

#### (2) 調査内容

調査内容は、平成15年に実施した調査の内容、文献<sup>9-11)</sup>、および県内5病院で退院調整活動を担っている看護師を対象としたグループインタビューの内容を参考に作成した。

看護部長への調査内容は、病院の概要、退院調整部門設置の有無、退院調整看護師導入の有無、退院調整活動に関する調査、地域との看護連携についてである。病棟看護師長への調査内容は、病棟における退院調整プロセス、退院調整看護師との連携について、退院調整看護師への調査内容は、退院調整の必要性の判断、退院調整活動状況についてである。

### 2. 3 分析方法

調査項目ごとに単純集計を行った。また、 $\chi^2$ 検定を用いて平成15年との比較、および退院調整部門の設置の有無による比較検討を行った。統計解析には、SPSS 13.0J for Windowsを使用した。なお、平成15年に実施した調査<sup>12)</sup>は、石川県内病院の108名の看護部長のうち61名（回収率56.5%）と386名の看護師長のうち212名（回収率54.9%）からの回答を分析したものである。

### 2. 4 倫理的配慮

本調査は本学の倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には文書で調査の趣旨・方法、データ分析にあたっては全体的な傾向を検討するこ

と、データを研究以外には使用しないこと、結果を看護関係学会等で発表することを説明した。なお、対象者からの調査票の返送をもって研究の同意を得たものとした。

## 3. 結果

### 3. 1 看護部長に対する調査結果

調査を依頼した104名のうち67名（回収率64.4%）から回答があり、これを分析の対象とした。

67名の看護部長が所属する病院の設置主体は、公立・公的病院が21病院（31.3%）、法人が33病院（49.3%）、その他が13病院（19.4%）であった。また、病床数は200床未満が39病院（58.2%）、200～399床が20病院（29.9%）、400床以上が8病院（11.9%）であった。

(1) 退院調整部門を設置している病院の状況（表1）と設置理由（表2）

退院調整部門が設置されていた病院は、67病院中18病院（26.9%）で、平成15年の61病院中4病院（6.6%）に比べて有意（ $p<0.01$ ）に増加した。18病院中12病院が平成16年以降に退院調整部門が設置されており、そのうち10病院は平成18年以降に設置されていた。

退院調整部門を設置している18病院の設置主体は、公立・公的が9病院、医療・学校法人が6病院、その他が3病院であった。訪問看護は11病院（61.1%）、訪問診療は5病院（27.7%）、訪問リハビリテーションは8病院（44.4%）が実施していた。18病院の退院調整部門の配置職員総数は $5.9\pm 3.2$ （平均±標準偏差）名であった。内訳は、看護師は2.0名で、医師は1.3名、医療ソーシャルワーカー（以後、MSWとする）は1.8名、事務職員等0.8名であった。退院調整部門の責任者は医師が最も多く、そのほとんどが兼任であった。看護師が責任者の場合は師長がその任にあたり、その多くが専任であった。

退院調整部門を設置する前年度と調査時の平均在院日数の比較では、回答のあった11病院のうち10病院において平均在院日数が短縮していた。

退院調整部門の設置理由のうち高い比率を示したものは、「療養場所の早期決定のための専門的知識が必要」、「看護職員が相談できる部門が必要」、「医療・福祉に精通した職員からの支援が必要」、「病病連携・病診連携の推進」であった。

表1 退院調整部門を設置している病院の状況 n=18 (病院数)

設置主体			病床数				訪問看護等の実施			部門の責任者				
公立・公的	医療・学校法人	その他	100	200	300	400	訪問看護	訪問診療	訪問リハビリテーション	職種			専任・兼任	
			199	299	399					看護師	医師	その他	専任	兼任
9	6	3	7	3	4	4	11	5	8	6	10	2	5	13

表2 退院調整部門の設置理由 n=18 (名)

理由	n (%)
退院後の療養場所を早期に決定するための専門的知識が必要	17 (94.4)
看護職員が相談できる部門が必要	16 (88.9)
医療・福祉に精通した職員からの支援が必要	14 (77.8)
病病連携・病診連携の推進	14 (77.8)
病院と家族・地域との連携を担う職員が必要	9 (50.0)
退院後の生活に密着した支援が必要	9 (50.0)
病棟では十分な時間がとれない	8 (44.4)
早期に退院指導を開始するため	8 (44.4)
在院日数の短縮	7 (38.9)
地域の看護師資源情報に精通している職員の支援が必要	5 (27.8)
在宅療養希望者の患者・家族の増加	3 (16.7)
退院調整部門を設置する病院の増加	1 (5.6)

(複数回答)

表3 看護部長が認識していた

退院調整看護師導入の効果	n=18 (名)
内容	n (%)
医療・福祉関係機関との連携強化	8 (44.4)
院外職員を含む合同カンファレンスの増加	8 (44.4)
院内他職種との連携強化	7 (38.9)
患者・家族への適切な情報提供	7 (38.9)
患者・家族からの相談件数の増加	7 (38.9)
看護の活性化	7 (38.9)
退院支援計画立案との早期開始	7 (38.9)
看護職員に対する専門的知識の提供	5 (27.8)
入院期間の短縮	5 (27.8)

(複数回答)

(2) 看護部長が認識していた退院調整看護師導入の効果 (表3)

退院調整部門を有する病院の看護部長が認識していた退院調整看護師導入の効果は、病院内外の医療・福祉機関および関係職種との連携に関連した内容であった。また、合同カンファレンス開催回数の増加や、患者・家族への適切な情報提供や相談機能の強化も高い比率で回答がみられた。

退院調整看護師への相談・依頼内容 (表4) で高率であった内容は、「退院後の療養場所の意思決定へのサポート」、「退院前カンファレンスの連絡調整」、「転院先確保のための情報検索」であった。

(3) 退院調整活動に対する調査の実施状況

退院調整部門を設置している18病院のうち、5病院(27.8%)が退院調整活動の実績調査を実施しており、その内容は相談件数、相談内容であった。5病院のうち3病院が、病院内の委員会で調査結果を公表していた。退院調整サービスを受けた患者(家族)の満足度調査を実施している病院はなかった。

(4) 退院調整部門未設置の病院における退院調整の状況と設置に対する要望

退院調整部門が設置されていない49病院について、退院調整部門の設置を要望している看護部長は24名(49.0%)であり、そのうち11病院が設置を検討中であった。また、退院調整部門の設置を要望しないと回答した看護部長は25名(51.0%)であり、その理由は人材の確保困難であった。

退院調整機能を担っている部門(表5)は、おもに病棟および医療相談室・地域連携室であった。医療相談室・地域連携室の比率は平成15年に比べて高率であった( $p<0.01$ )。また、退院調整に関わっている職員(表6)で半数以上の回答があった職種は、病棟看護師長、医師、病棟看護師、MSWであった。このうち、MSWは平成15年に比べて比率は高くなっていった( $p<0.01$ )。

退院調整部門の設置を要望する理由は、表7

に示したとおりである。約3分の2の看護部長があげた理由は、退院後の療養場所の決定や退院指導の早期開始、患者・家族や看護職員が専門的なサポートを受ける必要性をあげていた。平成15年との比較では、「退院後の療養場所の早期決定のための専門的知識が必要」は今回の調査の方が高率であった ( $p<0.05$ )。退院調整部門を設置する際の課題について、人材確保は24名中22名 (91.7%) が、人的・経済的担保は21名 (87.5%) があげていた。

(5) 地域との情報交換および情報の蓄積

病院外の地域の関係職種との情報交換の実施状況 (表8) について、自治体の福祉担当者との情報交換は22病院 (32.8%) が実施しており、1年間の実施回数は平均2.0回であった。訪問

看護ステーションとの情報交換は29病院 (43.3%) が実施しており、実施回数は平均2.2回であった。また、転院先の医療施設の看護師との情報交換は16病院 (23.9%) が実施しており、実施回数は平均1.4回であった。退院調整部門設置の有無から比較したところ、自治体の福祉担当者および訪問看護ステーションとの情報交換は、退院調整部門が設置されている病院の方が実施率が高かった ( $p<0.05$ )。

看護職員が活用できる訪問看護・介護施設情報ファイルを整備してあると回答した看護部長は27名 (40.3%) であり、整備部署は病棟が12名、退院調整部門が11名、両者が4名であった。

3.2 病棟看護師長に対する調査結果

調査を依頼した病棟看護師長380名のうち249名 (65.5%) から回答を得、これを分析の対象とした。

回答のあった249名のうち38名 (15.3%) は退院調整部門が設置されている病院に所属していた。

(1) 退院調整の必要性の判断時期・療養先・目的 (表9)

入院患者の退院調整の必要性を判断する時期で回答数の多い上位3項目は、「医師が患者・家族に退院を伝えた時」、「入院時」、「受け持ち看護師が必要と判断した時」であった。平成15年と比較すると、「医師が患者・家族に退院を伝えた時」は減少 ( $P<0.05$ ) し、「受け持ち看護師が必要と判断した時」は増加 ( $P<0.05$ ) した。その他の項目には変化がみられなかった。

退院調整後の療養先で回答数の高い上位3項目は、「自宅」、「医療施設」、「介護保健施設」であった。平成15年と比較すると医療施設および福祉施設で回答数が増加 ( $P<0.01$ ) した。

退院調整の目的の上位3項目は「転院先の確保」、「利用サービスの調整」、「家族の意思決定」で、平成15年と比較すると、「転院先の確保」が増加 ( $P<0.05$ ) し、「患者の意思決定」が減少 ( $P<0.01$ ) した。

(2) 病棟における退院調整の状況

退院調整の必要な患者をスクリーニングするシステムがあると回答した病棟看護師長は、249名中84名 (33.7%) であった。その方法は、退院調整スクリーニングシートや退院支援スコアと称するツールの使用であった。退院調整部門

表4 退院調整看護師への相談・依頼内容 n=14(名)

内 容	n (%)
療養場所の意思決定へのサポート	12 (85.7)
退院前カンファレンスの連絡調整	12 (85.7)
転院先確保のための情報検索	9 (64.3)
訪問看護の情報検索	8 (44.4)
訪問看護・介護利用のためのサポート	8 (44.4)
訪問介護の情報検索	7 (50.0)
日常生活用具の調達方法	7 (50.0)
医療機器・衛生材料・薬剤の調達方法	7 (50.0)
住宅改修	5 (35.7)

(複数回答)

表5 退院調整機能を担っている部門 n (%)

部 門	平成19年 n=49	平成15年 n=57	検 定
病棟	40 (81.6)	43 (75.4)	
医療相談室・地域連携室	27 (58.1)	17 (29.8)	**
訪問看護部	9 (18.4)	7 (12.3)	
リハビリテーション部門	5 (10.2)	6 (10.5)	
外来	4 ( 8.2)	7 (12.3)	
事務部門	2 ( 4.1)	4 ( 7.0)	
その他	6 (12.4)	9 (15.8)	

\*\* :  $p < 0.01$

(複数回答)

表6 退院調整に関わっている職員 n (%)

職 種	平成19年 n=49	平成15年 n=57	検 定
病棟看護師長	40 (81.6)	43 (75.4)	
医師	36 (73.5)	38 (66.7)	
病棟看護師	29 (59.2)	33 (57.9)	
MSW	26 (53.1)	18 (30.5)	**
訪問看護師	15 (30.6)	12 (21.1)	
理学療法士・作業療法士	14 (28.6)	11 (19.3)	
ケアマネージャー	9 (18.4)	17 (29.8)	
外来看護師長	6 (12.2)	6 (10.5)	
事務職員	6 (12.2)	5 ( 8.8)	
その他	5 (10.2)	12 (21.1)	

\*\* :  $p < 0.01$

(複数回答)

設置の有無による比較では、設置されていると回答した38名のうち25名(65.8%)が、設置されていないと回答した211名のうち59名(28.0%)がスクリーニングシステムを有していると答えており、部門が設置されている場合のほうが高率であった(p<0.01).

病棟における退院調整活動の実施状況(表10)では、70%以上の回答があった内容は、「退院時看護サマリーの作成」、「転院先や訪問看護ステーションへの引き継ぎ」、「患者・家族の意思確認」、「関係職種との連絡」、「患者の退院前外泊」であった。平成15年との比較では、「退

表7 退院調整部門を要望する理由 n (%)

理 由	平成19年		平成15年	検定†
	看護部長 n=24	病棟看護師長 n=98	看護部長 n=26	
退院後の療養場所の早期決定のために専門的知識が必要	20 (83.3)	67 (68.4)	14 (53.8)	*
医療・福祉に精通した職員からの支援が必要	17 (70.8)	65 (66.3)	11 (42.3)	
患者・家族や看護職員が相談できる部門が必要	16 (66.7)	59 (60.0)	19 (73.1)	
退院後の生活に密着した支援が必要	16 (66.7)	60 (61.2)	13 (50.0)	
退院指導の早期開始	15 (62.5)	69 (70.4)	14 (53.8)	
在院日数の短縮化	14 (58.3)	48 (49.0)	—	
病病連携・病診連携の推進	13 (54.2)	37 (37.8)	—	
病院と家族・地域との連携を担う職員が必要	13 (54.2)	51 (52.0)	17 (65.4)	
病棟では退院調整のための十分な時間がとれない	12 (50.0)	63 (64.3)	18 (69.2)	
地域の看護資源情報に精通した職員からの支援が必要	8 (33.3)	54 (55.1)	3 (11.5)	

検定†：平成19年と平成15年の看護部長の比較 \*：p<0.05 (複数回答)

表8 地域との情報交換会の実施状況 (n=67) n (%)

実施の有無 退院調整部門	自治体の福祉担当者*		訪問看護ステーション*		転院先の病院の看護師	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし
設置あり (n=18)	10 (55.6)	8 (44.4)	12 (66.7)	6 (33.3)	7 (38.9)	11 (61.1)
設置なし (n=49)	12 (24.5)	37 (75.5)	17 (34.7)	32 (65.3)	9 (18.4)	40 (81.6)
計	22 (32.8)	45 (61.2)	29 (43.3)	38 (56.7)	16 (23.9)	51 (76.1)

\*：P<0.05

表9 退院調整の必要性の判断時期・療養先・目的 n (%)

項 目	平成19年 n=249	平成15年 n=212	検定
<退院調整の必要性の判断時期>			
医師が患者・家族に退院を伝えた時	148 (59.4)	146 (68.9)	*
入院時	145 (58.2)	124 (58.5)	
受け持ち看護師が必要と判断した時	113 (45.4)	73 (34.4)	*
看護師長が患者の状況から適宜判断	94 (37.8)	93 (43.9)	
その他	35 (14.1)	24 (11.3)	
<退院調整後の療養先>			
自宅	186 (74.7)	164 (77.4)	**
医療施設	145 (58.2)	94 (44.3)	
介護保健施設	131 (52.6)	111 (52.4)	**
福祉施設 (特別養護老人ホーム等)	108 (43.4)	67 (31.6)	
その他	19 (7.6)	10 (4.7)	
<退院調整の目的>			
転院先の確保	143 (57.4)	101 (47.6)	*
利用するサービスの調整	142 (57.0)	111 (52.4)	
家族の意思決定	136 (54.6)	124 (58.5)	**
家族の介護力確保	99 (39.8)	90 (42.5)	
家族間調整	96 (38.6)	74 (34.9)	
患者の意思決定	83 (33.3)	124 (58.5)	
家族が必要な技術の習得	71 (28.5)	44 (20.8)	
患者自身に必要な技術の習得	61 (24.5)	42 (19.8)	
その他	8 (3.2)	5 (2.4)	

\*：p<0.05 \*\*：p<0.01 (複数回答)

表 10 病棟における退院調整活動の実施状況 n (%)

内 容	平成 19 年			平成 15 年 n = 212	検定 1	検定 2
	全体 n = 249	退院調整部門の設置				
		あり n = 38	なし n = 211			
退院時の看護サマリーの作成	241 (96.8)	38 (100)	203 (96.2)	196 (93.5)		
転院先や訪問看護ステーションへ引き継ぎ	237 (95.2)	8 (25.0)	32 (15.2)	197 (92.9)		
患者・家族の退院に関する意思確認	233 (93.6)	37 (97.4)	196 (92.9)	195 (92.0)		
関係職種等との連絡	204 (81.9)	34 (89.5)	170 (80.6)	172 (81.1)		
患者の退院前外泊	199 (79.9)	30 (78.9)	169 (80.1)	179 (84.4)		
退院調整に関する合同カンファレンス	150 (60.2)	32 (84.2)	118 (55.9)	94 (44.3)	**	**
退院調整計画の立案	128 (51.4)	25 (65.8)	103 (48.8)	105 (49.5)		
患者・家族の合同カンファレンス参加の調整	115 (46.2)	23 (60.5)	91 (43.1)	65 (30.7)	**	**
退院前の療養先への訪問	85 (34.1)	12 (31.6)	73 (34.6)	79 (37.3)		
退院後の療養先訪問	58 (23.3)	5 (13.2)	53 (25.1)	63 (29.7)		
退院調整実施後の評価	35 (14.1)	5 (13.2)	30 (14.2)	49 (23.1)		

検定 1 : 平成 19 年 (n=249) と平成 15 年 (n=212) を  $\chi^2$  検定したもの

(複数回答)

検定 2 : 平成 19 年の退院調整部門設置のあり・なしを  $\chi^2$  検定したもの

\* :  $p < 0.05$     \*\* :  $p < 0.001$

院調整に関する合同カンファレンスの実施」および「患者・家族の合同カンファレンス参加への調整」が増加した ( $p < 0.01$ )。

「退院調整に関する合同カンファレンスの実施」は、退院調整看護師ありの方が実施率は高率であった ( $p < 0.01$ )。また、合同カンファレンスを実施していると回答した 109 名 (72.7%) は、開催主体は病棟であると答えていた。合同カンファレンスの参加者では、半数以上の回答があったものは、病棟看護師 (師長を含む)、医師・看護師以外の医療従事者、医師、家族、訪問看護師であった。

(3) 病棟看護師長が認識していた退院調整看護師導入の効果 (表 11)

専任の退院調整看護師がいる病院の看護師長 38 名が認識していた退院調整看護師導入の効果で半数以上の回答があった内容は、「他職種との連携強化」、「退院調整に関する専門的知識の取

得」、「患者・家族への社会資源活用の情報提供」、「看護の充実感の高揚」であった。

(4) 退院調整部門設置への要望

退院調整部門が設置されていないと回答した 211 名のうち、98 名 (46.4%) が設置を要望していた。その理由は表 7 に示したとおりであり、看護部長との比較では差がみられなかった。

### 3. 3 退院調整看護師に対する調査結果

石川県内 104 病院から 27 名の退院調整看護師より回答があり、これを分析の対象とした。

(1) 退院調整が必要なケースの把握

退院調整が必要なケースを把握する時期について、「患者・家族から相談があった時」と回答した退院調整看護師は 17 名 (63.0%)、「退院調整依頼票・スクリーニング用紙が提出された時」11 名 (40.7%)、「看護師から依頼された時」10 名 (37.0%) であった。27 名の退院調整看護師のうち 10 名 (37.0%) は退院調整が必要な患者をスクリーニングするためのツールを使用していると回答していた。

(2) 退院調整看護師による退院調整の状況 (表 12)

情報収集は高い実施率であった。特に実施率が高かった内容は、患者の ADL の自立度とセルフケア能力、疾患や治療に伴う身体的・心理的变化と介護者の有無および介護者の状況に関するものであった。

退院支援計画を立案していると回答した退院調整看護師は 7 名 (25.9%) であった。

患者・家族に対する支援では、在宅サービス

表 11 病棟看護師長が認識していた退院調整看護師導入の効果 n = 38(名)

内 容	回答数 (%)
他職種との連携強化	22 (57.9)
退院支援に関する専門的知識の取得	21 (55.3)
患者・家族へ社会資源活用の情報提供	20 (52.6)
看護の充実感の高揚	19 (50.0)
医療・福祉等関係機関との連携強化	18 (47.4)
患者の意思を尊重した療養場所の決定	17 (44.7)
退院支援の早期開始	17 (44.7)
合同カンファレンスの増加	14 (36.8)
患者・家族からの相談増加	13 (34.2)
退院計画立案・実施	8 (21.1)
退院計画の評価	2 ( 5.3)

(複数回答)

表 12 退院調整看護師による退院調整の実施状況

n = 27(名)

内 容	n (%)	内 容	n (%)
<b>&lt;情報収集・アセスメント&gt;</b>		<b>&lt;院内・外の関係機関・職種との連携&gt;</b>	
ADLの自立度と必要な援助	26 (95.6)	主治医や看護師に必要書類記載の依頼	25 (92.6)
主介護者の有無	25 (92.6)	看護師への在宅サービス機関の情報提供	20 (74.1)
疾患や治療に伴う心身の機能変化	24 (88.9)	合同カンファレンスの開催	18 (66.7)
セルフケア能力	23 (85.2)	在宅サービス機関へ患者教育内容の伝達	18 (66.7)
退院後の療養場所の希望や考え	22 (81.4)	転院先の病院・施設の情報収集	17 (63.0)
主介護者の健康状態と生活能力	22 (81.5)	在宅サービス機関へ処置・ケアの伝達	16 (59.3)
患者・家族の病気に対する認識や理解度	22 (81.4)	看護師への病院・施設の情報提供	16 (59.3)
家族メンバーおよび関係性	22 (81.5)	転院先病院への処置・ケアの伝達	14 (51.9)
急変の可能性と緊急時の対応	21 (77.8)	転院先病院へ患者教育内容の伝達	14 (51.9)
退院後の生活に必要な補助具・生活用品	20 (74.1)	転院先の病院・施設見学の計画調整	12 (44.2)
社会保障制度の利用の可能性	19 (70.4)	退院調整に関する広報	5 (18.5)
患者・家族の経済状態	19 (70.4)		
支援可能な友人・知人の有無	11 (40.7)		
<b>&lt;計画&gt;</b>		<b>&lt;評価&gt;</b>	
退院支援計画の立案	7 (25.9)	退院後の患者の状況を病棟看護師に伝達	13 (48.1)
<b>&lt;患者・家族に対する実践&gt;</b>		外来受診日を利用した退院後の患者把握	6 (22.2)
在宅サービス機関の情報提供	23 (85.2)	転院先に電話による患者の状況の把握	5 (18.5)
患者への技術指導	22 (81.5)	退院後、患者・家族の状況を評価し再調整	2 ( 7.4)
病院・施設の種類・機能の情報提供	21 (77.8)		
退院前の試験外泊実施の計画調整	21 (77.8)	<b>&lt;教育&gt;</b>	
家族への技術指導	20 (74.1)	退院調整に関する研修会の企画・実施	3 (11.1)

機関および病院・施設等の情報提供、技術指導であった。

また、病院内・外の関係機関・職種との連携では、転院先や在宅療養を行うために必要な関係機関との連絡に関する内容や、看護師への退院後の療養先を決定するための情動的提供が高い回答率であった。

退院調整の評価では、約半数の退院調整看護師が病棟看護師に退院後の患者の状況を伝えていたが、退院後の患者の状況を把握しその状況の評価と再調整の実施率は低かった。

#### 4. 考察

##### 4. 1 退院調整部門のおよび退院調整看護師の必要性和その背景

県内の18病院(26.9%)に退院調整部門が設置されており、平成15年の4病院(6.6%)と比較して有意に増加した。今回の調査では、18病院中10病院が平成18年以降に設置されていた。

医療制度改革大綱(2005.12)<sup>12)</sup>では、医療費適正化を推進するために、医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供が重要であるといわれており、入院患者の退院後の生活を考慮した医療・福祉提供体制の確立が喫緊の課題となっている。このように患者の退院に

関わる支援体制を整えていくことは医療機関に求められる重要な役割となっている。また、平成18年の診療報酬改定では、入院基本料届出基準の在院日数はさらに短縮し、医療技術の進歩や患者・家族の療養に対するニーズの変化も加わり、病院完結型から地域完結型へと医療システムが変化してきている。このような医療をとりまく社会背景を反映する形で、県内においても退院調整部門の設立が過去4年間で増加したものと考えられる。設置理由で高率であった内容は、退院後の療養場所の決定や疾病をもちながら療養生活を維持していくためのサポート体制の強化であり、このことから医療の動向を反映した変化とみることができる。

退院する患者にとって、治療を継続することに関連する合併症の危険性や日常生活動作の低下によるセルフケア不足などは、退院とともに解決することは少ない。このような患者には生活面、医療面、経済面、家族関係等を総合的に捉えた継続した看護が求められる。したがって、退院調整部門には看護師を配置し、看護の視点をも加えた退院への支援が必要となる。退院調整活動における看護師の役割は、医療依存度の高い患者の退院後の生活を見据え、訪問看護師や保健師との看護連携による退院後の継続看護を可能にすることである<sup>13)</sup>。今回の調査では、

退院調整看護師の活動状況の主たる内容は、退院調整に必要な情報収集、患者・家族への支援、関係職種・機関との連携であった。これらは、退院調整看護師に求められる役割であり、前述の退院調整活動における看護師の役割を果たしていたといえる。

退院調整をすすめるには、患者の医療面、生活面の把握、地域の専門職との連携や社会資源を活用するためのネットワーク構築が必要である<sup>10)14)</sup>。このため、患者が退院後の療養生活をスタートするにあたって予測される課題に対応するためには、複数の職種が協働して退院調整を行う必要がある。退院調整部門の配置職員数は平均 5.9 名であり、看護師や MSW などの職員で構成されており、患者の退院に伴う様々な問題に対応できる体制が構築されていたと考える。また、地域との情報交換や地域の関係職種も含めた合同カンファレンスは退院調整の重要な取り組みである<sup>15)</sup>。表 8 に示したように、退院調整部門が設置されている病院の方が、市町の福祉担当者や訪問看護ステーションとの情報交換会の実施率は高いという結果が示された。このことは、患者の退院に向けた支援を適切に実施するためには、地域の情報を得る窓口となる退院調整部門の設置が必要であることを意味していると考えられる。さらに、病棟における退院調整活動の実施状況(表 10)では、合同カンファレンスの実施と患者・家族に対する合同カンファレンス参加への調整の 2 項目が、退院調整部門を設置している病院の方が実施率は高いという結果であった。以上より、退院への支援は病院全体で取り組む課題<sup>16)</sup>であり、患者・家族と一体となった退院調整を進めるためにも、さらには退院調整部門の存在が病棟看護師の退院支援活動に好ましい影響を与えたとの指摘<sup>17)</sup>からも退院調整部門の体制整備は重要であると考えられる。

#### 4. 2 退院調整看護師の役割とその活動の効果

退院調整看護師の活動は、退院調整が必要な患者の把握、退院に伴う問題を明らかにするための情報収集、患者・家族への情報提供や技術指導、関係職種・機関との連携に関する内容が中心であった。これは、退院調整看護師に求められている機能と役割<sup>18)</sup>のうち、スクリーニング、アセスメント、チーム医療の推進、地域と

のネットワーク構築や社会資源の情報収集や活用にあたることを考える。

看護部長や病棟看護師が認識していた退院調整看護師導入の効果は、表 3、表 11 に示したように、医療・福祉関係機関や他職種との連携や合同カンファレンスの増加、専門的知識が得られやすいというものであった。退院調整の目的の一つには、退院後の療養において社会資源の適切な利用を患者に保証することがあり、そのための要件には退院調整のための責任者を選定することがあげられる<sup>19)</sup>。看護部長や病棟看護師が認識していた効果は、退院調整の目的にそったものであった。また、表 4 に示したように、退院調整看護師への相談・依頼内容では、患者・家族が退院後の療養場所を意思決定する際のサポートを求めるといった回答が高率であった。退院調整をすすめるにあたり最も重要なことは、患者・家族の意思確認である<sup>20)</sup>。退院後の療養場所を決定して行くには、退院後の生活を患者や家族自身が思い描けること、介護力の確保、社会資源活用などの知識・技術を習得していくプロセスの中で意思決定されていくと考える。したがって、病棟から退院調整看護師に意思決定へのサポートについて相談・依頼があることは、在院日数が短縮し、退院をめぐる状況が多様化する中、患者・家族の意思を確認しながら早期に退院調整を開始するために重要なことであると考えられる。

#### 4. 3 退院調整に関する課題

##### (1) 病院組織における退院調整機能の体制整備

今回の調査で、検討中の病院を除いても半数以上の病院は、人的確保が困難であるという理由から、退院調整部門設置の要望はみられなかった。表 5 や表 6 に示したように、退院調整部門が設置されていない病院では、その機能を担っている部署は病棟や医療相談室・地域連携室であり、職員では病棟看護師長・看護師、医師や MSW であった。このことから、退院調整は病棟毎に発生するものであり、病棟内で退院調整を担える看護師を配置し、この看護師が中心となって医師や MSW と連携するといった病院の特性や実状にあったシステムを検討していくことが望まれる。

一方、退院調整部門が設置されている病院で

は、退院調整看護師の配置は平均 2.0 名であり、そのうち専任は 1 名であった。退院調整をより効果的に実施するには、複数の専任者が求められるが、人的確保が厳しい状況では、病棟看護師とリンクするシステム構築の検討も今後は必要になってくると考える。

#### (2) 退院調整活動の評価

退院調整活動に対する評価は、表 10 に示したように病棟看護師長の回答からも、表 13 に示した病棟看護師の回答からも、その実施率は低いものであった。また、退院調整サービスの満足度調査の実施病院はみられなかった。退院調整の質を向上させるには、退院調整計画のモニタリングやフォローアップ調査により、プロセス評価やアウトカム評価を行う必要がある。退院調整機能の体制整備の課題と存在意義を検証するためにも、退院調整を評価する指標の開発をすすめる必要があると考える。

### 5. まとめ

石川県内の病院における退院調整活動の実態を、県内病院の看護部長、病棟看護師長および退院調整看護師を対象とした質問紙調査から明らかにした。その結果、以下のことが明らかになった。

退院調整部門が設置されていた病院は 18 病院 (26.9%) であった。退院調整部門の設置および退院調整看護師の導入効果は、関係職種との連携強化、患者・家族への情報提供の充実であった。退院調整部門を設置していない病院の約半数の看護部長および病棟看護師長は退院調整部門の設置を希望していたが、人材確保や経済的担保を得ることを課題にあげており、今後も病院の状況に応じた退院調整機能強化の検討が必要であると考え。また、看護師による退院調整活動を評価している病院は少なく、今後は退院調整機能を強化するためにも退院調整の評価方法を検討することが重要であると考え。

#### 謝辞

本研究にご協力いただきました病院の看護部の皆様に深く感謝いたします。なお、本研究は、石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成を受けて実施したものである。

#### 引用文献

- 1) 丸岡直子, 佐藤弘美, 伴真由美, 他 2 名: 退院調整部門の設置に関する病院看護管理者の認識と

課題. 石川看護雑誌, 2, 25-32, 2005.

- 2) 伴真由美, 丸岡直子, 川島和代, 他 2 名: 病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題. 石川看護雑誌, 2, 33-41, 2005.
- 3) 永田智子, 村嶋幸代: 退院支援の現状と課題. 保健の科学, 44(2), 95-99, 2002.
- 4) 永田智子, 大島浩子, 田畑まりえ, 他 3 名: 退院支援の現状に関する全国調査—病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて. 病院管理, 41(4), 73-81, 2004.
- 5) 桂敏樹, 高橋みや子, 右田周平: 全国の医療機関における退院計画システムの進捗状況. 日本農村医学会雑誌, 51(5), 712-723, 2003.
- 6) 右田周平, 高橋みや子, 平塚朝子, 他 2 名: 北日本の医療機関における退院計画のシステム化の課題に関する調査. 北日本看護学会誌, 6(1), 19-24, 2003.
- 7) 黒江ゆり子, 藤澤まこと, 普照早苗, 他 4 名: 県内医療施設における退院調整の実態. 岐阜県立看護大学紀要, 5(1), 109-115, 2005.
- 8) 藤澤まこと, 普照早苗, 森仁実, 他 3 名: 退院調整看護師の活動と退院支援における課題. 岐阜県立看護大学紀要, 6(2), 35-41, 2006.
- 9) 山崎摩耶: 患者とともに創める退院調整ガイドブック. 中央法規, 44-52, 2005.
- 10) 柳沢愛子, 若林浩司: 退院のための支援—医療社会福祉部の活動の実際. 大内尉義, 村嶋幸代監修: 退院支援—東大病院医療社会福祉部の実践から. 杏林書院, 22-79, 2002.
- 11) 篠田道子: 第 2 章退院調整のプロセスとシステム構築. 篠田道子編: ナースのための退院調整—院内チームと地域連携のシステムづくり. 日本看護協会出版会, 29-55, 2006.
- 12) 政府・与党医療改革協議会: 医療制度改革大綱. 2005.12.1, <http://www.jimin.jp/jimin/seisaku/2005/pdf/seisaku-014.pdf>
- 13) 前掲書 11) 41-42.
- 14) 福島道子, 河野順子編著: 実践退院計画導入ガイド. 日総研出版, 25, 2003.
- 15) 平田貴代美: 地域連携の充実とより病棟に密着した退院調整をめざして. 看護学雑誌, 67(9), p 852-855, 2003.
- 16) 手島睦久編著: 退院計画, 病院と地域を結ぶ新しいシステム. 中央法規出版, 191-192, 1996.
- 17) 松永篤志, 永田智子, 村嶋幸代, 特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識および実施状況, 退院支援部署の有無による比較に



焦点を当てて. 病院管理, 41(3), 185-194, 2004.  
18) 前掲書 11) 44-45.  
19) 田城孝雄, スムーズな退院調整に必要な病院・施設の連携術—地域医療連携室運営の実際: 臨床老年看護. 10(1), 15-21, 2003.

20) 本道和子, 須藤直子, 内藤千恵, 他 2 名: 退院調整過程の構造に関する研究, 家族の意思決定への支援. 日本看護管理学会誌, 3(2), 28-38, 1999.

(受付: 2007年10月25日, 受理: 2007年12月14日)

## Discharge Planning Activities at Hospitals in Ishikawa Prefecture : Issues and Current Status

Naoko MARUOKA, Yukiko HORANAI, Hiromi SATO  
Mayumi BAN, Kazuyo KAWASHIMA

### Abstract

The purpose of this study was to clarify the current condition of discharge planning activities, and issues related to discharge planning. The subjects included 104 Directors of Nursing, 380 Hospital Ward Head Nurses, and 27 Discharge Planning Nurses employed at hospitals in Ishikawa Prefecture. Questionnaires on discharge planning activities were mailed to prospective respondents. The results are outlined below.

Discharge planning departments were installed in 18 hospitals (26.9%), an increase from the 4 hospitals (6.6%) of 2005. The effect of the establishment of discharge planning departments, and the assignment of discharge planning nurses was the reinforcement of cooperation among related staff, and the enhancement of reporting to patients and families. Approximately half of the directors and head nurses in the remaining hospitals expressed a desire to establish a Discharge Planning Departments; however, respondents cited manpower and budget concerns as obstacles. Discharge Planning Nurses gathered information for discharge planning, provided support to patients and families, and coordinated cooperation among related staff; however, nurses reported low participation in draft planning and evaluation. Few hospitals reported evaluating discharge planning activities by nurses. In the future, we believe that it is necessary to review discharge planning activity evaluation methods to reinforce the effectiveness of discharge planning.

**Key words** discharge planning, discharge planning nurse, discharge planning department, continued nursing care, cooperation

## 報告

## 周産期の死のケアに関する看護者の知識とケア環境の実態

米田昌代 田淵紀子\* 坂井明美\*

## 概要

周産期の死のケアに関する看護者の知識と施設のケア環境の実態を明らかにすることを目的に北陸で分娩を取り扱っている産科施設に勤務する看護者に調査を行い、654名から得られた結果を分析した。

その結果、周産期の死のケアに関する書物を読んだ経験や周産期の死の体験者の体験談にふれた経験がある看護者は75%以上みられたが、サポートグループの存在や活動について知っている看護者、講演会やセミナーの受講経験のある看護者はそれぞれ20%であった。また、知識に対する自己評価は十分でない・不足していると回答した看護者が約90%を占め、特に具体的ケア方法についての知識が不足していると感じていた。ケア環境としては勉強会・カンファレンスが実施されている、マニュアルが活用されていると回答した看護者は25%前後、専門家によるケアについての相談体制があると回答した看護者は約10%であった。

これらのことから、北陸で継続的に実践に即した具体的内容で学習できるプログラムが必要であること、ケア環境としてはカンファレンス・勉強会、専門家によるケアの相談体制の充実が必要であることが示唆された。

**キーワード** 死産、早期新生児死亡、看護者、知識、ケア環境

## 1. はじめに

周産期における児の死は母親にとってつらい体験であるが、看護者にとってもつらく、困難を感じるケアのひとつである<sup>1)2)3)4)5)</sup>。先行研究において、周産期の死を経験した母親の心理過程やニーズをもとに、望ましいケアについては欧米の文献を中心に明らかにされてきており、ケアのガイドラインも出されている<sup>6)7)8)</sup>。日本においては、欧米の研究結果・ガイドライン、流産・死産・新生児死亡で子どもを亡くした親の会等自助グループが訴える医療者に望むケア等を参考に、一部の施設ではチームで積極的に取り組んでおり、その実践を報告している<sup>9)10)11)</sup>。周産期の死のケアの実態に関する調査は最近になって見られるようになり、SIDS（乳幼児突然死症候群）家族の会が全国的規模で実施したもの<sup>12)</sup>、一部の地域で実施したもの<sup>4)13)14)</sup>があるが、その数は少なく、どの結果からも周産期の死のケアへの取り組みはまだ十分とはいえない状況である<sup>4)12)13)14)</sup>。看護者が周産期の死のケアに戸惑う要因として福田<sup>3)</sup>は看護者が児の死に直面したときに理不尽さ・怒り・無力感等様々な感情を抱くことにより自己防衛に走り、共感的にケアすることができなくなることをあ

げている。また、このような感情に陥ってしまう背景のひとつとして竹内<sup>5)</sup>は児を亡くした家族への看護が体系的に検討されてこず教育が不十分であったことを指摘している。実際、看護者に周産期の死のケアを行う上でのニーズを調査した結果では知識、経験、コミュニケーション技術、看護者へのサポートに対するニーズがあることが明らかになっている<sup>1)</sup>。

そこで、本研究の目的はケアへの取り組みに影響していると考えられる周産期の死のケアに関する看護者の知識と施設のケア環境の実態を明らかにすることである。

本研究で用いる用語を以下のように定義する。周産期の死とは自然死産、早期新生児死亡をいい、周産期の死のケアとは自然死産・早期新生児死亡で児を亡くした母親・家族に対する産科病棟（混合病棟含）において行われるケアをいう。また、ケア環境とはケアを実施する上での施設側の人員配置や勤務時間への考慮、マニュアルの備え、看護者へのサポート体制をいう。

## 2. 研究方法

## 2. 1 調査期間、調査対象および調査方法

2004年12月から2005年2月に北陸で産科

\* 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻

施設に勤務する看護者（助産師・看護師・准看護師）に調査票を郵送した。調査対象施設は病院一覧、電話帳、インターネット検索により抽出し、直接または郵送にて、院長もしくは看護部長に調査協力依頼を行い、了承が得られた場合に病棟管理者に質問紙配布を依頼した。回答後は個別に封入後、病棟管理者を通して施設毎に一括郵送にて回収した。

## 2. 2 調査内容

調査内容は、①基本属性、②対象の所属施設の概要：施設・診療科の種類、年間分娩件数・自然死産・早期新生児死亡数、③周産期の死のケアに関する学習経験・知識：書物を読んだ経験、講演会・セミナーの受講経験、サポートグループの存在や活動についての知識に対する認識、④ケア環境：人員配置・勤務時間への考慮、マニュアルの備え、看護者へのサポート体制（勉強会・カンファレンスの実施、専門家【リエゾンナース、臨床心理士、カウンセラー等】によるケアの相談体制、看護者間のケアに対する不一致感である。学習経験・知識、ケア環境は1点から4点のリッカート評定を用い、経験・知識があるほど、また、環境が整っているほど高得点になるように設定した。

## 2. 3 分析方法

記述統計、施設・属性による比較については、Mann-WhitneyのU検定、 $\chi^2$ 検定、フィッシャー直接法を用いた（統計ソフトSPSS13.0 for Windowsを使用）。

## 2. 4 倫理的配慮

依頼文には、本調査の参加は任意であり、調査施設・調査協力者に迷惑がかかることがないようプライバシーの保護につとめ、匿名性を保障する旨の説明を加えた。記入後の回答用紙は個々に封入し、直接他の看護者や病棟管理者の目に触れないように配慮した。尚、本研究は金沢大学医学系研究科等医の倫理委員会にて承認を得た（承認番号：保38）。

## 3. 結果

北陸の115の産科施設中48施設から調査協力を得（41.7%）、731名に配布し、654名からの回収（回収率89.5%）が得られた。

### 3. 1 対象の背景と所属施設の特徴

本研究の対象の背景と所属施設の特徴について表1に示す。対象の年齢は平均 $35.7 \pm 9.7$ 歳、産科就業年数は平均 $7.7 \pm 7.6$ 年であり、職種は助産師310名（47.4%）、看護師273名（41.7%）、准看護師69名（10.6%）、周産期の死のケア経験者は403名（61.6%）であった。対象の所属する施設は大学病院等他科併設の病院503名（76.9%）、産婦人科専門の病院・診療所151名（23.1%）であり、約90%が産婦人科もしくは他科との混合病棟であった。施設の年間分娩件数は500件未満が約半数をしめ、自然死産・早期新生児死亡数の合計数は5例以下が約80%を占めた。

### 3. 2 周産期の死のケアに関する学習経験・知識の実態

図1に周産期の死のケアに関する学習経験・知識の実態を示す。書物を読んだ経験は「あり」505名（77.2%）、周産期の死の体験者の体験談にふれた経験は「あり」494名（75.5%）と両項目とも75%以上を占めた。サポートグループの存在や活動内容についての知識は「あり」130名（19.9%）、講演会・セミナーの受講経験は「あり」125名（19.1%）であり、両項目とも約20%であった。

表2に周産期の死のケアの知識に対する自己評価と不足していると思う知識内容を示す。「あまり十分でないと思う」と「かなり不足していると思う」と回答した人数を合わせると、571名（87.3%）と約90%を占めた。不足している知識内容は、「基本的知識：ケア方法」426名（74.6%）、「ケア実践のための具体的コミュニケーションのとり方」408名（71.5%）、「基本的知識：ケア時の自分の感情への対処方法」373名（65.3%）の順に多く、すべての項目に対して不足していると思われた人は232名（40.6%）であった。

### 3. 3 周産期の死のケアに関する学習経験・知識の背景による比較

周産期の死のケアに関する学習経験・知識の程度を年齢・産科就業年数とともにケア経験の有無で比較した結果を表3に示す。経験者は未経験者と比較して、年齢が高く（ $p < .01$ ）、産科就業年数が長く（ $p < .01$ ）、周産期の死のケアに対する学習経験・知識が多く（ $p < .01$ ）、知識に

表1 対象の属性と所属施設の特徴

N=654

項目	人数 (名)・割合 (%)
基本属性	
年齢	
10-19 歳	1 (0.2)
20-29 歳	221 (33.8)
30-39 歳	200 (30.6)
40-49 歳	160 (24.5)
50-59 歳	63 (9.6)
60 歳以上	3 (0.5)
無回答	6 (0.9)
産科就業年数	
1 年未満	98 (15.0)
1~3 年未満	119 (18.2)
3~5 年未満	85 (13.0)
5~10 年未満	136 (20.8)
10~20 年未満	128 (19.6)
20~30 年未満	58 (8.9)
30 年以上	10 (1.5)
無回答	20 (3.1)
職種	
助産師	310 (47.4)
看護師	273 (41.7)
准看護師	69 (10.6)
無回答	2 (0.3)
周産期の死のケア経験の有無	
経験有り	403 (61.6)
経験無し	243 (37.2)
無回答	8 (1.2)
所属施設の特徴	
施設の種類の種類	
大学病院	63 (9.6)
大学病院以外の他科併設の病院	440 (67.3)
産婦人科専門の病院・診療所	151 (23.1)
診療科の種類	
産科単独	24 (3.7)
産婦人科混合	320 (48.9)
他科混合	310 (47.4)
年間分娩件数	
300 件未満	315 (48.2)
300 件以上~500 件未満	154 (23.6)
500 件以上~800 件未満	56 (8.6)
800 件以上~1000 件未満	29 (4.4)
1000 件以上	20 (3.1)
無回答	80 (12.2)
年間自然死産・早期新生児死亡数の合計数	
0~5 件	505 (77.2)
6~9 件	0 (0.0)
10 件以上	69 (10.6)
無回答	80 (12.2)

対する自己評価も高かった ( $p < .01$ )。しかし、経験の有無に関わらず、知識に対する自己評価は十分でない・不足していると回答した看護師が 80% 以上を占めていた。

また、職種別に学習経験・知識の程度を同様に比較したものを表 4 に示す。助産師は看護師と比較し、産科就業年数が長く ( $p < .05$ )、周産期の死のケアの経験例数 ( $p < .01$ )、周産期の死のケアに対する学習経験・知識が多く ( $p < .05$ )、知識に対する自己評価も高かった ( $p <$

$.01$ )。准看護師は助産師と比較し、年齢が高かった ( $p < .05$ ) が、産科就業年数に差はなかった。また、周産期の死のケアの経験例数 ( $p < .01$ )、周産期の死のケアに対する学習経験・知識は少なかった ( $p < .05$ )。

### 3. 4 周産期の死のケア環境の実態

ケア環境の各項目ごとに 4 段階の回答を「整っている」と「整っていない」(看護師間のケアに対する不一致感は「不一致感無」と「不一致感

有)の2群に分けて図2に示した。

勤務時間への考慮については「整っている」347名(53.1%)、人員配置への考慮については「整っている」306名(46.7%)、であり、約半数が人員配置と勤務時間を考慮されていると認識していた。勉強会・カンファレンスの実施については「整っている」178名(27.2%)であり、70%以上が勉強会・カンファレンスが実施されていないと認識していた。マニュアルの備えについては「整っている」146名(22.4%)であり、また、「全くない」と答えた対象が354名(54.1%)と約50%以上を占めていた。専門家によるケアの相談体制については「整っている」69名(10.6%)であり、約10%しか相談できる体制であると認識していなかった。また、「全く配置されていない」と答えた対象が507名(77.5%)であった。看護師間のケアに対する不一致感については「不一致感有」185名(28.3

%)であり、感じているという看護師は少なかった。不一致を感じずる内容については表5に示す。

「具体的ケアの中味」では、「退院後の関わり」98名(53.0%)、「児と母親の面会」96名(51.9%)、「児の思い出の品を残す」76名(41.1%)の順に多く、「対象の接し方・言動」では、「関わり合いの度合い」113名(61.1%)、「関わり合いの質」104名(56.2%)が多かった。

#### 4. 考察

##### 4.1 周産期の死の現状

全国的にみると、自然死産率は1960年代には出産1000対比で52.3であったが、1983年には25.4と半減し、2005年には12.3とさらに半減をみている。また、周産期死亡率においても新生児医療が独立した診療体系として機能するにつれて急速に低下し、1979年には出生1000対比で21.6であったが、1990年には11.1と半

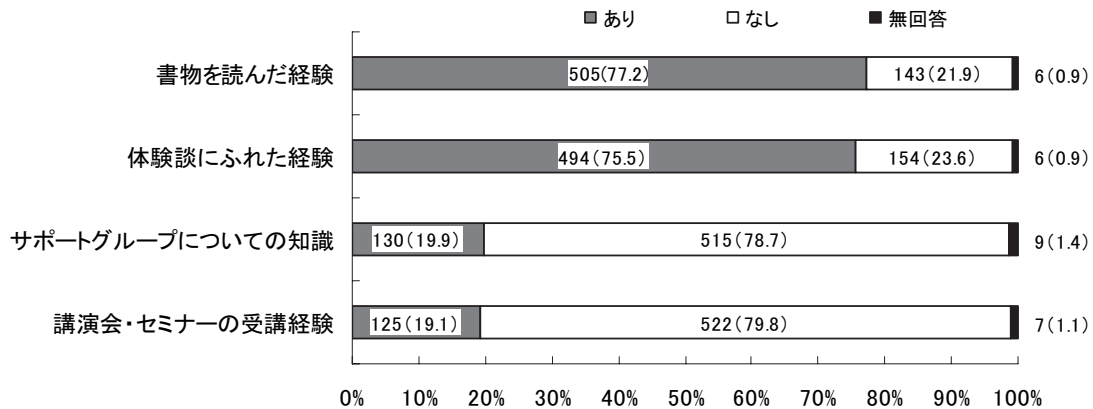


図1 周産期の死のケアに関する学習経験・知識の実態

N=654

表2 周産期の死のケアの知識に対する自己評価と不足していると思う知識内容 N=654

項目	人数(名)・割合(%)
<b>周産期の死のケアの知識に対する自己評価</b>	
十分あると思う	3 (0.5)
ある程度あると思う	72 (11.0)
あまり十分でないと思う	195 (29.8)
かなり不足していると思う	376 (57.5)
無回答	8 (1.2)
<b>不足していると思う知識内容(複数回答)</b>	
基本的知識	571 (100)
ケア方法	426 (74.6)
ケア時の自分の感情への対処方法	373 (65.3)
周産期の死の特殊性	328 (57.4)
対象の悲嘆過程	314 (55.0)
上記基本的知識すべて	46 (8.1)
ケア実践のための具体的なコミュニケーションの取り方	408 (71.5)
上記の項目すべて不足していると感じている	232 (40.6)

減し、2005年には4.8とさらに半減をみており、世界のトップレベルとなっている<sup>5)15)</sup>。北陸における2005年の統計的現状をみてみると、自然死産率については石川13.4(実数137)、富山13.3(実数123)、福井12.1(実数89)、周産期死亡率については石川5.2(実数52)、富山4.0(実数36)、福井4.0(実数29)であり、全国平均を少し上回っている県もみられるが、ほぼ全国平均並である<sup>15)</sup>。これらの年間自然死産、周産期死亡の実数を分娩を取り扱っていると考えられる施設(約100施設)でわると1施設1年間に3~4件の周産期の死に遭遇すると

考えられる。今回の調査では、施設の年間自然死産・早期新生児死亡数の合計数が5例以下の施設に勤務する看護者が80%を占めたという結果より、統計的データと比較しても周産期の死に接する機会は平均的な集団であるといえる。以上より、周産期の死は1施設年間3~4例しか起こらず、看護者として関わる機会は決して多いとはいえない。しかし、厚生労働省が推進する「健やか親子21」<sup>16)</sup>でも、周産期の死に対する指標は現在の水準を維持するように示されており、周産期の死はこれ以上減ることはなく、今後も数は少ないが必ず起こるものと考え

表3 周産期の死のケア経験の有無による背景およびケアに関する学習経験・知識の比較 N=654

項目 (n=人数)	範囲	平均±標準偏差	P値
<b>年齢 (N=640)</b>			
ケア経験有り (n=398)	21 - 63	36.6 ± 9.5	] **
ケア経験無し (n=242)	19 - 62	33.9 ± 9.6	
<b>産科就業年数 (N=627)</b>			
ケア経験有り (n=391)	0.5 - 35	9.7 ± 7.6	] **
ケア経験無し (n=236)	0.2 - 36	4.1 ± 5.9	
<b>周産期の死のケアに対する学習経験・知識の程度 (N=638)</b>			
ケア経験有り (n=399)	4 - 16	8.6 ± 2.5	] **
ケア経験無し (n=239)	4 - 15	6.6 ± 2.4	
<b>周産期の死のケアの知識に対する自己評価 (N=644)</b>			
ケア経験有り (n=399)	1 - 4	1.7 ± 0.7	] **
ケア経験無し (n=241)	1 - 4	1.3 ± 0.6	

(Mann-Whitney の U 検定 \*\*p< .01 )

項目 (n=人数)	人数(名)・割合(%)	人数(名)・割合(%)	P値
<b>周産期の死のケアに関する書物を読んだ経験 (N=642)</b>			
	有り	無し	] **
ケア経験有り (n=402)	361 (89.8%)	41 (10.2%)	
ケア経験無し (n=240)	139 (57.9%)	101 (42.1%)	
	有り	無し	
<b>周産期の死のケアに関する体験談にふれた経験 (N=642)</b>			
	有り	無し	] **
ケア経験有り (n=402)	343 (85.3%)	59 (14.7%)	
ケア経験無し (n=240)	145 (60.4%)	95 (39.6%)	
	有り	無し	
<b>サポートグループについての知識 (N=639)</b>			
	有り	無し	] **
ケア経験有り (n=399)	103 (25.8%)	296 (74.2%)	
ケア経験無し (n=240)	26 (10.8%)	214 (89.2%)	
	有り	無し	
<b>講演会・セミナーの受講経験 (N=641)</b>			
	有り	無し	] **
ケア経験有り (n=400)	65 (16.3%)	335 (83.8%)	
ケア経験無し (n=241)	13 (5.4%)	228 (94.6%)	
	有り	無し	
<b>周産期の死のケアの知識に対する自己評価 (N=256)</b>			
	十分・ある程度	かなり不足	] **
ケア経験有り (n=399)	64 (16.0%)	335 (84.0%)	
ケア経験無し (n=241)	10 (4.1%)	231 (95.9%)	
	十分・ある程度	かなり不足	

( $\chi^2$  検定 \*\*p< .01 )

表4 職種による背景および周産期の死のケアに関する学習経験・知識の比較

N=654

項目 (n=人数)	範囲	平均±標準偏差	P値
<b>年齢 (N=647)</b>			
助産師 (n=308)	21 - 63	35.7 ± 9.6	] * *
看護師 (n=271)	21 - 55	34.1 ± 8.9	
准看護師 (n=68)	19 - 60	41.6 ± 11.0	
<b>産科就業年数 (N=633)</b>			
助産師 (n=301)	0.5 - 33.0	10.2 ± 7.9	] * *
看護師 (n=268)	0.2 - 25.0	3.9 ± 4.4	
准看護師 (n=64)	0.5 - 36.0	11.1 ± 9.8	
<b>周産期の死のケアに対する学習経験・知識の程度 (N=642)</b>			
助産師 (n=308)	4.0 - 16.0	9.5 ± 2.4	] * *
看護師 (n=269)	4.0 - 15.0	6.4 ± 2.0	
准看護師 (n=65)	4.0 - 10.0	6.8 ± 1.8	
<b>周産期の死のケアの知識に対する自己評価 (N=644)</b>			
助産師 (n=307)	1.0 - 3.0	1.8 ± 0.7	] **
看護師 (n=271)	1.0 - 4.0	1.2 ± 0.5	
准看護師 (n=66)	1.0 - 4.0	1.5 ± 0.7	

(Mann-Whitney の U 検定 \*\*p<.01 \*p<.05)

項目 (n=人数)	人数 (名)・割合 (%)	人数 (名)・割合 (%)	P値
<b>周産期の死のケアの経験例数 (N=279)</b>			
	5例未満	5例以上	
助産師 (n=199)	99 (49.7%)	100 (50.3%)	] ** *
看護師 (n=63)	49 (77.8%)	14 (22.2%)	
准看護師 (n=17)	13 (76.5%)	4 (23.5%)	

(フィッシャー直接法 \*\*p<.01 \*p<.05)

表5 周産期の死のケアにおいて看護者間のケアに対して不一致を感じる内容(複数回答) n=185

項目	人数 (名)・割合 (%)
具体的ケアの中味	
退院後の関わり	98 (53.0)
児と母親の面会	96 (51.9)
児の思い出の品を残す	76 (41.1)
対象への接し方・言動	
関わりの方合い	113 (61.1)
関わりの方質	104 (56.2)
言動	29 (15.7)
無回答	1 (0.5)

えられる。医療の進歩により妊娠、出産時の児の死亡率は著しく減少し、医療者も関わる機会が少ないこと、入院期間も短く、正常妊娠・分娩・産褥へのケアが主となっている現状から、産科に携わる看護者はこれまで、周産期の死のケアは見過ごしがちにしてきた分野であり、充実させていく必要があると考える。

#### 4. 2 周産期の死のケアに関する学習経験・知識

周産期の死に関する書物を読んだ経験や周産

期の死を体験した方の体験談にふれた経験は75%以上を占めていたが、講演会やセミナーで学習した経験や、具体的にサポートグループについての活動内容まで把握している看護者が20%と少ないという実態が明らかになった。周産期の死のケアに関する書物は、最近では、周産期の死のケアのあり方について様々な母性看護のテキストにも載せられるようになった。また、専門雑誌による特集が組まれていること<sup>17)18)19)20)</sup>、一般向けの本として2002年に周産期の死の体験者が「誕生死」<sup>21)</sup>という本を出版し、ベストセラーとなり、誕生死という言葉とともに話題となったこと等により、遭遇する機会は以前より増えた結果であると考えられる。しかし、周産期の死のケアに関する講演会やセミナーの開催は一部のみで、全国的に行われている状況とはいえない。学習したいと思っても探すのが困難であったり、地理的に行きにくい状況であることが受講経験の割合を低くしている要因であると考えられる。新道他<sup>22)</sup>は助産師のメンタルヘルスカ能力育成を目的とした卒業教育プログラムを実施し、そのプログラムの一部に周産

期の死のケアについての内容を組み込んでいる。また、「誕生死を知るためのつどい」や「誕生死セミナー」、「グリーフケア研究会」等が行われているが、いずれも関東や関西で行われており、北陸で行われているものはない。周産期の死に関わる臨床心理士等の講演はあっても、臨床で働いている看護師が学習する環境としては十分ではなく、北陸で継続的に学習できるプログラムが必要であると考え、サポートグループの活動は全国的には「SIDS 家族の会」や「With ゆう」、「わたぼうしの会」、「お空の天使パパ&ママ会」等見られ、ホームページには紹介されているが、まだ浸透していない状況であることが考えられる。福井<sup>2)</sup>の医療者を対象にした調査においても、SIDS 家族の会が SIDS だけでなく、周産期の死で児を亡くした対象についてもサポートしているという事実を知らない医療者が 70% と多かったという結果からも推察される。今後、看護師にサポートグループの存在・活動を広めることによって、退院時や継続ケア実施時に周産期の死のケアを経験した対象を紹介できるようになるのではないかと考える。また、北陸においては、まだ活発に周産期の死を体験した方のサポートグループの活動が行われていない現状もあることから、医療者がサポートしながら、活動を広めていくことも必要と考える。

周産期の死のケアの知識に対する自己評価として、十分でない・不足していると感じている看護師が約 90% を占めているという結果より、多くの看護師は現状の知識で満足していないということが明らかになった。不足していると思う知識内容として、70% 以上の看護師が「ケア実践のための具体的コミュニケーションのとり方」、「ケア方法」、60% 以上の看護師が「ケア時の自分の感情への対処方法」をあげており、書物上での知識がいくらあったとしても、それを実践するための具体的方法についての知識が不足していると感じているということが推察された。このことから、特に、卒後教育等で実践力をつけるためのロールプレイ等学習方法を取り入れ、強化していく必要があることが示唆された。Burnell et al.<sup>7)</sup>は周産期の死のケアに関する教育プログラム実施の必要性を述べており、その形態として定期的に行われるセミナー形式、専門家によるワークショップ、ロールプレイ、研究プロジェクト、教材の活用を挙げている。また、参加者にニーズを調査してから実施すべきであるとも述べられている<sup>23)</sup>。以上のことから、今後、教育プログラムを開発していくためには、看護師が不足していると感じている知識内容を具体的に引き出し、教育の形態も実践に活用できるためには、講義形式のみでなく、多様な形式を取り入れていく必要があると

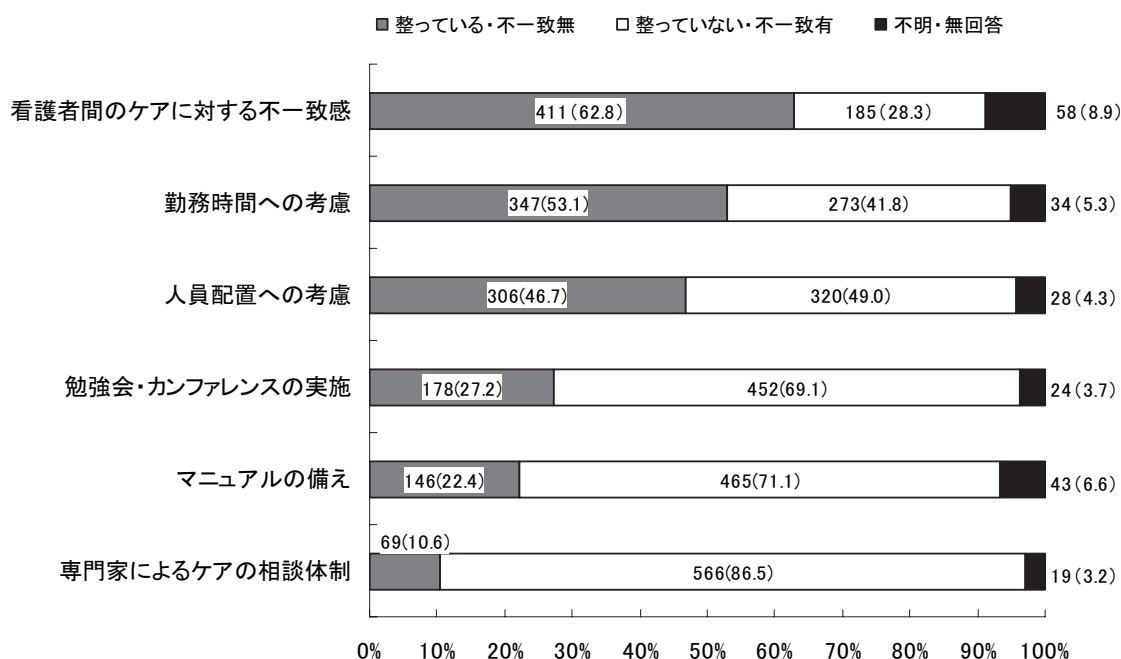


図2 周産期の死のケア環境の実態

N=654



考える。

周産期の死のケアに関する学習経験・知識の程度をケア経験の有無および職種で比較した結果、ケア経験者ならびに助産師の学習経験・知識の程度が他と比較して高い結果であった。助産師は分娩を担当するというので、他の職種よりも周産期の死のケアに関わる機会が多いことが考えられる。ケアを経験することによって、学習の必要性を感じ、自ら学んだ結果が学習・知識の程度として反映しているのではないかと推察された。今後はケア未経験者や経験の少ない看護者に対しては、経験の少なさを補うために経験を共有したり、学習の機会をもうける必要があると考える。

#### 4. 3 周産期の死のケア環境の実態

周産期の死のケア環境としては、施設における勉強会・カンファレンスの実施、マニュアルの備え、専門家によるケアの相談体制の不十分さの実態が明らかになった。勉強会・カンファレンスの実施については、実施していると答えた人は、178名(27.2%)であり、70%以上が勉強会・カンファレンスが実施されていないと認識していた。藤村他<sup>4)</sup>の調査では、「毎回行う」と「時々行う」の対象を合わせると、157名(88.2%)であり、岩手県の実態よりは「行っている」施設が大幅に少ないことが明らかとなり、看護者はケア時の様々な感情を自分で処理し、個人の経験、判断でケアを行っているという推察された。Hay et al.<sup>24)</sup>はカンファレンスの目的はその場で怒り、恐れ等様々な感情を表明することによって、他のスタッフと感情を分かち合えること、ケア対象者との関わりにおいて、新しい意見や考え方を交換することができること、自分の感情を認めることができることであると述べている。また、実施するときは経験豊かで知識も豊富なスタッフが中心となっていくことが求められるとも述べている。よって、前述したように教育体制を整えるとともに、教育を受けたスタッフが中心となり、カンファレンスを実施する体制を作っていくことが望まれる。

マニュアルの備えについては20%しか活用されておらず、「全くない」と答えた対象が約50%以上を占め、80%以上がマニュアルがないか、あっても活用されていない状況であると認識していた。藤村他<sup>4)</sup>の調査では、マニュアルが「ない」と回答したものが71.3%であり、岩手

県の実態よりは「ない」施設は少ないが、北陸においてもやはり、マニュアルの備え・活用が十分でない実態が明らかになった。また、マニュアルの内容については、今回調査しておらず、活用されているものでも、質的に十分なものであるかどうかについては不明である。マニュアルがすべてではなく、個別性を配慮しながら使用していくべきではあるが、新人看護者や新任看護者であっても、基本的なケアは理解できるようにすること、病棟の看護の方針を明確にするためにおいても必要であると考え。井上他<sup>9)</sup>の病棟でケアのガイドラインを作成し、援助した結果、ケア対象者からの評価を受けることができたという報告からも、マニュアルを作成し、活用していく工夫が求められる。

専門家によるケアの相談体制については「全く配置されていない」と答えた対象が507名(77.5%)であり、配置が十分でない実態が明らかになった。福井<sup>12)</sup>の全国の産婦人科に対する調査では、配置されている施設は9%と本研究のデータよりも低く、全国的にもまだまだ配置が十分ではなく、今後の配置の充実が望まれる。

看護者間のケアに対する不一致感についてはカンファレンスの実施が70%以上なされていないと認識しているにもかかわらず、不一致を感じているという看護者は約30%と少なかった。これは他の看護者のケアが見えていないため、不一致なのかどうかもわからない看護者が多いのではないかと考えられる。不一致を感じている看護者の感じている内容はケア内容では「児と母親の面会」、「退院後の関わり」、「児の思い出の品を残す」、関わり方に関しては、「関わり度合い」や「関わり質」が多くみられ、ケアの有用性やどこまで臨床で関わるべきかカンファレンスで話し合っていく必要があると考えられる。

#### 5. 終わりに

周産期の死のケアに関する看護者の知識と施設のケア環境の実態を明らかにすることを目的に北陸で分娩を取り扱っている産科施設に勤務する看護者に調査し、以下の結果が得られた。

1. 周産期の死のケアに関する書物を読んだ経験や周産期の死の体験者の体験談にふれた経験がある看護者は75%以上みられたが、サポートグループの存在や活動について知っている看護

者、講演会やセミナーの受講経験のある看護師はそれぞれ 20% であった。

2. 周産期の死のケアに対する知識が不足していると感じている看護師は約 90% を占め、特に具体的ケア方法についての知識が不足していると感じていた。

3. ケアのマニュアルの活用、勉強会・カンファレンスの実施がなされていると回答した看護師は 25% 前後であり、専門家によるケアについての相談体制があると回答した看護師は約 10% であった。

これらのことから、北陸で継続的に実践に即した具体的内容で学習できるプログラムが必要であり、教育の現場で今後、卒後教育として考えていく必要があると考える。また、北陸においてサポートグループの活動を拡大していくとともに、全国で活動しているサポートグループについての情報も広めていく必要があると考える。ケア環境としてはそれぞれの臨床の現場ではカンファレンス・勉強会の充実をはかり、専門家によるケアの相談体制の整備が必要であることと、施設間においてもお互いのケア経験を共有・学習できる場が必要と考える。

### 謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただきました北陸の産婦人科医療施設の院長、看護部長、産婦人科病棟師長、ならびにスタッフの皆様には深く感謝いたします。

なお本研究は、金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程平成 17 年度修士論文として提出した内容の一部を修正・加筆したものである。また、本研究の一部を第 22 回北陸母性衛生学会において発表した。

### 引用文献

- 1) Gardner, J.M. : Perinatal death : uncovering the needs of midwives and nurses and exploring helpful interventions in the United States, England, and Japan, *Journal of Transcultural Nursing*, (10)2, 120-130, 1999.
- 2) 金美江・藤谷智子・浅井有紀他 : 死産に立ち会う助産婦の心理過程とその役割, *大阪府立母子医療センター雑誌*, 16(1), 59-64, 2000.
- 3) 福田紀子 : 特集 : 死産・流産のケア援助者である助産師・看護師をケアする大切さ, *助産婦雑誌*, 56(9), 41-45, 2002.
- 4) 藤村由希子, 安藤広子 : 岩手県における死産, 早期新生児死亡に対するケアの実態調査, *岩手県立大学看護学部紀要*, 61, 83-91, 2004.
- 5) 竹内正人 : 赤ちゃんの死を前にして 流産・死産・新生児死亡への関わり方とこころのケア, 中央法規出版株式会社, 2004.
- 6) Donna H. E. & Rodger Frank Ewy : *Death of dream ; Miscarriage, stillbirth, and newborn loss*, Boulder, Colorado, 1984. (梅津祐良他訳 : 赤ちゃんを亡くした両親への援助, メディカ出版, 1985.)
- 7) Burnell, G. M. & Burnell, A. L. : *Clinical management of bereavement a handbook for health-care professionals*, Human Sciences Press, Inc., New York, 1989. (長谷川浩他訳 : 死別の悲しみの臨床, 医学書院, 1994.)
- 8) Stillbirth and Neonatal Death Society (SANDS) : *Miscarriage, stillbirth, neonatal death guidelines for professionals*, SANDS, London, 1991. (竹内徹訳 : 周産期の死 死別された両親へのケア, メディカ出版, 1993.)
- 9) 井上京子, 浜崎奈津子, 芦田美樹子他 : 特集 死産・流産のケア 大阪府立母子保健センターの実践 ガイドラインを中心に, *助産婦雑誌*, 56(9), 27-31, 2002.
- 10) 高橋由佳理, 福井トシ子 : 特集 死産・流産のケア 杏林大学病院の実践 看護方針の確立で, しっかりケアができるようになった, *助産婦雑誌*, 56(9), 32-37, 2002.
- 11) 関和男 : 特集 死産・流産のケア 横浜市立大学市民総合医療センター母子医療センターの実践 医療者に求められるものを自覚しつつ, *助産婦雑誌*, 56(9), 38-40, 2002.
- 12) 福井ステファニー : 幼い子を亡くした家族への心のケアと SIDS 危険因子に関する遺族・産婦人科・小児科・保育園へのアンケート調査結果, *SIDS 家族の会*, 2004.
- 13) 米田昌代 : 周産期の死の「望ましいケア」の実態および看護師のケアに対する評価とその関連要因, *日本助産学会誌*, 21(2), 40-51, 2007.
- 14) 岡永真由美 : 流産・死産・新生児死亡にかかわる助産師によるケアの現状, *日本助産学会誌*, 19(2), 49-58, 2005.
- 15) 母子衛生研究会編 : 母子保健の主なる統計 平成 18 年度版, 母子保健事業団, 2007.
- 16) 厚生労働省科学研究 (子ども家庭総合研究事業)

- 研究班：「健やか親子 21」公式ホームページ。[オンライン, <http://rhino.yamanashi-med.ac.jp/sukoyaka/mokuhyou3.html>], 厚生労働省, 10.25.2007.
- 17) 北村俊則, 福井ステファニー, 堀田匡哉他: 特集 死産・流産のケア, 助産婦雑誌, 56(9), 9-45, 2002.
- 18) 竹内徹企画: 特集 NICU 最前線 悲しみを乗り越える 赤ちゃんの死と家族のケア, Neonatal Care, 15(2), 10-39, 2002.
- 19) 後藤彰子企画: 特集事例検証! 流産・死産・新生児死を経験した母親とその家族へのケア, ペリネイタルケア, 23(11), 10-52, 2004.
- 20) 西巻滋, 石井慶子, 太田尚子他: 特集 周産期に子どもを亡くした家族に寄り添う, 助産雑誌, 60(11), 935-976, 2006.
- 21) 流産・死産・新生児死で子どもを亡くした親の会: 誕生死, 三省堂, 2002.
- 22) 新道幸恵: 妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究「助産婦のメンタルヘルスケア能力育成を目的とした卒後教育プログラムに関する研究」, 平成 11 年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業) 報告書, 第 1/6: 39-49, 2000.
- 23) Miles, M. S.: The effects of a course on death and grief on nurses' attitudes toward dying patients and death. *Death Education*, 4(1), 245-260, 1980.
- 24) Hay, D. & Oken, D.: The psychological stresses of Intensive Care Unit nursing. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with Physical illness..New York*, Plenum, 1977.
- (受付: 2007年11月16日, 受理: 2007年12月19日)

## Present status of nurses' knowledge of prenatal death and its care environment

Masayo YONEDA, Noriko TABUCHI, Akemi SAKAI

### Abstract

To clarify the present status of nurses' knowledge of prenatal death and its care environment, we performed a survey in nurses working in obstetric institutions dealing with deliveries in the Hokuriku region, and analyzed the results obtained from 654 nurses.

More than 75% of the nurses had read books concerning care after perinatal death or listened to or read experiences of people who lost their children during the prenatal period, but only 20% each knew of the presence/activities of support groups and had attended lectures and seminars. About 90% of the nurses considered that their knowledge was inadequate, and, particularly, many nurses felt that their knowledge of concrete care methods was insufficient. Concerning the care environment, about 25% of the nurses replied that study meetings/conferences were held care manuals were used, and about 10% replied that there is a care consultation system provided by specialists.

These results suggest the necessity for programs allowing the continuous learning of concrete contents conforming to practice in the Hokuriku region and the enrichment of study meetings/conferences and consultation systems by specialists in care environments.

**Key words** stillbirth, early neonatal death, care-givers, knowledge, care environment

## 報告

## 認知症予防ボランティアの会が身体障害者の会と共に行う

## 認知症予防活動の評価

## — 身体障害者の会の変化から —

細川淳子 松平裕佳 金子紀子 天津栄子\* 佐藤弘美

金川克子 前田充代 藤田茂美\*\*

## 概要

本研究は、地域住民による認知症予防ボランティア（以下、ボランティア）が身体障害者の会（以下、リハビリ友の会）に訪問活動を（1クール10回を1年間で3クール）実施したことによるリハビリ友の会会員の変化を明らかにすることを目的とした。対象は、認知症予防活動に参加したリハビリ友の会会員であり、認知症予防活動の参加前後における認知機能やQOLの変化を調査した。結果、1) 3クール目の前後においてFAB得点是对応のあるt検定を行った結果、有意に活動終了後の得点が高かった。2) 年間を通し、半数以上参加したものの多くにFAB得点の上昇が認められた。3) 個人の変化をSF-36および感想からみると、それぞれ個別の変化が見られたが、多くは参加することが楽しいという段階であり、認知機能の維持向上を生活実感として感じている者は少なかった。

キーワード 認知症、予防、身体障害者の会、ボランティア

## 1. はじめに

我が国では2015年に戦後生まれの団塊の世代が65歳以上の年齢に到達し、認知症高齢者の数は250万人に達すると推計されている<sup>1)</sup>。将来を見据えた総合的な認知症対策が必要とされ、各地で介護予防事業の1つである認知症予防が行われてきている。その中で、地域のリーダーの人材育成が課題とされ、地域住民自らが予防行動を身につける、力量形成が不可欠とされている。

そこで我々は、地域で認知症予防活動の具体的な活動にかかわる人材を地域から発掘・育成し、認知症予防が必要な高齢者に対し、適切な認知症予防活動を継続・定着させていくことが重要であると考え2003年12月、地域で、認知症予防ボランティアの会「いちご会」を立ち上げ<sup>2)</sup>、地域リーダーの人材育成を行ってきた。本研究は、いちご会が地域の身体障害者の会である、リハビリ友の会会員と認知症予防活動を行い、その活動におけるリハビリ友の会会員の変化を明らかにすることで、ボランティア活動を

評価することを目的とした。

## 2. 研究方法

## 2.1 これまでの取り組み

2003年12月から月に1回ずつ定例会を開き、認知症に関する学習を続けながら、認知症予防ボランティアの会（以下、いちご会）のあり方を検討してきた<sup>3)</sup>。いちご会会員は、2007年3月時点で34名（うち男性6名、平均年齢65歳）であり、2007年4月にはK市社会福祉協議会にボランティア団体として加盟登録した。月に1回の定例会に加え、地域の社会福祉センターでクラブ活動（パソコン・絵手紙・童謡・手芸）を行い、センター外でも訪問活動に取り組んでいる。その訪問活動の1つとして、リハビリ友の会会員との認知症予防活動がある。図1には、いちご会の目標とその目標を達成するための活動内容を示した。上段の四角に、目標を示し、矢印の先に活動内容を示した。

## 2.2 研究対象

認知症予防活動に参加したリハビリ友の会会員を対象に調査を行った。

\* 金沢医科大学医学部看護学科

\*\* かほく市健康福祉課

2. 3 認知症予防活動の実際

活動は1回2時間, 1クール10回で構成し, 3クール実施した. 1回の基本的なプログラム内容を表1に示した. まず自己紹介をし, リハビリ体操を行い, リアリティーオリエンテーショ

ン(以下, RO)を行う. その後, その日のテーマに沿った内容を行い, 活動内容の振り返りをし, 最後に歌をうたって終了する. 活動中は, 認知症の前段階で機能低下するといわれている<sup>4)</sup>, エピソード記憶・注意分割機能・計画力を

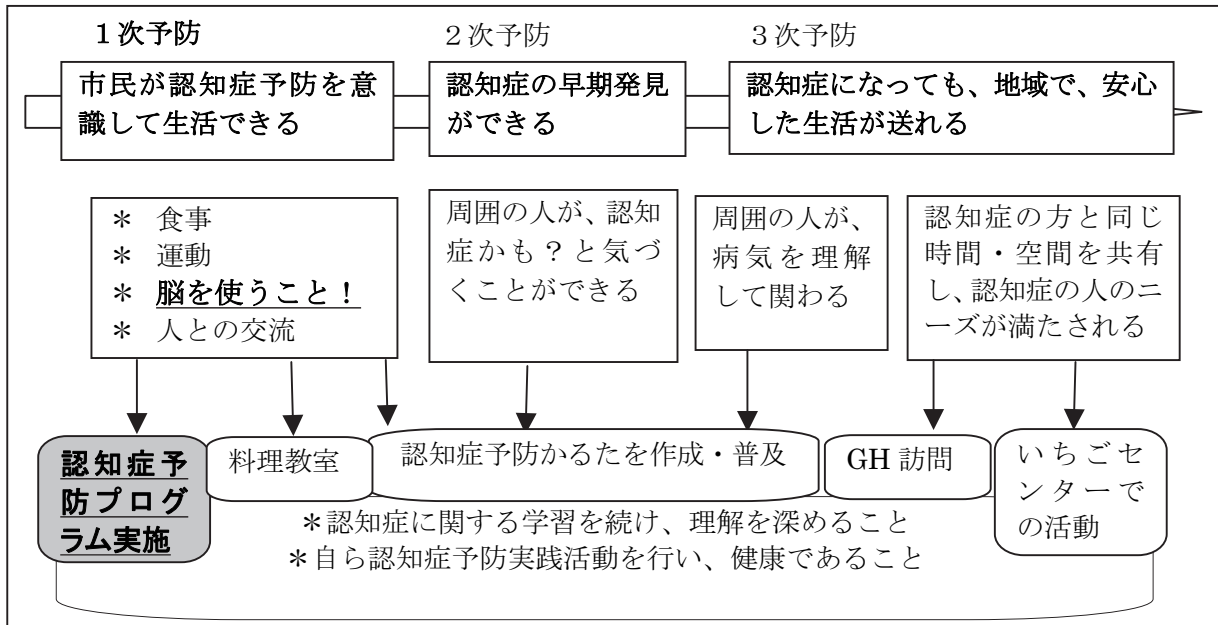


図1. 認知症予防ボランティアの会 (いちご会) の全体像 (2007.6)

表1. プログラムの概要

内容	(所要時間)	目的・ねらい
・自己紹介	(10分)	話すことを整理し、他者へ伝える
・リハビリ体操	(10分)	運動の大事さの認知ができる
・RO	(10分)	見当識の確認
・テーマに沿った内容	(60分)	頭をつかう・楽しむ・人との交流
・活動の振り返り	(15分)	思い出す習慣をつける
・歌	(5分)	楽しみながらの音読

表2. 認知症予防活動の実施概要

	1クール目	2クール目	3クール目
実施期間	2006年8月~2006年11月	2007年1月~2007年3月	2007年5月~2007年7月
参加者数 (リハビリ友の会)	11~14名 (平均: 13.1名)	15~19名 (平均: 17.5名)	14~19名 (平均: 17.1名)
参加者数 (いちご会)	5~10名 (平均: 7.9名)	5~10名 (平均: 7.5名)	2~7名 (平均: 4.2名)
テーマ企画	研究者	リハビリ友の会会員が行って みたいことを話し合って企画	リハビリ友の会会員が行って みたいことを話し合って企画
リーダー (ファシリテーター)	いちご会 (研究者含む)	いちご会 (研究者含む)	奇数回: いちご会 (研究者含む) 偶数回: リハビリ友の会
その他	毎回、認知症に関するミニ学習をRO後に5~10分、実施した	認知症に関するミニ学習は行わず、2クール目開始前に1時間の講義を行った	いちご会は奇数回のみ参加し、偶数回はリハビリ友の会だけで行った

鍛えることを意識した。

## 2. 4 データ収集方法

活動開始前と1クール(10回)の活動終了毎に計4回、調査を実施した。調査内容は、前頭葉機能検査(Frontal assessment battery:以下、FAB)<sup>5)</sup>、1分間動物名想起テスト(以下、動物名想起)、認知症タッチパネルスクリーニングテスト(以下、タッチパネル)<sup>6)</sup>、SF-36<sup>7)</sup>である。また、一年間の活動終了後の感想・意見の記載内容も分析データとした。

## 2. 5 データ収集期間

2006年7月～2007年8月

## 2. 6 データ分析方法

各クールにおいて、半数以上参加し、前後の調査に参加した者のFAB、動物名想起、タッチパネルの前後の得点比較として、対応のあるt検定を行った。また、年間を通して半数以上の参加があった者については、SF-36の8項目の下位尺度について各人の活動開始前後における得点比較として対応のあるt検定を行った。いずれも解析にはSPSSver.15.0を用い、有意水準を5%に設定した。

一年間の活動終了後の感想・意見の自由記載から、認知症に対する考え方や日頃の行動、態度など自己の変化について語られた部分を抽出し、その内容の要約をおこなった。

## 2. 7 倫理的配慮

対象者には研究の目的や方法、調査を拒否しても途中で辞退しても不利益が生じないこと、

調査結果は研究目的以外で使用するのではなく、論文等の発表においては匿名化することを書面と口頭で説明し、書面にて同意を得た。尚、本研究は、石川県立看護大学倫理委員会の承認を受けた。

## 3. 結果

### 3. 1 活動の実施状況

各クールにおけるリハビリ友の会、いちご会会員の出席者数および実施状況を表2に示した。リハビリ友の会からいちご会へ絵手紙教室の講師依頼があり、リハビリかるたの作成を支援したことをきっかけとし、交流が開始した。その為、第1クール開始時は絵手紙を基本とし、その中でテーマを決めて活動してきたが、リハビリ友の会会員から、絵手紙だけでなくいろいろなことをしたいという申し出があり、途中から、ゲームやチームでの作品作りを企画した。芸術の秋は、3チームに別れ3作品を仕上げた。作品は大学祭にて展示した。毎回のリーダーはいちご会が務め、各回のRO後に、認知症に関するミニ学習を行った。1クール終了後にリハビリ友の会会長と研究者が話し合ったところ、活動は継続したいが、認知症と聞くだけで来たくないという会員がいるため、ミニ学習を最初にまとめて実施することとした。また、2クール目からは、リハビリ友の会会員と行いたいことを話し合い、その話し合いでテーマを決定した。3クール目は、奇数回はいちご会と活動を行い、偶数回はリハビリ友の会がリーダーを務め、リハビリ友の会のみで行った。各クールでとりあげたテーマを表3に示した。

表3. 各クールのテーマ一覧

回数	1クール目	2クール目	3クール目
1	絵手紙「自己紹介」	風船バレーボール	風船バレーボール
2	絵手紙「盆踊り」	ちぎり絵作成(個人)	スカットボール
3	絵手紙「川柳・俳句」	ことわざかるた	しりとり・ことば遊び
4	絵手紙「自分史」	ダーツ&輪投げ	ことわざかるた
5	輪投げ	チョコホットケーキ作り	ビーズのれんぶくり1
6	芸術の秋1(計画)	ことば遊び	(行事のため中止)
7	芸術の秋2(ちぎり絵制作)	グラウンドゴルフ	ビーズのれんぶくり2
8	芸術の秋3(ちぎり絵仕上げ)	しりとり・早口言葉・ハンカチゲーム	ビーズのれんぶくり3
9	里芋だんご作り	クッキー作り	ダーツ&輪投げ
10	グラウンドゴルフ	展示パネルの作成	盆踊り(うちわ作り)

### 3. 2 認知機能得点の変化

表4には、各クールの前後比較におけるFAB、動物名想起、タッチパネルの得点の平均点を示した。対応のあるt検定において有意差が認められたのは、第3クールの前後におけるFABの得点であった。

表4. 認知機能得点の変化

	実施前	実施後
<b>1クール目 (n=10 男性6名、平均年齢 69.3±7.6歳)</b>		
FAB (点)	13.6±2.0	14.4±2.1
動物名想起 (個)	13.8±3.5	13.2±3.5
タッチパネル (点)	13.9±0.9	13.9±1.2
<b>2クール目 (n=17 男性9名、平均年齢 71.0±8.2歳)</b>		
FAB (点)	13.6±2.8	13.8±2.4
動物名想起 (個)	13.3±4.8	14.6±4.2
タッチパネル (点)	13.9±1.1	14.3±0.8
<b>3クール目 (n=15 男性8名、平均年齢 70.9±7.8歳)</b>		
FAB (点)	13.8±2.3	15.1±1.9**
動物名想起 (個)	14.0±4.5	15.9±4.4
タッチパネル (点)	14.3±0.7	14.3±0.9

\*\* p < 0.01

### 3. 3 1年間のQOLと認知機能評価

表5には、1年間で半数以上の参加があった17名のSF-36得点の平均点を示した。対応のあるt検定において有意水準1%で有意差が認められたのは、「身体役割機能」「体の痛み」「心の健康」であり、有意水準5%で有意差が認められたのは「社会生活機能」「精神役割機能」であった。どちらも介入前に比べ、介入後の得点の方が高い得点を示した。

認知機能においては、個人の前後の得点を図2~4で示した。FABは実施前より得点が低下した者が2名いるものの、多くが維持・改善した。動物名想起テストも同様に、実施前の方がより多くの動物名を言えた者が4名いたもの

表5. 健康関連QOLの変化 (n=17)

SF-36	実施前	実施後
身体機能	23.9±15.7	33.8±12.7
身体役割機能	36.5±11.5	48.7±9.1**
体の痛み	37.9±9.8	45.1±7.9**
社会生活機能	41.2±7.2	47.7±11.6*
全体的健康感	49.0±8.8	51.7±8.9
活力	43.5±11.8	51.8±9.0
精神役割機能	42.4±13.5	53.5±6.7*
心の健康	45.7±9.7	56.0±8.8**

\*\* p < 0.01 \* p < 0.05

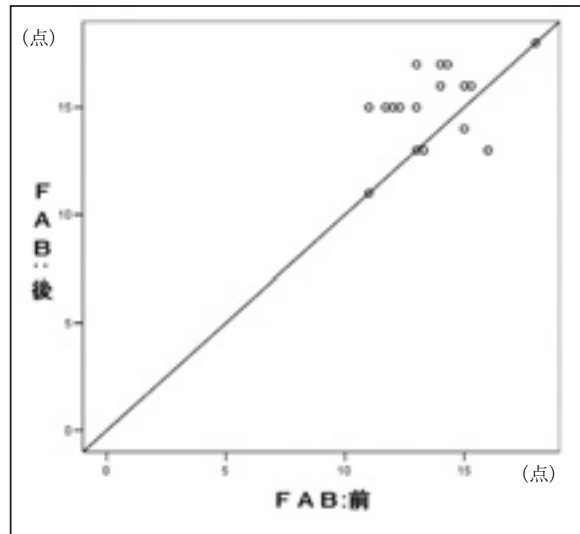


図2. 年間半数以上の参加があった者の活動前後におけるFAB得点の変化(n=17)

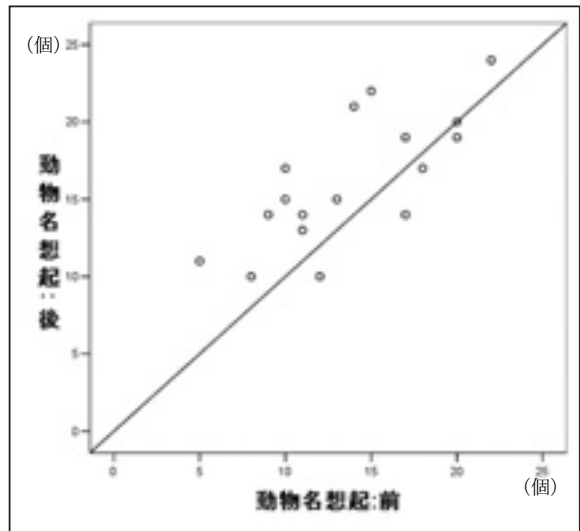


図3. 年間半数以上の参加があった者の活動前後における動物名想起数の変化(n=17)

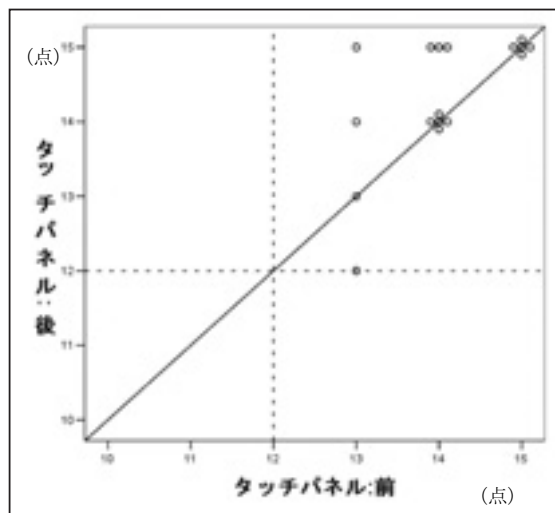


図4. 年間半数以上の参加があった者の活動前後におけるタッチパネル得点の変化(n=17)

の、その他は実施後のテストの方が多くの動物名を挙げる事が出来ていた。タッチパネルスクリーニングテストでは、認知症のボーダーラインとされる12点以下は、実施後の時点で1名のみであり、その他はほぼ変動がなかった。

### 3. 4 代表事例

図5~7には、個別の認知機能とQOLの1年間の変化を示した。

K氏は、一人暮らしの女性で、人前で話すことを苦手としていた。しかし、ほとんど休まずに参加し、徐々に人前で話せるようになったと

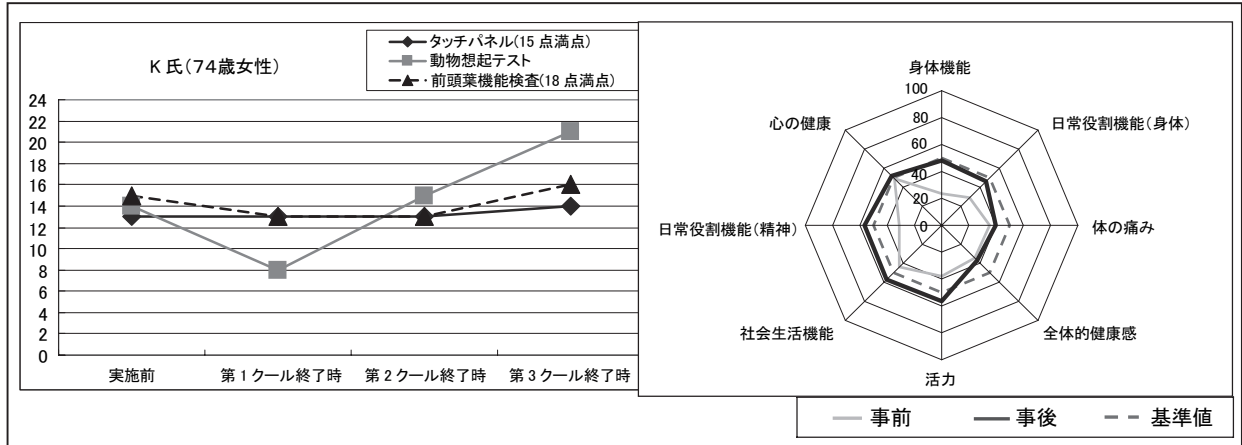


図5. 1年間の変化 (K氏)

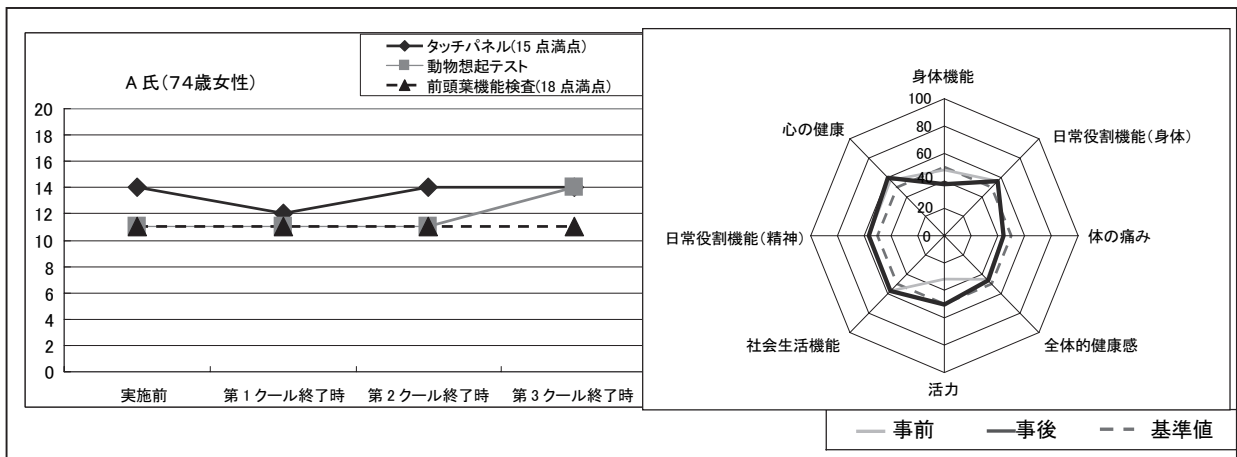


図6. 1年間の変化 (A氏)

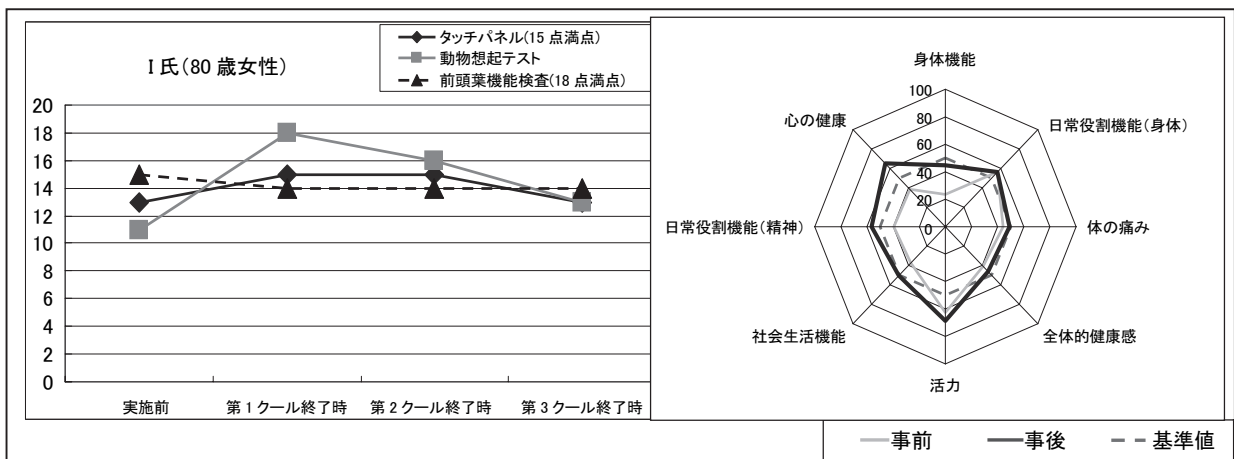


図7. 1年間の変化 (I氏)



共に、人の話も聞けるようになり、『今まで自分が人を見る目がおかしかったことに気がつきました。』と最後の感想に述べられていた。動物名想起や FAB の得点の上昇に加え、QOL 得点も全体的に高まった事例である。

A 氏は 1 クール目 3 回、2 クール目 5 回、3 クール目 7 回というように、徐々に参加回数が増えていった。慢性関節リウマチにより、文字を書くことを不得手とし、ちぎり絵など手先をつかうことには参加することはなかったが、3 クール目のビーズのれん作りには積極的に参加した。参加できるところに参加すればよいと伝え続け、唄が上手であるという強みに働きかけ、随所に唄を歌っていただく場面を作った。かき餅や西瓜作りの名人で、作ったものをみんなに振る舞ってくださった。認知機能は維持傾向で、QOL も大きな変化はないが、身体機能が低下しているものの、活力は大きくなっている。

I 氏は、家族と同居はしているものの、家では閉じこもりの生活をしている。1・2 クール目は休まず参加されたが、3 クール目は白内障の手術のために 1 ヶ月近く欠席した。欠席後、同じ話を繰り返すなどの言動の変化が見られた。しかし、ビーズのれん作りでは、片麻痺の男性とペアになり、作業に夢中になる姿が見られた。認知機能はやや低下しているものの、『私は前に（ビーズのれん）3 回も作りました。楽しかったです。本当に頭の体操になります。』『自分の部屋で引きこもりですからストレスをためなくて、皆さんとお話しが出来てほんとうに良かったです。』との感想が聞かれ、QOL 得点における心の健康は上昇している。

### 3. 5 1 年間を振り返っての感想・意見

前述のように『人前で話す』『人の話を聞く』『他者を受け入れる心』に加え、『支えあいの再認識』『失語症の改善』『生活面のやる気』『心身の張り』などの自己の変化をはっきり感じとっていることがわかる記載が見られた。しかし、『変化に気付けない』という意見もあった。ほとんどが『変化にとんだ楽しみ』を感じ、『継続』を希望していたが、『ボランティアの協力の必要性』も挙げられた。またボランティアへの『感謝』の記載も多かった。

活動の内容に関して、作品の製作に対し、『達成感がある』という記述がみられ、『心をついて考えたり行動する事が良かった』などの評

価が高い一方、『事前の打合せ綿密に十分に時間をかけるべき』という意見もあった。また、ゲームなどの回数を減らし、言葉遊びなどを増やすニーズが複数からあがった。体操をとり入れたことで、『体を動かすことが出来た』との感想もあがった。活動の内容にかかわらず、『閉じこもらない』ことの大切さや、『動かぬ体をいわず後片付けをする事が良い』という意見もあった。

## 4. 考察

### 4. 1 アウトカム評価

認知機能の得点は 3 クール目において活動前後で FAB に有意な差が認められた。また、年間半数以上参加した者は、FAB の得点が改善した者が多く、認知機能の維持向上に効果があったと考える。しかし、1・2 クール目では、各スケールで有意差はなく、効果が出るには、一定の期間が必要だと推測される。

リハ友参加者個人の感想からは、活動に参加したことによる自己の変化に気づけた者も見られた。しかし、多くは楽しいという感情や、自分にとってのプラスの意味はみだせているものの、生活実感としての認知機能の向上を捉えるまでには至っていないと思われ、今後は生活実感として認知機能の向上を捉えることが出来るプログラム内容を検討する必要がある。

### 4. 2 プロセス評価

いちご会が呼びかけた認知症予防活動に対し、活動当初は「認知症」という言葉だけで参加を拒否した者もいたが、徐々に参加人数が増え、活動が定着し、自ら行いたいテーマに楽しんで取り組むことが出来ていった。1 回 1 回の活動で時間を共有していく中で、徐々に認知症予防活動を理解していくに至ったと思われる。また、当初はいちご会もリハビリ友の会も相手がどのような人達なのか分からずいたことから、活動の最初は双方が知り合えるような内容を工夫していくとよいと思われた。活動の積み重ねによって築いた互いの信頼感が、少しずつプログラムを充実させていく要因になっていたと考える。

1 年経過した時点では、継続したいが、自分たちだけでは心配でありボランティアの必要性が記載されていた。この点に関して、高木ら<sup>8)</sup>は、保健師、地域リーダー（ファシリテーター）が実施した認知症予防教室の研究に於いて、参加

者が継続できるプログラム内容の検討と地域リーダーの人材育成が必要だとしている。山田<sup>9)</sup>は、MCIを対象とした介護予防介入研究の中で、町の隅々まで認知症予防のグループ活動が進展していない点を最も重要な問題点として挙げ、やる気のあるファシリテーターが確保困難であることを述べている。活動の積み重ねによって築いた互いの信頼感を大切にしつつ、認知症予防活動を少しずつ自主化できていることを具体的に伝え、今後も自主的に継続できるような支援をしていくとともに、ファシリテーター役をできる人材育成を同時に進行することが重要である。

#### 4. 3 研究の限界と今後の展望

今回は、いちご会と共に活動したリハビリ友の会側の調査等を中心に活動を振り返った。今後は、認知症予防活動を行っていく地域住民ボランティアの変化も同時にとらえることで、地域における住民が共に行う認知症予防活動におけるエンパワメントの構造を明らかにしていきたい。

#### 5. まとめ

本研究は、認知症予防ボランティアの会であるいちご会が、身体障害者の患者会であるリハビリ友の会に訪問活動を実施したことの評価を行うために、リハビリ友の会会員の活動前後における認知機能やQOLの変化を明らかにすることを目的とした。結果、認知機能の面では、3クール目の前後においてFAB得点是对応のあるt検定により有意差が認められ、活動開始前に比べ活動終了後の得点が高かった。また、年間を通し半数以上参加した者の多くにFAB得点の上昇が認められた。しかし、認知機能の維持向上を生活実感として感じている者は少なかった。SF-36を用いたQOL評価では、「身体役割機能」「体の痛み」「心の健康」「社会生活機能」「精神役割機能」において実施後の方が有意に高い得点を示した。感想からはそれぞれ個別の変化が見られたが、多くは参加することが楽しいという段階であり、完全に自主化して継続することは難しく、今後はファシリテーターの人材育成を視野に入れた活動が課題である。

#### 謝辞

調査にご協力いただいたリハビリ友の会会員の皆様に感謝いたします。尚、本研究は、平成18年度～20年度石川県立看護大学附属地域ケア総合センター「調査研究事業」の助成および平成18～19年度科学研究費補助金・若手研究B(18791739)の助成をうけて実施したものであり、この要旨は第8回日本認知症ケア学会大会(盛岡)で発表した。

#### 引用文献

- 1) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、51-52, 2003.
- 2) Eiko Amatsu, Hiromi Sato, Junko Hosokawa, et al.: Dementia prevention activities in an area Process of training of the volunteer by a local resident, 20th International Conference of Alzheimer's Disease, 237, 2004.
- 3) 細川淳子, 天津栄子, 佐藤弘美他: 地域住民を対象とした認知症予防ボランティア育成の成果と今後の課題—認知症予防ボランティア個人の変化から—, 石川看護学雑誌, 4, 25-31, 2007
- 4) Rentz DM, Winetraub S: Neuropsychological detection of early probable Alzheimer's disease. In Scinto LFM and Daffner KRed. Early diagnosis of Alzheimer's disease, 169-189, Humana Press, Totowa, 2000.
- 5) Dubois B, Slachevsky A, Litvan I, et al: The FAB: A Frontal assessment battery at bedside, Neurology 55, 1621-1626, 2000.
- 6) 浦上克哉: アルツハイマー病の予防・治療タッチパネル式コンピューターを用いた認知症スクリーニング法の開発と認知症予防検診への活用, Clinician, 53, 553, 966-970, 2006.
- 7) 福原俊一, 鈴鴨よしみ編著: 健康関連QOL尺度SF-36日本語版マニュアル, NPO健康医療評価研究機構, 2004.
- 8) 高木佐和子他: 地域高齢者における認知症予防教室の効果に関する研究, 日本老年看護学会第11回抄録集, 93, 2006.
- 9) 山田達夫: アルツハイマー病前駆状態住民の地域での予防実践, モダンフィジシャン内科系総合雑誌, 26(12), 1861-1864, 2006.

(受付: 2007年11月16日, 受理: 2008年1月7日)

**Evaluation of Activities to Prevent Dementia by the Society  
of Volunteers for Dementia Prevention in Cooperation  
with the Society of the Physically Handicapped  
— From Changes Seen in the Latter Organization —**

Junko HOSOKAWA, Yuka MATSUDAIRA, Noriko KANEKO, Eiko AMATSU  
Hiromi SATO, Katsuko KANAGAWA, Mitsuyo MAEDA, Sigemi FUJITA

**Abstract**

The volunteers for dementia prevention, composed of local residents(hereafter volunteers)visited the Society for the Physically Handicapped (hereafter the Society of Rehabilitation) for a total of 3 courses (each course composed of 10 visits) per year and find changes in the members of the latter organization. The subjects were members of the Society of Rehabilitation who participated in dementia prevention activities. We examined cognitive function before and after the participation of the dementia prevention activities and investigated changes in QOL.

The results : 1)Before and after the 3 courses, the FAB score according to the corresponding paired t-test, was significantly higher after the completion of the activities : 2)Throughout the year, the FAB score increased in more than half of those who participated in the activities : 3) When individual changes were examined in SF-36 and impressions, changes unique to individuals were noted ; but on the whole, they were at the stage at which they are enjoying the act of participation and only a few felt that maintenance and improvement of one's cognitive function was the real life experience.

**Key words** dementia, prevention, physically handicapped people, volunteer

## 報告

## 摂食・嚥下障害者への看護援助技術の開発

## —第2報：経口摂取が可能となった看護援助の分析から—

佐藤弘美 天津栄子\* 直井千津子\*\* 細川淳子 伊藤麻美子\*\*\*

松平裕佳 前田充代 紺谷一十三 宮本孝子\*\* 荒木きみ枝\*\*

田端恵子\*\*\*\* 高田千嘉\*\*\*\* 元尾サチ\*\*\*\*\* 宮本千香\*\*\*\*\*

## 概要

摂食・嚥下が困難であった7事例に対し、摂食・嚥下機能の回復への看護援助を実施し、その経過を10の援助指針に基づき分析した。結果、Ⅰ[全身状態の改善に向けた援助]として、①誤嚥性肺炎を予防する、②適切な栄養・水分バランスを維持する、③活動性を高める、④意欲・自発性の向上を支援するは7事例全員に実施された。Ⅱ[嚥下機能の改善に向けた援助]として、⑤嚥下機能を高める発声練習や嚥下体操を実施し、言語聴覚士等と連携を図りながら、⑥経口摂取開始時期の見極めを全事例検討していた。⑦直接嚥下を安全にすすめる援助は6事例に行われ、⑧食べることの再獲得への支援は1事例で取り組まれた。Ⅲ[チーム機能の向上に向けた援助]として、⑨家族支援を行い家族機能を高めた6事例と⑩チームアプローチの中で看護の役割として検討会の開催、医師やケアマネージャーへの相談や情報提供、他施設への継続看護サマリーの作成などがあげられた。

**キーワード** 摂食・嚥下障害者、看護援助技術の開発、看護の連携、地域連携、事例分析

## 1. はじめに

人が人らしく生きるために重要な「口から食べる」という行為は、加齢による諸機能の低下や疾患による運動・知覚障害などの様々な原因によって変化が生じる。一方、臨床実践の中で摂食・嚥下障害を有する高齢者において経口摂取が可能になることで生活行動の改善が図れることの実感を得ている。

我々は臨床において様々な嚥下障害患者の看護援助を行っている。近年、入院期間の短縮化によって嚥下機能障害を有する患者は、急性期病院での治療の見通しが立てば、療養型病院へ転院になっている現状がある。嚥下機能訓練が開始され、その後の継続の援助が必要な患者の多くは、療養型病院・介護老人保健施設などに移動している。高齢者にとって、脳血管疾患などにより、摂食・嚥下の障害がもたらされた場

合は、全身状態の改善を図りながら、誤嚥性肺炎のリスクを見極めていくことが重要な課題になっている。また、慢性期の療養型病院や介護老人保健施設、在宅での訪問看護ステーションで関わる患者や利用者においても、種々の要因で誤嚥性肺炎のため状態が悪化し、胃瘻造設などに関する本人・家族の意志決定場面にも遭遇する。近年、診療報酬上で、30分の嚥下訓練の援助が点数化(摂食機能療法185点)された。摂食・嚥下機能への援助は、その障害を有する患者のQOL向上には大変重要であり、2008年4月に医療機能強化型老人保健施設が創設される計画などを考慮すれば、経口摂取することの援助がますます求められる。

本研究の目的は、研究協力施設において、経口摂取に向かった摂食・嚥下障害者の看護援助の分析を行い、摂食・嚥下の看護援助技術の開発の基礎資料とすることである。

## 2. 方法

我々研究班は、平成18年度より、地域の急性期病院、療養型病院、介護老人保健施設、訪

\* 金沢医科大学

\*\* 金沢医科大学病院

\*\*\* 前石川県立看護大学

\*\*\*\* 千木病院

\*\*\*\*\* 内灘温泉病院

問看護ステーションで摂食・嚥下の看護に取り組み、摂食・嚥下看護実践検討会（アダムズ・アップルの会）を立ち上げた。1ヶ月に1回、摂食・嚥下にまつわる困難事例の検討や日頃の看護援助を通しての情報交換を行ってきた。事案検討会では、入院前の他施設で摂食・嚥下が困難であるとか、緊急入院で摂食が困難であった患者において、研究分担者（看護師）が、摂食・嚥下困難な患者の摂食・嚥下機能の回復への看護援助を実施した事例の分析を行った。

## 2. 1 調査対象

3施設の看護師4名が中心に援助を計画し実践した7事例。

## 2. 2 調査方法

調査期間は平成18年5月～平成19年2月であった。データ収集は、摂食・嚥下障害者でこれまで摂食できなかった事例で、摂食・嚥下の機能を再獲得できた事例について研究班の看護師が事例の経過記録を作成した。1ヶ月に1回の頻度で研究班13人（臨床看護師4人、看護管理者4人、研究者5人）で「経口摂取に向けた看護援助」の検討会を開催した。

## 2. 3 分析方法

7事例の看護実践について、経口摂取に向けた10の援助指針（表1）<sup>1)</sup>に照らして看護技術の分析を行った。

## 2. 4 倫理的配慮

援助事例は、事案検討会において検討する際、本人・家族に口頭で説明を行い了解を得た。更に、個人が特定されないようコード化し、データの整理を行い、個人情報保護に配慮した。

表1. 経口摂取に向けた10の援助指針

### I [全身状態の改善に向けた援助]

- ① 誤嚥性肺炎を予防する
- ② 適切な栄養状態・水分バランスを維持する
- ③ 活動性を高める
- ④ 意欲・自発性の向上を支援する

### II [嚥下機能の改善に向けた援助]

- ⑤ 嚥下機能を高める
- ⑥ 経口摂取開始時期を見極める
- ⑦ 直接嚥下訓練を安全に進める
- ⑧ 食べることの再獲得を支援する

### III [チームの機能の向上に向けた援助]

- ⑨ 家族支援を行い家族機能を高める
- ⑩ チームアプローチの中で看護の役割を効果的に果たす

## 3. 結果

### 3. 1 事例の概要

7事例は、年齢が65歳～86歳、男性5名、女性2名であった。疾患は、脳血管障害6名と廃用症候群1名であった。

### 3. 2 経口摂取に向けた看護援助の分析

表2には、7事例の概要および、経口摂取に向けた10の援助指針と照合した看護援助の分析結果を○で示した。以下、各事例の援助開始時点の状態と経口摂取に向けた10の援助指針にそった事例のケア内容の振り返りについて述べる。

#### (1) 事例1の援助分析

##### 援助開始時点の状況

70歳代、男性、左放射線冠の脳梗塞、右麻痺、失語症、糖尿病。

経鼻経管栄養（1200 Kcal）、理学療法、作業療法、言語訓練、離床訓練を開始した。経口摂取をすすめていきたいが、「命に関わる、死に至る可能性がある」と医師の判断あり、経口摂取が中断された。ストレス性の潰瘍あり胃瘻造設できない。回復期病棟のベッドの空きを待つ。誤嚥性肺炎防止のためにも摂食嚥下訓練をすすめることは必要。全身状態をととのえ、経口摂取の見極めをしながらすすめていく。

##### 経口摂取に向けた10の援助指針にそった事例のケア内容の振り返り

[全身状態の改善に向けた援助]として①誤嚥性肺炎のリスクを見極めながら、口腔ケアとしてのマッサージやストレッチ、経管栄養中の体位の工夫を毎日実践した。②適切な栄養・水分のバランス維持のための経管栄養の管理、③活動性を高める援助として経管栄養後の胃食道逆流防止のための体位を整えたり、頸部の安定性を高める援助を行い離床に向けた援助を実践した。④意欲・自発性の向上を支援することとして同じ環境でとまどう際に繰り返し伝え意欲の低下を防いだ。[嚥下機能の改善に向けた援助]として⑤嚥下機能を高めるための発声練習をベッドサイドで行い、⑥経口摂取開始時期を見極めるために、全身状態の改善を看護実践を通して把握し、言語聴覚士（以下STと記す）との連携をはかった。

この事例は、全身状態の改善としての誤嚥性肺炎のリスクを見極めながら口腔ケア、経管栄養中の体位の工夫や発声練習、頸部の安定性を

高める援助を行い、ST との連携を図りながら経口摂取開始時期を見極めた。経口摂取が中断された 8 日後から再度直接嚥下訓練が開始となったが、食欲が出ず、楽しみ程度の経口摂取に止まり、経管栄養は継続された。

(2) 事例 2 の援助分析

援助開始時点の状況

60 歳代、男性、左基底核脳梗塞、糖尿病、胃切除術後。

「脳梗塞・糖尿病の既往があり、再梗塞の可能性があること、胃切除しており残っている胃が少ないため、一度チューブを抜くと今度入れることが難しい」と医師から説明。胃瘻造設術後状態で転院となる。転院後 3 日目に構音障害がない、流涎がないこと、本人の食べたいという意欲からカンファレンスを開き、摂食・嚥下障害についてケア計画を立案する。前の病院で、お茶の経口摂取を試みたかどうかは不明だが、「無理だと言われていた」と家族から聞いた。詳しい継続看護の話はなかった。最初、患者が

お茶を試しに飲んでいる時「駄目と言われていたのに大丈夫なのか。うれしいけど」と家族は複雑な思いで見ている様子。患者が食べる場面を家族が見ているうちに、「この病院で見えらう」と判断した。転院後本人から「チューブはいらない、とってほしい」と言われ、医師は「造影してから」と。造影検査の結果が出た後「これから先のことを考えると入れておいたほうがいい」との医師の判断あり、本人に伝えた。チューブは現在 1 日に 1 回酢水を通してている。

妻は 65 歳まで勤めたい意思あり、「65 歳になったら引き取る」という。本人は外出希望あるが、妻は「本人の性格上、帰らなくなるから」と外出は当分しないと決めていた。

経口摂取に向かう 10 の援助指針にそった事例のケア内容の振り返り

[全身状態の改善に向けた援助] として①誤嚥性肺炎のリスクを見極めながら、口腔ケアの実施、②適切な栄養・水分のバランス維持のための経管栄養の管理、③活動性を高める援助と

表 2. 経口摂取に向かった 7 事例の看護援助の分析－10 の援助指針との照合一

事例	1	2	3	4	5	6	7
年齢	70 歳代	60 歳代	80 歳代	80 歳代	70 歳代	80 歳代	70 歳代
性別	男性	男性	男性	女性	男性	女性	男性
主疾患	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞	廃用症候群	脳梗塞	脳梗塞	脳梗塞
病棟	急性期病棟	療養型病棟	急性期病棟 回復期病棟	療養型病床	脳梗塞 (急性期病棟) 回復期病棟	療養型病床	療養型病床
<b>I [全身状態の改善に向けた援助]</b>							
①誤嚥性肺炎を予防する	○	○	○	○	○	○	○
②適切な栄養機能・水分の バランスを維持する	○	○	○	○	○	○	○
③活動性を高める	○	○	○	○	○	○	○
④意欲・自発性の向上を支援 する	○	○	○	○	○	○	○
<b>II [嚥下機能の改善に向けた援助]</b>							
⑤嚥下機能を高める	○	○	○	○	○	○	○
⑥経口摂取開始時期を 見極める	○	○	○	○	○	○	○
⑦直接嚥下訓練を安全に 進める		○	○	○	○	○	○
⑧食べることの再獲得を 支援する					○		
<b>III [チームの機能の向上に向けた援助]</b>							
⑨家族支援を行い、家族機能 を高める		○	○	○	○	○	○
⑩チームアプローチの中で 看護の役割を効果的に果たす		○	○	○	○	○	○

○は援助の実施を示す

して車椅子へ移乗し、嚥下体操を毎日実施した。  
④意欲・自発性の向上を支援することとして本人の食べたいという意思を尊重し、在宅復帰へ向けた家族へのアプローチの継続を実施した。  
[嚥下機能の改善に向けた援助]として⑤嚥下機能を高めるための嚥下体操、発声練習、アイスマッサージなどを毎日実施した。⑥経口摂取開始時期を見極めるために入院3日目に独自の嚥下評価アセスメント表で評価し、ケア計画を立案した。食べこぼしは全体量100%に対して食べこぼされる量3%であった。⑦直接嚥下訓練を安全に進めるために栄養士と相談し食事形態と量の調整を行い、自力で食事が摂取できる道具の工夫を行った。[チームの機能の向上に向けた援助]として⑨家族支援を行い家族機能を高めるために食事に関して回復している状況を家族に伝えていった。⑩チームアプローチの中での看護の役割として、転院間もない時期に前病院の看護師に摂食・嚥下に関する継続ケアについて確認し、摂食・嚥下アセスメントを共同で実施し、早期に摂食・嚥下に関するケア計画を立案した。

この事例は、施設の嚥下機能評価表でアセスメントし、間接訓練の嚥下体操を実施し、3食が全粥・みじん切り菜の摂取可能となる。

### (3) 事例3の援助分析

#### 援助開始時点の状況

80歳代、男性、脳梗塞、甲状腺機能亢進症(亜全摘)、心房細動、虚血性心疾患(ステント留置)、前立腺肥大症、虫垂炎。

失語症あり、経管栄養、排泄はリハビリパンツ使用、運動は歩行小刻みで軽度介助必要、入浴にも介助が必要。以前は大工の棟梁をしていた。

#### 経口摂取に向かう10の援助指針にそった事例のケア内容の振り返り

##### <急性期病棟>

はじめの18日間は、[全身状態の改善に向けた援助]として嚥下反射が起こることに着目したケアを実践した。①誤嚥性肺炎の予防として1日3回の口腔ケアを毎日実施し、気道のクリアランスのため唾液が流れやすい体位の工夫、咽頭残留物・唾液の流れ込みに吸引の実施とリラクゼーション体位を工夫した。②適切な栄養・水分のバランス維持のため、発症から5日目に輸液療法から経鼻経管栄養の管理を実践する。③活動性を高める援助として入院2日目ベッド

柵を乗り越える行為があった。四肢抑制をせず、本人の希望に添うようスタッフステーションで過ごしたり、車椅子の散歩などを取り入れた。

④意欲・自発性の向上を支援することとして、「よくなって帰りたいですね」と声かけに頷きがあり、入院当初より自身のおかれている状況がわかるようであった。[嚥下機能の改善に向けた援助]として⑤嚥下機能を高めるための、発声練習、口腔ケアブラシで頬、舌のマッサージ・ストレッチなどを毎日実施した。10日目に本人の名前が発声された。17日目に「鳩の歌」や「リンゴの歌」が歌えた。⑥経口摂取開始時期を見極める日々のケアを行う中で、18日目にリラクゼーション体位をとり重力により排泄された咽頭残留物の吸引を行っている際に嚥下反射が確認できた。リラクゼーション体位のまま、咽頭部アイスマッサージを実施したところ意図的な嚥下反射が誘発された。[チームの機能の向上に向けた援助]として⑩チームアプローチの中での看護の役割として、3日目より理学療法士・作業療法士の訓練が開始された。ST訓練に対して拒否的な反応があったが、急性期病棟でのかすかな発声の反応や嚥下反射が誘発されたことなどの回復の様子をSTに情報提供を行った。

嚥下反射が確認された後の19日間では、前述のケアを強化しつつ、⑥経口摂取開始時期を見極めるために、ファーラー位の頸部前屈位で冷水少量の飲水テストを行うと嚥下が可能であった。この状況から直接嚥下訓練が開始できると判断しSTに情報を伝えた。

##### <回復期病棟>

転棟後間もなくの入院39日目に座位で嚥下造影を行った結果、ゼリー・とろみ、全粥、カレーで口腔期、咽頭期、食道期の問題はなく、⑦直接嚥下訓練を安全にすすめるために、嚥下食(柔固形食)で直接嚥下訓練が開始となる。

[チームの機能の向上に向けた援助]として⑨家族支援を行い家族機能を高めるために食事に関して回復している状況を家族に伝えていった。⑩チームアプローチの中での看護の役割として、転棟間もない時期に前病棟の看護師に摂食・嚥下に関する継続ケアについて確認し、摂食・嚥下アセスメントを共同で実施し、早期に摂食・嚥下に関するケア計画を立案した。

この事例は、仮性球麻痺があり嚥下困難な状態であった。過去に誤嚥性肺炎の既往があった。誤嚥性肺炎の予防を図りつつ、嚥下反射を誘発

するための口腔ケアと気道のクリアランスを図るケアを18日間実施後、嚥下反射が確認でき、唾液の処理が出来るようになるまで間接訓練を実施し、入院46日目に経鼻栄養が中止となり3食ともに経口摂取となった。

#### (4) 事例4の援助分析

##### 援助開始時点の状況

80歳代、女性、脳出血後遺症(廃用症候群)、糖尿病、高血圧、狭心症。

入院後ほとんど寝たきり状態で、天井を向いて独り言を言っている。病室はスタッフが業務時以外あまり出入りすることがない。半年後、看護学生の実習における関わりでは、右側についてゆっくり話をすると会話ができた。スタッフも少し話ができるようになる。右手だけであやとりができ、手の巧緻性はある。尿意を訴え、5回に1回は排尿あり。経口からの摂取の可能性をスタッフが注目し実践を開始した。10ヶ月間寝たきりの状態で胃瘻から栄養をとっていた。

##### 経口摂取に向かう10の援助指針にそった事例のケア内容の振り返り

[全身状態の改善に向けた援助]として①誤嚥性肺炎のリスクを見極めながら、口腔ケアの実施と過去に誤嚥性肺炎の既往がないことなどから摂食を行える状況の把握、②適切な栄養・水分のバランス維持のための胃瘻経管栄養の管理、③活動性を高める援助として面会者の多い部屋への移動やグループリハビリへの参加や看護実習生とのかかわりで日課表の作成などにより離床を促す援助を行う。④意欲・自発性の向上を支援することとして本人の食べたいという意思を尊重し、在宅復帰へ向けた家族へのアプローチの継続を実施した。[嚥下機能の改善に向けた援助]として⑤嚥下機能を高めるための嚥下体操、アイスマッサージなどを毎日実施した。⑥経口摂取開始時期を見極めるためにガーゼの水分を吸ってもむせない、胃瘻のチューブを引っ張るなどの行為を観察し、経口摂取が可能ではないかとケア計画を立案した。⑦直接嚥下訓練を安全に進めるために、綿棒の水を吸っておいしいと発言があり、自分の右手にスプーンをもちゼリーを食べてもらったところ自力で摂取できた。食べるスピードが早く、ゆっくり食べるように声をかけている。[チームの機能向上に向けた援助]として⑨家族支援を行い家族機能を高めるための支援では、食事が開始され、表情

がよくなったことを家族も喜び、親戚の面会者もくるようになった。⑩チームアプローチの中での看護の役割として、経口摂取の可能性が見えた際に医師に看護師が、摂食・嚥下アセスメントを行ったデータを示し、経口からの食事開始の相談を行った。

この事例は、転院時に発語があること、口腔ケア時開口がスムーズに行えること、誤嚥性肺炎の既往がないことから間接訓練をすすめ、直接嚥下訓練開始後、約1ヶ月で3食ともに経口摂取となった。

#### (5) 事例5の援助分析

##### 援助開始時点の状況

70歳代、男性、左中大脳動脈領域脳血栓(心原性)、運動性言語障害、右上下肢不全麻痺。

7月めまいがあり近医受診。流涎あり、言葉の呂律困難が出現した。脳梗塞疑いにて救急車で搬入、入院となる。日中車椅子からトイレへ移乗し排泄、夜間は尿器で自己採尿。会話はできるようになったが、長文になるとあきらめて話さなくなることある。摂食嚥下訓練に関しては、間接訓練メニューは訓練メニューと個別訓練をくみあわせて実施(アイスマッサージは行わなくなった)。急性期病棟入院中は発熱があり、抗生剤投与や経鼻経管栄養の実施中は下痢が伴った。1カ月のSTの訓練と評価で嚥下食の開始になったが、再度、熱発があった。全身状態の改善を待って、左向き嚥下の方法をSTより指導をうけ、実施する。入院が4カ月になりストレスがあるようで本人と家族は早く退院することを望んでいた。

##### 経口摂取に向かう10の援助指針にそった事例のケア内容の振り返り

[全身状態の改善に向けた援助]として①誤嚥性肺炎のリスクを見極めながら、回復期病棟にきてから嚥下食開始され、原因不明の発熱があり、抗生剤の投与になった。本人の意思で朝はナースステーションで食事をするようになった。口腔ケアの実施、②適切な栄養・水分のバランス維持のための経口栄養のみになったので、十分量の栄養が補えないため補食を加えたが体重の減少はあった。③活動性を高める援助として入院直後のベッドサイドリハビリを継続している。④意欲・自発性の向上を支援することとして本人の早く自宅に帰りたいという希望を聞きつつ、そのためにも左向き嚥下について説明を行い安全な嚥下方法の獲得を支援する、



在宅復帰へ向けた家族へのアプローチの継続を実施した。[嚥下機能の改善に向けた援助]として⑤嚥下機能を高めるための嚥下体操、発声練習、アイスマッサージなどを毎日実施した。⑥経口摂取開始時期を見極めるために急性期で嚥下造影検査は1週間毎に行い、直接嚥下訓練の開始時期を見極めた。⑦直接嚥下訓練を安全に進めるために、右麻痺で左向きに食物残渣が残るため食べ方を指導した。⑧食べることの再獲得を支援することとして、嚥下に関するわかりやすい写真をみせて、左向き嚥下について説明し、実際に安全に食べる方法の獲得を支援した。

[チームの機能の向上に向けた援助]として⑨家族支援を行い家族機能を高めるために、自宅に帰ってから食べることができるものや調理方法などについて、本人と妻と娘が栄養士より指導をうける。⑩チームアプローチの中での看護の役割として、在宅で訪問する看護師とカンファレンスを行い、病棟での摂食・嚥下障害への取り組みとリハビリメニューのパンフレットの活用と左向き嚥下の指導について看護の継続を伝えた。

この事例は、入院後1ヶ月程下痢や発熱に関する全身状態の改善を図った上で嚥下訓練を開始した。右麻痺で左向きに食物残渣が残るため、食べ方の学習を支援し、退院が可能になった。

#### (6) 事例6の援助分析

##### 援助開始時点の状況

80歳代、女性、脳梗塞後遺症、てんかん、慢性気管支炎、胆石症、慢性心不全。

1月、意識障害にてA病院に入院し、点滴治療を受けていた。床上リハビリ開始となったが、ADLの改善見られず、全介助であった。嘔吐による誤嚥性肺炎を合併し、抗生剤にて解熱するが、便・帯下よりメチシリン耐性黄色ブドウ球菌が検出された。状態が落ち着き、トロミ食開始となったが、むせと痰の貯留があり、耳鼻科から嚥下困難とされ、中心静脈栄養（以下IVHと記す）でも栄養管理が行われ、5月胃瘻が造設された。紹介状には、転院までにIVH抜去予定と記載されていたが、IVHでの栄養管理のままだった。経管栄養の量を増やし、6月にIVH抜去となる。9月、90度座位が可能になり、発語量も増え、会話が聞き取りやすくなった。自己喀痰ができるようになり、喘鳴時に吸痰している。痰量の減少と胃食道逆流予防のため、9月より経腸栄養を濃厚流動から半固形化栄養に

変更した。嚥下については、11月の再評価時にゼリーの経口摂取を検討する。

##### 経口摂取に向かう10の援助指針にそった事例のケア内容の振り返り

[全身状態の改善に向けた援助]として①誤嚥性肺炎のリスクの見極めでは、白色痰の量が多く、1~2時間ごとの吸引を行い、気道のクリアランスを図った。1日3回の口腔ケアの実施と痰の量の減少と胃食道逆流による誤嚥の予防のために経腸栄養を濃厚流動食から半固形化栄養に変更した。②適切な栄養・水分のバランス維持のため、転院当初IVHによる栄養管理から胃瘻による経管栄養の管理として経腸栄養の形態を工夫する。③活動性を高める援助として車椅子へ移乗し、嚥下体操を毎日実施した。④意欲・自発性の向上を支援することとしてリクライニング車椅子による座位保持訓練、安楽な体位として枕を工夫して体位を整えることを実施、集団リハビリへの参加や活動量の増加に伴い発語量の増加がみられた。[嚥下機能の改善に向けた援助]として⑤嚥下機能を高めるためリクライニング車椅子による座位保持訓練、安楽な体位として枕を工夫して体位を整えることを実施、集団リハビリへの参加や活動量の増加に伴い発語量の増加がみられた。⑥経口摂取開始時期を見極めるためにSTによる評価を依頼し、訓練を開始した。病棟での嚥下体操や発声練習は好まず、音読などを行った。⑦直接嚥下訓練を安全に進めるために栄養士と相談し食事形態と量の調整を行い、自立で食事が摂取できる道具の工夫を行った。[チームの機能の向上に向けた援助]として⑨家族支援を行い家族機能を高めるために入院後に発熱はなくなり、状態が落ち着いてきたことや家族の声かけに表情がよくなっていることを喜び、リスクを含めて経口摂取に向けたリハビリを行うことで食べられる可能性があることを説明し、経口摂取を慎重にすすめていった。⑩チームアプローチの中での看護の役割として、無理せず、楽しみとしての経口摂取が生きる励みになるのではないかと主治医、ケアマネージャーからも賛同を得て実践を継続した。

この事例は、嘔吐による誤嚥性肺炎があり、むせと痰の貯留があるケースでADLは全介助であった。口腔ケアの時に「冷たいお水ください」との発言や濡れたガーゼを吸う力があることから間接訓練や座位保持訓練を開始し、2ヶ

月後にゼリーの経口摂取を検討するまでになった。

#### (7) 事例7の援助分析

##### 援助開始時点の状況

70歳代、男性、脳梗塞、2型糖尿病、高血圧、高脂血症、アルツハイマー型認知症、出血性胃潰瘍。

8年前から右半身麻痺と構音障害があり、在宅では寝たきりに近い状態であった。4月10日、右手で箸が持てず、11日には歩行困難となりB病院へ救急搬送される。頭部CTにて脳梗塞（左放線冠領域）と診断、治療目的で入院となる。4月13日嚥下食摂取中むせがみられ、その後、発熱、経皮的動脈血酸素飽和度の低下がみられ誤嚥性肺炎と診断される。そのため食事は欠食となり経管栄養が開始される。6月15日胃瘻造設となる。STの訓練、口腔ケア、発声練習にて唾液の嚥下は可能となる。退院時まで、間接嚥下訓練を実施。糖尿病に対しては、ノボラピット30 MIXにて食前血糖100 mg/dl前後で安定している。7月療養型病院へ転院となる。

##### 経口摂取に向かう10の援助指針にそった事例のケア内容の振り返り

[全身状態の改善に向けた援助]として①誤嚥性肺炎のリスクを見極めながら、口腔ケアの実施、②適切な栄養・水分のバランス維持のための経管栄養の管理においては、血糖のコントロールと体重の増加に着目したケアの実施、③活動性を高める援助として両上肢と左下肢の力があるので、立ち上がりの練習や、車椅子への移乗をし、座位練習など離床に向けた援助を行う。④意欲・自発性の向上を支援することとして入院11日目に集団レクレーションの後に、テーブルにおかれたえびせんを自ら手でとって食べる行動があり、むせなく嚥下ができた。[嚥下機能の改善に向けた援助]として⑤嚥下機能を高めるための発声練習、口腔内の運動などを毎日実施した、⑥経口摂取開始時期を見極めるために転院前の病棟看護師より、間接訓練の状況やSTの訓練方法について具体的に指導を受け引き継いだ。唾液が飲み込めることやうがいの水分を口腔内で保持できる情報を得ていた。入院40日目に水飲みテストを実施、むせがないことを確認した。⑦直接嚥下訓練を安全に進めるために、間接訓練の継続とヨーグルトから開始しむせがみられず、1口の摂取から1個までの摂取量へ1ヶ月をかけて増やし、食べる表

情がよくなり、1日1食の食事が開始された。

[チームの機能の向上に向けた援助]として⑨家族支援を行い家族機能を高めるために、家族が来院する際には共に口腔ケアを手伝ってもらったり、妻が持参したプリンを直接嚥下訓練で用いたり、家族も共に経口から食事ができることを喜んでいた。⑩チームアプローチの中で看護の役割として、急性期病院での訓練の実施や退院時サマリーと実際の技術指導を受け継ぎ看護の継続が図れた。更に入院して2ヶ月間でプリンやゼリーが1個ゆっくり食べた経過の説明と本人や家族の食事をしたい希望を看護師で検討し、医師に食事の開始を相談しむせがないのであれば開始しようとする指示がでる。転院間もない時期に前病院の看護師に摂食・嚥下に関する継続ケアについて確認し、摂食・嚥下アセスメントを共同で実施し、早期に摂食・嚥下に関するケア計画を立案する。

この事例は、急性期病院で嚥下機能を高める訓練を行って転院してきた。2ヶ月間、間接訓練の継続と水のみテストの評価を行い経口摂取が可能となった。転院後、施設の嚥下機能評価表でアセスメントし、間接訓練の嚥下体操を継続実施し、3食がすり粥・すり菜の摂取可能となる。

### 3. 3 摂食・嚥下看護実践検討会の振り返り

1年間の摂食・嚥下看護実践検討会において、7事例の検討会を開催し、2回は摂食・嚥下の専門家（30年間摂食・嚥下の臨床看護実践と研究を重ねている）から学習会で指導・助言を受けた。この検討会に参加した3人の病棟看護師は、事例をまとめ分析した学習成果として、次の4点の内容をあげた。

- (1) ここ1年「食べられるんじゃないか」とスタッフから投げかけられるようになったことは大きな成果である。食べられるようになった患者を見て得られたものは大きいと考える。一方、経口摂取が出来る可能性がある患者を「誤嚥性肺炎を起こしたから」という理由ですぐ経管栄養になる患者も多い。
- (2) 医療依存度の高い患者が、経口摂取を進めていくときに、診療報酬への反映がかなわないため、現在あまり評価されない感じがある。
- (3) 経口摂取が可能になるかを見極めるポイントは、発語があるか、水分の嚥下ができるか、

口腔ケアの状況，経口摂取意欲に関してその時々声を拾い，カンファレンスで検討し進めている．難しいケースはSTを入れるようにしている．

- (4) 2年目の課題として，入院時，ケア評価時に経口摂取できる患者を見逃さないよう，摂食・嚥下に関するアセスメントツールを整える必要がある．

#### 4. 考察

今回，臨床実践事例でその事例毎の課題を整理し，10の援助指針に照らして分析を行った．分析を通し，急性期病棟のケアから回復期病棟，療養病棟にいたる継続ケアの重要性について考察する．

##### 4. 1 経口摂取が可能になった7事例における10の援助指針の適用について

事例1と事例3は急性期病棟で，脳梗塞発症直後の[全身状態の改善に向けた援助]の中で，①誤嚥性肺炎のリスクを見極めながら，②適切な栄養・水分のバランス維持のための経管栄養の管理，③活動性を高める援助を行い，嚥下機能の改善に向けた援助として④意欲・自発性の向上を支援すること，[嚥下機能の改善に向けた援助]として⑤嚥下機能を高めることを継続するための日頃のケアでは，座位保持のための頸部の安定性を工夫しながら，STと嚥下評価を共有し連携をとりつつ間接訓練を行う中で本人の意思がはっきりしてきたり，日々の看護実践の中で嚥下反射が誘発されるまでに身体が回復するに至った．急性期の看護師の援助として，まずは早期から毎日の口腔ケアと活動性の回復を支える援助を行うことが重要性である．

事例3や事例5は急性期病棟から回復期病棟に転棟するケースであった．その場合の援助指針の適用としては，[嚥下機能の改善に向けた援助]として⑤嚥下機能を高める援助や⑥経口摂取時期を見極める援助や⑦直接嚥下訓練を安全にすすめる援助がなされていた．経口摂取時期を見極めることは，急性期病棟で行われていたケアの継続と嚥下造影検査を行う中で安全性を確認しつつ見極めが行われていた．

桑原ら<sup>2)</sup>は脳卒中の30症例の嚥下機能を独自の評価表を作成し評価を行い，基礎的嚥下訓練を先行期，準備期，口腔期，咽頭期の4つのステージにわけ，段階的に基礎嚥下訓練を実施し，

経口摂取に21事例が移行できたことを報告している．急性期において，今回の事例でも実践された基礎嚥下訓練を各期の障害を見極め，実践していく技術力が必要であると考えられる．

事例2，事例4，事例6，事例7は療養病棟での事例であった．事例2は本人の食べたいという意味と家族の食べさせたいという意味を受け，嚥下評価アセスメントシートを用いながら評価した．転院3日目にチームでカンファレンスを実施し，間接訓練の実施を行いながら直接訓練に向かい3食経口から摂食できるまでに至った．事例4では，ケアスタッフは水を吸う力を捉え，胃瘻を抜いてほしいという本人の意思表示から1年にわたって食事がとれていなかった事例に嚥下体操，アイスマッサージなどのケアをすすめる，経口摂取が可能になった．喀痰の多い事例6においても[全身状態の改善に向けた援助]を行い，気道のクリアランスの改善と座位保持の訓練による活動量の増加に加え，STの嚥下機能評価を共有しながら直接嚥下訓練までに到達した．急性病院の継続サマリーと病棟看護師の直接の嚥下技術指導を継続し，入院2日目にえびせんを食べられたことから，日々の口腔ケア，水飲みテストを行った．家族が届けるゼリーやプリンの摂取量が1ヶ月間で徐々に増えて，経口摂取が開始できた事例である．

椎名ら<sup>3)</sup>は，直接訓練開始を判断するための臨床的基準の検討として，覚醒状態，認知レベル，身体能力，肺炎の既往の有無，口腔運動機能，日常生活の唾液嚥下，反復唾液嚥下検査，改訂水のみテスト(3ml)，嚥下造影検査もしくは嚥下内視鏡検査の9項目をあげて，嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査が試行できない環境での判断方法に示唆を与えている．今回の療養型病棟における看護師の判断も同様の方法を駆使して，直接訓練開始の判断を行っていた．

これらの結果を踏まえて，事例の全身状態を整えつつ，日々のケアの中で摂食・嚥下に関する援助技術を駆使しつつ，アセスメントを重ねて，チームで検討し，事例の自発性・意欲が発揮できるまでに至っていたと考えられる．

奥山ら<sup>4)</sup>は，24時間の対応を行っている看護師は時には，STの役割を発揮して，摂食・嚥下訓練を実施し，姿勢の調整，呼吸訓練，口腔ケアといった作業療法士，理学療法士，歯科衛生士に近い役割も果たすことがあると述べてい

る。これらは、今回の3つの施設の実践を振り返る中で、看護師が24時間の対応の中で求められている機能であった。更に他職種との連携としての看護師が相談や調整機能を発揮し、チーム機能が発揮されたと考えられる。

#### 4. 2 摂食・嚥下に関する援助技術の継続

今回は、実践検討会を通して、病院と病棟の看護の継続が図れ、急性期病棟での看護が回復期病棟に引き継がれ、転院先の病棟看護師に引き継がれた。今後は、この継続看護が引き継がれるように、看護師個々の摂食・嚥下障害への看護技術の向上が必要であると考えられる。中島ら<sup>9)</sup>の報告においても看護師の知識・判断力・関心度がアセスメント表や摂食訓練カードの作成など、チームで検討したケアが行われることで向上したと述べている。事例分析を通して、摂食・嚥下障害者が経口可能になっていく看護援助にはケアの継続と連携が不可欠であることと他施設への援助技術の継続が更に摂食・嚥下障害者の回復につながることも示唆された。

我々の摂食・嚥下実践検討会は、県内の看護師に実態調査を行い、技術向上にむけスキルアップ講座を2回にわたり開催した。摂食・嚥下に関する援助技術は病院から介護保険施設や在宅看護までの広い連携が必要と考えられる。研究班では、摂食・嚥下に関するポケットハンドブックの作成をスキルアップ講座受講生と作成することを検討している。

#### 5. まとめ

摂食・嚥下看護実践検討会で、1ヶ月に1回の摂食・嚥下の困難事例検討を実施した。入院前の他施設では摂食・嚥下が困難であるとか、緊急入院で摂食が困難であった7事例（年齢65-86歳、男性5名、女性2名）へ、摂食・嚥下機能の回復への看護援助を実施し、摂食が可能になっていく経過を10の援助指針に基づき分析した。

結果として、I [全身状態の改善に向けた援助]として、①誤嚥性肺炎を予防する日々の口腔ケアの実施、②適切な栄養・水分バランスを維持するケア、③活動性を高めるための体位の工夫の実施は8事例全員に毎日実施していた。④意欲・自発性の向上を支援するケアは全事例に行われていた。II [嚥下機能の改善に向けた援助]として、⑤嚥下機能を高める発声練習や

嚥下体操を日々のケアで実施し、ST等と連携を図りながら⑥経口摂取開始時期の見極めを全事例検討していた。⑦直接嚥下を安全にすすめる援助は6事例に行われ、食事形態の工夫と自力での食べ方の支援が行われた。⑧食べることの再獲得への支援として1事例に取り組みされた。III [チームの機能の向上に向けた援助]として、⑨家族支援を行い家族機能を高めた6事例と⑩チームアプローチの中で看護の役割として検討会の開催、医師やケアマネージャーへの相談や情報提供、他施設への摂食・嚥下に関する継続看護サマリーの作成などがあげられた。

摂食・嚥下実践検討会の参加者の振り返りとして、経口摂取が可能になる患者への看護援助を通して、スタッフが患者と共に喜びを感じ援助の効果を実感でき、積極的な働きかけに向かい始めている。経口摂取が可能になるかを見極めるポイントは、発語があるか、水分の嚥下ができるか、口腔ケアの状況、経口摂取意欲に関してその時々声を拾い、カンファレンスで検討し進めていた。難しいケースはSTを入れるようにしている、など現状を踏まえて次への課題をあげていた。

#### 謝辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆様へ深く感謝いたします。なお、本研究は、石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成を受けて実施したものである。

#### 引用文献

- 1) 直井千津子：重度の摂食・嚥下障害高齢者に経口摂取を可能にする看護-援助指針を適用して-。老年看護学 Vol.11 No.2, p 120-131, 2007.
- 2) 桑原範和, 丹羽潤, 佐々木広子他4名：嚥下障害を有する脳卒中患者の基礎的嚥下訓練の有効性。函館医学誌 29 卷 1 号, p 36-39, 2005.
- 3) 椎名英貴, 溝尻源太郎, 佐藤典子他1名：直接訓練開始を判断するための臨床的基準の検討。日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌 9 卷 3 号, p 272-282, 2005.
- 4) 奥山夕子, 岡田澄子, 園田茂他1名：脳血管障害による重度摂食・嚥下障害に対するチームアプローチ。PT ジャーナル第 38 卷第 4 号, p 277-286.2004.
- 5) 中島道代, 石川さつき, 小澤昌代他2名：摂食・嚥下障害に対する看護師の意識調査 摂食・嚥下障害アセスメント表, 摂食・嚥下訓練看護カードを使

**Development of Nursing Aid Skills for Patients  
with Eating Disorder and Dysphasia  
—Report No. 2: From the Analysis of Nursing Aid,  
Which Enabled Oral Ingestion—**

Hiromi SATO, Eiko AMATSU, Chizuko NAOI, Junko HOSOKAWA  
Mamiko ITO, Yuka MATSUDAIRA, Mitsuyo MAEDA, Hitomi KONYA  
Takako MIYAMOTO, Kimie ARAKI, Keiko TABATA, Chika TAKATA,  
Sachi MOTOO, Chika MIYAMOTO

**Abstract**

We conducted nursing aid for recovery from eating disorder or dysphasia in 7 cases that demonstrated eating and swallowing difficulties, and analyzed the process of ongoing eating ability, based on 10 aiding guidelines.

As a result, we implemented the following daily practices for all patients of the 7 cases as an aid measures toward the improvement of general conditions,

- (1) Routine oral care to prevent aspiration pneumonia,
- (2) Care to maintain adequate balance of nutrient and water
- (3) Contriving bodily positions to enhance activeness
- (4) Care to support enhancement of motivation and initiative.

In providing aid for improvement of swallowing functions,

- (5) Vocal exercises and swallowing training to enhance swallowing function were conducted in daily care procedure, and while coordinating with ST, etc.,
- (6) All cases were studied to determine the best timing for starting oral ingestion.
- (7) Aid to safely proceed direct swallowing was provided in 6 cases, and support was given on pattern of meals and for eating means without help.
- (8) For supporting regaining oral eating, we worked on 1 case.

In aiding for team function enhancement, the following was suggested:

- (9) Providing family support and enhancing family function in 6 cases, and
- (10) In the team approach, holding study meetings as a nursing role, consulting with doctors and care managers, providing information, and preparing a summary of continuous nursing care on eating and swallowing for other facilities.

**Key words** people with eating disorder and dysphasia, development of nursing aid skills, coordinating in nursing, coordination with other communities, case analysis

## 報告

# 訪問看護ステーションにおける災害対策の課題

## —能登半島地震における訪問看護ステーションの被害状況と初動に関する調査から—

水島ゆかり 林 一美

## 概要

能登半島地震における訪問看護ステーションの被害状況と初動を明らかにすることを目的として、能登半島地震において震度5以上であった石川県内の10市町にある訪問看護ステーションの管理者を対象として調査を行った。その結果、回答が得られた7つの訪問看護ステーションの建物・設備・備品の被害状況は、一部損壊2か所、設備・備品の転倒・落下1か所で、4か所には被害がなかった。地震発生時の管理者の所在は、4名が自宅であり、すぐに利用者の安否確認のための家庭訪問や電話連絡、職場への出勤、職員の安否確認、自宅の被害状況の確認を行っていた。

そして、能登半島地震後に、管理者は【利用者・家族への対策】【災害時の行動の確認】【連絡網の作成・見直し】【マニュアルの作成・見直し】を行っていた。また、今後改善したい点としては、【地域の関係機関との連携】【訪問看護ステーションにおける対策】【利用者・家族への対策】があげられていた。

**キーワード** 能登半島地震、訪問看護ステーション、災害対策

## 1. はじめに

近年、平成16年の新潟県中越地震、平成17年の福岡西方沖を震源とする地震など、大規模地震発生時の切迫性が指摘されている地域以外において大きな地震が発生しており、地震は全国各地でも発生しうることが改めて認識されている<sup>1)</sup>。平成19年3月25日9時42分には、石川県において能登半島沖を震源とするマグニチュード7.1の地震が発生した。この地震により、能登半島では多数の死傷者、住宅の全壊・半壊・一部破損などの大きな被害を受けた。

我々は、平成18年から訪問看護提供機関における災害対策について検討を行っている。平成18年には、A県内の訪問看護提供機関の管理者を対象者として、その災害対策について実態調査を行い、A県内の訪問看護提供機関における災害対策の実態と改善すべき課題を明らかにしてきた<sup>2)3)</sup>。今回は、能登半島地震における訪問看護ステーションの被害状況と初動を明らかにすることを目的として、能登半島地震において震度5以上であった石川県内の10市町にある訪問看護ステーションの管理者を対象者として調査を行った。その結果から、訪問看護ステーションにおける災害対策の課題を再検討し

たので報告する。

訪問看護の利用者は、高齢者やなんらかの疾患のある療養者が多く<sup>4)</sup>、災害が起こると、看護の必要性がさらに高まる。そのため、訪問看護ステーションでは、災害時であっても利用者へ看護を提供できるように災害に備えた対策をしておくことが重要であると考えられる。また、本調査において「初動」とは、訪問看護ステーションの管理者の地震当日の行動とした。二次災害防止の観点からも、早期の対応は重要であると考えたためである。

## 2. 方法

## 2.1 対象者

対象者は、能登半島地震において震度5以上であった石川県内の10市町にある訪問看護ステーション13か所の管理者であった。震度5弱以上になると、多くの人が身の安全を守ろうとし、座りの悪い置物の多くが倒れたり、窓ガラスが割れて落ちるなどの被害が出ることもあるため、震度5以上の市町とした。

## 2.2 調査方法と調査項目

調査は、独自に作成した調査用紙を用いて、

平成19年10月に郵送法による自記式質問紙調査を実施した。調査用紙の作成にあたっては、地震を経験した訪問看護ステーションの報告<sup>5)6)</sup>等の文献検討と、能登半島地震において震度5以上を経験したB訪問看護ステーションに勤務する看護師3名に聞き取りを行い、それらを参考にした。調査項目は、対象者が所属する①訪問看護ステーションの概要、②能登半島地震における訪問看護ステーションの被害状況、③訪問看護ステーションにおける災害対策マニュアルの状況、④能登半島地震発生後の訪問看護ステーションの初動、⑤能登半島地震後の訪問看護ステーションにおける災害対策であった。

### 2. 3 分析方法

対象者が所属する①訪問看護ステーションの概要、②能登半島地震における訪問看護ステーションの被害状況、③訪問看護ステーションにおける災害対策マニュアルの状況、④能登半島地震発生後の訪問看護ステーションの初動については、調査項目毎に単純集計を行った。自由記載にて回答を求めた⑤能登半島地震後の訪問看護ステーションにおける災害対策等は共通性のある内容を整理・分類（カテゴリ化）した。なお、以下本文中では、自由記載の記述内容を『 』、整理・分類したカテゴリを【 】で示す。

### 2. 4 倫理的配慮

対象者に、本研究の趣旨と、回答は施設を特定できないように処理し、研究以外の目的では使用しない旨の文書を調査用紙に同封し、同意を得られた場合に無記名にて回答・返送を得た。

## 3. 結果

調査に回答が得られた者は7名で、回収率は53.8%であった。

### 3. 1 訪問看護ステーションの概要（表1）

対象者が所属する訪問看護ステーションの看護職員数は、5名未満2か所（28.6%）、5～9名4か所（57.1%）、10名以上1か所（14.3%）で、その平均は6.7±3.5名であった。また、平成19年3月末の利用者数は、30名未満2か所（28.6%）、30～49名2か所（28.6%）、50名以上2か所（28.6%）で、すべての訪問看護ステーションが医療処置を必要とする利用者を抱えて

いた。その内訳（複数回答）は、経管栄養と吸引器使用が7か所（100%）、膀胱留置カテーテル使用6か所（85.7%）、在宅酸素療法5か所（71.4%）の順であった。

表1 訪問看護ステーションの概要 n=7

	n(%)
看護職員数	
5名未満	2(28.6)
5～9名	4(57.1)
10名以上	1(14.3)
利用者数(平成19年3月末)	
30名未満	2(28.6)
30～49名	2(28.6)
50名以上	2(28.6)
無回答	1(14.3)
医療処置を必要とする利用者の有無(複数回答)	
経管栄養	7(100)
吸引器使用	7(100)
膀胱留置カテーテル使用	6(85.7)
在宅酸素療法	5(71.4)
人工呼吸器装着	3(42.9)
血液透析	2(28.6)
中心静脈栄養	1(14.3)
その他	2(28.6)

### 3. 2 能登半島地震における訪問看護ステーションの被害状況（表2）

能登半島地震における訪問看護ステーションの建物・設備・備品の被害状況は、一部損壊2か所（28.6%）、設備・備品の転倒・落下1か所（14.3%）で、4か所（57.1%）には被害がなかった。また、ライフラインの被害状況として、電気・水道・ガス・電話の途絶について質問したところ、何らかの途絶があったのは2か所（28.6%）で、ある訪問看護ステーションでは電気が1時間、水道が1日半途絶していた。もう1か所では、途絶したライフラインについての回答がなかった。

訪問看護ステーションの職員および利用者の被害状況は、自宅が損壊して避難した利用者がいたのは1か所（14.3%）のみであったが、その訪問看護ステーションでは一時的に介護療養型医療施設へ利用者を受け入れてもらったようであった。

### 3. 3 訪問看護ステーションにおける災害対策マニュアルの状況 (表 3)

平成 19 年 3 月に、災害対策マニュアルを備えていた訪問看護ステーションは、4 か所 (57.1%) であった。そのうち、災害対策マニュアルに訪問看護ステーションの施設自体が災害等にあった場合の対策が記載されていたのは 3 か所 (75.0%)、災害等の緊急時における利用者への対応が記載されていたのは 4 か所 (100%) であった。そして、その災害対策マニュアルが能登半島地震において役立ったと答えたのは 1 か所 (25.0%) のみであった。マニュアルに不足していたと考えられることとしては、電話が繋がらない状況での対応、具体的ではなかったこと、自分自身がマニュアルの内容をしっかりと把

表2 能登半島地震における訪問看護ステーションの被害状況

		n=7
		n(%)
<建物の被害状況>		
建物・設備・備品		
一部破損	2	(28.6)
転倒・落下	1	(14.3)
被害なし	4	(57.1)
ライフラインの途絶		
あった	2	(28.6)
なかった	5	(71.4)
<職員・利用者の被害状況>		
職員の避難あり	0	(0.0)
利用者の避難あり	1	(14.3)

表3 訪問看護ステーションにおける災害対策マニュアルの状況

		n=7
		n(%)
マニュアルの有無(n=7)		
あった	4	(57.1)
なかった	3	(42.9)
マニュアルの内容(n=4)		
施設の災害対策の記載あり	3	(75.0)
利用者への対応の記載あり	4	(100)
マニュアルは役に立ったか(n=4)		
役立った	1	(25.0)
役立たなかった	2	(50.0)
無回答	1	(25.0)

握していなかったことが記載されていた。

### 3. 4 能登半島地震発生後の訪問看護ステーションの初動

(1) 能登半島地震発生時の管理者の所在と行動

地震発生時の管理者の所在は、自宅 4 名 (57.1%)、訪問看護ステーション 2 名 (28.6%)、利用者宅 (家庭訪問中) 1 名 (14.3%) であった。また、管理者らの当日の行動 (自由記載) としては、利用者の安否確認のための家庭訪問や電話連絡、職場への出勤、職員の安否確認、自宅の被害状況の確認を行っていた。

職員および利用者への連絡と安否確認の手段は、職員の場合は携帯電話 5 名 (71.4%)、固定電話 4 名 (57.1%)、電子メール 2 名 (28.6%)、家庭訪問 1 名 (14.3%) の順であった。職員への連絡・安否確認にかかった時間は、5 時間以内 4 名 (57.1%)、10 時間以内 2 名 (28.6%)、その平均は  $4.3 \pm 3.6$  時間で、全員がすぐに職場へ集合した訪問看護ステーションもあった。また、利用者の場合は、家庭訪問 6 名 (85.7%)、固定電話 3 名 (42.9%)、携帯電話 2 名 (28.6%) の順であった。利用者への連絡・安否確認にかかった時間は、5 時間以内 5 名 (71.4%)、翌日 1 名 (14.3%) であった。利用者全員の安否確認の終了が翌日になったと回答した管理者は、地震発生時には利用者宅を家庭訪問中であった。そのため、利用者宅数件と訪問看護ステーション自体の被害が少ないことを確認してから、気にかかっていた自宅に帰宅したと回答していた。(表 4)

(2) 能登半島地震発生後の初動において困ったこと (表 5)

能登半島地震発生後の訪問看護ステーションにおける初動については、6 名 (85.7%) の管理者が困ったことがあったと答え、1 名は無記入であった。自由記載にて回答を求めた困った内容について、共通性のある内容を整理・分類したところ、【連絡の手段】【地域の関係機関との連携】【損壊した家屋での活動】に困ったと答えていた。

### 3. 5 能登半島地震後の訪問看護ステーションにおける災害対策

訪問看護ステーションにおける災害対策について、能登半島地震後に改善した点を自由記載



にて回答を求めたところ、【利用者・家族への対策】【災害時の行動の確認】【連絡網の作成・見直し】【マニュアルの作成・見直し】が記載されていた。最も記載が多かった【利用者・家族への対策】の内容は、『利用者の安否確認リストの作成』や『利用者の災害マップ作り』『利用者には高い所へ物を置かないよう毎回話した』等であった。(表6)

そして、訪問看護ステーションにおける災害対策について、今後改善したい点を自由記載にて回答を求めたところ、【利用者・家族への対策】【地域の関係機関との連携】【訪問看護ステーションにおける対策】が記載されていた。【利用者・家族への対策】としては『一人ひとりの家族の連絡網について』『利用者に合わせて個別

のパンフレットを作成し、もしもの時のために一緒に話し合うことを考えています』『エアマットや吸引器を利用している重症者に自家発電器のレンタルができればと考えています』、【訪問看護ステーションにおける対策】としては『地震発生時のデモを行いたい』『必要物品について』『発生した後、スタッフの役割を明確にしておきたい』との記載がみられた。(表7)

#### 4. 考察

##### 4.1 能登半島地震における訪問看護ステーションの被害状況

能登半島地震において震度5以上であった石川県内の10市町にある訪問看護ステーション13か所の管理者のうち、本調査に回答が得られ

	職員 n(%)	利用者 n(%)
連絡・安否確認の手段(複数回答)		
携帯電話	5(71.4)	2(28.6)
固定電話	4(57.1)	3(42.9)
電子メール	2(28.6)	0(0.0)
家庭訪問	1(14.3)	6(85.7)
その他	1(14.3)	0(0.0)
無記入	0(0.0)	1(14.3)
連絡・安否確認にかかった時間		
5時間以内	4(57.1)	5(71.4)
10時間以内	2(28.6)	0(0.0)
翌日	0(0.0)	1(14.3)
無記入	1(14.3)	1(14.3)

表5 能登半島地震発生後の初動において困ったこと

困ったこと	記述内容
連絡の手段	<ul style="list-style-type: none"> <li>電話による安否確認ができない状況</li> <li>電話連絡できないこと</li> <li>電話が集中してなかなかかからなかった</li> <li>電話が通じなかったことで、職員同士の連絡がとれなかった</li> <li>スタッフと何とか連絡をとって、分担して訪問ということも考えたが、スタッフ自身の被災状況もわからず、指示できなかった</li> </ul>
地域の関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>行政(民生委員)等との連携がとれないので、重複して訪問する人もいて、地域全体として行政を中心とした災害対策を具体的に必要があると思った</li> <li>ケアマネジャーや他のスタッフと連絡がとれず、役割分担を話し合うことができなかった</li> </ul>
損壊した家屋での活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>半壊の家へは怖くて入れず、外から声を聞いて安否を確認したが、これでよかったのかと今でも考える</li> </ul>

た7名が所属する訪問看護ステーションの建物・設備・備品の被害状況は、一部損壊2か所、設備・備品の転倒・落下1か所で、4か所には被害がなかった。また、ライフラインの途絶がみられた訪問看護ステーションは2か所で、ある訪問看護ステーションでは電気が1時間、水道が1日半途絶していた。

訪問看護ステーションの職員および利用者の被害状況は、自宅が損壊して避難した利用者がいたのは1か所のみで、その訪問看護ステーションでは一時的に介護療養型医療施設へ利用者を受け入れてもらっていた。利用者の中には、吸引器の使用や在宅酸素療法等を行っている者もいたが、翌日までには安否確認が行われ、また電気も地震の翌日には復旧しており<sup>7)</sup>、大きな影響はなかったようであった。

これらのことから、能登半島地震において震度5以上であった市町に位置し、本調査に回答

が得られた訪問看護ステーションの建物および職員・利用者には大きな被害がなかったようである。しかし、災害の程度や訪問看護ステーションの被害状況によって初動は変わるため、状況に応じた対応を検討しておく必要があると考える。

#### 4. 2 能登半島地震発生後の訪問看護ステーションの初動

能登半島地震発生時の管理者の所在は、4名が自宅であったが、これは日曜日に地震が発生したためと考えられる。そのため、管理者らは、自宅の被害状況をすぐに確認でき、引き続いて利用者の安否確認のための家庭訪問や電話連絡、職場への出勤、職員の安否確認等をスムーズに行うことができたのではないかと考える。

職員および利用者への連絡と安否確認の手段は、職員の場合は携帯電話・固定電話・電子メー

表6 訪問看護ステーションにおける災害対策で改善した点

改善した点	記述内容
災害時の行動の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・とりあえず災害時はステーションに集合することを確認</li> <li>・電話連絡がとれない場合、とりあえず来れる人はステーションに集合することを確認しあう</li> </ul>
連絡網の作成・見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連絡網の見直し</li> <li>・常勤・非常勤の緊急時連絡網作り</li> </ul>
マニュアルの作成・見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアルの見直し</li> <li>・当ステーションは他事業所と併設しているため、在宅部門全体としての役割分担・連携・協働できるように話し合い、マニュアル作成に取り組んでいます</li> </ul>
利用者・家族への対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の安否確認リストの作成</li> <li>・利用者の災害マップ作り(一人暮らし・高齢者2人暮らし・その他)</li> <li>・利用者には高い所へ物を置かないよう毎回話した</li> <li>・利用者の訴えを以前よりもよく聞くよう心がけた</li> </ul>

表7 訪問看護ステーションにおける災害対策で改善したい点

改善したい点	記述内容
地域の関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政・社協・地域等との連携をとり、各役割について明確化していく</li> <li>・地域の訪問看護ステーションとしての災害対策の役割が、具体的な行動としてすぐとれるような取り組みを考えていきたい</li> </ul>
訪問看護ステーションにおける対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地震発生時のデモを行いたい</li> <li>・必要物品について(忘れないように定期的に見直す)</li> <li>・発生した後、スタッフの役割を明確にしておきたい(誰がどの地域を回るのか、その方法について検討していきたい)</li> </ul>
利用者・家族への対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一人ひとりの家族の連絡網について</li> <li>・利用者に合わせた個別のパンフレットを作成し、もしもの時のために一緒に話し合うことを考えています</li> <li>・エアマットや吸引器を利用している重症者に自家発電器のレンタルができればと考えています</li> </ul>

ル等を用いており、全員がすぐに職場へ集合した訪問看護ステーションもあった。一方、利用者への安否確認の手段は、家庭訪問・固定電話・携帯電話を用いており、そのうち独居高齢者や高齢者夫婦世帯等の安否確認を行う際には直接家庭訪問を行っていた。そして、能登半島地震後の訪問看護ステーションにおける初動については、8割以上の管理者が困ったことがあったと答え、その内容は【連絡の手段】【地域の関係機関との連携】【損壊した家屋での活動】であった。特に、【連絡の手段】については、5名の管理者が、電話がなかなか繋がらず、利用者の安否確認や職員への連絡ができなかったことに困っており、電話以外の連絡手段も検討しておく必要があると考える。

平成19年3月に、災害対策マニュアルを備えていた訪問看護ステーションは約6割であった。災害対策マニュアルの有無については、全国訪問看護事業協会<sup>8)</sup>が正会員の訪問看護ステーション管理者を対象として平成14年に行った調査では1割強、愛知県看護協会<sup>9)</sup>が平成16年に行った調査でも1割強、我々が<sup>2)</sup>平成18年に行ったA県内の調査では約3割の機関が災害対策マニュアルを持っていたという結果が報告されている。これらの調査結果が報告されてから数年が経過しているため、単純に比較することはできないが、能登半島地震において震度5以上であった石川県内の10市町にある訪問看護ステーションは災害対策マニュアルを備えている割合が高いようであった。しかし、そのうち災害対策マニュアルが能登半島地震において役立ったと答えたのは1か所のみであり、マニュアルに不足していたと考えられることとしては、電話が繋がらない状況での対応、具体的ではなかったこと、自分自身がマニュアルの内容をしっかりと把握していなかったことが記載されていた。

これらのことから、災害直後には電話が繋がりにくくなるため、管理者をはじめとした看護師の所在を想定した上で、そのような状況での自分の家族や職員、利用者・家族との【連絡の手段】を特に検討し、マニュアル化しておく必要があると考えられた。

#### 4. 3 訪問看護ステーションにおける災害対策の課題

能登半島地震後に管理者らは、訪問看護ステー

ションにおける災害対策として、まずは利用者の被害を軽減し、安否確認をスムーズに行うために、【利用者・家族への対策】を改善していた。その内容としては、『利用者の安否確認リストの作成』や『利用者の災害マップ作り』『利用者には高い所へ物を置かないよう毎回話した』等があった。また、初動において困っていた【連絡の手段】の改善のためには、『とりあえず災害時はステーションに集合することを確認』する等の【災害時の行動の確認】と【連絡網の作成・見直し】を行っていた。さらに、初動から関係機関との連携等の災害後の全体的な行動を見直し、【マニュアルの作成・見直し】を行っていた。能登半島地震において震度5以上であった石川県内の10市町にある訪問看護ステーションでは、実際に被災したことで、備えておくべき災害対策が明確になり、訪問看護ステーションのみで解決可能な災害対策を行ったようであった。

そして、訪問看護ステーションにおける災害対策について、今後改善したい点としては、【利用者・家族への対策】【訪問看護ステーションにおける対策】の充実と【地域の関係機関との連携】があげられていた。訪問看護ステーションは、医師の指示やケアプランのもとで訪問看護を提供するという性質上、災害時であっても病院や居宅介護支援事業所等の【地域の関係機関との連携】は重要であり、また能登半島地震発生後の初動においても困っていたため、連携を強化することは必要であると考えられる。発生が想定されていなかった能登半島地震という辛い経験を経て、訪問看護ステーションにおいて今後充実すべき災害対策の課題が具体的に変わったようであった。

これらのことから、今後充実すべき課題としては、【地域の関係機関との連携】をして訪問看護ステーションの役割を明確化した上で、【訪問看護ステーションにおける対策】として職員の役割の明確化や災害訓練の実施等を、【利用者・家族への対策】として連絡網・パンフレット・自家発電器等を備えておくべきであると考えられた。

#### 5. まとめ

能登半島地震において震度5以上であった石川県内の10市町にある訪問看護ステーションの管理者を対象者として調査を行ったところ、7

名の管理者から回答が得られ、以下のことが明らかになった。

1. 能登半島地震において震度5以上であった石川県内の10市町にある7つの訪問看護ステーションの建物・設備・備品の被害状況は、一部損壊2か所、設備・備品の転倒・落下1か所で、4か所には被害がなかった。

2. 能登半島地震発生時の管理者の所在は、4名が自宅であり、すぐに利用者の安否確認のための家庭訪問や電話連絡、職場への出勤、職員の安否確認、自宅の被害状況の確認を行っていた。しかし、能登半島地震後の訪問看護ステーションにおける初動について、6名の管理者が【連絡の手段】【地域の関係機関との連携】【損壊した家屋での活動】に困っていた。

3. 平成19年3月に、災害対策マニュアルを備えていた訪問看護ステーションは4か所であったが、その災害対策マニュアルが能登半島地震において役立ったと答えたのは1か所のみであった。

4. 訪問看護ステーションにおける災害対策について、能登半島地震後に改善した点は【利用者・家族への対策】【災害時の行動の確認】【連絡網の作成・見直し】【マニュアルの作成・見直し】であった。

5. 訪問看護ステーションにおける災害対策の課題は、能登半島地震という辛い経験を経て具体的になり、今後充実すべき課題としては、【地域の関係機関との連携】をして訪問看護ステーションの役割を明確化した上で、【訪問看護ステーションにおける対策】として職員の役割の明確化や災害訓練の実施等を、【利用者・家族への対策】として連絡網・パンフレット・自家発電器等を備えておくべきであると考えられた。

## 謝 辞

本調査にご協力いただきました訪問看護ステーションの管理者の皆様へ深謝いたします。また、能登半島地震において被害を受けられました皆様にお見舞い申し上げるとともに、一日も早く復旧されますよう心よりお祈り申し上げます。

## 引用文献

- 1) 内閣府：防災白書（平成19年版）、株式会社セルコ、1、2007.
- 2) 林一美、水島ゆかり：A県内の訪問看護提供機関における災害対策の実態調査（第1報）－訪問看護提供機関における災害対策の実施状況－、日本災害看護学会誌、9(1)、115、2007.
- 3) 水島ゆかり、林一美：A県内の訪問看護提供機関における災害対策の実態調査（第2報）－管理者が考える災害対策の課題－、日本災害看護学会誌、9(1)、116、2007.
- 4) 厚生労働省：平成16年介護サービス施設・事業所調査、厚生統計協会、78-79、2006.
- 5) 小坂井保子：見附市における豪雨災害と新潟県中越地震に関する報告、訪問看護と介護、10(2)、95-101、2005.
- 6) 今出品代：訪問看護ステーションの状況と小千谷市総合体育館での健康相談活動、訪問看護と介護、10(3)、224-229、2005.
- 7) 北国新聞社：北国新聞2007年（平成19年）3月27日日刊、第41033号、1、2007.
- 8) 社団法人全国訪問看護事業協会：訪問看護ステーション災害対応マニュアル、厚生出版社、7、2003.
- 9) 社団法人愛知県看護協会訪問看護小委員会：愛知県内の訪問看護ステーションにおける災害対策の実態報告書、6、2005.

（受付：2007年11月14日、受理：2008年1月16日）

## Study on Disaster Planning at Home-visit Nursing Station —Through Research on Damage and Response Actions at Home-visit Nursing Station in Notohanto Earthquake—

Yukari MIZUSHIMA, Kazumi HAYASHI

### Abstract

A Survey was conducted on home-visit nursing station administrators in ten cities in Ishikawa prefecture where the seismic intensity scale was measured five or more during the Notohanto Earthquake. The aim is to gain an understanding of damages and response actions at the home-visit nursing stations in the Notohanto Earthquake.

Seven visiting nursing stations' administrators responded to the survey. The result showed that the damage of buildings, equipments, and furniture at the seven home-visit nursing stations are as follows: two were partly damaged, one had damage to equipment and furniture, and four were not damaged at all. When the earthquake occurred, four home-visit nursing stations' administrators were at home. They checked in on home-visit nursing station, users' homes, or made phone calls to check the status, went to the office, confirmed safety of their staff, and checked damages of their homes.

It was also found that the home-visit nursing station administrators carried out [Response Actions to Users], [Confirmation of Procedures at Disasters], [Preparation and Review of Contact List], and [Preparation and Review of Support Manual] after the Notohanto Earthquake. The critical factors for effective disaster planning were [Cooperation with Local Authorities], [Disaster Planning at Home-Visit Nursing Stations], and [Response Actions to Users].

**Key words** Notohanto earthquake, home-visit nursing station, disaster planning

## 報告

## 石川県における助産師の専門的ケア実践の現状

曾山小織 米田昌代 杵淵恵美子\*

## 概要

本研究の目的は石川県における助産師の専門的ケアの実施状況を明らかにし、助産師の有効な活用に向けて検討することである。平成17年10月から11月に無記名自記式質問紙を郵送して、37施設の看護責任者から有効回答が得られた。調査内容は助産師による専門的ケア26項目の実施状況であり、施設形態毎に比較分析した。その結果、病院は妊産褥婦や新生児のケアおよび保健指導のほか、ライフステージ各期の健康相談を実施していた。助産所も幅広くケアを実施していたのに加えて、家庭訪問や講演なども行っていた。しかし、地域保健を担う行政や団体等からの要請に対応できない状況もみられた。産婦人科医院では分娩に関するケアと保健指導が中心であり、生涯各期に応じた健康相談の実施は少なかった。これらから、施設形態により助産師の専門的ケア実践の現状は異なっていた。女性の生涯にわたる健康支援の観点から、助産師が各施設内の活動にとどまらず活躍できるシステムを構築する必要があると考察した。

**キーワード** 助産師、専門的ケア、産婦人科、助産所

## 1. はじめに

近年、女性のライフスタイルは高学歴化や晩婚化、少子化または高齢化に伴って急速に多様化している。これらの変化は女性のライフサイクル各期において若い世代の性行為感染症の増加、不妊、更年期障害などの健康課題を生じている。助産師は女性と共にある専門職として、妊娠・分娩・育児をはじめ、生涯を通じた質の高い医療を利用者に提供することが期待されている。

そこで、われわれは平成17年に石川県内の産婦人科医療施設に勤務する助産師について、就業状況から見た専門的ケアの現状を分析した<sup>1)</sup>。その結果、施設形態の違いによって助産師が偏在していたこと、病院では助産師が産婦人科以外の診療部門に配置されていたことから、助産師は専門的ケアを十分に利用者に提供しにくい現状にあることが考えられた。この分析では具体的な専門的ケアの内容と実施状況について明らかにしていなかったため、今回はその点に焦点を当て助産師の専門能力の有効な活用に向けて考察する。

## 2. 研究方法

## 2.1 調査対象および調査方法

石川県内の産婦人科を標榜する病院と診療所を病院一覧、電話帳、インターネット検索により抽出して、病院と診療所94施設、助産所20施設に調査票を送付した。病院と診療所は産婦人科病棟の看護責任者、助産所は助産所長を対象に無記名自記式にて回答を依頼した。調査票の配布と回収は平成17年10月から11月までの2ヶ月間に郵送法で行った。

## 2.2 調査内容

調査内容は助産師の専門的ケア26項目の実施状況である。専門的ケアとは日本助産学会の将来の助産婦のあり方委員会が1998年に報告<sup>2)</sup>した「日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲」を参考に研究者らが作成したものである。

「日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲」とは、助産師の独自性とは何かを明確にして、教育や実践に生かす提言をすることを目的に検討されたものである。その内容は妊娠期や分娩期、産褥期の母子、女性や家族、地域母子保健の6つの分野のケアとその責任範囲、また、専門職としての自律を保つための行動と責任について示されている。ここには助産師の専門職としての基本的な姿勢や活動が明確にされてい

\* 神奈川県立保健福祉大学

るため、調査内容である専門的ケア 26 項目はこれを参考に妊娠期のケア 5 項目、分娩期のケア 6 項目、産褥期の母子のケア 11 項目、女性のケア 4 項目から構成した (表 1)。これらの項目の抽出においては助産学研究者 4 名で内容を検討し、信頼性・妥当性の確保に努めた。

質問紙においては、項目内容ごとに医師・助産師・看護師・准看護師各々の実施の有無をたずねた。

### 2. 3 倫理的配慮

調査票には協力依頼文を添付し、施設や個人が特定されないこと、データは研究の目的以外には使用しないことを明記した。また、調査への参加は個人の意思による選択として、返送をもって協力の同意が得られたものとした。

### 2. 4 分析方法

40 床未満の病院は産婦人科専門であったので、本研究では診療所と合わせて産婦人科専門医院 (以下、産婦人科医院) として、病院、産婦人科医院、助産所の 3 つに分類して分析した。また、助産所には分娩を扱っていない施設があるため、妊娠期・分娩期・産褥期に関する調査内容のみそれらの施設を除外して分析した。分析は統計ソフト SPSS13.0 J for windows を使用して、専門的ケアの実践状況を施設形態間で比較した。3 (施設形態) × 2 (実践の有無) の

クロス表における  $\chi^2$  検定ではどの施設間に差異があるのか不明であり、また、施設数も少ないという限界から、今回は 2 施設ずつ組み合わせで 2×2 のクロス表にてフィッシャー直接法を行った。

## 3. 結果

### 3. 1 施設の概要

調査対象とした 114 施設のうち 47 施設から回答が得られた (回収率 41.2%)。そのうち有効回答は 37 施設 (有効回答率 78.7%) であり、病院は 14 施設、産婦人科医院は 10 施設、助産所は 13 施設であった。

### 3. 2 妊娠期のケアに関する実施状況

妊娠期のケアに関する実施状況を表 2 に示した。妊婦の健診に助産師が携わっていた施設の割合は助産所では 100%、産婦人科医院は 60.0%、病院は 42.9% であり、病院が最も少なかった。母親 (両親) 学級や妊婦の身体や心に関する相談の対応に助産師が携わっていた施設の割合は、全ての施設形態で 85.7% から 100% であり多い傾向がみられた。流産・早産・死産や異常児を出産した褥婦の心理的ケアも同様であり、病院では全ての施設で助産師が携わっていた。産婦人科医院や助産所でも約 80% の施設で助産師が携わっていた。しかし、遺伝や胎児に関する検査や診断の相談に対する対応は、病

表 1 助産師の専門的ケア 26 項目

<妊娠期のケア>	
1. 妊婦の健診	3. 乳房ケア
2. 母親 (両親) 学級	4. 新生児の観察
3. 妊婦の身体や心に関する相談の対応	5. 新生児の胎外生活適応からの逸脱の判断とケア
4. 流産・早産・死産や異常児を出産した褥婦の心理的ケア	6. 褥婦に対する新生児の育児指導
5. 遺伝や胎児に関する検査や診断の相談に対する対応	7. 褥婦に対する家族計画指導
<分娩期のケア>	8. 産後の母児の家庭訪問
1. 分娩開始の診断	9. 産後 1 ヶ月の褥婦の健診
2. 分娩進行状態の観察 (内診を含む)	10. 生後 1 ヶ月の児の健診
3. 分娩進行中の産婦の産痛緩和	11. 未熟児や高度医療を受ける子どもを持つ母親や家族へのケア
4. 産婦に付き添う夫や家族への支援	<女性のケア>
5. 経膈分娩の介助	1. 女性やパートナーへの避妊指導や家族計画の指導、性生活についての相談への対応
6. 分娩経過中の異常発生時の判断と対応	2. 不妊の悩みを持つ女性と家族へのカウンセリング的関わり
<産褥期の母子のケア>	3. 婦人科疾患に対する相談への対応
1. 産褥の経過の観察	4. 更年期・老年期女性の健康相談への対応
2. 正常な産褥復古経過からの逸脱の判断とケア	

院では78.6%，助産所は33.3%であり，産婦人科医院は10.0%と病院に比して有意に少なかった。

### 3. 3 分娩期のケアに関する実施状況

分娩進行状態の観察，分娩進行中の産婦の産痛の緩和，産婦に付き添う夫や家族への支援，経膈分娩の介助，分娩経過中の異常発生時の判断と対応は，全ての施設形態において助産師が携わっていた施設の割合は100%であった。これら分娩に関連する援助のうち，分娩開始の診断については，産婦人科医院の助産師が携わっていた施設の割合は80.0%であった。

### 3. 4 産褥期の母子のケアに関する実施状況

産褥期のケアに関する実施状況を表3に示した。産褥の経過の観察と新生児の観察に助産師が携わっていた施設の割合は，全ての施設形態において100%であった。正常な産褥復古経過からの逸脱の判断とそのケアに助産師が携わっていた割合も92.9%から100%であり，全ての施設形態において多い傾向がみられた。新生児の胎外生活適応からの逸脱の判断とケアは，助産所が100%であり，病院が92.9%，産婦人科医院が80.0%であった。また，育児や産後の生活に関連する乳房ケアや褥婦に対する新生児

の育児指導，または褥婦に対する家族計画指導も，助産師が携わっていた施設の割合は100%であった。しかし，産後の母児の家庭訪問に助産師が携わっている施設の割合は，助産所では83.3%と多い傾向がみられたのに比して，病院や産婦人科医院では約30%と有意に少なかった。産後1ヶ月の褥婦の健診に助産師が携わっていた施設の割合は病院や助産所では約60%であったが，産婦人科医院では40%であった。生後1ヶ月の児の健診は全ての施設形態で助産師が携わっていた割合は半数であった。未熟児や高度医療を受ける子どもを持つ母親や家族へのケアに助産師が携わっていた施設の割合は，助産所では100%，病院では85.7%であり，産婦人科医院では50.0%であった。

### 3. 5 女性のケアに関する実施状況

女性のケアに関する実施状況を表4に示した。女性やパートナーへの避妊指導や家族計画の指導，性生活についての相談への対応に助産師が携わっていた施設の割合は90.0%から100%であり多い傾向がみられた。しかし，不妊の悩みを持つ女性と家族へのカウンセリング的関わりに助産師が携わっていた施設の割合は助産所では84.6%，病院は78.6%，産婦人科医院は10.0%であり，産婦人科医院は助産所や病院に

表2 妊娠期のケアに関する実施状況

項目	対象施設	実施あり		実施なし	
		施設数 (件)	割合 (%)	施設数 (件)	割合 (%)
1. 妊婦の健診	病院 (n=14)	6	(42.9%)	8	(57.1%)
	産婦人科医院 (n=10)	6	(60.0%)	4	(40.0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(0%)
2. 母親(両親)学級	病院 (n=14)	12	(85.7%)	2	(14.3%)
	産婦人科医院 (n=10)	9	(90.0%)	1	(10.0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(100%)
3. 妊婦の身体や心に関する相談の対応	病院 (n=14)	14	(100%)	0	(0%)
	産婦人科医院 (n=10)	9	(90.0%)	1	(10.0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(0%)
4. 流産・早産・死産や異常児を出産した褥婦の心理的ケア	病院 (n=14)	14	(100%)	0	(0%)
	産婦人科医院 (n=10)	8	(80.0%)	2	(20.0%)
	助産所 (n=6)	5	(83.3%)	1	(16.7%)
5. 遺伝や胎児に関する検査や診断の相談に対する対応	病院 (n=14)	11	(78.6%)	3	(21.4%)
	産婦人科医院 (n=10)	1	(10.0%)	9	(90.0%)
	助産所 (n=6)	2	(33.3%)	4	(66.7%)

(フィッシャー直接法 \*p<.05)



比して有意に少なかった。婦人科疾患に対する相談への対応も同様に助産師が携わっていた施設の割合は助産所では 92.3%，病院は 78.6%，産婦人科医院は 20.0% であり，産婦人科医院は助産所や病院に比して有意に少なかった。更年期や老年期女性の健康相談への対応に助産師が携わっていた施設の割合は病院では 78.6%，助

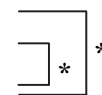
産所は 61.5%，産婦人科医院は 10.0% であり，産婦人科医院は病院や助産所に比して有意に少なかった。

### 3. 6 助産所への業務依頼の状況とその内容

助産所への業務依頼の状況を表 5 に示した。助産所のうち，保健所や保健センターまたは学

表 3 産褥期の母子のケアに関する実施状況

項目	対象施設	実施あり		実施なし	
		施設数 (件)	割合 (%)	施設数 (件)	割合 (%)
1. 産褥の経過の観察	病院 (n=14)	14	(100%)	0	(0%)
	産婦人科医院 (n=10)	10	(100%)	0	(0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(0%)
2. 正常な産褥復古経過からの逸脱の判断とケア	病院 (n=14)	13	(92.9%)	1	(7.1%)
	産婦人科医院 (n=10)	10	(100%)	0	(0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(0%)
3. 乳房ケア	病院 (n=14)	14	(100%)	0	(0%)
	産婦人科医院 (n=10)	10	(100%)	0	(0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(0%)
4. 新生児の観察	病院 (n=14)	14	(100%)	0	(0%)
	産婦人科医院 (n=10)	10	(100%)	0	(0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(0%)
5. 新生児の胎外生活適応からの逸脱の判断とケア	病院 (n=14)	13	(92.9%)	1	(7.1%)
	産婦人科医院 (n=10)	8	(80.0%)	2	(20.0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(0%)
6. 褥婦に対する新生児の育児指導	病院 (n=14)	14	(100%)	0	(0%)
	産婦人科医院 (n=10)	10	(100%)	0	(0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(0%)
7. 褥婦に対する家族計画指導	病院 (n=14)	14	(100%)	0	(0%)
	産婦人科医院 (n=10)	10	(100%)	0	(0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(0%)
8. 産後の母児の家庭訪問	病院 (n=14)	5	(35.7%)	9	(64.3%)
	産婦人科医院 (n=10)	3	(30.0%)	7	(70.0%)
	助産所 (n=6)	5	(83.3%)	1	(16.7%)
9. 産後 1 ヶ月の褥婦の健診	病院 (n=14)	9	(64.3%)	5	(35.7%)
	産婦人科医院 (n=10)	4	(40.0%)	6	(60.0%)
	助産所 (n=6)	4	(66.7%)	2	(33.3%)
10. 生後 1 ヶ月の児の健診	病院 (n=14)	7	(50.0%)	7	(50.0%)
	産婦人科医院 (n=10)	5	(50.0%)	5	(50.0%)
	助産所 (n=6)	3	(50.0%)	3	(50.0%)
11. 未熟児や高度医療を受ける子どもを持つ母親や家族へのケア	病院 (n=14)	12	(85.7%)	2	(14.3%)
	産婦人科医院 (n=10)	5	(50.0%)	5	(50.0%)
	助産所 (n=6)	6	(100%)	0	(0%)



(フィッシャー直接法 \*p<.05)

校などから業務の依頼を受けたことがある施設の割合は84.6%で、その依頼に対応できていたと答えたのは半数の54.5%であった。業務の依頼に対応できなかった理由は、他の業務と重なっていたことが大半であるが、依頼内容が得意な分野ではなかったことをあげた者も少数ではあるがみられた。

助産所へ依頼された業務を内容別にみた割合を表6、その内訳を表7に示した。妊娠期のケアでは妊娠や不妊または人工妊娠中絶などの相談事業が8%、家庭訪問が42%、母親学級や両親学級などの集団指導が50%であった。産褥期のケアでは乳房のケアや育児についての相談事業が38%、ハイリスク母子への家庭訪問が54%、母乳育児についての集団指導が8%であった。新生児のケアでは発達や発育についての相談事業が45%、新生児訪問や乳児訪問などの家庭訪問が45%、育児教室にみられる集団指導が10%であった。その他に更年期に関する相談や更年期教室、性教育、エイズ予防講座、思春期の保健講座の依頼があり、女性のライフサイクル全般に関わる内容がみられた。

#### 4. 考察

##### 4.1 病院に勤務する助産師が行う専門的ケアの現状

病院では分娩に関するケアや褥婦または新生児のケアに助産師が携わっていた施設の割合が多い傾向がみられた。また、産後の生活や育児指導に助産師が携わっていた施設の割合も多い傾向がみられ、これらの病棟内で行われるケアについては助産師の専門性が活かされていることが考えられた。しかし、外来で行われる妊婦の健診や産後1ヶ月の褥婦の健診に助産師が携わっていた施設の割合が少ない傾向がみられたことから、外来では助産師の専門性が十分に活かされていないことが考えられた。そのため、女性は健診時に助産師から専門的なケアを受ける機会が少ないと思われる。妊婦の健診については「母子保健法の解釈と運用」で「診察ないし診断の結果必要な療養の指導、疾病の予防もしくは健康増進に必要な保健上の注意、助言を与え、日常生活において保健上守るべき事柄を指示し、指導することをいうもの」<sup>3)</sup>であると示されており、その実施者は医師または助産師と

表4 女性のケアに関する実施状況

項目	対象施設	実施あり		実施なし			
		施設数 (件)	割合 (%)	施設数 (件)	割合 (%)		
1. 女性やパートナーへの避妊指導や家族計画の指導、性生活についての相談への対応	病院(n=14)	14	(100%)	0	(0%)		
	産婦人科医院(n=10)	9	(90.0%)	1	(10.0%)		
	助産所(n=13)	12	(92.3%)	1	(7.7%)		
2. 不妊の悩みを持つ女性と家族へのカウンセリング的関わり	病院(n=14)	11	(78.6%)	3	(21.4%)	} **	
	産婦人科医院(n=10)	1	(10.0%)	9	(90.0%)		} **
	助産所(n=13)	11	(84.6%)	2	(15.4%)		
3. 婦人科疾患に対する相談への対応	病院(n=14)	11	(78.6%)	3	(21.4%)	} **	
	産婦人科医院(n=10)	2	(20.0%)	8	(80.0%)		} **
	助産所(n=13)	12	(92.3%)	1	(7.7%)		
4. 更年期・老年期女性の健康相談への対応	病院(n=14)	11	(78.6%)	3	(21.4%)	} **	
	産婦人科医院(n=10)	1	(10.0%)	9	(90.0%)		} *
	助産所(n=13)	8	(61.5%)	5	(38.5%)		

(フィッシャー直接法 \*\*p<.01 \*p<.05)

表5 助産所への業務依頼状況

項目(施設数)	施設数(件)	割合(%)
助産所への業務依頼の有無(n=13)	あり	11 (84.6%)
	なし	2 (16.4%)
業務依頼への対応(n=11)	対応できている	6 (54.5%)
	対応出来ないことあり	5 (45.5%)

表6 助産所への業務依頼内容別にみた割合

項目	回答数	n=9(複数回答)					
		相談事業		訪問		集団指導	
		施設数 (件)	割合 (%)	施設数 (件)	割合 (%)	施設数 (件)	割合 (%)
妊娠期のケア	n=12	1	(8.0%)	5	(42.0%)	6	(50.0%)
産褥期のケア	n=13	5	(38.0%)	7	(54.0%)	1	(8.0%)
新生児のケア	n=11	5	(45.0%)	5	(45.0%)	1	(10.0%)

表7 助産所へ依頼された業務内容の内訳

<妊娠期のケア>	<新生児のケア>
1. 相談事業 妊娠・不妊・人工妊娠中絶の相談	1. 相談事業 発達・発育相談
2. 家庭訪問	2. 家庭訪問 新生児訪問
3. 集団指導 母親(両親)学級	乳児訪問
<産褥期のケア>	3. 集団指導 育児教室
1. 相談事業 乳房のケア 育児相談	<その他>
2. 家庭訪問 ハイリスク母子	・ 更年期に関する相談
3. 集団指導 母乳育児について	・ 更年期教室
	・ 性教育
	・ エイズ予防講座
	・ 思春期の保健講座

されている。しかし、鈴井ら<sup>4)</sup>の調査では、妊婦健診時の診察は病院では医師が行い、日常生活上の保健指導や診療の介助は助産師が行うことが一般的であったことから、本調査においても外来で行う健診は医師が担当していることが考えられた。また、杵淵<sup>1)</sup>らの調査では、看護師長が助産師数の不足を感じていた割合は73.5%であったことから、マンパワーの不足により産婦人科外来に助産師を配置できないために、健診に助産師が携わる機会が少なくなっていたことも考えられた。

本調査の対象病院においては助産師が健診に携わっていた割合が少なかったが、正常経過をたどる妊婦の健診を助産師が行う助産師外来や、正常分娩も取り扱う院内助産院が全国の数カ所に開設されている。助産師外来や院内助産院は助産師の専門性を発揮して、利用者に質の高いケアを提供するための取り組みであるが、本県で開設はみられていない。鈴井ら<sup>4)</sup>は病院で開設された助産師外来におけるケアの内容を調査し、そのほとんどが保健指導と乳房ケアであったことから、助産師外来においても助産師が健診を行う割合は少ないことが示されている。し

かし、助産師外来の利用者を対象にした満足に関する調査<sup>5)6)7)</sup>では、待ち時間が少ないことやじっくり話を聞いてもらえることから、利用者は概ね満足していることが示されている。妊娠期や産褥期の女性は身体的な変化が起こるだけではなく、新しい家族関係を形成することにより心身ともにストレスの多い状況にある。妊婦や産婦または褥婦とその家族が心身ともに安定して快適な生活が送れるように支援するために、助産師は助産師外来や院内助産院の開設などを通して妊産婦に関われる場を設け、利用者に安全で質の高いケアを提供できるような活動を実践する必要があるだろう。これは、急速に進行している産科医師の不足により、妊婦の生活圏から出産場所が減少することへの解決策の一つになるとも考えられた。

助産師の専門的ケアのうち不妊や婦人科疾患、更年期や老年期などの健康相談に助産師が携わっていた施設の割合は多かった。また、遺伝や胎児に関する相談、または、障害をもつ児や周産期に子どもを亡くした母親へのケアに助産師が携わっていた施設の割合が多かったのは、ハイリスク妊婦が受診するという病院の特

質に関連しているものと思われた。病院の助産師はライフステージ各期にケアを実践していたことから、助産師の専門性が活かされていると考えられた。そのため、病院を利用する女性は生涯にわたる健康支援を助産師から受ける機会があると考えられた。しかし、助産師外来の利用状況の調査<sup>8)9)</sup>では、活動をPRした場合は利用者が増加するが、PRが不足すると減少することが示されており、病院の助産師がより多くの女性に専門的なケアを提供するためには、専門的ケア実践の広報活動も必要であると考えられた。

#### 4. 2 産婦人科医院に勤務する助産師が行う専門的ケアの現状

産婦人科医院では病院と同様に、専門的ケアのうち病棟内で行われる妊娠・分娩・産褥期の母子のケアや保健指導に助産師が携わっていた施設の割合は多い傾向がみられた。逆に、外来で行われる妊婦の健診や産後1ヶ月の健診に助産師が携わっていた割合は少ない傾向がみられた。鈴木ら<sup>4)</sup>の調査では診療所の医師は健診と保健指導の両方を行っており、助産師が妊婦の健診に携わっていたのは4割の施設であったことが示されている。本調査では6割の施設で助産師が妊婦の健診に携わっており、その割合は病院より多い傾向がみられた。一方、退院後の家庭訪問、遺伝や胎児に関する相談、不妊や婦人科疾患または更年期や老年期の女性の相談に助産師が携わっていた施設の割合は、病院や助産所に比して有意に少なかった。また、未熟児や高度医療が必要な児への援助についても、助産師が携わっていた施設の割合が少ない傾向がみられた。これらのことから、産婦人科医院の助産師の専門的ケア実践は、妊娠・分娩・産褥期の母子に対するものが中心であり、それ以外の対象や専門的ケアに関しては携わることが少ない現状にあるといえる。石川県においては産婦人科医院における分娩数が全分娩数の49.4%を占めている<sup>9)</sup>にもかかわらず、就業助産師の76.7%が病院に勤務しているという実態<sup>10)</sup>から考えると、産婦人科医院の助産師の専門的ケア実践が周産期のケアに留まっているのは当然の結果といえるのかもしれない。

#### 4. 3 助産所における専門的ケアの現状

助産所では妊娠や分娩に関連するケアだけで

はなく、産後の女性が家庭生活を開始した後も助産師が家庭訪問を行っている施設の割合が多かった。助産所を利用する女性はマタニティサイクル全般を通して専門的なケアを受けることができると考えられた。また、それ以外のケアについても、不妊や婦人科疾患または更年期や老年期の相談に助産師が携わっていた施設の割合が多かったことから、助産所ではマタニティサイクルだけではなく、ライフサイクル全般について専門的ケア実践を行っていると考えられた。そのため、助産所を利用した女性は生涯にわたり助産師から専門的なケアを受ける機会を得ることができると思われる。これらの専門的ケア以外にも、助産所の助産師は保健センターや学校または保育所などから家庭訪問や集団指導、または講演などを依頼されており、専門能力を発揮して幅広く地域への専門的ケアを実践していることが明らかになった。

しかし、家庭訪問や集団指導、講演などの業務依頼の半数には対応できない状況もみられていた。相談事業や家庭訪問などはその対象に応じた個別のケアが必要になることから、多くの時間を要すると考えられた。そのため、地域活動を行っている現在の助産師の数だけでは、地域保健を担う行政や団体等からの要請に十分に対応できないことが考えられた。今後も継続して助産所の助産師が地域で幅広い専門的ケアを提供していくためには、病院や産婦人科医院に勤務する助産師が各施設内の活動だけではなく、施設外でも活躍できるシステムを構築する必要があるのではないかと考えられた。

#### 5. まとめ

石川県内の分娩を扱う産婦人科医療施設の看護師長と助産所長を対象に、助産師による専門的ケア実践の状況を調査し、以下のことが明らかになった。

1. 病院では妊娠期・分娩期・産褥期のケアおよび保健指導に助産師が携わっていた施設は多い傾向がみられた。また、ライフステージ各期の健康相談に助産師が携わっていた施設も多い傾向がみられたことから、女性の生涯を通じた健康支援を行っていた。しかし、外来で行われる健診について助産師が携わっていた施設の割合は4割と少ない傾向がみられた。
2. 産婦人科医院では妊娠・分娩・産褥に関す

る母子のケアと保健指導が中心になっており、女性のライフサイクル各期に応じた健康相談に助産師が携わっていた施設の割合は少なかった。

3. 助産所では病院と同様に幅広く専門的なケアを実施していたのに加えて、家庭訪問や講演などの地域活動も行っていた。しかし、地域保健を担う行政や団体等からの要請に十分に対応できない状況もみられた。

これらのことから、病院・産婦人科医院・助産所において助産師の専門的ケア実践の現状は異なっていることが明らかになった。女性の生涯にわたる健康支援の観点から、助産師が各施設内の活動にとどまらず活躍できるシステムを構築する必要があると考えられた。

#### 謝辞

本研究にあたり、ご協力いただきました石川県内の産婦人科医療施設の看護責任者、助産所長の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は第21回日本助産学会において発表したものに一部加筆・修正したものである。

#### 引用文献

- 1) 杵淵恵美子, 米田昌代, 曾山小織, 他: 石川県における助産師の就業状況から見た周産期ケアの現状, 石川看護雑誌, 4, 47-53, 2007.
- 2) 将来の助産師のあり方委員会: 日本の助産師が

持つべき実践能力と責任範囲, 日本助産学会誌, 12(2), 74-84, 1999.

- 3) 厚生省児童家庭局母子衛生課: 改定版母子保健法の解釈と運用, 19, 1977.
- 4) 鈴木江三子, 平岡敦子, 蔵本美代子, 他2名: 日本における妊婦検診の実態調査, 母性衛生, 46(1), 154-162, 2005.
- 5) 原田香織, 高田佳織, 橋本美雪: 助産師外来実践報告 開設後一年を経過して, 日本看護学会論文集 母性看護, 34, 79-81, 2003.
- 6) 菅沼清美, 隅田真理子, 田中美智代, 他4名: 出産サービスに対する満足度調査(II) 助産師外来を取り入れて, 日本看護学会論文集 母性看護, 36, 26-28, 2005.
- 7) 久米法子, 白井美智代: 母親の求める新たなケアへの取り組み, ペリネイタルケア, 25(3), 284-285, 2006.
- 8) 八木千春, 夏村真奈巳, 沼田恭子, 他4名: 施設から継続した育児支援に向けて, 日本看護学会論文集 母性看護, 35, 193-194, 2004.
- 9) 秋山順子, 内桶良子, 石川厚子, 他2名: 助産師外来開設から10年目の振り返りと今後の課題 助産師外来に関する意識調査より, 茨城県母性衛生学会誌, 22, 54-57, 2002.
- 10) 厚生労働省大臣官房統計情報部編: 平成16年度保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例), 厚生統計協会, 542-545, 2006.

(受付: 2007年11月16日, 受理: 2008年1月18日)

## The Current Status of Professional Care by Midwives in Ishikawa Prefecture

Saori SOYAMA, Masayo YONEDA, Emiko KINEFUCHII

### Abstract

The purpose of this study was to clarify the situation of professional care by midwives in Ishikawa Prefecture so that their services may be rendered more effectively. A survey was conducted by mailing anonymous questionnaires from October through November 2005. Effective responses were collected from 37 institutions. The questions asked about the practice of 26 items of professional-care that concerned midwives. The responses were compared and analyzed for each type of facility. The results showed: 1) Hospitals provide health counseling for each life stage, in addition to maternity/newborn care and health guidance; 2) Midwifery centers not only provide the extensive care hospitals do: they also arrange such services as home visits and lectures, although they cannot sufficiently meet community health requests under certain conditions; and 3) Maternity clinics focus on delivery care and health guidance, and less frequently provide health counseling for each phase of a woman's life. These findings suggest that the practice of professional care by midwives differs among the facilities. Specifically from the viewpoint of lifelong health support for women, it is necessary to develop a system allowing midwives to practice beyond the boundaries of the facilities with which they are affiliated.

**Key words** Midwife, Professional care, Obstetrics and gynecology department, Midwifery center



## 報告

## 対応困難事例における看護師の認識の構造の視覚化の試み

諸江由紀子\* 藤田三恵\*\* 中田弘子\*\*\*

川島和代\* 山崎由実\*\*\* 川合みゆき\*\*\*\*\*

## 概要

本研究の目的は、看護実践において対応が困難であると感じた患者に対して、看護師が関わりの方向性を見出した看護過程と、介入できずにいた看護過程における看護師の判断過程の構造を明らかにし、その視覚化を試みることである。研究対象は、看護師が関わりの方向性を見出して介入でき、患者に良い変化が見られた看護過程1事例と、対応が困難と感じ介入できずにいた看護過程3事例である。4名の看護師に実践事例について振り返ってもらい、その過程で看護師が行った臨床判断について面接を行った。その内容を質的に分析したところ、看護過程の構造を分析するための2つのカテゴリー、7つの視点と16の分析基準が明らかとなった。さらに、この結果に基づいて視覚化の方法の試案を作成した。今後、事例を増やし、自己評価ツールとして洗練させてゆく予定である。

**キーワード** 看護過程, 対応困難事例, 看護師の認識, 視覚化, 自己評価ツール

## 1. はじめに

今日、疾病構造や社会構造の変化に伴い、看護の対象をとりまく問題も複雑かつ多様化している。このような状況下において、看護師が対象への看護の方向性が見出せず、その関わりを困難と感じることや不安全感が残ることは少なくない。事例検討は、そのようなときに「自らが問いを抱き、看護の方向性を定めようとして自己の知識、経験を総動員して再編成・再統合して自問自答する場であり、また、自己が描き得る患者像の限界を広げる場である」<sup>1)</sup>とされている。筆者は約10年間に渡り、地域で薄井の「科学的看護論」<sup>2)</sup>を理論的根拠とした事例検討会でチューターを担当してきた。そのなかで、看護実践において対応困難や不安全感を感じて事例を提供する看護師の認識には、「看護に必要な事実に着目できていない」、「必要な事実は認識していても不十分であったり、部分にしか注目しておらず、他の事実とのつながりが見えていない」、「対処の方向性が看護の目的から逸脱している」、などの特徴があることを経験的に感じていた。そこで、筆者自身が自らの看護実践に

において対応困難を感じた事例や不安全感の残った事例について分析したところ、対応困難や不安全感を感じているときの看護師の認識には、対象のとらえ方として、①患者の身体面などの部分に関心が偏っている、②患者の言動にのみ注目しそのもととなる認識にまで関心が及ばずにいる、③病気をマイナスイメージだけでとらえ、身体内部の回復しようとする働きやホメオスタシスなど健康な部分に着目できていない、という特徴が見られた。また、判断過程としては、①自己の生活体験や看護経験をもとに自分の位置から患者の思いを推察している、②現象に近いレベルで看護上の問題をとらえ、看護上の問題の本質が見えずにいる、③自己や他者の看護を評価するときの判断基準は看護の目的ではなく経験則である、という特徴が明らかになった。それを記号化し、視覚化できるものとして「問いかける反映・合成像モデル」を考案した<sup>3)</sup>。今後、看護過程を自己評価するためのツールとして活用していきたいと考えている。

しかし、このモデルのもととなったものは自己の看護実践を分析したものであり、さらに他者の看護実践をもとに、その構造を明らかにしておく必要があると考えた。

その過程で、看護過程の構造を分析する視点と判断基準を明らかにし、視覚化を試みたのでここに報告する。

\* 石川県立看護大学基礎看護学講座

\*\* やわたメディカルセンター

\*\*\* 石川県立看護大学大学院看護学研究科前期博士課程

\*\*\*\* 元石川県立看護大学基礎看護学講座

\*\*\*\*\* 元石川県立中央病院



## 2. 方法

### 2.1 用語の定義

本研究は、看護過程における看護師の認識そのものを研究対象としている。また、看護は認識を持つ人間を対象とする実践である。したがって、前提とする理論は認識を科学的に扱えるものでなくてはならない。そこで、言語学者の立場から言語を人間の認識の表現ととらえ、人間の認識のあり方を科学的に説いた三浦の科学的認識論<sup>4)</sup>を前提とした。

また、看護を、患者—看護師関係において対象—認識—表現の過程的構造をもつものにとらえ、三浦の科学的認識論を基盤としている薄井の科学的看護論<sup>5)</sup>を看護の理論的枠組みとした。

(1) 認識とは、人間の脳細胞に、像（イメージ）として形成される精神面の活動を指す。認識の発展は、外界からの刺激を像（イメージ）として反映し、問いかけによって想起された自己の体験や知識と、再統合・再編成しながら合成を繰り返し、豊かな像となっていく。したがって、その時々々の像の形成にはその人の24時間の生活過程のくり返しの中で得た知識や体験などが影響する（図1）。また、形成される像のレベルにはより具体的なものから抽象的なものまで現象像・表象像・抽象像と、大きく三段階のレベルがある（図2）。認識には理性と感情の側面があるが、感情が安定しなければ理性は働きにくくなるという特徴がある。

(2) 看護過程とは、看護するという目的意識を持った看護師（人間）が、対象とした人間に看護上の問題を発見し、それらの解決の方向性を探り、より健康的な生活を創り出す手段を選びながら関わっていく過程をいう<sup>6)</sup>。

(3) 対応困難とは看護実践において看護師が

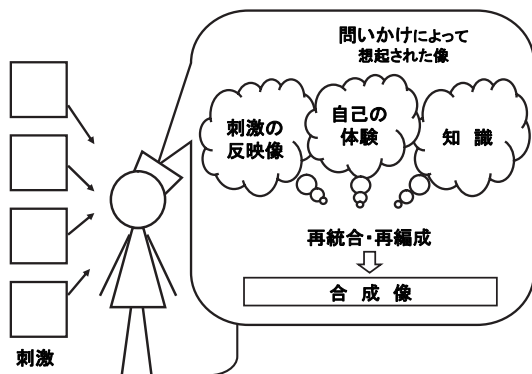


図1 認識発展モデル (徳本, 1998.)

患者の状態を見た時に、どのように看護すればよいか方向性を見出すことが困難になった状態をさす。日常の決められたケアは行っている、看護師が不安感を抱いたり、困惑しながら患者と接している状態を含む<sup>7)</sup>。

### 2.2 研究対象

事例検討会に提出された看護実践の事例のうち、看護師が関わりの方向性を見出した看護過程ならびに看護師が対応困難を感じて介入できずにいた看護過程。

### 2.3 研究資料の収集・素材の作成

#### (1) 研究資料の作成

- 1) それぞれの看護過程についてメモや記録をもとに再構成する
- 2) 場面の描きにくい箇所や、つながりが不自然な箇所については面接にて事実を確認する
- 3) 看護師が対応困難を感じたところ、または積極的な関わりの方向性を見出して看護介入に及んだところを局面とし、その際の判断根拠について、研究者が面接し「看護師が着目したところ」「どう判断したか」「そのとき判断の根拠としたこと」について聞く

#### (2) 研究素材の作成

- 1) 看護過程における看護師の認識について、「着目したところ」、「どう判断したか、判断の根拠としたこと」の項目をもつ表を作成し、素材フォーマットとする。
- 2) 再構成した看護過程を精読し、各局面で着目したところとその時の判断をとり出し、作成した素材フォーマットの該当欄に記入する
- 3) その時の、判断のプロセスについて想起した内容を、「どう判断したか (太字)」、

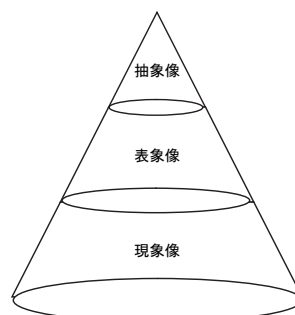


図2 形成される像のレベル

判断の根拠としたこと」の欄に記入する

## 2. 4 分析方法

- (1) 「どう判断したか (太字), 判断の根拠としたこと」「判断根拠の特徴」「意味」の項目をもつ表を作成し, 分析フォーマットとする.
- (2) 研究素材を精読して「どう判断したか, 判断の根拠としたこと」を意味内容の共通するものでグループ化し, その記述の部分の意味を変えないように要約し, 「判断根拠の特徴」欄に記入する.
- (3) 「判断根拠の特徴」をさらに意味内容の共通するものでグループ化し, その意味内容を取り出して「意味」の欄に記入する.
- (4) 「関わりの方向性を見出した看護過程」を分析し, 取り出した「意味」について, カテゴリー化し, それぞれのカテゴリーのつながりを押さえながら構造化する.
- (5) (4) をもとに「対応困難を感じて介入できずにいた看護過程」と比較検討し, 共通性・相違性を明らかにする
- (6) 以上のプロセスを複数の研究者の意見が一致するまでくり返し行う. 判断根拠の特徴の取り出し, 意味内容の取り出し, カテゴリー化の妥当性についてはスーパービジョンを受ける.

## 2. 5 倫理的配慮

研究の主旨と研究参加の自由意志の保障および対象の匿名性の保障について説明し, 文書による承諾を得た. 事例についても, 対象が特定できないよう匿名性に配慮し, 必要最小限の情報をを用いることにした. データは厳重に保管した.

## 3. 結果

### 3. 1 対応困難を感じていた患者に看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例

事例1を表1に示す. これは, 「術後患者が回復に必要な行為をとらないことを観察した看護師が, 患者の思いを確認しようとしたところ, 患者が手術によるボディイメージの変化に適応できずにいることを知った. 自信を失い, 先の見通しがつかずにいる, と察して確認したところ, 患者はそれを認め, さらに, なぜこのような状況に至ったのか, という疑問を話してきた. 患者がこれまでの過程を納得できずにいる, このままではいけない, と判断した看護師は, 患者にこれまでの過程がイメージできるよう, 病気が致命的であったこと, 手術が命を救うための選択であったこと, 医療者が患者に生きていて欲しいと思っていることを話した. それを聞いて患者は涙を流し, 看護師は感情がと

表1 看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例1

#### 【事例1】

患者はA氏. 70才代半ばの男性. 閉塞性動脈硬化症で右膝関節離断術を施行したが, 創部の癒合不良のため約2週間後に再度大腿部切断術を受けていた. 基礎疾患に糖尿病, 高血圧があり, 老人性認知症と診断されていた. 術後, 食事を2~3口ずつしか摂取せず1週間が経過していた. 担当看護師は「Aさんは足を切断したことを受け入れ難く, 食欲が進まないのだろう」と話していた. その日, リハビリテーション室への出療も始まったが, 昼食時に食事のトレイを「もういらぬ」と押し返す様子を見て, 看護師は「もうこんな状態で1週間. これでは治らない. 食べられないこの方の思いを確認しなくては」と思い関わった. 何か食材をかえて工夫できないかと「何なら食べられますか?」と尋ねたところ, 「この足を見て, 食欲が出るわけないだろう」という返事が返ってきた. 看護師は「ああ, いとしい. 自分は今まで何をみていたのだろう. 当然だ. でもこのままではいけない」と思い, 涙ぐみながら「そうだね」と患者の手を握った. すると患者は「今日のリハビリ, ひどかった. こんなからでやっつけていけるのか・・・」と訴えた. 看護師は, 「自信を失ってしまったのだろうか」と懸念し「この先, やっつけていけるか心配なのですね」と返すと, 患者は「そうだ. なんてこんなことになったのだろう. 事故にでもあったのか?」と答えた. 「納得できないままに過ごしていたのか? このままではいけない」と思った看護師は, 「あなたの足は血管が詰まって栄養が十分に行きわたらない病気. 足全体が腐り始めていた. 放っておけば全身に広がっていた」と説明した. さらに, 「切断したのは医療者が命を救うための選択. わかって欲しい」と思い, 「この足を切ったのは命を助けるため. あなたはこの足と引き換えに命を助けられた. 私たちはあなたに生きていて欲しい」と続けた. すると患者は黙ったまま, ぽつ, と食食用のエプロンを目に押し当てた. 「患者が泣いている」と判断した看護師は, 感情が乱れたままの患者をひとりにはできないと思い, 安楽な姿勢にととのエプラインカーテンを引いてしばらく手を握っていた.

翌週, 看護師が訪れると, 患者は手を挙げて挨拶された. 先週末からは徐々に食事摂取量は増え, その日の朝食は全量摂取とカルテで確認. リハビリテーションも積極的だったと報告があった.

とのうのを見守っていた。その後、食事摂取量が増加したことが確認できた」という看護過程である。

(1) 局面の選定

この看護過程において、看護師が関わりの方向性を見出して看護介入に及んだところはどこかという視点で局面を探したところ、以下の3局面がそれに該当した。

- 1) 局面1: 「もうこんな状態で1週間。これでは治らない。食べられないこの方の**思いを確認しなくては**」と思い関わった。
- 2) 局面2: 「ああ、いとしい。自分は今まで何をみていたのだろう。当然だ。でも**このままではいけない**」と思い、涙ぐみながら「そうだね」と患者の手を握った。
- 3) 局面3: 「納得できないままに過ごしていたのか？**このままではいけない**」と思った看護師は、「あなたの足は・・・」と説明した。さらに、「切断したのは・・・わかって欲しい」と思い、「この足を切ったのは・・・」と続けた。

(2) 看護師の判断根拠の分析

インタビューから明らかになった局面1における看護師の判断とその根拠を表2に、判断根拠の特徴とその意味を表3に示した。

この局面1と同様に、局面2、局面3についても分析を行い、事例1の3つの局面における判断根拠の特徴の意味内容を取り出し、グループ化すると、<表現と認識をつなぎでとらえている><患者を全人的にとらえ、その心と身体と社会関係をつなぎでとらえている><病気は「生活過程の結果であり、回復過程である」

ととらえ、身体内部構造を描いている><結果だけでなく過程に注目している><患者の体験している世界を相手の位置で想像しようとしている><看護の目的のもとに問題の構造を見てとり、持てる力、健康な部分に働きかけて解決をはかろうとしている><自己のこれまでの体験を想起して看護の動機づけにしている>の7グループになった。

(3) 事例1における看護師の認識の構造

この7グループの性質にどのようなつながりがあるかを検討し、構造化をはかったところ、事例1の看護過程における看護師の認識の特徴は2つのカテゴリーに分けられ、構造は以下のとおりであった。

**対象のとらえ方**

- ①患者を全人的にとらえ、心と身体と社会関係をつなぎでとらえている
- ②表現と認識をつなぎでとらえている
- ③結果だけでなく、過程に注目している

**判断過程**

- ①病気を「生活過程の結果であり、回復過程である」ととらえ、身体内部構造を描いている
- ②患者が体験している世界を相手の位置で想像し、立場変換している
- ③看護の目的のもとに問題の構造を見てとり、持てる力、健康な部分に働きかけて解決しようとしている
- ④自己のこれまでの体験を想起して看護の動機づけにしている

表2 事例1における看護師の判断とその根拠

着目したところ	どう判断したか、判断過程の根拠とした内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・昼食時、エプロンをかけ、食事のセッティングがされているが食事のトレイを「もういらぬ」と押し返している</li> <li>・食事を勧めるが聞く様子はない</li> </ul>	<p><b>食べられないこの方の思いを確認しなくては</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 70 才代半ばの男性</li> <li>2) 閉塞性動脈硬化症で右膝関節置換術を施行したが、創部の癒合不良のため約2週間後に再度大腿部切開術施行した</li> <li>3) 基礎疾患に糖尿病、高血圧、老人性認知症</li> <li>4) 初めて会ったときの表情・聴き取りにくい声の調子など活気のない様子</li> <li>5) 担当看護師は「Aさんは足を切断したことを受け入れ難く、食欲が進まないのだろう」と言っていた</li> <li>6) これまでの様子から、生きる意欲が低いのでは?と感じていた</li> <li>7) これまでの経験から「老人が食べないのは消極的な自殺」というイメージ</li> <li>8) 術後、食事を2~3口ずつしか摂取せず1週間が経過</li> <li>9) もうこんな状態で1週間。これでは治らない。また創が治癒しない</li> <li>10) ヘタすると命に関わるかもしれない</li> <li>11) リハビリテーション室への出療も始まった。運動後なら食欲が出るかと思ったのに食べてないのに活動量が増える</li> <li>12) 初めて会ったとき看護師の出身地を知って特産品の食べ物のことを聞いてきてくれた。全然ダメとは思えない</li> <li>13) 食材を工夫してなんとかならないか</li> <li>14) 以前、主治医が「この人が食べるかどうかは看護師の力」と言っていた</li> <li>15) 午前中、看護学生と新聞を読んでいたという情報</li> </ol>

### 3. 2 看護師が対応困難を感じて介入できずにいた事例

(1) 看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例との共通性と相違性

看護師が対応困難を感じて介入できずにいた事例2, 事例3, 事例4(表4)の3つの看護過程について, 看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例1と同様の方法でその判断根拠の特徴を分析し, 意味内容を取り出し表5に示した. 対応困難事例の分析のプロセスについては, 事例2を例にとって表6・表7に示した. さらに事例1との共通性と相違性について比較検討した.

1) 看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例1との共通性

共通性は①表現に着目している, ②関わらなくては, と介入の必要性は感じている, ③自己の体験を想起している, の3点であった.

2) 看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例1との相違性

方向性を見出して看護介入に及んだ看護過程においては, 対象のとらえ方に「患者を全人的にとらえ, 心と身体と社会関係をつなぎでとらえている」という特徴があったのに対し, 対応困難を感じている看護過程においては, 「患者の身体面」や患者または家族の「表現」などの「部分」に着目している, などの特徴がみとれた.

また, 判断過程については, 方向性を見出して看護介入に及んだ看護過程においては<看護の目的のもとに問題の構造を見てとり, 持てる力, 健康な部分に働きかけて解決しようとしている>という特徴があったが, 対応困難を感じている看護過程においては「退院」や「転倒・事故防止」が働きかけの目的になっており, 本来の看護の目的から逸脱しているという特徴が

表3 事例1における看護師の判断根拠の特徴とその意味

どう判断したか, 判断過程の根拠とした内容	判断根拠の特徴	意味
食べられないこの方の思いを確認しなくては	言動のもととなっている認識を確認しなければと思っている	①表現に着目し, そのもととなっている認識に関心を寄せている.
1) 70才代半ばの男性 2) 閉塞性動脈硬化症で右膝関節置換術を施行したが, 創部の癒合不良のため約2週間後に再度大腿部切開術施行した 3) 基礎疾患に糖尿病, 高血圧, 老人性認知症 4) 初めて会ったときの表情・聴き取りにくい声の調子など活気のない様子 5) 担当看護師は「Aさんは足を切断したことを受け入れ難く, 食欲が進まないのだろう」と言っていた 6) これまでの様子から, 生きる意欲が低いのでは?と感じていた 8) 術後, 食事を2~3口ずつしか摂取せず1週間が経過	患者の言動に着目しているが, ただちにこれまでに観察した事実を想起し, 患者の発達段階, 現疾患と既往歴およびその経過を示す事実と関連付けながら, 生きる意欲・回復する力をアセスメントしている	②表現と患者の全体像を示すキーワードとを関連づけ, 看護の目的に沿ってアセスメントしている
8) 術後, 食事を2~3口ずつしか摂取せず1週間が経過 9) もうこんな状態で1週間. これでは治らない. また創が治癒しない 10) ヘタすると命に関わるかもしれない 11) リハビリテーション室への出療も始まった. 運動後なら食欲が出るかと思ったのに, 食べてないのに活動量が増える	回復過程を妨げている生活のあり方が見過ごせない段階まで続いていると判断している	
1) 70才代半ばの男性 4) 初めて会ったときの表情・聴き取りにくい声の調子など活気のない様子 6) これまでの様子から, 生きる意欲が低いのでは?と感じていた 7) これまでの経験から「老人が食べないのは消極的な自殺」というイメージ	患者の反応と自身の看護師としての経験知を関連づけて考えている	③自己の看護体験をプラスの材料に生かそうとしている
14) 以前, 主治医が「この人が食べるかどうかは看護師の力」と言っていた	他職種からこの患者の回復に必要な看護の専門性を期待されていることを想起している	
12) 初めて会ったとき看護師の出身地を知って特産品の食べ物のことを聞いてきてくれた. 全然ダメとは思えない	患者の食に関するプラスの感情を予測させる事実を想起している	④患者の健康な部分に着目している
15) 午前中, 看護学生と新聞を読んでいたという情報	患者のプラスの意欲を示す反応を想起している	
13) 食材を工夫してなんとかならないか?	介入の方法を工夫しようと考えている	⑤現象に近いレベルで問題をとらえ解決しようとしている

みてとれた。さらに、方向性を見出して看護介入に及んだ看護過程においては、＜病気を“生活過程の結果であり、回復過程である”をとらえ、身体の内部構造を描いている＞という特徴があったが、対応困難を感じている看護過程においては、「高次脳機能障害」に対して「かわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ」という病名診断の結果としての側面しかとらえられずにいる。＜病気の意味を医学モデルでとらえて＞しまっており、そこに起こっ

ているはずの30代男性の回復過程には働きかけようとしていない、などの対照的な特徴が見て取れた。

### 3.3 看護過程分析の視点と分析基準とその視覚化

これまでの分析結果をふまえて、看護師が対応困難を感じる看護過程を分析するための視点と分析基準を整理した。同時に、今回明らかになった看護師の認識の構造を視覚化することを

表4 看護師が対応困難を感じて介入できずにいた事例

事例2 B氏 30代前半 男性	不整脈から心停止。蘇生はしたが低酸素脳症のため高次脳機能障害になる。ペースメーカーを植込み、急性期を脱した状態で転院して来た。記憶障害がひどく、今説明したこともすぐに忘れてしまい、妻や生後間もないわが子の顔もわからない。両親や姉の顔は識別できる。入院していることを忘れて院外へ出てしまうため、転倒・事故防止目的でナースセンターに近い個室で施設した状態で観察されていた。しかし「どうやったら死ぬかな。何か精神的に辛い」「何のために生きているのかわからない」などの発言が見られるようになり、次第に食事が摂れなくなっていく。看護師は自分の関わりが患者に強いストレスを与えてしまったと感じたものの「かわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ。危険なことを何度説明してもわかってもらえない。看護師の人数も限られているのにこんな患者が他にも何人もいる」と、どう関わればよかったのかわからなくなってしまった。
事例3 C氏 70代半ば 男性	脳梗塞で緊急入院後2ヶ月が経過し、病状や胃瘵による経管栄養管理も安定してきたため退院許可が出た。患者は寝たきりであり、日常生活動作には全介助を要する。経済的な理由から妻の介護による自宅退院を希望しているため、在宅ケアに向けて妻に介護の方法を指導したが、高齢のため理解力も悪く手順も忘れてしまい危険な状態である。さらに小柄で腰痛もあるため体力的に明らかに負担が大きい。40代の息子2人と同居しているがほとんど面会は無く、介護は母親1人にまかせきりになるのではないかと危惧された。在宅における社会資源の活用についてもソーシャルワーカーと共に勧めたが金銭的な理由により断る発言もあった。長男と妻に施設等の入所は考えていないのか確認したが、あくまでも金銭的な理由により自宅での介護をしていくとの考えであった。このままでは医療者側として責任をもって自宅退院させるわけにはできないと確信した。在宅介護に向け長男と次男の協力が必要のため妻を通して連絡をとるが、妻が息子への手紙を渡し忘れ、電話連絡もとれない。自宅退院に向け今後どのように関わっていけばよいのか苦慮している。
事例4 D氏 80代前半 女性	糖尿病性慢性腎不全（週3回血液透析）。既往歴として、70代に入り脳血管障害、子宮がん（子宮・卵巣摘出）、高血圧、腎不全、シャント造設、透析導入、胃がん（部分切除、本人へ告知せず）で入退院するという経過があり、1年前にも食欲不振で胃ろうを造設している。今回も、食欲不振、嘔吐、感染性腸炎で入院し約60日目。主治医から退院の許可は出たが、食事摂取量が増加せず、日常生活動作も拡大しない状態。患者の「今すぐにでも自宅へ帰りたい」という思いと「歩けなければ家では介護できない」という家族の思いとが一致せず、在院日数が長くなっている。家族から本人への励ましを期待するが協力的でなく、看護者はどう関わったらよいのかわからなくなっていた。

表5 看護師が対応困難を感じて介入できずにいた事例の判断根拠の特徴

カテゴリ	関わりの方向性を見出せた看護過程	対応困難を感じて介入できずにいた看護過程			
	事例1	事例2	事例3	事例4	
対象のとらえ方	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 患者を全人的にとらえ、心と身体と社会関係をつながりでとらえている</li> <li>② 表現と認識をつながりでとらえている</li> <li>③ 結果だけでなく過程に注目している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① それぞれのキーワードをとらえ、関連はみえている</li> <li>② 表現と認識をつながりでとらえているが、認識の一部分（認知）にしか関心が寄せられていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 自分の位置から相手の思いを想像している</li> <li>② 看護の目的から逸脱して問題を現象レベルでとらえている</li> <li>③ 家族の健康な部分に関心が向いていない</li> <li>④ 看護師としての経験が看護する上でマイナスに働いている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 部分に着目し、他の事実と関連づけられずにいる</li> <li>② 家族の表現にのみ着目して他の事実と関連づけずに判断しようとしている</li> <li>③ 患者の表現と認識をつながりでとらえている</li> <li>④ 表現にのみ着目し、患者を部分的にとらえている</li> </ul>	
判断過程	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 病気を「生活過程の結果であり、回復過程である」ととらえ、身体の内部構造を描いている</li> <li>② 患者が体験している世界を相手の位置で想像し、立場変換している</li> <li>③ 看護の目的のもとに問題の構造を見てとり、持てる力、健康な部分に働きかけて解決しようとしている</li> <li>④ 自己のこれまでの体験を想起して看護の動機付けにしている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 感情には着目できず、立場変換できていない</li> <li>② 家族が体験している世界を相手の位置で想像している</li> <li>③ 現象に近いレベルで問題をとらえて解決しようとしている</li> <li>④ 自己の看護体験が看護をする上でマイナスの材料となっている</li> <li>⑤ 病気の意味を医学モデルでとらえている</li> <li>⑥ 看護師の描く看護と現象との不一致によって問いが生まれている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 自己の看護師としての責任が問いを生み、看護の動機付けになっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 自己の看護師としての責任が問いを生み、看護の動機付けになっている</li> <li>④ 看護師としての経験が看護する上でマイナスに働いている</li> </ul>	

試みた。「対象のとらえ方」については薄井の「看護の原基形態」<sup>8)</sup>を、「判断過程」については庄司の「認識の三段階理論」<sup>9)</sup>をもとに、視覚化の方法を「分析するための視点と分析基準」とともに表8のように整理した。

それに基づいて事例1~4の看護過程を図3~図6のように表現することができた。ただし、看護師のこれまでの生活体験や看護体験がプラスに働いているかマイナスに働いているかについては視覚化するまでには至らなかった。

#### 4. 考察

##### 4.1 看護師の認識の構造

今回、他者の看護実践を研究素材に、対応困難を感じているときの看護師の認識の構造および介入の方向性を見出したときの看護師の認識の構造を明らかにした。その結果は筆者が自己の認識を研究素材にした際の結果と重なる点が多くみられた。

###### (1) 対象のとらえ方

看護の対象としての人間は、身体だけではない。目に見えない精神や社会関係、さらに現在のその人をつくってきたこれまでの生活過程もその人の一部である。しかも、それらは互いに有機的に関連し合っているが、それもまた目には見えない。しかし確実に身体や言動に影響している。

ところが対応困難事例では、<「今すぐにも自宅へ帰りたい」>などの患者の言葉や、<「歩けなければ家では介護できない」>という家族の言葉など「表現」に着目しており、そこからそれぞれの「認識」は確認されていない。同時に、「表現」という「部分」に着目しており、これまでの患者と家族の関係やそれぞれの思い、家族の具体的な生活スタイルや介護力なども含めた患者の「全体」に関心が及んでいないことも見てとれた。このように、目に見えないものまで見て人間を全人的にとらえようとするには、看護師の意識的な問いかけがなければならない。目に見えるものに着目するのは人間の認識の特徴である。看護するために、見えないものを見るためのしっかりとした看護理論に基づいた人間観、健康観、病気観が必要である。

###### (2) 判断過程

看護実践は目的的な活動である。F.Nightingaleは「看護とは対象の生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえることである」と述べている。われわれが看護実践の中で方向性が見出せずに対応を困難と感じることは少なくない。しかし、常にこの看護の目的に立ち戻ってそれを指針に活動を評価し、軌道修正することができれば安定した看護実践につながると考える。しかし、対応困難を感じている看護師の認識にはその目的が「対象の生命力の消耗を最

表6 事例2における看護師の判断とその根拠

着目したところ	どう判断したか、判断過程の根拠とした内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「どうやったら死ねるのかな」</li> <li>• 「何か精神的に辛い」「何のために生きているのかわからない」</li> <li>• 食事摂取量がだんだんと減少。退院前の1ヶ月は0~3割程度の摂取</li> </ul>	<p><b>患者さんは抑制にとってもストレスを感じているが、どう関わったらよいのか？</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 30代男性、会社員。高次脳機能障害は低酸素脳症による不可逆な脳細胞の変化によるもの。まだ若いのにかわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ</li> <li>2) 「タバコ買いに行きたい」「ここから出して欲しい」という訴え。しかし、自分の病室に戻ってくるができない。以前無断で離院して警察に保護された。また何があったら大変だ</li> <li>3) 入院時から歩行にはふらつきがあり、病状や現状を理解しておらず転倒リスク高い。家族から抑制の同意書を得ている。</li> <li>4) ナースセンターに近い個室で施設。体幹ベルトを装着し安静を促している</li> <li>5) こういう患者さんが多くて目が届かない。施設もやむなし</li> <li>6) 施設が当たり前になっている自分たち。</li> <li>7) これって患者を管理している？看護って何だろう？</li> <li>8) 「ここ学校だろ？」「一緒に遊びに行こう」</li> <li>9) 自分たち看護師を同級生か何かと思っている</li> <li>10) 現状を正しく認識してもらわなくては。本人の間違った認識はそのつど訂正</li> <li>11) 「あなたは20オじゃない、結婚してお子さんもいる」と何回言っても初めて聞くようにビックリした表情をする</li> <li>12) くり返し同じことを説明しているが毎回同じ反応</li> <li>13) スタッフに抱きつこうとする。セクハラだ</li> <li>14) 「好きな人がいるんだ」「部屋に他人(妻)がいる」赤ちゃんもいるのに、奥さんが本当にかわいそう。</li> </ol>

小にする」ではなく、<「退院」>や<「転倒・事故防止」>などになっていた。また、専門職としての判断から離れて、ひとりの生活者としての判断が前面に出ていたものもみられた。こ

のような状態に陥らないために、複雑な医療現場での現象の中、「看護とは何か」と常に自分自身に問い返していけるためのゆるぎない看護理論を定着させておくことが必要であると考える。

表7 事例2における看護師の判断根拠の特徴とその意味

どう判断したか、判断過程の根拠とした内容	判断根拠の特徴	意味
<b>患者さんは抑制することもストレスを感じている、でもどう関わったらよいのか？</b>		
1)30代男性、会社員。高次脳機能障害は低酸素脳症による不可逆な脳細胞の変化によるもの。まだ若いのにかわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ 14) 「好きな人がいるんだ」「部屋に他人(妻)がいる」赤ちゃんもいるのに、奥さんが本当にかわいそう。	発達段階、健康障害とこれまでの経過、生活過程の特徴を示す事実をとらえ、関連づけている	① それぞれのキーワードをとらえ、関連はみえている
8) 「ここ学校だろ?」「一緒に遊びに行こう」 9) 自分たち看護師を同級生か何かと思っている 10) 現状を正しく認識してもらわなくては、本人の間違った認識はそのつど訂正 11) 「あなたは20オじゃない、結婚しててお子さんもいる」と何回言っても初めて聞くようにビックリした表情をする 12) くり返し同じことを説明しているが毎回同じ反応	患者の言動に着目し、認識に関心が及んでいるが、認識の部分(認知)にしか関心が寄せられていない	② 表現と認識をつながりでもらえているが、認識の一部分(認知)にしか関心が寄せられていない
11) 「あなたは20オじゃない、結婚しててお子さんもいる」と何回言っても初めて聞くようにビックリした表情をする 13) スタッフに抱きつこうとする。セクハラだ 14) 「好きな人がいるんだ」「部屋に他人(妻)がいる」赤ちゃんもいるのに、奥さんが本当にかわいそう。	患者の表現を自分の位置でもらえ不快に思っている。患者が体験している世界を相手の位置で想像できず、その感情にも関心が及んでいない。	③ 感情には着目できず、立場変換できていない
1)30代男性、会社員。高次脳機能障害は低酸素脳症による不可逆な脳細胞の変化によるもの。まだ若いのにかわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ 14) 「好きな人がいるんだ」「部屋に他人(妻)がいる」赤ちゃんもいるのに、奥さんが本当にかわいそう。	患者の状況を見ている家族の立場に立って辛い感情を想像している	④ 家族が体験している世界を相手の位置で想像している
4) ナースセンターに近い個室で施設。体幹ベルトを装着し安静を促している 10) 現状を正しく認識してもらわなくては、本人の間違った認識はそのつど訂正 12) くり返し同じことを説明しているが毎回同じ反応	看護行為の目的が「離院防止」「転倒防止」になっている。  看護行為の目的が「現状を正しく認識してもらう」になっている。	⑤ 現象に近いレベルで問題を捉えて解決しようとしている
2) 「タバコ買いに行きたい」「ここから出して欲しい」という訴え。しかし、自分の病室に戻ってくることができない。以前無断で離院して警察に保護された。また何があったら大変だ 3) 入院時から歩行にはふらつきがあり、病状や現状を理解しておらず転倒リスク高い。家族から抑制の同意書を得ている。 5) こういう患者さんが多くて目が届かない。施設もやむなし	患者の表現から過去に経験した類似の危険な状況を想起して判断しようとしている。介入の根拠として家族の判断を想起している。他患者へのケアとも関連させて判断している。	⑥ 自己の看護体験が看護をする上でのマイナスの材料となっている
1)30代男性、会社員。高次脳機能障害は低酸素脳症による不可逆な脳細胞の変化によるもの。まだ若いのにかわいそうだけど脳の機能は一度やられてしまったらもうだめ	病気を「結果」としての側面だけを捉え、健康な部分や回復過程がイメージできずにいる	⑦ 病気の意味を医学モデルで捉えている
6) 施設が当たり前になっている自分たち。 7) これって患者を管理している？看護って何だろう？	自分たちのケアの結果として患者が消耗していることを見てとり、自分たちのケアが看護であるか、という問いが生まれている	⑧ 看護師の描く看護と現象との不一致によって問いが生まれている

表 8 分析の視点と判断基準および視覚化の方法

項目	分析の視点	分析基準	視覚化の方法
対象のとらえ方	1. 患者を全人的にとらえ、心と身体と社会関係をつながりでもとらえているか	1) それぞれのキーワードをとらえ、関連がみえている。	心・身体・社会関係が実線
		2) 事実とはとらえられているが関連がみえていない。	心・身体・社会関係が点線
		3) 事実を部分的にみている。	事実のない箇所は線なし
	2. 表現と認識をつながりでもとらえているか	1) 表現に着目し、そのもととなる認識に関心を寄せている	心と表現が実線
		2) 表現に着目するが、そのもととなる認識には関心が及んでいない	心が点線、表現が実線
	3. 結果だけでなく過程に注目しているか	1) 過去・現在・未来の生活過程と健康の状態を連続したものととらえている	生活過程が実線
2) 過去と現在の事実があっても関連が見えていない		生活過程が点線	
3) 現在の事実のみに着目し、これまでの生活過程のあり方を知るための情報が無い		生活過程の線なし	
判断過程	4. 病気を「生活過程の結果であり、回復過程である」ととらえ、身体の内部構造を描いているか	1) 現象の意味を「病気は生活過程の結果であり、回復過程である」という視点でもとらえている	正円錐
		2) 現象の意味を医学モデルなど看護学以外の学問体系の視点でもとらえている	円錐の軸心がずれる
	5. 患者が体験している世界を相手の位置で想像し立場変換しているか	1) 患者が体験している世界を相手の位置で想像している	正円錐
		2) 患者が体験している世界を自分の位置で想像している	一般（先端）がない円錐
	6. 看護上の問題の構造を見てとり、持てる力、健康な部分に働きかけて解決しようとしているか	1) 看護の目的のもとに問題の構造を見てとり、持てる力、健康な部分に働きかけて解決しようとしている	高い円錐
		2) 持てる力、健康な部分として事実がとらえられず、看護の目的から逸脱し、現象に近いレベルで問題をとらえ解決しようとしている	低い円錐
	7. 自己の生活体験や看護体験を想起して看護の動機づけにしているか	1) 自己の生活体験や看護体験を看護する上でプラスの材料に生かそうとしている	_____
		2) 自己の生活体験や看護体験が看護する上でマイナスの材料として働いている	_____

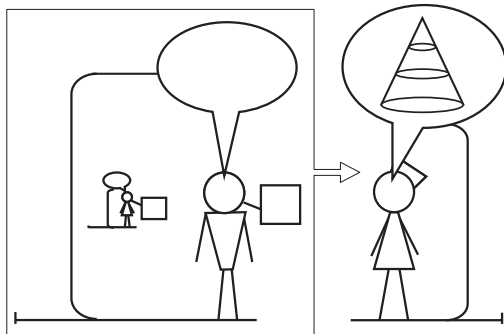


図 3 事例 1 における看護師の判断根拠の特徴

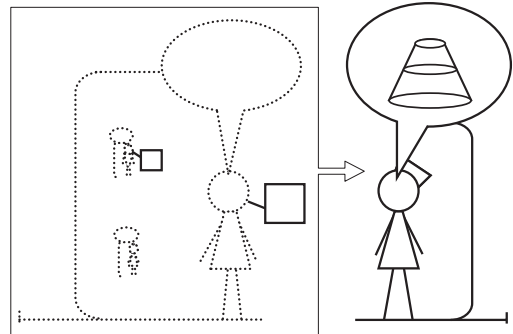


図 4 事例 2 における看護師の判断根拠の特徴

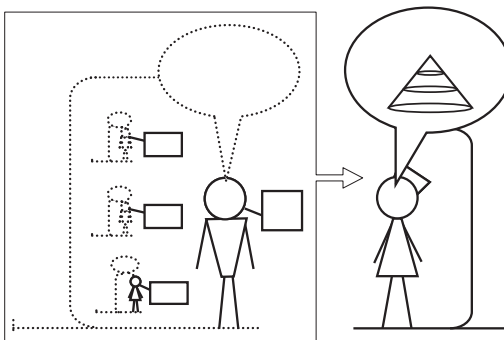


図 5 事例 3 における看護師の判断根拠の特徴

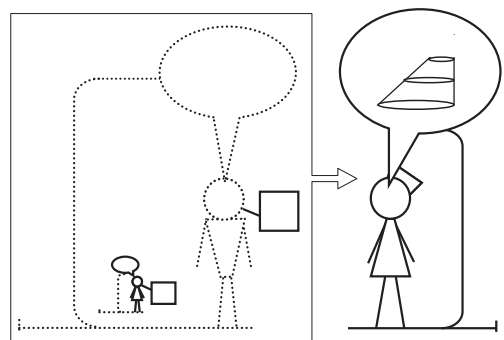


図 6 事例 4 における看護師の判断根拠の特徴



またそこには、昨今の在院日数短縮の動きや、看護師の不足などによって、看護師自身が脅かされていることも予測できる。看護師が感情を安定させ、理性的な判断ができるような環境をつくりだすことも必要である。

#### 4. 2 看護師の認識の構造を視覚化することの意味

看護師が方向性を見出して看護介入に及んだ事例においても、対応困難を感じて関われずいた事例においても「関わらなくては、と介入の必要性は感じている」という点においては共通していた。しかし、結果として介入に至ったケースとそうでないケースに分かれている。事例1においても、同じ病棟の他の看護師は「足を切断したことを受け入れ難く、食欲が進まないのだろう」としながらも、術後回復期にあるA氏の心にも身体にも十分に働きかけられずいた。この違いは何によって生じているのか。事例提供者の判断過程にも「食べられないのも無理はない」という＜患者が体験している世界を相手の位置で想像し、立場変換している＞という特徴は見えてとれた。しかし、＜患者を全人的にとらえ、心と身体と社会関係をつながりどとらえ＞、同時に＜もうこんな状態で1週間。これでは治らない。また創が治癒しない＞＜へたとすると命に関わるかもしれない＞という＜回復過程を妨げる生活のあり方が、見過ごせない段階まで続いている＞という判断が働いている。もう猶予がない状態まで患者の生命力が消耗していることを見てとっていた。心と身体と社会関係がこの人にとって最もよい状態にあるか、生命力を消耗させていないか、この人が回復するのにもっとも良い状態におかれているか、そのような問いかけで人間としての全体を見つめたとき、看護の方向性は「見守ること」ではなかったのである。

ただし、対応困難を感じることも自体は決してマイナス面ばかりではない。なぜ自分が対応困難と感じているのかを客観視し、自己評価して課題が明確になれば、手立てが考えられる。このモデルを使うと、自分が何を見落とし、何を目的にして困難を感じているのかのパターンが一目でわかる。当該事例の方向性を見出すばかりでなく、看護専門職者としての自己の認識の特徴と学習課題が明らかとなり、自己の看護実践の振り返りや臨床実習の評価、ケースカ

ンファレンスなどに汎用可能ではないかと考える。

#### 5. 研究の限界と課題

本研究では、介入の方向性を見出したときの事例が1事例、対応困難事例が3事例と少ないため、データに偏りが生じる可能性も否定できない。4事例中2事例は在院日数の短縮など現在の医療制度のあり方などが反映している。また、いずれも中堅の医療機関における看護過程が対象であったが、高度医療の現場、療養型病棟、外来、在宅看護ではどうか、今後はさらに検討事例を重ねて分析の視点と分析基準の精度を高めていく必要がある。また今回は、看護師のこれまでの生活体験や看護体験がプラスに働いているかマイナスに働いているかについては視覚化するには限界があった。今後、看護師の判断に影響する経験についてさらに事例を重ねながら検討を深めたい。

#### 6. 結論

1. 看護過程の構造を分析するための2つのカテゴリー、7つの視点と16の分析基準が明らかとなった
2. 1. の分析基準を用いて対応困難事例における看護師の認識を分析したところ、その構造には、以下の特徴がみられた
  - 1) 対象のとらえ方では、
    - ①事実を部分的に見ている
    - ②事実をとらえられているが関連が見えていない
    - ③表現に着目するがそのもととなる認識には関心が及んでいない
    - ④現在の事実のみに着目し、これまでの生活過程を知るための情報がない
    - ⑤過去と現在の事実があっても関連が見えていない
  - 2) 判断過程では、
    - ①現象の意味を医学モデルなど看護学以外の学問体系の視点でとらえている
    - ②患者が体験している世界を自分の位置で想像している
    - ③持てる力、健康な部分として事実がとらえられず、看護の目的から逸脱し、現象に近いレベルで問題をとらえ解決しようとしている
    - ④自己の生活体験や看護体験が看護する上

でマイナスの材料として働いている

3. 2. でとらえた特徴をもとに、対応困難事例における看護師の認識の特徴を「問いかけの反映・合成像モデル」で視覚化することができるのではないかという展望を得た。

#### 参考・引用文献

- 1) 徳本弘子：事例検討グループ学習における看護婦の認識の発展過程の構造. 千葉看会誌, VOL.4, No. 1, 31-37, 1998.
- 2) 薄井坦子：科学的看護論第3版. 日本看護協会出版会, 1997.
- 3) 諸江由紀子：不全感の残る看護過程における看護師の認識の特徴—「問いかけの反映・合成像モデル」を用いての自己評価—. 総合看護, 第41巻, 1号, 21-32, 現代社, 2006.

- 4) 三浦つとむ：認識と言語の理論 1.
- 5) 前掲書 2)
- 6) 前掲書 5) : 106.
- 7) 小笠原広美：対応困難となった看護過程における看護婦の認識とその変化, 総合看護, 29(3) : 3-14, 1994.
- 8) 薄井坦子, 三瓶眞貴子：看護の心を科学する—一解説・科学的看護論. 日本看護協会出版会, 202, 1996.
- 9) 庄司和晃：認識の三段階連関理論. 季節社, 1985.

(受付：2007年11月16日, 受理：2008年1月21日)

## A Trial Study to Clarify and Visualize the Cognition Mechanism in Nurses Handling Difficult Cases

Yukiko MOROE, Mitsue FUJITA, Hiroko NAKADA,  
Kazuyo KAWASHIMA, Yumi YAMAZAKI, Miyuki KAWAI

### Abstract

The purpose of this study was to clarify the cognitive mechanism and develop a method for the visualization of two nursing processes : one by which nurses handling what they perceived as difficult patients in terms of nursing care were able to realize involvement with patients ; and another by which nurses with such patients were unable to realize involvement with patients. This study examined four cases : one case in which nurses were able to realize involvement with the patient, and in which the patient showed a positive change ; and three cases in which nurses perceived difficulties and were unable to realize involvement with the patients concerned. Four nurses were asked to consider their cases and were interviewed on their clinical judgments during the process of these cases. According to qualitative analysis of the interview content, two categories, seven viewpoints and 16 analytical criteria for analysis of the cognitive mechanism of nursing care processes were clarified. Furthermore, I created a tentative method for the visualization of the mechanism based on this result. I will develop this method as a self-evaluation tool by examining more cases.

**Key words** nursing process, difficulty case, nurse's cognition, visualization, self-evaluation tool



## 報告

# 摂食・嚥下障害者への看護援助技術の開発

## —第1報 摂食・嚥下の看護技術に関する実態調査—

直井千津子\*\* 佐藤弘美 天津栄子\* 細川淳子

伊藤麻美子\*\*\* 松平裕佳 前田充代 森垣こずえ

紺谷一十三 宮本孝子\*\* 荒木きみ枝\*\* 田端恵子\*\*\*\*

高田千嘉\*\*\*\* 元尾サチ\*\*\*\*\* 宮本千香\*\*\*\*\*

## 概要

我々は、摂食・嚥下の看護に取り組んでいる看護職で、摂食・嚥下看護実践検討会を立ち上げた。今回、摂食・嚥下障害者への看護援助システムを開発する資料とする目的で、県内の病院93施設334病棟に摂食・嚥下の看護援助に関する実態調査を行った。アンケートの有効回答率は51.2%で、急性期病棟109件、慢性期病棟62件であった。摂食・嚥下能力の定点調査では、Gr 1（嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし）に相当する患者が10人以上いると回答した病棟は24件中23件が慢性期病棟であった。また、1病棟あたりの経管栄養患者数は、急性期病棟2.4名、慢性期病棟13.2名であった。摂食・嚥下のマニュアルの保有率は40.4%であったが、72.5%で活用できていなかった。摂食・嚥下の各期に応じた援助方法のスキルアップのニーズが存在し、嚥下機能評価をふまえ、経口摂取に向けた看護援助のスキルアップを支援する必要性が示唆された。

**キーワード** 摂食・嚥下障害者、看護援助

## 1. はじめに

人口の高齢化に伴う脳血管障害等、摂食・嚥下障害の原因疾患への罹患率の増加、加齢による嚥下機能の低下といった背景から、摂食・嚥下障害患者は今後ますます増加することが予測されている<sup>1)</sup>。2007年には摂食・嚥下に関する専門的知識・技術を有し、それを看護職全体に広めていく担い手としての摂食・嚥下障害看護の認定看護師が誕生し、摂食・嚥下障害患者への看護の質の向上が求められている現状がある。また、近年の病院の機能分化という流れにおいては、急性期病棟から嚥下機能訓練が開始され、その後の継続の援助が必要な患者の多くは、療養型病院・介護老人保健施設などに移動しており、摂食・嚥下に関する看護援助を継続

していくための施設間の連携が重要となる。

我々は平成18年度から、急性期病院、療養型病院で摂食・嚥下の看護に取り組んでいる看護職で摂食・嚥下看護実践検討会を立ち上げ、摂食・嚥下に関する日頃の情報交換や事例検討を行ない、摂食・嚥下に関する看護の連携や質の向上に向けた活動を行っている。今回、地域における摂食・嚥下障害者への看護援助システムを開発する資料とすることを目的とし、摂食・嚥下の看護援助に関する実態調査を行ったので、その結果を報告する。

## 2. 方法

## 2.1 対象

石川県内の病院93施設で小児科、産婦人科を除く334病棟を対象とした。

## 2.2 データ収集方法

平成19年2月から3月に郵送法により摂食・嚥下の看護援助に関する実態調査を実施し

\* 金沢医科大学

\*\* 金沢医科大学病院

\*\*\* 前石川県立看護大学

\*\*\*\* 千木病院

\*\*\*\*\* 内灘温泉病院

た。調査票の回答は、病棟患者を把握できる病棟管理者またはリーダー看護師に依頼した。調査項目は、病棟概要、現在の摂食・嚥下能力に関する藤島グレード<sup>2)</sup> (以下、Gr 表1) ごとの摂食・嚥下障害者数、Nutrition Support Team (以下、NST) の有無とその構成員、摂食・嚥下障害者への看護マニュアルの有無、摂食・嚥下に関する学習会の有無、経口摂取に向けて行っている看護実践とその困難点である。

### 2. 3 倫理的配慮

病棟ごとに無記名でアンケートを記入してもらい、返信封筒を用い回収した。調査対象者への説明は文書で行い、アンケートの回収を持って同意とした。施設および病棟が特定されないようコード化し、データの整理を行った。

## 3. 結果

### 3. 1 対象の概要

アンケートの回収は、334病棟中175病棟で、有効回答は171件(51.2%)であった。病棟の内訳は、急性期病棟109件(62.3%)、慢性期病棟62件(35.4%)であった。急性期病棟は、一般病棟が98件(89.9%)、ハイケアユニット2件(1.8%)、その他8件(7.3%)、無回答1件(0.9%)であった。慢性期病棟では、医療保険対応療養病棟17件(27.4%)、介護保険対応療養病棟10件(16.1%)、回復期リハビリ病棟10件(16.1%)、その他として混合型・障害者病棟25件(40.3%)であった。

病棟の科別は複数回答とし、脳外科・神経内科が77件と最も多く、次いで循環器内科・胸部外科48件、呼吸器内科・外科45件、消化器内科・外科33件、内分泌・代謝科30件、整形

外科29件、腎臓内科26件、皮膚科22件、泌尿器科15件、精神・障害者12件、高齢医学科10件、耳鼻科10件、その他30件であった(図1)。

### 3. 2 摂食・嚥下能力について

摂食・嚥下能力の定点調査の結果は、Gr 1(嚥下困難または不能、嚥下訓練適応なし)に相当する患者がいると答えた病棟は121件であり、急性期病棟が75件、慢性期病棟が46件であった。Gr 1が1人以上10人未満であると答えた病棟は97件あり、急性期が74件、慢性期が23件であった。Gr 1が10人以上いると答えた病棟は24件で、急性期病棟が1件で、慢性期病棟が23件であった(図2)。Gr 2からGr 10に対する回答は、50%から60%が無回答で有効な回答は得られなかった。

経管栄養を行っている患者の総数は1073名であった。そのうち急性期病棟で経管栄養を行っている患者数は254名で、1病棟あたりの平均は2.4名(±1.9)であった。慢性期病棟で経管栄養を行っている患者数は819名で、1病棟あたりの平均は13.2名(±9.2)であった。

### 3. 3 摂食・嚥下障害に対する組織と教育

NSTがあると答えた病棟は142件(83.0%)であった。急性期病棟では98件(92.6%)、慢性期病棟では44件(71.0%)であった。NSTの構成員に、看護師、医師、栄養士がいると答えたのは、急性期病棟で98件中97件(99.0%)、慢性期病棟で44件中42件(95.5%)であった。構成員に言語聴覚士(Speech Therapist: ST)がいると答えたのは、急性期病棟では98件中47件(48.0%)、慢性期では44件中

表1) 摂食・嚥下能力グレード 藤島<sup>4)</sup>

I. 重症 経口不可 病棟(件)	1	嚥下困難または不能。嚥下訓練適応なし
	2	基礎的嚥下訓練のみの適応あり
	3	条件が整えば誤嚥は減り、摂食訓練が可能
II. 中等度 経口と補助 栄養	4	楽しみとしての摂食は可能
	5	一部(1~2食)経口摂取
	6	3食経口摂取+補助栄養
III. 軽度 経口のみ	7	嚥下食で、3食とも経口摂取
	8	特別に嚥下しにくい食品を除き、3食経口摂取
	9	常食の経口摂取可能、臨床的観察と指導を要す
IV. 正常	10	正常の摂食・嚥下能力

28件(63.6%)であった。

摂食・嚥下障害の看護に関するマニュアルを保有していると答えた病棟は69件(40.4%)で、マニュアルが活用できていないと答えた病棟が50件(72.5%)であった。そのうち、急性期病棟でのマニュアルの保有率は48件(44.0%)で、マニュアルの活用率は13件(27.1%)であった。また、慢性期病棟でのマニュアルを保有率は21件(33.9%)で、マニュアルの活用率は6件(28.6%)であった。

摂食・嚥下に関する学習会は、171件中111件(64.9%)で行われていた。学習会の主催は複数回答で、NSTが74件(66.7%)と最も多く、次いで看護部が37件(33.3%)、病棟が30件(27.0%)、摂食・嚥下研究会が15件(13.5%)、

そのほか6件(5.4%)であった。学習会の形式は複数回答で、講義が87件(78.4%)、デモンストレーションが29件(26.1%)、公演が23件(20.7%)、摂食嚥下学習コースが13件(11.7%)、そのほか6件(5.4%)であった。

### 3.4 看護師が実践している援助と援助を行う上での困難

看護師が実践している経口摂取に向けた援助は複数回答で、口腔ケアが166件(97.1%)で最も多く、次いで吸引が148件(86.5%)、栄養状態の評価136件(79.5%)、離床に向けた援助120件(70.2%)、経口摂取開始に関する判断を多職種と協議する101件(59.1%)、嚥下障害の状態をアセスメントする96件(56.1%)、

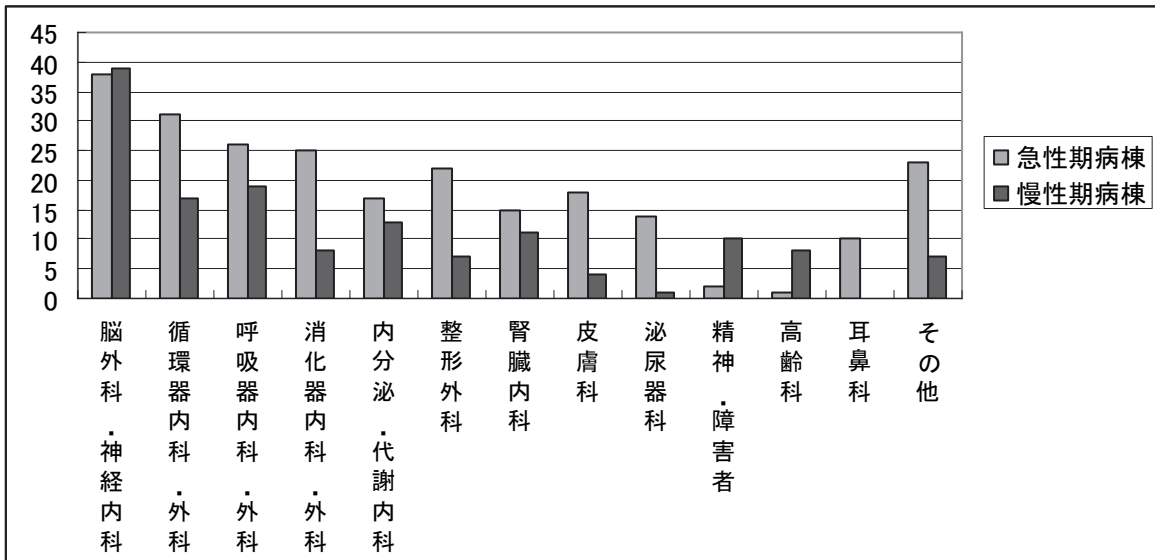


図1. 各病棟の診療科別 (複数回答)

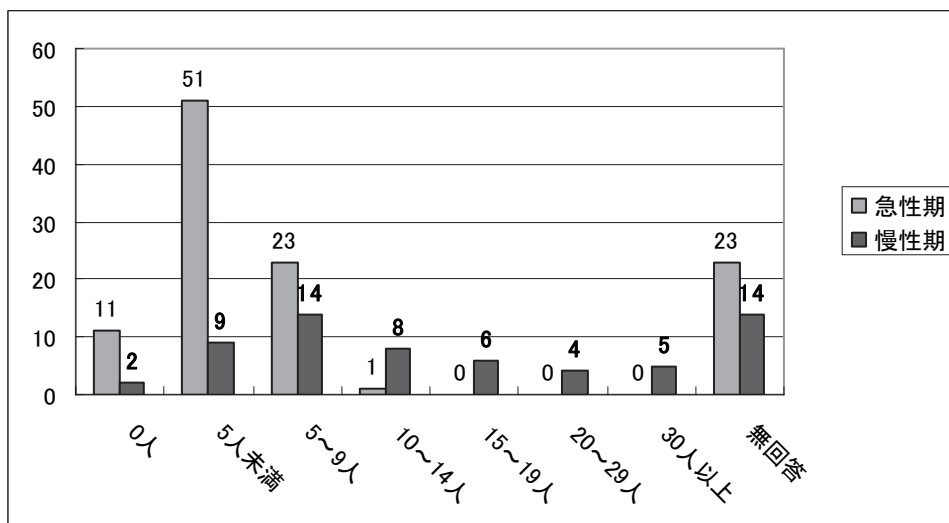


図2. Gr1に相当する患者がいると回答した病棟

%)、医師に飲水テスト実施の許可を得て実施する 85 件 (49.7%)、医師に経口摂取に必要な検査を依頼する 77 件 (45.0%)、患者家族に対し経口摂取の意思決定の支援 68 件 (39.8%)、患者に対する経口摂取の意思決定の支援 67 件 (39.2%)、誤嚥性肺炎のリスク評価 53 件 (31.0%)、嚥下障害に応じた間接嚥下訓練の実施 47 件 (27.1%) であった (図 3)。

看護師が経口摂取に向けての援助を行う際の困難さについて知識に関しては、摂食・嚥下障害の各期に応じた訓練方法が 137 件 (80.1%) と最も多く、次いで摂食・嚥下障害のアセスメント方法 118 件 (69.0%)、嚥下障害の病態の理解 103 件 (60.2%) であった。援助技術に関しては、気道クリアランス 95 件 (55.6%)、効果的な口腔ケア 81 件 (47.4%)、安全な摂食介助 80 件 (46.8%) などの回答が多かった (図 4-1,2)。その他、経口摂取に向けての援助を行う困難さとして、リーダーシップが発揮できる看護師がいない 98 件 (57.3%)、摂食・嚥下に関する専門職がいない 54 件 (31.6%) が挙げられた。

#### 4. 考察

##### 4. 1 慢性期病棟における摂食・嚥下障害を有する患者の経口摂取の可能性

摂食・嚥下能力の定点調査から、急性期病棟に比べ慢性期病棟 1 病棟あたりの経管栄養実施平均患者数が 13.2 名 (±9.2) と多く、さらに

Gr 1 が 10 人以上いると答えた病棟は、24 件中 23 件が慢性期病棟であった。他に比較する調査結果がないため、県内の摂食・嚥下障害患者数が多いのかどうかは判断できないが、重度の摂食・嚥下障害患者や経管栄養患者は急性期病棟よりも慢性期病棟に多いということが明らかになった。今回の調査では、急性期病棟から慢性期病棟へ転院する摂食・嚥下障害患者の経過は不明であるが、急性期病棟から摂食・嚥下障害を診断されて慢性期病棟に転院した場合、適切な経口摂取への取り組みがなされないまま、経管栄養が継続されているという患者の存在も否定できないことが推察される。

平成 18 年度の診療報酬改訂の基本方針として、質の高い医療を効率的に提供するために医療の機能分化・連携が進められ、それに伴い平均在院日数の短縮が図られている。小山<sup>3)</sup>は急性期医療における脳血管障害患者への早期摂食・機能療法開始の効果を明らかにしており、急性期に早期に経口摂取に向けた看護介入を行うことで、慢性期病棟に移行する際の経管栄養患者が減少することが期待できるのではないかと考えられる。

##### 4. 2 スキルアップ講座の必要性

NST があると回答した病棟は 142 件 (83%) であり、急性期病棟では 92.6% で NST が組織されていた。また、NST の構成員では、医師、

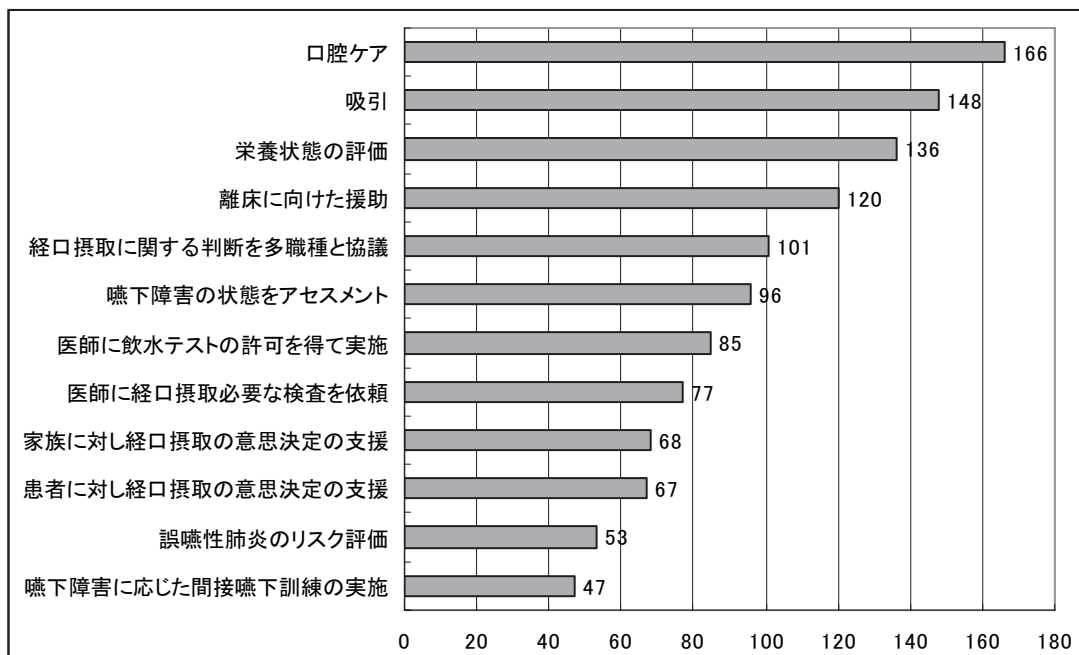


図 3 経口摂取に向けた援助として、看護師が行っていること (複数回答)

看護師，栄養士をはじめ，薬剤師，リハビリスタッフが拡充されている．これは平成 18 年度の診療報酬改定で NST の活動による栄養管理加算（1 日につき 12 点）が新設された効果と考えられ，NST の形式については整備されたといえる．しかし，看護師が摂食・嚥下障害患者への看護援助に取り組むには困難な現状がある．小山ら<sup>4)</sup>の経管栄養から経口摂取へのアプローチを困難にしている理由として挙げられた結果と同様に，今回の調査でも看護師の知識，技術，マンパワーの不足が挙げられた．摂食・嚥下に関する学習会は 67.3% の病棟で行われており，摂食・嚥下に対する関心は高まりつつあると考えられるが，一方的な講義形式の学習形態が多く，実践の場における多種多様な症状を有する摂食・嚥下障害に対応困難であることが推察される．また，摂食・嚥下障害の看護に関するマニュアルの保有率は 40.4% で，マニュアルの活

用率は 27.5% と活用できていない現状があり，経口摂取に向けた看護援助にはマニュアルの整備とマニュアルを十分に活用できるような実践的な学習が必要であり，知識の充足はもちろんのこと，知識を技術として活用するためのトレーニングの機会が必要であると考えられる．事例を通しての嚥下機能評価や経口摂取に向けた直接・間接訓練方法，連携の実際を共有するなど看護援助のスキルアップを支援する必要性が示唆される．

#### 4. 3 今後の展望

急性期病棟においては医療保険制度による摂食機能療法として，治療開始日後から 3 ヶ月間毎日 1 回 185 点が算定され，介護保険制度では経口摂取移行加算や口腔機能向上加算が算定され，病院から在宅までの継続した訓練の実施が保険点数上保証されている．これらの制度を効

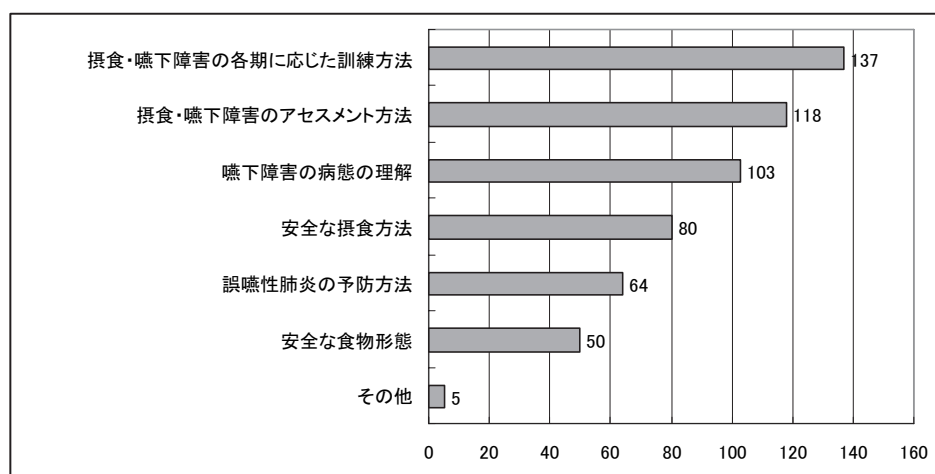


図 4-1. 看護師が経口摂取に向けての援助を行う際の困難さ（知識面について）（複数回答）

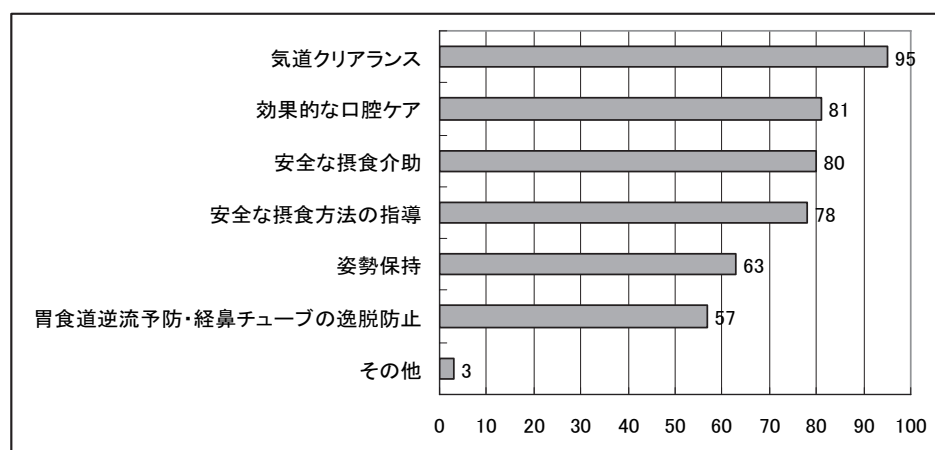


図 4-2. 看護師が経口摂取に向けての援助を行う際の困難さ（技術面について）（複数回答）



果的に活用し、一人でも多くの摂食・嚥下障害患者が口から食べることの喜びを獲得できるよう、地域の摂食・嚥下障害に関心のある看護師へのスキルアップ講座を開催し、地域全体で質の向上を目指し看護の連携システムの構築につなげていく必要があると考えられる。

#### 謝辞

本研究においてアンケートにご協力いただきました病院・施設のスタッフの皆様にご心から感謝申し上げます。

#### 引用文献

1) 浅田美江：なぜ今「摂食・嚥下障害看護」認定看

護師なのか、看護学雑誌 vol.71 no.3, p 240-241, 2007

2) 藤島一郎：脳卒中の摂食・嚥下障害，医歯薬出版，p 207, 2002

3) 小山珠美ほか：急性期医療における脳外科患者への早期摂食機能療法開始の効果，第13回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会抄録集，p 238, 2007

4) 小山珠美：摂食・嚥下障害に関する実態調査 経管栄養から経口摂取へのアプローチに関する看護師の認識と実態，第2回日本リハビリテーション看護学会学術大会集録，p 13-15, 2003

(受付：2007年10月31日，受理：2008年2月5日)

## Development of Nursing Aid Skills for Patients with Eating Disorders and Dysphagia —Report No. 1: Survey on the Actual Situation of Nursing Aid for Oral Ingestion and Swallowing—

Chizuko NAOI, Hiromi SATO, Eiko AMATSU, Junko HOSOKAWA,  
Mamiko ITO, Yuka MATSUDAIRA, Michiyo MAEDA, Kozue MORIGAKI,  
Hitomi KONYA, Takako MIYAMOTO, Kimie ARAKI, Keiko TABATA,  
Chika TAKATA, Sachi MOTOO, Chika MIYAMOTO

#### Abstract

A commission was formed by nursing professionals who are engaged in nursing care for patients with eating disorder and dysphagia to study the nursing practice for these patients. In the current study, we conducted a survey on nursing care directed to eating and deglutition disorders at 334 wards of 93 hospitals in one prefecture, with a purpose of obtaining data to develop a nursing aid system for people having eating disorders and dysphagia. The effective response rate of the questionnaires was 51.2%, with 109 responses from acute phase wards and 62 from chronic phase wards. In examining eating and swallowing capabilities, those wards that cared for more than 10 patients with Gr 1 (difficult or unable to swallow, not adaptable to swallowing training) numbered 24, among which 23 were chronic phase wards. The patients who were treated with a nasal feeding tube numbered 2.4 in the acute phase ward and 13.2 in the chronic phase ward. While 40.4% of the wards were equipped with a manual for eating and dysphagia, 72.5% of them have not been utilized in practice. These results show that there is a need for improving nursing skills concerned with each stage of ingestion and swallowing; and nursing seminars to educate nurses based on the assessment of deglutition function are required.

**Key words** eating disorder, dysphasia, nursing aid

## 報告

## 「看護における社会的スキル」と関連する要因の検討

岩城直子 塚原節子\*

## 概要

社会的スキルは経験から学習されるとの観点から、看護における社会的スキルに関連すると予想される諸要因を検討した。「看護における社会的スキル」の4下位尺度と、個人的経験、病院内経験、内的経験および個人の特性との関連をみた。その結果、個人的経験との関連は少なく、経験年数や周手術期患者の看護経験、身近なモデルの存在や自主的な研修参加がそれぞれ異なる種類の社会的スキルと関連していた。このことから、「看護における社会的スキル」は病院内の経験とより強く関連するものであることが伺えた。「共感性」の概念と近いものとして採用したエゴグラムの「養育的な親」が「看護における社会的スキル」と関連することから、共感性の獲得がスキルを向上させる要因であることが示唆された。

**キーワード** 看護における社会的スキル、学習・経験要因、人格特性、患者－看護師関係

## 1. 問題と目的

医療の質評価に対する社会的な要請を背景とした看護の質に関わる議論や研究がここ数年来、確実に増加している<sup>1-5)</sup>。“高齢化社会を迎え、看護ケアの質も大きく問われ、期待されている”<sup>6)</sup>。この責務を果たすべく、看護師は質の高い看護活動を実践していかなければならない。看護活動が共感、あたたかさ、互いの尊敬、気遣い、受容などが見られる環境の中で実践され、安心感や信頼感といった感情を患者が抱くことは、看護ケアの効果を決定づけるものである。つまり、質の高い看護活動を実践していくためには患者－看護師の関係性が非常に重要であることが伺える。“患者は思いやりのある丁寧なケアを受ける権利を持つ”<sup>7)</sup>と謳われているように、看護師には「思いやり」「優しさ」「親切」等の向社会性が強く求められている。また、菊池<sup>8)</sup>は“社会的スキルが身につけていないところでは思いやり行動を考えることはできない”と述べており、看護ケアが有効となるためにも社会的スキルの獲得は必要不可欠である。

社会的スキルとは他者との対人関係場面において、相互作用が生じる場合に用いられるスキルである。そして、その特徴として「学習される、対人関係の中で展開される、他者との相互作用の中で個人の目標達成に有効である、社会的に受容される」行動といわれている<sup>9)</sup>。

ところで、多くの看護師は社会的スキルの重要性を認識しているものの卒後教育でも体系的

にそれを学ぶ機会はない。さらに、看護における社会的スキルがどのような要因と関連があるかをみた研究はみあたらない。

本研究の目的は、看護師が患者との関係を維持・構築していくために必要な患者との人間関係を円滑にする技能を「看護における社会的スキル」と定義し、「看護における社会的スキル」の下位概念に関連する要因を検討し、看護における社会的スキルの向上を目指す方策について示唆を得る事である。このことにより、看護の質のより一層の向上を目指す効果的教育プログラムに寄与できるものと考ええる。

今回の研究では、以下に示すものを看護における社会的スキルに関連する要因とした。

第1の要因は、モデルの存在である。社会的スキルは日常の対人関係の中から経験によって学習されるもの<sup>10)</sup>であるならば、日常の看護実践の中で、先輩や上司の対人反応や行動がどんな結果をもたらしているかを観察することによって、学習することになる。このことから、看護実践のモデルとなる人物の存在が、看護における社会的スキルと関連することが予測される。

第2に考慮した要因は、ソーシャルサポートである。ソーシャルサポートは他者からの社会的支援に関する認知であり、心理的安定を与えると考えられ、ストレスを弱める働きがある<sup>11)</sup>。看護師はその職業の性格から身体的な健康、豊かな感情、誇り、思いやりが要求される<sup>12)</sup>ので、バーンアウトに陥りやすいという特質がある。

\* 岐阜大学医学部看護学科

和田は<sup>13)</sup>、ソーシャルサポートが多く得られると認知している者ほど孤独を感じていないことを見出しており、Cohenら<sup>14)</sup>は、社会的スキルに優れるものはストレスを感じているときにサポートをもたらしてくれる関係のネットワークをうまく作りそれを利用することを見出している。これらのことから社会的スキルはソーシャルサポートと関連することが予測される。

第3に個人の特性を考えた。社会的スキルは、学習されたスキルというよりもむしろ個人の特性として存在するという考え方がある。Krechら<sup>15)</sup>は態度の形成には、個人特有のパーソナリティにも影響すると述べており、高間ら<sup>16-18)</sup>林ら<sup>19)</sup>横田ら<sup>20)</sup>は、個人の内的属性が社会的スキルに影響を及ぼす結果を導きだしている。このことから、社会的スキルは認知者のパーソナリティ、現在の経験、過去の経験、感情状態、価値観などによっても影響を受けることが予想される。そこで、個人の特性のうちで看護師に必要とされる「共感性」の概念と近いものとしてエゴグラム<sup>20)</sup>の『養育的な親 (Nurturing Parent, 以下 NP)』についてその関連性を検討する。また、看護師の職業人としての価値観、信念を表すものとして『批判的な親 (Critical Parent, 以下 CP)』を考え、その関連性も検討する。

モデルの存在とソーシャルサポートは個人の内的経験と考えられる。これら内的体験と個人の特性のほかに看護師経験年数・経験病棟・職位・研修経験という病院内での経験と、結婚・子どもの有無・同居の有無・入院経験を外的な個人的体験として取り上げた。

## 2. 方法

### 2.1 対象と調査方法

A 大学附属病院の入院患者を対象に看護業務を行っている看護師 254 名を対象とした。新生児集中治療部及び集中治療部の看護師は、その特殊性から調査対象より除外した。

研究者が看護部長に研究の趣旨を伝え許可を得た後、各病棟の看護師長または副看護師長に協力を依頼した。看護師長または副看護師長を介して自己記入式調査票を配布し、留置期間を 12 日間 (2001 年 9 月) として回収した。

### 2.2 調査票の構成

#### (1) 看護における社会的スキルの測定

「看護における社会的スキル (短縮版)」を用いた。この尺度は、千葉・相川のオリジナル版<sup>22)</sup>に対する、その後の批判<sup>23)24)</sup>を加味する形で筆者らが修正したものである (岩城, 投稿中)。千葉・相川が分析の結果採用したオリジナル 55 項目に新たに項目を付加し 58 項目とした。それを元々の千葉・相川と同一形式で実施した。

「いつもそうしている; 4 点」, 「時々そうしている; 3 点」, 「あまりしていない; 2 点」, 「全然していない; 1 点」と 4 段階方式で回答を求め、得点化した。下位尺度の得点化にあたっては、下位尺度毎の項目数で割った値を尺度得点とした。

修正版 58 項目は、因子分析の結果、4 因子解が妥当と判断された。採用された 4 因子尺度は、13 項目からなる「患者尊重共感スキル ( $\alpha$  係数 = 0.878)」, 13 項目からなる「表出行動スキル ( $\alpha$  係数 = 0.857)」, 7 項目からなる「身体接触スキル ( $\alpha$  係数 = 0.854)」, 6 項目からなる「説明確認スキル ( $\alpha$  係数 = 0.775)」であった。

下位概念について説明する。「患者尊重共感スキル」は患者の病状や回復過程に関する問題を共有し共に考える等の受容的態度や積極的傾聴を主とする内容であり、患者の意思決定を助け看護上の問題を解決に導こうとするためのスキルである。「表出行動スキル」は自己の感情を統制しながら患者に接し、患者が安心感や信頼感を得るための表出に関するスキルである。「身体接触スキル」は「触れる」という行為を通して患者の心身の安定を図る非言語的コミュニケーション能力を抽出したものであり、看護に特徴的なスキルである。「説明確認スキル」は患者の理解や信頼を得るための言語的なコミュニケーション能力を示すスキルである。

#### (2) モデルの存在の認知度の測定

筆者が日常の看護活動においてモデルの存在をどの程度認知しているかについての質問 7 項目を作成し、内容的妥当性について心理学者とともに検討し使用した。

「とても当てはまる」(5 点) から「まったく当てはまらない」(1 点) の 5 段階で回答を求めた。ウォード法によるクラスター分析の結果、近似性が相対的に高いと評定された 4 項目、即ち「すばらしい看護実践をしている人が身近にいる」「いい上司や同僚に恵まれている」「自分が育てられていると感じることがある」「その人の看護実践をみるとかなわないと思う人がい

る」の得点合計を、モデルの存在を示す得点とした。「自分が育てられていると感じていることがある」「周囲から期待されている」「自分の理想とする看護実践をしている人に出会ったことがある」が除外された項目である。これらの項目は、意味的にもモデルの存在を代表しているとはみなしにくいと判断した。

### (3) ソーシャルサポートの測定

小牧・田中ら<sup>25)</sup>が作成したソーシャルサポート15項目の中から、当該の対象者に必ずしも適合しない内容項目を除外し、情緒的サポート2項目、手段的サポート3項目、情動的サポート2項目、評価的サポート3項目と4種のサポートのバランスを考慮した10項目を採用した。ソーシャルサポートの程度をみるために、看護師にとってサポート源となると考えられる人物を8名特定し、各項目に該当する人物を4人まで記述可能なことを注釈し、回答を求めた。筆者はサポートの量のみを問題としたため、サポートの種類やサポート源の区分はせず、サポート量をそれぞれの項目に記入された人物の総数を総得点とした。得点は最低点0から40点まで分布し、総得点の高い人はソーシャルサポートを多く得ていることとした。

### (4) 人格特性の測定

エゴグラムテスト<sup>26)</sup>の中からNPとCPにあたる各10項目計20項目について3段階(はい、いいえ、どちらでもない)で回答を求めた。「はい」を3点、「どちらでもない」2点、「いいえ」を1点とし、それぞれについて合計点を算出した。

### (5) 外的特性と経験

基本的属性として、年齢・性別・看護師経験年数・結婚の有無・子供の有無・同居の有無・入院経験の有無・職位・自発的研修(過去3年間における患者心理や理解、自己理解に関する研修)への参加の有無とその回数を求めた。

## 2.3 倫理的配慮

調査票は個人のプライバシー確保のため無記名とし、その冒頭において、データはすべて責任者のみが取り扱い統計的に処理されること、個人のプライバシーが漏れることのないことを明記した文書を調査票とともに本人に配布した。

## 2.4 分析方法

外的な個人的体験、病院内での経験によって「看護における社会的スキル」の4下位尺度得点に違いがあるかを検討した。有意性の検定は一変量分散分析を用い、有意水準はp値5%で判断した。

有意差をみとめたものには、TUKEY法による多重比較を行った。各要因の分類を以下に示す。

- (1) 結婚：「既婚」、「未婚」の2群
- (2) 子供の有無：子供が「いる」、「いない」の2群
- (3) 「家族と同居」、「一人暮らし」の2群
- (4) 入院：入院経験「有」、「無」の2群
- (5) 看護経験年数：「5年未満」、「5～9年」、「10～14年」、「15年以上」の4群
- (6) 職位：「看護師長」、「副看護師長」、「看護師」の3群
- (7) 専門：「外科系」、「内科系」の2群
- (8) 研修：自発的な研修の参加「有」、「無」の2群

次に内的体験と個人の特性と「看護における社会的スキル」下位尺度得点の相関をみた。その後「看護における社会的スキル」下位尺度を従属変数とし、看護経験年数・ソーシャルサポート・NP・CP・モデルの存在を独立変数とした重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。いずれも有意水準はp値5%で判断した。

## 3. 結果

### 3.1 回収率と調査対象者の概要

調査票の回収は201票(回収率=79%)であった。性別では、女性が197名(98%)で、年齢においては20代が109名(54%)、30代が43名(21%)、40代が44名(21%)、50代が4名(2%)であった。平均年齢は31.3歳で、20歳から58歳まで分布していた。

### 3.2 外的な個人的経験の違いによる「看護における社会的スキル」下位尺度得点の差異

表1に外的な個人的経験の違いによって、4下位尺度得点がいかに異なるかの結果を示した。「表出行動スキル」は結婚の有無と子どもの有無で有意差がみられ、既婚者と有子者の得点が高かった。入院経験の有無と同居か一人暮らしかでは、下位尺度得点のいずれも有意な差は見られなかった。

### 3. 3 病院内での経験の違いによる「看護における社会的スキル」下位尺度得点の差異

#### (1) 看護経験年数

「患者尊重共感スキル」と「表出行動スキル」で有意差があった。「身体接触スキル」「説明確認スキル」には有意差はみられなかった。「患者尊重共感スキル」で、最も高い得点を示したのは、10～14年群で、最も低いのは、5年未満群であった。有意差は5年未満群と10～14年・15年以上群の間、5～9年群と10～14年群の間で認められた。「表出行動スキル」で最も高い得点は10～14年群で、最も低いのは5～9年群であった。有意差は5～9年群と10～14年・15年以上群の間と、5年未満群と10～14年群・15年以上群の間にみられた。概して10～14年群が最も得点が高く、5～9年群が最も低いが、「身体接触スキル」のみは15年以上群が高かったが有意差はみられなかった。

#### (2) 職位

「患者尊重共感スキル」「表出行動スキル」に有意差がみられた。「身体接触スキル」「説明確認スキル」では有意差がみられなかった。「患者尊重共感スキル」で最も高い得点を示したのは、副看護師長群で、最も低いのは看護師群で、両群の間には有意差がみられた。「表出行動スキル」は有意差を認めたがどの群間に差があるかは特定できなかった。「身体接触スキル」では、看護師長群が最も得点が高く、看護師群が最も低い。有意差はなかった。「説明確認スキル」においては、3群に殆ど差はみられなかった。経験年数とも関連するが、一般に管理職のほう

がスキルが高かった。

#### (3) 職場の違い

外科系・内科系の2群の一変量分散分析結果では、「患者尊重共感スキル」と「表出行動スキル」「説明確認スキル」に有意差がみられた。「患者尊重共感スキル」「表出行動スキル」「説明確認スキル」は外科系看護師の得点が高かった。

#### (4) 研修

自発的な研修の参加の有無での一変量分散分析結果では、「患者尊重共感スキル」で有意差があり、研修を受けたものが高い得点であった。研修回数と下位尺度との相関は、いずれも有意差はみとめなかった。

### 3. 4 個人の内的経験および個人の特性と「看護における社会的スキル」下位尺度との関連

モデルの存在、ソーシャルサポート量、NPとCPに看護師経験年数を加え「看護における社会的スキル」下位尺度との関係を求めたものを表3に示す。経験年数が長いほど「患者尊重共感スキル」「表出行動スキル」得点が高かった。ソーシャルサポートの多い人ほど「表出行動スキル」得点が高かった。モデルの存在の認知度の高い人ほど「表出行動スキル」、「身体接触スキル」得点が高かった。NPの高い人ほど「患者尊重共感スキル」、「表出行動スキル」、「身体接触スキル」得点が高かった。CPの高い人ほど「患者尊重共感スキル」得点が高かった。

従属変数を「看護における社会的スキル」下位尺度とし、独立変数を看護経験年数・ソーシャルサポート・NP・CP・モデルの存在とした重

表1 外的な個人的経験別「看護における社会的スキル」下位尺度得点の比較(平均値(標準偏差))

	n	患者尊重共感スキル	表出行動スキル	身体接触スキル	説明確認スキル
既婚	71	3.01 (0.04)	3.32 (0.37)	2.59 (0.40)	3.40 (0.40)
未婚	130	2.94 (0.40)	3.19 (0.39)	2.58 (0.54)	3.42 (0.42)
F値		1.30 n.s.	5.40 *	0.01 n.s.	0.15 n.s.
子供有	54	3.02 (0.36)	3.33 (0.36)	2.63 (0.66)	3.40 (0.41)
無	147	2.95 (0.40)	3.21 (0.39)	2.56 (0.55)	3.42 (0.41)
F値		1.03 n.s.	3.90 *	0.05 n.s.	0.16 n.s.
同居	126	3.01 (0.41)	3.26 (0.40)	2.61 (0.61)	3.43 (0.39)
一人	75	2.90 (0.40)	3.20 (0.37)	2.54 (0.52)	3.38 (0.44)
F値		3.63 n.s.	1.42 n.s.	1.13 n.s.	1.83 n.s.
入院有	124	3.00 (0.40)	3.26 (0.40)	2.62 (0.60)	3.42 (0.42)
無	77	2.91 (0.41)	3.21 (0.37)	2.52 (0.55)	3.40 (0.39)
F値		2.39 n.s.	0.40 n.s.	1.35 n.s.	0.07 n.s.

\* : p<0.05, n.s. : not significant

回帰分析の結果、「患者尊重共感スキル」に有意に関連している要因は看護経験年数と NP であり正の関連をもっていた。「表出行動スキル」と「身体接触スキル」に有意に関連している要因は、看護経験年数・NP・モデルの存在であり正の関連をもっていた。「説明確認スキル」におい

ては、有意な関連は見いだされなかった。

#### 4. 考察

##### 4. 1 外的な個人的経験と「看護における社会的スキル」との関連

外的な個人的経験のうち、結婚と子どもの有

表 2 病院内経験別「看護における社会的スキル」下位尺度得点の比較 (平均値 (標準偏差))

経験の種類	n	患者尊重共感スキル	表出行動スキル	身体接触スキル	説明確認スキル	
看護経験年数	I. 5 年未満	86	2.88(0.38)	3.16(0.38)	2.59(0.52)	3.40(0.40)
	II. 5~9 年	43	2.90(0.45)	3.14(0.36)	2.38(0.65)	3.36(0.45)
	III. 10~14 年	15	3.23(0.47)	3.53(0.36)	2.56(0.51)	3.60(0.40)
	IV. 15 年以上	56	3.09(0.35)	3.35(0.38)	2.71(0.60)	3.44(0.39)
	F 値		5.34 **	6.72 **	2.59 n.s.	1.42 n.s.
多重比較		III > II, I : IV > I	III > II, I : IV > II, I			
職位	I. 看護師長	8	3.08(0.37)	3.47(0.32)	2.63(0.67)	3.38(0.46)
	II. 副看護師長	29	3.17(0.42)	3.36(0.40)	2.74(0.57)	3.50(0.36)
	III. 看護師	164	2.97(0.41)	3.21(0.38)	2.55(0.58)	3.40(0.42)
	F 値		4.66*	3.17*	1.40 n.s.	0.73 n.s.
	多重比較		II > III			
専門	外科系	111	3.04(0.41)	3.30(0.39)	2.65(0.56)	3.51(0.39)
	内科系	90	2.89(0.40)	3.16(0.38)	2.49(0.59)	3.30(0.41)
	F 値		6.68**	6.41*	3.81 n.s.	12.81**
研修	有	73	3.05(0.36)	3.24(0.37)	2.67(0.63)	3.40(0.40)
	無	125	2.92(0.43)	3.23(0.40)	2.54(0.55)	3.42(0.42)
	F 値		4.55*	0.01 n.s.	2.26 n.s.	0.09 n.s.

\*\* : p < 0.01, \* : p < 0.05, n.s. : not significant

表 3 個人の内的経験および個人の特性と「看護における社会的スキル」下位尺度の相関係数 n=201

	平均値 (標準偏差)	患者尊重共感スキル	表出行動スキル	身体接触スキル	説明確認スキル
看護経験年数	9.87 (7.68)	0.227**	0.222**	0.095	0.061
ソーシャルサポート	27.78 (6.67)	0.137	0.148**	0.130	0.027
モデルの存在	16.88 (2.57)	0.075	0.189**	0.194**	0.113
NP	22.04 (2.53)	0.157*	0.196**	0.174*	0.120
CP	20.97 (2.55)	0.157*	0.038	0.111	0.051

\*\* : p < 0.01, \* : p < 0.05

表 4 看護における社会的スキル」下位尺度と諸要因の重回帰分析結果 n=201

独立変数	患者尊重共感スキル	表出行動スキル	身体接触スキル	説明確認スキル
看護経験年数	0.270**	0.281**	0.158*	
ソーシャルサポート				
NP	0.182**	0.215**	0.195**	
CP				
モデルの存在		0.210**	0.228**	
R <sup>2</sup>	0.087	0.127	0.087	

\*\* : p < 0.01 \* : p < 0.05 数値は標準偏回帰係数

無が「表出行動スキル」において関連があった。既婚者・有子者が表出行動スキルの得点が高いという結果は、結婚生活において親密な関係性を経験していることや育児での言語使用の不十分な子どもの非言語的なコミュニケーションを理解する必要度が大きい<sup>27)</sup>という経験からではないかと推察される。表出行動スキルの内容からして感情の統制力や表現能力が求められる内容であり、該当者の日常経験から学習されたものであるということ、説得力のある結果であると思われる。

ただ、4種類のスキルと4種の個人的経験の組み合わせ16のうち、わずか2か所だけで有意差が見られたということから、外的な個人的経験が即「看護における社会的スキル」の向上につながることは考えにくい。つまり、これらの外的な個人的経験はそれほど「患者における社会的スキル」の向上に大きな効果を持っているとはいいがたく、看護師という専門職の社会的スキルには、個人的な日常経験だけでは向上がないといえよう。

#### 4. 2 病院内での経験と「看護における社会的スキル」との関連

##### (1) 看護経験

千葉ら<sup>22)</sup>の仮説検証における構成概念妥当性の検討では経験年数が高くなるほどスキルは高くなるとの予想であったが、本研究では、「身体接触スキル」以外は、15年以上群ではなく、10年から15年未満群が最も高いという結果であった。また、5年未満群も「患者尊重共感スキル」以外は、最下位ではなかった。

今回の結果は、どのように考えればいいのかであろうか。5～9年群と15年以上群の間で有意な差があったことは、スキルの向上に看護経験が影響するという千葉ら<sup>21)</sup>の結果と同様である。しかし、5年未満の看護経験の浅い看護師のスキルが必ずしも5～9年の経験者と差があるわけではなく、むしろ5年未満群の平均値の方が高いものもある。5～9年の経験者は仕事にも慣れ、リーダーシップも発揮でき看護のことも客観的に判断できるようになる反面、5年未満の者以上に人生の選択と職業の継続との間で悩む時期でもある。25～26歳、30～31歳の独身の看護師に「燃え尽き」率が高いとする報告<sup>28)</sup>があり、本調査の対象者の5～9年に独身者は59%であり燃え尽きに陥っている可能性は否定で

きない。燃えつきが看護ケアの意欲の喪失の要因として考えられていることから、精神的な要因がスキルの獲得に影響を与えているのではないかと推察する。

5年未満群は技能修得レベル<sup>29)</sup>の新人・一人前・中堅が混在する看護師として成長の著しい時期である。5年未満群に該当する新人看護師の社会的スキルについて調査した布佐・三浦ら<sup>30)</sup>は、7ヶ月の臨床経験であっても、身につけていると認識している項目が55項目中23項目あったことを報告しており、早い時期から専門職としての対人関係能力が獲得されるものと考えられる。5～9年群は比較的安定した看護技術を身につけている時期であり、技能修得レベルでは中堅と考えられる一方で、この時期に、一種の中だるみが生じているとも考えられる。これらのことから、経験5年未満群と5～9年群のスキルに差が出なかったのではないかと推察できる。15年以上のベテラン群は、「身体接触スキル」が最高位であったが、これは看護に特有のスキルであり、経験知としてこのスキルの有効性を認知している年代が15年以上であるためと考えられる。他は必ずしも高い数値ではなかった。この群に属する人達の多くは、日常経験の中で獲得したスキルはそのまま持ち続けているが、直接に患者に接触する機会が多くない、受けた教育が古いものであるということから、数値そのものは高くなかったと解釈できよう。

##### (2) 職位と職場の違い

職位では、「患者尊重共感スキル」「表出行動スキル」で有意差がみとめられた。「患者尊重共感スキル」は副看護師長群の得点が高く、看護師群が低かった。しかし、「説明確認スキル」「身体接触スキル」では、副看護師群の値は高かったが、有意差は見られなかった。これは現場の実践的責任者である前者が看護上の問題を共に考え患者の意思決定を助けること、患者が入院生活において安心感や信頼感を得ることの重要性を実感し、実践しているものと解釈できよう。また、「患者尊重共感スキル」「表出行動スキル」「説明確認スキル」で外科系の得点があり意に高かったが、これは、対象とする患者の病状の特徴あるいは入院期間と関連があると考えられる。手術後の激しい苦痛や急激な病状の改善に接する外科系看護師の方が、尊重や励まし、説明といった社会的スキルを使用する必要性を感

じ、実践していると思われる。本来は、長期の入院を強いられる内科系患者にこそ社会的スキルにたけた看護師が必要なのではないだろうか。また、このことは看護における社会的スキルが患者の特徴によって要請され、実現していく可能性を示唆する。

### (3) 研修の効果

「患者尊重共感スキル」のみで、研修経験ありの群の得点が有意に高かった。この結果は、自らが患者心理や患者理解、または、自己理解に関する必要性を認識し、研修を受けることによってスキルが向上するという可能性を示唆するものであるが、他の3下位尺度では、差がみられなかったことは注目に値する。

## 4. 3 個人の内的経験および個人の特性と「看護における社会的スキル」下位尺度との関係

### (1) ソーシャルサポート

ソーシャルサポート得点と「表出行動スキル」には有意な正の相関を認めた。サポートの多い人ほど「表出行動スキル」に優れていることが示された。「表出行動スキル」の内容は、多忙であっても感情を統制し、患者との関係性を維持していこうとする行動的側面からなっている。ソーシャルサポートはプラスに働くと精神的安定をもたらすと考えられている。この結果はソーシャルサポートによってストレスが緩和され、精神的に安定し、感情の統制がなされるためではないかと推察する。

### (2) モデルの存在

モデルの存在と「看護における社会的スキル」下位尺度との関係では、「表出行動スキル」「身体接触スキル」で有意な相関を認めた。他の2尺度に有意な相関は認められなかった。モデルの存在を認知している人ほどこの2尺度が高くなることになる。看護実践において、患者との関係をうまく維持・構築している人が身近に存在することは、スキルを学ぶモデルがいるということである。このことよって態度が形成されていくことが推察される。「表出行動スキル」「身体接触スキル」は実際の看護師の行動的側面での質問が多く含まれており、比較的観察されやすく、それがこの結果に結びついたものと考えられる。

### (3) 個人の特性と「看護における社会的スキル」下位尺度との関係

NPと有意な相関を認めたのは、「患者尊重共

感スキル」「表出行動スキル」「身体接触スキル」であった。NPは、共感、思いやり、保護受容などの子供の成長を促進するような母親的な部分であり、NPの高い人は他人に対して受容的で、相手の話しに耳を傾けようとする。そして、親身になって世話をし、相手を快適な気分にする。「よかったね」「えらかったね」等のほめ言葉が多く、同情的で愛情が深い。肩を優しく抱くような態度で、相手に幸福感、満足感を与える陽性のストロークを多く発する<sup>22)</sup>。このような特徴からも有意差を認めた3尺度には妥当な内容が多く含まれており共感・受容といった特性が関連すると考えられる。関連のない「説明確認スキル」の内容は、応答メッセージとしての機能を発揮する、いわば共感とは、無関係な内容が多く含まれているため有意な相関として現れなかったのではないかと考えられる。

CPと有意な相関を認めたのは、「患者尊重共感スキル」であった。CPが上がると自分の価値観に基づいた自分なりの生き方が出来るようになるといわれており<sup>22)</sup>、CPの高い人は患者を尊重するといった看護師の社会的な役割期待に対する価値観が高いことが考えられ、「患者尊重共感スキル」との間に有意な相関が認められたと考えられる。その後の重回帰分析の結果では「患者尊重共感スキル」は看護経験とNPに、「表出行動スキル」「身体接触スキル」は看護経験とNP・モデルの存在と関連しており、それぞれに関連する要因は異なることが示唆された。

## 5. 今後の課題と提言

筆者らの作成した「看護における社会的スキル」は、4つの下位概念から構成され、それぞれに関連する要因は異なることが示唆された。今後は、まず作成した尺度の現実との照合が問われる。看護における社会的スキルが高い看護師が実際の看護の際に、どのような行動をしているかをチェックすることである。また、患者に、担当する看護師の社会的スキルを評定してもらい、看護師の自己評定との関連を見ることも考えられうる。これらによって、概念的妥当性を検討していきたい。

第2に、この論文の本来の目的であった要因分析から示唆される、看護学生あるいは新人看護師に、社会的スキルを獲得させるには、どのような教育・研修を行っていくかの検討であ



る。これには、本研究からモデルの存在が推定されたが、他に社会的スキルの研修プログラム、あるいは燃えつき症候群への対応が考えられる。

モデルの提示に関しては、現在多くの病院で試行されているプリセプターシップの充実が考えられる。単に新人看護師にプリセプターを準備するだけでなく、プリセプターに指導・助言するシステムの確立も必要であろう。新人看護師が理想に燃えてがんばり、燃え尽きて辞めていく現象への対応は、より広い観点からの改善が必要でありこれ以上の言及は論文の範囲外と考える。

看護学生あるいは新人に対する社会的スキルの獲得と経験豊かな看護師の社会的スキルの向上・維持とは別に考えなくてはならない可能性が示唆された。ベテランの看護師が必ずしも社会的スキルでよい結果を出していないということは、社会的スキルを向上させるシステムが作動していない可能性もある。従来からの研修を見直し、患者心理や理解、自己理解に関する研修を受けることによって、社会的スキルの重要性についての理解が深まり、スキルが向上するような現任教育を再構築し、実施することが望まれる。新しい研修では、従来の看護技術以外のソフト面での研修が考えられる。経験を積むことによって向上する社会的スキルもあるが、むしろ低下する社会的スキルもあった。それらの社会的スキルがいかにかこれからの看護活動には必要であることを理論的に認識すること、それを現実に実行することを経験させることによってスキルを獲得・維持させたい。後者では、患者役になってもらって、看護師の対応をどう感じたかを体験すること、どのような対応を期待するかを述べて看護師役の人に実際に行ってもらいロールプレイなどを提案する。また、自己の社会的スキルの実践について、自己評価を求め、他者評価を得た後にその改善策を各看護師に定期的に求めるということも考えられる。今後の看護活動において、従来とは異なる観点からのチェックとそれに基づく改善が求められよう。

## 6. 結語

患者との関係性を維持構築していく対人関係能力を社会的スキルという観点から検討した。その結果、外的な個人的経験との関連は少なく、

経験年数や周手術期患者との接触という看護経験、身近なモデルの存在や自主的な研修参加がそれぞれ異なる種類の社会的スキルと関連していた。このことから、職業的な態度の育成は病院内の経験とより強く関連するものであることが伺えた。「共感性」の概念と近いものとして採用したエゴグラムのNPが「看護における社会的スキル」と関連することから、共感性の獲得がスキルを向上させる要因であることが示唆された。また、これらの結果に基づく幾つかの提言を行った。

## 謝 辞

本研究の調査を進めるに当たり、多忙な業務の中調査に同意し、ご協力くださった看護師の皆様方に心より感謝いたします。事後であったにもかかわらず発表の許可を下さった日本赤十字看護大学の千葉京子先生に心より感謝いたします。また、心理学の立場からさまざまな助言を下さった昭和女子大学大学院心理学専攻三浦香苗教授に深く感謝いたします。

## 引用文献

- 1) 近沢範子：看護ケアの質の評価に関する文献検討，看護研究，27(4)，70-79，1994。
- 2) 内布敦子，上泉和子，片田範子：看護ケアの質の要素抽出，看護研究，27(4)，61-69，1994。
- 3) 片田範子，内布敦子，山本あい子他2名：焦点；看護ケアの質を構成する要素に関する質的研究，看護研究，29(1)，2-70，1996。
- 4) 片田範子，内布敦子，山本あい子他1名：焦点；看護ケアの質の評価指標と評価方法の開発，看護研究，31(2)，3-69，1998。
- 5) 柿澤久子：看護の質を構成する人間関係に影響を及ぼす要素；看護の質評価，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究収録（1341-8661），24号，334-341，1999。
- 6) 日本看護協会：新・病院看護機能評価マニュアル，日本看護協会出版会，3，1993。
- 7) マーティン．ベンジャミン，ジョイ．カーティス：臨床看護のジレンマI，時空出版，166-167，1996。
- 8) 菊地章夫：また／思いやりを科学する，川島書店，198-202，1998。
- 9) 庄司一子：社会的スキルの尺度の検討；信頼性・妥当性について，教育相談研究，29，18-25，1991。
- 10) 相川 充：人づきあいの技術・社会的スキルの

- 心理学, サイエンス社, 148-153, 2000.
- 11) 渡辺弥生: 大学生のソーシャルサポートと社会的スキルに関する研究, 静岡大学教育学部研究報告人文・社会科学篇, 45, 241-254, 1994.
  - 12) 浦光博: 支えあう人と人; ソーシャルサポートの心理学, サイエンス社, 101-113, 1992.
  - 13) 和田実: 対人的有能性とソーシャルサポートの関連; 対人的に有能な者はソーシャルサポートを得やすいか?, 東京学芸大学紀要第1部門教育学, 42, 183-195, 1991.
  - 14) Cohn, S., Sherrod, D.R., & Clark, M.S.: Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 963-973, 1986.
  - 15) Krech, D., Crutchfield, R.S., & Ballachey, E. H.: *Individual in society*, McGraw-Hill, New York, 1962.
  - 16) 高間静子, 川西千恵美, 塚原節子: 看護婦の社会的スキルの職務満足度への影響, 日本看護科学会誌, 16, (2), 292-293, 1996.
  - 17) 高間静子, 大久保友香子, 上野栄一: 看護婦の社会的スキルの勤労意欲への影響, 富山医薬大医誌, 10, 59-63, 1997.
  - 18) 高間静子, 塚原節子, 上野栄一: 看護職の社会的スキルのリーダーシップ行動への影響, 富山医科薬科大学看護学会誌, 1, 29-32, 1998.
  - 19) 林稚佳子, 横田恵子, 高間静子: 看護職者の関係維持スキルと内的属性との関係, 富山医科薬科大学看護学会誌, 4(2), 59-75, 2002.
  - 20) 横田恵子, 富田大介, 林稚佳子他1名: 看護職者の関係開始スキルと内的属性との関係, 富山医科薬科大学看護学会誌, 4(2), 77-87, 2002.
  - 21) 末松弘行, 和田迪子, 野村忍他1名: エゴグラムパターン; TEG 東大式エゴグラムによる性格分析, 金子書房, 19-20, 1989.
  - 22) 千葉京子・相川 充: 看護における社会的スキル尺度の構成, 看護研究, 33(2), 53-62, 2000.
  - 23) 三浦まゆみ, 布佐真理子, 千田睦美他1名: 新人看護婦の看護における社会的スキル, 日本看護研究学会雑誌, 23, (3), 305, 2000.
  - 24) 荒木節子: 看護婦の自己受容度の患者尊重行動への影響, 富山医科薬科大学看護学科修士論文, 16, 2001.
  - 25) 小牧一裕, 田中國夫: 職場におけるソーシャルサポートの効果, 関西学院大学社会学部紀要, 67号, 57-67, 1993.
  - 26) 福島寛: エゴグラムで性格を知る本, 宝島社, 22-24, 1991.
  - 27) 大坊郁夫: 対人コミュニケーション. 星野命(編): 対人関係の心理学, 日本評論社, 119-132, 1998.
  - 28) 稲岡文昭: 人間関係論ナースのケア意欲とよりよいメンタルヘルスのために. 荒井蝶子(監): 看護管理シリーズ2, 日本看護協会出版会, 54-56, 1995.
  - 29) Patricia Benner: *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, Addison-Wesley Publishing Company, 1984, 井部俊子他訳: ベナー看護論; 達人ナースの卓越性とパワー, 医学書院, 15-25, 1992.
  - 30) 布佐真理子, 三浦まゆみ, 千田睦美他2名: 新人看護婦における看護における社会的スキル尺度の構造, 岩手県立大学看護学部紀要, 4, 25-35, 2002.

#### 注記

本研究は平成15年度富山医科薬科大学医学系研究科修士課程修士論文として提出したものの一部を再分析し, 加筆・修正したものである。

(受付: 2007年10月4日, 受理: 2008年2月6日)

## Factors Related to Social Skills for Nursing

Naoko IWAKI, Setsuko TSUKAHARA

### Abstract

Based on the view that social skills are learned through experience, we assessed various factors that may be related to social skills for nursing and the relationship with personal, in-hospital and internal experiences, as well as personal characteristics was examined, using 4 of the lower skills of “the social skills for nursing” . As a result, it was found that the years of health care experience, the nursing experience with perioperative patients, the presence of a familiar care model and voluntary participation in training are related to having various social skills, while the implication of individual experience was minimal. The results suggest that “the social skills for nursing” are strongly related to one’s experience in a hospital. It was indicated that the acquisition of “empathy” is a factor in improving one’s social skill because “ Nurturing Parent ” of the egogram that was used as the concept close to empathy is related to the social skills for nursing.

**Key words** social skills for nursing , learning/experience factor, a personality trait,  
patient-nurse relations

資料

## 石川県立看護大学の災害時対応の備えに関する一考察

### — 「健康管理チーム派遣」に関わった

### 教職員への調査から—

林 一美 水島ゆかり

#### 概 要

本研究は、本学の能登半島地震への健康管理チーム派遣の経験を踏まえ、本学の災害時対応における備えについて考察することを目的とした。

健康管理チーム派遣に関する準備については、大方の者が物資と身繕い・服装の準備をしており、派遣にあたり心がけていたことがあった。調整に当たった者は、健康管理チーム派遣がうまくいくように調整役割をとっていた。派遣に関する援助活動の上で困り事があった者が多かったが、参加してよかった・また参加したいと考えている者が多かった。健康管理チーム派遣への本学の備えについては、「不十分」・「わからない」の意見が多かった。しかし、備えの必要性の有無については、多くの者が必要ありと答えていた。

**キーワード** 能登半島地震、健康管理チーム派遣、災害時対応、大学の備え

#### 1. はじめに

平成19年3月25日に能登半島地震が発生した。本学では、石川県から健康管理チーム派遣の要請を受け、3月26日～4月1日と4月27日～29日に教職員・大学院生が関わった。これらの経験を踏まえ、本学の災害時における備えについて考察することを目的に調査をおこなった。

なお本研究では、健康管理チーム派遣を以下のように定義する。

健康管理チーム派遣：石川県から要請を受け、本学からA市避難所へ被災者に対する健康管理を目的として派遣された教職員チームの派遣をいう。

#### 2. 方 法

##### 2. 1 対象者

本学の健康管理チームメンバー（以下、派遣メンバー）となった教職員31名・大学院生3名、計34名のうち、調査時に在職していた教職員21名を対象者とした。対象者は派遣メンバーとして派遣された者だけでなく、大学において健康管理チーム派遣の調整・支援に当たった者も含んでいる。なお派遣メンバーのうち2名は、本調査作成者であったため対象から外した。

##### 2. 2 調査方法と調査項目

調査は、独自に作成した調査票を用いて、健康管理チーム派遣から6ヶ月経過した2007年10月に実施した。調査票は対象者に個別に配布し、回収はメールボックスへ投函してもらった。

調査項目は、①災害体験の有無・災害救護体験の有無と災害の種類、②派遣に関する準備・調整・心がけ、③派遣に関する援助活動上の困り事と内容、④健康管理チーム派遣への参加についての思い、⑤健康管理チーム派遣の備えの充足と理由、⑥健康管理チーム派遣の備えの必要性と内容、⑦本学が避難所となった場合の備えについての意見、であった。

##### 2. 3 分析方法

調査項目毎に単純集計を行い、自由回答のデータは類似している記述内容の概要についてまとめた。

##### 2. 4 倫理的配慮

調査の趣旨を調査依頼文にて説明し、同意を得た。回答については、個人を特定できないように処理した。

### 3. 結果

回答の得られた教職員は13名で、回収率は62.0%であった。

#### 3.1 災害体験と災害救護体験

今回派遣された13名全員に災害体験はなかった。また、災害救護体験については、1名が震災についての救護体験があった。

#### 3.2 健康管理チーム派遣に関する準備・調整・心がけ

派遣の準備・調整にかかった時間は、0.5～1時間未満が1名(7.7%)、1～3時間未満が5名(38.5%)、3～5時間未満が3名(23.1%)、5時間以上が1名(7.7%)、記載無し3名(23.1%)であった。準備した事柄の記述内容は、「物資の準備に関する記述」が8件、「身繕い・服装に関する記述」が3件あった。派遣にあたって調整した事柄の記述内容は、「家族への連絡に関する事柄」3件、「健康管理チーム派遣のための人員や日程の調整に関する事柄」2件、「派遣メンバーからの連絡・報告に関する事柄」2件、「関係機関との連絡・調整に関する事柄」2件、その他としては「学生の安否確認」、「学内教員への経過報告」、「体調を崩した教員への対応」、「健康管理チーム派遣の見送り・帰学時の対応」等について記述されていた。

派遣にあたり心がけていたことがあった者は9名(69.2%)、心がけがなかった者はいなかった。心がけたことについては、「被災者への態度に関する記述」5件、「自分の体調管理に関する記述」3件、その他としては「派遣メンバーへの配慮」について記述されていた。

#### 3.3 健康管理チーム派遣に関する援助活動上の困り事

派遣に関して援助活動をする上の困り事があった者は10名(76.9%)、困り事がなかった者は1名(7.7%)であった。困り事については、「本務の滞りに関する事柄」2件、その他としては「時間とともに変化する情報への対応」、「避難所での具体的なケア内容」、「過酷な作業への適応」、「自分の安全管理」、「住民との連携」、「派遣に関する保険」、等の記述がされていた。

#### 3.4 健康管理チーム派遣への参加についての思い

参加して良かったと答えた者は10名(76.9%)、良くなかったと答えた者は1名(7.7%)であった。参加して良かったことは、健康管理チーム派遣に関する「実体験をとおした学びに関する記述」7件、その他としては「困ったときは助け合う」、「住民から必要とされていない」、「派遣人数等が適切でない」、「自分は役不足であった」という記述がされていた。

健康管理チーム派遣にまた参加したいと答えた者は9名(69.2%)、参加したくないと答えた者は1名(7.7%)であった。その理由としては、「役立ちたい」6件、その他としては「県職員として当然」・「関わらざるを得ない」、「今回の反省を踏まえて考えたい」・「関わりたいが自分にできるか不安」、「災害時のこころのケアに関心がある」という記述がされていた。

#### 3.5 本学の健康管理チーム派遣の備え

今回の健康管理チーム派遣についての本学の備えが、十分であったと答えた者は2名(15.4%)、不十分であったと答えた者は4名(30.8%)、わからない者が6名(46.2%)であった。不十分な理由としては、「備品は揃ったが、安全上必要な物品(ヘルメット・懐中電灯等)が少ない」、「災害時に対応させる資金がない」、「学生安否確認の連絡体制の整備がない」、「配備体制基準の周知が十分でない」等の記述がされていた。また、健康管理チーム派遣への備えの必要性については、備えは必要と答えた者は9名(69.2%)、わからない者は1名(7.7%)、備えは不必要と答えた者はいなかった。備えが必要とされる事柄として、「派遣時に必要な具体的物品」6件、「マニュアル・手順」4件、「教職員の災害への心構え等」3件、「学内・県・関係機関との連絡・協力体制」2件、その他として「融通のきく資金」、「派遣時の役割分担」、「緊急時対応」が記述されていた(表1)。

#### 3.6 本学が避難所となった場合の備え

今回の健康管理チーム派遣の経験した状況が、避難所として本学に起こった場合についての意見は、以下のような記述がされていた。「大学建造物の使用方法の明確化」6件、「行政(県・かほく市・宝達志水町)との(人・物資の)連携」4件、「教職員の役割」2件、「学生への対

応(授業・実習の措置, 学生の役割分担)」2件,  
「マニュアルの作成」2件であった(表2)。

#### 4. 考察

石川県は, 有感地震の数が全国的にも少ない地域であるが, 30年に1度は被害地震が発生し

ている<sup>1)</sup>。しかし, 県民の震災に関する危機意識は低く, 本学教職員においても同様であったと思われる。今回の派遣メンバーにおいて, 1名は災害救護体験をしていたが, 残りの大方は初めての経験であった。健康管理チーム派遣の準備に関しては, 大方の者が物資と身繕い・服装

表1. 備えが必要とされる事柄

記述内容の概要 (記述項目件数)	記述項目
派遣時に必要な具体的物品(6件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専用の携帯電話</li> <li>・救援物資</li> <li>・簡単な常備薬</li> <li>・寝袋</li> <li>・ヘルメット</li> <li>・毛布</li> </ul>
マニュアル・手順(4件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・被災地へ赴く時の最小限のマニュアル</li> <li>・非常事態への対応(安全・効率的な)マニュアル</li> <li>・救護チームの編成手順</li> <li>・マニュアル</li> </ul>
教職員の災害への心構え等(3件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教職員の災害意識向上に関する啓発</li> <li>・職員の災害時への心構え</li> <li>・(災害にそなえた)日頃の覚悟</li> </ul>
学内・県・関係機関との連絡・協力体制(2件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連絡体制(学内・県)と派遣までのシステム</li> <li>・学内・関係機関との連絡・協力体制</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・融通のきく資金</li> <li>・派遣時の役割分担</li> <li>・緊急時対応</li> </ul>

表2. 本学が避難所となった場合の備え

記述内容の概要 (記述項目件数)	記述項目
大学建造物の使用方法の明確化(6件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ライフライン等大学建造物の使用法について整理しておく</li> <li>・ライフラインの把握や大学を避難所として見立てたシミュレーションをしておく</li> <li>・避難所としての設備としては最適だと思うので, 救援物資の用意があればよい</li> <li>・プライバシー確保のための工夫があればよい</li> <li>・避難用として使用するスペースを決めておく</li> <li>・各教室・実習室のスペースの有効な使用方法を決めておく</li> </ul>
行政(県・かほく市・宝達志水町)との(人・物資)の連携(4件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対策本部となる県との共通認識・人員・物資の移動ルートの確認</li> <li>・行政・医療機関との連携体制の確認</li> <li>・備蓄物についてかほく市との連携・連絡をとりながら行う(宝達志水町とも必要かもしれない)</li> <li>・かほく市が方針策定の際から積極的参加・協力をする</li> </ul>
教職員の役割(2件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教職員の役割の明確化</li> <li>・教職員の役割分担</li> </ul>
学生への対応(2件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・講義や実習等教育への影響をどのようにするか</li> <li>・学生をどのように参与させるかの方針</li> </ul>
マニュアル作成(2件)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大学が避難所になったときの最低限のマニュアル</li> <li>・マニュアルが必要</li> </ul>

の準備をしていた。未経験である派遣に関して、派遣メンバーそれぞれが考えて準備を行っていた。これらについては、事前に必要物品リストなどを作成したり、災害の情報提供や注意示唆を行うことが必要である。

派遣メンバーの調整に当たった者は「健康管理チーム派遣のための人員や日程の調整に関する事柄」、「派遣メンバーからの連絡・報告に関する事柄」、「関係機関との連絡・調整に関する事柄」等、健康管理チーム派遣がうまくいくように調整役割をとっていた。災害時の看護活動を行う看護者にとって、後方支援はなくてはならないものである。後方支援の例として、セルフケアの方法を伝える、激励と労をねぎらう、支援活動に必要な物品をそろえて提供する、金銭的支援、情報提供・情報交換、勤務調整、事務手続き上の特別対応、緊急連絡体制の整備、協力者への感謝等があげられており<sup>2)</sup>、今回の健康管理チーム派遣の後方支援においては、その役割が果たせていたと考える。今回の方法を踏まえた、本学の災害時における後方支援のあり方を検討しておくことが重要である。

派遣メンバーの7割の者が、派遣にあたり心がけていたことがあったと答えている。心がけたことでは、「被災者への態度に関する記述」が最も多かった。派遣メンバーらは、関係行政機関所属保健師と連携を図りながら、出来ることを精一杯看護実践していた。派遣メンバーらが、被災者に対する自らの態度が及ぼす影響を考えながら看護実践をしていたことは、派遣された者としての自らの立場を認識しながら活動していたと推測される。大方の者が派遣に関して援助活動をする上での困り事があった。困り事の記述は、「時間とともに変化する情報への対応」、「避難所での具体的ケア内容」、「住民との連携」、「過酷な作業への適応」、「自分の安全管理」、「本務の滞りに関する事柄」、「派遣に関する保険」と多岐にわたった。派遣メンバーの誰もが初体験であり、個々が考え、仲間で互いに確認しながら事に当たらざる得なかったと推測される。派遣メンバーは、参加してよかった・また参加したい考えている者が多く、参加した者は「実体験をとおした学びに関する記述」をしており、「役立ちたい」と考えていた。このように、健康管理チーム派遣に関わった教職員各自が、体験をとおして感じた心情的な側面は、災害時対応を今後検討する際にきめ細やかな対策に活

かされていくと考える。

健康管理チーム派遣の本学の備えについて、今回の派遣時の備えは、「不十分」・「わからない」の意見が多かった。備えの必要性については、7割近くの者が必要であると答えていた。備えが必要とされる事柄として「派遣時に必要な具体的物品」、「マニュアル・手順」、「教職員の災害への心構え等」、「学内・県・関係機関との連絡協力体制」であった。今回の派遣メンバーの経験を活かした災害時対応について、全学的に検討することが望まれる。

かほく市の防災マップでは、本学体育館・運動場が避難所指定になっている<sup>3)</sup>。避難所指定にはなっているが、近隣被災者が本学体育館や運動場に避難してきた場合への対応について検討はされていない。健康管理チーム派遣の経験した状況が、避難所として本学に起こった場合には、「大学建造物の使用方法の明確化」、「行政（県・かほく市・宝達志水町）との（人・物資の）連携」、「教職員の役割」、「学生への対応（授業・実習の措置、学生の役割分担）」、「マニュアルの作成」等の備えが必要であると、派遣メンバーらは考えていた。災害時において本学教職員は、看護職を育成する大学として、又県民の公僕としての対応が求められると想定される。教員・事務職員相互が果たせる役割分担を明確化し、協力しながら、本学の体制づくりを検討していく必要がある。

## 5. まとめ

能登半島地震発生において、健康管理チーム派遣に関わった教職員21名を対象者として、教職員の経験をふまえて、本学の災害時における備えについて考察することを目的に調査をおこなった。

健康管理チーム派遣に関する準備については、大方の者が物資と身繕い・服装の準備をしており、派遣にあたり心がけていたことがあった。大学において健康管理チーム派遣の調整に当たった者は、健康管理チーム派遣がうまくいくように調整役割をとっていた。派遣に関する援助活動の上で困り事あった者が多く、困り事の記述は多岐にわたった。参加してよかった・また参加したい考えている者が多く、参加した者は「実体験をとおした学びに関する記述」をしており、「役立ちたい」と考えていた。今回の健康管理チーム派遣への本学の備えについて

は、「不十分」・「わからない」の意見が多かった。しかし、備えの必要性の有無については、多くの者が必要ありと答えていた。

健康管理チーム派遣の経験した状況が、避難所として本学に起こった場合には、「大学建造物の使用方法の明確化」、「行政（県・かほく市・宝達志水町）との（人・物資の）連携」、「教職員の役割」、「学生への対応（授業・実習の措置、学生の役割分担）」、「マニュアルの作成」についての備えが必要であると、派遣メンバーらは考えていた。

#### 謝 辞

今回の調査にご協力頂きました本学の教職員

の皆様に深く感謝致します。なお、本論文は、石川県立看護大学共同研費（平成19年度）の研究助成を受けて行った調査である。

#### 引用文献

- 1) 石川県防災会議：石川県地域防災計画（震災対策編），16，平成18年修正，
- 2) 社団法人 日本看護協会：先駆的保健活動交流推進事業 災害看護のあり方と実践，89-91，1998
- 3) かほく市防災会議：かほく市地域防災計画，316，平成17年3月策定，かほく市

（受付：2007年11月16日，受理：2007年12月19日）

## Consideration of Disaster Preparedness at Ishikawa Prefectural Nursing University —Based on a Survey on Our University Staff Involved In the “Health Care Team Dispatched for Disaster Aid”

Kazumi HAYASHI, Yukari MIZUSHIMA

#### Abstract

The purpose of this study is to examine the preparedness of this university in times of disasters, based on the experience of a health care team that was dispatched on the occasion of the Noto Peninsula Earthquake.

As for the preparation for dispatching a health care team, it should be noted that many members already had their supplies, personal items and clothes in order and ready for an emergency on short notice. Those in charge of coordinating the actions had played an adjustment role for successful emergency actions. Still, many faced personal difficulties in participating in the relief actions; but many were happy to have participated and want to be included in the group again. When questioned on the preparedness of the university in dispatching a health care team, many stated that the preparation is “insufficient” or they were “not sure” about it. However, they recognized the need for being prepared.

**Key words** Notohanto earthquake, health care team dispatched for disaster aid, disaster preparedness, preparation by a nursing university





## 資料

# 認知症予防に関する標語募集からみる 地域住民の認知症予防に対する考え方

松平裕佳 細川淳子 金子紀子 天津栄子\*

佐藤弘美 金川克子 伊藤麻美子\*\* 前田充代

## 概要

認知症予防を呼びかける「認知症予防かるた」を作成するため、認知症予防に関する標語をA県民に募集した。A県民の標語応募者が認知症予防に対してどのような考え方をもっているのかを明らかにし、今後の認知症の啓発普及活動における課題を検討した。54名から233点の応募があり、標語の内容が類似するものでカテゴリー化した結果、認知症予防に対する考え方は、【意識して頭や体を使った行動をすること】【周囲の支え・交流に関すること】【気の持ち方に関すること】【認知症の理解に関すること】【生活を整えること】【笑うこと】【見当識に関すること】【医療に関すること】【介護に関すること】【信仰に関すること】の10カテゴリーに分類された。認知症の発症や重症化を予防する行動や認知症を理解し支えていくことが多い一方、受診や検診に関する内容は少なく、受診行動に関する意識を高めることが課題としてあげられた。

**キーワード** 認知症, 予防, 地域住民

## 1. はじめに

わが国では、急速な高齢化、家族の介護機能の変化を背景に、平成12年4月より介護保険制度が施行され、さらに5年後の平成18年4月より介護保険改正が全面施行された。介護保険改正では、「介護予防重視型システムの転換」が大きな柱となっている。また、認知症高齢者やひとり暮らし高齢者の増加などを踏まえ、一人一人ができる限り住み慣れた地域での生活を継続できるよう、サービス体系の地域における総合的・包括的なマネジメント体制の整備を行うことも見直しの柱の一つとなっている<sup>1)</sup>。

我々は、地域住民が認知症を正しく理解し、認知症になっても住みよい地域づくりを推進していくことをめざし、認知症の啓発普及活動を行っている。その一つとして、親しみやすい表現を用いて認知症予防を呼びかける「認知症予防かるた（以下、かるた）」を作成するため、認知症予防に関する標語をA県民に向けて募集した。そこで今回、応募のあった標語の中から、A県民における標語応募者（以下、応募者）が認知症予防に対してどのような考え方をもって

いるのかを明らかにし、今後の認知症の啓発普及活動における課題を検討した。

## 2. 研究方法

### 2.1 用語の定義

本研究における「認知症予防」とは、「一次予防（発症の予防）」「二次予防（早期発見・早期介入）」「三次予防（重度化の予防）」の全てを指し、地域住民が認知症に関する正しい知識をもつことで認知症高齢者に理解ある対応ができることも含めた意味とした。

### 2.2 対象

A県は人口が約117万人（平成17年）、山・海など豊かな自然に囲まれた地域である。また、伝統工芸や伝統文化が今もなお受け継がれている。今回、応募者のうち認知症予防研究班メンバー（以下、研究者）を除く、応募者54名の233点を対象とした。

### 2.3 データ収集方法

平成18年11月から12月にかけてA県在住であることを応募資格とし、地方新聞、地元広報、大学ホームページにより、未発表の自作で、

\* 金沢医科大学看護学部

\*\* 前石川県立看護大学

認知症予防をテーマにした標語を募集した。募集の際には A 県内の介護老人保健施設、介護老人福祉施設、デイサービスセンター、地域包括支援センターへも募集要項を郵送した。なお、1 人につき応募は 5 点までとした。

## 2. 4 データ分析方法

応募者の背景は単純集計し、233 点の標語の内容が認知症予防の側面から見て妥当かどうか、研究者で検討した上で、「認知症を正しくとらえていない」「認知症とは全く関係のない」内容のものを除外し、妥当であった 216 点のみ、各標語の内容を吟味した。まず 3 名の研究者それぞれが内容の類似するものを集めて小さいグループとして命名（サブカテゴリー化）した。それらを 3 名の研究者間で合意が得られるまで検討した上で、さらに共通性のあるグループを集め大きなグループ（カテゴリー化）として命名した。3 名が行ったサブカテゴリー化およびカテゴリー化の一覧を研究者間で妥当かどうか検討した。また、カテゴリーごとに標語の数を集計した。

表 1. 標語応募者の背景 (n=54)

		n	(%)
応募者の年齢分布 (15~83 歳)	10 歳代	2	( 3.7)
	20 歳代	1	( 1.9)
	30 歳代	2	( 3.7)
	40 歳代	8	(14.8)
	50 歳代	6	(11.1)
	60 歳代	15	(27.8)
	70 歳代	11	(20.4)
	80 歳代	1	( 1.9)
	無回答	8	(14.8)
性別	男性	16	(29.6)
	女性	38	(70.4)
職業	無職	17	(31.5)
	看護師	6	(11.1)
	介護職	2	( 3.7)
	公務員	2	( 3.7)
	中学生・高校生	2	( 3.7)
	その他	10	(18.5)
	無回答	15	(27.8)

## 2. 5 倫理的配慮

標語募集時に、応募作品の著作権、版権について主催者に帰属されることを明記した。認知症予防として妥当かどうかの検討およびカテゴリー化する際には、応募者名をコード化して取り扱った。

## 3. 結果

### 3. 1 標語応募者の背景

応募者 54 名の背景を表 1 に示した。年齢は 15 ~83 歳であり、60 歳代が多くみられた。また、男女比では、約 1:2 と女性が多かった。職業については、無職が最も多く、次いで看護師や介護職といった医療福祉関係者が多かった。中には中学生・高校生からの応募もあった。

### 3. 2 標語の分類

A 県の応募者の認知症予防に対する考え方は、216 の標語から 46 サブカテゴリーに分類され、さらに類似したものから 10 カテゴリーに分類された。カテゴリー分類と標語内容を表 2 に示した。

以下、カテゴリーごとに示す。なお、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは<>、標語は「」で示す。

#### (1) 意識して頭や体を使った行動をすること

「頭と手使って楽しいカルタで予防」「ウォーキング続けることで友ができて」「絵手紙に便り送るも予防かな」「計画が脳を鍛える楽しい旅行」等の 89 点 (41.2%) の標語が、内容によって次の 19 サブカテゴリーに分類できた。<頭と体の両方を使う><運動する><頭を使うこと自体><学習療法><ゲームをする><回想する><会話する><読む><音楽活動><旅行する><折り紙をする><パソコンをする><絵手紙をする><料理する><家事をする><園芸をする><習字をする><手芸をする><趣味をもつこと自体>である。これらは意識して頭や体を使った行動をとることであり、【意識して頭や体を使った行動をすること】と命名した。

#### (2) 周囲の支え・交流に関すること

「悩まずに地域の人と手をつなごう」「認知症家族みんなの思いやり」「無理せずに自分に合ったボランティア」「輪の中へ入れてあげたいお年寄り」等の 41 点 (19.0%) の標語が、内容によって 6 サブカテゴリーに分類できた。<地域で助け合う><家族の存在><交流する><友達の

存在><ボランティア活動><恋をする>である。これらは地域や家族・友達で支えることや交流することであり、【周囲の支え・交流に関すること】と命名した。

(3) 気の持ち方に関すること

「いつまでも憶えていたい孫の顔」「好奇心日々忘れずに古い忘れ」「一つでも役割見つけてチャレンジを!」「ゆっくりのんびり楽しくしまいかい」等の35点(16.2%)の標語が、内容によって7サブカテゴリーに分類できた。<古い

表2. カテゴリー分類と標語内容 (n=216)

カテゴリー n (%)	サブカテゴリー	頭文字	標語内容 (抜粋) *入選作品
意識して頭や体を使った行動をすること 89 (41.2)	「頭と体の両方を使う」「運動する」 「頭を使うこと自体」「学習療法」 「ゲームをする」「回想する」 「会話する」「読む」「音楽活動」 「旅行する」「折り紙をする」 「パソコンをする」「絵手紙をする」 「料理する」「家事をする」 「園芸をする」「習字をする」 「手芸をする」「趣味をもつこと自体」	あ	頭と手 使って楽しい カルタで予防*
		う	ウォーキング 続けることで 友ができ*
		え	絵手紙に 便り送るも 予防かな*
		か	かず遊び たすひく九九は 予防の一步*
		け	計画が 脳を鍛える 楽しい旅行*
		ね	寝る前に その日の出来事 思い出そう*
		て	定年を むかえる前に 趣味作り*
		も	もういやと 言わずにリハビリ 1. 2. 3*
		り	料理する 手順を考えることが 大切だ*
周囲の支え・交流に関すること 41 (19.0)	「交流する」「地域で助け合う」 「家族の存在」「友達の存在」 「ボランティア活動」「恋をする」	な	悩まずに 地域の人と 手をつなごう*
		に	認知症 家族みんなの 思いやり*
		は	話すより 聞いてあげよう 老いの夢*
		む	無理せずに 自分に合った ボランティア*
		わ	輪の中へ 入れてあげたい お年寄り*
気の持ち方に関する こと 35 (16.2)	「知恵をいかす」「好奇心をもつ」 「老い方」「整容する」 「悩み・不安をもたない」 「ゆとりをもつ」「油断しない」	い	いつまでも 憶えていたい 孫の顔*
		こ	好奇心 日々忘れずに 古い忘れ*
		ひ	一つでも 役割見つけて チャレンジを!*
		ゆ	ゆっくりのんびり 楽しくしまいかい*
認知症の理解に関する こと 14 (6.5)	「認知症の人への対応」 「認知症を学習する」 「認知症の症状」	し	叱らないで 優しい言葉が 良薬です*
		に	認知症 人の病と 知るこわさ
		れ	連絡帳書いたことまで忘れてる
生活を整えること 13 (6.0)	「外出する」 「転倒しない」 「ゆっくり入浴する」 「栄養のある食事をとる」	そ	外に出よう 頭に刺激を 与えるべし
		つ	常日頃気を付けて行け足許を
		ぬ	ぬるめの湯ゆっくりつかって健康促進
		の	脳細胞 元気にさせる いわし・さば (青魚) *
笑うこと 10 (4.6)		わ	笑うこと ストレス減らし 脳も元気に
		わ	わっはっは 笑えば元気 湧いてくる
見当識に関する こと 5 (2.3)	「季節を感じる」 「日時・予定を確認する」	き	季節ごと 移りゆく色 気づく庭
		き	今日は何日 朝一番にする仕事
医療に関する こと 4 (1.9)	「認知症の早期発見」 「認知症の早期受診」	ち	注意機能 できなくなったら 検診を*
		ぬ	糠漬けの 味が変われば 心配だ
介護に関する こと 3 (1.4)		に	認知症 世話をするのも 我のため
		よ	予想以上 介護が大変 患者と家族*
信仰に関する こと 2 (0.9)		こ	声出して「なーみあーみだーぶつ」のお念仏
		ふ	仏前で 声を出して 正信偈

方><好奇心をもつ><知恵をいかす><整容する><悩み・不安をもたない><ゆとりをもつ><油断しない>である。これらは気の持ち方に関する内容であり、【気の持ち方に関すること】と命名した。

(4) 認知症の理解に関すること

標語のうち14点(6.5%)は、「叱らないで優しい言葉が良薬です」等の<認知症の人への対応>、「連絡帳書いたことまで忘れてる」等の<認知症の症状>、「認知症人の病と知るこわさ」といった<認知症を学習する>という内容であった。これらは認知症の学習、症状や対応の理解に関する内容であり、【認知症の理解に関すること】と命名した。

(5) 生活を整えること

標語のうち13点(6.0%)は、「外に出よう頭に刺激を与えるべし」等の<外出する>、「脳細胞元気にさせるいわし・さば(青魚)」等の<栄養のある食事をとる>、「ぬるめの湯ゆっくりつかって健康促進」等の<ゆっくり入浴する>、「常日頃気を付けて行け足許を」等の<転倒しない>といった内容であった。これらは日常生活習慣を整えることに関する内容であり、【生活を整えること】と命名した。

(6) 笑うこと

標語のうち10点(4.6%)は、「笑うことストレス減らし脳も元気に」「わっはっは笑えば元気湧いてくる」等という内容であった。これらは笑うことに関する内容であり、【笑うこと】と命名した。

(7) 見当識に関すること

標語のうち5点(2.3%)は、「季節ごと移りゆく色気づく庭」等の<季節を感じる>、「今日は何日朝一番にする仕事」等の<日時・予定を確認する>という内容であった。これらは時間の感覚を整えることであり、【見当識に関すること】と命名した。

(8) 医療に関すること

標語のうち4点(1.9%)は、「注意機能できなくなったら検診を」という<認知症の早期受診>、「糠漬けの味が変われば心配だ」等の<認知症の早期発見>という内容であった。これらは、受診や検診といった医療に関する内容であり、【医療に関すること】と命名した。

(9) 介護に関すること

標語のうち3点(1.4%)は、「認知症世話をするのも我のため」「予想以上介護が大変患者と

家族」等の内容であった。これらは、認知症の方への介護に関することであり、【介護に関すること】と命名した。

(10) 信仰に関すること

標語のうち2点(0.9%)は、「声出して「な一むあーみだーぶつ」のお念仏」「仏前で声を出して正信偈」であった。これらは信仰に関することから、【信仰に関すること】と命名した。

## 4. 考察

### 4.1 応募者の考える認知症予防

今回、「認知症予防」を「一次予防(発症の予防)」「二次予防(早期発見・早期介入)」「三次予防(重度化の予防)」を全て含め、かつ地域住民が認知症に関する正しい知識をもつことで認知症高齢者に理解ある対応ができることも含めた意味とした。その中で、A県の応募者が考える認知症予防は、約4割が【意識して頭や体を使った行動をすること】であった。川島<sup>2)</sup>は、脳機能イメージング手法を用いて、認知・記憶・意図・運動発現など、さまざまな高次精神活動を行っている時の脳の働きを調査し、音読や計算で前頭前野を含む多くの脳領域を活性化することが可能であり、さらに高齢者介入研究から、音読や計算で認知症症状の改善や、脳機能の向上が図れると報告しており、現在、わが国ではドリルやゲーム機等を利用した脳トレブームが到来している。そのような社会背景もあり、頭や体を使うことに対する意識が高いと思われる。

次いで【周囲の支え・交流に関すること】が多く、家族や地域で支え合うことの大切さ、人との交流の大切さも周知されだしている。平成19年3月末日において、認知症を理解し、認知症患者やその家族を支援する「認知症サポーター」は全国で約17万人にものぼり<sup>3)</sup>、全国各地で認知症のネットワークが広がってきている。また、Fratiglioniら<sup>4)</sup>の研究より、社会的接触頻度が乏しい人は十分である人に比べ、発症の危険度が8倍も高いことが示されており、人との交流の大切さが更に周知していく必要がある。

【気の持ち方に関すること】では、認知症予防に対する気の持ち方や思いが表されていた。中でも好奇心をもつこと、ゆとりをもつこと、悩み・不安をもたないことは、ストレスをためず、前向きに生きていく具体例の表れともとれ

る。ストレスは、高濃度のコルチゾールを分泌させ、海馬の神経細胞を死滅させる<sup>5)</sup>。つまり、海馬の神経細胞が死ぬことで、アルツハイマー病がおこることにもつながる。過度なストレスを持たないことが更に周知されることが望ましいと考える。

【認知症の理解に関すること】からは、認知症の方に理解ある対応ができるには、地域住民が認知症に関する正しい知識をもつことが重要であるという意識があるとわかった。厚生労働省は、平成17年度を「認知症を知る1年」と位置づけ、認知症という病気の知識や、本人の気持ちや状態、望ましい接し方、地域として何ができるのかなどを自分の問題として捉える運動を進めている<sup>6)</sup>ことが影響していると考えられる。

【生活を整えること】【見当識に関すること】では、日常生活習慣で気をつけられる内容に関して注意することが大切であると認知されていると捉えられるが、数は多くないことから今後の周知の必要性が考えられた。具体的にはアルツハイマー型認知症の危険度を、Barberger-Gateauら<sup>7)</sup>が魚の摂取量、Engelhartら<sup>8)</sup>が野菜や果物中のビタミンEの摂取量、Lindsayら<sup>9)</sup>がワインの摂取頻度に関して明らかにしており、これらの結果を効果的に周知していく必要がある。

【笑うこと】も認知症予防として考えられていた。近年、笑いが健康に良い影響をもたらすという報告が多くされており、中でも広崎<sup>10)</sup>は、笑うことが記憶テストの成績に好影響を与える可能性を示している。笑うことの大切さが周知されだしていることがうかがえる。

【医療に関すること】【介護に関すること】からは、認知症に対し、目を背けず受け止めていこうとする様子が見られる。Googleによる検索によると、国内で「もの忘れ外来」を設置している医療機関は、平成13年9月に27箇所だったのが、平成19年4月では310箇所に増加した<sup>11)</sup>。専門機関が増えるに伴い、認知症が疑われる場合に医療機関を受診するという認識が高まっていると考えられた。

【信仰に関すること】では、正信偈は仏前で経本を読みながら声を出すものであり、音読や計算で認知症症状の改善や、脳機能の向上が図れる<sup>2)</sup>ことから、音読と同じ効果が期待される。また、このカテゴリーは2点と少なく、応募者の年代は60歳代と70歳代であった。高齢

者の信仰心に働きかけることも今後の認知症予防の一方法であると考えられた。

#### 4.2 今後の認知症の啓発普及活動における課題

今回、応募者数は54名であり、1人につき複数の応募があった。かるたや俳句に関心のある方からの応募が多かったと推測される。またA県の人口に対する応募者の割合はごくわずかであり、広報活動の方法や募集期間の短さに課題が残る。

本間<sup>12)</sup>は、平成12年に首都圏および大阪市、仙台市に居住する20歳以上の一般住民を対象に老年期痴呆について認識状況等の把握を目的とした疫学調査を行った結果、老年期の痴呆を病気と考えている者は半数強にとどまり、アルツハイマー型痴呆の早期発見・治療により進行を遅らせる場合があると回答したものが約4割に満たないなど、痴呆に対する諦観的な姿勢が目立っていると報告している。現在までに、介護保険制度の整備、行政による政策など、全国各地で認知症に対する取り組みがなされていくなかで、地域住民の認知症や認知症予防に対する考え方が変化してきていることがうかがえる。

A県の応募者の考える認知症予防は、標語の内容から、意識して頭や体を使った行動をすること、次いで周囲の支え・交流に関することが多かった。認知症の発症または認知症の重症化を予防するための行動や認知症を理解し支えていくことは意識されているにもかかわらず、早期に医療機関を受診することや検診を受けることの意識は低かった。これらは、専門の医療機関が十分でないことや自治体の認知症に関する検診が不十分であることが影響していると考えられる。よって、地域住民に対する受診行動への意識づけはもちろんであるが、地域における専門機関や検診等のシステムづくりが重要な課題であると考えられる。

また、認知症予防に関する考えをもっているも、それが実践に結びついているかどうかは不明確であり、これらの考えが実践につながっていくよう、働きかけをしていくことが重要となると考える。そこで、今後完成したかるたを、地域の福祉センターや学校等で活用しながら、幅広い年代からの意見を聞き、より実用的なかるたを目指して改良を加え、また、かるたを行うだけではなく、かるた一枚一枚の中身を確認

していくなど、かるたを活用する上での工夫を検討していきながら、各々が自分に合った認知症予防を実践できるよう働きかけ、認知症啓発普及活動につなげていきたい。

## 5. まとめ

A 県民に向けてかるたを作成するための認知症予防に関する標語を募集し、応募のあった標語から A 県民の応募者の認知症予防に対する考え方を分析したところ、以下のことが明らかになった。

1. A 県民の応募者が考える認知症予防は、10 カテゴリー（【意識して頭や体を使った行動をすること】【周囲の支え・交流に関すること】【気の持ち方に関すること】【認知症の理解に関すること】【生活を整えること】【笑うこと】【見当識に関すること】【医療に関すること】【介護に関すること】【信仰に関すること】）に分類された。

認知症の発症または認知症の重症化を予防するための行動や認知症を理解し支えていくことを表す内容は多かったが、早期に医療機関を受診することや検診を受けることの内容は少なかった。

2. 地域住民に対する受診行動への意識づけはもちろん、地域における専門機関や検診等のシステムづくりが重要な課題である。また、完成したかるたを地域の福祉センターや学校等で活用しながら、より実用的なかるたを目指して改良を加え、さらにかるた活用時の工夫を検討しながら、考えを実践につなげていけるよう働きかけていきたい。

## 謝辞

認知症予防かるたの標語に応募して下さった方々、入選標語を認知症予防かるたとして作成いただきましたいちご会会員の皆様に感謝いたします。なお、本研究は、石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成をうけて実施したものであり、この要旨は第 8 回日本認知症ケア学会で発表した。

## 引用文献

- 1) 厚生統計協会：国民の福祉の動向・厚生 の指標臨時増刊, 53(12), 134-149, 2006.

- 2) 川島隆太：脳を知り、脳を育む：脳機能イメージング研究の最前線, 電子情報通信学会技術研究報告.NC, ニューロコンピューティング, 104(99), 29-34, 2004.
- 3) 認知症になっても安心して暮らせる町づくり 100 人会議事務局：認知症になっても安心して暮らせる町づくり 100 人会議 web, 2007.10.23, <http://www.ninchisho100.net/index.html>
- 4) Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B., et al.: Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*. 355, 1315-1319, 2000.
- 5) 生田哲：免疫と自然治癒力のしくみ. 日本実業出版社, 113-114, 2004.
- 6) 池田武俊：介護保険法の改正と今後の認知症対策について, 日本認知症ケア学会・第 1 回教育講演抄録, 4-5, 2005.
- 7) Barberger-Gateau P, Letenneur L, Deschamps V, Peres K, Dartigues JF, Renaud S., et al.: Fish, meat, and risk of dementia: cohort study. *BMJ*. 325(7370), 932-933, 2002.
- 8) Engelhart MJ, Geerlings MI, Ruitenberg A, van Swieten JC, Hofman A, Witteman JC, Breteler MM., et al.: Dietary intake of antioxidants and risk of Alzheimer disease. *JAMA*. 287(24), 3223-3229, 2002.
- 9) Lindsay J, Laurin D, Verreault R, Hebert R, Helliwell B, Hill GB, McDowell I., et al.: Risk factors for Alzheimer's disease: a prospective analysis from the Canadian study of health and aging. *American J. of Epidemiology*. 156(5), 445-453, 2002.
- 10) 広崎真弓：笑いが認知機能に及ぼす短期的効果についての検討, 笑い学研究 12, 105-106, 2005.
- 11) 三宅貴夫：認知症なんでもサイト web, 2007.10.28, <http://www2f.biglobe.ne.jp/~boke/boke2.htm>
- 12) 本間昭：地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査, 老年社会科学, 23(3), 340-351, 2001.

文献内で使用されていた「痴呆」という言葉はそのまま使用した。

(受付：2007年10月30日, 受理：2008年1月7日)

## Local Residents' Attitudes Toward Dementia Prevention, as Reflected in the Proposed Slogans on the Subject

Yuka MATSUDAIRA, Junko HOSOKAWA, Noriko KANEKO, Eiko AMATSU,  
Hiromi SATO, Katsuko KANAGAWA, Mamiko ITO, Mitsuyo MAEDA

### Abstract

In an attempt to prepare a "Dementia Prevention Karuta Game" to encourage a general understanding of dementia prevention, we asked the general public of Prefecture A to submit effective slogans on the subject. Subsequently, a survey was conducted to elucidate the perception that the responding residents hold on dementia prevention and examined the issues that we face in our future activities toward public education. Our target, under the qualification requirements that respondents resided in Prefecture A from November through December 2006, was to test 233 slogans from 54 respondents. The request to submit slogan appeared in local newspapers, local bulletins, and on our university homepage. After categorizing the slogans by content, the concept of dementia prevention were divided into the following 10 categories: [Acting while consciously making full use of one's brain and body], [Support by people around you and interaction with them], [State of mind], [Understanding dementia], [Adjustment of one's life], [See humorous side of one's life and have occasional laugh], [Disorientation], [Medical care], [Caring] and [Religion]. The survey indicated that one's behavior to prevent the onset or progression of dementia and the attitude to understand the disease and support the patients already affected were the frequently cited topics, while details related to the aspects of medical care or examination were scarce. Encouraging the public to seek medical care was indicated to be our future issue.

**Key words** dementia, prevention, local residents





## 資料

# 1960年代から2006年における 精神保健福祉の動向と精神科看護記録の変遷

清末郁恵 武政奈保子

## 概要

本研究の目的は、精神保健福祉の動向に伴った精神科看護記録の変遷を過去の精神科看護研究論文から明らかにする事である。日本精神科看護技術協会編集のCD-ROM版精神科看護学会論文集に収録された1958年から2006年までの論文で、タイトル・サブタイトル・キーワードに「看護記録」「看護計画」が含まれていた140件のうち79件について、法改正を元に4期に分け各期における精神科看護記録の特徴をまとめた。看護記録は、以前は主に看護者が患者の情報を把握することが目的であったが、患者中心の医療や退院促進の動きが強まる中で、患者・家族を含めたチーム医療全体で情報や目標を共有することが出来る記録へと変化している。今後は情報開示やインフォームド・コンセントも兼ね備えたパスの使用も含め、チーム医療における退院支援及び継続支援方法が明確な看護記録の普及が期待される。

**キーワード** 精神科看護記録, 精神保健福祉, クリニカルパス, インフォームド・コンセント

## 1. はじめに

2004年の「精神医療福祉の改革ビジョン」にて「受入条件を整えば退院可能な者約7万人については10年後の解消を図る」事が示され、更に2006年の診療報酬改定にて、入院後早期の評価を引き上げ、長期入院の場合の評価が引き下げられた。これらにより、精神科においても退院促進に対する働きかけの必要性が高まっている<sup>1)</sup>。精神科医療の歴史を振り返ってみると、1965年の精神衛生法一部改正の際に、生活者としての精神障がい者を援助するため、精神医療における地域中心の理念が掲げられていた。しかし、当時は1954年の精神衛生法改正や1960年の医療金融公庫の開設などの施策により精神科病床数が急増中という精神病院ブームの最中であった。国の精神障がい者「隔離収容政策」、マンパワー不足、そして地域の社会資源は何もないに等しい状況等のため社会的入院患者は増加し、退院促進はなかなか進まなかった<sup>2)</sup>。このような精神保健福祉施策の変化に伴い精神科看護へのニーズも変化していると考えられる。看護は患者及び家族のニーズに沿って展開されるものであり、看護展開における看護者の思考・判断・行為とその根拠は看護記録に記される。精神科臨床において看護記録は明治・大正・昭和初期より看護日誌として存在してい

た<sup>3)</sup>。そこで精神保健福祉施策の変遷をたどり、その時代にどんな看護記録方式や記載内容が検討されていたかを明らかにすることで、現在の精神保健福祉施策の中心である退院促進において看護記録が果たす役割を見いだす手がかりにしたいと考えた。よって本研究では、精神保健福祉の動向に伴った精神科看護記録の変遷を、過去の精神科看護研究論文から明らかにする事を目的とする。

## 2. 方法

### 2.1 文献検索

精神科看護師の職能団体である日本精神科看護技術協会編集のCD-ROM版精神科看護学会論文集に収録された1958年から2006年までの論文で、タイトル・サブタイトル・キーワードに「看護記録」「看護計画」が含まれているものを対象とした。その他の看護学専門書を国会図書館や医学中央誌で検索したが、検索結果は精神科看護学会論文集に掲載されている論文がほとんどで、その他は教育関係者の論文が主で臨床での研究ではなかったためそれらは除外した。キーワードに「看護計画」を含めた理由として、看護記録は「基礎(個人)情報」「看護(療養)計画」「問題リスト」「経過記録」「看護サマリー」の5つの構成要素<sup>4)</sup>からなっているが、「看

護記録」のみで検索をすると検索結果に「看護計画」が少数しか含まれなかったためである。検索結果のうち、事例の記録、シンポジウム、学生の実習記録に関するものは対象から除外した。

## 2. 2 分析方法

国内の精神保健福祉に関わる出来事の中でも精神保健福祉に関わる法のうち、精神障がい者の社会復帰に関する法の成立及び改正について、「第1期：1960年～1986年—精神保健法成立まで」、「第2期：1987年～1994年—精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下精神保健福祉法）成立まで」、「第3期：1995年～1998年—精神保健福祉法改正まで」、「第4期：1999年精神保健福祉法改正～2006年まで」の4期にわけた。法の移り変わりは、精神障がい者を取り巻く社会、医療環境の変化を背景としているからである<sup>2)</sup>。CD-ROMに収録されている5256件のうち対象となる文献は140件であった。各期において、研究テーマ・方法・結果が似通っていると判断した文献に関して研究者間で討議し、分析対象文献を79件に絞った。これらの特徴についてまとめる。

## 3. 結果

各期の文献数は第1期10件、第2期7件、第3期8件、第4期54件であった。精神科看護記録研究のテーマと国内・外の精神保健福祉に関わる出来事を表1に示す<sup>5,6)</sup>。年代により「看護婦・士」「精神分裂病」などの旧名称で表記している場合もある。また、現在一般的に「障がい者」と表記するが、法や施策の名称によっては「障害者」とする。表1の「精神科看護記録の研究テーマ」は、第1期から第3期の間は記録に関する研究自体が少ないため、約5年間隔でまとめた。（表1）

### 3. 1 第1期：1960年～1986年—精神保健法成立まで

1963年に精神科看護記録に関する最初の研究が見られる<sup>7)</sup>。1960～1970年代は、看護日誌は看護婦・士独自の記録であるため、他職種とも連携した記録方法や記録用紙の検討がなされている<sup>7-9)</sup>。しかし、当時の記録は医師の観察補助者として患者の状態観察が出来るような記録が好まれており、そこに看護独自のアセスメント

が入ることはなかった。1970年代よりカードックスが使用され始める<sup>10,11)</sup>。カードックスは、患者の状態や援助について簡潔にまとめられたものではあるが、問題点として、カードックスへの転記作業により業務が繁雑になったことなどがあげられている。また、カードックスを看護要約として使用する業務改善もあった<sup>12)</sup>。入院時の記録については患者の発病時期に焦点をあて、発病前の環境や生活、発病のきっかけなどを家族との面接で明らかにする方法について検討されている<sup>13-15)</sup>。1986年には看護の視点から捉えた患者全体像を記載する用紙（データベース）が検討されている<sup>16)</sup>。

### 3. 2 第2期：1987年～1994年—精神保健福祉法成立まで

看護要約（看護サマリー）についての検討がなされている。看護要約は、退院時・中間・長期入院の3種類についてであり、看護要約の目的及びその書式について検討されている<sup>17-19)</sup>。カードックスについては申し送りや記録時間の短縮目的でも使用されている<sup>20,21)</sup>。しかし1994年には申し送りを部分廃止するため、カードックスを廃止し、入院患者全員の状態の要点を記載した一覧表（ワークシート）を作成している。カードックスを廃止したことによって、申し送りと記録時間の短縮が出来、患者と接する時間が増加した<sup>22)</sup>。1993年にはその他臨床科で行われていたカードックスを用いてのウォーキング・カンファレンスが、精神科においても有用であることが明らかにされている<sup>23)</sup>。

### 3. 3 第3期：1995年～1998年—精神保健福祉法改正まで

この時期は看護理論・看護診断などを用いての研究が集中している。オレム・アンダーウッドのセルフケアモデル、ヘンダーソンの基本的ニーズ、ロイ適応看護理論がこの時期主に用いられた看護理論であり、これらを用いて看護計画の立案や記録用紙を改良している<sup>24-27)</sup>。看護理論に基づいて改良された記録用紙としては、データベース、フローシート、外泊用セルフケア査定用紙（外泊指導用）がある。看護診断として、ゴードンの機能別健康パターン<sup>28)</sup>、NANDAの看護診断<sup>29)</sup>が用いられている。その他、客観的評価指標として、Rehab(Rehabilitation Evaluation Hall and Baker；精神科リハ

表1 精神科看護記録の研究テーマと国内・外の精神保健福祉に関わる出来事

西暦	精神科看護記録研究テーマ	精神保健福祉に関わる出来事 <sup>5, 6)</sup>	
		国内	国外
1961 ～ 1965	・作業療法と看護記録の連携 <sup>7)</sup>	「生活臨床」が提唱される(1963)  ライシャワー事件(1964)  精神衛生法の一部改正(1965) ⇒地域中心医療の理念	カプラン; 地域精神衛生活動を主張(1961) イギリスで精神科病床数を減らす「退院計画」発表(1962) アメリカ地域精神保健センター法制定(1963) ケネディ教書(1963) 世界医師会ヘルシンキ宣言(1964)
1966 ～ 1970	・カードックス使用 <sup>8)</sup>	WHO技術援助計画に基づく勧告(クラーク報告)(1968)  「やどかりの里」(埼玉)開設(1968) 精神科作業療法・デイケア点数化(1970)	
第1期 1971 ～ 1975	・カードックスの導入と問題点の検討 <sup>11)</sup> ・入院後家族面接で発病のきっかけを重点的に聞き1週間後看護計画立案 <sup>13)</sup>	国民年金障害福祉年金に精神障害が認められる(1974)	WHO地域看護専門委員会「primary health care」提唱(1974) 国連総会で「障害者の権利宣言」採択(1975)
1976 ～ 1980	・病院に記録委員会を発足, 記録用紙の一本化 <sup>9)</sup> ・生活史を中心とした入院時看護記録作成 <sup>14)</sup> ・入院時個人面接を行った看護婦がその患者を入院中から退院後まで担当 <sup>15)</sup>	全国初の精神障害者協働作業所「あさやけ」(小平)(1976)	
1981 ～ 1986	・カードックスの作成及び改良と実施報告 <sup>12)</sup> ・患者全体像把握のための入院時記録様式の検討・作成 <sup>16)</sup>	12月9日を「障害者の日」と政府宣言(1981) 宇都宮事件(1984) 精神病院入院患者の通信、面会に関するガイドライン(1985) 精神科集団精神療法・ナイトケア・訪問指導料等診療報酬点数化(1986)	国際障害者年設定(1981) 世界医師会リスボン宣言(1981) 国連総会「障害者に関する世界行動計画」採択(1982)
第2期 1987 ～ 1990	・カードックス使用による記録内容と記録時間の変化 <sup>20)</sup> ・退院時看護サマリーを改良し, 独自の患者情報カード作成 <sup>17)</sup> ・カードックスを用いて申し送り短縮 <sup>21)</sup>	精神保健法成立(1987) ⇒人権擁護、適正な精神医療の確保と社会復帰促進	アメリカ精神医学会「精神障害分類と診断の手引きDSM-III-R」出版(1987) 障害をもつアメリカ人法(ADA)施行; 「障害者が他の人と同じ責任を持つ」事を宣言(1990)
1991 ～ 1994	・中間サマリーについての意識調査 <sup>18)</sup> ・長期入院患者の看護要約様式の変更 <sup>19)</sup> ・ウォーキング・カンファレンスを行い, 患者と共に看護計画を立案 <sup>23)</sup> ・ワークシート・指示受け一覧表作成, カードックスの廃止により申し送り短縮 <sup>22)</sup>	精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)運営費補助開始(1992) 精神保健法改正(1993) 保健所法→地域保健法に改正(1993) 障害者基本法(1994)	「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」に関する国連決議(1991)  第47回国連総会で12月3日を国際障害者デーと宣言(1992)
第3期 1995 ～ 1997	・オレム・アンダーウツのセルフケア理論(看護計画 <sup>24)</sup> , 外泊用セルフケア査定用紙 <sup>27)</sup> ) ・Rehabにおける「助言や援助」と各「セルフケア」項目についての一考察 <sup>30)</sup> ・ヘンダーソンの「基本的看護の構成因子」からフローシートを作成 <sup>25)</sup> ・GASを活用した精神分裂病急性期の看護判断 <sup>31)</sup> ・POS, 看護診断を行うため「ゴードンの機能別健康パターン」勉強会実施 <sup>28)</sup> ・ロイ適応看護論を用いてデータベース作成 <sup>26)</sup> ・NANDAの看護診断分類法に基づいた新思春期アセスメントツール作成 <sup>29)</sup>	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)施行(1995) 障害者プラン策定(1995)  精神保健福祉士法公布(1997) 医療法改(1997) ⇒インフォームドコンセントの重要性	

表 1 続き

第4期	1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>・KOMIチャート使用(長期入院患者<sup>43)</sup>, 人格障害患者<sup>44)</sup>, 社会復帰等<sup>45)</sup>)</li> <li>・合併症を持つ精神分裂病患者との患者参加型看護計画<sup>32)</sup></li> </ul>	精神保健福祉法改正 ⇒市町村を中心にしたサービス提供を精神障害者居宅生活支援事業として2002年度から施行	
	2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期, 安定期のパス作成</li> <li>・診療記録開示に対する看護婦・士, 医師の意識調査<sup>56)</sup></li> <li>・精神分裂病患者に看護計画共有用紙を用いる効果の検証<sup>33)</sup></li> </ul>	介護保険法施行 診療報酬改定 ⇒パスの様式が取り上げられる 日本看護協会; 看護記録の開示に関するガイドライン	
	2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パス作成・使用(インフォームドコンセント, 慢性期病棟)</li> <li>・看護計画立案において患者が参加することによる効果の検証<sup>34)</sup></li> <li>・急性期・慢性期精神分裂病患者と開放病棟におけるKOMIチャートの有用性<sup>46, 47)</sup></li> </ul>		
	2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パス作成・実施(インフォームドコンセント, 退院指導用)</li> <li>・他職種で使用できるディスチャージプランニング用紙の作成<sup>52)</sup></li> <li>・精神分裂病患者との看護計画共有, 患者用計画用紙作成<sup>35)</sup></li> <li>・急性期精神分裂病の標準看護計画作成<sup>53)</sup></li> </ul>	新障害者基本計画及び重点施策実施5カ年計画(新障害者プラン)策定 「精神分裂病」→「統合失調症」に呼称変更(日本精神神経学会総会) 診療報酬改定 ⇒精神科救急入院料(新規)の新設(2800点/日)	
	2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パスの作成・実施・改善(アルコール依存症離脱期・急性期から回復期, うつ病)</li> <li>・看護記録監査<sup>54)</sup></li> <li>・看護計画共有(患者・看護師・医師の意識調査<sup>36)</sup>, 急性期治療病棟<sup>37)</sup>)</li> <li>・KOMIチャートを活用しての援助(精神分裂病慢性期患者, 隔離室患者)</li> <li>・NANDAの看護診断ハンドブックをベースに独自の診断リストを作成. 患者と共に問題をリストアップし, 看護過程を展開</li> </ul>	心神喪失者等医療観察法	
	2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パスを作成(急性期病棟, うつ病)</li> <li>・入院治療計画書(パス)導入の現状と課題へのアンケート調査</li> <li>・「看護記録の開示に関するガイドライン(日本看護協会)」をもとにガイドライン作成. 意識付けの実施<sup>55)</sup></li> <li>・患者参加型看護計画. 看護計画説明用紙と計画用紙を作成<sup>38)</sup></li> <li>・緘黙患者へのKOMIチャートの使用<sup>51)</sup></li> </ul>	今後の障害保健福祉施策について(改革のクラッドデザイン案), 精神保健医療福祉の改革ビジョン公表 ⇒「受入条件が整えば退院可能な者約7万人については10年後の解消を図る」事を明記.	
	2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記録で情報共有するためスタッフの意識調査実施, フローシートの作成</li> <li>・パスの作成・導入・改善(統合失調症, 絶食療法, 保護室)</li> <li>・看護記録における不適切な表現を抽出<sup>57)</sup></li> <li>・患者の意志・希望を尊重した看護計画共有<sup>39, 40)</sup></li> <li>・Rehabを用いた援助(グループ編成, 家族指導)</li> <li>・患者のニーズに合わせたアセスメントシートの作成</li> </ul>	精神保健福祉法改正 <sup>58)</sup> ⇒精神病院に対する指導監督体制の見直し, 精神障害者の適切な地域医療の確保, 「精神分裂病」の「統合失調症」への呼称の変更 心身喪失等の重体で重篤な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(医療観察法)施行 <sup>59)</sup>	
	2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>・NANDA-NOC-NIC導入</li> <li>・NANDA看護診断の定着についての看護師意識調査実施</li> <li>・クリニカルパス作成(措置入院・糖尿病教育・統合失調症)</li> <li>・患者参画型看護計画<sup>41)</sup>, 患者と看護計画を共有する効果について<sup>42)</sup></li> </ul>	診療報酬改定 <sup>60)</sup> ⇒急性期の入院医療を評価, 長期入院者の入院基本料引き下げ, 退院前訪問指導の回数上限緩和 障害者自立支援法施行 <sup>59)</sup> 精神障害者の退院支援と障害福祉計画 <sup>61)</sup>	国連総会で「障害のある人の権利に関する条約」が採択 <sup>62)</sup>

ビリテーション行動評価尺度)<sup>30)</sup>、GAS (The Global Assessment Scale ; 総合評価尺度)<sup>31)</sup>が用いられている。看護の視点と統計的に検証された尺度が患者の状態観察に用いられ始めた。

### 3. 4 第4期：1999年精神保健福祉法改正～2006年まで

大きな変化は2つある。1つは患者参画型看護計画（患者参加型看護計画）、もう1つはクリニカルパス（クリティカルパス；以下パスという）である。まず患者参画型看護計画について、1999年では看護者があらかじめ立案した看護計画を患者に開示し、共有するという方法であった<sup>32)</sup>。2000年代に入ると、患者と共に看護問題について話し合い、目標や方法・計画と一緒に考える立案方法に変わった<sup>33-42)</sup>。患者参画型看護計画にすることによって、患者の主体性を引き出すことや患者のニーズにあった看護援助を行えるようになったが、患者の病状により、患者参画が難しい場合もあり、患者全員に当てはまるとは限らない、と問題点も指摘された<sup>36)</sup>。また、患者の問題を明確にする手段としてKOMIチャートが多く使用され、患者が出来ること・出来ないことをチャートにして示し、視覚的にもわかりやすいため患者と共に評価している<sup>43-51)</sup>。

パスについては2000年から急増している。第4期における対象文献54件のうちパスに関する研究は28件と半数以上であった。パスの対象は、総合失調症、うつ病、アルコール依存症、糖尿病など疾患別のものと、急性期・慢性期・退院指導・保護室・措置入院など病期や入院形態など様々である。パス作成の目的の多くが、患者や家族へのインフォームド・コンセントであり、その他の目的としては、医療者間の情報共有やケアの統一、入院日数の短縮、などであった。パスではないが、2002年にはディスチャージプランニング用紙<sup>52)</sup>や標準看護計画<sup>53)</sup>も作成されている。その他として、看護記録監査<sup>54)</sup>や看護記録の開示に関するガイドライン<sup>55)</sup>や意識調査<sup>56)</sup>、看護記録における表現方法<sup>57)</sup>など、看護記録開示に向けた取り組みが見られている。

## 4. 考察

### 4. 1 第1期；患者全体像の把握，統一した看護援助を行うための記録様式開発

表1に示すとおり、国外において1960年代では地域精神保健へ向けた整備が進められている。1952年のクロルプロマジンの開発により精神科治療の見直しが始まり、1963年のいわゆるケネディ教書に基づき、アメリカでは国家レベルで精神医療が見直されるなど、海外諸国ではすでに入院中心型医療から地域生活中心型医療へと移行が進められている時期である。

一方日本国内では、生活臨床が提唱されていた。生活臨床とは、生活者の観点をとおして提唱された統合失調症患者治療の概念で、地域での再発防止と予後の改善を目指し、外来診療の強化や患者・家族の生活上の問題への着目など先駆的試みである<sup>5)</sup>。これらに対する記録の取り組みとして、入院時看護記録の整備や家族面接が該当していると考えられる。社会資源となる施設が少ない中、退院後の患者の支援は家族の力にかかっていた。明治時代の精神病患者監護法に定められていた「私宅監置」が廃止されて以後も、「家族が面倒をみるべき」という考え方が根強く残り家族が抱え込む要因ともなっている<sup>63)</sup>。入院時情報収集で、患者を取り巻く環境について、家族背景・家族関係の情報を重点的に得ていたことは、これらの歴史的な背景や生活臨床の視点からも把握すべき項目であったのである。

1964年のライシャワー事件の翌年精神衛生法が改正され、地域中心医療の理念が盛り込まれたが、前述の通り病院数・病床数は増加するばかりであった。入院患者数は増え続けるが、精神科特例のため精神科看護はマンパワー不足であり<sup>64)</sup>、その中で多くの患者に質の高いケアを提供するためには、入院患者を把握し共通認識を深め、統一した看護援助を行うための記録様式の開発が必要であり、そのためカードックスは改良を重ねて活用されていたと考えられる。

### 4. 2 第2期；業務改善による患者中心の看護へ移行

1987年、精神衛生法が改正され精神保健法となった。この法律では、1984年の宇都宮事件を受けて、精神障害者の人権擁護、適正な精神医療の確保と社会復帰の促進を目標とされた。その他にも地域保健法や障害者基本法など、精神

障がい者の社会復帰に影響を与える法改正があった。1991年の国連総会においては、精神障がい者の人権に配慮した医療提供と社会参加の促進などを盛り込んだ「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」が採択された。

この時期検討された、カードックスを用いて申し送りや記録の時間短縮を図り患者と接する時間を増やすこと、ウォーキング・カンファレンスにより患者と看護計画を立案することは、患者中心の看護へと変化していることの表れであると考えられ、精神科において患者と看護計画を共有することや、患者と共に看護計画を立案する取り組みが遅れているということを明らかにしている。

#### 4. 3 第3期；看護理論の活用による看護の専門性

1995年、精神保健法が精神保健福祉法に改正された。この法律では精神障がい者の社会復帰に向けて「福祉」の充実を図るために、法律名に「福祉」が明記された。同年障害者基本法をうけて「障害者プラン」が策定された。このプランには数値目標を設定して精神障がい者社会復帰施設の整備を図ることが盛り込まれており、以後確実に社会復帰施設は増加した<sup>2)</sup>。

この時期は精神科看護に看護理論が盛んに取り入れられている。看護理論を活用して科学的な方法で援助出来ることになれば、看護職者としても自分の仕事に自信と誇りを持つことになり、看護の専門性がより一層の高まりを見せる<sup>65)</sup>とあり、精神障がい者の社会復帰に向け他職種で関わる中で、看護援助の根拠や専門性を見いだす根拠になると考える。

#### 4. 4 第4期；情報開示による目標の共有

1999年の精神保健福祉法改正では、移送制度の創設、精神障害者地域生活支援センターの法定化、精神医療審査会の機能強化、精神障害者居宅生活支援事業の創設などがなされた。以後表1の通り、入院医療中心から地域生活中心へ

向けた法や施策が多数打ち出され、さらに2002年の診療報酬改正、2006年の診療報酬改正からも退院促進の動きが強まっている。それらの背景の一つである精神病床数と入・退院患者数の変化は表2に示すとおりであり、精神保健福祉法施行後は減少傾向にある<sup>66)</sup>。また、診療・看護記録の開示については、1997年の医療法改正でインフォームド・コンセントの重要性が取り上げられたことや、2000年の診療報酬改定・看護記録の開示に関するガイドライン（以下；ガイドライン）作成によりその動きが強まった。特に患者参画型看護計画についてはガイドラインに今後の展望と課題として記載されている<sup>4)</sup>。(表2)

精神科看護記録は、国内の動向に従って看護記録公開・インフォームド・コンセント・患者参画型看護計画・パスについての研究が盛んになる。特にインフォームド・コンセントを兼ね備えた患者参画型看護計画やパスは患者・家族中心の看護や医療を提供でき、精神科におけるパターンリズムを払拭する手段でもあると考える。患者参画型看護計画の手段として、KOMIチャートが使用された。KOMIチャートとは、対象者の生活の状態をその人の「認識面」と「行動面」の両面からとらえようとした“生活過程評価チャート”であり<sup>67)</sup>、患者と共に評価することで患者自身が目標を設定することが出来る。患者や家族にとって目標が明確であることは治療の励みになり退院促進へも繋がると考える。入院期間の短縮にむけ、患者に必要な援助を提供するためには患者本人と看護者が話し合い、ニーズを把握し目標を共有することが必要である。

#### 4. 5 パスについて

3.4より、第4期から精神科においてもパスの作成・導入が盛んになった。パスは、もともとはアメリカにおいて医療費の抑制とともに医療の効率化と質の向上、ケアの標準化などの必要性を背景として導入された手法である。わが国においても医療費抑制、診断群別定額支払い

表2 病床数と入・退院患者の変化<sup>66)</sup>

西 暦	1981	1984	1987	1990	1993	1996	1999	2002	2004	2005
入院患者	222,075	231,387	240,429	260,126	266,701	281,447	311,289	331,622	352,417	360,330
退院患者	213,114	227,320	238,191	259,450	266,985	283,092	314,118	334,876	356,230	364,926
一日平均 在院患者	318,810	337,694	342,459	348,500	344,230	340,419	334,222	332,022	327,206	325,027
病 床 数		331,099	347,196	359,087	362,436	360,896	358,449	355,966	354,927	354,296

制度の導入など、医療の効率化は避けて通れなくなっている<sup>68-71)</sup>。その他臨床科においては1990年代半ばから広く普及しているが、精神科においては症状や経過のばらつきが大きく経過も長期にわたることなどから、パス作成の重要な要素のひとつである時間軸の設定が困難で不向きであると考えられる傾向があり<sup>72)</sup>、本研究対象文献においても時間軸に幅を持たせることで対処しているものが多々あった。しかし、精神科において、とくに急性期医療の部分では早期退院や医療の質の確保と効率化は避けて通れなくなっており、これらに対する取り組みとして精神科においてもパスがしきりに導入されるようになってきている<sup>70)</sup>。

2000年以降の急激なパスの増加は、パスの概念や目的が広く普及した結果でもあるが、大きな要因として、2000年の診療報酬改定で、「急性期特定病院加算」の取得要件の1つに「詳細な入院診療計画」としてパスの様式が取り上げられた事<sup>73)</sup>、また、2002年の診療報酬の改定で、入院診療計画を説明しない事によるペナルティとして350点もの減算（入院初日）が実施されることになった事<sup>74)</sup>があげられる。つまり、精神科医療の質の均一化のみでなく、患者・家族へのインフォームド・コンセントの観点からパスが広く使用されるようになったのである。

また、パスには患者・家族も含めたチーム医療としての関わりが明確に示されている。冒頭に述べたような精神科医療における退院促進の流れの中で、今やチーム医療は必要不可欠である。チーム医療は多職種の連携であり、院内だけにとどまらず地域においても求められると考える。よって今後はパスのように入院中のみならず、退院後のチーム医療の継続支援についても明確に記載できる記録の普及が期待される。

## 5. まとめ

精神科臨床において看護記録は、以前は主に看護者が患者の情報を把握することが目的であったが、患者中心の医療や退院促進の動きが強まる中で、患者・家族を含めたチーム医療全体で情報や目標を共有することが出来る記録へと変化している。今後は情報開示やインフォームド・コンセントも兼ね備えたパスの使用も含め、チーム医療における退院支援及び継続支援方法が明確な看護記録の普及が期待される。

最後に、各年に発表された研究内容が当時必

ずしも全国的に行われていた方法という訳ではない。しかし、精神科臨床看護職の研究発表はその時代に問題意識を持って取り組んできた病院があった事を示すものであり、精神科看護の先端をいく取り組みであると考えられる。精神科とその他臨床科の看護記録や海外の精神科看護記録と変遷を比較することは今後の課題とする。

## 引用文献

- 1) 社団法人日本精神科看護技術協会：精神科看護業務指針 2007.37, 2007.
- 2) 日本精神科看護技術協会：退院調整チームにおける看護師の役割と機能. 8-16, 2005.
- 3) 萩野妙子, 金川克子, 泉キヨ子, 他：精神科の看護記録について—明治・大正期から現在—. 精神科看護, 61, 1997.
- 4) 日本看護協会：看護記録の開示に関するガイドライン. 2000.
- 5) 出口禎子：ナーシング・グラフィカ 32. メディカ出版, 113-119, 218, 2005.
- 6) (社) 日本精神科看護技術協会：精神科看護白書 2004→2005. 精神看護出版, 236-242, 2004.
- 7) 湘南病院看護研究会：個人看護記録改善の試み. 看護研究第6号, 1963.
- 8) 石井斎：新しい形式で行った作業療法記録と看護記録による看護者の利点. 看護研究第6号, 1963.
- 9) 荒砥艶子：看護記録の一考察. 看護研究第20号, 1977.
- 10) 生田清美：カードックスを試みて. 看護研究第13号, 1970.
- 11) 奥山巖：当科におけるカードックスの導入と問題点. 看護研究第16号, 1973.
- 12) 稲葉久美子, 大峯美代子, 富田晴美, 他：精神科におけるカードックス その作成及び改良と実践報告. 看護研究第27号, 1984.
- 13) 鈴木政子：看護計画の新しい試み 入院時家族面接を基にして. 看護研究第16号, 1973.
- 14) 山口登喜子, 井上麻子, 坂口桃子, 他1名：入院時看護記録の考察. 看護研究第20号, 1977.
- 15) 竹下祥子, 柴田恭亮：精神科における看護計画 (第1報) 力動的人間理解の手がかりとして. 看護研究第21号, 1978.
- 16) 浜畑夏美：入院時記録様式の再検討 効果的な活用を目指して. 看護研究第29号, 1986.
- 17) 仲地光明：アルコール病棟におけるサマリーシートの作成と活用 継続ケアと患者情報の迅速な把握のために. 日本精神科看護学会誌, 33(15), 1990.



- 18) 三條全子：看護の継続と中間サマリーの評価  
メンバーの意識革命を含めて。日本精神科看護学  
会誌, 34, 16, 1991
- 19) 白石麻子：長期入院患者の看護要約 様式改善  
を試みて。日本精神科看護学会誌, 35(17), 1992.
- 20) 生駒和子：看護情報と実践経過を一つにして,  
日本精神科看護学会誌, 31(13), 1988.
- 21) 望月佐久江, 藤原けさみ：申し送りの短縮にカー  
デックス方式を導入して。日本精神科看護学会誌,  
33(15), 1990.
- 22) 小川靖一, 川端美佐子, 小谷篤：申し送り部分  
廃止ー申し送り部分廃止を試みてー, 日本精神科  
看護学会誌, 37(19), 1994.
- 23) 辻ノ内純子：看護計画を患者とともに ウォー  
キング・カンファレンスの効用。日本精神科看護  
学会, 36(18), 1993.
- 24) 牧野恵, 小島百合子, 杉山寿代, 他：セルフケ  
ア理論を活用した看護計画の見直し。日本精神科  
看護学会誌, 39(21), 1996.
- 25) 宮原光徳, 稲田信治：申し送り短縮をめざして  
フローシート導入を試みて。日本精神科看護学  
会, 40(1), 1997.
- 26) 木村千都子：ロイ適応型モデルを用いた看護の  
実際ー自己概念に焦点をあててー。日本精神科看  
護学会誌, 40(1), 1997.
- 27) 小川綾花, 坂田みどり, 堀田美鈴, 他：セルフ  
ケア査定表を活用した外泊指導の見直し。日本精  
神科看護学会誌, 41(1), 1998.
- 28) 高尾多津子：POS 方式（看護診断）勉強会にお  
けるスタッフの看護認識の変化。日本精神科看護  
学会, 40(1), 1997.
- 29) 福岡昌子, 金子匡伸, 那須宏子, 他：思春期ア  
セスメントツールを改善して ナース 31 名のペー  
パーセッションの結果より。日本精神科看護学会,  
41(1), 1998.
- 30) 八巻清仁：REHAB（行動評価尺度）における「助  
言や援助」と各「セルフケア」項目についての一  
考察。第 2 回精神科リハビリテーション看護学会,  
1996.
- 31) 森由里：GAS を活用した精神分裂病急性期の看  
護診断。第 3 回精神科救急・急性期看護学会, 1996.
- 32) 高橋あけみ：患者参加の看護計画」による看護実  
践 慢性身体疾患を合併した分裂病患者へのアプ  
ローチ。日本精神科看護学会誌, 42(2), 1999.
- 33) 平田一美：精神分裂病患者の看護計画参加の効  
果 閉鎖病棟入院患者 2 事例より。日本精神科看  
護学会誌, 43(2), 2000.
- 34) 高橋勇史：看護過程における患者参画の効果  
個別的な看護計画立案と患者の主体性の向上に焦  
点をあて。日本精神科看護学会誌, 44(1), 2001.
- 35) 永田まさみ, 田嶋長子：精神分裂病患者の看護  
計画共有による結果 閉鎖病棟患者 4 事例の検討  
より。日本精神科看護学会誌, 45(1), 2002.
- 36) 高梨幸子：うつ病患者およびうつ状態の患者と  
の情報共有に関する患者・看護師・医師の意識調  
査 看護計画を共有していくことの課題。日本精  
神科看護学会誌, 46(1), 2003.
- 37) 上江洲安博, 比嘉和枝, 比嘉久美子：「患者参  
加型の看護計画」の試み 急性期治療病棟におけ  
る実施。日本精神科看護学会誌, 46(2), 2003.
- 38) 金子由香利, 佐藤英子, 八幡広行, 他 2 名：患  
者参加型看護計画の闘病意欲に対する有効性。日  
本精神科看護学会誌, 47(1), 2004.
- 39) 小林磨依, 牧野久美子, 響田ミツ子：患者の意  
志を尊重した看護計画。日本精神科看護学会誌, 48  
(1), 2005.
- 40) 小谷薫幸, 金城道春：患者同意の看護計画を試  
みて 希望を取り入れ共に考える。日本精神科看  
護学会誌, 48(1), 2005.
- 41) 小川明恵, 伊藤絵美, 鈴木基雄：患者参加型看  
護計画を施行しての一考察。日本精神科看護学会  
誌, 49(2), 2006.
- 42) 加藤邦彦, 木曾栄二：精神科慢性病棟に於ける  
「患者と共に考える看護計画」の実践と効果。日  
本精神科看護学会誌, 49(1), 2006.
- 43) 曾根増美：KOMI チャートで明らかになった精  
神科長期入院患者の生活過程。日本精神科看護学  
会誌, 42(1), 1999.
- 44) 田村陽子：KOMI チャート活用から考える看護  
境界性人格障害患者のかかわりを通して。日本  
精神科看護学会誌, 42(1), 1999.
- 45) 島田香：個別的看護を考える KOMI チャート  
を利用して。日本精神科看護学会誌, 43(1), 2000.
- 46) 高橋文二：精神分裂病患者の看護における KOMI  
チャートの有用性。日本精神科看護学会誌, 44(1),  
2001.
- 47) 長内明子：慢性精神分裂病の家庭生活への自立  
のための KOMI チャート活用の効果。日本精神科  
看護学会誌, 44(2), 2001.
- 48) 浅井初, 野間口豊, 原圭司, 他 1 名：慢性統合  
失調症患者の睡眠援助を通して KOMI チャート  
を活用して生活過程の変化をみる。日本精神科看  
護学会誌, 46(1), 2003.
- 49) 松田光央：精神分裂病慢性期患者の援助 KOMI

- チャートを活用して. 日本精神科看護学会誌, 46(1), 2003.
- 50) 埴淵清美, 高田智恵子, 松本明子: 隔離室患者の生活過程を整える看護を实践して KOMI 理論と KOMI チャートシステムを利用して. 日本精神科看護学会誌, 46(2), 2003.
- 51) 大越常善, 大内健市, 安田義光: 緘黙症患者へ KOMI チャートを導入して学んだこと. 日本精神科看護学会誌, 47(1), 2004.
- 52) 内田悦子, 黒川美幸, 阪元厚江: 要介護者の入院から退院までのチーム医療 ディスチャージプランニング用紙を作成して. 日本精神科看護学会誌, 45(2), 2002.
- 53) 戸田直美, 西川幸子, 上口春美, 他: 急性期精神分裂病の標準看護ケア計画 3例の患者に試みての報告. 日本精神科看護学会誌, 45(2), 2002.
- 54) 桶谷玲子: 精神科における看護記録の評価—看護記録監査からの検討—. 日本精神科看護学会誌, 46(1), 2003.
- 55) 野中浩幸, 村上晃一, 小倉智恵美: 看護記録を検証してわかったこと 記録開示を視野に入れての实践と評価. 日本精神科看護学会誌, 47(1), 2004.
- 56) 笹沼幸子: 診療記録開示に対する看護婦(士)・医師の意識. 日本精神科看護学会誌, 43(1), 2000.
- 57) 尾関理恵, 木高広美, 山村いずみ, 他: 情報開示に向けた看護記録表現の実態調査. 日本精神科看護学会誌, 48(1), 2005.
- 58) 吉松和哉, 小泉典章, 川野雅資: 精神看護学 I 精神保健学. ヌーヴェルヒロカワ, 243, 2007.
- 59) 前掲書 1), 8-14.
- 60) 平成 18 年診療報酬改定の概要について. 2006. [www.yuzawaseikei.com/060215\\_gaiyou.pdf](http://www.yuzawaseikei.com/060215_gaiyou.pdf)
- 61) 全国障害福祉計画担当国会議: 精神障害者の退院支援と障害福祉計画. 地域ケアリング 8(7), 56-67, 2006.
- 62) 外務省ホームページ. 2007. [http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/shomei\\_32\\_b.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/treaty/shomei_32_b.html)
- 63) 吉田かおり: 精神障害者の家族理解と家族支援—看護との連携に向けて—. 精神科看護, 27(2), 27-31, 2000.
- 64) 前掲書 6), 172.
- 65) 城ヶ端初子, 樋口京子: 看護理論の変遷と現状および展望. 大阪市立看護学雑誌, 3, 1-11, 2007.
- 66) 厚生労働省: 厚生労働省統計表データベース. 2007. <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>.
- 67) 金井一薫: KOMI チャートシステム・2001—ケアの实践を支える原理と方式—. 現代社, 9, 2001.
- 68) 澤温, 檜晋輔, 楠本重信, 他: 精神科急性期医療におけるクリニカルパスの試み—病棟や病室の環境レベルおよび開放処遇のレベルおよび開放処遇のレベルと GAF スコアおよび病日との関係から—. 精神科救急, 6, 27-34, 2003.
- 69) 斎藤雅枝, 江川美保, 斧山清吾, 他: 統合失調症クリニカルパス作成にあたってのエビデンス調査. 月刊ナーシング, 23(7), 158-163, 2003.
- 70) 井口喬: 精神科病院におけるクリニカルパス 精神科領域におけるパス導入と治療の標準化の試み. 日本精神科病院協会雑誌, 22(12), 27-31, 2003.
- 71) 松原三郎: 老人性痴呆疾患専門病棟におけるクリニカルパスの効果. 日本精神科病院協会雑誌, 22(12), 61-70, 2003.
- 72) 北林百合之介, 神谷輝, 西岡八重子, 他: 精神科急性期治療病棟におけるクリニカルパス. 日本精神科病院協会雑誌, 22(12), 32-38, 2003.
- 73) 伊東弘人: クリニカルパスのすすめ. 日本精神科病院協会雑誌, 22(12), 8-11, 2003.
- 74) 澤温: 日本精神科病院協会雑誌, 22(12), 13-17, 2003.

(受付: 2007年10月31日, 受理: 2008年1月18日)

## Trends in Psychiatric Health Welfare and Changes in Psychiatric Nursing Records from the 1960 s to 2006

Ikue KIYOSUE, Nahoko TAKEMASA

### Abstract

The purpose of this study is to clarify the change in psychiatry nursing records associated with the changing trends in mental health welfare. Among 140 articles that are included in the collection of papers (CD-ROM edition) edited by the Japanese Psychiatric Nursing Association between 1958 and 2006 and that contained the terms, “nursing records” or “nursing plans,” in their subtitles or keywords, 79 were stratified by 4 periods according to the revisions of related laws; then the characteristics of the psychiatric nursing records for each period were compiled. Nursing records were originally intended for the nurse to gather patients’ information; but, while a greater emphasis began to be placed on patient-centred medical care and early discharge from the hospital, the record is undergoing a transformation so that the entire therapy team (including the patient and his family) can share information and the goal of treatment. In the future, a nursing record that clearly indicates methods for post-discharge assistance and continued care-including a path also acting as a means for information display and informed consent-is expected to be used widely.

**Key words** psychiatric nursing records, mental health welfare, clinical pass, informed consent

## 資料

# 石川県における新卒看護職員教育および 離職への意識に関する実態

山崎由実\* 川島和代 諸江由紀子 橋本智江

二木麻起\* 齋藤きぬえ\*\* 黒氏純子\*\*

## 概要

本研究の目的は、石川県内における新卒看護職員教育と離職に関する実態を明らかにすることである。調査票を1319通配付し、有効回答687通が得られた。その内、分析対象は平成18年4月採用の臨床経験7カ月以下の者247名である。その結果、1. 新人看護職員研修を受けていない者が全体で6.1%、1～199床の病院では11.8%いた、2. 研修内容は知識・技術が多い傾向であった、3. 研修に対して有益感を持っていた者は90%以上であったが、もっと受けたかった研修がある者が40%以上であった、4. もっと充実して欲しい看護基礎教育がある者は80%弱いた、5. 仕事で悩み辞めたいと思ったことがある者は80%以上おり、辞めたい要因として精神面・生活面での負担が多いことが示唆された。

**キーワード** 新卒看護職員、現職教育、離職、実態調査

## 1. はじめに

近年、新卒看護職員の離職が問題となり、日本看護協会による「2006年病院における看護職員需給状況調査」<sup>1)</sup>によると全国では2003年度から3年間、毎年新卒看護職員の9.3%が離職するという実態が明らかにされた。さらに、今後は少子化による看護職の担い手が少なくなる中で、新卒看護職員の離職は、将来的な看護師不足に一層の拍車をかけるおそれがある。日本看護協会中央ナースセンターから出された「2004年 新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書」<sup>2)</sup>には、離職の主な理由として「看護基礎教育修了時点の能力と看護現場で求める能力とのギャップが大きい」ことが挙げられている。つまり、現在の看護師等養成施設における教育修了時点で持っている新卒看護職員の看護実践能力と就職後に現場で求められる能力との差があり、新卒看護職員が自分の能力に自信を失い職場を離れていく傾向が明らかになってきた。

また、厚生労働省から各都道府県に出された「第六次看護職員需給見通し策定方針」<sup>3)</sup>には、「特に、新人看護職員研修については、新人看護職員研修指導指針・到達目標を踏まえ、適切な研修が行われるように考慮する」と示されて

いる。さらに「同検討会報告書」<sup>4)</sup>では、看護職員確保対策について「新人看護職員の離職が多いことが指摘されており、離職を防止し定着を図る観点から、基礎教育の充実および新人看護職員研修のあり方について検討する必要がある。」と報告されている。

そこで本研究では今回、石川県内の新卒看護職員が実際に受けている研修の実態や求めている看護基礎教育、さらに離職に対しての思いを調査した。それを基に今後の方策への基礎的資料にしたいと考えた。

## 2. 方法

### 2.1 調査対象

調査対象は大学、大学院、保健師養成施設、助産師養成施設、看護師養成施設3年課程、同2年課程、准看護師養成課程等の看護師等養成施設を卒業し、県内の病院に就業した新卒看護職員とし、そのうち平成18年4月採用の臨床経験7ヶ月以下の者を対象に検討した。

### 2.2 調査方法

#### (1) 調査期間

平成18年10～11月

#### (2) 調査内容

調査は石川県健康福祉部医療対策課と本学と

\* 元石川県立看護大学基礎看護学講座

\*\* 石川県健康福祉部医療対策課

の共同調査「石川県における新卒看護職員実態調査」の結果を一部抜粋し、分析を行った。

調査票は、日本看護協会が2004年に報告した「新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書」を参考に質問項目を設定した。県内の複数の医療機関、看護師等養成施設、行政の担当者で内容を検討し独自の調査票を作成した。

#### 【具体的な質問項目】

- ・対象者の属性（出身地、卒業した看護師等養成施設）
- ・就業状況等（勤務地、病院（病棟）の特徴、勤務先病床数、就職志望病院の有無）
- ・配属部署での新人研修について
- ・看護基礎教育に求めるもの
- ・看護の仕事の継続について

#### （3）調査票の配付・回収

調査票は県行政担当者が2005年度の「看護職員の需給見通しに関する調査」の結果に基づいて、県内医療機関に働いている新卒看護職員（経験年数3年未満）の概数を算出し郵送した。医療機関から追加の要望があれば、それに応じた数を追加送付した。配付は各医療機関における看護管理者に委ねた。回収は回答者が記入の上、添付した返信用封筒にて直接返送とした。

#### 2. 3 倫理的配慮

各施設代表者に調査実施の趣旨を記載した文書を送付し配付等の協力を得た。対象者には、調査票に調査実施の趣旨を記載した文書を添付し、返信をもって同意が得られたと判断した。文書には答えたくない項目は回答を強要しないこと、得られたデータはコード化し統計的な処理によって分析するため所属機関や個人は特定されないこと、調査に協力しなくても不利益を被らないこと、本調査の結果をまとめて公表することについて付記してある。

#### 2. 4 分析

得られたデータは各項目で集計し、属性や就業状況との関連についてPearsonのカイ2乗検定を行った。p<0.05を「有意差あり」とし、p<0.1を「傾向あり」とした。集計並びに統計処理はSPSS 13.0 J Windowsにて行った。

### 3. 結果

#### 3. 1 調査票の回収状況

配付した調査票は1319通、回収は773通（回収率58.6%）であった。そのうち、誤記入などの対象者を除いた有効回答は687通（52.1%）であった。今回対象とした、H18年4月採用で臨床経験年数が7ヶ月以下の新卒看護職員は247通であった。

#### 3. 2 対象者の属性・就業状況

出身地、卒業した看護師等養成施設、就業状況は表1・2・3の通りである。

#### 3. 3 新人看護職員研修について

##### （1）新人看護職員研修の有無

「研修あり」が232名（93.9%）、「研修なし」が15名（6.1%）であった。

##### （2）プログラムの提示

新人看護職員研修を「あり」と回答した者の内、プログラムの提示が「あり」は222名（95.7%）、「なし」は10名（4.3%）であった。

##### （3）新人看護職員研修は役に立ったか

新人看護職員研修を「あり」と回答した者の内、研修が「大変役に立った」は73名（31.5%）、「まあまあ役に立った」は137名（59.1%）、「あまり役に立たなかった」は15名（6.5%）、「役に立たなかった」は7名（3.0%）であった。

##### （4）新人看護職員研修内容

新人看護職員研修を「あり」と回答した者の選択した項目で多かったものは「医療安全に関する知識」197名（84.9%）、「社会人としてのマナー」190名（81.9%）、「診療の補助業務に関する技術」189名（81.5%）、「労働条件、給与、福利厚生など」178名（76.7%）、「医療機器の操作などの研修」177名（76.3%）であり、少なかったものは「病院および看護部の理念」56名（24.1%）、「看護職としての今後のキャリア開発」73名（31.5%）、「コミュニケーション技術」85名（36.6%）、「他職種との連携」91名（39.2%）であった。（図1）

##### （5）病床規模との関連

病床規模別に新人看護職員研修の有無をみると「研修あり」と回答した者は1~199床で30名（88.2%）、200~499床で91名（96.8%）、500床以上で105名（92.9%）であった。

また「研修あり」と回答した者で、病床規模別に新人看護職員研修は役に立ったかをみる

と、「役に立った」「まあまあ役に立った」と回答した者は1~199床で25名(83.3%), 200~499床で83名(91.2%), 500床以上で96名(91.4%)であった。

病床規模別に新人看護職員研修内容の有無を

みると、「労働条件, 給与, 福利厚生など」, 「看護記録に関する技術」, 「電子カルテ等のIT関係」, 「看護職としてのキャリア開発」で有意な関連がみられた。(図2)

表1 出身地(n=247)

	人数 (%)
金沢市	85名 (34.4%)
南加賀	38名 (15.4%)
石川中央	36名 (14.6%)
能登中部	33名 (13.4%)
能登北部	23名 (9.3%)
県外	32名 (13.0%)

表2 卒業した看護師養成施設(n=247)

	人数 (%)
准看護師学校, 高等学校衛生看護科 進学コース2年課程 (看護師学校, 高等学校専攻科, 看護短大)	9名 (3.6%)
3年課程(看護師学校, 看護短大)	19名 (7.7%)
保健師学校	146名 (59.1%)
助産師学校	1名 (0.4%)
看護系大学	70名 (28.3%)
看護系大学院	1名 (0.4%)

表3 就業状況(n=247)

	人数 (%)		人数 (%)		
勤務地	金沢市	168名 (68.0%)	勤務先病床数	99床以下	11名 (4.5%)
	南加賀	23名 (9.3%)		100~199床	23名 (9.3%)
	石川中央	36名 (14.6%)		200~299床	54名 (21.9%)
	能登中部	16名 (6.5%)		300~399床	23名 (9.3%)
	能登北部	4名 (1.6%)		400~499床	17名 (6.9%)
		500床以上		113名 (45.7%)	
病院(病棟)の特徴	急性期病院(棟)	160名 (64.8%)	無回答	6名 (2.4%)	
	慢性期病院(棟)	39名 (15.8%)	就職時の配属部署は希望部署か	希望した部署に配属された	141名 (57.1%)
	回復期病院(棟)	12名 (4.9%)		希望以外の部署に配属された	105名 (42.5%)
	精神病院(棟)	17名 (6.9%)			
	その他の病院(棟)	19名 (7.7%)			

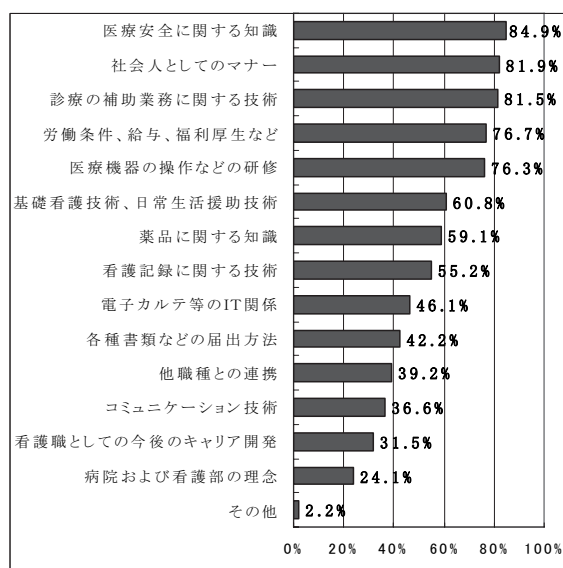


図1 新人看護職員研修内容 n=232

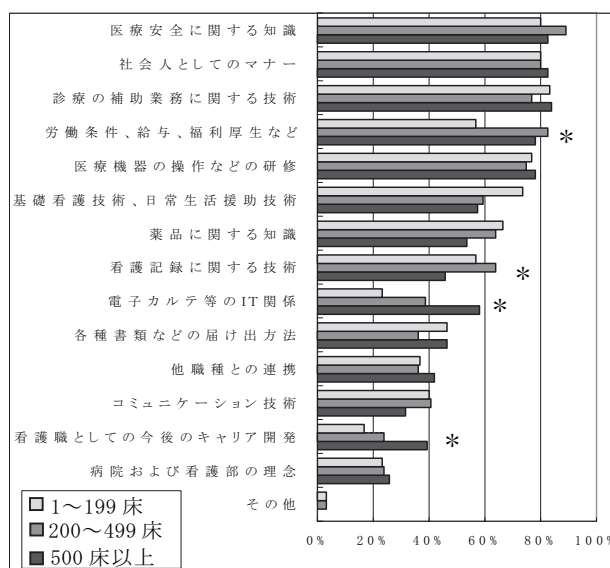


図2 病床規模別 新人看護職員研修内容 \*p<0.05

### 3. 4 配属部署での新人研修について

#### (1) 配属部署での研修内容

この設問に回答した者は243名であり、項目内で多かったものは「診療の補助業務に関する技術」218名(89.7%)、「基礎看護技術、日常生活援助技術」204名(84.0%)、「医療機器の操作などの研修」192名(79.0%)、「勤務体制、健康管理など」189名(77.8%)、「各種伝票・帳票などの取扱い」172名(70.8%)、「医療安全に関する知識」171名(70.4%)であり、少なかったものは「病棟の看護の理念・目標」38名(15.6%)、「看護職としての今後のキャリア開発」45名(18.5%)であった。(図3)

(2) 配属部署での新人研修は役に立ったか  
配属部署での研修内容に回答した者の内、「大変役に立った」が138名(56.8%)、「まあまあ役に立った」が83名(34.2%)、「あまり役に立たなかった」が11名(4.5%)、「役に立たなかった」が11名(4.5%)であった。

(3) 配属部署でもっと受けたかった研修の有無

「あり」が101名(40.9%)、「なし」が137名(55.5%)、無回答が9名(3.6%)であった。

「あり」と回答した者に具体的な内容を問うと「基本的な看護技術」や「疾患や薬剤に関する知識」を回答する者が多かった。

#### (4) 病床規模との関連

病床規模別に配属部署研修内容の有無をみる

と、「各種伝票・帳票などの取扱い」「所属部署の患者に多い疾患について」「治療方法の特徴について」「電子カルテ等のIT関係」で有意な関連がみられた。(図4)

配属部署での研修内容に回答した者で、病床規模別に部署での新人研修は役に立ったかをみると、「役に立った」「まあまあ役に立った」と回答した者は1~199床で30名(88.2%)、200~499床で83名(90.2%)、500床以上で102名(91.9%)であった。

病床規模別に配属部署でもっと受けたかった研修の有無をみると、「あり」と回答した者は1~199床で13名(38.2%)、200~499床で37名(39.4%)、500床以上で49名(43.4%)であった。

### 3. 5 看護基礎教育に求めるもの

#### (1) もっと充実して欲しい教育の有無

「あり」が194名(78.5%)、「なし」が52名(21.1%)、無回答1名(0.4%)であった。

#### (2) もっと充実して欲しい教育内容

もっと充実してほしい教育を、「あり」と回答した者の選択した項目で多かったものは「救急時の対応」140名(72.2%)、「医療機器の操作」139名(71.6%)、「薬剤に関する知識」132名(68.0%)、「注射・採血などの技術」114名(58.8%)であり、少なかったものは「他職種とのコミュニケーション」21名(10.8%)、「患者およ

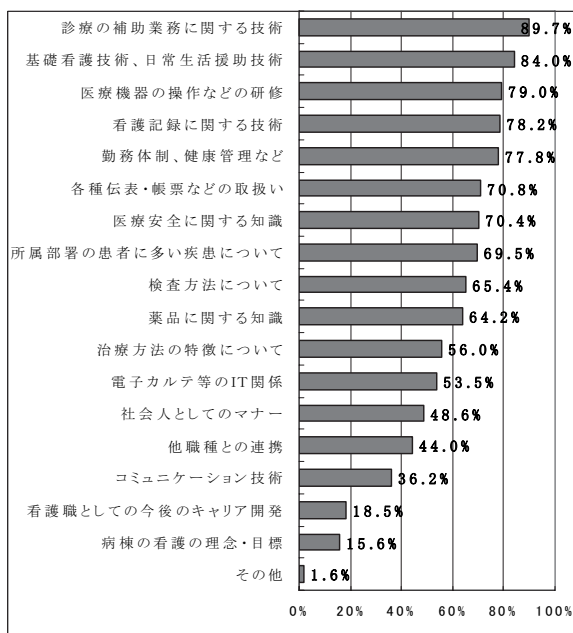


図3 配属部署での研修内容 n=243

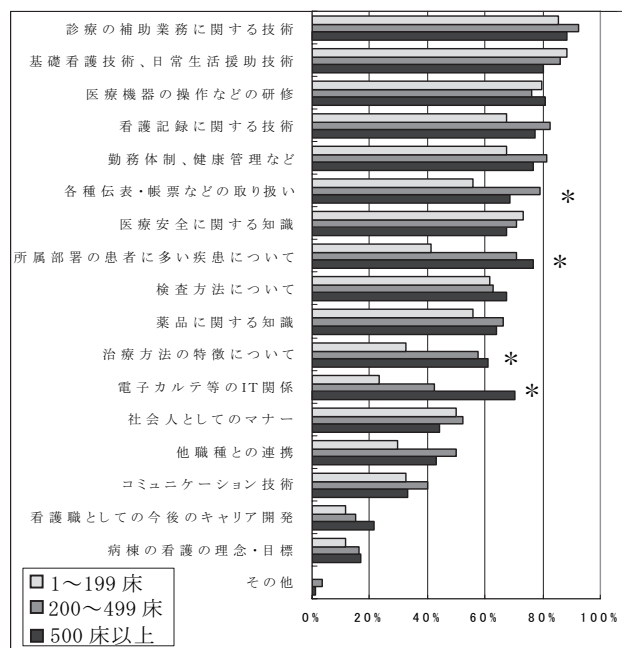


図4 病床規模別 配属部署での研修内容 \*p<0.05

びその家族とのコミュニケーション技術」27名(13.9%)、「社会人としてのマナー」27名(13.9%)であった。(図5)

(3) 病床規模との関連

病床規模別にもっと充実して欲しい教育の有無をみると、「あり」と回答した者は1~199床で25名(73.5%)、200~499床で70名(74.5%)、500床以上で94名(83.2%)であった。

病床規模別でもっと充実して欲しい教育内容の有無をみると「看護記録、看護計画の立案」で有意な関連がみられ、「夜勤時の体制」で関連のある傾向がみられた。各項目で小規模病院の方が大規模病院より割合が大きかった。(図6)

3. 6 看護の仕事の継続について

(1) 悩み辞めたいと思ったことがあるか

「あり」が204名(82.6%)、「なし」が43名(17.4%)であった。

(2) 病床規模との関連

病床規模別で悩み辞めたいと思ったことがあるかをみると、「あり」と回答した者は1~199床で24名(70.6%)、200~499床で76名(80.9%)、500床以上で99名(87.6%)であり、病床規模が大きいほど、悩み辞めたいと思ったことがあると回答する者が多い傾向がみられた。(図7)

(3) 病院(棟)の特徴との関連

病院(棟)の特徴別で悩み辞めたいと思った

ことがあるかをみると、「あり」と回答した者は急性期病院(棟)で133名(83.1%)、慢性・回復期等の病院(棟)で60名(85.7%)、精神病院(棟)で11名(64.7%)であった。(図8)

(4) 卒業した看護師養成施設との関連

卒業した看護師養成施設別で悩み辞めたいと思ったことがあるかをみると、「あり」と回答した者は准看護師学校、高等学校衛生看護科で8名(88.9%)、進学コース2年課程で17名(89.5%)、3年課程で121名(82.9%)、保健師学校で0名(0%)、助産師学校で0名(0%)、看護系大学で57名(81.4%)、看護系大学院で1名(100%)であった。

(5) 就職時の配属部署は希望部署かとの関連

就職時の配属部署は希望部署かどうかで悩み辞めたいと思ったことがあるかをみると、「あり」と回答した者は希望部署である者で115名(81.6%)、希望部署でない者で88名(83.8%)であった。

(6) 悩み要因・辞めたい要因

悩み辞めたいと思ったことがある者の悩み要因で、多かったものは「専門的知識・技術不足」171名(83.8%)「技術の未熟さ」165名(80.9%)であり、少なかったものは「私生活と仕事の両立困難」8名(3.9%)「電子カルテに対応できない」25名(12.3%)「上司からサポートが得られない」28名(13.7%)「雰囲気になじめない」52名(25.5%)「課題があり休めない」

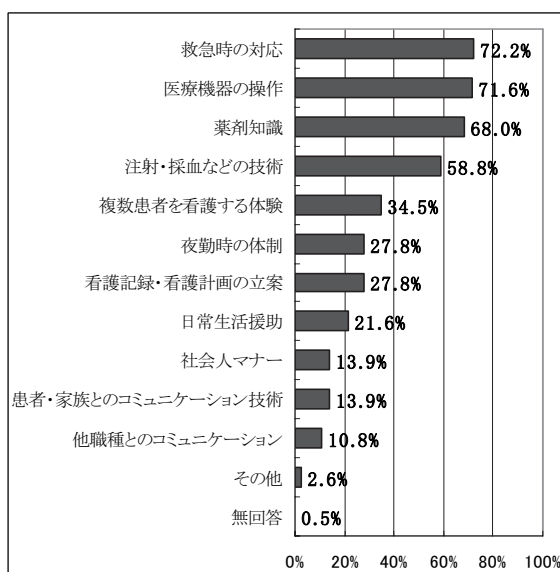


図5 もっと充実して欲しい教育内容 n=194

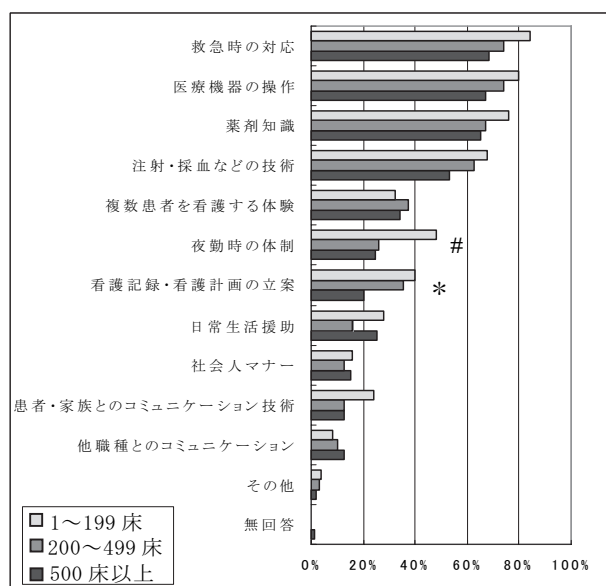


図6 病床規模別 もっと充実して欲しい教育内容

\*p<0.05 # p<0.1



53名 (26.0%) 「医師等との意思疎通がうまくいかない」 57名 (27.9%) 「イメージと現実とのギャップ」 59名 (28.9%) であった。

辞めたい要因で多かったものは「人の生死への精神的負担」 55名 (27.0%) 「イメージと現実とのギャップ」 53名 (26.0%) 「時間内に仕事が終わらない」 51名 (25.0%) 「不規則勤務の負担」 49名 (24.0%) であり、少なかったものは「電子カルテに対応できない」 4名 (2.0%) 「私生活と仕事の両立困難」 9名 (4.4%) であった。

両要因のその他の意見として自由回答をみると「業務の多忙さ」「待遇での不満等について」、「人間関係の悩み」「興味ややりがいがない」、「職場の看護観の違い」等の内容の回答があった。

病床規模別で両要因をみると、悩み要因で「仕事の優先順位がつけられない」で有意な関連がみられた。辞めたい要因では「時間内に仕事が終わらない」「課題があり休めない」「私生活と仕事の両立困難」で概ね病床規模が大きいほど要因に挙げる者が有意に多く、「不規則勤務の負担」で関連のある傾向があった。(図9・10)

#### 4. 考察

##### 4.1 新人看護職員研修について

新人看護職員研修がある者が93.9%，そのうちプログラムの提示を受けたものが95.7%，「役に立った」・「まあまあ役に立った」と思う者は90.6%であり，ほとんどの新卒看護職員がプログラム提示された研修を受け，有益感を持っていると考えられる。

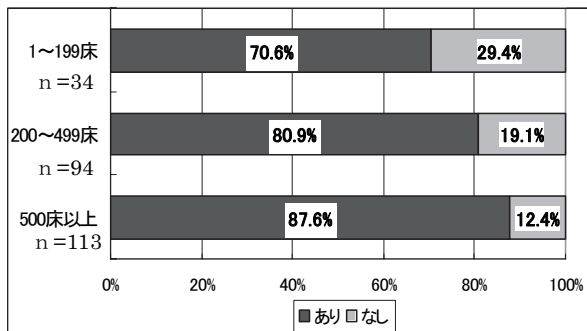


図7 病床規模別  
悩み辞めたいと思ったことがあるか p<0.1

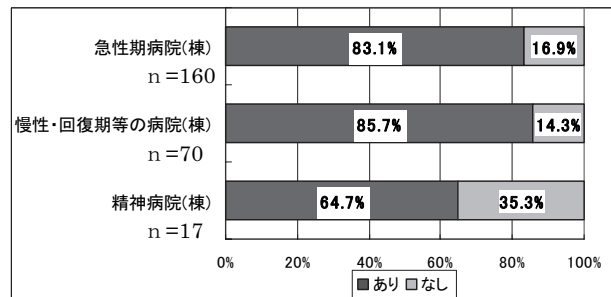


図8 病院(棟)の特徴別  
悩み辞めたいと思ったことがあるか

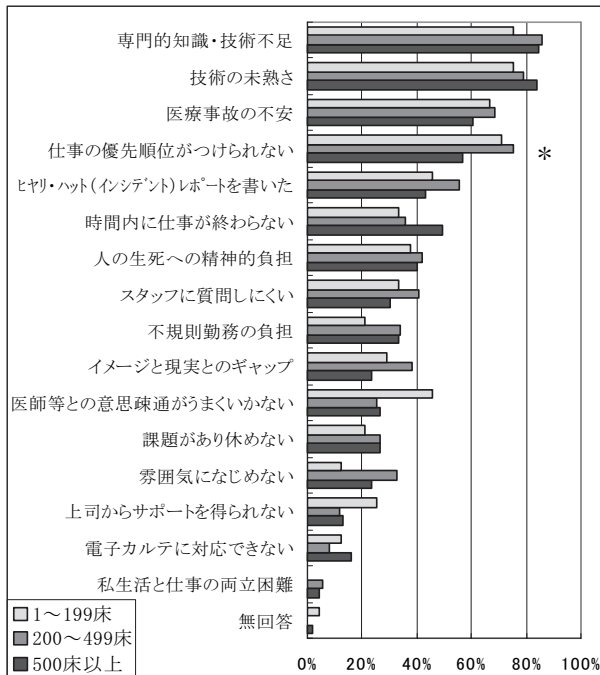


図9 病床規模別 悩み要因 \*p<0.05

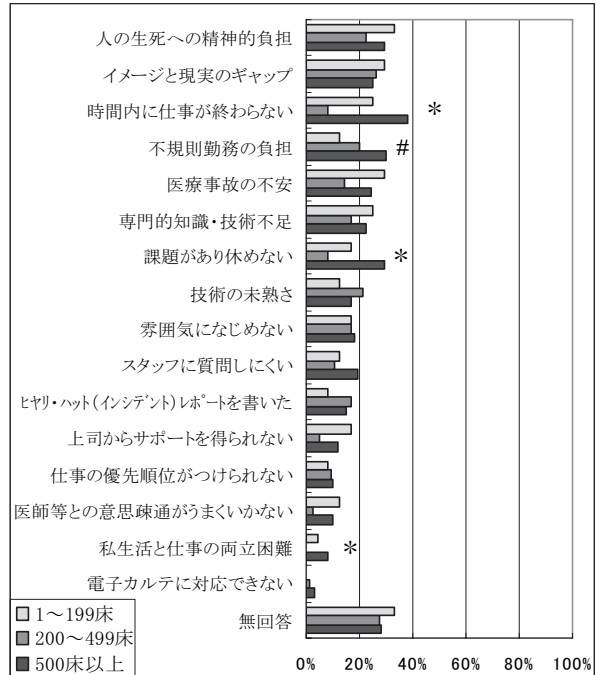


図10 病床規模別 辞めたい要因 \*p<0.05 #p<0.1

内容では、「医療安全に関する知識」や「診療の補助業務に関する技術」、「医療機器の操作などの研修」といった医療に関する知識・技術の項目で多く、これは2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査の病院看護部調査で80%以上の病院が「技術実践教育を重視した教育・研修プログラムの実施」をしている結果とも一致すると考えられる<sup>5)</sup>。

「社会人としてのマナー」が多いことは、近年の患者満足向上への取り組みや病院機能評価に接遇教育の項目があることも関連があると考えられる。

病床規模との関連をみると、新人看護職員研修がある者、研修の有益感を持つ者は1~199床の病院の方が他の病床規模の病院と比較して割合が少なかった。病床規模が小さい病院ほど中途採用数が増え、新卒看護職員の採用人数が少なくなる状況があり、教育計画、集団教育の難しさも指摘されている。今回の調査でも同様に、病床規模の小さい病院は研修を病院全体で行うことが難しいことが考えられる。

病床規模別に研修内容の有無をみると「電子カルテ等のIT関係」、「看護職としての今後のキャリア開発」は500床以上の病院が他の病床規模の病院より有意に割合が大きかった。電子カルテは平成18年の診療報酬改定において電子化加算が新設されたことによって、400床以上の病院で導入が進められており、キャリア開発は近年、専門看護師や認定看護師などの人材育成に力が入れている事が背景にあると考えられる。いずれも組織的な取り組みであり、大規模病院はその準備や病院全体への浸透を考え、先んじて取り組んでいると考えられる。

#### 4. 2 配属部署での新人研修について

配属部署での研修内容では、「診療の補助業務に関する技術」や「基礎看護技術、日常生活援助技術」、「医療機器の操作などの研修」といった医療に関する技術・知識の項目で多く、新人看護職員研修と同様の傾向であった。しかし各項目を比較すると、新人看護職員研修よりも配属部署での研修の割合の方が大きかった。また「勤務体制、健康管理など」、「各種伝票・帳票などの取扱い」も多く、より実務的な内容であることが伺えた。「病棟の看護の理念・目標」や「看護職としての今後のキャリア開発」が少ないことも新人看護職員研修と同様であった。厚

生労働省から出された「新人看護職員の臨床能力の向上に関する検討会報告書」<sup>10)</sup>では「新人看護職員研修は、看護実践の基礎を形成するものとして、極めて重要な意義を有する」と報告されている。部署研修で知識・技術が多くなる傾向にあるのは否めないことではある。しかし、看護実践の基礎を形成するには知識・技術だけではなく、なりたいた看護師像を語り合える場が必要ではないか。つまり、看護職としての態度や看護観を育てる場が必要だと考えられる。

配属部署での新人研修を「役に立った」「まあまあ役に立った」と思う者は91.0%であり、ほとんどの新卒看護職員が有益感を持っている。しかし、もっと受けたかった研修がある者が40%以上おり、役には立ったが十分ではないと考えている事が伺える。

病床規模別に研修内容の有無をみると「所属部署の患者に多い疾患について」や「治療方法の特徴について」で1~199床の病院が他の病床規模の病院より有意に割合が小さかった。小規模病院では大規模病院よりも混合病棟が多く、各病棟でみられる疾患の領域が幅広く疾患の種類も多いと思われる。そのため上記の研修が満たされていないことが考えられる。また久保らは、就職後「6カ月には〈問題を解決するために自己学習をしているが追いつかない状況〉に困難を感じているものとする」としている<sup>11)</sup>。今回の調査でも、就職後半年ほどの新卒看護職員は疾患・治療に関する知識習得が現状に追いつかない思いを持っていると考えられ、有意に割合が小さかったのは混合病棟を多く持つ小規模病院ゆえの傾向であると示唆された。さらに、小規模病院は病棟での医師の数も少なく、患者の疾患や治療に関する情報を医師から得て、知識を深める機会が少ないのではないかと考えられる。

#### 4. 3 看護基礎教育について

看護基礎教育に対して、もっと充実して欲しい教育がある者は78.5%であり、そのうち過半数が教育内容として、「救急時の対応」、「医療機器の操作」や「薬剤知識」、「注射・採血などの技術」という診療に関連する知識・技術をあげている。近年、看護基礎教育では身体的侵襲を伴う看護技術の経験が少なくなっており、就職して初めて、人間に対し身体的侵襲を伴う技術を行うという事が稀ではない。就職後、「日常生

活援助」や「看護記録・看護計画の立案」といった学生の時にやってきた技術よりも、今まで経験してこなかった技術を習得したいという新卒看護職員の気持ちの表れであると考えられる。看護基礎教育は診療に関する知識・技術教育が必要であることは分かっているながらも、身体的侵襲のある看護技術を行うことの制約等から教育内容を広げにくい状況にあると考えられる。しかし、新卒看護職員の看護基礎教育に対する要望が明らかになり、看護基礎教育はそれを受けとめ、応えていく必要がある。今までの技術教育を見直し、応用力を養う、より臨場感のある教育内容を取り入れていくことが必要だと考えられる。

#### 4. 4 看護の仕事の継続について

仕事で悩み辞めたいと思ったことがある者は80%以上いた。その悩み要因として「専門的知識・技術不足」「技術の未熟さ」が多く、辞めたい要因として「人の生死への精神的負担」「イメージと現実とのギャップ」「時間内に仕事が終わらない」「不規則勤務の負担」が多い。両要因を比較すると、悩み要因となったのは知識・技術面の不足、辞めたい要因となったのは精神面・生活面の負担であることが伺える。つまり、新卒看護職員は知識・技術不足で悩むことはあるが辞めようとすることは少なく、精神面・生活面での負担によって辞めようとすることが多いことが示唆された。「2004年 新卒看護職員の早期離職等実態調査報告書」では、悩み要因は「配属部署の専門的な知識・技術が不足」「医療事故を起こさないか不安である」「基本的な看護技術が身につけていない」であり、辞めたい要因は「自分は看護職に向いていないのではないか」「医療事故を起こさないか不安である」「ヒヤリ・ハット（インシデント）レポートを書いた」「勤務時間内に仕事が終わらない」<sup>12)</sup>であった。2004年の調査と今回の調査では、質問項目が同一ではないため単純な比較はできない。特に「自分は看護職に向いていないのではないか」という要因は、今回の調査では『向いていないと感じるにも要因があるのではないか』という考えから採用しなかった。しかし項目内容の傾向で見ると、悩み要因では両調査で同様の傾向が見られ、辞めたい要因では今回の調査は精神面・生活面の負担が上位を占めており、2004年の調査とはやや異なった傾向がみら

れた。辞めたい要因で精神面・生活面の負担が多い傾向にあることは、今回の調査で特徴的なことであるといえる。

病床規模別に辞めたい要因をみると「時間内に仕事が終わらない」「課題があり休めない」「私生活と仕事の両立困難」で500床以上の病院が他の病床規模の病院より有意に高かった。病床規模が大きい病院の方が、多忙であることでの負担が辞める要因となることが伺われた。現在行われている人員配置の充実や時間内で研修や会議を行うなどの組織全体としての取り組みを引き続き行っていくことが重要である。

また、先述で「看護実践の基礎を形成するには知識・技術だけではなく、なりたい看護師像を語り合える場、看護職としての態度や看護観を育てる場も必要だと考えられる。」とした。紫藤らは、1年目看護師は「職場に適応していく過程にあり、自由に自分を表現したり、看護について語り合うことが十分にできない状況」であり「自由に看護観を表現できるような場を、集合教育および職場内教育において、意識的に準備していくことが重要である」としている<sup>13)</sup>。新卒看護職員の看護職としての態度や看護観が育つには、先輩看護師の態度や看護観が影響を与えると考えられる。良い影響を与えられる先輩看護師がいて、なりたい看護師像などを語り合う場があると新卒看護職員の精神面・生活面の負担は軽減するのではないかと考える。

#### 5. まとめ

石川県内の卒後1年目の新卒看護職員に対し、実際に受けている研修の実態や求めている教育、離職に対しての思いを調査し、以下の結果が得られた。

1. ほとんどの新卒看護職員が新人看護職員研修を受けている。しかし、研修を受けていない者が全体で6.1%、1～199床の病院では11.8%であった。
2. 新人看護職員研修、配属部署での研修の内容は知識・技術が多い傾向であった。
3. 両研修に対して有益感を持っている新卒看護職員は90%以上であったが、もっと受けたかった配属部署研修がある者が40%以上おり、内容として「基本的な看護技術」や「疾患や薬剤に関する知識」が多かった。
4. もっと充実して欲しい看護基礎教育がある

者は80%弱おり、内容として「注射・採血などの技術」「薬剤知識」「医療機器の操作」「救急時の対応」が多かった。

5. 仕事で悩み辞めたいと思ったことがある者は80%以上であった。悩み要因は知識・技術面の不足が多いが、辞めたい要因は精神面・生活面での負担が多いことが示唆された。

#### 引用・参考文献

- 1) 日本看護協会：ニュースリリース 2006年 病院における看護職員需給状況調査. 2007.3.26, <http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2006/pdf/20070326-02.pdf>
- 2) 日本看護協会中央ナースセンター：2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査 報告書. 19-20, 2005.
- 3) 厚生労働省：第6回 第六次看護職員需給見通しに関する検討会 第六次看護職員需給見通し策定方針. 2007.10.29 閲覧, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1208-2d.html>
- 4) 厚生労働省：第六次看護職員需給見通しに関する検討会 報告書. 2007.10.27 閲覧, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1226-5.html>
- 5) 日本看護協会中央ナースセンター：2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査 報告書. 27-28, 2005.
- 6) 日本医療機能評価機構：自己評価調査票（一般病院用）Ver.5.0.2007.11.8 閲覧, 24, [http://www.jcqh.or.jp/html/documents/pdf/jikohyoukaV5/V5DATA\\_G.pdf](http://www.jcqh.or.jp/html/documents/pdf/jikohyoukaV5/V5DATA_G.pdf)
- 7) 小澤三枝子, 水野正之, 佐藤エキ子, 他：新人看護職員研修の推進に関する研究. 国立看護大学校研究紀要, 6(1), 3-9, 2007.
- 8) 厚生労働省保険局：「診療報酬の算定方法を定める件」等の改正等について（通知）. 2007.10.31 閲覧, 23-24, [http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp\\_0314-1\\_a\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp_0314-1_a_01.pdf)
- 9) 池田五十鈴：小規模病院の特徴を生かした人材計画. 看護展望, 27(1), 39-41, 2002.
- 10) 厚生労働省：新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会 報告書. 2007.11.5 閲覧, [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s\\_0310-6.html](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s_0310-6.html)
- 11) 久保江里, 前田ひとみ, 山田美幸, 他：新卒看護師の仕事に対する予想とのギャップと対処の実態—就職後3ヶ月後と6ヶ月後の縦断的調査から—. 南九州看護研究誌, 5(1), 45-52, 2007.
- 12) 日本看護協会中央ナースセンター：2004年新卒看護職員の早期離職等実態調査 報告書. 45-47, 2005.
- 13) 紫藤恵, 秋吉静子, 鈴木良子：卒業時, 看護婦1年目・3年目の看護観と看護実践に対する意識調査. 日本看護学会論文集：看護管理, 32, 267-269, 2002.

(受付：2007年11月16日, 受理：2008年1月25日)

## The Actual Conditions of in-Service Training and Turnover of Newly Recruited Nurses in Ishikawa Prefecture

Yumi YAMAZAKI, Kazuyo KAWASHIMA,  
Yukiko MOROE, Tomoe HASHIMOTO, Maki FUTAGI,  
Kinue SAITOU, Junko KUROUJI

### Abstract

The purpose of this study was to clarify the actual conditions of in-service training and turnover of newly recruited nurses in Ishikawa Prefecture. A total of 1,319 questionnaires were distributed and 687 valid responses were obtained, 247 of which were analyzed. The analyzed responses were from nurses who were employed in April 2006 and had nursing experience of 7 months or less. The results were as follows: 1. Among the newly recruited nurses, 6.1% (11.8% of those at hospitals with 1 to 199 beds) received no new employee training; 2. New employee training focused mainly on knowledge and techniques; 3. At least 90% of the new-employee training participants reported that the training was beneficial; however, at least 40% of the participants reported that they had wanted to cover other topics; 4. Almost 80% of the nurses felt that basic nursing education is in need of further development; and 5. At least 80% of the nurses reported having work-related problems or considered leaving the job, due mainly to reasons attributable to mental and lifestyle issues.

**Key words** newly recruited nurses, in-service training, turnover,  
research on the actual condition

## 活動報告

# 能登半島地震被災地における地域看護学実習で 学生が捉えた住民の援助ニーズと保健師の役割

田村須賀子, 曾根志穂, 金子紀子

## 概要

能登半島地震被災地における地域看護学実習において、学生が捉えた被災地住民の援助ニーズと保健師の役割を明確にする。被災地で実習し同意の得られた14名の学生の実習記録から、①被災地住民の生活状況と援助ニーズ、②保健師による個別支援、③保健指導技術、④保健師の地域保健活動、に関する事項を取り出し内容を分析した。

学生は、被災地住民の生活状況の困難な側面を把握するとともに、「住民同士のネットワーク」「今後の生活に前向きな考え」という、地域住民の持つ力・可能性を捉えていた。被災地における地域保健活動として、「住民が必要時身近に相談できるサービスを創る」「必要な社会資源の利用を勧め、関連職種と連絡・調整する」「地域サポート体制をつくる」なども捉えられていた。

地域看護学実習担当教員としては、被災地での健康課題と地域保健活動に身を置くという実習の意義に価値を見出し、実習指導方法を検討する必要があると考えられた。

**キーワード** 能登半島地震, 地域看護学実習, 住民の援助ニーズ, 保健師の役割

## 1. はじめに

2007年3月25日に能登半島地震が発生し、当該市町とその住民に甚大な被害をもたらした。

石川県立看護大学(以下、本学)の2007年度地域看護学実習では、被災7週間後に当該保健所・市町を臨地実習地に予定していた。実習受け入れ先の保健所・市町にあつては、避難所・仮設住宅への健康生活上の支援を中心とした、市町の復興に向けた取り組みの中、実習学生の受け入れは負担となりうると考えられた。また学生が被災地に出向くことへの安全面に配慮する観点も必要という意見もあった。しかし当該保健所・市町に対し実習の受け入れを依頼した。

その理由は、被災地において保健所・市町保健師は、地域保健活動という本来機能を発揮しており、「保健師の地域保健活動の原点となる基本的要素が多く、その場に身を置いて学ぶ経験は極めて価値が高い」と考えられたからである。また地域保健法第4条第1項に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」においても、「地域における健康危機管理体制の確保」が地域保健対策の推進の基本的な方向の1つに掲げられ、地方自治体保健衛生部門の役割を位置づけており、その行政機関に所属する保健師も

多大な役割を担うことが期待されている<sup>1-3)</sup>。

このような経緯から、能登半島地震被災地における地域看護学実習での学生の学びを報告し、修得状況・その他の波及効果について検討することは、必要であり意義があると考えられる。なお災害看護関連領域においては、保健師学生の講義・演習の授業展開を分析した研究報告<sup>4)</sup>はあるが、被災地での実習を取り扱ったものは見あたらなかった。

本稿は、能登半島地震被災地における地域看護学実習で、学生が捉えた住民の援助ニーズと保健師の役割を明確にし、今後のより有意義な地域看護学実習・演習に向けての指針を得ることを目的とする。

## 2. 研究方法

### 2.1 調査対象

能登半島地震被災地である1市2町において地域看護学実習を行った学生の実習記録における、地震による被災とその復興に関する記述部分である。

(1) 能登半島地震被災地における2007年度地域看護学実習の概要

本学における地域看護学実習(3単位135時間)は、2003年度より3週間ずつの日程で3

班に分かれ、5月～7月に実施している。保健所実習2日間、市町村実習7日間、学内実習6日からなり、実習事前準備として3月～4月には、実習予定市町の地区把握のグループワークと、保健所合同説明会への参加を勧めている。

この年度の、被災地域における実習期間、学生数、実習内容の概要については表1のとおりである。

(2) 能登半島地震被災地における保健師の地域保健活動の概要

能登半島地震被災地の被害状況と保健師の地域保健活動の概要は表2のとおりである。本報告におけるデータの背景になるものとして概要を示した。

2.2 調査項目

上記調査対象の、学生の実習記録における地震による被災およびその復興に関する記述事項から、次の項目に関する内容をとりだす。

- ① 学生が把握した被災地住民の生活状況と援助ニーズ
- ② 学生が捉えた被災地での保健師による個別支援
- ③ 学生が学んだ被災地住民に対する保健指導技術
- ④ 学生が考察した被災地での保健師の地域保健活動

2.3 データ収集方法

能登半島地震被災地である1市2町において地域看護学実習を行った学生17名のうち同意が得られた者14名の実習記録から情報収集する。実習記録指導については、実習要項に基づき全実習学生に向けた説明をする。実習要項には、記録用紙ごとに留意事項・記載例を示している。被災地で実習した学生に対し他の学生と異なる説明はせず、地震による被災およびその復興に関する事項の記録を促すこともしなかった。

記録用紙は様式1～8まであり、まとめのレポートと併せて実習記録とした。実習記録から、地震による被災およびその復興に関する事項が記載されている部分を取り出して転記する。転記記述の取り出し元となった記録用紙は表3のとおりであった。情報提供学生には、実習記録の取り出し元を示した上で、転記内容を確認してもらい。転記により意味が異なってしまった表現などを加筆修正し、分析データとして使用することに合意できない部分を削除してもらい。以上の手順により合意が得られたデータから、調査項目について調べる。

2.4 分析方法

地域看護学実習記録における能登半島地震被災およびその復興に関する事項を転記したデータから、上記調査項目に関する記述を取り出す。

表 1. 能登半島地震被災地における 2007 年度地域看護学実習の概要

		A 市町		B 市町	C 市町
期間	管内保健所	5.16-17(2日間)	6.27-28(2日間)	6.6-7(2日間)	6.27-28(2日間)
	当該市町*	5.22～5.31(6日間)	7.3～7.12(7日間)	6.12～6.21(7日間)	7.3～7.12(7日間)
学生数		4人	4人	4人	5人
実習内容	被災関連保健事業参加等	1)講義「能登半島地震災害支援の保健師の役割について知る」 2)仮設住宅訪問	1)被災者の健康調査訪問 2)講義「能登半島地震災害支援の保健師の役割について知る」 3)健康相談(仮設集会所) 4)仮設住宅家庭訪問 5)仮設住宅「心のケアハウス」見学	1)講義「能登半島地震災害支援の保健師の役割について知る」 2)仮設住宅訪問、災害時の支援活動についてのオリエンテーション 3)仮設住宅にて健康教育「高血圧を予防しよう」	被災者の健康調査訪問(自宅または仮設住宅)
	通常業務の保健事業参加等(一般的名称に一部変更)	乳幼児健康相談 ポリオ予防接種 ブックスタート 1歳半健診 フッ素説明会 グループ支援(健康教育) がん検診 サービス担当者会議 認知症予防教室・サポーター養成講座	三歳児健診 グループ支援(健康教育) 健康づくりスポーツ会 がん検診 地域ケア会議 家族介護予防教室 認知症予防教室	3ヶ月・7ヶ月児健診 1歳半健診 地区公民館健康教室・健康相談(健康教育) リハビリ友の会自主活動	4ヶ月児健診 BCG予防接種 離乳食教室 乳幼児健康相談 保育園訪問 男性の料理教室 介護予防教室 認知症予防教室 リハビリ教室 食改講習会

\*:当該市町での実習期間の5日目は帰校日





その記述を内容の類似性により、調査項目に見合った見出しを付けながら分析し、記述の分類・統合を行った。また各見出しの内容を記述していた学生の人数を調べた。次に調査項目①を概観して「被災地住民の健康生活上の援助ニーズ」を、調査項目②～④を概観して「被災地における保健師の役割」を検討する。

本稿では、この後詳細に分析する方法の検討も含めて、全体を捉えることを優先した。実習記録は、例えば一人の学生が一つの事象をいくつかの観点述べ、また詳細に記述したものもあれば、一言で完結させるものもあり、その表現は多様で一貫性が無かったためである。

これら分析方法の適切性を確保するために、取り出した記述、分類・統合の記述と見出しを筆者（共同執筆者含む）間で読み合わせた。なお本稿の筆者は、本学地域看護学担当教員のうち、能登半島地震被災地での実習担当者である。

## 2. 5 調査期間

2007年7月20日～2007年9月30日

## 2. 6 倫理的配慮

学生の実習記録をデータとして使用することは、実習記録の目的外使用にあたり、学生に同意を得る必要がある。しかし教員が学生に協力依頼するときの関係性に充分配慮する必要がある。研究目的・計画を説明し、協力依頼し、協力の諾否については本人の自由意思によるものであることを伝える。自由意思による決定を保証するために、後日同意書の提出をもって回答してもらう。なお学生に研究協力の依頼をする前に、本学倫理委員会において倫理審査を受け承認を得た。

情報収集においては、被災地住民情報も含まれることもありうるので、居住地区が特定でき

る表現を避け、プライバシーを保護する。ただし能登半島地震被災地での実習学生と限定していることから、地域については特定される可能性もある。このことを説明し、被災地市町実習担当保健師とその所属長から、調査実施についての同意を書面で得た。

データは本調査以外の目的で使用することはなく、記録内容から被災地住民や臨地実習地保健師・学生等の個人が特定できる情報を削除して分析対象データとする。分析対象データ内容の消去や修正について、保健師・学生の希望に添うことを伝えた。

## 3. 結果

### 3. 1 学生が把握した被災地住民の生活状況と援助ニーズに関する記述

学生が把握した被災地住民の生活状況と援助ニーズに関する記述例を表4に示した。被災した地域住民の「受けた被害・影響は様々で被災住民には多様なニーズが存在する（6人の学生が記述した、以下人数のみ記載）」「地域には被害の爪痕が未だに残っている（5人）」「心理的・精神的な影響を受けている（4人）」「生活環境の変化による健康障害の発症や悪化が想定される（12人）」「今後の生活に不安を感じている（5人）」「生活環境の変化に直面している（6人）」「今後の生活を前向きに考えている（5人）」「周囲から孤立した状態になる（6人）」「住民同士のネットワークがある（6人）」「保健サービスが受けられない（4人）」、であった。

### 3. 2 学生が捉えた被災地での保健師による個別支援に関する記述

学生が捉えた被災地での保健師による個別支援に関する記述例を表5に示した。被災地住民に対し「生活支援（6人）」「こころの支援（6

表 3. データの取り出し元

(人)

実習期間	A市町		B市町	C市町
	1班目	3班目	2班目	3班目
記録用紙1 実習目標(学びたいこと)		4	1	
記録用紙2 実習計画書(関心のある分野)	4	4	4	
記録用紙3 日誌	4	4	4	2
記録用紙4 保健事業の概要		4		2
記録用紙5-4 家庭訪問記録(考察の部分)	4	2	4	
記録用紙6 健康教育				
記録用紙7 地区把握				
記録用紙8 地域看護診断と保健師の役割	4	4	4	
まとめのレポート	2	3	3	

人)」「孤立予防(3人)」「介護予防(2人)」「疾病予防(4人)」「療養生活支援(2人)」,をするという保健師による個別支援があった。

### 3.3 学生が学んだ被災地住民に対する保健指導技術に関する記述

学生が学んだ被災地住民に対する保健指導技術に関する記述例を表6に示した。被災地での保健指導の技術としては「質問票により情報を集めることで要支援の対象となるかどうかの判断を行う」「健康相談では、血圧を測定しながら、身体の調子はどうか?健康に対する不安や生活に困難はないかを聞き記録し、住民の思い

を受け止める」「相手が話す言葉をそのまま受け入れ、思いを傾聴・共有する」「一方的にならないように実施し、仮設での生活の事も考えて、より生活に密接で簡単な方法を提案する」「不安を本人の言葉で話してもらうことで、現在の生活の受け入れと気持ちの整理を促す」「被災者のセルフケア能力が高まるように、手をかけすぎではなく、必要な支援を判断し提供する」「被害の大きさ、回復過程やスピードも、人によって大きく違う。それぞれの人に合わせた支援をする」、などがあった。

表 4. 学生が把握した被災地住民の生活状況と援助ニーズの記述例

学生による記述例	
受けた被害・影響は様々で被災住民には多様なニーズが存在する(6)	
	・仮設住宅入居者は、受けた被害の大きさや現実の受容過程の段階、年齢や現病歴によって、ニーズが多様である。 ・自宅崩壊の悲しみから回復できずに落胆している人、家を建てる資金がなく仮設が終了する2年後に不安を感じている高齢者単独世帯、地震の恐怖により活動することに抵抗を感じている人、生活場所が変化し、慣れない生活にストレスを抱えている人、悲しみから回復し前向きな生活を送られている人など様々な受容段階があった。
地域には被害の爪痕が未だに残っている(5)	
	・家が崩れている所もあれば、道が崩れているところもあり、大きな被害を受けて市町自体の復興も大きな課題になる。 ・住めなくなった家がそのまま残り、ビニールシートで覆われ、地震の爪痕が残され復興には時間がかかりそうだ。
心理的・精神的な影響を受けている(4)	
	・仮設住宅での生活は自宅崩壊など止むを得ない事情により余儀なくされた結果であり、自ら望んで入居したわけではない。地震は建物などの物理的な被害だけでなく、約2か月経過した今でも人々の心身に大きな影響を及ぼしていた。 ・自宅がなくなり住みなれた土地から仮設へ移ることを強いられた方の心理的影響は大きく、前向きに頑張らなければならないと思いつつも「心が暗い」との発言も聞かれた。自宅が半壊した住民や、仮設住宅で生活する住民に話から、生活の苦労やこの先への不安、孤独感・寂しさ等、様々な思いがあった。
生活環境の変化による健康障害の発症や悪化が想定される(12)	
	・地震による精神的ショック・恐怖や不安、仮設住宅での慣れない生活による疲れやストレス、生活不活発病などにより、被災者の心身の健康レベルが低下している。特に高齢者が多い地域の特性ため、影響が心身に著名に表れやすい。 ・震災によって、被災したこと自体ストレスであるほか、仮設住宅での生活が身体や精神に影響し健康障害を引き起こし、倒壊した住居の修復や新築への経済的な負担で、体に目を向けられないなど、保健行動も大きく変化する。
今後の生活に不安を感じている(5)	
	・入居者の中には壮年期の者もあり、住宅だけでなく、職を失い、今後の生活再建の見通しが未だに立たない方がいる。 ・仮設住宅は入居期間が2年と限られており、退去後の生活の場の確保に対して不安を抱いている。
生活環境の変化に直面している(6)	
	・生活環境の変化は大きかったが、震災前と比べて生活習慣はさほど変わらず、仮設住宅での生活に徐々に適応している。 ・仮設住宅の台所の使い勝手が悪いことに不便さを感じている。
今後の生活を前向きに考えている(5)	
	・仮設住宅入居者は想像していたよりも表情が明るく、「前向きに考えるようにしとる」と言うが、これまで様々な思いがあった。 ・震災直後は、あわただしく今後のことを考える余裕はなかったが、今は落ち着き、今後の生活について考えるようになった。 ・家屋を失ったショックは大きかったが、住宅再建に見通しが立っており、今後の生活について前向きに思っている。
周囲から孤立した状態になる(6)	
	・仮設住宅に入居することで、これまであった地域住民同士の交流、助け合いが持ちにくい環境になってしまっているケースもある。「仮設住宅の隣の人を知らない」「近所だった人がいない」などの声も聞かれ、隣人の変化が与える影響が強い。 ・震災によって、仮設住宅の新しいコミュニティに馴染めない住民がいる。
住民同士のネットワークがある(6)	
	・仮設住宅では、居住者同士のつながりが強いと感じた。それは顔なじみ同士で仲間意識が強いからだと思った。 ・仮設住宅には周りの人との交流が少ないイメージがあったが、実際はお互いを大切に力を出し合って生活していた。 ・災害時には、住民同士のネットワークによって、支援活動がスムーズに進むことが多かった。
保健サービスが受けられない(4)	
	・仮設住宅入居で移動手段なく、参加していた保健サービスに参加できなくなった人が、再び参加できる体制に不備がある。 ・保健センターで行っている保健事業が実施できなくなってしまうこともあり、多くの人の健康の維持増進を妨げることもある。

\* () 内の数字は、類似内容を記述した学生の実数

### 3. 4 学生が考察した被災地での保健師の地域保健活動に関する記述

学生が考察した被災地での保健師の地域保健活動に関する記述例を表7に示した。被災地の保健師は「住民が必要時身近に相談できるサービスを創る(9人)」「必要な社会資源の利用を勧め、関係職種と連絡・調整する(8人)」「保健師も心の自己管理する(5人)」「災害時の地域保健活動で被災者の健康や生活の確保、要援護者の安否確認など多くの業務をこなす(4人)」「健康調査家庭訪問により住民のニーズを把握する(9人)」「保健所・市町保健師、関係職種、住民ボランティアと連携し地域サポート体制をつくる(9人)」「民生委員・ボランティアなどの住民リーダーのもつ力を引き出す(10人)」「関係機関・職種間のコーディネートする(11人)」「他地域からの医療職・ボランティアの応援を受け入れる(8人)」「通常業務を再開する(4人)」「平常時からの地域保健活動を積

み重ねる(6人)」「緊急事態の備えをする(3人)」を行っていた。

## 4. 考察

### 4. 1 被災地住民の健康生活上の援助ニーズ

学生は、被災約2~3ヵ月後に地域看護学実習で臨地実習地に出向いた。そしてその時期の被災地住民に、直接あるいは保健師を介して関わり、健康生活上の援助ニーズを把握していた。

「地域には被害の爪痕が未だに」残っており、住民は「心理的・精神的な影響を受け、生活環境の変化による健康障害の発症や悪化が想定される」「今後の生活に不安を感じている」という生活状況の困難な側面を把握していた。その一方で「住民同士のネットワーク」「今後の生活に前向きな考え」という、地域住民が持つ力・可能性をも見出していた。

自然災害において人々に発生するニーズは医療ニーズのみではない。食事・運動・清潔、衛

表 5. 学生が捉えた被災地での保健師による個別支援

内容分類項目	学生による記述例
生活支援(6)	・仮設入居に伴う生活環境の変化に対して入居者の生活状況を把握し、支援内容について考える。 ・対象者の方が地域で望む生活が送られるようにニーズを把握して支援していく。 ・仮設から出た後の生活について本人・家族にとって良い方法を一緒に考え支援していく。
こころの支援(6)	・明るさや、元気な表情の裏には、辛い現実やどうしたらいいのかわからない不安などもあり、言葉や表情だけでなく見えない心の部分を支援していく。 ・被災者に健康状態や困っていることがないか等の話を聞くことにより不安の軽減を図る。 ・地震の恐怖や生活場所の変化、慣れない生活からくるストレスや周りに知り合いがいらない不安と精神症状への影響を確認し、援助の必要性や程度を把握し、安心して生活できるよう対応する。
孤立予防(3)	・高齢者単独世帯など、地域で孤立することがないように支援していく必要がある。 ・仮設住宅入居者の中には、生活環境が変化し、親しくしていた人と離れてしまうケースもあり、隣人との交流の有無、頼れる人がいるかどうかの把握が重要で、さらに住民の間に入り、新しい地域交流を促進させていく。
介護予防(2)	・仮設に入居した被災者の心身の状態を把握して必要な支援を行い、介護が必要になる状態を防ぎ、現在の状態を維持できるよう支援している。 ・地震による家の状態で活動のしにくさ、転倒の恐れがある。家を修復するまでに転倒しないよう、安全に移動できる方法を本人と考え、提案していく。
疾病予防(4)	・疾患の管理(通院・服薬など)ができていかどうか確認し、医療機関と連携をとりサポート体制を整えていく。 ・健康問題を抱えた人だけでなく、健康問題を抱える恐れのある人にも積極的に働きかけ、未然に防ぐ。
療養生活支援(2)	・慢性疾患、通院療養中の住民を支援し、精神障害者への震災後のフォローをし、生活支援する。

\* () 内の数字は、類似内容を記述した学生の実数

表 6. 学生が学んだ保健指導技術の記述例

<ul style="list-style-type: none"> <li>・質問票により情報を集めることで要支援の対象となるかどうかの判断を行う。</li> <li>・健康相談では、血圧を測定しながら、身体の調子はどうか?健康に対する不安や生活に困難はないかを聞き記録し、住民の思いを受け止める。</li> <li>・予想を立てて、話しを聞くことも大切だが、必要以上に先入観を持たずに、相手が話す言葉をそのまま受け入れ思いを傾聴・共有することが、より大切だ。</li> <li>・健康教育では、一方的にならないように実施し、仮設での生活の事も考えて、より生活に密接で簡単な方法を提案する。</li> <li>・家庭訪問では、在宅している家族にも面談するようにし、本人の表情、話す内容からその人の情報を集めることが重要である。</li> <li>・本人の感じている不安を本人の言葉で話してもらうことで、現在の生活の受け入れと気持ちの整理を促す。</li> <li>・被災者のセルフケア能力が高まるように、手をかけすぎのではなく、必要な支援を判断し提供する。</li> <li>・被害の大きさ、回復過程やスピードも、人によって大きく違う。それぞれの人に合わせた支援をする。</li> </ul>
---

(12)

\* () 内の数字は、類似内容を記述した学生の実数

表 7. 学生が考察した被災地での保健師の地域保健活動の記述例

学生による記述例	
住民が必要時身近に相談できるサービスを創る(9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健師が出向いて被災者の支援の必要性を把握することも大切だが、住民が自ら相談できる環境を整える。</li> <li>心のケアハウスに保健師が常駐し、慢性疾患(特に高血圧)を抱える人が、不眠だった日、余震のあった日、何と無く調子が悪いと自覚した時に来ることが多く、自分の体が心配になった時、身近に相談できることが住民の安心へとつながっている。</li> <li>いつでも相談したいときは遠慮なく言って欲しいこと、いつでも協力するということを理解してもらうことを住民に伝えていく。</li> </ul>
必要な社会資源の利用を勧め、関係職種と連絡・調整する(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>要介護高齢者も、介護者も高齢者であり、対象に必要な社会資源の利用を勧め、連絡・調整する。</li> <li>個々の状況に応じて、どのサービスやどの資源につなげていこうか、またいかに自助力を高められるよう支援していくかを考える。</li> <li>市町の保健師からの情報を収集して整理し、災害対策本部・医療機関に情報提供、必要な支援の要望を伝える。</li> </ul>
保健師も心の自己管理する(5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>現地の保健師自身も被災者であり、心理的・身体的負担は大きく、自身の心のケアも実施しながら長期的に住民を支える。</li> <li>研修会・講演会や勉強会の企画・調整・実施し、市町の保健師の参加を促す。</li> </ul>
災害時の地域保健活動で被災者の健康や生活の確保、要援護者の安否確認など多くの業務をこなす(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害直後には、被災者の健康や生活の確保、避難所の設置などの対応、要援護者の安否確認、ボランティアや関係者の調整など、多くの業務をこなすことが重要な役割である。</li> <li>震災時、保健師の役割は、はじめは要介護者、一人暮らしの高齢者などの安否確認を行い、受療・服薬・介護サービスを継続できるように、避難所の巡回、在宅にいる方の訪問など、住民の状態の把握を行わなければならない。</li> </ul>
健康調査家庭訪問により住民のニーズを把握する(9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>家庭訪問し、調査票をもとに、全体的に気になっている事はないか、不調はないか、心配事はないかを確かめていく。面接によって被災者の声を直接聞き、精神的な支援や状況に応じて情報提供を行う。</li> <li>結果を市町の保健師に報告し、健康問題がある人や、もっと詳しく把握する必要がある人に対応してもらえるようにする。</li> <li>災害後、住民が今のサイクルにいるのか、何が必要かと先々への関わりをしていくことで、早期に発見し対応する。</li> </ul>
保健所・市町保健師、関係職種、住民ボランティアと連携し地域サポート体制をつくる(9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害時の保健師の活動は、市町の保健師は、地域住民に直接訪問へ行くなどの活動が多く、保健所保健師は情報を収集・伝達したり、スタッフ配置や指令を行うなど、調整する活動が主である。</li> <li>住民同士で関心を持ち、助け合い励まし合うなど、コミュニケーションを取ることでストレス発散にもつながる。平常時にも緊急時にも住民同士のネットワークづくりをすることが大切であり、同様に多職種の連携・調整も平常時から密にしておく。</li> <li>仮設住宅で生活している住民同士の交流が深められるよう、隣近所との人間関係の構築・コミュニティの形成を促進する。</li> <li>緊急時に医療的な対応が必要な疾患を持つ独居高齢者など、生活援助員やボランティアの方たちと連携し、仮設住宅の周りに必ず誰かがいるという特性を活かし、地域サポート体制づくりをしていく。</li> </ul>
民生委員・ボランティアなどの住民リーダーのもつ力を引き出す(10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康相談では、ボランティアグループと連携し、保健師だけで行うよりも多様な企画をすることができるようにする。</li> <li>仮設でのボランティア、生活援助員との連携をして入居者の生活について把握し、問題があった際には支援や訪問を行う。</li> <li>グループ支援の保健師の姿勢として、後方から見守ることで住民のもっている力を保ち、引き出すことができる。</li> <li>民生委員や地区のリーダーに住民の安否確認を依頼する等して、迅速に情報収集することができた。</li> </ul>
関係機関・職種間のコーディネートする(11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町・住民、関係機関がうまく連携できるように関係機関・職種間のコーディネートをする。</li> <li>あらゆる関係者から情報収集をし、その情報を整理して、調整を行う。</li> <li>災害という特別な事態の時に、それぞれが連携して効率よく復旧できるよう調整する保健師の役割が大切だと思った。震災の際には何でもしますではなく、今何が必要なのかを自分で考え行動できる医療従事者が求められている。</li> </ul>
他地域からの医療職・ボランティアの応援を受け入れる(8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>県や看護協会等に保健師派遣を要請し、ボランティアや外部からの応援を調整し、連携、関係づくり、役割分担する。</li> <li>地震災害支援については調整役ならではの苦勞があり、派遣する側・される側の改善点がある。派遣スタッフは、現地保健師も被災者であるということを念頭に置き、住民のみでなく、現地保健師も支援の対象であると認識して行動する必要がある。</li> </ul>
通常業務を再開する(4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害後3か月弱経過した現在では、通常業務をこなすと共に、仮設入居者や生活援助員、地域住民の方々と情報共有、連携しながら心身の健康や生活の援助を行っていく必要がある。</li> <li>保健事業が実施できなくなってしまうこともあり、がん検診・乳幼児健診などを受診できなかった住民に対応していく。</li> </ul>
平常時からの地域保健活動を積み重ねる(6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常から要援護者を把握し、保健師が関わっていた者、受診をしていた者、健康障害があった者に対して、電話や訪問を行い現在の状況を確認する。確認の結果、訪問指導など必要なフォローを行っていく。</li> <li>普段から要介護者の訪問時の記録をしっかりと残すなど、災害発生時に対応しやすい体制づくりをしておく必要がある。</li> <li>民生委員等と連携し、コミュニティのつながりを強くしておく。</li> <li>住民への影響を把握するためには、被災する前の住民の特性や地域の特性もよく把握しておく。</li> </ul>
緊急事態の備えをする(3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>平常時から災害時の対応について、関係者に対する研修会・訓練を行う。・災害発生時の対応マニュアルをつくる。</li> </ul>

\* ( ) 内の数字は、類似内容を記述した学生の実数

生・温度・騒音，療養・生活支援などの健康状態の悪化を防ぐためのニーズが，中長期的な生活支援という観点で重要となる<sup>12)</sup>。災害発生直後に最初に求められることは，人命救助である。それが一段落した後の住民生活は，生活環境や社会生活が急変したことにより，これまでの生活習慣・生活スタイルの変更を余儀なくされることになる。また被災者は，避難所・仮設住宅での制限された生活環境，災害で多くを失った経験，生活再建の厳しい現状を抱えている<sup>2)</sup>。

このような地震災害の被災地住民の生活状況については，これまでの調査研究報告で示されてきている<sup>12-16)</sup>が，学生は臨地実習地で現実の事象として，被災地住民の健康生活上の援助ニーズを把握してきた。さらにそれらに加え，住民同士の助け合い・支え合いのネットワークという，その地の住民の持つ力も捉えていたと考えられた。

被災半年後の当該地区保健師の報告によれば，避難所から仮設住宅そして復興住宅へと順次生活の場を移行していくが，このとき被災者の間で生活再建能力の格差が明らかになるといえる<sup>2)</sup>。学生は，被災約2～3ヵ月後の時期に被災地住民に関わって「被害状況に差があり，地震の影響は様々でニーズが多様である」ということも把握していた。このことは学生が，被災地住民を集団と個別の両面で捉えており，この後の復興過程で生活再建能力の格差が顕著となり，容易に再建できない人々が仮設住宅に残り孤立するという可能性を予測することもできると考えられた。

#### 4. 2 被災地における保健師の役割

学生は，「こころの支援」「孤立予防」などの被災地における保健師による個別支援の他，被災地に特異な保健指導技術として「仮設での生活の事も考えて指導する」「被害の大きさ，回復過程やスピードも，人によって大きく違う。それぞれの人に合わせた支援をする」必要性を述べている。被災地だからこそ強化・配慮すべき保健指導技術としては，「質問票により情報を集め，要支援対象者の判断を行う」「相手が話す言葉をそのまま受け入れ，不安・想いなどを傾聴・共有し，現在の生活の受け入れと気持ちの整理を促す」「被災者のセルフケア能力が高まるように，手をかけすぎではなく，必要な支援を判断し提供する」と捉えられていた。

さらに学生は被災地における地域保健活動として，「健康調査家庭訪問により住民のニーズを把握する」他，必要時身近に相談できるサービスを創り，関係機関・職種間のコーディネート・連携し地域サポート体制をつくることを挙げていた。「住民がもつ力を引き出す」「他地域からの応援を受け入れる」ということも重要であると述べていた。

保健師が関与した健康危機管理事例で保健師の活動実施率を調べた研究報告<sup>12-13)</sup>には，健康危機の種別によらず共通して高かったのは，被災者に対する「健康調査票の準備・作成」「健康調査の実施」「個別の相談による不安・混乱の受け止め・精神支援」「個別の相談による健康管理への教育」であった<sup>2,13)</sup>。また「継続的支援」「ニーズ充足のために必要な関係者との調整」などの患者管理に責任をもつ間接的な役割があること，「関係機関の実務者同士の情報交換，問題の共有」「関係機関への経過報告と今後の対策についての協議」という，個別の問題を組織的な解決過程へと転換していくための体制づくりに向けた活動もあった<sup>12-13)</sup>。

このことを学生が捉えた被災地における保健師の個別支援と地域保健活動の結果に照らすと，「健康調査票の準備・作成」「健康調査の実施」「個別の相談による不安・混乱の受け止め・精神支援」「被害の大きさ，回復過程やスピード，セルフケア能力など個々のニーズに見合った健康管理」「必要な関係者との情報交換・問題の共有・調整と地域サポート体制づくり」という保健師の役割について概ね捉えることができていたと考えられた。

文献ではこれらに加えて目の前の被災者だけでなく，健康危機発生により健康面および生活面へ何らかの影響を受けると考えられる全住民，また健康危機発生という事態によって引き続き新たに予測される健康問題にも対応し，予防するという責務を担うとある<sup>2,16)</sup>。予測される健康問題を予防することについての学びは，不十分であったと思われるので，残された修業期間あるいは卒業教育において対応していく必要がある。

#### 4. 3 被災地における地域看護学実習の意義と今後の課題

保健師が行う地域保健活動は平常時においても，まず受け持ち地区に住む人々の生活実態と

健康問題を把握し、看護職として取り組むべき活動は何かを明らかにし、住民の生活に見合った方法で、住民の持てる力を見出し・活用しながら、必要な援助提供をしていくものである<sup>17)</sup>。地区住民の生活実態と健康問題の把握方法として、保健師は家庭訪問や健康教育・相談などの日々の実践活動で情報収集する。必要があれば、実態調査を実施することもある。

本学の地域看護学実習では、地域保健活動のこのような特徴を臨地実習地で確認することを目的としている。しかし情報収集・ニーズ把握から援助実施・評価という活動の過程は年度ごとに展開され、学生の実習期間中では、その過程の一つの断面を確認するに止まる。地域保健活動の全過程としての理解は、学内で教員が補完的に説明してきたという経緯がある。

被災地における地域保健活動においては、経過とともに変化するニーズを把握し、潜在している課題および今後予測される課題について対応の必要性を検討し、保健事業の企画と提案を行う<sup>18)</sup>。今回学生が臨地実習地に出向いた、被災約2~3ヵ月後という時期にあつては、2~4週間単位で、情報収集・ニーズ把握から援助実施・評価という活動のプロセスが展開されていた。学生は、その場に身をおいて、被災地住民の健康生活上の援助ニーズと保健師の役割を捉えていた。

すなわち「被災地における保健師の地域保健活動は、その活動の原点となる基本的要素が多く存在し、その場に身を置いて学ぶ経験は極めて価値が高い」ということを改めて確認することができた。また「被災地における保健師の地域保健活動」を事例として示しながら、地域看護方法論および地区活動論の講義・演習を企画・実施していくことも有効であると考えられた。実習担当教員としては、臨地実習地の保健師・関係職種の了解を得て、被災地の困難な状況に配慮しつつも、今その地にある健康課題と地域保健活動を学生に実体験させる意義を重視し、そこに価値を置いた実習の教育方法を検討する必要があると考える。

#### 【謝辞】

本調査のデータ収集にあたり、自身の実習記録を使用させていただいた学生の皆様、学習の機会を与えてくださった臨地実習地の保健師諸姉ならびに関係者の皆様に、深く感謝申し上げます。

ます。

また被災された住民の方々が、将来に向けて希望が持て、安心安定した生活を送れるという、その日が1日も早く訪れますことを心よりお祈り致します。

#### 【引用・参考文献】

- 1) 地域保健対策の推進に関する基本的な指針，平成6年12月1日厚生省告示第374号，最終改正：平成15年12月26日厚生労働省告示第461号，
- 2) 牛尾裕子：地域の健康危機に対する活動，最新地域看護学各論2，日本看護協会出版会，204-232，2006.
- 3) 地域における健康危機管理のあり方検討会：地域における健康危機管理について—地域健康危機管理ガイドライン—，<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/guideline/index.html>，2001.
- 4) 長谷部史乃，小原真理子：保健婦学生が災害看護論を通して学んだ保健婦・士の役割．日本地域看護学会誌4(1)，120-125，2002.
- 5) 厚生労働科学研究補助金特別研究事業：新潟県中越地震被災者の健康ニーズへの緊急時および中期的支援のあり方の検討（「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究（主任研究者 近藤達也）」分担研究者 井伊久美子），2005.
- 6) 厚生労働省社会・援護局総務課：平成19年（2007年）能登半島地震による被害状況及び対応について（第4報），平成19年3月28日17:00現在，<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/03/h0328-5.html>
- 7) 厚生労働省社会・援護局総務課：平成19年（2007年）能登半島地震による被害状況及び対応について（第12報），平成19年4月20日17:00現在，<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/04/h0420-5.html>
- 8) 石川県消防防災Web：平成19年（2007年）能登半島地震に関する被害の状況，平成19年3月28日21:00更新，<http://www.bousai.pref.ishikawa.jp/top.asp>
- 9) 石川県消防防災Web：平成19年（2007年）能登半島地震に関する被害の状況，平成19年9月18日17:00更新，<http://www.bousai.pref.ishikawa.jp/top.asp>
- 10) 兼間佳代子：能登半島地震における保健所の保健活動，日本災害看護学会（7/30）配布資料

- 11) 飛岡香：能登半島地震における保健活動，石川県保健師長会研修会（H 19.10.8）配布資料
- 12) 井伊久美子：災害看護学構築に向けて 被災地における保健師の地域保健活動. 看護教育, 47(3), 205-208, 2006.
- 13) 厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業：地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究（主任研究者 宮崎美砂子），平成 14 年度～平成 16 年度総合研究報告書，2005.
- 14) 厚生労働科学研究費補助金がん予防等健康科学総合研究事業：地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究（主任研究者 宮崎美砂子），平成 15 年度総括・分担研究報告書，2004.
- 15) 宮崎美砂子：現場が動く！健康危機管理 健康危機時に求められる保健活動 保健師の健康危機事例への関与の実態から見えてきたもの. 公衆衛生, 69(11), 924-927, 2005.
- 16) 奥田博子：新潟県中越地震と阪神・淡路大震災の比較から災害発生時の保健師の地域保健活動を考える. 公衆衛生, 69(6), 468-470, 2005.
- 17) 平山朝子：地区活動計画づくり，最新地域看護学総論，日本看護協会出版会，97-118，2006.
- （受付：2007年11月12日，受理：2007年12月17日）

## The Needs of Communities and the Roles of PHNs/CHNs Identified in Baccalaureate Nursing Students' Reports to Complete PHN/CHN Practicum in Stricken Area after Notohanto Earthquake

Sugako TAMURA, Siho SONE, Noriko KANEKO

### Abstract

The article defines the needs of communities and the roles of public health nurses/community health nurses (PHNs/CHNs) by exploring baccalaureate nursing students' reports in order to develop teaching-learning strategies for public health nursing/community health nursing (PHN/CHN) practicum in stricken area after Notohanto earthquake.

The following paragraphs were extracted from 14 students' reports: the needs of the individuals, families, and aggregates; nursing care; nursing skills, PHN/CHN practices.

The students defined that the population in stricken area after earthquake have a hard life. They mentioned the following roles of PHNs/CHNs: promoting available public health services for aggregates; collaborates with community partners to determining the delivery of public health services; developing community to support each other.

It is recommended that the faculty has to plan and teach the practicum for students benefit from being exposed to multiple models of PHN/CHN practices, needs of diverse communities in stricken area after earthquake.

**Key words** Notohanto earthquake, public health nursing/community health nursing (PHN/CHN) practicum, needs of communities, roles of public health nurses/community health nurses (PHNs/CHNs)

## 石川看護雑誌発行規定

(趣旨)

第1条 この規定は、石川県立看護大学研究・紀要委員会規程に基づき、石川県立看護大学研究紀要委員会（以下「委員会」という。）の所掌事務のうち、研究活動の成果報告（学術雑誌（以下「本誌」という。））に関することを定める。

(名称)

第2条 本誌の名称は、和文名で石川看護雑誌、英文名で Ishikawa Journal of Nursing とする。

(委員会)

第3条 本誌の編集、発行に関する責任は、委員会が負い、この規定に定めるもののほか本誌の編集、発行に関する事項は委員会が別に定める。

(発行)

第4条 本誌は、原則として、毎年1回発行する。

2 本誌の製版は、A4版とする。

(投稿資格)

第5条 本誌に投稿できる者は、石川県立看護大学専任教員及び職員、若しくは委員会の承認を得た者とする。

2 第1著者として投稿できる論文の数は、1人1編とする。

(論文の内容・種類)

第6条 投稿論文の内容は、看護学の発展に寄与する学術的なものに限る。

2 種類は総説、原著、報告（事例報告、教育報告を含む。）、資料、その他とする。

3 既に他誌に公表されたもの若しくは公表予定のものは認めない。

(原稿)

第7条 原稿は、別に定める「執筆要領」に基づいて作成するものとする。

2 投稿後の原稿は委員会の指示又は承認があった場合のほか、これを訂正してはならない。

3 1編の紙幅は、本文、概要、注釈等を含めて、文字数で20,000字（写真、図表等は相当文字数に換算）以内とする。

(投稿手続)

第8条 投稿責任者は、原稿1部及び写し2部を別に定める投稿受付期間内に委員会の事務局担当者へ提出する。

2 前項の投稿受付期間を過ぎたものは、これを受理しない。

(採否)

第9条 原稿の採否は、査読を経て委員会が決定する。

2 査読は一論文について2名以上とし、委員会が依頼した査読者に相応しい本学の教員若しくは外部の有識者があたる。

3 倫理上問題のある研究方法をとっているもの、若しくは公表に不適切な内容を含むものは採用しない。

(配布)

第10条 本誌は、次に掲げるところに配布する。

(1) 本学専任教員及び投稿者

(2) 国立国会図書館、看護学関係の学術研究機関及び県内の医療関係諸機関

2 投稿者のうち希望する者に対して、当該投稿部分の別刷り30部を無償で交付するものとし、これを越える部数は投稿者が負担するものとする。

(附則)

1 この規定は、平成15年6月12日から施行する。

2 平成16年3月11日改訂。



## 「石川看護雑誌」執筆要領

### (論文の体裁、様式)

1. 原稿は、原則として和文もしくは英文とし、表紙に論文の種類(原著、総説、報告等)を明示する。
2. A4版で横書きを原則とし、10ページ(400字原稿×50枚相当)以内とする。英文はこれと等量とする。
3. 基本的には①題目、②著者名、③概要、④キーワード、⑤前書き、⑥本論、⑦結び(あれば謝辞)、⑧引用、⑨参考文献の順で構成し、続いて⑩注記、⑪付録などがあればその順で記載する。和文の場合は、最後の頁に1)Title,2)Name,3)Abstract,4)Key wordsを順に英文で付記する。
4. 原則として、本要領に合致するようにワードプロセッサによってプリントアウトした原稿3部(2部は査読用なので著者名のないもの)とフロッピーディスク(提出者名とファイルのソフト名を表書き)を提出する。
5. 原稿のフォントは、原則として和文では「MS明朝体」を用いる。また、1ページは、和文横書きでは44字×47行×1段で上32mm、下23mm、左右25mmずつの余白を空ける。  
本文の文字の大きさ(級数)は、10ポイントで印字する。算用数字は原則半角とする。  
英文原稿のフォントは「Century体」(又はこれに類似したもの)を用い、原則として印刷はシングルスペースで1段になる。その他は和文の書式に準じるものとする。
6. 横書きにおいて用いる句読点は、全角の「、」及び「。」とする。
7. 本文、図・表・写真とも160mm×242mmの枠内に必ず収めること。

### (題目と著者名)

1. 題目と著者名については、①題目、②著者名の順にそれぞれ1行空けて記述する。
2. 題目は、級数を16ポイントとし、左右中央に位置するように印字する。和文題目のフォントは「ゴシック体(太字)」とし、英文題目のフォントは「Century体(太字)」とし、単語は原則大文字はじまりとする。
3. 和文著者名は、級数を14ポイントとし、左右中央、「MS明朝体(太字)」で印字する。英文著者名は、級数を14ポイントとし、「Century体(太字)」で名、姓の順序、姓はすべて大文字とする。本学教職員以外の著者名の所属を著者名の右肩に全角の「\*」によって脚注表示する。
4. 脚注に示す著者の所属は、級数を8ポイントとし、第1ページの下段に本文から1行空けてラインを中央まで引き、その下に印字する。その際枠からはみ出さないよう注意する。

### (概要・キーワード)

1. 著者名の次に和文の場合は400字以内の和文概要、和語のキーワード5つ以内、英文の場合は250語以内の英文概要と英語のキーワード5つ以内を記載する。ただし、和文では、最後の頁に英文概要250語以内と英語のキーワード5つ以内を掲載する。なお、概要、キーワードは、級数を8.5ポイントとし、左右の枠から3.5字空き左右中央に印字する。また、**キーワード**あるいは**Key words**は、太字で強調する。
2. 著者名と概要との間は、行間が1行空きになるように印字する。
3. キーワードは、概要の下に1行空けて印字する。キーワードの下は、1行空きとする。

### (本文)

1. 章の見出しは、級数を10ポイントとし、1. はじめに、2. 方法、…のように全角算用数字を付し、左右中央に「ゴシック体(太字)」で印字する。ただし、謝辞、参考文献・注記・付録には算用数字を付けないものとする。
2. 節の小見出しの級数は、本文と同じく10ポイントとし、左端から1. 1, 1. 2…のように全角算用数字を付し、ゴシック体で印字する。
3. 項の見出しは、級数を10ポイントとし、左端から全角明朝体で(1), (2)…のように付して印字する。
4. 和文において改行する場合は、文頭を1字下げる。英文では文頭を2字下げる。

### (図・表・写真)

1. いずれも単独で意味が十分通じるようにまとめ、それぞれできる限り簡潔なキャプション（説明文）を本文と同じ文体で付す。
2. 図・表は、原稿ではそれぞれ順序に従い本文の後に配置する。本文余白に挿入箇所を青で記入する。原図と異なる刷り上がり大きさを希望するときは明確に指定する。図・表中の文字の級数は8ポイント以上、表中の文字は明朝で印字することが望ましい。
3. 写真は、図の番号に含める。印画紙にプリントしたもの又は同等の画質にてプリントアウトしたものを別紙に貼付し、紙に著者名と番号を明記する。説明文は2の順序に含め本文の後におく。
4. 図（以下写真を含む）の番号・タイトルは図の下に、表の番号・タイトルは上に、それぞれ左詰で記入し、級数は9ポイントで印字する。
5. 呼称は、それぞれ図1、図2…、表1、表2…とし、章ごとに番号を分けずに通し番号とする。
6. 挿入した図・表の大きさを記述部分の字数に換算して、総頁（10頁）を超えないようにする。
7. 印刷は全て白黒写真製版で行い、図、表はすべてモノクロに限る。

#### （数式等）

1. 極力簡単にまとめる。
2. 式は3字空けてから書き出す。
3. 式番号は、式の最後に右寄せにして記す。

#### （記号）

1. できる限り一般的なものを用い、最初に記した箇所でその定義を明らかにする。
2. まぎらわしいもの（大文字・小文字が同形のものや異字間で形が似通っているものなど）は、その区別を明瞭にする。特に、下付け又は上付けにすべきものは、はっきり示すこと。
3. ドイツ語、フランス語等の特殊文字はそのまま使用してよいが、ギリシア文字、アラビア文字等は可能な範囲でアルファベット化する。

#### （引用文献）

1. 引用、参考文献は、級数を9ポイントとする。
2. 引用又は参考とした文献名は、使用順に番号を振り、結論（あれば謝辞）の後に引用又は参考文献として番号順にまとめて掲げる。番号は半角とし、後ろを1字空ける。
3. 文献番号は、本文中又は引用した図・表のキャプションの最後に上付き半角数字で1), 2), 3), …のように明記しておく。同一文献の同一ページは同一番号とする。
4. 記載方法は、原則として以下のような形式とする。発行年は西暦とする。著者が複数の場合、和文、欧文ともに著者名の連記は3名までとし、最後尾に他〇名とか、et al.などを付記する。

##### 1) 単行本の場合

著(編)者名：書名。発行所名、(欧文には発行地)、引用最初頁—最後頁、発行年。の順。

和文例) 石川一郎：生と死の現在。学文堂、23-28,2003.

欧文例) Hockney, R. W. and Eastwood, J. W. : Computer Simulation Using Particles. McGraw International Book Co., Oxford, 21-28,1981. (書名単語は原則大文字はじまりとする)

##### 2) 論文等の場合

著者名：論文名。雑誌名、巻号数、最初頁—最後頁、発行年。の順とする。

和文例) 石川一二三：訪問看護における医師と看護師の連携について。訪問看護展望, 20(3), 21-18, 1978.

欧文例) Akerman, M., Smith, J., Hopper, J.D., et al.:Sensitivity and specific of the fine aspiration cytology. Acta Cytol.34,21-56,1990. (単語は雑誌題名では原則大文字はじまり、英文論文題名では筆頭以外小文字はじまりとする)

##### 3) 単行本の一部をなす論文等の場合

著者名：論文名。単行本編者名：書名。発行所名、(欧文では発行地名)、最初頁—最終頁、発行年。の順とする。

和文例) 杉本陽子：乳幼児期の健康。後閑容子、蝦名美智子、大西和子編：健康科学概論。ヌーヴェルヒロカワ、70-77, 2004.

欧文例) Grabiner, M.D.:Locomotion in healthy older adults. Allard, P., Cappelzozzo, A., Lundberg, A. et al. eds.: Three-dimensional Analysis of Human Locomotion. John Wiley & Sons, Chichester, 363-373, 1997. (書名单語は原則大文字はじまり)

(著作権)

1. 著作物の著作権は本誌に採用された時点から石川県立看護大学（以下「本大学」という）に帰属する。著者本人を除き本大学の許可なしにいかなる形式においても本誌の一部を複製することはできない。
2. 本大学はこれら著作物の全部または一部，ならびに翻訳，翻案，データベース化等の二次的著作物を，本大学のホームページ，本大学が認めたネットワーク媒体，その他の媒体において複製，出版（電子出版を含む），頒布ができる。

(附則)

1. この要領は，平成 15 年 8 月 1 日から施行する。
2. 平成 16 年 3 月 18 日改訂。

## 編集後記

この度、石川看護雑誌第5巻を刊行する運びとなった。「石川看護雑誌」という名称は、本誌が本学の紀要的な役割を担うと同時に、紀要にとどまらない学術的な内容をもつようにと願って付けられた。そうした名称にふさわしい内容となるように、本誌は学内外の有識者に査読を依頼し、英文（要旨）は業者の校閲を要するなど、論文の質的基準を保持することに努めてきた。本巻には18本の投稿論文があり、慎重な査読、再査読をへて14本の論文を掲載することができた。査読の際には研究方法、調査方法、結果の分析手法などに関して疑義が寄せられた論文もあったが、最終的には編集委員会の判断で掲載した場合がある。そうした研究方法や論文内容に関する議論の深まりも今後の看護研究の発展に寄与すると信じている。

本巻には2008年1月21日に逝去された佐藤弘美教授の論文も掲載させていただいた。ご病気を抱えながらも、熱意を持って精力的に本学の老年看護学講座の教育・研究を指導してこられた佐藤教授の文字どおりの遺稿である。ご冥福を祈ると同時に、本稿をはじめ、教授が残された教育・研究の諸成果が老年看護学の発展の一助として受け継がれていくように祈念したい。

近年の看護系大学・大学院の増加にともなって、看護教育の現場にはその基盤となる看護研究の深化、発展が求められている。また、ますます高度化する臨床現場においても、実用的かつ実証的な看護研究の意義が高まっている。本誌掲載の諸論文が看護教育や臨床現場に何らかのインパクトをもつならば、本誌の編集の労苦も報われようというものである。また、本誌は本学ホームページ等からの入手も可能である。本学の他の情報ともども、読者による有効活用を期待したい。

本巻の編集は平成19年度「石川看護雑誌」編集委員会（浅見、大木、杉本、水島）が担当した。また、長田図書館主任専門官、総務課の菅田主任専門官にもご助力を願った。さらに、査読の労をとってくださった学内外の諸氏の労にも心から感謝したい。

2008年3月

石川看護雑誌第5巻編集委員長 浅見 洋

石川看護雑誌  
第5巻

ISSN 1349-0664

2008年3月31日

編集：石川県立看護大学研究・紀要委員会

発行：石川県立看護大学

929-1212 石川県かほく市中沼ツ7-1

Tel. 076-281-8300 Fax. 076-281-8319

Home page: <http://www.ishikawa-nu.ac.jp/>

印刷：能登印刷株式会社

Ishikawa Journal of Nursing ISSN 1349-0664

Volume 5

March 2008

Edited by Committee of Research, Ishikawa Prefectural  
Nursing University

Published by Ishikawa Prefectural Nursing University  
Tsu 7-1, Nakanuma, Kahoku City, Ishikawa 929-1212,  
Japan

Printed by Noto Printing co., ltd.

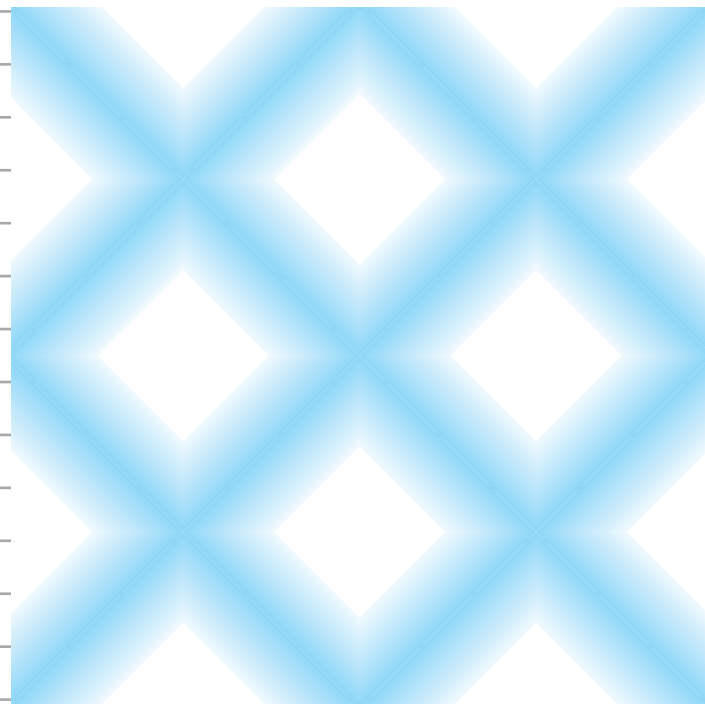
©2008 Ishikawa Prefectural Nursing University.

All rights reserved.

石川看護雑誌

# Ishikawa Journal of Nursing

Vol.5 ■ 2008



Ishikawa Prefectural Nursing University