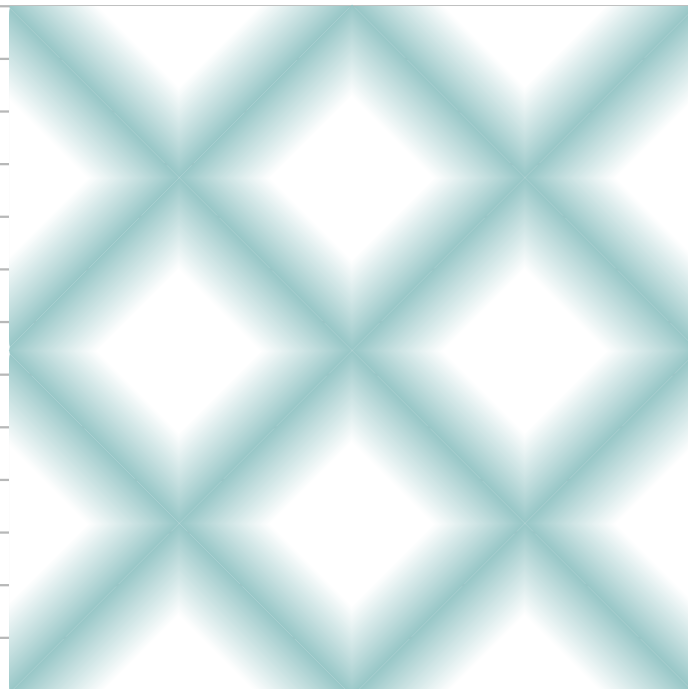


Ishikawa Journal of Nursing

石川看護雑誌

第7巻 ■ 2010



石川県立看護大学

ISSN 1349-0664

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

第7巻

Volume 7

2010

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

石川看護雑誌

第7巻（2010年3月）

目次

総説

- コミュニティにおけるセルフヘルプグループを基盤とした
サポートネットワークシステム研究の今日的課題と展望 1
大木秀一，谷本千恵

原著

- 継続的な太極拳の実施による脳機能改善の効果
—中国吉林省の老人活動センターにおける試み— 13
孫皎，金川克子，佐々木順子，大木秀一
- 糖尿病熟練看護師の語る実践しているケア 23
彦 聖美，佐々木順子，金川克子，吉森 由香利

報告

- 看護学生に日本版バーチャルハルシネーションを用いた
体験学習による統合失調症患者への印象の変化 35
川村みどり，武政奈保子，谷本千恵，清末郁恵
- 就学前の発達障害児の支援体制について —継続支援のための一考察— 45
子吉知恵美

資料

- 子宮がん検診の受診行動に関わる因子の検討 59
河合晴奈，高山紗代，今井美和
- 石川県北部における女子中学生の冷えの自覚の実態調査 71
高山紗代，河合晴奈，今井美和
- 手浴用ベースンの開発とその臨床評価 81
中田弘子，小林宏光，川島和代
- 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」の評価
—アンケート調査からみたアクションプランの実施状況— 87
伴真由美，浅見洋，金川克子，西村真実子，大木秀一，曾根志穂
- 温泉を利用した健康増進についての包括的考察 97
—国内の最近25年の論文の紹介を中心に—
松原 勇

特別報告

ドイツ語圏における死生観研究における予備調査Ⅱ	109
浅見 洋	
看護系国際学会参加についての報告	113
今磯 純子	
山西医科大学における看護学会への参加報告	117
吉田 和枝	
発行規定	121
執筆要領	123
編集後記	127

Ishikawa Journal of Nursing

Volume 7 (March 2010)

Contents

General Article

- Current Challenges and Perspectives Concerning Researchers on the Support Network Systems
Based on the Self-Help Groups in the Community 1
Syuichi OOKI, Chie TANIMOTO

Original Articles

- Effect of Persistently Practicing Tai Chi on the Brain function improvement
—Experiment in one Area of Jilin Province, China— 13
Jiao SUN, Katsuko KANAGAWA, Junko SASAKI, Syuichi OOKI
- Diabetes Nurse Specialists Recount Their Practice of Care 23
Kiyomi HIKO, Junko SASAKI, Katsuko KANAGAWA, Yukari YOSHIMORI

Reports

- How the Experience with Japanese VH Changes Nursing Students' Impression of Patients
with Schizophrenia 35
Midori KAWAMURA, Nahoko TAKEMASA, Chie TANIMOTO, Ikue KIYOSUE
- Support System for Developmentally Disabled Preschool Children
An Examination for Continual Support 45
Chiemi NEYOSHI

Materials

- Cervical Cancer Screening Behavior and Related Factors 59
Haruna KAWAI, Sayo TAKAYAMA, Miwa IMAI
- Subjective Chills in Junior High Schoolgirls in Northern Ishikawa Prefecture 71
Sayo TAKAYAMA, Haruna KAWAI, Miwa IMAI

Development and Clinical Evaluation of Hand-Bathing Basin	81
Hiroko NAKADA, Hiromitsu KOBAYASHI, Kazuyo KAWASHIMA	
Evaluation of the "Maternal and Child Health Support Project" in the Republic of Tajikistan	
– Survey on the State of the Execution of the Action Plan –	87
Mayumi BAN, Hiroshi ASAMI, Katsuko KANAGAWA, Mamiko NISHIMURA, Syuichi OOKI, Shiho SONE	
Comprehensive Studies on the Total Health Promotion that used the Spa.	
- Review of Papers Recent 25 Years in Japan -	97
Isamu MATSUBARA	
Special Reports	
Preliminary Research concerning Views on Life and Death	
in the Region where German is Spoken (II)	109
Hiroshi ASAMI	
Attendance at the International Nursing Conference	113
Junko Imaiso	
Participation in a Nursing Conference at Shanxi Medical University	117
Kazue YOSHIDA	
Regulation	121
Instruction to Authors	123
The Editor's Notes	127

総説

コミュニティにおけるセルフヘルプグループを基盤とした サポートネットワークシステム研究の今日的課題と展望

大木秀一¹ 谷本千恵¹

概要

健康に関する課題を抱えた当事者の自発的参加と意思の共有で、セルフヘルプグループ (Self-help group: SHG) が形成される。複数の同種異種の SHG がつながり、多職種がゆるやかに連携・協働することでコミュニティにおけるサポートネットワークシステム (Support network system: SNS) が構築される。その形成プロセスは、内発的發展論とエンパワーメント理論に通底するボトムアップ・自発的なものであり、従来型のトップダウン式の行政支援と補完し、相互変容が期待できる。SNS による当事者支援は保健・医療・福祉・心理などに細分化された領域・職種を越境して、ケア科学、ホリスティックケアと言う包括的視点から俯瞰できる。今後はケア科学におけるコミュニティの中心としての保健医療福祉系大学の存在意義がクローズアップされるであろう。

キーワード セルフヘルプグループ、サポートネットワークシステム、内発的發展論、エンパワーメント、ケア科学

1. はじめに

筆者は、本学附属地域ケア総合センターの助成金研究 (2004-2009 年度, 研究代表者) および、独立行政法人福祉医療機構助成事業 (2006-2009 年度, 研究協力者) などにより、多胎育児家庭を支援するシステムの構築に関する参加型実践研究を進めてきた^{1,5)}。そのプロセスで多胎児サークル (当事者グループ: SHG) 同士の連携と多職種 (行政・医療・研究・他団体) とのゆるやかな連携・協働による全県レベルのネットワーク (いしかわ多胎ネット: SNS) を構築し「地域多胎ネット」と言う概念で整理してきた。いしかわ多胎ネットに端を発した、県や地域レベルでの複数の多胎育児支援ネットワーク間の連携は現在全国展開しつつある。

以上を通じて、当事者を主体とした比較的小規模な SHG の連携から、複数の SHG と多職種を巻き込んだ SNS の構築と言うプロセスが、支援課題 (親子, 精神, 高齢者など) によらず、比較的汎用性の高いアプローチとして一般化できると考えた。なお、SNS と言う用語は現段階では筆者自身の考えに基づいた用語であることを予め断っておく。さらに、支援活動とは一見接点のない発展論, 社会ネットワーク理論, 創造学, ビジネス論, 経営学などの諸分野と通底・類似する考え

方が多数認められた。

共著者の谷本は、長らく精神看護の領域を中心に SHG の研究に従事しており^{6,8)}、その有用性・将来性、さらには看護領域における実践と研究の可能性に着目していた。

本稿における筆者の考えを簡潔に述べると、「当事者主体の支援グループ (SHG) は、専門的知識とは別体系の経験的知識を有し、また必然的にボトムアップに発展していく可能性を秘めている。そのネットワーク化 (SNS) は、従来型の行政主体のトップダウンの支援体制と補完・相互変容 (後述) しつつ効果的なケアと支援をなす有力な社会資源となる可能性がある」と言うことである。また、こうした、SHG, SNS, さらにはこれらを支援するセルフヘルプクリアリングハウス⁶⁾ (SHC) ないしセルフヘルプ (情報) 支援センターなどは時代の要請に合致したものであり、地域の活性化, コミュニティ再生につながり、今後の保健医療行政・施策, 保健医療福祉系大学の在り方に少なからぬ影響を及ぼすと予測する。なお、ここで言う SHC とは地域レベルで様々な SHG を支援する情報収集・発信センターのことである。SNS と SHC の異同は現段階では未整理である。

以上は、比較的研究の歴史が短い分野であり、その多くが実践知に基づくため、SHG, SNS の効果は経験的には了解できても理論的には必ず

¹ 石川県立看護大学

しも実証されていない。しかし、「自然科学的に」十分に実証されなくとも、少なくとも当事者が受けるリスクに比べれば、救われる人は確実に増えると考えられる。

本論文の目的は、SHGを基盤としたコミュニティレベルでのSNSに関する研究の今日的課題と展望を整理し、ケアの時代における看護学研究が扱うべき課題に新たな提言をすることである。

なお、用語の定義については、定義自体がまだ渾沌としている部分もあり、必要最低限の理解を促すものにとどめた。文献に関しては網羅的な入門書を中心にした。

2. セルフヘルプグループ (SHG)

2.1 SHGの特性

(1) 概論

共通の問題や課題、悩みを抱えた当事者同士の集まりは、保健医療福祉領域では、当事者グループ、自助グループ、本人の会、疾患であれば患者会、その家族であれば家族会など様々な呼称があり、数十年の歴史を持つ⁶⁾。本稿では便宜上SHG⁹⁻¹⁹⁾と統一する。しかし、必ずしも疾病や障がいだけでなく、生活のしづらさ全般が対象である。SHGの定義は多数あるが、「SHGは、生活上の共通課題に取り組むために自発的に集まり相互援助と目的達成を狙った小グループであり、個人ないし社会の変化をひき起こそうとする」としておく。当事者性、共感、自発性、自主性などはSHG成立の重要要件である。行政職が当事者の支援と言う場合、単に当事者を集めているにすぎない例も多い。また、当事者がSHGと認識していなくても、SHG機能を果たしている場合もある。

現在ではSHGに関する共通理解がある程度なされている。本稿では、国内でのSHGの概念を中心に、今後の研究発展に接近する。欧米のSHGとは歴史的・文化的・宗教的背景が異なり、同一線上で考察しにくい点があるからである。

筆者の実感として、当事者自身は「学術的な」用語を持って理論展開はしないし、必ずしもそれを希望しているわけでもない。しかし、専門的概念にかなり近いことを実践知として体得している場合や、専門職とは全く異なる発想から問題提起・解決のアプローチをすることがある。専門職がSHGに表面的に関わると、SHGに否定的な立場をとったり、逆に素朴な素人肯定論を唱えたり、単なる体験談とSHGの機能とを混同しやすい。

紙面の都合で、SHGに関する様々な課題や問題点については触れていないが、SHGと言っても現実には種々多様である。研究者が行う理論的整理と現実の活動にはそれなりの相違があることは認識すべきであろう。

SHGの特徴としてはメンバー（当事者）の、①共通の問題、②共通のゴール・ビジョン、③対面的相互関係、④対等な関係、⑤自発的参加、⑥主体性重視、⑦専門家との多様な関係、などがあげられる。SHGの機能や概念が拡張している現在、例えば③では必ずしもface-to-faceの関係でなく、オンラインネットワークによるサポートの有効性なども指摘されている²⁰⁾。

SHGの独自性としては、①ヘルパー・セラピー原則、②プロシューマー、③非専門的援助、などがあげられる。

①は援助する人が最もよく援助を受けると言うものである⁹⁾。支援をする人と受けると言う従来の主従関係の構図を根本的に変える。当事者は援助者役割を演じることで、自分自身の問題をより理解できると同時に「自分の経験が役に立つ」という実感により自尊感情の回復、双方のエンパワーメントにつながる。

②はサービスの受け手こそが最もよくニーズを知っているので、コンシューマー（利用者）はプロデューサー（援助者）に対して多くの貢献をしていると言うことである⁹⁾。その意味でSHGは潜在的に専門家に貢献する。この点を理解しないと、専門職の考える支援と当事者の求める支援に隔たりが生じる。

③に関しては、SHGの有効性を論じるときに対専門職との関係だけでは不十分であり、専門家の専門的知識、SHGの経験的知識、素人の単なる思いつきの3者関係での区別が必要である。つまりSHGと「単なる素人集団」と何が違うのかを明らかにせず、当事者集団と専門職集団の2者を対比すると、短絡的な素人肯定（ないし否定）論、素人見直し論に陥る危険がある¹¹⁾。SHGの知識は、組織化された経験的知識であり、その場限りの個人的・個別的な体験談、専門職の専門的知識とも性質を異にする。

筆者は、①は、ピアサポートを受けたピアが、次のピアサポーターになると言う循環型支援^{2, 3, 5)}にもつながり、②は、医療経済的な観点から、SHGの当事者が専門職にはない健康上のサービスや知識を生み出しており、トフラーの言う生産消費者の富の創出の概念²¹⁾に通じると考える。③は、

専門職が当事者グループと関わる時に常に意識すべき点であろう。

(2) 研究の歴史

海外においてSHG研究の萌芽がみられるのは1960年代であり、その後、精力的な研究が展開され、一部は翻訳され^{9, 13)} SHG研究の普及に多大な貢献をした。SHGの概念や理論が本格的に国内に紹介されたのは1980年前後である。それ以降次第にSHGに関する文献が蓄積された。福祉領域で久保^{10, 17)}、岡^{11, 15)}、久保ら¹⁴⁾、中田¹⁶⁾、高松¹⁸⁾、岩田¹⁹⁾、による概念整理と理論構築が進んできた。保健学分野では山崎ら¹²⁾の研究がある。

SHGの学術的研究は日本では歴史が非常に浅い。その理由として、定義、機能評価、有効性などが未確立であるだけでなく、SHG自体が欧米で成立しやすい文化的素地を有していたことがあげられる。研究の多くは福祉学領域であり、看護系での体系的な研究は少ない。

例えば、井上²²⁾は「親の会」の国内文献の網羅的検索を行っているが、文献の種類は活動報告、総論・私見が大半であり、学術的研究はほとんどみられない。研究の場合も質問紙調査や聞き取り調査レベルのものが主である。文献数自体は近年、特に1998年から2003年にかけて急増し、その後、比較的安定しているが、論文タイトルや掲載誌名を概観する限り、内容的には井上の指摘と大差はない。

SHGの数の把握は非常に難しい。それはSHGの定義もさることながら、SHG自体の寿命の短さや匿名性にもよる。国内でSHGのリストないしダイレクトリ^{10, 17)}が作成されるとき、その多くは、疾病・障がいあるいはその回復者に関するものであり、より広い意味での公衆衛生学的な課題に対するSHGは把握されにくい。したがって、支援に当たる専門職も、SHGとは目に見える重要で深刻な課題に対する当事者のサポートグループと言う認識が強い。そのため、一見支援の本質が見抜きにくい課題では、当事者（サークル）が専門的支援の隙間から漏れる可能性があると思われる。筆者が関わってきた、多胎育児支援などがその例である。健康に関する問題を広い視野で考えることでSHG概念の有効性は拡大すると思われる。

2.2 日本におけるSHGの本質論

日本と言う歴史的・文化的文脈の中でのSHG

の本質論は岡^{11, 15)}が詳細に考察している。働きの要素として「わかちあい」を基本とした「ひとりだち」「ときはなち」の概念はSHGの理解にとって参考になる。

「わかちあい」とは、「複数の人が情報や感情や考え方などを同等な関係の中で自発的に情緒的に抑圧されずに交換すること」である。施設や病院で一見SHG的な活動をしている場合があるが、網羅的組織化には包摂と排除の原理が働く危険性がある。日本古来からの「ムラ社会」あるいは「町内会」などはSHGの原型と誤解されやすいが、「わかちあい」を期待しにくい。

「ひとりだち」とは、「わかちあいを通じて、自分自身の状況を管理し、問題解決を自己決定し、社会参加・社会貢献していくこと」である。SHGの意義は決して相互依存・運命共同体の状態になることではない。

「ときはなち」とは、「自尊感情を取り戻し、周囲の人々の差別と偏見を改め、社会制度の不平等性をなくしていくこと」である。

3要素それぞれにおいてメンバーが自己に向かう内向きの側面と、社会に向かう外向きの側面を持つ。例えば、「わかちあい」は内向きには例会における体験の語り、外向きにはピアサポートや会報の発行などがある。「ひとりだち」は内向きには、自己決定を、外向きには社会参加を、「ときはなち」は内向きには自尊感情の回復を、外向きには社会変革の要素を持つ。

筆者は、内向き・外向き両者のバランスが重要であると考え、内向きの要素が強くと閉鎖的・自己完結的になりやすく、逆に外向きの要素が強調され過ぎるとSHGの原点である「体験の共有」が希薄化するからである。内向きの要素はSHGの固有のケア機能としての価値を有し、また、外向きの要素があるから、SHGの社会的意義が存在すると思われる。

3. SHGを基盤としたSNSの構築

以下の論考の概要を便宜的に図1にまとめた。SHG自体のたどるプロセスは岩田¹⁹⁾に詳しい。メンバー数が増えるとグループは巨大化・組織化、発展し、消滅に向かう。ただし、これは一つのSHGの範囲内でのことである。SHG同士の新たな「つながり」やSHGの社会的意義を考えた場合に、同じ課題を持つSHG同士の連携、SNSのようなより規模の大きなネットワークの構築も一つの選択肢である。

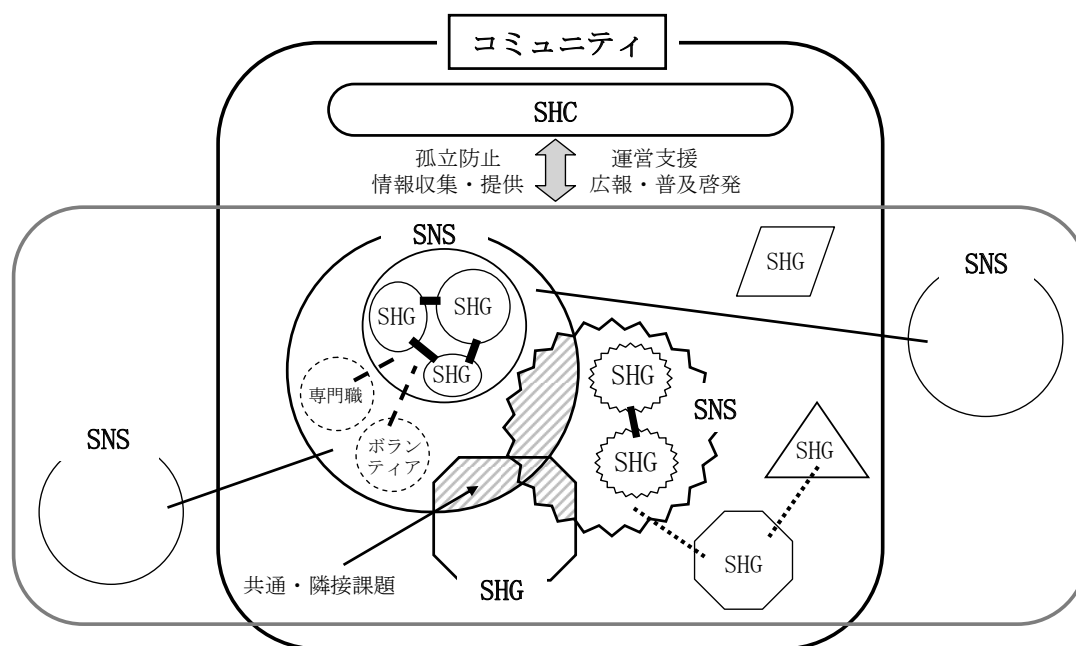


図1 コミュニティにおけるセルフヘルプグループ (SHG), サポートネットワークシステム (SNS), セルフヘルプクリアリングハウス (SHC) の関係を表すイメージ図 (図の形が生活上の困難の違いを, 線の種類が結びつきの強弱を表す)

同じ課題を持つ SHG (のリーダー) 同士がつながり, 多職種と連携, 協働し SNS が構成される. 共通・隣接する課題に対して SHG, SNS 同士が連携する場合もある. SNS が拡大・組織化すれば, SNS 内にさらに特別なニーズを持つ当事者に対応できるサブグループが生まれる場合もある. 現状では少ないが, 様々なテーマの SHG, SNS を支援する SHC がある. 実際には SNS が SHC 的な役割を果たす場合も多く, コミュニティの範囲もしばしば特定できない. 「当事者の数や課題の種類」により SHG, SNS, SHC の範囲や規模は多様であろう. 様々な「越境」もみられる. 活動地域よりも SHG, SNS, SHC の本質的な意義が重要である.

SNS に関しては, 筆者の経験に基づく論考が大きいことを断った上で, 以下の役割や有効性を指摘したい. ①情報量の飛躍的な増加と拡散, ② SHG におけるリーダーやキーパーソンに対するケアとリスクの分散 (バーンアウトの防御), ③自己完結に終わらない発展性を持った社会活動, ④ SHG 活動の安定性・継続性と専門機関への信頼度の増加, ⑤地域特性の再評価, などである¹⁵⁾.

この場合, SNS の基盤は同じ課題を持ちつつも独自の活動をする SHG の連携である. さらにコミュニティにおける多職種との連携による SNS の構築, 全国展開, といったボトムアップの発展をたどることが重要である. 共感をもとにした共通のゴールやビジョン, ミッションを持たないまま, いきなりトップダウン式に組織展開を行っても, 必然的に内部崩壊せざるを得ないと考えられる.

福祉分野では SHG 自体の理論的概念整備は非常に精緻である一方で, その発展プロセスが SNS というコミュニティレベルの枠組みで論じられることは少ない. その意味で原田²³⁾ が子育て

支援の分野での実践活動を通して論じている, 「子育て (自主) サークルから子育てネットワークへ, それを支援する子育て支援ネットワーク」と言う考え方は有用である. 以上は, 筆者が考える SHG, SNS, SHC との着想に近い. その背景には, 支援課題の量 (当事者数) と質 (課題の重さ) が関係するものと思われる. SHG の活動基盤は基本的には脆弱である. これは人材や資金などが大きく関係する. もちろん発展的に解散することもあるが, 当事者が望まない形で自然消滅する場合も多い. 特に, 行政主体の当事者グループはいったん行政の手を離れると容易に崩壊しやすい.

同じ悩みを持つ SHG 同士が交流・つながりを持つ可能性もある (サークルリーダー会など). SHG のリーダーがある程度の経験と知識を積み重ねると, 必然的に外部に目が向くからである. 社会を変えようと働くグループは, メンバー自体もそれを支援する者も人間的に成長する²⁴⁾. SHG のつながりは当事者を中心に自然発生することもあるが, 多くの場合には専門職による何らかのきっかけ作りや仕掛けが必要になる. その際,

参考になると思われる視点を以下に述べておく。

SHG から SNS への発展プロセスでは、当事者主体の経験的知識、暗黙知を広く共有できる形で形式知へ変換し²⁵⁻²⁷⁾、伝達していく必要がある。しかし、この種の作業は研究としても、また、当事者の活動としても一般的に非常に限定されている。このことが、SHG、SNS の有効性を実証しにくくしている一因であると思われる。

また、SHG あるいは支援関係者は人と人が「つながる」と言う表現を好んで使う。しかし、ネットワークと言う表現は、当事者だけでなく専門職においてもイメージ主導で語られることが多く、つながるための方法論が科学的に論じられることは少ない。その際に、看護系では触れられる機会が少ない理工学系の複雑ネットワーク理論^{28, 29)}などは社会的ネットワークに対して、これまでにない新たな理解もたらす可能性がある。なぜならば、勘や経験だけに頼っていても効果的なつながりや情報伝達は難しいからである。

さらに、専門職と当事者の関係と役割の違いを明確にしておく必要がある。実践活動においてはこの点がしばしば曖昧になりやすいと考える。一般に両者の関係には「平行過程の原理と原則」¹⁹⁾と呼ばれるものがある。しかし、筆者の知る限り「研究」専門職（研究職、大学職など）と「業務」専門職（行政職、医療職など）が明確に分けて論じられることはない。従来の報告や当事者の認識では、専門職とは、漠然と業務専門職を指す場合が多い。一方で、SHG に関する調査研究、広範な理論・知識体系の構築と普及、学術的情報発信の大半は大学の研究職が行っている。もちろん、両者が明確に区別できるものではないが、大学研究職の持つ当事者との比較的自由度の高い関係性と、領域に縛られない専門性は固有の特性と考えるべきであろう。

筆者は SHG が拡大し、ネットワーク化・組織化していくことだけが最善だとは考えていない。一定の役割を終え、自然解散することも一つの選択肢である。また、機が熟さないうちに組織化を行い失敗に終わる事例もある。さらに、当事者自身が SHG を社会変化のための資源と言う専門職的な価値観で意味付けしているとは限らない。しかし、何らかの社会的貢献を望む当事者、SHG が存在するのであれば、SNS と言う形態は有効なのではないかと考える。

4. SHG, SNS と内発的発展論およびエンパワメント理論

SHG, SNS は従来の行政・専門職主導のトップダウン式の支援とは全く異なる、当事者主体のボトムアップの支援と言うパラダイムを提供する。即ち、現在の保健医療供給体制の限界を補う可能性を秘めている。この点を、内発的発展論³⁰⁻³²⁾、コミュニティ・エンパワメント^{24, 33, 34)}の概念から論じる。

4.1 内発的発展論

内発的発展論は、社会科学の分野で 1960 年代後半から 1970 年代に誕生し、日本では鶴見³⁰⁾が提唱し発展してきた概念である。ここで SHG, SNS との関連で主要概念を整理する。

内発的発展論を保健医療上のレベルで論考したものとしては、社会福祉学の分野では高田³⁵⁾が、保育学の分野では中谷³⁶⁾が示唆に富んでいる。

内発的発展論自体は、西欧をモデルとする近代化論がもたらす様々な弊害を予防するための社会変化の過程として構築されてきた。内発的発展の担い手は、そのめざす価値と規範を明確に指示する。近代化論はアメリカを中心に形成される一般理論である一方、内発的発展論は、途上国・第三世界の個別的経験や事例に基づいて構築される抽象度の低い理論化から出発する。

西川³¹⁾は内発的発展の特性として以下をあげている。①人間の全人的発展を目的とする。②他律的、支配的発展を否定し分かち合い、人間解放など共生の社会づくりを志向する。③内発的発展の組織形態は参加、共同主義、自主管理等と関連する。④内発的発展は地域分権と生態系重視に基づき、自律性と定常性を特徴とする。

内発的発展の単位は地域である^{30, 31)}。大理論から出発するのではなく、人間が実際に生活を営む、地域と言う小単位から、人間を見つめなおそうとする。普遍から個別へ、国家から地域社会へと言う分析方法は、ボトムアップのプロセスをたどる。それゆえ、地域の実情に合わせて異なる発展経路・多系的発展がある。内発的発展では「手段として」ではなく「目的として」の参加を重視する。これは住民自身がプロジェクトや組織の主導権を取り、主体となって参加すると言う、プロセスを重視する形態である。

川勝ら³²⁾は、内発的発展の発展とはほかならぬ人間の成長であり、不条理な苦痛の存在と現状を知り、解決に向けた方向付けが内発的発展論の

課題としている。つまり、地域と言う文脈に存在する個、人間そのものの内発を視野に入れることが必要になる。その際、「本来責任を負うべきでないにもかかわらず、外的条件のために人間が負わされた不条理な苦痛を軽減するために、その現状を知り、先頭に立って解決のために働く主体」であるキーパーソンの存在が重視される。内発的發展においては、他律的支配的發展は否定され、分かち合いや人間解放などの共生の社会づくりが目指される。それゆえ、必然的に内から、下から、地方からと言う方向性を持つ。以上、内発的發展論は近代化論、發展論と言う世界規模の視点からの概念であるが、その基本思想にあるものはSHG、SNSの持つ、不利からの解放、当事者主体性、ボトムアップ、「場」としてのコミュニティなどの概念に通底することがわかる。

4.2 エンパワーメント理論

エンパワーメントの概念は「権利や権限を与えること」と言う意味の法律用語として17世紀に使われ始めた。社会的に広く使われ始めたのは第二次世界大戦後の米国公民権運動、フェミニズム運動などの社会変革活動を契機とする。近年では、社会福祉、発展途上国開発、医療・看護、教育など広範な分野で使われ、その概念も様々な拡大解釈されている。しかし、共通する概念として「社会的に差別や搾取を受けたり組織の中で自らコントロールしていく力を奪われた人々が、そのコントロールを取り戻すプロセス²⁴⁾」をエンパワーメントと言う言葉で表そうとしている。それは、人間尊重社会、即ち、すべての人間が本来持つ潜在力を最大限に伸ばし発揮できる社会の実現を意味している。

森田³³⁾はエンパワーメント概念本来の意味を定義、理論化することを試みている。エンパワーメントの概念は1970年代から米国で頻繁に使われ始め、それは草の根運動の中から生まれ、社会変革の実践の中で使われたと指摘する。その概念化においてempowermentのemを「内」と言う接頭語として解釈している点が興味深い(通常は「・・・にする」と言う接頭語とみなされる)。即ち、「内」と「力」がエンパワーメントを理解する鍵だとする。したがって、「互いの内在する力に働きかけ合うこと」「一人ひとりが潜在的に持つパワーや個性を再び息吹かせ、すべての人が持つ内的なりソースにアクセスすること」と位置付けている。われわれは、比較、差別、偏見など

様々な外的抑圧にさらされるうちにこれを自ら受け入れ、自分自身を抑圧する内的抑圧を生じさせる。内的抑圧は自己を内へ閉じ込め、内外の抑圧が自己否定、無力感を生むのである。エンパワーメントはこの内外の抑圧を共感、連帯、信頼、権利意識などの肯定的パワーで取り除き、自己のあるがままを受容し、内在する資源に働きかけることである。

久木田ら²⁴⁾によれば、エンパワーメントは「すべての人間の潜在能力を信じ、その潜在能力の発揮を可能にする人間尊重の平等で公平な社会の実現する価値観に根差し、社会的搾取を受けたり、自らコントロールしていく力を奪われた(dis-empowerment:非力化)人々がそのコントロールを取り戻すプロセス」である。

久木田ら²⁴⁾はさらにエンパワーメントは一定の順序を経て行われることを見出し、以下のように整理している。①基本的ニーズレベル(生存にかかわるレベル)、②アクセスレベル(パワーを生み出す様々なリソースへのアクセスにより、社会的・経済的エンパワーメントが進む)、③意識化レベル(社会的ネットワークの広がり、参加機会、自己の置かれた状況への意識化、権利やより高い価値への認識、目標設定、自己の役割への意識化、知識の獲得)、④参加レベル(積極的な社会活動への参加、組織化、政治的発言力、政治的エンパワーメント)、⑤コントロールレベル(多面的なエンパワーメント促進、コントロール権と自由な選択、外部集団への積極的な働きかけ)。このうち①に関しては基本的人権の保障と言う側面から、衣食住のみでなく、安心感・信頼感、自己尊重、自己選択・自己決定などを含める立場もある。以上のプロセスは、多胎育児支援のSHGがSNS、全国組織化へと外向きに発展していく段階(現段階では③~④に向かう途上であろう)で筆者が観察した状況¹⁵⁾に酷似している。

エンパワーメントがさらに進むと最終的には、パワー関係の両側に合った弱者と強者の関係性が互いに変化し、「全体的な構造変化」をもたらす。このようなプロセスを相互変容(トランスフォーメーション)と言う。これは、「強弱の立場の逆転ではない」と言うフレイレ³⁷⁾の主張に通じる。即ち、抑圧と非抑圧の逆転は抑圧搾取構造の再生産に過ぎないからである。

相互変容は、通常、社会的、経済的、政治的側面だけでなく、内面的、心理的变化や価値観の変化を伴う。なぜなら、エンパワーメントが弱者の

強化と力（パワー）の獲得を意味するのに対し、相互変容は強者も含む「関係性の変化」をもたらすからである。SHGのヘルパー・セラピー原則は、SHG内での個人レベルでの関係性の変化とも考えられる。

相互変容と言う概念は、SNSにおけるパートナーシップと言う考え方にも関係する。即ち、複数の平等な関係にあるパートナー（時にステークホルダーでもある）が単に出会うだけでなく、互いの専門性を認めながら歩み寄りと言う関係がSNSの基本的発想だからである。従来の二分的主従関係（例えば、治療者と患者、支援者と非支援者、専門家と非専門家）に対する疑問や意識変化は医療や教育、さらにはビジネスの世界などでも近年幅広く起きている³²⁾。

4.3 内発的発展論・エンパワーメント理論におけるコミュニティと言う視点

内発的発展論は地域を、エンパワーメント理論は個人を基本単位にして発展してきた³⁶⁾。しかし、地域と個人は元来不可分の関係にある。即ち、個人のエンパワーメントを考える場合に、必然的にその個人が所属するコミュニティを考えざるを得ない。例えば、安梅³⁴⁾はエンパワーメントを、セルフ・エンパワーメント、ピア・エンパワーメント、コミュニティ・エンパワーメントの段階に分けている。そして、エンパワーメントをホリスティックケアと捉え当事者とそれを取り巻く環境の総体を視野に入れている。

SHGが単独で存在しているわけではない。特に、SHG同士がつながり、多職種とSNSを形成する場合に、必然的に、活動する「場」としての地域社会、あるいは人間集団としてのコミュニティと言う存在がクローズアップされてくる。

即ち、各々のSHGやSNS自体は独自性を持っているが、そこには必然的にコミュニティと言う状況や文脈が発生する。コミュニティに関する議論は非常に多彩であるが、広井³⁸⁾の「人間が、それに対して何らかの帰属意識をもち、かつその構成メンバーの間に一定の連携ないし相互扶助（支え合い）の意識が働いているような集団」との理解はSHG、SNSを考える上で参考になる。

また、「人間の重層社会における中間的な集団」³⁸⁾と言うコミュニティの捉え方は示唆に富む。即ち、コミュニティは原初からその内部的な関係性と外部との関係性の両者を持つ二重性があり、外部に対して開いた性格を有する。つまり、コミュニテ

ィ作りと言うこと自体に外部とつながる要素が含まれている。筆者は、先に示した岡^{11, 15)}が論考したSHGが本質的に持つ内向き・外向きの性格はこの点でコミュニティ理論とつながるのではないかと考えている。

コミュニティは定住者と外部居住者の融合により安定し、継続性を維持する一方、新参者が創造的な融合を生み出す多様性と相互作用を提供する。この点においてコミュニティは創造性と言うテーマとも結びつく。つまり、SHG、SNSと言う概念は外部に開かれることで、本来的に従来にない新たな知の創造を生み出す素地を有するのである。以上から、SHG、SNSと言う発展過程はコミュニティの特性を色濃く反映し、しかも知的創造に連動するプロセスと捉えることができよう。

5. ケア科学からみたSHG、SNS研究の展望

次に、SHG、SNSの研究を広く「ケア科学」と言う枠組みの中で論じることとする。その理由はSHG、SNSと言う概念をもとにケアの本質³⁹⁾に迫り「人間に対するホリスティックなケア科学」^{38, 40)}を俯瞰しうるからである。

医療には、自然科学（サイエンス）としての側面と同時に人文科学・社会科学・人間科学としての側面がある。ここで言うサイエンスとは、西欧近代科学のことであり、本質的には、①普遍的法則性の追求と、②経験的・実証的合理性の要素を持ち、典型的には数量的説明に代表される。しかし、それと同時に、医療は単なる自然科学の臨床的応用にとどまらず、「癒し」「物語り」「スピリチュアリティ」などに代表されるように、人間全体・ホリスティックなケアの側面を色濃く持った営みでもある。日本ではケアとしての医療は、国家戦略として自覚的に展開されてはならず、しかもサイエンスとしての側面よりも一段低いものとして見なされがちである。つまり、ケアとしての医療が明確に位置付けされていない。

医療におけるサイエンスとケアは分断された状況で互いに独自の発展を遂げてきた。サイエンスが主体と対象（自然）との関係を切断し、その統御を思考するのに対し、ケアはむしろ対象との共感・一体性・親和性を基本的要素とする。また、サイエンスが機能的・網羅的な実証性や客観性を重視するのに対し、ケアはむしろ対象の個別性・経験の一回性を志向する。ここではケア全体を2つの主軸で「便宜的に」4分割し、全体像を簡潔

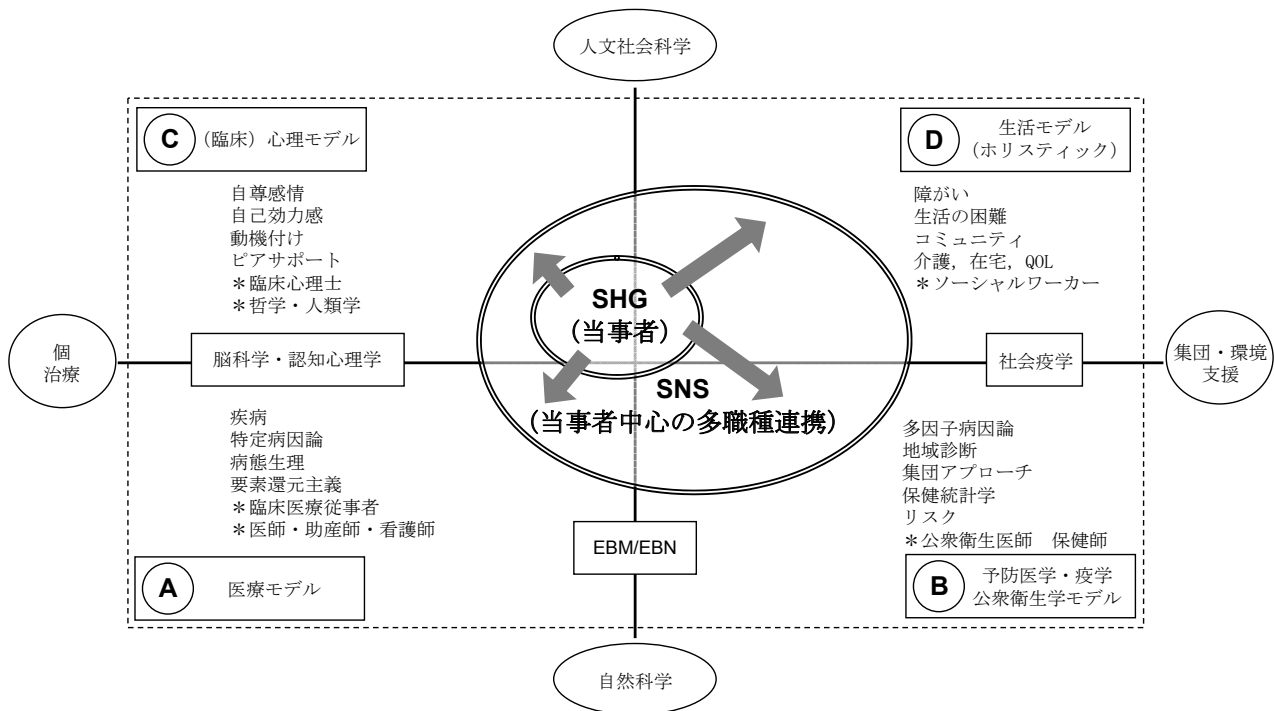


図2 ケア科学の全体像におけるセルフヘルプグループ (SHG), サポートネットワークシステム (SNS) の位置付け

SNS には業務専門職には難しい行政的・地域と支援課題を越境した隙間のない継続的な支援の可能性がある。その際、比較的自由に活動することができる当事者や大学研究職にコーディネーターとしての役割が期待される。

に整理しておく (図2)。これは広井^{38, 40)}の原案を基本に、筆者の考えを大幅に取り入れている。現実には領域間で様々にクロスオーバーしている。縦軸は科学を自然科学と人文社会科学に分けている。自然科学 (近代西欧科学) は物理学を中心として発展してきた。その帰結として、疾患の要素還元主義・単一要因論 (特定要因説) に親和性を持つ。人文社会科学は、人間の心理社会的な側面に光を当て、かつ対象の個別性をより重視している。

横軸は、個あるいは治療を中心に据えるか、集団・支援を中心に据えるかである。人間の集団を考える場合には必然的に人間を取り巻く環境と言う要素が加味される。広い意味での生態系と言ってもよい。左側は人間の個体としての側面に主たる関心を向けた何らかの治療的なアプローチであり、右側は個人を取り巻く広い意味での環境に目を向け、治療よりもむしろ、環境の改善、環境や生活への支援を行うアプローチである。

こうしたモデルはそのまま専門職資格や学問分野、そのための養成教育にまで影響していると考えられる。この中で看護職の「ケア科学」での期待は大きく^{38, 40)}、医療モデルを持ちながらも生

活モデル、さらにはその他のモデルを併せ持った専門職として、ケア科学全体を俯瞰できる可能性が期待できる。

以上のようにケア科学を整理してみると、実践的な視点からは、別の課題が見えてくる。当事者にとっては学問領域やその基盤モデルが問題なのではなく、生活者としての本人たちの困難をいかに克服し、包括的な社会的支援を受けられるかが差し迫った問題である。

専門特化された専門職にとっては、自分の領域におけるサポートだけで十分 (あるいは手一杯) と考えがちな点が問題なのではないだろうか。多くの場合、当事者が望むのは限定的な個別支援だけでなく、自分たちに対するトータルな支援体制である。これは、全面的な依存体質とは本質的に次元が異なる。専門職の役割あるいは専門領域に「重複」があることよりも「隙間」があることの方がより大きな問題なのである。したがって、隙間のない継続した支援を行うためには、専門職には積極的に他領域の知識や考え方を吸収・越境していく姿勢が求められよう。

その場合に当事者を中心とした SHG や SNS、様々な分野の SHG の連携ないし SHC のような

「外向き」の志向性を持つ組織が有効な役割を果たしうることは明らかである。SHG, SNSあるいはSHCが潜在的に持つ外向きの力は、縦割りの行政区分のような「地区」を越境して連携できるだけでなく、「カテゴリー（支援課題）」をも越境できる横への広がりを持つ点を見逃してはいけないと考える（図2）。

以上のように、様々な困難を抱えた当事者を中心に考えた場合に、包括的な視野を持つことのできる当事者や専門職としての大学研究職のコーディネーターとしての役割がクローズアップされるのではないだろうか。

元来SHGは困難を持った少数の当事者の共感・心理的な分かち合いが出発である。その効果も主として心理的な側面に訴える部分（例えば、自尊心、自己効力感、生き抜く力など）を基本とした生活面での改善が多い。その意味では、SHGは発生的には医療モデルに近接する心理モデル、生活モデルに属すると言えよう。もちろん、その比重はSHGの持つ課題や困難の種類によって異なってくる。疾患の場合には臨床医療職とのかかわりは必然的に密になる。

SHGが内発的な発展を遂げ一定の組織基盤とコミュニティにおける認知度、社会的な活動能力をつけSNSになってくると、必然的に集団レベルでのアプローチ、自然環境・社会文化的環境などを意識した支援を主とした公衆衛生学モデル、生活モデルとしての社会資源に発展すると思われる。

現状では、SHG概念が渾沌としているため、理論的には機能として心理モデル・構造として生活モデルの枠組みの中で論じられることが多く、自然科学的な役割や有効性はあまり論じられていない。SHG, SNSの広い意味での治療的な効果や予防医学的側面がより深く探求される必要があると思われる。

近年、専門分野の境界領域の学問的発展も目覚ましい。例えば、脳科学・認知心理学に代表されるように、医学モデルと心理モデルの接近は急速に進んでいる。SHGの心理的な効果が単なる現象論・情緒的記述のレベルを超えて進んで行けば、おそらく自尊心、自己効力感の高まりなどの物質的基盤が次第に解明されていく可能性がある。

また、1990年代に入り医療事情を一新させたEBM（Evidence-based medicine）は、臨床医学の不確実性に対する疫学的アプローチの有効性を示すものである。EBMに続き、EBN（Evidence-

based nursing）の展開など関連諸領域で様々な追随と独自の発展を遂げている。今後はSHG, SNSの有効性が疫学的エビデンスを持って評価されていく必要もある。

社会疫学^{41, 42)}は近年発展してきた疫学の一分野であり、人間集団の健康事象に影響を与える、広義の社会的要因（社会・文化・心理・政治・経済的要因）を探る。それは、包括的にとらえた人間の健康に対する社会的要因の影響が、一般の予想をはるかに上回ることが明らかになってきたからである。ソーシャルキャピタル、社会ネットワーク、社会的格差のような今日のテーマが健康に与える影響が研究されており、看護学領域とも親和性が高い⁴³⁾。困難を抱える当事者の個人レベルさらに、集団（地域）レベルでの社会資源としてのSHG, SNSが健康に与える影響の大きさの定量評価は必須の課題と思われる。現状では、SHG, SNSに対する疫学研究は皆無に近く、しかもその多くは文献研究や質問紙による量的実態把握のレベルにとどまっている。

次に別の切り口として、健康転換との関係でSHG, SNSの果たしうる役割をまとめておく。人口構造・疾病構造、保健医療体制、社会・経済構造の変化が相互に影響しながら、段階的、構造的に歴史的变化を遂げることを示すシステム概念を健康転換⁴⁴⁾と言う。日本の疾病構造で言えば、第1相：感染症、第2相：慢性疾患（生活習慣病がその代表）、第3相：高齢期退行性疾患へと推移している。現在、第2相から第3相への転換が急速に進んでいる。これは単に死亡率だけの問題でない。

例えば、WHOが示すDALY（Disability-adjusted life-years: 障がい調整生命年）上位に占める疾患のうち、特に障がいによる相当生命喪失年数（YLD: Years of Life lost due to Disability）に、大きな影響を与えているのはうつ病、統合失調症、アルコール乱用などに代表される精神科関連疾患や、認知症、難聴、関節症などの高齢期に多い疾患である（2002年値）。現在の治療中心医療ではこれらの疾患に全面的に対応することは難しく、必然的にその代替（オルタナティブ）となる広義のケアが重視されてくる。

ただし、健康転換により将来的に生活モデル（福祉）が医療モデル（医学）に取って代わると言った短絡的な問題ではない^{38, 40)}。さらに、健康転換の問題は、資源配分のあり方と言った保健医療政策的な意味をも有する。各専門領域が当事者も

含めて、積極的に他領域へと越境・連携しトータルケアを目指すと言う幅広い視野を持てるかどうかが肝要だと思われる。その際、SHG, SNSあるいはSHCにはケア全体を再構築する上で大きな貢献を果たす可能性が期待できる。

6. SHG, SNS に関する研究の可能性

ここまでに、SHG, SNSを内発的発展論、エンパワーメント理論との関係、およびケア科学という視点から論じてきた。しかし、SHG, SNSはこれ以外にも今までに深く論じられたことがない様々な視点での研究課題となる。

SHG, SNSが活動するには人だけでなく「場」あるいは「文脈（コンテクスト）と関連性」が必要であり、それはコミュニティ・環境と言う概念と相互不可分の関係にある。したがって、地域福祉、地域再生など今日的課題に対する有効な視点を提供すると思われる。特に、高齢者や子どもの支援を考える機会が確実に増加している現在、コミュニティとの接点を考え、その役割を再検討することは必然的な帰結である。SHG, SNSは当事者中心、アドボカシー、参加型、あるいは地域再生、地方分権と言う時代の流れにおいてその力を発揮しやすい。従来の福祉領域の研究にはない公衆衛生学・地域看護学の知識理論体系、例えば、コミュニティアズパートナーモデル、地域診断、ポピュレーションアプローチなどがSNS構築の有効なツールとなりうる¹⁻⁵⁾。しかし、現状ではこの種のツールがSHGからSNSを構築する際に、具体的にはどのように応用できるかについては体系的に整理されていない。

また、歴史的発展理論からいえば、SHGの概念は「第三の波」²¹⁾（農業社会、産業社会に次ぐ情報化社会）に次ぐ、ポスト情報化の時代、即ち、知の創造、コンセプチュアル社会⁴⁵⁾、定常化社会の時代に、比較的自然な形で対応できる素地がある。なぜならば、SHG, SNSは、本来的に自発性・総合力（非専門特化）を重視し、知を創出すると言うプロセスを経て社会変化をもたらす活動につながるからである。この点に関しては、広井^{38, 40)}がコミュニティ論の中で提唱する物質（市場化）、エネルギー（産業化）、情報（情報化・グローバル化）、生命・ケア（成熟化・定常化・ローカル化）と言う時代的変化の考え方、あるいは、野中ら⁴⁶⁾が企業経営論で唱える、情報・戦略の時代から知識・価値の時代へとと言う考え方とも通じる。支援という実践活動を推進する一方で、こ

うした巨視的視野でSHG, SNSの存在意義を論じることは有用と思われる。

これまでのSHG研究では、臨床的・事例報告レベルのものや、特定の支援課題を限定的に深く論じることが多く、分野横断的、学際的に論じられることはなかった。SHG, SNSの実践を通じた理論体系の構築は学際的な領域であり、保健医療全体の枠組みの中でも豊富な潜在的研究テーマを有すると思われる。

7. おわりに

SHG, SNS研究は、狭い意味で福祉領域や臨床・地域における個別の疾患や生活課題レベルにとどめて置くだけでは本質に迫れない広範なテーマを持つ。本稿では、これまで論じられることがなかったSHG, SNSに対する内発的発展論・エンパワーメント理論からの接近と、ケア科学と言う全体像を視野に入れた論考を試みた。現在、地域の特性や環境、歴史等を踏まえたローカルなレベルでの知の創出・福祉・環境・街づくりなどではNPOや民間団体などを中心とした市民活動が先行し活発になっている。それと協働しうる知識と実践力を身に付けた教育・研究・地域貢献の担い手、すなわち「コミュニティの中心基地としての（保健医療福祉系）大学」の存在意義がクローズアップされてくるのではないだろうか。SHG, SNSさらにはSHCに対する看護領域での今後の広い視野からの理論的・学際的研究の発展、および実践に期待したい。

謝辞

本稿の作成にあたり、山梨大学の大間敏美さんには多大なご協力をいただきました。また、概念整理において本学在宅看護学講座の彦聖美さんから貴重なご助言をいただきました。併せて深謝いたします。

引用・参考文献

- 1) Ooki, S. : Population-based database of multiples in childhood of Ishikawa prefecture, Japan. *Twin Res Hum Genet*, 9 (6), 832-837, 2006.
- 2) 大木秀一：多胎児家庭支援の地域保健アプローチ。ビネバル出版、2008.
- 3) 大木秀一、志村 恵、飯田芳枝：石川県における多胎児家庭への支援 -いしかわ多胎ネットの構築とピアサポート活動-。北陸公衛誌, 35 (2), 63-70, 2009.

- 4) Ooki, S. : Strategy and practice of support for multiple birth families: Evidence-based care and population approach with human network. Pacey H. Krause and Tahlia M. Dailey, eds.: Handbook of Parenting: Styles, Stresses, and Strategies. NOVA Publishers, 175-239, 2009.
- 5) 多胎育児サポートネットワーク：平成 18-20 年度独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業 多胎育児支援地域ネットワーク構築事業報告書, 2007-2009.
- 6) 谷本千恵：セルフヘルプ・グループ (SHG) の概念と援助効果に関する文献検討 -看護職は SHG とどう関わるか-. 石川看護雑誌, 1 (1), 57-64, 2004.
- 7) 谷本千恵：当事者グループに対する保健師の認識と関わりの実態. 日本看護研究学会雑誌, 30 (5), 61-70, 2007.
- 8) Tanimoto, C. Hasegawa, M. : Requirements for successful Self-help groups in mental health. 金沢大学つるま保健学会誌, 33 (2), 1-10, 2009.
- 9) アラン・ガートナー, フランク・リースマン：セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際 -人間としての自立と連帯へのアプローチ. 川島書店, 1985.
- 10) 久保絃章：自立のための援助論 -セルフ・ヘルプ・グループに学ぶ. 川島書店, 1988.
- 11) 岡知史：セルフヘルプグループの研究 (第 5 版). 自費出版, 1995.
<http://pweb.sophia.ac.jp/oka/res/selfhelp/shg5/>
- 12) 山崎喜比古, 三田優子：セルフ・ヘルプ・グループの展開とその意義. 園田恭一, 川田智恵子編：健康観の転換. 東京大学出版会, 180-182, 1995.
- 13) A.H. カッツ：セルフヘルプ・グループ. 岩崎学術出版社, 1997.
- 14) 久保絃章, 石川到覚 編：セルフヘルプ・グループの理論と展開 -わが国の実践をふまえて. 中央法規出版, 1998.
- 15) 岡知史：セルフヘルプグループ -わかちあい・ひとりだち・ときはなち. 星和書店, 1999.
- 16) 中田智恵海：セルフヘルプグループ -自己再生の援助形態. 八千代出版, 2000.
- 17) 久保絃章：セルフヘルプ・グループ -当事者へのまなざし. 相川書房, 2004.
- 18) 高松里：セルフヘルプ・グループとサポート・グループ実施ガイド -始め方・続け方・終わり方. 金剛出版, 2004.
- 19) 岩田泰夫：セルフヘルプグループへの招待 -患者会や家族会の進め方ガイドブック. 川島書店, 2008.
- 20) Finn J : An exploration of helping processes in an online self-help group focusing on issues of disability. Health Soc Work. 24 (3), 220-231, 1999.
- 21) アルビン・トフラー：第三の波. 日本放送出版協会, 1980.
- 22) 井上玲子：親の会に関する国内文献の検討. 日本小児看護学会誌, 17 (2), 59-65, 2008.
- 23) 原田正文：子育て支援と NPO -親を運転席に！支援職は助手席に！. 朱鷺書房, 2002.
- 24) 久木田純, 渡辺文夫 編：現代のエスプリ (No.376) エンパワメント. 至文堂, 1998.
- 25) マイケル・ポランニー：暗黙知の次元. 筑摩書房, 2003.
- 26) 野中郁次郎, 紺野登：知識経営のすすめ -ナレッジマネジメントとその時代. 筑摩書房, 1999.
- 27) ドロシー・レナード, ウォルター・スワップ：「経験知」を伝える技術 -ディープスマートの本質. ランダムハウス講談社, 2005.
- 28) 増田直紀, 今野紀雄：「複雑ネットワーク」とは何か -複雑な関係を読み解く新しいアプローチ. 講談社, 2006.
- 29) 増田直紀：私たちはどうつながっているのか -ネットワークの科学を応用する. 中央公論新社, 2007.
- 30) 鶴見和子：2 章 内発的発展論の系譜. 鶴見和子, 川田侃 編：内発的発展論. 東京大学出版会, 1989.
- 31) 西川潤：1 章 内発的発展論の起源と今日的意義. 鶴見和子, 川田侃 編：内発的発展論. 東京大学出版会, 1989.
- 32) 川勝平太, 鶴見和子：「内発的発展」とは何か -新しい学問に向けて. 藤原書店, 2008.
- 33) 森田ゆり：エンパワメントと人権 -こころの力のみなもとへ. 部落解放研究所, 1998.
- 34) 安梅勅江：コミュニティ・エンパワメントの技法 -当事者主体の新しいシステムづくり. 医歯薬出版, 2005.
- 35) 高田真治：社会福祉内発的発展論 -これからの社会福祉原論. ミネルヴァ書房, 2003.
- 36) 中谷奈津子：地域子育て支援と母親のエンパワメント -内発的発展の可能性. 大学教育出版, 2008.
- 37) パウロ・フレイレ：被抑圧者の教育学. 亜紀書房, 1979.
- 38) 広井良典：コミュニティを問いなおす -つながり・都市・日本社会の未来. 筑摩書房, 2009.
- 39) ミルトン・メイヤーロフ：ケアの本質 -生きることの意味. ゆみる出版, 2006.

- 40) 広井良典：持続可能な福祉社会 - 「もうひとつの日本」の構想. 筑摩書房, 2006.
- 41) イチロー カワチ, ブルース・P. ケネディ：不平等が健康を損なう. 日本評論社, 2004.
- 42) 近藤克則：健康格差社会 - 何が心と健康を蝕むのか. 医学書院, 2005.
- 43) 大木秀一：看護学の大学院教育における健康科学の役割 - 疫学と看護学の専門性の接点-. 石川看護雑誌, 3 (2), 17-24, 2006.
- 44) 武藤正樹：健康転換の国際比較分析とQOLに関する研究. 平成4年度(財)ファイザーヘルスリサーチ振興財団国際共同研究報告書, 1992.
http://www.pfizer-zaidan.jp/search/image/health/health01/fo01_036.pdf
- 45) ダニエル・ピンク：ハイ・コンセプト「新しいこと」を考え出す人の時代. 三笠書房, 2006.
- 46) 野中郁次郎, 竹内弘高：知識創造企業. 東洋経済新報社, 1996.
- (受付：2009年10月13日, 受理：2009年12月25日)

Current Challenges and Perspectives Concerning Researchers on the Support Network Systems Based on Self-Help Groups in the Community

Syuichi OOKI, Chie TANIMOTO

Abstract

We discuss a supportive approach for parties who have many health and medical problems. Self-help groups (SHGs) are formed based on the self-oriented participation of parties with sympathy. Support network systems (SNSs) in the community are formed by the moderate relationship between several SHGs with the same problems and related professional parties. This process is essentially based on mutual empathy. The autonomic and bottom-up process in the formation of SNSs is in good accordance with the endogenous development theory and empowerment theory. This type of support style is different from the traditional top-down public administration support system. Both types of support system could form a complementary partnership with reciprocal transformation. SNSs based on SHGs have much potential to overcome the divisions in current support and care systems in light of total and holistic human care science. The importance of universities related to nursing, health, and welfare as centers of knowledge and practice concerning total care science will be delineated in the near future.

Key words self-help group (SHG), support network system (SNS), endogenous development theory, empowerment, care science

原著

継続的な太極拳の実施による脳機能改善の効果 —中国吉林省の老人活動センターにおける試み—

孫皎¹ 金川克子² 佐々木順子³ 大木秀一³

概要

本研究の目的は、継続的な太極拳の実施による高齢者の生活機能、体力、健康関連 QOL (36-Item Short-Form Health Survey : SF-36) 及び脳機能の改善効果を明らかにすることである。中国吉林省の一老人活動センターで 150 人の高齢者を対象とし、太極拳の実施の有無による無作為割付比較試験を行った。介入群・対照群はともに 75 人であり、2008 年 9 月～11 月の 3 ヶ月間に週 2 回、合計 24 回の介入 (太極拳の実施) を行った。入院などの理由で 3 ヶ月後の調査では介入群が 72 人、対照群が 66 人であった。測定項目は老研式活動能力指標、開眼片足立ち、5m 快速歩行速度、10m 通常歩行速度、握力、SF-36、Mini-Mental State Examination (MMSE)、Frontal Assessment Battery at bedside (FAB) である。

3 ヶ月の介入により体力では 5m 快速歩行速度、10m 通常歩行速度、右手握力において、健康関連 QOL では社会生活機能において、脳機能では MMSE において、介入群が対照群より有意な改善が見られた。継続的な太極拳の実施は高齢者の脳機能の改善、健康維持・増進に有効である可能性が示唆された。

キーワード 太極拳、脳機能、高齢者、QOL、無作為割付比較試験

1. はじめに

現在、中国の人口は 13 億人を超え、世界の人口のおよそ五分之一を占めている。特に中国では政府の「一人っ子」政策により、人口の高齢化が急速に進んでいる。WHO の統計データ¹⁾によると、2010 年には中国の総人口は 13.73 億人となり、65 歳以上の比率は 8.1%、2050 年には 65 歳以上の比率は 22.6%になると推計される。高齢化率の増大とともに、認知症高齢者の急増も避けられず、1996 年の中国のデータ²⁾によると、認知症高齢者の有病率は 60～69 歳が 1～2%、70～79 歳が 4～8%、80 歳以上が 15～20%であり、認知症高齢者は 388.2 万人であった。1999 年のデータ³⁾では、55 歳以上のアルツハイマー病は 310 万人であり、有病率は 65 歳以上で 4.8%、75 歳以上で 10%、85 歳以上で 20%程度であった。2025 年には認知症高齢者は 1,009 万人になると予測されている。今後、人口の増加と共に認知症の人数も増加の傾向にある。

近年、認知障害については、薬物療法により改善はあるものの、限定された効果であり、現在のところ、非薬物療法に期待せざるを得ない。認知

症に対する非薬物療法には、回想法⁴⁾、園芸療法⁵⁾、音楽療法⁶⁾、運動療法⁷⁾等、様々な種類がある。これらの実施により認知機能の改善が見られている。その中で、要介護状態にならないようにすること (介護予防) や、自立した生活の支援を行うこと (生活支援) を目的とする運動療法の介入の研究が進んでいる⁸⁾。運動療法による認知症予防の研究がいくつか実施されている。フリフリグッパ運動⁹⁾では利根町の集会所で月 6 回の運動講座と家庭での運動プログラムを 1 年間実施した結果、記憶力の改善が見られた。長崎市内のデイサービスにおいて集団体操¹⁰⁾を週 1 回以上の頻度で実施した結果、集団活動を介した精神・心理面への働きかけが MMSE、FAB の変化に

結びついたと推察でき、体操は脳の廃用性予防に対する可能性が示唆された。Laurin ら¹¹⁾は 4,615 名の高齢者を 5 年間追跡し、週 3 回以上の頻度で歩行を実施した結果、Alzheimer disease の発症と関係があることを示した。

太極拳は中国の伝統武術の一つであり、ソフトで軽快な働きをもって、低い重心と円の運動を保ちながら四肢の動作と呼吸の協調性を求め、心身を鍛える運動である¹²⁾。また、太極拳は健康作りを目的とする東洋的エクササイズの代表として、中国はもとよりアジア、欧米においても広く

¹ 石川県立看護大学大学院博士後期課程
(中国吉林省長春市吉林大学第一医院)

² 神戸市看護大学

³ 石川県立看護大学

普及している。太極拳は中高齢者向きの運動としても定着しているとの報告もある¹³⁾。太極拳に親しむことによって高齢者の社会参加が促進され、生活に張りが出て精神的な健康も促進され、認知症予防にも役立つことが期待される。

太極拳を行っている高齢者に対する健康保持増進効果や転倒予防、骨粗鬆症予防（筋力向上、バランス能力向上）に関する研究はこれまで数多く行われている¹⁴⁻¹⁷⁾。しかし、太極拳による認知症予防に関

する研究はほとんどない。太極拳の実施が高齢者の心身あるいは認知機能にどのような改善をもたらすかを明らかにする必要があると言える。本研究では、中国吉林省の一老人活動センターにおける高齢者を対象に、継続的な太極拳の実施が心身および認知機能に与える効果を明らかにすることを目的とする。

2. 研究方法

2.1 調査対象

今回の調査は中国吉林省で実施した。現在中国では男性60歳、女性55歳が定年となる年齢である。60歳以上を高齢者とみなしており、吉林省における高齢者の割合は約12%である。

対象者は、中国の吉林大学における離・退職者向けの老人活動センターの利用者である。老人活

動センターは、高齢者がいろいろな活動を行うことを目的としている。吉林大学の離・退職者の総数は7,360人である。このうち本研究を実施した老人活動センターを利用する離・退職者の人数は700人程度である。この老人活動センターは市内の中心地に位置し、交通の便は非常によく、毎月1回例会を行い、300人程度が参加する。卓球、麻雀、トランプ、演奏、合唱等が行われている。毎日の利用者は50人程度であり、スタッフは10人程度である。今回の研究対象者は60歳以上である。

本研究実施に際し、「太極拳教室」に関するちらしを貼り、教室参加者を募集した。また、例会ではこれまでに太極拳を行った経験がない者に募集を呼び掛けた。対象者の自宅は老人活動センターの近くにある人が多く、大半は徒歩で通っていた。

2.2 研究デザイン

研究の概念枠組みを図1に示した。先行研究から六つの要素が認知症の主たる危険因子としてあげられた。運動療法の一つである太極拳の実施により、認知機能が改善されるという研究仮説を立てた。この仮説を検証するために、研究デザインとして無作為割付比較試験（介入研究）を採用した。

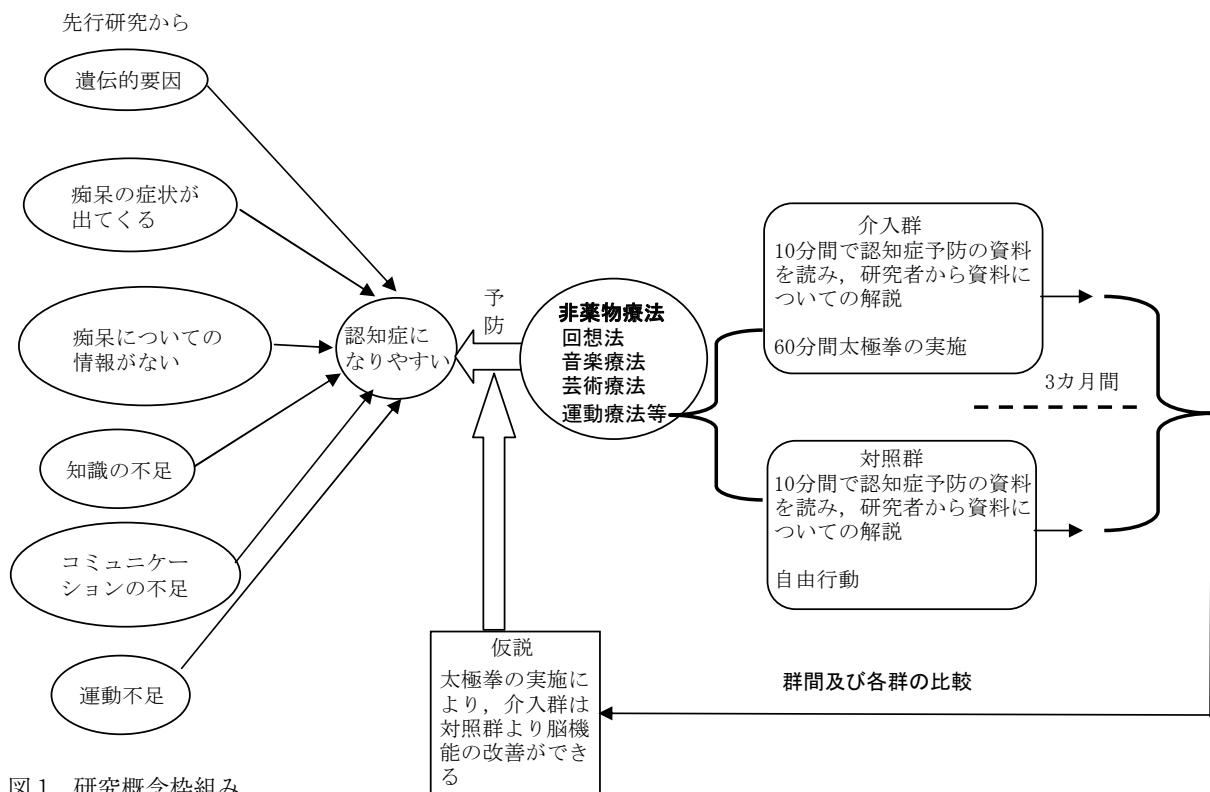


図1 研究概念枠組み

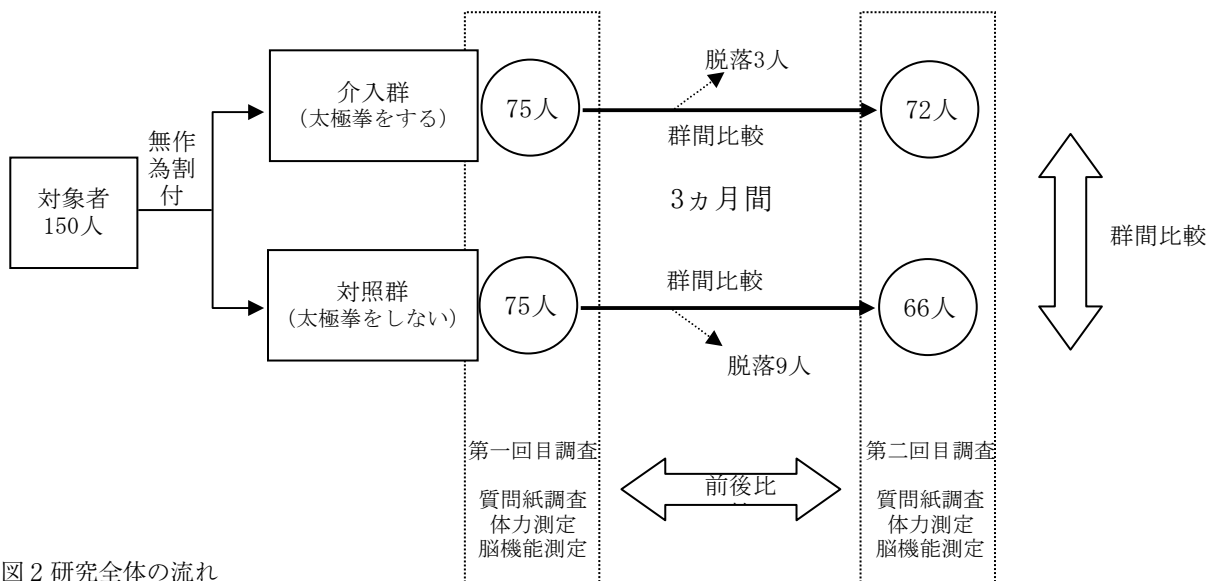


図2 研究全体の流れ

研究全体の流れを図2に示した。対象者150人を、乱数表に基づき無作為に介入群(75人)と対照群(75人)に割付けた。太極拳を実施する前のベースライン調査には全員が参加した。しかし、その後入院などの理由で脱落者が出て、3ヵ月後の調査では介入群が72人、対照群が66人であった。本研究でのデータ収集は、質問紙調査、体力測定、脳機能測定(面接調査)の3つに大別される。

2.3 太極拳プログラム

太極拳の起源は陳式太極拳が源流となり、その後、楊式、呉式、孫式、武式が派生し、五大流派ができた。1956年に中国の太極拳専門家が単純化した24式を開発し、5分間程の音楽と解説に合わせたものが、中国全国及び世界にも広く普及している。

本研究の太極拳プログラムの指導者は、定年までほぼ30年間太極拳の運動教育をしていた。本研究では、音楽に合わせて24式の太極拳を実施した。

介入期間は2008年9月から11月までの3ヵ月間とした。介入群、対照群のいずれも同じ会場で週2回、3ヵ月で合計24回参加した。最初に、対象者に認知症予防の知識を教育するため、認知症の定義、認知症はなぜおきるのか等の資料を提供した。介入群、対照群全ての参加者が10分間で認知症予防の資料を読み、その後、調査者が資料についての解説を行った。その後、介入群は継続的に60分間の太極拳を行い、対照群はその間

は老人活動センターにおいて、一般的に利用できる各種の活動(卓球、麻雀、トランプ、演奏、合唱等)に参加した。

2.4 質問紙調査の分析方法

一回目の質問紙調査は介入開始前に実施した。調査対象は、「太極拳教室」の参加者150人である。一人ずつに質問紙を配布し、3日後の回収時に記載内容の確認を行った。質問紙を忘れた参加者には、電話で確認をして、次の日に回収した。そのため質問紙の回収率は100%であった。介入が終了した3ヵ月後に二回目の質問紙調査をした。

質問紙では基本属性として、性別、年齢、学歴、家族形態、疾病を質問した。これ以外の質問項目は下記のとおりである。

(1) 老研式活動能力指標に関する項目

中国の事情を勘案して1項目は削除し、13項目とした。回答は「はい:1点」と「いいえ:0点」の2分類とし、合計点は0-13点に分布する。得点が高いほど活動能力が良い。

(2) SF-36に関する8項目

SF-36は、健康関連のQuality of Life(QOL)を測定する体系的なツールとして、アウトカム指標を活用して健康全般に関する客観的及び主観的内容を問うもので、合計36項目よりなる。これらの項目は、身体機能(Physical functioning=PF)、日常身体的役割機能(Role physical=RP)、体の痛み(Bodily pain=BP)、全体的健康感(General health=GH)、活力(Vitality=VT)、社会生活

機能 (Social functioning=SF), 日常精神的役割機能 (Role emotional=RE), 心の健康 (Mental health=MH) の8つの下位尺度からなる。回答は主として4段階もしくは5段階の順序尺度による。本研究での各下位尺度の得点は, NPO 健康医療評価研究機構より提供されたSF-36V2専用スコアリングプログラムのソフト (Excel版¹⁸⁾) を用いて計算した。各項目と下位尺度は得点が高いほど良い健康状態, あるいは良いQOLであることを表す。

介入群と対照群の介入前後の老研式活動能力指標, SF-36の変化量の比較を行った。量的変数(年齢, 老研式活動能力指標, SF-36)の群間比較には対応のない2群のt検定, カテゴリー変数(性別, 学歴, 家族形態, 疾病)の群間比較には χ^2 検定を行った。

2.5 体力測定, 面接調査項目の分析方法

体力測定においては, 開眼片足立ち, 5m 快速歩行速度, 10m 通常歩行速度, 左右の握力を測定した。開眼片足立ち, 握力は値が大きいほど良好であり, 逆に, 5m 快速歩行速度, 10m 通常歩行速度は値が少ないほど良好である。

面接調査において, 脳機能検査を行った。知的機能全般の変化を測定する指標として, Mini-Mental Statement (MMSE) と前頭葉機能の検査として Frontal Assessment Battery at bedside (FAB) を用いた。MMSE は, 1975年に発表されて以来, 簡易版知能検査としても世界的に広く使用されている。全部で11項目からなり, これを得点化し合計点は0点から30点に分布する。23点/24点が認知症と非認知症の境界とされている。時間及び場所の見当識, 即時想起, 計算, 遅延再生, 物品呼称, 文の復唱, 口頭指示, 書字指示, 自発書字, 図形模写の項目が含まれている。得点が高いほど脳機能が良好とされる。

FABは類似性, 語の流暢性, 運動系列, 葛藤指示, Go/No go (抑制コントロール), 把握行動の6項目であり, 得点化し合計点は0点から18点に分布する。健全な人であれば大体8歳以上で満点が取れるとされる。得点が高いほど前頭葉機能が良好であることを表す。

介入群と対照群の連続変数(開眼片足立ち, 5m 快速歩行速度, 10m 通常歩行速度, 握力, MMSE, FAB)の介入前後の変化量の群間比較には対応のないt検定を行った。

すべての統計解析には解析ソフト SPSS 13.0 J

for Windows を使用して, $\alpha = 0.05$ を統計学的有意水準とした。

2.6 倫理的配慮

本研究の実施に関しては, 石川県立看護大学の倫理委員会の承認を受けた。その後, 調査実施老人活動センターの主任宛に研究計画書を送り, 調査の承諾を得た。さらに, 対象者には, 研究の趣旨, 参加が任意であること, 途中不参加によっても不利益が生じないこと, 質問紙を忘れた参加者には電話で確認をすること, 対照群も希望がある場合には3ヵ月後に同様に太極拳教室に参加できることなどを口頭と文書で説明し, 同意, 理解を得た。

本研究終了後, 対照群に配置された者について介入群と同様な介入プログラムを提供した。

3. 結果

3.1 分析対象者の特徴

表1に分析対象者の基本属性を示した。

3ヵ月後の時点で, 介入群は男性が14人(19.4%), 女性が58人(80.6%)であった。年齢は60~80歳に分布し, 平均年齢は68.3歳(標準偏差5.9歳)であった。学歴は短期大学以上が40人(55.5%), 高校以下が32人(44.5%)であった。家族形態は子供と同居が26人(36.1%), 配偶者と同居が42人(58.3%), 一人暮らしが4人(5.6%)であった。既往の疾病は, 主たる疾患1つのデータをまとめた。心臓病が16人(22.2%), 高血圧が12人(16.7%), 脳梗塞が4人(5.6%), 糖尿病が4人(5.6%), その他が14人(19.5%), 疾病なしは22人(30.6%), であった。

対照群は男性が20人(30.3%), 女性が46人(69.7%)であった。年齢は60~80歳に分布し, 平均年齢は70.1歳(標準偏差5.7歳)であった。学歴は短期大学以上が48人(72.8%), 高校以下が18人(27.2%)であった。家族形態は子供と同居が16人(24.2%), 配偶者と同居が46人(69.7%), 一人暮らしが4人(6.1%)であった。既往の疾病は心臓病が8人(12.1%), 高血圧が16人(24.2%), 脳梗塞が8人(12.1%), 糖尿病が4人(6.1%), その他が14人(21.2%), 疾病なしは16人(24.3%), であった。

全ての項目で介入群と対照群の間に有意差は認められなかった。

表1 対象者の基本属性

項目		介入群 (n=72)	対照群 (n=66)	p-value
性別	男	14 (19.4%)	20 (30.3%)	0.16
	女	58 (80.6%)	46 (69.7%)	
年齢	範囲	60-80	60-80	0.06
	平均±標準偏差	68.3 ± 5.9	70.1 ± 5.7	
	中央値	68.5	70.0	
	60 - 64 歳	22 (30.6%)	12 (18.2%)	
	65 - 69 歳	22 (30.6%)	20 (30.3%)	
	70 - 74 歳	16 (22.2%)	18 (27.3%)	
	75 - 79 歳	10 (13.9%)	14 (21.2%)	
	80 - 84 歳	2 (2.8%)	2 (3.0%)	
学歴	大学	14 (19.4%)	24 (36.4%)	0.09
	短期大学	26 (36.1%)	24 (36.4%)	
	高校	4 (5.6%)	2 (3.0%)	
	高校以下	28 (38.9%)	16 (24.2%)	
家族形態	子供と同居	26 (36.1%)	16 (24.2%)	0.32
	配偶者と同居	42 (58.3%)	46 (69.7%)	
	一人暮らし	4 (5.6%)	4 (6.1%)	
疾病	心臓病	16 (22.2%)	8 (12.1%)	0.33
	高血圧	12 (16.7%)	16 (24.2%)	
	脳梗塞	4 (5.6%)	8 (12.1%)	
	糖尿病	4 (5.6%)	4 (6.1%)	
	その他	14 (19.5%)	14 (21.2%)	
	なし	22 (30.6%)	16 (24.3%)	

年齢に関しては平均値の差の検定を、性別、学歴、居住、疾病に関してはχ²検定を行った。

3.2 介入群と対照群の実施前後の老研式活動能力指標、SF-36、体力、脳機能の比較

表2に介入群と対照群との介入前後の老研式活動能力指標、SF-36、体力、脳機能の各項目の結果を示した。老研式活動能力指標は4～13点に、脳機能のMMSEは20～30点、FABは7～18点に分布した。単峰性で左右対称に近い分布であった。介入群ではSF-36における社会生活機能(SF)、5m快速歩行速度、右手握力、MMSEにおいて有意差が認められ、対照群ではSF-36における全体的健康感(GH)、開眼片足立ち、5m快速歩行速度、10m通常歩行速度において有意差が認められ、両群とも老研式活動能力指標において有意差が認められた(それぞれ、 $p < 0.001$, $p < 0.01$, および $p < 0.05$)。それ以外の項目では有意差は認められなかった。

3.3 介入群と対照群の実施前後の変化量の比較

介入実施前と3ヵ月後の両方ともデータを得ることができた対象(介入群n=72;対照群n=66)について分析した。図3, 4, 5に示したように、体力機能における5m快速歩行速度、10m通常歩行速度、右手握力では、介入群が対照群より有意に改善した(5m:介入群 -0.1 ± 0.5 秒, 対照群 0.4 ± 0.5 秒, $p < 0.001$, 10m:介入群 -0.2 ± 2.2 秒, 対照群 0.8 ± 1.3 秒, $p < 0.01$, 右手握力:介入群 1.2 ± 3.2 kgw, 対照群 -0.5 ± 4.1 kgw, $p < 0.01$)。

表2 老研式活動能力指標、SF-36、体力、脳機能に対する両群介入前後の平均値の差の検定結果

項目	介入群 (n=72)			対照群 (n=66)			
	介入前	3ヵ月後	p-value	介入前	3ヵ月後	p-value	
老研式活動能力指標 (4-13)	11.7 ± 1.3	12.1 ± 0.9	0.000 ***	10.7 ± 2.1	11.2 ± 2.0	0.03 *	
SF-36 身体機能 (PF)	84.2 ± 17.4	83.8 ± 16.8	0.76	84.7 ± 13.7	87.1 ± 14.5	0.25	
	日常身体的役割機能 (RP)	67.9 ± 28.3	77.3 ± 24.1	0.01 *	72.5 ± 30.8	72.7 ± 28.4	0.96
	体の痛み (BP)	82.3 ± 15.4	81.2 ± 19.9	0.64	76.6 ± 19.4	79.5 ± 21.4	0.12
	全体的健康感 (GH)	60.5 ± 17.4	66.8 ± 23.1	0.001 **	63.4 ± 19.3	71.4 ± 24.4	0.000 ***
	活力 (VT)	53.5 ± 16.4	54.9 ± 12.8	0.51	54.4 ± 16.3	57.2 ± 13.0	0.19
	社会生活機能 (SF)	50.0 ± 0	53.5 ± 7.03	0.000 ***	50.0 ± 0	50.0 ± 6.2	1.00
	日常精神的役割機能 (RE)	75.5 ± 30.1	81.5 ± 24.7	0.02 *	79.5 ± 32.4	76.5 ± 29.2	0.45
	心の健康 (MH)	74.4 ± 19.1	72.2 ± 19.3	0.29	74.8 ± 19.7	76.2 ± 18.8	0.58
体力	開眼片足立ち (秒)	28.7 ± 27.1	36.9 ± 38.3	0.06	23.3 ± 23.0	34.3 ± 37.5	0.001 **
	5m 快速歩行速度 (秒)	2.9 ± 0.7	2.8 ± 0.5	0.04 *	2.8 ± 0.8	3.2 ± 0.8	0.000 ***
	10m 通常歩行速度 (秒)	8.7 ± 2.1	8.5 ± 2.0	0.37	8.9 ± 2.5	9.7 ± 2.6	0.000 ***
	左手握力 (kgw)	24.7 ± 6.9	24.9 ± 6.5	0.50	23.6 ± 10.3	23.1 ± 11.5	0.30
	右手握力 (kgw)	25.5 ± 7.0	26.7 ± 7.2	0.002 **	23.9 ± 10.5	23.4 ± 11.5	0.30
脳機能	MMSE (20-30)	26.4 ± 2.4	27.8 ± 1.7	0.000 ***	26.8 ± 1.7	27.1 ± 1.8	0.32
	FAB (7-18)	14.6 ± 2.1	14.9 ± 2.4	0.21	14.1 ± 2.9	14.3 ± 2.8	0.40

***:p<0.001, **:p<0.01, *:p<0.05

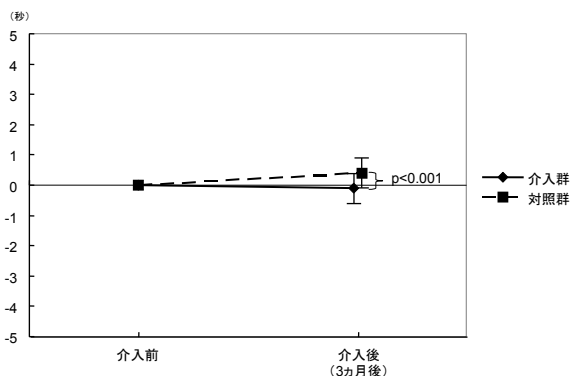


図3 5m 快速歩行速度の介入前後の2群の変化量の差

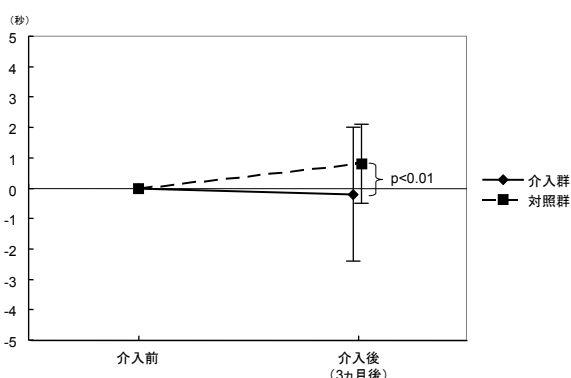


図4 10m 通常歩行速度の介入前後の2群の変化量の差

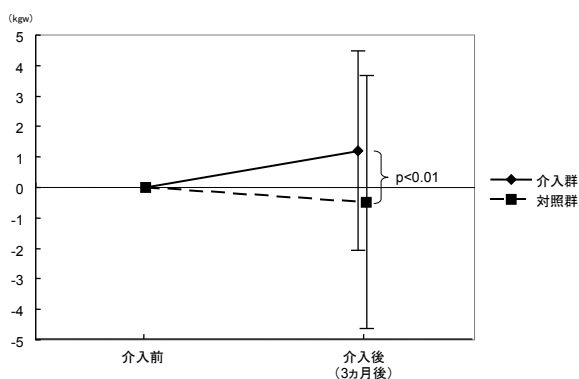


図5 右手握力の介入前後の2群の変化量の差

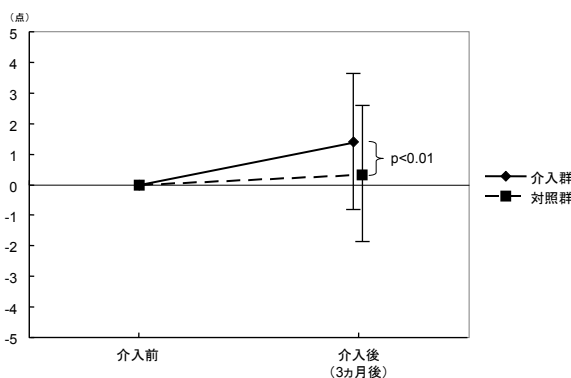


図6 MMSE の介入前後の2群の変化量の差

図6に示したように、脳機能におけるMMSEでは、介入群が対照群よりも有意に改善した(介入群 1.4 ± 2.2 , 対照群 0.3 ± 2.2 , $p < 0.01$)。それ以外の項目では有意差は認められなかった。

4. 考察

4.1 脳機能の変化

本研究では、太極拳の実施による高齢者の生活機能、体力、健康関連QOL及び脳機能の改善効果を検証し、認知症予防への可能性を検証した。その結果、3ヵ月間、週2回、合計24回の太極拳により、介入群では、MMSEの効果が対照群と比べて顕著であった。このことから、太極拳が健常な高齢者の認知機能の改善に有効であることが示唆された。

運動は脳血流を高めることが報告¹⁹⁾されている。また、神経伝達の効率改善についてもColcombeら²⁰⁾による中高齢者を対象としたウォーキングのトレーニングによって、選択刺激に対する前帯状回の改善が報告されている。Larsonら⁷⁾とLaurinら¹¹⁾によれば、運動などにより身体に多くの酸素を取り込んでいる人は記憶、視空間、注意といった認知機能も高いことが示されている。つまり、太極拳は有酸素運動として目と手の協調において、視線は常に手先の動きを追従して運動し、指先からつま先まで身体全体が一体化して連動するため脳のエピソード記憶、短期記憶、長期記憶、注意力の集中の機能が活発になっている可能性が考えられる。前頭葉機能、記憶は加齢により低下しやすい脳機能であるが、有酸素運動により、高齢者の脳機能の一部が改善され得ることを示した研究成果が期待される。

Kramerら²¹⁾によると、60～75歳の124人の高齢者にウォーキング(有酸素運動)を半年以上継続したところ、前頭葉や前頭前野に関わる遂行機能が高まったという。しかし、本研究ではFABにおける改善は見られなかった。川島²²⁾は、文章を読む活動について研究し、黙読よりは音読が前頭前野を活性化するというのを見いだした。一方、吉田ら²³⁾は、健康な高齢者7人を対象として、簡単な計算を遂行し文章を音読するといった活動を2ヵ月間行ったが、FABの変化は認められなかった。対象者が少なく、介入期間が短いことが影響していると考えられた。本研究では介入群、対照群のいずれに対しても週2回、10分間で認知症予防の資料を読むこと、および資料についての解説を実施することで、FABの得点

の平均値は増加の傾向が見られ、少なくとも音読により前頭前野の機能が維持される傾向が示唆された。

4.2 生活機能と体力の変化

老研式活動能力指標の分析の結果において、両群とも介入前後の比較では、有意差が見られたが、介入群と対照群の実施前後の変化量に有意差は見られなかった。野村ら²⁴⁾は3ヵ月間(週1回、1回につき60～90分)の太極拳プログラムを65歳以上の高齢者97人(介入群47人、対照群50人)に実施した結果、両群ともに実施前後で有意な変化が認められなかったと報告している。本研究はこの結果と一致する。

体力の分析の結果において、介入群では5m快速歩行速度、右手握力が有意に向上したが、対照群では開眼片足立ち、5m快速歩行速度、10m通常歩行速度が有意に低下した。介入群と対照群の実施前後の変化量では5m快速歩行速度、10m通常歩行速度、右手握力が有意に向上した。これは、3ヵ月間太極拳を定期的に行うことで、筋力、歩行能力が改善することを示唆した。高杉ら²⁵⁾や劉²⁶⁾は地域の高齢者を対象に3ヵ月間の太極拳を指導した結果、歩行速度、握力などに有意な改善が認められたと報告しており、本研究の結果と一致する。

4.3 QOLの変化

太極拳実施によるQOL向上への効果を検討する先行研究がある。金ら²⁷⁾が健常な女性高齢者60人(介入群30人、対照群30人)に太極拳を5ヵ月間実施した結果、介入群ではSF-36の8つの下位尺度全てにおいて有意な向上が認められた。Irwinら²⁸⁾は15週間(週3回、1回につき45分)の太極拳プログラムを60歳以上の高齢者36人(介入群18人、対照群18人)に実施した結果、介入群ではSF-36のいくつかの下位尺度が対照群より有意に高かったと報告している。一方、Schaller²⁹⁾は10週間(週1回のレッスンと週3回の自己練習)の太極拳プログラムを健康な高齢者に実施した結果、プログラム実施後のSF-36の下位尺度スコアに有意な改善はなかったと報告している。本研究では、健常な高齢者138人(介入群72人、対照群66人)に太極拳を3ヵ月間実施した結果、SF-36の8つの下位尺度において、社会生活機能(SF)($p<0.01$)のみに有意な改善を認めた。社会生活機能は、「過去1ヵ

月間に身体的あるいは心理的理由で家族、友人などとの付き合いがどのくらい妨げられたか」を測定する項目であり、太極拳の実施後、対象者の外出の頻度、友人との交流、社会活動の参加の機会が増え、社会生活機能の向上に影響したと考えられる。

現在、中国では認知症患者に対する在宅・施設ケアシステムの確立は不十分である³⁰⁻³¹⁾ため、認知症の予防、早期発見、進行の防止は家庭や社会に負担をかけずに高齢者のQOLを向上させる方法であると考えられる。本研究のように認知症の知識を学びながら、太極拳を実施することは中国においてはほとんどなされていない。安心して暮らせる地域づくり、認知症の理解と予防につながる普及啓発の意義も大きいと言える。さらに、今回の研究結果は日本を始めとする諸外国における高齢者の認知症予防に対して、有益な参考材料になると言える。

本研究は、中国において太極拳の実施による高齢者の生活機能、体力、健康関連QOL及び脳機能の改善効果を検証し、認知症予防への可能性を検証した初めての無作為割付比較試験である。しかし、調査対象が一ヵ所であるため、得られた結果を一般化するには至らないと考える。太極拳は種類が多く、実施の時間、頻度、強度などによって、脳機能に与える影響にも差が出ると考えられ、それらも含めて今後の課題とする。

5. まとめ

中国吉林省における一老人活動センターの高齢者150人を無作為割付により介入群75人と対照群75人に分け3ヵ月間(24回)の太極拳の介入の効果を検討した。入院などの理由で3ヵ月後は、介入群が72人、対照群が66人であった。介入群と対照群の介入実施前後の変化量を比較した結果、体力における5m快速歩行速度、10m通常歩行速度、右手握力、健康関連QOL(SF-36)における社会生活機能、脳機能におけるMMSEにおいて、介入群が対照群より有意な改善を認めた。このことから、継続的な太極拳は高齢者の認知症予防、健康維持・増進に有効である可能性が示唆された。

謝辞

本研究は、平成19年度日中医学協会研究助成金を受けて行った。本研究の実施にあたり、ご協力いただきました吉林省吉林大学老人活動センタ

一（吉林大学新民校区活動中心）の書記，職員の皆様，及び太極拳指導の王友良先生，アンケート調査に貴重な情報を提供してくださいました参加者の皆様に深く感謝致します。

参考文献

- 1) 国家統計局：WHO World Health Statistics 2006 and The World Health Report,2006 Edition. 中国統計出版社，89, 2006.
- 2) 王春生：中国老年看護の発展現状と展望．第四屆中韓看護及び第三屆老年看護学会抄録集，4-8, 2000.
- 3) 陶国枢：迎接新世紀老齡社会对老年医学的挑战．医学与哲学，2, 1 (2)，13-17, 2000.
- 4) 野村豊子：認知症高齢者への心理・社会的アプローチー回想法を中心として.PT ジャーナル ,521-528,40 (7) ,2006.
- 5) 田崎史江：園芸療法．バイオメカニズム学会誌 ,59-65,30 (2) ,2006.
- 6) 鈴木みずえ，磯和勅子，金森雅夫：認知症高齢者への音楽療法に関する研究の動向と看護研究の課題．看護研究 ,31-45,39 (4) ,2006.
- 7) Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., et al.: Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med*, 144, 73-81, 2006.
- 8) 朝田隆，木之下徹：運動療法．老年精神医学雑誌，7(7)，757, 2006.
- 9) 征矢英昭，坂券裕史，柳澤弘樹，他2人：楽しいフリフリグッパ－運動で地域の認知症予防に貢献.GPnet Special 介護予防のための体操実践スクール ,43-49,8,2005.
- 10) 川副巧成：認知症予防と運動の関係，P ジャーナル認知症へのアプローチ .535-541,40 (7) ,2006.
- 11) Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., et al: Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol*, 58, 498-504, 2001.
- 12) 中華人民共和国体育委員会：太極拳運動．人民体育出版社，18, 1983.
- 13) 日本武術太極拳連盟：2003 年全日本武術太極拳競技大会誌，12, 2003.
- 14) 樋口由美，林義孝：地域における高齢者の転倒による骨折予防への取り組み．*Medical Rehabilitation*, 89, 45-50, 2008.
- 15) Kin, S. and Li, S.：高齢中国人の身体に与える太極拳の影響．*J Phys Ther Sci*, 18 (2)，133-136, 2006.
- 16) Guo, H.：太極拳及びカンフー体操を取り入れた転倒予防トレーニングの体力低下高齢者の体力に及ぼす効果の検証ー従来型転倒予防トレーニングとの比較．*体力科学*, 56, 241-255, 2007.
- 17) 金信敬：太極拳による高齢者の骨粗鬆症予防効果に関する研究．*Osteoporosis Jpn*, 15, 89-94, 2007.
- 18) 福原俊一，鈴鴨よしみ：SF-36V2 日本語版マニュアル．健康医療評価研究機構，京都，2004.
- 19) Williamson, J. W., Friedman, D. B., Mitchell, J. H., et al: Mechanisms regulating regional cerebral activation during dynamic handgrip in humans. *J Appl Physiol*, 81, 1884-1890, 1996.
- 20) Colcombe, S. J., Kramer, A. F., Erickson, K. I., et al: Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging. *Proc Natl Acad Sci*, 101, 3316-3321, 2004.
- 21) Kramer, A. F., Hahn, S., Cohen, N. J., et al: Ageing fitness and neurocognitive function. *Nature*, 400, 418-419, 1999.
- 22) 川島隆太：高次機能のブレインイメージング．医学書院，15-17, 2002.
- 23) 吉田甫，片桐淳志，大川一郎，他1人：高齢者に対する計算と音読活動の介入が前頭葉機能の活性化におよぼす影響：NIRSによる検討．立命館人間科学研究，16, 117-125, 2008.
- 24) 野村卓生，菅野伸樹，長野聖，他5人：“太極拳を取り入れた体操”の開発と介護予防効果に関する予備検証．*J Rehabil Health Sci*, 5, 1-6, 2006.
- 25) 高杉紳一郎，河野一郎，上島隆秀，他1人：リハビリテーション技術 太極拳～現代に活かす東洋伝統武術．*Journal of clinical rehabilitation*, 15 (9)，878-881, 2006.
- 26) 劉雲発：高齢者の24式太極拳のトレーニング効果について．*教育医学*, 48, 347-352, 2003.
- 27) 金信敬，黒沢和生，齋藤信夫：太極拳運動が地域高齢者の身体機能と健康関連QOLに及ぼす効果．*国際医療福祉大学紀要*，11 (2)，10-16, 2006.
- 28) Irwin, M. R., Pike, J. L., Cole, J. C., et al. : Effects of a behavioral intervention. Tai Chi Chih, on varicella-zoster virus specific immunity and health functioning in older adults. *Psychosom med*, 65 (5)，824-830, 2003.
- 29) Schaller, K. J. : Tai chi Chin: An exercise option for older adults. *J Gerontol Nurs*, 22, 12-17, 1996.
- 30) Woo, J., Kwok, T., Sze, F. K. H., et al. : Ageing in China health and social consequences and responses. *Intern J Epidemiol*, 31, 772-775, 2002.
- 31) Bartlett, H. and Phillips, D. R. : Ageing and aged

care in the People's Republic of China. Health and
Place, 3 (3) ,149-159, 1997.

(受付：2009年6月30日, 受理：2009年10月12日)

Effect of Persistently Practicing Tai Chi on the Brain function improvement —Experiment in one Area of Jilin Province, China—

Jiao SUN¹ Katsuko KANAGAWA² Junko SASAKI³ Syuichi OOKI³

Abstract

This research aimed to clarify the effect of Tai Chi on the vital functions, physical functions, life quality and brain functions of the elderly through practicing Tai Chi. The subjects were 150 elderly people in one Senior Activity Center. They were randomly divided into the intervention group of 75 people and the control group of another 75 people. The research period was three months from September to November of 2008, with totally 24 times participation. However, due to the reasons for hospitalization, the survey after 3 months shows that it has become 72 people in the intervention group and 66 people in the control group. Measured items included Functional Capacity TMIG (Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology) Index of Competence, One leg standing time with eyes opened, 5m high walking speed, 10m normal walking speed, Grip strength left, Grip strength right, 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) , Mini-Mental State Examination (MMSE) , Frontal Assessment Battery at bedside (FAB) . The results showed that the intervention group was significantly improved concerning 5m high walking speed, 10m normal walking speed, Grip strength (right hand) , Social functioning of SF-36 and MMSE compared to the control group. It was suggested that Tai Chi is effective to the improvement of the brain function, as well as to the maintenance and improvement of health condition.

Keywords tai chi, brain function, older people, quality of life, randomized controlled trial

原著

糖尿病熟練看護師の語る実践しているケア

彦 聖美¹ 佐々木順子¹ 金川克子² 吉森 由香利³

概要

本研究の目的は、糖尿病熟練看護師の実践しているケアの内容を質的に把握することである。糖尿病熟練看護師 19 名に対するフォーカス・グループ・インタビューを分析した結果、実践しているケアとして【疾患・現在の状態を患者の生活の中に置いて捉える】【患者に予測される状態を先取りして対応する】【患者の状況や感情の揺れの幅を見極めて安定に向ける】【共同責任者として患者と向き合う】【患者の関心と可能性を引き出しケアに活かす】【具体的場面をイメージ化して説明する】【糖尿病専門職として自身のなすべきことを果たす】【他の専門職者の力を活かしチームで患者を支える】の 8 カテゴリーが抽出された。

糖尿病熟練看護師は、予測的に患者の感情や状況を見極めながら対処し、患者の強みと可能性をケアに活かそうとしていた。さらに、病院内から地域連携まで、患者を中心とした連続的なケアの視点を持ちながら、糖尿病専門看護師としての責任を果たそうとしていた。

キーワード 糖尿病看護、熟練看護師、ケア、フォーカス・グループ・インタビュー (FGI)

1. はじめに

糖尿病看護の目的は、糖尿病患者の行動変容を支え、援助することである。糖尿病はチーム医療で患者を支えているが、糖尿病という疾患そのものに働きかける役割が大きい医師と異なり、看護師は「人々またはその生活に働きかける」というところにその専門性を発揮する¹⁾。糖尿病を持ちながら生きる患者の暮らし、生活そのものを理解し、その人の生活の中に自然に必要な行動が組み込まれるように援助することが重要である。

このような糖尿病看護の目的を踏まえながら、糖尿病看護における優れた看護実践とはどのようなものであろうか。P.Benner^{2) 3)} は、多くの看護師からのインタビューと看護実践の観察を通して、看護の実践内容をありのまま、かつ徹底的に、綿密に記述している。「我々は実際の看護実践のなかに埋もれている知識についてわずかにしか学んでいない」と述べているように、看護師が日常的に行っている看護ケアの中には、看護師が自分たちでも認識していないような優れた知識があることを発見している。P.Benner は、看護師がどのように現場でケアを行っているかというありのままの状況を分析し、その中で、「経験的学習」を積むこと、そして、その経験を「語る」ことの重要性について述べている。さらに P.Benner⁴⁾

は、臨床看護実践における 5 つの能力レベルを特定する記述を行い、これが看護師の臨床実践ドレイファスモデルとして、初心者 (Novice)、新人 (Advance Beginner)、一人前 (Competent)、中堅 (Proficient)、熟練 (達人 / Expert) の 5 段階として示されている。中堅のレベルは一人前からさらに経験を重ね、状況を全体として捉えることができ、達人のレベルは豊富な経験をもとに状況を直感的に把握し問題を正確に定める事ができる看護師を言う。さらに、この一人前のレベルとそれ以上のレベルには質的な差があると述べている。

これらのことから、看護ケアの実践知を丁寧に記述し、目に見えない看護実践の記述を積み重ねていくことは、臨床看護実践における能力レベルの質的な差の中身について明らかにすることであり、看護の質向上に繋がると考えられる。

そこで本研究は、糖尿病熟練看護師の実践しているケアを、糖尿病熟練看護師達の語りから質的に把握することを目的とした。

2. 研究方法

2.1 対象者

本研究における糖尿病熟練看護師の定義は、糖尿病認定看護師の受験資格を参考に「臨床経験 5 年以上、糖尿病看護 3 年以上の臨床経験を持つこと」を基準とした。さらに、優れた看護実践能力を有するという点における質の保証として、社会

¹ 石川県立看護大学

² 神戸市看護大学

³ 公立松任石川中央病院

的に認められた認定資格である糖尿病認定看護師と日本糖尿病療養指導士の2つの認定資格者のうちのどちらか、或いは両方を有する看護師を「糖尿病熟練看護師」と定義した。

2.2 リクルート方法

対象者は、各病院の看護部長や糖尿病教育担当者に対して、研究の目的や方法について研究者が直接説明し、上記に定義した糖尿病熟練看護師の参加が可能となるように該当する看護師の抽出を依頼した。対象者には事前に看護部長から、研究者の作成した書面と共に①目的、②方法、③倫理的配慮、④問い合わせ先などを説明してもらい、参加協力の承諾を書面で得た。その後、インタビュー実施の日時と場所については代表者と相談して決定した。

2.3 調査方法

(1) フォーカス・グループ・インタビュー法（以下 FGI）

糖尿病熟練看護師は自身の教育実践例を数多く持っているにも関わらず、その体験を複数人で話し合う機会が少なく、優れたケアの実践が自分の経験の中だけに納まっていることが多い。その潜在的な経験を上手く引き出し、他者にも分かり易く表現してもらうことが重要となる。そこで本研究では、同じ糖尿病熟練看護師というグループの安心した環境下で、糖尿病熟練看護師が無意識に実践しているケアをお互いに刺激し合いながら自由に語り合い、テーマに関する「幅広い情報」、「ダイナミックな情報」の収集に期待し、FGI法を選択した。

(2) FGIのインタビューガイドと質問項目

FGIのインタビューガイドの探り質問項目は、正木⁵⁾が明らかにした2看護援助課題の1側面である、その人個人としての人間性に目を向ける側面:「感情の安定」「価値観や信念の再構築」「自己決定」「自己の理解」を4つの柱とした。また、もう1側面である、糖尿病患者としての有能性を育てる側面:「コンプライアンス」「自己管理」に対する援助についても、FGIの語りの中で、十分導きだせるものと予測した。具体的質問としては「これまでの患者教育において、この4つの項目に関する経験はあるか」「どのようなケアを実施するか」「患者のどのような点に注目するか」「なぜその点に注目するか」「それをどのような質問や投げかけ、その他の手段で知ろうとするか」「そ

れをどのようにケアにつなげるか」等であった。

(3) FGIの実施方法

調査場所は、各病院内の静かな個室とし、参加者の承諾を得てICレコーダーとビデオを設置し、記録した。また、情報を抜け漏れなく整理するため、観察者と記録者の2名がテーブルよりやや距離をとって、観察と記録を実施した。インタビュー中は番号札を参加者の名前代わりにすることで、名前が表に出ないことを保証し、安心して討論できるように配慮した。所要時間は説明を含め2時間半以内とし、参加者の話しやすい雰囲気づくりに努めた。

(4) FGI実施における留意点

本研究では、糖尿病教育経験が15年、日本糖尿病療養指導士の資格を有する研究者が司会者となった。司会者自身も糖尿病熟練看護師であるという圧力を与えないように配慮しながら、参加者の伝えたいケアの内容を深く引き出せるようにサポートし、インタビューするよう留意した。さらに、FGI終了後は毎回、記録者と観察者より司会者に対する客観的評価を得て、司会者の影響がFGI実施に問題を生じていないか常に確認しながら実施した。

2.4 分析方法

録音された記録を全逐語録に起こし、まず、①逐語録を何度も繰り返し読み、糖尿病熟練看護師の実践しているケアに関して、対象者の言動、表現のねらいが汲み取れる「意味のまとまり」ごとに区切って取り出した。次に②一次分析として、「実践しているケア」に関連する「重要アイテム」を拾い出した。次に③非言語的コミュニケーション情報の整理として、観察者の記録とビデオ録画データより、発言者とメンバーの反応を整理した。最後に④二次分析として、「実践しているケア」に関連する「重要アイテム」を類型化し、「重要カテゴリー」を抽出した。さらに、結果を複合分析し、実践しているケアカテゴリーとサブカテゴリーを決定した。分析全般において、糖尿病教育およびFGIの実施と分析に精通した研究者より常にスーパーバイズを受けた。

2.5 内容妥当性への対策と真実性の確保

グループインタビュー法の内的妥当性のかく乱要因⁶⁾⁷⁾である、個別背景の影響・相互作用によるメンバーの変化・グループメンバーの偏りに関しては、本研究の目的に沿って参加者の糖尿病熟

練看護師としての質の保証, 加えて, 参加者属性の把握, グループ内での関係性の把握を行い分析時に活かすことで対応した. さらに, メンバーのドロップアウトの問題は, FGI 実施時に十分に自由で公平な発言がなされるように司会者が配慮した. さらに司会者の影響・司会者自身の変化に関しては, 「司会者の心得」を厳守し, 十分に注意して実施した. 真実性の確保としては, 複数による分析と, 糖尿病教育および FGI の実施と分析に精通した研究者にスーパーバイズを受けた. 分析結果は, 参加者に本研究の分析結果を提示して, 結果に同意できるかどうかを調査し, 真実性の確保に努めた.

2.6 倫理的配慮

本研究は石川県立看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施し, 書面にて研究目的・研究方法・研究の意義・研究参加の自由・個人の権利の保証・プライバシーの保護・情報の厳重な管理等について十分に説明し, 書面をもって研究参加の同意を得た.

3. 結果

3.1 研究参加者の背景 (表1)

参加者は, 二次医療圏分類では2地域に属するA県内南部地域の糖尿病診療に中心的な役割を果たしている3病院に勤務する糖尿病熟練看護師19名であった. すべて女性であり, 参加者の平均年齢は41.7歳, 看護師経験年数平均は19.3年, 糖尿病看護経験年数平均は8.9年, 認定資格取得後1年から6年であり, 十分な糖尿病看護の経験を有する集団であった. 参加者のA県下糖尿病熟練看護師全体における位置づけでは, 糖尿病認定看護師資格では, A県内認定者2名中の1名であった. この看護師は日本糖尿病療養指導士の資格も併せて有していた. また, 日本糖尿病療養指導士資格では, A県内登録看護師・准看護師数193名(平成20年6月)中の19名であった.

3.2 糖尿病熟練看護師のケアとして語られた内容複合分析表 (表2)

各グループで実践しているケアとして語られた内容の複合分析表を表2に示す.

表1 フォーカス・グループ・インタビュー参加者一覧

グループ	人数	年齢	看護師経験年数	糖尿病看護経験年数	糖尿病療養指導士認定年数
1G	5名	27～44歳	6～22年	5～19年	1年目3名,5年目1名,6年目1名
2G	5名	33～51歳	12～26年	5～10年	1年目1名,2年目2名,4年目2名
3G	4名	39～52歳	18～31年	6～15年	1年目1名,5年目1名,6年目2名 *認定看護師資格を有する1名も含む
4G	5名	36～53歳	15～31年	4～14年	2年目1名,3年目1名,4年目2名,6年目1名
全体	19名	平均41.7 (SD7.7)歳	平均19.3 (SD7.3)歳	平均8.9 (SD4.3)年	1年目5名,2年目3名,3年目1名,4年目4名, 5年目2名,6年目4名

表2 糖尿病熟練看護師に対するフォーカス・グループ・インタビュー複合分析表

カテゴリー	1グループ	2グループ	3グループ	4グループ
①疾患・現在の状態を患者の生活の中に置いて捉える	○	◎	○	○
②患者に予測される状態を先取りして対応する	○	○	◎	○
③患者の状況や感情の揺れ動く幅を見極めて安定に向ける	◎	◎	◎	◎
④患者と向き合い共同責任者としての空間を創出する	◎	○	◎	◎
⑤患者の関心と可能性を引き出しケアに活かす	○	◎	○	◎
⑥具体的場面をイメージ化して説明する	◎	×	○	○
⑦糖尿病専門職として自身のなすべきことを果たす	○	○	○	○
⑧他の専門職者の力を活かしチームで患者を支える	○	○	○	○

◎：とてもよく当てはまる（インタビュー内で、複数人から複数回語られた内容で参加者から同意の反応を得たもの）

○：良く当てはまる（インタビュー内で単独で1回語られた内容で参加者から同意の反応を得たもの）

×：当てはまらない（そのグループのインタビューでは語られなかった内容）

FGIにおいて、聞き出したいことが十分に聞き出せたかという判断については、安梅⁶⁾の内的妥当性の検討方法をもとに①糖尿病熟練看護師が実際に経験している者の実感している言葉で具体的に表現された「アイテム」が数多く得られたこと②語られた事柄は、実際に行われているケアと、その周囲の要素との関係性が把握できる内容が得られたこと③得られた「アイテム」の多くは、4グループで同様のキーワードとして共有性が高かったことを確認した。本研究の分析結果に同意できるかどうかの調査結果は、長期研修参加、育児休業中、退職したと把握できた3名を除き、16名の対象者のうち、回答があった12名が分析結果に同意できると回答した。

3.3 糖尿病熟練看護師の行っているケア (表3)

分析の結果、糖尿病熟練看護師の行っているケアとして【疾患・現在の状態を患者の生活の中に置いて捉える】【患者に予測される状態を先取りして対応する】【患者の状況や感情の揺れの幅を見極めて安定に向ける】【共同責任者として患者と向き合う】【患者の関心と可能性を引き出しケアに活かす】【具体的場面をイメージ化して説明する】【糖尿病専門職として自身のなすべきことを果たす】【他の専門職者の力を活かしチームで患者を支える】の8カテゴリと、それぞれに3～5のサブカテゴリが抽出された。表3に、語られた内容例と共に示す。

4. 考察

4.1 糖尿病熟練看護師の語る実践しているケア

(1) 疾患・現在の状態を患者の生活の中に置いて捉える

このカテゴリで語られたケアは、糖尿病を持ちながら生きる患者を生活者としてしっかり捉えてケアするという事だった。糖尿病は重大な「身体的疾患」であると共に「生物・心理・社会的疾患」とも表現され⁸⁾、人々の「生活」「仕事」や「信念」といった、心理・社会的側面を含めた生活の質との関連が強い疾患である。糖尿病熟練看護師は、患者の「生活」を見つめる視点を強く持ち、ケアに繋げようとしていた。その中で、糖尿病を引き起こした、或いは悪化させている生活習慣や生活過程を「課題」として否定的に捉えるだけでなく、糖尿病熟練看護師はそれらを患者がセルフケアを獲得するための「課題」として前向きに捉えていた。だからこそ、患者の「生活」や「暮ら

し」の中で、その「課題」解決の困難さや限界についても理解し、可能な限り調整点や妥協点を探るというケアを行っていた。

(2) 患者に予測される状態を先取りして対応する

このカテゴリで語られたケアは、患者の自己決定に対するケアである。糖尿病熟練看護師は、患者が自己決定に必要な十分な知識や予後の理解を持っているか、実行力はあるか、誤解はないかなどを探り、そして、決断に効果的なタイミングを知っていた。B.Andersonら⁸⁾はエンパワメントの過程を「人が自分自身の生活に責任を負うことのできる潜在能力を発見し、発展させること」と定義し、「理論的な決定をできるだけ十分な知識をもっていること」、「十分に管理できること」、「決定を実行に移すだけの十分な資源があること」、「行動の効果を評価するだけの十分な経験があること」が必要と述べている。糖尿病患者のエンパワメントは、患者が自分の病気を管理すること全ての責任を持つことを基本とする。自己管理の選択や決断という決定は、患者自身が行い、その責任を持つということを経験していることを糖尿病熟練看護師は意識し、正しい決断ができるように知識の確認や、予後に関する理解の確認を行っていた。

(3) 患者の状況や感情揺れ動く幅を見極めて安定に向ける

糖尿病患者の状況や感情は静止したものというよりは、何らかの出来事や状態によって動的に容易に変化するものと捉えられる。患者が自己管理を始めたり、継続することの難しさを意識したり体験したりする過程について、清水⁹⁾は「この段階は、糖尿病とともに生きる人生における迷いや立ち往生を体験する時期にあるといえる。そしてそこには、先行研究で慢性病に特徴的として明らかにされていた“揺らぎ”や“もがき”といった心理状態が生じやすいのではないだろうか」と述べている。しかし、迷いや立ち往生といった体験は決してマイナス面ばかりではない。清水はセルフケアの発展プロセスの研究において、糖尿病と共に生きる中で、体験の辛さや苦痛といった否定的な感情は、「実際の体験を通して患者が多くのことを学び得る時期であり、次の段階へ進むターニングポイントとなり得る時期として位置づけられているのである」と述べている。さらに、上田¹⁰⁾は「問題解決学習は迷いを基調とする」として人生における迷いや立ち往生の肯定的な意味を説いている。本研究の糖尿病熟練看護師も、

表3 糖尿病熟練看護師のケアカテゴリーとサブカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	インタビューで語られたケアの内容例 (かっこ内： グループNo. -発言番号)
① 疾患・現在の状態を捉える患者の生活の中に置く	患者が生きてきた過程や現在の暮らしを理解する	①管理職で、週3回か4回は接待がある方、自分はそれで仕事も頑張ってきた結果が、今この糖尿病かという思い、一生懸命生きてきたのという思いがある。(中略)生き方を別に否定することではない、頑張ってきた結果を認めようと話す。今こうやって一回見直しすることでこれからも元気に生きていけるから。(I-8) ②全く知識も無かった人も、教育入院することで、自分の生活を振り返る。その人の全体像を掴む、家庭にまでは入れないが、生活環境をしっかりと見てみる(II-25)
	今までの生活の振り返りから、今後の改善点に気づかせる	①アナムネ時には、正直に言わない(中略)1日分、書いてもらっていかなく。目に見えるものが残ると、そのままお返ししていくと、ちょっとこれ多いねという話ができる(I-11) ②聞いたことを基に、一緒に生活をイメージする。具体的に、帰宅時間や、忙しい時間のことを聞く。一緒に生活をイメージしていると、患者の生活の大変さが分かり、共感できる。共感したことを伝えると、患者から愚痴が少しずつ出てくる(II-14)
	療養行動の困難さ・限界を理解し調整点・妥協点を探る	①全面的に改善するのは無理だろうと思う患者には、食事に関してはちょっとの工夫、一つの工夫だけをしようと言う。(中略)長続きしないといけないので、少しずつの変化を促す(II-30) ②生きていくうえで食べることは毎日のことで、そこを変化していくことは大変。長年やってきたことを、全面的に変えることはできない。(中略)最低限この人には何が必要かと考えてポイントを絞って指導する(II-31)
② 続き 患者に予測される状態を先取りして対応する	糖尿病の理解・予後の理解を促す	①糖尿病になると脳梗塞、心筋梗塞が何倍の危険性となるかを話す(III-40) ②ヘモグロビンA1cという値を、しっかり伝える。ヘモグロビンA1c値の差と、他の肝機能データとかコレステロール値の差との違いについて、一般の方にはわからない(III-45)
	患者の理解と行動の両面から判断する	①理解と行動は、両面からみないといけない。あんまりわかっていないなくても、自分なりにやっている方法がきつとあるので、しっかり確認する(III-33) ②治療中断者はけっこう多い。仕事が忙しいと。なぜ中断したかという理由が重要。入院しても、治療中断した理由がその人の中で解決できていなかったら、また繰り返す。(中略)きつと本人の意識に中断の理由があるので、探る(II-48)
	十分な知識と理解を確認して自己決定を促し、尊重する	①教育入院歴あり、外来通院中の患者でもシックデー、ヘモグロビンA1cを知らない(III-31) ②その人が本当にそれを決められるだけの正しい知識があるのか確認が必要。そこが大事。自己決定していただくときは知識の確認が必要。意外に知らなかったことがけっこうある(III-30)
	患者にアドバイスするタイミングをはかる	①入院中にできるのは当たり前で、外出か外泊後が、退院したときできるかなという判断の1つのポイントとなる。(中略)外泊時のネガティブな思いの表出から、「じゃあこうしてみようか」というアドバイスをすることでそれが引き金となって患者の自己決定の言葉が引き出される(II-36) ②ある時点で急にぼつと感情が出てくる時がある。(中略)病院から離れたところで、自分一人であってということで、生活の中に戻ったら何か急に不安になったりとかがあるので、そのときサポートが必要(III-15)
③ 患者の状況や感情に揺れる向揺れる幅を見極め	疾病受容や行動変容に対する心理状態を探り、対応する	①反応が悪い人がいれば、表情でショックかなと(中略)判断するのは、あんまり視線を合わせない、笑顔はない、不安げな感じ、泣き出すまではいかないが、ちょっと暗いなどから。表情から、様子から、そういう人は、なかなか自分からは話さないから、探る(I-1) ②何を伝えていいのかも分からないというところもある。(中略)「具体的にどの辺が不安か確認する(I-2)
	将来的な不安や孤独に対処する	①不安に思う気持ちに対して、色々症状とか、簡単に糖尿病になぜなるのかと話して、今が大事と説明。病気に関して知って生活してけば、将来合併症もおきないこと説明する。ちょっと難しい話だが、今ここで何もしないか、ここでいろいろ知識を得て生活に生かしていくとでは、今後がやっぱ違うことについて話す(I-5)
	患者と看護師の思いのずれを修正する	①これから自分がどうしていきたいのかっていうことも聞き出す。自分はどうしていきたい、がきつとある。(中略)患者の思いと看護師の思いにズレが無い確認が必要(I-28) ②看護師が高望みしているかもしれない。患者さんが看護師の意図するところまで、感情的にも、思いのりにも行き着いてないのに、看護師ばかりが高いとこを望んでもダメ(中略)患者さん今の段階に、看護師もそこにおりる、患者さんにあわせる。そこでわかりあえばまた進んでいける(I-29)

表3 糖尿病熟練看護師のケアカテゴリーとサブカテゴリー (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	インタビューで語られたケアの内容例 (かっこ内: グループNo. - 発言番号)
③ つつき	アプローチのゲートを探る	①患者にしゃべらせ、それで患者の思いや考えを探る。言葉の端々にヒントがある。(Ⅲ-18) ②絶対できないと言われたことは、できないことと理解し、絶対そこはできないなら、違う方法を考えようと方向転換(Ⅲ-27)
	肯定的な態度で接する	①「入院しただけでもあなたはもう、かなり糖尿病を治そうって気持ちになっている」という褒め言葉が大事。(Ⅱ-46) ②やっぱり褒めることは大事。ストレートに言うだけでなく、段階的に褒める。そうすると患者自身が向上していく。(Ⅱ-41) ③ダメダメというのを言わない。(Ⅳ-1)
④ 患者と向き合い共同責任者としての空間を創出する	患者の状況に合わせて面接の雰囲気をつくる	①初対面で、「さあ教育です、はじめましょう」というのは抵抗ある。(中略)いきなり深く介入し過ぎるとダメ。一生懸命指導するだけでなく、ちょっとずれて、世間話を。対象の全体像を見抜くには、入院期間ではまだ日が浅いから(Ⅱ-8)
	患者をありのまま受け止めて、十分に傾聴する	①なるべく自分がしゃべらないように、一呼吸おいたり、患者の話が終わるまで自分は聞く(Ⅰ-26) ②看護師の「しゃべる」、「正しいことを教える」をなくしたら、患者との話は進む。揺さぶる。とにかく相手からしゃべらせる(Ⅲ-19) ③ 無茶苦茶なことをしていると思っても、最初のアナムネ時に話を聞きは絶対否定をしない。そうすると、正直に思いを話してくれたりする(Ⅰ-9)
	看護師のとの距離を縮め、信頼関係を築く	①信頼関係が大事、(中略)看護師の強い味方・支援者という姿勢が伝わるのと、ただの話を聞いて終わるのは、やっぱり患者の行動変化が違ってくる(Ⅰ-22) ② 糖尿病専門看護師である事を患者に伝えるのも1つの手段。伝えることで患者さんが安心してくれる(Ⅱ-45) ③ただ否定しないで聞いたわけではなく、それっておかしくない?とか自分の意見も言う(Ⅳ-31) ④向き合うっていいこと。向き合うには、最初から覚悟決めてね。患者と向き合うには気合いを入れていかなければならない(Ⅳ-32) ⑤ 指導の中では、人生の経験がないことでわからないところがあるので、偉そうには言わない(Ⅱ-21) ⑥自分が、ある他人からすごく大事にされているという実感。フットケアで心開く。泣いたりする。患者がほんとの姿をみせる。信頼関係が形成される(Ⅲ-24)
	継続的に関わり、少しずつ歩み寄る	①その人を看護師がサポートしますっていう姿勢と、援助していくっていう姿勢が伝われば、患者も気持ちを切り替えてくれるだろうし、それが一時的なものであってもそれはいい。一時的なものであれば継続して関わればいだけ(Ⅰ-21) ② 家族の協力重要だが、最近ではなかなかそれが得られない。医療者がだれか一人患者としっかりつながって、とりあえず受診を継続してくれるところがある(Ⅱ-52)
⑤ 患者の関心と可能性を引き出しケアに活かす	看護師の関心、支える姿勢を患者に伝える	①動機付けにはやっぱり知識だけでなくって、療養指導士のその思いっていうのが伝わるか、伝わらないか。知識を与えるだけでなく、サポートするっていう姿勢をいかに伝えるかっていうところが相手の心も開いて、動機付けにつながる(Ⅰ-50) ②自分は、何のために、あなたをなんとかしたいんやっていうところを伝える。(中略)熱意。A1cここまでもっていきたいっていうのを訴えてで、そのためには継続的にかかわりますのでお願いしますと伝える(Ⅰ-24)
	患者の価値・信念を尊重し、アプローチする	①動機付けは、家族の言葉も大事かもしれないが、それでは合併症がおこることで自分がどうなるのかっていうイメージが、絶対患者さんにつきにくい。自分のためっていうその気持ちの切り替えが、自己決定に大きく影響する。(Ⅰ-14) ②人は宗教とか価値観、考え方が、かなり違う。(中略)必要な行動も、どうしたらできるかということは何回かにわたっていろんな療養指導士が指導に入り、その必要性を再三お話しして、ちょっとずつ歩み寄る。妥協案ではなく、行動によるメリットを提供して受け入れてもらう。行動のメリットを強化する。(Ⅳ-14)
	性・年齢特徴別にアプローチする	①健康に対する意識が女性のほうが高い。女性はわりと健康に対して何とかしようという、やる気は感じられる。(Ⅰ-13) ②男性は検査値などのデータをけっこう気にする。(中略)男性には、データの変化と食事や運動の実行を結びつけて説明すると効果がある。(Ⅱ-16) ③若い患者には、生活の中で運動系での工夫について指導する。(Ⅱ-27)
⑤ 患者の関心と可能性を引き出しケアに活かす	患者の関心のある事と検査データを結びつけて説明する	①採血データを欲しがらる患者は、その値が一つのきっかけとして、自分行動の成果として自信につながる(Ⅱ-18) ②体重を頻回に測定するという行動から推測して、対象のに関心のあるところを探り、そこをきっかけにして指導する(Ⅱ-17) ③会話によく出てくる部分を許可していくと、患者の行動変容につながる事が多い(Ⅱ-20)

表3 糖尿病熟練看護師のケアカテゴリーとサブカテゴリー (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	インタビューで語られたケアの内容例 (かっこ内: グループNo. 発言番号)
⑤ 続き	家族・協力者を含めてアプローチする	①妻も非常に戸惑っている。むしろ本人よりも妻の方が今までの生活を変えなければいけないと責任を感じている。(中略) 妻へアプローチもかなり重要(II-11) ②患者自身が無理なら、協力者に対してこのことだけは知ってもらいたいことをピックアップして指導する(II-32)
⑥ 具体的場面をイメージして説明する	よくありがちな身近な事例・患者と似ている事例で説明する	①名前は伏せて今までの過去に指導した人の中から、似たような年齢・性別のデータを出してみて説明する。(中略) 食事と運動でこれだけ血糖が下がる病気なんだっていうところをまず教えてあげたらいい。ちょっと他の人のモデルを使って。(I-18) ②合併症予防指導では、よくある事例、患者が納得するような事例で指導すると、患者の胸に響き、このままではだめ、気をつけなくてはということに気づく。(III-41) ③なんの病気でも同じ病気の人、ひどい状態を見ると、人間はハッとする。同じような体型を見て、自分に照らし合わせてハアアってなった人もいる。(IV-23)
	効果的な説明の工夫・説明者の選択をする	①数字で示すとわかりやすい(I-17) ②独特、自分で作った大事なファイルをちょっとつつ小出しにする。ちょっとどきっするフレーズ、インパクトあるフレーズを使って、患者の興味と関心を引き、そこきっかけに指導を進める(I-36) ③入院中に血糖が安定してくるので、患者自身に自分の手帳に血糖値の記録を必ず書かせ、下がって正常値になるという成果を、視覚的に感じてもらう(II-37) ④研究データを使って説明するときは、看護師が言うより医師から説明してもらおうとインパクトがあり、納得される(III-51)
	体験者の語りから気づきを促す	①患者会で患者さんが言った言葉「糖尿病になったのを残念に思うんじゃなく、糖尿病になったから、健康的な生活ができるようになってよかった」を、他の患者に、こういう考えの患者がおいでることを紹介する(IV-32)
	患者同士が語れる場を作る	①合併症だけでなく、同じ経験してる患者の話は、看護師が説明するよりも受け入れやすい。外来でも気の合いそうな年代の患者を同じ予約日にすると、患者同士でよく話をする。看護師が言うよりもすーっと体験として入ってきて、受け入れやすいところがある(IV-24)
⑦ 糖尿病病専門職とすべきことを果たす	糖尿病専門職としての責任を自覚して患者を支える	①糖尿病療養指導士という立場で、病棟全体の糖尿病を合併している患者さんに対して関心持つ(II-2) ②悪くなって入院してくる人を見ると、なんでこの人はもうちょっと先に、どうにかならなかったのかと、悪くなる前になんとかしたいという思いが強い。私たちがかわかりが十分その患者さんの人生を大きく変えること、変えるかわかりができる(I-53)
	自身の療養指導を振り返り、改善する意欲を持つ	①自分がやっている療養指導がどういった感じに患者さんに影響与えてるかっていうのを言葉にしてディスカッションすることで、確認ができたりする。自分ひとりでする分にはなかなか誰もみてくれないので、今後病棟の中でディスカッションする場があれば、ステップアップできる(IV-42)
	逃げない姿勢で患者と向き合い、誠実に対応する	①いつも、とりあえずは逃げない。患者のところへはとりあえず自分が足を運び、患者の前に立つ。患者の前に立てれば、なんとかなる。逃げない、避けない(III-8)
⑧ 他の専門職者の力を活かしてチームで患者を支える	退院後の地域連携・外来との連携の推進を意識する	①定期的を受診することだけでもすごく大切。病院とつながっていると、悪くなる前に対処ができるので、外来通院を続けることだけでも大切と伝える(II-47) ②今やっ地域連携と言われるが、個人病院との連携で、患者の情報が共有されてなかったところにも原因がある(II-48) ③病棟看護師(糖尿病療養指導士)は患者に今後どういう問題出てくるかを具体的に把握し、忙しい外来看護婦師との間にうまく入って連携することが望ましい(II-54)
	チーム員それぞれの力を活用する	①糖尿病はチームで患者さんを支えている。(中略) 皆で支えるためには、その疾患の知識・いろんな背景を知らないと支えれない。看護師一人、医師だけではできないので、必然的にチームで支えている(III-6) ②チーム医療なので、他のスタッフが患者の思いを聞いていけばいいかという思いがある。(中略) 情報を共有して、皆で考えてあげれば、だれが聞いてもいい。誰かが聞いてくれて患者さんを支えていけば、なんとかなる。チームで支えればなんとかなる(III-47)
	チーム間でケアの方向性を一致させる	①チームで関わるといろんな話を患者から聞ける。方向性がバラバラになることが危険なので、一週目のカンファレンスは受け持ち看護師が出席できるように配慮し、チームで関わっても方向性にズレはない(IV-22)

患者の感情に注目し、どこで“揺れ”が生じているのか、その“揺れ”を起こしているものは何か、どの程度の“揺れ”なのかを見極め、安定させようと患者に接近するケアの実践を重要視していることが語られていた。

(4) 患者と向き合い共同責任者としての空間を創出する

糖尿病熟練看護師は、糖尿病患者に対してパートナーシップをベースに持ち、患者との信頼関係を築く努力を実践していた。河口ら^{11) 12)}は、糖尿病看護における熟練看護師の「技」に注目し、これらを熟練看護職者の“professional learning climate (PLC)”として抽出している。これを①心配を示す、②尊重する、③信じる、④謙虚な態度である、⑤リラックスできる空間を創造する、⑥聴く姿勢を示す、⑦個人的な気持ちを話す、⑧ともに歩む姿勢を見せる、⑨熱意を示す、⑩ユーモアとウィットの10項目にまとめている。本研究結果でもこれらの看護師の姿勢・態度に関連するケアを抽出したが、加えて、時には反対意見であっても、看護師の意見を誠実に伝えることの大切さが語られていた。P.Bneer¹³⁾は看護実践「診断とモニタリング機能」領域内の「問題を予知する：先の見通しを立てる」を、熟練看護師の優れた1つの特徴述べている。糖尿病熟練看護師は多くの患者の経過を経験してきているので、現在ケアしている患者に関する現実に関心した懸念と予測を持ち、専門家として、意見を言うべき時には責任を持って患者に必要な意見を伝えていると考えられた。

(5) 患者の関心と可能性を引き出しケアに活かす

このカテゴリーで語られたケアは、看護師の知識や経験の活用の有効性であり、糖尿病熟練看護師の多くの経験知に基づく、糖尿病患者の特徴の捉えが基本となっていた。「患者が関心のある事柄は繰り返し発言の中に登場する」や「患者の行動から関心のあるところを探る」という経験知は、ケアに活かされていた。正木⁵⁾は糖尿病外来看護の援助過程「患者の価値観変容に関わる援助過程」において、「その過程においては、患者の自己客観視を促すことを通して、患者が自分の価値観が変化していることに気づき、変化した価値観を持つ自分を肯定的に受け止めることが必要である」と述べている。本研究で語られたケアは、価値観や信念はその人個人によって違うという大前提のもと、患者の自己の再構築に向けたケアの実

践において、いかに糖尿病熟練看護師の経験知が有効に働くのかということを示唆したと考える。

(6) 具体的場面をイメージ化して説明する

このカテゴリーで語られたケアは、糖尿病熟練看護師の教育的なスキルである。糖尿病患者の行動変容にとって、自己効力感を高める援助は有効であるという報告がある^{14) 15)}。自己効力感の自信は、「自己の成功体験」「代理的经验」「言語的説得」「生理的・情動的状态」という情報源をもとにして働きかける¹⁶⁾。本研究においても「代理的经验」の情報源として、患者と性、年齢、置かれた状況などが似ている人をモデルに話すことで、患者の行動変容に対する具体的なイメージが膨ませ、「自分もできそうだ」という自己効力感を高めるケアが語られていた。さらに、効果的な説明の工夫・説明者の選択等の「媒体の活用」¹⁶⁾は、情報提供の一方法である。糖尿病熟練看護師は自身の経験から、インパクトを持ち、心を揺さぶるような媒体が何であるのかを知っており、その効果的な媒体を活用してケアを実践していた。

(7) 糖尿病専門職として自身のなすべきことを果たす

このカテゴリーで語られたケアは、専門職としての責任感である。糖尿病の認定資格取得には、養成校での研修や全国各地で開催される研修会への参加、さらに糖尿病教育実習や自己の療養指導実践の報告書の作成、入学試験や認定試験などがあり、難関である。加えて、両認定資格は認定更新制度を施行しており、たゆまぬ看護実践や自己研鑽の実績が求められることを考え合わせると、資格取得後も継続して糖尿病専門看護職としての責任を果たす努力を自覚することが必要となる。しかしながら、本研究の語りの中では、糖尿病看護の困難さや解決策が見いだせないジレンマとの闘いなど、ケアの実践における苦悩についての語りも多かった。その中で何とか逃げないで糖尿病患者と向き合おうという姿勢や意欲を持ち続けていたことは、看護師が1人の人間として、自己実現における自身の課題として「専門職としての役割を果たす」を捉えていると考えられた。教育は相互作用であり、患者の変化ばかりでなく、看護師自身の変化や成長にも繋がっていく事が示唆された。

(8) 他の専門職者の力を活かしチームで患者を支える

これからの糖尿病対策は地域連携支援体制をつくることが重要であり、最近では、「糖尿病地域

連携クリティカルパス」を活用した地域連携の推進についての報告^{17) 18)}も盛んになってきている。糖尿病は生活との折り合いをつけながら長期間にわたって療養するという特性を持ち、他の疾患以上に医療機関や医療職同士の「チーム医療」「共同診療」が求められる。その中で関わる医療職は、長期的な視野に立ち、目標の共有をする、情報の共有をすることが重要となる。本研究においても、糖尿病熟練看護師はチーム医療の一員として、地域連携も視野に入れ、包括的・連続的な糖尿病ケアの視点を重要視してケアを実践していることが明らかとなった。

本研究におけるこれらの結果は、糖尿病熟練看護師の優れた看護実践に関する先行研究^{5) 19)} 知見に加え、糖尿病熟練看護師は専門職であるという責任と自覚を持ちながらケアを実践し、チーム医療・病院内連携・地域連携という視点を持ちながら日々のケアを実践していることを追加して明らかにしたといえる。

4.2 糖尿病熟練看護師の実践しているケアを明らかにしていく意義について

高い実践能力を有する糖尿病看護師の看護援助技術や力量についての研究^{5) 19) 20)} や、優れた看護実践知の看護師教育への組み込み^{11) 12) 20)} が進められてきている。川島・黒田²¹⁾ は、臨床看護実践に内在する知識を明らかにする意義について、「『科学的な根拠がないが、確かにこうなる』といった経験則や経験知にも、一定の法則性があることを大事に掘り起こさなければ、看護の本質に近づけない」と述べている。加えて、「専門分化の時代だからこそ、看護師はエキスパート性に気づき、埋もれているエビデンスを掘り起こすために、エキスパートの『Skill (技能)』を明らかにし、経験を明らかな形で伝えていく重要性がある」²²⁾とも述べている。このように、糖尿病熟練看護師個人の経験知として埋もれている高度な技能を、本研究のごとく、目に見える形で他者に伝えていくことの意義は大きい。さらに、糖尿病熟練看護師の技を個人的経験から「実践的知識」²³⁾として表現し、他の看護師がその知識から学び、活用していくことは、糖尿病看護実践の質向上に繋がっていくものと考えられる。

4.3 本研究の限界と今後の課題

本研究は、限られた地域の、限られた参加者による調査結果であり、糖尿病熟練看護師全ての実

践しているケアを明らかにすることができたとは言いきれず、その点は本研究の限界と言える。今後、妥当性と信頼性を保つために、量的研究を組み合わせて比較するなどの方法を利用し、検討を重ねる必要がある。また今後は、新人看護師と比較した熟練看護師のケアの特徴などの視点も含め、熟練看護師のケアをより明確にする事や、優れた実践である糖尿病熟練看護師のケアを看護師教育に活かす取り組みに繋げていくことが重要である。

5. まとめ

糖尿病熟練看護師 19 名に対するフォーカス・グループ・インタビューを分析した結果、糖尿病熟練看護師の語る実践しているケアとして 8 カテゴリーが抽出された。糖尿病熟練看護師は、予測的に患者の感情や状況を見極めながら対処し、患者の強みと可能性をケアに活かそうとしていた。さらに本研究において糖尿病熟練看護師の語る実践しているケアで特徴的だったのは、病院内から地域内連携まで、患者を中心とした連続的なケアの視点を持ちながら、糖尿病専門看護師としての責任を果たそうとしているケアの内容であった。

謝辞

本研究に御協力頂きました糖尿病熟練看護師の皆様へ深く感謝致します。なお、本研究は第 14 回日本糖尿病教育・看護学会学術集会 (2009) において発表したものに加筆、修正したものである。

引用文献

- 1) 佐藤栄子：「成人糖尿病患者に関する看護研究の現状」, 臨床看護研究, 7, 10 - 21, 1994.
- 2) P.Benner：「From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice」, Addison-Wesley Publishing, 4-30, 1984.
- 3) P.Benner, 井部俊子監訳：「ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ」, 医学書院, 第 1 版, 11-32, 2006.
- 4) P.Benner, C.Tanner, C.Chesla：「From beginner to Expert: Gaining a differentiated clinical word in critical care nursing」, Advances in Nursing Science, 14 (3), 13-28, 1992.
- 5) 正木治恵監修：「糖尿病看護の実践知」, 医学書院, 第 1 版, 7 - 73, 2007.
- 6) 安梅勅江：「グループインタビュー法 科学的根拠

- に基づく質的研究法の展開], 医歯薬出版株式会社,
第1版, 2001.
- 7) 安梅勅江:「グループインタビュー法Ⅱ 科学的根拠に基づく質的研究法の展開/活用事例編」, 医歯薬出版株式会社, 第1版, 2003.
- 8) Bob Anderson, Martha Funnell, 石井 均監訳:「The Art of Empowerment 糖尿病エンパワーメント」, 医歯薬出版社 第1版, 24-33, 2001.
- 9) 前掲書 5), 76-100
- 10) 上田薫:「人が人に教えるとは」, 医学書院, 初版, 55 - 66, 1995.
- 11) 河口てる子:「患者教育のための看護実践モデル開発の試み」, 看護研究, 36 (3), 3 - 11, 2003.
- 12) 安酸史子, 大池美也子, 東 めぐみ, 他1名:「患者教育に必要な看護職者の Professional Learning Climate」, 看護研究, 36 (3), 51-62, 2003.
- 13) 前掲書 3), 83 - 93
- 14) Corbett CF:「Research - based practice implications for patients with diabetes」, Home Healthcare Nurse, 17 (9), 587 - 596, 1999.
- 15) 布佐真理子, 千田陸美, 野崎智恵子他2名:「糖尿病で外来通院中の患者の健康行動に対する自己効力感とその影響要因」, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 6 (2), 113 - 122, 2002.
- 16) 坂根直樹, 佐野喜子:「質問力でみがく保健指導」, 中央法規出版株式会社, 第1版, 118-121, 2008.
- 17) 松島 照彦:「糖尿病地域連携クリティカルパスの試み」, 日本マネジメント学会雑誌, 7 (4), 536-541, 2007.
- 18) 武藤正樹:「新たな地域連携医療計画と地域連携クリティカルパス」, 山形県病院協議会講演会資料, 2008.
- 19) 東 めぐみ:「糖尿病看護における熟練看護師のケア分析」, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 9 (2), 100 - 113, 2005.
- 20) 瀬戸奈津子:「糖尿病看護における実践能力育成のための評価指標の開発 (1) (2)」, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 11 (2), 122 - 149, 2007.
- 21) 川島みどり, 黒田祐子:「看護のエビデンス」, 中山書店, 初版, 2 - 15, 2005.
- 22) 前掲書 21), 18 - 38
- 23) P.Benner:「看護実践における臨床知の開発, 経験的学習とエキスパートネス」, 日本赤十字看護大学紀要, 20, 64-78, 2006.

(受付: 2009年10月9日, 受理: 2009年12月6日)

Diabetes Nurse Specialists Recount Their Practice of Care

Kiyomi HIKO, Junko SASAKI, Katsuko KANAGAWA,
Yukari YOSHIMORI

Abstract

This study focuses to acquire a qualitative understanding of the nature of the care being carried out by nurses who specialize in working with diabetic patients. Focus group interviews were carried out with 19 diabetes nurse specialists, and the results were analyzed. The analysis revealed eight categories of care that the nurses carry out: treating the illness and the condition of the patient within the context of the patient's everyday life; responding in advance to the predicted future condition of the patient; obtaining a clear picture of the breadth of variation of the patient's emotional and physical condition and working to stabilize it; addressing the patient from a position of shared responsibility; bringing out the interest and the potential of the patient in order to make optimal use of them in care; explaining specific scenarios by presenting them in a visual format; carrying out of one's own accord all the tasks expected of a professional working with diabetes; and making full use of the strengths of professionals from other areas in order to provide team support to the patient.

The diabetes nurse specialists kept a careful watch over their patients in order to predict and address the patients' emotional and physical condition, thus making full use of the patients' strengths and potential in the care regime. Moreover, they worked to fulfill their responsibilities as practitioners specializing in diabetes nursing with a perspective of continuous, patient-centered care that extended from care within the hospital to include coordination with the local community.

Keywords Diabetes Nurse Specialists, Expert Nurses, Practice of Care,
Focus Group Interview (FGI)

報告

看護学生に日本版バーチャルハルシネーションを用いた 体験学習による統合失調症患者への印象の変化

川村みどり¹ 武政奈保子¹ 谷本千恵¹ 清末郁恵²

概要

本研究の目的は、統合失調症の疑似体験が体験学習の教材として有効であるか検討する前提として、患者やその精神症状に対する学生の理解がどのように変化するのが調査することである。看護学部3年生67名を対象にバーチャルハルシネーション(virtual hallucination program: 幻覚疑似体験装置、以下、VH)を用いた体験学習を実施し、SD法と自由記載を主とした調査票により、VH体験前後の統合失調症患者への印象の変化を調べた。VH体験前の学生は、疾患の知識はあるが具体的に症状をイメージできず漠然とした印象を抱き、患者の行動が予測できない不安と怖さを感じていた。VH体験後は症状のつらさやそれによる患者の苦しさを考えた印象に変化した。VHによる急性期症状の体験は、学生に症状のつらさを強く印象づけたが、看護者の役割を考えさせるには至らなかった。体験学習の教材としてVHを用いる場合は、その有効性と限界を吟味する必要性が示唆された。

キーワード 精神看護学 看護学生 統合失調症 SD法

1. はじめに

疾患や症状を疑似体験する体験学習は、感覚を通してどのような援助をすればいいのか方法を学ぶとともに、援助側の看護者としての自分のあり方を考察するのに有効とされている¹⁾。1990年代に米国で開発され、2001年より日本に導入されたバーチャルハルシネーション(virtual hallucination program: 幻覚疑似体験装置、以下、VH)²⁾は、精神科看護での疑似体験学習を可能にした。VHは、視覚装置とヘッドホンを装着し、コンピュータグラフィックスとステレオ音声によって、統合失調症の急性期にみられる幻覚を疑似体験する装置である。当初は医療従事者や家族への疾患教育に用いることが目的だった。岩崎の報告では、心理教育に参加した患者家族の9割が、VH体験によって症状の苦しさが理解できたという³⁾。医療系学部の学生を含む約200名に米国版VHを用いた疾患教育を実施した森田らは、精神疾患への偏見は除去できないが、統合失調症患者のつらさに9割以上が共感できたと報告している⁴⁾。高校生、専門学校生、看護学生、大学生を対象に、日本版VHを用いて疾患教育を実施した松本らは、VHは統合失調症への理解や早期発見・早期治療等に有効とする一方、不安の惹起を指摘している⁵⁾。

さらに、精神看護学の教材としてVHが検討されており、森田らの研究を精神看護学概論を学んでいる看護学生1年を対象に追試した石川らは、偏見の強い初学者にとって患者への理解を促す効果があると示唆している⁶⁾。また、疾患について知識のある看護学生3年を対象にしたところ、症状を持つ患者への感情理解が深まり⁷⁾、体験後のレポートから講義による知的理解だけでなく体験的理解が促進された⁸⁾等、VHによる意識の変化が報告されている。脇崎らは米国版VH体験を看護学生3年を対象に実施し、体験前後の変化を自由記載から分析した結果、学生が想像で認知していた症状が修正され症状理解が変化し、患者への共感につながると示唆している⁹⁾。亀山らは看護学生3～4年を対象にVH体験の意味をインタビューし、症状理解にとどまらず患者の捉え方や認識が変化し、具体的な対応方法を示すことが可能とする一方で、恐怖や不快感を伴う体験学習であるため、教材使用には留意するようにと指摘している¹⁰⁾。

今回、統合失調症の症状である幻覚を疑似体験する体験学習を、看護学生を対象に実施した。VH体験による統合失調症患者への印象の変化を、感想を問う質問票とSD法を組み合わせる調査した結果をここに報告する。

¹ 石川県立看護大学

² 石川県立中央病院

2. 研究方法

2.1 研究対象

A大学の看護学生3年生に日本版VH体験について解説パンフレット等の資料を用いて説明し、体験希望者を募った。VH体験における調査研究の説明も合わせて行い、研究への参加・協力を依頼した。募集期間は1週間おいた。VH体験の参加希望者は77名、そのうち67名から研究に参加・協力の同意を得られた。調査は2008年6月に実施した。

2.2 研究データの収集と分析方法

(1) 調査方法

幻覚・妄想症状を持つ患者への印象や理解の変化を調べるために、独自に作成した2種類の調査票(①「幻覚・妄想症状を持つ患者」への印象調査、②感想等を問う調査票)を、それぞれ体験前後に配布し即日回収した。①「幻覚・妄想症状を持つ患者」への印象調査は、30組の形容詞対を7段階評定するSD法(Semantic Differential method)を用いた。形容詞対の選択は、まず対人認知研究に用いられる「パーソナリティ認知の測定に有効な尺度」の形容詞対49組¹¹⁾を基準として、SD法を用いた先行研究^{12,13)}を参考にして行った。この調査票は体験前後とも同一内容である。調査票②は体験前後で質問内容が異なる。体験前は「VH体験を希望した理由」「講義で学んだ幻覚へのイメージ」「幻覚のある人が隣に座った時の気持ちや行動」「自分自身に幻覚がある場合の行動」等を尋ねた。体験後は「幻覚への印象」「幻覚を持つ人の生活のしづらさ」「自分自身に幻覚がある場合の行動」等である。回答は、設定した選択肢からの択一や重複選択、自由記載を組み合わせて求めた。

ヤンセンファーマ株式会社から貸与されたVH体験用機器を使用し、使用時には社員が付き添い補足説明をした。日本版VHのストーリーは、主人公である患者(VH体験者)が喫茶店で注文を考えている約4分間の場面である。店員と先客の会話にプライベートな噂等の幻聴が次第に重なり、それに伴って主人公の驚愕・混乱が高まり、幻聴に対して怒鳴りつけて店員と先客が驚くシーンで終了する。

(2) データの分析方法

体験前後で同一人物の照合は行わず、データを回収した。SD法の形容詞対ごとの得点は体験前後の2群に分け、対応のないt検定で比較した。

有意水準は5%未満を採用した。また、体験前後の各群で因子分析を行った。解析は統計プログラムSPSS II for Windows ver. 13.0を用いた。感想を問う調査票のうち、選択肢による回答は単純集計した。自由記載は、KJ法¹⁴⁾に準じた手法で記述を概念化した。複数の文章がある場合は第1文の記述に重点をおき、学生1名分の記述を1文脈として、1文脈ごとの記述を意味内容の類似性に従い分類した。分類を反映したサブカテゴリー名をつけ、さらに上位のカテゴリーを抽出した。

2.3 倫理的配慮

研究対象が学生であるため、研究への参加・協力を強制力が生じないように、学生から拒否の意思を示しやすいように配慮した。自由意志による参加・協力を確認し、さらに安全配慮、権利擁護を念頭において、研究を実施した。協力者には説明文書を渡し、同意書の提出を依頼した。石川県立看護大学倫理審査会の承認を得た。

3. 結果

VH体験を途中でやめた学生は1名で、数分視聴して「怖い」と言ったため、すぐに装置をはずして休ませた。その後、不調の訴えはなかった。回収できた調査票は、体験前65名(回収率97.0%)、体験後67名(同100%)、のべ回収率98.5%だった。

3.1 「幻覚・妄想症状を持つ患者」への印象の変化

形容詞対30組のうち半数以上が未記入の調査票は、SD法の分析対象から除外した。VH体験前の有効回答は63名(有効回答率96.9%)、体験後は有効回答66名(同98.5%)、のべ有効回答率97.7%だった。形容詞対は左から右に1~7と点数化した。4点は「どちらでもない」、3、5点は「やや」、2、6点は「かなり」、1、7点は「非常に」その形容詞に該当することになる。1~4点の範囲であれば点数が低いほど左側の形容詞と関連が強いと判断し、4~7点の範囲は高得点ほど右側の形容詞と関連が強いとした。体験前後の各群の平均値±標準偏差と、平均値の差の絶対値を表1に示す。また、関連が強い形容詞に下線をひき、得点の変化の方向性を矢印で示す。有意差(p<0.05)がみられた形容詞対は6項目、「理解できない→理解できる」「特殊な→普通な」「苦しい←

表1 「幻覚・妄想症状を持つ患者」への印象の変化

形容詞対	VH体験前		VH体験後		平均値の差
	平均値	± 標準偏差	平均値	± 標準偏差	
理解できない → 理解できる	2.90	± 1.30	3.43	± 1.30	0.53
特殊な → 普通な	2.33	± 1.02	2.80	± 1.02	0.47
苦しい ← 楽しい	2.52	± 1.15	2.06	± 1.08	0.46
苦勞な ← 容易な	2.56	± 1.12	2.11	± 0.98	0.45
悲しい ← うれしい	3.02	± 0.99	2.58	± 1.10	0.44
孤独な ← 社交的な	2.54	± 0.96	2.14	± 1.02	0.40
夢想的な → 現実的な	2.51	± 1.32	2.89	± 1.62	0.39
冷たい → 暖かい	3.67	± 0.72	3.38	± 1.03	0.29
清潔な ← 不潔な	4.51	± 0.86	4.24	± 0.75	0.27
冷静な ← 熱心な	4.57	± 1.03	4.32	± 0.86	0.25
意味がある → 意味がない	3.52	± 1.17	3.76	± 1.49	0.24
自制できない ← 自制できる	2.46	± 1.46	2.24	± 1.23	0.22
正しい ← 間違った	4.76	± 1.04	4.55	± 1.04	0.22
安全な → 危険な	5.48	± 1.05	5.70	± 1.10	0.22
疑い深い ← 信じやすい	2.87	± 1.43	3.08	± 1.74	0.20
好きな → 嫌いな	4.59	± 0.99	4.77	± 1.17	0.19
困難な ← 簡単な	2.44	± 0.93	2.27	± 1.03	0.17
繊細な ← がさつな	3.08	± 1.25	2.91	± 1.15	0.17
おしゃべりな → 無口な	4.08	± 1.11	4.23	± 1.40	0.15
かわいらしい → にくらしい	4.32	± 0.86	4.47	± 1.00	0.15
悪い ← 良い	3.40	± 1.00	3.28	± 1.15	0.12
安心な ← 不安な	6.25	± 0.84	6.14	± 1.08	0.12
暗い ← 明るい	2.95	± 1.21	2.85	± 1.17	0.10
活発な → 不活発な	4.40	± 1.14	4.50	± 1.26	0.10
迷惑な ← 有益な	2.95	± 1.02	2.89	± 1.15	0.06
外向的な → 内向的な	5.38	± 1.01	5.44	± 1.05	0.04
複雑な ← 単純な	2.17	± 0.89	2.14	± 1.04	0.04
遅い ← 素早い	3.89	± 0.85	3.85	± 0.97	0.04
優れた ← 劣った	4.14	± 1.06	4.12	± 0.90	0.02
理論的な ← 支離滅裂な	5.08	± 1.57	5.06	± 1.46	0.02

注1 |平均値の差|の降順に並べ替えた。

2 関連の強い形容詞に下線を引いた。平均値の変動を矢印で示した。

3 有意水準 †: p<0.10 * : p<0.05.

楽しい」「苦勞な←容易な」「悲しい←うれしい」「孤独な←社交的な」だった。また、「冷たい→暖かい」「清潔な←不潔な」の2項目に有意な傾向(p < 0.10)がみられた。全30項目において、体験前後で関連が強い形容詞そのものは変わらなかった。

因子の抽出には最尤法を用いた。因子数は固有値1以上の基準を設け、プロマックス回転を行い、因子負荷量は絶対値3.5以上を基準とした。因子負荷量|3.5|以上の項目数3以上を目指す、最終的に分析は不可能となった。

3.2 VH体験前の感想等を問う調査票

VH体験を希望した理由を複数回答で尋ねたところ、第1位は「減多にできない体験」51名(78.5%)だった。「今後の実習や学習に役立つ」48名(73.8%)、「幻覚について理解が深まる」42名(64.6%)、「幻覚のある人の生活のしづらさ分かる」29名(44.6%)と続いた。5名(7.7%)が講義の一環としてとらえており、2名(3.1%)が「興味あり」等その他だった。VH体験による心身面への不安について尋ねると、52名(86.7%)は「ない」と回答したが、8名(13.3%)が「ある」だった(回答n=60)。

以下の項より、設問ごとの自由記載の回答結果

を述べる。《 》はカテゴリーを、〈 〉はサブカテゴリーを示す。1文脈の記述内容の一部を示す際は、[]で表記した。()の数値は、無回答をのぞく回答者数からみた構成比を示す。

(1) 講義で学んだ幻覚という言葉に対するイメージ(表2)

3カテゴリーが抽出された。《疾患に関する知識に由来するイメージ》26名(40.6%)が最も多く、サブカテゴリーは〈視覚〉〈聴覚〉〈症状〉の3つだった。《ネガティブな心情》のサブカテゴリーは〈怖い〉19名(29.7%)だった。[怖い言葉が常に聴こえてきて、とても怖そう]等症状に対するネガティブな心情のほか、[幻覚を持っている人]に対するものもあった。《漠然としたイメージ》は19名(29.7%)で、サブカテゴリーは〈わからない〉〈感覚的〉〈不思議〉〈あり得ない〉〈たいしたことない〉だった。〈わからない〉なりに[捉われから解決してあげたい]と看護者の視点での記述もみられた。

(2) 病院や施設で、幻覚のある人が自分の隣に座った時の気持ち(表3)とその時の行動

患者と接近した場合を想定してその時の気持ちを問うと、2カテゴリーが抽出された。《関わりを避けたい》50名(78.1%)のサブカテゴリーは、〈怖い〉〈不安〉〈対応がわからない〉〈嫌な気分〉

表2 講義で学んだ幻覚という言葉に対するイメージ(VH体験前) n=64 単位:名(%)

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容(一部抜粋)	人数(構成比)	
疾患に関する知識に由来するイメージ	視覚	・本来見えないものや聞こえないものが、見えたり、聞こえたりする。怖いイメージ。あまり想像できない。	17 (26.6)	26 (40.6)
	聴覚	・嫌なことを言われているイメージ。周囲の人に、にらまれているイメージ。	6 (9.3)	
	症状	・精神的疾患に特徴的な症状、薬物依存者。	3 (4.7)	
ネガティブな心情	怖い	・怖い、にらまれている、見られている。悪口や嫌なことを言われるイメージ。 ・幻覚を持っている人と話すのが怖い。	19 (29.7)	
漠然としたイメージ	わからない	・よく分からない、勝手に見えてくる、聞こえてくる。 ・自分には無関係であるが、捉われから解決してあげたい。	8 (12.5)	19 (29.7)
	感覚的	・ぼやっとしているイメージ。夢の中のようなイメージ。	3 (4.7)	
	不思議	・不思議な感覚、夢みたいな現実のような、リアルな内容の幻聴だったら不快に思うと思う。3Dメガネをかけてる感じ。	3 (4.7)	
	あり得ない	・現実では、ありえないこと。こわい。	3 (4.7)	
	たいしたことない	・幻覚があっても、あまりたいしたことはなさそう…。	2 (3.1)	

表3 病院や施設で、幻覚のある人が自分の隣に座った時の気持ち (VH 体験前) n=64 単位:名 (%)

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容 (一部抜粋)	人数 (構成比)	
関わりを避けた い	怖い	・急に幻覚が見えてしまって話し出したり, 叫び声をあげたり, 暴力的行動に出ないかと怖い.	20 (31.3)	50 (78.1)
	不安	・何が意味不明なことを言われるのではないかと不安になる.	11 (17.2)	
	対応がわからない	・何か想像もつかないようなことを言われたら何て言おう. どうやって対応しようかな.	9 (14.1)	
	嫌な気分	・少し嫌な気持ちになる. いきなり一人言を言われたら, どうしようと思う.	6 (9.3)	
	他害が心配	・自分に危害が加わりそう.	4 (6.2)	
積極的には関わ らない	好奇心	・何か変わったものが見えたり聞こえたりするのかな, と思う.	11 (17.2)	14 (21.9)
	気にならない	・見た目は, どこかに障害があるようにも見えないので, 隣で座っても気にならない.	3 (4.7)	

表4 自分に幻覚があるとした場合にとる行動 (VH 体験前) n=61 単位:名 (%)

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容 (一部抜粋)	人数 (構成比)	
幻覚に左右され た行動	周囲の人が理解 できない行動	・現実と幻覚の区別がつかなければ, 他者から見て異常な行動をとるかもしれない.	15 (24.6)	38 (62.3)
	幻覚から逃れた い	・その幻覚から逃げるような行動をとると思う. (ex, 逃げる, 大きな声で叫ぶ etc)	11 (18.0)	
	現実と思って 行動	・本物だと思って行動する	7 (11.5)	
	助けを求めたい	・他の人にこんなことが聞こえる, 見えるということを知ってほしくてだれかに言うか, その幻覚にずっとおびえ, だれかが助けてくれるのを待っているかもしれない.	5 (8.2)	
周囲の人と関わ れない	引きこもる	・ひきこもる, 人とあわないようにする.	14 (23.0)	
想定できない	わからない	・想像できない	9 (14.7)	

〈他害が心配〉だった. 《積極的には関わらない》14名 (21.9%) のサブカテゴリーは 〈好奇心〉 〈気にならない〉 だった.

その時の行動としてカテゴリーは2つ, 《距離をとる》27名 (43.5%) の 〈離れる〉, 《現状のまま》35名 (56.5%) の 〈何もしない〉 〈様子を見る〉 〈普段通り〉 〈警戒〉 だった (回答 n=62).

(3) 自分に幻覚がある場合にとる行動 (表4)

自分に症状があると想定した場合の行動について, 3カテゴリーが抽出された. 《幻覚に左右された行動》38名 (62.3%) のサブカテゴリーは, 〈周囲の人が理解できない行動〉 〈幻覚から逃れたい〉 〈現実と思って行動〉 〈助けを求めたい〉 だった. 《周囲の人と関われない》14名 (23.0%) は 〈引きこ

もる〉, 《想定できない》9名 (14.7%) は 〈わからない〉 と, それぞれ1カテゴリーに1サブカテゴリーだった.

3.3 VH 体験後の感想等を問う調査票

途中でやめた1名の他, VH 体験直後に体調の変化を自覚した学生は2名いた. 全員, 回復を確認し影響は残らなかった.

(1) VH 体験後の幻覚への印象 (表5)

3カテゴリーが抽出された. 《ネガティブな心情》41名 (61.2%) は 〈怖い〉 〈不快, いらだち〉 〈つらい, 嫌だ〉 の3サブカテゴリーだった. 《妄想など幻覚に関連する症状》24名 (35.8%) のサブカテゴリーは 〈うるさい, 休めない〉 〈現実と

してしまう)〈注察妄想〉の3つだった。症状に対するこれらのカテゴリーの他に、〈本物みたい〉をサブカテゴリーとする《装置への感想》2名(3.0%)が抽出された。

(2) 幻覚を持つ人の生活のしづらさ (表6)

67名全員の記述のうち、生活のしづらさの有無の回答にとどまり具体的な記述がない3例は除

外したところ、3カテゴリーが抽出された。《対人関係への影響》28名(43.8%)は〈人とうまく関われない〉〈出かけられない〉の2サブカテゴリーだった。《思考・感情への影響》18名(28.1%)は、〈集中できない〉〈判断できない〉〈現実がわからない〉の3サブカテゴリーだった。《日常生活への影響》18名(28.1%)は2サブカテゴリー

表5 VH体験後の幻覚への印象 n=67 単位:名(%)

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容 (一部抜粋)	人数 (構成比)	
ネガティブな心情	怖い	・こわかった。店員や客の声が聞こえていたが、幻聴と重なって聞こえて店員たちの会話のようだった。おどすような口調で気分が悪くなる。	29 (43.3)	41 (61.2)
	不快、いらだち	・幻覚では命的な言葉で罵倒されたり、自分しか知らないことが知られていたり、とてもバカにされているような感じだったりした。	7 (10.4)	
	つらい、嫌だ	・とても怖くて、うるさくて、毎日あのように聞こえてくると思うと、とても嫌だと思った。「だまれ!」と言ってしまいう気持ち分かる。	5 (7.5)	
妄想など幻覚に関連する症状	うるさい、休めない	・あんなふうにひっきりなしに声がしたりするのなら、体を休めたりすることができないと思った。	17 (25.3)	24 (35.8)
	現実としてしまう	・実際に目の前の物が動いたりしたらそれを信じてしまうだろう。また、声で頭の中が一杯になり、何も考えられなくなるため、他に人の声が耳に入らない。	5 (7.5)	
	注察妄想	・常に誰かに見られていると思った。自分がしたこと、これからしようとしていること。すべて心の中がのぞかれていると思った。	2 (3.0)	
装置への感想	本物みたい	・実際に起こらないことであるが、本物みたいだった。	2 (3.0)	

表6 考えられる幻覚を持つ人の生活のしづらさ (VH体験後) n=64 単位:名(%)

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容 (一部抜粋)	人数 (構成比)	
対人関係への影響	人とうまく関われない	・どこにいても何をしても、耳元から嫌なことをささやかかれ、気分が悪いし、他の人に対しても冷たく当たったりと思う。他の人にも理解してもらえないと思う。	19 (29.7)	28 (43.8)
	出かけられない	・人のいるところにはあまり行きたくなくなると思う。誰かと話したり、病院に通院するのも怖くなるのも分かった。	9 (14.1)	
思考・感情への影響	集中できない	・他の人の話が聞きたくても幻聴に遮られてしまうので集中して話を聞くことが難しいと思った。周りに惑わされて疲れてしまおうと思った。	9 (14.1)	18 (28.1)
	判断できない	・適切な判断や大きな決断はできないと思った。	5 (7.8)	
	現実がわからない	・幻覚の声と他の人の声の区別がつかなくなり、現実なのか幻覚なのか分からなくなりました。	4 (6.2)	
日常生活への影響	安心できない	・まともに生活できない。安心してられない。	14 (21.9)	18 (28.1)
	生活全般が大変	・自分には聞こえて他人には聞こえない生活がとても大変でつらいものだと思った。	4 (6.2)	

表7 自分に幻覚があるとした場合にとる行動 (VH 体験後)

n=66 単位: 名 (%)

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容 (一部抜粋)	人数 (構成比)	
幻覚に左右された行動	叫ぶ	・「やめて」「だまって」などと叫ぶ。ひきこもって外界との接触を避ける。誰かを傷つけてしまうかもしれない (他害)。	16 (24.2)	32 (48.5)
	耳をふさぐ	・耳をふさいで聞かないようにする。何も考えない。	6 (9.1)	
	何かしら行動する	・何をするかわからないけど、あばれそう	6 (9.1)	
	幻覚から逃れたい	・幻覚からのがれようと必死に逃げ惑う。	4 (6.1)	
周囲の人と関われない	引きこもる	・家から外に出ないようになりそう。家族の人と話すのも怖くなりそう。	24 (36.3)	29 (43.9)
	何もできない	・どうすることもできないと思います。	5 (7.6)	
助けを求める	相談	・医師に相談したり、家族に相談する。		5 (7.6)

〈安心できない〉〈生活全般が大変〉だった。

(3) 自分に幻覚がある場合にとる行動 (表7)

3カテゴリーが抽出された。《幻覚に左右された行動》32名 (48.5%) は〈叫ぶ〉〈耳をふさぐ〉〈何かしら行動する〉〈幻覚から逃れたい〉の4サブカテゴリーだった。《周囲の人と関われない》29名 (43.9%) は、〈引きこもる〉〈何もできない〉の2サブカテゴリーだった。《助けを求める》5名 (7.6%) は1サブカテゴリー〈相談〉で、[医師に相談]と受診・治療につながる記述があった。

4. 考察

4.1 幻覚・妄想症状を持つ患者への印象の変化

星越によると、SD法で看護学生の精神病に対するイメージを測定し1年生と3年生で比較したところ、30項目中「こわくない」「わかる」等、過半数を超える17項目の形容詞対に有意差があったという¹²⁾。また、看護専門学校1年生を対象に精神保健論の講義前後の変化をSD法で測定し因子分析した石毛らは、「精神病に対する否定的な感情」は講義前後とも変わらないが、講義前の「危険性の認識」から「疾患の重篤さの認識」への変化がみられたと報告している¹³⁾。本研究で有意差がみられた形容詞対は30項目中6項目であり、因子分析が不可能であった。そのため、SD法のみではVH体験前後での印象の変化を把握するには限界があるため、感想等を問う調査票の記述と合わせて、以下に考察する。

4.2 VH体験前の感想等を問う調査票

体験前の幻覚へのイメージは、《疾患に関する知識に由来するイメージ》が4割、《ネガティブな心情》《漠然としたイメージ》がそれぞれ3割だった。《漠然としたイメージ》には、疾患の苦しさがわからず〈たいしたことない〉も抽出された。患者との接近を想定した際の態度は、8割が《関わりを避けたい》であり、〈好奇心〉も含め《積極的には関わらない》が2割だった。この段階では、一市民としての正直な思いが表現されていると考えられる。先行研究でも、知識だけでは症状をリアルに理解するのに限界があり、漠然とした印象になると述べている⁹⁾。知識はあるが援助側の看護職者の視点に至っていないVH体験前の学生が、体験学習の目的である患者にケアを提供する看護師としての役割を意識できるようになるか、VH体験の教育効果を次節でさらに考察する。

4.3 VH体験後の感想等を問う調査票

幻覚への印象は、数名を除き、症状に対する《ネガティブな心情》や、《妄想など幻覚に関連する症状》への感想だった。体験前にも幻覚へのイメージとして《ネガティブな心情》が抽出されたが、患者に対する恐怖心も含まれている内容だった。VH体験後は患者の気持ちに同調し、《ネガティブな心情》は症状に対するものへと変化した。また、体験後のSD法では「苦しい」「苦勞な」等、苦痛に関する形容詞への印象が強まった ($p < 0.05$)。そして、症状に伴う苦痛を体験することで、現実感がなく漠然としてむしろ好奇の対象だ

った体験前の幻覚へのイメージが弱まった。本研究の体験後SD法では、形容詞「特殊な」「理解できない」との関連が弱まった ($p < 0.05$)。VH体験によって急性期症状による患者の行動の意味が分かり、患者の言動が「特殊な」ものでなく「理解できない」ことではないと、学生の印象が変化したためと考えられる。則包らは、VH体験後は「興味深い」「神秘的」なイメージが弱まったと報告している⁷⁾。VH体験後の看護学生へのインタビューを分析した亀山らは、VH体験の良い意味として〈気持ちの理解〉〈症状の理解と実感〉〈恐怖・不快等の苦痛の理解〉等をあげている¹⁰⁾。それらが意味する内容は、苦痛を伴う症状を体験することで患者の気持ちを考えるようになり、学生の印象が変化した本研究の結果と類似していると考えられる。

VH体験後は患者の生活のしづらさとして、《対人関係への影響》《思考・感情への影響》《日常生活への影響》が抽出されており、疾患による生活の困難さを具体的にイメージすることができたと考えられる。自分に幻覚症状があると想定したところ、VH体験前後のカテゴリー構成比で比較すると、《幻覚に左右された行動》は減少し《周囲の人と関われない》が上昇した。「孤独な」「悲しい」印象がSD法でも強まった ($p < 0.05$)。体験前は症状による奇異な行動に意識を向けていたが、体験後は症状のため対人関係に影響が出る統合失調症の特徴が実感できたと考えられる。

しかし、VH体験は頭痛や体がふるえる程の恐怖感等⁶⁾、心身に影響を及ぼす可能性があり、本研究でも数名であるが同様のケースが認められた。あるいは心身に影響が出なくても、急性期症状への恐怖等、感覚的な印象にとどまると、体験学習の目的である援助側の看護者としての自分の役割について意識を向けるには難しいと考えられる。また、先行研究では、恐怖感を持つために逆効果となる意見⁵⁾や、つらい面が強調されると症状に対して先入観を与えるおそれがある¹⁰⁾等、VH体験者から指摘されている。VHを用いていないが視聴覚教材など教材を工夫した講義により、「危険性の認識」から「疾患の重篤さの認識」へと学生のイメージが変化した¹²⁾と石毛らは報告しており、VH体験のみでイメージが変わるものではないと考えられる。VHが外傷体験となったり、偏った印象にとどまったりしないように、例えば統合失調症の治療過程を含めてVH体験内容を意味づけする等、VHの限界を踏まえた上

で教育効果を上げる学習方法を検討する必要がある。

4.4 限界と課題

本研究の限界としては、まず、個別の照合を行わなかった点があげられる。体験前後の変化を十分に検討するために、匿名性の保持に配慮した方法を用いて参加者からデータを回収する必要があった。次に、VH体験の有効性を検討するために、講義や実習等VH以外の教授法による学生の意識変化を調査し比較する必要があった。VHは患者の立場を体験させる装置であり、患者の立場を考えられるように変化したのは当然の結果とも言える。今回の研究の限界点をふまえ、さらに体験学習の教材としてのVH体験の有効性を検討することが今後の課題である。

5. 結論

看護学生は疾患について知識はあるが具体的に症状をイメージできないため、VH体験前は幻覚に対して漠然とした印象を抱いていた。また、患者の行動が予測できない不安と、それに伴う怖さを感じていた。VH体験後は症状のつらさや、それによる患者の苦しさを考えたイメージに変化した。しかし、急性期症状の疑似体験により苦痛やつらさが強く印象づけられるため、急性期症状への恐怖等、感覚的な印象にとどまる点はVHの限界の一つと考えられる。体験学習の目的である援助側の視点を考えるための教材として使用する際は、VHの有効性と限界をよく吟味して教育方法を検討する必要性が示唆された。

謝辞

本研究に参加・協力してくださった皆様に深く感謝します。機器を貸与くださったヤンセンファーマ株式会社に感謝いたします。なお、本研究は2008年度石川県立看護大学学内共同研究費を用いて実施した。本研究の内容の一部は、2009年日本看護学教育学会第19回学術集会で示説発表されたものである。

引用文献

- 1) 犬塚久美子：体験学習・解説。藤岡完治、野村明美編：わかる授業をつくる看護教育技法3シミュレーション・体験学習。医学書院、133-144、2000。
- 2) 原田誠一：統合失調症の治療 理解・援助・予防の新たな視点。金剛出版、2006。

- 3) 岩崎有子：統合失調症にバーチャルハルシネーションを活用した取り組み. 日本公衆衛生学会総会抄録集 63 回, 764, 2004.
- 4) 森田裕子, 田島治：統合失調症のステイグマに対するバーチャルハルシネーションの効果. こころのりんしょう a. la. carte, 22 (1), 93-97, 2003.
- 5) 松本武典, 小堀修, 勝倉りえ他 3 名：日本版バーチャルハルシネーション (VH) を用いた統合失調症の疾患教育の試み アンケート調査の結果の解析. 精神医学, 48 (5), 487-494, 2006.
- 6) 石川幸代, 福山なおみ：統合失調症患者に対する偏見軽減のためのバーチャルハルシネーション (日本版) の効果. 共立女子短期大学看護学科紀要, (2), 1-7, 2007.
- 7) 則包和也, 白石裕子, 中添和代：日本版バーチャルハルシネーションを用いた教育的効果 看護学生のアンケート調査の結果から. 香川県立保健医療大学紀要, 3, 23-31, 2006.
- 8) 白石裕子, 則包和也, 中添和代：バーチャルハルシネーションを用いた教育的効果 (その 1) 学生のレポート分析による検討. 日本看護科学学会学術集会 26 回講演集, 250, 2006.
- 9) 脇崎裕子, 藤野成美, 焼山和憲：精神看護学における看護学生の幻視・幻聴のある統合失調症患者に対する症状理解の変化. 日本看護学教育学会誌, (14), 213, 2004.
- 10) 亀山久美子, 三木明子：看護学生に対する統合失調症疑似体験の意味 日本版バーチャルハルシネーションを用いて. 日本看護学会誌, 15 (2), 25-35, 2006.
- 11) 井上正明, 小林利宣：日本における SD 法による研究分野とその形容詞対尺度構成の概観. 教育心理学研究, 33, 253-260, 1985.
- 12) 星越活彦：精神障害者に対する看護学生の社会的態度. 臨床精神医学, 34 (3), 357-363, 2005.
- 13) 石毛奈緒子, 林直樹：看護学生の「精神障害者」に対するイメージ 精神保健の講義による変化. 日本社会精神医学会雑誌, 9 (1), 11-21, 2000.
- 14) 川喜田二郎：発想法 創造性開発のために. 中央公論新社, 65-114, 1967.

(受付：2009 年 10 月 9 日, 受理：2010 年 2 月 5 日)

How the Experience with Japanese VH Changes Nursing Students' Impression of Patients with Schizophrenia

Midori KAWAMURA, Nahoko TAKEMASA,
Chie TANIMOTO, Ikue KIYOSUE

Abstract

The purpose of this study is to examine the changing of the students' attitude and understanding to the patients, as the premise, how it effects as the simulated experience of schizophrenia. We conducted a virtual hallucination (hereinafter referred to as "VH") on 67 nursing students in their 3rd year. Before and after the experience, they worked on a survey form with the 30 adjective-pairs in a Semantic Differential Method and free answer. Although they already knew about the disease before the experience, they did not have a concrete image but only had a vague idea of how it actually feels like. Additionally they had fear and anxiety with inability of regarding patients' behaviors. After the experience, they came to understand the difficulty of the symptom and suffering of the patients. Since they went through acute psychotic symptom, the difficulty of the disease appeared very strong. However they couldn't consider the role of nurses. It is important to use VH as a tool of learning with understanding of its effectiveness and limitations .

Key words psychiatric and mental health nursing, nursing student, schizophrenia,
Semantic Differential method

報告

就学前の発達障害児の支援体制について

—継続支援のための一考察—

子吉知恵美¹

概要

本研究は、就学前において発達障害児を早期発見し、早期支援に結びつけるために専門職者の保護者への支援体制の実際と、就学へと継続支援していくために専門職者の経験年数が影響あるのか一考察を得ることを目的に行った。就学前の様々な支援体制の中で、保健センターでは乳幼児健診とその後のフォロー、教育委員会では平成19年度から都内全域で進められている就学支援シートに主に着目した。教育委員会と保健センター双方の調査結果から、保護者への支援体制を整える一方、関係機関がそれぞれで体制を整えるのではなく継続支援のための一貫した組織編成や専門職者による発達障害の情報提供などが保護者の認識を得るための条件との一考察を得た。また、専門職者の経験年数が継続支援のための支援体制に影響があるかということでは、就学支援シートの活用については、影響があると示唆されたが、それ以外については特に影響がないという見解を得た。

キーワード 発達障害児 継続支援 支援体制 就学支援シート 乳幼児健診

1. はじめに

文部科学省は、乳幼児期から学校卒業までの一貫した相談・支援体制の構築をめざし、各都道府県教育委員会に委嘱して「教育相談体系化推進事業」(2001～2002年度)を立ち上げ、研究委嘱地域を指定した。「教育相談体系化推進事業」に取り組んだ地域は「教育相談連絡協議会」というような連絡調整機関や、実際に相談・支援にあたる「相談・支援チーム」を立ち上げることで、養護学校と地域の保健所や保育所などの関係機関が支援ネットワークをつくり、幼児期から学校卒業までの一貫したサポートを実現しようとしている。「教育相談体系推進事業」の目的は、「乳幼児期から卒業までの一貫した相談・支援体制づくり」だったが、実際に事業として取り組まれたのは、ほとんどが就学前児を対象とした相談・支援だった。今まで教育側が取り組めなかった部分が「乳幼児期から学齢期への移行」であったと考えられている¹⁾。また、先行研究²⁾でも就学前から学齢期へと関係機関の連携に関する文献は存在する。しかし、今後の課題において関係機関のさらなる連携の必要性を述べるにとどまっている。

このような中、東京都においては、平成19年度から都内全域において就学支援シートを活用することを目指し取り組んできた。これは、就学前

から発達障害児に関する情報を一括し、就学前機関と保護者と教育委員会の就学支援シート担当者が記載するシートである。これを学齢期に移行する際に記入し、学齢期では継続支援を実施することを目指している。

全国的には、札幌市の学びの手帳³⁾や滋賀県湖南市の子どもたちの支援体制に関係する教育サイドや福祉サイドの関係5課が作成し共有するIEP (Individualized Education Program: 個別教育計画) など様々な地域で記録媒体は存在する⁴⁾。しかし、それらは各自自治体により異なる。

また、保健福祉行政でみると発達障害児の早期発見・早期支援という点からは、5歳児健診があげられる。これについては先行研究⁵⁾⁻¹⁵⁾において、現行で実施されている乳幼児健診では、注意欠陥/多動性障害(以下ADHD:attention-deficit/hyperactivity disorder)や学習障害(以下LD:learning disabilities)や広汎性発達障害といった発達障害を発見することは自閉症以外では、まだ発達障害の症状を呈する時期でないため困難であることが述べられている。さらに、3歳児健診以後、就学時健診までスクリーニングの機会はなく、発達障害が5歳頃に集団生活を通し、症状が顕著に顕われてくることから、早期介入の機会を得るために5歳児健診は発達障害児の早期発見に関して有効であるとわかる。

¹ 石川県立看護大学

しかし、母子保健法で定められた健診ではなく、各自治体負担で実施され、鳥取県と栃木県は全県で行われているが（平成20年度現在）、それ以外では実施地域は限定されているのが現状である。

以上のことから、就学前機関の保健センターにおいては発達障害の早期発見のために5歳児健診を実施し、継続支援のために教育委員会を中心として学齢期へ移行する際に都内全域において就学支援シートの活用を目指している。

しかし、就学前機関である保健センターと学齢期への移行時に関わる教育委員会の双方で移行支援のための支援体制を整備する中、実際は就学を機に支援が途切れる問題について別府¹⁶⁾も指摘する。

このことから、就学前に子どもと保護者に関わる保健センターと就学時に発達障害児の支援に関わる教育委員会就学支援シート担当者の双方に調査を実施することで、継続支援のために専門職者による発達障害児とその保護者への支援体制について一考察を得ることができると考える。

東京都や様々な地域で発達障害児の継続支援のために開発されている発達記録媒体（東京都では就学支援シート）は、米国のIEP（Individualized Education Program: 個別教育計画）を見本に作成されている¹⁷⁾。このIEPは、保護者の意向をもとに進められることが基本になっている。このことから、発達障害児の早期支援・継続支援には保護者が発達障害について正しい情報を得、適切な知識を得ることが重要になってくる。

本研究の目的は、東京都における発達障害児の就学前から学齢期への移行支援における支援体制の実態について明らかにし、保護者が発達障害についての正しい情報や知識・認識を得るための専門職者による支援体制について検討する。また専門職者の経験年数が継続支援のためのこれらの支援体制に影響があるのか一考察を得る。

2. 方法

2.1 研究対象

本調査の目的に沿う対象として、東京都広域特別支援連携協議会委員のアドバイスのもと以下の2グループを設定した。

- ① 東京都各市区町村教育委員会就学支援シート担当者
- ② 東京都各市区町村保健センター母子保健担当保健師

対象者のリクルートは、次の手順で行った。

(1) 教育委員会就学支援シート担当者

就学前に発達障害の子どもの保護者に関わる、就学支援シート担当者に依頼した。

教育委員会の就学支援シート担当者を対象とした理由は、事前に3カ所の就学シート担当者と面接をし、就学前の発達障害児に一番関わりが深いと感じたためである。また、東京都では平成19年度から都内全域で就学支援シートの活用を進めており、今後もその活躍が望まれているからである。

(2) 保健師

乳幼児健診に関わり、発達障害を最初に発見する機会の多い、母子保健担当保健師に依頼した。

2.2 調査方法

(1) 調査期間

平成19年12月～平成20年1月

(2) 調査方法

東京都62区市町村教育委員会就学支援シート担当者として161カ所の保健センター等の母子保健担当保健師に、郵送による質問紙調査を実施した。

(3) 調査内容

調査項目は、教育委員会就学支援シート担当者への調査については14項目、保健センター母子保健担当保健師に対しては8項目とした。この調査項目については、就学前の支援体制を中心に作成した。

項目に沿って、設問を入れ、その他では自由回答とした。

調査項目の内容は、次の通りである。

<教育委員会就学支援シート担当者>

①対象の背景（性別・年齢・教育に携わった年数・取得している免許状）、②特別支援コーディネーターの指名状況、③保健師所属の有無、④就学前の支援体制について、⑤スクールサポーターの活用について、⑥就学支援シートについて・活用の課題・広報・活用の流れ・誰が学校に持って行くか・記入や活用の課題・活用の経緯・保護者の認識、⑦巡回相談について・巡回相談職員・実施理由・記録・保護者への関わり、⑧連携について、⑨記録媒体について・情報伝達の課題・母子健康手帳の活用、⑩会議について、⑪就学時健診について・カンファレンス参加職種・引き継ぎ会について、⑫保護者支援と理解啓発・保護者支援に有効な職種とその理由・保護者支援で実施していること・課題、⑬教育相談・就学支援体制につ

いて、⑭相談室への相談件数・発達障害の情報提供・課題・就学相談における保護者支援・相談が難航する保護者の障害認識

＜保健センター母子保健担当保健師＞

- ①対象の背景（性別・年齢・保健師経験年数・各保健センターの母子保健担当保健師所属人数）、
- ②5歳児健診実施の有無、③幼児健診の形態・フォロー体制・健診での発達障害発見について・フォローの状況・母子健康手帳の活用状況・学齢期への連絡調整、④保護者との関わりについて、
- ⑤困難事例・成功例、⑥発達障害児の保護者支援、
- ⑦保育所（園）・幼稚園との関わりについて、⑧教育委員会との関わりについて

2.3 分析方法

結果は単純集計をし、データ分析においてはSPSS V13.0を使用し、有意水準0.01以下を採用した。教育委員会への調査では、対象者の教育経験年数を5年未満、5～10年未満、10年以上にグループわけし、次の項目と χ^2 検定を行った。

教育経験年数と「就学支援シート活用の課題」についてである。

保健師の経験年数を5年未満、5～10年未満、10～20年未満、20～30年未満、30年以上にグループわけし、次の項目と χ^2 検定を行った。

保健師経験年数と「保育所・幼稚園の巡回相談への保健師の関わりの有無」についてである。

2.4 倫理的配慮

調査用紙を郵送時、同封した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。調査に関しては研究目的以外に使用しないことを示した。

2.5 用語の定義

移行（支援）：（制度などが）移りゆくことと定義¹⁸⁾されており、就学前から就学へと移りゆく際の支援をいう。たとえば、教育支援計画などは移行支援のためのツールとして使用されている。

継続（支援）：前の状態・活動が続くことということと定義されている。就学前から支援が継続することをいう。保健センターの事業においては、フォロー教室や遊びの教室などを含む。

3. 結果

調査に回答が得られたものは、次の通りである。

＜教育委員会＞

調査票の配布数は62、回収数14であり、このすべてを有効回答とした。有効回答率は22.6%である。

＜保健センター＞

調査票の配布数は161であり回収数は55であり、このすべてを有効回答とした。有効回答率は34.2%である。

3.1 対象者の概要

(1) 教育委員会

対象者の性別は女性4人(28.6%)、男性9人(64.3%)、無回答1人(7.1%)であった。平均年齢は 39.4 ± 2.5 歳、回答者が教育機関に携わってからの経験年数は平均 5.2 ± 1.5 年であった。

取得免許状は、小学校と中学校の両方の免許を所有しているものが1人、中学校免許、幼稚園教諭免許、臨床発達心理士がそれぞれ1人であり、免許を所有していないものは5人であった。

(2) 保健センター

回答者は性別と年齢について無回答だった2人を除く53人(96.4%)全員が女性であり、平均年齢は 42.2 ± 1.4 歳であった。回答者の保健師経験年数は平均で 16.7 ± 1.3 年であった。各保健セ

表1 教育委員会における就学前の支援体制 (n=14 重複回答)

	n (%)		
	実施している	実施していない	無回答
就学支援シートの活用	8(57. 1)	5(35. 7)	
5歳児健診の実施	2(14. 3)	12(85. 7)	
療育機関での支援	6(42. 9)	7(50. 0)	1(7. 1)
特別支援学校での相談	5(35. 7)	9(64. 3)	
保育所への巡回相談	6(42. 9)	8(57. 1)	
幼稚園への巡回相談	5(35. 7)	9(64. 3)	
乳幼児健診への教育委員会職員の参加	0(0)	14(100)	
就学時健診への保健師の参加	1(7. 1)	13(92. 9)	
その他	2(14. 3)	2(14. 3)	

ンターの母子保健担当保健師数の平均人数は 6.7 ± 1.0 人であった。

3.2 教育委員会への調査結果

(1) 教育委員会の就学前の支援体制

教育委員会に区市町村の保健師が所属しているかについては、所属していれば連携もとりやすいと考えられるが、実際は 1 人所属しているところが 1 人 (7.1%) のみであり、それ以外の 13 人 (92.9%) は所属していないことがわかった。

表 1 で示した通り、教育委員会における就学前の支援体制としては、「就学支援シートの活用」が中心であり、他は「療育機関での支援」「特別支援学校での相談」「保育所への巡回相談」「幼稚園への巡回相談」であった。

(2) 就学支援シートの活用

東京都内全域で移行支援のために作成されることになった就学支援シートの活用についても、平成 19 年度時点では「活用している」は 8 人 (57.1%) と半数程度にとどまった。

就学支援シートの活用について課題と感じていることについては、「フォローされている保護者のみが活用している」が 6 人 (42.9%) であった。幼稚園や保育所の協力が得にくいということについては、課題だと感じていないとするものが 6 人 (42.9%) であり、課題とは感じていないようであった。

就学支援シートの記入に関する課題と教員年数

との関連については、表 2 で示した。

「就学支援シートに記入する内容は、保護者の同意を得るものであり、記入する内容に限界がある。保護者の発達障害に対する認識が大きく影響する」という項目と教員年数において χ^2 検定を実施したところ有意な差が認められた。 ($p < 0.01$)

このことから、就学支援シートの記入内容は保護者の発達障害に対する認識に大きく影響し、就学支援シートの担当者の教育経験年数が影響することがわかった。

就学支援シートを活用する保護者については、「保健師との関係が良好」「療育機関の職員との関係が良好」とする意見があり、就学前機関で関わる専門職者との関係が良好であることが就学支援シートの活用に影響があることがわかった。保護者が就学支援シートを活用する保護者の印象は、「発達障害についての正しい知識があり、受け入れている」「発達障害についての正しい知識はないが、子どものためという意識はある」であった。

そして、保護者が活用するための課題としては、「正しく知識を得られるための情報提供手段が必要である」というものが 10 人 (71.4%) であり、また「就学前に関わる関係職種の情報共有の場が必要である」というものが 7 人 (50.0%) であった。

(3) 連携・記録媒体の統一について

教育委員会における支援体制の課題については、表 3 で示した。

連携のためのツールでもある就学支援シートの

表 2 就学支援シート活用に関しての課題と教育経験との関連

就学支援シート活用に関しての課題 (n=14 重複回答)	n (%)	教員年数
		χ^2 検定
保護者の同意を得、記入に限界あり	10 (71.4)	**
本当に伝えたいことを網羅できない	7 (50.0)	n. s.
保護者の認識によるため、本当の支援に結びつけられるか疑問	5 (35.7)	n. s.
就学前機関の記入欄は大差なし	0 (0)	n. s.

n. s. : not significant , ** : $p < 0.01$

表 3 教育委員会における支援体制としての課題 (n=14 重複回答)

	n (%)
乳幼児健診から記録媒体を統一	9 (64.3)
子ども課など子どもに関わる課の一元化	3 (21.4)
乳幼児健診に教育委員会が介入	1 (7.1)
就学時健診に保健師が介入	2 (14.3)
その他	3 (21.4)

表4 教育委員会における関連職種との連携 (n=14 重複回答)

	n (%)
特別支援学校	6(42.9)
小中学校	1(7.1)
療育機関	1(7.1)
小児科	1(7.1)
教育相談員	1(7.1)
保健師	1(7.1)
保育士	1(7.1)
教育センター臨床心理士	1(7.1)
福祉センター (児童ディサービス担当)	1(7.1)
幼稚園	1(7.1)
スクールカウンセラー	1(7.1)
大学教授	1(7.1)
病院	1(7.1)
子ども発達支援センター	1(7.1)
未回答	6(42.9)

表5 教育委員会担当者が就学前において保護者支援を担うべきだと考える専門職種 (n=14 重複回答)

	n (%)
保育士	10(71.4)
発達相談センター	8(57.1)
幼稚園教諭	6(42.9)
保健師	6(42.9)
教育相談や就学相談担当者	5(35.7)
療育機関	5(35.7)
特別支援コーディネーター	3(21.4)

ような記録媒体の統一に関する意見は、「乳幼児期から就学支援シートのような記録媒体の統一は必要である」とする意見が9人(64.3%)と半数以上であった。

他に、「長野県駒ヶ根市のような乳幼児期から学齢期すべての子どもに関わる課が教育委員会の中に一元化している『子ども課』の設置が必要であるとするもの」が3人(21.4%)であった。

教育委員会における関係職種との連携については、表4の通りである。

教育委員会の就学支援シート担当者が一番連携していると回答したのは「特別支援学校」であった。

就学前機関として、子どもや保護者に一番関わると考えられる保健師や保育士、幼稚園との連携については、ほとんどないことが示された。

(4) 保護者支援について

就学前における保護者支援は誰が行ったらいいかということについては、表5で示した。

選択式での回答ではあったが、保育士が10人(71.4%)ともっとも多かった。他は、「発達相談センター」「幼稚園教諭」「保健師」「療育機関」と続いた。教育委員会への調査であり、文部科学省管轄の組織が並んだ結果であった。しかし、「保健師」については、6人(42.9%)であり、幼稚園教諭と並んだ。

これらの職種が保護者支援に有効だと考えた理由としては、自由回答で「保育士や幼稚園教諭、保健師は就学前において子どもや保護者と一番関わりがある」が8人(57.1%)と一番多かった。具体的には、「つながりのある機関が接した方が、受け入れられやすい。はじめから教育委員会や学校が入ると、身構えてしまったり、トラブルになってしまう恐れがある」や「保育士、幼稚園教諭については、子どもと向き合う時間が長く、保

表6 教育委員会において相談がうまくいかないケースの保護者の子どもの発達障害の認識 (n=14 重複回答)

	n (%)
我が子の障害を受け入れられない保護者は相談もうまくいかない	9(64.3)
我が子の障害は受け入れているが、障害を持った子の保護者(親)になったことを受け入れられていない	2(14.3)
その他	1(7.1)
未回答	2(14.3)

護者支援をするための子どもの情報量が多いから、就学相談担当者や療育機関は専門的な立場から保護者支援を行うことができるから」という回答が得られた。また、「保健師がもっとも接する機会が多いため、信頼が得られると思うから」という回答もあった。

教育相談や就学相談が発達障害の正しい情報を提供する場になる機会になるかについては、「ある」と「どちらともいえない」がそれぞれ5人(35.7%)であり、「ない」が1人(7.1%)であった。

相談がうまくいかないケースの保護者の印象については、表6で示した。「我が子の障害を受け入れられない保護者は相談うまくいかない」が9人(64.3%)、「我が子の障害は受け入れられているが、障害を持った子の保護者になったことを受け入れられていない」が2人(14.3%)であった。相談がうまくいかないケースのすべてが、子どもの障害を受け入れていないわけではないという結果であった。

3.3 保健センターへの調査結果

(1) 健診について

5歳児健診の実施については、「実施していない」が46人(83.6%)であった。

表7 保健センターにおける乳幼児健診後のカンファレンスに参加する職種 (n=55 重複回答)

	n (%)
保健師	52 (94.5)
栄養士	44 (80.0)
歯科衛生士	36 (65.5)
臨床心理士	36 (65.5)
看護師	17 (30.9)
小児科医	15 (27.3)
言語聴覚士	6 (10.9)
保育士	4 (7.3)
その他医師	3 (5.5)
心理相談員	2 (3.6)
臨床検査技師	2 (3.6)
事務職	2 (3.6)
環境衛生監視員	1 (1.8)
その他職員	1 (1.8)
教育委員会職員	0 (0)
小学校教諭	0 (0)
精神科医	0 (0)
未回答	2 (3.6)

1歳6ヶ月児健診や3歳児健診は、集団健診か医療機関委託における個別健診かについては、「集団健診」は31人(56.4%)と半数以上であった。

乳幼児健診後、気になるケースについてカンファレンスを実施しているかについては、「実施している」が54人(98.2%)であった。実施時期については、「健診後すぐ」が53人(96.4%)であった。

健診後のカンファレンスメンバーについては、表7で示した。

保健師は回答があった中で、52人(94.5%)であった。

他は、乳幼児健診ということもあり、栄養士が44人(80.0%)、続いて、歯科衛生士と臨床心理士が36人(65.5%)という結果であった。教育委員会職員や小学校教諭に至っては、参加はないということがわかった。

(2) 健診後のフォローについて

発達の気になる子どもに対する健診後のフォローについては、表8で示した。

一番多かったのは「医療機関を紹介する」という結果で、43人(78.2%)と7割を超えた。

「療育機関を紹介する」は38人(69.1%)、「フォロー教室で様子を見る」と「家庭訪問で様子を見る」は33人(60.0%)であった。

「家庭訪問で様子を見る」33人(60.0%)は、いつまで様子を見るかということについては「ケースバイケース」とするものの、「小学校入学まで」が8人(家庭訪問と回答の24.2%)、「就学後も関わる必要があれば関わる」が1人(家庭訪問との回答の3.0%)であった。

ここから、就学をすると保健師の関わりが少なくなることが示された。

表8 発達の気になる子どもに対する健診後のフォロー (n=55 重複回答)

	n (%)
医療機関を紹介する	43 (78.2)
療育機関を紹介する	38 (69.1)
フォロー教室で様子を見る	33 (60.0)
家庭訪問にて様子を見る	33 (60.0)
保育所(園)・幼稚園の巡回相談を利用する	18 (32.7)
その他	33 (60.0)
無回答	

(3) 健診での発達障害の発見とフォローについて
乳幼児健診やそれ以外で子どもの発達障害について気づく機会については、表9で示した。

乳幼児健診により、子どもの発達障害を気づくのは、「保護者からの相談により気づく」が42人(76.4%)であった。また、「(保護者からの相談はなくても)乳幼児健診で気づく」は34人(61.8%)であった。

乳幼児健診以外で子どもの発達障害に気づく機会としては、「乳幼児健診以外の機会での保護者

からの相談」や「虐待が疑われ様子を見ていた」という回答であった。

乳幼児健診のフォローがスムーズにできるケースとして保健師が感覚的に捉えている内容としては、表10で示した。

「保護者が子育てに困難を感じているため発達障害を疑われ、逆に納得している」が40人(72.7%)であった。続いて、「保護者が容易にすすめに応じる」は35人(63.6%)であった。その他では「関係機関と情報共有が可能な時」や「医療機関で指

表9 乳幼児健診やそれ以外で子どもの発達障害に気づく機会について (n=55 重複回答)

	n (%)
乳幼児健診時、保護者から子どもの発達障害などについて相談を受け、気づく	42(76.4)
乳幼児健診以外の育児相談時に、保護者からの子どもの発達などについて相談を受け、気づく	41(74.5)
ほとんど乳幼児健診で気づく	34(61.8)
虐待が疑われ、様子を見ていたため子どもの発達障害についても気づいた	34(61.8)
妊娠中から気になっていた母親(家族)のため、出産後も頻繁に関わっていたため早期に子どもの発達障害について気づいた	20(36.4)
その他	22(40.0)
無回答	2(3.6)

表10 乳幼児健診後のフォローにおいて、スムーズにフォローできる要因として保健師が捉えていること (n=55. 重複回答)

	n (%)
保護者が子育てに困難を感じているため、発達障害を疑われ、逆に納得している	40(72.7)
保護者が容易にすすめに応じる	35(63.6)
保護者が保健師や医師の話を容易に理解している	31(56.4)
その他	8(14.5)
無回答	4(7.3)

表11 乳幼児健診で発達障害を発見したケースについて、学校へと連絡・調整をしていくために必要なこと (n=55 重複回答)

	n (%)
5歳児健診は実施しなくとも、乳幼児健診後、子どもの様子を定期的に保健師が追っていく	30(54.5)
学校に入学後も保健師が養護教諭と連絡を取り合う	11(20.0)
5歳児健診を実施し、教育委員会も健診での相談やカンファレンスに関わる	7(12.7)
就学時健診の際に、保健師が入る	7(12.7)
その他	23(41.8)
無回答	5(9.1)

摘されたことがある場合」,あるいは「保護者が上の子と比較して違いを感じていた時など」という結果であった。

(4) 学齢期への連絡・調整について

乳幼児健診で発達障害を発見したケースについて,学校へと連絡・調整をしていくために必要なことについては,表11で示した。

「5歳児健診は実施せず,保健師が経過をみていく」が30人(54.5%)であった。その他の回答では,「幼児期の問題も支援シートのように引き継ぐこと」や「幼稚園・保育所との情報や学校関係者へ,保健センターの存在をアピールして学校関係者と連絡をとっていく」という回答であった。

(5) 保護者との関わりについて

医療機関受診,フォロー教室,療育機関受診など様々な形で健診後のフォローが必要なケースに関して,スムーズにフォローできない場合は,重複回答結果ではあるが「保護者と関われる機会があると少しずつ話をしている」が47人(85.5%)と「遊びの教室など,誰でも参加可能ということを実施している機会に誘って,少しずつ関わるようにしている」が34人(61.8%)という結果であった。保健師側から積極的に働きかけというよりは,保護者と接触をする機会があった際に心がける結果であった。しかし,「すべてを拒否するようなケースに関しては何も関われないまま小学校に入学している」という回答については20人(36.4%)であった。

保健師の支援へとつなげることができた具体的な記載では,「いかに関係機関が保健・医療・福祉・教育などの枠を超え,連携をとっていくか,柔軟な対応と,保健師がキーパーソンの協力を得られるか」とあった。

保護者との関わりで大変だったエピソードについては,保護者が精神疾患,あるいは発達障害が疑われ関わりが難しいケースは具体的な回答が得られた中(n=9)で5人(55.6%)あった。また,母親が外国人の場合についての回答2人(22.2%)から,言葉や文化の違いなど,支援を難しくしている実際について回答が得られた。

(6) 発達障害児の保護者支援

ADHDやLD,高機能自閉症,その疑いのある発達障害児の保護者において,何が原因で支援に結びつきにくいと感じるかについては,「発達障害を保護者が認識できない」が20人(36.4%)であり,保護者の発達障害の認識が重要と考えて

いる回答が4割近くであった。

(7) 保育所・幼稚園との関わりについて

保育所・幼稚園と連絡を取り合うことがあるかについては,「連絡を取り合うことがある」は54人(98.2%),「連絡を取り合うことはない」は1人(1.8%)であった。

連絡をとる時の理由としては,「保育所・幼稚園の教諭から,気になる子どもについての相談を保健師が受ける」が47人(87.0%),「保健師が保育士・幼稚園教諭に,乳幼児健診後,気になったケースについて連絡をとる」は28人(51.9%)であった。少数意見として,「保育所から保育士加配要求で事務担当者に連絡がある」が5人(9.3%)であった。

保育所・幼稚園の巡回相談などに保健師が関わることがあるかについては,「ない」が37人(67.3%)であった。しかし,「ない」との回答の中にも「子ども家庭支援センターの事業であり,そこに保健師が配属されている」や「健康推進課の保健師はいないが,教育機関の保健師はいる」との回答もあった。「ある」については,16人(29.1%)であった。

また,保育所・幼稚園の巡回相談への関わりの有無と保健師の経験年数において, χ^2 検定を行ったところ,有意な差は認められなかった。(p>0.01)

保育所・幼稚園との関わりにおける差については,保育所と幼稚園では関わりに「差がある」とした回答が34人(61.8%)であった。しかし,「差がない」は14人(25.5%)であり,その中に「公立か私立かによる差が大きい」という回答が1人(1.8%)あった。

また保育所と幼稚園との関わりには差がある具体的な内容については,「保育所の方が連絡をとりやすい」が19人(55.9%),「保育所からは連絡はあるが,幼稚園からはない」が12人(35.3%),「幼稚園とは連絡を取り合っていない」が6人(17.6%),「その他」で回答が得られた中(n=4)のうち半数は「公立の方が連絡をとりやすい」という内容であった。

(8) 教育委員会との関わりについて

就学時健診に保健師が入るかについては,「入らない」が53人(96.4%)であった。「入らない」との意見の中に「療育と発達相談を担当する施設があるので,そちらが参加している」との回答であった。

教育委員会と連絡を取り合うことがあるかにつ

いては、「よく連絡をとる」との回答はなく、「時々連絡をとる」が24人(43.6%)、「連絡をとることはない」が30人(54.5%)である。連携の必要性は双方感じているが、実際のところは十分に連絡を取り合えていない現状が明らかになった。

「時々連絡をとる」のはどのような時かについては、「教育委員会から連絡があったとき」が7人(29.2%)である。このうち4例については、教育委員会からの連絡として「就学相談で気になったから」「保護者に精神疾患があり関わりが困難だったから」「不登校である」との回答であった。

他の回答では、「小学校から連絡があったとき」が5人(20.8%)である。この内容は、「問題のある生徒、保護者の健診時の状況や対応方法、こちらの相談予約などで連絡があった」「虐待で連絡があった」である。他の回答では「就学时健診後のフォローのため連絡をする」が3人(12.5%)であった。

考察

4.1 関係機関の連携について

就学前機関の連携については、先行研究においても述べられている^{19)~20)}が、本研究結果から、就学前の発達障害児の継続支援に関わる教育委員会と保健センターの連携の実態としては、保健センターの調査結果では教育委員会と連絡を取り合うことはあるかにおいて、「連絡をとることはない」30人(54.5%)であり、連絡を取り合うことはほとんどない実態が明らかになった。

その他の機関として重要な、保育所・幼稚園との関わりについては保健センターでは、連絡を取り合うとの回答であり、教育委員会就学支援シート担当者においては、連携についての回答で保育士や幼稚園教諭とは1人(7.1%)のみであり十分関わっているとは言い難い結果であった。しかし、就学支援シートの記入に保育所・幼稚園の記入欄もあるため、就学支援シートの活用に関しては関わっていると考えられる。

このことから、教育委員会も保健センターもそれぞれ就学前機関の保育所・幼稚園とは関わりがあるといえる。一方、気になる子どもについては保育所・幼稚園から保健師に相談をするケースが半数近くであり、逆に保健師から保育所・幼稚園に連絡をとることは3割ほどで、十分とは言い難いが、教育委員会との関係に比べると連絡を取り合っていることが示唆された。

上記も含め、保健師と保育士・幼稚園教諭間は、気になるケースに関して連絡を取り合っており、教育委員会は就学支援シートの記入については連絡を取り合っている可能性はあるが、実際に気になるケースについて連絡を取り合うことは、保健師に比べ少ないのではないかと考えられた。

関連して、文部科学省が進める特別支援コーディネーターの指名に関して、全国的に幼稚園教諭の指名が進まない²¹⁾といわれる中、コーディネーターが指名されても機能しなければ意味がないと考えられる。実際、教育委員会への調査結果で表5の保護者支援は誰が行っていくかについては、「特別支援コーディネーター」とする回答が3人(21.4%)と回答数が一番低く、全国的に進められてきた成果としては、機能しているとはいえない現状が示唆された。

逆に、特別支援コーディネーターは、発達障害児に対して地域の中で包括的に関わっていく役割がある²²⁾。本来の役割が機能したならば、就学前から学齢期へとコーディネートする役割を担い、就学時に支援が途切れることなく、学齢期も長期にわたり子どもと保護者に対して支援をしていくことが可能になると考えられる。

また、保育所や幼稚園への巡回相談については、幼稚園支援としての巡回相談であり、移行支援のための巡回相談ではない。つまり、現在実施されている巡回相談が、どれだけ発達障害児に関して支援をしているか、不明確であると感じた。巡回相談という形で外部者が保育所・幼稚園に関われる利点をさらに活かして、連携・協働できる体制づくりが望まれると考えられる。具体的には、子どもの保育所・幼稚園での様子を巡回相談で見ることにより、健診結果だけでなく、普段の様子から必要な支援についてアセスメントし、保育士・幼稚園教諭に子どもへの関わり方を支援していくことが考えられる。また、保護者に対しては、健診時に子どもの発達障害について指摘をされたが、受け入れられなかったケースについては、保健師と連携を取りながら、保育士や幼稚園教諭のコーディネートにより保護者と関わり、保護者支援をしていく体制づくりも必要ではないかと考えられた。

就学前機関から学校に情報を伝えていくための情報伝達手段については、乳幼児期から記録媒体を統一するという、人を介しての情報伝達でなく、記録媒体を統一することで情報の共有を行うとする意見が7割を超えた。しかし、実際は、保健セ

ンター、保育所・幼稚園、教育委員会はそれぞれ連携・協働の必要性を感じているが、任命権者の異なる機関の連携に関しては、スムーズでない。

表3で、「子ども課など子どもに関わる課の一元化」について、21.4%との結果であったが、このような体制をとっているところは全国でも少ないことも考えると、意外な結果であった。

このことから、任命権者の異なる機関における組織編成への期待もわずかではあるが、望まれる声があることが示唆された。

このような動きは、全国的に見られ（長野県駒ヶ根市「子ども課」や滋賀県湖南市「発達支援システム」、三重県亀山市の「子ども総合支援室」）、連携のための組織編成も今後、支援体制の1つとなっていくことを期待したいと考える。

また、保健師が支援につなげることができた具体的な例として、「いかに関係機関が保健・医療・福祉・教育などの枠を超え、連携をとっていくか、柔軟な対応と、保健師がキーパーソンの協力を得られるか」という結果であった。ここで支援へとつながった理由を具体的に示されたのではないかと考えられる。

連携は、いかに関係機関が枠を超えるかにかかっていると示唆された。

4.2 保護者支援について

教育委員会の調査において、保護者支援に有効な職種として、就学支援シート担当者が考えているものは、保育士が一番多く、続いて発達相談センター、幼稚園教諭と保健師であった。特別支援コーディネーターは、就学前において保護者支援の点であり期待されていない現状が示唆された。

就学支援シート担当者が、これらの職種が保護者支援に有効だと考えた理由として、保育士や幼稚園教諭、保健師は就学前において子どもや保護者と一番関わりがあるとした。具体的には、「つながりのある機関が接した方が、受け入れられやすく、はじめから教育委員会や学校が入ると、身構えたり、トラブルになってしまう恐れがあるということや保育士、幼稚園教諭については、子どもと向き合う時間が長く、保護者支援をするための子どもの情報量が多いから、就学相談担当者や養育機関は専門的な立場から保護者支援を行うことができるからとする結果であった。また、保健師がもっとも接する機会が多いため、信頼が得られると思うからという結果もあった。

東京都において保健師が実際に、どのくらい子どもや保護者と関わりがあるのか明確ではないが、就学支援シート担当者の中では、保育士、発達相談センターに続き、保護者支援には保健師が有効であるとの認識があることがわかった。

このことから、保護者支援は保育士や保健師が適しているとするが、実際スムーズに連絡を取り合うことがないことが前述からもわかる。

以上のことから、保護者支援には、教育委員会以外の職種が適していると考えていることが示唆された。

保健センターの調査において、医療機関受診、フォロー教室、療育機関受診など様々な形で健診後のフォローが必要なケースに関して、保護者との接触があった際に関われるように心がけるとい印象である。しかし、一番現場で問題になっているようなすべてを拒否するようなケースに関しては何も関われないまま小学校に入学している。積極的に「キーパーソンを通して関わる」ということを実施している場合もあるが、関われないまま入学しているケースに関しては、教育委員会の調査結果も、本当に支援を必要としているケースには関われないという課題が示唆された。

また、保護者支援としての具体的方策については、保護者が子どもの発達障害を受容するために家族支援の必要性について先行研究^{23)~25)}では述べられているが、今回の研究結果から、本当に支援が必要な保護者への働きかけや保護者が子どもの障害受容ができるための家族支援については不明確であった。

以上のことから、発達障害児の継続支援には子どもの保護者への支援が重要であり、個々に応じた柔軟な対応、あるいは時間をかけた対応や保護者が障害受容をできる支援が必要であるという見解を得た。

4.3 専門職者が保護者に発達障害についての正しい知識・情報を提供する支援体制について

平澤²⁶⁾は従来の障害児保育を超えて、特別支援教育というような、診断のない子どもも含む特別な支援を要する子どもに対する支援体制を検討していく必要があると述べている。

教育委員会の就学支援シート担当者は、教育経験年数は平均5.2 ± 1.5年であり、就学支援シートの活用の課題で、有意な差が認められたことから、経験年数により、活用時に保護者に記入の同

意を得られることについては、関連があることがわかる。

つまり、活用には就学支援シートがなぜ必要かわかってもらわなければ活用されないと考えられるため、ある程度の経験があるほど説明もできると考えられる。このことから、就学支援シート活用時に保護者支援がなされ、活用に至ると示唆された。

また、活用に関しては保護者の理解が得られなければ十分な活用は難しいという結果であった。逆に就学支援シートを活用している保護者は療育機関などでフォローがされている保護者が多いことが示唆された。

以上のことから、就学支援シートの活用にあたっては、たとえば乳幼児健診後のフォローにおいて誰でも参加可能な遊びの教室などを通し保護者に関わり、関係を築く中で子どもの発達障害についての情報を保護者が得られるように関わっていくことも有効なのではないかと考えられた。

金生²⁴⁾は、早期支援・継続支援には、就学支援シートを活用する以前からの関係づくりと情報提供の必要性が示している。今回の調査結果も含め、保護者が子どもの発達障害を受け入れられる状況づくりと発達障害児の保護者になったことを受容できる時間が必要なのではないかという一考察を得た。

具体的には、全国の自治体で実施している療育機関や児童発達支援施設、児童デイサービスが健診のフォロー機関として機能することが考えられる。健診や保育所・幼稚園で発達障害を発見し、その後、訓練機関である療育機関や児童発達支援施設、児童デイサービスで、保護者が発達障害についての知識や情報を得ることで、支援の必要性を学び、共感できる保護者との交流をする場を得ることができる。

早期から、このような支援を受けることで、就学時には就学支援シートの必要性も容易に理解でき、就学後も継続支援が可能になると考えられる。

以上のことから、専門職者が保護者に発達障害についての正しい知識・情報を提供する支援体制については、乳幼児期から療育機関や健診等による発達障害の指摘だけでなく、保護者が発達障害についての正しい知識が得られるような専門職による継続的な関わりや情報提供、また保護者支援が継続支援のための具体的方策の一つではないかという見解に至った。

5. 結論

教育委員会への調査結果からは、就学支援シートを活用する保護者については、「保健師との関係が良好」「療育機関の職員との関係が良好」とする意見があり、就学前機関で関わる専門職者との関係が良好であることが就学支援シートの活用に影響があることがわかった。

また、専門職者の経験年数が継続支援のための支援体制に影響があるかということでは、就学支援シートの活用については、影響があるが、それ以外については特に影響がなかった。

さらに、専門職者が保護者に発達障害についての正しい知識・情報を提供する支援体制については、乳幼児期から療育機関や健診等による発達障害の指摘だけでなく、保護者が発達障害についての正しい知識が得られるような専門職による継続的な関わりや情報提供、また保護者支援が継続支援のための具体的方策の一つではないかという見解に至った。

6. 今後の課題

(1) 早期からの発達障害の情報提供

相談がうまくいかないケースについては、早期に適切な支援がなされることにより、子どもの2次的不適応を防げることを説明することができるよう、就学前機関からの情報提供の必要性について述べるにとどまった。

また、就学支援シートにおいても、書面の内容であることや親の発達障害の認識により、記載する内容が変わることに関しては発達障害についての知識や情報を得ることで、活用の必要性についても理解されることが考えられる。これについては、今後の課題とする。

(2) 家族支援

保護者支援としての具体的方策については、保護者が子どもの発達障害を受容するために家族支援の必要性について先行研究^{23)~25)}では述べられているが、今回の研究結果から、本当に支援が必要な保護者への働きかけや保護者が子どもの障害受容ができるための家族支援については今後の課題として残った。

(3) 保育所・幼稚園との連携の実際

今回の調査は、保育士・幼稚園教諭へは実施していないことから実際については不明であるが、保健師側からの柔軟に連絡を取り合っていないことも考えられる。

また、保健師は、普段子どもを見ている保育士・

幼稚園教諭と連絡をとっていないことから、保健師だけで問題が解決しているのか、保育士や幼稚園教諭に関わりを持ち、連絡調整をとらないということなのかについて、今後の課題である。

(4) 本当に支援を必要としているケースへの関わり

保護者と関われないまま小学校に入学しているケースに関しては、教育委員会の調査結果で得られた回答からも、本当に支援を必要としているケースには関われないという結果であった、このようなケースについては、長期に関わる必要性については考察したが、具体的な方策については今後の課題である。

謝辞

今回、大変お忙しい中、ご協力を頂きました皆様様に厚く御礼申し上げます。なお、本報告は科学研究費補助金若手研究(B)19791767「乳幼児健診後事後フォローの在り方に関する研究—就学支援シートの活用について—」(研究代表者:子吉知恵美)の一部である。

引用文献

- 1) 中山忠政: 発達障害者支援法の制定 制定の経緯と今後の課題, 小児保健研究, 65 (1), 67-72, 2006.
- 2) 篠崎昌子: 地域における発達支援の現状—3歳児精密健康診査事業により養育機関を紹介された児の検討から—, 小児保健研究, 66 (1), 74, 2007.
- 3) 清水貞夫, 相澤雅文: 「個別の教育支援計画」と生涯ケア 特別支援教育と障害児者の支援, クリエイツかもがわ, 32-33, 2006.
- 4) 前掲載3).
- 5) 岩崎博之, 他: 栃木県大田原市における5歳児健診の試み(第2報), 脳と発達, 39, 184, 2007.
- 6) 大六一志, 他: 5歳児軽度発達障害スクリーニング質問票作成のための予備的研究, 心身障害学研究, 30, 11-23, 2006.
- 7) 小枝達也: 注意欠陥多動性障害と学習障害の早期発見について—鳥取県における5歳児健診の取り組みと提案—, 脳と発達, 145-149, 2005.
- 8) 小枝達也: 発達障害者支援法 その今日的意義と将来展望 5歳児健診の実践の立場から, 発達障害研究, 27 (2), 98-101, 2005.
- 9) 下泉秀夫: 栃木県における5歳児健診の試み(第1報), 乳幼児医学・心理学研究, 14 (1), 30-31, 2005.
- 10) 下泉秀夫: 栃木県の5歳児相談, 大田原市の5

歳児健診, 国際医療福祉大学紀要, 11 (2), 45-46, 2006.

- 11) 千葉良: 乳幼児保健サービスの実際Ⅱ 5歳時健診, 小児内科, 26 (9), 1521-1526, 1994.
- 12) 笹谷しげ子: 教育委員会サイドのアプローチにより始まった5歳児健診, 保健師ジャーナル, 61 (1), 46-47, 2005.
- 13) 中島正幸, 他: 新生児発達フォローアップ外来における5歳児健診を通じた軽度発達障害児の発見に関する検討, 脳と発達, 39, 302, 2007.
- 14) 平岩幹男, 他: 発達障害に対応する5歳児健診の試み, 日本小児科学会雑誌, 111 (2), 149, 2007.
- 15) 前垣義弘: 軽度発達障害児への気づきと対応システム ちょっと気になる子たちの幸せを願って 5歳児健診・発達相談における軽度発達障害児への気づきと対応, 小児保健研究, 66 (2), 204-206, 2007.
- 16) 荒川智, 高橋智: 保育園・幼稚園における「気になる子ども」の保育. 別府悦子: ミネルヴァ書房. 日本特別ニーズ教育学会, 141-148, 2007.
- 17) 千川隆: 特別支援を支えるためのツールとしての「個別の指導計画」, LD & ADHD, 2 (4), 8-11, 2004.
- 18) 新村出: 広辞苑 第5版. 岩波書店, 132, 1999.
- 19) 吉川徹: 軽度発達障害と学校適応, 児童青年精神医学とその近接領域, 48 (2), 114, 2007.
- 20) 財部盛久: 浦添市1歳6か月健康診査における心理相談の課題 専門機関へ紹介したケースの追跡調査, 沖縄の小児保健, 26, 5-51, 1999.
- 21) 文部科学省ホームページ 平成20年度特別支援教育体制整備状況調査結果について(平成21年9月現在) http://www.mext.go.jp/component/b_menu/houdou/_icsFiles/afieldfile/2009/04/28/1260964_2.pdf
- 22) 相澤雅文, 清水貞夫, 三浦光哉: 特別支援教育コーディネーター, クリエイツかもがわ, 2007, 17.
- 23) 永井洋子, 林弥生: 広汎性発達障害の診断と告知をめぐる 広汎性発達障害の診断と告知をめぐる家族支援, 発達障害研究, 26 (3), 148, 2004.
- 24) 金生由紀子: 広汎性発達障害の乳幼児と家族をめぐるこころの問題, 小児内科, 38 (1), 40, 2006.
- 25) 緒方明: 軽度発達障害の家族支援について 障害受容が困難な例を通して, 家族療法研究, 22 (3), 38, 2005.
- 26) 平澤紀子, 他: 保育所・園における「気になる・困っている行動」を示す子どもに関する調査研究, 発達障害研究, 26 (4), 265, 2005.

(受付: 2009年9月17日, 受理: 2010年2月16日)

Support System for Developmentally Disabled Preschool Children An Examination for Continual Support

Chiemi NEYOSHI

Abstract

This study was carried out to examine the effectiveness of a system provided by specialists to parents for the early detection of developmental disorders in children during the preschool period and the impact of their years of experience on the provision of ongoing assistance to support continuing attendance at school. This study examined the infant checkups and follow-up carried out by the Public Health Center, and the School Attendance Assistance Sheet promoted throughout Tokyo from 2007 by the Board of Education. The results of this survey of the Board of Education and Public Health Center suggest the necessity of creating a structure that connects related institutions holistically rather than individually for ongoing assistance and the need to provide information on the developmental disorders by specialists to increase awareness among parents. In addition, in regard to the impact of their years of experience on the provision of ongoing assistance, investigation revealed that utilization of the School Attendance Assistance Sheet was effective, but that other resources had negligible influence.

Keywords children with developmental disorders, ongoing assistance, support system,
school attendance assistance sheet, infant checkups

資料

子宮がん検診の受診行動に関わる因子の検討

河合晴奈¹ 高山紗代² 今井美和³

概要

この調査の目的は、子宮がん検診の受診の実態を把握し、受診行動に関わる因子を明らかにすることである。そこで石川県 A 市に勤務する 20 - 60 歳の事務系女性職員 293 名を対象に無記名の自己記入式質問紙調査を行った。その結果、有効回答数は 228 名で、子宮がん検診の受診経験率は 64.5% であった。受診動機は、職場検診、自分の健康管理が多く、受診しない理由は、まだ検診を受ける年齢ではない、恥ずかしい、忙しい、関心がないが多かった。受診経験率は、年齢、婚姻状況、出産経験、閉経、子宮がんに関する知識と関連しており、若年齢、未婚、出産未経験、閉経前、子宮がんに関する知識不足の女性ほど子宮がん検診を受診していなかった。子宮がん検診の受診率を向上させるためには、特に若年齢女性に対して羞恥心を減らす配慮や、受診機会の拡大、子宮がんに関する知識の普及を図ることが必要であると考えられた。

キーワード 子宮がん、検診、受診行動、意識、知識

1. はじめに

国立がんセンターがん対策情報センターの統計によると、子宮頸がんの罹患率（人口 10 万対）は 1975 年 15.5、2003 年 13.3 と軽度減少し¹⁾、子宮頸がんの死亡率（人口 10 万対）は、1958 年 3.4、2007 年 3.8 と平衡状態にある²⁾。これらは、一般に子宮頸がんに対してのみ検査が行われている子宮がん検診、いわゆる子宮頸がん検診の普及により、子宮頸がんの早期発見、早期治療が可能になったためと考えられる。特に 0 期の子宮頸がんは、適切な治療を受ければ 100% 治るがんといわれており、早期発見のためには定期的ながん検診を怠らないことが必要とされる³⁾。受診勧奨は、広報・講演会・がん検診週間の設置等、種々な形で行われているが、国立がんセンターがん対策情報センターの統計で 2007 年の子宮がん検診受診率は、全国では 21.3%、石川県では 19.8% と低いのが現状である²⁾。

また、子宮頸がんの罹患要因の一つにヒトパピローマウイルス（human papilloma virus: HPV）感染が報告されており、性行為の若年化に伴い 20 代の発症率の明らかな上昇が問題となっている⁴⁾。この状況から厚生労働省は 2004 年 4 月に子宮がん検診の開始年齢を「30 歳以上」から「20 歳以上」に引き下げており、がん好発年齢以前か

らの定期的な受診が必要である。

受診率が低い原因として、子宮がん検診に対する関心の無さ^{3,6,7)} や羞恥心^{3,5,8)} が報告されているが、石川県の住民を対象とした受診の実態や受診行動に関する調査データは十分にそろっていない。そこで本調査では、石川県における子宮がん検診の受診の実態を把握し、受診行動に関わる因子を明らかにすることを目的とした。

2. 調査方法

2.1 対象・方法・期間

石川県 A 市に勤務する 20 - 60 歳の事務系（医療系職員は除外）女性職員 293 名を対象とし、2008 年 8 月 18 日 - 9 月 19 日に、無記名の自己記入式質問紙調査を実施した。研究代表者が事前に職場責任者に調査の趣旨と内容を説明した。その後研究代表者が事務系女性職員に依頼文、子宮がん検診に関する質問調査用紙、返答用封筒を封筒に入れ送付した。回答は返答用封筒で返送され、研究代表者が回収した。

2.2 調査項目

調査項目は、先行研究での調査内容^{5,8)} を参考に (1) 子宮がん検診の受診経験の有無、(2) 属性、(3) 子宮がんへの罹患、(4) 受診経験者に対しての質問、(5) 非受診者に対しての質問、(6) 子宮がんに関する知識とした。

(1) 子宮がん検診の受診経験の有無：「子宮がん

¹ 岐阜大学医学部附属病院

² 独立行政法人 国立病院機構 金沢医療センター

³ 石川県立看護大学

検診を受けたことがありますか」と質問し、回答は「ある」、「なし」とし、「ある」場合を「受診経験者」、「ない」場合を「非受診者」の2群とした。

(2) 属性

①年齢は、空欄に記述する方法をとった。それらを「20 - 29歳 (20代)」「30 - 39歳 (30代)」「40 - 49歳 (40代)」「50 - 60歳」の4群とした。

②婚姻状況は、現在既婚あるいは以前既婚の場合を「既婚」、それ以外を「未婚」の2群とした。

③出産経験は、出産経験が「ある」と「ない」の2群とした。

④月経状況は、月経周期が「順調」「不順」あるいは「閉経している」の回答とした。「順調」「不順」を「閉経前群」、「閉経している」を「閉経後群」の2群とした。さらに、月経前群の月経状況は「順調」と「不順」の2群とした。

(3) 子宮がんへの罹患：「あなたは子宮がんになると思いますか」と質問し、「非常に思う」「まあ思う」を「思う」、「あまり思わない」「全く思わない」を「思わない」の2群とした。

(4) 受診経験者に対する質問：初めて子宮がん検診を受診したときについて質問した。①初回受診年齢、②受診動機 (複数回答)、③受診方法、④今後の受診意識 (子宮がん検診を今後も定期的に受けようと思うか) を調査した。①-④の項目は選択肢を設け、②、③の項目は回答が選択肢にない場合は空欄に記述する方法をとった。④の項目は「非常に思う」「まあ思う」を「思う」、「あまり思わない」「全く思わない」を「思わない」の2群とした。

(5) 非受診者に対する質問：①受診しない理由 (複数回答)、②今後の受診意識 (子宮がん検診を今後受けてみようと思うか) を調査した。①、②の項目は選択肢を設け、①の項目は回答が選択肢にない場合は空欄に記述する方法をとった。②の項目は「非常に思う」「まあ思う」を「思う」、「あまり思わない」「全く思わない」を「思わない」の2群とした。また、「思う」群に対して、③いつ頃受診しようと思うかと質問し、「1年以内」「2, 3年以内」「10年以内」「20年以内」の4群とした。

(6) 子宮がんに関する知識：「あなたは子宮がんの知識がどの程度あると思っていますか」と

質問し、「十分ある」「ある程度ある」を「ある」、「あまりない」「全くない」を「ない」の2群とした。また、子宮がんに関する① [子宮がんの種類] ② [子宮がんの予後] の2項目、子宮頸がんに関する③ [子宮頸がんの原因] ④ [子宮頸がんの発症年齢] ⑤ [子宮頸がんの好発年齢] の3項目、子宮体がんに関する⑥ [子宮体がんの原因] ⑦ [子宮体がんの好発年齢] の2項目、子宮がん検診に関する⑧ [子宮がん検診の対象年齢] ⑨ [子宮がん検診の種類] の2項目の計9項目を質問し、「知っている」と「知らない」の2群とした。さらに、知っている質問項目の総数を調査した。

2.3 倫理的配慮

質問調査用紙には協力依頼状を添付し、調査への協力は任意とした。また、依頼状に本調査以外には使用しないこと、プライバシーを厳守すること、常時どの質問にも回答を拒否しても構わないことを明記した。質問調査用紙は無記名で調査用番号を付け匿名化を行い、プライバシーを保護した。

2.4 分析方法

(1) 子宮がん検診受診経験の有無と (2), (3), (6) の調査項目との関連については、 χ^2 検定を行った。なお、セルが5未満の場合はFisherの直接法を行った。さらに、(1) と (2) の①年齢との関連については、t検定も行った。(4) の①②③、(5) の①②③、(6) については%で比較検討を行い、(4) の④、(5) の④、(6) と (2) の①年齢との関連については、t検定を行った。さらに、(1) と (6) の知っている質問項目総数との関連については、t検定を行った。統計解析にはSPSS13.0 J for windowsを使用した。有意水準5%未満を有意差ありとした。

3. 結果

3.1 対象の属性

質問調査用紙は293名に配布し、228名から回答・同意が得られ回収された (回収率77.8%、有効回答率100.0%)。対象の平均年齢は35.7歳で、年齢分布は表1に示した。

3.2 子宮がん検診の受診経験と年齢 (表1)

子宮がん検診の受診経験率は、対象者全員の

表1 子宮がん検診の受診経験と各調査項目 (n=228)

調査項目	20-60歳(対象者全員)		受診経験者		非受診者		p値 χ^2 検定
	総数	(%)**	人数	(%)***	人数	(%)***	
子宮がん検診の受診経験の有無	228	(100.0)	147	(64.5)	81	(35.5)	
年齢群							
20-29歳(20代)	66	(28.9)	23	(34.8)	43	(65.2)	0.000 **
30-39歳(30代)	95	(41.7)	61	(64.2)	34	(35.8)	
40-49歳(40代)	41	(18.0)	38	(92.7)	3	(7.3)	
50-60歳	26	(11.4)	25	(96.2)	1	(3.8)	
年齢							t検定
mean \pm SD	35.7 \pm 9.8		39.4 \pm 9.5		29.1 \pm 6.3		0.000 **
婚姻状況							
未婚	112	(49.1)	47	(42.0)	65	(58.0)	0.000 **
既婚	116	(50.9)	100	(86.2)	16	(13.8)	
出産経験							
あり	94	(41.2)	84	(89.4)	10	(10.6)	0.000 **
なし	134	(58.8)	63	(47.0)	71	(53.0)	
月経状況							Fisherの直接法
閉経前群	203	(89.0)	123	(60.6)	80	(39.4)	0.001 **
閉経後群	24	(10.5)	23	(95.8)	1	(4.2)	
未回答	1		1		0		
閉経前群の月経状況(n=203)		(%)***					
順調	175	(86.2)	108	(61.7)	67	(38.3)	0.413
不順	28	(13.8)	15	(53.6)	13	(46.4)	
子宮がんへの罹患							
罹患すると思う	55	(26.1)	37	(67.3)	18	(32.7)	0.356
罹患しないと思う	156	(73.9)	94	(60.3)	62	(39.7)	
未回答	17		16		1		

*: 総数における% (未回答数を除く); **: 調査項目あるいはその細目における%; ***, 月経前群における%; **, p<0.01

64.5%で、年齢群が低いほど受診経験率は低かった。 χ^2 検定で受診経験と各年齢群の間に有意差があった(p<0.01)。t検定で、受診経験者と非受診者の年齢の間には有意差がみられ(p<0.01)、若年齢で受診経験がない人が多かった。

3.3 子宮がん検診の受診経験と婚姻状況、出産経験、月経状況 (表1)

婚姻状況については、未婚の42.0%、既婚の86.2%が受診経験者で、両者の間には χ^2 検定で有意差があり(p<0.01)、未婚者で受診経験がない人が多かった。出産経験については、出産経験ありの89.4%、出産経験なしの47.0%が受診経験者で、両者の間には χ^2 検定で有意差があり(p<0.01)、出産未経験者で受診経験がない人が多かった。月経状況については、閉経前群の60.6%、閉経後群の95.8%が受診経験者で、両者の間には χ^2 検定で有意差があり(p<0.01)、閉経前群で受診経験がない人が多かった。閉経前群において、順調の61.7%、不順の53.6%が受診経験者で、両

者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。

3.4 子宮がん検診の受診経験と子宮がんへの罹患 (表1)

子宮がんへの罹患すると思うについては、思うの67.3%、思わないの60.3%が受診経験者で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。

3.5 子宮がん検診受診経験者について (表2)

- (1) 初回受診年齢: 30-34歳が39.3%と最も多く、次に25-29歳(21.4%)であった。各年齢群では、20代では20-24歳(56.5%)、30代では30-34歳(66.7%)、40代では35-39歳(36.8%)、50-60歳では40-44歳(33.3%)が最も多く見られた。
- (2) 受診動機: 職場検診が61.2%と最も多く、次に自分の健康管理(33.3%)であった。その他には、妊娠をきっかけに、子宮筋腫になってから等の記載があった。年齢群別では、どの年齢群も職場検診が最も多く、次に自分の

表2 受診経験者における年齢群別各調査項目 (n=147)

調査項目	対象者全員		20代		30代		40代		50-60歳		年齢 mean ± SD
	人数	(%)**	人数	(%)**	人数	(%)**	人数	(%)**	人数	(%)**	
受診経験者数	147		23		61		38		25		
初回受診年齢											
20-24歳	19	(13.1)	13	(56.5)	5	(8.3)	1	(2.6)	0	(0.0)	
25-29歳	31	(21.4)	10	(43.5)	13	(21.7)	7	(18.4)	1	(4.2)	
30-34歳	57	(39.3)	0	(0.0)	40	(66.7)	12	(31.6)	5	(20.8)	
35-39歳	22	(15.2)	0	(0.0)	2	(3.3)	14	(36.8)	6	(25.0)	
40-44歳	11	(7.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(7.9)	8	(33.3)	
45-49歳	3	(2.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.6)	2	(8.3)	
50-54歳	2	(1.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(8.3)	
未回答	2		0		1		0		1		
受診動機(複数回答)											
職場検診	90	(61.2)	13	(56.5)	38	(62.3)	24	(63.2)	15	(60.0)	
自分の健康管理	49	(33.3)	7	(30.4)	21	(34.4)	11	(28.9)	10	(40.0)	
市町村の広報	5	(3.4)	2	(8.7)	3	(4.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	
身内・知人の勧め	4	(2.7)	1	(4.3)	2	(3.3)	1	(2.6)	0	(0.0)	
身内や知人のがん	3	(2.0)	1	(4.3)	2	(3.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	
自覚症状	2	(1.4)	1	(4.3)	0	(0.0)	1	(2.6)	0	(0.0)	
新聞やテレビ	2	(1.4)	0	(0.0)	2	(3.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	
講義・講演会	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	
その他	15	(10.2)	4	(17.4)	5	(8.2)	6	(15.8)	0	(0.0)	
受診方法											
職場検診	84	(57.5)	15	(65.2)	38	(62.3)	17	(44.7)	14	(58.3)	
人間ドック	28	(19.2)	0	(0.0)	5	(8.2)	16	(42.1)	7	(29.2)	
私費	26	(17.8)	6	(26.1)	13	(21.3)	4	(10.5)	3	(12.5)	
市町村検診	7	(4.8)	2	(8.7)	5	(8.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	
その他	1	(0.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.6)	0	(0.0)	
未回答	1		0		0		0		1		
今後の受診意識											
受診しようとする			χ^2 検定 p=0.316				t検定 p=0.092				
思う	137	(93.8)	23	(100.0)	58	(95.1)	35	(92.1)	21	(87.5)	38.9 ± 9.2
思わない	9	(6.2)	0	(0.0)	3	(4.9)	3	(7.9)	3	(12.5)	44.3 ± 11.3
未回答	1		0		0		0		1		

** , 受診経験者における% (未回答数を除く)

健康管理が多かった。

- (3) 受診方法：職場検診が57.5%と最も多く、次に人間ドック(19.2%)であった。年齢群別では、どの年齢群も職場検診が最も多く、次に20, 30代では私費が、40代, 50-60歳では人間ドックが多く見られた。
- (4) 今後の受診意識：子宮がん検診を今後も定期的に受けようと思うが93.8%と圧倒的に多く、思わないは6.2%であった。 χ^2 検定で今後の受診意識と各年齢群の間に有意差はなかった。またt検定でも今後の受診意識と年齢の間に有意差なかった。

3.6 子宮がん検診非受診者について (表3)

- (1) 受診しない理由：まだがん検診を受ける年齢ではないからが30.9%と最も多く、次に恥ずかしい(22.2%), 忙しくて時間がない(22.2%)であった。その他には、受診の機会を逃

すため、痛そうで怖い、抵抗がある等の記載があった。年齢群別では、20代ではまだ検診を受ける年齢ではないから(34.9%), あまり関心がない(27.9%)が多くみられ、その他には、きっかけがない、機会がない、痛そうで怖い等の記載があった。30代では恥ずかしいからが最も多く(41.2%), 次にまだ検診を受ける年齢ではないから(29.4%)であった。その他には、検診の機会を逃すため、妊娠時に異常がなかったのもまだ大丈夫だと思う、検診方法に抵抗がある、面倒である等の記載があった。

- (2) 今後の受診意識：子宮がん検診を今後受けようと思うが81.5%と圧倒的に多く、思わないは18.5%であった。 χ^2 検定で今後の受診意識と各年齢群の間に有意差がみられ(p<0.01), t検定でも今後の受診意識と年齢の間に有意差がみられ(p<0.05), 若年齢は

表3 非受診者における年齢群別各調査項目 (n=81)

調査項目	対象者全員		20代		30代		40代		50-60歳		年齢 mean ± SD
	人数	(%)**	人数	(%)**	人数	(%)**	人数	(%)**	人数	(%)**	
非受診者数	81		43		34		3		1		
受診しない理由(複数回答)											
まだ検診を受ける年齢ではない	25	(30.9)	15	(34.9)	10	(29.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	
恥ずかしい	18	(22.2)	3	(7.0)	14	(41.2)	1	(33.3)	0	(0.0)	
忙しくて時間がない	18	(22.2)	9	(20.9)	9	(26.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	
あまり関心がない	16	(19.8)	12	(27.9)	2	(5.9)	1	(33.3)	1	(100.0)	
健康だから	13	(16.0)	5	(11.6)	7	(20.6)	1	(33.3)	0	(0.0)	
結果を知るのが怖い	8	(9.9)	2	(4.7)	5	(14.7)	1	(33.3)	0	(0.0)	
お金がかかるから	3	(3.7)	2	(4.7)	1	(2.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	
その他	21	(25.9)	12	(27.9)	9	(26.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	
今後の受診意識											
受診しよう			χ^2 検定 p=0.000 **						t検定 p=0.033 *		
思う	66	(81.5)	39	(90.7)	26	(76.5)	1	(33.3)	0	(0.0)	28.1 ± 5.0
思わない	15	(18.5)	4	(9.3)	8	(23.5)	2	(66.7)	1	(100.0)	33.7 ± 9.1
未回答	1		0		0		0		1		
受診しようと思う群(n=66)											
いつ頃受診予定		(%)***									
1年以内	15	(23.1)	7	(18.4)	7	(26.9)	1	(100.0)			
2,3年以内	35	(53.8)	20	(52.6)	15	(57.7)	0	(0.0)			
10年以内	14	(21.5)	10	(26.3)	4	(15.4)	0	(0.0)			
20年以内	1	(1.5)	1	(2.6)	0	(0.0)	0	(0.0)			
未回答	1		1		0		0		0		

** , 非受診者における% (未回答数を除く) ; *** , 受診しようと思う群における% (未回答数を除く) ; ** , p<0.01; * , p<0.05

今後受診しようと思っていた。いつ頃受診しようと思っているかについては、2、3年以内が53.8%と最も多く、次に1年以内(23.1%)であった。1年以内と2、3年以内を合わせると76.9%が3年以内に受けようと考えていた。年齢群では、20代は71.0%、30代は84.6%、40代は100%でいずれの年齢群も3年以内に受けようと考えていた。

3.7 子宮がんに関する知識

(1) 年齢群別子宮がんに関する知識 (表4)

子宮がんに関する知識があると思うは対象者全員の18.8%で低かった。年齢群での内訳は20代が3.1%と最も低く、30代、40代、50-60歳と順次高くなった。さらに、子宮がんに関する知識があると思うかと年齢の関連については、t検定で有意差があり(p<0.01)、若年齢は知識がないと思っていた。

子宮がんに関する知識の①-⑨の質問項目については、知っているのは16.7-59.6%の範囲内であった。約60%が知っている項目は①、④であった。①では20代でのみ20%台で他の年齢群では60%以上であり、年齢との間にはt検定で有意差があり(p<0.01)、若年齢に知らないが多かった。④では全年齢群で50%以上であり、年齢

との間にはt検定で有意差はなかった。30%台が知っている項目は②、⑨、③、⑧であった。②では20代で20%台と低く、年齢との間にはt検定で有意差があり(p<0.01)、若年齢に知らないが多かった。⑨では20代で10%台と低く、年齢との間にはt検定で有意差があり(p<0.01)、若年齢に知らないが多かった。③では20代と50-60歳で10%台と低く、年齢との間にはt検定で有意差はなかった。⑧では50-60歳で20%台と低く、年齢との間にはt検定で有意差はなかった。30%未満が知っている項目は⑤、⑥、⑦であった。いずれも全年齢群で30%未満であり、年齢との間にはt検定で有意差があり(p<0.01)、若年齢に知らないが多かった。

(2) 子宮がん検診の受診経験と子宮がんに関する知識 (表5)

子宮がんに関する知識があると思うは、あると思うの90.2%、ないと思うの56.5%が受診経験者で、両者の間には χ^2 検定で有意差があり(p<0.01)、子宮がんに関する知識がないと思う者に受診経験が少なかった。

子宮がんに関する知識の①-⑨の質問項目のどの項目も、受診経験者の知っているの割合は知らないの割合より多かった。 χ^2 検定で受診経験と①、②、③、⑤、⑦の各項目の間(p<0.01)、④、

表4 年齢群別子宮がんに関する知識 (n=228)

調査項目	対象者全員		20代		30代		40代		50-60歳		年齢 mean ± SD	p値 t検定
	人数	(%)**	人数	(%)**	人数	(%)**	人数	(%)**	人数	(%)**		
対象者数	228		66		95		41		26			
子宮がんに関する知識												
あると思う	41	(18.8)	2	(3.1)	17	(18.9)	13	(31.7)	9	(40.9)	42.4 ± 8.8	0.000 **
ないと思う	177	(81.2)	63	(96.9)	73	(81.1)	28	(68.3)	13	(59.1)	33.8 ± 9.0	
未回答	10		1		5		0		4			
① 子宮がんには、子宮頸がんと子宮体がんの2種類ある [子宮がんの種類]												
知っている	136	(59.6)	19	(28.8)	59	(62.1)	35	(85.4)	23	(88.5)	39.3 ± 9.4	0.000 **
知らない	92	(40.4)	47	(71.2)	36	(37.9)	6	(14.6)	3	(11.5)	30.4 ± 7.8	
② 子宮がんは早期発見・早期治療により、ほぼ100%治る [子宮がんの予後]												
知っている	85	(37.3)	15	(22.7)	31	(32.6)	21	(51.2)	18	(69.2)	40.0 ± 10.2	0.000 **
知らない	143	(62.7)	51	(77.3)	64	(67.4)	20	(48.8)	8	(30.8)	33.2 ± 8.6	
③ 子宮頸がんの原因の一つにヒトパピローマウイルス感染がある [子宮頸がんの原因]												
知っている	80	(35.1)	13	(19.7)	40	(42.1)	22	(53.7)	5	(19.2)	35.0 ± 10.6	0.105
知らない	148	(64.9)	53	(80.3)	55	(57.9)	19	(46.3)	21	(80.8)	37.1 ± 7.9	
④ 子宮頸がんの発症年齢が若年化している(20代からの発症が増加) [子宮頸がんの発症年齢]												
知っている	135	(59.2)	38	(57.6)	56	(58.9)	28	(68.3)	13	(50.0)	35.8 ± 9.4	0.940
知らない	93	(40.8)	28	(42.4)	39	(41.1)	13	(31.7)	13	(50.0)	35.7 ± 10.4	
⑤ 子宮頸がんの好発年齢は40-50歳である [子宮頸がんの好発年齢]												
知っている	47	(20.6)	10	(15.2)	14	(14.7)	14	(34.1)	9	(34.6)	39.2 ± 10.8	0.006 **
知らない	181	(79.4)	56	(84.8)	81	(85.3)	27	(65.9)	17	(65.4)	34.8 ± 9.3	
⑥ 子宮体がんの原因として女性ホルモン(高エストロゲン状態)が関係している [子宮体がんの原因]												
知っている	56	(24.6)	8	(12.1)	23	(24.2)	15	(36.6)	10	(38.5)	39.0 ± 9.6	0.004 **
知らない	172	(75.4)	58	(87.9)	72	(75.8)	26	(63.4)	16	(61.5)	34.7 ± 9.6	
⑦ 子宮体がんの好発年齢は50-60歳(閉経後)である [子宮体がんの好発年齢]												
知っている	38	(16.7)	3	(4.5)	15	(15.8)	10	(24.4)	10	(38.5)	41.8 ± 9.3	0.000 **
知らない	190	(83.3)	63	(95.5)	80	(84.2)	31	(75.6)	16	(61.5)	34.5 ± 9.5	
⑧ 子宮がん検診は20歳以上が対象である [子宮がん検診の対象年齢]												
知っている	78	(34.2)	23	(34.8)	31	(32.6)	17	(41.5)	7	(26.9)	35.5 ± 9.7	0.782
知らない	150	(65.8)	43	(65.2)	64	(67.4)	24	(58.5)	19	(73.1)	35.9 ± 9.9	
⑨ 子宮がん検診では一般に子宮頸がんに対してのみ検査が行われている [子宮がん検診の種類]												
知っている	81	(35.5)	10	(15.2)	32	(33.7)	23	(56.1)	16	(61.5)	40.7 ± 8.8	0.000 **
知らない	147	(64.5)	56	(84.8)	63	(66.3)	18	(43.9)	10	(38.5)	33.0 ± 9.3	

* , 対象者における% (未回答数を除く); **, p<0.01

⑥の各項目の間 (p<0.05) に有意差があった。また、Fisher の直接法で受診経験と⑨の項目の間に有意差があった (p<0.01)。

(3) 子宮がん検診の受診経験と子宮がんに関する知識 一知っている質問項目総数一 (表6)

対象者全員の①-⑨の9個の質問項目のうち知っている総数の平均値は3.2個 (35.6%) で、20代、30代は40代、50-60歳と比較すると低かった。また、受診経験者では3.9個 (43.3%)、非受診者では1.9個 (21.1%) であった。t検定で対象者全員、20代、30代における子宮がん検診の受診経験と子宮がんに関する知識-知っている質問項目総数-の間に有意差があり (p<0.01)、非受診者は知っている質問項目総数が少なかった。

4. 考察

4.1 子宮がん検診の受診経験

本調査での子宮がん検診の受診経験率は対象者全員の64.5%で、2007年の全国の受診率21.3%、石川県の受診率19.8%よりかなり上回っていた²⁾。これは、職場で検診の受診を促される環境にあること、本調査での質問内容が今までの受診経験の有無をきいており、受診率ではなく受診経験率であることが関係していると考えられる。

4.2 子宮がん検診の受診経験と年齢

受診経験率は20代が34.8%と低く、年齢群が低いほど受診経験率が低かった。また、年齢の比較では、若年齢で受診経験者が少なかった。これは瀬戸、志賀らの20代の若年女性で受診率が低い^{5,7)}というこれまでの報告に一致する。

表5 子宮がん検診の受診経験と子宮がんに関する知識 (n=228)

調査項目	受診経験者		非受診者		p値 χ^2 検定
	総数	人数 (%)**	人数 (%)**	人数 (%)**	
子宮がんに関する知識					Fisherの直接法
あると思う	41	37 (90.2)	4	(9.8)	0.000 **
ないと思う	177	100 (56.5)	77	(43.5)	
未回答	10	10	0		
① 子宮がんには、子宮頸がんと子宮体がんの2種類ある [子宮がんの種類]					
知っている	136	110 (80.9)	26	(19.1)	0.000 **
知らない	92	37 (40.2)	55	(59.8)	
② 子宮がんは早期発見・早期治療により、ほぼ100%治る [子宮がんの予後]					
知っている	85	64 (75.3)	21	(24.7)	0.008 **
知らない	143	83 (58.0)	60	(42.0)	
③ 子宮頸がんの原因の一つにヒトパピローマウイルス感染がある [子宮頸がんの原因]					
知っている	80	62 (77.5)	18	(22.5)	0.003 **
知らない	148	85 (57.4)	63	(42.6)	
④ 子宮頸がんの発症年齢が若年化している(20代からの発症が増加) [子宮頸がんの発症年齢]					
知っている	135	96 (71.1)	39	(28.9)	0.012 *
知らない	93	51 (54.8)	42	(45.2)	
⑤ 子宮頸がんの好発年齢は40-50歳である [子宮頸がんの好発年齢]					
知っている	47	39 (83.0)	8	(17.0)	0.003 **
知らない	181	108 (59.7)	73	(40.3)	
⑥ 子宮体がんの原因として女性ホルモン(高エストロゲン状態)が関係している [子宮体がんの原因]					
知っている	56	43 (76.8)	13	(23.2)	0.027 *
知らない	172	104 (60.5)	68	(39.5)	
⑦ 子宮体がんの好発年齢は50-60歳(閉経後)である [子宮体がんの好発年齢]					
知っている	38	32 (84.2)	6	(15.8)	0.005 **
知らない	190	115 (60.5)	75	(39.5)	
⑧ 子宮がん検診は20歳以上が対象である [子宮がん検診の対象年齢]					
知っている	78	56 (71.8)	22	(28.2)	0.096
知らない	150	91 (60.7)	59	(39.3)	
⑨ 子宮がん検診では一般に子宮頸がんに対してのみ検査が行われている [子宮がん検診の種類]					Fisherの直接法
知っている	81	77 (95.1)	4	(4.9)	0.000 **
知らない	147	70 (47.6)	77	(52.4)	

** , 調査項目あるいはその細目における%; **, p<0.01; *, p<0.05

表6 子宮がん検診の受診経験と子宮がんに関する知識 - 知っている質問項目総数 - (n=228)

年齢群	対象者全員		受診経験者		非受診者		p値 t検定
	項目総数 mean ± SD	(%)**	項目総数 mean ± SD	(%)**	項目総数 mean ± SD	(%)**	
対象者全員	3.2 ± 2.4	(35.6)	3.9 ± 2.4	(43.3)	1.9 ± 1.8	(21.1)	0.000 **
20代	2.1 ± 1.6	(23.3)	2.9 ± 1.8	(32.2)	1.7 ± 1.4	(18.9)	0.003 **
30代	3.2 ± 2.6	(35.6)	3.7 ± 2.6	(41.1)	2.2 ± 2.1	(24.4)	0.003 **
40代	4.5 ± 2.5	(50.0)	4.6 ± 2.5	(51.1)	3.3 ± 2.5	(36.7)	0.394
50-60歳	4.3 ± 2.2	(47.8)	4.4 ± 2.2	(48.9)	2.0	(22.2)	0.311

** , 9項目における%; **, p<0.01

4.3 子宮がん検診の受診経験と婚姻状況, 出産経験, 月経状況

受診経験率と婚姻状況については、木村ら⁸⁾の報告と同様に受診経験者で有意に既婚が多かった。これは結婚を機に妊娠を考える者が多く、健康に対する関心が高まること、妊娠時の内診の際に子宮がん検診を実施する場合があること、妊娠

をして産婦人科で内診台にあがる経験をするにより羞恥心への抵抗がいくらか軽減することが関係していると考えられる。これは受診経験率と出産経験について、受診経験者で出産経験がある者が有意に多かった要因とも考えられる。

受診経験率と月経状況については、受診経験者で有意に閉経後の者が多かった。木村らは、非受

診者に閉経後の女性が有意に多い⁸⁾と報告している。本調査では対象者の中で閉経後の女性が24名と少なく、受診経験率と閉経との関連性が見出せたとはいえ切れない。しかし、受診経験率と年齢との間に有意差があり、高年齢女性は受診経験があることから、閉経後においても健康への関心を持ち、子宮がん検診を受診する必要性を感じて受診していると考えられる。

4.4 子宮がん検診の受診経験と子宮がんへの罹患

受診経験率と子宮がん罹患すると思うの間に有意差はなかった。これは、受診経験者は自分が子宮がんになるかもしれないと思いつ診しているのではなく、単に自分の健康管理として受けているのではないかと考えられる。非受診者の中には罹患すると思いつ診していない者もあり、受診しない理由として挙げられていた恥ずかしい、忙しくて時間がない等の理由により受診したくても受診できない状況にあると考えられる。

対象者全員の70%以上が自分は罹患しないだろうという認識を持っていた。近年日本における子宮頸がんの罹患率は軽度減少し、子宮頸がん死亡率は平衡状態にある²⁾が、これは子宮がん検診の普及により早期発見、早期治療が可能になったためと考えられる。そのため、がん罹患しないという認識ではなく、がん罹患した場合においても早期発見、早期治療により治そうという意識を持ち、今後検診を受診することが望まれる。以上のことから子宮がんは早期発見、早期治療によりほぼ100%治るという知識を普及させることが必要である³⁾。

4.5 子宮がん検診受診経験者について

初回受診年齢は、30代からの受診者が多いことから、子宮がんへの関心が30代前後から高まるのではないかと考えられる。また、2004年4月以前には子宮がん検診の開始年齢は30歳以上であったことが関係していると考えられる⁹⁾。

受診動機は、瀬戸らの報告では、自主的30.1%、職場検診27.4%、自覚症状23.3%の順に多く⁷⁾、梶谷らの報告では、自分の健康管理56.2%、妊娠(出産後)などの受診したとき医師に勧められて35.1%であり³⁾、中村らの報告では、広報、定期的な受診の必要性を感じたから、保健師の勧めなどが多かった⁶⁾。本調査では、職場検診が最も多く、次いで自分の健康管理であった。職場検診は

子宮がん検診を受診するよい機会になっていると考えられる。また、自分の健康管理として受診する者も多く、健康への関心の高さが受診行動を高める要因となっていると考えられ、望ましい姿と言える。

受診方法では、本調査ではどの年齢群も職場検診が最も多いことから、働く女性にとって職場検診が自分の健康を把握できる場であり、うまく活用されていると考えられる⁷⁾。

今後の受診意識については、本調査では9割以上が今後も受診する意向で、中村らの60%⁶⁾を上回っていた。子宮がん検診を経年的に受診するという方式は子宮がん死亡率の減少に寄与していると位置づけられており¹⁰⁾、子宮がんを早期発見するためにも今後も定期的に受診することが大切であり、職場検診を利用してもらうなど受診を促していくことが必要である。

4.6 子宮がん検診非受診者について

受診しない理由については、20代では、まだ検診を受ける年齢ではない、あまり関心がないが多く、梶谷ら³⁾の報告と一致している。子宮頸がんにおいては、HPV感染が要因の一つと報告されており、性行為の若年化に伴い20代の明らかな発症率の上昇が問題となっている⁴⁾。そのため若年層からの受診が必要であると言えるが、本調査の結果からは受診する必要性を感じていないことが懸念される。この要因として、20代でHPV感染が子宮頸がんに関与していることを知っているのは19.7%と低く、知識が十分でないことが関係していると考えられる。そのため、20代の受診率を向上させるためには健康教育の充実により知識を普及させ、自分たちにも関係があるという健康管理への意識化を図ることが必要であると考えられる。30代では、恥ずかしい、まだ検診を受ける年齢ではない、忙しくて時間がない、その他では検診の機会を逃すためが多かった。恥ずかしいはこれまでも多く報告されている³⁵⁻⁸⁾。これに対しては、羞恥心に配慮することや女医による検診などの工夫が必要である。また武田らは、何が羞恥心を起こすか社会価値や習慣によっても左右されるが、本人がそれを妥当と認めているかどうかにより異なると報告している¹¹⁾。このことから、検診することを妥当だと感じ、認めることで羞恥心はいくらか軽減できると言え、受診する必要性を理解してもらえようアプローチが必要であると考えられる。また、忙しい、検

診の機会を逃すという意見に対しては、受診したいという思いがあるができない状況にあるため、本調査で受診のきっかけ、方法で多かった職場検診の機会を増やすことや検診時間を考慮するなどの対策が必要であると考えられる。

今後の受診意識については、81.5%が今後受診しようと思うと答え、そのうち若年齢が特にそう思っていた。また受診しようと思う者の76.9%が3年以内に受診する意向を示した。本調査では、非受診者が受診しようという思いに至った理由を聞いていないため、明確な要因は不明であるが、非受診者の多くが子宮がん検診を受診する必要性を感じていながら今まで受診していなかった、あるいは子宮がん検診を受診する必要性を感じ始めたと考えられる。子宮がん検診の受診者を増やすためにも、非受診者が感じている必要性を今後の受診行動へつなげられるような対策が必要である。また、受診する必要性を感じていない非受診者に対しては検診の必要性が理解できるような働きかけが必要である^{3,7)}。

4.7 子宮がん検診受診経験と子宮がんに関する知識の関係

知識がないと思う者は対象者全員の80%以上で、特に若年齢、非受診者で多かった。9個の質問項目のうち知っている項目総数の割合は、対象者全員において約36%と少なく、特に20代は約23%と少なかった。また、非受診者は知っている質問項目総数が少なかった。志賀らは、健康診断を受診している意識の高い集団でも子宮頸がんと子宮体がんの違いや子宮頸がんの初期には自覚症状がないことなどがよく理解されていないので、各医療機関で啓発に努める必要であると報告している⁵⁾。本調査の医療系職員でない女性にとっては、子宮がんに関する情報は身近なものではないので、受診のきっかけのために情報提供などの啓発に努める必要がある。

知識があると思う者は受診経験者で有意に多く、子宮がんに関する知識の9個の質問項目に対しては、⑧以外はどの項目も受診経験者の方が有意に知っていた。これらのことから、受診経験者は子宮がんに関する知識が豊富なため受診している、あるいは子宮がんに関心があるため知識を持っていると考えられる。一方、非受診者は子宮がんについての知識が不足しているため、まだがん検診を受ける年齢ではないと思うなど、受診の必要性を感じておらず、受診できていないと考えら

れる。知識不足は受診率を低下させる要因と考えられるので、子宮がんに関する知識を身につけることは自分の健康管理に役立たせることができ、子宮がん検診の受診率を上げることにつながると考えられる^{5,7)}。

笹川らは、10 - 20代では子宮頸がんの名前や疾患についてほとんど知識がなく、10 - 50代の対象者全体の73.7%がHPVについて初めて知ったと回答し、年代が下がると子宮頸がん検診の認知度は低く、20代の受診経験者は15.8%であり、子宮頸がん検診の受診率を上げるためには、HPV感染と子宮頸がんの関連性、検診の重要性を認識させること、自治体などからの葉書や広報誌による案内、検診費用の補助などが必要であると報告している。錦織らも、HPVの認知度は10%前後と低く、知識を有する年代は40代と毎年受診者に多かったことから、HPVに対する関心の差が検診受診率に大きく影響しており、今後は若年者に対する「HPVと子宮頸がん」の啓発、受診し易い受け入れ体制整備、HPV持続感染者を検診対象とする効率性を考えた検診が必要であると報告している。

本調査の各々の質問項目を検討すると、若年齢および非受診者に知らないが有意に多かった項目は、① [子宮がんの種類]、② [子宮がんの予後]、⑤ [子宮頸がんの好発年齢]、⑥ [子宮体がんの原因]、⑦ [子宮体がんの好発年齢]、⑨ [子宮がん検診] の7項目であった。年齢との間に有意差はなかったが、非受診者に知らないが有意に多かった項目は、③ [子宮頸がんの原因]、④ [子宮頸がんの発症年齢] の2項目であったが、③については、性行為の若年化が進行し特に現在20代に重要な知識なので、さらに20代へ普及する必要がある^{4,9)}。年齢および受診経験との間に有意差がなかった項目は、⑧ [子宮がん検診対象年齢] の1項目であったが、この質問も特に現在20代に重要な知識なので、さらに20代へ普及する必要がある^{4,9)}。

5. まとめ

子宮がん検診受診経験率は64.5%で、若年齢で受診経験がない人が多かった。受診経験者は30代から受診した者が多く、受診動機、受診方法は職場検診が多かった。年齢に関係なく受診経験者の93.8%が今後も受診する意向であった。非受診者が受診しない理由は、まだ検診を受ける年齢ではない、恥ずかしいが多かった。非受診者の81.5

%が今後受診する意向で、若年齢が受診しようと思っていた。また、受診意向者の76.9%が3年以内に受診するとした。受診経験率は、年齢、婚姻状況、出産経験、閉経、子宮がんに関する知識と関連しており、若年齢、未婚、出産未経験、閉経前、子宮がんに関する知識不足の女性ほど子宮がん検診を受診していなかった。一方、閉経前群における月経状況、自分が子宮がん罹患すると思うかについては関連がなかった。

今後子宮がん検診の受診率を向上させるためには、特に若年齢女性に対して羞恥心を減らす配慮や受診機会の拡大などの工夫をし、子宮がんに関する情報提供を充実させることにより子宮がんに関する知識を普及させ、子宮がん検診の必要性が理解できるような働きかけを行うことが必要であると考えられた。

謝辞

本調査を行うにあたり、ご協力頂きました皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) Matsuda T, Marugame T, Kamo K, et al.: Cancer incidence and incidence rates in Japan in 2002: based on data from 11 population-based cancer registries. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 38, 641-648, 2008.
- 2) 人口動態統計（厚生労働省大臣官房統計情報部編）
- 3) 梶谷久美, 鎌田明子: 子宮がん検診に関する意識調査—当院看護職員に対するアンケート調査より—。島根県中病医誌, 24 (1), 64-67, 1996.
- 4) 石渡勇, 石渡千恵子, 岡根夏美, 他: 若年者の子宮頸がん検診とその意義。産婦人科治療, 89 (3), 296-302, 2004.
- 5) 志賀朋子, 三浦信彦, 武山恒男, 他: 子宮がん検診に関する意識調査。人間ドック, 21 (3), 72-75, 2006.
- 6) 中村好一, 北村邦夫, 原徳寿, 他: 検診車による子宮がん検診受診者の意識調査, 地域特性による違いについて。産婦人科の世界, 38 (8), 93-101, 1996.
- 7) 瀬戸山綾子, 加田律子, 先崎圭子, 他: 子宮癌検診に対する意識調査。鹿児島県母性衛生学会誌, 3, 21-23, 1995.
- 8) 木村祐子, 白井かほる: 女性健康診断受診者における子宮頸がん検診の非受診者要因についての検討。第34回日本看護学会論文集—地域看護—, 85-87, 2004.
- 9) 今野良, 鈴木光明, 大和田倫孝, 他: 子宮頸がん検診の30歳未満若年層への拡大。産科と婦人科, 71(12)

, 1907-1913, 2004.

- 10) 久道茂: 新たながん検診手法有効性の評価。厚生労働省新たながん検診手法有効性の評価報告書, 161-164, 2001.
- 11) 武田敏: 性的羞恥心と看護の課題, 看護技術, 30, 24-29, 1984.
- 12) 松浦祐介, 柏村正道: 子宮癌診療の現況, 治療, 83 (12), 107-111, 2001.
- 13) 笹川寿之, 井上正樹: 子宮頸癌に関する一般女性の認知度調査, 日本医事新報, (4401), 68-72, 2008.
- 14) 錦織二三枝, 米山美幸, 勝部恭恵, 他: 子宮頸がん検診 島根県各市町村の取り組み, 日本臨床細胞学会中国四国連合会会報, (22), 67-71, 2007.

(受付: 2009年10月9日, 受理: 2010年1月29日)

Cervical Cancer Screening Behavior and Related Factors

Haruna KAWAI, Sayo TAKAYAMA, Miwa IMAI

Abstract

The objective of this study was to investigate the current cervical cancer screening rate and related behavioral factors. A self-administered questionnaire survey was administered to 293 women (age, 20-60 years) doing office work in the City of Ishikawa Prefecture. The number of completed questionnaires was 228, and the cervical cancer screening experience rate was 64.5%. The main reasons for screening were routine occupational disease screening and personal health care, while the reasons for not undergoing screening were age (too young), embarrassment, lack of free time and indifference. Screening experience rates were assessed based on age, marital status, history of pregnancy, menopause and knowledge of uterine cancer, and it was found that younger women, unmarried women, nulliparous women, premenopausal women, and women lacking knowledge of uterine cancer were less likely to undergo screening. To improve the cervical cancer screening rates, steps such as reducing embarrassment, expanding consultation opportunities, and increased education about uterine cancer are thus necessary for especially younger women.

Keywords cervical cancer, screening, behavior, consciousness, knowledge

資料

石川県北部における女子中学生の冷えの自覚の実態調査

高山紗代¹ 河合晴奈² 今井美和³

概要

本調査の目的は、女子中学生の冷えの自覚の実態とそれに関わる要因を把握することである。そこで、石川県北部の2校の女子中学生205人を対象に無記名の自己記入式質問紙調査を行った。有効回答数は195人で、その内冷え群は31.3%であった。冷え群の内訳は、「手が冷える」、「足が冷える」に比べ、「手も足も冷える」が最も多かった。冷えの自覚は、月経随伴症状、ダイエットの継続、日中の眠気、日頃のイライラと関連し、特に月経随伴症状と関連が深く、月経時に腹痛や頭痛などの月経困難を強く感じていた。一方、学年、BMI (body mass index)、初経の有無、月経周期の規則性、食生活の規則性、食事のバランス、冷たいものの摂取、ダイエット経験、睡眠時間の規則性、運動習慣、ストレスの自覚、夏季の冷房使用、服装との関連はみられなかった。冷えを自覚しないようにするためには、10代の内から冷えと関連する要因について理解を深め、日常生活形態を改善していくことが必要であると考えられた。

キーワード 冷え、女子中学生、自覚、生活形態、月経

1. はじめに

近年、冷え症に女性の多くが悩まされており、冷えの自覚者は20代、30代が多く^{1,2)}、また10代から20代にかけて増加している現状にある¹⁾。女子高校生では約40%³⁾、女子大学生では40～70%^{4,7)}が冷えを自覚しており、冷えの自覚は若年者にもみられることが明らかになっている。しかし、高校生や大学生を対象にした研究は多くなされているが、15歳以下の中学生にまで年齢を下げて研究されているものは極めて少ない。いわゆる現代病ともいえる冷え症は、月経に伴うホルモン変化に加え、食事や睡眠、運動習慣や、ダイエット経験の増加、ストレス、冷房使用の増加、薄着や露出の多い服装への変化によって増加し、若年化してきたと考えられる^{1,20)}。また、季節では冬に冷えを感じる事が多く、外気温との関連も明らかになっている^{1,21)}。このような生活習慣や環境に伴う影響は中学生にも及んでいるのではないかと考えられる。

そこで本研究では、女子中学生の冷えの自覚の実態とその要因と考えられる様々な生活習慣や環境について明確にすることを目的とした。

2. 研究方法

2.1 対象・方法・場所・期間

石川県北部A市内のB中学校の1～3年生各クラスの女子生徒計109人と、近隣のC中学校の1～3年生各クラスの女子生徒計96人、2校合わせた計205人に、平成20年7月14～18日に無記名の自己記入式質問紙調査を実施した。担任の教諭が授業中に女子生徒に質問調査用紙を一斉に配布し、回答後回収した。

調査は各々の中学校の各教室内で実施した。調査期間の平成20年7月14～18日の石川県北部の外気温は平均気温 $25.5 \pm 1.5^{\circ}\text{C}$ 、最高気温 $30.2 \pm 2.5^{\circ}\text{C}$ 、最低気温 $22.3 \pm 0.8^{\circ}\text{C}$ 、相対湿度 $72.2 \pm 9.9\%$ であった(気象庁ホームページ気象統計情報 <http://www.data.jma.go.jp/obd/stats/etrn/index.php> 参照)。

実施場所の石川県北部は、能登半島の中程に位置し、日本海側の気候であり、冬季の積雪と年間降水日が多いことが特徴である。総人口は59,540人で、その内中学生(13～15歳)は1,734人を占めている。

2.2 調査項目

調査項目として(1)冷えの自覚、(2)学年、(3)BMI、(4)月経、(5)食習慣、(6)ダイエット、(7)睡眠、(8)運動習慣、(9)ストレス、(10)夏季の冷房使用、(11)服装について回答してもらった。
(1)冷えの自覚：土屋らは、「手の平、手の甲、手

¹ 独立行政法人 国立病院機構 金沢医療センター

² 岐阜大学医学部附属病院

³ 石川県立看護大学

- の指先」と「足の裏、足の甲、足の指先」の両方に冷えを自覚している者を「冷え性群」、どちらかに冷えを自覚している者を「中間群」、どちらにも冷えを自覚していない者を「非冷え性群」とし、「冷え性群」37.1%、「中間群」34.8%、「非冷え性群」28.1%と報告している³⁾が、これまでの報告より冷えを自覚している人は「手」「足」などの四肢末端での冷えの自覚頻度が高くなっている^{2,7-9)}ことから、本研究では手または足が冷えると回答した「中間群」についても冷え群に含むこととした。冷えの自覚に関する質問は、「手や足に冷えを感じることはありますか」で、回答は①「手がよく冷える」、②「足がよく冷える」、③「手も足も冷える」、④「冷えを感じることはない」の4項目の中から1つ選択する方法をとり、①②③の場合を「冷え群」、④の場合を「非冷え群」の2群とした。また、冷え群については冷えを自覚した年齢を空欄に記述する方法をとった。
- (2)学年：空欄に記述する方法をとり、1年生、2年生、3年生の3群とした。
- (3)BMI (body mass index)：身長、体重を空欄に記述する方法をとった。BMIは、体重(kg)÷[身長(m)]²の計算式から得、日本肥満学会の分類²²⁾を使用し、痩せ群(BMI<18.5)、普通群(18.5≤BMI<25)、肥満群(25≤BMI)の3群とした。
- (4)月経：まず初経について質問した。初経がきている場合を「あり」、初経がまだの場合を「なし」の2群とした。さらに初経がある場合は、初経年齢、月経周期の規則性、月経随伴症状について質問した。初経年齢は空欄に記述する方法をとった。月経周期の規則性については、「規則的」「不規則」の2群とした。月経随伴症状については、「月経の随伴症状(頭痛・腹痛)はありますか」と質問し、①「ひどい」、②「あるがたいしたことはない」、③「あまりない」、④「全くない」から選択する方法をとり、①②を「あり」、③④を「なし」の2群とした。
- (5)食習慣：食生活の規則性、食事のバランス、冷たいものの摂取の3項目を質問した。食生活の規則性については、「規則的」「不規則」の2群とした。食事のバランスについては、「食事はバランスよく食べていますか」と質問し、「よい」「よくない」の2群とした。冷たいものの摂取については、「ジュースやアイスなどの冷たいものを好んで食べますか」と質問し、「摂

- 取する」「摂取しない」の2群とした。
- (6)ダイエット：ダイエット経験、現在のダイエット継続の2項目を質問した。ダイエット経験については、「ある」「ない」の2群とした。現在のダイエット継続については、「している」「していない」の2群とした。また、ダイエット内容は自由記載とし、空欄に記述する方法をとった。
- (7)睡眠：睡眠時間の規則性、日中の眠気の2項目を質問した。睡眠時間の規則性については、「規則的」「不規則」の2群とした。日中の眠気については、「あり」「なし」の2群とした。
- (8)運動習慣：「日頃運動はしますか」と質問し、①「毎日運動している」、②「よく運動するほうだ」、③「あまり運動しない」、④「全く運動しない」から1つ選択する方法をとり、①②の場合を「あり」、③④の場合を「なし」の2群とした。
- (9)ストレス：ストレスの自覚、日頃のイライラの2項目を質問した。ストレスの自覚については、「日々の生活の中でストレスを感じますか」と質問し、①「すごく感じる」、②「少し感じる」、③「あまり感じない」、④「全く感じない」から1つ選択する方法をとり、①②の場合を「あり」、③④の場合を「なし」の2群とした。日頃のイライラについては、「あり」「なし」の2群とした。
- (10)夏季の冷房使用：「夏場は冷房をよく使いますか」と質問し、①「常に使う」、②「時々使う」、③「あまり使わない」、④「全く使わない」から1つ選択する方法をとり、①②の場合を「使用する」、③④の場合を「使用しない」の2群とした。
- (11)服装：「おしゃれのためなら寒くても薄着や露出の多い服を着ますか」と質問し、「着る」「着ない」の2群とした。

2.3 調査における倫理的配慮

質問調査用紙には協力依頼文を添付し、回答は個人の判断に任せた。また、質問調査用紙は無記名で調査用番号を付け匿名化し、プライバシーを保護した。さらに、対象とする両中学校の校長、担任の教諭、養護教諭に、今回の研究の趣旨、得られた情報の管理・使用について説明し、同意を得た上で内容の調整を行い、調査を実施した。

2.4 分析方法

(1)冷えの自覚と(2)-(11)の各調査項目との関連については、 χ^2 検定を行った。さらに、(1)と(3)BMI値や(4)初経年齢との関連については、t検定も行った。統計解析にはSPSS13.0 J for windowsを使用した。有意水準5%未満を有意差ありとした。

3. 結果

3.1 対象の属性

質問調査用紙は1年生～3年生の各学年女子生徒計205人に配布し、198人から回答・同意が得られ回収された(回収率96.6%)。その内195人から冷えの自覚について回答が得られた(有効回答率98.5%)。その内訳は表1に示すように、1年生が24.6%、2年生が38.5%、3年生が36.9%であった。

3.2 冷えの自覚

冷えの自覚頻度については、図1に示すように31.3%は冷え群であった。冷え群の内訳は、「手が冷える」が16.4%、「足が冷える」が39.3%、「手も足も冷える」が44.3%であった。

冷え群における冷えの開始年齢については、61人中38人から回答が得られた。平均年齢は、11.2歳で、表2に示すように、13歳が31.6%と最も多く、次いで10歳(23.7%)、12歳(15.8%)、11歳(10.5%)と多かった。

3.3 冷え群と各調査項目との関係

冷え群と各調査項目との関係は表1に示した。

- (1)学年：学年別での冷え群の分布は、1年生22.9%、2年生36.0%、3年生31.9%であった。 χ^2 検定では、有意差はなかったが、1年生よりも、2年生、3年生の方が冷えを感じる割合がわずかに高く、30%以上が冷えを感じていた。
- (2)BMI：身長、体重ともに記入のあった116人についてBMIを求めた。冷え群の分布は、痩せ群35.6%、普通群25.9%、肥満群0%で、 χ^2 検定で有意差はなかった。BMI値の平均は19.0で、冷えの自覚とBMI値の間にはt検定で有意差はなかった。
- (3)月経：初経の有無については、初経ありの32.1%、初経なしの25.9%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。初経年齢については、初経あり群165人中158人から回答が得られた。初経年齢の平均は11.9歳で、

冷えの自覚と初経年齢の内訳は表3に示すとおりであり、両者の間には χ^2 検定、t検定とも有意差はなかった。初経あり群の月経周期の規則性については、規則的の32.9%、不規則の31.2%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。初経あり群の月経随伴症状については、ありの42.9%、なしの18.9%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差がみられ($p<0.01$)、月経随伴症状ありは月経随伴症状なしと比較して冷えを自覚していた。

- (4)食習慣：食生活の規則性については、規則的の30.0%、不規則の35.6%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。食事のバランスについては、よいの31.7%、よくないの30.6%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。冷たいものの摂取については、摂取するの28.8%、摂取しないの41.5%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。
- (5)ダイエット：ダイエット経験については、ありの38.5%、なしの29.3%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。現在のダイエット継続については、しているの57.9%、していないの28.9%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差がみられ($p<0.05$)、継続しているは継続していないと比較して冷えを自覚していた。また、ダイエット内容については、「運動を行う」「間食や過食を控える」という回答が多くみられた。
- (6)睡眠：睡眠時間の規則性については、規則的の27.9%、不規則の34.3%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。日中の眠気については、ありの35.7%、なしの20.0%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差がみられ($p<0.05$)、眠気ありは眠気なしと比較して冷えを自覚していた。
- (7)運動習慣：ありの30.8%、なしの37.5%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。
- (8)ストレス：ストレスの自覚については、ありの35.0%、なしの21.6%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。日頃のイライラについては、ありの38.4%、なしの22.2%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差がみられ($p<0.05$)、イライラありはイライラなしと比較して冷えを自覚していた。
- (9)夏季の冷房使用：使用するの31.5%、使用しな

表1 冷えの自覚と各調査項目 (n=195)

調査項目		総数	非冷え群		冷え群	p 値 (χ^2 検定)
		人数 (%)**	人数 (%)***	人数 (%)***		
冷えの自覚		195	134 (68.7)	61 (31.3)		
学年	1年生	48 (24.6)	37 (77.1)	11 (22.9)	0.308	
	2年生	75 (38.5)	48 (64.0)	27 (36.0)		
	3年生	72 (36.9)	49 (68.1)	23 (31.9)		
BMI	痩せ群	59 (50.9)	38 (64.4)	21 (35.6)	0.275	
	普通群	54 (46.6)	40 (74.1)	14 (25.9)		
	肥満群	3 (2.6)	3 (100.0)	0 (0.0)		
	未回答	79	53	26		
BMI 値		116	81 (69.8)	35 (30.2)	t 検定	0.122
	Mean \pm SD	19.0 \pm 2.5	19.2 \pm 2.7	18.4 \pm 2.0		
	未回答	79	53	26		
初経	あり	165 (85.9)	112 (67.9)	53 (32.1)	0.520	
	なし	27 (14.1)	20 (74.1)	7 (25.9)		
	未回答	3	2	1		
月経周期 (n=165)	規則的	70 (42.9) ****	47 (67.1)	23 (32.9)	0.820	
	不規則	93 (57.1) ****	64 (68.8)	29 (31.2)		
	未回答	2	1	1		
月経随伴症状 (n=165)	あり	91 (55.2) ****	52 (57.1)	39 (42.9)	0.001 **	
	なし	74 (44.8) ****	60 (81.1)	14 (18.9)		
	未回答	0	0	0		
食生活	規則的	150 (76.9)	105 (70.0)	45 (30.0)	0.481	
	不規則	45 (23.1)	29 (64.4)	16 (35.6)		
	未回答	0	0	0		
食事のバランス	よい	145 (74.7)	99 (68.3)	46 (31.7)	0.885	
	よくない	49 (25.3)	34 (69.4)	15 (30.6)		
	未回答	1	1	0		
冷たいものの摂取	摂取する	153 (78.9)	109 (71.2)	44 (28.8)	0.120	
	摂取しない	41 (21.1)	24 (58.5)	17 (41.5)		
	未回答	1	1	0		
ダイエット経験	あり	52 (27.1)	32 (61.5)	20 (38.5)	0.225	
	なし	140 (72.9)	99 (70.7)	41 (29.3)		
	未回答	3	3	0		
現在のダイエット継続	している	19 (9.9)	8 (42.1)	11 (57.9)	0.010 *	
	していない	173 (90.1)	123 (71.1)	50 (28.9)		
	未回答	3	3	0		
睡眠時間	規則的	86 (45.0)	62 (72.1)	24 (27.9)	0.345	
	不規則	105 (55.0)	69 (65.7)	36 (34.3)		
	未回答	4	3	1		
日中の眠気	あり	143 (74.1)	92 (64.3)	51 (35.7)	0.040 *	
	なし	50 (25.9)	40 (80.0)	10 (20.0)		
	未回答	2	2	0		
運動習慣	あり	120 (62.5)	83 (69.2)	37 (30.8)	0.719	
	なし	72 (37.5)	48 (66.7)	24 (33.3)		
	未回答	3	3	0		
ストレスの自覚	あり	143 (73.7)	93 (65.0)	50 (35.0)	0.077	
	なし	51 (26.3)	40 (78.4)	11 (21.6)		
	未回答	1	1	0		
日頃のイライラ	あり	112 (58.0)	69 (61.6)	43 (38.4)	0.017 *	
	なし	81 (42.0)	63 (77.8)	18 (22.2)		
	未回答	2	2	0		
夏季の冷房使用	使用する	165 (85.1)	113 (68.5)	52 (31.5)	0.959	
	使用しない	29 (14.9)	20 (69.0)	9 (31.0)		
	未回答	1	1	0		
薄着や露出の多い服装	着る	48 (24.9)	32 (66.7)	16 (33.3)	0.698	
	着ない	145 (75.1)	101 (69.7)	44 (30.3)		
	未回答	2	1	1		

* , 総数における% (未回答数を除く) ; **, 調査項目あるいはその細目における% ; ***, 初経あり群における% (未回答数を除く) ;

** , p<0.01 ; * , p<0.05

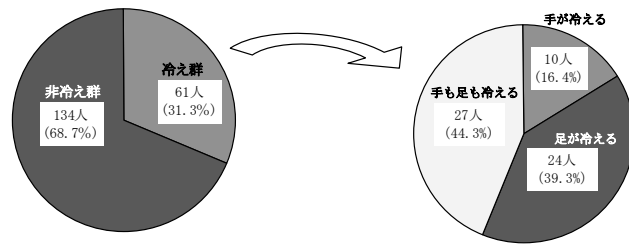


図1 冷え群の頻度とその内訳 (n=195)

表2 冷えの開始年齢 (n=38)

年齢	人数 (%) [*]
5歳	1 (2.6)
6歳	1 (2.6)
7歳	1 (2.6)
9歳	2 (5.3)
10歳	9 (23.7)
11歳	4 (10.5)
12歳	6 (15.8)
13歳	12 (31.6)
14歳	2 (5.3)
平均年齢	11.2 ± 2.1

^{*}, 38名における%

表3 冷えの自覚と初経年齢 (n=158)

初経年齢	人数 (%) [*]	非冷え群 (%) ^{**}	冷え群 (%) ^{**}	p値
		111人	47人	
9歳	1 (0.6)	1 (100.0)	0 (0)	0.301
10歳	13 (8.2)	8 (61.5)	5 (38.5)	
11歳	36 (22.8)	23 (63.9)	13 (36.1)	
12歳	70 (44.3)	53 (75.7)	17 (24.3)	
13歳	32 (20.3)	20 (62.5)	12 (37.5)	
14歳	6 (3.8)	6 (100.0)	0 (0)	
平均年齢	11.9 ± 1.0	11.9 ± 1.0	11.8 ± 1.0	t検定 0.399

^{*}, 総数における%; ^{**}, 各年齢における%

いの31.0%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。

(10)服装：薄着や露出の多い服装を着るの33.3%、着ないの30.3%が冷え群で、両者の間には χ^2 検定で有意差はなかった。

4. 考察

4.1 冷えの自覚と学年

これまでの報告では女子高校生の約40%³⁾、女子大学生の40~70%が冷えを自覚しているとなっており^{1,4,6)}、冷えの自覚の若年化が明らかになっている。定方らは、冷え症は10代で32.2%であり20代には41.0%と増加していることを挙げており¹⁾、また、冷えの自覚者は20代、30代が多いという報告もある^{1,2)}。本調査の結果は31.3%が「冷え群」であり、定方らが報告している結果と近いものが得られ、10代前半から冷えの自覚があることがわかった。また、各学年で比較してみたところ関連はみられなかったが、1年生よりも、2年生、3年生の方が冷えを感じる割合が高かった。近藤らの報告によると、冷えの開始年齢は19.3歳となっているが⁷⁾、本調査では11.2歳であり、近藤らの結果を大きく下回った。このこ

とより冷えのさらなる若年化が懸念される。

4.2 BMI

BMIと冷えの関連についてはこれまでに、冷えを訴える者はそうでない者に比べBMIが低いという報告がある^{2,5,6,8,10,11)}。しかし、本調査では冷えとBMIの関連はみられなかった。これは、対象者のBMIの平均値が19.0と低く、約半数が痩せ群であったためと考えられる。冷えを自覚しないようにするには、10代の内から自己の適切なBMIについて知り、冷えの自覚との関連について理解を深めることが必要であると考えられる。

4.3 月経

長谷川によると冷え性は、ホルモンの活動が開始する思春期頃から発生し、中年期には老化に伴うホルモン変化で多くなるとあり¹²⁾、他の報告でも冷えの自覚は若年者や更年期が多いとされている^{1,7,13,14)}。また、平田らは月経痛がいつもある者は、冷えを感じている者が多い¹⁵⁾、羽根田らは、思春期の冷え自覚者には月経困難を訴える者が多く、青年期では月経困難を訴える者は、冷え自覚

者が冷え無自覚者の2倍である¹⁴⁾、九嶋らは月経困難、月経過多などを訴える者に冷え自覚者が多いと報告している¹³⁾。このことから冷えの自覚には月経の有無、月経周期の不規則、随伴症状の自覚などが関連し、月経状況の不調を訴える者が多いのではないかと考えられる。本調査の結果は、冷え群と月経随伴症状には有意に関連があったが、月経の有無や月経周期の規則性との関連はみられなかった。このように冷えの自覚の有無で差がみられなかったのは、中学生が初経を迎えて間がなく、月経周期がまだ規則的でないためと考えられる。

4.4 食習慣

食習慣については、これまでの報告から食の不規則性、乏しい食の内容、食の偏りと冷えとの関連が認められており^{2,3,6,14,16,18)}、また、10代、20代の冷えの自覚者には食事欠食者や偏食が多いことも報告されている¹⁴⁾。本調査の結果では、食事の規則性、偏りと冷えの関連は認められなかった。これは、中学生が、高校生や大学生に比べ、一人暮らしで自炊している者は少なく、家族の者が食事を作っているため食事時間が規則的であること、食事内容やバランスが給食などもあり考慮されていることが要因と考えられる。しかし、食生活の変化によって冷えの自覚につながることも考えられるため、規則的な食生活の継続が今後必要だと考えられる。本調査では冷えと冷たいものの摂取の有無との関連はみられなかったが、これまでの報告では思春期、青年期は体を冷やす食品の摂取が多く、これが冷えと関連している^{2,14)}、また高尾らの報告では、冷さを自覚している者は水や野菜、果物など体を冷やす食品の摂取を避ける傾向があり、これを自己防御の一つであるとしている⁶⁾。

4.5 ダイエット

ダイエットについてはこれまでの報告で、女子高校生の約50%、女子大学生の約30%にダイエット経験があり、冷えとの関連も報告されている^{3,17)}。本調査の結果、ダイエット経験がある者は27.1%で、ダイエット経験の有無は冷えの自覚とは関連がなかったが、現在ダイエット継続している者はしていない者より有意に冷さを自覚していた。過度のダイエットは貧血を招き、冷さをきたすという報告もあり^{2,3,8)}、このためダイエットの実施の有無だけではなく、ダイエットの程度

も把握することが必要だと考えられる。現在、若年女性のスリム思考が懸念されており、高校生や大学生では痩せ気味傾向にも関わらず60～70%は自分が太っていると誤認しており、80%前後は必要のない痩せ願望を抱いているとある^{3,4)}。これが過度のダイエットにつながり冷えが増加すると考えられる。本調査ではダイエット内容として「運動を行う」「間食や過食を控える」という回答が多く、むしろ健康的なダイエット方法である。しかし、現状において問題となっている体型に対する意識の改善と共に、10代の内から冷えとダイエットの関連について理解を深め、過度なダイエットにつながらないようにすることが必要だと考えられる。

4.6 睡眠

睡眠については、これまでの報告から冷え自覚者は起床、就寝時間が不規則であり^{2,14,19)}、また、思春期前期では5～6時間と睡眠時間が不足している者が多いとある¹⁴⁾。冷えの自覚者は睡眠良好と感じることが少なく⁶⁾、冷え症から不眠や体のだるさを訴えるという報告もあり^{2,6,8,9,14,19)}、このことより、冷えと睡眠には関連があり、冷えによって睡眠が不良になり、睡眠が不良であることより冷えになるという悪循環が生じていることが考えられるが、本調査の結果、睡眠時間の規則性と冷えとの関連はみられなかった。しかし、日中に眠気を感じる者が74.1%と多く、冷えとの関連が見られたことより、睡眠形態が崩れていなくても睡眠の量や質が十分でない⁶⁾と冷えにつながるのではないかと考えられる。そのため、冷えと不眠の悪循環に陥らないよう、睡眠時間の規則性だけでなく睡眠の量や質にも考慮し、見直すことが必要だと考えられる。

4.7 運動習慣

運動習慣についてはこれまでの報告で、運動が少ない人に冷えが多いとある¹⁶⁾、本調査の結果、運動習慣の有無によって冷えの自覚に差はなかった。これは中学生では、運動習慣が少ないと回答した者も、授業や部活動で体を動かす機会が多く、ある程度定期的に運動を行う環境にあるためではないかと考えられる。そのため、主に20代以降を対象にしている上記研究報告と、10代を対象とした本調査の結果は比較しづらく、冷えとの関連は明らかにならなかった。作田らは、筋は収縮することで熱を産生するため、筋が少ないと発生

する熱量も少なくなり手足の温度が上昇しないと報告しており²⁰⁾、加えて適度な運動が冷えの改善に効果があることも報告されている²⁾。そのため、今後も適度な運動を継続していくことが、冷えの改善、予防に必要なだと考えられる。

4.8 ストレス

これまでの報告で、意欲の欠如やイライラなどの精神状況と冷えの関連がみられている^{3,6)}。本調査では、冷えとストレスの自覚には関連はなかったが、日頃のイライラがある者の割合は58.0%と半数を超え、有意に冷えを自覚していた。日常生活を送る上で、ストレスに曝されることは多く、ストレスをうまく対処しイライラなどの状態につなげないことが必要であり、そのためには個々でストレスを溜めない対処方法を身に付けることが必要だと考えられる。

4.9 冷房使用

定方らの報告で、住宅での冷房使用率は約80%といわれており、特に10代が他の年代に比して常時使用者が多く、その内冷え自覚者が半数を占めていた¹⁾。本調査の結果、定方らの報告に近い85.1%が夏季に冷房を常にまたは時々使用すると回答した。夏季の冷房使用と冷えとの関連はみられなかったが、10代の冷房使用の継続は今後の冷えの自覚につながるということが考えられるため、使用頻度を見直し、減らしていくことが望まれる。しかし、このような方法では公共の場などでの調整が難しく、個々によって冷えの感じ方も異なるので、衣類による調節や保温用品の使用など個々の対策が必要だと考えられる。

4.10 服装

服装についてはこれまでの報告で、若年女性は痩せ願望や、ファッションの流行から一年を通して薄着でいることが冷えと関連しているとされている^{2,3)}。しかし、本調査の結果薄着をすると回答した者は24.9%と少なく、また、服装の違いで冷えの自覚に差はみられなかった。この結果より、冷えを感じている者は冷えにつながる薄着を予防的に避けていると考えられる。また、薄着をすると回答した者でも、個々に寒さ対策ができていないのではないかと考えられる。

5. まとめ

本調査では女子中学生の31.3%が冷えを自覚し

ていた。冷えの自覚者は、月経随伴症状がある者、現在ダイエットを継続している者、日中に眠気がある者、日頃イライラがある者に多く、特に月経随伴症状との関連が深く、月経時に腹痛や頭痛などの月経困難を強く感じていた。一方、学年、BMI、初経の有無、月経周期の規則性、食生活の規則性、食事のバランス、冷たいものの摂取、ダイエット経験、睡眠時間の規則性、運動習慣、ストレスの自覚、夏季の冷房使用、服装に関してはこれまでの報告で関連がみられた項目であったが、本調査では関連がみられなかった。

以上の結果に加え、これまでの報告より、高校生以降に冷え自覚者が増加し、20代、30代では他の年代に比べ冷えの自覚者が多いという現状があるため、冷えを自覚しないようにするためには、10代の早い時期から冷えと冷えに関連する月経随伴症状、ダイエットの継続、日中の眠気、日頃のイライラや痩せについて理解を深め、日常生活形態を改善していくことが必要であると考えられた。

謝辞

本調査にご協力頂きました両中学校の教諭の皆様、生徒の皆様にご心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 定方美恵子, 佐藤悦, 村山ヒサエ: 女性の冷え症の実態と冷房使用・食生活の関係 - 年代的特徴を中心に -, 新潟大学医療技術短期大学部紀要, 6 (1), 47-58, 1997.
- 2) 今井美和, 赤祖父一知, 福西秀信: 成人女性の冷えの自覚とその要因についての検討, 石川看護雑誌, 4, 55-64, 2007.
- 3) 土屋基, 鈴木勝彦, 井上忠夫, 他: 異なる気候条件下で暮らす女子高校生の「冷え性」と生活状況の検討, 民族衛生, 71 (5), 207-218, 2005.
- 4) 内山須美子, 齋藤一人: 女子大学生の健康管理に関する一考察, 白鷗女子短大論集, 28 (2), 93-107, 2004.
- 5) 小島和暢, 志渡晃一, 藤井純子, 他: 若年女子の体重と自覚症状, 日本公衆衛生雑誌, 41 (2), 126-130, 1994.
- 6) 高尾文子, 東真由果, 石井洋二: 大学生の冷え症に関する研究 - 疲労および食生活との関連 -, Biomedical Thermology, 24 (3), 51-57, 2005.
- 7) 近藤正彦, 岡村靖: 冷え性の病態に関する統計的考察, 日本産婦人科学会雑誌, 39 (11), 2000-2004, 1987.

- 8) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生における冷え症と身体状況及び生活環境との関連, 総合健診, 29 (5), 878-884, 2002.
- 9) 三浦友美, 交野好子, 住本和博, 他: 青年期女子の「冷え」の自覚とその要因に関する研究, 母性衛生, 42 (4), 784-789, 2001.
- 10) 青峰正裕, 大和孝子: 若年女性冷え症者における心電図と身体状況の特徴, 心電図, 22 (1), 10-15, 2002.
- 11) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生の冷え症者における心電図と身体所見 - 冷え症の重症度との関連 -, 総合健診, 30 (6), 575-580, 2003.
- 12) 長谷川直義: 冷え性治療, 55 (3), 南山堂, 443-446, 1973.
- 13) 九嶋勝司, 齋藤忠朝: 所謂「冷え性」に就いて, 産婦人科の実際, 5 (10), 603-608, 1956.
- 14) 羽根田彩代, 水口直子, 幸満季, 他: 各年代層からみた女性の冷えと生活との関係, 愛知母性衛生学会誌, (14), 23-32, 1996.
- 15) 平田まり, 隈部敬子, 山本祐子: 女子大学生の月経痛に関連する生活習慣, CAMPUS HEALTH, 40 (2), 79-84, 2003.
- 16) 川越宏文, 高橋健二, 川島朗, 他: 冷えの実態調査 - 基礎的データと疾患別の冷え頻度 -, 診断と治療, 91 (12), 2293-2296, 2003.
- 17) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生における冷え症と食習慣の関連, 総合健診, 30 (3), 323-328, 2003.
- 18) 山本正子, 石原知果: 女子学生の食生活状況と健康に関する意識について, 徳島文理大学研究紀要, 68, 25-36, 2004.
- 19) 宮本教雄, 青木貴子, 武藤紀久, 他: 若年女性における四肢の冷え感と日常生活の関係, 日本衛生学雑誌, 49 (6), 1004-1012, 1995.
- 20) 作田学: 頭痛・肩こりからだの科学 (増刊), 評論社, 171-173, 1994.
- 21) 岡田睦美, 宇野充子, 永野英子, 他: 冷え性における冷水負荷サーモグラフィと循環器検診成績, 生活習慣との関連, 44-49, 2005.
- 22) 松澤佑次, 井上修二, 池田義雄, 他: 新しい肥満判定と肥満症の診断基準, 肥満研究, 6 (1), 18-28, 2000.

(受付: 2009年10月9日, 受理: 2010年1月29日)

Subjective Chills in Junior High Schoolgirls in Northern Ishikawa Prefecture

Sayo TAKAYAMA, Haruna KAWAI, Miwa IMAI

Abstract

The objective of this study was to investigate the occurrence of subjective chills and their related factors in junior high schoolgirls. A self-administered questionnaire survey was administered to 205 schoolgirls attending to two junior high schools in northern Ishikawa Prefecture, and 195 schoolgirls provided useful answers. Analysis of the results showed that 31.3% of schoolgirls experienced subjective chills. Subjective chills most commonly involved hands and feet, rather than only the hands or only the feet. Subjective chills were significantly related to menstrual complications, continuation of diet, diurnal sleepiness, and diurnal impatience. They were especially related to menstrual complications, and the group suffering from chills felt dysmenorrhea, such as abdominal pain, or headache during menstruation. Conversely, no relationships were observed for grade, BMI (body mass index), menarche, menstrual cycle, eating habits and dietary balance, taking a cold diet, experience of diet, sleep pattern, exercise habit, feeling stress, use of air conditioning in summer, or clothing. These findings suggest that, to prevent subjective chills, it is important for women to deepen their understanding of chills and their related factors from adolescence (10-19 years of ages). Improvement in everyday lifestyles is needed to avoid subjective chills.

Keywords chills, junior high schoolgirls, awareness, lifestyles, menstruation

資料

手浴用ベースンの開発とその臨床評価

中田弘子¹ 小林宏光¹ 川島和代¹

概要

本研究は、手浴ベースンの開発とその評価を行ったものである。本手浴ベースンのデザインの特徴は、患者の手を湯に深く浸せると同時に、ベッド上でも安定しやすいことである。6病院25病棟（療養型14、急性期11）において、本手浴ベースンを用い手浴を実施した130名の介護・看護職全員にアンケートを行った。アンケートの結果、手浴ベースンの基本的な形状である高さ、横幅、奥行き、曲面の傾斜が調度よいと回答した人は約70%であった。使いやすいと回答した人は60%であった。その理由で最も多かったことは、曲面が患者の体にフィットし安定することであり、次いで患者の手を深く湯に浸せられることであった。使いにくいと回答した人は15%であった。その主な理由は側臥位が不安定な患者には合わないこと、拘縮の程度が重い場合は手を入れにくいことであった。本手浴ベースンは側臥位が可能で、拘縮手の程度が比較的軽度な患者であれば使い勝手がよく有効であることが示唆された。

キーワード 手浴ベースン、デザイン、開発

1. はじめに

現在、日本の高齢者（65～84歳、90～99歳）の死亡原因の第3位は脳血管障害であり、介護が必要となった原因の27.7%を占めている¹⁾。また、脳血管障害患者は、その後遺症の障害により寝たきりの最大の原因となっており²⁾、要介護度4・5の認定者数はおよそ97万人である³⁾。

脳血管障害で長期臥床を余儀なくされる患者の手は、痙攣性麻痺および筋緊張に廃用性筋萎縮が混在した屈曲拘縮を生じやすい。掌屈位となった手指と手掌間、手指間の密着部は、湿潤要因が加わり不衛生になりやすく、白癬症の罹患、臭いや褥瘡の発生等問題がある。したがって、脳血管障害患者の手指の清潔ケアは看護・介護職にとって重要な課題であると言える。

長期臥床患者は、自ら手の清潔を満たすことはできないため、入浴、清拭の他、手浴などの清潔ケアが行われる。著者らのこれまでの研究で、長期臥床患者の拘縮手は自ら手洗い可能な患者の手指に比べ有意に汚染度が高く、通常の入浴介助だけでは手指の汚染度の改善はほとんどみられないが、手浴を行えば拘縮手の汚染度が有意に低下することが示された⁴⁾。しかし、看護師の間では手浴の必要性の認識は高いものの実際の実施頻度は低く⁵⁾、手指ケアが行えない理由として時間や余裕がないことや、物品の不備が指摘されている⁶⁾。現在、ベッド上の手浴には日用品である洗面器が

用いられている。洗面器による手浴では、患者の腕が洗面器の縁に当たり苦痛を与える、洗面器を置くスペースが足りない、麻痺手がうまく洗えないなどの問題が指摘されている⁵⁾。また、洗面器を使用した側臥位での手浴は、対象者にとって苦痛な肢位となるため安楽性が低下すると報告されている⁷⁾。

このような臨床の現状を考えると、具体的な手の清潔ケア方法を提案するにあたっては、洗浄方法やケアの頻度だけでなく用具の開発も重要な課題であると考えられる。これまでの手浴用具の開発では、簡易式手浴機の試作⁸⁾、シャワー・排水機能付き手浴用具⁹⁾、廃材利用の手浴用具の工夫¹⁰⁾などの報告がみられる。しかし、学術誌での報告や特許・実用新案のデータベースにおいて手浴専用の容器の開発例は見られなかった。本研究は、臥床患者の特性を考慮した手浴ベースンのデザイン・開発とその評価が目的である。

2. 手浴ベースンのデザインと試作

手浴ベースンの開発に先だて、11の医療施設で臥床患者の手浴経験を持つ介護・看護職34名（看護職28名、介護職6名）に対して、臥床姿勢にある患者への洗面器の使い勝手と問題についてインタビューを行った。その結果、34名中33名が洗面器の使い勝手が悪いと回答した。その理由で最も多かった回答は「手を湯に浸せないこと」であり、次いで「ベッド上では不安定で

¹ 石川県立看護大学

湯がこぼれやすい」であった。その他の意見では「重度な拘縮や痙性があると一人では実施できない」、「拘縮手は洗面器の縁に圧迫される」、「ベッド上ではスペースが足りない」などがあった。これらの意見から手浴用具の問題点と問題解決に必要な要件を整理した結果、手浴ベースンに必要な要件は4項目、要件のために必要な視点は7項目に整理された(図1)。

そこで、手浴ベースンのデザインはベッド上で手浴に最も必要と思われる要件、すなわち対象者の手を深く浸せる高さを確保すると同時に、ベッド上での安定性の保持という相反する条件を満たすことを目標とした。基本となるベースンの寸法(高さ、幅、大きさ、体幹部曲面の高さ、曲面の傾斜等)は、大多数の高齢者への適応を考慮し、男女高齢者の95パーセンタイル値を参考にした¹¹⁾。対象者の体幹側のベースンの高さは、胴部横径の95パーセンタイル値29.7cmを基本として、加齢および長期臥床による全身の骨萎縮、筋萎縮、脂肪減少および側臥位姿勢での後傾を考慮し、およそ24cmとした。正面及び側面の高さは、第三指手長の95パーセンタイル値19.5cmを基本として、中手指節関節の拘縮、肩・肘関節の拘縮等による可動域制限を考慮し、およそ18cmとした。横径および奥行きは、患者の手に加え実施者の両

手が入り洗浄の動作を阻害せず、ベッド上のスペースをとらないことを考慮し、およそ28cm(横径)×17cm(奥行き)とした。手浴ベースンの三面図を図2に、試作品の写真を図3に、手浴ベースンの使用時を図4に示す。

手浴ベースンの主な特徴を以下に示す(図5)。

- ① a面は側臥位になった対象者の体幹(胸腹部)面に沿ったカーブ状となっており、体に密着させa面を患者の体幹と前腕部ではさむことにより容器が安定する。
- ② 対象者の手の手関節部まで湯に浸漬が可能な高さを保持している。
- ③ a面が対象者の体幹面を覆い寝衣を濡らしにくい。
- ④ 容器が楕円であるので看護者が両手を入れて洗浄する動きを妨げず、側臥位での限られたベッド上スペースに配置しやすい。
- ⑤ ベースン上縁b部の曲面は、実施者の前腕部と滑らかに接触し、上肢の重みをかけることができるので実施者が安楽である。
- ⑥ スタッキング(積み重ね)間隔が約2cmになるよう設計しており、取り出しと収納が容易である(図3)。
- ⑦ 見た目にスタイリッシュである。

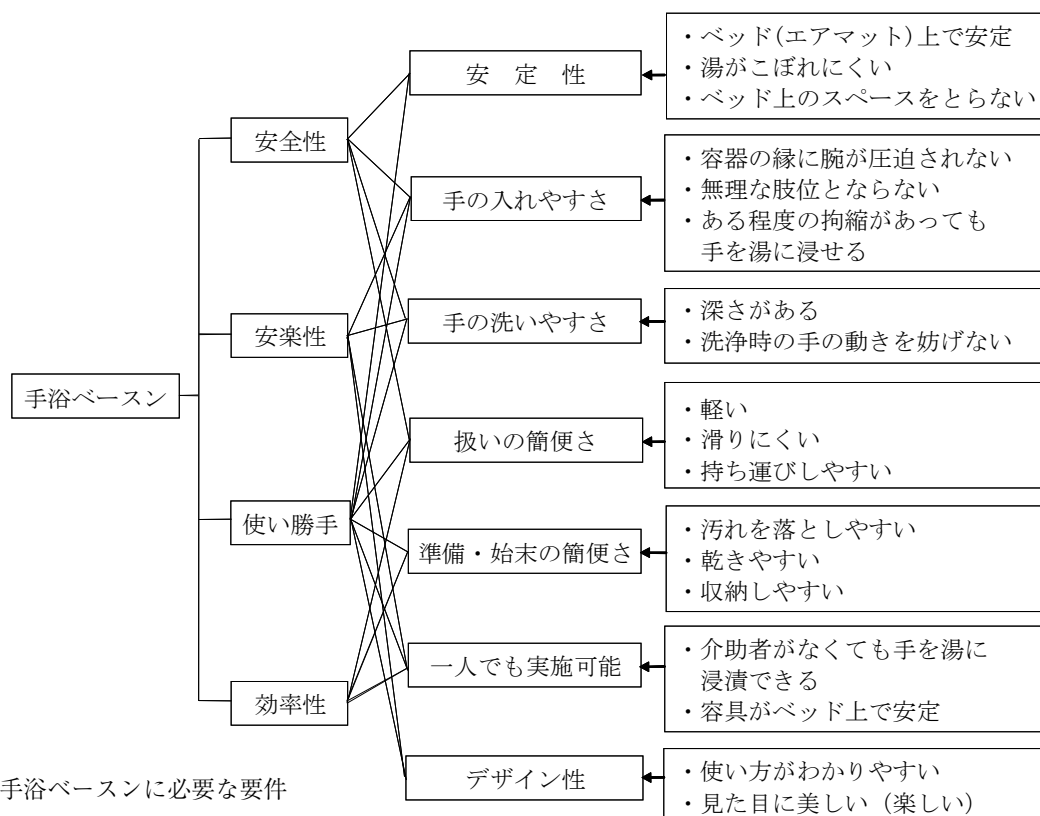


図1 手浴ベースンに必要な要件

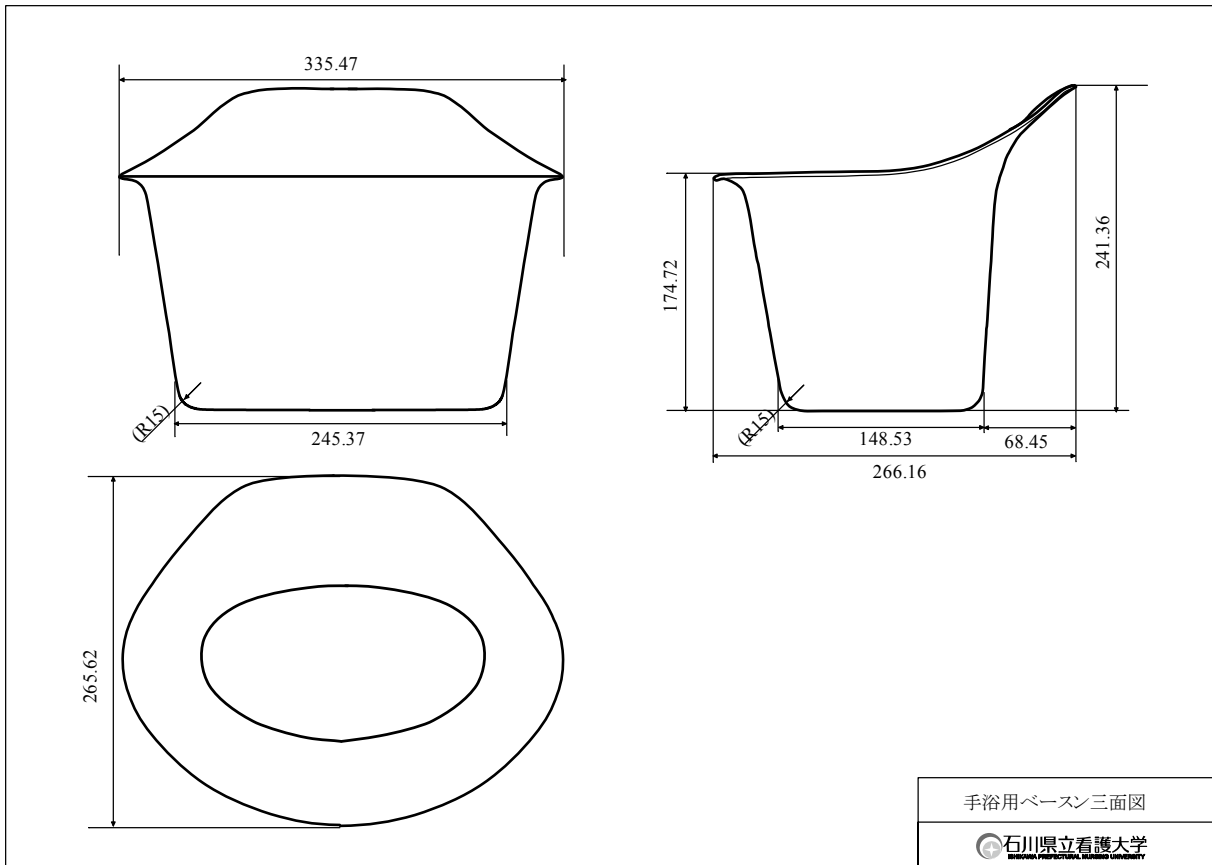


図2 手浴ベースンの三面図



図3 手浴ベースンの写真



図4 手浴ベースンの使用時

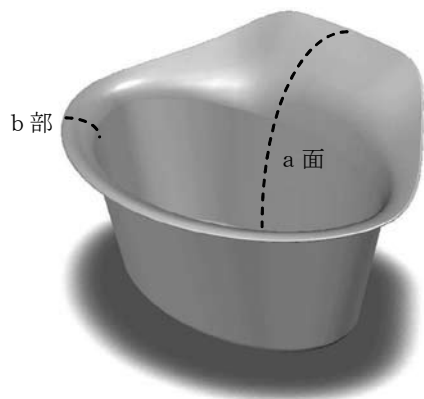


図5 手浴ベースンの特徴

3. 臨床における実用性の検討

手浴ベースンの評価として臨床モニターを行った。モニターは協力が得られた6病院25病棟(療養型14病棟,急性期11病棟)で実施した。介護・看護職者が患者に手浴ケアを実施する際に手浴ベースンを使用し,手浴後にアンケートの回答を得た。手浴の対象となる患者は主観的評価が得られにくいことが予測されたため,介護・看護職者のみのアンケートとした。モニター期間は2008年9月~2009年3月であった。モニターの実施者は130名であった。

モニターの実施者の概要を表1に示す。介護職が70名(54%)、看護職が56名(43%)であった。また、経験年齢は、5年未満が32名(25%)、5～10年が44名(34%)、11～20年が30名(23%)、21年以上が19名(15%)であった。

ベースンの大きさ・形状の評価について表2に示す。ベースンの高さは調度よいが93名(72%)で最も多く、次いでもう少し低い方がよいが19名(15%)であった。横幅はちょうどよいが97名(75%)で最も多く、次いでもう少し広い方がよいが16名(12%)であった。奥行きはちょうどよいが93名(72%)で最も多く、次いでもう

少し広い方がよいが23名(18%)であった。曲面の傾斜は調度よいが95名(73%)で最も多く、次いでもう少し傾斜を強くが16名(12%)であった。ベースンの高さ、横幅、奥行き、曲面の傾斜に対しては、およそ7割がちょうどよいと答えていることから概ね手浴ベースンの基本的な寸法は妥当なのではないかと思われる。

使いやすさに関する評価およびその理由を表3, 4に示す。使いやすいが77名(60%)で最も多く、次いでどちらともいえないは33名(25%)、使いにくいのが20名(15%)であった。使いやすい理由では、「側臥位で患者の体に容器がフィットし安定する(43件)」が最も多く、次いで「患

職種	人数	割合
介護職	70	(54%)
看護職	56	(43%)
無回答	4	(3%)
経験年数		
5年未満	32	(25%)
5～10年	44	(34%)
11～20年	30	(23%)
21～30年	19	(15%)
無回答	5	(4%)

項目	評価	人数	割合
高さ	ちょうど良い	93	(72%)
	もう少し高く	13	(10%)
	もう少し低く	19	(15%)
	無回答	5	(4%)
横幅	ちょうど良い	97	(75%)
	もう少し広く	16	(12%)
	もう少し狭く	13	(10%)
	無回答	4	(3%)
奥行き	ちょうど良い	93	(72%)
	もう少し広く	23	(18%)
	もう少し狭く	11	(8%)
	無回答	3	(2%)
曲面の傾斜	ちょうど良い	95	(73%)
	もう少し傾斜を強く	16	(12%)
	もう少し傾斜を弱く	12	(9%)
	無回答	7	(5%)

評価	人数	割合
使いやすい	77	(60%)
どちらともいえない	33	(25%)
使いにくい	20	(15%)

表4 使いやすさの理由

	理由 (件)
使いやすい	側臥位で患者の体に容器がフィットし安定する(43) 患者の手を深く湯に浸すことができ洗いやすい(38) 湯がこぼれにくい(21) 場所をとらない(8) 手を洗うのに大きさが調度いい(7) 高さが適当である(5)
どちらでもない	拘縮の程度、側臥位の安定性によって異なる(4)
使いにくい	側臥位が不安定な患者には合わない(13) 手の拘縮の程度が重い場合は手を入れにくい(10) 拘縮があるとベースンの縁に患者の腕や脇が当たる(3)

者の手を深く湯に浸すことができ洗いやすい(38件)、「湯がこぼれにくい(21件)」、「場所をとらない(8件)」などであった。また、どちらともいえない理由では、「拘縮の程度や側臥位の安定性によって異なる(4件)」であった。使いにくい理由では、「側臥位が不安定な患者には合わない(13件)」、「拘縮の程度が重い場合は手を入れにくい(10件)」などであった。

手浴ベースンについては60%が肯定的な評価であり、その主な理由は患者の手を深く湯に入れることができ、容器が安定して湯がこぼれにくく、スペースをとらないことなどであった。これらは、手浴ベースンをデザインした際のコンセプトと一致していた。しかし、「使いにくい」という意見も15%ほど見られた。これらの回答の理由は、患者の拘縮の程度が重度であることや側臥位が不安定なことであった。臥床状態で手指の拘縮が重度であれば、肘・肩関節だけでなく全身の拘縮が進行している場合が少なくなく、容器の形状にかかわらずベッド上の手浴自体が困難なケースであることが予測される。したがって、今回のアンケートの結果からは、拘縮の程度が軽度～中等度の場合であって側臥位が安定している患者であれば手浴ベースンは使い勝手がよく手浴の効果を高めることができるのではないかと考えられる。

4. 今後の課題

今回、開発した手浴ベースンはすべての臥床患者に対して有効というわけではない。拘縮が特に重度な場合や側臥位保持が困難な場合では、本ベースンを用いても従来の洗面器と同様に手浴の実施は困難である。これに対し、拘縮が比較的軽度の場合であれば本ベースンは従来の洗面器に対して十分有効と思われる。モニター調査の結果でも、ベースンがベッド上で安定し、患者の手を自然な肢位で深く湯に入れることができ洗いやすいと評価されており、本ベースンの開発目標が概ね達成されたと考えられる。手浴ベースンについては製品化を目標とし、今後も臨床現場からのフィードバックを受けて細部の改良を継続していくつもりである。

本研究は手指の清潔ケアの問題について用具の面からアプローチしたものであるが、用具の改良だけでこの問題が解決されるわけではない。手浴の方法や看護者の意識の問題なども含め、手指の清潔ケアに関する多面的アプローチが必要である

と思われる。

謝辞

本研究にご協力下さいました病院施設の介護・看護職の皆様へ心より感謝申し上げます。なお、この研究は平成19-20年度科学研究費補助金(課題番号19659565)の助成を受けて実施いたしました。

引用文献

- 1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向2008年，55(9)，406，2008.
- 2) 国民生活基礎調査：厚生労働省大臣官房統計情報部編全国編。厚生統計協会，2，697，2004.
- 3) 厚生労働省ホームページ：介護サービス受給者数，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2009/04hyo02.html>，2009.
- 4) 中田弘子，小林宏光，川島和代：長期臥床患者の拘縮手への効果的な清潔ケアの検討，日本看護技術学会誌，8(2)，12-19，2009.
- 5) 宮下輝美，矢野理香：臨床における手浴の実態，日本看護技術学会誌，7(2)，30-36，2008.
- 6) 浅野雅美，新村千晶，小林幸子：患者の手指の清潔ケアに対する看護婦の意識と行動，第29回日本看護学会論文集看護総合，29，150-152，1998.
- 7) 中山久美子，高橋綾，木村伸子：側臥位による両手手浴の効果の検討，日本看護技術学会第6回学術集会講演抄録集，71，2007.
- 8) 石川美穂他：簡易式手浴機の試作改善，福島県農村医学会雑誌，43(1)，102-104，2000.
- 9) 竹田美奈子，佐伯知美，明日理香子：水平臥床患者の手浴用具の工夫 シャワーと排水機能付き手浴用具を作製して，愛媛県立病院学会誌，35(1)，81-82，1999.
- 10) 舛田早苗：臥床患者に安全，安楽に使用できる手浴用具の工夫，医療，54増刊，192，2000.
- 11) 通商産業省工業技術院生命工学工業技術研究所編：設計のための人体寸法データ集，人間生活工学研究センター，124，125，130，191，1994.

(受付：2009年9月17日，受理：2009年12月22日)

Development and Clinical Evaluation of Hand-Bathing Basin

Hiroko NAKADA, Hiromitsu KOBAYASHI, Kazuyo KAWASHIMA

Abstract

This research has been done to develop and to evaluate the hand-bathing basin. The characteristic design of this basin not only allows the patients' hands to be soaked deeper into the basin but it can also be used on their bed with certain stability. Questionnaire has been sent out to all the 130 care assistants and nurses who have carried out hand bath using this basin at 25 hospital wards (14 convalescent wards and 11 acutes) in 6 hospitals. In this survey, 70% answered that the height, width, depth and the slope of the curved surface, which form the basic shape of the hand-bathing basin, is just right. 60% answered that it is easy to use. The top reason for it was that the curve fits the patients' body for the basin to sit stable, followed by a reason that the patients' hands can be soaked deep into the hot water. 15% answered that it is awkward to use. Main reason for it was that it is not suited for the patients in unstable lateral position and that for the patients with severe level of contracture, it is hard to put their hands into. It has been indicated that this hand-bathing basin is convenient and useful for the patients who can take lateral position and are with relatively moderate contracture of hands.

Keywords Hand-Bathing Basin, Design, Development

資料

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」の評価

—アンケート調査からみたアクションプランの実施状況—

伴真由美¹ 浅見洋² 金川克子³ 西村真実子² 大木秀一² 曾根志穂²

概要

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」で策定したアクションプランの実施状況を明らかにして、研修の評価を行い、今後の研修に役立てることを目的とした。2005、2006年度の研修員11名に、アクションプランの実施状況及び結果に関する質問票を送付し、回答を得た。その結果、州では、パイロット地区における妊婦と乳幼児の集団健診、州内の母子健康状態改善のための対策はほぼ実施していたが、母子健康手帳の作成と導入、新パイロット地区における妊婦と乳幼児の集団健診等は実施できていなかった。各地区でも、共同計画作成、プライマリヘルスケア業務研修セミナー、妊婦と乳幼児の集団健診及び健康教育、住民の健康教育はほぼ実施していたが、母子健康手帳の導入は実施できていなかった。妊産婦、乳幼児、住民、専門職者等により変化が生じ始めていた。現状に見合った研修をさらに実施していくことが必要である。

キーワード タジキスタン、母子保健、研修事業、アクションプラン、評価

1. はじめに

タジキスタン共和国は中央アジアに位置しており、母子保健や公衆衛生上の問題が指摘されている。本学は、独立行政法人 国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency : JICA) の依頼のもとに、タジキスタン共和国の母子保健の向上に資する目的で、2005年度から概ね3年間の予定で「母と子のすこやか支援プロジェクト」の企画、運営を通して、支援活動に加わることになった。現地調査、研修員を受け入れての研修を実施し、評価にも取り組んでいる¹⁾が、2005年度からの3年間の第1フェーズが完了し、2008年度から概ね3年間の予定で継続することになり、今年度は第2フェーズ2年目の研修を迎えている。毎年の研修員が帰国後1年毎に2年間支援・評価を継続することとし、研修員に対して、研修で策定したアクションプランの実施状況及び結果等に関する質問票を送付し、アクションプランの実施を推進するとともに、研修の評価を実施している。そこで、本研究では、初期 (第1フェーズ) の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」において策定したアクションプランの実施状況を明らかにして、研修の評価を行い、今後の研修に役立てることを目的とした。

2. 方法

2.1 対象

2005、2006年度の2年間に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」を受講した研修員12名のうち、回答が可能であった11名。

2.2 調査方法

調査項目は、研修中に研修員が策定したアクションプランの研修2年後における、①行動計画の実施の有無 [実施した、今後実施する予定である、実施できない (理由)]、②母子保健状況や関係者の変化 (成果)、③困ったこととし、選択肢及び自由記載方式による質問票を作成した。質問票及び回答内容の翻訳、送付はJICAが実施した。

2.3 分析方法

アクションプランの実施状況については、州及び地区別に、策定した行動計画を、実施した項目、実施予定である項目、実施できない項目 (理由)

¹ 元石川県立看護大学

² 石川県立看護大学

³ 神戸市看護大学

に分類・整理した。また、アクションプランを実施した結果として、州及び地区別に、成果及び困ったことについて分類・整理した。アクションプランの目標の達成状況についても評価をした。

2.4 倫理的配慮

研修員に対し、研究の目的・意義・方法の説明は、紙面及びJICA職員を通して行い、質問紙への回答をもって承諾を得た。調査で知り得たことを本調査以外に使用しないこと、個人が特定されるようなこと・不利益になるようなことはしないこと、断ることもできることに配慮した。

2.5 調査期間

調査時期は当該年度が終了した直後とした。調査期間は、2005年度研修員については2008年1～2月、2006年度研修員については2009年4～5月であった。

3. 結果

3.1 対象の概要

対象は、表1のとおり、H州及びその管内のA～E地区中央病院の母子保健に関する管理者または担当者等であり、2005年度研修員5名、2006年度研修員6名、合計11名であった。

3.2 研修の内容

先の報告²⁾にあるように、2005年度における研修の内容は、日本の現状を理解・体験し、自国で活用が可能なことを意図した。カントリーレポートの報告・検討、日本の母子保健の歴史と現状（日本の母子保健の取り組みの歴史、日本の母子保健行政および対策の現状、日本における母子保健のマンパワーと保健医療体制、地域看護診断、石川県における母子保健医療の概要、統計指標）、母子保健サービス（保健所の機能と活動体制、母

子健康手帳、乳幼児健診、妊産婦健診、予防接種、自宅分娩、母親学級、子育て教室、家庭訪問）、プライマリヘルスケア（primary health care: PHC）（母乳栄養の推進、カンガルーケア、病気と医薬品、栄養改善、PHCと母子保健、健康教育・教材作成）、リプロダクティブヘルス・ライツ（リプロダクティブヘルス・ライツの概要、家族計画）、子育て支援（日本における子育て支援）、アクションプランの策定・検討であり、講義・討議・演習・見学により実施した。2006年度は、2005年度の研修内容とほぼ同様であるが、日本の母子保健の歴史と現状において、子どもの身体発達、日本の地域・家庭生活文化の内容を追加した。

3.3 アクションプランの実施状況

研修員が日本での研修時に策定したアクションプランの実施状況について、研修1、2年後の回答を比較すると、ほぼ類似しており、なかには、1年後にはまだ実施していなかったが2年後に実施するようになったものや、1年後に実施していたが2年後には実施予定や無回答のものもあった。研修2年後のアクションプランの実施状況について表2-1、2-2に示した。【 】は目標、『 』は行動計画の大項目、「 」は行動計画の小項目を示す。

(1) H州におけるアクションプランの実施状況

H州の2005年度研修員1名が策定したアクションプランの目標は【新生児と妊産婦の死亡リスクの削減】であった。『パイロット（A・B）地区における妊婦と乳幼児の集団健診』において、実施したものは「地区行政と地区中央病院に対する説得」「行政当局に補正予算をつけるよう提案」「情報の収集と分析（2005年度末の母子保健状態）」「妊婦と乳幼児の健診の重要性についてマスコミでのキャンペーンの実施」であった。実施できないものは「州の母子健康手帳の作成

表1 対象の概要

研修年度・人数	H 州	A 地区	B 地区	C 地区	D 地区	E 地区
2005 年度 5 名	州保健局 1 名 (次長・小児科医師)	地区中央病院 3 名 (院長・小児科医師, 産婦人科医長, 小児科看護師長)	地区中央病院 1 名 (産婦人科医師)			
2006 年度 6 名		地区中央病院 1 名 (母子保健/産科担当副院長・小児科医師)		地区中央病院 2 名 (院長・内科医, 産婦人科医師)	地区中央病院 2 名 (院長・外科医師, ヘルスセンター小児科医師)	地区中央病院 1 名 (分娩室医長・産婦人科医師)

表2-1 アクションプランの実施状況

H 州	<p>＜2005年度研修員1名＞目標：【新生児と妊産婦の死亡リスクの削減】。 『パイロット（A・B）地区における妊婦と乳幼児の集団健診』実施した：「地区行政と地区中央病院に対する説得」「行政当局に補足予算をつけるよう提案」「情報の収集と分析（2005年度末の母子保健状態）」「妊婦と乳幼児の健診の重要性についてマスコミでのキャンペーンの実施」。実施できない：「州の母子健康手帳の作成と導入」「パンフレットや視覚教材の作成と発行支援」（理由：州内の国家機関および国際的非政府組織から追加資金提供が受けられないため）。</p> <p>『州内の母子健康状態改善のための対策』実施した：「州の指導部に対するアクションプランの導入と実現の支援に関する提案」「アクションプラン実行のための専門家グループの創設」「州の保健分野のリーダーたちを対象にしたセミナーの開催」「情報の収集と分析（2006年度末の州内の母子保健状態、州内の自宅出産とTBAの活動状況）」「安全な自宅出産方法に関する助産師指導員の養成」「安全な自宅出産方法をメディカルハウスの助産師とTBAに教えるための助産師指導員の支援」「農村ヘルスセンターにおける出産用ベッド設置の支援の強化」「安全な出産技術の導入作業の強化」「州保健局の総会におけるアクションプランの進捗状況のモニタリング・分析」「財政的・技術的支援を得るための国際ドナー機関に多様な対策を行う提案」。実施できない：「州内の他の地域における母子健康手帳の導入」（理由：資金提供がないため）。「新しいパイロット地区における妊婦と乳幼児の集団健診の導入」（理由：研修員の異動により引き継ぐ者がいなくなったため）。</p>
A 地区	<p>＜2005年度研修員3名＞ 目標：【パイロットメディカルハウスにおける妊婦と乳幼児の100%健診実施】（3名）。</p> <p>『妊婦集団健診』実施した：「測定」「検査」「問診」「健診カード」（頻度：妊娠20週までは4週間に一度、その後は2週間に一度（1名）、無回答（2名））。</p> <p>『妊婦集団健診時の健康教育』実施した：「妊婦の食事のとり方」「妊婦の貧血」「妊婦中毒予防」「個人衛生」「出産の準備」「新生児の母乳育児」「カンガルーケアの方法」「新生児ケア」「新生児の沐浴」「揺り籠への寝かし方」「予防接種」「子どもの病気予防」（頻度：健診時毎回）（3名）。</p> <p>*妊婦集団健診を実施できたパイロットメディカルハウス：96%（2名）、無回答（1名）。</p> <p>『乳幼児集団健診』実施した：「測定」「検査」「問診」「健診カード」（頻度：無回答）（3名）。</p> <p>『乳幼児集団健診時の健康教育』実施した：「予防接種」「子どもの食事のとり方」「母乳育児」「感染病予防」「くる病予防」「家族計画」「経口補液」「個人衛生」「歯の衛生法」「子どもの病気予防」（頻度：無回答）（3名）。</p> <p>*乳幼児集団健診を実施できたパイロットメディカルハウス：100%（3名）。</p> <p>＜2006年度研修員1名＞目標：【妊産婦・乳幼児死亡率の低減】。 『共同計画作成』実施した：「妊婦・乳幼児集団健診計画」「中級医療スタッフ・PHCの研修計画」「健康教育計画」。</p> <p>『PHC業務研修セミナー』実施した：「家族計画」「母乳育児」「新生児カンガルーケア」「健診と健康教育の実施方法」「妊娠と出産」。</p> <p>『妊婦集団健診』実施した：「医師診察」「助産師診察」「専門医の診察指導」「ラボ検査」「妊婦への講義」。</p> <p>『0-5歳児集団健診』実施した：「医師診察」「看護師診察」「専門医の診察指導」「ラボ検査」「母親への講義」。</p> <p>『住民の健康教育』実施した：「あなたの健康のために健診を」「家族計画」「母乳育児」「衛生は健康の基礎」「新生児カンガルーケア」「子どもの食育」「性感染症とエイズ」「妊婦の栄養」「貧血予防」「妊娠と出産の特徴」「下痢の予防」。無回答：「感染予防」「予防接種」。</p> <p>『母子健康手帳の導入』実施できない：「母子健康手帳作成の検討」（理由：当地区に物質的基盤がないため）。</p>
B 地区	<p>＜2005年度研修員1名＞目標：【パイロットメディカルハウスにおける妊婦と乳幼児の100%健診実施】。 『妊婦集団健診』実施した：「測定」「検査」「超音波検査」「問診」「健診カード」（頻度：妊娠20週までは4週間に一度、その後は2週間に一度）。</p> <p>『妊婦集団健診時の健康教育』実施した：「妊婦の食事のとり方」「妊婦の貧血」「妊婦中毒予防」「個人衛生」「出産の準備」「新生児の母乳育児」「カンガルーケアの方法」「新生児ケア」「新生児の沐浴」「揺り籠への寝かし方」「予防接種」「子どもの病気予防」（頻度：健診時毎回）。</p> <p>*妊婦集団健診を実施できたパイロットメディカルハウス：94%。</p> <p>『乳幼児集団健診』実施した：「測定」「問診」「健診カード」（頻度：1歳まで毎月、2歳まで四半期毎、入学まで年に一度）。実施予定：「検査」。</p> <p>『乳幼児集団健診時の健康教育』実施した：「予防接種」「子どもの食事のとり方」「母乳育児」「感染病予防」「くる病予防」「家族計画」「経口補液」「個人衛生」「歯の衛生法」「子どもの病気予防」（頻度：健診時毎回）。</p> <p>*乳幼児集団健診を実施できたパイロットメディカルハウス：95%。</p>
C 地区	<p>＜2006年度研修員2名＞目標：【妊産婦・乳幼児死亡率の低減】（2名）。</p> <p>『計画作成』実施した：「妊婦・乳幼児集団健診計画」「中級医療スタッフ・PHCの研修計画」「健康教育計画」（2名）。</p> <p>『PHC業務研修セミナー』実施した：「家族計画」「母乳育児」「妊娠と出産」（2名）。「新生児ケア」「健診と健康教育の実施方法」（1名）。無回答：「新生児ケア」「健診と健康教育の実施方法」（1名）。</p> <p>『妊婦集団健診』実施した：「医師診察」「助産師診察」「専門医の診察指導」「ラボ検査」「妊婦への講義」（2名）。</p> <p>『0-5歳児集団健診』実施した：「医師診察」「看護師診察」「専門医の診察指導」（2名）。「ラボ検査」「母親への講義」（1名）。実施予定：「ラボ検査」「母親への講義」（1名）。</p> <p>『住民の健康教育』実施した：「あなたの健康のために健診を」「家族計画」「母乳育児」「感染予防」「衛生は健康の基礎」「0歳児の栄養」「予防接種」「性感染症とエイズ」「妊婦の栄養」「貧血予防」「妊娠と出産の特徴」（2名）。「新生児ケア」（1名）。実施予定：「新生児ケア」（1名）。</p>

表2-2 アクションプランの実施状況

D 地区	<p>＜2006年度研修員2名＞目標：【妊産婦・乳幼児死亡率の低減】（2名）。</p> <p>『共同計画作成』実施した：「妊婦・乳幼児集団健診計画」（2名）、「中級医療スタッフ・PHCの研修計画」「健康教育計画」（1名）。無回答：「中級医療スタッフ・PHCの研修計画」「健康教育計画」（1名）。</p> <p>『PHC業務研修セミナー』実施した：「家族計画」「母乳育児」「新生児カンガルーケア」「健診と健康教育の実施方法」（2名）。無回答：「妊娠と出産」（2名）。</p> <p>『妊婦集団健診』実施した：「医師診察」「助産師診察」「専門医の診察指導」「ラボ検査」「妊婦への講義」（2名）。</p> <p>『0-5歳児集団健診』実施した：「医師診察」「看護師診察」「専門医の診察指導」（2名）。「ラボ検査」（1名）。実施予定：「ラボ検査」（1名）。無回答：「母親学級」（2名）。</p> <p>『住民の健康教育』実施した：「家族計画」「母乳育児」「感染予防」「衛生は健康の基礎」「新生児カンガルーケア」「0歳児の栄養」「予防接種」「妊婦の栄養」「貧血予防」（2名）。「あなたの健康のために健診を」（1名）。無回答：「あなたの健康のために健診を」（1名）。「妊娠と出産の特徴」（2名）。</p> <p>『母子健康手帳の導入』実施した：「母子健康手帳作成の検討」（2名）。「すべての妊婦に母子健康手帳の説明・配布」（1名）。実施予定：「母子健康手帳の作成」「すべての妊婦に母子健康手帳の説明・配布」「健診での母子健康手帳の活用」（1名）。無回答：「母子健康手帳の作成」「健診での母子健康手帳の活用」（1名）。</p>
E 地区	<p>＜2006年度研修員1名＞目標：【妊産婦・乳幼児死亡率の低減】。</p> <p>『共同計画作成』実施した：「中級医療スタッフ・PHCの研修計画」「健康教育計画」。実施予定：「妊婦・乳幼児集団健診計画」。</p> <p>『PHC業務研修セミナー』実施した：「家族計画」「母乳育児」「新生児カンガルーケア」「妊娠と出産」。実施予定：「健診と健康教育の実施方法」。</p> <p>『妊婦集団健診』実施した：「医師診察」「専門医の診察指導」「妊婦への講義」。実施予定：「助産師診察」「ラボ検査」。</p> <p>『0-5歳児集団健診』実施した：「専門医の診察指導」「ラボ検査」。実施予定：「医師診察」「看護師診察」「母親への講義」。</p> <p>『住民の健康教育』実施した：「家族計画」「母乳育児」「感染予防」「衛生は健康の基礎」「新生児カンガルーケア」「性感染症とエイズ」「妊婦の栄養」「貧血予防」。実施予定：「あなたの健康のために健診を」「予防接種」「妊娠と出産の特徴」。無回答：「0歳児の栄養」。</p> <p>『母子健康手帳の導入』実施予定：「母子健康手帳作成の検討」。</p>

*1 【 】は目標、『 』は行動計画の大項目，「 」は行動計画の小項目。

*2 該当年度の研修員が複数の場合は，項目の後に（人数）を記載。

と導入」 「パンフレットや視覚教材の作成と発行支援」であり，その理由は，州内の国家機関および国際的非政府組織から追加資金提供が受けられないためであった。また，『州内の母子健康状態改善のための対策』として，実施したものは「州の指導部に対するアクションプランの導入と実現の支援に関する提案」「アクションプラン実行のための専門家グループの創設」「州の保健分野のリーダーを対象にしたセミナーの開催」「情報の収集と分析〔2006年度末の州内の母子保健状態，州内の自宅出産とTBA（traditional birth attendant: TBA, 伝統的産婆）の活動状況〕」「安全な自宅出産方法に関する助産師指導員の養成」「安全な自宅出産方法をメディカルハウスの助産師とTBAに教えるための助産師指導員の支援」「農村ヘルスセンターにおける出産用ベッド設置の支援の強化」「安全な出産技術の導入作業の強化」「州保健局の総会におけるアクションプランの進捗状況のモニタリング・分析」「財政的・技術的支援を得るための国際ドナー機関に多様な対策を行う提案」であった。「州内の他の地域における母子健康手帳の導入」は資金提供がないため，「新しいパイロット地区における妊婦と乳幼児の集団健診の導入」は研修員の異動により引

き継ぐ者がいなくなったために実施できていなかった。

(2) A～E地区におけるアクションプランの実施状況

A地区の2005年度研修員3名が策定したアクションプランの目標は【パイロットメディカルハウスにおける妊婦と乳幼児の100%健診実施】であった。『妊婦集団健診』において3名が実施した項目は「測定」「検査」「問診」「健診カード」のすべてであった。しかしそれらの実施頻度が計画通りだったのは1名のみで，他2名は実施頻度については無回答であった。『妊婦集団健診時の健康教育』において，3名ともに「妊婦の食事のとり方」等のすべての講義項目を計画通りの頻度で実施していた。妊婦集団健診を実施できたパイロットメディカルハウスは2名が96%であり，1名は無回答であった。『乳幼児集団健診』『乳幼児集団健診時の健康教育』においても3名ともにすべて実施していたが，実施頻度については無回答であった。乳幼児集団健診を実施できたパイロットメディカルハウスは3名ともに100%であった。A地区の2006年度研修員1名が策定したアクションプランの目標は【妊産婦・乳幼

児死亡率の低減】であった。『共同計画作成』『PHC業務研修セミナー』『妊婦集団健診』『0-5歳児集団健診』においては、策定した行動計画のすべてを実施していた。『住民の健康教育』における講義項目のうち、実施したものは「あなたの健康のために健診を」「家族計画」「母乳育児」「衛生は健康の基礎」「新生児カンガルーケア」「子どもの食育」「性感染症とエイズ」「妊婦の栄養」「貧血予防」「妊娠と出産の特徴」「下痢の予防」であり、「感染予防」「予防接種」については無回答であった。『母子健康手帳の導入』は実施できておらず、理由は当地区に物質的基盤がないためであった。

B地区の2005年度研修員1名が策定したアクションプランの目標は【パイロットメディカルハウスにおける妊婦と乳幼児の100%健診実施】であった。『妊婦集団健診』『妊婦集団健診時の健康教育』のすべての項目について計画通りの頻度で実施していた。『乳幼児集団健診』では、実施した項目は「測定」「問診」「健診カード」であり、計画通りの頻度で実施していた。今後実施予定のものは「検査」であった。『乳幼児集団健診時の健康教育』における「予防接種」等のすべての講義項目について計画通りの頻度で実施していた。妊婦集団健診を実施できたパイロットメディカルハウスは94%、乳幼児健診を実施できたパイロットメディカルハウスは95%であった。

C・D・E地区の2006年度研修員が策定したアクションプランの目標は、いずれも【妊産婦・乳幼児死亡率の低減】であった。

C地区の研修員2名は『計画作成』におけるすべての項目を実施していた。『PHC業務研修セミナー』における項目のうち、2名ともに実施したものは「家族計画」「母乳育児」「妊娠と出産」であり、「新生児ケア」「健診と健康教育の実施方法」については、1名は実施していたが、1名は無回答であった。『妊婦集団健診』においては2名ともにすべての項目を実施していた。『0-5歳児集団健診』においては、2名ともに実施した項目は「医師診察」「看護師診察」「専門医の診察指導」であり、「ラボ検査」「母親への講義」については、1名は実施していたが、1名は今後実施予定であった。『住民の健康教育』における講義項目のうち、2名ともに実施したものは「あなたの健康のために健診を」「家族計画」「母乳育児」「感染予防」「衛生は健康の基礎」「0歳児の栄養」「予防接種」「性感染症とエイズ」「妊婦の栄養」「貧

血予防」「妊娠と出産の特徴」であり、「新生児ケア」については、1名は実施していたが、1名は今後実施予定であった。

D地区の2006年度研修員2名について、『共同計画作成』において、2名ともに実施した項目は「妊婦・乳幼児集団健診計画」であり、「中級医療スタッフ・PHCの研修計画」「健康教育計画」については、1名は実施していたが、1名は無回答であった。『PHC業務研修セミナー』における項目のうち、2名ともに実施したものは「家族計画」「母乳育児」「新生児カンガルーケア」「健診と健康教育の実施方法」であり、「妊娠と出産」については無回答であった。『妊婦集団健診』においては2名ともにすべての項目を実施していた。『0-5歳児集団健診』においては、2名ともに実施したものは「医師診察」「看護師診察」「専門医の診察指導」であり、「ラボ検査」は、1名は実施していたが、他1名は今後実施予定であった。「母親学級」については2名ともに無回答であった。『住民の健康教育』における講義項目のうち、2名ともに実施したものは「家族計画」「母乳育児」「感染予防」「衛生は健康の基礎」「新生児カンガルーケア」「0歳児の栄養」「予防接種」「妊婦の栄養」「貧血予防」であり、「あなたの健康のために健診を」については、1名は実施していたが、他1名は無回答であった。「妊娠と出産の特徴」については2名ともに無回答であった。『母子健康手帳の導入』において、「母子健康手帳作成の検討」は2名ともに実施していた。そのうち、1名は「すべての妊婦に母子健康手帳の説明・配布」も行い、「母子健康手帳の作成」「健診での母子健康手帳の活用」については無回答であった。他1名は「母子健康手帳の作成」「すべての妊婦に母子健康手帳の説明・配布」「健診での母子健康手帳の活用」のいずれも今後実施予定であった。

E地区の2006年度研修員1名について、『共同計画作成』において、実施した項目は「中級医療スタッフ・PHCの研修計画」「健康教育計画」であり、「妊婦・乳幼児集団健診計画」は今後実施予定であった。『PHC業務研修セミナー』における項目のうち、実施したものは「家族計画」「母乳育児」「新生児カンガルーケア」「妊娠と出産」であり、「健診と健康教育の実施方法」は今後実施予定であった。『妊婦集団健診』において、実施した項目は「医師診察」「専門医の診察指導」「妊婦への講義」であり、「助産師診察」「ラボ検査」は今後実施予定であった。『0-5歳児集団健診』

において、実施した項目は「専門医の診察指導」「ラボ検査」であり、「医師診察」「看護師診察」「母親への講義」は今後実施予定であった。『住民の健康教育』における講義項目のうち、実施したものは「家族計画」「母乳育児」「感染予防」「衛生は健康の基礎」「新生児カンガルーケア」「性感染症とエイズ」「妊婦の栄養」「貧血予防」であり、「あなたの健康のために健診を」「予防接種」「妊婦と出産の特徴」は今後実施予定であり、「0歳児の栄養」は無回答であった。『母子健康手帳の導入』については今後「作成の検討」予定であった。

3.4 アクションプランの実施結果

表3のとおり、アクションプランを実施した結果として、H州および各地区において、成果及び困ったことが生じていた。

(1) 成果

H州では、「自宅分娩を介助するTBAの身体の衛生・消毒などの規則の遵守。TBAや無経験な助産師が自宅治療や自宅分娩を試みたのちに重篤な状態で病院に運びこまれる患者や産婦の大幅な減少。妊婦・乳幼児の疾病や生命への危険の感知に関するTBA・医療従事者の知識と責任感の

向上」という専門職・非専門職の支援者の妊産婦・乳幼児に対する支援方法の向上や、「新しい妊婦・乳幼児健診手法に関する住民の認知度の上昇」「妊婦・乳幼児の健診受診率の上昇」「乳幼児のケア、哺・食育、鍛練、母子の衛生などの諸問題に関する女性の知識の向上」という妊産婦・住民の母子保健に関する意識・知識の向上がみられていた。

A～E地区では、「妊婦の集団健診での水準の高い医学的診察の実施」「妊婦と子どもの観察状況（把握率）の改善」（A地区2005年度研修員（以下A2005等とする））、「健診の質の向上」「妊婦の健康管理および人数の把握の向上」（C2006）、「高リスクグループの妊婦に適時の入院と適切な医療処置の実施」（E2006）という専門職・非専門職の支援者の妊産婦・乳幼児に対する支援方法の向上がみられていた。また、「妊婦同士の交流・情報交換」（A2005）、「家族計画、母乳育児、カンガルーケア、性感染症とエイズの予防に関するセミナーの実施による母親や産婦への情報の普及、妊娠・出産に対する責任感の増大」（A2006）、「自宅分娩の減少」（B2005）、「健診受診率の向上」（C2006）、「避妊具の使用率の50%上昇」（D2006）という妊産婦・住民の母子保健に関する意識・知

表3 アクションプランの実施結果

H州	<p>＜2005年度研修員1名＞ 成果：「自宅分娩を介助するTBAの身体の衛生・消毒などの規則の遵守。TBAや無経験な助産師が自宅治療や自宅分娩を試みたのちに重篤な状態で病院に運びこまれる患者や産婦の大幅な減少。妊婦・乳幼児の疾病や生命への危険の感知に関するTBA・医療従事者の知識と責任感の向上」「新しい妊婦・乳幼児健診手法に関する住民の認知度の上昇」「妊婦・乳幼児の健診受診率の上昇」「乳幼児のケア、哺・食育、鍛練、母子の衛生などの諸問題に関する女性の知識の向上」。 困ったこと：「保健部門の財政的困難」「地方行政側の無理解」「新しい手法を周知していない医療従事者がアクションプラン実施者と見なされる」「住民のメンタリティと改革の諸問題の認識度」「当州の社会経済事情」。</p>
A地区	<p>＜2005年度研修員3名＞ 成果：「妊婦の集団健診での水準の高い医学的診察の実施」（2名）。「妊婦と子どもの観察状況（把握率）の改善」（3名）。「妊婦同士の交流・情報交換」（2名）。「子どもの健康状態の改善、外因性疾患件数の減少」（3名）。 困ったこと：「資金不足」「交通手段がない」（3名）。「通信手段がない」（2名）。 ・・・・・・ ＜2006年度研修員1名＞ 成果：「家族計画、母乳育児、カンガルーケア、性感染症とエイズの予防に関するセミナーの実施による母親や産婦への情報の普及、妊娠・出産に対する責任感の増大」。 困ったこと：「地区中央病院の資機材基盤のよろさ」「人々の転入・転出が多いことによる把握率の低下」「国民のメンタリティ」。</p>
B地区	<p>＜2005年度研修員1名＞ 成果：「自宅分娩の減少」「妊娠にまつわる病理・合併症の減少」「周産期死亡率・乳幼児死亡率の低下」。 困ったこと：「医療機関幹部、妊婦、子どもに対して、長い時間をかけて健診やケアの手法を教えること」「妊婦と子どもを新しい通院日程やケア方法に慣れさせ、周知させること」。</p>
C地区	<p>＜2006年度研修員2名＞ 成果：「健診の質の向上」「妊婦の健康管理および人数の把握の向上」「健診受診率の向上」（1名）。 困ったこと：「農村外来診療所の資機材基盤の弱さ」「専門家のための研修を実施すること」「スタッフの不足」（1名）。</p>
D地区	<p>＜2006年度研修員2名＞ 成果：「避妊具の使用率の50%上昇」「生殖年齢女性の有病率の低下」（1名）。「健康教育実施後の住民の自宅出産率の減少による妊産婦死亡率の低下」（2名）。 困ったこと：「プランに必要な用具のなさ」「当地区向けの母子健康手帳を準備したが、保健省からの使用許可がおりない」「スタッフの不足」（1名）。</p>
E地区	<p>＜2006年度研修員1名＞ 成果：「高リスクグループの妊婦に適時の入院と適切な医療処置の実施」「妊産婦死亡例なし」。 困ったこと：「住民の健康関連知識のレベルの低さ」。</p>

* 該当年度の研修員が複数の場合は、項目の後に（人数）を記載。

識の向上がみられていた。さらに、「子どもの健康状態の改善, 外因性疾患件数の減少」(A2005), 「妊娠にまつわる病理・合併症の減少」「周産期死亡率・乳幼児死亡率の低下」(B2005), 「生殖年齢女性の有病率の低下」「健康教育実施後の住民の自宅出産率の減少による妊産婦死亡率の低下」(D2006), 「妊産婦死亡例なし」(E2006) という妊産婦・乳幼児の健康状態の改善もみられ始めていた。

(2) 困ったこと

H州では、困ったこととして、「保健部門の財政的困難」という母子保健に関する資本の不足, 「地方行政側の無理解」「新しい手法を周知していない医療従事者がアクションプラン実施者と見なされる」という関係者の理解・システムづくり・人材養成の必要に関するものや, 「住民のメンタリティと改革の諸問題の認識度」という住民の意識・知識の低さ, 「当州の社会経済事情」という社会の資本の不足に関するものがあつた。

A～E地区では、困ったこととして, 「資金不足」(A2005), 「地区中央病院の資機材基盤の弱さ」(A2006), 「農村外来診療所の資機材基盤の弱さ」(C2006), 「プランに必要な用具のなさ」(D2006) という母子保健に関する資本の不足, 「人々の転入・転出が多いことによる把握率の低下」(A2006), 「医療機関幹部, 妊婦, 子どもに対して, 長い時間をかけて健診やケアの手法を教えること」「妊婦と子どもを新しい通院日程やケア方法に慣れさせ, 周知させること」(B2005), 「専門家のための研修を実施すること」(C2006), 「当地区向けの母子健康手帳を準備したが, 保健省からの使用許可がおりない」(D2006), 「スタッフの不足」(C2006, D2006) という専門職・非専門職の支援者の妊産婦・乳幼児に対する支援方法・システムづくり・人材養成の必要に関するもの, 「国民のメンタリティ」(A2006), 「住民の健康関連知識のレベルの低さ」(E2006) という住民の健康に関する意識・知識の低さ, 「交通手段がない」「通信手段がない」(A2005) という社会の資本の不足に関するものがあつた。

4. 考察

4.1 H州及びA～E地区における母子保健アクションプランの実施状況及び結果

2006年の派遣研究者による現地情報収集においてアクションプランが実行され始めていた³⁾

が, 本アンケート調査においても, H州とA～E地区において, アクションプランで策定されたことはほぼ実施され, よい成果が出始めていた。H州では, 『パイロット(A・B)地区における妊婦と乳幼児の集団健診』『州内の母子健康状態改善のための対策』について, 「州の母子健康手帳の作成と導入」「パンフレットや視覚教材の作成と発行支援」は, 国家機関および国際的非政府組織から追加資金提供が受けられないため, 実施できない状況にあつた。また, 研修員の異動で引き継ぐ者がなくなったため, 「新しいパイロット地区における妊婦と乳幼児の集団健診の導入」は実施できていなかった。成果としては, 目標とした【新生児と妊産婦の死亡リスクの削減】につながる, 自宅分娩を介助するTBAや助産師という専門職・非専門職の支援者の妊産婦・乳幼児に対する支援方法の向上や, 妊婦・乳幼児の健診受診率の上昇, 乳幼児のケアや衛生などの諸問題に関する女性の知識の向上等の妊産婦・住民の母子保健に関する意識・知識の向上がみられ始めており, アクションプランの成果ではないかと考えられた。一方, 母子保健に関する資本の不足や, 地方行政等の関係者の理解・システムづくり・人材養成の必要に関するもの, 住民の意識・知識の低さ, 社会の資本の不足に関する困ったことも生じていた。

A～E地区では, 『共同計画作成』『PHC業務研修セミナー』『妊婦の集団健診及び健診時の健康教育』『乳幼児の集団健診及び健診時の健康教育』『住民の健康教育』はほぼ策定どおり実施できていた。しかし, 『母子健康手帳の導入』については, A・D・Eの3地区で策定されていたが, A地区では, 物質的基盤がないため実施できない, D地区では, 作成についての検討はされたが, 作成は今後実施予定であつた。『共同計画作成』における「妊婦・乳幼児集団健診計画」(E2006), 『PHC業務研修セミナー』における「健診と健康教育の実施方法」(E2006), 『妊婦集団健診』における「助産師診察」「ラボ検査」(E2006), 『乳幼児集団健診』における「医師診察」「看護師診察」(E2006), 「検査」(B2005), 「ラボ検査」(C・D2006), 「母親への講義」(C2006), 『住民の健康教育』における「新生児ケア」(C2006)「あなたの健康のために健診を」「予防接種」「妊婦と出産の特徴」(E2006)の項目については今後実施予定であつた。また, 他に無回答の項目もあつた。実施予定, あるいは無回答の項目のなかには,

実施しにくい状況にある可能性のあることも考えられた。

2005年度に策定した目標は、A、B地区のいずれも【パイロットメディカルハウスにおける妊婦と乳幼児の100%健診実施】であったが、94～100%の実施率となっていた。また、2006年度に策定した目標は、A、C、D、E地区のいずれも【妊産婦・乳幼児死亡率の低減】であった。妊産婦・乳幼児死亡率について数値で回答してもらったが、無回答であったり、日本と対象の把握方法や統計値の算出方法が一致していない可能性が考えられるものであった。成果の自由記載のなかには本目標につながる記述がみられた。成果としては、集団健診における診察、妊婦と子どもの観察状況（把握率）、高リスクグループの妊婦への対応等の専門職・非専門職の支援者の妊産婦・乳幼児に対する支援方法の向上（A2005、C・E2006）、妊婦同士の交流・情報交換、セミナーの実施による母親や産婦への情報の普及、妊娠・出産に対する責任感の増大、自宅分娩の減少、健診受診率の向上等の妊産婦・住民の母子保健に関する意識・知識の向上（A2005・2006、B2005、C・D2006）、さらに、乳幼児の健康状態の改善、妊娠にまつわる病理・合併症の減少、周産期死亡率・乳幼児死亡率の低下等の妊産婦・乳幼児の健康状態の改善（A・B2005、D・E2006）もみられ始めており、アクションプランの成果ではないかと考えられた。一方、資本の不足（A2005・2006、C・D2006）、専門職・非専門職の支援者の妊産婦・乳幼児に対する支援方法・システムづくり・人材養成の必要（A2006、B2005、C・D2006）、住民の健康に関する意識・知識の低さ（A・E2006）等に関する困ったことも生じていた。

これらのことより、『共同計画作成』『PHC業務研修セミナー』『妊婦の集団健診及び健診時の健康教育』『乳幼児の集団健診及び健診時の健康教育』は実施しやすいが、費用のかかる母子健康手帳については実施が困難そうであった。母子健康手帳は、妊娠、出産、育児に関する一貫した健康記録であり、妊娠中の状況、出産時や産後の母体の経過、乳幼児から6歳になるまでの成長過程や保健指導、健康診査の結果や予防接種状況等が記録できるようになっており⁴⁾、母と子の健康管理に活用するという重要な目的がある。日本による各国の母子健康手帳の普及への取り組みや効果も報告されており^{5) 6) 7)}、母子健康手帳がシステムとして母子保健に寄与する意義は大きいと

考える。保健局が中心となって全州的に作成を進めていくことが必要であると考えられ、関係者の理解を得ることや資金の確保等、可能な方法が見い出せるように支援を強化していく必要がある。また、研修員の異動で引き継ぐ者がなくなったため、新しいパイロット地区での妊婦と乳幼児に対する集団健診の導入が実施できていなかった。研修員が数年継続して事業を実施して成果を出せるような人員配置を考慮する必要もある。『共同計画作成』『PHC業務研修セミナー』『妊婦の集団健診及び健診時の健康教育』『乳幼児の集団健診及び健診時の健康教育』『住民の健康教育』のなかで、今後実施予定、あるいは無回答であった項目については、実施しにくい状況がないか確認をしていく必要や、無理のない現実的なアクションプランを策定していけるよう、研修員とともにさらに検討をするとよいと考える。『妊婦の集団健診及び健診時の健康教育』『乳幼児の集団健診及び健診時の健康教育』の頻度については無回答が多かったが、必要な時期を限定して受けられるようにする検討が必要でないかと考えられた。

4.2 今後の研修のあり方

研修内容とアクションプランの実施状況及び結果を比較すると、研修プログラムはほぼ適切であったのではないかと考えられた。母子健康手帳の導入等の実施できにくいアクションプランもあった。自国の母子保健・公衆衛生活動は、自国の現状や地域のニーズをしっかりと捉え、その国のさまざまな資源を使って、その国やその地域の人々が解決の方策をさぐり、問題を解決していくことが必要であり、そのことが可能になるように支援をする⁸⁾ことが必要である。タジキスタン共和国の現状を研修員及び現地調査より把握し、さらに現状に見合った研修にしていくことが必要である。具体的には、A～E地区ごとの母子保健の改善状況の分析、地域の母子保健改善にはキーパーソン（政策立案に寄与できる人、すなわち州や国等の行政官）と実践家（看護職者等PHC担当者）との連携、地域での母子保健の改善やPHC活動に寄与する人材養成（医師や看護職者等）が重要であり、そのための看護教育のさらなる充実も必要である。アクションプランでは、実現可能な目標と優先順位・達成時期、行動計画をさらに具体化し、長期的と短期的計画、評価方法を入れることで、継続的な実践の積み重ねが促進されるので

ないかと考えられた。

4.3 今後の評価に関する課題

本研究は、今後の研修のあり方に活かすため、まず初期（第1フェーズ）の2年間の研修成果について、質問紙の郵送調査に基づいて評価を試みた。今後もさらに評価を継続しながら、研修をよりよいものにしていくことが必要である。パイロットメディカルハウスにおける健診受診率や、妊産婦死亡率、新生児・乳幼児死亡率については、日本と対象の把握方法や統計値の算出方法が一致していない可能性が考えられ、対象の把握方法や統計値の算出方法を共有する必要がある。また、本研究は、質問紙に回答されたものをデータとしたため、具体的な状況の把握が難しい、成果を客観的に確認できない等の限界もあった。現地に向いて状況を把握し、現状を判断することも合わせて行っていくことが必要である。現地調査はすでに計画されており、その評価はいずれ報告されられると思われる。

5. 結論

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」で策定したアクションプランの実施状況について以下のことが明らかになった。1. 州では、『パイロット地区における妊婦と乳幼児の集団健診』『州内の母子健康状態改善のための対策』はほぼ実施していたが、「母子健康手帳の作成と導入」「パンフレットや視覚教材の作成と発行支援」「新しいパイロット地区における妊婦と乳幼児の集団健診の導入」は実施できていなかった。2. 各地区でも、『共同計画作成』『PHC業務研修セミナー』『妊婦の集団健診及び健康教育』『乳幼児の集団健診及び健康教育』はほぼ実施できていたが、州と同様に『母子健康手帳の導入』は実施できていなかった。3. 州では、目標の【新生児と妊産婦の死亡リスクの削減】につながる、専門職・非専門職の支援者の妊産婦・乳幼児に対する支援方法の向上、妊産婦・住民の母子保健に関する意識・知識の向上がみられ始めている一方、資本の不足、関係者の理解・システムづくり・人材養成の必要、住民の意識・知識の低さ等に関して困ったことも生じていた。4. 各地区でも、目標の【パイロットメディカルハウスにおける妊婦と乳幼児の100%健診実施】【妊産婦・乳幼児死亡率の低減】につながる、専門職・非専門職の支援者の妊産婦・乳幼児に対

する支援方法の向上、妊産婦・住民の母子保健に関する意識・知識の向上、妊産婦・乳幼児の健康状態の改善がみられ始めている一方、資本の不足、専門職・非専門職の支援者の妊産婦・乳幼児に対する支援方法・システムづくり・人材養成の必要、住民の健康に関する意識・知識の低さ等に関して困ったことも生じていた。

謝辞

本研究にご協力いただきました、回答された研修員の方々やJICA（北陸JICA、タジキスタン共和国JICA）の方々、並びに関連の方々へ深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 金川克子, 山岸映子, 田村須賀子, 他11名: 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.
- 2) 前掲1), 2-3.
- 3) 前掲1), 4-5.
- 4) 田村須賀子: 第1章I 母子保健福祉活動. 北山三津子, 田村須賀子編: 最新地域看護学 各論1. 日本看護協会出版会, 22, 2006.
- 5) 母子健康手帳に関する国際的な取り組み, <http://www.hands.or.jp/mchtokyo08/torikumi01.html>, 2009.
- 6) HoaDinh Thi Phuong, 板東あけみ: 【各国の母子健康手帳の普及への取り組み】母子健康手帳 ベトナム国における全国展開をめざして. 国際保健医療, 24 (2), 67-71, 2009.
- 7) 清水育子: ドミニカ共和国ダハボン州における母子健康手帳の普及 持続性・波及性の観点からみた効果と課題. 国際保健医療, 22 (3), 153-161, 2007.
- 8) 前掲1), 6.

(受付: 2009年10月9日, 受理: 2010年1月22日)

Evaluation of the "Maternal and Child Health Support Project" in the Republic of Tajikistan – Survey on the State of the Execution of the Action Plan –

Mayumi BAN, Hiroshi ASAMI, Katsuko KANAGAWA,
Mamiko NISHIMURA, Syuichi OOKI, Shiho SONE

Abstract

The purpose of the present study was to clarify the state of the execution of the action plan regarding the "Maternal and Child Health Support Project" in the Republic of Tajikistan in order to evaluate training and improve training methods for the future. Data were obtained using a questionnaire concerning the state of the execution and the results of the action plan. Questionnaires were distributed to 11 trainees in 2005 and 2006. The results of the questionnaire indicated that "group health examinations for mothers and their children in the pilot districts" and "measures for improving the health of mothers and their children in the state" were almost executed; however, it was difficult to execute "making and introducing maternal and child health handbooks", "support for making and publishing pamphlets, etc." and "group health examinations for mothers and their children in the new pilot districts" in Tajikistan. "Cooperative plan development", "primary health care training seminars" and "group health examinations and health education for mothers and their children" were almost executed; however, "introduction of maternal and child health handbooks" could not be executed in almost all districts. Positive changes were observed in mothers, their children, inhabitants, professionals, et al. Further examinations of the training program according to the present state of the execution of the action plan are necessary.

Keywords Tajikistan, Maternal and Child Health, Training Program, Action Plan, Evaluation

資料

温泉を利用した健康増進についての包括的考察

—国内の最近 25 年の論文の紹介を中心に—

松原 勇¹

概要

生体の防御能を損なった人々が、本来の生体機能を回復し心身の健康を取り戻すために、温泉療法を活用した保養および療養地づくりが進められている。温泉地滞在により気候・風土、温泉水の刺激が身体に作用し、中枢神経系、自律神経系、内分泌系、免疫系等に相当の反応を引き起こす。その結果、ストレス等で歪んだ各種生体機能のリズムや慢性の病態の正常化が期待されている。そこで、本文ではわが国で最近 20 年余りに発表された関連論文を検索し、温泉を利用した健康増進への効果を包括的に検討することを目的として文献的検討を行った。

キーワード：健康増進、温泉療法、温泉利用、文献的検討

1. はじめに

21 世紀は健康の時代といわれる。生体の防御能を損なった人々が、本来の生体機能を回復し心身の健康を取り戻すために、温泉療法を活用した保養および療養地づくりが進められている。温泉地滞在により気候・風土、温泉水の刺激が身体に作用し、中枢神経系、自律神経系、内分泌系、免疫系等に相当の反応を引き起こす。その結果、ストレス等で歪んだ各種生体機能のリズムや慢性の病態の正常化が期待されている。

温泉保養・療養が各種の疾病の予防や健康増進として有用であることは古来より広く認められている。従って、各種慢性疾患（呼吸、代謝、循環、皮膚、自律神経、心身症、筋・関節、創傷、術後等）の代替・補完療法の一つ、いわゆる湯治目的としての温泉利用は国内外でよく研究されている。しかし、観光目的としても、国民は何らかの健康に関する効果を期待していると考えられる。観光目的の温泉利用者は湯治目的の温泉利用者より数多いが、利用者への健康効果についてほとんど検討されていないのが現状である。温泉療法は代替・補完療法の一つとして、特に湯治目的の場合、他の治療方法と組み合わせで利用する場合が多い。観光でも、温泉浴そのものだけでなく、周囲の環境、気象、運動、食事など、そして利用者の特徴（年齢、性、喫煙状況など）の影響も受け、それぞれに性質、そして利用効果が異なると考えられる。

そこで、本文ではわが国で最近 20 年余りに発表された関連論文を検索し、温泉を利用した健康増進への効果を包括的に検討することを目的とする。

2. 文献の検索及び検討方法

医学中央雑誌刊行会が発行している主要な国内医学雑誌の検索サイト「医中誌 Web (Ver.4)」から、温泉の利用と健康増進の関係を研究した 1983 年から 2008 年 9 月までの関連論文を検索し、論文のタイトル、抄録、研究対象及び研究成果をチェックして、温泉の健康増進への寄与を含む論文を本文の検討対象とした。また、地名の明記されている論文については、できる限り地名も本文中に明記して研究内容を記すことにした。

その際に、1) 目的と観光目的としての温泉療法、2) 温泉療法と他の療法との組み合わせによる療法効果への影響、3) 温泉利用者の特性と温泉療法の効果、の大きく 3 つの項目に分けて検討した。

また、温泉療法と他の療法との組み合わせによる療法効果への影響については論文数が多いため、さらに 1) 温泉療法と運動療法、2) 温泉療法と入浴剤併用、3) 温泉療法と食事療法、4) 温泉療法と薬物療法、5) 複合温泉療法、に細分化して記載することにした。

3. 湯治目的と観光目的としての温泉療法

前述のように、温泉療法は各種慢性疾患（呼吸、

¹ 石川県立看護大学

代謝、循環、皮膚、自律神経、心身症、筋・関節、創傷、術後等)の代替・補完療法の一つ、いわゆる湯治目的としての利用は国内外でよく研究されている。本文は湯治と観光の温泉利用効果の違いを検討したいが、観光目的としての温泉の利用効果についてほとんど研究されていないのは現状である。

ヘルスツーリズムは、旅先での安全確保に関係した諸々の思想や対策を考慮する概念であった。近年では、各地の温泉ブームやそれに付随した美容、保養・休養などを含めたさまざまな試行もみられた。しかし、ヘルスツーリズムの概念はまだ未成熟であり、ヘルスツーリズムに関して、ようやく調査・開発・整備等がはじめられたに過ぎない¹⁾。

上畑ら²⁾は、軽度の健康障害を有し、飲酒、喫煙、運動や食生活等日常生活の改善を必要とする中高年勤労者 30 名を対象に、温泉リゾート地において、延べ 6 日間の保養を行った。保養前後で比較した結果、体重減少、収縮期血圧の低下、血清脂質代謝の改善等の結果が得られた。また、岩崎ら³⁾は、軽度の成人病のリスクファクターを有し、生活習慣改善を指示された勤労者 209 名の中高年者を対象に、温泉保養地に 5 日または 6 日間滞在した前後の比較を行った。その結果、消費エネルギーの増大により、収縮期血圧や脂質代謝の改善については従来と同じ結果が得られたが、エネルギー収支で分析すると、体重の変化や尿酸代謝にも影響していることが確認された。

今西ら⁴⁾は補完・代替医療を利用した健康増進プロジェクトとして、温泉浴、ウォーキング、指圧、食事指導を含んだ 2 泊 3 日コースと、上記の他アロマセラピー、ハーブ療法、運動療法、森林浴を含んだ 5 泊 6 日コースの「健康体感ツアー」が実施し、その前後の比較で、自己評価式抑うつ尺度 (SDS)、状態・特性不安検査 (STAI)、気分プロフィール (POMS) 検査の緊張・不安、抑うつ・落ち込み、怒り・敵意、疲労、混乱等の項目について、平均値の有意な低下がみられ、リラクゼーション効果が得られている。また、全般として収縮期および拡張期血圧の有意な低下がみられ、免疫能の増加の指標となる CD4/8 比の上昇、総コレステロール低下、HDL の有意な上昇を報告している。

ヘルスツアーの温泉利用者の身体所見の変化から示されたそれぞれの改善は、生体のホメオスタシスの維持機能が作用している結果と考えられ

た。これらは主として期間中、日常生活上でのストレスから離れ、温泉浴や規則的生活のもとで身体活動を活発に行ったことによる影響であろう。また、こうした保養は、今後の中高年者の健康づくり活動の一つとして有効であるとして推奨された。しかし、わが国の温泉保養・療養の形態は、宿泊しても 1 泊 2 日の短期滞在がその殆どであり、しかも享楽型のものがいまだに主流となっている。健康志向型の温泉利用は、疲労回復・休養効果に有効であり、われわれも温泉地の保養型滞在において一泊より二泊の効果が勝ることを報告している⁵⁾。保養効果を楽しむのに必要な 3~4 週間の長期滞在は、現実的には困難としても、まず 7 日間程度の温泉地滞在を可能にする施策が必要であろう。

一方、行政や関連業者の対応については、山形県の置賜温泉地は安心して安全かつ健康的な観光客が利用しやすい温泉環境を整備し、温泉活用及び健康づくりの商品開発等に取り組んだ。温泉療法や入浴方法・栄養のバランス・衛生管理・救急対応等専門的なアドバイスができる人材を養成し、温泉旅館が生活習慣病予防を考慮したヘルシーメニューの食事の提供ができるよう取り組んできた⁶⁾⁷⁾。

また、温泉病院などに入院する形の湯治としての温泉利用と違って、観光目的としての温泉利用者は一般的に専門の医師が伴わない。旅行客は温泉利用後に急性疾病の発症や死亡事故も多発している。大平ら⁸⁾は昭和 62 年の下呂温泉の旅行客の内科緊急患者 44 名について検討し、発病重症化の危険因子として、1) 高齢者であること；2) 旅のスケジュールがハードであること；3) 日常、持病を有しているか、病を有していなくとも十分な健康チェックを怠っている人；4) 旅先での宴会時の暴飲暴食や無理な入浴を試みる人；5) 気候は夏の後半から冬期にかけて循環器疾患では適温適湿でない時；の 5 項目を指摘した。

秋葉ら⁸⁾も 17 年間に緊急入院した草津温泉の旅行客の発症疾病の分布を分析した。437 例のうち、60 歳以上が 58.6% を占めた。疾患は、脳神経系 102 例(脳血管障害 66 例)、消化器系 94 例(急性胃腸炎 52 例)、循環器系 92 例(虚血性心疾患 38 例、不整脈 20 例)、呼吸器系 81 例などであった。脳梗塞や急性心筋梗塞といった血栓性疾患は 89 例であった。全体では、大平ら¹⁰⁾の報告と同様、悪性新生物を除く、いわゆる生活習慣病といわれる循環器疾患に頻度が高く、次いで旅先での宴会

時の暴飲暴食による消化器系疾患が多かった。さらに、田村ら¹¹⁾は旅行者および草津在住者の温泉浴利用後の急性心筋梗塞と脳梗塞の発症の時間的分布を検討した。

入浴死については、奈良ら¹²⁾は自宅入浴事故死279例、温泉入浴事故死55例を対象として検討した。温泉入浴事故死は男性に多く、比較的壮年層が多かった。温泉入浴では自宅入浴に比べ、基礎疾患を持たない入浴突然死の割合が有意に高かった。また、高橋ら¹³⁾は宮城県鳴子警察署の検視記録から入浴中の突然死107例(旅行者84例、地域住民23例)を調査した。旅行者の入浴死は公定歩合と強い相関を示したので景気変動と関係があるように思われた。旅行者の死亡率は景気の山では地域住民と比較して非常に大きく、景気の底では同程度まで低下した。また旅行者の入浴死は4月と12月に多く、新年度の祝賀や忘年会などの社会的な風習のためと考えられた。入浴死は高齢、深夜、冬、飲酒後、高温湯、また浴槽と部屋の温度差が大きい時に多かった。原因としては、心機能障害と脳血管障害が約9割を占めた。

4. 温泉療法と他の療法との組み合わせによる療法効果への影響

4.1 温泉療法と運動療法

運動は生活習慣病の予防や治療に効果があるということは広く認められ、日常生活にいか自然に運動習慣を根付かせるのは大事である。湯布院町ではその点、町民が利用している町営健康温泉施設で水中運動が根付いていた。かかりつけ医として、後藤ら¹⁴⁾は生活習慣病と診断した外来患者に健康温泉施設での水中運動を導入した。124例中89例は、自覚症状が改善した。水中運動の併用は、特に動脈硬化に関連する生活習慣病である糖尿病、高血圧、高脂血症に効果があることが示唆された。

呼吸器疾患に対して水中運動の温泉浴の効果について主に岡山と草津で報告されている。岡山では、治療困難な喘息患者の換気機能に及ぼす水泳訓練の効果を温泉プールで観察された。運動浴前、直後、30分後の肺機能検査では、VC、FEV1.0%、V50、V25いずれも有意な変化せず、少なくとも運動浴により気管支攣縮を誘発しなかった。喘息点数(治療点数+発作点数)による臨床効果の判定では、運動浴でscoreは低下傾向を示し、運動温泉浴が有効であった¹⁵⁾。また、3ヵ月間にわたる長期水泳訓練により、換気機能の如

何なる減少をもきたすことなく、プレドニソロンの服用量を減少することが出来た¹⁶⁾。その後、10年間に入院又は外来通院した呼吸器疾患102例を対象にアンケート調査を行った。温泉療法の中でも有効と思われたものは、温泉プール訓練が32.3%で最も高かった。退院後、プール訓練を続けている50例中、退院後の1年間は入院前に比べて良くなっている62%、退院後に比べて良くなっている58%であった。退院後プール訓練を続けることで、体調が良好に維持されていると思われた¹⁷⁾。

草津のある病院では、リハビリテーション部に入院した慢性閉塞性呼吸器疾患を対象に、温泉水浴を用いた呼吸訓練を2ヵ月間行った。1)1秒率は有意に増加したが、%肺活量.50、25%の努力肺活量時の気流速度には有意な変化はなかった；2) PaO₂は有意に増加し、PaCO₂は有意に減少した；3)全症例に自覚症状の改善がみられた。温泉水浴による呼吸訓練は、静水圧により呼吸筋群を強化し心拍出量を増加させ、慢性閉塞性呼吸器疾患のリハビリテーションとして有用と思われた^{18) 19)}。

糖尿病については、阿岸ら²⁰⁾は初回入院の患者を対象とし、4週間の運動(1日10,000歩以上の歩行や水中運動)を主とした温泉療法を行い、治療効果を時間生物学的に検討した。1)12例で治療期間中、血糖、IRI、CPR、血中cortisol、noradrenalineおよびadrenalineは大部分の例で原則としてcircaseptan周期のリズム性変動を示した；2)13例の糖尿病患者で、血中cortisolのcircadianリズムは治療経過とともに頂点位相値の低下と振幅の狭小化をみた；3)運動・温泉療法を行った67例中、1年後に血糖コントロールが良好で薬剤使用しない例は24例であった。

関節リウマチ(RA)は慢性炎症性疾患であり、炎症の成立には数多くのサイトカインが関与するとされている。リハビリテーション訓練・温泉入浴の前と比べ、炎症性サイトカイン(IL-6)は訓練・温泉入浴後に低下したことを認めた²¹⁾。しかし、「体を動かすというリハビリテーション訓練」と「温泉入浴」の両方がRA患者の免疫学的変化に関与していると思われるが、いずれか一方によるのか、あるいは効果なのか、あるいはその他の因子によるのか、などの疑問は残されている。

また、食道静脈瘤の外科的治療で入院した肝硬変患者12例に、歩行運動を中心とする温泉地療養を行われた。全例体力が改善し、生活意欲の向

上など心理的にも好影響があった²²⁾。

一方、健康人・半健康人を対象とした温泉運動浴の効果も報告されている。われわれは、プログラム化された温泉運動浴コースの長期的効果を検討した。45分のプログラムを週1回、3年以上継続して実施した70歳以上の女性51名と年齢をマッチさせたプログラム非実施群45名の健診結果を比較し、BMI、収縮期血圧、10m全力歩行に有意差が認められた²³⁾。

赤嶺ら²⁴⁾も温泉浴を併用した水中運動を中高年者へ実施し、健康の維持・増進に関して検討を行った。中高年者25例を、A群(水中運動70分+温泉浴20分)、B群(水中運動70分+淡水浴群20分)、C群(対照群)の3群にランダムに分けられた。その結果、A群では運動浴後に血中総コレステロール・CD4の低下、赤血球数・ヘマトクリット・総蛋白の低下が有意に認められた。またA群ではC群と比較し、運動浴後の気分プロフィール検査(POMS)において、抑うつ-落込み、怒り-敵意、混乱の各尺度が有意に低下した。

4.2 温泉療法と入浴剤併用

入浴剤併用をする温泉の種類は人工炭酸泉を中心に比較的新しい研究領域である。小林ら²⁵⁾は慢性的な肩こりを訴え、かつ本態性肩こりと診断されたオフィスワーカー8名を対象に、人工炭酸泉と血管拡張作用を有するオクチルフタリドを併用した入浴剤使用による肩こりへの効果を検討した。被験入浴剤は、浴水に溶解した際の炭酸ガス濃度が100ppm、オクチルフタリド濃度が3ppmに調整し、試験期間中はその他入浴剤の使用を避けることを条件とした。使用期間は3～20週で、平均使用頻度は3.4回/週であった。8名中6名(75%)で肩こりの「自覚症状」に改善を認め、悪化は認めなかった。医師の所見では6名(75%)に症状の改善を認め、本人申告による改善は7名(87.5%)に認めた。また、使用頻度の高い方が、「改善度」・「有用性」は高い傾向にあることが示唆された。さらに、同研究グループ²⁶⁾はより有効な研究方法としての二重盲検法を用いて検討した。対照群に比較して、炭酸泉浴とオクチルフタリド併用入浴剤使用群の本態性肩凝り症に対する改善効果(主観指標)が高く、極めて顕著な僧帽筋の筋硬度の低下(凝りの緩和、客観指標)が認められた。オクチルフタリドと人工炭酸泉の併用入浴剤を用いた入浴は、慢性肩凝りの症状改善のため

の日常的な方法として有効であることが示唆された。しかし、僧帽筋の組織総ヘモグロビン量、組織酸素飽和度および痛覚については、いずれの群においても入浴剤使用による変化はなく、炭酸泉浴とオクチルフタリド併用入浴剤使用群と対照群の差を認めなかった。

また、同研究グループ²⁷⁾は同じ手法(二重盲検法)で慢性腰痛の有訴者を対象に、人工炭酸泉とオクチルフタリド入浴剤を併用した温浴効果について検証した。温泉入浴による効果に加え、血行促進作用を有する入浴剤オクチルフタリドの使用により、慢性腰痛の症状が緩和されたと推察された。オクチルフタリドと人工炭酸泉の併用入浴剤は、慢性腰痛改善のための日常的な補助療法として有効である可能性があると考えられた。

芳香性炭酸ガス浴(バブ浴)剤は企業が開発し、市販されている。松田ら²⁸⁾は透析療法中のシャント肢痛を訴える54歳女性透析患者に、芳香性炭酸ガス浴(バブ浴)を実施した。バブ浴施行前に見られたシャント肢、肘部から上腕にかけての疼痛と手指にかけての著明な冷感、しびれ、チアノーゼは施行後には認められなかった。香りは副交感神経の優位な状態を作り出すことでリラクゼーション反応を導く、または記憶とも関係が深いと思われた。バブ浴による身体的ストレスと精神的ストレスの緩和は精神的安定をもたらすことができると考えられた。

藤ら²⁹⁾は人工炭酸泉と強酸性電解水の単独あるいは併用療法を下肢の末梢循環障害に対して施行した。足背部の経皮酸素分圧は治療開始1ヵ月で有意な上昇が認められた。人工炭酸泉の単独療法及び強酸性電解水との併用療法の治療成績は、12例中11例に自覚症状の改善が認められた。又、壊疽を有し、併用療法を施行した5例中4例で著明な壊疽の改善が認められた。

4.3 温泉療法と食事療法

湯治患者のための温泉病院や観光客のための温泉旅館が生活習慣病予防を考慮したヘルシーメニューの食事の提供ができるようになっているが、温泉療法と食事療法の効果についての研究はまだ不十分である。

岡本ら³⁰⁾は温泉療法とn-3系脂肪酸を多く含むエゴマ油食の喘息に対する効果を検討した。14名の喘息患者に温泉療法及び α -リノレン酸(n-3系)を多く含むエゴマ油食の摂取を8週間行った。その結果白血球ロイコトリエンC4(LTC4)

の産生能は治療開始2週後より4, 8週後と抑制された。ピークフロー値 (PEF) は治療2,4,6,8週後に有意な増加がみられた。呼吸機能は治療開始4週, 8週後に有意に改善した。その作用機序を明らかにするため、同研究者ら³¹⁾は喘息患者の血清 eosinophil cationic protein (ECP) 値に対する併用療法の効果を検討した。白血球 LTC4 産生能、血清 ECP 値は治療開始4週後有意に抑制され、呼吸機能としての努力肺活量 (FVC) が治療開始4週後に有意に改善した。これらの結果より、温泉療法とエゴマ油食は白血球 LTC4 産生能、血清 ECP 値を抑制することにより呼吸機能を改善させ、気管支喘息の治療に有効であることが示唆された。

4.4 温泉療法と薬物療法

振動障害は、各種振動工具の使用者に発症する職業病である。その治療法として、さまざまな薬物療法や、温熱、理学、運動療法を中心とした温泉療法による効果が報告されている。桑原ら³²⁾は症度Ⅲ, Ⅳの振動障害患者を対象とし、温泉浴単独と、漢方薬との併用との改善効果の差を比較検討し、温泉浴と漢方薬との併用群が自覚症状において有意な改善されていることを報告した。同研究者ら³³⁾は投与した漢方薬に、さらに冷感や痛みなどに効果のある「フジ末」を加え、温泉浴単独と漢方薬併用温泉浴とを比較検討した。結果としては、1) 自覚症状5項目の内、『手足が冷える』、『手が冷えると色が変わる』、『手足の先がしびれる』の3項目では、併用群において単独群より有意に症状改善が認められた。2) 皮膚血流量では単独群、併用群ともに治療前に比べ増加が認められ、さらに併用群では単独群に比し有意に増加していた。3) 皮膚温では単独群の治療前後で有意な上昇は認められなかったが、併用群治療後では治療前、単独群治療後に比し有意に上昇していた。4) 神経伝達速度においては単独群、併用群ともに治療前後で有意な変化は認められなかった。従って、複合的な疾患である振動障害に対し、温泉療法と漢方薬を併用することにより、末梢循環を良好にし、諸症状の改善がみられることが示唆された。しかしながら、神経伝達速度には変化が見られないことから、この機序の解明は今後の課題である。

薬物療法だけで肺気腫を治癒するのは困難であり、他の代替療法が求められている。光延ら³⁴⁾は肺気腫患者を温泉療法と薬物療法による治療を

受けた症例 (12例) と薬物療法のみ症例 (7例) の2群にわけ、肺機能検査及び high-resolution computed tomography により、その効果を比較した。肺機能指標は、2ヵ月以上の温泉・薬物療法により有意の改善傾向を示した。一方、薬物療法のみ症例群では、いずれの換気機能を示すパラメーター値にも治療前後での有意の改善は見られなかった。また、平均 CT 値は温泉・薬物療法により有意の増加傾向、% low attenuation area (LAA) 値は有意の減少傾向が見られた。逆に、薬物療法のみ症例群では、平均 CT 値の減少、% LAA 値の増加傾向が見られた。

温泉浴は末期状態、悪液質の腫瘍患者には不適であるが、癌の術後患者に対して、温泉利用により術後体力増強、免疫力増強の可能性が期待されている。そして、川村ら³⁵⁾は胃癌または大腸癌の術後患者において、非特異的免疫賦活剤 lentinan を併用しているものを対象にし、温泉療法実施群と非実施群で免疫学的効果、全身状態に対する影響を調査した。結果としては、温泉療法実施群で免疫学的指標の一部に変化が認められたが、非実施群との比較では有意差は認められなかった。これに対し、全身状態では温泉療法実施群で有意に改善が認められた。

4.5 複合温泉療法

温泉療法と他のひとつの療法との組み合わせと違って、複合温泉療法は温水プール水泳訓練療法、吸入療法、飲泉療法、鉍泥湿布療法、治療浴、熱気浴、呼吸体操など二つ以上の療法を同時または前後に使用すると定義されてよいと考えられる。単独また二つ療法の組み合わせで、治療効果は不十分である場合に、臨床で試みられる。

喘息の治療薬は多く開発され、臨床で有効的に使用されている。しかし、ステロイドに依存し、他の治療薬に効かない患者も現れた。そして、特にステロイド依存性の気管支喘息患者を対象とし、複合温泉療法は主に岡山での温泉病院で行われていた。最初の報告には、気管支喘息34例 (ステロイド依存性26例)、他の呼吸器疾患2例につき複合温泉療法 (温水プール水泳訓練療法、吸入療法、飲泉療法、鉍泥湿布療法、治療浴、熱気浴、呼吸体操) を実施した³⁶⁾。若年型、アトピー型で気管支攣縮が強い場合は温泉療法の効果は期待出来ないが、中高年発症型、非アトピー型で過分泌、細気管支閉塞を伴う症例では有効性が極めて高い。

谷崎ら³⁷⁾は気管支喘息55例を対象とし、複合温泉療法(温泉プール水泳訓練+ヨードゾル吸入+鉍泥湿布療法)を試みた。複合温泉療法の臨床効果では、明らかに有効と判断された症例は47例(85.5%)であった。そのうち、気道炎症反応がより強い症例により有効であった。複合温泉療法による換気機能の改善(1秒量)は、BAL液中の好中球数が少ない症例においてより高度であった。また、ステロイド依存性重症難治性喘息(SDIA)52例を対象とした場合、複合温泉療法の臨床効果は32例に認められ、臨床病型別の有効率では、1a-1型に比べ(54.2%)、1a-2型(83.4%)、1b型(77.8%)、2型(80.0%)においてより高度であり、換気機能もより改善された³⁸⁾。さらに、複合温泉療法により、34.5%のSDIA患者はステロイド剤の減量が可能になった³⁹⁾。

SDIAに対して、個々の温泉療法および複合温泉療法の効果が現れる時間について光延ら⁴⁰⁾は報告した。一回の温泉療法での改善率は、全般的には鉍泥湿布療法が最も良く、次いでヨードゾル吸入療法、温泉プール水泳訓練の順であった。総合的複合温泉療法によって各換気機能指標は治療開始1ヵ月目で明らかな増加傾向を示したが、2ヵ月目にはややその増加傾向は鈍り、むしろ治療開始3ヵ月目に最も著明な増加が観察された。SDIAや他の気管支喘息に対する複合温泉療法の内容は、時代に従って進化した。初期(1982-1985)には温泉プール水泳訓練で、中期(1986-1989)にはヨードゾル吸入を追加した。さらに、後期では鉍泥湿布療法も加えた。温泉療法の臨床効果は、その方法により異なり、それぞれの有効率については、初期68.2-70.0%、中期74.7-87.5%、後期89.7-94.3%であった^{41) 42)}。

複合温泉療法(温泉プール水泳訓練又は歩行訓練、鉍泥湿布療法、ヨードゾル吸入療法)より、気管支喘息患者の入院時と退院時に心理学的検査結果も報告されている⁴³⁾。複合温泉療法により、気管支喘息の心理的・精神的要素の関与する症状及びうつ、神経症の状態が改善されることが示唆された。

喘息患者などの温泉療法利用と違い、温泉浴だけでは病を持たない健康人や半健康人に対して明らかな効果が現すのは困難であり、何らかの効果が現されても、その評価も難しい。そのため、健康人や半健康人に対して温泉利用は生活習慣病を予防する方法のひとつとして強調されている。その場合、他の生活習慣病の予防方法としての生活・

運動指導などを組み合わせた総合的健康教育が提唱されている。

最近、上岡ら⁴⁴⁾は、中高年女性56名を無作為に介入群28名とコントロール群28名の2群からなるRCTを行った。介入群に対しては、週1回、合計11回の温泉入浴(ナトリウム塩化物泉)と生活・運動指導を組み合わせた総合的健康教育を行った。この介入群では、尿酸の有意な減少、動脈硬化指数の改善、腰痛の有意な軽減、精神緊張の低下が認められた。また、健康的な生活習慣の実行数が有意に増加し、望ましいライフスタイルへの行動変容がなされた。さらに、研究期間を延長して、それぞれ3ヶ月間および6ヶ月間の温泉入浴と生活・運動指導による総合的健康教育を行って6ヶ月後と1年後までフォローアップした⁴⁵⁾。その結果、6ヶ月介入群では、肥満度(Body Mass Index, BMI)が介入前と比べ、介入終了直後、そしてフォローアップ6ヵ月後には有意に減少した。また、有酸素作業能力として自転車エルゴメータによるPWC75% HRmax、さらにHbA1c、腰痛、活気、抑うつ、幸福感においても、フォローアップ6ヶ月後まで有意な向上が持続した。一方、3ヶ月介入群では、終了直後に改善した調査項目もあったが、フォローアップ1年後には、介入前とほぼ同じ程度に戻っていた。6ヶ月のフォローアップ後において、PWC75% HRmax、HbA1c、疲労感については6ヶ月介入群の方が有意に良好な結果であった。そして、週1回程度の少ない介入において、その効果を維持させるためには3ヶ月以上のより長期間の介入が必要であり、その効果を正しく判定するには、さらに経年的に追跡すべきことが示唆された⁴⁶⁾。

温泉入浴を含め総合的健康教育の効果は温泉浴だけによるものとはいえないが、温泉水、気候、環境、運動、睡眠、食事等多面的な要素からなる温泉保養・療養が、RCTという信頼できる研究方法で認知されたことの意義は大きい。

上馬場ら⁴⁷⁾も温泉療法や健康教育を含めた総合的なシステムにとらえ、温泉利用と生活・運動指導を組み合わせた総合的温泉療法を12週間行うことによる体格、体力、精神・心理面の変化、血液生化学的变化などについて、ランダム化比較試験によって検討した。総合的健康教育により、体重の減少、体力測定値の向上、心理状態の改善などが得られた。さらに、週2回、運動実践30分間に、温泉入浴30分間と水中運動30分間を加えることで、コレステロールや中性脂肪、動脈

硬化指数などの改善も認め、総合的な健康増進効果が得られることが示唆された。

温泉保養地での保養および療養では、規則正しい自然のリズムに沿った生活を行い、心身の緊張と弛緩を繰り返しながら、入浴、休養、運動、睡眠それに食事療法が加わり、心身ともに健康的な状態を回復させる要素が全て揃っている。今日の社会には健康志向、自然回帰志向の大きな流れがある。保健医療専門職による生活指導や温泉に併設した施設を利用した運動療法等を行って、温泉を健康づくりに活用している町では老人医療費が低下していることも観察されている⁴⁸⁾。

5. 温泉利用者の特性と温泉療法の効果

温泉利用者の特性はさまざまであるが、その特性と温泉療法の効果の関係についてまだ十分に研究されていない。近年、長期的喫煙の温泉療法の効果への影響を報告されていた。本文には、年齢や他の特性と温泉効果との関係もまとめてみた。

喫煙については、光延ら⁴⁹⁾は気管支喘息16例(喫煙者8例、非喫煙者8例)を対象に、HRCT上の吸気時における肺の-950 Hounsfield units以下の% LAA (low attenuation area)、平均CT値、LAAの呼気/吸気比および残気量(%RV)、拡散能(%DLco)に及ぼす温泉療法の効果について、喫煙例と非喫煙例で比較検討した。その結果、LAAの呼気/吸気比と残気量は温泉療法により非喫煙者では有意の減少を示したが、喫煙者では有意な減少は見られなかった。その反対に、FEV1.0%値は非喫煙者では温泉療法により有意の増加を示したが、喫煙者では有意差は見られなかった。以上の結果より、喫煙者では末梢肺組織の損傷が非喫煙者に比べより高度であり、温泉療法の効果も限定されやすいことが示唆された⁵⁰⁾。その後、同研究者ら⁵¹⁾は気管支喘息患者を対象にし、さらに長期的喫煙の温泉療法の効果に及ぼす影響について検討した。その結果、温泉療法の有効性は非喫煙例で有意に高いことが示された。また、LTB4産生は喫煙例では、無効例で有効例と比べ有意の亢進が見られたが、非喫煙例では関連は見られなかった。長期間の喫煙は気道過敏性や白血球とLTB4産生を亢進させ、その結果として温泉療法の臨床効果に影響を与える可能性が高いことが示唆された。

年齢および発症年齢と温泉効果の関係について岡山の研究グループが気管支喘息の温泉療法に関する論文に多く報告されている。谷崎ら⁵²⁾ ⁵³⁾ ⁵⁴⁾

は気管支喘息患者に対し、前述した複合温泉療法を実施した。若年型、アトピー型で気管支攣縮が強い場合は温泉療法の効果は期待出来ないが、中高年者および中高年発症型、非アトピー型で過分泌、細気管支閉塞を伴う症例では有効性が極めて高かった。また、気管支喘息症例の気道過敏性と年齢および発症年齢との関連のもとに温泉療法の効果が評価された。温泉療法では、年齢が高くなるほどその有効率が高くなった⁵⁵⁾。気道過敏性は、年齢が高くなるほど低下する傾向が見られ、温泉療法の臨床効果は、気道過敏性が強くなるにつれて低下する傾向が見られた⁵⁶⁾。発症年齢別では、30歳以降の発症症例に温泉療法はより有効であった⁵⁷⁾。これらの結果から、気管支喘息に対する温泉療法は、臨床病型、年齢や発症年齢⁵⁸⁾によりその効果は異なることがわかった。

気管支喘息患者に対し温泉効果の改善指標と年齢との関係も検討されている。気管支喘息患者の1日喀痰量について、過分泌を示さない症例(1日喀痰量49ml以下)には、温泉療法により喀痰量の有意の減少が観察された。この場合、60歳以上の症例に比べ、59歳以下の症例はその減少は有意に高度であった⁵⁹⁾。また、ステロイド依存性重症難治性喘息患者において複合温泉療法の前後での血清コルチゾール値の変化を検討された。49歳以下の患者では、温泉療法による血清コルチゾール値の改善が大きいと考えられた⁶⁰⁾。肺機能指標については、温泉療法による努力肺活量(FVC)の有意の増加は、50-69歳の年齢層で観察されたが、それ以下の年齢層(49歳以下)及びそれ以上の年齢層(70歳以上)では有意の増加はなかった。温泉療法後の1秒量(FEV1.0)の改善は、全般的に低く、60-69歳の年齢層においてのみ有意の改善が観察された⁶¹⁾。

岡本ら⁶²⁾は腰痛症患者12例を対象に温泉療法の臨床効果について検討し、65歳未満の症例、80日以上入院の症例において、改善指数、改善率がより高い傾向がみられた。慢性関節リウマチ患者6例には、年齢で75歳未満においてMHAQ(modified health assessment questionnaire)に有意な改善傾向がみられたが、罹患年数(15年以上、15年未満)と関係がなかった⁶³⁾。しかし、この二つ研究は、いずれも例数は少なかった。

振動障害患者の142症例に対し、6週間にわたり温泉浴に併せ物理療法と運動療法を行った。その結果、「手指のしびれ」、「肘のいたみ」、「手の

冷感」の改善率は60～70%であり、特に、「手指のしびれ」は高年群で冬期治療群に改善率が高かったが、皮膚温回復率は若・中年群で良好であった。しかし、末梢神経と末梢運動機能検査では不変例が多かった⁶⁴⁾。

王ら⁶⁵⁾と松野ら⁶⁶⁾は和倉温泉、中宮温泉、下呂温泉への入浴(41℃、夜の20分1～2回、翌朝20分1回)が免疫系にどのように影響を与えるかを調べた。温泉浴は末梢血中の白血球総数、顆粒球数とリンパ球数およびリンパ球サブセットに調節的な影響を及ぼした。この作用は35歳以下の年齢層と36歳以上の年齢層では異なる特徴を示した。すなわち、36歳以上の中高年者では入浴前の低いレベルから各細胞は増加した。一方、35歳以下の若年者においては、白血球数は入浴前の平均より高いレベルから減少した。温泉浴によって細胞数が少ない人は増加し、多い人は減少し一定の値に集束するようになった。入浴後のリンパ球サブセットに関して、若年者のCD8+、CD16+、CD19+細胞は顕著に増加したが、中高年者のCD19+細胞は顕著に減少した。また、細胞構成比をみたところ、温泉浴によって、36歳以上の中高年者のCD4+/CD8+細胞の比が増加したが、35歳以下の若年者ではその比が減少した。即ち、温泉浴は中高年者生体の適応免疫を高めることが示された。入浴後CD16+/CD57+細胞の割合は36歳以上および35歳以下のいずれの被験者においても増加し、温泉浴がNK細胞を活性化することが示された。短期入浴では、温泉浴の前日15時と翌日15時の静脈血で、白血球亜型は、35歳を境界として若年層は減少的調整を又、加齢層は増加的な調節を受けていた。又、CD8を除く全てのCD陽性細胞も年齢と細胞数増減率の間に正の相関を示した⁶⁷⁾。

我々は、富山県J町の住民基本台帳から無作為抽出した40歳以上の町民約6000名を対象にした大規模な調査をし、60歳以上では温泉利用有り群が無し群に比べて骨折の既往率が有意に低かった⁶⁸⁾。また、60歳以上の女性では、休養のため温浴施設に滞在した群の健康状態は、非滞在群に比べて良好であることが示唆された⁶⁹⁾。

6. まとめ

以上の文献の紹介からわかるように、温泉の利用が健康増進に寄与している事が包括的に示唆されたと考えられた。

また、石川県のように温泉地が地場産業として

多数ある地域においては、これらの温泉と健康増進に関する論文を紹介することが、温泉を中心とする地域おこしのみならず、健康増進の一助となる有用な資料となったと考える。

さらに今後は、各地の温泉ブームやそれに付随した美容、保養・休養などを含めたさまざまな試行もみられたヘルスツーリズムに関しての概念がまだ未成熟であることから、ヘルスツーリズムに関しての調査・開発・整備等が期待される。

参考文献

- 1) 古川福実, 山本有紀, 米井希. ヘルスツーリズムと美容皮膚科－免疫とストレス系の及ぼす影響－, *Aesthetic Dermatology*, 17巻2号, p.68-73, 2007.
- 2) 上畑鉄之丞, 大堀孝雄, 松岡敏夫, 他. 温泉リゾート地での男子中高年軽度健康異常者の短期保養行動効果の検討. *日衛誌*, 44巻, p.595-606, 1989.
- 3) 岩崎輝雄, 後藤康彰, 上畑鉄之丞. 温泉保養による身体所見の変化と消費・摂取エネルギーに関する研究. *公衆衛生研究*, 47巻, p.338-346, 1998.
- 4) 今西二郎, 栗山洋子, 渡邊聡子. 福島県西会津町における補完・代替医療を利用した健康増進プロジェクト. *京都府立医科大学雑誌*, 112巻, p. 475-485, 2003.
- 5) 鏡森定信. 保養に関する時間衛生的研究－温浴行動の心理・生理学的モニタリング指標と睡眠の質－平成12年度厚生科学研究. *健康科学総合研究成果発表会報告書*, p.44-53, 2001.
- 6) 鈴木郁子, 木村剛久, 二関悦子, 他. 健康をキーワードにした温泉活用事業の取り組み (I), *山形県公衆衛生学会第31回講演集*, p.35-36, 2004.
- 7) 二関悦子, 鈴木郁子, 安部菜緒里, 他. 健康をキーワードにした温泉活用事業の取り組み (II)－健康面に配慮したヘルシーメニューの導入－, *山形県公衆衛生学会第31回講演集*, p.37-38, 2004.
- 8) 大平敏樹, 宮下剛彦, 今井竜幸, 他. 温泉旅行客の内科緊急入院の実態, *日本温泉気候物理医学会雑誌*, 52巻4号, p.181-186, 1989.
- 9) 秋葉徹, 久保田一雄, 倉林均, 他. 草津温泉における旅行客の内科的急性疾患の検討, *群馬医学*, 66号, p.243-244, 1997.
- 10) 前掲, 文献8)
- 11) 田村耕成, 久保田一雄, 倉林均, 他. 温泉浴後に発症した急性心筋梗塞ならびに脳梗塞の検討, *群馬医学*, 64号, p.41-45, 1996.
- 12) 奈良昌治, 新井康通, 小松本悟, 他. 高齢者における自宅入浴事故死と温泉入浴事故死の統計的検討,

- 健康医学, 11 巻 2 号, p.120-124, 1996.
- 13) 高橋伸彦, 斉藤昌彦, 佐藤正孝, 亀川富士雄. 入浴中の突然死について－温泉地における旅行者と地域住民との比較－, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 62 巻 2 号, p.87-94, 1999.
 - 14) 後藤茂, 岩男裕二郎, 森山操, 古賀真澄. 町営温泉健康施設と連携した水中運動療法の生活習慣病に対する効果, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 69 巻 2 号, p.121-127, 2006.
 - 15) 谷崎勝朗, 駒越春樹, 周藤真康. 気管支喘息における温泉プールによる運動浴の臨床効果について, 岡山大学温泉研究所報告, 53 号, p.35-43, 1983.
 - 16) 谷崎勝朗, 駒越春樹, 周藤真康. 温泉プールにおける水泳訓練期間中の気管支喘息患者換気機能の変動, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 47 巻 2 号, p.99-104, 1984.
 - 17) 寺崎佳代, 山本貞枝, 吉尾慶子, 他. 呼吸器疾患症例における温泉療法の効果－アンケートを利用して－, 岡大三朝医療センター研究報告, 73 号, p.111-114, 2003.
 - 18) 倉林均, 久保田一雄, 町田泉, 他. 温泉水浴を用いた呼吸訓練による慢性閉塞性呼吸器疾患患者の呼吸機能と血液ガスの検討, Journal of Clinical Rehabilitation, 6 巻 2 号, p.209-211, 1997.
 - 19) 倉林均, 久保田一雄, 町田泉, 他. 慢性閉塞性肺疾患のリハビリテーション－温泉を用いた運動浴の効果－北関東医学, 46 巻 5 号, p.365-368, 1996.
 - 20) 阿岸祐幸, 藪中宗之. 糖尿病に対する温泉・運動療法の効果, 本糖尿病学会総会記録 34 号, p.217-222, 1992.
 - 21) 安田正之, 関節リウマチ患者のリハビリテーション訓練と温泉入浴による血中 IL-6 濃度の変化, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 69 巻 2 号, p.103-108, 2006.
 - 22) 辻秀男. 肝臓疾患患者に対する温泉地療養の影響, 大分県温泉調査研究会報告, 35 号, p.34-38, 1984.
 - 23) 松原勇, 鏡森定信, 広田直美. プログラム化された温泉運動浴コースの長期的効果に関する事例・対照研究, 石川看護雑誌, 3 巻 1 号, p.53-57, 2005.
 - 24) 赤嶺卓哉, 山中隆夫, 田口信教, 中村直文. 中高年者に対する水中運動と温泉浴の効果について, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 68 巻 3 号, p.175-180, 2005.
 - 25) 小林滋, 木村光利, 富士英清, 他. オクチルフラリドと人工炭酸泉の併用入浴剤によるオフィスワーカーの慢性肩こり症に及ぼす効果, 疲労と休養の科学, 19 巻 1 号, p.39-44, 2004.
 - 26) 宮澤一治, 木村光利, 富士英清, 他. オクチルフラリドと人工炭酸泉の併用入浴剤による慢性肩凝り症に及ぼす効果, ペインクリニック, 27 巻 4 号, p.471-477, 2006.
 - 27) 秋山泰子, 木村光利, 富士英清, 他. オクチルフラリドと人工炭酸泉の併用入浴剤の慢性腰痛症に及ぼす効果, ペインクリニック, 27 巻 1 号, p.73-78, 2006.
 - 28) 松田美穂, 山野和江, 江澤陽子, 他. 透析療法中のシャント肢の疼痛に対する芳香性炭酸ガスの効果, 善仁会研究年報, 25 号, p.47-49, 2004.
 - 29) 藤堂敦, 人見泰正, 染矢法行, 他. 末梢循環障害に対する人工炭酸泉と強酸性電解水の単独及び併用療法の効果, 大阪透析研究会会誌, 21 巻 2 号, p.137-141, 2003.
 - 30) 岡本誠, 芦田耕三, 光延文裕, 他. 谷崎勝朗気管支喘息に対する温泉療法とエゴマ油食の効果 (Effects of Spa Therapy Combined with Dietary Supplementation with n-3 Fatty Acids on Bronchial Asthma) (英文), 日本温泉気候物理医学会雑誌, 66 巻 3 号, p.171-179, 2003.
 - 31) 高田真吾, 芦田耕三, 保崎泰弘, 他. 気管支喘息患者における温泉療法とエゴマ油食の血清 ECP 値に対する影響 (The Effect of Spa Therapy Combined with Dietary Supplementation with n-3 Fatty Acids on Serum Eosinophil Cationic Protein in Asthmatic Subjects) (英文), 日本温泉気候物理医学会雑誌, 69 巻 4 号 p.261-268, 2006.
 - 32) 桑原泰則, 出浦あかね, 宮下久子, 他. 振動障害患者に対する温泉浴と漢方薬の併用効果下呂病院年報, 18 巻, p.111-115, 1991.
 - 33) 宮田知幸, 日野晃紹, 桑原泰則, 他. 振動障害患者に対する温泉浴と漢方薬の併用効果 (第 2 報), 日本温泉気候物理医学会雑誌, 56 巻 4 号, p.220-226, 1993.
 - 34) 光延文裕, 御船尚志, 保崎泰弘, 他. 肺気腫患者に対する温泉療法の効果－残気量及び High-resolution computed tomography による評価－, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 62 巻 3 号, p.121-128, 1999.
 - 35) 川村陽一, 出口晃, 鮎田昌貴, 他. 癌術後患者における温泉浴の利用 Lintinan との併用において, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 55 巻 3 号, p.139-144, 1992.
 - 36) 谷崎勝朗, 駒越春樹, 周藤真康. 慢性閉塞性肺疾患の温泉療法, 岡山大学温泉研究所報告, 55 号, p.1-6, 1984.

- 37) 谷崎勝朗, 貴谷光, 御船尚志, 他. 気管支喘息における複合温泉療法と気道炎症反応, 岡大三朝分院研究報告, 65号, p.1-8, 1994.
- 38) 谷崎勝朗, 貴谷光, 岡崎守宏, 他. ステロイド依存性重症難治性喘息に対する複合温泉療法の臨床効果, アレルギー, 42巻3号, p.219-227, 1993.
- 39) 谷崎勝朗, 貴谷光, 岡崎守宏, 他. 気管支喘息に対する温泉療法の臨床効果 ステロイド依存性重症難治性喘息 (SDIA) に関する効果, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 55巻3号, p.134-138, 1992.
- 40) 光延文裕, 貴谷光, 岡崎守宏, 他. 気管支喘息に対する温泉療法の臨床効果 (6) 治療方法と換気機能との関連, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 55巻4号, p.185-190, 1992.
- 41) 谷崎勝朗, 貴谷光, 御船尚志, 他. ステロイド依存性重症難治性喘息に対する温泉療法の重要性 過去10年間の181例を対象に, 岡大三朝分院研究報, 64号, p.1-10, 1993.
- 42) 矢崎勝昭, 貴谷光, 三船久, 他. 気管支喘息に対する最近10年間の温泉療法の年次推移 329例を対象に, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 57巻2号, p.142-150, 1994.
- 43) 横田聡, 御船尚志, 光延文裕, 他. 気管支喘息に対する温泉療法の心理学的検査による評価, アレルギー, 46巻6号, p.511-519, 1997.
- 44) 上岡洋晴, 岡田真平, 武藤芳照, 矢崎俊樹. 温泉利用と生活・運動指導を組み合わせた総合的健康教育の有効性に関する研究, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 66巻4号, p.239-248, 2003.
- 45) 上岡洋晴, 中村好一, 矢崎俊樹, 他. 中高年女性を対象とした温泉入浴と生活・運動指導による総合的健康教育 - 3ヵ月間と6ヵ月間介入の無作為化比較試験 - (Effectiveness of Comprehensive Health Education Combining Hot Spa Bathing and Lifestyle Education in Middle-Aged and Elderly Women: Randomized controlled trial of three- and six-month interventions) (英文), 日本温泉気候物理医学会雑誌, 67巻4号 p.202-214, 2004.
- 46) 上岡洋晴, 岡田真平, 高橋亮輔, 他. 地域在宅高齢者に対する転倒予防事業の取り組み - 比較的元気な中高年女性を対象とした温泉入浴と生活・運動指導による介護予防の効果 -, Osteoporosis Japan, 14巻1号, p.76-77, 2006.
- 47) 上馬場和夫, 許鳳浩, 矢崎俊樹, 上岡洋晴. 総合的な温泉療法の健康増進効果に関する検討, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 69巻2号, p.128-138, 2006.
- 48) 大塚吉則. 常識のエビデンス - 温泉を科学する -, EB NURSING, 3巻, p.80-85, 2002.
- 49) 光延文裕, 保崎泰弘, 芦田耕三, 他. 気管支喘息における肺の過膨脹に対する温泉療法の改善作用 (Improvement of Hyperinflation of the Lungs by Spa Therapy in Patients with Asthma) (英文), 日本温泉気候物理医学会雑誌, 67巻4号, p.195-201, 2004.
- 50) 芦田耕三, 光延文裕, 御船尚志, 他. 気腫化傾向を示す気管支喘息に対する温泉療法の臨床効果, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 63巻3号, p.113-119, 2000.
- 51) 光延文裕, 保崎泰弘, 芦田耕三, 他. 長期喫煙歴を有する喘息症例に対する温泉療法の臨床効果 気道過敏性, ロイコトリエン B4 および C4 産生能による評価 (Effects of Spa Therapy for Asthmatics with a Long History of Cigarette Smoking, Evaluated by Bronchial Hyperresponsiveness and Generation of Leukotrienes by Leucocytes) (英文), 日本温泉気候物理医学会雑誌, 68巻2号, p.83-91, 2005.
- 52) 谷崎勝朗, 駒越春樹, 周藤真康. 慢性閉塞性肺疾患の温泉療法, 岡山大学温泉研究所報告, 55号, p.1-6, 1996.
- 53) 谷崎勝朗, 駒越春樹, 周藤真康. 気管支喘息に対する温泉療法の臨床効果 - 過去2年間の入院症例を対象に -, 岡山医学会雑誌, 96巻, p.405-410, 1984.
- 54) 光延文裕, 御船尚志, 保崎泰弘, 他. 高齢者気管支喘息における気道過敏性と温泉療法の効果 (Correlation between Efficacy of Spa Therapy and Bronchial Hyper responsiveness in Elderly Patients with Asthma) (英文), 日本温泉気候物理医学会雑誌, 64巻3号, p.155-163, 2001.
- 55) 光延文裕, 御船尚志, 梶本和宏, 他. 気管支喘息患者の気道過敏性に対する温泉療法の効果, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 58巻4号, p.241-248, 1995.
- 56) 谷崎勝朗, 光延文裕, 御船尚志, 他. 高齢者気管支喘息における気道過敏性と温泉療法 (Spa therapy and bronchial hyper responsiveness in elderly patients with asthma) (英文), 岡大三朝分院研究報告, 71号, p.10-18, 2000.
- 57) 谷崎勝朗, 貴谷光, 岡崎守宏, 他. 気管支喘息に対する温泉療法の臨床効果 (1) 臨床病型と年齢との関連, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 55巻2号, p.77-81, 1992.
- 58) 横田聡, 御船尚志, 光延文裕, 他. 気管支喘息患者気道における病理生理学的変化に関する温泉療法

- の作用機序－気管支攣縮型の温泉治療有効例と無効例との比較－, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 59 巻 4 号, p.243-250, 1996.
- 59) 光延文裕, 貴谷光, 御船尚志, 他. 気管支喘息に対する温泉療法の臨床効果－過分泌型喘息に対する効果－, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 56 巻 4 号, p.203-210, 1993.
- 60) 御船尚志, 光延文裕, 保崎泰弘, 他. ステロイド依存性重症難治性喘息患者の副腎皮質機能に対する温泉療法の効果の検討－臨床病型, 年齢, 臨床効果との関連－, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 59 巻 3 号, p.133-140, 1996.
- 61) 光延文裕, 御船尚志, 保崎泰弘, 他. 低肺機能喘息患者に対する温泉療法の効果－臨床病型, 年齢及び気道炎症細胞との関連－, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 60 巻 3 号, p.125-132, 1997.
- 62) 岡本誠, 芦田耕三, 山本和彦, 他. 腰痛症に対する温泉療法の効果, 岡大三朝分院研究報告, 68 号, p.51-58, 1997.
- 63) 吉尾慶子, 田熊正栄, 能見真由美, 他. 慢性関節リウマチ患者の温泉治療効果に関する要因の分析, 岡大三朝分院研究報告, 70 号, p.73-78, 1999.
- 64) 内海寿彦, 阿岸祐幸. 登別厚生年金病院における振動障害患者の温泉療法について, 厚生年金病院年報, 11 巻, p.23-34, 1985.
- 65) 王秀霞, 北田仁彦, 松井健一郎, 他. 短期温泉浴と末梢血液中免疫担当細胞への影響－量的変動－, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 62 巻 3 号, p.129-134, 1999.
- 66) 松野栄雄, 王秀霞, 宛文涵, 他. 短期温泉浴と末梢血液中免疫担当細胞への影響－質的検討－, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 62 巻 3 号, p.135-140, 1999.
- 67) 北田仁彦, 宛文涵, 松井恒二郎, 他. 短期温泉浴による末梢白血球亜群の量的変動と分布率別調節－対照実験を併設して－, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 63 巻 1 号, p.151-164, 2000.
- 68) 鏡森定信, 松原勇, 中谷芳美, 他. 温泉利用と WHO 生活の質－温泉利用の健康影響に対する交絡要因としての検討－, 日本温泉気候物理医学会雑誌, 67 巻 2 号, p.71-78, 2004.
- 69) 松原勇, 鏡森定信. 休養目的での温浴施設滞在と健康状態との関係の統計的研究－多重ロジスティックモデルを用いた分析－, 石川看護雑誌, 3 巻 2 号, p.45-50, 2006.
- (受付: 2009 年 9 月 17 日, 受理: 2010 年 2 月 22 日)

Comprehensive Studies on the Total Health Promotion that used the Spa. - Review of Papers Recent 25 Years in Japan -

Isamu MATSUBARA

Abstract

The rest that utilized a hot-spring cure and the making of medical treatment ground are pushed forward the people, and regain the health of mind and body. A climate, stimulation of the hot spring had considerable reaction in the central nervous system, an autonomic nervous system, endocrine system, immune system.

So, the author searched and read a lot of papers on the total health promotion used the spa and aimed at examining an effects of the spa comprehensively. It was suggested that the spa had many effects on the total health promotion.

Keywords : Total health promotion, Spa cure, Spa use, Review

特別報告

ドイツ語圏における死生観研究における予備調査Ⅱ

浅見 洋¹

1. 用務地 (旅行期間)

ドイツ連邦共和国(平成21年10月5日～15日)

2. 用務先

ライプチヒ大学東アジア研究所 (Ostasianisches Institut, Universität Leipzig)

カッセル・埋葬文化博物館 (Museum für Sepulkralkultur Kassel)

ハイデルベルク大学神学部実践神学ゼミナール (Praktisch-Theologisches Seminar, Universität Heidelberg)

3. 出張目的

今回の研究出張は昨年度の継続調査であり、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悲哀に関する哲学的理解、②ドイツにおける埋葬文化、③ドイツ語圏における医療的な魂のケア (Seelsorge) の現状、の3

点であり、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 悲哀に関する哲学的理解

最初に訪ねたライプチヒ大学東アジア研究所教授の小林敏明氏は哲学および精神病理学が専門である。『精神病理からみる現代思想』『西田幾多郎—他性の文体』『西田幾多郎の憂鬱』『廣松渉—近代の超克』『憂鬱な国／憂鬱な暴力』など、現代日本を精神病理学の立場から読み解くと同時に、ユニークな西田哲学の研究書を公刊しておられる。『Melancholie und Zeit (メランコリーと時間)』、『西田幾多郎の憂鬱』ではメランコリーをキーワードとして西田の哲学と人物像を卓抜な筆致で描いておられる。私自身は『二人称の死—西田・大拙・西谷の思想をめぐって—』で悲哀を

表1 旅行日程

月 日	行 程	宿泊地
10月5日 (月)	移動日：金沢→関西空港	関西空港
10月6日 (火)	移動日：関西空港→Frankfurt	Frankfurt
10月7日 (水)	Frankfurt → Leipzig	Leipzig
10月8日 (木)	Ostasianisches Institut, Universität Leipzig	Leipzig
10月9日 (金)	Leipzig → Kassel Museum für Sepulkralkultur Kassel	Kassel
10月10日 (土)	Kassel → Frankfurt	Frankfurt
10月11日 (日)	Frankfurt → Heidelberg	Heidelberg
10月12日 (月)	Praktisch-Theologisches Seminar der Universität Heidelberg	Heidelberg
10月13日 (火)	Praktisch-Theologisches Seminar der Universität Heidelberg Heidelberg → Frankfurt	Frankfurt
10月14日 (水)	Frankfurt → 関西空港 (10/15 着)	機中
10月15日 (水)	移動日：関空→金沢	

¹ 石川県立看護大学

テーマとして以来、グリーフ（悲哀）ケアに関心を持ち続けてきた。Sigmund Freud は「Trauer und Melancholie（悲哀とメランコリー）」(1917)で「悲哀（Trauer）はきまって愛する者を失ったための反応であるか、あるいは祖国、自由、理想などのような、愛する者のかわりになった抽象物の喪失にたいする反応である。これと同じ影響のもとにあって、病的な素質の疑われる人たちでは、悲哀のかわりにメランコリー（Melancholie）が現われる」（S. Freud：Werke aus den Jahren 1913-1917, S.428-9）と記しており、この小論でのフロイトの悲哀理解がグリーフケアを考える際の原点といえる。

今回のライプツヒ訪問の最大の目的は、小林教授に「メランコリーと悲哀の違いはどこにあるか」という問いを投げかけることであった。その答え、「キルケゴールの不安（Angust）と恐怖（Furcht）のようなものですよ」をはじめ、多くの示唆に富んだ対話をもつことができた。

その他、大学の東アジア研究所の図書館、旧東ドイツにおける民主化運動の拠点となったニコライ教会、J. S. バッハが音楽監督をつとめた聖トマス教会、西田『善の研究』序文にその名が登場するローゼンタールの森などを見学した。



図1 聖トマス教会のバッハ像の前で

4. 2 ドイツにおける埋葬文化と死生観

Museum für Sepulkralkultur Kassel（カッセル・埋葬文化博物館）は1992年に開設された比較的新しい博物館で、ヘッセン州を中心にドイツ全土の過去から現在までの幅広い埋葬文化が紹介されている。1, 400平方メートルのスペースに、お棺、霊柩車、喪服、装飾品、墓石、記念碑など、臨終、死、追悼などに関連した事物が展示されている。また、附設の図書館には15世紀から現代までの、約16,500点のグラフィックのコレクション、モノグラフィー、パンフレット、印刷物、埋葬に関する新聞記事などが収められている。

埋葬は人々の死生観、悲哀、追憶などが表出されている文化的な営みであり、死別した人々の悲哀を癒す儀礼でもある。ドイツの埋葬儀礼や死生観にはキリスト教的背景があることは言うまでもないが、古代ゲルマン的な俗信などの影響も垣間見えた。

4. 3 ドイツ語圏における医療的な魂のケア（Seelsorge）の現状

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）の図書館で医療的なSeelsorge、特に悲哀に関するケア（Sorge）の書籍を調査した。

Spiritual careの思想的源泉がキリスト教のSeelsorgeであるという指摘は、平山正実、浜渦辰二、坂井祐円など、日本国内の精神医学や生命倫理の文献でもしばしば見出すことができる。しかし、W. Kippesのものを除くと、医療と関わるSeelsorgeの内容に踏み込んだ日本語文献は希である。それに比して、ドイツの大学神学部や神学校の実践神学においてSeelsorgeの学びは基本的であり、神学部の卒業生には医療スタッフとして病院で「魂のケア」にたずさわっている者も少なくない。今回ハイデルベルクを訪ねたのが丁度大学の学期始めに重なったため、大学の本屋で神学生たちが使用しているSeelsorgeの教科書を買うことができた。また、魂をケアする人（Seelsorger）が書いた比較的読みやすい書籍を邦訳したいという願いも持つこともできた。

（受理：2010年1月25日）

**Preliminary Research concerning Views on Life and Death
in the Region where German is Spoken (II)**

Hiroshi ASAMI

特別報告

看護系国際学会参加についての報告

今磯 純子¹

2009年10月31日～11月5日の間、看護系学会である40th Biennial Conventionへの参加ならびに発表のため、米国へ出張をさせて頂いた。本学会の主催は、米国インディアナ州 (Indiana, USA) の中央部に位置する州都、インディアナポリス (Indianapolis) に本部のある Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International (STTI) であった (図1)。そして今年は、本部のある都市内の Indiana Convention Center にて開催された (図2)。



図1 Sigma Theta Tau International Headquarter



図2 Indiana Convention Center

第40回目を迎える今年の学会テーマは、”I am a nurse… and I am a member of a global nursing communityTM”であった (図3)。今回のテーマを通し、看護職であると共に、自国のみならず国境を越えて世界各国の看護職集団のメンバ

図3 40th Biennial Convention and The Theme in 2009

ーであることの自覚と認識を、それぞれが改めて持つことの重要性が強調されているように思われた。

今回の学会では、約650の演題 (口頭およびポスターの両形式を含む) のエントリーがあったとのことである。その他、開催期間中、数多くの特別セッションやシンポジウムなどが実施されていた。主な参加者は、米国を中心として、欧州、アジア、アフリカなどの国々の看護職 (実践者、大学教育者、研究者など) であった。

今回私は、Scientific Poster Presentationsのセッションにて、”Determinants of Continuing Home Care by Family Caregivers in Rural Community: Qualitative Study in Japan”の演題で受理して頂いた。中山間地域に暮らす家族介護者へインタビューをさせて頂いた内容をまとめたものである。日本と同様に高齢化の進む諸外国において、在宅や施設を含め地域に暮らす療養者や家族介護者の生活継続に対する支援のあり方について考えようとする方向は同じように思えた。しかし、国の法律や制度、人々の考え方や価値観などを反映させる国の歴史や文化などの相違により、療養者や家族介護者の実情も異なり議論という前にお互い説明を要することも多々あった。海外生活経験や海外の臨床現場を目にしたことのない私にとって、海外文献を通してだけの勉強の限界を感じると同時に、直接対話のダイナミック性や意義を痛感するものであった。もちろん、私自身にとって、コミュニケーション手段となる英語

¹ 石川県立看護大学

力の弱さは言うまでもないが、共通するテーマに関心を持つ諸外国の看護職間でお互い同じ認識の下で議論をすることの難しさを改めて痛感した。機関銃のように飛び交う英語の壁は私にとっては厚いものであり、もっと勉強しなければならないことを痛感した。また数多くのポスターを拝見し、ポスターの提示の仕方や、効果的なプレゼンテーションの仕方に関する学びも大きく、貴重な経験の一つとなった。

日本人である私自身が、僅かな時間ながらも世界各国の看護職者が集う同じ一つの場に身を置き、同じ場の空気を共有することを通し、とても刺激を受ける機会ともなった。そして、本学会テーマのキーワードともなっている "Global" の意味について考えさせられるものでもあった。

Global をキーワードとする今回の学会全体を通して、"Health is a global concern" ということを前提に様々なセッションが展開されていたように思われた。その内、私は "The Nightingale Initiative for Global Health (NIGH) : Nursing Leadership for a Healthy World" に参加した。2010 年は、Florence Nightingale 没後 100 年を迎える年になるという。そのことに機に、改めて Nightingale の足跡を振り返りながら、これからの看護のあり方を考えようとする目的で実施されたものであった。Nightingale は、世界のあらゆる国々に暮らす人々が健康であること (Healthy World) を目指し、看護職がリーダーシップ (Leadership) を取って活動できるよう看護の力を高めようとした第一人者であると言われていた。そして、通信の発達や交通網の発達などにより、世界が一つの村ようになった (Global Village) 21 世紀の現在、Nightingale の教えや功績を再度認識し、人間の生活や生存に影響を及ぼす健康に関わることに看護は関与し、リーダーシップを取っていくための能力向上に向けた努力の必要性が指摘されていた。

国際的視野を持つことの重要性はどこでも唱えられていることではあるが、特に看護職としてどのようなことが必要になるのか考えさせられた。Global な視点を持つために必要なことは、"Share pedagogy" "Increase cultural sensitivity" "Nurture mutual partnership" とも言われていた。歴史や文化や生活習慣など異なる世界中の国々を Global に捉え、理解することは実に難しいことである。しかし、様々な地域に暮らす人々、特に健康の側面から関わる専門職であるのが看護

職である以上、努力していかなければならないことであるとも感じた。そしてまずは自国のことについて理解することの重要性を感じた。

最後に、海外出張を了承して下さいました本大学の地域看護学講座の先生方をはじめ、教職員の方々へ心より深く感謝を申し上げます。

(受理：2009 年 12 月 25 日)

Attendance at the International Nursing Conference

Junko Imaiso

特別報告

山西医科大学における看護学会への参加報告

吉田 和枝¹

山西医科大学における看護学会への参加と今後の中国での産痛に関する研究の準備を行うことを目的とし、2009年8月に山西省太原を訪問した。訪問した一行は私と、兵庫医療大学、大阪医科大学、関西福祉大学、園田学園女子大学の看護教員と、助産院を開業している助産師2人の計7人である。北京駅から列車に乗り、約3時間で山西省の太原駅に到着した。列車は2009年4月から運行が開始された高速列車（新幹線）であり、以前よりも5時間も短縮されたとのことである。中国の大規模な運営路線の開発が急速に進んでいることが肌で感じられた。



図1 太原駅前

山西医科大学のある太原は山西省の省都である。太原は古くは晋陽と呼ばれ2500年の歴史を持ち、現在の人口は約350万人である。平均海拔800mで、夏は気温が約30℃まで上昇するが、冬季は-20℃度まで低下することもあり、寒暖の差が大きいところである。降水量は年間を通じて少なく乾燥している。地下資源が豊かな地であり、石炭や鉄鋼産業が盛んで重工業地帯となっており、ステンレス鋼の生産量は世界第1位を誇っている。近年の産業経済発展は著しいが、同時に大気汚染も深刻であり、環境改善に取り組んでいる最中であった。

山西医科大学は、附属施設として第一医院および第二医院を持ち、山西省において中心的な先進医療提供の場としての役割を担っている。医学教

育は約90年の歴史があり、また、看護に関しては、2001年に初めて山西医科大学看護短期大学が創設され、それ以降は大学、大学院も開校され、現在では看護学士、修士も輩出している。質の高い看護教育をめざし、質の高い看護職員を育成している。我々は日本におけるリプロダクティブヘルスに関する発表として「女性の生涯における Reproductive Health と看護」「糖尿病女性の妊娠・出産・育児の支援」「性感染症予防のための婦人科受診行動 支援」「日本における産痛への援助」「開業助産師の活動（1）—育児支援—」「開業助産師の活動（2）—出産支援—」アトピー性皮膚炎乳幼児の母親への支援」を行い、山西省側からは「山西省の女性と子どもの医療の現状」についての発表がなされた。約320人の看護関係の方々の参加者があった。ただ、我々日本側の発表が主体となっており、中国側の発表が少ないのがやや残念であった。



図2 山西医科大学



図3 看護学会発表会場

¹ 石川県立看護大学

山西医科大学附属病院のほかに、児童・女性病院を視察した。この病院は、日本の母子センターのような役割を果たしている。14歳未満の児童および女性を対象としており、山西省全土より患者が搬送されてくる基幹病院となっている。全800床あり、児童の入院数は年間2500人以上である。児童の肺炎等の呼吸器疾患は少なくなく、気候、季節性のほかに、前述した大気汚染も大きく影響していると考えられた。近々、本病院施設は現在規模の倍にあたる1600床に拡張することになっているとの事であった。NICUに関しては、出生体重が500gの新生児のケアに成功したと院長が説明された。欧米や日本等からの医療先進国よりその技術を急速にまた確実に取り入れ医療の改善が図られている様子が伺えた。母親たちは、感染予防のため直接NICUに入室することは禁じられていたが、NICU室内全体が写されるカメラがあり、コンピューターを介して大きなスクリーンに映し出される。そのスクリーンを通して母親がわが子の様子を見ることが出来るシステムとなっていた。NICUにおいては徹底した母児分離の感染予防管理が行われている様子であったが、NICUにおける直接的な母児接触には様々な利点もあるのだが、それらの見解についてお聞きする十分な時間がとれず、今後の情報交換での宿題となった。

分娩室にはLDR (Labor-Delivery-Recovery) bedは設置されていなかったが、基本的には、ほぼ日本と同様の状態であった。産痛に関しては、針麻酔という方法が文化革命時には、宣伝のために使用されていたこともあったらしいが、現在は使用されていない。ほとんどが産痛緩和に関して自然が主体となっているが、一方で硬膜外麻酔に関するパンフレットも用意されていた。



図4 山西医科大学附属病院分娩室風景



図5 山西医科大学附属病院

短期間の訪問であったので十分な情報を得るまでは届かなかったが、今後の中国での産痛とそのケアに関する研究を行うための準備として人的な繋がりをもてたことは大きな収穫であり、協力が得られることが確認された。

最後にこの訪問に関して、山西省衛生庁国際センター、山西省看護協会、山西医科大学および附属病院の方々に心から感謝申し上げます。

本視察は科学研究費補助金（基盤研究C 吉田和枝）を受けて実施した。

(受理：2009年12月30日)

**Participation in a Nursing Conference
at Shanxi Medical University**

Kazue YOSHIDA

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。）の所管事務のうち、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、この規程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人一遍とする。

(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、その他とし、次の通り定義する。

総説：特定のテーマについて多面的に内外の知見を集め、当該テーマについて総合的に学問的状況を概説し、考察したもの。

原著：独創的な新たな価値・寄与がある新規性を有するもの。

報告：新規性には欠けるものの、研究成果が報告に値するもの。

資料：新規性に欠け報告として若干不十分ではあるものの、資料的な有用性を有するもの。

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 一遍の紙幅は、本文、概要、注釈等を含めて、文字数で20000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) 本学専任教員および投稿者

(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。
- 3 平成 22 年 3 月 4 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. A 4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)とファイル(提出者名を明記)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, 和文横書きでは上32mm, 下23mm, 左右25mmずつの余白を空け, 題目, 著者名, 概要, キーワードは44字×47行の1段組とし, 本文は22字×47行の2段(段間3字)とする.
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250語以内と英語のキーワード5つ以内を掲載する. なお, 概要, キーワードは, 級数を8.5ポイントとし, 左右の枠から3.5字空き左右中央に印字する. また, 「キーワード」あるいはKey wordsは, 太字で強調する.
2. 著者名と概要との間は, 行間が1行空きになるように印字する.
3. キーワードは, 概要の下に1行空けて印字する. キーワードの下は, 1行空きとする.

(本文)

1. 章の見出しは, 級数を10ポイントとし, 1. はじめに, 2. 方法, …のように全角算用数字を付し, 左右中央に「ゴシック体(太字)」で印字する. ただし, 謝辞, 参考文献・注記・付録には算用数字を付けないものとする.
2. 節の小見出しの級数は, 本文と同じく10ポイントとし, 左端から1. 1, 1. 2…のように全角算用数字を付し, ゴシック体で印字する.
3. 項の見出しは, 級数を10ポイントとし, 左端から全角明朝体で(1), (2)…のように付して印字する.
4. 和文において改行する場合は, 文頭を1字下げる. 英文では文頭を2字下げる.

(図・表・写真)

1. いずれも単独で意味が十分通じるようにまとめ, それぞれできる限り簡潔なキャプション(説明文)を本文と同じ文体で付す.

2. 図・表は、原稿ではそれぞれ順序に従い本文の後に配置する。本文余白に挿入箇所を青で記入する。原図と異なる刷り上がり大きさを希望するときは明確に指定する。図・表中の文字の級数は8ポイント以上、表中の文字は明朝で印字する。
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. 原則として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○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。
4. 平成 21 年 6 月 29 日改訂。
5. 平成 22 年 3 月 4 日改訂。

編集後記

石川看護雑誌第7巻を発行し皆様に届けることができましたことを嬉しく思います。

ここ数年は大学院生や卒業生からの投稿も見られ、自分が行った研究をまとめていくという姿勢が徐々に定着してきているようでその傾向が続くことを今後も期待したいと思います。また昨年度に引き続き特別報告として海外での調査や学会報告を掲載しました。多数の読者が興味深く感じて読んでいただけるのではないかと思います。

また石川看護雑誌もその発行の歴史とともに規定の見直しが必要になってまいりました。今回、石川看護雑誌発行規定の論文の種類定義を明確にするとともに、執筆要領の論文の体裁、様式の部分を訂正しました。投稿される方々のご協力を得ながら編集作業が迅速に進めていくことができるものと期待しています。

平成21年度石川看護雑誌編集委員会（武山・谷本・油野・西村・浅見）が本巻の編集作業を担当しました。また長田図書館主任専門員にもご助力をお願いしました。

最後になりましたが、編集作業を進めるにあたり、学内、学外を問わずたいへん多くの先生方に査読をお願いし快くご協力いただきましたことを感謝したいと思います。

石川看護雑誌第7巻編集委員長 武山 雅志

石川看護雑誌
第7巻

ISSN 1349-0664

2010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：鶴川印刷株式会社

Ishikawa Journal of Nursing

ISSN 1349-0664

Volume 7

March 2010

Edited by committee of Reseach, Ishikawa Prefectural
Nursing university

Published by Ishikawa Prefectural nursing university

Tsu 7-1, Nakanuma, Kahoku City, Ishikawa 929-1212,

Japan

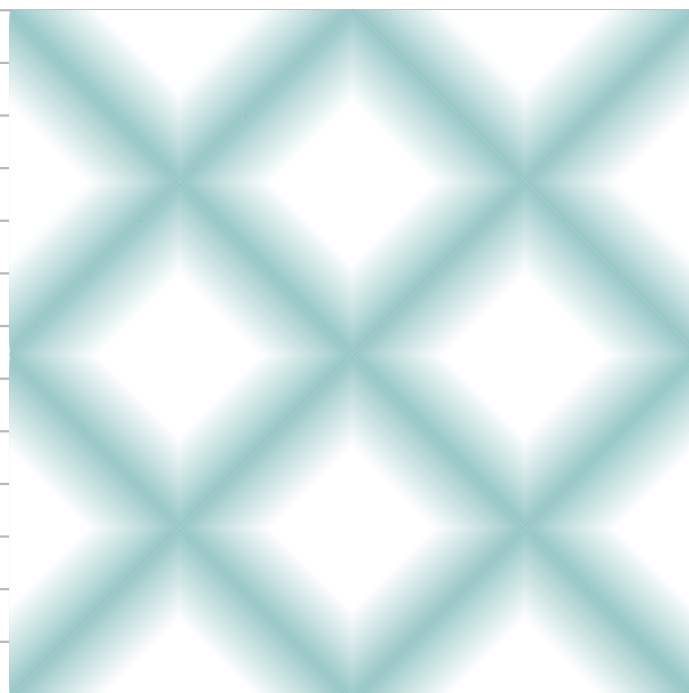
Printed by Ugawa Printing Co.,Ltd.

© 2010 Ishikawa Prefectural Nusing university. All rights
reserved.

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

Vol.7 ■ 2010



Ishikawa Prefectural Nursing University