

ISSN 1349-0664

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

第6巻

Volume 6

2009

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

石川看護雑誌

第6巻（2009年3月）

目次

原著

- 乳幼児をもつ母親の育児困難の状況
——母親および子育て支援に関わるエキスパートへのフォーカス・
グループ・インタビューから—— 1
東雅代, 西村真実子, 米田昌代, 井上ひとみ, 梅山直子, 宮中文子,
堅田智香子, 和田五月, 松井弘美
- 母親の身近な人間関係におけるストレス感と不適切な養育行動の関連性について 11
浦山晶美, 金川克子, 大木秀一

報告

- 人口減少地域における在宅終末期療養の諸問題
—— 奥能登の住民に対する意識調査より —— 19
浅見洋, 田村幸恵, 浅見美千江
- 意識下鎮静法で上部消化管内視鏡検査を受ける患者に対する
咽頭麻酔の必要性に関する検討 29
岩城直子, 河相てる美, 大橋達子, 山田真由美, 稲土修嗣, 寺崎禎一,
田中三千雄
- 認知症高齢者訪問看護の質評価指標を用いた訪問看護実践の現状 41
鈴木祐恵, 金川克子
- A小学校の総合学習に「認知症」の学習を取り入れて 53
細川淳子, 金子紀子, 前田充代, 天津栄子, 松平裕佳, 金川克子
- 病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題 59
洞内志湖, 丸岡直子, 伴真由美, 川島和代
- 退院調整部門の組織発達における看護管理者および退院調整看護師の役割 67
丸岡直子, 伴真由美, 川島和代, 洞内志湖, 内田真紀, 佐藤弘美

資料

- 養護教諭の児童虐待に対する意識と経験
—— 児童虐待の早期発見・介入に向けて —— 77
音美千子, 谷本千恵

タジキスタン共和国における看護職の教育体系と就労の現状について	85
曾根志穂, 金子紀子, 金川克子	
石川県北部における在宅終末期医療に関する医師の意識調査	91
田村幸恵, 浅見洋, 水島ゆかり, 三輪早苗	
看護師の転倒リスクマネジメント力の構成概念とその構造	99
寺井梨恵子, 丸岡直子, 宮西佳代子	
特別報告	
ドイツ語圏における死生観研究に関する予備調査	107
浅見洋	
平成 20 年度日系研修事業パラグアイ共和国からの研修生が学ぶ	
高齢者福祉におけるデイケアサービス	115
天津栄子, 細川淳子, 松平裕佳, 前田充代, 紺谷一十三	
海外における看護学会への参加報告	119
今磯純子	
2008 国際骨関節炎学会議へ参加して	121
垣花渉	
霊長類の比較機能形態学 2008 シンポジウムに参加して	123
木村賛	
韓国の産後療養院の視察	125
西村真実子, 吉田和枝, 米田昌代, 堅田智香子, 東雅代, 和田五月,	
曾山小織, 金川克子	
発行規定	129
執筆要領	130
編集後記	133

Ishikawa Journal of Nursing
Volume 6 (March 2009)
Contents

Original Articles

- The Current Status of Child-raising Difficulties of Mothers Having Infants
—From the focus group interview of the mothers and the experts
involved in child-raising support — 1
Masayo AZUMA, Mamiko NISHIMURA, Masayo YONEDA,
Hitomi INOUE, Naoko UMEYAMA, Fumiko MIYANAKA,
Chikako KATATA, Satsuki WADA, Hiromi MATSUI
- The Association between a Mother's Feelings of Stress in Close Human
Relationships and the Consequent Unsatisfactory Approach to Raising her Child. 11
Akimi URAYAMA, Katsuko KANAGAWA, Shuichi OOKI

Reports

- Problems of Home End-of-Life Care in Depopulating Areas
—From the consideration investigation of the Inhabitant of Okunoto — 19
Hiroshi ASAMI, Yukie TAMURA, Michie ASAMI
- Consideration of the necessity of pharynx anesthesia for the patients undergoing
upper gastrointestinal endoscopy by conscious sedation 29
Naoko IWAKI, Terumi KAWAI, Tatuko OOHASHI,
Mayumi YAMADA, Syuji INATSUCHI, Teiichi TERASAKI,
Michio TANAKA
- Study on Present Condition of Home Care Activities Quality of Nursing Home
Residential Care for the Dementia Elderly by Using the Indicators of the Quality of
Home Care 41
Sachie SUZUKI, Katsuko KANAGAWA
- The study of "Dementia" is taken to the Integrated Study in an Elementary School 53
Junko HOSOKAWA, Noriko KANEKO, Mitsuyo MAEDA,
Eiko AMATSU, Yuka MATSUDAIRA, Katsuko KANAGAWA
- The Actual Situation and Issues of Discharge Planning Activity of Nurses Working
in the Hospitals 59
Yukiko HORANAI, Naoko MARUOKA, Mayumi BAN,
Kazuyo KAWASIMA
- The Role of Nursing Administrators and Discharge Planning Nurses in the
Organizational Development of Discharge Planning Departments 67
Naoko MARUOKA, Mayumi BAN, Kazuyo KAWASHIMA,
Yukiko HORANAI, Maki UCHIDA, Hiromi SATOU

Materials	
School Nurses' Awareness and Experience in the field Child Abuse: How Can We Find the Sign and Save the Children? Michiko OTO, Chie TANIMOTO	77
The Nursing Education System and Present State of Nursing Employment in the Republic of Tajikistan Shiho SONE, Noriko KANEKO, Katsuko KANAGAWA	85
Survey of physicians' attitudes regarding end-of-life home care in northern Ishikawa Prefecture Yukie TAMURA, Hiroshi ASAMI, Yukari MIZUSIMA, Sanae MIWA	91
The construct and structure of fall risk management ability in nurses Rieko TERAJ, Naoko MARUOKA, Kayoko MIYANISHI	99
Special Report	
Preliminary Research on Views about Life and Death in German-speaking Country. Hiroshi ASAMI	107
Day care service in senior citizens welfare learned by trainees from the Republic of Paraguay -The training program for Japanese Descendents in 2008- Eiko AMATSU, Junko HOSOKAWA, Yuka MATSUDAIRA, Mitsuyo MAEDA, Hitomi KONYA	115
Report on Participation at a Foreign Nursing Conference Junko IMAISO	119
Participation at the 2008 World Congress on Osteoarthritis Wataru KAKIHANA	121
Participation at the "2008 Symposium on Comparative Functional Morphology in Primates" in Duhram Tasuku KIMURA	123
Visitation to Postpartum Care Centers in Korea Mamiko NISHIMURA, Kazue YOSHIDA, Masayo YONEDA, Chikako KATADA, Masayo AZUMA, Satsuki WADA, Saori SOYAMA, Katsuko KANAGAWA	125
Regulation	129
Instructin to Authors	130
The Editor's Notes	133

原著

乳幼児をもつ母親の育児困難の状況 —母親および子育て支援に関わるエキスパートへのフォーカス・ グループ・インタビューから—

東雅代¹ 西村真実子¹ 米田昌代¹ 井上ひとみ² 梅山直子³宮中文字子⁴ 堅田智香子¹ 和田五月¹ 松井弘美⁵

概要

本研究の目的は、乳幼児をもつ母親が抱える困難や不安の状況を明らかにすることである。3つの母親グループと、育児困難や不安、虐待の悩みをもつ母親の相談に深く関わっているエキスパートの2つのグループに対してフォーカス・グループ・インタビューを行った。インタビュー内容を逐語録に起こし、質的に分析した。

結果、子育てで困難・不安を感じることで、1) 子どもに対してイライラしてしまうこと、2) 祖父母や周りとは当たり障りのない関係をもつこと、3) きょうだいに対してバランスよく対応すること、4) 頑張らずにはいられないこと、の4つを見出した。また、これらに関係する要因として、1) 母の子育てへの自信のなさ、2) 母の他者評価が気になりプレッシャーになる傾向、3) 母自身自分から頼れない・頼らない傾向、4) 祖父母が親育ちの助けにならない傾向、5) 母自身自分の意思が子どもに通じることが当たり前と思うこと、の5つを見出した。

以上のことから、育児困難を抱える母親の支援においては、母親が育児に困難を感じる理由や背景・状況をよく理解したうえで関わる必要性が示唆された。

キーワード 乳幼児, 育児, 困難感, 不安, 子育て支援

1. はじめに

近年、育児困難感・不安を抱える母親は増加傾向にあり、虐待防止の視点からも対応の必要に迫られている。育児困難・不安に関する研究は、育児不安の本態を明らかにするために因子分析を行い、各因子のプロフィールを評定する尺度作成の試み¹⁾が行われている。これによると育児不安は、夫・父親・家庭機能の問題、夫の心身不調、母親の不安・抑うつ傾向、Difficult Baby、育児困難感Ⅰ（心配・困惑・不適格感）、育児困難感Ⅱ（ネガティブな感情・攻撃衝動性）の成分から成るとされる。これにより、育児困難の質や程度と背景要因が把握できる。また、様々な評価尺度を用いて母親のストレス状況と関連要因を調査し分析した結果によると²⁾、育児ストレスは、夫との関係性のストレス、子どもへの否定的感情、

母親役割の非受容感が影響していた。また、支援ネットワークの有無や規模と育児不安の強さが関連していることも明らかになっている³⁾。しかし、これらは質問紙調査であり、項目が規定されていて、育児困難にまつわる母親の複雑な心理や詳細な状況は不明である。質問紙以外での調査方法をとった研究として、母親に産後1ヶ月までの育児不安についてインタビュー形式のアンケート調査⁴⁾をした結果では、退院後も49%の母親に不安が出現していることや、相談できる相手がいれば解決可能であることが示されている。また、母親のソーシャル・サポート・ネットワークについて尋ねた研究⁵⁾では、43%の母親が現在のネットワークに満足しているが、51%の母親はネットワークの拡大を望んでいたという結果であった。また、保健師に、育児不安をもつ母親への家庭訪問での介入方法を尋ね⁶⁾、支援姿勢や介入時の留意点を質的に分析している。これらの結果を見ても、育児困難にまつわる母親の心理や詳細な状況

¹ 石川県立看護大学

² 帝京大学医療技術学部看護学科

³ 金沢大学附属病院

⁴ 元石川県立看護大学

⁵ 石川県立看護大学大学院看護学研究科博士前期課程

は明らかにされていない。Bloomfieldらは育児の困難性と課題について、広く英国の母親、訪問看護師、家族サポートセンター職員にインタビューし明らかにしている⁷⁾。しかし、日本における研究では、母親と専門家の両者に対して育児困難の内容を深く尋ねている研究は見当たらなかった。

育児不安・困難を抱える母親への支援については個人への相談やカウンセリング、グループケアにより、ありのままの感情を受容される体験を通して自己肯定感が高まるとともに、自己洞察が進み、結果的に育児への様々な否定的感情の軽減につながるなど、様々な取り組みの報告がある⁸⁾⁹⁾。

「子育てを完璧にしなければならない」という母親の思い込みを修正する、親支援プログラムも行われるようになってきた¹⁰⁾。しかし、プログラム開発に必須とされるニーズ調査が、日本においては不十分であったり、あるいはニーズ調査の結果が活かされていないという指摘もある¹¹⁾。

以上のことから、本研究において、乳幼児をもつ母親が抱える育児上の困難や不安の状況を明らかにし、現在、我々が取り組んでいる「母親の自己効力感を高めるペアレンティング・プログラム」作成の資料にするなど、育児困難感・不安をもつ母親への支援に役立てたいと考えた。本研究で扱う育児困難とは、前述した川井の研究結果の育児困難Ⅰ、Ⅱが示す概念で、本研究の目的は、そのような育児困難がどのような状況において、または何がきっかけとなって生じるのか、またそのような母親の感情・態度の背景には、どのような要因が関係しているのかを明らかにすることである。

2. 研究方法

2.1 研究対象およびリクルート方法

本調査の目的に沿う対象として、以下の5グループを設定した。

- ①3歳未満の乳幼児をもつ母親
- ②3歳以上の未就学児をもつ母親
- ③育児困難をテーマにしている母親グループの参加者
- ④育児困難や不安、虐待の悩みをもつ母親の相談に深く関わっている保健師・助産師
- ⑤育児困難や不安、虐待の悩みをもつ母親の相談に深く関わっている保育士など

対象者のリクルートは、次の手順で行った。

(1) 母親

1) 参加協力者の募集用紙の作成

インタビューの目的、対象者、日時と場所、インタビュー方法と内容、連絡先を明記した募集用紙を作成した。

2) 子育て広場への募集用紙設置

A市に対して概要説明を行い、許可を得て、募集用紙を子育て広場に設置した。育児困難をテーマにしている母親には、グループの代表者に依頼し、グループの連絡のための郵送書類に募集用紙を加えてもらった。

3) 協力承諾書の返送を得る

協力承諾書の郵送を得て、研究参加者とし、改めてフォーカス・グループ・インタビューの実施案内を行った。

(2) 保健師

児童相談所での勤務経験のある保健師や、育児不安・困難、虐待支援のエキスパートとして紹介を受けた保健師に依頼した。

(3) 助産師・保育士

育児困難や不安、虐待の悩みをもつ母親の相談に深く関わっており、エキスパートと思われる人に依頼した。

対象に専門家を含めた理由は、母親が意識していない点を把握できる可能性や、母親集団の特徴を把握できることが考えられ、母親が抱える育児困難や不安の状況を、客観的視点で把握できる利点があると考えたためである。

2.2 調査方法

(1) 調査期間

フォーカス・グループ・インタビューは2006年8月～9月に実施した。

(2) 調査方法と内容

協力承諾の得られた参加者に対してフォーカス・グループ・インタビューを行った。質問内容は、母親には子育てで困っていること、うまくいかないことを尋ね、専門家には、母親は子どものどのような行動や状況にいらだつのか、母親を追い込むものは何か、の2点を聞いた。

2.3 分析方法

参加者の許可を得て録音したインタビュー内容はすべて逐語録にした。それぞれのグループの逐語録を精読し、どんな状況に母親は困難や不安を感じるのかという観点と、何が困難や不安を感じさせるのかという観点で分析・抽出し、名前を付けた(コード化)。さらに、それぞれのグルー

プの分析でコード化されたデータ同士を比較し、意味の同じものを分類し、カテゴリー化した。また、カテゴリー間の関係性を確認した。

カテゴリー化の過程においては、フォーカス・グループ・インタビュー時の観察者の観察記録も用いた。これは、一人の参加者の思いだけでなく、同意する参加者の存在を確認し、参加者の総意としてカテゴリー化に反映できるものである。また、研究者間で繰り返し検討し、カテゴリー化を進めた。

2. 4 倫理的配慮

参加者に対し、自由な発言を制限しないこと、守秘義務について、データの扱いについて、フォーカス・グループ・インタビュー実施前に口頭と書面で説明し、同意書を得た。

3. 結果

3. 1 研究参加者の背景

参加者のリクルートの結果、3歳未満の乳幼児をもつ母親6名、3歳以上の未就学児をもつ母親7名、育児困難をテーマにしている母親グループの参加者4名、計3グループ17名がフォーカス・グループ・インタビューに参加した。

母親の平均年齢は32.1歳で、子どもの人数は1人が6名(35.3%)、2人が9名(52.9%)、3人の子どもの母親は2名(11.8%)であった(表1)。

専門家は、保健師3名、助産師3名のグループと保育士3名、看護師2名のグループ、計2グループ11名であり、臨地の経験年数の平均は20.1年、うち、子育て支援に関わっている期間の平均は15.2年であった(表2)。

3. 2 子育てで困難・不安を感じること

母親がどんな状況に困難や不安を感じるのか

については、4つに分類された(表3)。

(1) 子どもに対してイライラしてしまうこと

母親は、次のような子どもの言動にイライラしていた。挨拶することや、周りに迷惑をかけないようにうろろう歩き回らずにいることなど、母親にとって『‘人並み’のことができない』ことがイライラの原因になっていた。また、『子どもがわざとやって自分を困らせている』のではないかと思ったときや、食べ物をこぼすことなど、同じ失敗を何度も繰り返し、母親にとっては『できて‘当たり前’と思われることをしない』ことがイライラを誘発していた。さらに、母親自身が『子どもに嫌われていると思うとき』にイライラを感じていた。子どもへのイライラには、子どもに対する嫌悪感や敵意、子どもに負担をかけられているという思い、一生懸命やっているのに報われないという思い、自分では手に負えないという気持ちや焦り、自身の不甲斐なさといった付随感情が存在していた。

(2) 祖父母や周りとうち当たり障りのない関係をもつこと

母親は、祖父母やママ友などの周りの者と当たり障りのない関係でいたいと願っていた。母親が親しくなりすぎることを嫌がり当たり障りのない関係を望む理由は3つある。一つは、親しくなるとかえって相手に傷つけられたり、逆に相手を傷つけてしまうことがあるのではないかと危惧するからである。二つめの理由は、子どもと周りの人が親しくなると、その親密さが気になり、母親自身が役割の喪失感を抱いたり、母親としての自信をなくすのではないかと不安だからである。三つめは、親しくなりすぎると、子ども同士の関係が親同士の関係に影響すると考えているからである。しかし、専門家の意見によると実際は、母の主体性を損なうような周囲の干渉があったり、

表1 参加者の属性(母親) (n=17)

グループ(人数)		1(6名)	2(7名)	3(4名)	全体
平均年齢(歳)		30.8	33.3	31.8	32.1±3.6
子ども の人数	1人	4	1	1	6名(35.3%)
	2人	2	5	2	9名(52.9%)
	3人	0	1	1	2名(11.8%)

表2 参加者の属性(専門家) (n=11)

グループ(人数)	1(6名)	2(5名)	全体
臨地の経験年数(年)	22	17.8	20.1±7.2
子育て支援年数(年)	12.8	18	15.2±8.6

母親自身の自己決定力や周りを説得する力が不足しているために、周りから介入されることがあるという。このような状況の中で母親は、当たり前障りのない関係をもつことに困難を感じている面もあるのではないかと思われた。また、お互いの価値観の違いを認め合い、折り合いをつけることが難しいため、より親しくなることを避けているようにも思われた。祖父母との関係においては、祖父母の子どもへの関わり方に対する不満をあえて言わないようにしている傾向もあった。

(3) きょうだいに対してバランスよく対応すること

片方の子どもをより叱ったり、より褒めることが多いことを自覚する母親は多く、きょうだいに対してバランスよく接することに困難を感じていた。

(4) 頑張らずにはいられないこと

この状況は、育児困難をテーマにしているグループ(対象③)のみで語られた特徴である。

母親は子育てに対する周りのいろいろな意見が気になり、それに左右されそうになり、葛藤することがある。また、子育てや子どもに対する自分の理想があり、そうなるように一生懸命母親なりに無理して頑張っていたり、意に反することもやっているのに、頑張れば頑張るほど孤立するといったような、子育てで傷つく体験もしている。また、理想と現実のギャップが大きいと感じることもあり、育児に関して「これでいい」と思えず、頑張らずにはいられない状況が母親を追い詰め、困難さを感じさせていた。

3. 3 子育てで困難・不安を感じることに関連する要因

何が困難や不安を感じさせるのかという視点で分析し、以下の5つの要因を見出した。要因とその背景、および、これらの要因がもたらす結果について、表4に示す。

(1) 母の子育てへの自信のなさ

子育てで困難・不安を感じることを要因として、母親の自信のなさが抽出された。母親の自信のなさは、次の2点に起因していた。一つ目は、育児を実践するときに必要となる応用的な知識がないことである。例えば、良いと言われている育児方法を行ってうまくいかなかったとき、その方法が良いとされる根拠や子どもの発達・特徴などをよくわかっておらず、またそのことをタイミングよく教えてくれる人もいないので、うまくいかな

い原因や、次にどうしたら良いかがわからず、自信がもてないということがあった。また育児支援のエキスパートによれば、子どもが発達していく中でみられる、正常な子ども本来の姿や反応を母親が知らなさすぎることが二つ目の原因として考えられた。例えば、乳児は泣くのが当たり前であることや、失敗し試行錯誤の中で学習していくものであるといったことを母親は知らないことが多い。自信のなさは、自分の対応がこれでいいという確信がもてずに不安になるなどの結果をもたらしていた。

表3の母親Aのデータ例のように、母親は子どもが挨拶できないのが気になって仕方がなかったが、それを注意すると子どもが返って萎縮してしまうことから、そのような自分の対応に自信をなくしていた。子どもが自分からできるようになるのを見守ればよいと思いつつも、それでいいという確信も持てず、結局、挨拶できずにいる我が子にイライラして、きつく注意し追い込んでしまうことが多かった。子どもにどう対応したらいいのか自信がなかったからイライラしたのではないが、自信のなさが不安やイライラなどのネガティブな感情を高めていたのではないかと思われた。

(2) 母の他者評価が気になりプレッシャーになる傾向

母親は、自分の子どもや子育てが標準かどうか、周りから子どもがどう評価されているか、また、子どものことをよく知らないのに、安易な評価がされているのではないか、自分が母親としてどのように評価され表現されているのかということに非常に気にしており、それがプレッシャーになっていた。自分やわが子の評価が良くないのではないかという疑念または確信があると焦りを感じ、子どもに小言を言うってしまうなど、他者評価が子どもへの対応に影響していた。

(3) 母自身自分から頼れない・頼らない傾向

母親は、いい子でありたいという思いから自分の弱味を見せることができず、実母をも頼れない傾向があった。実母に相談しても逆に注文や課題が増えるという思いがある者もあり、実母を頼れない状況がみられた。また、関係が深まることにより人を傷つけたり、自分が傷つくことを恐れ、他の母親との交流にも消極的であることが、周囲を頼れない状況に拍車をかけていた。その結果、周囲への相談ができずに孤立し、子育ての責任を一人で負わなければならない負担感を感じていた。

表3 子育てで困難・不安に感じることと逐語録例

分類	内容	逐語録例
子どもに対してイライラしてしまうこと	<p><イライラするとき></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 『人並み』のことをしないとき: 挨拶ができない, うろろうして迷惑をかける 2) わざとやっていると思うとき 3) できて『当たり前』と思われることをしないとき 4) 嫌われていると思うとき <p><付随感情></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 嫌悪感, 敵意 2) 子どもに負担をかけられているという思い 3) 一生懸命やっているのに報われない思いや手に負えないという思い 4) 焦り 5) 自分自身の不甲斐なさ 	<p>例1) 自分から挨拶をすることがどうしてもできなくて, どうしてできないんだろうと思う. 陰から見守るしかないかなと思いつつも, 自分で手伝えないところが難しく, 言ってもできないし, 言えば追い込むし, どうしたらいいんだろうかと. <中略>言い続けると余計いこじになると思って待っていると, 今度はよその人からちゃちゃが入って, 難しいな, 本当に(母親A)</p> <p>例2) 幼稚園とかで普通にちゃんと自分でできるんですけど, 急に「パンツおろせない, できない, して」って, 急に言い出したりして. どうして欲しいのかわからない, 手に負えない. 「自分でできるからちゃんとしなさい」と言っているんですけど, しなかつたりするので, こっちはイライラ.(母親B)</p>
祖父母や周りとう当たり障りのない関係をもつこと	<p><当たり障りのない関係でいたい理由></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 親しくなりすぎると, かえって傷ついたり傷つけたりする 2) 子どもと周りとの親密さが気になる なつかないのもなつきすぎるのも困る 3) 子どものことが親同士の関係に影響する <p><関係維持が難しい原因> (専門家の意見)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 母の主体性を損なうような干渉がある 2) 自己決定力や周りを説得する力が不足している 3) 子どもへの関わりに関する不満をあえて言わないようにする 	<p>例1) 可愛がってくれるのはすごく有り難いんですけど, ほどほどがいいのかな. そこまでしていららないよって思いつつも, 本人は喜んでついていくので.(母親C)</p> <p>例2) 行くと必ずけんかになるというかとラブルになる子がいて. <中略>向こうのお母さんから「やられる方でいいよね」って言われたんですよ. <中略>だから, 善し悪しというのもよくわかった. お互い当たり障りのない関係だったら, ただ「ごめんね」と言って, 「いいよ, お互い様だし」で済むことだけだ.(母親D)</p> <p>例3) だんなさんではなく, 赤ちゃんのおばあちゃんにあたられる人たちから, 彼女(母親)の意志をふたするようなことがあるんですね.(専門家A)</p> <p>例4) わからないから, もうあなたたちでやってちょうだいって感じで, すごくひいているようなおじいちゃん, おばあちゃんもいるし.(専門家B)</p>
きょうだいに対してバランスよく対応すること	<ol style="list-style-type: none"> 1) どうしても片方だけをほめることが多くなったり, 片方をより叱る. 2) 母親自身がストレスの大きいときはきょうだいげんかを見ているのがつらいと感じる. 	<p>例) 下の子が要領いいので(上の子が叱られているのを見ているので, すごく得意になって何でもさっさとやる)褒めることが多く, 上の子がすねる. 上を立てつつ下の子も立ててバランスを取っていくのがすごく難しい.(母親E)</p>
頑張らずにはいられないこと (グループ③のみ にみられた特徴)	<p><頑張らずにはいられないと思うとき></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 無理して頑張っている・意に反することも頑張っている・やることはやっているのに, 頑張れば頑張るほど孤立するとき 2) 周りが気になるとき 3) 理想と現実のギャップが大きいと感じたとき 	<p>例1) (子どもが) うまく言えないんだと思うんだけど「違うよね」みたいなそういう言い方, 顔とか表情をするんです. そうすると<中略>ちゃんとやっているのに<中略>やることはやっているのに何なの? という感じで悲しくなったときもあったんです.(母親F)</p> <p>例2) やっぱ, 親の欲目じゃないけど, 自分の子どもはよく見せたいみたいなのがあって, あいさつぐらいちゃんとして, となってしまう.(母親G)</p> <p>例3) こういうのはこうがいいというのが頭にあってそれを一生懸命やろうと思うけど, 現実とは違って(母親H)</p>

表4 子育てで困難・不安に感じることに関連する要因

関連する要因	その背景など	もたらされる結果や母親の気持ち
母の子育てへの自信のなさ	<p><原因>子育ての現実に対する意識不足</p> <p>①子どもの世話の具体的大変さ</p> <p>②子どもの育ち・本来の姿(乳児は泣くのが当たり前等)</p> <p>③子どもの一般的な行動の理由や意味(泣く理由等)</p> <p>④具体的育児方法(どういうふうにしたらいいか,到達点)</p> <p>⑤育児方法の根拠(どうしてそうしたらよいかの基礎知識)</p> <p>⑥児への対応がうまくいかない場合の考え方(応用編)</p> <p>⑦専門職へのアクセス・その方法(本が頼り)</p>	<p>1) 自分の対応がこれでいいという確信がもてない</p> <p>2) 失敗してはいけない・何かあったらどうしようという不安</p> <p>3) 正しいとされるひとつの考え(育児書,病院で習ったこと,見聞き体験から得た考え)を絶対視する傾向</p> <p>視野狭窄となり,それ以外をイメージできないマニュアルからはずれたことを気楽に考えられない</p> <p>4) 子どもの行動を誤認することがある</p>
母の他者評価が気になりプレッシャーになる傾向	<p><母親が気になる点></p> <p>1) 子どもや子育てが標準かどうか</p> <p>2) 周りから子どもがどう評価されているか</p> <p>3) 子どものことをよく知らないのに,安易な評価をされているのではないか</p> <p>4) 何を言われて(批判されて)いるのか</p>	<p><母親の気持ち></p> <p>1) 標準でないと感じたときに焦る</p> <p>2) 評価がプレッシャーになると,子どもに小言を言わずには済ませなくなる</p> <p>3) 周りから守らなければと考える</p> <p>4) 言われていることを気にかけて不安になる</p>
母自身自分から頼れない・頼らない傾向	<p><理由></p> <p>1) 実母に甘えられない・頼らない 没交渉もある 実母に問題について相談すると注文や課題が増えるという思い</p> <p>2) いい母親・いい人でしようとする</p> <p>3) 他者への警戒心が強い(批判されると思って心を開けない・弱みや辛さを見せられない)</p>	<p>1) 子育ての責任を一人で負わなければならない負担とこれに対する憤りを感じる</p> <p>2) いつも家事・育児に追われる生活</p> <p>3) 周囲への相談ができず,孤立する</p>
祖父母が親育ちの助けにならない傾向	<p><原因></p> <p>1) 夫婦での子育てを尊重する思いがない</p> <p>2) 母親の自己決定を助けていくプラスの言葉かけがない</p> <p>3) 祖父母自身の余裕のなさ</p> <p>4) 祖父母の知識不足</p> <p>5) 祖父母の,子どもや孫への過剰な執着</p>	夫婦の子育てへの過干渉もしくは引き姿勢
母自身自分の意思が子どもに通じるのが当たり前と思うこと	「こうして欲しいから,こうしてもらえる」という確信的な期待がある	そうならなかったときのイライラの増幅

この,自分から頼れない・頼らない傾向は,【子どもに対してイライラしてしまうこと】,【祖父母や周り当たり障りのない関係をもつこと】と関係する。また,「上の子も下の子も上手に立っているお母さんを見ると,ああ,いいなと思う」ことはあっても,自分にはできないと思うか,または,具体的にどう対応したらいいのかわからず

に【きょうだいに対してバランスよく対応すること】に困難を感じる場合があった。さらに,頼れないことは【頑張らずにはいられないこと】を強める要素にもなっていた。

(4) 祖父母が親育ちの助けにならない傾向
専門家の意見によると,祖父母が夫婦の子育て方針を尊重する思いに欠けていることから,夫婦

の子育てに過干渉になったり、逆に祖父母自身の余裕のなさや知識不足から、子育てに引き姿勢になり、親育ちの助けにならない傾向がある。

(5) 母自身自分の意思が子どもに通じるのが当たり前と思うこと

母親が「こうして欲しいと思っていることに応えるのが子ども(の務め)」という確信的な期待を持っていると、そのようにしない子どもにイライラすることが多かった。「自分が産んだ子どもは自分に似ているのかなというか、自分の意思が通じるのかなと産む前までは深く考えていなかったんですけど、やっぱりちっちゃいころから一人の人間というか、性格がそっくりとか、そういう問題でもないのかもしれないんですけど、こうしてほしいからこうしてもらえんというの、お互い間違っているようで、けんかが多くて、思い通りに・・・お互い思っていると思うんですけど、なかなか2人が同じということがなくて、＜中略＞考えを持ってからがちょっと難しいなと思います。」というデータ例が示すように、自分の子どもだから自分が思うことは子どもも同じように思っている、理解してくれていると考えており、実際にそうならなかったときにイライラしてけんかしている場合もみられた。

4. 考察

4. 1 母親はなぜイライラするのか

母親は、自分の子育てに自信がもてない人が多かった。子どもが人並みのことができないと、そんな子を育てた自分がダメな親であるといわれているかのように感じていた。このように、子育てによって自分が評価されているように感じるものが、イライラの一因ではないかと思われた。

また、子どもに嫌われていると思うときにイライラする母親がいた。子どもに嫌われていると思うことによって、子どもを、自分が嫌われてきた実親のように感じてしまい(感情の転移)¹²⁾、実親との間にある葛藤や実親に対するネガティブな感情が、わが子の子育て場面において生じ、ひどく罵るなど、子どもにあたってしまうこともあるのかもしれない。

さらに、わが子が普段ならできている、できて『当たり前』と思われることをしないときや、わざとやっていると思うときにもイライラすることがあった。相手が‘できて当たり前のことをしない’とか‘自分を困らせるためにわざとしない’と感じたときは誰しも感情的になりやすい。

しかし、子どもが「母親を困らせるために、できることをわざとしない」という反応を示すのは、母親を求める余りに抵抗したり甘えているときが多い。そこには通常、あまり悪意は存在しない。母親がイライラするのは、心身に余裕がないからなのか、このような子どもの真意に気づいていないからなのか、あるいは子どもの反応を悪く捉えてしまっているからなのか、または先に述べた「自分が評価される」と思っているからなのか、何かの怒りや不快感で感情的になっているからなのか等、さまざまな理由が考えられ、本研究の結果のみから、その複雑な心理について明言することは難しいが、「できて当たり前のこと、わかっていることをなぜしないのか」、「わざとしている」という心理が働いている場合もあることを理解しておく必要がある。

4. 2 母親の対人関係スタイル

母親たちは祖父母や周りとは「当たり障りのない」関係を望み、それによって対人関係を保っている場合が多いようであった。先行研究によれば¹³⁾、母親の内的ワーキングモデルにおいて回避型の傾向が強い者は相互交渉を避ける傾向があり、関係が深まらないと感じる母親が多いという結果であった。内的ワーキングモデルとは、自分が愛され、援助される価値のある存在なのかという自己に関する表象と、他者は自分の求めに応じてくれるかという他者に関する表象からなり、対人関係に影響を及ぼす。安定型、回避型、アンビバレント型に分類される。回避型は人の援助を期待できず、自己充足しようとする傾向があり、アンビバレント型は他者に対して信頼と不信の相反する思いをもち、自分にも自信がない傾向がある。本研究では内的ワーキングモデルは調査していないが、育児困難に悩む母親は自分に【自信がなかったり】、他者を【頼れない・頼らない】傾向が強いことがわかったので、上述の定義や分類と考え合わせると、育児困難に悩む母親は回避型やアンビバレント型の傾向の強い、不安定な内的ワーキングモデルを持っているのではないかと思われた。

また、母親は人には頼れない・頼らないでいる一方、他人の評価は気になり、プレッシャーを感じやすい。人を頼れず、相談もできない状況で、育児を1人で頑張っているのにうまくいかない状況であると考えられる。

育児グループへの参加による効果を調査した研究では¹⁴⁾、「相談ができる」「話をして楽になれる」

「子どもを遊ばせられて安心できる」といったプラス面のみがあげられているが、交流が深まることにより対人関係に関する問題が生じることも多いのではないかと考えられる。

4. 3 「頑張らずにはいられない」という心理
特定の母親グループの参加者においては、【頑張らずにはいられないこと】があることがあり、それが返って母親を困難な状況に追い込んでいることがわかった。努力しているのに子どもに結果が出ず空回りしている思いを抱いたり、周囲から認められていないのではないかと恐怖心をもっているのが力げず、「これでよい」と思えない。そうしてどんどん自分を追い込む。このような「頑張らずにはいられない」という強迫的な心理が、育児困難の状況の発生や悪化に強く関与している可能性がある。先行研究では¹⁵⁾、電話相談の中に見られた、育児に対する母親の感情表現を分析しており、悲嘆の感情表現の要素として「もう限界」という感情を挙げている。多くの者は努力の「限界」を感じたときに、目標への到達をあきらめたり、開き直って目標を下げたり、「これでいい」と思い直すことができると思われるが、母親たちはそれができないでいた。

4. 4 子育て支援への応用

今回明らかになった、育児への不安や困難な状況、およびその関連要因に着目し、子育てで困難や不安を抱える母親に対して心理的な支援をしていく必要がある。

母親には、頑張らずにはいられないという思いがある。また、子どもが当然できて当たり前ことができないうと、自分が評価されるように感じ、周囲の目が気になる。だからこそ、「よい子」にするために厳しくしつけるといった、母親なりの子育てに対する論理があった。母親への支援においては、このような心理を十分に理解し、受け止めていくことが必要である。また同時に、そのような受容的で、安心できる関係性の中で、他者の子育て経験や、子育てに対する自分とは少し違った見方を知ることが、自分の考え・感情への気づきや自己洞察に繋がることが多い。子育て中には、そのような自分や自分の子育てを客観的に見直す機会が必要ではないかと考える。

また、対人関係スタイルとして、人に頼らず、自己充足しようとする母親がいたり、相手を尊重したり避けたりするために「引き気味」になる母

親がいた。このことを考えたうえで仲間作りをしていく必要がある。グループなどで子どもとの関係ばかりでなく、祖父母や周囲の母親仲間など対人関係をテーマに話し合うことも必要になるのではないかと考える。単に「近所の話し相手」の存在や「親子で一緒に過ごす子育て仲間」の存在は母親の精神的安定には寄与しない¹⁰⁾、という結果から、表面的なその場限りの仲間づくりに終始するのではなく、認められる体験をすること、特別な思いを述べたり弱音が吐けることといった、母親同士が関係を作るきっかけを提供し、母親同士が真に支えあえるようになるための支援を行う必要がある。

4. 5 今後の課題

本研究の対象を乳幼児を育児している母親だけでなく、子育て支援にかかわっているエキスパートを含めたことにより、育児に関しての困難や不安について、母親側からだけの思いの反映にとどまらず、客観的視点を入れることができた。しかし、研究参加者の母親は少人数であり、また、インタビューの場に参加でき、思いを話せる人に限られていることから、乳幼児をもつ母親全ての育児困難の状況について説明できたわけではない。また、育児不安・困難を抱えている母親に多いとされる、人との交流の場など、外に出ることが難しい人の思いについても十分に反映できていない。今後は、より確かな子育て支援を行っていくために、研究に協力していただける対象者の方を増やし、さまざまな困難な状況について母親の立場から明らかにしていくことが重要である。

5. まとめ

5つのグループに対してフォーカス・グループ・インタビューを行なったことにより、乳幼児をもつ母親が子育てで困難・不安を感じることとその関連要因が明らかとなった。

母親が子育てで困難・不安に感じていることは、<母の子育てへの自信のなさ><母の他者評価が気になりプレッシャーになる傾向><母自身自分から頼れない・頼らない傾向><祖父母が親育ちの助けにならない傾向><母自身自分の意思が子どもに通じるのが当たり前と思うこと>が要因となって生じる【子どもに対してイライラしてしまうこと】【祖父母や周りと同じ障りのない関係を保つこと】【きょうだいに対してバランスよく対応すること】【頑張らずにはいられな

いこと】であった。

謝辞

本研究にご協力いただきました、育児中のお母様方、子育て支援の専門家の方々に深く感謝いたします。なお、本研究は、平成 18～20 年度科学研究費補助金・基盤研究 (C) (西村真実子教授) ならびに平成 19 年度地域ケア総合センター調査研究の助成 (西村真実子教授) を受けて実施したものの一部である。また、本研究の要旨は第 48 回母性衛生学会学術集会 (つくば市) で発表した。

引用文献

- 1) 川井尚, 庄司順一, 千賀悠子ほか: 育児不安に関する臨床的研究 V. 日本子ども家庭総合研究所紀要, 35, 109 - 143, 1999.
- 2) 高橋有里: 乳児の母親のストレス状況とその関連要因. 岩手県立大学看護学部紀要, 9, 31 - 41, 2007.
- 3) 阿部範子: 母親の育児不安と育児支援ネットワークとの関係. 日本看護学会論文集母性看護, 37, 140 - 142, 2007.
- 4) 緒方妙子, 林文子, 和田亜紀子ほか: 産後 1 ヶ月までの母親の育児不安とその解決方法について. 聖マリア学院紀要, 14, 75 - 79, 1999.
- 5) 野口真弓, 新川治子, 多賀谷昭: 育児をする母親のソーシャル・サポート・ネットワークの実態. 日本赤十字広島看護大学紀要, 1, 49 - 58, 2001.
- 6) 渡部綾, 工藤節美: 育児不安をもつ母親への保健師の効果的介入 家庭訪問における初期の関わりに着目して. 保健師ジャーナル, 63(3), 280 - 285, 2007.
- 7) Bloomfield, L., Kendall, S., Applin, L., et al : A qualitative study exploring the experiences and views of mothers, health visitors and family support centre workers on the challenges and difficulties of parenting. Health and Social Care in the Community, 13(1), 46 - 55, 2005.
- 8) 松野郷有実子, 水井真知子, 相田一郎ほか: 育児不安を抱えた母親に対するグループ・ケアの試み. 小児保健研究, 63(4), 453 - 458, 2004.
- 9) 中坂育美: 母と子の育児グループによる虐待予防の試み. 保健婦雑誌, 54(8), 631 - 636, 1998.
- 10) 原田正文: 新しい子育て支援メニュー『親支援プログラム』を展開しよう!. 保健師ジャーナル, 60(12), 1228 - 1231, 2004.
- 11) 藤後悦子: 日米におけるペアレンティングプログラム研究の現状と課題. コミュニティ心理学研究, 9(1), 25 - 40, 2005.
- 12) 上村順子: なぜ子どもを殴るのか. 子どもの虐待防止センター, 24-25, 2005.
- 13) 中西美紀, 岩堂美智子: 幼児をもつ母親の仲間関係と育児困難感. 生活科学研究誌, 3, 107 - 114, 2004.
- 14) 沼田加代: 育児グループの形態別にみた育児不安と育児グループの効果に関する検討. 群馬保健学紀要, 25, 15 - 24, 2004.
- 15) 長谷川理絵子, 牧谷孝子, 善養寺圭子ほか: 北海道家庭生活総合カウンセリングセンターの電話相談にみる育児不安の変化 - 平成元年と平成 12 年の比較 -. こころの健康, 21(2), 72 - 80, 2006.

(受付: 2008 年 10 月 31 日, 受理: 2009 年 2 月 23 日)

The Current Status of Child-raising Difficulties of Mothers Having Infants -From the focus group interview of the mothers and the experts involved in child-raising support-

Masayo AZUMA, Mamiko NISHIMURA, Masayo YONEDA,
Hitomi INOUE, Naoko UMEYAMA, Fumiko MIYANAKA,
Chikako KATATA, Satsuki WADA, Hiromi MATSUI

Abstract

The purpose of this study was to highlight the current status of the difficulties and anxieties experienced by women nurturing their infants. Focus-group interviews were held with three groups of mothers, and two groups of experts in counseling mothers with difficulties in, or anxieties about child-raising, and abusing their child. The recorded contents of the interviews were transcribed verbatim, and qualitatively analyzed.

The analysis identified what these mothers felt was difficult, or made them uneasy, during child-raising: 1) becoming irritated with the infant; 2) building neutral relations with both sets of grandparents of the infant and other people; 3) treating all children in a balanced manner; and 4) becoming too serious. The factors involved with these recognitions were also noted, including lack of self-confidence; a tendency to be nervous about others' opinions, and feel pressure; apprehension and a consequent unwillingness toward relying on others; a tendency to consider grandparents of no use in nurturing their children; and a belief that they could communicate with the infant without the need of words.

These findings suggest the necessity of presenting themes related to the above difficulties in child-raising support, and the need for support that is based on a thorough understanding of the reasons why, or the background/situation in which, mothers encounter difficulty in child-raising.

Key words infant, child-raising, difficulty, anxiety, child-raising support

原著

母親の身近な人間関係におけるストレス感と 不適切な養育行動の関連性について

浦山晶美¹ 金川克子² 大木秀一²

概要

1歳6か月・3歳児健診に訪れた母親を対象に、母親の身近な人間関係のストレス感がどのように育児態度に影響するのか、その関連性を明らかにする目的で534名に自己記入式質問紙を配布し383名から回収された。調査は無記名とし回収は郵送で行った。結果は、子ども、夫の親に半分以上の母親がストレスを感じており、次いで多かったのは夫であった。子ども、夫に対してストレス感があるときには、他の人間関係にストレスを感じている場合よりも不適切な養育行動が多く項目において有意にみられた。また、母親が子どもにストレスを感じているものは、感じていないものよりも、夫、自分の親、夫の親、近所付き合い、親戚付き合い、の人間関係に有意にストレスを感じているものが多いことが認められた。それらの中でも、特に夫とのストレス感との関連性が強かった。これらの結果から、母親のストレスを軽減させるには、まず夫にたいするストレス感を緩和させることが重要であり、そのことが子どもに対するストレス感の緩和に繋がるのではないかと考えられた。それには、夫が母親にとって人生の重要なパートナーであるという役割を果たすという要因が、子どもへの不適切な養育行動の改善に繋がると推測される。

キーワード ストレス、夫婦関係、不適切な養育行動

1. はじめに

社会の子育てへの関心がたかまり行政の育児支援に対する取り組みがなされているにもかかわらず少子化は進む一方である。その要因の一つに母親の“育児の心身の負担”があげられ、社会の環境変化等からも育児はストレスが伴うものと捉えられるようになってきた¹⁾。そして、子どもは可愛いと一緒にいると息がつかるといふ母親が増えている³⁾。平成15年の厚生労働白書の「育児不安を生み出す子育ての実態」の調査報告では、子どもといると「イライラすることが多い」と答える母親が10.8%から30.1%に増加してきている。H16年に行われた日本小児保健協会の「幼児健康度調査」では、既に「子どもを虐待しているのではないかと思うときがある」と答えた母親が全体の2割以上であったと報告している⁴⁾。このように子育て期の母親が抱えているストレスや不安感・育児困難感が増加傾向にある。母親のストレスが高まれば、それが母親の育児態度に影響を与え、時には虐待的な養育行動に陥りやすくなることもある⁵⁾。母親の身近な人間関係、特に夫や日

常生活の中で関わる重要他者との人間関係に関するストレスは母親の養育態度に影響を与える。Bolger⁶⁾は、人間関係の葛藤が最も困惑させるストレスラーであると述べ、ストレスは「感情的な八つ当たり」として、無意識に感情の捌け口を立場の弱いものに向けていることも考えられる。

母親のストレスからくる感情が時には虐待的な養育行動に陥らせていることも考えられるが、しかし、子どもにとっては、そのような養育態度を蓄積してうけることによって、自尊心が傷つけられ健康な発達を阻害する要因となりうる⁷⁾。子どもにとって大切なことは、親密で安定した継続的な家族関係を通して子どもに安心感、安全感を与えることであり、それには親自身の人格的成熟と夫婦及び重要他者との人間関係の安定を保つことは重要なことであるが、具体的に母親の人間関係のストレス感がどのように母親の養育行動に影響を与えているのか、その実態を調査した研究はまだ見当たらない。そこで本研究は、母親の身近な人間関係のストレス感と不適切な養育行動の関連性を明らかにすることを研究目的とした。その関係性を明らかにすることによって、母親のストレスを緩和することの意義を確認し、そして、子育

¹ 石川県立看護大学大学院博士後期課程（地域看護学）

² 石川県立看護大学

て支援の方向性を検討し得る一資料となりうると考えた。

2. 対象と方法

2. 1 対象者

石川県 K 市内の健康センターで開催されている1歳6か月児健診と3歳児健診に訪れている母親534名に質問紙票を直接手渡した。K市の人口は約45万人で、県内全人口の約38%を占めており、人口増加率や、少年人口(0~14歳)の割合が最も高い地域である。

2. 2 調査内容および方法

不適切な養育行動は、内山⁸⁾らが虐待行為の実態を調査するために作成した質問項目の中から、児の年齢に不適切なものや母親が明らかに不快を感じさせるような項目を除いて9項目を選出した。その他、虐待不安の内容を聞く2つの項目を追加した。本研究における不適切な養育行動の質問は全部で11項目あり、回答は4件法で「ない」「たまにある」「時々ある」「よくある」である。質問の内容は身体的暴力に関するものは、頭をたたく、顔を平手打ちする、ひどくつねる、物を使って叩く、等である。ネグレクトに関するものは、風呂に入れたり下着を替えたりしない、自動車内に放置する、等である。心理的なものは、ひどく感情的になって八つ当たりする、傷つけるような暴言を言う、である。虐待不安に関するものは、たたいてしまいそうで怖い、何をするかわからない、である。調査票記載時には、健診に連れてきた子どものことを想定して記入して頂いた。母親がストレスと感じる身近な対象者として、子ども、夫、自分の親、夫の親、近所付き合い、親戚付き合い、である。回答は、各身近な対象者について「ストレスを感じますか」との質問に対して「とても」「少し」「ない」の3件法である。社会的属性として、家族形態、年齢、就業状況、子どもの数、児の特別な障害(先天的な異常、分娩外傷、発達障害)、双子の有無等である。調査期間は2005年の7月から9月にかけて実施した。

調査は無記名とし回収は郵送で行ない、会場内での記入を希望した母親には記入場所を設置して、記入後封をしてから回収箱に入れてもらった。

2. 3 倫理的配慮

石川県立看護大学の倫理審査会の承認を得た後、K市内の3箇所の健康センター長の書面による同

意を得た。健診に訪れている母親一人ひとりに研究の目的と、調査に協力しなくても一切不利益が生じないことを口頭と紙面上で説明し、了解が得られたものには直接封筒に入った調査票を手渡した。

2. 4 分析方法

統計ソフト SPSS13.0J を用いて、ストレスを感じる対象者と不適切な養育行動との関係性を χ^2 検定で統計解析を行い、有意水準は5%未満を採用した。

3. 結果

3. 1 対象者の属性

調査票の配布数534で回収数は383(回収率71.7%)であった。対象者の平均年齢は31.9歳で標準偏差値は4.9歳であった。家族形態は全体の80%以上が核家族であり、全体の62%の母親が専業主婦であった。母親一人が持つ子どもの数の中央値は2人で、双子を持つ母親は5人(1.3%)であった。特別な障害児(先天的な異常、分娩外傷、発達障害等)をもつ母親はいなかった。対象者の特性は表1にまとめた。

表1 対象者の属性 (n=383)

調 査 項 目	全 体	
母 の 年 齢 (歳)	31.9(±4.9)	
家 族 形 態	核 家 族	309(80.7)
	複 合 家 族	74(19.3)
母 の 就 業	主 婦	238(62.2)
	パ ー ト	61(15.9)
	常 勤	84(21.9)
母親一人 あたりもつ 子どもの数	1 人	149(38.9)
	2 人	171(44.6)
	3 人	55(14.4)
	4 人	5(1.3)
	5 人	1(0.3)
	6 人	1(0.3)
	無記入	1(0.3)
妊娠の形態	単 体	375(97.9)
	多 胎	5(1.3)
	無記入	3(0.8)
児 の 障 害	発 達 障 害 等	0

() 内は各項目の割合 (%) を表す

3. 2 不適切な養育行動と母親がストレスを感じている対象

(1) 不適切な養育行動の集計結果は表2に示した。不適切な養育行動11項目のなかで、多かった

のは「感情的八つ当たり」で、「たまにある」「時々ある」「よくある」をあわせると 76%であり、次いで「頭をたたく」が 56%、「傷つける暴言をほく」44%、ネグレクトの項目の「風呂に入れない」は回答者のうち 2 人 (0.1%) であった (%は無回答を除いて計算した割合)。

(2) 母親がストレスと感じている対象の集計結果は表 3 に示した。母親がストレスと感じている対象で最も多い相手は「子ども」で、「少しある」「かなりある」を合わせると全体の 62%で、次いで「夫の親」が 54%、「夫」は 52%であった (%は無回答を除いて計算した割合)。

3. 3 母親がストレスを感じる対象と不適切な養育行動との関連

不適切な養育行動 11 項目に対して、その出現率が、母親のストレスを感じる対象に「ある」「ない」のそれぞれの群で異なるかどうか確かめるために χ^2 検定を行った。「母親の不適切な養育行動」「ストレス感」を 3 または 4 件法で行ったが「よくある」「とても感じる」という回答が少なく、統計処理を行うにあたり期待度数の小さいセルが多くなることによって分析が困難になるた

め回収された回答を「はい」「いいえ」の 2 段階に分類し直した。不適切な養育行動は 4 件法の中、「よくある」「時々ある」「たまにある」を併せて「ある」とし、母親のストレス感については 3 件法の中、「少しある」、「かなりある」を併せて「ある」とした。また、無回答のものは分析から除き 325 名を有効回答 (60.9%) とした。これから述べる結果は、2 段階の回答分類で、有効回答 325 名から導き出されたものである。その結果を表 4 に示した。

以下に、母親がストレスを感じる対象者と不適切な養育行動 11 項目のうち、いくつの項目と関連しているかをまとめた。

(1) 子どもにストレスを感じているものは、不適切な養育行動 11 項目中 7 項目がストレスを感じていないものよりも有意に多かった。

(2) 夫にストレスを感じているものは、不適切な養育行動 11 項目中 6 項目がストレスを感じていないものよりも有意に多かった。

(3) 自分の親にストレスを感じているものは、不適切な養育行動 11 項目中 2 項目がストレスを感じていないものよりも有意に多かった。

表 2 不適切な養育行動の結果 (n=383)

	ない	たまにある	時々ある	よくある	無記入
感情的八つ当たり	92(24.0)	227(59.3)	46(12.0)	13(3.4)	5(1.3)
頭を叩く	166(43.3)	170(44.4)	32(8.4)	9(2.3)	6(1.6)
傷つける暴言を言う	213(55.6)	117(30.5)	38(9.9)	10(2.6)	5(1.3)
顔を平手打ちする	287(74.9)	77(20.1)	11(2.9)	2(0.5)	6(1.6)
ひどくつねる	345(90.1)	25(6.5)	5(1.3)	10(3)	7(1.8)
物を使って、たたく	353(92.2)	22(5.7)	2(0.5)	0	6(1.6)
物を投げつける	323(84.3)	46(12.1)	6(1.6)	10(3)	7(1.8)
風呂に入れない下着を替えない	375(97.4)	2(0.5)	0	0	6(1.6)
自動車内に放置する	338(88.3)	32(8.4)	6(1.6)	0	7(1.8)
たたいてしまいそうで怖い	217(56.7)	118(30.8)	22(5.7)	15(3.9)	1(0.3)
このままだとなにをするかと、不安になる	329(85.9)	34(8.9)	10(2.6)	3(0.8)	7(1.8)

() 内は各養育態度の割合 (%) を表す

表 3 母親がストレスを感じる対象についての結果 (n=383)

対象	ストレス感			
	ない	少しある	かなりある	無記入
子ども	139(36.3)	206(53.8)	18(4.7)	20(5.2)
夫	170(44.4)	160(41.8)	21(5.5)	32(8.4)
自分の親	266(69.5)	82(21.4)	7(1.8)	28(7.3)
夫の親	158(41.3)	135(35.2)	52(13.6)	38(9.9)
近所付き合い	236(61.6)	110(28.7)	8(2.1)	29(7.6)
親戚付き合い	239(62.4)	101(26.4)	11(2.9)	32(8.4)

() 内は各ストレス感のある対象の割合 (%) を表す

表4 母親がストレスを感じる対象と不適切な養育行動との関連 (n=325)

母親が ストレスと 感じる対象	不適切な 養育行動	感情的八つ 当たり		傷つける暴 言を言う		頭を叩く		顔を平手打 ちする		ひどくつね る		物を使っ て、たたく		物を投げつ ける		風呂に入れ ない下着を 替えない		自動車内に 放置する		たたいてし まいそうで 怖い		なにをする かと、不安 になる		
		ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	ない	ある	
		n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
子ども	ない	127	53	74	95	32	65	62	107	20	120	7	124	3	117	10	127	0	116	11	97	30	123	4
	ある	198	31	167	89	109	82	116	148	50	178	20	180	18	162	36	196	2	176	22	98	100	161	37
	χ ² 検定	P<0.00		P<0.00		ns		P<0.05		ns		P<0.02		P<0.01		ns		ns		P<0.00		P<0.00		
夫	ない	164	54	110	106	58	76	88	132	32	152	12	160	4	149	15	164	0	149	15	108	56	150	14
	ある	161	30	131	78	83	71	90	123	38	146	15	144	17	130	31	159	2	143	18	87	74	134	27
	χ ² 検定	P<0.00		P<0.00		ns		ns		ns		P<0.00		P<0.01		ns		ns		P<0.03		P<0.03		
自分の親	ない	248	74	174	151	97	115	133	198	50	227	21	230	18	216	32	246	2	222	26	148	100	218	30
	ある	77	10	67	33	44	32	45	57	20	71	6	74	3	63	14	77	0	70	7	47	30	66	11
	χ ² 検定	P<0.00		P<0.01		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		
夫の親	ない	151	47	104	94	57	70	81	119	32	139	12	144	7	131	20	151	0	135	16	93	58	139	12
	ある	174	37	137	90	84	77	97	136	38	159	15	160	14	148	26	172	2	157	17	102	72	145	29
	χ ² 検定	ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		P<0.02		
近所付 き合い	ない	215	66	149	137	78	95	120	175	40	196	19	205	10	188	27	214	1	194	21	141	74	194	21
	ある	110	18	92	47	63	52	58	80	30	102	8	99	11	91	19	109	1	98	12	54	56	90	20
	χ ² 検定	P<0.00		P<0.00		ns		P<0.05		ns		ns		ns		ns		ns		P<0.00		P<0.03		
親戚付 き合い	ない	220	62	158	137	83	99	121	175	45	201	19	207	13	191	29	219	1	196	24	144	76	197	23
	ある	105	22	83	47	58	48	57	80	25	97	8	97	8	88	17	104	1	96	9	51	54	87	18
	χ ² 検定	ns		P<0.00		ns		ns		ns		ns		ns		ns		ns		P<0.00		ns		

表5 母親のストレス感が「子ども」と「子ども以外」の対象間の関連 (n=325)

ストレスの対象 (子ども以外)	夫		自分の親		夫の親		近所付き合い		親戚付き合い		
	ない (n=164)	ある (n=161)	ない (n=248)	ある (n=77)	ない (n=151)	ある (n=174)	ない (n=215)	ある (n=110)	ない (n=220)	ある (n=105)	
子どもに 対するス トレス感	ない(n=127)	97	30	116	11	78	49	99	28	101	26
	ある(n=198)	67	131	132	66	73	125	116	82	119	79
	検定量	56.01		26.05		18.75		12.96		13.35	
	χ ² 検定	P<0.00		P<0.00		P<0.00		P<0.00		P<0.00	

(4) 夫の親にストレスを感じているものは、不適切な養育行動 11 項目中 1 項目がストレスを感じていないものよりも有意に多かった。

(5) 近所付き合いにストレスを感じているものは、不適切な養育行動 11 項目中 5 項目がストレスを感じていないものよりも有意に多かった。

(6) 親戚付き合いでストレスを感じているものは、不適切な養育行動 11 項目中 2 項目がストレスを感じていないものよりも有意に多かった。

3. 4 母親のストレス感が「子ども」と「子ども以外」の対象間における関連

母親が子どもにストレスを感じているとき、最も不適切な養育行動が多く認められることから、

子どもにストレス感が「ない」「ある」のそれぞれの群において、子ども以外のストレスを感じる対象者に対してストレス感の出現率が異なるかどうかを有効回答 325 名についてχ²検定を行った。尚、母親のストレス感については3件法の中、「少しある」、「かなりある」を併せて「ある」として分析をし、結果を表5に示した。母親が子どもにストレス感があるものは、いないものよりも、全ての対象者(夫、自分の親、夫の親、近所付き合い、親戚付き合い)においてストレス感があることが1%水準で有意に多いことが認められた。その中で最も強い関連性がみられたのは夫で(χ²(1)=56.01、p<.00)、次いで、自分の親(χ²(1)=26.05、p<.00)であった。

4. 考察

4. 1 母親の身近な人間関係のストレス感と育児行動について

核家族化、少子化、地域におけるつながりの希薄化により家庭の養育力の低下「子育ての危機」が指摘されている^{9), 10)}。また、母親は一生懸命育児をしても、社会環境の変動の中で幾重ものストレスを感じ、また孤独感や母親自身の性格的な未熟さ等から不適切な養育行動に陥っているのが現状であるといわれている¹¹⁾。本調査結果では『近所付き合い』に33%以上の母親がストレスと感じており、このことから地域とのつながりを持つことに何らかの難しさがあることが推測される。また全体の80%が核家族形態をとり、その中で母親がストレスを感じている対象に、『子ども』6割、『夫』5割と高い割合を占め、家庭内のストレスフルな状況がうかがわれる。

厚生労働省の調査によると少年非行も年々増加傾向にあり、このような深刻な状況の見直しの原点は家庭養育への支援とその充実にあると報告している¹²⁾。2000年に行われた厚生の指標調査の「児童虐待の疫学調査」の予備調査の結果では、有効回答494人中、親の養育態度としてよく見かけるのは「大声で叱る」「泣いていても放っておく」「頭をたたく」などが全体の6割から8割を占めていたと報告している。この首都圏の調査は虐待的な養育態度17項目を得点化し「虐待群」と判別されたのは全体の8.9%、虐待傾向群は30.4%で、約4割の母親が何らかの身体的虐待を日常の養育態度にみられると報告している。本研究の調査の結果では1歳6か月、3歳児健診に訪れた母親が対象で、調査回収数は383人で、そのうち回答された数について記述集計し、全体の母親の76%に「感情的な八つ当たり」、56%に「頭をたたく」、44%に「傷つける暴言をいう」などの養育行動がみられた。これらのことから、本研究で調査が行われたK市においても、首都圏で行われた調査と同じように上記に挙げたような養育行動が約過半数以上の母親にあることがわかった。不適切な養育行動または虐待は、身体的な暴力行為をイメージしやすいが、「感情的な八つ当たり」「傷つける暴言をいう」等は、心理的な虐待と言われている¹³⁾。そのような心理的な不適切な養育行動が日常的に行われることは、子どもの人格形成に重大な影響を及ぼすといわれ、特に言葉による暴力は自尊感情を傷つける。子どもの1-3歳ごろは「こころの曙」といわれ、自尊感情や基本的信頼感の中

核が形成され、人格形成の基礎が作られる時期である。そして、この時期の育児の内容はその後の人生に大きく影響する^{14), 15)}。

母親がストレスと感じる対象が子どもの場合、不適切な養育行動11項目中、「感情的な八つ当たり」「傷つける暴言を言う」「顔を平手打ちする」「物を使って、たたく」「物を投げつける」「たたいてしまいそうで怖い」「このままだとなにをするかと、不安になる」の7項目が、ストレスを感じない母親よりも有意に多かった。次に多かったのは夫との人間関係でストレスを感じるものはそうでないものよりも不適切な養育行動6項目において有意に多かった。また、近所付き合いにストレスを感じている場合は、そうでないものよりも5項目において不適切な養育行動が有意に多かった。これらのことは、母親の生活の身近な相手、つまり自分の子どもや夫、そして近所付き合いにストレスを感じているほど育児の中で不適切な養育行動、特に「感情的な八つ当たり」が多く見られるという結果であった。

また、子どもにストレスを感じている者は、感じていない者よりも、夫、自分の親、夫の親、近所付き合い、親戚付き合い、の人間関係にストレスを感じている者が有意に多いことが認められ、その中でも特に夫にストレスを感じるかどうかとの関連性が強かった。ストレスはさまざまな要因が関与しているため一概にはいえないが、本研究の結果から以下のことが推測される。母親の身近な人間関係において、子どもとの関係にストレスを感じる者が一番多く、また子どもへのストレス感と夫へのストレス感の関連性が強いという結果から、夫へのストレス感の緩和を図ることは、子どもに対するストレス感の緩和につながるのではないかと考える。渡邊¹⁶⁾は、夫婦関係と母親の子育ての満足度の関連性について調査した結果、夫婦の対話時間が多いほど母親が育児に満足していると報告している。また、川崎¹⁷⁾、佐々木¹⁸⁾らの研究では、夫婦の精神的な結びつきが強いほど父親の育児の参加度が高くそれに対して母親の満足度も高いことを報告している。これらの先行研究から母親の夫へのストレスを緩和するには、夫からのサポートを得ることと夫婦の対話が重要な要因として考えられる。すなわち、夫が子育ての中で「人生の重要なパートナーであるという役割を担う」と同時に、夫婦が互いに理解を深めるようなコミュニケーションスキルを身につけることは母親の精神の安定性を図り、そのことが子

どもへの「感情的な八つ当たり」を減少させる等の育児行動の安定に繋がっていくと推測する。

4. 2 子育て支援の今後の展望

育児で重要なことは、親密で安定した家庭の継続的な関係を通じて、子どもに信頼感、安心感、安全感を与えることである。それにはまず、親自身の人格的成熟と夫婦関係の安定、親密さを図り、暖かく支持的な家庭環境を持つことが重要と考える。両親の不和は当事者にとっては当然だが、子どもにとっても耐えがたい心理的なストレスとなる。子どもは、大人によって配慮された世話、情緒的にサポートされることにより、安定感、自己効力感、自尊感情が育ち、向社会的行動への内的動機付けが引き起こされる¹⁹⁾。様々な養育行動は、良しにつけ悪しきにつけ次の世代へと伝達される²⁰⁾ことを考慮するならば、好ましくない養育行動が次世代に伝達しないように、また、子どもの精神発達を前向きに促すためには、なるべく早期に親となられる方に「養育行動が子どもに与える影響」についての知識を得ていただくことは重要なことである。医療従事者として、そのような働きかけができる場が考えられるものは、妊娠中の両親学級等である。妊娠中の両親学級のプログラムの中に、一般的な妊娠に関する内容とともに、親の役割について考える場を提供することは次世代育成支援に繋がるのではないかと考える。

調査内容において、「不適切な養育行動」「ストレスを感じる対象者」を、4件及び3件法で行ったが統計的な処理のため回答を2段階に分類し直したことにより、現実の状況をいささか強調した嫌いはあるが、しかし若干ではあるが、近年の子どもがおかれている家庭の養育環境についての知見が得られたのではないかと考える。

また、「不適切な養育行動」と「虐待」の境界線は不透明であり、そして「虐待の定義は難しい」という現実から、本研究の課題においては「不適切な養育行動」という表現を用いた。しかし、「不適切な養育行動が子どもの身体的精神的成長発達を妨げる」のであれば、それは「虐待的な養育態度」と表現することが適切かと考えられる。

5. 謝辞

本研究の実施に際し、アンケート調査にご協力頂いたお母様方、並びに本研究の趣旨をご理解頂き協力していただいたK市内の健康センターの担当者の皆様に深く感謝を申し上げます。調査にあ

たり、石川県立看護大学の西村真実子教授にご指導を頂き心よりお礼を申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生（労働）省・厚生省大臣官房政策課：少子化と人口減少社会を考える。1998。（www1.mhlw.go.jp/shingi/s1027-1.html）
- 2) 牧野カツ子：乳幼児を持つ母親の生活と育児不安。家庭教育研究紀要，3，34-56，1982。
- 3) 村上京子，飯野英親，塚原正人，他：乳幼児をもつ母親のストレスに関する要因分析。小児保健研究，64(3)，425-431，2005。
- 4) 日向雅美：育児に伴う母親の不安。小児看護，12(4)，415-420，1989。
- 5) 内山絢子：児童虐待の現状。中谷謹子。児童虐待と現代の家族。信山社，2-23，2003。
- 6) Bolger, N. et al. Effects of daily stress on negative mood. Journal of Personality and Social Psychology. 57, 808-818, 1989.
- 7) 友利久子，嘉数朝子，大城一子，他：子どもの自尊感情の発達と親子のコミュニケーション。琉球大学教育学部障害児教育実践センター紀要，6，111-133，2004。
- 8) 内山絢子：一般家庭調査における母親が行う虐待行為の実態，児童虐待とその対策。多賀出版，62-83，1989。
- 9) 文部科学省：家庭教育支援のための行政と子育て支援団体との連携の促進についての報告。2004。（www.nwec.jp/jp/data/shiryo_h18jisedai.pdf）
- 10) 園部真美，白川園子，廣瀬たい子，他：母親の社会的ネットワークと母子相互作用，子どもの発達，育児ストレスに関する研究。小児保健研究，65(3)，405-414，2006。
- 11) 清水嘉子：育児ストレスの実態研究—ストレス情動反応を中心として—。母性衛生，44(4)，372-378，2003。
- 12) 徳永雅子，大原美和子，菅間真美，他：「首都圏一般人口における児童虐待の調査」。厚生指標，47(15)，3-10,2000。
- 13) 山崎晃資：子どもの発達とその障害。財団法人放送大学教育振興会，21-40，1995。
- 14) 前川喜平：親と子の心のカルテ。新興医学出版社，1998。
- 15) 三宅和夫：乳幼児心理学。財団法人放送大学教育振興会，19-52，1999。
- 16) 渡邊タミコ：父親の育児協力・夫婦の対話と母親の育児満足度との関係。山梨医大紀要，2001；18：

- 47-53. Child Development project の理論と実践一. 順天堂
医療短期大学紀要, 4, 70-79, 1993
- 17) 川崎佳代子: 育児感情・育児行動の実態及び関連
する要因. 母性衛生, 41(1), 158-169, 2000. 20) 渡辺久子: 母子臨床と世代間伝達. 金剛出版. 2001
- 18) 佐々木裕子: 父親の育児行動と母親の満足度. 小
児保健研究, 57(2), 181-189, 1998. (受付: 2008年7月8日, 受理: 2008年9月11日)
- 19) 山岸明子: 向社会性の発達を促す経験と教育一

The Association between a Mother's Feelings of Stress in Close Human Relationships and the Consequent Unsatisfactory Approach to Raising her Child

Akimi URAYAMA, Katsuko KANAGAWA, Shuichi OOKI

Abstract

This study aims to determine the relationship between a mother's stressful feelings about her close human relationships and her unsatisfactory approach to raising her child. The method used was an anonymous self-administered questionnaire for mothers (n=534) who visited health centers for routine child development check-ups in the Ishikawa prefecture. The number of valid responses obtained was 383, which were collected by mail. The results showed that more than half the mothers expressed their stressful feelings, first toward their child and mother-in-law, and second to their husbands. When mothers experience stress with their children and husbands, they tend to show a more unsatisfactory approach toward their children than those mothers who experience stress with other human relationships. Another result to emerge was that mothers experience stress with their children related to other close human relationships, especially when there is strong relationship between their children and their husband. It was also observed from the results that relieving the stress in her relationship with her husband, emerged as the key factor that contributed significantly to the reduction in the unsatisfactory approach, compared with relieving her frustrations with her other close human relationships. It can also be concluded that since her husband plays an important role as her life partner, the stressful feelings, resulting from that relationship, can be a significant critical factor.

Keywords Stress, Relationship between wife and husband, Unsatisfactory approach to raising child

報告

人口減少地域における在宅終末期療養の諸問題

—奥能登の住民に対する意識調査より—

浅見 洋¹ 田村幸恵¹ 浅見美千江²

概要

本稿は、2007年度に奥能登（珠洲市と能登町）で実施した「死生観と在宅終末期療養についての意識調査」に関する部分報告である。奥能登は全国や石川県全体に比べて自宅死割合の多い地域であったが、近年自宅死割合は急激に減少しつつある。本調査における在宅終末期療養の希望は48%を超えるが、対象地域の自宅死割合は2006年度には11.1%まで減少している。2006年4月から始まった厚生労働省の在宅終末期医療の推進という政策は、奥能登という人口減少が著しい地域ではほとんど成果を見いだすことができない。

人口減少地帯においてこれまでの高い在宅死亡率を支えてきたのは「住み慣れた場所で最期を迎えたい」という住民のニーズであり、そうしたニーズを現実化するための阻害要因になっているのは介護負担感と医療不安感である。医療過疎が進行する人口減少地帯では、こうした阻害要因の克服は都市部以上に達成困難な課題であり、財政的にも解決の糸口を見いだせない状況である。特に、訪問看護ステーションの未整備と人手不足、家族や地域文化の衰退が自宅死と在宅終末期療養の低落傾向に拍車をかけている。

キーワード 人口減少地帯、在宅終末期ケア、在宅死、介護負担、訪問看護ステーション

1. 調査の背景

2005年7月29日の「第17回社会保障審議会医療保険部会」において、厚生労働省は配布資料「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」で、終末期医療における「医療費適正化の方向性（イメージ）」を提示した。¹そこには、「患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供」により「自宅等での死亡割合を4割」に引き上げることによって、2015年度には約2,000億円、2025年度には約5,000億円の医療給付費が削減できるとの医療費削減イメージを描いている。また、自宅等（自宅のみではなく、ケアハウス・グループホーム等多様な居住の場を含む）での死亡割合を4割に引き上げるために、①在宅医療提供体制の充実（往

診・訪問診療に対応できる医師の確保、訪問看護サービスの普及等）、②地域における高齢者の多様な居住の場の整備が提言されている。こうした在宅の終末期医療を推進する具体的施策として、2006年4月の「診療報酬と介護報酬の改定」では、24時間体制で患者を往診する「在宅療養支援診療所」の創設や在宅ターミナルケアへの対応としてターミナルケア加算などが盛り込まれた。²

しかし、そうした医療政策の実施にもかかわらず、期待された自宅等での死亡割合の増加は現時点では実現していない。全国並びに石川県人口動態統計によれば、全国、石川県全体、奥能登（本稿では珠洲市と能登町を指す）の2000年以降の自宅死割合の推移は表1のようである。（表1）³

表1 自宅死割合

%

	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年
全国	13.9	13.5	13.4	13.0	12.4	12.2	12.2
石川県	13.4	13.8	13.0	12.9	11.1	10.8	9.5
奥能登	18.5	20.2	16.8	17.2	14.0	13.3	11.1
珠洲市	19.0	21.7	15.4	15.3	18.0	13.4	13.8
能登町	18.0	18.8	18.0	19.0	10.9	13.3	8.9

¹ 石川県立看護大学² 石川県医療在宅ケア事業団

奥能登の自宅死割合は1995年度は25.1%と全死亡者の1/4を占めていたが、2006年度には11.1%と1/10程度まで低下している。⁴また、2005年度までは全国平均を上回っていたが、新しい医療政策が実施された2006年度には全国平均を下回った。本調査の対象地域である珠洲市と能登町間の低落傾向には若干の差異が認められるが、全国や石川県全体に比べて両自治体の自宅死割合の減少率は総じてかなり大きいといえる。

奥能登が近年まで自宅死亡割合の多い地域であった要因として、この地が典型的な農漁村地域であって、伝統的なイエの形態とその機能（特に高齢者の扶養機能）が比較的良好に維持されてきたこと、近隣に大規模な地域中核病院がなかったことなどが考えられる。しかし、急激な過疎化、高齢化、少子化によって生じた一人暮らし、高齢者の2人暮らし世帯の増加、在宅介護の担い手となる世代の減少などが自宅死割合の急激な低落傾向に拍車をかけてきた。（表2）³過去5年間（2003年～2007年）の人口減少率は珠洲市8.1%、能登町6.6%であり、高齢化率は珠洲市が2003年36.1%から2007年39.5%へ、能登町が2003年33.9%から2007年37.6%へとさらに高齢化に拍車がかかっている。

表2 人口・高齢者人口の変化 n (%)

珠洲市		年度	能登町	
総人口	65歳以上		総人口	65歳以上
18,703	6,749 (36.1)	2003年	22,264	7,548 (33.9)
18,342	6,761 (36.9)	2004年	21,863	7,521 (34.4)
18,050	6,740 (37.3)	2005年	21,792	7,728 (35.5)
17,579	6,794 (37.6)	2006年	21,298	7,737 (36.3)
17,189	6,794 (39.5)	2007年	20,795	7,814 (37.6)

また、財政的問題、マンパワーを含む医療資源不足によって、近年過疎地における在宅終末期医療体制の整備はほとんど進展していない。むしろ、医師不足、看護師不足などによってますます医療の過疎化が進行している。さらに、全国的に進む家族、地域共同体の衰退と崩壊、医療を取り巻く地域間格差の拡大によって、将来的に在宅終末期療養者・死亡者の割合は、在宅医療システムの整備が進む都市部よりも、さらに低くなると予想される。人口減少地域の住民ほど望んだような療養場所、死に場所を現実化できない状況が生まれつつある。

2006年4月から始まった厚生労働省による在宅

終末期医療の推進という政策は、過疎化が進み人口減少が著しい地域ではほとんど成果を見いだすことができない。われわれはそうした現状把握に基づいて、石川県下でも人口減少が特に顕著である奥能登を対象として2007年度に「死生観・在宅終末期療養についての意識」調査を実施した。本稿はその「在宅終末期療養についての意識」の部分を中心とした調査報告であり、それによって人口減少地帯における在宅終末期療養の問題点を住民ニーズという側面から明らかにしようとするものである。

2. 死生観・在宅療養についての意識調査

2.1 調査方法

調査票「死生観・在宅終末期療養についての意識調査」を作成し、珠洲市と能登町の住民台帳から層化抽出法によって抽出した40歳代から70歳代の住民、各自治体600名（各年代150名）、計1200名を対象に、2007年7月に郵送調査を実施した。対象となる住民個々に研究趣意書、調査用紙、回答用紙、切手を貼った返信用の封筒（無記名）を同封し、返信された回答用紙の回収は所属機関内に設置したメールボックスにて行った。

2.2 調査内容

調査票は2004年度に実施された厚生労働省「終末期療養に関する調査」⁵などを参考に、独自に作成した自記式質問紙である。調査項目の内容は大別して①対象の背景、健康状態、死別体験、②死生観（死に対する不安感と理想的な死）、③在宅療養について（自分が療養したい場所、家族を療養させた場所、在宅死の可能性、在宅死の阻害要因、在宅死を可能にする要因）の3項目である。

2.3 分析方法

返信された調査票の結果はSPSS15.0を用いて単純集計・クロス集計を行った。

2.4 倫理的配慮

調査対象の抽出にあたっては、調査対象の居住地である自治体に住民基本台帳法第11条の2第1項に基づいて「住民基本台帳閲覧申出書」と閲覧者名簿を提出し、許可を得た。抽出作業は、届け出た閲覧者が各自自治体庁舎内の指定された場所で行った。また、調査用紙の郵送にあたっては同封した調査の趣意書に、各自の自由意志によって回答が拒否できること、回答は無記名であることを

明記した。また、集計が終わった時点で個々の回答用紙、対象者の名簿等は全て廃棄し公表においては個人が特定される恐れのある記述はしなかった。

2. 5 調査結果

(1) 対象者の属性

調査票の返送総数は706通、回収率58.8%であり、回答が無記入であるものを除いた703通を有効回答(回答率58.6%)とした。回答者の内訳は男性279人(39.7%)、女性419人(59.6%)、不明5人(0.7%)、年代別では40代180人、50代190人、60代177人、70代156人、平均年齢59.1歳(SD±11.1)であった。同居家族数は1人暮らしが45人(6.4%)、2人が206人(29.3%)、3人が164人(23.3%)、4~5人が174人(24.8%)、6人以上が112人(15.9%)、不明2人(0.3%)であった。

(表3)

病院受診の有無については355人(50.5%)、介護経験の有無については339人(48.2%)が「有る」と回答した。また、身近な人々のたちの臨終に立ち会った経験を持つ人は449人(78.1%)であった。

(2) 理想的な死

「あなたは〈理想的な死〉とはどんな〈死〉だと思いますか」(5件法)という設問で、「とてもそう思う」という回答は、有効回答数701の内、「長い闘病生活のない死」549人(78.3%)、「周囲に迷惑をかけない死」523人(74.6%)、「苦痛・恐怖の少ない死」449人(64.1%)、「あまりお金をかけない死」378人(53.9%)、「それまでの人生に悔いの無い死」283人(40.4%)、「家族や親しい人に囲まれての死」185人(26.4%)、「死ぬ準備を整えた後での死」177人(25.2%)、「出来る限り長生きした後での死」113人(16.1%)、「自己決定による死」85人(12.1%)の順に多かった。

(図1)

(3) 療養場所とその理由

「あなた自身が、治る見込みのない病気で死期が迫っている場合」を想定した上で、「最後まで療養したい場所」について尋ねたところ、有効回答数672の内、自宅323人(48.1%)、病院178人(26.5%)、施設49人(7.3%)、わからない110人(16.4%)、その他12人(1.8%)という結果であった。(表4)

表3 同居家族数 (n=703)

	%				
	1人	2人	3人	4~5人	6人以上
	6.4	29.3	23.3	24.8	15.9

表4 療養したい場所 (n=672)

	%				
	自宅	病院	施設	わからない	その他
奥能登	48.1	26.5	7.3	16.4	1.8
珠洲市	51.2	25.1	7.6	14.2	1.9
能登町	44.3	28.2	6.9	19.0	1.6

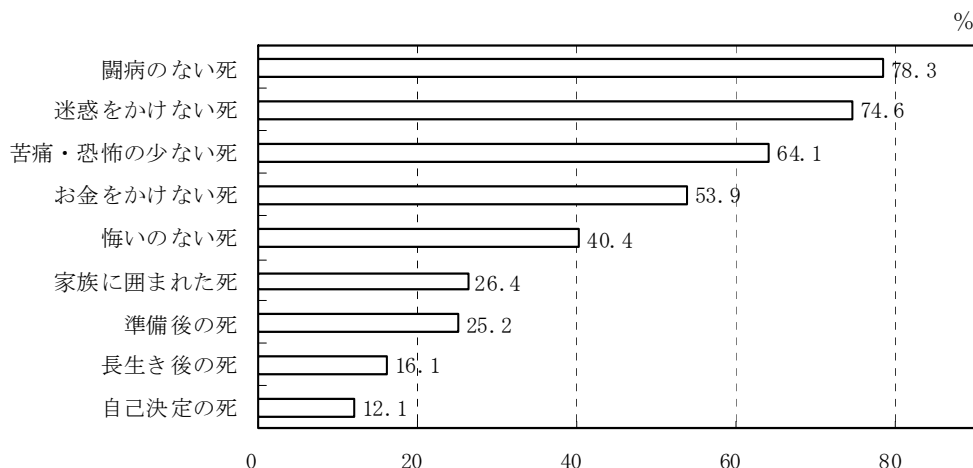


図1 理想的な死 (n=701)

療養したい場所を「自宅」と答えた人に複数回答で「自宅希望の理由」を尋ねたところ、有効回答数 323 の内、「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」200 人 (61.9%)、「最後まで好きなように過ごしたいから」161 人 (49.8%)、「家族との時間を多くしたいから」151 人 (46.7%)、「家族に看取られて最後を迎えたいから」95 人 (29.4%)、「病院では自分望むように最後を迎えられないから」41 人 (12.7%)、「家族や知人が自宅で最後を迎えていたから」19 人 (5.9%)、その他 8 人 (2.5%) の順であった。(図 2)

「家族が、治る見込みのない病気で死期が迫っている場合」を想定した上で、「最後まで療養させたい場所」を訪ねたところ、有効回答数 665 の内、自宅 260 人 (39.1%)、病院 252 人 (37.9%)、施設 43 人 (6.5%)、わからない 83 人 (12.5%)、その他

27 人 (4.1%) という結果であった。その内「療養させたい場所」を病院と答えた割合は、40 代 (29.9%)、50 代 (36.6%)、60 代 (38.2%)、70 代 (49.3%) であり、年代が高くなるに従って増加していた。(表 5)

(4) 在宅死の実現可能性と阻害要因

「自分、または家族が望めば、自宅で最後を迎えることは実現可能だと思いますか」という問いに対しては、有効回答数 670 の内、①「可能だと思う」161 人 (24.0%)、②「どちらかというところ可能だと思う」131 人 (19.6%)、③「どちらともいえない」185 人 (27.6%)、④「どちらかというところ不可能だと思う」126 人 (18.8%)、⑤「不可能だと思う」67 人 (10.0%) であった。(表 6)

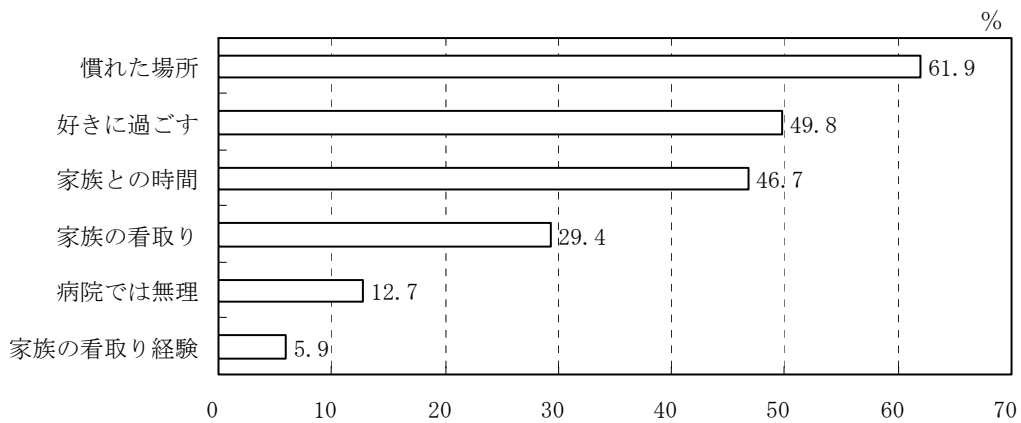


図 2 自宅死希望の理由 (n=323)

表 5 家族を療養させたい場所 (n=665) %

	40代	50代	60代	70代
自宅	41.8	40.4	41.8	30.7
病院	29.9	36.6	38.2	49.3

表 6 在宅死の実現可能性 (n=670)

回 答	人数 (%)
可能だと思う	161 (24.0)
どちらかというところ可能だと思う	131 (19.6)
どちらともいえない	185 (27.6)
どちらかというところ不可能だと思う	126 (18.8)
不可能だと思う	67 (10.0)

上記の問いで③, ④, ⑤と回答した378人に対して, 在宅終末期医療が不可能な理由を複数回答で尋ねたところ, 有効回答数323の内, 多い順に「緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れないから」162人 (42.9%), 「自宅では最後に痛み等に苦しむかも知れないから」158人 (41.8%), 「介護してくれる家族がないから」138人 (36.5%), 「経済的に負担が大きいから」104人 (27.5%), 「24時間相談にのってくれる機関がないから」85人 (22.5%), 「訪問看護や訪問介護体制が整っていないから」71人 (18.8%), 「往診してくれる医師がないから」65人 (17.2%) であった。

(図3)

(5) 在宅死を可能にする条件

「自宅を最後を迎える事を可能にするためには, どのような条件が必要だと思いますか」という設問では, 9項目を立て5件法で回答してもらった。有効回答数701の内, 「とてもそう思う」という回答は「家族の理解と協力」458人 (65.3%), 「往診してくれる医師の支援」424人 (60.5%), 「訪問看護や訪問介護体制の整備」418人 (59.6%) と

いう項目で高かった。「自治体などの経済的支援」, 「24時間相談にのってくれる機関」, 「病気療養のための住宅の整備」, 「本人・家族への終末期ケアの教育」, 「本人の強い意志」という項目ではほぼ同数で, 40%前後の回答割合であった。

(図4)

3 調査結果の考察

3. 1 理想的な死について

奥能登住民の望む理想的な死は「長い闘病生活のない死」(78.3%), 「周囲に迷惑をかけない死」(74.6%), 「苦痛・恐怖の少ない死」(64.1%), 「あまりお金をかけない死」(53.9%)の順であり, おおよそ「苦痛の少ない死」と「周囲に負担をかけない死」に大別できる。そうした理想的な死の実現に近づけるためには, 在宅終末期医療における緩和ケアの充実, 家族の介護負担と経済的負担を軽減するような医療的, 経済的支援が不可欠である。しかし, 人口減少地域においては, そうした医療の充実や介護負担の軽減をはかるための人的資源と財政的余裕がないのが現実である。

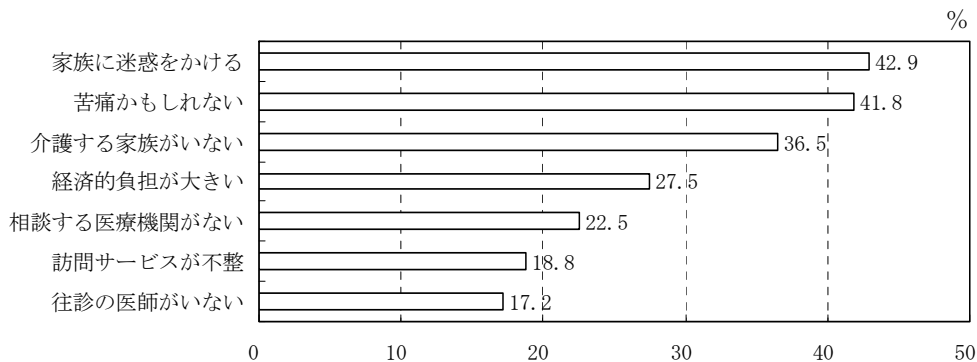


図3 在宅死の阻害要因 (n=378)

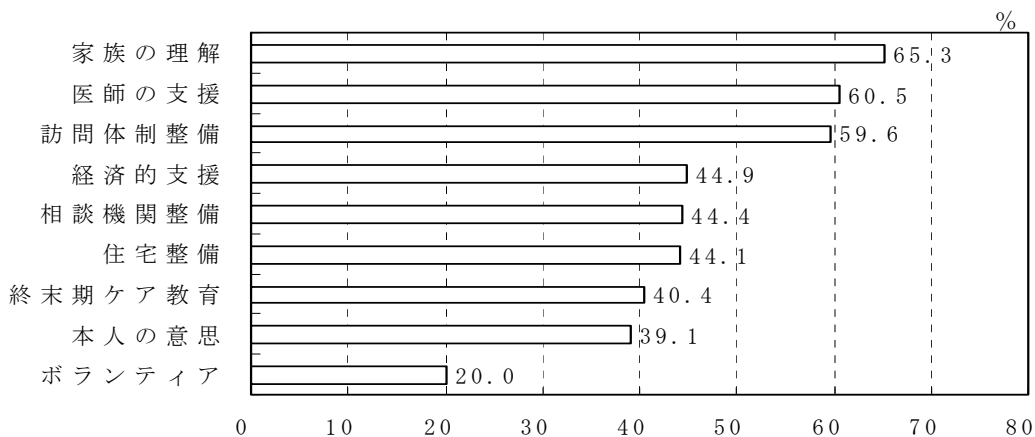


図4 在宅死を可能にする条件 (n=701)

終末期の緩和ケアの対象としては、単に身体的な苦痛のみではなく、精神的、社会的、霊的 (Spiritual) な苦痛がある。⁶ 奥能登を含めた石川県下でも医師会や看護協会などを中心に、身体的な苦痛のケアにはさまざまな研修会などが実施されている。⁷ しかし、それ以外の苦痛の緩和については医療的な取り組みがほとんどなされていないのが実状である。能登地域では、これまで家族、地域共同体、伝統宗教や儀礼などが介護や身体的苦痛以外の苦痛への対処の一端を担ってきた。⁸ しかし、単独世帯、二人世帯、核家族の増加などの家族の縮小、地域共同体の精神的結びつきの基盤であった民俗文化の衰退、宗教文化によって培われてきた看取りの文化や葬送儀礼等の形骸化などにともなって、「苦痛の少ない死」と「周囲に負担をかけない死」という住民の望む理想的な死の実現はますます困難になりつつあると考えられる。

また、「自己決定による死」(12.1%)、「出来る限り長生きした後での死」(16.1%)、「家族や親しい人に囲まれての死」(26.4%)を理想的な死とする回答はそれほど多くなかった。日本人、とりわけ能登のような伝統的な意識が支配的な農山村地域では、自己決定や自己実現より人々の関係の中に生死があるとする関係論的な死生観が支配的だと考えられる。⁹ そうした自己決定よりも周囲の人々への配慮や自然のプロセスに身を委ねようとする住民の伝統的な心性を考慮に入れると、療養者と関係する家族や近親者に配慮した療養場所、ケアプランの策定のみならず、住居や地域づくりなどの療養環境の整備も理想的な死の実現のための重要な課題と考えられる。

「長命で家族に囲まれて死を迎える」という伝統的な日本人の理想的な死のイメージは、病院での延命治療に対する否定的なイメージや医療不安、介護負担感によってさらに衰退していくと思われる。M・バンゲが「日本では、個人は自分の職務と一体化していて、職務のなかに個人は消えている」と書いたように、日本社会では伝統的に集団内での役割や職務が個人の意志に優先しがちであり、社会集団への役割を果たすために個人の生命が捧げられることも稀ではなかった。¹⁰ こうした家族集団や地域集団での職務、役割、関係などを重視する考え方は、個人主義的な死生観が支配的な都市部に比べて、少子高齢化と人口減少が進む地域により顕著に見いだされる。孫世代の養育といった高齢者の家庭内での役割の喪失、地域の伝統文

化や生活習慣の受けつぎといった集団内での生きがいの喪失も、人口減少地域の急激な自宅死の減少と無関係ではないと思われる。

3. 2 在宅療養に関する希望について

本調査では「あなた自身が、治る見込みのない病気で死期が迫っている場合」という想定で、「あなたが最後まで療養したい場所を教えてください」という問いを立てた。その結果、「自宅」48.1%、「病院」26.5%、「施設」7.3%、「わからない」16.4%という結果が得られた。回答結果からは終末期療養場所について判断に迷っている住民が少なくないことが認められる。こうした迷いは、現代の高齢者医療制度の度重なる変更、過疎地の将来像の不透明さと相まって、ますます深まりつつある。

自宅希望者にその希望理由を複数回答で聞いたところ、「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」(61.9%)、「最後まで好きなように過ごしたいから」(49.8%)の割合が最も多かった。対して、「病院では自分が望むように最後を迎えられないから」という割合は12.7%に過ぎなかった。奥能登の人々が在宅終末期療養を希望する理由は、病院での療養を忌避しているというよりも、「最後まで自分の住み慣れた場所で、自分の望むように、自由に気楽に過ごしたい」というニーズの表れであろう。

他方、「家族に看取られて最後を迎えたいから」(29.4%)、「家族との時間を多くしたいから」(46.7%)という回答はあまり高くなかった。これは終末期を家族とともに過ごしたくないということではなく、「家族に迷惑をかけたくない」という思いの反映であり、むしろ家族主義的な死生観の裏面と解すべきであろう。自分の望むようにという意識には、家族に迷惑をかけずに過ごしたいという思いも内包されているのである。家族主義的な死生観は、住み慣れた地域で家族とともに最後まで生きたいというニーズと同時に、家族や周囲の人々に迷惑をかけずに「気楽に過ごしたい」というアンビバレントな終末期療養のニーズを生み出している源泉である。

70歳代において自分自身が療養したい場所の希望と家族を最後まで療養させたい場所の希望が逆転し、家族を療養させたい場所としては、病院が自宅を上回った。また、「家族を療養させたい場所」を病院と答えた割合は年代が高まるに従って増加していた。年齢に応じて介護経験は高くなると考えられるから、年齢と介護経験が増すに同じ

て介護負担感、困難感が増し、家族を療養させること、看取ることを躊躇するのだと考えられる。家族の介護負担感を解消するためには、終末期医療と関わる社会資源の充実と有効活用、家族への支援機能の強化、地域共同体の再構築が必要である。

3. 3 在宅療養の実現可能性と阻害要因について

在宅療養を可能にする条件は高い順から「家族の理解と協力」(65.3%)、「往診医の支援」(60.5%)、「訪問看護・介護の整備」(59.6%)であった。そして、在宅死を「可能」あるいは「やや可能」と回答した人々を除いて、在宅死を不可能だと考える理由について問うたところ、「緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れないから」(42.9%)、「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから」(41.8%)の順に多かった。緊急時対応に対する不安、痛みへの不安、家族に迷惑をかけるという思いが在宅終末期医療の阻害要因である。

また、今回の調査結果から、①家族の理解と協力を在宅療養の可能条件としながら、家族に迷惑をかけるかもしれない、②往診医や訪問看護を在宅療養の可能条件としながら、自宅では痛み等に苦しむかも知れないと考える人々が多くいることが明らかになった。こうした錯綜し、交錯する思いは「介護負担に対する不安」の反映であると同時に、終末期療養に関する「医療環境への不安」の表れである。それゆえ、在宅終末期療養の実現可能性を拡大するには、家族の負担を軽減するような支援体制の整備、在宅での終末期医療を担う在宅療養支援診療所の増加、終末期医療と関わる地域内の諸機関の相互連携の強化、地域外の地域中核病院との連携強化が必要と思われる。

4 まとめ

奥能登はこれまで在宅死割合の高い地区であり、その高さを支えてきたのは「住み慣れた場所で最期を迎えたい」、「最期まで好きなように過ごしたい」という住民のニーズである。しかし、こうしたニーズは「緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れない」、「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれない」という不安感をともなった思いと表裏一体である。在宅での介護負担感、医療不安感の軽減には、何よりも在宅医療を支える医療資源とシステムの充実、その有効活用が必要である。在宅医療において何よりも充実すべき医療資源、シス

テムとは在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションである。しかし、在宅支援診療所の届出数は全国の一般診療所の約1割に満たないのが現状であり、訪問看護ステーションが開設されている市町村は全体の52.9%にすぎない。¹¹また、日本訪問振興財団が実施した調査によれば、実際に活動している訪問看護ステーションは平成19年度4月から20年度4月の1年間で156ヶ所も減少している。¹²人口規模が小さく人口減少率の高い自治体ほど未設置であるか、活動を停止している。人口減少地域では医師不足によって地域内の中核病院は縮小を余儀なくされ、居宅支援事業、訪問看護事業が廃止されるところも少なくない。本稿の調査対象地域内の中核病院では2008年10月に居宅支援事業を廃止しており、能登中部の比較的規模の大きな中核病院でも2007年度で訪問看護事業から撤退している。

訪問看護サービスは医師が充実した訪問診療を実行する行う上で欠かせないばかりでなく、在宅療養者の生活をまるごとウオッチしているという点で在宅医療の中核であるといつてよい。しかし、訪問看護ステーションの人材不足は地域中核病院以上に深刻であり、離職者も少なくない。こうした傾向は2006年度以降、拍車がかかり、在宅サービスの需要に十分に答えることができない状態が生まれている。特に、人口減少地帯に設置されている零細・小規模ステーションにおける看護師の確保は容易ではない、全国的には人材不足によって約4割の訪問看護ステーションが訪問の利用を断っており、新規の利用者の受け入れが困難になっているという報告があり、ステーションの閉鎖を余儀なくされたケースさえ存在する。奥能登では3つの訪問看護ステーションが設置されているが、訪問看護師の人材確保は深刻な問題である。

こうした訪問看護の現状では、在宅死4割目標はまさに絵に描いた餅である。

訪問看護師の就業希望者が増加しない背景としては、看護師不足に加えて、「責任が重い」、「土・日・24時間の拘束」、「低賃金」など、勤務、待遇における訪問看護に特有な問題もある。在宅終末期療養の充実にはまずその中核である訪問看護師の育成と確保、待遇改善を実現するような施策の具体化が不可欠である。しかし、働き手となる人材の減少と赤字財政に喘ぐ人口減少地域にとって、こうした問題は容易に解決不可能なアポリア(袋小路)である。また、マンパワーの不足を含む医療体制の未整備とともに、人口減少地域における

自宅死割合の減少の背景には、地域共同体と家族の相互扶助機能とそれを支える文化的基盤の衰退が垣間見える。人口減少による地域共同体と家族の変容と縮小は、在宅療養に不可欠である介護力と介護意識の低下を招き、同時に地域住民の共同意識や互助の精神をさえていた地域文化を衰退させている。それゆえ、人口減少地帯において在宅終末期療養が抱えている諸問題は医療政策と文化政策の貧困に由来するところが大きいと考える。

本稿は、特定地域（奥能登）の住民に対する意識調査の報告であり、ここから直ちに人口減少地域における在宅終末期療養の諸問題を一般化して論ずることはできない。また、人口減少地域における在宅終末期療養に関する意識は、人口減少のすすみ具合や高齢化率の推移、生活環境の変化などにもなって変容すると考えられる。それゆえ、本稿のような意識調査とそれに基づく報告はより広範な対象に対して経時的に積み重ねられていく必要があると考えている。

5 謝辞

本報告は科学研究費補助金基盤研究(B) 1920015「人口減少地帯における死生観とケアニーズの実態と変容に関する研究」の成果報告の一部である。

調査に御協力いただいた珠洲市、能登町住民の皆さま、調査対象の抽出を実施していただいた水島ゆかり氏（前石川県立看護大学助教）、19年度の石川県立看護大学卒業生（阿部あゆみ、佐々木美奈、中川真里、米田亜樹子、窪野裕佳子）に感謝いたします。

引用文献と注釈

- 1) 第17回社会保障審議会医療保険部会：資料1「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>, 2005.
- 2) 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）
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1a01.pdf>, 6-16, 2006.
- 3) 人口動態統計が搭載された2つのHPから作成した。
 - ・厚生労働省統計表データベースシステム,
<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/>,2008.
 - ・いしかわ統計指標ランド,
<http://toukei.pref.ishikawa.jp/search/>,2008.
- 4) 浅見洋, 水島ゆかり, 金川克子, 他5名：人口減少地帯における在宅終末期医療と実態と住民の意識—第1報:中能登町の場合—。石川看護雑誌, 4, 12, 2007.
- 5) 厚生労働医政局：終末期医療に関する調査等検討会 報告—今後の終末期医療の在り方について。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s723-8.html>.
- 6) 鈴木志津枝, 内布敦子：緩和・ターミナルケア看護論ヌーヴェルヒロカワ。10, 2005.
- 7) 全国的に在宅ホスピス, 在宅における緩和医療推進のための研修会が開催されているが, 石川県医師会でも2005年度から石川県の委託を受けて, 「在宅終末期医療推進のための実地研修会」を毎年, 加賀, 能登, 金沢地区の3地区で実施している。
- 8) 浅見洋：在宅における終末期高齢者が表出した死生観とその宗教学的考察—訪問看護師への聞き取り調査を通して。宗教研究, 349, 259-284, 2006.
- 9) 浅見洋：日本人の死生観とケアニーズ。臨床看護（へるす出版）, 11, 1948-1953.
- 10) Maurice Pinguet : La mort volontaire au Japon, 竹内信夫訳『自死の日本史』筑摩書房。第7刷, 序論IX, 1989.
- 11) 社団法人全国訪問看護事業協会：訪問看護事業の報酬体系・提供体制のあり方に関する調査研究事業「概要版」。51-54, 2008.
- 12) 日本訪問看護振興財団：訪問看護ステーション設置数等の調査のとりまとめ。ほうもん看護新聞, 141, 2008.

(受付：2008年10月30日, 受理：2009年2月3日)

**Problems of Home End-of-Life Care in Depopulating Areas
—From the consideration investigation of the Inhabitant of Okunoto —**

Hiroshi ASAMI, Yukie TAMURA, Michie ASAMI

Abstract

This paper is a partial report of research on “The Consciousness concerning Views on Life and Death, and Home End-of-Life Care” in Okunoto, Suzu City, and Notochou, conducted in 2007. Recently, the home death ratio has been decreasing rapidly, although Okunoto had been a region where a high number of home death ratio exist, compared with Japan as a whole and Ishikawa Prefecture. The actual home death ratio in this study region decreased by about 11.1% in 2006, although the target for home End-of-Life Care exceeds 48% in this research. The policy of promoting home terminal care, was begun by the Ministry of Health and Labor in April 2006, has been unable to establish any results in this region, where the population decrease has been remarkable.

It was the needs of inhabitants who wanted to "live their last moments in the place where they had lived for so long" that supported the past high at-home death rate in these areas of population decline. It is the feeling of burden and medical worries that become a disincentive in realizing such needs. Overcoming such deliberate factors is difficult, as is the situation in the decreasing population zone, where medical treatment depopulation progresses more than in the city and, as a result, the beginnings of a financial solution cannot be found. In particular, the decline of visits to the unfinished nursing station, staff shortage, the family, and the regional culture encourages the tendency for one prefer staying at home for their final period of recuperation.

Key words depopulating areas, home end-of-life care, dying at home, nursing load, home visit, nursing care station

報告

意識下鎮静法で上部消化管内視鏡検査を受ける患者に対する 咽頭麻酔の必要性に関する検討

岩城 直子¹ 河相てる美² 大橋 達子³ 山田真由美⁴ 稲土 修嗣³
寺崎 禎一⁴ 田中 三千雄⁵

概要

ジアゼパムを用いた意識下鎮静法を適用し、上部消化管内視鏡検査を受ける患者に咽頭麻酔が必要か否かについて検討した。上部消化管内視鏡検査を受ける患者を咽頭麻酔施行群（内視鏡検査 5～10 分前にリドカイン塩酸塩ビスカスで麻酔、29 人）、咽頭麻酔非施行群（19 人）の 2 群に分け患者の苦痛を Visual Analogue Scale (VAS)を用いて評価し、比較検討した。検査前の不安の程度、咽頭麻酔時の喉の不快感・苦痛、検査中のスコープの咽頭通過時の不快感・苦痛、検査中の咽頭部の不快感・苦痛、唾液貯留への不快感・苦痛、検査終了直後の咽頭不快感・苦痛、全体的な苦痛のいずれの項目において、VAS の値は 2 群間で有意差はなかった。意識下鎮静法を適用する患者において、リドカイン塩酸塩ビスカスによる咽頭麻酔が上部消化管内視鏡検査の不快感・苦痛の軽減に寄与していないことが示唆された。さらに、咽頭麻酔施行別に上部消化管内視鏡検査の前・中・後・全体の不快感・苦痛度と背景因子の関連をみたところ、咽頭麻酔施行群では検査前不安、咽頭麻酔非施行群では検査経験が影響を与えていた。

キーワード 上部消化管内視鏡検査, VAS, 意識下鎮静法, 咽頭麻酔

1. はじめに

上部消化管内視鏡検査は、患者にとって侵襲的検査であり、検査を通して患者の身体的精神的苦痛は避けることのできない問題である。この苦痛を軽減し安楽に内視鏡検査を受けるために鎮静剤投与（以下意識下鎮静法）を希望する患者が急増している。意識下鎮静法（conscious sedation）の状態とは、医師と患者との間で主に口頭でコミュニケーションを保つことができる鎮静状態と定義され¹⁾、上部消化管内視鏡検査時に、意識や防御反射を保ったまま精神的緊張を緩和する事を目的とし、現在多くの施設で適用されている。しかし、鎮静剤投与後の副作用として特に呼吸抑制や舌根沈下は致命的な偶発症を引き起こす危険性があり、看護師には検査前・中・後、覚醒時まで十分な患者管理が必要とされ²⁾、患者の安全性を確保する上でも細心の注意を払わなければならない。さらに、従来より上部消化管内視鏡検査時には、挿入時の患者の苦痛の軽減を目的とした前処置として咽頭麻酔が行われている。この咽頭麻酔時に使用されるリドカイン塩酸塩ビスカスは苦味

による不快感、嘔気等患者の苦痛の要因となっているだけでなく、偶発症発生の要因としてきわめて注意を要する薬剤であり、死亡事故も最も多いといわれている³⁾。従って、意識下鎮静法を適用し検査を行う患者には、鎮静剤の副作用の観察とリドカインによるショックや遅発型の局所麻酔薬中毒症状に対する観察といった偶発症の早期発見と対応が極めて重要な看護援助であるといえよう。しかし、鎮静剤の直前に投与するリドカインによってショック症状が出現したか否かを鎮静剤によって半睡眠状態の者からすばやく発見し、その重症度を的確に判断することは大変に困難なことである。我々は、この困難な問題を解決するために、偶発症の発生要因を最小限にするというリスクマネージメントの観点から、意識下鎮静法を適用する患者に対する咽頭麻酔の必要性の有無について検討することが重要であると考えた。

鎮静剤を使用せず咽頭麻酔の評価を行った Hedenbro JL ら⁴⁾の研究ではリドカインスプレーを使用した方がスコープの挿入時や検査中の苦痛は少なく、内視鏡専門医も操作がしやすいとの結果を報告しているが、圓山^{5) 6)}は、上部消化管内視鏡検査を受ける患者 124 名を対象とし上部消化

¹ 石川県立看護大学 ² 富山福祉短期大学看護学科 ³ 富山赤十字病院 ⁴ 済生会高岡病院 ⁵ 元富山大学医学部看護学科

管内視鏡検査における患者の苦痛に影響する要因を検討した結果、咽頭麻酔が苦痛を軽減する働きを示すことはなかったと結論づけている。そして、上部消化管内視鏡検査における咽頭麻酔の有用性について検討することを提言している。圓山の研究結果のとおり、苦痛度に代わりがないとするならば咽頭麻酔を施行せずとも安楽に検査を受けることが出来るだけでなくリドカインによるショックの危惧が一掃される事になる。このことは、より安全な検査・治療環境を確保する事になるであろう。また、看護業務も様変わりするであろう。

本研究の目的は鎮静剤を前投与する患者において、リドカインによる咽頭麻酔が咽頭部の不快感・苦痛の軽減に寄与しているか否か、また、咽頭麻酔を施行しない患者に於いて内視鏡検査の苦痛度に関与している因子、咽頭麻酔を施行した患者に於いて内視鏡検査の苦痛度に関与している因子を検討し、意識下鎮静法を適用する患者の上部消化管内視鏡検査時の看護援助についての示唆を得ることである。

2. 方法

2.1 対象と調査方法

(1) 対象

A 県の総合病院（病床数 270 床以上、年間 2500 件以上の上部消化管内視鏡検査の実績がある）3 施設において、平成 15 年 2 月～8 月の間に静脈麻酔下（ジアゼパム：セルシンあるいはホリゾン 5～10mg）で上部消化管内視鏡検査を受ける患者で本研究の目的及び施行を承諾した人を対象とした。内視鏡治療、意識障害を有する、内視鏡検査中に特別な全身管理を必要とするほどに重篤な病態を有する患者はあらかじめ除外した。

咽頭麻酔の施行の有無について、検査前に咽頭麻酔を施行しての検査方法（以下、咽頭麻酔施行群とする）と咽頭麻酔を施行せずに潤滑剤を塗布しての検査方法（以下、咽頭麻酔非施行群とする）の 2 つの方法について、研究者または研究協力者がそれぞれの長所と短所を説明し、両方法のいずれかの選択は患者にまかせた。対象者は 47 名（咽頭麻酔施行群は 29 人、咽頭麻酔非施行群は 19 人）であった。

(2) 調査方法

前処置としてジメチコン（ガスコンドロップ）を投与し、咽頭麻酔施行群は、内視鏡検査 5～10 分前に 2%リドカイン塩酸塩ビスカス（商品名キシロカインビスカス）5ml を咽頭部に含んでもら

い 5 分後に吐き出してもらった。咽頭麻酔非施行群は、咽頭麻酔を施行せず検査室に入ってもらった。施行医が検査をする際、咽頭麻酔施行群には潤滑剤としてスコープの先端にリドカイン塩酸塩ゼリー（キシロカインゼリー）を使用、咽頭麻酔非施行群には粘膜麻酔剤を含有しない潤滑剤（KYゼリー）を塗布した。内視鏡検査台に臥床してもらった後、鎮静剤（ジアゼパム：セルシンあるいはホリゾン 5～10mg）を静脈注射し、Verrill の徴候³⁾（上眼瞼が下垂し眼球がやや上転した表情）の有無を観察し、鎮静効果が得られていることを確認した。検査終了後 30 分以上休んだのちに患者自身に調査票の記載をしてもらった。

本研究に携わる内視鏡施行医は日本消化器内視鏡学会認定の専門医とし、使用するスコープはオリンパス社製 GIF240 シリーズ（先端部径 9.4mm 挿入部径 9.3mm）に限定した。

2.2 調査票の構成

(1) 苦痛の測定

苦痛を定量的に捉える評価表として Visual Analogue Scale (VAS)⁷⁾を用いた。この尺度は 100mm の直線上でまったく苦痛ない状態を 0mm、人生の中で最大の苦痛を 100mm として現在の苦痛の程度を直線上に表すものである。これを検査終了後 30 分以上休んだのちに患者自身に、前述を教示し検査前の不安の程度、咽頭麻酔時の咽頭不快感・苦痛、スコープ咽頭通過時の不快感・苦痛、検査中の咽頭不快感・苦痛、検査中の唾液貯留の不快感・苦痛、検査終了後の咽頭不快感・苦痛、全体的な苦痛を記入してもらった。

(2) フェースシート

性別、年齢、検査経験について記載してもらった。

(3) 患者の情報と研究者の観察項目

重要な既往歴・現病歴、薬のアレルギーの有無、咽頭麻酔施行からスコープ挿入までの時間、検査時間、スコープ挿入時の嘔吐反射数、スコープ挿入時の表情、検査中の暖気数、嘔吐反射数、しかめ顔について、研究者または研究協力者が記載した。スコープ挿入時の表情、しかめ顔はフェイススケールを用いて判断した。

2.3 倫理的配慮

本研究は施設長または倫理委員会の承諾を得て行った。上部消化管内視鏡検査を受ける患者に対して、医師または看護師が研究の目的と方法を患

者に口頭で説明した。その際に、研究に同意されなくとも一切不利益となることはない事を説明した。その後了解を得た患者から承諾書を得た。調査内容、調査結果は研究者のみが取り扱うこと、本研究以外には使用しないことを説明し理解を得た。患者には検査前に咽頭麻酔をしての検査方法と咽頭麻酔をせずにスコープに潤滑剤を塗布しての検査方法の2つの方法について利点欠点を表にして説明し、どちらを選択するかは患者に決定してもらった。

2. 4 分析方法

対象とした2群間の背景に差があるかを χ^2 検定、t検定にて確認した。

検査中の各時点のVASについて、検査中のスコープ咽頭通過時の不快感・苦痛と検査中の咽頭不快感・苦痛、検査終了後の咽頭不快感・苦痛との関係について対応のあるt検定を行った。咽頭麻酔施行群の咽頭麻酔時の咽頭不快感・苦痛と検査中の咽頭不快感・苦痛との関係について対応のあるt検定を行った。咽頭麻酔施行群と非施行群の各時点での不快感・苦痛の有意性の検定は、t検定を用いた。上部消化管内視鏡検査の前・中・後・全体の不快感・苦痛度と背景因子との関連について重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。欠損値は分析毎に除外した。有意確率5%未満を有意差ありと判断した。

3. 結果

3. 1 咽頭麻酔施行群と咽頭麻酔非施行群の背景

対象者の背景は表1に示した。咽頭麻酔施行群は男性9名女性20名、咽頭麻酔非施行群は男性5名女性14名であった。年齢は咽頭麻酔施行群は55±14歳、咽頭麻酔非施行群は53±14歳であった。検査経験については咽頭麻酔施行群は有26

名無3名、咽頭麻酔非施行群は有16名無3名であった。検査時間は咽頭麻酔施行群は441±267秒、咽頭麻酔非施行群は436±152秒であった。2群間の背景因子について χ^2 検定、t検定をしたところ、有意差を認めた項目はなかった。

3. 2 上部消化管内視鏡検査各時点のVASの差異

(1) 対象者全体

上部消化管内視鏡検査施行中の不快感・苦痛は「スコープの咽頭通過時の不快感・苦痛」において最も高く(4.2)、「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」において最も低かった(2.1)。上部消化管内視鏡検査施行中の不快感・苦痛の経時的な変化について各時点間での差異をみた。「スコープの咽頭通過時の不快感・苦痛」と「検査中の咽頭不快感・苦痛」には有意差はみられなかったが、「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」には有意差がみられた。

(図1)

(2) 咽頭麻酔施行群

咽頭麻酔を施行した群での上部消化管内視鏡検査施行中の不快感・苦痛は「スコープの咽頭通過時の不快感・苦痛」において最も高く(4.4)、「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」において最も低かった(2.3)。咽頭麻酔施行時、上部消化管内視鏡検査施行中の不快感・苦痛の経時的な変化について各時点間での差異をみた。「咽頭麻酔時の喉の不快感・苦痛」と「スコープの咽頭通過時の不快感・苦痛」と「検査中の咽頭不快感・苦痛」には有意差はみられなかったが、「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」には有意差がみられた。「スコープの咽頭通過時の不快感・苦痛」と「検査中の咽頭不快感・苦痛」、「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」には有意差がみられた。(図2)

表1. 対象の背景

n=48

	咽 頭 麻 酔	
	施行群	非施行群
性別 男/女 (人)	9/20	5/14
年齢 (歳)	55±14 (平均±標準偏差)	53±14 (平均±標準偏差)
検査経験 有/無 (人)	26/3	16/3
検査時間 (秒)	441±267 (平均±標準偏差)	436±152 (平均±標準偏差)

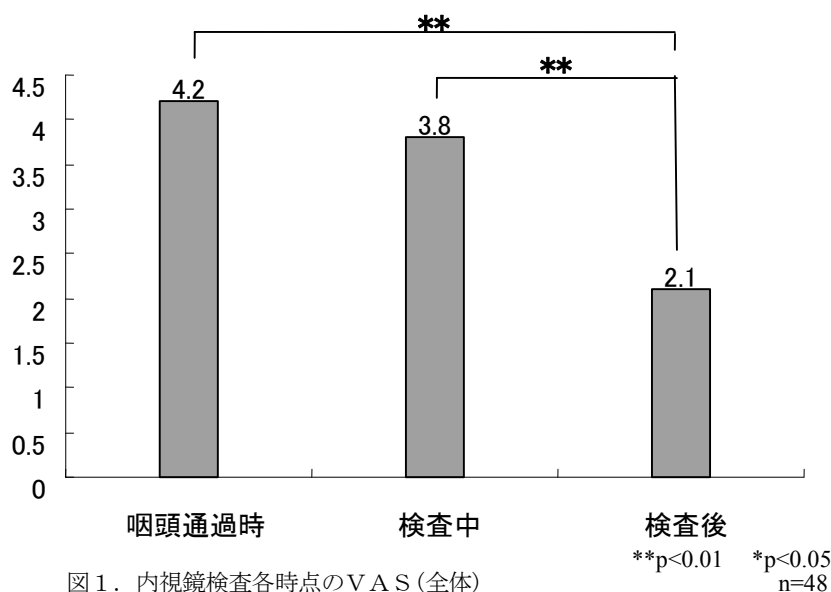


図1. 内視鏡検査各時点のVAS(全体)

注)表記以外の組み合わせでは差異がなかった

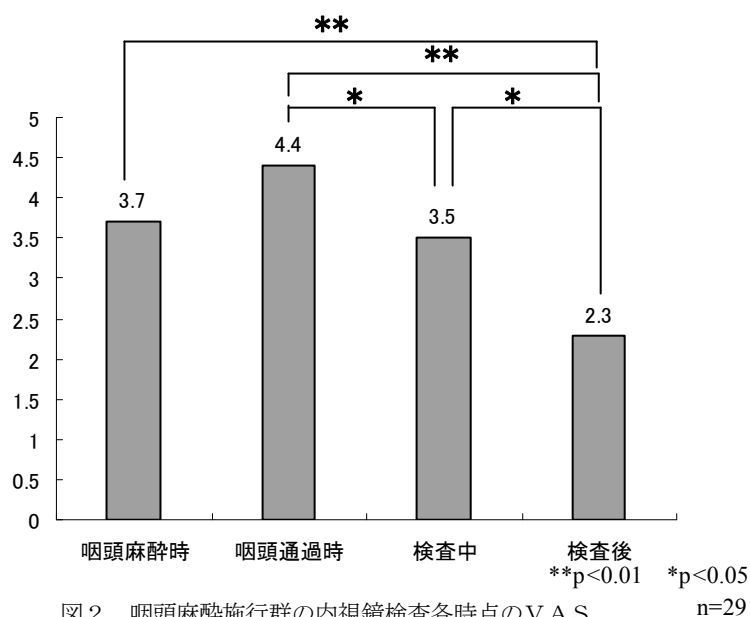


図2. 咽頭麻酔施行群の内視鏡検査各時点のVAS

注)表記以外の組み合わせでは差異がなかった

3) 咽頭麻酔非施行群

咽頭麻酔を施行しなかった群では、「検査中の咽頭不快感・苦痛」が最も高く(4.2)、「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」が最も低かった(1.9)。上部消化管内視鏡検査施行中の不快感・苦痛の経時的な変化について各時点間での差異をみた。

「スコープの咽頭通過時の不快感・苦痛」と「検査中の咽頭不快感・苦痛」には有意差はみられなかったが、「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」との

間には有意差がみられた。また、「検査中の咽頭不快感・苦痛」と「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」には有意差がみられた。(図3)

3. 3 咽頭麻酔施行群と非施行群のVASの比較

「検査前の不安の程度」, 「スコープ咽頭通過時の不快感・苦痛」, 「検査中の咽頭不快感・苦痛」, 「検査中の唾液貯留の不快感・苦痛」, 「検査終了

後の咽頭不快感・苦痛」,「全体的な苦痛」について咽頭麻酔施行群と非施行群においてt検定を実施した。その結果,いずれの項目にも有意差はなかった。(表2)

3. 4 咽頭麻酔施行群と非施行群の内視鏡検査中の“生体反応”の比較

「挿入時嘔吐反射回数」,「スコープ挿入時表情」 「検査中嘔気」 「検査中嘔吐反射」 「検査中表情」 について咽頭麻酔施行群と非施行群においてt検定を実施した。その結果,いずれの項目にも有意差はなかった。(表3)

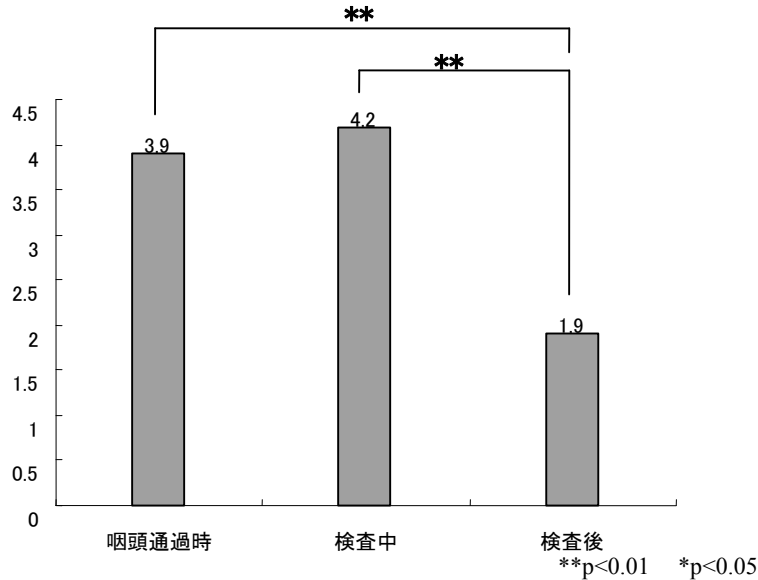


図3. 咽頭麻酔非施行群の内視鏡各時点のVAS n=19
注)表記以外の組み合わせでは差異がなかった

表2. 咽頭麻酔施行別各項目のVASの比較

項目	(n)	平均±標準偏差	p値
検査前不安			
咽頭麻酔施行群	29	4.3±2.6	n.s
咽頭麻酔非施行群	19	3.7±2.7	
スコープ咽頭通過時不快感・苦痛			
咽頭麻酔施行群	29	4.4±3.0	n.s
咽頭麻酔非施行群	19	3.9±2.6	
検査中咽頭部不快感・苦痛			
咽頭麻酔施行群	29	3.5±2.2	n.s
咽頭麻酔非施行群	19	4.2±2.6	
検査中唾液貯留不快感・苦痛			
咽頭麻酔施行群	29	2.6±2.4	n.s
咽頭麻酔非施行群	19	1.6±2.0	
検査後咽頭不快感・苦痛			
咽頭麻酔施行群	29	2.3±2.2	n.s
咽頭麻酔非施行群	19	1.9±2.0	
全体的苦痛			
咽頭麻酔施行	29	3.5±2.6	n.s
咽頭麻酔非施行	19	3.4±2.3	

n.s : not significant

表 3. 咽頭麻酔施行別の上部内視鏡内視鏡検査による“生体反応”の比較

項目	(n)	平均±標準偏差	p 値
スコープ挿入時嘔吐反射回数			
咽頭麻酔施行群	29	2.1±2.0	n.s
咽頭麻酔非施行群	19	1.9±1.8	
スコープ挿入時表情			
咽頭麻酔施行群	28	4.7±2.0	n.s
咽頭麻酔非施行群	18	4.4±1.5	
検査中嘔気数			
咽頭麻酔施行群	29	3.0±3.5	n.s
咽頭麻酔非施行群	19	5.3±4.9	
検査中嘔吐反射回数			
咽頭麻酔施行群	29	2.8±3.3	n.s
咽頭麻酔非施行群	18	3.9±4.6	
検査中表情			
咽頭麻酔施行群	27	3.7±1.7	n.s
咽頭麻酔非施行群	19	4.1±1.4	

n.s : not significant

表 4. 咽頭麻酔施行群の咽頭部不快感・苦痛と背景因子との関係 n=29

独立変数	スコープ咽頭通過時	内視鏡検査中	内視鏡検査後	全体
検査中嘔吐反射				0.447**
唾液貯留不快		0.344*		
検査前不安	0.582**	0.528**		0.475**
R ²	0.314	0.561		0.478

** : p<0.01 * : p<0.05 数値は標準偏回帰係数

注) 各時点で年齢,性別,検査経験,検査時間,生検,挿入時嘔吐反射数,検査中嘔気数はステップワイズ法で除去されたため表記しなかった

3. 5 咽頭麻酔施行別の咽頭部の不快感・苦痛と背景因子との関係

どのような背景因子が上部消化管内視鏡検査時における不快感・苦痛に影響を与えているかを明らかにするため、「スコープ咽頭通過時の不快感・苦痛」、「検査中の咽頭不快感・苦痛」、「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」、「全体的な苦痛」を従属変数とした重回帰分析を行った。独立変数は、圓山⁵⁾の先行研究を参考にした。咽頭麻酔施行群、非施行群にわけ関連因子に違いが見られるかを分析した。

(1) 咽頭麻酔施行群の咽頭部不快感・苦痛と背景因子との関係 (表4)

「スコープ咽頭通過時の不快感・苦痛」を従属変数とし、それに影響する可能性のある5因子(年齢,性別,上部消化管内視鏡検査経験の有無,スコープ挿入時の嘔吐反射数,検査前の不安)を独立変数とした重回帰分析を行った。「スコープ咽頭

通過時の不快感・苦痛」について「検査前の不安の程度」($\beta = 0.582, p < 0.001$)が正の影響を及ぼしていた。「スコープ咽頭通過時の不快感・苦痛」は検査前の不安が強いほど、スコープの咽頭通過時の不快感・苦痛の傾向が強くなる事が示された。

「検査中の咽頭不快感・苦痛」を従属変数とし、それに影響する可能性のある10因子(年齢,性別,上部消化管内視鏡検査経験の有無,検査時間,スコープ挿入時の嘔吐反射数,検査中の嘔気数,検査中の嘔吐反射数,検査中の唾液貯留の不快感,生検の有無,検査前の不安)を独立変数とした重回帰分析を行った。「検査中の咽頭不快感・苦痛」について「検査前の不安の程度」($\beta = 0.528, p < 0.001$)「検査中の唾液貯留の不快感」($\beta = 0.344, p < 0.01$)が正の影響を及ぼしていた。「検査中の咽頭不快感・苦痛」は検査前の不安が強いほど、検査中の唾液貯留の不快感が強いほど、検査中の咽頭不快感・苦痛の傾向が強くなる事が示された。

「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」を従属変数とし、それに影響する可能性のある9因子（年齢、性別、上部消化管内視鏡検査経験の有無、検査時間、スコープ挿入時の嘔吐反射数、検査中の曖気数、検査中の嘔吐反射数、生検の有無、検査前の不安）を独立変数とした重回帰分析を行った。「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」に影響している因子はなかった。「全体的な苦痛」を従属変数とし、それに影響する可能性のある9因子（年齢、性別、上部消化管内視鏡検査経験の有無、検査時間、スコープ挿入時の嘔吐反射数、検査中の曖気数、検査中の嘔吐反射数、生検の有無、検査前の不安）を独立変数とした重回帰分析を2群別に行った。「全体的な苦痛」について「検査中嘔吐回数」($\beta = 0.447, p < 0.01$)「検査前の不安の程度」($\beta = 0.475, p < 0.01$)が正の影響を及ぼしていた。検査中の嘔吐回数が多い人に、検査前の不安が強いほど、検査全体を通した苦痛は強くなる事が示された。

(2) 咽頭麻酔非施行群の咽頭部不快感・苦痛と背景因子との関係(表5)

「スコープ咽頭通過時の不快感・苦痛」を従属変数とし、それに影響する可能性のある5因子（年齢、性別、上部消化管内視鏡検査経験の有無、スコープ挿入時の嘔吐反射数、検査前の不安）を独立変数とした重回帰分析を行った。「スコープ咽頭通過時の不快感・苦痛」について「検査経験」($\beta = 0.696, p < 0.001$)が正の影響を及ぼしていた。

「スコープ咽頭通過時の不快感・苦痛」は検査経験がない人に、スコープの咽頭通過時の不快感・苦痛の傾向が強くなる事が示された。「検査中の咽頭不快感・苦痛」を従属変数とし、それに影響する可能性のある10因子（年齢、性別、上部消化管内視鏡検査経験の有無、検査時間、スコープ挿入時の嘔吐反射数、検査中の曖気数、検査中の嘔吐反射数、検査中の唾液貯留の不快感、生検の有無、検査前の不安）を独立変数とした重回帰分析を行った。「検査中の咽頭不快感・苦痛」について、

「検査中の唾液貯留の不快感」($\beta = 0.652, p < 0.01$)が正の影響を及ぼしていた。「検査中の咽頭不快感・苦痛」は検査中の唾液貯留の不快感が強いほど、検査中の咽頭不快感・苦痛の傾向が強くなる事が示された。「検査終了後の咽頭不快感・苦痛」を従属変数とし、それに影響する可能性のある9因子（年齢、性別、上部消化管内視鏡検査経験の有無、検査時間、スコープ挿入時の嘔吐反射数、検査中の曖気数、検査中の嘔吐反射数、生検の有無、検査前の不安）を独立変数とした重回帰分析を行った。「検査経験」($\beta = 0.606, p < 0.01$)が正の影響を及ぼしていた。「検査後の咽頭不快感・苦痛」は検査経験がない人に、検査後の咽頭不快感・苦痛の傾向が強くなる事が示された。「全体的な苦痛」を従属変数とし、それに影響する可能性のある9因子（年齢、性別、上部消化管内視鏡検査経験の有無、検査時間、スコープ挿入時の嘔吐反射数、検査中の曖気数、検査中の嘔吐反射数、生検の有無、検査前の不安）を独立変数とした重回帰分析を行った。「検査経験」($\beta = 0.625, p < 0.01$)が正の影響を及ぼしていた。検査経験がない人に、検査全体を通した苦痛は強くなる事が示された。

4. 考察

4. 1 上部消化管内視鏡検査時の各時点の不快感・苦痛に対する咽頭麻酔の効果について

上部消化管内視鏡検査時は、スコープの経口挿入時における嘔吐反射や、咽頭部の圧迫感、消化管の過伸展や牽引によって胃部不快感などが原因となって苦痛が生じてやすい⁸⁾。特にスコープの咽頭通過時には舌根部への刺激による嘔吐反射の出現やそれに伴う呼吸困難や呼吸困難感などの生体反応が生ずる。同時に血圧や脈拍の上昇等の循環動態の変化やSpO₂の低下という生体への影響もおこりやすい⁹⁾。今回の調査対象者全体での結果は、鎮静剤で意識レベルが低下している状態

表5. 咽頭麻酔非施行群の咽頭部不快感・苦痛と背景因子との関係 n=19

独立変数	スコープ咽頭通過時	内視鏡検査中	内視鏡検査後	全体
検査経験	0.696**		0.606**	0.625**
唾液貯留不快		0.652**		
R ²	0.454	0.387	0.324	0.350

** : p<0.01 * : p<0.05 数値は標準偏回帰係数

注) 各時点で年齢,性別,検査時間,生検,挿入時嘔吐反射数,検査中曖気数,検査中曖気数,検査前不安はステップワイズ法で除去されたため表記しなかった

であっても、検査時のスコープの咽頭挿入時の不快感・苦痛のVASの値が最も高く、身体的な苦痛が最も強いと思われる時期に苦痛を強く感じているものと考えられた。不快感・苦痛は咽頭部の異物の挿入によって発生し、異物が除去される事によって軽減されると考えることが出来る。

咽頭麻酔施行群ではスコープ挿入時の咽頭不快感・苦痛は検査中、検査後に有意に低くなっていた。非施行群ではスコープ挿入時の咽頭不快感・苦痛と検査中の不快感・苦痛には有意差はなく、検査後に有意に低くなっていた。つまり、咽頭麻酔を施行し検査した場合は、時間的経過と共に不快感・苦痛は軽減されていると考えられないだろうか。これが、咽頭麻酔の知覚鈍麻、又は消失効果によるものと結論づけることは出来ないが、何らかの効果があることが考えられる。しかし、その一方で、咽頭麻酔時の咽頭の不快感・苦痛は、スコープ挿入時の咽頭不快感・苦痛とも検査中の咽頭不快感・苦痛とも有意差はなく、その不快感・苦痛は検査中と同等であると考えられ、咽頭麻酔が咽頭部の不快感・苦痛に有益であるとは考えられない。

咽頭麻酔施行群と非施行群ではスコープの咽頭通過時不快感・苦痛、検査中の咽頭不快感・苦痛、検査後の咽頭不快感・苦痛には有意差がなく、この結果はShaoul Rら¹⁰⁾の報告と一致している。また、上部消化管内視鏡検査の実施に伴う生体反応にも有意差はなかった。この結果から、咽頭麻酔が嘔吐反射の抑制に効果があるとは考えられず、これを期待して咽頭麻酔を行うことは無意味であると考えられないだろうか。今回、非麻酔群に対して、前回検査との咽頭部の不快感・苦痛の比較をすることはなかったが、咽頭麻酔の有無による苦痛の程度を同一人物が評価することによって咽頭麻酔が有益か否かの議論がより鮮明になったのではないかと考えられる。しかし、前述したように、咽頭麻酔を施行し検査した場合は、時間的経過と共に不快感・苦痛は軽減されるので、この点では咽頭麻酔の効果があることが考えられるが、侵襲的な生体反応に対して有利に働いているとはいえず、上部消化管内視鏡検査における咽頭麻酔の有益性は少ないと考えられる。

4. 2 意識下鎮静法適用者に対する咽頭麻酔の必要性について

鎮静下（ミダゾラムとメペリジンを使用）で上部消化管内視鏡検査を施行する患者の咽頭麻酔に

について検討したDavis DEら¹¹⁾ Laluna Lら¹²⁾の研究では、咽頭麻酔が患者の苦痛の軽減や内視鏡検査手技の容易さに効果は見られなかったと報告し、Cantor DS, ら¹³⁾もまた鎮静下で内視鏡検査を行う患者の咽頭麻酔の効果について嘔気、咽頭炎、嚥下障害において差がないと報告し、咽頭麻酔の廃止を結論づけている。一方で、Evans LT¹⁴⁾らは鎮静下でスプレー剤を使用した咽頭麻酔により患者の苦痛の軽減がなされたと有益性を結論づけている。本邦では、松原ら¹⁵⁾が、咽頭麻酔を施行せずにミダゾラムを使用した鎮静法において、ウォングベーカーのペインスケールで患者の苦痛を測定し、71%（30名中20名）の患者が「苦痛がまったくなくとても幸せだった」という結果を報告し、咽頭麻酔は不要との見解を述べている。今回の我々の調査で使用した鎮静剤はジアゼパムであり、ミダゾラムに比べ催眠作用は弱い²⁾。使用薬剤の種類も違い、2剤併用でもなかったが、前述の研究結果と同様の見解が得られた事は、‘ジアゼパムの効果として、催眠量以下の量で患者の不安を取る、鎮痛効果はないが触覚と痛覚の区別ができなくなる状態。’¹⁾であったことが考えられる。また、抗不安作用に加え健忘効果があり、不安を抑え、検査中の苦しさを忘れさせてくれる¹⁶⁾効果が咽頭麻酔の施行の有無に関係なく不快感・苦痛に差がなかったものと考えられる。非鎮静時の咽頭麻酔の評価をRCTにておこなったSoma Yら¹⁷⁾の研究では、40歳未満と初回受験者に咽頭麻酔が効果的であると報告している。我々の調査においても、咽頭麻酔施行群の不快感・苦痛はスコープ挿入時より経時的に有意に低下するとの結果が得られた。しかし、咽頭麻酔そのものに伴う不快感・苦痛はスコープ通過時の咽頭不快感・苦痛や検査中の咽頭部の不快感・苦痛との有意差はなく同等の不快感・苦痛であると考えられた。咽頭麻酔に使用するリドカイン塩酸塩ビスカスは、苦味などの不快感の軽減をはかる投与法の検討¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾がされるほど刺激の強い薬剤である。このことが不快感・苦痛の差がない事に結びついていると考えられる。また、咽頭麻酔施行群と非施行群で検査中の不快感・苦痛に有意差がなかった。前述したように、鎮静剤投与には必然的に安全か否かの議論がある。本邦では年代と共に偶発症の発生も増加しており死亡例も報告されている²²⁾。リドカインに起因する偶発症は薬剤そのものに起因する中毒と添加物に因るショック及びアレルギーがあり²³⁾、リドカイン中毒は意識障害や全身痙攣など投与後やや遅れて

発生し、ショックと区別できない場合もある²⁴⁾といわれている。重複投与による危険は少しでも回避する事が望ましい事、また、咽頭麻酔の施行の有無によって、患者の不快感や苦痛が変わらないのであれば鎮静剤を前投与して検査を行う患者へ咽頭麻酔を施行することは不必要と考えられる。

4. 3 上部消化管内視鏡検査の不快感・苦痛に影響する因子と看護援助について

咽頭麻酔施行群と非施行群において不快感・苦痛に影響する共通因子は内視鏡検査中の唾液の貯留の不快感・苦痛であった。これは咽頭麻酔に寄与するというよりむしろ、鎮静剤を投与することによって自力での唾液排出は意図的に行うことが困難となりやすいという状況からではないかと考えられる。唾液の貯留は誤嚥を招きやすく、検査中の咳嗽反射を誘発しやすい。「唾液の貯留による不快感」を感じないよう看護師は咽頭麻酔施行の有無にかかわらず検査中には口腔内の唾液の吸引操作を行う必要がある。

不快感・苦痛に影響する「内視鏡検査中」の「唾液の貯留の不快感・苦痛」の共通因子以外は咽頭麻酔施行群と非施行群において影響する因子が異なっていた。咽頭麻酔施行群において、「検査前の不安」が「スコープの咽頭通過時の不快感・苦痛」、「内視鏡検査中の咽頭部の不快感・苦痛」、「検査全体を通しての苦痛」に影響していた。「検査中の嘔吐反射回数」は検査全体を通しての苦痛に影響していた。咽頭麻酔を行う患者は検査そのものに対する不安が強いと挿入時の苦痛を強く感じるため、検査に対する不安の軽減への援助を行う必要があることが考えられた。検査経験との関連がないこと、嘔吐反射の回数に関連していることをあわせて考えると、過去の検査経験から想起される苦しさを再現させないよう嘔吐反射がおこったときの苦しさを軽減する援助が必要ではないかと考えられる。例えば意識レベルは低下しているとしても聴覚の低下はないため、咽頭の緊張を取るための声かけを行うなどは基本的には鎮静されていない場合の援助と変わりなく行うことが必要と考える。また、患者の検査に対する具体的不安の内容を把握し、対処することも必要であろう。咽頭麻酔非施行群においては、検査経験が「スコープの咽頭通過時の不快感・苦痛」、「内視鏡検査後の咽頭部の不快感・苦痛」、「検査全体を通しての苦痛」に影響していた。検査についての不安より、検査の経験が影響しており、これは咽頭麻酔を施行し

た群とは異なる関連因子であった。内視鏡初回受診者は検査経験者より状態不安尺度は高く、内視鏡検査前の緊張状態が強かったという瀬川ら²⁵⁾の報告や、検査前の不安は初めて検査を受ける患者で最も高く、検査の経験回数が増えるほど不安は低下したと芝山ら²⁶⁾の報告から考えると検査経験のない人の不安の影響は否定できないが、検査経験のない人には検査の手順がイメージできるようなオリエンテーションの工夫をすることや緊張感を緩和する援助が必要であると考えられる。Lanius M²⁷⁾らやLevy N²⁸⁾らは初めて内視鏡検査を受ける患者に対して詳細な説明のみでは不安を軽減させることは出来ない事を報告している。検査時の苦痛緩和に対してのオリエンテーションを十分に行うだけでなく、検査中の呼吸法や声かけ背部マッサージにより、緊張をほぐしリラックスさせる様な援助が必要であると思われる。これらから、意識下鎮静法を適応する場合に咽頭麻酔の施行の有無によって看護援助のポイントに違いがある事が考えられた。

5. 研究の限界

本研究では、意識下鎮静法でVerrillの徴候³⁾を指標として鎮静効果を評価したが、患者の鎮静状態をより客観的に評価する為にRamsay Sedation Scoresによる評価をする必要があったのではないと思われる。また、患者の主観的な体験を客観的に表現するために不快感・苦痛の評価にVASを使用した。標準化されたスケールではない。このため、指標としてばらつきが生じやすく本研究においても正規性には疑問を残した。さらに、2群間の背景因子に偏りのないことを確認したが、症例数として少なかつたため一般化を行うには限界がある。

引用文献

本研究は第57回日本消化器内視鏡技師研究会において発表したものを再分析し、加筆修正したものである。

- 1) 峯 徹哉, 竹下公矢, 上西紀夫: Sedation ガイドライン. 日本消化器内視鏡学会監修: 消化器内視鏡ガイドライン第3版. 医学書院, 37-44, 2006.
- 2) 植田智恵, 富永高史, 岩田恵典: 上部消化管ESD時のセデーション. 消化器内視鏡, 19(2), 209-214, 2007.
- 3) 荒川廣志, 田尻久雄: 前投薬による偶発症. 赤松

- 泰次編集:内視鏡室のリスクマネージメント. 南江堂, 65-72, 2003.
- 4) Hedenbro JL, Ekelund M, Jansson O, Lindblom A : A randomized, double-blind, placebo-controlled study to evaluate topical anesthesia of the pharynx in upper gastrointestinal endoscopy. *Endoscopy*, 24(6), 585-7, 1992.
 - 5) 圓山祥子: 上部消化管内視鏡検査における患者の苦痛に影響する要因の検討. 富山医科薬科大学大学院修士論文, 2003.
 - 6) 圓山祥子: 上部消化管内視鏡検査における患者の苦痛に影響する要因の検討. 日本消化器内視鏡技師会報, 37, 137-140, 2006.
 - 7) 深井喜代子: 痛みの測定と評価とケアに関する看護研究. *看護研究*, 26(5), 398-408, 2003
 - 8) 河相覚, 伊藤博行, 七澤洋, 田中三千雄: 上部消化管内視鏡検査におけるジアゼパムを用いた意識下鎮静法の有効性について VAS を用いた苦痛度評価と循環・呼吸動態への影響. *ENDOSCOPIC FORUM for digestive disease*, 21 (2), 150-157, 2005.
 - 9) 宮林千春, 寺尾ゆみ子, 塚田健一郎, 他 6 名: 鎮静剤を用いた高齢者の上部消化管内視鏡検査時の動脈血酸素飽和度と心拍数の検討. *在宅医療と内視鏡治療*, 9(1), 11-17, 2005.
 - 10) Shaoul R, Higaze H, Lavy A: Evaluation of topical pharyngeal anesthesia by benzocaine lozenge for upper endoscopy. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 24(4), 687-694, 2006
 - 11) Davis DE, Jones MP, Kubik CM : Topical pharyngeal anesthesia does not improve upper gastrointestinal endoscopy in conscious sedated patients. *The American Journal Gastroenterology*, 94(7), 1853-1856, 1999.
 - 12) Laluna L, Allen ML, Dimarino AJ Jr : The comparison of midazolam and topical lidocaine spray versus the combination of midazolam, meperidine, and topical lidocaine spray to sedate patients for upper endoscopy. *Gastrointestinal endoscopy*, 53(3), 289-93, 2001.
 - 13) Cantor DS, Baldrige ET : Premedication with meperidine and diazepam for upper gastrointestinal endoscopy precludes the need for topical anesthesia, *Gastrointestinal endoscopy*, 32(5), 339-341, 1986.
 - 14) Evans LT, Saberi S, Kim HM, Elta GH, Schoenfeld P : Pharyngeal anesthesia during sedated EGDs: is "the spray" beneficial?. *Gastrointestinal Endoscopy*, 63(6), 761-766, 2006.
 - 15) 松原民子, 長尾教子, 平野信子他 3 名: 意識下鎮静法における上部消化管内視鏡検査時の咽頭麻酔の廃止を試みて. *関中央病院年報*, 6, 3-5, 2005.
 - 16) 峯 徹哉: Conscious Sedation. *消化器内視鏡*, 12 (6), 664-665, 2000.
 - 17) Soma Y, Saito H, Kishibe T, Takahashi T, Tanaka H, Munakata A. : Evaluation of topical pharyngeal anesthesia for upper endoscopy including factors associated with patient tolerance. *Gastrointestinal endoscopy*, 53(1), 14-18, 2001.
 - 18) 弘神邦枝, 田島佳代子, 乾純和: フレーバー入りキシロカインビスカス ポカリスエット前処置の試み. *総合消化器ケア*, 4(5), 41-45, 1999.
 - 19) 茂木百合子, 早川祐子, 辻雅世他 3 名: キシロカインアイスを使った咽頭麻酔の工夫. *総合消化器ケア*, 5(5), 63-66, 2000.
 - 20) 有吉靖子, 中柳美恵子 : 上部消化管内視鏡検査におけるキシロカインビスカスあめを用いた咽頭麻酔の効果. *看護学統合研究*, 3(2), 53-56, 2002.
 - 21) 中村広子, 居城香織, 四木洋子, 高田文子: 上部消化管内視鏡検査における咽頭麻酔剤の苦味に対する工夫, *市立三沢病院医誌*, 14(1), 26-28, 2006.
 - 22) 金子榮蔵, 原田秀雄, 春日井達蔵 他 2 名: 消化器内視鏡関連の偶発症に関する第 4 回全国調査報告—1998 年より 2002 年までの 5 年間. *Gastroenterological Endoscopy*, 46(1), 54-61, 2004.
 - 23) 唐沢富士雄, 佐藤哲雄: 前処置と麻酔法 (3) 麻酔法, 特集安全な内視鏡検査のために—上部消化管—. *臨床消化器内科*, 11, 1311-1320, 1996.
 - 24) 小越和栄, 金子榮蔵, 多田正大, 他 3 名: 治療内視鏡に関するリスクマネージメント. *Gastroenterological Endoscopy*, 47(12), 2681-2690, 2005.
 - 25) 瀬川昂生, 有沢富康, 丹羽康正, 他: 上部消化管内視鏡検査受診者の心理的負担についての研究. *Gastroenterological Endoscopy*, 32(10), 2366-2372, 1990.
 - 26) 芝山幸久, 中野弘一, 坪井康次, 他: 上部消化管内視鏡検査を受けた患者の持つ不安および苦痛に関する検討. *心身医療*, 7(10), 1347-1353, 1995.
 - 27) Lanius M, Zimmermann P, Heegewaldt H, Hohn M, Fischer M, Rohde H : Does an information booklet on gastrointestinal endoscopy reduce anxiety for these examinations? Results of a randomized study with 379 patients. *Z Gastroenterol*, 28(12), 651-655, 1990.
 - 28) Levy N, Landmann L, Stermer E, Erdreich M, Beny A, Meisels R. : Does a detailed explanation

prior to gastroscopy reduce the patient's anxiety? . (受付: 2008 年 10 月 14 日, 受理: 2008 年 12 月 17 日)
Endoscopy, 21(6), 263–265. 1989.

Consideration of the necessity of pharynx anesthesia for the patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy by conscious sedation

Naoko IWAKI, Terumi KAWAI, Tatuko OOHASHI, Mayumi YAMADA,
Syuji INATSUCHI, Teiichi TERASAKI, Michio TANAKA

Abstract

We employed conscious sedation with Diazepam and examined the necessity of pharynx anesthesia for patients undergoing upper gastrointestinal endoscopy. We classified patients scheduled to undergo endoscopic examination of the upper gastrointestinal endoscopy into patients with pharynx anesthesia (anesthetized with Lidocaine hydrochloride Viscous 2% at 5 to 10 minutes prior to upper gastrointestinal endoscopy: 29 patients) and patients without pharynx anesthesia (19 patients). We then evaluated pain levels in patients by Visual Analogue Scale (VAS) for comparison. The result revealed no significant differences in VAS values between the two groups for the level of anxiety prior to the examination, discomfort and pain in the throat during pharynx anesthesia pain when the scope was passing through the throat during the examination, discomfort and pain during the examination, discomfort and pain resulting from the accumulation of saliva, discomfort and pain immediately following the examination, and pain throughout the procedure. Findings suggested that pharynx anesthesia with Lidocaine hydrochloride Viscous 2% did not contribute to the reduction of discomfort and pain during endoscopic examination of the upper gastrointestinal endoscopy for patients to whom the conscious sedation was applied. Furthermore, we examined the relation of discomfort and pain levels to background factors before, during, after and throughout the endoscopic examination of the upper gastrointestinal endoscopy with and without pharynx anesthesia. For patients exhibiting pharynx anesthesia, anxiety prior to the examination was an influencing factor, and in the group patients without pharynx anesthesia, experience of examination was an influencing factor.

Key words upper gastrointestinal endoscopy, Visual Analogue Scale, conscious sedation,
pharynx anesthesia

報告

認知症高齢者訪問看護の質評価指標を用いた訪問看護実践の現状

鈴木祐恵¹ 金川克子²

概要

本研究は、訪問看護における認知症ケアのよりよい看護実践の向上を目的とする。K市内の訪問看護ステーションと認知症高齢者との関わり状況、並びに認知症高齢者訪問看護の質評価指標を用いたケアの質評価を行い、看護実践状況と実践困難な関連因子を明らかにした。K市の訪問看護ステーション14ヶ所のうち12ヶ所のステーション管理者と訪問看護師58人中56人に協力を得た。訪問看護ステーションを利用する認知症高齢者は281人（ステーション利用者比率51%）で、K市の居宅認知症高齢者の約5-6%と推定される。ケアの質評価は、総合得点100点満点に換算すると69.5±10点で、実施率の低いケアは、「認知症の理解」「早期発見・介護予防」「地域との関わり」であった。関連因子は「<経験がない><知識・技術不足・自信がない><専門医が居ない><本人・家族の理解><他職種との連携><忙しくそこまでできない>」が示された。訪問看護師の地域を基盤とした認知症ケアの積極的取り組みが示唆された。

キーワード 高齢者訪問看護、認知症ケア、ケアの質評価

1. はじめに

平成13年度厚生労働省（以下厚労省とする）の「在宅痴呆性高齢者ケアの試行的研究事業報告」¹⁾によれば、「専門的認知症ケアを掲げている先駆的な訪問看護ステーションでは、地域から認知症ケアが期待されている。一般的な訪問看護ステーションでは、認知症の初期段階から訪問看護と結びつかないケースが多い。ケアマネージャーも、デイサービスや家族のレスパイトケアに重点を置き、身体症状が出現すると初めて訪問看護を利用するのが現状である。」と報告されている。それゆえ、訪問看護師は、認知症への深い理解とケアの倫理、予防も含めたケア技術の向上に努めることが、今まさに求められている²⁾。

本間ら³⁾の調査によると認知症が診断されるまでの期間は、7割のケースで2年以上となっている。宮永ら⁴⁾は、認知症の発症を2年遅らせると早期発見による経済効果が大きいと指摘している。アルツハイマー病も、近年、生活習慣病との関係が一部指摘されている⁵⁾。健康づくり・介護予防・認知症の治療には、現時点では確実な手法は無いが、食事・運動・休息などの生活習慣リスクが関与しているという報告が増加している⁶⁾⁷⁾⁸⁾。

認知症ケアに関する先行文献は、施設ケアに関する研究が主であり、訪問看護サービスにおける研究例は少ない。厚労省の平成13年度「在宅痴呆

性高齢者ケアに関する実態調査及びマニュアル等作成事業」⁹⁾で認知症ケアの現状と課題・教育研修プログラムが示され、平成16年度文部科学省の研究事業として「高齢者訪問看護の質評価指標」（認知症ケアの分担；金川克子、代表；石垣和子）で高齢者訪問看護の16領域で質評価指標が検討されている¹⁰⁾¹¹⁾。又、平成17年度厚労省の「専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業」で専門特化している訪問看護ステーションが備えておくべきサービス要件を構造、過程の面から検討している¹²⁾¹³⁾。これらの研究と関連し、一部認知症ケアの予備調査が行なわれている。しかし特定地域全体の訪問看護ステーションにおける認知症ケアの実態は検証されていない。

本研究の意義は、二つ考えられる。一つには、K市の認知症政策の「早期発見」「地域支援」に注目し、どのようなケアが訪問看護ステーションから認知症高齢者や家族に提供されているのかその実態を明らかにする。二つには、K市はI県の人口の密集地域であり、訪問看護ステーションの数も県内一である。I県の訪問看護ステーションにおける認知症ケアの質の向上に向けて、K市の訪問看護活動の影響が極めて大きいと考えたからである。

そこで、われわれは訪問看護における認知症ケアのよりよい看護実践の向上を目的として、K市

¹ 石川県立看護大学研究員 ² 石川県立看護大学

内の訪問看護ステーションを対象に認知症高齢者の関わり状況や「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」を用いて、ケアの質評価を行い、看護実践状況と実践困難な関連因子を明らかにした。

2. 研究方法

2.1 対象と調査方法

対象は、K市内の全訪問看護ステーション14ヶ所のうち、本研究に協力・同意が得られた12ヶ所の訪問看護ステーションの管理者と、そこで働く訪問看護師58人中、協力が得られた56人を対象とした。

調査方法は、まず、K市内の訪問看護ステーションの管理者を対象に、認知症・その疑い者の関わりがどの程度あるかを平成18年7月～9月まで調査した。その上で、本調査に参加した訪問看護ステーションに働く訪問看護師に、「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」を使用し、看護実践が何処まで実施されているのか、実践困難な場合は、その理由の記載を依頼した。回答は無記名である。調査用紙の回収は、研究者が訪問看護ステーションの都合の良い日に訪問して実施した。その際、訪問看護師に研究の趣旨説明を行い、同意を得た。

2.2 測定用具

「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」は、石川県立看護大学版 Version2 を使用し調査した¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。この質評価指標は、48指標からなり、基本的な姿勢3指標、アセスメント16指標、看護介入29指標（認知症の理解2v、コミュニケーション4指標、認知症の症状のコントロール4指標、日常生活6指標、安全・安楽の確保3指標、社会との交流2指標、家族の持てる力の向上6指標、体制作り1指標、フォローアップ1指標）合計48指標からなっている。

評価は、1点＝「全く出来ていない」、2点＝「あまり出来ていない」、3点＝「おおむね出来ている」、4点＝「必ず出来ている」で回答した。48指標の平均点の算出は、平均点「1点」は指標項目48指標が全て「全く出来ていない」であり、合計得点で言うと、48点（最低得点）に相当する。平均点「4点」は指標項目48指標全て「必ず出来ている」であり、合計得点で言うと、192点（最高得点）に相当する。

指標1から指標48をカテゴリーで分類すると「基本姿勢（尊厳の維持）」（指標1から指標3）、「アセスメント（情報の収集、分析、判断）」（指

標4から指標19）、「認知症の理解」（指標20から指標21）、「コミュニケーション」（指標22から指標25）、「認知症の症状のコントロール」（指標26から指標29）、「日常生活の適応」（指標30から指標35）、「安全・安楽の確保」（指標36から指標38）、「社会との交流の確保」（指標39から指標40）、「家族の持てる力の向上」（指標41から指標46）、「体制づくり」（指標47）、「フォローアップ」（指標48）の11のカテゴリーである。

実施困難な場合の出来ていない理由の分類は、予備調査で訪問看護師に実施可能性についてインタビューし、出来ていない理由の選択肢を作った。調査時の記載方法は、「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」48指標の回答欄ごとにカッコを設け、その理由をカッコ内に番号で記載してもらった。

この質評価指標の信頼性、妥当性、実施可能性と質指標の開発過程は前述の「老人訪問看護の質指標の開発：ベストプラクティスに基づく評価項目策定及び標準化」（代表：石垣和子、発表：平成19年3月）並びに「認知症ケアにおける質指標の構築と標準化」としてすでに報告されているのでここでは割愛する¹⁶⁾¹⁷⁾。

なお、本研究における認知症の定義は、主治医から訪問看護ステーションに発行される「訪問看護指示書」の病名欄に認知症の記載があるもの、及び専門医に受診し認知症と診断されているものとした。しかし、一方で「訪問看護指示書」の認知症の記載漏れが、現実に発生している。そのため、日々の訪問看護の中で、訪問看護師が認知症と疑うものに関して「認知症高齢者の日常生活自立度」の判定基準¹⁸⁾を使用し、自立を除く「I」から「M」の判定基準に照らし記載を依頼し、「認知症の疑い者」とした。

この「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」は、厚生省が1993年（平成5年）作成、2006年（平成18年4月）に改正したものである¹⁸⁾。

2.3 データ分析

K市内の訪問看護師が、訪問看護ステーションを利用する認知症及びその疑い者などどのように関わっているかは、クロス集計し χ^2 検定を行なった。看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢別に見た総合得点は、散布図を作成し相関係数を算出して評価した。また実施率の低いケア（指標40、指標45、指標20、指標27、指標26）の分析は、平均値の差の検定を行い、有意差を求め分析した。Microsoft Excel 及び統計解析ツール SPSS を使用

して統計解析を実施した。

2. 4 調査期間

平成 18 年 7 月 15 日～平成 18 年 9 月 30 日

2. 5 倫理的留意事項

本研究の対象となる訪問看護ステーション及び訪問看護師の個人情報・人権擁護に努めた。具体的内容は、研究内容の説明と同意、研究への参加・中止の自由、無記名による記入、守秘義務、研究目的以外の使用を厳禁し、これらを保証した。なお、本研究は石川県立看護大学倫理審査委員会の審査を受け、許可を得た。

3. 結果

3. 1 調査協力訪問看護ステーションの概要について

調査協力訪問看護ステーションの概要は、表 1 に示した。これら全ての訪問看護ステーションは、認知症高齢者と関わっていた。訪問看護ステーションの利用者のうち認知症及びその疑い者の占める割合は、51%(281 人)であった。調査に協力を得た訪問看護師 56 人の年齢は平均 41±9 歳(最小 24 歳, 最大 60 歳), 看護経験年数は平均 16±8 年(最小 2 年, 最大 36 年), 訪問看護経験年数は平均 4±3 年(最小 0 年, 最大 12 年)であった。

3. 2 K 市における訪問看護ステーションを利用する認知症高齢者及びその疑い者との関わりについて

調査対象の訪問看護ステーションを利用している認知症高齢者及びその疑い者は、281 人であった。記載漏れを除いた 275 人の「認知症高齢者の日常生活自立度」は、表 2 に示した通りである。

3. 3 認知症及びその疑い者に対する訪問看護ステーションから提供されているケア内容について

(1) 認知症高齢者訪問看護の質評価指標の内容と回答結果

認知症高齢者訪問看護の質評価指標の内容と回答結果を図 1 に示した。各々の質評価指標に「全く出来ていない」「あまり出来ていない」を併せた割合が 50%を越えた指標は、指標 19 の「認知症の有無・種類・程度と今後の方針に関し、医師に相談し、何らかの形で情報を得る。」50%, 指標 20 の「認知症はどのような病気か本人に分かるように説明

をしたり、情報を提供する。」73.2%, 指標 26 の「認知症が疑われた時には、早期に主治医・専門医への受診ができるようにする。」50%, 指標 27 の「認知症の初期から訪問看護師が関わり、家族の介護

表 1 訪問看護ステーションの概要 n=12

調査協力訪問看護ステーション	
K 市内の訪問看護ステーション14ヶ所中12ヶ所	
訪問看護ステーションの母体の所属	
医療法人	2ヶ所
営利法人	2ヶ所
社会福祉法人	3ヶ所
社団法人	2ヶ所
生協	1ヶ所
特殊法人	1ヶ所
その他	1ヶ所
開設年;	1996～1999年 6ヶ所 2000～2006年 6ヶ所
職員数(常勤換算)	
3人以下	2ヶ所
4人以下	3ヶ所
5人以下	2ヶ所
6人以上	1ヶ所
7人以上	3ヶ所
8人以上	1ヶ所
	平均5.4人, 標準偏差2.2人 最小2.5人, 最大9.5人
パート職員比率	20% (15人/75人中)
職種;	看護師のみ 6ヶ所 看護師・OT・PT・その他 5ヶ所 看護師・准看護師・助産師 1ヶ所
訪問看護ステーションの利用状況(平成18年6月度)	
訪問看護件数	平均322件, 標準偏差147件 最小144件, 最大553件
利用者数	平均45人, 標準偏差22人 最小19人, 標準偏差94人
認知症・その疑い者の利用者数	281人 平均23人, 標準偏差13人 最小1人, 最大37人
訪問看護ステーションの利用比率	51%(281人/549人中)

表2 K市における訪問看護ステーション利用者の認知症・その疑い者の日常生活自立度

		認知症高齢者の日常生活自立度			
		I	II a~II b	III a~III b	IV~M
年齢区分	64歳以下	6	5	1	1
	65~74歳	13	11	0	3
	75歳以上	66	73	53	43
性	男	36	38	13	24
	女	49	51	41	23
障害分類	自立	2	2	0	0
	J1~J2	19	13	1	2
	A1~A2	30	38	8	0
	B1~B2	26	27	26	12
	C1~C2	8	9	19	33
	その他a	5	2	0	1
介護度	要支援1・2	3	3	0	0
	要介護1	28	18	0	1
	要介護2	17	20	5	1
	要介護3	13	24	9	4
	要介護4	13	11	21	6
	要介護5	6	11	19	34
	その他a	5	2	0	1
診断有無	あり	11	36	32	19
	なし	74	53	22	28
疾患の有無	疾患あり	85	83	53	47
	疾患なし	0	6	1	0

** p<0.01 a その他8人は検定から除いた
* p<0.05 n=275(認知症・その疑い者281人の内、記載漏れを除く)

困難を予防する。」58.9%, 指標40の「地域住民が認知症を受け入れ, 声かけ・見守り・連絡・手助けが必要時にできるように慎重に働きかける(特に, 道に迷った時, 自分の家がわからなくなった時, 様子が何時もと違う時など).」75%, 指標45の「家族が, 積極的に情報交換が出来るように支援する(家族会への参加, 地域交流, インターネットなど).」60.7%を示した。

また, 指標を大きく分類したカテゴリーで見ると, 図2のように「全く出来ていない」「あまり出来ていない」を併せた割合が50%以上を示したカテゴリーは, 「認知症の理解」50%, 「社会との交流の確保」57%であった。

(2) 認知症ケアの総合得点・認知症高齢者訪問看護の質評価指標48指標の平均点の分布

認知症ケアの総合得点・認知症高齢者訪問看護の質評価指標48指標の平均点の分布を図3に示した。認知症ケアの総合得点の平均点は 2.78±0.4

点, 最小1点, 最大3.6点であった。100点満点に換算すると 69.5±10点であった。又, 図4のように看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢と総合得点との間には相関は見られなかった。図4bの散布図では訪問看護経験年数1.5年未満の経験の浅い人程, 総合得点のバラツキが大きかった。そこで総合得点1点の外れ値を除いて, 看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢と総合得点との相関を調べたが, 変化はなかった。

(3) 実施率の低いケア(下位第1位~第5位)とその理由

実施率の低いケア(下位第1位~第5位)とその理由を表3に示した。実施率の低いケアを見ると下位第1位は指標40の「地域住民が認知症を受け入れ, 声かけ・見守り・連絡の手助けが必要時に出来るように慎重に働きかける(特に, 道に迷った時, 自分の家がわからなくなった時, 様子が何時もと違う時など).」で実施率は50%であった。そ

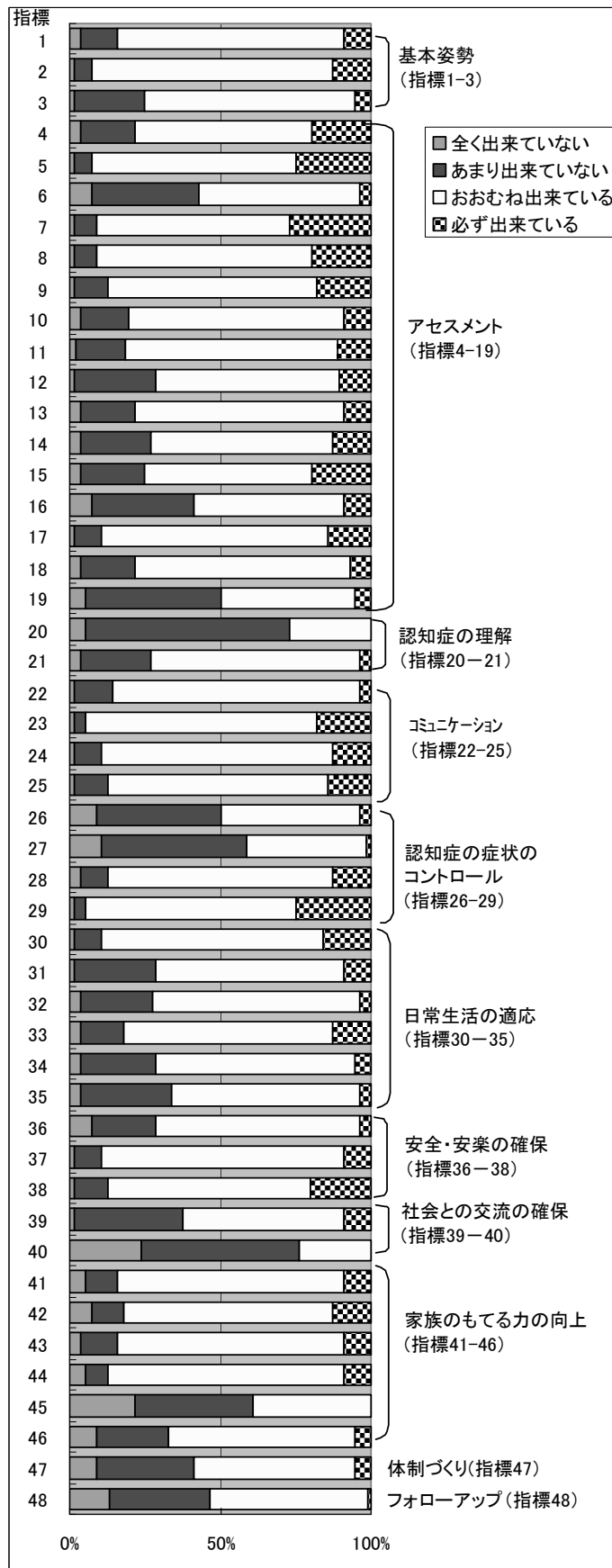


図1 認知症高齢者訪問看護の質評価指標の内容と回答結果 n=56

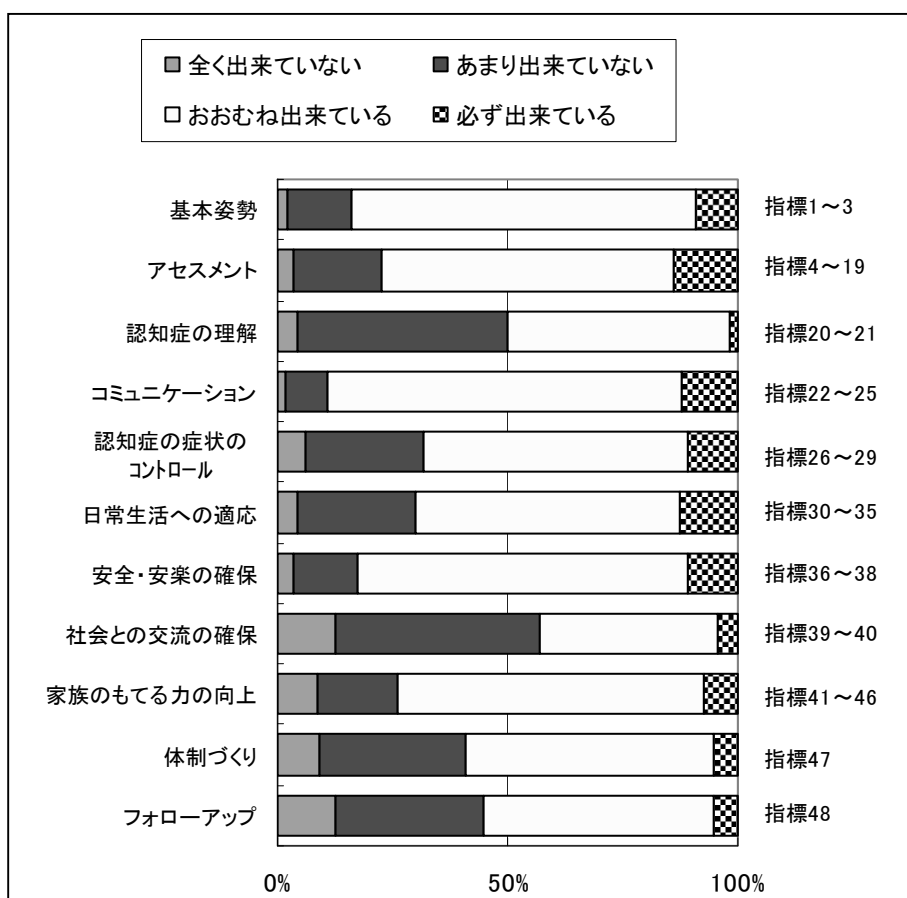


図2 認知症高齢者訪問看護の質評価指標の実施区分割合 (%) とカテゴリ別内容 n=56

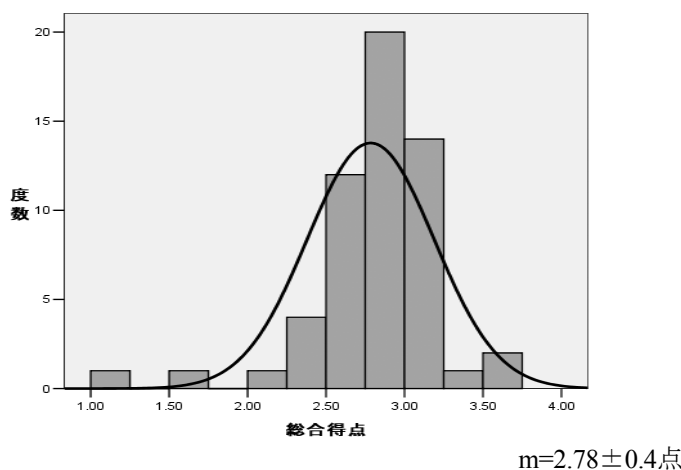


図3 認知症ケアの総合得点・認知症高齢者訪問看護の質評価指標 48 指標の平均値の分布 n=56

の理由は、＜経験がない＞19人、＜忙しくそこまで出来ない＞8人、＜知識・技術不足、自信がない＞5人、などであった。下位第2位の指標45の「家族が、積極的に情報交換が出来るように支援する（家族会への参加、地域交流、インターネットなど）」、下位第3位の指標20の「認知症はどのような病気か本人に分かるように説明をしたり、情

報を提供する。」、下位第4位の指標27の「認知症の初期から訪問看護師が関わり、症状の改善を助け家族の介護困難を予防する。」、下位第5位の指標26の「認知症が疑われた時には、早期に主治医または専門医の診断・治療が受けられるようにする。」の実施率と実施困難な理由は表3に示す通りである。

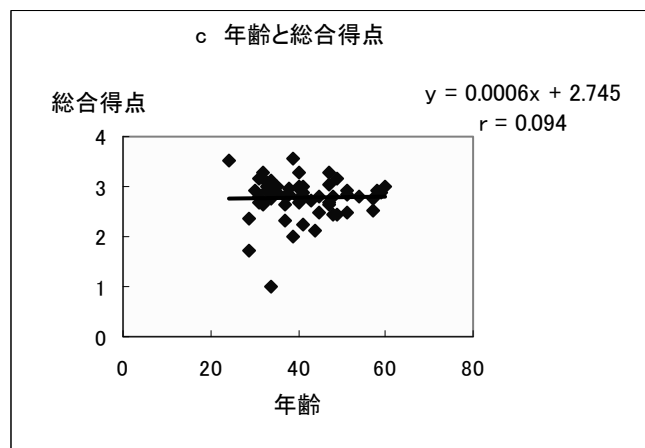
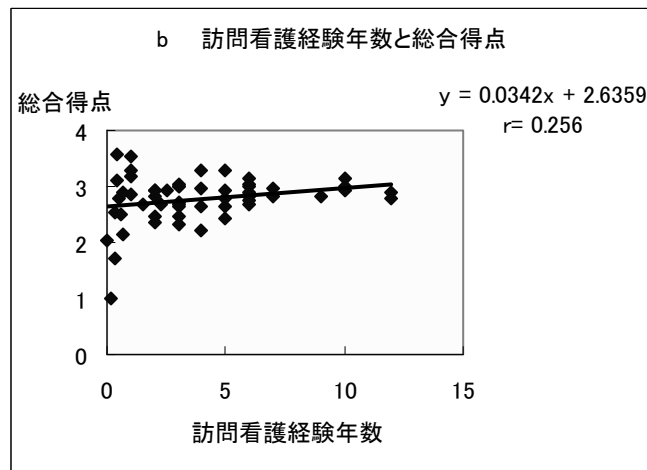
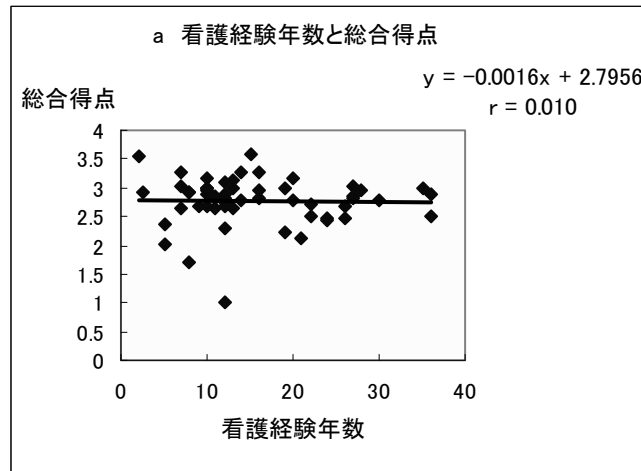


図4 看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢別に見た認知症高齢者
訪問看護の質評価指標 48 指標の総合得点との相関 n=56

表3 実施率の低いケアとその理由 n=56

実施率の低いケア(下位)	1位	2位	3位	4位	5位
ケアの指標番号*	40	45	20	27	26
実施率(%)	50	54.4	55.3	58	61.1
その理由(人数)					
1. 本人の理解困難	1		21	3	4
2. 家族の理解が得られない	2	3	1	4	3
3. 経済的理由で困難					
4. 専門医が居らず相談しにくい				1	9
5. 経験がない	19	14	4	12	7
6. 知識・技術不足・自信がない	5	9	10	7	3
7. 必要性を感じない	2	2	4		2
8. 忙しくそこまで出来ない	8	3		2	1
9. ケアマネージャーとの連携不足				3	
10. 他職種との連携不足	3	3	1	1	
11. その他	2	2		6	4

*ケアの指標番号(認知症高齢者訪問看護の質評価指標)の説明

指標 40:「社会との交流の確保」 地域住民の認知症の受け入れ, 声かけ, 見守り, 手助けが必要時できるように慎重に働きかける (道に迷った時, 自分の家が分からなくなった時, 様子が何時もと違う時など.)

指標 45:「家族の持てる力の向上」 家族が積極的に情報交換が出来るように支援する (家族会への参加, 地域交流, インターネットなど.)

指標 20:「認知症路理解」 認知症はどのような病気か本人にわかるように説明をしたり情報を提供する.)

指標 27:「認知症の症状のコントロール」 認知症の初期から訪問看護師が関わり, 症状の改善を助け, 家族の介護困難を予防する.

指標 26:「認知症の症状のコントロール」 認知症の初期症状(同じものを買ってくる, 水道の水の出し忘れ, 二つのことが同時に出来ないなど)が疑われた時には, 早期に主治医または専門医の診断・治療が受けられるようにする.

(4) 実施率の低いケアにおける看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢別に見た平均値の差の検定

実施率の低いケアにおける看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢別に見た平均値の差の検定は, 表4に示した. 看護経験年数は16年未満と16年以上, 訪問看護経験年数は4年未満と4年以上, 年齢は40歳未満と40歳以上のそれぞれ2群に分類した. 指標40は看護経験年数と年齢, 指標45は年齢が有意に関連し, いずれも年齢や経験年数の高い方が, 回答の平均値が高かった.

4. 考察

K市の統計では, 人口45.5万人, 高齢化率18%である. 平成18年10月現在, 介護保険認定者数

(介護保険課月報10月度)は, 16,475人である. そのうち居宅認知症高齢者数は, 約4,600~5,700人と推定される. K市の認知症政策は, 認知症の早期発見の強化を掲げている¹⁹⁾.

K市内の12ヶ所の訪問看護ステーションは, 全て認知症高齢者と関わりを持っていた. 1ステーション当り認知症高齢者・その疑い者の利用人数は, 1人から37人で, 訪問看護ステーションによるバラツキが大きかった. 訪問看護ステーションが関わっている認知症高齢者・その疑い者281人は, 推定ではK市の居宅認知症高齢者の5~6%に相当する. 対象者の85%は後期高齢者が占め, 約2/3は女性であった. 認知症高齢者の日常生活自立度(表2)は, 本調査と表参道訪問看護ステーションの調査²⁰⁾と比較するとランク「1」は本調

査 30%, 先行研究 27.7%であった。ランク「Ⅱ_a～Ⅱ_b」は本調査 32.4%, 先行研究 22.9%, ランク「Ⅲ_a～Ⅲ_b」は本調査 6.8%, 先行研究 12.8%, ランク「Ⅳ～Ⅴ」は本調査 17%, 先行研究 19.3%でその割合は、大差がなかった。

訪問看護ステーションの利用者のうち、認知症高齢者・その疑い者の利用割合は、本調査 51%, 中島ら¹⁾⁹⁾の研究報告では 65%であった。K市の居宅認知症高齢者及びその疑い者のうち、5～6%の高齢者が訪問看護サービスを利用し、訪問看護ステーションが関わっていない 90 数%の居宅認知症高齢者は地域でどのように生活し、どのような介護を受けているのか、その実態は、本調査並びにK市の介護保険課で調査されていないため明らかに出来なかった。

地域住民が、認知症の初期段階や介護困難になった時には、いつでも気軽に、訪問看護ステーションへ相談に来られるような関係を作り上げていくことが、重要であろう。認知症の早期発見や早期予防活動の協働の取り組みに、訪問看護ステーションも積極的に参加することが課題である¹⁾⁹⁾。

訪問看護ステーションにおけるこれらの状況を改善していくには、まず「もの忘れ外来」、「地域包括支援センター」などと日常的連携が重要である^{5) 21)}。訪問看護師は、認知症高齢者・家族に対

し個別のケアを提供するのみではなく、生活基盤である地域の中で、連携により問題解決を図っていくことが重要と考える。Lena Annerstedt ら²²⁾は、在宅療養を継続するには、家族の協力とレスパイトケアを含むサポートが不可欠である。家族介護者の breaking -point を見据えた早期のきめ細かなサポートプログラムが必要であると指摘している。

認知症高齢者訪問看護の質評価指標 48 指標の総合得点と看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢との相関を検討したが、前述したように、関係は明確にできなかった。又、この質評価指標の実施困難な理由には、全ての指標回答に共通して、<経験がない><知識・技術不足, 自信がない>であった。これら、認知症ケアに専門特化されていないステーションでは、主疾患中心のアセスメント・ケアプランが立案され、認知症には焦点が充分当たっていない可能性が考えられる。本調査では、認知症のみで訪問看護を利用している高齢者は 2.5%で、多くは主疾患に認知症が合併されていた。

このように主疾患ばかりではなく認知症にもフォーカスした総合的なケアを提供していくためには、これまでの看護経験、訪問看護経験だけでは不十分であろう。特に本調査では、訪問看護経

表4 ケア得点の低い指標における看護経験年数・訪問看護経験年数・年齢別に見た平均値の差の検定 n=56

ケアの指標番号	看護経験年数		訪問看護経験年数		年齢	
	16年未満	16年以上	4年未満	4年以上	40歳未満	40歳以上
40	1.82±0.77	2.27±0.46 **	1.97±0.73	2.04±0.67 n.s.	1.76±0.78	2.2±0.56 *
45	2.03±0.80	2.41±0.67 n.s.	2.03±0.77	2.35±0.75 n.s.	1.88±0.77	2.43±0.68 **
20	2.21±0.60	2.23±0.43 n.s.	2.23±0.57	2.19±0.49 n.s.	2.23±0.59	2.20±0.48 n.s.
27	2.32±0.72	2.32±0.65 n.s.	2.27±0.79	2.38±0.57 n.s.	2.27±0.72	2.37±0.67 n.s.
26	2.35±0.77	2.59±0.59 n.s.	2.43±0.82	2.46±0.58 n.s.	2.35±0.80	2.53±0.63 n.s.

* p<0.05 ** p<0.01 n.s. ; not significant

ケアの指標番号の説明は 表3 の説明参照

験1.5年未満の人は、認知症ケアの総合得点における平均点のバラツキが大きかった。訪問看護経験の浅い人程優先して早期に研修を受け、スキルアップが必須である。認知症ケア領域における訪問看護師の看護実践能力の向上が、急務であると考える。

その為には、専門的な技術の習得が出来るような他機関の実習や研修・交流会への参加も必要であろう。日々の認知症ケアの振り返りとして、この質評価指標の活用やステーション内でのカンファレンスの実施は、ケアの質の向上の基本をなすものとする。われわれのこれまでの調査でも「この指標を活用して、自分の知識や経験の弱い点や今後の課題に気づかされた」、「他の疾患に目が奪われ認知症がおそろかになっていた」などという現場の訪問看護師の評価が寄せられており、本指標を活用することによるこのような気づきは、認知症ケアの質の向上の第一歩である^{15) 23)}。

在宅における認知症ケアに携わる専門職は、地域の共通の基盤で各職種が協働し、共通の方針と合意形成をはかるためのチームカンファレンスや、学際的取り組みが重要であるという指摘^{24) 25)}もあり、このような活動を通じ訪問看護師自身も変化し、ケアの質の向上に影響するものとする。

訪問看護師に求められる地域との関わりの活動のうち、実施率の低いケアは、指標40の「地域住民が認知症を受け入れる活動」、指標45の「家族会への参加」、「地域交流への働きかけ」、であった。これらの活動は実施率の低いケア（出来ていないケア）の下位第1位、第2位を占め、実施困難な理由は「経験がない」「知識・技術不足、自信がない」「忙しくそこまで出来ない」であった。特に訪問看護師の地域との関わりの活動を困難にしている背景は、大きく二つの要素が考えられる。第一は看護教育から来るもので、現在、大学教育の中で行なわれている「地域看護」「在宅ケア」の専門教育を受けて育ってきた人材は、病院をはじめ多様な進路を選び、訪問看護ステーションには未だ確保されていない。第二には、地域への働きかけが訪問看護師として重要な活動であることを認識しているが、現行の診療報酬、介護報酬の中で評価されていない、この二点にある。

認知症は社会的には増加の一途にあり、今こそ地域における認知症の予防活動や認知症高齢者としてしっかり向き合い、一歩踏み込んだ活動の中に問題解決の方向性が、潜んでいると考える。

特に認知症の悪化予防、並びに家族介護者が、

地域から孤立しないように地域でのサポート体制を整える活動は、訪問看護師の重要な活動であることを介護報酬の面からも検討し、活動の位置づけを明確にすることが重要である²⁶⁾。

本調査は、在宅ケアにおける訪問看護師の認知症ケアの質に焦点を当てた看護実践の振り返りであり、訪問看護師の主観的評価である。更に客観的評価を得るには、認知症高齢者や家族の反応、訪問看護師自身の変化を調査分析することが必要である。

5. 結論

K市の訪問看護ステーション14ヶ所中協力が得られた12ヶ所の訪問看護ステーションの全てが、認知症高齢者と関わっており、その割合は51%であった。認知症のみで訪問看護を利用している人の割合は、2.5%であった。

K市の訪問看護ステーションに働く訪問看護師58人中56人に協力を得て「認知症高齢者訪問看護の質評価指標」を用いて認知症ケアの質評価を実施した。認知症ケアの総合得点・この質評価指標48指標の平均値の分布は、 2.78 ± 0.4 点で100点満点に換算すると 69.5 ± 10 点で総合得点と看護経験年数、訪問看護経験年数、年齢との相関を検討したが差は認められなかった。

実施率の低いケア（出来ていないケア）は、「認知症の理解」「認知症の早期発見・介護予防」「地域との関わり」であった。その関連因子は「経験がない」「知識・技術不足、自信がない」「専門医が居ない」「本人・家族の理解」「他職種との連携」「忙しくそこまで出来ない」であった。

訪問看護師は、認知症ケアのサポーターであり、地域の学際的なチームと協働し、認知症の早期発見と介護予防、認知症高齢者・家族のQOLを高め、住み慣れた地域で住み続けられるように、地域を基盤とした認知症ケアの積極的取組みの必要性が示唆された。

謝辞

本調査にご協力いただいたK市で働く訪問看護ステーションの管理者の方々と訪問看護師の皆様方には心より感謝申し上げます。修論のまとめに当たり、担当教官の大木秀一教授・伴真由美准教授に心から感謝とお礼を申し上げます。本研究は石川県立看護大学に提出した修士論文の一部に加筆・修正したものである。

引用文献

- 1) 中島紀恵子代表: 在宅痴呆性高齢者ケアの試行的研究事業-研究事業報告書. 平成 13 年度厚生労働省老人保健推進費助成金事業. 日本訪問看護振興財団出版, 2002.
- 2) Joyce, Ann Lasseter: Complex-Technology Home Care Ethics, Caring and Quality of Life. B, S, N, Mid America Nazarene University, 1991, M.S, University of Kansas, School of Nursing 1996.
- 3) 本間昭: 痴呆性老人を如何に支えるか. 老年学公開講座, 54, 52-82, 1998.
- 4) 宮永和夫: 地域に生きる『痴呆』—物忘れ早期発見・早期診断と介護予防—早期発見の意義. 日老医誌, 42, 40-41, 2005.
- 5) 宇野正威: もの忘れ外来の役割と意義. 老年医学, 42(2), 727-731, 2004.
- 6) 須貝佑一: 認知症は予防できるか. 公衆衛生, 70(9), 666-670, 2006.
- 7) Larson E. B. et al.: Exercise is associated with reduced risk for incident dementia Among persons 65 years of age and older. Ann Intern Med. 144(2), 73-81, 2006.
- 8) 浅田隆: 認知症予防に関する介入研究の成果と今後の展望. 公衆衛生, 70(9), 673-675, 2006.
- 9) 中島紀恵子代表: 在宅痴呆性高齢者ケアの試行的研究事業-研究事業報告書—平成 13 年度厚生労働省老人保健推進費等助成金事業. 日本訪問看護振興財団出版, 2002-3.
- 10) Noriko Yamamoto Mitani, Midorri Nagano, Shinobu Okada, et al.: Developing Quality Indicators of home Care Nursing for Older Adults in Japan. ICCNR, O-086, 75, 2005.
- 11) 山本則子, 石垣和子, 金川克子, 他 8 名: 高齢者訪問看護の質評価指標(quality indicator) 開発—全国の訪問看護ステーションを対象とした実態調査. 第 26 回看護科学学会講演集家族支援 213, 2006.
- 12) 川越博美代表: 専門特化型訪問看護ステーションのサービス提供体制に関する調査研究事業. 平成 17 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人健康増進事業, 2006.
- 13) 田高悦子, 宮本由紀, 緒方泰子, 他 2 名: 認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価指標の開発. 老年看護学, 11(2), 64-73, 2007.
- 14) 鈴木祐恵, 金川克子, 天津栄子, 他 7 名: 高齢者訪問看護における認知症ケアの質評価指標の開発(第 1 報)—質評価指標の試案作成. 日本老年看護学会, 第 11 回学術集会, 109, 2006.
- 15) 伴真由美, 金川克子, 天津栄子, 他 7 名: 高齢者訪問看護における認知症ケアの質評価指標の開発(第 2 報)—全国の訪問看護師への予備調査. 日本老年看護学会, 第 11 回学術集会, 110, 2006.
- 16) 伴真由美, 鈴木祐恵, 金川克子, 他 7 名: 認知症ケアに関する質指標の構築と標準化. 看護研究, 40 (4),73-84, 2007.
- 17) 石垣和子代表: 「老人訪問看護の質評価指標の開発; ベストプラクティスに基づく評価項目策定及び標準化」平成 16 年度～平成 18 年度科学研究費補助金(基盤研究 B) 研究成果報告書. 千葉大学看護学部, 2007-3.
- 18) 厚生労働省労働局計画課認知症対策推進室: 認知症高齢者の日常生活自立判定基準一部改正. 2006-4.
- 19) K 市老人福祉計画・介護保険事業計画-福祉健康局介護保険課: 長寿安心プラン 2006. 概要版 2006-3.
- 20) 馬場先淳子: 痴呆性高齢者や介護者を地域の中でどう支援していくか—訪問看護師からの提言. Quality Nursing, 10(10), 14-18, 2004.
- 21) 平井俊策: もの忘れ外来の問題点と今後の動向. 老年医学, 42(6), 797-800, 2004.
- 22) Lena Annerstedt, Solve Elmstahl, Bengt Ingvad et al.: Family caregiving in dementia An analysis of the caregivers burden and the “breaking-point” when home care becomes inadequate. Scand J public, Health28, 1403-4948, 2000.
- 23) 鈴木祐恵, 伴真由美, 金川克子: 調査 A. 認知症高齢者訪問看護の質指標を用いた訪問看護実践の現状の検討. 医療の広場. 9, 10-12, 2007.
- 24) 杉本知子, 亀井智子, 友安直子, 他: 在宅認知症ケアの学際的アプローチによる専門職の役割の検討. 日本老年看護学会, 第 11 回学術集会, 88, 2006.
- 25) 杉本知子: 長期ケアにおける interdisciplinary team 概念分析. 老年看護学, 11(1), 5-11, 2006.
- 26) 鈴木祐恵, 伴真由美, 金川克子: 高齢者訪問看護の質評価指標の開発調査 A—認知症高齢者訪問看護の質指標を用いた訪問看護実践の現状の検討. 研究助成事業報告書—教育—(平成 18 年度)財団法人医療政策振興財団, 2007.

(受付: 2008 年 10 月 31 日, 受理: 2009 年 1 月 26 日)

Study on Present Condition of Home Care Activities Quality of Nursing Home Residential Care for the Dementia Elderly by Using the Indicators of the Quality of Home Care

Sachie SUZUKI, Katsuko KANAGAWA

Abstract

The purpose of this study was to clarify and improve care provided by home care nursing for the patients suffering from dementia and their families. A total of 56 home nurses in 12 home care nursing stations were asked to complete the survey questions, which were designed to indicate the quality of care for elderly dementia patients in K-city.

A total of 281 elderly dementia patients, or 51% of all patients who used the visiting nursing stations, responded. The number of users is approximately 5–6% of the total patient residential population in K-city. Indicators of the quality of nursing home residential care averaged 69.5 out of 100, with a standard deviation margin of ± 10 points. The care items with low implementation rates were “the understanding of dementia,” “prevention of dementia,” and “involvement in the community.” The related factors included “there is no experience,” “lack of technical knowledge induces a loss of confidence,” “absence of specialist in care,” “level of understanding,” “collaboration with other professions,” and “too busy to do more.”

Home visiting nurses provide intensive care for dementia patients using the ideas of the community-based approach, as shown by the indicators of the survey questions.

Key words Dementia Care, Elderly Home Care Nursing, Quality of Caring

報告

A 小学校の総合学習に「認知症」の学習を取り入れて

細川淳子¹ 金子紀子¹ 前田充代¹ 天津栄子¹ 松平裕佳¹ 金川克子¹

概要

A 小学 4 年生を対象に「認知症について正しく知ることができ、優しい気持ちで接する大切さが理解できる」ことを学習目標とし、総合学習に取り組んだ結果、以下のような成果がみられた。

小学生は、認知症の学習の前後における高齢者の情緒的イメージ尺度では、「話しやすい」というイメージが増し、総合的にも高齢者を肯定的に捉える方向に変化していた。終了後の事業評価や作文から、2 種類の絵本を用いた認知症の主人公の頭の中を考える講義では、大学生の力を借りながらも「相手の立場に立って考える」ワークを進めていくことが出来た。また、作文の内容から、最後に行われた徘徊模擬訓練では、今までの学習の成果を発揮出来、そのことが最も心に残っていると考えられた。オレンジリングをつけた人物の絵が半分以上描かれていたことから、学習した証となるオレンジリングの配布は意味があり、認知症サポーター講座との連携も重要である。

キーワード 認知症、小学校、総合学習

1. はじめに

2003 年に出された「2015 年の高齢者介護・高齢者の尊厳を支える介護をめざして」¹⁾の報告には、全自治体が早急に認知症対策に取り組む必要性が示されている。2005 年からはじまった認知症を知り地域をつくる 10 か年構想の一つにキャラバンメイト・認知症サポーター養成がある。地域での理解者を増やすことを目的とした講座が、市民や企業や学校などを対象に開催されている²⁾。認知症サポーター養成が学校でも行われているものの単発的であり、総合学習の一部として位置づけ、複数回にわたり「認知症」について学ぶ取り組みの報告はほとんど無い。今回、我々は、A 小学 4 年生を対象に「認知症について正しく知ることができ、優しい気持ちで接する大切さが理解できる」ことを学習目標とし、総合学習に取り組んだ。その取り組み内容を示し、その成果を報告する。

2. 方法

2. 1 調査対象

対象は、A 小学校 4 年生 20 名（男子 9 名、女子 11 名）である。A 小学校は、山や川、田に囲まれた自然豊かな地域にあり、保護者は兼業農家、サラリーマン家庭がほとんどである。約 8 割の家庭が三世同居で、地域の連帯感も強い。A 小学校 4 年生の総合学習のテーマは「ともに生きる」であり、「認知症」の学習の前には老人福祉セン

ターへの訪問を行った。

2. 2 介入方法

総合学習の 7 コマを用いて表 1 に示した内容を実施した。内容は、小学校教諭、認知症予防ボランティアの会（以下、いちご会）会員、研究者らが授業の前に毎回打ち合わせを行い、児童の興味関心や理解度等を検討して決めていった。実施の際は看護大学 4 年生、市職員の協力を得て行った。

1 回目（2 コマ）は、身近な高齢者に関する話を小学生といちご会の会員がグループごとに話した後、WEB 劇「おばあちゃんどうしたの」³⁾の実演をし、研究者が認知症について講義を行った。2 回目（2 コマ）は、看護大学 4 年生が、認知症高齢者が主人公である絵本の読み聞かせを行った。絵本は 2 種類あり、1 冊は『いつだって心は生きている 大切なものを見つけよう』⁴⁾の第 3 話「僕のおじいちゃんは冒険家」であり、もう一冊は「大好きだよ きよちゃん」⁵⁾を用いた。2 つの話の中でそれぞれ 2 場面を取り出し、主人公の頭の中を考えるワークを展開した。3 回目（1 コマ）は、主人公の頭の中を考えたいワークの発表会を公開授業の中で実施した。4 回目（2 コマ）は WEB 劇「おばあちゃんどうしたの」を小学生に行ってもらい、その後、いちご会会員が演じる認知症高齢者役の人を探し、教室に連れて帰ってくる校内での徘徊模擬訓練を実施した。最後に、認知症サポーターについての説明とオレンジリン

¹ 石川県立看護大学

グの配布を市の職員が実施した。

2. 3 評価方法

初回授業の開始時（以下、事前調査）と4回目の授業の最後（以下、事後調査）に自記式のアンケートを実施した。主な質問項目は、①祖父母との同居経験と交流頻度、②SD（Semantic Differential）法による高齢者の情緒的イメージ尺度（12項目）⁶⁾、③授業評価（8項目）である。①は最初のみ、③は最後のみ実施した。②は、各対の語について、いずれが高齢者のイメージとしてより当てはまるかを5件法で回答を得、5～1点を与える。各項目の得点が高いほど一般的に肯定的なイメージを表す。高齢者に対するイメージの悪化が高齢者軽視の風潮や高齢者虐待の原因になるといわれており、今回学習目標としている「優しい気持ちで接する大切さが理解できる」の評価として採用した。加えて4回目の授業終了後に、絵と作文で認知症に関する一連の授業の感想を表現してもらった。

2. 4 倫理的配慮

小学生には、アンケートの記述は自由であり、書かなくても成績等の不利益はないことを書面と口頭で説明した。絵と作文は個人名を出さずに発表する承諾を得た。

3. 結果

3. 1 対象の背景

祖父母と同居が13名（65%）、祖父母と別居の

児童の交流頻度は、1週間に1回以上5名（25%）、1ヶ月に1回以上2名（10%）であった。事前アンケートにおいて「認知症」を聞いたことがあると答えた児童は3名（15%）、ないと答えた児童は12名（60%）、わからないが5名（25%）であった。尚、事前アンケート回答者は20名、事後アンケートは1名の欠席があり、19名から回答を得た。

3. 2 学習前後における高齢者の情緒的イメージ尺度の変化

事前アンケートと事後アンケートにおける高齢者の情緒的イメージ尺度の平均得点を表2に示した。対応のあるT検定で有意差（ $p<.05$ ）が認められた項目は、12項目中、「話しやすい—話しにくい」で、事前が 3.7 ± 1.3 であったのが事後は 4.3 ± 1.0 ($n=19$)であった。12項目の合計は、事前が 43.2 ± 5.6 であったのが事後は 47.6 ± 6.5 ($n=11$)で有意差が認められた。

3. 3 授業評価

事後アンケートにおいての授業に関する質問項目の回答を表3に示した。大学生のおねえさんと話しあいにはできましたか?の問いでは、はい（18名：94.7%）、いいえ（0名）、どちらでもない（1名：5.3%）であった。認知症の人が安心して暮らせるように力になりたいですか?の問いでは、はい（17名：89.5%）どちらでもない（2名：10.5%）であった。

表1. 小学校4年生との「認知症」学習内容

回数	学習内容	主担当
1回 2コマ	身近な高齢者との体験を話しあおう！ WEB劇「おばあちゃんどうしたの」の実演 認知症についての講義	いちご会 いちご会 研究者
2回 2コマ	大学生による絵本（「いつだって心は生きている」「大好きだよキヨちゃん」）の読み聞かせ 各絵本の中の2場面について主人公（認知症の方）の頭の中（認識）をグループ毎で考える	看護大学4年生 看護大学4年生
3回 1コマ 公開 授業	主人公の頭の中（認識）について考えたことをグループ毎に発表（4場面） 上記4場面をさらに深める講義	担任の先生 研究者
4回 2コマ	WEB劇「おばあちゃんどうしたの」 認知症高齢者役の人を探し、教室に連れて帰ってくる校内での徘徊模擬訓練 認知症サポーターについての説明とオレンジリングの配布	担任の先生 いちご会 市職員

表2. 学習前後における高齢者の情緒的イメージ尺度の変化 単位:点

情緒的イメージ (X-Y)	学習前 (Mean±SD)	学習後 (Mean±SD)	n
温かいー冷たい	4.17±0.86	4.50±0.62	18
うれしいー悲しい	4.42±0.61	4.47±0.77	19
正しいー正しくない	4.33±0.69	4.17±0.71	18
すばらしいーひどい	3.78±0.94	4.33±0.84	18
話しやすいー話しにくい	3.68±1.25	4.32±1.00*	19
お金持ちー貧乏	3.17±0.62	3.17±0.71	18
元気ー病気がち	4.22±0.88	4.06±1.00	18
良いー悪い	4.29±0.77	4.24±0.75	17
忙しそうーひまそう	3.50±1.47	3.67±1.24	18
はやいーおそい	2.65±0.93	3.12±1.17	17
大きいー小さい	2.94±1.09	3.35±1.37	17
強いー弱い	3.17±1.38	3.17±1.34	18

注) とても X ; 5点
 どちらかといえば X ; 4点
 どちらでもない ; 3点
 どちらかといえば Y ; 2点
 とても Y ; 1点

*p<.05

表3. 授業評価

アンケート内容	n=19		
	はい 人 (%)	いいえ 人 (%)	どちらでもない 人 (%)
1. これまでの授業(4回とも)は楽しかったですか?	19 (100)	0 (0)	0 (0)
2. いちご会のみなさんのお話「おばあちゃんどうしたの?」はわかりやすかったですか?	17 (89.5)	0 (0)	2 (10.5)
3. 大学生のおねえさんと話しあいはできましたか?	18 (94.7)	0 (0)	1 (5.3)
4. 認知症の人の頭の中について考えたことをうまく発表できましたか?	13 (68.4)	2 (10.5)	4 (21.1)
5. 認知症の人への道案内はうまくできましたか?	16 (84.2)	0 (0)	3 (15.8)
6. 認知症の人が安心して暮らせるように力になりたいですか?	17 (89.5)	0 (0)	2 (10.5)

3. 4 絵と作文

オレンジリングをつけた人物の絵が11名と半数以上であり、徘徊模擬訓練でのエピソードや認知症の方の頭の中を考えたことの記述内容が多かった。作文の内容を抜粋して以下に示す。

男の子のAさんは、「ぼくは、10月18日から11月14日まで合計4回にん知しょうの勉強をしまし

た。その中で4回目にじっさいに学校にいるおとしよりをさがして4年教室につれて来ることになりました。ぼく達の班がさがしている人はパソコン教室にいました。4年教室につれて来る時いろんなことを言われて人の気持ちは考えにくいなと思いました。おじいちゃんやおばあちゃんにも今度からはやさしくしてあげたいです。」と表現し、

女の子のBさんは、「いつだってここは生きているという本を読んでおじいさんが出てきました。そのおじいさんにはんちしょうという病気でおじいさんの頭の中を考えました。始めはなかなか分からなくて大学生の人にヒントをもらって「あっ分かった。なるほど。」と思いました。始めのうちはものすごくむずかしかったけどその1が終わったらその2は考えやすかったです。にんちしょうの人をおこるんじゃなくてその人の立場になるってことが分かってよかったです。」と表現していた。

4. 考察

4. 1 小学生に「認知症」について伝えることの意味

A 小学校4年生の総合学習のテーマは、「ともに生きる」である。小学生は、担任の先生の「みんなはどんな人とともに生きていますか?」の間に答えることからはじめ、地域ではおじいちゃんおばあちゃんとも一緒に生活していることに気づき、おじいちゃんおばあちゃんについての様々な話をはじめ。その後、WEB劇の中で「認知症のおばあちゃん」に出会う。初回、認知症について解説はするものの小学生には難しい印象も受けた。しかし、認知症の主人公の頭の中を考えるワークでは最初は絵本に描かれた主人公の不思議な行動に目が向いていたが、大学生の力を借りながらも一生懸命にその不思議な行動の意味やその時の気持ちなどを考えることが出来た。その成果は最終回に発揮され、徘徊模擬訓練では、「お腹が空いて動けない」という高齢者に対し、「ぼくの給食をあげる」と話しかけたり、「お里に帰る」という高齢者に「こっちの方が近いよ」と優しく語りかける姿が見られた。授業終了後に実際に給食を一緒に食べていくと約束したといちご会会員を引き留める姿も見られた。

今回この取り組みの評価として、小学生からの授業評価では、認知症の人の頭の中について考えたことがうまく発表できなかった小学生が2名いた以外は他のどの項目でも「はい」または「どちらでもない」という意見であり、高齢者の情緒的イメージ尺度の前後比較でも、総合的に肯定的イメージに変化しており、概ね良好であったと思われる。しかし、これらの尺度だけでは十分に成果を表現しきれていない。小学生のもつ力を表現できるような評価方法を模索していきたい。

また今回、教材として使った絵本の中の「いつだって心は生きている 大切なものをみつけよう」

は、「子どもの時から認知症の高齢者とふれあう機会があったらいい」という市民の声をヒントに、大牟田市の認知症ケア研究会が地域の24人に子どもたちと認知症本人・家族と共に作成したものである⁷⁾。大牟田市では絵本や子どもたちの力を借りて地域全体に認知症の理解が広がり、支えあう意識が高まることを願って平成16年度から小中学校の総合学習の時間を使って絵本教室を開催している。我々も3回目を公開授業にあてることで子どものみならず、その親の世代にも働きかけることが出来たと考える。地域の人達と一緒に認知症について考え、みんなで支え合える社会にしていきたい。

4. 2 認知症の総合学習を支える仕組み

図1にはこの取り組みに関わった組織や団体を表現した。いちご会会員とのふれあいを通し、小学生は高齢者と話しやすいイメージが持てたのではないかと考えられる。また、大学生のサポートで認知症の人の認識を考えるワークが進んだと考える。これらの関わりは、研究班が各団体とコーディネーター役を行ったことから実現した。また、当初「認知症予防かるた大会」の開催をお願いに行ったところ、小学生を教育する立場から様々な意見や助言をいただき、総合学習という貴重な時間を提供していただくに至った。大学生との交流は小学校からの意向で実現されたものであり、多くの関係者の話し合いがあってこそ成り立っている。加えて、小学生が最終に描いた絵と作文の中の絵には認知症サポーターの証であるオレンジリングをした人物の絵が多かった。このことから、認知症について学習した証としてオレンジリングがあることは子ども達にとってプラスとなっていると思われた。オレンジリングは厚生労働省の「認知症を知り地域をつくる」キャンペーン認知症サポーター100万人キャラバンで配布しているものであり、事務局となる自治体との協働も重要である。日頃同じ地域に暮らす大人が、次世代を担う子ども達へ、認知症という難しい病気をわかりやすく伝えようとするその時間そのものにも、意味ある。いかに、子ども達の心を動かすような語りや触れあいにするかの工夫を重ねていく必要がある。

謝辞

今回の総合学習にご協力頂きました小学校関係者の皆様、市職員、看護大学生、いちご会会員の

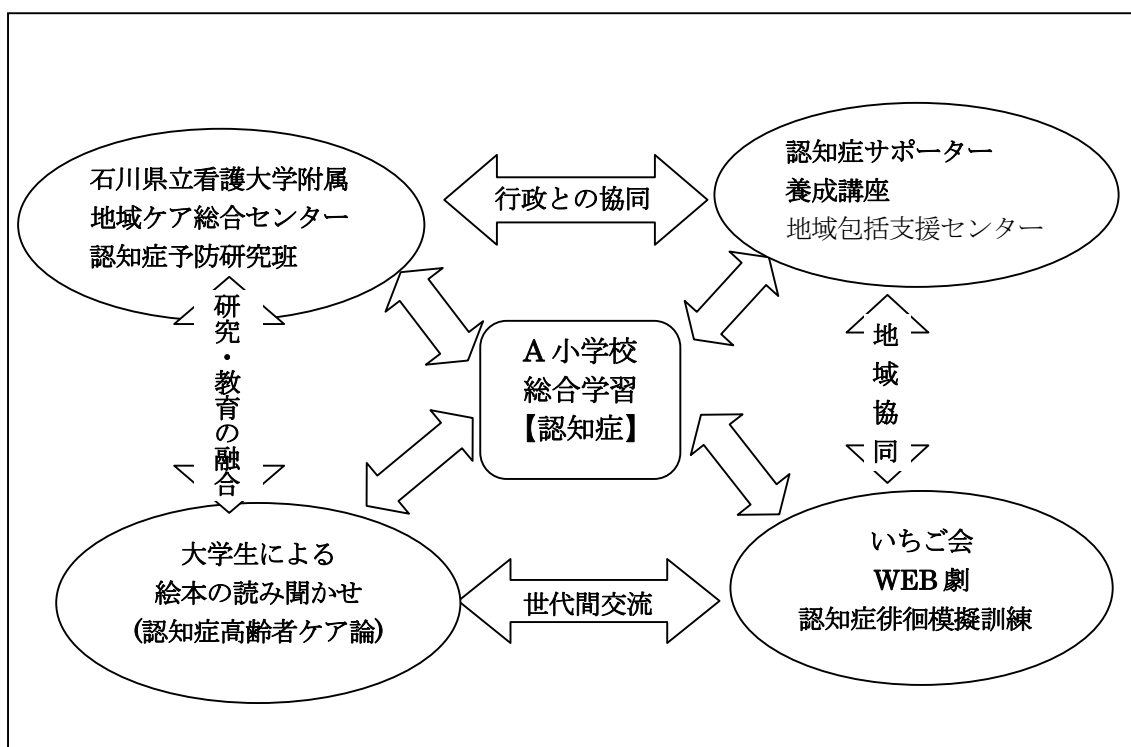


図1. 認知症の総合学習を支える仕組み

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り、この要旨は第9回日本認知症ケア学会で発表した。

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介護をめざして。厚生労働省，2003.
- 2) 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：「認知症を知り 地域をつくる」キャンペーン報告集. 認知症介護研究・研修東京センター，2008.
- 3) 社団法人 認知症の人と家族の会（旧呆け老人をかかえる家族の会）Web：劇『おばあちゃんどうした

の？』，www.alzheimer.or.jp/kodomo，2002.

- 4) 認知症ケア研究会：いつだって心は生きている 大切なものを見つけよう。中央法規出版，2006.
- 5) 藤川幸之助：大好きだよキョちゃん。クリエイツかもがわ，2006.
- 6) 吉川武彦：都市部高齢者の世代間交流型社会貢献プログラム”REPRINTS”-3.児童の高齢者イメージに及ぼす短期的影響”. 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）分担研究報告書，40-49.
- 7) 大谷るみ子：大牟田市の認知症への取組み 認知症でもだいじょうぶな町づくり—他職種協働・地域協働・他分野協働—. CLNICIAN,558,103-111,2007.

(受付：2008年10月14日，受理：2008年12月16日)

The study of "Dementia" is taken to the Integrated Study in an Elementary School

Junko HOSOKAWA, Noriko KANEKO, Mitsuyo MAEDA,
Eiko AMATSU, Yuka MATSUDAIRA, Katsuko KANAGAWA

Abstract

As a result of doing it, and having wrestled with the learning aim that it was“important that I should understand dementia clearly, and make contact in a gentle way that they could understand,”the following results were obtained by an A elementary school fourth grader in synthetic learning.

With the standard emotional image of the senior citizen both in front of and behind learning about dementia, images about it being easy to “talk”increased, and the primary schoolchild changed in the general direction of an arrested senior citizen, affirmatively and generally. I was able to go ahead through the work, in which I“stood in the situation of the partner, and to think”about it, while borrowing the power of the university student from the business evaluation at the end, and a composition following the lecture, in which I used two kinds of picture books to think about being in the mind of the chief character with dementia. In addition, from the contents of the composition, I was able to show the results of conventional learning by performing the loitering sham training last, and it was through it that I remembered most, because the picture of the person who attached an orange ring was more than half drawn. As for the identification and distribution of the orange ring, this is where I learned that there is a meaning, and that cooperation with the dementia athletic supporter lecturer is important.

Keywords dementia, elementary school, study

報告

病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題

洞内志湖¹ 丸岡直子¹ 伴真由美¹ 川島和代¹

概要

病院に勤務する看護師が実施している退院調整活動状況を明らかにし、退院調整を担う看護師育成への示唆を得ることを目的に、退院調整研修会に参加した看護師 79 名を対象に、質問紙により調査した。研修前の実施率が高い項目は [ADL の自立度を把握] 他 4 項目、低い項目は [退院調整の評価] 他 2 項目であった。研修後の実施率が高い項目は [退院後の療養に対する考えの把握] [退院後の生活能力の把握] 他 5 項目、低い項目は [退院調整の評価] [地域の医療施設等の情報の蓄積] であった。研修前・後共に [患者(家族)の意思決定へのサポート] に困難感があった。研修後、退院後の生活再構築に必要な情報収集の実施率は上昇したが、他職種との連携、退院調整の評価は変化がなかった。患者の意思決定へのサポートに困難感があることから、今後、意思決定へのサポート、他職種との連携に関する研修内容の強化が示唆された。

キーワード 退院調整, 退院調整活動, 継続看護, 連携, 看護師

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、入院早期から退院後の生活を見通した情報提供とケアを提供することで、患者および家族の意思を尊重した退院後の療養場所の決定が出来るようにすることが大切である¹⁻³⁾。また、退院後にも高度・継続医療が必要な患者や入院前に比べ ADL が低下する場合には、退院後の生活再構築への様々な支援、疾病を持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が必要となる⁴⁾⁵⁾。このように、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供し、患者および家族が望む退院後の療養生活をスタートするための支援を行っていくために、退院調整活動が注目されているが、このような支援を病院に勤務する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・機関との連携が不可欠である⁶⁾⁷⁾。石川県内においては、退院調整部門を

設置する病院が増加傾向にあり、退院調整看護師の活動が徐々に増加している⁷⁻⁹⁾。しかし、多くの病院では病棟毎に退院調整が行われており、実際に行われている退院調整活動の実態は明らかにされていない。今回、県内病院の看護師が行う退院調整活動状況の実態を明らかにするとともに、退院調整を担う看護師の育成を目的とした研修を企画し、研修プログラムの効果の検討から、今後の退院調整を担う看護師の育成への示唆を得られるのではないかと考える。

2. 方法

2. 1 調査対象

石川県立看護大学附属地域ケアセンター主催の人材育成事業「退院調整研修会」(以下研修とする)の参加者のうち、病院に勤務する看護師 79 名を対象とした(表 1)。

表 1 退院調整研修会の概要

回	開催日	内容	時間
1	H19.8	退院調整の役割と機能 ・患者と家族の意思を尊重した退院支援のあり方 ・事例を用いた退院調整活動のプロセス	3 時間
2	H19.9	退院調整に役立つ在宅看護の知識・介護の知識 ・県内における退院調整に役立つ在宅介護の知識 ・医療ソーシャルワーカーの役割と社会資源の活用について	3 時間
3	H19.10	退院調整の実際と課題 (シンポジウム) ・大学病院における退院支援システムの構築と運用の実際 ・退院調整事例の紹介 ・外来から始まる退院調整活動 ・県内病院の退院調整機能の実態と課題	3 時間

¹ 石川県立看護大学

2. 2 調査方法と調査内容

平成19年8月4日～平成19年12月14日の期間中に、自記式質問紙法による調査を研修前と研修終了1ヶ月に各1回実施した。各質問紙は記入後返信用封筒にて返送するよう依頼した。調査内容は、先行文献²⁻⁵⁾¹⁰⁻¹³⁾より退院調整に必要な活動として記載がある項目を参考に作成した、①看護師の所属および経験について10項目(経験年数、退院調整に関する委員会への所属の有無、スクリーニングシステムの有無、退院支援の開始時期、他6項目)、②退院調整活動実施の有無について29項目(情報収集とアセスメント12項目、計画立案4項目、実施6項目、評価1項目、連携6項目)、③退院調整活動の困難感の有無について13項目(意思決定へのサポート3項目、計画立案5項目、実施5項目)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 χ^2 検定及び度数が5未満である場合はFisherの直接確立の方法を用いて研修前後及び職位による比較を行った。統計解析にはSPSS13.0J for Windowsを使用した。

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。対象者には口頭と文書で調査の趣旨・方法および質問紙返送方法、任意性・匿名性であること、結果を看護関係学会等で発表することを説明し、質問紙の返送を持って同意を得たものとした。

3. 結果

研修前の回答者は75名(回収率94.9%)、有効回答68名、研修後の回答者は42名(回収率53.2%)、有効回答39名であった。

3. 1 対象の属性

研修前において、対象の所属は病棟59名(86.8%)、退院調整部門5名(7.4%)、その他4名(5.9%)、平均経験年数は17.7±10.5年であった。また、看護師長及び副看護師長21名(30.9%)、看護師47名(69.1%)であった。退院調整に関する委員会へ「所属している(していた)」は23名(34.8%)、「所属していない」は45名(66.2%)、スクリーニングシステムが「ある」は46名(68.7%)、「なし」は22名(32.4%)であった。対象の所属先において、患者の退院後の療養場所の意思確認は、主治医が

行っている47名(69.1%)、受け持ち看護師が行っている42名(61.8%)、病棟師長が行っている27名(39.7%)、その他14名(20.6%)であった(複数回答)。退院調整の開始時期は、病状が安定した時点27名(39.7%)、退院の目処がついた時点24名(35.3%)、入院当初15名(22.1%)の順に多かった(複数回答)。

研修後において、対象の所属は病棟35名(89.7%)、退院調整部門3名(7.7%)、その他1名(2.6%)、平均経験年数は19.7±8.6年であった。また、看護師長及び副看護師長17名(43.6%)、看護師22名(56.4%)であった。退院調整に関する委員会へ「所属している(していた)」は16名(41.0%)、「所属していない」は23名(59.0%)、スクリーニングシステムが「ある」は29名(74.4%)、「なし」は10名(25.6%)であった。対象の所属先において、患者の退院後の療養場所の意思確認は、主治医が行っている27名(69.2%)、受け持ち看護師が行っている26名(66.7%)、病棟師長が行っている20名(51.3%)、その他12名(30.8%)であった(複数回答)。退院調整の開始時期は、病状が安定した時点12名(30.8%)、退院の目処がついた時点11名(28.2%)、治療方針が決定した時点9名(23.1%)の順に多かった(複数回答)。

3. 2 退院調整活動の実施状況(表2)

(1) 研修前の退院調整活動の実施状況

研修前において高い比率を示した項目は、「入院当初から病状・治療計画を把握」「患者の病気に対する認識を把握」「ADLの自立度を把握」「退院後に必要な治療・処置の内容を把握」「退院サマリーを速やかに記載する」であった。「医療処置の単純化・応用方法を提案する」「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」において実施率は低かった。

(2) 研修後の退院調整活動の実施状況

研修後において高い比率を示した項目は、「入院当初から病状・治療計画を把握」「退院後の療養に対する希望・考えを把握」「ADLの自立度を把握」「退院後の家庭(社会)生活をしていく能力を把握」「退院後に必要な治療・処置の内容を把握」「退院計画に患者の意思・希望を反映する」「社会資源の情報を患者(家族)に提供」「退院サマリーを速やかに記載する」であった。「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」において実施率が低かった。

研修前後の比較では、「家屋や住居地の生活環境

表 2 研修前後の退院調整活動状況

n(%)

項目	実施状況						
	研修前			研修後			
	全体 n=68	師長 n=21	看護師 n=47	全体 n=39	師長 n=17	看護師 n=22	
情報 収集 と ア セス メン ト	入院当初から病状・治療計画を把握	56(82.4)	18(85.7)	38(80.9)	29(74.4)	13(76.5)	16(72.7)
	患者の病気に対する認識を把握	50(73.5)	18(85.7)	32(68.1)	25(64.1)	11(64.7)	14(63.6)
	退院後の療養に対する希望・考えを把握	43(63.2)	15(71.4)	28(59.6)	29(74.4)	13(76.5)	16(72.7)
	ADLの自立度を把握	62(91.2)	19(90.5)	42(89.4)	37(94.9)	16(94.1)	21(95.5)
	退院後の家庭(社会)生活をしていく能力を把握	47(69.1)	16(76.2)	31(66.0)	30(76.9)	13(76.5)	17(77.3)
	家屋構造や居住地の生活環境を把握	23(33.8)	9(42.9)	14(29.8)	22(56.4)	9(52.9)	13(59.1)
	退院後に必要な治療・処置の内容を把握	48(70.6)	15(71.4)	33(70.2)	33(84.6)	14(82.4)	19(86.4)
	退院後の主介護者の健康状態等を把握	36(52.9)	17(81.0)	19(40.4)	26(66.7)	11(64.7)	15(68.2)
	療養の支援実施が可能な親族・友人の把握	34(50.0)	13(61.9)	21(44.7)	18(46.2)	7(41.2)	11(50.0)
	経済的問題の状況を把握	26(38.2)	9(42.9)	17(36.2)	21(53.8)	10(58.8)	11(50.0)
計 画 立 案	社会保障の利用状況などについて把握	38(55.9)	12(57.1)	26(55.3)	26(66.7)	12(70.6)	14(63.6)
	療養目標を共有する機会をつくる	33(48.5)	12(57.1)	21(44.7)	18(46.2)	8(47.1)	10(45.5)
	退院後の生活で予測される問題を考える	35(51.5)	14(66.7)	21(44.7)	22(56.4)	9(52.9)	13(59.1)
	退院後の予測される問題の対応策を考える	30(44.1)	14(66.7)	20(42.6)	20(51.3)	8(47.1)	12(54.5)
実 施	退院計画を立案する	30(44.1)	10(47.6)	20(42.6)	16(41.0)	6(35.3)	10(45.5)
	退院計画に患者の意思・希望を反映する	39(57.5)	12(57.1)	27(57.4)	27(69.2)	11(64.7)	16(72.7)
	退院後の療養への意志決定をサポート	33(48.5)	11(52.4)	22(46.8)	22(56.4)	10(58.8)	12(54.5)
	社会資源の情報を患者(家族)に提供	35(51.5)	14(66.7)	21(44.7)	28(71.8)	12(70.6)	16(72.7)
	患者の実施可能な治療・処置の指導を実施する	35(51.5)	14(66.7)	21(44.7)	23(59.0)	12(70.6)	11(50.0)
	医療処置の単純化・応用方法を提案する	20(29.4)	10(47.6)	10(21.3)	17(43.6)	9(52.9)	8(36.4)
連 携	薬剤・医療材料等の供給ルート決定	21(30.9)	11(52.4)	10(21.3)	14(35.9)	8(47.1)	6(27.3)
	必要な援助について家族と話し合いの場を持つ	30(44.1)	11(52.4)	19(40.4)	21(53.8)	9(52.9)	12(54.5)
	継続処置等について医療施設等と連携	26(38.2)	9(42.9)	17(36.2)	15(38.5)	8(47.1)	7(31.8)
	社会保障制度の活用や相談窓口の情報を提供	31(45.6)	12(57.1)	19(40.4)	19(48.7)	8(47.1)	11(50.0)
	合同カンファレンスを企画する	22(32.4)	8(38.1)	14(29.8)	12(30.8)	5(29.4)	7(31.8)
	合同カンファレンスに参加する	42(61.8)	17(81.0)	25(53.2)	25(64.1)	12(70.6)	13(59.1)
	退院サマリーを速やかに記載する	52(76.5)	15(71.4)	37(78.7)	28(71.8)	10(58.8)	18(81.8)
評 価	退院調整の振り返り・評価をする	11(16.2)	3(14.3)	8(17.0)	6(15.4)	1(5.9)	5(22.7)
	地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する	12(17.6)	4(19.0)	8(17.0)	6(15.4)	2(11.8)	4(18.2)

*:p<0.05 **:p<0.01

を把握」が研修前 33.8%から研修後 56.4%, 「社会資源の情報を患者(家族)に提供」が研修前 51.5%から研修後 71.8%と研修後に実施率が高くなった ($p < 0.05$).

3.3 退院調整活動の困難感 (表3)

研修前において退院調整活動に困難感があると回答した比率が高かった項目は、「患者(家族)の意思決定へのサポート」(80.9%)であった。比率が低かった項目は、「医師の治療方針・計画の確認」(17.6%)「コ・メディカルとの連携」(26.5%)であった。

研修後において困難感があると回答した比率が高かった項目は、「患者(家族)の意思決定へのサポート」(74.4%)であった。比率が低かった項目は、「退院後の生活のイメージ」(25.6%)「医師の治療方針・計画の確認」(12.8%)「コ・メディカル

との連携」(25.6%)「利用可能な社会資源の情報提供」(20.5%)であった。

研修前後の比較では、「患者(家族)の意思確認」が研修前 61.8%から研修後 33.3%と研修後に困難感が減少していた ($p < 0.01$).

3.4 職位別にみた退院調整活動の実施状況

(1) 看護師長および副看護師長の退院調整活動の実施状況

看護師長及び副看護師長において研修前・後ともに比率が高かった項目は「入院当初から病状・治療計画を把握」「退院後の療養に対する希望・考えを把握」「退院後の家庭(社会)生活していく能力を把握」他3項目であった。研修前・後ともに比率が低かった項目は「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」の2項目であった。研修前後の比較で

表3 退院調整活動の困難感 n(%)

活動内容		困難感					
		研修前			研修後		
		全体 n=68	師長 n=21	看護師 n=47	全体 n=39	師長 n=17	看護師 n=22
意思決定へのサポート	患者(家族)の意思確認	42(61.8)	14(66.7)	28(59.6)	13(33.3)	3(17.6)	10(45.5)
	患者(家族)の意思決定へのサポート	55(80.9)	18(85.7)	37(78.7)	29(74.4)	12(70.6)	17(77.3)
	家族関係の情報収集	31(45.6)	11(52.4)	20(42.6)	14(35.9)	5(29.4)	9(40.9)
計画立案	退院後の生活のイメージ	27(39.7)	6(28.6)	21(44.7)	10(25.6)	5(29.4)	5(22.7)
	医師の治療方針・計画の確認	12(17.6)	4(19.0)	8(17.0)	5(12.8)	1(5.9)	4(18.2)
	退院調整の看護計画の立案	28(41.2)	9(42.9)	19(40.4)	12(30.8)	4(23.5)	8(36.4)
	患者・家族への技術指導の時間調整	44(64.7)	17(81.0)	27(57.4)	22(56.4)	10(58.8)	12(54.5)
	退院調整開始時期の決定	38(55.9)	13(61.9)	25(53.2)	19(48.7)	5(29.4)	14(63.6)
実施	コ・メディカルとの連携	18(26.5)	3(14.3)	15(31.9)	10(25.6)	1(5.9)	9(40.9)
	家族への介護技術指導	35(51.5)	10(47.6)	25(53.2)	13(33.3)	7(41.2)	6(27.3)
	患者(家族)への処置技術指導	38(55.9)	12(57.1)	26(55.3)	18(46.2)	7(41.2)	11(50.0)
	利用可能な社会資源の情報提供	25(36.8)	4(19.0)	21(44.7)	8(20.5)	1(5.9)	7(31.8)
	退院調整に関するカンファレンスの企画	39(57.4)	10(47.6)	29(61.7)	23(59.0)	8(47.1)	15(68.2)

*: $p < 0.05$ **: $p < 0.01$

は実施率に有意な差はみられなかった。

(2) 看護師の退院調整活動の実施状況

看護師において研修前・後ともに比率が高かった項目は「入院当初から病状・治療計画を把握」「ADLの自立度を把握」「退院後に必要な治療・処置の内容を把握」「退院サマリーを記載する」の4項目であった。退院前・後と比率が低かった項目は「薬剤・医療材料等の供給ルートの決定」「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」の3項目であった。研修前後の比較では、「家屋構造や居住地の生活環境を把握」が研修前29.8%から研修後59.1%、「退院後の主介護者の健康状態等を把握」は研修前40.4%から研修後68.2%、「社会資源の情報を患者(家族)に提供」が研修前44.7%から研修後72.7%と実施率が高くなった ($p < 0.05$)。

(3) 看護師長および副看護師長と看護師の実施率の比較

研修前の実施状況において「退院後の主介護者の健康状態などを把握」「医療処置の単純化・応用方法を提案する」「薬剤・医療材料等の供給ルートの決定」「合同カンファレンスに参加する」の項目で看護師の実施率は低かった ($p < 0.05$, $p < 0.01$)。研修後では看護師長および副看護師長と看護師との実施率に差はみられなかった。

3. 5 職位別にみた退院調整活動の困難感

看護師長及び副看護師長において研修前・後ともに「患者(家族)の意思決定へのサポート」に困難を感じていた。同様に看護師も研修前・後ともに「患者(家族)の意思決定へのサポート」に困難を感じていた。また、研修後において看護師は「コ・メディカルとの連携」「退院調整開始時期の決定」の項目で看護師長および副看護師長と比較して困難感が高かった ($p < 0.05$)。

4. 考察

4. 1 対象のスクリーニング

退院調整の介入を早期に行うことにより、患者・家族の療養に対する不安が軽減すると言われている⁷⁾¹⁴⁾。また、患者・家族が安心して退院後の療養生活を送るためには、入院早期から退院後の生活を見通した情報提供やケアが必要である。早期の介入により在宅療養の可能性と選択が広がり、退院後に発生する医療上の問題が減少する⁴⁾⁷⁾¹⁴⁾。退院支援を進めていく中で、病棟からの依頼の遅さや退院支援に関する知識の不足を指摘されてお

り¹⁵⁾、近年、多くの病院において看護師の退院調整に対する認識を高め、退院調整を円滑に行うことを目的に入院時スクリーニングシートが導入されている¹⁶⁾。今回の調査において、入院時スクリーニングシステムがあると回答した割合は約7割であり、一般的なスクリーニング項目の実施率は高かった。さらに、研修後には家屋構造や居住地の生活環境の把握や主介護者の健康状態等の把握、退院後の家庭(社会)生活をしていく能力を把握などの実施率が上昇しており、退院支援を行う上で必要となる情報の認識・関心がより高まったのではないかと考える。項目の実施率が高くなったことは、早期の段階において適切な対象者のスクリーニングにつながるのではないかと考える。

4. 2 生活の再構築へのアセスメント

退院支援を患者・家族に円滑に提供していくためには、退院支援を必要とする対象の入院早期からのアセスメントが必要であり、入院中の変化にもあわせたアセスメントも必要となる¹⁴⁾。

最近では、高齢夫婦や独居、入院前よりもADLが低下する、高度で複雑な医療の継続が必要な対象でも、退院となるケースが増えている⁴⁾¹⁷⁾¹⁸⁾。しかしそのような状況では、患者・家族は安心して退院することは難しく、治療を終了しても自宅に帰れないといった状況を生み出す結果にも繋がりがねない。久保田は¹⁹⁾医療者側と患者・家族側の判断基準にほとんどの場合においてズレがあることを指摘しており、そうした状況を回避させるためには入院時の説明も必要となるが、医療者自身が患者を生活者として捉え、病気・障害と向き合いながらその人らしく生活できるようにといった視点への切り替えが必要であると述べている。また、篠田²⁰⁾も在宅では患者は生活者となり、病気や障害を抱えながらも生活を継続しなければならず、病気や障害を治すという発想ではなく残存機能や潜在能力に働きかけて、QOLの向上をめざす生活モデルへの変換が必要と指摘している。

退院調整機能が十分に発揮されるには退院後の生活をイメージする力が極めて重要となる²⁾¹⁹⁾²⁰⁾が、研修前では「患者の退院後の生活のイメージ」に約40%の看護師が困難を感じていた。しかし、研修後には退院後の生活のイメージの困難感が減少していた。研修後では、家屋構造等の生活環境の把握や退院後に必要な治療・処置内容の把握、主介護者の健康状態等の把握、経済的問題の把握の実施率が上昇したことにより、健康問題を抱えて退

院する患者の生活のイメージにつながったのではないかと考える。

4. 3 他職種との連携

合同カンファレンスは複数の生活ニーズをもつ患者・家族に対し、多職種が協働で支援の目標や方法を検討するもので、退院調整を行う上で大変重要である²¹⁾。また、カンファレンスによりそれぞれの役割分担が明確になり、各専門職種からの早期の介入を可能とする等の効果をもつ²²⁾。しかし、今回の調査では看護師、看護師長および副看護師長ともに半数以上が合同カンファレンスの企画に困難を感じており、実施率も低かった。これらの課題を解決していくために、事例検討会などの研修を通して合同カンファレンスの意義や運営方法について学ぶ機会を設けていくことが必要ではないかと考える。

4. 4 退院調整の評価

今回の調査で退院調整活動の評価の実施率は低かった。県内において、退院した事例を追跡し評価を検討した報告¹⁷⁾はあるものの、退院調整活動を評価の実施率は低い⁹⁾。患者が退院したとき、その後の情報を把握することは、行った退院調整が適切であったかを評価できる。紹介した資源や退院先が適切であったかを評価することによって、それらを改善して役立てることが出来る¹¹⁾。退院調整サービスの質の向上のためにも、今後は、退院後の電話訪問やケアマネージャー・訪問看護師等との情報交換、外来診察日を利用した面接など他職種を交えた具体的な評価方法について学ぶ機会を提供していく必要があるのではないかと考える。

5. まとめ

石川県内の病院に勤務する看護師が実施している退院調整活動の実態を、退院調整研修会に参加した看護師を対象とした質問紙調査から明らかにした。

研修前の実施率が高い項目は「入院当初から病状・治療計画を把握」「患者の病気に対する認識を把握」「ADLの自立度を把握」「退院後に必要な治療・処置の内容を把握」「退院サマリーを速やかに記載する」、低い項目は「医療処置の単純化・応用方法を提案する」「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」であった。

研修後の実施率が高い項目は「入院当初から病状・治療計画を把握」「退院後の療養に対する希望・考えを把握」「ADLの自立度を把握」「退院後の家庭(社会)生活をしていく能力を把握」「退院後に必要な治療・処置の内容を把握」「社会資源の情報を患者(家族)に提供」「退院サマリーを速やかに記載する」、低い項目は「退院調整の振り返り・評価をする」「地域の医療・福祉・保健施設等の情報を蓄積する」であった。

研修前・後ともに「患者(家族)の意思決定へのサポート」に困難感があった。以上より、研修により退院後の生活再構成に必要な情報収集の実施率の上昇はみられたが、他職種との連携、退院調整の評価では変化がみられなかった。また、患者(家族)の意思決定へのサポートに困難を感じていることから、今後は意思決定へのサポート、他職種との連携、評価に関する研修内容の強化が必要であると考えられる。

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いたしました。

引用・参考文献

- 1) 宇都宮宏子:スムーズな退院調整に向けた取り組みとネットワーク構築. 看護管理, 16(11), 899-906, 2006.
- 2) 山田雅子:医療提供体制の改革に向けた退院調整の意義. 看護管理, 16(11), 888-892, 2006.
- 3) 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. 岐阜県立看護大学要, 6(2), 35-41, 2006.
- 4) 安藤祐子, 若原朋美, 田辺満子, 他2名:現場・行政・教育が協働して退院支援の活性化をめざす. 看護管理, 16(11), 893-906, 2006.
- 5) 中澤邦枝, 大久保三枝子, 青木かおる:病院の強みを活かした地域連携体制の構築. 看護管理, 16(11), 907-914, 2006.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 丸岡直子, 洞内志湖, 佐藤弘美, 他 2 名: 石川県内の病院における退院調整活動の実態と課題. 石川看護雑誌, 5, 1-10, 2008.
- 10) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 他 2 名: 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病棟看護師の役割. 石川看護雑誌, 1, 31-38, 2004.
- 11) 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.
- 12) 全国訪問看護事業協会: 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, 30-54, 2007.
- 13) 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化の進捗状況. 日農医誌, 51(5), 712-723, 2003.
- 14) 松下正明: チームで行う退院支援 入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイド. 中央法規出版, 8-12, 2008.
- 15) 宇都宮宏子: 特定機能病院における地域連携と専任の退院計画調整看護師の役割. 看護展望, 29(9), 22-30, 2004.
- 16) 山田朋子, 神崎早苗, 吉村結実, 他 2 名: 退院調整における入院時リスクアセスメントスクリーニング導入効果の検討. 日本医療マネジメント学会雑誌, 7(4), 530-535, 2007.
- 17) 坂井美和, 中村敦子, 前田修子: 病棟看護師の行った退院支援の効果 退院した療養者とその家族へのインタビュー調査から. 訪問看護と介護, 13(4), 304-309. 2008.
- 18) 丸尾澄子, 大津陽子: 地域医療支援病院における在宅調整-在宅調整専任看護師の役割-. 癌と化学療法, 32, 59-61, 2005.
- 19) 久保田聰美: 退院調整における病棟管理者の視座. 看護管理, 15(4), 266-270, 2005.
- 20) 篠田道子: 退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割. 看護, 60(11). 044-047, 2008.
- 21) 前掲書 12) 73-75.
- 22) 前掲書 14) 67-72.
- (受付: 2008 年 10 月 14 日, 受理: 2008 年 12 月 16 日)

The Actual Situation and Issues of Discharge Planning Activity of Nurses Working in the Hospitals

Yukiko HORANAI, Naoko MARUOKA,
Mayumi BAN, Kazuyo KAWASIMA

Abstract

The purpose of this study was to clarify the situation regarding discharge planning activities by nurses in the discharge planning seminar. The questionnaire survey was conducted on 79 nurses who participated in the seminar. Five items, including [understanding the degree of autonomy for ADL], revealed a high rate of prevalence before the seminar, and three items, including [evaluating the discharge planning], revealed low rate of prevalence before the seminar. Six items, including [understanding ideas about treatment after hospital discharge] and [understanding the patients' ability to live on their own] revealed a high rate of prevalence after the seminar, and two items, [evaluating the discharge planning] and [accumulating information on medical facilities in the region], revealed a low rate of prevalence after the seminar. Both before and after the seminar, difficulties were revealed in [providing support for patients (families) to make their own decisions]. After the seminar, the rate of information gathering to prepare for life after hospital discharge increased; however, the coordination of cooperation among related staff and evaluating discharge planning showed no changes before and after the seminar. Due to difficulties in providing support for patients to make their own decisions, it is thought that it will be necessary to enhance the training content regarding providing support for patients to make their own decisions and coordination of cooperation among related staff

Keywords discharge planning, discharge planning activity, continued nursing care, cooperation, nurses

報告

退院調整部門の組織発達における 看護管理者および退院調整看護師の役割

丸岡直子¹ 伴真由美¹ 川島和代¹ 洞内志湖¹
内田真紀² 佐藤弘美³

概要

退院調整部門の組織発達に果たした看護管理者および退院調整看護師の役割を明らかにすることを目的に、6病院の14名の対象に面接調査を実施し、以下のことが明らかになった。

看護管理者は【求められる病院機能の自覚】と【病院機能・組織の転換期を捉える】ことから退院調整部門の設立を【チャンスを逃さず要望】し、設立後は【退院調整を推進する体制整備】と【退院調整看護師の活動をサポート】した。さらに、退院調整の実態や課題をもとに【改善につなげる】役割を果たしていた。退院調整看護師は【求められる病院機能の自覚】と【退院調整に求められる看護師の役割を自覚】し【退院調整部門の一員となる】ことにより活動を開始した。活動内容は【ルールをつくる】【経験の蓄積】【課題を明らかにする】【退院調整の関心を高める教育】【活動実績の提示】であった。両者の役割遂行の基盤は【求められている病院機能の自覚】であることが示唆された。

キーワード 退院調整 退院調整部門 組織発達 看護管理者 退院調整看護師

1. はじめに

近年、入院患者の高齢化や平均在院日数が短縮化する中、入院患者が退院後の療養生活をスムーズに開始するには、患者および家族の意思を尊重した支援が必要であり、介護保険制度の開始や診療報酬の改定などを契機に退院調整部門が設置されてきている。石川県においても、専任の看護師を配置した退院調整部門を設置する病院が増加している¹⁾。退院調整部門の設置および組織・運営体制の明確化、退院調整機能を担う人材育成、病院と地域の看護情報の共有などの多様な課題がある中、病院内の一部門としての組織強化が期待されている²⁾³⁾。

平成20年4月の診療報酬改定では、後期高齢者退院調整加算が新設されるとともに、退院時共同指導料が改定され、退院調整部門の設立とその機能強化への期待は強くなっている。したがって、患者・家族の意思を尊重しながら、退院後の療養がその人らしく生活できるような効果的で効率的な支援を行うためには退院調整部門の設立と、どのようにその組織を発展させるかが課題であると考える。組織の発達とは人間のライフ・サイクルに

たとえられ、起業者段階・共同体段階・公式化段階・精巧化段階の4つの主要な段階を経ると言われている⁴⁾。このプロセスには創造性、明確な方向性の提示やチームワークの発達などの要素が影響し、その結果組織は発展していく。

病院による退院調整に対応する診療報酬体系が十分に認められていなかった頃に、専任の看護師を配置した退院調整部門を設立し、その機能強化に取り組んだ看護管理者や退院調整看護師が果たした役割を明らかにすることは、今後、病院組織において新たな組織を創設し、それを発展させていくことに示唆を与えるものと考えている。

そこで、本研究は、病院における退院調整部門の設立および設立後の機能強化に果たした看護管理者および退院調整看護師の役割を明らかにすることを目的とした。

なお、本研究では組織発達、退院調整、退院調整看護師、退院調整部門を次のように定義する。

組織発達：目的をもって複数の構成員によって形成された集合体機能の変化のプロセス。

退院調整：患者・家族が望む療養生活が可能となるよう、疾病や障害が生活全般に及ぼす影響を把握し、患者・家族に関わる多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。

¹ 石川県立看護大学

² 金沢医科大学看護学部

³ 元石川県立看護大学

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により、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 対象

平成4年～18年にかけて退院調整部門を設立した6病院の看護部長・副看護部長（以後、看護部責任者とする）と退院調整看護師の計14名である。対象者の内訳は、看護部長5名、副看護部長2名、退院調整看護師7名であり、6病院とも看護部責任者と退院調整看護師の両者を対象とした。

2. 2 調査方法

グループインタビュー法を用いた。研究グループメンバー2～3名が研究協力病院に赴き、看護部責任者と退院調整看護師に病院内の会議室等に集合してもらい、平成16年10月～平成17年3月までに1～2回のインタビューを実施した。また、平成17年3月～平成18年10月の間に、6病院の看護部責任者と退院調整看護師を含めた合同の退院調整検討会を4回実施し、その検討会の中で研究グループメンバーによるインタビューを実施した。

調査内容は、①退院調整部門の設立や活動開始に至るまでのプロセス、②退院調整活動や退院調整部門の機能強化果たした役割についてである。インタビューでは自由な形式で発言してもらい、発言内容を対象者の理解を得て録音した。

2. 3 分析方法

グループインタビューでの発言内容から逐語録を作成した。作成した逐語録から、6病院ごとに退院調整部門の設立経緯や設立後の状況について整理した。次に、逐語録から退院調整機能の発展に影響を与えた事柄や、看護部責任者や退院調整看護師が果たした役割を表している部分を取り出し、その意味を損なわないよう対象者の表現内容を生かしてコード化した。さらにコードの類似性を検討しながらカテゴリ化を進めた。また、抽出されたカテゴリの内容を退院調整部門の設立の経過にそって、その関係性を検討した。分析結果は面接の中で対象者に提示するとともに、退院調整の経験のある研究者にスーパーバイズを受け、内容の妥当性を確認した。

2. 4 倫理的配慮

本研究は本学の倫理委員会にて承認を得て実施した。6病院の看護部長に研究の趣旨・方法を文書と口頭で説明し研究協力の了解を得た。次に看護部長および看護部長から紹介された対象者に、あらためて文書と口頭で、研究の趣旨・方法、データを研究目的以外には使用しないこと、匿名性の確保、結果を看護関係学会等で発表することを説明し、文書による同意を得た。

3. 結果

3. 1 6病院の退院調整部門の設立経緯と設立後の状況

6病院の概要を表1に示した。以下に、6病院の退院調整部門の設立経緯と設立後の状況を示す。

A病院：県南部の中核病院である。平成10年に医療相談の充実や福祉・地域医療との連携を図るために医療福祉室を設置した。平成16年には急性期医療に対応するために、医療・福祉機関との前方連携および後方連携の強化による業務拡大と医療相談の継続を果たすために地域医療連携室に組織改編され、看護師配置も2名となった。

B病院：県中央部の総合病院である。平成16年に政策医療の推進と地域連携強化が病院の方針として新たに示され、この機に看護師長を配置した地域医療連携室を設立した。設立当初の病院の目標は紹介率・逆紹介率の向上であり、配属された看護師長は退院調整活動に従事できない状況がみられた。しかし、目標達成により、幹部職員の理解を得て退院困難事例に関わるようになり、病棟での合同退院カンファレンスに参加するようになった。平成17～18年には、訪問看護師など外部講師による講演会を開催した。その後、退院スコアの記載によるスクリーニング体制の整備、看護部門内の退院調整検討会（学習会）を自発的に立ち上げた。また、平成18年には、長期入院患者の実態調査や看護師全員を対象とした意識調査を実施した。

C病院：県中央南部にあり山間地区を診療圏にもつ病院である。平成14年に地域医療室が設置され、無医村地区対策や在宅酸素療法患者の在宅療養支援、介護保険制度導入に伴う病院と在宅および施設間の連携を円滑に進めるため、医療・福祉制度の改革や地域の状況に応じて、その機能を拡大してきた。地域医療室主任を中心に退院調整が必要な患者のスクリーニングや情報提供、相談活動を実施し、ケアマネージャーの資格をもつ看

看護師が在宅療養移行患者の支援を実施していた。

D病院：県中央部にある特定機能病院である。平成4年に在宅医療相談室を設立し、医療ソーシャルワーカー（以後、MSW）と訪問看護担当の看護師1名が配置され、在宅看護も担当しながら病院から在宅療養に向けても調整活動を実施してきた。その看護活動実績が認められ平成16年には看護師が2名に増員された。看護部プロジェクトの一つに退院調整委員会が発足し、長期入院患者の分析、看護師への啓発活動、退院調整マニュアルの作成を行ってきた。平成17～18年にかけて、長期入院患者の要因分析結果をもとにした在院日数の現状の把握と退院調整リスク表の作成、退院調整により在宅療養に移行した事例報告、病院マップの作成、DPC導入に関する講演会の実施を行った。さらに、退院調整マニュアルを改訂した。

E病院：県中央部の総合病院である。病床マネジメントを担う院内委員会が地域連携活動を推進してきたが、平成17年に医療連携部が設立された。医療連携部には看護師2名が配置され、従来から行っていた病診連携業務に、紹介率の向上や平均在院日数短縮の目標達成への活動が加わった。さらに、医療連携部の看護師として、退院後においても継続して良質なケアを提供し、患者・家族に満足を得ることを目的とした退院調整システムを構築するという目標を明確にした。しかし、平成18年には看護師のマンパワーの関係で、1名の看護師が病棟配置となり、医療連携部での経験を生かして病棟での退院調整機能の充実を図ることとなった。

F病院：県中央部にある慢性期医療を担っている病院である。平成17年7月に地域医療連携室が設立され、その後平成18年に看護師1名を配置し、神経難病患者を中心とした退院調整活動が開始となった。F病院は、近隣病院と統合し、従来の小児慢性医療に加えて神経難病医療の機能が強化され病院である。また、統合に際して、近隣病院で実施されていた訪問看護事業を受け継いだ。訪問看護件数が減少した。このことから、訪問看護件数を増加させることで、F病院の退院調整機能を強化したいと考え、看護部長は地域医療連携室に看護師の配置を強く要望し、看護師1名が配置となった。この看護師や病棟師長が中心となり、F病院の機能特性を生かした在宅療養中の外来患者の入院相談に始まる退院調整活動を実施していた。

3. 2 退院調整部門の組織発達に果たした看護部責任者の役割（表2）

看護部責任者が果たした役割は、【求められる病院機能の自覚】【病院機能・組織の転換期を捉える】【チャンスを逃さず要望】【退院調整を推進する体制整備】【退院調整看護師の自発的な活動をサポート】【改善につなげる】の6つのカテゴリにまとめられた。なお、カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉, 対象者の発言内容を「 」で示す。

【求められる病院機能の自覚】とは、看護部管理者が勤務する病院が医療制度の改革や地域住民の医療ニーズから求められている使命や役割を認識することを意味し、〈医療の動向の変化を捉える〉など4つのサブカテゴリが含まれていた。D病院の看護部長は、自施設の機能について次のように述べていた。「21世紀の医療の目標の一つに在宅医療の推進がある。人工呼吸器をつけて退院される患者さんのケアを継続するには、訪問看護ステーションとの連携は不可欠。医療処置や疾病管理、ケア方法を訪問看護師に伝える役割が病院には求められている。看護情報を共有し、患者さんが適切な療養場所で医療が継続して受けられる環境づくりにも役割を果たさないといけない。」

【病院機能・組織の転換期を捉える】とは、病院の再編成や統合といった組織にとっては大きな転換の時期に遭遇し、運営上の課題を抱えたことを意味し、〈設置体の変更〉など3カテゴリが含まれていた。F病院のように2つの病院が統合され、新しい病院として組織が再編成されそれに伴い病院機能も拡大する状況となり、看護管理上の課題を問い直すことで組織の転換期を捉えていた。

【チャンスを逃さず要望】とは、医療制度の改革や勤務病院運営上の転換期をチャンスと捉え、専任看護師を配置した退院調整機能の充実を病院幹部などにその構想を主張するという意味である。具体的には病院の転換期にあわせて〈専任看護師の配置を要求〉〈専任看護師配置数の増を要求〉していた。B病院では設置主体の変更に伴い、地域連携を強化する方針が強く打ち出された。病病連携や病診連携をはかるために紹介率・逆紹介率のアップが数値目標として示された。しかし、看護部長は急性期病院の役割として、退院後の在宅療養生活をスムーズに開始するために支援の充実が地域医療には不可欠であると日頃より考えていたため、地域連携室に専任の看護師長を配置したいと人員要求を行った。また、病床回転率の高い病棟看護師の職務満足度を上げることも重要である

と考え、地域連携室を設置する際に、看護師の配置を要望した。

【退院調整を推進する体制整備】とは、看護職員に退院調整部門の機能を周知すると共に、人材及び退院調整の活動の拠点となる部屋を確保することや、検討会の設置などの体制づくりを意味していた。このカテゴリには〈看護職員に展望を伝える〉〈退院調整看護師の役割を担う人材を配置する〉など6サブカテゴリが含まれていた。体制整備するにあたり、病院職員に対して専任の看護師、すなわち退院調整看護師を配置する意義と退院調整部門の機能を理解を促す役割をとっていた。具体的には、多職種合同の院内研修会の中で看護部長が新たに設立した退院調整部門の役割と期待を説明する機会を設けていた。さらに、人材確保については、退院調整看護師の役割を担う看護師を看護部長会議の席で募集したり、訪問看護の経験がある看護師を院内の人事異動で配置していた。

また、相談件数や内容の変化に対応するために看護師1名の増員を要求していた。

【退院調整看護師の活動をサポート】とは、退院調整看護師が病院内の退院調整システムの構築や看護職員への啓発を意図した活動に対して支援をすることであり、〈検討会やプロジェクトチーム設立提案を了承する〉〈院内教育プログラムの実施を了承する〉など5サブカテゴリが含まれていた。B・C・D病院では、退院調整看護師が企画した長期入院患者の実態調査や看護師の退院調整に対する意識や活動実態調査に対して、看護部責任者はその提案に理解を示していた。

【改善につなげる】とは、退院調整看護師の活動実績や課題を把握し、病院幹部や看護師長などのその内容を伝え、退院調整機能に対する課題解決へつなげる役割を意味している、〈病院幹部に活動実績と課題を伝える〉など3サブカテゴリで構成されていた。

表1 6病院の概要

病院	病床数	地区	退院調整部門の状況		
			名称	設立年	看護師数
A	384	県南部	地域医療連携室	H10 (H16改編)	2名
B	665	県中央部	地域医療連携室	H16	1名
C	152	白山山麓	地域医療室	H14	4名 (訪問看護にも従事)
D	938	県中央部北	在宅医療相談室	H4	2名 (訪問看護にも従事)
E	260	県中央部	医療連携部	H17	2名
F	310	県中央部北	在宅支援室	H18	1名 (訪問看護にも従事)

表2 看護部責任者が退院調整部門の組織発達に果たした役割

カテゴリ	サブカテゴリ
求められる病院機能の自覚	医療の動向の変化を捉える、病院機能特化による前方・後方連携の重要性を認識する、診療圏に無医村地区を抱える病院の役割認識、訪問看護・介護への橋渡しの役割の期待の高まりを認識する
病院機能・組織の転換期を捉える	病院の統合・再編成に遭遇する、設置主体の変更、病院機能拡大に向けた運営方針の決定
チャンスを逃さず要望	専任看護師の配置を要求、専任看護師配置数の増を要求
退院調整を推進する体制整備	看護職員に退院調整部門の役割と期待を伝える、部屋を確保する、退院調整看護師の役割を担える人材を確保する、退院調整機能を強化するために人材を育成する、病棟にリンクナースをおく
退院調整看護師の活動をサポートする	検討会やプロジェクトチーム設立提案を了承する、活動時間と場所の確保、調査実施への理解を示す、院内教育プログラムの実施を了承する
改善につなげる	病院幹部に活動実績と課題を伝える、退院調整の現状と課題を把握する、看護師長会議などで現状と課題を伝える

3. 3 退院調整看護師が果たした役割 (表3)

退院調整看護師が果たした役割は【求められる病院機能の自覚】【退院調整に求められる看護師の役割の自覚】【退院調整部門の一員となる】【ルールをつくる】【経験を蓄積する】【退院調整の関心を高める教育】【課題を明らかにする】【活動実績の提示】の、7つのカテゴリから示すことができた。

【求められる病院の役割の自覚】とは、患者・家族のニーズや医療の動向から所属病院に求められている機能を退院調整看護師が自覚していたという意味である。このカテゴリ内容は看護部責任者で述べたカテゴリ内容と一致したものであった。A病院の退院調整看護師は「医療制度の改革の中で地域医療連携がクローズアップされている。この病院が急性期病床と病院機能の棲み分けがあつて、患者さんの病状を観るのが急性期に限られた時、次につないでいくこと求められている」と、急性期病院に求められている役割をこのように述べていた。

【退院調整に求められる看護師の役割の自覚】とは、退院調整部門の一員となる前に抱いていた退院患者に対する思いの内容を意味していた。その内容は〈患者・家族の意思を実現する〉〈退院後の不安を少しでも軽減する〉など5つのサブカテゴリで構成されていた。これは、患者・家族が望む退院後の療養生活を不安なくスムーズに開始するために、看護師としての実施したい内容であり、退院調整の目的でもあった。B病院の退院調整看護師は、脳外科病棟勤務時を振り返って、「退院指導を進めても、もっと退院後の生活状況を捉えた中で問題解決をしていかなければ、長く生活していく場所には戻れないことを感じていた。医療側が退院を勧めても、退院後の生活の不安を入院中に解決していかないと、患者さんも家族も一歩も前に出ない。MSWと連携しながら退院までの流れをつくりたいと思った。」と述べていた。E病院の退院調整看護師は「入院時から退院に視点を置いた関わりを医師も看護師もしなければならない。人員が厳しい中で効果的な退院調整を行うにはシステムを作って支援したいと、この役割に就くことを希望した。」と述べていた。

【退院調整部門の一員となる】は退院調整部門に配置されるということであり、〈退院調整看護師を希望する〉や〈院内異動により一員となる〉方法で退院調整看護師に任命されていた。

B病院では希望により、その他の病院では院内

異動により退院調整部門に配属されていた。

【ルールをつくる】とは、退院調整システムを構築するためのシステムづくりを意味しており、〈退院調整マニュアルの作成〉や〈退院調整スクリーニングシートの作成〉が含まれていた。D病院では退院調整看護師、療養病棟の看護師や退院調整プロジェクトメンバーが退院調整マニュアルを作成・改訂し、退院困難患者をスクリーニングし、在宅療養への移行支援が早期に開始できるようにシステムを整えていた。ほとんどの病院で、退院調整スクリーニングシートが作成されており、退院調整部門に病棟からの情報が早期にもたらされるシステムを作っていた。

【経験を蓄積する】とは退院調整看護師としての能力を高めるという意味であり、人工呼吸器を装着した神経難病患者やIVH管理が必要なクローン病患者などの〈退院調整事例を積み上げる〉ことや〈退院困難事例の振り返り〉を行いながら経験を積み上げていた。

【退院調整の関心を高める教育】とは、病棟看護師が退院調整に関心をもち主体的に活動を行うための啓発を目的とした退院調整看護師が企画・実施した教育活動の内容を意味していた。教育活動には院内研修会などの集合教育と退院カンファレンスや病棟ラウンド時にアドバイスするといった方法をとっていた。このカテゴリには〈退院調整検討会の開催〉〈外部講師による講演会の実施〉〈合同カンファレンスに参加し意見を述べる〉など6つのサブカテゴリが含まれていた。C病院では院内看護研修に在宅看護体験学習を取り入れたり、B・D病院では訪問看護師や退院調整に関する有識者を講師とした研修会を企画・実施していた。

【課題を明らかにする】とは、所属病院の退院調整に関する課題を患者側と医療者側の両面から明らかにすることであり、実態調査や病棟をラウンドする方法をとりながら課題を明確にしていた。このカテゴリには〈長期入院患者の実態を調査する〉〈入院長期化の原因を分析する〉〈看護師の退院調整に対する認識や知識の程度を調査する〉など6つのサブカテゴリが含まれていた。B病院では看護師全体に実施した調査結果から、「看護師は患者が家に帰りたいと願っていることは掴んでいるが、知識がなくてどのように関わっていいのかわからない。患者と家族の関係性に踏み込んでいけない。また、退院後の在宅療養生活がイメージできない。」と看護師の能力に関する課題を明らか

にしていた。

【活動実績の提示】とは、退院調整看護師として実際に行った退院調整活動の件数や内容、さらには退院調整の課題を明らかにするために実施した調査結果を公表するという意味である。これには、(相談件数・内容を統計資料にする)(紹介率・逆紹介率を示す)など5つのサブカテゴリで構成されていた。

3. 4 看護部責任者・退院調整看護師の果たした役割の関係 (図1)

6病院の退院調整部門の組織発達は、図1に示したように「設立・体制の確立」「活動の開始」「システムの改善」の段階を経ていた。つまり、退院調整部門の設立は、看護部責任者と退院調整看護師両者の立場での【求められる病院機能の自覚】が起点となり、入院患者に対する退院調整活動と

表3 退院調整看護師が退院調整部門の組織発達にも果たした役割

カテゴリ	サブカテゴリ
求められる病院機能の自覚	医療の動向の変化を捉える, 病院機能特化による前方・後方連携の重要性を認識する, 診療圏に無医村地区を抱える病院の役割認識, 訪問看護・介護への橋渡しの役割の期待の高まりを認識する
退院調整に求められる看護師の役割の自覚	患者・家族の意思を実現する, 退院後の不安を少しでも軽減する, 介護保険制度に伴うケアマネジメント, 地域の社会資源の情報提供, 訪問看護師にケア内容を伝える
退院調整部門の一員となる	退院調整看護師を希望する, 院内異動により一員となる
ルールをつくる	退院調整マニュアルの作成, 退院調整スクリーニングシートの作成
経験を蓄積する	退院調整事例を積み上げる, 退院困難事例の振り返り
課題を明らかにする	長期入院患者の実態を調査する, 入院長期化の原因を分析する, 看護師の退院調整に対する認識や知識の程度を調査する, 病棟をラウンドする, 退院調整活動における困難性を調査する
退院調整への関心を高める教育	退院調整検討会の開催, 外部講師による講演会の実施, 合同カンファレンスに参加し意見を言う, 病棟をラウンドし看護師の質問に応える, 病棟看護師が在宅療養をイメージ化できるようにアドバイスする, 訪問看護の可能性を伝える
活動実績を示す	相談件数・内容を統計資料にする, 紹介率・逆紹介率を示す, 長期入院患者の実態と長期化の原因分析結果を示す, 看護師を対象とした意識調査結果を看護部全体に示す

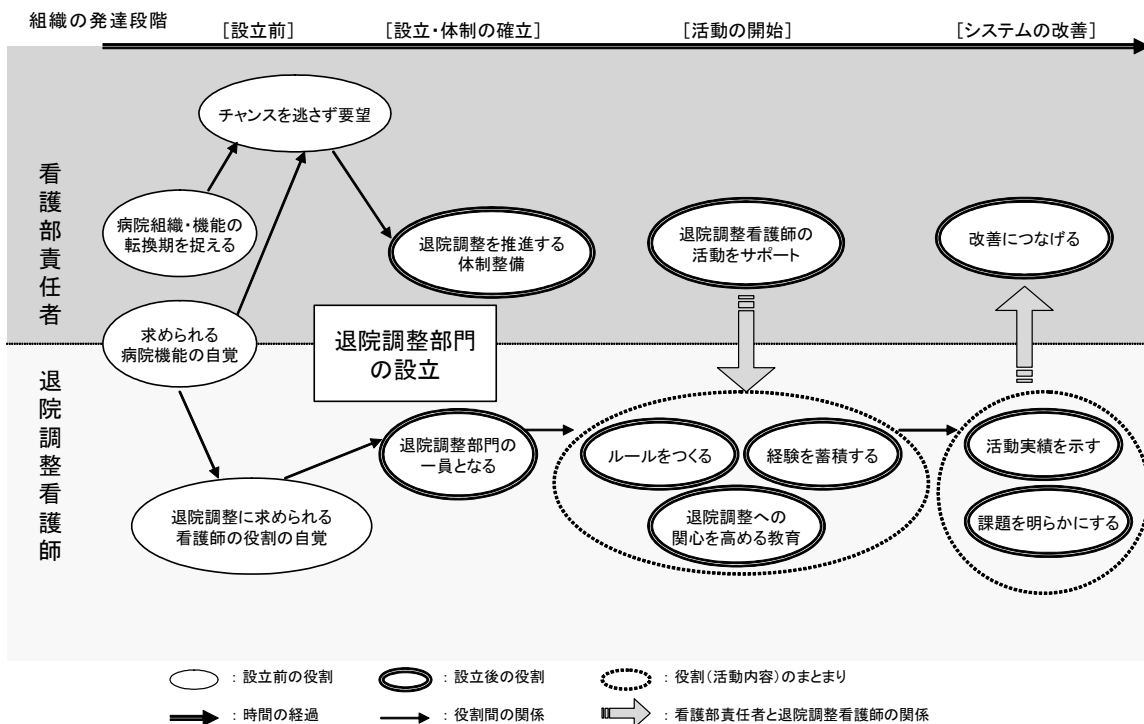


図1 退院調整部門の組織発達にも果たした看護管理者・退院調整看護師の役割とその関係

その活動を支援すること、および現状の課題を明確にして改善につなげていく過程を通して退院調整部門の活動が進展していった。

看護部責任者は、退院調整部門の設立前では【求められる病院機能の自覚】と【病院機能・組織の転換期を捉える】の両者から退院調整部門の設立を【チャンスを逃さず要望】していた。設立後は【退院調整を推進する体制整備】を行い、【退院調整看護師の活動をサポート】した。さらに、退院調整看護師から示された退院調整活動の実績をもとに【改善につなげる】役割を果たしていた。

退院調整看護師は、退院調整部門の設立前では【求められる病院機能の自覚】と【退院調整に求められる看護師の役割を自覚】しており、【退院調整部門の一員となる】ことにより活動を開始した。設立後には【ルールをつくる】【経験を蓄積する】【退院調整の関心を高める教育】という活動を実施していた。そして、これらの活動から【課題を明らかにする】とともに【活動実績の提示】を看護部責任者に行っていた。

4. 考察

4. 1 組織発達に果たした看護管理者と退院調整看護師の役割

(1) 組織の誕生と体制確立段階

退院調整部門の設立は新しい組織の誕生ではあるが、病院組織全体からみると病院組織の再構築という一面をもつ。このような組織を誕生させるには、環境把握と組織変革ニーズの高揚が必要であるといわれている⁵⁾。環境把握とは組織の外部および内部環境の変化を的確に捉えることである。また、組織がその機能を維持していくには環境との適合性を常に考え、環境変化に迅速に対応していかなければならない⁶⁾。

退院調整部門が設立される前には、看護部責任者も退院調整看護師も医療をとりまく環境が、医療機能分化・連携による切れ目のない医療の提供が重要となってきたことを自覚していた。また、入院基本料届出基準の在院日数短縮化、医療技術の進歩や患者・家族の療養に対するニーズが変化していることから、医療が病院完結型から地域完結型へと変化していることを受け止めていたと考えられる。伴ら⁷⁾や丸岡ら⁸⁾が実施した調査によれば、退院調整後の療養先は自宅が最も多く、その目的は家族の意思決定へのサポートや利用するサービスの調整であり、可能な限り在宅療養への移行を支援する看護師の役割遂行を反映した結

果が示されていた。このことから、病院組織内に新たに退院調整部門を設立するという動因には、医療環境の変化に対応することや、看護職者が急性期医療の目標に入院患者を“いかにその人らしく生活できる自宅に帰れるようにするか”という視点があげられると考える。

さらに、組織が誕生する段階では、明確な方向性の提示と組織体制を整え、成員の意見をまとめるリーダーシップが求められる⁹⁾。看護部責任者は、専任の看護師を配置した退院調整部門の設立を幹部に要望し、看護職員に対して退院調整部門の機能と退院調整看護師の役割を会議や院内研修会で説明していた。これは、病院幹部や看護職員に対する看護部のリーダーとして明確な方向性の提示であり、看護部責任者としてのビジョンの表明と考える。そして、この方向性は看護部責任者のみが自覚している内容ではなく、退院調整看護師となった人々の退院調整に対する考えと一致することでもあった。看護部責任者と退院調整看護師の退院調整に対する考え方の一致は、組織が発達するために必要であり、強力な方向性の明確化といえる。また、人材確保や人材育成といった【退院調整を推進する体制整備】もこの段階では組織を発達させる重要な要素となっていた。

(2) 活動の開始段階

退院調整部門が機能し始める段階では、退院調整看護師がその活動の中心となっていた。この段階では退院調整看護師が行ったことは【ルールをつくる】【経験を蓄積する】【退院調整の関心を高める教育】であった。この時期は、組織の発達段階では公式化段階にあたり、ルールや手順、統制システムが導入され、内部システムが安定の方向に進んでいき、トップ・マネジメントはコントロールを保持して権限委譲の様式をとるといわれている¹⁰⁾。

退院調整は病棟毎に発生するものであり、短い入院期間で効果的に行うには病棟看護師も退院調整の役割を担う体制が必要であると指摘されている¹¹⁾。また、患者に一番近い存在の看護師が退院への支援をサポートする役割を話すことは在宅ケアへのスムーズな移行が可能になるとの指摘もされている¹²⁾。このような意味から、退院調整スクリーニングシートや退院調整マニュアルを整備するなどの【ルールをつくる】ことは、病棟看護師の退院調整に対する関心を高め、退院調整に必要な情報収集を可能にさせたと考える。また、院内研修や検討会の実施、病棟カンファレンスでの発

言などの教育的な活動も退院調整システムを機能させるためには有効であったと考える。

看護部責任者は【退院調整看護師の活動をサポート】する役割をとっていた。看護部責任者は退院調整部門の活動状況をみながら、実務的な活動とその課題を明確にする調査の実施などの退院調整看護師の自主的な活動を了承していた。このサポートは、退院調整看護師の活動をより自律的なものとする影響を与えていたと考える。

(3) 課題の明確化と改善に向かう段階

退院調整部門の活動が開始されると、【退院調整機能の課題を明らかにする】ことを目的に長期入院患者の状況把握や病棟看護師の活動実態・意識調査が実施されていた。これらは体制が整備されても効果的な退院調整活動を推進するには障壁があることを退院調整看護師は感じていたと考えられ、システムの改善や病棟看護師の意識改革を意図して実施されてものと考えられる。看護師を対象とした実態調査から、病棟看護師の知識不足に起因する自信の欠如や患者・家族の意思決定へのアプローチに困難を感じていることが明らかになり、現任教育の計画立案へ示唆を与え、課題解決に向けた資料となった。組織は体制整備だけでは発展せず、課題を明確にしそれを改善していくことで発展していくと考える。また、退院調整は多職種と協働して行われるものであり、退院調整看護師が抱えている課題を【活動実績を示す】中で看護部責任者に伝えていくことは、病院組織全体として改善に向かう原動力となりうると考える。

4. 2 役割遂行の基盤となるもの

病院が求められている役割の自覚と退院患者に対する看護師の責務が退院調整部門の設立とその後の部門の強化への基盤となっていた。

看護部管理者や退院調整看護師は、退院後も医療管理や看護・介護が継続的に必要となる患者を早期から把握し、患者が生活の場に帰るための支援を主治医から退院指示が出てから開始するのは、入院期間が長期化することや、さらに家族側の理由によって退院困難な状況にあることが退院許可が出た時に明らかになることを経験的に知っていた。また、転院先を探すのではなく、患者が望む退院後の生活を実現することが退院患者や家族に対する支援であることを再認識したと考えられる。また、この考えは退院調整部門に専任の看護師の配置や人員増を【チャンス逃さず要望】することや【退院調整を推進する体制整備】の一

環として〈看護職員に退院調整部門の役割と期待を伝える〉という行動で示された。吉田¹³⁾は看護継続システム構築のためには実践者の自律と連携を看護管理者が支援する組織のあり方に認識を変え、看護管理者がビジョンを明確に打ち出す必要性を指摘している。第5次医療法改正では、医療計画制度を見直し、医療機能の分化・連携を促進することを通じて、シームレスな医療の提供を実現し、質の高い医療を安心して受けられる体制を構築することが明記された。このような中、看護師が果たすべき役割を病院幹部や看護職員に対して表明することは、看護管理者と退院調整看護師がパートナーシップの関係をつくり、退院調整システム構築への推進力となっていくと考える。

退院調整は患者・家族と医療チームが退院後の生活をイメージし、患者が病気や障害をどのように向き合って生活していくかというニーズを共有することからスタートし、患者の治療継続・病状変化から退院後に継続する医療・生活介護上の問題を予測していくことが必要とされている¹⁴⁾。さらに、退院調整看護師に求められる機能と役割の一つに患者や家族が持つセルフケア能力を内的資源として、これらを引き出し活用する機能が示されている¹⁵⁾。

退院調整看護師は〈患者・家族の意思を実現する〉や、患者・家族の〈退院後の不安を少しでも軽減する〉と自らの役割を示していた。これらのことは退院調整部門の一員として配置される以前から自覚していたことである。これらの自覚は、前述した退院調整において看護師の役割を果たすためには重要なことであり、退院調整看護師の活動を支える基盤となったことであると考える。

退院調整部門には紹介率・逆紹介率のアップや地域の医療機関等との連携を強化することが求められる中、看護部責任者と退院調整看護師のいずれも、患者・家族が望む生活を退院後も営めるための支援を第一義としていたと考える。

4. 3 本研究の限界と課題

本研究の限界は対象者が6病院に限られており、退院調整部門の設立から活動が開始された時期に焦点をあてており、組織発達過程の全体を論じるには限界がある。

退院調整部門の組織発達をみるには、構造・過程・結果の3領域から客観的データを用いて分析することも必要である。今後は退院調整部門の活動や機能強化を評価することが可能な指標を明ら

かにして、退院調整機能とその発展を明らかにしていきたい。

5. まとめ

病院における退院調整部門の設立および設立後の機能強化に果たした看護管理者および退院調整看護師の役割を明らかにすることを目的に、6病棟の看護部責任者7名と退院調整看護師7名にグループ面接を行い、以下のことが明らかになった。

看護部責任者が果たした役割は、【求められる病院機能の自覚】【病院機能・組織の転換期を捉える】

【チャンスを見逃さず要望】【退院調整を推進する体制整備】【退院調整看護師の自発的な活動をサポート】【改善につなげる】であった。

退院調整看護師が果たした役割は、【求められる病院機能の自覚】【退院調整に求められる看護師の役割の自覚】【退院調整部門の一員となる】【ルールをつくる】【経験を蓄積する】【課題を明らかにする】【退院調整の関心を高める教育】【活動実績の提示】であった。

両者の役割遂行は【求められている病院機能の自覚】が基盤であることが示唆された。

謝辞

本研究に長期にわたり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す。

引用文献

- 1) 丸岡直子, 洞内志湖, 佐藤弘美, 他2名: 石川県内の病院における退院調整活動の実態と課題. 石川看護雑誌, 5, 1-10, 2008.
- 2) 鄭佳紅, 上泉和子: 求められる退院調整看護師の活躍と退院支援システムの確立. 看護, 60(11), 40-43,

2008.

- 3) 篠田道子: 退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割. 看護, 60(11), 44-47, 2008.
- 4) Richard L. Daft: Essentials of organization theory & design, 2nd edition, South-Western College Publishing, 2001, 高木晴夫訳: 組織の経営学. ダイヤモンド社, 166-174, 2004.
- 5) 古川久敬: 構造こわしー組織変革の心理学. 誠心書房, 158-174, 2005.
- 6) 上田泰: 組織行動研究の展開. 白桃書房, 331-341, 2003.
- 7) 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.
- 8) 前掲書1) p4.
- 9) 勝原裕美子: 第1章組織とは何か, 井部俊子, 勝原裕美子編: 看護組織論, 日本看護協会出版会, 2-43, 2007.
- 10) 前掲書4) p172.
- 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一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) 宇都宮宏子: 訪問看護師に望みたい病棟看護師の意識改革を促すアドバイス. コミュニティケア, 10(3), 50-55, 2008.
- 13) 吉田千文: ケア継続のための看護システム構築の推進ー看護管理の立場から., 看護, 58(4), 70-73, 2006.
- 14) 宇都宮宏子: 第2章退院支援の体制と準備, 松下正明監修: チームで行う退院支援ー入院から在宅までの医療・ケア連携ガイド, 19-58, 2008.
- 15) 前掲書11) p43.

(受付: 2008年10月14日, 受理: 2008年12月17日)

The Role of Nursing Administrators and Discharge Planning Nurses in the Organizational Development of Discharge Planning Departments

Naoko MARUOKA, Mayumi BAN, Kazuyo KAWASHIMA,
Yukiko HORANAI, Maki UCHIDA, Hiromi SATOU

Abstract

The purpose of this study was to clarify the role of nursing administrators and discharge planning nurses in the organizational development of a discharge planning department. We carried out interviews with 14 subjects of 6 hospitals. The results are outlined below. The nursing administrators did “demand at every opportunity” the establishment of a discharge planning department stemming from “awareness of demanded hospital functions” and “grasp of a turning point in hospital function/organization”. After the establishment of such, they undertook “organizational maintenance to promote discharge planning” and “support of the activities of the discharge planning nurses”. Furthermore, the idea of “linking to improvements” was developed based on the actual situation and issues in discharge planning. Discharge planning nurses had “awareness of demanded hospital functions” and “awareness of the role expected of nurses in discharge planning”, with each beginning their activities as “an individual member of the discharge planning department”. The contents of their activities were “rule creation,” “accumulation of experience,” “clarification of problems”, “education to raise interest in discharge planning” and “presentation of the results of activities”. It was suggested that “awareness of demanded hospital functions” forms a base for role accomplishment for both groups.

Keywords discharge planning, discharge planning department, organizational development, nursing administrator, discharge planning nurse

資料

養護教諭の児童虐待に対する意識と経験

—児童虐待の早期発見・介入に向けて—

音美千子¹ 谷本千恵²

概要

本研究の目的は石川県内の養護教諭の児童虐待に対する意識や経験を明らかにし、児童虐待の早期発見・介入に向けての対策を検討することである。2007年8月から9月に県内の小学校237校に勤務する養護教諭全員を対象に無記名式質問紙調査を実施し172名より有効回答が得られた。児童虐待と関わった経験がある人は約5割、虐待を疑った経験がある人は約7割で、保健室で身体的な外傷や表情・行動等から疑ったケースが多かった。研修や教育等の受講経験が虐待の早期発見につながる事が示唆された。ほとんどの養護教諭が児童虐待に高い関心を持ち、虐待を早期に発見する役割があると考えていた。虐待への介入は他の教職員や関連機関との連携が必要と考えていた。実際の関わり経験から保護者への対応や虐待と判断すること、関連機関との連携等が困難としてあげられた。今後は研修や教育の充実や関連機関との協働体制の促進が期待される。

キーワード 児童虐待, 養護教諭, 予防, 介入

1. はじめに

近年、児童虐待が急増しているといわれる¹⁾。2001年に全国の児童相談所、保健所、医療機関、学校、保育所等を対象に実施された調査では、この年1年間に約35,000件の虐待が発生しており、これは児童人口1,000人に対し1.54人にあたると推計されている²⁾。また厚生労働省によれば、2007年度の児童相談所における虐待相談処理件数は、40,639件にのぼり、10年間で約7.6倍になっている³⁾。背景要因としては、都市化や核家族化の進行に伴い親の孤立が深刻化する中、子育ての不安を抱える親が急増していることや親自身の被虐待経験による世代間連鎖、また2000年に「児童虐待の防止に関する法律（以下、児童虐待防止法）」が制定され（2004年改正、同年10月より施行）、社会の虐待問題に対する関心が高まり、以前より相談や通告がされやすくなったことなどが指摘されている^{1) 4)}。

児童虐待は、死亡、後遺症などの身体的影響の他、精神発達、情緒、行動、性格形成など、幅広い範囲に深刻な影響を与えるため、早期発見と早期対応が重要である⁵⁻⁷⁾。児童福祉法ならびに児童虐待防止法では、虐待を発見または疑った場合、すみやかに通告することは国民の義務であると

規定しており、特に学校の教職員や保育士、医師、保健師およびこれらの者が所属する機関については、強い通告義務の履行が求められている¹⁾。一般的に児童虐待は乳幼児のリスクが高いと考えられてきたが、児童相談所の虐待に関する処理件数の統計では、2007年度は小学生が38.1%、中学生が14.5%、高校生が5.2%と、これらの年代で57.8%を占めており⁸⁾、学校保健において重要な問題である。荒木田らが2003年に行った調査では、小中学校の養護教諭の48.6%が、過去5年間に児童虐待または児童虐待が疑われるケースへの対応を経験しており、養護教諭は児童虐待の早期発見・介入において重要な役割を果たすと考えられる⁹⁾。しかし、養護教諭の児童虐待に対する意識や経験についてはあまり明らかになっていない。そこで本研究では、養護教諭の児童虐待に対する意識や経験を把握し学校現場で児童虐待を早期発見・介入するためにはどのような対策が必要かを検討することを目的とした。

なお、本研究で用いる用語を以下に定義する。**児童虐待**：保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう）がその監護するもの（18歳に満たない者をいう）に対し、身体的虐待、性的虐待、保護の怠慢・拒否（ネグレクト）、心理的虐待を行うこと。

¹ 金沢大学付属病院

² 石川県立看護大学

2. 方法

2. 1 調査対象

石川県内の全小学校237校に勤務している養護教諭全員を調査対象者とした。173名（回収率73.0%）から回答が得られ、172名を分析対象とした。

2. 2 調査方法

2007年8月から9月の1か月間、無記名式質問紙法で行い、各小学校校長宛てに依頼文と調査票、返信用の封筒を郵送した。調査内容は、児童虐待への関心、虐待に関する教育や研修受講経験、虐待を疑った経験、虐待事例に関わった経験、養護教諭の児童虐待の早期発見・介入の役割に対する意識、回答者の属性等で択一回答式質問と自由回答式質問からなる。

2. 3 分析方法

統計解析にはSPSS13.0を使用し、 χ^2 検定を行った。自由回答式質問による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

各小学校の校長、養護教諭に対して、研究目的、協力内容、匿名性の確保、自由意志による参加の尊重、非協力による不利益は生じないこと、データ管理を厳重に行うことを文面にて説明した。調査票に回答してくれた人は調査への同意が得られたと判断した。

3. 結果

3. 1 対象の概要

全員が女性で、年齢は23～63歳（無回答2名）で、平均年齢は43.7±9.3歳であった。養護教諭経験年数は1～38年（無回答1名）で平均経験年数は20.5±10.2年であった。現在の小学校における勤続年数は0.4～17年で、平均勤続年数は3.6±2.0年であった。養護教諭の免許（1種、2種、専修）の他に、看護師（准看護師）の免許を持っている者は100名（58.1%）であり（無回答1名）、（表1）、そのうち看護師経験のある者は31名（18.1%）であった。子育て経験のある者は133名（77.3%）であった。勤務する小学校の児童数は200名以上が53.3%と最も多かった（表2）。

児童虐待に関する教育、研修に参加したことがある人は148名（86.1%）、参加したことがない人は23名（13.3%）、無回答1名で、約8割の人

が過去に虐待に関する教育や研修を受けていた。

表1 資格（複数回答）

	回答数	(%)
養護教諭1種	155	(90.1)
養護教諭2種	15	(8.7)
養護教諭専修免許	7	(4.1)
看護師	97	(56.4)
准看護師	3	(1.7)
保健師	43	(25.0)
その他	32	(18.6)

表2 児童数

	n	(%)
50人未満	15	(8.7)
50～100人	30	(17.4)
100～150人	19	(11.1)
150～200人	16	(9.3)
200人以上	92	(53.5)

3. 2 児童虐待への関心について

児童虐待への関心については、「非常に関心あり」は90名（52.3%）、「少し関心あり」は81名（47.1%）、「無回答」は1名で、ほぼ全員が児童虐待に関心をもっていた。

3. 3 児童虐待を疑った経験について

児童虐待を疑った経験については、「経験あり」は119名（69.1%）、「経験なし」は35名（20.3%）、「どちらとも言えない」は18名（10.5%）で、虐待を疑った経験のある人が全体の約7割を占めた。また、虐待を疑った理由は、「身体的外傷」「表情や態度、行動」が多く「生徒からの訴え」「他の親、地域からの情報」との回答もあった（表3）。「成長発達上の問題」は少なかった。その他としては「服装から」「学級担任・職員の報告から」「身体の汚れから」などがあつた。虐待を疑った時は、「保健室来室時」が最も多く、次いで「保健室以外の様子から」が多く、「身体測定時」は一番少なかった。その他としては「管理職や担任からの情報や相談から」が多かった（表4）。虐待を疑った経験がある人は、教育・研修受講経験のある人がそうでない人に比べて有意に多く（ $p < 0.01$ ）（表5）、勤務する小学校の児童数や看護師経験、子育て経験との関連はなかった。

表3 虐待を疑った理由 (複数回答)

	n=119	
	回答数	(%)
身体的外傷	79	(66.4)
表情や態度、行動	64	(53.8)
生徒からの訴え	38	(31.9)
他の親、地域の方からの情報から	34	(28.6)
養育者との関わりから	32	(26.9)
成長発達上の問題	28	(23.5)
その他	22	(18.5)

表4 虐待を疑った時 (複数回答)

	n=119	
	回答数	(%)
保健室来室時	91	(76.5)
身体測定時	20	(16.8)
保健室以外の様子から	54	(45.4)
その他	25	(21.0)

3. 4 児童虐待事例に関わった経験について

児童虐待事例に関わった経験については、「経験あり」は92名(53.5%)、「経験なし」は74名(43.0%)、「無回答」は6名(3.5%)で、虐待事例に関わったことがある人が全体の約5割を占めた。実際に関わって困難だと思ったことは、「保護者との関わり方」が最も多く、その他に「虐待と判断することの難しさ」「親子とも本当のことを言わない」「家庭の問題にどこまで立ち入るか」「他機関との連携」「学校内での連携」などがあつた。

3. 5 児童虐待に対する養護教諭の早期発見・介入の役割について

児童虐待に対する養護教諭の早期発見については、「早期発見する役割がある」は146名(84.9%)、「どちらとも言えない」は22名(12.8%)、「役割なし」は4名(2.3%)で、全体の約8割が養護教諭は虐待を早期発見する役割があると考えていた。早期発見する役割があると考え理由については、「児童との関わりが多方面

にあるため変化を発見しやすい」「心身の健康の問題に携わる仕事であるから」「健診で身体の状態・生活実態を確認できるため発見しやすい」などの意見が多く、その他「虐待を受けている児童が来室する可能性が高い」「成績評価がない分、何でも話せると思っている」などの意見があつた。また、「どちらともいえない」と考える理由としては、「(児童虐待の早期発見の役割は)養護教諭だけではなく、全職員が担うべきものであり、ケースバイケースである」「学級担任が全責任を負っており、養護教諭は協力するという形がよい」などの意見があつた。一方、「役割なし」と考える理由としては「養護教諭は発見しやすい環境にはあるが、(児童虐待の早期発見の役割は)養護教諭だけでなく全教職員が担っている」との意見があつた。

虐待を早期発見する役割があると答えた146名のうち、「介入の役割がある」と答えた人は83名(56.8%)、「どちらとも言えない」は59名(40.4%)、「役割なし」は4名(2.7%)であつた。「介入の役割がある」と考える理由については、「心身の健康を担う専門職であり児童の命や健康に関わる立場にあるから」「養護教諭・教育に携わる者として子どもを守るのは当然」「学校では全学年を把握できる立場にあり、担任と違い継続的に見ているため(保健室)来室時の関わりの中でいろいろな情報を得ることができる」「担任や学校長など、学内の連携や学校全体での対応が必要である」などの意見があつた。

「どちらともいえない」と考える理由として多かった意見は「ケースによって養護教諭が関わっていくべきである」や「学校全体で連携をとり対応していく」であつた。「介入の役割なし」と考える理由については、「最終的には校長が判断することである」「まず生徒指導や管理職に報告すべきである」「できることとできないことがあり養護教諭には児童相談所のような介入はできない」との意見があつた。なお、児童虐待問題に非常に関心がある人は少し関心がある人に比べて、

表5 教育・研修参加と虐待疑い体験

	n=171		
	疑い経験あり	疑い経験なし	どちらでもない n (%)
参加あり	110 (74.3)	25 (16.9)	13 (8.8)
参加なし	8 (34.7)	10 (43.7)	5 (21.6)

p < 0.01

表6 虐待への関心度と早期発見の役割に関する意識

	n=171			n(%)
	早期発見役割あり	早期発見役割なし	どちらともいえない	
非常に関心がある	83(92.2)	2(2.2)	5(5.6)	
少し関心がある	62(76.5)	2(2.5)	17(21.0)	

p<0.05

表7 虐待への関心度と介入の役割に関する意識

	n=145			n(%)
	介入役割あり	介入役割なし	どちらともいえない	
非常に関心がある	57(68.7)	3(3.6)	23(27.7)	
少し関心がある	26(41.9)	0(0.0)	36(58.1)	

p<0.01

「虐待を早期発見する役割がある」(p<0.05)(表6),「介入の役割がある」と考える人が多かった(p<0.01)(表7). 介入するうえでの対応策については、「児童相談所や病院など, 他機関・専門機関, 他職種と連携をとる」との意見が最も多く, 「児童に対する関わり」のみならず「親への対応」に関する対応策が必要だと考えている養護教諭も多かった.

3. 6 今後の児童虐待問題への対応について

今後虐待事例に「積極的に関わっていきたい」と考える人は117名(68.0%)で, 「積極的に関わらない」は36名(20.9%), 「どちらとも言えない」は8名(4.7%), 「無回答」11名(6.4%)で, 過去の虐待事例への関わり経験に関係なく, 約6割の人が積極的に虐待事例に関わっていきたいと考えていた.

4. 考察

4. 1 児童虐待を疑った経験, 虐待に関わった経験

児童虐待に関する養護教諭を対象とした先行研究はほとんどなされておらず, 荒木田ら⁹⁾の調査以外は見あたらない. 荒木田ら⁹⁾が2003年に静岡県内の小中学校の養護教諭584名を対象に実態調査を行った結果, 小学校に勤務する養護教諭384名のうち過去5年間に虐待事例(または疑いケース)への対応経験がある人は48.2%であった. 本調査結果では, 虐待に関わった経験がある人は53.5%であった. 両調査結果から, 小学校の養護教諭の約半数が虐待事例に関わった経験を持つことが明らかになった. また, これは保育者(保育士と幼稚園教諭)の虐待遭遇経験(14.7%)⁴⁾や小児科看護師の虐待(虐待を疑った)事例への

関わり経験(28.3%)¹⁰⁾と比べると高い. 2007年度の石川県の児童相談所における受付件数総数は1112件であり³⁾, 通告元は学校30件, 保育所6件, 幼稚園1件, 医療機関は13件となっており, ここでも学校からの通告が保育施設や医療機関に比べて若干多いが, 直接児童相談所へ通告する前に, 市町村の福祉事務所や保健福祉センターへ相談し, それらの機関から児童相談所へ通告されるケースも当然ありうるため, 学校現場が保育施設や医療機関に比べて特に虐待の認知率が高いとはいえないだろう. しかし, 「はじめに」でも述べたように, 2007年度の児童相談所の虐待処理件数の統計では小学生と中学生を合わせると52.6%に上り⁸⁾, 近年学校現場において虐待が非常に緊急性の高い問題となっていることがうかがわれる.

児童虐待を疑い早期発見することは, 子どもを救う上で非常に大切であるが^{5) 11)}, 虐待の多くは家庭内で行われ, 子どもも自分が虐待されているとは言わないため発見は難しく, 周囲の者がちょっとしたサインや不自然な点を見逃さないことが重要である⁵⁾. 今回, 虐待を疑ったことがあると答えた養護教諭は全体の約7割にのぼり, 保健室で児童の身体的外傷や表情・態度・行動などから虐待を疑う場合が多かった. 荒木田らの調査でも養護教諭が虐待を発見したきっかけは身体的外傷が一番多く, 特に小学生は中学生に比べて身体の傷から虐待が発見されることが多かった⁹⁾. このように外傷や服装, 身体の汚れなど外から見える事実がある場合は虐待に気づきやすいのではないかと思われた. 一方, 身体測定時や成長発達上の問題から虐待を疑う場合は少なかった. これについては, 成長発達には個人差があるため虐待との判別が難しいのではないかと

思われた。

また「生徒からの訴え」によって虐待を疑ったケースもあった。荒木田らの調査でも、養護教諭への虐待相談事例のうち、子ども本人からの相談は、中学生が68.2%、小学生は29.9%であった⁹⁾。保健室は子ども達にとって悩みを相談しやすい環境であり、養護教諭はカウンセラーとしての役割も担っていると思われた。また、養護教諭は保健室での子ども達の様子のみならず、保健室以外の様子からも児童虐待を疑っていた。養護教諭は所属校の児童全体に対して幅広い活動を行っており¹²⁾、日頃から子ども達全体の様子を注意深く観察していることが分かった。なお、児童虐待を疑った経験と児童虐待に関する教育や研修の受講経験には関連があり、先行研究でも校外の研修や勉強会への参加経験がある人や研修の受講時間が長い人は児童虐待の認知率が高いことが示唆されていることから⁹⁾、児童虐待を早期に発見するためには正しい知識を身につけることが重要であると考ええる。

4. 2 児童虐待に対する関心、養護教諭の役割に対する意識

「児童虐待防止法」では、「児童に普段から関わっている教職員は、児童虐待の早期発見に努め、発見したら速やかに児童相談所に通告しなければならない」⁵⁾と義務づけられている。今回、養護教諭は児童虐待に高い関心を持ち早期発見の役割に関する意識も高かった。一方、早期発見の役割があると考える人のうち介入の役割があると考える人は約半数にとどまり、今後児童虐待に積極的に関わらないと答えた人も2割いた。自由記載の内容より、児童虐待への介入については全教職員がその役割を担っており、養護教諭は担任や他の教職員と連携して虐待に関わっていくべきであると考えていることが分かった。つまり養護教諭は虐待の介入に関して消極的というよりは、チームで児童虐待に対処していくべきであるという姿勢の現われではないかと思われた。

今回、虐待に関わって困難だと感じたこととして「保護者との関わり」「虐待と判断することの難しさ」「関連機関との連携」などがあげられた。

「保護者との関わり」については、児童虐待事例では虐待を受けている子どもへのケアはもちろんのこと、虐待を行っている（と思われる）親に対するケアも虐待をこれ以上悪化させないために非常に重要である¹⁾。親自身が被虐待体験を有

したり、メンタルヘルス上の問題を抱えている場合もあるといわれるが^{11) 13)}、わが国では十分に援助技法が確立されていないのが現状である¹⁾。先行研究では虐待に関する研修経験のある養護教諭の方が保護者への関わりを行っていることが示唆されており⁹⁾、研修会等に参加し研鑽を積むことが保護者に対する積極的な関わりにつながると思われる。また「虐待を判断することの難しさ」については、上述のように研修や教育を受けた人の方が虐待を疑う率が高いとの報告⁹⁾があることから、やはり研修会等に参加し過去の事例等から学ぶことが重要ではないかと考える。

虐待問題への対応のポイントとして、他職種・他機関が関わることや、チームとネットワークによる支援の重要性が強調されている^{6) 14)}。今回の調査でも、「他機関や他職種の連携が必要である」と考える人が多かったが、実際に関わった人の中には「関連機関と連携をとることが難しい」と感じた人もいた。実際には担任との連携ですら難しいとの報告もあり¹⁵⁾、養護教諭の学校内での立場の難しさがうかがわれる。

養護教諭が直面する課題は、現在わが国で虐待問題に関わる専門職にとっての共通課題でもある^{1) 4)}。今後は、学校内のみならず関連職種・機関との協力・連携体制がよりいっそう充実することが望まれる。近年、いじめや不登校、自殺など学校における児童生徒のメンタルヘルス上の問題が深刻化する中、平成9年度文部科学省保健体育審議会答申では、養護教諭の新たな役割として「従来の職務に加えてその特質や保健室の機能を生かした心身の健康問題に対応する健康相談活動や健康に関する現代的課題への積極的な取り組み等」が示された¹³⁾。養護教諭の役割への期待が高まる中、2001年4月から小中学校に複数の養護教諭を配置できるようになったが、現在一部の大規模校のみにとどまっている。業務多忙の中で不全感を抱える養護教諭も多く、スクールカウンセラーの導入を望む声も多い¹⁶⁾。今後は、全ての小中学校におけるスクールカウンセラーの導入や養護教諭の複数配置が検討されるべきであろう。

5. まとめ

児童虐待の早期発見・介入に向けての対策を検討するために石川県内の小学校に勤務する養護教諭全員を対象に児童虐待に対する意識と経験に関する実態調査を行ったところ、以下のことが明ら

かになった。

1. 対象の約半数が児童虐待に関わった経験があり先行研究とも一致した。虐待を疑った経験がある人が約7割で、保健室で身体的な外傷や表情・態度・行動等から疑うケースが多かった。研修や教育等の受講経験が虐待の早期発見につながる事が示唆された。
2. ほとんどの養護教諭は児童虐待に対して高い関心を持ち、早期発見の役割に対する意識も高かった。児童虐待への介入については、学校内のみならず他機関・他職種との連携が必要であると考えていた。
3. 実際に虐待に関わって困難だと感じたこととして保護者への対応、虐待と判断すること、関係機関との連携、学校内での連携等があげられた。
4. 今後は児童虐待の早期発見のために研修や教育の機会のさらなる充実、学校内のみならず関連職種・機関との協働体制の促進が望まれる。

謝辞

今回、お忙しい中本研究に協力して下さった石川県内の小学校校長、養護教諭の皆様にご心より御礼申し上げます。なお、本研究は2007年度石川県立看護大学卒業論文を加筆・修正したものである。

引用文献

- 1) 才村純：児童虐待防止制度の動向と保健領域の役割。小児保健研究, 64(5), 651-659, 2005.
- 2) 小林登：厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)児童虐待および対策の実施把握に関する総合的研究。平成13年度研究報告書。2002.
- 3) 厚生労働省：2007年度社会福祉行政業務報告、児童相談所における受付件数。(2009年1月28日現在) <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001037512>
- 4) 田邊千夏, 望月初音, 北村愛子, 他5名：子ども虐待の早期発見・予防に関する研究—保育士および幼稚園教諭が虐待を疑った状況と対応に関する実態—。小児保健研究, 65(3), 475-482, 2006.
- 5) 千葉茂明：虐待を見逃さないチェックポイント—子どものどこに注目するか, 児童心理, 60(3), 70-75, 2006.
- 6) 柳川俊彦：子どもの虐待防止の現状。和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 1, 11-22, 2005.
- 7) 伊東ゆたか：児童相談所からみた養育環境の子どもの攻撃性・衝動性, 精神医学, 49(1), 63-72, 2007.
- 8) 厚生労働省：2007年度社会福祉行政業務報告(福祉行政報告例)結果の概要。(2009年1月28日現在) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/gyousei/07/kekka8.html>
- 9) 荒木田美香子, 井田真理子, 永井道子, 他1名：小・中学校の虐待事例発見の特徴と連携の現状。保健の科学, 46(10), 736-741, 2004.
- 10) 藤本祐子：小児科外来の看護師の子ども虐待への対応とそれを阻む要因, 石川県立看護大学第2回卒業論文集, 253-258, 2005.
- 11) 稲垣由子：子ども虐待の発見と対応, 治療, 87(12), 3176-3180, 2005.
- 12) 小笹典子：〈特集〉これからの子ども虐待防止を考える 学校現場。母子保健情報, 50, 73-75, 2005.
- 13) 田上純子：学校・教師に求められる対応・養護教諭の役割とは, 児童心理, 60(3), 139-141, 2006.
- 14) NPO法人カウンセリング教育サポートセンター脅威査定・管理支援チーム：学校・教師に求められる保護者への対応, 児童心理, 60(3), 106-110, 2006.
- 15) 阿部沙織：特集・虐待をめぐって 養護教諭, 母子保健情報, 42, 96-100, 2000.
- 16) 有村信子：養護教諭複数配置やスクールカウンセラー導入が養護教諭の執務に与える影響(Ⅱ)—スクールカウンセラー等との連携の視点から—。鹿児島純心女子短期大学研究紀要, 33, 19-29, 2003.

(受付：2008年10月27日, 受理：2009年2月5日)

School Nurses' Awareness and Experience in the field Child Abuse: How Can We Find the Signs and Save the Children?

Michiko OTO, Chie TANIMOTO

Abstract

The purpose of this study is to investigate the actual condition of school nurses' awareness and experience in the field of child abuse and to discuss the prevention and intervention of child abuse. An anonymous questionnaire survey was administered to 237 elementary school nurses from August until September 2007, and a valid response was obtained from 172 responders. Fifty percent of school nurses had some experience in the field of child abuse and seventy percent of the subjects suspected cases of child abuse, because of physical damage to children, or their expression and behavior. Most school nurses were interested in the prevention of child abuse, and thought they had a role in discovering it in its early stage. They considered the collaboration with other school staff and with professionals and agencies were important in the intervention of child abuse. They described the difficulties they had experienced in intervening with parents, detecting child abuse, and cooperating with professionals and agencies. It is suggested that more educational support and awareness for school nurses to be educated about child abuse and the promotion of a support network are needed.

Keywords Child abuse, school nurse, prevention, intervention

資料

タジキスタン共和国における看護職の教育体系と 就労の現状について

曾根志穂¹ 金子紀子¹ 金川克子¹

概要

この調査の目的は、タジキスタン共和国における公衆衛生および母子保健の向上に看護職がどのように寄与できるか、どのような役割を担うことができるかを検討するために現在の看護職の教育体系と就労の現状を明らかにすることである。既存の資料および JICA 研修に参加したタジキスタンの研修員を対象に調査を実施した結果、看護職の教育体系について専門学校教育以上の高等教育機関が存在することや地域保健活動での看護職が担う役割が大きいことが明らかになった。また、近年看護職数が減少し不足していること等から今後のタジキスタンにおける地域保健活動の実践に影響を与えることが示唆された。

キーワード タジキスタン, 看護職, 教育体系, 就労状況

1. はじめに

石川県立看護大学では、平成 17 年度より JICA の国別研修員受け入れ事業であるタジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」を JICA 北陸から委託され 3 年間実施した¹⁻⁴⁾。研修員は、タジキスタン共和国において母子保健や公衆衛生活動に貢献できる人材として選ばれたハトロン州の保健局次長や地区中央病院長、産科医師、看護師長らである。研修の目的は、タジキスタン共和国（以下、タジキスタン）の乳幼児死亡率の低下や妊産婦の健康改善に向けて、プライマリヘルスケアの原則に基づいて地域住民、特に父親や母親の保健、衛生、予防の知識及び意識が改善されるよう地域母子保健活動体制を立案し、実行できるようになることである。到達目標は、①研修参加者が、母子の健康改善に関する地域保健活動の必要性とその内容を理解する、②研修参加者が、母子の健康改善に関する地域保健活動の展開手法を習得する、③対象地区中央病院が、メディカルハウス及びヘルスセンター等のスタッフに地域における母子保健活動の展開に関する教育ができるようになる、④対象地区中央病院が、当該地区において、母子の健康改善に貢献する地域保健活動を立案、実施、評価ができるようになる、の 4 つを掲げ、本学教員をはじめ関係機関の協力のもと、さまざまな講義や討論、見学等を行なった。筆者らは日本での看護職による母子保健活動とその実際および地域（看護）診断等の講義を担

当し、タジキスタンにおける母子保健活動の現状や問題、今後の現地での保健活動の重要性や方法等について研修員と意見交換した。しかし、タジキスタンでの看護職をはじめ医療従事者に関する情報や基礎的なデータ等の既存の資料はほとんどないため、看護職に関する実情は不明であり、現地の保健活動の状況に見合った十分な検討には至らなかった。また、各国の看護職の業務内容にはその国の教育背景が大きく影響しているため、改めてそれを確認することは重要であると考えた。そこで、タジキスタンにおいて看護職が公衆衛生および母子保健の向上にどのように寄与できるか、また、どのような役割を担うことができるかを検討するために、現在の看護職の教育体系と就労の現状を明らかにすることを目的に調査をおこなった。

2. 方法

2. 1 対象と方法

はじめに既存資料からの情報収集として、この JICA 研修の開始に先立ち平成 17 年 3 月に実施されたタジキスタンへの現地調査の報告書「タジキスタン共和国母子保健分野プロジェクト形成調査報告書」⁵⁾を対象とし、医療従事者に関する情報を抽出した。さらに、それらの情報に基づき JICA による平成 19 年度タジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」研修員のリーダーであるハトロン州保健局次長 G 氏と研修員のキーパーソンの存在のヴァフス地区中央病

¹ 石川県立看護大学

院院長の0氏の2名の対象者に、日本語の質問紙に基づいてロシア語通訳者を介した面接調査を実施した。この対象者は2人とも医師でありかつ州保健局長及び地区中央病院院長という保健行政、医療において責任ある役職に就いている。面接内容は対象者の承諾を得てテープ録音した。面接時間は約2時間であった。

2. 2 内容

資料の調査内容は、①主な医療従事者の養成について、②看護職の種類について、③医療従事者数の推移である。面接調査の主な調査内容は、①義務教育に関すること、②医療従事者の教育体系に関すること、③医療従事者の国家資格に関すること、④看護職の就労に関すること、⑤タジキスタンの保健・医療体制に関することである。

2. 3 倫理的配慮

面接調査の目的と内容について対象者にロシア語通訳者を介して口頭で説明し、調査の協力を依頼し同意を得た。

3. 結果

既存資料の調査結果を3. 1 主な医療従事者の養成について、3. 2 看護職の種類について、3. 3 医療従事者数の推移について、さらに面接調査から得られた回答を3. 4 子どもの義務教育について、3. 5 医療従事者の教育体系に関すること、3. 6 医療従事者の国家資格や免許等の取得について、3. 7 看護職の就労に関すること、3. 8 タジキスタンの保健・医療体制に関することについて整理し、下記に示す。

タジキスタンの行政区分については、中央政府の下に首都ドゥシャンベ市と3つの州(ソグド州、ハトロン州、ゴルノ・バタフシャン自治州)と共和国直轄地域で構成されている。地理的にはドゥシャンベ市は共和国直轄地域に含まれているが、ドゥシャンベ市は州と同じ行政的位置付けであり独立した行政単位である。

3. 1 主な医療従事者の養成について

医師、歯科医師、薬剤師の養成機関としてタジキスタン共和国医科大学があり、タジキスタン唯一の医科大学である。ファミリーナース、助産師、薬剤助手の養成機関としてパラメディカル養成大学が4ヶ所(ドゥシャンベ市、ソグド州、ハトロン州、共和国直轄地域)ある。さらに看護師、歯

科技師、検査技師などの養成学校が9ヶ所あるが、その詳細な所在地は不明である。医師の養成期間は6~8年、ファミリーナース・助産師は4年、看護師は3年である。

3. 2 看護職の種類について

(1) 看護師

医師の指示に従って医療サービスを提供する。

(2) 訪問看護師

看護師よりも範囲の広いサービスを提供するが、現在は養成されていない。

(3) ファミリーナース

広範囲な医療サービス(治療、注射、投薬など)が在宅で可能であり、人数が増えつつある。

3. 3 医療従事者数の推移について

看護師・助産師・医師数の年次推移と市・州別看護師数(人口千対)を表1、表2に示した。

タジキスタンでは看護師、助産師の人数および人口対比ともに年々減少し、その中でさらにドゥシャンベ市とソグド州に看護師が集中しており、偏在している。医師は2001年までは増加していたが、それ以降は減少している。

3. 4 子どもへの義務教育について

タジキスタンにおける義務教育に関して、面接調査より下記のような回答が得られた。

現在、タジキスタンでの義務教育期間は7歳から11年間(これを完全中等教育という)である。原則学費は無料であるが、ここ2-3年の間に学費が有料の学校も出現している。初等教育は4年制、その後の中等教育は7年制であり、ハトロン州では義務教育の就学率は100%である。義務教育を9年間(不完全中等教育という)で終えて、その後職業専門学校(中等専門教育という)に3年間在籍する場合もある。中等専門教育期間のうち、2年間は中等教育内容に相当する教育を受け、1年間で職業的な専門教育を受ける。この中等教育及び中等専門教育ののち、大学に入学することができる。11年間の完全中等教育の就学率は90%程度だと思われ、遠隔地やへき地などでは義務教育期間9年制の学校しかないところがあり、その場合は11年制の学校に編入できる。(図1)

3. 5 医療従事者の教育体系に関すること

医師になるためのタジキスタン共和国医科大学への入学試験は、6-8倍の倍率があり、2007年は

11倍だった。優秀な学生は推薦で面接のみで入学できる。医科大学に入るための予備学年が併設されており、8ヶ月間そこで学び、4つの試験をクリアすれば入学できる。原則学費は無料であるが、最近是有料のクラスもできた。医科大学の教育期間は6年間であり、教員やエンジニアになるための大学は5年間である。

大学には看護学部はないが、州立のcollegeに中級医療スタッフ養成コースの中に看護師養成コースがある。以前はcollegeに看護師養成コースはなく、近年に取り入れられた大きな看護教育の変化である。州立の看護学校も2つあり、それぞれ入学試験がある。基本的に学費は無料だが、

50-60%の学生は有料である。優秀な学生は無料であるが、学費が有料であっても入学を希望する場合は有料クラスになる。看護師になるには、11年間の完全中等教育後、4年間 college で修学する体系と9年間の不完全中等教育後、3年間看護専門学校で修学する道がある。(図1)

男性の看護師もいるが、最近は減少しており、その理由としては看護師養成機関に入る学生が少なく、薬剤師等のほかの医療従事者養成機関に流出したのではないかと推測される。

医療従事者の教育機関、教育期間、教育内容等に国が定める条件や規定として、医療人材教育法という法律がある。

表1 タジキスタン共和国における看護師・助産師・医師数の年次推移 (人)

	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年
看護師	24,435	22,787	22,487	22,105	20,676	20,951	19,540
助産師	4,484	4,028	4,203	3,889	3,932	3,857	3,780
医師	11,771	12,387	12,673	12,922	13,393	13,103	12,669

表2 タジキスタン共和国市・州別看護師数 (人口千対) (人)

	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年
ドゥシャンベ市	6.0	5.0	4.6	5.9	4.4	4.4	3.9
ソクド州	5.1	4.9	4.8	4.7	4.6	4.5	4.1
ハトロン州	3.3	2.9	2.9	2.7	2.2	2.3	2.2
ゴルノ・バタフシヤン自治州	4.6	4.8	—	5.9	5.0	4.4	2.9
共和国直轄地域	3.1	2.8	2.7	2.6	2.4	2.4	2.2
計	4.1	3.7	3.7	3.6	3.3	3.3	2.9

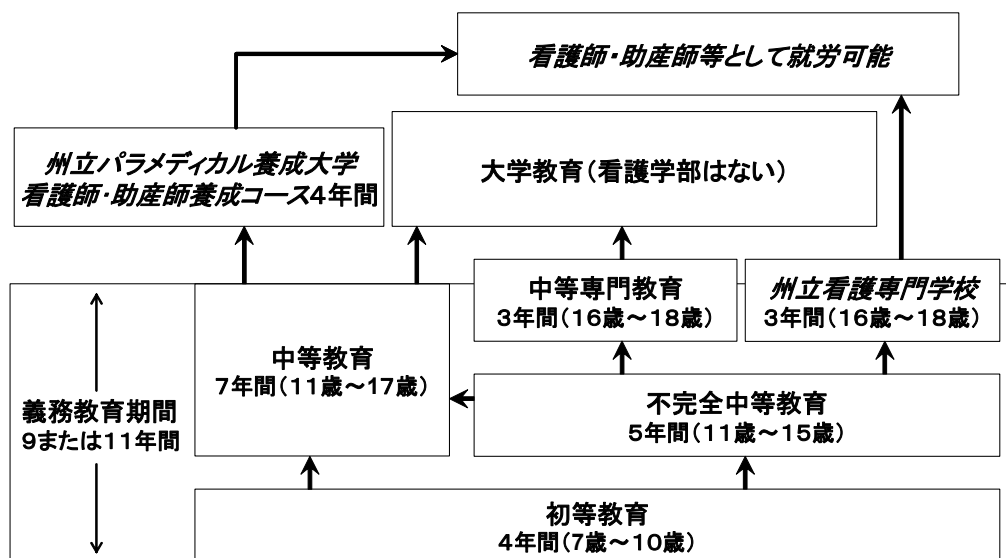


図1 タジキスタン共和国の義務教育および看護教育体制

3. 6 医療従事者の国家資格や免許等の取得について

医療従事者の国家資格や免許の取得のための試験はない。各教育機関での試験と卒業証書が資格免許となる。College を卒業すると、学士号が与えられるが、専門学校では学位はない。薬剤師は中級医療スタッフもいれば、大学卒もいる。看護師は college 卒でも専門学校卒でも中級医療スタッフとなり、現場での業務は一緒である。ファミリーナースという看護職が 2001 年または 2002 年から取り入れられ、看護師と基礎教育は一緒であるが、ファミリーナースになるには追加で研修があり、給料も高い。

3. 7 看護職の就労に関すること

看護職は主に公営病院で公務員として働いている。ほかに歯科医院がいくつかあり、看護職を雇用している。地域で看護職として働く場として、プライマリヘルスケアの 1 次レベル医療施設であるメディカルハウスや農村・地区ヘルスセンターがあり、そこでの看護職の給料は高い。ほかの就労場所としては産業分野や大学等があり、特別な教育や資格は必要ないが、幅広い業務が求められる。

看護職の裁量権について、看護師は静脈注射や筋肉注射を実施できる権限がある。特に農村部の看護師は貴重な存在であり重要な役割が求められ、住民も看護師を頼っている。

3. 8 タジキスタンの保健・医療体制に関すること

現在、医療保険制度はないが、国民は無料で医療サービスを受けられる。しかし、2005 年にある地区において試験的に有料医療サービスの制度を取り入れている。

現在、医師も看護師も不足しており、さらに偏在している。ハトロン州では医師 70 名、看護師 1,000 名不足しており、助産師も不足している。

行政的な保健医療体制について、現在は地方分権化が進み地区中央病院予算を病院で採配することが可能になり、そのうち 40%をプライマリヘルスケアレベルに使う計画になっている。

4. 考察

現地調査報告書と面接調査から得られた情報を整理し、考察する。

タジキスタンにおける看護職数について、日本では就業する看護師、助産師は増加し、人口千人

当たりの看護師数は 6.4 人(2005 年)⁶⁾であるが、タジキスタンでは日本の半数以下である。また、タジキスタンの国土のほとんどは山岳地帯であるため、都市部の公営病院(地区中央病院)に看護職が偏在し、市や州の農村地や山間地などには 1 次レベル医療施設が存在しているが看護職をはじめ医療従事者が十分にいないのではないかと推測される。さらに、タジキスタンの総人口は 664 万人(2004 年)であり、2015 年には 770 万人になると推定されており⁵⁾、このまま看護職数の減少傾向が続くと、特に都市部以外の地域で今後さらに看護職が不足することが懸念される。今回の面接調査においても、その根拠は乏しいが、タジキスタン保健行政および医療現場の当事者より「ハトロン州では医師 70 名、看護師 1,000 名不足している」と具体的な不足人数にまで及ぶ回答が得られたことは非常に興味深い結果であり、タジキスタン国内においても医療従事者不足が問題になっていると推察される。WHO の 2006 年白書である World Health Report 2006 では、世界的な保健医療分野の従事者、人材を取り巻く問題として保健医療人材の不足を指摘しており、その要因として人口統計や疾病構造の変化、財政方針、雇用・教育を制限した改革が原因となって労働力の都市集中化、貧困国からの労働者の流出、労働環境の安全の問題を引き起こしている⁷⁻⁸⁾と示している。タジキスタンの看護職数および医師数が減少している理由として、政治・社会情勢の変化による労働環境の問題や人材養成の問題あるいは人材流出の可能性等が考えられる。

義務教育について外務省のホームページ⁹⁾を参照すると、タジキスタンでは就学年齢が満 6 歳、期間は 6 歳から 15 歳の 9 年間であり、その後の 2 年間については希望者通学となっている。現実には 11 年通学が一般的のようであり、面接調査結果においても 11 年制教育の就学率が 90%と高いため、義務教育から継続した基本的な教育期間はおおよそ 11 年間と考えることができる。学校教育制度は旧ソ連時代からの制度を継承している。

看護師になるためには看護専門学校または college を卒業する必要がある。タジキスタンにおける看護学教育の最高教育機関は college であり、これはパラメディカル養成大学を示しているものと考えられ、日本の教育体系でいうところの 3 年課程の短期大学(看護)に相当すると想定される。これらからタジキスタンの看護学教育において専門学校教育以上の高等教育機関が存在する

ことが明らかになった。また、看護職の国家資格や免許等の制度はなく、日本の制度とは異なっている。

看護職の就労場所として病院のほかには地域の保健医療施設であるメディカルハウスやヘルスセンターがある。メディカルハウスは主にファミリーナースと助産師の看護職が、ヘルスセンターには主に医師、看護師が配置され訪問保健サービスや予防接種、妊産婦への指導、健康増進のための助言等が行なわれている⁵⁾。地域の保健医療施設で働く看護職は給料面でも優遇されていることやファミリーナースという看護師より裁量権のある看護職が存在することより、地域保健活動における看護職の担う役割は大きいと考えられる。しかし、前述したように近年看護職数が減少し不足している状況では今後の地域保健活動の実践に大きな影響を与えることが示唆された。

5. 今後の展望

今回、タジキスタンにおける看護職の教育体系と就労状況について、既存の資料およびJICA研修に参加したタジキスタンの研修員に調査をおこない、看護職の実情が明らかになった。しかし、資料がほとんどないこととロシア語通訳を介した調査のため、十分な結果を得られたとは言い難い。平成20年度からも同様のJICA研修がフェーズ2として継続されることになり、母と子の健康支援に向けた地域保健活動の担い手として期待される地区中央病院の母子保健に関連する看護師・助産師が研修員として参加する予定である。今後タジキスタンの看護職を対象に看護職の教育内容や業務内容、就労の動向について継続した調査が必要である。

謝辞

本調査にご協力いただきましたタジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」の平成19年度研修員の皆様に心より感謝申し上げます。またロシア語通訳および調査の事前調

整にご協力いただきました財団法人日本国際協力センター研修監理員野口福美氏に厚くお礼申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 石川県立看護大学：平成19年度タジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」報告 Maternal and Child Health Support Project in Republic of Tajikistan. 平成19年度石川県立看護大学年報, 8, 80-83. 2008.
- 2) 石川県立看護大学：平成18年度タジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」報告 Maternal and Child Health Support Project in Republic of Tajikistan. 平成19年度石川県立看護大学年報, 7, 72-75. 2007.
- 3) 石川県立看護大学：タジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」. 平成17年度石川県立看護大学年報, 6, 69-71. 2006.
- 4) 金川克子, 山岸映子, 田村須賀子, 他：タジキスタン共和国における母子保健プロジェクトの支援活動の実情 - わが国への研修員受け入れ事業を通して - . 石川看護雑誌, 4, 1-9, 2007.
- 5) 独立行政法人国際協力機構アジア第二部：タジキスタン共和国母子保健分野プロジェクト形成調査報告書. 2005.
- 6) 日本看護協会出版会編：平成19年看護関係統計資料集. 日本看護協会出版会, 25, 2008.
- 7) 水島春朔, 遠藤弘良：WHOにおけるコンピテンシーに基づく人材育成. 保健医療科学, 55(2), 112-117, 2006.
- 8) WHO : World Health Report 2006. WHO, 2006. <http://www.who.int/whr/2006/en/>
- 9) 外務省：諸外国の学校情報 国の詳細情報 タジキスタン共和国. 2008.10.14, http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/world_school/05europe/infoC52700.html

(受付：2008年10月30日, 受理：2009年2月16日)

The Nursing Education System and Present State of Nursing Employment in the Republic of Tajikistan

Shiho SONE, Noriko KANEKO, Katsuko KANAGAWA

Abstract

The purpose of this study was to elucidate how nurses can contribute to improving public health and maternal and child health in the Republic of Tajikistan by getting to know the nursing education system and the present state of nursing employment in Tajikistan.

The present results indicated that nursing education is currently provided not only by vocational schools but also by colleges. Furthermore, although nurses play an important role in community health care, the number of nurses in Tajikistan is decreasing. These findings suggest that it is necessary to implement effective practices for strengthening future community health care activities.

Keywords Tajikistan, nurse, education system, present state of nursing employment

資料

石川県北部における在宅終末期医療に関する医師の意識調査

田村幸恵¹ 浅見 洋¹ 水島ゆかり² 三輪早苗¹

概要

石川県北部（河北郡より以北）で医療に従事する医師を対象にして、在宅終末期医療や死生観に関する意識を明らかにすることを目的に質問紙調査を行った。調査の結果、石川県北部の医師は、在宅終末期医療に比較的積極的な考えを持ち、また在宅支援における看護・介護の重要性を認識していることが推測された。在宅療養の実現を阻害する要因としては、介護する家族の不在や家族への介護負担、緊急時の対応への不安などをあげていた。一方、在宅療養を実現可能にするものとして家族の理解と協力を必須条件に上げているが、石川県北部の高齢化・人口の減少・共働き率などの地域性を踏まえると、家族の協力を得ることは難しいことが推測された。

これらの結果から、この地域において在宅終末期医療を促進していくには、家族だけでは頼らない体制作りを考える必要がある。それには、緊急時・在宅療養の継続困難時に対応できる施設の充実、在宅医療と病院・介護サービスの連携体制が重要であると考えられた。

キーワード 在宅終末期医療, 死生観, 医師の意識, 在宅死

1. はじめに

2001年にライフデザイン研究所が全国の40～69歳の男女990名に実施した「終末期医療に関する意識調査」では、“実現できるかはともかく、自宅で終末期を迎えたい”という人が、78.9%と約8割に達するという結果を得ている¹⁾。また、2004年に一般国民、医師、看護職員、介護施設職員13,794名を対象に厚生労働省が行った「終末期医療に関する調査」でも、終末期を自宅等（医療機関以外の場所）で送ることを希望する一般国民は、約6割という結果を得ている²⁾。しかし、2005年の人口動態統計調査では、国民の全死亡者数のうち、約8割が医療機関での死亡であった³⁾。つまり、人々は自宅等での終末期療養を望みながらも、多くの人が病院で最期を迎えているのが現実と言える。

近年の医療費高騰においても、入院医療費の多くが終末期医療に費やされており、医療費削減対策の面からも在宅終末期医療は早急に整えるべき課題となっている。

これらの背景を受け、2005年、厚生労働省は第17回社会保障審議会医療部会において中長期の医療費適正化効果を目指す方策として「患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供により、自宅死等での死亡割合を4割に引き上げること」を

具体的な指針の一つとして打ち出した。この指針の中には、在宅医療提供体制の充実（往診・訪問診療できる医師の確保・訪問看護サービスの普及等）や地域の高齢者の居住の場の整備等の推進が提言されている⁴⁾。2006年4月には、これらの具体的な施策の1つとして「在宅療養支援診療所」が設置された。

在宅終末期医療に関する研究は、一般住民の意識・要望、医療従事者間の連携、病院看護師の役割など様々な視点から、その在り方を考察するものが多くある。しかし医師を対象にした研究は、前述した厚生労働省の調査²⁾の他に、出羽ら⁵⁾が市民と医師の「望ましい死」に関する意識の違いを報告している程度で、数は少ない。また、在宅における看取りは様々であり、それぞれの患者や家族の死生観を尊重したサポートをするためには、医療従事者の死生観も重要なことだと考える。

そこで本研究では、在宅療養をサポートする医療従事者の1人である医師に焦点をあて、医師自身の死生観と在宅療養に対する考えについて調査を行ったので報告する。

2. 石川県北部（河北郡より以北）の概要

本研究における石川県北部とは、珠洲市、輪島市、能登町、穴水町、志賀町、七尾市、中能登町、羽咋市、宝達志水町、かほく市、内灘町、津幡町の5市7町が含まれている。

¹ 石川県立看護大学

² 元石川県立看護大学助教

2. 1 人口統計

人口は、平成 17 年 10 月 1 日現在で 325,042 人（石川県 1,174,026 人）、人口増加率は、かほく市と津幡町がそれぞれ 0.08%、0.70%と増加の値を示しているが、その他の市町はマイナスの増加率で、特に珠洲市、能登町など奥能登地域の減少が非常に大きい。高齢化率は内灘町が最も低く 12.2%、最も高いのは珠洲市の 36.5%で平均は 25.9%（全国 20.9%）、奥能登に向かうに従い高齢者人口が多い傾向にある。総死亡数は 3,691 人（県内 10,376 人）、その内自宅死の割合が 11.5%（石川県 10.8%）で、七尾市、かほく市、内灘町以外の 3 市 6 町すべてが石川県の自宅死割合を上回っている。

2. 2 地域の社会資源

在宅療養に関わる医療福祉機関としては、病院 25 カ所、診療所 208 カ所、その数は七尾市（8 カ所・47 カ所）に集中している。この内、在宅支援診療所は 19 カ所（内 13 カ所が羽咋市）である。訪問看護事業所は 26 カ所、訪問介護事業所が 44 カ所、居宅介護支援事業所 71 カ所、地域包括支援センター 27 カ所、特別養護老人ホーム 27 カ所、介護老人保健施設が 12 カ所ある。

3. 調査方法

3. 1 調査対象

調査対象は、石川県北部（河北郡より以北）にある医療機関の医師で、医師会名簿から総合病院・歯科・眼科・美容形成系の診療所を除いた医療機関に勤務する医師のうち施設長にあたる者 171 名とした。

3. 2 調査票の構成

調査票は、山崎ら⁶⁾と千葉ら⁷⁾が行った先行研究に基づいて作成したものであり、対象者の概要、死についての考え、在宅終末期医療に関する考えの 3 要素から構成した。

(1) 対象者の概要

年齢、性別、介護経験の有無、同居家族の死別体験の有無、勤務する病院の背景（病床の有無、在宅療養支援診療所申請の有無）

(2) 死についての考え

①死について考える頻度：「よく考える」「時々考える」「どちらとも言えない」「あまり考えない」「考えることがない」「考えないようにしている」の 6 件法で尋ねた。

②死への不安や恐れ：「感じる」「やや感じる」「どちらとも言えない」「あまり感じない」「感じない」の 5 件法で尋ねた。

③理想的な死：理想的な死として 8 項目の『死』を設定し、それぞれの項目について「とてもそう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「ややそう思う」「そう思わない」の 5 件法で尋ねた。

(3) 在宅終末期医療に関する考え

①自分が最期まで療養したい場所：自分自身が治る見込みのない病気で死期が迫っている場合を想定し、自分が最期まで療養したい場所について「自宅」「病院」「施設」「わからない」「その他」から選択してもらった。

②自宅以最期まで療養したい理由〔重複回答〕：①の質問で「自宅」と答えた者に対して、その理由を設定した 6 項目から重複回答で選択してもらった。

③家族を最期まで療養させたい場所：家族が治る見込みのない病気で死期が迫っている場合を想定し、家族を最期まで療養させたい場所について「自宅」「病院」「施設」「わからない」「その他」から選択してもらった。

④自宅以最期を迎えることの実現の可能性：自分や家族が望めば、自宅以最期を迎えることは実現可能かといことについて「可能」「どちらかといえば可能」「どちらとも言えない」「どちらかといえば不可能」「不可能」の 5 件法で尋ねた。

⑤最期まで自宅で療養することが不可能な理由〔重複回答〕：④の質問で「どちらとも言えない」「どちらかといえば不可能」「不可能」と答えた者に対し、その理由を設定した 9 項目から重複回答で選択してもらった。

⑥最期まで自宅で療養することを可能にする条件：自宅以最期を迎える条件として 9 項目の「条件」を設定し、それぞれの項目について「とてもそう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「ややそう思わない」「そう思わない」の 5 件法で尋ねた。

3. 3 データ収集と分析方法

2007 年 7 月に郵送法で実施した。データ分析には、SPSS V13.0 を使用し、まず、調査項目ごとに単純集計を行った。また、死についての考えの 3 項目〔死について考える頻度、死への不安や恐れ、理想的な死〕と、在宅終末期医療に関する考えの 4 項目〔自分・家族が最期まで療養したい場所、自宅以最期を迎えることの実現の可

能性、最期まで自宅で療養することを可能にする条件]については、それぞれ対象者の年代(5群に分類)、介護経験の有無(有無の2群分類)、同居家族の死別体験の有無(有無の2群分類)との間で χ^2 検定を行い、いずれも有意水準5%未満を有意差ありとした。

4. 倫理的配慮

対象者には、本研究の趣旨、個人が特定されないように配慮を行うこと、研究以外の目的には使用しないことの文書を調査用紙に同封し、同意を得られた場合にのみ無記名にて回答・返送してもらうこととした。

5. 調査結果

調査に回答が得られたのは77名(回収率45.0%)であり、その内記載漏れのない75名を有効回答数とした。

5.1 対象者の概要

対象者の性別は、男性73名(97.3%)、女性2名(2.7%)、年齢は40歳未満3名(4.0%)、40歳代15名(20.0%)、50歳代23名(30.7%)、60歳代17名(22.7%)、70歳以上17名(22.7%)で、平均59.0±12.5歳であった。私生活において介護経験がある者は30名(40.0%)であり、介護経験がある者の約6割が60、70歳代であった。また、同居家族の死別体験がある者は54名(72.0%)で、そのうちの5割が60、70歳代であった。(表1)

		n(%)
年齢	40歳未満	3(4.0)
	40歳代	15(20.0)
	50歳代	23(30.7)
	60歳代	17(22.7)
	70歳以上	17(22.7)
性別	男性	73(97.3)
	女性	2(2.7)
介護経験の有無	ある	30(40.0)
	ない	45(60.0)
同居家族の死の経験の有無	ある	54(72.0)
	ない	21(28.0)

対象者が勤務する病院の背景として、病床があるのは18カ所(24.0%)、在宅療養支援診療所の申請をしている病院は14カ所(18.7%)であった。

(表2)

		n(%)
病床の有無	ある	18(24.0)
	ない	57(76.0)
在宅療養支援診療所の申請	申請あり	14(18.7)
	申請なし	61(81.3)

5.2 死についての考え

(1) 死について考える頻度

死について考える頻度について「よく考える」または「時々考える」と答えた者は56名(74.7%)であった。(表3) また、死について「よく考える」「時々考える」と答えた者を「考える」群、「どちらともいえない」「あまり考えない」と答えた者を「考えない」群に分けて χ^2 検定を行ったが、年代・介護経験の有無・同居家族の死別体験の有無すべてにおいて有意な差はみられなかった。

	n(%)
よく考える	18(24.0)
時々考える	38(50.7)
どちらともいえない	6(8.0)
あまり考えない	10(13.3)
考えることがない	1(1.3)
考えないようにしている	2(2.7)

(2) 死への不安や恐れ

死への不安や恐れについて「感じる」「やや感じる」と答えた者は35名(45.5%)であった。(表4) また死への不安や恐れを「感じる」「やや感じる」と答えた者を「感じる」群、それ以外の者を「感じない」群に分けて χ^2 検定を行ったが、年代・介護経験の有無・同居家族の死別体験の有無すべてにおいて有意な差はみられなかった。

		n(%)
感じる	14(18.7)	
やや感じる	21(28.0)	
どちらともいえない	16(21.3)	
あまり感じない	18(24.0)	
感じない	6(8.0)	

(3) 理想的な死について

対象者が望む理想的な死について「とてもそう思う」「ややそう思う」という回答が多かった項目は、「周囲に迷惑をかけない死」68名(89.5%)、「苦痛・恐怖の少ない死」65名(85.5%)、「長い闘病生活のない死」64名(84.2%)、「それまでに人生に悔いのない死」64名(84.2%)であった。

(図1) また、理想的な死として「とてもそう思う」「ややそう思う」と答えた者を「思う」群、それ以外の者を「思わない」群の2群に分けて χ^2 検定を行ったところ、年代と「お金のかけない死」において有意な差が認められた。(p=0.011)

(表5)

表5 年齢区分における「お金のかけない死」の2群比較

	「思う」群(n=43)	「思わない」群(n=32)
40歳未満	1(2.3%)	2(6.3%)
40歳代	4(9.3%)	11(34.4%)
50歳代	13(30.2%)	10(31.3%)
60歳代	10(23.3%)	7(21.9%)
70歳以上	15(34.9%)	2(6.3%)

p<0.05

5.3 在宅終末期医療についての考え

(1) 最期まで療養したい場所とその理由

自分が最期まで療養したい場所は「自宅」38名

(50.7%)、「病院」11名(14.7%)、「施設」4名(5.3%)、「わからない」19名(25.3%)であった。(表6) また、「自宅」と答えた者と「自宅以外」と答えた者を2群に分け χ^2 検定を行ったが、年代・介護経験の有無・同居家族の死別体験の有無すべてにおいて有意な差はみられなかった。

表6 自分が最期まで療養したい場所

家族を最期まで療養させたい場所		n(%)
本人	自宅	38(50.7)
	病院	11(14.7)
	施設	4(5.3)
	わからない	19(25.3)
	その他	3(4.0)
家族	自宅	28(37.3)
	病院	20(26.7)
	施設	4(5.3)
	わからない	18(24.0)
	その他	5(6.7)

さらに「自宅」と答えた38名にその理由を重複回答で尋ねたところ「最期まで好きなように過ごしたいから」23名(60.5%)、「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」18名(47.4%)、「家族との時間を多くしたいから」18名(47.4%)の順に多かった。(表7)

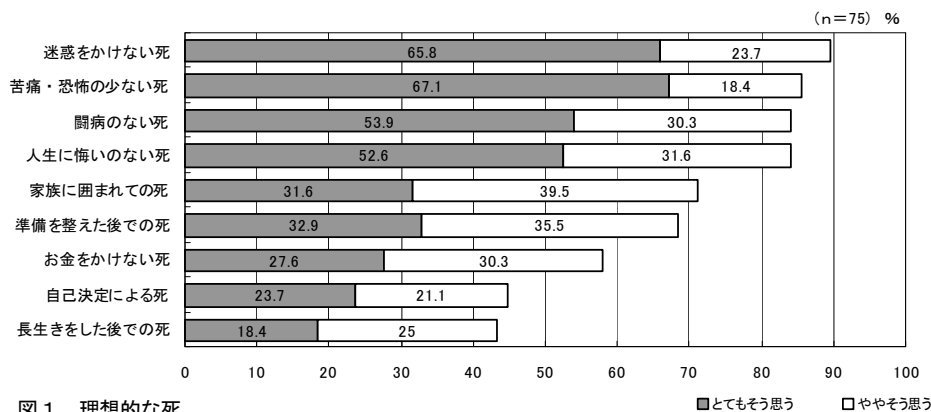


図1 理想的な死

表7 自宅で最期まで療養したい理由 (重複回答) n=38

	n(%)
最期まで好きなように過ごしたいから	23(60.5)
住み慣れた場所で最期を迎えたいから	18(47.4)
家族との時間を多くしたいから	18(47.4)
家族に看取られて最期を迎えたいから	12(31.6)
病院では自分の望むように最期を迎えられないから	7(18.4)
家族や知人が自宅で最期を迎えていたから	5(13.2)

家族が最期まで療養したい場所については「自宅」28名(37.3%),「病院」20名(26.7%),「施設」4名(5.3%),「わからない」23名(24.0%)であった。(表6)

(2) 自宅で最期を迎えることの実現の可能性

自分や家族が望めば、自宅で最期を迎えることは実現可能だと思うかとの問いに対しては、「可能」24名(32.0%),「どちらかといえば可能」22名(29.4%),「どちらとも言えない」13名(17.3%),「どちらかといえば不可能」13名(17.3%),「不可能」3名(4.0%)であった。(表8) また、在宅死を実現「可能」「どちらかといえば可能」を「可能」群, その他を「不可能」群に分けて χ^2 検定を行ったが、年代・介護経験の有無・同居家族の死別体験の有無すべてにおいて有意な差はみられなかった。

さらに「どちらとも言えない」「どちらかという」と「不可能」「不可能」に回答した29名に、その理

由を重複回答で尋ねたところ「介護してくれる家族がないから」15名(51.7%),「緊急時に家族に迷惑をかけるから」13名(44.8%)が多かった。

(表9)

(3) 自宅で最期を迎えるための条件

自宅で最期を迎える条件について「とてもそう思う」「ややそう思う」という回答が多かった項目は、「家族の理解と協力」71名(93.5%),「訪問看護・介護体制の整備」65名(85.6%),「本人の強い意志」61名(80.2%)であった。中でも「家族の理解と協力」においては「そう思う」だけで80%を占めていた。(図2) また、自宅で最期を迎える条件として「とてもそう思う」「ややそう思う」と答えた者を「思う」群, それ以外の者を「思わない」群の2群に分けて χ^2 検定を行ったが、年代・介護経験の有無・同居家族の死別体験の有無すべてにおいて有意な差はみられなかった。

表8 自宅で最期を迎えることの実現の可能性 n=75

	n(%)
可能	24(32.0)
どちらかというとも可能	22(29.4)
どちらとも言えない	13(17.3)
どちらかというとも不可能	13(17.3)
不可能	3(4.0)

表9 最期まで自宅で療養することが不可能な理由 (重複回答) n=29

	n(%)
介護してくれる家族がないから	15(51.7)
緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれないから	13(44.8)
自宅では最期に痛み等に苦しむかもしれないから	7(24.1)
24時間相談にのってくれる機関がないから	7(24.1)
訪問看護や訪問介護体制が整っていないから	6(20.7)
自宅で最期を迎えるのは一般的ではないから	4(13.8)
往診してくれる医師がないから	4(13.8)
経済的負担が大きいから	1(3.4)
その他	4(13.8)

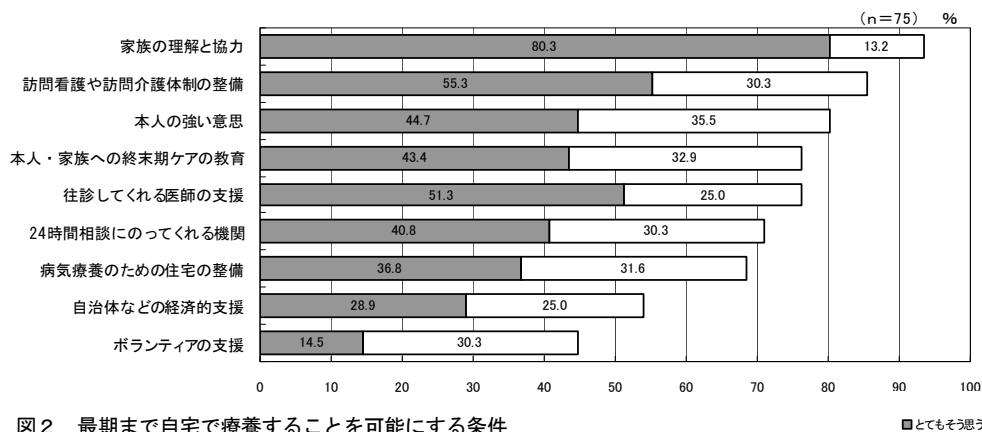


図2 最期まで自宅で療養することを可能にする条件

■とてもそう思う □ややそう思う

6. 考察

6. 1 死についての考え

死について考える頻度に関して、「よく考える」「時々考える」と回答した者は8割に満たなかった。対象者が医療従事者であることを考えると、この割合は決して高いとは言えない。しかし、山崎らが一般市民を対象に行った研究結果⁶⁾では、同じ質問に対し「よく考える」「時々考える」と答えたものは67%であり、それと比較すれば高い傾向ではあった。また、死への不安や恐れについても同じ山崎らの研究における一般市民より高いという同様の傾向が見られた。死を考える頻度および不安や恐れとも年代との関連はなく、さらに介護経験や同居家族との死別体験の有無でも関連が見られなかったことから、医師は加齢と共に死を意識したり、個人的な経験によって死を意識しているのではないことが示唆された。これらの結果から、医師は個人の状況よりも、患者の様々な死を看取るという経験が自分の死について意識する要因となっていると推測する。

6. 2 理想的な死について

石川県北部の医療に従事する医師にとっての理想的な死とは「周囲に迷惑をかけない死」「苦痛・恐怖の少ない死」「長い闘病生活のない死」といった自己や他者にとって身体的にも精神的にも負担とならない、おだやかな死であった。これは、山崎らが一般市民に対し行った先行研究⁶⁾と同様の結果となった。

「理想的な死」や「良い最期」についての考え方は、役割や立場によって異なるとも言える。本調査は、医師の立場としてではなく、1人称の死と捉えての問いであったため、一般市民を対象とした先行研究との一致があったものと考えられる。

6. 3 最期まで療養したい場所とその実現の可能性

最期まで療養したい場所として「自宅」を選択した対象は5割であった。厚生労働省が2004年に行った「終末期医療のあり方に関する調査」²⁾では、一般市民の最期を過ごしたい場所が、病院(38%)、老人ホーム(25%)、自宅(23%)だったことに比べ、医師は自宅が49%と5割を占め、続いて長期療養型施設(23%)と、医師のほうが自宅思考が高いことを示していた。この結果を踏まえると、本調査においての医師が「自宅」を希望する割合も高いと言える。

また、自宅で最期を迎える実現の可能性については、約6割の対象が「可能」「どちらかと言えば可能」と回答し、介護経験の有無との関連は見られなかった。小谷が40~69歳までの一般市民を対象に行った調査⁸⁾では、死期が近い場合自宅で過ごしたいと考える人は多いが、過半数は実現不可能だと思っていると報告している。また、医師を対象にしたものでは、厚生労働省の「終末期医療のあり方に関する調査」²⁾があり、そこで在宅死が実現可能と回答した医師は、約30%と本調査と比較するとかなり低い結果となっている。これは、厚生労働省の調査対象が、地域医療に携わる機会が少ない病院医師が多数含まれていることが要因と考えられる。

つまり、本調査の対象者の5割が最期を自宅で過ごすことを希望し、そして介護経験の有無に関わらず6割もが実現可能だとしている理由は、対象者が石川県北部の地域医療を担う医師であり、在宅療養支援に関する知識や経験を持ち合わせているということが一要因として挙げられる。

6. 4 最期まで自宅で療養したい理由

最期まで在宅療養を希望する理由である「最期まで好きなように過ごしたいから」「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」「家族との時間を多くしたいから」は、順位は異なるが「終末期医療のあり方に関する調査」²⁾における一般国民や医療従事者の結果と一致したものだ。本調査の医師も、日常生活に近い状況で安心して過ごせる最期を望んでいると言える。

6. 5 最期まで自宅で療養することが不可能な理由

最期まで在宅療養することが不可能である理由は「介護してくれる家族がない」「緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれない」が多かった。「介護してくれる家族がない」という回答は、現代の家族構成を象徴するものであろう。現代の世帯構成は核家族化が進んでいる。石川県北部においても例外ではなく、人口の減少と高齢化が進むにつれ、65歳以上の独居世帯が増加している傾向にある。石川県の65歳以上の高齢単身者世帯割合が7.1%であることと比較すると、珠洲市14.3%、輪島市13.8%、穴水町13.3%、能登町12.8%と奥能登地区の高齢者独居世帯が非常に多い¹²⁾。また、石川県は、核家族世帯・親との同居世帯に関わらず共働き率が高い⁹⁾。「介護してくれる家族が

いない」のは、独居世帯という理由のみではなく、共働き率など、地域ならではの生活背景も影響しているのではないかと考える。このような地域性を踏まえると、この地域における在宅療養の難しさが推測できる。今後、在宅終末期医療を進めていくためには、家族にのみ頼らない体制作りも1つの課題だと考える。

6. 6 最期まで自宅で療養することを可能にする条件

最期まで在宅療養を可能とする条件として、「家族の理解と協力」「訪問看護・介護体制の整備」、「本人の強い意志」の順に多かった。特に「家族の理解と協力」に対し8割の医師が「そう思う」と回答し、在宅療養の必須条件と捉えていた。服部ら¹⁰⁾は、家族の介護に依存するところが大きい高齢者の在宅終末期医療の現場では介護者である家族の意向が最も大きな影響力を持つことを報告している。水川¹¹⁾の研究でも、高齢者の終末期医療は生命の問題だけではなく認知機能や日常生活動作の低下などにより、生活自体が家族に大きく依存することを述べている。本調査の対象者である医師も、経験的な知識から、在宅療養、特に高齢者においては家族の協力が不可欠であることを十分理解しているものと考えられる。

また、山崎らが一般市民を対象に行った先行研究⁶⁾で、同じ質問において最も多かった回答は、本調査と同じ「家族の理解と協力」であった。しかし、次に続くのは「往診医の支援」であり、「訪問看護の支援」や「介護支援」よりもかなり高い割合であった。これは、一般市民にとっての医師の存在の重要性が推測できる結果である。しかし、本調査の専門職である医師は、医師よりも看護・介護の重要性を示していることに注目したい。これは、医師が家族に掛かる介護負担を知っており、そこに介入すべき看護・介護の役割を理解したうえで、その重要性を支持している結果と考える。

7. まとめ

石川県北部の医療に携わる医師を対象者として、医師の死生観と在宅終末期医療に対する考えについて調査をし、以下のことが明らかとなった。

1. 対象者の約8割は自分の死について考えており、それは、年齢や同居家族の死別体験よりも、医師としての患者の看取りの経験が影響しているのではないかと考えられた。また、理想的な死とは、自己や他者（家族）にとって身体的に

も精神的にも負担とならない、おだやかな死であることだと捉えていた。

2. 対象者の5割が、最期まで過ごしたい場所として「自宅」を選択し、さらに、その実現が「可能」または「どちらかと言えば可能」と考える対象者は6割にも達し、在宅死への積極性がうかがわれた。対象者が「可能」と考える背景には、医師という職業柄、在宅療養支援に関する知識と経験が影響していると考えられた。
3. 最期まで自宅で療養することを阻害する原因としては、介護する家族の不在や家族への介護負担が上げられた。この背景には、近年の家族構成の変化、特に石川県における地域的特徴が影響していることが推測され、在宅終末期医療を考える上で考慮すべき点であると考えられた。
4. 最期まで自宅で療養することを可能にする条件としては、家族の理解と協力が必須条件と考えていた。また、医師は医師の往診支援よりも看護・介護体制の整備が必要と捉えていた。それは、医師としての経験から、在宅療養での家族支援の必要性や負担の大きさについて理解し、看護・介護の役割の重要性を認識しているためと考えられた。

石川県北部の医師は、在宅終末期医療に対し比較的積極的な意見を持っており、さらに在宅療養支援への看護・介護の重要性を認識していた。しかし、石川県北部の医師が考える「在宅終末期医療を阻害する原因・可能にする条件」と、「人口減少地域・高齢化地域・共働き率」などの地域特性を踏まえると、この地域における在宅療養の難しさが推測された。在宅療養を推進していくためには、どんな地域であろうとも、家族の視点で、家族が安心して在宅療養を行える体制作りが必要である。しかし、特に石川県北部という高齢化・人口減少化地域においては、家族だけに頼らない体制を考える必要があると考える。それには、家族不在時・緊急時・在宅療養の継続困難時などに対応可能な施設の充実、在宅医療・病院・介護サービスの密な連携体制が挙げられる。

本報告は科学研究費補助金基盤研究(B) 1920015「人口減少地帯における死生観とケアニーズの実態と変容に関する研究」(研究代表者：浅見洋)の成果報告の一部である

引用文献

- 1) ライフデザイン研究所: 終末期医療に関する意識調査. LDI REPORT, 3: 15, 2002.
- 2) 厚生労働省医政局: 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について. 2004.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成 17 年人口動態統計上巻. 厚生統計協会, 東京都, 144-145, 2007.
- 4) 第 17 回社会保障審議会医療保険部会: 資料 1「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」. 2006.
- 5) 出羽明子, 鈴木雅夫, 他 2 名: がん終末期患者の「望ましい死」に関する意識調査—福島市民と医師の比較—. 緩和医療学, 8(2), 65-71, 2006.
- 6) 山崎祐二, 千葉京子: 三鷹市民および武蔵野市民の終末期医療・在宅ターミナルケアに関する意識調査 (その 1) 同居者と死別経験の実態, 死に対する認識, 終末期医療に対する認識について. 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 13, 125-143, 2000.
- 7) 千葉京子, 山崎祐二: 三鷹市民および武蔵野市民の終末期医療・在宅ターミナルケアに関する意識調査 (その 2) 住居別・同居別の集計結果. 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 14, 133-145, 2001.
- 8) 小谷みどり: 在宅ホスピスを躊躇される要件—終末期に関する意識調査より. ホスピスケアと在宅ケア, 11, 314-317, 2003.
- 9) 福井県産業労働部政策推進グループ: 平成 19 年度「ふくい産業活力創造新戦略」報告書. 参考資料, http://www.pref.fukui.lg.jp/doc/sanroubu/19senryaku_d/fil/007.pdf.
- 10) 服部文子, 他 5 名: 訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする要因の検討. 日本老年医学会雑誌, 38(3), 399-404, 2001.
- 11) 水島真二郎: 患者, 家族および医療従事者に対する「高齢者の終末期医療」についての意識調査. 日本老年医学会雑誌, 45(1), 50-58, 2008.
- 12) 総務省・統計局・政策統括官・統計研修所: 平成 17 年度 国税調査. <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/index.htm>

(受付: 2008 年 10 月 14 日, 受理: 2009 年 2 月 16 日)

Survey of physicians' attitudes regarding end-of-life home care in northern Ishikawa Prefecture

Yukie TAMURA, Hiroshi ASAMI, Yukari MIZUSIMA, Sanae MIWA

Abstract

The aim of this study was to elucidate the attitudes of physicians engaged in medical care in northern Ishikawa Prefecture (from the district of Kahoku-gun northwards) to end-of-life home care and life-and-death issues. The results suggest that physicians in northern Ishikawa Prefecture hold relatively positive opinions on end-of-life home care, and also recognize the importance of nursing and care in home support. The factors described as preventing the realization of home care included the lack of family members to act as caregivers, the burden of care placed on the family and anxiety regarding response in an emergency. On the other hand, the understanding and cooperation of the family were considered as prerequisites for facilitating home care. However, based on the regional characteristics of northern Ishikawa Prefecture, such as the aging and shrinking population, and the ratio of two-job families, obtaining the cooperation of the family is likely to be difficult and a challenge.

These findings suggest that to promote end-of-life home care in this region, it is necessary to create a system that does not rely solely on the family. To this end, it is important to improve facilities to enable a response in an emergency or when the continuation of home care becomes difficult and to provide a coordinated system of home healthcare, hospitals, and nursing services.

Keywords end-of-life home care, life-and-death issues, attitudes of physicians, dying at home

資料

看護師の転倒リスクマネジメント力の構成概念とその構造

寺井梨恵子¹ 丸岡直子¹ 宮西佳代子¹

概要

看護師の転倒リスクマネジメント力の構成概念とその構造を明らかにすることを目的に、看護師 21 名を対象に、入院患者の転倒を防止するために看護師に必要な能力や実施している転倒防止行動について半構成的面接法により調査し、以下のことが明らかになった。

看護師の転倒リスクマネジメント力は、【転倒リスクの予測】、【患者に合わせた転倒防止策の決定】、【転倒防止策を実行する力】、【患者・家族・看護師・自己に対する教育力】、【協働する力】、【転倒防止に必要な看護師の態度】の6つの構成概念からなっていた。

つまり、転倒リスクマネジメント力には【転倒防止に必要な看護師の態度】を基盤とした【転倒リスクの予測】、【患者に合わせた転倒防止策の決定】、【転倒防止策を実行する力】と患者・家族を含めたチームで転倒を防止するための【患者・家族・看護師・自己に対する教育力】と【協働する力】が必要であることが示唆された。

キーワード 転倒, リスクマネジメント, 看護師

1. はじめに

転倒・転落は患者に身体的・精神的影響を及ぼすだけでなく、医療費の増大などの社会的な影響も大きく、医療者には転倒・転落を予防し、安全な医療を提供することが求められている。看護師には、根拠ある転倒リスクアセスメントを行い、ハイリスク患者を予測し、効果的な予防ケアが求められており、日本看護協会が1999年に策定したガイドライン¹⁾を中心に転倒リスクアセスメントがなされている。このような対応がなされているにもかかわらず、転倒・転落事例は、注射事例に次いで多く、11,000事例の15.7%を占めている²⁾。

転倒・転落事故の多くは、対象者の意図的な行為により発生し、その要因は転倒者側と環境側の要因が複雑に絡み合っている。また、看護師の介入がない自力行動における転倒・転落が72%を占めている³⁾。すなわち、易転倒性にかかわる加齢、疾病、障害などが存在し、増幅要因として向精神薬などの服薬や病状の変化がある。こうした患者要因に加え、行動や環境上の危険要因が複雑にからんで発生するため、決定的な発生防止策を見出すことは困難である。そのため、転倒者側や環境側の要因をアセスメントし、計画するだけでなく、実行する看護師側の転倒リスクマネジメント力が問われることとなる。

2004年には、「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」⁴⁾が出され、看護師に求められる臨床実践能力の一つに転倒防止策の適用の判断と実践が示されたことから、転倒防止対策において、看護師の転倒リスクマネジメント力の向上が重大な課題となっているといえる。

このことから、転倒リスクマネジメント力を育成するための、現任教育研修におけるリスクマネジメント教育の検討⁵⁾や、リスク感性を養うための危険予知トレーニング⁶⁾の実施・検討がなされている。

また、これらの教育プログラムや転倒リスクマネジメントの質を評価する尺度として、看護師の転倒予防ケア自己評価尺度の開発を試みたもの⁷⁾、看護師の転倒予防の理解度を測る評価表に関する研究⁸⁾がなされているが、転倒ケアのみに焦点をあてたものや、転倒予防に関する知識や姿勢を評価するものであり、転倒リスクマネジメント力の全体を評価するには適当ではない。

そこで、本研究の目的は、転倒リスクマネジメント力の評価尺度開発の基礎研究として、転倒リスクマネジメント力の構成概念と構造を明らかにすることである。

なお、本研究では転倒およびリスクマネジメントを以下のように定義する。

転倒：患者の故意によらず身体の足底以外の部分が床についた状態であり、転落を含む。

¹ 石川県立看護大学

転倒リスクマネジメント：組織が転倒・転落を防止するために、その資源や活動に及ぼすリスクの影響からもっとも費用効率よく組織・患者・家族を守るための、一連のプロセス

2. 方法

2.1 対象

一総合病院に勤務する看護師で、研究の趣旨・方法の説明により研究協力の同意を得た 21 名の看護師を対象とした。対象の概要を表 1 に示した。

なお、研究協力病院では医療安全管理室が設置されており専任の看護師長が配置されている。また、入院患者に対して転倒アセスメントツール(日本看護協会, 1999)を活用した転倒防止活動が実施されていた。

表 1 対象の概要

性別	女性 21名	男性 0名
役割・所属	看護師長 4名 副看護師長 3名 医療安全管理室看護師長 1名 看護師 13名 { 1年: 4名 2年: 4名 3~5年: 2名 6年~: 3名 内科系: 7名 外科系: 4名 精神科: 1名 小児科: 1名	

2.2 調査方法と調査内容

半構成的面接法により 2007 年 12 月に調査した。調査は、病院内の指定された個室で行い、面接時間は 45~70 分程度であった。面接の日時は対象者と調整した。また、筆者らが作成した面接ガイドを用い、対象者が自由に発言できるよう傾聴的な態度で対応し、対象者が面接者に操作・誘導されないように配慮した。面接内容は、①転倒防止への関心を高めるために必要な態度、②転倒を予測するために必要な能力、③患者の状況に応じた防止策の決定と実行に必要な能力、④チームで取り組むために必要な能力、⑤その他転倒リスクマネジメントに求められる能力、⑥実施している転倒防止行動についてである。面接内容は、対象者の了解を得て録音した。

2.3 分析方法

分析は面接内容より作成した逐語録から、転倒リスクマネジメント力に関連する文章や言葉を理解可能な最小単位として抽出し、これをコードとした。そして各コードの内容を吟味し、コードの類似性と差異性を検討し、共通する意味をもつ

コードを集めカテゴリ化をすすめた。さらに、再度逐語録を読み返し、リスクマネジメントプロセス⁸⁾の枠組みに沿ってカテゴリのもつ意味から照合し、カテゴリ間の関連性について分析した。

なお、結果の信頼性を確保するために、質的研究の経験をもつ研究者に分析結果を提示し審議した。また、病院の医療安全管理室室長に結果を提示し、内容妥当性を確保した。

2.4 倫理的配慮

一総合病院の看護部長に本研究の趣旨と方法を文書および口頭で説明し、研究協力を得た。看護部長から紹介された看護師に対し、研究の主旨、方法、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、文書による同意を得た。結果の公表を行う際に、対象が特定できないよう匿名性に配慮した。得られた面接データは、施錠管理し、本研究結果報告書が作成された時点で全て破棄した。

3. 結果

3.1 転倒リスクマネジメント力の構成概念(表 2)

看護師の転倒リスクマネジメント力を構成する概念として、【転倒リスクの予測】、【患者に合わせた転倒防止策の決定】、【転倒防止策を実行する力】、【患者・家族・看護師・自己に対する教育力】、【協働する力】、【転倒防止に必要な看護師の態度】の 6 カテゴリと 33 サブカテゴリを抽出した。

なお、カテゴリは【 】、サブカテゴリは《 》、語られた内容は「 」と表記する。

(1) 【転倒リスクの予測】

看護師が転倒リスクを判断するための観察の視点や、方法であった。看護師は、患者の転倒リスクを判断するために、患者の心身の状況や、環境、生活リズムの変調を来すような出来事、転倒発生の前兆に注意を向け、患者や記録から情報を得ていた。

(2) 【患者に合わせた転倒防止策の決定】

看護師が患者に合わせた効果的な転倒防止策の内容であった。看護師は、患者の行動に注目し、安全な行動範囲を見極め、行動に応じた物品の配置をし、環境を整えていた。また、歩行補助具の選択を行い、筋力アップの方法の決定など、行動制限ではなく、患者の動きたいという欲求に合わせた転倒防止策を決定していた。

表2 転倒リスクマネジメント力の構成概念

カテゴリ	サブカテゴリ
転倒リスクの予測	記録から情報を得る, 患者の心身の状況から転倒リスクをアセスメントする, 患者をとりまく環境をアセスメントする, 転倒発生の前兆をつかむ, 生活リズムの変調を来すような出来事を把握する
患者に合わせた転倒予防策の決定	安全な行動範囲の見極め, 注意をむける行動場面の特定, 歩行補助具の選択, 病室・ベッドの位置の決定, 患者の行動に応じた物品の配置の決定, 行動抑制方法の決定, 筋力アップの方法の決定, 訪室するタイミングの決定, 排泄パターンに応じた援助方法の決定, 環境の中にある転倒要因を排除
転倒予防策を実行する力	確実なケアの実施, ケア基準・計画の遵守, 安全な生活空間の確保, 患者のニーズを満たす, 患者の視野の範囲にいる, 患者の状態に合わせて転倒防止策の評価・修正をする
患者・家族・看護師・自己に対する教育力	危険回避行動をとるための患者教育の実施, 家族への転倒リスクや防止策の説明, 看護師の能力を育成する, 自己の能力を高める
協働する力	システムを整える, 患者を含めたチームワークを形成する, チームで情報を共有する, 協力依頼・相談する
転倒防止に必要な看護師の態度	関心をよせる, 意識を継続させる, 責任感をもつ, 転倒防止の基本的知識がある

(3) 【転倒防止策を実行する力】

看護師の転倒防止策を実践する能力であった。看護師は、転倒防止策を実行するために、ケア基準・計画を遵守し、患者の状態に合わせて転倒防止策を評価・修正していた。また、患者のニーズに速やかに応じるなど、転倒防止策を優先して実践していた。

(4) 【患者・家族・看護師・自己に対する教育力】

看護師の、患者・家族への教育的関わり及び自己・他の看護師の能力を向上させる能力であった。看護師は転倒防止のため、患者・家族へ薬の副作用や家との環境の違い等を説明し、転倒防止策が必要な理由を説明していた。また、自己の能力を高めるだけでなく、転倒を予測するトレーニングや、環境整備の仕方を教育するなど、他の看護師の能力を育成していた。

(5) 【協働する力】

看護師の、転倒を防止するために看護チームおよび他職種との連携する能力であった。看護師は、申し送りやカンファレンス、看護記録によってチームで情報を共有していた。また、チームで必ず共有し、確実に転倒防止策が実施できるよう、システムを整えていた。また、他職種への相談や、重複する業務に対する協力要請など、他者へ協力を依頼する力も転倒リスクマネジメント力の一つと考えていた。また、スタッフに話しかけられやすいように心がけたり、患者とコミュニケーションを図ったりするなど、患者を含めたチームワー

クを形成していた。

(6) 【転倒防止に必要な看護師の態度】

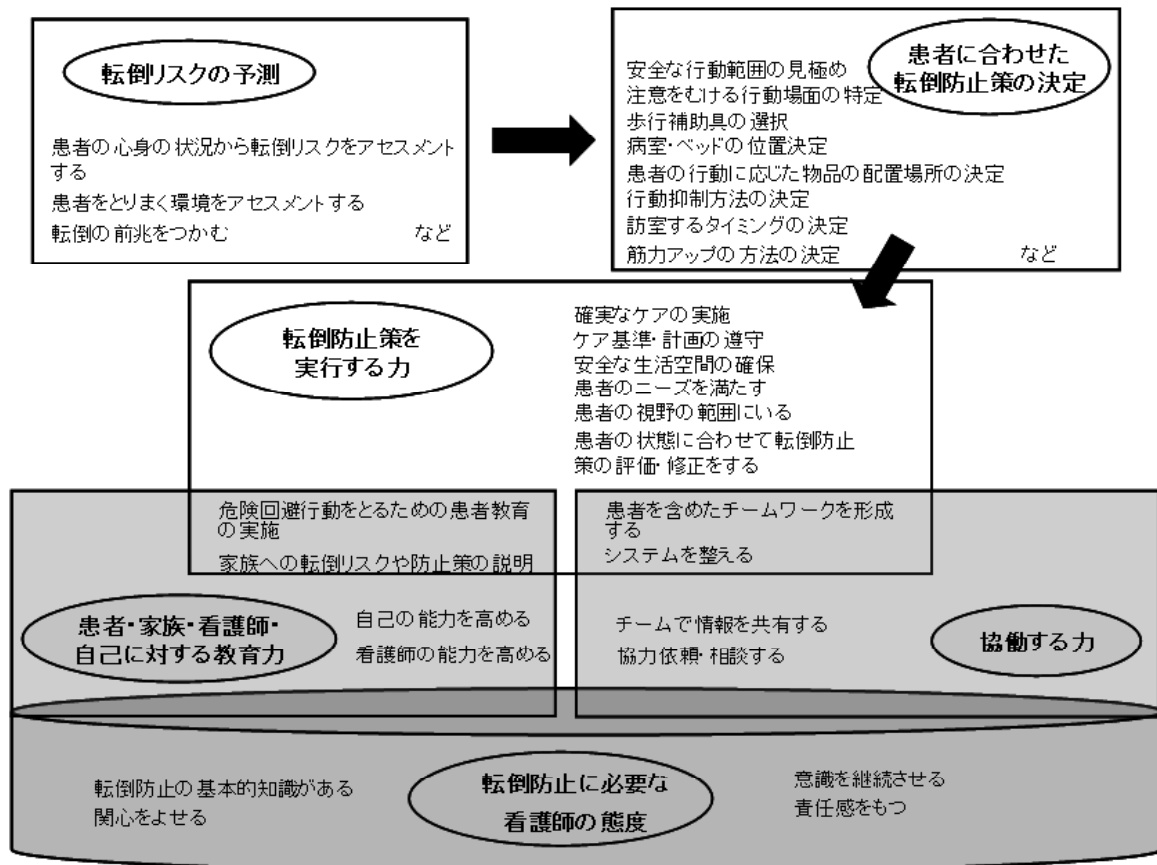
看護師の、転倒に対する基本的知識の獲得や転倒防止に取り組む姿勢であった。看護師は転倒防止には、ヒヤリハット報告に目を通すなど関心を寄せる、いつでも転倒は発生するという意識の継続、「転ばせない」という責任感、一般的な転倒発生要因や転倒防止策などの基本的知識が必要であると捉えていた。

3. 2 転倒リスクマネジメント力の構成概念の関連と構造 (図1)

カテゴリ間の関連性について、再度逐語録を読み返し、リスクマネジメントプロセス⁸⁾の枠組みに沿ってカテゴリのもつ意味から照合し、その構造について検討した。その結果、【転倒防止に必要な看護師の態度】を基盤とし、【転倒リスクの予測】から【患者に合わせた転倒防止策の決定】を行い、【転倒防止策を実行する力】を発揮していた。また、【患者・家族・看護師・自己に対する教育力】と【協働する力】は、【転倒防止に必要な看護師の態度】を基盤とし、【転倒リスクの予測】【患者に合わせた転倒防止策の決定】【転倒防止策を実行する力】を支え、患者・家族とともにチームで転倒を防止するための基盤として位置づけられた。

(1) 【転倒防止に必要な看護師の態度】を基に【転倒リスクの予測】をする

看護師は、転倒は看護師にも責任があるという



凡例：○内は構成概念を示す □内の○以外は、転倒リスクマネジメント力の要素を示す

図1 転倒リスクマネジメント力の6つの構成概念と構造

ことの自覚と、いつでも発生するという意識の継続、一般的な転倒発生要因や転倒防止策などの「転倒防止の基本的知識がある」などの【転倒防止に必要な看護師の態度】を基盤とし、【転倒リスクの予測】をしていた。

「新人がある患者さんに、脊損しとるし動かんやろうねって安心感があったのかもしれないけど、テレビのリモコンを取って柵を落としたときに何もその後対策をしなかったの。でもそこまでできたら、次はどんな行動をとるかってすぐに考えられないと。その瞬間に転んでいる可能性もあるから。」

「急に貧血が進んだから輸血をしようと医師に言われたら、それだけで頭がいっぱいになるとだめ。輸血の副作用の観察だけじゃなくて、貧血があるから転びやすいとか、点滴ルートが増えて尿意も出てきてさらに危険度が上がるとか、そこまで考えないと。」

(2) 【転倒リスクの予測】から【患者に合わせた転倒防止策の決定】をする

看護師は、「患者の心身の状況」や「転倒発生

の前兆」などから【転倒リスクを予測】し、「注意を向ける行動場面の特定」や「患者の行動に応じた物品の配置」、「環境の中にある転倒要因の排除」など、【患者に合わせた転倒防止策の決定】をしていた。

「オーバートーブルに寄りかかってしまう患者を見て、その後の行動を想像できることが必要。想像できる人は、患者さんに密着して生活行動を把握しておくとか、ご家族にちゃんと情報収集するとか、その人の生活を想像して、どんな行動を取りそうか、だからどんな環境を作り出さなければならぬかって考えて、PRできる。」

「歩行状態がおぼつかなくて歩行器を使っている、歩行器が部屋の外に置いてあって、患者からは見える位置にある。でも看護師をあまり呼びたがらない人であれば、歩行器の所に行くまでに転倒してしまったりすることもあるので、使うべき道具をどこに置くか、患者に合わせて置くことが重要。」

(3) 【患者・家族・看護師・自己に対する教育

力】と【転倒防止策を実行する力】の関連

看護師は、転倒防止策を実行するために、患者や家族に対し、転倒防止策について指導し、協力を得ていた。

「入院時にスリッパを履いている方に、ズックを持ってくるようお願いすると、断られたりします。その時に、なぜこのようなことが必要なのかと、患者さんが納得のいくように説明しないと、持ってきても踵を踏んで、防止策にならない。」

「家族も大事な力なので、今の転倒の危険性とか、危険が防止できる策を報告や情報提供をしながら、家族も味方につけることが、防止策を実行していくには大切なこと。」

また、看護師は、転倒防止策を実行するために、看護師に対し転倒防止に関する指導をしていた。

「環境整備の仕方を指摘すると、注意されたと思ったり、短絡的に考えたりする看護師もいます。本当に危険だと思って環境整備をしないと、計画されたことをしても転倒防止策にならない。」

(4) 【協働する力】と【転倒防止策を実行する力】の関連

看護師は、転倒防止策を実行するために、患者・家族を含めたチームの協働を必要としていた。

「確実に実行するためには、患者さんにどこまで一緒になって考えてもらって、思いを尊重した防止策が練られるかっていうところ。そのためには患者さんとコミュニケーションが取れていて、患者さんの思いを引き出すことが大切。」

「頻回に訪室しないと不安になってしまう患者さんを受け持っている時に、業務が重なってしまうと勝手に歩いてしまったり、転倒してしまったり。そういう時に、業務をチームの人にお願する力が必要。」

4. 考 察

4. 1 転倒リスクマネジメントプロセスの根幹

日本看護協会は、リスクマネジメントのプロセスとして、リスクの把握、リスクの分析、リスクへの対応、対応の評価の4つのプロセスを示している⁸⁾。

看護師が患者の転倒リスクの予測をする際の思考・行動は、患者の心身の状況、患者を取りまく環境、生活リズムの変調を来すような出来事の把握などであり、これはリスクマネジメントプロセスのリスクの把握、リスクの分析と一致していた。

また、転倒リスクの予測の項目は、Software (転倒転落に関する管理日誌、評価基準の確認)、Hardware (寝衣、履物の確認)、Environment (周囲の環境、病室の明るさの確認)、Live ware (患者の移動能力、認知力、心理状態、性格、危機回避能力、内服中の薬剤の把握) など、SHEL モデル⁹⁾と一致しており、転倒リスクマネジメントには、根拠にもとづく、習慣化されたリスクの予測に関する思考過程が必要であると考えられる。

また、【転倒リスクの予測】を構成していた内容は、看護師が【患者に合わせた転倒防止策の決定】をするために、観察すべき内容であった。転倒の要因は患者によるものが多く、転倒防止には患者に合わせた転倒防止策を講じる必要がある。そのため、【患者に合わせた転倒防止策の決定】をするためには、患者の【転倒リスクの予測】が前段階として必要となる。これは、リスクマネジメントプロセス⁸⁾のリスクの分析、リスクへの対応と一致していた。

また、【転倒防止策を実行する力】を構成していた内容は、【患者に合わせた転倒防止策の決定】をした転倒防止策を確実に実行するための看護師が取るべき行動であった。

これら【転倒リスクの予測】【患者に合わせた転倒防止策の決定】および【転倒防止策を実行する力】の3つのカテゴリは、リスクマネジメントプロセス⁸⁾と同様に、一連のプロセスであった。また、3つのカテゴリは、環境、患者の行動、身体状況、認知状況において関連がみられ、これらを転倒リスクのアセスメントの項目として捉え、患者に合わせた転倒防止策を決定し、実行していたと考える。

4. 2 転倒リスクマネジメント力における【患者・家族・看護師・自己に対する教育力】と【協働する力】の意味

転倒の多くは、対象者の意図的な行為により発生し、その要因は転倒者側と環境側の要因が複雑に絡み合っている。そのリスクは、患者の有する易転倒性というリスクと行動や環境・ハードウェアにおけるリスクがある。易転倒性として、高齢、認知機能や歩行・バランス障害、感覚器の障害、下肢筋力低下・衰弱をきたす疾病・病態などがあげられている。しかし、これらをコントロールすることは困難であり、むしろ、行動と環境・ハードウェアにおける危険要因をコントロールしていくことが転倒防止上欠かすことができない¹⁰⁾。

また、行動における転倒に関しては、看護師の介入がない自力行動における転倒・転落が全体の72%を占めている³⁾。さらに、判断力が保たれている患者の自力行動における転倒が転倒事例の全体の44%を占めている¹¹⁾。つまり、転倒を予防するためには、看護師が介入しない、判断力が保たれている患者の、自力行動による転倒予防の教育が不可欠である。

一方、判断力が保たれている患者の特徴として、判断ができて「待てない心理」や「待たない心理」がある。多忙な看護師を呼ぶことへの遠慮、自立への欲求や過信などが影響する¹²⁾。したがって、患者への教育には、自尊心に配慮した教育力が必要である。

また、転倒のリスクに気づき、防止策の決定をするためには、問題発見能力と、課題対応能力が必要である。そのために、このような問題を発見するためのアセスメントの視点や、易転倒性に関する知識、防止策に関する知識など、自己研鑽を行う力が要求される。加えて、転倒の防止には継続した看護を実践しなければならず、そのためには、チームの看護師が一定基準以上の転倒リスクマネジメント力を身につけていなければならない。ゆえに、自己に対する教育力に加え、他看護師への教育力が求められる。

また、易転倒性の認知機能や歩行・バランス障害、下肢筋力の低下や薬物の影響などに対する対策には、看護師だけではなく医師、リハビリテーション部門、薬剤部など、各部門の専門的なチームアプローチが必要であり、そのためには、患者を中心とするチームの協働を円滑にすすめる看護師の力が必要である。さらに協働により、患者の情報の共有や、各職種の転倒に関する知識や予防策の向上にもつながると考えられる。

しかし、新人看護師や、卒後2～3年目の看護師は、医師や他職種との協力において自信がなく、サポートを必要としている¹³⁾ことから、全ての看護師においてチームの一員としてリーダーシップをとり、効果的な協働を実施することができるとはいいいがたい。

よって、転倒リスクマネジメント力として、転倒リスクの把握をし、適切な防止策を決定するための「自己の能力を高める」と共に、転倒は協働なくしては防ぐことができないため、チームの転倒防止力を高めるための「看護師の能力を育成する」力を有していることが必要である。また、患者の自力行動における転倒リスクを回避するため

に、「危険回避行動をとるための患者教育の実施」と、「家族への転倒リスクや防止策の説明」をし、患者・家族を含めた多職種を含めた協働が不可欠である。

4. 3 転倒リスクマネジメント力の基盤となる【転倒防止に必要な看護師の態度】

看護師が転倒ハイリスク患者の転倒の危険性を予測し、防止策を決定し、転倒防止策を実行するという一連の転倒リスクマネジメントプロセスは、【転倒防止に必要な看護師の態度】を基盤として行われていた。つまり、看護師が転倒ハイリスク患者の状況や計画を確認するという「関心をよせる」、転倒リスクは常に変化し、いつでも発生するという「意識を継続させる」、転倒発生の重大性を自覚し、転倒防止策を人任せにしないという「責任感をもつ」、また一般的な転倒発生要因や転倒防止策に関する「転倒防止の基本的知識がある」が転倒リスクマネジメントに影響していたと考える。

このような看護師の【転倒防止に必要な看護師の態度】は、転倒リスクマネジメントプロセスだけではなく、関心・意識・責任感の高さから、患者・家族・看護師・自己に対する教育をし、協働する力を支えていたと考える。

4. 4 研究の限界と今後の課題

本研究は、特定の医療施設に勤務する看護師を対象としたため、看護師全体に対する転倒リスクマネジメント力の構造を説明するには限界がある。今後は、本研究で得られた結果を基に、複数の医療機関を対象とし、構成概念妥当性を検討する必要があると考える。

5. まとめ

看護師の転倒リスクマネジメント力の構成概念とその構造が明らかとなった。

看護師の転倒リスクマネジメント力は、【転倒リスクの予測】、【患者に合わせた転倒防止策の決定】、【転倒防止策を実行する力】、【患者・家族・看護師・自己に対する教育力】、【協働する力】、【転倒防止に必要な看護師の態度】から構成されていた。

【転倒リスクの予測】とは転倒発生の危険性を判断する能力であり、【患者に合わせた転倒防止策の決定】は効果的な防止策の決定であり、【転倒防止策を実行する力】とは転倒防止策を実践する能

力であった。【患者・家族・看護師・自己に対する教育力】とは患者・家族への教育的関わり及び自己・他の看護師の能力を向上させる能力であった。【協働する力】とは転倒を防止するために看護チーム及び他職種と連携することであった。【転倒防止に必要な看護師の態度】とは転倒に対する基本的知識の獲得や転倒防止に取り組む姿勢であった。

これらより、転倒リスクマネジメント力には【転倒防止に必要な看護師の態度】を基盤とし【転倒リスクの予測】から【患者に合わせた転倒防止策の決定】を行い、それを【転倒防止策を実行する力】と、【転倒防止に必要な看護師の態度】を基盤とし、【転倒リスクの予測】【患者に合わせた転倒防止策の決定】【転倒防止策を実行する力】を支え、患者・家族とともにチームで転倒を防止するための【患者・家族・看護師・自己に対する教育力】と【協働する力】が必要であることが示唆された。

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、本研究は第12回日本看護管理学会年次大会において発表したものに一部加筆・修正したものです。

引用文献

1) 泉キヨ子：転倒防止に関する研究の動向と今後の

課題. 看護研究, 33(3), 11-19, 2000.

2) 川村治子：ヒヤリハット11,000事例によるエラーマップ完全本. 医学書院, 4, 2000.

3) 前掲書2), 70.

4) 日本看護協会編集：「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. 日本看護協会出版社, 18, 2005.

5) 木部美知子：医療事故防止のための看護技術教育-現任教育研修におけるリスクマネジメント教育-。足利短期大学研究紀要, 24, 67-73, 2004.

6) 橋本廸生：安全な組織を支えるリスク感性. 看護展望, 32(2), 6-10, 2007.

7) 鈴木みずえ, 松下恵美, 原田みずえ, 他4名：特定機能病院における転倒予防ケアの質評価に関する研究, 看護師による転倒予防ケア自己評価尺度開発の試み. 看護管理, 15(8), 661-663, 2005.

8) 日本看護協会編集：組織で取り組む医療事故防止-看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン. 日本看護協会出版社, 3, 2000.

9) 厚生労働省医療安全対策検討会議：医療安全推進総合対策-医療事故を未然に防止するために報告書. じほう, 2002.

10) 前掲書2), 82.

11) 前掲書2), 68.

12) 前掲書2), 80.

13) 池内佳子：新卒看護婦の就職後5年間における自立過程からみた継続教育の検討. 看護管理, 25(5), 26-38, 2000.

(受付：2008年10月14日, 受理：2008年12月24日)

The construct and structure of fall risk management ability in nurses

Rieko TERAJ, Naoko MARUOKA, Kayoko MIYANISHI

Abstract

The purpose of this study is to clarify the construct and structure of fall risk management ability in nurses. A semi-structured interview was administered to 21 nurses hired at a general hospital. The interview data was qualitatively analyzed, and the following results were obtained.

Fall risk management ability in nurses consists of six categories: 1) prediction of fall risk, 2) the determination of fall preventive measures together with the patient, 3) the ability to implement fall preventive measure, 4) the educational ability of patients, family, nurses, and the self, 5) the ability to collaborate, 6) the attitude toward fall prevention required by a nurse.

It was suggested that fall risk management ability in nurses, [prediction of fall risk] based on [the attitude toward fall prevention required by a nurse], [the determination of fall preventive measures together with the patient], and [the ability to implement a fall preventive measure] are required.

Furthermore, support [prediction of fall risk], [the determination of fall preventive measures together with the patient], and [the ability to implement a fall preventive measure] based on [the attitude to fall prevention required of a nurse], and it was suggested, [the educational ability of patient, family, nurse, and self] and [the ability to collaborate] with a patient and family to prevent a fall, are all required.

Keywords risk management ability, fall, nurses

特別報告

ドイツ語圏における死生観研究に関する予備調査

浅見 洋¹

1. 用務地

ドイツ連邦共和国及びスイス連邦

2. 日程

平成20年9月14日～30日（17日間）（表1）

表1：旅行日程

月 日	旅 行 日 程
9月14日（日）	移動日 金沢→名古屋
9月15日（月）	移動日 名古屋→Frankfurt→Monbachtal
9月16日（火）	Freiburg im Breisgau（Totentanz 現地調査） Freiburger Münster, Güntarstal, Arter Friedhof
9月17日（水）	München（Michael Ende u. Totentanz 資料調査） Michael Ende Museum im Schloß Blütenburg
9月18日（木）	München（München Tomono-Kai 聞き取り調査）
9月19日（金）	Garmisch=Partenkirchen（Toten Tanz 現地調査と資料調査） ・ Kath. Pfarrkirche St. Martin/ Garmisch ・ Michael Ende Ausstellung（Kurhaus）
9月20日（土）	Basel（Toten Tanz 資料調査） Kunstmuseum Basel
9月21日（日）	移動日 Basel→Kassel Wilhelmshöhe
9月22日（月）	Kassel（Totentanz 現地調査） ・ Hessisches Landesmuseum ・ Museum für Sepulkralkultur
9月23日（火）	移動日 Kassel→Monbachtal
9月24日（水）	Bad Liebenzell（Seelsorge に関する文献調査） ・ Liebenzeller Mission ・ Das Theologische Seminar der Liebenzeller Mission
9月25日（木）	Uni. Heiderberg（Diakoniewissenschaft の文献調査） ・ Praktischen Seminar ・ Diakoniewissenschaftliches Institut
9月26日（金）	Heiderberg Uni.（Seelsorge に関する文献調査） Fakultätsbibliothek von der Praktischen Theologie
9月27日（土）	Ludwigsburg（文学資料調査） Deutsches Literatur Archive Marbach
9月28日（日）	移動 Ludwigsburg→Frankfurt
9月29日（月）	移動 Frankfurt→名古屋→金沢
9月30日（火）	

¹ 石川県立看護大学

3. 出張目的

今回の研究出張は死生観とケアの研究，特に日独における死生観とケアの比較文化的な研究の予備調査である．調査・視察の具体的対象は①死の舞踏 (Totentanz)，②ドイツにおける日本人高齢者たちの活動，③デアコニッセ (Diakonisse) の活動の 3 つであり，出張旅費は科学研究費補助金「現代日本における高齢者の死生観とケア・ニーズに関する研究」基盤研究 (B)，課題番号 16320012 から支出した．

4. 研究旅行の内容

4. 1 死の舞踏

「死の舞踏」と称される一連の絵画，壁画，版画，文学には，擬人化された「死」(骸骨)が様々な身分，職業，年齢，性別に属する人々を死に導く光景が描かれている．これらの芸術の共通テーマは死の普遍性，平等性であり，死は生前の身分，貧富，功績，生きざま，老若男女などと無関係に，誰にでも不可避に訪れるという死生観が形像化されている．こうした「死の舞踏」が文化現象として中世末期のヨーロッパを席卷した背景として，1347年から1350年にかけてヨーロッパ全土に流行し，3割以上の人々が罹患して命を落としたペスト(黒死病)の衝撃をあげる説が多い¹⁾．有効な治療方法がなく，皮膚が黒く変色し，多くの人々が手の施しようもなく亡くなっていく光景を目の当たりにして，人々は人生の虚しさ(vanitas)を思い知らされたに相違ない．そうした死に翻弄される人々の有様を描いた「死の舞踏」は，死の普遍性，平等性の自覚と同時に，「memento mori (死を忘れるな)」という人生観をヨーロッパに流布させた．

今回の出張では，まず南ドイツのフライブルク(Freiburg)，ガルミッシュ＝パルテンキルヒェン(Garmisch=Partenkirchen)，北ドイツのカッセル(Kassel)とスイスのバーゼル(Basel)に残存する「死の舞踏」の壁画と版画を調査した．特に前2つの地で調査した「死の舞踏」は比較的新しい(18世紀後半)壁画であるが，日本にはこれまでに紹介されたことがないものである．

フライブルク市旧墓地(Alter Friedhof von Freiburg)の墓地礼拝堂(Friedhofskapelle)(図1)の「死の舞踏」は，墓地の正面入り口にある礼拝堂前面のホール左右の壁に描かれた13枚の壁画である．学者，農民，司教，貴族，乞食，主婦，王妃，乙女，子供などが骸骨によって死に誘



図1：フライブルク旧墓地の礼拝堂

われる光景が描かれており，それぞれにドイツ語の言葉が添えられている．(図2)ドイツ語での説明書きはこの壁画が比較的新しいことを示している．また，礼拝堂に入る扉の両側と上部には昇天図が配置されている．1757年に礼拝堂創建時に描かれたものが，1944年に第二次世界大戦によって破壊され，現存のものは1963年に修復されたものである．



図2：フライブルク旧墓地礼拝堂ホールのトータンツの一部、(子どもを死に導く骸骨が描かれている)

ガルミッシュ＝パルテンキルヒェンの聖マタイ教会(Katholische Pfarrkirche St. Martin/Garmisch)に現存する壁画(図3)も，18世紀後半の作である．教会堂左側の入り口の左壁全体に描かれており，聖職者や民衆の一団の中央には黒いマントを羽織った骸骨が，右側の壁には昇天図が描かれている．



図3：聖マルティン教会（ガルミッシュ）の「死の舞踏」

中世末期における「死の舞踏」現象の発祥の地がパリのフランシスコ会修道院聖イノサンの墓地であると考えられているように、中世の「死の舞踏」の壁画はほとんど墓地もしくは教会に描かれたものである²。上述の2つの壁画はともに18世紀後半のものではあるが、中世において一般化された「死の舞踏」のテーマ、モチーフ、様式などを継承していると考えられる。前者は連作であり、後者は独立した一枚の壁画である。人々とともに描かれた骸骨（死）は埋葬に参列する人々や教会に集う人々に、現世の生命の傍らに絶えず死があることを覚えること、昇天図は永遠の生命を得て天国の門に入るような生き方をすることを語りかけていると思われる。

バーゼルの市立美術館はH・ホルバイン（Hans Holbein der Jüngere, 1497/9-1543）の手になる「死の舞踏」の木版画を所蔵している。ホルバインがフランスのリヨンで出版した『巧妙に構想され、優雅に描かれた「死」の像と物語（Les simulachres & historiees faces de la mort, 1538）』は2冊の挿絵本の合冊である。1冊目は41点の木版画を載せた通称『死の舞踏（danse macabre）』で、各ページはホルバインの原画をバーゼル在住のH・リュッツェルブルガー（Hans Lutzburger）が版刻した挿絵と、ウルガータ聖書（editio Vulgata）からの引用句、そしてその引用を説明するフランス語の4行詩から構成されている。中世の聖俗の階層制にしたがって、死者（le mort）があらゆる階層、職業の人間をひとりずつ連れ去ってゆく場面が、行列のように描かれており、添付された聖句と詩句は死の絶対性と現世の無常を指摘し、日常生活の悔悛を促す教訓的、道

徳的内容をもっている。「死の舞踏」をテーマとする木版本はそれ以前にもあったが、本書が当時の人々の間に人気を博し、広く受け入れられたため、それ以降ヨーロッパ全域に流布した。³

現代文芸においても「死の舞踏」のテーマとイメージは変容されながら引き継がれている。そうした作品の一つとして日本で最もよく知られているのはおそらく童話作家M・エンデ（Michael Ende）の『ハーメルンの死の舞踏（Das Hamelner Totentanz, 1993）』であろう。この作品理解のためにミュンヘン（München）のブルーテンブルク城（Schoß Blutenburg）にあるミヒャエル・エンデ博物館（Michael Ende Museum）（図4）とエンデの生まれ故郷であるガルミッシュのミヒャエル・エンデ展示館（Michael Ende Anstaltung）を訪ねた。ミュンヘン郊外のブルーテンブルク城の国際児童文学館は日本の童話をはじめ世界各国の童話を所蔵している。エンデ博物館はその一角にあり、日本文化に傾倒したエンデを偲ばせるような展示品が数多く見られた。エンデの生誕地であるガルミッシュにあるエンデ展示館はクアハウス（Kurhaus）を改造したもので、2008年春にオープンしたばかりであった。



図4：ミヒャエル・エンデ博物館のあるブルーテンブルク城（ミュンヘン）

『ハーメルンの死の舞踏』は『ハーメルンの笛吹き男』として流布してきた伝説に、エンデが現代風の新解釈を加えて創作したファンタジーである。ハーメルンの笛吹き男はネズミ捕りであり、笛の音とともに子どもたちを連れ去った人物である。エンデの『死の舞踏』における死に導くものとは「お金（Gold）」であり、お金によって支配された富裕な支配者層、上流階級が市民を死に追いやった張本人である⁴。こうした「死の舞踏」の新しい解釈を含んだ文学や絵画は現代でもさまざまに描かれており、そこにドイツ語圏における死生観の変容の一端を見ることができた。（図5）



図5：ミヒャエル・エンデ博物館のトータンツに関する展示

1972年にネッカー河畔のマルバツハ (Marbach) に作られた文学史料館 (Deutsches literatur archive Marbach) には、1750年から現在までの近代のドイツの重要な作家と学者の手書き原稿約1,100点が展示されている。見学することはできなかったが、地下書庫には近・現代ドイツ文学の約70万冊の蔵書が保存されているとのことであった。「死の舞踏」や死生観研究と関連する現代作家の手書き原稿としては T・マン (Thomas Mann, 1875-1955) と F・カフカ (Franz Kafka, 1883-1924) の作品が目にとまった。特にマン『魔の山 (Der Zauberberg, 1924)』の5章には「死の舞踏 (Totentanz)」と題された節があり、スイスのダボスにある高原サナトリウム「ベルクホフ (Berghof)」で二人の従兄弟と踊りながら死に導かれていく少女カールシュテットが描かれている。この書で死へと誘うものとは結核である。そのように、「死の舞踏」のメタファーは中世を超えて現代にも生き続けているのである。

4. 2 ドイツにおける日本人高齢者たちの活動

2000年4月に導入されたわが国の介護保険制度は概ねドイツの介護保険制度をモデルとしており、ドイツにおける高齢者医療や介護のシステムは国際的にも評価の高いものである。しかし、在独の日本人たちにとってドイツの医療保険や介護保険だけではカバーできない健康上、生活上の問題が多々ある。特に高齢者施設や療養の場では「日本食が食べられない」、「日本語が話せない」というような文化的問題は、異文化内で老後を暮らさざるを得ない在独日本人たちにとって非常にストレスフルな現実問題である。「ミュンヘン友の会—日本人の老後を支えるネットワーク (München Tomono-Kai—Nachbarschaftshilfes für Japaner (innen) in München und Umgebung e.V.)は、

そうした文化的諸問題を抱えたミュンヘン在住の日本人のたちが相互扶助の目的で2001年10月発足させた非営利団体 (NPO) である。(図6)



図6：ミュンヘン友の会パンフレットとロゴマーク

支援の基本は「日本食の提供や日本語を必要とするサービス」であり、具体的には①家事・その他：食事作り、買い物、話し相手、散歩の介助、代筆・朗読、日本の家族への連絡、行事への参加付き添い (コンサートや催し物など)、子育てに関する相談、②医療機関関係：通院の付き添い、手続き、連絡、③役所関係：役所への同行、書類の記入、提出などのサービスを提供している。年会費は30Euroで毎年1月の例会で前納する。サービスは基本的にはボランティアであるが、時間の提供に対する謝礼として、サービスの種類に関係なく1時間8Euro、その他に交通費、ガソリン代、食事の材料費などの実費をサービスを受けた人が負担するシステムになっている。サービスは原則として、1回2時間、1週間2回である。

ミュンヘン友の会の影響を受けて、フランクフルトとその周辺在住者によって「ライン・メイン友の会 (Rhein Main Tomonokai)」、ハイデルベルクとその周辺在住者によって「ライン・ネッカー友の会 (Rhein Necker Tomonokai)」が創設され、日本人の老後を支えるネットワークはドイツ各地に広がりつつある。9月26日に、昼食のために入ったハイデルベルク旧市街の日本食レストランで「ライン・ネッカー友の会 (Rhein Necker Tomonokai)」の会合に遭遇し、話を聴くことができた。この集まりはドイツ公益法人登記のための準備会合で、10月上旬には無事登記が認められたことを帰国後に知った。

こうしたドイツ各地の「友の会」の設立と活動を通して、高齢者のケア・ニーズとして「文化ケア」の必要性が示唆されているように思う。日本国内の高齢者ケアの現場ではほとんど意識されないが、異文化で暮らす高齢者の方々のケアは、単に医療福祉上の技術やシステムと関わる問題のみではなく、文化的な問題を伴うということを実感することができた。日本国内においても生活者は多種多様な文化的社会的な背景を持っているのであり、かつ外国人滞在者も増加している。そのため、今後こうした文化的な側面を考慮した援助は今まで以上に必要になると考えられる。ドイツにおける「友の会」活動の視察は人間が文化と社会の中で生き、死んでいく文化的社会的存在であることを再認識する契機となった。

ミュンヘン友の会HPには「2002年4月にe.V. (登録協会)として正式に認可され、ドイツの社会福祉組織(カリタス)の傘下に入りました」⁵と記されているように、「友の会」はNPO(非営利団体)として認可されたドイツ公益法人である。e.V. (eingetragener Vereinの略)は公益法人として登記されていることを意味し⁶。こうした登録協会はディアコニー(Diakonisches Werk der EKD; DW)、カリタス(Deutscher Caritasverband; DCW)、ユダヤ中央福祉会(Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland; ZJD)、赤十字(Deutsches Rotes Kreuz; DRK)、パリテート福祉団体(Paritätischer Wohlfahrt; DPWV)、労働者福祉団体(Arbeiter Wohlfahrt Organisation; AWO)の6つの公益福祉団体に属している。⁷日本の社会福祉・社会保障は社会福祉法人や医療法人が主な担い手であるが、ドイツでは教会組織や労働組合などさまざまな市民組織によって運営される公益福祉団体と登録協会が大きな役割を担っている。ミュンヘン友の会はカトリック倫理を基盤としたカリタス(Caritas, 慈善)、ライン・ネッカー友の会はプロテスタントの実践神学を基盤としたディアコニー(Diakonie, 奉仕)の傘下で活動していた。

4.3 デiakonisseの活動について

「友の会」がキリスト教系の公益福祉団体と関わっているように、ドイツにおける医療福祉活動にとってキリスト教は理論的にも実践的にも大きな役割を担っている。大学の神学部や神学校は聖職者、牧会者と同時に「魂をケアする人(Seelsorger, Seelsorgerin)」を養成する教育機

関であり、医療、社会福祉、介護、教育といったケアの臨床現場に多くの奉仕者を輩出している。例えば、多くの病院には「魂のケア」部といった部局(名称が異なる場合もある)が置かれており、神学を学び、「魂のケア(Seelsorge)」の研修と臨床実習を行ってきたカトリックの神父やプロテスタントの牧師が患者・家族と医療スタッフの「魂のケア」のために奉仕している。また、カトリックのシュベスター(修道女, Schwester)やプロテスタントのディアコニッセ(女性奉仕者, Diakonisse)、ディアコン(男性奉仕者, Diakon)と呼ばれる人々が医療福祉職の資格を持ちながら社会奉仕をしている。彼らの給与や生活費は基本的に教会税(Kirchen Steuer)から支給されている⁸。

今回の出張では、プロテスタントにおけるディアコニー運動の精神とその活動を知るために、ハイデルベルク大学神学部のディアコニー学研究所(Diakoniewissenschaftliches Institut)とリーベンゼラー神学校(Das Theologische Seminar der Liebenzeller Mission)を訪れた。ハイデルベルク大学のディアコニー学研究所は1954年に設立されたディアコニーに関する総合的な研究所である。ドイツ語のディアコニー(Diakonie)は「仕えること」を意味するギリシア語のディアコニア(διακονία)に由来し、「奉仕者」を意味するディアコノス(διακονος)と同系である。聖書の「使徒言行録」6章に由来するディアコノス(日本の教会では通常「執事」と訳している)の仕事は、古代教会では聖餐や食事の世話をしたり、貧しい人々や病人に奉仕することであったが、現代のディアコニー運動ではそうした隣人愛の精神が社会奉仕、慈善活動、福祉事業活動として継承されている。⁹

例えば、1833年にカイザーズヴェルト(Kaiserswelt)で、T・フリートナー(Teodor Frietner, 1800-1864)がはじめたディアコニー運動は、最初は福祉や貧しい人々の救済運動であった。それが1836年に医療福祉施設「母の家(Mutter Haus)」をつくるとともに、女性の社会進出に重点を移し、女性奉仕者であるディアコニッセの養成に力を注ぐようになった。「母の家」で定められた見習い期間を修了するとディアコニッセとなり、奉仕活動の一つとして看護活動に従事した。このディアコニッセ養成がヨーロッパの看護師養成の一つの原型である。近代看護の創始者F・ナイチンゲール(Florence Nightingale, 1820-1910)

もクリミア戦争で傷病者を看護する3年前に、カイザースヴェルトの「母の家」に2度滞在し、そこでキリスト教的な奉仕の精神と方法を学んだ。

ハイデルベルク大学神学部の実践神学ゼミナール (Praktische Theologie Seminar) の図書館やリーベンゼラー神学校の図書館では「魂のケア」に関わる雑誌を調査した。20数年前に訪れたときに比して、牧会学、ディアコニー学の書籍に加えて、生命倫理、医療倫理、臨床心理、社会福祉、カウンセリング論、障害児教育、死生学などの書籍、学術雑誌が増加していた。(図7)



図7: リーベンゼラー神学校のゼールゾルゲに関する図書

ハイデルベルクでは神学部の博士候補生 (Doktorand) である吉田新氏の案内で、福祉施設、カウンセリング施設、リサイクル・エコショップなどを視察した。こうした施設のほとんどが福祉団体ディアコニー傘下のNPOであった。例えば、高齢者や貧困層向けのリサイクル・エコショップ *Manna* では、ディアコニッセとともに何人かの良心的兵役たちが奉仕活動を行っていた。(図8)



図8: ハイデルベルクのリサイクル・エコショップ (高齢者、貧困層向け) MANNA の内部

リーベンゼラー宣教団 (Liebenzeller Mission) は中国への宣教に始まり、今ではアジアやアフリカの発展途上国で宣教活動と医療福祉活動を行っている。宣教団本部やその宿泊施設モンバッハタール (Freizeit- und Bibelheim Monbachtal)

では、沢山の引退宣教師であるディアコニッセたちと面談することができた。彼女らの多くはシュバルツバルトの小さな集落に住む人々やモンバッハタールを訪れる老人たちの世話をしていた。その内のシスター・グレーテル・ルオッフ (St. Gretl Ruoff) は日本での長い宣教師活動を終え、今は老人たちと世界各国の若者たちへの聖書講義や相談活動を担当しておられた。(図9) こうしたディアコニッセたちの活動には、キリスト教的死生観とケアのあるべき関係が現れているように思う。



図9: リーベンゼラーミッションのディアコニッセ (女性奉仕者)

引用・参考文献

- 1) 水之江有一: 死の舞踏 ヨーロッパ民衆文化の華丸善, 4-6, 1995.
- 2) 藤代幸一: 「死の舞踏」への旅. 八坂書房, 17, 2002.
- 3) 海津忠雄編: ホルバイン—死の舞踏. 岩崎美術社, 1991 参照.
- 4) ミヒャエル・エンゲ著, 佐藤真理子、子安美知子訳; ハーメルンの死の舞踏. 朝日新聞, 1993 参照.
- 5) ミュンヘン友の会 HP (http://www.rakuraku.de/tomonokai_main.html), 2009. 1. 18. 参照
- 6) 室田昌子: ドイツのまちづくり分野のNPO 法人の活動実態. 武蔵工業大学環境情報学部紀要, (8), 196-204, 2006.
- 7) 株式会社日本総合研究所: 社会奉仕活動の指導・実施方法に関する調査研究 要約版, 2001, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo2/siryou/011002/001/german.htm, 2009. 1. 19.
- 8) 浜渦辰二: 魂のケアについて—仏独・ホスピスとスピリチュアル・ケア研修報告. 静岡大学人文学部人文論集, 56 (2), 1-23, 2005.
- 9) 熊沢義宣: キリスト教死生学論集. 教文館, 199-236, 2005.

(受付: 2009年1月9日)

**Preliminary Research on Views about Life and Death
in German-speaking Country.**

Hiroshi ASAMI

特別報告 平成 20 年度日系研修事業

パラグアイ共和国からの研修生が学ぶ 高齢者福祉におけるデイケアサービス

天津栄子¹, 細川淳子¹, 松平裕佳¹, 前田充代¹, 紺谷一十三¹

概要

石川県立看護大学と羽咋市社会福祉協議会は、JICA の要請を受け、日系高齢者社会支援の一環として、平成 19 年度より日系研修受け入れ事業に参加することになった。

移住地、南米パラグアイより来日した研修生 4 名の研修目的は、高齢者福祉におけるデイケアと介護予防について学び、パラグアイでその活動をシステム化していくことである。要旨は、実施した研修プログラム、成果報告、評価等についての一連の報告である。

はじめに

この研修事業は独立行政法人国際協力機構 (JICA) の依頼のもとに、石川県立看護大学と羽咋市社会福祉協議会の協同で中南米日系の社会支援の一環として平成 19 年度から開始された。移住から約 70 年を経て高齢者の増加が予測されるなか、パラグアイには国の福祉事業制度が整備されていないため、日系社会における高齢者福祉にかかわる人材の育成と地域のケアサービスのシステム化が重要な課題となってきた。今回の報告は平成 20 年度の研修事業を中心に述べてみたい。

1. パラグアイ共和国の概要と研修生 4 名の概略

パラグアイ共和国は南アメリカ大陸中央部に位置(図 1)し、ブラジル、ボリビア、アルゼンチンに囲まれた内陸部で、面積 40.7 万 Km、人口は約 536 万人、首都はアスンシオンである。

言語はスペイン語 (公用語)、グアラニー語、通貨はグアラニ (100 円は 4000 グアラニ)、農牧と林業が主で綿花や大豆、牛肉、コーヒ、木材が主な輸出品である。移民の始まりは 1935 年、11 家族 81 名で、1941 年 12 月太平洋戦争が勃発し、翌年 1 月にはパラグアイと祖国日本が国交を断絶し移民の言動の制約や移住地の管理が厳しくなる。1953 年から移民が再開し、現在の日系人口は 7000 人、日系人高齢者は 1000 人 (14.3%) である。

平成 20 年度の研修生は、日系一世・二世の 30 代～50 代の女性 4 名で、出身地はピラポ市、イグアス市、ラパス市、エンカルナシオン市と地域別である。それぞれの地域での役割は、日本人会婦

人部の部長や日本人会サロンでの福祉活動、日本語教師、大学の心理学科在学中、会社員等さまざまである。本研修における JICA の資格要件は、日本語会話能力があること、福祉業務経験または研修後福祉業務に従事すること、55 歳未満の 3 点が挙げられている。

2. 研修プログラムの目的・研修内容について

研修目的は、高齢者の尊厳を支え、健康な日常生活の自立を維持・支援するためのデイケアと介護予防の実践について学び、その機能や活動をパラグアイのそれぞれの地域においてシステム化していくことである。この目的達成のためには講義、ゼミ、アクションプランの作成過程を主に担う看護大学と地域の高齢者福祉に優れた現場で見学、演習、実習等の実践的な研修指導を担う羽咋市社会福祉協議会とが協同連携していく必要がある。

研修プログラムの作成にあたり検討したことは、平成 19 年度の研修プログラムを基に研修者の個別目標にも配慮し、目的に沿った講義・演習・実習内容であること、新しいプログラムをいれる、看護大学と羽咋間の通学時間を配慮したプログラムであること等について関係者間で話し合いを重ねた。

県立看護大学での研修は以下の内容であった。

- | | |
|---------|----------------------------|
| レクチャー 1 | 石川県立看護大学 2 年生とパラグアイ研修生との交流 |
| レクチャー 2 | 地域における認知症予防活動 |
| レクチャー 3 | 地域の実情に適したケアのシステム化 |
| レクチャー 4 | 高齢者の日常生活自立とケアの視点 |

¹ 石川県立看護大学

- レクチャー5 在宅介護
- レクチャー6 地域の実情に適したケアのシステム化への対応
- レクチャー7・8 日常生活機能を支えるリハビリテーション
- レクチャー9 異文化における高齢者と家族関係について

羽咋市社会福祉協議会での研修は以下の内容であった。

1. 元気高齢者への支援
老人会活動（いきいきサロン）、老人福祉センター活動（筋トレ教室、多様な趣味活動）
2. 要注意高齢者への支援
地域におけるサロン・たまり場活動、認知症予防通所事業（ミニデイサービス）
運動器機能向上事業（体力維持改善教室、筋トレ教室）、訪問活動
もしもし電話訪問相談事業、訪問介護
3. 寝たきりや認知症への支援
介護保険サービス事業（訪問看護、訪問介護、訪問入浴、通所サービスなど）
4. 家族への支援。
家族介護教室、介護者の会、健康介護相談
5. 介護予防事業の実践活動（神子原地区）
高齢者ケア未来モデル事業として実施された地区に実際に入り込んで、実践活動を把握して、研修者がパラグアイの地区において可能な活動計画を立案する。

以上の全研修内容を実施する研修期間は、平成20年6月20日～8月26日までの68日間であり、この間には県外（愛知県のナーシング・ホーム気の里、2泊3日）への研修旅行も含まれている。

3. 研修結果：アクションプランの発表

4名の研修生が研修を終え、祖国パラグアイ日系社会における高齢者福祉への支援に対して、夢

と希望を抱いて実現させたいと考えているアクションプランを表1に示す。これは研修最終日に研修事業報告会で発表した内容である。

4. 研修内容の評価について

JICAの研修コース評価 Questionnaire(5点～1点の5段階)では、研修内容がパラグアイでの地域ニーズに合致していたかについては4名が appropriate 5点であった。

また、到達目標達成度は、3名が fully achieved 5点、1名が4点であり、研修で得た内容がパラグアイで活用可能かどうかについても同様に3名が5点、1名が4点であった。

つまり、今回の研修内容がパラグアイでの日系高齢者福祉のデイケアと介護予防のプログラムとして有用であると評価したのは、30カ所以上の現場で実際に活動を見て、参加して学び“これはパラグアイでも必要であり、使える”と、実感したからであろう。

まとめ

JICAからの要請を受け、昨年に引き続きパラグアイ日系社会の高齢者福祉における人材育成とサービスのシステム化をはかる研修事業である。研修生は4名で研修内容はデイケアサービスと介護予防を中心とする知識と技術の習得および羽咋市の多様な地域サロンでの実習を主とするものである。

研修のプログラムの評価については、今後現地訪問による調査も必要であろう。（平成20年8月末に帰国した研修生からのメールによると、ラパス地域でデイケアサービス施設が建設中であるという。）

(受付：2009年1月9日)

Day care service in senior citizens welfare learned by trainees from the Republic of Paraguay -The training program for Japanese Descendants in 2008-

Eiko AMATSU, Junko HOSOKAWA, Yuka MATSUDAIRA
Mitsuyo MAEDA, Hitomi KONYA

表1 研修生の研修目標とアクションプラン

	研修生A (イグアス市)	研修生B (ラパス市)	研修生C (エンカルナシオン市)	研修生D (ピラポ市)
研修目標	・介護予防について学び、「なのはなサロン」の活動に活かす ・認知症高齢者への接し方を身につける	・地域の実情に適したケア、高齢者の気持ちに合わせた支援、認知症高齢者と、それを抱える家族へのケアについて学び現地の高齢者介護に役立てること	・リハビリテーションを学ぶ ・認知症を学ぶ ・介護予防を学び、「いちご会」での活動に役立てる	・高齢社会の認識を広め福祉活動の活性化 ・高齢者に対応し、訪問介護で必要とする知識を学ぶ
アクションプラン	①元気高齢者・虚弱高齢者を対象別にデイサービスを開き、その対象に合った介護予防のレクリエーションを行う ②認知症について学んだことを「なのはなクラブ」の勉強会を通して伝えていく	①高齢者福祉グループを対象に認知症についての勉強会を行い、さらに地域に向けて認知症の知識を広める ②虚弱高齢者を対象に認知症予防プログラムを取り入れ、ミニデイサービスの内容の充実を図る ③元気高齢者への認知症予防プログラムの実施と認知症についての学習会を行う ④認知症高齢者を抱える家族へ知識の普及や集いの場などを作り支援活動を行う	①いちご会(福祉活動ボランティアグループ)メンバーを増やす ②研修で学んだこと(リハビリテーション、認知症予防、介護予防)を活かし、勉強会を継続させ、いちご会メンバーの力を高める ③いちご会の活動内容(健康講座、サロンの継続)を充実させる	①福祉活動(サロンづくり、ひまわり会)のシステム化を目指すため、活動内容の充実や予測される課題に取り組むため計画を立てるなど、できる事を一歩踏み出す ②モデル活動として身体機能が低下している方やあまり外に出ない方を対象に家庭訪問を行う
研修のまとめ	①実習で同行訪問や、施設実習を通して職員やヘルパーの接し方を見て大きな学びとなった ②元気である事の大切さを再確認し、ボランティアを増やしていきたい ③福祉活動で高齢者を地域で支え合う	①いろいろな講義と現場での実習がつながり、その両方の大事さがよく分かった ②ラパス地区へ帰ってやりたいこと ・ミニデイサービス ・サロン活動 ・認知症という病気を地域の人に分かってもらう <あせらず・ゆっくり・やさしい気持ちで>	①リハビリ実習を通して、早期発見・早期治療と早期リハビリの大切さを学んだ ②認知症について自分自身が知識を深め理解することができた	①サロンづくりやひまわり会などの福祉活動を中心に地域の実情に適したケアのシステム化を目指す ②モデル活動として家庭訪問を行い、対象者の運動機能向上、心のケアを行う
学んだ一言	一人の百歩より、百人の一步	目配り・気配り・心配り	1人よりも…2人の力	よき理解者 そっと手をさしのべられる人に

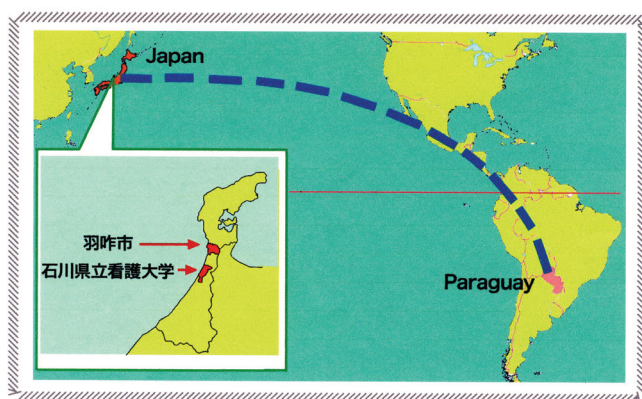


図1 パラグアイ共和国



アクションプランの作成



いきいきサロンでの研修



閉講式

特別報告

海外における看護学会への参加報告

今磯 純子¹

2008年7月8日から11日まで、19th International Nursing Research Congress (開催期間：2008年7月7日～11日)への参加ならびに発表のため、シンガポールへ渡航させて頂いた。開催場所は、シンガポールの Suntec International Convention Center であった。全期間を通じ、世界33カ国から600名以上の看護職者などの参加があったとのことである。

本学会は、米国インディアナ州のミネアポリスに本部をおく Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing 主催の学術集会である。今年の学会メインテーマは、"Globalization of Research Through Technology"で、ハイテクを生かした看護の取り組みについて強調されたものであった。講演集を概観すると、例えば、"Use of Simulation in Nursing Education", "Technology to Enhance Student Learning", "Technological Strategies in Healthcare Education", "Information Technology Initiatives", "Technological Approaches to Improve Education and Practice", "Technology in Nursing Leadership and Management"などのセクションは、今回の学会メインテーマに関連するものであり、看護実践や看護教育、看護管理など様々な領域において数多くの研究発表がされていたように思う。また関連する Workshop の一つとして、施設見学を含め2日間の "Simulation & Emerging Technologies Workshop"も企画実施されていた。もちろん、ハイテク関連以外でも数多くの研究発表がされていたのは言うまでもない。

そんな中、今回、私は学会3日目の7月10日、Research Session の内 Issues in Community and Home Healthcare のセクションにて、口頭発表(発表時間15分・質疑応答5分)をさせて頂いた。エントリーテーマは、"A Delphi Study of Competencies to Perform Tracheal Suction for ALS Patients with Mechanical Ventilator at Home"であった。このテーマは、医行為を要する在宅療養者の増加に伴い、2003年頃より家族による介護負担などの問題から医師、看護師などの医療職以外の者による吸引行為のあり方について検

討され始めたことが背景にある。つまり、本テーマは国内の実情に起点をおくものである。そのため、海外での学会へエントリーすることを考えた際、この Domestic Issue を Global Issue の観点で考え、検討することに四苦八苦したものであった。質疑応答を通し、日本と同じように高齢化の進む国では、在宅への移行ということは類似した傾向にあることが感じられた。しかし、同じ傾向であっても、特に大陸諸国では役割意識が明確になっているため、家族介護の負担からの発想というより、対費用効果などの側面から、どのような行為を誰の責任下で、誰に権限委譲(Delegation)したらよいかという考えからの発想が、とても強いようにも思われた。

国が異なれば、法律や制度など異なる上、人々の考え方や価値観などを反映させる文化も異なる。人間の生活の営みに大きく関わる看護学において、特に実態から研究に入る場合、その多様性(Diversity)を十分に理解し、取り組むことの重要性と難しさについて、今回の学会発表の機会を通して改めて強く感じるものであった。その上、英語を母国語としないハンディも大きな要素であったとは考えている。

そのため、学会最終日に "Workshop for Authors with English as a Second Language" に参加した。タイトル通り、参加者は英語を母国語としない国の看護職者、特にタイや香港などアジア系の方々が大半であった。英語で研究発表を行う上での難しさなど、参加者個々人の経験の振り返りを通してグループワークが実施された。そこで学んだこと、つまり英語を母国語としない人々が共通して困難性を感じていることは、Domestic Issue から Global Issue の観点で、しかも英語で書き、説明しなければならぬ点にあることを感じた。この点は、このワークショップを企画実施した英語を母国語とする欧米の看護職者には、十分に理解されているものであった。その上で、特に強調して伝えられたことは次の通りであった。"All authors share same goal; Important knowledge that will improve nursing practice", "What is not significant; Knowledge already known but

¹ 石川県立看護大学

not tested in a specific country. Knowledge that is very, very specific and cannot be used elsewhere.”

世界各国から人々の集う場であったが、そこには民族や文化の違いを超え、同じ看護職者として考え議論を重ねる場であった。そして、刺激を得ることのできる機会であった。同時に、更に勉強をしていかなければならないことを痛感させられるものであった。そんな思いを胸に抱きつつ、7月11日夜、マーライオン(図1)をシンボルとするシンガポールを後にした。

最後に、赴任早々ながらも、本学会への参加に快く承諾をして下さいました地域看護学領域の先生方へ心より深く感謝を申し上げます。

(受付：2009年1月9日)



図1) Merlion Park in Singapore

Report on Participation at a Foreign Nursing Conference

Junko IMAISO

特別報告

2008 国際骨関節炎学会議へ参加して

垣花 渉¹

今年の国際骨関節炎学会議は、9月18～21日にイタリアのローマで行われました。参加者は約1000名にのぼり、観光地 Roma も一役買ったためか例年以上に盛大に行われました。

ところで、「骨関節炎」とは耳慣れない言葉だと思いますが、この疾患によって寝たきりの状態になる高齢者はきわめて多いことが知られています。そのため、現代の科学技術や最新の医療技術を利用して、このような疾患の予防または治療に関する研究は盛んに行われております。私はこの会議に参加して、変形性膝関節症を患った高齢者を対象に歩く動作を特殊なカメラを使って分析して健康な高齢者のそれとどのような点が異なるのかについて発表しました。この発表の新規性は、膝関節に疾患を有する患者は代償作用として足関節に負担をかけて歩いているということを量的に表し

た点にありました。すなわち、臨床の現場で観察された質的な知見を科学技術を使って量的に評価してそれを裏付けることを行いました。その結果、参加者の反響を得るとともに多くの助言を得る機会に恵まれました。また一方では、欧米の研究者のプレゼンテーション能力の高さに触れることもできました。スライドやポスターのデザインや構成は美しく、しかも明快に結果を報告しており、この経験を本学の学生や教職員の方にできる限り伝えたいと思います。実習や調査などで得られた成果をわかりやすく丁寧に説明する能力は学生が身につけるべき重要な能力の一つであるため、特に学生のプレゼンテーション能力の向上に貢献したいと思います。

(受付：2009年1月9日)

Participation at the 2008 World Congress on Osteoarthritis

Wataru KAKIHANA

¹ 石川県立看護大学

特別報告

霊長類の比較機能形態学 2008 シンポジウムに参加して

木村 賛¹

2008年8月10日-11日にイギリスダラム大学で開かれた霊長類の比較機能形態学シンポジウムに出席したので報告する。このシンポジウムはその前週にスコットランドエジンバラで開かれた第22回国際霊長類学会(IPS)大会のポストコングレスシンポジウムとして開かれた。従って正式名は2008 IPS Post-Congress Symposium on Comparative Functional Morphology in Primates という。参加者の大部分はエジンバラからすぐ南のダラムへとやってきた機能形態学をやっている人類学者、霊長類学者である。私は時間と公費が足り無かったので、本会議には出席しなかった。

22題の口頭発表と6題のポスター発表を1日半で行うこぢんまりとした会議であった。参加者は約50名でそのうち日本からの発表者が13名おり、この分野での日本人研究者の貢献の高さを示している。オーガナイザーが平崎鋭矢(阪大)、濱田穰(京大)、ラエ(T.C.Rae, Durham大から直前にRoehampton大へ移籍)の三氏で、そもそも日本主導で開かれた会である。会議の特徴は霊長類機能形態学第1世代とよばれた年配の者とオーガナイザーら第2世代とよばれる現役活躍中の者の他に、第3世代ともいべき大学院生など若い世代を多数よんで発表させかつ副座長として活躍させたことにある。新しい技術などを用いた彼らの発表はなかなか見応えがあり、彼らとの交流を楽しむことができた。彼らにとっても国際会議での役割はよい経験となるであろう。これからもこの分野の発展が期待される。

演題は骨、筋、腱など運動器の力学的構造と機能、関節運動、歩行などの移動運動、姿勢、手の把握、などにわたり、サルの特徴的な機能形態や運動解析からヒトの進化を展望するものであった。CTを駆使した海綿質構造の解析や、コンピュータシミュレーションなど最近の技術革新を駆使した演題も多く見られた。個人的には、イリノイ大学ポーク(J.D.Polk)による膝の日常的使い方により海綿質密度分布が異なるという実験結果が、かつてヒトの大腿骨遠位端海綿質を調べた内容と

考え合わせて興味深かった。ポークを文献的には知っていたが、初めて言葉を交わすことができたのは国際学会の成果であった。また、アントワープ大学ドゥ(K.D'Août)らによるボノボ(ピグミーチンパンジー)の運動をオープンエンクロージャ内で半自然的に調べる話は、いつものことながら興味をそそられた。私は「ヒトとチンパンジーの二足歩行における年齢変化」と題して、歩き始めの乳幼児から高齢者までのヒト二足歩行をチンパンジー二足歩行発達過程の実験結果と比較して発表した。とくに、体節の角度と可動域についての考えを述べた。このシンポジウムの発表はInternational Journal of Primatologyに掲載される予定である。私はすでにFolia Primatologicaへ投稿済みの内容の一部だったので、別には書くことができない。

ダラム大学はオックスフォードとケンブリッジに次いでイングランドで3番目に設立された古い大学である。イングランド最北端のこの地方を世俗的君主としても支配していた主教が、自分の居城を大学に寄付したのだそうだ。そのダラム城と大聖堂(写真)とはユネスコ世界遺産となっており、うすら涼しく秋の気配の漂う8月の街に観光客が群れている。ヨーロッパによくあるように、小さな城下町のあちこちにも大学の教室が点在している。いまではこれでは足りないで、大学キャンパスは郊外に広がっており、シンポジウム会場もそこにあるカルマンラーニングセンターで行われた。大学で一番新しい建物とのことである。宿舎はここからウサギの出る芝生を歩いてキャンパス内をさらに郊外へ向かったところの、グレイカレッジであった。この宿舎は私たちのようなコンベンション参加者用なので朝食は食堂で出してくれたが、夏休み中で学生食堂が閉まっているため昼食夕食には20分ほどかけて街まで歩いて行った。前に行ったことのあるケンブリッジと比べて、ここのカレッジの建物は大きく立派なものではない。唯一由緒ある旧城のカレッジは、こちらの空いている昼休みや夕方には公開されておらず、中を見ることはできなかった。

ほかでも書いたことであるが、サッチャー元首

¹ 石川県立看護大学

相の改革以来イギリスの大学が大きな変化を受けたことはよく知られている。本学の法人化の参考にもなるかと、イギリスの教授たちに変化の様子を聞いてみた。まず書類の量が増えたことが大変だそうだ。国立大学という位置づけには変わりがなく、大部分の資金は国から出ているとのことである。ただし授業料が値上げされたことは問題だという。大学全体としては外部資金集めにも努力している。ダラム大学のホールや講義室もコンベンション用に売り込んでいる。もともと大学に個人が寄付をする習慣はアメリカばかりでなくイギリスにもあり、寄付者の名前のついた建物が多数建っている。私たちの宿舎も、紅茶で有名なグレイ伯爵の寄付によるものだそうで、食堂の入り口には伯爵の肖像画が掛かっていた。私が会った教授たちのように金儲けとは関係のない基礎研究の分野では、外部資金を取れと言われてもなかなかむずかしいといていた。

この海外出張は文科省科学研究費補助金

No.19570228 によっている。参加へ招待をいただいたオーガナイザーの方々に感謝したい。

(受付：2009年1月9日)



世界遺産ダラム城（旧市街をめぐるウエア川崖上の左）と大聖堂（同右）

Participation at the "2008 Symposium on Comparative Functional Morphology in Primates" in Duhram

Tasuku KIMURA

特別報告

韓国の産後療養院の視察

西村真実子¹ 吉田和枝¹ 米田昌代¹ 堅田智香子¹
 東雅代¹ 和田五月¹ 曾山小織¹ 金川克子¹

キーワード 産後療養院, 育児支援, 虐待予防, 韓国

1. はじめに

近年の子育ての意識調査によると、過去20年間ほどで、子育てに対して不安や困惑、困難感、不適格感などのネガティブな思いを訴える母親が増えている。子育てに不安を感じたことのある者は8割を超え、「どうしたらいいかわからない」と困惑したことのある者が約6割、子育てをするのが困難だと感じたことのある者が約4割を占める^{1~3)}。このような母親のネガティブな思いは「育児不安」と総称され、暴言や暴力などの虐待に繋がる場合もある。子どもへの暴言や暴力の実態については、どのようにそれを質問するかにより調査結果に違いがみられるが、およそ1~4割の母親にあるとされている^{4,5)}。

育児不安や虐待の増加には、子育て家庭の孤立化が大きく関与していると考えられている。核家族化、地域社会の交流の減少、少子化は、かつて家庭や地域社会にみられた、子育ての知恵の伝承やモデル学習、世代間や住民相互の相談・サポート機能を失くした。また、‘子育ては母親がするもの’とする伝統的な性別役割意識や、家庭よりも仕事を優先する社会の風潮は、父親不在の子育ての現状を容認する傾向を作っている。さらに、我々は無意識に‘女性は母性的に育児ができるはず’と考えおり、このような意識が無言のうちに母親にプレッシャーを与えていることも考えられる。近年のこのような社会環境が、子どもや子育てに慣れていない、あるいは子どもや子育てをイメージしにくい親を生み、そのような親が情報社会の中でストレスを抱えながら一人で子育てをしているのが現状であると思われる。さらに、母親の育児不安や子育て家庭の孤立化は子どもの育ちに悪影響を及ぼす可能性があり、近年の若者に共通してみられる傾向として、自信のなさや対人関係能力の低さが指摘されるが⁶⁾、これらはこのような子どもを取巻く環境の変化が子どもの育ちに悪影

響を及ぼした結果ともいえる。そして、そのような若者が親になり、不安を感じながら子育てをしていくというように、世代を通して子育てや虐待の負の連鎖が起っているのではないかと危惧される。

このような負の連鎖を絶つための支援は、妊娠中や周産期のできる限り早期から行うことが重要である。しかし、支援対象者をスクリーニングしたり、虐待の語句を用いて誘うことは、結果的に彼らに「虐待リスクのある問題のある親」、「駄目な親」というレッテルを貼ることになったり、侵略的介入となってしまう可能性がある。

そこで、誰もが気軽に訪れることができる施設などで、虐待予防も視野においた子育て支援を行うことが重要であると考えた。虐待予防の子育て支援には、安心して子どもと離れる時間を確保するというレスパイトケアとしての機能と、かつて地域社会のあらゆる場面でみられた「子育ての知恵の伝授やモデル学習、相互サポート・相談の機能」を備えていることが重要であると思われる。

現在の社会通念では、仕事や冠婚葬祭などの特別な理由がない限り、母親が子どもを預けることは好ましくないこととされる傾向が強い。しかし、母親たちが訴える子育てに伴う不安や不快感、いらいら、攻撃衝動性、子どもへのネガティブ感情に対処することは、親自身の子ども時代の傷つき体験(被虐待経験を含む)が関連している場合もあり、容易ではない。そこで、一旦子どもと離れ、エンパワーできる空間において、自分の子育てを振り返る時間をとることが重要になってくる。母親たちは母としての不適格さに悩み、自責感が強いとともに、人に対し緊張や警戒心、不信感が強いこともあるので、託児や支援活動の利用自体に消極的な場合もある。したがって、虐待予防も視野に入れた子育て支援においては、レスパイトケアとともに、母親の思いに配慮した情緒的ケアや相談の機能を備えていることが重要である。

¹ 石川県立看護大学

また、子育ての知恵の伝授やモデル学習の機能については、具体的な子育てスキル(例えば、しつけやいらいら対処法等)を、子育て経験や生活時間の共有を通して自然に学べるようなプログラムにより具現化できるのではないかと考える。先に述べたような誰もが気軽に利用できるような施設において、親役割をサポートする、参加者主体型の「ペアレンティング・プログラム」や、宿泊型の支援プランを設け、母親がニーズに応じてこれらを利用するというスタイルが望ましい。

このように考えていたときに、韓国において「産後療養院(または産後ケアセンター)」という施設があるという情報を得た。産後療養院は出産施設ではなく、産後に親子が過ごす施設であり、これまで述べてきたような虐待予防をも視野においた子育て支援活動の一つのスタイルとして参考になるのではないかと考えた。

2. 視察目的

韓国の産後療養院のねらい、設立の背景、運営方法、プログラム内容、利用実態、効果、課題などについて情報収集し、日本における子育て支援活動の参考とする。

3. 視察施設

我々は、まず今回の視察をコーディネートしてくださった柳光銖教授の属する全北大学看護学部で、韓国の産後療養院の制度・現況と日本の子育ての状況などについて、情報交換を行った。その後、4か所の産後療養院(個人の産科病院併設の産後療養院、和漢薬総合病院の産後療養院、私立総合病院経営の産後療養院、看護師経営の産後療養院)と保健所等を訪問し、情報収集とともに、職員の方々との意見交換を行った(表1)。

表1 視察施設

視察先	地域
1) 全北大学校看護学部 2) 和漢薬病院産後養生院 3) ハン産後療養院 4) 全州市保健所	韓国 全州市
1) 漢陽大学 2) 大日病院産後療養院 3) V I P産後療養院	韓国 ソウル市

4. 産後療養院について

韓国においては、出産に伴う入院は数日のみのことが多く、産後療養院は産後の養生と子育て支援のために設立された。しかし、出産後の全ての

女性が利用するわけではなく、‘産後のより良い養生をしたい’‘子育てや家事を助けてくれる人がいない’‘子育てに自信がない’‘人を雇うよりは費用がかからない’などの動機を持つ者が利用していた。利用日数は、1週以内が6.6%、1週間～2週以内54.1%、2週～3週以内34.7%、3週以上4.6%であり(2001年全国調査)、9割の者が2～3週間の利用であった。また、おおよそ半数の産後療養院において、15～20室程度の個室があり、1日に10～15名、1月に20名程度の母親が利用している(2001年同上調査)。視察した4つの産後療養院もほぼ同じ状況であった。病院直営や専門職者による開設の施設は少なく、ほとんどが専門職以外の個人か、チェーン形態の運営である。

提供されている看護サービスは、褥婦と新生児のヘルスチェック、乳房マッサージ、授乳指導、産後体操、栄養食の提供等であるが、4施設のうちの1～2施設で行われていたものとして、育児相談、ヨガ、アロマを使った部屋での石鹸作り(おしゃべり)、子どもの遊具作成があった。また、毎日、余裕のないようなスケジュールを決めて、母親が不安にならないようにしているという施設もあった。視察した施設ではみられなかったが、家庭訪問を行っている施設が多いということであった。産後療養院に関する詳細な情報は別稿で報告する予定である。

5 終わりに

韓国においては、少子高齢化社会に対応するための基盤構築事業が2006年からの10年間で計画されており、保健所長の話によると、出産と子育てに対する取り組みはこれから行われるとのことである。しかし、従来から行われている、産後療養院のような宿泊型の子育て支援スタイルと、そこで築かれた母親との信頼関係を基にした、その後の育児相談・家庭訪問によるサポートシステムは参考になる点があった。我々がめざす虐待予防を視野に入れた子育て支援は産後だけでなく、子どもの発達段階のどの時期においても利用可能であることが望ましい。産後療養院を参考にしつつ、日本の子育ての現状に即した、より多角的に支援プログラムを検討していかなければならない。

本視察は、平成18～20年度科学研究費補助金・基盤研究(C)(研究代表者 西村真実子)を受けて実施した。

文献

- 1) 原田正文：子育ての変貌と次世代育成支援．兵庫レポートにみる子育て現場と子ども虐待予防，2006
- 2) ベネッセ教育研究開発センター：第3回幼児の生活アンケート報告書 国内調査．87，2006
- 3) 社団法人日本小児保健協会：平成12年度幼児健康度調査報告書．2001
- 4) 徳永雅子，大原美和子，萱間真美：首都圏一般人口における児童虐待の調査．厚生指標，47（15），3～10，2000

- 5) 高窪美智子，西村真実子，津田朗子，関秀俊，田屋明子，井上ひとみ，林千寿子：育児における暴力・暴言の実態と背景要因の関係．石川看護雑誌，3（1），11～20，2005
- 6) 石川県若者しごと情報館 ジョブカフェ石川，若者の進路・職業選択のために～親として知っておきたいこと～．2006

（受付：2009年1月9日）



全北大学看護学部の先生方と



ハン産後療養院の室内：足浴を体験して



V I P産後療養院の玄関前（ビル内部）

Visitation to Postpartum Care Centers in Korea

Mamiko NISHIMURA, Kazue YOSHIDA, Masayo YONEDA, Chikako KATADA,
Masayo AZUMA, Satsuki WADA, Saori SOYAMA, Katsuko KANAGAWA

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. 著者名の所属を著者名の右肩に全角の数字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, 概要の下に一行空けて印字する. 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置く。
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. (書名单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., Cappozzo, 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。
3. 平成 20 年 9 月 4 日改訂。

編集後記

この度、石川看護雑誌第6巻が刊行されたが、今年度は例年と異なり、論文投稿を2回募った。第1回目は特に大学院生を対象とした夏休み前を締め切りに設定した募集であり、2回目は従来通りの募集(10月締め切り)であった。その結果、大学院生から1編の投稿があり、最終的に原著論文が2編、報告6編、資料4編が掲載される運びとなった。

もうひとつ例年と異なる点は、国際学会発表や海外研修などの内容を伝える特別報告が今年度から掲載されるようになったことである。研修、視察、学会発表などの目的で、特に個人研究費や学内共同研究費などの公費を使用して渡航した教職員に、原稿を依頼した。この試みには、学内のみならず学外の読者に、本学の教職員が海外でどれだけ活躍しているかを知ってもらうことや海外の事情を知る機会に繋がればという目的がある。このことにより多くの刺激を受けてもらえれば、編集委員会としてはうれしい限りである。

本巻の編集には平成20年度「石川看護雑誌」編集委員会(金子・末弘・西村・浅見)が担当した。また長田図書館主任専門員に今回もご助力を願った。最後ではあるが、査読の労をとってくださった学内外の方々に、この場を借りてお礼を申し上げたい。

2009年3月

石川看護雑誌第6巻編集委員長 末弘美樹

石川看護雑誌
第6巻

ISSN 1349-0664

2009年3月

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：田中昭文堂印刷株式会社

Ishikawa Journal of Nursing ISSN 1349-0664

Volume 6

March 2009

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 Tanaka & Shobundo Graphic Art co., ltd.

© 2009 Ishikawa Prefectural Nursing University. All rights
reserved.