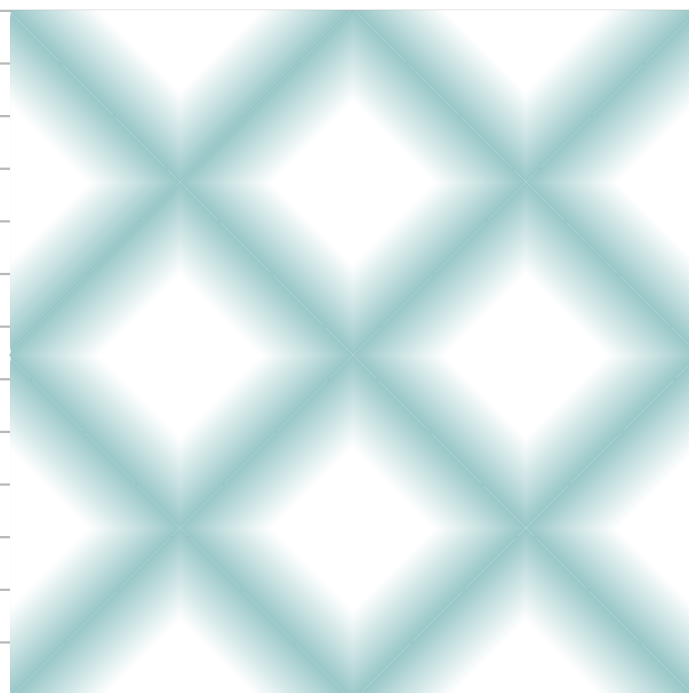


Ishikawa Journal of Nursing

# 石川看護雑誌

第9巻 ■ 2012



石川県公立大学法人 石川県立看護大学

ISSN 1349-0664

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

第9巻

Volume 9

2012

石川県公立大学法人 石川県立看護大学  
Ishikawa Prefectural Nursing University

# 石川看護雑誌

第9巻（2012年3月）

## 目次

### 総説

- ライフコース疫学研究の興隆と展望 1  
大木秀一, 彦 聖美

### 原著

- 人口減少地域における終末期自宅療養希望の減少傾向について  
— 奥能登での意識調査に基づいて — 13  
浅見 洋, 彦 聖美, 浅見美千江

### 報告

- 地域における外国人医療の現在と今後への展望  
— 医療機関を対象とした調査から — 23  
中川恵子, 多久和典子
- 虚血性心疾患の予防を目指した看護職者による患者指導の研究  
— 地域の医療機関を対象とした調査から — 33  
大井山果, 松田愛美, 北村佐和子, 松原 勇, 多久和典子
- 看護基礎教育における教育方法の検討  
— シナリオ学習教材の活用評価より — 43  
堅田智香子, 彦 聖美, 村井嘉子, 藤田三恵, 加藤亜妃子,  
田甫久美子, 田村幸恵, 丸岡直子, 川島和代
- 「看護学生の食生活改善に向けた介入の効果」 53  
藤田三恵, 川島和代, 丸岡直子, 中田弘子, 三輪早苗
- 石川県の指定介護老人福祉施設における終末期ケアの現状と課題 61  
塚田久恵, 浅見 洋
- 石川県内のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師の求める教育支援  
— ケアの実施状況とその困難感, 学習ニーズの分析から — 71  
岩城直子, 牧野智恵, 加藤亜妃子, 木村久恵, 浅見美千江,  
木村美代

## 資料

石川県における在宅緩和ケアに関する意識調査 — 一般県民を対象として —	81
瀧澤理穂, 牧野智恵, 洞内志湖	
女子大学生の冷えの苦痛とその要因の検討	91
嵯峨瑞花, 今井美和	
老年期援助困難事例の解決のための視点 — 事例検討会の議事録の再分析より —	101
中道淳子, 油野聖子, 川端祥子, 森垣こずえ, 直井千津子, 関利志子, 高田千嘉, 高道香織, 紺谷一十三	
セルフヘルプ・クリアリングハウスの歴史と機能およびその果たす役割と 今後の発展に向けた課題	109
彦 聖美, 大木秀一	
精神疾患患者を対象とする訪問看護スタッフの困難に関する文献レビュー	121
井上智可, 林 一美	
文献から見る発達障害児の早期発見と支援継続のための5歳児健康診査の現状と課題	131
子吉知恵美	
病いを生きる人間の価値実現に関する考察 — V.E. フランクル理論における「三つの価値」に焦点を当てて —	141
牧野智恵	

## 特別報告

19th IEA World Congress of Epidemiology に参加して	151
大木秀一	
FASEB Summer Research Conference に参加して	155
多久和典子	
The 3 <sup>rd</sup> Korea-China-Japan Nursing Conference に参加して	159
丸岡直子, 吉田和枝	

発行規定	163
執筆要領	165
編集後記	169

# Ishikawa Journal of Nursing

Volume 9 (March 2012)

## Contents

### Review Article

- The Rise and Perspective of Life Course Epidemiology 1  
Syuichi OOKI, Kiyomi HIKO

### Original Article

- Reduced Willingness to Receive Home Terminal Care in the Depopulating Areas 13  
– Based on an Investigation in Okunoto  
Hiroshi ASAMI, Kiyomi HIKO, Miche ASAMI

### Reports

- A Study on the Present Status and Prospect on  
Medical Care for Foreign Patients in Ishikawa Prefecture  
– Based on a Questionnaire Survey for  
Registered Medical Institutes for Foreigners – 23  
Keiko NAKAGAWA, Noriko TAKUWA
- A Study on Patient Education Conducted by Nurses  
in Hospitals and Clinics in I Prefecture  
for Prevention of Ischemic Heart Disease 33  
— Based on a Questionnaire Survey —  
Konomi OHIYAMA, Manami MATSUDA, Sawako KITAMURA,  
Isamu MATSUBARA, Noriko TAKUWA
- Examination of teaching methods in basic nursing education 43  
– Practical evaluation of scenario-based learning materials –  
Chikako KATATA, Kiyomi HIKO, Yoshiko MURAI,  
Mitsue FUJITA, Akiko KATO, Kumiko TANBO,  
Yukie TAMURA, Naoko MARUOKA, Kazuyo KAWASHIMA
- Effect of Intervention in Improvement of Nursing Student's Diets 53  
Mitsue FUJITA, Kazuyo KAWASHIMA, Naoko MARUOKA,  
Hiroko NAKADA, Sanae MIWA

Current Trends and Issues in Terminal Care at Public Aid-Covered Designated Facilities and Provision of Long-Term Care to the Elderly in Ishikawa Prefecture Hisae TSUKADA, Hiroshi ASAMI	61
Educational Support Needed by Nurses Engaged in Home Palliative Care of Cancer Patients in Ishikawa Prefecture – Analysis of the Current Nursing Care Situation with regard to Difficulties Encountered in Providing the Required Service and Further Educational Needs – Naoko IWAKI, Tomoe MAKINO, Akiko KATO , Hisae KIMURA , Michie ASAMI, Miyo KIMURA	71
<b>Materials</b>	
A Questionnaire Survey on Ishikawa Residents Awareness of Home Palliative Care for Cancer Patients Riho Takizawa, Tomoe Makino, Yukiko Horanai	81
Study of Painful Chills and Associated Factors in Female University Students Mizuka SAGA, Miwa IMAI	91
Issues Related to Problem Solving for Cases in which Assistance for the Elderly Presents Difficulties – Re-analysis of Case Examination Meeting Minutes – Junko NAKAMICHI, Seiko ABURANO, Sachiko KAWABATA, Kozue MORIGAKI, Chizuko NAOI, Toshiko NEYA, Chika TAKADA, Kaori TAKAMICHI, Hitomi KONYA	101
History, Functions, Roles, and Problems for Future Development of Self-Help Clearinghouse Kiyomi HIKO, Syuichi OOKI	109
Difficulties of Visiting Nursing Staff in Caring for Psychiatric Patients: Review of the Literature Chika INOUE, Kazumi HAYASHI	121
Current Situation and Issues with regard to the 5-year Health Check Based on a Review of the Literature Chiemi NEYOSHI	131
Discussion Regarding the Realization of Values in People Living with an Illness – A Focus on the ‘ Three Values ’ of V.E. Frankl’s theory – Tomoe MAKINO	141

<b>Special Reports</b>	
Participation in the 19th IEA World Congress of Epidemiology Syuichi OOKI	151
A Report on FASEB Summer Research Conference “Lysophospholipid Mediators in Health and Disease” and University of Padua Noriko Takuwa	155
Participation in the The 3 <sup>rd</sup> Korea-China-Japan Nursing Conference Naoko MARUOKA, Kazue YOSHIDA	159
<b>Regulation</b>	163
<b>Instructions to Authors</b>	165
<b>The Editor’s Notes</b>	169

## 総説

## ライフコース疫学研究の興隆と展望

大木秀一<sup>1</sup>, 彦 聖美<sup>1</sup>

## 概要

ライフコース疫学では、妊娠期から小児期、思春期、成人期にわたる人生の流れを通じて、健康や疾病の生物学的（遺伝要因を含む）・社会的・心理学的なリスクが相互に蓄積・連鎖し、修飾されていく状態を検証する。また、リスクの世代間伝達にも関心を向ける。ライフコース疫学が固有の研究領域として確立したのは1990年代後半以降である。その背景には、成人期以降の慢性疾患に対して、成人期のリスク因子を個別に同定し、個人レベルでライフスタイルに介入する現在主流のアプローチに限界が見られてきたことがあげられる。また、胎内環境・発達起源仮説、エピジェネティクス、社会疫学、行動遺伝学など近接領域の研究が大きく進展したことも大きい。ライフコースを重視した健康格差の是正は、ライフステージで区分けされた従来の予防対策とは異なり、より包括的・長期的な視野のもとで健康課題に挑むものであり、新たな健康政策への提言に結びつく。

キーワード ライフコース疫学、胎内環境・発達起源仮説、リスクの蓄積・連鎖・世代間伝達、健康の社会的決定要因、健康政策への提言

## 1. はじめに

疫学の考え方は時代とともに衛生活動、感染症の疫学（単一要因説）、慢性疾患の疫学（多要因説）へと移り変わってきた<sup>1,2)</sup>。しかし、近年の成人期慢性疾患の疫学研究では、成人期以降の様々なリスク因子を同定し、個人の生活習慣の変容などを目指すアプローチ（成人期リスク因子モデル）に偏る傾向にあることが指摘されてきた<sup>1,6)</sup>。

成人期以降に発症する疾患のリスクには、必ずしも成人期以降のライフスタイルだけが影響しているわけではない。例えば、比較的重度の要介護状態の原因には脳梗塞や認知症が多く見られる。脳梗塞の病理学的な原因の一つとして動脈硬化があげられる。そのリスク因子は、喫煙、肥満、糖尿病、脂質異常症、高血圧などである。これらのリスク因子は、共存しやすいだけでなく、場合によっては成人初期、さらには小児期から進行している。乳幼児期の肥満が学童期の肥満さらには成人期の肥満に移行しやすいこと（いわゆるトラッキング現象）が知られている。

さらに、社会疫学の研究によれば、要介護状態になる要因として、社会経済的地位（SES: socioeconomic status: 収入・教育・職業など）が重要であるという。学歴が決まるのは、人生でいえば要介護状態となる数十年も前の出来事であ

る。以上を考えれば、成人期以降の疾患のリスクを成人期のみで語ることに限界があることがわかる。

逆に、小児期の不利な条件（例えば、貧困、親の離婚、虐待経験）は成人期以降の疾患発生に影響しないのだろうか。これまで、人生を通じてのリスクの影響は必ずしも十分に検討されてこなかった。1990年代になり、人生の流れの中で疾患リスク因子の関係を探索し、適切な予防に結び付けようとする動きが表れてきた。こうして誕生したのがライフコース疫学<sup>3,11)</sup>である。国内ではライフコースアプローチと呼ばれることもあるが、他領域のライフコース研究と区別をする意味で、本論ではライフコース疫学の用語を用いる。

研究領域によっては、ライフコースの類義語であるライフサイクルという用語の方が一般的に使われる。ライフサイクルはある程度明確に境界を持って区別されるライフステージの連続として記述され、ライフコースは発達や加齢など、どちらかといえば出生から死までを連続した経過の中で考える傾向にある<sup>6)</sup>。このライフコースの概念は、心理学で用いられるライフスパンに近い<sup>6)</sup>。

紙面の都合で、分野・疾患ごとの研究の紹介は省略した。入門書は引用文献として網羅したので、適宜参照していただきたい。

<sup>1</sup> 石川県立看護大学



## 2. ライフコース疫学の歴史

### 2.1 ライフコース研究

健康や疾患を人生の流れの中でとらえる考え方自体は決して新しいものではない。心理学、成長学、社会学、人類学、生物学、犯罪学などの分野では古くから研究されている。むしろ、疫学的な体系化が遅れていたといってもよい。

ライフコース疫学と他領域のライフコース研究との違いは、「疫学」の基本的な考え方を導入している点である。つまり、「集団」「曝露」「リスク・リスク因子」「因果推論」などの概念を、時間軸や生物心理社会的モデル<sup>12)</sup>、生態学的階層構造<sup>13)</sup>の中で鮮明にしたライフコース研究である。また、通常の縦断研究との違いは、主としてリスク因子同士の相互関係（蓄積・連鎖・修飾）を人生の経路の中で、時間的順序を考慮したモデルを構築して研究デザインを組むことである。あらゆる疫学研究デザインが利用できるが、人生におけるリスク因子の無作為割付が困難である以上、エビデンスを生み出す最大の研究デザインは、大規模な出生コホート研究（出生時からの追跡調査）となる。最初のアプローチとして生態学的研究（集団レベルでの地域相関研究など）も多用される。

### 2.2 ライフコース疫学の定義

後述するようにこの分野の創始者である Kuh<sup>3,4)</sup>はその定義を「成人期の健康や疾患のリスクと、妊娠期、幼少期、思春期、成人初期あるいは世代を超えた物理的・社会的な曝露とを結び付けるような、長期にわたる生物学的、行動学的、心理社会的な経過に関する研究」としている。

現在では、「人生を通じての、そして世代をまたいで、（遺伝要因を含めた）生物学的要因、行動学的要因、社会的要因が健康に対して、独立・累積・相互作用しながら与える影響を探求するアプローチ」と概念が拡大している<sup>11)</sup>。ライフコース疫学では、必然的に人間の健康、成長、加齢現象に対する学際的な枠組みを取る<sup>3,4,6,7)</sup>。

### 2.3 ライフコース疫学の背景

ライフコース疫学研究は主として英国で発展してきた。その背景には、疫学研究に対するパラダイムシフトへの要請<sup>12)</sup>と、同時期に発展した胎内環境仮説（FOAD: Fetal Origins of Adult Disease 仮説）<sup>14,15)</sup>やその発展形である発達起源仮説（DOHaD: Developmental Origins of Health and Disease 仮説）<sup>16)</sup>、さらに社会疫学<sup>17)</sup>、行動

遺伝学など関連領域での研究成果の蓄積がある。

#### (1) 疫学研究のパラダイムシフトへの要請

20世紀後半に進展を遂げた成人期慢性疾患の成人期リスク因子モデル（主として生活習慣リスク因子の探索と健康教育による行動変容に基づく予防）は、一定の成果を収めてきた。しかし、その限界が見えてきたことも事実である。

個人の要因に注目した疫学調査やリスク因子の発見を重視する疫学は「ブラックボックス疫学<sup>2)</sup>」といわれる。そこでは、疾患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る。そのため、集団レベルでのリスク因子や個人を取り巻く全体的なコンテキスト（文脈 context）が見過ごされる可能性があった。

健康の社会的ダイナミクスに迫るには、社会的文脈を考慮した研究、いわゆる生態学的疫学（eco-epidemiology）<sup>12)</sup>の視点が必要である。マクロ・ミクロの両面から同時に曝露の影響を分析するマルチレベル分析<sup>17)</sup>の成果はその例である。

#### (2) FOAD 仮説と DOHaD 仮説

近年、胎内（子宮内）環境の重要性が注目されている。胎内環境の影響は小児期に限定されたものではない。予想を超えた長期的な影響をもたらすことを示す知見が蓄積してきた。第二次世界大戦中に飢饉（低栄養状態）を余儀なくされた地域の妊婦から生まれた子どもは、小児期ばかりでなく、成人期以降にも様々な疾患（特に、生活習慣病や精神科関連疾患）を発生する頻度が高いとされる。子宮内での低栄養状態が数十年後の疾患発生のリスク因子となりうるのである<sup>14,15)</sup>。

さらに、出生体重別にみると低出生体重（低栄養）の群では生活習慣病の頻度が高いことを示す疫学データが各国から報告されてきた。また、1900年代の乳児死亡率と1970年代の虚血性心疾患死亡率の地理的分布が類似するなどの生態学的研究の成果も得られている<sup>3,7,14,15)</sup>。

以上をもとに誕生したのが、成人期疾患の胎内環境仮説である。特に母親の健康、児の栄養状態が重視され、児のその後をプログラムするものであるため生物学的プログラミング（biological programming）と呼ばれる。この仮説は、成人期以降の疾患リスクが、人生初期の条件にまで遡ることを明らかにした点で斬新なものであった。FOAD 仮説はその後、進化医学やエピジェネティクス（DNA 変化を伴わない遺伝子発現制御のメカニズム）の概念を取り入れて DOHaD 仮説と

して、生物学的な理論基盤が整理されていく<sup>16)</sup>。

子宮内ばかりでなく、出生後の不利な環境条件でも長期的な影響をもたらす、成人期以降の疾患のリスク因子となる。例えば、出生体重が小さい場合には、生後大幅に体重の回復をとげる。こうしたキャッチアップが大きすぎる場合には、生活習慣病のリスクが高まるとされる。

なぜ、このようなことが起きるのかを簡単に説明しておく。例えば、子宮内で低栄養状態にある場合、その児は生後も低栄養状態で生きていけるように適応していく（予測適応反応）。しかし、現実には出生後は過栄養状態であることが多い。そこで食い違い（ミスマッチ）が起こる<sup>16)</sup>。そして、与えられた栄養を吸収しやすくなっている児は、生後に過体重となっていく。その本態にはエピジェネティックな変化が強く関与している。

### (3) 社会疫学

健康に社会的要因が関与しているとする考え方が疫学的に実証されてきたのは比較的最近のことである。この流れを受けて健康の社会的決定要因 (social determinants of health)<sup>17,18)</sup> 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た。社会的な相互作用と人間の行動がどのように健康に影響するかを探索し、社会的な状況が、人間に対してどのように異なる曝露と健康影響をもたらすかを実証する。また、疫学および社会科学の知見を利用して健康や疾患とその決定要因を研究することで、健康増進に寄与する。

社会疫学では生物医学モデルではなく、生物心理社会的モデル<sup>12)</sup>を前提としており、またマクロ（国・地域レベル）からミクロ（個人・DNA レベル）までの重層的な曝露要因をシステムとして考える生態学的モデル<sup>13)</sup>を用いる点で、概念的にもライフコース疫学との接点が多い<sup>6)</sup>。

WHOは健康の社会的決定要因に関する一連の報告書の中で、人生初期の条件 (early life factors) の重要性をあげている<sup>18)</sup>。これは前述のFOAD/DOHaD仮説を反映したものである。

## 2.4 ライフコース疫学の展開

ライフコース疫学では、社会的要因で形成された、幼少期、思春期、成人初期の曝露が成人期以降の疾患リスクやSESに影響しているのか、影響するならばどのように影響するのかを研究し、成人期以降の健康の社会格差を説明する。また、介入の時期や方法など、新たな健康政策への提言を強く意識して発展してきた。

ライフコースという視点で疫学研究が体系づけられたのは、英国のKuh & Ben-Shlomoによる1997年の‘A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology’<sup>3)</sup>が初めてである。英国がこの分野の主導的な立場をとるに至った大きな理由の一つとして、豊富なデータの蓄積があげられる。英国には現在5つの大規模な出生コホートが存在する<sup>19)</sup>。そのうち最古の1946年出生コホートからの科学的知見が集積したのである。

ライフコース疫学は、成人期リスク因子モデルとFOAD/DOHaD仮説の中庸を取りながら発展していく<sup>7)</sup>。成人期の生活習慣か人生早期の影響か、あるいは生物学的要因か社会的要因かといった二分法ではなく、両者の統合を目指している。

1997年の初版においては、ライフコース研究の歴史が整理され、ライフコース疫学の主要概念が提示されるとともに、虚血性心疾患、がん、糖尿病、呼吸器疾患などを中心に人生早期とその後の人生の疾患リスクに関する疫学的、生物学的、社会学的知見が網羅されている。

非感染性慢性疾患は死因としても、またDALY (disability-adjusted life-years: 障がい調整生命年) の点からも影響力が大きい。ライフコースという視点は、非感染性慢性疾患の予防と健康格差の是正 (社会的決定要因の重視) の点からも魅力的であった。そのため、1999-2002年にかけてWHOはライフコースの概念を積極的に取り入れ、健康政策を立案する。そこでは生涯にわたるリスクの蓄積という考え方が重視されている (後述)。以上の成果は、2001年の専門家会議の開催とその報告書<sup>20)</sup>で知ることができる。

そして、2002年には、Kuh & Hardyにより ‘A Life Course Approach to Women’s Health’<sup>5)</sup>が編集された。これはリプロダクティブ・ヘルスに対するリスク因子をライフコースの視点から見直したものである。同年に、Ben-Shlomo & Kuh<sup>4)</sup>がライフコース疫学の主要な概念モデルを提示し、2003年にKuhら<sup>6)</sup>がライフコース疫学における基本用語の定義を行っている。2004年には ‘A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology’ の第二版<sup>7)</sup>が上掲される。このころまでに、ライフコース疫学が独立した分野としての基盤を確立したといえる。

これに前後して、精神科疾患<sup>21)</sup>、高齢期疾患<sup>22)</sup>、その他の慢性疾患<sup>23)</sup>、さらには感染症<sup>24)</sup>などの専門領域ごとに従来の疾病概念をライフコースという視点から再整理する試みが広がっている。

解析方法としても、潜在クラス分析、マルチレベル分析、感受性分析、Cox モデリング、欠損値処理、動的パス解析など、様々な方法が開発され、応用されている<sup>7,8)</sup>。国内でライフコース疫学の総説が表れ始めたのは比較的近年のことである<sup>25-29)</sup>。

### 3. ライフコース疫学の基本概念

ライフコース疫学の代表的な用語の概念<sup>3,7)</sup>を整理しておく。関連諸分野からの援用も多い。

時間 (time) の流れは最も基本となる考え方である<sup>6)</sup>。この場合の時間には、個人レベルの年齢だけでなく、集団レベルでの出生年がある。ライフコースは、人生の自然史 (natural history) として定義づけられる。慢性疾患の自然史と人間の発達が密接に関係すると考えられるからである。

基本的な概念は、以下の3つに分けられる。

#### 3.1 時間の流れに基づくリスクの捉え方

中核をなす概念は、軌道 (trajectory)、移行 (transition)、転機 (turning point) である<sup>6,30)</sup>。

人生のある側面には長期的な見通しや流れ (軌道) がある。例えば、社会的立場でいえば就学、就職、結婚、出産などである。そして、その中である段階から次の段階への移行 (遷移) がおきる。職業に関する軌道であれば、就職、昇進または失業、退職などである。血圧の軌道であれば、低値、やや高値、その後の病理的範囲などで示される。このように、人生の様々な軌道において個人が移行していけば、その相対的位置は多様に変化する。しかし、多くの場合に、標準的な軌道がある。現に、集団レベルで検討すると、個人はいくつかの特徴的な軌道パターンに属することを示す研究がある。多くの場合その標準的な範囲や流れの周辺を動くのである。つまり、多くの移り変わりは、典型的ないくつかの軌道に沿って、一定の振れ幅を持ちながら進展していく。その時期や順序の逸脱が疾患発症リスクを高めることがある。例えば、思春期の到来があまりに早い場合や遅い場合 (移行する時期の逸脱) の精神的・身体的な影響、あるいは学生期の妊娠・出産 (移行する順序の逸脱) などがあげられる。これは、疾患リスクという点から論じられているのであり、価値観を含む問題ではない点に注意してほしい。発達に顕著な方向変化をもたらす移行を特に転機という。

#### 3.2 リスク因子が作用するタイミング

リスク因子は人生のすべての時期において同じように影響するわけではない。臨界期 (critical period<sup>6)</sup>) とは、この時期に曝露すれば長期的かつ決定的に影響し、将来の疾患リスクに重大な影響を及ぼすが、それ以外の時期では過剰なリスクは生じない時期である。例えば、妊娠初期の風疹感染が児の胎内発育に影響を与えることはよく知られている。胎内環境仮説は胎児期が臨界期であることを前提としている。ただし、臨界期の影響を将来的な要因で修正し得るという考え方もある。例えば、低出生体重と冠動脈疾患の関連は、成人期以降に肥満になった場合において顕著である。

感受期 (sensitive period<sup>6)</sup>) も類似した考え方である。この時期では強い影響を持つが、その時期以外では影響が弱まる (ゼロではない) 場合である。例えば、親の離婚や死別が幼少時に起きるか成人期以降で起きるかでは児に対する影響が異なることは容易に想像がつくであろう。こうした考え方は、特に、精神・行動上の問題を考える場合に有効である。生物学的システムの発達メカニズムの場合に臨界期を、精神行動発達の場合には感受期を想定すると理解しやすい。

#### 3.3 リスク因子が作用するメカニズム

外因的曝露は心身に形態的・機能的変化を起こし、身体化 (embodiment<sup>6)</sup>) する。そのメカニズムの解明は特に、社会的要因の生物学的影響を考える際に重要である。曝露と疾患の関係には様々な要因が介在し (介在因子 mediating factor<sup>6)</sup>)、場合によっては曝露と疾患の関係を変更するであろう (修飾因子 modifying factor<sup>6)</sup>)。この中には、遺伝要因と環境要因の相互作用も含まれる。こうした、様々な要因間の相互作用を解きほぐすこともライフコース疫学研究の目的である。

リスク因子の影響は個人によって同じではない。リスク因子と疾病の関連は、確率的なものである。仮に、例外的にリスク因子と疾患に強い関係が認められるときでも、あるいは個人が危機的状況に直面した時でも、その後の変化には様々な程度の可塑性 (plasticity<sup>6)</sup>) がある。これは、リスクには修飾因子が関係することを示唆する。それは個人の心身的特徴、あるいはリスク因子への過去の曝露に関係している可能性がある。疾病を予防するにはリスク因子だけでなく、修飾因子の

探索も重要となる。

不利な状況に対して、ポジティブに適応する場合を回復能力（レジリアンス resilience<sup>6)</sup>）、ネガティブに適応する場合を脆弱性（vulnerability<sup>6)</sup>）という。人間には様々な内因性の適応能力が存在する。その発達のメカニズムを解明することは重要な課題である。

#### 4. ライフコース疫学における様々なモデル

##### 4.1 リスク蓄積の概念

人生の各ステージには、特に集団レベルで影響の大きなリスク因子が存在する。現在、先進国の主たる死因となっているのは非感染性慢性疾患で

ある。図1に示すように、WHOでは人生を通じて多様なリスクが蓄積することに注目した予防を提言している<sup>20)</sup>。すべての疾患にこの図が当てはまるわけではないが、各ライフステージにおいて重要なリスク因子は異なる。こうして様々なリスク因子が人生を通じて身体化され蓄積していく。

##### 4.2 獲得期-喪失期モデル

身体機能は生物学的な要因だけで決まるものではない。ライフコース疫学の概念化にあたりこの点が繰り返し検討されてきた。

ライフコースを通じての身体機能のレベルを概

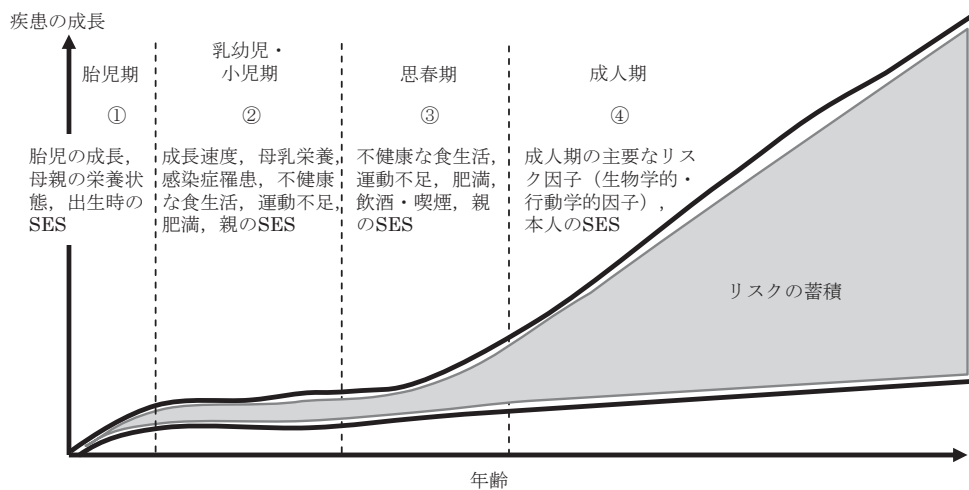


図1 非感染性慢性疾患の予防に対するライフコース疫学からのアプローチ (文献20を参考に作成)

非感染性慢性疾患のリスクは年齢を通じて蓄積し、人生のあらゆる段階で作用する要因の影響を受ける。異なるライフステージでの重要なリスク因子は各番号の下の通り。SES: 社会経済的地位

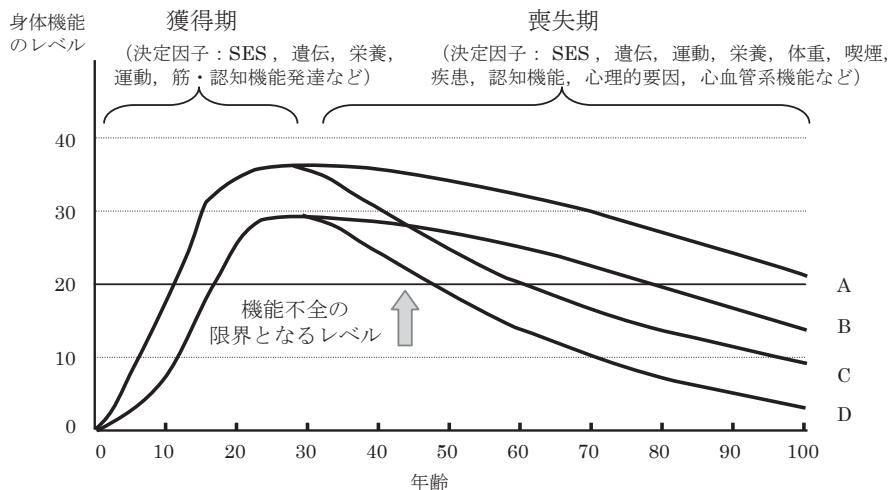


図2 ライフコースを通じての身体機能の獲得期-喪失期モデル (文献7.9を参考に作成)

SES: 社会経済的地位

念化したものが図2である<sup>7,9)</sup>。多くの身体機能(生物学的資源 biological capital) は人生早期に獲得される(成長していく)が, 成人期以降に喪失する(衰退していく)。獲得期・喪失期の条件が良好か不良か, つまり人生早期に機能のピークまで到達するか, その後の喪失が最小限に維持できるかで, 身体機能の推移は4通りに大別される。

高齢期に至り身体機能が低下している場合には, 成人期以降の喪失が大きい場合だけでなく, 人生早期にピークまで到達しないような生物学的・社会心理要因が存在した可能性がある。そう考えれば, 小児期にSESが低いことが要介護状態のリスク因子になることがわかる。精神機能にどこまでこのモデルが当てはまるのかは検討課題である。

#### 4.3 ライフコースにおける因果モデル

ライフコース疫学の目的の一つは, 複数のリスク因子の関係を時間軸の中で探索することである。リスクの蓄積, あるいは臨界期・感受期などの概念を具体的にモデルとして構築し統計学的に検証する。リスク因子が作用するタイミングと長

さ, そして強さが重要である。

図3に, リプロダクティブ・ヘルスを例としたライフコースにおける因果モデル<sup>6,7,11)</sup>を示す。このモデルでは臨界期を含むか否か, リスクが蓄積しているか連鎖しているかで区別している<sup>4,11)</sup>。必ずしもこのプロセスで発症する, あるいはモデルが相互排他的ということではなく, このような理論的モデルが成立しうるとのことである。

AとBは, (特に人生早期に) 臨界期が存在することを念頭に入れている。Aでは, その後のリスク因子の影響がある場合もない場合もある。BはAを拡張したもので, その後のリスク修飾因子を想定している。臨界期の代わりに感受期を想定することも可能である。

C, D, E, Fは広義のリスクの蓄積を表すモデルである。Cではそれぞれのリスク因子が独立して(independent)作用している。しかし, 多くの場合, Dのようにリスク因子は集積(clustering)する傾向にある。特に個人あるいは家族のSESはしばしば複雑に関連し合いながらリスク因子として集積している。EとFはリスクの蓄積の特殊型であり, リスクの連鎖(chain of risks)を

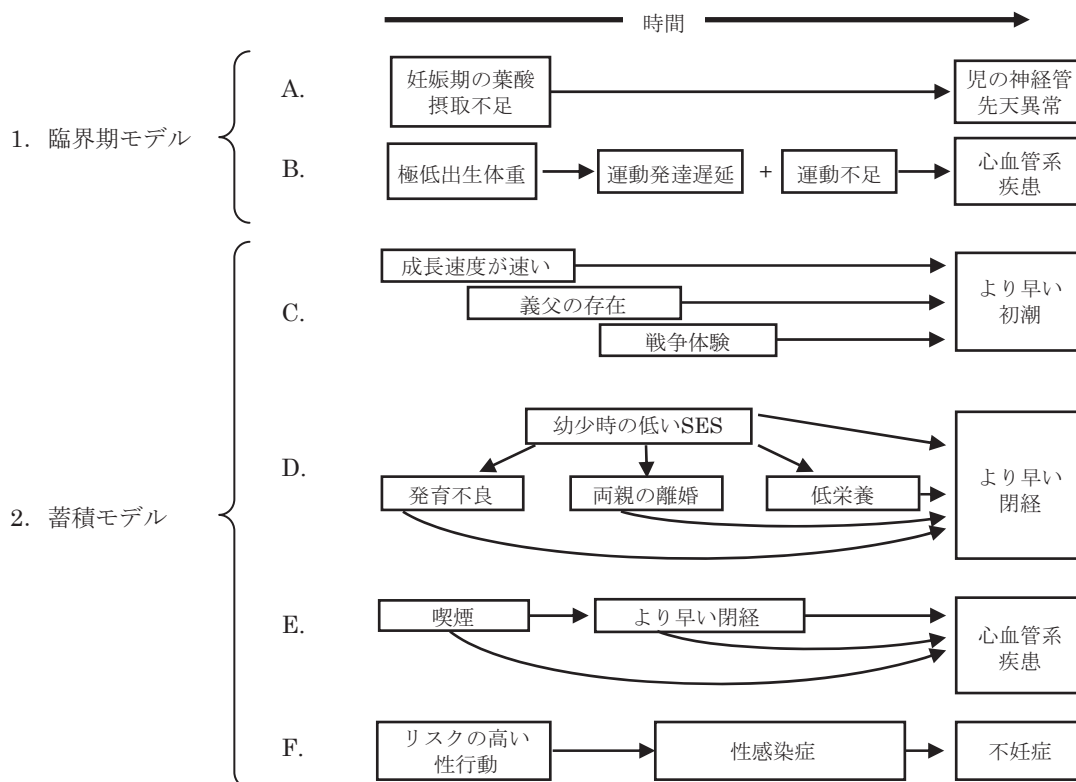


図3 ライフコースにおける因果モデル (文献6,11を参考に作成)

SES: 社会経済的地位

表すモデルである。これは一連の相互に関連する曝露が次々と疾患リスクを上昇させる。リスク因子間の連鎖は確率的な関係である。Eではそれぞれの曝露は次の曝露へのリスクを高めるだけでなく、それ自体も後の曝露と関係なく独立して疾患の発症に影響する。不利な曝露が疾患リスクを累積する形で増加する場合は相加的効果 (additive effect) という。Fでは前の曝露は疾患発症リスクには影響しないが、最後のリンク (結合) によって疾患発症が起こる。この種のトリガー (引き金) 効果 (trigger effect) では、連鎖の最後のリンクのみが疾患リスクに顕著な効果を持つ。

以上のモデルでは、これまでライフステージに応じて個別に検討されることが多かった疾患のリスク因子を、人生という連続した流れの中で包括的に整理する。そして、疾患リスクに対する臨界期や感受期、または、リスクの蓄積・連鎖という時間的な相互関係の中で仮説モデルの設定と検証を行う。その際に、リスク因子と疾患に介在する因子 (介在因子) や、両者の関係を修飾する因子 (修飾因子) のような様々な要素を考慮する。

## 5. リスクの世代間伝達

疾患のリスクが親から子に、つまり世代間で伝わるといえば、多くの人は遺伝要因を連想するであろう。確かに、遺伝要因は世代間で伝達する代表的なリスク因子である。しかし、遺伝要因 (狭義にはDNA) 以外は世代間で伝わらないのだろうか。例えば、生物学的な要因でいえば、DNAの変化を伴わないエピジェネティックな変化は2-3世代先まで継承されることが分かっていた。

環境要因に関していえば、例えば、若い女性の体格 (やせ) あるいは喫煙により、生まれる児の出生体重が小さくなることが知られている。もし、出生体重が小さいことが将来的な冠動脈疾患の発症リスクを高めるとしたら、若い女性の無理なダイエットや喫煙は本人自身の健康を害するだけでなく、次世代の児に長期的な負の影響を及ぼすことになる。先進国の中で例外的に低出生体重児が増え続ける日本 (現在、出生児の約1割) では、新たな健康政策を提示する上で重要な課題となる。

シック・マザー<sup>31)</sup> という概念では、母親が精神面の課題を抱える場合に、母児の愛着形成 (attachment) が不十分であるなどのプロセスを経て、その影響が子どもの健全な成長や発達に長期的な影響を与える可能性があるという。そして、

その社会学的・生物学的基盤が研究されている。

集団のレベルではどうだろうか。「社会格差が遺伝する」と比喻されるように、社会的環境 (例えば、SES) は個人レベルのものであれ、集団レベルのものであれ、親世代から子世代に受け継がれやすいことを示すデータが多数蓄積している。

リスク因子が作用するタイミングのよりマクロな効果を考える方法に、コホート分析 (コホート研究とは異なる) がある。これは、長期的なデータから、その変化の要因を加齢の要因による影響 (年齢効果 age effect)、時代の要因による影響 (時代効果 period effect) および世代差の要因による影響 (コホート効果、世代効果 cohort effect) に分離するものである。すなわち、何歳か (年齢効果) というだけでなく、いつ (時代効果) どのような時代に (世代効果) 生まれたかということが健康には強く影響する。

例えば、うつ病の罹患率の趨勢を考える場合に、その要因は年齢 (例えば、高齢)、時代の趨勢 (例えば、社会情勢の悪化)、生まれた世代の歴史背景 (例えば、戦争体験) の影響に分離できる。ライフコースにおけるリスク因子はマクロレベルでは、社会文化的な文脈の中で意味を持つといえる。

リスク因子は、それが遺伝要因であれ環境要因であれ、必ずしも1世代にとどまるものではないこと、しかもその影響が生後短期間で終わるとは限らないことがわかる。それゆえ、疾病予防を考える場合には、世代間伝達を考慮する必要がある。

## 6. 家族ベースのライフコース疫学研究

ライフコース疫学の発展に伴い、いわゆる古典的な遺伝疫学の研究デザインである家系研究 (同胞研究・双生児研究・養子研究など)、世代間研究 (親子相関など)、移民研究などが新たな注目を集めることとなる<sup>10)</sup>。家族ベースの疫学研究の主たる役割は以下の3点にまとめられる<sup>10)</sup>。

第一に、家族が個人の健康に与える直接の影響を測定できる。ライフコースのあらゆる段階で家族の行動は、個人の健康ないし健康関連行動に影響を与える。妊娠期の母親の行動が胎児に与える影響はいうまでもない。ただし、環境要因に関しては子世代から親世代へ向けての逆世代への影響が起こりうる。例えば、乳児の夜泣きや児の非行が両親の精神状態に影響を与えることもある。

第二に、曝露のタイミングがどの時点で重要であるかを同定する目的で、家族を構成するメンバーの影響を利用することができる。家族との関係

は人生の時期により異なる。従って、人生のどの時期の関わりが重要であるかを理解するヒントになる。妊娠中の母親の行動が児に与える影響を評価する場合には、注意が必要である。例えば、児の将来的な肥満や血圧に対しては、妊娠期の母親の喫煙と同程度の影響が父親の喫煙によっても認められるとする報告もある。従って、妊娠期に限定されたものでない母親の一般的な行動が子宮内の生理学的メカニズムを通じて児に影響すると即断することは危険である。家族の異なるペア（夫婦間、親子間、同胞間など）で、ライフコースの異なる時点で疾患の類似度が変化すれば、疾患のサブグループを同定する端緒となる。

第三に、遺伝要因と環境要因がリスク因子としてどの程度の影響力を持つのか、またその因果の方向を検証できる。例えば、ライフコースにおいて家族の異なるペアの類似がどの様に変化していくかを観察することで、環境要因と遺伝要因の寄与の程度を推定することが可能である。この種の研究は、古典的な遺伝疫学や行動遺伝学で検討されてきたものであるが、その多くは横断的である。そこにライフコース疫学の方法論を導入できる。家族ベースの研究の特徴は、DNA レベルに限定されない遺伝要因全体の効果（遺伝率）のダイナミックで縦断的な変化を検証できることである。

## 7. ライフコース疫学の課題と展望

ライフコース疫学研究を目的としたコホートは少ない。人生初期のリスク因子を疫学的に検証するといっても、測定ポイントが出生時と成人期だけではその間の様々な環境要因（交絡）の影響が大きく明確な結論は出にくい。従って、現状では、理論モデルや概念的な枠組みの構築に比較すると強いエビデンスを持った研究成果はまだ少ない。

ライフコース疫学研究の今後の課題や問題点を大別すれば、①調査対象（長期大規模コホートの構築、地域差、時代差など）、②測定方法（測定者、測定項目や測定間隔など）、③分析方法（検出力や欠損値の問題など）である<sup>32-34</sup>。

特に、一から大規模な出生コホートを構築することは膨大な予算と時間が必要である。そのためには既存データを有効に活用する必要がある。

例えば、筆者の場合ライフコースにおける遺伝要因と環境要因の影響を探る目的で、双生児家系縦断データベースを構築している<sup>28,35</sup>。その際、成人期以降の双生児コホートの追跡調査を実施する一方、同じ対象の母体要因、小児期のデータに

関しては母子健康手帳の内容をはじめとする質問紙調査票、学校健康簿などの記録を用いた歴史的コホート研究のデザインを組み合わせている<sup>35</sup>。

測定項目にしても、数十年の経過を考えると、曝露や疾患の定義そのものや測定方法・測定技術が大きく変化する。また、時代背景の違いをどのように勘案するかという問題が生じる。小児期からの予防が重要であるとしても、その成果が表れるのは数十年後のことである。従って、介入効果を評価するのは次世代のことになるため、研究を引き継ぐ体制が整っていなければいけない。また、確実な知見が得られない限り、胎児期の介入が簡単に許されるものでないことは明白である。

## 8. おわりに

ライフコース疫学では、疾患リスクの蓄積を生物学的要因から社会心理的要因まで、またマクロレベルからミクロレベルまで、世代間伝達も視野に入れて考える。そして、成人期以降の疾患予防の介入時期を成人期だけでなく、幼少期さらには前世代にまで求める。ライフステージにとらわれずに人生の流れの中でリスク因子の関係を探索するという視座からすれば、ライフサイクルでなくライフコースという用語の方が受け入れやすいかもしれない。包括的で長期的な視点は、新たな可能性を感じさせるが、現状では総花的で実証力が不足している感は否めない。

幼少期以前にまで成人期疾患のリスクを求めるといことは、言い方を変えれば、現在幼少期、さらには妊娠可能年齢層に介入することで、次世代以降の疾患予防を目指すことになる。

たとえ斬新な考え方や手法でなくとも、一つの概念で体系づけられた知識は、その後の研究を大きく推進することがある。今まで、様々な分野で個別に蓄積していた知見をライフコース疫学というキーワードのもとで集積し、概念化することで、新たな研究成果が見られ始めている<sup>37,8,10,20-24</sup>。

ライフコースを視野に入れたアプローチは、成人期リスク因子モデルに基づく予防政策（例えば、特定健診・特定保健指導や介護予防）に根本的な発想の転換を迫るものであり、新たな政策提言につながるものとなり得よう。

## 謝辞

論文作成にあたり、研究アシスタントの大間敏美さんに多大なご協力を頂きました。本研究は、「大規模双生児家系縦断データに基づく生活習慣

病発症に対する胎内環境仮説の実証的研究」(平成 21-23 年度科学研究費基盤研究 B : 課題番号 21390206, 大木), 「ライフコースアプローチによる健康格差の世代間伝達に関する実証的研究」(平成 23-24 年度科学研究費挑戦的萌芽研究 : 課題番号 23659356, 大木・彦) の助成を受けている。

### 引用文献

- 1) Susser, M., Susser, E.: Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *Am J Public Health*, 86 (5), 668-673, 1996.
- 2) 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.
- 3) Kuh, D., Ben-Shlomo, Y. eds.: *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford University Press, London, 1997.
- 4) Ben-Shlomo, Y., Kuh, D.: A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol*, 31 (2), 285-293, 2002.
- 5) Kuh, D., Hardy, R. eds.: *A Life Course Approach to Women's Health*. Oxford University Press, London, 2002.
- 6) Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., et al.: Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*, 57 (10), 778-783, 2003.
- 7) Kuh, D., Ben-Shlomo, Y. eds.: *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. 2nd ed. Oxford University Press, London, 2004.
- 8) Pickles, A., Maughan, B., Wadsworth, M. eds.: *Epidemiological Methods in Life Course Research*. Oxford University Press, London, 2007.
- 9) Kuh, D., New Dynamics of Ageing (NDA) Preparatory Network.: A life course approach to healthy aging, frailty, and capability. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62 (7), 717-721, 2007.
- 10) Lawlor, D. A., Mishra, G.D. eds.: *Family Matters: Designing, Analysing, and Understanding Family-Based Studies in Life Course Epidemiology*. Oxford University Press, London, 2009.
- 11) Mishra, G.D., Cooper, R., Kuh, D.: A life course approach to reproductive health: theory and methods. *Maturitas*, 65 (2), 92-97, 2010.
- 12) Engel, G.L.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136, 1977.
- 13) Bronfenbrenner, U.: *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1979.
- 14) Barker, D.J.P. eds.: *Fetal and Infant Origins of Adult Disease*. BMJ Books, London, 1992.
- 15) Barker, D.J.P.: *Mothers, Babies and Health in Later Life*. 2nd ed. Churchill Livingstone, 1998.
- 16) Gluckman, P., Hanson, M. eds.: *Developmental Origins of Health and Disease*. Cambridge University Press, 2006.
- 17) Berkman, L.F., Kawachi, I.: *Social Epidemiology*. Oxford University Press, London, 2000.
- 18) World Health Organization: *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. World Health Organization, Geneva, 2008.
- 19) Wadsworth, M.E.J., John Bynner, J. eds.: *A Companion to Life Course Studies: The Social and Historical Context of the British Birth Cohort Studies*. Routledge, New York, 2011.
- 20) Aboderin, I., Kalache, A., Ben-Shlomo, Y., et al.: *Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research*. World Health Organisation, Geneva, 2002.
- 21) Susser, E., Schwartz, S., Morabia, A., et al.: *Psychiatric Epidemiology: Searching for the Causes of Mental Disorders*. Oxford University Press, London, 2006.
- 22) Antonucci, T.C., Jackson, J.S. eds.: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics 2009: Life-Course Perspectives on Late-Life Health Inequalities*. Springer Pub Co, New York, 2009.
- 23) Dunn, K.M.: Extending conceptual frameworks: life course epidemiology for the study of back pain. *BMC Musculoskelet Disord*, 11, 23, 2010.
- 24) Hall, A.J., Yee, L.J., Thomas, S.L.: Life course epidemiology and infectious diseases. *Int J Epidemiol*, 31 (2), 300-301, 2002.
- 25) 近藤克則 : ライフコース・アプローチ. 保健師ジャーナル, 62 (11), 946-952, 2006.
- 26) 藤原武男 : ライフコースアプローチによる胎児期・幼少期からの成人疾病の予防. 保健医療科学, 56 (2), 90-98, 2007.



- 27) 藤原武男：胎児期・幼少期の親という環境が子の遺伝子発現を変える：ライフコースアプローチとエピジェネティクス. 日本公衆衛生雑誌, 55 (5), 344-349, 2008.
- 28) 大木秀一：双生児家系縦断データに基づくライフコース遺伝疫学研究の展望. 日本衛生学雑誌, 66 (1), 31-38, 2011.
- 29) 尾島俊之, 近藤克則：ライフコース疫学. 日本公衆衛生学雑誌, 58 (3), 199-201, 2011.
- 30) Mortimer, J.T., Shanahan, M.J. eds.: Handbook of the Life Course. Springer, New York, 2006.
- 31) 岡田尊司：シック・マザー 心を病んだ母親とその子どもたち. 筑摩書房, 2011.
- 32) De Stavola, B.L., Nitsch, D., dos Santos, Silva, I., et al.: Statistical issues in life course epidemiology. *Am J Epidemiol*, 163 (1), 84-96, 2006.
- 33) Ben-Shlomo, Y.: Rising to the challenges and opportunities of life course epidemiology. *Int J Epidemiol*, 36 (3), 481-483, 2007.
- 34) Glymour, M.M.: Commentary: Selected samples and nebulous measures: some methodological difficulties in life-course epidemiology. *Int J Epidemiol*, 36 (3), 566-568, 2007.
- 35) Ooki, S., Asaka, A.: Twin database of the secondary school attached to the Faculty of Education of the University of Tokyo. *Twin Res Hum Genet*, 9 (6), 827-831, 2006.

## The Rise and Perspective of Life Course Epidemiology

Syuichi OOKI, Kiyomi HIKO

### Abstract

Life course epidemiology examines how biological (including genetics), behavioral, and social factors act independently, cumulatively, and interactively to influence health throughout life, from conception through childhood, adolescence, and adult life, and across generations. Life course epidemiology was established as an independent research field in the late 1990s. The backgrounds includes the limitations of the adult life-style model, which can separately detect adult risk factors and intervene in individual the lifestyles. The development of related research fields, such as fetal origin of adult disease / developmental origin of health and disease hypothesis, epigenetics, social epidemiology, and behavior genetics encourages the development of life course epidemiology. Correction of health inequality from the viewpoint of life course, different from the current main prevention approach according to life stage, will lead to a new policy.

Key words : life course epidemiology, fetal origin of adult disease / developmental origin of health and disease hypothesis, accumulation, chain and intergenerational transmission of risk, social determinants of health, policy recommendations



## 原著

# 人口減少地域における終末期自宅療養希望の減少傾向について

## — 奥能登での意識調査に基づいて —

浅見 洋, 彦 聖美, 浅見美千江<sup>1</sup>

### 概要

本稿では、典型的な人口減少地域である奥能登における二時点（2007年8月、2010年8月）の意識調査を基に、地域住民の「終末期療養場所の希望」を経時的に比較した。その結果、「自分が療養したい場所」と「家族を療養させたい場所」を「自宅」と回答した割合は「病院」と回答した割合に比して有意に減少していた。また、「家族を療養させたい場所」として「自宅」を選択した割合は07年39.1%、10年36.1%、「病院」を選択した割合は07年37.8%、10年40.2%であり、3年間で希望割合が逆転していた。特に若い世代と同居数の少ない住民ほど、終末期での自宅療養希望が減少していることが明らかになった。また、自宅療養希望理由の「家族との時間を多くしたいから」が有意に減少していた。さらに、自宅療養不可能理由としては介護負担と医療不安が大きいこと、自宅療養可能条件としては家族支援と地域医療の整備の必要性が示唆された。

キーワード 人口減少地域, 終末期療養, 自宅療養, 経時的変化

### 1. はじめに

現在の日本における終末期医療の在り方を方向付けたのは2004（平成16）年7月に答申された「終末期医療に関する調査等検討会」の報告書<sup>1)</sup>である。この報告書に基づいて、厚生労働省は2005年7月29日の「第17回社会保障審議会医療保険部会」における配布資料<sup>1)</sup>で、終末期医療における「医療費適正化の方向性（イメージ）」を提示した。そこには、「患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供」により「自宅等での死亡割合を4割」に引き上げることによって、2015年度には約2,000億円、2025年度には約5,000億円の医療給付費が削減できるとの医療費削減イメージが描かれている。また、自宅等（特別養護老人ホーム、グループホーム等を含む）での死亡割合を4割に引き上げるために、①在宅医療提供体制の充実（往診・訪問診療に対応できる医師の確保、訪問看護サービスの普及等）、②地域における高齢者の多様な居住の場の整備が提言され、2006年4月の「診療報酬と介護報酬の改定」<sup>ii)</sup>では、在宅終末期医療にターミナル

ケア加算、施設での看取り介護には見取り加算の導入が盛り込まれた。

そうした医療政策、診療報酬改定の基礎資料となったのは2003（平成15）年2-3月に実施された厚生労働省医政局総務課の「終末期医療に関する調査」<sup>2)</sup>（以下、全国調査03）である。この意識調査の特徴の一つは調査対象（13,794人）に一般国民5,000人が含まれているということである。このように医療福祉政策を方向付ける意識調査が医療・福祉関係者のみではなく、一般国民を含んで実施されることは民主的な政策決定の手法として評価すべきことである。しかし、限られた数の一般国民への意識調査に基づいた医療政策の決定は、地方で暮らす住民の具体的なニーズを十分に反映していない場合もある。また、国民ニーズに基づく全国一律の施策はそれぞれの地域社会が育ててきたケアシステム（例えば、看取りの文化など）を弱体化し、イーミック（emic）<sup>iii)</sup>なケアの視点<sup>3)</sup>を喪失させる場合もある。地方、特に過疎化と少子高齢化とが急速に進行する地方の人口減少地域<sup>iv)</sup>では、地域住民の意識調査と地域

<sup>1</sup> 石川県医療在宅ケア事業団訪問看護管理部長

<sup>i)</sup> 第17回社会保障審議会医療保険部会、資料1「中長期的医療費適正化効果を目指す方策について」、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>, 2005.

<sup>ii)</sup> 厚生労働省保険局：「診療報酬の算定方法を定める件」等の改正等について（通知）、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/tp0314-1.html>, 2006.

<sup>iii)</sup> イーミック（emic）は専門的（エティック）に対する「民間的」の意であり、イーミックなケアとは医療者ではなく、地域社会が育ててきたケアを意味する。

<sup>iv)</sup> 本稿では「人口減少地域」を単に「人口が減少する地域」という一般的な意ではなく、「人口減少、少子高齢化が進行する地方の過疎地域」という意を込めて使用する。

社会、文化等の特徴を踏まえたよりきめ細やかな医療福祉ニーズの把握が必要であると考え、

2006年度の医療制度改革はかなりの程度まで実施されている。その結果、表1にあるように、実施目標であった自宅等での死亡割合の4割目標にはほど遠いとはいえ、これまで減少し続けてきた自宅死割合の低落傾向に歯止めがかかり、自宅死亡割合では若干の増加傾向が見られる。ただし、こうした傾向は大都市圏に顕著な傾向である<sup>4)</sup>。

表1 奥能登の自宅死亡割合の変移 (%)

	1985	1995	2005	2007	2008	2009
全国	28.3	18.3	12.2	12.3	12.7	12.4
石川県	32.9	18.6	10.8	9.9	10.1	10.0
奥能登	48.2	25.0	13.3	11.6	13.6	11.3

『平成21年人口動態統計』<sup>5)</sup>の「死亡数、死亡の場所集計の年次推移」では、全国の1995年の年間総死亡者数に占める老人ホーム（特別養護老人ホームを含む）の死亡割合は1.5%、2005年は2.1%であったが、「看取り加算」が創設された2006年には2.3%、2008年には2.9%に増加している。欧米などに比して死亡場所として老人ホームを選択する人々が多いとはいえないが、確実に増加しつつある。また、全国的には病院から老人ホームへと死亡場所が若干移動する傾向が認められる。

奥能登は典型的な人口減少地域であり、その人口は2010年10月の国勢調査では35,874人、高齢化率は40.9%、1999年～2010年の10年間人口減少率は19.7%である<sup>6)</sup>。そうした、奥能登の高齢化の最大の特徴は歪な人口構成比にある。2010年10月1日現在では、70代と60代の人口が各々6,500人を超えるのに対して、20代の人口は1,354人と1/4以下である<sup>7)</sup>。すなわち、将来の地域社会、医療福祉を担う世代、親世代を扶養する年代が極端に少ないのである。若者たちは10代後半から進学や就職等をきっかけにほとんどが都会に出て行き、現状では仕事場が少ない過疎地に帰ってくる可能性はほとんどない。それゆえ、将来的にはますます少子高齢化と過疎化が進み、生産年齢人口の流出が加速度的に進むことが予測される。同時にそれは終末期療養においては家族内介護者が極端に少なくなること、医療資源の枯渇、自治体の財政基盤の弱体化をも意味している。

## 2. 研究目的

奥能登での住民への死生観と終末期療養に対する意識調査に基づいて、人口減少地域における自宅終末期療養希望の変容とその要因を明らかにすること。

## 3. 研究方法

### 3.1 調査方法

調査票「死生観・在宅終末期療養についての意識調査」を作成し、珠洲市と能登町（以下、奥能登）の2つの自治体の住民台帳から層化抽出法によって抽出した40歳代から70歳代の住民を対象として2回の郵送調査を実施した。1回目は各自治体600名（各年代150名）、計1,200名を対象に、2007年8月に郵送調査を実施し、2回目は各自治体1,200名（各年代300名）、計2,400名を対象に、2010年8月に実施した。2回とも対象となる住民個々に研究趣意書、調査用紙、回答用紙、切手を貼った返信用の封筒（無記名）を同封し、返信された回答用紙の回収は石川県立看護大学内に設置したメールボックスで行った。

### 3.2 調査内容

調査票は厚生労働省の「終末期療養に関する調査」などを参考に、独自に作成した自記式質問紙を用いた。調査項目の内容は大別して①対象の背景（対象者の属性、健康状態、介護および死別体験）、②死生観（死について考える頻度と不安感、理想的な死）、③在宅療養について（自分が療養したい場所、家族を療養させた場所、在宅死の可能性、在宅死の阻害要因、在宅死を可能にする要因）の3項目である。

### 3.3 分析方法

調査項目ごとにはSPSS 18.0J for Windowsを用いて単純集計を行い、本稿の研究目的である「自宅終末期療養希望の変容とその要因」を明らかにするために必要な調査項目のみを分析対象とした。分析の際には必要に応じて $\chi^2$ 検定を行い、5%水準で有意ならば\*、1%水準で有意ならば\*\*と表示した。

### 3.4 倫理的配慮

研究実施に関しては、石川県立看護大学倫理委員会の承認を得た。調査対象の抽出にあたっては、調査対象の居住地である自治体に住民基本台帳法第11条の2第1項に基づいて「住民基本台帳閱

覧申出書」と閲覧者名簿を提出し、許可を得た。抽出作業は、届け出た閲覧者が各自治体庁舎内の指定された場所で行った。調査用紙の郵送にあたっては同封した調査の趣意書に、各自の自由意志によって回答が拒否できること、回答は無記名であることを明記した。また、集計が終わった時点で回答済み用紙、対象者の名簿等は全て廃棄し、公表においては個人が特定されないように統計処理を行った。

#### 4. 結果

##### 4.1 対象者の属性

対象者の基本属性については表2で示す。

表2 対象者の基本属性

項目	人数 (%)	人数 (%)
性別	2007年 (n=703)	2010年 (n=1073)
男性	279 (39.7)	465 (43.3)
女性	419 (59.6)	601 (56.0)
不明	5 (0.7)	7 (0.7)
年代	2007年 (n=703)	2010年 (n=1073)
平均年齢	59.9±11.1	60.9±10.9
40歳代	180 (25.6)	230 (21.4)
50歳代	190 (27.0)	280 (26.1)
60歳代	177 (25.2)	298 (27.8)
70歳代	156 (22.2)	265 (24.7)
同居人数	2007年 (n=701)	2010年 (n=1065)
1人	45 (6.4)	89 (8.4)
2人	206 (29.4)	348 (32.7)
3人	164 (23.4)	241 (22.6)
4人	106 (15.1)	183 (17.2)
5人	68 (9.7)	85 (8.0)
6人以上	112 (16.0)	119 (11.2)

2007年(以下、07年)調査の調査票の返送総数は706通/1200通、回収率58.8%、回答が無記入であるものを除いた703通を有効回答(有効回答率58.6%)とした。回答者の内訳は男性279人(39.7%)、女性419人(59.6%)、不明5人(0.7%)であった。2010年(以下、10年)の調査票の返送総数は1073通/2400通、回収率44.7%であり、1073通を有効回答(有効回答率44.7%)とした。回答者の内訳は男性465人(43.3%)、女性601

人(56.0%)、不明7人(0.7%)であった。

年代別では07年が40歳代180人(25.6%)、50歳代190人(27.0%)、60歳代177人(25.2%)、70歳代156人(22.2%)、平均年齢59.9±11.1歳、10年が40代230人(21.4%)、50代280人(26.1%)、60代298人(27.8%)、70代265人(24.7%)、平均年齢60.9±10.9歳であった。

同居家族数は、07年は1人暮らしが45人(6.4%)、2人が206人(29.4%)、3人が164人(23.4%)、4人が106人(15.1%)、5人が68人(9.7%)、6人以上が112人(16.0%)であった。10年は1人暮らしが89人(8.4%)、2人が348人(32.7%)、3人が241人(22.6%)、4人が183人(17.2%)、5人が85人(8.0%)、6人以上が119人(11.2%)であった。

##### 4.2 自分が療養したい場所

表3「自分が療養したい希望」にあるように、終末期療養の場所として「自宅」を選択した割合は07年48.9%、10年42.6%と減少し、「病院」を選択した割合は07年26.9%、10年30.5%、「施設」を選択した割合は07年7.4%、10年8.3%と若干増加している。

表3 自分が療養したい場所 (%)

	自宅	病院	施設	わからない
2007年 (n=662)	48.9	26.9	7.4	16.8
2010年 (n=1014)	42.6	30.5	8.3	18.6

表4にあるように、自分が療養したい場所を「自宅」と「自宅以外」(病院、施設、わからないの総計)の2群に分けて $\chi^2$ 検定を実施したところ、この3年間で自宅での療養希望者は有意に減少していた。

性別比較では男性が5.5%(50.9%→45.4%)、女性6.7%(47.2%→40.5%)減少しており、男女間で有意差が認められた。

年代別では40歳代9.4%(49.1%→39.7%)、50歳代8.5%(49.2%→40.7%)、60歳代5.5%(48.2%→42.7%)、70歳代1.9%(49.3%→47.4%)と若い世代ほど大きく、40歳代、50歳代の希望者の減少には経時的に有意差が認められた。

同居人数別では1-2人世帯で自宅希望が有意に減少していた。ただし、同居人数に関わらず10年度でも4割以上(40.4%~44.3%)に自宅療養希望が見られた。

自宅療養希望の人々にその理由を尋ねたとこ

表4 療養したい場所の比較

	2007年 (n=662)		2010年 (n=1014)		χ <sup>2</sup> 検定
	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	
自宅	324 (48.9)	432 (42.6)			**
自宅以外	338 (51.1)	582 (57.4)			
性別	2007年 (n=657)		2010年 (n=1011)		
男性	自宅	135 (50.9)	199 (45.4)	ns	
	自宅以外	130 (49.1)	239 (54.6)		
女性	自宅	185 (47.2)	232 (40.5)	*	
	自宅以外	207 (52.8)	341 (59.5)		
年代	2007年 (n=662)		2010年 (n=1014)		
40歳代	自宅	85 (49.1)	87 (39.7)	*	
	自宅以外	88 (50.9)	132 (60.3)		
50歳代	自宅	91 (49.2)	112 (40.7)	*	
	自宅以外	94 (50.8)	163 (59.3)		
60歳代	自宅	79 (48.2)	123 (42.7)	ns	
	自宅以外	85 (51.8)	165 (57.3)		
70歳代	自宅	69 (49.3)	110 (47.4)	ns	
	自宅以外	71 (50.7)	122 (52.6)		
同居人数	2007年 (n=660)		2010年 (n=1010)		
1-2人	自宅	112 (47.5)	167 (40.4)	**	
	自宅以外	124 (52.5)	246 (59.6)		
3-4人	自宅	121 (47.6)	178 (44.2)	ns	
	自宅以外	133 (52.4)	225 (55.8)		
5人以上	自宅	90 (52.9)	86 (44.3)	ns	
	自宅以外	80 (47.1)	108 (55.7)		

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

表5 自宅療養希望理由

	2007年 (n=324)	2010年 (n=428)	χ <sup>2</sup> 検定
	%	%	
住み慣れた場所で最期を迎えたいから	62.0	66.1	ns
最期まで好きに過ごしたいから	49.7	51.2	ns
家族との時間を多くしたいから	46.6	40.2	*
家族に看取られて最期を迎えたいから	29.3	28.5	ns
病院では自分の望むように最期を迎えられないから	12.7	12.9	ns
家族や知人が自宅以最期を迎えていたから	5.9	6.5	ns
その他	2.5	2.6	ns

\* : p<0.05

表6 家族を療養させたい場所 (%)

	自宅	病院	施設	わからない
2007年 (n=640)	40.9	39.9	6.7	13.1
2010年 (n=980)	37.2	41.4	7.0	14.3

表7 家族を療養させたい場所の比較

項目	2007年 (n=640)		2010年 (n=980)		χ <sup>2</sup> 検定
	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	
自宅	262 (40.9)	365 (37.2)			ns
自宅以外	378 (59.1)	615 (62.8)			
性別	2007年 (n=635)		2010年 (n=977)		
男性	自宅	91 (35.4)	165 (38.6)	ns	
	自宅以外	166 (64.6)	263 (61.4)		
女性	自宅	169 (44.7)	198 (36.1)	**	
	自宅以外	209 (55.3)	351 (63.9)		
年代	2007年 (n=640)		2010年 (n=980)		
40歳代	自宅	75 (46.3)	83 (39.3)	ns	
	自宅以外	87 (53.7)	128 (60.7)		
50歳代	自宅	75 (41.9)	107 (40.1)	ns	
	自宅以外	104 (58.1)	160 (59.9)		
60歳代	自宅	69 (42.9)	101 (36.3)	ns	
	自宅以外	92 (57.1)	177 (63.7)		
70歳代	自宅	53 (31.2)	74 (33.0)	ns	
	自宅以外	95 (68.8)	150 (67.0)		
同居人数	2007年 (n=638)		2010年 (n=977)		
1-2人	自宅	91 (40.1)	122 (30.7)	*	
	自宅以外	136 (59.9)	276 (69.3)		
3-4人	自宅	101 (40.6)	160 (40.8)	ns	
	自宅以外	148 (59.4)	232 (59.2)		
5人以上	自宅	70 (43.2)	82 (43.9)	ns	
	自宅以外	92 (56.8)	105 (56.1)		

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

ろ、表5にあるように、両年とも「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」、「最後まで好きなように過ごしたいから」が多く、経時的には若干増加していた。また、「家族との時間を多くしたいから」が有意に減少していた。

#### 4.3 家族を療養させたい場所

表6にあるように、終末期に「家族を療養させたい場所」として「自宅」を選択した割合は07年40.9%、10年37.2%、「病院」を選択した割合は07年39.9%、10年41.4%であり、3年間で「自宅」と「病院」の希望割合が逆転した。

表7は家族を療養させたい場所を「自宅」と「自宅以外」（病院、施設、わからないの総計）の2群に分けて $\chi^2$ 検定を実施した表であり、性別では女性で有意に減少していた。

年代別では有意差が認められなかったものの、40歳代～60歳代で自宅希望が減少し、70歳代は逆に増加していた。

同居数別では1～2人世帯で自宅希望が有意に減少し、3～4人世帯、5人以上世帯では希望者数にほとんど変化がなかった。

#### 4.4 自宅療養の可能性

「自分または家族が望めば、自宅で最後を迎えることは実現可能だと思いますか」という設問に対する回答は、表8にあるように07年と10年で経時的な変化はほとんど認められなかった。

自宅療養が可能と答えた以外の回答者に不可能

表8 自宅療養の可能性 (%)

	可能	どちらとも いえない	不可能
2007年 (n=672)	43.9	27.5	28.6
2010年 (n=1012)	43.0	29.6	27.4

理由を尋ねたところ、表9にあるように、「当てはまる」とする回答が「緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれないから」、「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから」が両年とも4割を超えた。また、可能とそれ以外の2群に分けて $\chi^2$ 検定を実施したところ、「経済的負担が大きいから」で「当てはまる」とする回答が07年より10年で有意に減少していた。

#### 4.5 自宅療養を可能にする条件

「自宅で最後を迎える事を可能にするためには、どのような条件が必要だと思いますか」という設問では、9項目を立て5件法で回答してもらった。その結果は表10にあるように、「とてもそう思う」という回答は「家族の理解と協力」、「往診してくれる医師の支援」、「訪問看護や訪問介護体制の整備」という項目で高かった。

### 5. 考察

#### 5.1 自宅療養希望減少の人口学的要因

本調査結果では「自分が療養したい場所」、「家族を療養させたい場所」を「自宅」とする回答は、両方ともこの3年間で有意に減少した。特に、「家

表9 自宅療養不可能理由

	2007年 (n=360)	2010年 (n=556)	$\chi^2$ 検定
	%	%	
緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれないから	44.9	44.6	ns
自宅では最期に痛み等に苦しむかもしれないから	43.5	41.9	ns
介護してくれる家族がないから	38.0	37.8	ns
経済的に負担が大きいから	28.7	22.8	*
24時間相談にのってくれる機関がないから	23.4	20.5	ns
訪問看護や訪問介護体制が整っていないから	19.6	18.9	ns
往診してくれる医師がないから	17.9	16.0	ns
わからない	7.7	8.8	ns
その他	7.2	7.4	ns
自宅で最期を迎えるのは一般的ではないから	5.5	6.3	ns

\* :p<0.05



表 10 自宅療養を可能にする条件

(%)

	2007年 (n=703)	2010年 (n=1073)
家族の理解と協力	65.3	64.0
往診してくれる医師の支援	60.5	59.9
訪問看護や訪問介護体制の整備	59.5	58.1
自治体などの経済的支援	45.0	46.1
24時間相談にのってくれる機関	44.2	46.3
病気療養のための住宅の整備	44.2	44.4
本人・家族への終末期ケアの教育	40.1	38.4
本人の強い意思	39.3	40.4
ボランティアの支援	20.1	20.2

族を療養させたい場所」としては自宅と病院の希望割合が逆転した。選択項目が異なるのでそのまま比較するはできないが、2008年に実施された「終末期医療に関する調査」<sup>5</sup>では自宅療養希望の割合は、1998年57.7%→2003年58.8%→2008年63.3%と増加傾向にあった。このような調査結果の差異は人口減少地域の人口学的な特徴に起因すると考える。

本調査では、自分であれ、家族であれ、同居人数が少ないほど、病院希望が多いことが明らかになった。また、多くの人口減少地域の人口学的な特徴は高齢者に比して若者、特に生産年齢人口が極端に少ないという歪な人口構成比にある。また、今回の調査対象者では一人暮らし、二人暮らし世帯がこの3年間でかなり増加している。(表2参照)

地域を支え、家族で主介護者となり得る世代の減少は自宅療養希望が減少する背景の一つである。また、介護者がいたとしても介護者となるべき家族自体が高齢者であったり、家計を支える勤労者であったりすることも多い。介護者の体力、家計を考慮した場合、自宅療養を希望することは「家族に迷惑をかけたくない」という意識が強い人口減少地域においてはますます困難になってきている。

## 5.2 自宅療養希望減少の死生学的要因

若い世代ほど自宅療養希望の減少割合は大きかった。この背景には人口減少地域における人口学

的な要因や医療福祉システムの変化などの社会的な要因に加えて、住民の死生観、人生観の変容等の死生学的要因が存在すると考える。

地域で暮らし、共に生活した親を自宅で看とり、老い、死に、共同体での葬送によって先祖の群れに加えられる。近代日本の農山村地域で普通に見られた「看取り」「葬送」「死者ケア」などの地域文化が消失しつつある。そうした文化変容によって衰退するものの一つに「いのちの受け継ぎ」という伝統的な死生観があると考えられる。死に逝く者は生活を共にした家、屋敷、田畑、墓地を息(生き)継ぐ息子、息女(むすめ)たちに遺し、祭ってきた先祖の列に加えられてきた<sup>8)</sup>。自宅での「看取り」とはそうしたいのちが受け継がれる営みの一つであった。

奥能登の自宅での死亡割合は1974年まで5割を超えていた<sup>6)</sup>。つまり、現在奥能登に住んでいる高齢者の多くには家族を自宅で看取った体験があり、そうした体験をもつ高齢者が終末期自宅療養を希望する割合や家族の看取りを希望する割合が高い。それに比して家族が病院で亡くなった体験しかもたない若い世代では終末期自宅療養の希望は減少すると推測される。本調査の自由記述の中にはそうした住民の意識の変化を示す、以下のような記述が見られた。

「田舎の高齢者はまじめによくお世話をする方が多いと思う。逆に60歳以下の年代では一つしかない病院をコンビニ代わりに相談や受診など、介護が必要になりそうな方をすぐに入院させたがる傾向が強いと感じています。」

そのように、死の病院化、医療化、専門化が進み<sup>9)</sup>、病院死が85%を超える現在、人口減少が

<sup>5</sup> 厚生労働省保険局：第1回終末期懇談会 資料3「終末期医療に関する調査」結果、2008年10月21日。http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf.

急速に進む農山村の住民の中にも病院死を当然視するような死生観が一般化しつつあると考えられる。

### 5.3 自宅療養の希望の理由

終末期を自宅で過ごしたいという希望は4割を超えるが、その希望の理由は「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」、「最後まで好きなように過ごしたいから」であり、それに比して「家族との時間を多くしたいから」は有意に減少している。そこには伝統的な家族主義の衰退が垣間見える。

「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」とは、慣れ親しんだ家庭や地域において日常生活の連続として死を迎えたいとする思いである。また、「最後まで好きなように過ごしたいから」とは、最後の生のあり方を日常生活から乖離されて治療と延命のために管理されるのではなく、気を使わない空間で、可能な限り自由に生活したいという思いである。

例えば、自由記述には以下のような記述が見られる。「82歳の母の遠い母がいますけど、病院へ行かないで家で亡くなりたいといつも言っています。現在は畑で野菜を作っています。」「父が亡くなったとき、だめとわかってから一度家へ連れてきたかったが（外泊ではなく外出）相談すらできなかった。本人は家を出て、そのまま一度も家に戻らずに死ぬとは思っていなかったの、一度家の畳に座らせて、庭などを見せたかった。非常に心残りであった。」「住み慣れた場所で誰にも気を使わず、それで信頼できる介護サービスを受けたいと思います。」

また、「自分、または家族が望めば、自宅で最後を迎えることは実現可能だと思いますか」という問いに対しては、可と考える人が約4割強で、この3年間でほとんど変化がなかった。自由記述に「私は子供がいなくて、親類も遠くに住んでいるので1人で死を迎えなくてはならない時があるかもしれません。1人だから病院や施設ではなく、1人であっても在宅療養で、死を迎えられる介護体制であってほしいと願っています」というように、単身の高齢者であっても在宅療養を望む声は少なくないのである。

### 5.4 自宅療養の実現不可能理由

自宅療養が可能、どちらかという可と答えた以外の住民に「自宅療養の実現不可能理由」を尋ねた結果、「緊急時に家族に迷惑をかけるかも

知れないから」、「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから」という介護負担、医療不安をあげた回答が多く、次いで「介護してくれる家族がいないから」であった。対して「24時間相談にのってくれる機関がないから」、「訪問看護や訪問介護体制が整っていないから」、「往診してくれる医師がいないから」という医療システムの不整備をあげた人々は少なかった。また、経済的負担が大きいと考える人はこの3年間でかなり減少していた。

自宅療養を可能だと考えている人は、それを支える地域の医療資源が整っており、経済的にも負担を感じていない住民だと思われる。

自由記述には「子供に負担をかけたくないという思いで病院を選んだが、自宅でも苦痛をやわらげられ介護を受けられれば自宅のほうがいいかな!!」とあり、介護負担、医療不安という不可能理由がなくなれば、自宅療養の可能性が増大すると思われる。

### 5.5 自宅療養を可能にする条件

家族支援と医療の整備（往診医の支援、訪問看護・介護体制の整備）の必要性が自宅療養を可能にする条件と考えられており、次のような自由記述が見られた。

「昨年、在宅で末期がんの父をおくりました。介護用品や往診の医師や看護師（訪問）さんの体制が整っているのに驚きました。経費もとても安くすみ、ずっと一緒に過ごせて父も私たちも本当に幸せでした。」「誰しも住み慣れた家で親しい方に囲まれ、家族に見守られ最期を迎えたいと思います。できるだけ、家族の負担が少なくなり、訪問看護か往診してくださるお医者さんがいてくれるのが理想で、国か県のレベルでそういう制度を作ってほしいと感じます。」

さらに、その他の可能条件としては「自治体などの経済的支援」、「24時間相談にのってくれる機関」、「病気療養のための住宅の整備」という項目で「とてもそう思う」という回答が両年とも4割を超えており、自宅療養のための環境整備が強く望まれていた。

## 6. おわりに

本調査においては、自宅終末期療養の希望が減少しつつあるとはいえ、自宅療養希望と現実の療養場所との間には依然として大きなギャップが存在することが明らかとなった<sup>10)</sup>。昨今の在宅終

末期医療における制度改革は自宅も含めて現実の在宅療養者を増加させる方向でそのギャップを埋めようとしてきた。しかし、人口減少地域ではむしろ自宅療養希望が減少しているという事態が生じている。そうした希望の減少が人口学的要因や死生学的要因に起因するところが大きいとするならば、終末期療養場所の問題は政治的、文化的課題でもあって、単なる医療的制度改革では解決を見いだせない。

人間の生死の事柄に制度的な解決法を求める以前に、それらを人間個々に課された人生論的な課題として受け止める必要がある。特に、死が人間の生にとって不可避であるだけに、人生の最後の時期を、いかにどのように過ごすかは普遍的な実存的課題であろう。

本調査の回収率は2007年調査が58.8%、2010年調査が44.7%であり、こうしたランダムに抽出された対象への郵送法による調査としては、非常に高い回収率であった。この回収率の高さは対象地域である奥能登の住民たちが死生観や終末期医療について非常に高い関心を持っていることを示しているように思われる。その一つの証左として、自由記述の欄には、本調査に対して感謝の気持ちを書いたものが非常に多くあった。こうした記述の大半は「自分たちの地域の在宅医療に関して関心を持ってきていることへの感謝」と「死生観や終末期療養について考える機会をもてたことに対する感謝」であった。つまり、本調査のように地域に対する調査は、期せずして地域住民に対する死生観教育の機会を提供していると言えると思う。

「どんなことがあっても家族を守り（子供たちへの愛情）現在まで生きてこられたのだと思う。今は孫たちをかわいがり、出来る範囲での気遣いをしながら命の絆を大切にしています」という自由記述には、自己の生死をイエにおける「いのちの受け継ぎ」の中に位置づけようとする近代日本の農山村地域に伝統的であった死生観が垣間見えるようであった。

「地域で育ち、屋敷を受け継ぎ、地域で暮らし、共に暮らした親を自宅で見守り、老い、死に、先祖の眠る墓地に葬送される」ということは、現在人口減少地域で暮らす高齢者がごく普通に描いてきた生死の光景であった。こうした「いのちの受け継ぎ」という死生観が消失しようとしている。そして、死への過程や葬送が異空間で、医療職や葬儀屋という専門職の手によってなされることが

一般化しつつある現在、人口減少地域の住民たちは「人生の意味はどこにあるのか」、「われわれはどこに行くのか」という2つのスピリチュアルな哲学的問いの前に立たされているように思われる。

本稿が示唆した人口減少地域における自宅終末期療養希望の減少傾向は、単なる死に場所の問題ではなく、われわれの生死に関わる実存的な問いを提起しているのである。そして、日本が全体として人口減少時代に入った今日<sup>vi</sup>、現代的な生死の在り方に関わる実存的な問いは、過疎化が進行する地域の住民のみではなく、将来的には都市部の住民も直面せざるを得ない普遍的課題になりつつあると考える。

- \* 本稿は2007-2010年度科学研究費補助金（基盤研究（B））「人口減少地帯における死生観とケアニーズの実態と変容に関する研究」の成果報告の一部である。
- \* 調査にご協力いただいた住民の皆さまと調査を手伝っていただいた方々に感謝いたします。

#### 引用文献

- 1) 終末期医療に関する調査等検討会：今後の終末期医療の在り方。中央法規，3-125，2005。
- 2) 同上。19-125，2005。
- 3) Leininger, M. M. McFarland, M. R.: Culture Care, Diversity & Universality. A Worldwide Nursing Theory, 2ed., Jones and Bartlett Publishers, Boston, 8-9, 2006.
- 4) 太田秀樹：高齢者在宅医療。日老医誌，48，243，2011。
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成21年人口動態統計上巻。厚生統計協会，150-156，2001。
- 6) 浅見洋：人口減少地帯における死生観とケアニーズの実態と変容に関する研究。2007-2010年度科学研究費補助金研究成果報告書，8，2011。
- 7) 同上。9，2011。
- 8) 田代志門：受け継がれていく生。岡部建，竹之内裕文編，清水哲郎監：どう生きどう死ぬかー現場からの死生学，弓箭書院，175-180，2009。
- 9) イバン・イリイチ他著，尾崎浩訳：専門家時代の幻想。新評論，7-92，1984。
- 10) 浅見洋：日本人の死生観とケアニーズ。臨床看護，33（13），1948-1953，2007。

<sup>vi</sup> 総務省統計局：『平成22年国勢調査 人口等基本集計結果要約』kusei/2010/kihon1/pdf/youyaku.pdf.

## Reduced Willingness to Receive Home Terminal Care in the Depopulating Areas Based on an Investigation in Okunoto

Hiroshi ASAMI, Kiyomi HIKO, Miche ASAMI

### Abstract

This paper presents a chronological comparison of the “preferred place of terminal health care” of local residents, based on a survey of people’s attitudes conducted over two periods (August 2007 and August 2010) in the typically depopulating areas of Okunoto. In response to “Where would you like to receive treatment?” and “Where would you like your family to take care of you?”, the number of people who answered “at home” was significantly less compared with those who answered “in hospital”. Furthermore, in response to “Where would you like your family to take care of you?”, 39.1% answered “at home” in 2007 and 36.1% gave the same answer in 2010, whereas 37.8% answered “in hospital” in 2007 and 40.2% gave the same answer in 2010. Preferences had reversed over a period of three years. In particular, it was also evident that home care was less desired by the younger generation and those living in small households. One of the reasons given by individuals desiring home care was “to spend more time with my family”, but the number of such individuals decreased significantly. It became apparent that home care was not always possible because of concerns regarding the nursing care and medical treatment available. Results suggest that family support and consolidation of community healthcare are required in order to make home care possible.

Keywords depopulating areas, terminal health care, home health care, time-dependent change



## 報告

## 地域における外国人医療の現在と今後への展望

## — 医療機関を対象とした調査から —

中川恵子<sup>1, 2</sup>, 多久和典子<sup>1</sup>

## 概要

グローバル化に伴い、我が国における外国人登録者数は年々増加し、石川県においても100人に1人が外国人という状況である。本県の外国人医療の現況を明らかにするため、外国語対応医療機関として公表されている県内125機関を対象にアンケート調査を行った。県全域では、外国人登録者の半数近くを占める中国人の受診が最も多かった。加えて、石川中央地区・金沢市ではアメリカ人、南加賀地区ではブラジル人、能登地区ではフィリピン人の受診が多く、地区ごとの特徴が見られた。アメリカ人の受診頻度は際立って高かった。診療はほぼ例外なく、本人または付添人と日本語・英語で行われていた。半数以上の医療機関が多言語対応問診票や薬剤の説明書を希望していた。現在、首都圏・京阪神・中部地方を中心に、多言語対応問診票や医療通訳の整備が行われている。今後、これらを整備・活用することによって、さらなる外国人医療の充実と異文化交流が期待される。

キーワード 外国人医療, 多言語問診票, 医療通訳, 異文化理解, トランスカルチュラルケア

## 1. はじめに

グローバル化に伴い、我が国における外国人登録者数は過去20年間で倍増し、2008年には220万人に達している<sup>1)</sup>。これにつれて、外国人の医療機関受診の機会も増加し、特に首都圏・京阪神・中部地方を中心に、医療通訳の養成や医療通訳派遣システムの構築、救急患者に対する外国語版問診票などの整備が行われつつある<sup>2)~7)</sup>。

石川県においては、外国人登録者数は2006年以降、1万~1万2千人で推移し、県民100人に一人は外国人ということが出来る<sup>1)</sup>。とりわけ、本県は全国的に見ても留学生の受け入れが多く、県民1,000人あたり一人が外国からの留学生に相当し、全国第6位に位置している<sup>8)</sup>。

異国で暮らす外国人にとって、医療施設が果たす役割は大きく、地域における異文化交流の重要な場となっていると考えられる。石川県では、国際交流協会により、多言語による医療ハンドブックが提供され、また、インターネットから外国人患者の診療を行っている医療施設が検索可能である。しかしながら、石川県に在住する外国人を対象としたアンケート調査<sup>8)</sup>の結果からは、医療

機関受診のときに困ることとして、「コミュニケーションがとれない」(29.1%)、「医療費が高い」(22%)、「どこの病院に行けば良いか分からない」(18.1%)などが上位に上げられている。また、医療に望むサービスとして、「病院等における母国語の通訳」を希望する人が最も多く(32.6%)、次いで「保険制度の説明」(27.3%)、「母国語での対応可能な病院等の情報提供」(24.1%)、「病院等での母国語表記」(20.9%)などの希望が多い。一方で、「特に望むことはない」と考える外国人も存在する(27.0%)。

これに対し、外国人患者の診療について、県内医療機関を対象とした現況の調査や、医療機関の意見をとりあげた報告は現在のところ見られない。

そこで、本研究では、より良い国際理解、異文化理解の観点から、石川県の外国語対応可能な医療機関を対象として、外国人患者の受診に関する医療者側の患者対応の現状や医療通訳への関心等についてのアンケート調査を行い、その結果を解析することによって問題点の有無と今後の方向性を検討することを目的とした。

## 2. 研究方法

県内の外国語対応可能と公表されている医療機

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

<sup>2</sup> こすもす訪問看護ステーション (現在の所属)

関（下記参照）を対象として、任意・無記名・記入式アンケート調査を実施した。アンケートに先立ち、石川県国際交流協会ならびに石川県国際交流課に訪問の上、基本的な情報の収集を行った。また、石川県医師会に訪問の上、アンケート調査の趣旨を説明し、了解をいただいた。

アンケート調査の対象は、「県医療・薬局機能情報システム」のホームページ（<http://i-search.pref.ishikawa.jp/>）において「外国語対応 可能」として登録されている医療機関、および、県国際交流協会のホームページ（<http://www.ifie.or.jp/index.php>）から「外国語が通じる医療機関」として公表されている医療機関、合計 125 機関とした。

アンケートの質問内容は、2008 年に実施された県内在住外国人を対象としたアンケート調査結果ならびに石川県国際交流協会・国際交流課にて得られた基本的情報を参照し、外国人医療の各局面を網羅するように作成した。医療機関の属性（所在地、規模など）、年間外国人患者受診数、年間外国人観光客患者受診数、患者の出身国、主な患者の年齢層、外国人患者とのコミュニケーション言語、コミュニケーションの工夫、外国人患者用パンフレット使用の有無、外国人患者とのトラブルの有無、医療通訳派遣への関心、医療通訳にかかる費用についての希望、外国人対応の問診票や薬剤の説明書の必要性の有無、外国人患者受け入れへの積極性、行政への希望を含む自由記載など、19 項目からなる。アンケートの内容は個人を特定するものを含まず、倫理的に問題となる項目を

含まない。アンケートの回答に要する時間を考慮し、選択肢を吟味した。

アンケート用紙は、研究の趣旨を説明し、任意、無記名、記入式のアンケートを依頼した文書と、返信用封筒とともに、対象医療機関宛に郵送した。アンケートの回答をもって研究協力への同意が得られたと判断した。回答者は各医療機関の判断に委ねた。調査は 2009 年 9 月中旬～10 月上旬に行った。

### 3. 結果

#### 3.1 県内の外国人登録者数と外国語対応可能な医療施設の分布

アンケートを依頼した 125 の医療機関のうち 65 機関から回答が得られた（有効回答率 52%）。回答率を能登・石川中央・金沢市・南加賀の 4 つの地区ごとにみると、能登地区 52.6%、石川中央地区 42.1%、金沢市 47.8%、南加賀地区 77.8%となっており、人口あたりの外国人登録者数が最大である南加賀地区からの回答率が最も高かった（表 1）<sup>9)</sup>。

回答があった医療機関の内訳は、診療所 33 機関、病院 32 機関であり、標榜診療科としては、内科、外科、整形外科の少なくとも 3 診療科を有する医療機関（これらに小児科・産婦人科・その他の科が加わった場合を含む）が最も多く（22 機関）、次いで内科のみ、産婦人科のみ、整形外科のみの順に多かった。アンケートの回答者は医師が最も多く（34 名）、次いで、受付・事務（20 名）、看護職（11 名）の順であった。

表 1 石川県内の外国語対応可能な医療施設を対象としたアンケートの回収率と各地域における外国人登録者の人口に占める割合

	対象医療機関	アンケート回答のあった医療機関	アンケート回収率 (%)	地区別アンケート回収率 (%)	人口 (人) *	外国人登録者数 (人) *	外国人登録者の人口に占める割合 (%)
能登地区	病院	15	6	40.0%	217,020	1,927	0.89%
	診療所	4	4	100%			
石川中央地区	病院	7	3	42.9%	258,898	1,844	0.71%
	診療所	12	5	41.7%			
金沢市	病院	33	14	42.4%	456,565	4,581	1.00%
	診療所	36	19	52.8%			
南加賀地区	病院	13	9	69.2%	236,905	3,774	1.59%
	診療所	5	5	100%			
合計	病院	68	32	47.0%	1,169,388	12,126	1.04%
	診療所	57	33	57.9%			

\*2008 年 12 月現在 <sup>9)</sup>

### 3.2 外国人受診者数

年間あたりの外国人受診者数について質問した。1～10人程度が32機関と最も多く、次いで11～20人程度が16機関であり、以上で7割を占めた(図1)。最近1年間に外国人受診者が無かった機関は2機関のみであった。

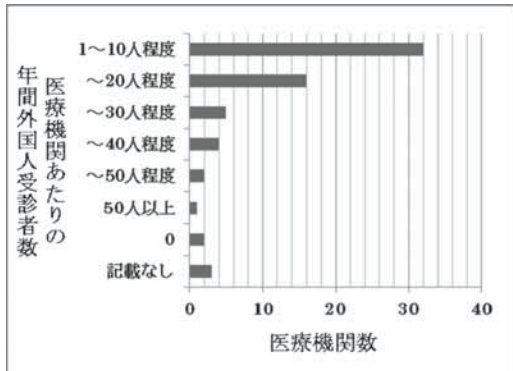


図1 医療機関あたりの年間外国人受診者数 (全体)

地域別に見ると、年間外国人患者数が31人以上と回答した7医療機関のうち、4機関が南加賀地区に集中していた(図2)。

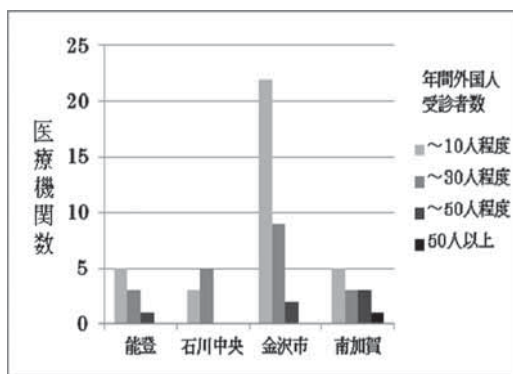


図2 医療機関あたりの年間外国人受診者数 (地区別比較)

年間の外国人観光客の受診者数は、全く無い機関が半数を超え、5人以下が17機関、未回答が8機関であった。

### 3.3 外国人受診者の出身国

外国人受診者の出身国として、頻度の多い順に第3位まで回答を依頼したところ、第1位に挙げられた出身国は中華人民共和国(以下中国と略記)であり、ブラジル、アメリカ合衆国(以下アメリカと略記)を大きく上回っていた(図3)。第2位にはアメリカ、中国・韓国などが多く挙げられていた。頻度の多い順に上位3位までをそれぞれ3ポイント(第1位)、2ポイント(第2位)、

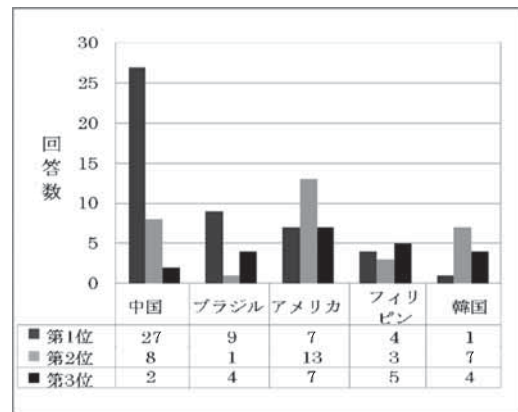


図3 出身国別にみた外国人受診者の頻度

1ポイント(第3位)として評価し、合計ポイントを算出して半定量的に受診頻度を比較したところ、中国、アメリカ、ブラジル、フィリピン、韓国の順となった(図4)。

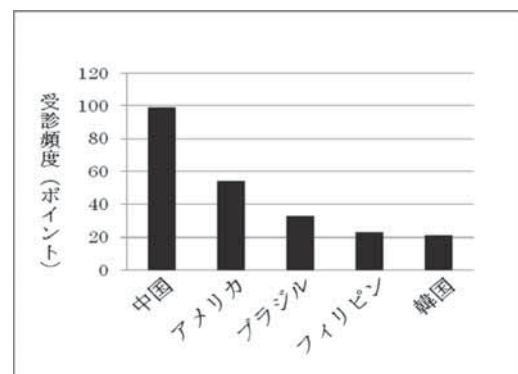


図4 出身国別外国人受診頻度(ポイントによる評価法については本文参照)

出身国毎の受診頻度を地区別に見ると、能登地区では、中国、フィリピンの順にポイントが高く、石川中央区、金沢市では、中国、アメリカの順で高かった。南加賀地区では、中国とブラジルが同程度に高かった(図5)。

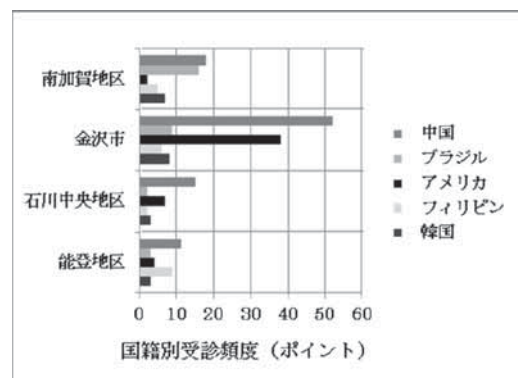


図5 出身国別外国人受診頻度(地区別比較)



### 3.4 外国人受診者の年齢層

外国人受診者で最も多い年齢層・性別は、青年～成人の女性との回答が最も多く（40 機関）、次いで、青年～成人の男性であり、この両者が 95% 以上を占めた。

### 3.5 外国人受診者とのコミュニケーション言語

外国人患者とのコミュニケーション言語について、複数回答可として回答を求めた。その結果、「患者本人と日本語で」「付添い人を通じて日本語で」「患者本人と英語で」「付添い人を通じて英語で」「患者の母国語で（英語以外）」「外国語が通じる他の機関を紹介」「その他」「未記入」が大部分を占めた。（図 6）。

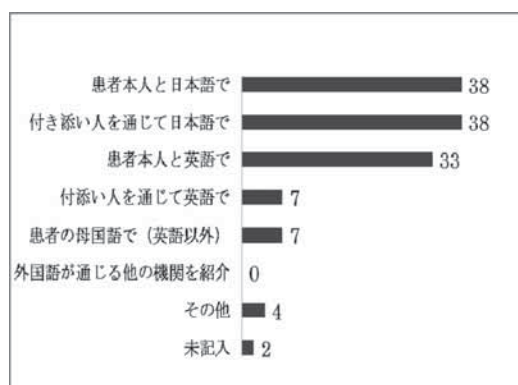


図 6 外国人受診者とのコミュニケーションの方法

### 3.6 コミュニケーションの工夫

外国人患者とのコミュニケーションにどのような工夫を行っているかという質問（複数回答可）では、「専門用語を使わず分かりやすい言葉を使う」（28 機関）、「大きくはっきりした声でゆっくり話す」（27 機関）、「ジェスチャーや絵を描いて話す」（22 機関）、「筆談を取り入れる」（21 機関）、「繰り返し説明する」（15 機関）の順に多く、さまざまな工夫がされている様子が覗かれた。「台湾出身の内科医師が対応する」「ナースは電子辞書を使用している」「米国で臨床経験あり」「まず自己紹介をする」「外国語で話すが、外国語を話すことで注意力が低下し診療の質が落ちると感じる」「ポルトガル語の医学用語の手引きを使用」などの自由記載が見られた。

### 3.7 多言語問診票・医療通訳派遣などに関して

「外国人向けパンフレットを使用している」と回答のあった医療機関は 9 機関にとどまった。この 9 機関のうち、パンフレットを自作している機関が 3 機関、既成のパンフレットを使用している機関は 5 機関であった。

これら 8 機関について、パンフレットに採用さ

れている言語を質問したところ（複数回答）、「英語」（7 機関）、「中国語」・「韓国語」（それぞれ 5 機関）、「タガログ（フィリピン）語」・「ポルトガル語」（4 機関）の順に多かった（表 2）。外国語と日本語が併記された問診票や薬剤の説明書の必

表 2 外国人向けパンフレットを採用している 8 機関において使用されている言語（複数回答）

英語-日本語	7
中国語-日本語	5
韓国語-日本語	5
フィリピン語-日本語	4
ポルトガル語-日本語	4
タイ語-日本語	2

上記以外に、ベトナム語・インドネシア語・フランス語・スペイン語と日本語対応の問診票が各 1 施設、英語のみ、中国語のみの問診票が各 1 施設。

表 3 多言語問診票・医療通訳などに関する回答

#### 3-1) 外国語と日本語が併記された問診票や薬剤の説明書の要否

必要である	31
必要でない	27
未記入	7
計	65

#### 3-2) 医療通訳派遣への関心の有無

関心がある	9
関心が無い	28
どちらとも言えない	23
未記入	5
計	65

#### 3-3) 医療通訳で希望する言語（14 機関；複数回答）

中国語	11
英語	4
韓国語	4
ポルトガル語	4
タガログ語（フィリピン）	4
ベトナム語	1
タイ語	1
ロシア語	1
スペイン語	1
インドネシア語	0
累計	31

## 3-4) 医療通訳が実現した場合、費用負担をどうすべきか

公的補助	7
患者負担	5
医療保険の適用対象へ制度改正	2
医療機関と折半	1
医療機関の負担	0
計	15

## 3-5) 医療通訳研修について.

研修を受けたい	21
研修を受ける必要はない	36
迷っている	1
研修を受けたことがある	0
未記入	7
計	65

要性の有無について、「必要」と回答した機関 (31 機関) が「必要で無い」と回答した機関 (27 機関) をわずかに上回った (表3-1)。

医療通訳派遣について、関心が「有る」と答えたのは9機関のみであり、「無い」が28機関、「どちらともいえない」が23機関、未記入は5機関存在した (表3-2)。何語の医療通訳派遣があれば良いかを問う質問 (複数回答可) に対しては、14機関から回答があり、中国語が最も多く (11機関)、次いで、英語、韓国語、タガログ語 (フィリピン)、ポルトガル語が多かった (それぞれ4機関) (表3-3)。医療通訳にかかる費用についての希望 (複数回答可) は15機関から回答があり、「公的補助」の希望が最も多く (7機関)、次いで、「患者負担」 (5機関) であった。「医療保険の適用対象となるよう制度改正」 (2機関)、「医療機関との折半」 (1機関) という意見もみられた (表3-4)。医療通訳に関する研修等に対して参加を希望するか否かについての質問では、「受ける必要はない」と答えた機関が多く (36機関)、「受けたい」と答えた機関 (21機関) を大きく上回った。「迷っている」との記載が1機関、未記入が7機関、「受けたことがある」は無かった (表3-5)。

### 3.8 外国人患者との応接場面におけるトラブルの有無とその状況

外国人患者との応接場面におけるトラブルの経験の有無とその種類について、7項目から複数選択可として回答を依頼した (表4)。トラブルの有無については、50機関が「無い」、10機関が「有

表4 外国人患者との応接場面におけるトラブルの経験 (トラブルの内容は複数回答)

トラブル無し	50
トラブル有り	10
病状の説明時	4
受付時	3
会計時	3
診察時	3
薬の処方時	2
検査時	1
その他	1
記載なし	5
計	65

り」と回答した。後者においてトラブルが発生した場面は、「病状の説明時」 (4機関:回答者は医師・事務職)、「受付時」・「会計時」 (各3機関:看護職・事務職)、「診察時」・「薬の処方時」 (各2機関:医師・看護職)、「検査時」 (看護職) の順であった。

具体的なトラブルの種類については以下のとおりである。

#### (1) 保険制度の理解不足から生じたトラブル

日本の保険制度に対する外国人患者の理解不足から生じたトラブルについて、「有る」と回答したのは2機関のみであり、うち1機関では、「いったん自費で支払った医療費について、一年後に窓口で、保険証を提示して返金を求めてきた」という事例が記述されていた。

#### (2) 文化・宗教・習慣の違いからのトラブル

文化・宗教・習慣の違いからのトラブルの経験が「有る」と回答した機関が3機関、「無い」が54機関、未記入が8機関であった。「有る」と回答した3機関では、「宗教上の理由により、女性医師による診察しか受け入れなかった」「再診の説明に『分かった』と言っていたが来なかった」「アメリカン患者が求める個々の薬剤についての作用・副作用などの説明に時間がかかった」という事例が記述されていた。

#### (3) 医療費未納のトラブル

外国人患者との応接の場面とは別個に、医療費未納のトラブルの有無について尋ねたところ、「無

表5 外国人患者の医療費未納の経験

無い	48
たまにある	11
よくある	1
記載なし	5
計	65

い」が48機関、「たまに有る」が11機関であった。「よく有る」と回答した機関は1機関のみであった。未記入は5機関あった(表5)。

#### (4) その他のトラブル

1機関において、「新型インフルエンザの流行直前、感冒様症状で受診した中学校の外国人教師に対し一般患者が動揺を示し、これに対して外国人患者も不快感を示した」という事例が記述されていた。

### 3.9 外国人受診者の積極的な受け入れについて

外国人患者の受診を積極的に受け入れたいかという質問に対し、「積極的」と回答した機関が圧倒的に多く(47機関)、「消極的」と回答した機関(13機関)を大きく上回った。「積極的」の回答の中には「依頼があれば」受け入れたいという条件付記載もあった。「消極的」と回答した13機関の理由としては(複数回答可)、「時間がかかる」(8機関)、「診療費不払いの不安」(5機関)、「診療に制限がかかる」の順に多かった。「その他」(2機関)の理由の内容としては、「アピールしてまで外国人患者を積極的に受け入れることはしないが、来院した人は診察する」「意思疎通ができない」との記述がみられた。

### 3.10 外国人診療に関する意見・行政への希望

最後に、外国人の医療機関受診に関連して、行政への希望を含めて、自由記載を依頼したところ、医療通訳に関する記述が数多く見られた。【医療機関受診に際しての必要な会話集の作成が必要】、【医療機関による外国人受け入れ態勢の情報外国人に周知したほうがよい】、【医療に必要な言葉は日常会話とは全く別なものであり、医療通訳が付いてきてくれるのが最も良い】、【外国人は増加しているので病院内に外国人ナースがいればよい。フィリピン人ナースは優秀なのでわざわざ日本語の試験を課すのではなく、英語の試験で受け入れればよい】、【公的なところで医療通訳の方を登録し、各医療機関で実習をすればよい。希望時にすぐ病院まで来てくれる医療通訳者が近くにいてくれれば助かる】、【行政側で通訳ボランティアの登録をしておき、必要時には迅速に対応できるようにしてほしい】、【通訳にかかる費用を医療機関で負担しなくてもよい方法があればよい】など、具体的提案も含めて積極的な意見が多く記述されていた。

医療通訳以外の意見としては、【時々未収金が

発生する。未収金が出た場合はどうすればよいか分からない】といった未払いに対する解決策を望む医療機関があった。また、【日本に来て不愉快な思いをせずに医療が受け入れられる態勢が必要】といった外国人患者への思いやりの言葉も聞かれた。

## 4. 考察

今回のアンケート調査では、石川県国際交流協会並びに県医療・薬局機能情報システムのホームページから外国語対応可能として登録されている125医療機関を対象とした。アンケートの回収率が52%であることから、今回の調査では石川県の医療機関全体の状況を正確に反映したものと判断するには限界がある。その認識のもとに、今回の調査結果について、以下に考察を記述する。

### 4.1 地区ごとの外国人患者受診状況の特徴

石川県の外国人登録者は12,126人(2008年12月現在)で、地区別にみると、金沢市(4,581人)、南加賀地区(3,774人)、能登地区(1,927人)、石川中央地区(1,844人)の順に多かった(表1)。人口当たりの外国人登録者数は、石川県全体では1%程度であり、地区別にみると、調査当時において南加賀地区が他地域の1.5倍以上と群を抜いて多かった(表1)。インターネットに公表されている外国語対応可能な医療機関の数は、金沢市(69機関)が他の地区(18~19機関)を圧倒して多数であった(表1)。

地区別のアンケート回収率は、南加賀地区(77.8%)が能登地区(55.5%)、金沢市(47.8%)、石川中央地区(42.1%)よりも高く、人口当たりの外国人登録者数が最大である同地区の医療機関における外国人診療への関心の高さが示唆された(表1)。

最近1年間に外国人受診者が無かった機関は2機関のみであった。アンケートの回答のあったほとんどの医療機関において外国人医療を経験しているといえる。およその年間外国人受診者数は、10人以下とする医療機関が最も多く、7割以上が20人以下との回答であった。年間外国人受診者数が30人を超えたのは7医療機関で、うち4機関(すべて病院)が南加賀地区に集中していた。年間40人を超えた3機関も同地区に限局していた。このように、南加賀地区では、ほかの地区に比べ、医療機関あたりの外国人受診者が多く、南加賀地区において調査当時外国人登録者の人口比

率が最大であったことと符号する結果といえる(表1)。

#### 4.2 外国人患者の国籍

石川県の外国人登録者の国籍は、多い順に、中国(5,452人, 38.8%)、韓国(2,051人, 21.0%)、ブラジル(1,720人, 16.0%)、フィリピン(595人, 5.4%)、ベトナム(585人, 3.6%)、アメリカ合衆国(226人, 2.1%)の順となる<sup>9)</sup>。ところが、外国人患者の受診頻度の高い順は、中国、アメリカ合衆国、ブラジル、フィリピン、韓国という結果であり(図4)、1人当たりの受診頻度はアメリカ人が際立って高いといえる。この理由として、アメリカ人の健康に対する価値観や配慮が高いことが推測される。そのほかに、英語は我が国で最も広く話される外国語であり、医療機関におけるコミュニケーションがもっとも容易であることも影響しているのではないかと考えられる。

一方、韓国人の外国人登録者数は第2位であるが、受診頻度は低い。在日韓国人・朝鮮人は日本に何年も暮らしている人が多い<sup>8)</sup>。そのため、日本人とかわらず流暢な日本語を話す人が多くまた、日本の名前に改名しているケースもあり、外国人として認識されないことが多いのではないかと推測される。

出身国毎の受診頻度を地区別に見ると、南加賀地区においては、中国人に並ぶ勢いでブラジル人の受診指数が高い(図5)。一方、能登地区では、中国、フィリピンの順に高く、石川中央地区、金沢市では、中国、アメリカの順で高かった(図5)。このことから、中国人は石川県全域に広く居住しているのに対し、南加賀地区では、ブラジル人の割合が高く、能登地区では、フィリピン人の割合が多く、石川中央地区、金沢市では、アメリカ人の割合が多い、という地域性が示唆される。

#### 4.3 外国人患者の年齢・性別

外国人患者の年齢層は青年～成人の女性が最も多く、次いで青年～成人の男性が多かった。外国人登録者数は全国的にも女性の方が多く、年齢層では20歳代から30歳代の労働力の主となる人口が多い<sup>1) 12)</sup>。

#### 4.4 外国人患者とのコミュニケーション

外国人患者とのコミュニケーションに際しては、各医療機関でさまざまな工夫が凝らされていた。医療通訳派遣への関心については「無い」が

43%、「どちらとも言えないが」35%であり、関心が「ある」と回答した14%を大きく上回った。また医療通訳に関する研修等の参加についても「受ける必要はない」が半数以上を占めていた(表3)。これらの結果から、回答のあった医療機関の約半数においては、外国人患者とのコミュニケーションに差し迫った大きな問題は無く、医療通訳なしでも必要な情報が十分患者から得られていると認識されていると考えられる。

この結果は、外国人患者自身、あるいは付添人が、日本語あるいは英語で医療従事者とコミュニケーションを行っている場合が大多数である現状が背景にあると考えられる。すなわち、外国人患者とのコミュニケーション言語としては、患者本人あるいは付き添い人と日本語で、または、患者本人と英語でのコミュニケーションが圧倒的に多い結果であった(図6)。この結果を、石川県在住の外国人は大部分が①日本語が堪能である、②日本語が話せる付き添い人が交友関係にいる、③英語が話せる、のいずれかを満たしていることを反映した結果ととらえることも可能である。しかし別の見方をすれば、①②③を満たす外国人がそうでない外国人より積極的に受診しているという可能性も否定できない。もし後者が現実であるとするならば、言語の障壁が受診行動の障害になっている可能性がある。実際、石川県在住の外国人を対象とした2008年の調査によれば、「コミュニケーションがとれない」「母国語の通訳を希望する」との意見がそれぞれ3割に達している<sup>8)</sup>。外国人患者側では、医療機関側とのコミュニケーションに満足している訳ではなく、訴えに関してもっと詳細に分かってもらいたいと希望している人が多いことが示唆される。

同様の状況は関東地方の在日フィリピン人労働者を対象とした平野による調査<sup>13)</sup>からもうかがわれる。同調査によれば、フィリピン人の受診行動の促進要因として、『職場の上司が付き添ってくれること』、『健康保険に加入していること』、『日本語がうまい同国人がいること』が挙げられている。このことは、換言すると、受診の際に付き添ってくれる人がいない場合や、健康保険に加入していない人や日本語が話せる同国人がいない場合、受診する必要のある人が受診できていない状況が生じている可能性を示唆する。

櫻井<sup>15)</sup>による石川県在住の外国人を対象としたアンケート調査では、「在日数が長く、ある程度日本語能力がある外国人のほうが、医療提供

者側の説明不足に問題を感じている」という意見や、「英語や母国語の使用よりも、簡単な日本語の言葉を使用して、自分が理解できるまでの説明をしてほしい」という要望結果が報告されている。

#### 4.5 医療通訳・外国語表記の問診票について

前述のように、今回の調査では、医療通訳派遣への関心を持っていると回答した機関は少数であった(表3)。しかしながら、外国人の医療機関受診に関する意見・行政への希望への自由記載には医療通訳に関する記述が多くみられた。また、外国語と日本語が併記された問診票や薬剤の説明書については、「必要」と回答した機関が半数近くを占めていた(表3)。このことは、現状では外国人患者とのコミュニケーションが不十分であると認識している医療機関も少なくないことを意味するのではないだろうか。外国語が併記された問診票をすでに使用している医療機関は、回答のあった65機関中9機関と少数派であった。中国、ブラジル、フィリピン、韓国の外国人登録者数や受診頻度が高いことから、今後、英語に加え、中国語、韓国語、ポルトガル語、タガログ語(フィリピン)と日本語が併記された問診票・薬剤の説明書や、受付・会計時の必要事項が書かれたリーフレットの整備が望まれる。

#### 4.6 応接場面におけるトラブル

外国人患者との応接場面におけるトラブルについては、65機関中50機関が「無い」と回答し、トラブルは多くなかった(表4)。文化・宗教・

習慣の違いからのトラブルについては、「無い」と回答した機関が54機関と多かった。しかし、「有る」と回答した中には、「アメリカ人は個々の薬剤についてその作用、副作用などの説明を求めるため、診療に要する時間が長くなる」という意見があった。島ら<sup>11)</sup>の調査においても、外国人患者を診療する際の問題点の一つとして、『欧米の患者は自国レベルの詳しい説明を要求する』とあげている。これらからも、アメリカ人に限らず、すべての外国人に対して患者の希望する詳しい説明に基づいたインフォームド・コンセントが望まれる。保険制度に関するトラブルも、ほとんどの機関で「無い」という結果だった。しかし、医療費未納については、「たまに有る」が11機関、「よく有る」との回答も1機関あり、合計12機関で医療費未納が発生していた。自由記載欄にも「時々未収金が発生する。未収金が出た場合はどうすればよいか分からない」という意見の記述があった。医療費未納に関して、島ら<sup>11)</sup>は、千葉市の20医療施設において総額2,380万円の医療費未払いが発生していると報告している。医療費未納に対し今後どのような措置を取るかについて対策を考えていかねばならない。

#### 4.7 今後の展望

前述のように、外国人患者によっては、言語の問題から医療機関受診をあきらめるケースもあると考えられる。今後、インターネットからダウンロード可能な母国語併記の問診票\*\*の活用・説明書の整備や、医療通訳による多言語電話相談\*\*\*の周知とともに、医療通訳育成についても、患者側・医療機関側・行政担当者など、さまざまな立場の人が積極的に発言し、議論を深めていくことが望まれる。

### 5. 結論

石川県の外国語対応可能と公表されている医療機関を対象として、外国人医療の現況を調査した。外国人とのコミュニケーションやトラブルには大きな問題はなかったが、外国語と日本語が併記された問診票や薬剤の説明書の必要性を求めている機関が多く、少なくとも一部の医療機関は医療通訳について関心を持っていた。まずは、英語だけでなく、中国語、韓国語、ポルトガル語、タガログ語(フィリピン)をはじめとした多言語対応の問診票を配備し、薬剤の説明書などの整備を進めることにより、言語の壁を越えた医療の効率化、

\*\*無料でダウンロードが可能な多言語問診票は、複数のNPO法人がホームページに掲載している。一つは、神奈川県NPO法人『国際交流ハーティ港南台』(International Community Hearty Konandai: 1992年設立)によるものであり、17言語(英語、中国語、ハングル版、スペイン語、ポルトガル語、タイ語、ペルシャ語、インドネシア語、ベトナム語、タガログ語、ロシア語、ラオス語、カンボジア語、フランス語、ドイツ語、アラビア語、クロアチア語)で10診療各科(内科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、脳神経外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、歯科)対応の多言語医療問診票を同法人ホームページ <http://www.mmjp.or.jp/konan-international-lounge/jmonshin/top.htm>、および、神奈川県国際交流協会ホームページ <http://www.k-i-a.or.jp/medical/> から公開している。いずれも自己責任において活用することが条件とされている。今一つは、愛知県の外国人医療センター(Medical Information Aichi 通称MICA: 2002年設立)によるもので、問診票のほか、英語版の売薬表・薬袋もダウンロード可能である。 <http://npomica.jimdo.com/>

\*\*\*1991年発足のNPO法人『AMDA国際医療情報センター』 [http://amda-amic.com/modules/activity/index.php?content\\_id=13](http://amda-amic.com/modules/activity/index.php?content_id=13) では、無料でダウンロードできる多言語問診票に加えて、8ヶ国語対応の医療通訳による電話相談を東京・関西の2箇所のセンターで受け付けている。電話番号ならびに電話対応時間帯はHPに公開されている。

インフォームド・コンセントの充実を図っていくことが必要と考えられる。さらに、医療通訳についても、さまざまな立場から意見を出し合い、検討を重ねて行くことが望まれる。

### 謝辞

本研究にご協力いただいた石川県医師会ならびに医療機関の皆様、助言をいただきました県国際交流課・県国際交流協会の皆様、また、統計に関して助言をいただきました大木秀一先生に感謝を申し上げます。

### 引用文献

- 1) 法務省入国管理局：報道発表資料，平成 20 年末現在における外国人登録者統計について． 2009 年，<http://www.moj.go.jp/PRESS/090710-1/090710-1.html>
- 2) 井田 健，村松 典子，高嶋 愛里他：ことばと医療の未来報告書，第 2 回 医療通訳を考える全国会議，特定非営利活動法人 多文化共生センターきょうと，pp. 2 - 4, 2007.
- 3) 松延 恵：事例 医療通訳普及にむけて，神奈川県医療通訳派遣制度構築事業，看護，59 (10)，61 - 65, 2007.
- 4) 稲沢 正士：外国人患者の医療と通訳，レベル 1 から始まる医療通訳．看護，59 (10)，50 - 53, 2007.
- 5) 高嶋 愛里：外国人患者受診時にパートナーとなる「通訳者」への通訳環境整備を．看護，59 (10)，58 - 60, 2007.
- 6) 細井 陽子 (2007)：看護部と専任通訳職員との連携 他施設とのネットワークづくりも必要．看護，59 (10)，54 - 57, 2007.
- 7) 多文化共生センターひょうご：多言語版救急時情報収集シート．<http://www.tabunka.jp/hyogo/119/index.html>
- 8) 石川県観光交流局国際交流課：在住外国人施策に関する指針． 2008 年，<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/kokusai/tabunka/shishin/shishin.html>
- 9) 外国人登録者数集計結果について (調査日：平成 21 年 12 月末日) [http://www.pref.ishikawa.lg.jp/kisya/h21/documents/0210\\_3.pdf](http://www.pref.ishikawa.lg.jp/kisya/h21/documents/0210_3.pdf)
- 10) 石川県県民文化局統計情報室：石川統計指標ランド，石川県の人口と世帯 (平成 21 年 10 月 1 日現在) [http://toukei.pref.ishikawa.jp/search/detail.asp?d\\_id=1931](http://toukei.pref.ishikawa.jp/search/detail.asp?d_id=1931)
- 11) 島 正行，安藤 道子：千葉市の医療機関における外国人の受診状況に関する実態調査．日本公衛誌，46 (2)，122-129, 1999.
- 12) 法務省入国管理局：広報資料，平成 22 年末における外国人登録者統計について． 2011 年 6 月，<http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukantourokusyatoukei110603.html>
- 13) 平野 裕子：在日フィリピン人労働者の受診行動に関する研究．九州大学医療技術短期大学部紀要，25，11 - 20, 1998.
- 14) 外国籍府民の医療保障問題を考える連絡会：外国籍府民に対する医療保障問題を考えるシンポジウム報告書． pp. 19-23, 2003.
- 15) 櫻井 菜々恵：国際化に対応した医療提供のあり方に関する考察，在日外国人が抱える問題と要望を中心に． 2007 年度 石川県立看護大学卒業研究論文集，pp. 20-1 - 20-6, 2007.

## **A Study on the Present Status and Prospect on Medical Care for Foreign Patients in Ishikawa Prefecture — Based on a Questionnaire Survey for Registered Medical Institutes for Foreigners —**

Keiko NAKAGAWA and Noriko TAKUWA

### **Abstract**

The number of foreign residents in Japan has increased in recent years, currently at 2.2 million; in 2008, one out of every 100 people in Ishikawa Prefecture was registered as a foreign resident. In the fall of 2009, we surveyed the current status of medical care for foreign residents in Ishikawa Prefecture, by sending a questionnaire to each of the 125 registered medical institutes. In terms of the nationality of foreign patients, Chinese were the largest population recorded among foreign residents, who were being distributed throughout the prefecture. In addition, many Americans were seen especially in Kanazawa City and central Ishikawa. In contrast, many Brazilians and Filipinos were seen in South-Kaga and Noto, respectively, reflecting area-specific characteristics at this time point. Notably, American subjects were by far more active in seeking medical care compared to other nationalities. Medical interviews with patients and/or accompanied persons were conducted either in Japanese or English, with few exceptions in other languages. More than a half of the institutes were willing to use medical interview sheets and prescription information sheets written in the patient's own languages. Recent reports from two central regions of Japan, Keyhanshin and Chubu indicate that multi-language medical interview sheets and even medical interpreters are increasingly available in these regions. Introducing these systems into our prefecture would greatly promote health care for foreigners, especially for those who speak neither Japanese nor English, with fully informed consent and better trans-cultural mutual understandings.

Keywords transcultural healthcare service, multi-language medical interview sheet, medical interpreter

## 報告

# 虚血性心疾患の予防を目指した看護職者による患者指導の研究 —地域の医療機関を対象とした調査から—

大井山果<sup>1,2</sup>, 松田愛美<sup>1,2</sup>, 北村佐和子<sup>1,3</sup>, 松原 勇<sup>1</sup>, 多久和典子<sup>1</sup>

## 概要

虚血性心疾患の発症・再発予防には、看護職者による積極的な患者指導による生活習慣の改善や、医療施設間連携が重要である。この点に関し、地域の現況を明らかにし、さらに効果的な指導方法を考察するため、I県内の看護職者を対象に任意・記入式アンケート調査を行い、264名について分析した。病院と診療所を比較すると、看護職者の年代・関連診療科の臨床経験、疾患別の担当頻度、研修参加状況が異なっていた。生活指導の実施頻度の高い項目・低い項目は互いに類似していたが、実施率と1回あたりの指導時間は病院にポイントの高い項目が多かった。自身の患者指導に満足している看護職はわずかであり、また、クリニカルパスの使用は極めて限定的であった。今後、ニーズに呼応した研修機会の増加や、クリニカルパスや資料の共有により、看護職者間・施設間の連携を図り、各施設の患者の特性に合った継続的な介入の仕組みづくりを推進していくことが望まれる。

キーワード 虚血性心疾患、生活習慣病、患者教育、予防看護、クリニカルパス

## 1. はじめに

心疾患は、がんに次いで現在日本人の死因の第2位を占めている。2009年の心疾患による死亡数は18万人あまりで、全死亡数の15.8%であり、その内、虚血性心疾患によるものは41.8%を占めている<sup>1)</sup>。我が国における虚血性心疾患の増加の背景には、ライフスタイルの欧米化による脂質異常、耐糖能異常などの生活習慣病の増加がある。過栄養と運動不足により、内臓脂肪の肥大を介してこれらの病態が重複して生じると、動脈硬化が急速に進むことが明らかにされており、メタボリックシンドロームという疾患概念として確立されている。これを放置すると、狭心症や心筋梗塞といった虚血性心疾患の発症にいたる。さらに、喫煙、過度の飲酒なども、虚血性心疾患の発症に直結する粥状動脈硬化の危険因子としてよく知られている。

メタボリックシンドロームおよびその予備軍をスクリーニングで抽出し、該当者に効果的な保健指導を徹底させるために、わが国においても2005年に診断基準が策定され<sup>2)</sup>、2008年度から特定検診・保健指導が開始されている。また、「食

べすぎ」や「運動不足」、「喫煙」などの生活習慣の改善をめざして、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン<sup>3)</sup>、再発予防・生活の質維持・向上にむけた二次予防ガイドラインが定められている<sup>4)</sup>。しかしながら、長年親しんだ安楽な生活習慣を改善することは極めて難しいのが現実である。保健師・検診センターの看護職者による一次予防をますます充実させることに加えて、循環器疾患や糖尿病・脂質異常症等の患者に関わる看護師による積極的な患者指導が重要と考えられる。

早期再灌流療法の確立で在院日数が短縮されている現在、効果的な患者指導を実現するためには様々な工夫が必要である<sup>5)</sup>。患者指導パンフレットの作成<sup>6,7)</sup>や、多職種共有、あるいは、地域連携のクリニカルパス(クリティカルパス)の導入<sup>8-10)</sup>も普及しつつある。しかしながら、地域のさまざまな医療施設に勤務する看護師が、虚血性心疾患・予備軍の患者への生活指導にどのように取り組み、どのような課題を感じているのか、その実態は十分明らかではない。

本研究は、I県内の病院・診療所など、様々な医療施設での看護職者による患者指導の現況や地域連携のクリニカルパスの活用状況を明らかにし、施設の特徴を生かした効果的な指導方法や地域連携への課題について考察することを目的とした。

<sup>1</sup> 石川県公立大学法人石川県立看護大学

<sup>2</sup> 富山大学附属病院(現所属)

<sup>3</sup> 石川県立中央病院(現所属)



## 2. 研究方法

I 県の病院・診療所（循環器科，内科，外科），検診センターに勤務する看護職者 531 名を対象に，無記名，任意の記入式アンケート調査を行った。アンケートの項目は，勤務先の種類，看護師経験年数，循環器科・代謝内科勤務経験年数，虚血性心疾患・関連生活習慣病の患者を担当する頻度，生活指導の状況（指導の頻度と重要性の認識，指導に用いる資料，1 回に掛ける時間等），自身の生活指導に対する満足度，生活指導において課題と考えていること，研修の受講状況とニーズなどから成る。なお，生活指導の頻度と重要性の認識については，虚血性心疾患の危険因子として重要であることが知られている生活習慣・健康障害を中心に具体的な 21 項目を提示し，各項目について回答を求めた。すなわち，禁煙に関する 3 項目（禁煙・受動喫煙回避の推奨，禁煙意欲，禁煙プログラムの紹介・実際の援助），塩分制限に関する 2 項目（必要性の説明，具体的な方法の指導），肥満に関する 5 項目（BMI の説明，実際の算出，これに基づく 1 日総摂取カロリーの算出と説明，腹囲測定と保健指導，内臓脂肪と動脈硬化の関連性），高血圧・脂質異常症・高血糖に関する 5 項目（関連各検査項目の異常値の意味，動脈硬化が危険因子であることの説明など），運動に関する 2 項目（医師の指示に基づく適切な運動の推奨，具体的な方法についての指導），ストレスに関する 3 項目（危険因子であることの説明，ストレスの状況，ストレス除去方法を一緒に考える），動脈硬化と心筋梗塞の因果関係に関する 1 項目，計 21 項目である。以上の各項目について，生活指導の頻度に関し，「いつもする」「たいていする」「あまりしない」「しない」の 4 段階評定で回答をもとめた。また，同じ項目について，生活指導の重要性の認識についても，「大変重要」「重要」「あまり重要でない」「重要でない」の 4 段階評定で回答をもとめ，解析した。

対象者には，研究の趣旨の説明・協力への依頼文書・返信用封筒を同封してアンケートを各医療施設宛送付した。アンケート対象者が 10 名以上となる病院については，看護部長に面会の上，協力を依頼した。対象者への依頼文書には，アンケートへの協力は任意・無記名であること，個人が特定される恐れのある内容を含まないこと，回答内容は本研究以外で使用しないことを明記した。アンケートは 2 週間後をめどに投函による返信を依頼し，回答をもって研究協力への同意が得られ

たと判断した。調査期間は 2010 年 8 月～9 月であった。

データは Excel による単純集計ののち，SPSS13.0 による統計学的解析を行い， $\chi^2$  検定により有意差（ $p < 0.05$ ）の有無を明らかにした。

## 3. 結果

### 3.1 対象者の概要

アンケート回収率は 53.7%（285 名）であった。そのうち，年代・職種・勤務先が明確なものを有効回答とした。有効回答率は 92.6%であり，分析対象は 264 名であった。このうち，97.3%が看護師であった。年代別にみると，20 代は 21.6%，30 代は 34.8%，40 代は 31.8%，50 代以降は 11.8%であった（表 1）。勤務先別に回収率を見ると，

表 1 対象者の概要

		人数	%
勤務先	病院	209	79.2
	医院・クリニック	26	9.8
	検診センター	29	11.0
年代	20 代	57	21.6
	30 代	92	34.8
	40 代	84	31.8
	50 代以上	31	11.8

300 床以上の病院は 70.9%，300 床未満の病院は 82.4%，診療所は 18.7%，健診センターは 39.1%であり，診療所勤務の看護職者からの回収率が低かった。今回の検討では，虚血性心疾患とその関連疾患を有する患者の指導に直接関わる，病院・診療所に勤務する看護師を対象として，以下の解析を行った。

勤務先別に対象者の特性を比較すると，年齢，現在の部署の勤続年数，循環器科・心血管外科・代謝内分泌内科といった虚血性心疾患や生活習慣病に関わりのある部署での臨床経験の合計年数に相違がみられた。年齢を比較すると，病院では 20 代・30 代が合わせて 64.2%，40 代以降が 35.9%であるのに対して，診療所では 40 代以降が 80% 以上を占めており，診療所の方が年代層が高いことがわかった（ $p < 0.001$ ）。

現在の部署の勤務年数を比較すると，病院は勤務年数 3 年以下が 57.7%を占めているのに対して，診療所は 4 年以上が 77%であり，さらに 7 年以上が全体の 30%を占めていることから，診

療所の看護職者は同一施設に長く勤務していることがわかった (図1).

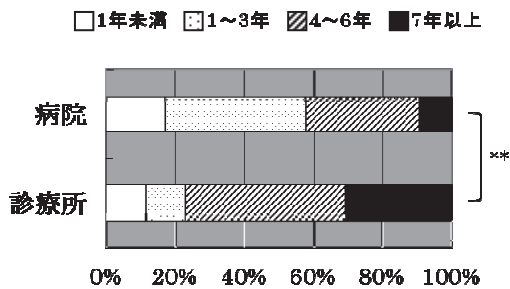


図1 現在の部署の勤務年数 \*\*p < 0.01

また、循環器科・心血管外科・代謝内分泌内科での勤務経験の一人当たりの合計年数を比較すると、病院では3年以上の人が63.6%、1~2年の人が11.5%、勤務経験なしの人が24.9%と、多くの人が勤務経験があった。一方、診療所では、勤務経験の無い人(53.8%)が有意に多かった(p < 0.01)。

### 3.2 患者指導の頻度・時間

病院と診療所では疾患別の担当頻度、指導回数、指導1回にかかる時間が大きく異なっていた。

まず、病院と診療所での急性期救急医療の受け入れの有無をインターネットに公表されている情報をもとに比較すると、対象とした病院では受け入れている施設が80%を超えるのに対して、診療所では5%未満であった。このことから、急性心筋梗塞(AMI)の回復期にある患者を担当する頻度に大きな差が見られたことは当然の結果と

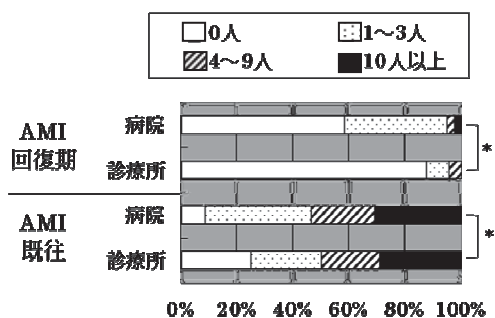


図2 急性心筋梗塞(AMI)回復期患者、および、AMI既往歴あるいは狭心症を有する患者を担当する1週間あたりの頻度 \*p < 0.05

いえる(42.0% vs. 12.5%) (図2)。心筋梗塞を既往歴に持つ患者、あるいは狭心症を有する患者の担当頻度についても、病院では1週間当たり1人以上担当する人が89.8%であるのに対して、

診療所では69.2%であり、病院での担当頻度が有意に高かった(p < 0.05) (図2)。担当する患者数に呼応して、1週間あたりに行う生活指導の回数にも、病院勤務・診療所勤務の看護師の間に有意な差が見られた。

逆に、虚血性心疾患のリスクファクターである、糖尿病、高血圧、脂質異常症をもつ患者を担当する機会は、病院勤務の看護師に比べて、診療所勤務の看護師で有意に高かった。いずれの疾患についても、診療所では一週間あたり0人と答えた人は1人もおらず、3疾患全てにおいて、十数人程度もしくは20人以上と回答した人が7割前後を占めた(図3)。一方、病院では、一週間あたり0人と答えた人が数%あり、十数人程度もしくは20人以上と回答した人は、5割前後にとどまった(図3)。

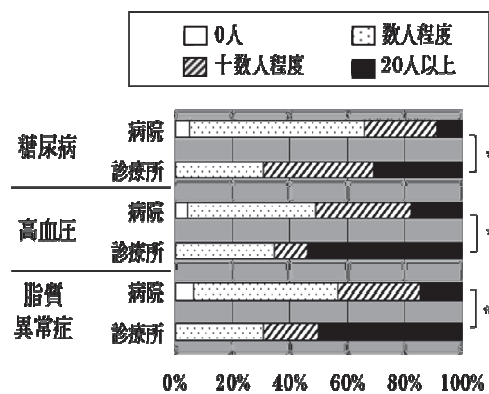


図3 糖尿病、高血圧、脂質異常症をもつ患者を担当する1週間あたりの頻度 \*\*p < 0.01, \*\*\*p < 0.001

この結果に呼応して、糖尿病や高血圧、脂質異常症を持つ患者に対する生活指導の回数は、診療所の方が有意に多かった。糖尿病、高血圧、脂質異常症を持つ患者に対して、一週間に十数回程度~20回以上指導すると答えた人は、診療所においてはそれぞれの疾患について38.4%、30.7%、26.9%であったのに対し、病院では5.4%、6.9%、5.4%であり、いずれも診療所での指導回数が有意に多かった(p < 0.01)。

次に、一人当たり1回の生活指導にかかる時間の最大値を比較した。心筋梗塞回復期患者や心筋梗塞既往患者・狭心症患者に対しては、病院の方が診療所に比べて有意に時間をかけて行っていた(図4)。糖尿病をもつ患者、高血圧を持つ患者に対する指導時間に関しては有意差が無かった(図5)。

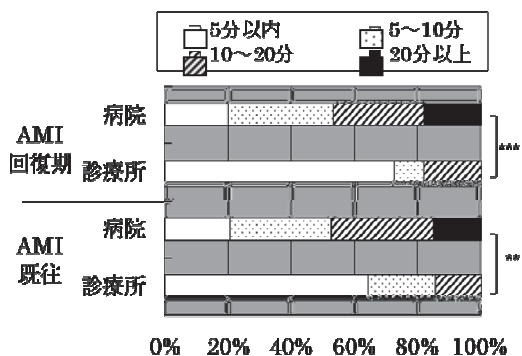


図4 急性心筋梗塞 (AMI) 回復期患者, および, AMI の既往あるいは狭心症を有する患者に対する, それぞれの最大の指導時間  
\*\*\*p<0.001, \*\*p<0.01

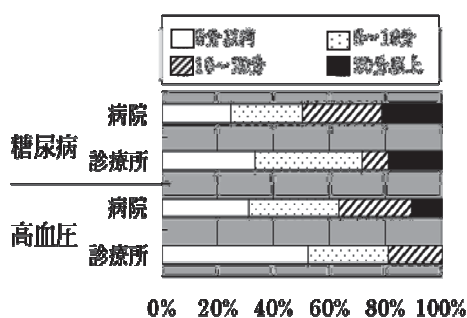


図5 糖尿病患者, 高血圧患者に対する指導時間

### 3.3 生活指導への関心・意欲

患者への生活指導に対する関心・意欲に関しては, 「関心がある」と答えた人は病院では 91.3%, 診療所では 84% と両施設とも多くの人が生活指導に対して関心を持っているとわかった。しかし, 診療所では「無関心」と答えた人が少数だがみられ, 「あまり関心が無い」と答えた人を合わせると, 16% を占めた (p<0.05)。

研修参加経験に関しては, 「経験なし」と答えた人は, 病院では 41.7%, 診療所では 53.8% であり, 診療所では半数以上の人参加経験がなかった。施設内研修を受けたことのある人は, 病院勤務者では 4 割に達していたが, 診療所では 1 割未満であった。逆に, 施設外研修を受けたことのある人は, 両者ともに 4 割を占めていた (図 6)。

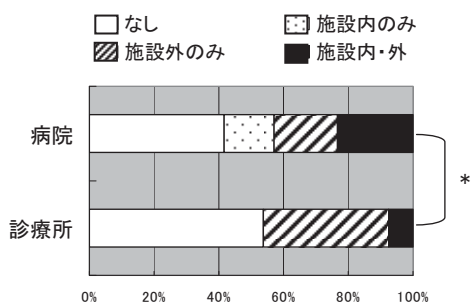


図6 生活指導に関する研修・勉強会への参加経験  
\*p<0.05

研修に対するニーズに関しては, 施設内研修を希望する人は多く, 病院では 8 割, 診療所では 4 割を占めた (p<0.001)。

### 3.4 生活指導の実施状況と重要性の認識

虚血性心疾患発症に密接に関連する, 喫煙, 肥満, 脂質異常症, 高血糖, 高血圧, 運動, ストレス等に関する生活指導の 21 項目の実施状況について, 「いつもする」から「しない」の 4 段階評定で回答を求めた。「塩分制限の必要性を説明する」「禁煙を推奨する」「高血圧・脂質異常症・糖尿病が動脈硬化の危険因子であることを説明する」「高血糖・HbA<sub>1c</sub> 高値の危険性を説明する」の 4 項目は, 病院では 8~9 割, 診療所では 6~8 割前後と, 指導の実施率が高かった。前 3 者については, 病院が診療所より有意に実施率が高かった (図 7)。

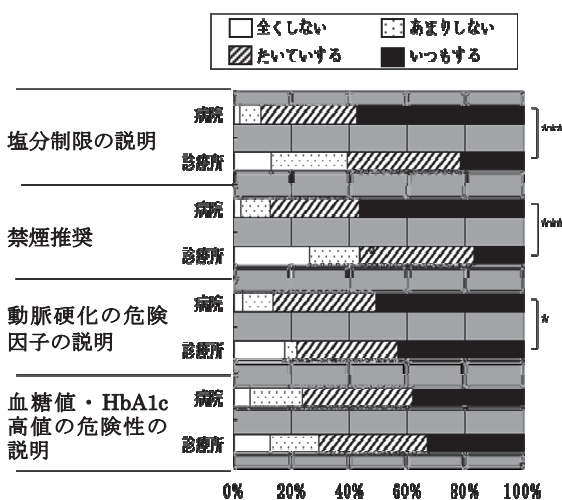


図7 実施率の高かった生活指導 4 項目の実施状況  
\*p<0.05, \*\*\*p<0.001

脈硬化は心筋梗塞につながることを説明する「運動内容を説明する」「ストレスが虚血性心疾患の再発に影響することを説明する」等の項目に関しても, 指導を行っている人の頻度は病院で有意に高かった (p<0.001)。

同じ指導項目について, 重要性の認識を尋ねたところ, いずれの施設においても, 実施状況が高い項目は重要性の認識も高く, 特に上記に挙げた実施率の高い 4 項目は, 「大変重要」・「重要」と答えた人が, 両施設において 90% を超えていた。

生活指導の実施率が最も低かったのは病院・診療所ともに, 「1日に必要な総摂取カロリーの計算を実施する」であった。次いで, 病院では, 「臍周囲の結果に基づきメタボリックシンドローム

の保健指導を検討する」「BMI 計算を患者と共に  
行う」であった。診療所では「BMI 計算を患者  
と共に」「ストレス除去方法について考える」  
の順に実施率が低かった。病院、診療所ともにこ  
れらの項目において「全くしない」「あまりしない」  
と答えた人は合わせて全て 80% を超えていた(図  
8)。しかしながらこれらの項目の重要性につい

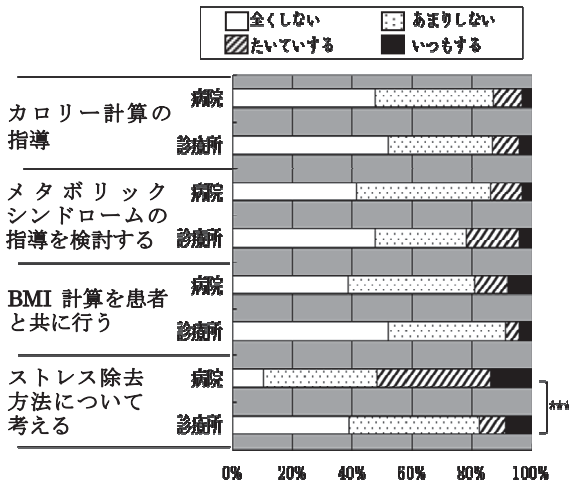


図8 実施率の低かった生活指導4項目の実施状況 \*\*\*p<0.001

では、診療所における BMI の計算 39.1% を除き、  
半数以上の人々が「重要である」と回答していた。

生活指導の際に使用する資料について、患者の  
疾患ごとに比較すると、病院・診療所間で顕著な  
差異が見られた。

心筋梗塞回復期、あるいは、心筋梗塞既往患者  
や狭心症をもつ患者に対して、病院では「指導後  
に患者が持ち帰るパンフレット」を使用する人が  
診療所に比べ有意に多かった(図9)。診療所では、

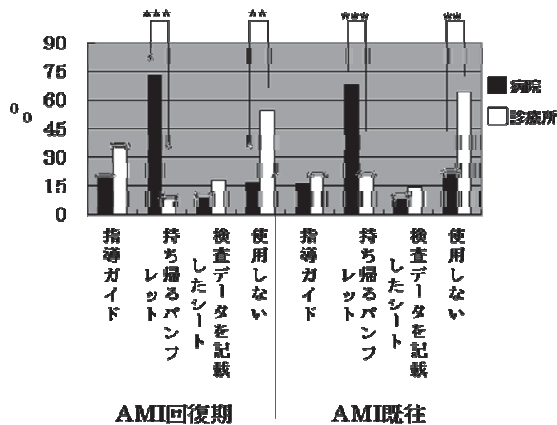


図9 心筋梗塞(AMI)回復期、あるいは、心筋梗塞  
既往患者や狭心症をもつ患者の生活指導に使用す  
る資料(複数回答) \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

心筋梗塞回復期・既往患者に対して、資料を「使用  
しない」と答えた人が5割を超えていた。

一方、糖尿病、あるいは、高血圧や脂質異常症  
を持つ患者に対しては、診療所では「患者の検査  
データを記載したシート」を使用する人が病院に  
比べ有意に多く、病院では「指導後に患者が持ち  
帰るパンフレット」を使用する人が多かった(図  
10)。高血圧・脂質異常症をもつ患者に対しても、

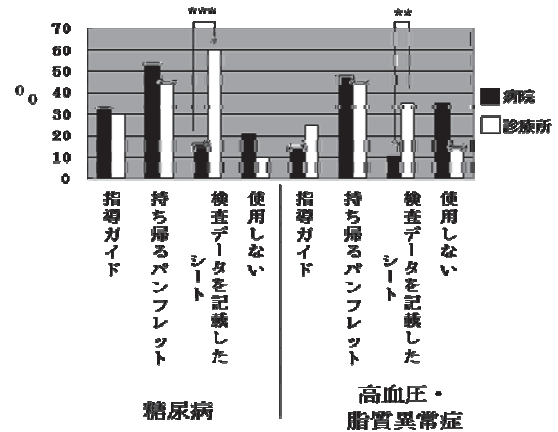


図10 糖尿病、あるいは、高血圧や脂質異常症を持  
つ患者の生活指導に使用する資料(複数回答) \*\*\*p<0.01, \*\*p<0.001

診療所では「患者の検査データを記載したシート」  
を使用する人が病院に比べ有意に多かった。

一人の患者の生活指導を切れ目なく充実させる  
ために、病棟 - 外来間や、異なる医療機関の間  
でクリニカルパスを活用することが重要だと考え  
られる。クリニカルパスの使用は、急性心筋梗塞  
の患者受け入れを行っている病院の方がそうで  
ない医療施設に比べ、使用頻度が有意に高かった。  
しかし、病院においてもなお、「いつも使う」「使  
うことがある」と答えた人を合わせても 19.8%  
と低く、パスの使用は限られていることがわかっ  
た(図11)。

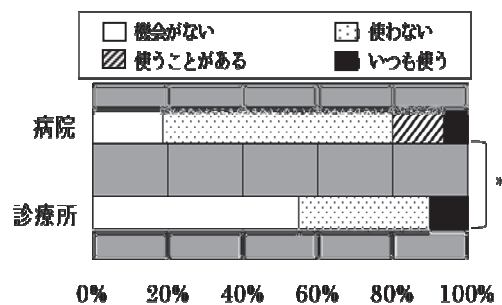


図11 クリニカルパスの使用頻度 \*\*p<0.01

### 3.5 患者指導に対する満足度

自身の指導に対する満足度を問う設問では、「満足」と答えた人は回答者全体でただ1人であり、「あまり満足していない」「満足していない」と答えた人を合わせると、病院では87.4%，診療所では100%であり、いずれの施設でも、多くの人が満足していない現状が明らかとなった（図12）。

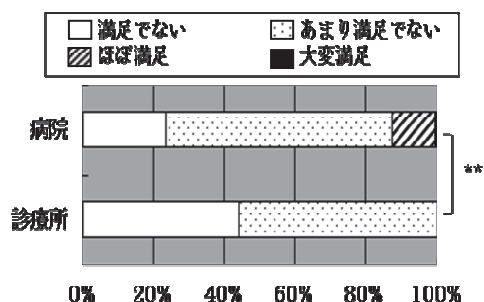


図12 自身の患者指導に対する満足度

満足していない理由として、複数回答可として回答を求めたところ、「自分の指導内容に不満足」が、診療所では8割、病院でも6割を超え、次いで、「時間が不十分」が約5割と高かった（図13）。

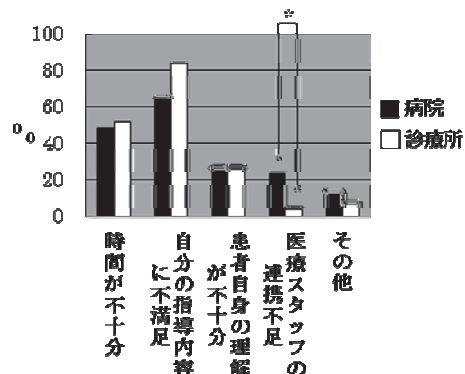


図13 自身の患者指導に満足でない理由（複数回答）  
\*p<0.05

両施設ともに第3位には「患者自身の理解が不十分」が挙げられた。このほか、病院では「医療スタッフの連携不足」を挙げた人が2割を占めた。その他の意見には、「パンフレットがそろっていない」「家族の協力が得られない」「指導方法・内容が統一されていない」などがあり、「専門外来・病棟に依存している」と答えた人もあった。

看護師自身が満足のゆく患者指導を行うことができれば、虚血性心疾患の予防に効果的だと思うか、という問いに対しては、両施設ともに「効果的である」と答えた人が90%に達した。

効果的な指導を行うために必要だと考える項目を複数回答可として問うたところ、病院では、「他

職種との連携強化」「自身の指導技術を磨く」「患者自身のモチベーション」がいずれも6割を超えた（図14）。診療所では「自身の指導技術を磨く」

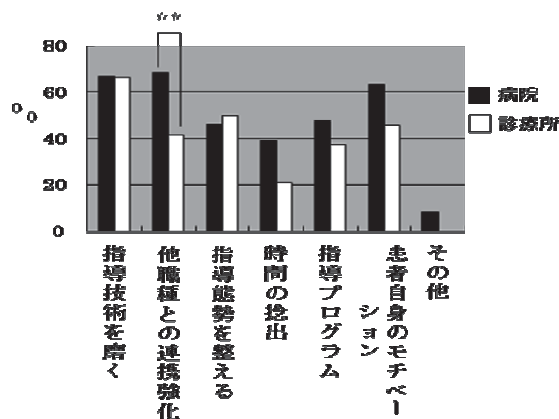


図14 効果的な指導に必要と考えるもの（複数回答）  
\*\*p<0.01

が病院と同程度に高かったが、「他職種との連携強化」は病院より有意に低かった。このほか、病院では「能率的な指導プログラム」「指導体制を整える」「時間の捻出」は、いずれも4割に達した。その他の意見として、「患者の生活パターンに合わせた指導が必要」「家族の協力が必要」「認定看護師や専門看護師がいれば良い」といった意見があった。

## 4. 考察

本研究の解析結果から明らかになった施設の特徴や指導体制・内容より、今後、より効果的な患者指導に必要なことを以下に考察した。

### 4.1 生活指導の頻度・時間

1週間あたりの担当患者数と生活指導の回数を疾患別に比較すると、心筋梗塞急性期・回復期の患者については病院で頻度が高く、一方、糖尿病、高血圧・脂質異常症などのリスクファクターとなる慢性疾患の患者については診療所の方が高かった。このことより、施設により患者への介入時期が異なる傾向があるとわかった。

一人当たりの生活指導にかかる時間は、糖尿病、高血圧も含めて病院の方が時間をかけている人が多かった。しかし、それでも効果的な指導には不十分と考えられているようであり、必要なものとして「時間の確保」を挙げた人は、診療所よりも病院で多かった。より高いレベルでの患者指導の充実をめざしていることが推察される。

病院で救急医療を受けた患者の多くは地域へと療養の場を替える。診療所においては、糖尿病や高血圧、脂質異常症など診療所での指導回数が多い疾患はもちろんのこと、心筋梗塞回復期の患者に対しても、短い指導時間の中で効率的な患者指導を行うことができるような態勢を整える必要があると考えられる。

#### 4.2 生活指導への関心・意欲

生活指導への関心に関しては両施設とも多くの人が関心を抱いているとわかった。診療所はアンケートの回収率が低かったが、回答のあった看護職者の多くは生活指導に関心を抱いていた。看護職者自身の生活指導への関心・意欲は、効果的な指導にもつながり、また自身の知識や指導技術向上への意欲もつながる。アンケートに回答されなかった診療所勤務看護職者の生活指導に対する関心は未知数であるが、生活習慣病をもつ患者のセルフケア能力を高める支援において看護職者が最大の役割を果たすことから、看護師の患者指導に対する関心・意欲をひきだし、高める取り組みが今後ますます重要となってくる。

生活指導への関心・意欲は研修ニーズにもつながっている。病院では院内研修に参加する機会があるため、院内研修への再度の希望も高くなっていると考えられる。診療所では、院内研修参加経験のある人はいないが希望する人は多かったことから、忙しい日常業務の中でも参加できる、身近で実施される研修を希望しているのではないかと推察される。研修態勢の現状がニーズに追いついていない可能性が考えられる。このような、看護職の意欲やニーズに応えられる仕組みづくりを推進することが今後必要となってくるのではないだろうか。さらには、多施設が合同で研修会を開催することで、看護職者同士の情報交換がゆきわたり、ベテランの看護師から経験の浅い看護師まで生活指導のレベルを向上・均一化することができ、患者に対して一貫した指導を行うことができる<sup>11)</sup>。

#### 4.3 生活指導の実施状況

##### (1) 実施内容

患者指導の実施率の高い項目に関して施設間に大きな違いは見られず、重要と認識されている項目も、虚血性心疾患の発症予防として必要性を感じやすい項目にほぼ一致していた。一方、実施率の低かった項目は、医学的に粥状動脈硬化進展と

密接に関連する指導項目であるにも関わらず、知識がなければ患者に必要な性の認識を感じさせないものが多かった。実際、「BMI 計算を患者と実施する」「必要摂取カロリーの計算を実施する」「ストレスの除去方法について考える」等、なぜ重要なのかを説明すると、数分以内で指導することは到底不可能である。重要と理解している看護職者にとっても、実施できていない現状があるのではないかと考える。大血管の粥状動脈硬化の危険因子、すなわち、男性、高齢、喫煙、心筋梗塞の家族歴、高血圧、HDL コレステロール低値、HbA<sub>1c</sub> 高値、BMI 高値といった医学的なエビデンスから、今回実施率の低かった項目についても重要性<sup>3, 4, 12)</sup> は明らかであり、看護職者自身が指導の必要性を再認識し、取り入れていくことが望まれる。

##### (2) 指導態勢

指導を充実させるためにクリニカルパスや資料を用いることは重要である。クリニカルパスについては使用している人はごくわずかであった。また、指導の際使用する資料に関しては、病院では「指導後に患者が持ち帰るパンフレット」を使用する人が多く、診療所では「患者の検査データを記載したシート」を使用する人が多かった。病院では急性期・回復期の患者に指導する機会が多く、また、診療所では慢性期の患者を指導することが多いという実態に合わせて、患者に必要な資料を使用していると考えられる。しかし、病院においては高血圧・脂質異常症をもつ患者に対して2～3割の人が、診療所においては心筋梗塞既往患者に対して6割の人が、資料を用いないと回答していた。

病棟・外来間、医療施設間の連携を重視し、患者に対して継続的に指導を行えるよう共通のクリニカルパスの活用を図ることは、今後も継続して重要な課題と考えられる。パスの使用により、実施する項目に漏れがないようシステム化が可能となる。看護実施者が日々交替する職種であるからこそ、指導に漏れがないよう指導項目を明記することが重要である<sup>5, 6)</sup>。また、患者のライフスタイルに個別に対応できるような、施設間共通の生活指導の補助資料を複数種類準備し、パスとともに施設間で共有することが、切れ目のない患者支援に有効と考えられる。患者指導の資料には、診療所で多く活用されているような、患者が検査データなどを自分で記入する欄を設け、患者の主体性をひきだす配慮が必要と考えられる。

一度指導したから理解できているだろうと決めつけず、繰り返し情報と指導をフィードバックさせて患者との相互理解を深める必要がある<sup>10)</sup>。さらに、看護師間の連携を強化し、患者に指導する内容がぶれたり、一般論におわるということがないように配慮する必要がある。このように指導態勢を整え、資料などを共有することで、看護職者に指導の方向性や方法が示され実施しやすい環境になると考える。同時に、患者にとっても受け入れやすい生活指導となると期待される。

#### 4.4 自身の患者指導に対する満足度

自身の指導に対する満足度を問うた項目では、病院では87.4%、診療所では100%が満足していないという結果であった。満足していない理由は、両施設とも「自分の指導内容に不満足」「時間が不十分」と答えた人が多く、多忙な日常業務の中で、いかに指導時間を確保し患者に介入できるかが重要となる。看護職者の指導に対する満足度の上昇は、看護職者の自信となり、積極的な技能習得・患者への介入につながると考えられる。そのため、研修会に参加し指導技術を磨く、他職種との連携を図り情報や知識を共有するといった個々の努力に加え、指導プログラムの作成・充実、患者指導の時間の捻出といった態勢づくりを強化する必要があると考える。

効果的な指導を行うために必要なこととして、「患者自身のモチベーション」と回答した人も多かった。患者が今まで生活してきた状況や価値観・生活観などの患者背景や、精神面を理解し患者を全人的にとらえた指導が効果的であり、一番重要であるとの報告もある<sup>11)</sup>。宗像<sup>14)</sup>は、「セルフケア行動への動機づけが最も強められるとしたら本人が生きがいを感じている動機付けと生活習慣を連結させたときである」と述べている。パンフレットなどの媒体を使用することは、疾患に対する知識を深めることにはつながるが、それだけでは具体的な行動を導くのに十分とは言えない。虚血性心疾患の発症にいたる経過は長く、患者一人一人の生活背景の中で何が問題点かを見出し、生活改善を図れるような、個別化された援助・指導を継続的に行っていくことが患者の生活の行動変容に生かされる。認定看護師や専門看護師の必要性を感じている人もおり、今後益々重要視されていくと考えられる。

#### 5. まとめ

I県内の医療機関に勤務する看護師による虚血性心疾患の予防を目指した患者指導は、勤務する医療施設の性格を反映していた。病院に比べ、診療所においては、生活指導の頻度・時間が限られており、また、虚血性心疾患より、糖尿病・高血圧・脂質異常症などの関連基礎疾患を有する患者への指導の機会が多かった。いずれの施設においても、患者指導に対する関心は高かったが、自身の指導に満足していない看護師が大半を占め、指導力の向上に加え、病院では多職種の連携を必要とする意見が多かった。また、地域連携のクリニカルパスの活用は限定的であった。今回の調査では対象者の人数が限られていたが、今後、より良い患者指導による虚血性心疾患の予防に向けて、診療所勤務看護師が受講しやすい施設内研修機会の提供、病院における多職種連携、クリニカルパスを活用した施設間の連携の強化などの課題が明らかとなった。

#### 謝辞

本研究実施にあたり、調査にご協力いただいた看護職の皆様、石川県医師会の皆様、アンケートについてご助言いただきました塚田久恵先生、高野沙知子氏に深く感謝申し上げます。

#### 引用文献

- 1) 人口動態統計年報 主要統計表(最新データ、年次推移)厚生労働省ホームページ、  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/index.html>
- 2) メタボリックシンドローム診断基準検討委員会：メタボリックシンドロームの定義と診断基準。日本内科学会雑誌 94, 794-809, 2005.
- 3) 虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2006年改訂版) pp.1-83.  
[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2006\\_kitabatake\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2006_kitabatake_h.pdf)
- 4) 心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版) pp.1-52, 2006.  
[http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2006\\_ishikawa\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2006_ishikawa_h.pdf)
- 5) 井上由美：当施設における患者教育の現状と課題。日本心臓リハビリテーション学会誌, 15 (1), 44-48, 2010.
- 6) 井上貴美, 雨宮愛子, 青柳しづか, 山田光子：心臓カテーテル検査を受ける虚血性心疾患を持つ患者へ

- の生活指導の試み. Yamanashi Nursing Journal  
2 (2), 9-17, 2004.
- 7) 横溝梨恵, 金納暁美, 川原三重子, 他5名: パンフレットを使用した虚血性心疾患患者の退院指導の効果 - 患者・看護師へのアンケートの調査から -. 第39回日本看護学会論文集 262~264, 2009.
  - 8) 岡田晋吾 (編集): 「地域連携パスの作成術・活用術」. 医学書院, 113-112, 2007.
  - 9) 高橋健他: 連携ネットワーク構築を先行し, 地域内での統一を目指した「岐阜地域医師会連携パス」作成と運用の試み. 日本医療マネジメント学会雑誌, 8 (3), 443-447, 2007.
  - 10) 玉城邦子, 有賀郁子, 佐藤奈諸子, 他4名: 急性心筋梗塞におけるクリニカルパスを用いた退院支援の実際—多職種によるチームアプローチの一報告—. 那覇市立病院医学雑誌 2 (1), 19-22, 2010.
  - 11) 古味秀美, 長尾博美, 岩田尚子, 松井三恵子: 虚血性心疾患への効果的な生活指導の検討. 香川労災病院雑誌 14, p14, 2008.
  - 12) 恒川育代, 佐藤栄子, 橋本秀和, 山守育雄・石本香好子・古川由利子: 2型糖尿病患者の心筋梗塞および脳梗塞合併症のための生活習慣と行動特性の検討. 日本糖尿病教室・看護学会誌 12 (1) 4-15, 2008.
  - 13) 竹本若菜・出口淳子・野田和代・宮本純代: 虚血性心疾患患者の日常生活についての意識調査. 香川労災病院雑誌 vol.12, p45, 2006
  - 14) 宗像恒次: 最新行動科学からみた健康と病気. メヂカルフレンド社. pp130-131; 151; 163-164, 1996.



## **A Study on Patient Education Conducted by Nurses in Hospitals and Clinics in I Prefecture for Prevention of Ischemic Heart Disease — Based on a Questionnaire Survey —**

Konomi OH'YAMA, Manami MATSUDA, Sawako KITAMURA,  
Isamu MATSUBARA, Noriko TAKUWA

### **Abstract**

Prevention of dyslipidemia, hypertension and diabetes mellitus, the three pro-atherosclerotic lifestyle diseases, and the eventual development of ischemic heart disease (IHD) are major health care issues in Japan, and here in Ishikawa Prefecture. Nurses could play central roles in patient education by extending their knowledge and skills and enrolling medical professionals, thereby achieving seamless multidisciplinary and inter-institutional care and prevention. We studied the present status of preventive nursing care in hospitals and clinics for patients with IHD and related lifestyle diseases by a questionnaire-based survey in this prefecture. Hospital nurses had more opportunities to care for and educate patients with IHD, whereas those in clinics had more influence on the underlying lifestyle diseases. When educating patients with the three above-mentioned major lifestyle diseases, nurses in clinics took more frequent advantage of utilizing patients' own data sheets, as compared with hospital nurses. Hospital nurses frequently utilized handout leaflets when educating patients with IHD. They also addressed more frequently to multiple self care issues as compared with those in clinics when educating patients with IHD and related diseases. Approximately 40% of nurses in both hospitals and clinics attended seminars outside their institutions, whereas less than 10% of the clinic nurses attended in-clinic seminars, seeking for such opportunities. The usage of clinical passes after patients' discharge was less than 20% for either hospital or clinic nurses. These observations suggest that considerable portions of preventing nursing care for IHD are still left unavailable for patients. Systematic development of skill up programs for clinic nurses and strengthening of inter-institutional communications likely deserve to be challenged.

**Key words** Ischemic heart disease, lifestyle diseases, patient education, preventive nursing care, clinical pass

## 報告

# 看護基礎教育における教育方法の検討

## — シナリオ学習教材の活用評価より —

堅田智香子<sup>1</sup>, 彦 聖美<sup>1</sup>, 村井嘉子<sup>1</sup>, 藤田三恵<sup>1</sup>, 加藤亜妃子<sup>1</sup>  
 田甫久美子<sup>1</sup>, 田村幸恵<sup>1</sup>, 丸岡直子<sup>1</sup>, 川島和代<sup>1</sup>

### 概要

看護基礎教育では、安全で質の高い看護を提供できる技術の修得を目指し、看護独自の教育方法が検討されている。本稿の目的は、看護基礎教育における教育方法を先行研究より概観し、看護基礎教育課程の学生を対象にシナリオ学習教材を活用した結果より、その教材の意義と発展的活用について示唆を得ることである。

最近の創造的な教育方法として、学習者の主体的学習を促進する問題解決型学習であるシナリオ学習、臨地の状況をリアルに提示した精密精巧なシミュレータの活用、模擬患者や客観的臨床技術試験導入等が報告されている、また、コンピュータを活用した教材開発も活発になっている。

今回の活用評価よりシナリオ学習教材は、リアリティの体験、段階的な学習、反復学習による自学自習の教育効果が得られた。今後、シナリオ学習が看護実践に与えた効果を明らかにすること、この学習プロセスにおける学生間の学びを共有する場の工夫等により学習教材としての充実が期待される。

キーワード シナリオ学習、シミュレーション教育、教育方法、教材評価

### 1. はじめに

近年の医療の高度化、それに伴う入院期間の短縮化により、臨床現場では安全かつ高度な看護実践が求められるようになってきた。しかし、厚生労働省の「看護基礎教育における技術教育のあり方検討会」報告書<sup>1)</sup>において卒業直後の看護技術能力と臨地が期待している能力に乖離が指摘されている。また、看護基礎教育においても、社会の医療安全に関する意識の向上や倫理的な問題などから、資格を得ていない学生の臨地における実習範囲や機会は限定される傾向にあり、看護実践力の強化をより困難にしている<sup>2) 3) 4)</sup>。

看護基礎教育では、社会的なニーズに対応するために、教育内容や教授方法の一層の質的な改善を図り、学生が効果的に学習できる新しい環境を提供していく必要があると考える。

本稿の目的は、看護基礎教育（以下、基礎教育）における教育方法を先行研究より概観し、基礎教育課程の学生を対象にシナリオ学習教材を活用した結果よりその教材の意義を明らかにし、また発展的活用について示唆を得ることである。

教育方法の検討や教材開発は、諸学問の発展と情報器械の発展により著しく進化している。この状況は、実践科学としての看護学の教授方法にも変化をもたらしていると考えられる。まず、最初に看護教育の変遷を辿り、その教育方法の成果と課題を浮き彫りにする。

### 2. 教育方法に関する文献検討

日本看護学教育学会の学会抄録を1991～1997年を前半期、1998～2003年を後半期に区分した看護学教育研究の動向<sup>5) 6)</sup>によれば、看護独自の教育方法を実施・評価する研究は、研究の取り組みの視点として上位にランクされ関心の高さが伺える。経年的にみると前半期に比べ後半期に増加した教育方法に関わるカテゴリーは、特定の内容に焦点を当てた教授法、主体的学習の促進、シミュレーションによる教育であった。特定の内容に焦点を当てた教授法やシミュレーションによる教育に関する研究の視点は、看護が生きる人間の複雑な健康問題に関わる特徴を反映していると言える。また、学習者の主体性を支援するという研究の視点は教育全体の課題であるが、看護

<sup>1)</sup> 石川県立看護大学

学教育においても関心の高い研究テーマになっている。

これらと関連して技術教育は継続的な研究視点であり、具体的には授業展開や学習方略の検討、看護技術研究であった。また教材開発における研究の視点は、コンピュータを活用した教材や看護技術修得のための教材など、前半期に比べ後半期では顕著に増加していた。

これまでの基礎教育では、採血、注射、導尿などの模型（モデル）やシミュレータを活用し、また、患者との関わりを学習する目的で学生同士でのロールプレイが多く活用されていた<sup>7)</sup>。しかし、学生同士での体験では、遠慮、羞恥心などが心理面に大きく影響された。また、学生が患者役になりきることは困難であり、看護師役も未熟であるために、学習が深まらないという限界性が報告されている<sup>8) 9)</sup>。

近年、教材に本物らしさを追求する傾向がより強まり、救急蘇生用のマネキン、変化する患者の状態を模倣的に再現できるようなコンピュータ制御のマネキンタイプのシミュレータ、呼吸音や心音聴取のためのシミュレータなどが開発され、基礎教育の場でも活用されるようになってきている<sup>10)</sup><sup>11)</sup><sup>12)</sup>。その反面、学生はより精密・精巧なシミュレータや模型による学習によって実際のとの違いを意識することなく、本物そっくりに練習しようとする関心が集中し、現実と比べて変化に乏しいシミュレーションで学ぶことが、現実を意識しながら学ぶことを困難にする可能性があるという課題も指摘されている<sup>13)</sup>。看護実践に直結した学習教材が開発される一方で、それを活用する課題とそのための教育方法の工夫と努力が求められていると言える。

情報機器の発達により、CAI（Computer Aided Instruction：コンピュータ支援教育）<sup>14)</sup><sup>15)</sup>、e-learningを活用した教育方法<sup>16)</sup>も実践されている。これは最新の機器を活用することで、看護実践能力の獲得と学生が主体的かつ効果的に学習できる新しい環境を提供することである。看護における問題解決能力を育成し、学内および臨床実習において、いつでも、どこでも、簡単にe-learningで自己学習できるユビキタス・オン・デマンド学習支援環境の構築である。これによって学生は、既習学習の整理や統合を行い、自分の弱い部分や実習に必要な知識や看護技術を認識するメタ認知を促進させると考えられる。しかしながら、これらの環境を整備し十分に活用する

ためには、高額な予算措置が不可欠であること、またそれを扱う教員が機器に習熟していることが求められる。

1976年には、マックスマスター大学 Haward S Barrow 教授らにより、SP（Simulated Patient: 模擬患者）という概念とそれを活用した医学・看護教育が紹介され、2009年より看護学教育においても盛んに活用されるようになった<sup>17)</sup>。

2005年には、日本の医学部・医科大学においてOSCE（Objective Structured Clinical Examination：客観的臨床技術試験）が導入され、最近の看護学教育においても活用されている<sup>18)</sup><sup>19)</sup><sup>20)</sup><sup>21)</sup>。OSCEは、ペーパーテストによる知識重視の教育ではなく、判断力・技術力・マナーなど実際の現場で必要とされる臨床技能の習得を適正に評価する方法である。この方法は、基礎教育での学びと臨床現場で求める実践力の乖離があるという課題に対処することであり、現場により近い状況を設定し技能レベルの習熟を目指すものである。患者の状態変化やその場の状況に合わせてより臨床に近い状況、つまりリアリティを持った場面を設定し、患者の個性性を考えた技術の提供、技術の組み合わせ、声掛けや説明・心理的な配慮などのコミュニケーション技術、臨機応変な対応が行えるような模擬患者参加型のシミュレーション教育が徐々に浸透しつつある<sup>22)</sup><sup>23)</sup><sup>24)</sup>。しかし、十分に養成を受けた既存の模擬患者を活用するには費用がかかり、また学生の学習進度に応じた事例設定を模擬患者自身が熟知する必要性が求められるなど課題も残されている。道具としての様々なシミュレータの機能・特性を踏まえ、シミュレーション教育で何を学習するのか目標を明確にした上で、適切な方法を選択してプログラムを作成することが重要である<sup>25)</sup>。基礎教育において看護実践力を向上するための教育方法として、学生が実際に経験できない臨床での場面を教育の場に模倣的に作り出すことによって、その状況から患者をイメージし、状況に合わせて思考できるようなシナリオ学習が効果的であると考えられる。シナリオとなる教材は、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である。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る<sup>26)</sup>。

このような様々な教育方法の開発や教育実践での試みは、基礎教育の学生が経験する看護実践には制約と限界があることを補完するためのひとつ

の方略と言える。その傾向は、学内で学ぶ事と実際に行われている事に限界がない、つまり、教育方法としてのバリアフリーが強調される状況にあると考えられる。

筆者らは、これらのことを踏まえ看護実践力の向上を支援することを目的にシナリオ学習教材を開発した<sup>27)</sup>。

### 3. 筆者らが開発したシナリオ学習教材の概要と活用方法

本教材はDVD版(Digital Versatile Disc)である。主な対象は、看護基礎教育課程の学生と新人看護師である。本教材は、基本的思考から発展的応用思考へ段階的に学習できるように、Step 1からStep 3までの3段階の学習プログラムで構成されている。学習者の知識、理解度、能力によって自由にStepを選択して学習を進めることが可能である。

画面は「基本画面」と「テキスト画面」に分割した。「基本画面」は、事例をリアルに伝えるための動画や図表を配置し、「テキスト画面」は、学習内容に関する説明文を表示している。学習者は、画面に表示されている進行と後退ボタンを自由に操作することができる。詳細については、既に報告した資料を参照されたい<sup>28)</sup>。

シナリオとなった看護場面は9つである(表1参照)。

表1 シナリオ学習教材となった看護場面

事例	場面
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

活用方法は、本教材の特徴、内容、使用方法等を記したA4サイズ1枚(両面)の説明文を用いて夏期休暇前のクラスアワーで告知した。同時に、学生用掲示板に同様の説明文を掲示し、活用者を募った。当初、教材を予約制で貸出していたが、学内で視聴できるパソコンが限定されていたこと、また予約の手続きが煩雑であったことより、8月以降、学内のパソコンにインストールして予約なしで自由に活用できるように変更した。

## 4. 研究方法

### 4.1 調査対象

A大学の基礎教育課程で学ぶ2～4年次生

### 4.2 調査方法と調査内容

#### (1) 調査方法

平成22年7月～平成23年3月までに、シナリオ学習教材を活用した学生に調査の趣旨、方法を説明した文章と調査用紙を配布し、同意の得られた学生には、活用後質問紙に答え、指定の回収箱へ投函するように依頼した。

#### (2) 調査内容

調査内容は、以下に示す構成とした。学年、学習時期、学習回数、学習時期の選択、効果的な学習時期、学習時間、学習した事例、今後の学習活用の希望、学習効果について質問した。シナリオ学習教材の内容に関する事柄として、教材としての興味・関心、リアリティ感、学習目標の理解、項目の理解、知識・技術の修得、段階的学習効果、学習視野の拡大、学習課題の明確化について質問した。シナリオ学習教材の活用方法として、画面での学習、メモやノートの活用、反復学習、意見交換の有無について質問した。「とても良い」から「悪い」の4段階で評価した。本教材活用後の感想や意見、自己の課題の明確化等について、自由に記載するように依頼した。

### 4.3 分析方法

質問紙調査によって得られたデータを集約し、単純集計した。

### 4.4 倫理的配慮

調査の目的、調査参加の自由、プライバシーの保護、質問紙回答の自由、教科の成績判定に関連しないこと、協力の有無により不利益が生じないこと、データは統計的に処理され、個人が特定、推測されないこと、また目的以外に使用しないこと等について、パンフレットを用いて説明した。

なお、本調査はA大学の倫理審査委員会で承認を得た後に実施した。

## 5. 結果

シナリオ学習教材の活用後の質問紙調査には、32名の協力が得られた。質問紙調査結果をまとめて、表2、表3、表4に示す。

### 5.1 シナリオ学習教材の活用実態と評価 (表2)

表2 シナリオ学習教材の活用実態 (n=32)

項目	カテゴリー	人数	%
学年	2年生	1	3
	3年生	28	88
	4年生	3	9
学習時期	8月中	2	6
	9月中	7	22
	10月中	18	56
	無回答	5	16
学習回数	1回目	26	81
	2回目	5	16
	3回目	1	3
学習時期の選択	とても良かった	12	38
	良かった	0	0
	まあまあ良かった	19	59
	あまり良くなかった	1	3
	良くなかった	0	0
効果的な学習時期	3年前期	9	28
	V段階実習前	10	31
	4年前期	2	6
	3年次以降	6	19
	無回答	5	16
学習時間	30分未満	14	44
	30分以上60分未満	11	34
	60分以上120分まで	7	22
学習事例 (複数回答)	事例1	23	28
	事例2	19	23
	事例3	5	6
	事例4	8	10
	事例5	7	8
	事例6	3	4
	事例7	4	5
	事例8	8	10
	事例9	6	7
今後の学習活用の 希望	頻回・自由に活用希望	19	59
	機会があれば活用希望	12	38
	無回答	1	3
学習効果について	大変役立つ	19	59
	少し役立つ	12	38
	無回答	1	3

表3 シナリオ学習教材の内容 (n=32)

項目	評価				
	とても良い	良い	あまり良くない	悪い	無回答
	n (%)				
興味・関心	11 (34)	16 (50)	5 (16)	0 (0)	0 (0)
リアリティ感	15 (47)	17 (53)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
学習目標の理解	4 (13)	24 (75)	4 (13)	0 (0)	0 (0)
項目の理解	4 (13)	26 (81)	2 (6)	0 (0)	0 (0)
知識・技術の修得	6 (19)	24 (75)	2 (6)	0 (0)	0 (0)
段階的学習効果	4 (13)	20 (63)	8 (25)	0 (0)	0 (0)
学習視野の拡大	15 (47)	15 (47)	2 (6)	0 (0)	0 (0)
学習課題の明確化	6 (19)	11 (34)	13 (41)	0 (0)	2 (6)

シナリオ学習教材を活用した学年は、3年生28名と圧倒的に多く、他の学年は4年生3名と2年生1名で僅かであった。活用時期は10月上旬が最も多かった。この時期は本学において3年次に実施されるライフサイクル・健康問題別の看護学実習を行う時期であった。活用回数は1回が多く、複数回活用した学生は6名(19%)であった。学習教材の活用時間は30分未満14名(44%)が多く、次いで30分以上60分未満11名(34%)、60分以上120分7名(22%)であり、活用時間にはばらつきがみられた。学生が選択した事例は、事例1(患者の急変)23名(28%)と事例2(手術後合併症)19名(23%)で多かった。活用した時期の選択は、ほぼ96%の学生が良かったと回答し、活用の効果的な時期はライフサイクル・健康問題別の看護学実習前10名(31%)と、3年前期9名(28%)と回答が多かった。

シナリオ学習教材の活用評価として、今後の活用を希望する学生31名(97%)で多く、学習効果として、「大変役立つ」19名(59%)、「少し役立つ」12名(38%)という回答結果であった。

### 5.2 シナリオ学習教材の内容評価と活用方法 (表3, 表4)

シナリオ学習教材の内容に関する評価では、全ての項目において「とても良い」、「良い」と回答した学生がほとんどであった。しかし、「段階的効果」と「学習課題の明確化」に関しては、「あまり良くない」それぞれ8名(25%)、13名(41%)という回答も有り、評価にばらつきがみられた。

シナリオ学習教材の活用方法では、「画面での学習」と「反復学習」に関しては、ほとんどの学生が「十分に出来た」、「少しできた」と答えた。一方、「メモやノート」と「意見交換」に関しては、

表4 シナリオ学習教材の活用方法 (n=32)

項目	十分にできた	少しできた	あまり	全く	無回答
			出来なかった	出来なかった	
n (%)					
画面での学習	13(41)	15(47)	2(6)	0(0)	2(6)
メモやノートの活用	12(38)	6(19)	7(22)	6(19)	1(3)
反復学習	6(19)	17(53)	4(13)	3(9)	2(6)
意見交換	5(16)	12(38)	7(22)	7(22)	1(3)

「あまり出来なかった」、「まったく出来なかった」と回答した学生が複数人いた。

シナリオ学習教材活用後の意見及び課題に関する自由記載では、「知識・技術の確認」4名、「リアリティ感」3名、「優先順位の考え方などの学習方法について考える機会になった」2名、「アセスメントの視点」1名、「観察の視点」1名、「対処能力を身につけるために役立てられる」1名と12名からの記載があった。

## 6. 考察

### 6.1 シナリオ学習教材の学習効果

#### 1) リアリティの体験

本教材に対して、活用した殆どの学生がリアリティ感を実感していた。それはシナリオと言う物語性の中で、対象者の年齢、既往歴、成長発達段階、日常生活習慣、自立状況、家族状況、発症の状況、健康状態、具体的なエピソードなどを提示することによって、実際の患者や家族の存在を意識できたことにある。臨床実習を目前にした3年次生は、実習におけるコミュニケーション、看護技術を活用した日常生活援助、観察、アセスメント能力など様々な点において不安を抱いている。

従来、学内の演習で用いられた模型やモデル学習では実際の臨床場面での違いを意識することなく、学生の関心は技術の修得に集中し、現実を意識しながら学ぶことを困難にしていた。また、ロールプレイや模擬患者を用いた演習では状況設定の困難性がある。しかし、本教材の活用を通して学ぶことは、臨床現場において有りがちだが、基礎教育の学生が体験する機会が限られる状況(事例1の患者の急変、事例2の手術術後合併症など)とじっくり向き合うことであった。臨床実習前にこれらを学習することは、現場におけるリアリティショックを軽減し、本番では余裕をもって患者と接することに繋がる効果があると考えられる。

また、実際の臨床場面を模倣的に再現した学習環境を提供することで、学習者の類似体験から、

医療者としての知識・技術・態度の統合はもとより、実際のチーム連携の在り方を考える機会<sup>29)</sup>となり、看護職者としての役割やその意義についても考える機会を提示したと考えられる。多くの学生は、楽しく、興味・関心をもって学習を進めたと言う点においても、臨床場면을疑似体験したことの成果であり、現状を的確に伝えることができたと考えられる。

#### 2) 段階的な学習目標の設定

本教材の活用において、7割以上の学生が段階を追って学習を進めることができている。また、ほとんどの学生が学習目標を理解できたとしている。学習目標の設定は、看護の経験を踏まえ学習のレディネスに見合った具体的な目標が立案されることが有用である<sup>30)</sup>と言われるが、本教材の学習目標は、今回の学習者のレディネスに沿ってだけでなく、学習進度に合わせ段階的に変化し、どの段階からでも学習者が興味をもてる設定であったと評価できる。つまり、学習者が自己の学習段階に応じて学習内容や目標を選択することを通して、次の学習の方向性を示すための教材であったと言える。学習者が自己の学習レベルに応じた目標を見出すことは、計画的な目標達成に向かうことであり、その達成感が更なる目標達成に向けての学習意欲の向上となり、学習者のモチベーションを高めることに繋がると言える。

本教材の活用において、約9割の学生が知識・技術の習得や学習の視野が広まったとしている。これらの段階的学習内容・目標の設定は、学習が効果的に進められた成果であると言える。今後、臨床現場におけるピュアな課題を事例として盛りこむことは、精選されたプログラムを提供<sup>31)</sup>することであり、基礎教育課程の学生の看護実践力の向上だけでなく、臨床における新人看護師の継続教育および潜在看護師の現場復帰支援にも有効に活用できる学習教材として期待できると考える。

### 3) 自学自習の促進

本教材の活用方法は、画面での学習、あるいは学習者の自由に任せて反復学習を行った者が7割以上を占めた。学生は、携帯電話やパソコン等の機器の操作には精通していることより、動画を見る、あるいは静止画面やコマ送りを自在に操作できる本教材への親密度が高まったと考えられる。一方で、本教材を活用しながらメモやノートをとるという行為についてはバラツキが見られ、昨今の学生の記述離れという実態を反映していた。

活用時間が30～120分と幅が見られたことは、学習者が自由自在に操作することが可能な学習教材の特徴と考えられる。これは学習者の生活背景や経験の違い、あるいは学習者の知識量や理解度、学習の進行状況に応じて学習を行うことであり、周囲に気兼ねなく時間を掛け、時には前画面に戻るなど反復学習を行ったと考えられる。反復学習は、難易度の異なるシミュレーションを学ぶには有効な学習方法であり、また学習内容の振り返りや理解を確認できることは、学習者の学びの自信にも影響を及ぼすと考えられる。

「自ら学ぶ」と言う学習姿勢や行動には、以下の7つのプロセスがある<sup>32)</sup>。それは、①対象に対し興味を覚え、やる意欲を触発する。②対象に対し、知りたい、わかりたいという目的意識が起る。③学習経験や行動経験から、問題を解明するための学習の筋道作りや方向づけをする。④問題を一つひとつ解きほぐして結果を目指す。⑤自分で解明した結果について、何がわかり、何ができて、求める知識や技能、あるいは精神的価値内容は何であったかを調べる。⑥自分で成し遂げたことへの満足感。⑦獲得した知識・技能、あるいは精神的価値内容や学習行動を自分の思考体系の中に組み入れて自分のものにし、新たな対象に取り組むことである。本教材は、興味・関心を示す、目的意識が生じる、問題解決の方法づけ、満足感を得る点より自ら学ぶ学習プロセスを辿っていると言える。また、学習者の自由記載内容から、本教材の学習効果として知識・技術の確認、アセスメントや観察の視点、優先順位の考え方、対処能力を身につけるために役立ったなど、自らの学習方法について考える機会になっている。これは自分の不足部分を補うために、新たな学習方法を模索し移行することを示唆していると考えられる。

## 6.2 シナリオ学習教材の発展的活用への示唆

初心者には、その状況に直面した経験がないため

に、実践を導く原則を与えなければならない<sup>33)</sup>。本教材は、臨床現場に近い状況設定により、その状況をリアルに模擬体験し、現実場面で要求される判断・技術提供の手がかりを得るための有効な学習教材であることが示唆された。今後、学生が教材で学んだことが臨地（実習）においてどのように役立ち、効果を発揮したかを検証していくことによって、学習教材としてのバージョンアップに繋げることが必要である。

また、本教材活用後、自己の学習課題が明確になった学習者は半数にとどまった。その要因として、学習者の本教材による学習体験における疑問や感情、思考を、学習者の理解や判断にゆだねた結果によるものではないかと推測する。看護現象は、人間の生きる生活を如実に反映した複雑な状況が絡み合う。初心者である学習者が抱いた不安な思いや感情を集約する場の提供、例えばパソコン内における“学習掲示板”の設置により、学習体験から得た自己の感情をオープンにし、学習者間において共有することが重要と考えられる。それに対して教授する側は、学生が前向きに学習に取り組んで行けるように支援していく必要がある。

## 7. 結論

看護教育において、社会的ニーズに対応するために様々な教育方法が試みられていた。特に、臨床現場を模倣してより対象者へ接近した学習環境を作り出し、それを活用した教育方法が積極的に取り入れられていた。筆者らが開発したシナリオ学習教材は、臨床現場の看護現象を再現し問題解決を試みるものであった。今回、調査に協力を得られた32名の学習者より、本教材は学習者に臨床のリアリティ感を与え、段階的学習を進め、自学自習を促す学習教材であることが示唆された。今後、本教材学習が看護実践に与えた効果を明らかにすること、またこの学習プロセスにおける学生間の学びを共有する場を工夫することにより、学習教材としての充実が期待される。

本教材の使用簿を振り返ると、回収された質問紙を上回る学生が本教材を活用していた。学生が質問紙への回答に至らなかったことは、その自由度が尊重されたことでもある。また、学生がどのような形であれ、何らかの興味を示したことを事実として捉え、研究期間に限定することなく継続的に活用状況を把握することが学習教材としての評価に繋がると考えられる。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省：看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討報告書，2003.
- 2) 大滝純司・阿部幸恵：シミュレーションを活用した看護技術指導，日本看護協会出版会，3-5，2008
- 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習得状況の実態（2009年報告），石川看護雑誌，8，61-72，2011.
- 4) 木村久恵，村井嘉子，牧野智恵，他5名：成人看護学実習における看護技術習得状況の実態，石川看護雑誌，8，73-82，2011.
- 5) 川口孝泰，田島桂子，石井トク：看護学教育研究の動向 その1「日本看護学教育学会」学術集会講演集の経年的分析から，日本看護学教育学会誌，15（3），59-64，2006.
- 6) 雄西智恵美，茶園美香，佐藤正美：漢学教育の動向 その2「日本看護学教育学会」学術集会講演集における研究取り組み視点の分析，日本看護学教育学会誌，15（3），65-74，2006.
- 7) 本田芳香，塚越フミエ：模擬患者導入による学習の有用性，東京女子医科大学看護学部紀要，4，34，2001.
- 8) 土蔵愛子，大学和子，西久保秀子：模擬患者による看護技術実技試験における評価に関する検討，聖母女子短期大学紀要，16，65-73，2003.
- 9) 石山いづみ，梅野貴恵，佐々木容子他：看護学生のインタビュー演習におけるコミュニケーション技術の様相 乳癌模擬患者の入院時心理把握場面に焦点を当てて，九州国立看護教育紀要，6（1），31-34，2003.
- 10) 本多容子，緒方巧，田中静美他：試作看護技術シミュレータを用いた看護技術教育の評価—「浣腸」導尿の演習を通して—，藍野学院紀要，17，107-115，2004.
- 11) 中堀裕代，我部山キヨ子：超音波診断法の教育に関する文献レビューと今後の研究の方向性 助産師に関する超音波診断法の教育体制の確立にむけて，京都母性衛生学会誌，18（1），41-49，2010.
- 12) 中村隆一郎：看護基礎教育・医学基礎教育におけるシミュレーション教育の役割，医機学，81（1），214-221，2011.
- 13) 前掲2)
- 14) 青井聡美，杉本吉恵，吉田彰他：体位変換・移乗に関する看護技術のコンピュータ学習支援システムの開発，広島県立保健福祉大学誌，3（1），37-47，2003.
- 15) 桂川純子，柿原加代子，松田日登美他：シントラティブな環境を提供する看護技術教育システムの構築とその評価，日本赤十字豊田看護大学紀要，3（1），27-34，2007.
- 16) 真嶋由貴恵，中村裕美子，青山フミ：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，119-122，2006.
- 17) 福井みどり：看護教育における模擬患者の活用と看護の展望，看護管理，19（11），938-942，2009.
- 18) 多賀昌江，樋之津淳子，福島眞理他：学生から見た客観的臨床能力試験（OSCE）トライアルの意義，SCU Journal of Design & Nursing，3（1），27-34，2009.
- 19) 庄村雅子，佐藤幹代，高橋奈津子他：成人看護学における OSCE（Objective Structured Clinical Examination）を活用した看護技術の主体的習得に関する学び，東海大学健康科学部紀要，14，39-45，2009.
- 20) 渡邊由加利，工藤京子，山本勝則他：【学生の看護実践能力を育てる OSCE の導入】OSCE における模擬患者への支援と模擬患者によるフィードバック，看護展望 36（6），0539-0543，2011.
- 21) 川崎タミ，横井郁子，角田ますみ他：実習直前の看護 OSCE（Objective Structured Clinical Evaluation）の結果を用いて測定した実践力と、学生の心的状況の関連について，東邦看護学会誌，8，10-16，2011.
- 22) 別所史恵，田原和美，吉川洋子他：模擬患者（SP）参加による「看護技術支援プログラム」の評価—2007年度実施評価—，島根県立大学短期大学部紀要，2，61-74，2008.
- 23) 松本玄智江，井山ゆり，吉川洋子他：看護実践力向上に向けた看護基本技術習得上の課題，島根県立大学短期大学部紀要，2，75-80，2008.
- 24) 清水裕子，横井郁子，豊田省子他：看護教育における模擬患者（SP；Simulated Patient Standardized Patient）に関する研究の特徴，日本保健学会誌，10（4），2008.
- 25) 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），943-946，2009.
- 26) 川村和子：看護実務のシナリオとシーンから展開する医療安全教育，第8回医学書院看護教員「実力養成」講座，2009.
- 27) 村井嘉子，堅田智香子，加藤亜妃子，他5名：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，石川看護雑誌，8，93-101，2011.
- 28) 前掲27)
- 29) 前掲2)
- 30) 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），923-



928, 2009.

31) 前掲 30)

32) 稲川三郎：自己教育力を育てる指導の実際, 85-88, 1991.

33) 井部俊子訳：ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, 医学書院, 2001.

## Examination of teaching methods in basic nursing education – Practical evaluation of scenario-based learning materials –

Chikako KATATA<sup>1</sup>, Kiyomi HIKO<sup>1</sup>, Yoshiko MURAI<sup>1</sup>,  
Mitsue FUJITA<sup>1</sup>, Akiko KATO<sup>1</sup>, Kumiko TANBO<sup>1</sup>,  
Yukie TAMURA<sup>1</sup>, Naoko MARUOKA<sup>1</sup>, Kazuyo KAWASHIMA<sup>1</sup>

### Abstract

In basic nursing education, in order to help students acquire skills to provide safe and high-quality nursing services, methods specifically designed for teaching nursing were reviewed. This study aimed to obtain suggestions regarding the significance and use of simulation scenarios by surveying previous studies on teaching methods applied in basic nursing education and by analyzing the results of testing scenario-based learning materials obtained from students taking a basic nursing education course.

The introduction of the following relatively new creative teaching methods has been reported: scenario-based learning, which is problem-based learning for promoting self-education, simulators that precisely and elaborately reproduce on-site situations, patient simulations, and objective clinical skills tests. The development of computer-based learning materials is also in progress.

From the experimental results, we observed the educational effects of self-educational, scenario-based learning materials that allow the users to experience realistic situations, learning step-by-step and iteratively. We hope to use these more effectively as learning materials by examining the effects of scenario-based learning on nursing practices and by devising a method of sharing what the students have learned in the process.

Keywords : Scenario-based learning, simulation-based education, assessment of learning materials



## 報告

## 「看護学生の食生活改善に向けた介入の効果」

藤田三恵<sup>1</sup>, 川島和代<sup>1</sup>, 丸岡直子<sup>1</sup>, 中田弘子<sup>1</sup>, 三輪早苗<sup>1</sup>

## 概要

本研究は、将来他者の健康を支援する専門職を目指している看護学生が自己の健康的な食生活を体験的に獲得していく教育プログラムを開発することにある。そのための取り組みの第一段階として、(1) 食生活改善に向けた介入を行い、その前後での主観的健康状態を比較する。(2) 自己の食生活の実態を介入前後で比較検討することとした。その結果、調査を実施した女子学生の摂取カロリーは、介入前には必要量より低かったが、介入後は必要量に近づいた。また、三大栄養素の一つである蛋白質については全員が介入後に推奨値を摂取できた。主観的健康状態の介入前後の比較については、16項目中「疲れやすい」という項目で有意差が見られ、「めまいがする」「便秘しやすい」「抜け毛が多い」の3項目で有意差が示唆された。本取り組みにより学生の食生活改善や主観的健康状態の改善および食に関する意識の向上に寄与できるのではないかと考える。

キーワード 看護学生, 食事改善に向けた介入, 教育プログラムの開発

## 1. はじめに

青年期は一般的に疾病の罹患率が低いといわれており、ライフスタイル獲得の時期ともいわれている。この時期に大学生活を始め、一人暮らしなどが開始されるという環境の変化は、個人の健康行動に影響を及ぼすことが予測される<sup>1)</sup>。看護学を学ぶ学生にとって、将来他者の健康を支援するには、まず自らの健康的な生活を志向していく意義は大きく、そのための健康的なライフスタイルの獲得過程を体験的に理解することは重要であると考えられる。ライフスタイルの中でも看護学生の食生活に関する実態調査や、食生活と健康状態に関連した研究は数多い<sup>1) 2) 3) 4)</sup>。現時点で明らかなのは、看護学生の食事に関して塩分や糖分のとりすぎ傾向がみられ<sup>5)</sup>、身体症状の自覚は多愁訴であり、不健康状態にあるものが多いということである<sup>6)</sup>。不健康状態に影響するのは、看護学生の過密なカリキュラム、食生活、アルバイト、睡眠時間など、様々な原因が複合していると考えられ、また一方では食生活の乱れと健康状態との関連についてもすでに示唆されている<sup>7) 8)</sup>。そこで今回は看護学生の不健康状態を改善する方法として食生活に着目した。

昨年筆者らが実施したI大学看護学部生を対象とした調査研究においても、一人暮らしの学生は、朝食の欠食、食生活への満足感、食生活への感じ

方、外食回数など、家族と同居の学生に比較して有意に不良であるという結果を得た<sup>9)</sup>。また、食生活の不良である学生に健康状態が悪いと訴える学生が多かった<sup>9)</sup>。すなわち、この調査から食生活の改善の必要性が示唆された。しかし、看護学生の食生活の詳細な実態については把握できておらず、主観的な評価で終わった。何をどのように改善したらよいかは不明であり課題が残された。また、食生活の改善は一般的に難しいとされており、看護学生は健康と生活との関連性を学ぶ機会も一般学生に比べ多く、栄養面など食生活改善に関連する知識を学んでいるにも関わらず、必ずしも自らの健康的なライフスタイルと結びついていないことが推察される。看護学生が将来人々の健康的なライフスタイルを支援するための礎として、自らの健康管理を行うことは重要であるが、そのための教育的プログラムを明確にしたものはあまりない。したがって本研究の目的は、将来他者の健康を支援する専門職を目指している看護学生が自己の健康的な食生活を体験的に獲得していくための教育プログラムを開発することにある。そのための取り組みの第一段階として、食生活改善に向けた介入（以後介入とする）を行い、その効果を検討することである。効果の検討は、(1) 介入の前後で主観的健康状態を比較する。(2) 自己の食生活の実態を介入前後で比較し評価することとした。

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

なお、本研究でいう教育プログラムとは、食生活改善の目的を達成するための一連の計画(時間, 方法, 設備, スキル等を含む)のこととする。

## 2. 研究方法

### 2.1 研究対象

食事改善に向けた介入への主旨に興味を示し、口頭および文書による協力の得られたI大学看護学生9名を対象とした。

### 2.2 介入期間および介入方法

介入期間：平成X年12月中の10日間。

介入方法：

- (1) 朝食は普段通りに摂取する。
- (2) 昼食は、毎日学食を摂取する(学食の選択は定食を選択することとし、定食の主菜・副菜の選択は自由とする)。
- (3) 夕食は、参加者で協力して献立・調理する。献立作成時には、参加者の食生活において不足しやすい食材を補うこと、簡単に調理でき、栄養が充足されるようできるだけ多くの食材を使うことを意識する。
- (4) 夕食の献立・調理は、参加者ができるだけ多く参加できる日を調整し、介入期間中4日間とする。
- (5) 夕食の準備は講義終了後に集合し、あらかじめ計画した献立を参加者全員で調理し、試食後片付けを行う。
- (6) 調理中の時間を利用し、栄養成分に関すること、食品添加物に関すること、食と健康に関するミニレクチャーを実施する。
- (7) 介入中の期間は、できるだけ暴飲暴食を避けるよう意識する。

### 2.3 調査方法

介入前後調査：

- (1) 介入前および介入後の食事内容調査は、それぞれ直近の2日間に摂取した食品(または食材)すべてを栄養管理ソフト(栄養マイスター BASIC 版 ver.2.0)に入力する。
- (2) 介入前および介入後、主観的健康状態調査票(表1)を記入する。主観的健康状態調査票は桂ら<sup>10)</sup>の16項目(本人の了解済み)に一部追加した18項目とし、「よく感じる」「たまに感じる」「あまり感じない」「感じない」の4段階尺度を採択した。

### 2.4 分析方法

- (1) 食事内容調査の介入前後の比較は、栄養成分を記述統計にて比較する。
- (2) 主観的健康状態の介入前後の比較は、Wilcoxonの順位和検定にて行い、 $p < 0.05$ を有意水準とした。
- (3) 主観的健康状態調査票の自由記載については介入前後で内容を比較した。

尚、データ集計はExcel.2003を使用し、統計処理はSPSS13.0J for Windowsを使用した。

### 2.5 倫理的配慮

本研究は石川県立看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。参加者が学生であるため、学生の自由な意志を尊重できるよう呼びかけは掲示板を利用して行った。また、研究の目的、具体的方法を説明し途中中断の保障、中断に際しても不利益を被らないこと、介入に伴う時間的な拘束はカリキュラム進行の妨げとならないよう配慮し、学生の自由な時間の選択可能な日程を調整することを文書および口頭で説明し、承諾を得てから実

表1 主観的健康調査票

1 疲れやすいですか	10 抜け毛が多いですか
2 朝の目覚めはよいですか	11 口内炎ができる
3 肌が荒れやすいですか	12 便秘しやすいですか
4 にきび(または吹き出物)が多いですか	13 下痢しやすいですか
5 イライラしやすいですか	14 足をつりやすい
6 夜よく眠れますか	15 関節が痛みますか
7 階段を上がると息切れしますか	16 貧血気味である
8 めまいがする	17 月経不順がある
9 風邪をひきやすいですか	18 月経困難症がある

(網掛けは女性のみ)

施した。また、得られたデータおよびパソコン入力したデータは、パスワードにより個人情報が漏洩しないよう管理した。

### 3. 研究結果

#### 3.1 対象者の概要

参加に賛同した学生は、開始時は男子学生2名、女子学生7名の計9名で、最終的な調査協力者は主観的健康調査8名、食事内容調査7名であった。8名の平均年齢は22.6 ± 5.3歳、平均身長は女性156.4cm、男性177.5cm、平均体重は女性49.8kg、男性66kg、平均BMIは女性20.2、男性20.9であった。

#### 3.2 介入前後の摂取カロリーの変化

日本人の食事摂取規準によると、18～29歳の青年期、身体活動レベルⅡ（ふつう）の女子学生に必要なカロリーは1950calであるが、介入前の女子学生の摂取カロリーはどの学生も基準より低く、おおよそ500～700cal不足であった（表2）。同様に、男子学生に必要な摂取カロリーは2650calであるが、過剰摂取であった学生と、基準より約1000cal低かった学生がみられた。

しかし、介入後にはデータの得られた7名の学生全員が、必要カロリーに近づき摂取できていた（図1）。

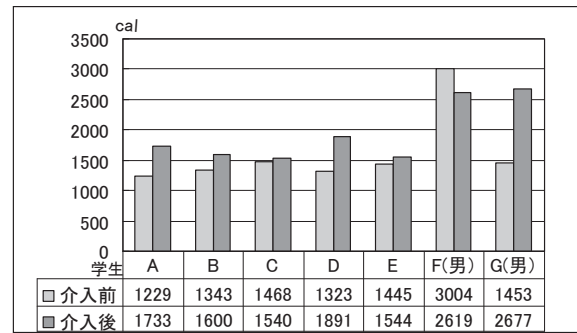


図1 介入前後の摂取カロリーの変化

#### 3.3 介入前後の主な栄養素の変化

三大栄養素の一つである蛋白質の摂取について見てみると、女子学生5名のうち4名は、全員介入前には推奨量以下であったが、介入後には推奨量に達して摂取できていた（表2、図2）。また男子学生2名の内、1名は介入前後ともに推奨量に達成し、1名は介入後に推奨量に達成した。次に脂質については、7名中1名を除き、介入後の摂取量は推奨量に達して摂取できていた。炭水化物は、7名全員介入後も推奨量に達成できていなかった（表2）。

次に鉄分について、女子学生の殆どは介入前には推奨量に達しておらず、最も少ない学生は推奨量の約三分之一（1.9mg/日）に満たなかった。しかし、介入後は5名中4名が推奨量に達して摂取できていた。男子学生は1名が介入前に推奨量

表2 食事摂取量の介入前後比較

栄養項目	カリ- (Kcal)	蛋白(g)	脂質(g)	炭水化物(g)	Ca(mg)	鉄(mg)	VB1(mg)	VB2 (mg)	VC (mg)	食物繊維 (g)	
<b>推奨量</b>	<b>1950</b>	<b>50</b>	<b>56.9</b>	<b>307.5</b>	<b>700</b>	<b>6.5</b>	<b>1.1</b>	<b>1.2</b>	<b>100</b>	<b>17↑</b>	
女子学生	A 前	1229	36.7	37.6	176.9	128.5	3.4	0.4	0.5	37	6.7
	A 後	1733	<b>50</b>	<b>77.2</b>	197.9	363	<b>7.9</b>	0.51	0.59	75	12
	B 前	1343	41.6	38.5	207.2	515	4.7	0.54	0.79	163	14
	B 後	1600	<b>65.2</b>	48.3	218.9	454	<b>6.5</b>	0.68	0.89	95	14
	C 前	1468	42	24.5	262.7	290	3.5	0.41	0.41	38	11.5
	C 後	1540	<b>60.7</b>	<b>57.6</b>	192.6	406	5.1	0.69	0.96	96	15.1
	D 前	1323	48.1	44.4	178.7	308	1.9	0.6	0.84	93	5.8
	D 後	1891	<b>70.9</b>	<b>74.7</b>	229.4	<b>800</b>	<b>7.7</b>	<b>1.38</b>	1.06	<b>103</b>	15.5
	E 前	1445	64	50.5	177.6	563	6.8	0.54	1.15	49	8.6
	E 後	1544	<b>60.2</b>	<b>60.3</b>	185.2	686	<b>7.9</b>	0.59	<b>1.33</b>	70	11.2
<b>推奨量</b>	<b>2650</b>	<b>60</b>	<b>64.8</b>	<b>397.5</b>	<b>650</b>	<b>7.5</b>	<b>1.4</b>	<b>1.6</b>	<b>100</b>	<b>19↑</b>	
男子学生	F 前	3004	99.2	68.9	496	669	11.6	0.86	1.21	113	26
	F 後	2619	<b>104.4</b>	<b>67.3</b>	365.8	333	5.1	1.03	1.11	<b>119</b>	11.8
	G 前	1453	55	54.2	180.2	365	4.3	1.59	0.96	82	8.1
G 後	<b>2677</b>	<b>111.6</b>	<b>110.7</b>	300.9	451	<b>9.1</b>	<b>2.02</b>	1.3	<b>196</b>	<b>25.8</b>	

網掛け数値は推奨値に達したもの

網掛け太数値は介入後推奨値に達したもの

に達していたが、介入後は推奨量未満となり、1名は介入後に推奨量に達して摂取できた(図3)。

食物繊維について、7名の学生のうち1名を除いて介入前は推奨量に達していなかった。介入後は6名の学生は、摂取量は増加し推奨量に近い量が摂取できた(図4)。

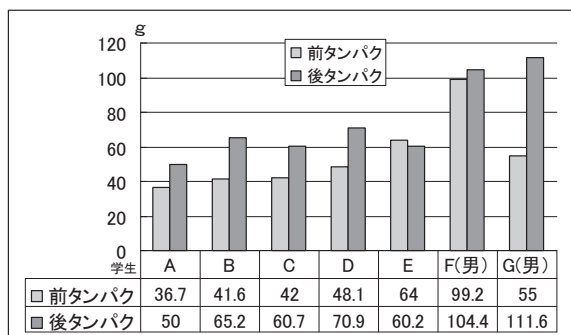


図2 介入前後の摂取蛋白質量の変化

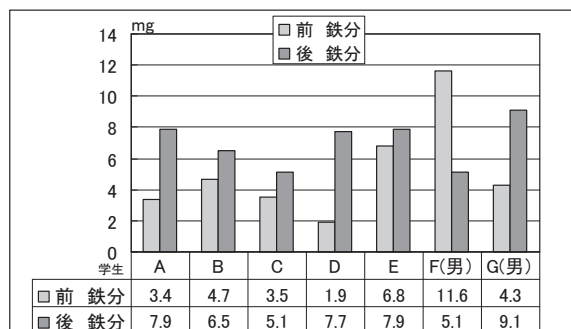


図3 介入前後の摂取鉄分量の変化

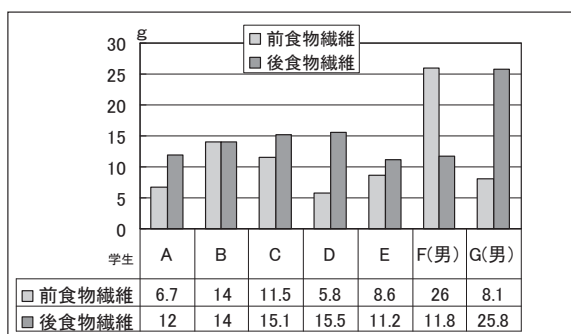


図4 介入前後の摂取食物繊維量の変化

表3 主観的調査票の前後比較

項目		p値	項目		p値
1	疲れやすいですか	0.03 **	9	風邪をひきやすいですか	1.0
2	朝の目覚めはよいですか	0.72	10	抜け毛が多いですか	0.06 *
3	肌が荒れやすいですか	0.12	11	口内炎ができる	0.37
4	にきび(吹き出物)が多いですか	0.5	12	便秘しやすいですか	0.06 *
5	イライラしやすいですか	0.37	13	下痢しやすいですか	0.37
6	夜よく眠れますか	1.0	14	足をつりやすい	0.25
7	階段を上がると息切れしますか	0.12	15	関節が痛みますか	0.31
8	めまいがする	0.06 *	16	貧血気味である	0.12

\*\* p<0.05 \* (示唆) p≒0.05

### 3.4 主観的健康状態調査票の前後比較

調査に協力の得られた8名の主観的健康状態調査票16項目を介入前後で比較したところ、「疲れやすい」という項目が介入後有意に減少した(p<0.05)。また、「めまいがする」「抜け毛が多い」「便秘しやすい」の3項目において、介入前後で有意に差があることが示唆された(p≒0.05)(表3)。

### 3.5 主観的健康状態調査票の自由記載の前後比較

その他、主観的健康状態調査票の自由記載をみると、介入前の調査票では、「排便が不規則」「食事時間が不規則」「目の疲れ・肩こり・腰痛」「睡眠不足」「疲れやすさ」などの身体症状が記載されていた。介入後の調査では、「スムーズな排泄」「下痢の軽減」「便の硬さの改善」など排便に関して3件、「疲れの軽減」が2件、「肌荒れの改善」などの自覚する身体症状の改善に関する内容や、「授業に集中できる」など集中力の向上に関するもの、「野菜の摂取が多くなった」「朝食を食べなくなった」「栄養バランスを意識するようになった」「調理方法を意識するようになった」など食生活改善への意識に関するものが見られた。

## 4. 考察

今回の介入前後の調査で看護学生の食生活の一部が明らかになった。特に今回の参加学生のうち女子学生の摂取カロリーの不足が目立ち、先行研究の結果と類似している<sup>11)</sup>。これは、青年期特有の自己のボディイメージに関する関心から、やせ願望やダイエット志向が影響しているのではないかと考えられる。全体的な摂取カロリーが必要量に比べ不足傾向にあるということは、すなわち必要な栄養素の不足にもつながりやすい。従って今回の介入に伴って変化した主な栄養素の摂取状

況と主観的健康状態との関連について考察する。

#### 4.1 蛋白質摂取状況と主観的健康状態について

三大栄養素の一つであり、私達の身体を構成する蛋白質の摂取量は、2名を除き殆どの学生に摂取不足が見られた。蛋白質は人体の重さの18～20%を占めていると言われ<sup>12)</sup>、筋肉を構成する主成分でもあり、爪、髪、皮膚、腱、軟骨などを構成しホルモンや酵素、ヘモグロビン（血色素）も蛋白質で構成されている。また、蛋白質を構成するアミノ酸の中でも必須アミノ酸は、体内で合成できないため食品から摂取しなければならない。必要な摂取量の不足は、必須アミノ酸の不足に影響を及ぼすと推察される。特に必須アミノ酸の中でもリジンは疲れやすい人に摂取が推奨されている。学生の主観的健康状態調査で「疲れやすい」という自覚症状が介入後、有意に減少したのは、蛋白質の摂取不足が解消したことにも起因しているのではないかと考えられる。

#### 4.2 鉄分摂取状況と主観的健康状態について

次に鉄分の摂取について見てみよう。鉄分の推奨量は、女性は1日あたり6.5mgであるが<sup>13)</sup>、5名の女子学生の内1名を除き摂取不足であった。中でも必要量の3割にも満たなかった学生もみられた。鉄分は小腸から吸収され、肝臓で蓄えられたあと、骨髄へと移動し、蛋白質と結合しヘモグロビンを形成する。貧血は特に月経のある若い女性に多く、その多くは鉄欠乏性であると言われている。今回の調査でも青年期女性の鉄分の摂取不足と同様の結果が示された。その内4名は介入後に推奨量を摂取でき、男性の1名を加えると5名は介入後推奨量を摂取できた。主観的健康状態調査においての介入前には「めまいがする」という自覚症状が、介入後に幾分減少したという調査結果がみられた。めまいには様々な原因が関連しており、今回の対象者のめまいの原因を特定はできないが、一つには自律神経の乱れがあると言われている。三度の食事摂取や鉄分摂取などを含め、バランスのよい食生活は自律神経の乱れを整えることにも影響を及ぼすと推察され、今回の調査結果と矛盾はしないと思われる。

#### 4.3 栄養バランスとその他の主観的健康状態について (図1～4)

その他の主観的健康状態として「抜け毛が多い」という自覚症状に有意に改善の傾向が示された。

髪は蛋白質を主成分としており、その生成には頭皮から栄養分をもらっているが<sup>14)</sup>、必要な栄養分が不足したり、頭皮の血行が悪くなったりすると髪が正常に生えなくなり抜け毛の原因になると言われている。栄養バランスが整ってくることによって、健康な頭皮の維持に影響をもたらしたのではないかと推察される。

さらに、特定した健康状態のみならず、自由記載に示されていたように、目の疲れ・肩こり・腰痛などの症状の改善や、授業に集中できるという自己評価もみられている。今回の食生活の実態調査では、殆どの学生は、概して栄養バランスが推奨量に近づいてきた。このように総合的な栄養バランスを保持できるようになったことが、健康状態の改善に影響を及ぼしたのではないかと推察される。

#### 4.4 食物繊維摂取状況と主観的健康状態について

食物繊維の推奨量は、女性17g以上、男性は19g以上となっている<sup>12)</sup>。今回介入後に推奨量に達した学生は1名のみであった。しかし、7名中6名の学生は介入前より介入後の摂取量が増加（または同量）した。中には介入前と比較し2～3倍近く摂取量が増加した学生がみられた。食物繊維は第6の栄養素ともいわれ、有害物質の排泄や栄養素の吸収、腸内環境の正常化などに有益であることが知られている。今回の介入で、推奨量には達しなかったものの、摂取量の明らかな増加は、学生の排泄に関する自覚症状の軽減と関連しているのではないかと考えられた。食事内容の総合的な摂取不足や食物繊維の不足は、若い女性の排泄の問題と関連性が指摘され、今回の調査結果と矛盾していない。

#### 4.5 食生活改善に向けたプログラム評価

今回実施した介入方法のポイントは、以下の4点である。1) 自己の食生活の見直し（栄養管理ソフト入力による視覚的な評価、主観的健康調査票の記入）、2) 1日1～2回バランスの良い食事への改善（昼食に学食の定食、夕食の献立・調理を摂取）3) 献立作成と調理の実際（調理方法のスキルアップ）、4) 食の認識へのアプローチ（ミニレクチャー）である。これらを統合したプログラムの実施を、介入前後の食生活の実態の把握と、主観的健康状態調査により評価を行った。その結果、参加学生の食生活の実態は、日本人の食事摂



取基準とされる数値に近づき、主観的健康状態の改善が示唆された。このように、1日1～2回バランスの良い食事への改善を試みることができれば、成人期にある看護学生の健康状態の改善に寄与できることが示唆された。今後は、さらに介入期間、参加人数などを積み上げプログラム内容を評価・検討していく必要がある。

## 5. まとめ

看護学生（女子）の食事内容は、摂取カロリー不足の傾向があり、それに伴い蛋白質、炭水化物、鉄分、食物繊維の不足がみられた。1日1～2回のバランスの良い食事を摂取することにより、食事内容の改善が期待できる。また、主観的健康状態では、食事内容を改善することにより、「疲れやすさ」「めまい」「抜け毛」「便秘」に関して改善することが示唆された。

## 本研究の意義と限界

本研究は、食事改善という介入を実施し、実施前後で評価し、実態の事実に基づいているところに価値がある。しかし対象は、8名という少数の学生を対象とした調査研究であり、参加学生の中には研究の主旨に興味を示した学生が含まれているということから、得られた結果は極めて限られており、今回の結果から一般化するには限界がある。今後さらに例数を増やし検討する必要がある。

## 謝辞

本研究に参加・協力いただいた皆さまに心より感謝いたします。なお、本研究の一部は、2011年日本看護研究学会第37回学術集会にて示説発表したものである。

## 引用文献

- 1) 宮川豊美, 高橋亜矢子: 女子学生にみられる不定愁訴について. 和洋女子大学紀要, 40, 117-126, 2000.
- 2) 桂晶子, 小松万喜子, 伊藤涼子: 一人暮らしの看護学生の食生活とその要因. 看護教育, 33, 84-86, 2002.
- 3) 植田志摩子, 間野康男: 女子学生の食生活と健康状態. 臨床栄養, 74 (1), 53-59, 1989.
- 4) 高橋和恵, 高橋健治: 看護学生の欠食・孤食と身体症状の関連性. 看護総合, 36, 505-507, 2005.
- 5) 合田友美: 看護学生に対する食生活支援の検討 第一報. 川崎医療短期大学紀要, 29, 25-28, 2009.
- 6) 福士公代: 看護学生の健康状態. 足利短期大学研究

紀要 28, 101-107, 2008.

- 7) 渡辺紀子: 女子学生の食生活と健康. 鹿児島大学教育学部紀要 自然科学編, 50, 69-77, 1999.
- 8) 桂晶子, 上原和恵: 看護大学生の食生活と身体症状との関連—一人暮らしの大学生に焦点を当てて—. 看護教育, 34, 94-96, 2003.
- 9) 中嶋千陽, 藤田三恵, 後藤あい他: 看護学生の居住形態の違いによる食生活, 睡眠習慣, 健康状態の実態調査. 看護総合, 42, 2011.
- 10) 前掲書 8), 95.
- 11) 簀持知恵子, 中村美知子: 青年期の健康的なライフスタイルの認知と実践—看護学生を対象として—. 山梨県立大学看護学部紀要, 8, 17-25, 2006.
- 12) 丸元淑生: 図解 豊かさの栄養学. 79, 新潮社, 1986.
- 13) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室: 日本人の食事摂取基準 (2010 版). 5-10, 医歯薬出版, 2011.
- 14) 境章: 新訂目でみるからだのメカニズム. 166-167, 医学書院, 2000.

## Effect of Intervention in Improvement of Nursing Students' Diets

Mitsue FUJITA, Kazuyo KAWASHIMA, Naoko MARUOKA,  
Hiroko NAKADA, Sanae MIWA

### Abstract

This study was conducted out to develop an educational program, which allows nursing students, aiming to become specialists engaged in health promotion for others, to better experience and learn about their own diets. As the first step, we intervened in the dietary regimes of nursing students for the purpose of improvement, comparing their subjective health conditions and diets before and after the intervention. As a result, in this study, the caloric intake of female nursing students, which was below the recommended daily allowance prior to intervention, rose toward the level of the recommended daily allowance. The intake of protein, one of the three major nutrients, in all subjects improved to meet or exceed the recommended daily amount. With regard to subjective health conditions before and after intervention, a significant difference was observed in one of the 16 categories, namely, "tend to tire easily"; and a significant difference was suggested in three categories, namely, "Feel dizzy, " "Tend to become constipated easily, " and "Lose a lot of hair." We believe this study will contribute to the improvement of nursing students' diets, subjective health condition, and awareness of diet in general.

Key words nursing students, dietary improvement, development of an educational program,



## 報告

# 石川県の指定介護老人福祉施設における 終末期ケアの現状と課題

塚田久恵<sup>1</sup>, 浅見 洋<sup>1</sup>

## 概要

石川県下の特養における終末期ケアの現状を明らかにし、医療連携と職員の技術の向上をめざした研修プログラムの開発に向けた基礎資料にすることを目的に、石川県下の特養全 64 施設を対象に質問紙調査を行った。結果は、(1) 看取りが行われていた施設は約 9 割であった。(2) 死亡率の高い時間帯は日勤帯が約 4 割で、それ以外の時間帯は約 6 割であった。(3) 終末期のケアは、主に「点滴静脈注射」、「痰の吸引」、「酸素療法」等の医療処置が多く、医師や看護師と常に連絡がとれる体制が必要であった。(4) 夜勤体制に看護師が含まれている施設は約 1 割、約 8 割の施設がオンコール体制をとっていた。(5) 介護職員は、夜間の職員が少ないことや緊急時の対応に不安を抱いていた。状態の変化の見極め、緊急時・死亡時の対応など医師、看護職、介護職が共同で看取りを行うための体制を施設内で具体的に考えていくことや継続的な職員研修の必要性が示唆された。

キーワード 指定介護老人福祉施設、終末期ケア、看取り、医療連携、研修

## 1. 調査の背景

平成 18 年 4 月に介護保険制度が改正され、指定介護老人福祉施設（以下、特養と略）では、「重度化対応加算」及び「看取り介護加算」が創設された。これらの新たな加算の導入は、終末期療養の場を医療機関から在宅等（特養・グループホームを含む）へ移行しようとする厚生労働省の高齢者施策の一環である。

石川県衛生統計年報「死亡数、死亡の場所集計の年次推移」によれば、平成 7 年度の年間総死亡者数に占める老人ホーム（特養を含む）の死亡割合は 1.9%（全国：1.5%）、平成 17 年度は 2.3%（全国：2.1%）であったが、「看取り介護加算」が創設された平成 18 年度には 3.1%（全国：2.3%）、平成 20 年度には 3.1%（全国：2.9%）に増加している。欧米などに比して老人ホームを選択する人が多いとはいえない状況ではあるが、確実に増加しつつある。

これまでの特養における終末期の医療・介護に関する調査研究においては、①医師、医療機関との連携強化、②職員の知識・技術の向上等が今後の課題と示唆している。

本研究では、そうした背景を踏まえ、平成 22 年度は、石川県下の特養における終末期ケアの現

状を明らかにし、医療連携と職員の技術の向上をめざした研修プログラムの開発に向けた基礎資料にすることを目的として質問紙調査を実施した。具体的には、平成 18 年度～平成 21 年度の終末期ケアの取り組み状況、看取り介護加算の要件である「医師、看護師、介護職員等の共同による介護の実施」のための連携体制や終末期において行った医療行為等について調査、分析したので、その結果を報告する。

なお、本稿中では、「終末期ケア」と「看取り」の言葉を同義語として用いるが、終末期ケアについては、医療的なケアを含めた概念を説明する場合には「終末期ケア」を、文化的要素を加味した人々の行為や意識を「看取り」と使い分けて使用する。また「看取り」とは亡くなる数週間前から数ヶ月前に行った終末期ケアをいう。

## 2. 方法

## 2.1 調査対象

石川県下の特養全 64 施設とした。

## 2.2 調査方法と調査内容

平成 22 年 8 月の期間中に、施設管理者、ないしは施設における指導的な介護者に対する自記式質問紙による調査を郵送法にて実施した。質問紙

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

は、記入後返信用封筒にて返送するよう依頼した。調査内容は、研究分担者である特養の代表者の意見を参考に作成した。調査内容は、主に施設の看取りに関する取り組み状況と平成16年度から平成21年度の5年間で、死亡により退所した最大5事例についての各施設の具体的な看取りの状況についてである。前者については、①基本的属性4項目（開設運営主体、入所定員、開設年月、施設の形態）、②医療・介護体制8項目（常勤・非常勤職員数、看護・介護職員数、看護師・介護士の勤務体制、看護師の夜勤体制、常勤・嘱託医師数、連携病院の有無、連携訪問看護ステーションの有無、夜間の緊急体制）、③現在の入所者の状況7項目（入所者数、性別、平均年齢、平成18年度から平成21年度までの退所者数・退所状況・重度化対応加算者数・看取り介護加算者数）、④終末期ケアの体制4項目（看取りの基本方針、本人・家族に対する希望する終末期に過ごす場所の確認と時期、看取りのための個室の確保、看取りに関する研修開催の有無と研修内容）である。後者の死亡による退所事例については、①年齢・性別、死亡場所、②死亡の時間帯、④入所期間、⑤入所時の介護度、⑥死亡時の医療処置、⑦本人の希望する終末期に過ごす場所と実際に過ごした場所、⑧死亡時の状況、⑨死亡原因の9項目である。

### 2.3 分析方法

調査項目ごとに単純集計を行った。またカイ二乗検定及び度数が5未満である場合はFisherの直接確立の方法を用いて看取り介護加算者のいる施設といない施設との看取り体制の違いを比較した。統計解析にはSPSS 13.0J for Windowsを使用した。

### 2.4 倫理的配慮

本調査は本学の倫理委員会の承諾を得て実施した（承認番号332号の3）。対象者には、文書で調査の趣旨・方法及び質問紙返送方法、任意性・匿名性であることを、結果を看護関係学会等で発表することを説明し、質問紙の返送を持って同意を得たものとした。

## 3. 結果

### 3.1 対象施設の属性

調査票返送総数は38施設、回収率59.4%であった。死亡による退所事例については、38施設中35施設（92.1%）から回答があり、事例総数

は151事例であった。

運営主体は、全施設が社会福祉法人であった。施設形態は、「従来型」が22施設（57.9%）、「ユニットケア」が11施設（28.9%）、「併設型」が3施設（7.9%）、「その他」が2施設（5.3%）であった。入所定員の平均規模は、 $85.6 \pm 32.0$ 人で、「50人以上100人未満」が22施設（57.9%）、「100人以上150人未満」が10施設（26.3%）、「50人未満」・「150人以上200人未満」が各3施設（7.9%）の順に多かった。

施設の開設平均年数は $13.3 \pm 8.9$ 年で、「10年以上20年未満」が12施設（31.6%）、「5年以上10年未満」が10施設（26.3%）、「20年以上」が10施設（26.3%）、「5年未満」が6施設（15.8%）の順に多かった。

### 3.2 対象施設の医療・介護体制

施設全体の平均常勤職員数は $55.7 \pm 17.6$ 人で、「50人以上60人未満」が12施設（31.6%）、「50人未満」が11施設（28.9%）、「60人以上70人未満」が7施設（18.4%）、「70人以上80人未満」が5施設（13.2%）、「80人以上90人未満」が2施設（5.3%）、「100人以上」が1施設（2.6%）の順に多かった。

施設全体の平均非常勤職員数は $6.5 \pm 5.6$ 人で、「5人未満」が15施設（39.5%）、「5人以上10人未満」が15施設（39.5%）、「10人以上15人未満」が4施設（10.5%）、「15人以上20人未満」が3施設（7.9%）、「20人以上」が1施設（2.6%）の順に多かった。

施設全体の平均看護師数は $5.3 \pm 2.1$ 人で、日勤の平均看護師数は $3.6 \pm 1.6$ 人であった。看護師の夜勤体制は、「オンコール体制」が31施設（81.6%）、「夜勤体制に看護師が含まれている」が5施設（13.2%）、「その他」が1施設（2.6%）、「無回答」が1施設（2.6%）の順に多かった。「夜勤体制に看護師が含まれている」施設の「夜勤の看護師数」は4施設が1人、1施設が2人であった。

自由記載欄の中には、「夜間は、看護師のオンコール体制をとっているが、夜勤体制に看護師がいないことは、介護職にとって大変不安である」、「夜間に介護職が利用者の状態の変化を見極めることが難しい」、「常勤医師や看護師の確保は勿論のこと、介護職員の確保も難しい状況にある。施設が、介護保険制度の変化に対応できなくなっている」などの回答があった。また、夜勤体制に看護師が入っていない施設の中には、介護職員

の不安を解消するため、「看護師が利用者の夜間に予測される状況、観察項目を「指示書」に記載し、夜勤の介護職員に申し送る」、「状況の変化時や死亡時の対応の手順をマニュアル化する」等の工夫点を記載した回答があった。

施設全体の平均介護士数は  $40.1 \pm 11.2$  人であった。「日勤の介護士数」は  $16.2 \pm 7.9$  人で、「夜勤の介護士」は  $4.6 \pm 1.7$  人であった。

医師の配置については、「常勤医師と嘱託医師が配置されている」が1施設(2.6%)で、計2人の医師を配置しており、それ以外の施設は、すべて「嘱託医師を配置」していた。平均嘱託医師数は  $1.1 \pm 0.5$  人であった。

自由記載欄の中には、「終末期ケアを実施するには、現在の看護師配置基準では、質的・量的にも十分な看取りが実践できない」、「病院等の母体のない施設では、特に夜間・休日の医師の確保が難しい」との回答があった。

「連携が図れる協力病院の有無」については、すべての施設が「有る」と回答した。「連携が図れる訪問看護ステーションの有無」については、「有る」が6施設(15.8%)、「無い」が31施設(81.6%)、無回答が1施設(2.6%)であった。

夜間の緊急時の体制は、「必要時には医師に訪問してもらえる」、「電話で指示を得ることができる」が各18施設(47.4%)で、「その他」が2施設(5.3%)であった。「その他」の内容は、「救急車で搬送する」、「協力病院に受診する」であった。

### 3.3 入所者の状況

現在の平均入所者数は  $84.9 \pm 31.3$  人で、「50人以上100人未満」が24施設(63.2%)、「100人以上150人未満」が9施設(23.7%)、「150人以上200人未満」が2施設(5.3%)の順に多かった。

性別は、「男性」が平均  $16.4 \pm 6.9$  人で、「女性」が平均  $68.5 \pm 26.7$  人であった。平均年齢は  $86.8 \pm 1.5$  歳であった。

退所者数(平成18年度～平成21年度)は、1施設当たり平均  $79.4 \pm 81.0$  人であり、内訳は、「死亡」が平均  $47.7 \pm 28.5$  人、「転院あるいは入院」が平均  $17.6 \pm 16.4$  人、「在宅復帰」が平均  $0.7 \pm 0.9$  人、「その他」が平均  $1.1 \pm 2.1$  人の順に多かった。「その他」の内容は、「入院中の死亡」、「他施設へ転出」等であった。

介護保険制度改正(平成18年度)前後での死

亡による退所者の増加については、「増加した」は9施設(23.7%)で、「増加していない」が26施設(68.4%)であった。

重度化対応加算者(平成18年度～平成21年度)については、「加算者がいた」は32施設(84.2%)で、「加算者がいなかった」は6施設(15.8%)であった。

看取り介護加算(平成18年度～平成21年度)については、「加算者がいた」は25施設(65.8%)で、1施設当たりの平均人数は  $11 \pm 17.6$  人であった。「10人未満」が13施設(34.2%)、「10人以上20人未満」が7施設(18.4%)、「60人以上70人未満」が3施設(7.9%)、「20以上30人未満」、「30人以上40人未満」が各1施設(2.6%)の順に多かった(図1)。「加算者がいなかった」は13施設(34.2%)であったが、その内の9施設(69.2%)では実際に看取りが行われていた。

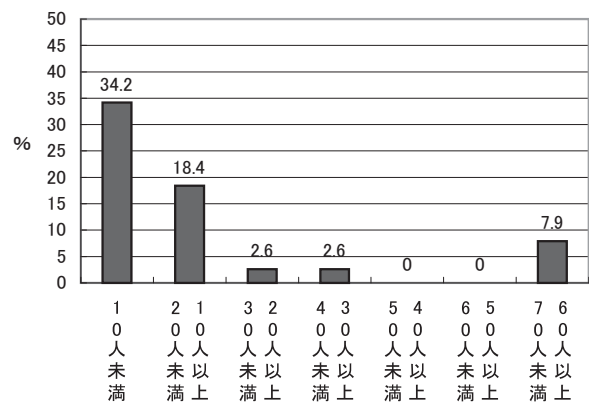


図1 看取り加算者の割合

### 3.4 終末期(看取り)ケア、特養内死亡への対応体制

施設の「看取り介護に関する基本方針の有無」については、「有る」が33施設(86.8%)で、「無い」が4施設(10.5%)、「無回答」が1施設(2.6%)であった。

本人の希望する終末期に過ごす場所の確認については、「確認している」が12施設(31.6%)で、「確認していない」が25施設(65.8%)であった。また、「家族の希望する終末期に過ごす場所の確認」については、「確認している」が31施設(81.6%)で、「確認していない」が6施設(15.8%)、「無回答」が1施設(2.6%)であった。その「確認時期」は、「状態の変化時」が17施設(54.8%)、「入所時」が3施設(9.7%)、「その他」が11施設(29.7%)の順に多かった。「その他」の内容は、「死期が近づいた時」、「入所時や状態の変化時等対応が

定まっていない」等であった。

看取りのための個室の確保については、「確保されている」が28施設(73.7%)で、「確保されていない」が9施設(23.7%),「無回答」が1施設(2.6%)であった。なお、この看取りのための個室を確保している施設の内、従来型が15施設(53.6%),ユニットケアが9施設(32.1%),併設型が2施設(7.1%),その他が2施設(7.1%)であった。従来型の施設の中には、「1室しかない静養室を看取りのための個室に充てたり、個室が複数あっても既に居住者がいて余裕がない。たとえ、部屋を変更し、提供したとしても、職員の詰め所から遠い。」など個室の確保の難しさ訴える回答もあった(図2)。

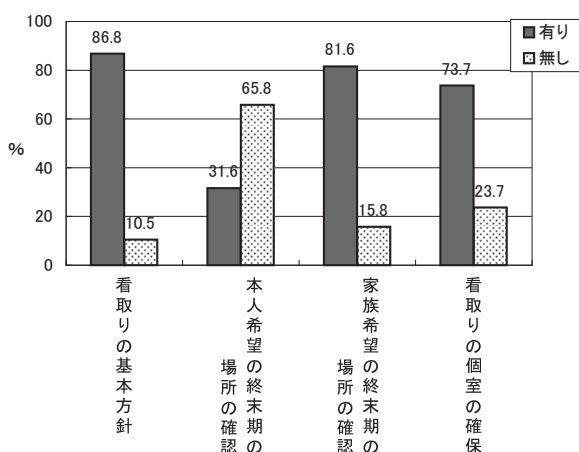


図2 終末期(看取り)ケアの体制

看取りに関する職員研修(平成21年度)については、「実施した」が28施設(73.7%)で、「実施していない」が9施設(23.7%),「無回答」が1施設(2.6%)であった。「実施していた研修内容」は、「急変時の対応」が20施設(71.4%),「身体的・精神的緩和ケア」が19施設(67.9%),「看取り介護の理念(死生観教育等)」が18施設(64.3%),「状態観察と必要な処置」が15施設(53.6%),「介護の技術」が8施設(28.6%),「コミュニケーション技術」が5施設(17.9%),「その他」が2施設(7.1%)の順に多かった。「その他」の内容は、「看取り介護加算について」、「取り組みの現状確認と今後に向けて」等であった。「その他」の回答には、「施設職員には、年齢の若い職員も多く、人の死について体験していないことで、看取りに対する不安がある。研修や看取りの体験を積極的に行う必要がある。また、精神面へのフォローが重要と思う。」、「全職員への終末期ケアに対する教育は充分でない。」などの職員への研修の実施や看

取りの経験を積み重ねていくことの必要性を訴える回答があった(図3)。

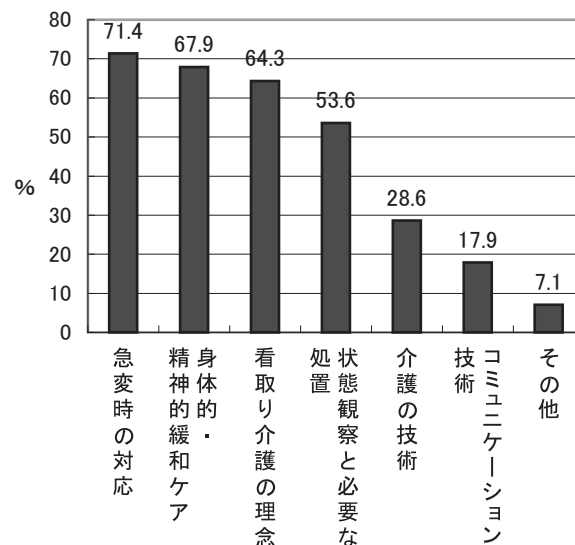


図3 看取りに関する職員研修の内容(複数回答)

### 3.5 看取り介護加算の申請をしている施設の特性

看取り介護加算者がいた25施設の入所者の状況及び看取り体制については、「加算者がいた」施設と「加算者がいなかった」施設で、有意な差が認められたのは、「看護師の夜勤体制」( $P < 0.05$ )「看取りのための個室の確保」( $P < 0.05$ ),「職員に対する研修の実施」( $P < 0.001$ )であった。「施設の形態」,「緊急時の体制」,「本人希望の終末期の場所の確認」,「希望する場所の確認時期」,「開設年数」,「常勤職員数」,「夜勤介護士数」,「入所者数」とは有意な差が見られなかった(表1)。

### 3.6 施設内死亡の状況

38施設の平成16年度から平成21年度の5年間で死亡により退所した事例は、151事例であった。

平均年齢は $91.0 \pm 6.9$ 人で、90歳代が82人(54.3%), 80歳代が48人(31.8%), 100歳代が15人(9.9%), 70歳代が4人(2.6%), 60歳代が2人(1.3%)の順に多かった。

性別は、男性37人(24.5%), 女性113人(74.8%)であった。

平均入所期間は $4.3 \pm 4$ 年間で、「5年未満」が103人(68.2%), 「5年以上10年未満」が36人(23.8%), 「10年以上15年未満」が9人(6.0%), 「20年以上」が2人(1.3%), 「15年以上20年未満」が1人(0.7%)の順に多かった。

表1 施設の看取り加算者の有無と看取り体制の関係

	全体 n=38	加算者有り		加算者無し		p <sup>1)</sup> n s
		n	%	n	%	
施設の形態	n=36					
ユニットケア		8	32.0	3	27.3	
従来型		15	60.0	7	63.6	
併設型		2	8.0	1	9.1	
看護師の夜勤体制	n=36					*
夜勤体制に看護職員含む		1	4.3	4	30.8	
オンコール体制		22	95.7	9	69.2	
訪問看護ステーションとの連携	n=37					—
有り		6	24.0	0	0	
無し		19	76.0	12	100	
緊急時の体制	n=36					n s
夜間訪問有り		13	56.5	5	38.5	
電話指示有り		10	43.5	8	61.5	
看取りの基本方針の作成	n=37					—
有り		24	100	9	69.2	
無し		0	0	4	30.8	
本人希望の終末期の場所の確認	n=37					n s
有り		9	37.5	3	23.1	
無し		15	62.5	10	76.9	
家族希望の終末期の場所の確認	n=37					—
有り		24	100	7	53.8	
無し		0	0	6	46.2	
希望する終末期の場所の確認時期	n=20					n s
入所時		2	14.3	1	16.7	
状態の変化時		12	85.7	5	83.3	
看取りのための個室の確保	n=37					*
有り		21	87.5	7	53.8	
無し		3	12.5	6	46.2	
職員に対する研修の実施	n=37					***
有り		23	95.8	5	38.5	
無し		1	4.2	8	61.5	
開設年数	n=38					n s
10年未満		9	36.0	7	53.8	
10年以上20年未満		8	31.6	4	30.8	
20年以上		8	26.3	2	15.4	
常勤職員数	n=38					n s
50人未満		7	28.0	4	30.8	
50人以上100人未満		14	56.0	5	38.5	
100人以上		4	16.0	4	30.8	
夜勤介护士数	n=37					n s
3人未満		2	8.0	1	8.3	
3人以上5人未満		12	48.0	3	25.0	
5人以上7人未満		9	36.0	6	50.0	
7人以上		2	8.0	2	16.7	
入所者数	n=38					n s
50人未満		1	4.0	2	15.4	
50人以上100人未満		17	68.0	7	53.8	
100人以上		7	28.0	4	30.8	

注 1) 検定 : ns : not significant \* : P&lt;0.05 \*\* : P&lt;0.01 \*\*\* : P&lt;0.001

— : セルの人数に0が含まれているため未検定

入所時の介護度は、「介護度5」が45人(29.8%), 「介護度3」が38人(25.2%), 「介護度4」が37人(24.5%), 「介護度2」が15人(9.9%), 「介護度1」が11人(7.3%)の順に多かった。

主な死亡原因は、「老衰」が72人(47.7%), 「心・脳血管疾患」が38人(25.2%), 肺炎が20人(13.2%), 「悪性新生物」が14人(9.3%), 「その他」が3人(2.0%)の順に多かった。

死亡の時間帯は、「日中(8:00~18:00)」が61人(40.4%), 「深夜(22:00~6:00)」が44人(29.1

%), 「夜間(18:00~22:00)」が22人(14.6%), 早朝(6:00~8:00)が9人(6.0%)の順に多かった。

死亡時(終末期)のケア(医療処置)の内容は、「点滴静脈注射」が68人(45.0%), 「痰の吸引」が54人(35.8%), 「酸素療法」が45人(29.8%), 「膀胱留置カテーテル」が17人(11.3%), 「疼痛緩和」が16人(10.6%)の順に多かった(図4)。

本人の希望する終末期を過ごす場所については、「わからない」が102人(67.5%), 「施設内」が41人(27.2%), 「病院・診療所」が5人(3.3%),



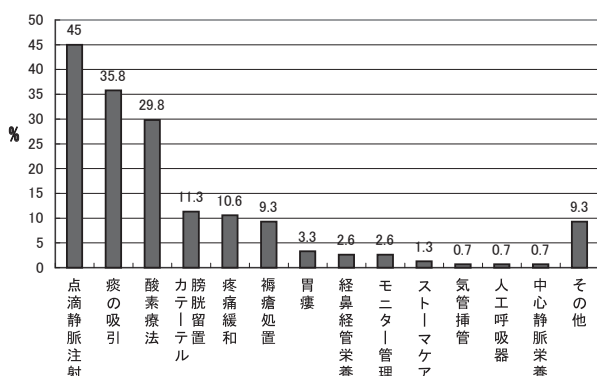


図4 死亡時（終末期）のケア（医療処置）内容（複数回答）

自宅が2人（1.3%）の順に多かった。

実際に終末期を過ごした場所は、「施設内」が117人（77.5%）、「病院・診療所」が34人（22.5%）であった。

本人の希望する終末期を過ごす場所で、「わからない」と回答した102人の実際に終末期を過ごした場所は、「施設内」が81人（79.4%）、「病院・診療所」が21人（20.6%）であった。「施設内」と回答した41人の実際に過ごした場所は、「施設内」が36人（87.8%）、「病院・診療所」が5人（12.2%）であった。「自宅」と回答した2人の実際に過ごした場所は、「病院・診療所」であった。

死亡時の状況は、「家族の見守りの中」が64人（42.4%）、「急変」が33人（21.9%）、「不明」が16人（10.6%）、「その他」が37人（24.5%）であった（図5）。

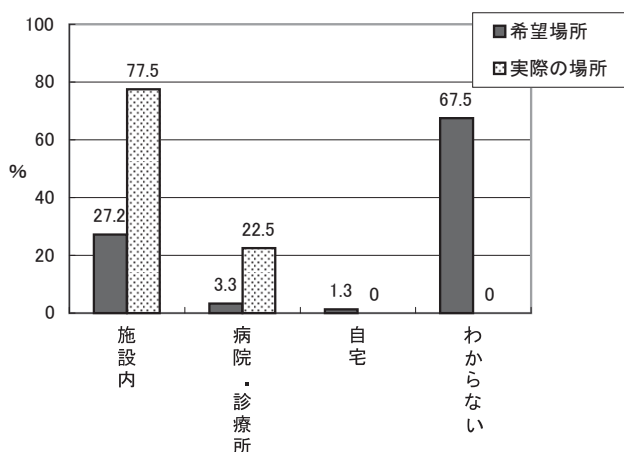


図5 本人希望の終末期の場所と実際の死亡場所

## 4. 考察

### 4.1 看取りケア実施の状況

特養を対象とした平成18年度の介護保険制度改正の中で、特記すべき一つは、重度化対応加算

と看取り介護加算が創設されたことである。そして、平成21年度からは、看取り介護の加算は、「重度化対応加算の要件のうち看取りに関する要件を統合するとともに、施設内における看取りの労力を適切に評価するため、看取りに向けた体制の評価と看取りの際のケアの評価を別個に行う」となった。この算定にあたっての要件には、「①看護師と24時間の連絡体制があること。②常勤で正看護師が1名以上配置されて、責任者が決められていること。③看護師が24時間体制をとれない場合、医療機関や訪問看護ステーションなどの連携で管理体制ができていること。④見取りの指針が作成されていること。⑤見取りの指針を入居する際に、入居者本人、家族への説明を行い、同意を得ていること。⑥見取りのための個室を確保していること。」などが挙げられている。

今回の調査で、実際に看取り介護の加算者がいたのは25施設（65.8%）で、国が定めた要件を満たす半数以上の施設で「看取り」が行われていた。しかし、看取り介護の加算者がいないと回答した13施設中の9施設（69.2%）では、加算の申請はしていないものの、実際には看取りの実績があった。そして、残り4施設の中には、看取り介護の加算の対象者がいれば加算を申請したが、調査時に対象者がいなかったという施設も含まれていると考えられる。いずれにせよ看取り介護の加算の有無に関わらず約9割の施設で、看取りが行われていた。しかし、国の高齢者施策の一環で創設された新たな加算の導入であるが、介護保険制度改正（平成18年度）前後での死亡による退所者について、増加したと回答した施設は、国の意図に反して、約2割と少ない現状であった。

### 4.2 看取りケア実施の体制

#### (1) 看取りケアを行うための体制

看取り介護の加算の要件となっている「看取り介護の指針」については、加算者のいない施設でも約7割の施設が作成し、看取りに関する具体的な対応等が考えられ、積極的に取り組もうとしている姿勢が見られた。

また、個室については、28施設（73.7%）で確保されており、終末期を迎えた時に、家族との濃密な時間を保障できるような体制が整えられていた。入所者への個別ケアを目的として、平成15年度にユニットケアが導入された。「普及期における介護保険施設の個別化とユニットケアに関する報告書」<sup>1)</sup>によれば、個室・ユニット化は、

看取り介護を行う上でも有効であることが示されている。今回の調査では、11施設(39.2%)が個室・ユニットケアの形態をとっていた。半数以上の15施設(53.6%)が従来型の形態をとっていたのは、平成15年以前に開設された施設が多いためと考える。しかし、このような従来型の施設においても個室を設け、終末期には個室への移動の必要性が生じてくるものの、温かい最後が迎えらるよう配慮がなされていた。特に、看取り介護加算者のいる施設に個室を確保している施設が有意に多いことから、個室を確保できる物理的環境の整備が必要であることがわかる。しかし、施設によっては、部屋にゆとりがなく、看取りのための個室を確保することは、難しい現状があることは確かであり、課題として残されている。

看護師の配置については、すべての施設で看護師が配属されていたが、常勤、非常勤の区別と、家族の同意に基づく看護・介護計画の作成については今回の調査では聞いておらず、その実態は不明である。しかし、先に述べたように、看取り介護の加算者がいた25施設(65.8%)では、少なくとも先の看取り介護の加算の要件が満たされているものとする。

## (2) 職員に対する研修会

施設職員の考える望ましい看取りを行うためには、施設として組織的に終末期ケアに取り組むこと、職員の教育体制を整えケア組織・技術を向上させる必要があること、生命倫理を基本に置いた教育を行うことという三つの要素が重要である<sup>2)</sup>とされている。そして、職員の教育内容としては、介護職に家族援助や終末期ケアに関する教育を行うこと、職員の心理的支援体制を整備することが必要である<sup>3)</sup>といわれている。しかし、特養は看護職が少ないうえに選任の医師がいないことから、職員の医療面に関する知識・技術教育が困難であることも指摘されている<sup>4)</sup>。今回の調査では、利用者が安心して最期を迎えられるように、職員が知識・技術を身につけるための研修が行われていた。特に看取り介護加算者がいる施設に、研修会を行っている施設が有意に多く、職員に対する技術向上への積極的姿勢が見られた。しかし、職員が交替制勤務であることも踏まえ、全職員に十分に教育が行き届くには、同じ内容での複数回の研修会の開催など全職員が継続的に受講できるような体制を、医師や看護師、後方病院と連携しながら体制を整えていくことが課題であると考えられる。

そして、終末期ケアに対する積極的な態度は、実際に看取り経験を積み重ねていくことで形成される<sup>3)</sup>。しかし、若い職員が多い施設では、人の死について体験していないことでの看取りに関する不安が強くあることから、研修や職員の精神面でのフォロー体制を図りながら、看取り経験を積み重ねていくことが重要であると考えられる。

## (3) 終末期を過ごす場所の希望

終末期をどう過ごすか、特に最期をどこで迎えるかは、高齢者にとっても高齢者の生活する場である特養にとっても重要な課題である。入所者と家族が納得して「最期を安らかに過ごす場所」の選択ができるように、入所者本人と家族に対して、入所の際に施設の方針を説明しておくことが重要である<sup>5)</sup>といわれている。今回の調査においても、重要性が示唆された。介護保険導入に伴い、特養は「生活の場」のみならず、「ターミナルケアの場」としても位置づけられている<sup>6)</sup>。また、特養が生活の場であるならば、利用者の生き方や死の場も含めて、そのあり方が尊ばれることが大切であると考えられる。施設の基本方針は、可能な限り、本人と家族の求めに応じた看取りの方針として推進される方向性であってほしい。しかし、終末期をどこで過ごすかの本人に対しての確認が少ないのは、入所者の入所時年齢が平均86.8±1.5歳で、入所時の介護度が「介護度4」と「介護度5」を合わせて82人(54.3%)と半数以上であり、その介護度の平均は3.61で、全国平均(H21年3.86)<sup>7)</sup>よりは若干低いものの、介護度が高いことや特養在り所者の9割以上が認知症を抱えている現状<sup>8)</sup>があることも本人への意思確認、最後の場の決定に大きな問題を投げかけていると考える。その反面、家族に対しては、ほとんどの施設で確認が行われていた。

実際に死亡された場所は、すべて施設内又は病院・診療所であったが、約4割が家族に見守られながらの臨終であった。終末期医療については、自宅で臨終を迎え、配偶者にケアを望んでいる人が多い<sup>9)</sup>。しかし、自分の終末に関する意志決定の際に、家族への遠慮から希望を伝えられなかったり<sup>10)</sup>、家族の意志が優先されることが多い<sup>11)</sup>という報告がある。本人の意志が尊重され、どのように実現していくかは、大変難しい課題である。

## 4.3 医療連携体制について

平成16年から平成21年度の5年間で死亡により退所した151事例は、平均年齢が約91歳で、

女性が約7割であった。死亡率の高い時間帯は、深夜帯が6割で、日勤帯より多かった。そして、死亡時（終末期）のケアとしては、主に「点滴静脈注射」、「痰の吸引」、「酸素療法」等の医療処置が多く、医師や看護師と常に連絡がとれる体制が必要であった。しかし、夜勤体制に看護師が含まれている施設は、わずか1割程度であり、約8割の施設がオンコールによる対応をとっていた。また、常勤医師を配置しているのは1施設のみで、それ以外の施設は、嘱託医師を配置していた。また、夜間の緊急時には、約9割の施設で、医師による訪問や電話での指示が可能となっており、日頃から協力病院と連携が図られる体制にはなっていた。

介護職者や医師が、特養の終末期ケアにおける看護職者に期待する役割として、「医療処置」、「状態観察・把握」、「医師との連絡調整」である<sup>12)</sup>、また、介護職や施設長が期待する役割として、「夜間介護のための看護職の申し送りや伝達」、「身体的苦痛の緩和・安楽のためのケア」であるとの報告がある<sup>13)</sup>。先の自由記載欄にもあったように、介護職員にとって、看護師とはオンコール体制になってはいるが、夜間の職員が少ないことや緊急時の対応に不安を抱いている状況であった。今後、益々増えるであろう特養内死亡や医療機器を装着した入所者の状況を勘案すると、さらに施設内の医療体制、特に夜間の医療体制の整備が求められる。利用者の状態の変化の見極めやその対応、緊急時・死亡時の対応など、医師、看護職、介護職が共同で看取りを行うための体制を施設内で具体的に考えていく必要性が示唆された。また、看護師との24時間連絡体制がとれない場合に訪問看護ステーションと連携体制を図ることも可能である。今回の調査では、訪問看護ステーションとの連携が図られていたのは1割程度であり、特に、看取り介護加算者がいない施設では、全く連携体制がない状況であった。今後、訪問看護ステーションとの連携体制も視野に入れて夜間の対応を考えていく必要があると考える。

## 5. まとめ

石川県下の特養における終末期ケアの現状について以下のことが明らかになった。

- (1) 約9割の施設で、看取りが行われていた。また、看取り介護の加算者がいた施設は、約6割だった。
- (2) 介護保険制度改正(平成18年度)前後での、

死亡退所者数が増加した施設は、約2割と少なかった。

- (3) 「看取り介護の指針」については、約9割の施設で作成していた。
- (4) 個室については、終末期を迎えた時に、家族との濃密な時間を保障できるように、約7割の施設で確保されていた。
- (5) 看取りに関する研修会は、約7割の施設で開催されていた。内容は、「急変時の対応」、「身体的・精神的緩和ケア」「看取り介護の理念」が多かった。同じ内容の研修を複数回実施するなど、全職員が受講できるような体制づくりが必要である。
- (6) 希望する終末期を過ごす場所については、本人に確認している施設が約3割であり、家族に対しては約8割であった。また、その確認時期は、入所時が約1割と大変少なかった。本人への意思確認については、介護度及び認知症の程度により困難な場合もあるが、可能な限り、本人の意志が尊ばれる看取りができるよう支援することが大切である。
- (7) 死亡による退所の事例について、本人の希望する終末期に過ごす場所について約7割が「わからない」と生前に答えており、「施設内又は病院」と答えた方は3割、「自宅」希望がわずか2人であった。実際に死亡された場所は、すべて施設内か病院・診療所であった。
- (8) 死亡率の高い時間帯は、日勤帯が約4割で、それ以外の時間帯（早朝、夜間、深夜）は6割で、日勤帯より多かった。
- (9) 死亡時（終末期）のケアとして、主に「点滴静脈注射」、「痰の吸引」、「酸素療法」等の医療処置が多く、医師や看護師と連絡がとれる体制が常に必要であった。
- (10) 夜勤体制に看護師が含まれている施設は、わずか1割程度であり、約8割の施設がオンコール体制をとっていた。
- (11) 常勤医師を配置しているのは1施設のみだった。また、夜間の緊急時には、約9割の施設で医師による訪問や電話での指示が可能となっていた。
- (12) 介護職員は、夜間の職員が少ないことや緊急時の対応に不安を抱いていた。状態の変化の見極めやその対応、緊急時、死亡時の対応など、医師、看護職、介護職が共同

で看取りを行うための体制を施設内で具体的に考えていくことや訪問看護ステーションとの連携の強化を図ること。全職員の継続的な研修の必要性が唆された。

### 本研究の意義と限界

石川県下の特養における終末期ケアの現状についての実態調査は、初めての試みであり、医療連携と職員の技術の向上をめざす上で、当調査の結果は貴重な基礎資料となりうる。今後、研修プログラムの開発に向けて、さらに、状態の変化時及び緊急時、死亡時の対応など、医師、看護職、介護職が共同で看取りを行うための技術や体制など、事例を通して、具体的に考えて行く必要がある。

### 謝辞

調査にご協力いただいた石川県内の特養の施設管理者及び施設における指導的な立場にある介護者の皆様及び当大学の調査協力者の皆様に深く感謝いたします。なお、本研究は石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成を受けて実施いたしました。

### 引用文献

- 1) 医療経済研究機構：普及期における介護保険施設の個室化とユニットケアに関する研究報告書。老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分），2002。
- 2) 橋本美香：特別養護老人ホームにおける望ましい看取りの研究。山形短期大学紀要，41，147-160，2009。
- 3) 清水みどり，柳原清子：特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識—介護保険改定直前のN県での調査—。新潟青陵大学紀要，7，51-62，2007。
- 4) 小山敦子，勝野とわ子，奥野茂代他：高齢者ケア施設における看護業務と教育・研修に関する研究。日本老年看護学会第7回学術集会抄録集，53，2002。
- 5) 株式会社三菱総合研究所：特別養護老人ホームにおける看取り介護ガイドライン—特別養護老人ホームにおける施設サービスの質確保に関する検討報告書—。平成18年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分），2007。
- 6) 介護支援専門員テキスト編集委員会：介護支援専門員基本テキスト。長寿社会開発センター，483-486，2000。
- 7) 平成21年介護サービス施設・事業所調査結果の概

要。厚生労働省，平成23年2月17日。http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service09/index.html。

- 8) 平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概要。厚生労働省，http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service07/kekka4.htm。
- 9) 田中愛子，岩本 晋：老年期に焦点をあてた死生観、終末期医療に関する意識調査。山口県立大学看護学部紀要，6，119-125，2002。
- 10) 榎本妙子，福本 恵，岩脇陽子，他：「看取り」に関する高齢者の意識調査。京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要，9，55-63，1999。
- 11) 旗野脩一：人はどのように死にたいか。公衆衛生，57（9），604-609，1993。
- 12) 加瀬田暢子，山田美幸，岩本テルヨ：特別養護老人ホームのターミナルケアにおける介護職者と医師の看護職者に対する期待。南九州看護研究誌4（1），23-28。
- 13) 上村聡子：介護職・施設長から期待される特別養護老人ホームの看護職の役割。終末期ケアを中心に。甲南女子大学研究紀要，4号，145 - 152。

## Current Trends and Issues in Terminal Care at Public Aid-Covered Designated Facilities and Provision of Long-Term Care to the Elderly in Ishikawa Prefecture

Hisae TSUKADA<sup>1</sup>, Hiroshi ASAMI<sup>1</sup>

### Abstract

Questionnaires were administered to all 64 nursing homes for the elderly in Ishikawa Prefecture to generate source material for developing a training program to improve medical cooperation and staff skills by clarifying current trends in terminal care at these nursing homes. The results were as follows: (1) end-of-life care was being administered at approximately 90% of the facilities; (2) approximately 40% of cases of death occurred during the daytime shift; (3) the terminal care system ensuring constant contact between doctors and nurses was important, and most medical treatments involved "IV drip infusion, " "phlegm suction, " or "oxygen therapy;" (4) approximately 10% of facilities had a night shift system involving nurses, and approximately 80% of facilities used an on-call system; and (5) care workers expressed concern about the lack of nighttime staff and the emergency response available. The results indicated the importance of (a) specifically considering a system in these facilities to cooperatively administer end-of-life care by doctors, nurses, and care workers, including assessments of changes in patient condition, emergency response, and response to patient death and (b) continuous staff training.

**Keywords** Public aid-covered designated facilities providing long-term care to the elderly, terminal care, end-of-life care, medical cooperation, training

## 報告

# 石川県内のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師の 求める教育支援

## — ケアの実施状況とその困難感、学習ニーズの分析から —

岩城直子<sup>1</sup>，牧野智恵<sup>1</sup>，加藤亜妃子<sup>1</sup>，木村久恵<sup>1</sup>，  
浅見美千江<sup>2</sup>，木村美代<sup>3</sup>

### 概要

がん療養者の在宅緩和ケアを強化するための教育支援内容を検討することを目的に、石川県内の訪問看護師を対象に質問紙調査を実施した。がん療養者への援助内容37項目について、援助の実施度と困難感、また、在宅緩和ケアを実践する上で獲得したい知識・スキル8項目の不足感と獲得希望度について、57名から有効回答を得た。

看護援助の実施度は高い傾向にあり、実践上の困難感は、“時々～しばしば”感じる傾向にあった。また、「最新のがん治療」「麻薬類の使い方」「CVCポート」「疾患」「症状コントロール」「補完・代替医療」「リンパドレナージ」の知識、「コミュニケーションスキル」の不足感は、“しばしば”あり、その知識・スキルの獲得希望は高かった。今後、困難感の低下に繋がる研修内容の検討と獲得のニーズが高い知識・技術に対する研修の必要性が示唆された。

キーワード がん患者、在宅緩和ケア、訪問看護師、困難感、学習ニーズ

### 1. はじめに

近年のがん医療のめざましい進歩にもかかわらず、我が国の死因の第1位は1981年以来悪性新生物である<sup>1)</sup>。3人に1人ががん死であるという状況や今後の高齢化の進展によりがん患者は増加することが予測され、医療費の抑制といった観点からもがん対策は極めて重要な課題となっている。平成18年に国民のがん克服の一層の充実を図るため、「がん対策基本法」が制定され、平成20年、石川県でも「石川県がん対策推進計画」<sup>2)</sup>が発表されている。患者の意向を十分に尊重した適切ながん医療をうけることが出来るよう患者・家族の立場に立った支援体制の整備の重点項目の中に、居宅によるがん医療体制の確保等を図る事があげられている。そして、がん患者の自宅等(介護老人保健施設、老人ホームを含む)での死亡割合を平成18年4.1%から平成24年度には4.4%とする目標を設定している<sup>2)</sup>。本県でのこのよう

な取り組みの実現には、それに携わる医療従事者に対する研修の充実が図られる必要があり、各地域において緩和ケアに関する研修会が開催され、2007年からの北陸がんプロフェッショナル養成プログラムもその企画の1つを担っている。そのような中、訪問看護師は在宅緩和ケアの要になると期待されており<sup>3)</sup>、ケアの中心的役割を担う訪問看護師には一定の技術を提供するための高度な専門的知識と熟練した技術の獲得が要求されているといえよう。しかし、訪問看護師の業務におけるターミナル状態のケアは難易度の高い業務である<sup>4)</sup>と報告されており、業務遂行の為の知識技術の獲得が容易ではないことが予測される。訪問看護師に必要な能力について、村嶋ら<sup>5)</sup>は①提供者側の準備:自分自身を支えること、②個別性の尊重:信頼関係を築く、③選択を促す、④家族へのエンパワーメント、⑤臨床能力:治療及び緩和方法の効果を判断する、⑥調整:ケアをコーディネートする、⑦心に対するケア、⑧管理の8項目をあげている。在宅緩和ケアにおいてはこれらに加え、トータルペインへの対応や家族への死の

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

<sup>2</sup> 石川県医療在宅ケア事業団

<sup>3</sup> 石川県在宅緩和ケア支援センター

準備教育などの援助も担っていると考えられる。これらの能力を獲得することは在宅緩和ケアの質の向上に寄与するものと考えられる。近藤ら<sup>6)</sup>は訪問看護師が困難感を感じている内容を明確にしていくことは在宅ターミナルケア能力を高めるための教育プログラムを決定する上で有効に活用できると結論づけている。これまで福岡県<sup>7)</sup>、滋賀県<sup>8)</sup>、高知県<sup>9)</sup>などで在宅緩和ケアの実態が調査されているが、いずれも在宅ホスピスケアの体系的な問題を指摘したものであり、訪問看護師の看護の実態や学習ニーズや教育支援などは十分に明らかにされていない。本研究の目的は、石川県におけるがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師のケアの具体的内容、在宅緩和ケアを実践していく上での学習ニーズを抽出し、その実施状況や実践において感じる困難感の現状、在宅緩和ケアを実践していく上での学習ニーズを明らかにすることである。そして、在宅緩和ケアを強化するための教育支援内容について検討する。看護技術の習得には知識と経験が必要である。がん療養者のターミナルケアには、専門的な技術・知識が必要であり、その習得にはがん療養者の看護経験と在宅緩和ケアに関する知識の習得が関係していると考えた。よって、外的要因のうち、経験の指標としてがん患者受け持ち患者数、技術習得における知識の習得の指標として、在宅緩和ケアに関する研修会参加回数を考えた。また、困難感の高い援助項目を明らかにし、経験や知識との関連を検討することによって、在宅緩和ケアを強化する教育内容を検討する。本研究の結果は在宅緩和ケアを担う看護師の教育やキャリアアッププログラムを考える一資料となる。

## 2. 研究方法

### 2.1 調査票の作成

平成21年度に筆者らがおこなった「石川県内のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師が求める教育支援」の結果<sup>10)</sup>と平成19年度神奈川県委託訪問看護推進事業「がん療養者への訪問看護の実態」実態調査<sup>11)</sup>の研究結果を参考に調査票を作成した。その結果、がん患者に特化した援助項目で在宅緩和ケアに携わる看護師が行っている37項目を導き出した。また、獲得したいニーズのある知識・技術について、8項目導きだした。

研究者・分担者と共に内容的妥当性、表面的妥当性を検討後、看護師8名にプレテストを行い、質問票の妥当性を確認した。

### 2.2 調査票の構成

#### (1) フェースシート

年齢、性別、臨床経験年数、訪問看護経験年数、勤務施設、勤務施設の訪問看護スタッフ数、年間受け持ちがん療養者数（平成19・20・21年の各年度毎に受け持った人数を記載）、がん療養者に対する1週間の平均的な訪問回数、在宅緩和ケアを実践するための研修会への参加の有無と回数（過去3年間分）、勤務先の所在地区を尋ねた。

#### (2) 「がん療養者への訪問看護の実際と困難感」について

前述の手続きで作成した援助項目37項目について実施の度合いは、「5:必ずする(10割)」「4:たいていする(7割位)」「3:しばしばする(5割位)」「2:時々する(3割位)」「1:全くしない(0)」の5段階リッカードスケールとし、回答を求めた。実践上の困難感の度合いについては、実施の度合いを尋ねた同様の援助項目37項目について「5:毎回感じる(10割)」「4:たいてい感じる(7割位)」「3:しばしば感じる(5割位)」「2:時々感じる(3割位)」「1:全く感じない(0)」の5段階リッカードスケールとし、回答を求めた。

#### (3) 「在宅緩和ケアを実践する上で獲得したい知識・技術」について

前述の手続きで作成した8項目について、知識の不足感について「5:強く感じる(10割)」「4:たいてい感じる(7割位)」「3:しばしば感じる(5割位)」「2:時々感じる(3割位)」「1:全く感じない(0)」の5段階リッカードスケールとし、回答を求めた。知識の獲得希望度については、同様の8項目について、「5:是非身につけたい」「4:できれば身につけたい」「3:少しは身につけたい」「2:ほとんど必要としない」「1:全く必要としない」の5段階リッカードスケールとし、回答を求めた。

### 2.3 調査実施方法

#### (1) 調査対象と調査期間

石川県内の訪問看護ステーション、または病院(医院)訪問看護科に勤務する看護師を対象とし、平成22年11月～平成23年1月に実施した。

#### (2) 調査実施手続き

訪問看護ステーション管理者宛に調査の趣旨を記載した封書で研究協力を依頼、封書に同封した葉書にて同意と協力可能な部数を返信していただいた。その後、調査票を管理者宛に送り、対象者に配付いただき、対象者には回答後郵送してもら

った。

### (3) 分析方法

フェースシートのうち、年間がん療養者受け持ち人数は平成19・20・21年度の各年度に担当した患者数の合計から1年間に受け持った患者数を算出した。その後、経年的な傾向を相関分析した。

がん療養者の訪問看護の実際に関する質問37項目の実施度、困難感及び、がん療養者の在宅緩和ケアを実践する上で必要と考える知識技術について不足感を感じる程度と獲得したいと思う程度の記述統計量を計算した。

その後、これら2要因とがん療養者の訪問看護の実際に関する37項目の実施度と困難感を相関分析した。がん療養者の在宅緩和ケアを実践する上で必要と考える知識技術について不足感を感じる程度と獲得したいと思う程度の関係を相関分析した。相関分析では、ピアソンの積率相関係数を算出し、両側検定において5%未満を有意差ありとした。統計学的処理には、SPSS 13.0J for Windowsを使用した。

## 2.4 倫理的配慮

本調査は、石川県立看護大学の倫理委員会での承認を受け実施した(平成22年10月)。

調査対象施設管理者宛に文書にて依頼し、同封したのはがきで同意を戴いた上で研究者が調査票を送付した。調査票は個人のプライバシー確保のため無記名とし、その冒頭において、データはすべて責任者のみが取り扱い統計的に処理されること、個人のプライバシーが漏れることのないことを明記した文書を調査票とともに本人に配布し、郵送法で回収した。調査票の回収を持って承諾を得たものとし、データの全ては研究者が責任をもって研究終了後まで施錠できる場所で管理し、研究終了後に破棄した。

## 3. 結果

調査協力依頼を石川県内の68施設に文書で行った結果、29施設(42%)より返答があった。そのうち、がん療養者の訪問看護を実施している施設は25カ所であった。調査承諾施設23カ所に調査票71部を送付し、回収は57部(回収率79%)であった。

### 3.1 調査対象者の概要 (表1)

男性1名、女性56名で、平均年齢は44.4 ± 7.9歳であった。臨床経験年数は20.7 ± 7.8年で

表1 対象者の概要

n=57

	平均±標準偏差(範囲)
年齢	44.4±7.9歳 (29~62歳)
性別	男1名 女53名
臨床経験年数	20.7±7.8年 (7~38年)
訪問看護師経験年数	6.4±3.6年 (1~14年)
スタッフ数	5.3±2.1名 (1~10名)
年間がん療養者受け持ち数	3.8±3.0名 (0~16名)
研修経験	有 46名 無 8名
研修回数	4.1±2.4回 (0~10回)

備考)年間がん療養者受け持ち数は平成19年、20年、21年に担当した患者数の合計から1年間の受け持ち数を算出した

訪問看護師経験年数は6.4 ± 3.6年であった。勤務施設の形態は病院・医院併設訪問看護ステーション25名、訪問看護ステーション32名、訪問看護スタッフ数は5.3 ± 2.1名、年間がん療養者受け持ち人数は3.8 ± 3.0名であった。なお、年間がん療養者受け持ち人数は各年度に担当した患者数の合計から1年間に受け持った患者数を算出した。平成19年から21年度にかけ有意な正の相関関係があった。また、在宅緩和ケアに関連した研修会への参加経験がある人は46名、参加したことがない人は8名で、過去3年間の研修回数は4.1 ± 2.4回であった。

### 3.2 在宅のがん療養者に対する訪問看護の援助の実施度 (表2)

在宅のがん療養者に対する訪問看護の援助項目の実施度は全体平均で3.9 ± 1.0であった。実施度の低かった項目「しばしばする~たいていする」は「グリーフケアを行う」「家族の気分転換を促す支援をする」「療養者の状態に応じたサービス導入をマネジメントする」で、実施度の高かった項目「たいていする~必ずする」は「療養者・家族にサービス内容を提示する」「家族の不安に24時間体制で対応する」「家族の不安を傾聴する」であった。

### 3.3 在宅のがん療養者に対する訪問看護の実践上の困難感 (表2)

全体平均で2.7 ± 1.2であった。困難感の低かった項目「全く感じない~時々感じる」は「療養者・家族にサービス内容を提示する」「療養者・家族に訪問看護の役割や機能を説明する」「療養者が経口摂取不能時に、医療用麻薬の投与方法の変更を医師に報告する」で、困難感の高かった項目「しばしば感じる~たいてい感じる」は「今後の病状予測をする」「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「亡くなる過程について家



表2 在宅緩和ケアの実施状況およびその困難感と受け持ち患者数, 研修回数との関係 n=57

	内容, 平均値と標準偏差(上段:実施状況、下段:困難感の程度)	受け持ち患者数	研修回数	
気持ちに寄り添う援助	療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する	3.7(1.1)	0.13	0.27*
		3.3(1.0)	-0.26	-0.16
	在宅療養継続に対する療養者の意思を確認する	4.0(1.1)	0.14	0.31*
		2.9(1.1)	-0.16	-0.03
	在宅療養継続に対する家族の意思を確認する	4.3(1.0)	0.17	0.42**
		2.8(1.1)	-0.13	-0.17
	療養者の思いを家族に伝える	3.8(1.1)	-0.01	0.21
		2.5(1.1)	-0.26	-0.1
	療養者の死への不安の訴えを傾聴する	3.7(1.2)	0.18	0.14
		3.3(1.4)	0.06	0.02
気持ちがよいと感じるケアの追求	療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ	3.8(0.9)	0.30*	0.31**
		3.1(1.1)	-0.31*	-0.11
	療養者と家族が自己決定ができるまで待つ	3.7(1.0)	0.33*	0.37**
		3.2(1.1)	-0.11	0.03
	療養者から引き出したニーズを優先してケアを行う	4.1(0.8)	0.19	0.17
		2.6(1.0)	-0.28	-0.05
	療養者の生活が拡大できるようなケアを工夫し行う	3.6(1.0)	0.21	0.38**
		2.9(1.1)	-0.07	0.11
家族ができる対応方法の支援	療養者が心地よと感じることができる清潔ケアを行う	4.2(0.7)	0.35*	0.43**
		2.4(1.1)	-0.27	-0.04
	療養者に効果的なケアの方法を家族に提案する	4.1(0.9)	0.23	0.17
		2.7(1.1)	-0.19	-0.03
痛みのコントロール	家族に医療用麻薬について説明する	3.6(1.3)	0.23	0.11
		2.5(1.2)	-0.17	-0.14
	痛みをアセスメントして鎮痛薬の効果を医師に報告する	4.4(0.8)	0.14	0.19
		2.4(1.3)	-0.20	-0.02
家族が不安への対応	痛みの段階にあわせて、投与量の調節を医師と相談する	3.6(1.4)	0.15	0.17
		2.9(1.3)	-0.39**	-0.18
	療養者が経口摂取不能時に、医療用麻薬の投与方法の変更を医師に報告する	4.1(1.2)	0.20	0.11
		2.2(1.3)	-0.20	-0.08
死の準備教育	家族の気分転換を促す支援をする	3.5(1.1)	0.06	0.16
		2.7(1.1)	-0.17	0.04
	家族ができるケアや医療処置を指導する	4.2(0.9)	0.40**	0.12
死の準備教育		2.7(1.1)	-0.22	-0.10
	家族が行うケアを見守る	3.7(1.1)	0.35*	0.02
		2.3(1.0)	-0.28	-0.11
死の準備教育	家族の不安を傾聴する	4.6(0.7)	0.26	0.16
		2.5(1.3)	-0.25	-0.35**
	家族の不安に24時間体制で対応する	4.5(0.9)	0.16	0.15
死の準備教育		2.9(1.4)	-0.46**	-0.26*
	亡くなる過程について家族に説明する	3.8(1.2)	0.17	0.23
		3.1(1.3)	-0.4**	-0.20
死の準備教育	家族に看取りの場所の選択肢を提示する	4.0(1.3)	0.08	0.12
		2.7(1.3)	-0.28	-0.16

グリーフケア	グリーフケアを行う	3.4(1.3)	-0.02	0.05
		2.9(1.4)	-0.12	-0.07
医師との協働	IVH や麻薬管理ができる医師との連携体制を整える	3.6(1.3)	0.16	0.28*
		2.9(1.4)	-0.37*	-0.16
	医師への確実な緊急連絡体制を整える	4.4(0.8)	0.11	0.14
		2.6(1.3)	-0.33*	-0.20
	訪問時の療養者について、アセスメントした状況を医師に報告する	4.3(0.9)	0.17	0.26
		2.4(1.3)	-0.25	-0.17
往診頻度や治療方針を把握する	4.4(0.8)	0.20	0.20	
	2.4(1.2)	-0.28	-0.06	
他職種との協働	訪問介護と共働して患者ケアを行う	3.6(1.1)	0.25	0.07
		2.3(1.0)	-0.01	-0.17
	療養者の病気についての思いを関係機関に連絡する	3.6(1.1)	0.26	0.22
		2.4(1.2)	-0.35*	-0.19
状態に応じたサービス導入のマネジメント	介護疲れを察知し、ヘルパー、ショートステイ等のサービスを導入する	3.6(1.2)	0.09	0.03
		2.5(1.2)	-0.21	-0.15
	療養者・家族に訪問看護の役割や機能を説明する	4.4(0.9)	0.14	0.20
		2.1(1.2)	-0.17	-0.24
	療養者・家族にサービス内容を提示する	4.4(0.9)	0.04	0.24
		2.0(1.2)	-0.25	-0.24
	タイミングを見逃さずに必要なケアを実施する	3.9(0.6)	0.27	0.33*
		2.8(1.1)	-0.35*	-0.32*
	療養者の状態に応じたサービス導入をマネジメントする	3.5(1.2)	0.29*	0.46**
		2.7(1.0)	-0.44**	-0.17
短期間で療養環境を調整する	3.6(1.1)	0.36*	0.39**	
	2.9(1.2)	-0.31*	-0.20	
今後の病状予測(死の兆候、ADL)をする	4.2(0.9)	0.24	0.22	
	3.0(1.2)	-0.03*	-0.23	
入院できる後方支援体制の調整を行う	3.7(1.3)	0.19	0.18	
	2.9(1.3)	-0.36*	-0.26*	

\*\*P<0.01 \*P<0.05 受け持ち患者数、研修回数の数値は相関係数

族に説明する」「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安の訴えを傾聴する」であった。

### 3.4 がん療養者への看護援助の実施度と受け持ち患者数、研修回数の関係 (表2)

(1) がん療養者への看護の実施度と受け持ち患者数の関係

受け持ち患者数と「療養者が心地よいとすることができる清潔ケアを行う」「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「家族ができるケアや医療処置を指導する」「療養者の状態に応じたサービス導入をマネジメントする」「短期間

で療養環境を調整する」項目は有意な正の相関がみられた。受け持つがん患者数が多い人はこれらの項目の実施度が高いことになる。

(2) がん療養者への看護の実施度と研修会参加回数の関係

訪問看護の援助項目の実施度と研修会参加回数で有意な正の相関がみられた項目は「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「在宅療養継続に対する療養者の意思を確認する」「在宅療養継続に対する家族の意思を確認する」「療養者の生活が拡大できるようなケアを工夫し行う」「療養者が心地よいとすることができる清潔ケアを行う」「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「IVH や麻薬管理ができる医師との連

携体制を整える」「タイミングを見逃さずに必要なケアを実施する」「療養者の状態に応じたサービス導入をマネージメントする」「短期間で療養環境を調整する」であった。研修回数が多い人はこれらの項目の実施度が高くなることになる。

### 3.5 がん療養者への看護実践の困難感と受け持ち患者数、研修回数の関係 (表2)

#### (1) がん療養者への看護実践の困難感と受け持ち患者数の関係

看護実践の困難感と受け持ち患者数で有意な負の相関がみられた項目は、「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「痛みの段階にあわせて、投与量の調節を医師と相談する」「家族の不安に24時間体制で対応する」「亡くなる過程について家族に説明する」「IVHや麻薬管理ができる医師との連携体制を整える」「医師への確実な緊急連絡体制を整える」「療養者の病気についての思いを関係機関に連絡する」「タイミングを見逃さずに必要なケアを実施する」「療養者の状態に応じたサービス導入をマネージメントする」「短期間で療養環境を調整する」「今後の病状予測をする」「入院できる後方支援体制の調整を行う」であった。これらの項目は、がん患者を受け持つ数が多い人は困難感が低くなることとなる。

#### (2) がん療養者への看護実践の困難感と研修会参加回数の関係

看護実践の困難感と研修会参加回数で有意な負の相関がみられた項目は「家族の不安を傾聴する」「家族の不安に24時間体制で対応する」「タイミングを見逃さずに必要なケアを実施する」「入院できる後方支援体制の調整を行う」であった。これらの項目は、研修会の参加回数が多い人は困難

感が低くなることとなる。

### 3.6 在宅緩和ケア実践上の知識技術の不足感と獲得希望度の関係 (表3)

「最新のがん治療についての知識」「麻薬類の使い方の知識」「CVCのポートについての知識」「疾患についての知識」「症状コントロールに必要な知識」「コミュニケーションスキル」「補完・代替医療に関する知識(アロマセラピー・マッサージ等)」「リンパ浮腫に対するドレナージの知識」についての不足感は、「しばしば感じる～たいてい感じる」の範囲であり、知識・スキル獲得希望度は「できれば身につけたい～是非身につけたい」の範囲であった。知識の不足感と知識・スキルの獲得希望度との間に有意な正の相関がみられた項目は、「最新のがん治療についての知識」「CVCのポートについての知識」「疾患についての知識」「症状コントロールに必要な知識」「コミュニケーションスキル」「補完・代替医療に関する知識(アロマセラピー・マッサージ等)」「リンパ浮腫に対するドレナージの知識」であり、「麻薬類の使い方の知識」については有意な相関はなかった。

## 4. 考察

### 4.1 がん療養者への援助の実際と援助を実践していく上での困難感について

在宅のがん療養者に対する訪問看護の援助項目の実施度は全体平均で  $3.9 \pm 1.0$  であり、「たいていする」といった傾向にあった。最も実践度の低い項目でも「しばしば」行われていた。訪問看護師の業務におけるターミナル状態のケアは難易度の高い業務である<sup>4)</sup>といわれているが、今回の調査対象者の年齢構成は  $44.4 \pm 7.9$  歳 (29～

表3 在宅緩和ケア実践上の知識・技術の不足感と獲得希望度の関係

n=57

項目	不足感	獲得希望度	不足感と獲得希望度間の相関係数
	平均(標準偏差)	平均(標準偏差)	
最新のがん治療についての知識	3.8(1.1)	4.5(0.6)	0.27*
麻薬類の使い方の知識	3.7(1.1)	4.6(0.6)	0.20
CVCのポートについての知識	3.0(1.3)	4.1(1.2)	0.61**
疾患についての知識	3.4(1.1)	4.5(0.8)	0.51**
症状コントロールに必要な知識	3.8(1.0)	4.7(0.5)	0.29*
コミュニケーションスキル	3.4(1.2)	4.5(0.8)	0.45**
補完・代替医療に関する知識	3.4(1.2)	4.2(0.9)	0.46**
リンパ浮腫に対するドレナージの知識	3.7(1.2)	4.4(0.7)	0.45**

\*\*P<0.01 \*P<0.05

62歳)で、臨床経験年数も  $20.7 \pm 7.8$  年(7~38年)であり、訪問看護時の援助や看護問題に1人で対応できる一定の技術を担保できる条件の看護師であったといえる。このことが全体の高い実施度を示したと考えられる。

訪問看護を実践していく上での援助に関する困難感は全体平均で  $2.7 \pm 1.2$  であり、“しばしば感じる”といった傾向にあった。困難感の高かった項目“しばしば感じる～たいてい感じる”には「今後の病状予測をする」「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「亡くなる過程について家族に説明する」「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安の訴えを傾聴する」であり、内容的には病気や死の受容に対応する患者・家族への援助内容であり、がん療養者・家族が療養の場を在宅に決定したことによって生じた両者への死の準備教育に関することである。島内ら<sup>4)</sup>の研究によれば、「利用者・家族教育」はターミナル状態のケアにおける難易度が1位であり、死の準備教育は難易度が高いため困難感が高かったことが推察される。村田<sup>12)</sup>は「死の受容」の困難性について、現代社会の老い・病・死のタブー視などから、援助者側と援助を受ける側にも「死の受容」を含む全人的な苦しみに対する援助の考察と訓練が不足していると指摘している。この結果もそのような指摘を反映しているのではないかと考えられる。

#### 4.2 困難感の高い援助項目の困難感低減に関するがん療養者の看護経験・研修回数との関係、教育支援内容について

援助内容37項目の実施度とその困難感の結果から、実施度が(平均値より)高く困難感が(3.0より)高い項目は、「今後の病状予測をする」であった。「今後の病状予測をする」項目は、患者に必要なケアのコーディネーションに関する内容と捉えられる。これらは日本ホスピス緩和ケア協会が策定した「ホスピス緩和ケア看護職教育カリキュラム」<sup>13)</sup>では到達目標として高い段階のものである。そのため実践していても困難感が高かったのではないかと考えられる。この項目の困難感のはが患者の受け持ち数と有意な負の相関があることより、がん患者への看護経験を重ねることが「今後の病状予測をする」困難感を緩和することに影響していることが示唆された。

一方、実施度が(平均値より)低く困難感が

(3.0より)高い項目は、「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「亡くなる過程について家族に説明する」「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安の訴えを傾聴する」であった。これらは、実践が少ないため困難感が強いと捉えることもできる。これらの項目のうち、「療養者と家族が病状変化を受け入れるまで待つ」「亡くなる過程について家族に説明する」については、がん患者の受け持ち数と有意な負の相関があることより、がん患者への看護経験を重ねることが困難感を緩和することに影響していることが示唆された。「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安の訴えを傾聴する」項目は、がん患者の受け持ち数・研修回数との有意な関係はなかった。

この3項目はケアリングとスピリチュアルケアと考えられる。終末期がん患者へのケアとして気持ちに寄り添うことやスピリチュアルペインへの対応は、重要な援助である。しかし、スピリチュアルケアは、死や病の接近によって脅かされて経験する全存在的苦痛<sup>14)</sup>に対するケアであり、難易度の高いケアであるといえよう。それに加え、坂下<sup>15)</sup>らの研究で明らかにされた全人的痛みを抱えた患者に関わる看護師は、患者に「踏み込めない、逃げ出したい」と感じる状況に遭遇しており、踏み込めない理由は看護師の心にあるという問題もある。さらに、スピリチュアルケアには十分な時間の確保が必要であるが、60~90分の訪問時間の中では実践の機会もほとんどないことが推察される。窪寺<sup>16)</sup>は医療者には患者のスピリチュアルペインやスピリチュアルニーズを読み取ることができる知識・技術が求められると述べており、これらが獲得できるような研修会への参加によってスキルが獲得できれば困難感低減の一助となる可能性がある。

#### 4.3 訪問看護師の学習ニーズと教育支援について

「最新のがん治療についての知識」「麻薬類の使い方の知識」「CVCのポートについての知識」「疾患についての知識」「症状コントロールに必要な知識」「コミュニケーションスキル」「補完・代替医療に関する知識(アロマセラピー・マッサージ等)」「リンパ浮腫に対するドレナージの知識」に関して訪問看護師はしばしば知識・スキルの不足

を感じており、知識・スキルの獲得をできれば身につけたいと強く獲得を望んでいることが伺えた。このうち「麻薬類の使い方の知識」に関しては、実践での不足感と獲得の希望度には有意な関係がなかった。「麻薬類の使い方の知識」の不足感の強さと獲得したいという思いは関係がないということになる。石川県内の医療従事者を対象とした在宅緩和ケアに関する調査<sup>17)</sup>では、「がん患者が在宅で療養する際に必要だと思うこと」で「痛みのコントロールができています」と回答した看護職は88%で最も多く、その重要性が認識されている。不足感の如何に関わらず「麻薬類の使い方の知識」は必要不可欠な知識であると認識されていることが考えられる。また、前述の石川県内の医療従事者を対象とした在宅緩和ケアに関する調査の「医療者が在宅緩和ケアを実践しようとする際に問題と思うこと」の中で「疼痛コントロールに関する知識がないこと」と回答した人は28%と低いことや、本調査の「療養者が経口摂取不能時に、医療用麻薬の投与方法の変更を医師に報告する」ことの困難感が低いことなどから、「麻薬類の使い方の知識」が獲得されてきているとも推察される。川越<sup>18)</sup>は疼痛緩和に関する事前約束指示に関する検討の中で、事前約束指示を受けてそれを実行できる看護師の条件を上げている。それによると、医師との連携のもとで看護師が疼痛コントロールを効果的に行うためには、医療・看護介入の根拠（観察、アセスメントの要点）実施内容、介入後のフォローアップ（副作用など、観察、アセスメントの要点）、医師への報告（事前、事後、報告内容）などを明らかにしておく必要がある。看護師にその能力が求められているということである。

「最新のがん治療についての知識」「CVCのポートについての知識」「疾患についての知識」「症状コントロールに必要な知識」はアセスメント能力の獲得のために、「補完・代替医療に関する知識（アロマテラピー・マッサージ等）」「リンパ浮腫に対するドレナージの知識」は看護介入能力の獲得のために必要であり、獲得のための研修を検討していく必要がある。また、医師に対する緩和ケア教育プログラム「PEACE」<sup>19)</sup>やがん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」「OPTIM」<sup>20)</sup>の閲覧によって知識の習得を試みることを広報することも有用であると考える。「コミュニケーションスキル」は悪い知らせを伝える際に必要なスキルとして全国的には

「SPIKES」「SHARE」などが広がっている<sup>21)</sup>。Fukui<sup>22)</sup>らが患者の苦痛の表出にコミュニケーションスキルの訓練を受けた看護師が患者の苦痛の認識能力が向上していたことを明らかにしており、スキルの獲得にはトレーニングを受けることが推奨されている。ロールプレイなどの演習を取り入れた研修内容の検討が必要と考えられる。また、本調査で「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安を傾聴する」援助はがん患者への看護経験の積み重ねや研修会の参加では困難感が低下しないことが示唆され、この項目は、ケアリングとスピリチュアルケアと捉えられた。小澤<sup>23)</sup>はスピリチュアルケアを実践していくために、援助的コミュニケーションを学ぶことを推奨している。窪寺<sup>16)</sup>は、スピリチュアルケアを実施していく上で看護師がスピリチュアルケア・ワーカーの専門家になることは不可能であるが、スピリチュアルペインとは何か、スピリチュアルニーズとは何か、スピリチュアルペインのアセスメント方法などをプログラムに入れることがよいと述べており、研修の企画の具体的な内容として考慮していく必要がある。今回の調査への参加承諾施設は当初想定し依頼した施設の半数以下であり、在宅緩和ケアに対する県内訪問看護ステーションの関心が薄いことが推測された。人口減少地域では看護師不足を背景とした訪問看護師の人材確保は難しく在宅サービスの需要にこたえることができないという現状も生まれている<sup>24)</sup>。このような中、教育のための時間確保はかなり困難と考えられ教育のための時間を担保する方略について検討する必要がある。

## 5. まとめ

石川県内のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師の援助の実際と困難感、在宅緩和ケアの実践における知識不足感と知識・スキル獲得希望度について調査した。在宅のがん療養者に対する訪問看護の援助項目の実施度は高い傾向にあった。在宅のがん療養者に対する訪問看護の実践上の困難感とは、「時々～しばしば感じる」傾向にあった。困難感の高かった項目のうち、「療養者と家族が自己決定ができるまで待つ」「療養者に病気の受けとめや現在の思いを確認する」「療養者の死への不安の訴えを傾聴する」項目は、がん患者に対する看護実践の増加、研修会への参加の積み重ねで困難感を緩和しないことが考えられた。また、

訪問看護師はしばしば知識・スキルの不足を感じており、知識・スキルの獲得をできれば身につけたいと強く獲得を望んでいる。今後は在宅緩和ケアに携わる看護師の資質の向上に寄与できるよう学習ニーズに沿った教育支援を地域ケア総合センター研修事業として可能な限り、組み入れていくことが必要である。

### 謝辞

本研究にご協力いただいた訪問看護ステーション及び訪問看護科の皆様へ深く感謝いたします。なお、本研究は石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成を受けて実施したものである。

### 引用文献

- 1) 厚生労働省, 人口動態調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1.html>2008.9 参照
- 2) 石川県:石川県がん対策推進計画, 15, 2008.
- 3) 井田栄一:わが国の在宅ホスピスケア・緩和ケア, 86-93, 2004. [http://www.hospat.org/hakusyo/pdf/2004\\_5\\_2.pdf](http://www.hospat.org/hakusyo/pdf/2004_5_2.pdf) 参照
- 4) 島内節, 木村恵子, 亀井智子他7名:訪問看護業務内容の難易度からみた看護の構造と利用可能性, 日本地域看護学雑誌 2 (1), 17-24, 2000.
- 5) 村嶋幸代, 斉藤恵美子, 服部真理子他4名:地域看護職の能力に関する研究とJoyceZerwekh博士の仕事-家庭訪問及び訪問看護に焦点を当てて-, 看護研究 32 (1), 3-14, 1999.
- 6) 近藤望, 竹山未歩子他2名:在宅ターミナル期の家族支援に対する訪問看護師の困難感, 緩和ケア 17 (2), 170-175, 2007.
- 7) ニノ坂保喜:在宅ホスピスの今-到達点と課題-福岡の現状, 緩和医療学 8 (3), 11-19, 2006.
- 8) 竹村節子:滋賀県における在宅ホスピスの実態 開業医のアンケート調査から, 人間看護学研究 3, 85-102, 2006
- 9) 弘末美佐:高知県における在宅ホスピスの現状, 日本看護学会論文集 36, 67-69, 2006.
- 10) 岩城直子:石川県内のがん療養者の在宅緩和ケアに携わる看護師が求める教育支援, 石川県立看護大学附属地域ケア総合センター事業報告書第7巻, 31-32, 2009.
- 11) 草場美千子, 廣田とき子, 野地金子他3名:平成19年度神奈川県委託訪問看護推進事業「がん療養者への訪問看護の実際」実態調査, 看護, 60 (13), 107-112, 2008.
- 12) 村田 久行:ケアの思想と対人援助改訂増補版, 第1章「他者の理解と共感」は困難であること, 川島書店, 21-41, 1998.
- 13) 二見典子:がん緩和医療における看護師教育の現状と課題, 緩和医療学 8 (1), 27-36, 2006.
- 14) 窪寺 俊之:スピリチュアルケア学序説, 第5章スピリチュアルペイン, 三輪書店, 43-59, 2004.
- 15) 坂下恵美子:終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師の心の壁の検討, 愛媛県立医療技術大学紀要 5 (1), 25-31, 2008.
- 16) 窪寺 俊之:スピリチュアルケア学概説, 1章スピリチュアルケアの歴史と現状・課題, 三輪書店, 2-14, 2008.
- 17) 加藤亜妃子, 牧野智恵, 岩城直子他3名: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, 石川看護雑誌 8, 83-92, 2011.
- 18) 川越厚, 岡部健, 下山直人, 瀬戸山修:在宅療養患者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携-疼痛緩和に関する事前約束指示に関する検討一, 厚生労働科学研究補助金(医療技術評価総合研究事業)分担報告書, 53-58, 2006.
- 19) 緩和医療学会:医師に対する緩和ケア教育プログラム(PEACE) <http://www.jspm-peace.jp/2011/9/29> 参照
- 20) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM) <http://gankanwa.jp/index.html>2011/9/29 参照
- 21) 關本翠子:看護師のための患者の感情表出を促進させるコミュニケーション・スキル“NURSE”, 看護管理 20 (6), 488-491, 2010.
- 22) Fukui S, Ogawa K, Ohtsuka M, Fukui N: Effect of communication skills training on nurses' detection of patients' distress and related factors after cancer diagnosis: a randomized study. *Psychooncology*. 18 (11), 1156-1164, 2009.
- 23) 小澤竹俊:スピリチュアルケア, 臨床看護 33 (5), 689-695, 2007.
- 24) 浅見 洋, 田村 幸恵, 浅見 美千江:人口減少地域における在宅終末期療養の諸問題-奥能登の住民に対する意識調査より-, 石川看護雑誌 6, 19-27, 2009.

## **Educational Support Needed by Nurses Engaged in Home Palliative Care of Cancer Patients in Ishikawa Prefecture - Analysis of the Current Nursing Care Situation with regard to Difficulties Encountered in Providing the Required Service and Further Educational Needs -**

Naoko IWAKI<sup>1</sup>, Tomoe MAKINO<sup>1</sup>, Akiko KATO<sup>1</sup>, Hisae KIMURA<sup>1</sup>,  
Michie ASAMI<sup>2</sup>, Miyo KIMURA<sup>3</sup>

### **Abstract**

We conducted a questionnaire survey targeting home-visit nurses in Ishikawa Prefecture for the purpose of clarifying the educational support needed by nurses engaged in home palliative care for cancer patients. We received 57 valid responses regarding the subjective sense of difficulty for 37 items related to the content of care, and on the level of inadequacy and the intention to participate in further education in eight areas of knowledge and skills required for the provision of home palliative care.

The rate of engagement tends to be high and the subjective sense of difficulty in providing care tends to arise occasionally or more frequently. A sense of inadequate knowledge about “cutting-edge cancer therapy,” “narcotic use,” “CVC ports,” “disease,” “symptom control,” “complementary and alternative medicine,” “lymphatic drainage,” and “communication skills” was revealed, and the intention to participate in further education and acquisition of such knowledge and skills was high. This study suggests the need to evaluate seminar content for the purpose of including material designed to decrease nurses’ sense of difficulty and to advance nursing knowledge and skills.

Keywords : home-based palliative care, cancer patients, home-visit nurses, educational support

## 資料

## 石川県における在宅緩和ケアに関する意識調査

## — 一般県民を対象として —

瀧澤理穂<sup>1</sup>, 牧野智恵<sup>2</sup>, 洞内志湖<sup>2</sup>

## 概要

本研究の目的は石川県民の在宅緩和ケアへの認知状況、希望を把握することである。県民 235 名にがん医療体制の認知状況、在宅緩和ケアへの希望等に関するアンケート調査を行った(回収率 59.6%)。その結果、1, 石川県がん対策推進計画を全く知らない者は 67.9%, 石川県在宅緩和ケア支援センターを全く知らない者は 66.4%であった。2, 希望の療養場所は『最期まで自宅』(20.7%), 『最期は病院』(20.0%)の順であった。また在宅療養の困難理由は『家族の負担』(72.2%), 『イメージがつかない』(36.1%)の順であった。3, 在宅緩和ケアに必要な要件は『経済的支援体制の整備』(55.0%), 『一時的入所施設の整備』(51.4%)の順であった。以上から在宅緩和ケアを推進するためには、在宅緩和ケア支援センターや在宅緩和ケアに関する広報活動、一時的入所施設等の整備など、地域での在宅療養者支援体制の構築が必要であることが示唆された。

キーワード 在宅緩和ケア, 困難理由, 要件, 一般県民, 意識調査

## 1. はじめに

がんは昭和 56 年から死因の第一位を占めており、現在、日本人の 2 人に 1 人ががんで死亡している。平成 19 年度に策定されたがん対策推進基本計画では、「治療初期段階からの緩和ケアの実施」を重点的に取り組むべき課題とし、在宅緩和ケアの推進が挙げられている。

石川県においてもがんによる死亡率は昭和 55 年から第一位を占めており、平成 20 年に策定された「石川県がん対策推進計画」では、県内の在宅緩和ケア稼働率を現行の 4.1% から 4.4% に上昇させることを目標として、在宅緩和ケア推進事業が行われている。また、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」が掲げられている。

石川県内の医療従事者を対象とした在宅緩和ケアに関する意識調査<sup>1)</sup>は 2010 年に行われているが、一般住民を対象とした調査は行われていない。在宅緩和ケアの推進には、医療者のみならず、一般住民がどのような意識を持っているかを知ることが必要であると考え、そこで、本研究は石川県民の在宅緩和ケアへの認知状況、希望について把握することを目的に調査を行ったので報告す

る。

なお、本研究における「在宅緩和ケア」とは、在宅でがん患者の最期を迎えることも含めて、がんと診断されたときから自宅で点滴などの治療を受けながら生活することを医師や看護師等が支えることとする。

## 2. 方法

## 2.1 調査対象

石川県在住で歯科医院及び内科医院に通院している 20 歳以上の男女を対象とした。アンケート記入の際に、体調不良や見えにくいことがないことを考慮して上記医院を対象とした。

## 2.2 調査方法と調査内容

平成 22 年 7 月中旬から 8 月上旬に、石川県の 4 医療圏(南加賀医療圏:237, 068 人, 石川中央医療圏:710, 692 人, 能登中部医療圏:142, 463 人, 能登北部医療圏:81, 568 人)の人口比率に応じて対象となる歯科医院及び内科医院合計 90 ヶ所を電話帳より無作為に抽出した。抽出した 90 ヶ所の施設にアンケート調査の協力を依頼し、協力が得られた施設に後日アンケート用紙を郵送した。アンケート用紙の配布と回収は、施設の受付の方に依頼した。

<sup>1</sup> 金沢市立病院

<sup>2</sup> 石川県立大学法人石川県立看護大学



厚生労働省の「終末期医療に関する調査等検討会報告書」<sup>2)</sup>を参考に以下の自己記入式アンケート(無記名)を作成した。①回答者の属性について9項目(性別, 年齢, 医療圏, 職業, 学歴, 生活形態, がん検診の有無, 入院経験の有無, 身近な在宅療養者の存在の有無)②がん医療及びがん医療整備体制の認知状況について4項目(緩和ケア, 石川県がん対策推進計画, 石川県在宅緩和ケア支援センター, 社会資源)③在宅緩和ケアへの希望について3項目(末期がんを患った際の希望療養場所, 在宅療養が困難だと感じる理由, 在宅緩和ケアに必要な要件)である。

### 2.3 分析方法

統計処理には, Excel2003と統計処理ソフトSPSS13.0Jを用いて単純集計及び $\chi^2$ 検定を行った。度数が5以下の場合にはFisherの直接確率を用いた。

### 2.4 倫理的配慮

本調査は, 石川県立看護大学の倫理委員会の承認を得て研究を開始した(看大第239号の1)。対象者及び研究協力施設に対して, 参加の自由, 匿名性, 不利益が生じないこと, アンケートの回収をもって研究への同意が得られたとすることを紙面に明記した。またアンケート用紙は, 封書にて回収することで, 個人のプライバシーを保護した。アンケート用紙の保管は厳重に行い, 研究終了後は裁断破棄することを約束した。研究協力施設に対しては, 葉書で調査協力の意思を確認してからアンケート用紙を郵送した。

## 3. 結果

研究への協力が得られたのは, 4医療圏のうち2医療圏で, 石川中央医療圏より7施設, 能登中部医療圏より5施設, 計12施設であった。アンケート用紙は235部配布し, 140人から回答が得られ(回収率59.6%), これらすべてを分析対象とした(有効回答率100%)。

### 3.1 対象の属性(表1)

医療圏の割合は石川中央91名(65.0%), 能登中部48名(34.3%)であった。

性別は男性61名(43.6%), 女性79名(56.4%)であった。年齢は20歳以上39歳未満44名(31.4%), 40歳以上59歳未満47名(33.6%), 60歳以上49名(35.0%), 平均年齢 $49.8 \pm 15.7$ (M

$\pm$ SD)歳であった。就業の割合は, 就業している者83名(59.3%), 就業していない者57名(40.7%)であり, そのうち医療職は17名(12.1%)であった。最終学歴は中等学校17名(12.1%), 高等学校38名(27.1%), 大学79名(56.4%), 大学院3名(2.1%)であった。また, 同居している者120名(85.7%), 独居している者19名(13.6%)であった。

がん検診については, 受けたことがある者83名(59.3%), ない者56名(40.0%)であった。入院経験については, 自分・家族を含めて入院経験がある者59名(42.1%), ない者69名(49.3%)であった。身近な在宅療養者の存在について, 知っている者21名(15.0%), 知らない者115名(82.1%)であった。

以下の文中の【】は設問, 『』は回答項目, 「」は自由記載とする。

表1 対象の属性 (n=140) 人(%)

		人(%)
医療圏	石川中央	91(65.0)
	能登中部	48(34.3)
	未記入	1(0.7)
性別	男性	61(43.6)
	女性	79(56.4)
年齢	20-39歳	44(31.4)
	40-59歳	47(33.6)
	60歳以上	49(35.0)
就業割合	している	83(59.3)
	していない	57(40.7)
最終学歴	中等学校	17(12.1)
	高等学校	38(27.1)
	大学	79(56.4)
	大学院	3(2.1)
	未記入	3(2.1)
生活形態	同居している	120(85.7)
	独居している	19(13.6)
	未記入	1(0.7)
がん検診の有無	ある	83(59.3)
	ない	56(40.0)
	未記入	1(0.7)
入院経験	ある	59(42.1)
	ない	69(49.3)
	未記入	12(8.6)
	未記入	12(8.6)
身近な在宅療養者	知っている	21(15.0)
	知らない	115(82.1)
	未記入	4(2.9)

### 3.2 がん医療及びがん医療整備体制の認知状況に関する項目(表2)

#### 1) 緩和ケアの認知状況(図1)

【緩和ケアという言葉をご存知ですか?(n=140)】では, 『聞いたことがあるし, 言葉の意味も分かる』50名(35.7%), 『聞いたことはあるが, 言葉の意味は分からない』40名(28.6%), 『聞いたことがない』46名(32.9%)であり, 属性による有意差はみられなかった。

2) 石川県がん対策推進計画の認知状況 (図2)

【石川県がん対策推進計画をご存知ですか? (n=140)】では『内容についても知っている』4名 (2.9%), 『言葉だけ聞いたことがある』36名 (25.7%), 『全く知らない』95名 (67.9%) であり, 属性による有意差はみられなかった。

3) 石川県在宅緩和ケア支援センターの認知状況 (図3)

【石川県在宅緩和ケア支援センターをご存知ですか? (n=140)】では『場所や支援内容についても知っている』2名 (1.4%), 『言葉だけ聞いたことがある』41名 (29.3%), 『全く知らない』93名 (66.4%) であり, 属性による有意差はみられなかった。

4) 社会資源の認知状況 (図4)

【在宅緩和ケアをサポートするサービスをご存知のものがありますか? (n=140 複数回答)】では『訪問介護』が91名 (65.0%) で最も多く, 次いで『訪問看護』82名 (58.6%), 『デイサービス』70名 (50.0%), 『ショートステイ』55名 (39.3%), 『デイケア』54名 (38.6%), 『福祉用具貸与』39名 (27.9%), 『用具販売』29名 (20.7%), 『居宅

療養管理指導』19名 (13.6%) であった。『その他』には「配食サービス」があった。

3.3 在宅緩和ケアへの希望に関する項目

1) 末期がんを患った際の希望の療養場所 (図5)

【あなたが末期がんと告げられたとき, どこで療養生活を送りたいですか? (n=140)】では『最期まで自宅で療養したい』が29名 (20.7%) で最も多く, 次いで『できるだけ自宅で療養して最期は病院に入院したい』28名 (20.0%), 『なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい』22名 (15.7%), 『専門的医療機関で積極的治療を受けたい』16名 (11.4%), 『なるべく早く今まで通った (または紹介された) 病院に入院したい』14名 (10.0%), 『分からない』21名 (15.0%) であった。

2) 在宅療養が困難だと感じる理由

末期がんと告げられた際に希望する療養場所として『なるべく早く今まで通った (または紹介された) 病院に入院したい』『なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい』と回答した36名に対して【在宅での療養が困難だと思う理由は何ですか? (n=36 複数回答)】と質問した結果, 『家族に

表2 「がん医療およびがん医療体制整備の認知状況」と「属性」の比較 (n=140)

人 (%)

属性	認知状況	緩和ケア			P値	石川県がん対策推進計画			P値	石川県在宅緩和ケア支援センター			P値
		聞いたことがある	言葉の意味がわかる	聞いたことがない		内容を知っている	聞いたことがある	全く知らない		知っている	聞いたことがある	全く知らない	
総数		50	40	46		4	36	95		2	41	93	
性別	男性	20(40.0)	16(40.0)	23(50.0)	0.538	1(25.0)	11(30.6)	47(49.5)	0.112	1(50.0)	16(39.0)	42(45.2)	0.790
	女性	30(60.0)	24(60.0)	23(50.0)		3(75.0)	25(69.4)	4(50.5)		1(50.0)	25(61.0)	5(54.8)	
年齢	20-39歳	10(20.0)	17(42.5)	17(37.0)	0.208	0(0.0)	10(27.8)	34(35.8)	0.356	0(0.0)	13(31.7)	31(33.3)	0.876
	40-59歳	20(40.0)	12(30.0)	14(30.4)		3(75.0)	12(33.3)	31(32.6)		1(50.0)	15(36.6)	30(32.3)	
	60歳以上	20(40.0)	11(27.5)	15(32.6)		1(25.0)	14(38.9)	30(31.6)		1(50.0)	13(31.7)	32(34.4)	
就業	している	34(68.0)	22(55.0)	25(54.3)	0.310	3(75.0)	21(58.3)	57(60.0)	0.812	2(100.0)	24(58.5)	55(59.1)	0.501
	していない	16(32.0)	18(45.0)	21(45.7)		1(25.0)	15(41.7)	38(40.0)		0(0.0)	17(41.5)	38(40.9)	
学歴	中等学校	4(8.0)	5(12.5)	6(13.0)	0.608	0(0.0)	2(5.6)	13(13.7)	0.690	0(0.0)	4(9.8)	12(12.9)	0.704
	高等学校	11(22.0)	13(32.5)	13(28.3)		1(25.0)	13(36.1)	23(24.2)		1(50.0)	14(34.1)	22(23.7)	
	大学	33(66.0)	20(50.0)	25(54.3)		3(75.0)	19(52.8)	56(58.9)		1(50.0)	21(51.2)	56(60.2)	
	大学院	1(2.0)	0(0.0)	2(4.3)		0(0.0)	1(2.8)	2(2.1)		0(0.0)	0(0.0)	3(3.2)	
生活形態	同居	5(10.0)	4(10.0)	9(19.6)	0.309	4(100.0)	30(83.3)	82(86.3)	0.613	2(100.0)	7(17.1)	11(11.8)	0.580
	独居	45(90.0)	35(87.5)	37(80.4)		0(0.0)	6(16.7)	12(12.6)		0(0.0)	33(80.5)	82(88.2)	
がん検診	ある	13(26.0)	18(45.0)	24(52.2)	0.024	3(75.0)	22(61.1)	55(57.9)	0.718	1(50.0)	18(43.9)	35(37.6)	0.699
	ない	37(74.0)	21(52.5)	22(47.8)		1(25.0)	13(36.1)	40(42.1)		1(50.0)	22(53.7)	58(62.4)	
入院経験	ある	25(50.0)	18(45.0)	25(54.3)	0.745	2(50.0)	13(36.1)	44(46.3)	0.745	1(50.0)	19(46.3)	49(52.7)	0.836
	ない	23(46.0)	18(45.0)	18(39.1)		2(50.0)	19(52.8)	47(49.5)		1(50.0)	19(46.3)	39(41.9)	
身近な自宅療養者	知っている	6(12.0)	9(22.5)	6(13.0)	0.350	0(0.0)	5(13.9)	16(16.8)	0.619	0(0.0)	5(12.2)	16(17.2)	0.620
	知らない	43(86.0)	31(77.5)	40(87.0)		4(100.0)	31(86.1)	78(82.1)		2(100.0)	36(87.8)	76(81.7)	

χ<sup>2</sup>検定(度数5以下ではFisherの直接法)

※未記入者を除く

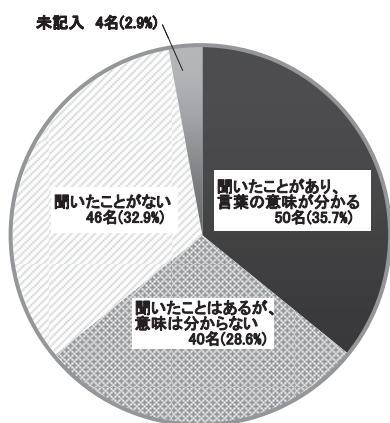


図1 緩和ケアをご存知ですか？ (n=140)

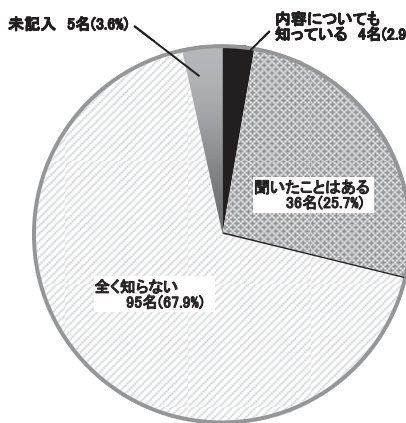


図2 石川県がん対策推進計画をご存知ですか？ (n=140)

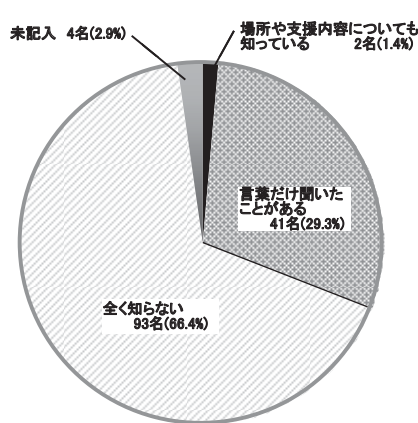


図3 石川県在宅緩和ケア支援センターをご存知ですか？ (n=140)

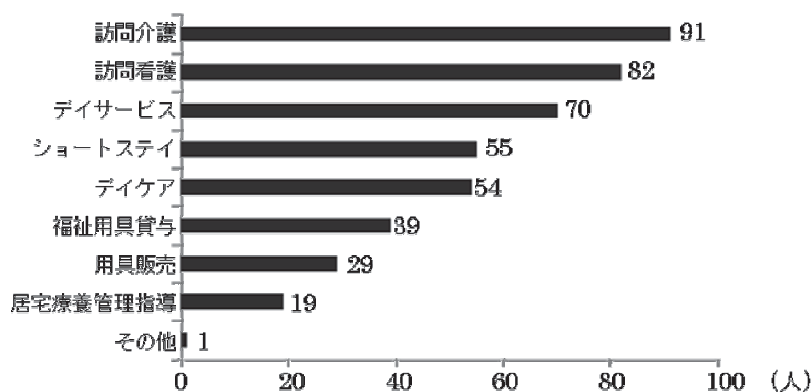


図4 在宅緩和ケアをサポートするサービスでご存知のものはありますか？ (n=140 複数回答)

負担がかかる』が26名(72.2%)で最も多かった。次いで『在宅療養のイメージがつかない』13名(36.1%),『急に症状が悪化したときが心配』11名(30.6%),『在宅療養の知識・経験がない』8名(22.2%),『医師や家族と連絡がとりにくい』5名(13.9%),『経済的負担が大きい』3名(8.3%),『社会的なサービスについての知識がない』2名(5.6%),『その他』2名(5.6%)であった。『その他』の理由として「ひとり暮らしなので」があった。

### 3) 在宅緩和ケアに必要な要件 (図6)

【どの要件が整っているとき、在宅緩和ケアを受けたいと思いますか？ (n=140 複数回答)】では『経済的支援体制が整っているとき』77名(55.0%)が最も多く、次いで『家族の疲労の強いときや都合に応じて患者が一時的に入所できる施設があるとき』72名(51.4%),『家族も在宅緩和ケアを希望しているとき』71名(50.7%),『24時間対応の体制が整っているとき』69名(49.3%),『支えてくれる家族がいるとき』55名(39.3%),『相談できる人がいるとき』28名(20.0%),『在宅で受けられるサービスについての情報提供があると

き』22名(15.7%),『家族が在宅療養の知識・技術を習得出来る場があるとき』18名(12.9%),『近所の協力が得られるとき』8名(5.7%),『その他』1名(0.7%)であった。

在宅緩和ケアに必要な要件と性別における比較では、『患者が一時的に入所できる施設があるとき』『何かあったときに家族が相談できる人がいるとき』を要件に挙げた者は、男性に比べ女性が有意に高く (p<0.01), 在宅緩和ケアに必要な要件と年齢における比較では、『経済的支援体制が整っているとき』を要件に挙げた者は、40歳以上に比べ39歳未満が有意に高かった (p<0.01) (表3)。また、在宅緩和ケアに必要な要件と緩和ケア及び在宅サービスの認知状況における比較では、『患者が一時的に入所できる施設があるとき』『家族も在宅緩和ケアを希望しているとき』『在宅で利用できるサービスの情報提供があるとき』『知識・技術を習得出来る場があるとき』を要件に挙げている者は、緩和ケア、訪問看護、デイケアに関する知識のある者の方が有意に高かった (p<0.01) (表4)。

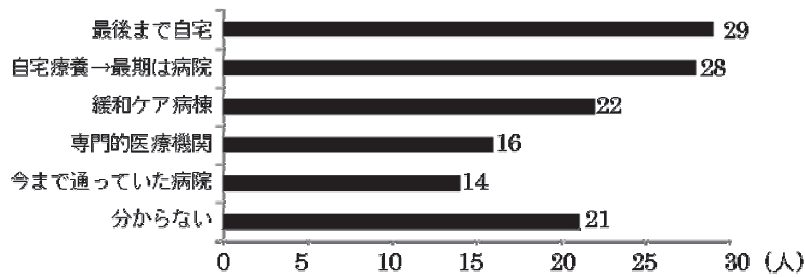


図5 あなたが末期がんと告げられたとき、どこで療養生活を送りたいですか？ (n=140)

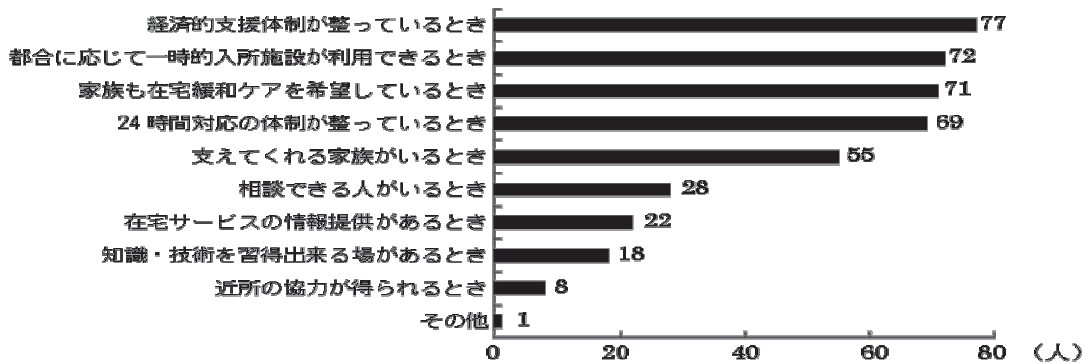


図6 どの要件が整っているとき、在宅緩和ケアを受けたいと思いますか？ (n=140 複数回答)

表3 「在宅緩和ケアに必要な要件」と「性別」および「年齢」の比較 (n=140 複数回答) 人(%)

在宅緩和ケアに必要な要件	総数 (人)	性別			年齢			
		男性	女性	P 値	20-39 歳	40-59 歳	60 歳以上	P 値
経済的支援体制が整っているとき	77	36(46.8)	41(53.2)	0.252	32(41.5)	26(33.8)	19(24.7)	0.005**
家族の都合に応じて一時的入所施設が利用できるとき	72	22(30.6)	50(69.4)	0.001**	26(36.1)	26(36.1)	20(27.8)	0.171
家族も在宅療養を希望するとき	71	26(36.6)	45(63.4)	0.065	27(38.0)	26(36.6)	18(25.4)	0.044
24時間対応の体制が整っているとき	69	30(43.5)	39(56.5)	0.559	27(39.1)	24(34.8)	18(26.1)	0.057
支えてくれる家族がいるとき	55	25(45.5)	30(54.5)	0.425	15(27.3)	17(30.9)	23(41.8)	0.388
相談できる人がいるとき	28	6(21.4)	22(78.6)	0.006**	11(39.3)	9(32.1)	8(28.6)	0.571
在宅で利用できるサービスの情報提供があるとき	22	10(45.5)	12(54.5)	0.513	4(18.2)	7(31.8)	11(50.0)	0.206
知識・技術を習得出来る場があるとき	18	7(38.9)	11(61.1)	0.434	3(16.7)	8(44.4)	7(38.9)	0.325
近所の協力が得られるとき	8	4(50.0)	4(50.0)	0.490	1(12.5)	1(12.5)	6(75.0)	0.051

$\chi^2$ 検定(度数5以下ではFishierの直接法) \*\* p < 0.01

表4 「在宅緩和ケアに必要な要件」と「緩和ケアの認知状況」および「在宅サービスの知識」の比較 (n=140 複数回答) 人(%)

在宅緩和ケアに必要な要件	総数 (人)	緩和ケアの認知状況				訪問看護の知識			デイケアの知識		
		知っている	聞いたことがある	聞いたことがない	P 値	ある	ない	P 値	ある	ない	P 値
経済的支援体制が整っているとき	77	28(36.4)	19(24.7)	29(37.7)	0.350	46(59.7)	29(37.7)	0.555	30(39.0)	45(58.4)	0.538
家族の都合に応じて一時的入所施設が利用できるとき	72	30(41.7)	18(25.0)	23(32.0)	0.343	49(68.1)	19(26.4)	0.007**	34(47.2)	34(47.2)	0.050
家族も在宅療養を希望するとき	71	36(50.7)	18(25.4)	16(22.5)	0.001**	50(70.4)	19(26.8)	0.006**	39(54.9)	30(42.3)	0.000**
24時間対応の体制が整っているとき	69	24(34.8)	20(29.0)	24(34.8)	0.920	41(59.4)	24(34.8)	0.399	26(37.7)	39(56.5)	0.543
支えてくれる家族がいるとき	55	25(45.5)	14(25.5)	15(27.3)	0.169	36(65.5)	18(32.7)	0.188	27(49.1)	27(49.1)	0.060
相談できる人がいるとき	28	13(46.4)	6(21.4)	9(32.1)	0.430	18(64.3)	9(32.1)	0.336	14(50.0)	13(46.4)	0.125
在宅で利用できるサービスの情報提供があるとき	22	15(68.2)	4(18.2)	2(9.0)	0.001**	14(63.6)	5(22.7)	0.171	13(59.1)	6(27.3)	0.007**
知識・技術を習得出来る場があるとき	18	13(72.2)	4(22.2)	1(5.6)	0.002**	12(66.7)	5(27.8)	0.284	13(72.2)	4(22.2)	0.001**
近所の協力が得られるとき	8	5(62.5)	2(25.0)	1(12.5)	0.255	5(62.5)	3(37.5)	0.624	5(62.5)	3(37.5)	0.171

$\chi^2$ 検定(度数5以下ではFishierの直接法) \*\* p < 0.01

※未記入者を除く

### 3.4 緩和ケア・在宅緩和ケアへの意見

アンケートの最後に緩和ケアや在宅緩和ケアについての自由に意見の記載するよう求めたところ「がん医療、緩和ケアについて言葉としては理解できるが、詳細が分からないので知りたい(15件)」「今回のアンケートを通して初めて緩和ケアというものを知ったので、もっと知りたい(8件)」「在宅緩和ケア支援センターがあることは全体的に知られていないと思うので、もっと浸透するようになってほしい(3件)」という記載がみられた。

## 4. 考察

### 4.1 在宅緩和ケアに必要な要件

在宅緩和ケアに必要な要件として、『患者が一時的に入所できる施設があるとき』『何かあったときに家族が相談できる人がいるとき』を挙げている者は、男性に比べ女性が有意に高かった。国民生活基礎調査<sup>3)</sup>によると、同居している主な介護者は、男性28.1%、女性71.9%と女性が介護を担っている場合が多く、女性が日頃の介護を実践するなかで、介護者自身の休息の必要性や相談相手の存在の必要性を感じていることがわかる。また『経済的支援体制が整っているとき』を要件に挙げた者は、40歳以上に比べ39歳未満が有意に高かった。厚生労働省の報告では、年齢階級別に1世帯当たりの平均所得金額は、50～59歳が765万5千円で最も高く、ついで40～49歳、30～39歳の順<sup>4)</sup>となっている。つまり、39歳未満の者は実際の収入はそれほど高くないにもかかわらず、仕事は責任を持つ時期となり、自分が働きながら介護するには仕事へ支障やそれに伴う経済的問題が生じるため、39歳未満で有意に高い不安が見られたのではないかと考える。

緩和ケア、訪問看護、デイケアに関する知識の<くない>人に比べ<ある>人の方が、『患者が一時的に入所できる施設があるとき』『家族も在宅緩和ケアを希望しているとき』『在宅で利用できるサービスの情報提供があるとき』『知識・技術を習得出来る場があるとき』を要件に挙げていた。訪問看護、デイケアなどの知識がある人は、本や情報雑誌、メディアなどから具体的な介護の現状や課題に関する情報を得たり、中には実際に介護体験によって知識を得たりする。つまり、在宅介護・看護に関する情報が広まっている近年、患者の一時入所施設やサービス内容等のさらなる情報公開や、在宅ケアの知識・技術の研修会の開催の広報活動が不可欠であることが分かる。

### 4.2 緩和医療及びがん医療整備体制の認知状況

2003年に全国のがん診療連携拠点病院の患者とその家族(2273名)を対象に行われたアンケート調査<sup>5)</sup>では、『緩和ケア』の意味を十分知っていた」と回答した者は22.7%であるのに対して、本調査では緩和ケアを、『聞いたことがあるし、言葉の意味も分かる』と回答した者が35.7%であり、地域差も考えられるが、この10年近くで緩和ケアの認知度が上昇したとも考えられる。しかし、石川県在宅緩和ケア支援センターの認知状況については、『全く知らない』という回答が67.9%であり、7割近くの県民が石川県在宅緩和ケア支援センターの存在を全く知らないという実態が明らかとなった。このことから、緩和ケアについての知識・関心は高くなったが、在宅緩和ケアセンターを知らないことは在宅緩和ケアがなかなか推進されない要因とも考えられる。しかし自由記載において、「がん医療、緩和ケア、在宅緩和ケア支援センターについて知りたい」という意見もあり、一般県民ががん医療や緩和ケアに対しての情報提供を求めていることが分かる。

石川県在宅緩和ケアセンターは、地域における在宅療養者等に対する支援を行うため、在宅緩和ケアに関する様々な情報を提供していくとともに、患者・家族からの療養上の悩みや不安などに対する相談体制の充実を図るという役割を担っている。

その他、研修会、地域連携支援などの事業も行っており、石川県の在宅緩和ケアを推進していく要となる施設である。しかし、石川県在宅緩和ケア支援センターは平成20年に設立したばかりであり、現在イベントや講演の開催、病院や保健所でのパンフレット配布と施設説明、新聞やテレビ等のメディアを通しての普及・広報活動を行っている<sup>6)</sup>が、一般県民にその存在が浸透するまでには今以上の広報活動が必要であることが分かる。今後は、施設の医療従事者側から患者・家族に対して、在宅緩和ケアセンターの役割についての情報提供をしていくことが重要であると考えられる。しかし、石川県内の医療従事者1175名を対象とした石川県在宅緩和ケア支援センターの認知度調査では、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%)であり、医療従事者においても、石川県在宅緩和ケア支援センターの認知度は低い現状である<sup>1)</sup>。そのため今後は、一般県民に対してだけでなく、医療従事者を対象に在宅緩和ケアに関する普及・広報活動

を行っていくことにより、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働きかけていくことが重要である。

また、OPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）による病院看護師に対する調査<sup>7)</sup>では、[痛みを和らげるための知識・技術は十分である][がん患者の緩和ケアに自信を持って診察できる]と回答している者は10%未満であり、医療従事者の在宅療養、緩和ケアに対する知識や理解はまだ高いとはいえない。また同調査の「緩和ケアや在宅医療を整備していくために役に立つと思われること」という項目については、[緩和ケアに関するセミナーや会議を開催する][医療機関に地域で利用できるサービス情報が定期的に郵送される]を挙げている者が80%であり、医療従事者に対してセミナーや郵送での情報提供することが効果的であることが分かる。

そのため、今後は石川県の医療従事者に対して、在宅緩和ケア推進の取り組みや国の緩和ケア普及プロジェクトであるOPTIMの認識や活用方法について把握するとともに、情報提供の方法についても検討していくことが課題ではないだろうか。

#### 4.3 家族の負担軽減への工夫

石川県民が在宅療養を困難だと感じる理由では、『家族に負担がかかる』が26名(72.2%)で最も多く、これは厚生労働省が平成16年度に一般国民、医療従事者に対して行った終末期医療に関する調査の結果<sup>2)</sup>と同様の結果であった。

「家族の負担」を困難理由としてあげるのは、核家族化や高齢者のみの世帯の増加など、社会背景による介護力不足が影響していると考えられる。自由記載では、「独り暮らしだから病院に頼るしかないと思っている」「在宅療養はあくまでも希望であって、自分は独り暮らしで、子どもには介護等を頼むことが出来る状態ではない」という意見が挙げられており、家族の介護負担や独り暮らしの不安を軽減するためのサポートシステムが求められていることを示唆している。今後、病院、診療所、訪問看護ステーションなどの関係施設の整備や連携、緊急時でも対応できるような支援体制の整備が求められる。しかし、現在、石川県において緩和ケア病棟を有する病院は金沢市に1施設だけであり、希望する県民全てを緩和ケア病棟に入院させることや、ショートステイ等のサービスを提供することは困難である。このような状

況下では緩和ケア病棟だけでなく、一般病棟においても在宅療養者の一時的な受け入れを進めていくことが必要であると思われる。

また、本調査において、在宅緩和ケアに必要な要件は、『経済的支援体制が整っているとき』77名(55.0%)が最も多く、『家族の疲労の強いときや都合に応じて患者が一時的に入所できる施設があるとき』『家族も在宅緩和ケアを希望しているとき』『24時間対応の体制が整っているとき』と回答した者が約半数を占めていた。この結果は、川越<sup>8)</sup>の調査結果と同様であり、家族の疲労への配慮と共に、24時間体制の整備、症状緩和、患者と家族が在宅ケアを切望していることの重要性が伺える。これらの結果を受けて、患者への24時間対応や家族の疲労への対応として、国の施策により平成18年から介護保険の特定疾病へのがん(終末期)の指定や、在宅療養支援診療所の新設などが進められている<sup>9)</sup>。石川県においても、在宅医療の充実への対策として地域の開業医を中心とした、訪問看護ステーション等との医療連携対策を推進しており、平成18年は県内の在宅療養支援診療所は107ヶ所、訪問看護ステーションは45ヶ所であったのに対し、平成20年は111ヶ所、52ヶ所と施設は増加傾向にあり、在宅医療の整備が進んでいる<sup>10)</sup>。

家族の負担を軽減しながら在宅療養を維持するためには、患者や家族が在宅緩和ケアを十分理解していることとともに、必要に応じて病院や施設が一時的に患者を受け入れるといったサポート体制も必要となる。今後、石川県において在宅緩和ケアを推進していく上では、がん拠点病院と在宅医療を引き受ける診療所との連携、および、家族の負担が強い場合に患者が一時的に入所できる施設の整備が不可欠であることが示唆された。

#### 4.4 地域連携のネットワーク作り

今回の調査で、『24時間対応の体制が整っているとき』を在宅緩和ケアを受けたいと思う要件としている者が49.3%いた。これは、在宅で緩和ケアを行う場合、施設と大きく異なる点として、医師、看護師、薬剤師等のチームメンバーが同一施設にいないということがあるため、このような意見が出たと思われる。在宅緩和ケアの際、医療チームメンバーはより濃密な連携が必要であり、効果的な連絡方法を確認しておくことや、診療時間外や休診日の対応や調整が必須である<sup>11)</sup>。さらに、患者・家族とそれらの協力施設のスタッフが気軽

に意見交換や相談できるような信頼関係やネットワーク作りも必要だと考える。

長崎では、地域連携を推進する組織として《Dr. ネット》を発足し、事務局が窓口となり、在宅主治医、副主治医を紹介することで、主治医が不在の際は副主治医が往診できるような体制をとっている。また個人情報 considering 疾患、居住地等の情報をメーリングリストによりメンバー間で周知することで常に情報を共有することを可能としている。その他にも専門性の高い診療科の医師や病院医師も協力医として参加し、医学的助言や必要に応じて往診することで、様々な事態に対応できるように取り組んでいる<sup>12)</sup>。石川県においても早急にこのような地域連携ネットワーク作りが必要であると考え、また患者は身体的な苦痛以外にも精神心理的な問題でケアが必要な場合や、症状は安定していても家族に対するケアが必要な場合もある。このようなときにチームのなかの誰がそのケアに当たるのかをすみやかに調整できるようにし、より濃厚に報告、連絡、相談する必要がある。患者と家族にとって身近な存在である看護師は、患者と家族が必要としている情報を提供し、必要なメンバーとの連携を積極的に図っていくことが求められると考える。

厚生労働省の調査において日本人の約9割が在宅での最期を希望しているとの報告がある<sup>2)</sup>。本調査でも、末期がんとした際の希望の療養場所として『最期まで自宅で療養したい』が最多であり、在宅緩和ケアが実現できる体制づくりが望まれる。在宅緩和ケアを推進するためには、一般県民、医療者それぞれに対する在宅緩和ケアの普及・啓発活動の実施、在宅医療充実に向けての医療施設の整備、患者・家族と関係機関・関係職種との信頼関係と連携が重要であり、地域で在宅療養者を支援していく体制を構築していく必要がある。

#### 4.5 本研究の限界と課題

本研究では、対象者が内科及び歯科医院の受診者であるため、比較的医療に関する関心が高い集団であった可能性があり、石川県の4医療圏のうち2医療圏からの回答であるため、石川県民全体の認識を反映できたとはいえない。

また、質問紙の「末期がん」の表現の具体的な説明を明記しなかったため、回答者の受け取り方に差が生じた可能性がある。今後、対象者や質問紙の内容を再検討し、居住地域を拡大した調査を行う必要があると考える。

#### 5. 結論

石川県内在住の歯科及び内科医院通院者を対象とし、石川県民の在宅緩和ケアに関する意識調査をした結果、以下のことが明らかとなった。

1. 石川県在宅緩和ケア支援センターについて、『全く知らない』と回答した者は66.4%であった。
2. 末期がんと告げられたとき希望する療養場所については、『最期まで自宅で療養したい』『できるだけ自宅で療養して最期は病院に入院したい』の順であった。
3. 在宅療養を困難だと思う理由は、『家族に負担がかかる』『在宅療養のイメージがつかない』『急に症状が悪化したときが心配』の順であった。
4. 在宅緩和ケアを受けるために必要な要件は、『経済的支援体制が整っているとき』『一時的に入所できる施設があるとき』『家族も在宅緩和ケアを希望しているとき』『24時間対応の体制が整っているとき』の順であった。

本研究の結果をもとに、一般県民及び医療者に対する在宅緩和ケアについての具体的な普及・広報活動内容や、在宅緩和ケアを困難とする理由に対しての解決方法を考え、患者・家族の希望に添えるような、地域が一体化した在宅緩和ケア支援体制の在り方について検討していきたい。

#### 謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力頂きました石川県の歯科医院及び内科医院の職員の皆様、アンケートにご協力頂きました皆様に心より感謝申し上げます。なお、本研究は北陸ガン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致しました。

#### 引用・参考文献

- 1) 加藤亜妃子, 牧野智恵, 岩城直子, 他3名: 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. 石川看護雑誌 8 (1), 83-91, 2011.
- 2) 厚生労働省ホームページ 終末期医療に関する調査等検討会報告書について. 2004.  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8a.html>
- 3) 厚生労働省ホームページ 国民生活基礎調査の概況について. 2007.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa07/4-3.html>
- 4) 厚生労働省ホームページ 国民生活基礎調査の概況について. 2009.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa09/2-3.html>

- 5) 特定非営利活動法人 日本医療政策機構ホームページ 厚生労働省委託事業 平成 22 年度 がん対策評価・分析事業 がん対策に関するアンケート調査結果報告書. 2003.  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan\\_h22\\_houkokusyo.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_h22_houkokusyo.html)
- 6) 石川県在宅緩和ケア支援センターホームページ活動内容について (平成 23 年 4 月現在)  
<http://www.saiseikaikanazawa.jp/kanwacare/index.html>
- 7) OPTIM ホームページ 病棟看護師に対する意識調査について. 1997.  
[http://gankanwa.jp/tools/pro/pdf/4hospital\\_nurse.pdf](http://gankanwa.jp/tools/pro/pdf/4hospital_nurse.pdf)
- 8) 川越厚：在宅ホスピス・緩和ケア 演習形式で学ぶケアの指針. メディカルフレンド社, 6-25, 2003.
- 9) 秋山美紀, 的場元弘, 武林亨, 他 2 名：地域診療医師の在宅緩和ケアに関する意識調査. 日本緩和医療学会誌, 4 (2), 112-122, 2009.
- 10) 武田誠一：「在宅療養支援診療所」の開設数の現状と課題－在宅療養を支える病院の役割について－. 新潟青陵学会誌, 1 (1), 93-100, 2009.
- 11) 山口三恵子, 島津望, 下妻晃二郎, 他 3 名：在宅緩和ケアチームの組織化と課題－岡山モデルによる一事例から－. 広島県立保健福祉大学, 5 (1), 77-85, 2005.
- 12) 白髭豊, 藤井卓：長崎在宅 Dr. ネットによる地域医療連携. 日本医事新報 4224, 29-32, 2005.



## A Questionnaire Survey on Ishikawa Residents Awareness of Home Palliative Care for Cancer Patients

Riho Takizawa, Tomoe Makino, Yukiko Horanai

### Abstract

This study explored the extent to which residents in Ishikawa Prefecture understood home palliative care for cancer patients, as well as the manner in which they wished to utilize such care services. We conducted a questionnaire survey on 235 residents (response rate: 59.6%) in the prefecture. Results can be summarized in the following three points: (1) 67.9% of the respondents knew nothing about the prefecture's cancer care promotion program or the Ishikawa Home Palliative Care Support Center; (2) the most requested place for cancer care would be "home until death" (20.7%), followed by "hospital for end-of-life care" (20.0%) . When asked about reasons for facing difficulty in using home-based cancer care, 72.2% of the residents expressed their concern about the burden placed on their families. Furthermore, 36.1% said that they were simply unable to "imagine" themselves using home-based cancer care; (3) when asked about what would be required for home palliative care, 55.0% of respondents pointed out sufficient financial support and finally, 51.4% said they would need short-term care facilities. These results suggest that efficient promotion of home palliative care requires publicity efforts to raise awareness of its availability , and sufficient support for patients and their families, such as the establishment of short-term care facilities involving the community in general.

Key words home palliative care, reasons for facing difficulty, requirements, Ishikawa residents, questionnaire survey

## 資料

## 女子大学生の冷えの苦痛とその要因の検討

嵯峨瑞花<sup>1</sup>, 今井美和<sup>2</sup>

## 概要

この調査の目的は、冷えを自覚する女子大学生の冷えの苦痛の実態とその要因を把握することである。そこで石川県中部の大学に在学する18～23歳の女性292名を対象に無記名の自己記入式質問紙調査を行った。有効回答数は262名で、131名(50.0%)が冷えを自覚、そのうち48名(36.6%)が冷えを苦痛に感じていた。冷えの自覚は、痩せ型、肩こり・不眠・頻尿・月経痛の症状・複数の症状を有する女性に多かった。冷えの苦痛は、年齢がより高い、夏季に冷房を使用しない、不眠・倦怠感の症状を有する、前腕・大腿・下腿・足底・腹部・複数の部位に冷えを感じる、日中・一日のうち複数の時間帯・春に冷えを感じる女性に多かった。若年女性の冷えの自覚の予防として、10代から「冷え」の認識を深める、適正体重を維持する、冷え以外の症状をケアすることが必要であり、さらに冷えの苦痛の予防として、下肢と腹部を暖める衣類を着用する、一年・一日を通して冷える可能性があることを認識することが必要であると考えられた。

キーワード 冷え, 自覚, 苦痛, 女子大学生

## 1. はじめに

健常女性の約半数が冷えを自覚している<sup>1,6)</sup>。従来冷えの自覚は内分泌環境が変化する思春期と更年期に多いと報告されていたが<sup>1)</sup>、近年では中学生、高校生だけでなく大学生にも冷えの自覚を訴える者が多いことが報告され<sup>7-17)</sup>、幅広い年齢層の女性が冷えを自覚しているといえる。さらに、冷えを自覚する女性のなかで冷えを苦痛に感じ、自律神経症状を中心とする自覚症状を有し、QOL (Quality of life) に支障をきたす女性も存在している<sup>2, 5, 6)</sup>。

そこで本調査では、冷えを自覚する女子大学生の冷えの苦痛の実態とその要因を把握することを目的とした。

## 2. 調査方法

## 2.1 対象・方法・場所・期間

石川県中部のA大学に在学する1～4年生(18～23歳)の女性292名を対象とし、平成22年7月16日、20日、21日、8月9日に各学年の講義室内で、無記名の自己記入式質問紙調査を実施した。研究代表者が研究の趣旨を説明後、学生に質問調査用紙を一斉に配布し、回答後その場で回収した。調査期間の石川県中部の外気温は平均気温

27.4 ± 1.4℃, 最高気温 31.0 ± 1.9℃, 最低気温 23.7 ± 1.4℃, 相対湿度 64.0 ± 8.6%であった(気象庁ホームページ気象統計情報 <http://www.jma.go.jp/jma/menu/report.html>)。実施場所の石川県中部は、石川県の中程に位置し、日本海側の気候で、冬季の積雪と年間降水日が多いことが特徴である。

## 2.2 調査項目

調査項目は先行文献<sup>1-18)</sup>を参考にして、下記の(1)～(14)の項目とした。

(1) 冷えの自覚の有無: 調査用紙に「冷え性とは身体の末梢部位である四肢や腰部に強い冷感を感じる場合をいう」と記載し、「あなたは冷え性だと思いますか」と質問した。回答は「はい」、「いいえ」とし、「はい」の場合を「冷え自覚群」、「いいえ」の場合を「冷え非自覚群」の2群とした。

冷え自覚群に対して(2)の項目を質問した。

(2) 冷えの苦痛の有無: 「冷えることで苦痛を感じる」「冷えるが苦痛は感じない」の二者択一とし、前者を「冷え苦痛群」、後者を「冷え非苦痛群」の2群とした。

冷え自覚群と非自覚群に対して(3)～(10)の項目を質問した。

(3) 学年: 1年, 2年, 3年, 4年の4項目の中から1つを選択する方法をとり4群とした。

<sup>1</sup> 国立大学法人 金沢大学附属病院

<sup>2</sup> 石川県公立大学法人 石川県立看護大学

- (4) 年齢：空欄に記述する方法をとった。
- (5) BMI (body mass index)：身長，体重を空欄に記述する方法をとった。BMI 値は，体重(kg) ÷ [身長 (m)]<sup>2</sup> から得，日本肥満学会の分類<sup>19)</sup> を使用し，痩せ群 (BMI 値 < 18.5)，普通群 (18.5 ≤ BMI 値 < 25)，肥満群 (25 ≤ BMI 値) の 3 群とした。
- (6) 食習慣：食生活の規則性，食事のバランス，冷たいものの摂取の 3 項目を質問した。食生活の規則性は，「食事は 3 食食べますか」と質問し，回答は「はい」，「いいえ」とし，「はい」の場合を「規則的」，「いいえ」の場合を「不規則」の 2 群とした。食事のバランスは，「食事のバランスは良いと思いますか」と質問し，回答は①「よい」，②「だいたいよい」，③「あまりよくない」，④「よくない」の 4 項目の中から 1 つ選択する方法をとり，①②の場合を「よい」，③④の場合を「よくない」の 2 群とした。冷たいものの摂取は，「冷たいものを頻回に摂取しますか」と質問し，回答は「摂取する」「摂取しない」の 2 群とした。
- (7) 運動習慣：「日ごろ運動をしていますか」と質問し，①「ほぼ毎日している」，②「週 3～5 日している」，③「週 1～2 日している」，④「ほぼしていない」の 4 項目の中から 1 つ選択する方法をとり，①②③の場合を「あり」，④の場合を「なし」の 2 群とした。
- (8) 服装：「おしゃれのためなら寒くても薄着や露出の多い服を着ますか」と質問し，回答は「着る」「着ない」の 2 群とした。
- (9) 夏季の冷房使用：「夏場は冷房をよく使いますか」と質問し，①「常に使う」，②「時々使う」，③「あまり使わない」，④「全く使わない」の 4 項目の中から，1 つ選択する方法をとり，①②の場合を「使用する」，③④の場合を「使用しない」の 2 群とした。
- (10) 冷え以外の有する症状：頭痛，肩こり，不眠，ストレス，倦怠感，手足のむくみ，便秘，下痢，頻尿，月経痛，月経不順の 11 の症状について，「症状なし」「症状あり」と質問した。さらに有する症状の項目数を調査した。
- 冷え自覚群に対して (11)～(14) の項目を質問した。
- (11) 冷えを感じる部位 (複数回答)：「冷えを感じる部位はどこですか」と質問し，上腕，前腕，手掌，手背，手の指先，大腿，下腿，足底，足背，足の指先，肩，背中，腰，腹部，臀部の 15 の選択肢を設けた。さらに冷えを感じる部位の項目数

を調査した。

- (12) 冷え自覚年齢：空欄に記述する方法をとった。
- (13) 冷えを感じる時間帯 (複数回答)：「冷えを感じる時間帯はいつですか」と質問し，起床時，日中，就寝前，就寝後の 4 の選択肢を設けた。さらに冷えを感じる時間帯の項目数を調査した。
- (14) 冷えを感じる季節 (複数回答)：「冷えを感じる季節はいつですか」と質問し，春，夏，秋，冬の 4 の選択肢を設けた。さらに冷えを感じる季節の項目数を調査した。

## 2.3 倫理的配慮

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

## 2.4 分析方法

(1) 冷えの自覚，(2) 冷えの苦痛の各々と (5) BMI 群，(6) 食習慣，(7) 運動習慣，(8) 服装，(9) 夏季の冷房使用，(10) 有する各々の症状との関連については  $\chi^2$  検定を行った。さらに (4) 年齢，(5) BMI 値，(10) 有する症状の項目数との関連については t 検定を行った。

(2) 冷えの苦痛と (11) 冷えを感じる部位，(13) 冷えを感じる各々の時間帯，(14) 冷えを感じる各々の季節との関連については  $\chi^2$  検定を行った。さらに，(11) 冷えを感じる部位の項目数，(12) 冷え自覚年齢，(13) 冷えを感じる時間帯の項目数，(14) 冷えを感じる季節の項目数との関連については t 検定を行った。

統計解析には SPSS13.0 J for windows を使用した。なお，セルの期待値が 5 未満の場合は Fisher の直接法を行った。有意水準 5% 未満を有意差ありとし，1% 未満をさらに強い有意差があるとした。

## 3. 結果

### 3.1 対象の属性

質問調査用紙を 292 名に配布し，275 名から回答の同意が得られ回収され (回収率 94.2%)，そのうち 262 名に冷えの自覚と冷えの苦痛の回答があった (有効回答率 95.3%)。対象の学年分布は 1 年生 60 名 (22.9%)，2 年生 72 名 (27.5%)，3 年生 69 名 (26.3%)，4 年生 61 名 (23.3%)，平

表1 冷えの自覚・苦痛と各調査項目 (n=262)

調査項目	総数		冷え自覚群		p値	冷え苦痛群		p値
	人数	( %* )	人数	( %** )	$\chi^2$ 検定	人数	( %*** )	$\chi^2$ 検定
	262		131	( 50.0 )		48	( 36.6 )	
年齢	262		131	( 50.0 )	t 検定	48	( 36.6 )	t 検定
	Mean ± SD	19.87 ± 1.24	19.94 ± 1.28		0.397	20.31 ± 1.26		<b>0.010*</b>
	未回答	0	0			0		
BMI群	痩せ群	35 ( 16.4 )	21 ( 60.0 )			10 ( 47.6 )		
	普通群	175 ( 81.8 )	83 ( 47.4 )	0.248		29 ( 34.9 )		0.417
	肥満群	4 ( 1.9 )	1 ( 25.0 )			0 ( 0.0 )		
	未回答	48	26			9		
BMI値	214		105	( 49.1 )	t 検定	39	( 37.1 )	t 検定
	Mean ± SD	20.32 ± 2.03	20.02 ± 2.01		<b>0.038*</b>	19.66 ± 1.77		0.156
	未回答	48	26			9		
食生活の規則性	規則的	184 ( 70.8 )	92 ( 50.0 )			32 ( 34.8 )		
	不規則	76 ( 29.2 )	38 ( 50.0 )	1.000		15 ( 39.5 )		0.613
	未回答	2	1			1		
食事のバランス	よい	135 ( 52.1 )	69 ( 51.1 )			21 ( 30.4 )		
	よくない	124 ( 47.9 )	59 ( 47.6 )	0.570		26 ( 44.1 )		0.111
	未回答	3	3			1		
冷たいものの摂取	摂取する	182 ( 73.7 )	94 ( 51.6 )			35 ( 37.2 )		
	摂取しない	65 ( 26.3 )	28 ( 43.1 )	0.235		11 ( 39.3 )		0.844
	未回答	15	9			2		
運動習慣	あり	86 ( 33.0 )	47 ( 54.7 )			16 ( 34.0 )		
	なし	175 ( 67.0 )	83 ( 47.4 )	0.273		31 ( 37.3 )		0.706
	未回答	1	1			1		
薄着や露出の多い服装	着る	79 ( 30.3 )	43 ( 54.4 )			18 ( 41.9 )		
	着ない	182 ( 69.7 )	88 ( 48.4 )	0.367		30 ( 34.1 )		0.386
	未回答	1	0			0		
夏季の冷房使用	使用する	221 ( 84.4 )	108 ( 48.9 )			35 ( 32.4 )		
	使用しない	41 ( 15.6 )	23 ( 56.1 )	0.395		13 ( 56.5 )		<b>0.029*</b>
	未回答	0	0			0		

\* , 総数の調査項目人数における% ; \*\* , 冷え自覚群の調査項目人数における% ; \* , p<0.05

均年齢は19.87歳であった。

### 3.2 冷えの自覚・苦痛 (表1)

冷え自覚群は131名(50.0%)で、そのうち冷え苦痛群は48名(36.6%)であった。

### 3.3 冷えの自覚・苦痛と年齢, BMI, 食習慣, 運動習慣, 服装, 夏季の冷房使用 (表1)

冷えの自覚と年齢の間にはt検定で有意差はなかった。冷えの苦痛と年齢の間にはt検定で有意差があり(p<0.01), 冷えの苦痛は年齢のより高い女性に多かった。

身長, 体重ともに記入のあった214名についてBMI値を求めた。冷えの自覚, 冷えの苦痛の各々とBMI群の間には $\chi^2$ 検定で有意差はなかった。BMIの平均値との間にはt検定で有意差があり(p<0.05), 冷えの自覚は痩せ型女性に多かった。冷えの苦痛とBMIの平均値との間にもt検定で

有意差はなかった。

冷えの自覚, 冷えの苦痛の各々と食生活の規則性, 食事のバランス, 冷たいものの摂取, 運動習慣, 薄着や露出の多い服装の各々の間には $\chi^2$ 検定で有意差はなかった。

冷えの自覚と夏季の冷房使用の間には $\chi^2$ 検定で有意差はなかった。冷えの苦痛と夏季の冷房使用の間には $\chi^2$ 検定で有意差があり(p<0.05), 冷えの苦痛は夏季に冷房を使用しない女性に多かった。

### 3.4 冷えの自覚・苦痛と有する症状 (表2)

冷えの自覚と肩こり, 不眠, 頻尿, 月経痛の各々の症状の間には $\chi^2$ 検定で有意差があり(p<0.01, p<0.05, p<0.05, p<0.01), 冷えの自覚はこれらの症状を有する女性が多かった。他の症状との間には $\chi^2$ 検定で有意差はなかった。冷えの自覚と有する症状の項目数との間にはt検定で有意差が

表2 冷えの自覚・苦痛と有する症状 (n=262)

調査項目	総数		冷え自覚群		p値 $\chi^2$ 検定	冷え苦痛群		p値 $\chi^2$ 検定
	人数	( % <sup>**</sup> )	人数	( % <sup>**</sup> )		人数	( % <sup>***</sup> )	
	262		131	( 50.0 )		48	( 38.9 )	
頭痛	あり	82 ( 33.3 )	47 ( 57.3 )		0.241	15 ( 33.3 )		0.470
	なし	164 ( 66.7 )	81 ( 49.4 )			31 ( 43.1 )		
	未回答	16	3			2		
肩こり	あり	127 ( 51.6 )	78 ( 61.4 )		<b>0.002**</b>	31 ( 40.5 )		0.262
	なし	119 ( 48.4 )	50 ( 42.0 )			15 ( 35.3 )		
	未回答	16	3			2		
不眠	あり	52 ( 21.1 )	35 ( 67.3 )		<b>0.013*</b>	18 ( 51.4 )		<b>0.025*</b>
	なし	194 ( 78.9 )	93 ( 47.9 )			28 ( 33.3 )		
	未回答	16	3			2		
ストレス	あり	112 ( 45.5 )	58 ( 51.8 )		0.944	25 ( 44.1 )		0.124
	なし	134 ( 54.5 )	70 ( 52.2 )			21 ( 33.3 )		
	未回答	16	3			2		
倦怠感	あり	123 ( 50.0 )	65 ( 52.8 )		0.799	29 ( 45.5 )		<b>0.038*</b>
	なし	123 ( 50.0 )	63 ( 51.2 )			17 ( 28.3 )		
	未回答	16	3			2		
手足のむくみ	あり	82 ( 33.5 )	48 ( 58.5 )		0.149	18 ( 37.5 )		0.775
	なし	163 ( 66.5 )	80 ( 49.1 )			28 ( 39.1 )		
	未回答	17	3			2		
便秘	あり	84 ( 34.1 )	49 ( 58.3 )		0.154	19 ( 40.0 )		0.598
	なし	162 ( 65.9 )	79 ( 48.8 )			27 ( 37.7 )		
	未回答	16	3			2		
下痢	あり	48 ( 19.5 )	27 ( 56.3 )		0.514	9 ( 32.1 )		0.751
	なし	198 ( 80.5 )	101 ( 51.0 )			37 ( 40.5 )		
	未回答	16	3			2		
頻尿	あり	36 ( 14.6 )	25 ( 69.4 )		<b>0.024*</b>	13 ( 52.0 )		0.062
	なし	210 ( 85.4 )	103 ( 49.0 )			33 ( 34.5 )		
	未回答	16	3			2		
月経痛	あり	122 ( 49.6 )	79 ( 64.8 )		<b>0.000**</b>	32 ( 41.3 )		0.171
	なし	124 ( 50.4 )	49 ( 39.5 )			14 ( 32.3 )		
	未回答	16	3			2		
月経不順	あり	69 ( 28.0 )	36 ( 52.2 )		0.978	14 ( 38.9 )		0.663
	なし	177 ( 72.0 )	92 ( 52.0 )			32 ( 38.2 )		
	未回答	16	3			2		
項目数 <sup>***</sup>		246	128 ( 52.0 )		t 検定	46 ( 35.9 )		t 検定
	Mean ± SD	3.81 ± 2.83	4.27 ± 2.71		<b>0.007**</b>	4.85 ± 2.58		0.072
	未回答	16	3			2		

\*, 総数の調査項目人数における%; \*\*, 冷え自覚群の調査項目人数における%; \*\*\*, 頭痛・肩こり・不眠・ストレス・倦怠感・手足のむくみ・便秘・下痢・頻尿・月経痛・月経不順; \*\*, p<0.01; \*, p<0.05

あり (p<0.01), 冷えの自覚は複数の症状を有する女性に多かった。

冷えの苦痛と不眠, 倦怠感の各々の症状の間には $\chi^2$ 検定で有意差があり (p<0.05, p<0.05), 冷えの苦痛はこれらの症状を有する女性が多かった。他の症状との間には $\chi^2$ 検定で有意差はなかった。冷えの苦痛と有する症状の項目数との間にはt検定で有意差がなかった。

### 3.5 冷えの苦痛と冷えを感じる部位 (表3)

冷えの苦痛と前腕, 大腿, 下腿, 足底, 腹部の各々の部位の間には $\chi^2$ 検定で有意差があり (p<0.01, p<0.01, p<0.01, p<0.01, p<0.05), 冷えの苦痛はこれらの部位に冷えを感じる女性が多かった。他の部位との間には $\chi^2$ 検定で有意差はなかった。冷えの苦痛と冷えを感じる部位の項目数との間にはt検定で有意差があり (p<0.01), 冷えの苦痛は複数の部位に冷えを感じる女性が多かった。

表3 冷えの苦痛と冷えを感じる部位 (n=131)

調査項目	総数		冷え苦痛群		p値
	人数 ( % <sup>**</sup> )	人数 ( % <sup>**</sup> )	人数 ( % <sup>**</sup> )	$\chi^2$ 検定	
上腕	あり	18 ( 13.8 )	8 ( 44.4 )	0.430	
	なし	112 ( 86.2 )	39 ( 34.8 )		
	未回答	1	1		
前腕	あり	6 ( 4.6 )	6 ( 100.0 )	Fisher 0.001**	
	なし	124 ( 95.4 )	41 ( 33.1 )		
	未回答	1	1		
手掌	あり	28 ( 21.5 )	13 ( 46.4 )	0.201	
	なし	102 ( 78.5 )	34 ( 33.3 )		
	未回答	1	1		
手背	あり	24 ( 18.5 )	9 ( 37.5 )	0.879	
	なし	106 ( 81.5 )	38 ( 35.8 )		
	未回答	1	1		
手の指先	あり	96 ( 73.8 )	38 ( 39.6 )	0.171	
	なし	34 ( 26.2 )	9 ( 26.5 )		
	未回答	1	1		
大腿	あり	8 ( 6.2 )	7 ( 87.5 )	Fisher 0.003**	
	なし	121 ( 93.8 )	39 ( 32.2 )		
	未回答	2	2		
下腿	あり	21 ( 16.2 )	13 ( 61.9 )	0.007**	
	なし	109 ( 83.8 )	34 ( 31.2 )		
	未回答	1	1		
足底	あり	50 ( 38.5 )	26 ( 52.0 )	0.003**	
	なし	80 ( 61.5 )	21 ( 26.3 )		
	未回答	1	1		
足背	あり	42 ( 32.3 )	19 ( 45.2 )	0.136	
	なし	88 ( 67.7 )	28 ( 31.8 )		
	未回答	1	1		
足の指先	あり	122 ( 93.8 )	44 ( 36.1 )	Fisher 1.000	
	なし	8 ( 6.2 )	3 ( 37.5 )		
	未回答	1	1		
肩	あり	9 ( 6.9 )	5 ( 55.6 )	0.209	
	なし	121 ( 93.1 )	42 ( 34.7 )		
	未回答	1	1		
背中	あり	6 ( 4.6 )	4 ( 66.7 )	Fisher 0.111	
	なし	124 ( 95.4 )	43 ( 34.7 )		
	未回答	1	1		
腰	あり	7 ( 5.4 )	2 ( 28.6 )	Fisher 1.000	
	なし	123 ( 94.6 )	45 ( 36.6 )		
	未回答	1	1		
腹部	あり	19 ( 14.6 )	11 ( 57.9 )	0.033*	
	なし	111 ( 85.4 )	36 ( 32.4 )		
	未回答	1	1		
殿部	あり	14 ( 10.8 )	7 ( 50.0 )	0.254	
	なし	116 ( 89.2 )	40 ( 34.5 )		
	未回答	1	1		
項目数 <sup>***</sup>	129	46 ( 35.7 )	t 検定		
Mean ± SD	3.64 ± 2.17	4.59 ± 2.47	0.000**		
未回答	2	2			

\* , 総数の調査項目人数における% ; \*\* , 上腕・前腕・手掌・手背・手の指先・大腿・下腿・足底・足背・足の指先・肩・背中・腰・腹部・殿部 ; \*\* , p<0.01 ; \* , p<0.05

### 3.6 冷えの苦痛と冷え自覚年齢・冷えを感じる時間帯・冷えを感じる季節 (表4)

冷えの苦痛と冷え自覚年齢との間にはt検定で有意差はなかった。

冷えの苦痛と日中の間には $\chi^2$ 検定で有意差があり (p<0.05), 冷えの苦痛は, 日中に冷えを感じる女性に多かった。他の時間帯の間には $\chi^2$ 検定で有意差はなかった。冷えの苦痛と冷えを感じ

表4 冷えの苦痛と冷え自覚年齢・冷えを感じる時間帯・冷えを感じる季節 (n=131)

調査項目	総数		冷え苦痛群		p値
	人数 ( % <sup>**</sup> )	人数 ( % <sup>**</sup> )	人数 ( % <sup>**</sup> )	$\chi^2$ 検定	
冷え自覚年齢	131	48 ( 36.6 )	t 検定		
Mean ± SD	75	15.11 ± 2.42	31 ( 41.3 )	14.84 ± 2.48	0.424
未回答	56	17			
冷えを感じる時間帯					
起床時	感じる	41 ( 33.3 )	17 ( 41.5 )	0.427	
	感じない	82 ( 66.7 )	28 ( 34.1 )		
	未回答	8	3		
日中	感じる	56 ( 45.5 )	26 ( 46.4 )	0.038*	
	感じない	67 ( 54.5 )	19 ( 28.4 )		
	未回答	8	3		
就寝前	感じる	96 ( 78.0 )	39 ( 40.6 )	0.079	
	感じない	27 ( 22.0 )	6 ( 22.2 )		
	未回答	8	3		
就寝中	感じる	40 ( 32.5 )	19 ( 47.5 )	0.081	
	感じない	83 ( 67.5 )	26 ( 31.3 )		
	未回答	8	3		
項目数 <sup>***</sup>	123	45 ( 36.6 )	t 検定		
Mean ± SD	1.89 ± 1.28	2.24 ± 1.25	0.020*		
未回答	8	3			
冷えを感じる季節					
春	感じる	32 ( 24.6 )	17 ( 53.1 )	0.029*	
	感じない	98 ( 75.4 )	31 ( 31.6 )		
	未回答	1	0		
夏	感じる	30 ( 23.1 )	10 ( 33.3 )	0.642	
	感じない	100 ( 76.9 )	38 ( 38.0 )		
	未回答	1	0		
秋	感じる	47 ( 38.2 )	21 ( 44.7 )	0.168	
	感じない	83 ( 67.5 )	27 ( 32.5 )		
	未回答	1	0		
冬	感じる	129 ( 99.2 )	48 ( 37.2 )	Fisher 1.000	
	感じない	1 ( 0.8 )	0 ( 0.0 )		
	未回答	1	0		
項目数 <sup>***</sup>	130	48 ( 36.9 )	t 検定		
Mean ± SD	1.83 ± 1.06	2.00 ± 1.11	0.164		
未回答	1	0			

\* , 総数の調査項目人数における% ; \*\* , 起床時・日中・就寝前・就寝中 ; \*\*\* , 春・夏・秋・冬 ; \* , p<0.05

る時間帯の項目数との間にもt検定で有意差があり (p<0.05), 冷えの苦痛は複数の時間帯に冷えを感じる女性に多かった。

冷えの苦痛と春の間には $\chi^2$ 検定で有意差があり (p<0.05), 冷えの苦痛は春に冷えを感じる女性に多かった。他の季節との間には $\chi^2$ 検定で有意差はなかった。冷えの苦痛と冷えを感じる季節の項目数との間にはt検定で有意差がなかった。

## 4. 考察

### 4.1 冷えの自覚・苦痛

本調査では女子大学生の50%が冷えを自覚し, その36.6%が冷えを苦痛に感じていた。冷えの自覚頻度は調査方法により差異が生じると考えられるが, これまでに報告された女子大学生を対象とした冷えの自覚頻度約50~70%の範囲内で

あった<sup>8,17)</sup>。冷えの苦痛頻度もこれまでの報告の12.2～54.8%の範囲内で<sup>2, 5, 6)</sup>、特に定方らの報告(40.6%, 対象者15～77歳, 8～12月調査実施)の10代(15～19歳)で37.9%と同様な頻度であった<sup>5)</sup>。20歳前後の若年女性の半数が冷えを自覚し、その40%近くが冷えることで苦痛を感じていることから、10代のうちから冷えの適切な予防を講じることが求められる。なお、苦痛頻度の報告の間に40%以上の差があるが、近藤らの報告12.2%は、3月調査実施、対象者20～51歳(平均26.4歳)<sup>2)</sup>、今井らの報告54.8%は、10月調査実施、対象者20～60歳<sup>6)</sup>であり、気温差、湿度差、対象者の年齢差が影響していると考えられる。

#### 4.2 冷えの自覚・苦痛と年齢・自覚年齢

本調査では冷えの自覚と年齢、冷えの苦痛と冷え自覚年齢(平均15.11歳)は関連がなかったが、18～23歳の範囲でより年齢の高い女性が冷えを苦痛に感じていた。高山らは女子中学生の31.3%が冷えを自覚し、冷えの発症は平均11.2歳と若年化している<sup>6)</sup>、近藤らは冷えの発症は平均19.3歳で、内分泌環境の変動が関わっている<sup>2)</sup>、田中らは冷えの発症は小学生からの場合もあるが、20～25歳が最も多く、進学・就職などの社会活動が高まり生活に変化が起これ、精神的因子が自律神経系に影響し冷えを発症する<sup>20)</sup>と報告している。冷え自覚女性は年齢を重ねるにつれ、冷えを苦痛に感じるようになるので、10代から「冷え」とそれに関連する要因について認識を深め、冷えを感じ始めた時から冷えへの対処を行い、苦痛を生じないようにする必要があると考えられる。

#### 4.3 冷えの自覚・苦痛とBMI

冷え自覚女性は体脂肪量、筋肉量、BMIが低く痩せ型傾向であると報告されている<sup>4,6, 8, 9, 11-17)</sup>。本調査でも痩せ型女性が冷えを自覚し、BMIの平均値は20.02で正常範囲ではあるが、適正な基準値=22<sup>19)</sup>よりかなり低く痩せていた。なお、本調査では冷えの苦痛とBMIは関連がなかったが、冷えの程度が強いほど痩せの傾向が強いという報告もある<sup>15)</sup>。痩せによる体組織の減少が代謝低下を招き、冷えの苦痛を生じさせる可能性があるため、適正体重を維持する必要があると考えられる。

#### 4.4 冷えの自覚・苦痛と食習慣

本調査では冷えの自覚、冷えの苦痛の各々と食生活の規則性、食事のバランス、冷たいものの摂取は関連がなかった。冷えの自覚と食習慣とは関係がないという報告<sup>5,7, 9)</sup>がある一方、冷え自覚女性は食事の欠食、偏食、身体を冷やす食物の摂取が多い<sup>4, 8, 14)</sup>という報告もある。高尾らは糖質や脂質によるエネルギーは高いがビタミンやミネラル、食物繊維などが不足しがちな食生活は冷えを導く<sup>12)</sup>と報告していることから、今後は食品摂取内容に関する詳細な調査が望まれる。

#### 4.5 冷えの自覚・苦痛と運動習慣

運動量が少ない群で冷え自覚女性の頻度が高いという報告<sup>21)</sup>と冷えの自覚と運動習慣は関連がないという報告<sup>3, 4, 7, 9, 13)</sup>がある。本調査では冷えの自覚、冷えの苦痛の各々と運動習慣は関連がなかった。今後は、運動の種目・内容・活動量・頻度など運動強度を明確にした調査が望まれる。

#### 4.6 冷えの自覚・苦痛と服装

女子小学生を対象にした高山ら<sup>7)</sup>の報告と同様に、本調査では冷えの自覚、冷えの苦痛の各々と薄着や露出の多い服装は関連がなかった。冷えの対処の報告で冷え自覚女性の約40～80%が厚着をする、靴下やストッキングを履くなど着衣を工夫していた<sup>3,6)</sup>ことから、冷え自覚女性や苦痛女性は、冷えの対処として薄着や露出の多い服装を着ない可能性がある。今後は、冷えを自覚した前後、冷えを苦痛に感じた前後での服装の変化の有無とその理由を問う調査が望まれる。

#### 4.7 冷えの自覚・苦痛と夏季の冷房使用

冷えの自覚と冷房使用は関連がないという報告<sup>5, 7)</sup>もあるが、冷え自覚女性は冷房使用率が高いという報告<sup>3, 13)</sup>や冷え自覚女性は冷房に対する冷え感が強いという報告<sup>9, 13)</sup>もある。本調査では冷えの自覚と夏季の冷房使用には関連がなかったが、夏季に冷房を使用しない女性が冷えを苦痛に感じていた。冷えの対処の報告で冷え自覚女性の約2～25%は冷房などの空調調整をしている<sup>3,6)</sup>ことから、冷え苦痛女性は苦痛を軽減するために冷房の使用を控えるという対処を行っている可能性がある。今後は、冷えを自覚した前後、冷えを苦痛に感じた前後での空調調整の変化の有無とその理由を問う調査が望まれる。現代社会は建物に入れればどこでも冷房により温度調節されてお

り、寒冷刺激を避けられない状態である。そのため、冷え予防対策を行わなければ安易に寒冷刺激にさらされることを認識し、衣類などの保温用具を使用するなどの冷え予防対策を行うことが必要であると考えられる。

#### 4. 8 冷えの自覚・苦痛と冷え以外の有する症状

本調査では冷え自覚女性は11項目の症状のうち肩こり、不眠、頻尿、月経痛の症状を有する者が多く、複数の症状(平均4.27個)を有していた。さらに冷え自覚女性のうち不眠、倦怠感の症状を有する者が冷えを苦痛に感じていた。冷え自覚女性が有する自律神経症状の報告では、疲労感・倦怠感、肩こり、不眠、便秘、頭痛が多く<sup>1, 2, 4, 6, 8, 10, 12)</sup>、冷え自覚女性は月経困難や月経過多を訴える者が多い<sup>1, 3, 7)</sup>、月経痛を有する者は冷えを自覚する者が多い<sup>17)</sup>とされており、近藤らの報告では冷え非自覚女性は1.8個、冷え自覚女性は3.1個の自律神経症状を有し<sup>2)</sup>、羽根田らの報告では20項目の自律神経症状のうち4個以上の者は思春期前期から老年期までのどの年代でも冷え自覚女性の方が多くと報告<sup>4)</sup>しており、今回の調査結果はこれまでの報告と同様であった。冷え自覚女性、冷え苦痛女性は冷え以外の症状を複数有することから、これらの症状をケアすることが、冷えを予防することにつながると考えられる。

#### 4. 9 冷えの苦痛と冷えを感じる部位

本調査では、冷えを感じる部位で30%を超えた部位は足の指先、手の指先、足底、足背の四肢末梢部で、冷えを苦痛に感じている女性は四肢末梢部に加えて大腿、腹部などの体幹にまで冷えを感じ、複数の部位(平均4.59個)に冷えを感じていた。冷え自覚女性が冷えを感じる部位の報告では、足趾、足部、手指、手部などの四肢末梢部、腰部などが多く<sup>1, 4, 6)</sup>、女子大学生を対象にした報告でも同様で<sup>10, 13)</sup>、今回の調査結果もこれまでの報告と同様であった。冷え苦痛女性は四肢末梢部に加え体幹まで冷えを感じていることから、靴下で足先だけを保温するのではなく、足全体を温めるような衣類や、腹部などの身体幹部を温めるような衣類を身につけることが、冷えの苦痛の予防として効果があるのではないかと考えられる。

#### 4. 10 冷えの苦痛と冷えを感じる時間帯

本調査では冷えを感じる時間帯で最も多いのは

就寝前の78.0%であり、冷えを苦痛に感じている女性は日中も冷えを自覚し、一日中冷えを感じていた。冷え自覚女性は就寝前、夜間、朝に冷えを感じる者が多いと報告されている<sup>2, 3, 6, 20)</sup>。また、高取らは四肢末梢部の表面温度は外気温の影響を受けやすく、冷えは平均外気温15℃以下になると発症しやすいと述べている<sup>22)</sup>。今回の冷え自覚女性の調査結果はこれらの報告と同様であったが、冷え自覚女性のうち苦痛を感じている者は日中も冷えを自覚しており、朝晩の低い外気温だけでは説明がつかない。今後は、冷え苦痛女性を対象にした四肢末梢部の表面温度と外気温の関連を調査する必要がある。

#### 4. 11 冷えの苦痛と冷えを感じる季節

本調査では冷えを感じる季節で最も多いのは冬の99.2%であり、さらに春に冷えを感じる女性が冷えを苦痛に感じていた。秋から冬にかけて冷え自覚女性が多いとの報告があるが<sup>1, 2, 4, 6)</sup>、調査を行った石川県中部は、3月に入っても平均気温が6℃前後と低いことから(気象庁ホームページ 気象統計情報 <http://www.jma.go.jp/jma/menu/report.html>)、春でも冷えを感じる要因となっていると考えられる。また夏は冷房による寒冷刺激も生じるため、冷え自覚女性とくに冷え苦痛女性は一年を通して、冷える可能性があるとして認識し予防に努めることが必要であると考えられる。

### 5. まとめ

女子大学生の半数が冷えを自覚し、痩せ型で、冷え以外の症状を複数有することから、若年女性の冷えの自覚の予防として、10代から「冷え」の認識を深める、適正体重を維持する、冷え以外の症状をケアすることが必要であると考えられた。さらに冷えを苦痛に感じている女子大学生は、四肢末梢部に加え体幹を含む複数部位に冷えを感じ、日中や春にも冷えを感じていることから、若年女性の冷えの苦痛の予防として、下肢と腹部を暖める衣類を着用する、一年・一日を通して冷える可能性があるとして認識することが必要であると考えられた。

#### 謝辞

本調査を行うにあたり、ご協力頂きました皆様に心より感謝申し上げます。



### 引用文献

- 1) 九嶋勝司, 齋藤忠朝: 所謂『冷え性』に就いて, 産婦人科の実際, 5 (10), 603-608, 1956.
- 2) 近藤正彦, 岡村靖: 冷え性の病態に関する統計学的考察, 日本産婦人科学会雑誌, 39 (11), 2000-2004, 1987.
- 3) 藤原素子, 細野剛良, 平田耕造: 冷え症の成因に関する基礎的研究, 体力研究, (91), 142-147, 1996.
- 4) 羽根田彩代, 水口直子, 幸満季, 他4名: 各年齢層からみた女性の冷えと生活との関係, 愛知母性衛生学会誌, (14), 23-32, 1996.
- 5) 定方美恵子, 佐藤悦, 村山ヒサエ: 女性の冷え症の実態と冷房使用・食生活の関係 年代的特徴を中心に, 新潟大学医療技術短期大学部紀要, 6 (1), 47-58, 1997.
- 6) 今井美和, 赤祖父一知, 福西秀信: 成人女性の冷えの自覚とその要因についての検討, 石川看護雑誌, 4, 55-64, 2007.
- 7) 高山紗代, 河合晴奈, 今井美和: 石川県北部における女子中学生の冷えの自覚の実態調査, 石川看護雑誌, 7, 71-79, 2010.
- 8) 土屋基, 鈴木勝彦, 井上忠夫, 他1名: 異なる気候条件下で暮らす女子高校生の「冷え性」と生活状況の検討, 民族衛生, 71 (5), 207-208, 2005.
- 9) 宮本教雄, 青木貴子, 武藤紀久, 他: 若年女性における四肢の冷え感と日常生活の関係, 日本衛生学雑誌, 49 (6), 1004-1012, 1995.
- 10) 三浦友美, 交野好子, 住本和博, 他1名: 青年期女子の「冷え」の自覚とその要因に関する研究, 母性衛生, 42 (4), 784-789, 2001.
- 11) 青峰正裕, 大和孝子: 若年女性冷え症者における心電図と身体状況の特徴, 心電図, 22 (1), 10-15, 2002.
- 12) 高尾文子, 東真由果, 石井洋三: 大学生の冷え症に関する研究 - 疲労および食生活との関連 -, Biomedical Thermology, 24 (3), 51-57, 2005.
- 13) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生における冷え性と身体状況および生活環境との関連, 総合健診, 29 (5), 46-52, 2002.
- 14) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生における冷え性と食習慣との関連, 総合健診, 30 (3), 323-328, 2003.
- 15) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生の冷え症における心電図と身体所見 - 冷え症の重症度との関連 -, 総合健診, 30 (6), 575-580, 2003.
- 16) 大和孝子, 青峰正裕: 若年女性における冷え症と加速度脈波との関連, 総合健診, 32 (6), 493-499, 2005.
- 17) 平田まり, 隈部敬子, 山本祐子: 女子大学生の月経痛に関連する生活習慣, CAMPUS HEALTH, 40 (2), 79-84, 2003.
- 18) 鈴木正二: 医学大辞典, 南山堂, 1599, 2001.
- 19) 松澤佑次, 井上修二, 池田義雄, 他10名: 新しい肥満判定と肥満症の診断基準, 肥満研究, 6 (1), 18-28, 2000.
- 20) 田中裕介: 冷え性についてアンケート調査からの報告, 東洋療法学校協会学会誌, 29, 43-46, 2005.
- 21) 川越宏文, 高橋健二, 川嶋朗, 他1名: 冷えの実態調査 - 基礎的データと疾患別の冷え程度 -, 診断と治療, 91 (12), 2293-2296, 2003.
- 22) 高取明正: サーモグラフィによる冷え性の診断の確立, 日本産科婦人科学会雑誌, 44 (5), 559-565, 1992.

## Study of Painful Chills and Associated Factors in Female University Students

Mizuka SAGA, Miwa IMAI

### Abstract

The objective of this study was to investigate the occurrence of painful chills and associated factors in female university students who were experiencing subjective chills. An anonymous self-administered questionnaire was distributed to 292 women (age range, 18-23 years) attending a university in central Ishikawa Prefecture; 262 women provided useful answers. The results showed that 131 (50.0%) of the respondents were experiencing subjective chills, and 48 (36.6%) of these were suffering from painful chills. Subjective chills were more common among underweight women and those with shoulder stiffness, insomnia, pollakiuria, algomenorrhea, or multiple symptoms other than chills. Painful chills were more common among older women; those who did not use air conditioning in the summer; those with insomnia or fatigue; those with chills in the forearms, upper or lower legs, soles of the feet, abdomen, or in multiple sites; and those who felt chills during the daytime, at different times of day, or during the spring. The present findings suggest that to establish methods for prevention of subjective chills among young women, it is necessary to deepen their understanding of chills starting during adolescence (10-19 years), to maintain an appropriate weight, and to provide appropriate care for symptoms other than chills. And they suggest that to establish methods for prevention of painful chills, it is necessary to wear clothes that warm the lower extremities and abdomen, and to promote awareness of the possibility of subjective chills at all times of the year and all times of the day.

Keywords: chills, awareness, pain, female university students



## 資料

# 老年期援助困難事例の解決のための視点

## － 事例検討会の議事録の再分析より －

中道淳子<sup>1</sup>，油野聖子<sup>1</sup>，川端祥子<sup>1</sup>，森垣こずえ<sup>2</sup>，直井千津子<sup>2</sup>，  
 関利志子<sup>3</sup>，高田千嘉<sup>4</sup>，高道香織<sup>5</sup>，紺谷一十三<sup>6</sup>

### 概要

本研究の目的は、老年期の援助困難事例において、事例検討会の議事録の再分析をとおり、困難解決のための視点を明確にし、同じような事例に遭遇した際に参考となる資料を作成することである。再分析を10事例で行った結果、【これまでの療養のプロセスを丁寧に見る】【介護者（家族）への立場変換】【できそうなことと困難なことを見極め、ともに考える】【施設全体として初期対応が大切】【自宅での生活者の視点】【患者の希望をスタッフ間で共有する】【相手の心の内に近づく】【現在のケアのあり方を見直す】【看護者の延命治療と家族の延命治療の内容を照合する】【ケアの拒否を患者の力と捉える】という視点が挙げられた。臨床現場では、これらの視点が大切であることを知るだけでなく、「（その視点で）できないのはなぜか」を振り返り、考えていくことが重要であった。今後更に分析事例を増やし、困難の構造についても明らかにしていきたい。

キーワード 高齢者，援助困難，事例検討

### 1. はじめに

本学老年看護学領域では、平成16年度より、臨床現場における困難事例の事例検討会（以下、検討会）を月に1回開催し、平成22年4月の第57回目の検討会において50事例目を検討した。各事例は事例提供者から紙面で紹介され、質疑応答形式で事例への理解を深め、よりよい看護介入に向けた意見交換を繰り返してきた。検討会には県内の老人看護CNSおよび認知症認定看護師なども参加している。検討会に提出されるような困難事例は、多くの臨床現場でも同じように困難事例と捉えられていることが多い。そこで、検討会での意見交換の内容を議事録の再分析をとおり、困難解決のための視点を明確にし、臨床現場で同じような事例に遭遇した際に参考となる資料を作成することを本研究の目的とした。

### 2. 研究方法

#### 2.1 分析対象事例

これまでの50事例のうち、以下の条件をすべて満たした10事例。

- ① 検討会での議事録が詳細にあり、検討内容がわかりやすい
- ② 困難解決の視点が見いだせると複数の研究者が判断した
- ③ 事例提供者から振り返り分析する承諾が得られた

#### 2.2 分析方法

分析対象事例において、検討会に提出された資料と検討会での議事録から、主に事例提供者が以下の手順で分析を行った。まず、「事例提供者が困難だと感じた点・困った点」を明確にし、困難点に関して出された〈検討会での意見・発言〉を抽出した。抽出した〈検討会での意見・発言〉を類似する内容ごとにまとめた。そのまとまりごとに、[意見・発言からの気づき]を挙げ、『検討会で得られた示唆』としてまとめた。最終的に「検討会を終えての事例提供者の認識の変化」を記述した。

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

<sup>2</sup> 金沢医科大学病院

<sup>3</sup> 公立能登総合病院

<sup>4</sup> 医療法人社団浅ノ川千木病院

<sup>5</sup> 独立行政法人国立長寿医療研究センター

<sup>6</sup> 元石川県立看護大学

上記の過程における「検討会を終えての事例提供者の認識の変化」に関しては、分析者が事例提供者と同一人物の場合、分析者が認識の変化を新たに記述した。分析者が事例提供者ではない場合には、議事録から読み取れる範囲で事例提供者の認識の変化を記述したが、議事録から事例提供者の認識の変化が全く読み取れなかった事例において、事例提供者から検討会後の事例に対する認識の変化を聞きとって記述した。

以上の内容を事例毎に提示し、その内容を半数以上の研究者で共有し、その事例の【困難解決のための視点】について話し合い、検討を重ね、研究者間のコンセンサスを得て内容を決定した。

尚、分析過程においては老年看護学の臨床経験及び教育経験が豊富な有識者によってスーパーバイズを受けた。

### 2.3 倫理的配慮

事例は事例提供者により事例の本人またはご家族に検討会で検討することの了解が得られている。また、本研究において事例が特定されるような内容は提示していない。検討会での発言も参加者個人が特定されることはない。

## 3. 結果

### 3.1 分析事例の概要

表1には、分析対象事例の概要を示した。性別は、男性6事例、女性が4事例であり、年代は、70歳代が3名、80歳代が6名、60歳代が1名であった。主疾患は糖尿病や心不全などの慢性疾患や悪性新生物や脳梗塞後遺症など様々である。

表1 分析対象事例の概要

事例	性別	年代	主疾患
A	男	70代前半	Ⅱ型糖尿病, 両下肢筋力低下
B	男	70代後半	脳塞栓症 (左中大脳動脈領域)
C	女	90代前半	多発性脳梗塞, 横行結腸癌 (未治療)
D	男	80代後半	慢性心不全
E	女	80代後半	右大腿骨頸部骨折, 食欲不振, 尿路感染, 認知症
F	男	80代前半	貧血, 廃用症候群, 難聴
G	男	70代後半	意識障害, 肺炎, 低栄養, 多発陳旧性脳梗塞
H	男	80代前半	脳梗塞後遺症 (高次脳機能障害, 失語症, 神経因性膀胱)
I	男	80代後半	慢性閉塞性肺疾患, 窒息後状態, 肺炎
J	女	80代前半	上顎悪性腫瘍

### 3.2 困難解決のための視点を導くプロセス

紙面の都合上、事例Aに関して、分析したプロセスを示す。

A氏は、70代の男性で、Ⅱ型糖尿病の方である。経過としては、40歳代よりⅡ型糖尿病でインスリン自己注射を行ってきた。両大腿骨骨折を機に要介護状態となり介護サービスを受け在宅療養を行っていた。HX年感染症の兆候あり、歩行障害が悪化、転倒し動けなくなった。同時に自己注射が困難となり入院となった。入院中は感染の治療とリハビリテーションを実施。状態が悪い時は看護師が注射を代行していた。家族は、介護者の妻、長男（週末のみ在宅）と3人暮らしであった。

この事例の困難点として事例提供者が挙げたことは、A氏の注射手技は不確実であるのに、退院に向けて自己注射をしようとしな。以前より関わっていた訪問看護師に相談したが「これまでも注射は不確実であったと思う」と具体的な解決策は検討できなかった。A氏はどうしたら自己注射に応じてくれるのかということであった。

検討会では、以下に示すような①～⑥の示唆が得られた。

- ① これまでの療養の過程を振り返ることで、現在のセルフケアを理解することができる
- ② 自己注射に対する医療者と家族の認識の違いがある
- ③ 本人の機能に応じた注射器や方法の検討を行う
- ④ 患者の療養のプロセスを知るためには病院・地域との連携が必須
- ⑤ インスリン自己注射をサポートする体制が不十分な現状がある
- ⑥ 看護師の援助が患者のセルフケアを低下させ

ることもある

最終的な「検討会を終えての事例提供者の認識の変化」を記す。

「病棟看護師は、現状（病棟での患者の姿や起こっている現象）にとらわれやすく、患者家族のこれまでの療養のプロセスを軽視する傾向にあると思う。患者、家族が歩んできた長い道のりを丁寧に辿って理解を深めないと援助の提供は困難である。だがこれまでの療養のプロセスの情報はどのようにして誰から得るのか？今回は在宅療養を支えてきたケアマネジャーの情報より、事例提供者は患者家族の理解が深まったと感じた。地域、病院の生きた連携のためには用紙や電話で伝えるだけではなく、常に患者家族を中心においた話し合いが必要であると痛感した。援助者が、情報を伝えようと、また得ようと努力する姿勢が求められる。

事例提供者は、これまで出来ないところを補うことが援助であると考えていた。それはセルフケアにとって消極的な援助であり、できないからと言って援助してしまえば、機能は低下し高齢者はさらに出来なくなっていくであろう。看護師の役割として、本人や家族が必要だと考え、セルフケアに取り組むことができるよう意識付ける、セルフケアが行えるよう一緒に考える、出来ないところは手伝いながらできるようになるまで見守る、それでも出来ない時のサポートを保障する、ことが重要と認識を新たにされた。

この様に、事例提供することによって、また事例提供して得られた示唆を明らかにすることによって、事例提供者は、看護する視点の変化が見られた。

以上のような分析プロセスを踏みながら、事例を見つめなおし、研究者間で討議した結果、このような事例の困難解決のための視点を【これまでの療養のプロセスを丁寧にみること】とした。具体的には、どのようにセルフケアを行ってきたか、現在の状態をどのように捉えているか、家族との関係は、家族の状況はどのようになっているのか、などについて、本人と家族が納得できるまで根気よく段階的に関わる事が含まれる。

### 3.3 困難解決のための視点

事例 A 以外の【困難解決のための視点】を導き出したプロセスについて、紙面の都合上、詳細には述べられないが、各事例の「事例提供者が困難だと感じた点・困った点（困難点）」とその

困難点に関して出された意見・発言、それらからの気づきをまとめた。『検討会で得られた示唆（示唆）』、【困難解決のための視点】を抜粋して表 2-1 と表 2-2 にまとめた。

事例 B（70 代男性）は、脳梗塞後、胃瘻造設となり、認知機能の低下状態から体幹抑制を行う状況で退院の方向性が見えない状況に対して、退院のことより、まずは日常における必要以上の抑制が無いかを検討し、患者の不快や苦痛を取り除くことに取り組むよう【現在のケアのあり方を見直す】という視点が導かれた。

事例 C（90 代女性）は、ターミナル期にあり、急変時の対応について訪問看護師と介護者の娘との思いにズレがあった。看護師が【介護者（家族）への立場変換】を行い、介護者の思いに近づこうとすることが解決のための視点となった。

事例 D（80 代男性）は、妻の死をきっかけに心不全を繰り返す事例の地域を含めたサポート体制が焦点となり、解決のための視点として、地域の多職種も巻き込み、【できそうなことと困難なことを見極め、ともに考える】が挙げられた。

事例 E（80 代女性）は、骨折後の経過で、認知症がある。認知症高齢者の転倒リスクは主治医から説明はあったが、E 氏が転倒を繰り返すことで家族からの不信感が聞かれ、スタッフは家族に対し拒否の気持ちが生じていた。このような事例では、【施設全体として初期対応が大切】であり、解決のために、家族をクレイマーと捉えず自分たちの関わりを振り返っていくことが必要であった。

事例 F（80 代男性）は、廃用症候群で療養中の方で、夜間不穏になったときの対応について、プロセスレコードによる振り返りから、不穏行動の中にある【相手の心の内に近づく】ことで患者の安定を取り戻す関わりが出来る。

事例 G（70 代男性）は、重度の肺炎で意識障害は免れないが積極的治療により回復の可能性があった。以前の本人の延命治療しない意思を尊重し治療拒否をする家族への関わり方の困難感では【看護者の延命治療と家族の延命治療の内容を照合する】という解決のための視点を見いだした。

事例 H（80 代男性）は、脳梗塞後遺症で退院に向け介護者に技術指導などが行われていた。退院間近に介護者の負担が強いことが露見した。自宅での患者・家族の 24 時間の生活の実状をイメージする【自宅での生活者の視点】が困難解決のための視点となった。

事例I (80代男性)は、肺炎で誤嚥のリスクが高い患者であり、経口摂取のアプローチにスタッフの理解が得られにくい状況であった。患者の食べたいという希望に添うケアは生きる力になること、安全にケアを進める方法を他職種と検討することの有用性を確認して【患者の希望をスタッフ間で共有する】ことが困難解決のための視点である。

事例J (80代女性)は、上顎悪性腫瘍が再発している方で、スタッフやケアを拒否することに困り、困難感があつた。拒否も患者の意思であると受け止め患者の意思を探求するという【ケアの拒否を患者の力と捉える】見方が困難解決のための視点にあがった。

#### 4. 考察

##### 4.1 看護師がリフレクションすることの大切さ

まず、看護実践の過程をリフレクションすることによって、思考と感情が整理されることについて考える。

今回、困難解決のための視点として見出された内容は、これまでも教科書等にかかれた内容と大きな違いはないと考える。検討会を通して、臨床現場では、これまで示されてきている教科書にかかれた内容が大切であるということを知っているだけでなく、「(そのことを)臨床で出来ないのはなぜか」を振り返りつつ、考えていくことが重要なのだと考える。

齊藤<sup>1)</sup>は、実践型概念化方法の5ステップとして、「想起」→「内省」→「フォーカス」→「熟成」→「展開・未来へ」を挙げている。その「内省」のテーマは、(忘れられない体験を)なぜ忘れなかったのか?であり、無意識の意識を意識化するねらいがあるとしている。現場で、繰り返していく中で無意識に実践している事が多く、改めて振り返らなければ、その意識化が出来ないことは多いのではないかとと思われる。

次に、検討会を終えての事例提供者の認識の変化を表現することは、今後の事例への関わりのみならず、これから出会う事例に対する認識を改める事に役立つと思われた。この認識の変化は、検討会での他者からの意見によってもたらされるだけではなく、事例に対する自己の感情を表出し、それに対して出席者から同じような経験や感情の共有ができることも関与していると言える。検討会の有効性として、外池ら<sup>2)</sup>は、「語り」がもたらす感情の解き放ちがあることを報告している。

検討会での検討後に、事例提供者が事例提供してよかったと思えるような場づくりが重要である。

Schön<sup>3)</sup>は、行為の中の省察について、それまで経験して形成された実践的知識を用いながら、その実践過程を振り返ることによって先行する知的操作からは生まれぬ新たな知の生成が存在すると述べている。老年看護における新たな知の生成のためにも、今回得られた困難解決のための視点を仮説として事例を積み重ね、この視点の有効性を検証していくことも重要であろう。

##### 4.2 老年期事例にみられる困難感の特徴

老年期事例にみられる困難感の特徴としては、事例A、事例C、事例D、事例Iにあるように、高齢者一人ひとりのもてる力の見極め方が難しいことが特徴ではないかと考えられた。セルフケア能力や生命力は、看護者の予測をこえて力が発揮されることから、看護者が限界を決めることは難しい。もてる力を期待しすぎるのも高齢者の負担となり、生命力の消耗につながりかねない。看護者は期待しすぎることなく且つ限界を決めずにもてる力を発揮できる環境づくりを惜しまない姿勢でいることが大切である。

次に、事例B、事例C、事例F、事例H、事例Jから考えると、高齢者自身の意思確認の困難さが挙げられる。高齢者には多くの健康問題があり、認知機能障害、感覚機能障害などがあれば、情報の取り込みすら難しいことが多い。また、経験からの自分なりの考え方や、価値観が作られていることもあり、対話する高い能力が看護者に求められていると言える。

村上<sup>4)</sup>も同様に、高齢者のケアマネジメントの現状と課題の中で事例検討会における支援困難事例を通して、利用者(高齢者)とケアマネジャーが共通のニーズを合意できないままに「利用者との相互作用」に困難をきたしていることを指摘している。

天津<sup>5)</sup>は、心を通い合わせるコミュニケーションが、空気や食べ物と同じくらいに重要であることや、たとえどんな状態であってもこころを聴くこととこころを話すことを欠いては看護が成り立たないと言っている。対話が困難であるから、あきらめるということなく関わっていくことが重要である。

最後に、事例C、事例D、事例E、事例G、事例Iにあるように、高齢者においては、社会的な側面(特に家族)の影響が大きく、家族との調整

表2-1 事例（A～E）の再分析における困難点および検討会での示唆と困難解決のための視点

事例	困難と感じた点・困った点	検討会での示唆	【困難解決のための視点】
A	A氏の注射手技は不確実であるのに、退院に向けて自己注射をしようとしないう。以前より関わっていた訪問看護師に相談したが「これまでも注射は不確実であったと思う」と具体的な解決策は検討できなかった。A氏はどうしたら自己注射に応じてくれるのか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>①これまでの療養の過程を振り返ることで、現在のセルフケアを理解することができる</li> <li>②自己注射に対する医療者と家族の認識の違いがある</li> <li>③本人の機能に応じた注射器や方法の検討を行う</li> <li>④患者の療養のプロセスを知るためには病院・地域との連携が必須</li> <li>⑤看護師の援助が患者のセルフケアを低下させることもある</li> </ul>	<p><b>【これまでの療養のプロセスを丁寧にみること】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・どのようにセルフケアを行ってきたか？</li> <li>・現在の状態をどのように捉えているか？</li> <li>・家族との関係、家族の状況はどのようなになっているのか？など本人と家族が納得できるまで根気よく段階的に関わる</li> </ul>
B	B氏は胃瘻造設後主治医より退院の許可が下りたが、下痢による肛門周囲のびらんから座位も困難で、経管栄養は24時間持続投与されている。認知機能の状態から、安全確保目的で体幹抑制を行う状態で、退院の方向性が見えない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>①身体拘束を外す</li> <li>②下痢を改善するように取り組む</li> <li>③多職種のかかわりについて知り、チームで目標を共有する</li> <li>④本人の意思を見出す</li> </ul>	<p><b>【現在のケアのあり方を見直す】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・安全確保目的で患者に抑制を強いていないか？</li> <li>・患者の不快、苦痛に眼を向け、まずそれを取り除くことに取り組む</li> <li>・できない部分を強調するのではなく、残存機能を活かす関わり</li> </ul>
C	C氏に生きていて欲しいという思いから緊急時には病院搬送を希望される娘さんと、自宅で最後を迎えることが一番よいと思う訪問看護師、事例提供者との間にずれがあり、どうしたら娘さんが自宅で看取ると決心してくれるかと、解決方法を模索していた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>①家族の話易い看護師が主に関わり、看護師の想いを押し付けない関わり</li> <li>②家族のゆるい想いに添うこと</li> <li>③介護者の対象理解の重要性</li> <li>④医療者の説明では理解できないことも多い</li> <li>⑤C氏自身の意思確認をする</li> <li>⑥グリーフケアの必要を再確認する</li> <li>⑦看護師にも最後をどう迎えるかさまざまな考え方があり、介護者と話し合い、両者の思いをすり合わせる</li> </ul>	<p><b>【介護者への立場変換】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者に関する質問を受ける（…の…の点はどうか？）</li> <li>・似た事例の経験をもちよる（…の事例では…だった）</li> <li>・介護者の立場に立ち思いを聞く（…は…なんじゃないか？）</li> <li>・価値観の違いを認め合う</li> </ul>
D	D氏や長男は、身の回りのことすべてを担っていた妻が亡くなってから、家事全般を担う状況になったことで心不全を繰り返していた。心不全再燃のリスクが高く、退院後の日々の暮らしや体調管理に関する支援を継続させていくために、病棟から外来、地域の含めたサポート体制をどうしていくのか。	<ul style="list-style-type: none"> <li>①在宅生活を見据えたフィジカルアセスメント</li> <li>②本人の持てる力と、困難を見極め、長生きしたいという目標の中に組み立てていく</li> <li>③自覚することは、自分の身体をいたわる行動を起こすきっかけとなる</li> <li>④家長や父親の役割が継続できる</li> <li>⑤同居の長男だけでなく、次女の力を借りる</li> <li>⑥多職種の「専門性」という力を活用し、連携する</li> </ul>	<p><b>【できそうなことと困難なことを見極め、ともに考える】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の他職種とともに、本人のできそうなことや困難なことを見極める</li> <li>・患者と長男、長女が一緒に考えていけるようにする過程や、患者と長男、長女が共に生活を振り返ることは、患者自身のセルフケア能力を促進させる</li> </ul>
E	認知症高齢者の転倒リスクは、主治医やスタッフからも説明がされているが、E氏が転倒を繰り返す、家族からケアや治療に対して不信感や不満感を訴える声が聞かれるようになった。スタッフにもケアしていて過失があったと言われそうで不安がある。ご家族に対し拒否の気持ちが生じていた。	<ul style="list-style-type: none"> <li>①E氏の認知症症状を家族に知ってもらう</li> <li>②疾患や治療の内容を、家族がどのように理解しているのか確認する</li> <li>③スタッフのケア方針を家族と共有する</li> <li>④家族に対する思いをスタッフ間で共有し、早い段階でズレの内容をアセスメント</li> <li>⑤家族を労い、歩み寄る姿勢をもつ</li> <li>⑥認知症高齢者の安全とリスクについて家族に理解していただく</li> <li>⑦家族からの意見を受け止める</li> </ul>	<p><b>【施設全体としての初期対応が大切】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症高齢者の転倒リスクと尊厳について、家族も理解できるよう、施設全体として説明することが必要</li> <li>・認識のズレは、連鎖・拡散するため早い段階でアセスメントをし、家族と信頼関係を築いていくことが大切</li> <li>・家族の意見をクレーマーと捉えずに自分たちの関わりも振り返る</li> </ul>



表2-2 事例(F~J)の再分析における困難点および検討会での示唆と困難解決のための視点

事例	困難と感じた点・困った点	検討会での示唆	【困難解決のための視点】
F	夜間不穏になり、スタッフナースが困っていた患者に関わり、安定を取り戻した事例。いつのどのようなケアが、よい結果となったのか、プロセスレコードで自分自身のいつもと違う感情や、行動を振り返った。	①普段のケアを見直す ②患者の思いをキャッチする ③患者の背景を理解する ④心のケアをする	<b>【相手の心の内に近づく】</b> ・現象の中にある相手の心の内を理解する ・うまく対応できた事例は振り返り、何が良かったかを言語化し積み重ねる
G	重度の肺炎で意識障害や機能障害といった後遺症は免れないが、積極的な治療で回復する可能性はあった。本人は現在意思表示出来ないが、以前の発言から本人の意思を尊重しようと治療拒否を決定した家族と対峙し、家族にどのように接すればよいかわからない。	①本人・家族の考える延命治療を実際の状況と照らし合わせて確認する必要がある ②医療者の立場や自分の価値観は、本人や家族の思いを理解する障害となり、それが看護師のジレンマとなりやすい ③家族が意思決定するプロセスを見守る ④家族が悩んで選択したことを後押しする関わり ⑤患者個々に自身の命との向き合い方がある	<b>【看護師の延命治療と家族の延命治療の内容を照合する】</b> ・価値観の違いを認める ・意思決定できる情報提供と時間の保障 ・決定したことを支える姿勢 ・本人が自分の命と向き合えるような関わり
H	H氏の高次脳機能障害による行動変容を受け止められず介護不安が強い介護者の娘さんに、看護師側は入院を延長しながら説明や技術指導を行い、不安解消を図ってきた。退院カンファレンスの段まで行ったところで、叔父が病院へ苦情を訴え娘さんが、負担が強いことが露見した。それまで介護負担に関する訴えもなく、サインに気付けなかったことに困難を感じている。	①看護師の価値観でなく、介護者の立場に立って不安を理解し寄り添う ②介護者の周辺のサポート状況をつかみ、介護者をひとりにしない態勢づくりを考える ③本人・介護者と共に考え進める姿勢を持ち、在宅介護を受け入れていく過程に沿う ④患者・介護者の立場から話し合い、方向性を決めていく	<b>【自宅での生活者の視点】</b> ・自宅での患者・家族の24時間の生活の実状をイメージする ・入院中のケアを自宅で行うためには何が必要か、どこに不都合があるか、介護する家族と細かく話し合い入院生活と在宅での生活のギャップを埋めていく ・医療者として疾患の程度で退院をアセスメントするのではなく、患者・家族を生活者とみて、どのような調整が必要かを考えていく
I	誤嚥のリスクのある患者に対する経口摂取へのアプローチを行う際に、スタッフの理解が得られない。リスクを重視し経口摂取を否定する考え方が強くある。	①患者の「食べたい」希望を重視する。 ②客観的な情報を提供しながらスタッフ間での目標を共有する ③他職種に伝えることも大切な技術 ④患者の持つ力を引き出す ⑤地域連携の必要性和困難さ	<b>【患者の希望をスタッフ間で共有する】</b> ・患者の「食べたい」という希望に添うケアは生きる力になる ・安全にケアを進める方法を他職種で検討する事の有用性
J	J氏はスタッフやケアを拒否することがあり、スタッフが戸惑いを感じ、どう対応していったらいいか困難感を持っている。拒否される看護師は、その関わりを振り返っても何がいけないのか言うことができない場合が多い。	①拒否される看護師は無意識にJ氏の脅威となる態度をとっている可能性がある ②患者の声から援助方法を学ぶ姿勢を持つ ③患者とその家族の希望(思い)を確認する ④患者にとって安心できる生活について話し合う ⑤在宅で見る家族の安心を確保する	<b>【ケアの拒否を患者の力と捉える】</b> ・ケアを拒否する患者を看護師は否定的に受け止めてしまいがちである事を知る ・拒否も患者の意志であると受け止める ・患者の意志を探求する

が必要にもかかわらず、家族の情報が得にくい状況が困難感を大きくしている現状も特徴として考えられた。核家族化が進む家族形態の変化に伴いこの困難感が今後も増えていくことが予測された。

#### 4.3 本研究の限界と今後の課題

検討会で50事例を検討しているが、今回分析できた事例は10事例であった。この10事例が50事例の困難解決のための視点を網羅できたとは言いがたい。今後は、さらに分析事例を増やし、困難の構造についても明らかにしていきたい。

#### 5. おわりに

本研究は、検討会で検討された事例の再分析によって、困難事例を解決するための視点を言語化したといえよう。これまでに大事な視点であると学習したことであっても現場では様々な状況からその大切な視点が見落とされており、事例に困難感を感じた際に今回抽出された視点を仮説として適応させて事例を見つめなおすことで、解決の糸口がひろがることが予測される。このような視点を常に取り出せるように看護者として事例を振り返る訓練を積んでいきたい。

#### 謝辞

本研究は平成22年度石川県立看護大学共同研究費の助成を受けて行ったものである。平成16～21年度の事例検討会において多くのご示唆をいただきました天津栄子教授、故佐藤弘美教授に心から感謝いたします。

#### 引用文献

- 1) 斉藤佳子：看護の強みを引き出す実践型概念化方法の開発。臨床看護, 35 (9), 2009.
- 2) 外池晴美, 山田恵子, 松原美紀他：「看護を創る会」の語りによる事例検討会の有効性～「語り」がもたらす感情の解き放ち～。茨城県病医誌, 26, 7-12, 2008.
- 3) DA, Schön 著／柳沢昌一・三輪建二訳：省察的実践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考—, 鳳書房, 51-52, 2007.
- 4) 村上信, 濱野強, 藤澤由和他：高齢者のケアマネジメントの現状と課題—事例検討会における支援困難事例を通して。新潟医福誌 7 (1), 43-50, 2000.
- 5) 天津栄子：老人の特性と「コミュニケーション」—その視点と実際。Quality Nursing, 2 (6), 30-38, 1996.

## **Issues Related to Problem Solving for Cases in which Assistance for the Elderly Presents Difficulties - Re-analysis of Case Examination Meeting Minutes -**

Junko NAKAMICHI, Seiko ABURANO, Sachiko KAWABATA,  
Kozue MORIGAKI, Chizuko NAOI, Toshiko NEYA,  
Chika TAKADA, Kaori TAKAMICHI, Hitomi KONYA

### **Abstract**

The purpose of this study was to clarify issues related to problem solving for cases in which assistance for the elderly presents difficulties, through the re-analysis of case examination meeting minutes to create reference material for handling such cases. According to the re-analysis of 10 cases, the following categories were extracted: [Carefully reviewing past treatment processes]; [Shifting position to the caregiver (family)]; [Determining what can and cannot be done and considering solutions together]; [Considering the initial response of the entire facility as important]; [Considering the perspective of the individual living at home]; [Sharing patients' wishes among staff]; [Understanding the feelings of the elderly]; [Reviewing current care processes]; [Matching the thinking of nursing staff and families regarding the content of life-prolonging therapy]; and [Considering the refusal of care as the patient's choice]. It was important for nurses not only to be familiar with these issues, but also to review the reasons why they could not put them into practice and to consider solutions. In the future, I would like to analyze more cases and clarify the nature of the difficulties.

**Keywords :** the elderly, difficulties in providing assistance, case examinations

## 資料

# セルフヘルプ・クリアリングハウスの歴史と機能 およびその果たす役割と今後の発展に向けた課題

彦 聖美<sup>1</sup>, 大木秀一<sup>1</sup>

## 概要

研究目的は、文献およびインターネット情報によりセルフヘルプ・クリアリングハウス (SHC) の歴史と機能、日本における活動状況を概観し、SHC の役割と今後の発展に向けた課題を整理することである。セルフヘルプクリアリングハウス (SHC) の機能は、セルフヘルプグループ (SHG) の情報を収集し、その活動や立ち上げを支援し、社会への啓発活動を行うことである。SHG の活動が盛んな欧米では、1960年代に初めてSHCが設立されて以来、1970～1980年代に活動が広がっている。日本では、1990年代に「セルフヘルプ支援センター」という名称で運営が開始され、現在は全国で12のセンターが活動している。SHCの役割は、(1) 価値観と情報の多様化と広がりをもたらす役割、(2) 組織や人をつなぐ媒介としての役割、(3) 一般市民・専門職者に対する啓発、にまとめられた。今後の課題は、スポンサーと財源を確保し、SHGの主体性、平等性、応答性の原則に応えた活動を進めることである。

キーワード セルフヘルプ・クリアリングハウス (SHC)、セルフヘルプグループ (SHG)

## 1. はじめに

セルフヘルプグループ (SHG: self-help group) は、様々な健康課題を持つ当事者を主体とした相互扶助・自助グループである。専門的知識とは別体系の経験的知識を有し、ボトムアップに発展する可能性を秘めている。同じ健康課題を持つSHG同士がネットワークを構築して行う支援体制は、行政を主体とする従来のトップダウン式の支援体制と相互に補完することによって、効果的なケアと支援を提供する有力な社会資源となる可能性がある<sup>1,3)</sup>。しかし、個々のSHGの活動基盤は一般に脆弱である。また、相互交流の機会も限られている。SHGの活動が活発な欧米では、SHGの活動を総合的にサポートする組織が活動を行っている。こうした組織をセルフヘルプ・クリアリングハウス (SHC: self-help clearinghouse) と呼んでいる。SHCは時代の要請に合致したものであり、地域の活性化、コミュニティ再生につながり、今後の保健医療行政・施策に少なからず影響を及ぼすと思われる。

しかし、国内ではSHGの成立を支援し、その運営に対して側面的な支援を行う活動は十分ではない<sup>4,5)</sup>。岡<sup>4)</sup>は、SHCを理解するためには、SHGの正しい理解が必要であると述べており、

SHGに対する理解そのものの不足を指摘する。また、SHGの支援やネットワーク化に関する報告は少なく、SHGに対する支援の現状は明らかでない。

以上より本稿の目的は、諸外国と国内のSHCの歴史と機能、日本における活動状況を概観し、SHCの果たす役割と今後の発展に向けた課題を考察し、SHCについての基礎資料を提供することである。

## 2. 方法

SHCに対する情報収集は、以下の3つの方法を用いた。

## 1) 文献情報データベースからの情報検索

医学中央雑誌 Web (Ver.4) と JDream2 を用いて、「セルフヘルプ・クリアリングハウス」or「セルフヘルプクリアリングハウス」or「セルフヘルプ支援センター」をキーワードとして、文献を検索した。検索対象は1983年～2011年7月までの文献とし、「会議録は除く」を加えて検索した。

## 2) 書籍による情報検索

「セルフヘルプ・クリアリングハウス」等を直接タイトルに持つ書籍は見いだせなかった。また、国内では、SHCに関する学術論文が少ないことが予想されたので、SHGに関連する書籍も合わ

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

せて検討した。

文献データベースだけでは把握しきれない文献が生じるので、文献情報データベースと書籍からの情報検索で派生的に得られた文献も参照した。文献内に引用されている海外の論文は、原典を引用された解釈と照らし合わせて確認した。

### 3) インターネットによる国内の活動状況の情報検索

「セルフヘルプ・クリアリングハウス」と「セルフヘルプ支援センター」をキーワードに、インターネットでSHCのホームページを検索し、情報を収集した。

## 3. 結果

### 3.1 検索の結果

#### 1) 文献情報データベースからの情報検索

SHCあるいは類似の概念を扱った学術論文は5件<sup>5-9)</sup>のみであった。これらは報告と一般論文であり、総説・解説はなかった。

#### 2) 書籍による情報検索

国内で入手可能なSHGに関する書籍16冊の内容を全て確認したうえで、SHCに触れている書籍5冊<sup>10-14)</sup>を検討した。

文献と書籍情報の検索で派生的に得られたSHCあるいは類似の概念を扱った文献は、7件<sup>3,4,15-19)</sup>であった。この中には、タイトル名に「セルフヘルプ・クリアリングハウス」を含むが、文献情報データベースからは抽出されなかった2件<sup>4,15)</sup>が含まれた。さらに、書籍情報<sup>10)</sup>内で引用されている海外の論文5件<sup>20-24)</sup>の内容を確認した。

#### 3) インターネットによる国内の活動状況の情報検索

インターネットによる検索の結果、2011年8月現在、国内で活動するSHCのホームページは、準備中のものを含めると12組織で開設されていた。それぞれの組織の設置主体、設置者、活動内容等についてまとめ、表1に示した。

### 3.2 諸外国のSHCの歴史

北米、旧西ドイツ、英国におけるSHCの黎明期の活動について、文献<sup>10, 13, 16-24)</sup>を参考にまとめた。北米(アメリカ・カナダ)は岡<sup>10)</sup>と岡が引用している論文<sup>20-24)</sup>からの、ドイツの情報は岡<sup>10)</sup>からの、英国の情報は岡<sup>10)</sup>と久保<sup>13, 16-19)</sup>からの引用である。

岡<sup>10)</sup>によれば、北米における最初のSHCは、1964年のネブラスカ・セルフヘルプ情報サービ

スである。その後、1970年代中ごろからアメリカ東海岸にそって結成されるようになり、1982年にはいくつかの州でSHCに対する公的な出資がなされるようになった。Madara<sup>20)</sup>の調査によると、1990年には、アメリカの53のSHCが担当している区域が、全国のほぼ半数近くの人口を覆っていた。そのうち半数は精神保健サービス機関から始められたものであり、アメリカのSHCは精神保健と深い関係があることが特徴であった。Wollert<sup>21)</sup>の調査では、SHCは組織として独立していることが多いが、その多数は委員会での意思決定を行っていた。その委員会のメンバーは専門職が多く、SHGのメンバーや住民・ボランティアの代表が少ないことも特徴であった。

Wollert<sup>22)</sup>は、カナダのSHCの歴史も紹介している。カナダのセルフヘルプ支援のための財源は、1983年に開かれた全国シンポジウムを契機に急増した。カナダでは、専門職とSHGのメンバーからなるグループが、連邦政府から補助金を受け、約200万人を対象に活動していた。

岡<sup>10)</sup>によると、ドイツではSHCはコンタクトシュテレ(結び目)と呼ばれている。旧西ドイツのSHCの発展過程は、「セルフヘルプグループ・ドイツ共同研究チーム登録組合(DAGSHG:Deutschen Arbeits-gemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.)」という民間団体と、そのプロジェクトとして設置された「セルフヘルプ活性化・支援全国クリアリングハウス(NAKOS:Nationale Kontakt-und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)」と密接な関わりがあった。1975年、既存のSHGでDAGSHGが結成された。DAGSHGには、SHGの交流促進、SHGに関する情報提供、新しいグループがつけられる場の提供などの役割があった。1984年にはベルリン市政府の財政援助を受けて、DAGSHGのプロジェクトとして、NAKOSが運営されるようになった。NAKOSも、SHGの情報の提供、広報活動、地域におけるコンタクトシュテレ設置の働きかけを行った。DAGSHGとNAKOSの影響のもとに、旧西ドイツでは多数のSHGの支援組織が作られ1990年代には120箇所以上に及んだ<sup>10)</sup>。

久保<sup>13, 16-19)</sup>は、英国のSHCの活動について報告している。1984年に保健・社会保障省の行った地域セルフヘルプ支援プロジェクトに資金が与えられ、その結果、1986年までに、全国で18のSHCが設立された。この計画の実施は、7つの

全国的ボランティア団体によって運営される「セルフヘルプ同盟」に任された。各地域におけるSHCの中核的活動は、リーダーたちへの直接的支援であった。Wollert<sup>23)</sup>は、英国のSHCの中核的活動「リーダーへの直接的支援」が、北米の中核的活動「情報収集と提供」と対照的であるとしている。セルフヘルプ同盟は解散し、1986年に全国セルフヘルプ・サポートセンターが全国規模でセルフヘルプについての啓発活動、各地域のSHCのサポートを受け継いだ。このセンターも保健・社会保障省からの資金援助が切れる1995年に閉鎖となった。その後は、ノッティンガム・ボランティアサービス協議会が、セルフヘルプノッティンガムとして英国のSHG支援の中心的な役割を担う機関となっている<sup>10, 13, 16-19)</sup>。

### 3.3 国内のSHCの歴史と活動状況

表1に示す通り、国内のSHCは、その規模として県を一つの単位とする場合が大半であった。センターの代表者は設置主体や協力機関によって違いがあり、機関や協会の職員、社会福祉職や心理職などの専門職者、健康上の課題を持つ当事者（一般住民）であった。アルコール依存症、ギャンブル依存症、薬物依存症、身体や精神の障がい、摂食障がい、犯罪被害者、認知症や難病をもつ本人あるいは家族など、多様な健康課題を持つ人のSHGを支援していた。

日本初のSHCは、「大阪セルフヘルプ支援センター」であった。この会は、1985年に発足した「大阪セルフヘルプ情報センター設立準備委員会」が発展したもので、SHGメンバー、研究者、ソーシャル・ワーカーなどの専門職者、ボランティアたちが活動に参加した。大阪セルフヘルプ支援センター設立趣意書には、「私たちは、セルフヘルプグループの意義を広め、同じ困難を持つ市民とセルフヘルプグループを結びつけ、グループの持つ様々な問題の解決のために支援することを目的として、大阪セルフヘルプ支援センターを構想しました」という、設立目的が表明されていた<sup>5)</sup>。大阪セルフヘルプ支援センターの電話相談は当番制で、5名程度のスタッフがいるが、すべてボランティアであった<sup>5, 15)</sup>。

その後、1994年から2000年にかけて、埼玉県にクリアリングハウスMUSASHI(1994)、横浜市男女共同参画センター横浜(1996)、ひょうごセルフヘルプ支援センター(2000)、とちぎセルフヘルプ情報支援センター(2000)などが次々

と設立された。横浜市男女共同参画センター横浜は、横浜市が設立した財団法人横浜市女性協会によって運営され、開館当初よりSHGを「市民によるもうひとつの相談室」と位置づけ、ミーティングの場所の提供などを行ってきた。クリアリングハウスMUSASHIは、精神保健関連の課題を中心に支援を展開していた。ひょうごセルフヘルプ支援センターでは、ボランティアスタッフが当番で電話によるSHGの情報提供を行い、県社会福祉協議会と共同で冊子を発行していた。2002年6月に特定非営利法人格を取得した。2001年以降も長野県、宮崎県、沖縄県、福岡県、宮城県などでセルフヘルプ支援センターが設立された。

### 3.4 SHCの機能

文献検討より、SHCの機能をまとめた。海外ではSHCの機能を、アメリカ合衆国ニュージャージーSHCの責任者であるMadara<sup>20)</sup>が、①情報提供、②コンサルテーションと訓練、③開拓的啓発と教育、とまとめた。Wollert<sup>22)</sup>は、アメリカとカナダにある30のSHCの機能を調査した結果、SHCの機能を①情報提供、②コンサルテーション、③地域教育、④調査研究、としていた。Borck & Aronowitz<sup>24)</sup>は、アメリカにおけるSHCの機能を①情報の整理・編集、②情報提供、③技術的援助、④技能開発、⑤地域教育、⑥調査研究、とまとめた。

国内の文献<sup>4-15)</sup>をもとに、日本のSHCの機能をまとめると、①情報収集、②情報提供、③グループ運営に関する相談と援助、④援助技術に関する相談と援助、⑤地域教育、⑥調査研究、が挙げられた。

これらは、情報・技術・啓発の3つの領域における機能に大別された。以下、この点を整理した。

#### (1) 情報領域の機能

SHGに関する、情報の整理・編集と情報提供の機能である<sup>4-10, 12-15)</sup>。SHCでは、地域の中にもどのようなSHGがどれくらい活動しているかを把握し、整理して集約する。実際は、小さなSHGを把握するのは困難であり、SHGの活動拠点・連絡先も絶えず変化する。そのため、常時正確な情報を集めることには限界がある<sup>5, 13-15)</sup>。しかし、近年では、インターネットの普及により、ホームページ上での呼びかけや、各グループのホームページのリンク機能により、情報のネットワーク化が進み、情報集約が行われている<sup>8, 14, 15)</sup>。こうして集められた情報は、健康上の課題を抱え

ている当事者に提供される。当事者は、自分と同じような課題を抱えている人のグループの存在を知り、連絡先を知ることができる。志田ら<sup>7)</sup>は、潜在的ニーズの掘り起こし、社会的に孤立している人々への働きかけとして情報提供は重要な機能としている。該当するグループが無い場合は、同様の課題を持つ人の問い合わせをSHCで蓄積し、ある程度蓄積された時点でグループ化を支援することも可能となる。関心のある市民や専門職にも情報を提供する機能である<sup>5, 7)</sup>。

#### (2) 技術領域の機能

SHGに対する立ち上げや運営、コンサルテーションや援助技術のトレーニングの提供、およびSHGを支援する独自の技術を開発する機能である<sup>4, 8, 12-15)</sup>。グループの組織的な運営方法の具体的な支援には、会を開催する場所の提供や確保に対する支援、会員の募集方法、新聞や広報に記事を出す方法、助成金獲得の方法、専門職の講師依頼の方法などがある。新しいグループを作りたい人には、運営が軌道に乗るまでの支援を行う。さらに、援助技術に関する相談と支援には、対人援助の理論や経験的知識に基づいて、カウンセリングの方法、リーダーシップのスキルなどをアドバイスすることも含まれる<sup>4, 7, 14)</sup>。松田<sup>5, 15)</sup>は、特に専門職者の教育の場としてSHCを位置づけている。専門職者にするSHGとの協力関係の作り方を教育する働きも含まれ、ワークショップやセミナー等を開催することもある<sup>4, 8, 14, 15)</sup>。

#### (3) 啓発領域の機能

広報活動を通じた交流会・講演会・講習会などの開催によって、SHGの活動やSHGに対する知識を地域全体に広め、専門職のみでなく一般市民への啓発をすすめる機能である<sup>4, 5, 7, 9, 10, 11, 14)</sup>。岡<sup>10)</sup>は、日本のSHCに最も求められる事は、広報と社会教育の機能であると述べ、啓発の機能の重要性を強調している<sup>10)</sup>。交流会・講演会・講習会等に一般市民も参加できるように働きかけ<sup>4, 5, 7, 11, 14)</sup>、相互扶助についての啓発活動の場をつくることも可能である<sup>7)</sup>。さらに、SHCはSHGに関する実証的研究を行うことでSHGの意義を科学的に実証する機会を提供できる<sup>5, 9, 10)</sup>。

### 4. 考察

#### 4.1 SHCの果たす役割

SHCが備えている機能を発揮することによって、期待され、遂行されている役目を役割とする。日本におけるSHCの果たす役割について、以下

の3点にまとめた。

#### (1) 価値観と情報の多様化と広がりをもたらす役割

SHCでは異なる健康課題に対する様々なSHGの情報が直接的・間接的に交換される機会が増大する。これは情報ネットワーク理論における異分野交流<sup>3)</sup>に相当するといえる。異分野が交流することにより、価値観と情報が多様化し、予想を超える広がりをもつことが期待できる。SHGの代表者は多くの場合、一定の健康上・生活上の困難を経験し、場合によってはそれを乗り越える力を身に付けた当事者である場合が多い。従って、SHCにおける異分野交流は、差別と偏見をなくす相互教育の場となりうる。

岡<sup>4)</sup>は、SHGの欠点として、SHGメンバーは、他のSHGの活動を知らないために、自分たちの抱える問題の方が大変であるという意識を持つことがあると指摘する。SHCが、異なる健康課題を持つSHGとの交流の場を提供することによって、互いの偏見や無理解・誤解を軽減することが可能となり、互いに様々な生き方を学びあう機会となる。また、リーダー同士の交流は、SHGリーダーのバーンアウトを防ぐ効果もあるといえる。

2010年9月に、ひょうごセルフヘルプ支援センター創立10周年記念事業が開催され、多くのSHGが集まった。その報告書<sup>25)</sup>には、26に及ぶSHG登壇者の感想が掲載されている。その中には「いろいろな生きづらさを抱えた人を知ることによって視野が広がった」、「いままで知ることのなかった世界の様々な出来事が見えてきた」、「悩み事は違っても意識のたどる変化はよく似ていることに気づいた」、「様々な課題・様々な困難のなかにはクロスやリンクする問題が多々あった」など、価値観や情報の広がりに関する感想がみられた。また、「課題が違っていても励ましあい、相談しあえる場所があると安心」、「『あなたも頑張ってる』とお互いを認め合う場となった」、「自分の病気や障がいについて捉えられることなくみんなが仲間という連帯感を感じる」、「共に生きる『仲間』として自覚した」<sup>25)</sup>などの感想もみられた。参加者の一人は、異分野のSHGと交流することにより、それぞれが持つ健康課題に対処する際の共通性と相違性があるという認識を深め、互いに学びあう機会となったと述べている。

SHCにおける異分野交流は、同時に一般市民を巻き込むことにつながる。一般市民を巻き込ん

だ交流の場は、社会福祉に対する市民教育の場となり、セルフヘルプという生き方を社会に広めることにつながる。さらに、SHG 活動を通じて、SHG に属する個人も SHG そのものもエンパワーされていく。どの SHG も「誰もが生きやすい社会」を共通して願っている<sup>25)</sup>。この大きな目標を自覚することは、SHG 活動を支える個人や組織の強い動機付けにつながると考える。

## (2) 組織や人をつなぐ媒介としての役割

SHG は立ち上がって間もない小さなグループから、NPO 法人格を取得して活動しているグループなど様々である。中田<sup>8)</sup>は、SHG はメンバーのニーズにきめ細かく対応できるが、組織は脆弱で容易に潰れる危険性を保有しており、SHC の継続的・組織的な支援の必要性について言及している。

同一の（或いは類似の）健康課題を抱える SHG 同士が多職種を巻き込んでネットワークを構築することの役割や有効性について筆者らは、サポートネットワークシステム（SNS）という概念を提唱した<sup>1-3)</sup>。そして、その意義を①情報量の飛躍的な増加と拡散、②SHG のリーダーやキーパーソンに対するケア（バーンアウトの防御）、③自己完結に終わらない発展性を持った社会活動（1つの課題に対する支援だけの目的から支援全般へのシフト）、④SHG 活動の安定性・継続性と専門機関への信頼度の増加、⑤地域特性の再評価（地域の実情や資源に則した支援）、と整理してきた<sup>1-3)</sup>。他方、SHC は、様々な課題を持って独自の活動をする SHG の連携を支援する。SNS のつながりが水平方向への広がりであるとするならば、SHC の重層的なつながりは、垂直方向への広がりであるといえる。両者が補完し合うことで、さらに充実した自助・支援の活動が期待できる。

SHC は、SHG の活動における組織や人をつなぐ「媒介」としての役割が大きい。しかしあくまでも、主役ではなくアドバイザーとしての立場であることが重要である。基本的に SHG は、当事者自身から活動を求める「応答性」と、地区や施設などに縛られない自由な交流の場と、安全と安心を保障するための「匿名性」を志向する<sup>4)</sup>。SHC が有効に機能すれば、当事者が自分に必要な場を探し、自由に交流の場に参加できることが期待できる。SHC は SHG の匿名性を守るため、従来の地域組織化のように会員の名簿を作成することを必須条件とはしていない。例えば、デリケ

ートな問題の場合、連絡先を表示することは難しい。そのような場合、SHC が当事者たちの仲介役を果たせる。

## (3) 一般市民・専門職者に対する啓発

SHG がテーマとしている課題の多くはマイノリティのものであり、基本的に一般市民の理解を得ることが困難である。SHG は共通の課題を抱えるもの同士が自分たちの利益のために活動している組織と誤解され、広く市民活動団体やボランティア団体として正当な評価が得られないことが多い<sup>14)</sup>。一般市民に向けて、SHC によって正確な情報の発信などの広報活動を行うことは、SHG のニーズを広め、活動の意義が社会的に認知されるように働く。

SHC は、専門職者に対する啓発の役割も大きい。保健医療専門職者にとって SHC の活動は、ヘルスプロモーションの中で重視される「生活モデル」を理解する上で意義が深い。専門職者の知識や技術は、本人が気づかないうちに、患者や SHG の当事者を支配し管理してしまう危険がある<sup>9, 12, 14, 26-30)</sup>。専門職者が行う援助と SHG の行う援助の相違について中田<sup>12, 30)</sup>は、「専門職は検証に基づいた知識体系があり、SHG は素人が体験した知識の集積がある」、「専門職の共感想像力に基づく共感であり、一生涯なんらかの病気や課題を抱えて生きていく人と専門職の間にある距離感是否めない」と述べている。松田<sup>9)</sup>は、SHG においては専門職者による「専門的知識」とは異質の「経験的知識」の交換が行われていることに着目している。SHC の活動は、専門職者が当事者の経験的知識から学ぶ場となる。SHC には、健康課題を持つ当事者を主体とし、一般住民を積極的に巻き込んだ形で健康問題に取り組む支援の方法があるということを専門職者に啓発する役割もあり、保健医療専門職者全体の意識改革につながる発展性が期待できる。

今回の文献検討の結果、国内においては、SHC に関する学術的な研究はほとんど見られないことが明らかになった。看護学では、熟練看護師の優れた実践知である「暗黙知」を可視化し、看護師教育へ活用する取り組みが進められている。このように、個人の経験知として埋もれている高度な技能を、目に見える形で他者に伝えていくことは、実践力の質向上につながる取り組みと考えられる<sup>31)</sup>。SHC の今後の発展のためにも、SHG に関連する経験的知識である「暗黙知」を広く共有できる形で「形式知」に変換する作業<sup>32)</sup>として学術



的な研究が求められる。こうして得られた知識や技術は、専門職者が独占するものではなく、広く一般市民に対しても提供されるべきであろう。

#### 4.2 日本におけるSHCの発展に向けた課題

欧米でSHGが発展してきた背景には、日本と違う文化的・宗教的な素養があり、自発的なボランティア精神（ボランティアリズム）の成熟がある<sup>10, 16)</sup>。日本においても、患者会や断酒会などのグループ活動や、障がい者支援の活動などは、日本社会の文化的背景の中で歴史と実績を積み重ねてきた事実がある。しかし、こうした活動の広報や社会に向けての啓発は必ずしも十分とはいえなかった。今後は、SHCという大きな枠組みの中でSHGを支援することが求められる。

日本において今後、SHCを発展させていくには、スポンサーと財源の確保の課題が挙げられる<sup>8, 14)</sup>。日本は欧米に比べて、社会福祉基金の整備が未発達であり、ボランティアの組織的活動の基盤を支える制度も少ない。日本の社会制度に合った形で、後ろ盾となるスポンサーを見つけ、資金を確保する方法を考える必要がある。

全国には多くのボランティアセンターや社会福祉協議会が活動し、その機能はSHCと酷似している。しかし、行政主導型のボランティアセンターがもつ管理志向や、特定の地域別に活動する社会福祉協議会の活動は、自発性と独立性、平等性などのSHGの志向に反すると指摘される<sup>4, 5, 10)</sup>。このような本質面での違いはあるものの、ボランティアセンターや社会福祉協議会が日本のSHCの発展に関与してきたこともまた事実である。日本のSHCの歴史やSHCの現在の活動状況を見ると、日本のSHCのいくつかは、社会福祉協議会や、都道府県立の精神保健センターと共に歩んできた。これは、強固な組織基盤、財政基盤を得るために必要であったからといえる。中田<sup>8, 12, 14)</sup>は、ひょうごセルフヘルプ支援センターを特定非営利法人化した目的の中で、「直接的な目的として、助成金・補助金を獲得する一助となることが見込まれることである」<sup>14)</sup>と述べている。スポンサー確保と財源確保の問題に対応しつつ、活動の独立性と即応性が期待される点において、特定非営利法人格を持つSHCの活動は、日本式のSHCの発展に、一つの突破口を開く可能性を持つと考える。

スポンサーと財源確保の課題は、前述したように行政機関や他の組織との上下の関係性につな

り、SHGの志向に反するといえる<sup>4, 5, 10)</sup>。欧米のSHCとの違いとして、日本には行政組織の周囲にある半官半民のようなSHGもある。たとえば、SHGの事務処理や雑務を自治体の職員がすべて行い、地元の議員や地元の有力者などが役員に名を連ねている場合もある。行政組織と密着し、行政と市民との調和した関係を演出していると指摘されている<sup>10)</sup>。英国では「金は出すが口は出さない」という方針が守られたため、SHCは発展してきた<sup>5, 10)</sup>。しかし、日本の社会においてはそのようなことは期待しにくい。意識しないうちに集団内の序列化を認め、平等な立場での活動という基本を見失う恐れがある。今後、日本においてSHCが発展していく際には、SHCの自己決定権が失われないように主体性を保つこと、指導する側とされる側に分かれるといった平等性の喪失をしないことが必要である。さらに、行政や専門職者の介入による押し付けられたプログラムの遂行がないように、当事者自身から活動を求める「応答性の原則」<sup>4, 5)</sup>を守ることが求められる。

#### 5. おわりに

セルフヘルプ・クリアリングハウス（SHC）は多くのセルフヘルプグループ（SHG）を組織的に支援する。その結果、必然的に異なる健康課題を持った当事者間の交流が起これり、個々のSHGでは獲得しえない多くの情報の収集と提供・支援技術の提供と開発・社会に対する啓発の機能を持つことになる。日本では、SHGそのものに対する理解が少ない上に、SHCの活動や意義はほとんど知られていない。しかし、今回の研究で明らかになったように、SHCの活動は専門職主体の従来の支援体制とは異なる役割を持っていると言える。日本におけるSHCは発展途上で課題も多いが、専門的な支援体制と補完することで、保健医療福祉の分野において新たな支援の方法を提供することが期待できると思われる。

#### 謝辞

本稿の作成にあたり、ひょうごセルフヘルプ支援センター・ひょうご多胎ネット代表の天羽千恵子氏より、セルフヘルプ支援センターについて様々なご教示を頂きました。また、論文作成にあたり、大間敏美さんに多大なご協力を頂きました。ここに深謝いたします。

本研究は、石川県立看護大学附属地域ケア総合センター調査研究事業（H22-H23）「セルフヘル

プグループを基盤としたサポートネットワークシステムのエンパワーメント効果に対する実証と理論化の研究」(大木・彦)の助成を受けている。

### 引用・参考文献

- 1) 大木秀一：多胎児家庭支援の地域保健アプローチ。ビネバル出版，2008。
- 2) 大木秀一，志村恵，飯田芳枝：石川県における多胎児家庭への支援－いしかわ多胎ネットの構築とピアサポート活動－。北陸公衆衛生雑誌，35 (2)，63-70，2009。
- 3) 大木秀一，谷本千恵：コミュニティにおけるセルフヘルプグループを基盤としたサポートネットワークシステム研究の今日的課題と展望。石川看護雑誌，7，1-12，2010。
- 4) 岡知史：セルフヘルプ・クリアリングハウス～それはなぜ必要なのか～。月刊福祉，77 (2)，58-63，1994。
- 5) 松田博幸：セルフヘルプ・グループに対するサポートを考える わが国におけるセルフヘルプ・クリアリングハウスの活動より。生活教育，46 (5)，46-51，2002。
- 6) 山崎茂樹：セルフヘルプ・クリアリングハウスと精神保健(下)。こころの臨床 a-la-carte，15 (2)，205-210，1996。
- 7) 志水田鶴子，廣庭裕，郡山昌明，他1名：当事者活動支援のあり方に関する研究 当事者活動支援センタークリアリングハウス仙台の支援から。医療と福祉，43 (1)，30-36，2009。
- 8) 中田智恵海：セルフヘルプクリアリングハウスの活動と意義。ソーシャルワーク研究，28 (4)，8-11，2003
- 9) 松田博幸：セルフヘルプ・グループをめぐる「越境」－当事者同士の「つながり」の技法－。ソーシャルワーク研究，34 (4)，31-39，2009。
- 10) 岡知史：セルフヘルプグループの研究(第5版)。自費出版，211-272，275-312，341-410，1995。  
<http://pweb.sophia.ac.jp/oka/res/selfhelp/shg5/>
- 11) 久保紘章，石川到覚編：セルフヘルプ・グループの理論と展開－わが国の実践をふまえて。中央法規出版，191-225，1998。
- 12) 中田智恵海：セルフヘルプグループ 自己再生の援助形態。八千代出版，171-236，2000。
- 13) 久保紘章：セルフヘルプ・グループ 当事者へのまなざし。相川書房，21-58，127-146，2004。
- 14) 中田智恵海：セルフヘルプグループ 自己再生を志向する援助形態。つむぎ出版，138-189，2009。
- 15) 松田博幸：セルフヘルプ・グループと専門性の共有と課題：セルフヘルプ・クリアリングハウスの実践より。社会問題研究，43 (2)，353-376，1994。
- 16) 久保紘章：自立のための援助論セルフヘルプ・グループに学ぶ イギリスの地域の中で感じたこと セルフヘルプとボランティア。看護学雑誌，51 (8)，816-821，1987。
- 17) 久保紘章：自立のための援助論セルフヘルプ・グループに学ぶ イギリスのセルフヘルプ・グループ 1冊の本から。看護学雑誌，51 (9)，916-921，1987。
- 18) 久保紘章：自立のための援助論セルフヘルプ・グループに学ぶ セルフヘルプ・グループの「情報」について イギリスの「ダイレクトリー」。看護学雑誌，51 (10)，1022-1027，1987。
- 19) 久保紘章：自立のための援助論セルフヘルプ・グループに学ぶ 再び「ダイレクトリー」について。看護学雑誌，51 (11)，1128-1133，1987。
- 20) Madara, E. J.: Maximizing the potential for community self-help through clearinghouse approaches. Prevention in Human Services, 7(2), 109-138, 1990.
- 21) Wollert, R.: Self-help clearinghouses in North America: a survey of their structural characteristics and community health implications. Health Promotion, 2 (4), 377-386, 1988.
- 22) Wollert, R. & The Self-Help Research Team.: The self-help clearinghouse concept: an evaluation of one program and its implications for policy and practice. American Journal of Community Psychology, 15 (4), 491-508, 1987.
- 23) Wollert, R.: Self-help clearinghouse: an overview of an emergent system for promoting mutual aid. T. J. Powell. eds.: Working With Self-Help, Silver Spring: National Association of Social Workers, Inc, 254-266, 1990.
- 24) Borck, L. E. & Aronowitz, E.: The role of a self-help clearinghouse. L. D. Borman, et al. eds.: Helping People to Help Themselves: Self-Help and Prevention, New York: The Haworth Press., 121-129, 1982. (文献10より引用)
- 25) ひょうごセルフヘルプ支援センター：特定非営利活動法人ひょうごセルフヘルプ支援センター創立10周年記念事業「誰もが共に生きるまちづくりフォーラム」報告書。2011。
- 26) 岡知史：セルフヘルプ・グループへの専門的援助について。地域福祉研究，14，61-68，1986。

- 27) 久保紘章：自立のための援助論セルフヘルプ・グループに学ぶ 医療職とセルフ・ヘルプグループ. 看護学雑誌, 51 (12), 1232 -1237, 1987.
- 28) 小野智明：セルフヘルプ・グループ活動と専門職の役割. ソーシャルワーク研究, 32 (2), 61-68, 2006.
- 29) 中田智恵海：セルフヘルプグループと専門職. 助産雑誌, 58 (7), 31-36, 2004.
- 30) 中田智恵海：セルフヘルプグループと医療専門職－専門職の役割, 非専門職者の役割. 看護学雑誌, 71 (12), 1092 -1095, 2007.
- 31) 彦聖美, 佐々木順子, 金川克子, 他1名：糖尿病熟練看護師の語る実践しているケア. 石川看護雑誌, 7, 23 -33, 2010.
- 32) 野中郁次郎, 紺野登：知識経営のすすめ－ナレッジマネジメントとその時代－. 筑摩書房, 88 -90, 1999

表1 日本のセルフヘルプ・クリアリングハウス (2011年8月10日現在) \*順不同

No	名称	発足年・代表者	協力機関	活動内容/HPアドレス	SHGの分野など	施設の有無・連絡先等
1	神奈川県社会福祉協議会・かながわボランティアセンター (神奈川県)	2003年 神奈川県社会福祉協議会職員	社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会	①情報提供 ②学習・交流機会の提供 ③相談室等の提供(ロッカー・メールボックス) ④フリースペースの提供 ⑤セルフヘルプ関連冊子の紹介 <a href="http://www.knsyok.jp/s/volunteer_center/selfhelp_top.html">http://www.knsyok.jp/s/volunteer_center/selfhelp_top.html</a>	被害者支援・断酒会・高次脳機能障がい・自死遺族支援・摂食障がい・脳外傷・アレルギイを考える母・生活発見・認知症など	施設あり かながわ県民センター12階
2	横浜市男女共同参画センター横浜 (神奈川県)	1996年 財団法人横浜市女性協会設立、横浜市男女共同参画推進協会職員	公益財団法人 横浜市男女共同参画推進協会	①自助グループをさがす支援 ②定期的にわかちあひミーティングの開催 ③横浜戸塚・南大田・あざみ野の3館の相談室等の提供 ④自助グループの募集(毎年2月頃) ⑤床育支援 ⑥自助グループに関する本の紹介 <a href="http://www.women.city.yokohama.jp/find-from-p/p-grouppe/">http://www.women.city.yokohama.jp/find-from-p/p-grouppe/</a>	トウママ・拒食症・過食症・卵巣がん・子宮筋腫・子宮内膜症・不妊・乳がん・薬物依存症・女性の健康・パチンコ依存問題・ギャンブル依存症など	施設あり 電話相談センター
3	とちぎセルフヘルプ情報支援センター (栃木県)	2000年 当事者と専門職(社会福祉職)	特になし	①県内で活動するセルフヘルプグループに関する情報提供 ②セルフヘルプグループの設立の支援 ③セルフヘルプグループの周知・啓蒙活動 <a href="http://tshc.srv7.biz/about.html">http://tshc.srv7.biz/about.html</a>	アダルトチルドレン・摂食障がい・てんかん・自閉症・アディクション(嗜癖)関連など	施設なし 郵送:郵便局留(とちぎSHC宛)もしくはメール
4	特定非営利法人(NPO)ひょうごセルフヘルプ支援センター (兵庫県)	2000年 当事者で専門職(社会福祉職)	ひょうご市民活動協議会加入(2001年)	①セルフヘルプグループの紹介(カウンセリングではない) ②会員の情報交換 ③ホームページによる情報提供 ④セルフヘルプグループセミナー開催 ⑤リーダー研修会の実施 ⑥本の出版 <a href="http://hyogo-self-help.main.jp/">http://hyogo-self-help.main.jp/</a>	精神障がい、身体障がい、ハートキンソン病患者・家族、不登校、家族介護者、認知症家族、多胎育児、発達障がい、口唇口蓋形成不全、子育て支援、心臓病の子ども、断酒、ハンチントン病など	施設あり 電話・FAX・メール相談
5	大阪セルフヘルプ支援センター (大阪府)	1993年 専門職者(社会福祉職)	大阪ボランティア協会	【支援内容】電話相談(毎週土曜日午後2時~午後6時) ①セルフヘルプグループの紹介 ②セルフヘルプグループづくりの支援 ③グループを作りたいたい人の登録 ④セミナー・講演会等の開催 <a href="http://www.sun-line.or.jp/~selfhelp/osaka/">http://www.sun-line.or.jp/~selfhelp/osaka/</a>	心や身体に病気障がいのあつる人、難病等人、後遺症を持つ人、精神障がい、アルコール、薬物、摂食障がい、依存や嗜癖、子どもや伴侶をなくした人、不登校や中退、出版社拒否、閉じこもり、虐待など	施設あり 電話相談、郵送
6	長野県内の自助グループ情報 道しるべ (長野県)	2001年 SHGに関心を持つ人	特になし	①セルフヘルプグループの情報収集及び紹介 ②イベント・セミナーの広報 ③体験談の紹介 <a href="http://www.dia.ianis.or.jp/~tao/">http://www.dia.ianis.or.jp/~tao/</a>	アダルトチルドレン、薬物依存症、イモーションズ・アノニマス(感情障がい)、ギャンブル依存症、自死遺族など	施設なし メール連絡のみ

表1 日本のセルフヘルプ・クリアリングハウス（つづき）

No	名称	発足年・代表者	協力機関	活動内容/HPアドレス	SHGの分野など	施設の有無・連絡先等
7	クリアリングハウス MUSASHI (埼玉県)	1994年 SHGに関心を 持つ人	特になし	①月例会:原則として毎月第2日曜日、13時～17時 ②電話による紹介活動(月例会の時間内) 【MUSASHIのできること】 セルフヘルプグループの紹介、セルフヘルプグループづくりの支援、グループ同士がわかちあう場の提供 【MUSASHIができないこと】 カウンセリング、心理療法、療養上の助言等、医療機関・専門医の紹介、いのちの電話のような緊急電話相談、グループ運営の直接的援助、運営資金の提供 <a href="http://homepage3.nifty.com/ch-musashi/">http://homepage3.nifty.com/ch-musashi/</a>	性暴力被害者、双極性障がい、神経症の会など	施設なし 郵送:郵便局留 クリアリングハウス宛、もしくは曜日18時～電話(第2日曜日13時～17時)
8	セルフヘルプ情報・北九州 (福岡県)	2003年 精神保健福祉センター職員	北九州市立精神保健福祉センター	①セルフヘルプグループについての情報の収集と発信 ②セルフヘルプグループについて理解を広める活動 ③新たなセルフヘルプグループを作りたい人の情報登録 ④リンク ⑤お知らせ <a href="http://www.geocities.jp/shi_kitakyu/">http://www.geocities.jp/shi_kitakyu/</a>	アルコール依存症、摂食障がい、ギャンブル依存症、アダルトチルドレン、ひきこもり、精神障がいなど	施設なし 電話:毎週水曜日18時半～20時半、メール
9	STIALISH・宮崎セルフヘルプ情報支援センター (宮崎県)	2005年 専門職者 (心理職)	特になし	①情報提供:セルフヘルプグループ等に関する情報収集と提供、電話による情報提供・仲間探し登録 ②わかちあいまーケティング、各種セルフヘルプグループのメンバーやスタッフが経験的知恵をわかちあえる場(現在休止) ③広報・啓発活動:公開ミーティング、ワークショップ開催 <a href="http://www.geocities.jp/selfhelp_stialish/">http://www.geocities.jp/selfhelp_stialish/</a>	人生の中で起きるさまざまな障がい・病気・困難などに関連したグループ、本人によって運営されているもの	施設なし 電話:第1・3水曜日午後6時～午後9時
10	セルフヘルプ支援センター沖縄 (沖縄県)	2003年 専門職者 (心理職)	特になし	①SHGの紹介、設立の支援 ②当事者同士の安全な出会いの場 ③グループの運営支援 ④グループの運営が軌道に乗るまで連絡先の代行 ⑤郵便物・ニューズレターなどのメールボックス機能 <a href="http://www.geocities.jp/centerokinawa/">http://www.geocities.jp/centerokinawa/</a>	依存問題(本人・家族)、性被害・性暴力当事者、難病・特定疾患、発達障がい、精神障がい、摂食障がい、暴力・犯罪被害など	施設あり 電話:月曜日のみ受付
11	当事者活動支援センタークリアリングハウス 仙台 (宮城県)	2007年 NPO雲母倶楽部職員	特定非営利法人(NPO)雲母倶楽部	①セルフヘルプグループの立ち上げ支援 ②セルフヘルプグループの運営支援 ③セルフヘルプ活動への参加支援 ④セルフヘルプ活動に関する情報の収集・提供 <a href="http://kurianimguhausu.p1.bindsite.jp/">http://kurianimguhausu.p1.bindsite.jp/</a>	精神障がい、知的障がい、身体障がい、難病、アディクション、趣味・娯楽のグループなど	施設あり 電話・FAX(常設)
12	岡山セルフヘルプ支援センター準備会 (岡山県)	2012年4月予定 専門職者 (社会福祉職)	特になし	①毎月1回、定例会の開催 *センターの運営を希望する人は、誰でも参加可能。その定例会で、自分は何をやりたいかを提案し、同じ志の人と調整 <a href="http://blog.canpan.info/selfhelp/">http://blog.canpan.info/selfhelp/</a>	被害者支援、依存問題(本人・家族)、発達障がいなどを予定	未定

## History, Functions, Roles, and Problems for Future Development of Self-Help Clearinghouse

Kiyomi HIKO, Syuichi OOKI

### Abstract

The purpose of the present study was to overview the history, function, and activity in Japan of the self-help clearinghouse (SHC) by literature review and Internet search. Moreover, we will discuss the role of SHC and the challenges related to its future development.

The functions of SHC are to gather the information on self-help groups (SHGs), to support their activity or establishment, and to enlighten the public. In Western countries, SHC was first established in the 1960s and its activities expanded in the 1970s/1980s. SHC began in Japan as the “self-help support center” in the 1990s, and currently there are 12 SHCs in total.

The roles of SHC are to diversify and spread values and information, to connect SHGs or individuals with health problems with mediators, and to enlighten both public and health professionals. The challenges SHC faces are to obtain a solid foundation of financial support, and to maintain the SHG principles of independence, equality, and initiative.

Keywords: self-help clearinghouse, self-help group



## 資料

# 精神疾患患者を対象とする訪問看護スタッフの 困難に関する文献レビュー

井上智可<sup>1</sup>, 林 一美<sup>1</sup>

## 概要

精神疾患患者の訪問看護を行う上でどのような困難があるのかを明らかにすることを目的とし19文献を分析した。その結果、精神科訪問看護のスタッフを対象とした文献が12文献、訪問看護ステーションのスタッフを対象とした文献が7文献であった。

精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難を概観したところ、最も多い困難は援助上の困難であった。次いで、経営的不採算、家族の援助上の困難、不安・マイナス感情、連携の困難が多かった。精神科訪問看護以外の訪問看護ステーションの困難の特徴は、頻回・長時間の訪問や電話対応、一人で訪問する不安・危険、緊急時対応が出来ない、本人だけでなく家族も援助の対象になる、精神科の専門知識の不足であった。今後は、症状悪化時の対応等の知識や技術修得への支援、拒否やキャンセル等の経営的不採算を是正するための検討が必要である。

キーワード 精神、訪問看護、思い、ジレンマ、困難

## 1. はじめに

厚生労働省は2004年9月「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を策定し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を定め、受け入れが整えば退院可能な者約7万人について病床数の解消を図るとしている。また、精神障害者の地域ケアを充実するためにACT (Assertive Community Treatment)「包括的地域生活支援プログラム」を積極的に導入することを打ち出している。これらの基本的方策により、退院可能な精神障害者を地域に戻す流れとなっている。この方策を推進してゆくためには、精神科病院併設の訪問看護及び精神疾患患者の援助を主とする訪問看護ステーション(以下、精神科訪問看護という)はもとより、それ以外の訪問看護ステーション(以下、訪問看護ステーションという)の認知症を除く精神疾患患者の受け入れが重要となってくる。なぜなら、退院直後の患者は病状が不安定で、症状管理が必要であり、精神科訪問看護からの援助が不可欠であるが、新しい環境に慣れ、症状が安定した後は、地域の社会資源で患者を支えるシステムが必要である。社会資源のなかでも、医療面と生活面の援助ができる訪問看護ステーションは重要な役割を担う。また、入院していた精神科病

院から離れた場所に退院後は居住する患者もいるため、そういった場合も訪問看護ステーションの受け入れが重要となってくる。さらに、現実的な問題として、退院する患者が増加すれば、精神科訪問看護の受け入れ許容範囲を超え、新規の患者を受け入れられなくなることが予想される。

しかしながら、先行研究からは、精神症状や自殺のリスク、精神疾患患者特有のコミュニケーションへの戸惑いがある<sup>9)</sup>という報告があり、研究者が在宅看護学実習指導中にも訪問看護ステーションの看護師から「対応が難しい」という率直な意見を聞いた。これらのことから、訪問看護ステーションのスタッフが認知症を除く精神疾患患者を看護する上で、困難を感じていることが分かる。この困難を軽減することにより、訪問看護ステーションで認知症を除く精神疾患患者を受け入れやすくなると考えられる。よって、本研究の目的は、認知症を除く精神疾患患者の訪問看護を行う上でどのような困難があるのかを文献から明らかにすることを目的とする。

## 2. 方法

### 2.1 文献検索方法

医学中央雑誌 web.Ver.5 及び JDream II からキーワード『精神』『訪問看護』の組み合わせを

<sup>1</sup> 石川県立看護大学



基本にキーワード『ニーズ』や『思い』や『看護職の思い』や『困難』や『ジレンマ』をそれぞれ組み合わせ検索した。検索条件として、原著論文のみとし会議録は除いた。論文のタイトルと抄録を確認し、研究目的と照らし合わせ、検討すべき文献を抽出した。論文タイトルと抄録を確認しただけでは不明なものは内容を確認した。研究対象は訪問看護師だけでなく、医師、精神保健福祉士など多職種のスタッフも含めた。なぜなら、精神疾患患者を地域で支えるには、精神科医、保健師、看護師などの保健医療スタッフと精神保健福祉士などの福祉スタッフとが多職種チームとして、多面的な視野のもとに共同して支援を行うことが有効だからである<sup>20)</sup>。また、研究目的から精神科訪問看護の体験を語った報告での困難について記載されている文献も含めた。検索した文献の中で、認知症に焦点をあてた文献は除いた。認知症は、主に高齢者の記憶障害や周辺症状に対するケアが主体であり、認知症以外の精神疾患とはケアの質が異なると判断したため除外した。

## 2.2 分析方法

文献検索より得られた各文献中の結果を精読し、精神疾患患者の訪問看護を行う上で困難を表現している部分を抽出し内容別に整理した。抽出する際、調査方法が質問紙による結果の場合は、極端に少数のものは除き、また、半構成的面接による結果の場合は、「カテゴリー」、「サブカテゴリー」、「概念」を中心に抽出した。表現が具体的になく、困難の内容が理解できない場合は語られた言葉を抽出した。体験を語った文献は内容を精読し、困難を感じたと表現している部分を抽出した。抽出したものは「小項目」とし、「小項目」の内容が類似しているものをまとめ「中項目」にした。さらに、「中項目」の内容が類似しているものをまとめて「大項目」にした。信頼性を高めるため、共同研究者が、「小項目」の抽出内容を確認後、「中項目」及び「大項目」にする段階でまとめ方が妥当であるか確認した。

## 3. 結果

医学中央雑誌 web.Ver.5 及び JDream II より得られた文献のうち重複しているものを除いた18文献と研究目的に合致する1文献を含めた19文献を検討した。19文献中、精神科訪問看護のスタッフを対象とした文献が12文献、訪問看護ステーションのスタッフを対象とした文献が7文

献であった。

### 3.1 精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難 (表 1-1, 1-2, 1-3)

19文献を分析した結果、大項目が12項目、中項目が27項目、小項目が149項目得られた。文献を精神科訪問看護と訪問看護ステーションに分け、引用文献に記載した文献番号を表 1-1, 1-2, 1-3 に記載した。

#### (1) 経営的不採算

経営的不採算は、拒否・キャンセルによる経営的不採算、頻回・長時間の訪問や電話対応、時間・手数はかかるがコストにつながらないからなる。拒否・キャンセルによる経営的不採算は、精神科文献から3文献、訪問看護文献から4文献抽出された。これは、患者からの拒否による契約の不成立や契約成立後も拒否、突然のキャンセルによる経営的不採算からなる。頻回・長時間の訪問や電話対応は4文献全て訪問看護文献から抽出された。これは、頻回な訪問依頼や訪問終了時間が読めないこと、頻繁・長時間の電話対応からなる。時間・手数はかかるがコストにつながらないは、精神科文献から3文献、訪問看護文献から3文献抽出された。これは、訪問看護導入までに雑多の問題解決が必要であり、多職種との調整が複雑で時間がかかる、退院できないため契約が成立しないかもしれない不確かさ、訪問先が遠いため、病院側が交通費を負担するなどの経営的不採算からなる。

#### (2) 単独訪問の不安・危険

単独訪問の不安・危険は、複数訪問が困難、一人で訪問する不安・危険からなる。複数訪問が困難は、複数訪問での診療報酬が設定されていないことや、マンパワー不足により複数訪問ができない状態からなる。一人で訪問する不安・危険は、精神科文献から1文献、訪問看護文献から5文献抽出された。これは、一人で訪問することに不安を感じており、精神的緊張が高いことからなる。

#### (3) 連携の困難

連携の困難は、専門医・主治医との連携が難しい、(医師以外の)専門職・関係機関・住民との連携・情報交換ができないからなる。専門医・主治医との連携が難しいは、精神科文献から2文献、訪問看護文献から5文献抽出された。これは、専門医や主治医と連携がとれないことによって、治療方針が明確でなく、訪問看護の必要性が見い出せな

い、医師の訪問看護の理解が不十分、往診を依頼しても実施されないことからなる。(医師以外の)専門職・関係機関・住民との連携・情報交換ができないは、精神科文献から4文献、訪問看護文献から5文献抽出された。これは、地域の福祉事務所、福祉担当者などの行政機関や社会資源との連携がとりにくい、ケアマネジメントされていないため、それぞれがバラバラな援助をしていることからなる。

#### (4) あいまいな合意

あいまいな合意は、契約時のあいまいな合意からの弊害からなる。これは、精神科文献から1文献、訪問看護文献から1文献抽出された。これは本人や家族の要望がないまま、医療者の意向で訪問が開始されるため、拒否的な態度の方も多いためからなる。

#### (5) サポート体制の不足

サポート体制の不足は、緊急時対応が出来ない、スタッフのサポート体制の不足からなる。緊急時対応ができないは3文献から抽出され、全て訪問看護文献であった。これはなにかあった時(症状悪化時)に病院に頼れないことや精神科救急体制不備で緊急時対応ができないことからなる。スタッフのサポート体制の不足は、スーパービジョンの不在、精神科看護の経験豊富なスタッフがないこと、学ぶ機会がないことからなる。

#### (6) 援助上の困難

援助上の困難は、精神症状悪化時の対応が難しい・危険を伴う、訪問時間以外の生活状態・問題行動が把握しにくい、生活援助の困難、身体管理が難しい、効果が見えにくい、その他の精神疾患特有の援助困難からなる。精神症状悪化時の対応が難しい・危険を伴うは、精神科文献から8文献、訪問看護文献から4文献で12文献抽出された。これは、暴力やセクハラ行為、自傷・他害の恐怖、依存が強く非常識な振る舞い、病状悪化による近隣への迷惑行為、不衛生な環境(訪問看護師のアレルギー発作を引き起こしかねない環境)に怯むからなる。訪問時間以外の生活状態・問題行動が把握しにくいのは訪問看護文献から3文献抽出された。生活援助の困難は、精神科文献から3文献、訪問看護文献から2文献抽出された。身体管理が難しいは、精神科文献から1文献、訪問看護文献から1文献抽出された。効果が見えにくいのは、4文献から抽出され、全て精神科文献からであった。その他精神疾患特有の援助困難は、精神科文献から7文献、訪問看護文献から2文献で9

文献抽出された。これは、訪問看護の臨床ではよくあるお茶やお菓子のもてなしを(経済的に余裕のない)精神疾患患者からいただくことの対応困難(丁寧に断つても自分からのものは変なものが入っているからもらってもらえないと考え、関係の構築に支障が生じる)や病識がないことで援助の必要性を理解してもらえない、また、指導をしても自己否定と捉えられ激しく非難する、自立支援や訪問看護の終結の見極め時期の難しさからなる。

#### (7) コミュニケーション上の困難

コミュニケーション上の困難は、コミュニケーション・信頼関係構築が難しいからなる。これは、精神科文献から3文献、訪問看護文献から5文献抽出された。これは、本音の話ができず、意欲や悩みを引き出せない、ほとんど話さずコミュニケーションがとれないなどの精神科看護特有のコミュニケーションへの戸惑いや信頼関係の構築に時間がかかることからなる。

#### (8) 家族の援助上の困難

家族の援助上の困難は、家族の疾患への理解が不十分・理解できない、本人だけでなく家族も援助の対象になる、本人だけでなく子どもも援助の対象になる、家族から協力を得ることが難しいからなる。家族の疾患への理解が不十分・理解できないは、精神科文献から2文献、訪問看護文献から4文献抽出された。これは、家族が疾患を理解できない、認めない、援助の成果を性急に求める、家族が本人以上にがんこ、こだわりが強いからなる。本人だけでなく家族も援助の対象になるは5文献から抽出され、全て訪問看護文献からであった。これは、本人より家族に問題が多く、家族も知的レベルが低く、精神障害であることが多いため、服薬管理をしなければならぬ、家族が患者の病状に振り回されストレスがたまっているなど家族も援助を必要とすることからなる。本人だけでなく子どもも援助の対象になるは、患者が主婦である2文献から抽出され、全て精神科文献からであった。家族から協力を得ることが難しいは、精神科文献から1文献、訪問看護文献から3文献抽出された。

#### (9) 知識不足による困難

知識不足による困難は、精神科以外の知識の不足、精神科の専門知識の不足からなる。精神科の専門知識の不足は、4文献抽出され全て訪問看護文献であった。これは、疾患や面接技法の知識不足、本人や家族への看護の目標、援助方法、関わ

り方が分からない、自殺のリスクや入院の必要性の判断の難しさからなる。

#### (10) 不安・マイナス感情

不安・マイナス感情は、自身のケアに対する不安、マイナス感情やむなしさからなる。自身のケアに対する不安は、精神科文献から4文献、訪問看護文献から4文献抽出された。これは、自分の行く看護に自信がもてず、よくわからないままケアしている不安、ケアの保証ができないからなる。マイナス感情やむなしさは、精神科文献から6文献、訪問看護文献から3文献で9文献抽出された。これは利用者に対し陰性感情をもつ、働きかけても変化のないむなしさや徒労感、十分なケアができないという不全感、拒否や暴力を受けた後の看護師の不安や自信のなさ、精神症状に付き合うしんどさ、精神的ケアへの戸惑い、(訪問看護を)引き受けざるを得ない、(引き受けると)報酬に見合ったことをしなければならぬからなる。

#### (11) 偏見からの困難

偏見からの困難は、偏見からのやりにくさからなる。これは、精神科文献から1文献、訪問看護文献から1文献抽出された。これは、偏見が強く、本人や家族のつらさに関して近隣の方の理解が得られないことや看護師が買い物同行時に知人と会った時に感じる地域の精神科のイメージの悪さからなる。

#### (12) 社会資源の不足・経済的問題からの困難

社会資源の不足・経済的問題からの困難は、精神障害者を支える医療機関・サービスなどの社会的資源の不足や経済的問題からなる。これは、精神科文献から2文献、訪問看護文献から2文献抽出された。

## 4. 考察

### 4.1 精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難の特徴

精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難を概観したところ、援助上の困難、経営的不採算、家族の援助上の困難、不安・マイナス感情、連携の困難が多かった。最も多い困難は援助上の困難であった。これは精神科文献と訪問看護文献を合わせ最多で、のべ35文献から抽出された。特に、精神症状悪化時の対応が難しい・危険を伴うは12文献から抽出され、精神科看護の経験のない訪問看護ステーションのスタッフだけでなく、精神科訪問看護のスタッフも精神症状悪化時の対応に困難を感じていることが分かる。また、その

他精神疾患特有の援助困難は9文献から抽出された。これはモノをもらう行為への対応や指導を自己否定と捉えスタッフが謝るまで許さないなど、8つの小項目は類似したものではないが、精神科特有の援助困難と言え、対応に苦慮していることが分かる。

特に、知識や経験が不足している訪問看護ステーションのスタッフには、精神症状悪化により危険がある場合には、自身を守る方法、どのような時にどの関係機関に連絡すれば援助を受けられるのか、患者の精神状態を落ち着かせる具体的な方法などの知識修得の援助が早急に必要である。また、あらかじめ暴力などがあることが分かっているならば、複数名訪問が有効であると考え、精神科病院からの訪問看護も訪問看護ステーションからの訪問看護も複数名訪問は認められている(平成22年4月から訪問看護ステーションは複数名訪問看護加算が認められた)。しかし、複数名訪問が認められる場合は、暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為などがあり、かつ、利用者またはその家族が複数名訪問に同意する場合である。精神疾患患者には病識がなく、家族も疾患の理解が不十分な場合も多い。また、経済的負担が増えるため、患者や家族が承諾しない場合も予想される。

経営的不採算、家族の援助上の困難、不安・マイナス感情は、精神科文献と訪問看護文献合わせて、それぞれのべ17文献より抽出された。経営的不採算は、患者の拒否や突然のキャンセルにより報酬が全くなく、交通費も認められないため、事業者にとって非常に痛手である。精神疾患患者の訪問看護の場合には、拒否や突然のキャンセルがあっても診療報酬の一部を認めるなどの対策が必要であると考え、家族の援助上の困難は、家族が疾患を十分理解出来ない、また、受け入れられないという点が精神疾患特有と言える。疾患の特徴や経過などを説明し、家族が患者を見守ることができるような知識や対応技術修得の援助が必要であると考え、不安・マイナス感情は、精神科訪問看護、訪問看護ステーションのスタッフともにマイナス感情を抱いていることが分かる。精神疾患患者の看護は、働きかけに対する変化が見えないことや誠心誠意働きかけても妄想の対象となる、拒否やクレームによりむなしさや徒労感を感じやすいことが分かる。このようなマイナス感情を緩和するには、林は仲間とのディスカッションやピアサポートが有効であるが、それだけでは

十分ではなくスーパーバイズのような第3者の支援が必要である<sup>13)</sup>と言っている。

連携の困難は、精神科文献と訪問看護文献を合わせ、のべ16文献より抽出された。(医師以外の)専門職・関係機関・住民との連携・情報交換ができないは、9文献から抽出された。特に、ケアマネジメントの中心となる専門職がおらず、関わる機関がバラバラの対応をしていることから、今後は援助全般の舵取りをする介護保険のケアマネジャーのようなキーマンが必要となると考える。

専門医・主治医との連携が難しいは、訪問看護文献から多く抽出された。患者を支えるには主治医との連携が非常に重要であるため、精神科医との連携が十分にとれるような体制づくりが必要であると考える。

#### 4.2 精神科訪問看護以外の訪問看護ステーションの困難の特徴

精神科訪問看護以外の訪問看護ステーションの困難の特徴は、頻回・長時間の訪問や電話対応、一人で訪問する不安・危険、緊急時対応ができない、本人だけでなく家族も援助の対象になる、精神科の専門知識の不足の5つがあることが分かった。この5つは、中項目において、精神科文献から全く抽出されず、訪問看護文献のみから抽出された、あるいは、精神科文献から1件のみ抽出され、訪問看護文献から多く抽出されたものである。

電話対応に関しては、夜間は緊急時対応のため一人のスタッフが当番を担うが、長時間対応していると他の患者からの緊急対応ができないため、対応に苦慮していることが分かる。また、長時間訪問に関しては、医療保険からの訪問看護では、目安が30分から90分程度となっているが、精神疾患患者の場合は長時間になる場合がある。頻回な訪問については、症状悪化時の対応や不在のため何回も訪問する場合があるが、一日に何回訪問しても報酬は変わらないため経営的不採算となる。このように、電話対応での報酬、精神疾患患者の長時間訪問加算や複数回訪問加算が制度化されることが望まれる。

一人で訪問する不安・危険は、1文献を除き、複数名訪問看護加算が認められる前の調査期間をもとにしていたためとも考えられるが、現行の複数名訪問看護加算は、精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難の特徴でも述べたが、「利用者またはその家族の同意を得ること」が前提となっている。訪問看護ステーションのスタッフは精神科

看護の経験がないため精神的緊張も高いことから、利用者またはその家族の同意を得えなくても暴力行為などがあれば複数名訪問看護加算を認める検討が必要である。

本人だけでなく家族も援助の対象になるは、身体的ケアが中心の訪問看護の場合は、多くは家族に主介護者がおり、訪問看護スタッフと家族が一体となり利用者を支えているが、精神疾患患者の場合は、家族も精神疾患である場合などが多く、家族からの援助を期待できないばかりか、家族のケアまでが必要となる。そのため、訪問看護ステーションのスタッフはその点を困難と感じるのではないかと考えられる。

緊急時対応ができないは、精神科訪問看護では併設病院という受け入れ先があるためこのようなことはないが、訪問看護ステーションでは常に考えなければならないことである。緊急時に対応できる安心感がなければ、訪問看護ステーションで精神疾患患者を受け入れることは難しく、緊急時の受け入れ体制づくりが急務である。

精神科の専門知識の不足は、スタッフが看護の目標、援助方法、関わり方の基本的知識から精神症状や自殺のリスク、入院の必要性などの臨床的判断の知識まで精神科全般の知識不足を感じていることが分かる。このことから訪問看護ステーションのスタッフに研修や検討会等の学ぶ機会が必要であり、また、簡便に精神科の専門的知識を修得できるような手引書が有効であると考えられる。

#### 5. 結論

精神疾患患者の訪問看護を行う上での最も多い困難は、援助上の困難であった。次いで、経営的不採算、家族の援助上の困難、不安・マイナス感情、連携の困難が多かった。また、精神科訪問看護以外の訪問看護ステーションの困難の特徴は、頻回・長時間の訪問や電話対応、一人で訪問する不安・危険、緊急時対応ができない、本人だけでなく家族も援助の対象になる、精神科の専門知識の不足の5つがあった。今後は、精神症状悪化時の対応について、知識や技術修得への支援が必要であると考えられる。また、本研究の限界として、文献件数が19文献と少なかったこと、また、精神科訪問看護のスタッフを対象とした文献が12文献、訪問看護ステーションのスタッフを対象とした文献が7文献と前者が多く偏りがあった。

表1-1 精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難

大項目	中項目	小項目	精神科文献	訪問看護文献	
(1) 経営的不採算	拒否・キャンセルによる 経営的不採算	契約が不成立となることもある		16	
		患者に拒否される	3, 6, 13	10, 15, 16, 19	
		突然のキャンセル		10, 15, 16, 19	
	頻回・長時間の 訪問や電話対応	頻繁・長時間の電話対応			10, 12, 15, 16
		頻回な訪問依頼			10, 16
		訪問時間が読めない			16
		時間内に終わらない・次の訪問に支障をきたす			16
		緊急時の頻回訪問			15
		緊急時の長時間訪問			15
	時間・手数はかかるが コストにつながらない	訪問看護導入までの雑多な問題の解決や多職種との調整のむずかしさ			16
		訪問看護導入までの不確実さ（退院できない）			16
		訪問導入に時間がかかる			16
		事務手続きなどに手間がかかるがコストにつながらない			12
安否確認のため何度も訪問し手間がかかるが、実績につながらない				15	
訪問看護では採算がとれないので受け入れてもらえない		8			
訪問看護は週5回算定できるが実際に週5回行っていない		8			
(2) 単独訪問の不安・危険	複数訪問が困難	単独での訪問（複数訪問に診療報酬が設定されていない）		16	
		複数の看護師で受け持つことが困難		11	
		複数で訪問したいが余裕がない	8	15	
	一人で訪問する不安・危険	一人訪問に不安・恐怖	13	10, 11, 12	
		一人での訪問が困難		15	
		看護師の精神的緊張が高い		10, 16	
	(3) 連携の困難	専門医・主治医との連携が難しい	専門の医師・主治医と連携がとれない	13	10, 12, 15, 16, 19
			治療方針が明確でなく、訪問看護の必要性が見い出せない	13	
			指示書を書く医師の訪問看護の理解が不十分		15
			看護師が往診を依頼しても実施されない		15
内科的問題が生じた時内科医との連携が難しい			1		
(医師以外の) 専門職・関係機関・住民との連携・情報交換ができない		多職種・多機関との連携・情報が得られにくい	5, 7	10, 12, 15, 16	
		行政に入ってもらうまで時間がかかる		12	
		ケアマネがないためバラバラの対応	7, 13	12, 15	
		地域の社会資源（精神障害者復帰施設等）とのネットワークが少ない		19	
		看護師同士の連携の取りづらさ	14		
(4) あいまいな合意	契約時のあいまいな合意からの弊害	一つの部署では支えきれない		12	
		知識交換の場がない		12	
		住民との連携が難しい	5		
		（本人や家族の要望がないまま）あいまいな合意で援助が開始される	13		
		（しかたなく訪問看護を受けているので）拒否的な態度の方も多	13	12	
(5) サポート体制の不足	緊急時対応が出来ない	なにかあった時病院に頼れない		12	
		精神科救急体制不備で緊急時対応ができない		15, 19	
	スタッフのサポート体制の不足	業務時間内の記録時間を確保することの難しさ	14		
		スーパービジョン不在	13, 14		
		アドバイスがタイムリーに受けられない		19	
		看護師同士では解決策が見いだせない	13		
		精神科看護の経験豊富なスタッフがいない		10, 16, 19	
学ぶ機会がない（日々の訪問体制を組むことに精一杯）		16			
利用者の問題を一人で抱え込む	3, 6				

※精神科文献：精神科訪問看護のスタッフを対象とした文献番号

※訪問看護文献：訪問看護ステーションのスタッフを対象とした文献番号

表1-2 (つづき) 精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難

大項目	中項目	小項目	精神科文献	訪問看護文献	
(6) 援助上の困難	精神症状悪化時の対応が難しい・危険を伴う	精神症状が悪い時の対応	2, 14	10, 15	
		暴力・セクハラ行為の対応	3, 6	10, 12, 15, 16	
		自傷・他害の恐怖	13		
		攻撃的な言動がある方に接した時の対応		12	
		病状や薬物の副作用によりADL, 栄養状態, 他者との関係確立に障害をきたす		15	
		依存が強く, 非常識な振る舞い	4	10, 15, 16	
		受診拒否		15	
		妄想の対象になった	18	15	
		病状悪化による近隣への迷惑行為		15	
		不衛生な環境に怯む (スタッフにアレルギーがある場合)	13		
		病状が安定しない・不安が軽減しない	2		
	拒否が強くなることがある	2			
	本人の治療の維持が困難	7			
	訪問時間以外の生活状態・問題行動が把握しにくい	訪問時間外の生活状況・問題行動が把握しにくい (服薬・飲酒)			10, 16
		怠薬			15
	生活援助の困難	不衛生からなんとかしなければと援助をしたくなかったが, これが看護の仕事なのか疑問	13, 18		
		部屋の掃除がしたいが (できず) もどかしさを感じていた	4		
		(基本的な生活を営むことができない) 利用者の生活力の乏しさ			10, 16
		不衛生な環境に怯む	13		
	身体管理が難しい	食事や水分量低下により, 全身状態が悪化, 生命の危機	2		15
		合併症 (糖尿病が一番多い) の食事管理がうまくいかない			15
	効果が見えにくい	ケアの効果が見えない	3, 6, 13		
		看護の効果としてのエビデンスがみえにくい (スタッフ) モノをもらう行為	8		
	その他精神疾患特有の援助困難	症状管理	17		
		病識欠如のため援助の必要性を理解してもらえない	5		
		利用者からのクレーム	2, 13		15
		指導は自己否定と捉え, スタッフを拒絶非難, 謝るまで許さない	3, 6		
一旦, 信頼関係ができると特定の看護師しか受け入れない				15	
自立支援の難しさ				12	
訪問看護の終結の見極め時期		3, 6, 14			
(7) コミュニケーション上の困難	コミュニケーション・信頼関係構築が難しい	コミュニケーションがとりにくい		16	
		本音の話ができない	3, 6		
		本人の意欲を引き出せない	2		
		利用者の悩みが見出だせない	3, 6		
		本人の感情・気持ちが把握しがたい	2		
		精神科看護特有のコミュニケーションへの戸惑い			9
		ほとんど話さずコミュニケーションがとれない	2		
		指導や会話がはぐらかされる	2		
		話の内容に統一性がない			11
		対話の中で小さな変化を見つけてゆくことの難しさ			12
		精神的な傷つきやすさへの恐れ			9
		関係構築に時間がかかる			10, 16

表1-3 (つづき) 精神疾患患者の訪問看護を行う上での困難

大項目	中項目	小項目	精神科文献	訪問看護文献	
(8) 家族の援助上の困難	家族の疾患への理解が不十分・理解できない	家族が疾患を理解できない、認めない	13	10, 12, 15, 16	
		家族の理解を得ることの難しさ	13, 14		
		家族が援助の成果を性急に求める	13		
		家族が本人以上にがんこ、こだわりが強い		12	
	本人だけでなく家族も援助の対象になる	本人より家族に問題が多い			10, 16
		家族も知的レベルが低い			12
		家族の服薬管理をしなければならない			12
		家族も精神障害者であることが多い			11, 12
		家族が高齢、介護負担軽減や対応が難しい			10
	本人だけでなく子どもも援助の対象になる	病状に振り回されストレスがたまっている			15
		本人が親として行動しづらい	7		
		子にとって安全な環境の保持が困難	7		
		子の発達状態が心配	7		
		時間と人手が2倍以上かかる(親と子の対応)	7		
		子どもとのかかわりをどこまですべきか	7		
	家族から協力を得ることが難しい	主婦(母・妻)の役割を果たすため、家族へのアプローチが必要	4		
キーパーソン不在				12	
家族から情報を得にくい				16	
		単身者の場合家族と連携することが難しい	14		
		家族が不在(共稼ぎ)		15	
(9) 知識不足による困難	精神科以外の知識の不足	内科的な知識が必要、精神看護といっても総合的な看護能力が問われている	1		
		ターミナル期で在宅に帰る際、在宅で看取ることの情報提供が不十分	1		
	精神科の専門知識の不足	精神症状や自殺のリスクの判断の難しさ			9
		入院の必要性の判断が困難			11
		自分の発言が通じているのか判断がつきにくい			12
		薬のコントロールがうまくいかない			12
		疾患についての知識がない			16
		看護の目標、援助方法、かかわり方が分からない			16
		面接技法の研修をうけたい			12
		家族への関わり方が分からない			9
(10) 不安・マイナス感情	自身のケアに対する不安	訪問看護のケアに自信が持てない	3, 6		
		この看護援助でよいかわからない	13	10	
		自分になにができるのか			12
		よく分からないままケアしている不安	14	9, 16	
		(看護の)方向性がちがうのかと悩む			12
		傾聴が主なケースでは役に立っているのかと思う			12
	マイナス感情やむなしさ	ケアの保障ができない			16
		利用者に対し陰性感情をもつ	3, 6, 18		
		働きかけても変化のないむなしさ			9
		拒否により無力感を感じ、自信を無くす	2, 13		
		訪問看護の意味が見いだせず徒労感	13		
		達成感を感じることは少ない	13		
		十分なケアができないという不全感			9
		暴力を受けた後の看護師の不安や自信のなさ	14		
		精神症状に付き合うしんどさ			9
		精神的ケアへの戸惑い			12
これでよいのかとしんどくなる			16		
(訪問看護を)引き受けざるを得ない	13				
報酬に見合ったことをしなければならない	13				
(11) 偏見からの困難	偏見からのやりにくさ	偏見がある(近隣の方の理解が得られない) (看護師が買い物同行時などに感じる)精神科のイメージの悪さ	14	12	
(12) 社会資源の不足・経済的問題からの困難	社会的資源の不足・経済的問題	アパートがすくない	14		
		精神障害者が孤立しないような体制・サポートする仕組みが不十分			12
		近くに精神障害者の訪問看護が少ない			12
		(患者が)絵を習ってみたいが通う場がない			15
		指定通院医療機関の不足により訪問距離が長く、サービスを縮小せざるを得ない	8		
経済的問題	14				

## 引用文献

- 1) 鈴木優美子, 情野武志, 大越成子, 他1名: 精神科訪問看護の経験. 松村総合病院医誌, 18 (1), 127-133, 2000.
- 2) 小田心火: 精神科訪問看護の有効性と課題-訪問看護ステーションにおける利用者, 看護師双方に対する調査から-. 東邦大学医学部看護学科・東邦大学医療短期大学紀要, 18, 5-21, 2004.
- 3) 船越明子, 宮本有紀, 萱間真美: 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識. 日本看護科学会誌, 26 (3), 67-76, 2006.
- 4) 田崎真理子, 平ユミ子: 主婦を支える訪問看護の役割 統合失調症の患者の事例を通して. 日本精神科看護学会誌, 50 (2), 553-556, 2007.
- 5) 長谷川智子: 精神科訪問看護における看護師の支援技術と支援認識-外来での訪問看護の実態から-. 日本看護学会論文集, 38, 96-98, 2007.
- 6) 井関敏男, 大川賀久, 工藤隆司, 他5名: 訪問看護師が抱えるジレンマとその対策 東北地方の精神科訪問看護師における実態調査より. 日本精神科看護学会誌, 51 (3), 169-173, 2008.
- 7) 辻本直子, 栄セツコ, 橋田歩, 他2名: 精神科訪問ステーションにおける子育て中で精神障害のある人への支援に関する研究. 訪問看護・在宅ケア研究助成事業報告書, 13, 57-72, 2008.
- 8) 美濃由紀子, 宮本真巳: 医療観察法における訪問看護の現状と課題 ケア効果とスタッフのかかえる困難に焦点をあてて. 精神看護, 11 (3), 60-63, 2008.
- 9) 飯村麻紀: 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護に携わる精神科経験のない看護師の困難とニーズ. 病院・地域精神医学, 51 (2), 145-146, 2009.
- 10) 大向征栄, 新井香奈子, 中野康子, 他8名: 明石市精神科訪問看護ネットワークの構築に関する取り組み-精神科訪問看護実態調査および研修会の実施-. 訪問看護・在宅ケア研究助成事業報告書, 14, 1-23, 2009.
- 11) 田中たか子, 重信好恵, 菅野恭子, 他4名: 精神障害者への訪問看護のかかわり 受け入れ困難事例を通して. 練馬医学会誌, 15, 44-46, 2009.
- 12) 林裕栄, 田中敦子: 精神科訪問看護の活動実態-A 県内の訪問看護ステーションの実態調査から-. 日本看護学会論文集 (地域看護), 40, 201-203, 2009.
- 13) 林裕栄: 精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難. 日本看護研究学会誌, 32 (2), 23-34, 2009.
- 14) 片岡三佳, 村岡大志, 森康成, 他4名: 岐阜県下における精神科病院からの訪問看護を行なっている看護職の思い. 日本看護学会論文集 (精神看護), 40, 15-17, 2010.
- 15) 林裕栄, 内田恵美子, 田中敦子: 訪問看護ステーションにおいて在宅精神障害者の援助実態とその困難性. 訪問看護と介護, 15 (1), 42-46, 2010.
- 16) 新井香奈子, 中野康子, 梶原理絵, 他1名: 管理者の認識する精神科訪問看護実践における困難. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 18, 119-118, 2011.
- 17) 清水美都穂: 臨床で出会う倫理ジレンマ-どう整理し納得していくのか2訪問看護の場面で「モノをもらおう」ということ. 精神看護, 38 (2), 9-11, 2011.
- 18) 鈴木貴子: 一般身体科も精神科も訪問看護の基本は変わらない. コミュニティア, 13 (5), 24-26, 2011.
- 19) 安西信雄, 萱間真美: 新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究「精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策」. 平成22年厚生労働省科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業)
- 20) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課「精神障害者アウトリーチ推進事業の手引」



## Difficulties of Visiting Nursing Staff in Caring for Psychiatric Patients: Review of the Literature

Chika INOUE<sup>1</sup>, Kazumi HAYASHI<sup>1</sup>

### Abstract

The objective of this review was to clarify the types of difficulties encountered by visiting nurses associated with caring for psychiatric patients, based on a review of 19 reports in the literature. The literature included 12 reports regarding staff of psychiatric hospitals and visiting nursing stations that care mainly for psychiatric patients, and seven regarding staff of visiting nursing stations that care mainly for patients with a physical disease.

We surveyed the difficulties encountered by nurses in caring for psychiatric patients, the most common difficulty being provision of adequate care for these patients. This was followed by financial issues, supporting the family, uneasiness/negative feelings of staff, and lack of cooperation from psychiatrists, administration staff and so on.

The characteristic difficulties encountered by visiting nursing stations, except psychiatric hospitals and visiting nursing stations that care mainly for psychiatric patients, were frequent and long visits, frequent and long hours spent on telephone support, uneasiness/danger of unaccompanied visits, impossibility of coping with emergencies, caring for not only patients but also their families, and lack of knowledge regarding psychiatry. In the future, it will be necessary for visiting nurses to examine the support available for acquiring further knowledge and skills involved in caring for patients when their symptoms become worse. It will be necessary to revise medical rewards to increase the profitability of visiting nursing stations.

Key words psychiatric disease, visiting nurse, feelings, dilemma, difficulties

## 資料

# 文献から見る発達障害児の早期発見と支援継続のための 5歳児健康診査の現状と課題

子吉知恵美<sup>1</sup>

## 概要

本研究において、法制化がされていない5歳児健康診査（以下、5歳児健診）の実施方法の実態を文献から把握し、5歳児健診による発達障害児の早期発見と支援継続のための現状と課題を文献から検討することを目的とした。5歳児健診実施は、就学前スクリーニングとし早期介入の必要性から有用であるという。しかし法制化されていない乳幼児健診であり、各自治体独自に実施されているため実施方法は、現状として集団健診と訪問型、それらを混合した訪問型かつ集団健診の3つの方法があった。健診方法により携わる健診スタッフや健診における保育観察の視点の有無が異なり、このことが5歳児健診の健診方法やそれに伴う健診スタッフ職種や人数の違いに影響していると考えられた。また法制化されていない健診であるため自治体のコスト負担となり、発達障害児の早期発見と支援継続のために有用であるという5歳児健診実施の有無に影響していると考えられた。

キーワード 5歳児健康診査, 発達障害児, 早期発見, 支援継続

## 1. はじめに

平成8年から鳥取県大山町で、5歳児健診が実施されるようになった。現行で実施している乳幼児健診では、注意欠陥/多動性障害（以下、ADHD: attention-deficit/hyperactivity disorder）や学習障害（以下、LD: learning disability）や広汎性発達障害といった発達障害を発見することは自閉症以外では、まだ発達障害の症状を呈する時期でないため困難であることが述べられている<sup>2~3, 6~7, 20)</sup>。

さらに、3歳児健診以後、就学時健診までスクリーニングの機会はなく、発達障害が5歳頃に集団生活を通し、症状が顕著に顕われてくることから、早期介入の機会を得るために5歳児健診は発達障害児の早期発見に関して有用であるという。しかし、5歳児健診が開始され15年を経て、未だ母子保健法で実施されていない。各自治体負担で実施され、鳥取県（一部は発達相談）と栃木県は全県で行われているが、それ以外では実施地域は限定されているのが現状である。このような中、発達障害者支援法が施行され、また、厚生労働省は5歳児健診実施マニュアルを公開し、発達障害児の早期発見・適正支援のための5歳児健診に対する共通認識が得られる体制をとった。実際5歳

児健診を実施している地域として把握できる数は、平成17年度及び平成18年度に実施された「乳幼児健診システムに関する全国調査」（1次調査）<sup>22)</sup>で5歳児健診を実施しているとの回答があった自治体数55である。健診方法についての研究報告は、「軽度発達障害児への気づきと支援マニュアル（2006）」<sup>23)</sup>があるが、それ以外には専門家の経験論ではないエビデンスベースの報告は少なく5歳児健診方法についての検討データの蓄積が必要である<sup>12)</sup>と考える。また、5歳児健診後の支援の継続について平岩<sup>11)</sup>は、5歳児健診を行い支援につなげなければ健診をしないほうがいと述べている。5歳児健診を実施し、就学前の早い段階に発達障害児を発見することの意義は、就学前の早期から児が必要な支援を受けることであるとする。さらに、子どもの発達上の問題について保護者の認識がない、あるいは受容できない場合は、どのような支援体制の整備等が支援につながるか検討することが5歳児健診実施の意義に関わると考えられる。

5歳児健診は、発達障害児の早期介入のためには有用な健診であると考えられる中、実施にはさまざまな困難がある。5歳児健診の実施に弊害となっている課題とその後の支援を継続していくために実施されている工夫と課題を本研究において

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

現状分析の中から検討したいと考える。

本報告においては、法制化がされていない5歳児健診の実施方法の実態を文献から把握し、5歳児健診による発達障害児の早期発見と支援継続のための現状と課題を文献から検討することを目的とする。

## 2. 方法

### 2.1 対象

過去10年間(2000年～2009年)に発表された5歳児健診に関する文献を、医学中央雑誌とJ-Dreamにより「5歳児健診」をキーワードとし検索した。医学中央雑誌では29件、J-Dreamでは125件あった。このうち、5歳児健診で発達障害の発見を目的とした論文を選別し、講演集を除き原著論文5件、解説2件、厚生労働科学研究報告書5件を対象とした。さらに5歳児健診実施状況と課題について明確に示されていると筆者が判断した特集8件を含めた計20件を本研究の対象とした。

### 2.2 分析方法

対象とした文献を、年次別、内容別に分類し分析を行った。研究内容について各論文を精読し、5歳児健診の効果と健診方法や健診視点などの現状を抽出し、まとめた。

分析した文献より、5歳児健診の現状と課題や今後どのようにしていきたいかについて、具体的記述をまとめた。そして、発達障害児の早期発見と支援継続のための課題内容をもとに10項目に分類した。

そして、各論文で述べられている課題から発達障害児の早期発見と支援継続のための課題内容と展望について分類しまとめた。

### 2.3 用語の定義

5歳児健診方法について下記の意味でそれぞれの用語を使用する。

訪問型：幼稚園や保育所に健診スタッフが出向いて、児の普段の保育環境での様子をみながら健診を実施する。

集団健診：保健センターなどに親子を集めて健診を実施する。

訪問型かつ集団健診：幼稚園や保育所に健診スタッフが出向くが、さらにそこに親も呼び集団健診の方法で実施する。

支援継続：就学後を見据えた就学への支援継続の

ことである。

## 3. 結果

### 3.1 5歳児健診に関する文献対象数と発表年次別推移(図1)

2000年から2009年までに、発表された5歳児健診に関する対象文献は20件であった。

年次別の文献数の推移は図1に示す。

2000年から2005年の間は、医学中央雑誌とJ-Dreamともに0件であり、2006年から少しずつ増えはじめた。

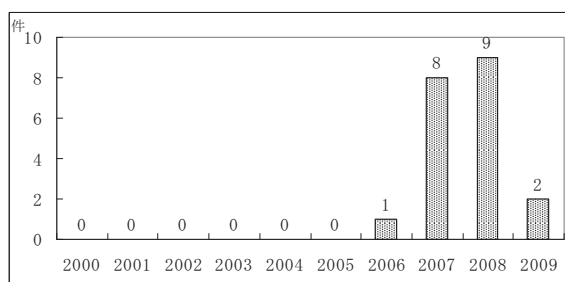


図1 5歳児健診に関する文献対象数と発表年次別推移 (n=20)

### 3.2 5歳児健診の効果と就学への支援継続の工夫の現状(表1)

5歳児健診の効果と就学への支援継続の工夫について対象文献をまとめた結果、5歳児健診の実施方法には訪問型が2件、集団健診が5件であった。さらに両方を組み合わせた健診方法として、保育所や幼稚園を健診場所とし、集団健診スタイルをとる訪問型かつ集団健診が2件あった。

以上から、集団健診を行っている健診事例が一番多く、訪問型と訪問型かつ集団健診は2事例ずつみられた。

健診スタッフは、保健師・医師は必ず配置されており、保育士・心理士はほぼすべてにおいて配置されていた。教育関係者(教育相談員・養護学校教育相談・通級指導教室担当教師)や言語聴覚士、作業療法士、栄養士、歯科衛生士、看護師が入るかどうかは自治体によりさまざまであった。

また、健診の視点では、保育観察の視点の有無について、保育観察の視点がある健診事例は5事例であり、保育観察の視点がない健診事例は4事例であった。その中で、保育観察の視点がない健診事例については、健診方法は集団健診とするものがほとんどであり、1事例だけ訪問型かつ集団健診であった。

5歳児健診の問診項目については、5歳児健診

をはじめた鳥取大学の小枝氏<sup>2)</sup>~<sup>3)</sup>の項目を基本としているが、自治体ごとに問診票だけで発達障害のグレーゾーンの児への見立てができるよう問診項目を増やすところもあった。

5歳児健診の実施方法と効果や就学への支援継続の工夫については、就学につなげるために健診スタッフとして教育相談が入る、あるいは療育や心理士による保育所や幼稚園への巡回相談の実施があった。また、療育機関でSST (social skills training) やペアレントトレーニングの実施や個別の教育支援計画による継続支援の実現を目指す工夫もみられた。

5歳児健診の効果としては、受診率は表1の通りであった。また、健診で発達障害児を発見する割合については、2002年の「通常学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」<sup>24)</sup>における6.3%と比較的近い値を示した。

### 3.3 5歳児健診による発達障害児の早期発見と支援継続のための課題と展望 (表2)

分析した文献より、5歳児健診による発達障害児の早期発見と支援継続のための課題と今後どのようにしていきたいかについて、具体的記述を表2にまとめた。また、発達障害児の早期発見と支援継続のための課題内容をもとに10項目に分類した。

支援システムの確立では、健診と事後相談や地域にネットワークがないこと、通園しやすい施設がないことなどが課題としてあがった。これに対し、通級指導教室を乳幼児期から使い、介入をすることや専門機関がない地域では、保健師や特別支援コーディネーターが日常支援として園をまわる巡回相談をすることを期待する内容があげられた。

健診スタッフである専門職のスキルアップでは、その中でも5歳児健診に教員が入る自治体は、教員も健診スタッフの一員として子どもを見る視点の精度をあげる必要性が課題としてあがった。

就学後の教員への啓発では、健診スタッフとしてではなく、就学後に児に関わる教員に対し発達障害児の養育の理解啓発のために校内研修会が必要であるとあげられた。また、就学後に向けた課題としては個別の教育支援計画の作成と利用や子ども行政の一元化による支援体制の整備があげられた。

発達障害児を早期発見する意味で文献から検討

されていた問診項目の精度化については、3件の文献でその効果について検討され、課題と展望について述べられていた。

## 4. 考察

### 4.1 発達障害児を早期発見するための5歳児健診の実態

#### (1) 早期発見のための健診の効果と意義

5歳児健診の受診率67%のところもあったが、90%前後が多い。これは、厚生労働省の平成19年度地域保健事業報告<sup>25)</sup>で1歳6ヶ月児健診の受診率は93.4%、3歳児健診の受診率は90.1%との報告がなされていることから、他の乳幼児健診と同率である。発達障害児の発見率も、文部科学省が「通常学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」で示した6.3%に近い値を示し、その効果については費用の面から菅原が述べるように5歳児健診は健診にかかる費用に対し効果的な健診であるという<sup>21)</sup>。

以上から、5歳児健診による発達障害児の早期発見の視点からは、受診率、発見率、費用に対する効果<sup>21)</sup>においても意義があると考えられる。

#### (2) 5歳児健診波及の弊害となっている要因

発達障害児の早期発見の効果と意義があると考えられる中、波及しない要因には大きくわけ次の2つが考えられた。まず、1つ目の要因として健診の視点が模索中であることである。2つ目の要因としてはそれに伴う健診方法と健診スタッフの配置、そして法制化されない健診であるため自治体にかかるコスト負担の問題があることである。

健診の視点が模索中であるという点については、健診方法の違いからもいえる。健診方法には、大きく2つあった。1つは訪問型である。児の普段の集団生活での様子を観察できるよう通園している保育所や幼稚園に健診スタッフが出向く方法である。もう1つは、従来の乳幼児健診と同様に保健センターに親子を集め、集団健診の方法で実施する。集団健診の方法のみでは保育環境の観察の視点はない場合が多いが、保育環境と異なる場所の児の様子をみることで児の特異性を見極めていくと考える。

保育環境を見る健診事例と見ない健診事例が約半数ずつであり、5歳児健診における発達障害児の早期発見のための効果と合わせて課題であると考える。

以上のことを踏まえ、次に健診方法と健診ス



表2 5歳児健診による発達障害児の早期発見と支援継続のための課題と展望

項目	発達障害児の早期発見と支援継続のための課題内容	課題に対する対策や具体的な展望	文献番号
支援システムの確立	①健診と事後相談を1つのパッケージにする ②地域で母子ともに利用しやすい事後支援・育児支援体制の整備 ③事後指導として、健診後の子ども、保護者を支援するネットワークが地域にあることが必要(健診結果を健診後の支援、就学後の支援に結びつけるには教育との連携が必要) ③通園しやすい施設をつくる必要がある ④通園しやすい施設をつくるには、行政からの手厚い支援や診療報酬等の財源的裏付けなどの問題	【通級指導教室の活用】 平成18年4月に学校教育法が改正となった。いわゆる軽度発達障害児が通級指導教室で指導をうけることのできる対象となった。こうした動きが拡充し、幼稚園・保育所の幼児も対象として、就学前の幼児に対する指導の受け皿となることを期待したい 【巡回相談の活用】 専門機関がない地域では、保健師や特別支援コーディネーターが日常支援で重要な役割を果たす。健診後の巡回相談を活用し乳幼児期から継続支援をする	2・3・9・14・15・16・18・19
健診スタッフである専門職のスキルアップ	①システムを十分に機能させる専門性のある保育士、子どもの発達を理解している心理士、そして地域の特性を理解し、広く意見を聞きながら調整できる教員などの人材養成が急務 ②小児科医や園医の力量レベルアップ	【開業医が発達障害児に一元的に関わる】 地域に密着して診療・医療活動を行う開業小児科医が、軽度発達障害の啓蒙から早期介入までを一元的に行う	9
健診方法	①集団適応に焦点を当てた5歳児健診には、保育観察を含む多面的な評価手法が必要である ②訪問型の健診の場合、健診の場に保護者が不在のために、要観察児の問題点を保護者に伝えるにくい		1・4・13
介入方法の検討	①保護者への介入時期の問題(家庭で養育している場合、困難を感じていないケースもあり、その場合は早期発見しても介入が困難) ②身体症状の異常や発達段階の遅れに比べ、行動、コミュニケーション、社会適応の問題は、保護者との共通認識をもつことに困難を伴いやすい。どのような介入方法がいかかはスクリーニング方法ともあわせて継続して検討		11
5歳児健診の住民への周知	住民に対し健診について周知されないことから、5歳児健診への受診や発達障害への理解が進まない現状		6・7・10・17
子ども行政の一元化での支援体制	子ども行政の一元化の理念にそった各職種、職域の連携と専門性を高め子どもに即した支援を就学後を見据え、校内の特別支援教育にあわせた検討		5
就学後の教員への啓発	就学後の担任教員の発達障害児の養育の理解を啓発することが大事	【教員への研修】 研修等で養育問題の聴講への理解を深める	20
個別の指導計画の作成と利用	①5歳児健診・相談において、個別の支援が必要と判断された子どもに対して各保育所・幼稚園で個別指導計画を作成し指導にあたる ②子どもの弱いところだけでなく、強いところも記載 ③個別指導計画の内容を、就学にあたり、個別以降計画として就学先の小学校につないでいく ④子どもたちの個別の情報をどのようにつないでいくのが課題。		6・7・10・18
マンパワーの不足	①人口の多い年では保健師の負担が大きい ②専門職(医師、心理士、言語聴覚士など)の確保が困難		6・7・10・17
問診項目の精度化	5歳児健診用質問紙調査の問診項目を、将来的に、より多くのデータによって解析を進めて、HFPDD・LD・ADHD・MRの分類まで判別可能な問診項目のセットを選定出来るよう精度をあげる	【問診や観察方法の検討】 ・今後、モデル健診児の経過を追跡し、モデル健診の回を重ねて内容を検証する。 ・就学準備としての意義のある効率的で効果的な5歳児健診システムの確立と地域で母子ともに利用しやすい乳幼児健診のための問診や観察方法の検討 ・養育問題を検出しやすい問診項目を追加する	8・12・20

スタッフの配置について3つのことが考えられる。

1つ目に健診目的や期待する効果からくる健診方法と健診スタッフの配置に関する課題である。

集団健診では、グレーゾーンとして経過観察をする児の割合が多くなる傾向がある。しかし、訪問型では保護者にその場で児の問題点について共通認識を得られないなどの問題点がある。健診の目的が、子どもの発達障害を早期発見するためか、保護者に子どもの発達障害を認識してもらう機会とするか、どこに重点を置くかにより健診方法と健診スタッフの配置に影響する。両方の目的から実施できると考える訪問型かつ集団健診の場合は、園の協力体制が得られない場合には難しい状況が考えられる。

2つ目として健診方法や健診スタッフ配置の問題による健診コストの負担が考えられる。

訪問型の場合、何度も園に健診スタッフが出向くことになる。また、保育観察の視点を集団健診に取り入れる場合、保育士やさまざまなスタッフの配置が必要になる。

5歳児健診は法制化されていない健診であり、実施しない自治体が多い中、マンパワーの問題や健診コストの自治体負担が実施地増加につながらない要因の1つになっていると考える。

一方、表2の支援機関の整備の中で、行政の補助の必要性があげられている。菅原は、5歳児健診は健診にかかる費用に対し効果的な健診であるという<sup>21)</sup>。これについては、かかる経費と効果についての各自治体の考えにより異なる。

3つ目として健診スタッフの配置に影響すると考えられる事項に問診項目の精度化がある。健診方法や問診項目(小枝氏の鳥取の12項目)を軸に、健診事例ごとの創意工夫が認められた。今回の対象文献の中でも、問診項目だけで発達障害を見極めることができるよう研究を進めている<sup>12)・20)</sup>自治体もあった。5歳児健診の問診項目の精度化は、問診だけで発達障害を判断することを目指し、健診スタッフの配置人数を減らすことを可能にする<sup>21)</sup>と考える。

以上より、5歳児健診の波及を困難にしている要因には、健診目的と期待する効果による健診方法や健診視点の模索、それに伴う健診スタッフの配置やマンパワーの確保の問題から各自治体のコスト負担が考えられる。

## 4.2 5歳児健診後の支援継続のための体制づくり

表2で支援システムの確立や健診スタッフである専門職のスキルアップ、健診方法、介入方法の検討、5歳児健診が住民に周知されていないことに対する項目があげられた。ここから、健診で発達障害児の見極め後、保護者に問題提起し支援につなげるための課題があげられたと考える。

平岩<sup>11)</sup>は、5歳児健診を行い支援につなげなければ健診をしないほうが良いと述べている。健診や問診項目の精度をあげることだけに視点を置かず、発達障害児が成長とともに、社会性やコミュニケーション能力の欠如が顕著に顕れ、2次的不適応を起こさないよう、必要な支援を適正な時期に導入し親子を支えていく必要があると考えられる。そのためには、保健師や保育士をはじめとする専門職は、発達障害児の状況把握のスキルとその家族の子どもへの困り感を感度よく察知するスキルの両方を兼ね備えている必要性が述べられた<sup>9)</sup>。

また、健診事後フォロー体制の確立として、支援システムの確立があげられた。具体的には、健診と事後相談のパッケージ化や保護者が通い易い支援機関の整備があった。これについては、小枝<sup>2)~3)</sup>が通級指導教室を乳幼児期から支援機関として位置づけることを唱えている。

さらに、行政に対する課題として、子ども行政の一元化での支援体制の整備があげられた。

保健師が教育委員会に配置されることで、就学へとつなげやすい体制づくりとなる。このような検討も支援継続のためには重要である<sup>22)</sup>と考える。

以上より、5歳児健診方法や介入方法の検討、さらに行政の支援体制づくりや事後フォロー体制の確立は、発達障害児の早期発見後、必要な支援につなげ、その支援を継続していくための体制づくりの重要性について示唆された。

また、5歳児健診は、就学を見据えた健診として位置づけられていることから、就学で支援が途切れないよう、個別の教育支援計画の作成と活用や就学後の教員の発達障害への啓発活動があげられた。また、個別の教育支援計画を作成後、発達障害児への理解がなければ活用が困難な状況が考えられる。

文部科学省の立場で瀧本は、シンポジウム「特別支援養育の充実と発展をめざして」(平成19年開催)の中で、教員養成課程において、特別支援教育は選択科目であり、必ずしも発達障害につい

て知識をもつ教員ばかりではないため必須科目とする希望を述べている。このような現状があるため、就学後の教員への啓発が課題として記述されたと考える。

以上より、就学後も記録媒体により支援が継続され、教員が記録媒体を活用できるよう教員に対する発達障害の理解啓発の必要性が考えられる。

## 5. まとめ

1. 5歳児健診の目的と期待する効果による健診方法や健診視点は、健診スタッフ職種や人数の違いに影響していると考えられる。

5歳児健診は、法制化されていない健診であるため、健診方法や健診視点によりマンパワーの不足が課題となり、これが自治体のコスト負担となる。

以上より、発達障害児の早期発見のために有用であると考えられている5歳児健診の実施に対し弊害となり波及に影響をしていると考えられた。

2. 5歳児健診方法や介入方法の検討、さらに行政の支援体制づくりや事後フォロー体制の確立は、発達障害児の早期発見後、必要な支援につなげ、その支援を継続していくための体制づくりの重要性について示唆された。

3. 就学後も個別の教育支援計画などの記録媒体により支援が継続され、教員が記録媒体を活用できるよう教員に対する発達障害の理解啓発の必要性が考えられた。

## 文献

- 1) 弓削マリ子, 全有耳: 乳幼児後半における集団生活が苦手な子について 5歳児健診モデル健診の分析より, 小児の精神と神経. 48 (2), 123-133, 2008
- 2) 小枝達也: 5歳児健診・発達相談, 小児科. 49 (1), 93-98, 2008
- 3) 小枝達也, 関あゆみ, 前垣義弘: ちょっと気になる子供たちへの理解と支援 - 5歳児健診の取り組み -, LD研究. 16 (3), 265-272, 2007
- 4) 弓削マリ子, 全有耳: 5歳児モデル健診に取り組んで - 京都府中丹西保健所と福知山市の協働事業 -, LD研究. 16 (3), 273-281, 2007
- 5) 笹谷志げ子, 下井節子, 米山佐代子, 他: 駒ヶ根市における5歳児健診から就学前教育への取り組み, LD研究. 16 (3), 282-292, 2007
- 6) 下泉秀夫: 5歳児健診, 東京小児科医会報. 26 (3), 62-64, 2008
- 7) 下泉秀夫: 5歳児健診と発達障害, 小児科臨床. 61

(12), 2643-2648, 2008

- 8) 宮崎雅仁: 5歳児健診担当医の経験 - 地域の開業小児科医が軽度発達障害児に出来ること -, 外来小児科. 11 (1), 45-51, 2008
- 9) 金原洋治: 保育所・幼稚園で行う5歳児健診と実際 - 山口県の取り組み -, 外来小児科. 11 (1), 40-44, 2008
- 10) 下泉秀夫: 大田原市の発達障害児への支援, 外来小児科. 11 (1), 33-39, 2008
- 11) 平岩幹男: 5歳児健診の実際 - 戸田市の場合 -, 外来小児科. 11 (1), 27-32, 2008
- 12) 柴崎三郎, 松原奎一: 5歳児健康診査での軽度発達障害に関する問診項目の判別分析的検討, 小児保健研究. 68, 53-60, 2007
- 13) 弓削マリ子, 全有耳: 5歳児モデル健診受診児の1年後の検討, 脳と発達. 42 (1), 269-274, 2009
- 14) 鳥居深雪: 地域における発達障害支援ランドデザイン - 5歳児健診と支援の取り組み -, 植草学園短期大学紀要. 10, 55-65, 2009
- 15) 高野 陽, 中村 敬, 益邑千草, 他: 5歳児健診の実態調査について - アンケート調査と訪問調査 - 新しい時代に即した乳幼児健診のあり方に関する研究, 平成17年度総合研究報告書 平成19年度総括・分担研究報告書. 76-89, 2008
- 16) 小枝達也, 林隆, 山下裕史朗, 他: 軽度発達障害児の発見と対応システムおよびそのマニュアル開発に関する研究. 平成18年度総括・分担研究報告書, 1-4, 2007
- 17) 小枝達也, 関あゆみ: 軽度発達障害児に対する5歳児健診の有用性の検討, 平成18年度総括・分担研究報告書. 5-6, 2007
- 18) 下泉秀夫: 栃木県の5歳児相談、大田原市の5歳児健診に関する研究, 平成18年度総括・分担研究報告書. 13-21, 2007
- 19) 前垣義弘, 関あゆみ: 鳥取県西部地区における軽度発達障害児の発見と対応システム作りに関する研究. 23-33, 2007
- 20) 大六一志, 長崎勤, 園山繁樹, 他: 5歳児軽度発達障害スクリーニング質問票作成のための予備的研究, 心身障害学研究. 30, 11-23, 2006
- 21) 菅原民枝, 大日康史, 小枝達也: 5歳児健診導入の費用対効果分析, 平成18年度総括・分担研究報告書. 7-12, 2007
- 22) 中村敬, 高野陽, 鉢之原昌, 他: 乳幼児健診に関する全国調査, 平成18年度厚生労働科学研究費報告書. 2007
- 23) 小枝達也: 軽度発達障害児に対する気づきと支援



のマニュアル, 厚生労働省 ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshihoken07/index.html>

24) 文部科学省 ホームページ

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301i.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/018/toushin/030301i.htm)

25) 厚生労働省 ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/07/c1.html>

## Current Situation and Issues with regard to the 5-year Health Check Based on a Review of the Literature

Chiemi NEYOSHI<sup>1</sup>

### Abstract

The aim of this literature-based study was to clarify the practical aspects of how the 5-year health check, which is not legislated, is delivered and to examine the current situation and issues to enable the early identification of children with ASD and provision of continued support to them through this checkup. The 5-year health check is a preschool screening, and is beneficial because of the need for early intervention in ASD. It is, however, not a legislated infant health check. Each municipality conducts it independently. Currently there are three ways this checkup is being conducted; group checkups, home visits, and a combination of the two. The staff involved and the perspective of observations vary depending on the method of checkup. Analysis indicates that this affects the manner in which the checkup is conducted and also the number and the type of health care professionals involved. In addition, since it is not a legislated checkup the cost is borne by the local government. This fact seems to affect the implementation of the 5-year health check which is useful for early identification of children with ASD and provision of continued support to them.

Keywords checkups for children at five years of age, children with autism spectrum disorders , early support, continued support



## 資料

# 病いを生きる人間の価値実現に関する考察

## － V.E. フランクル理論における「三つの価値」 に焦点を当てて－

牧野智恵<sup>1</sup>

## 概要

本稿の目的は、これまで報告されているがん体験者や難治性疾患患者に関する著書や研究を手がかりに、V.E. フランクルのいう価値実現の可能性について論じることである。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うると考えた。そして、人生の意味についての問いの観点変更が行われるならば、三つの仕方で自ずと意味が見いだされうるとしている。本稿では「創造価値」「体験価値」「態度価値」について事例を用いて論じ、終末期という状況においても「態度価値」という最高の業績を成し遂げるチャンスがあるということについて考察した。

患者にとって最も身近にいる看護師が、人間には苦悩を業績へと転換する価値可能性を持っているのだということを信じて患者に関わることで、患者の態度価値実現への手助けができるだけでなく、看護師自身が患者への支援の意味を見いだすことができるのではないかと考える。

キーワード　がん患者、意味、苦悩、態度価値

## 1. はじめに

がんや難治性疾患に罹患したとき、人間は大きな苦悩を抱き、「このような状況において、どのような意味があるのか」といった問いを抱く。人生において、避けられない苦悩があったとき、それを業績へと転ずるには、意味を追求するのではなく、「人生の意味についての観点変更」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「意味」あるいは「価値」が実現される道が開かれると V.E. フランクル (Viktor Emil Frankl, 1905-1997) は述べている。この「意味への意志」とはどのような人間の意志であるのかについては、本誌第8巻で論じた<sup>1)</sup>。

では、このような避けることのできない状況において人は具体的にどのような価値によって、その苦悩を業績へと転じることができるのであろうか。フランクルは、人生の意味についての問いの観点変更が行われるならば、三つの仕方で自ずと意味が見いだされうるとし、「創造価値」「体験価値」「態度価値」をあげている。「創造価値」とは、

何かを行ったり創造したりすることの中に意味を見ることが、「体験価値」とは、何かを体験したり誰かを愛したりすることの中に意味を見ることが、そして、「態度価値」とは、どうすることもできない絶望的な状況においてもなお苦悩を一つの業績に転換しうる価値であると述べている<sup>2)</sup>。

近年がんサバイバーや治癒困難な患者の体験を如実に著す著書や研究が発表され、患者がさまざまな他者との関係性の中で人生の意味を見いだしたという報告がされている<sup>3,4,5)</sup>。そして、患者の人生の意味に関する考察には、フランクルの超越と意味に関する概念が用いられている<sup>6)</sup>。しかし、それらの患者の体験が患者の意味実現にとってどのような意味があったのかまで詳細に論じた論文はなく、患者の貴重な体験が彼らにとってどのような意味があるのか理解し看護実践にいかすにはいたっていない。がん看護や慢性疾患の中で生きる意味を模索している患者にたずさわる看護師にとって、そのような状況におかれている人間が、具体的にどのような価値を実現する可能性があるのかについて知ることは、終末期患者を支援する上で重要な資料になると考える。

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

そこで本稿では、主にがん体験者などの治療困難な病気に罹患した患者の体験を手がかりに、彼らの体験をフランクルのいう三つの価値の実現の視点からどのように解釈できるのかについて検討していきたい。本論文が、終末期や不治の病の中で生きる意味への問いを抱く患者への支援の資料になればと考える。

## 2. 三つの価値

### 2 1. 「創造価値」の実現の結果として生じる「自己実現」

フランクルのいう「創造価値」とは、人が活動したり創造したりすることなどによって、人生に「与える」もの、すなわち、社会や家庭での労働によって実現される価値である<sup>7)</sup>。この価値実現は我欲のために一生懸命働くという「力への意志」とは本質的に異なっている<sup>1)</sup>。「力への意志」はあくまでも自己を中心にして自己の欲求そのものを実現しようとする意志であるが、「創造価値」は、「意味への意志」によって貫かれたものとして、言いかえれば「人生の意味についての問いの観点変更」の結果として実現されるのである。つまり、それはそのつどの状況における物または人の自己への呼び求めに対する応答として、言いかえれば、そのつどの仕事や家事や人間に専心することによって自ずと生じる価値である。

しかし、このような「観点変更」は果たしていつでも可能であろうか。われわれが仕事をするのは通常、さしあたっては自分や家族が「生きるため」、自分の家族を養うためである。これらのことが充たされた上で、できることなら仕事を通じて自分自身をも実現したい、という自己の欲求を実現するために仕事をしている。つまり、仕事をするということは、自分(や家族)が「生きるため」、「より多く生きるため」ではないだろうか。この「生きるため」という目的を否定して、人生に対し「何を自分が与えられるか」という観点に立って仕事をするとは、果たして現実的に可能であろうか。

まず、「自己実現」についての考え方を検討してみたい。

フランクルは、「自己実現」について、「自己実現は人間の究極的な目的ではない。それは人間の根源的な(primary)意志ですらない。…自己実現は、幸福と同じように、結果、すなわち意味充足の結果である。人間が世界の中で意味を充足する限りにおいてのみ、人間は自己を充足するのである。…自己実現は、生命の志向性

(intentionality)の無意図的結果(unintentional effect)であると私は言いたい<sup>8)</sup>と述べている。つまり、フランクルのいう「自己実現」は、「幸福」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、「意味充足の結果」実現されるものであり、それらを直接的に「意図」したり追求したりすることによっては実現できるものではないということである。逆に、自己を中心とした意志によって実現しようとする、直接的な「自己実現」は不可能なのであり、そのような自己実現をめざすはたらきの中では、避けることのできない苦悩を業績へと転ずることはできないともいえる。

では、治療の困難ながんを患い自己の生命を脅かされている状況下で、果たして何に自己をゆだね、創造価値を実現できるというのであろうか。ここでは、進行がんのために余命がわずかであることを宣告された、ある新聞記者と宗教学者の例をもとに、「創造価値」を実現する中でその結果「自己実現」が見られたことについて考えてみたい。

定年を目の前にした新聞記者の佐藤健が自分のがん体験を記述した『生きるものの記録』<sup>9)</sup>がある。佐藤は、がんにかかり余命幾ばくもないと宣告され、大きな絶望の淵に立たされた。彼は同年11月に定年退職の予定だったが、「末期がんになった者にしか書けないルポをしたい」という、仕事への強い意志によって、定年を延長して執筆にあたった。そして、彼は大好きな酒を断ち、治療を続けつつ、がんの痛みの中で「生老病死」をテーマにして、自らの肉体をフィールドにルポルタージュを連載することに命をかけた。治療に一喜一憂しながらも、「僕は『生』を記録したい。さびしがりやで恐がりやで、酒にだらしない僕はいつも『生きし者』の足跡をたどり、『生きる者』との出会いを求めて旅を続けてきた。それを最期まで貫きたい」という信念に支えられ、最期まで彼らしく生きた。しかし、彼の死は突然訪れ、その連載は完成には至らなかったが、その意志を同僚が継ぐことを約束し、彼は穏やかな死を迎えた。がん宣告から死までの間、彼が「末期がんになった者にしか書けないルポをしたい」「僕は『生』を記録したい。…それを最期まで貫きたい」という自己の信念に基づき、仕事に生きることを通じて実現した価値こそ「創造価値」である。彼の自己実現は、末期がんという絶体絶命の状況にもかかわらず記者としての仕事に専心すること(意味充足)を通してはじめて可能になったものである

ことが分かる。

また、東京大学の宗教学教授だった岸本英夫は、進行がんの宣告を受けると同時に、「半年間までは保証できる」と告げられ、生命飢餓状態のすさまじさを身をもって体験した。彼はその告知から死までの葛藤の様子を『死を見つめる心 - ガンとたたかった十年 -』に記している。がんを宣告され死を意識せざるを得ない状況に立たされた彼は、死から一生懸命、目をそむけてがむしゃらに生きた。その様子を「死をみないようにして、ただ、残されている生命の時間を、できるだけ有効に使おうとしていた。現在の、目の前の仕事に打ち込んで、もっとも生き甲斐のある時間をつかうことで、死の恐怖、無の恐怖からのがれようとしていたのである。そのために、はげしく、はげしく、生きてきた」<sup>10)</sup>と述べ、はげしいまでの「生の充実」と「死への恐怖を振り払う」ためにがむしゃらに働いた様子を述べている。しかし、発病後7年ほど経過し死への心の準備ができはじめたある日、彼は、生き甲斐とは単にはげしく働くことではなく、「一つの目標をもって、その目標に心を打ち込んで、一筋にすすんでいくことの中にあるのだ」<sup>11)</sup>ということに気がついたと述べ、「自分の命のすべてをあげて、ささげつくしえたとき、人間は、もっとも強い生き甲斐を感じて、本当に幸福なのだということであります。自分にとってもっとも大切なものは、命なのでありますが、その大切な命をすてることができるようになったそのときに、私は、自分の命の、もっとも強い生き甲斐を感じ、私は、もっとも幸福である」<sup>12)</sup>、「人間が生きていくために心を煩わすべきことは、死の問題ではなく、この大切な人間の命を、どうするか、どう生きてゆくか、ということ、命ある限り、この最後の瞬間まで、どうよく生きてゆくかということ、常に考えなければならないということです」<sup>13)</sup>とも彼は記している。そして、「身近にある自分の仕事の中に、意味を発見して、それに打ち込んでゆくことに、人生の本当の幸福」<sup>14)</sup>が存在することを彼は覚知したのであった。彼が「自己の死」の恐怖を抱きながらもその恐怖にとらわれることなく、自己を離れて「無心」で仕事に献身する生き方を通して実現した価値も「創造価値」であるといえよう。そして、この価値の実現を通して自ずと、『死を見つめる心』という一冊の本が完成された。これがフランクルのいう「自己実現」であるといえよう。

このように、たとえ治癒不可能ながんに罹患し

たとしても、自己を中心に「人生から何をまだ期待できるのか」という問いから、「残された自分の人生は何をわれわれに期待しているか」という問いに観点を転換し、無心に仕事を遂行する生き方のただ中に、「創造価値」の実現という方法での自己表現のありかたが残されているともいえよう。

佐藤や岸本が、自己の死という恐怖にとらわれることなく、自己を超え、自分に課せられた「使命」を成し遂げようとしたことを通して、「創造価値」が実現され、その結果として「自己実現」が達成できたといえよう。そのような生きざまの中で、自ずと生きている意味も見いだされていくということである。そして、このような生きる態度の中にこそ、本来の人間の（全人的な）健康な姿を見ることができるといってよいのではないだろうか。

このことは、上述のような非日常的な限界状況の場合のみならず、日常的な生活においても同様である。フランクルは、人間の「使命」について、「[人間の職業生活の]活動半径がどのくらい大きいかが重要なのではなく、人間がその使命圏をどれほどみだしているかということが重要なのである。職業とか家庭が与える具体的な使命を実際に果たしている一人の単純な人間は、その『ささやかな』生活にもかかわらず、数百万の人々の運命をペンの一走りだけで決定できても、その決定において良心なき『偉大な』政治家よりも偉大であり高貴なのである」<sup>15)</sup>と述べ、自己実現には他者との比較ができるものではなく、個々人の唯一性を重視している。それゆえ、創造価値はたとえ病床にいても、実現できる価値であることが分かる。

このように考えると、フランクルのいう自己実現と、A.H. マズロー (Abraham Harold Maslow, 1908-1970) のいうそれとは、微妙に異なることが分かる。

マズローは初期 (1943年) の頃、「人間の基本的欲求にはその相対的優劣さによってヒエラルキーを構成している」としながらも、後にこのヒエラルキーは完全に固定されているとは言えず、基本的欲求のヒエラルキーは、我々が示してきたほど不動のものではないとしている<sup>16)</sup>。そして、マズローのいう成長欲求つまり自己実現の欲求に動機づけられる人間は、「利害関係を持たず、報酬を期待せず、無益、無欲の立場で、他人を独立した、それ自体としてみる」<sup>17)</sup>と述べており、一見フランクルのいう自己実現の概念と一致するよ

うでもある。しかし、マズローはあくまでも自己実現には欠乏欲求の満足、つまり飢えや危険や愛などの欲求が満たされていることが必要条件となると考えていた<sup>18) 注1)</sup>。それに対して فرانクルは、十分な休息、安全などの欠乏欲求が満たされない状況にもかかわらず、その実現可能性があると考えており、そういう意味で、両者の自己実現の概念が必ずしも一致していないことが分かる。

不治の病や終末期において、十分な栄養や休息がとれない状況にいる人が多い。そのような中でわれわれ医療関係者は、患者に十分な栄養や休息を整えることを第一優先としてみなしがちであるが、時には、われわれ医療従事者のそのようなヒエラルキー的な見方を転換し、その人が今何を実現したいと望んでいるのかに目を向けケアすることが必要ということではないだろうか。

## 2 2. 「体験価値」

「体験価値」とは、「何かを体験したり誰かを愛したりすること」の中に意味を見つけ、その中で実現される価値である。前の「創造価値」が何かをつくり出し「与える」といった能動的行為によって実現される価値であったのに対して、「体験価値」は何かを世界から「受けとる」といった受動的行為によって実現される価値である。

病氣中では、先の佐藤や岸本のように何かを創造することができる場合とそうでない場合がある。では、何かを創造できなくなった状況において、人は人生にどのような方法で意味を見出しうるのだろうか。

フランクルはこのような状況においてもなお受動的行為によって実現される「体験価値」があると述べ、ある男性の例を挙げている。

その男性は若くて活動的な広告デザイナーだった。彼はその仕事を通して「創造価値」を実現していた。ところが、悪性で手術もできない脊髄腫瘍のため、突然その職業を中断せざるを得ない状況になった。そのため、彼はその制限された活動範囲の中で生きる意味を見出さねばならなくなった。そして彼は、病院のベッドで横になったまま、猛烈に読書に取り組み、ラジオで音楽を聴き、他の患者さんの一人ひとりと活発に会話をかわした。このようにして彼は、「活動的な生活を離れ、受け身になって自己のうちに世界（特に精神的な世界）を取り入れることによって、それでもなお人生を意味あるものにし人生が出す問いに答えることができる生き方を実現していった」<sup>19)</sup> ので

あった。つまり、彼は、受け身の生活の中で「体験価値」を実現したのである。

このように、体験価値は、「受け身になって世界を取り入れる」という受動的行為によって実現される価値であるが、それは、「自分は世界からまだ何を期待できるか」という自己中心的な観点によってもたらされるものではない。体験価値とは、「何かを体験すること、自然、芸術、人間を愛することによって」実現される価値のことであって、このような価値が実現されるためには、自己の意識が自己以外の世界あるいは他者へ向かい、その体験の中で自分を忘れるという自己超越においてはじめて実現される価値であるといえよう。それがフランクルのいう「体験価値」ということなのである。

以下、この価値について、①芸術の体験、②自然の体験、③愛の体験の三つに分けて見ていきたい。

### 2 2. ① 芸術の体験

フランクルは、「体験価値」の中の「芸術の体験」について次のように述べている。

人間の実存における一定の瞬間の現実的な意味が、活動によってではなくて、単なる体験の中に充たされうることを疑うものは試みに次のことを考えてみるとよい。一人の音楽を愛する人間がコンサートホールに坐り、彼の愛する交響楽の最も印象的な調子が耳にまさにひびきわたり、その結果彼は最も純粋な美に接したときに体験されるあの畏怖にも似た感にうたれていたと想像しよう。かかる瞬間にこの人間に、一体彼の生命は意味をもっているかと問うたならば、彼はかかる恍惚とした瞬間を体験するだけでもすでに生きるに値すると答えるであろう<sup>20)</sup>。

芸術による「体験価値」は、この引用や先の広告デザイナーの男性の例に見られるように、芸術作品の世界に我を忘れて超越することを通して体験されるものである。それは、がんの末期状態で自ら何かを演奏したり創造したりという活動ができない状況になっても実現可能な価値であり、また、この価値の体験を通して今生きていること自体が意味あるものへと変容しはじめることは明らかである。このとき、ふれあう芸術作品が偉大な作品であればあるほど、その作品から普遍的な美

の体験ができるであろう。しかし、作品の偉大さに関係なく、その人の魂を震撼させる音楽や絵画といった作品であれば、その芸術の体験は今ここの「瞬間」を現実的な意味で充たしうるのである。

近年、緩和ケア病棟において音楽療法士と共に緩和ケアを実施する施設が増えてきている。例えば、北川ら<sup>21)</sup>の報告によれば、がんのみならず精神発達遅滞のあった50歳代の女性が、本人の思い出と繋がっているウクレレを弾くことで、苦痛の中であっても、前向きに生きるエネルギーになったとの報告がされている。

フランクも強制収容所での過酷な状況の中で、時々臨時の演芸会が催されたときのことを次のように述べている。

一つのバラックがそのときだけ空にされ、木のベンチが運び込まれ、「プログラム」がつくられるのであった。…彼らは少しばかり笑い、あるいは泣き、どちらにせよ少しばかりでも現実を忘れるためにくるのであった。歌われるいくつかの歌、吟ぜられるいくつかの詩、収容所生活に関する風刺的な傾向を持ついくつかの冗談、これらすべては忘却に役立つものであった。そしてそれは事実役に立ったのである。であるから、恵まれていない普通の囚人の若干は、昼の疲れにも拘わらずこの演芸会に行き、そのためにスープの配分にあずかれないことも甘受する程であった<sup>22)</sup>。

体験価値の享受は「人生の意味についての問いの観点変更」によって可能となるものであるが、しかし他面ではこの享受が結果的に「観点変更」を成就していることもあるということである。いずれにせよ人は何かを世界のうちに創り出すという能動的行為によらなくとも、絵画や音楽といった芸術を体験するという受動的な体験の中にも「人生の価値」を見いだすことが可能なのである。

## 2. 2. ② 自然の体験

体験価値はまた、自然の美や存在の真理にふれるといった体験を通して実現される。フランクは、強制収容所での過酷な一日の労働を終えたある日の夕方に起こった出来事を次のように回顧している。「[一日の労働のあと、死んだように横たわっていた] われわれは、…西方の暗く燃え上る雲を眺め、また幻想的な形と青銅色から真

紅の色までのこの世ならぬ色彩とをもった様々な変化をする雲を見た。…感動の沈黙が数分続いた後に、誰かが他の人に『世界ってどうしてこう綺麗なんでしょう』と尋ねる声が聞こえた。」<sup>22)</sup>

この例で、いかなる過酷な状況においても、人間は自然を感受することを通して、今の苦しみを忘れ、生きる意味がよみがえることもあり得るということがわかる。

では、治療の困難な疾患に罹患した患者の場合はどうであろうか。人は果たして、病気にとられることなく自然から体験価値を享受しうるであろうか。筆者が出会ったある腎不全に罹患した女性の話を紹介したい。

その女性(20歳代)は、子供の頃から腎臓が悪く、腎臓移植を受けた。移植は成功し、数年間は健康な女性と同じ生活を送ることができた。しかし、せっかく移植した腎臓が再び悪化し、再度血液透析を受けざるを得ない状況になった。このころ、彼女はこのような自分の運命を恨み、自分のこの命は誰のためなのか、わたしはなぜ生きているのかと自分の存在に対する苦悩を抱き始めた。透析療法を受けながらも、彼女は自分の存在についてひとりで毎日悩んでいた。彼女は何とかひとりでこの苦しみを乗り越えようと、時には海を見に行き、時には山にも出かけた。ある日、彼女は目の前に立ちのぼる一本の大木を目にした。そのとき、その大木が、立派にひとりで立っている姿に感銘を受けたという。その大木はたくましく根を大地に脈々と這わせ、枝は太陽からの光を得るために必死で大きく伸び、なおかつその自分の生命を惜しみもなく鳥やわれわれ生き物のために費やしている。彼女はその大木が木として立派に生きていく姿に感動し、自分も生きていいのだと感じた。それ以降、自分の悩みがいかにかっぽけで贅沢であったかに気づき、その後の生き方が大きく変わったという。そして、自分の生を無駄にせず、少しでも誰かのために生きていきたいと思い、今を生きていると話してくれた。彼女は、今も透析を続けながら一人でも多くの腎不全患者が腎臓移植を受けられるようにとその推進に向けて全国を駆け回り活動を続けている。

彼女は、創造価値の実現が不可能だったわけではない。しかし、生涯にわたって週三回の血液透析を受け続けなければ生きることができないという自分の運命を恨み、将来の自分の人生にとまどいをいだき、「何のために生きていくのだろうか」という実存的空虚のただ中にいた。まさしく、彼



女は、「このような苦しみに満ちた状況で生きなければならぬ自分の人生からいったい何を期待できるのか」といった人生への問いを抱いていた。しかし、いつもなら見過ごしていた大木の姿が思わず彼女の目に飛び込み、その自然の無私なる偉大さに感動することを通して、彼女は「自分だけのためではなく、誰かのために残りの人生を生きたい」と「人生の意味についての問いの観点変更」(生きる意味のコペルニクスの転回)を自ずと成しえたといえよう。この自然からの受け身的な体験は、自己が自ずとその大木へ「自己超越」することによって、はじめて可能になった「体験」であるといえよう。それは、彼女が単に自然の美を体験しただけではなく、自然という存在の神秘的ないしその真理にふれた体験であるということもできるのではないだろうか。そして、その体験が彼女自身の存在のあり方をも転換せしめたのである。

## 2 2. ③愛の体験

フランクルのいう「愛」とは、単なる性衝動のような本質的にモノダ的<sup>1)</sup>、自己満足的なものではなく、愛する人間(我)の「自己超越」「自己放棄」によって、愛された人間(汝)の「精神的人格に直接に志向せしめられること」<sup>23)</sup>であり、「他者をそのすべての独自性と一回性において体験すること」<sup>24)</sup>である。そして、この「愛」は、「われわれを豊かに幸せにしてくれるとともに、相手をも動かしてその価値可能性に至らしめる」<sup>25)</sup>ものであると述べている。

例えば、医師である鎌田實<sup>26)</sup>の著書の中で、病院で働く看護師や医師そして看護学生の患者への心のこもった関わりが書かれている。その中で、看護師や医師の関わりで、がん終末期の患者が生き生きと最期のときを生きる様子が描かれている。医療者が患者に向ける純粋な愛のはたらきによって、患者のみならず医療者をも大きく成長させているのである。まさしく、フランクルのいう愛のはたらきによってわれわれを豊かに幸せにし、相手をも今生きているという価値を感じさせ価値可能性にいたらせることがわかる。

このように愛は、相互に相手をありのままに体験することによって、同時に相手をありのままの自己、本来の自己に立ち返らせるものである。この愛はしかし他者からの贈り物と言うべきであろう。確かに愛の関わりは医療者から患者へ向けたものではあるが、その愛は同時に患者の医療者への呼び求めに対する応答として生起したのであ

り、その限り、それは患者からの贈り物である。そしてその医療者の愛が患者の内にある「価値可能性」を動かしたのであり、その限りそれは医療者から患者への贈り物である。愛は相互作用であり、相互の「精神的人格」を顕現させるものであるといえるのである。そして、人間を本来の自己に目覚めさせるのは、他者からの贈り物である「恩寵」<sup>注2)</sup>ともいふべき「愛」の体験によって可能になるといえよう。

ブーバー(Martin Buber, 1878-1965)は我-汝の関係について「私が汝と出会うのは恩寵によってである」と述べ、さらに、「感情は≪所有される≫が、愛は生起する。…愛は我と汝とのあいだ(zwischen)に存在するのである」<sup>27)</sup>とも述べている。つまり、愛が人間と人間の相互作用の関係の中で互いの呼びかけに応えることを通して自ずと「生起するもの」であるといえよう。このブーバーのいう「我-汝」の関係こそ愛のはたらきといえよう。そして、この「我-汝」の関係は、看護師が死を目の前にした患者への全人的関わりの際に重要な態度ともなる<sup>\*注3)</sup>。

現代の科学技術の進歩によって、看護にはよりエビデンスの高い技術の開発やアセスメント能力が求められている。しかし、そのような時代だからこそ患者支援における患者との「我-汝」の関係の構築に向けた関わりの大切さを、今一度見直すべき時期が訪れているのではないだろうか。そして、終末期において何かを創り出すという能動的行為ができなくとも、自然や絵画・音楽、そして愛を体験するという受動的な体験の中にも「人生の価値」を見いだすことが可能であることをわれわれ医療従事者はもっと学ぶことで、そこにあるケアの意味を理解でき、一人ひとりの患者にあったケアができるということになるのではないだろうか。

## 2 3. 「態度価値」

態度価値とは、われわれが改善の余地のない宿命、例えば、難治性疾患や手術不可能ながん、またはそれに類似した難病などに罹患したとき、「その窮境に対して彼がとる態度」を通して実現される価値である<sup>7)</sup>。今日の医療現場では、いかなる科学技術を用いても治療不可能な疾患は末期がんや難病など未だ多く存在する。治療不可能な疾患に罹患した人達は、健康な身体を取り戻せない運命や、やがて訪れる死への恐怖から、「実存的苦悩」を抱くといわれている<sup>28,29)</sup>。しかし、フラン

クルは創造と体験という価値実現の可能性を両方奪われた窮境にいなながらも、その窮境に対してその人が取る態度を通して、人間は「苦悩を一つの業績に転換する」<sup>30)</sup> ことができるとして、「苦悩に出会った時にどういう態度を取るかによって、われわれは『苦悩を業績に転換』することができる(中略)。つまり、破局に直面して初めて、それを最高の業績に転換するよう決断する人々がいる」<sup>30)</sup> と述べている。さらに彼は、苦悩に出会ったときにとる態度によって「[苦悩の]運命を事実の次元から実存的なものの次元へと移すことになる」<sup>31)</sup> と述べ、態度価値が最高の価値であることとしている。では、変えることのできない運命に直面したとき、その苦悩に対して人がとる「態度」によって、「運命を事実の次元から実存の次元」に移し、苦悩を「一つの業績に転換する」とはどういうことであろうか。

フランクは、苦悩を業績に転換しえた例として、治癒の困難な疾患でまさに死なんとしているひとりの女性の事例<sup>32)</sup> を引用している。あるラビはその女性から、自分の死への不安にどう直面したらよいかと相談を受けた。ラビはその女性と何度も話し合い、信仰の中にある不滅ということや、フランクの態度価値の概念について言及した。その女性は態度価値に興味を持ち、もしこの不可避的な苦悩(苦痛・死)を避けることができなければ、その病気に直面する方法をその場で決定しようと決心し、彼女は、同じような苦痛で心を引き裂かれていた周囲の人々にとって、力強い塔として生きた。はじめは虚勢での行為であったが、時がたつにつれて、彼女の行為は目的をもってきた。やがて、その女性は「おそらく、私のただ一つの不滅の行為は、私がこの逆境に直面する方法にあるだろうと思います。時には苦悩が耐えられないとしても、私は以前には知ることがなかった、内面的な平和と満足を達成してきました」<sup>32)</sup> と心を打ち明け、息を引き取った。この女性が、避けることのできない自分の運命を引き受け、病气や死を直視しようという態度をとり、同じような苦しみで心を引き裂かれている周囲の人々にとって「力強い塔」となり得たことは、まさに死なんとしていた彼女にとって最後に残されたことであったといえよう。そして、彼女が「以前には知ることがなかった、内面的な平和と満足を達成できました」と息を引き取る前に打ち明けたことばから、人は苦悩に出会ったときに取る態度によって、「苦悩を業績に転換」することができた様子

が窺い知れる。このような意味で「苦悩はまず一つの業績たりうる」といえよう。そして、彼女にとってこの業績は、「病」「死」という不可避的な「局面に直面して、初めて」為し得たものともいえよう。

態度価値についてももう一つ事例を挙げたい。

2011年7月22日(NHK総合22:00~22:40)、「クローズアップ現代 ヒューマンドキュメンタリー ある少女の選択 ~18歳“いのち”のメール~」で、幼い頃から重い病気に苦しみなながらも、最先端の医療に支えられ命をつないできた18歳の田嶋華子さんが紹介された。「いのちは長さじゃないよ。どう生きるかだよ」と言い(筆談し)、「これ以上延命治療はしない」と選択し、2010年に亡くなった華子さんを取材した「クローズアップ現代」は大きな反響を呼んだ。

華子さんは、幼い頃に心臓移植を受け、10年以上が過ぎた18歳のある日、腎不全となり血液透析をしなければ生きられない状況になった。華子さんは今の厳しい病状について医師からすべて聞き、透析をしなければ生きられない事を知らされた上で、「自分らしく生きる道」つまり、これ以上延命治療をせず、大好きな我が家で両親とこれまで通り普通に生きることを自ら選んだ。

華子さんが全身の浮腫や心不全に伴う呼吸困難で苦しむ様子を目の当たりにして娘を心配する両親に、

華子さん「もう十分生きてきたし、自分で決めたことだし、…。パパ、私の身体が変わっていくのが辛いんだね。でも私は納得しているんだよ。私は本当に幸せなんだよ。私はふつうの十八歳の経験ができなかった、でもだれにも負けないパパとママに出会えて幸せだった。これからは、華子らしく生きたいの。生きたいの」と伝えた。

主治医「華子さんらしく生きたいんだね。華子さんらしく生きるということは、治療を受けずに、このまま家で生活をしたいという事なんだね」

華子さんは大きくうなずいた。

このわずかなやりとりの中で、華子さんが自分の運命を正しく受け入れ、その上で自分らしく生きることに意味を見出し決断している様子が分かる。その数週間後、家で父親の腕に抱かれ息を引き取り、その最期は穏やかな表情だった。華子さ

んが亡くなった数日後、母親は「華ちゃんにいろいろ教えられた。そして、いっぱい喜びをもらった」と語っていた。そして、父親も「一日一日を大切に生きて行こうと思う。娘は私の心の中に生きているから」と語っていた。そして、華子さんは次のようなメッセージを両親に残していた。

「神様が私にいろいろな病気を与えてくれたことを私は恨んでいない。(病気を)与えてくれたからたくさんのいろんな人と会えたもの」

華子さんは、生まれたときから重い病気に罹り、その事実を変えることはできなかった。しかし、彼女の最期の言葉の中に、健康な肉体を持っている人が持っている自分を守ろうとする意志(基本的欲求)よりはるかに高い次元の、凛とした意志がはたらいっていたことがわかる。彼女の18年間という短いようで長い年月は、ささやかではあったが、彼女にとっては、その人生を恨むことなく、受け入れ、さらに、幸せであったと感じ、その人生に感謝していた。彼女にとっては、このささやかな人生が大きな意味を持っていたという証しである。そして、彼女のこの凛とした生き方は、彼女の死後も両親の心に残り、ずっと生き続けているだけでなく、われわれ医療者に人生における最高の価値とは何かをも示してくれたのである。

今回紹介した華子さんのドキュメンタリーは、人間は苦悩する存在であるが、それを自らの力で業績へと転換しうる大きな力を兼ね備えた存在であることを我々に教えてくれた。もちろん華子さんのようにだれもが生きるべきということではない。いろんな選択、いろんな生き方があり、そのどれもが唯一のかけがえのない生き方であり人生である。

フランクは次のように述べている。

苦悩は業績であり、成長です。しかしまた苦悩は成熟でもあります。というのも、自分を超えて成長していく人は、自分自身へと成熟していくからです。そうです。苦悩の本来の業績とは、成熟過程にほかならないのです<sup>33)</sup>。

われわれ医療従事者は、もっと患者の人生に目を向け、人間は苦悩を業績へと転換する価値可能性を最後の瞬間に至るまで有しているのだということを感じて患者にかかわることで、患者の価値実現の手助けができるのではないだろうか。

### 3. おわりに

ここで取り上げた事例は、特別な宗教心を持った人ではない。ごく普通に生きていた人が、がんや難病を宣告されたり、終末期に至ったりしたとき、その変えることのできない事実を、実存的な次元へと転換していくことによって成し得た最高の価値の実現である。このように、がんや慢性疾患にかかっている人間は「創造価値」「体験価値」によって自分の人生をより意味あるものへと実現することができるのであるが、これら二つの価値を実現できなくとも、苦悩に出会ったときにとるその人自身の窮境に対する態度、つまり「態度価値」によって、「苦悩」を「業績」へと転換する可能性を持っているということである。つまり、終末期で残りの人生において、さも何も成し遂げるものがないようにみえる状況においても、実は最後に大きな業績を成し遂げるチャンスがあるということである。

がん終末期の患者への看護を実践する際、看護師が患者から「こんな状況で生きる意味がない」「なぜ私のがんにならなければならないの」といった人生への意味への問いを投げかけられ、どう関わればいいのかと戸惑いを感じているとの報告がある<sup>34, 35)</sup>。そのような戸惑いが生じる理由として、患者に問の答えを与えようとする気持ちがあるからではないだろうか。

苦悩の只中にある患者を看護する者にとって大切なことは、患者に何か答えを与えようとするのではなく、苦悩を業績へと転換する価値可能性を最期の瞬間に至るまで有しているのだということを感じて患者の傍に寄り添うことであり、患者が自らよび覚ました「生きる意味」を実現できるように援助することである。とくに終末期看護に携わる者は、このことを深く自覚し直す必要があるのではないだろうか。

### 引用文献

- 1) 牧野智恵：V.E. フランク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 -。石川看護雑誌, 8, 117-126, 2011.
- 2) Frankl, V.E. 著 (1972) / 山田邦男監訳：意味への意志。春秋社, 32, 2002.
- 3) 近藤まゆみ, 峰岸秀子編著：がんサバイバーシップ。医科薬出版株式会社, 2006.
- 4) 沼野尚美：癒されて旅立ちたい。佼成出版社, 2002.
- 5) TBS「イブニング・ファイブ」編：余命1ヶ月の花嫁。

- マガジンハウス, 2007.
- 6) Breibart, W. : Spirituality and meaning in supportive care : spirituality - and meaning - centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. Support care cancer, 272-280, 2002.
- 7) Frankl, V.E. : The Will to Meaning - Foundations and Applications of Logotherapy. New American Library, New York, 70-73, 1969.
- 8) ibid.7), 38.
- 9) 佐藤健 : 生きる者の記録. 毎日新聞社, 2003.
- 10) 岸本英夫 : 死を見つめる心. 講談社文庫, 33, 1973.
- 11) 前掲書 10), 41.
- 12) 前掲書 10), 41-43.
- 13) 前掲書 10), 36-37.
- 14) 前掲書 10), 47.
- 15) Frankl, V.E. 著 (1947) / 霜山徳爾訳 : 死と愛 (フランク著書集 2). みすず書房, 50, 1957.
- 16) Maslow, A.H. 著 / 小口忠彦訳 : 人間性の心理学. 産業能率大学出版部, 107, 1971.
- 17) Maslow, A.H. 著 / 小口忠彦訳 : 人間性の心理学 (改訂版). 産業能率大学出版部, 60, 1987.
- 18) 前掲書 17), 46.
- 19) Frankl, V.E. 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, 74, 1993.
- 20) 前掲書 15), 52.
- 21) 北川美歩, 桑名斉, 岡安大仁 : 人生の最期を緩和ケア病棟で過ごした精神発達遅滞のあるがん患者の一事例 ウクレレや歌を通し自分の存在意味を見いだした A 氏. 日本音楽療法学会誌, 9 (1), 36-44, 2009.
- 22) Frankl, V.E. 著 (1947) / 霜山徳爾訳 : 夜と霧 (フランク著書集 1). みすず書房, 128, 1961.
- 23) 前掲書 15), 149.
- 24) 前掲書 15), 146.
- 25) 前掲書 15), 166.
- 26) 鎌田實 : がんばらない. 集英社, 249-269, 2000.
- 27) Martin Buber 著 (1923) / 田口義弘訳 : 『対話的原理 I - 我と汝・対話 - (ブーバー著書集 I). みすず書房, 22, 1967.
- 28) 藤井理恵 : 患者の spiritual need とスタッフのかわり - 患者, 医師, ナースへのアンケート調査から. ターミナルケア, 3, 425-429, 1993.
- 29) 森田達也, 角田純一, 井上聡他 : 実存的苦痛からうつ状態に陥り安楽死を要求した末期癌患者の 2 例. 精神医学, 38 (9), 939-947, 1996.
- 30) 前掲書 2), 33.
- 31) Frankl, V.E. 著 (1951) / 真行寺功訳 : 苦悩の存在論. 新泉社, 116-117, 1972.
- 32) ibid.7), 71.
- 33) Frankl, V.E. 著 (1975) / 山田邦男・松田美佳訳 : 苦悩する人間. 春秋社, 130, 2004.
- 34) 加賀江瞳, 杉本由香理, 福田涼子他 : 終末期がん患者から死の話題を投げかけられた時の看護師の反応. 日本看護学会論文集, 40, 48-50, 2010.
- 35) 奥佐知子, 湊直子, 田辺里江他 : 一般病棟看護師の終末期がん患者との関わりにおけるジレンマ - 患者の倦怠感に焦点を当てて, 日本看護学会論文集, 40, 255-257, 2010.

### 注記

注1) マズローは, これまでの基本的欲求を欠乏欲求 (安全, 所属, 愛情, 尊敬の欲求) と成長欲求に分類できるとし, 自己実現の欲求は後者に含まれるとしている (Maslow, A.H. 著 / 上田吉一訳 : 完全なる欲求, 誠信書房, 46, 1964).

注2) フランクは「愛」について「いわば恩寵の道のように, 自己の行為ないし功績なくして人間は, 彼の独自性や一回性の実現化のうちに存するあの満足を経験するのである」と述べ, 愛が「恩寵」であると述べている (V.E.Frankl 著 (1947) / 霜山徳爾訳 : 死と愛. みすず書房, 146, 1957).

注3) ブーバーは相手の一部あるいは部分を見ることは「我-汝」の関係ではないとし, 次のように述べている。「私がひとりの人間にたいして, 私の汝である存在として向かいあい, 根元語・我-汝を語りかけるとき, その相手はものうちのひとつではなく, さまざまなものから成り立っているひとつの存在でもない. その人間は他のもろもろの彼や彼女に隣接している彼や彼女ではなく, 空間と時間よりなる世界の網のなかに組み入れられたひとつの点ではない. また, 経験され記述され得るひとつの性質, あれこれと名づけられている諸特性のゆるい束でもない. いや, その人間は隣りあうものがない, 継ぎ目のない全体たる汝なのであって, その存在は天空に充溢するのだ」(田口義弘訳 : 対話的原理 I - 我と汝・対話 - (ブーバー著書集 I). みすず書房, 13, 1967).

**Discussion Regarding the Realization of Values  
in People Living with an Illness  
– A Focus on the ‘ Three Values ’ of V.E. Frankl’s theory –**

Tomoe MAKINO

**Abstract**

The purpose of this paper was to discuss the possibility of realizing the values expounded by V.E. Frankl, by referring to previous texts and studies concerning patients suffering from cancer and other intractable diseases. V.E. Frankl believed that even in the face of unavoidable suffering, the attitude adopted by individuals towards their predicament could transform their sufferings into achievements. He also believed that if they changed their perspectives on questions regarding the meaning of life, the meaning would spontaneously become apparent in three ways. In this paper, we cite cases of creative values, experiential values, and attitudinal values. We consider the idea that even in the terminal phase of a disease, attitudinal values offer patients a chance to achieve their greatest accomplishments.

Nurses are closest to patients, and those who believe that humans have the potential to transform sufferings into accomplishments can assist patients in realizing their attitudinal values. In addition, we believe that nurses themselves will derive meaning from the care they provide.

**Keywords** cancer survivor, the meaning of life, suffering, attitudinal value

## 特別報告

## 19th IEA World Congress of Epidemiology に参加して

大木秀一<sup>1</sup>

## 1. はじめに

2011年8月7日から11日まで英国スコットランドのエジンバラで開催された第19回国際疫学会(19th IEA World Congress of Epidemiology)に参加した。この学会は疫学研究の国際学会として最近では3年に一度ごとに世界各地で開催されている。前々回のバンコクの学会にも参加した。

エジンバラは、英国北部スコットランドの東岸、フォース湾に面し、グラスゴーに次ぐスコットランド第2の都市である。旧市街と新市街の町並みの対比が美しく、ユネスコの世界遺産にも登録されている。エジンバラ城をはじめとして、名所旧跡も豊富な観光地である。全体として起伏の多い土地であり、鉄道が一番低い位置を走る。毎年8月には、エジンバラ・フェスティバルと呼ばれる芸術祭典が行われ、多くの観光客で賑わう。今回の学会はまさにこの時期に開催され、街中は観光客であふれかえっていた。会場であるエジンバラ国際会議場はエジンバラ城から徒歩で15分程度の場所にある。駅から歩くと30分以上かかるが、周りの景色がきれいなので、長くは感じない。市街地にあるエジンバラ大学は、欧州屈指の名門大学である。哲学者のデビッド・ヒューム、自然科学者のチャールズ・ダーウィン、物理学者のジェイムズ・マクスウェル、小説家のコナン・ドイルなどそうそうたる学者、文化人を輩出している。

国際学会に参加する目的は人それぞれであろう。学会場で集中的に発表を聞きながら最新の研究成果に触れる、海外の研究者との交流を深める、開催地の雰囲気味わいながら研究テーマを思索するなど。海外に来たら海外でしかできないことを優先すると言うのも1つのやり方であろう。



図1 第19回国際疫学会(学会サイトより)



図2 新市街から見たエジンバラ城(学会サイトより)

## 2. 発表演題

学会サイトの速報を見ると実際の参加者は1,400名程度であったが、抄録集を見る限り、一般演題だけでも1,500近い。

今回の筆者の発表演題は、Estimation of the contribution of assisted and non-assisted reproductive technology fertility treatments to multiple births during the last thirty years in Japan: 1977-2008であり、今年アクセプトされた2つの論文<sup>1,2)</sup>をまとめたものである。

人口動態統計(厚生労働省)と生殖補助医療統計(日本産科婦人科学会)の過去30年分のデータをもとに、国内の多胎(複産)出生数の内訳を自然妊娠と不妊治療、不妊治療をさらに生殖補助医療とそれ以外の排卵誘発に分けて推計した。

不妊症カップルの頻度は、約10%程度と推定されているにもかかわらず、不妊治療の正確な統計は意外と少ない。生殖補助医療(いわゆる体外受精 In Vitro Fertilization: IVFなど)のデータは不完全ながらも公表されている。ただし、多胎に関する出生数などは推定の域を出ない。それ以外の排卵誘発などの大規模なデータは、日本だけでなく海外でもほとんど収集されていない。こうした背景があり、現状把握(いわゆる記述疫学)の目的で推計を行った。見た目の派手さはないが、健康施策を考える際の最も基本的な資料になる。

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

### 3. ライフコース疫学研究のセッション

今回は、執筆中の2つの依頼原稿を抱えての出張でもあり、その構想や発想のための情報収集も兼ねての学会参加であった。1つは本号の総説にも書いた「ライフコース疫学」に関する依頼原稿である。学会でライフコース研究を扱っているシンポジウムが2つあった。英国のHALCYON PROGRAMMEに関するものと、ライフコース疫学研究のためのコホートの利用に関するものであった。前者はHealthy Ageing across the Life Courseをもじったものであり、2008年9月から2012年3月までの研究費がついているという。本号の総説でも触れたが、英国はこの研究分野の主導的な立場にある。座長はライフコース疫学の提唱者Diana Kuhであった。ちなみにハルシオンhalcyonとは「カワセミ」のことであり、有名な睡眠薬とはスペルが異なる。

このプログラムは英国の9つのコホートを使って健康な加齢現象を3つの側面から理解することを目的とした学際的研究である。3つの側面とは、身体・認知機能（毎日の生活における身体的・精神的活動を保証する能力）、心理社会的健康（人間関係や社会活動について人々がどのように感じ、どのように機能するか）、生物学的基盤（ストレスホルモンやテロメア長の影響など）である。以上について、研究概要と進捗状況が報告された。

### 4. エジンバラ大学と利き手の研究

もう1つの依頼原稿は、「利き手」に関する双生児研究のレビューである。エジンバラは利き手研究には外せない地名である。エジンバラの名前が付いた有名な質問紙調査票がいくつかある。多くの人は「エジンバラ産後うつ病質問紙票」(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)を思い浮かべるのではないだろうか。

利き手研究の世界では「エジンバラ利き手テスト」(Edinburgh Handedness Inventory: EHI)が有名である。エジンバラ大学のOldfieldが1971年に発表したもので、改良を重ねながら現在に至るまで世界中で使われている。EHIもEPDS同様に、10の簡単な質問で利き手を判定する。この質問紙が優れている点の一つは、カテゴリカルに右利き・左利き（あるいは両利き）と分けるのではなく、10の簡単な質問に対して主にどちらの手を使うかを選んでもらい、その個数をもとに側性係数（平たく言えば利き手度）と呼ばれる得点を算出し、右利き・左利きの程度を連

続量で表したところにある。有名な研究の地であるエジンバラ大学は、それだけで絵になるアカデミックな景観を備えていた。

利き手（広くは側性）の研究は日本でこそあまり知られていないが、海外では優れた研究が数多くある一大研究領域である。特に、脳の左右差との関係が古くから研究されている。しかし、利き手に関する理解は遅々として進んでいない。利き手が発生する原因（なぜ古今東西9割近くの間が右利きなのか）も、遺伝要因仮説、胎内ストレス・出産時ストレス仮説、テストステロン（男性ホルモン）仮説など、有力な仮説はあるが定説はない。従来は「左利き」の特徴が主たる関心であった。しかし、最近では、利き手の左右差だけでなく、利きが定まっているかないか（片側利きか両側利きか）が注目されている。そのような中、昨年1月にPediatricsという有名医学誌にセンセーショナルな研究報告が発表され<sup>3)</sup>話題を呼んだ。フィンランドの大規模出生コホート研究によれば、両利きの児では8歳、16歳の時点で注意欠陥・多動性障害、言語や学業上の問題、精神的疾患を抱えるリスクが高いというものだ。

### 5. おわりに

左右差（側性）は、指紋や2D:4D比（人差し指薬指比）などと並んで簡便で有力な胎内環境マーカーになるのかもしれない。その意味で、今後はライフコース研究との関連も注目される。日々の雑事から離れて、異国の地で思索にふけるといようなアイデアが浮かび、雲間から多少の光が差し込んできたような気がした。なお、今回の海外出張は2011年度学内共同研究費による。

### 文献

- 1) Ooki, S.: Effect of maternal age and fertility treatment on the increase in multiple births in Japan: vital statistics, 1974-2009. J Epidemiol, 21 (6), 507-511, 2011.
- 2) Ooki, S.: Estimation of the contribution of assisted and non-assisted reproductive technology fertility treatments to multiple births during the past 30 years in Japan: 1979-2008. Twin Res Hum Genet, 14 (5), 476-483, 2011.
- 3) Rodriguez, A., Kaakinen, M., Moilanen, I., et al.: Mixed-handedness is linked to mental health problems in children and adolescents. Pediatrics, 125 (2), e340-348, 2010.

## Participation in the 19th IEA World Congress of Epidemiology

Syuichi OOKI





## 特別報告

## FASEB Summer Research Conference に参加して

多久和典子<sup>1</sup>

本学の共同研究費（海外出張旅費）により、2011年8月にイタリアで開催されたファセブ（FASEB）夏期国際会議に参加しました。FASEB（*Federation of American Societies for Experimental Biology*）とは、生理学、薬理・実験治療学、生化学・分子生物学、免疫学など、米国の医学・生命科学の主要26学会を統括する学術連合であり、1912年に設立されています。健康と疾病に関する様々な重要課題についての国際会議を多数主催し、テーマごとに世界のトップリサーチャーが学会の垣根を越えて2年ごとに集い、最新の研究成果を紹介し合っその課題の解決を格段に推進すること、その成果を教育・臨床の場に広め、人類の健康と福祉に貢献することを目的としています（図1）。今年で100周年とな

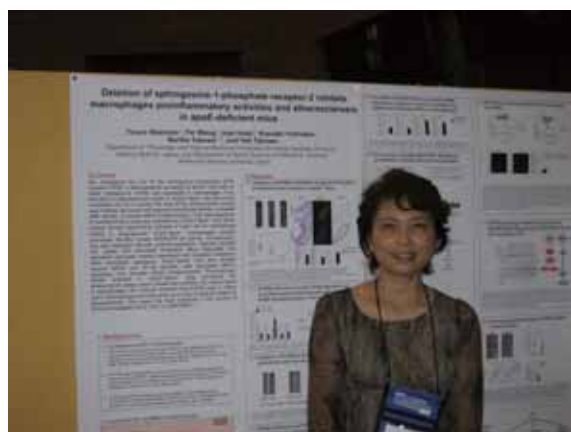


図1 (上段)FASEB 公式ロゴ (ホームページから). (下段) FASEB Summer Research Conference にて (筆者).

る歴史のうちには、抗生物質、インスリン、ポリオウイルスなど、様々な発見が、論文として公表される前にFASEB国際会議で発表されてきました。現在我々の世代が発表している研究成果も、将来人々の健康問題の解決に役立つことを期待しています。

今回の国際会議は、リゾリン脂質メディエーターの生理学・病態生理学をテーマとした会議で、前回（イタリア・ソレント）、前々回（アメリカ・スノーマス）に続き3度目の参加となり、旧知の米国・ヨーロッパ・日本の研究者と再会して、共にサイエンスを堪能しました。リゾリン脂質とは聞き慣れない名称と思いますが、疼痛、炎症に関与するメディエーターであるプロスタグランディンと同様、脂質分子から作られ、細胞膜の受容体に作用して多彩な生物効果を発揮します。プロスタグランディンは、ノーベル医学生理学賞を受賞したスウェーデンのサミュエルソンにより発見され、その産生酵素であるシクロオキシゲナーゼの阻害薬である非ステロイド系消炎鎮痛薬（NSAIDs:アスピリン・インドメタシンなど）は、世界中で頻用されています。

さて、リゾリン脂質の一つ、S1Pという物質は、約20年前に細胞増殖を促進する物質として見出されましたが、同じころ、我々はある遺伝子をクローニングしていました。この遺伝子から作られる蛋白分子は、G蛋白共役型というグループに属する細胞膜受容体の構造を有することから、この受容体に作用する物質を探し求めていましたが、約10年前にこの受容体がS1Pに対する受容体（S1P<sub>2</sub>）であることを突きとめました。（ちなみに、βブロッカーやアンジオテンシン受容体阻害薬、消化性潰瘍の治療薬H<sub>2</sub>ブロッカーなど、G蛋白共役型受容体を標的とした薬剤は多く、現在使用されている薬の半分を占めると言われています。）その後、このS1P<sub>2</sub>受容体と、S1P産生酵素の遺伝子改変マウスを作出し、S1Pの生体における生理学・病態生理学的な意義の解明を目指して来ました。今回の発表はその一端です（図1）。これまでも、S1Pは、急性の心筋虚血に対する保護効果を発揮する一方で、心筋線維化や、がん血管新生の制御に関わることを明らかにしています<sup>1-4)</sup>。なお、他の研究者により、S1Pは善玉コレステロール（HDL）に特異的に結合して運ばれ、HDLの抗動脈硬化作用の一部や前述の心筋保護作用を担っていることなどが明らかにされています。また、リンパ球のS1P受容体（S1P<sub>1</sub>）は免

<sup>1</sup> 石川県立看護大学

疫学的サーベイランスに必須ですが、漢方薬の冬虫夏草の一成分がその機能を失わせることが明らかにされました。この成分は自己免疫疾患の一つである多発性硬化症（MS）の治療に有効で、米国FDAの認可を受けて臨床で効果を挙げています（フィンゴリモッド<sup>®</sup>）<sup>3,4)</sup>。

S1P産生酵素は、病期の進んだ状態のがん細胞で高発現していることが報告されています。最近、がん進展に伴って生じる腫瘍内低酸素と、Ras癌原遺伝子の活性化変異の両者により、S1P産生酵素の発現が亢進することが明らかにされました。このことは、多段階発がんの過程に伴い、S1P産生酵素の高発現がおこり、それががんの悪性化（プログレッション）に寄与する悪循環を形成していることを示唆します。この点を論じた私の総説<sup>3)</sup>が、ちょうど今回の会議の前にアメリカのがん関連学術誌に掲載されましたので、読んだよ、書いてくれてありがとう等と声をかけられ、うれしく思いました。

FASEB会議終了後、米国留学以来の友人であるPadova（パドヴァ）大学（英語表記はUniversity of Padua）のレオナルド・サルトーリ教授に四半世紀ぶりに再会し、医学教育について意見交換しました。パドヴァ大学は1222年創設の世界で2番目に古い大学で、有名なガリレオ・ガリレイの講義室のほか、世界最古の解剖学講義室があります（図2）。残念ながら改修中で入れ



図2 パドヴァ大学 最古の解剖学講義室周辺に掲げられた歴代卒業生の寄贈した記念楯

ませんでした。彼の解説によると、円形の階段教室の底部に解剖台があり、医学生が見守る中、解剖の示説が行われ、時に、見張りからの連絡で警官がやって来ることがわかると、解剖台が2つに割れて遺体は下を流れる川へと落ち、台の裏側

にセットされた書物が並ぶ、という仕組みだったそうです。また、当時の医学部教授は亡くなると全員が解剖実習のために献体し、解剖後の亡骸は医学部の建物の廊下の壁の段々に数百年間にわたり安置されていたそうです。現在では段々は教授達の亡骸とともに壁の中に塗りこめられています（図3）。学生時代の解剖実習室の厳粛な空気を思



図3 歴代医学部教授献体の塗り込められた壁（外観）

い出すと同時に、先人たちの命がけの真理探究の上に今日の医学が成立していることに改めて思いをいたしました。そのほか、世界最古の植物・薬草園では、ヨーロッパで最初に植えられた銀杏の大樹、ゲーテも見た観音竹の大樹などを見学し、薬学の歴史における先人の苦労についても考えさせられました。パドヴァ大学はその附属病院とともに、設立当初から多くの寄付によって発展してきました。高額寄付者の名前を大理石に刻んだ顕彰碑が壁にずらりと掲げられていました（図4）。



図4 高額寄付者の顕彰碑（部分）

また、世界で最初に女性が入学し、博士の称号を得た大学としても知られています。

紙面が尽きましたが、最後に、海外出張旅費に

より有意義な出張が実現しましたことに、この場を借りて心より感謝を申し上げます。

#### 参考文献

- 1) Takuwa N, Ohkura S, Takashima S, et al.: S1P<sub>3</sub>-mediated cardiac fibrosis in sphingosine kinase 1 transgenic mice involves reactive oxygen species. *Cardiovasc Res.* 85(3):484-93, 2010
- 2) Du W, Takuwa N, Yoshioka K, et al.: S1P<sub>2</sub>, the G protein-coupled receptor for sphingosine-1-phosphate, negatively regulates tumor angiogenesis and tumor growth in vivo in mice. *Cancer Res.* 70(2):772-81, 2010
- 3) Takuwa N., Du W., Kaneko E., et al.: Tumor-suppressive sphingosine-1-phosphate receptor-2 counteracting tumor-promoting sphingosine-1-phosphate receptor-1 and sphingosine kinase 1---Jekyll hidden behind Hyde. *Am J Cancer Res* 1(4):460-481, 2011.
- 4) Takuwa N, Okamoto Y, Yoshioka K, et al.: G protein-coupled sphingosine-1-phosphate receptors: potential molecular targets for angiogenic and anti-angiogenic therapies. *Biomedical Reviews* 22:15-29, 2011

**A Report on FASEB Summer Research Conference  
“Lysophospholipid Mediators in Health and Disease”  
and  
The University of Padua**

Noriko Takuwa

## 特別報告

The 3<sup>rd</sup> Korea-China-Japan Nursing Conference に参加して

丸岡直子, 吉田和枝

2011年10月25～27日に韓国ソウル市の梨花女子大学で開催された第3回日中韓看護学会に参加した。学会テーマはNurse's Social Responsibility and Roleであり、3カ国合わせて約600名が参加した。一般発表数は189題であった。日本からの参加者は144名であり、75演題の研究が発表された。



学会会場の梨花女子大学キャンパス内で

1日目(10月26日)はブライアントICN会長の基調講演、3国の看護協会長講演、ポスターセッション、大韓看護協会創立88周年記念式典が行われた。

ブライアントICN会長は学会テーマである看護職の社会的責任におけるICNの関心として、「安全な飲料水の確保や住宅の手配」「家族計画」「暴力や貧困の根絶」などをあげ、そのために看護職の保険医療施策への参画が不可欠であることを述べた。

日中韓の看護協会長講演では、韓国のシン会長が韓国の看護職の社会的責任について「専門職の発展・開発」「看護に対する公平なアクセスの保障」などを挙げた。特に専門職の発展・開発につ

いては、看護教育の質の向上を目指した看護基礎教育の4年制一元化、および臨床看護の質の保証のため保険医療従事者資格免許更新制度の法制化を果たすために組織的な活動とその成果について述べられた。これらの社会的背景には、少子高齢化社会の加速化、看護職者の社会的評価の低さ、非都市部や中小規模病院の深刻な看護師不足があり、看護職能団体の政策提言のあり方については日本看護協会が手本となったようである。奇しくも、看護基礎教育4年制は韓国が先んじる結果となり、5年後には3年課程のすべてが4年制教育となる。

中華護理学会の李理事長は、高齢化が諸外国と同様に進行する中看護職不足が懸念されていること、看護教育レベルの向上と業務実践範囲の拡大と専門性の追求が求められており、国家的な課題として10年計画で取り組むことを述べた。

日本看護協会の坂本会長は、「看護職が活躍する場の基盤整備：チーム医療の推進」と題して、少子高齢化・多死社会に対応する医療システムの構築が急務であり、チーム医療と在宅医療の推進が検討されていることを紹介した。看護師がチーム医療のキーパーソンと位置づけられ、看護職の業務範囲の拡大にむけた検討がさまざまに行われており、日本看護協会でも積極的に関与していることが報告された。

1日目の午後には、ソウルオリンピック体育館にて開催された大韓看護協会創立88周年記念式典に参加した。この式典は、大韓民国において看護基礎教育4年制一元化法案が可決されたことから、今学会にあわせて記念式典が行われたものであり、日本・中国からの学会参加者も招待をうけた。会場には大韓民国全国の看護職と看護学生、約2万5千人が集まり、看護基礎教育4年制一元化を果たした大韓民国看護職のパワーを感じる式典であった。

2日目(10月27日)は3協会役員による各看護協会の課題と重点事項に関する講演、特別講演、研究発表は行われた。

3協会役員講演では、大韓看護協会第一副会長のキム・ヨンスン氏は離職防止や看護師不足対策



共同研究者とともに（梨花女子大学音楽堂前）

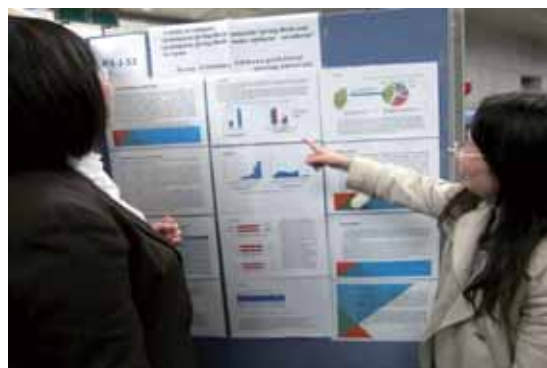
として診療報酬システムの改善や看護師配置の法制化への働きかけ、男性看護師の兵役義務免除などに力を入れていることを紹介した。中華護理学会副理事長の劉華平氏は、疾病構造の変化による慢性疾患の増加や災害対応などが看護の課題であり、中華護理学会の会員数を増加することにより社会的影響力を高める必要性を述べた。日本看護協会常任理事の小川忍氏は、看護職が働き続けられる労働条件・労働環境を確保するための関係機関への働きかけの結果、厚生労働省内5局長連名による通知「看護師等『雇用の質』の向上のための取組について」が発出されたことを紹介した。

特別講演では、韓国保健社会研究所長のキム・ヨハン氏からは「高齢化社会における保健医療ケアシステムの開発」について述べ、韓国では定額支払い制度の導入、健康保険料の引き上げ、診療報酬支払基準の再検討などの制度改革が紹介された。さらに、日本看護協会前会長の久常節子氏は「日本看護協会の活動と医療環境の改善」について述べ、課題への対応に必要な政策形成力の強化と具体例が紹介された。

学会に参加した我々は示説による発表を行った。

(吉田和枝)

平成 21 年度文部科学省科学研究費補助金を受けて行っている「産痛の受容と克服に関するケア実践の現状と効果的なコミュニケーションに関する研究」の一部としての「日本における硬膜外麻酔分娩をした初産婦と自然分娩をした初産婦の比較研究」に関する研究発表を行った。演題は A study to compare “primiparas giving birth

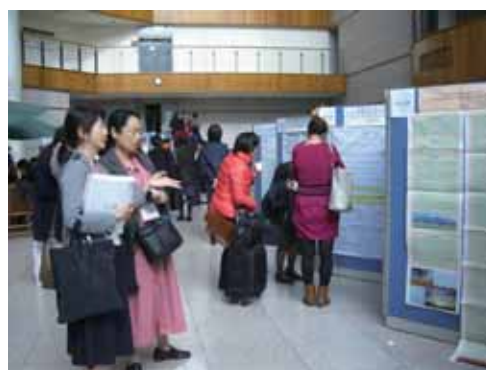


naturally” and “primiparas giving birth under epidural anesthesia” in Japan である。

日本では麻酔分娩を行う人は少数派に属するが全国的な統計的数値は出されていない。ポスター発表を見てくださった韓国の方の情報であるが韓国において統計的数値はないが、麻酔分娩は年々増加傾向にあるようである。今回の学会発表では母性看護に関する発表は少なく、分娩様式に関連したものは他には無かった。

(丸岡直子)

平成 22 年度の本学附属地域ケア総合センター調査研究助成により行った「看護師による退院調整活動の質指標開発に関する研究」の一部として、退院支援検討会に参加した看護師の所属病棟の入院患者に対する退院支援活動の実態を明らかにし、検討会開催前後の比較から退院支援活動の課題について検討したことを発表した。演題は “Status and issues associated with ward nurses discharge support activities for inpatients : Comparison before and after discharge support workshops” である。学会参加者らと、継続看護のシステム化や看護師の力量形成などの情報交換を行った。



学会 3 日目はサムスンがんセンターを見学した。このセンターはサムスン医療院が世界的なレ

ベルのがん治療システム構築をめざして2008年に開設された652床、20の手術室を有する病院である。2015年までの看護部のビジョンは信頼と満足の提供、看護師がプライドと楽しみを持って働きつづける、グローバルスタンダードを目指した看護の提供であった。広い空間とアートが調和した院内は先進的であり、世界に発信する役割自負と職員を大切にする職場環境、教育システムなどの説明をうけた。

学会期間中はソウル市長選挙戦のまっただ中であり、街には活気で溢れていた。韓国も少子高齢化社会を迎え、看護職者の確保や社会的地位の保証など、日本と同様な課題に直面している状況にあって、看護基礎教育の4年制一元化や様々な政策提言とそれを実現する韓国の看護職のパワーに圧倒された4日間であった。

本学会参加にあたり、平成23年度学内共同研究費の支援を受けました。深謝いたします。



**Participation in the The 3<sup>rd</sup> Korea-China-Japan  
Nursing Conference**

Naoko MARUOKA, Kazue YOSHIDA

## 石川看護雑誌発行規定

(趣旨)

第1条 この規定は、石川県立看護大学研究推進委員会規程に基づき、石川県立看護大学研究推進委員会（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。
- 4 平成 23 年 3 月 3 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, 最後の頁に英文概要250語以内と英語のキーワード5つ以内を掲載する. なお, 概要, キーワードは, 級数を8.5ポイントとし, 左右の枠から3.5字空き左右中央に印字する. また, 「キーワード」あるいはKey wordsは, 太字で強調する.
2. 著者名と概要との間は, 行間が1行空きになるように印字する.
3. キーワードは, 概要の下に1行空けて印字する. キーワードの下は, 1行空きとする.

### (本文)

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

### (図・表・写真)

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

2. 図・表は、原稿ではそれぞれ順序に従い本文の後に配置する。本文余白に挿入箇所を青で記入する。原図と異なる刷り上がり大きさを希望するときは明確に指定する。図・表中の文字の級数は8ポイント以上、表中の文字は明朝で印字する。
3. 写真は、図の番号に含める。印画紙にプリントしたもの又は同等の画質にてプリントアウトしたものを別紙に貼付し、紙に著者名と番号を明記する。説明文は2の順序に含め本文の後に置く。
4. 図（以下写真を含む）の番号・タイトルは図の下に、表の番号・タイトルは上に、それぞれ左詰で記入し、級数は9ポイントで印字する。
5. 呼称は、それぞれ図1、図2…、表1、表2…とし、章ごとに番号を分けずに通し番号とする。
6. 挿入した図・表の大きさを記述部分の字数に換算して、総頁（10頁）を超えないようにする。
7. 原則として印刷は全て白黒写真製版で行い、図、表はすべてモノクロに限る。

#### (数式等)

1. 極力簡単にまとめる。
2. 式は3字空けてから書き出す。
3. 式番号は、式の最後に右寄せにして記す。

#### (記号)

1. できる限り一般的なものを用い、最初に記した箇所での定義を明らかにする。
2. まぎらわしいもの（大文字・小文字が同形のものや異字間で形が似通っているものなど）は、その区別を明瞭にする。特に、下付け又は上付けにすべきものは、はっきり示すこと。
3. ドイツ語、フランス語等の特殊文字はそのまま使用してよいが、ギリシア文字、アラビア文字等は可能な範囲でアルファベット化する。

#### (引用文献)

1. 引用、参考文献は、級数を9ポイントとする。
2. 引用又は参考とした文献名は、使用順に番号を振り、結論（あれば謝辞）の後に引用又は参考文献として番号順にまとめて掲げる。番号は半角とし、後ろを1字空ける。
3. 文献番号は、本文中又は引用した図・表のキャプションの最後に上付き半角数字で1), 2), 3), …のように明記しておく。同一文献の同一ページは同一番号とする。
4. 記載方法は、原則として以下のような形式とする。発行年は西暦とする。著者が複数の場合、和文、欧文ともに著者名の連記は3名までとし、最後尾に他○名とか、et al.などを付記する。

##### 1) 単行本の場合

著（編）者名：書名。発行所名、（欧文には発行地）、引用最初頁－最後頁、発行年。の順。  
和文例）石川一郎：生と死の現在。学文堂、23-28、2003。

欧文例）Hockney, R. W. and Eastwood, J. W. : Computer Simulation Using Particles. McGraw International Book Co., Oxford, 21-28, 1981.（書名单語は原則大文字はじまりとする）

##### 2) 論文等の場合

著者名：論文名。雑誌名、巻号数、最初頁－最後頁、発行年。の順とする。

和文例）石川一二三：訪問看護における医師と看護師の連携について。訪問看護展望、20（3）、21-18、1978。

欧文例）Akerman, M., Smith, J., Hopper, J.D., et al: Sensitivity and specific of the fine aspiration cytology. Acta Cytol.34, 21-56, 1990.（単語は雑誌題名では原則大文字はじまり、英文論文題名では筆頭以外小文字はじまりとする）

##### 3) 単行本の一部をなす論文等の場合

著者名：論文名。単行本編者名：書名。発行所名、（欧文では発行地名）、最初頁－最終頁、発行年。の順とする。

和文例）杉本陽子：乳幼児期の健康。後閑容子、蝦名美智子、大西和子編：健康科学概論。ヌーヴェルヒロカワ、70-77、2004。

欧文例）Grabner, 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9巻をお届けいたします。

前巻の第8巻発行時の2011年3月には東北地方太平洋沖地震がありました。それから早一年が経ちました。医療保健に携わる立場から私たち一人一人が取り組むべき課題を明らかにし、今後の復興に向けてさらに努力していく必要性を強く感じております。

今回お届けいたします第9巻は、総説1編、原著1編、報告6編、資料7編、特別報告3編が掲載されております。このようをお届けできますのは、皆様の日々の研究に対する真摯な心構えと査読を行ってくださる方々の賜物であると感じております。

また、石川看護雑誌編集につきまして、いろいろなお意見やアドバイスをいただき大変感謝しております。

本雑誌は査読者と投稿者の関係において互いの氏名を明かさない double-blind システムを採用しております。しかし、近年、査読プロセスにおいてレフェリー名を公開しても審査内容の質に影響を及ぼさないとして、レフェリー名の公開学会誌も存在するようで、いろいろ考察すべき視点がございます。

査読の目的はその論文の良い部分、優れた部分を見つけ出すことを念頭に入れながら、論文内容の質と明瞭性を高めるものと考えております。石川看護雑誌に関しては、現在のところ double-blind システムを取りながら投稿者の意図や査読者の解釈するところの基本的な誤解等々を少なくするために、まずは査読者のコメントと投稿者の返答のやり取りの中で査読者—投稿者のコミュニケーションをさらに充実させることが重要かと思っております。

編集に携わる中で、懸命に投稿して下さる方々、またご多忙の中、快く査読をお受けしていただく方々のどちらも、大変熱心でおられることに敬服いたしております。また、皆様からのたくさんのご投稿を楽しみにお待ちしております。

最後に、本研究誌を発行するにあたり、研究推進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。

2012年3月

石川看護雑誌第9巻編集委員長  
吉田 和枝



石川看護雑誌  
第9巻

ISSN 1349-0664

2012年3月

編集：石川県立看護大学 研究推進委員会

発行：石川県公立大学法人 石川県立看護大学

〒929-1210 石川県かほく市学園台1-1

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 9

March 2012

Edited by committee of Reseach, Ishikawa Prefectural  
Nursing university

Published by Ishikawa Prefectural nursing university

1-1, Gakuendai, Kahoku City, Ishikawa 929-1210,

Japan

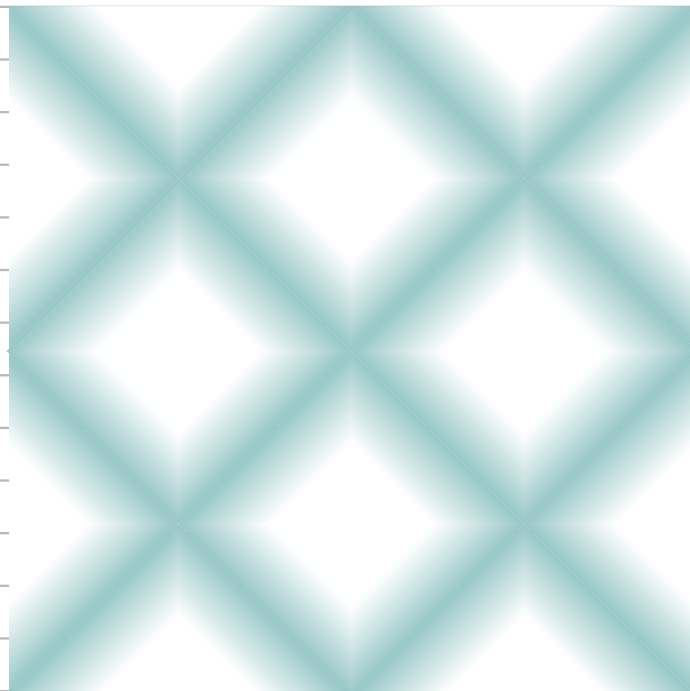
Printed by Ugawa Printing Co., Ltd.

© 2012 Ishikawa Prefectural Nusing university. All rights  
reserved.

石川看護雑誌

# Ishikawa Journal of Nursing

Vol.9 ■ 2012



**Ishikawa Prefectural Nursing University**