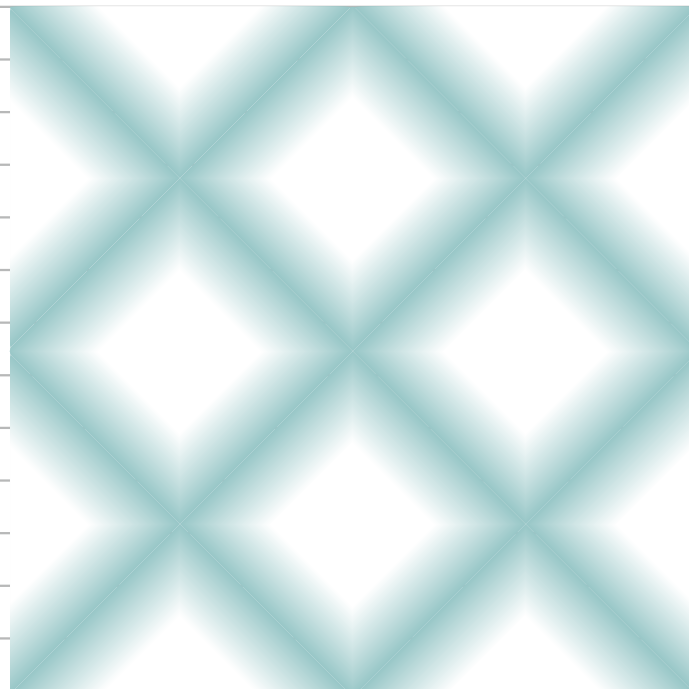


Ishikawa Journal of Nursing

石川看護雑誌

第8巻 ■ 2011



石川県立看護大学

ISSN 1349-0664

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

第8巻

Volume 8

2011

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

石川看護雑誌

第8巻 (2011年3月)

目次

石川県立看護大学開学10周年記念講演

「これからの看護の課題 -次世代看護職に期待する-」

近大姫路大学 学長 南 裕子 1

総説

Community-Based Participatory Research (CBPR) :

その発展および社会疫学との関連 9

大木秀一, 彦 聖美

原著

北陸女性成人歯列弓の時代変化について 21

橋田 典子, 木村 賛

報告

病棟看護師による退院調整活動の実態と課題

—退院調整活動質指標を用いた調査から— 29

丸岡直子, 洞内志湖, 川島和代, 下嶋恵美子, 向井孝子

尾崎真裕美, 古本桂子

進行がん患者の療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす患者・家族の要因 41

坂井桂子, 塚原千恵子, 岩城直子, 牧野智恵

「リハビリテーション維持期にある心疾患患者の自己管理能力を支える指針」

～自己の看護実践の分析を通して～ 51

藤田 三恵

臨地実習における看護技術修得状況の実態 (2009年報告) 61

東雅代, 村井嘉子, 大場みゆき, 阿部智恵子, 天津栄子,

多久和典子, 武政奈保子, 林一美, 吉田和枝

成人看護学実習における看護技術修得状況の実態 73

木村久恵, 村井嘉子, 牧野智恵, 丸岡直子, 岩城直子,

洞内志湖, 加藤亜妃子, 榊原恵子

医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題 83

加藤亜妃子, 牧野智恵, 岩城直子, 中田有美, 木村美代,

佐々木順子

資料

看護実践力の向上を支援するためのシナリオ学習教材の開発	93
村井嘉子, 堅田智香子, 加藤亜妃子, 彦聖美, 藤田三恵, 田村幸恵, 丸岡直子, 川島和代	
太極拳の実施が認知機能に与える効果に関する文献レビュー	103
孫 皎, 佐々木順子, 大木秀一	
石川県内の高齢者介護を行う介護者の「家族介護者の会」の実態の検討	109
林一美, 子吉知恵美	
V.E. フランクル理論における病の中の苦悩の意味の検討	
－「意味への意志」に焦点を当てて－	117
牧野智恵	
タジキスタン共和国国別研修の「母と子のすこやか支援プロジェクト」 (第1フェーズ)の成果とその評価—2005～2007年度における研修員の アンケート調査より—	127
鈴木祐恵, 彦聖美, 浅見洋, 金川克子, 伴真由美, 西村真実子, 大木秀一, 木水薫代	

特別報告

Council of Multiple Birth Organizations (COMBO) の総会に出席して	139
大木秀一	
フランス訪問看護事情視察参加報告	143
林一美	
ハワイ大学での1週間	147
野村 潤	

発行規定	151
執筆要領	153
編集後記	157

Ishikawa Journal of Nursing

Volume 8 (March 2011)

Contents

Special Commemorative Lecture for the 10th Anniversary of Ishikawa Prefectural Nursing University

- Nursing in the future : Challenges, prospects, and expectations 1
Hiroko Minami, President, University of Kindai Himeji

General Article

- Community-Based Participatory Research (CBPR):
The Development and Relevance for Social Epidemiology 9
Syuichi OOKI, Kiyomi HIKO

Original Article

- Secular Changes in Dental Arches among Adult Hokuriku Women 21
Noriko HASHIDA, Tasuku KIMURA

Reports

- The Actual Situation and Issues Discharge Planning Activities of Ward Nurses
– Investigation Using Discharge Planning Quality Indicators – 29
Naoko MARUOKA, Yukiko HORANAI, Kazuyo KAWASHIMA,
Emiko SHIMOJIMA, Takako MUKAI, Mayumi OZAKI, Keiko HURUMOTO

- Factors Influencing Advanced Cancer Patient
and Their Family Decision-Making about Treatment Place 41
Keiko SAKAI, Chieko TSUKAHARA, Naoko IWAKI, Tomoe MAKINO

- Guidelines for the support of self-management in patients with cardiac disease during maintenance
phase cardiac rehabilitation 51
– Through an analysis of my nursing practice –
Mitsue FUJITA

- The Current Situations of Nursing Skills Acquired through Nursing Clinical Practice 61
Masayo AZUMA, Yoshiko MURAI, Miyuki Ooba, Chieko ABE, Eiko AMATSU,
Noriko TAKUWA, Nahoko TAKEMASA, Kazumi HAYASHI, Kazue YOSHIDA

- The Current Situation of Acquisition of Nursing Skills in
Adult Nursing Clinical Practice 73
Hisae KIMURA, Yoshiko MURAI, Tomoe MAKINO, Naoko MARUOKA,
Naoko IWAKI, Yukiko HORANAI, Akiko KATO, Rieko SAKAKIBARA

Problems Related to Home-based Palliative Care of Cancer Patients Recognized by Healthcare providers	83
Akiko KATO, Tomoe MAKINO, Naoko IWAKI, Yumi NAKATA, Miyo KIMURA, Junko SASAKI	
Materials	
Development of scenario learning materials to support improved practical nursing competence	93
Yoshiko MURAI, Chikako KATADA, Akiko KATO, Kiyomi HIKO, Mistue FUJITA, Yukie TAMURA, Naoko MARUOKA, Kazuyo KAWASHIMA	
Effect of Practice of Tai Chi on the Cognitive Functions: Review of the Literature	103
Jiao SUN, Junko SASAKI, Syuichi OOKI	
Examination of actual condition of family caregiver groups providing care for the elderly in Ishikawa prefecture, Japan	109
Kazumi Hayashi, Chiemi Neyoshi	
An Investigation into the Meaning of Suffering during Illness in the Theories of V.E. Frankl – The Will to Meaning –	117
Tomoe MAKINO	
Evaluation of the “Maternal and Child Health Support Project” in the Republic of Tajikistan — A Survey of Trainees from 2005 to 2007—	127
Sachie SUZUKI, Kiyomi HIKO, Hiroshi ASAMI, Katsuko KANAGAWA, Mayumi BAN, Mamiko NISHIMURA, Syuichi OOKI, Tutayo KIMIZU	
Special Reports	
Participation in the Council of Multiple Birth Organizations (COMBO)	139
Syuichi OOKI	
Group Participation to inspect Home Care Nursing in France	143
Kazumi HAYASHI	
A Week at the University of Hawai'i	147
Jun NOMURA	
Regulation	151
Instruction to Authors	153
The Editor's Notes	157

石川県立看護大学開学 10 周年記念講演

「これからの看護の課題 一次世代看護職に期待するー」

近大姫路大学 学長 南 裕子

このたびは石川県立看護大学開学 10 周年おめでとうございます。心からお祝い申し上げます。

今日は、これからの看護と看護学の課題について、大きくは5点でお話させていただきます。

グローバル・ヘルスに強いナースになろう

石川県立看護大学は国際交流にたいへん力を入れておられ、ワシントン大学をはじめ様々な国との交流を活発にされていると伺っております。この「国際交流」と「グローバル・ヘルス」とは、どこがどう違うのでしょうか。

「グローバル・ヘルス」という考え方は、10 年ほど前にアメリカの医学部から発祥しました。それまで「国際交流」や「国際医療」と呼ばれていたものが、「グローバル・ヘルス」という考え方になり、アメリカの看護系大学の約3分の1が「グローバル・ヘルス」に関する科目、またはそれに類したものを設けているそうです。

この「グローバル・ヘルス」という考え方は、アメリカのみならず世界的な規模で重要になってくると思います。そうすると、グローバルに考えながらローカルに仕事することができる看護職、つまり、地球規模でものを考えながら目の前の仕事に取り組むことができる看護職、その一方で、ローカルに仕事をしながらグローバルに発信することができる看護職の存在も、ますます重要になってきます。

日本は素晴らしいことをたくさんしており、世界にとって大きな財産となる知恵も知識も技術も持っているのですが、言葉のバリアもあり、それらをなかなか発信できていないのが現状です。こういったことを踏まえながら、世界を地球規模で見ていきましょう。

まず、世界の人口から。インターネットに入って、「世界の人口」と検索しますと、国連等のデータから推計された世界の人口の統計が出てきます。目の前で数字が変化し、どんどん人口が増えていくのがわかります。1秒に何人も増えていくのですが、一方では生まれる人がいて、一方では亡くなる人がいて、その差で1人ずつ増えていくのです。この感覚を味わってみてください。

このように、人が増えるということは、豊かな地球を作っていく可能性も増えるということです。このことがどういう意味を持つのか、これを機会に考えてみてください。

ヘルスの問題はグローバル化が進み、国境のない課題がたくさん出てきている今、グローバル・ヘルスは何故必要なのでしょう。

私たちは絶えず変化する国際社会で生活しており、国内外の影響を常に受けています。今、宮崎で動物たちの大きな悲劇が起こっていますが、こういう問題というのはすぐに国境を越えていきます。私たちも身の回りに国境を越えたものをたくさん持っているのですが、自分が国境を越えたものを持っているということは、ほとんど認識していないと思います。ヘルスの問題も同じです。

健康及びヘルスケアは、国際社会、政治、経済、環境、文化問題の影響を受けているという認識が非常に強くなってきています。だからこそ、お互いから学びあうことができ、健康を改善できるようになるのです。グローバル・ヘルスの問題には、グローバル・ヘルスにかかわる人々の協力によってのみ解決されるものがあるので、医療職の人たちはみな、グローバル・ヘルスに強い人になって欲しいと思います。

私たちは想像力をたくましくし、世界の人々がどんな生活をしているのか、ときどき立ち止まって考える必要があるかと思っています。日本のように80歳を越える長寿を楽しんでいる国々もあれば、同時に40代の寿命で亡くなっていくという国々もこの世界のなかには存在しています。私たちは、彼らから学ぶことがたくさんありますし、私たちが彼らに対してできることもたくさんあると思います。

例えば、ウガンダの子どもたち。彼らは食べるものも、安全な水もなかなか手に入れることができないのですが、こういう子どもたちのことを絶えず頭に入れておく。例えば、紛争、戦争はどんな問題を起こすだろうか。2007年には少なくとも52カ国で2,600万人の国内避難民が、1億1,400万人に達する亡命者がいたとされています。災害についても、自然災害を避けることはできま

せん。災害に強い土地を、建物を、そして人々の健康、生活を作っていくしかないのです。

もちろん良いこともあります。例えば医療、遺伝子科学、宇宙科学というのは日々進歩しているので、ここにいらっしゃる学生さんの中から、宇宙に行かれる方が出てくるかもしれません。そのうち、助産師が宇宙で子どもを取り上げるようになり、看護師が宇宙で生活する人々のケアに当たる時代が来ると思いますが、それに対して私たちは準備ができていますでしょうか。看護学の発展は、他の科学の発展に比べて発展しているのでしょうか。そういったことにも考えを巡らせていただきたいと思います。

国連はミレニアム開発目標として、八つの目標を掲げていますが、なかなか到達できない状況にあります。どうしてかという、私たち日本人も含め、発達した環境にいるアメリカ人やヨーロッパ人は、このことを我がこととして日常的に捉える能力がないからだと思います。これからの看護教育において、グローバル・ヘルスをカリキュラムへ統合していく際には、国際交流、国際看護とは違った視点、ビジョンが必要とされているのだと感じます。

看護の課題をグローバルに考えよう

ヘルスの問題だけではなく、看護の課題もグローバルに考える時代になってきています。

看護師不足の問題は日本でも多くの人が実感されていると思いますが、世界的に見ますと、大変な非常事態となっています。例えば、アメリカでは、2020年には40万人の看護師が不足するといわれています。政府のテコ入れで看護大学にお金を注いでいるのですが、とても間に合わないと思います。カナダでも、2016年には11万人余りの看護師が不足するといわれています。このような大きな国がこれだけの数を必要とするということは、今後、世界中の看護師が吸引される可能性が多にあるということです。語学に強い看護職が増えていくにつれ、どんどん移住していくと思います。私も若いときにアメリカで交換看護師として2年間生活したことがあります。この経験は今日の私にとって非常に大きな基盤となりました。

現在、すでに看護師不足が深刻な問題になっている国々もあり、ガーナでは1万人の看護師が必要とされているにもかかわらず、4千人しかいません。マラウイでは、戦傷病床に30人の看護

師しかいません。私が国際看護師協会、ICN (International Council of Nurses) の会長として訪問したウガンダでは、一番大きな病院の内科病棟、重傷者だけを集めたところに、日勤の正看護師が1人でした。そこで一体どうやって看護するのか。皆さんには想像がつかないことだと思います。そういった少ない国から大きい国がどんどん吸引していくということは、国際社会にとっては大きな課題です。

日本は今、インドネシアとフィリピンから看護師を受け入れるようになりました。これはEPA, Economic Partnership Agreement (経済連携協定) と呼ばれているものです。日本でも3名の方が国家試験に合格されました。この制度は、私が日本看護協会会長をしていたときに基盤を作ったのですが、日本の国家試験を日本語で合格しなければならないというのは大変なことです。

フィリピン・ナースや、インドネシア・ナースに対する偏見が看護界にあることを、私はよく耳にします。文化が違うから患者さんが戸惑うのではないかと、本当に十分な質があるのだろうかという疑問です。私は交換看護師としてアメリカに行っていたとき、フィリピン・ナースやインドネシア・ナースに出会いました。素晴らしい人たちです。彼女たちの文化は家族を大事にする、人を大事にするという文化で、しっかりとした宗教に支えられています。彼女たちがやって来ることで、日本の看護界は喝を入れられるのではないかと私は思います。

ところが、日本の門はたいへんハードルが高く、質を担保するためという理由で国家試験を課しています。私がアメリカで経験した交換看護師というのは、身分は看護師助手ですが、非常にクリティカルな、その人の能力に応じたケアができました。今、フィリピン・ナースやインドネシア・ナースは、屈辱的な経験をしています。それぞれの国では看護師として認められているのに、日本に来たら看護師として認められない。こういうことを察する力も持って欲しいなと思います。

このEPAは、一方で、国際的なモラルの問題を抱えています。各国の看護師と医師の対人口数を見てみますと、日本は人口1万人に対して看護師が95人います。しかし、フィリピンでは61人、インドネシアでは8人、ほかの近隣諸国でも日本ほど多くはありません。もともと少ない国から引き抜くことについての倫理的な問題はありますが、向こうの看護師が選択していく限り、私たち

日本人にはそれを受け止めていく仕組みが必要だと思えます。

ところで、世界の看護教育はどうでしょうか。看護の基礎教育は、職業（オキュペーションナル）教育から、専門職（プロフェッショナル）教育にシフトしています。それに加え、卒後研修・卒後教育におけるスペシャリスト教育が急速に進んでいます。

ヨーロッパでは長いあいだ、看護教育は専門学校で担われていました。例えばデンマークでは、看護師の教育は大人にする教育だということで、高校卒業後少なくとも1年間の社会人経験がないと、看護学校に入れなかったのです。社会人としてしっかり経験を積んだ人を看護教育する。これはフローレンス・ナイチンゲールの精神です。とはいえ、頭でっかちのナースを一番嫌がったのもデンマークです。ところが15年程前、突然方向転換し、看護教育を全て大学で担うようになりました。このあまりの変わりように驚いた私は、デンマークに行き、一緒にICNの理事をしていた当時の看護協会会長に「何なのこれは。このあいだまで大学化にすごく抵抗していたじゃない。」と詰め寄ったところ、EUの動きが高まってきているためだと言われました。看護の質を均等化する、つまり看護免許を相互に認め合い、均質化を求めるためには、大学における看護教育が欠かせないという発想です。この発想が世界的に広がってきているのです。

一方、教育と実践のギャップの広がりというのは、昔からあります。教育はあるべき姿論をやるし、実践は現代の問題に取り組んでいくので、基本的には違うのです。ですが、このギャップがだんだんと広がってきているというのが世界的な傾向です。

私は2005年から2009年までICNの会長を務めたのですが、皆さん、この組織がどのような活動をしているのかご存じでしょうか。皆さんの多くが、これから日本看護協会の会員になられると思いますが、日本看護協会の会員であることは、同時に国際看護師協会の会員でもあるので、一度は「ICN」のホームページに入ってみてください。

ICNの活動には、「制度管理」、「専門的実践」、「社会経済福祉」の3本柱があります。免許問題や資格問題の原案作成、基礎教育にはどのような能力が必要かということが示されたコンピテンシーの作成、そして倫理綱領の作成などが制度管理。看護実践の国際分類や高度実践看護の基準の作成、

看護の起業化といった専門的実践。そして、看護者不足等の問題に取り組んでいる社会経済福祉。

もちろん、このほかにもたくさんの活動を行っているのですが、その一つが女の子たちへの支援です。アフリカの国々では、教育のチャンスや生活、食べるものも、女の子が最後にされるという大きな問題があります。そういった問題を改善するために、フローレンス・ナイチンゲール国際基金、FNIF (Florence Nightingale International Foundation) を設立しました。

例えば、看護師の父親、あるいは母親をAIDSで亡くしたウガンダの孤児たち。この子たちが小学校から中等教育を卒業するまでの間に必要な教育費というのは、7万円ぐらいたそうです。お一人が7万円出す必要はないので、財布に余裕があるときに、1,000円でも2,000円でも、FNIFに寄付をしていただくと有り難いと思います。この子たちが学校教育を受けられるよう、ICNはウガンダ看護協会や現地の看護協会の看護師、小学校の先生と協力しています。

その他にも、非常に悪い水のために下痢で死んでいく子どもたちを救うため、安全の水のプロジェクトをP & G社と各国看護協会の協力のもとで進めています。湖から汲んできた澱んだ水に薬剤を入れてかき混ぜると、不純物が沈み、澄んだ水になります。私たちがこの水を飲むと間違いなく下痢を起こしますが、たったこれだけのことで、下痢を起こす子どもたちや、下痢によって命を落とす子どもたちの数は激減しました。このように、世界中の命や暮らしに恵まれていない人々に対して、ICNは日々、ささやかな試みを続けているのです。

ICNは貧しい組織です。日本看護協会は会員から年間5千円の会費を徴収しているのですが、そのうちの250円くらいをICNに回しています。しかし、世界には年間100円の会費すら払えない国々がたくさんあります。会費だけではとても成り立たないので、こういった財政状況を支えていく基金を集める必要があります。また、私たちはフローレンス・ナイチンゲール・ローズというバラを作りました。日本では、両陛下が植栽をしてくださいましたが、こういう世界のつながりに、日本の皇室の方々の協力も得ているのです。

また、災害看護にも積極的に取り組んでいます。世界における災害は、人的災害が一番多いのですが、自然災害も多く、特にアジア地域で発生率が高いのです。日本は自然災害の非常に多い国です

から、災害に強い看護職を育てる必要がありますし、災害時には、国境を越えた支援がお互いに必要となってきます。看護者が看護者を支えながら、それがモデルになって世界を動かしていく。そのような運動を、ICNが中心となって行っているのです。

チーム医療時代の看護の課題とは

今、日本の医療界で最も話題になっているのが、チーム医療です。世界では、「医療者」というより「ヘルス専門家」という呼び方をします。「医師」と「コ・メディカル」という表現はもうありません。厚生労働省も、もう「コ・メディカル」という言葉は使いませんが、先日、文科省に行ったとき、「コ・メディカル」という言葉を相変わらず使っていました。厚生労働省は使わないのに文科省はどうして使うのかと聞くと、「調べた結果、『医療従事者』や『医療職者』という言葉は使うけれども、『コ・メディカル』という言葉は厚生労働省では使わないので、文科省も使わないようにしましょう」と、医学教育課に言われました。ですから皆さん、「看護師を含むコ・メディカル」という表現はしないで下さい。こういった表現一つをとっても、本当に一チームとしてそれぞれの役割を担う時代が来たのだということを実感します。

なぜ今、チーム医療がこれ程までに注目されているのかというと、日本においては医師不足が発端になっているのですが、実は世界のニーズが変わってきているからなのです。1900年代、医療機関が扱うのは患者さんだけでした。つまり病気の人だけです。それが1970年代になると、医療機関を利用する患者さんは、半健常者が50パーセントになりました。いわゆる未病と呼ばれる人たちです。そういう人たちは前からいたのですが、医療機関はほとんど注目しませんでした。今ようやく、その未病と呼ばれる人たちが注目されるようになったのです。

近い将来、医療機関は健常者をも扱うだろうといわれています。大平健さんという精神科医が書かれた『豊かさの精神病理』という本の中に、このようなエピソードがあります。銀座裏にある聖路加国際病院の精神科にある患者さんが来られて、「私は幸せなんです、これで良いのでしょうか。」と受診されたそうです。はじめ、大平先生は自分をばかにしにきたのかと思ったそうです。その患者さんは、経済的にも豊かで、結婚も控えており、いわゆる絵に描いたような幸せな状

態。まさに健常者そのものです。しかし、不安になってきたのです。誰でも結婚前というのは不安になるらしいのですが、そんなことは当たり前のノーマルな反応です。それが、わざわざ精神科医のところへ受診に来るのです。

本当に狭義の患者さんだけを扱うのならば、医師中心の医療で良いと思います。看護師も診療の補助者としての看護師で良いと思います。しかし、先にあげたような事例を扱うようになってくると、医師だけでは対応できません。多くのプロフェッショナルが必要になってきます。だからこそ今、チーム医療が注目されるようになってきたのだと思います。

2010年3月19日に、厚生労働省が『チーム医療の推進に関する検討会報告書』が発表されました。チーム医療を推進するため、厚生労働大臣直轄で有識者による検討会が開催され、日本の実情に即した医師と看護師等の共同連携のあり方、役割分担や、看護師の専門性の向上といったことが検討されました。

この検討会の中では、看護の先駆的事例というものが取り上げられました。現在、一般に行われている看護以上に踏み込んだ看護、看護の先駆的な事例は一体どれだけだろうかと調査した結果、53例出てきました。それを見ると、医事法違反でも医師法違反でもなく、看護師が踏み込んで、かなり大きな役割を果たしているということが明らかになりました。なかには、麻酔を担当している看護師もいました。麻酔の導入はしていないけれども、麻酔の維持管理を行っている看護師もいましたし、慢性疾患の患者さんに対して、医師の指示があった薬の塩梅、増量や減量を担当している看護師もいました。造影剤の注入を行っている看護師もいましたが、その結果、患者さんの結果待ち待ち時間が2週間だったその病院では、その日のうちに検査結果が見られるようになったというような、素晴らしい事例があることまで分かりました。

こういった事例を基に、医師が看護師の行為をどう思うかという全国調査を実施したところ、医師からは、看護師なら誰でもいいというわけではない、ちゃんと準備ができていない看護師ならばそういう行為を行っても良いのではないかという意見が上がり、そこから更に、チーム医療に対する様々なことが発展していきました。NP (Nurse Practitioner: ナースプラクティショナー) や、さまざまなPA (Physician Assistant: 医療助手)

の話も話題になっていました。

このなかの、看護師の役割拡大の論点としては、誰が行うのかという問題があります。看護師全員なのか、それとも特定の看護師か、または何をすることができるようになるのか。それを行うということは、患者の安全を守らなければならないし、同時に、それを行う看護師の安全も守らなければならないということが議論になり、結果として、医療に従事する多種多様な医療スタッフが、おのおのの高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも、互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供していくということになりました。

今までの医療のもの見方とはかなり変わってきています。これは医師の指示のもとだけで仕事をしていくという発想から、もう少し踏み出した考え方が入ってきたからです。そのなかで、特に看護師の場合は、チーム医療のキーパーソンとなるため、専門的な能力のある看護師が自立的に判断できる機会を拡大し、看護師が行う行為の範囲を拡大しましょうということが話し合われたのです。

こういった状況の中で、「包括的指示」という言葉が出てきました。今までの「指示」というのは、一人の患者さんに対して、その患者さんにちょっとした変化がある度に変わっていました。症状が変わるたびに指示が変わっていたのです。そういうことから、もう少し丸めた形の指示の仕方になってくるのです。ということは、看護職の判断に、かなり高いものが求められるようになってくるということです。

特に、診療補助に関して、どう考えていくかが問題となってきます。今の法律下では、医師からの指示があったとしても、看護師には行えない行為というものがあるのですが、制度をきちんと整え、看護教育を高め、また、機械器具が安定化するようになってくると、看護師の役割拡大は大きくなっていくと思います。

2007年12月には役割分担の拡大に関わる通知があり、医師が薬剤を処方したあと、その量の調節は看護師でもできるようになっています。ということは、薬理学の知識がなければ、看護師はこの行為を行えないということです。救急医療におけるトリアージ、これは教育を受けた人だけですが、一般ナースでもできるようになっています。また、入院中の療養生活に関する指導なども、いちいち医師の指示を仰ぐ必要なくなってきました

し、患者・家族への説明も、看護師ができるようになりました。実際に行われているかどうかは別ですが、このような行為を行っても良いという通知が厚生労働省から来ているのです。

それよりも更に踏み込もうというのが、「特定看護師（仮称）」です。これは、ある一定の医学的知識や実務経験を前提に、包括的な医師の指示を受け、医行為を行うことができるスペシャリストを免許化しようとするものです。今、看護師は、「看護師」「保健師」「助産師」しかないのですが、更に、「特定看護師（仮称）」という名称が使われるようになってくるということなのです。

この「特定看護師（仮称）」というのは、大学院相当の教育が必要といわれています。「専門看護師」もかなり踏み込んだ医行為を行っているのですが、それ以上の特別な医行為を行えるとなると、当然のことながら、教育も変わる必要があるのではないかと指摘されているからです。

「特定看護師（仮称）」の条件は、①看護師として一定の実務経験を有し、②特定看護師の養成を目的とするものとして第三者機関認定の大学院修士課程を修了し、③第三者機関による認定を受けること、と報告書の中に出てきます。中身は決まっていますが、これは世界的にも、非常に画期的な制度です。日本の専門看護師の教育にしても、個人認定にしても、レベルの高さは世界のどこにも負けない制度ですが、これは患者さんの安全、ケアの質を担保するという意味において、大学院を出たからといって誰にでもできるわけではないという制度をあえて作ったからなのです。

このような制度があったからこそ、日本の「がんプロフェッショナル」という制度において、初めて「専門看護師」という言葉が入ることになったのです。日本看護系大学協議会が認定する専門看護師教育課程を持っているということが重要だと。がんプロフェッショナルという医学部のモデルのなかに、この「専門看護師」が導入されたということは、非常に画期的なことです。

日本看護系大学協議会では、専門看護師が看護専門職としてさらなる役割を担ってゆくために、高度実践看護師制度の検討に踏み出しています。世界的には、APNの基本的な能力についてはICNが作成しています。

現在、専門看護師の教育課程における履修単位は26単位ですが、それを38単位にまで上げていかないと、現在の社会のニーズに対応できないといわれるようになってきました。その矢先、特

定看護師（仮称）制度が突然厚生労働省から発表されたのです。

2010年5月22日に日本看護系大学協議会の総会があり、「特定看護師（仮称）」と呼ばずに「特定専門看護師」という名称を使い、43単位の教育課程を作っていく検討をしましょうということが認められました。特に、診療補助行為の役割が拡大していくと思います。

この「特定専門看護師」の定義については、次のように提案されました。「看護系大学院の教育を受け、個人、家族および集団に対してケアとケアの融合による高度な知識・技術を駆使して、対象の治療、療養過程の全般を管理・実践し、かつ、特定の医行為を実施することができる専門看護師」。特に「特定の医行為を実施することができる専門看護師」という一文が入りました。

では、「特定の医行為」とは一体どんなものか。誰がこの「特定の医行為」を検討するのか。

療養上の世話というのは看護師の業務独占なのですが、療養上の世話のアドバンス型、つまり専門看護師が非常に高いレベルで行っている療養上の世話と、一般のベテランナースが行っているそれとを比較したときに、どのような有意的な差があるのかという検証がなされていないのです。そのため、療養上の世話のアドバンス型に対して、業務独占をかけることができません。しかし、この「特定の医行為」を行うためには、療養上の世話のアドバンス型が不可欠ですので、そこを新たなチャレンジとして取り組まねばならないという問題が、今、看護界に起きています。

迷走するときは看護の原点へ帰ろう

迷ったとき、私は必ず原点に立ち返ります。私が聖路加看護大学に勤務していたとき、看護学の博士後期課程、いわゆる博士課程の原案を作る作業をいたしました。当時、看護学の博士課程を設置している大学はありませんでしたから、何もかもが初めての経験で、当時は、「医学とどこが違うんだい。」「普通の看護師とどこが違うの。」「看護学の研究なんてあるの。」とよく言われたものです。そのことを証明するために、当時はまだパソコンが今のように発達していなかったのですが、大変苦労しながら、段ボール箱何箱もの資料を作りました。

看護学の博士後期課程なんて時期尚早だと、学内でも散々言われました。今でこそ、看護学の博士課程を作るのは当たり前のことですが、当時は

それくらい批判されたのです。批判されると、批判された側は非常に迷います。本当にこれで良いのだろうか。私も、批判される度に迷わされてきました。

しかしながら、迷うというのは良いことです。自分の信じていたものを批判されるということは、防衛的に出るのではなく、本当にそうだろうか、自分が考えていたことは正しいことだろうか、自問自答する良い機会となるからです。

看護学の博士課程というのは、アメリカにも世界にもたくさんあります。私もアメリカで看護学の博士課程を修了してきましたので、あるのは当然というところからスタートしています。ところが、博士課程のない日本で、医学とどこが違うのか、看護学の研究なんてあるのかと問われると、やはり迷ってしまうわけです。

日本看護協会の会長をしているときも、なぜヘルパーさんに吸引をさせてはいけないのかというチャレンジを受けました。そして、迷いました。私たちは、それを生業とする職種、それを繰り返して、それで収入を得る職種としては、看護職しか安全性を保てないというスタンスで運動していましたが、本当にそうだろうか。国民のニーズはどのようなだろうか、社会はどう変化しているのだろうか。

そういうとき、私はフローレンス・ナイチンゲールに立ち返ります。彼女が、ケアの力で傷病兵の死亡率を42パーセントから2パーセントへと激減させたという事実が、どういう意味を持つのか。診療の補助と療養上の世話、つまりケアとケアをドッキングして、さらに高めていくことが、結果的に死亡率の激減といったことに繋がっていく。現代では、ナイチンゲールの時代よりもっと複雑で、もっと高度な知識と技術が必要ですが、ケアとケアをドッキングさせていくのが看護なのだということに、いつも立ち返っています。

「人と生活」というものを中心にして考えると、「加齢と健康状態」という問題を持ちながら、人は「環境」の中で生活をしています。その「加齢と健康状態」と「人と生活」の接点にかかわっていくのがケアで、「人と生活」と「環境」との接点にかかわっていくのがケアとします。私たちは「ケア」が専門だと、ずっと言い続けてきました。でも、現場では「ケア」の仕事のほうが多いのです。「診療の補助」と呼ばれるところです。ですが、だけど、「診療の補助」とは呼ばれたいくらい、看護師は重要な判断をしているので

す。

私たちは、患者さんの命を救っている職種です。ケアを通して命を救うこともあり、また、ケアを通して生活の質の改善をし、向上させているのです。ここに立ち返り、私たち看護師は何ができるのだろう、どこがPAと違うのだろうと考えます。

私は将来、NPも欲しいと思っています。ですが、今の日本は、「特定看護師（仮称）」としての、私は「特定専門看護師」と呼びたいのですが、移行期がある。しかし、いま言われている特定医行為というのは、診療の補助行為の拡大だけです。療養上の世話の拡大とドッキングしない高度な看護実践というものはあり得ないのです。そこが医師と看護師の違いなのだ、というスタンスに立ち帰って、打って出ていくことが大事だと思います。

看護学の発展に支えられた未来の看護

最後になりますが、私たちが看護の役割拡大をするにしても、実践が質的に変わっていくにしても、また、社会に対する役割が変わっていくにしても、それを支えているのは知識と技術です。もちろんフィロソフィーがあり、理念があり、人間観があるという教養と、医療者である特別な倫理感覚、これらを同時にあわせ持っていないといけない。だからこそ、看護学は重要なのです。だからこそ、看護の大学は重要なのです。

大学の卒業生は、実践家として活動していくのですが、看護学のような実践科学の場合、実践家が現場のなかで検証していくのです。自分の実践を通して、世間で言われている看護の知識は正しいのかどうか、新たな知識があるのかどうか。

私は、日本看護協会の会長や国際看護師協会の会長など、職能団体のヘッドを務めていたとき、痛切に苦しかったのは、看護学の知識が、学問が、育ちきっていないということでした。社会に対してインパクトのある、ある一定のエビデンスに基づいたことをきちんとと言える、そういう根拠がなかったのです。

医学のように、学問として育てている分野を見ていると、うらやましいと思います。だからこそ、今の学部の学生さんにぜひお願いしたいのです。現場へ出ていかれた時に、自分が習った知識が役に立つかどうか、検証してください。役に立たない、使えない知識は、母校の先生に「あれはあまり意味がない。」と伝えてください。

臨床家が言わなかったために、大学における看

護教育では、いまだにベッドメイキングに大変時間をかけています。そんな使えない知識はいりません。現場に必要な理念や考え方、今のニーズに基づいたベッドの作り方、例えば、たくさん管を持った患者さんがベッドに横たわっているベッドメイキングを、実践家である看護師は、大学の卒業生として、母校の先生に堂々と行って下さい。

また、私たち教育している者は、自分の教えている知識は正しいだろうか、根本的に違うのではないかと、絶えず思い続けていくことが必要なのではないかと思っています。

日本は環境が整ってきました。大学、大学院も増加し、それに伴い研究者も増加して、研究能力の高い実践家がどんどんと育ってきています。実践のほう面白いからと、修士課程を修了しても大学の教員になりたがらない人も多いのですが、これは素晴らしいことだと思います。

こういった研究能力の高い実践家が育つとともに、学会も発達してきています。ただ単に研究発表をしたり、学会誌を発行するだけではなく、学会としての提言ができるようになってきたのです。学会の連合体としての日本看護系学会協議会も生まれました。

先ほど申し上げた「高度専門看護師」、「特定専門看護師」の教育課程は、今後、第三者機関によって教育機関として認められますが、そうすると、日本看護系学会協議会が大きい役割を果たしていくことになると思います。特定の医行為を特定していかなければならないからです。そして、一般ナースではできないと誰が判定するのか。それは、看護系学会が医系の学会と共同して、学問的に証明しないといけないのです。今後、学会の役割がすごく変わってくると思います。もちろん、学会だけでなく、日本看護協会やCNS協議会、NP協議会などの関係機関もここへきて変わってきているのですが、学問がこういった学会や機関を育てていくのです。その一翼を、石川県立看護大学は担い続けていかれるでしょう。

看護の目的と理念を基盤に、看護学の発展に支えられた看護職の育成と、制度の確立が求められていると私は考えます。

ご清聴、ありがとうございました。

総説

Community-Based Participatory Research (CBPR) : その発展および社会疫学との関連

大木秀一¹ 彦 聖美¹

概要

Community-Based Participatory Research (CBPR) は、1990 年前後から米国公衆衛生学分野において概念が整理され始めた地域参加型研究のアプローチである。特に、米国における健康格差問題の是正に向けた対応手法の1つとして環境保健分野から始まり、現在では公衆衛生領域全般さらには隣接領域における多様な課題に応用されている。一方、社会疫学は、社会文化経済的な要因が健康に与える影響を追求する疫学の一領域として同時期に発展してきた。両者は独立して興隆してきたが、集団レベルでの健康という視点から、社会的決定要因に基づく健康格差を生態学的モデルでとらえる点で共通項を見出す。今回、CBPR の発展過程と疫学研究の現状を踏まえ、両者の関連について考察した。

キーワード Community-Based Participatory Research (CBPR), 社会疫学, 生態学的モデル, 健康の社会的決定要因 (Social determinants of health), 公衆衛生学

1. はじめに

Community-Based Participatory Research (CBPR) は、研究の開始から評価まで全てのプロセスで地域住民と研究者がパートナーシップを形成し課題に取り組む研究ないしアプローチである¹⁻¹⁷⁾。住民参加の考え方そのものは決して新しいものではないが、概念や原則、科学的合理性などが網羅的・集中的に整理され、主として米国の公衆衛生学領域で大きな関心を集めてきたのはここ10年のことである。その発展プロセスは人種問題、構造的な健康格差の是正、社会的公正 (social justice) などを背景としている。

集団全体へのアプローチの効果が再認識され、地域住民の力を取り入れた予防やケアの重要性が指摘される現在、CBPR は今後日本における保健医療分野でも有用なツールとなる可能性がある。

一方、疫学は公衆衛生学の基礎領域として集団レベルでの健康事象の頻度と分布を記述し、健康事象に影響を与える要因を分析し、健康増進・疾病予防へ応用する。疫学の中でも社会疫学¹⁸⁻²⁰⁾ は特に健康の社会的決定要因 (Social determinants of health: SDOH)²¹⁻²⁵⁾ に注目する新たな分野である。

著者らは、CBPR という参加型研究のアプローチと社会疫学という一見無関係な領域が、健康格

差の社会的決定要因に生態学的モデルで取り組むことに接点を見出した。今回、主として米国における CBPR 発展の歴史的経緯を文献、特に米国の主要保健医療組織の報告書^{28,10,13)} をもとに整理するとともに、社会疫学との関連について考察した。CBPR 自体の詳細は適宜文献を参考にされたい。

2. CBPR の動向

2.1 CBPR とは

CBPR が Research なのか Approach なのか、などは未だ議論的である。"CBPR approach to research" という表現も頻出する。本論では主流に従って CBPR とする。

参加型研究と呼ばれるものはこれまでに多数存在するが、特に公衆衛生領域での CBPR はコミュニティを対象に健康格差の是正を主目的に発展してきたことが特徴である。

CBPR の定義はいろいろとあるが、代表的なものをいくつか紹介しておく。CBPR の第一人者 Israel ら²⁶⁾ によれば「パートナーシップに基づくアプローチであり、例えば、コミュニティのメンバー、組織の代表者、および研究者を研究プロセスの全ての場面で公正に含む。パートナーはそれぞれの持つ強みと責任を共有し、与えられた健康事象とコミュニティの文化的・社会的なダイナ

¹ 石川県立看護大学

ミクスの理解を深める。得られた知識と実践を統合してコミュニティメンバーの健康と福祉の改善を図る」とある。

Viswanathan ら¹³⁾は「協働的な研究アプローチであり、研究課題となるコミュニティのメンバー、組織の代表者、研究者の全研究プロセスでの参加を保障し、デザインされた研究である。その目的は、社会変化を含めた行動を通じて、健康と福祉を改善することである」としている。

Green and Mercer⁴⁾は参加型研究を「研究の応用だけでなく研究の開始から結果の全てに対して、潜在的なユーザーやステークホルダーを含むことを必要とするアプローチ」と定義している。また、「関与する人々のパワーバランスに変化が生じ、研究協力者が研究対象以上の存在になる。それはまた、インフォームドコンセント以上のものを提供する」としている。

2. 2 CBPRの源流

CBPRの源流は大きく2つある²⁷⁾。一方はAction Research (AR)、他方はParticipatory Research (PR)である。CBPRはARに由来する理論と実践の相互フィードバックを中心としたグループダイナミクスの流れに沿って、PRという実践活動を通じて発生してきている²⁷⁾。社会科学や国際開発などの分野では、ARやPRは比較的その歴史が長いものの、ヘルスサービスや公衆衛生領域という視点からの研究は比較的最近のことである。

2. 3 CBPRの原則など

CBPRという呼称は主として米国で近年発展してきた。類似の概念として、Action Research, Community-Based Research, Participatory (Action) Researchなど多数のものがある^{24,16)}。それぞれ成立過程や、目的・方法などの理論体系は異なるがいくつかの共通の原則が見いだせる。

現在のCBPRの原則は、Israelら¹⁾による参加型研究の広範な文献レビューがベースになっており、これを逐次修正したもの^{6,8,15,26)}が広く普及している。この文献レビューの背景には、個人レベルでの健康リスク対策の偏重や研究による学問知と実践活動の乖離に対する反省、さらに、健康格差問題の対応手段の模索など、米国の今日的な健康課題を反映した動機がある。CBPRの原則は以下の通りである。CBPRでは、①コミュニティをアイデンティティの単位と考える。②コミュ

ニティ内部の強みと資源・資産に基づいて活動を進める。③研究の全ての局面で協力的で公正なパートナーシップを促進し、エンパワメントとパワーシェアリングの過程を含むことで社会的不平等に関心を向ける。④全てのパートナーにおけるコラーニングとキャパシティビルディングを推進する。⑤全てのパートナーの利益のために、研究と実践活動のバランスを一体化する。⑥地域の公衆衛生学的な問題を強調すると同時に、生態学的な視点を持つことで、健康と疾患に対する複合的な決定要因を認識し関心を向ける。⑦循環し繰り返すプロセスを経ることでシステムの発展を含む。⑧獲得した知見と知識を全てのパートナーに普及させ、このプロセスに全てのパートナーを含める。⑨持続可能性のためには長期のプロセスとコミットメントが必要である。

なお、1998年の論文¹⁾において、Israel自身はCBPRという用語を一度も用いておらず、Community-Based Researchと表現している。つまり、この段階では概念の整理はできていたが、CBPRという用語は必ずしも定着していない。その後、Participatoryを追加したことについて、「知の創出から社会変化のプロセスにおける、大学人でない一般住民の参加(participation)や影響に力点を置くことを基本的な特徴」としており、「コミュニティの中で住民の限局的な関与のもとに行われた研究であれば単にcommunity-placed researchであって、コミュニティの社会・文化的総体とともに行うのがcommunity-based researchである」^{2,26)}と強調している。

Minkler and Wallerstein¹⁶⁾は、ジェンダー、人種、社会階級、そして文化という概念もCBPRの中核をなすという。Cultural humility (文化的謙虚さ)、Cultural Safety (文化的安全性)など、文化に配慮した行動を重視するのも、米国の人種問題などを反映したCBPRの特徴と言える。

ただし、以上の定義や原則は必ずしも全てのCBPRに含まれるわけではなく、またゴールドスタンダードとする必要も無く、コミュニティという現場の個別性に応じた目的に力点を置いて自由度を持って活用すればよいとされる^{15,16)}。

CBPRを促進する要因としては、①互いの信頼感、②プロセスの重視(意思決定や仕事への取り組みに対して参加者全てが心地よく満足感を持つようにする)、③資源の公正な分配(特に、資金の配分が重要で、その他、トレーニング、技術補助、データの所有権、様々な会議への参加や公表)、

などがあげられる²⁾。

Viswanathanら¹³⁾は、パートナーシップ構築の障壁を除く戦略としてワークショップの開催や勉強会なども有効であるとしている。

CBPRの実施に当たっては、①パートナーシップの形成と維持、②コミュニティとそのダイナミクスのアセスメント、③健康課題と研究課題の同定、④課題に対する行動、⑤パートナーシップおよび目的に対する評価、の5つのステップを取る^{15,16)}が今回はその詳細には触れない。

コミュニティメンバーが年に数回、委員会などに参加し研究計画やフィードバックの意見交換を行ってもCBPRとは言わない。そこには、全ての研究プロセスでのパワーシェアリングや決定権のコントロールがないからである。

2. 4 CBPRの興隆

CBPRのテキストとしては現在Minkler and Wallerstein^{7,16)}によるものとIsraelら¹⁵⁾によるものがある。

また、連邦政府の代表的な報告書としてはNational Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS: 米国立環境衛生科学研究所, NIH (National Institute of Health: 米国立衛生研究所) の1つ)²⁾, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ: 米医療研究・品質調査機構)¹³⁾, Institute of Medicine (IOM: 米医学研究所)¹⁰⁾がある。注目したいのは、公衆衛生領域でのCBPRが必ずしも、住民活動に端を発したアプローチ、あるいは地域づくりのツールとして発展してきたものではなく、時代の要請を受けて国の組織を巻き込んで発展した点である。

(1) NIEHSの取り組み

最初にCBPRの名称を用いて組織的に取り組んできたのはNIEHSである。Environmental justice (環境正義) という理念のもと1995年からCBPRプログラムを開始し環境問題に取り組んでいる^{2,3,5,9,28)}。ただし、当初はトランスレーショナルリサーチとしての意味合いが強い。

2000年3月にNIEHS主催の会議が開催され、80ページにわたる報告書²⁾にまとめられている。伝統的なpopulation-based医生物学的研究における住民の限局的な参加への疑問や住民参加の様々な効果に対する期待などを背景に、CBPRのモデルを示す必要があったのである。

NIEHSは、広範な社会物理的環境、健康影響、

介入戦略にかかわる新たなCBPRプログラムの発展と実施に中心的な役割を果たしており、その普及と利用を目指してきた。この会議には研究者以外に、公衆衛生大学院の代表、国や地方の健康当局、公私の資金提供団体など50人以上が一堂に会している。

会議の目的は、「CBPRの成功モデルを提供することと、その利用と支援を促進すること」であり、会議内容はCBPRの方法論と利用に大別される。方法論としては、①パートナーシップの構築、②CBPRのプロセス、③CBPRの評価、利用としては①研究と実際の介入、②ヘルスケアの提供とサービス、③社会資本と政策、についてプレゼンと討論を行い、CBPRの持つ有益さと推奨事項、課題が整理された。

CBPRの理論的根拠²⁶⁾として以下の9点が挙げられている。CBPRにより、①研究データは全てのパートナーに関係し、利用される機会が増える。②複雑な問題に取り組む際のパートナーが多様なスキル、知識、経験、感性を伴って参加できる。③地域住民の経験に基づくローカルな理論を取り入れることで研究の定義と質と妥当性が改善される。④得られた知識は直接の資源として関係者全員に利用され、また政策に影響を与える。⑤地域住民の研究に対する不信感を払拭する。⑥参加者相互に存在するであろう文化的なギャップを埋める可能性がある。⑦専門特化したアプローチでは、個人が文化や社会的コンテキストから分離され断片化されがちであるが、このような状況を打開する。⑧参加する地域住民に資源(資金やトレーニングなど)と就業機会の可能性を提供する。⑨コミュニティの健康と福祉を直接的・間接的に改善することを研究目的とできる。

CBPRの課題としては、①大学とコミュニティのパートナーシップの開始と維持、②特に大学というシステムにおける組織的なコミットメント、③研究者、プロバイダー、コミュニティのトレーニング、④プログラムやプロジェクトの評価方法の開発、があげられた。

(2) AHRQの取り組み

1) Community-Based Participatory Research Conference

2001年11月にAHRQ主催の大規模な会議が開催されている。2002年に公表された報告書⁸⁾の要約には「この会議の目的は、CBPRを通じて健康弱者の問題を改善することである。CBPRとは研究者とコミュニティの代表を含む協働的な研

究プロセスである。参加者はCBPRを支持し推進する戦略を発展させた。また、CBPRに対する障壁にも言及した。」とある。

コミュニティ、研究者、助成金提供者がCBPRに次第に関心を示すものの、十分に活用されていない背景を受けて、AHRQが研究者、コミュニティ代表、公私の助成金提供者など90名近くを一堂に会した会議を開催した。具体的には、①CBPRの支援体制を促進し、②CBPRを推進させるための戦略を発展させ、③政策プログラムを検討する際の資源としてCBPRの利用を検討した。

会議では、次のステップに移行するために以下の13の推奨事項が提出されている。①CBPRでは、コミュニティ内の適切な橋渡し役を介してコミュニティに入る。②研究領域ではCBPRを遂行するための専門家育成プログラムを発展させる。③連邦政府当局はCBPR推進と育成に向けて協働する。④助成金提供者はコミュニティ研究の能力を向上させることを目的とした助成を推進する。⑤助成金提供者はCBPRを強化し支援する助成金メカニズムを発展・拡大する。⑥助成金提供者はCBPRでの助成金申請に対してCBPRを理解できる査読者を養成する。⑦研究者とコミュニティメンバーは利益を共有するためのアドボカシー戦略を発展させる。⑧研究者は効率的にコミュニティメンバーとコミュニケーションを取れる手段を学ぶ。⑨CBPRに関心ないし経験のある国の組織はCBPR情報のネットワークを構築する。⑩CBPRのカリキュラムを発展させる。⑪CBPR実施のガイドラインと原則を発展させる。⑫Evidence-based Practical Center (EPC)では、CBPRの質評価の基準となるエビデンスを総合する。なお、EPCとはAHRQから委託を受けた、広範な文献レビューを実施し、エビデンスレポートを作成する大学等である²⁹⁾。⑬資金提供者は助成範囲を拡大する(トランスレーショナルリサーチなど)。

報告書を見る限り、研究職、コミュニティ、助成金提供者がバランスよく課題点とその解決策について、フリーディスカッションを行っている。この会議がその後のCBPRの動向にもたらした影響は大きいと思われる。

2) CBPRの質評価報告書

AHRQでは上記の推奨事項⑫を踏まえて、300ページに渡る報告書をまとめあげた¹³⁾。このシステムティックレビューでは、①CBPRの定義、

②CBPRの研究方法論とコミュニティへの関与の質、③CBPRのアウトカムがもたらしたエビデンス、④CBPRの助成金申請書のレビューの基準とプロセス、を検討している。

4つの検討事項に該当する可能性がある文献1,408件のうち、実際に検討対象となったものが297件であり、185件が検討事項に該当するものとして残った。評価から除外した文献とその根拠も掲載されているので、システムティックレビューとしての質は非常に高い。

この報告書を見ると、CBPRのいくつかの重要な特徴がわかる。まず、単にCBPRなどの検索語での検索に終わっていない点である。候補文献の内容を検討した上でCBPRとしての研究に合致しているか否かという基準で選んでいる。Community-based Participatory researchの語が、MEDLINE®上で出現するのは2001年以降である(2010年9月23日現在)。このレビューで検討した文献の半数以上はそれ以前のものである。CBPRの用語は用いていないが、実質的にはCBPRの内容である研究がかなり存在していたことになる。

次に、検討事項②の結果を見ると、半数は同一のプロジェクトが時期を変えて2度以上報告されたものである。これはCBPRという取り組みが長期になることを反映している。

論文数は2000年以降に急増傾向にあるが、その理由として1998年の国による"Eliminate Racial and Ethnic Disparities in Health by the Year 2010"構想が影響しているとしている。これに伴い、Healthy People 2010(米国健康政策)の目的に呼応するべく、公衆衛生領域で革新的な研究や実践のアプローチに対する関心が加速したのである。そのため、レビューの結果を見てもethnic minorityを対象とした研究が3分の1を超えている。また、NIEHS, CDC (Centers for Disease Control and Prevention), AHRQといった連邦政府を代表する保健医療の公的資金提供組織がCBPRを支援している。さらに、次第に質の高い研究報告が増えている理由は、助成金獲得を照準にした研究の増加と専門学術誌のCBPR特集号への掲載も反映したのであろう。

資金提供当局に対しては、CBPRを適切に評価するガイドラインが必要であり「多くのCBPR研究はコミュニティと組織の強い協働で実施されているが、こうした協働を確固たる研究方法に結びつけている研究は比較的少ない。今回の文献レ

ビューでCBPRの質と助成金提供方法の改善のためのガイドラインを作りうる」と結論している。

現在のところ、これを超えるシステムティックレビューは見当たらないが、既に報告から6年が経過しており、その間の文献的蓄積が急増していることから新たなレビューが待たれる。

(3) IOMの取り組み

2003年にIOM主導の21世紀の公衆衛生専門家教育委員会が報告書を公表している¹⁰⁾。その背景には、AIDSの脅威や肥満の汎流行などに対処すべく、多領域に通じた公衆衛生専門家の教育と養成が急務であることがあげられる。

その際、強調されているのが集団レベルでの健康と健康の生態学的モデルである。公衆衛生専門教育には、疫学を含む伝統的な5つのコア要素だけでなく、8つの重要な新領域をも網羅すべきであるとしている。CBPRはその1つであり、「研究の新たなアプローチであり、健康の多様で複合的な決定要因の重要性を認識した場合に、研究者と実践家、コミュニティメンバーの協働によりコミュニティの健康状態を改善するための必須項目になりつつある」としている。

また、CDCが当時で25のCBPR研究を助成している一方で、様々な課題も浮上している。課題を大別すると、①CBPRを語る共通言語の不足、②倫理委員会や審議会の無理解、認識の差である。

CBPRの意義として、「CBPRを用いることで最も扱いにくい健康や社会上の問題に対して、伝統的な研究スタイルと異なりコミュニティにとって本当に重要な問題を扱える。コミュニティメンバーや他のステークホルダーを研究プロセス全体を通じて含み、教育や社会変化のための行動を含む。そして、互いの尊敬、カラーニング、個人と組織の能力構築、システムの変化、研究と実践のバランスを強調するアプローチである」とまとめている。こうした連邦政府報告が、公衆衛生専門教育に与える影響は決して少なくない。

2.5 学術専門誌のCBPR特集号から見た動向

以上の動向に呼応するように2001年から2003年を中心に公衆衛生領域などの多くの雑誌が一斉にCBPRの特集号を組んでおり、当時の関心の高さを伺わせる。主要なものはAmerican Journal of Public Health (91 (12), 2001), Journal of Urban Health (78 (3), 2001), Health Education & Behavior (29 (3), 2002),

Environmental Health Perspective (110, Supple 2, 2002), Journal of General Internal Medicine (18, 2003), Ethnicity & Disease (16, 2006) などである。その全てを紹介することはできないが、CBPRに対する概念整理と理解が確実に進んでいたことは間違いない。

このうち、JGIMの特集号は2001年のAHRQの会議で決定した企画であり、内容的にも充実している。81本の投稿の中で11本が掲載されたものであり、その内容は対象も地域も手法も多岐にわたっている。一方、CBPRというアプローチがあまりにも幅広く利用されているため、その定義付けが困難であるとコメントしている³⁰⁾。

2.6 連邦政府からの資金提供

参加型研究に対する資金提供は何もCBPRに始まったものではない。しかし、その力点は、研究者主導のプログラムへの住民参加から、その後は、住民のプログラム作成への参加、さらには、研究成果を還元すること自体への住民参加へとシフトしている¹³⁾。いずれにしても助成金全体が減少しつつある中で参加型研究に特化した資金の公募の増加は注目に値する³¹⁾。NIH, CDC, AHRQが独自にあるいは協同して資金提供をしている。前述した、会議等の開催や報告書の作成などもその一環である。

しかし、CBPRへの助成の推進に対する課題がないわけではない¹¹⁾。例えば、①地域の自主性を支援する助成金の管理と選抜を中央集権化した連邦政府の機関が行うという明らかな矛盾、②助成金の該当項目そのものの制限、③一般住民の関与の程度に対する国、研究者、実践家の間での意見の不一致、④明らかに健康状態を改善するというエビデンスの不足、などである³¹⁾。国としての説明責任を果たすためには、特に、効果のエビデンス、CBPR概念の明確化、コア要素（キャパシティビルディング、エンパワメント、持続可能性など）の一貫した測定道具が要求される。

2.7 その後の動向

2004～2005年以降CBPRに関する情報は、学術論文だけでなく、実際のスキルアップのための実践プログラム、CBPRに積極的に取り組む組織のサイト情報など飛躍的に増加していく。その全てを網羅することはもはや困難を極めるが、いくつかの動きを述べておく。

例えば、Community-Campus Partnership for

Health (CCPH) という NPO では CBPR を支援するサイト情報を膨大に掲載している³²⁾。

2007 年には CBPR に関する専門誌 Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action が発行されている。その創刊号には、CBPR の特徴を反映した多様な研究領域（例えば、プログラム開発、教育やトレーニング、実践的ツールやスキル、コミュニティメンバーからの展望）の概説³³⁾と具体的な執筆ガイドライン³⁴⁾が掲載されている。

Minkler and Wallerstein^{7,16)} のテキストは 2002 年の初版から 6 年経過して 2008 年に第 2 版を出しているが、その内容が初版と大きく変化している。既に CBPR の原理・原則を論じる段階から、外的妥当性（一般化可能性）、実践に基づくエビデンス、実施の背景、そしてプロセスからアウトプットへ、特に政策レベルでのアウトカムに関する課題に重点がシフトしてきている。

AHRQ では今までの CBPR に対する取り組みの経緯を踏まえて 2009 年に最新のプログラム報告を出している¹⁷⁾。掲載されているサイト情報などをもとに、CBPR の最新動向が把握できる。

3. 疫学の現状と課題

3. 1 新公衆衛生運動と健康の社会的決定要因の流れ

1850 年代にロンドンでコレラが蔓延した際に、現在疫学の創始者の一人とされるジョンズノウが取った行動は住民に対する健康教育（個人へのアプローチ）ではない。汚染源と考えられる井戸のポンプのハンドルを外し使えなくすること（集団へのアプローチ）であった。感染症から生活習慣病・慢性疾患へと疾病構造が変遷した 20 世紀後半の先進国では、減塩指導・禁煙指導に代表される、疾病発生のリスク因子に対する、個人への介入が主として行われてきた。しかし、健康教育には長期的効果が意外と少ないことが明らかになっている。従来の個人への行動変容を求めるアプローチの限界に対する反動として、登場したのが新公衆衛生運動である³⁵⁻³⁷⁾。

健康の社会的決定要因 (SDOH) の考え方は、新公衆衛生運動やヘルスプロモーションの理念と密接に関係している。1976 年のマキューンの「医療の役割」、1974 年のカナダのラロンド報告、1978 年の WHO と UNISEF によるアルマアタ宣言（プライマリヘルスケア）、1986 年のキクブッシュによる「健康都市 (Healthy Cities)」の提案、

同年の WHO によるオタワ憲章（ヘルスプロモーション）、という流れを経て、先進国、途上国を問わず、個人の努力だけで健康の増進を図るのではなく、ライフスタイルを支える社会規範、文化的価値観、経済状況などの環境にも注目することとなる。さらに、狭義の保健医療のみではなく環境、食料、交通などを含めた公共政策を念頭に入れている³⁵⁻³⁷⁾。

1997 年の、21 世紀に向けた指導的健康促進のジャカルタ宣言 (WHO) で SDOH の重要性が強調され、1998 年には WHO による The solid fact²¹⁾ として健康と社会とを結びつける現実的かつ政策的な概念として成熟した。その後、内容を補充した第 2 版²³⁾が 2003 年に公表されている。この領域の科学的知見は英国の疫学・公衆衛生研究者に端を発し、欧米へと広がっている。2008 年には、WHO の健康の社会的決定要因委員会が、その最終報告書²⁵⁾を発刊している。

3. 2 疫学研究の現状と課題

疫学研究のパラダイムは時代とともに衛生活動、感染症疫学、慢性疾患疫学と変遷を遂げてきた^{38,39)}。しかし、特に近年の疫学研究では集団というよりはむしろ個人レベルの健康上のリスクの同定と、ライフスタイルの変容などのアプローチに偏り過ぎていることが度々指摘されている⁴⁰⁻⁴³⁾。このことは必然的に、人間を取り巻く社会、文化、経済といったより大きな枠組みに対する取り組みを低下させることになる。現代の疫学は高度な統計解析手法、あるいは分子レベルでの実験手法を中心とした要素還元主義に進む一方で、公衆衛生あるいは現実社会と乖離している危険性が度々指摘されている。

個人に対する疫学調査、リスクファクター発見重視の疫学研究は「ブラックボックス疫学」と言われる^{38,39)}。そこでは、個人と環境（曝露）の因果関係を統計的に、そして詳細な機序はブラックボックスに入れたまま、説明することが中心となり、ともすれば社会的要因や全体的なコンテキストを重視してこなかった。かつての衛生運動で行われたように、健康の社会的ダイナミクスに迫るためには、社会的文脈を踏まえた集団レベルの研究が必要である。

3. 3 社会疫学

健康に社会的要因が関与しているという考え方が科学的に実証されてきたのは比較的最近のこと

である^{21,22)}。この流れを受けてSDOHとそのメカニズムを広く研究する社会疫学が誕生し、発展してきた。社会疫学の主要なテキストをもとに社会疫学の定義を考える。

2000年のBerkman and Kawachi¹⁸⁾では、「健康状態の社会における分布と社会的決定要因を研究する疫学の一分野」という比較的、限局した定義を基本としている。Weed and McKeown⁴²⁾はこの定義には、実際の公衆衛生活動に向けた提言が含まれていないことを指摘する。

2006年のOakes and Kaufman¹⁹⁾では、「疫学の一分野であり、社会的な相互作用と全体的な人間の行動がどのように健康に影響するかを検討する」、言い換えれば「過去から現在における、社会の無数の状況設定が、どのように集団を構成する人間に異なる曝露と健康影響をもたらすかを探索する」とある。研究手法としても質的研究の意義に触れると同時に、実践的アプローチとしてCBPRについても頁を割いている。

同じく2006年のCwikel²⁰⁾では「健康、社会状態と社会問題、疾患およびその決定要因を系統的、包括的に研究するもので、疫学および、社会科学を利用する。介入、プログラム、政策、組織を発展させる。そして、健康問題や社会問題の程度や悪影響、発生率を減じ健康を増進する」と、かなり広範な定義をしている。方法論としては、やはり質的研究やParticipatory Action Researchなどに触れている。

以上の流れは、社会疫学そのものが本質的に持つ学際性と、参加型研究あるいは実践までを視野に入れた研究への時代的要請を反映したものであろう。社会疫学では、集団アプローチ（集団全体のリスク軽減による健康増進）や生態学的モデルを理論的ベースとする。生態学的モデルでは、個人の生物学的条件、個人の社会学的環境に加えてこれらを取り巻く、集団全体の社会環境を重層的に視野に入れる。その一方で、自然科学の側面として、社会的環境の心理的な影響の生物学的メカニズムの解明までもを視野に入れている（Biopsychosocial paradigm）。社会疫学もいまだ発展途上であるが、その統計解析方法や理論は急速に発展してきた。その一方で従来の疫学的アプローチのみでは解決しないテーマも多い。隣接領域の理論や研究方法を不用意に導入することを懸念する指摘⁴⁴⁾もある。しかし、全体的な流れとしては、学際性を重視する方向にあると言える。

4. CBPRと社会疫学の関連

4.1 CBPRと社会疫学の共通項

ここまで、CBPRと社会疫学について時代的な流れを追って解説してきた。両者にはいくつかのテーマがオーバーラップする。要点を整理すると、①健康の社会的決定要因（SDOH）ないし健康格差を重要課題にしている、②基本的なモデルとして生態学的モデルを採用する、③集団レベルでの健康改善を視野に入れている、ことがあげられる。

先述のIOMの報告書¹⁰⁾ではコミュニティに関与するもので、CBPRと明確に区別しうるアプローチとして、SDOH研究とsocial protective factors (SPF)研究をあげている。このうちSDOH研究の起源が社会疫学であることを明確に位置付け、集団という視点から個人の行動を社会的な文脈の中で理解する点、社会の重層的な構造に焦点を当てる点で、報告書の強調する公衆衛生の社会生態学的原則と符合する。また、SDOH研究、SPF研究ともに知見の蓄積はまだ予備的であるが、CBPRが公衆衛生領域で認められる際に、重要な論拠となるであろうと指摘する。CBPRという文脈の中で社会疫学が論じられたのは初めてのことであると思われる。

これまでに、CBPRをSDOHに適用してきた論文は比較的多い^{45,46)}。しかし、その多くは質的な研究に属するものである。逆に、疫学領域で参加型研究を論じたものとしては、Susser^{38,39)}を受けてSmith⁴⁷⁾がCommunity-based Epidemiologyの必要性を論じている。また、Loewenson⁴⁸⁾もグローバル化に基づく所得格差などを背景とする、従来の疫学では接近し難い対象に対する参加型アプローチの重要性を論じている。環境保健の分野ではpopular epidemiology⁴⁹⁾に代表されるように、比較的古くから住民参加を意識した活動がみられる。疫学領域にCBPRを適用する可能性について直接論じた論文はLeungら⁵⁰⁾およびLantzら⁵¹⁾であり、いずれもCBPRの専門家からの提言である。これらの論文をもとに以下ではCBPRと社会疫学の関連について整理する。

4.2 CBPRの導入によるメリット

疫学の現状と課題を考えた場合に、CBPRの導入は1つのブレイクスルーになる可能性を秘めている。コミュニティという現実的な場でデータを収集・分析していく方法論と、コミュニティと協働していくための戦略を発展させることで、疫学に対して新たな理論的枠組みを提供しうる。

CBPRの原則は、住民とともに健康増進や疾病予防を推進することを望む疫学者にも有益であろう。地域の健康課題を真に理解することで疫学領域自体の質や幅も向上し、社会的意義を積極的に強調できる。貧困層では健康度が低いというデータを集積しても、それだけで何も変化しない。いずれは健康に良い社会づくりあるいは社会変化への応用が期待されるであろう。そうした要請に応えるための1つの有力なアプローチがCBPRである。具体的には、次の通り整理することが出来る。

(1) 地域住民の研究者に対する信頼感の向上

地域住民は研究者が考えているほどに、研究者に対して信頼感を寄せているわけではない。その理由には、様々な人権を無視した研究の歴史などがある。また、研究結果が地域あるいは対象者に還元されないことも大きいであろう。当事者と単なるデータ提供者以上の関係を結ぶCBPRは、研究への不信感を軽減しうる。

(2) 当事者のニーズに基づく疫学研究の推進

研究者が考える住民のニーズと当事者が考えるニーズとはしばしば異なる。従って、複雑な健康課題に対しては、研究者主導の従来の疫学的接近だけでは真のニーズに応える結果を出せない。CBPRでは、従来の疫学では用いることがない質的研究（フォーカスグループインタビュー・参加観察など）を多用する。こうした研究を併用して量的なデータを収集すれば、その質は確実に向上する。

(3) データの量と質の向上

コミュニティの理解を得ることで、質問紙調査を行った場合の回収率の向上や、追跡調査による捕捉率の向上（脱落の低下）が期待できる。また、該当する対象者のデータが少なく、カテゴリー併合などで対応せざるを得なかった項目を独立させて分析できるので、統計的なパワー（検定力）の向上にもつながる。特に、これまでデータを収集しにくかった集団の協力が得られれば、選択バイアスが減少し研究の妥当性が向上する。

(4) 新たな研究課題の出現

研究を推進して行く上で当初の研究課題以外にも副次的な研究課題が発生する可能性がある。こうした研究課題を解くことで、個人レベルに加えて生態学的でコンテクストを含めたより複雑なリスク像を描き出せる。その結果はケアの質や公衆衛生サービスの改善など、ヘルスサービス研究の質の向上に貢献しうる。

(5) 研究成果のコミュニティ固有の政策への移行
公衆衛生の実践や集団の健康を増進する政策との関係性が強まる。全てのデータの収集・分析を待たずとも、研究途上で明らかな有病割合の差やリスクが見いだせれば、健康教育に移行し、新たなデータ収集の一部となり得る。

(6) 疫学研究の本質の再評価

CBPRを研究に利用することで、疫学研究自体が内包するバイアスや、コミュニティの健康を改善するためのより大きな構造的変化との関連で、今後の研究デザインをより精緻なものへと概念化し、実施しうる。また、妥当性概念などにおいてもこれまでの疫学的な見方をさらに発展させる可能性がある。

4. 3 CBPRを適用できる社会疫学研究

(1) 健康の社会的決定要因を同定し明らかにするための記述研究

特に、入手困難なデータを新たに集める場合に、CBPRを用いれば大幅に情報量が増え、計画が改良される可能性がある。効果的なデータの集め方、コミュニティメンバーの経験と洞察に基づく測定項目や測定方法などは有用である。

(2) 健康格差や健康関連危険因子をより深く理解し明らかにする研究

CBPRを通じて当事者がもつ固有の知識や考えがリスク因子に及ぼす影響を理解するのに役立つ。記述疫学研究であっても、CBPRは研究課題を新たな枠組みで再考し、焦点化する一助となる。特に研究者は自分の研究領域の価値観でコミュニティを見がちである。健康格差の研究にCBPRを用いることで、こうした危険を回避しうる。

(3) コミュニティにおけるニーズ、課題、有用な資源を同定し定義づける研究

ここでいう有用な資源（assets）とはCBPRにおける基本的な概念であり、狭義の社会資源にとどまらず、健康課題に対してコミュニティメンバーが独自にもつ考え方、対処方法、スキルを含む幅広い資源・財産である。コミュニティを外部から見ていてもわからない、メンバーの持つ資産や健康課題への対処スキルをCBPRでより深く同定しうる。

(4) 実際の介入や政策をデザイン・実施・評価する研究

どのような介入が最も実行可能で有効であるかを一番わかっているのは当事者である。また、これまでに行われてきた介入の可否に対する知識も

ある。専門家主導の介入よりも、CBPRを用いればコミュニティ独自の文化に適切に対応し、受け入れられるものがわかるので、より住民に密接で現実的、効果的な方法を決定し評価できる。

4. 4 CBPRを適用する必要があるかの判断

もちろん、全ての疫学研究にCBPRを用いる必要はないが、以下を参考に検討できる。

(1) キー・インフォーマント・インタビュー

特定のコミュニティにおけるニーズアセスメントや資源・資産の同定を含む研究では、研究プロセスに豊富な情報を持つ住民が関与すると研究の質が向上する場合がある。研究者は通常は研究対象とするコミュニティの住民ではないため、コミュニティの持つニーズや情報を十分には知らない。対象となる社会、文化の一員であり研究者が知りたい事柄に精通し、概念や言語、世界観、具体的事例などに関して的確な表現ができるコミュニティ内部の情報提供者（キー・インフォーマント）に対する聞き取りやコミュニティ内部における暗黙知の収集は、コミュニティのダイナミクスをより深く理解する上で不可欠である。

(2) プロセス評価と介入効果

プロセスや介入効果を評価する研究でも当事者の参加は有効である。これは、単にコミュニティ内部でのダイナミクスの理解だけではなく、より広い社会的文脈の中でローカルな地域を理解する際にも有用である。社会疫学研究では、コミュニティメンバーが発言権を持ったり、パワーを共有できなければ、入り込むことが出来ないような状況がありうる。

(3) 実践を踏まえた研究目的

研究のための研究を行うことは倫理的に問題となろう。研究のより大きな目的を知識の生産と、その知識からの具体的行動、状況改善による健康格差の是正とした場合に、CBPRは検討に値する。

4. 5 方法論上の問題

(1) 基本的な問題

基本的にCBPRは非常に時間がかかる。従って、決められた時間内で一定の研究成果を求められる現状では、採用しにくい面がある。予算に関しても、パートナー間での研究費の獲得とその公正な（公平なではない）配分が大きな問題となる。これまでの論考では触れていないが、コミュニティそのものの定義付けの問題がある。疫学では集団（population-based）という考え方は馴染みや

すいが、コミュニティ（community-based）という考え方は浸透していない。多様なパートナーとの関わりは強みであると同時にリスクもある。研究途上での信頼感や研究へのコミットメントにもばらつきが生じ得る。また、内部での様々な葛藤も生じる。研究と実践活動のバランスに対して、意見の相違がみられることも多く、妥協点を見出していく必要がある。

(2) 研究プロセスの完全性・客観性

研究者がコミュニティメンバーやステークホルダーを巻き込むことで、研究の客観性が失われること、あるいは、研究内容が妥協したものとなる恐れがある。研究デザインに対照群が入らない多くのCBPRで介入効果を特定する能力があるのかを疑問視する意見もある。参加型研究では、用いた研究プロセスに特有な結果は得られても、一般化はできないという指摘もある。

ここで検討すべきは、疫学研究者の実施する研究がより客観的で事実を反映し、問題点が少ないという前提が果たして正しいのかということである。以上は、CBPRに限らず、あらゆる参加型研究・質的研究で問題となる。社会科学との接点が必然的に大きくなる社会疫学においてこの課題は検討せざるを得ないであろう。

(3) CBPRは適切に機能するか

AHRQのシステムティックレビューによれば、CBPRは研究の質を高めても研究の質を下げることはない¹³⁾という。しかし、CBPRの長期の介入効果は今のところ不明である。もちろん、研究結果のpublicationバイアスはCBPRであるか否かを問わない。健康に関する参加型疫学研究は価値を付加する。社会疫学研究のアプローチとして十分考慮に値する。

5. おわりに

国内ではCBPRの基本にある、構造的な健康格差の是正や政策提言などを通しての社会変化に迫った報告は今のところ見られない。これは日米の公衆衛生教育に対する違いも影響していると思われる。すなわち、米国では公衆衛生学の今日的課題に取り組むためには、狭義の医学に限定せず、学際的な対応が必要であるとの認識から公衆衛生大学院（School of public health）教育が発展してきた。そのため、公衆衛生大学院を基盤として精力的にCBPRを発展させる素地があったと言える。また、新たな科学技術を評価する際に、連邦政府組織や資金提供団体を巻き込んだ大規模

なディスカッションが何度となく開催される。これは、今回検討した報告書を見れば明らかである。

SDOHあるいは健康格差に、疫学的手法を駆使して大規模なデータと自然科学・社会科学の広範な理論から接近するのが社会疫学であるとするれば、当事者とともコミュニティのありのままの現状を社会的なコンテクストのもとでリアリティを持ってとらえ直し、現場から社会変化を迫るのがCBPRと言えよう。もちろん、全てがCBPRによって解決する訳ではないし、CBPRが適さない課題も多数ある。しかし、CBPRという思考装置は広い意味でのコミュニティあるいは健康弱者を対象とした社会疫学研究および実践を行う時に有用なツールとなりうると結論できる。

謝辞

本稿の作成にあたり、山梨大学の中間敏美さんには多大なご協力をいただきました。

医療人類学者でありCBPR研究の第一人者でもあるワシントン大学看護学部コミュニティヘルス分野のノエル・J・クリスマン教授のもとで著者(大木)がCBPRについて学ぶ機会を得たこと、さらに、同教授を招聘し大学院生向けにCBPRの集中講義を7回にわたり行ったことも今回の論考の大きな契機となっている。その間、同教授を交えて著者らでディスカッションを繰り返してきた。同教授からは様々なご示唆、特に文化的背景の大切さを改めてご教示頂きました。深謝いたします。

引用文献

- 1) Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., et al.: Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*, 19, 173-202, 1998.
- 2) O'Fallon, L.R., Tyson, F.L., Dearry, A. eds.: *Successful Models of Community-Based Participatory Research. Final Report.* National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS), Research Triangle Park, NC, 2000.
- 3) O'Fallon, L.R., Tyson, F.L., Dearry, A.: Improving public health through community-based participatory research and outreach. *Environmental Epidemiology and Toxicology*, 2, 201-209, 2000.
- 4) Green, L.W., Mercer, S.L.: Can public health researchers and agencies reconcile the push from funding bodies and the pull from communities? *Am J Public Health*, 91(12), 1926-1929, 2001.
- 5) O'Fallon, L.R., Dearry, A.: Commitment of the National Institute of Environmental Health Sciences to community-based participatory research for rural health. *Environ Health Perspect*, 109(Suppl 3), 469-473, 2001.
- 6) Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., et al.: Community-based participatory research: policy recommendations for promoting a partnership approach in health research. *Educ Health (Abingdon)*, 14(2), 182-197, 2001.
- 7) Minkler, M., Wallerstein, N. eds.: *Community-Based Participatory Research for Health.* Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2002.
- 8) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) : *Community-Based Participatory Research Conference Summary*, Rockville, 2002. <http://www.ahrq.gov/about/cpcr/cbpr/> cited 2010 Sep 26
- 9) O'Fallon, L.R., Dearry, A.: Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. *Environ Health Perspect*, 110(Suppl 2), 155-159, 2002.
- 10) Gebbie, K., Rosenstock, L., Hernandez, L.M. eds.: *Who Will Keep the Public Healthy? Educating Public Health Professionals for the 21st Century.* National Academy of Sciences, 2003.
- 11) Minkler, M., Blackwell, A.G., Thompson, M., et al.: Community-based participatory research: implications for public health funding. *Am J Public Health*, 93(8), 1210-1213, 2003.
- 12) O'Fallon, L.R., Wolfle, G.M., Brown, D., et al.: Strategies for setting a national research agenda that is responsive to community needs. *Environ Health Perspect*, 111(16), 1855-1860, 2003.
- 13) Viswanathan, M., Ammerman, A., Eng, E., et al.: *Community-based Participatory Research: Assessing the Evidence, Evidence Report/Technology Assessment No.98,* Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ), Rockville, MD, 2004.
- 14) Minkler, M.: Ethical challenges for the "outside" researcher in community-based participatory research. *Health Educ Behav*, 31(6), 684-697, 2004.
- 15) Israel, B.A., Eng, E., Schulz, A.J., et al. eds.: *Methods in Community-Based Participatory*

- Research for Health. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2005.
- 16) Minkler, M., Wallerstein, N. eds.: Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes. Second Edition, Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2008.
 - 17) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): AHRQ Activities Using Community-Based Participatory Research to Address Health Care Disparities, Rockville, 2009. <http://www.ahrq.gov/research/cbprbrief.htm> cited 2010 Sep 26
 - 18) Berkman, L.F., Kawachi, I.: Social Epidemiology Oxford, 2000.
 - 19) Oakes, J.M., Kaufman, J.S. eds.: Methods in Social Epidemiology (Public Health/Epidemiology and Biostatistics). Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2006.
 - 20) Cwikel, J.G.: Social epidemiology: Strategies for Public Health. Columbia, 2006.
 - 21) Wilkinson, R., Marmot, M. eds.: The solid facts. World Health Organization, Copenhagen, 1998.
 - 22) Marmot, M., Wilkinson, R.G. eds.: Social Determinants of Health, Oxford University Press, 1999.
 - 23) Wilkinson, R., Marmot, M. eds.: The solid facts 2nd ed. World Health Organization, Copenhagen, 2003.
 - 24) Marmot, M., Wilkinson, R.G. eds.: Social Determinants of Health 2nd ed. Oxford University Press, 2006.
 - 25) WHO: Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health, World Health Organization, 2008.
 - 26) Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., et al. : Critical issues in developing and following CBPR principles. cited from 16) , 47-66, 2008.
 - 27) Wallwerstein, N., Durran, B.: The theoretical, historical, and practice roots of CBPR. cited from 16) , 25-46, 2008.
 - 28) NIEHS: Environmental Justice & Community-Based Participatory Research, <http://www.niehs.nih.gov/research/supported/programs/justice/> cited 2010 Sep 26
 - 29) <http://www.ahrq.gov/clinic/epc/> cited 2010 Sep 26
 - 30) O'Toole, T.P., Aaron, K.F., Chin, M.H., et al.: Community-based participatory research: opportunities, challenges, and the need for a common language. J Gen Intern Med, 18(7), 592-594, 2003.
 - 31) Mercer, S.L., Green, L.W.: Federal funding and support for reserch in public health and health care. cited from 16), 399-406, 2008.
 - 32) <http://www.ccph.info/> cited 2010 Sep 26
 - 33) Bordeaux, B.C., Wiley, C., Tandon, S.D., et al.: Guidelines for writing manuscripts about community-based participatory research for peer-reviewed journals. Prog Community Health Partnersh, 1(3), 281-288, 2007.
 - 34) Tandon, S.D., Phillips, K., Bordeaux, B.C., et al.: A vision for progress in community health partnerships. Prog Community Health Partnersh, 1(1), 11-30, 2007.
 - 35) 近藤克則：健康格差社会。医学書院，2005.
 - 36) 川上憲人, 橋本英樹, 小林廉毅編：社会格差と健康。東京大学出版会，2006.
 - 37) 田中平三：これからの公衆衛生学。南江堂，2010.
 - 38) Susser, M., Susser, E.: Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. Am J Public Health, 86(5), 668-673, 1996.
 - 39) Susser, M., Susser, E.: Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. Am J Public Health, 86(5), 674-677, 1996.
 - 40) Wing, S.: Whose epidemiology, whose health? Int J Health Serv, 28(2), 241-252, 1998.
 - 41) Pearce, N.: Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. Am J Public Health, 86(5), 678-683, 1996.
 - 42) Weed, D.L., McKeown, R.E.: Science and social responsibility in public health. Environ Health Perspect, 111(14), 1804-1808, 2003.
 - 43) Kaplan, G.A.: What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better? Epidemiol Rev, 26, 124-135, 2004.
 - 44) Zielhuis, G.A., Kiemeny, L.A.: Social epidemiology? No way. Int J Epidemiol, 30(1), 43-44, 2001.
 - 45) Schulz, A.J., Krieger, J., Galea, S.: Addressing social determinants of health: community-based participatory approaches to research and practice. Health Educ Behav, 29(3), 287-295, 2002.
 - 46) Krieger, J., Allen, C., Cheadle, A., et al.: Using community-based participatory research to address

- social determinants of health: lessons learned from Seattle Partners for Healthy Communities. *Health Educ Behav*, 29(3), 361-382, 2002.
- 47) Smith, M.H.: Community-based epidemiology: community involvement in defining social risk. *J Health Soc Policy*, 9(4), 51-65, 1998.
- 48) Loewenson, R.: Epidemiology in the era of globalization: skills transfer or new skills? *Int J Epidemiol*, 33(5), 1144-1150, 2004.
- 49) Brown, P.: Popular epidemiology and toxic waste contamination: lay and professional ways of knowing. *J Health Soc Behav*, 33(3), 267-281, 1992.
- 50) Leung, M.W., Yen, I.H., Minkler, M.: Community based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. *Int J Epidemiol*, 33(3), 499-506, 2004.
- 51) Lantz, P.M., Israel, B.A., Schulz, A.J., et al.: Community-based participatory research: rationale and relevance for social epidemiology, In Oakes, J.M., Kaufman, J.S. eds. *Methods in Social Epidemiology*, Hoboken, NJ, 239-266, 2006.

Community-Based Participatory Research (CBPR): The Development and Relevance for Social Epidemiology

Syuichi OOKI, Kiyomi HIKO

Abstract

The concept of Community-Based Participatory Research (CBPR), one approach to research in the field of public health was discussed intensively after around the year 2000 with the background of health disparities and their solution in US. CBPR was emerged in environmental health and expanding many other field of public health and related field with variety of health problems. On the other hand, social epidemiology, a branch of epidemiology targeting especially to the multiple social determinants of health, was emerged and developed nearly the same period. Both domain developed independently but, share several key concepts, namely, solving health disparities based on the social determinants using population level approach and ecological model. We studied the development of CBPR in US using many academic papers and official reports, and considered the relevance for social epidemiology.

Key words Community-Based Participatory Research (CBPR), social epidemiology, ecological model, social determinants of health, public health

原著

北陸女性成人歯列弓の時代変化について

橋田 典子¹ 木村 賛²

概要

頭蓋の形は、遺伝的に継続していると考えられる集団においても、時代とともに変化しているといわれる。北陸地方在住人の時代変化については詳細な報告がない。そこで本報告では、1942年までに死亡した北陸女性成人頭蓋骨と2005年に20代の北陸在住現代女子学生とを比較して、60年以上の間の時代差をみた。骨と生体を比較するために、ほぼ直接比較が可能であると考えられ食生活と直接関連する歯列弓を中心としてあつかった。現代人歯列弓はとくに下顎において長さが長くなり、相対的に前後に長い形となった。オーバージェットは小さくなった。頭蓋については軟部の厚さによる違いを考慮しても、脳頭蓋幅が大きくなり、短頭化が進んだようにみえる。同じく、下顎角幅と顔高が小さくなり、この方向では顎の小型化が進んだようにみえる。これらの時代変化につき検討を行った。

キーワード 歯列弓, 時代変化, 北陸地方, 顎, 短頭化

1. はじめに

頭と顔の形や大きさは、遺伝的に継続している集団においても、時代がたつと変わってくるものが明らかとなっている¹⁾。日本においても、関東地方の集団を調べた Suzuki¹⁾、九州、山口地方集団を調べた中橋²⁾らの発掘人骨の調査により、同一地域居住集団の変化が明確となってきている。

とくに詳しく調べられている頭形の変化については、約1500年前には長頭化が始まり、次いで1000 - 500年前の間に短頭化に転じ、現在まで短頭化が進んでいるといわれる¹⁻⁴⁾。生体における研究によって、短頭化現象は現代まで進行しているとされる⁵⁾。短頭化現象とは、上から見た時の頭の形が前後に長い楕円形、すなわち長頭から、前後がより短い、すなわち円に近い短頭へと時代とともに集団として変化する現象である。顔の時代変化については、鼻根部の隆起が詳しく報告されている^{1,2)}。計測項目間の関係として、頭蓋最大幅は、頬骨弓幅や下顎角幅、上顎高、鼻高と並行的に時代変化する傾向があるとされる³⁾。歯列弓に関しては、過去の報告と比較して近年は長径が増大し前後に長くなったと報告されている^{6,7)}。これらの頭骨、とくに歯列弓の時代変化には食生活の変化が大きく関連すると考えられている⁸⁻¹⁴⁾。

食生活は生命維持の基本であり、看護・保健においても重要な課題である。食生活の変化が頭と顔の形に変化を及ぼしているとするれば、その実態を知ることは看護をする側にとっても、される側にとっても意義のあることである。とくに現代集団において加齢とは別個に時代差があるならば、それを考慮したコホートごとの看護、とくに食生活への考慮が必要となる。

しかし、北陸地域人においてのこのような時代差の存在については、これまで検討されてきていない。そこで、実際に北陸という同一地域の集団において60年以上前と現在との間にどのような頭と顔の変化が起こっているのかを調査し、明らかにしていくことが本研究の目的である。今回は女性に限った、時代変化を生体と骨とで直接比較するには問題があるが、歯は生体で計測可能であり、直接に二つの集団を比較できる。よって、本研究では主として食生活に直接関連する歯列弓に関して、変化を見ることとした。

2. 研究方法

2.1 研究対象

頭蓋骨は、金沢大学医学部（調査時）に保存されている1942年以前に死亡した、17歳から57歳までの女性36体を計測した。この中で、生体と年齢をあわせた20代までのものは17 - 29歳の19例である。出身地の記載のあるものは石川県に限った。記載のない骨は出身地不明であるが、

¹ 金沢赤十字病院

² 石川県立看護大学

この標本の大部分は北陸在住であるという森沢ら⁸⁾の推定により、使用することにした。死亡時期の上限は不明である。病的変形の認められるものは除外した。また、頭蓋骨の歯においては、少なくとも左右どちらかの上下第一切歯がそろわないもの、および左右両側の第一または第二大臼歯の少なくともどちらか一つがそろわないものは対象から除外した。現代人資料としては、A大学4年の21才ないし22才の女子学生ボランティア27名を対象とし、2005年7月に生体計測を実施した。北陸地方在住の者とし、そのうち大部分が石川県出身である。女子学生のうち歯列矯正の経験があるものは除外した。被験者には研究の主旨を説明し了解を得た。2集団の年齢平均値を表1へ示す。

表1 資料の平均年齢

	n	M	SD
人骨 すべて	36	32.3	11.81
人骨 内20代まで	19	23.2	3.48
生体	23	21.3	0.47

2. 2 測定方法

頭蓋の計測は、触角計と滑動計を用い、人骨は江藤編¹⁵⁾の頭蓋計測法にしたがって、生体は保志¹⁶⁾にしたがってmm単位で計測を行った。これらはKnussmann¹⁷⁾に準拠したMartin式計測法である。

歯列弓、オーバージェット、オーバーバ이트の計測にはデジタルノギスを用い、1/100mm単位で計測した。頭蓋骨では歯を直接計測した。生体歯列弓の計測には石膏型を用いた。アルジネート印象剤(三金工業アルジエースIIらくらく)で型とりしたものに歯科用石膏(三金工業ニューサンストーンイエロー)で歯型をつくり、歯科用焼石膏(下村石膏ホワイト)で台座をつけた。

今回、頭蓋骨では生前または死後脱落による第三大臼歯の欠如が多かった。生体では第三大臼歯が萌出している個体が少なかった(文献¹⁸⁾参照)。これらのことより、歯列弓について第三大臼歯位置での計測法¹⁵⁾ではなく、人骨、生体ともこれに準拠した第一および第二大臼歯の位置で、歯列弓幅と歯列弓長を計測した。また人骨で第一切歯が片方しかない場合は、歯列弓長はこれを基準として求めた。

オーバージェット、オーバーバ이트についてはMartin式には計測値の基準が決められていない。そのため、佐藤¹⁹⁾に準拠した定義を以下のように、

独自に定めた。

(1) オーバージェットは咬合平面と平行した方向でノギスの後方部をあて、上顎中切歯唇側面中央から下顎中切歯唇側面までの距離を左右それぞれ計測し、左右の平均をとった。

(2) オーバーバ이트は咬合平面と平行な前方方向から見て、左右ともに上顎中切歯中央の下顎中切歯に被覆している最端点から平行に下顎中切歯へ鉛筆で印をつけ、この印から下顎歯最先端部までの距離を計測し、左右の平均をとった。

これら咬合の計測は各2回ずつ行いこの平均値をもって計測値とした。ただし、人骨においては左右のうち片側しか計測できない場合があった。このときは片側のみの計測値を用いた。

骨と生体の頭部計測では軟部組織(以下面皮と呼ぶ)分の差異がある。両者を正確に比較することは難しいが、既発表の面皮厚さを生体計測値から差し引いたものと骨計測値とを比較してみた。日本人面皮の厚みについては、鈴木²⁰⁾、小川²¹⁾、大井²²⁾、森ら²³⁾によって報告されている。小川²¹⁾、大井²²⁾は面皮の厚みを頭部X線規格写真により計測しているが、どちらも実測値を求める方法が明確となっていない。鈴木²⁰⁾の計測は、死体による実測値であるが第二次世界大戦後の栄養の悪い時代である。従って、現代とは時代による形態の変化が大きいと考えられる。森ら²³⁾の研究は、3D-CT画像を用いて計測を行っており、これはほぼ実測値に近い値であると考えられる。また、もっとも最近の研究であり、より現代人に近い値を示すものと考えた。よって、基本的に森らの測定値に従って面皮の厚さの平均値を生体から引き人骨と比較した。ただし、この中にはオピストクラニオン(op)のデータが記されていなかった。そのため、頭長のみには、鈴木²²⁾のデータを使用した。

検定にはStudentのt検定を、もしF検定で分散に差がある場合はWelchのt検定を使用した。面皮の厚さを差し引いた場合の標準偏差は誤差伝播に従い近似計算した。

3. 結果

3. 1. 1 歯列弓幅、歯列弓長

測定結果とそれぞれの平均値、標準偏差を表2に示す。M2上顎幅、M1上顎長およびM1下顎長幅示数において危険率5%で有意な差が見られた。またM1下顎長、M2下顎長、M2下顎長幅示数は危険率0.1%で有意な差を認めた。すべて

表2 歯列弓長・歯列弓幅

計測項目	人骨			生体			生体-人骨	t-検定
	n	M	SD	n	M	SD		
M1上顎幅	27	56.3	2.58	22	57.3	3.00	1.0	
M2上顎幅	21	60.1	2.70	22	62.2	3.23	2.2	*
M1下顎幅	19	53.6	1.87	23	55.0	3.34	1.4	
M2下顎幅	17	58.6	2.83	23	60.1	3.00	1.5	
M1上顎長	20	36.9	4.14	22	39.3	2.18	2.4	*
M2上顎長	15	46.3	4.50	23	47.9	2.92	1.7	
M1下顎長	16	31.5	2.08	23	33.9	1.36	2.4	***
M2下顎長	16	40.0	3.32	23	44.4	2.14	4.3	***
M1上顎幅/長	19	1.545	0.157	22	1.461	0.097	-0.084	
M1下顎幅/長	15	1.703	0.128	23	1.626	0.104	-0.077	*
M2上顎幅/長	15	1.305	0.138	23	1.239	0.284	-0.066	
M2下顎幅/長	15	1.469	0.109	23	1.357	0.081	-0.111	***

単位:mm. t-検定の*:p<0.05, ***:p<0.001の有意差を示す

の計測結果において、生体が人骨よりも大きな値を示した。この中で、上下顎とも幅よりも長さに大きな変化が見られた。上顎と下顎では下顎のほうが長さはより長くなっていて、人骨は死亡年齢が17歳から57歳までを含んでいる。年齢差を除くために人骨資料を20歳代までに限ると、個体数が少なく10未満となる計測項目があり、有意差が少なくなる。この場合でも、大小の傾向は同じでありM1とM2の下顎長では0.1%の危険率で、M2上顎幅とM2下顎長幅示数では1%の危険率で、同様の差を認めた。

3. 1. 2 オーバージェット, オーバーバイト

計測結果について表3に示す。オーバージェットは人骨が2.25 mm大きく、危険率0.1%で有意に差を認めた。またオーバーバイトは生体のほう

が、わずかに値が大きかったが、有意には差が認められなかった。20歳代までの人骨に限ると例数が9と少なくなり、オーバージェット, オーバーバイトともに有意の差は見られなかった。大小の傾向は同じであった。

3. 2. 1 頭部計測値・実測値

人骨、生体の頭部計測実測値を表4に示す。人骨と生体とを比較すると、すべての計測項目において生体が人骨よりも大きい値を示した。なかでも、頭最大幅、頬骨弓幅、下顎角幅で平均値に大きな差が見られた。示数で見るとMartinの分類基準(Knussmann¹⁷⁾)によれば、頭長幅示数は骨では中頭であるが生体では短頭とされる。人骨のコルマン顔示数は狭顔であるが、生体の形態学的顔示数は広顔にあたる。

表3 オーバージェット・オーバーバイト

計測項目	人骨			生体			生体-人骨	t-検定
	n	M	SD	n	M	SD		
オーバージェット	17	5.71	2.34	23	3.46	1.77	-2.25	***
オーバーバイト	17	1.32	3.23	23	2.05	1.64	0.73	

単位:mm. t-検定の***:p<0.001の有意差を示す

表4 頭部計測実測値

計測項目	Martin No.		人骨			生体			生体-人骨	t-検定
	人骨	生体	n	M	SD	n	M	SD		
脳頭蓋最大長	1	1	36	172.7	7.91	23	180.1	7.18	7.5	***
脳頭蓋最大幅	8	3	34	134.4	4.31	23	154.4	5.15	20.1	***
頬骨弓幅	45	6	36	124.4	4.95	23	141.1	4.85	16.7	***
下顎角幅	66	8	36	92.4	5.31	23	106.0	5.51	13.7	***
顔高	47	18	36	112.4	7.39	23	113.8	5.80	1.4	
頬弓下顎示数	66/45	8/6	36	0.743	0.036	23	0.751	0.030	0.009	
頭蓋長幅示数	8/1	3/1	34	0.779	0.036	23	0.859	0.052	0.080	***
コルマン顔示数	47/45	18/6	36	0.904	0.060	23	0.807	0.036	-0.097	***

単位:mm. 計測項目は骨について示す t-検定の***:p<0.001の有意差を示す

表5 人骨 20代までと生体（面皮抜き）の頭部計測値

計測項目	Martin No.		人骨 20代まで			生体 面皮抜き			生体-人骨	t-検定
	人骨	生体	n	M	SD	n	M	SD		
脳頭蓋最大長	1	1	19	170.7	8.54	23	173.4	7.22	2.7	
脳頭蓋最大幅	8	3	18	133.9	4.93	23	140.9	5.42	7.0	***
頬骨弓幅	45	6	19	122.9	5.19	23	125.9	5.22	2.9	
下顎角幅	66	8	19	92.6	5.19	23	82.0	7.07	-10.6	***
顔高	47	18	19	112.5	6.35	23	105.4	6.01	-7.1	***
頬弓下顎示数	66/45	8/6	19	0.753	0.034	23	0.651	0.062	-0.102	***
頭蓋長幅示数	8/1	3/1	18	0.786	0.042	23	0.814	0.046	0.028	
コルマン顔示数	47/45	18/6	19	0.917	0.064	23	0.838	0.059	-0.079	***

単位:mm. 計測項目は骨について示す t-検定の ***:p<0.001の有意差を示す

3. 2. 2 頭部計測値・人骨 20代までと生体（面皮抜き）との比較

生体と人骨では面皮の厚みの有無によって差が出ることは明らかである。計測結果の比較による違いが、資料の種類の違いではなく、年齢差でもないことを明らかにするため、次に、20代である生体の計測値から面皮の厚みを抜いたものと人骨 20代までの計測値とを比較した。

計測値の比較を表5に示す。脳頭蓋最大幅、下顎角幅、頬弓下顎示数、顔高、顔示数において危険率0.1%で有意に差が認められた。そのうち脳頭蓋最大幅では、平均値で7.0mm生体の人骨より大きな値となった。しかし下顎角幅と顔高では人骨のほうが大きな値をとった。また、頭長幅示数は生体（面皮抜き）と人骨すべてとを比較した際は、危険率1%で有意に差を認め、短頭化が進んでいた。しかし、生体（面皮抜き）と人骨 20代までとの比較においては、有意に差はなかった。これ以外の項目は人骨すべてと生体（面皮抜き）を比較した場合と、人骨 20代までと生体（面皮抜き）とを比較した場合とでは、有意差検定結果は同様であった。顔示数では人骨 20代まででも狭顔であるが、生体（面皮抜き）は広顔である。

4. 考察

今回比較している年代の異なる二集団は、骨と生体という異なる種類の標本からなる。この両者の比較がどの程度可能であるかをまず検討する。

石膏歯型は生体の歯列と比べ変形のあることが知られている。特に石膏の膨張によるひずみは常に存在する。本研究に用いた歯科用石膏（三金ニューサンストーン）の凝結膨張は0.2%であると業者から提示されている。樋口ら²⁴⁾によれば、アルジネート印象剤と硬石膏による歯列模型の寸法精度は、水平面投影において5 - 70 μ mであり、

歯列弓は外方へ広がる傾向があるという。また矢状面投影においては歯冠方向へ70 - 100 μ m変位したという。石膏歯型作成作業が正しく行われたとすれば、模型と実物との差は0.1mm程度におさまるようであり、ほぼ生体の形を保っていると考えてよいであろう。

晒骨格は軟部組織剥離直後の骨格と比べ、収縮していることが知られている。Lindsten²⁵⁾は17頭のブタ頭骨を用いて、死亡直後と2週間乾燥後の計測値を比較検討した。幅径においては平均で頬骨弓幅0.8%、上顎第一大臼歯幅1.2%、下顎第一大臼歯幅1.2%、下顎角幅2.7%の収縮をみている。近遠心方向径では平均で上顎第一大臼歯・切歯間長右0.5%、左0.3%、下顎第一大臼歯・切歯間長右1.3%、左1.4%の収縮であった。この結果からLindstenら²⁶⁾は14 - 19世紀の発掘人骨計測値と1960年代、1980年代生体計測値との直接比較を行っている。ヒト歯列弓における晒に伴う収縮率を具体的に示した文献は見あたらなかったが、ブタの結果からみて1%程度の収縮が見込まれるであろう。特に下顎角幅の変形は大きい可能性がある。しかし最大でも5%までの違いは無いようである。ヒト脳頭蓋骨の晒と乾燥による収縮についてはTodd²⁷⁾の研究があり、頭長・頭幅とも約1%の収縮をみている。これらの結果は、頭長幅示数においては剥離直後の骨と乾燥骨との間でほとんど差のないことを示している。

表5に示した面皮抜き生体の標準偏差の値は、誤差伝播によって計算した近似的なものである。しかし、検定結果で骨との差が有意にでたものは全て危険率0.1%以下であり、意味のある差であろうと考える。数値は示さなかったが、高齢者を含む全ての骨との比較結果も同様である。全ての骨との比較のみに見られた頭長幅示数は危険率1%以下であり、20代までの骨との比較では有意

とならなかったことから、差があるとすることは不確実かもしれない。表5でみるように、現代北陸人20代の顔は60年以上前の20代までと比べると、下顎角幅と顔高が小さくなる。頬骨弓幅には差がみられなかった。顔全体は広顔で顎の小さい、逆三角形の形へなってきたと考えられる。下顎角幅は晒骨の乾燥によって収縮する可能性の高い計測値である²⁵⁾。また顔高を測る基準の一つナジオン(n)点は、面皮の厚さに左右されにくい。従って、これら二計測値の減少傾向は骨と生体という資料のちがいをこえて、確度が高い。

表2にみられるように60年以上の間隔において、下顎歯列弓長は有意に長くなっており、幅径には差がみられない。このため、下顎長幅示数が有意に小さくなっている。すなわち相対的に前後に長く狭い形となってきたことがわかる。一方上顎においては、M1位置で歯列弓の長径が増加し、長幅示数は小さくなっているが有意の差はみられない。

本研究とは計測方法が異なるが、瀧上ら⁷⁾の報告によれば、20代女性の正常咬合者において、1954年の東京都調査と1995-2000年の滋賀県調査との約40年間離れた別地域での調査間に、歯列弓幅に関しては明らかな変化を認めず、上顎第一大臼歯位置歯列弓長においては明らかな増大を示したという。津川ら⁶⁾によれば、地域は明示されていないが1997年に調査した正常咬合成人男性は約60年前の1930-40年代の調査と比べて、歯列幅径が減少し、上顎歯列長径が増加の傾向にあるという。これらの報告から、日本において近年、歯列弓が相対的に前後に長くなった傾向が見られる。

日本以外においても歯列弓の時代変化は報告されている。前に述べたLindstenら²⁶⁾の報告では、本報告と計測法は異なるがノルウェーにおいて14-19世紀発掘人骨と比べ、1960年代-1980年代の子どもの混合歯列弓幅には上下顎とも差がないが、第一大臼歯位置歯列弓長は大きくなっている。またノルウェーとスウェーデンの子どもで1960年代と比べて1980年代では第一大臼歯位置歯列弓長が大きくなっていることをみている²⁶⁾。ロンドン発掘の14世紀など中世成人頭骨と現代北欧系成人歯型との歯列弓の直接比較において、上下とも第一大臼歯位置で幅径の短縮と長径の増大がみられている⁹⁾。スウェーデンにおいては1810年疫病死成人男性頭骨と現代人の歯型との比較が行われ、上下顎とも現代人の方が第一大臼歯位置の

幅径が小さく、長径が大きいことが示された¹⁰⁾。イタリアの子どもについても1950年代より1990年代の方が、上顎第一大臼歯位置歯列弓幅が小さくなっていることが示されている¹¹⁾。

これら国内外の報告資料には個々の違いはあるが、現代へ向けて時代とともに、歯列弓が相対的により前後に長い形となる共通した傾向がみられる。この傾向は本研究の結果とも一致する。本研究では北陸地域という限定された同一地域における女性でのこの時代変化を証明するものである。

下顎の骨と歯列弓との変化を比較すると、下顎角幅が小さくなったにもかかわらず、歯列弓幅は狭くなってはいない。顎骨付近の幅高径が小さくなっていても、歯列弓長は長くなっている。歯列弓の形には骨格大きさの減少以外の要因が関係していると考えられる。瀧上ら⁷⁾によれば約40年間離れた調査の間に、歯冠幅径は大きくなる傾向があり、歯冠幅径の大きくなった歯が長くなった歯槽基底弓上で長い歯列弓を形成したと報告している。久保田、青島²⁸⁾も現代人は、およそ半世紀前と比べて歯冠幅径を増大させているとしている。関川²⁹⁾の行った歯列弓形態フーリエ解析によると、歯列弓の大きさと歯の大きさとの間には上下顎ともすべての歯において有意の相関がみられたとある。これらの報告から、歯列弓が現代で長くなった原因として、歯の大きさが増大したことがかなり妥当なものとして考えられる。歯冠増大の原因の一つとしては、食生活の向上による栄養摂取量の変化が歯の形成に何らかの影響を及ぼしていると考えられている¹²⁾。

一方で、咀嚼などの機能的要因が考えられている⁹⁻¹¹⁾。関川²⁹⁾は、列弓の形と歯の大きさとの相関に有意なものは少なく、このことは歯列弓の形が歯の大きさと独立の関係にあることを示し、むしろ顎骨の形態や機能的、環境的な要因に大きく依存していることを示唆すると述べている。Kaifu¹³⁾は縄文時代から現代に至る下顎骨を計測して顎骨の縮小を示し、その原因として、咀嚼力の低下によって顎成長への十分な刺激が減少したことを考えている。低下の証拠としては、現代人は歴史時代又は先史時代の人と比べ下顎筋附着部の圧痕が退縮していることと、歯の咬耗が減少していることを挙げている。

顔面骨格については、茨城県の1917年ごろ生まれと1969年ごろ生まれ女性群への横断的生体計測により、頬骨弓幅には差がなく、形態学的顔高は若年が有意に小さいと、本報告と同様の結果

が報告されている⁵⁾。

オーバージェットは60年以上前ではかなり大きな値を示しており、現代人とは有意に差を認められる(表3)。60年以上前は上顎歯列弓に対して歯が大きいために収まりきらず、切歯が斜めに生えていたとも考えられる。その後の時代変化によって歯が収まるように歯列弓が長さを増す方向に形を変えたとも考えられる。ただしノルウェーの子どもにおいては、14 - 19世紀人骨のオーバージェットは1960 - 1980年代現代人より小さいという²⁶⁾。この結果についての考察はなされていない。また津川ら⁶⁾は、近年の上顎歯列長の増加を観察し、これが静岡と千葉の異なる二地域で約20年の時間間隔で比較した際の、児童のオーバージェットの増加をもたらしていると考えられている。本報告では上顎よりも下顎の長径の増加が著しく、これがオーバージェットを解消したとも考えられる。本報告は同一北陸地域での比較であるが、他の地域との結果のちがいについては今後の検討課題である。

表5の頭長幅示数をみると、面皮を除いた20代生体と20代までの人骨との間には有意の差がない。しかしMartinの分類基準¹⁷⁾によれば、平均値でみたとき前者は短頭、後者は中頭に分類され、短頭化が進んでいるようにもみえる。人骨により高齢の者を含めるとより長頭に傾くことから、全体として短頭化が進んできたともみなすこともできよう。生体と人骨の比較でも同様であることは前にみている。ただし、河内⁴⁾の報告によれば、日本人の成人女性は1960年生まれまでは短頭化が進んできたが、これより後は停止したという。今回測定した時間間隔は1960年生まれをはさんでおり、ここでみられた短頭化と見える傾向についてはさらに検討の余地がある。

島田¹⁴⁾は、頭部形態の歴史的变化が、栄養摂取の量的ならびに質的な変化によるものではないかと考え、乳児期の栄養に注目し、母乳栄養、人工栄養、混合栄養の三群にわけて頭部形態の発育を中心とした比較を行った。その結果、男女とも、人工群が母乳群に対して短頭となる結果がでていた。このことは、その後の発育に対して、発育初期の栄養摂取法が極めて重要な影響を与えて、さらに生涯を通じて継続していくことを示している。頭蓋の形態変化に関しても咀嚼力の影響が示唆されている³⁾。明治以後の食生活の変化が急激な短頭化現象とつよく平行していることから、これが短頭化現象の原因の一つとすることも充分

考えられる。

以上のように、短頭化と上下顎歯列弓の時代的な変化には機能的な要因とともに、栄養摂取の量や質の違いも関連していると思われる。

5. まとめ

- (1) 北陸女性成人において比較すると、現代人の歯列弓長は60年以上前と比べて、とくに下顎で有意に長くなった。歯列弓は相対的に前後に長くなった。
- (2) オーバージェットは有意に小さくなった。
- (3) 脳頭蓋最大幅が有意に大きくなり、下顎角幅と顔高は有意に小さくなった。しかし脳頭蓋最大長と頬骨弓幅はあまり変化していなかった。北陸女性には短頭化現象が見られるようである。顎の幅高径が小さくなり、広顔化が進んでいる。
- (4) 歯列弓の形の変化には、歯の大きさの変化が関係しているのではないかと考えられた。また、咀嚼状態や栄養摂取状態などが影響していると考えられた。

謝辞

人骨を計測するにあたっては、金沢大学医学部(調査当時)の田中重徳教授および教員の方々から多大な御助力、御教示を賜りました。生体計測には被検者の方々から貴重な御協力を得ました。計測法等については岡崎健治、海部陽介、葛西一貴、河内まき子、近藤信太郎、諏訪元(敬称略)、および2名の匿名査読者の方々から御教示を得ました。心よりお礼申し上げます。

引用文献

- 1) Suzuki, H.: Microevolutional changes in the Japanese population from the prehistoric age to the present day. J Faculty of Science, Univ Tokyo, Sec. V, Vol. III (4), 274-308, 1963.
- 2) 中橋孝博: 福岡市天福寺出土の江戸時代人頭骨. 人類学雑誌, 95 (1), 89-106, 1987.
- 3) 溝口優司: いまだに分からない頭蓋の形の決定要因. 解剖学雑誌, 75 (2), 197-206, 2000.
- 4) 河内まき子: どこまでのびる日本人の身長. 東京矯正歯科学会雑誌, 11 (1), 70-77, 2001.
- 5) Kouchi, M.: Secular changes in the Japanese head form viewed from somatometric data. Anthropological Science, 112 (1), 41-52, 2004.
- 6) 津川智美, 山田理恵子, 林亮助, ほか: 近年の日

- 本人正常咬合者における歯列弓形態の特徴. 日大口腔科学, 35, 19-26, 2009
- 7) 瀧上啓志, 山口芳功, 吉武一貞: 成人正常咬合者の歯, 歯列, 顎骨の形態変化. 口科誌, 50 (5), 293-298, 2001.
- 8) 森沢佐歳, 松田健史, 武田公男: 北陸日本人下顎骨の年齢差について. 人類学雑誌, 89 (4), 439-456, 1980.
- 9) Harper, C.: A comparison of medieval and modern dentitions. *European J Orthodontics*, 16,163-173, 1994.
- 10) Ingervall, B. Lewin, T. Hedecård, B.: Secular changes in the morphology of the skull in Swedish men. *Acta odont Scand*, 30, 539-554, 1972.
- 11) Defraia,E. Baroni,G. Marinelli,A. : Dental arch dimensions in the mixed dentition : a study of Italian children born in the 1950s and the 1990s. *Angle Orthodontist*, 76 (3) , 446-451, 2006.
- 12) 清村多, 清村寛, 田原和隆, ほか: 過去 20 年における現代日本人の tooth to denture discrepancy の世代差. 明海歯学誌, 24 (1), 218-223, 1995.
- 13) Kaifu, Y.: Changes in mandibular morphology from the Jomon to modern periods in Eastern Japan. *American J Physical Anthropology*, 104, 227-243, 1997.
- 14) 島田彰夫: 乳児期の栄養摂取法を異にする乳幼児および学童の頭部形態の発育 特に人工栄養児の短頭化傾向について. 民族衛生, 40 (1), 21-36, 1974.
- 15) 江藤盛治編: 人類学講座, 別巻1・人体計測法. 雄山閣出版, pp.1-359, 1991.
- 16) 保志宏: 生体の線計測法. てらぺいあ, pp.1-309, 1989.
- 17) Knussmann,R. : *Anthropologie*, Band I. Gustav Fischer, Stuttgart, pp. 1-742, 1988.
- 18) 山田博之, 近藤信太郎, 花村肇: 日本人第3大臼歯欠如頻度の時代変化. *Anthropological Science (Japanese Series)* , 112 (2) , 75-84, 2004.
- 19) 佐藤厚: 正常咬合者と不正咬合者における歯列弓形態の経年的変化. 愛院大歯誌, 27 (3), 635-671, 1988.
- 20) 鈴木尚: 日本人の面皮の厚さ. 人類学雑誌, 60(1), 7-11, 1948.
- 21) 小川晴昭: 頭部X線規格写真法による日本人頭部の解剖学的研究 I 顔貌と頭蓋骨の比較研究 (スーパーインポーズ法に関する基礎的研究). 歯科学報, 60, 705-722, 1960.
- 22) 大井篤: 復顔に関する基礎的研究 (第4報), 頭顔面部における硬組織と軟組織の位置的関係の性差について. 日大歯学, 58 (6), 1007-1015, 1984.
- 23) 森紀子, 寺嶋雅彦, 徳森謙治, ほか: 三次元 CT 画像を用いた現代日本人成人男女の頭部生体計測と顔面標準三次元物理モデルの構築. *Anthropological Science (Japanese Series)* , 111 (1) , 35-49, 2003.
- 24) 樋口大輔, 川和忠治, 石浦雄一, ほか: 作業模型の三次元的寸法精度と咬頭嵌合位の再現性. 昭歯誌, 21, 113-117, 2001.
- 25) Lindsten, R. : The effect of maceration on the dental arches and the transverse cranial dimensions : a study on the pig. *European J Orthodontics* 24, 667-676, 2002.
- 26) Lindsten, R. Ogaard, B. Larsson, E. Bjerklin, K.: Transverse dental and dental arch depth dimensions in the mixed dentition in a skeletal sample from the 14th to the 19th century and Norwegian children and Norwegian Sami children of today. *Angle Orthodontist*, 72 (5) , 439-448, 2002.
- 27) Todd, T. W. : The effect of maceration and drying upon the linear dimensions of the green skull. *J Anatomy*, 57 (4) , 336-356, 1923.
- 28) 久保田公雄, 青島攻: 現代日本人の歯の大きさについての観察. 日大歯学, 69, 122-130, 1995.
- 29) 関川三男: 歯列弓形態のフーリエ解析. 歯基礎誌, 28, 43-61, 1986.

Secular Changes in Dental Arches among Adult Hokuriku Women

Noriko HASHIDA, Tasuku KIMURA

Abstract

The shape of the head changes in a secular manner even in genetically continuous populations. Such changes among residents of the Hokuriku region of Japan have not been fully studied. The present study compares the skulls of adult women from Hokuriku who died before 1943 with cranial measurements of modern-day female students in their twenties taken in 2005, with a difference of more than 60 years between the two populations. Because of difficulties in comparing dried skulls with cranial measurements of living subjects, comparisons focused on dental arches, which can be measured directly in living subjects and are directly related to diet. Dental arches of modern-day Hokuriku women showed increased antero-posterior length, particularly mandibular length, and reduced overjet compared to the older samples. In the modern-day subjects, even after accounting for the thickness of soft tissues, head breadth was larger and progressive brachycephalization was apparent, while the breadth of mandibular angles and face height were decreased. The causes of these changes are discussed.

Key words dental arch, secular change, Hokuriku region, jaws, brachycephalization

報告

病棟看護師による退院調整活動の実態と課題

—退院調整活動質指標を用いた調査から—

丸岡直子¹ 洞内志湖¹ 川島和代¹下嶋恵美子² 向井孝子³ 尾崎真裕美⁴ 古本桂子⁵

概要

本研究は退院調整活動質指標を用いて病棟看護師による退院調整活動の実施状況を明らかにし、退院調整に関する課題を検討することを目的に、県内の30病棟の病棟看護師250名に郵送質問紙法により調査を実施し、169名から有効回答を得た。

実施率70%以上は、「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」「患者・家族の医療管理能力の評価」「セルフケア能力の評価」「コミュニケーション能力の評価」など22指標であり、退院調整の必要性の判断や退院後の療養生活へのアセスメントに関する指標であった。実施率40%未満は「シンプルな薬剤管理の検討と患者・家族への指導」「自立を目指す環境調整や人的サポートの検討」など22指標であり、退院後の在宅療養体制の構築に関する指標であった。よって、退院後の在宅療養体制の構築に向けた病棟看護師の実践能力の向上を図ることが必要性であると考えられる。

キーワード 退院調整、退院調整活動、質指標、病棟看護師、退院患者

1. はじめに

病院の機能分化に伴う地域連携強化や加速する在院日数短縮化傾向は、現代医療では避けがたいことであり、患者の予測される退院後のケアニーズを特定し、入院当初から退院調整を開始する重要性はますます高くなっている。平成20年度の診療報酬改定においても、退院調整加算として退院調整に対する経済的評価が認められ、平成22年度の改定では、病院・診療所・介護サービス事業所などを含めた連携や入院早期から居宅介護支援事業等と連携する取り組みが評価された。入院早期から医療と介護の連携を意識した取り組みが求められており、看護師が中心となって医師やケアマネジャーとの連携や患者への情報提供を担う役割が期待されている¹⁾。石川県内病院の看護師を対象とした調査^{2) 3)}によれば、病棟看護師が入院患者に対する退院調整において困難感の強い内容は、退院調整開始時期の判断と意思決定へのサポート、合同カンファレンスや技術指導の企画と

時間調整であった。県内病院においても退院調整部門の設置が進んでいるが、退院調整の中心的役割を果たす看護師の質向上が求められる。退院調整は病棟毎に発生するものであり、短い入院期間で効果的に行うには病棟看護師も退院調整の役割を担う体制が必要であると指摘されている⁴⁾。そのためには病棟看護師が実施している退院調整活動の質を保証し、その活動を向上させるツールが必要であると考えられる。

退院調整の質指標については、千葉⁵⁾が開発したディスチャージプランニングプロセス評価尺度があるが具体的な評価項目をふまえたものではなく、退院調整のプロセスやシステムを評価するには限界があり活動指標となりにくい。また、急性期病院における看護師のケアマネジメントプロセスの質評価を示した研究⁶⁾では、退院調整に対する病棟看護師の実践能力の評価は可能であるが、退院前後の患者・家族の状況からの退院調整結果に対する評価やチーム間の連携に関する評価項目は示されていない。これまでに開発された指標はプロセスに重点をおいたものであり、質評価の3領域（構造、過程、結果）を網羅したものとは言いがたい。そこで、病院看護師による退院調

¹ 石川県立看護大学

² 国立病院機構金沢医療センター

³ 浅ノ川総合病院

⁴ 公立羽咋病院

⁵ 国立病院機構医王病院

整活動を評価する質指標を、退院調整のプロセスおよび、そのプロセスが効果的に機能するためのシステムや評価も加えた質指標を開発する必要性がある。そして、開発した質指標を用いて病棟看護師の退院調整活動を評価し、課題解決にむけた取り組みにつなげる必要がある。

そこで、本研究の目的は病棟看護師を対象とした退院調整活動質指標を開発し、これを用いて病院看護師による退院調整活動の実施状況を明らかにし、課題を検討することである。

2. 研究方法

2.1 質指標の開発

本研究では修正デルファイ法を用いた質指標開発⁷⁻¹⁰⁾を参考に図1に示した手順で質指標を作成した。

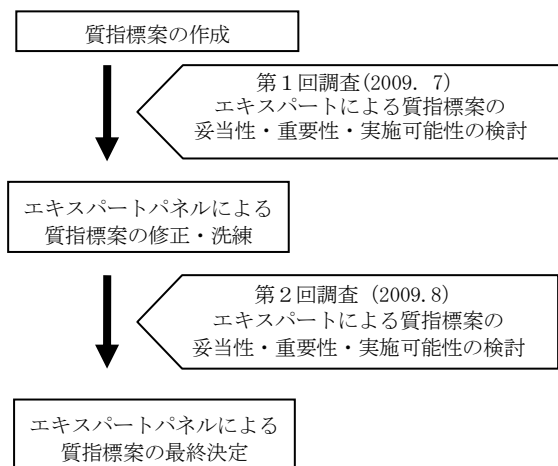


図1 質指標開発の手順

(1) 質指標案の作成

病院看護師による退院調整活動質指標の構成概念を明らかにするために、県内看護師による退院調整活動事例報告内容の逐語録、および文献¹¹⁻¹²⁾に示された17事例を分析対象とした。分析方法は逐語録と文献の退院調整事例から、看護師の退院調整活動に対する構造（連携システム、組織、ルール）、プロセス（アセスメント、計画、介入）、結果（退院準備状況、評価）に関連する文節を取り出し、類似性を検討しながらカテゴリ化した。その結果、15カテゴリ101指標からなる質指標案を作成した。

(2) 退院調整エキスパートパネルによる質指標案の修正・洗練

質指標案の修正・洗練は、病院において退院調整に中心的役割を担当している看護師4名と研究

者による検討会議（エキスパートパネル）と質指標案の評価により行った。以下にその経緯を説明する。

総合病院において入院患者の退院調整に中心的役割を果たしているエキスパート10名（退院調整看護師3名、病棟看護師長・副看護師長7名）を対象に、質指標案の各指標の妥当性；そのプロセスは望ましい結果に結びつくか、重要性；そのプロセスは退院調整の質に大きな影響を与えるか、実施可能性；そのプロセスはどの程度看護師が実施できるかの3つの観点から、9段階（1：そうでない～9：そうである）で評価してもらった。返送された評価結果から、各指標の妥当性・重要性・実施可能性に対する10名の評価の平均を算出した。質指標を削除する基準は、妥当性、重要性、実施可能性の全てが平均7.5以下の指標とした。また、妥当性と重要性のいずれかが7.5以下の項目は実施可能性の平均点を考慮しながら削除の対象とするかを検討した。エキスパートによる評価は2回実施した。

1回目の評価は2009年7月に実施した。妥当性・重要性・実施可能性の全てが7.5以下の指標は「身体障害手帳申請条件の確認」「担当ケアマネジャーの選定」など5項目であり、これを削除した。また、妥当性と重要性のいずれかが7.5以下の指標は24項目であり、そのうち実施可能性の平均が5.9以下ときわめて低い「家計管理の評価」「退院後の状況を電話や外来診療時に面接して評価する」など18項目を削除した。つぎに、指標の内容が類似しているものを統合し、14カテゴリ71指標からなる質指標修正案を作成した。

2回目の評価は2009年8月に実施した。質指標修正案をエキスパート10名に1回目と同様に点数評価を依頼した。その結果、71指標に対する妥当性評価の平均は8.4（7.9-9.0）、重要性評価の平均は8.5（7.6-8.9）であった。また、実行可能性評価の平均は7.1（4.7-8.7）であり、平均5.9以下の項目について、削除の対象とするかを研究メンバーで検討した。その結果、質指標としての妥当性・重要性の評価は全ての指標で7.5以上であること、病院の退院調整機能の強化によって実施可能性が高くなることが予測されると判断して指標の削除は行わないこととした。よって、2回のエキスパートパネルを経て、質指標を退院調整プロセスの6ステップにそった14カテゴリ71指標で構成した（表1）。

表1 退院調整活動質指標の構成

退院調整プロセスの6ステップ		カテゴリ	指標数
1	退院調整が必要な患者の把握・関係職員への連絡	退院支援の必要性の判断	4
		退院支援が必要な患者情報の関係職員への連絡	3
2	患者・家族の退院後の療養生活に対する希望と生活状況の把握	患者・家族の退院後の療養生活の希望や不安の把握	4
		患者・家族と退院時(後)の生活状況のイメージを共有	3
3	退院後の医療上および生活・介護上の課題をアセスメント	退院後の医療上の課題をアセスメント	9
		退院後の生活・介護上の課題をアセスメント	5
4	退院支援・調整計画の立案と患者・家族への指導	患者(家族)の希望や課題に基づく退院調整の方向性検討	6
		退院支援・調整計画立案と内容の患者・家族への説明	8
		シンプルケアへの変更と指導	4
		在宅療養にむけた患者・家族指導と確認	8
5	在宅療養支援体制の構築	在宅用医療機器・物品の準備	4
		MSW又は退院調整看護師と連携し在宅療養支援体制構築	4
6	退院支援・調整の評価	退院後の療養生活開始への準備状況確認・調整	6
		退院支援・調整の評価	3

2.2 退院調整活動質指標を用いた実態調査

(1) 調査対象

石川県内の病院(精神科病院および産科病院を除く)60カ所の看護部長に調査協力を依頼し、30病院から調査協力の承諾を得た250名の病棟看護師を対象とした。

(2) 調査内容

対象の所属病棟で平成21年10月中に退院した患者に対する退院調整について、退院調整活動質指標を用いて実施の有無と未実施の理由を調査した。また、調査にあたり取り上げた退院患者の性別、年齢、診断名、家族背景、退院後も継続する治療・処置内容、ADL・IADLの状況、退院後の医療・福祉サービスの状況についても記入を依頼した。調査は平成21年10月～12月に実施した。

(3) 分析方法

質指標ごとに単純集計し実施率を計算した。また、入院中におけるADL・IADLの変化の有無、および退院後の在宅サービス開始の有無による実施状況の比較は χ^2 検定を用いて分析した。統計学的処理には統計ソフトSPSS13.0J for Windowsを使用した。

(4) 倫理的配慮

質指標を用いた調査は本学の倫理委員会の承認を得て実施した。病院の看護部長に文書で調査の趣旨・方法を説明し、調査協力の承諾と調査用紙必要部数の回答を文書で得た。病棟看護師への調査用紙の配布を看護部長に依頼した。病棟看護師には研究の趣旨・方法や倫理的配慮を記した調査用紙にて協力を依頼し、調査用紙は病棟看護師か

ら直接郵送により回収した。なお、調査用紙の返送をもって調査への同意を得たと判断した。

3. 結果

30病院より調査協力を得て250部の調査用紙を郵送し、169部(回収率67.6%)の回答があった。

3.1 退院患者の概要

調査用紙を記入するにあたり対象とした退院患者の概要を表2に示した。

3.2 退院調整活動の実施状況(表3)

退院患者に対する病棟看護師の退院調整活動質指標における平均実施率は54.1%であり、実施率70%以上の指標は22指標であった。実施率40%未満の指標は22指標であった。

退院調整の6ステップごとに実施率70%以上であった指標をみると、第1ステップ[退院調整が必要な患者の把握・関係職員への連絡]7指標では、「退院調整(支援)の必要性を主治医に伝える」「患者情報をMSWに連絡」の2指標が実施率70%以上であった。第2ステップ[患者・家族の退院後の療養生活に対する希望と生活状況の把握]7指標では、「退院後にどのような生活を送りたいか(目標や希望)を把握」「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」など5指標であった。第3ステップ[退院後の医療上および生活・介護上の課題をアセスメント]14指標では、「病状・病態予測や治療に対する不安や気がかりな点の把握」「在宅での医療上の課題の整理」「コミュニケーション能力の評価」「生

表2 退院患者の概要

n=169 (%)

性別	男性：76 (45.0)	女性：93 (55.0)	
年齢	40～59歳：4 (2.4)	60～69歳：16 (9.5)	70歳～：149 (88.2)
主な診断名	がん：33 (19.5)	脳血管障害：17 (10.6)	骨折：21 (12.4)
	神経難病：13 (7.7)	循環器疾患：10 (5.9)	肺炎：11 (6.5)
	その他：64 (37.9)		
家族背景	子供と同居：63 (37.3)	配偶者と二人：58 (34.3)	
	一人暮らし：17 (10.1)	その他：31 (18.3)	
ADLの状況	低下：81 (47.9)	変わらない：70 (41.4)	改善：18 (10.7)
IADLの状況	低下：87 (51.5)	変わらない：73 (43.2)	改善：9 (5.3)
退院後も継続する治療 (複数回答)	服薬管理：97 (57.4)	リハビリテーション：49 (29.0)	
	疼痛コントロール：23 (13.6)	経管栄養：18 (10.7)	
退院後の在宅サービス	介護サービス再開：33 (19.5)	介護サービス開始：23 (13.6)	
	訪問看護開始：32 (18.9)	訪問看護再開：23 (13.6)	

活・介護上の課題の整理」など7指標であった。第4ステップ「退院支援・調整計画の立案と患者・家族への指導」30指標では、「退院に関わる問題点・課題の記載」「予測される退院先の記載」「家族に日常生活上の注意点について指導」など5指標であった。第5ステップ「在宅療養支援体制の構築」10指標では、「患者・家族に退院後の受診施設への意向を確認」「患者・家族の気持ち、不安などの傾聴」の2指標であった。第6ステップ「退院調整の評価」3指標では、「退院前に患者・家族の自信・期待への支援（不安の軽減）」1指標であった。

退院調整の6ステップごとに実施率40%未満であった指標をみると、第1ステップ「退院調整が必要な患者の把握・関係職員への連絡」7指標では、「スクリーニングシートの記入」「ケアマネジャーからの情報把握」の2指標であった。第2ステップ「患者・家族の退院後の療養生活に対する希望と生活状況の把握」7指標では、「在宅死、在宅での看取りの意思について把握」1指標であった。第3ステップ「退院後の医療上および生活・介護上の課題をアセスメント」14指標では、「在宅に設置されている医療機器と使用上の課題を確認」「家屋の状況を患者（家族）から把握」の2指標であった。第4ステップ「退院支援・調整計画の立案と患者・家族への指導」30指標では、「自立度に合わせた家屋改修の必要性の検討」「退院後に利用が予測される社会福祉サービス内容の記載」「シンプルな薬剤管理の検討と患者・家族に指導」「衛生材料の調達方法の確認」など14指標であった。第5ステップ「在宅療養支援体制の構築」10指標では、「自立を目指す環境調整や人的サポートの検討」など3指標であった。第6

ステップ「退院調整の評価」3指標では、実施率40%未満の指標はみられなかった。なお、未実施の理由は、対象患者に該当しないであった。

3.3 ADL・IADL 低下の有無による比較 (表3)

退院時のADL・IADLのいずれか、または両方が入院時に比べて低下した患者は81名であった。この患者への退院調整活動の平均実施率は60.4%であり、実施率70%以上の指標は25指標であった。実施率上位5項目は、「病状・病態予測や治療に対する不安・気がかりな点を把握」「退院前に患者・家族の自信・期待を支援する（不安の軽減）」「病状・病態予測や治療に対する理解と程度の把握」「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」「看護師が患者の退院後の生活状況をイメージする」であった。実施率40%未満の指標は18指標であり、実施率下位5項目は、「衛生材料の準備担当者の決定」「衛生材料の調達方法を確認する」「安価な物品・材料の供給の検討」「医療用機器の調達方法を検討する」「介護用品の調達方法を確認する」であった。

ADL・IADLに変化が見られなかった患者は88名であり、この患者に対する退院調整活動の平均実施率は36.8%であった。実施率70%以上の指標は20指標であった。実施率上位4項目は「病状・病態予測や治療に対する不安・気がかりな点の把握」「看護師が患者の退院後の生活状況をイメージする」「退院前に患者・家族の自信・期待を支援する」「患者・家族の退院時（後）の生活状況のイメージ内容の把握」であった。実施率40%未満の指標数は27であり、実施率下位5項目は「在宅サービスを利用する診断書の準備」「医療用機器の調達方法の検討」「安価な物品・材

料の供給の検討」「衛生材料の準備担当者の決定」「介護用品の調達方法の確認」であった。

ADL・IADLに変化が見られた患者と変化がなかった患者に対する実施率を比較したところ、変化がみられた患者の方が実施率が有意に高かったのは、「退院調整（支援）の必要性を主治医に伝える」（ $p < 0.01$ ）、「退院後の療養生活がイメージできるような情報の提供」（ $p < 0.05$ ）、「家屋の状況を患者（家族）から把握する」（ $p < 0.01$ ）、「外泊による療養生活の検討」（ $p < 0.01$ ）、「介護者への介護方法の指導」（ $p < 0.01$ ）、「退院前に退院後の生活に対する期待、自信や不安把握」（ $p < 0.01$ ）など16指標であった。

3.4 退院後の在宅サービス開始の有無による比較（表3）

退院後に介護サービスや訪問看護の開始・再開となった患者は56名であり、この患者に対する退院調整活動の平均実施率は62.9%であった。実施率70%以上は30指標であった。実施率上位5項目は「退院前に患者・家族の自信・期待を支援する」「退院後にどのような生活を送りたいか（目標や希望）の把握」「病状・病態予測や治療に対する理解と程度の把握」「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」「病状・病態予測や治療に対する不安・気がかりな点の把握」であった。実施率40%未満は14指標であり、実施率の低かった下位5項目は「衛生材料の準備担当者の決定」「医療機器の調達方法の検討」「ケアマネジャーから情報把握」「安価な物品・材料の供給の検討」「衛生材料の調達方法の確認」であった。

退院後に介護サービスや訪問看護を開始しなかった患者は113名であり、この患者に対する退院調整活動の平均実施率は34.8%であった。実施率70%以上は18指標であった。実施率上位5項目は「病状・病態予測や治療に対する不安・気がかりな点の把握」「看護師が患者の退院後の生活状況をイメージする」「退院前に患者・家族の自信・期待を支援する」「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」「退院後にどのような生活を送りたいか（目標や希望）を把握」であった。実施率40%未満は28指標で、実施率の下位5項目は「安価な物品・材料の供給の検討」「退院に向けて必要な衛生材料の準備担当者の決定」「医療用機器の調達方法の検討」「在宅サービスを利用するための診断書の確認」「在宅死、在宅で

の看取りの意思について把握」であった。

退院後の在宅サービス開始の有無による比較では、退院後に在宅サービスを開始した患者に対する実施率が有意に高かった指標は、「生活・介護上の課題を整理」（ $p < 0.01$ ）、「自立度に合わせた家屋改修の必要性の検討」（ $p < 0.05$ ）、「ケアマネや在宅医・訪問看護師と支援計画を立案」（ $p < 0.01$ ）など24指標であった。

4. 考察

4.1 退院調整活動指標開発の意義

質指標とは、何らかの質を測ろうとする際に用いられる判断の手がかりであり、現状を評価し質確保の程度を確認しようとするものである¹³⁾。医療サービスの質評価にはドナベディアン¹³⁾の「構造」「プロセス」「アウトカム」に依拠することが多い。

退院調整活動は、在院日数や退院患者の満足度などのアウトカムから評価されると考えられる。しかし、退院調整活動は患者・家族と医療チームが退院後の生活をイメージし、患者が病気や障害とどのように向き合って生活していくのかというニーズを共有することからスタートし、予測される医療・生活介護上の課題解決に向けたプロセスである。よって、退院調整活動の質指標は、病院内の連携システムなどの「構造」と患者が退院後の生活をスムーズに開始するといった「アウトカム」の側面も取り入れると共に、退院調整のプロセスを根幹とした質指標を開発することで、退院調整活動を標準化することが可能となると考える。宇都宮¹⁴⁾は退院支援・調整のプロセスを「退院支援が必要な患者のスクリーニング」「ケア継続のための看護介入とチームアプローチ」「地域・社会資源との連携・調整」の三段階で示している。しかし、我々は表1のように退院調整のプロセスを6ステップとし、ステップごとの活動内容を14カテゴリ71指標で示した。これにより、病棟看護師が入院患者の退院支援・調整を進めるにあたり、段階を追って具体的な活動が可能になると考える。また、2回にわたる質指標の妥当性・重要性の評価では極めて高い得点を得るとともに、研究メンバーによる検討を重ねて開発したものであり、退院調整活動の指針として妥当性があると考えられる。

4.2 入院患者の在宅移行期を支える退院調整

入院患者の退院後の療養生活に対する予期的不

表3 退院調整活動の実施状況

指 標	全 体 n=169	ADL・IADLの低下		退院後の在宅サービスの有無	
		あり (n=81)	なし (n=88)	あり (n=56)	なし (n=113)
1. 退院支援の必要性の判断 スクリーニングシートへの記入 入院前の生活状況の把握 患者担当のケアマネジャーや在宅サービスの連絡先の把握 ケアマネジャーから情報（自宅での生活・家族支援体制等）把握	59 (39.5) 47 (58.0) 36 (44.4) 24 (29.6)	32 (39.5) 47 (58.0) 36 (44.4) 24 (29.6)	27 (30.7) 38 (43.2) 35 (39.8) 27 (30.7)	21 (37.5) 30 (53.6) 20 (36.7) 14 (25.0)	38 (33.6) 55 (48.7) 51 (45.1) 37 (32.7)
2. 退院調整が必要な患者情報の関係職員への連絡 退院調整（支援）の必要性を主治医に伝える 患者情報を退院調整看護師に連絡 患者情報をMSWに連絡	140 (82.8) 73 (43.2) 119 (70.4)	74 (84.1) 37 (45.7) 61 (69.3)	66 (75.0) 36 (40.9) 58 (65.9)	51 (91.1) 31 (55.4) 48 (85.7)	89 (78.8) 42 (37.2) 71 (62.8)
3. 患者・家族の退院後の療養生活の希望や不安の把握 退院後にどのような生活を送りたいか（目標や希望）を把握 退院後をどこで療養を送りたいか（看たいか）を確認 在宅死、在宅での看取りの意思について把握 退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握	149 (88.2) 145 (85.3) 40 (23.7) 150 (88.0)	74 (91.4) 74 (91.4) 21 (25.9) 75 (92.6)	75 (85.2) 71 (80.7) 21 (25.9) 75 (85.2)	53 (94.6) 51 (91.1) 19 (33.9) 52 (92.9)	96 (85.0) 94 (83.2) 21 (16.8) 98 (86.7)
4. 患者・家族と退院時（後）の生活状況のイメージを共有 退院後の療養生活がイメージできるような情報の提供 患者の退院後の生活状況を看護師がイメージする 患者・家族の退院時（後）の生活状況のイメージ内容の把握	79 (46.7) 154 (91.1) 149 (88.2)	46 (56.8) 75 (92.6) 73 (90.1)	33 (37.5) 79 (89.8) 76 (86.4)	32 (57.1) 51 (91.1) 51 (91.1)	47 (41.6) 103 (91.2) 98 (86.7)
5. 退院後の医療上の課題に対するアセスメント 退院後の患者の生活に影響を及ぼす病態の把握 退院にむけたリハビリのゴール確認と内容の確認 病状・病態予測や治療に対する理解と程度の把握 病状・病態予測や治療に対する不安・気がかりな点の把握 患者・家族の医療管理能力の評価 セルフケア能力の評価 在宅に設置されている医療機器と使用上の課題を確認 診療情報提供書の内容の確認 在宅での医療上の課題の整理	84 (49.7) 94 (55.6) 151 (89.3) 158 (94.5) 137 (81.1) 149 (88.2) 65 (38.5) 116 (68.5) 130 (76.9)	47 (58.0) 52 (64.2) 76 (93.8) 77 (95.1) 68 (84.0) 74 (91.4) 38 (46.9) 62 (76.5) 65 (80.2)	37 (42.0) 42 (47.7) 75 (85.2) 81 (92.0) 69 (78.4) 75 (85.2) 27 (30.7) 54 (61.4) 65 (73.9)	32 (57.1) 36 (64.3) 53 (94.6) 52 (92.6) 49 (87.5) 53 (44.6) 22 (39.3) 41 (73.2) 49 (87.5)	62 (54.9) 58 (51.3) 98 (86.7) 106 (93.8) 88 (77.9) 96 (85.0) 43 (38.1) 75 (66.4) 81 (71.7)

* : p < 0.05 ** : p < 0.01

表3 (つづき) 退院調整活動の実施状況

指 標	全体 n=169		ADL・IADLの低下 なし (n=88)		退院後の在宅サービスの有無 あり (n=56) / なし (n=113)	
	あり (n=81)	なし (n=88)	あり (n=56)	なし (n=113)	あり (n=56)	なし (n=113)
6. 退院後の生活・介護上の課題をアセスメント ADL (自立・他者の支援が必要かどうか) の評価 IADL (自立・他者の支援が必要かどうか) の評価 コミュニケーション能力の評価 家屋の状況を患者 (家族) から把握 生活・介護上の課題の整理	47 (58.0)	37 (42.0)	32 (57.1)	52 (46.0)		
	41 (50.6)	28 (43.2)	24 (42.9)	45 (39.8)		
	67 (82.7)	72 (81.8)	47 (83.9)	91 (80.5)		
	40 (49.4)	26 (29.5)	23 (41.1)	43 (38.1)		**
134 (79.3)	64 (72.7)	46 (82.1)	48 (42.5)		**	
7. 患者(家族)の希望や課題に基づく退院調整の方向性検討 訪問看護によるサポートの必要性の判断 介護サービス導入の必要性の判断 訪問リハの継続の必要性の確認 自立度に合わせた家屋改修の必要性の検討 退院前自宅訪問の担当者と時期の調整 外泊による療養生活の検討	53 (65.4)	47 (53.4)	40 (71.4)	60 (53.1)		*
	55 (67.9)	41 (49.6)	40 (71.4)	56 (49.6)		**
	29 (35.8)	29 (35.8)	20 (35.7)	28 (29.8)		
	25 (30.9)	25 (30.9)	21 (37.5)	23 (20.4)		*
45 (26.6)	26 (32.1)	21 (37.5)	24 (21.2)		*	
84 (49.7)	34 (38.6)	35 (62.5)	49 (43.4)		*	
8. 退院支援・調整計画立案と内容の患者・家族への説明 退院に関わる問題点・課題の記載 退院支援目標の設定 患者・家族の目指している目標を考慮した計画の設定 退院支援内容と担当者決定 予測される退院先の記載 退院後に利用が予測される社会福祉サービス内容の記載 ケアマネや在宅医・訪問看護師と支援計画の立案 (必要時) 看護計画を提示して、退院調整の内容を患者・家族と確認	73 (90.1)	68 (77.3)	50 (89.3)	91 (80.5)		
	65 (80.2)	61 (69.3)	43 (76.8)	83 (73.5)		
	64 (79.0)	62 (70.5)	44 (78.6)	82 (72.6)		
	38 (46.9)	30 (34.1)	26 (46.4)	42 (37.2)		
64 (79.0)	66 (75.0)	44 (78.6)	86 (31.9)			
30 (37.0)	28 (31.8)	23 (41.1)	35 (31.0)		**	
36 (44.4)	27 (30.7)	31 (55.4)	32 (28.3)		**	
46 (56.8)	41 (46.6)	34 (60.7)	53 (46.9)			
9. シンブルケアへの変更と指導 主治医と相談し簡便な医療処置への変更と患者・家族に指導 シンブルな薬剤管理の検討と患者・家族に指導 夜間の処置を少なくする工夫 安価な物品・材料の供給の検討	30 (37.0)	35 (39.8)	25 (44.6)	40 (35.4)		
	28 (34.6)	31 (35.2)	22 (39.3)	37 (32.7)		
	25 (30.9)	23 (26.1)	23 (41.1)	25 (22.1)		*
	16 (19.8)	17 (19.3)	15 (26.8)	18 (15.9)		

* : p < 0.05 ** : p < 0.01

表3 (つづき) 退院調整活動の実施状況

指 標	全体 n=169		ADL・IADLの変化 なし (n=88)		退院後の在宅サービスの有無	
	あり (n=81)	なし (n=88)	あり (n=56)	なし (n=113)	あり (n=56)	なし (n=113)
10. 在宅療養にむけた患者・家族指導と確認 介護者への介護方法の指導 患者へセルフケアの指導 家族に日常生活上の注意点について指導 患者・家族への医療器械使用方法の指導・再指導 患者・家族への薬剤管理の指導 処置方法の指導 緊急時の対応方法の指導 疾病管理方法の指導	99 (58.6) 109 (64.5) 139 (88.2) 64 (37.9) 111 (65.7) 74 (43.8) 112 (66.3) 108 (63.9)	40 (45.5) 54 (61.4) 69 (78.4) 32 (36.4) 50 (56.8) 38 (43.2) 55 (62.5) 54 (61.4)	40 (71.4) 33 (58.9) 51 (91.1) 25 (44.6) 43 (76.8) 30 (53.6) 38 (67.9) 40 (71.4)	59 (52.2) 76 (67.3) 88 (77.9) 39 (34.5) 68 (60.2) 44 (38.9) 74 (65.5) 68 (60.2)	*	*
11. 在宅用医療機器・物品の準備 医療用機器の調達方法の検討 衛生材料の調達方法の確認 介護用品の調達(購入・レンタル)方法の確認 衛生材料の準備担当者の決定	33 (17.8) 40 (23.7) 40 (23.7) 30 (17.8)	16 (18.2) 24 (27.3) 19 (21.6) 17 (19.3)	14 (25.0) 15 (26.8) 17 (30.4) 12 (21.4)	19 (16.8) 25 (22.1) 23 (20.4) 18 (15.9)		
12. MSWまたは退院調整看護師と連携し在宅療養支援体制構築 患者・家族に退院後の受診施設への意向を確認 体調不良時・緊急時の体制の確認 ダイリケアのサポート体制を患者・家族とともに検討 自立を目指す環境調整や人的サポートの検討	121 (71.6) 108 (63.9) 70 (41.4) 49 (29.0)	62 (70.5) 54 (61.4) 33 (37.5) 20 (22.7)	45 (80.4) 39 (69.6) 30 (53.6) 25 (44.6)	76 (67.3) 69 (61.1) 40 (35.4) 24 (21.2)	*	**
13. サービス担当者会議の実施 患者・家族の気持ち、不安などの傾聴 退院時の移送方法の検討と準備 介護・医療処置の習得状況の確認 退院までの準備書類や物品の確認 在宅サービスを利用するための診断書の確認 サービスが支障なく開始できる退院可能日の調整	134 (79.3) 95 (56.2) 94 (55.6) 114 (67.5) 44 (26.0) 58 (34.3)	67 (76.1) 40 (45.5) 45 (51.1) 59 (67.0) 14 (15.9) 21 (23.9)	51 (91.1) 44 (78.6) 42 (75.0) 42 (75.0) 24 (42.9) 30 (53.6)	83 (73.5) 51 (45.1) 52 (46.0) 72 (63.7) 20 (17.7) 28 (24.8)	**	**
14. 退院調整の評価 退院前に退院後の生活に対する期待、自信や不安の把握 退院前に患者・家族の自信・期待への支援(不安の軽減) 退院後の療養生活状況の把握	98 (58.0) 154 (91.1) 106 (62.7)	42 (47.7) 77 (87.5) 54 (61.4)	36 (64.3) 55 (98.2) 39 (69.6)	62 (54.9) 99 (87.6) 67 (59.3)	*	*

* : p < 0.05 ** : p < 0.01

安として、身体症状や医療管理、在宅サービスに関する不安があげられ、家族では介護や日常生活上の不安、症状管理や急変への対応などが表出されるといわれている¹⁵⁾。今回の調査用紙の記入にあたり取り上げられた患者の殆どが高齢者であり、半数近い患者が、二人暮らしあるいは一人暮らしであった。このことから、同様な不安を持っていたことが推察される。このような、病院から在宅への療養の場が変化する在宅移行期にある入院患者とその家族が、退院後の療養生活を円滑にスタートさせるには、入院当初から患者の「生活の場」に戻る時期の病状や生活状況を見据えて、患者・家族に関わる必要がある。

今回の調査で、高い実施率であった指標は退院調整の必要性の判断や退院後の療養生活に対するアセスメントに関する指標であった。ADL・IADLの低下や退院後に在宅サービスが開始・再開となった患者に対しても同様な結果であった。これらの指標の実施率が高かったことは、病棟看護師が患者・家族が抱えている退院後の療養生活の期待や不安を把握し、患者・家族と退院後にどのような生活を送ることが予測されるかを共有していたことを反映していると考えられる。また、退院支援・調整計画立案に関する指標の実施率は高く、患者・家族の退院後の療養生活の不安の明確化や医療上・介護生活上のアセスメントが計画立案に結びついたものと考えられる。しかし、医療管理や介護生活上の不安を解決するために必要と考えられる在宅療養支援体制の構築や高齢者が治療を継続するためのシムルケアへの変更に関する指標の実施率は低い傾向にあった。退院患者の殆どが高齢者であり、ADL・IADLの低下や退院後も治療が継続する患者が半数以上である結果からも、実施率を高める必要があると考える。

さらに、退院調整活動の評価につながる指標として、退院準備状況の確認と退院後の療養生活状況の把握がある。これらの指標の中で、退院後の療養生活に対する患者・家族の期待や不安の把握に関しては高い実施率であった。しかし、介護・医療処置の習得状況や在宅サービスが支障なく開始するための確認に関する指標の実施率は低かった。患者・家族の退院後の療養生活への不安を可能な限り軽減するためには、退院準備状況の確認が確実になされることが重要であると考えられる。

本研究では、ADL・IADLの低下および退院後の在宅サービスの有無による実施率を比較検討した。その結果、各カテゴリの指標で半数以上の

指標においてADL・IADLの低下がみられた患者への実施率が有意に高かったカテゴリは「退院後の生活・介護上の課題をアセスメント」や「サービス担当者会議の実施」であった。このことは、ADL・IADLが低下する患者では生活・介護上の課題が容易に予測されるために、低下がみられなかった患者よりも実施率が高くなったと考える。

また、退院後の在宅サービスの有無による実施率の比較では、「退院調整が必要な患者情報の関係職員への連絡」「患者（家族）の希望や課題に基づく退院調整の方向性検討」「サービス担当者会議の実施」において、有りの患者の方が有意に実施率の高い指標が多くみられた。このことは、退院後に在宅サービスを受ける、あるいは再開するには地域の保健・福祉機関との連携は必要であり、退院調整の方向性の明確化や具体的な在宅療養体制の構築を図る必要があることを意味していると考えられる。

4.3 病棟看護師の退院調整活動における課題

今回の調査で、実施率の低い指標は「シムルケアへの変更と指導」「在宅用医療機器・物品の準備」「患者（家族）の希望や課題に基づく退院調整の方向性の検討」などの退院後の在宅療養体制の構築に関する指標であった。また、「サービス担当者会議の実施」や「退院調整の評価」のような退院準備状況の確認や退院後の療養生活の把握も高い実施率ではなく、入院患者の在宅療養への移行を円滑に開始するためには、この支援の提供が必要と考える。また、入院前の生活状況や退院後の療養生活状況の把握を十分に行うことは、入院早期から退院調整にかかわることができることに、退院後の療養生活を送る上での新たな課題への対応も可能にできると考える。したがって、シームレスな看護の提供を図るためにも、外来看護師、地域の看護・介護職者との連携や情報交換を推進することが重要である。

5. まとめ

退院調整活動質指標は、2回のエキスパートパネルおよび研究グループによる検討を経て、退院調整のプロセスにそった14カテゴリ71指標で構成された退院調整活動質指標を開発した。この質指標を用いて病棟看護師を対象とした退院調整活動の実施状況を調査し、以下のことが明らかになった。

実施率70%以上は、「退院後の療養生活に対する不安・気がかりな内容の把握」「患者・家族の医療管理能力の評価」「セルフケア能力の評価」「コミュニケーション能力の評価」など22指標であり、退院調整の必要性の判断や退院後の療養生活へのアセスメントに関する指標であった。実施率40%未満は「シンプルな薬剤管理の検討と患者・家族への指導」「自立を目指す環境調整や人的サポートの検討」など22指標であり、退院後の在宅療養体制の構築に関する指標であった。今後は、退院後の在宅療養体制の構築に向けた病棟看護師の実践能力の向上を目指した検討を行うことが必要であると考えられる。

謝辞

本研究にご協力いただきました病院の看護部長の皆様、質指標の開発ならびに調査にご協力いただきました看護師の皆様へ深く感謝いたします。

なお、本研究は、石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成を受けて実施したものである。本研究の一部を、第30回日本看護科学学会学術集会(2010.12)にて発表した。

引用文献

- 1) 高島尚子, 大森雅彦:「平成22年度診療報酬改定」解説. 看護, 62(6), 70-79, 2010.
- 2) 丸岡直子, 洞内志湖, 他3名:石川県内の病院における退院調整活動の実態と課題. 石川看護雑誌, 5, 1-10, 2008.
- 3) 洞内志湖, 丸岡直子, 他2名:病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題. 石川看護雑誌, 6, 59-66, 2009.
- 4) 篠田道子:第2章退院調整のプロセスとシステム構築. 篠田道子編:ナースのための退院調整—院内チームと地域連携のシステムづくり. 日本看護協会出版会, 29-55, 2006.
- 5) 千葉由美:ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証. 日本看護科学会誌, 25(4), 39-51, 2005.
- 6) 千葉由美, 岡本玲子:急性期病院における看護師のケアマネジメントプロセスの質評価と自律性・職務満足との関係. 日本在宅ケア学会誌, 9(2), 56-67, 2005.
- 7) Saliba,D., Schnelle,J.F.:Indicators of the quality of nursing home residential care. Journal of the American Geriatrics Society, 50(8), 1421-1430, 2002.
- 8) 辻村真由子, 鈴木郁子他5名:排便ケアに関する質指標の構築と標準化(第1報) 質指標作成プロセス. 看護研究, 40(4), 11-18, 2007.
- 9) 岡本玲子:ケアマネジメントの質を評価するアウトカム尺度の開発—内容分類と信頼性・妥当性の検討. お茶の水医学雑誌, 46(4), 25-37, 1998.
- 10) 岡本玲子:ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発—デルファイ調査と信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生学会誌, 46(6), 435-444, 1999.
- 11) 宇都宮宏子:第2章退院支援の体制と準備. 松下正明監修:チームで行う退院支援—入院から在宅までの医療・ケア連携ガイド. 医学書院, 19-58, 2008.
- 12) 宇都宮宏子:第1章-2病棟から始める退院支援・退院調整の進め方. 宇都宮宏子編:病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例. 日本看護協会出版会, 48-206, 2009.
- 13) 山本則子:高齢者訪問看護の質指標の開発の意義とプロセス. 看護研究, 40(4), 3-10, 2007.
- 14) 前掲書12), 10-37.
- 15) 平松瑞子, 中村裕美子:療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安. 大阪府立大学看護学部紀要, 16(1), 9-19, 2010.

The Actual Situation and Issues Discharge Planning Activities of Ward Nurses - Investigation Using Discharge Planning Quality Indicators -

Naoko MARUOKA, Yukiko HORANAI,
Kazuyo KAWASHIMA, Emiko SHIMOJIMA, Takako MUKAI,
Mayumi OZAKI, Keiko HURUMOTO

Abstract

The purpose of this study was to clarify the current condition of discharge planning activities and issues related to discharge planning from investigation using Discharge Planning Quality Indicators. The subject was 250 ward nurses who working in 30 hospitals in Ishikawa Prefecture by mailing question papers, and a valid response was obtained from 169 responders.

Implementation rates of 70% and over were found in 22 indicators, including items such as “understanding matters of anxiety relating to medical treatment in daily life after being discharged from hospital”, “evaluation of patients’ / families’ capacity to act as administrators of medical care” , “evaluation of ability for self-care” and “evaluation of communication ability”. These indicators concerned decisions on the necessity of discharge planning as well as assessments of medical treatment in daily life after being discharged from hospital. Indicators with an implementation rate of less than 40% were found in 22 indicators, including items such as “examination of simple drug control and guidance for patients /families” and “environmental regulation aiming for self-reliance and examination of human support.” These indicators concerned the construction of systems for home care after discharge from hospital. In the future, we believe that it is necessary to attempt to improve ward nurses’ abilities with regard to the construction for system for home care after discharge from hospital.

Key words discharge planning, discharge planning activity, quality indicator, ward nurse,
discharged patient

報告

進行がん患者の療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす 患者・家族の要因

坂井桂子¹ 塚原千恵子¹ 岩城直子² 牧野智恵²

概要

本研究の目的は、進行がん患者の療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす患者・家族の要因を明らかにすることである。A病院地域連携室退院調整看護師が行った進行がん患者・家族の面談における療養の場の意思決定に関係する会話記録を、質的帰納的に分析した。療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因として、【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】【自分らしい生活を大切にしたいという思い】【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】【在宅資源利用についての思い】【不安】の5カテゴリーが抽出された。患者・家族、医療者は当初退院に対して考えや気持ちのズレがあったが、相談の過程において悩みながら歩み寄りすり合わせを行い、療養の場の選択の意思決定に至っていた。

キーワード 進行がん患者、療養の場、意思決定、退院調整

1. はじめに

現在、再発や転移を伴う進行がん患者に対して、生存期間延長に有効とされる治療が積極的に行われるようになってきている。また、支持療法の進歩や診療報酬上の問題から入院治療期間は短縮されてきており、進行がん患者においても予定された治療の終了と同時に退院の対象となる。患者は治療の副作用で辛い時期に、今後の治療の方向性が曖昧なまま退院の打診を受け、家族とともに途方にくれることになる。また、緩和ケアを主たる目的とする患者に対しての入院ベッドの確保が、がん治療を主目的とするがん診療連携拠点病院等の急性期病院では難しい。そのため緩和ケアを主たる目的として入院している患者は、今後の療養の場に関する相談を病院側より打診される。このことは社会的な制度の問題であり、患者・家族の気持ちが置き去りにされがちであると言われている¹⁾。

緩和ケアを主たる目的とする患者の療養の場としては、在宅や緩和ケア病棟、療養型を含む地域の病院が選択肢となる。がん対策推進基本計画では、在宅医療の充実を図ることを取り組むべき課題として掲げている²⁾。病院では、地域の医療や介護・福祉サービスとの橋渡しの役割を担う地域連携部門を設置し、退院困難因子を有する患者の

療養の場の選択に対して支援を行っている。特に、進行がん患者は他の疾患患者に比べて急激な病変進行が予測され、患者が残された大切な時間をどう生きるのか、そのためにどのような療養の場が望ましいかを問いかけながら患者・家族が納得し意思決定できるよう支援する必要があると言われている³⁾。

進行がん患者の療養の場の選択について、病院や地域のそれぞれの立場からニーズに応じたサービスの調整が必要であると言われている⁴⁾。しかし、サービス調整の前段階の患者や家族の意思決定に焦点をあてたものは事例報告の段階に留まっており、意思決定の要因を系統的に明らかにしたものはない。

患者・家族が療養の場を意思決定する上でどのような要因がどのように関与しあっているかを明らかにすることは、退院調整看護師の支援のあり方に示唆を得られるものと考えられる。

2. 研究目的

進行がん患者の療養の場の移行にあたり、患者・家族の意思決定に影響を及ぼした要因を知る。

3. 研究方法

3.1 研究対象

平成21年4月～平成22年3月に、A病院（都

¹ 富山県立中央病院

² 石川県立看護大学

道府県がん診療連携拠点病院) 地域連携室に退院支援を依頼され、退院調整看護師が面談を行った進行がんの患者とその家族のカルテ上の記録。

3.2 データ収集と分析方法

- (1) 基礎データとして、年齢・性別・家族状況・診断名をカルテより抽出した。
- (2) 療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼすと考えられる医療上の因子として相談依頼時の病期・Performance Status⁵⁾(機能状態尺度、以下 PS とする)・退院支援スクリーニングにおける退院困難因子をカルテより抽出した。
- (3) 退院調整看護師が患者・家族に行った面談のカルテ上の記録より、療養の場の選択に関しての患者の意思決定に関係している会話記録を抽出し、意味内容をそこなわないようにコード化した。
- (4) 同様に、家族の会話記録を抽出し、同様にコード化した。
- (5) コード化した記述を比較分類し、類似した内容をまとめ共通性を見出す中で抽象度を上げカテゴリーを抽出した。
- (6) 基礎データや病期、PS、退院困難因子とカテゴリーとの関連性を検討した。

3.3 倫理的配慮

石川県立看護大学倫理委員会の倫理審査を受けた後、研究対象者の施設の承認を得て行った。データ処理にあたっては、対象者が特定されないよう匿名化した。

4. 結果

4.1 対象者の概要

進行がん患者の退院に関する地域連携室への相談件数 172 件 (169 人) のうち、退院調整看護師の面談記録に療養の場の選択に関しての患者・家族の意思決定に関する会話記録があるもの 100 件 (97 人) を対象とした。意思決定に関する会話記録がないものは、元の施設へ戻る場合や、継続治療のため連携病院へ転院等の場合であった。

対象者の性別・年齢別相談件数を表 1 に示す。

”がん末期”の病名で介護認定申請可能な第 2 号被保険者は 20 件であった。がんの部位別相談件数を表 2 に示す。大腸・胃・膵等消化器系が約半数であった。対象者の相談開始時の病期を越川の包括的緩和ケア過程の分類⁶⁾で分けると、緩和ケア導入期 (再発したがん病変治療中の時期)

12 件、緩和ケア安定期 (症状コントロールが安定している時期) 63 件、緩和ケア終末期 (病状が急激に変化していくと思われる時期) 25 件であった。病期と PS の関係を表 3 に示す。緩和ケア終末期は PS4 がほとんどであるが、緩和ケア導入期や安定期においても骨転移による脊髄麻痺や脳転移による障害や認知症合併等で PS4 の場合があった。退院支援スクリーニングにおける退院困難因子を表 4 に示す。一人の患者が複数の要因を有していた。退院支援相談の転帰を表 5 に示す。39 件が在宅療養であったが、相談途中で状態悪化し方針変更や死亡となる場合も 30 件あった。

表 1 対象者の性別・年齢別相談件数 n=100

年齢区分	男	女
20 歳代	0	1
30 歳代	0	0
40 歳代	1	2
50 歳代	6	4
60 歳～65 未満	6	1
65 以上～69 歳	5	5
70 歳代	25	18
80 歳代	9	14
90 歳代	2	1
計	54	46

表 2 対象者のがんの部位別相談件数 n=100

がんの部位	件数
消化器系	43
呼吸器系	23
頭頸部	10
泌尿器・生殖器系	10
その他	14
計	100

表 3 対象者の病期・PS 別相談件数 n=100

病期	PS				計 (件)
	1	2	3	4	
緩和ケア導入期	0	1	5	6	12
緩和ケア安定期	0	5	27	3	63
緩和ケア終末期	0	0	1	24	25

備考：PS 1：軽度の症状，歩行・軽作業・座業可

PS 2：身の回りのことは可能，日中 50%以上起居

PS 3：身の回りのことはある程度可能，日中 50%以上就床

PS 4：身の回りのことは常に介助，終日就床

表4 対象者の退院困難因子（複数回答可） n=100

退院困難因子内容	件数
医療処置が必要	37
症状コントロールに難渋	25
脳転移による意識障害, 認知症の合併	43
廃用症候群	50
脊椎転移による歩行困難な下肢麻痺	33
経口摂取不可・不良	43
社会的問題（独居, 高齢者のみの世帯）	27
計	258

表5 対象者の退院支援相談の転帰 n=100

退院支援相談の転帰	件数
医療施設へ転院	29
在宅療養	39
居住系施設入所	2
その他（下記は内訳）	30
（在宅療養準備中に死亡）	(12)
（緩和ケア病棟入院に方針変更）	(11)
（転院相談中に病状悪化入院継続）	(7)
計	100

4.2 療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因

療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因として5カテゴリー、11サブカテゴリーが抽出された（表6）。医師から退院打診されるということ在宅可能という視点で捉えると、各カテゴリーには、在宅療養の選択の意思決定を推進する因子（以下推進因子とする）と、在宅療養の選択の意思決定に難渋する因子（以下難渋因子とする）

表6 療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因

カテゴリー	サブカテゴリー
1 退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか	
2 自分らしい生活を大切にしたいという思い	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の家を守り、そこに居たい・自分の家に帰りたい ・自然を感じて生活したい ・自分のペースで落ち着いた生活を送りたい ・関係のある人とともに居たい ・家でしななければならないことがある
3 病院を療養の場の選択肢とするかどうか	<ul style="list-style-type: none"> ・あくまで当院での治療の継続を願う ・緩和ケア病棟は候補ではない
4 在宅資源利用についての思い	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険等を利用したい ・在宅診療や訪問看護を利用したい
5 不安	<ul style="list-style-type: none"> ・現在のADLや介護の状態、症状コントロールに対する不安がある ・今後の状態悪化についての不安や恐怖がある

とがあった。以下カテゴリーを説明する。カテゴリーは【】、サブカテゴリーは《》で表す。

(1) 【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】

このカテゴリーは、療養の場を決定するに至る全プロセスに影響していた。地域連携室に退院支援依頼があるということは、医師の退院打診を了承しているはずであるが、多くの患者・家族は退院の打診に困惑していた。

患者においては、「病院にいなければならない治療は何もしていないと思うようになった」という推進因子があった。一方、在宅療養にも転院にも納得できず、あくまで入院継続して次のがん治療に挑戦したいという難渋因子があった。転院を打診された場合「時期が来たら治療目的で当院に戻って来られるのか」と心配し、「体力が回復したら化学療法も考えることができる」との医師の言葉に不安を募らせていた。「家へ帰るのは、治った時か死んだ時だ」と、面談自体を受け入れようとしなかった場合もあった。また、「今までの治療優先の人生は何だったんだろう」「緩和ケア病棟を予約して退院し、在宅医のバックアップを得ることも大事だと言われる。制度は有難いが、なんだか死のルールを敷かれているような気持ち」と、過去の治療や今後の医療体制に対して複雑な思いを抱き、気持ちの切り換え途上と思われる言葉もあった。

家族においては、「急性期病院に長くいられないのはわかっている」と医療制度に理解を示す言葉や、「抗がん剤はひどい目にあうからもういい」

「これからは医療という治療より、家族のふれあいという別の治療が患者にとって大切になると思えるようになった」等の気持ちの切り換えの言葉があり、推進因子となっていた。緩和ケア終末期の家族の中には「意識レベルが低下し、(チューブ類の)自己抜去等のリスクがなくなった今なら家で看取れる」と、終末期だからからこそ在宅可能との言葉もあり、推進因子となっていた。一方、「重い病名の割にすぐ退院と言われ合点がいかない」や、「がんと病名がついた時は、このまま入院で終えるのだと思っていた。それが介護まで大変になっているのに退院なんて…」と困惑している言葉が高齢の家族に目立ち、難渋因子となっていた。

(2) 【自分らしい生活を大切にしたいという思い】

このカテゴリーには5サブカテゴリーがあった。

(2) -① 《自分の家を守り、そこに居たい・自分の家に帰りたい》

このサブカテゴリーは、家に居て家を守りたいという内容であった。

患者においては「家は不便だけど自分の家だからそこに居ればいい」「自分の建てた家を隅々まで見たい」「自分の家に帰るのに何の不安があるか」等、終末期で床上生活であっても自分の家に居ることをあたり前とする言葉があり、緩和ケア終末期の患者の強い推進因子となっていた。一方、家族の迷惑を理由に家の未練を断ち切ろうとする難渋因子があった。

家族においては「(患者が)家でしまいたい(死にたい)というから、あと少し自分が頑張ればいい」と、患者の希望を支えようとする推進因子があった。一方、「家は子供の代に移っており患者が居なければならぬことはない、かえって迷惑」と、患者の意思より他の家族に配慮する難渋因子があった。

(2) -② 《自然を感じて生活したい》

このサブカテゴリーは、人工的な病院環境にいるストレスから逃れ、自然の中に自己の生命を一体化して感じたいという内容であった。

患者においては、「外の風を入れて家の庭木を見るだけで気が紛れる」「自分の田圃で大の字になりたい」「家の草木が芽吹く今の時期、家に居たい」等、開閉不可の病院の窓やカーテンで閉め切られた病室から脱出することを望み、自然の中

で生かされてきた自分を感じ、育てた草木に生命の無限性を感じとっている言葉があり、緩和ケア終末期の患者の強い推進因子となっていた。難渋因子とみられる言葉はなかった。

家族においては、患者の希望を重視し尊重する推進因子があり、難渋因子はなかった。

(2) -③ 《自分のペースで落ち着いた生活を送りたい》

このサブカテゴリーは、常にいつ誰が来るかわからない病室で過ごす気疲れから解放され、日常の生活感を取り戻したいという内容であった。

患者においては、入院生活について「わがままも言えない」「気持ちが落ち着かない」等リラックスして自分のペースで生活できないということが、緩和ケア安定期の患者の強い推進因子となっていた。具体的には、食事・排泄を自分のペースであることを重視しており、「病院臭(消毒薬)の臭いや味から解放され食事することを楽しみたい」「気兼ねなくトイレしたい」等の言葉があった。排泄に関して、看護師にトイレに連れて行ってもらっても排泄が必ずあるわけではないことが気兼ねになっていた。一方、「家で点滴するとなると、家が病院みたいになって嫌だ」と、医療が家の生活に入り込むことに困惑する難渋因子があった。

家族においては「本人のストレスがたまるばかりなら家で見る」「いろいろ気分転換させてあげたい」とストレス発散の重要性を述べる言葉や、「行きたい時にトイレに連れて行ってあげたい」と患者の排泄を気遣う言葉があり、推進因子となっていた。一方、「(家が落ち着くと本人は言うが)寝ているだけで病院と変わらない」のような難渋因子があった。

(2) -④ 《関係のある人とともに居たい》

このサブカテゴリーは、関係性の中での患者自身の存在を確認するという内容であった。

患者においては「病院でそれなりに親切にしてもらっても、家族に勝るものはない」と、家族やペットと一緒に居たいという推進因子があった。一方、家族の自立を促し「家族にはそれぞれ自分の生活を大事にするよう言っている」というような難渋因子もあった。

家族においては「話せなくなったけど今が一番人間らしい」と、今のありようを認め共に生活したいという言葉や、「賑やかなことが好きな人だったから最期家で過ごすのもいいと思う」という言葉

があり、推進因子となっていた。緩和ケア終末期の患者を大切な人として尊重している家族の強い推進因子となっていた。一方、「家に行くと親族や近所の人の来訪で患者が疲れ、患者のペースで生活できなくなる」との言葉に表されるような難渋因子があった。

(2) -⑤ 《家でしなくてはならないことがある》

このサブカテゴリーは、将来の死を見据えて自分の人生にけじめをつけ、持ち物や財産の整理等役割を果たすことの使命感を表す内容であった。

患者においては、「仏壇や筆筒の整理をしたい」や「空家の実家を処理しなければならない」等の言葉があり、緩和ケア安定期の人の推進因子となっていた。一方、「以前に自分の今を予測して、すべて整理してきた。今更何もすることはない」と自己の役割を果たしたとする言葉もあり、難渋因子となっていた。

家族における推進因子、難渋因子も同様の内容であった。

(3) 【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】

このカテゴリーには2サブカテゴリーがあった。

(3) -① 《あくまで当院での治療の継続を願う》

このサブカテゴリーは、当院での治療の継続を願うことで他院転院を選択しないという内容であった。

患者においては、「がんに対する今の治療は、この病院でしかできない。他の病院に転院するわけにはいかない」「最期はこの病院で〇〇先生に死に水をとってもらいたいから転院は考えない」と、退院困難因子を多く有していても自宅に帰るしかないとする意思があった。がん治療効果に期待するという意味と、治療における医師との人間関係を大切にするという意味の推進因子があった。難渋因子としては、カテゴリー(1)と同様の内容であった。

家族においては、患者のがん治療継続の希望を支えようとする気持ちや、医師との人間関係を大切にすることを、さらに、安易な判断で転院し医療の質が低下することは避けたいとする気持ちが推進因子となっていた。一方、「入院できるのならどこでもいい」「軽い症状でも入院できるところがいい」の言葉のような在宅以外ならどこでもいいという難渋因子もあった。

(3) -② 《緩和ケア病棟は候補ではない》

このサブカテゴリーは、緩和ケア病棟は選択肢ではないという内容で、当院は緩和ケア病棟を有するため主治医より提案されることも多く、独立したサブカテゴリーとして抽出された。

患者においては、以前に肉親をそこで看取った経験や風評より「(肉親は)緩和ケア病棟は寂しいと家に帰りがついていた。後悔の思いがある」「緩和ケア病棟は何も治療してくれない所と聞いている」等、緩和ケア病棟を勧められたが敬遠したいという推進因子があった。一方、緩和ケア病棟に入院後病状が安定し一時退院を勧められたが、「家でうまくできなかったから入院しているのに今度はできるのだろうか」と自信がなく悩む場合があり、難渋因子となっていた。

家族においては、推進因子は患者と同様であった。一方、緩和ケア病棟を希望するのに対象とならないと判断され、「どんな状態になったら緩和ケア病棟に入れてもらえるのか、家にも連れて行けないし行き場所がない」との言葉のような難渋因子があった。医療処置はないが濃厚な介護が必要な高齢患者の家族にその悩みが多かった。

(4) 【在宅資源利用についての思い】

このカテゴリーには2サブカテゴリーがあった。

(4) -① 《介護保険等を利用したい》

このサブカテゴリーは、介護関係の各種制度利用への前向きな気持ちを表す内容であった。

患者においては、「介護保険料の使い道がわかった。せっかくだから使いたい」「近所の噂がうるさいけど、サービスを使わなければ家に居れない」等の言葉にみられるような推進因子があった。身体障害の認定については、医療費が免除となる重度の認定を希望する患者がいた。一方、「まだ介護される身ではない」と拒否反応を示す患者もいた。介護保険第2号被保険者の年齢層の患者においては、「がん末期」の該当条件について複雑な思いを抱いており「自分は末期か? 医師は末期と書いてくれるのか」悩んでおり、難渋因子となっていた。

家族においては、介護保険を利用して環境を整えたり、居宅介護サービスを利用して自分の仕事を続けようと考えており、推進因子となっていた。一方、「若いのに高齢の人と同じ扱いにされるのは可哀想」「地域の人の噂になるのが嫌」という言葉のような難渋因子があった。介護保険サービ

スの内容について、福祉用具貸与等の物的サービスは受け入れても訪問サービスの受け入れには抵抗を示す場合があり、「他人が家の中に入り込むのは抵抗がある、そこまでしなくても何とかなる」との言葉があった。

(4) -②《在宅診療や訪問看護を利用したい》

このサブカテゴリーは、在宅医療の要の在宅医や訪問看護師の支援に対する気持ちを表す内容であった。

患者においては、在宅医に関して「昔から世話になっている今の先生がいい」の言葉のような推進因子があった。一方、「がんを見落とされた、病院に紹介された時は末期だった」と、不信感を残している場合もあり、難渋因子となっていた。「在宅医に何をしてもらえばいいのか、調子が悪い時連絡して来てもらえばいい」と定期診療の重要性について認識が薄いという難渋因子もあった。また、訪問看護については認知度は低かったが、医療依存度が高い場合の在宅医との連携については必要性を納得された。

家族における在宅医に関する推進因子、難渋因子は、患者の場合と同様であった。訪問看護に関しては「近所の人からよい評判を聞いている」と好印象を得ている場合があり、推進因子となっていた。一方、「値段が違うがヘルパーと訪問看護師の違いがわからない」の言葉のような難渋因子があった。

(5) 【不安】

このカテゴリーには2サブカテゴリーがあった。

(5) -①《現在のADLや介護の状態、症状コントロールに対する不安がある》

このサブカテゴリーは、現在の療養生活におけるの困り事や不安についての内容であった。

患者においては、「寝返りも出来ないが家に帰る不安はない」という緩和ケア終末期の患者や、「家だと這ってでも動ける」と在宅での状況をイメージできているという推進因子があった。一方、「体力がないと家に行く気力がわからない。リハビリをしてトイレまで動けるようになってから」と、ADLの拡大に期待を持ち退院時期を遅らせたいと思う難渋因子があった。症状コントロールについては、「薬がきちんと間違えずにのめるか」「下剤の量の調節が難しい」「オピオイドレスキューをどのような時に使えばよいか」「熱が出たら病

院に行けばいいか、座薬を入れればいいのか」等、便秘や下痢、発熱等のありふれた症状や頓用の薬に関しての判断に不安を示し、難渋因子となっていた。

家族においては、「できないことがあっても仕方がない」「できないことが多くなったからこそ、家族のペースで看れる。今は家で目を離しても大丈夫」等の言葉のような推進因子があった。一方、「患者の行動は危険でみていられない」「家だと患者が自分のペースで突発的な行動をおこし、体の弱い家族がついていけない」等の介護困難感を表す難渋因子があった。症状コントロールについては、患者と同様の難渋因子があった。

(5) -②《今後の状態悪化についての不安や恐怖がある》

このサブカテゴリーは、今後病状が確実に悪化すると予測されることでの不安や、そこに立ち会うことの恐怖の内容であった。

患者においては「毎日いい時も悪い時もあって当然。気にしていない」との言葉のような推進因子があった。一方、「これからどうなるのか見当もつかないから自分から家に行きたいとは言えない」と今後の不確かさに対する不安を表す難渋因子があった。

家族においては「患者は病院にいることこそ不安らしい」と病院で悪化を待つ患者の不安をくみ取っている言葉や、「過去に親族を在宅で看取ったことがある（なんとなく記憶にある）から、何とかなる」の言葉のような推進因子があった。一方、「出血を家で見るのは怖い」「所構わず吐かれるのは後始末が大変」「患者は病状を楽観的に考えている、考える能力も落ちている」「今後悪くなってくることを考えると家で引き受けられない」「どのように変化していくのか、どんな時に誰を呼べばいいのかわからない」等のような難渋因子があった。

4.3 療養の場意思決定のプロセス

患者・家族、医療者は当初退院に対して考えや気持ちのズレがあったが、話し合いを重ねることで徐々に気持ちをすり合わせ、療養の場を選択するプロセスをたどっていた。例えば、退院を希望する緩和ケア終末期の患者の家族は「試験外泊では寝てばかりで病院と変わらなかった」「外泊すると微熱がでる」「地域の医者では何も役に立たない」「退院できる体力がついたなら、次のがん

治療もできるのではないかと退院に対して反対していたが、話し合いを重ねるうちに、患者の「家で家族が作った食事を食べたい。家のコタツで家族と夜遅くまでテレビを見るだけでも病院とはちがう」の気持ちを理解し、患者が「いい日も悪い日もあって当たり前、(病状を)心配していない」のなら家族としての不安を胸に収めようと決め「今は地域でできることをお願いし、悪化した時はまた考える」と在宅資源を利用することに退院した。患者は《関係のある人とともに居たい》《自分のペースで落ち着いた生活を送りたい》の推進因子が強く《ADL低下や介護負担、症状コントロールに不安がある》に対しても推進因子を有していたが、家族はそれらのサブカテゴリーについての難渋因子を有していた。さらに、家族は《在宅診療や訪問看護を利用したい》について難渋因子を有し退院についての納得・気持の切り換えに難渋因子を有していた。話し合いを重ねることにより、家族は患者の気持ちを理解し、《関係のある人とともに居たい》《自分のペースで落ち着いた生活を送りたい》について推進する方向に転換し、退院についての納得・気持の切り換えをおこない《在宅診療や訪問看護を利用したい》を推進する方向に転換していった。

5. 考察

5.1 療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因について

【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】は、病院側が入院での治療終了として退院を打診する時期と、患者・家族が入院の必要性がないと思う時期にはズレがあるということを示している。進行がん患者の場合、病状がどう進行していくか不確かであり不安は大きい、その中でもどのような気持ちでどんな日常生活を送りたいか問いかけていくことが重要と考えられる。また、高齢者は昔のがんのイメージをそのまま有し、がん＝不治＝入院と思いきこんでいたり、医療制度の変革による病院の機能分化について知識がない場合が多い。これらのことを念頭におき退院支援にあたるのが重要である。

【自分らしい生活を大切にしたいという思い】における《自分の家を守り、そこに居たい・自分の家に帰りたい》《自然を感じて生活したい》は、緩和ケア終末期の患者の在宅推進因子になっていた。これらは村田⁷⁾が述べる終末期がん患者のスピリチュアルペインの構造における自律存在、

時間存在の再構築に通じることであると考えられ、これらの患者の意思の価値を尊重し支援していくことが重要である。《自分のペースで落ち着いた生活を送りたい》《関係のある人とともに居たい》《家でしなければならないことがある》は、他の疾患患者の在宅希望にも共通する要因と考えられるが、進行がん患者の場合、残された時間が限られているからこそ、より濃厚で意味のあるものと考えられる。《関係のある人とともに居たい》は、村田⁷⁾が述べる終末期がん患者のスピリチュアルペインの構造における関係存在の再構築に通じることと考えられる。

【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】は、療養の場の具体的な選択にあたっての重要な要因であった。緩和ケア病棟を敬遠する患者・家族の理由は、臨死期の心電図モニター監視がなかったり、死亡時刻に医師の立ち会いがなかったり、点滴を少量しかしてもらえず死期が早まる等であり、緩和ケア病棟のみならず緩和ケア全体の誤解を解くことも重要と考える。

【在宅資源利用についての思い】に関しては、患者・家族は必ずしも積極的に利用したいと考えておらず、在宅緩和ケアに必須な在宅医についても、継続を望んでいる場合ばかりではなかった。訪問看護については、患者・家族にとっての認識は低いものであった。秋山らは在宅医師側から在宅緩和医療実施の障害を報告し、病院の先生を上にみて地域の開業医を低く見る傾向や、病院とだけキャッチボールしたがる患者・家族が多く、患者・家族・医療者の在宅医療についての啓発の必要性を述べている⁸⁾が、同様のことを示唆する結果であると考えられる。

【不安】に関しては、排便コントロールや軽度の発熱等些細な症状の対応に退院後は戸惑いを感じることを重視し、病棟での指導を充実させることが必要である。また、在宅看取りの体験は家族の重要な在宅推進因子となっていた。中村は在宅死は子や孫に「命のリアリティ」を伝える大切な儀式でありそれを体験することにより死に対する腹が据わると述べている⁹⁾。在宅死に結びつかなくとも相談の過程で死に至るプロセスに関して家族の質問に答えていくことは重要であると考えられる。難渋因子について特に出血(咯血・吐血・下血・性器出血)、嘔吐、経口摂取不可、けいれんは、医療者からみたら軽微でも、家族には強い不安や恐怖を伴うことであることを理解し関わる必要がある。

5.2 各カテゴリーの関連

療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因として抽出された5カテゴリーの関連を図1に示す。【自分らしい生活を大切にしたいという思い】と【不安】は、患者や家族の内部要因であり希望と不安として相互に影響しあっていた。【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】【在宅資源利用についての思い】の2つは、外部の要因をどう検討し選択していくかということであり、内部要因に影響を与えていた。それらを統合したうえで今後の方向性を見出そうとし、【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】に収束されていくと考えられた。

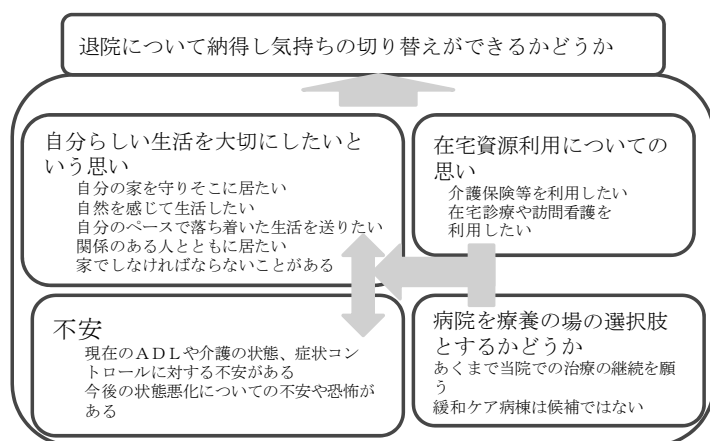


図1 療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす各要因の関連

5.3 療養の場の意思決定のプロセスと、そこでの退院調整看護師の支援のあり方

患者・家族が療養の場を決定していくプロセスは、当初患者・家族、また医療者の中に生じている療養の場に関する様々な認識のズレを、話し合いを重ねる中で自ら修正したりお互いにすり合わせ、方向性を一致させていく作業であった。認識のズレとは、各カテゴリーの推進因子・難渋因子が混在している状態と捉えられた。退院調整看護師の支援のあり方としては以下のことが重要と考えられた。

- (1) 今回明らかになった各カテゴリーについて、患者や家族の個々の思いを聴き、推進因子や難渋因子を明らかにしていく。
- (2) 互いが遠慮し伝えにくいことがあれば、場を設定し話し合うことを後押ししたり、時には代弁していく。
- (3) 患者・家族、また医療者も含め認識のズレについて整理し、伝えていく。患者・家族に共通

する推進因子は更に促進するよう働きかける。難渋因子については、推進因子への変換の可能性を検討していく。共通する難渋因子の存在には、在宅以外の選択肢の可能性も確認する。

- (4) ズレを修正していく過程において、患者の【自分らしい生活を大切にしたいという思い】を重視し、家族にその価値を伝えていく。
- (5) 患者に対して、入院によって失われがちな生活感を取り戻す手助けをし、日常生活に対する興味・関心を再び呼び起こし【自分らしい生活を大切にしたいという思い】に結びつけていく。
- (6) 調整可能な方向性や在宅資源について具体的に情報提供し、選択肢を示していく。その際には不可能なことや限界も示していく。
- (7) プロセスにおいて、当事者同士が悩みながら歩み寄っていく姿勢を尊重し見守っていく。

6. まとめ

都道府県がん診療連携拠点病院地域連携室に相談依頼のあった進行がん患者・家族の療養の場の選択の意思決定に影響を及ぼす要因について調査した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 療養の場の意思決定に影響を及ぼす患者・家族の要因として、【退院について納得し気持ちの切り換えができるかどうか】【自分らしい生活を大切にしたいという思い】【病院を療養の場の選択肢とするかどうか】【在宅資源利用についての思い】【不安】の5カテゴリーが抽出された。各カテゴリーには、在宅療養を推進する因子と在宅療養に難渋する因子があった。

2. 患者・家族、医療者は当初療養の場に関して考えや気持ちのズレ、つまり推進因子と難渋因子が混在し混沌としている状態であったが、相談の過程で、悩みながら気持ちをすり合わせ療養の場を選択するプロセスをたどっていた。

本研究の限界として、地方の一施設のみを対象にしていることより、地域環境による差は考慮されていないことがある。また、地域連携室退院調整看護師の面談内容の分析であり、病棟看護師の捉える意思決定に影響を及ぼす要因とは異なる可能性がある。

本研究は、平成21年度北陸がんプロフェッショナル養成プログラム がん看護臨床研究プロジェクトによる助成を受けた。

引用文献

- 1) 大谷木靖子：ギアチェンジにおけるナースの役割. ターミナルケア, 11 (3), 201-204, 2001.
- 2) 厚生労働省健康局：がん対策推進基本計画, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>, 7-8, 2007.
- 3) 大松重宏：患者さんの退院にむけての意思決定への援助. 緩和ケア, 15(3), 204-208, 2006.
- 4) 厚生労働化学研究費補助金「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究」班：在宅緩和ケアのための地域連携ガイド, 9-67, 2008.
- 5) JCOG データセンター：CTC 日本語訳 JCOG 版第2版, 2001.
- 6) 越川貴史, 阿久澤浩司, 古田武慈：円滑な在宅医療への移行と実践. がん患者と対症療法, 21(1), 21-28, 2009.
- 7) 村田久行：終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア：アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築. 緩和医療学, 5 (2), 157-165, 2003.
- 8) 秋山美紀, 的場元弘, 武林亨他2名：地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査. Palliative Care Research, 4, 112-122, 2009.
- 9) 中村伸一：自宅で大往生, 41-44, 中公新書ラクレ, 2010.

Factors Influencing Advanced Cancer Patient and Their Family Decision-Making about Treatment Place

Keiko SAKAI, Chieko TSUKAHARA, Naoko IWAKI, Tomoe MAKINO

Abstract

The purpose of this study is to examine the factors influencing decision-making by advanced cancer patients and their families when having to choose a treatment place. Interview with the patients and families were conducted by the support nurses, and the records of the patients were qualitatively analyzed.

Results yielded five primary influential factors: consent of discharge subsequent empowerment, desire to value one's own life; attitude toward hospitals; attitude toward the utilization of home-care resources; and anxiety.

Patients, their families, and medical staff initially expressed uncertainties discharge, however, by continuous consulting amidst, coping with distress, confident decisions were generally reached.

Key words advanced cancer patient, treatment place, decision-making.

報告

「リハビリテーション維持期にある心疾患患者の 自己管理能力を支える指針」

～自己の看護実践の分析を通して～

藤田 三恵¹

概要

本稿は、リハビリテーション維持期における心疾患患者の自己管理能力を支える看護実践上の指針を得ることを目的としている。研究は自己管理能力が備わってきた患者との1年7か月間の自己の看護実践過程を質的帰納的に分析した。その結果実践上の指針は、その特徴により以下の4つに大別され、合計23項目抽出することができた。1) [どのような機会を捉えて関わるか]として、①退院は生活行動を拡大させやすいので、心機能に負担がかかっていないか予測し、患者の年齢、担っている役割、生活で生じる負担をイメージしながら不調の有無を確認する、など5項目。2) [患者の具体像に近づくには]として、①患者の不安な言動から、具体的な生活像をイメージし問いかける、など8項目。3) [患者の認識に届けるには]として4項目。4) [患者の持てる力を引き出すには]として6項目であった。

キーワード リハビリテーション維持期、心疾患患者、自己管理能力の支援、看護実践の分析、実践上の指針

1. はじめに

心臓リハビリテーションは、多くの臨床試験から運動耐容能の改善のみならず、QOL (Quality of Life) や生命予後までも改善することが報告されている¹⁾。しかし、日本はこれまで、社会的な関心の低さや環境の未整備などの問題があり、欧米に比較し心臓リハビリテーションの取り組みが遅れてきた。1988年に運動療法が保険適応となり、治療の一環として組み込まれたのを機に普及が進んできたが、それでもいまだ心疾患リハビリ施設認定を受けているのは全国でも6.5% (69施設)にとどまり、さらに外来通院型の心臓リハビリを実施している施設となると、4.9% (52施設)と限られており²⁾、今後の心臓リハビリテーションの普及が望まれている。また多職種で包括的に関わるのが標準的となっている現在、この領域に携わる看護職の役割への期待は大きく、看護職の専門性を明確に示すことが求められている。

寺町³⁾は、心疾患の病態に即した日常生活援助技術に関する研究や、日本の現状に適応する心理社会的探求が臨床に根ざして取り組まれることの重要性を唱えている。また眞嶋⁴⁾は、心疾患患者に対する心理社会的なサポートとして、標準

的な看護介入ではなく、理論をもとに個に応じた適用することの重要性も述べている。

そこで、現時点での心臓リハビリテーションに関する研究をみてみると、運動療法のプログラムなどリハビリテーションの方法論に関する研究^{5) 6)}、患者のうつ・不安に影響する因子など患者の認識の一部に着目したもの⁷⁾、運動療法のアドヒアランスを測定するための質問紙開発に関する研究⁸⁾、個別面談・患者教育など看護の方法に局限された研究⁹⁾など、さまざまみられた。しかし、臨床に根ざしてその看護実践から探求された研究は少なく、看護の専門性を明確にするには十分とはいえず、いずれもさまざまな個別な状況に活用するための示唆を読み取ることはできなかった。

2006年より筆者は、心臓リハビリテーション室の専従看護師として看護実践の場が得られ、急性心筋梗塞で救急搬送された患者に関わった。入院中および退院後も継続して関わりを持ち続けたところ、自己管理能力が備わってきた事例を経験した。

看護の専門性は、自然の回復力を助ける生活調整であり、患者自らが持てる力を発揮して自己管理できるようになることをめざすことであるとい

¹ 石川県立看護大学

われている。今回の心疾患患者の自己管理能力が
ついてきたのはどのような働きかけがあったとい
えるのか、その意味を抜き出し構造化することで、
心臓リハビリテーション維持期における看護実践
上の指針が得られ専門性を示す一助になるのでは
ないかと考えこの研究に着手した。

したがって本研究の目的は、リハビリテーシ
ョン維持期にある心疾患患者に、個々の生活状況に
応じて自己管理できるよう関わった自己の看護過
程を分析し、その時々々の看護者にどのような判断
規準があったのかを明らかにし、心臓リハビリテ
ーション維持期の看護に必要な、実践上の指針を
得ることである。

2. 研究方法

2.1 研究対象

本研究は、心臓リハビリテーション室における
自己の看護過程を対象としている。患者の自己管
理能力を支えるには、相手が自己の健康をどのよ
うに捉え、どのように自己の生活で実践するかと
いうことが鍵であり、患者・看護者の関わりをま
るごとく扱って生活者としての患者の認識を浮き彫
りにする必要がある。したがって、看護実践を看
護者の対象認識から表現への過程的構造を示し、
ナイチンゲール看護論を基盤として発展させた薄
井の科学的看護論を理論枠組みとした。また、患
者の自己管理能力を支えることを主眼としている
ため、自己管理能力を以下のように定義した。

自己管理能力：「心疾患患者が自分自身でよい
状態を保つように物事を取りはからったり決まり
をつけたり、手当てをすることをさす。すなわち、
自分の心臓の力量（自らの心臓が血液を送り出す
能力）をわかり、それに応じて日々の生活のこま
ごまとしたことの一つ一つを自分自身で決定し、
内部環境が保たれるような栄養を補い、気持ちを
整えつつ身体が症状が激化しないよう調和させる
ことであり、整えた結果自己の健康状態を維持で
きること」とする。

2.2 資料の収集

平成 X₀ 年 4 月より、平成 X₁ 年 3 月の 2 年間、
心臓リハビリテーション室専従看護師として配
属された C 病院において、看護者として関わる。
それらの関わりの中から、心臓リハビリテーシ
ョン（以下心リハと略す）に通院し一度は自己管理
に失敗したが、再び心リハを実施する過程におい
て自己管理能力ができてきた急性心筋梗塞の A

氏との 1 年 7 ヶ月の看護実践を選択した。看護者
としての関わりはカルテに記載し、実践内容はそ
の時々々にフィールドノートに記述した。

2.3 研究資料の作成

患者（A 氏）との看護過程全体が見渡せるよ
う、諸記録・フィールドノートをもとに患者の事
実や状況、看護者の状況、関わり場面などを時
系列に沿って経過一覧として整理し、研究経過一
覧表を作成した。また、患者に直接関わった場面
や印象に残った場面をプロセスレコードに再構成
する。

2.4 研究素材の作成

本研究は患者の自己管理能力に焦点を当ててい
る。したがって、研究経過一覧表およびプロセス
レコードから、患者の自己管理能力に変化を示す
言動がみられた場面、また、患者の自己管理に向
けて看護者の気持ちが動き具体的に働きかけを行
った場面を選択し研究素材とする。

2.5 分析方法

- (1) 患者の自己管理能力の変化と、その前後の看
護者の働きかけの過程的構造がわかるように分析
フォーマットを作成する。（付録参照）
- (2) 研究素材を精読し、キーセンテンスを分析フ
ォーマットの「患者の自己管理能力の変化を示す
言動」に記入、その変化は自己管理という側面か
らどのような変化といえるかを抜き出し「自己管
理能力の変化の性質」に記入する。そのような変
化は看護者のどのような認識と働きかけがあつた
かを「看護者の認識と具体的な働きかけ」として
各欄に記入する。
- (3) 患者の「自己管理能力の変化の性質」から、「看
護者の認識および具体的な働きかけ」がどのよう
な意味をもっていたのかを抽象化し、「関わり
の意味・特徴」に記述する。
- (4) 看護者が患者に働きかけたときの、看護者の
着目点と判断過程を「関わりのもととなる看護者
の認識の働かせ方（判断規準）」として記述する。
- (5) 「自己管理能力の変化の性質」と「関わり
の意味・特徴」の関連性および「関わりのもとと
なる看護者の認識の働かせ方（判断規準）」から、
看護者の関わりの内容を一般化し、指針を取り出
す。
- (6) さらに (5) から取り出した指針を類別し整
理する。

なお、研究素材の作成、分析過程において、同様の質的研究に卓越した複数の研究者のスーパービジョンを受け、さらに指針を取り出す過程や取り出した指針の意味内容について臨床看護師の意見を参考にしながら修正し、研究結果の信頼性の確保に努めた。

2.6 倫理的配慮

本研究をまとめるにあたり A 氏には、本人が特定されないよう匿名とすること、A 氏に関するカルテ等の情報、知り得た事実、関わりの場面など研究目的以外には使用しないこと、また研究としてまとめることについて拒否したとしても、今後の看護者としての関わりや治療等に関しては一切関係がなく、不利益を被ることはないことを口頭で説明し、快諾を得、さらに論文としてまとめるにあたり文章で説明し同意を得た。また、心臓リハビリテーション専従看護師として従事しながら研究者としてデータ収集することについて、病院長、A 氏の主治医、看護部長、心臓リハビリテーションの責任者の許可を得た。

3. 研究結果

3.1 患者紹介

A 氏、女性、60代、勤務中に急性心筋梗塞を発症し救急搬送された。搬送時に心室細動を起こし、除細動器により除細動でき、緊急で経皮的冠動脈形成術を施行した。その後経過は順調で、入院中より心リハ（急性期～回復期）を行い、退院後も外来での心リハ（維持期）に通院した。

3.2 研究経過一覧

A 氏との出会いから自己管理能力が備わったと判断できるまでの約1年7ヶ月間の全容が見渡せるよう、患者の事実を表す情報、看護者の状況、看護実践の場面などを経時的に記述したところ42の状況に整理できた。そのうち、分析に使用したのは、患者の自己管理能力に変化が見られ、看護者の関心が患者の自己管理に向けて動き、自己管理に向けた具体的な働きかけがあった場面で、12場面であった。

3.3 分析結果

12の場面から指針を抜き出した分析過程の一部を以下に説明する。

まず、分析に使用した場面はどのような場面か、その時の患者の自己管理能力の変化を示す言動と

して「 」斜め太文字で表わし、自己管理能力の変化はどのような変化といえるのかを、自己管理能力の変化の性質として『 』に太文字で表した。その時、看護者はどのように思いどう行動したかを、看護者の認識と具体的な働きかけとして[]、それらの連関をおさえその関わりの意味・特徴として抜き出したものを【 】で表現した。

また、そのときの看護者の判断規準を[]で表し、取り出した指針を[]で表現した。

(1) 場面1の分析結果

A 氏が退院後初めて外来での心リハに通院してきたときの場面である。退院すれば入院時とは生活行動が拡大するため、これまでとは違ったことを体験しているのではないかと看護者は気になり声をかけた。その時患者は「これまでできていたことができなくて…」「こんなものなの?」と『自分の身体の変化を自覚し、健康だった時と比較し自分の健康に対して疑問を生じた』言動がみられた。それを聞いた看護者は「やっぱりそうだ」と思い、同時期に他の女性患者の表現を思い出しながら、「女は退院するとあれもこれもしなきゃいけない、焦って一度にやりすぎは禁物だ」と判断し、「これまでと身体がちがいますからね、心臓の働きが生活の動きについてこれるまで焦らず少しずつつふやしていきましょう。身体は疲れたときには必ずサインをだしますから無理せず休みましょう」と伝えた。この関わりの意味を、【患者がこれまでとの身体の変化を自覚し生じた疑問に、予想どおり負担がかかるのは当たり前だと、焦らぬよう一般的な注意事項を伝えたところ、患者は相づちを打った】とした。

この関わりには、看護者の言動のもととなった判断規準には何があったかを取り出したところ、以下ようになった。

生活行動の拡大時には、身体の変化が起こると予測。身体のことを正しく頭に描くためには、身体に起きた変化を感じ取ったときがチャンスである。主婦一般をイメージし、重ねると相手の立場から想像しやすい。言動の背景にある具体的な生活に迫ることが必要。変化を感じ取った患者に、心機能の回復に合わせてゆっくりと行動するよう伝える。

この判断規準から取り出した指針は、

1. 退院は生活行動を拡大させやすいので、心機能に負担がかかっているか予測して関わる。
2. 患者の年齢や、担っている役割、生活で生じる負担をイメージしながら不調の有無を確認する。
3. 患者が体調の不安を感じたときが、身体をイメージできるチャンスと捉える。
4. 患者の不調の言動から、具体的な生活像をイメージし、問いかける。

であった。

(2) 場面2の分析結果

入院中のカルテで、栄養指導のレポートの内容を見て以前の食事摂取にムラがあったことを知り、問題意識を感じていた看護師は、折を見て話そうと思いをかけた時の場面である。退院後、外来での心臓リハビリテーションに定期的に通院し、季節は夏の暑い盛り頃であった。夏場を健康的に送ってもらおうという意図で話しかけ、[細胞は作り替えられるから、しっかりと栄養を摂ることが必要です][夏野菜は特に夏の暑い太陽の光を浴びるので、野菜の中には活性酸素を減弱させるための酵素がたっぷりと含んでいるから、夏野菜を摂取することで、身体の細胞の作り替えがよくなりますよ]と話した。患者は「へー、そうなんですか」とうなずきながら聞き、『自己の生活の有りように興味が湧いた』。この関わりの意味を、【以前の生活で材料不足をみてとった看護師は、話す機会を見計らい、季節柄摂取不足になりやすいことを考え、栄養摂取の質が細胞の作り替えに影響するという根拠を示しつつ知識の提供をしたところ、患者の興味をひいた】とした。

この関わりの看護師の判断規準は、

これまでの生活での材料不足が心疾患と関係ありそうだと推測。心臓の血管の再生には細胞の作り替えに必要な材料を補給することが重要であることを念頭におく。話す機会を見計らって言うと頭に届きやすい。患者の状況を探り、季節に合わせ、患者に応じた表現を選び、根拠と共に知識を伝える。

この判断規準から取り出した指針は、

5. これまでの食生活のあり方が心疾患と関連があることを念頭に置き、食生活の情報を把握し、心筋の回復に必要な食生活について話す機会を選ぶ。
6. 必要な知識を伝えるときには、患者の状態が安定しているときを選び、季節柄、健康に良い食材を考え、相手に応じた表現を選び、根拠と共に伝えると相手の頭に届く。

であった。

以上のように、12場面すべての看護師の判断規準を分析した結果、取り出した指針は24であった。このように取り出した24の指針を精読し、それぞれの意味内容を場面の状況との関連で吟味したところ、看護師の行動のもととなっている判断基準には4つの特徴に類別された。それは、患者との関わる機会を意図的にとらえていたり、患者の行動や表現の根本に着眼したり、表現するときの工夫であったり、患者の強みへの着眼などであり、それらは23項目にまとめられた。つまり4つの特徴は、患者が自己管理能力を身につけるための看護師の具体的な支援として、

- 1) どのような機会をとらえて関わるか
 - 2) 患者の具体像に近づくには(看護師の着眼点と判断)
 - 3) 患者の認識に届けるには
 - 4) 患者の持てる力を引き出すには
- とし、それぞれの項目を整理すると以下ようになった。

- 1) どのような機会をとらえて関わるか (() 内の数字は指針の番号を表す)

- ①退院は生活行動を拡大させやすいので、心機能に負担がかかっているか予測し、患者の年齢、担っている役割、生活で生じる負担をイメージしながら不調の有無を確認する。(1)(2)
- ②患者が体調の不安を感じたときに関わるチャンスと捉える。(3)
- ③職場復帰に向けて、仕事の特徴をイメージして回復過程を促進させる生活ができているか見定める。(7)
- ④リハビリ維持期には、自己調整の様子を具体的に確認する。(14)
- ⑤身体の不調を感じているときは気持ちを不

安定にさせるため、気持ちが安定するよう受け止めながら聞く。それには時間と場所の選択が必要となる。(16)

2) 患者の具体像に近づくには(看護者の着眼点と判断)

- ①患者の不安な言動から、具体的な生活像をイメージし問いかける。(4)
- ②これまでの食生活のあり方が心疾患と関係があることを念頭におき、食生活の情報を把握し、心筋の回復に必要な食生活について話す機会を選ぶ。(5)
- ③心の消耗は心機能の疲労を増大させ、身体と心の働かせぶりが心機能の回復に見合っていないと破綻をきたすことを常に念頭におき、職場内で発生するストレスを調整することが必要と伝える。(9)
- ④維持期では心臓の回復の程度に見合った運動量を自ら判断し、自分でコントロールできるように見守る必要がある。(12)
- ⑤患者の身体の不調には生活のありようにその鍵がある。(15)
- ⑥現在の運動量が心機能の回復力より超えているのではないかと予測し、その生活の具体に近づき、患者の身体に起こっていることをイメージできる材料を集める。(19)
- ⑦運動量が心機能に見合っておらず、同時に気持ちが不安定なときには、患者の対処能力を判断し、時を逸せず患者が乗り越えられるよう、専門的な力を借りる。(20)
- ⑧患者の自己管理能力が不十分と思ったときには、対策を考える。(21)

3) 患者の認識に届けるには

- ①必要な知識を伝えるときには、患者の状態が安定している時を選び、季節柄、健康によい食材を考え、相手の生活に応じた表現を選び、根拠と共に知識を伝えると相手の頭に届く。(6)
- ②自律神経のバランスが、心筋の酸素消費量に影響するため、バランスを保つための調整方法と、身体のおくみと働きを心のあり方とのつながりとして伝える。(8)
- ③抱えていた不安を吐き出した時には楽になるため、必要なときのために連絡方法を伝

える。(17)

- ④自分のために自分でデータをとるようにすすめる。(22)

4) 患者の持てる力を引き出すには

- ①心臓の働きは自律神経にコントロールされ、身体と心はつながっているため、意識的に調整するコツを伝えて実行を促す。(10)
- ②回復の糸口が見えれば気持ちが前向きになる。(11)
- ③患者の傾向を把握し、患者の自己判断が不安な場合は、他職種の専門的な力を借り、共に患者をサポートする体制をつくる。(13)
- ④職場内のストレスの存在を把握し、心機能の回復のためにとった自己決定を支持する。(18)
- ⑤人間がもっている自己管理能力を予測しながら、患者の能力(もてる力)を信じ、自分で気づいたことを根拠をつけてほめる。(23)
- ⑥身体が発するサインを受け止め、生活との関連がわかれば、自分で行動を調整できるようになる。(24)

4. 考察

今回は、退院後の外来通院型心臓リハビリテーションに参加したりハビリテーション維持期にある事例である。退院直後より、家庭生活(主婦役割の遂行)に復帰し、さらに職場(元の仕事)への復帰、その後退職しまた家庭生活に戻る、という社会生活が様々に変化し、多くの人が辿るであろう過程を経験した典型例として選択した。また、心臓リハビリテーションにおいて、心疾患患者の退院後から社会復帰に向けての看護者の役割としては、一般的に『安心して社会復帰でき、維持期においても効果的に運動療法ができるよう患者の生活習慣、家族の協力、職場の環境などを考慮した生活指導を行っていく』¹⁰⁾とされているが、効果的に運動療法ができるには何をどうすればよいか、あるいは家族の協力や職場の環境を考慮した生活指導をするには、個別な患者の状況にどのような判断基準で行うかは示されておらず、個々の看護者にゆだねられているのが現状である。

看護は、個別な対象に対して個別な看護者が関わる一回性のものであり、『明確な一貫した目的

意識をもった実践である』¹¹⁾、といわれているが、今回の看護実践から導き出し、4つの特徴に類似した実践上の指針をどのように実践で活用するかという位置づけから考察する。

まず第1番目の類別について述べると、患者を取り巻く社会生活が入院後変化すれば、当然それに伴って生活行動の規制が変わらざるを得なくなる。社会生活の変化はその人がどのように考えたかに規制され、社会生活の規制によってさらにその人の認識も変化する。心臓は必要なときに、必要な場所に、必要なだけの血液を送り込むという働きを持っているから、生活行動の変化によって心機能の働きは、それに見合ったように徐々に変化するのが本来である。したがって専門家としては相手の生活行動や社会生活がどのように変化するかということをも十分把握しておく必要がある。今回の事例の関わりで、看護者の判断過程をみると、看護者は患者の社会生活に変化があるときにはその機会をとらえ、心機能の回復とのバランスを予測しながら意識的に関わっていた。

どのような機会をとらえるかについて述べると、最初は入院から退院という変化のときである。入院中の患者は日々の日常生活など自分自身のために行動する。しかし、退院すると自分と家族という小社会の活動に広がり、自分のためだけでなく、社会で果たしている自己の役割に応じて、他者のために行動する必要性が少なからず生ずる。それによって行動範囲は、病院の病室・病棟内などの限られた範囲から家庭での生活行動へと広がり、他者との関係の中で行動が規定されることとなる。従って患者の社会的個人としてのありようをイメージし、患者に問いかけ患者の生活行動を確認していく必要がある。それが指針1) - ①「退院は生活行動を拡大させやすいので、心機能に負担がかかっているか予測し、患者の年齢、担っている役割、生活で生じる負担をイメージしながら不調の有無を確認する」に示されている。

二つ目のきっかけは、職場への復帰のときである。家庭での生活から職場に復帰するにはさらに行動が拡大し、加えて精神活動がその人を取りまく環境によって影響を受けやすい。精神活動は眼に見えないから、エネルギーの消費について過小に評価される傾向があるというが¹²⁾、職場内部の人間関係などによって精神的に不安定な状況になると、患者の消耗を大きくさせるという特徴も持っている。消耗の原因となる職場での様々な関係性が存在しないかを看護者として意図的に把握

することは重要である。このことが指針1) - ③「職場復帰に向け、仕事の特徴を重ねて回復過程が妨げられるものは何か見定める」ということである。

三つ目は、リハビリテーション維持期には、生涯自己の病気とうまく付き合っていく必要があり、それは個人個人の考え方によって規定される。看護者として患者に関心をよせながら調整のあり方を確認していくことによって、患者の自己調整の事実を確認することができる。患者のありようからどのようなところに困難を感じ消耗をきたしているのか、その困難性を構造として明確にできれば、看護者が関わる必要性を持つことができる。このことが指針1) - ④「リハビリ維持期には、自己調整の様子を具体的に確認する」ということである。

四つ目は、患者が感じている身体の異変に関して自らの健康に対する問いが生まれたときである。薄井は、『内部からのさまざまな刺激も脳に伝えられて、認識に影響を及ぼすのである』¹³⁾と述べているように、身体内部に生じた変化を感じたとき、自らの健康に対する問いが生まれ健康の考え方に影響を及ぼすのではないと思われる。このような機会を看護者として逃さず関わることによって、患者は自らの身体を通して実感としてわかることとなり、生活行動に影響を及ぼすのではないかと推察する。しかし、時として身体内部の変化は心も動揺しやすい。したがってこのようなときには感情をしっかりと受け止めることが必要である。これらが指針1) - ②, ⑤である。

以上のように、患者の社会生活の変化に応じて機会を逃さず関わるのが患者の自己管理に向けて影響を及ぼす重要なチャンスであると考えている。

2番目の類別としては、患者の表現から相手の生活の実態にいかにか近づくかということであり、そのための看護者の着眼点と判断を示している。たとえば、指針2) - ②「食生活のあり方が健康障害と関連があることを念頭におき、食生活の情報把握し、心筋の回復に必要な食生活について話す機会を選ぶ」では、患者の食生活のあり方が健康障害と関連があることを看護者は念頭においている。すると食生活の情報がすぐ目に留まりその後、関わることができた。また、指針2) - ③「心の消耗は心機能の疲労を増大させ身体と心の働かせぶりが心機能の回復に見合っていないと破綻をきたすことを常に念頭におき、職場内で発生するストレスを調整することが必要と伝える」では、

心の消耗は心機能の疲労を増大させること、身体と心の活動量が心機能の回復に見合っていないと破綻をきたすことを念頭においている。そうすることによって、患者の訴えから心臓の負担をイメージすることが容易となった。

看護者が常々どのようなことを意識に上らせるかによって患者に消耗をもたらすような対立の存在が明らかになり、より正確な事実を確認しようと意識し、患者の生活の具体に近づいていけるようになるのではないかと考える。

看護は『看護するという目的意識を持った看護婦（人間）が対象とした人間に看護上の問題点を発見し、それらの解決の方向性を探り、より健康的な生活を創り出す手段を選びながら関わっていく過程である』¹⁴⁾ という過程的な構造をもっているため、患者の個別性に対応するには、看護者の着眼点と判断が重要となるのではないかと考えられる。

3番目の類別としては、看護者の具体的な関わりの中、教育指導的な側面についての視点である。教育指導的な場面において、単なる一般的な知識の提供では、患者が自らの生活の改善に至らない場合が多々あるという印象を筆者は持っている。指針3) -①「必要な知識を伝えるときには、患者の状態が安定している時を選び、季節柄、健康によい食材を考え、相手の生活に応じた表現を選び、根拠と共に知識を伝えると相手の頭に届く」では、健康障害に関連があるとされている患者の食生活において、必要な材料の摂取不足があると判断していた看護師は、折を見て患者に話そうと思っていた。その話す時期を考え、相手の心に届くには通院して環境に慣れて心身ともに落ち着いてきた頃を選んで話したことで、主婦という相手の生活の特徴を踏まえつつ、なぜそうしたらよいのかという根拠と共に患者に知識の提供をしたところ、患者の興味をひくことになり、患者は自らの食生活を意識し見直すようになった。

このように看護者の表現に対して相手が何を感じ、どのように受け止めたかが重要であり、単に知識の提供で終わることなく、相手の認識に働きかける活動が重要であろう。

最後の特徴である指針は、4) -②、⑤、⑥のように、あったらよいと思われる患者の姿や人間がもっている力を目標として看護者が描けていることである。そして、4) -④「職場内のストレスの存在を把握し、心機能の回復のためにとった自己決定を支持する」のように、患者の下した自

己決定を支持したり、4) -③「患者の傾向を把握し、患者の自己判断が不安な場合は、他職種の専門的な力を借り、共に患者をサポートする体制をつくる」のように、他職種の力を借りながら一緒にサポートするという看護者の働きかけは、患者のもてる力を引き出すことにつながるのではないかと考える。

5. 結論

本研究を通して、リハビリテーション維持期にある心疾患患者の自己管理能力を支える看護の実践上の指針を4つの特徴に類別し、23項目にまとめることができた。

1) どのような機会をとらえて関わるか

① 退院は生活行動を拡大させやすいので、心機能に負担がかかっているか予測し、患者の年齢、担っている役割、生活で生じる負担をイメージしながら不調の有無を確認する。

② 患者が体調の不安を感じたときに関わるチャンスと捉える。

③ 職場復帰に向けて、仕事の特徴をイメージして回復過程を促進させる生活ができているか見定める。

④ リハビリ維持期には、自己調整の様子を具体的に確認する。

⑤ 身体の不調を感じているときは気持ちを不安定にさせるため、気持ちが安定するよう受け止めながら聞く。それには時間と場所の選択が必要となる。

2) 患者の具体像に近づくには（看護者の着眼点と判断）

①患者の不安な言動から、具体的な生活像をイメージし問いかける。

②これまでの食生活のあり方が心疾患と関係があることを念頭におき、食生活の情報を把握し、心筋の回復に必要な食生活について話す機会を選ぶ。

③心の消耗は心機能の疲労を増大させ、身体と心の働かせぶりが心機能の回復に見合っていないと破綻をきたすことを常に念頭におき、職場内で発生するストレスを調整することが必要と伝える。

④維持期では心臓の回復の程度に見合った運動量を自ら判断し、自分でコントロールできるよう見守る必要がある。

⑤患者の身体の不調には生活のありようにその鍵がある。

⑥現在の運動量が心機能の回復力より超えている

のではないかと予測し、その生活の具体に近づき、患者の身体に起こっていることをイメージできる材料を集める。

⑦運動量が心機能に見合っておらず、同時に気持ちが不安定なときには、患者の対処能力を判断し、時を逸せず患者が乗り越えられるよう、専門的な力を借りる。

⑧患者の自己管理能力が不十分と思ったときには、対策を考える。

3) 患者の認識に届けるには

①必要な知識を伝えるときには、患者の状態が安定している時を選び、季節柄、健康によい食材を考え、相手の生活に応じた表現を選び、根拠と共に知識を伝えると相手の頭に届く。

②自律神経のバランスが、心筋の酸素消費量に影響するため、バランスを保つための調整方法と、身体のしくみと働きを心のあり方とのつながりとして伝える。

③抱えていた不安を吐き出した時には楽になるため、必要なときのために連絡方法を伝える。

④自分のために自分でデータをとるようにすすめる。

4) 患者の持てる力を引き出すには

①心臓の働きは自律神経にコントロールされ、身体と心はつながっているため、意識的に調整するコツを伝えて実行を促す。

②回復の糸口が見えれば気持ちが前向きになる。

③患者の傾向を把握し、患者の自己判断が不安な場合は、他職種の専門的な力を借り、共に患者をサポートする体制をつくる。

④職場内のストレスの存在を把握し、心機能の回復のためにとった自己決定を支持する。

⑤人間もっている自己管理能力を予測しながら、患者の能力（もてる力）を信じ、自分で気づいたことを根拠をつけてほめる。

⑥身体が発するサインを受け止め、生活との関連がわかれば、自分で行動を調整できるようになる。

本研究の意義と限界

本研究は、研究者自身がまだ新しい分野である心臓リハビリテーション専従看護師として勤務し、試行錯誤しながらも、心疾患患者の自己管理能力を支えることができた研究者自身の看護実践の分析から、質的・帰納的に引き出した指針であることに意義がある。

ただし、本研究は研究者自身の一事例に対する看護実践であるため、極めて限られており、導き

出した指針はかなり実践に近い形での指針である。今後心臓リハビリテーション維持期にある心疾患患者に仮説検証的に適用し、さらに精度を高めていく必要がある。また、心臓リハビリテーション専従看護師の役割としても構造化できることをめざさなければならない。

謝辞

本研究をまとめるにあたり、快諾していただいた患者様、ご協力いただいた病院および心臓リハビリテーション室のスタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) Stewart KJ, Turner, KL, Bacher, AC, DeRegis JR, et al: Are fitness, activity, and fatness associated with health-related quality of life and mood in older persons? J Cardiopulm Rehabil. 23, 115-121, 2003.
- 2) 後藤葉一, 岩坂壽二, 齋藤宗靖他: 我が国における急性心筋梗塞症回復期心臓リハビリテーションの全国実態調査, 心臓リハビリテーション, 11 (1): 36-40, 2006.
- 3) 寺町優子: 心臓リハビリテーション看護の現状と展望 I, Quality Nursing 8 (5), 6-9, 2002.
- 4) 真嶋明子: 心臓リハビリテーション看護の現状と展望 II, Quality Nursing 8 (5), 11-13, 2002.
- 5) 加藤恵美, 正木晴美, 宮本ゆみ: 急性心筋梗塞患者の急性期心臓リハビリテーションプログラムの作成 DP 比や Borg 指数を取り入れた中止基準を用いて, ICU と CCU, 31 (11), 967-961, 2007.
- 6) 嶋田美沙: QOL を支えるリハビリテーション期の看護 患者の意思を尊重したかわり, 日本看護学会論文集 (成人看護 II), 34, 221-222, 2004.
- 7) 海老沢愛, 佐藤真治, 坂元志穂他: 病棟看護師が関わる野外集団心臓リハビリテーションが維持期冠動脈バイパス術後患者のうつ・不安に及ぼす影響, 心臓リハビリテーション 12 (2), 233-235, 2007.
- 8) 山西緑: 心筋梗塞患者の運動療法へのアドヒアランスを測定する質問紙の開発 開発の初期段階, 日本赤十字看護大学紀要 17 号, 38-45, 2003.
- 9) 横澤尊代, 高橋哲也, 畦地萌他: 心臓リハビリテーションにおける双方向型患者教育 看護師による個別面談の現状について, 心臓リハ, 11 (1), 140-145, 2006.
- 10) 元嶋文恵, 松原隆男, 高永康弘他: チームで行う心臓リハビリテーション, 看護技術, 47 (3), 45, 2001.

- 11) 薄井坦子：科学的看護論第3版，日本看護協会出版会，15，1997.
- 12) 前掲書 11)，55.
- 13) 前掲書 11)，138.
- 14) 前掲書 11)，106.

付録 分析フォーマット

場面の タイトル	
-------------	--

番号	患者の自己管理能力 の変化を示す言動	自己管理能力の 変化の性質	看護者の認識と 具体的な働きかけ	関わりの意味・特徴	関わりのもととなる看護者の認 識の働かせ方(判断規準)

Guidelines for the support of self-management in patients with cardiac disease during maintenance phase cardiac rehabilitation - Through an analysis of my nursing practice -

Mitsue FUJITA

Abstract

This study was carried out for the purpose of developing practical nursing care guidelines for the support of self-management in patients with cardiac disease during maintenance phase rehabilitation. I qualitatively and inductively analyzed nursing care processes for one year and seven months for patients gradually being equipped with the ability for self-management. As a result, practical guidelines were classified into four categories and 23 sub-categories. The first category was [Creating the opportunity for involvement and becoming involved with patients], which comprised five sub-categories, including checking patient condition considering age, responsibilities, and burdens in daily life while predicting the strain on cardiac function caused by expanded daily activities after leaving the hospital. The second category was [Grasping the actual patient characteristics], which comprised eight sub-categories, including thinking about and visualizing patient lifestyle through the patient's speech and behavior. The third category was [Making patients consciously aware], which comprised four sub-categories. The fourth category was [Bringing out patient abilities], which comprised six sub-categories. In order to facilitate the ability of patients with cardiac disease to smoothly adjust to the expansion of their daily activities after discharge from the hospital, it is important for nurses to determine whether the patient awareness and activities are appropriate for their cardiac function and to be involved with the patients.

Key words maintenance phase rehabilitation, patients with cardiac disease,
support for self-management, analysis of nursing practice, practical guidelines

報告

臨地実習における看護技術修得状況の実態（2009年報告）

東雅代¹ 村井嘉子¹ 大場みゆき¹ 阿部智恵子¹ 天津栄子²多久和典子¹ 武政奈保子³ 林一美¹ 吉田和枝¹

概要

臨地実習における看護技術の修得状況を把握するために15項目、174種類の技術項目を選定し、冊子『臨地実習における看護技術の修得状況—スキルアップへのチャレンジ—』を作成した。これを用いて、第V段階ライフサイクル・健康問題別看護実践の臨地実習における看護技術修得状況の実態を調査した。6科目（6領域）全てのデータが入力されていた63名について分析した結果、学生がどのような形態であっても実施に携わっていることを示す水準Ⅱ以上は4.5～68.5%（平均33.4%）であり、より自立度が高い水準Ⅲ以上は4.1～60.8%（平均30.7%）であった。修得率が高かった項目は水準Ⅱ以上、水準Ⅲ以上ともに「環境調整技術」「安全管理技術」「感染予防技術」であった。修得状況は先行研究と近似する結果であった。今後、臨地実習指導者との連携を強化し、卒業前の技術教育の充実を図る必要性が示唆された。

キーワード 看護基礎教育、看護技術、臨地実習、技術修得、看護技術教育

1. 緒言

2007（平成19）年4月に「看護教育の充実に関する検討会報告書」¹⁾が出され、看護基礎教育（以下、基礎教育とする）で修得する看護技術と臨床現場が期待する能力にはギャップがあることが指摘された。その背景には、医療の高度化や国民の医療に対する要求の高まりに伴い、看護師に高い知識・技術が求められている²⁾にもかかわらず、臨床においては患者の安全が重視され、学生の実習における技術経験の範囲や機会が限定される方向にあり、卒業時に一人でできる技術が少なくなっていることがあげられている。新卒看護師の看護基本技術に関する実態調査³⁾では、新人看護師の7割以上が「入職時一人でできると認識している技術」は103項目中4項目にとどまっていたという結果がある。これらの課題から、学生の看護実践能力を強化することに重点をおいたカリキュラム改正案が示され、基礎教育課程で修得すべき技術項目が精選され、その到達度も明らかにされた。

これを受けて、2008（平成20）年2月に厚生労働省医政局から「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」⁴⁾が発令された。これにより、国レベルで看護技術の到達度が示されたことになる。

これまでも基礎教育における技術教育や修得状況に関する検討がなされている。稲垣ら⁵⁾は、学部学生の卒業時に、看護技術の修得状況を調査している。この調査では、日常生活援助に関する項目は経験が多く、診療の補助に伴う援助項目は経験が少なかったという結果であった。また、大場ら⁶⁾は、看護師養成3年課程における看護技術の修得状況を調査している。85項目のうち、修得率が高い項目は環境調整、入浴介助を除く清潔・衣生活援助であった。一方、経験率が低い項目は救命救急処置という結果であった。これらから、対象の日常生活援助に関するものの経験率や技術としての修得率は高いといえるが、対象に侵襲的な援助についてはやはり経験しにくい状況であるといえる。

A大学においても、看護の基礎となる知識や領域に共通、あるいは、各領域に特化した技術の手技とそれに伴う生体反応について学内で講義と演習を実施している。演習では、学生同士のロールプレイングやシミュレーターを用いて学習を深める工夫をしている。また、看護技術の修得のためには反復して練習を積む必要があることから、講義の空き時間を利用して繰り返して自己学習することを推奨し、実習室を開放するなど、確実な看護技術修得を目指して様々な工夫を行っている。

また、これまで学内の講義および演習での技術修得状況について横断的調査をした経緯はある

¹ 石川県立看護大学

² 元石川県立看護大学

³ 東都医療大学

が、臨地実習における調査は行っていない。基礎教育機関として学生の卒業時の技術修得を担保する責務があることを考えた時、その実状の把握は必要不可欠である。また、通達として示されている「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」⁷⁾の枠組みを用いて調査を行うことは、今後の教授方法の検討や教育評価のあり方を考える上でも有益と考える。

2009（平成 21）年、A 大学において臨地実習における看護技術の修得状況を把握するための取り組みを行った。本取り組みの目的は 2 点ある。その第 1 は、学生各自が各学年次における実習において、自身の看護技術修得状況を確認し、在学期間において不確実な技術、あるいは未経験技術の修得に向けて積極的に取り組むことができるようにすることである。第 2 は、教授する側が各臨地実習における看護技術修得状況を把握することで、学内の授業のみならず、看護技術教育を充実するための教育方法を検討することである。そのために、冊子『臨地実習における看護技術の修得状況－スキルアップへのチャレンジ』⁸⁾を作成した。また、本取り組みでは技術を習い覚える段階に留まらず、様々な経験を積み重ねることを通して自立した実践が可能になることから「修得」と表記する。

今回は、3 年次生の臨地実習すなわち、第 V 段階ライフサイクル・健康問題別看護実践（母性看護学実習、小児看護学実習Ⅱ、成人看護学実習Ⅱ A、成人看護学実習Ⅱ B、老年看護学実習、精神看護学実習Ⅱの 6 領域のローテーション実習である。以下、第 V 段階実習とする）における看護技術修得状況の実態について報告する。第 V 段階実習は 3 年次の後期に行われる。この実習の目標は①ライフサイクル各期の対象の特徴や健康問題を理解し疾病予防や健康増進への援助、看護問題に対応した適切な看護を実践する能力を養うこと②保健・医療・福祉分野における関連職種の役割や機能について理解すると共に他職種・関連機関との連携や社会資源の活用を通して、看護職者の役割と機能、チーム医療について理解を深めるとしている。第 V 段階実習までに看護の基本の学習及び基礎看護学実習を終え、各看護学の看護援助の方法を学んでいる。

2. 調査方法

2.1 調査内容・修得状況の確認（チェック）方法・データの集約方法

(1) 各領域の技術項目と種類の検討（調査内容）

看護学実習専門部会のワーキンググループが中心となって調査項目の精選作業を行った。その際、厚生労働省医政局看護課長発令の「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」⁹⁾に示された技術の項目と種類を基本的枠組みとした。

技術の項目と種類は、臨地で遭遇する技術を分かりやすく表現した。また、知識や判断の有無を問うのではなく、その技術行為そのものをどの程度実践したかを問うことが必要と考えた。実践のためには知識は当然持ち合わせていることが前提であると判断し、知識・観察・アセスメントに関わる項目と、全ての技術提供に必要不可欠であるコミュニケーションに関する項目、検査に関する項目は多岐にわたるため除外した。1 つの技術の種類において、援助過程を細分化して表現することで、技術修得の内容が詳細に分かるようにした。ワーキンググループと領域間の繰り返しのやり取りの結果「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」¹⁰⁾に示された技術の項目に「子どもの成長・発達を促す技術」「指導技術」の 2 項目を加え全 15 項目、174 種類の技術を選定した（表 1）。看護学実習科目（領域）ごとにチェックできるように構成し、各実習科目で経験不可能と考えられる項目や領域に特化した項目は他領域実習では除外し、冊子『臨地実習における看護技術の修得状況－スキルアップへのチャレンジ』（以下、冊子とする）としてまとめた。

(2) 修得状況の確認（チェック）方法

経験や自立度が確認できるように、技術の経験方法を 4 つに区分した。水準Ⅰは指導者が実施しているのを見学した、水準Ⅱは指導者が主体となって学生ができることを実施した、水準Ⅲは学生が主体となって指導者とともに実施した、水準Ⅳは監督下、または少しの助言で自立して実施したとした。

(3) 電子媒体を用いての入力とメール送信によるデータの集約方法

学生には、第 V 段階実習オリエンテーション時に冊子と入力フォームについて説明した。また、看護学実習専門部会より、全学生へ冊子と同様の入力用フォームをメール送信した。入力方法は、オリエンテーションでの口頭説明と入力フォームの配信時に説明文を添付した。実習中冊子を活用

してチェックした内容を入力用フォームに入力(転記)することとし、6科目(6領域)全ての実習終了後2週間以内に、入力したデータを指定のメールアドレスへ送信するよう依頼し、提出されたデータを集約した。

2.2 調査対象・調査期間

2009～2010年(平成21年度)に第V段階実習を履修した3年次生84名を対象とした。

調査期間は、2010(平成22)年2月～3月である。

2.3 分析方法

15項目の技術において各水準で経験した割合を算出することで、各水準での修得状況を評価した。また、水準Ⅱ以上の技術の割合を算出することで、見学でなく学生自身が実施できたかどうかを評価した。さらに、水準Ⅲ以上の技術の割合を算出することで、その技術項目での自立度の高さをみた。最初に個人別に修得状況の集計を行った。次に全てのデータを集約し、単純集計を行った。

2.4 倫理的配慮

本調査の目的、方法について、調査への参加は自由意思であること、参加の中断も可能であること、結果の公表について、また、公表に際し個人が特定されないようにすること、提出された結果が成績評価に影響しないことを口頭と書面で説明し、同意書に署名を得た。学内倫理審査委員会の承認を得た。

3. 結果

84名の学生にデータ入力・返送の依頼をし、77名からの返送が得られた(回収率91.7%)が、6領域全てのデータ入力がされていた63名について分析した。よって、有効回答率は81.8%となった。

3.1 技術項目に対する各水準での経験状況

各技術項目の修得状況を表2に示す。

水準Ⅰ(見学)の割合は、5～38.0%(平均25.5%)であった。その割合が高かった項目は、10.「症状・生体機能管理技術」38.0%、2.「食事の援助技術」36.4%、8.「与薬の技術」31.1%、1.「環境調整技術」30.4%であった。一方で9.「救命救急処置技術」は5%であった。

水準Ⅱ(指導者が実施主体となって実施)の割合は、1.4～21.4%(平均6.6%)であり、10%未満の項目が15項目中12項目と全体的に水準Ⅱ

での経験が低かった。割合が高かったものは1.「環境調整技術」21.4%、5.「清潔・衣生活援助技術」16.6%、4.「活動・休息援助技術」13.8%の経験であった。

水準Ⅲ(指導者が実施主体となって実施)の割合は、2.0～25.1%(平均8.4%)であった。10%を越えて経験していたのは、1.「環境調整技術」25.1%、5.「清潔・衣生活援助技術」15.4%、10.「症状・生体機能管理技術」11.4%、4.「活動・休息援助技術」10.4%、11.「感染予防技術」10.0%であった。

水準Ⅳ(指導者の監督下または少しの助言で、自立して実施)の割合は3.2～56.9%(平均27.0%)であった。割合の高かった順に12.「安全管理技術」56.9%、11.「感染予防技術」56.2%、1.「環境調整技術」52.9%であった。

3.2 水準Ⅱ以上の経験率

水準Ⅱ以上の経験は、見学に留まった技術の種類を除外し、学生がどのような形態であっても実施に携わっていることを示す。経験率は4.5～68.5%(平均33.4%)であった。経験率が高かった項目は、1.「環境調整技術」68.5%、12.「安全管理技術」60.3%、11.「感染予防技術」56.6%であった。

3.3 水準Ⅲ以上の経験率

水準Ⅲ以上の経験は、学生が実施主体となっており、水準Ⅱより自立度が高いことを示す。その割合は4.1～60.8%(平均30.7%)であった。経験率が高かった項目は、水準Ⅱ以上の項目と同様1.「環境調整技術」60.8%、12.「安全管理技術」59.0%、11.「感染予防技術」56.6%であった。

3.4 水準Ⅲ以上(自立度が高い経験率)と水準Ⅰ(見学率)の関連性

水準Ⅲ以上での割合が低かった技術項目の6.「呼吸・循環を整える技術」は、水準Ⅲ以上は6.7%に対して水準Ⅰは28.0%であり、8.「与薬の技術」については、水準Ⅲ以上は8.1%に対して水準Ⅰは31.1%、7.「創傷管理技術」においては、水準Ⅲ以上は16.5%に対して水準Ⅰは22.9%となっており、技術経験が見学にとどまっている傾向にあることより、自立度に反映されなかった。

また、9.「救命救急処置技術」は水準Ⅲ以上の経験が4.1%、水準Ⅰの見学も5.0%となっており、見学の機会も実施機会も少なかった。

4. 考察

4.1 全技術項目の傾向

今回の分析は、技術の種類でなく項目で行った。水準Ⅲ以上で自立して実施できた割合の高い技術項目は1.「環境調整技術」、12.「安全管理技術」、11.「感染予防技術」であった。これらの技術は、対象に直接提供する技術というより間接的援助技術の要素が強く、対象が安全・安楽に生活できるように配慮することや対象の安全を守る、あるいは看護者自身を守るために看護において最も基本的かつ重要な項目である。全ての看護に共通し重要度も高いこれらの技術項目は、学生が確実に修得すべき技術と考えられる。対象へ直接提供する8.「与薬の技術」は、臨地においてもヒヤリ・ハットやインシデント報告が生じる割合の高い項目であり、臨地実習指導の過程においても慎重な対応がなされていることから、学生が経験する機会が少ないと考えられる。筆者らの調査と同じ枠組みで、13項目141種類の技術について調査した堀越ら¹¹⁾は、卒業時における基礎看護技術の修得状況を調査しているが、本調査と同様に環境調整技術、感染予防の技術、安楽確保の技術で修得率が高く、与薬の技術においては修得率が低い結果となっている。また、吉川ら¹²⁾の調査では、本調査との枠組みは若干異なるが、環境調整、安楽に関するケアを経験する傾向が高いという結果であった。これらのことより、基礎教育課程にある学生が臨地実習で修得する看護技術の内容は限定される傾向が顕著になっている。

4.2 実習展開方法と技術修得

A大学における第Ⅴ段階実習では、ライフサイクルにおける健康問題別(6領域)に1領域2週間の実習期間において1～2名の患者を受け持ち、看護過程を展開している。看護過程の展開を通して学生は対象を見つめ、その事実から意味のある事実を捉える観察力や、対象特性をつかむ認知能力を育む。また、対象のもてる力を引き出すように働きかける表現能力、そして意図的な働きかけに対する対象の反応を観察することによって、自己の実践を評価することを学んでいる。学生がこの学習プロセスを辿ることで、対象とじっくり関わりながら看護援助の意味やその方法について思考し看護実践力を向上させることのみならず、自己を形成することに繋がる。基礎教育課程において学生の問題解決型思考を習慣化するための教育方法は、幅広い看護技術の修得には代え難

い教育内容と考える。しかしながら今回の結果より、自立度の高い水準Ⅲ以上の割合が4.1～60.8%と差があり、全技術の修得率の平均が3割程度にとどまっていることから、現状の教育方法では一人の学生が受け持つ対象を通して経験する看護技術は限られること、あるいはタイムリーに技術提供場面に立ち会う限界などが予測され、修得率に反映されなかったと考えられる。今後、異なる実習展開、あるいは各領域における健康問題に特化した技術の種類を明確にするなど、教授内容における技術の構造化が必要であろう。

4.3 技術修得に関わる課題

今回の調査で、水準Ⅲ以上の割合が3割に満たない、臨地実習における修得が困難と考えられる看護技術が明らかになった。特に、日常生活援助技術の中でも「排泄援助技術」の修得率が低値であることは、佐々木ら¹³⁾の調査と同様であった。これは看護が人々の療養上の世話を本分とする専門職でありながら、対象が日常生活を安楽にかつ円滑に送れるようにすることに支障が生じることになる。浅川ら¹⁴⁾は臨地実習における看護技術経験状況と自信の程度を調査しており、経験度と自信度には正の相関が見られ、経験率が高い技術では自信度を示す得点も高くなっていた。このことから臨地実習での経験には重要な意味があり、基礎教育期間において学生が経験することができる教育カリキュラムの構築とその展開、これまで以上に学内及び臨地における学習環境の整備など、学生が技術提供に対する自信を高める工夫が必要と考えられる。

診療の補助に伴う援助項目に相当する「救急救命処置技術」「呼吸・循環を整える技術」「与薬の技術」「創傷管理技術」は、実施の自立度は低く見学に留まっていた。これらの技術は、今日の医療の高度化・複雑化の中において、その時々安全かつ確実に実施しなければならない技術であることより、学生が介入する機会が少なくなる。また、「清潔・衣生活援助技術」のように、対象の特性が異なれば技術提供の方法も複雑になり留意点も変化するものがある。教授する側は、看護過程を展開する中で対象や家族とのかかわりの一つ一つの行為(技術の提供)が意図的であることを、学生に対して意識して教授していく必要がある。

4.4 今後の教育方法の検討

技術の修得率を変化させる教育方法の一つとし

て、学生指導を専任で行う臨地実習指導者の存在は不可欠である。現在の臨地実習指導体制は、その日のスタッフ業務と学生指導を兼ねている現場は少なくない。臨地実習指導者は、日々のスタッフ業務から離れ学生の専任指導者として、ゆとりをもって学生と関わり技術提供の意味を伝え、その技術を丁寧に行動化していくことが期待される。また、教員は学生のレディネス、学びによる気づきや変化を専任の臨地実習指導者へ伝えるなど、臨地との連携を図りながら学生の学習支援に努める。

山居ら¹⁵⁾は、卒業前看護技術トレーニングはその後の技術学習への動機付けにもなることを明らかにしている。A大学においても卒業前技術練習を実施しており、個々の学生が今回の調査結果を振り返り、自身が修得不十分な技術を自ら学習するための学習プログラムを立案することの支援を行う。また複数の技術の組み合わせや侵襲的技術の修得などは、学内の看護スキル・ラボを積極的に活用することも有意義と考えられる。

「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律」が一部改正された。これには看護師国家試験の受験資格として「4年制大学を卒業した者」が筆頭に示されており¹⁶⁾、大学における看護専門職養成のための基礎教育の意味は重大になっている。臨床現場の実情とその環境に応じた臨地実習指導のあり方について、教員が主体性をもってこれまで以上に臨地実習指導者との連携を図ることが必要不可欠と考えられる。

4.5 調査の限界と今後の課題

今回調査した各技術項目に含まれる技術の種類は5から26と開きがあり、一律に修得状況を評価したとは言い難い。また、今回は174種類の技術別に修得状況を集計していないため、他の調査結果との比較は難しい。今後、174種類の技術を個別に評価すること、実習科目ごとに評価することも有効であろう。また、自立度が高いことが望ましいと考えられる看護技術でも、結果として自立度が低いものもあり、174種類を個別に見て、臨地実習での修得の機会や自立度を高める工夫も必要となってくる。

「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」¹⁷⁾の枠組みを用いて、臨地実習において経験可能と考えられる技術項目を選定し調査を行った。卒業時の到達度としての評価を行うには学内での講義・演習を含めた教育内容、卒業前の技術演習を

含めて、総合的に評価できるようなシステムの検討も必要であろう。

5. 結論・まとめ

今回、臨地実習における看護技術の修得状況を調査した結果、水準Ⅲ以上で自立度が高い項目は1.「環境調整技術」、12.「安全管理技術」、11.「感染予防技術」については修得率が50%を越えていた。水準Ⅲ以上が10%に満たない技術は9.「救命救急処置技術」、6.「呼吸・循環を整える技術」、8.「与薬の技術」であった。

現時点の「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」¹⁸⁾に沿って状況調査を行ったことで、学生の技術力強化への早期の取り組みにつなげることができると考える。

謝辞

本調査実施にあたり、項目選定にご協力いただいた各看護学領域の先生方、煩雑な過程の調査に協力いただいた学生の皆様に感謝致します。

なお、本調査研究はA大学の平成21年度学内共同研究助成を受けて実施した。

引用文献

- 1) 厚生労働省「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」
< <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> >
- 2) 平成18年度看護師臨床研修必修化推進検討委員会：看護師臨床研修必修化推進検討委員会報告
< <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/rinshou-18.pdf> >
- 3) 日本看護協会：新人看護師の看護基本技術に関する実態調査、2002.
- 4) 厚生労働省医政局「看護師教育の技術項目の卒業時の到達度」
< http://www.hospital.or.jp/pdf/15_20080208_01.pdf >
- 5) 稲垣美紀，土居洋子，西上あゆみ：学部学生の卒業時における看護技術の習得状況（第2報）. 大阪府立看護大学紀要. 9巻1号，7-14，2003.
- 6) 大場みゆき，荒谷喜代美，斎藤了他4名：看護師養成3年課程における「看護技術の習得状況」の実態(1). 静岡県立大学短期大学部研究紀要，第18号，13-22，2004.
- 7) 前掲4)
- 8) 石川県立看護大学平成21年教務委員会・看護学実

習専門部会：臨地実習における看護技術の修得状況
－スキルアップへのチャレンジャー－. 2009.

9) 前掲 4)

10) 前掲 4)

11) 堀越涼子, 松坂由香里, 寺山範子他 1 名：基礎看護技術の充実に向けた取り組みについて (報告 2). 東海大学健康科学部紀要, 第 14 号, 73-82, 2008.

12) 吉川洋子, 平野文子, 三島三代子他 7 名：臨地実習における看護基本技術の経験・到達状況と課題. 第 36 回日本看護学会看護教育論文集, 143-145, 2005.

13) 佐々木秀美, 松井秀俊, 金子潔子他 5 名：成人看護学実習における看護技術修得状況の実態調査報告. 看護学統合研究, 19 (2), 19-29, 2008.

14) 浅川和美, 高橋由紀, 川波公香他 4 名：看護基礎教育における看護技術教育の検討－看護系大学生の臨地実習における看護技術経験状況と自信の程度－. 茨城県立医療大学紀要, 第 13 巻, 57-67, 2008.

15) 山居輝美, 登喜和江, 坂本雅代他 3 名：卒業前看護技術トレーニングの効果－実施直後と就職後 1 ヶ月のアンケート調査より－. 大阪府立大学看護学部紀要, 12 (1), 11-22, 2006.

16) 社団法人日本看護協会広報部：ニュースリリース
<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2009pdf/20090709.pdf>

17) 前掲 4)

18) 前掲 4)

表1 技術項目一覧

項目	番号	技術の種類
1. 環境調整技術	1	病床周囲の整理・整頓・清掃
	2	病室全体の換気・室温等の環境整備
	3	ベッドメイキング(患者の状況により, 手術後患者を収容する手術後ベッドの作成)
	4	小児用ベッド, コットのシーツ交換
	5	臥床患者のシーツ交換
	6	点滴・チューブ類がゆとりのある状態で活動できるベッドサイドの整備
2. 食事の援助技術	1	食事のセッティング
	2	直接授乳(母乳)の介助
	3	搾乳の介助
	4	安静臥床など活動制限のある患者の食事介助
	5	自力で摂食できない患者の食事介助
	6	嚥下障害のある患者の食事介助*
	7	哺乳びんを使用した授乳, 調乳
	8	食事や水分摂取の把握
	9	経鼻胃チューブの注入開始時の空気音等の確認
	10	経鼻胃チューブの挿入*
	11	経管栄養剤, 流動食の保温状態, 患者名, 指示内容の確認
	12	経管栄養法の滴下調節と患者の状態確認
3. 排泄援助技術	1	排便を促す腹部マッサージ
	2	排便を促す腰背部の温罨法
	3	尿器の介助
	4	便器の介助
	5	膀胱留置カテーテルの挿入*
	6	膀胱留置カテーテルの抜去*
	7	膀胱留置カテーテル挿入中のラインの屈曲の確認
	8	ポータブルトイレの介助 (小児看護学実習ではオマルの使用を含む)
	9	室内のトイレへ行くための誘導, または介助
	10	おむつ交換
	11	新生児のおむつ交換
	12	失禁時の皮膚ケア
	13	一時的導尿*
	14	グリセリン浣腸*
	15	摘便*
	16	ストーマの観察
	17	ストーマの装具交換
4. 活動・休息援助技術	1	活動制限のある患者の車椅子移送(マヒなし)
	2	マヒ等の機能障害のある患者の車椅子移乗・移送
	3	ベッドからストレッチャーへの移乗
	4	ストレッチャーでの移送
	5	ベビーカーでの移送
	6	松葉杖・歩行器を使用した移動
	7	転倒リスクのある患者の歩行介助
	8	臥床中で活動制限のある患者の体位変換
	9	マヒ等の機能障害のある患者の体位変換
	10	関節可動域訓練
	11	臥床患者(あるいは, 術後患者)の合併症を予防するため床上での下肢の運動
	12	段階的に(徐々に)活動範囲拡大への援助
	13	リハビリ部門等との訓練時間の調整や訓練内容等の情報交換
	14	チューブ・ラインが装着された患者の移動・歩行介助
	15	患者と共にレクリエーション活動に参加
	16	入眠を促すための寝かせ方
5. 清潔・衣生活援助技術	1	入浴介助(シャワー浴含む)
	2	臥床中で活動制限, マヒ等のある患者の全身清拭
	3	介助を必要とする患者の部分清拭(背部に手が届かない等)
	4	臥床中で活動制限, マヒ等のある患者の手浴(仰臥位, あるいは側臥位で実施)
	5	ベッド上で座位, または洗面所や浴室での手浴
	6	臥床中で活動制限, マヒ等のある患者の足浴(仰臥位, あるいは側臥位で実施)

5. 清潔・衣生活援助技術	7	ベッド上で端座位、または洗面所や浴室での足浴	
	8	臥床中で活動制限のある患者の寝衣交換	
	9	マヒ等の機能障害のある患者の寝衣交換	
	10	臥床患者の洗髪（洗髪車・ケリーバードを使用）	
	11	活動制限のある患者の洗髪（シャンプー台を使用、あるいは浴室で実施）	
	12	活動制限のある臥床患者の口腔ケア（歯ブラシ使用）・洗面（意識障害なし）	
	13	意識障害のある患者の口腔ケア（綿棒・巻綿子使用）・洗面*	
	14	義歯の洗浄	
	15	爪切り*	
	16	機能障害のある患者の結髪などの身だしなみを整える	
	17	持続静脈内点滴注射を実施していない臥床患者の寝衣交換	
	18	持続静脈内点滴注射をしている臥床患者の寝衣交換	
	19	臥床患者の陰部ケア（陰部洗浄含む）	
	20	膀胱留置カテーテル挿入中の陰部洗浄	
	21	除毛（*剃毛）	
	22	悪露交換	
	23	新生児の寝衣交換	
	24	沐浴	
	25	臍処置	
	6. 呼吸・循環を整える技術	1	経鼻カテーテルによる酸素吸入療法
		2	フェイスマスクによる酸素吸入療法
		3	コネクター等の酸素吸入機材を用いた酸素濃度の調節
		4	口腔・鼻腔内吸引（*小児）
		5	気管内吸引*
		6	ネブライザー吸入、超音波ネブライザーによる気道内加湿
7		体位ドレナージ*	
8		酸素ボンベの操作	
9		人工呼吸器の動作確認*	
10		低圧胸腔内持続吸引の動作確認*	
11		呼吸を整え、酸素化を促進するための深呼吸、咳嗽等の促し	
7. 創傷管理技術	1	ネット包帯	
	2	巻軸帯	
	3	三角巾	
	4	無菌的なガーゼ交換*	
	5	ドレーン挿入中のドレーンの確認	
8. 与薬の技術	1	経口薬（バカカル錠・内服薬・舌下錠）の与薬	
	2	内服を確実にを行うための工夫	
	3	経皮・外用薬の与薬	
	4	直腸内与薬*	
	5	皮下注射*	
	6	皮内注射*	
	7	筋肉内注射*	
	8	静脈内注射*	
	9	薬剤の作用と副作用の観察	
	10	点滴静脈内注射の輸液の滴下調節（輸液ポンプを使用しない滴下調節）	
	11	輸液ポンプの基本的な操作	
	12	中心静脈内栄養の実際（挿入、観察事項、管理方法等、いずれも可）*	
	13	三方活栓、シュアプラグの使用*	
	14	自己注射（インスリン製剤、ホルモン剤、インターフェロンなど）*	
	15	薬剤（毒薬・劇薬・麻薬）の取り扱い	
	16	血液製剤の取り扱い*	
	17	輸血の実際*	
9. 救命救急処置技術	1	緊急なことが生じた場合のチームメンバーへの応援要請	
	2	I C Sを使用して意識レベルの判定	
	3	頭部後屈、下顎挙上した気道確保	
	4	エアウェイ、あるいは気管内挿管*	
	5	人工呼吸（アンビューバック使用）*	
	6	閉鎖式心臓マッサージ	
	7	AED*	
	8	局所の圧迫止血*	

10. 症状・ 生体機 能管理 技術	1	バイタルサイン（体温、脈拍、呼吸、血圧）の測定
	2	新生児のバイタルサイン（体温、脈拍、呼吸）の測定
	3	経皮的黄疸計を使用して黄疸の測定
	4	身体計測（身長、体重、腹囲、胸囲、頭囲）
	5	新生児の体重測定
	6	妊婦の腹囲・子宮底長の測定
	7	尿検体の取り扱い
	8	簡易血糖測定（耳朶、指など）*
	9	自己血糖測定指導
	10	12誘導心電図
	11	心電図モニターの装着
	12	酸素飽和度の測定
	13	静脈血採血時に静脈を露出するためのマッサージ・温罨法
	14	経時的な水分摂取・食事摂取・排泄量の計算（患者によって輸液量の計算）
	15	子どもの検査前、中、後の安静保持のための声かけや働きかけ
	16	保育器の管理
	17	レオポルド触診法
	18	胎児心音の聴取
	19	ノンストレステスト
	20	胎児心拍数陣痛図の判定
	21	陣痛の観察
	22	子宮復古の観察
	23	悪露の観察
	24	乳房、乳頭、母乳分泌の観察
	25	授乳状況の観察
	26	胎児付属物の計測
11. 感 染 予 防 技 術	1	スタンダード・プリコーション（標準予防策）に基づく手洗い・含嗽
	2	防護用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の装着
	3	滅菌手袋の装着
	4	使用物品の後始末（清拭タオル、ガーゼ交換等、処置後の後始末）
	5	使用物品の分別
	6	滅菌物の有効期限・パック破損の確認
	7	滅菌物の取り出し
12. 安 全 管 理 の 技 術	1	インシデント・アクシデントの報告
	2	非常口・避難経路の確認
	3	患者の確認（ネームバンド、シールなどを活用した患者確認対策）
	4	ベッド柵・ベッドの高さ調整による転落の予防
	5	生活の場で安全に過ごすことができるような誘導や声かけ
	6	自己の放射線暴露の防止
13. 安 楽 確 保 の 技 術	1	氷枕・氷頸・アイスノンによる冷罨法
	2	電気製品（アンカ・毛布・温枕）による温罨法
	3	末梢循環を促進するためのマッサージ
	4	香の工夫
	5	リラックスを導くための深呼吸の促し
	6	検査・処置時の音楽・ビデオの選択使用
	7	産痛緩和のためのケア
	8	新生児の抱っこ
14. 子ども の成長・発 達を促す 技術	1	発達状態に応じた遊びの援助
	2	ディベロップメンタルケア （ポジショニング、ミニマルハンドリング、刺激の調整、ホールディングなどのステートコントロール）
	3	基本的な生活習慣や社会的な生活習慣の確立にむけた関わり（しつけ、褒める、モデルを見せる、ルールをつくる）
	4	学習活動の支援（教材の工夫、励まし、時間の共有）
15. 指 導 技 術	1	入院中の生活指導、退院指導のためのパンフレット作成
	2	産婦の退院指導（生活指導、家族計画指導）
	3	育児支援のための指導（パンフレット作成、説明、沐浴手技の確認）
	4	検査・手術前・処置へのプリパレーション
	5	社会的相互性の乏しい患者（引きこもりの人）への声かけや接近
	6	状況にそぐわない、あるいは危険がおよぶ状況に対する安全を維持するための声かけや接近

* =対象への侵襲度が高いことより、学生が自立して実施しなくてよい技術

表2 各技術項目の修得状況

	技術項目		水準Ⅰ	水準Ⅱ	水準Ⅲ	水準Ⅳ	水準Ⅱ 以上	水準Ⅲ 以上
1	環境調整技術 (6)	平均(%)	30.4	21.4	25.1	52.9	68.5	60.8
		SD	0.250	0.190	0.226	0.217	0.194	0.210
2	食事の援助技術 (12)	平均(%)	36.4	7.0	7.8	30.8	36.1	33.3
		SD	0.238	0.108	0.093	0.117	0.131	0.104
3	排泄援助技術 (17)	平均(%)	23.7	7.6	8.6	16.2	22.3	19.8
		SD	0.139	0.071	0.072	0.081	0.080	0.075
4	活動・休息援助技術 (16)	平均(%)	25.6	13.8	10.4	28.8	40.9	33.3
		SD	0.192	0.115	0.106	0.115	0.142	0.119
5	清潔・衣生活援助技術 (25)	平均(%)	29.6	16.6	15.4	19.2	38.0	30.3
		SD	0.117	0.099	0.121	0.104	0.124	0.131
6	呼吸・循環を整える技術 (11)	平均(%)	28.0	2.2	2.2	5.6	8.1	6.7
		SD	0.222	0.045	0.042	0.062	0.077	0.069
7	創傷管理技術 (5)	平均(%)	22.9	5.1	6.3	13.7	17.8	16.5
		SD	0.212	0.095	0.118	0.113	0.135	0.122
8	与薬の技術 (17)	平均(%)	31.1	2.6	2.6	6.7	9.3	8.1
		SD	0.169	0.048	0.049	0.060	0.070	0.062
9	救命救急処置技術 (8)	平均(%)	5.0	1.4	2.0	3.2	4.5	4.1
		SD	0.099	0.046	0.046	0.059	0.073	0.065
10	症状・生体機能管理技術 (26)	平均(%)	38.0	6.7	11.4	31.4	42.0	38.2
		SD	0.172	0.084	0.097	0.113	0.106	0.101
11	感染予防技術 (7)	平均(%)	21.5	3.9	10.0	56.2	56.6	56.6
		SD	0.278	0.093	0.137	0.140	0.137	0.137
12	安全管理技術 (6)	平均(%)	28.3	4.2	9.5	56.9	60.3	59.0
		SD	0.219	0.099	0.158	0.174	0.173	0.172
13	安楽確保の技術 (8)	平均(%)	18.1	3.4	7.1	18.3	24.5	22.5
		SD	0.172	0.064	0.077	0.123	0.120	0.114
14	子どもの成長・発達を促す技術 (4)	平均(%)	15.1	2.0	2.0	39.3	41.7	40.5
		SD	0.218	0.082	0.082	0.265	0.262	0.260
15	指導技術 (6)	平均(%)	28.3	1.9	6.1	25.7	30.7	30.2
		SD	0.200	0.061	0.125	0.196	0.198	0.202
合計		平均(%)	25.5	6.6	8.4	27.0	33.4	30.7

()内の数値は技術の種類数を示す

The Current Situations of Nursing Skills Acquired through Nursing Clinical Practice

Masayo AZUMA, Yoshiko MURAI, Miyuki Ooba, Chieko ABE, Eiko AMATSU, Noriko TAKUWA, Nahoko TAKEMASA, Kazumi HAYASHI, Kazue YOSHIDA

Abstract

To gain a better understanding of nursing skills acquired through nursing clinical practice, we selected 15 categories and 174 types of skills, and produced the booklet entitled "*Current Situations of Nursing Skills Acquirement through nursing clinical practice: the Challenge of Upskilling.*" Based on this booklet, we then examined the actual conditions of nursing skills acquirement through nursing clinical practice of stage V life cycle, and nursing practice with specific health issues. We analyzed the data from 63 subjects from six areas of practice. Results show that experience rates in Level II and above, which indicated participation in any form of practice, were between 4.5–68.5% (average of 33.4%), whereas experience rates in Level III and above, which indicated a higher degree of independence, were between 4.1–60.8% (average of 30.7%). Among all categories, "environmental coordination skills," "safety management skills," and "infection prevention skills" showed high experience rates in Level II and above as well as Level III and above. Current situations of skill acquirement approximate previous research. Our study suggests the necessity of reinforcing cooperation with nursing clinical practice supervisors and aiming to enrich nursing skills education before graduation.

Key words basic nursing education, nursing skills, nursing clinical practice, nursing skills acquirement, nursing skills education

報告

成人看護学実習における看護技術修得状況の実態

木村久恵¹ 村井嘉子¹ 牧野智恵¹ 丸岡直子¹ 岩城直子¹
 洞内志湖¹ 加藤亜妃子¹ 榊原吏恵子¹

概要

成人看護学領域での看護技術教育のあり方を検討することを目的に、成人看護学実習での看護技術の修得状況を明らかにした。調査対象は62名、調査した看護技術は、14項目、139種類であった。学生が主体となって経験した割合が高かった技術項目は、「環境調整技術」「感染予防技術」「安全管理の技術」であった。また、技術の種類では、＜バイタルサインの測定＞が最も高く、＜スタンダード・プリコーションに基づく手洗い・含嗽＞＜病床周囲の整理・整頓・清掃＞と続いた。学生が主体となって経験した技術の種類は、0～26種類と個人差があり、学生が1領域の実習で経験できる技術の種類は限定されていた。看護基礎教育期間中に、より多くの技術を経験するためには、縦断的かつ横断的に技術経験に関わる情報を共有すること、また、就職後の臨床研修プログラムと連携した技術教育の必要性が示唆された。

キーワード 成人看護学実習、看護基礎教育、看護技術教育、技術修得

1. はじめに

臨床看護の現場では、医療の高度化、患者の高齢化・重症化、平均在院日数の短縮等により、看護業務が多様化・複雑化し、業務密度は高まっている。また、患者の人権への配慮、医療安全確保のための様々な取組みが強化されている状況にあり、資格を持たない看護学生が臨地実習において実施できる看護技術の範囲や機会は限定される傾向にある。これらを背景に、卒業直後の看護師の技術能力と臨床現場が期待している能力との間の乖離が大きくなってきており、安全で適切な看護・医療の提供への影響が懸念されてきている¹⁾。

看護基礎教育（以下、基礎教育）における臨地実習は、看護の方法を「知る」「分かる」の段階から、「使う」「実践できる」に到達するために欠かせない学習の過程であり、重要な教育方法として位置づけられる。

2009（平成21）年、A大学では看護学実習専門部会を中心に、臨地実習における看護技術修得状況の調査が実施された。この調査の目的は2点ある。第1は、学生各自が各学年次における臨地実習において、自身の看護技術修得状況を確認し、在学期間において不確実な技術、あるいは未経験技術の修得に向けて積極的に取り組むことができるようにすることである。第2は、教授する側が

各臨地実習における看護技術修得状況を把握することで、学内の授業のみならず、看護技術教育を充実するための教育方法を検討することである。そのために、冊子『臨地実習における看護技術の修得状況—スキルアップへのチャレンジ』²⁾が作成された。この調査における概要については、東らの論文³⁾を参照されたい。

本研究は、その全学的調査の一部である成人看護学実習における看護技術修得状況を明らかにし、今後の成人看護学領域における看護技術教育のあり方について検討することを目的とする。

2. A大学の看護学実習と成人看護学における臨地実習の位置づけと展開

A大学の看護学実習は、VI段階で構成されている。第I段階は、1年次前期に実施され、人間と生活環境の理解、第II段階は、1年次後期に実施され、看護の基本と対象の理解、第III段階は、2年次前期に実施され、看護過程の展開、第IV段階は、3年次前期に実施され、看護の対象と援助方法の理解、第V段階は、3年次後期に実施され、ライフサイクル・健康問題別看護実践、第VI段階は、4年次前期に実施され、在宅・地域における看護実践を目標としている。成人看護学実習は、成人看護学実習II Aおよび成人看護学実習II Bとして第V段階に該当する。

¹ 石川県立看護大学

A 大学における成人看護学領域で教授する科目は、2年次前期の成人看護学概論 30時間 1単位、2年次後期の成人看護学実習 I 30時間 1単位と成人看護方法論 I 30時間 1単位である。3年次前期には、成人看護方法論 II 60時間 3単位を修得した上で、看護の実践の分野として成人看護学実習 II A 90時間 2単位、成人看護学実習 II B 90時間 2単位のそれぞれ 2週間の実習を実施している。

成人看護学実習 II A の目的は、周手術期・侵襲的治療を受ける成人期の患者・家族を包括的に捉え、状況の変化に即した適切な看護を実践する能力を養うことである。学生は、その目的達成のために周手術期および慢性疾患の急性増悪期にある対象を受け持つ。

成人看護学実習 II B の目的は、慢性的な健康問題を持つ成人期の患者のセルフケア能力や機能障害に適応する能力の維持・増進に向けた適切な看護を実践する能力を養うことである。学生は、その目的達成のために生涯にわたり疾病のコントロールが必要、あるいは新しい生活習慣に適応しなければならない、また身体的障害を受容し、新しい生活行動を獲得しなければならない対象を受け持つ。そして、それぞれ 2週間の実習期間に 1～2名の患者を受け持ち、看護過程を展開する。

3. 研究方法

3.1 調査対象

平成 21 年度に成人看護学実習 II A および成人看護学実習 II B を履修した学生 83 名を対象とした。

3.2 調査方法と調査内容

(1) 調査方法

調査は、平成 21 年 10 月～平成 22 年 2 月に実施した。対象者へは、実習オリエンテーション時に冊子『臨地実習における看護技術の修得状況－スキルアップへのチャレンジャー』を配布して目的および使用方法について説明した。また、コンピュータ処理のための入力シートをメールにて送信した。

看護技術修得状況のデータは、以下の順序で収集された。

- ①学生は、臨地実習期間において冊子『臨地実習における看護技術の修得状況－スキルアップへのチャレンジャー』に記載された看護技術（以下、技術）について、経験した回数を

記入する。

- ②学生は、各実習終了後、その冊子の記入をもとに入力シートへ転記する。
- ③学生は、全ての実習終了後、入力シートを専用アドレスへメール送信する。
- ④研究代表者は、学生から送信されたデータを集約する。

(2) 調査内容

調査内容は、看護基礎教育の充実に関する検討会報告書⁴⁾で看護師教育の技術項目と卒業時の到達度として示された内容を参考に作成されている。成人看護学実習における調査内容は、14の技術項目と 139の技術の種類で構成された。その内訳は、「環境調整技術」5種類、「食事の援助技術」9種類、「排泄援助技術」16種類、「活動・休息援助技術」14種類、「清拭・衣生活援助技術」21種類、「呼吸・循環を整える技術」11種類、「創傷管理技術」5種類、「与薬の技術」17種類、「救命救急処置技術」8種類、「症状・生体機能管理技術」10種類、「感染予防技術」7種類、「安全管理の技術」6種類、「安楽確保の技術」6種類、「指導技術」4種類とした。以下、技術項目を「」、技術の種類を<>として表す。

技術は、様々な経験方法で繰り返し実施することで身につく（修得する）と考える。技術の種類について、経験の方法やその自立度を確認するために、技術の経験方法を水準 I～IVの4段階に分け調査した。水準 Iは、指導者が実施しているのを見学した、水準 IIは、指導者が主体となって学生ができることを実施した、水準 IIIは、学生が主体となって指導者と共に実施した、水準 IVは、監督下、または少しの助言で自立して実施したとした。また、侵襲度の高い技術について、学生が自立して実施しなくてよい技術であることを明記した。各技術の種類において複数の水準で経験すること、同じ水準で複数回経験することが考えられた。そのため、学生には、経験した全ての水準において経験した回数を数字で入力するよう説明した。

3.3 分析方法

技術項目および種類において、各水準で 1 回以上の経験をした人数の割合を経験率とした。その経験率を技術修得状況として評価した。成人看護学実習の技術修得状況とは、成人看護学実習 II A および成人看護学実習 II B での経験率である。また、技術項目の経験率は、技術項目を構成する

技術の種類を経験率の平均である。次に、水準Ⅲ以上での経験率から、その技術の実施における自立度をみた。水準Ⅲ以上での経験とは、水準Ⅲまたは水準Ⅳでの経験、あるいは水準Ⅲと水準Ⅳの両方での経験である。また、各対象が経験した技術の種類の数について単純集計した。

3.4 倫理的配慮

対象者に対して実習オリエンテーション時に、冊子に記述された看護技術修得状況調査の目的、調査データの扱い、調査結果と成績評価の扱いについて丁寧に説明した。その内容は、得られたデータは教育のみに使用すること、データをコンピュータ処理し学術論文として発表する場合には、実習施設や個人が特定、あるいは推測される状態で使用しないことである。また、技術修得状況は、受け持ち患者の特性や各領域の実習進行により異なる可能性があることを伝え、その結果が成績評価に影響しないことを説明した。

以上の内容をわかりやすく A4 用紙 1 枚にまとめた文書を配布し、同意しない権利があることを伝えた上で、研究参加の意思があれば同意書に署名し研究代表者へ提出することを依頼した。また、入力シートが返信されたことをもって最終的な同意とみなした。入力シートの初期作業は研究代表者に限って行い、データは鍵のかかる保管庫で管理した。A 大学倫理審査会の承認を得た。

4. 結果

同意が得られた学生 77 名（回収率 92.8%）のうち、成人看護学実習Ⅱ A および成人看護学実習Ⅱ B の 2 科目共に回答が得られた 62 名（有効回答率 80.5%）を対象とした。

4.1 技術項目における水準別にみた経験率

技術項目別に経験の傾向をみるために、水準別に経験率を表 1 に示した（上位 3 項目は網掛け表示）。水準Ⅳでの経験率は、「感染予防技術」45.6%が最も高く、次いで「環境調整技術」41.0%、「安全管理の技術」30.4%であった。水準Ⅲでの経験率は、「環境調整技術」18.4%が最も高く、次いで「清拭・衣生活援助技術」11.1%、「活動・休息援助技術」が 7.1%であった。水準Ⅱでの経験率は、「環境調整技術」19.0%が最も高く、次いで「清拭・衣生活援助技術」13.7%、「活動・休息援助技術」が 12.2%であった。水準Ⅰでの経験率は、「呼吸・循環を整える技術」21.7%が最も

高く、次いで「症状・生体機能管理技術」21.5%、「創傷管理技術」20.3%であった。いずれの水準においても、経験率が 50%を越える項目はなかった。水準Ⅱおよび水準Ⅲでの経験率が上位となった 3 項目は、生活援助に関する項目であった。

4.2 技術項目における水準Ⅲ以上の経験率

学生が、より自立して経験できた技術項目の状況をみるために水準Ⅲ以上での経験率をみた（表 1）。「環境調整技術」52.6%が最も高く、次いで「感染予防技術」47.9%、「安全管理の技術」33.1%であった。「環境調整技術」が 14 項目のうち唯一 50%を越えていた。

表 1 技術項目における水準別の経験率（複数回答）（%）

技術項目	経験の水準 (n=62)				
	I	II	III	IV	III以上
環境調整技術	14.2	19.0	18.4	41.0	52.6
食事の援助技術	8.6	4.1	4.5	21.3	23.1
排泄援助技術	11.9	3.8	3.1	7.1	8.8
活動・休息援助技術	19.0	12.2	7.1	15.1	19.1
清拭・衣生活援助技術	15.2	13.7	11.1	10.7	19.3
呼吸・循環を整える技術	21.7	1.6	1.6	5.3	6.2
創傷管理技術	20.3	5.2	6.1	12.3	15.2
与薬の技術	18.9	1.3	0.9	4.6	5.0
救命救急処置技術	3.6	1.2	2.0	3.2	4.0
症状・生体機能管理技術	21.5	2.9	5.5	22.6	24.5
感染予防技術	10.6	2.5	6.0	45.6	47.9
安全管理の技術	18.5	1.9	4.3	30.4	33.1
安楽確保の技術	9.9	2.4	3.5	9.7	12.1
指導技術	12.5	1.6	3.6	18.5	20.6

網掛けは各水準の上位 3 項目。

4.3 技術の種類における水準Ⅲ以上の経験率

技術項目を構成する技術の種類別に経験率をみた（表 2）。そのうち、水準Ⅲ以上での経験率は、「環境調整技術」では、＜病床周囲の整理・整頓・清掃＞ 90.3%が最も高く、次いで＜ベッドメイキング（患者の状況により、手術後患者を収容する手術後ベッドの作成）＞ 58.1%、＜病室全体の換気・室温等の環境整備＞ 51.6%であった。「食事の援助技術」では、＜食事や水分摂取の把握＞ 82.3%が最も高く、次いで＜食事のセッティング＞ 80.6%、＜安静臥床など活動制限のある患者の食事介助＞ 11.3%であった。「排泄援助技術」では、＜膀胱留置カテーテル挿入中のラインの屈曲の確認＞ 48.4%が最も高く、次いで＜おむつ交換＞ 33.9%、＜室内のトイレへ行くための誘導、または介助＞ 25.8%であった。

「活動・休息援助技術」では、＜活動制限のある患者の車椅子移送（マヒなし）＞ 53.2%が最も高く、

表2-1 看護技術の種類における水準別の経験率（複数回答） (%)

項目	種類	経験の水準 (n=62)				
		I	II	III	IV	Ⅲ以上
環境調整技術	病床周囲の整理・整頓・清掃	21.0	11.3	14.5	83.9	90.3
	ベッドメイキング(患者の状況により、手術後患者を収容する手術後ベッドの作成)	21.0	40.3	41.9	24.2	58.1
	病室全体の換気・室温等の環境整備	11.3	12.9	16.1	46.8	51.6
	点滴・チューブ類がゆとりのある状態で活動できるベッドサイドの整備	12.9	14.5	12.9	41.9	48.4
	臥床患者のシーツ交換	4.8	16.1	6.5	8.1	14.5
食事の援助技術	食事や水分摂取の把握	14.5	6.5	16.1	74.2	82.3
	食事のセッティング	11.3	11.3	11.3	79.0	80.6
	安静臥床など活動制限のある患者の食事介助	4.8	1.6	1.6	9.7	11.3
	経管栄養剤、流動食の保温状態、患者名、指示内容の確認	12.9	3.2	3.2	8.1	9.7
	経管栄養法の滴下調節と患者の状態確認	16.1	6.5	1.6	9.7	9.7
	自力で摂食できない患者の食事介助	1.6	0.0	0.0	8.1	8.1
	経鼻胃チューブの注入開始時の空気音等の確認	8.1	8.1	6.5	3.2	6.5
	嚥下障害のある患者の食事介助*	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0
	経鼻胃チューブの挿入*	6.5	0.0	0.0	0.0	0.0
排泄援助技術	膀胱留置カテーテル挿入中のラインの屈曲の確認	19.4	4.8	6.5	45.2	48.4
	おむつ交換	37.1	33.9	24.2	17.7	33.9
	室内のトイレへ行くための誘導、または介助	14.5	9.7	9.7	21.0	25.8
	排便を促す腹部マッサージ	3.2	0.0	0.0	12.9	12.9
	ストーマの観察	3.2	1.6	3.2	6.5	6.5
	ポータブルトイレの介助	1.6	3.2	0.0	4.8	4.8
	排便を促す腰背部の温電法	0.0	0.0	1.6	3.2	3.2
	失禁時の皮膚ケア	4.8	3.2	3.2	0.0	3.2
	尿器の介助	3.2	1.6	1.6	1.6	1.6
	便器の介助	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0
	ストーマの器具交換	6.5	1.6	0.0	0.0	0.0
	一時的導尿*	8.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	グリセリン浣腸*	11.3	0.0	0.0	0.0	0.0
	膀胱留置カテーテルの挿入*	12.9	0.0	0.0	0.0	0.0
摘便*	22.6	1.6	0.0	0.0	0.0	
膀胱留置カテーテルの抜去*	40.3	0.0	0.0	0.0	0.0	
活動・休息援助技術	活動制限のある患者の車椅子移送（マヒなし）	14.5	11.3	17.7	51.6	53.2
	転倒リスクのある患者の歩行介助	16.1	4.8	6.5	29.0	32.3
	段階的に(徐々に)活動範囲拡大への援助	19.4	11.3	11.3	22.6	27.4
	チューブ・ラインが装着された患者の移動・歩行介助	21.0	8.1	11.3	17.7	25.8
	リハビリ部門等との訓練時間の調整や訓練内容等の情報交換	24.2	4.8	4.8	24.2	25.8
	臥床患者（あるいは、術後患者）の合併症を予防するため床上での下肢の運動	19.4	1.6	6.5	17.7	22.6
	臥床中で活動制限のある患者の体位変換	22.6	29.0	14.5	12.9	22.6
	患者と共にレクリエーション活動に参加	1.6	3.2	3.2	8.1	11.3
	マヒ等の機能障害のある患者の車椅子移乗・移送	17.7	8.1	3.2	8.1	11.3
	マヒ等の機能障害のある患者の体位変換	17.7	17.7	9.7	6.5	11.3
	松葉杖・歩行器を使用した移動	11.3	3.2	1.6	8.1	9.7
	関節可動域訓練	30.6	6.5	3.2	4.8	8.1
	ストレッチャーでの移送	25.8	35.5	4.8	0.0	4.8
ベッドからストレッチャーへの移乗	24.2	25.8	1.6	0.0	1.6	
清拭・衣生活援助技術	臥床中で活動制限、マヒ等のある患者の全身清拭	33.9	56.5	43.5	17.7	51.6
	介助を必要とする患者の部分清拭（背部に手が届かない等）	11.3	24.2	19.4	21.0	37.1
	活動制限のある患者の洗髪（シャンプー台を使用、あるいは浴室で実施）	24.2	8.1	12.9	22.6	32.3
	臥床患者の陰部ケア（陰部洗浄含む）	33.9	29.0	24.2	17.7	32.3
	膀胱留置カテーテル挿入中の陰部洗浄	37.1	19.4	17.7	16.1	30.6
	臥床中で活動制限のある患者の寝衣交換	29.0	41.9	24.2	6.5	27.4
	入浴介助（シャワー浴含む）	11.3	16.1	6.5	22.6	25.8
	ベッド上で端座位、または洗面所や浴室での足浴	9.7	3.2	8.1	17.7	24.2
	持続静脈内点滴注射を実施していない臥床患者の寝衣交換	8.1	14.5	8.1	12.9	21.0
	マヒ等の機能障害のある患者の寝衣交換	11.3	21.0	19.4	3.2	21.0
	爪切り*	16.1	0.0	6.5	9.7	16.1
	機能障害のある患者の結髪などの身だしなみを整える	4.8	0.0	1.6	12.9	14.5
	持続静脈内点滴注射をしている臥床患者の寝衣交換	29.0	22.6	12.9	3.2	14.5
	活動制限のある臥床患者の口腔ケア（歯ブラシ使用）・洗面（意識障害なし）	6.5	1.6	3.2	9.7	11.3
	意識障害のある患者の口腔ケア（綿棒・巻綿子使用）・洗面*	17.7	4.8	6.5	9.7	11.3
	臥床患者の洗髪（洗髪車・ケリーパッドを使用）	9.7	9.7	6.5	6.5	9.7
	ベッド上で座位、または洗面所や浴室での手浴	4.8	6.5	1.6	4.8	6.5
	臥床中で活動制限、マヒ等のある患者の足浴（仰臥位、あるいは側臥位で実施）	6.5	6.5	4.8	1.6	6.5
	臥床中で活動制限、マヒ等のある患者の手浴（仰臥位、あるいは側臥位で実施）	1.6	3.2	4.8	1.6	4.8
義歯の洗浄	3.2	0.0	0.0	4.8	4.8	
除毛（*剃毛）	9.7	0.0	0.0	1.6	1.6	

*は対象者への侵襲度が高い技術であり、学生が自立して実施しなくてよいとした技術の種類を示す。

網掛けは各技術項目の水準Ⅲ以上での経験率上位3種類。

表2-2 看護技術の種類における水準別の経験率（複数回答） (%)

項目	種類	経験の水準 (n=62)				
		I	II	III	IV	III以上
呼吸・循環を整える技術	呼吸を整え、酸素化を促進するための深呼吸、咳嗽等の促し	21.0	4.8	8.1	45.2	46.8
	フェイスマスクによる酸素吸入療法	53.2	1.6	1.6	4.8	4.8
	低圧胸腔内持続吸引の動作確認*	9.7	1.6	3.2	0.0	3.2
	口腔・鼻腔内吸引	12.9	1.6	3.2	0.0	3.2
	経鼻カテーテルによる酸素吸入療法	33.9	6.5	0.0	3.2	3.2
	コネクター等の酸素吸入機材を用いた酸素濃度の調節	14.5	0.0	0.0	1.6	1.6
	体位ドレナージ*	14.5	0.0	0.0	1.6	1.6
	ネブライザー吸入、超音波ネブライザーによる気道内加湿	19.4	1.6	1.6	0.0	1.6
	酸素ボンベの操作	33.9	0.0	0.0	1.6	1.6
	人工呼吸器の動作確認*	4.8	0.0	0.0	0.0	0.0
気管内吸引*	21.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
創傷管理技術	ドレーン挿入中のドレーンの確認	41.9	21.0	25.8	54.8	66.1
	三角巾	14.5	4.8	3.2	6.5	8.1
	無菌的なガーゼ交換*	40.3	0.0	1.6	0.0	1.6
	ネット包帯	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	巻軸帯	4.8	0.0	0.0	0.0	0.0
与薬の技術	薬剤の作用と副作用の観察	16.1	11.3	9.7	48.4	53.2
	内服を確実にするための工夫	22.6	1.6	3.2	8.1	11.3
	経口薬（バツカル錠・内服薬・舌下錠）の与薬	22.6	1.6	0.0	9.7	9.7
	中心静脈内栄養の実際（挿入、観察事項、管理方法等、いずれも可）*	19.4	0.0	3.2	4.8	4.8
	点滴静脈内注射の輸液の滴下調節（輸液ポンプを使用しない滴下調節）	53.2	1.6	0.0	3.2	3.2
	薬剤（毒薬・劇薬・麻薬）の取り扱い	9.7	0.0	0.0	1.6	1.6
	自己注射（インスリン製剤、ホルモン剤、インターフェロンなど）*	11.3	0.0	0.0	1.6	1.6
	血液製剤の取り扱い*	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0
	皮内注射*	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0
	輸血の実際*	6.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	直腸内与薬*	9.7	1.6	0.0	0.0	0.0
	経皮・外用薬の与薬	19.4	4.8	0.0	0.0	0.0
	三方活栓、シユアプラグの使用*	19.4	0.0	0.0	0.0	0.0
	皮下注射*	21.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	筋肉内注射*	21.0	0.0	0.0	0.0	0.0
輸液ポンプの基本的な操作	29.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
静脈内注射*	35.5	0.0	0.0	0.0	0.0	
救命救急処置技術	JCS を使用して意識レベルの判定	8.1	6.5	16.1	24.2	30.6
	頭部後屈、下顎挙上した気道確保	8.1	3.2	0.0	1.6	1.6
	人工呼吸（アンビューバック使用）*	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	閉鎖式心臓マッサージ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	AED*	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	緊急なことが生じた場合のチームメンバーへの応援要請	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0
	局所の圧迫止血*	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0
エアウェイ、あるいは気管内挿管*	6.5	0.0	0.0	0.0	0.0	
症状・生体機能管理技術	バイタルサイン（体温、脈拍、呼吸、血圧）の測定	33.9	8.1	19.4	98.4	100.0
	酸素飽和度の測定	30.6	3.2	16.1	83.9	88.7
	経時的な水分摂取・食事摂取・排泄量の計算（患者によって輸液量の計算）	12.9	6.5	8.1	27.4	30.6
	身体計測（身長、体重、腹囲、胸囲、頭囲）	19.4	1.6	8.1	11.3	17.7
	尿検体の取り扱い	4.8	0.0	1.6	1.6	3.2
	簡易血糖測定（耳朶、指など）*	33.9	1.6	0.0	3.2	3.2
	心電図モニター装着	41.9	4.8	1.6	0.0	1.6
	自己血糖測定指導	9.7	0.0	0.0	0.0	0.0
	静脈血採血時に静脈を露出するためのマッサージ・温罨法	12.9	0.0	0.0	0.0	0.0
	12誘導心電図	14.5	3.2	0.0	0.0	0.0

*は対象者への侵襲度が高い技術であり、学生が自立して実施しなくてよいとした技術の種類を示す。

網掛けは各技術項目の水準III以上での経験率上位3種類。

表2-3 看護技術の種類における水準別の経験率（複数回答）（%）

項目	種類	経験の水準（n=62）				
		I	II	III	IV	Ⅲ以上
感染予防技術	スタンダード・プリコーションに基づく手洗い・含嗽	6.5	0.0	3.2	93.5	95.2
	使用物品の後始末（清拭タオル、ガーゼ交換等、処置後の後始末）	17.7	11.3	14.5	80.6	85.5
	防護用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の装着	11.3	1.6	12.9	75.8	80.6
	使用物品の分別	12.9	4.8	8.1	59.7	64.5
	滅菌手袋の装着	6.5	0.0	3.2	6.5	6.5
	滅菌物の有効期限・パック破損の確認	4.8	0.0	0.0	1.6	1.6
	滅菌物の取り出し	14.5	0.0	0.0	1.6	1.6
安全管理の技術	生活の場で安全に過ごすことができるような誘導や声かけ	24.2	3.2	4.8	64.5	67.7
	患者の確認（ネームバンド、シールなどを活用した患者確認対策）	41.9	0.0	4.8	45.2	48.4
	ベッド柵・ベッドの高さ調整による転落の予防	30.6	3.2	9.7	40.3	43.5
	非常口・避難経路の確認	9.7	0.0	3.2	19.4	22.6
	自己の放射線暴露の防止	1.6	3.2	3.2	6.5	9.7
	インシデント・アクシデントの報告	3.2	1.6	0.0	6.5	6.5
安楽確保の技術	氷枕・氷頸・アイスノンによる冷罨法	37.1	6.5	9.7	21.0	27.4
	リラックスを導くための深呼吸の促し	4.8	1.6	0.0	22.6	22.6
	末梢循環を促進するためのマッサージ	3.2	1.6	4.8	8.1	9.7
	電気製品（アンカ・毛布・温枕）による温罨法	12.9	4.8	3.2	3.2	6.5
	香の工夫	0.0	0.0	3.2	1.6	4.8
	検査・処置時の音楽・ビデオの選択使用	1.6	0.0	0.0	1.6	1.6
指導技術	入院中の生活指導、退院指導のためのパンフレット作成	4.8	1.6	9.7	40.3	45.2
	状況にそぐわない、あるいは危険がおよぶ状況に対する安全を維持するための声かけや接近	6.5	1.6	3.2	27.4	29.0
	検査・手術前・処置へのプリパレーション	38.7	3.2	1.6	3.2	4.8
	社会的相互性の乏しい患者（引きこもりの人）への声かけや接近	0.0	0.0	0.0	3.2	3.2

網掛けは各技術項目の水準Ⅲ以上での経験率上位3種類。

次いで＜転倒リスクのある患者の歩行介助＞32.3%、＜段階的に（徐々に）活動範囲拡大への援助＞27.4%であった。「清拭・衣生活援助技術」では、＜臥床中で活動制限、マヒ等のある患者の全身清拭＞51.6%が最も高く、次いで＜介助を必要とする患者の部分清拭（背部に手が届かない等）＞37.1%、＜活動制限のある患者の洗髪（シャンプー台を使用、あるいは浴室で実施）＞、＜臥床患者の陰部ケア（陰部洗浄含む）＞32.3%であった。

「呼吸・循環を整える技術」では、＜呼吸を整え、酸素化を促進するための深呼吸、咳嗽等の促し＞46.8%が最も高く、次いで＜フェイスマスクによる酸素吸入療法＞4.8%、＜低圧胸腔内持続吸引の動作確認＞、＜口腔・鼻腔内吸引＞、＜経鼻カテーテルによる酸素吸入療法＞3.2%であった。「創傷管理技術」では、＜ドレーン挿入中のドレーンの確認＞66.1%が最も高く、次いで＜三角巾＞8.1%、＜無菌的なガーゼ交換＞1.6%であった。

「与薬の技術」では、＜薬剤の作用と副作用の観察＞53.2%が最も高く、次いで＜内服を確実にを行うための工夫＞11.3%、＜経口薬（バカル錠・内服薬・舌下錠）の与薬＞9.7%であった。「救命救急処置技術」では、＜JCSを使用して意識レベルの判定＞30.6%が最も高く、次いで＜頭部後屈、下顎挙上した気道確保＞が1.6%であった。「症

状・生体機能管理技術」では、＜バイタルサイン（体温、脈拍、呼吸、血圧）の測定＞100%が最も高く、次いで＜酸素飽和度の測定＞88.7%、＜経時的な水分摂取・食事摂取・排泄量の計算（患者によって輸液量の計算）＞30.6%であった。

「感染予防技術」では、＜スタンダード・プリコーションに基づく手洗い・含嗽＞95.2%が最も高く、次いで＜使用物品の後始末（清拭タオル、ガーゼ交換等、処置後の後始末）＞85.5%、＜防護用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の装着＞80.6%であった。「安全管理の技術」では、＜生活の場で安全に過ごすことができるような誘導や声かけ＞67.7%が最も高く、次いで＜患者の確認（ネームバンド、シールなどを活用した患者確認対策）＞48.4%、＜ベッド柵・ベッドの高さ調整による転落の予防＞43.5%であった。「安楽確保の技術」では、＜氷枕・氷頸・アイスノンによる冷罨法＞27.4%が最も高く、次いで＜リラックスを導くための深呼吸の促し＞22.6%、＜末梢循環を促進するためのマッサージ＞9.7%であった。「指導技術」では、＜入院中の生活指導、退院指導のためのパンフレット作成＞45.2%が最も高く、次いで＜状況にそぐわない、あるいは危険がおよぶ状況に対する安全を維持するための声かけや接近＞29.0%、＜検査・手術前・処置へのプリパレーション＞4.8%であった。

4.4 全く経験できていない技術の種類

いずれの水準においても全く経験できていない技術の種類は、「創傷管理技術」の〈ネット包帯〉、「救命救急処置技術」の〈人工呼吸（アンビューバック使用）〉、〈閉鎖式心臓マッサージ〉、〈AED〉であった。これらは、実習病棟で実践されること自体が少ない項目である。

4.5 一人の学生が経験した技術の種類数

139種類の技術のうち、個人が経験した技術の種類を数でみると、水準Ⅰでは、平均21.2種類（範囲2～62種類）、水準Ⅱでは、平均8.1種類（範囲0～33種類）、水準Ⅲでは、平均7.5種類（範囲0～26種類）、水準Ⅳでは、平均20.3種類（範囲3～36種類）であった。経験した技術の種類数には、個々の学生によって差があった。

5. 考察

5.1 成人看護学実習における技術修得状況について

本調査結果では、「環境調整技術」の経験率が最も高かった。これは、成人看護学実習での技術修得状況を調査した郡司ら⁵⁾の調査結果に一致している。次いで、「感染予防技術」「安全管理の技術」の経験率が高かった。いずれも様々な状況にある患者に共通して必要とされ、また身体への侵襲を伴わない技術であり、学生が単独であっても実施する機会が多く経験しやすい技術である。

技術の種類についてみると、水準Ⅲ以上での経験率において、〈バイタルサイン（体温、脈拍、呼吸、血圧）の測定〉が100%であり、すべての学生が自立して実施できていた。また、〈スタンダード・プリコーションに基づく手洗い・含嗽〉95.2%、〈病床周囲の整理・整頓・清掃〉90.3%、〈酸素飽和度の測定〉88.7%、〈使用物品の後始末（清拭タオル、ガーゼ交換等、処置後の後始末）〉85.5%、〈食事や水分摂取の把握〉82.3%、〈食事のセッティング〉80.6%、〈防護用具（手袋・ゴーグル・ガウン等）の装着〉80.6%と8割を越える高い割合であった。これらは、患者の状態を把握し看護する上で必要な行為であり、かつ患者の身体に侵襲を与えず実施できる技術である。また、実習期間中に繰り返して経験する機会を得られる技術であり、学生がより自立して経験できたと考える。しかし、今回の結果では、これまでの先行研究^{6～8)}が指摘しているように、基礎教育期間において自立して経験できる技術が決して多

くはないことが理解できる。

1人の学生が経験した技術をみると、水準Ⅰでは、2から62種類、水準Ⅱでは、0から33種類であるように、いずれの水準においてもその個数に差がみられた。理由として、学生個人の既習学習の状況による能力差というより、受け持った患者の特性により経験できる機会の違いであると考えられる。また、学生がその場で臨地実習指導者や担当教員といった指導者と共に技術を経験しても意識せず過ぎてしまえば、技術の経験として認識するには至らない。指導者には、学生へその場における技術を提供することの意味を意図的に伝えていく教育的姿勢が必要と考えられる。

5.2 実習展開方法と技術の経験について

本結果において、表2で示したように経験できている技術には偏りがある。また、学生個人の経験した技術の数に差があった。受け持ち患者の看護過程を展開する実習では、技術修得のための学習の機会が限られる⁹⁾という指摘があり、A大学においても例外ではなかったことがいえる。しかしながら、基礎教育課程にある学生が問題解決型思考を学習することは、看護現象における課題に取り組むための基本的な思考プロセスを学習することであり、基礎教育においては重要な教育方法と考える。成人看護学領域では、実習前に履修する方法論において実習で遭遇する対象を想定した紙上事例を用いて学習を行う。成人看護学実習は、その学びを基に目前の対象に看護を提供する場となる。実習では、1～2人の患者を受け持って看護過程を展開する。学生は、看護過程を展開しながら成人期にある対象と向き合うことで事実を捉え対象の特性をつかむ認知能力を養い、対象と関わりながらその反応を通して自己の看護実践を評価することを学ぶ。そして看護を提供する環境やチームの中での調整や協働の必要性、さらに実践の中で研鑽する基本的な姿勢と力を育むことになる。

看護学は人間科学であり、より安全、安楽に対象にケアを提供できることを目指し、実践を大切に考える学問である。看護技術教育の目標は、実践の場で対象の状況に合わせた技術の提供ができることである。厚生労働省が2009年12月に提示した新人看護職員研修ガイドライン¹⁰⁾では、看護技術の到達目標を示すとともに、技術を支える要素として、医療安全の確保、患者および家族への説明と助言、的確な看護判断と適切な技術の

提供をあげ、これら全てを確認した上で実施する必要があるとしている。看護実践力につながる技術教育の充実は、基礎教育において重要な課題であり基礎教育4年制について議論の及ぶ事柄ともいえる。

今後、看護過程の展開と関連づけながら、複数の患者のケアを行う病棟看護師に同行し、看護師が実践する患者ケアに参画しながら技術を経験する機会を増やすなどの実習環境整備、学内演習のあり方など技術教育の方法を工夫する必要がある。

5.3 成人看護学実習の目的と技術の水準Ⅲ以上の経験率について

成人看護学実習は、成人看護学実習ⅡAと成人看護学実習ⅡBに分けて行われることより、本項ではこの2領域の実習目的に照らして考察する。成人看護学実習ⅡAの目的は、周手術期・侵襲的治療を受ける成人期の患者・家族を包括的に捉え、状況の変化に即した適切な看護実践能力を養うことである。また、成人看護学実習ⅡBの目的は、慢性的な健康問題を持つ成人期の患者のセルフケア能力や機能障害に適應する能力の維持・増進に向けた看護実践力を養うことである。これらの目的より、「環境調整技術」における〈病床周囲の整理や整頓・清掃〉90.3%、〈手術患者を収容する手術後ベッド作成〉58.1%、「活動・休息援助技術」における〈活動制限のある患者の車椅子移動（マヒなし）〉53.2%、「清拭・衣生活援助技術」における〈臥床中で活動制限、マヒ等のある患者の全身清拭〉51.6%などの経験は、患者の回復過程や療養生活において安全・安楽を維持する技術として経験していたと考えられる。また、「救命救急処置技術」における〈JCSを使用して意識レベルの判定〉30.6%、「呼吸・循環を整える技術」における〈呼吸を整え、酸素化を促進するための深呼吸、咳嗽等の促し〉46.8%、「食事の援助技術」における〈食事や水分摂取の把握〉82.3%、「与薬の技術」における〈薬剤の作用と副作用の観察〉53.2%、「症状・生体機能管理技術」における〈バイタルサインの測定〉100%、〈酸素飽和濃度の測定〉88.7%、「排泄の援助技術」における〈膀胱留置カテーテル挿入中のラインの屈曲確認〉48.4%、「創傷管理技術」における〈ドレーン挿入中のドレーン確認〉66.1%などの経験は、各健康レベルにおける治療進行の確認、障害をもつ患者の

理解など、2領域の看護実践の過程において中核となる技術として経験していたと考えられる。また、「指導技術」における〈入院中の生活指導、退院指導のためのパンフレット作成〉45.2%の経験は、対象が障害を受容し新たな生活の維持・拡大をめざす援助技術（教育・相談）として経験したと考えられる。

学生が、自立して実施しなくてよい技術とした〈膀胱留置カテーテルの抜去〉、〈無菌的なガーゼ交換〉、あるいは、〈フェイスマスクによる酸素吸入療法〉、〈点滴静脈内注射の輸液の滴下調節〉、〈心電図モニター装着〉は、水準Ⅲ以上の経験は高くはないが水準Ⅰでは4割を越えている。これらは、実習目的を達成する過程で受け持った患者の特性により経験していたと考えられる。

技術項目からさらに技術の種類における経験率、経験した技術の種類に関連性を精査することで、技術項目の修得状況だけでは見えにくかった成人看護学実習における技術修得状況が浮かび上がった。学内で学んだ看護技術を実践の場で患者に提供する機会や学内で学習することの限界などの課題はあるが、実習目的達成を目指した受け持ち患者の看護過程の展開に沿った、技術修得状況にあると考える。

5.4 今後の技術教育への示唆

学生は、様々な困難に遭遇しながらもそれ乗り越えていく過程で達成感を得ることができ、更にその経験による学習意欲の向上が主体的な学習を促進する¹¹⁾。また、学生の達成感は、患者からの反応によって影響を受けるとされる¹²⁾。指導者は、学生の限りある技術経験の機会を有効に活用できるように、これまで以上に学生と共に患者と関わる必要がある。そして、実習終了後に学生と技術修得状況を振り返る機会をもつことで、学生が技術経験を振り返り自己評価を経て、自己の課題に気づくことができるように丁寧に指導していくことが重要である。また、第Ⅴ段階実習の全てが終了した時点で修得できた技術、あるいは今後修得すべき看護技術について認識し、第Ⅵ段階実習や卒業までの自学自習の取り組みにつなげられるよう支援する必要がある。

社会が求める看護実践能力を備えるためには、まずは繰り返し技術を経験することである。それには学生の技術修得に対する能動的態度が必要不可欠である。指導者は、学生が能動的に学習でき

る環境を整え、それを支える教育的態度を維持することが必要である。

成人看護学実習で経験できる技術は、学生が受け持った患者の特性などにより限定される傾向があり、自ずと学生個人が経験する技術にも差が生じることが考えられる。成人看護学領域で経験すべき技術、経験できる技術を精査し明確にした上で、技術の経験水準が向上するように臨地実習指導者との連携をこれまで以上に強化していく必要がある。また、第Ⅲ段階にあたる基礎看護学実習から第Ⅵ段階実習期間を通して縦断的に技術修得を積み重ねていくこと、あるいは成人看護学と老年看護学など隣接する領域間では横断的に経験技術の内容の照合を行うなど、領域間の連携が重要になるであろう。

今回の結果を踏まえ、学生自身が基礎教育課程で修得した技術内容を把握し就職後の臨床研修において自己申告することにより、臨床研修をより有効、かつ効果的に実施できるのではないだろうか。つまり、臨床研修では、基礎教育において経験のない、あるいは修得が不十分な技術の練習を選択的、かつ積極的に行うことが可能になる。基礎教育課程の教育内容と臨床研修プログラムが有機的につながることで、看護実践能力の向上に寄与するのではないだろうか。

5.5 本調査の課題

今回の技術修得状況の確認では、技術を細分化した表現により技術修得状況の内容が詳細に判るようにした。しかし一方では、確認が煩雑になった事も否めない。

また、今回の技術項目には、人の尊厳の重視や人権の擁護、援助の人間関係やコミュニケーションに関連した技術等は含まれていない。これらを加えて総合的に評価することも必要であろう。加えて、学生が技術の修得過程において、何をどのように考え感じながら実施したかなど、学生自身の技術経験に関わる心構えや姿勢などと関連して評価することも重要と考える。

結論

成人看護学実習における看護技術の修得状況を調査した結果、14項目のなかで「環境調整技術」、「感染予防技術」、「安全管理の技術」の経験率が高かった。139種類のなかでは、〈バイタルサインの測定〉、〈スタンダード・プリコーションに基づく手洗い・含嗽〉、〈病床周囲の整理・整頓・

清掃〉の経験率が高かった。また、学生個人が経験した技術の種類数は、いずれの経験の水準においても差があった。そして、受け持ち患者の看護過程の展開を中心とした実習方法においては、1領域の実習で経験する技術は限定されていた。

今後の技術教育において技術修得に関わる領域間の連携の強化、また、新人看護師の臨床研修プログラムとの連携の必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝いたします。なお、本研究は、学内共同研究費の研究助成を受けて実施したものである。

引用文献

- 1) 厚生労働省医政局：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書，2007.
- 2) 石川県立看護大学平成21年教務委員会・看護学実習専門部会：臨地実習における看護技術の修得状況-スキルアップへのチャレンジ-.2009.
- 3) 東雅代，村井嘉子，大場みゆき，他6名：臨地実習における看護技術修得状況の実態（2009年報告）.石川看護雑誌，8，61-72，2011.
- 4) 前掲1)，38-40.
- 5) 郡司理恵子，安藤悦子，岡田純也，他1名：成人看護学における技術教育についての検討-成人看護学実習における看護基本技術の経験状況から-.保健学研究，19（1），27-35，2006.
- 6) 及川秀子，赤石三佐代，福士公代：成人看護学実習における看護技術の経験状況. 足利短期大学研究紀要，29，29-35，2009.
- 7) 三輪木君子，小島洋子，今福恵子，他2名：臨地実習における「看護技術の修得状況」の実態（1）-学生用技術ノートから-. 静岡県立大学短期大学部研究紀要，19，13-23，2005.
- 8) 綿貫成明，大町弥生，辻村史子，他5名：成人看護学実習および老年看護学実習において看護学生が見学または実施した看護基本技術の実態-学生による自己評価調査の分析により- 藍野学院紀要，22，102-115，2009.
- 9) 佐々木秀美，松井英俊，金子潔子，他5名：成人看護学臨地実習における看護技術修得状況の実態調査報告. 看護学統合研究，9（2），19-29，2008.
- 10) 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドライン，2009.
- 11) 原田秀子，張替直美，中谷信江，他1名：臨地実習における看護学生の達成感に影響する要因の検討.

山口県立大学看護学部紀要, 8, 93 - 98, 2004.

12) 曾田陽子, 小松万喜子, 水野美香, 他4名: 基礎看護学実習において実施した看護技術に対する学生の達成感とその理由. 愛知県立看護大学紀要, 12, 67-74, 2006.

The Current Situation of Acquisition of Nursing Skills in Adult Nursing Clinical Practice

Hisae KIMURA, Yoshiko MURAI, Tomoe MAKINO,
Naoko MARUOKA, Naoko IWAKI, Yukiko HORANAI, Akiko KATO,
Rieko SAKAKIBARA

Abstract

We investigated the current situation of acquisition of nursing skills during adult nursing clinical practice and examined approaches for nursing skill education in the field of adult nursing. A total of 14 categories and 139 items of nursing skills were investigated in a total of 62 subjects. Categories with a high proportion of student-centered experience were "skills for adjusting the environment", "infection prevention skills", and "safety management skills". In addition, the items of skills with the highest proportions of student-centered experience were "measurement of vital signs", followed by "hand-washing and gargling according to standard precautions" and "organization and cleaning of the ward's surroundings". The number of types of skills involving student-centered experience varied individually from 0 to 26, and the items of skills that students could experience during practical training in a particular field were limited. These results suggest that sharing of information on technical experience both longitudinally and across disciplines as well as skill education in cooperation with on-the-job clinical training programs are necessary in order for students to experience more skills during basic nursing education.

Key words adult nursing clinical practice, basic nursing education, nursing skill education, acquisition of skills

報告

医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題

加藤亜妃子¹ 牧野智恵¹ 岩城直子¹ 中田有美²木村美代³ 佐々木順子⁴

概要

がん患者の在宅緩和ケアに関する課題を明らかにすることを目的に、石川県内の医療者（医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員）1175名を対象に質問紙調査を行った。医療者が、がん患者が在宅療養する際に必要だと思うことは「疼痛コントロールが出来ている」「急変時の対応をしてもらえる医療機関がある」「患者の家に帰りたいという強い希望がある」であった。在宅緩和ケア経験のない医療者の方が、「患者の状態が安定している」ことが必要と感じている比率が有意に高かった。医療者が在宅緩和ケアを実践する際に問題だと思うことは「在宅緩和ケアの経験が少ない」「患者の急変時に対応出来るか不安がある」であった。医療者が今後地域でがん在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うことは「患者が急変した際に受け入れ出来る施設を増やす」「在宅緩和ケアに携わる医療職、介護・福祉職の教育」であった。今後石川県の在宅緩和ケアの体制を整えていくうえで、在宅療養している患者が急変した際に対応出来る施設や医療者間の連携体制などの環境を整えることが急務であることが明らかになった。

キーワード 在宅緩和ケア, がん患者, 医療者

1. はじめに

がん医療のめざましい進歩にもかかわらず、日本におけるがんによる死亡者数は、1980年以降年々増加¹⁾し、現在おおよそ3人に1人ががんで死亡している。石川県においても、1980年以降がんが死因の1位²⁾となり、2009年のがんによる死亡者は3,388人³⁾と報告されている。今後がん罹患する人の数は上昇することが予測される。

平成18年に国が「がん対策基本法」を制定し、石川県においても、平成20年4月に「石川県がん対策推進計画」が策定された。この計画の重点目標の1つとして、「患者・家族の立場に立った支援体制の整備」⁴⁾が掲げられている。ここには、がん患者の療養生活の質の向上のため、居宅におけるがん医療提供体制の確保、患者や家族への相談支援や情報提供の充実を図ることがあげられている。

在宅緩和ケアのシステムや地域のネットワーク

作りの現状や取り組み・課題について、各地域からの報告がされている。石川県では、医療における課題として地域によって格差があり、特に人口過疎地区での医療体制の整備が不十分であることが考えられる。また、2006年の石川県のがん患者の自宅等での死亡率は4.1%⁵⁾であることから多いとはいえない。これらのことから考えると、石川県においても地域で療養生活を送ることを望む患者や家族が、安心して在宅緩和ケアを受けることができるように支援体制を整えていくことは急務である。

患者や家族が安心できる在宅緩和ケアを提供するためには、地域での多職種連携がうまくはかれることが重要である。職種ごとに、在宅緩和ケアに関する課題と認識している内容を明らかにすることで、職種別の具体的な教育・支援体制を整えることに役立つと考える。また、患者が在宅に戻れたことに対して満足感を得ているという報告⁶⁾もあるが、在宅緩和ケアが進まない現状がある。その原因として、石川県内において実際に在宅緩和ケアの経験がある医療者が認識する課題が明らかにされていないため、現場に経験者の意見が十分に反映されていないことが考えられる。

¹ 石川県立看護大学

² 石川県 健康福祉部 健康推進課

³ 石川県在宅緩和ケア支援センター

⁴ 東京工科大学 医療保健学部 看護学科

また、在宅緩和ケアの経験のある医療者と、その経験がない医療者において、認識している課題に違いがあることも考えられる。これらについて明らかにすることは、在宅療養への移行を妨げている問題を解決するうえで意義があると考えられる。

そこで本研究では、石川県内の医療者：医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員を対象とし、職種や在宅緩和ケアに関わった経験の有無の違いの視点を含め、医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題を明らかにすることを目的とする。

なお、本研究における「在宅緩和ケア」とは、がん患者を対象とし、在宅で看取することに限らず、在宅療養を行うあらゆる段階のがん患者への緩和ケアをいう。

2. 研究方法

2.1 対象とした施設および対象者

対象施設は、石川県内の病院 102 施設、診療所 739 施設（皮膚科、耳鼻科、精神科、産婦人科は除く）、訪問看護ステーション 53 施設、薬局 410 施設、居宅介護支援事業所 268 施設とした。

これらの施設における対象者数の割り当ては、以下に示す通りである。病院は、病床数によって医師 1～5 名、看護師 2～10 名、薬剤師 1～3 名、ソーシャルワーカー 1～2 名とした。その他の施設は、診療所は医師 1 名と看護師 1 名、訪問看護ステーションは看護師 2 名、薬局は薬剤師 2 名、居宅介護支援事業所は介護支援専門員 2 名とし、各施設において対象者を選定してもらった。

2.2 調査方法と手順

平成 21 年 12 月に、対象施設ごとに院長もしくは施設長へ調査趣旨・方法を説明した文書をそえて、調査用紙を郵送した。施設ごとに、対象者に調査用紙と封筒の配布と回収を依頼し、郵送してもらった。

2.3 調査内容

調査用紙は、以下に示す構成とした。対象者の基本的属性として、年齢、性別、勤務している施設に関する事柄、在宅緩和ケアに関わった経験の有無（2 件法）について尋ねた。

医療者が、石川県における在宅緩和ケア推進に関する取り組みや相談窓口を認知しているかを知るために、石川県がん対策推進計画を知っているか（2 件法）、石川県在宅緩和ケア支援センター

の場所を知っているか（2 件法）を尋ねた。

医療者が認識する在宅緩和ケアに関する課題について尋ねる調査項目は、先行研究^{7) 8) 9)}を参考に作成した。調査項目の内容について、複数の研究者で検討を行った。主な内容は、①がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこと（10 項目、複数回答）、②対象者自身が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題だと思うこと（10 項目、複数回答）、③今後地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うこと（9 項目、複数回答）である。

2.4 分析方法

医師、看護師、薬剤師と、ソーシャルワーカーと介護支援専門員を介護福祉職とした 4 つの職種において、対象者の基本的属性やその他の調査内容の結果について単純集計を行い比較検討を行った。さらに、在宅緩和ケアに関する課題「①がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこと、②対象者自身が在宅緩和ケアを実践する際に問題だと思うこと、③今後地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うこと」の各項目について選択された割合が、在宅緩和ケアの経験が「あり」「なし」の 2 群で異なるかどうか χ^2 検定を行った。いずれも有意水準 5% 未満を有意差ありとした。統計解析には、SPSS13.0J for Windows を使用した。

2.5 倫理的配慮

調査用紙に、研究の趣旨、自由意志によって回答が拒否できること、返信によって調査協力への同意を得たこと、回答は無記名であること、目的以外には使用しないことなど、倫理的な配慮について説明した文書を添付した。対象者自身で調査用紙を封筒に入れて封印し回収してもらうことによって、プライバシーの保護に努めた。石川県立看護大学の倫理審査委員会の承認を得た。

3. 結果

3.1 対象施設と医療者の概要（表 1）

石川県内にある計 1,572 カ所の施設に勤務する医療者（医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、介護支援専門員）計 3,386 名に協力を依頼した。その結果、1,175 名より回答があった。回収率は 34.8% であった。医師は 258 名（22.0%）、看護師は 446 名（38.0%）、薬剤師は 268 名（22.8%）、介護福祉職は 203 名（17.2%）であった。

表1 対象施設と対象者の概要

職種	病院		診療所	訪問看護 ステーション	薬局	居宅介護 支援事業所	無回答	合計(%)
	拠点病院 ^{※1}	拠点病院以外 ^{※2}						
医師	42	52	164					258 (22.0)
看護師	80	181	124	61				446 (38.0)
薬剤師	8	38			220		2	268 (22.8)
介護福祉職	7	44				151	1	203 (17.2)
総計	137	315	288	61	220	151	3	1175 (100)

※1 がん診療連携拠点病院の指定を受けている病院

※2 がん診療連携拠点病院の指定を受けていない病院

表2 在宅緩和ケアの経験の有無の状況と職種ごとの所属施設

職種	施設		在宅緩和ケアの経験の有無		無回答	合計
			あり	なし		
医師	病院	拠点病院 ^{※1}	12	30		
		拠点病院以外 ^{※2}	19	33		
	診療所		53	108		
	合計(%)		84 (32.6)	171 (66.3)		
看護師	病院	拠点病院 ^{※1}	14	64		
		拠点病院以外 ^{※2}	25	151		
	診療所		27	92		
	訪問看護ステーション		54	7		
合計(%)		120 (26.9)	314 (70.4)	12 (2.7)	446 (100)	
薬剤師	病院	拠点病院 ^{※1}	1	7		
		拠点病院以外 ^{※2}	3	35		
	薬局		15	203		
	無回答		0	2		
合計(%)		19 (7.1)	247 (92.2)	2 (0.7)	268 (100)	
介護福祉職	病院	拠点病院 ^{※1}	7	0		
		拠点病院以外 ^{※2}	19	24		
	居宅介護支援事業所		71	74		
	無回答		0	1		
合計(%)		97 (47.8)	99 (48.8)	7 (3.4)	203 (100)	
合計(%)		320 (27.2)	831 (70.7)	24 (2.0)	1175 (100)	

※1 がん診療連携拠点病院の指定を受けている病院

※2 がん診療連携拠点病院の指定を受けていない病院

各職種において所属施設の内訳をみると、医師では診療所が164名(63.6%)であった。看護師は、がん診療連携拠点に指定されている病院80名(17.9%)とそれ以外の病院が181名(40.6%)であった。薬剤師は、薬局が220名(82.1%)であった。介護福祉職は居宅介護支援事業所が151名(74.3%)であった。

3.2 がん対策推進計画及び石川県在宅緩和ケア支援センターの認知度

回答のあった1,175名のうち、「石川県がん対策推進計画」を「知っている」と答えた者は399名(34.0%)であった。また、「石川県在宅緩和ケア支援センターの場所」を「知っている」と答えた者は174名(14.8%)であった。

3.3 在宅緩和ケア経験の有無の状況と職種ごとの所属施設の比較(表2)

対象者のうち、これまで在宅緩和ケアに関わった経験が「ある」(以下、在宅経験あり群)と答えたのは320名(27.2%)、「なし」(以下、在宅経験なし群)と答えたのは831名(70.7%)であった。職種ごとにみると、在宅緩和ケアに関わった経験がある医師は84名で、そのうち53名の所属は診療所であった。看護師は120名で、そのうち54名の所属は訪問看護ステーションであった。薬剤師は19名であった。介護福祉職は97名で、そのうち71名の所属は居宅介護支援事業所であった。

3.4 医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアの課題に関する項目の結果(表3,4,5)

在宅緩和ケアに関する課題の項目と、「在宅緩和ケアに関わった経験の有無」に回答がないものを除いた医師255名、看護師434名、薬剤師266名、介護福祉職196名を分析対象とした。

(1) がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこと (表3)

がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこととして、全職種において7割以上の方が必要と感じている項目は、「疼痛コントロールが出来る」(医師 193名 (75.7%), 看護師 382名 (88.0%), 薬剤師 218名 (82.0%), 介護福祉職 164名 (83.7%)), 「急変時の対応をしてもらえる医療機関がある」(医師 193名 (75.7%), 看護師 365名 (84.1%), 薬剤師 207名 (77.8%), 介護福祉職 177名 (90.3%))であった。医師, 看護師, 介護福祉職の3職種において7割以上が必要であると感じていた項目は、「患者の家に帰りたいという強い希望がある」(医師 209名 (82.0%), 看護師 379名 (87.3%), 介護福祉職 161名 (82.1%))であった。看護師と介護福祉職の7割以上が必要と感じていた項目は、「家族が患者を家に連れて帰りたいと希望」(看護師 330名 (76.0%), 介護福祉職 143名 (73.0%)), 「24時間対応してくれる体制が整っている」(看護師 332名 (76.5%), 介護福祉職 154名 (78.6%))であった。

全10項目について「在宅経験あり群」と「在宅経験なし群」の2群で χ^2 検定を行った結果、医師で、有意差がみられたのは4項目であった。これらの項目のうち、「在宅経験あり群」の方が「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かったのは、「患者の家に帰りたいという強い希望がある」(p < 0.05), 「家族が患者を家に連れて帰

たいと希望」(p < 0.05), 「患者に同居家族がいる」(p < 0.01)であった。「患者の状態が安定している」(p < 0.05)のみ、「在宅経験なし群」の方が有意に比率が高かった。

看護師で、「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられたのは6項目であった。これらの項目のうち、「在宅経験あり群」が「在宅経験なし群」より有意に比率が高かったのは、「患者の家に帰りたいという強い希望がある」(p < 0.05), 「家族が患者を家に連れて帰りたいと希望」(p < 0.01), 「患者に同居家族がいる」(p < 0.01), 「24時間対応してくれる体制が整っている」(p < 0.01), 「家族への経済的支援体制が整っている」(p < 0.05)であった。「患者の状態が安定している」(p < 0.01)のみ、「在宅経験なし群」の方が有意に比率が高かった。

薬剤師では、「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられた項目はなかった。

介護福祉職で、「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられたのは6項目であった。これらの項目のうち、「在宅経験あり群」の方が「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かったのは、「家族が患者を家に連れて帰りたいと希望」(p < 0.05), 「急変時の対応をもらえる医療機関がある」(p < 0.05), 「24時間対応してくれる体制が整っている」(p < 0.05), 「家族への経済的支援体制が整っている」(p <

表3 「がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこと」における職種、在宅緩和ケアの経験の有無による比較 n (%)

	医師				看護師				薬剤師				介護福祉職				総計 n=1151
	全体 n=255	在宅経験		p	全体 n=434	在宅経験		p	全体 n=266	在宅経験		p	全体 n=196	在宅経験		p	
		なし n=171	あり n=84			なし n=315	あり n=119			なし n=247	あり n=19			なし n=102	あり n=94		
患者の状態が安定している	125(49.0)	92 (53.8)	33 (39.3)	*	224(51.6)	176 (55.9)	48 (40.3)	**	149(56.0)	137 (55.5)	11 (57.9)		79(40.3)	49 (48.0)	29 (30.9)	*	577 (50.1)
疼痛コントロールが出来る	193(75.7)	127 (74.3)	66 (78.6)		382(88.0)	277 (87.9)	103 (86.6)		218(82.0)	200 (81.0)	17 (89.5)		164(83.7)	80 (78.4)	79 (84.0)		957 (83.1)
患者の家に帰りたいという強い希望がある	209(82.0)	134 (78.4)	75 (89.3)	*	379(87.3)	267 (84.8)	110 (92.4)	*	178(66.9)	164 (66.4)	14 (73.7)		161(82.1)	76(74.5)	80 (85.1)		828 (71.9)
家族が患者を家に連れて帰りたいと希望	150(58.8)	93 (54.4)	57 (67.9)	*	330(76.0)	227 (72.1)	101 (84.9)	**	112(42.1)	104 (43.1)	8 (42.1)		143(73.0)	66 (64.7)	74 (78.7)	*	735 (63.9)
患者に同居家族がいる	129(50.6)	72 (42.1)	57 (67.9)	**	218(50.2)	142 (45.1)	75 (63.0)	**	127(47.7)	114 (46.2)	12 (63.2)		100(51.0)	51 (50.0)	47 (50.0)		574 (49.9)
地域住民が在宅緩和ケアを理解している	38(14.9)	23 (13.5)	15 (17.9)		94(21.7)	68 (21.6)	24 (20.2)		32(12.0)	31 (12.6)	1 (5.3)		25(12.8)	17 (16.7)	7 (7.4)	*	189 (16.4)
急変時の対応をしてもらえる医療機関がある	193(75.7)	128 (74.9)	65 (77.4)		365(84.1)	260 (82.5)	103 (86.6)		207(77.8)	191 (77.3)	15 (57.9)		177(90.3)	86 (84.3)	88 (93.6)	*	942 (81.8)
24時間対応してくれる体制が整っている	145(56.9)	97 (56.7)	48 (57.1)		332(76.5)	224 (71.1)	105 (88.2)	**	125(47.0)	114(46.2)	10 (52.6)		154(78.6)	72 (70.6)	78 (83.0)	*	756 (65.7)
家族の疲労が強い場合患者を一時的に入所させる場所がある	140(54.9)	90 (52.6)	50 (59.5)		289(66.6)	204 (64.8)	84 (70.6)		131(49.2)	119 (48.2)	11 (57.9)		144(73.5)	66 (64.7)	75 (79.8)	*	704 (61.2)
家族への経済的支援体制が整っている	92(36.1)	55 (32.2)	37 (44.0)		227(52.3)	154 (48.9)	71 (59.7)	*	87(32.7)	81 (32.8)	6 (31.6)		87(44.4)	47 (46.1)	40 (42.6)		493 (42.8)

*: p<0.05 **: p<0.01

0.05)であった。「患者の状態が安定している」(p < 0.05), 「地域住民が在宅緩和ケアを理解している」(p < 0.05)は「在宅経験なし群」の方が有意に比率が高かった。

(2) 医療者が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題だと思うこと (表4)

医療者が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題だと思うこととして、最も問題と感じていた項目は、「在宅緩和ケアの経験が少ない」(医師104名(40.8%), 看護師260名(59.9%), 薬剤師193名(72.6%), 介護福祉職104名(53.1%))であった。次いで比率が高かった項目は、「患者の急変時に対応出来るか不安がある」(医師123名(48.2%), 看護師222名(51.2%), 薬剤師176名(66.2%), 介護福祉職122名(62.2%))であった。

10項目について「在宅経験あり群」と「在宅経験なし群」の2群で χ^2 検定を行った結果、医師で有意差がみられたのは6項目であった。これらの項目のうち、「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かったのは、「在宅緩和ケアの経験が少ない」(p < 0.01), 「社会資源について知らない」(p < 0.01), 「患者の急変時に対応出来るか不安がある」(p < 0.05), 「疼痛コントロールに関する知識がない」(p < 0.01)であった。「ケアの提供時間に対するコストが低い」(p < 0.05), 「患者の経済的負担が

大きい」(p < 0.05)は、「在宅経験あり群」の方が有意に比率が高かった。

看護師で、「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられたのは5項目であった。これらの項目のうち、「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較し有意に比率が高かったのは、「在宅で患者が療養するイメージがつかない」(p < 0.01), 「在宅緩和ケアの経験が少ない」(p < 0.01), 「社会資源について知らない」(p < 0.01)であった。「ケアの提供時間に対するコストが低い」(p < 0.01), 「患者の経済的負担が大きい」(p < 0.05)は、「在宅経験あり群」の方が有意に比率が高かった。

薬剤師で有意差がみられたのは、「在宅緩和ケアの経験が少ない」(p < 0.05)であった。この項目では、「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較し有意に比率が高かった。

介護福祉職で、「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられたのは、「在宅で患者が療養するイメージがつかない」(p < 0.05), 「在宅緩和ケアの経験が少ない」(p < 0.01), 「社会資源について知らない」(p < 0.01), 「拘束時間が長い」(p < 0.05)の4項目であった。これらのすべての項目において「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。

表4 「医療者が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題だと思うこと」における職種、在宅緩和ケアの経験の有無による比較 n (%)

	医師				看護師				薬剤師				介護福祉職				総計 n=1151
	全体 n=255	在宅経験		p	全体 n=434	在宅経験		p	全体 n=266	在宅経験		p	全体 n=196	在宅経験		p	
		なし n=171	あり n=84			なし n=315	あり n=119			なし n=247	あり n=19			なし n=102	あり n=94		
在宅で患者が療養するイメージがつかない	25 (9.8)	21 (12.3)	4 (4.8)		55 (12.7)	48 (15.2)	6 (5.0)	**	37 (13.9)	37 (15.0)	0 (0.0)		24 (12.2)	17 (16.7)	7 (7.4)	*	141 (12.3)
在宅緩和ケアの経験が少ない	104 (40.8)	87 (50.9)	16 (19.0)	**	260 (59.9)	213 (67.6)	44 (37.0)	**	193 (72.6)	182 (73.7)	10 (52.6)	*	104 (53.1)	65 (63.7)	35 (37.2)	**	661 (57.4)
社会資源について知らない	50 (19.6)	43 (25.1)	7 (8.3)	**	187 (43.1)	156 (49.5)	30 (25.2)	**	74 (27.8)	71 (28.7)	3 (15.8)		50 (25.5)	39 (38.2)	11 (11.7)	**	361 (31.4)
患者の急変時に対応出来るか不安がある	123 (48.2)	90 (52.6)	32 (38.1)	*	222 (51.2)	166 (52.7)	54 (45.4)		176 (66.2)	167 (67.6)	7 (36.8)		122 (62.2)	68 (66.7)	50 (53.2)		643 (55.9)
地域の医療者との連携がとりにくい	41 (16.1)	29 (17.0)	12 (14.3)		151 (34.8)	109 (34.6)	40 (33.6)		72 (27.1)	63 (25.2)	8 (42.1)		56 (28.6)	32 (31.4)	23 (24.5)		320 (27.8)
疼痛コントロールに関する知識がない	49 (19.2)	45 (26.3)	4 (4.8)	**	124 (28.6)	98 (31.1)	26 (21.8)		79 (29.7)	77 (31.2)	2 (10.5)		61 (31.1)	38 (37.3)	23 (24.5)		313 (27.2)
家族への対応に困る	33 (12.9)	19 (11.1)	13 (15.5)		69 (15.9)	52 (16.5)	16 (13.4)		52 (19.5)	45 (18.2)	6 (31.6)		34 (17.3)	20 (19.6)	13 (13.8)		188 (16.3)
拘束時間が長い	118 (46.3)	80 (46.8)	37 (44.0)		163 (37.6)	114 (36.2)	48 (40.3)		84 (31.6)	79 (32.0)	5 (26.3)		36 (18.4)	23 (22.5)	11 (11.7)	*	401 (34.8)
ケアの提供時間に対するコストが低い	50 (19.6)	27 (15.8)	23 (27.4)	*	49 (11.3)	24 (7.6)	24 (20.2)	**	25 (9.4)	22 (8.9)	3 (15.8)		27 (13.8)	9 (8.8)	16 (17.0)		151 (13.1)
患者の経済的負担が大きい	33 (12.9)	11 (6.4)	22 (26.2)	*	93 (21.4)	59 (18.7)	33 (27.7)	*	51 (19.2)	47 (19.0)	3 (15.8)		53 (27.0)	24 (23.5)	28 (29.8)		230 (20.0)

*: p<0.05 **: p<0.01

(3) 医療者が認識する今後地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うこと(表5) 対象者が認識する今後地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うこととして、全職種で5割以上の者が必要だと感じていた項目は、「在宅で患者が急変した際に受け入れ出来る施設を増やす」(医師157名(61.6%), 看護師317名(73.0%), 薬剤師162名(60.9%), 介護福祉職137名(69.9%)), 「在宅緩和ケアに携わる医療職、介護・福祉職の教育」(医師138名(54.1%), 看護師300名(69.1%), 薬剤師159名(59.8%), 介護福祉職154名(78.6%))であった。看護師と薬剤師の2職種で5割以上の者が必要であると思っていた項目は、「地域の医療・福祉従事者が意見交換出来る場を設ける」(看護師257名(59.2%), 薬剤師179名(67.3%))であった。医師と看護師の2職種において5割以上の者が必要であると思っていた項目は、「在宅緩和ケアを支える診療報酬の整備」(医師140名(54.9%), 看護師222名(51.2%))であった。看護師と介護福祉職において5割以上の者が必要と思っていた項目は、「患者やその家族への経済支援体制を整える」(看護師243名(56.0%), 介護福祉職114名(58.2%))であった。

9項目について「在宅経験あり群」と「在宅経験なし群」の2群で χ^2 検定を行った結果、医師で有意差がみられたのは「地域住民への在宅緩和ケアに関する知識の普及」($p < 0.05$), 「患者やその家族への経済的支援体制を整える」($p <$

0.05)の2項目であった。いずれの項目も「在宅経験あり群」の方が「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かった。

看護師で「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられたのは「在宅緩和ケアに携わる医療職、介護・福祉職の教育」($p < 0.05$)のみであった。この項目では、「在宅経験あり群」の方が「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かった。

薬剤師と介護福祉職では、「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられた項目はなかった。

4. 考察

4.1 がん対策推進計画及び石川県在宅緩和ケア支援センターに関する認知度

本研究の対象者のうち、石川県がん対策推進計画を知っている者は399名(34.0%), 石川県在宅緩和ケア支援センターの場所を知っている者は174名(14.8%)と少なく、石川県内の医療者にあまり認知されていないことが明らかになった。今後、石川県の在宅緩和ケア推進の取り組みについて知ってもらい、石川県在宅緩和ケア支援センターが相談窓口として活用されるように、石川県内の医療者にさらに働きかけていくことが必要であると考えられる。

4.2 医療者の在宅緩和ケア経験の有無について調査の結果、これまで在宅緩和ケアに関わっ

表5 「今後地域でがん在宅緩和ケアを進めていく上で必要だと思うこと」における職種、在宅緩和ケアの経験の有無による比較 n (%)

	医師				看護師				薬剤師				介護福祉職				総計 n=1151
	全体 n=255	在宅経験		p	全体 n=434	在宅経験		p	全体 n=266	在宅経験		p	全体 n=196	在宅経験		p	
		なし n=171	あり n=84			なし n=315	あり n=119			なし n=247	あり n=19			なし n=102	あり n=94		
地域の医療・福祉従事者が意見交換出来る場を設ける	114 (44.7)	72 (42.1)	41 (80.4)		257 (59.2)	180 (57.1)	74 (62.2)		179 (67.3)	164 (66.4)	14 (73.7)		62 (31.6)	62 (60.8)	59 (62.8)		612 (53.2)
在宅がん緩和ケアに関する情報の集中管理システム	88 (34.5)	62 (36.3)	26 (31.0)		217 (50.0)	159 (50.5)	57 (47.9)		123 (46.2)	115 (46.6)	8 (42.1)		32 (16.3)	32 (31.4)	32 (34.0)		460 (40.0)
主治医副主治医制の義務化	43 (16.9)	29 (17.0)	14 (16.7)		158 (36.4)	116 (36.8)	40 (33.6)		53 (19.9)	51 (20.6)	1 (5.3)		19 (9.7)	19 (18.6)	19 (20.2)		273 (23.7)
がんの特性を考慮した在宅サービスの利用方法の構築	94 (36.9)	67 (39.2)	27 (32.1)		264 (60.8)	187 (59.4)	75 (63.0)		129 (48.5)	123 (49.8)	6 (31.6)		64 (32.7)	64 (62.7)	56 (59.6)		551 (47.9)
在宅で患者が急変した際に受け入れ出来る施設を増やす	157 (61.6)	111 (64.9)	46 (54.8)		317 (73.0)	235 (74.6)	79 (66.4)		162 (60.9)	152 (61.5)	8 (42.1)		137 (69.9)	70 (68.6)	63 (67.0)		773 (67.2)
在宅緩和ケアに携わる医療職、介護・福祉職の教育	138 (54.1)	89 (52.0)	48 (57.1)		300 (69.1)	207 (65.7)	90 (75.6)	*	159 (59.8)	148 (59.9)	10 (52.6)		154 (78.6)	76 (74.5)	73 (77.7)		751 (65.2)
地域住民への在宅緩和ケアに関する知識の普及	81 (31.8)	47 (27.5)	34 (40.5)	*	143 (32.9)	104 (33.0)	38 (31.9)		61 (22.9)	55 (22.3)	6 (31.6)		46 (23.5)	23 (22.5)	21 (22.3)		331 (28.8)
在宅緩和ケアを支える診療報酬の整備	140 (54.9)	91 (53.2)	49 (58.3)		222 (51.2)	163 (51.7)	57 (47.9)		124 (46.6)	113 (45.7)	10 (52.6)		77 (39.3)	37 (36.3)	37 (39.4)		563 (48.9)
患者やその家族への経済支援体制を整える	102 (40.0)	58 (33.9)	44 (52.4)	*	243 (56.0)	173 (54.9)	69 (58.0)		106 (39.8)	96 (38.9)	9 (47.4)		114 (58.2)	58 (56.9)	52 (55.3)		565 (49.1)

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

た経験が「ある」と答えた医療者は320名(27.2%)であった。2008年の石川県のがん患者の自宅等での死亡率が4.1%⁵⁾であることから考えると、本研究における在宅緩和ケアの経験がある医療者は3割未満ではあるが多いと考える。しかし、本研究において、在宅緩和ケア経験がある医療者は、診療所の医師、訪問看護ステーションの看護師、居宅支援事業所の介護専門員が多いため、「在宅緩和ケアの経験が多い」という結果は、診療所の医師、訪問看護ステーションの看護師、居宅支援事業所の介護支援員の意見を反映していると思われる。

4.3 医療者が認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題について

(1) 医療者が認識するがん患者が在宅で療養する際に必要であること

がん医療において、患者が抱えるあらゆる苦痛を緩和することは重要である。本研究でも、がん患者が在宅で療養する際に「疼痛コントロールが出来ている」ことを7割以上の医療者が必要と感じていた。またどの職種も「在宅経験なし群」と「在宅経験あり群」において有意差がみられなかった。職種や在宅緩和ケアの経験の有無に関わらず、本研究の対象者のほとんどが、がん患者が在宅療養する際に疼痛コントロールが出来ていることは必要であると認識していることが示された。

患者の疼痛の評価と同様に、患者がどのような状態であれば自宅に帰れるのかの判断が在宅への移行においては重要である。本研究では、患者が在宅療養する際に「患者の状態が安定していることが必要」と感じているのは全対象者の50.1%であった。特に、在宅緩和ケアの経験のない医師、看護師、介護福祉職の方が有意に必要性を感じていた。このことは、在宅緩和ケアの経験がない医療者の方が、実際に在宅緩和ケアを経験している者より、患者の状態が安定していないと自宅に帰れないと認識していることを示唆しており、この認識の違いが患者の在宅移行への支援を遅らせている原因の1つとも考えられる。

次に、「患者の家に帰りたいという強い希望があることが必要」と感じている医師、看護師、介護福祉職が8割以上いた。先行研究^{10) 11)}でも、患者が在宅療養を希望していることが在宅移行の条件として重要であることが示されている。本研究では特に、在宅経験のある医師と看護師が有意にこの項目を必要と感じていたことから、がん患

者自身が在宅療養を望んでいることを尊重したうえで在宅緩和ケアに移行することがとても重要であるといえる。

がん患者が在宅療養するうえで家族の存在はとても大きな影響を及ぼす。一般の人を対象にした調査では、「介護してくれる家族がいること」^{8) 9)}「家族の理解があること」⁹⁾を自宅で過ごすための条件として考えている人が多いことが示されている。大川ら¹²⁾は、終末期がん患者の家族が感じる家でみることの自信のなさや不安は、在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻むと述べている。本研究でも、看護師と介護福祉職において7割以上が「家族が患者を家に連れて帰りたいと希望」していることが必要と感じていた。またこの項目では、在宅経験のある医師、看護師、介護福祉職の方が有意にその必要性を感じていた。福井¹³⁾は、在宅療養移行の実現に関連する家族側の要因として、在宅療養を家族が希望していること、副介護者がいることを明らかにしている。本研究からも同様のことがいえる。

がん患者が在宅療養をする際に「患者に同居家族がいることが必要」と感じている医療者は、全体で49.9%であり、在宅経験のある医師、看護師の方が「在宅経験のない群」と比較して有意に比率が高かった。このことは、石川県内の医師、看護師は、在宅緩和ケアを実施する際、家族が在宅緩和ケアを希望しており、なおかつ患者に同居家族がいることが在宅移行に必要な条件と考えていることを示している。

在宅ケアへの移行を決定する外部要因として、緊急時や24時間体制での医療サービスの保証が重要である^{14) 15)}ことが報告されている。本研究でも、全職種において7割以上の者が「急変時の対応をしてもらえる医療機関があることが必要」と感じていた。また、看護師と介護福祉職において7割以上が「24時間対応してくれる体制が整っていることが必要」と感じており、「在宅経験あり群」の方が「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かった。近年、訪問看護師が医師と連携をとりながら、ある程度の裁量権をもって効果的な医療処置を行うことが患者の在宅療養継続を可能にするとの報告がある¹⁶⁾。また、訪問看護師が、訪問看護の場面で医療行為を行ったらいいか迷ったことに関する内容も報告されている¹⁷⁾。今回の結果から、実際に在宅緩和ケアの経験があると答えた看護師や介護福祉職が患者の急変時の対応に困った体験をしていたことが予測

される。今後急変時の対応や24時間対応する体制を整えることが、がん患者や家族が在宅療養を行ううえで重要な課題であると考えられる。

(2) 医療者が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題だと思うこと

医療者が在宅緩和ケアを実践する際に問題だと思うこととして、最も問題と感じていたのは「在宅緩和ケアの経験が少ない」ことであった。どの職種においても「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。次いで、「患者の急変時に対応出来るか不安がある」と感じる対象者が多かった。本研究の対象者の7割が在宅緩和ケアの経験がないため、これらの項目を選択する者の割合が高くなることは想像出来る。特に、在宅緩和ケアの経験がない医師は「患者の急変時に対応出来るか不安がある」と感じている者が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。また、「疼痛コントロールに関する知識がないことが問題」と感じている医師は、「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。在宅緩和医療実施への障害として、医師が疼痛管理や処置などの手技への不安がある¹⁸⁾ことが示されている。これらのことから、地域の在宅緩和ケアに関わったことがない診療所の医師が、患者の急変時の対応や、麻薬の処方、疼痛管理について不安を感じていることも考えられる。地域の在宅緩和ケアに関わる医師が、これらの技術について習得できる機会を設けることや、患者の急変時に他の医師からサポートを受けることができる体制を整えることが必要であると考えられる。

「社会資源について知らないことが問題」と感じている者は、「在宅経験なし群」の医師、看護師、介護福祉職の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。また、看護師と介護福祉職において「在宅で患者が療養するイメージがつかないことが問題」と感じている者は、「在宅経験なし群」の方が「在宅経験あり群」と比較して有意に比率が高かった。このことは、在宅緩和ケアの経験のない医療者が、在宅緩和ケアで利用できる社会資源について知らないことや、在宅療養する患者のイメージがつきにくい現状を示すものであり、これらのことが在宅緩和ケアが進まない要因とも考えられる。患者や家族が利用できる社会資源に関する情報提供を医療者に行ったり、患者や家族が在宅で支援を受けながら生活するイメ

ージができるような講演会やシンポジウムを行うことが今後の課題であろう。

(3) 医療者が今後地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで必要だと思うこと

今後地域で在宅緩和ケアを推進していくためには、「在宅で患者が急変した際に受け入れできる施設を増やすことが必要」と感じていた者が6割以上いた。(1)「がん患者が在宅療養する際に必要であること」のなかでも述べたように「急変時に対応してくれる医療機関があることが必要」と感じている医療者が多かった。また、(2)「医療者が在宅緩和ケアを実践する際に問題だと思うこと」において述べたように「患者の急変時に対応出来るか不安があることが問題」と感じている者が多かった。これらのことから、在宅療養している患者が急変した際に対応出来る施設や医療者間の連携体制などの環境を整えることは、石川県において在宅緩和ケアを推進していくうえで優先度が高い課題であるといえる。

また、全職種において5割以上の者が、地域で在宅緩和ケアを推進していくうえで「在宅緩和ケアに携わる医療職、介護・福祉職の教育」が必要と感じていた。「地域の医療・福祉従事者が意見交換出来る場を設けること」は看護師や薬剤師で5割以上の者が必要性を感じていた。特に、教育に関しては、在宅経験のある看護師が、「在宅経験なし群」と比較して有意に比率が高かった。近年、病院に勤務する医療スタッフへの在宅緩和ケアに関する教育の必要性が指摘され、雑誌等で継続学習している看護師が受け持つ患者がそうでない患者に比べて在宅療養の移行が実現していることが報告されている¹³⁾。石川県内においても、今後さらに在宅緩和ケアに関わる機会がない医療者も在宅緩和ケアについて学ぶ機会を作ることが大切であることが示唆された。また、本大学で開催しているがん看護事例検討会などを、在宅緩和ケアに関わる医療者に意見交換の場としてもっと活用してもらえようとするのも一つの方法として有効であると考えられる。

「在宅緩和ケアを支える診療報酬の整備」が、医師と看護師において5割以上の者が必要と感じていた。在宅緩和ケアを支える診療報酬については、毎年のように法改正されているものの、未だ不十分と感じている医療者が半数いることがわかる。石川県内において在宅緩和ケアを普及するだけでなく、在宅緩和ケアを実践する際にかかる

費用についても評価し、経済的な支援体制も整えていくことが今後の在宅緩和ケアを推進していくうえで必要であると考える。

5. 今後の課題

本研究では、石川県内の施設で勤務する医療者を対象に、彼らが認識するがん患者の在宅緩和ケアに関する課題を明らかにすることを目的とした。今後、石川県の在宅緩和ケアを推進していくうえで、患者の急変時に対応できる施設や連携体制を整えることが急務であることが改めて示された。

本研究の結果をもとに、在宅緩和ケアを推進するための各職種に対する具体的な支援内容や、在宅緩和ケアへの移行を妨げている要因に対して解決方法を考え、患者や家族が安心して在宅緩和ケアを受けられるよう石川県の在宅緩和ケアシステムの構築に役立てていきたい。

謝辞

調査にご協力頂きました皆様に心より感謝いたします。

なお、本研究は石川県が主体となり、北陸がんプロフェッショナル養成プログラムの助成によって実施したものの一部をまとめたものである。

引用文献

- 1) 厚生統計協会：厚生 の 指標、国民衛生の動向、50、2009.
- 2) 石川県：石川県がん対策推進計画、2、2008.
- 3) 石川県人口動態調査
http://www.pref.ishikawa.jp/kenkou/14toukei/H21/H21_doutai.pdf
- 4) 前掲 2) 15-34
- 5) 前掲 2) 29
- 6) 村上望、角谷慎一、他：がん終末期における在宅での緩和ケアの意義と問題点、日本臨床外科学会誌、71 (1)、1-8、2010.
- 7) 藤田敦子、渡邊清高、白川光政：在宅療養支援のための緩和ケアのあり方、東京大学医療政策人材養成講座 2 期生、研究報告書、2006.
http://www.npo-pure.npo-jp.net/leafret_other/hsp2FujitaAtsuko2006.pdf
- 8) 小谷みどり：ホスピスの現状～在宅ホスピスの可能性、LIFE DESIGN REPORT.
(<http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/report/rp0203.pdf>)、2002.
- 9) (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団：ホスピス・緩和ケアに関する意識調査、2006.
- 10) 福井小紀子：入院中末期がん患者の在宅療養移行の検討に関連する要因を明らかにした全国調査、日本看護科学会誌、27 (2)、92-100、2007.
- 11) 高波澄子、森千鶴：在宅ホスピスケアの普及を阻むもの (第一報) - 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会会員へのアンケートを通して -、ホスピスケアと在宅ケア、12 (1)、51-59、2004.
- 12) 大川宣容、吉田亜紀子、藤田佐和、森下利子、鈴木志津枝：終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む要因 - 看護師が捉える家族側の要因 -、高知女子大学紀要、56、1-9、2007.
- 13) 福井小紀子：入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現に関連する要因の検討 - 全国調査の実施 -、病院管理、43 (4)、5-15、2006.
- 14) 谷亀光則、岩川弘子、大本和子 他：在宅ケアへの移行を決定する要因について - ターミナル 10 事例の検討 -、癌と化学療法、27 (Suppl III)、644-646、2000.
- 15) 高階経和、木野昌也、斉藤隆晴、他：「緩和ケア」に対する医療者と一般市民の認識について、医学教育、39 (6)、437-441、2008.
- 16) 岩本テルヨ：在宅医療における患者の病態変化時の対応に関する研究 3 医師の指示と訪問看護師の裁量に関する検討、プライマリ・ケア、28、261-268、2005.
- 17) 川原礼子、斎藤美華：医療行為を伴う訪問看護の場面で「困ったこと」 - 訪問看護師へのアンケート調査 - から、東北大学保健学科紀要、15 (2)、107-112、2006.
- 18) 秋山美紀、的場元弘、武林亨、中田千之、松原要一：地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査、Palliative Care Research、4 (2)、112-122、2009.

Problems Related to Home-based Palliative Care of Cancer Patients Recognized by Healthcare providers

Akiko KATO¹, Tomoe MAKINO¹, Naoko IWAKI¹, Yumi NAKATA²,
Miyo KIMURA³, Junko SASAKI⁴

Abstract

To clarify the problems concerning home-based palliative care of cancer patients, a questionnaire survey was conducted on 1175 healthcare providers (physicians, nurses, pharmacists, and social workers and care managers) in Ishikawa Prefecture. Before cancer patients receive home-based palliative care, it is necessary that the health care providers ensure that *pain can be controlled, medical institutions that are capable of dealing with emergencies are available, and patients express a strong desire to return home*. A high proportion of the healthcare providers who did not have an experience of home-based palliative care answered that *ensuring that the condition of the patient is steady* is of high priority. The problems to be considered when healthcare providers practice home-based palliative care is as follows: *they think that an experience of home-based palliative care is not sufficient and they are concerned about whether or not they are able to deal with an emergency*. It is necessary to *increase the number of facilities that can deal with an emergency and to educate healthcare providers on home-based palliative care* in order to provide advanced home-based palliative care to cancer patients of the community. The development of the facilities that can deal with an emergency and of a collaboration framework for healthcare providers is imperative for the system of home-based palliative care in Ishikawa Prefecture.

Key words Home-based palliative care, Cancer patients, Healthcare provider

資料

看護実践力の向上を支援するためのシナリオ学習教材の開発

村井嘉子¹ 堅田智香子¹ 加藤亜妃子¹ 彦聖美¹ 藤田三恵¹
田村幸恵¹ 丸岡直子¹ 川島和代¹

概要

看護実践力の向上をめざして、DVD (Digital Versatile Disc) による学習教材『自ら学べるシナリオ学習看護実践力の向上をめざして -Step by step forward』を開発した。

本教材開発の目的は、学生が学んでおくことが望ましいがその機会が制限される看護場面、あるいは対処するには難度が高く複雑な看護場面を提示し、学習者の能力・理解力に応じて分析的に思考することによって看護介入について考えることを支援することである。9つのシナリオを提示し、看護基礎教育課程の学生、新人看護師、臨床3年目以上の看護師を対象に段階的な学習内容で構成されている。各自の学習進行に伴い、どの段階からでも学習出来るように工夫されている。学生の看護実践力向上をめざした自学自習を支援するだけでなく、臨床における継続教育、潜在看護師の現場復帰支援においても応用活用が期待される。

今後、本教材の活用と評価を行い教材としての質を高め、また活用を通して看護基礎教育と継続教育の連携を図る循環・協働型の教育システムとして発展させていきたいと考えている。

キーワード シミュレーション教育、シナリオ学習、看護教育、看護実践力、人材育成

1. はじめに

臨床現場では、医療技術の進歩、患者の高齢化・重症化、平均在院日数の短縮化などにより、療養生活支援の専門職としての看護師の役割は、より安全で質の高い看護を提供することにある。この社会的なニーズに応えるには、臨床現場における看護師の実践力を強化し、そのための時代に即した教育システムを構築することが急務である。

一方で、看護基礎教育（以下、基礎教育）の卒業時点では、臨床が期待し求める実践力が備わっているとは言い難い状況がある^{1) 2)}。また、新人看護師は臨床現場において看護業務の複雑化と多様化の中で過酷な看護業務が強いられ、新人看護師が実践力を身につけるために、指導を受ける側と指導をする側の双方に相当な努力と忍耐を強いいる現状がある³⁾。平成21年度から基礎教育カリキュラムが改正され、より臨床を想定し卒業時点の実践力を向上させる方向に向かっている。また、平成22年4月から新人看護職員の卒後研修が努力義務化されたことで、看護教育が基礎教育・継続教育共に改革の時期と言える。

学習が臨床の実践とつながることを学習者に実

感させることのできる有効な学習方法の一つとして、シミュレーション教育が挙げられる⁴⁾。シミュレーション教育は、臨床を模倣・再現した状況の中で、人や物と関わりながら専門的な知識と技術を学ぶことである。これまで基礎教育では、学生同士のロールプレイ、妊婦や高齢者の疑似体験、ペーパーペイシエントによる看護展開、模型による演習などを活用してきた。近年は、より精密・精巧なシミュレーションや模型による学習、模擬患者を活用した演習、CAI (Computer Aided Instruction: コンピューター支援教育)、インターネットを利用したe-Learningによる学習サポートシステムの構築などが注目されている。

シミュレーション教育には、個人の技術の習得に焦点を当てたトレーニング、あるいは臨床の現場で起きる様々な出来事という素材をシナリオという教材に変えて学ぶものがある^{5) 6)}。シナリオとなる素材は、臨床において日常展開される患者とのコミュニケーションや生活援助、観察などあらゆる状況が対象となる。どのような状況でもシナリオにしてシミュレーション教育を実施することが可能であり、臨床現場を疑似体験することから実践力をつけていく学習・訓練であることが最

¹ 石川県立看護大学

も効果的であると言える。

国内外において“シミュレーション・センター”の立ち上げなど、シミュレーション教育は普及している。高機能シミュレータのほか、多数のタスクトレーナーを備えた指導、シミュレーション学習を統合する方法やシミュレーションプログラムの組み立てが紹介されるなど、幅広い活用が見られる^{7) 8) 9)}。これは臨床状況をリアルに再現することが可能であることより、初学者には基本的な看護技術を実践すること、また継続教育においても頻繁には経験できないような急変事例への対応等を訓練することがプログラムされていることで、何度でも繰り返し再現できるという利点がある。また、間違った行動や選択をした場合は時間を止めて検討したり、やり直したりすることも可能であることが評価できる。基礎教育における改正カリキュラムに沿って、臨床実践に近い状況を想定した演習が実践力の向上に有効であるとしてシミュレータやモデルなどの演習の整備を推進している。また、臨床が求める実践力を新人看護師が身につけるために、あるいは看護職有資格者の復職支援の学習プログラム^{10) 11)}として、シミュレーション教育を成人教育の中核として位置づけ、学習者の主体的学習支援を行うことで自己学習力を培うことに効果的な方法としている。これは、単に看護実践力の向上を期待するばかりでなく、医療チームにおける多職種連携を考える学習の場にもなっている。

本稿の目的は、I大学における学生の自学自習を支えるシミュレーション教育によるシナリオ学習教材開発のプロセスを紹介することである。本稿を通して、今後の教材開発に着手する場合の一助になることを期待する。

2. 教材開発の方法

2.1 教材開発の目的

本教材開発の目的は、学生が学んでおくことが望ましいがその機会が制限される看護場面、あるいは対処するには難度が高く複雑（困難）な看護場面を提示し、状況について繰り返し（学習者の能力・理解力に応じて）分析的に思考することによって看護介入の方法を考えることを支援することである。

2.2 教材開発の意義

看護実践現場に即した看護現象を教材として提示することで、基礎教育課程における学生の自学

自習を推進し看護実践力の向上に寄与することができる。また、本教材は臨床における新人看護師の継続教育、潜在看護師の現場復帰支援においても応用活用が期待される。

2.3 教材開発のスケジュール

2009年8月より基本構想の立案、同年10月に基本構想案の具体化の検討と同時にシナリオの執筆に着手、2010年3月初旬にシナリオに沿った看護場面の撮影、その後完成に至るまで見直しと修正を行った。

2.4 教材開発のプロセス

(1) 基本構想の立案

教材開発チームのフリーディスカッションを通して、教材の基本構想は以下の5点とした。

- ①ユーザーは、主として基礎教育課程の学生、および新人看護師とする。
- ②そのために段階的な学習（基本的思考から発展的応用思考）へと進めることが出来るプログラム構成とする。
- ③学習者の知識、理解度、能力によって自由に学習が進められるユーザー主体の構造とする。
- ④臨床現場の変化、あるいはユーザーの反応に即応して、将来において発展的にバージョンアップを繰り返すことができる。
- ⑤I大学の人的・物的資源を最大限に活用した本学オリジナル版として完成する。

(2) 基本構想の具体化の検討

教材開発チームと担当業者を交えた意見交換により、以下の事柄を決定した。

- ①DVD (Digital Versatile Disc) の形態で作成する。
- ②学習内容は、学習進行に伴い段階的に変化しどの段階からでも学習出来るようにする。主に基礎教育課程の学生、次に新人看護師、その次に臨床3年目以上の看護師を対象とする学習内容で構成する。
- ③臨床看護現場のリアリティを提示できるように工夫する。
- ④学習内容には、認知領域・情意領域・精神運動領域それぞれを包含する。

(3) シナリオ作成

シナリオとなる看護場面は、日常の看護現場で遭遇する9事例から成る。①危機的状況に陥った場面、②手術後出血が疑われる場面、③痛みと不

安を訴えリハビリテーションが進まない場面、④複数の患者が同時にニーズを訴えた場面、⑤アドヒアランスの低い患者の教育場面、⑥認知症高齢者とのコミュニケーションの場面、⑦継続的な療養が必要な患者の退院支援の場面、⑧乳がん患者への告知と患者の意思決定を支える場面、⑨終末期にある患者の家族支援の場面である。各シナリオの教育目的と目標を表1に示す。

(4) シナリオに沿った撮影

撮影は、I 大学教育研究棟2階の看護スキル・ラボと成人・老年看護学実習室で行われた。2床室、およびHCU (High care unit) を想定して撮影した。撮影クルーは、現場を取り仕切る監督、それを補佐する助監督、カメラマン2名、看護師役の俳優2名 (新人看護師役、リーダー看護師役) である。各シナリオに沿って撮影が進行したためシナリオ作成者は、看護現象を正確に演じられるように出演者へアドバイスした。

3. 学習進行に沿った教材の構造

教材の具体的構造について、学習進行に沿って説明する。スタート画面より学習したい事例を選択し (図1)、事例のタイトルが表示されスタートボタンをクリックすると学習が始まる (図2)。画面は、基本画面とテキスト画面にわかれる。基本画面に約1分程度で事例の看護場面が動画で映し出される。テキスト画面に看護場面に関する情報が提示され、同時にナレーションによって状況が解説される (図3)。次に、事例の学習目的が表示され、進行ボタンをクリックして学習が更に進む。もう一度、課題となる看護場面を確認したい場合は、後退ボタンをクリックすることで前画面に戻りその内容を確認することができる (図4)。学習内容は、step1 から step3 の段階別になっているので、希望する学習の step を選択する。 (図5)。学習目標を理解した上で学習が進行する (図6)。学習の過程において、基本画面は、動画と静止画像を中心とする画像、あるいは図や表を表示する。テキスト画面は、基本画面に表示した内容・項目に対する詳細な説明を表示する (図7・8)。各 step の最後には、基本画面において学習のまとめを行う。テキスト画面では、次の step 選択のためのボタン、または事例選択画面に戻り他の事例を選択するためのボタンが表示される (図9)。



図1 スタート画面

この画面から学習が始まり、学習したい事例を選択する。タイトルの下段に事例一覧が表示されている。



図2 事例1を選択した場合の画面

スタートボタンをクリックすると学習が始まる。

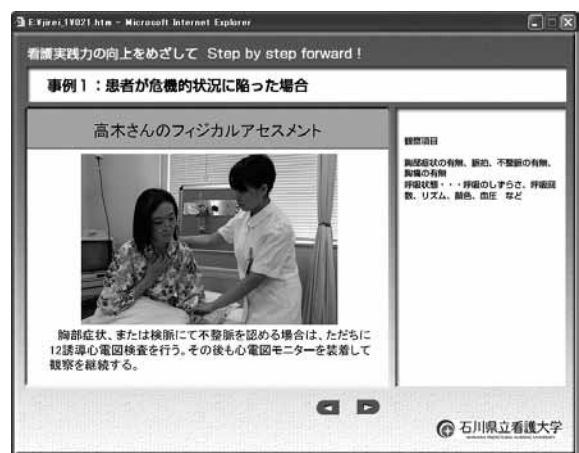


図3 基本画面とテキスト画面の活用

基本画面 (左) に事例の看護場面が動画で映し出される。テキスト画面 (右) に基本的な情報が提示され、同時にナレーションによって状況が解説される (約1分)。



図4 学習目的の表示画面

学習目的を理解する。進行ボタンをクリックして学習が進む。もう一度、課題となる看護場面を確認したい場合は、後退ボタンをクリックして確認することができる。



図5 Step 選択画面

学習内容はstep1 から step3の段階別になっているので、希望するstep を選択する。

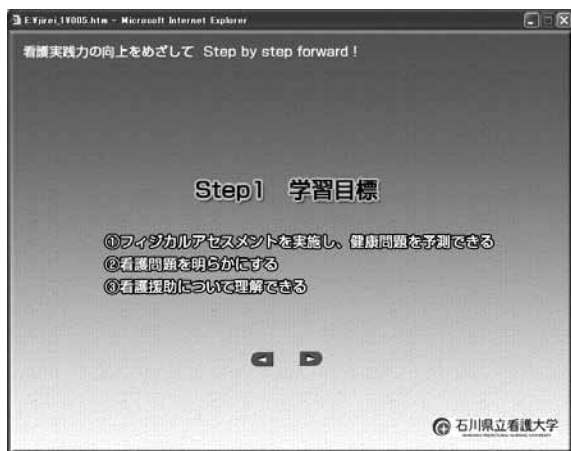


図6 学習目標の表示画面

学習目標を理解する。

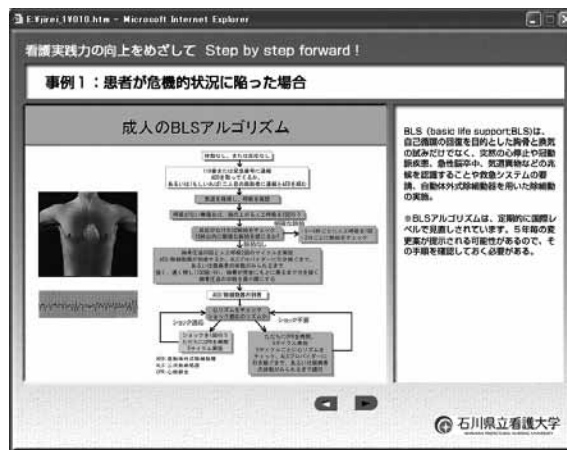


図7 基本画面（左）とテキスト画面（右）の実際 a

基本画面は、動画と静止画像を中心とする画像、あるいは図や表を表示する。テキスト画面は、基本画面に表示した内容に対する詳細な説明を表示する。

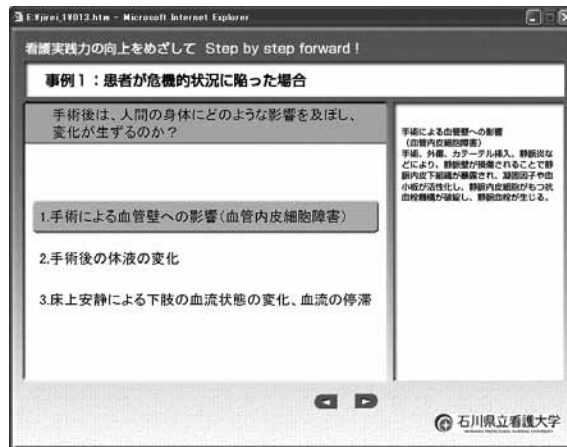


図8 基本画面とテキスト画面の実際 b

基本画面は、項目や見出しを表示する。テキスト画面は、基本画面の示す項目について詳細な説明を表示する。

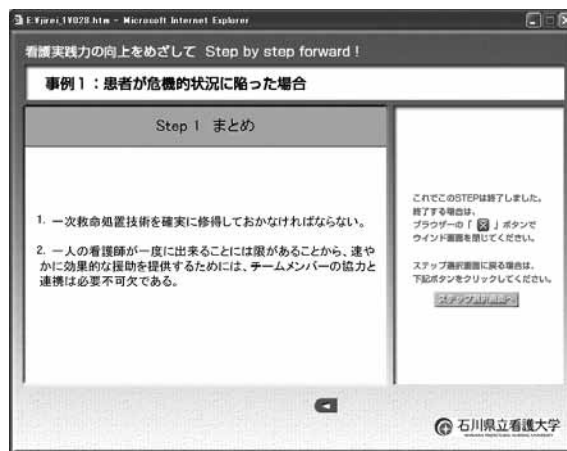


図9 各stepの終了画面

基本画面では、そのstepのまとめを表示する。テキスト画面では、次のstep選択のためのボタン、または事例選択画面に戻り他の事例を選択するためのボタンが表示される。

4. 教育実践での活用と教材・教育の評価

本教材のシナリオとの関連科目において活用を試みることは勿論であるが、同時に本教材の基本は、学生の自学自習を支援することであり、既習学習の振り返り、あるいは臨地実習前の事前学習、卒業前の知識と重要技術の確認などの学習行動として活用が期待される。従って、学生が自由に活用できるように整備し、本教材活用による教育効果の検証を開始している。教材評価の視点は、教材使用による学習の楽しさや満足度、教材の活用時期、活用方法、知識とスキルの習得、自己の課題発見効果などである。

また、継続教育での活用により知識とスキルを実践（仕事）で生かされたか、あるいは患者のアウトカムに期待すべき成果をもたらすことができたかについて、臨地との連携を図りながら本教材における教育の効果を判定していきたいと考えている。

5. 今後の発展

看護実践力の向上の過程において基礎教育課程の学生、継続教育を受ける看護職、潜在看護師などの対象特性を踏まえれば、活用範囲の自由なe-Learningによる学習支援システムが期待される。学内、臨地実習施設、関連組織とのネットワークにより、いつでも、どこでも、簡単に自学自習ができる学習支援環境を構築することである。

本教材を通して基礎教育と継続教育の連携を図り、相互における教育内容の理解、指導者の育成、また本教材が有効な学習教材として維持するためには、学習内容の修正や精選等を継続していくことが必要不可欠である。つまり、基礎教育と臨床現場との循環・協働型の教育システムとして発展させることである。

6. まとめ

看護実践力の向上をめざした学習教材を開発した。本教材は、看護現場に即したテーマをシナリオとして展開することで学生の自学自習を支援するためのものである。また、本教材は臨床における新人看護師の継続教育、潜在看護師の現場復帰支援においても応用的活用が期待される。

謝辞

本教材開発にあたり、学外から患者役として平良雄さん、丸岡外喜子さんにご協力を賜りました。また、本学の多くの教職員の皆様方に御協力を頂

きました。どなたも名演技をご披露して頂き、全学的な御協力なくして完成には至りませんでした。心よりお礼を申し上げます。

本教材作成の初期の段階より、様々な調整と準備をして下さった丸善株式会社金沢営業部丹保大八氏にもお礼を申し上げます。

参考文献

- 1) 明石恵子, 中川雅子, 中西貴美子, 他: 看護職新規採用者の臨床能力の評価と能力開発に関する研究 (1) - 新卒看護師の臨床能力の習得状況 - 三重看護学誌, 6, 137-148, 2004.
- 2) 日本看護協会編: 2002年新人看護師の『看護基本技術』に関する実態調査
- 3) 別所幸子, 水谷良子, 奥川直子, 他: 新卒看護師の教育に関する研究 - 教育ガイドラインの検討 - 日本看護学会論文34, 51-54, 2003.
- 4) 佐藤学: 教育法法学, 岩波書店, 169-170, 2010.
- 5) 阿部幸恵: シミュレーション教育を支える教育観とプログラム作成の一連, 看護管理, 19 (11), 924-925, 2009.
- 6) 山内豊明: シミュレーション教育への注目と期待, インターナショナルナーシングレビュー, 137, 16-17, 2008.
- 7) 中村香代: 海外の看護シミュレーションの教育的取り組み, 看護管理, 19 (11), 943-944, 2009.
- 8) 大滝純司・阿部幸恵: シミュレータを活用した看護技術指導, 日本看護協会出版会, 3-5, 2008.
- 9) 浅香えみ子: 臨床看護教育とシミュレーション: インストラクショナル・デザインの重視, インターナショナルナーシングレビュー, 137, 25-29, 2008.
- 10) 真嶋由貴恵, 中村裕美子, 青山ヒフミ, 他: 看護実践能力の獲得を支援するe-Learningの導入と実践, 日本教育工学会, 第22回全国大会, 119-122, 2006.
- 11) 看護職有資格者の復職支援ダブルオンステップ, 大阪府潜在看護職員復帰支援事業, <http://www.w-onstep.net>

表1 シナリオ学習の目的・目標

番号	タイトル	学習目的	学習目標
事例1	危機的状況に陥った場面	危機的状況にある患者・家族を包括的に捉え危機的状況に対して適切な看護を実践する能力を養う。	<p>Step 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ①フィジカルアセスメントを実施し、健康問題を予測できる。 ②看護問題を明らかにする。 ③看護援助について理解できる。 <p>Step 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ①状況に対する重症度と優先度を判断できる。 ②患者・家族に対して状況を分かりやすく説明できる。 ③家族支援について理解できる。 ④看護実践の質を高めるためのディスカッションの場を企画することができる。 <p>Step 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ①リーダー看護師は、新人看護師と共に事例を振り返り、看護実践力の向上に努めることができる。 ②リーダー看護師は、自分自身の役割を理解できる。 ③リーダー看護師は、看護問題を研究的視点で捉えることができる。
事例2	手術後出血が疑われる場面	胸腔鏡下手術を受けた患者・家族を包括的に捉え、その回復過程において適切な看護を実践する能力を養う。	<p>Step 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ①全身麻酔と手術侵襲における観察の視点を理解できる。 ②手術直後から経過を追いながらアセスメントできる。 ③胸腔鏡下手術後の看護援助について理解できる。 <p>Step 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ①回復に向けて多部門との連携と調整の意義について理解できる。 ②緊急輸血における留意点を理解できる。 ③家族支援について理解できる。 <p>Step 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ①外科的治療後の継続看護の必要性について理解できる。 ②医療安全の原則について理解できる。 ③ヒヤリ・ハット報告書、事故報告書を振り返り、その原因について理解できる。
事例3	痛みと不安を訴えリハビリテーションが進まない場面	痛みと不安を訴える患者を包括的に捉え、その回復過程において適切な看護を実践する能力を養う。	<p>Step 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ①痛みについて理解できる。 ②患者の心理的・社会的状況を理解できる。 ③患者の現状をアセスメントできる。 <p>Step 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ①看護チームで看護援助の方向性を決定し看護計画を立案できる。 ②心身の緊張や苦痛を緩和するための関わりについて理解できる。 ③転倒リスクマネジメントについて理解できる。 <p>Step 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ①ケアリングについて理解できる。 ②自己効力感を高める関わりについて理解できる。 ③リフレクションの意義について理解できる。

<p>事例4</p>	<p>複数の患者が同時にニーズを訴えた場面</p>	<p>多重課題に対して看護援助の優先度を判断して適切な看護を実践する能力を養う。</p>	<p>Step 1 :</p> <p>①点滴治療を継続するための留意点について理解できる。 ②排泄行動を援助するための留意点について理解できる。 ③両者のニーズをみとすための看護援助について考えることができる。</p> <p>Step 2 :</p> <p>①ADL 獲得のためにリハビリテーションのゴールを考えることができる。 ②同室者のニーズが重なった場合、双方の患者に対して了解の得られるように説明することができる。 ③同室者のニーズが重なった状況でおこる倫理的な問題について考えることができる。</p> <p>Step 3 :</p> <p>①リーダ看護師は、経験の浅い看護師に対してタイムマネジメントの方法について指導できる。 ②リーダ看護師は、経験の浅い看護師と共に看護実践を振り返り、評価することができる。 ③リーダ看護師は、看護チームメンバーと共に看護実践を向上するための学習を継続することができる。</p>
<p>事例5</p>	<p>アドヒアランスの低い患者の教育場面</p>	<p>自己管理が必要な患者を包括的に理解し、その患者教育に必要な実践能力を養う。</p>	<p>Step 1 :</p> <p>①自己管理を促すアプローチについて理解できる。 ②病気をもちながら生活している対象を理解できる。 ③対象の看護の方向性について理解できる。</p> <p>step 2 :</p> <p>①患者教育において患者の気持ちを傾聴できる。 ②患者教育において患者の気持ちや考えを確認できる。 ③患者教育において患者の目標を共有できる。</p> <p>step 3 :</p> <p>①変化のステージモデルの活用について理解できる。 ②エンパワーメントアプローチの活用について理解できる。 ③自己効力感の活用について理解できる。</p>
<p>事例6</p>	<p>認知症高齢者とのコミュニケーションの場面</p>	<p>転倒し大腿骨骨折後に術後せん妄を起こしている認知症高齢者に、安心して療養生活を過ごせるようにコミュニケーションを図り、適切な看護を実践する能力を養う。</p>	<p>Step 1 :</p> <p>①対象のアセスメントの視点を明らかにする。 ②認知症高齢者が体験している思いを確認することができる。 ③看護チームの一員として役割を理解できる。</p> <p>Step 2 :</p> <p>①対象の回復に必要な条件を明らかにする。 ②認知症高齢者に対する看護援助について理解できる。 ③看護チームの一員として看護援助の方法について検討できる。</p> <p>Step 3 :</p> <p>①リーダ看護師は、認知症高齢者をアセスメントを実施し環境調整の必要性を判断できる。 ②リーダ看護師は、チームメンバーの中心となって看護援助の方法を検討することができる。 ③リーダ看護師は、認知症高齢者の家族へ協力を要請し、支援体制を築くことができる。</p>

<p>事例 7</p>	<p>継続的な療養が必要な患者の退院支援の場面</p>	<p>退院支援の必要性を判断し、退院後のケア継続のための介入とアプローチ、退院支援における地域との連携と調整、その評価に必要な実践能力を養う。</p>	<p>Step 1 :</p> <p>①退院支援の必要性を判断する方法について理解できる。 ②退院後のケア継続のための介入とチームアプローチについて理解できる。 ③退院支援における地域との連携・調整の必要性と方法、および退院支援の評価について理解できる。</p> <p>Step 2 :</p> <p>①所属病院（病棟）の退院支援の必要性を判断するシステムについて理解できる。 ②所属病院（病棟）の退院後のケア継続のための介入とチームアプローチの実施について理解できる。 ③所属病院（病棟）の退院支援における地域との連携・調整の実態と退院支援の評価について理解できる。</p> <p>Step 3 :</p> <p>①担当患者の退院支援の必要性を判断することができる。 ②担当患者の退院後に必要なケアを継続するための介入とチームアプローチを実施することができる。 ③担当患者の退院支援において地域との連携・調整をとることができる。 ④担当患者に実施した退院支援を評価することができる。</p>
<p>事例 8</p>	<p>乳がん患者への告知と患者の意思決定を支える場面</p>	<p>乳がんの告知を受ける患者の心理的狀態を理解し、意思決定を支えるための実践能力を養う。</p>	<p>Step 1 :</p> <p>①がん告知を受ける患者の心理狀態について理解できる。 ②患者とその家族にとってがん告知やインフォームド・コンセントのあり方が理解できる。 ③がん告知やインフォームド・コンセントのプロセスにおける看護師の役割を理解できる。</p> <p>Step 2 :</p> <p>①がん告知におけるコミュニケーションスキルについて理解できる。 ②がん患者に対する告知の方法について考えることができる。 ③がん患者に対するがん告知後の援助について理解できる。</p> <p>Step 3 :</p> <p>①治療に関する意思決定の必要性とそのプロセスについて理解できる。 ②治療に関する意思決定を支えるためのアセスメントの視点と援助の方法がわかる。 ③患者や家族への効果的なチームアプローチについて理解できる。</p>
<p>事例 9</p>	<p>終末期にある患者の家族支援の場面</p>	<p>終末期のある患者の家族を理解し、患者とその家族を尊重した看取りのための実践能力を養う。</p>	<p>Step 1 :</p> <p>①終末期にある患者の家族について理解し、家族援助の必要性が理解できる。 ②終末期にある患者の家族の状況について理解できる。 ③終末期にある患者の家族に対する援助の視点について理解できる。</p> <p>Step 2 :</p> <p>①家族をアセスメントする視点について理解できる。 ②事例の家族についてアセスメントできる。 ③事例の家族に求められる家族の対処を促すための援助が理解できる。</p> <p>Step 3 :</p> <p>①患者と家族を尊重した看取りに関する意思決定への援助の方向性が理解できる。 ②終末期にある患者の家族へのケアをめぐる看護師のジレンマへの対処について考える。 ③終末期にある患者の家族に対して多職種が関わる医療チームでの援助が提供できる。</p>

Development of scenario learning materials to support improved practical nursing competence

Yoshiko MURAI¹, Chikako KATADA¹, Akiko KATO¹,
Kiyomi HIKO¹, Mitsue FUJITA¹, Yukie TAMURA¹
Naoko MARUOKA¹, Kazuyo KAWASHIMA¹

Abstract

In order to improve practical nursing competence, learning materials were developed on a DVD entitled *Independent Scenario Learning: Step by step toward improved practical nursing competence*.

The aim of developing these materials was to show nursing situations that students need to learn about but have little opportunity to experience, as well as complex nursing situations that are difficult to deal with, and support learners to think analytically about nursing interventions, according to their abilities and understanding. The DVD comprised a total of 9 scenarios, with learning content aimed at various stages, from students in basic nursing education to newly qualified nurses and nurses with at least 3 years of clinical experience. Materials were organized so that learners could begin from any level, depending on their own individual learning progress. As well as being used by students for independent study to improve their practical nursing competence, the materials could also be used effectively for continuing education or to support nurses thinking of returning to work after a career break.

The next stage will be to use and evaluate the materials, improve their quality, and develop a cyclical, collaborative education system that promotes links between basic nursing education and continuing education through the use of the materials.

Key words Simulation education, scenario learning, nursing education,
practical nursing competence, human resource development

資料

太極拳の実施が認知機能に与える効果に関する文献レビュー

孫 皎¹ 佐々木順子² 大木秀一³

概要

太極拳の実施が認知機能に与える効果を国内外の文献から検討することを目的に、「太極拳」(Tai Chi)をタイトルおよび抄録に含む文献をPubMed, 医学中央雑誌, 万方データ化期刊を用いて検索し内容を整理した。該当する文献は626件であった。このうち, 研究目的に合った論文は8件であった。太極拳が認知機能に与える効果を研究した文献は未だ少ないものの, 認知機能への効果を認める報告が見られた。太極拳が広く普及しつつある現在, 太極拳が高齢者の認知機能にどのような影響をもたらすかを明らかにする研究がさらに必要であると結論した。

キーワード 文献レビュー, 太極拳, 認知機能, 高齢者

1. はじめに

認知症高齢者は年々増加しており, 世界では2,000万人を超える。欧米においては60歳以上の高齢者での有病率が6~12%, 85歳以上では20~40%とされる¹⁾。厚生労働省の推計によれば, 日本の65歳以上の高齢者における認知症の割合は2010年時点で8.1%であり, およそ226万人に達する²⁾。有病率は年齢とともに大幅に上昇し, 65~69歳で1.5%であるのに対して, 75~79歳では7.1%, 85歳以上では27.3%と推計される。85歳以上の高齢者の4人に1人が認知症と言われ, 認知症は身近で深刻な問題となっている²⁾。

認知機能障害に対しては, 薬物療法による改善はあるものの限定された効果であり, 非薬物療法の占める役割が大きい。認知症に対する非薬物療法には, 回想法³⁾, 園芸療法⁴⁾, 音楽療法⁵⁾, 運動療法⁶⁾など様々な種類がある。身体活動レベルの高い者は低い者に比較して加齢に伴う認知機能低下の危険性が減少すると報告されている⁷⁾。

有酸素運動である太極拳⁸⁾は中国の古い歴史の中から生まれた武術であり, 健康法である。ゆったりした優美な動きが特徴であるが, 全てが攻めと守りの武術の型からできており, 舞踊とは異なる。全身をリラックスさせた状態で全身をバランスよく動かすので, 心身への効果は高く, 無理のない全身運動の一つとして注目を集めている。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, 中国全土及び世界に広く普及している。太極拳は, 道具を必要とせず場所も選ばないので年齢・性別を問わず長く続けられる。日本でも太極拳愛好者が100万人を超え, 特に中高年者向きの運動として定着している⁹⁾。

最近の大規模なレビューによれば, 太極拳がもたらす効果に関しては, リハビリテーションとしての効果だけでなく, 健常者および各種の疾患を有する患者に対しても様々な生体機能, 身体機能, 及び精神的健康度に対して十分な効果が期待できることが示されている¹⁰⁾。

しかし, 太極拳が認知機能に与える影響に関してはこれまでのところ, まとまったレビューはない。太極拳を実施する人数が多いこと, およびその実施しやすさからも, 何らかの認知機能改善効果が認められれば, 認知症予防の観点からも有用であろう。以上の背景を踏まえて, 太極拳の実施が認知機能に与える効果を国内外の文献から幅広く検討することとした。

2. 方法

「太極拳」(Tai Chi)をkey wordとして, タイトルおよび抄録にこれを含む文献を検索した。用いた言語は, 英語, 日本語, 中国語である。データベースは, PubMed(米国国立国会図書館), 医学中央雑誌(医学中央雑誌刊行会), 万方データ化期刊(万方データ社, 中国における最大の文献デ

¹ 石川県立看護大学研究員(中国吉林大学看護学院)

² 東京工科大学保健医療学部

³ 石川県立看護大学

ーターベースであり、インターネットで医学系を含む自然科学系分野と社会科学系分野を検索できる)である。会議録は検討対象から除いた。収載誌発行年は1983年から2009年とした。論文のタイトルと抄録を確認し検討すべき文献を絞り込んだ。検索実施日は2010年5月31日である。

なお、「認知機能」の定義は、「記憶、思考、見当識、理解、計算、学習能力、言語、判断を含む多数の高次皮質機能を示すこと」とし、その定義に従って適否を判断した。

3. 結果

「太極拳」(Tai Chi)をkey wordとして含む文献は、PubMedから323件、医学中央雑誌38件、万方データ化期刊から375件であった。その中に重複の文献が110件であり、合わせて626件であった。それらを全て検討した結果、研究目的に合う文献は8件¹¹⁻¹⁸⁾であった。内訳は、PubMedから6件、医学中央雑誌と万方データ化期刊からそれぞれ1件であった。

万方データ化期刊では375件が該当した。しかし、その大半が太極拳を行っている対象者に対する健康増進効果、転倒予防、骨粗鬆症予防、筋力向上、バランス能力向上などに関する研究であった。本研究目的に合う論文は1件であった。

以上の8件の文献を検討対象とし、内容をもとに分類・整理した。結果を表1にまとめた。

8件の文献において、無作為割付によるものは3件であった。対象者の年齢は、65歳以上が5件、65歳未満が3件であった。対象者の人数は、100人以上が3件であった。太極拳の種類は、24式が多く、期間は6ヵ月以上が3件であった。

3.1 認知機能障害者に対する効果

Deschampsら¹¹⁾は、中度認知機能障害者52人を対象に、太極拳群26人と認知機能障害群26人を無作為に割付け、太極拳群には週4回、6ヵ月間太極拳を実施し、認知機能障害群は週2回、1回30分実施した。その結果、太極拳群と認知機能障害群ともに高齢者のhealth-related quality of lifeを高めることが示唆された。

Yaoら¹²⁾はAlzheimer's disease (AD) 10人、介護者10人を対象に、the positive emotion-motivated Tai Chi (PEM-TC)を実施した。16週間の太極拳の介入の結果、家族とともに太極拳を練習すると、家族からのサポートを得て、転倒のリスクを減少でき、生活の質を向上できる可能

性があることが示唆された。

Gibbら¹³⁾は認知症患者9人を対象に、太極拳のプログラムを行い、高齢期の生活及び人生の価値について患者自らの物語を分析した。その結果、太極拳の実施により認知症高齢者に対して単なる感情の表出から、人生における価値の創出まで幅広い効果を有する可能性が示唆された。

Matthewsら¹⁴⁾は認知機能障害者20人を対象に、10週間の太極拳を実施した。その結果、太極拳の実施により、認知機能が改善されたとしている。

3.2 健常者などに対する効果

張ら¹⁵⁾は、高齢者を含む健常者101人を対象に、太極拳群53人と対照群48人に分け、太極拳群に6ヵ月間太極拳を指導した。その結果、対照群よりも太極拳群で認知機能に改善が認められ、特に記憶力、注意力、反応力が改善されたとしている。

Brownら¹⁶⁾は健康な135人を対象に、無作為割付で太極拳群、対照群などに分け、16週間の調査を実施した。その結果、太極拳群の女性の感情の乱れが改善した(緊張:P<0.01, 落ち込み:P<0.05, 怒り:P<0.008, 混乱:P<0.02)。男性では改善はみられなかった。太極拳の様な情感豊かな中程度の負担の運動で効果がみられたことは、一般に運動プログラムに認知的訓練を合わせる方法により、単に運動プログラムを実施するよりも心理的機能改善の効果が生みだされることを支持する。

Nowalkら¹⁷⁾は長期療養施設の高齢者110人を対象に、無作為割付で2種類の運動介入群(自転車・筋肉訓練群37人、太極拳群38人)と対照群35人に分け、2年間追跡した。その結果、初回転倒までの期間、死亡までの期間、入院期間に関して3群で有意な差を認めなかった。全ての対象者において、自転車・筋肉訓練群、太極拳群と対照群ではベースラインにおいて、有意差がなかった。しかし、転倒した人は転倒しなかった人よりもベースラインでの認知機能と日常生活能力が低下していた。2年間の追跡の結果でも、転倒した人は転倒しなかった人よりも認知機能と日常生活機能がさらに低下していた。以上のように、群として比較した場合に、運動療法の効果は特に認められない。長期療養施設の入所者の場合にはニーズに適した個別介入の方が効果的であろうと結論している。

表1 太極拳と認知機能に関する文献

著者(年) 文献	デザイン	対象	健康状態	太極拳の実施期間と種類	評価方法	太極拳の効果
Deschampsら (2009) ¹¹⁾	RCT	年齢=65歳以上 (52人) ①太極拳群 (26人) ②認知機能障害群 (26人)	中度認知機能障害者	①太極拳群: 週4回, 6ヵ月間 (24式) ②認知機能障害群: 週2回, 6ヵ月間	Mini Mental State score, Falls Efficacy Scale, exercise self-efficacy health-related quality of life	太極拳群と認知機能障害群ともに高齢者の health-related quality of life を高めることが示唆された。
Yaoら (2008) ¹²⁾	UCT	平均年齢=79.2歳 (10人)	アルツハイマー病	16週間 (週2回, 4週間および週3回, 12週間の合計: 自宅)	Timed Up and Go test, unipedal stance	アルツハイマー病に対して, 4週間の介入前後で2秒程度の改善がみられた。家族とともに太極拳を練習すると, 家族からのサポートを得て, 転倒のリスクを減少できた。
Gibbら (1997) ¹³⁾	qualitative research	年齢=66歳以上 (9人)	認知機能障害者	週2回, 7週間	structured reminiscence	単なる感情の表出から, 人生における価値の創出まで幅広い効果を有する可能性が示唆された。
Matthewsら (2008) ¹⁴⁾	UCT	年齢=65歳以上 (20人)	認知機能障害者	10週間 (24式)	two cognitive measures of executive function	認知の執行機能が改善した。
張ら (2006) ¹⁵⁾	CCT	平均年齢=58.3歳 (101人) ①太極拳群 (53人) ②対照群 (48人)	健常者	6ヵ月間以上 (24式)	memory ability, stability of arms, concentration time, dispersion times, representative rotation	認知機能に改善が認められた。特に記憶力, 注意力, 反応力が改善された (p<0.05)。
Brownら (1995) ¹⁶⁾	RCT	男性平均年齢=54.8歳 (69人) 女性平均年齢=50.6歳 (66人) ①太極拳群 ②対照群	健常者	16週間	mood disturbance, self-esteem, personality, life satisfaction	太極拳群の女性の感情の乱れが改善した (緊張P<0.01, 落ち込み:P<0.05, 怒り:P<0.008, 混乱:P<0.02)。男性では改善はみられなかった。
Nowalkら (2001) ¹⁷⁾	RCT	平均年齢=84歳 (110人) ①自転車・筋肉訓練群 (37人) ②太極拳群 (38人) ③対照群 (35人)	長期療養施設で歩き回ることができ, 単純な指示に従うことができる者	週3回, 2年間 (24式)	Muscle strength and mobility, Stand time, Grip strength, Mini-Mental State Examination, The Yesavage Geriatric Depression Scale, The instrumentalactivities of daily living scale	運動療法の効果は特に認められない。
Wangら (2008) ¹⁸⁾	UCT	男性, 年齢=51歳 (1人)	大鬱病	週2回, 3ヵ月間 (24式)	Mismatch negativity, Early negative difference	鬱症状が改善した。

RCT:Randomized Clinical Trial, CCT:Controlled Clinical Trial, UCT:Uncontrol Trial

Wang ら¹⁸⁾ は、大鬱病の 51 歳男性患者に 24 式太極拳を週 2 回、3 ヶ月間実施した。その結果、鬱症状の改善を認め、認知機能、特に注意機能を改善する精神訓練法として太極拳が推奨されるとしている。

以上のように、太極拳が単独ないしその他の介入を伴うことで認知機能の改善に効果があることを示す文献が認められた。ただし、認知症高齢者あるいは一般高齢者に対して太極拳による大規模な運動介入を行った報告は見られない¹⁹⁾。

4. 考察

太極拳に関する先行研究では、運動療法の一つとして扱われることが多いが、大平ら¹⁰⁾ は太極拳に関する広範なレビューを試み、各種生体機能、身体機能、精神的健康度に対する効果が期待できるとした上で、今後は先進的健康度の改善、即ち太極拳のスピリチュアルな側面に特化した効果の検証とその機序の解明が必要であるとしている。特に、自己効力感、QOL (Quality of life)、感情などの精神的健康度に対する改善効果が太極拳に特有であるとしており、この結果を踏まえて今回、さらに太極拳が認知機能に与える影響に限って、文献レビューを試みた。

認知機能を扱った研究は少なかったが、認知症の人々を対象にした研究では、太極拳が転倒予防、ひざの痛みの減少のような身体機能だけでなく、情緒機能及び認知機能の改善においても有効であることを示唆していた。評価方法に関しては、身体機能では筋力、バランスなどに対する測定、認知機能では MMSE (Mini-Mental State Examination)、記憶能力、反応時間などに対する測定、情緒機能ではうつ症状、不安などの測定を行っており脳機能を測定する方法としてはごく標準的なものと言える。

また、家族とともに太極拳を実施することにより、家族からのサポートを受けることが重要であることも示されていた。さらに、太極拳と認知訓練を併用するプログラムを作成することが必要であることも示唆されていた。

張ら¹⁵⁾ の研究では、101 人を対象に、6 ヶ月間太極拳を実施した。対象数と介入期間は十分と思われるが、エビデンスレベルが最も高いとされる RCT (randomized clinical trial) のデザインではなかった。また、Deschamps ら¹¹⁾ の研究では、52 人を対象に、無作為割付けにより週 4 回、6 ヶ月間太極拳を実施した。しかし、QOL の変

化だけを扱っており、認知機能の変化は検討していない。今後、大規模な対象に対して太極拳による認知機能全般の変化を RCT のデザインで評価した研究も必要であると考えられる。

認知機能の微小変化を同定するには、精密な測定機器が必要であり、この点も大規模な研究の進展を阻んでいると思われる。太極拳が認知機能の変化にどのような影響を与えるのか、サンプルサイズを増やした大規模な疫学研究と同時に、太極拳の効果の生理的基盤に関する研究も必要であろう。実験的な検証も課題と考えられる。

認知症予防を含めて太極拳が広く健康増進や疾病予防に果たす効果を検討した研究が望まれる。

太極拳は身体的な負担の少ない東洋的な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普及している。運動習慣を持たない人でも無理なく取り組むことが出来ることは大きな利点であり、補足代替医療として非常に多くの可能性を秘めている¹⁰⁾。特に、公園などで太極拳を実施すれば、人々が相互に交流する機会も増え、社会的な諸活動への参加意欲が向上し、閉じこもりがちな高齢者が減少することも考えられよう。こうした効果によって、認知症予防にも役立つことが期待される。

多くの高齢者に認知症予防への関心を高め、健康行動のきっかけとなる情報を提供する必要がある²⁰⁾。それとともに、地域住民に対しても認知症に対する認識や理解を深めるための普及・啓発活動が必要であろう²¹⁾。太極拳に限らず運動に親しむことにより高齢者の社会参加が促進され、生活に張りが出てくるであろう。そこから、精神的な健康が促進されれば、認知症予防にも役立つことが期待できる。

5. おわりに

太極拳が認知機能の改善に与える効果が期待できる。特に、太極拳は中国を中心にアジア諸国の中高年者に普及している運動の一つである。太極拳により認知機能がどのように変化するのか、あるいは改善するのかを検討した研究はまだまだ数少ない。しかし、各種生体機能、身体機能、及び精神的健康度に対する効果は十分に期待できるとされる知見が集まりつつある¹⁰⁾。太極拳が高齢者の認知機能を改善することが明らかになれば、認知症予防の選択肢の一つとして、中国のみでなく多くの国で有益であると言える。

謝辞

本研究は、平成21年度石川県立看護大学大学院看護学研究科博士後期課程の博士論文の一部に加筆したものである。本研究の計画、実施及び博士論文作成にあたり、ご指導頂きました神戸市看護大学、金川克子教授に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 倪合一：日々危険の老年性痴呆。現代養生, 9, 4, 2003.
- 2) 平井俊策: よくわかって役に立つ認知症のすべて(第2版)。永井書店, 東京, 51-52, 2005.
- 3) 野村豊子: 認知症高齢者への心理・社会的アプローチ—回想法を中心として。PTジャーナル, 40 (7), 521-528, 2006.
- 4) 田崎史江: 園芸療法。バイオメカニズム学会誌, 30 (2), 59-65, 2006.
- 5) 鈴木みずえ, 磯和勲子, 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, 39 (4), 31-45, 2006.
- 6) Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., et al.: Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. Arch Neurol, 58 (3), 498-504, 2001.
- 7) Lindsay, J., Laurin, D., Verreault, R., et al.: Risk factors for Alzheimer's disease; A prospective analysis from the Canadian Study of Health and Aging. Am J Epidemiol, 156 (5), 445-453, 2002.
- 8) 中華人民共和国体育委員会: 太極拳運動。人民体育出版社, 北京, 18, 1983.
- 9) 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.
- 10) 大平雅子, 戸田雅裕, 田麗, 他1名: 太極拳が精神的・身体的健康度に及ぼす効果。日本衛生学雑誌, 65 (4), 500-505, 2010.
- 11) Deschamps, A., Onifade, C., Decamps, A., et al.: Health-related quality of life in frail institutionalized elderly: effects of a cognition-action intervention and Tai Chi. J Aging Phys Act, 17 (2), 236-248, 2009.
- 12) Yao, L., Giordani, B., Alexander, N.B.: Developing a positive emotion-motivated Tai Chi (PEM-TC) exercise program for older adults with dementia. Res Theory Nurs Pract, 22 (4), 241-255, 2008.
- 13) Gibb, H., Morris, C.T., Gleisberg, J.: A therapeutic programme for people with dementia. Int J Nurs Pract, 3 (3), 191-199, 1997.
- 14) Matthews, M.M., Williams, H.G.: Can Tai chi enhance cognitive vitality? A preliminary study of cognitive executive control in older adults after A Tai chi intervention. J S C Med Assoc, 104 (8), 255-257, 2008.
- 15) 张楠楠, 吕晓标, 倪伟, 他1名: 锻炼改善中老年人认知能力的作用 (Effect of long-term Tai Chi exercise on cognitive function of middle-aged and old people). Chinese Journal of Clinical Rehabilitation, 10 (26), 13-15, 2006.
- 16) Brown, D.R., Wang, Y., Ward, A., et al.: Chronic psychological effects of exercise and exercise plus cognitive strategies. Med Sci Sports Exerc, 27 (5), 765-775, 1995.
- 17) Nowalk, M.P., Prendergast, J.M., Bayles, C.M., et al.: A randomized trial of exercise programs among older individuals living in two long-term care facilities: the Falls FREE program. J Am Geriatr Soc, 49 (7), 859-865, 2001.
- 18) Wang, W.C., Sawada, M., Ikeshita, K.: Treatment effects of Tai Chi exercise in a patient with major depression using Mismatch negativity (MMN) and Early negative difference (NDE). Journal of Nara Medical Association, 59 (5), 163-166, 2008.
- 19) 芳野弘, 櫻井孝: 認知症予防には歩行よりも若干強めの有酸素運動を。物忘れが目立つ時は、昔の記憶で行える運動を。GPnet, 53 (5), 29-32, 2006.
- 20) 小長谷陽子: 第3回認知症予防の最新情報。認知症介護, 8 (3), 44-50, 2007.
- 21) 矢富直美: 認知症予防。総合リハビリテーション, 34 (11), 1047-1053, 2006.

Effect of Practice of Tai Chi on the Cognitive Functions: Review of the Literature

Jiao SUN, Junko SASAKI, Syuichi OOKI

Abstract

The objective of this review is to assess the improvement effect of Tai Chi on the cognitive functions of the elderly. According to the on-line databases (PubMed, Japana centra revuo medicina and Wan fang Data), we firstly selected 626 literatures, which were finally narrowed down to 8 according to our purpose. Several studies suggested that Tai Chi could help the elderly individuals to improve their cognitive function. We concluded that more studies are needed to clarify the effect of Tai Chi on the improvement of the cognitive functions of the elderly, considering the wide spread of Tai Chi.

Key words literature review, Tai Chi, cognitive function, elder people

資料

石川県内の高齢者介護を行う介護者の 「家族介護者の会」の実態の検討

林一美¹ 子吉知恵美¹

概要

本報告は、石川県内要介護高齢者の介護を行う「家族介護者の会」の実態を明らかにし、その特徴について検討することを目的とした。石川県内の地域包括支援センターと社会福祉協議会の計195施設に調査表を送付した。回答のあった計59施設のうち、管内および関連機関における介護家族者の会が「ある」と答えたところは16箇所(27.1%)であった。

管内および関連機関における家族介護者の会が「ある」と答えた16箇所の「家族介護者の会」について、以下の結果が得られた。介護者が家族会の代表者であったのは2箇所のみであり、ほとんどが保健・福祉関連機関に支援されていた。「家族介護者の会」の活動は、交流会・親睦会開催が最も多かった。家族介護者の会が存続している地域には偏りがあった。家族介護者の会活動継続の困難点として、「時間的な余裕がない」という回答が最も多かった。

キーワード 高齢者介護, 家族介護者, セルフヘルプ・グループ, 支援体制, 要介護高齢者をもつ介護者

1. はじめに

高齢者介護は孤立化しやすく、介護に関する悩みを抱えている家族介護者（以下、介護者という）は多い。要介護者をもつ介護者が困ることは、「介護者の精神的負担が大きい」「いつまで要介護状態が続くかわからない」であり、調査対象者の半数以上を占めていた¹⁾。悩みをもつ同じ立場にある介護者同士や介護・医療・福祉の専門家が集い・交流する意義は、介護知識・技術の情報収集、気持ちの共有、他者からの承認、他者と自分の比較等を行うことにより、介護意欲の増進、癒し、ストレス解消、仲間の獲得、介護の参考が得られる効果が明らかとなっており^{2~5)}、要介護高齢者をもつ介護者にとって「家族介護者の会」の意義は大きい。

実際に在宅介護の悩みのある要介護高齢者をもつ介護者が、「家族介護者の会」に参加したいと希望した時、石川県内のどこで、どのような活動が行われているのだろうか。本報告は、石川県内の要介護高齢者介護を行う「家族介護者の会」の実態を明らかにし、その特徴について検討した。

2. 方法

2.1 対象者

調査は2回に分けて行った。1次調査では、石川県内の地域包括支援センターと社会福祉協議会の計195施設を対象とした。2次調査では、1次調査で明らかとなった活動中の「家族介護者の会」の代表者および、保健・福祉関連機関で会を支援している代表者を対象とした。

2.2 調査期間

1次調査は、2009年10月に実施した。
2次調査は、2010年3月に実施した。

2.3 調査方法と調査項目

1次調査、2次調査ともに郵送による質問紙調査を行った。

(1) 1次調査

研究の趣旨を文書で明記し、同封したはがきの解答欄に記入を求め、返信してもらった。

調査項目は、①管内および関連機関において、運営・活動している「家族介護者の会」の有無、②活動している「家族介護者の会」の名称と連絡先、③家族介護者会に対する支援内容である。

(2) 2次調査

調査項目は、①活動の沿革、②現在の活動、③

¹ 石川県立看護大学

家族会介護者の交流会の内容，④家族介護者支援の困難，⑤家族介護者の会継続に関する自由記載についてである。

2.4 分析方法

調査項目毎に単純集計を行い，自由回答のデータは記述内容の概要についてまとめた。

2.5 倫理的配慮

1次調査では，調査の趣旨と倫理的配慮を調査依頼文にて説明し，はがきの返信により同意を得たとした。2次調査も同様な依頼・同意方法であったが，質問紙は封書にて返信してもらった。

2.6 用語の定義

家族介護者の会：要介護高齢者介護を行う介護者の会を示す。

3. 結果

1次調査で，回答のあった石川県内の地域包括支援センターと社会福祉協議会は計59施設で，回収率30.3%であった。そのうち，管内および関連機関における家族介護者の会が「ある」と答えたところは16(27.1%)であり，「なし」31(52.5%)，「わからない」9(15.2%)，「不明」3(5.1%)であった。

2次調査で，管内および関連機関における家族介護者の会が「ある」と答えたところの「家族介護者の会」について，以下の結果が得られた。

3.1 石川県内老人福祉圏域における「家族介護者の会」の所在地と数 (図1)

石川県内には，能登北部に2箇所，能登中部に2箇所，石川中央は8箇所，南加賀に4箇所，合計16の「家族介護者の会」があった。そのうち，家族介護者の会活動に関与している地域包括支援センターは6箇所，市町社会福祉協議会は3箇所であった。その他は，施設のディサービス職員，特別養護老人ホーム職員が関与しているところが2箇所あった。家族介護者代表が中心となって活動しているところは2箇所，その他記載が不明3箇所だった。

3.2 「家族介護者の会」開始の契機と「家族介護者の会」の活動状況

「家族介護者の会」開始の契機については，8箇所からの回答があった(表1)。介護者自身の



図1 「家族介護者の会」の所在地と数

介護体験や思いが契機となったのは，家族介護者の会の代表者が「介護者」であった1箇所のみで，残り7箇所は保健・福祉関連機関側の支援・勧誘であった。

現在の活動状況については，8箇所からの回答があった(図2)。活動の件数として，交流会・親睦会開催7件，研修会5件，講演会開催4件，会報発行3件，施策・社会資源などの検討2件，調査1件，人材育成0件，その他5件であった。平成21年度に開催した家族介護者の交流会・親睦会開催については，8箇所施設から回答があった(表2)。交流会・親睦会を開催した「家族介護者の会」は7箇所あり，開催していないところも1箇所あった。交流会・親睦会を開催した「家族介護者の会」は1年間に2～12回開催しており，1回の参加人数は平均6～18人であった。

3.3 活動継続上での困難

「家族介護者の会」の活動継続上での困難について，8箇所から回答があった(図3)。困難な点が「ある」と答えたのは7箇所，「なし」は1箇所であった。活動継続上での困難点は，「家族介護者は時間的に余裕がない」が7件，「家族介護者の会は家族内の問題に関わるので家族が参加を控える」「家族介護者の活動を担えるリーダーシップがとれる人が少ない」「家族介護者の会へ通うための交通手段が少ない」「家族介護者の会の運営に資金がかかる」がそれぞれ4件，「家族介護者の会参加の広報が難しい」が3件，「要介護者を預ける場所や人がいない」「家族介護者は，家

表1 家族介護者の会開始の契機と継続について

家族介護者の会	代表者	家族介護者の会開始の契機	家族介護者の会継続に関する自由記載
1	◎	家族の介護の中で苦悩し、仲間はいないかと探した。本部のあった家族の会の支部として活動を始めた。	介護家族を支えるための支援づくりは、大変困難。「介護した者しか、その大変さはわからない」と思う。介護者は介護経験者の支援とそれをバックアップするボランティア、行政等の体制が必要だと感じており重要だ。
2	△	県の事業が県社協へ委託されてスタートした時と介護保険制度の中で、市町村から社協へ委託された時をきっかけとして始めた。	「家族会」として発足したいが、どのように組織するのか難しい。リーダーとなる人の選任が難しい。定期的に集うところが1カ所の場合、町が広いので交通の便が悪く難しい。現在は「介護者のつどい」として3地区で実施している現状である。
3	◎	市が国の方針を受け、介護者支援事業として会員を募り、会活動などを計画。活動費や講師の手配など、支援をしてもらっていた。	市からの支援金等が来年度よりなくなる事になり、今までのような活動は難しくなるが、会員が広報しても増えないので、あと2・3年で消滅するかもしれない。
4	△	ディサービス事業内容に定められてあった。	
5	△	特別養護老人ホームの待機者が定員に対して、待機者の方に呼びかけた。その後、他施設にも呼びかけた。	「待機家族会」とし特定している関係もあり、施設への待機者以外の入会者はいない。
6	△	ディサービス事業開始後に発足。ディサービススタート時の利用者は病院の友の会として開始し、交流の場を広げる声かけに賛同していただいた。	家族は家族同士横のつながりを深く思っていない。運営側又は会の組織のすすめ方で、広がっていく可能性もあると思う。家族自身が「老々介護」「三世代家族の為、仕事と子育てに忙しい」
7	△	地域包括支援センター事業として開始した。	
8	△	介護者の癒しやリフレッシュの場がなかったため始めた。介護者同士の話し合い・情報交換による癒しのひと時、そして健康の維持を目的として行っている。悩みなどをお互いに話し合える場となっている。	新たな参加を希望したとしても交通手段やサービスの調節がうまくいかないため参加できない人々もいる。この会になじめない(合わない)介護者もいる。

◎家族介護者の会の代表者が介護者

△家族介護者の会の代表者が地域包括支援センター・社会福祉協議会・施設の担当者

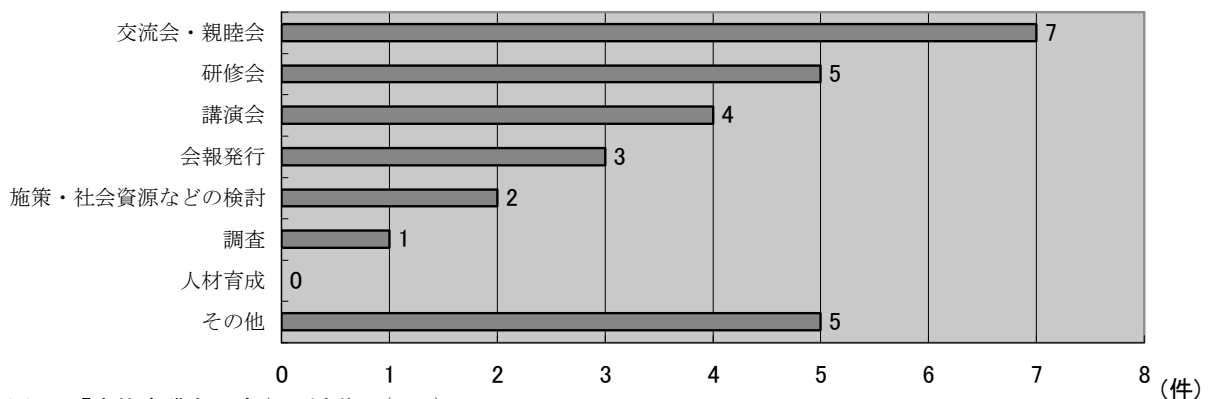


表2 家族介護者の交流会の開催回数と参加人数

家族介護者の会	a	b	c	d	e	f	g
交流会の開催回数	8回	12回	7回	10回	2回	2回	8回
1回の交流会参加人数	不明	14人	18人	6人	18人	11人	12人

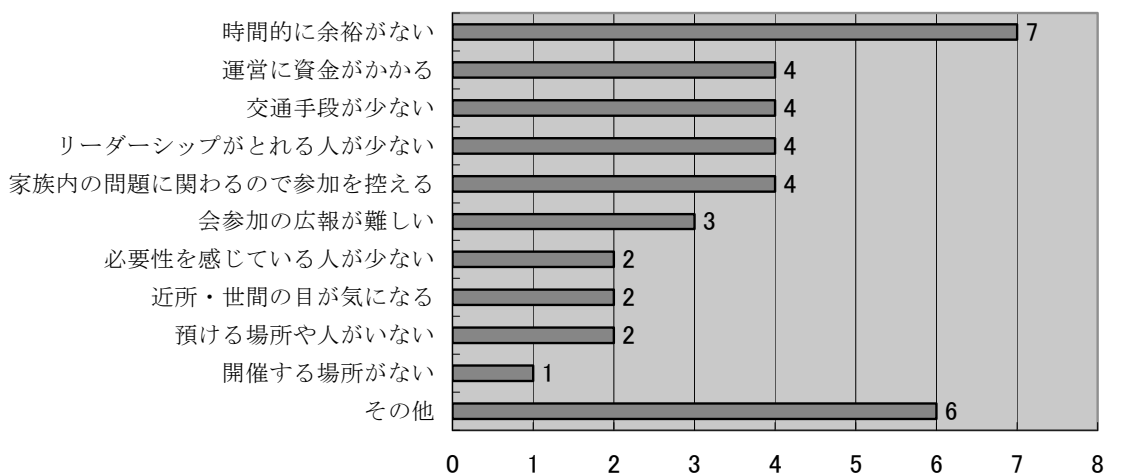


図3 活動継続上での困難点（複数回答）（n=8）

族介護者の会への参加に対して近所・世間の目が気になる」「石川県の県民は家族介護者の会の必要性を感じている人が少ない」がそれぞれ2件、「家族介護者の会を開催する場所がない」が1件、その他が6件であった。

「家族介護者の会」活動継続に関する自由記載（表1）では、家族介護者の会の代表者が「介護者」であった2箇所からは、行政の支援体制の重要性が記載されていた。6箇所の家族介護者の会の代表者が「地域包括支援センター・社会福祉協議会・施設の担当者」からの記載では、「家族会」の発足の組織化やリーダー選任の困難、家族同士のつながりの不足、介護者の忙しさ、交通手段やサービスの調節の困難さが記述されていた。

4. 考察

4.1 石川県の家族介護者の会の特徴

(1) 家族介護者の会存続の鍵

石川県内の「家族介護者の会」は、16箇所あった。そのうち、介護者が会の代表者であったのは2箇所のみであり、ほとんどが保健・福祉関連機関に支援されていた。

「家族介護支援事業」は、介護保険制度下の地域支援事業において、地域包括支援センターの任意事業として、市町村の自由裁量になっている。したがって、地域によって支援体制に違いが出ている。家族介護者の会の代表者が「介護者」であった2箇所からは、行政の支援体制の重要性が記載されていた。支援体制が整えられていない中では、資金面や会員増加のための広報等に限界があるためだった。一方、家族介護者の会の代表者が「地域包括支援センター・社会福祉協議会・施設の担当者」は、当事者である介護者達の組織化に

困難を感じていた。

高齢者介護を行う家族介護者達は、介護に拘束されるため、時間的余裕が少なく、会運営に関わることは困難である。実際に、石川県内に存続している2つの会の代表者は、いずれも要介護者が既に亡くなられた介護経験者であった。したがって、介護の当事者らが中心となる活動を増やし、盛んにしていくためには、「家族介護者の会」に関心・熱意のある介護経験者掘り起こしを行い、その力を活用し、リーダーとして育成していくことが鍵となり、それらの人に対する専門家の働きかけが重要になると思われる。

(2) 家族介護者の会の活動と地域差

管内および関連機関における「家族介護者の会」が「なし」・「わからない」と答えた地域包括支援センターと社会福祉協議会は40箇所(67.7%)であった。また石川県内で「家族介護者の会」が不在、あるいは不明確な市町は19市町のうち7市町であった。金沢市以外の市町で「家族介護者の会」が不在、あるいは不明確なところ以外は、ほぼ1市町に1つの割合で存在していた。しかし、中核市である金沢市でも少数しかなく、「家族介護者の会」の存在する地域には偏りがあった。

交流会等の活動について回答のあった8件中、5件は年に6回以上、ほぼ隔月以上の割合で交流会等の活動を行っていた。また、交流会では、1回の参加人数は6～18名以上と多かった。参加者の詳細は、今回調査していないが、開催回数や参加人数などから判断すると、この5つの会は、固定的な参加メンバーが存在し、会活動がすでにそこでは定着していると思われる。地域で定期的に定着した「家族介護者の会」の活動が行われ、それが広報されることの意味は大きい。そのこと

により、家族介護者は会参加や相談への試みにつながる可能性が高くなると考えられる。また、交流会や親睦会は、介護者が直接顔を合わせて交流を図る目的であり、それには交流の場までの足の確保が必須になる。活動継続上での困難な点でも「交通手段が少ない」が問題としてあげられており、奥能登地域などの公共交通網の少なさを反映していると思われる。僻地に居住している家族介護者や、情報が少なくコミット困難な介護者が、当事者達と交流したい場合に、県内全体の情報収集が行え「家族介護者の会」に繋ぐシステムがあると有益であると思われる。

(3)「家族介護者の会」の活動継続上の困難な点

活動継続上の困難点として、「時間的な余裕がない」との回答が最も多かった。要介護3以上では、3割が「ほとんど終日」介護をしており、要介護度が高くなるにつれて介護時間は多くなる⁶⁾。介護者は、介護時間の多さに比例し、心身ともに疲弊し、介護に追い込まれている気持ちになっている場合が多い。介護者の状況を一番把握しているのは、ケアマネジャーである。ケアマネジャーが「家族介護者の会」の参加意味を理解して、介護者が会参加への時間的な余裕がない場合には、時間確保の相談・対策を講じてくれることも「家族介護者の会」参加に繋がると思われる。ケアマネジャーからの勧誘であれば、参加を試みる者もいるかもしれない。そのためには、「家族介護者の会」の活動地域・内容などをケアマネジャーへ情報提供する必要がある。ケアマネジャーへの「情報提供側である」、先述の管内および関連機関における「家族介護者の会」が「なし」・「わからない」と答えた地域包括支援センターと社会福祉協議会が40箇所(67.7%)と多かったことから、ケアマネジャーが地域の「家族介護者の会」の存在を知る機会はさらに少ない。また、グループ活動は、その参加者の年代等によって会の雰囲気異なる。多様性のある「家族介護者の会」が多く地域に存在することも、介護者の選択できる幅が広がると思われる。

次に「家族内の問題なので参加を控える」「交通手段が少ない」との回答が多かった。「家族内の問題なので参加を控える」ことについては、当然参加者は家族の問題に触れることになる。グループの新参加者がそのような場へ一歩踏み出す上での大きな障壁となると思われる。そのため、当事者グループ活動の方法が述べられている文献⁷⁾では参加時に「話したくないことは話さなくても

良い」「グループ内の守秘義務」等を約束することが大事であるとある。電話やメールによるコミュニケーションに応じることも、介護者の心理的な抵抗を少なくする手段になると思われる。

一方、「要介護者を預ける場所や人がいない」「家族介護者は、家族介護者の会への参加に対して近所・世間の目が気になる」が2件と少なかった。これは回答者が、家族看護者の会を支援している保健・福祉関係機関の代表者が多かったため、家族会開催時には要介護者を預ける場所や、「家族介護者の会」の周知を図る等の配慮を行っていた可能性がある。

5. まとめ

石川県内の要介護高齢者介護を行う「家族介護者の会」の実態について、以下のことが明らかとなった。

- (1) 石川県内には、能登北部に2箇所、能登中部に2箇所、石川中央に7箇所、南加賀に4箇所、合計16箇所の「家族介護者の会」がある。
- (2) 活動としては、交流会・親睦会開催が最も多かった。
- (3) 家族介護者の会が存続している地域には偏りがあった。
- (4) 家族介護者の会活動継続の困難点として、「時間的な余裕がない」の回答が最も多かった。

研究の限界

調査マップについては、今回の調査に協力していただいた石川県内の地域包括支援センターと社会福祉協議会の照会に対して、明確となったものを現している。したがって、個人、あるいは施設開催の家族会による活動を網羅していない可能性がある。また、調査の回答者の多くは、家族介護者の会を支援している代表者であったので、この回答は必ずしも当事者である家族介護者の意見を反映しているとは言えない。

謝辞

今回の調査にご協力頂きました石川県内の地域包括支援センターと社会福祉協議会の皆様に感謝致します。また、石川県社会福祉協議会職員の皆様には、石川県内の「家族介護者の会」に関する貴重な意見を頂き、お礼申し上げます。なお、本調査は石川県立看護大学共同研費(平成21年度)の研究助成を受けて行ったものです。

引用文献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部編：平成 12 年国民生活基礎調査第 1 巻
- 2) 村松ちづか, 川越博美：在宅痴呆性老人家族介護者にとっての家族会の意味-家族介護者の人生観・介護観・家族会へのニーズとの関連- 聖路加看護学会誌, 5 (1), 1-9, 2001.
- 3) 三宅貴夫：痴呆性高齢者の家族介護会の現状と課題-社団法人呆け老人を抱える家族の会の場合- 老年社会学, 25 (3), 360-366, 2003.
- 4) 加藤典子, 麻原きよみ：住民グループのメンバーが活動を地域に発展させていくプロセス- 認知症高齢者（痴呆性高齢者）の介護者グループに焦点を当てて- 日本地域看護学会誌, 7 (2), 13-19, 2005.
- 5) 佐分厚子, 黒木保博：家族介護者の家族会参加による介護への適応モデル. 日本保健科学学会誌, 10 (2), 80-86, 2007.
- 6) 厚生省大臣官房統計情報部編：平成 16 年国民生活基礎調査第 1 巻
- 7) 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- 始めた方・続け方・終わり方- 金剛出版, 66-85, 2004.

Examination of actual condition of family caregiver groups providing care for the elderly in Ishikawa prefecture, Japan

Kazumi Hayashi¹, Chiemi Neyoshi¹

Abstract

This report discusses the actual conditions of family caregiver groups providing care for the elderly in Ishikawa prefecture, Japan, and to examine their characteristics. A survey was sent to a total of 195 Regional Comprehensive Support Centers and the Council of Social Welfare in Ishikawa prefecture, Japan. Of the 59 facilities that replied, 16 (27.1%) reported having family caregiver groups within the service area and organizations related to the Regional Comprehensive Support Centers and the Council of Social Welfare in Ishikawa prefecture, Japan.

The following results were obtained for the 16 facilities with family caregiver groups within the service area and organizations related to the Regional Comprehensive Support Centers and the Council of Social Welfare in Ishikawa prefecture, Japan. There were only 2 family caregiver groups with one of the caregivers being the representative of the group, and the majority were supported by health and welfare-related agencies. The main activities of the family caregiver groups involved the organization of networking events and social gatherings. Family caregiver groups were able to survive and were more sustainable in some areas than in others. The most frequent response regarding difficulties in continuing the activities of the family caregiver groups was "lack of time."

Key words Care for the elderly, family caregiver, self-help group, support system, caregivers with elderly family member in need of nursing care

資料

V.E. フランクル理論における 病の中の苦悩の意味の検討 — 「意味への意志」に焦点を当てて—

牧野智恵¹

概要

V.E. フランクルは、避けることのできない苦悩であっても、その窮境に対してとる人間の態度によって、その苦悩を人間的な業績へと変化させようと考え、その考えをもとに、ロゴセラピーを創始し絶望を勝利に転換させる方法を示している。このフランクル理論は、不治の病に罹患した患者や死を意識せざるを得ない終末期の状況でも、「意味」を見いだすという視点で有効といわれている。しかし、「意味への意志」とはどのようなものかについて詳細に解明しようとした報告はない。本稿の目的は、フランクルの基本的立場である「意味への意志」とはどのような態度であるのかについて検討することである。本稿では、「意味への意志」と「快楽の意志」「力への意志」の違い、健康・長寿への志向と「意味への意志」の関係について論じ、意味を追求することによって逆に「意味への意志」は得られないことについて論じた。つまり、不治の病の中で「意味」について意識させることでなく、患者が「今、ここで」の自分以外の大切なことがらへの没頭に向けて関わりを持つことが、結果として「意味」に向けた看護であることが示唆された。

キーワード V.E. フランクル, 不治の病, 苦悩, 意味への意志

1. はじめに

古今東西を問わず、病気を嫌なこととするのは人情の自然である。そのため、ひとたび治癒困難な疾患に罹患したとき、人間はその病をなかなか受け入れることができず、「なぜ私がこんな病気にならなければいけないのか」「もう治らないならば、生きる意味がない」といった懷疑や絶望に陥る。このように、ひとが苦しみに耐えることの意味を信じられず苦悩を抱いたとき、我々医療従事者は彼らにどのような支援ができるのだろうか。また、その病気が治らないと診断された時点から、病人に残された人生にはどのような意味があるのであろうか。このような人生への問いを抱き苦しむことは、実存的苦悩あるいはスピリチュアルペインなどと言われ、その形態についてはさまざまな研究が行われている^{1) 2)}。そして、治癒困難な疾患に罹患することは、時には人間に、より深いレベルの問いかけをし、意味探求をさせるといわれている³⁾。実存的苦悩の実態に関する研究は、特に進行がん患者や終末期患者の苦悩の実態^{4) 5)}、苦悩の測定スケールの開発⁶⁾、といった

研究がみられる。このような中、苦悩の中の意味についての概念の検討や⁷⁾、スピリチュアルを基盤とした新しい心理療法的介入の検討⁸⁾において、必ず引用される思想家としてV.E. フランクル (Viktor Emil Frankl, 1905-1997) による「意味」概念がある。

フランクルは、だれもが死を意識せざるをえなかった強制収容所での体験や、精神科医としての体験を通して、人生はいかなる条件のもとにあっても意味をもっていると認識し、「避けられない苦悩のような人生の悲観的、否定的側面であっても、その窮境に対してとる人間の態度によって、人間的な業績 (achievement) へと変化させることができる」⁹⁾と考えた。そして、患者の責任性を軸にして、人生の意味を自らが見いだせるよう働きかけようとしたセラピーがロゴセラピーである¹⁰⁾。このロゴセラピーでは、「意味への意志」「意志の自由」「人生の意味」を基本概念として取り上げられ、特に「意味への意志」はフランクル思想の基本となる概念とも言える。

また、このフランクルのロゴセラピーの考えをもとに看護理論を構築した理論家とし

¹ 石川県立看護大学

て、ニューヨークのJ.トラベルビー (Joyce Travelbee,1927-1974)がいる。彼女は、「看護とは、対人関係のプロセス (interpersonal process) であり、それによって実践専門看護師は、病気や苦難の体験を予防したりその体験にうまく対処できるように、そして必要なときはいつでも、それらの体験のなかに意味をみつけだすように、個人や家族、あるいは地域社会を援助することである。」(傍点原文)¹¹⁾とし、さらに「専門実務看護師は、個人および家族が病気や苦難に立ち向かえるよう援助するばかりでなく、これらの体験のなかに意味を見いだすよう援助することの準備がなければならない。」(傍点原文)¹²⁾と述べている。しかし、J.トラベルビーは「意味への意志」について、 فرانクルの次元的人間論に基づいた十分な検討を行うには至っていない。

では、フランクルの言う「避けられない苦悩」であっても、それを「人間的な業績」へと変化させうる「人間の態度」あるいは「意味」とはどういうものなのであろうか。このことを明らかにすることを通して、病気における苦悩の意味があきらかになり、難病やがん終末期患者への看護的介入のあり方にも示唆が得られると思われる。その解明のためには、その前提となるフランクルの次の三つの基本的立場、すなわち「意味への意志」、「人生の意味についての問いの観点変更」、「人生の価値」について説明を加える必要がある。

本稿では、「意味への意志」について解明し、不治の病や終末期患者が苦悩の中でどのような意志によって、苦悩を克服できるのかについて論じることにした。

2. 「力への意志」「快への意志」と「意味への意志」の違い

死をも意識する不治の病は、患者に「このような状況で生きる意味はあるのでしょうか」「もう、病気が治らないのなら生きていく意味はない」などといった「生きる意味への問い」を投げかける。この問いに対して、F.W. ニーチェ (Friedrich Wilhelm Nietzsche,1844-1900) はかつて「生きる理由があればほとんどどんな事態にも耐えられる」と言い、フランクルによれば「自分の生の意味を知る人こそ、他の何よりもこの意識のおかげで外の苦境や内の障害を克服できる」¹³⁾と述べている。このフランクルの言葉は、自らの体験(診察、医療処置、強制収容所の体験)をもとに、避けることのできない過酷な状況においても、人間

には「自分の人生を意味で満たしたい」という「意味への意志」があり、この人間にとって本来的な意志が苦境にある人間をして最後まで耐え抜くことを可能にさせるのだという確信に至った。では、この「意味への意志」とは具体的にどのようなものであろうか。

フランクルは、人間の意志を「快楽への意志」「力への意志」「意味への意志」の三つに分け、それらの意志のなかで人間にとっての本来的な意志は「意味への意志」であると考えている。そしてそれらの関係を次のように位置づけている。

精神分析にとって人間とはいわゆる快楽原理——つまり快楽への意志によって左右される存在でしたし、また個人心理学にとっても、いわゆる権勢欲つまり力への意志によって規定される存在でした。しかし、実際には、人間は意味への意志によって最も深く支配され続けています。(傍点原文)¹³⁾

ここでいう「快楽への意志」はS.フロイド派心理学でいう快楽原理であり、「力への意志」はA.アドラー派心理学でいう地位衝動を指してフランクルが用いた用語である。たとえば、われわれ人間はだれしも、快を求め不快を避けようとする衝動や、他の人より「より強くなりたい」という権勢欲を有している。この衝動ないし欲求をフランクルはそれぞれ「快楽への意志」「力への意志」と呼んだのである。しかし、人間はこの二つの意志を有しているだけでなく、「自分の人生を意味で満たしたい」という「意味への意志」によって「最も深く支配されている」と彼は言う。そして、「意味への意志」が満たされないときに、つまり「意味への意志の欲求不満」が生じたときにはじめて他の二つの意志が生じるとして、次のように述べている。

人間は結局、そしてもともと、意味への意志というか、自分の人生をできる限り意味で満たしたいとの憧憬によって魂——といわぬまでも精神を吹きこまれて、それに従って生きがいある生活内容を得ようと努め、自分の人生からこの意味を闘いとしています。われわれは、この意味への意志が充足されずにとどまる時に初めて、またその時に限って、——人間はますます多量の衝動満足によってまさにこの内面的不充足を麻痺させ、自分を酔わせようと努めるの

だと信じます。言い換えると快樂への意志は意味への意志が空しく戻ってくるときに初めて登場します。¹⁴⁾

つまり、「快樂への意志」「力への意志」は「意味への意志」が充足されないときに初めて生じるとフランクルは考えたのである。そして、このような「意味への意志」が満たされずにとどまるときに生じる空虚感を、彼は「無意味感」(Sinnlosigkeitsgefühl)・「実存的空虚感」(existenzielles Vakuum)・「意味への意志の欲求不満」(Frustration des Willens zum Sinn)¹⁵⁾などと呼んでいる。

では、このように「意味への意志」が満たされず「快樂」や「力」を求めることによって内的不充足を麻痺させるという場合、そこには、どのような構造がみられるのだろうか。そこで改めてこの三つの意志の関係を見てみることにしたい。

2.1 自己を中心とした「力への意志」「快樂への意志」

フランクルは「快樂」や「力」について、「快樂は人間の努力の目標であるよりも、むしろ本当は、意味充足の結果である。そして、力はそれ自体目標であるよりも、むしろ本当は、目標への手段である。」¹³⁾と述べている。このことはどういうことであろうか。彼は、本来的「快樂」とは意味充足の結果として派生的に生じるものであり、また、「力」は意味充足のための単なる手段にすぎず、この二つはいずれも、生きる「目的」ではないと考えた。そして、この目的と手段との顛倒の結果、場合によっては神経症にいたることについて、「性的ノイローゼ」を例に次のように説明している。

快樂は第一義的かつ一般的には目的ではなく、一つの結果、いくなれば課題達成にともなう副次的結果なのである。言い換えれば、快樂は人が意味を満たしたり価値を理解するやいなや自ずと確立されるのである。更に、もし人が自分の目標として快樂を獲得しようとするなら、その人は必然的に失敗する。というのは、彼は自分が何を目指していたのかを見失うからである。このことは直接に性的快樂を獲得しようとするためにかえってそれを獲得できない性的ノイローゼ患者において容易に立証することができるのである。男が自分の能力を示そうとする

か、女がかつて経験した性交時のオルガズムについて自分の能力を示そうとする度合いが大きければ大きいほど、反対に彼らはその目的を達成しにくくなるのである。¹⁷⁾

この引用文でいう「快樂への意志」について、フランクルの示した図を参考にして解釈してみたい(図1参照)。「快樂」は「目的」ではなく、矢印(a)のように「意味を満たしたり、価値を認識」すること、つまり「意味への意志」の充足を通して自動的に矢印(b)のように確立される、いわば「副次的結果」である。しかし、点線(c)に示すように直接「快樂」を獲得することを「目的」とした場合、自分が本来「目的としていたものを見失う」ため、必然的に「快樂」を得ることは「失敗する」のというのである。このような顛倒はやがてその人をして「性的ノイローゼ」に陥らせることになる。

では、「力」を目的とする権勢欲の場合はどうであろうか。フランクルは次のように述べている。

権勢をねらう人は成功を取り逃がす。なぜなら「相手はこちらの意図に感づいて気分を害する」からである。つまり権勢目当ての「野心家」を見抜いてしまうのである¹⁸⁾。

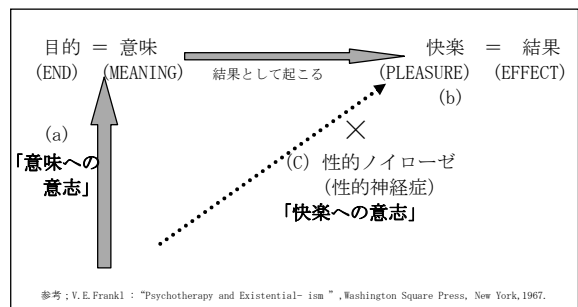


図1 「意味への意志」と「快樂への意志」の関係図

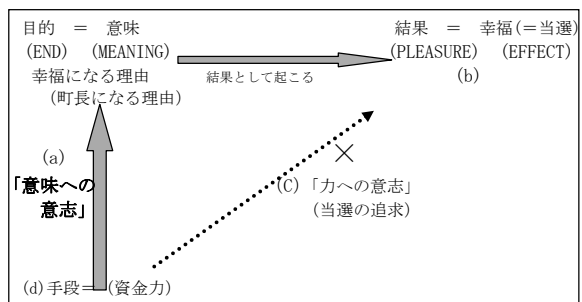


図2 「意味への意志」と「力への意志」の関係図

例えば、権力を得ることを目的として選挙に立候補したとしても、その選挙活動の中で有権者はこちらの意図に感づいて、多くの有権者はその立候補者に票を投ずることを避け、その結果選挙での当選（成功）を取り逃がすことがある。なぜなら、「権勢目当ての野心」は見抜かれてしまうからである。

この「当選する」ということを「力への意志による快楽」とあてはめて、図2をもとに説明を加えると、選挙に当選するには、ある程度の力（資金力）(d)は必要である。しかし、それだけでなく、有権者の生活や福祉の向上といった、「町長になる理由（意味）」が充たされねばならない。その理由（意味）、例えば町民の平和や発展のためにどうすべきかについて自己超越し、それに専心すること（a）によって、その結果として矢印（b）のように幸福に満ちた栄誉（当選）が得られるのである。

このように快楽や力を得るには、それらを直接目的として追求するのではなく、それらを達成しようとする理由（意味）がまず充たされなければならないということである。

もっとも、人間には快楽や力を求める欲求のあることは決して否定することができない。それらは生理的・社会的欲求として、いわば人間に自然に備わっているものである。フランクルは、このことを十分認めた上で、人間は果たしてそれだけで真の充足を得ることができるのであろうか、と問うのである。つまり、この二つの欲求ないし意志はいずれも自己が生きる（より偉大に、より快適に）ための手段の追求であって、その「生きる」というのは何のためか、という生きる目的そのものを充たすものではない。そこには、「自分は何のために生きるのか」という実存的問いと反省が欠けているため、この欲求の実現のみを追求して生きている中では、やがて実存的空虚感に陥る可能性がある。このことは現代の精神状況に端的に現れているように思われる。

近年、科学技術の進歩によって物質の豊かさや健康の増進、性の解放の促進などが実現されてきたが、それと反比例する形が心の貧しさや空しさの顕著さの中にみられるように思われる。アメリカのある大学では自殺を企てた60人の学生の85%が「人生には意味がない」と感じており、そのうちの93%が「きわめて良好な健康状態にあり、社会的にも積極的に参加し、勉学に関しても優秀な成績を修め、家族関係も良好であったというこ

とが確認された」と述べている¹⁹⁾。また、日本においても、現代の若者の電車の中での振舞や姿から、「<豊かさ>の代償が、心の<貧しさ>だった」との指摘もみられる²⁰⁾。この事實は、人間がどれほど「快楽への意志」「力への意志」を充足させても（あるいはむしろそれらの充足にとらわれればとられるほど）、「意味への意志」の欲求不満が露わになることを示している。つまり、「生きるため」の意志は「何のために生きるか」という理由（意味）に支えられることによって、はじめて真に有意義なものになりうるということである。

精神科医であるフランクルは、人間にとって限界状況と思われる強制収容所での過酷な体験の中で、人間には「快楽への意志」や「力への意志」の他に、人間にとってより本来的な意志として、「自分の人生をできる限り意味で充たしたい」という「意味への意志」が存在することを認識し、この意志が、人間に「最悪の事態をこらえさせ、最後の努力を行わせる」¹⁴⁾と確信するに至ったのである。

2.2 健康・長寿の志向と「意味への意志」の関係

では、治癒困難な疾患に罹患した患者の場合の「意味への意志」とはいかなるものであろうか。

まず、「快楽」や「力」への意志を、「健康」への意志と置き換えて考えてみることにしたい。たとえば、われわれが「より長く、より健康に生きたい」と、健康になることを追求する場合はどうであろうか。このことを明らかにするためには、まずその前提となる「『幸福の追求』は幸福を妨げる」というフランクルの考えを検討し、次に「健康の追求」についての検討を行うことにしたい。

図3はフランクルの「意味への意志」と「幸福」の関係を示した図である²¹⁾。

彼は、「快楽」の追求が「性神経症」をもたら

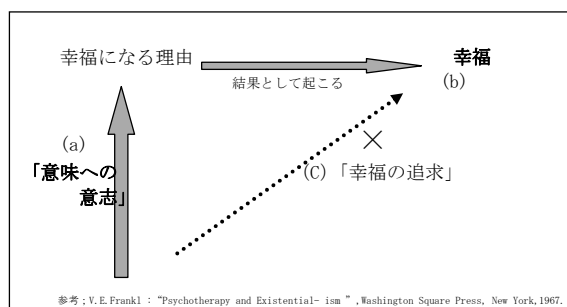


図3 「意味への意志」と「幸福の追求」の関係

しかねない「自己破壊」²¹⁾ 的性質を持ったものであることを例に挙げて、そこから「『幸福の追求』は幸福を妨げる」ことを指摘している。

通常は快樂は決して人間の努力の目標ではなく、むしろ目標達成の副次的結果であるし、またそうあり続けるに違いない。目標を達成することが、幸福になるための理由を成立させるのである。換言すれば、もし幸福になる理由が存在すれば、あるがままに、自動的に自然発生的に、幸福が結果として起こる、ということである。・・・しかしさらにいえば、人は幸福を追求することができないのである。・・・まさにそうすること [幸福を追求すること] によって、人は幸福になるための理由を見失い、幸福それ自体が消えていく・・・[からである]。(傍点原文)²¹⁾

つまり、「幸福」とは、「快樂」と同じように、それ自体を追求して得られるものではなく、むしろ、「幸福になる理由」があれば、自動的に「結果として起こる」ということである。さて、この「幸福の追求」を、「健康の追求 (健康な身体状態の追求)」と置き換えて考えてみることにしたい。

一人ひとりの命はかけがえのないものであり、そう思うが故にわれわれは「より長く、より健康に」生きようと、健康の維持や疾病の予防に努めている。高血圧、糖尿病、癌、さらにはメンタル面においても、その予防は重要である。国もそのかけがえのない一人ひとりの健康を守るために、予防や健康の維持に向けさまざまな事業を行っている。このように心身共に健康であることは、健康な社会生活を送る上では必要不可欠な条件であることはいうまでもない。しかし、もし、健康になることを人生の目標とした場合どうなるであろうか。例えば、不治の病に罹ってしまったときや、終末期になった場合、なかなか自分の状況を受け入れられず大きな苦悩の中で、時には自殺に至るとの報告もみられる。

図4は、図1と図3をもとに「意味への意志」と「健康の追求」の関係を示した図である。「意味への意志」と「健康」の関係を考えて場合、「健康」は人生の目標を実現するための手段 (=力) にすぎない。そうであるにもかかわらず、健康になることを人生の目標として生きた場合 (c)、この「健康の追求」は逆に健康を逃すということである。では、もしわれわれが健康になることを人

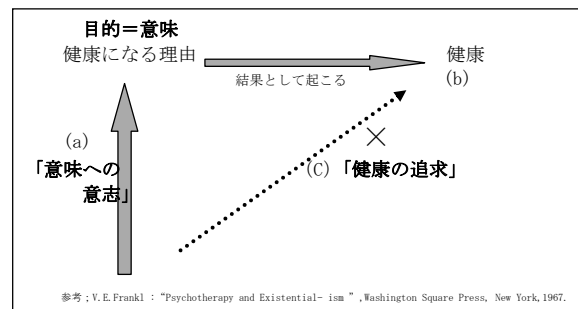


図4 「意味への意志」と「健康の追求」の関係

生の目標とした場合どうなるであろうか。

フランクルは、ある重い心臓病を患っていた典型的なヒポコンドリー (心気症) の女性を例に、心臓病の悪化を心配するためにかえって心配している内容 (心臓病の悪化) が事実となりやすい実例を示している²²⁾。そして、さらに病気に対する心配だけでなく、健康に対する願望までもヒポコンドリーに一役を演ずると、次のように述べている。

ところで何のために人は食べ、飲みそして着るのか? もちろん健康のためである。それなら「まず正義を求める」代わりに、初めから健康を求めたらどうなるか? しかし、そうなったらもう健康どころではない、というのもその瞬間からヒポコンドリーという病気が始まるからである。例えば、自分がぐっすり眠れるかどうかをあまり気にするとかえって眠れない。なぜなら、熟睡には無頓着と弛緩が前提であるのに——睡眠心気症者は注意を張りつめて眠れるのを待ちかまえているからである。(傍点原文)¹⁸⁾

このヒポコンドリーという病気の発症は何を意味しているのだろうか。たとえば、自分が生きていくためには、健康で、必要な食事が摂取でき身体も動かせることが必要である。しかし、実際には健康を維持することは人生における目標ではなく、「力」への意志と同様、本来の「人生の目標」を実現のための一つの「手段」あるいは「前提条件」でしかない、フランクルは言うのである。そして、この健康を維持することを目的として生きることによって、「ヒポコンドリー」という病気が始まることを指摘しているのである。

また、彼は、もし本来の健康を求めるのなら、健康の背後にある「(人生の) 目的とは何かを探求すること」が大切であることを述べている。

ミュンヘン大学病院の二名の医師が、強制収容

所のかつての囚人たちを診察した結果、彼らが収容所の圧力から解放されたときに初めて内科的な心臓・肺・胃腸などの病気が発生したことを明らかにした。この報告を受けた فرانクルは、「負担を急に取り除くのも負担をかけすぎると同じように病気をおこすなら、そんなとき人間を身体的にも精神的にも支えるものは何だろうか」（傍点原文）²³⁾ と考えた。その結果、「人間は体も心も健康でありたいと思うなら、とりわけ必要なのが一つある、つまりふさわしい生活目標、しかるべき人生の使命、要するに生活の上で絶えず要求を、むしろ自分の力に叶うような要求をになうことだ」²³⁾ と結論を出した。つまり、「健康はある目的実現のための一つの手段あるいは前提条件でしかない」²⁴⁾ のであり、健康を望むのならば「まず最初に要求されるのは、手段の背後にある目的とは何なのかを探求すること、何のための手段なのかを探求すること」²⁵⁾ が大切であるということである。この「手段の背後にあるもの」がとりもなおさず「人生の意味」であり、それに向けて生きる中に「意味への意志」が見られるということである。

冒頭で述べたニーチェの「生きる理由があればほとんどどんな事態にも耐えられる」という言葉はまさにこのことを指すのであろう。すなわち、「自分の人生の意味を知る人——そういう人だけがすべての困難を最も容易に克服することもできる」(傍点原文)²⁶⁾ ということである。

以上、見てきたように、快樂・幸福そして健康は、それらを直接的な目標として追求することによってではなく、それらがもたらされる理由(すなわち意味)がまず充足されることによって、その結果として自ら生起するということであつた。いかえれば、「快樂」「健康」を得るためには、まず「意味への意志」の充足が必要であるということである。しかし、ここで一つの大きな問題が生じてくる。それは、「意味への意志」はいかにして充足されるのかという問題である。というのは、「意味への意志」が意味を直接的に追求する意志であるとすれば、「快樂への意志」や「力への意志」と同じように、必然的に意味の充足は失敗に終わるはずであるからである。人がもし意味を意識的に追求するならば、いわば意味ヒポコンドリーという意味追求病に至ることになるのではないだろうか。このような意味追求は現代の生きがい論の流行の中に見られるようにも思われる。では、意味追求病に陥ることのない、真の意味充足が可

能になるにはどのようなことが必要なのであろうか。それがフランクルの言う「人生の意味についての問いの観点変更」である。

3. 「人生の意味についての問いの観点変更」

例えば、難治性疾患に罹患し一生その病気と共に生きなければならなくなり、まして死の淵に立たされている人が、「自分の人生には意味がない」と苦悩を抱いている場合、「意味への意志」はどのようにして充たされるのであろうか。フランクルは強制収容所で自殺企図をもちた人々を前にして次のように考えた。

「私はもはや人生から期待すべき何ものも持っていないのだ。」これに対して人は如何に答えるべきであろうか。ここで必要なのは、生命の意味についての問いの観点変更なのである。すなわち人生から何をわれわれはまだ期待できるかが問題なのではなくて、むしろ人生が何をわれわれから期待しているかが問題なのである。そのことをわれわれは学ばねばならず、また絶望している人間に教えなければならないのである。哲学的に誇張して言えば、ここではコペルニクス的転回が問題なのであると言えよう。すなわちわれわれが人生の意味を問うのではなく、われわれ自身が問われた者として体験されるのである。人生はわれわれに毎日毎時間問いを提出し、われわれはその問いに、詮索や口先ではなくて、正しい行為によって応答しなければならないのである。人生というのは結局、人生の意味の問題に正しく答えること、人生が各人に課する使命を果たすこと、日々の務めを行うことに対する責任を担うことに他ならないのである^{27) 注1)}。(アンダーライン：筆者)

ここでフランクルが述べていることは、難治性疾患や避けることのできない死を目の前にして、「生きるのは何のためか」「このような苦悩は何の意味もない」と、自己の「生きる意味」を問い、絶望感を抱いている人間に対して、その人がその運命的事実に対していかなる態度をとるべきかを示してくれていると思われる。それは他ならぬ「人生の意味についての問いの観点変更」ということである。

難治性疾患の中で、生命や人生の意味とは何かということの問題にしているとき、人は通常それを「自己」の方から、つまり、自己を中心にして

「われわれは人生から何を期待できるのか」と問う。この観点は、いわば自己を世界の中心にして、自己から世界をみる見方であり、このような見方は、自己の利益という視点から世界を見る見方である。

たとえば、次のような例から、「自己を中心とする見方」について考えてみたい。

難治性疾患を宣告され、まして余命数ヶ月と言われたとする。自己の死によって、これまでの地位や名誉、富までも失うと感じたとき、「大切な地位や富、ましてこの幸せな生活までも失うとわかった今、人生から何を期待できるのか。もう、生きる意味はない」と、その残された人生への無意味感のなかで絶望に陥ることは珍しくない。しかし、この人生への問いは、「自己」を世界の中心において人生をみている見方である。つまり、これまで築き上げた地位や名誉、さらには健康を失いたくないという「自己の利益」という視点から人生を見ているのである。

そのような自己中心的な人生観ではこの限界状況に耐えることができないということを上記のフランクルのことばは意味している。この自己中心的な人生観は、先に述べた「快樂への意志」と「力への意志」といった、単なる手段にすぎない事柄を目的とした人生観に基づく観点に他ならないのである。フランクルはこのような人生観を抱く人間像を、モナド論主義的人間像と呼んでいる。この人間像は、「ホメオスタシスの維持あるいは回復が人間にとって重要である限り、もっぱら自己自身にのみ関心を持っている²⁸⁾」という人間観である。ホメオスタシス原理に基づく動機理論は人間をあたかも一つの閉じられた体系であるかのようにみなし、「内的平衡の維持または回復」・「緊張の解除」・「衝動の充足と欲求の満足」を究極の目的とするかのようにみなす。ここで言う、モナド論< monadology 単子論>とは、G. ライプニッツ (Gottfried Wilhelm Leibniz, 1646 - 1716) の主要著作の一つである。この中でG. ライプニッツは「モナド」を實在の基本的因子として述べ、「単子は外部と交渉するための『窓』をもたない。したがって相互に作用しあうことなく、そのいっさいの変化は全く自発的、独立的に自己のうちから生じる」という考えである。フランクルはこのようなホメオスタシス原理に基づく動機原理を生理学的次元においてだけでなく、心理的次元における自己中心な自己実現欲求にまで拡大して考え、このようなホメオスタシス的人間像をモナド

論的人間像と名づけている。そして彼はこのような人間像を超え、「人間は自己自身を超えて意味や価値を求め、そのような仕方で世界へと方向づけられている²⁸⁾」という「自己超越的」な人間像を提示している。それらは、自己の「快樂」、自己の「力」の追求として、自己のためではあるが、「その自己が何のためか」という問いに対する答えは、そこからは出てこないのである。

フランクルはそのようなとき、「人生の意味についての問いの観点変更」を行うことによって、その無意味と感じる人生を意味あるものへと転換できると述べている。

つまり、「人生から何をわれわれはまだ期待できるか」という観点から「人生が何をわれわれから期待しているか」という観点へ、われわれの人生観が変更されねばならないというのである。「自己から」人生を問うのではなく、「人生〔生命〕から」自己を問う、というように人生観を180度転回するということである。

そして、この観点の変更によってはじめて「意味への意志」が充たされ、またそのことによってはじめて「意味」あるいは「価値」が実現される道が開かれるということである。つまり、「この地位や名誉、そして富までも失うならば生きる意味がない」と、自己を中心にして考えるのではなく、「人生から問われている者」として自己を体験することによって、「意味への意志」の充実が可能になるのである。

このことは強制収容所における生活や、治療困難な病や死を目の前にしたときだけではない。彼はこうも述べている。

私たちが「生きる意味があるか」と問うのは、はじめから誤っているのです。つまり、私たちは、生きる意味を問うてはならないのです。人生こそが問いを出し私たちに問いを提起しているからです。私たちは問われている存在なのです。私たちは、人生がたえずそのときそのときに出す問い、「人生の問い」に答えなければならない、答えを出さなければならない存在なのです。²⁹⁾

つまり、過酷な状況下で「生きる意味があるのか」と問うてもそこからは答えが出ないということフランクルはいうのである。私たちは、常に人生から「問われている存在」であり、「人生」がそのときそのとき、私たちに提起している「人

生の問い」に答えを出す存在であって、答えを出すことによって自分の人生に責任を持つことになるのである。そして、人生が出した問いに答えることによって、その瞬間の意味を実現することができ、しかも、人生が出す問いは、瞬間瞬間、その人その人によって違うものである。「今、ここ」というそのつどの状況が一時的なものであり、また、ほかならぬこの自己に課せられているという唯一性が、そのつど自己の責任とその絶対性を形成するのである。そのため、苦悩の状況の中において、自分の方から「生きる意味があるか」と人生の意味について問うても、その問いの中にある間は答えが出ないということである。

病気で「もう、生きる意味がない」と絶望のただ中にいる人も、自分の方から意味を問うのではなく、病気によってどう生きるべきかを人生から「問われている存在」として、その問いに答えること、すなわち「今、ここ」で自己に課せられた「自分の人生に責任を持って生きよ」ということである。そして、その問いは「瞬間瞬間、その人その人」によってちがうと同時に、答えの出し方も人それぞれちがうということである。

以上、フランクルの理論から言えることは、生きるとは人生から問われていることであり、生きていること自体が自分自身の人生に責任をもつことであるということである。そして、生きることは、困難になればなるほど、意味あるものになる可能性があるということができらるであろう。そして、生命の限界や、苦難のことがらにとらわれるのではなく、そのつどの目の前にある使命に向けて行為を成すことがまさに「意味への意志」を充たすということに他ならないのである。

したがって、「意味への意志」の充足とは、自己中心的な自己実現欲求をいわば忘れることによるのみ可能になるということができる。フランクルの言うように、人間には確かに「自分の人生をできる限り意味で充たしたい」という欲求があり、さらにはこの無意識的な「意味への意志」が人間にとって最も根本的な意志ではあるが、しかし、この意志が充たされるためには、自己の苦しみを忘れて、そのつどの状況（物または者）に専心することが大切なのである。フランクルが用いるところの「意味」とは、自己存在の実存的意味であると同時に世界における意味（客観的意味、あるいは超意味）でもあり、またそれは人間に本来備わっている人間存在の規範を示すものでもあ

るといえる。

注1) ここでいう「生命」は「人生」という意味である。ドイツ語の *Leben* は英語の *life* と同じくきわめて多義的な言葉である。それは通常、人生・生命・生活という意味であるが、W.Dilthey などのいわゆる「生の哲学」では、「世界」という意味を含めて用いられている。フランクルがこの語を用いる場合にも、これらすべての意味を含ませているように思われる。すなわち、*Leben* とは、時間的次元では人生を、空間的次元では世界を意味すると共に、それら両次元を含んだ生（生命）そのものをも意味している。したがってフランクルの言う *Leben* とは、自己を超えたものでありながら、しかも、自己を内から支えている生（生命）であると考ええる。

引用文献

- 1) 草島悦子, 河正子, 森田達也: 緩和ケアとスピリチュアルケア 緩和ケア. 19 (1), 43-48, 2009.
- 2) Chochinov, H.M., Cann, B.J.: Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med*, 8, 103-115, 2005.
- 3) Murray, S.A., Kendall M., Boyd K. et al: Exploring the spiritual need of people dying of lung cancer or heart failure - a prospective qualitative interview study of patients and carers. *Palliat Med*, 18, 39-45, 2004.
- 4) O'Connor, A.P., Wicker, C.A., Germino, B.B.: Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13 (3), 167-175, 1990.
- 5) 水野道代, 佐藤禮子: がん患者の終末期における経験とその意味の研究. *日本がん看護学会誌*, 16 (2), 27-35, 1996.
- 6) 比嘉勇人: Spirituality 評価尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討. *日本看護科学学会誌*, 22 (3), 29-38, 2002.
- 7) 平典子: がん看護における患者・家族が見いだす「意味」概念の検討. *北海道医療大学看護福祉学部紀要*, 4, 67-73, 1997.
- 8) Breitbart, W.: Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*, 10, 272-280, 2002.
- 9) Frankl, V.E.: *The Will to Meaning - Foundations and Applications of Logotherapy*. New American Library, New York, ix, 1969.

- 10) 勝田茅生著： ロゴセラピーの会話法－理想的なロゴセラピスト－. システムパブリカ, 24, 2010.
- 11) J. Travelbee 著／長谷川浩・藤枝知子訳： 人間対人間の看護. 医学書院, 1, 1974.
- 12) 前掲書 11), 13.
- 13) V.E.Frankl 著／宮本忠雄訳： 時代精神の病理学. みすず書房, 15, 1961.
- 14) 前掲書 13), 98.
- 15) V.E.Frankl 著 / 山田邦男監訳： 意味への意志. 春秋社, 17, 2002.
- 16) *ibid.*, 9), 37.
- 17) Frankl,V.E :“Psychotherapy and Existentialism”. Washington Square Press, 40-41, New York, 1967.
- 18) 前掲書 13), 89.
- 19) V.E.Frank 著／山田邦男・松田美佳訳： 宿命を越えて, 自己を越えて. 春秋社, 147 - 148, 1997.
- 20) 安藤忠雄：「朝日新聞」朝刊（2003年2月8日）
- 21) *ibid.*9), 34.
- 22) 前掲書 13), 86.
- 23) 前掲書 13), 71.
- 24) Frankl,V.E: The Unheard Cry for Meaning: Psychotherapy and Humanism. Simon and Schuster., New York, 1978.
- 25) *ibid.* 32.
- 26) 前掲書 13), 72.
- 27) V.E.Frankl 著 / 霜山徳爾訳： 夜と霧. みすず書房, 182-183, 1961.
- 28) 前掲書 15), 221.
- 29) V. E. Frankl 著 / 山田邦男・松田美佳訳： それでも人生にイエスと言う. 春秋社, 27, 1993.

An Investigation into the Meaning of Suffering during Illness in the Theories of V.E. Frankl – The Will to Meaning –

Tomoe MAKINO

Abstract

V.E. Frankl believes that even tragic aspects of life, such as unavoidable suffering, can be turned into a human achievement by the attitude a man adopts towards his predicament. He established Logotherapy based on this theory, which shows how a patient can transform despair into triumph. His therapy is effective in finding 'Meaning', even with patients who have incurable or terminal-stage disease. However, there has been no report that has analysed what 'Will to Meaning' is. This study aims to investigate what it means to have attitude in 'Will to Meaning'. This paper argued the differences among 'Will to Meaning', 'Will to Pleasure', 'Will to Power' and relationships between health/long life orientation and 'Will to Meaning'. We also discussed that 'Will to Meaning' cannot be obtained by simply searching for the meaning. In other words, instead of making the end-stage patients to find 'Meaning', patients needs to associate with significant things other than themselves 'here and now'. As a result, this is considered to be nursing care towards 'Meaning'.

Key words V.E. Frankl, incurable illnesses, suffering ,Will to Meaning.

資料

タジキスタン共和国国別研修の 「母と子のすこやか支援プロジェクト」(第1フェーズ)の成果とその評価 —2005～2007年度における研修員のアンケート調査より—

鈴木祐恵¹, 彦聖美¹, 浅見洋¹, 金川克子², 伴真由美³

西村真実子¹, 大木秀一¹, 木水蔦代⁴

概要

本研究の目的は、石川県立看護大学が中心となって実施したタジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」のアクションプランの実施状況を調べ、研修の効果を明らかにし、今後の研修や活動に役立てることである。対象は、2005～2007年度の研修員18名中、協力が得られた16名である。方法は、研修2年後のアクションプランの実施状況と成果・困ったことに関し質問紙を送付し回答を得た。H州内における母子健康状態の改善のための対策は、母子健康手帳の作成・導入、新パイロット地区における妊婦と乳幼児集団健診、視聴覚教材の作成と発行支援を除き、ほぼ実施されていた。さらに実施に必要な条件を設定し、新生児と妊産婦死亡リスクの削減・改善に向けて、よい変化が生じていた。各地区ではH州全体の導入計画と同様に母子手帳の導入は出来なかったが、協同計画の作成、PHC (Primary Health Care) の業務改善セミナー、妊婦集団健診と健康教育、乳幼児集団健診と健康教育、地域住民の健康教育が実施され、医療スタッフ、地域住民、妊婦、親たちの知識や意識変化が出始め、母子の健康状態の改善に変化が見られた。研修内容の評価については、ほぼ適切であった。今後、地域住民をエンパワーメントしていくためには、「組織論」「運動論」「政策論」等の講義内容を導入し、タジキスタンの他分野の支援チームとの共同参加による活動が必要と考えられた。

キーワード タジキスタン, 母子保健支援プロジェクト, 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(以下「タジキスタン」とする)は、中央アジアに位置しており、乳幼児や妊産婦死亡率が高く、インフラ整備の遅れとともに母子保健や公衆衛生上の問題が多く指摘されている。

石川県立看護大学で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、2005年度より、タジキスタンの母子保健の向上に資する目的で、JICAが策定したタジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」を支援し、その企画・運営に加わってきた。2005～2007年度の3

年間で本邦研修の第1フェーズが完了し、さらに2008～2010年度の子で第2フェーズが継続されている。

第1フェーズの目的は、タジキスタンのミレニアム開発計画^{1), 2)}の実現を目標に、保健分野では2015年までに乳幼児死亡率の削減(90年時の2/3)、妊産婦の健康の改善(妊産婦死亡率は90年時の3/4)、HIV/エイズ・マラリア・結核などの減少・蔓延の阻止を実現することである。これらの目標を達成するためにこのプロジェクトは、タジキスタンの省庁の政策担当者や母子保健分野の責任者レベルを日本に招聘し、本学での約2ヶ月間の研修後にアクションプランを作成し、その成果を本国に帰り母子保健の改善や新しいアクションプランを具体化し、実践するものである。第2フェーズは、コミュニティのワーキンググループの草の根レベルでの人材育成・活動を支援する

¹ 石川県立看護大学

² 神戸市看護大学

³ 元石川県立看護大学

⁴ JICA 北陸支部

ことを目的に、第一線で働く助産師・看護師を研修対象としている。

このミレニアム開発計画の実現に向けて地域が形成されることを研修の到達目標に掲げている。その具体的内容は³⁾、(1) 研修員が母子保健における健康教育の必要性とその内容を理解し、知識・技術が向上する、(2) 研修員が母子保健に必要な実践的技術を習得する、(3) 研修員が母子保健の展開方法を学び、該当地域における計画実践が出来る、(4) 研修員がメディカルハウス、ヘルスセンターのスタッフに母子保健に関する指導が出来る、であった。

毎年、研修員が策定したアクションプランについては、研修1,2年後にアンケート調査を実施し、アクションプランの実行を支援するとともに、その進捗状況の把握や研修の評価を行ってきた。

最近のタジキスタンの概況は、人口約700万人、面積14万3000km²、国土の93%が山岳地帯である。主な産業は農業（綿花、牧畜）とアルミの生産である。1991年ソビエト連邦の崩壊により独立したが、その後内戦で1997年によりやく停戦協定が成立し、平和が訪れた。

研修員が所属するH州は4市、20地区からなり、人口約252万人、内戦の影響を最も強く受けた地域である。経済は疲弊し、社会・経済インフラは大きな被害を受けた。その後もインフラ整備が遅れ、経済の低迷から失業率も高い。保健分野においては、医療設備の破壊、老朽化が激しく、子どもや女性の栄養不良、感染の蔓延、衛生状態や給水システムの不備、医薬品や人材不足など問題が山積している^{2), 4), 5)}。

金川ら⁴⁾によると「同国に対する開発援助に関し、日本政府は1991年より研修員の受け入れ及び専門家を派遣している。2003年には、プロジェクト形成調査団を派遣し、PRSP (Poverty Reduction Strategy Paper の略。貧困削減戦略ペーパー) に基づき、開発援助を実施する上で(1) 水の供給、(2) 保健医療、(3) 初等教育、(4) 職能教育の4つの分野を重点分野としている」。

保健医療分野では、本邦研修、第三国研修、医療特別機材供与（感染症対策、母と子どものための健康対策）、無償資金協力を実施してきたが、今後もタジキスタン政府の方針に基づき、タジキスタンの医療保健分野の改善に向けた自助努力を継続して支援していく方向性にある。

このような経緯を背景に、タジキスタン政府から日本政府に本邦研修の実施が要請され、2005

年3月に現地調査を行ない、母子保健や公衆衛生の現状を把握した上で研修を受け入れている。

これまで金川ら⁶⁾が「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」について報告し、2005年度研修員6名を受け入れて研修事業の意義、企画・運営・評価を行い、そのあり方について報告している。さらに伴ら⁷⁾は2005～2006年度の第1フェーズ受講者12名中協力を得た11名から、アクションプランの実施状況と成果、課題を明らかにしている。そこでこの研修プログラムはほぼ適切であったこと、母子健康手帳の導入など実施困難なアクションプランもあったが、自国の母子保健・公衆衛生活動は、地区住民のニーズや現状をしっかりとらえ、その国の様々な資源を使って、その国の人々が解決の方策を探り、問題解決を図っていくことが可能になるように支援をすることが必要であると指摘している。

そこで本研究は、第1フェーズ完了にあたり、先の2年間の報告に加え、タジキスタン国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」において2005から2007年度に本邦研修を完了した研修員に帰国後のアクションプランの実施状況について調査し、自国での母子保健・公衆衛生の改善や開発の方策への効果（研修事後評価）を明らかにし、今後の研修や活動に役立てることを目的とした。

2. 方法

2.1 対象

タジキスタン国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」において、第1フェーズ（2005～2007年度）研修完了者18名中回答のあった16名を対象とした。

2.2 調査方法

研修員が研修中に策定したアクションプランの具体的内容は、目標、アウトプット/活動、期待される成果、スケジュール、責任者、活動実施者、資機材、経費、リスク・前提条件等である。このアクションプランのアウトプット/活動と期待される成果に基づき、帰国後の研修2年後における(1) アクションプランの進捗状況をそれぞれが策定した項目ごとに質問形式で〔①実施した、②今後実施する予定である、③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（課題）、を選択肢及び自由記載方式で回答を得た。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、州および地区別、年度別に策定したアクションプランごとに実施できた項目 (2/3 以上)、実施できない項目 (理由)、実施予定である項目、無回答に分類・整理した。アクションプランの実施結果については、州および地区別、年度別に母子保健状況や関係者の変化に基づき成果と困ったこと (課題) に分類・整理した。

2.4 調査期間

調査期間は、研修該当年度終了後 2 年とし、2005 年度研修員は 2008 年 1～2 月、2006 年度研修員は 2009 年 4～5 月、2007 年度研修員は 2010 年 4～5 月に調査した。

2.5 倫理的配慮

研修員に対する研究目的・意義・調査方法に関する説明は、書面および JICA 職員を通じて行なった。参加は自由であるが書面の回答をもって承諾を得た。個人が特定できないようにし、個人の不利益を被らないように配慮した。

3. 結果

3.1 対象の概要

対象は、表 1 に示すように研修者 18 名中、回答のあった 16 名を対象とした。

その内訳は、2005 年度 5 名、2006 年度 6 名、2007 年度 5 名、計 16 名であった。研修員は、主に母子保健分野の責任者で H 州の政策担当管理者ならびに A～E 地区管内の病院管理者であった。第 1 フェーズは、日本での研修希望者が多い

中、タジキスタン政府の意向を尊重し、研修後自国で研修成果を効果的に活用・応用できるような立場や能力を具備した人材が選ばれた。

また目的意識を持って研修に参加するために、来日前に自国の母子保健の現状や問題点をまとめたカントリーレポートが課せられた。

3.2 研修内容

先の報告^{3), 8)}にあるように、2005 年度は、来日前に自国の母子保健の現状や問題点をまとめたカントリーレポートの発表・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及び対策の現状、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、カンガールケア、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・ライツの概要、家族計画)、子育て支援 (日本における子育て支援、教育プラザ、育児サークル、保育園)、アクションプランの作成・検討であり、講義・討議・演習・見学・意見交換により実施した。

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、子供の身体発達、日本の地域・家庭・生活文化の内容を追加した⁸⁾。2007 年度は、PHC の分野において子供の健康管理と養護教諭の役割、小児保健医療における開業医の役割を前年度プログラムに追加した。

表 1 対象の概要

研修年度	H州	A地区	B地区	C地区	D地区	E地区
2005年 5名	H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), (医長・産婦人科医師), (看護師長・小児科)	地区中央病院1名 (産婦人科医師)			
2006年 6名		地区中央病院1名 (副院長・小児科医師, 母子保健/産科担当)		地区中央病院2名 (院長・内科医師) (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)
2007年 5名	H州保健局1名 (次長・小児科医師)			地区中央病院1名 (医長・小児科医師)	地区中央病院1名 (副院長・婦人科 医師, 母子保健 担当)	地区中央病院1名 (院長・心臓病理学 医師), ヘルスセンター1名 (所長・婦人科医師)

3.3 アクションプランの実施状況

研修員が日本で研修時に策定した「アクションプラン」は、経費以外の項目について確かな行動計画が立てられていた。このアクションプランの実施状況について、帰国後の研修1と2年後の調査結果を比較するとほぼ類似していた。1年後に実施を予定していたものは2年後にはほぼ実施されていた。

研修2年後のアクションプランの実施状況は、表2に示した。

(1) H州におけるアクションプランの実施状況

H州のアクションプランの実施状況は表2に示す通りである。2005年度研修員1名が策定したアクションプランはほぼ実施したが、実施できないものは「州内の地域における母子健康手帳の導入」「パンフレットや視聴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集団健診の導入」であった。実施できない理由は、資金提供がないためと研修員の移動により継承者がいなかったためであった。2007年度研修員1名が策定したアクションプランの実施状況は、モニタリングが今後実施予定となっていた。アクションプランの承認や実施にあたって、障害を除く取り組みが実施された。

(2) A～E地区におけるアクションプランの実施状況について

AからE地区のアクションプランの実施状況は、表2に示す通りである。

A地区の2005年度3名および2006年度の研修員1名が策定したアクションプランの目標に対し、「母子健康手帳の導入」以外は、すべて計画通り実施した。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の実施率は、2007年度96%（2名）、乳幼児集団健診の実施率は、2007年度100%であった（3名）。

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に対し、行動計画の「乳幼児集団健診」における「検査」以外の項目は、すべて計画通りの頻度で実施した。妊婦集団健診を実施したパイロットメディカルハウスの実施率は94%（2007年度）、乳幼児集団健診の実施率は95%（2007年度）であった。

C地区の2006年度研修員2名が策定したアクションプランは、ほぼ計画通りに実施したが、「0-5歳児集団健診」における「ラボ検査」と「母親教室」の項目については、今後実施を予定していた。

また、2007年度の研修員1名が策定したアクションプランは計画通り実施したが、「中央病院からの人材の投入」については、2008年度は、病気の突発的発生がなかったために「病気の流行が突発した際など必要時」は該当しなかった。「マスコミの活用」について「地域の新聞に記事を書く」ことを今後実施する予定をしていた。「母子健康手帳の準備」について、「許可を得る」「作成」等が行なわれたが、「母子健康手帳の増刷」は資金不足・財政困難の理由で実施できなかった。

D地区の2006年度研修員2名、および2007年度研修員1名が策定したアクションプランの具体的な行動計画は、「0-5歳児集団健診」における「ラボ検査」以外は、実施した。また「PHCの業務研修セミナー」も実施したが、「妊娠と出産」（2名）の項目のみ実施されなかった。「母子健康手帳」については、「検討」「説明」「タジク語による母子健康手帳の作成」は実施されたが、導入には至らなかった。

E地区の2006年度研修員1名と2007年度研修員2名が策定したアクションプランの実施状況は、計画されたアクションプランはほぼ実施した。「乳幼児集団健診」に関して2名が実施したが、他の1名は、2007年度の「医療スタッフの研修プログラム作成」において「質の高い0-5歳児集団健診については、実施できない」と回答した。その理由は不明であった。また乳幼児集団健診時の健康教育は、実施予定1名と無回答2名であった。妊婦集団健診時の健康教育については1名が実施し、他の2名は無回答であった。

3.4 アクションプランの実施に基づく成果と困ったこと

表3に示すようにアクションプランの実施に基づく成果と困ったことに関して述べる。

(1) 成果

H州では、専門家・非専門家の妊婦や乳幼児に対する支援方法の改善（H州2005年度研修員、以下H2005とする、成果1～3）や地域住民、妊婦、女性の知識の向上や意識の変化、妊婦乳幼児集団健診の受診率の向上（H2005成果4～6、H2007成果1～3）が見られた。

A～E地区では、専門職・非専門職の支援者の妊産婦・乳幼児の支援方法の向上が見られ（A2005成果1～2）（C2006成果1～2）（E2006成果1）、その結果、妊婦、乳幼児の健康状態に改善が見られはじめた（B2005成果1、E2007成果

表2 アクションプランの実施状況（帰国後の2年後調査）

地区	H州		A地区		B地区	C地区		D地区		E地区		
研修参加年度	2005年度	2007年度	2005年度	2006年度	2005年度	2006年度	2007年度	2006年度	2007年度	2006年度	2007年度	
対象数	1名	1名	3名	1名	1名	2名	1名	2名	1名	1名	2名	
職種	医師	医師	医師 看護師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	医師	
アクションプランの 目標	新生児と 妊産婦の 死亡リス ク削減	母子死亡 率の低減	妊婦と 乳幼児の 100%健診 の実施	妊産婦・ 乳幼児 死亡率 の低減	妊婦と 乳幼児の 100%健診 の実施	妊産婦・ 乳幼児 死亡率の 低減	小児 有病率の 低減	妊産婦・ 乳幼児 死亡率の 低減	妊婦の 健康 改善	妊産婦・ 乳幼児 死亡率の 低減	母子の 有病率 死亡率の 低減	
行動計画内容/調査年	2008年 1・2月	2010年 4・5月	2008年 1・2月	2009年 4・5月	2008年 1・2月	2009年 4・5月	2010年 4・5月	2009年 4・5月	2010年 4・5月	2009年 4・5月	2010年 4・5月	
1. 共同計画の作成	無		無	○	無	○		○		○		
2. 1) 乳幼児集団検診 (0-5歳児健診) 2) 集団健診の実施率 3) 集団健診時健康 教育(母親教室)	○		○	○	○	○		○		○, ○, ×		
			100%	▲	95%	▲		▲		▲		
			○	○	○	△, ○, ○		○		△, ▲, ▲		
3. 1) 妊婦集団健診 2) 集団健診の実施率 3) 集団健診時健康 教育(妊婦教室)	○		○	○	○	○		○		○		
			96%	▲	94%	94.60%		▲		▲		
			○	○	○	○		○		○, ▲, ▲		
4. 教育 1) 医療スタッフ 2) PHC業務セミナー 3) 地域住民の 健康教育	○		無	○	無	○		○		○		
5. 情報収集・分析・ モニタリング	○	△	無		無		無		無		○	
6. 母子健康手帳の導入	×資金不足 ○説明 △検討		×	無	無	×		×		×		
						○許可 を得る ○作成		○検討 ・説明 ・作成		△作成の 検討 ○メリット の検討		
7. その他	<2005年度> ○政治的・技術 的支援を国際 機関へ提案 ×パンフレット・ 視聴覚教材作 成と発行支援 ×新パイロット 地区の集団健診 <2007年度> ○アクション プランの承認 ○アクション プランの実施 の障害を除く 支援		無		無		<2007年度> ○教材の作成 ○チーム作り ●中央病院か ら人材投入 △マスコミの 活用		<2007年度> ○タジク語で母子 健康手帳の作成 ○パンフレット・ チラシの配布 △栄養・健康教育 スタッフの育成		<2007年度> ○教育指導員 の養成 ○日本の健康 資料説明 ○センターの 業務改善 ○衛生分野での 行政との協力	

○：実施した(2/3以上) ▲：無回答 ●：該当しない
△：実施予定 ×：実施できない 無：行動計画にないもの

2) (B2005 成果 2～3) (C2006 成果 3) (C2007 成果 2) (D2007 成果 1) (C2007 成果 1, E2006 成果 2) (C2007 成果 3～4).

妊婦同士の交流・情報交換 (A2005 成果 3), 幼児の発病率に関連して, 親から医療機関へのアピール (症状の訴えや相談など) が増加した (C2007 成果 5). 親族, 妊婦に近い人の積極的参加も得られ (D2007 成果 2), 妊婦や幼児を持つ親, 妊婦の親族に母子保健に関する知識や意識の変化が見られた.

「家族計画」「母乳育児」「カンガールケア」「性感染とエイズの予防」に関するテーマでセミナーが実施され, その結果, 母親や産婦への情報が普及し, 妊娠・出産に対する責任感が増大した (A2006 成果 1). 「避妊具使用率の 50% 上昇」「生殖年齢女性の有病率の低下」「健康教育実施後の自宅分娩率の減少」等により「妊産婦死亡の低下」(D2006 成果 1～3), 「自宅分娩率は 34% から 13% に減少」(E2007 成果 2), 「分娩室及びリプロダクティブセンターの産婦人科医や助産師は, 産婦人科医のいない施設での診察, 出産年齢女性や妊産婦への助言・衛生教育の実施」(E2007 成果 5) などセミナーや健康教育の実施による改善も見られてきた.

(2) 困ったこと

H 州では, 困ったこととして表 3 に示すように母子保健を推進していく上での資金不足 (H2005 困ったこと 1) (H2007 困ったこと 2), 関係者の理解やシステム作りに関するもの (H2005 困ったこと 2～3), スタッフ不足 (H2007 困ったこと 1) など人材の養成やマンパワーに関するもの, 住民のメンタリティと改革の諸問題の認識度 (H2005 困ったこと 4) という住民側の理解や知識不足による「当州の社会経済事情」に代表される社会経済基盤とシステム, 住民の意識形成の不足によるものであった.

A～E 地区の困ったこととして, H 州と同様にまず母子保健を推進するための資金不足が挙げられた. 資金不足 (A2005 困ったこと 1), 地区中央病院の資機材基盤のもろさ (A2006 困ったこと 1), 農村外来診療所の資機材基盤の弱さ (C2006 困ったこと 1), プランに必要な用具のなさ (D2006 困ったこと 1), 母子手帳を増刷するための資金 (C2007 困ったこと 2), 特に多くの時間と労力を費やしてタジク語の母子健康手帳を作成したが, 必要な予算がないとの理由から保健

省から拒否された (D2007 困ったこと 1), 試験, モニタリング資料の印刷, プリンター, コンピューター取得のための資金不足 (D2007 困ったこと 2, E2007 困ったこと 3) などであった.

システム作りに関するものとしては, 人々の転入・転出による把握率の低下 (A2006 困ったこと 2), 妊婦と子供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 困ったこと 2) であった.

また人材養成の必要性に関するものとしては, 専門家のための研修を実施すること (C2006 困ったこと 2), スタッフ不足 (C2006・D2006 困ったこと 3) であった. 専門職・非専門職の支援者の妊婦・乳幼児に対する支援方法に関するものとしては, 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 (B2005 困ったこと 1), 各地で衛生教育を実施するための母親の招集 (活動初期) や幼児疾病予防に関する母親の貧弱な知識 (C2007 困ったこと 3～4) などであった. 国民のメンタリティ (A2006 困ったこと 3), 住民の健康関連知識レベルの低さ (E2006 困ったこと 1) という住民の健康に関する知識不足や意識の低さ, また, 交通手段がない・不足 (A2005 困ったこと 2, E2007 困ったこと 1), 通信手段がない (A2005 困ったこと 3, D2007 困ったこと 2), 季節的な停電 (E2007 困ったこと 2) という社会資本の不足に関するものなどであった.

4. 考察

4.1 H 州及び A～E 地区におけるアクションプランの実施状況と結果

2006 年の金川らの派遣研究員による現地情報収集によるとアクションプランが実行され始めていた^{6), 9)}. 本アンケート調査においても, アクションプランで策定された項目は, 母子健康手帳の発行を除きほぼ実施され, 良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集団健診」「州内の母子保健改善のための対策」について実施されたが, 「州内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」は州内の国家機関や国際的非政府組織から資金提供が受けられないために実施できない状況であった. 成果として TBA や助産師が, 自宅分娩や自宅治療を試みたのちに, 重篤な状態で運び込まれる妊婦や患者が大幅に減少し,

表3 アクションプランの実施結果に基づく成果と困ったこと

州・地区	日州	A地区	B地区
研修員数	<2005年度研修員1名>	<2005年度研修員3名>	<2005年度研修員1名>
成果	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自宅分娩を介助するTBAの身体の衛生・消毒など規則の遵守 2. 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運び込まれる患者や産婦の大幅な減少 3. 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 4. 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 5. 妊婦・乳幼児集団健診受診率の向上 6. 乳幼児のケア、哺・食育、鍛錬、母子衛生の諸問題に関する女性の知識の向上 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 妊婦集団健診での水準の高い医学的診察の実施(2名) 2. 妊婦子どもの観察状況(把握率)の改善(3名) 3. 妊婦同士の交流・情報交換(2名) 4. 子どもの健康状態の改善、外因性疾患件数の減少(3名) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自宅分娩の減少 2. 妊婦にまつわる合併症の減少 3. 周産期死亡率・乳児死亡率の低下
困ったこと	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健部門の財政的困難 2. 地方行政側の無理解 3. 新しい手法を理解していない医療従事者がアクションプラン実施者とみなされる 4. 住民のメンタリティ、改革の諸問題の認識度 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 資金不足(3名) 2. 交通手段がない(3名) 3. 通信手段がない(2名) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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伝えること 2. 妊婦や子どもに新しい通院日程やケア方法を慣れさせ、周知させる
研修員数	<2007年度研修員1名>	<2006年度研修員1名>	
成果	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健診の質の向上 2. 妊婦健診の受診率の上昇 3. 子どもの予防接種受診率の上昇 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家族計画、母乳育児カンガールケア、性感染とエイズの予防のセミナーの実施により母親や妊婦への情報の普及、妊娠・出産に対する責任感の増大 	
困ったこと	<ol style="list-style-type: none"> 1. スタッフ不足 2. 財政的・技術的基盤の弱さ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地区中央病院の資機材のよろさ 2. 人々の転入・転出が多いため把握率の低下 3. 国民のメンタリティ 	
州・地区	C地区	D地区	E地区
研修員数	<2006年度研修員2名>	<2006年度研修員2名>	<2006年度研修員1名>
成果	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健診の質の向上(1名) 2. 妊婦の健康管理、および人数の把握の向上(1名) 3. 健診受診率の向上(1名) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 避妊器具使用率の50%上昇(1名) 2. 生殖年齢女性の有病率の低下(1名) 3. 健康教育実施後の自宅分娩率の減少による妊産婦死亡率の低下(2名) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ハイ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 2. 妊産婦死亡例なし
困ったこと	<ol style="list-style-type: none"> 1. 農村外来診療所の資機材基盤のよろさ(1名) 2. 専門家のために研修を実施すること(1名) 3. スタッフ不足(1名) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. プランに必要な用具不足 2. 当地区む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 3. スタッフ不足 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住民の健康関連知識のレベルの低さ
研修員数	<2007年度研修員1名>	<2007年度研修員1名>	<2007年度研修員2名>
成果	<ol style="list-style-type: none"> 1. ここ3年間に妊産婦死亡がなかった 2. 乳幼児死亡がなかった 3. 5歳未満児の発病率が低下した 4. 幼児の病気の発見率が向上した 5. 幼児の発病率に関し、親から医療機関へのアピール(症状の訴えや相談等)が増加した 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 妊婦が定期的を受診 2. 親族および妊婦に近い人の積極的参加 3. 専門家による短期間の情報収集・分析や調査の実施 4. リプロダクティブ・ヘルスセンターに診察室が設けられ、母親教育とグループ別の出産準備の設備が一部整えられた 5. 診察室には足りないものが多いが、一層興味のある医療診断が行なえるようになった 6. 妊婦・女性層の発病の減少 7. 家庭内分娩の減少 8. 避妊薬を使用する女性層の増加 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 妊婦の登録率は93%(1名) 2. 自宅分娩率が34%~13%に減少(1名) 3. 0~5歳児の発病率の減少(1名) 4. 妊娠12週以内の定期的、適宜アンケートの実施(1名) 5. 分娩室、リプロダクティブセンターの婦人科医、助産師が婦人科医のいない施設での診察、出産年齢女性や妊婦への助言・衛生教育の実施(1名)
困ったこと	<ol style="list-style-type: none"> 1. 診療所へ行くための交通手段がない(12~15キロ離れている) 2. 母子健康手帳を増刷するための資金 3. 各地で衛生教育をするための母親の招集(活動初期) 4. 幼児疾病予防に関する母親の貧弱な知識(活動初期) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 多くの労力を費やしてタジク語の母子健康手帳を作成したが、予算がない理由から保健省から拒否された 2. コンピューターがない、交通手段もない 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 交通手段の不足(2名) 2. 季節的な停電(2名) 3. 試験・モニタリング資料の印刷、プリンター・コンピューター取得のための資金不足(1名) 4. 衛生教育のために住民を招集することは困難(1名) 5. 労働時間制限(1名)

妊婦や乳幼児に対する支援方法が改善したことや妊婦・乳幼児集団健診の受診率の向上、母子保健・衛生上の諸問題に対する女性の知識の向上が見られ始めており、目標の【新生児と妊産婦の死亡リスクの削減】につながるアクションプランの成果と考えられる。

また、2005年度の研修員の移動により「新しいパイロット地区における妊婦と乳幼児集団健診」は実施できなかったが、2007年度には新たに研修員も加わり、【母子死亡率の低減】につながる「アクションプランの承認」「アクションプランの実施の障害を除く支援」についても実施され、表3に示すように健診の質の向上、妊婦集団健診の受診率の上昇、子供の予防接種率の上昇などの成果につながったものと考えられる。

一方で母子保健に関する財源の不足や地方行政の理解、システム、マンパワー不足、住民の知識や意識の低さ、社会資本の不足に関する困った問題も生じていた。

A～E地区では「共同計画の作成」「PHC業務研修セミナー」「妊婦集団健診と健康教育」「乳幼児集団健診と健康教育」「住民の健康教育」において、策定どおりほぼ実施されていた。

2005年に策定した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」を目標とした妊婦集団健診の実施率は、A地区96%、B地区は94.6%、乳幼児集団健診の実施率はA地区100%、B地区95%であり、大きな成果をあげた。

またA、C、D、E地区の2006年度に策定した目標は【妊産婦、乳幼児死亡率の低減】であり、2007年度のC・D・E地区の目標は、それぞれ【小児有病率の低減】【妊婦の健康改善】【母子の有病率と死亡率の低減】であった。これらのアクションプランの目標に対する行動計画はほぼ実施された。妊産婦死亡、乳幼児死亡については（数値で回答してもらったが）、対象の把握方法や算出方法が日本と異なるために正確な数値は把握できなかった。しかし自由記載の欄で目標につながる記載が認められた。

成果として集団健診における医学水準の高い診察、妊婦と子どもの観察状況（把握率）、ハイリスクグループの妊婦への対応等の専門職・非専門職の支援者への支援方法の向上（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

診受診率の向上など、妊産婦、地域住民の母子保健に関する知識の向上（A2005・2006、B2005、C・D2006、C・D・E2007）、さらに乳幼児の健康状態の改善、妊娠に関連する重篤な身体症状・合併症の減少、周産期死亡率・乳幼児死亡率の低下など妊産婦・乳幼児の健康状態の改善（A・B2005、D・E2006、C・E2007）などの成果がみられ、アクションプランの目標をほぼ達成した。

「母子健康手帳の導入」については、B地区以外は策定されたが、A地区・C地区では、資金不足・財政的困難等で実施できない状況であった、D地区では多くの労力を費やしてタジク語で作成したが、必要な予算がない理由で保健省より拒否された、E地区は今後作成を検討する予定になっていた。いずれの地区においても、実施が困難な状況にあった。母子健康手帳の発行は、妊娠、出産、育児状況や予防接種の記録など一貫した母と子の健康記録であり、母子の健康管理に活用していく重要な目的がある¹⁰⁾。日本をはじめ各国の母子健康手帳の普及への取り組みの成果も報告されており^{11)、12)、13)}、母子健康手帳は母子保健の推進に寄与するものと考えられる。

4.2 研修教育のあり方について

研修内容とアクションプランの実施状況および実施結果を比較すると研修内容はほぼ適切であったと考えられた。研修の到達目標については、アクションプランの実践を通じ初期の目標を達成できたものといえよう。

しかしながら、アクションプランが立てられた段階で経費の欄が空白になっているものが半数みられた。中には資料代、印刷費、車代、ラボ検査用具、文房具代と書かれていたものがあつたが、数量的な把握・記載は、殆んどみられなかった。具体的な資金計画を伴わないアクションプランの策定は、「母子健康手帳の発行」等に見られるように実施しにくい現状を示している。母子健康手帳の発行については、行政の理解や地域住民からの支持が十分に得られていない状況をどのようにアセスメントし、目的達成のプロセスを明らかにして実践するのか、その一策として「組織論」や「運動論」、「政策論」の講義・演習・討論などを研修カリキュラムに導入することが必要であると考えられる。

また、研修2年後の活動の成果に見られるように、PHCの業務研修セミナーを受けた医療スタッフや妊婦、母親、地域住民の健康教育を通じ知

識や意識の変化、および母子の健康状態の改善も出始めている状況から、「交通手段がない」「通信手段がない」(A2006)、「季節的停電」(E2007)など社会資本や資金不足など困った状況下であっても、地域住民のニーズに基づき、今ある資源を最大限に活用し、自分達の手で方策を探り、問題解決を図れるように自助努力の支援をすることが、最も重要である。

このように研修員が策定したアクションプランを実践し、母子保健活動を推進していくためには、研修員がモデルとなり、仲間を増やし、日常診療や集団健診の継続的な実践活動や健康教育などの小集団活動の積み重ねが、成果に繋がるものと考えられる。

さらに行政とパートナーシップを組み、地域住民のニーズに基づき医療スタッフ仲間を巻き込み、地域住民をエンパワーメントしていくことが当面の求められている課題である。

アクションプランは、当面の目標と短期、中期目標、長期目標を掲げて、優先順位、達成時期を明らかにし、実現可能な行動計画を展開していく必要があると考える。そのためには、本邦研修を受けた研修員同士の交流の場を保障していくことも必要である。

資金不足については、自助努力は勿論のこと行政へ粘り強く働きかける活動や国際的な協力、資金援助を訴える活動も求められている。日本大使館の「草の根運動」の1,000万円資金協力事業や特定非営利組織 HANDAS¹⁴⁾の活動組織にアクセスし相談するのもその一策である。

これからも「保健・医療」分野における母子保健や公衆衛生上の多くの問題を解決していくためには、さらに他分野の開発支援チームとの連携・協働が求められる。具体的には「水の供給」分野では、感染や病気の発生予防と関連してH州の南部地域での持続的飲料水供給計画⁵⁾のモデル構築を目的とした活動、「初等教育」「職能教育」の分野では、マンパワーの養成との密接な関わりが求められる。これらの開発支援チームが取り組みの成果を共有し、共同参画によりさらに強化・発展させていく必要性があると示唆された。

4.3 本研究の限界

本研究は、今後の研修と活動のあり方に活かす目的で、初期の3年間の第1フェーズの研修成果について、郵送によるアンケート調査により評価を試みたものである。今後、評価を継続しながら、

今後の研修や活動につなげ、さらによりよいものにしていく必要がある。

前回の調査¹⁵⁾でも指摘されているように、今回もパイロットメディカルハウスの妊婦と乳幼児集団健診の受診率や妊産婦死亡率、乳児死亡率など統計の取り方が日本と異なる可能性がある。そのために本研究では、比較検討が充分できなかった。今後は、対象の把握方法や統計量の算出方法の共有が必要である。

また質問紙や回答の翻訳がJICAによって実施されており、相互において本来の意図や意味が正確かつ十分に伝わっているかという点に本研究の限界がある。今後は、既に実施されている現地調査とあわせて評価していく必要がある。

5. まとめ

本研究は、タジキスタン研修員が「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現地での実施状況をまとめたものである。

1. H州では「パイロット(A・B)地区における妊婦と乳幼児集団健診」「アクションプランの承認」「アクションプランの実施の障害を除く支援」も実施され、「州内の母子健康状態の改善のための対策」は、「母子健康手帳の作成と導入」「パンフレット・視聴覚教材作成と発行支援」「新パイロット地区における妊婦・乳幼児集団健診」を除き、ほぼ実施した。

2. 各地区では、「共同計画の作成」「PHC業務研修セミナー」「妊婦の集団健診と健康教育」「乳幼児の集団健診と健康教育」「地域住民の健康教育」についてはほぼ実施できたが、「母子健康手帳の導入」はH州全体の導入計画と同様に実施できなかった。

3. 【新生児と妊産婦死亡リスクの削減】に繋がる成果は、助産師やTBAの専門職・非専門職による支援方法の改善や自宅分娩の減少によりハイリスク妊婦の減少、妊産婦・母親・地域住民の知識の向上や意識変化が見られ、妊娠・出産に関する責任感が芽生えはじめた。

4. 【パイロットメディカルハウスにおける100%の健診】【母子の健康状態の改善】【小児有病率の低減】につながる取り組みが実施され、妊産婦同士の交流や情報交換、妊婦・乳幼児の健康状態の改善、妊婦・母親・住民の知識や意識変化、専門職・非専門職の支援者の援助方法が改善した。一方で困ったこととして、資本不足、行政側の理解

と支持, 住民の知識不足, マンパワーの養成, システム作り等の課題であった。

5. 研修内容はアクションプランの実施やその成果から研修の到達目標を達成し, ほぼ適切であった。医療スタッフを巻き込み, 地域住民のニーズに基づき地域住民をエンパワーメントしていくためには「組織論」や「運動論」「政策論」の講義・演習・討論が必要であると考えられる。

6. タジキスタンの他分野の支援チーム「水の供給」「初等教育」「職能教育」との交流や成果を共有し, 共同参画により強化・発展させる必要がある。

以上より石川県立看護大学が中心となっていた研修事業は, 課題を持ちながらもタジキスタンの母子保健事業の推進と改善に一定の効果をもたらしたと考える。

謝辞

本研究にご協力いただきました, 研修員の方々や JICA (北陸 JICA, タジキスタン JICA) のの方々, 並びに関連の方々に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) タジキスタン共和国母子保健分野プロジェクト形成調査報告書. 25, 2005.
- 2) 感染対策特別機材供与「タジキスタン」事業 JICA. 2010.
<http://www.jica.go.jp/activities/project/02.html>
- 3) 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 ―わが国への研修受け入れ事業を通じて―. 石川看護雑誌, 4, 2-3, 2007.
- 4) 前掲 3), 1.
- 5) ハトロン州南部地域持続的飲料水供給計画「タジキスタン」事業案内—JICA. 2010.
<http://www.jica.go.jp/activities/project/02.html>
- 6) 前掲 3), 1-9.
- 7) 伴真由美, 浅見洋, 金川克子, 他 3 名: 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見たアクションプランの実施評価―. 石川看護雑誌, 7, 87-96, 2010.
- 8) 前掲 7), 88.
- 9) 前掲 3), 4-5.
- 10) 第 6 回母子健康手帳国際会議レポート—母子健康手帳を通じた国際協力—. <http://www.blog.crn.or.jp/report/02/80.html>

- 11) 母子手帳に関する国際的な取り組み. 2010.

<http://www.hands.or.jp/mch/torikumi01.html>

- 12) Dinh Thi Phuong HOA, 板東あゆみ: 母子手帳—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.

- 13) 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・波及性の観点から見た効果と課題. 国際保健医療, 22 (3), 153-161, 2007.

- 14) 母子手帳でお母さんと赤ちゃんに笑顔を. 特定非営利法人 HANDS (Health and Development Service) ,2010.

<http://www.imagene.jp/npo/hands/mch.html>

- 15) 前掲 7), 95.

Evaluation of the “Maternal and Child Health Support Project” in the Republic of Tajikistan — A Survey of Trainees from 2005 to 2007 —

Sachie SUZUKI, Kiyomi HIKO, Hiroshi ASAMI, Katsuko KANAGAWA,
Mayumi BAN, Mamiko NISHIMURA, Syuichi OOKI, Tsutayo KIMIZU

Abstract

This survey attempts to evaluate the effect of a training course devised to improve the implementation of the action plan during the “Maternal and Child Health Support Project” in the Republic of Tajikistan. Eighteen trainees who finished the course during 2005 to 2007 were surveyed and 16 trainees responded. We sent a questionnaire asking about the outcomes and constraints two years post-training. In H-state, most goals of the training regarding the implementation of the activities of the maternal and child health project, most goals of the training were accomplished except for the distribution of maternity passbook, medical checkups for pregnant women and infants, and the publishing of visual aids. In addition, the good changing's by themselves were agreed to reduce maternal and child mortality rates. In other districts, the following the actions of the cooperative program, PHC (Primary Health Care) seminars for performance improvement, mass medical checkup for pregnant women and health education, mass medical checkup for infants and health education, and health education for local residents were all operational, except for distribution of maternity passbook. The survey participants indicated that these activities increased the knowledge of the medical staff, local residents, pregnant women, and parents, and increased awareness for improving health conditions of mother and child. Trainees suggested to add a course in the future on “organizational theory”, “movement theory”, and “theory of policy”, and to promote exchanges with support teams in different fields to increase collaboration with local residents so as to inspire their own empowerment.

Key words Tajikistan, Maternal and Child Health Support Project, Training Program,
Action Plan, Evaluation

特別報告

Council of Multiple Birth Organizations (COMBO) の総会に出席して

大木秀一¹

1. はじめに

2010年6月にソウルで開催された国際双生児研究会議(International Society for Twin Studies: ISTS)に参加した。この学会には、研究者としては20年以上前から参加しているが、今回の目的は今までとはやや異なっていた。一般演題も発表した。最大の目的はISTSのワーキンググループである多胎支援組織協議会(Council of Multiple Birth Organizations: COMBO)の総会で、日本における多胎育児支援の現状を発表するとともに日本多胎支援協会(Japan Multiple Births Association: JAMBA)が誕生したことを報告し、新たに加盟することであった。

2. COMBOとは¹⁾

2.1 ISTSとCOMBOの関係

ISTSは1974年に設立した国際学会である。多胎児に関連するあらゆる研究とともに、多胎に関する知識を一般社会に普及することを目的としている。ISTSは研究者と研究対象者(多胎育児家庭や多胎本人)が連携関係を保ちながら発展してきた国際学会と言える。設立当初より、多胎育児支援の組織メンバーが学会に招待されている。これは、多胎研究に関心を持つ様々な分野の専門家の研究を支援し、研究資源を共有することで当事者組織の活動自体も円滑に進むという考えによる。

多くの欧米先進国には多胎育児支援の全国組織が存在する。こうした全国組織がISTSに加入すると自動的にCOMBOのメンバーとなる。ここで言う全国組織とは、会員が全国にいる組織と言うよりも、全国網羅的な活動を視野に入れた組織である。英国、米国、オーストラリア、カナダなどの組織がCOMBOの主力メンバーとして活発な活動を展開している。各国の組織の代表者が公式に会する機会が、3年に1度開催されるISTSの総会(学会)である。この場でCOMBOの総会が開催され、当事者組織の研究発表やビジネス

ミーティングが行われ、各国の多胎育児支援組織の活動宣伝・活動報告・情報交換が盛んに行われる。

COMBOは研究者と当事者の仲介となる機能を果たしている。現在でこそ、研究者の中にも当事者参加型、研究協力者の利益と言う考え方が普及しつつあるが、設立当初からこうした理念があったことは先駆的なことであろう。

2.2 COMBOのミッションと成果

COMBOのミッションは、年齢を問わず多胎児とその家族が持つ固有のニーズに対する喚起を促し、健康・教育・福祉を推進することである。

組織メンバーも学会に研究成果を出すことで、多胎児の親や多胎児に貢献する情報、アイデア、研究成果を提供している。1980年から1986年にかけて世界各国のそれぞれの組織の情報交換を通じて組織間の連携が強化した。1992年の東京での第7回総会で多胎の権利憲章を作成することが決定し、世界中の多数の組織からの提案が収集された。それをまとめたものが「ふたご・多胎児の権利の宣言とニーズの声明」として1995年に正式に採択されている。これはCOMBOの代表的な成果であろう。研究、教育、行政、マスコミ、そして世間一般に広く関心を持ってもらうためには、多くの当事者や専門家がこれまでの知識や経験を出し合っこのような声明を公表することは非常に有効である。国を超えて共通する多胎児家庭に特有な根本的な問題が浮かび上がっていると同時に、日本ではほとんど注目されてこなかった問題が海外では標準として理解され、積極的に取り込まれていることが分かる。

それ以外にも、研究者と多胎育児支援の全国組織が共同で、多胎育児のBest Practice Guidelineをいくつもの学術雑誌に掲載している。やはり、研究者と当事者の思いには微妙なずれがあるので、特に実践を踏まえた研究の場合には当事者参加型のプログラムは有効である。

¹ 石川県立看護大学

2.3 COMBOの今後

今回のCOMBO総会是一个の転換期となった。前回(2007年)のゲント(ベルギー)の国際会議よりの懸案事項であったCOMBOの発展的独立とICOMBO(I: international)への移行が正式に決定した。今後はICOMBOが独自の組織として運営され、ISTSと協力関係を深めていく。先に紹介した権利の宣言も今回の国際会議を受けてさらなる修正がほどこされ、先ごろ公表された。

3. 日本からのCOMBOへの新たな加盟まで

日本からは、これまでにツインマザーズクラブが全国的な多胎育児サークルとしてCOMBOに加盟している。共感があれば通じ合えると言ってもやはり日本の場合、言語の壁は大きい。最近では、COMBO総会の出席もなかなか叶わなかった。海外組織にとってアジアの先進国での多胎育児支援は気になるところである。2007年のベルギーの学会での懇親会でCOMBOの代表とそのような話をする機会があったので、今回の学会に向けて日本の現状を報告する準備を進めることにした。

筆者が多胎育児支援に関わり始めたのは、本学に赴任した2003年10月直後に、前学長の金川克子先生から次年度の本学附属地域ケア総合センター調査研究事業の実施を言われ、テーマに選んだことからであった。それまで、研究者として協力者に研究成果の還元は行っていたが、地域貢献を前面に考えて活動したことはなかったので暗中模索であった。いままで、研究者の立場で調査協力者として関わってきた組織やご家庭と、共同して支援を考えるスタンスをとることになった。

石川県内での活動は2004-2009年度にかけての継続的な本学の助成研究が基盤となっている。県立の看護系大学教員と言う立場が比較的自由に活動を広げることに役立った。研究の過程で、2005年7月に、県レベルとしては全国初の「いしかわ多胎ネット」が誕生した。この実践活動と理論化が多胎育児支援を全国展開するうえで大きな契機となった²⁾。当事者とともに考えていく実践活動研究には新たな可能性があるように思われた。その後、調査研究とともに講演会・交流会、情報収集・情報発信、ピアサポート活動を進めてきた。

こうした動きは、すぐに他県にも広がり、2005年12月に兵庫県、2006年11月に岐阜県でネットワークが誕生した。以上の3組織を中心に、2006-2008年度に「多胎育児支援地域ネットワー

ク構築事業」、2009年度に「多胎育児支援全国普及事業」(どちらも研究代表者:多胎育児サポートネットワーク、独立行政法人福祉医療機構「子育て支援基金」)が推進されてきた。その中では、全国の様々な地域の多胎育児サークルと連携して多胎育児支援のフォーラムなどが開催された。

そして、一つの成果として日本多胎支援協会が平成22年2月22日(ふたごの日)に誕生し、今回の総会で新たに日本からCOMBOに加盟した。

4. アジア諸国の動き

学会期間中に、アジア諸国(日本、韓国、中国、マレーシア)の多胎研究者と懇談する機会に恵まれた。どの国でも目下の関心事は、大規模なツインレジストリーの構築のようである。ツインレジストリーとは、研究(主として人類遺伝学の双生児研究)目的での多胎児(双生児)の登録のことである。アジアでは他にもスリランカやシンガポールにおいて双生児研究が熱心に行われている。しかし、育児支援活動については当分先のテーマと言う様子であった。

5. おわりに

国内における多胎育児支援はまだまだ緒に就いたばかりである。内向きには、県レベルの活動の広がりや充実、そして医療機関・行政機関とのより一層の連携ときめ細かな支援が望まれる。外向きには、国内外に向けた情報発信と情報収集が必要であろう。本文執筆中の11月第1週は、毎年「国際多胎啓発週間」である。今回のCOMBOへの加盟が一つの節目になることを期待している。

学会参加は2010年度学内共同研究費(海外出張旅費)による。

文献

- 1) 大木秀一:海外の支援事例と日本における支援の方向性。平成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,139-159,2009.
- 2) 大木秀一:地域多胎ネットはなぜ有効か。平成19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第2年度報告書,7-27,2008.

**Participation in the Council of Multiple Birth
Organizations (COMBO)**

Syuichi OOKI

特別報告

フランス訪問看護事情視察参加報告

林一美¹

2010年9月13日～20日まで日本訪問看護進行財団主催の「フランス訪問看護事情視察」に参加させて頂いた。

参加者は、全国の訪問看護師・看護系大学教員など総勢20名となった。フランスでの訪問都市はマントン・ニース・アビニヨン・パリであった。

マントン市では、SSID（シアッド）を視察した。SSIDとは、行政が運営する訪問看護と訪問介護のサービスで、対象者である60歳以上の慢性疾患を有する高齢者が、在宅生活を継続できるようにサービスが提供されている。SSIDの利用者の平均年齢は82.9歳で、主要疾患は心疾患・パーキンソン病等の神経疾患・認知症等であった。これらのサービスには、APA（個別自立手当）を利用することができる。

私は、幸いにも高齢者にケアを提供する訪問看護師に同行する機会を頂いた。私が訪問した利用者は、女性の片麻痺のある方で、20～30分程の清潔ケアを訪問看護師は手際よく行った。利用者宅には、同時にヘルパーも訪問しており、訪問看護師が清拭・更衣を行い、ヘルパーが更衣の準備やベット周囲の環境整備を行っていた。訪問看護師が、清拭・更衣の後、利用者の要望に応じて「香水」をシュー・シューとかけていたのには、フランス流儀を感じた。



図1 フランス視察団訪問都市

次にニースでは、アルツハイマー協会の家族支援の会を視察した。ここは、主に日中の家族のレスパイトを目的にディサービスを行っていた。また、家族教育や専門家に対しても教育プログラム

¹ 石川県立看護大学



図2 マントン市 SSID（シアッド）外観

を提供している。私たちが訪問した時間は、6～7名の利用者が大きな木の下の木陰に設置された椅子に腰掛て、運動療法士や作業療法士の専門家達と軽運動をしたり、クイズをしたりしていた。視察に対応してくれた施設のリーダーは、老年心理療法士であり、お聞きした話の内容から、仕事に対する自負心を感じた。しかしフランスのアルツハイマーに対する世間の認識はまだ低く、本人も家族も病状を隠したいと思う人が多いと、リーダーは語っていた。



図3 ニースのアルツハイマー協会のディサービス

今回の視察で私が一番知りたかったHAD（在宅入院）について報告する。私たちは、アビニヨン市のHADセンターを視察した。フランスは、日本と同じく在院日数の削減、病床数削減に対す

る政策がとられている。そのため、在宅で病院に入院しているのと同じ治療や看護を、在宅で受けられるようにするというシステムが「在宅入院 (L' HOSPITALISATION À DOMICILE:HAD)」だ。日本の在宅医療との大きな違いは、現在の日本では主に病院外来で行うような医療処置、たとえば化学療法・術後抜糸後ドレッシング交換・点滴等を患者宅で行っていることだ。

病院という箱物はないが、患者宅が医療をおこなう医療機関のベットとして数えられている。小さい規模の40床～大規模の1100床とさまざまであり、都市部で発展しているが田舎では数は少ない。HADは事業所を設置し、そこには、病室や処置室はなく、スタッフルームや会議室、病院と同様の医療処置を在宅で行うため、衛生材料や薬剤調達のための資材シテムも完備されていた。



図4 アビニョン市のHADセンター外観

フランスには220のHADがあり、設置主体はNPO・営利法人・大学病院等となっている。対象者は、ターミナルケア・周産期ケア・神経難病・手術後患者のケア等あらゆるケアを必要とする人たちだ。職員は、ほとんどがコ・メディカルが中心となって働いていた。このようなシステムが起動できるのは、フランス独自の医療制度（かかりつけ医登録義務・コ・メディカルの裁量権・利用者の医療機関への支払い方法など）が関与していた。日本においても、在宅における医療ニーズはますます高まると予測されるが、このようなシステム導入は、住宅環境の問題や医療機器や医療処置を受け入れる家族介護者への支援等多くの課題もおこってくると感じた。



図5 マントン市内海岸

最後に、フランスの看護職の働き方について報告したい。フランスの看護職の半数は、公立医療機関勤務であり、私立医療機関勤務、自由開業、その他の順となっている。パリ市では、「開業看護師」と直接に話し合う機会があった。「開業看護師」は、看護師が個人事務所を開き、医師の指示が書かれた処方箋をもとに患者宅を訪問したり、事務所の外来で処置を行う。私たちが話を伺った開業看護師は、3名の看護師で事務所を開設していた。勤務体制は、1ヶ月に15日間勤務し、残りの時間はフリーであった。そのため、勤務時間は7:00～21:30、訪問件数60件/日の訪問と12:00～13:00・17:00～18:00の外来勤務をしていた。ケアはほとんどが医療処置で、化学療法の点滴・採血・手術後の抜糸・ヘパリン注射や抗生物質の筋肉注射等、様々であった。このようなフランスの開業看護師のケアの仕方や働き方の違いに触れて、日本の看護師のケアについて改めて考えさせられた。



図6 フランス訪問看護事情視察団参加メンバー

Group Participation to inspect Home Care Nursing in France

Kazumi HAYASHI

特別報告

ハワイ大学での1週間

野村 潤¹

1. 滞在期間と目的

2010年9月13日から19日(5泊7日)の日程で、学内共同研究旅費により米国ハワイ大学マノア校(University of Hawaii at Mānoa)に滞在した。ハワイ大学マノア校は、10以上のキャンパスを持つハワイ大学機構のフラッグシップ・キャンパスであり、その地域性を生かし、海洋学・アジア太平洋の地域研究・言語学・第2言語研究などに強みを持つ。筆者はこの言語学研究科に、2002年から2008年まで大学院生として在籍した。今回は、言語学部長代理である Kamil Ud Deen 准教授のもとで、①大学院「発達言語学」における講義および研究発表、②ハワイ大学の研究者との共同研究・共同執筆に関する打ち合わせ、③図書館における文献調査、の3つの目的を持って滞在した。以下で、これら3つの点を中心に、1週間の研究活動を報告する。



図1 ハワイ大学マノア校正門付近

2. 「発達言語学」での講義及び研究発表

「発達言語学」は、Deen 准教授の講義であり、そのゲストスピーカーとして、9月17日(木)の午後に話をさせてもらった。

講義の前日、プロジェクターに関して事務局に尋ねに行くと、「明日、下の実験室から自分で借り出して来て」と、必要書類を渡された。ゲストスピーカーが自分でプロジェクターを借り出して設置するという、日本では通常考えられない状況

である。しかし、本来内部の者にしか貸し出せないものを、外部の者に貸し出せる手続きをしてくれたということであり、2年前までここにいた筆者にとっては、そうしてくれた方が気楽である。

当日の講義は、受講者8名、合計十数名というこぢんまりとしたものであったが、非常に充実した時間を過ごさせてもらった。幼児の言語発達の分野は、従来文法の研究者を中心に研究が進められ、「子どもは生得的な文法能力を持っているため、文法的な誤りを犯すことは少ないが、文脈を読んで文を適切に用いることは苦手である」とする主張が根強くなされてきた。しかし最近では、言語的・非言語的文脈情報に対する幼児の鋭敏さを示す(と解釈できる)研究が現れ、その鋭敏さと文法の発達を関連づける研究も盛んになってきている。筆者は、最初に文脈の捉え方についての理論的枠組みを紹介し、「言語発達における文脈と文法」に関する主な研究を紹介した。その後、幼児の文脈を読む能力は、実験研究においては低く、自然発話研究においては高く評価される傾向があると指摘し、その理由を、自らの研究のデータを示しながら考察した。



図2 講義の様子

学生の国籍は米国・韓国・日本などであり、非常にアグレッシブで、ゲストスピーカーといえども容赦はない。文法に焦点を当てた研究を行っている学生は率直に反対意見を表明し(あるいは「話にならない」という表情を作ってみせ)、やや専

¹ 石川県立看護大学

門外の学生からは非常に基本的な質問が飛んできたが、それらのフィードバックに対応するうちに、徐々に自らの考えが深まってゆくのが感じた。日本の大学でこのような雰囲気を作り出すにはどうしたらよいのだろう、と考えながら教室をあとにした。

3. ハワイ大学の研究者との交流

ハワイ大学における筆者の指導教官(Dissertation Committeeのメンバー)は6名であったが、そのうち、言語発達を専門とする3名の研究者と話をすることができた。

ホノルルに到着した当日は、筆者を招いてくれたDeen准教授・言語学科長代理、および筆者の博士論文の主査の1人(筆者の場合は主査を2人をお願いした)であり、韓国語・日本語・言語発達などの分野で著名な、William O'Grady教授と話をした。Deen准教授とは、上述の講義の内容のほか、タイ料理のレストランで食事をしながら、最近の研究内容について話をした。「食事をしながら研究の話をするのは言語学者の特徴だ」と交談を交えながら、情報交換を行った。

O'Grady教授とはオフィスとカフェテリアで話をした。彼は非常に気さくで人当たりが良いが、ひとたび研究の話になると厳しい。筆者の最近の研究について一通り話をすると、すぐに読むべき論文を何本も紹介してくれ、「金曜にもう一度会おう」と言った。金曜日はホノルルを発つ前日であるので、滞在中の宿題を与えられたことになる。その後は、時間さえあれば図書館で文献を探して読むという作業に没頭することになった。

滞在2日目には、筆者の博士論文のもう1人の主査であったAnn Peters名誉教授と、論文の共同執筆の可能性について話をした。筆者の博士論文の未出版部分を中心に論文をまとめることができるか、検討することとなった。その後も進捗状況を尋ねる連絡を貰っているため、できるだけ早く執筆・投稿を行いたいと考えている。

4. 図書館における文献調査

図書館での文献調査も、今回の滞在の大きな目的の1つであった。最近では電子ジャーナル・電子書籍が多く、アカウントさえ持っていれば(あるいはアカウントを持っている友人に頼めば)新しい文献の多くが図書館に行かずとも手に入る。しかし、実際に図書館に行くことで、古めの文献や電子化されていない書籍を含め、読みたい文献の

8割が手に入る印象であった。

5. その他

現役の大学院生時代には全く意識したことがなかったが、今回の滞在の最終日に、看護・歯科衛生学部の建物や、実習室のある生体医科学棟を探してみた。正式の訪問ではなく、また、臨床実習が行われていると思われる付属病院は別の地域にあるため、核心的なところは何も見られなかったのが残念であった。民族的・言語的に非常に多様なハワイの社会での看護・医療がどのように行われているのか、機会があれば正式に見学を申し込んでみたいと感じた。



図3 看護・歯科衛生学部の建物



図4 生体医科学棟

6. まとめ

1週間と短い滞在だったが、上述のように充実した時間を過ごすことができた。この機会を与えてくださった皆様に深く感謝いたします。

A Week at the University of Hawai'i

Jun NOMURA

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. A4版で横書きを原則とし, 10ページ(400字原稿×50枚相当)以内とする. 英文はこれと等量とする.
3. 基本的には①題目, ②著者名, ③概要, ④キーワード, ⑤前書き, ⑥本論, ⑦結び(あれば謝辞), ⑧引用, ⑨参考文献の順で構成し, 続いて⑩注記, ⑪付録などがあればその順で記載する. 和文の場合は, 最後の頁に1) Title, 2) Name, 3) Abstract, 4) Key wordsを順に英文で付記する.
4. 原則として, 本要領に合致するようにワードプロセッサによってプリントアウトした原稿3部(2部は査読用なので著者名のないもの)とファイル(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 specificity 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。本大学はこれらの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での公衆送信，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。
2. 石川看護雑誌に採用された著作物の著者本人は，この著作物に関する著作権を本大学に譲渡することになるが，本人の著作物に関して本大学に転載許可願いの所定の手続きを経ることで，この著作物の複製，および公衆送信ができる。

(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。
6. 平成 23 年 3 月 3 日改訂。

編集後記

石川看護雑誌第8巻を発行し、皆様にお届けすることができましたことを大変嬉しく思います。

2010年5月に、本学創立10周年を迎え記念祭が行われました。巻頭には、その時の南裕子先生（現近大姫路大学学長、元ICN会長）の記念講演「これからの看護の課題－次世代看護職に期待する－」を掲載させていただきました。看護界の新しい展望が示されており、今後、ますます看護界は重要な役割を果たすよう励ましのメッセージがこめられています。また、本学の教員の方々、卒業生の方々の総説1題、原著1題、報告6題、資料5題、特別報告3題を掲載させていただきました。多彩な内容の論文が掲載されることとなり喜ばしく思っております。

懸命に投稿してくださいました方々、また多忙の中、査読を快く引き受けてくださいました学内、学外の先生方に心より感謝いたします。また、今後ともご協力くださいますようお願いいたします。そして、今後も、皆様からのたくさんのご投稿をお待ちしております。

本研究誌を発行するにあたり、研究・紀要委員会の編集委員の方々の一連の作業への労をねぎらいたいと思います。また、本学図書館主任専門員の長田一枝氏に今年も多大なご尽力をいただきましたことを申し添えます。

石川看護雑誌第8巻編集委員長 吉田 和枝

石川看護雑誌
第8巻

ISSN 1349-0664

2011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 8

March 2011

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

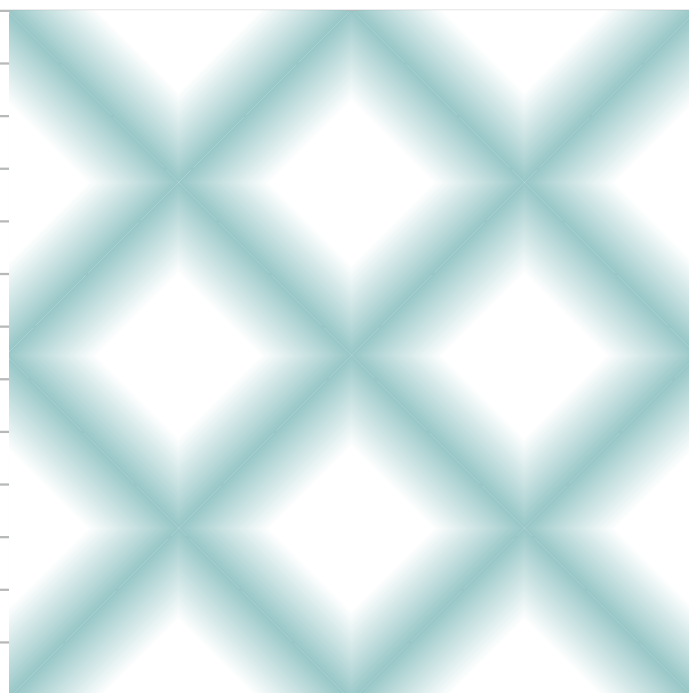
Printed by Ugawa Printing Co.,Ltd.

© 2011 Ishikawa Prefectural Nusing university. All rights
reserved.

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

Vol.8 ■ 2011



Ishikawa Prefectural Nursing University