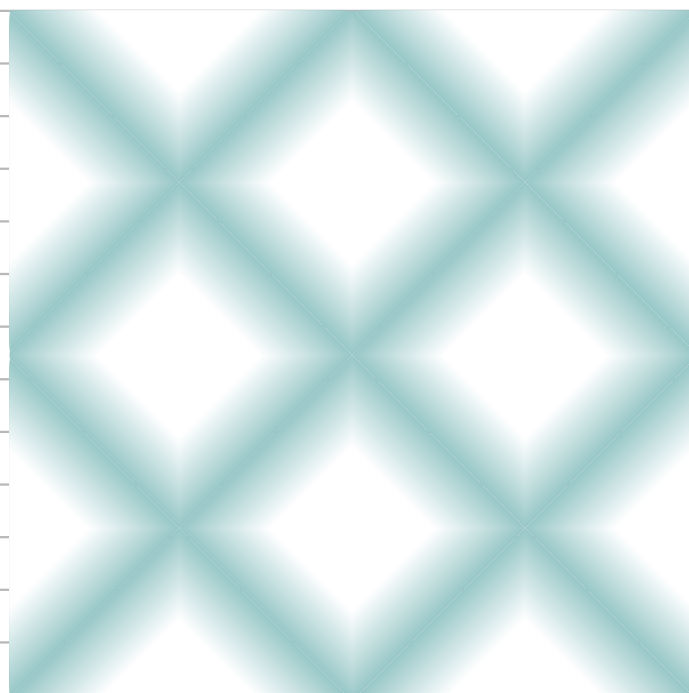


Ishikawa Journal of Nursing

石川看護雑誌

第10巻 ■ 2013



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 10 卷

Volume 10

2013

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10巻（2013年3月）

目次

巻頭言		1
	学長 石垣和子	
特別寄稿		
	アメリカ合衆国における APRN（上級実践看護師）の免許、資格、許可そして教育 上月頼子	3
総説		
	研究方法論としての文献レビュー — 英米の書籍による検討 — 大木秀一，彦 聖美	7
報告		
	介護予防事業参加者に対する笑いヨガの試み 参加者の生体指標と行動観察における評価 中道淳子，松本ひかり，山岸日佳里，谷口智美，川畑圭良子 高見幸子，川端祥子，油野聖子，小林宏光	19
	転倒防止に関する新人看護師教育の実態 丸岡直子，寺井梨恵子，木村久恵	25
	高齢期の妻や親を介護する男性の介護状況に関する実態調査 — 石川県における介護支援専門員に対する質問紙調査 — 彦 聖美，鈴木祐恵，金川克子，石垣和子，大木秀一	37
	看護学生の食生活改善に向けた教育プログラム評価 — 継続性への検証を通して — 藤田三恵，中田弘子，川島和代，丸岡直子	47
	看護教員養成講習会を受講する中堅看護師に内在するニーズ 木村久恵，村井嘉子，中道淳子，堅田智香子	57
	訪問看護ステーション利用者を介護している石川県下の男性介護者の実態と 介護に対する意識 — 自記式質問紙調査から 鈴木祐恵，彦 聖美，金川克子，石垣和子，大木秀一	65
	韓国と日本における保健所の機能と看護職の役割についての考察 塚田久恵，石垣和子，辻村真由子，都筑千景，金川克子	77

資料

医療行為を受けている在宅高齢者に関わる 医師や介護支援専門員の情報共有や職種間の連携状況	89
林 一美, 堀田真弓, 佐々木順子	
介護予防事業参加者に対する笑いヨガの試み 笑いヨガプログラムの紹介と参加者評価	95
松本ひかり, 谷口智美, 山岸日佳里, 川畑圭良子, 高見幸子 川端祥子, 油野聖子, 中道淳子, 小林宏光	
精神看護学教育に関する実態調査 (第一報) — 教員の実態ならびに教育内容の変遷について —	103
谷本千恵, 辻真理子, 川村みどり, 相川竜子	

特別報告

「地域課題研究ゼミナール支援事業」最優秀賞	111
垣花 渉	
ドイツにおける緩和ケアとホスピス	113
彦 聖美, 浅見 洋	
ドイツの総合型地域スポーツクラブを訪ねて	117
垣花 渉	
17 TH INTERNATIONAL CONFERENCE on CANCER NURSING 参加報告	119
牧野智恵	
The 16 th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS) に参加して	121
谷本千恵	
The 16 th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS) に参加して	123
曾根志穂, 阿川啓子, 金子紀子, 井上智可	
ゴードン・リサーチ・カンファランス 参加報告	125
多久和典子	

発行規定	127
投稿規定	129
編集後記	135

Ishikawa Journal of Nursing

Volume 10 (March 2013)

Contents

Prefatory Note

Kazuko ISHIGAKI 1

Special Contribution

Licensure, Accreditation, Certifications, and
Education in Advanced Nursing Practice in the United States 3
Yoriko KOZUKI, Ph.D., PMHNP - BC, ARNP

Review Article

Literature Review as Research Methodology
– Findings from English Language Books – 7
Syuichi OOKI, Kiyomi HIKO

Reports

“Laughter Yoga” for Participants of Long-Term Care Prevention Project
Effects of “Laughter Yoga” on physiological and
behavioral responses of elder participants. 19
Junko NAKAMICHI, Hikari MATSUMOTO, Hikari YAMAGISHI,
Tomomi TANIGUCHI, Kayoko KAWABATA, Sachiko TAKAMI,
Sachiko KAWABATA, Seiko ABURANO, Hiromitsu KOBAYASHI

Fall Prevention Education for Newly Hired Nurses 25
Naoko MARUOKA, Rieko TERAJ, Hisae KIMURA

Survey on the male caregivers who provide care to their elderly wives or parents
– A questionnaire survey for care managers in Ishikawa Prefecture – 37
Kiyomi HIKO, Sachie SUZUKI, Katsuko KANAGAWA,
Kazuko ISHIGAKI, Syuichi OOKI

Evaluation of an educational program designed to improve nursing student dietary habits
– Verification of continuity – 47
Mitsue FUJITA, Hiroko NAKADA, Kazuyo KAWASHIMA,
Naoko MARUOKA

Needs of Mid-career Nurses Attending Nursing Teacher-Training Programs 57
Hisae KIMURA, Yoshiko MURAI, Junko NAKAMICHI, Chikako KATATA

A Field Survey on Male Caregivers at Home-Visit Nursing Care Stations Sachie SUZUKI, Kiyomi HIKO, Katsuko KANAGAWA, Kazuko ISHIGAKI, Syuichi OOKI	65
Discussion on the function of public health center and the role of Nurses in Korea and Japan Hisae TSUKADA, Kazuko ISHIGAKI, Mayuko TUJIMURA Chikage TUZUKI, Katsuko KANAGAWA	77
Materials	
Information sharing or coordination between occupations among care managers at home care support service offices and physicians at healthcare facilities for the elderly receiving medical care treatment at home Kazumi Hayashi, Mayumi Horita, Junko Sasaki	89
“Laughter Yoga” for Participants of Long-Term Care Prevention Project Introduction of “Laughter Yoga” Program and Evaluation by participants Hikari MATSUMOTO, Tomomi TANIGUCHI, Hikari YAMAGISHI, Kayoko KAWABATA, Sachiko TAKAMI, Sachiko KAWABATA, Seiko ABURANO, Junko NAKAMICHI, Hiromitsu KOBAYASHI	95
Education in Mental Health and Psychiatric Nursing The actual status of nursing teachers and changes in nursing education Chie TANIMOTO, Mariko TUJI, Midori KAWAMURA, Tatsuko AIKAWA	103
Special Reports	
Challenge of Project-Based Learning in Kahoku City Wataru KAKIHANA	111
Palliative Care and Hospice Care in Germany Kiyomi HIKO, Hiroshi ASAMI	113
Visit to Community Sports Clubs in Germany Wataru KAKIHANA	117
Participation in the 17 th International Conference on Cancer Nursing Tomoe MAKINO	119
Participation in the 16 th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS) Chie TANIMOTO	121

Participation in the 16 th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS) Shiho SONE, Keiko AGAWA, Noriko KANEKO, Chika INOUE	123
Participation in Gordon Research Conference (GRC), Vascular Cell Biology 2013 in Ventura Noriko TAKUWA	125
Regulation	127
Instructions to Authors	129
Editor's Note	135

巻 頭 言

これは、第4巻に続く久々の巻頭言である。石川看護雑誌は2004年3月に第1巻を発行し、本巻で第10巻を数えるが、書き手は着任2年目であり、久々の巻頭言を著わすにあたってこれまでの雑誌の内容を振り返ってみた。

その結果以下のことに気づかされた。すなわち、いずれの巻も日頃の教員の研究成果が報告されていることは無論であるが、各年の大学全体で取り組まれた事柄や社会的な出来事（災害など）を反映したテーマでの研究がたくさん発表されており、教員が積極的に大学事業への貢献や社会貢献に臨んできたことが表れていると感じた。このような研究からはこの大学の10年間の歩みが読み取れると同時に教員がまとまりをもって存在してきた大学であることが示されており、貴重な記録にもなっている。

また、石川県立看護大学では臨機応変に多様なグループをつくって研究していることにも気づかされた。さらに研究グループは、学問分野横断的であることが特徴であると感じた。このことから学生教育に当たっても領域横断的な教員間連携が活発なものであることも推測され、この2年間の私自身の現状認識と一致すると感じた。学内共同研究費の果たした役割は単なる研究費の配分だけには留まらず、学内の風通しを良くしてきたことが窺えた。

このような点に気づき、この雑誌の存在意義の大きさを改めて痛感した。これも研究推進委員会の姿勢や教員の日頃の活動を尊重する気持ちが形となって現われたものであろう。インパクトファクターの高い雑誌に掲載されることだけが研究を価値付けるのではなく、この雑誌のように、かかわって来たこと、取り組んだことに背景や考察をつけて文章化したものを素直に取り上げ掲載することも重要なことである。これは看護研究の一形態であり、次につながる貴重な内容を含んだものである。一方で、学際的研究という観点からは、看護界で盛んに叫ばれる“学際化”の最先端を行く研究成果がこの雑誌には掲載されている。この点では世間に注目されて然るべき雑誌であると言える。いずれの観点からも今後一層その特徴を発揮した研究が続くことが予想され、とても楽しみである。

さて、近年、大学の定期的な評価やそれに基づく序列化が言われるようになり、さらに石川県立看護大学は昨年度の法人化を受け、年度毎の計画及び評価が義務付けられた。教員活動の大きな柱の一つであり、数的に表しやすい“研究”は評価の格好の対象である。そのような中で、この雑誌はまた別の意味を持ち始めたといえる。学際的な研究の更なる進化や地域貢献活動の論文化の推進などを今後は一層期待したい。さらにこの雑誌は本学の教員が気軽に投稿できる存在であると同時に、より質の高い研究論文への登竜門となる必要がある。第1巻の巻頭言に金川克子学長（当時）が記された、「学術の交流の場として、また教育・研究のひとつの組織体としての発展も期待する」という言葉をかみしめて次の時代へ進んで行きたいものだと考えている。

平成25年3月
学 長 石 垣 和 子

特別寄稿

アメリカ合衆国における APRN（上級実践看護師）の 免許，資格，許可そして教育

上月 頼子¹

Yoriko KOZUKI, Ph.D., PMHNP-BC, ARNP

はじめに

アメリカの上級実践看護師（Advanced Practice Registered Nurse, APRN）に関して、人材育成と教育の観点からご紹介したいと思う。アメリカの50の州それぞれにおいて少しずつ法律が異なるため、APRNの位置づけも各州で違いがある。州毎に認定されたAPRNがそれぞれの州内で活動している。アメリカ看護大学協会（American Association of Colleges of Nursing, AACN）による認可を受けている大学の大学院で、APRN教育プログラムを修了し、国家試験合格を経て、州に免許の申請をする手続きをとる。アメリカのAPRNはアメリカの保健医療制度の中から生まれたため、概念や機能をそのまま日本に当てはめることはできないが、日本の制度や教育の方向、住民の方の健康管理のシステムを勘案の上、ご参考にしていただければ幸いである。

APRNの歴史

APRNは、アメリカの保健医療の歴史的な背景の下で発展し、1950年頃から設立され始めた。麻酔科専門看護師や助産師においてはそれ以前の1940年から既に確立され、活躍していた。専門看護師（Clinical Nurse Specialist, CNS）は、1954年よりニュージャージー大学、ヒルデガード・ペプロウ氏の支援によって確立されて来た。氏は、その頃、保健医療制度の必要性におされて生まれて来たナース・プラクティショナー（Nurse Practitioner, NP）に強い抵抗を感じていたようであった。NPは、1960年代に過疎地域等の医者不足の対策として生まれ、日本の診療所に相当す

る小規模な医療施設でのプライマリケアを行うようになった。コロラド大学における小児科のNPプログラムが最初につくられた。アメリカでは、NPは過疎地域で開業している事が多いのに対し、CNSは都会の病院で働く事が多い。各州でNPが先に活動していて、法律や規則が後から追いかける形になった。2000年当時は、未だに大学によって認定プログラムに違いがあったり、それぞれの州によって業務の内容も異なったものであった。そこで、質保証の面から全米の48の看護組織と各州の看護州委員会（National Council of State Boards of Nursing, NCSBN）の合意のもとAPRNの定義、業務の範囲、教育プログラムの国内における一本化が行われた。現在は、州によって異なっている業務の認可レベルの統一を図っているがなかなか進んでいないのが現状である。

APRNとは

APRNには、麻酔科専門看護師、産科専門看護師（助産師）、CNS、NPがあり（図1）、以下を満たしている必要がある。

1. 大学院卒業レベル（最低修士）の教育をうけていること
2. （専門分野の）国家試験に合格していること
3. 州のAPRNの免許を取得していること（州の免許は2年おきの更新手続きが必要、継続看護としての45単位の受講、薬理学を含む250時間の臨地実習が必要とされる）
4. ヘルスプロモーション、健康管理・保持・増進、医療診断、予防の役割を担えること

NPは、処方権を持つ事と診断が出来る事がRN（一般看護師）との違いである。地域において、個人または医師と一緒に開業する事が多い。いわゆるファミリードクターであり、赤ちゃんからお年寄りまでを診る。これに対し、CNSは、医療

¹ ワシントン大学看護学部（地域精神看護学）
（Department of Psychosocial & Community Health,
University of Washington School of Nursing）
本稿は、米国ワシントン大学と本学との学術交流プログラム
により、招聘教員として来学された上月頼子先生による特別
講演（2012年9月）の概要である。

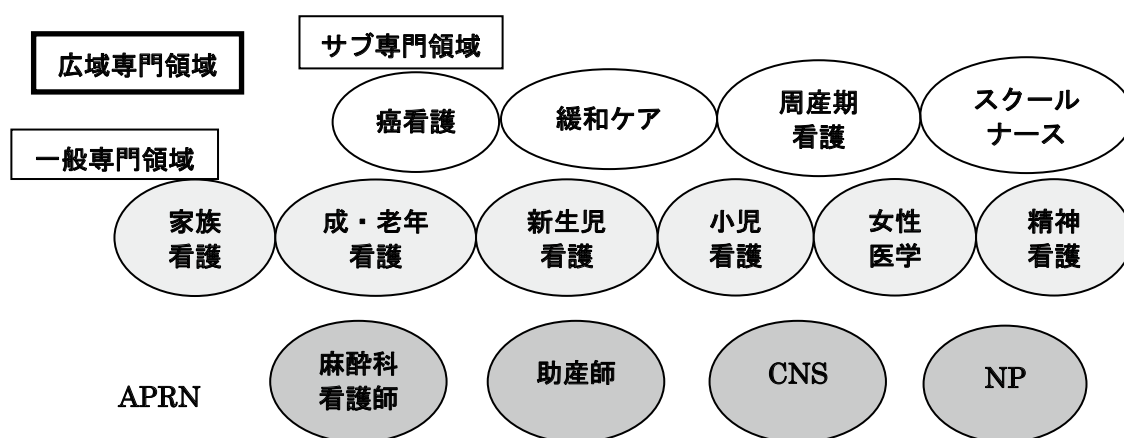


図1 APRN の位置づけ

機関、病院にいる事が多く、コンサルテーション、看護師の集団教育、リエゾンナース（カウンセリング、グループセラピー）など幅広い活動をしている。

APRN の教育

APRN の教育プログラムを修了すると、最終学歴は修士以上を取得できる。すでに修了していて、さらに以前とは違った専門領域の資格もとりたいたい、となった時には、その専門科目だけを修得することも可能である。プログラムは、病態生理学 (Pathophysiology)、フィジカルアセスメント (Physical Assessment)、薬理学 (Pharmacology) の3つの科目 (3P) を必修とし、さらに広域専門領域に関する講義が行われる。病態生理学では、診断から治療内容までを学び、身体アセスメントでは、シミュレーションによる学習が行われる。薬理学は副作用、ジェネリック薬、患者個々の薬物代謝に基づいて、アドヒアランス、日常生活

慣を理解して処方しなければならないことなどを学ぶ。CNS の役割・NP の役割など、それぞれの役割の特殊性や連携を学ぶ課目もある。さらに、500 時間以上の臨地実習が必要とされる。APRN 教育プログラムは、AACN による監査を受け認可を得なければならない。

新しいコンセプトとしてのDNP

2004 年、AACN により 2015 年までに全ての APRN プログラムを博士レベルに引き上げることが提起された。さらに、2006 年 10 月には、DNP (Doctor of Nursing Practice) の基本方針について「APRN の博士教育に関する要点」(図 2) において提示された。その背景要因として、社会的なニーズ、患者の安全性への配慮、医師会からの推進、PT や ST などの専門家の教育レベルの向上などがある。2009 年時点で、92 の大学で DNP プログラムが設立されている。

1. 科学的な理解を基盤とする
2. (看護の) 組織力、管理能力
3. 臨床学とエビデンスを基とした看護技術実践
4. 情報システム、テクノロジー (に関する理解)
5. 健康政策、制度改善に向けての働き
6. 他の専門職間の連携協力
7. 地域における予防医学、健康維持増進
8. 広域領域 (成人、新生児、女性、精神など) 及び専門領域 (麻酔科看護師、助産師、CNS、NP)

図2 APRN の博士教育項目に関する要点

DNP プログラムと課題

ワシントン大学は2006年にDNPプログラムを作っている。プログラムには3つの柱があり、1つはリーダーシップ・管理、さらに臨床研究、そして専門領域の看護実践である。DNPの必修課目とAPRNの必修課目、広域専門課目、さらに臨床実践課目で構成されている(図3)。DNPの必修課目は、専門領域別プログラムではなく、11の専門領域が統一されたプログラムを受ける仕組みとなっている。

実際の教育内容として、以下の性格を持った科目がある。すなわち、(1)健康理論・看護理論:様々な健康レベル、良い状態から疾病レベルまでを通して学ぶ科目、(2)疫学、統計学:基礎的な内容からリサーチの実践手法まで広く学ぶ科目、(3)政策や人種、貧富の差など社会的要因が健康に与

える影響について学ぶ科目、(4)個人介入だけでなく家族と地域全体を診ていこうとする視点やポピュレーションアプローチを学ぶ科目、などがある。臨床研究として、学生は実際の臨床に役立つものに取り組む。例えば、アメリカには色々な人種の方がいるが、西洋的な認知行動療法がうまくいかないこともある。これに対応すべく、東洋的な受容にかかる思考を研究して治療に役立つマニュアルを作るなどの研究テーマもある。

現在はアメリカの大学での経済的な問題によって多くの看護系大学において博士課程を構成する事が困難な状況になっている。その対策として専門性の異なるNPの課目を一部まとめて行う事が行われている。課目が多くなり学費が高くなるため、質を落とさずに経費を削減して行くことが今後の課題である。



図3 DNP プログラムの構造



講演の様子

Special Contribution

Licensure, Accreditation, Certifications, and Education in Advanced Nursing Practice in the United States

Yoriko KOZUKI, Ph.D., PMHNP - BC, ARNP

Abstract

In the United States, in October of 2006, the American Association of Colleges of Nursing (AACN) issued a key document on DNP education titled "The Essentials of Doctoral Education for Advanced Nursing Practice." This is a document that determines the nursing curriculum for advanced practice programs in the U.S. In the same year, the ANCC also issued a statement that states that all advanced nursing programs are to be converted to the doctoral level (Doctor of Nursing Practice - DNP) by 2015. The AACN represents more than 690 member schools of nursing at public and private universities and senior colleges offering a mix of baccalaureate, graduate, and post - graduate programs in the U.S. Following the AACN's statements, in 2008, all stake - holders from professional nursing organizations in the U.S. jointly issued the document titled "Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education," which further details the accreditation of advanced practice nursing programs by the American Association of Colleges of Nursing (AACN), the licensure of Advanced Practices Registered Nurses (APRN - - differs state to state), and certifications for different specialty areas such as Family Nurse Practitioner (FNP), Psychiatric Mental Health (PMHNP), and Midwifery (CNM). Based on the AACN's "Essentials of Doctoral Education for Advanced Nursing Practice," advanced nursing practice curriculums are to be established nationwide that include the following elements: 1) scientific underpinnings for practice; 2) organizational and system leadership; 3) clinical scholarship and analytical methods for evidence - based practice; 4) information systems; 5) healthcare policy; 6) inter - professional collaboration; 7) clinical prevention; and 8) advanced nursing practice. As for the licensure mechanism, the APRN Regulatory Model describes the population foci (adult, pediatrics, women's health, psychiatric mental health, etc), and role differences (nurse - anesthetist, nurse - midwife, CNS, or NP) used as grounds for state licensure as an APRN. The actual licensure requirements for APRNs differ state to state. The typical DNP curriculum contains 15 credits of leadership, 30 credits of practical inquiry, and 45 credits of advanced practice classes. Thus the total minimum number of credits for an APRN with a doctoral preparation is 90 credits. The advanced practice part of the DNP curriculum (the minimum of 45 credits) is where different specialties such as FNP, ANP, Midwife, or PMHNP programs have developed their own population - based classes, including clinical practicums. These different specialties have their own national certification bodies, such as the American Nurses Credentialing Center (ANCC) for the ANP, PMHNP, and FNP specialties. Due to the current financial crisis affecting American universities, many nursing schools are experiencing difficulties in developing or converting MN (MS) advanced nursing programs to the doctoral level. One of the strategies these nursing schools are utilizing to reduce the cost is to consolidate NP programs across the different specialties. For example, all NP programs require the 3 Ps (pathophysiology, pharmacology, and physical assessment), so they can share the same courses. Some examples from different schools, including the University of Washington, will be introduced.

総説

研究方法論としての文献レビュー —英米の書籍による検討—

大木秀一¹ §, 彦 聖美¹

概要

英米の書籍（基本書）をもとに研究方法論としての文献レビュー（文献研究）について検討した。インターネットで書籍検索を実施した結果、システマティック・レビューやメタアナリシスなど高度な文献研究のみを扱った書籍を除外すると2012年9月現在、文献レビューに関する英文の書籍は13種類25冊であった。各書籍の最新版をもとに内容を検討し以下の知見を得た。書籍の起源は1998年と推定された。文献レビューは、一定の手順と技術に基づいて実施される、それ自体が独立した研究方法論と言える。優れた文献レビューには網羅性（情報量）と独創性の2側面が要求される。大学院生（学位論文の執筆）では必須の素養に位置付けられる。文献レビューのトレーニングは、文献検索（情報収集）能力、文献の品質評価能力、各種データの統合力、オリジナリティの創出力、学術的作文能力など、研究に必要な基礎的能力を習得する機会として有用だと思われる。

キーワード 文献レビュー（文献研究）、書籍検索、研究方法論、網羅性と独創性

1. はじめに

文献研究とは、ある研究テーマに関して、既存の文献情報をもとにまとめた研究である。以下では文献研究を文献レビュー（Literature Review: LR）という用語でなるべく統一する。図1に著者らが所属する大学の卒業研究でLRの占める割合の年次推移を示した。量的研究や質的研究における文献検討は除いた。LRの占める割合は増加傾向にあり、過去全体で22%（=171/788）、最近3年間では36%（=95/263）に上る。論文タイトルは多種多様であり、全171編のうち、タイトルに「文献」を含むものが106編であり、最も多いのが「文献的考察」38編、以下「文献検討」31編、「文献研究」16編と続く。タイトルに「文献レビュー」を含む論文は1編もない。

保健医療系の学位論文がLRだけで完成することは少ない。しかし、諸言においてかなり詳しく先行研究をレビューすることは必須の課題になる。

国内においてLRを独自の研究方法論として扱い、体系的に解説した書籍（翻訳書以外）は見あたらない。研究方法論の書籍を見ると「文献検討・文献研究」の章として、大体数ページから十数ページがさかれている。内容的には、文献検討

の必要性と文献検索の方法が主であり、それ以上踏み込んだ説明や具体的な手順（方法論）の詳細は解説されていない。文献（先行研究）の検討がその後続く量的研究・質的研究の基礎として重要であることは強調されているが、独立した研究方法論という視点からは記載されていない。

学部・大学院においてLRが実施される頻度が少ない現状を考えれば、その方法論を検討することには意味があると思われる。海外にはLRの方法論だけを扱った書籍が複数存在する。今回、英米の書籍（基本書）をもとに研究方法論としてのLRについて検討した。

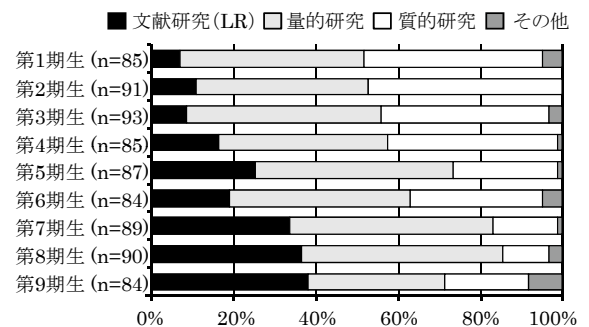


図1 著者らが所属する大学の卒業研究に占める文献研究の割合

¹ 石川県立看護大学 § コレスポンディングオーサー

2. 方法

書籍の検索方法は、「雪だるま式」(snowball/snowballing method) と呼ばれる方法を採用した。米国の通販サイト Amazon の書籍データベース (<http://www.amazon.com>) で 2012 年 9 月までキーワード検索を行った。国内では文献研究と呼ばれることも多いが、英語表記では literature study/research よりも literature review(s) が一般的である。タイトルに “literature review (s)” “literature study” “literature research” を含む書籍を検索した。LR の基本的な方法論や技術をどのように解説しているかを検討することが主目的であるため、高度な LR の方法論 (systematic review (SR), meta-analysis, meta-synthesis など) だけを扱った書籍は検討対象から除いた。Kindle Edition (電子書籍)、希少本・絶版本も検討対象から除外した。Relevance (キーワード関連商品) と Publication date (出版年) 検索の結果をもとに、上位 300 書籍を調べ、該当する書籍を探し出した。以上の書籍を入手し、その書籍の References からさらに該当書を探し出した。

検討項目は「著者の所属機関の国」「他書の引用・被引用関係」「LR の定義」「SR との関係」「手順全体の図表化」「mind map (思考ツール) の活用」「主たる読者対象」「倫理的問題」「再版による主な変更点」である。書籍の概要をまとめた。

専門用語や基本概念の記載では英表記を主とし、適宜和訳 (必ずしも定訳ではない) を付記した。LR に固有と思われる専門用語には簡単な解説を付けた。その他、なるべく原典の表記を尊重した。

3. 結果

検討候補に挙げた書籍は版の違いまで考慮して 14 種類 26 冊であった。このうち、Synthesizing Research: A Guide for Literature Reviews (Cooper, 1998) は主タイトルおよび内容が高度な LR に重点を置いた概説書なので検討対象から除いた。今回入手した書籍がこの書籍を LR の基本書として引用していないことも除外理由である。

表 1 に示す通り 1998 年以降 13 種類¹⁻¹³⁾、版の違いまで考慮すると 25 冊が出版されていた。年次別にみると、1998-2002 年に 4 冊、2003-2007 年に 7 冊、2008-2012 年に 14 冊であり、半数以上が最近 5 年間に出版されていた。初版に関しても、

各期間で 4 冊、2 冊、7 冊であり、最近の発行が多かった。以上 13 種類の最新版の内容を検討した。

表 1 に示す通り英国・米国の書籍では、保健医療系とそれ以外 (人文・社会科学系) の分野の書籍が相半ばした。SR に触れているものは 5 冊であった。LR の手順全体を図表化している書籍は 6 冊であり、近年増えていた。主たる読者対象は大学院生であった。再版に伴う変更は、Information Technology (IT) の進歩に対する対応、新たな概念の追加、学術的文章作成技術の詳述に大別された。多くの書籍が、思考ツール (例えば mind map) を利用していた。

以下に、各書籍の章立てと概要を示す。Hart (1998)¹⁾: LR は「トピックに関して、特定の見地から書かれた情報、見解、データ、根拠を含む入手可能な文書を、出版の有無によらず選び、いま提言されつつある研究と関連付けてそれらの資料に対し効果的な評価を行うことである (p13)」。7 章立てで、1 章で LR の定義と役割、教育課程ごとの到達目標、オリジナリティとは何かを概説し、2 章で LR の目的、情報管理の仕方、創作力に触れる。3 章で様々な研究方法とその哲学的背景、文献の分析的な読み方、得られた情報の効果的な管理を解説する。基本事項の解説の後に 4 章で claim (主張), evidence (根拠: データ), warrant (裏付け) の基本構造からなる Toulmin モデルを用いた argumentation (論証), critical reading が解説される。5 章で文献から得られた見解を体系化する方法論として、analysis (分析) と synthesis (統合) を含めた organizing (体系化) および、必要となる社会科学的手法、analogy (類似性) と homology (相同性), comparing (類似法) と contrasting (対比法) を紹介する。6 章で LR の技術として mapping (トピックや現象に関する知識の関係図を作る分析手法) が、7 章では academic writing の解説がある。章ごとに LR の個別の手法や技術が具体例とともに解説される。文献を分析的な方法で論理的・緻密に読み込み、その本質を再構築するプロセスに重点を置く。

Fink (2010)²⁾: LR は「研究者や実践家を作り出し完成し記録された作品を同定・評価し、そして総合的に扱うための体系的で明確で再現可能な方法である (p3)」。LR の目的は多方面に及び、申請書の執筆、学位論文の執筆、効率的

表1 文献レビューを解説した基本書とその特徴

ID	主タイトル	著者	出版年	旧版	国 ^a	分野	直接引用	類書の引用参考文献	ページ数	定義	SRとの関係	手順全体の図表化	Mind map	主たる読者対象	研究倫理	再版による主な変更点
1	Doing a Literature Review	Hart	1998	非該当	英国	社会科学	なし	なし	230	あり	記述なし	なし	あり	大学院生	著作権, 剽窃	非該当
2	Conducting Research Literature Reviews	Fink	2010	1998, 2005	米国	保健医療	なし	Hart(1999), Ridley (2008)	253	あり	記述なし	詳細なフローチャート	なし	研究者・ビジネスパーソン	なし	①オンライン対応, ②基本概念の明確化, ③質的研究の補充
3	Health Sciences Literature Review Made Easy	Garrard	2011	1999, 2006	米国	保健医療	なし	なし	211	あり	簡単に解説なし	なし	なし	新入生へ現場の医療従事者	剽窃	①徹底的な電子ベース化, ②米医学図書館の技術革新に対応
4	Writing Literature Reviews	Galvan	2009 ^b	1999, 2004, 2006	米国	社会科学	Pan (2008)	なし	170	あり ^c	記述なし	なし	なし	学部・大学院生, 指導者	なし	①本文中の実例・用例の更新, ②文献リスト作成法の章を追加
5	Preparing Literature Reviews	Pan	2008	2003, 2004	米国	社会科学	なし	なし	192	あり	記述なし	なし	なし	学部・大学院生, 指導者	剽窃	①本文中の実例・用例の更新, ②執筆に関する5つの章を追加
6	Doing a Literature Review in Health and Social Care	Aveyard	2010	2007	英国	保健医療	なし	Fink (2005), Hart (2003)	170	あり	対比説明なし	なし	あり	学部・大学院生	剽窃	①検査・評価の考え方や発展, ②学生向きの内容
7	The Literature Review	Ridley	2012	2008	英国	教育学	Hart (1998), Machi & McEvoy (2009)	Jesson, et al. (2011)	214	他の引用	章立て	簡単な図	あり	大学院生	著作権, 剽窃	①システムティックレビュー, ②学際的な引用, ③オンライン質評価ツール, ④著作権問題
8	Telling a Research Story, Writing a Literature Review	Feak & Swales	2009	非該当	米国	言語学	なし	Hart (2005)	98	なし	記述なし	なし	あり	学部・大学院生, 指導者	剽窃	非該当
9	The Literature Review	Machi & McEvoy	2012	2009	米国	教育学	Hart(2001)	なし	174	あり	記述なし	詳細なフローチャート	あり ^d	大学院生	なし	①全体像の図示, ②キーワードの解説, ③オンラインサポート
10	Literature Reviews Made Easy	Dawidowicz	2010	非該当	米国	教育学	なし	なし	177	あり	記述なし	簡単な図	あり ^d	大学院生	なし	非該当
11	Doing Your Literature Review	Jesson, et al.	2011	非該当	英国	保健医療 その他	Hart (1998)	Aveyard (2007), Ridley (2008)	175	あり ^c	章立て	表(Gantt chart)	あり	大学院生	著作権, 剽窃	非該当
12	Systematic Approaches to a Successful Literature Review	Booth, et al.	2012	非該当	英国	保健医療	Hart (1998), Fink (2005)	なし	279	他の引用	対比説明	工程表	あり	大学院生・研究者	なし	非該当
13	Succeeding with Your Literature Review	Oliver	2012	非該当	英国	教育学	なし	Hart (1998), Ridley (2008), Feak & Swales (2009), Galvan (2009), Machi & McEvoy (2009), Aveyard (2010), Fink (2010), Jesson, et al. (2011)	152	あり ^c	記述なし	なし	あり	大学院生	なし	非該当

SR: Systematic Reviews. a: 著者の所属機関の国. b: 2012年9月に第5版が出版されている. c: 明記はされていないが前後関係から判断した. d: 直接mind mapという用語は用いていないが、類似の考え方を採用している. 同一書籍の同一版に対して異なる発行年が存在するのは副の誤りによる.

な研究方法の同定などである。キーワードとして systematic (体系的な), explicit (明確な), comprehensive (包括的な), reproducible (再現可能な) をあげる。LR の手順は, 1. research question (RQ) の選択, 2. データベースの選択, 3. 検索用語の選択, 4. 実践的な初期スクリーニング (選択・除外基準など), 5. 方法的な質のスクリーニング (科学的な品質評価など), 6. 信頼性・妥当性の高いレビューの実施, 7. 結果の統合, に分割できる。1章でLRの目的(既知の知見の整理, 新たな研究実施の正当性など)と文献検索の方法(手順1-3), 2章で候補文献のスクリーニング, およびその基礎知識(研究デザインなど)(手順4-5), 3章で文献の品質評価(妥当性・信頼性, 統計手法, 質評価のチェックリスト)(手順5), 4章で妥当性・信頼性を高める手段(手順6), 5章で文献研究の目的に沿った記述的統合とその評価(手順7)を解説する。再版とともにSRに重点が移る。

Garrard (2011)³⁾: LRは「特定のトピックに関する科学的資料の分析である。研究目的を評価し, 科学的方法の適切さと質を決定し, 著者によって提示された研究課題とその答に対する分析方法を精査し, 異なる研究から得られた知見を要約し, 最終的な知見に対する客観的な統合結果を書き上げるために, それぞれの研究を注意深く読み込むことが要求される (p5)」。EBM (Evidence-Based Medicine) の考え方を強く反映しており, 第1部 (1-2章) でLRの基礎, 第2部 (3-6章) で matrix 方式, 第3部 (7-9章) で matrix 方式の活用を記す。Matrix方式とは, 表計算ソフトを活用して列に文献を, 行に検討項目を列記し, 各セルに文献ごとの結果を入力する表集計である。1章で, LRの背景と考え方, matrix方式の概要を解説し, 2章で, 学術誌に掲載される論文の典型的な構造を解説する。3章で paper trail (文書検索に関するプロセスの記録) を作成し使用する方法と, 基礎資料の検索を準備・実施する方法を, 4章でLRに使う文書を選択し, 整理し, 記録する方法を, 5章でレビュー matrix を準備し matrix のために関心ある項目を選択し基礎資料を要約する方法を, 6章で総括執筆のレビュー matrix の使い方を解説する。パソコン上でのファイル管理により, 効率よくLRを行うノウハウを提示する。

Galvan (2009)⁴⁾: 全体が analytical writing の教材として学生や研究指導者向けにデザインされており, 執筆プロセスに重点を置く。LRは「学術誌の1次資料(原著など)をレビューし, 社会学の理論的文献との関係に焦点を当てる」。全体は14章の解説と, 討論用のモデル・レビュー(実例)8編からなる。執筆プロセスは, ①執筆目的, ②執筆計画, ③メモと思考の組織化, ④起草・編集・書き直しからなる。1章でLRの概要を, 2章以降で各プロセスに対応した解説がなされる。2章で各人のLR執筆目的を, 3章から6章においてトピックの選定, 文献の同定, 文献の解析を, 7-8章で表集計による要約とその統合を, 9-14章にかけて writing の詳細なステップを示す。トピックの選択と文献の同定を12のステップに分けて示す。以上を100を超えるGuidelineで具体的に解説する他, 章ごとに実例(Example)がある。章末にはActivity(経験学習用の課題)がついており, LRの具体的な作成方法を理解させる。

Pan (2008)⁵⁾: LRは「あるトピックに関する文献の統合である。トピックに関する知識の現状について, その外観を整理し提供するような新たな独創性のある仕事を創造するためには, 文献上の多様で時に相反する考えや知見を評価し, 組合せる必要がある (p1)」。LRは文献の品質評価 (science) と首尾一貫した統合 (art) の要素を兼ね備える。質的なレビュー (narrative review) と量的なレビュー (meta-analysis など) の大部分は共通するが, 初学者は前者を考慮すべきであるとし, 両者の相違を具体例で示す。LRを, ①トピックの選択, ②文献の同定と読解, ③特定の執筆目的の確立, ④文献の品質評価と解釈 (interpretation), ⑤文献の統合, ⑥初稿の計画と執筆, ⑦書き直しの7ステップから説明する。章立ては各ステップに準じ, 1章でLRの概要を, 2章でトピックの選択を, 3-4章で専門的データベースおよびWebでの検索方法を, 5章で品質評価と解釈, 6章で note-taking と剽窃を, 7-14章で執筆の方法を, 15-16章で meta-analysis を解説する。Academic writing に対する比重が大きい。学生向けの教材に近く, 200近い guideline と豊富な実例, 章ごとの練習問題がある。巻末には討論用のモデルとして質的レビュー, 量的レビュー, meta-analysis から各3編のレビューと練習問題がある。

Aveyard (2010)⁶⁾: Evidence-Based Practice (根拠に基づく実践) を意識している。LRは「特定のトピックに関連した文献の包括的な研究であり解釈である (p5)」。1章でLRの重要性を述べた上で narrative/traditional review とSRという、両極に位置するLRを紹介し、LRと他の研究の相違を説明する。2章のRQの設定方法では、トピック選択の戦略として、①実践での出来事、②広範な読書(周辺情報獲得)、③討論、④mind mapの4つをあげる。3章で文献の種類と研究手法の種類を紹介する。4章で具体的な文献検索の方法を解説し、選択基準と除外基準の重要性を述べる。透明性を証明するだけでなく、無駄な時間を省くことにもなる。電子データベース以外の雪だるま式、著者検索、ハンドサーチ、文献リスト検索を解説する。5章でchecklistに基づく文献の評価の仕方を解説する。6章で、知見を統合する方法として表集計による要約法を示した後に、comparing と contrasting について解説する。7章では得られた知見の議論の仕方に触れる。8章でレビュー結果の提示の仕方をreferencing (引用) と writing (書き方) の両面から論じる。付録に「よく受ける質問とその解説」がある。巻末にGlossaryがある。

Ridley (2012)⁷⁾: LRを最終成果物と作成プロセスに分けて考える。11章立てで、1章でLRの定義・種類、学位論文における位置付け、2章でLRの多様な目的、3章で情報源と文献検索、4章で読書とnote-takingの戦略、5章で文献検索情報の管理の仕方、6章でLRの構造(searching, reading, writing)、7章で文献の引用方法、8章でcritical reading/writingの方法論、9章でwriter voice(著者の主張を出すための表現法)、10章でLRの継続性(修正や新たな知見の取扱い)、11章でSRを概説する。3章では情報源として通常の電子データベース以外にgrey literature(入手しにくい報告書や冊子)やWeb情報とその評価をあげる。4章では効率的な読書法としてSQ3R(survey, question, read, recall, review)とcritical readingを紹介する。読者対象を大学院生に絞り、具体的な論文の事例やアドバイスを豊富にあげる。また、note-takingの効用として、①主題を理解する、②剽窃を避けられる、③想起を促す、④情報源同士の関係を知るなど、初学者に必要な基本知識を解説する。ネット検索エンジン(Google Scholarなど)、note-takingソフトウ

エア、文献管理ソフト(EndNote)の解説に多くのページを割いており、大学院レベルでの研究の基礎的技術の習得に力を入れている。

Feak & Swales (2009)⁸⁾: LRのwriting up(書きまとめ方)に焦点を絞り詳しく解説する。LRの定義は記述されていない。先行研究について知る意味は、①既知の知見を知ることで無駄な再発見を避けるため、②自身の現在の研究の当該研究領域での位置を主張するため、③自分が当該分野の研究者であることを示すため、である。序章で、文献を組分けする基本的手法である表集計あるいはmappingが予め解説される。「引用方法」「(academic writingにおける)verb(動詞)の選択」「paraphrasing(言い換え)」「synonym(同義語・類義語)」「summarizing(要約法)」など、具体的な書き方に重点を置く。卒業論文や学位論文を想定した13のTask(質問とそれに対する読者の考え方)を提示し、考えるプロセスを通じて順次LRの執筆能力を習得させようと試みる。例えば、学生が書いた文章に対して仮想審査員がコメントを与え、それに対する回答を考えながら、文章を書き直すプロセスを具体的に例示する。Taskの回答例はオンラインで入手可能であり、教育用教材として有用である。読者を想定した執筆法やrhetoric(修辞法)などの解説が多い。

Machi & McEvoy (2012)⁹⁾: LRは「書き記された正式文書であり、研究トピックに関する知識の現状についての包括的な理解に基づいて論理的に議論された主張を提供する (p4)」。LRには、知識の現状を知る基本的な目的と、今後の研究に向けての研究課題を決定する応用的な目的がある。Toulminモデルによるargumentの技法をもとに、単純な議論から複雑な議論へ進み、これが文献survey(発見のための議論)の基本となり、文献critique(advocacyのための議論)へとつながるといふ全体構成で解説が展開する。LRは、1. トピックの選択(実践上の課題の日常語から学術用語への変換)、2. 文献検索(レビューに含める文献の決定)、3. argumentの展開(続く2つのステップに向けたargument技法の習得)、4. 文献の精査(文献情報の組合わせ・整理・解析による研究課題の現状の描出)、5. 文献の品質評価(エビデンスの解釈)、6. レビューの執筆、の6ステップからなる。以上は円環型の構図を取るが、トピックの選択と文献検索は双方向的である

(p45). 文献検索の章では, scanning (文献の下見), skimming (記述内容の選択), mapping (データの整理), memoranda (マップから読み取ったことのメモ書き) という基本手法が用いられる (p40). Keywords (概念) や EXERCISE, TIPS, SUMMARY, CHECKLIST が理解を助ける.

Dawidowicz (2010)¹⁰⁾: LR は「あるトピックに関する学術的情報および研究に基づく情報の詳細な検討であり, 特定の主題についての既知の事実に関するものであり, 疑問の余地があるものや仮説的なものではない (p5)」。社会科学における generalizability (一般化可能性) と transferability (転送可能性: 異なる状況でも一般化可能性を持って読者間で引き継げること, p25) の重要性を指摘する. 全体が critical thinking という技術をもとに解説される. 31 章立てで, 各章が 4-5 ページからなる. 学生を対象とした教材に近く, 具体的な例や解説, 練習問題, 討論・執筆課題が多い. LR を構成する要素は analysis, comparison と contrast, synthesis と integration, evaluation の 6 要素である. Evaluation は他の全てのプロセスに関わる (p112). 1-8 章で LR の定義・目的・種類, 文献の種類と品質評価, 自由記述とクラスタリングによる brainstorming, quoting (引用) や paraphrasing (言い換え) など修辞学の基本を解説し, 9-21 章にかけてレビューの 6 要素とその全体構成の具体的な解説に入る. 22-30 章は (学位論文として) 「読んでもらえる」文章の作成方法を解説する. 31 章はまとめである. LR を組織立てる簡易な方法の一つとして, 文献を読みながらある程度の知識を得た段階で, レビュー全体のアウトライン (全体の章・項目立て) を作り (8 章) 状況に応じて修正する (21 章) 方法を紹介する.

Jesson ら (2011)¹¹⁾: 全体を通じ「伝統的 LR と SR の間に明瞭な境界はなく, 狭義の SR でなくとも systematic なレビューはできる (p10)」という考えのもと, 伝統的 LR と SR を対比し, 特に初学者向けに伝統的 LR の方法論を解説する. 伝統的 LR は「あるトピックに関して方法論の規程なしに, 既知の知識を評価し記したものである (p10)」。SR の準備段階として伝統的 LR を解説する. 情報収集方法を解説する PART1 (①事前準備, ②検索, ③読む技術 (scan-skim-

understand), ④研究ノートの取り方から執筆への 4 章) と情報の活用方法を解説する PART2 (⑤伝統的レビュー, ⑥ writing up, ⑦ SR, ⑧ meta-analysis, ⑨引用と plagiarism (剽窃), の 5 章) の 2 部構成である. 方法論を systematic に手順化して解説する. 分析的 (問題解決型) 読書として, EEECA (examine, evaluate, establish, compare, argue) と SQ3R の両モデルを勧める.

Booth ら (2012)¹²⁾: 10 章立てで, 1 章で LR の役割, 2 章で systematic なアプローチの方法論, 3 章で研究計画書の作成方法を説明した上で, 4 章で研究課題の設定, 5-8 章にかけて SALSALSA モデルに基づくレビューの方法論, 9 章で執筆とプレゼンテーションを解説し, 10 章で project management の方法論を示す. Systematic というキーワードを幅広く systematic approaches (系統的な方法) とみなす. LR は systematic な方法の程度によって, scoping review (研究の範囲を評価する予備的な LR) から SR まで 10 種類以上の形式がある. Systematic な方法で LR を行う際には, clarity (透明性: 明確な方法), validity (妥当性: バイアスの検討), auditability (検証可能性: 文献に基づく結論が得られていることの保証) の 3 点が重要である. そして systematic な approach には methods としての SALSALSA モデルと presentation (実施した方法の報告) の 2 側面がある. SALSALSA とは search, appraisal (品質評価), synthesis, analysis (得られた知見の妥当性と頑健性) のアクロニムである. このモデルの各ステップで systematic の意味は異なる. Search と appraisal では技術的側面が大きい. 品質評価では標準的な checklist の利用を推奨する. Synthesis に関しては appropriateness (適切性) と coherence (内部首尾一貫性) が, analysis では meaningfulness (有意義性) が必要である.

Oliver (2012)¹³⁾: LR は学部や大学院によらず学生の必須の基本習得事項である. なぜなら, 注意深い思考力と計画, 明快な論文構成, 分析的な思考, 情報検索スキル, 統合し要約する力, 明快な執筆スタイルなどの重要なスキルが含まれるからである. 1 章で LR の本質と目的, 2 章で LR の内容, 3 章で検索, 4 章で文献の選択基準, 5 章で文献の critical な分析的・分類的な評価, 6 章で執筆

するLRの構成, 7章で具体的な執筆, 8章で学位論文全体の中での他の部分との関係, を解説する. 全章にSummary, 学習到達目標, 重要用語の解説, LRの理解を促す質問がついている. また, 章ごとに, good practice (有用な考え方や方法) と common pitfall (陥りやすい間違い) が記されており, 初学者の理解を高める. 卒業研究や学位論文など要求される文字数にかなり違いがある場合に, どのような点に注意するのかを明示している.

4. 考察

4.1 LRに関する方法論の書籍の数と歴史

中木¹⁴⁾が, Garrard³⁾の翻訳書に対する書評の中で述べている米国の書籍の数(14冊)は, 検索方法が不明であるが, 前述のCooper(1998)を含めれば, 今回の検索結果と同じである.

LRに関する書籍の歴史は, 1990年代後半が黎明期と思われる. 1998年に, Hart¹⁾とFink²⁾の初版がそれぞれ社会科学系・保健医療系で出版され, 翌1999年にはGarrard³⁾とGalvan⁴⁾の初版が出版されている. 科学の歴史を見ると社会的な要求が高まった時に, 類似の成果物が出ることは必ずしも偶然ではない. この時期が起源である根拠として, ①Hart¹⁾自身が, 他に類似書がないと指摘している点, ②Jessonら¹¹⁾が序章で「Hartの影響力の大きな貢献以来, LRの方法論は驚くほどのペースで進歩した(p1)」と記述している点, ③今回入手した書籍の参考文献からも1998年よりも古い書籍が見いだせなかった点があげられる. LRに関する英文の書籍が世に出てから15年足らずと言える. その間に平均してほぼ毎年1冊の新刊が, 再版を含めると毎年2冊の書籍が出版されている.

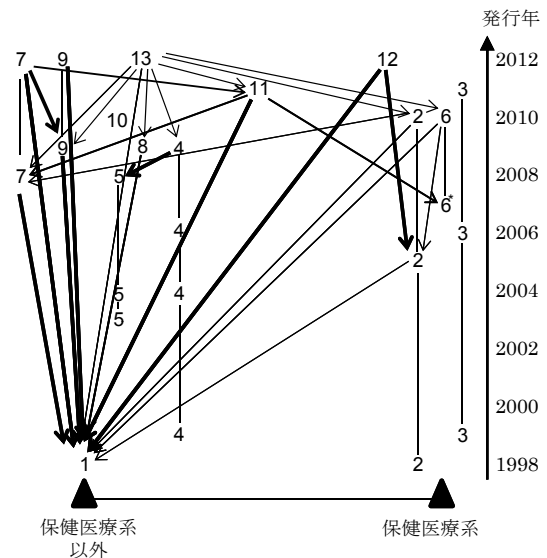
興味深いのは, 極めて専門性, 分野特異性の高い方法論であるSRやmeta-analysisなどの高度なLRの書籍が発行されたのが, LRの基本書よりも早いことである. 例えば, Statistical Methods for Meta-Analysis (Hedges & Olkin)は1985年, 前述のCooperの初版も1984年の出版である. Hart¹⁾にもあるが, 当時はLRの基本書がないままにLRの指導が行われていたようである.

4.2 LRに関する書籍の引用・被引用関係

書籍相互の関係と各書籍の位置付けは, 文献(書籍)レビューという包括的な作業を通して明ら

かになる. 表1をもとにした書籍間のNetwork Diagramを図2に示す. これは, 縦軸に年代, 横軸に注目する変数(図では専門分野)を取り, 引用・被引用の関係を示すmappingの一つである. 13冊中8冊がHart¹⁾を引用・参照している. Hart¹⁾には, SRや最新の文献検索方法の解説はない. 先駆者に対する敬意⁸⁾として引用するだけでなく, 概念や方法論など実質的な面で影響を受けていると思われる. 例えば, Machi & McEvoy⁹⁾はargumentの方法論で強い影響を受けている.

一方, Hart¹⁾を引用していない書籍では, 例えばGalvan⁴⁾, Pan⁵⁾, Dawidowicz¹⁰⁾は教育用の教材的な色彩が強い. Garrard³⁾はタイトルでLRと銘打っているが, 内容自体はEBMにおける高度なLRの準備段階的な意味合いが強い.



図中の1~13は書籍番号(表1のIDを参照)を示す. 書籍が扱う領域を保健医療系の分野とそれ以外に大別した. 中間近くに位置する書籍は, 両者を総合的に扱っている. 太い矢印線は直接引用文献, 細い矢印線は参考・推薦文献, 矢印のない線は再版, *は未入手を意味する.

図2 引用・被引用に関するNetwork Diagram

4.3 LRに関する書籍の再版による変更点

13冊中7冊が再版であった. 再版による内容の主たる変更点は, ①文献データベースやITの進歩, ②高度なLRの基本, ③具体的な執筆方法, に対するニーズに応えたものとなっていた.

例えば, Fink²⁾の副題は初版(1998)では「(紙媒体の)論文からインターネットまで」としているが, 2版, 3版では「インターネットから論文まで」となっている. LRにおける「網羅性」という特性はIT技術の進歩と大きく関係する. 文献データベース, 文献管理ソフト(EndNoteな

ど), 電子ジャーナル, pdf 媒体で提供される論文, LR に有用な Web 情報など, 現在の LR はインターネットなしでは難しい. 版を重ねる書籍の多くは, こうした点で陳腐化しないように対応している.

内容面では, SR などの高度な LR の基礎まで含めるなど専門性の高いレビューへの橋渡しの役割を果たしたり, academic/critical writing など執筆技術そのものに重点を置き始めている.

以上は, LR に関する多くの書籍が一定の評価・実績を得た上で多様なニーズに対応する段階に達していることを反映したものと思われる.

4.4 LR の手順

大半の書籍が LR の手順を明瞭に示している. 執筆者の専門分野により違いはあるが, LR は手順を踏んで実施する方法論であることがわかる. 社会科学系の書籍では, argument や critical reading/writing など方法論や執筆行為そのものに対する比重が大きく, 保健医療系の書籍では研究デザインなどの critical appraisal に重点が置かれる傾向にある. しかし, これは程度の問題である. 書籍の概要を見てもわかるように LR に必要な重要概念 (systematic, analysis, synthesis など) や方法論 (critical reading/writing/thinking など) は多くの書籍で共通する. LR は, 課題設定, 文献収集, 文献分析 (品質評価), 文献統合, 執筆という異なる 5 つの基本的なステップで構成される. これを図解したり^{2,7,9,10)}, 表^{11,12)}にして方法論の基本を記憶に定着させる工夫が多い.

LR に有用な各種の概念や方法論は経験を通じて習得できる部分もある. しかし, 予め学んでおけば知識のもれを防げ, 時間を節約できる.

4.5 LR の研究方法論としての特徴

文献そのものをデータと考えると, 複数のデータを量的・質的に分析・統合すると考えれば, LR は通常の研究と本質的に大きく変わらない. 研究の第一段階は既知の知識を評価することだが, 最近までこれが固有の研究スキルであるという認識がなかった¹¹⁾. 「LR は一種のサーベイであり, 記録に基づく系統的な観察研究であり, 文献から抽出された情報を効率よく記録するには自記式質問紙法を適用できる (p174)」²⁾ とあるように, 特定の記述項目に関心があれば量的なデータとして扱いうる. 文献の記述そのものに関心があれば質

的なデータとして扱いうる. Synthesis に際して主たる知見をコーディングし, 主題を成長させるプロセスは質的研究のデータ分析に類似する⁶⁾.

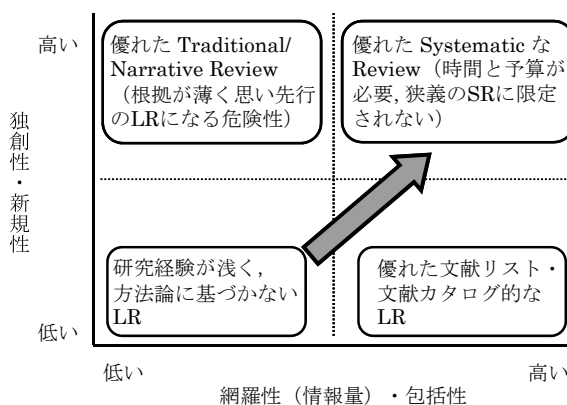
「研究のレビューは, 当該分野の幅広く深い知識なくしてできることではない. それは理論・方法論・知見の論理的な首尾一貫性を学問体系の中で評価することであり, 私見を述べることではない (p44)」¹⁾をはじめ, 研究テーマの深さや新規性は知識量に依存することを殆どの書籍が述べている. 従って, いきなり LR を開始するのではなくある程度の関心あるテーマが決まったら, 関連分野の幅広い知識を習得することが必要となる.

一般の調査研究は一端データ収集の段階まで進むと, 後戻り (データの取り直しや追加) が難しい. それゆえ, 研究全体が研究デザインに左右されやすい. 基本的な LR では, 学生や研究者の知識量と研究テーマの深化が双方向に進み, しかも, 文献の収集・解析・統合などのプロセスが進んだ後からでも, 新たな発想を取り込み, 内容を修正できるなど自由度が比較的大きいと思われる.

4.6 LR における思考ツールの活用

多くの書籍が, マトリクス分析^{3-5,7,8)} や mind map¹⁶⁻¹³⁾ などの思考ツールを利用していた. これらの手法は保健医療系の分野では知名度が高くないが, ビジネス (経営管理学など) の分野ではポピュラーな手法である.

マトリクス分析は, 異なる 2 つの切り口を座標とし, 両者の関係を見たり, 全体の中で抜けている部分を発見するために使う. Garrard³⁾ が matrix 法, Ridley⁷⁾ が tabular comparison, Galvan⁴⁾ や Pan⁵⁾ が要約表として解説する方法, あるいは表 1 や図 3 などもその例である. 「マト



矢印は学生のLR技術を上達させていく方向.

図3 文献レビューに求められる2つの側面

リクスを使う理由は無秩序の中から秩序を作り出すためである (p107)」³⁾。

Mind map は頭の中で起こっていることを目に見えるように (可視化) する思考ツールの一つである。表現したい概念の中心的キーワードを中央に配置し、さらなるキーワードを放射状に広げて結び、想像と連想をもとに思考を整理し、発想を広げる。マップを頻回に目にすることで問題意識が記憶に定着しやすくなる。

こうした思考ツール以外にも、文献情報を組織化するための様々なフレームワークがある。

以上のように、LR で用いられる様々な技術は、狭い意味での研究の枠を超えた汎用性の高い、情報処理・統合の方法論の基礎となり得る。

4.7 LR に求められる2つの側面

近年 systematic という単語が頻繁に用いられる傾向にあるが、Booth ら¹²⁾ が指摘するように、synthesis に関しては systematic な方法論があてはめにくい。つまり、mapping やグラフ、チャート、matrix などの様々な手法で統合化を試みても、そこから何を読み取るかは別問題である。

LR に対する様々な定義や目的、方法論からも明らかのように、LR には大きく分けて exhaustively/exhaustiveness (網羅性) や comprehensiveness (包括性) という側面と originality (独創性)・novelty (新規性) という側面が求められると思われる。網羅性は情報量と言い換えることができるかも知れない。網羅性(情報量)・包括性と独創性・新規性の関係を図3に示す(矢印の意味に関しては後述)。統合する力は網羅性とも独創性とも関係するだろう。図3の左下は研究経験が浅く、また方法論に基づかないLRである。文献データベースや文献管理ツールなどが進歩している現在、網羅的な文献収集の方法は学生でも比較的習得しやすい。一方、独創的なアウトプットを創出するには方法論(創造法など)だけでなく一定の経験年数が必要である。文献を網羅しても、その全体に独創的な付加価値を付けて統合できなければ、文献のカタログに終わる(図3の右下)。LRは単なる文献リストを超えたものである⁵⁾。クロス集計(要点の整理)まではできても、それを新たな視点で解きほぐし、解釈し、統合できないと独創性のあるレビューはできないと言える。一方、独創性があっても、網羅性が低いレビューは根拠が薄く思い先行のLRになる危険性がある(図3の左上)。従来型のレ

ビュー (traditional/narrative review) はこのような欠点を指摘されやすい。ただし、従来型のレビューは初学者が時間をかけ過ぎずに実施可能であり、ある程度の経験を積んだ研究者には、新たな着想を得る際のヒントになる¹¹⁾。

Booth ら¹²⁾ によれば、網羅性という側面は、初期のSRでは強調されていたが、現在ではその比重が低下している。徹底的な検索を行っても全ての文献を同定できない現状がある上に、目的にかなった appropriateness (適切性)の方がLRに求められるからである。

LRの価値が量的研究や質的研究よりも低いと誤解される場合、LRに独創性・新規性という側面があることを見落としているものと思われる。

LRが独立した研究方法論である以上、そこには独創性という側面があると言える。

4.8 LRの学部・大学院教育における位置付け

今回検討した書籍の多くが、基礎的なLR能力をdissertationやthesisのような学位論文・卒業論文の執筆に必須の技術であるとしている。これが英米でLRの入門書に対する需要が高い理由の一つだと思われる。多くが大学院生を読者対象としているので、その内容は到達目標の目安にしてよいと思われる。学部生の場合には、これを参考にして持ち時間と予算、知識量を勘案して研究指導者が適切な到達目標を設定することになる。その際、Feak & Swales⁸⁾がTask2で取り上げている「LRに対する知識の10問」は卒業研究や学位論文でのLRに要求されるレベルを考える上で参考になる。「殆どの人が、調査研究の体系的なレビューを書き終えて初めて、調査研究に対する解釈や意見を系統立てて、明確に述べていないことに気付く(p128)」³⁾という。複数の文献をcriticalに分析し、その統括をまとめ上げる作業はそれほどたやすいものではない。

学部生や大学院生がLRを行うことで、研究のスキルと専門分野の知識を増やすことができる⁹⁾。ただし「学部生の場合、時間的な制約から考えてもtraditional review以上のことをするのは難しいのでscoping reviewの技術を習得すると良い(p75)」¹¹⁾という。Aveyard⁶⁾は学生ないし初学者のLRに要求されるレベルについてかなり踏み込んだ見解を示している。例えば、レビューする文献の目安としておよそ10-20編としている。その可否はともかく、時間的制約を強く意識している。

執筆法に関しては、書籍によって考え方が様々であった。経験豊富な研究者と異なり学生や初学者は理路整然とした文章を書くことに不慣れな場合が多い。そのため、ステップ通りにLRが進んでも書くことだけを最後に残すと困難を感じると思われる。そうした点を考慮してnote-takingやmemorandaなど書くためのノウハウを解説する書籍が多い。Galvan⁴⁾は「指導者の多くは自然に執筆法を習得しているので、執筆法の教え方を考えたり、そのトレーニングを受けた経験がない」と指摘する。Machi & McEvoy⁹⁾も「理解するために書く」と「理解してもらうために書く」ことを明確に区別して解説している。

LRのトレーニングは、学生が文献検索(情報収集)能力、文献の品質評価能力、各種データの統合力、オリジナリティの創出力、学術的作文能力など、研究に必要な基礎的能力を習得する機会として有用だと思われる。

3回以上版を重ねている書籍も多く、分野ごとに定番書が存在する。巻末索引がない4冊^{4,5,8,10)}は、学生の教育用教材に近い。LRが独自の研究方法論である以上、標準的な知識や技術を教育した方が、内容のばらつきが少なくなる。LRはこれまでは、研究指導者の経験(暗黙知)に依存する部分が大きかったと思われる。今回の書籍レビューで明らかのように、LRのプロセスや方法論の大枠は、具体的手技(形式知)としてかなり整理されている。LRはtrial and errorで全てのプロセスを実施するものではない⁹⁾。ある程度系統だった方法論を教育・指導しながら、RQの最終的な決定やオリジナリティの創出など、ポイントを絞って時間をかけた方が、効果的だと思われる。

学部生、大学院生、研究者によってLRに求められる2側面(網羅性と独創性)のレベルは異なるだろう。しかし、LRの方法論に本質的な差があるわけではない^{4,6,8)}。私見ではあるが、今回検討した書籍の内容および様々な時間的制約を考えた場合に、大学(学部・大学院)においては、図3の矢印の方向でLRの技術を上達させていくような教育・指導が現実的であると考えられる。

4.9 LRにおける研究倫理の問題

Aveyard⁶⁾は学部生のLR研究が増加している理由の一つとして、人間を対象とする研究に伴う倫理的規制が厳しくなっていることを指摘する。LRであれば通常は人を対象とした倫理的配慮は生じない。人を対象とした研究のエビデンスレベ

ルと要求される倫理的配慮は通常は符合することが多い。多施設での質問紙調査や詳細なインタビュー調査を行えば、倫理的制約は強くなる。必ずしも全ての卒業研究や修士論文が学術論文として公表されるわけではない。つまり、倫理審査を通過して実施した研究であっても、研究成果が必ずしも研究情報資産として一般的に活用可能な形で蓄積されるわけではない。以上を考えた場合に、倫理的な規制の少ないLRはむしろ積極的に考慮されるべき選択肢であるとも言える。

LRの場合には、いわゆる著作権・盗用・剽窃など別の面での倫理問題(出版・公表に関する倫理)が生じる。表1に示す通り、ほぼ半数の書籍で剽窃の倫理的問題に触れている。LRの実施自体が倫理審査を受けることは少ないので、この点の教育は研究指導者に任されることになる。

5. おわりに

英米の書籍をもとに、研究方法論としてのLRについて様々な角度から検討した。この分野の書籍はほぼ網羅しているため、関心のある方は原書に進まれるとよい。方法論や概念のみでなく、教育場面における具体的な技術やノウハウについても示唆を得ることができる。

文献レビュー(文献研究)は多くの研究の基礎となる¹³⁾。その意義を踏まえた上で、研究方法論の一つとして教育されるべきものであると考える。

謝辞

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。

利益相反

なし

引用文献

- 1) Hart, C. : Doing a Literature Review. SAGE, London, 1-230, 1998.
- 2) Fink, A. : Conducting Research Literature Reviews: From the Internet to Paper. SAGE, California, 1-253, 2010.
- 3) Garrard, J. : Health Sciences Literature Review Made Easy: The Matrix Method. Jones & Bartlett, Sudbury, 1-211, 2011.
- 4) Galvan, J. L. : Writing Literature Reviews: A Guide for Students of the Social and Behavioral

- Sciences. Pyczak Publishing, Glendale, 1-170, 2009.
- 5) Pan, M. L. : Preparing Literature Reviews: Qualitative and Quantitative Approaches. Pyczak Publishing, Glendale, 1-192, 2008.
 - 6) Aveyard, H. : Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide. Open University Press, Glasgow, 1-170, 2010.
 - 7) Ridley, D. : The Literature Review: A Step-by-Step Guide for Students. SAGE, Los Angeles, 1-214, 2012.
 - 8) Feak, C. B. and Swales, J. M. : Telling a Research Story, Writing a Literature Review: English in Today's Research World. The University of Michigan Press, Ann Arbor, 1-98, 2009.
 - 9) Machi, L. A. and McEvoy, B. T. : The Literature Review: Six Steps to Success. Corwin, California, 1-174, 2012.
 - 10) Dawidowicz, P. : Literature Reviews Made Easy: A Quick Guide to Success. Information Age Publishing, Inc., Charlotte, 1-177, 2010.
 - 11) Jesson, J. K., Matheson, L. and Lacey, F. M. : Doing Your Literature Review: Traditional and Systematic Techniques. SAGE, Los Angeles, 1-175, 2011.
 - 12) Booth, A., Papaioannou, D. and Sutton, A. : Systematic Approaches to a Successful Literature Review. SAGE, Los Angeles, 1-279, 2012.
 - 13) Oliver, P. : Succeeding with Your Literature Review: A Handbook for Students. Open University Press, Glasgow, 1-152, 2012.
 - 14) 中木高夫 : 週刊医学界新聞, 第 2991 号, 7, 2012

Literature Review as Research Methodology – Findings from English Language Books –

Syuichi OOKI, Kiyomi HIKO

Abstract

Literature reviews of English language books were assessed for research methodology. As of September 2012, 13 books with a total of 25 revisions were identified through an exhaustive internet book research. Books that were particularly related to higher-level literature review techniques, such as systematic reviews and meta-analyses, were excluded. The latest versions of all books were reviewed and the following findings were obtained. These books were written since 1998; literature review was the specific research methodology used, which was based on structured steps and skills. Exhaustiveness and originality is needed for the good literature review.

The ability to conduct a literature review is regarded as an essential skill for graduate students, particularly those who write theses or dissertations. Training on how to conduct literature reviews offers useful opportunities to master basic research skills, including conducting a literature search (information gathering), appraisal of literature, synthesis of data, originality, and academic writing throughout the literature review process.

Keywords literature review, book search, research methodology, exhaustiveness and originality

報告

介護予防事業参加者に対する笑いヨガの試み 参加者の生体指標と行動観察における評価

中道淳子¹, 松本ひかり^{1,2}, 山岸日佳里^{1,2}, 谷口智美^{1,3}, 川畑圭良子⁴,
高見幸子⁴, 川端祥子¹, 油野聖子¹, 小林宏光^{1§}

概要

本研究の目的は、笑いヨガの生理学的および行動的效果を検証することである。対象者は地域在住の高齢者（70 - 92歳）31名であった。笑いヨガは数種類の自発的笑いおよび手拍子、深呼吸などで構成され、所要時間は15分程度であった。笑いヨガの実施前後で、ストレスの生理学的指標として対象者の唾液アミラーゼ活性を測定した。また、笑いヨガ実施前後の対象者の行動（笑い頻度、発話頻度、他者との交流）を観察・評価した。行動観察の結果、笑いヨガによって有意に改善を示した。笑いヨガ実施によって唾液アミラーゼ活性は有意に低下（実施前 207.9 ± 184.7 , 実施後 149.7 ± 179.3 U/ml）を示した。これらの結果から笑いヨガにはストレス低減効果があり、高齢者に対して有効であることが示唆された。

キーワード 笑いヨガ, 唾液アミラーゼ, 行動観察

1. はじめに

「笑い」の医学的効果についてはノーマン・カズンズ（Norman Cousins, 1915 - 1990）の事例がよく知られている¹⁾。米国の著名なジャーナリストであったカズンズは難病に侵され治療は不可能と診断されたが、「毎日大笑いする」ことを自分に課すことで病を克服した。彼はこの経験を学術誌 *New England Journal of Medicine* に公表し²⁾、これがきっかけとなって「笑い」の治療効果に対して注目が集まるようになった。カズンズ自身もその後脳生理学者に転身し、自ら笑いの治療効果に関する研究に携わった。

笑いが心身に与える効果については、NK細胞活性の上昇、免疫グロブリン IgG の上昇など免疫系に関与する働き^{3,4)}、糖尿病患者の血糖値の上昇を抑える働き⁴⁾、自覚的ストレスやストレスの客観的指標である血清・唾液中コルチゾールおよび唾液中クロモグラニンの減少効果⁵⁾、リウマチ患者でのコルチゾール、インターロイキン6の低下⁶⁾なども報告されている。

近年、交感神経活動の指標として唾液中のアミラーゼ活性が注目されている。アミラーゼの分泌は交感神経の直接の神経性調節に加えて、カテコールアミン分泌による液性調節によってもコントロールされる。このことから唾液アミラーゼ活性はストレス応答系である交感神経-副腎髄質（sympathetic - adrenal - medullary; SAM）系の反応が関係すると考えられている。近年ではさまざまなストレス刺激の測定・評価にこの方法が応用されている⁷⁾。

従来は唾液中のアミラーゼの分析には酵素免疫法（enzym-linked immunosorbent assay; ELISA）が用いられてきたが、大規模な設備が必要であり応用的研究では利用が難しい面があった。しかし、近年になって小型・ポータブルの非常に安価なアミラーゼ分析器が開発され、簡便で迅速な測定が可能となった。この測定は浸襲性がなく測定が簡便であることから、特に地域在住の高齢者を対象とした研究に適していると考えられる。

笑いヨガ（ラフターヨガ）は、インドの内科医 Madan Kataria によって1995年開発された一種のエクササイズであり、現在では日本を含む70ヶ国以上で実施されている。著者らは、笑いヨガ協会販売DVD「ひとりのできる笑いヨガ」⁸⁾お

¹ 石川県立大学法人 石川県立看護大学

² 国立金沢医療センター（現所属）

³ 公立松任中央病院（現所属）

⁴ 小松市役所 長寿支援センター

[§] 責任著者

よび、ラフターヨガ・ジャパンのウェブサイト⁹⁾を参考にして15分程度のプログラムを構成し、介護予防事業参加者の同窓会の一部としてこの笑いヨガを取り入れた。

本稿では生理指標と参加者の行動観察から笑いヨガの効果を検討することを目的とした。

2. 方法

2.1 対象者

平成22年10月～12月にA市介護予防事業に参加していた者で、平成23年8月に開催された同窓会当日に出席した34名を対象とした。ただしこの内3名で唾液アミラーゼに欠測値があったため、これを除く31名を分析対象とした。

2.2 測定・観察方法

平成23年8月下旬に笑いヨガプログラムを6施設で実施し、以下のようにデータ収集を行った。

1) 行動観察

行動観察項目は、回想法観察評価尺度評価基準¹⁰⁾を参考に作成した。この評価尺度は認知症高齢者を対象とした回想法プログラムの評価のための指標であるが、高齢者の行動観察尺度として共通する部分もあるので、今回の目的に合致すると思われた【笑い頻度】【発語頻度】、【他者との交流】の3項目を用いることにした。【笑い頻度】は、「よく笑う」「まあまあ笑う」「時々笑う」「あまり笑わない」の4段階であり、【発語頻度】【他者との交流】も同様の4段階での評価である。

観察者は共同研究者4名とした。なお、観察者の観察基準を一定にするために、同窓会実施前に大学生を対象に観察者全員で観察の練習を行った。

2) 生理的指標

笑いヨガによるストレス解消効果を測定するために、笑いヨガの前後に血圧測定、唾液アミラーゼの測定を行った。

血圧はオムロンデジタル自動血圧計HEM-632ファジィを用いて笑いヨガ前後で測定し、拡張期血圧と収縮期血圧を記録した。

ポータブルの唾液アミラーゼ測定器(COCORO METER,CM-1.1,ニプロ社製)を用いて唾液アミラーゼを測定した。唾液採取のため舌下にチップ(唾液採取シート)を30秒間静置した。唾液採取にあたり、高齢者は加齢や疾患のため唾液分泌量の減少が考えられるため、笑いヨガ前に水道水による含嗽を促した。含嗽は強制せず本人の意思と

した。その後5～10分程度空けてから採取した。笑いヨガ後はお茶で水分補給をした後に5～10分程度空けてから採取した。

2.3 分析方法

集計と分析には統計ソフトSPSS13.0Jを使用した。血圧の測定値は、対応のあるt検定を行った。唾液アミラーゼの測定結果は正規分布から大きくはずれることが知られていることから¹¹⁾、ノンパラメトリック検定であるWilcoxon符号付き順位和検定を行った。

また、観察項目では、笑いヨガ実施前後の4段階評価の該当人数について4×4の分割表の検定(χ^2 検定)を行った。ただし、【笑い頻度】と【発語頻度】についてはすべて0人の列が存在するため、4×3の分割表の検定を行った。統計的検定は全て両側検定で危険率5%以下を有意とみなした。

2.4 倫理的配慮

研究の参加は自由意志であり、参加・不参加によって不利益は受けず、一旦同意しても撤回できることを保障した。全てのデータは電子媒体化する過程においてID番号で整理し入力し、データはUSBメモリに保存し厳重に管理した。

研究参加者は地域の二次予防に係る対象者であり、基本チェックリストで何らかの生活機能が低下したと判断された方々であるため、同窓会中の体調変化など不慮の事態に備え、看護師を配置するなど参加者の安全面に配慮した。

本研究は石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した(看大第525号)。

3. 結果

3.1 対象者の属性

対象者の性別は男性6名、女性28名であった。年齢は最高92歳、最低70歳であった。平均年齢は年齢 80.48 ± 4.84 歳であった。唾液アミラーゼの測定ができなかった者3名を除く男性6名、女性25名、計31名を分析対象とした。

3.2 対象者の行動観察

笑いヨガ実施前後の【笑い頻度】は笑いヨガ前 비해笑いヨガ後の方が、「よく笑う」「まあまあ笑う」の人数が18人(58.1%)から26人(83.9%)に増加し、危険率1%以下で統計的有意となった(表1)。

笑いヨガ前後の【発語頻度】を比較すると、笑いヨガ前に比べ笑いヨガ後の方が、「よく話す」「まあまあ話す」の人数が16人(51.6%)から27人(87.1%)に増加し、危険率5%以下で統計的有意となった(表2).

笑いヨガ前後の【他者との交流】を比較すると、

笑いヨガ前に比べ笑いヨガ後の方が、「よく関わる」「まあまあ関わる」の人数が16人(51.6%)から24人(77.4%)に増加し、危険率1%以下で統計的有意となった(表3).

以上より、笑いヨガ実施後には、行動面において改善が見られたといえる。

表1 笑いヨガ前後の笑いの状況

		実施後			
		よく笑う	まあまあ笑う	時々笑う	あまり笑わない
実施前	よく笑う	7	0	0	0
	まあまあ笑う	6	5	0	0
	時々笑う	0	7	3	0
	あまり笑わない	0	1	2	0

P<0.01

表2 笑いヨガ前後の発言状況

		実施後			
		よく話す	まあまあ話す	時々話す	あまり話さない
実施前	よく話す	8	1	0	0
	まあまあ話す	3	4	0	0
	時々話す	2	7	4	0
	あまり話さない	1	1	1	0

P=0.02

表3 笑いヨガ前後の他者との交流状況

		実施後			
		よく関わる	まあまあ関わる	時々関わる	あまり関わらない
実施前	よく関わる	5	0	0	0
	まあまあ関わる	5	6	0	0
	時々関わる	1	5	1	1
	あまり関わらない	1	1	4	1

P<0.01

3.3 生理的指標

笑いヨガ実施前の収縮期および拡張期血圧測定値の平均は141mmHgおよび78mmHg、笑いヨガ実施後は144mmHgおよび80mmHgであり、若干の上昇があるものの統計的有意ではなく、笑いヨガによる血圧への影響は見られなかった。(図1)

唾液アミラーゼは31名中22名がアミラーゼ活性の低下を示し、上昇を示したものの8名、変化なしが1名であった。平均値では208U/mlから150U/mlに減少した(図2)。Wilcoxon符号付き順位和検定の結果、この差は危険率2%で統計的有意となった。

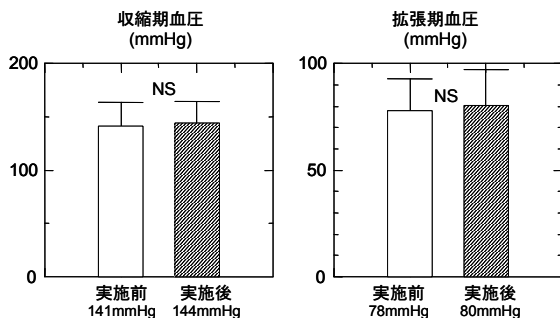


図1 収縮期及び拡張期血圧の変化

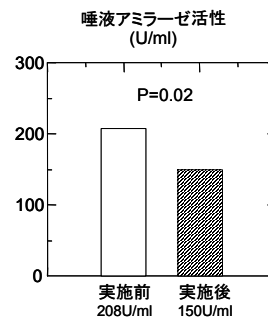


図2 唾液アミラーゼ活性の変化

4. 考察

本研究の結果では唾液アミラーゼ活性が笑いヨガ実施後に有意に低下した。先に述べたように唾液アミラーゼ活性は、交感神経-副腎髄質系のストレス反応の指標であることから、これは笑いヨガによって参加者のストレスの軽減が生じた結果であると解釈される。

また、先行研究では笑いによって血圧が低下したという報告もあるが¹²⁾、本研究の結果では血圧に関しては有意な効果が見られなかった。先行研究では3ヶ月間の長期的介入の前後で血圧を比較しているのに対し、本研究では笑いヨガ実施日における短期的変化を測定している点で違いがある。したがって長期的に笑いヨガを実施した場合には、血圧においても有意な変化が得られる可能性あると考えられる。

唾液アミラーゼの低下に加えて、本研究の結果では、参加高齢者の行動においても改善傾向が見られた。笑いもしくは笑いヨガの効果に関する研究において、POMSやSTAIなどの心理評価指標を用いた研究はいくつか報告されているが¹³⁾、行動観察に関する報告は見当たらない。心理評価では笑いヨガによって緊張や不安・抑うつ感が減少することが報告されており¹³⁾、本研究の結果における行動変化についてもこれらの心理的变化を反映したものであると考えられる。

笑いヨガで得られる笑いは人為的・作爲的に作られた笑いであり、楽しいこと、おかしいことがあって笑っているのではない。近年の研究によって自発的笑いとは非自発的笑いでは、脳内の神経経路が異なることが示されている。しかしながら、これら2つの経路は最終的に脳幹で統合され、表情、呼吸や自律神経の反応をコントロールすることから¹⁴⁾、生理的反應の点ではこれら2種類の笑いは同様の結果を生むと考えられる¹⁵⁾。

また、笑いヨガの参加者らは、最初は作爲的に無理矢理笑うのであるが、これを集団で行い、大笑いしている姿をお互い見せあうことで、作られた笑いが本物の笑いに変化すると考えられる。したがって、本研究のように作爲的に作られた笑いであっても、ストレス軽減効果を示したことは、妥当な結果であり、また多くの先行研究の知見に沿った結果であると思われる。

5. まとめ

本研究の結果から、笑いヨガの実施によって参加者の行動の変化（笑い、発語などが積極的にな

る）だけでなく、ストレス反應の低下（唾液アミラーゼ活性の低下）も示された。先に紹介したように、これまでの研究で、笑いが免疫機能の活性化を含むさまざまな健康増進効果を持つことが示されている。これらの効果は高齢者の介護予防にも繋がることを期待できる。唾液アミラーゼ活性の低下は、被験者全体としては統計的有意な変化が見られたものの、その反応には個人ごとにばらつきがあった。したがってこのような生理的指標による評価は、集団に対しては有効であっても、個人に対する評価にそのまま適用するのは慎重になる必要があると思われる。

本研究は笑いヨガの実施直前と直後の比較を行っており、これは笑いヨガの短期的な効果を示している。笑いヨガを継続した場合、実施直後だけではなく長期的にもストレス軽減効果が得られるかどうかについては、将来のさらなる研究が期待される。

謝辞

本研究にご協力いただきました参加者の皆様、各施設の職員の皆様ならびにA市役所の保健師・職員の皆様に深く感謝申し上げます。

利益相反状態の開示

利益相反無し。

引用文献

- 1) ノーマン・カズンズ (著), 松田銑 (翻訳) 笑いと治癒力 (岩波現代文庫), 1-30, 2001.
- 2) Cousins N.: Anatomy of an illness (as perceived by the patient). N Engl J Med. 295, 1 458-1463, 1976.
- 3) 高橋清武, 岩瀬真生, 高橋秀俊他: クロスオーバー研究による笑いのNK活性上昇効果の検討, 臨床精神医学. 33 (12), 1599-1607, 2004.
- 4) 中島英雄: 笑いのもつ力 笑いの医学的効果, ふれあいケア. 16 (10), 773-779, 2010.
- 5) Toda M., Kusakabe S., Morimoto K.: Effect of laughter on salivary endocrinological stress marker chromogranin A, Biomed Res, 28 (2), 115-118, 2007.
- 6) 吉野慎一, 中村洋, 判治直人他: 関節リウマチ患者に対する楽しい笑いの影響, 心身医学, 36 (7), 559-564, 1996.
- 7) 廣瀬倫也, 加藤実: 唾液 α -アミラーゼ測定器 - 唾液 α -アミラーゼの特性と疼痛評価への応用について

- . 麻酔 58 (11) , 1360-1366,2009.
- 8) 笑いヨガ協会販売：DVD 「一人でできる笑いヨガ」
日本語吹き替え版.
 - 9) ラフターヨガ・ジャパン：http://laughteryoga.jp/
 - 10) 小海宏之, 岡村香織, 岸川雄介他：回想法観察評価尺度作成の試み, 老年精神医学雑誌, 19 (1), 61-69, 2008.
 - 11) Kobayashi, H., Park, B.J., Miyazaki, Y.: Normative references of heart rate variability and salivary alpha-amylase in a healthy young male population. J Physiol Anthropol. 31.9, 2012.
 - 12) Eguchi, E., Ohira, T., Kiyama, M. et al.: Music and laughter to lower blood pressure levels among middle-aged Japanese men and women: A randomized-controlled trial. American Heart Association 51th Annual Conference on Cardiovascular Disease Epidemiology and Prevention. Atlanta, 2011, March.
 - 13) 福島裕人：ラフター（笑い）ヨガの効果に関する基礎的研究, 笑い学研究, 15, 56-63, 2008.
 - 14) Wild, B., Rodden, FA., Grodd W. et al. : Neural correlates of laughter and humour. Brain. 126 (Pt 10) :2121-38, 2003.
 - 15) Mora-Ripoll R. The therapeutic value of laughter in medicine. Altern Ther Health Med. 16 (6) ,56-64, 2010.

“Laughter Yoga” for Participants of Long-Term Care Prevention Project Effects of “Laughter Yoga” on physiological and behavioral responses of elder participants.

Junko NAKAMICHI, Hikari MATSUMOTO,
Hikari YAMAGISHI, Tomomi TANIGUCHI,
Kayoko KAWABATA, Sachiko TAKAMI, Sachiko KAWABATA,
Seiko ABURANO, Hiromitsu KOBAYASHI

Abstract

This study aimed to examine the physiological and behavioral effects of laughter yoga. Subjects included 31 community-dwelling elderly people (aged 70–92 years). The laughter program lasted for approximately 15 min and consisted of various types of self-triggered unconditional laughter, hand clapping, and deep breathing. Salivary amylase activity of participants was measured as a stress indicator before and after laughter yoga. Furthermore, participant behavior (frequency of laughter, frequency of speaking, and communication with others) was observed and evaluated before and after the program. Participant behavior was significantly improved by the program. Salivary amylase activity significantly decreased (before the program, 207.9 ± 184.7 U/ml; after the program, 149.7 ± 179.3 U/ml) by laughter yoga. These results suggest that laughter yoga decreases stress and is effective for elderly people.

Keywords Laughter Yoga, Salivary amylase activity, Behavioral response

報告

転倒防止に関する新人看護師教育の実態

丸岡直子¹ §, 寺井梨恵子¹, 木村久恵¹

概要

新人看護師に対して実施されている入院患者の転倒防止に関連した集合教育と病棟におけるOJT (on the job training) の実態を明らかにするために郵送質問紙調査を行った。全国の病院から無作為抽出した1,000カ所の看護部教育担当者1,000名と病棟において新人看護師の教育を担当する看護師2,000名を対象に、2011年11～12月に自記式質問紙調査を行った。看護部教育担当者278名、病棟の教育担当看護師646名から有効回答を得た。集合教育における研修内容の上位3項目は「転倒防止のための環境整備」「転倒アセスメントツール記入方法」「報告書の書き方」であった。OJTにおける指導内容の上位3項目は「転倒防止のための環境整備」「転倒発生リスクと身体機能」「転倒報告書の書き方」であった。研修内容は新人看護師が実施可能な転倒防止ケアや就職当初から経験する転倒のインシデントや事故報告に関連する項目に重点がおかれていた。

キーワード 医療安全, 転倒防止, 新人看護師教育, 集合教育, OJT

1. はじめに

日本医療機能評価機構の医療事故防止事業部によると、医療事故の40.6%が療養上の世話であり、そのうち転倒（転落を含む）は59.7%を占めている¹⁾。転倒のヒヤリハットでは46.7%が療養上の世話であり、そのうち転倒は56.3%であり、新人看護師が医療事故やヒヤリハットの当事者である比率は、それぞれ8.1%、22.6%である²⁾。また、就職後1年間で約90%の看護師が勤務中に転倒場面に遭遇していたとの報告³⁾がある。よって、かなりの確率で新人看護師が入院患者の転倒事故やヒヤリハットに遭遇していると考えられる。

入院患者の転倒による損傷の発生率は30～66%と報告^{4) 5)}されており、死亡や障害残存の割合は約18%と報告¹⁾されている。転倒事故は患者のQOL低下につながることであり、看護管理上の重要な課題の一つであると考えられる。

新人看護職員の臨床実践力の向上に関する検討会報告⁶⁾では看護師には医療安全を含めた高い看護実践力が求められており、看護師に求められている臨床実践能力の一つに転倒防止策の適用の判断と実践が示された。そして、平成21年7月の保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の改正により、平成22年度から新たに業務に従事する看護職員の臨床研修が努力義務となった。さらに、平成21年12月に

は厚生労働省の「新人看護職員研修に関する検討会」において「新人看護職員研修ガイドライン」⁷⁾が策定された。このガイドラインでは、就職して1年以内に経験し修得を目指す看護技術の一つに「転倒転落防止策の実施」が明確に示されている。このような中、多くの医療施設では新人看護師の院内教育計画を見直し、転倒防止に関する研修内容・方法などが紹介されている⁸⁻¹⁰⁾。

医療安全教育に関する研究の多くは看護学生を対象にしており、看護師の医療安全教育についてはリスクマネージャーを対象に教育内容・方法を調査したもの¹¹⁾がある。しかし、転倒防止に関する臨床研修の内容・方法などの報告はされていなかった。これは、本研究に着手した平成22年は新人看護師の臨床研修が努力義務化された年であるためと考える。

前述したように、新人看護師の多くが入院患者の転倒事故やヒヤリハットに遭遇していると推測される。その要因として、転倒事故の重大性の認識の甘さ、転倒リスク認知の低さや患者の行動を予測した転倒ケアの不備が明らかになっている³⁾。そこで、新人看護師の転倒防止スキルを高めるための現任教育のあり方を検討するためには、新人看護師を対象とした転倒防止に関する集合教育と病棟におけるOJT (on the job training) の実態を明らかにする必要があると考えた。

本研究の目的は、病院における新人看護師を対

¹ 石川県立看護大学 § 責任著者

象とした転倒防止に関する集合教育と病棟におけるOJTの実態を明らかにすることである。

本研究では、新人看護師とは看護師免許取得後に初めて就労する看護師と定義する。また、転倒とは患者の故意によらず身体の足底以外の部分が床についた状態であり、転落を含むものとする。

2. 方法

2.1 研究対象

ワムネットで検索した全国の病院のうち無作為抽出した1,000カ所の病院における看護部教育担当者1,000名と、その病院の病棟において新人看護師教育を担当する看護師（以後、病棟教育担当者とする）2名ずつの計2,000名を調査の対象とした。

2.2 調査時期と内容

平成22年11月～12月に郵送による自記式質問紙調査を実施した。

(1) 看護部教育担当者に対する調査内容

新人看護師を対象とした看護部主催の集合教育における、医療安全に関する「転倒」や「院内感染防止」などの研修内容19項目（表2）の実施の有無、研修時間、研修方法、研修担当者を調査した。さらに、19項目のうち「転倒」を実施していると回答した看護部教育担当者には、「転倒」に特化した研修内容である「転倒を防止する環境整備」や「転倒報告書の書き方」など8項目（表3）の実施の有無、研修時間、研修方法、研修担当者を調査した。

また、病院の病床数、平成22年度新人看護師採用数についても回答を求めた。

(2) 病棟教育担当者に対する調査内容

病棟における転倒防止に関連したOJTの実施状況として、表3の研修項目に示したものと同様の8項目の指導の有無と指導場面を調査した。また、回答者の職位も調査した。

なお、研修内容の項目は2名の病院所属のリスクマネジャーの意見や日本医療機能評価機構医療事故防止事業部年報、転倒防止に関する文献¹²⁾を参考に作成した。

2.3 分析方法

看護部教育担当者の回答より、医療安全の集合教育の実施回数の頻度と平均回数、および総実施時間数の平均を算出した。集合教育における医療

安全に関連した19項目の実施、研修方法および研修担当者について記述統計を行い、研修時間は平均値を算出した。さらに、医療安全の研修項目内で「転倒」が取り上げられる頻度を検討するために、「転倒」とその他18項目の実施率の比較には χ^2 検定を行った。次に19項目のうち「転倒」を実施していると回答した施設について、「転倒」に関連した研修内容（8項目）の実施の有無、研修方法、研修担当者について記述統計を行い、研修時間は平均値を算出した。病棟教育担当者の回答から、OJTにおける「転倒」の指導内容（8項目）の指導の有無、指導場面に関して、回答者全体および職位別に記述統計を行った。統計ソフトはSPSS17.0J for Windowsを用いた。

2.4 倫理的配慮

本調査は本学の倫理委員会の承認（看大第495号）を得て実施した。1,000カ所の病院の看護部長に調査依頼文書を郵送し調査の趣旨・方法を説明し、看護部教育担当者1名に看護部教育担当者用調査用紙を、病棟教育担当者2名に病棟教育担当者用調査用紙の配布を依頼した。なお、2名の病棟教育担当者の選出は看護部長に一任した。対象者には研究の趣旨・方法や倫理的配慮を記した調査用紙にて協力を依頼し、対象者から直接郵送により調査用紙を回収した。なお、調査用紙の返送をもって調査への同意を得たと判断した。

3. 結果

285病院（回収率28.5%）の看護部教育担当者から回答があり、平成22年度に1名以上の新人看護師の採用があり、全ての項目に記載のあった278病院（有効回答率97.5%）を分析の対象とした。また、病棟教育担当者からは648名（回収率32.4%）から回答があり、全ての項目に記載のあった646名（有効回答率99.7%）を分析の対象とした。

3.1 看護部における医療安全に関する集合教育

(1) 看護部教育担当者所属病院の概要（表1）

病床数について、199床未満は86病院（30.9%）、200～499床は140病院（50.4%）、500床以上は49病院（17.6%）であった。278病院における新人看護師の平均採用数は18.4（1-128）名であった。

(2) 医療安全に関する集合教育の概要

平成22年度における、新人看護師を対象とした医療安全の集合教育の実施状況は平均3.6（1-

表1 看護部教育担当者所属病院の概要 (n=278)
n(%)

病床数	～200床：86 (30.9) 200～499床：140 (50.4) 500床～：49 (17.6)
新人採用数	平均：18.4名 1～10名：153 (55.0) 11～20名：46 (16.5) 21～30名：29 (10.4) 31～40名：13 (4.7) 41～50名：10 (3.6) 50名以上：27 (9.7)
教育委員会設置	あり：274 (98.6) なし：4 (1.4)
看護部教育担当者	あり：108 (38.8) なし：170 (61.2)

25)回であった。実施回数が1回は69病院(24.8%)、2～3回は102病院(36.7%)、4～5回は35病院(12.6%)、6回以上は72病院(25.9%)であった。また、医療安全に関する集合教育の総実施時間は平均421.8(30-3670)分であった。

(3) 医療安全に関する19項目の研修実施状況(表2)

医療安全に関する19項目の研修内容の実施率60%以上の項目は「院内感染防止」236病院(84.9%)、「医療機器・モニター操作」229病院(82.4%)、「注射(点滴・IVH含む)」228病院(82.0%)、「内服与薬・外用薬」194病院(69.8%)、「事故発生のメカニズム」184病院(66.2%)であった。実施率30%以下の項目は「熱傷・凍傷」15病院(5.4%)、「入浴」35病院(12.6%)、「誤嚥/誤飲・異食」71病院(25.5%)であった。各項目の平均研修時間は表2に示したとおりである。研修時間の長い上位3項目は、「注射(点滴・IVH含む)」141.0分、「医療機器・モニター操作」117.1分、「院内感染防止」109.0分であった。研修時間の下位3項目は「熱傷・凍傷」26.3分、「入浴」35.6分、「抑制」41.3分であった。

研修方法は、講義形式は全項目で実施率が高く約60～90%の病院で採用されていた。次いで実施率が高い方法は技術演習であった。

研修担当は「麻薬」と「検査」を除いた17項目は約60～100%の施設で看護師が担当していた。薬物療法に関連する項目は薬剤師が、機器操作に関する項目は臨床工学技士が、病態アセスメントに関する項目は医師も研修を担当していた。

3.2 集合教育における「転倒」の研修実施状況

集合教育で実施されている医療安全に関する19項目のうち「転倒」を実施していた病院は149病院(53.6%)であった。実施回数は平均1.1(1-4)回で、1回は137病院(91.9%)、2回は8病院(5.4%)、3回以上が4病院(2.7%)であった。実施時間数は平均67.0(10-270)分であった。研修方法は表2に示したように講義形式が最も多く124病院(83.2%)、ついで技術演習が48病院(32.2%)であり、研修担当者は看護師が最も多く125病院(83.9%)、ついで理学療法士の24病院(16.1%)であった。

医療安全に関する19項目において、「転倒」よりも実施率が有意に高かった項目は「院内感染防止」「医療機器・モニター操作」「注射(点滴・IVH含む)」「内服与薬・外用薬」「事故発生のメカニズム」の5項目であった。「転倒」よりも実施率が有意に低かった項目は「患者・家族への説明・接遇」「事件事例の分析」「食事・経管栄養」「観察・病態アセスメント」「検査」「抑制」「誤嚥/誤飲・異食」「手術」「入浴」「熱傷・凍傷」の10項目であった(表2)。

医療安全に関する19項目のうち「転倒」を実施していると回答のあった149施設について、「転倒」に関連する研修内容8項目の実施状況を調査した結果を表3に示した。実施率が60%以上の項目は「転倒を防止する環境整備」122病院(81.9%)、「転倒報告書の書き方」105病院(70.5%)、「転倒アセスメントツール記入方法」105病院(70.5%)、「転倒発生リスクと身体機能」102病院(68.5%)であった。実施率30%以下の項目は「身体機能への介入」40病院(26.8%)であった。各項目の平均研修時間は表3に示したとおりで、約18～35分であった。

研修方法は約60～85%が講義形式であり、「転倒を防止する環境整備」はグループ討議を取り入れた病院が約半数であった。また「身体機能への介入」は半数の病院が技術演習を取り入れていた。研修担当者は約60～90%が看護師であり、「身体機能への介入」では理学療法士が、「転倒リスクを高める薬剤」では薬剤師も担当していた。

3.3 転倒防止に関するOJTの実態

(1) 対象者の職位

病棟で新人看護師教育を担当している646名の職位は看護師長71名(11.0%)、副看護師長230名(35.6%)、教育担当者49名(7.6%)、プリセ

プター 203名(31.4%), スタッフ看護師 77名(11.9%)であった。

(2) OJTにおける転倒防止の指導実施状況(表4)

「転倒を予防する環境整備」の指導実施状況は、全体で508名(78.6%)であり、最も実施率が高かったのは副看護師長83.6%で、低率であったのはスタッフ看護師62.4%であった。指導場面で実施率が高かったのは「看護ケアの実施中」234名(46.1%)で、低かった指導場面は「申し送り」136名(26.8%)であった。

「転倒発生リスクと身体機能」の指導実施状況は全体では469名(72.3%)であり、スタッフ看護師を除いて70%以上の実施率であった。最も実施率が高かったのは副看護師長79.6%、低かったのはスタッフ看護師58.1%であった。指導場面で実施率が高かったのは「インシデント(事故)を振り返る時」が249名(53.1%)で、低かった指導場面は「申し送り」133名(20.6%)であった。

「転倒報告書の書き方」の指導実施状況は、全体で424名(65.6%)であり、最も実施率が高かったのは看護師長80.3%で、低率であったのはスタッフ看護師53.8%であった。指導場面で実施率が高かったのは「インシデント(事故)の発生時」238名(56.1%)で、低率であったのは「看護ケアの準備時」23名(5.4%)であった。

「転倒リスクを高める薬剤」の指導実施状況は、全体で418名(64.7%)であり、最も実施率が高かったのは教育担当者75.5%で、低率であったのはスタッフ看護師53.8%であった。指導場面で実施率が高かったのは「インシデント(事故)を振り返る時」177名(42.3%)で、低かった指導場面は「看護ケアの実施後」78名(18.7%)であった。

「転倒による受傷リスクと身体機能」の指導実施状況は全体では407名(63.0%)であり、最も実施率が高かったのは副看護師長69.1%で、低かったのはスタッフ看護師52.7%であった。指導場面で実施率が高かったのは「インシデント(事故)の発生時」195名(47.9%)で、低かった指導場面は「申し送り」116名(28.5%)であった。

「患者・家族へ転倒防止の説明」の指導実施状況は、全体では371名(57.4%)で、最も実施率が高かったのは看護師長67.6%、低率であったのはプリセプター44.8%であった。指導場面で実施率が最も高かったのは「看護ケアの準備時」118名(31.8%)、低率であった指導場面は「看護ケアの実施後」58名(15.6%)であった。

「転倒アセスメントツールの記入方法」の指導実施状況は、全体では349名(54.0%)で、最も実施率が高かったのは看護師長63.4%で、低率であったのはスタッフ看護師41.9%であった。指導場面で実施率の高かったのは「インシデント(事故)の発生時」92名(26.4%)で、低率であったのは「申し送り」31名(8.4%)であった。

「身体機能への介入」の指導実施状況は、全体では235名(36.4%)であり、最も実施率の高かったのは副看護師長45.7%、低かったのはプリセプター25.1%であった。指導場面で実施率が高かったのは「看護ケアの実施中」134名(57.0%)で、低かった指導場面は「インシデント(事故)の報告書提出時」42名(17.9%)であった。

4. 考察

4.1 集合教育における転倒防止教育

集合教育において、医療安全に関連する研修は平均3.6回、研修総時間は約7時間であった。そのうち「転倒」について集合教育を実施していた病院は表2に示したように56.3%であり、実施回数は平均1.1回、研修時間は約1時間であった。また、「転倒」は診療の補助に関する項目より実施率は有意に低かったが、療養上の世話に関する項目の中では有意に実施率は高率であった。このことより、事故やヒヤリハット発生状況を考慮して医療安全の集合教育の計画が立案されていたと考えられる。しかし、転倒による損傷の発生は薬剤や医療機器操作に関連した事故と同様に患者のQOLを著しく低下させる。よって、患者の安全な療養生活を保持するために転倒防止関連教育の実施率を高める必要性が示唆された。

転倒防止に関する集合教育の実施状況では、転倒防止につながる環境整備、転倒アセスメントツールや転倒報告書の記載方法の実施率は70%であり、新人看護師が就職当初から転倒防止行動として実施可能な環境整備や病院組織でシステム化されている転倒防止体制を理解するための内容であったと考える。

4.2 OJTにおける転倒防止教育

OJTにおいて実施率の高い項目は、転倒リスクに関する項目が実施率60~70%であり、「転倒リスクと身体機能」については集合教育と差はなかったが、「転倒リスクを高める薬剤」はOJTにおける実施率は高く、入院患者の治療の特徴からくる薬剤使用の副作用など具体的な指導が行わ

れていたと推察できる。また、「転倒を防止する環境整備」は集合教育と同様に実施率は最も高く、転倒の発生要因を除去し安全な療養環境を保持することの重要性がOJTで強調されていたと考えられる。

OJTは複数の場面で行われていた。特に転倒リスクに関連する項目では、インシデント（事故）発生後、報告書提出時や看護ケア実施中など複数の場面で指導されていた。このことは、転倒リスク予測が転倒防止策の適用を判断する基盤となるため、看護ケア場面やインシデント（事故）発生後に指導がなされていたと考えられる。また、看護ケア場面においてOJTが行われた内容は、転倒リスクの理解を深める内容や身体機能への介入、環境整備についてであった。新人看護師の転倒防止行動は視覚により得られた情報と過去の経験から映像として蓄積した知識と対比させて転倒の危険性を判断し防止行動をとる特徴があり¹⁵⁾、看護ケア場面でのOJTは新人看護師に転倒リスクの高い状況を視覚情報として蓄積することにつながると考える。

また、看護ケアの実施中では先輩看護師の行動に触れることができ、このことにより転倒リスクの判断や防止ケアを体験することができる。新人看護師は、先輩看護師の行動に触れることや先輩看護師からのアドバイスや指摘によって転倒リスクの存在に敏感になり、転倒防止への責務を自覚するとの報告¹³⁾がある。このことから、OJTでは看護ケアの準備や実施中において、その看護ケアの手順だけでなく転倒リスクの存在や転倒発生を防ぎながらのケア方法について重点をおいた指導の重要性が示唆された。

4.3 研究の限界と今後の課題

今回の調査では、新人看護師に対する転倒防止に関連した集合教育とOJTのそれぞれで実施されている内容・方法を調査するにとどまった。新人看護職員研修ガイドライン⁷⁾では、集合教育とOJTのスパイラル学習を研修目標に応じて導入することを推奨している。今後、集合教育とOJTの関連性や、病棟の教育担当者が集合教育の内容や新人看護師の理解度を考慮したOJTの実態も明らかにする必要があると考えている。また、病棟教育担当者の新人看護師に対する指導場면을観察することで、より詳細な指導内容・方法を明らかにする必要がある。

5. まとめ

新人看護師に対して実施されている入院患者の転倒防止に関連した集合教育と病棟におけるOJTの実態を明らかにするために質問紙調査を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 集合教育で「転倒」の研修を実施していた病院は278病院中149病院(53.6%)であった。
2. 集合教育で実施率が60%以上の項目は「転倒を防止する環境整備」、「転倒アセスメントツールの書き方」、「転倒報告書の書き方」、「転倒発生リスクと身体機能」であった。実施率30%以下の項目は「身体機能への介入」であった。
3. OJTで指導実施率60%以上の項目は「転倒を予防する環境整備」、「転倒リスクと身体機能」、「転倒報告書の書き方」、「転倒リスクを高める薬剤」、「転倒による受傷リスクと身体機能」であった。実施率30%以下の項目はなかった。

利益相反状況の開示

利益相反なし。

謝辞

本研究にご協力いただきました病院の看護部長並びに看護師の皆様へ深く感謝いたします。なお、本研究は科学研究費補助金（基盤研究（C））（課題番号22592390）により行った。また、本研究の一部を第15回日本看護管理学会年次大会にて発表した。

引用文献

- 1) 財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部：医療事故情報収集等事業平成21年年報，http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2009.pdf
- 2) 財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部：医療事故情報収集等事業第21回報告書，http://www.med-safe.jp/pdf/report_21.pdf
- 3) Naoko Maruoka, Kiyoko Izumi : Structure and change in the formation of fall risk management ability in newly recruited nurses. Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University, 30 (2) ,33-43,2006.
- 4) 鈴木みずえ, 古橋玲子, 鶴見智子 : 特定機能病院の内科・外科病棟における転倒の実態と転倒アセスメントツールの開発, 看護研究, 39 (2), 59-71, 2006.

- 5) 井内基子：当院における転倒事故の実際と今後の課題, 通信医学, 58 (5), 337-343, 2006.
- 6) 新人看護師の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書：<http://www.mhlw.go.jp/shing/2004/03/s0310-6.html>
- 7) 新人看護職員研修ガイドライン（新人看護職員研修に関する検討会）：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1225-13b.pdf>
- 8) 熊谷雅美：ガイドラインを読み解き新人看護職員研修制度に活用, 看護, 62 (7), 36-46, 2010.
- 9) 庄野泰乃：新人看護職員研修の仕組みとガイドラインの活用の実際, 看護, 62 (7), 47-55, 2010.
- 10) 西原真由美, 田村睦子, 中尾ひろみ他3名：ガイドライン活用による新人教育の見直し, 看護, 62 (7), 56-59, 2010.
- 11) 岩本真紀, 名越民江, 南妙子他3名：リスクマネジャーが認識している新人看護師の医療安全教育, 香川大学看護学雑誌, 13 (1), 83-89, 2009.
- 12) 鈴木みずえ監修：転倒・転落・骨折を防ごう!, ナーシング・トゥデイ, 22 (12), 臨時増刊号, 2007.
- 13) 丸岡直子, 泉キヨ子：新人看護師の転倒防止に対する認識とその認識を変化させる臨床経験, 日本看護管理学会誌, 11 (2), 36-46, 2008.

表2 医療安全に関する集合教育実施状況 (n=278) n(%)

研修内容	実施の 病院数	平均 研修時間 (分)	研修方法 (複数回答)				研修担当者 (複数回答)					
			講義	グループ 討議	技術練習	視聴覚 教材使用	看護師	医師	薬剤師	臨床工学 技士	理学 療法士	その他
転倒	149 (53.6)	67.0	124 (83.2)	28 (18.8)	48 (32.2)	26 (17.4)	125 (83.9)	3 (2.0)	3 (2.0)	2 (1.3)	24 (16.1)	4 (2.7)
院内感染防止 **	236 (84.9)	109.0	194 (82.2)	15 (6.4)	94 (39.8)	44 (18.6)	213 (90.3)	9 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (4.2)
医療機器・モニター操作 **	229 (82.4)	117.1	184 (80.3)	11 (4.8)	164 (71.6)	47 (20.5)	143 (62.4)	4 (1.7)	128 (55.9)	1 (0.4)	1 (0.4)	16 (7.0)
注射(点滴・I/II含む) **	228 (82.0)	141.0	176 (77.2)	21 (9.2)	152 (66.7)	51 (22.4)	193 (84.6)	10 (4.4)	53 (23.2)	14 (6.1)	2 (0.9)	11 (4.8)
内服与薬・外用薬 **	194 (69.8)	73.9	160 (82.5)	22 (11.3)	59 (30.4)	33 (17.0)	136 (70.0)	2 (1.0)	80 (41.2)	4 (2.1)	1 (0.5)	3 (1.5)
事故発生のメカニズム **	184 (66.2)	44.7	169 (91.8)	35 (19.0)	9 (4.9)	32 (17.4)	148 (80.4)	13 (7.1)	10 (5.4)	8 (4.3)	2 (1.1)	13 (7.1)
麻薬	160 (57.6)	49.0	141 (88.1)	3 (1.9)	14 (8.8)	20 (12.5)	90 (56.3)	0 (0.0)	95 (59.4)	4 (2.5)	2 (1.3)	2 (1.3)
輸血	153 (55.0)	61.1	132 (86.3)	5 (3.3)	45 (29.4)	27 (17.6)	111 (72.5)	8 (5.2)	14 (9.2)	2 (1.3)	1 (0.7)	40 (26.1)
報告・連絡・記録	148 (53.2)	82.2	119 (80.4)	16 (10.8)	27 (18.2)	20 (13.5)	120 (81.1)	4 (2.7)	2 (1.4)	2 (1.4)	1 (0.7)	2 (1.4)
§患者・家族への説明・接遇*	119 (42.8)	57.6	101 (84.9)	17 (14.3)	26 (21.8)	9 (7.6)	113 (95.0)	4 (3.4)	2 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (10.1)
§事故事例の分析 **	118 (42.4)	65.3	91 (77.1)	59 (50.0)	8 (6.8)	26 (22.0)	97 (82.2)	4 (3.4)	4 (3.4)	2 (1.7)	2 (1.7)	13 (11.0)
§食事・経管栄養 **	109 (39.2)	59.5	92 (84.4)	7 (6.4)	53 (48.6)	20 (18.3)	93 (85.3)	3 (2.8)	1 (0.9)	2 (1.8)	1 (0.9)	23 (21.1)
§観察、病態アセスメント **	109 (39.2)	105.0	79 (72.5)	20 (18.3)	38 (34.9)	20 (18.3)	86 (78.9)	78 (71.6)	1 (0.9)	3 (2.8)	1 (0.9)	3 (2.8)
§検査 **	108 (38.8)	60.3	85 (78.7)	3 (2.8)	22 (20.4)	9 (8.3)	47 (43.5)	1 (0.9)	1 (0.9)	3 (2.8)	0 (0.0)	59 (54.6)
§抑制 **	97 (34.9)	41.3	78 (80.4)	6 (6.2)	36 (37.1)	10 (10.3)	85 (87.6)	5 (5.2)	1 (1.0)	2 (2.1)	2 (2.1)	2 (2.1)
§誤嚥/誤飲・異食 **	71 (25.5)	50.4	60 (84.5)	4 (5.6)	27 (38.0)	15 (21.1)	71 (100)	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (1.4)	4 (5.6)	2 (2.8)
§手術 **	50 (18.1)	105.0	29 (58.0)	4 (8.0)	11 (22.0)	3 (6.0)	42 (84.0)	1 (2.0)	1 (2.0)	2 (4.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
§入浴 **	35 (12.6)	35.6	27 (77.1)	1 (2.9)	15 (42.9)	2 (5.7)	34 (97.1)	0 (0.0)	1 (2.9)	0 (0.0)	1 (2.9)	1 (2.9)
§熱傷・凍傷 **	15 (5.4)	26.3	12 (80.0)	0 (0.0)	4 (26.7)	1 (6.7)	15 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

* p<0.05 ** p<0.01

注1) 斜体で示した項目は「転倒」より有意に実施率が高い項目を示す。

注2) §が付けられた項目は「転倒」より有意に実施率が低い項目を示す。

表3 転倒防止に関する集合教育実施状況 (n=149)

研修内容	実施の 病院数	平均 研修時間 (分)	研修方法 (複数回答)				研修担当者 (複数回答)						n (%)
			講義	グループ 討議	技術練習	視聴覚 教材使用	看護師	医師	薬剤師	臨床工学 技士	理学 療法士	その他	
転倒を防止する環境整備	122 (81.9)	20.9	98 (80.3)	23 (18.9)	23 (18.9)	16 (13.1)	104 (85.2)	0 (0.0)	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (7.4)	3 (2.5)
転倒報告書の書き方	105 (70.5)	20.7	89 (84.8)	14 (13.3)	8 (7.6)	10 (9.5)	97 (92.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (6.7)
転倒アセスメントツールの 記入方法	105 (70.5)	22.3	87 (82.9)	11 (10.5)	11 (10.5)	10 (9.5)	100 (95.2)	0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	5 (4.8)
転倒発生リスクと身体機能	102 (68.5)	31.6	82 (80.4)	17 (16.7)	10 (9.8)	15 (14.7)	87 (85.3)	1 (1.0)	10 (9.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (5.9)	0 (0.0)
転倒リスクを高める薬剤	76 (51.0)	24.5	61 (80.3)	8 (10.5)	7 (9.2)	10 (13.2)	50 (65.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.6)	5 (6.6)
患者・家族へ 転倒防止の説明	71 (47.7)	18.7	57 (80.3)	8 (11.3)	4 (5.6)	7 (9.9)	65 (91.5)	1 (1.4)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	4 (5.6)
転倒による受傷リスクと 身体機能	64 (43.0)	28.9	55 (85.9)	12 (18.8)	13 (20.3)	13 (20.3)	60 (93.8)	1 (1.6)	4 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (7.8)	2 (3.1)
身体機能への介入	40 (26.8)	34.5	24 (60.0)	3 (7.5)	20 (50.0)	4 (10.0)	24 (60.0)	0 (0.0)	3 (7.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (42.5)	0 (0.0)

表 4-1 OJT における転倒防止の指導実施状況と指導場面 (n=646) n(%)

指導内容	職位	人数	指導の経験あり	インシデント(事故)の				指導場面(複数回答)			申し送り	カンファレンス
				発生時	振返る時	報告書提出時	看護ケアの					
							準備時	実施中	実施後			
転倒を防止する 環境整備	全体	646	508 (78.6)	180 (35.4)	218 (42.9)	126 (24.8)	208 (40.9)	234 (46.1)	173 (34.1)	136 (26.8)	159 (31.3)	
	看護師長	71	56 (78.9)	28 (50.0)	29 (51.8)	27 (48.2)	23 (41.1)	23 (41.1)	21 (37.5)	13 (23.2)	27 (48.2)	
	副看護師長	230	192 (83.5)	78 (40.6)	107 (55.7)	57 (29.7)	76 (39.6)	95 (49.5)	73 (38.0)	59 (30.7)	82 (42.7)	
	教育担当者	49	40 (81.6)	9 (22.5)	12 (30.0)	3 (7.5)	18 (45.0)	25 (62.5)	14 (35.0)	14 (35.0)	11 (27.5)	
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	162 (79.8)	44 (27.2)	48 (29.6)	24 (14.8)	66 (40.7)	67 (41.4)	44 (27.2)	30 (18.5)	21 (13.0)	
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	58 (62.4)	21 (22.6)	22 (23.7)	15 (16.1)	25 (26.9)	24 (25.8)	21 (22.6)	20 (21.5)	18 (17.4)	
転倒の発生リスクと 身体機能	全体	646	469 (72.3)	202 (43.1)	249 (53.1)	151 (32.2)	169 (36.0)	195 (41.6)	155 (33.0)	133 (20.6)	153 (32.6)	
	看護師長	71	50 (70.4)	34 (68.0)	36 (72.6)	31 (62.0)	13 (26.0)	16 (32.0)	16 (32.0)	10 (20.0)	21 (42.0)	
	副看護師長	230	183 (79.6)	85 (46.4)	113 (61.7)	69 (37.7)	67 (36.6)	86 (47.0)	71 (38.8)	63 (34.4)	79 (43.2)	
	教育担当者	49	37 (75.5)	10 (27.0)	14 (37.8)	5 (13.5)	12 (32.4)	17 (45.9)	12 (32.4)	13 (35.1)	13 (35.1)	
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	145 (71.4)	46 (31.7)	57 (39.3)	30 (20.7)	57 (39.3)	53 (36.6)	38 (26.2)	26 (17.9)	26 (17.9)	
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	54 (58.1)	27 (29.0)	29 (31.2)	16 (17.2)	20 (21.5)	23 (24.7)	18 (19.4)	21 (22.6)	14 (15.1)	
転倒報告書の書き方	全体	646	424 (65.6)	238 (56.1)	213 (50.2)	221 (52.1)	23 (5.4)	25 (5.9)	40 (7.4)	32 (7.5)	46 (10.8)	
	看護師長	71	57 (80.3)	34 (59.6)	24 (42.1)	41 (71.9)	0 (0.0)	1 (1.8)	4 (7.0)	2 (3.5)	8 (14.0)	
	副看護師長	230	175 (76.1)	100 (57.1)	100 (57.1)	98 (56.0)	11 (6.3)	12 (6.9)	17 (9.7)	15 (8.6)	26 (14.9)	
	教育担当者	49	32 (65.3)	18 (56.3)	16 (50.0)	11 (34.4)	1 (3.1)	2 (6.3)	3 (9.4)	2 (6.3)	2 (6.3)	
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	110 (54.2)	65 (59.1)	45 (40.9)	50 (45.5)	3 (2.7)	2 (1.8)	8 (7.3)	5 (4.5)	4 (3.6)	
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	50 (53.8)	21 (22.6)	28 (30.1)	21 (22.6)	8 (8.6)	8 (8.6)	8 (8.6)	8 (8.6)	6 (6.5)	
転倒リスクを 高める薬剤	全体	646	418 (64.7)	142 (34.0)	177 (42.3)	100 (23.9)	128 (31.0)	118 (38.2)	78 (18.7)	158 (37.8)	129 (30.9)	
	看護師長	71	45 (63.4)	21 (46.7)	27 (60.0)	20 (44.4)	8 (17.8)	9 (20.0)	9 (20.0)	13 (28.9)	22 (48.9)	
	副看護師長	230	162 (70.4)	65 (40.1)	89 (54.9)	44 (27.2)	49 (30.2)	47 (29.0)	31 (19.1)	68 (42.0)	64 (39.5)	
	教育担当者	49	37 (75.5)	6 (16.2)	12 (32.4)	5 (13.5)	14 (37.8)	12 (32.4)	7 (18.9)	17 (45.9)	9 (24.3)	
	ﾌﾟﾘﾍﾞﾞﾀｰ	203	124 (61.1)	29 (23.4)	26 (21.0)	16 (12.9)	40 (32.3)	35 (28.2)	20 (16.1)	40 (42.0)	21 (16.9)	
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	50 (53.8)	21 (22.6)	23 (24.7)	15 (16.1)	17 (18.3)	15 (16.1)	11 (11.8)	20 (21.5)	13 (14.0)	

表 4-2 OJT における転倒防止の指導実施状況と指導場面 (n=646)

n(%)

指導内容	職位	人数	指導の経験あり	インシデント(事故)の						指導場面の			申し送り	カンファレンス
				発生時	振り返る時	報告書提出時	看護ケアの		実施後					
							準備時	実施中						
転倒による受傷リスクと身体機能	全 体	646	407 (63.0)	195 (47.9)	233 (37.2)	146 (35.9)	136 (33.4)	164 (40.3)	126 (31.0)	116 (28.5)	126 (31.0)			
	看護師長	71	49 (69.0)	32 (65.3)	37 (75.5)	27 (55.1)	11 (22.4)	13 (26.5)	9 (18.4)	19 (38.8)				
	副看護師長	230	159 (69.1)	85 (53.5)	105 (66.0)	69 (43.4)	59 (37.1)	74 (46.5)	65 (40.9)	65 (40.9)				
	教育担当者	49	33 (67.3)	11 (33.3)	14 (42.4)	4 (12.1)	10 (30.3)	16 (48.5)	8 (24.2)	11 (33.3)				
	ﾌﾟﾘﾍﾞｰﾀｰ	203	117 (57.6)	43 (36.8)	49 (41.9)	27 (23.1)	42 (35.9)	44 (37.6)	25 (21.4)	23 (19.7)	18 (15.4)			
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	49 (52.7)	24 (25.8)	28 (30.1)	19 (20.4)	14 (15.1)	17 (18.3)	15 (16.1)	20 (21.5)	13 (14.0)			
患者・家族へ転倒防止の説明	全 体	646	371 (57.4)	86 (23.1)	99 (26.7)	71 (19.1)	118 (31.8)	95 (25.6)	58 (15.6)	64 (17.3)	80 (21.6)			
	看護師長	71	48 (67.6)	13 (27.1)	20 (41.7)	11 (22.9)	13 (27.1)	4 (8.3)	6 (12.5)	7 (14.6)	17 (35.4)			
	副看護師長	230	153 (66.5)	42 (27.5)	41 (26.8)	32 (20.9)	52 (34.0)	39 (25.5)	23 (15.0)	27 (17.6)	41 (26.8)			
	教育担当者	49	33 (67.3)	4 (12.1)	9 (27.3)	6 (18.2)	6 (18.2)	10 (30.3)	5 (15.2)	6 (18.2)	5 (15.2)			
	ﾌﾟﾘﾍﾞｰﾀｰ	203	91 (44.8)	18 (19.8)	17 (18.7)	13 (14.3)	27 (29.7)	26 (28.6)	14 (15.4)	12 (13.2)	3 (3.3)			
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	46 (49.5)	9 (9.7)	12 (12.9)	9 (9.7)	20 (21.5)	16 (17.2)	10 (10.8)	12 (12.9)	14 (15.1)			
転倒アセスメントツールの記入方法	全 体	646	349 (54.0)	92 (26.4)	95 (27.2)	77 (22.1)	90 (23.8)	52 (14.9)	37 (10.6)	31 (8.4)	74 (21.2)			
	看護師長	71	45 (63.4)	14 (31.1)	13 (28.9)	13 (28.9)	6 (13.3)	4 (8.9)	2 (4.4)	4 (8.9)	15 (33.3)			
	副看護師長	230	140 (60.9)	44 (31.4)	47 (33.6)	40 (28.6)	31 (22.1)	18 (12.9)	17 (12.1)	16 (11.4)	39 (27.9)			
	教育担当者	49	27 (55.1)	6 (22.2)	8 (29.6)	5 (18.5)	8 (29.6)	6 (22.2)	4 (14.8)	2 (7.4)	4 (14.8)			
	ﾌﾟﾘﾍﾞｰﾀｰ	203	98 (48.3)	20 (20.4)	17 (17.3)	10 (10.2)	28 (28.6)	14 (14.3)	7 (7.1)	4 (4.1)	10 (10.2)			
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	39 (41.9)	8 (8.6)	10 (10.8)	9 (9.7)	17 (18.3)	10 (10.8)	7 (7.3)	5 (5.4)	6 (6.5)			
身体機能への介入	全 体	646	235 (36.4)	47 (20.0)	60 (25.5)	42 (17.9)	104 (44.3)	134 (57.0)	81 (34.5)	50 (21.3)	86 (36.6)			
	看護師長	71	32 (45.1)	9 (28.1)	6 (18.8)	6 (18.8)	10 (31.3)	19 (59.4)	10 (31.3)	5 (15.6)	15 (46.9)			
	副看護師長	230	105 (45.7)	25 (23.8)	37 (35.2)	24 (22.9)	40 (38.1)	54 (51.4)	29 (27.6)	23 (21.9)	43 (41.0)			
	教育担当者	49	20 (40.8)	2 (10.0)	3 (15.0)	2 (10.0)	11 (55.0)	13 (65.0)	8 (40.0)	4 (20.0)	6 (30.0)			
	ﾌﾟﾘﾍﾞｰﾀｰ	203	51 (25.1)	5 (9.8)	8 (15.7)	5 (9.8)	28 (54.9)	31 (60.8)	21 (41.2)	11 (21.6)	12 (23.5)			
	ｽﾀｯﾌﾟ看護師	93	27 (29.0)	6 (6.5)	6 (6.5)	5 (5.4)	15 (16.1)	17 (18.3)	13 (14.0)	7 (7.5)	10 (10.8)			

Fall Prevention Education for Newly Hired Nurses

Naoko MARUOKA, Rieko TERAJ, Hisae KIMURA

Abstract

We conducted a survey via self-administered questionnaire to clarify the state of fall prevention education provided to newly hired nurses given in a group setting and through hospital-ward on-the-job-training (OJT). Self-administered questionnaires were delivered to 1,000 individuals in charge of education in the department of nursing selected randomly from 1,000 hospitals in Japan and 2,000 individuals in charge of education for newly hired nurses between November and December 2011. We obtained valid responses from 278 nurses in charge of education in departments of nursing and 646 nurses in charge of education on hospital wards.

The top three areas of training in group education were "Improvement of the environment for fall prevention," "Filling out the fall assessment tool," and "Writing fall reports." The top three areas of OJT were "Improvement of the environment for fall prevention," "Risk of falls" and "Writing fall reports." Training focused on fall prevention care that could be provided by newly hired nurses, falls that might be seen from the very beginning of employment, and accident reports.

Keywords medical care safety, fall prevention, education for newly hired nurses, group education, OJT

報告

高齢期の妻や親を介護する男性の介護状況に関する実態調査 — 石川県における介護支援専門員に対する質問紙調査 —

彦 聖美^{1 §}, 鈴木祐恵¹, 金川克子², 石垣和子¹, 大木秀一^{1 §}

概要

本研究の目的は、石川県における高齢期の妻や親を介護する男性の介護状況に関する実態を把握し、続柄別の特徴とその支援に向けた基礎資料を得ることである。

郵送法自記式質問紙調査を、石川県内すべての地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の合計 322 施設に所属する介護支援専門員を対象に実施した。190 施設に属する 401 人の介護支援専門員から返信を得た。介護保険制度における介護認定者を介護する男性介護者の割合はおよそ 12%と推定された。第 1 号被保険者（高齢者）を介護する 1,219 人の男性介護者の続柄は 39.8% が夫であり、56.4% が息子であった。息子が介護しているのは、母親が 84.0% であった。夫介護者と息子介護者は同様に「各種の情報サービス（制度・支援などの情報提供）」のニーズが最多であった。夫である介護者のおよそ 70% が通院をしていた。自ら支援を求めてこない男性の特性を踏まえ、夫の介護者は特に健康不安に対する支援が必要であり、息子の男性介護者には、彼らの存在を見落とさない支援が重要であると結論された。

キーワード 男性介護者, 要介護認定者, 第 1 号被保険者, 夫, 息子

1. はじめに

近年、妻や親を介護する男性介護者は増加している。津止¹²⁾によると、過去 40 年間で家族を介護する者の続柄は大きく変化している。息子の嫁は大幅に減少し、夫と息子が急増し、高齢期の妻や親を介護する男性が珍しい存在ではなくなっている。国民生活基礎調査における「介護保険法の要介護者または要支援者のいる世帯」を対象とする「介護票」調査によると、男性介護者の割合は 2001 年の 23.6% から、2010 年では 30.6% と 3 割を超えている³⁾。

2006 年に実施された男性介護者に対する調査報告から、「高齢の男性介護者が多い」、「健康問題を抱えている」、「7 割が無職である」という課題が挙げられた²⁴⁾。2010 年度に実施された高齢者虐待の防止に関する調査⁵⁾では、虐待被害者のうち息子が 42.6%、夫が 16.9%、娘が 15.6% という結果であった。男性介護者は、女性介護者に比べて、介護を仕事と捉え、弱音を訴える事があまり無い⁶⁷⁾。介護の負担やつらさを周囲に相談しにくく、介護を自分ひとりで抱え込みすぎる傾

向があり、孤立しやすい⁶⁸⁾という。しかし、男性介護者であっても、続柄が夫の場合と息子の場合、さらに介護保険制度における要介護認定者（要支援を含む）であっても、第 1 号被保険者（65 歳以上）と第 2 号被保険者（40 歳以上 65 歳未満）の場合では背景事情が異なることが予想される。

以上を背景に、介護支援専門員を通じて、石川県全域における男性介護者の介護状況の実態を把握し、高齢期の第 1 号被保険者を介護する夫と息子の特徴と、その支援に向けた基礎資料を得ることを目的に調査を実施した。これまでのところ、県全体を対象とした男性介護者の介護状況に関する実態を調査した報告はみあたらない。

2. 方法

2.1 用語の定義

(1) 本研究における男性介護者の定義

在宅療養している被介護者の主たる介護者である男性を男性介護者と定義した。介護者の続柄は問わない。本定義を介護支援専門員に提示し、判断は介護支援専門員に委ねた。妻を介護する夫を夫介護者、親を介護する息子を息子介護者と表す。

(2) 本研究における地域分類

「石川県医療計画」に規定する二次医療圏区域

¹ 石川県立看護大学

² 神戸市看護大学

[§] コレスポンディングオーサー

分を基に、加賀地域（小松市・加賀市・能美市・川北町）、石川中央地域（金沢市・かほく市・白山市・野々市市・津幡町・内灘町）、能登地域（七尾市・羽咋市・宝達志水町・志賀町・中能登町・輪島市・珠洲市・穴水町・能登町）とする。

2.2 調査対象者

石川県ホームページ⁹⁾で公表されている「石川県地域包括支援センター一覧（2011年4月1日現在）」と金沢市の地域包括支援センターである「お年寄り地域福祉支援センター一覧（2011年4月1日現在）」、「石川県内指定居宅介護支援事業所一覧（2011年7月1日現在）」より地域包括支援センターと居宅介護支援事業所を検索し、石川県内の全ての施設を調査対象とした。以上より把握した地域包括支援センター38施設、居宅介護支援事業所284施設の合計322施設に所属する介護支援専門員を対象に調査を実施した。

2.3 調査方法

2011年11月20日～12月25日に、郵送法自記式質問紙調査を実施した。調査票と研究協力への依頼文書を同封し、各施設宛に郵送した。調査に協力が可能な場合には、返信用封筒を使用して返送を依頼した。調査は無記名で実施した。

2.4 調査項目

(1) 介護支援専門員の状況

①所属施設の種類、②所属施設の所在地域、③担当する被介護者の人数（介護保険第1号・第2号の区別なし）、④担当する被介護者の中で、男性介護者の人数を尋ねた（③④は2011年10月実績）。

(2) 男性介護者の状況

ケース別に、①年齢、②職業の有無、③続柄、④世帯状況、⑤介護期間、⑥通院状況、⑦男性介護者のニーズとして聞いている事を質問した。

(3) 被介護者の状況

ケース別に①年齢、②性別、③介護度、④障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度：厚生労働省¹⁰⁾）、⑤主病名、⑥介護保険サービスの利用状況、⑦私的サービスの利用状況を質問した。

2.5 統計解析

(1) 分析1：被介護者を介護する男性介護者の割合

介護支援専門員が担当している被介護者の人数

（介護保険第1号・第2号の区別なし）と、その主な介護者が男性である人数より、石川県における男性介護者の割合を算出した。この分析では、夫や息子（実子）以外の続柄（兄弟や婿、その他の続柄）も含んでいる可能性があり、すべてを含めて男性介護者として割合を求めた。

(2) 分析2：第1号被保険者を介護する夫介護者と息子介護者の介護状況

高齢期の妻や親を介護する夫介護者と息子介護者（婿はその他に分類したので実子のみ）の介護状況の実態を把握した。高齢者を介護する男性介護者を明確に把握するため、第2号被保険者を除外し、65歳以上である第1号被保険者を介護する男性介護者を分析した。加えて大多数を占める夫介護者と息子介護者（実子）を比較して分析した。

データの集計はマイクロソフトオフィス Excel 2007を使用した。

2.6 倫理的配慮

本調査は、石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した。同封した研究協力への依頼文書に、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、得られたデータは厳重に管理すること、調査目的以外に本調査を使用しないことを明記した。公表においては、回答者や男性介護者及び被介護者個人が特定されないように処理を行った。質問紙の返送をもって同意を得たと判断した。

3. 結果

3.1 回答者（介護支援専門員）の状況

回答者（介護支援専門員）の所属する施設の種類と所在地域を表1に示す。190施設に所属する401人の介護支援専門員から返送があった（施設としての回収率59.0%）。地域包括支援センターが38施設中19施設（回収率50.0%）、居宅介護支援事業所が284施設中166施設（回収率58.5%）であった。各施設に所属する介護支援専門員の総数を把握しなかったため、介護支援専門員の回収率は求められなかった。担当している被介護者の数を記載していない4人の回答を除外し、397人の介護支援専門員の回答を分析した。

3.2 分析1：被介護者を介護する男性介護者の割合

被介護者を介護する男性介護者の割合を表2に

表1 介護支援専門員の所属する施設の種類の所在地域

施設	送付した 施設数	返信のあった施設数		質問紙の 回収率	回答した介護支援専門員 数	
	n=322	n=190	(%)	%	n=401	(%)
施設						
地域包括支援センター	38	19	(10.0)	50.0	104	(25.9)
居宅介護支援事業所	284	166	(87.4)	58.5	292	(72.8)
無回答	—	5	(2.6)	—	5	(1.2)
地域						
加賀	57	37	(19.5)	64.9	77	(19.2)
石川中央	201	95	(50.0)	47.3	200	(49.9)
能登	64	54	(28.4)	84.4	120	(29.9)
無回答	—	4	(2.1)	—	4	(1.0)

表2 被介護者（第1号被保険者・第2号被保険者を含む）を介護する男性介護者の割合

	A:担当している 被介護者の合計 (人)	B:担当している被介護者の うち男性の介護者の合計 (人)	男性介護者の割合 =B/A (%)
総数	10,809	1,342	12.4
地域			
加賀	1,806	194	10.7
石川中央	5,536	659	11.9
能登	3,350	474	14.1
無回答	117	15	

示す。男性介護者の総数は1,342人であった。1,342人の内訳は、第1号被保険者を介護している者が1,219人、第2号被保険者を介護している者が88人、不明・未記入者35人であった。介護支援専門員が担当する被介護者総数は10,809人であるので、男性介護者の割合は全体として12.4% (1,342/10,809) であった。この割合は、第1号被保険者と第2号被保険者を介護する男性を含む割合である。2次医療圏レベルの地域別にみると、能登地域の男性介護者の割合が高かった。

3.3 分析2：第1号被保険者を介護する夫介護者と息子介護者

高齢者を介護する男性介護者の実態を明確に記述するため、第2号被保険者を介護している者88人と不明・未記入者35人を除く1,219人を対象として、全体と夫介護者と息子介護者別に集計した結果を表3に示す。男性介護者の年齢階級は、夫では70歳代と80歳代で87.8%を占めた。90歳以上が20人(4.1%)含まれていた。息子では、50歳代と60歳代で80.8%を占めた。一方、30歳代と40歳代の壮年期も11.9%含まれていた。有職者は、夫では15.1%、息子では63.5%

であった。世帯状況は、夫では夫婦のみ世帯(59.8%)、息子では、ひとり親に未婚の子の世帯(34.1%)が多かった。通院している介護者は、夫では72.2%であり、息子では26.1%であった。

第1号被保険者を介護する男性介護者のニーズ(複数回答)を、表4に示す。夫介護者と息子介護者は同様に「各種の情報サービス(制度・支援などの情報提供)」のニーズが最多であった。それ以外には「家事支援」、「知識や技術の支援」、「相談・カウンセリング」のニーズが上位を占めた。

3.4 夫介護者と息子介護者に介護されている第1号被保険者

夫介護者と息子介護者に介護されている第1号被保険者の総数は1,226人であった。これは、一人で第1号被保険者の両親を介護している7人の息子介護者がいたためである。男性介護者に介護されている第1号被保険者の属性を表5に示す。息子が介護する相手は、父親が15.6%、母親が84.0%であった。被介護者の年齢階級は、介護者が夫の場合は70歳代と80歳代で84.7%を占めた。一方、介護者が息子の場合は80歳代が57.3%と最大であった。被介護者の要介護度は、要介護1

表3 第1号被保険者を介護する男性介護者の属性

	男性介護者					
	全体 (n=1219) ^a		夫 (n=485)		息子 (n=687)	
	n	%	n	%	n	%
地域						
加賀	177	14.5	84	17.3	89	13.0
石川中央	594	48.7	235	48.5	335	48.8
能登	439	36.0	162	33.4	258	37.6
無回答	9	0.7	4	0.8	5	0.7
年齢階級						
20歳代	1	0.1	0	0.0	0	0.0
30歳代	13	1.1	0	0.0	7	1.0
40歳代	79	6.5	0	0.0	75	10.9
50歳代	280	23.0	6	1.2	271	39.4
60歳代	330	27.1	30	6.2	284	41.3
70歳代	246	20.2	199	41.0	35	5.1
80歳代	234	19.2	227	46.8	3	0.4
90歳以上	20	1.6	20	4.1	0	0.0
無回答	16	1.3	3	0.6	12	1.7
職業の有無						
有り	528	43.3	73	15.1	436	63.5
無し	688	56.4	411	84.7	250	36.4
無回答	3	0.2	1	0.2	1	0.1
世帯状況						
単独世帯	131	10.7	17	3.5	103	15.0
夫婦のみ世帯	377	30.9	290	59.8	80	11.6
夫婦と未婚の子の世帯	176	14.4	69	14.2	105	15.3
ひとり親と未婚の子の世帯	239	19.6	2	0.4	234	34.1
三世代世帯	170	13.9	81	16.7	84	12.2
その他	119	9.8	25	5.2	78	11.4
無回答	7	0.6	1	0.2	3	0.4
介護期間						
1年未満	131	10.7	45	9.3	79	11.5
1～2年未満	250	20.5	84	17.3	159	23.1
2～3年未満	219	18.0	83	17.1	128	18.6
3～4年未満	169	13.9	60	12.4	103	15.0
4～5年未満	171	14.0	79	16.3	85	12.4
5年以上	261	21.4	129	26.6	122	17.8
無回答	18	1.5	5	1.0	11	1.6
通院状況						
有り	545	44.7	350	72.2	179	26.1
無し	326	26.7	54	11.1	260	37.8
不明	332	27.2	80	16.5	237	34.5
無回答	16	1.3	1	0.2	11	1.6

^a その他 (n=43) と不明 (n=4) の回答を含む。

表4 第1号被保険者を介護する男性介護者のニーズ（複数回答）

	男性介護者					
	全体 (n=1219) ^a		夫 (n=485)		息子 (n=687)	
	n	%	n	%	n	%
支援ニーズの回答あり	1139	—	458	—	639	—
家事支援	463	40.6	189	41.3	254	39.7
知識や技術の支援	450	39.5	182	39.7	258	40.4
各種の情報サービス	601	52.8	234	51.1	348	54.5
地域住民の協力	111	9.7	44	9.6	64	10.0
人的支援	310	27.2	121	26.4	177	27.7
経済的な支援	168	14.7	63	13.8	97	15.2
介護物品の支援	310	27.2	121	26.4	182	28.5
制度などの政策の整備	188	16.5	69	15.1	112	17.5
当事者同士の交流の場	125	11.0	48	10.5	72	11.3
相談・カウンセリング	418	36.7	185	40.4	220	34.4
その他	53	4.7	30	6.6	19	3.0
支援ニーズの回答なし	80	—	27	—	48	—

^a その他 (n=43) と不明 (n=4) の回答を含む。

%は「回答あり」に対する割合である。

が最多であった。要介護度の高い要介護4と要介護5の被介護者を介護する者が、夫では22.5%、息子では16.4%であった。被介護者の障害高齢者の日常生活自立度では、続柄によらず50%近くが準寝たきりのAランク判定者であった。一方、ベッド上で生活する寝たきりのCランク判定者を介護する者は、夫では9.9%、息子では7.2%であった。主病名は、認知症と脳血管疾患が多かった。

男性介護者に介護されている第1号被保険者の介護保険サービスの利用状況を表6に示す。介護者の続柄によらず、デイサービスの利用が最も多く、次いで介護用品であった。息子に介護される者は、ヘルパーサービス（家事）を多く利用していた。介護保険以外の私的サービスを利用している者は、夫で21.3%、息子で16.1%であった。

4. 考察

4.1 石川県の男性介護者の割合

2011年度10月分の介護保険事業状況報告¹¹⁾における石川県の要支援・要介護認定者は総数51,878人、第1号被保険者50,042人、第2号被保険者1,836人である。今回の調査で得られた10,809人分のデータは、石川県全体の要支援・要介護認定者の20.8% (=10,809/51,878) に相当すると考えられた。また同様に、要支援・要介護認定総数51,878人から、施設サービス受給者(10,564人)とサービスを利用していない認定者(7,228人)

を除いた34,086人が居宅サービス受給者とみなせば、本調査は、居宅サービス受給者全体の31.7% (=10,809/34,086) に対するデータを分析したといえる。分析1では第1号被保険者と第2号被保険者を含むデータから男性介護者の割合を求めた。そこで、石川県の2011年10月分の介護保険事業状況報告¹¹⁾より、高齢期の親や妻を介護する男性介護者の割合を推定した。第1号被保険者の割合は50,042/51,878である。今回の被介護者における第1号被保険者の数は10,809 × (50,042/51,878) なので、既存データから推定された第1号被保険者に対する男性介護者の割合は11.7% [=1,219 / (10,809 × (50,042/51,878))] であった。したがって、分析1で求めた男性介護者の割合(12.4%)と、既存データから推定された男性介護者の割合には大きな差はないといえた。

国民生活基礎調査の「介護票調査」は、厚生労働省が全国で無作為抽出を行った地区内の全ての世帯および世帯員を調査対象とする「世帯票」と「健康票」調査の世帯から、さらに無作為抽出を行った2,500地区内の「介護保険法の要介護者又は要介護者のいる世帯」を対象とする。本調査と「介護票」調査は、介護保険制度における要支援者・要介護者を対象とするという点では共通している。しかし、「介護票」調査は、県全体ではない対象地区である点、介護者およびその家族を対象とした自己申告の調査である点が異なっている。本調査は、県全体を対象とし、しかも介護者

表5 男性介護者に介護されている第1号被保険者の属性

	第1号被保険者		第1号被保険者を介護する男性介護者の続柄			
	全体 (n=1226) ^a	%	夫 (n=485)		息子 (n=694) ^b	
			n	%	n	%
性別と続柄						
男性						
父親	108	8.8	—	—	108	15.6
その他	10	0.8	—	—	—	—
続柄不明	1	0.1	—	—	—	—
女性						
母親	583	47.6	—	—	583	84.0
妻	485	39.6	485	100.0	—	—
その他	33	2.7	—	—	—	—
続柄不明	3	0.2	—	—	—	—
性別不明	3	0.2	—	—	3	0.4
年齢階級						
60歳代	76	6.2	66	13.6	6	0.9
70歳代	370	30.2	242	49.9	113	16.3
80歳代	589	48.0	169	34.8	398	57.3
90歳代	182	14.8	6	1.2	170	24.5
100歳代	9	0.7	2	0.4	7	1.0
要介護度						
要支援1	112	9.1	40	8.2	68	9.8
要支援2	166	13.5	73	15.1	89	12.8
要介護1	297	24.2	101	20.8	179	25.8
要介護2	246	20.1	89	18.4	148	21.3
要介護3	173	14.1	73	15.1	96	13.8
要介護4	141	11.5	64	13.2	73	10.5
要介護5	91	7.4	45	9.3	41	5.9
自立度						
自立	12	1.0	4	0.8	8	1.2
J1	53	4.3	22	4.5	30	4.3
J2	210	17.1	72	14.8	125	18.0
A1	272	22.2	113	23.3	152	21.9
A2	298	24.3	111	22.9	177	25.5
B1	122	10.0	47	9.7	68	9.8
B2	136	11.1	60	12.4	72	10.4
C1	52	4.2	27	5.6	22	3.2
C2	50	4.1	21	4.3	28	4.0
無回答	21	1.7	8	1.6	12	1.7
主病名 (複数回答)						
回答あり	1210	—	482	—	683	—
認知症	492	40.7	160	33.2	314	46.0
脳血管疾患	337	27.9	150	31.1	178	26.1
筋・骨格系疾患	181	15.0	73	15.1	101	14.8
がん	34	2.8	12	2.5	22	3.2
心疾患	152	12.6	36	7.5	112	16.4
その他内科的疾患	174	14.4	73	15.1	90	13.2
難病	84	6.9	58	12.0	23	3.4
精神疾患	44	3.6	21	4.4	18	2.6
その他	96	7.9	40	8.3	55	8.1
回答なし	16	—	3	—	11	—

^a その他 (n=43) と不明 (n=4) の回答を含む。

^b 息子である介護者の数は687人であるが、7人は両親を介護しているため被介護者の合計は694人となる。主病名の%は「回答あり」に対する割合である。

表6 男性介護者に介護されている第1号被保険者の介護保険サービスの利用状況

	第1号被保険者		第1号被保険者を介護する男性介護者の続柄			
	全体	(n=1226) ^a	夫	(n=485)	息子	(n=694) ^b
	n	%	n	%	n	%
介護保険サービスの利用（複数回答）						
回答あり	1222	—	482	—	693	—
介護用品	437	35.8	190	39.4	233	33.6
ヘルパーサービス（家事）	293	24.0	85	17.6	188	27.1
ヘルパーサービス（身体）	259	21.2	93	19.3	154	22.2
訪問看護	164	13.4	77	16.0	83	12.0
デイサービス	744	60.9	262	54.4	447	64.5
デイケア	238	19.5	106	22.0	128	18.5
訪問リハビリ	47	3.8	30	6.2	16	2.3
ショートステイ	281	23.0	101	21.0	173	25.0
訪問診察（往診）	102	8.3	42	8.7	58	8.4
訪問薬剤師指導	3	0.2	2	0.4	1	0.1
訪問入浴	35	2.9	21	4.4	13	1.9
配食サービス	95	7.8	24	5.0	67	9.7
移送サービス	70	5.7	38	7.9	32	4.6
住宅改修	210	17.2	98	20.3	107	15.4
その他	187	15.3	91	18.9	91	13.1
回答なし	4	—	3	—	1	—
私的サービスの利用の有無						
回答あり	988	80.6	399	82.3	552	79.5
利用有り	184	18.6	85	21.3	89	16.1
利用無し	804	81.4	314	78.7	463	83.9
回答なし	238	19.4	86	17.7	142	20.5

^a その他（n=43）と不明（n=4）の回答を含む。

^b 息子である介護者の数は687人であるが、7人は両親を介護しているため被介護者の合計は694人となる。
%は「回答あり」に対する割合である。

の自己申告ではなく、介護支援専門員という専門職を通して男性介護者と判断された介護者の人数を把握した点では一定の信頼性があると言える。しかし、本調査では女性介護者数は調査しておらず、男性介護者の割合は主たる介護者が男性である人数を被介護者の総数で割って算出したものであり、正確さには限界がある。

以上を踏まえた上で、石川県における男性介護者の割合が低い理由を考察する。高橋ら¹²⁾は、日本における家族介護のあり方は国内均一ではなく、都市と地方の差異があると述べている。都市と地方の差異としては、高齢化率の違い、地方では高齢者と子どもの同居率が高く、家族介護中心の傾向が強いこと、その家族介護者が嫁である傾向が強いことが影響するという。石川県の2011年高齢化率は23.7%であり、全国（23.0%）を上回っている。後期高齢化率も全国の11.1%に対

して、石川県は12.0%である。石川県は、三世同居率（一般世帯総数に占める三世世帯数の割合）が11.2%であり、全国平均の7.1%より高い^{13,14)}。このような石川県の状況を考えると、在宅で介護を受ける高齢者は三世代中心の家族形態の中で介護され、妻や嫁が介護者であることが多いと予想される。しかし、能登地域では男性介護者の割合が、石川中央地域、加賀地域よりも高い値であった。能登地域は、75歳以上の人口の割合が高く、高齢独居世帯と高齢の夫婦のみの世帯が増加している地域である^{13,14)}。今後石川県全域においても、高齢化率の影響や家族形態の変化により、男性介護者が増加していくことが予想される。現行の介護保険制度の想定している介護者像は嫁や妻であり、男性介護者の増加という現実との間に乖離が生じている¹²⁾。現在は国内における地域差が存在すると予想されるが、超高齢時

代を迎え、全国的にも男性介護者は増加するだろう。男性に対する介護の準備性 (readiness) を整える支援も求められる。

4.2 夫介護者と息子介護者の特徴と支援

本調査は女性介護者との比較を行っていない限界を踏まえながら、夫介護者と息子介護者の特徴から支援について考察する。夫介護者は、70歳代以上の高齢者が多く、しかも夫婦のみ世帯が多かった。通院者が72.2%にも上り、老老介護世帯の夫介護者の健康の不安が大きい実態が明らかとなった。介護生活の継続には介護者の健康状態を良好に保つことが必須である^{15,16)}。在宅介護サービスの導入により、一旦は在宅での介護生活が送れたとしても、高齢である夫介護者の健康状態が容易に悪化する可能性は高い。要介護4と要介護5あるいは、障害高齢者の日常生活自立度がCランク判定(寝たきり)の妻を介護する夫も多い。国民生活基礎調査³⁾によると、要介護4と要介護5の被介護者に対する介護時間調査では「ほぼ終日」が5割を超える。この状況は、経管栄養の管理や、吸痰を含む呼吸管理など、終日に及ぶ継続的な介護負担が大きく、高齢の夫介護者の健康状態に及ぼす悪影響が予想される。夫介護者は、息子介護者に比べてヘルパーサービス(家事)の利用が少なく、無理をして家事を抱え込んでいる状況が伺える。男性介護者は、弱音を訴える事があまり無い^{6,7)}。夫介護者は、加齢に伴って出来ていたことが出来なくなる事態に対応が遅れ、生活の破綻をきたすことも考えられる。これらのことより、高齢期の夫介護者世帯に対する地域住民の見守り体制の充実と、医療・保健・福祉の連携による予測的な介入が求められる。興味のある情報を収集できる場、介護技術の獲得の場、交流できる場を作り、社会との交流を促していく働きかけが必要である。

一方、息子介護者の介護する対象は母親が圧倒的に多かった。平均余命の男女差は高齢になるほど大きくなる。女性の高齢者が多い現状では、「夫に介護されている妻」が、夫の死亡により「息子に介護される母親」に移行する可能性が高いと推察された。母親の介護を担う息子は40～60歳代、有職者が多く、介護と就業の両立という大きな課題がある。2007年の調査では、男性の離職者が増加し、退職男性の半数が40～50歳代であった^{17,18)}。息子世代が親の介護のために退職する割合は確実に増えている¹⁾。羽根⁸⁾、紀ら¹⁹⁾は、

在宅介護に関連する事件の加害者が息子の場合、働き盛りの者が多く、仕事をなくし、経済的な不安を抱えながら親の介護を行っていたことが介護破綻、殺人などの事件に発展する一因であったと述べている。このように、息子介護者の離職は介護破綻のリスクといえる。家族単位を基本とする日本の福祉制度の下では、未婚の子と同居する高齢者世帯が、福祉面で不利益を被りやすい²⁰⁾。例えば、息子の介護能力の有無に関わらず、「同居家族が居る」という理由で、高齢者の一人暮らし世帯や高齢者夫婦世帯よりも介護サービス利用の制限を受けてしまう側面がある²⁰⁾。特に壮年期や前期高齢者の介護者は、民生委員や地域住民の見守りの対象からも見逃されやすい。息子介護者は、「仕事を持ち、稼ぎ手となる役割」を満たせない引け目を感じやすく^{20,21)}、自己崩壊の危機にもさらされる²⁰⁾。自ら支援を求めてこない場合も多く、積極的な介入は難しい。また、健康不安があっても経済的理由や多忙などの理由から受診していない状況も考えられる。息子介護者を孤立に追い込まず、その存在を見逃すことのない支援し、介護者である息子が引け目を感じないような社会づくりの啓発が求められる。さらに、息子介護者の健康維持・増進への支援、介護を終えた後の再起につなげる支援が求められるだろう。

5. 本研究の限界

本研究の男性介護者の割合は、主たる介護者が女性である人数を把握せず、主たる介護者が男性である人数を被介護者の人数で割って算出したものであり、全国調査の方法とは違いがあり、単純に比較はできない。施設としての回収率は6割程度と高いものの、いまだ石川県全体における網羅的な実態把握とはなっていない。また、本調査は、女性介護者との比較は行っておらず、介護支援専門員を介した男性介護者のニーズ把握は間接的であった点では限界がある。今後、女性介護者との比較研究、男性介護者自身に対する調査が必要である。

6. まとめ

本調査における男性介護者の割合は、国民生活基礎調査に比して低く、男性介護者の割合の地域差が示唆された。また、夫介護者と息子介護者それぞれの介護の状況にはいくつかの特徴が示唆された。多様化する介護者像に沿ったきめ細かな支援が望まれる。

ご協力を頂きました石川県内の地域包括支援センターならびに居宅介護支援事業所の介護支援専門員の皆様に深く感謝いたします。またデータ整理にご協力頂きました大間敏美さん、寺井みわきさんに深謝します。

尚、本研究は、公益財団法人勇美記念財団の平成22年度（後期）在宅医療助成「男性介護者を地域で支える方略に関する調査研究」（代表：金川克子）を受けて実施した。

利益相反

なし。

引用・参考文献

- 1) 津止正敏：家族介護支援のリアリティ－男性介護者研究からの提言－。高齢者虐待防止研究, 5, 32-38, 2008.
- 2) 津止正敏, 斎藤真緒：男性介護者白書－家族介護支援への提言－。かもがわ出版, 2007.
- 3) 国民生活基礎調査の概況：厚生労働省；
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa01/3-3.html>
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-3.html>
- 4) 斎藤真緒：男が介護するということ－家族・ケア・ジェンダーのインターフェイス－。立命館産業社会論集 45, 171-188, 2009.
- 5) 平成22年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査：厚生労働省； <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001wdhq.html>.
- 6) 馬庭恭子：男性介護者の現状と今後のあり方。保健の科学 38, 538-541, 1996.
- 7) 一瀬貴子：在宅痴呆高齢者に対する老老介護の実態とその問題－高齢男性介護者の介護実態に着目して－。家政学研究, 48, 28-37, 2001.
- 8) 羽根 文：介護殺人・心中事件にみる家族介護の困難とジェンダー要因－介護者が夫・息子の事例から－。家族社会学研究, 18, 27-39, 2006.
- 9) 「石川県地域包括支援センター一覧」, 「お年寄り地域福祉支援センター一覧」, 「石川県内指定居宅介護支援事業所一覧」：石川県ホームページ； <http://www.pref.ishikawa.lg.jp/ansin/list/list.html>.
- 10) 要介護認定 認定調査員テキスト 2009改訂版：厚生労働省, 155, 2012.
- 11) 平成23年10月分の介護保険事業状況報告：厚生労働省；
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m11/xls/1110-t2.xls>
- 12) 高橋龍太郎, 須田木綿子, 日米LTC研究会（編）：在宅介護における高齢者と家族 都市と地方の比較調査分析。東京, ミネルヴァ書房, 2-54, 2010.
- 13) 平成22年国勢調査人口等基本集計結果（石川県関係分）：石川県県民文化局県民交流課統計情報室；
http://toukei.pref.ishikawa.jp/dl/2332/H22census_jinkou_kaisetsu.pdf.
- 14) 石川県長寿社会プラン 2012 石川県老人福祉計画・石川県介護保険事業計画（平成24年度～平成26年度計画）；
<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/ansin/plan/2012/index.html>.
- 15) 川野英子, 平野美穂, 鳥居央子ほか：男性が主介護者である家族への生活力量向上を目指した支援。家族看護学研究, 13, 150-157, 2008.
- 16) 長澤久美子, 飯田澄美子：男性介護者の介護継続要因。家族看護学研究, 14, 58-67, 2008.
- 17) 平成19年就業構造基本調査：総務省統計局；
<http://www.stat.go.jp/data/shugyou/2007/index.htm>.
- 18) 今田幸子, 池田心豪, 酒井計史ほか：労働政策研究・研修機構（編）, 仕事と生活－体系的両立支援の構築に向けて－。独立行政法人労働政策研究・研修機構, 172-82, 2007.
- 19) 紀 和江, 河野あゆみ, 金谷志子：新聞報道による在宅介護の破綻による介護事件の特徴。日本在宅ケア学会誌, 14, 95-103, 2011.
- 20) 春日キスヨ：変わる家族と介護。講談社, 45-74, 2010.
- 21) 小林 彩：在宅高齢者介護をする男性たち－女性介護者との比較による検討－。臨床発達心理学研究, 8, 27-44, 2009.
- 22) 斎藤真緒：日本における男性介護者支援の課題－「男性介護者と支援者の全国ネットワーク」の取り組みから－。生活協同組合研究, 8, 41-48, 2009.
- 23) 石橋文枝：在宅看護における家族介護者の対人認知に関する研究－男性介護者の対人認知の実態－。藍野学院紀要, 16, 73-78, 2002.
- 24) 神前裕子：介護満足度の高い介護とは－男性介護者の事例分析－。臨床発達心理学研究, 8, 45-58, 2009.

Survey on the male caregivers who provide care to their elderly wives or parents – A questionnaire survey for care managers in Ishikawa Prefecture –

Kiyomi HIKO, Sachie SUZUKI, Katsuko KANAGAWA,
Kazuko ISHIGAKI, Syuichi OOKI

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the current situation of care among male caregivers who help either their elderly wives or parents in the Ishikawa Prefecture. A questionnaire survey was mailed to all care managers registered at one of the 322 community general support centers and home care support offices in the Ishikawa Prefecture. Responses were obtained from a total of 401 care managers belonging to 190 centers/offices.

The proportion of male caregivers, among the total caregivers caring for people covered under long-term care insurance, was estimated to be approximately 12%. Of the 1,219 males identified as caregivers for the primary insured elderly needing care, 39.8% were husbands and 56.4% were sons of the primary insured individuals. The proportions of fathers and mothers cared for by their sons were 15.6% and 84.0%, respectively.

It was found that approximately 70% of husband caregivers themselves visited a physician regularly. The most frequent need cited was the need to access information (i.e., information dissemination and support). It was concluded that support for health anxiety is important for husband caregivers, whereas son caregivers feel the need to have their roles recognized.

Keywords male caregiver, certification of long-term care need, primary insured, husband, son

報告

看護学生の食生活改善に向けた教育プログラム評価 —継続性への検証を通して—

藤田三恵^{1,2§}, 中田弘子¹, 川島和代¹, 丸岡直子¹

概要

本研究は、将来他者の健康管理を支援する専門職を目指す看護学生に、自己の食生活改善に向けた介入を実施し、その介入方法を教育プログラムとして評価することを目的としている。教育プログラムは、1) 自己の食生活の見直し、2) 1日1～2回バランスの良い食事の摂取、3) 献立作成と調理の実際、4) 食の認識へのアプローチである。教育プログラムの介入前、及び介入終了後から1～2週間後の食事内容、主観的健康状態を比較し、また教育プログラムの評価は質問紙により実施した。その結果、参加学生の食事内容の比較において、介入後有意に推奨量に近づいたのは、鉄分とビタミンCであった。また教育プログラム評価では、全員の学生が教育プログラムそれぞれの項目において「役立った」と答えたが、栄養ソフト入力について「困難である」とした学生が半数以上見られ、自己評価の方法として簡便かつビジュアル的にわかりやすい方法を検討する必要がある。

キーワード 看護学生、食生活改善に向けた介入、教育プログラム評価

1. はじめに

将来他者の健康管理を支援する看護学生にとって、自己の健康管理の意識を高め、自己管理することは重要であるが、中でも看護学生の食生活に関する課題が多く取り上げられている。昨年中嶋ら¹⁾の看護学生を対象とした実態調査によれば、一人暮らしの看護学生は家族と同居の看護学生に比較して、毎日の朝食の摂取が有意に少なく、食生活の満足感や食生活の感じ方についても主観的ではあるが、「満足していない」「悪い」と感じていた学生は、家族と同居の学生に比べ、一人暮らしの看護学生に有意に多いという結果が報告されている。さらに、食生活と健康状態（寝つき、抜け毛）との関連では食生活の悪い群が良い群に比較して有意に多いという結果が得られ、適切な食習慣を確立できるような取り組みを始めることや、健康の重要性を実感する機会の提供の必要性を示唆している。これらの実態調査を基礎資料として、昨年筆者らが行った「看護学生の食生活改善に向けた介入の効果」²⁾では、食生活改善に向けた介入の実施後には、参加学生の摂取カロリー

が適正カロリーに近づき、摂取栄養素も介入後には推奨量に達成するという成果が期待できた。また、主観的健康状態においても食生活改善に伴い有意に改善するという結果が得られている。これらの介入を実施することにより、看護学生の食生活改善に対して効果が期待できることが示唆されているといえよう。

2005年には文部科学省が、食環境の改善に関する答申を打ち出し³⁾、食育基本法が施行され、食に関する指導が初等教育において明確化された。それに伴い、食育に関する教育・指導が重要視され、学校教育全体で取り込まれるようになった。その一環として、食生活教育プログラムやその評価に関する研究も活発となり^{4) 5) 6) 7)}、春木らによる初等教育における食生活教育プログラム⁸⁾は、徐々に確立されつつある。しかしながら、成人期の初期に属する青年期を対象とした食生活教育プログラムは、ほとんどみあたらない。さらに、成人期は生活習慣病の発症が高いことが指摘されており、この時期に食生活改善を実施することは、意義があると考えられ、将来他者の健康管理を支援する上でも重要である。

昨年実施した食生活改善に向けた介入では、直後に実施した食事内容調査の評価であり、継続し

¹ 石川県立大学

² 福井医療短期大学

[§] 責任著者

て食生活改善に取り組めることが課題として残された。また、栄養管理ソフトの入力において、操作上の誤りを最小にするため手順を統一することとした。さらに食の認識へのアプローチを、栄養士の協力を得ながら内容の充実を図り取り組んだ。したがって、前年の教育プログラム方法の基盤となる4つのポイントは本教育プログラムの骨子として継続し、具体的な方法に一部改良を加え実施した。教育プログラムの4つのポイントは以下の通りである。

1) 自己の食生活の見直し(統一した操作手順による栄養管理ソフト入力、および視覚的な評価、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の実施(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(調理方法のスキル獲得、スキルアップ)、4) 食の認識へのアプローチ(栄養士、教員によるミニレクチャーの実施)である。また、食生活改善に向けた教育プログラムであるため、プログラム評価の

一つである食事内容調査は、継続性を考慮し介入前と介入終了から1~2週間後に評価することとした。

以上のことから本研究の目的は、単年毎に一部修正を加え検討しつつ実施した食生活改善にむけた教育プログラムを評価し、確立することにある。

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 本研究の枠組み

本研究は、行動科学の知見に基づいた健康教育プログラムをベースとし、アメリカ健康財団が開発した初等教育における Know Your Body プログラム(以下 KYB プログラムと略す)を参考に、春木ら⁹⁾が開発した教育プログラムの枠組みを基本としている(図1)。

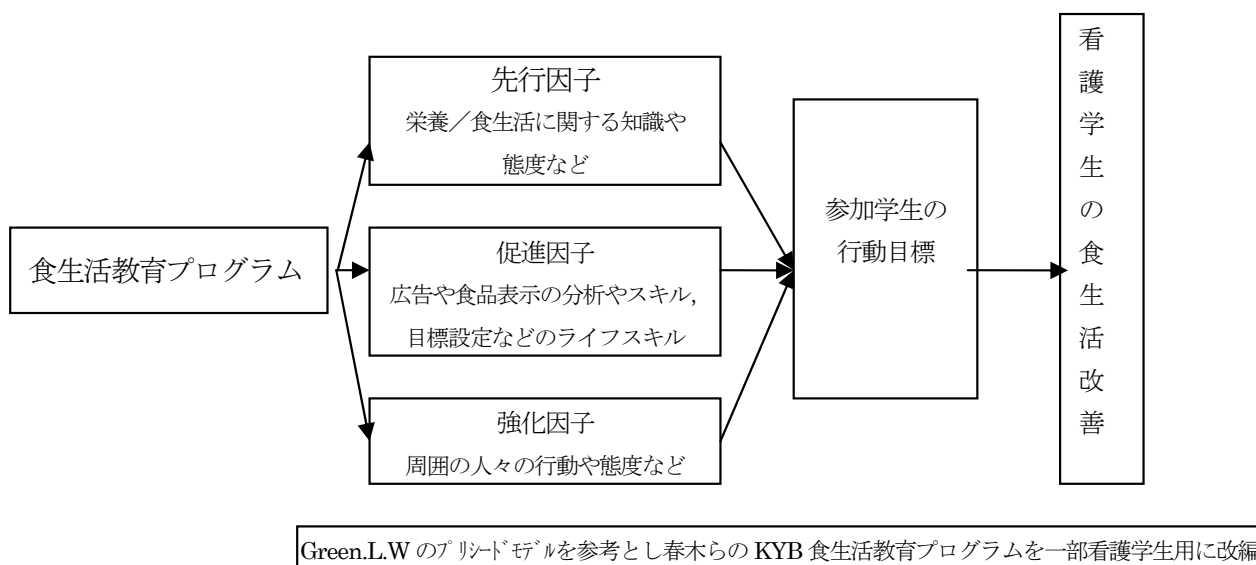


図1 本研究の基礎となる食生活教育プログラムの枠組み

2.2 研究対象

参加学生の呼びかけは掲示板を使用して行い、学生の自由意志を尊重するよう配慮し、集まった学生に対して、食事改善に向けた介入への説明を行い、口頭および文書による協力の得られたI大学看護学生11名を対象とした。

2.3 介入期間および介入方法

介入期間：平成X年1月中の14日間。

介入方法：前年の方法を一部修正

- (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3～4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、食品表示に関すること、食と健康に関するミニレクチャー（栄養士および教員による）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。

2.4 調査方法

介入前後調査：

- (1) 食事内容の調査は、介入前および介入終了から1～2週間後に、それぞれ記入時の直近の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を記入する。主観的健康状態調査票は桂ら¹⁰⁾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。

介入後調査：

- (3) 教育プログラムの評価は、介入後に質問紙調査を実施した。質問項目は、教育プログラム4つのポイントについてそれぞれ1～2項目とし、全8項目について4段階尺度にて行った。

2.5 分析方法

- (1) 食事内容調査の介入前後の比較は、各栄養成分の平均値をt検定にて行い、 $p < 0.05$ を有意水準とした。
- (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。

- (4) 教育プログラムに関する質問紙調査は、記述統計および質的内容分析を行った。

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。

2.6 倫理的配慮

本研究は石川県立看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。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、女子学生11名で、平均年齢は18.9（±0.3）歳、平均身長は157.4（±4.4）cm、平均体重は48.9（±4.9）kg、平均BMI 19.7（±1.3）であった。介入前後の食事内容調査に入力した学生は10名であった。

3.2 介入前後の摂取カロリーの変化

日本人の食事摂取基準に基づき、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1950Kcalと比較すると、介入前の平均摂取カロリーは、1276.7 Kcal（食事内容調査に入力した10名の平均値）と、全員が基準値以下の摂取カロリーであった。中には基準値の三分の一強の摂取しかできていない学生も1名見られた（表1）。しかし、介入後は2名を除き8名が、必要摂取カロリーに近づき、平均摂取カロリーは1522.1 Kcalと増加がみられたが有意差は認められなかった。

表1 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)	
推奨量	1950	50	56.9	307.5	700	6.5	1.1	1.2	100	17↑	
参加学生	A 前	1491	51.8*	60.1*	180.1	496	5.8	0.6	1.1	54.5	10.5
	A 後	1387	51.3*	37.3	205.1	206.5	5.8	0.5	0.8	86	11.3
	B 前	1021	31.5	17.3	161.5	195.5	2.6	0.2	0.4	8	6.5
	B 後	1393	38.5	52.6	189.0	306	4.0	0.5	0.7	71	7.6
	C 前	1161	30	33.8	177.6	67	1.2	0.5	0.2	30.5	3.6
	C 後	1800	49.8	55.1	272.0	100.5	2.7	0.5	0.4	50.5	4.8
	D 前	1161	34.5	41.8	161.6	659.5	1.6	0.4	0.8	9.5	2.2
	D 後	1555	48.1	32.6	264.6	451	6.5*	0.5	1.0	52	9.9
	E 前	1183	44.2	34.5	168.5	146.5	3.1	0.4	0.4	44	4.4
	E 後	2588*	89.7*	96.7*	324.7*	719*	11.3*	1.0	1.4*	130*	20.5*
	F 前	1052	27	27.0	151.7	318	2.3	0.2	0.2	20.7	5.9
	F 後	823	21.6	23.0	130.3	105	2.8	0.2	0.4	33.5	7.4
	G 前	779	22.5	24.5	114.5	218.5	2.4	0.3	0.3	27	3
	G 後	1626	57.9*	49	231.3	443	5.6	0.6	1.0	45.5	7.8
	H 前	1472	61.3*	51.6	184.9	292	7.2*	0.9	0.9	96	13.6
	H 後	1495	64.5*	48.9	196.2	256	7.3*	0.8	1.2*	124.5*	12.3
	I 前	1618	62.2*	50.9	216.4	550	6.9*	0.6	0.9	43	11.2
	I 後	1180	38.6	20.2	204.7	514.5	6.9*	0.4	0.6	65	9.4
	J 前	1832	59.3*	57.3*	256.7	193.5	5.1	1.1*	0.6	93	11.2
	J 後	1376	55.9*	30.1	209.8	163	6.0	0.5	0.8	51	11.1
平均値	前	1277	42.4	39.9	177.3	313.7	3.8	0.5	0.5	42.6	7.2
平均値	後	1522	51.8	44.5	222.8	326.5	5.9	0.5	0.8	70.9	10.2

*推奨値に達しているもの *介入後推奨値に達したのもの

3.3 介入前後の主な栄養素の変化

摂取栄養素の前後比較はたんぱく質、脂質、炭水化物、カルシウム、鉄、ビタミンB1、ビタミンB2、ビタミンC、食物繊維の9項目で行った。

まず、三大栄養素の一つである蛋白質の摂取について、介入前に青年期の推奨量を満たしていたのは、10名中4名で、10名の介入前の摂取量の平均値は42.4gであった。介入後には推奨量に達して摂取できていたのは10名中5名であり、介入後の摂取量の平均値は51.8gと推奨量に達していた(表1, 図2)。しかし、有意差は認められなかった。

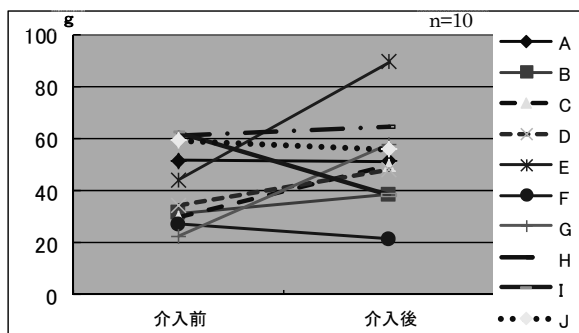


図2 介入前後の摂取蛋白質量の変化

次に脂質について、介入前に推奨量 56.9g に達していたのは10名中2名で、10名の平均値は39.9gあったが、介入後の平均値は44.5gと推奨量に近づいたが、有意な差は認められなかった(図3)。

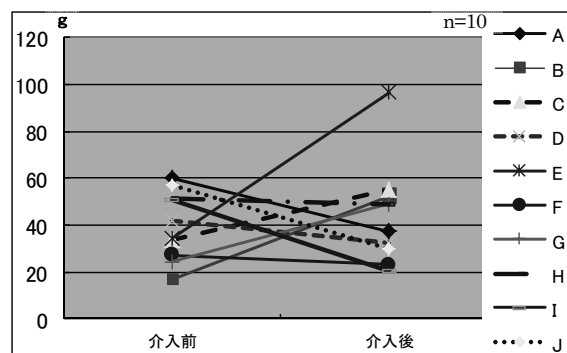


図3 介入前後の摂取脂質量の変化

炭水化物は、介入前の平均値は、177.3gから介入後222.8gと摂取量が増加したが、有意な差は認められなかった。

鉄分について、介入前に推奨量 6.5mg に達していた学生は 2 名で、10 名の平均値は 3.8mg であった。最も少ない学生は推奨量の約五分の一に満たなかった。しかし、介入後は 10 名の平均値が 5.9mg と有意に増加して摂取できた (図 4)。

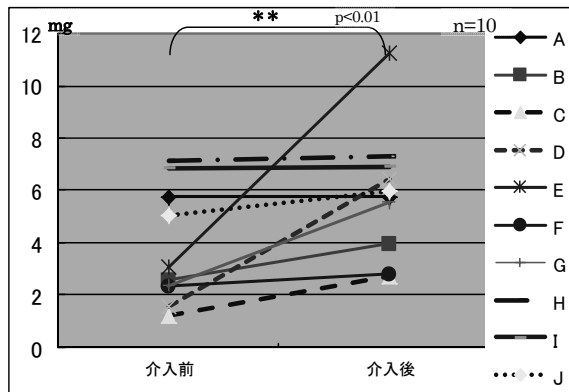


図 4 介入前後の摂取鉄分量の変化

ビタミン C の摂取量について、介入前は 10 名の平均摂取量は 42.6mg と推奨値 100mg の半分以下の摂取量であったが、介入後摂取量の平均値は、70.9mg と有意に増加し摂取できていた (図 5)。

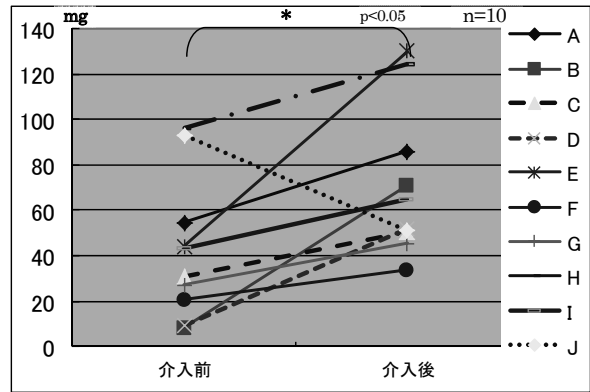


図 5 介入前後の摂取ビタミン C の量の変化

最後に食物繊維について、介入前の摂取量の平均値は 7.2g であったが、介入後の摂取量の平均値は 10.2g と上昇がみられたが、有意差は認められなかった。

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 11 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、「夜よく眠れる」という項目において、危険率は 0.053 ($p \approx 0.05$) でわずかに有意水準には至らなかったものの、改善の傾向が見られた (表 2)。

3.5 教育プログラムの評価

今回の介入方法を教育プログラムとする 4 つのポイントの内、1) 自己の食生活の見直しについては、栄養ソフトの入力と、主観的健康調査票の入力の 2 項目で評価したところ、栄養管理ソフト入力については「容易」「やや容易」としたものが 5 名 (45.5%) であったのに対し、「やや困難」「困難」としたものが 6 名 (54.5%) と多かった。主観的健康調査票の記入については全員が、「役だった」「少し役だった」という評価であった (表 3)。

表 2 主観的健康状態調査票の前後比較

項目		p 値	項目		p 値
1	疲れやすいですか	0.32	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	0.52	10	抜け毛が多いですか	0.66
3	肌が荒れやすいですか	0.74	11	口内炎ができる	0.56
4	にきび(吹き出物)が多いですか	0.25	12	便秘しやすいですか	0.09
5	イライラしやすいですか	1.0	13	下痢しやすいですか	0.23
6	夜よく眠れますか	0.05 *	14	足をつりやすい	0.32
7	階段を上がると息切れしますか	0.32	15	関節が痛みますか	0.79
8	めまいがする	0.18	16	貧血気味である	0.1

* (示唆) $p \approx 0.05$

表 3 教育プログラム評価

評価項目	n=11				計
	容易または 役だった	やや容易 少し役だった	やや困難 あまり役立たない	困難 役立たない	
栄養管理ソフトの入力	0	5(45.5)	5(45.5)	1(9)	11
主観的健康調査票の入力	7(63.3)	4(36.4)	0	0	11
昼の学食の摂取	9(81.8)	2(18.2)	0	0	11
夕食の献立作成	8(72.7)	3(27.3)	0	0	11
夕食の調理	10(90.9)	1(9.1)	0	0	11
ミニ講義	8(72.7)	3(27.3)	0	0	11
食事バランスの提示	9(81.8)	2(18.2)	0	0	11
プログラム全体	8(72.7)	3(27.3)	0	0	11

人(%)

次に2) 1日1~2回バランスの良い食事の実施に関して、昼の学食の摂取と夕食の献立作成についての2項目で評価したところ、2項目ともに全員が「役だった」「少し役だった」であった。

3) 献立作成と調理の実際については、夕食の調理についての1項目で実施したところ、全員が「役だった」「少し役だった」であった。最後に、4) 食の認識へのアプローチに関して、ミニ講義(栄養士および教員により実施)と食事バランスの提示という2項目で評価したところ、いずれも全員が「役だった」「少し役だった」という結果であった。

3.6 教育プログラムに関する自由記載

その他、教育プログラム評価に関する自由記載では、「野菜は生で食べるより火を通した方がたくさん食べられる」「野菜を一日どのくらい摂らなければならぬかがわかった」など、食品選択の基準や食に関する知識等に関する意見、「調理方法が簡単で自分でも作れる」「野菜が簡単に摂れる料理を学べたので食事に活かせる」など調理に関するスキル獲得に対する意見、「皆で食べることは楽しかった」「ミニ講義が勉強になった」など食への態度に関するもの、「便秘解消」、「自分の食生活が偏っていたことを改めて実感できた」など食生活改善への目標設定に関するものが見られた。

4. 考察

昨年、筆者らが行った食生活改善に向けた介入では、介入することによって、看護学生の食生活は改善がみられ、それに伴い主観的健康状態も良好となることが示唆された。しかし、そのような食生活をいかに継続するかが課題として残され、その後の看護学生がどのような食生活を送ったかその実態を調査するには不十分であり課題が残った。しかし今回、介入前と介入終了から1~2週間後の食生活調査を実施し、看護学生の食生活の一部が明らかとなり、前後での比較を行った。今回の教育プログラムの実施によりその後の看護学生の食生活の実態の変化を参考に、教育プログラム内容について検討する。

4.1 主な摂取栄養素の変化について

先行研究の結果¹¹⁾によれば、女子学生の摂取カロリー不足が目立つと言われている。今回の参加学生においても、介入前の平均摂取カロリー

は1276.7 Kcalと、身体活動レベルⅡ(ふつう)の青年期にある女子学生の基準値の約65%の摂取であった。参加学生のBMIの平均値が19.7(±1.3)と、「やややせの状態」であったことから、カロリーの摂取不足が常態化していることが推察されよう。全体的な摂取カロリー不足は、必要な栄養素の不足にもつながりやすい。しかし青年期にある看護学生にとって、自己のボディイメージに関する関心が、必要な栄養の摂取や、ひいては必要な栄養摂取不足が健康状態に影響を及ぼすことの認識より、優位となっているのではないかと推察される。

また、蛋白質の摂取量は介入前の食生活では、参加学生の平均値は42.4gであり、青年期の推奨量の50gに達しておらず、身体の細胞の構成に必要な重要な栄養素の摂取ができていなかった。有意差は介入前後で認められなかったものの、介入後に平均値が推奨値を超えたことは、重要である。同様に他の栄養素を見ると、貧血との関連性が重要である鉄分の摂取について、介入前の摂取量の平均値は3.8mgと推奨量の約半分であったのに対し、介入後は推奨量に近づき摂取できるようになった。便秘との関連性が指摘されている食物繊維の摂取量においても、介入前の平均値が7.2mgから、介入後10.2mgと推奨値に近づいて摂取できている。これらの結果は前報と同様の効果であった。しかし、前報では介入直後の食事調査であったため、介入中の影響が結果に表れていたことが予測されるが、今回は介入終了から1~2週間後の食事内容の調査結果であることから、教育プログラムの内容が、食生活の改善に向け継続するための促進する因子となったことが推察される。他にもビタミンCの摂取は介入前42.6mgであった平均値が、介入後には70.9mgと有意に上昇している。これは、参加学生が教育プログラムにおける質問紙の自由記載にもあるように、野菜の摂取不足の自覚とそれを解消する調理方法の獲得が、その後の食生活に影響をもたらしたのではないかと考えられる。

今回の教育プログラムの実施により、その後の看護学生の食生活では、すべての栄養成分の摂取が上昇し推奨値に近づいたことは、教育プログラムの評価として意義深いと考える。

4.2 食生活に影響する要因と教育プログラムの関連性について

私達の食生活に影響を及ぼす因子として様々なことが関連していると言われている。特に、知識、態度、自己効力感、心理社会的要因など複雑に関連し合い、単なる知識の教授や心理社会的要因の一側面のアプローチでは、その後の実際の行動変容には困難である¹²⁾。今回の教育プログラムには健康的な食生活を実施するために必要な知識・技術・態度を統合した内容である。

知識という側面について、看護学生はこれまでの初等・中等教育の中でも栄養学的な側面と身体の健康との関連性は学んできている。また、最近の健康志向により様々な健康に関する情報に触れることも容易である。

一方で、健康行動理論では、知識はあっても行動変容に至らないことも指摘されており¹³⁾、春木は初等教育における食生活教育プログラム¹⁴⁾に、KYBプログラムの先行因子・促進因子・強化因子を取り入れた教育目標を取り入れ実施し、児童の食生活の変容に一定の成果を得ている。それによれば、先行因子として健康的な食行動への動機となる栄養/食生活と健康の関係、各栄養素を多く含む食べ物、食べ物の選択や購入についての知識などを取り扱っている。今回実施した教育プログラムにおけるミニ講義では、栄養成分に関すること、食品添加物に関すること、食品表示に関すること、食と健康に関する内容を実施した。また教員だけではなく専門家である栄養士からの食と女性の健康に関する内容のミニ講義を受けたことは、知識をより確実なものとして参加した看護学生に印象付けられたのではないかと推察される。また、促進因子として食品購入時に必要となる食品広告や食品表示に関する知識(スキル)が、食品選択に影響すると言われており、それらに関する知識をミニ講義として教育プログラムに取り入れている。これらの知識の内容の充実に加え、知識の提供方法の工夫が、統合的に影響を及ぼし、介入終了から1~2週間後の食生活においても継続して、看護学生の食生活改善に影響をもたらしたのではないかと考えられる。

さらに、前述のKYBプログラムの強化因子には周囲の人々により知識やスキルを実際の生活に適用する機会をもつことの効果が示されている¹⁴⁾。今回の教育プログラムでは、実際の調理を参加学生全員で実施し体験することにより、調理のスキル、実生活で実践可能なレシピや簡便性の体

感、全員で会食する楽しさなど習得する一助となった。これらは、介入後に調査した教育プログラム評価に関する自由記載の掲載にも述べられており、看護学生のその後の食生活を、より健康的な食生活に近づけ、それは摂取栄養成分がより基準値に近づいたという結果からも裏付けられているといえよう。

4.3 栄養管理ソフトを用いた自己の食生活見直しについて

自己の食生活見直しと、参加学生の食生活の実態調査として、前回同様栄養管理ソフト入力を活用した。また前回の課題であった入力時の操作手順を統一するよう工夫した。これは、入力方法が比較的簡便であること、入力結果によりセルフモニタリングに活用可能であること、ビジュアル的に自己の食生活のバランスがイメージできることという理由で取り入れたものであった。しかし介入後の教育プログラム評価に関する質問紙調査では、栄養管理ソフトの入力について、半数強の学生が「困難」「やや困難」であったと評価し、入力方法や入力に要する時間、毎食の献立ごとに食材を記入する煩雑さ等がこの結果に影響を及ぼしたのではないかと考えられる。しかし、食事バランスの提示という点で、参加した看護学生全員が「役だった」「やや役だった」と肯定的な評価であったことも見逃せない。自己の食生活のバランスを客観的にイメージでき、食生活改善に向けた動機付けには有用ではないかと思われるが、ツールの選択という点で課題が残された。

今後は、さらに簡便でセルフモニタリングとして有用なツールを取り入れ、さらに効果的な教育プログラム内容を評価・検討していく必要がある。

4.4 食生活改善の継続性

前回の食生活改善に向けた介入では、介入後に参加学生がどのような食生活になったのかを評価することに課題が残った。健康行動理論の一つである「変化のステージモデル」によれば、人が行動変容を起こしてそれが維持されるには、影響因子として意識の高揚や感情的経験、自己の再評価等、考え方に影響する要因と、行動に影響する要因として代替行動の学習等が関連していると言われている¹⁵⁾。今回、介入終了から1~2週間後の食生活でも介入前に比べ栄養素の摂取がより推奨値に近づき、食生活改善がプログラム終了後も継続していることが示唆された。これは、教育プ

プログラムのミニ講義内容が、意識の高揚に影響を及ぼしたのではないかということは前述した通りであるが、加えて健康的な行動を取り入れることすなわち、調理のスキルの獲得やレシピ体験、調理の簡便性などが具体的に代替行動として学習されたことも食生活改善を継続する一因となったのではないかと推察される。

5. まとめ

看護学生の食事内容は、摂取カロリーおよび栄養素不足の傾向があり、食生活改善に向けた教育プログラムの実施により、摂取カロリー、各栄養素のうち特に鉄分、ビタミンCの摂取量は介入前より有意に推奨値に近づき摂取できていた。また有意な差は認められなかったものの、蛋白質、食物繊維についてもより推奨値に近づき摂取できた。教育プログラム評価では、栄養管理ソフトの入力を除き、すべての項目で「役立つ」という評価であり、介入後の看護学生の食生活改善に効果的な影響をもたらすことが示唆された。

本研究の意義と限界

本研究は、食生活改善に向けた介入を教育プログラムとして実施し、実施前後で看護学生の食生活の実態、および主観的健康状態、質問紙調査等、多角的に評価し、実態の事実に基づいているところに価値がある。また、前回の研究で課題であった食生活改善への継続性という点においても本教育プログラムの有効性が示唆された。しかし対象は、11名という少数の学生を対象とした介入研究であり、参加学生の中には、研究参加以前から食に関して興味を持っていた学生が含まれている可能性があり、今回の結果が一般的な看護学生すべてに当てはまるかどうかは、今後さらなる検討が必要である。また、教育プログラム評価において、セルフモニタリングとしてのツールの検討を含め、内容の充実を目指していく必要がある。

謝辞

本研究に参加・協力いただいた看護学生、ミニ講義にご協力いただいたかほく市の栄養士の方、その他皆さまに心より感謝いたします。

引用文献

1) 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.

- 2) 藤田三恵, 川島和代, 丸岡直子他: 看護学生の食生活改善に向けた介入の効果, 石川看護雑誌, 9, 53-59, 2012.
- 3) 内閣府: 食育基本法 (法律第63号). 官報号外第134号, 2005.
- 4) 鳥井哲志, 川畑徹朗, 西岡伸紀他, 小・中学校の間食行動の実態とコーピング・スキルの関係, 日本公衆衛生雑誌, 47, 132-143, 2000.
- 5) 春木敏, 川畑徹朗: 小学生の朝食摂取行動の関連要因, 日本公衆衛生雑誌, 52, 235-245, 2005.
- 6) 春木敏, 川畑徹朗, 西岡伸紀他: ライフスキル形成に基礎を置く朝食, 間食行動に関する教育プログラムの有効性を評価するための意思決定スキル, 目標設定スキル尺度の開発, 日本学校保健研究, 49, 187-194, 2007.
- 7) 春木敏, 境田靖子, 川畑徹朗他: ライフスキル形成に基礎をおく食生活教育プログラムの検討, 栄養学雑誌, 65, 123-133, 2007.
- 8) 春木敏: 児童を対象とするライフスキル形成に基礎を置く食生活教育プログラムの開発と評価に関する研究, 栄養学雑誌, 67, 22-29, 2009.
- 9) JKYB 食生活教育プログラムの行動変容モデル: <http://www.life.osaka-cu.ac.jp/report/rep02.html>.
- 10) 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号, 94-96, 2003.
- 11) 簾持知恵子, 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) 竹中晃二: 行動変容の理論を整理する, Sportsmedicine, 68, 6, 2005.
- 13) 前掲書¹²⁾, 6, 2005.
- 14) 春木敏: ライフスキル形成に基礎をおく食生活教育, 日本食生活学会誌, 17, 3-8, 2007.
- 15) 松本千明: 健康行動理論の基礎, 医歯薬出版, 30-31, 2002.

Evaluation of an educational program designed to improve nursing student dietary habits – Verification of continuity –

Mitsue FUJITA, Hiroko NAKADA, Kazuyo KAWASHIMA, Naoko MARUOKA

Abstract

This study was carried out to evaluate an educational program designed to improve the dietary habits of nursing students, whose careers will place them in positions of responsibility in the management of the health of others. The program encourages: 1) Self-review of dietary habits; 2) Well-balanced dietary intake (one or two well-balanced meals per day); 3) Creation of menus and cooking; and 4) Awareness of diet. We compared the meals and subjective health conditions before commencement and one or two weeks after completion of the program. A questionnaire survey was employed in the evaluation of the program. As a result, intake of iron and vitamin c improved to approximate the recommended daily amount. All subjects indicated that each aspect of the program evaluated was useful; however, greater than half of the subjects indicated that the software was difficult to use, which suggested the necessity of developing more simplified and visually optimized methods for self-evaluation.

Keywords nursing students, program for improving dietary habits, educational program evaluation

報告

看護教員養成講習会を受講する中堅看護師に内在するニーズ

木村久恵^{1 §}, 村井嘉子¹, 中道淳子¹, 堅田智香子¹

概要

成人教育において教育プログラムを構築するにあたり、その対象者のニーズを診断することは重要な視点である。本研究の目的は、看護教員養成講習会受講者に内在するニーズを明らかにすることである。受講者 12 名を対象に面接調査を実施した。その結果、【環境を変えて看護について考えたい】【これからの方向性を決めたい】【与えられる仕事でなく自分で判断して仕事がしたい】というニーズが明らかになった。受講者は、看護専門職としての発達過程において障壁に遭遇し、現状における限界を克服するための方略を求めていると考えられた。

今後の看護教員養成講習会では、受講者のバックグラウンドや将来の進路を考慮に入れ、看護基礎教育と臨床看護を関連づけた教育プログラムが必要と考える。

キーワード 看護教員養成講習会, 成人教育, ニーズ, 中堅看護師

1. はじめに

看護基礎教育を担う者（以下、看護教員）の要件は、「看護師等養成所の運営に関する指定要領」で規定され、「専任教員として必要な研修」を修了することとなっている。しかし、これまで監督省庁が実施していた看護教員養成機関の閉校や講習会の縮小が生じ、かつ平成 23 年度以降、「専任教員として必要な研修」は地方分権型に移行しつつある。また、看護系大学が増加する現状にあっても、平成 23 年度に就業した看護師の約 7 割の看護師が看護師養成所を卒業している状況¹⁾からすれば、その教育を担う看護教員の使命は重大と考えられる。

A 公立大学では、A 県看護教育連絡協議会からの要請を受け、平成 23 年度より A 県委託事業として A 県看護教員養成講習会（以下、講習会）を開催することになった。8 ヶ月間の講習会の教育目的は、看護教育に必要な知識・技術を習得し、看護教員として創造的に活動し得る能力を啓発することである。講習会の対象となる者は、既に看護教員の役割を遂行しながらも研修を受講していない者、今後看護教員になる者、臨床で学生指導または看護継続教育（以下、継続教育）を担当する者である。また、看護教員は看護実務経験 3 年以上を有する者と記されているが、実際にはそれ以上の実務経験を有する中堅看護師以上の者が殆

どである。

平成 22 年度「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正²⁾により、新人看護師に対して臨床研修が努力義務化された。臨床研修プログラムは、教育的視点をもって看護基礎教育（以下、基礎教育）との連続性を備えて発展させ、また新人看護師の特性を鑑みてメンタルヘルスにも配慮した内容と進捗で構築され、それを遂行することが期待される。これらの教育的な活動は、必然的に中堅看護師以上の者が担うこととなり、そのためのスキルを備えた指導者を育成するためにも本講習会の役割は、看護を取り巻く社会情勢と関連しながら拡大しつつあると考えられる。

講習会に関する先行研究をみると、教育内容、教育方法の検討を行った報告や、受講者の講習会受講前後における自己反省、自己洞察、教育への関心の増大などの広がりなどが報告されている^{3)~9)}。また、講習会終了後も看護教員として自己の模索を続け看護教員としての発達課題と向き合っていること¹⁰⁾、看護教員としての自己成長の特徴から講習会における教育的意義を明らかにしている¹¹⁾。

筆者らは、本講習会を成人教育として位置づけることに異論はないと考えている。マルカム・ノールズ (Knowles, M.S.)¹²⁾ は、成人教育とは、成熟した人間が一人、あるいは他者と共に新しい知識や理解、技能、態度、関心、価値観を得られ

¹ 石川県公立大学法人 石川県立看護大学

[§] 責任著者

るような経験を含む成人学習プロセスであるとしている。また、これは様々な機関や団体が成人教育の対象者の成長と発達のために行うものであり、これは生産的プロセスやサービス・プロセスと共に行われる教育的プロセスであることより、組織化された活動を意味する。これらのプロセスと活動は、社会的実践の領域に結びつけられ社会システムに関連づけられており、成人学習の方法と内容を改善しつつ、成人への学習機会を広げることで文化の一般的水準を高めるという目標に向かうと主張している。言い換えれば、成人学習者は、社会システムにある組織（職場）に帰属し、その組織で求められる事柄を達成することで仕事へのやり甲斐や組織への貢献を実感する。同時に成人学習者の活動により組織は社会的な役割・使命を果たすこととなり、それは地域・社会のニーズをも達成することになる。更に、地域社会のニーズが達成されることによって、その文化が発展的な成長を成すと考えられることより、成人教育について注視することは、古くもあり新しい課題と言える。

成人の多彩な生活実態を理解することは極めて困難である。そのため成人教育における目標設定、教育内容の構築のために、特に教育プログラムにおけるニーズの診断は重要な視点であることを指摘している¹³⁾。教育プログラムで提供する事柄、その根拠が確かであることが成人教育を成功へと導く事となり、教育プログラムのはじまりは、たとえ最終目標が組織や社会のニーズを満たすことにあっても、成人の関心＝自らの真のニーズに沿うことである。従って、成人教育（に関わる）者が、成人学習者の個人や組織、社会の教育的ニーズを診断することは重要なことである。

本講習会受講者個人の根底に内在するニーズを把握することは、基礎教育の高度化、看護師の役割拡大が主張される状況において、複雑な看護師養成教育を支える看護教員にとっての講習会の在り方を検討する上でも重要と考える。また、経験を重ね看護職として就業する過程で受講に至った者に内在するニーズを明らかにすることは、臨床や看護教育の現場で重要な役割を担う中堅看護師の成長を支援するための示唆を得ることにつながる。

本研究は、講習会受講者に内在するニーズを明らかにし、今後の成人教育としての看護教員養成講習会の在り方について考察することを目的とする。

本研究における中堅看護師は、辻ら¹⁴⁾が定義する、臨床経験5～20年未満の時期にある看護師に準拠する。

2. 研究方法

2.1 研究デザイン

本研究では、講習会を受講する者の受講に対する思いや期待より講習会受講に対して内在するニーズを明らかにする。そのため、研究協力（対象）者の語りを解釈し、その意味を読み解く質的方法を用いた。

2.2 調査対象

平成23年度A県看護教員養成講習会を受講者した32名へ依頼し、そのうち、研究協力が得られた12名を対象とした。

2.3 調査方法と調査内容

平成23年10～12月に半構成的面接を実施した。実施は、講習会の教育カリキュラムがほぼ終了した教育実習終了以降とした。面接内容は、臨床経験、基礎教育経験、現在の職務内容、講習会を受講した動機、講習会に対する期待や思いとした。1回の面接時間は約50分とし、プライバシーが守られる個室で行った。面接内容は承諾を得てICレコーダーに録音した。

2.4 分析方法

面接内容より逐語録を作成した。対象者の語りの中の講習会に対する期待や思い、それに関連する特徴的な事柄を拾い上げる。過去から現在に至る経験、将来の自己を想像することとの関連について解釈する。中心となるテーマを抽出し、類似したテーマをまとめ名称をつけてカテゴリーとして分類し講習会に対するニーズとした。最後にカテゴリーの関連性について検討した。分析の全過程において研究者間で検討を行うことで結果の信頼性の確保に努めた。

2.5 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学倫理審査の承認（看大第786号）を得て実施した。受講者用掲示板を活用し研究協力を募った。応募者へ研究の趣旨および倫理上の配慮について説明を行い、同意が得られた者のみ対象とした。説明の際、講習会の成績に関係しないことを口頭および文書で明確に伝えた。同意しなくても不利益を受けず、一旦同

意してもいつでも自分の意思により撤回することができること、記述したデータは個人が特定されないように取扱い本調査以外の目的では使用しないことを口頭および文書で説明した。

3. 結果

3.1 対象者の概要

年齢は29～45歳（平均35.3歳）、男性1名、女性11名、合計12名である。専修学校に所属する者9名、病院に勤務する者3名であった。臨床経験年数は、6～10年7名、11～20年3名、21年以上2名であった。その内、今回の講習会受講開始（4月より開始）までに基礎教育経験がない者3名、1年未満6名、1年1名、2年1名、6年1名であった。基礎教育経験1年未満の者は、新年度になって専修学校へ異動となった者であった。最終専門学歴は大学卒が5名であった（表1）。

表1 対象者の概要

対象	性別	所属	臨床経験年数	教育経験年数	最終学歴
A	女	専修学校	6	1年未満	大学
B	女	病院	6	0	専修学校
C	女	専修学校	7	6	大学
D	女	病院	10	0	専修学校
E	男	専修学校	10	1	専修学校
F	女	専修学校	15	1年未満	大学
G	女	専修学校	6	2	専修学校
H	女	専修学校	16	1年未満	専修学校
I	女	病院	12	0	専修学校
J	女	専修学校	10	1年未満	大学
K	女	専修学校	22	1年未満	大学
L	女	専修学校	22	1年未満	専修学校

3.2 受講者のニーズ

講習会受講者に内在するニーズが3つ抽出された。そのニーズは、【環境を変えて看護について考えたい】【これからの方向性を決めたい】【与えられる仕事でなく自分で判断して仕事がしたい】であった。以下に、それぞれのニーズについて詳述する。ニーズを【 】、中心となるテーマを< >、対象の語りを「 」、対象者の語りの意味を損なわないように研究者が補った部分を（ ）で示した。

(1) 【環境を変えて看護を考えたい】

受講者は、それぞれの職場における日々の職務に忙殺され看護の視点を見失いかけていた。そし

て、この現状から少し距離をおいた所でじっくりと看護や看護を取り巻く状況を見つめたいと考えて受講を決めていた。

このニーズは、<看護を極めたい><看護の視野を広めたい><看護の本質を考えたい><自分の経験を大切にしたい>という中心となるテーマで構成されていた。特徴的な語りの内容を取り上げ以下に示す。

F氏は、「私は、臨床で15年間働いた後半の7年間がIUCでした。急性期の重症の患者さんのケアをしつつも、新人看護師へ教える時に看護とは何か？今日あなたができる看護とは何か？と、話をする過程で自分でも看護とは何かと思う事があって、毎日業務に流されて過ぎてしまいゆっくり勉強したい、何か新しく環境を変えて勉強することで自分の看護を深めたいと思いました」と語っていた。また、I氏は、「（講習会で）何をどんなふうに勉強するのか、全然知らなかったけれども、臨床で何も知らずに教育をやっている、どんなふうにすればよいか、いろんな制約の中でやっていたらジレンマとかもあって、看護っていうものを立ち返るなり、深く考えてみたい。もう一回、（看護の）基礎を（講習会において）確認することもできる」と語っていた。

K氏は、「この8ヶ月は、人生の中で最後の研修になると思って前向きに取り組んでいきたい。30代後半で大学に編入学したのですが、今ここに来て、社会人学生が多いとうことを聞いて、（自分は）あの時そうだったと感じて、経験を積むことには重みがあると実感したので、だからこそもう一度、後悔がないようにやろうと思いました」と語っていた。

それぞれが自身の看護実践に対する何らかの思惑があり、中堅看護師として後輩への指導を通して更なる飛躍と学びを期待していたと言える。また、これまでの看護職としての軌跡を見つめ、この講習会を貴重な経験と位置づけていた。

(2) 【これからの方向性を決めたい】

受講者は、臨床あるいは教育経験が5年を過ぎた現時点において、それぞれの職場において否応なくこれまでとは異なる課題に取り組むことが期待されていた。しかし、自分だけで対応することに困難を感じそれを打開することを目指して、これからの自分の行動を模索し、進むべき方向性を確かめるために受講を決めていた。

このニーズは、＜教員として何ができるのか考えたい＞＜5年の臨床経験を経て課題を与えられるが、自分ではどうにもならない＞＜既習の知識を整理してこれからは繋げたい＞という中心となるテーマで構成されていた。特徴的な語りの内容を取り上げ以下に示す。

B氏は、「私は、臨床5年目なのに色々な委員を兼ね、病棟を引っ張って行く立場になることが多くて…、そういう中で働いて、何て言うか、ちょっと限界を感じたというか、一生懸命にこれも、あれも勉強しなければと思っています。(中略)他の病院で教育をどうしているか、こんなことで困っているけど、どうしているか、色々、聞きたかったです。私の周りでもずっと看護師を続けるのが難しくて辞める人たちが多くて…。でも、私より年上の方で教育に携わっているということは、看護をやっていきたい人が多いのかなあと思いました。これからどうやって看護師を続けられるのか、自分の中でもすごい葛藤があって、どうやってみんな看護師として生きているのか知りたくて…」と語り、状況対応に困惑する飽和状態に達していた。

C氏は、「FDや評価について学びたくて…。学校でも立ち上げて検討することもあります。どうしたらいいかが分からなくて…。(中略)職場でも意見交換していても、なかなか糸口が見えなくて困っています。職場で話していてもまとまらなくて…。」と語っていた。C氏は、専任教員として経験が豊富であるが教員として必要な研修を受ける機会を逸しており、ようやく本講習会を受講するための生活環境が整ったことによる参加であった。現在の職場における課題を少しでも解決の方向へ向かわすために、また、よりよい教育方法を探求することを希求していた。これまで基礎教育を担ってきた者として、これまでの教育実践を確認しながら、新たな教育方法を掴み取ろうとしていた。

(3) 【与えられる仕事でなく自分で判断して仕事がしたい】

受講者は、これまでの臨床や教育経験において試行錯誤を重ね、また先輩からの指導を受けながら役割を担っていた。役割遂行を積み重ねる過程において、実践への興味関心が高まると同時に新たな疑問を感じていた。自分とは異なる考え方に触れ、様々な方法を見聞きすることで、自分の力

で自分の考えた方法で実践を試み、評価していきたいと考えるようになり受講を決心していた。

このニーズは、＜自分の考える看護を学生に伝えたい＞＜ベテランの先生に近づきたい＞＜実践を評価する方法を考えたい＞＜自分の目標を明確にしたい＞＜基礎教育の学生を評価する手がかかりが欲しい＞という中心となるテーマで構成されていた。特徴的な語りの内容を取り上げ以下に示す。

G氏は、「(教員)1年目の時にオリエンテーションは受けましたが、経験がないため結構手探り状態で、私が実習指導するのとベテランの先生がするのは視点が違うから差が出てしまい、学生に申し訳ないなあと…。研修に行けば、ちょっとは(ベテランの先生と)同じ目線に立てるのかと思って…。」と語り、上司が学生へ関わった場面を取り上げて「一つの場面でも指導することがあるんだと思って、そのような見方が(自分には)なかったなあって思って、そういうところも学生に伝えられるように自分の視点を広げられたらいい」と語っていた。G氏は、試行錯誤の実践の中で上司が学生へ指導する場面より、自分との考え方や対応の違いを実感することで、自己の不足を補い自己成長することを期待していた。J氏は、「(略)師長さんや主任さんから(あなたの)学んだことを人に伝えてこそ、あなたの学びが本物、意味があると言われて。これからの看護師人生を考えた場合、私は、スペシャリスト系でなくジェネラリストを目指していましたが、何か目標をもってやらないともったいないと言われ、やってみようと思いました」と語り、自分自身の学びを更に拡大するという目標を描き始めていた。

L氏は、「やっぱり学生理解というか、指導していてもその場、その場の学生の一面しか見られず、トータルで成長が見られない。臨床指導をしていても、日替わりで担当していて学生の成長が見え難い。学生を評価する時もしっかりした評価ができる、学生をしっかり見ることを学びたいと思いました」と語っていた。

いずれの対象者も本講習を受講することは、新たな取り組みにチャレンジすることであり、看護専門職としての自律を図ろうとしていた。

講習会受講者に内在する3つのニーズは、以下のように関連づけられる。対象者は、臨床または教育経験が豊富な中堅看護師であった。中堅看護師は、これまでの経験の積み重ねにより一通りの仕事が可能になるが、同時に新たな課題に直面し

その課題への対応を期待される。彼らは懸命にその課題に取り組みながらも、その方法が見出せず苦悩する状況にあった。そこで【環境を変えて看護について考えたい】、講習会を受講することを契機に【これからの方向性を決めたい】、そして看護職としての学びを深めることによって自己成長を図り【与えられる仕事でなく自分で判断して仕事がしたい】と考えていた。

4. 考察

4.1 受講者のニーズの特徴

講習会受講者に内在するニーズとそれらの関連性を明らかにした。殆どの対象者が本講習会を受講するに至った背景には、職場からの要請や勧めがあった。しかし、講習会の開始と同時に受講者自身の学ぶ意欲が強まり、学ぶことへの喜びを実感したことを語っていた。受講者は、臨床看護や基礎教育のいずれの環境にあっても、これまで以上に積極的に患者や学生と関わっていききたい、継続教育や基礎教育の実際、またその意味について考えたい等、看護(学)への探求心を高めていたと考えられる。

対象となった受講者は、中堅看護師層に相当する。中堅看護師の存在は、看護の質を左右し、看護師の育成や職場の環境作りに影響を及ぼす存在であると言われている^{15) 16)}。一方で、専門職としての自律性の低下、状況判断し変化に対応する能力の低下が指摘されている^{17) 18)}。一定の職場において5年の経験を積み重ねることは、仕事への熟達であるばかりでなく仕事への慣れが生じることが考えられる。看護を取り巻く社会情勢の中で臨床看護や基礎教育への期待も変化する背景において中堅以上の看護師は、それぞれの職場において役割変化が生じ、それを担い状況の変化に追従していくことが求められる。しかしながら、それぞれの職場における5～7年以降の役割変化を期待されることへの困難感が生じたり、今後のキャリアアップにおける方向性を模索していると考えられる。つまり、看護専門職としての発達過程において障壁に遭遇していることが考えられ、現状における限界を克服するための方略を求めていたと考えられた。

また、現在の医療を取り巻く状況において臨床看護が時間のゆとりを許さない状況を作り上げ、対象者は看護の本質を見失いかけている状況を感じていた。看護体制が7対1となって、どのように看護実践は変化したのであろうか。看護実践

の充実は患者と向き合うことのみでなく、臨床現場でしかできない人材教育を含めた解釈が必要なのではないだろうか。チームで行う看護は、一人の優秀な看護師だけでなく新人看護師を含め看護全体の底上げによって看護は変化することになるだろう。どのような看護を提供したいのか、しなければならないのか、そのためにどのような人材を育てていきたいのか、基礎教育を担う教員と臨床指導者による意見交換が必要である。さらに、その意見交換の場では、双方の具体的な行動計画を明らかにすることが重要ではないだろうか。

女性のライフサイクルの中で一旦職場や家庭を離れて、タイミングよく専任教員に必要な講習会を受講できるとは限らず、状況を優先しつつ講習会を受講することを先延ばしになることも少なくない。その間、上司や先輩からの指導を受けることで役割を遂行しながらも、自身の課題を意識するようになっていた。臨床看護では、実習指導における学生との関わりや新人看護師教育など、最初は上司から指示された事柄であっても実施後の責任や評価について求められることで、仕事のやり甲斐を感じると同時に、これまで以上の仕事を達成するための裏付けとなる学問的基盤が不足していることに苦慮していたと考えられる。

中堅看護師の世代は、ジェネラリストとしての能力が飽和状態にあることが指摘されている¹⁹⁾。昨今、中堅看護師が専門看護師や認定看護師を目指す傾向にある中で、中堅看護師は専門職としての道を選択するのかを考える時期でもある。中堅看護師のやり甲斐を支え更なる成長を促進するためには、達成可能なハードルを提示しながら難題を克服できるように支援することである。本講習会において看護観の再構築、同様の悩みや目的をもった仲間と語るとは、難題に立ち向かうための源になったと推測する。看護管理者は、中堅看護師に対して将来の方向性を見極めるためのアドバイスをすることも必要であろう。

4.2 成人教育としての講習会の在り方

受講者らは、講習会において日常の看護実践の行為について意識的な振り返りをしていた。そして、看護であることの意味を問い、課題解決の方法を探り、更なる看護実践の進化のための教育方法を創造していたと推察する。また、豊富な看護実践があるにも関わらずその内容を吟味できず放置していることが少なくないことが分かった。講習会の仲間同士では看護について語ることが可能

であるにもかかわらず、何故、職場ではそれができないのか。講習会では、この課題を解決へ導くことができる人材を育成しなければならない。成人教育は、経験の貯えを蓄積するようになり、それは他者との交流によって豊かな学習資源となること、またそのプロセスは、生活上の可能性を充分開くような力を高めていく特徴がある²⁰⁾。従って、講習会では看護実践（臨床場面あるいは教育場面）の事例の振り返りを丁寧に行うことを通して、看護実践の根拠と意味を明らかにすること、また、それぞれの看護実践に対する肯定的なフィードバック、加えて、その実践における欠けたる部分を明確化することができるような教育プログラムの提供が必要である。それによって、受講者が望んでいた看護専門職としての自律性を高めていくことに繋がると考えられる。

講習会は、専任教員になるための研修として位置づけられており、ガイドラインに沿った教育が指示されている。しかし、講習会を単に専任教員になるための研修ではなく、基礎教育と臨床看護を関連づける教育とする視点も必要ではないだろうか。今回も研究協力者の半数以上が新年度の人事異動で専任教員をスタートした者であり、その半数に当たる者が臨床現場に所属していた。受講者のバックグラウンドや将来の進路を考慮に入れ、基礎教育と臨床看護それぞれの立場から事例を取り上げてディスカッションするといった演習を通して両者の理解を深め、教育の在り方を検討できる教育プログラムも必要と考える。

看護職を継続する限りにおいて、看護専門職として自己研鑽し続ける力、講習会受講後のフォローアップのために、受講者自らが集い学習する力を持ち続ける事に繋がる企画が必要であろう。その力を装備することによって彼らの周囲の人々へ肯定的な影響を与えることになると考える。

5. 本研究の課題と限界

本研究において、対象者を中堅看護師と表現することに意見が分かれることが予測される。しかし、対象者はそれぞれの職場において肯定的な影響と改革が期待されるという意味においては重要な存在であると考えている。また、対象者は講習会受講時に病院勤務または専修学校勤務であったが、そのいずれかによる内在するニーズの違いについては今後の検討が必要である。

6. 結論

看護教員養成講習会を受講する中堅看護師に内在するニーズが明らかになった。対象者はこれまでの経験の積み重ねにより一通りの仕事が可能になるが、同時に新たな課題に直面しその課題への対応を期待される。彼らは懸命にその課題に取り組みながらも、その方法が見出せず苦悩する状況にあった。そこで【環境を変えて看護について考えたい】、講習会を受講することを契機に【これからの方向性を決めたい】、そして学び深めることによって自己成長を図り【与えられる仕事でなく自分で判断して仕事がしたい】と考えていた。

成人教育としての看護教員養成講習会は、基礎教育と臨床看護を関連づけた教育プログラムが必要と考える。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝いたします。なお、本研究は、平成23年度学内共同研究費の研究助成を受けて実施したものである。

利益相反状態の開示

利益相反なし。

引用文献

- 1) 日本看護協会出版会：平成23年看護関係統計資料集。日本看護協会出版会，東京，2012。
- 2) 保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律の一部を改正する法律，
http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/attach/1282565.htm
- 3) 佐藤みつ子：看護教員養成に関する教育内容の研究。看護教育，26(3)，151-164，1985。
- 4) 前隆代，箕浦とき子，他：看護教育学科（看護教員養成教育）卒業生の動向（第2報）。神奈川県立看護大学校紀要，12，12-35，1989。
- 5) 大石喜久代：受講者の立場で考えられた指導体制 静岡県の実践。看護教育，35(5)，356-361，1994。
- 6) 佐藤みつ子，木下静香，他：看護教員養成講座修了者の研修内容に対する認識とその要因。東京都立医療技術短期大学紀要，9，169-179，1996。
- 7) 富田幸江，徳本弘子：看護教員養成講習会受講前後の看護教育に対する認識の変化（その1）－イメージマップからの分析を通じた講習会プログラム評価の試み－。日本看護科学学会学術集会講演集，20号，263，2000。
- 8) 富田幸江，徳本弘子：看護教員養成講習会前後の看護

護教育に対する認識の変化（その2）－受講者が学んだ教育内容－. 日本看護学教育学会 11 回学術集会講演集, 200, 2002.

- 9) 徳本弘子, 冨田幸江: 看護教員養成講習会前後の看護教育に対する認識の変化（その3）, －イメージマップによる講習生の自己評価からみた教育評価－. 日本看護学教育学会 11 回学術集会講演集, 201, 2002.
- 10) 坪倉繁美, 和賀徳子: 看護教師の成長に影響する因子－変容の契機についてのインタビューの分析－. 日本看護科学学会学術集会講演集, 20, 264, 2000.
- 11) 山田千春: 「看護教員としての自己」の様相に見る看護教員養成講習会の教育的意義. 日本看護研究学会誌, 34, 85-95, 2011.
- 12) マルカム・ノールズ著/堀薫夫, 三輪建二監訳: 成人教育の現代的実践 ベタゴジーからアンドゴラジーへ. 鳳書房, 8-10, 2002.
- 13) 前掲¹²⁾ p95-96
- 14) 辻ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子, 他: 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因. 日本看護研究学会雑誌, 30 (5), 31-38, 2007
- 15) 相場一二三: 中堅看護婦の潜在能力を引き出す研修－研修のプロセスを重視した病棟間留学の導入. 看護管理, 11 (12), 980-984, 2001.
- 16) 土佐千栄子, 出口昌子, 上野貴子, 他: 経験3年以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴第1報－3病院574名の看護婦・看護師を対象に－. 日本看護管理学会誌, 5 (2), 55-63, 2002.
- 17) 菊池昭江, 原田唯司: 看護の専門職自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告 (人文・社会科学篇), 47, 241-254, 1997.
- 18) 上野貴子, 内藤理英, 出口昌子, 他: 経験3目以上の看護婦・看護師の臨床実践能力の特徴 第2報－年齢階級別にみた臨床実践能力の比較－. 日本看護管理学会誌, 5 (2), 64-70, 2002.
- 19) 前掲¹⁷⁾
- 20) 前掲¹²⁾ p39

Needs of Mid-career Nurses Attending Nursing Teacher-Training Programs

Hisae KIMURA, Yoshiko MURAI, Junko NAKAMICHI, Chikako KATATA

Abstract

In adult education, to develop a training program, it is very important to identify the needs of the target population. This study aimed to clarify the perceived needs of individuals attending a nursing teacher-training program. A total of 12 participants agreed to undergo interview surveys. The survey results revealed that the following needs were considered to be priorities: “wanting to think about nursing in a different environment,” “wanting to decide future direction,” and “wanting to make decisions by themselves.” Participants reported that they confronted obstacles in the nursing profession and sought methods to break free from existing limitations to career development.

In future teacher-training programs for nurses, the background and future career aspirations of those attending such programs should be taken into consideration. In addition, a training program that envisions real-life situations and links basic nursing education with clinical nursing is essential.

Keywords nursing teacher training program, adult education, needs, mid-career nurses

報告

訪問看護ステーション利用者を介護している石川県下の 男性介護者の実態と介護に対する意識 - 自記式質問紙調査から

鈴木祐恵¹, 彦 聖美¹, 金川克子², 石垣和子¹, 大木秀一^{1§}

概要

本研究の目的は、訪問看護ステーション利用者を介護している男性介護者の実態と介護に対する意識を把握することである。石川県内の57訪問看護ステーションと訪問看護ステーション利用者を介護している男性に対して郵送法自記式質問紙調査を実施した。その結果、25施設の訪問看護ステーション、60人の男性から回答を得た。訪問看護ステーション利用者を介護している男性の割合は、14.7%であった。要介護者の介護度は、要介護4、要介護5を合わせると58.6%であり、男性介護者は介護度の高い要介護者を在宅で5年以上ケアを継続していた。75%の男性介護者は、通院治療を受け、健康に対する不安を抱えていた。三世帯同居率は15%であり、夫介護者による老老介護、息子介護者の介護のための中途退職が明らかになった。介護に対し何らかの支援策が必要であると答えた人は12%であった。男性介護者の介護環境を整えていくためには、早期から関わりを持ち、家事支援、知識・技術支援、情報サービス、相談・カウンセリングなどの在宅支援が必要である。男性介護者のQOLの向上に向けた地域におけるきめ細かい支援策が必要である。

キーワード 訪問看護ステーション, 男性介護者, 夫介護者, 息子介護者, 在宅支援

1. はじめに

近年、高齢化や世帯の縮小化、女性の社会進出にともない従来の女性中心の介護から介護の担い手が増えている。国民生活基礎調査によると、男性介護者の割合は平成13年の23.6%から平成22年では30.6%を占め¹⁾、今後も増加が予測されている²⁾。男性の介護現場への参加は、今や避けられなくなっている³⁾。

男性介護者は、介護を仕事と捉え、弱音を吐かない、介護支援を求める姿勢が消極的で介護負担が発生しても相談する事が少なく、抱え込みや孤立し易い^{4,7)}。また公的福祉サービスと結びつかないという様な孤独な介護状況下にある⁵⁾。男性介護者による介護虐待は、全体の約60%を占めその内訳は、息子が42.6%、夫が16.9%である⁸⁾。平成23年度の石川県の高齢者虐待調査⁹⁾では、息子が29.4%、夫が20.2%を占めている。男性介護者は、虐待環境に陥りやすく、心理的・身体的介護疲労、地域社会での孤立、家事・介護全般にまつわる困難や仕事との両立、それらに起因する経済

的問題など男性介護者固有の課題も浮き彫りになってきている²⁾。

在宅で療養する場合、訪問看護を利用する者が増加している¹⁰⁾。一般に訪問看護ステーションの対象者は、①高齢者で一定の障害状態にあると認定された者、②健康保険による医療給付者、③介護保険に基づく要支援認定者と要介護認定者である。医療給付・介護給付ともに、訪問看護ステーションの利用率は増加している。平成23年の増加率（平成13年を1とした時の伸び率）は、介護保険が1.52、医療保険が2.02である¹⁰⁾。訪問看護ステーションを利用しながら要介護認定者や医療依存度の高い療養者を介護している男性も相当数存在すると予想される。しかしながら石川県下の男性介護者の実態は明らかにされていない。男性介護者をとりまく地域の介護環境は、全国一律ではなく地域格差も考えられ、地域の特徴を踏まえたエビデンスのある介護支援が求められている。

そこで、まず石川県下の訪問看護ステーションを対象に、訪問看護ステーション利用者を介護している男性介護者が実際に直面している介護実態と介護に対する意識を明らかにし、われわれが同

¹ 石川県立看護大学

² 神戸市看護大学

[§] コレスポンドイングオーサー

時に調査した地域包括・居宅介護支援事業所の男性介護者調査と関連して、地域で男性介護者を支援するプログラムを開発するための基礎調査を目的に行なった。

2. 方法

2.1 調査対象

石川県内すべての訪問看護ステーション 57 施設(2011年10月現在)の訪問看護ステーション(回答者は管理者)と、訪問看護を利用している要介護者を介護している男性介護者を対象とした。

2.2 調査期間

2011年10月15日～12月31日

2.3 調査方法

1) 用語の定義

本調査における男性介護者とは、訪問看護ステーションを利用している要介護者の主たる介護者が男性である場合とする。男性であれば利用者との続柄は問わない。以下では、妻を介護する夫を夫介護者、親を介護する息子を息子介護者とする。

2) 調査方法

郵送法自記式質問紙調査を実施した。研究協力の依頼文書を同封し、各訪問看護ステーション宛に郵送した。調査に協力が可能な場合には、返送をもって承諾を得たとした。

本調査は2段階となっている。まず訪問看護ステーションを対象に調査(調査票1:葉書)を行った。返答のあった訪問看護ステーションのうち、男性介護者実態調査票(調査票2)の仲介が可能な場合には、男性介護者に研究協力の依頼文書と調査票2を手渡ししてもらった。

2.4 調査項目

1) 訪問看護ステーション調査(調査票1:葉書)

①訪問看護ステーションの利用実人数(平成23年10月度)、②訪問看護ステーションを利用する要介護者を介護している男性介護者数、③訪問看護師からみた男性介護者の在宅介護支援ニーズ、④男性介護者へ調査票の手渡しに対する協力が可能か否か、についてアンケート調査を実施し、訪問看護ステーションの利用人数、男性介護者数は、実数を記載してもらった。

2) 男性介護者の実態調査(調査票2)

①男性介護者の属性(居住地域、年齢、職業の

有無、中途退職の有無、世帯状況、介護期間、通院状況)、②要介護者の属性(年齢、性、介護度、疾患名)、③男性介護者が介護を引き受けた動機、④男性介護者が困っている事、⑤在宅介護サービス利用状況、⑥更にどのようなサービスが必要か、⑦男性介護者にとって介護とは何かを調査した。調査項目の①から⑤については、アンケート調査を行い、該当しない場合には、その他の欄に記載を依頼した。調査項目の⑥は、支援サービスについてこのままでもよいか否かを選択し、誰かに手伝って欲しい、を選択した人には、さらにどのようなサービスがあったらよいかを自由記述してもらった。⑦に関しては、自由記載によりカテゴリー化し分類した。

2.5 集計方法

調査票1では、石川県における訪問看護ステーション利用者を介護している男性介護者の割合と、男性介護者の在宅介護支援ニーズを把握した。

調査票2では、訪問看護ステーション利用者との続柄を夫と息子に大別し、各項目を分析した。調査の集計と分析は、マイクロソフトオフィス Excel 2007 を使用した。

2.6 倫理的配慮

本調査は、石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した。同封した研究協力への依頼文書に、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、得られたデータは厳重に管理すること、調査目的以外に本調査を使用しないことを明記した。公表においては、回答者や男性介護者及び要介護者個人が特定されないように処理を行った。質問紙の返送をもって同意を得たと判断した。調査票1の葉書の返送は、記入後保護シールを貼って投函するように配慮した。

3. 結果

3.1 訪問看護ステーション利用者を介護している男性介護者の割合(調査票1)

57 施設中返送があったのは 26 施設(施設としての回収率 45.6%)であった。そのうち 1 施設は男性介護者数の記載がもれていたのを除外した。

25 施設の平成 23 年 10 月度訪問看護利用者総数は、1240 人であった。1 施設あたり平均利用者数(±標準偏差、以下同様)は 49.6(±20.2)人であった。男性介護者数は、合計で 182 人であり、1 施設あたり平均 7.3(±4.7)人であった。

以上より、訪問看護ステーション利用者を介護している男性介護者の割合は、14.7% (=182/1240)であった。

男性介護者調査は、ステーション調査で返送があった26施設のうち、協力が得られた男性介護者は、61人、回収率33.5% (= 61/182)であった。

そのうち男性介護者1人については、妻と母親を同時に介護しており、要介護者の状況が不明確のため除外し、有効回答は60人とした。

3.2 訪問看護師からみた男性介護者の在宅介護支援ニーズ

訪問看護師からみた男性介護者の在宅介護支援ニーズ(夫と息子の続柄別は不明)を表1に示す。50%を超えるものは、家事支援、知識・技術支援、情報サービス、相談・カウンセリングであった。

3.3 訪問看護ステーション利用者を介護している男性介護者調査(調査票2)

(1) 男性介護者の属性

男性介護者の属性を表2に示す。要介護者との続柄別では、夫介護者が40人(67%)、息子介護者が20人(33%)であった。夫介護者の年齢は、平均74.8(±9.6)歳、息子介護者の年齢は、平均62.0(±6.1)歳であった。

職業有りが21人(35%)、職業無しが39人(65%)であった。職業無しのうち中途退職者は6人(15.4%)で、その内訳は夫介護者で1名、息子介護者で5人であった。息子介護者20人中、職業無しは10人(50%)で、その半数(5人)を中途退職者が占めた。

世帯状況では、夫婦のみの世帯が全体で32人(53%)であり、このうち夫介護者が30人(夫介護者に占める割合は75%)を占めた。三世帯同

居世帯は、全体で9人(15%)であった。

(2) 男性介護者から介護を受けている要介護者の属性

男性介護者から介護を受けている要介護者の属性を表3に示す。要介護者の平均年齢は78.6(±11.9)歳、であった。夫から介護を受けている者の平均年齢は73.2(±10.4)歳であり、70歳代が多かった。息子から介護を受けている者の平均年齢は89.5(±5.2)歳であり、80歳代が多くを占めた。要介護者の性別は、女性が58人(97%)を占めた。要介護者の有する疾患(複数回答)で上位を占めたのは、脳血管障害18人(20%)、認知症16人(18%)、難病12人(14%)であった。夫から介護を受けている要介護者は、脳血管障害が多かった。

(3) 男性介護者が介護を引き受けた動機と男性介護者が困っている事(複数回答)

「男性介護者が介護を引き受けた動機」を表4に、「男性介護者が困っている事」を表5に示す。

男性介護者が介護を引き受けた動機は、「自分以外に見る人がいない」、「家族としての義務」、「当たり前・できることをする」が60%以上を占めた。夫介護者では、「子供の世話になりたくない」、「子供に迷惑をかけたくない」が多かった。

男性介護者が困っている事で上位を占めたのは、夫介護者と息子介護者共に、「自分の健康」、「将来の不安」であった。その他に、夫介護者では、「介護を代わってくれる人がいない」、「近所との付き合いが無い事」を挙げている者が多かった。息子介護者では、「家事」、「経済的なこと」、「自分の時間がない」、「外出ができない」ことを挙げる者が3割を超えた。

表1 訪問看護師からみた男性介護者の求める在宅介護支援ニーズ n=25

	あり		なし	
	n	%	n	%
家事支援	19	76	6	24
知識・技術支援	16	64	9	36
情報サービス	13	52	12	48
他の家族の協力	12	48	13	52
家族以外の協力	10	40	15	60
経済協力	5	20	20	80
介護物品	6	24	19	76
制度・政策の整備	8	32	17	68
当事者同士の交流	5	20	20	80
相談・カウンセリング	14	56	11	44
その他	2	8	23	92

表2 男性介護者の属性

		全体 n=60		夫 n=40		息子 n=20	
		n	%	n	%	n	%
地域							
	加賀	6	10	5	13	1	5
	石川中央	14	23	9	23	5	25
	金沢	12	20	8	20	4	20
	能登	28	47	18	45	10	50
年齢階級							
	40歳代	1	2	1	3	0	0
	50歳代	7	12	1	3	6	30
	60歳代	17	28	7	18	10	50
	70歳代	21	35	17	43	4	20
	80歳代	14	23	14	35	0	0
職業の有無							
	有り	21	35	11	28	10	50
	* 職種						
	勤め人	11	52	5	46	6	60
	自営業	8	38	4	36	4	40
	その他	2	10	2	18	0	0
	無し	39	65	29	73	10	50
	中途退職あり	6	15	1	3	5	50
	退職年齢52歳	2		0		2	
	56歳	2		1		1	
	57歳	1		0		1	
	62歳	1		0		1	
	中途退職なし	33	85	28	97	5	50
世帯状況							
	単独世帯	2	3	0	0	2	10
	夫婦のみの世帯	32	53	30	75	2	10
	夫婦と未婚の子の世帯	7	12	3	8	4	20
	ひとり親と未婚の子の世帯	8	13	0	0	8	40
	三世帯世帯	9	15	6	15	3	15
	夫婦と親の世帯	2	3	1	3	1	5
介護期間							
	回答あり	58		38		20	
	**介護年数						
	3年未満	15	26	10	26	5	25
	3～5年未満	13	22	8	21	5	25
	5～10年未満	17	29	10	26	7	35
	10年以上	13	22	10	26	3	15
	回答なし	2		2		0	
通院状況							
	通院有り	43	75	31	78	12	60
	治療中断	1	2	1	3	0	0
	通院無し	13	23	6	15	7	35
	不明	3	1	2	5	1	1

* 職種の%は職業有りに対する割合である

** 介護年数の%は回答有りに対する割合である

表3 男性介護者に介護されている要介護者の属性

	要介護者		要介護者を介護する男性介護者との間柄				
	全体 n=60		夫 n=40		息子 n=20		
	n	%	n	%	n	%	
年齢階級							
	40歳代	1	2	1	3	0	0
	50歳代	3	5	3	8	0	0
	60歳代	9	15	9	23	0	0
	70歳代	19	32	18	45	1	5
	80歳代	17	28	9	23	8	40
	90歳代	11	18	0	0	11	55
性							
	男性	2	3	0	0	2	10
	女性	58	97	40	100	18	90
介護度							
	要支援1	1	2	1	3	0	0
	要支援2	2	3	2	5	0	0
	要介護1	5	9	4	11	1	5
	要介護2	8	14	4	11	4	20
	要介護3	8	14	5	13	3	15
	要介護4	13	22	10	26	3	15
	要介護5	21	36	12	32	9	45
	介護認定無し	2	3	2	1	0	0
疾患名 (複数回答)							
	脳血管障害	18	20	16	28	2	6
	心臓病	6	7	2	4	4	13
	癌	8	9	4	7	4	13
	難病	12	14	9	16	3	9
	認知症	16	18	9	16	7	22
	糖尿病	10	11	6	11	4	13
	高血圧	6	7	3	5	3	9
	骨折	3	3	2	4	1	3
	その他	10	11	6	11	4	13

表4 男性介護者が介護を引き受けた動機

		全体 n=60		夫 n=40		息子 n=20	
		n	%	n	%	n	%
1. 自分以外に見る人がいない	はい	41	68	29	73	12	60
	いいえ	19	32	11	28	8	40
2. 家族としての義務	はい	44	73	32	80	12	60
	いいえ	16	27	8	20	8	40
3. よく世話になった	はい	16	27	10	25	6	15
	いいえ	44	73	30	75	14	85
4. 当たり前・できることをする	はい	44	73	31	78	13	65
	いいえ	16	27	9	23	7	35
5. 子供の世話になりたくない	はい	9	15	9	23	0	0
	いいえ	51	85	31	78	20	100
6. 子供に迷惑をかけたくない	はい	15	25	14	35	1	5
	いいえ	45	75	26	65	19	95

表5 男性介護者が困っている事（複数回答）

		全体 n=60		夫 n=40		息子 n=20	
		n	%	n	%	n	%
1. 家事	有り	15	25	9	23	6	30
	無し	45	75	31	78	14	70
2. 介護知識や技術	有り	20	33	15	38	5	25
	無し	40	67	25	63	15	75
3. 情報不足	有り	7	12	4	10	3	15
	無し	53	88	36	90	17	85
4. 経済的なこと	有り	16	27	10	25	6	30
	無し	44	73	30	75	14	70
5. 地域・近所との付き合いがない	有り	6	10	6	15	0	0
	無し	54	90	34	85	20	100
6. 介護を代わりにしてくれる人がいない	有り	23	38	18	45	5	25
	無し	37	62	22	55	15	75
7. 悩みを相談する相手がいない	有り	7	12	5	13	2	10
	無し	53	88	35	88	18	90
8. 友人・親戚付き合いがない	有り	5	8	2	5	3	15
	無し	55	92	38	95	17	85
9. 自分の時間がない	有り	17	28	11	28	6	30
	無し	43	72	29	73	14	70
10. 外出が出来ない	有り	18	30	11	28	7	35
	無し	42	70	29	73	13	65
11. 気が休まらない	有り	15	25	11	28	4	20
	無し	45	75	29	73	16	80
12. 介護ストレスが溜まっている	有り	17	28	12	30	5	25
	無し	43	72	28	70	15	75
13. 自分の健康	有り	31	52	20	50	11	44
	無し	29	48	20	50	9	56
14. 将来の不安	有り	26	43	19	48	7	35
	無し	34	57	21	53	13	65
15. その他	有り	1	2	1	3	0	0
	無し	59	98	39	98	20	100

(4) 在宅介護サービス利用状況・更にどのようなサービスが必要か・男性介護者にとって介護とは何か

「在宅介護サービス利用状況」を表6に示す。在宅介護サービス利用は、訪問看護以外に介護用品65%、ヘルパーサービス（身体介護）53%、訪問診察47%、訪問入浴サービス33%の順に多かった。デイケアサービスは、夫介護者に多く利用され、息子介護者はヘルパーサービス（家事介護）の利用が少なかった。

利用が少ないサービスは「配食サービス」、全く利用されていないサービスは「訪問薬剤指導」であった。

「更にどのようなサービスが必要か」を表7に示す。全体で88%の男性介護者は「このままでも良い」と答えた。「誰かに手伝って欲しい」と答えた者は全体で6人（12%）であり、その内訳

では夫介護者が5人と多かった。この夫介護者5人の介護期間は、5年未満が4人、5年以上が1人であった。「誰かに手伝って欲しい」と回答した者の自由記述回答には、「家政婦のように半日でも来て家事を手伝って欲しい」、「弁当の配達や食事を用意してくれるサービスがあると栄養面で安心できる」、「全部手伝って欲しい」、「経済面で心配しなくても利用できたらよい」、「特別養護施設を作って欲しい」、「入退院を繰り返さないように在宅で栄養指導や保健指導の充実が必要である」、「夜勤しながらの介護であり、日中は仮眠、介護、買い物、家事で一杯である。介護教室やサロンに出かけられない」、「急な用事の時、ショートステイの利用ではなく、在宅で介護を代わりにしてくれる人が欲しい」などが挙げられた。

「男性介護者にとって介護とは何か」に対する回答を表8に示す。12のカテゴリーに分類され、

全体で「当たり前」が49%、「義務」4%、「当たり前であり義務」が7%と全体の6割を占めた。

4. 考察

4.1 訪問看護師が捉える男性介護者のニーズ

訪問看護師からみた男性介護者の在宅介護支援ニーズは、あくまでも訪問看護師を通じたニーズの把握である。この限界はあるものの、長期間にわたり男性介護者と関わっている訪問看護師だからこそ捉えられることも多く、ある程度の妥当性があると考えられる。

訪問看護師は、男性介護者のニーズとして「家事支援」と「知識や技術の支援」を捉えていた。家事に関連する課題として石橋¹¹⁾は、男性は日常的な家事、介護に必要な知識や体験は乏しく、女性が介護する場合と違う認識や行動を起こすと述べている。家事や介護スキルのバラツキやスキル獲得のための支援が決定的に不足しているとも指摘されている¹¹⁾。おむつ交換などの排泄の援助、入浴などの清潔の援助は、男性介護者が戸惑いを

生じやすいという報告も多い^{5, 11-14)}。このように、男性介護者に対しては家事や介護方法の工夫などを伝え、男性介護者が知識や技術を得て、安心して介護を継続できるような支援が必須である。

さらに、「各種の情報サービス」のニーズが高いと捉えられていた。大木¹⁵⁾は多胎児家庭の支援において、包括的な支援を考えるのであれば、「情報が行き届かない家庭」、「情報があっても活用できないでいる家庭」を積極的に減らす努力が大切であると述べている。思いがけないきっかけで、急速に介護生活が破綻する危険性が高い男性介護者に対しても同様のことがいえる。主たる介護者が夫や息子である家庭への情報提供を徹底することが必要である。

さらに、「相談・カウンセリング」のニーズも高いと捉えられていた。これまで、男性介護者の傾向として情緒的な支援を求めないことが報告されている^{2, 5, 16)}。津止ら²⁾は、「男性介護者は、事実や結果といった情報交換を中心とするレポート・トークに傾斜しがち」、「自分の感情を表現し、

表6 男性介護者から介護を受けている要介護者の在宅介護サービス利用状況（複数回答）

		全体 n=60		夫 n=40		息子 n=20	
		n	%	n	%	n	%
1. 介護用品	有り	39	65	25	63	14	70
	無し	21	35	15	38	6	30
2. ヘルパーサービス（家事）	有り	18	30	13	33	5	25
	無し	42	70	27	68	15	75
3. ヘルパーサービス（身体介護）	有り	32	53	21	53	11	55
	無し	28	46	19	48	9	45
4. 訪問看護	有り	60	100	40	100	20	100
	無し	0	0	0	0	0	0
5. デイサービス	有り	25	42	15	38	10	50
	無し	35	58	25	63	10	50
6. デイケアサービス	有り	11	18	10	25	1	5
	無し	49	82	30	75	19	95
7. 訪問リハビリサービス	有り	12	20	11	28	1	5
	無し	48	80	29	73	19	95
8. ショートステイサービス	有り	10	17	7	18	3	15
	無し	50	83	33	83	17	85
9. 訪問診察（往診）	有り	28	47	17	43	9	45
	無し	32	53	23	58	11	55
10. 訪問薬剤師指導	有り	0	0	0	0	0	0
	無し	60	100	40	100	20	100
11. 訪問入浴サービス	有り	20	33	13	33	7	35
	無し	40	67	27	68	13	65
12. 配食サービス	有り	2	3	1	3	1	5
	無し	58	97	39	98	19	95
13. 移送サービス	有り	7	12	5	13	2	10
	無し	53	88	35	88	18	90
14. 住宅改修	有り	8	13	5	13	3	15
	無し	52	87	35	88	17	85

表7 更にどんなサービスや支援があったらよいか

	全体 n=60		夫 n=40		息子 n=20	
	n	%	n	%	n	%
回答あり	50		36		14	
1. このままでもよい	44	88	31	86	13	93
2. 誰かに手伝って欲しい	6	12	5	14	1	7
無回答	10		4		6	

*%は回答ありに対する割合である。

表8 男性介護者にとって介護とは何か

カテゴリー	全体 n=60		夫 n=40		息子 n=20	
	n	%	n	%	n	%
回答あり	45		29		16	
1. 当たり前	22	49	12	41	10	63
2. 当たり前であっても支援が無いと出来ない	1	2	0	0	1	6
3. 義務	2	4	2	7	0	0
4. 当たり前であり義務である	3	7	2	7	1	6
5. 勉強をさせてもらっている(医療・福祉・人生勉強)	1	2	1	3	0	0
6. できる事をする	3	7	2	7	1	6
7. 仕方がない	5	11	4	14	1	6
8. 生きがい	3	7	2	7	1	6
8. 元気になってほしい	1	2	1	3	0	0
9. 日常生活	1	2	1	3	0	0
10. 長男として介護をしたいと言いつ聞かせている	1	2	0	0	1	6
11. 家族の一員だから	1	2	1	3	0	0
12. 介護に来てもらって安心・ありがたい	1	2	1	3	0	0
無回答	15		11		4	

同時に相手の感情を共有するというラポート・トークを不得手とする場合が多い」と述べている。このような男性介護者の特徴を踏まえながら、孤立に追い込まれないような支援を行う必要がある。孤立を防ぐためには、男性介護者同士の交流も有効であろう。しかし、男性介護者が交流の場に出向くことは容易ではない^{11,17)}。このような男性介護者の特徴を理解し、男性介護者が興味を持つような技術的支援を組み合わせ、交流の場に参加できるように関わっていくことが必要である。

4.2 訪問看護ステーション利用者を介護する 男性介護を取り巻く状況

訪問看護ステーション利用者の介護度は要介護4と要介護5を合わせると59%であった。重症度の高い要介護者が訪問看護を利用しながら、在宅で療養している実態が明らかとなった。しかも、在宅での療養期間は5年以上と継続している者が多かった。ヘルパーサービス(身体介護)、デイサービス、訪問入浴サービスの利用も多く、これらのサービスを複数組み合わせることで介護を継続して

いた。一方、「配食サービス」と「訪問薬剤指導」は利用が少ないか、または全くなく、情報が十分に浸透していなかったり、過疎地では近くにサービスがなかったり不便な状況も伺われ、今後の課題である。

夫介護者は平均年齢が高く、多くが通院治療を受けていた。世帯構成も夫婦のみの世帯が75%を占めていた。このように、夫介護者は本人自身が健康課題を抱え、しかも夫婦のみの高齢世帯である場合が多い。したがって、老老介護に対する地域ぐるみの見守り体制をさらに強化する対策が必要であると言える。

息子介護者は、50歳代と60歳代の有職者が半数を占めた。職業が無い息子介護者10人の半数は、50代途中で介護のために中途退職をしていた。息子が介護を担う場合には、介護と就業の両立という課題がある。今回の実態調査では、息子介護者はデイサービスの利用は多いが、ヘルパーサービス(家事介護)の利用が少なく、自分ひとりで家事と介護を担いながら、就業も継続している様子が伺えた。池田¹⁸⁾は、介護休暇は退職を

回避する重要な支援策である。しかし年次有給休暇や欠勤で対応した後、仕事と介護との両立が難しくなり退職するケースも多いと指摘する¹⁸⁾。働く男性の介護休暇取得の推進、男性でも家事サービスを受けやすくするための地域社会への啓発も必要となるだろう。

4.3 訪問看護ステーション利用者を介護する 男性介護者の意識

今回の調査では、男性介護者は介護を引き受けた動機について「義務」、「当たり前」が6～7割を占めた。夫介護者では「子供の世話になりたくない」、「子供に迷惑をかけたくない」が多く、介護を夫婦間で捉える姿勢があることが伺えた。しかし、男性介護者は現状のサービスに対して12%は「このままでは、やっていけない」という限界の気持ちを夫介護者で介護期間が5年未満の人が抱いていた。特に介護期間の短い夫介護者には、介護認定の初期から関わりを持ち、介護困難に陥らないように介護技術や介護サービス利用、情報提供など個別支援が必要である。

介護を当たり前・義務と捉えて介護を実践している男性介護者は、伝統的家族観を尊重し、悩みを表出せずに閉鎖的な介護生活に陥りやすい¹⁹⁾。関わるケア提供者は、男性介護者の義務感をやわらげ、不安や支援のニーズを的確に捉え、その時々のお気持ちに沿ったきめ細かなケアを提供していくことが求められる。

夫介護者の困っている事では、「自分の健康」と「将来に対する不安」以外に、「介護を代わりにしてくれる人がいない」、「近所との付き合いが無い事」が多い傾向にあった。前述したように、夫介護者の場合は高齢の夫婦のみの世帯が多い。彼らが困っている「近所との付き合いが無い事」に対して、近隣の住民の積極的な取り組みが急務であると考えられる。

息子介護者が困っている事では、「家事」、「経済的なこと」、「自分の時間がない」、「外出ができない」ことが挙げられ、前述したように就業や家事の課題は大きい。齊藤¹¹⁾は、男性介護者の健康や介護生活上のリスクを軽減し、介護の質的向上を図るためには、介護者家族間の相互関係や多様な家族支援のあり方、第三者による支援の拡充が重要であると指摘している。細かな日常サービスの提供の見直しや、ショートステイの利用を促進し、一時的にでも十分休養がとれるレスパイトケアを勧めていくことも重要である。

介護とは何かの問いに対する自由記載の中には、「もっと元気になり、家庭や社会に奉仕をしたい」、「デイサービス、ヘルパーサービス、訪問看護を受けているので安心である」、「在宅生活では、介護を通じて社会参加、コミュニケーション、医療や福祉の勉強をさせてもらっている」などの意見もみられた。男性介護者の中には、介護を課題ばかりの負と捉えるのではなく、介護を生きがいと捉え、夫婦の絆や親子の絆を深める好機と捉える者も少なくないだろう。男性介護者が地域で孤立せず、介護を抱え込まないように、男性介護者の存在を広く認識してもらうことや、男性介護者自身のQOLの向上を目指していく支援が求められる。

5. 本研究の限界と課題

本調査は、訪問看護ステーション利用者を介護している男性60人の調査結果であり、男性介護者全ての意識としての一般化は難しい。しかし、介護をしている当事者の意識を反映したりアリティのある結果という捉え方もできる。

今後は、さらにどのような支援策が必要であるかについて、県全体を対象とした男性介護者に対する実態調査、地域別の分析、女性介護者との比較が必要である。

6. 結論

高齢化と世帯の縮小に伴う家族介護力の低下は今後も進行することが予想され、家族介護者支援はますます重要となる。その中で、近年急増した男性介護者に対する支援は、今日的な課題である。これまで介護の中心的役割を担ってきた女性介護者との類似点と相違点を知ったうえで、健康支援、知識・技術を含む情報サービスの提供、男性介護者同士の交流の場の提供など、男性介護者の介護環境を着実に整えていくことが求められる。

謝辞

本研究にご協力を頂いた訪問看護ステーションの皆様と男性介護者の皆様にお礼を申し上げます。この研究は、公益財団法人勇美財団の平成22年度後期研究助成金（代表金川克子）を受けて実施したものである。

利益相反

本なし

引用文献

- 1) 平成 22 年国民生活基礎調査：厚生労働省統計情報白書；www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tya10/
- 2) 津止正敏, 斉藤真緒：男性介護者白書. 家族介護者への提言, かもがわ出版, 2007.
- 3) 小松みどり, 寺島陽子, 中村妙子ら：在宅での男性介護者の実態と支援方法の検討. 長野赤十字病院医誌, 24, 60-65, 2019.
- 4) 馬庭恭子：男性介護者の現状と今後のあり方. 保健の科学, 38 (8), 538-541, 1996.
- 5) 一瀬貴子：在宅痴呆高齢者に対する老老介護の実態とその問題—高齢男性介護者の介護実態に着目して—. 家政学研究, 48 (1), 28-37, 2001.
- 6) 羽根 文：介護殺人・心中事件にみる家族介護の困難とジェンダー要因—介護者が夫・息子の事例から—. 家族社会学研究, 18, 27-39, 2006.
- 7) 長澤久美子, 飯田澄子：男性介護者の介護継続要因. 家族看護学研究, 14 (1), 58-67, 2008.
- 8) 平成 22 年度高齢者虐待防止, 高齢者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況に関する調査. www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001wdhq.html
- 9) 平成 23 年度石川県高齢者虐待の状況：石川県健康福祉部長寿福祉課；www.pref.ishikawa.lg.jp
- 10) 厚生労働省中央医療社会保障審議会 2011 年 11 月 11 日 資料, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f-att/2r9852000001uo71.pdf#search='厚生労働省%20訪問看護'>
- 11) 石橋文枝：在宅看護における家族介護の対人認知に関する研究—男性介護者の対人認知に関する実態—. 藍野学院紀要 16, 74-79, 2002.
- 12) 斉藤真緒：男性が介護するということ—家族・ケア・ジェンダーのインターフェイス—. 立命館産業社会論集, 45 (1), 171-184, 2009.
- 13) 川野英子, 平野美保, 鳥居央子：男性介護者が主介護者である家族への生活力向上を目指した支援. 家族看護学研究, 13, 150-157, 2008.
- 14) 市森明恵, 大下真以子, 北島麻美ほか：男性介護者が抱く排泄ケアへの抵抗感と排泄ケアの実施を受け入れる思い. 日本地域看護学会誌, 6:28-37, 2004.
- 15) 大木秀一：多胎児家庭支援の地域保健アプローチ, 東京, ビネバル出版, 183-199, 2008.
- 16) 斎藤真緒：日本における男性介護者支援の課題—「男性介護者と支援者の全国ネットワーク」の取り組みから—. 生活協同組合研究, 8 :41, 2009.
- 17) 小林 彩：在宅高齢者介護をする男性たち—女性介護者との比較による検討—. 臨床発達心理学研究, 8, 27-44, 2009.
- 18) 池田心豪：ワーク・ライフ・バランスに関する社会学的研究とその課題—仕事と家庭生活の両立に関する研究に着目して—. 日本労働研究雑誌, 599, 20-31, 2010.
- 19) 春日キスヨ：変わる家族と介護. 講談社, 5-74, 2010.

A Field Survey on Male Caregivers at Home-Visit Nursing Care Stations

Sachie SUZUKI, Kiyomi HIKO, Katsuko KANAGAWA,
Kazuko ISHIGAKI, Syuichi OOKI

Abstract

The purpose of this survey is to figure out the actual condition of male caregivers and understand their awareness for care. We sent questionnaires by mail to 57 home-visit nursing station in Ishikawa prefecture and their user's caregivers. We received from 25 nursing stations and 60 male caregivers. The ratio of male caregivers is 14.7% of the caregiving persons who take care of home-visit nursing stations' users. Among the levels of care needed for the caregivers, Care level 4 and Care level 5 added up to 58.6%. Male caregivers in this study had more than five years of experience in a home environment, 75% of which experienced health-related anxieties and received medical treatment. Furthermore, 15% of the total lived in families comprising of three generations sharing a household. It became apparent that in such cases the husband caregiver or the son caregiver would retire from their caregiving careers midway so that they could provide long-term care to their families. Out of this total, 88% acknowledged that long-term care is an obvious duty, but 12% also responded that it is necessary to receive some measure of support. In order to create a successful environment for male caregivers, it is necessary to get them involved at an early stage of long-term care. Providing at-home support is essential, including help with housework, knowledge, technical help, information services, consultation, and counseling. It is crucial to provide detailed support measures in the community to improve the quality of life (QOL) of male caregivers.

Keywords son home-visit nursing stations, male caregivers, husband caregivers, son caregivers, at-home support

報告

韓国と日本における保健所の機能と 看護職の役割についての考察

塚田久恵¹, 石垣和子¹, 辻村真由子², 都筑千景³, 金川克子³

概要

韓国における保健所の機能と公衆衛生における看護職の役割について現地調査及び文献検討をした。韓国の公衆衛生は、日本と同様、保健所を中核施設として始まり、発展してきた。日本の保健所が主な対人支援機能を市町村に移管し、企画調整や指導研修機能に転換したのに対し、韓国では今日でも保健所が診療機能の保有、保健支所の配置、農漁村では看護職が保健診療員として一次医療を担っている。一方、韓国は、急激な高齢化と、生活習慣病の増加により国民医療費が急増している。そこで、国民健康増進法、地域保健法を制定し、保健所機能の拡大、地域保健を担う看護職の専門化に取り組んできた。さらに、2010年から保健教育を担う保健教育師の養成を開始し、2012年8月には地域保健法改正案を立法予告して保健所の機能を再編強化する方針を打ち出している。今後、韓国の保健所において、企画調整、情報管理などが法的に付加されることにより、益々機能が強化されると考える。

キーワード 韓国, 日本, 保健所, 公衆衛生, 看護職

1. はじめに

日本に保健所法が制定され、保健所が設立されたのは1937(昭和12)年である。日本の地域における保健事業は、保健所を中核施設として推進されてきた。韓国においては、1956年に保健所法が制定され、防疫行政と救護行政が行われていたが、その後、急激な人口増加と疾病構造の変化や住民ニーズに対応するため、法改正を重ねながら、保健所の機能と業務が見直されてきている。そして、時代の変遷とともに、保健所で働く看護職の役割も見直されてきている。

このたび、2012年3月に大韓民国(韓国)慶尚南道泗川市の泗川市保健所(Sacheon Public Health Center)、河東郡の河東郡保健所(Hadong Public Health Center)及び、保健所看護師の訪問事業、医師確保が困難な地域である晋州市(Jinju)と南海郡(Namhae)にあり、Primary Health Care Post(PHCP)と呼ばれる保健診療所とそこに配置されている保健診療員(Community Health Practitioner)の現状を視察する機会を得た。

本研究は、現地調査により得られた情報と文献

研究により、日本と韓国における保健所の機能、看護職の役割を比較するとともに、我が国の保健所の機能とそこで働く看護職の役割について再考する機会とする。

2. 研究方法

対象文献は、1)医学中央雑誌WEB版(1992～2012年)において、「韓国」と「看護」のキーワードの掛け合わせ検索で得られた307件、Pubmed(1992年～2012年)において「korea」と「Public Health Center」,「nurse」のキーワードの掛け合わせ検索で得られた35件のうち、文献のタイトルおよび抄録の内容により、韓国の保健事業、保健所および公衆衛生に携わる看護職に関する記載があるもの25件を選択した。また、韓国の社会保障制度や公衆衛生に携わる情報は、国内で入手可能な報告書、書籍、およびインターネットから情報収集した。

現地調査は、2012年3月に大韓民国(韓国)慶尚南道にある泗川市保健所と河東郡保健所の現状、河東郡保健所の看護師による訪問事業、そして、医師確保が困難な地域である晋州市と南海郡にある保健診療所とそこに配置されている保健診療員の現状について実施した。なお、対象施設に対して、韓国慶尚大学を通して、交渉及び調整を

¹ 石川県立看護大学

² 千葉大学

³ 神戸市看護大学

行い、施設代表者の了解の下、調査を実施した。

分析方法は、現地調査で得られた情報と該当文献の「保健所」、「保健衛生」および「公衆衛生」に関する記述箇所から得られた情報を、地域看護の視点で整理した。

なお、韓国の泗川市保健所と河東郡保健所は、韓国の地域保健法設置基準に基づき、自治体である市・郡・区に1か所配置されている保健所の1つである。そして、韓国の保健所と比較検討するために、日本の地域保健法設置基準に基づき人口30万人以上に1か所設置されている保健所として、石川県の県型保健所を代表例に挙げた。

3. 結果

3.1 韓国と日本における保健所設置の背景と機能について

以下、文献調査の結果を中心に述べる。

(1) 保健所の設置

戦後の解放直後に、米軍庁法令により韓国ソウルに模範保健所が設立されたのは1946年である。韓国戦争後の1953年に、国際連合の援助で15か所の保健所と471か所の国民医療法による保健診療所が設立され、1955年には、16か所の保健所と515か所の保健診療所に増え、防疫行政と救護行政が行われた。

1956年に保健所の設置と事業運営及び市・道立保健所の職制を定めた保健所法が初めて制定され、1958年に保健所法施行令が公布された。1962年に保健所法が全面改正され、今日の市・郡保健所が誕生し、13種類の業務が規定された。1991年の保健所法改正では、保健支所の設置根拠が規定され、保健所の業務が補完された。1995年には、保健所法が地域保健法 (Regional Public Health Act) に切り替えられた¹⁾。

日本に保健所法が制定され、保健所が設立されたのは1937 (昭和12) 年である。日本の地域の保健事業は、保健所を中核施設として推進されてきたが、その活動の中心は、結核対策と並び、母子保健事業の充実、強化であった。戦後、GHQが発出した覚書「保健所機能の拡充強化に関する件」に基づき、1947 (昭和22) 年に保健所法の全面改正がなされ、保健所は、概ね人口10万人に1か所を目処に整備が図られていくこととなった。1994 (平成6) 年に、保健所法に代わって地域保健法が制定され、主な事業が保健所から市町村に移管されることになった²⁾。

保健所の設置基準は、現在30万人以上であ

る^{3,4)}。

2010年の韓国の保健所数は253、保健支所は1,294である¹⁾。2012年4月現在の日本の保健所数は、都道府県立372、政令市 (69市) 立100、特別区 (23区) 立23、合わせて495か所であり、保健所支所は、都道府県立50、政令市 (69市) 立27、特別区 (23区) 立31で、合わせて108か所である⁵⁾。

(2) 急激な高齢化

韓国は、韓国統計庁 (2011年高齢者統計) によれば、2000年に65歳以上の老年人口が7.2%になり、すでに高齢化社会に入った。2018年には14.3%に達し、高齢社会に入り、2026年には20.8%になり、超高齢社会に入ると推計している⁶⁾。65歳以上の老年人口の割合が7%から14%に到達する年数が世界一早かった日本の24年より、さらに早い18年と発表している³⁾。

(3) 国民健康増進法の制定

韓国は、1970年頃には急激な人口増加を迎え、近年、急激に高齢化が進んでいる。また、介護保険制度など保健医療施策に関して、日本と非常に共通した点が多い。さらに、疾病構造の変化により国民医療費が急増している。そこで、1995年に国民健康増進法 (National Health Promotion Act) を制定し、自ら健康に関する基礎知識を高め「自分の健康は自ら責任をもつ」とする認識を高め、実践する国民運動が展開されている⁷⁾。

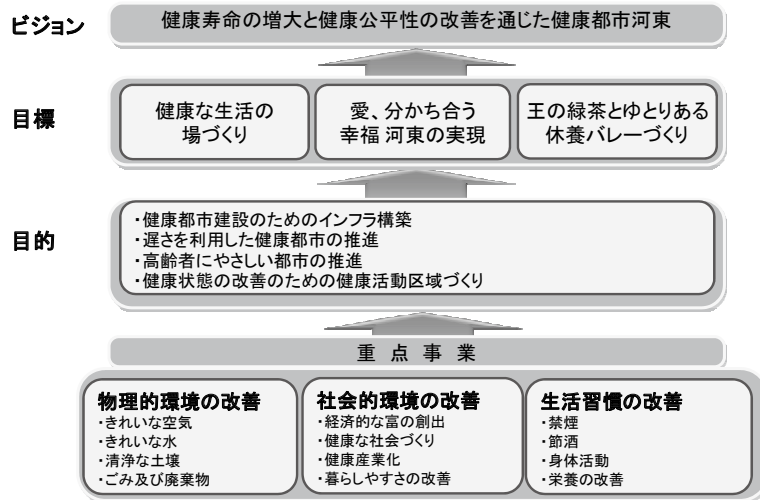
日本においても、人口の高齢化が進む中、生活習慣病の患者数、死亡数の顕著な増加という動向を踏まえ、2002 (平成14) 年に健康増進法が制定され、「健康日本21」による国民健康づくり運動の推進が図られた。

現地調査した河東郡保健所 (2012年1月現在) の人口は53,390人、65歳以上高齢者人口比率は25.1%である。「健康寿命の増大と健康公平性の改善を通じた健康都市河東」の実現を目指した5か年計画 (2012年-2016年) が作成され、「河東郡健康都市事業」が展開されている⁸⁾。事業の目標、目的、重点事業は、図1のとおりである。そして、5か年計画には、具体的な取り組みとして7分野33項目の小課題が挙げられている。「健康づくりや疾病予防」に関するものは、図2のとおりであるが、福祉、物理的な環境、健康都市のインフラなど幅広い分野にわたっている。

(4) 地域保健法の制定

韓国の国民運動は、民間団体が主に行っている。しかし、一次、二次、三次予防活動を効果的に推

ビジョン、目標、目的及び重点事業



出典：延世大学医療福祉研究所ナム・ウヌ：「健康都市河東の発展」
5 年計画樹立のための学術サービスプロジェクトー最終報告書一. 河東保健所, 3, 2012.

図1 「健康都市河東の発展」5 年計画

1. 事業の広報	1. 予防接種の広報
	2. 健康都市の広報
2. 疾病の予防	3. 5 大がん早期発見事業の活性化
	4. 老年期退行性関節炎の予防
	5. 高血圧及び糖尿病予防事業
	6. 心臓血管疾患予防事業
	7. 感染症のない防疫都市づくり
	8. 健康検診後の健康教育の実施
3. 健康産業	9. 環境に優しい農産物の認証
	10. 空き家を活用した農村文化体験
	11. 健康長寿産業の育成 (シルバータウンの建設)
	12. エコ・ヒーリング・シティ (医療観光の活性化)
4. 生活習慣と生活の場の接近	13. 健康増進病院事業
	14. 健康な食堂づくり
	15. 健康な職場づくり
	16. 農村健康長寿村づくり
	17. 健康な島づくり事業
	18. 映画館・音楽会その他の文化施設の設置
	19. 健康な学校づくり

出典：延世大学医療福祉研究所ナム・ウヌ：「健康都市河東の発展」5 年計画樹立のための学術サービスプロジェクトー最終報告書一. 河東保健所, 3, 2012.

図2 「健康都市河東の発展」5 年計画の小課題

進するためには、保健所の指導が必要とされるため、1995年に地域保健法を制定して、保健所の機能を拡大した。2002年には、「国民健康増進総合対策2010(Health Plan2010)」を作成し、糖尿病などの生活習慣病を予防、管理する国家戦略を樹立し、運用している。健康増進事業の推進機関は保健所であり、健康生活実践事業を主として推進している^{1, 9, 10)}。

日本では、住民により身近なところで、コミュニティの実情に応じて、地域保健活動を展開していくため、1994(平成6)年に、保健所法に代わる地域保健法が制定され、主な事業が保健所から市町村に移管されることになった。さらに、2008(平成20)年には、高齢者医療確保法が制定され、医療費適正化を推進するため、老人保健法による市町村の保健事業が廃止され、医療保険者による特定健診、特定保健指導が義務づけられた^{2, 4)}。

日本の公衆衛生制度は、世界に例のない人口の高齢化に直面し、様々な改革がなされてきた。国主体から都道府県、市町村主体へ移行し、自治体の権限の強化が図られた。

(5) 国家資格を有する保健教育師の養成

韓国では、健康増進法に基づく、国家資格を持つ保健教育師(Health Education Specialist)が2010(平成22)年から養成されている。この保健教育師は、保健教育の内容を中心に保健教育プログラムの企画・運営・評価などを行う専門人材であり、大統領令が定める国民の健康増進事業関連法人または団体等で採用され、保健教育の担い手となっている¹¹⁾。

(6) 保健所機能の見直しと再編

2012年8月31日に韓国保健福祉部は、保健所の機能を健康増進を中心に再編し、自治体の健康政策の策定・実行の自律性を確保することなどを目的とする地域保健法改正案を立法予告した¹¹⁾。今回の地域保健法改正案の概要は次のとおりである。

①保健所の機能を健康増進、疾病予防、管理を中心に改編する。具体的には、保健所を診療と保健事業の実施などサービス提供者としての役割に重点を置いた機関から、地域社会の健康問題を把握し、行政機関や民間の様々な資源を調整・連携して健康政策を企画する総括管理機関として位置づけるとともに、保健所の中核機能を「地域保健医療政策の企画」、「保健医療資源の管理と地域社会の関連機関との協力体制の構築」、「健康に配慮した社会的・物理的環境の造成」、「住民の健康増

進、疾病の予防・管理のための地域保健医療サービスの提供」と規定する。

②保健所の下部機関である保健支所は、地域の状況に応じ、「保健支所」と「住民健康増進センター」に類型を細分化する。現在、邑・面・洞(日本の市町村内の町に相当)単位で設置することができる保健支所は、病気の治療など医療サービスを主に提供している。しかし、都市部にある保健支所は、民間医療機関へのアクセスが良く、病気の治療よりも健康管理に対する住民のニーズが高いため、保健支所の機能や設置基準などが地域の環境に適合しなくなっているという問題がある。そこで、保健機関の種類に、健康生活の実践と病気の予防など健康増進サービスを専門に担当する「住民健康増進センター」を追加して、各自治体が地域の環境や住民のニーズに応じて、能動的に保健機関の機能を切り替えることができる環境を用意する。一方、まだ医療機関が十分でない農漁村などは現行どおり保健支所を維持し、診療を含むすべての保健医療サービスを提供できるようにすることなどを規定する内容になっている。

(7) 保健所の機能

韓国の保健所の機能は、表1のとおり、地域保健法第9条に「1. 国民の健康増進・保健教育・口腔の健康及び栄養管理事業、2. 伝染病の予防・管理及び診療、3. 母子保健及び家族計画事業、4. 老人保健事業、5. 公衆衛生及び食品衛生、6. 医療者及び医療機関に対する指導等に関する事項」など、16項目が掲げられている。設置基準は、自治体である市・郡・区に1か所設置され、診療機能を有する公衆衛生の機関と位置づけている。また、下部組織として、邑・面・洞(日本の市町村内の町に相当)レベルに保健支所が設置されている^{9,12,13)}。

日本の保健所の機能は、表1のとおり、地域保健法第6条「保健所の事業の必須事業」として、「1. 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項、2. 人口動態統計、その他の地域保健統計に関する事項、3. 栄養の改善及び食品衛生に関する事項」など、14項目が定められており、これらの「企画、調整、指導及びこれらに必要な事業を行う」となっている。また、第7条「保健所の事業の任意事業」として、必要があるときは、「1. 地域保健に関する情報の収集、整理、活用、2. 地域保健に関する調査、研究」など4項目の事業ができることが定められている。そして、第8条「保健所の援助」として、「都道府県が設置する保健

表1 韓国と日本の看護職が配置されている公衆衛生関係機関の設置基準及び事業内容等

		韓 国	日 本
保健所	設置基準	自治体である市・郡・区に1か所設置（地方など病院がない郡地域の診療機能を補強する目的で、20～40床の医療施設を確保）	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県，政令で定める市，特別区が設置 保健医療と社会福祉施設の有機的な連携を図るために医療法，老人福祉法，老人保健法に規程する区域を考慮して所管区域を設定 保健所設置の指定基準は，人口30万人以上
	根拠法	保健所法（1956年） 保健所法改正（地域保健法第7条）（1995年） 公共保健医療に関する法律（2000年）	旧保健所法（1937年） 保健所法（1947年） 保健所法改正（地域保健法第5条）（1994年）
	事業内容	<p>第9条〔保健所の業務〕</p> <p>1. 国民の健康増進・保健教育・口腔の健康及び栄養管理事業，2. 伝染病の予防・管理及び診療，3. 母子保健及び家族計画事業，4. 老人保健事業，5. 公衆衛生及び食品衛生，6. 医療者及び医療機関に対する指導等に関する事項，7. 医療技師・医務記録者及び眼鏡師に対する指導等に関する事項，8. 救急医療に関する事項，9. 農漁村等の医療のための特別措置法による公衆衛生医師・保健院及び保健診療所に対する指導等に関する事項，10. 薬剤師に関する事項及び麻・向精神性医薬品の管理に関する事項，11. 精神保健に関する事項，12. 家庭・社会福祉施設等を訪問して行う医療事業，13. 地域住民に対する診療，健康診断，慢性退行性疾患等の疾病の管理に関する事項，14. 保健に関する実験又は検査に関する事項，15. 障害者のリハビリテーション事業その他保健福祉部令に定める社会福祉事業，16. その他地域の住民の保健医療の向上・増進及びそのための研究等に関する事業</p>	<p>第6条〔必須事業〕</p> <p>以下の事業の企画，調整，指導，実施</p> <p>1. 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項，2. 人口動態統計，その他の地域保健統計に関する事項，3. 栄養の改善及び食品衛生に関する事項，4. 住宅，水道，下水道，廃棄物の処理，清掃，その他の環境の衛生に関する事項，5. 医事及び薬事に関する事項，6. 保健師に関する事項，7. 公共医療事業の向上及び増進に関する事項，8. 母性，乳幼児，老人の保健に関する事項，9. 歯科保健に関する事項，10. 精神保健に関する事項，11. 治療方法が確立していない疾病その他の特殊疾病により長期療養を必要とするものの保健に関する事項，12. エイズ，結核，性病，伝染病その他の疾病の予防に関する事項，13. 衛生上の試験及び検査に関する事項，14. その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項</p> <p>第7条〔任意事業〕</p> <p>必要があるときは，以下の事業を実施，1. 地域保健に関する情報の収集，整理，活用，2. 地域保健に関する調査，研究，3. 歯科疾患，その他の厚生労働大臣が指定する疾病の治療，4. 試験検査の実施及び試験検査施設を利用させること</p> <p>第8条〔保健所の援助〕</p> <p>都道府県が設置する保健所は，市町村相互間の連絡調整を行い，市町村の求めに応じ，技術的助言，市町村職員の研修その他必要な援助を実施</p>
	責任者	地域保健法による医師の免許を持った者，または，保険医務職群の公務員を任用する．その場合は5年以上勤めた経験を有する者の中から任用する．	医師であって，かつ，3年以上公衆衛生の実務に従事した経験がある者であるか，国立保健医療科学院の専門課程（1年コース）を修了した者であるか，その有する技術または経験が前二者に匹敵するものでなくてはならない．
	勤務職種	医師，歯科医師，漢方医師，助産師，看護師，薬剤師，臨床病理士，放射線師，物理治療師，歯科衛生士，栄養士，看護助務士，医務記録士，衛生士・衛生試験士，精神保健専門要員，情報処理技師・情報処理機能士，応急救助士	医師，歯科医師，薬剤師，獣医師，保健師，助産師，看護師，診療放射線技師，臨床検査技師，管理栄養士，栄養士，歯科衛生士，統計技術者その他保健所の業務を行うために必要な者のうち，当該保健所を設置する地方公共団体の長が必要と認める職員を置く．
	審議機能	地域保健医療審議委員会の設置	保健所運営協議会の設置
保健所下部組織	設置基準	邑・面に1か所（無医地区を無くすため面ごとに設置）	都道府県，政令で定める市，特別区は，保健所の事業の執行の便を図るため，その支所を設けることができる．
	根拠法	保健所法改正（地域保健法）（1995年） 農漁村保健医療特別法（1981年） 公共保健医療に関する法律（2000年）	保健所法改正（地域保健法第12条）（1994年）
	勤務職種	医師，歯科医師，看護師又は看護助務士，歯科衛生士	
関係組織	設置基準	里レベル（人口500人以上＜島嶼地域は300人以上＞5,000人未満に1か所設置）	市町村
	根拠法	農漁村保健医療特別法（1981年）	保健所法改正（地域保健法第18条）（1994年）
	責任者	保健診療員（看護師）	事務職又は，保健師等
	事業内容	簡単な診療，保健指導，健康教育	健康相談，保健指導，健康診査，その他必要な事業
	勤務職種	保健診療員と必要な職員を置く	保健師，（管理）栄養士，作業療法士，事務職等

参考：地域保健法（韓国）．農漁村保健医療特別法（韓国）．地域保健法（日本）．柳川洋，中村好一：公衆衛生マニュアル．南山堂，18-19，2011．厚生労働統計協会：国民衛生の動向2012/2013．23，厚生労働統計協会，2012．林謙治：韓国の保健衛生組織．「諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究」平成14年度総括・分担研究報告書（抜粋），77-78，2003．

所は、所管区域内の市町村の地域保健対策の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、および市町村の求めに応じ、技術的助言、市町村職員の研修その他必要な援助を行うことができる」としている。下部組織として、保健所の事業の執行の便を図るため、その支所を設置することができることになっている³⁾。また、旧保健所法第4条で、「必要があるときは、結核、性病、歯科疾患その他厚生大臣の指定する疾病の治療を行うことができる」こととされていたが、地域保健法ではこれに相当する規程はない。

(8) 保健診療所と保健診療員

韓国では里（市町村の大字，字に相当）レベルに過疎地域医療を担うために、農漁村保健医療特別法により、1981年から保健診療所が開設され、保健診療員が、簡単な診療と処方（104種類の薬剤処方権をもつ）、家庭訪問や予防接種・健康診査・健康教育を行っている^{14,15,16,18,19)}。この保健診療員は、看護師免許取得後1年間の教育コースで、薬理学、病理学、診断技術、処置、緊急外科処置等を集中的に学び、農村地域に独立して診療所を開業する公務員看護師のことである^{15,17)}。

保健診療員の養成は、1981年より全国8か所の大学教育機関で開始され、制度導入当初の政府の養成目標は2,000名であったため、1986年に2,000名に達したところで、養成数は減少した。その後、医師数の増加や医療機関へのアクセスが容易になったこと、高齢者が老人介護施設を利用することが一般的になりつつあったことに加え、1997年の通貨危機による緊縮財政で、養成数及び養成機関数がさらに減少した。1992年から時折養成が中止されたが、退職者補充のため、2009年より養成を再開している。養成機関は、現在、全国で1校だけとなっている¹⁵⁾。

3.2 保健所の事業内容と保健所看護職等の業務について

以下、現地調査を中心に述べる。

(1) 泗川市保健所

韓国の保健所について、泗川市保健所（2009年現在の人口112,724人、65歳以上高齢者人口比率15.5%）を例に挙げて述べる。保健所の組織については、表2のとおり、保健所長の下、保健管理課長、保健衛生課長が配置され、それぞれの課（保健管理課職員数63名、保健衛生課職員数21名）では、担当ごとに業務を分担している。保健管理課長の下には、さらに5つの担当（保健

行政、慢性病管理、健康増進、出産支援、訪問保健）が置かれ、担当ごとに室が設置されている。保健衛生課長の下には、4つの担当（保健衛生、食品安全、防疫、医薬）が置かれ、担当ごとに室が設置されている。

看護職が配置されている課は保健管理課であり、表3のとおり、慢性病、健康増進、出産支援、訪問保健の4つに担当を分け、各種事業を展開している。

表2 泗川市保健所の組織

保健所長	保健管理課長	保健行政担当	苦情室 診療室 放射線室 理学療法室 保健支所 保健診療室
		慢性病管理担当	慢性病管理室
		健康増進担当	口腔保健室 健康増進室 禁煙クリニック
		出産支援担当	母子保健室
		訪問保健担当	訪問保健室 精神保健センター
保健衛生課長	保健衛生担当		
	食品安全担当		
	防疫担当	予防接種室 臨床病理室 血液室	
	医薬担当		

出典：泗川市保健所資料2012. 3. 30

(2) 河東郡保健所の訪問事業

先述の河東郡保健所が行う河東郡河東村シンギ里の高齢者宅への訪問事業に同行した。個別対応訪問看護の役割は、①対象家庭の選定、登録：スクリーニングによる健康問題の分類、②ケース管理（訪問看護プランによる）：基本的なケアサービス、健康教育、カウンセリング、リハビリテーションサービス、他部門との連携、③プログラムの管理及び質の監視、④調整、⑤評価及び報告である。韓国の国立慶尚大学の資料によると、大学個別対応訪問看護の対象の優先順位は、第1位は、社会的な支援を受けている高齢者、障害者、妊婦、幼児、第2位は、準貧困層の高齢者、障害者、妊婦、幼児、第3位は、多文化家族、小集団（従業員50人以下）であり、明確な優先順位が決められている。第1位から第3位までの対象者に健康課題が発見された場合は、国の保健福祉部が作成した全国統一の管理システムに登録し、継続支援を行っている。継続支援時に行われる家庭訪

表3 四川市保健所保健管理課の事業内容と看護職の業務

	保健所の事業内容	地域社会看護師等の業務
慢性病担当	1 地域社会健康調査 2 心脑血管予防管理事業 3 アトピー、ぜんそく予防管理事業 4 国家がん管理事業 5 高血圧、糖尿病登録管理事業 6 稀少難病患者医療費支援事業	1 個別事業計画の立案及び事業予算の編成 2 医療費及び検診費の支援、事後管理 3 支援対象者の選定及び登録（統合管理システム） 4 実務会議及び地域社会ネットワークの構築 5 地域社会健康マネジャーの養成教育 6 慢性病予防管理の教育及び啓発 7 事業評価及び結果報告
健康増進担当	1 健康生活実践事業（運動、栄養、肥満、節酒） 2 口腔保健事業（口腔保健室の運営、老人義歯補綴 施術費の支援、フッ素塗布、スクーリング事業、 巡回移動バスの運営） 3 禁煙事業（禁煙クリニックの運営） 4 健康プラス、幸福プラス事業 5 健康増進室の運営（肥満プログラムの運営）	1 個別事業計画の立案及び事業予算の編成 2 健康委員会の組織及び運営 3 地域社会の環境づくり及び制度改善 4 健康指導者の養成教育及び自助グループ支援 5 健康増進及び健康相談プログラムの運営 6 健康生活実践の教育及び啓発、キャンペーンの 実施 7 事業評価及び結果報告
出産支援担当	1 妊産婦登録及び産前産後管理 2 妊娠可能年齢女性の管理、乳幼児の健康検診 3 産婦、新生児ヘルパー支援事業 4 難妊夫婦支援事業 5 出産支援事業、未熟児医療費支援事業	1 個別事業計画の立案及び事業予算の編成 2 難妊夫婦等の妊娠、出産に対する社会的支援の強化 3 妊産婦及び妊娠可能年齢女性の健康保護を通じた国 民保健の向上 4 妊娠、出産、養育の社会的責任及び制度の強化 5 事業評価及び結果報告
訪問保健担当	1 カスタマイズ型訪問健康管理事業 2 在宅がん患者管理事業（ホスピス事業） 3 地域社会中心生活事業 4 精神保健センターの運営 5 認知症予防管理事業 6 漢方薬公衆衛生事業	1 個別事業計画の立案及び事業予算の編成 2 専門家の業務調整及び管理 3 事業対象者の選定及び登録（統合管理システム） 4 事例管理及びリハビリプログラムの運営 5 実務会議及び地域社会連携体系の構築事業 6 啓発計画の立案及び実行 7 事業評価及び結果報告

出典：四川市保健所資料2012. 3. 30

問には、看護師だけではなく、必要に応じて、歯科衛生士、理学療法士が同行し、指導に当たっている（図3,4）。看護師一人当たりの管理世帯は、400から450世帯である。登録された対象者は、3群に区分して管理されており、1群（集中管理群）は週1回から1か月周期で計8回の訪問管理、2群（定期管理群）は2～3か月周期の訪問管理、3群（自己管理群）は4～6か月に1回以上の訪問管理を実施する⁸⁾。また、カルテは、国によって一元管理されており、各ケース管理に対する評

価も行われている¹⁵⁾。

(3) 石川県型保健所

日本の保健所の組織について、石川県の県型保健所を例に挙げて述べる。

表4のとおり、保健所長の下に、総務課長もしくは管理課長、企画調整課長、健康推進課長、食品保健課長、環境衛生課長が配置され、それぞれの課に事業担当が配置されている²⁰⁾。

看護職が配置されている課は企画調整課と健康推進課であり、主な業務は表5のとおりであ



図3 四川市保健所の看護師による訪問事業



図4 毎日やること（一人でもやります）「3度の食事、運動、歯磨き、水8杯」と書かれた週間カレンダー

る。企画調整課では、市町支援、研修、情報の収集と提供等を行っている。健康推進課では、エイズ・性感染症・肝炎ウイルスの検査や相談、その他の感染症に関する相談、結核に関する検診や相談、こころの健康の相談等を行っている²¹⁾。また、必要な対象者には訪問による保健指導を行っている。

表4 石川県型保健所の組織

保健所長	総務課長もしくは管理課長	各事業担当
	企画調整課長	各事業担当
	健康推進課長	各事業担当
	食品保健課長	各事業担当
	環境衛生課長	各事業担当

参考：石川県組織規則，石川県各保健所ホームページ

3.3 保健所の看護職の教育背景

韓国には、看護師と助産師の2つの看護職の国家資格があるが、日本の保健師にあたる国家資格はない。しかし、1973年から日本の保健師に当たる保健看護師（Certificated for Public Health Nurse：CPHN）の教育が行われてきた。この保健看護師は、国の保健福祉部が認証する資格であり、大学医学部において1年間の教育課程を受ける。入学者の中には、看護学士や修士の学位を持つ者など多様な教育レベルの者が混在していた。保健看護師の教育を受ける者は、主に保健所に勤務する看護師だが、この認定資格がなければ保健所に勤務できないわけではない。保健看護師の教育は1990年代に中断され、2003年の医療法の改正により廃止され、現在は公衆衛生上級実践看護師として育成されている。公衆衛生上級実践看護師課程を開講しているのは、2004年から開始したプサン大学のみだが、2012年2月現在、養成が中断されている¹⁵⁾。その理由には、公衆衛生上級実践看護師の資格を得ても、職務上のメリットがないこと、公衆衛生上級実践看護師のカリキュラムが、保健所に勤務する看護師のニーズに合っていないことなどが挙げられている^{15,22,23)}。

4. 考察

4.1 地域保健事業の実施体制

日本の地域の保健事業は、韓国と同様に、保健所を中核施設として推進されている。保健所は、地域保健法においても最重要機関として位置づけられ、公衆衛生に寄与してきた。しかし、日本と韓国の保健所の機能を比較すると、大きく異なる

のは、韓国の保健所は、地方など病院がない郡部の医療を補完する目的で、診療機能を併せて有していることである。また、地域保健法において、市、郡、区レベルで設置されている保健所の下部組織として、邑・面・洞レベルに保健支所を設置することとされており、韓国は、日本に比べて保健支所数が非常に多く、住民のより身近なところでサービスが受けられる体制になっている。さらに、農漁村保健医療特別措置法を根拠法として、里レベルに保健診療所が設置され、保健診療員によるきめ細かな保健医療サービスが実施されている。

韓国の保健所と保健支所は、同一組織の中に入り、施策や事業を実施する上で、体制や情報の一元化や事業の集中化を図ることができるメリットがあると考えられる。日本の地域保健法第18条で、「市町村は、市町村保健センターを設置することができる」と定められ、その機能は、「住民に対し、健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的とする施設とする」と明記されている。地域保健法の趣旨は、地域保健に関する権限を保健所から市町村に移譲し、地域住民のより身近なところで、コミュニティの実情に応じた地域保健事業を展開することであるから、市町村の権限が強化されることは、地域住民にとっては、大変喜ばしいことである。しかし、保健事業が設置主体の違う保健所と市町村レベルで実施され、体制が二元化されている場合は、互いの機能及び役割を明確に認識し、連絡、調整、連携を行うことが、事業を円滑に進める上で不可欠になる。ただし、政令市や特別区にあっては、保健所設置義務があるため、保健所と市町村保健センターを同一の自治体が設置し、体制としては一元化されているので、先述のような問題は生じないと考える。そして、韓国の個別管理に関しては、対象者の管理規定が明確になっており、そのケース対応についてもガイドラインが明確であることやカルテが国によって一元的に管理、評価されている¹⁵⁾ことが日本と異なる。この点については、日本の今後の保健活動に参考になると考える。

4.2 保健所の組織と看護職の役割について

泗川市保健所を例にとると、韓国の保健所は、診療機能を併有し、日本の保健所と市町村保健センターを合わせたような組織体制になっている。ただし、担当分野ごとに室が設置され、スタッフや設備が整えられている点や訪問担当が別に設置

表5 石川県型保健所の事業内容と看護職の業務

	保健所の事業内容	保健師等の業務
企画調整課	<ol style="list-style-type: none"> 1 保健、医療及び福祉に関する総合相談に関する事 2 保健、医療及び福祉の連携並びに総合調整に関する事 3 保健、医療及び福祉に関する計画の策定並びに推進に関する事 4 市町支援及び市町との連絡調整に関する事 5 介護保険に関する事 6 災害、事故等の発生時の健康危機管理に関する事 7 保健に関する調査、研究及び情報の活用に関する事 8 健康教育に関する事 9 人口動態及び衛生統計に関する事 10 研修に関する事 11 看護学生等の実習に関する事 12 ボランティアグループに関する事 13 食育に関する事 	<ol style="list-style-type: none"> 1 保健・医療及び福祉に関する総合相談 2 市町支援 3 研修企画・実施 4 情報の収集と提供 5 調査及び研究 6 健康増進に関する相談 7 福祉用具・住宅改修の相談等 8 地区組織等の支援
健康推進課	<ol style="list-style-type: none"> 1 結核予防に関する事 2 感染症予防及び予防接種に関する事 3 精神保健指導に関する事 4 後期高齢者医療に関する事 5 歯科保健に関する事 6 身体障害児の療育指導に関する事 7 母子保健に関する事 8 難病対策に関する事 9 生活習慣病対策に関する事 10 健康増進及び栄養改善に関する事 11 診療放射線に関する事 12 母体保護に関する事 13 移植医療に関する事 	<ol style="list-style-type: none"> 1 エイズ・性感染症・肝炎ウイルス検査・相談 2 感染症、感染症に関する相談、結核に関する相談・検診 3 精神保健福祉 4 こころの健康（認知症含む）等の相談 5 母子保健 6 低出生体重児に関する相談、幼児精神発達相談、育児に関する相談等 7 特定疾患 8 病気や日常生活に関する相談、患者・家族のつらい、骨髄ドナー登録、小児慢性特定疾患に関する相談
食品保健課	<ol style="list-style-type: none"> 1 薬事に関する事 2 毒物、劇物及び覚せい剤に関する事 3 あへん、麻薬、向精神薬及び大麻に関する事 4 血液事業及び献血に関する事 5 食品及び乳肉衛生に関する事 6 製菓衛生師に関する事 7 食鳥処理の規制及び食鳥検査に関する事 8 微生物検査に関する事 9 血清学的検査に関する事 10 寄生虫学的検査に関する事 11 生化学的検査に関する事 12 生活衛生に関する試験及び検査に関する事 13 食品衛生に関する試験及び検査に関する事 14 公害に関する試験及び検査に関する事 	
生活環境課	<ol style="list-style-type: none"> 1 狂犬病の予防に関する事(南部小動物管理指導センターの分掌事務を除く) 2 動物の愛護及び管理に関する事 3 と畜場及び化製場等に関する事 4 理容、美容営業、クリーニング営業、旅館、興行場、公衆浴場及び海水浴場等に関する事 5 温泉に関する事 6 ねずみ及び昆虫の駆除に関する事 7 廃棄物の処理及び清掃に関する事 8 建築物における衛生的環境の確保指導に関する事 9 大気汚染、水質汚濁、騒音、振動、悪臭その他の公害の防止に関する事 10 有害物質を含有する家庭用品の規制に関する事 11 水道及び飲料水の衛生に関する事 12 下水道の終末処理場に関する事 	
総務課	<ol style="list-style-type: none"> 1 所内の事務の連絡調整に関する事 2 病院及び診療所等医療機関の指導に関する事 3 医師、歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救命救急士、言語聴覚士、薬剤師、保健師、助産師及び看護師に関する事 4 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師その他の医業類似行為者に関する事 5 精神保健(保健指導以外の事務)及び精神障害者福祉に関する事 6 保健所運営協議会に関する事 7 原子爆弾被爆者の医療に関する事 8 医療費の公費負担事務に関する事 9 その他他の課の所管に属しない事項に関する事 	

出典：保健所の事業内容については、石川県組織規則より抜粋。各課保健師等の業務については、石川県ホームページより抜粋

され、訪問活動が集約されている点が日本との相違点である。また、看護職の役割については、担当分野ごとに健診や相談、健康教育が行われ、そして、個別事業の計画立案・事業評価、事業予算の編成が行われている。一方、日本の保健所が行っている管轄地域全体の広域的な調整や地域診断・計画・実施・評価、及び健康危機管理に関する業務については、日々の業務の中で実施されていると推察するが、これらの担当分野については、今回の現地調査で得られた資料や韓国の地域保健法の条文の中には見当たらない。日本の保健所は、市町村保健センターの設置に伴い、1980年代後半に、その役割分担が議論されるようになった後、保健所法の全面改正による地域保健法の制定により、現在の機能に転換された。その機能の中でも、第6条の「企画、調整、指導」、第7条の「地域保健に関する情報の収集、管理、活用、調査、研究」、第8条の「市町村相互間の連絡調整、技術的助言、研修」については、特に重要である。韓国保健福祉部が、2012年8月31日に立法予告した地域保健法改正案の一部の内容は、まさしく日本の地域保健法の第6条、第7条、第8条に相当すると言っても過言ではない。そして、下部組織であった保健支所を従来の保健支所と住民健康増進センターに、類型を細分化するという考えは、日本の政令市や特別区の保健所と保健センターの体制に類似している。今後、保健所と保健支所、住民健康増進センターがどのように機能及び業務を分担していくかは定かではないが、保健所の法律上の機能として企画調整や情報管理などが付加されれば、益々保健所の強化につながることは間違いないだろう。また、韓国の保健所は、診療を行っているが、日本の旧保健所法においても、保健所は結核、性病、歯科疾患等の特定の疾病に関する治療を可能とされていた。しかし、日本の保健所の治療行為は、韓国の過疎地域の医療対策に重きがある診療とは違い、防疫的な要素が強いと考える。

日本と韓国の保健所における看護職の業務は、ともに健診、相談、保健指導、健康教育、事業の計画立案・評価であり、類似している。ただし、日本の都道府県設置の保健所では、法定健診など第一線の対人保健サービスは市町村に委譲され、市町村の役割が大変大きくなってきている。しかし、児童や高齢者の虐待、DV、生活習慣病、自殺やうつ病、不登校等のメンタルヘルス等への対応については、関係機関が連携して対応しなければ

ならない喫緊の課題である。そこで、保健所は、保健所の情報・分析機能、調査・研究機能を駆使し、市町村とともに健康課題の把握と対策に取り組み、広域的な調整や保健福祉システムを構築していくことが重要である。このため、そこでの看護職の果たす役割は益々重要となってくる。そして、韓国では、人口の急速な高齢化と生活習慣病に対応していくための国家戦略が展開される中、国家資格を持つ保健教育師が2010（平成22）年から養成され、保健教育の担い手となっている。新たな職種の誕生であるが、保健所看護師、保健診療員との役割分担等については、今後の課題であると考えられる。

5. まとめ

韓国では、人口の急速な高齢化と生活習慣病に対応していくための国家戦略が展開されている。韓国の保健所と保健支所は、同一組織の中にあり、施策や事業を実施する上で、指揮命令系統や情報の一元化が図られ、事業の集中化を図ることが可能である。また、韓国の個別管理に関しては、対象者の管理規定が明確になっており、そのケース対応についてもガイドラインが明確であることやカルテも国によって一元管理、評価されていることが日本との大きな相違点である。この点については、日本の今後の保健活動に参考になると考える。そして、今後、韓国の保健所において、企画調整、情報管理などが法的に付加されることにより、益々機能が強化されると考える。

謝辞

本研究の現地調査を行うにあたり、御協力いただいた韓国の慶尚大学、泗川市保健所、河東郡保健所、晋州市保健診療所、南海郡保健診療所の皆様に深謝いたします。本研究は、平成23年度科学研究費補助金・基金助成金（基盤研究（B））の研究助成金を受けて実施したものである。

利益相反

なし

引用文献

- 1) 韓国保健福祉部:2011 経済発展経験モジュール事業—保健所中心農漁村保健医療改善事業—。韓国国際保険医療財団,20-27,2012.
- 2) 多田羅浩三, 滝澤利行:改訂新版公衆衛生—その歴史と現状—。207-214,放送大学教育振興会, 2009.

- 3) 地域保健法 (日本) :
<http://www.houko.com/00/01/S22/101.HTM>
- 4) 柳川洋, 中村好一: 公衆衛生マニュアル 2011, 18-19, 南山堂, 2011.
- 5) 厚生労働統計協会: 国民衛生の動向・厚生 の指標増刊・第 59 卷 9 号通巻第 928 号 .23-24, 厚生労働統計協会, 2012.
- 6) 高齢者統計の記者発表 (韓国) :
<http://kostat.go.kr/2012.10>
- 7) 健康増進法 (韓国) : <http://www.law.go.kr/2012.10>
- 8) ナム・ウス, 延世大学医療福祉研究所, 健康都市研究センター: 『健康都市河東の発展』 5 年計画樹立のための学術サービスプロジェクト 最終報告書. 河東郡保健所, 2012.
- 9) 地域保健法 (韓国) : <http://www.law.go.kr/2012.10>
- 10) 安弼濬: 韓国高齢者の医療と生活. 保健の科学, 41 (5), 359-364, 1999.
- 11) 地域保健法全部改正法律案の立法予告 (韓国) :
http://www.mw.go.kr/front_new/index.jsp/2012.10
- 12) 高井純子, 曾根志穂, 大木秀一他 4 名: 韓国における地域で働く看護職の現状及び教育体制について. 石川看護雑誌, 3 (1), 85-93, 2005.
- 13) 林謙治: 一韓国の保健衛生組織一. 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究」平成 14 年度総括・分担研究報告書 (抜粋), 資料 9, 74-82, 2002.
- 14) 河東郡保健所 " 건강도시 하동 발전 5 개년 계획 수립을 위한 학술용역 프로젝트 최종 보고회 "
 (健康都市河東の発展 5 年計画樹立のための学術サービスプロジェクト最終報告会資料)
- 15) 金川克子, 岩本里織, 都筑千景他 4 名: 第 2 回日韓地域看護学会共同学術集会報告書. 67-72, 93-94, 101, 121, 第 2 回日韓地域看護学会共同学術集会事務局, 2012.
- 16) 金慕妊: 大転換が図られる韓国の看護政策. 看護管理, 14 (1), 28-33, 2004.
- 17) 八代利香, 松成裕子, 李笑雨: 韓国の Chung-Ang University および保健診療所の訪問活動. 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 22 (1) ,1-6, 2012.
- 18) 桑野紀子, 李笑雨: 韓国における看護基礎教育 2016 年までに全ての看護基礎教育の大学化を. 看護, 64 (5), 87-91, 2012.
- 19) 農漁村等保健医療のための特別措置法 (韓国) :
<http://www.law.go.kr/2012.10>
- 20) 石川県組織規則 :
http://www1.g-reiki.net/ishikawa/reiki_honbun/i1010091001.html, 2012.10
- 21) 石川県庁ホームページ (保健所リンク) :
<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/2012.10>
- 22) 橋本麻由里, 泊祐子, 山内栄子他 1 名: 韓国における上級実践看護師 (A P N) 制度と教育. 岐阜県立看護大学紀要, 10 (1), 51-67, 2009.
- 23) 八代利香, 桜井礼子, 平野互他 2 名: 韓国における看護師の地域社会での活躍. 保健の科学, 41 (2), 153-159, 1999.
- 24) 地域保健法全部改正法律案 (韓国) :
<http://mohw.go.kr/2012.10>
- 25) 公共保健医療に関する法律 (韓国) :
<http://www.law.go.kr/2012.10>

Discussion on the function of public health center and the role of Nurses in Korea and Japan

Hisae TSUKADA, Kazuko ISHIGAKI, Mayuko TUJIMURA
Chikage TUZUKI, Katsuko KANAGAWA

Abstract

We conducted a field study and literature review regarding the function of public health centers and the role of nursing professionals in the field of public health in Korea. Korean, as well as Japanese public health development has evolved out of public health centers serving as core facilities. While Japanese public health centers moved main personal support systems to municipalities and changed its function to plan, coordinate, train and instruct, Korean public health centers own medical treatment systems even today and locate branches of public health centers, and those in the nursing professionals are in charge of primary medical care, such as that of Community Health Practitioner in fishing and agrarian villages. National health care expenditures in Korea have rapidly increased due to the aging at a fast pace and the increase of lifestyle diseases. So, Korea has expanded its public health system by enacting the National Health Promotion Act and Regional Public Health Act. Additionally, efforts are underway to provide specialized training for nursing professionals in charge of public health education. Training for Health Education Specialists of health education started in 2010 and a policy was also announced regarding the reorganization and strengthening of the function of public health centers through advance notice of legislation regarding the Regional Public Health Act reform proposal in August of 2012. Korean public health centers, hereafter, are expected to be reinforced by appended legal functions such as planning and coordination, information management.

Keywords Korea, Japan, public health center, public health, nursing professionals

資料

医療行為を受けている在宅高齢者に関わる 医師や介護支援専門員の情報共有や職種間の連携状況

林一美¹, 堀田真弓², 佐々木順子³

概要

本研究の目的は、医療行為を受けている在宅高齢者に関わる医師や介護支援専門員の情報共有や職種間の連携の有無を明らかにすることを目的とした。A 県内の中核的 6 市町の医師と介護支援専門員に、郵送法による無記名の自己記入式質問紙調査を実施した。有効回答数は、医師 59 名（回収率 22.0 %）と介護支援専門員 124 名（27.3%）であった。「緊急時対応の職種間の情報共有」と「サービス担当者会議での機関や職種間の情報共有」については、介護支援専門員は職種間の情報共有をしていたが、医師はやや少なかった。また、「ケアプラン作成時の訪問看護導入」については、医師は訪問看護導入をしない者が多く、介護支援専門員は導入する者としいない者とに分かれていた。

キーワード 医療行為を受けている在宅高齢者 介護支援専門員 医師 連携

1. はじめに

近年、在宅医療機器の進歩や在宅サービスの充実が図られ、医療行為が必要な状態であっても家族の受け入れや在宅支援体制の整備により、在宅療養が可能になってきた。超高齢社会である現在、医療行為の必要な在宅高齢者は今後ますます増加する。医療機器が在宅使用として利便化したとはいえ、在宅高齢者や家族にとって、取り扱いや対応に不安や負担は大きい。そのため、在宅での支援体制が重要になる。

在宅医は、生活の場での医療管理がうまく継続されているかを認識しながら、医療行為が必要な在宅高齢者や家族と情報共有し、他職種にも情報を伝えてゆくことが求められる。

一方、居宅介護支援事業所の介護支援専門員（以下、介護支援専門員という）は、生活支援に加えて、必要な医療への支援を考慮したケアマネジメントが重要となる。そのため、それに適した医療職等との情報共有や連携を図ってゆくことが重要になる。

2006 年度の診療報酬と介護報酬の同時改定とともに、「医療と介護の機能分化と連携のあり方」が大きなテーマとなり、包括的ケア体制として、医療機関・在宅主治医・介護支援専門員の連

携体制の構築の必要性が叫ばれてきた¹⁾。しかし、医療と介護との連携がスムーズであるとはいえない現状がある。医療情報を配信する側の医師や、それを受けてケアマネジメントをする介護支援専門員は、在宅医療がうまくゆくために、職種間で医療情報を活用してゆく役割が求められる。

本研究の目的は、医療行為を受けている在宅高齢者に関わる医師や介護支援専門員の情報共有や職種間の連携の有無を明らかにすることである。多様な職種間で医療情報を共有し、連携してゆくことは在宅において容易ではないが、現状を明らかにすることにより、今後の検討資料として活用することができる。

2. 方法

2.1 対象者

A 県内の北部・中央・南部地区で、人口や高齢化率から鑑み、中核的な 6 市町を選択し、その全数の保健医療機関 268（病院 35・診療所 233）、居宅介護支援事業所 91 について調査した。対象者については、保健医療機関（病院・診療所）は、1 施設 1 医師に記載を依頼した。医師が複数人数勤務する病院に関しては、在宅医療に携わっている担当医 1 名に代表して記載を依頼し、病院医師 35 名・診療所医師 233 名、の合計 268 名の保健医療機関医師（以後、医師という）を対象とした。居宅介護支援事業所については、1 事業所に勤務する介護支援専門員 5 名までに記載を依頼し、介

¹ 石川県立看護大学

² 金沢市地域包括支援センターやましな

³ 東京工科大学

護支援専門員 455 名を対象とした。1 事業所に勤務する介護支援専門員 5 名までとしたのは、A 県では従業員が少数の居宅介護支援事業所が大多数であるため、アンケートの 1 事業所にかかる負担を考慮したためである。

2.2 調査方法

郵送法による無記名の自己記入式質問紙調査を実施した。保健医療機関については、東海北陸衛生局保健医療機関指定状況で A 県内 6 市町の機関を調べた。同地域の居宅介護支援事業所については、WAM-NET 介護事業者情報で調べ送付した。調査期間は 2009 年 10～11 月である。

2.3 調査内容

(1) 対象の属性

保健医療機関に関しては、病院に勤務する医師には、病院と在宅ケアへの関連を知るため、医師の担当診療科と病院併設の在宅ケア関連部署を尋ねた。また、診療所医師には、担当診療科・介護報酬と診療報酬加算状況を尋ねた。

居宅介護支援事業所の介護支援専門員に関しては、医療機関に従事経験が医療行為を受けている在宅高齢者支援に関連すると考え、背景となる職種を尋ねた。

(2) 質問項目

医療行為を受けている高齢者に関わる医師や介護支援専門員の情報共有や職種間の連携を明らかにするために、以下の (a)～(d) について質問した。

(a) 医療行為を受けている在宅高齢者の緊急時対応について、①在宅高齢者や家族と話し合っているか、②職種間で情報共有しているか、③困っていることはないか、について、「はい」「いいえ」「わからない」で質問した。

(b) 医療行為を受けている在宅高齢者・家族の支援体制について、以下の項目の①～③までの質問について、「該当している」「該当していない」で質問した。

①ケアプラン作成時になるべく訪問看護を導入している。②サービス担当者会議においてかわる機関や職種間で情報共有や対応について話している。③訪問看護師と情報共有や対応について話している。

(c) 他機関との連携について、「うまくいっている」「ややうまくいっている」「うまくいっていない」「分からない」「連携の必要はない」「不明

6 件法で質問した。

2.4 分析方法

医師と介護支援専門員との比較にはクロス集計と χ^2 検定を行い有意水準は 5% 未満とした。データの解析には SPSS for Windows (ver13.0) を使用した。

2.5 倫理的配慮

保健医療機関に関しては、病院長・診療所長に研究の趣旨、目的、方法、守秘義務、研究協力の可否、データの管理についての倫理的配慮を、文書で説明した上で、在宅医療に携わっている担当医 1 名の紹介を依頼した。対象者となる在宅担当医師に対しても、同様の倫理的配慮の説明の手続きをおこない、対象者からの返信文書をもって同意を得たとした。介護支援事業所に関しては、施設管理者に研究の趣旨、目的、方法、守秘義務、研究協力の可否、データの管理についての倫理的配慮を文書で説明した上で、同じ施設に勤務する居宅介護支援専門員 5 名の紹介を依頼した。対象となる介護支援専門員に対しても、同様の手続きをおこない、対象者からの返信文書をもって同意を得たとした。

3. 結果

3.1 対象者の概要

保健医療機関数は、病院 11 の在宅担当医師 11 名 (回収率 31.4%)、診療所 48 の医師 48 名 (回収率 20.6%)、居宅介護支援事業所 47 施設の介護支援専門員 124 名 (27.3%) であった。病院 11 カ所の中で、在宅ケアに関連した部署を病院に併設していたのは以下のものであった。地域連携室と居宅介護支援事業所の併設はそれぞれ 5 カ所 (45.5%)、訪問看護事業所 3 カ所 (27.3%)、訪問介護等の居宅介護事業所・介護老人保健施設・介護療養型医療施設が各 1 カ所 (9.0%)、デイケアの併設が 2 カ所 (18.1%) であった。また、診療所 48 カ所の中で、在宅ケアに関連した診療報酬および介護報酬の加算算定をしていたのは以下のものであった。退院時共同指導料加算 3 カ所 (6.1%)、在宅緊急時カンファレンス料加算 1 カ所 (2.0%)、居宅療養管理指導費加算 10 カ所 (20.4%)、在宅療養支援診療所を届けているのは 16 カ所 (32.7%) であった。

介護支援専門員 124 名の職種別割合は、医療系 (看護師・薬剤師・栄養士) は 38 名 (30.6%)、

福祉系（介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・社会福祉主事）82名（66.1%），その他（歯科衛生士・鍼灸師・不明）4名（3.2%）であった。

3.2 医療行為を受けている在宅高齢者に対する緊急時対応と医師や介護支援専門員の情報共有や職種間の連携

医師や介護支援専門員の医療行為を受けている在宅高齢者に対する「緊急時対応」については、「在宅高齢者や家族と話し合っている」、「緊急時対応について困っていること」に差はなかった。しかし、「かかわっている職種間で情報を共有している」(p<.0001)については有意な差が認められた。(表1)

医療行為を受けている在宅高齢者・家族の支援体制については、「訪問看護師と情報共有や対応について話している」に差はなかった。「ケアプラン作成時になるべく訪問看護を導入している」

「サービス担当者会議において、関わりのある機関や職種間で情報共有や対応について話している」に有意な差が認められた (p<.0001)。(表2)

医療行為を受けている在宅高齢者支援に対する「他機関との連携」では差が認められた (p<0.01)。(表3)

4. 考察

4.1 対象者の特徴

調査した病院で、地域連携室や居宅介護支援事業所を併設していたのは45.5%であった。丸岡ら¹³⁾の調査によると、A県内の病院併設の地域連携室の割合は58.1%であることより、本調査の対象とした地域の病院は、A県内全体からみると地域連携室がやや少ない傾向にあった。

診療所で、「退院時共同指導料」や「在宅患者緊急時カンファレンス料」を算定しているところはほとんどなかった。「居宅療養管理指導費」を

表1 医療行為を受けている在宅高齢者に対する「緊急時対応」(n=183)

調査項目	職種	総数(%)	はい			χ ² 検定
			いいえ	人数(%)	分からない	
在宅高齢者や家族と話し合っている	医師	59 (100)	44 (74.6)	9 (15.3)	6 (10.2)	0.090
	介護支援専門員	124 (100)	108 (87.1)	8 (6.5)	8 (6.5)	
かかわっている職種間で情報を共有している	医師	59 (100)	28 (47.5)	19 (32.2)	12 (20.3)	0.000***
	介護支援専門員	124 (100)	107 (86.3)	10 (8.1)	7 (5.6)	
緊急時対応について困っていることがある	医師	59 (100)	12 (20.3)	35 (59.3)	12 (20.3)	0.749
	介護支援専門員	124 (100)	26 (21.0)	67 (54.0)	31 (25.0)	

*P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

表2 医療行為を受けている在宅高齢者・家族に対する支援体制 (n=183)

調査項目	職種	総数(%)	該当する		χ ² 検定
			該当しない	人数(%)	
ケアプラン作成時になるべく訪問看護を導入している	医師	59 (100)	13 (22.0)	46 (78.0)	0.000***
	介護支援専門員	124 (100)	64 (51.6)	60 (48.4)	
サービス担当者会議においてかかわる機関や職種間で情報共有や対応について話している	医師	59 (100)	18 (30.5)	41 (69.5)	0.000***
	介護支援専門員	124 (100)	107 (86.3)	17 (13.7)	
訪問看護師と情報共有や対応について話している	医師	59 (100)	29 (49.2)	30 (50.8)	0.097
	介護支援専門員	124 (100)	77 (62.1)	47 (37.9)	

*P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

表3 医療行為を受けている在宅高齢者支援に対する他機関との連携 (n=183)

職種	総数(%)	連携はうまくいっているか					χ ² 検定	
		うまいっている	ややうまいっている	うまいっていない	分からない	連携の必要はない		不明
医師	59 (100)	15 (25.4)	24 (40.7)	4 (6.8)	12 (20.3)	2 (3.4)	2 (3.4)	0.005**
介護支援専門員	124 (100)	45 (36.3)	66 (53.2)	2 (1.6)	10 (8.1)	0 (0.0)	1 (0.8)	

*P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

算定している診療所は20.8%と低かった。在宅医療における退院時指導や緊急時カンファレンスが実際には未算定であったのは、それらが実施されていない、あるいはそれらの診療報酬が周知不足のためなのか、理由を明らかにしてゆくことが今後求められる。

介護支援専門員の職種別割合は、福祉系職種が66.1%であった。全国介護支援専門員実務研修受講試験合格者における福祉系職種の占める割合は、年々増加し続け2010年には8割以上となっており¹²⁾、福祉系介護支援専門員が増加している。福祉系職種の介護支援専門員が多いことが、医療に関係する本調査項目の結果に影響を及ぼしている可能性が推測される。

4.2 緊急時対応と医師や介護支援専門員の情報共有や職種間の連携

(1) 医療行為を受けている在宅高齢者に対する「緊急時対応」

医療行為を受けている在宅高齢者に対する「緊急時対応」については、医師と介護支援専門員ともに在宅高齢者や家族と話していた。医療行為を受けている在宅高齢者にとって「緊急時対応」は、必ず想定しておかなければならない事項である。そのため、医師、介護支援専門員ともに、在宅高齢者や家族と直接話し合いがされていたと推測される。「緊急時対応」について困ることはない、両者ともに約半数が答えていた。緊急時対応についての困り事がないと回答している介護支援専門員は、医療行為に対する介在の必要性を認識しないため、具体的困り事はないと回答しているとも考えられる。

職種間の情報共有については、介護支援専門員は「緊急時対応」の情報共有が高いのに対し、医師は緊急対応の情報共有に「はい」「いいえ」「わからない」にばらつきがみられた。介護支援専門員は、それをサービス担当者会議などで他職種と情報共有する機会を通じて得ているが、医師は、日中診療業務のためにサービス担当者会議に出向くことが少なく、他職種と情報共有する機会や場が少ない状況と考えられる。

(2) 医療行為を受けている在宅高齢者に対する訪問看護の導入

「ケアプラン作成時の訪問看護導入」については、医師は訪問看護導入をしないと答えた者が多かった。一方、介護支援専門員は、導入する者としいない者とに分かれており、医師と介護支援専門

員とに差があった。ここでの「医療行為」には、インシュリン注射やストーマ(人工肛門)の処置、在宅酸素療法などの訪問看護が入らずとも在宅高齢者自身が比較的自己管理できる行為と、レスピレーター、気管切開の処置等の医療依存が高く医療介入がなければ管理が難しい行為が混在している。医師・介護支援専門員ともに、医療行為を受けている在宅高齢者の状態や環境等をアセスメントして、訪問看護導入の有無を判断していると思われるが、今回は福祉系職種の介護支援専門員が多かったため、訪問看護導入をすると答えた割合が高かったとも推測される。医師は訪問看護導入をしない割合が高かった。このことは、医師自身が介入しているため、訪問看護の介入必要性を感じにくかったのかもしれない。また、対象者の経済状態を懸念して訪問看護導入を控えているのかもしれない。医師は、定期的に訪問看護が介入することのメリットを認識し、適時に介護支援専門員に訪問看護の照会を図ってゆくことが重要になると思われる。

(3) 医療行為を受けている在宅高齢者に対する医師や介護支援専門員の情報共有や職種間の連携

「サービス担当者会議において、機関や職種間で情報共有や対応について話している」という回答は、医師と介護支援専門員とには差があった。先述の「緊急時対応」の職種間の情報共有に関する両者の差と同様の結果となったが、医師がサービス担当者会議での職種間の話し合いの機会がもたれていない、あるいは少ないことがさらに明らかとなった。これは、医師が日中診療業務のための時間制約とも推測されるが、医師は在宅ケアチームアプローチの認識が低いとも推測できる。

5. 結論

医療行為を受けている在宅高齢者に対する「緊急時対応」について、「かかわっている職種間で情報を共有している」と「サービス担当者会議において、関わりのある機関や職種間で情報共有や対応について話している」に医師と介護支援専門員の両者に差があった。介護支援専門員は関わりのある職種間での情報共有をしているのに対し、医師は情報共有していなかった。また、「ケアプラン作成時になるべく訪問看護を導入している」は、医師は訪問看護導入しないという者が多く、介護支援専門員は、導入する者としいない者とに分かれていた。

本研究は2009年度石川県立看護大学附属地域ケア総合センター調査研究事業費を受けて実施しました。

利益相反

なし

引用文献

- 1) 川越雅弘：我が国における医療と介護の機能分担と連携, 海外社会保障研究, 156, 4-18, 2006.
- 2) 坪井敬子, 面本真壽恵, 森下浩子：介護職の医療行為に関する実態と課題, 日本看護学会論文集 地域看護, 36, 99-101, 2005.
- 3) 室屋和子, 正野逸子, 鷹居樹八子, 他2名：ケアマネジャーの在宅ケアにおける医療行為に関する認識と今日的課題, 日本看護福祉学会誌, 11 (1), 48-49, 2006.
- 4) 室屋和子他：在宅ケアに関わる各職種のホームヘルパーの医療行為に関する認識, 日本看護福祉学会誌, 10 (1), 58-59, 2004.
- 5) 鎌田ケイ子：問われる看護職の責任の重さ - 「全国高齢者ケア協会が実施した介護職による医療行為」, 訪問介護と看護, 12 (12), 997-1001, 2007.
- 6) 林信治：医療ケアに関する介護福祉士の対処の現状と意識, 厚生指標, 50 (8), 1-7, 2003.
- 7) 山田ゆかり：医療と介護の連携と情報の共有 - 居宅介護支援事業所における診療情報入手の現状を踏まえて -, 月刊福祉, 34-39, 2007.
- 8) 山下悦子他：医療と介護の連携のあり方 (第1報) 居宅介護支援事業所における診療情報の入手の実態と課題 -, 病院管理, 44, 134, 2006.
- 9) 五十嵐歩他：医療と介護の連携のあり方 (第2報) - 介護支援専門員からみた連携の課題 -, 病院管理, 44, 135, 2006.
- 10) 香取幹：在宅医療に関する意識調査の概要, 地域ケアリング, 在宅ケアにおける医療と介護の連携 13 (3), 26-40, 2011.
- 11) 福井県健康福祉部長寿福祉課：在宅高齢者のための医療と介護の連携の手引き, 平成19年3月.
- 12) 厚生労働省：介護支援専門員職種別合格者数, 介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況, 厚生労働省老健局振興課人材研修係 (http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/toukei/)
- 13) 丸岡直子他：石川県内の病院における退院調整活動の実態と課題, 石川看護雑誌, 1-10, 2008.

Information sharing or coordination between occupations among care managers at home care support service offices and physicians at healthcare facilities for the elderly receiving medical care treatment at home

Kazumi Hayashi, Mayumi Horita, Junko Sasaki

Abstract

This study was conducted to assess the sharing of information and care coordination between care managers at home care support service offices and physicians at healthcare facilities for the elderly receiving medical treatment at home. An anonymous self-completed questionnaire survey was mailed to physicians and care managers in six major cities within the Ishikawa Prefecture A. A total of 59 questionnaires were completed by the physicians (collection ratio, 22.0%) and 124 by the care managers (27.3%).

Two items revealed interesting results. "Information sharing between occupations during emergency response" and "Information sharing between occupations or organizations during conference of service representatives. These results suggested that the awareness of the need for sharing information within the occupation was high among the care managers but low among the physicians. With regard to the survey point "introducing home visit nursing at the time of creation of care plan," most physicians responded that they did not wish to introduce home visit nursing.

Keywords elderly at home under medical treatment, care manager, physicians at healthcare facilities, coordination

資料

介護予防事業参加者に対する笑いヨガの試み 笑いヨガプログラムの紹介と参加者評価

松本ひかり^{1,2}, 谷口智美^{1,3}, 山岸日佳里^{1,2}, 川畑圭良子⁴, 高見幸子⁴,
川端祥子¹, 油野聖子¹, 中道淳子^{1§}, 小林宏光¹

概要

介護予防事業参加者に対して笑いヨガを実施し、そのプログラムの概要と参加者の感想を報告する。プログラムの参加者は34名（平均年齢80.9 ± 4.9歳）の地域在住の高齢者であった。笑いヨガプログラムは各種の自発的笑い（カルカッタ笑い、1m笑い、挨拶ラフター、挨拶ラフター2）と手拍子、深呼吸で構成されている。プログラム実施中には参加者の発言頻度が増し、冗談などの発言を多くなった。特に参加者同士で向き合っていく挨拶ラフター2では、発言や会話が最も多くなった。プログラム実施後に行われたグループインタビューでは、「楽しかった」「面白かった」などの発言が多く聞かれた。

キーワード 笑いヨガ, 介護予防事業, グループインタビュー

1. はじめに

老年期は、配偶者や友人との死別、社会的役割の喪失、身体機能の低下などにより、メンタルヘルスの問題も起こりやすく、いかに日々の生活を笑って過ごせるかは高齢者のQOLに影響する。また、単独世帯、夫婦のみの世帯が増えていることや交通手段がないことなどにより、社会との繋がりが希薄になり、笑う機会・頻度が減少しやすい。特に介護予防事業に参加している虚弱な高齢者ではその傾向が強く、介護予防事業参加時に笑う機会があることが望ましい。

笑いに関する先行研究¹⁻⁶⁾ではユーモア刺激は落語や漫才、コミックビデオなどといった一方向の伝達の刺激材料が多い。これらの刺激材料は個々人の笑いの嗜好や笑いが起こるポイントやタイミングといった認知的要因、視聴覚器官の機能的要因が大きく影響する。特に、高齢になると視聴覚器官の機能低下に伴い、笑いのタイミングがずれやすく、加齢とともに笑いが減少することが予測される。

個々人の笑いの嗜好に影響しない刺激材料に挙

げられる「笑いヨガ」は1995年にインド人医師 Madan Kataria とヨガインストラクターである Madhuri Kataria によって考案された。笑いにエクササイズとヨガの呼吸法を組み合わせたものであり、個々人の笑いの嗜好を問わず意識的に笑う動作を行うものである。集団によるレクリエーションでは、個々人の笑いの嗜好によって笑いのタイミングが異なる。そのため、何に笑いが起こったのかがわからず、自分が笑われたという体験として受け取られる場合がある。一方、集団での笑いヨガは一斉に笑いが起こるため、誰かが笑われたというような被害的な体験にはつながりにくい。

笑いヨガを用いた研究⁷⁾では、ラフタークラブセッション前後における状態・特性不安インベントリー (STAI) でセッション後に不安感の軽減がみられ、POMS 検査 (気分や感情の状態測定) では「緊張—不安」、「抑うつ感」、「怒り—敵意」、「疲労」の項目において参加者全員が減少した。この研究の対象者は平均年齢が39歳であり、高齢者を対象とした効果はほとんど見あたらない。

以上から、笑いの嗜好を問わず意識的に笑うことを働きかける「笑いヨガ」を介護予防事業参加者に試み、その取り組み状況や実施後の感想から「笑いヨガ」を介護予防事業実施時に導入するこ

¹ 石川県立大学法人 石川県立看護大学

² 国立金沢医療センター (現所属)

³ 公立松任中央病院 (現所属)

⁴ 小松市役所

[§] 責任著者

との意義を検討することが本研究の目的である。

2. 方法

2.1 研究対象

平成22年10月～12月にA市の委託を受けた9施設の介護予防事業「口と体の元気教室（以下、元気教室）」参加者100名のうち、A市から同窓会の開催を打診し了承を得られた6施設の元気教室参加者67名。そのうち、同窓会についての案内を往復ハガキの郵送または手渡し、返信ハガキまたは申込用紙にて参加の同意が得られた41名のうち、同窓会当日に出席した34名を対象とした。

同窓会は、平成23年8月下旬に施設毎に実施した。6施設の参加者数にはばらつきがあり、最も参加者が多かった施設では参加者11名、最も少ない施設では参加者2名であった。

同窓会は元気教室が行われていた施設において、以下の①～⑧の内容で、途中で1回の休憩を入れ、2時間で実施した。

- ① 始めの挨拶
- ② 研究協力の依頼と同意
- ③ 健康チェック
- ④ 聞き取り式アンケート調査
- ⑤ 笑いヨガ
- ⑥ 体力測定
- ⑦ グループインタビュー
- ⑧ 終わりの挨拶

尚、参加者が6名以上の施設では参加者を2つのグループに分け⑥体力測定、⑦グループインタビューを同時進行で行った。その後グループを交代しそれぞれ実施した。

2.2 データ収集方法

(1) アンケート

対象者が普段の日常生活において笑う機会があるかないか、またその理由を聞き取り式アンケートにて把握した。

(2) 笑いヨガプログラム中の観察

プログラム中は、笑いヨガの構成内容別に【取り組み状況】（取り組んでいる・取り組めていない；2件法）、【発言】（ある・ない；2件法）の2項目を観察者が観察し、チェックリストに記入した。

笑いヨガプログラム全体を通しての【参加状況】と【疲労の程度】に関する観察項目は回想法観察評価尺度評価基準⁸⁾を参考に作成した。【参加状

況】（一貫して意欲的・積極的である、大部分意欲的・積極的である、時折意欲的・積極的である、全く意欲的・積極的でない；4件法）、【疲労の程度】（疲労の様子はみられない、あまり疲労の様子はみられない、時折疲労の様子がみられる、多くの場面で疲労の様子がみられる；4件法）であり、チェックリストに記入した。観察者1名につき、対象者1～3名の観察を行い、発言や参加者同士の会話があれば内容をチェックリスト備考欄に記録した。

観察者は共同研究者4名が分担して実施した。観察者の観察基準を一定にするために、同窓会実施前に大学生を対象に4名の観察者で観察の練習を行い、評価が一定になるように努めた。

(3) グループインタビュー

笑いヨガ後に2～6名にグループインタビューを行った。質問内容は笑いヨガの感想、心身の変化、介護予防教室に笑いヨガを取り入れたらどうなるか、自宅でも行えそうか、笑いヨガをする機会があればまたしたいと思うかの5項目について尋ねた。その際、参加者の同意を得てインタビュー内容を録音し、逐語録を作成した。インタビュー時間は最長15分55秒、最短3分25秒、平均8分7秒であった。

2.3 分析方法

アンケート、観察内容の集計には統計ソフトSPSS13.0Jを使用した。

インタビュー内容は逐語録を作成し、質問ごとに、類似しているものをまとめて発言内容と発言者数を整理した。尚、発言者数は実際に発言し逐語録から発言を確認できた者の数であり、他者の発言に頷いたり、相槌を打ったりしていた対象者は発言者数には含まれていない。また、1対象者が何度も類似発言をした場合であっても、発言者数は1人として整理した。

2.4 倫理的配慮

研究の参加は自由意志であり、参加・不参加によって不利益は受けず、一旦同意しても撤回できることを保障した。特にインタビューに関しては、答えたくない内容があれば答えなくてもよいこと、録音は拒否できること、その際には書き取りにて対応することをインタビュー前に再度説明し書面にて了承を得た。全てのデータは電子媒体化する過程においてID番号で整理し入力し、データはUSB保存とし厳重に管理した。

同窓会実施の際は、事前に参加対象者の体調を確認した後に同窓会を開始した。研究参加者は地域の二次予防に係る対象者であり、同窓会中の体調変化など不慮の事態に備え、看護師を配置するなど参加者の安全面に配慮した。

本研究は石川県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した（看大第525号）。

3. 結果

3.1 笑いヨガプログラムの作成

プログラムは笑いヨガ協会販売DVD「ひとりのできる笑いヨガ」⁹⁾ および、ラフターヨガ・ジャパンのウェブサイト¹⁰⁾を参考にして構成した。プログラム作成にあたり、エクササイズの設定は高齢者かつ初心者を取り組みやすい簡単なものを選定した。プログラム構成は、まず不安や緊張を取り除くものを行い、次に子どもの頃の遊び心を引き出し、徐々におかしさを感じて本物の笑いになるように工夫した。最後に他者で行うエクササイズも導入し集団でのエクササイズとなるようにした。具体的には、図1に示したように、1. カルカッタ笑い、2. 手拍子、3. 1m笑い、4. 挨拶ラフター、5. 挨拶ラフター2の順で行い、最後に深呼吸を行う。一連の流れに要する時間は15分程度であった。

ウォーミングアップとしてのカルカッタ笑いでは、手のひらを外に向けて胸の前にそろえ、「ホ・ホ」といいながら力強く前へ押し出した後、「ハ・ハ」と手を下へ押し出す。これを右から左へ、左から右へと4回ずつ行い、深呼吸で終わる。

手拍子は、子どもに返るおまじないとも呼ばれ、「ほっほはははほっほははは」といいながら手拍子し、「いえーい」と手を上に挙げる。その後、「やったーやったー」と手拍子し、「いえーい」と手を挙げる。

1m笑いは、右手を伸ばし、左手を右手にくっつけ、「エー」といいながら、左手を右腕の肘、右肩、左肩と順に伸ばし、左手を広げる。両手が広がった状態で笑い、反対側も同様に行い、最後に上記の手拍子を行う。

挨拶ラフターは、インドの挨拶ナマステをイメージして手と手を合わせ、「あっはっはー」と笑った後、2. 手拍子を行う。

挨拶ラフター2では、2人ペアになって向かい合い、握手をして笑った後、2. 手拍子を行う。

最後に深呼吸をして終了となる。

3.2 対象者の属性

対象者の性別は男性6名、女性28名であった。年齢は最高92歳、最低70歳であった。平均年齢は80.91 ± 4.86歳であった。

3.3 日常生活における笑いの状況

アンケートより、普段笑う機会がある人は21名(61.8%)、ない人は13名(38.2%)であった。笑う機会がある人がどのような時に笑うかという設問では「グループ活動」「友人との会話」が15名と最も多く、「テレビやラジオ」「家族との会話」「趣味活動」「その他(常にほほえみでいるようにしている)」の順で多かった(図2)。

笑う機会が無いと答えた人の笑う機会が少ない理由には「友人に会う機会が少ない」が6名と最も多く、次に「その他：日中家で一人」が5名、「一人暮らし」、「グループ活動に参加していない」がそれぞれ3名であった。少数意見として「テレビやラジオをつけない」、「その他：耳の遠い年寄り二人の生活で笑いなんてない」、「その他：職業柄」、「その他：テレビで政治やニュースばかり見るから」という意見が1名ずついた(図3)。


3.4 笑いヨガ中の様子

笑いヨガの構成内容別に対象者の様子を見ると、【取り組み状況】は、1m笑いで1名が取り組むことができていなかったが、それ以外のプログラム全て対象者全員が取り組むことができていた。【発言】は、カルカッタ笑いの後の2つ目の手拍子のプログラムから参加者の発言が増えジョークも聞かれた。最後の挨拶ラフター2では対象者同士で向き合って行うもので27名(79.4%)に発言がみられ、プログラムの中で一番発言や会話が見られた。

笑いヨガ全体を通しての【参加状況】は、一貫して意欲的・積極的であった者が24名(70.6%)であり、大部分意欲的・積極的であった者が10名(29.4%)であった。【疲労の程度】は、疲労の様子が時折みられる人は1名で、それ以外の対象者は疲労の様子はみられない、あまり疲労の様子はみられないのどちらかであった。

また、プログラム中に「家で一人ではできない」「一人でやったら頭おかしくなったと思われる」「簡単だった」「順番が覚えられない」「慣れるまでは慌てる」などの発言がいくつか聞かれた。


1. カルカッタ笑い



①手のひらを外に向け胸の前に揃え、「ほっほ」と前へ手を押し出す

②「はっは」と手を下に押す

2. 手拍子




①「ほっほはははは ほっほはははは」と言いながら手拍子する

②「いえーい」と手を挙げる

③「やったーやったー」と手拍子する

④「いえーい」と手を挙げる

3. 1m笑い




①右手を伸ばし、左手を右手にくっつける

②「えー」といいながら左手を右手の肘、右肩、左肩と順に伸ばし、左手を広げる

③両手を広げ、笑う

④反対側も同様に行い、最後に2の手拍子をする

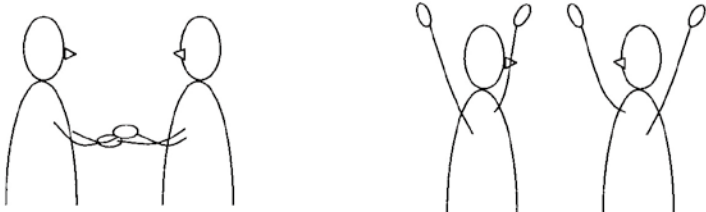
4. 挨拶ラフター



①両手を胸の前に合わせ、笑う

②2の手拍子をする

5. 挨拶ラフター2



①2人ペアになり向かい合い、握手して笑う

②その後2の手拍子をする

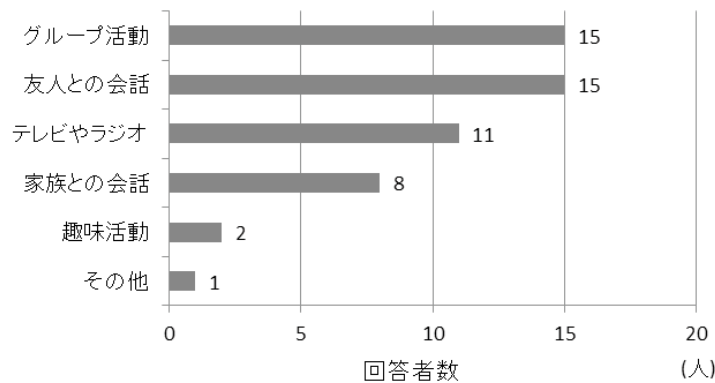


図2 どのようなときに笑うか

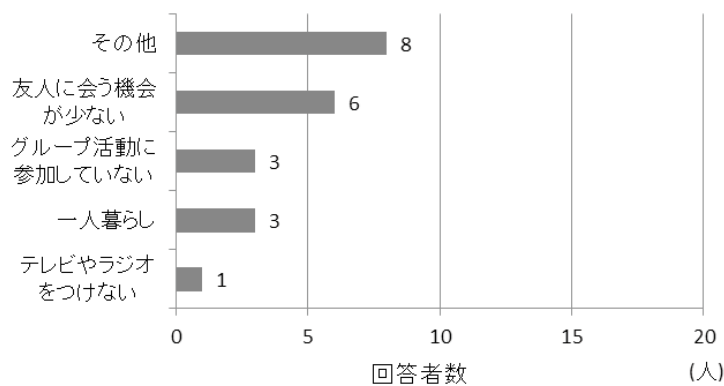


図3 笑う機会が少ない理由

3.5 笑いヨガに関する感想・意見

グループインタビューで挙げた笑いヨガに関する感想や意見を表1にまとめた。

笑いヨガはどうだったかという質問には「楽しかった」「いいこと」「おもしろかった」などの肯定的な意見が大多数の人から聞かれた。

心身に何か変化はあったかという質問には、「暑くなった」、「汗が出た」などの体温上昇に関する発言が多かった。

笑いヨガを元気教室に取り入れたらどうなるかという質問には、「会話が増える」「雰囲気が和やかになる」「仲良くなれそう」といった親密性が高まることにつながる内容の意見が聞かれた。

笑いヨガは家でもできそうかという質問には「おかしくなったと思われる」との発言が8名、「できない」との発言が7名から聞かれた。

笑いヨガをする機会があればまたしたいかという質問には、半数以上の22名から「したい」との発言が聞かれ、1名から「したくない」との発言が聞かれた。

4. 考察

4.1 笑いヨガプログラムの評価

(1) 心理的効果

笑いヨガプログラムでは手拍子のエクササイズから対象者の発言や笑顔が増えた。「ほっほはははほっほはははいえーい やったーやったーいえーい」と手拍子を打ち、万歳する、子どもの頃のような動作が対象者の緊張や不安を解いたため発言や笑顔が増えたのではないかと考える。その結果、笑いヨガ実施後の感想では「楽しかった」、「面白かった」「最高」などの肯定的な意見が多数であり、機会があれば笑いヨガをまたしたいかの質問にも半数以上の人から「したい」と答えるに到ったと考える。よって対象者の多くが、笑いヨガで楽しい気分になれていたといえる。小池ら¹¹⁾は介護予防プログラムにおいてレクリエーションプログラムが「楽しみ」の要素として対象者の運動意欲を向上させるのに効果的であるということ述べており、笑いヨガは、その「楽しみ」を提供するレクリエーションの一つになりうるだろう。

表1 笑いヨガの感想・意見

Q1 笑いヨガはどうか 発言内容	
・楽しかった	(n=9)
・いいこと	(n=7)
・面白かった	(n=5)
・笑った	(n=3)
・まあまあ、あんなもん	(n=3)
・最高	(n=2)
・面白くなかった	(n=2)
Q2 心身になにか変化はあったか 発言内容	
・暑くなった	(n=7)
・汗が出た	(n=4)
・特になかった	(n=4)
・ほっとした気持ちになった	(n=2)
・すっきりした	(n=1)
・体全部ほぐれた	(n=1)
・心が豊かになった	(n=1)
Q3 元気教室に笑いヨガを取り入れたらどうなると思うか 発言内容	
・会話が増える	(n=5)
・いいこと	(n=3)
・雰囲気緩和になる	(n=1)
・緊張がほぐれる	(n=1)
Q4 笑いヨガは家でもできそうか 発言内容	
・おかしくなったと思われる	(n=8)
・できない	(n=7)
Q5 笑いヨガをする機会があればまたしたいか 発言内容	
・したい	(n=22)
・したくない	(n=1)

nは発言者数

(2) 社会的効果

挨拶ラフター2は対象者同士や対象者と研究者でペアになって向かい合って行うエクササイズで、プログラムの中で最も会話や発言、笑顔が多かった。また、笑いヨガは家でもできるかという質問に「おかしくなったと思われる」、「できない」という意見が聞かれた。これらより笑いヨガは、個人で行うよりも集団で行うエクササイズのほうが楽しめると考えられた。横山ら¹²⁾も集団で共同して行う運動プログラムの方が個別運動群よりも、活動の自己評価、楽しさ、達成感、満足感、および有能感などの精神面での有効性を報告している。対象者からも「笑いヨガを元気教室にとり入れると会話が増える」などの肯定的意見が聞か

れており、集団でのプログラムとして回数を重ねていくことによって、他者と関わる頻度が増え、会話が増えることで、人と人との距離を縮め、社会的な相互作用を促進する効果が期待できる。その結果、集団の凝集性・仲間意識を強める効果につながっていくと予測される。つまり、笑いヨガプログラムを同一集団において継続的に実施していけば、グループ内の雰囲気や和らげ、グループの親睦を深め、活動の継続つなげる可能性が期待できる。

4.2 介護予防事業における笑いヨガ導入の意義

(1) 笑う機会提供の場として

笑う機会の多い人は全体の60%、少ない人は40%であった。笑う機会の多い人は、友人や家族などの会話で笑う機会があると回答した。笑う機会の少ない理由には友人に会う機会が少ない、一人暮らし、一人暮らしではないが日中一人であるなど他者と関わる機会が少ないことが挙げられた。インタビューでも「普段一人であるから笑うことがない」という意見や「家族がいても大人ばかりで笑うことがない」との意見が聞かれた。反対に、ひ孫と一緒に暮らしている人は普段よく笑うとの声が聞かれた。これらのことから、笑う機会には世帯構成や他者・社会との繋がりが関係していると考えられる。同窓会中には「久しぶりに笑った」といった声が聞かれた。杉浦ら¹³⁾は要支援・軽度要介護高齢者に対し集団リズム運動を行うことで、SF-36のほとんどの項目で改善傾向が得られ、高齢者における社会的孤独感の解消が期待できると述べている。本研究でも介護予防事業は身体機能の維持向上を目指すだけの事業ではなく、社会との繋がりが希薄になりつつある高齢者の社交の場としての役割があると考えられた。さらに笑いヨガなどの笑うことのできるレクリエーションを介護予防教室に取り入れることで、普段笑う機会が少なくなりつつある高齢者の笑う機会を提供することも重要であると考えられる。

(2) 二次予防に係る対象者に笑いヨガを導入することの妥当性と課題

二次予防に係る対象者に対するレクリエーションとしての笑いヨガは、初めてにも関わらず1名以外はついていけていたことや「簡単だった」などの発言が聞かれたことから二次予防に係る対象者にも易しい内容であったと考えられる。しかし、初めてのため「順番が覚えられない」や「慣れるまでは慌てる」などの発言もあった。そのため、

初めてでも間違えずに行えるよう動作や順番を視覚的教材で示し、進め方・説明方法を丁寧にしていく必要がある。

笑いヨガに否定的な意見もあったことに関しては、意識的な笑いだけでなく、レクリエーションの中にジョークやユーモアを交えて進行し、自然な笑いも同時に起こるような工夫を加えることも必要であったと考える。

また、笑いヨガを行うときの人数に関しては、今回施設によって参加者に2～11名とばらつきがあった。グループの雰囲気や2名と11名のグループとで比較すると盛り上がりには明らかな差があり、人数の多い方が盛り上がった。笑いヨガを実施する際は最低4～5名程度の人数が必要なのではないかと思われた。

今回の試みを踏まえて、今後は人数やプログラムの構成、進め方などを工夫していく必要がある。

4.3 本研究における限界

本研究では、施設により笑いヨガ参加者が多いところで11名、少ないところで2名と人数にばらつきがあったため、ばらつきをなくして、一定の人数で実施し、その結果から考察を深める必要がある。今後は、実施群のみならず、コントロール群を設定して有効性を検証していきたい。

5. おわりに

笑いヨガは楽しい気分をもたらし、同一集団において継続して実施していくことによって、グループ内の雰囲気を和らげ、グループの親睦を深めて継続していく可能性が期待できることが示唆された。今後、プログラムの構成や参加者の人数の違いによる効果の比較などを検証し、よりよいレクリエーションとなるよう工夫していくことが課題である。

謝辞

本研究の実施に際し、ご協力戴きました参加者の皆様、施設の職員の皆様ならびにA市役所の保健師・職員の皆様に心から感謝申し上げます。

利益相反状態の開示

利益相反無し。

引用文献

1) 高橋清武, 岩瀬真生, 高橋秀俊他: クロスオーバー

研究による笑いのNK活性上昇効果の検討, 臨床精神医学, 33 (12), 1599-1607, 2004.

2) 天野一夫: 笑い与健康 アンケート調査報告も含めて, 人間の医学, 42 (4), 33-44, 2007.

3) 中島英雄: 笑いのもつ力 笑いの医学的効果, ふれあいケア, 16 (10), 773-779, 2010.

4) Toda M., Kusakabe S., Morimoto K.: Effect of laughter on salivary endocrinological stress marker chromogranin A, Biomed Res, 28 (2), 115-118, 2007.

5) 吉野慎一, 中村洋, 判治直人他: 関節リウマチ患者に対する楽しい笑いの影響, 心身医学, 36 (7), 559-564, 1996.

6) 大平哲也, 広崎真弓, 今野弘規他: 笑い・ユーモア療法による認知症の予防と改善, 老年精神医学雑誌, 22 (1), 32-38, 2011.

7) 福島裕人: ラフター (笑い) ヨガの効果に関する基礎的研究, 笑い学研究, 15, 56-63, 2008.

8) 小海宏之, 岡村香織, 岸川雄介他: 回想法観察評価尺度作成の試み, 老年精神医学雑誌, 19 (1), 61-69, 2008.

9) 笑いヨガ協会販売: DVD「一人でできる笑いヨガ」日本語吹き替え版.

10) ラフターヨガ・ジャパン: <http://laughteryoga.jp/>

11) 小池和幸, 高橋義輝, 橋本実: 介護予防教室における目的別レクリエーションプログラムの開発と効果に関する研究, 仙台大学紀要, 41 (1), 57-66, 2009.

12) 横山典子, 西嶋尚彦, 前田清司他: 中高年における運動教室への参加が運動習慣化個人的要因に及ぼす影響 - 個別運動実施プログラムと集団実施運動プログラムの比較 -, 体力科学, 52 suppl, 249-258, 2003.

13) 杉浦令人, 櫻井宏明, 和田弘他: 要支援・軽度要介護高齢者に対する集団リズム運動が心身機能にもたらす効果, 理学療法科学, 25 (2), 257-264, 2010.

“Laughter Yoga” for Participants of Long-Term Care Prevention Project Introduction of “Laughter Yoga” Program and Evaluation by participants

Hikari MATSUMOTO, Tomomi TANIGUCHI, Hikari YAMAGISHI,
Kayoko KAWABATA, Sachiko TAKAMI, Sachiko KAWABATA,
Seiko ABURANO, Junko NAKAMICHI, Hiromitsu KOBAYASHI

Abstract

We implemented a laughter yoga program for participants of a long-term care prevention project and report a summary of the program and remarks of the participants. The participants included 34 community-dwelling elderly people (aged 80.9 ± 4.9 years). The laughter yoga program consisted of different types of spontaneous laughter (Calcutta laughter, 1m laughter, greeting laughter, and greeting laughter 2), hand clapping, and deep breathing. The frequency of participant remarks and jokes increased during the program. In particular, remarks and conversations were most common during greetings laughter 2, in which the participants faced each other. In the group interview conducted after the completion of the program, there were a lot of remarks such as “I had fun” and “It was interesting.”

Keywords Laughter Yoga, Long-Term Care Prevention Project, Group interview

資料

精神看護学教育に関する実態調査（第一報）

—教員の実態ならびに教育内容の変遷について—

谷本千恵¹§, 辻真理子², 川村みどり¹, 相川竜子¹

概要

看護系大学における精神看護学の教育の実態を調査し、課題と今後の方向性について検討した。看護系大学182校の精神看護学担当教員に自己記入式質問紙を郵送し45名を分析対象とした（有効回答率24.7%）。教員は講義や会議と実習、大学院をこなすには教員の人数が不足していると感じており、特に国立大学は私立や公立に比べてその傾向があった。精神看護学はすべての看護の基本であると考えていた。また今後は精神看護学の専門性の構築が必要であると考えていた。1997年と2009年のカリキュラム改正にともない精神看護学の役割は拡大しているが、他の看護専門領域より遅れて科目として独立したため教員不足が深刻である。そのような状況において、講義や実習の質をどのように保証していくのか、また社会の幅広いニーズにどのように応えていくのが今後の課題であるとする。

キーワード 精神看護学 看護系大学 教育 専任教員

1. はじめに

2009年度から導入された新カリキュラムでは教育内容の充実と学生の実践能力の強化がポイントとしてあげられている。

精神看護学は1997年のカリキュラム改正時に科目として独立してから15年が経過したが、わが国の精神看護学教育の課題として、専任教員不足や教育機関ごとの教育内容の差異、実習指導体制の不十分さなどが指摘されている^{1) 2)}。また精神看護独自の看護技術については近年ようやく体系化が始まったばかりである。わが国の精神看護学教育の現状については、1997年のカリキュラム改正前後に多くの調査が実施されているが^{3) -5)}、それ以降はあまり行われていない。また近年急増する看護系大学における精神看護学の教育実態については、事例報告^{6) -8)}はあるが全国的な調査はほとんどなされていない。

そこで今回、看護系大学における精神看護学の教育の内容について調査した。本稿では、精神看護学専任教員の実態と教育カリキュラム改正に関することを中心に報告し、今後の課題と方向性について検討する。

2. 研究方法

日本の看護系大学182校の精神看護学担当教員に対し、自己記入式質問紙を郵送し、1. 精神看護学教育（講義・実習）に関すること（1-①精神看護学専任教員数、精神看護学専任教員の数と質に対する認識、1-②精神看護学教育の内容、講義・実習の工夫と困難な点など）2. 教育カリキュラム改正に関すること（2-①1997年度・2009年度カリキュラム改正時の精神看護学教育プログラムの改正内容、2-②統合実習分野で精神看護学の果たす役割について、2-③精神看護学教育で今後見直しが必要な点について）3. 回答者の属性について尋ねた。

調査票は先行研究¹⁾を参考に作成した。択一回答式質問と自由回答式質問で構成され、全部で35項目からなる。

調査期間は2010年2月～3月。46大学の精神看護教員より回答があり45を分析対象とした（有効回答率24.7%）。

データは、択一式選択回答項目については単純集計を行い、数値データは記述統計値を算出した。自由回答式の項目に関しては、類似した記述内容の概要についてまとめた。本稿では、1-①、2-①②③、3について分析した。

¹ 石川県公立法人石川県立看護大学

² 公益財団法人北陸体力科学研究所ヘルスケア事業課

3. 倫理的配慮

調査票は、研究の趣旨ならびに調査への協力は任意であること、データは統計的に処理し個人が特定されることはないこと、データは本研究の目的以外には使用しないこと、データ管理を厳重に行うことを説明した文書と返信用封筒とともに対象看護系大学へ郵送した。回答者は各看護系大学の判断にゆだねた。調査票への回答・返送をもって同意が得られたと判断した。

4. 結果

4.1 対象者の基本的属性

回答者の概要は、男性 13 名 (28.9%)、女性 32 名 (71.1%)、平均年齢は 51.4 ± 8.6 歳 (33 ~ 68 歳)。職位は、教授 22 名 (48.9%)、准教授 13 名 (28.9%)、講師 6 名 (13.3%)、助教 3 名 (6.7%)、無回答 1 名 (2.2%)。最終学歴は看護系大学修士課程 (35.6%)、非看護系博士課程 (22.2%) の順に多かった。看護師の平均臨床経験年数は 11.5 年 (2 年 ~ 40 年)、精神科での臨床経験は平均 6.7 年 (0 年 ~ 22 年) であった。看護教員の平均経験年数は 13.6 年 (10 カ月 ~ 40 年) で、精神看護学の平均担当経験年数は 11.7 年 (0 年 ~ 32 年) であった (表 1)。

回答者の所属大学の設置主体は、学校・準学校法人 21 校 (46.7%)、国立大学法人 14 校 (31.1%)、都道府県立 8 校 (17.8%)、その他 2 校 (4.4%) でその他の 2 校は公立大学法人であった。所属大学の形態は、総合大学医学部 (42.2%) と総合大学の 1 学部 (37.8%)、単科大学 (6.7%)、その他 (11.1%) であった。(以後、国立大学法人を国立、学校・準学校法人を私立、都道府県とその他の公立大学法人を合わせて公立と記す。) その他の内訳は、2 学科の中の看護学科、総合大学の 1 学部の中の看護学科、保健医療福祉系大学、検査学科との併設などであった (表 2)。

設立年代は、1995 年 ~ 1999 年 (26.7%)、2000 年 ~ 2004 年 (24.4%)、2005 年 ~ 2009 年 (22.2%) の順に多く、これらで全体の 73.3% を占めていた。看護教育課程は、博士課程まで (44.4%)、学生課程のみ (33.3%)、修士課程まで (22.2%) の順に多かった。設置主体別にみると、国立は博士課程までが多く (85.7%)、私立は学士課程のみが多く (66.7%)、公立は博士課程までと修士課程までが半々だった。看護学部等の 1 学年の平均定員数は、81.9 名 (45 ~ 150 名) で設置主体別では、国立は平均 71.2 名、私立 91.7 名、公立 75.6 名であった (表 2)。

表 1 対象者の基本属性

項目	N=45	
	数	%
性別	男	13 (28.9%)
	女	32 (71.1%)
職位	教授	22 (48.9%)
	准教授	13 (28.9%)
	講師	6 (13.3%)
	助教	3 (6.7%)
	無回答	1 (2.2%)
	最終学歴	修士課程 (看護系)
	博士課程 (看護系)	8 (17.8%)
	大学 (非看護系)	3 (6.7%)
	修士課程 (非看護系)	8 (17.8%)
	博士課程 (非看護系)	10 (22.2%)
取得する免許 (複数回答)	看護師	43 (58.1%)
	保健師	17 (23.0%)
	助産師	2 (2.7%)
	精神看護専門看護師	1 (1.4%)
	精神科認定看護師	0 (0.0%)
	精神保健福祉士	3 (4.1%)
	その他	8 (10.8%)
	看護師臨床経験年数	11.5 ± 8.0 年 (2 年 ~ 40 年)
精神科での臨床経験年数	6.7 ± 5.8 年 (0 年 ~ 22 年)	
看護教員経験年数	13.6 ± 8.2 年 (10 カ月 ~ 40 年)	
精神看護学の担当経験年数	11.7 ± 7.2 年 (0 年 ~ 32.0 年)	
大学教員の経験年数	10.6 ± 6.3 年 (10 カ月 ~ 31.9 年)	

表 2 対象者の基本属性 (つづき)

項目	N=45	
	数	%
所属大学の設置主体	国立大学法人	14 (31.1%)
	都道府県	8 (17.8%)
	学校・準学校法人	21 (46.7%)
	その他 (公立大学法人)	2 (4.4%)
所属大学の形態	総合大学医学部	19 (42.2%)
	総合大学の 1 学部	17 (37.8%)
	単科大学	3 (6.7%)
	その他	5 (11.1%)
	無回答	1 (2.2%)
看護学部等の設立年代	1920 年代	1 (2.2%)
	1980 年代	1 (2.2%)
	1990 年代	
	1990 ~ 1994 年	2 (4.4%)
	1995 ~ 1999 年	12 (26.7%)
	2000 年代	
	2000 ~ 2004 年	11 (24.4%)
	2005 ~ 2009 年	10 (22.2%)
	無回答	8 (17.8%)
所属大学の看護教育課程	学士課程のみ	15 (33.3%)
	修士課程まで	10 (22.2%)
	博士課程まで	20 (44.4%)
看護学部等の 1 学年の定員	81.9 ± 20.2 名 (45 ~ 150 名)	
精神看護学専任教員数	2.5 ± 1.1 名 (1 ~ 6 名)	

4.2 精神看護学専任教員の実態

1) 精神看護学専任教員数

精神看護学専任教員数は平均 2.5 名 (1~6 名) で、設置主体別では、国立は平均 2.4 名 (1~3 名)、私立は平均 3.1 名 (2~5 名)、公立は平均 3.4 名 (2~6 名) であった。

2) 精神看護学専任教員の人数についての認識

精神看護学専任教員の人数についての認識は、講義・実習ともに「十分」と答えた人の割合は低く、「だいたい十分」も 3 割にとどまった (表 3, 4)。「不足」「やや不足」と回答した人に理由を自由記載で尋ねたところ、講義に関しては、「教員一人あたりが担当する学生数や業務量が多く負担が大きい」「実習指導が十分にできない」「大学院教育を含めると不足していると言わざるをえない」「グループワークや演習の際に十分な指導ができない」などがあげられ (表 5)、実習に関しては「実習先が複数箇所に分散・遠方である」「学内業務

(講義・会議等)との両立が困難」「実習担当教員がいない」などがあげられた (表 6)。

設置主体別に見ると、国立は講義については、「やや不足」が 50.0%と最も多く、次いで「不足」が 35.7%と多く、「やや不足」と「不足」を合わせた割合は 85.7%であった。また実習については、「不足」が 50%と最も多く、次いで「やや不足」は 35.7%で「不足」と「やや不足」を合わせると 85.7%であった (表 7, 8)。

一方、私立と公立は、実習・講義ともに「だいたい十分」が約 4 割と最も多く「だいたい十分」と「十分」を合わせた割合と「やや不足」と「不足」をあわせた割合はほぼ半々であった (表 7, 8)。

講義を担当する専任教員数が「やや不足」あるいは「不足」と考える理由については、国立・私立共に「教員一人あたりが担当する学生数や業務量が多く負担が大きい」と「実習指導が十分にできない」が多かったが、国立ではそれらに次い

表 3 講義を担当する専任教員についての認識

	十分	だいたい十分	やや不足	不足	無回答
人数	3 (6.7)	15 (33.3)	13 (28.9)	12 (26.7)	2 (4.4)
質	6 (13.3)	25 (55.6)	8 (17.8)	4 (8.9)	2 (4.4)

表 4 実習を担当する専任教員についての認識

	十分	だいたい十分	やや不足	不足	無回答
人数	1 (2.2)	15 (33.3)	12 (26.7)	16 (35.6)	1 (2.2)
質	8 (17.8)	21 (46.7)	6 (13.3)	5 (11.1)	5 (11.1)

表 5 講義担当教員の人数

「不足・やや不足」と考える理由 (自由回答)		
教員1人あたりの学生数や業務量が多く負担が大きい		8
実習指導が十分にできない		7
大学院教育を含めると不足しているといわざるをえない		5
グループワークや演習の際に十分な指導ができない		4
専任教員の定数を満たしていないから		3
その他		3
		30

表 6 実習担当教員の人数

「不足・やや不足」の理由 (自由回答)		
実習先が複数箇所に分散・遠方である		9
学内業務(講義・会議等)との両立が困難		7
実習担当教員がいない		4
学生数に対して教員数が少ない		3
十分な実習指導ができない		3
助教にまだ十分な力がないこと		1
その他		3
		30

表 7 講義を担当する専任教員に対する認識

		N=45					n	%
		十分	だいたい十分	やや不足	不足	無回答		
国立	人数	0 (0.0)	2 (14.3)	7 (50.0)	5 (35.7)	0 (0.0)	14	(100.0)
	質	0 (0.0)	9 (64.3)	4 (28.6)	1 (7.1)	0 (0.0)	14	(100.0)
私立	人数	2 (9.5)	9 (42.9)	4 (19.0)	5 (23.8)	1 (4.8)	21	(100.0)
	質	5 (23.8)	12 (57.1)	2 (9.5)	1 (4.8)	1 (4.8)	21	(100.0)
公立	人数	1 (10.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	10	(100.0)
	質	1 (10.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	10	(100.0)

表 8 実習を担当する専任教員に対する認識

		N=45					n	%
		十分	だいたい十分	やや不足	不足	無回答		
国立	人数	0 (0.0)	2 (14.3)	5 (35.7)	7 (50.0)	0 (0.0)	14	(100.0)
	質	1 (7.1)	8 (57.1)	2 (14.3)	1 (7.1)	2 (14.3)	14	(100.0)
私立	人数	0 (0.0)	9 (42.9)	5 (23.8)	5 (23.8)	1 (4.8)	21	(100.0)
	質	5 (23.8)	11 (52.4)	1 (4.8)	1 (4.8)	3 (14.3)	21	(100.0)
公立	人数	1 (10.0)	4 (40.0)	1 (10.0)	4 (40.0)	0 (0.0)	10	(100.0)
	質	2 (20.0)	2 (20.0)	3 (30.0)	3 (30.0)	0 (0.0)	10	(100.0)

で「大学院教育を含めると人手不足」との回答も多かった。今回の対象のうち大学院博士課程まで有する割合は、国立が14校中12校(85.7%)、私立が21校中4校(19.0%)、公立が10校中5

校(50%)で国立が一番高かった。

実習を担当する教員数が「やや不足」あるいは「不足」と考える理由としては、「実習先が複数箇所に分散・遠方である」が国立・私立・公立すべ

表9 講義担当教員の質

「不十分・やや不十分」の理由(自由回答)

自己研鑽の必要性を感じる	3
臨床経験と研究業績を兼ね備えた人材の不足	2
精神看護学教育の広域化	2
個人差がある	2
臨床経験不足	1
講義方法を学ぶ機会の不足	1
教授が医師であるので准教授の負担が大きい	1
教授陣の人材不足	1
当事者として答えにくい	1

11

表10 実習担当教員の質

「不十分・やや不十分」の理由(自由回答)

臨床経験不足	3
実践力・指導力不足	2
教員の力量に差がある	2
科目担当が教授ではない	1
教育者として人格的に問題がある	1
自己研鑽不足	1
当事者として答えにくい	1

11

表11 1997年度カリキュラム改正時の精神看護学教育プログラムの改正点(自由回答)

精神科看護に精神保健の内容を加えた	3
精神看護学を科目として独立させた	2
単位数を増やした	1
実習の時間数が減った	1
その他	1
就任前	10
大学開学前・学部開設前	10
	28

表12 2009年度カリキュラム改正時の精神看護学教育プログラムの改正点(自由回答)

特に変更なし	14
事例・演習を多く取り入れた	3
精神看護の講義の開始時期を早めた	3
疾病論と看護を分けた	2
講義時間・実習時間の減少	2
精神看護学の位置づけの変更	2
リエゾン看護の時間を増やした	1
在宅看護の視点を含めた	1
統合実習に精神看護学が加わった	1
その他	5
	34

表13 統合分野で精神看護学が果たす役割(自由回答)

精神障がい者の地域生活支援について地域看護学や在宅看護学との関連	8
すべての看護の基本である	8
リエゾン看護の視点を盛り込む	3
今後統合カリキュラムについて検討予定	3
特になし	2
精神看護学は統合カリキュラムに関与していない	2
わからない	2
その他	3
	31

表14 精神看護学教育で今後見直しが必要と感じている点(自由回答)

精神看護技術のエビデンスや効果の実証	5
精神看護学の特色や専門性の構築	4
病院における看護だけでなく地域生活支援についても学ぶ	4
教員の質の向上・数の確保	4
狭義の精神科看護だけでなく広範な内容を扱っていく必要がある	2
リエゾン看護について	2
人権意識について	2
その他	6
	29

てに共通していた。

3) 精神看護専任教員の質についての認識

精神看護学専任教員の質については、講義・実習共に「十分」と「だいたい十分」を合わせた回答が「不十分」と「十分」合わせた回答を上回った(表3,4)。質について「不十分」あるいは「やや不十分」と考える理由を自由記載で尋ねたところ、講義に関しては「臨床経験と研究業績を兼ね備えた人材の不足」や「精神看護学教育の広域化」など(表9)、実習に関しては「臨床経験不足」や「実践力・指導力不足」など(表10)があげられた。

専任教員の質については、国立は「十分」と回答した人が私立や公立に比べて、講義・実習ともに低かった(表7.8)。

4.3 カリキュラム改正時の工夫点、精神看護学が果たす役割と今後の課題

1) 1997年度カリキュラム改正時の精神看護学教育プログラムの改正内容について

28名より回答が得られたが、そのうち過半数は「就任前」あるいは「開学前・学部開設前」であり、精神看護学プログラムの改正内容について記載があったのは8名にとどまり、「精神科看護(精神疾患患者への看護)に精神保健(健康な人々の心の健康保持・増進)の内容を加えた」「精神看護学を科目として独立させた」などがあげられた(表11)。

2) 2009年度カリキュラム改正時の精神看護学教育プログラムの改正内容について

34名より回答が得られ、「特に変更なし」が14名と一番多く、「事例・演習を取り入れた」「精神看護学の開講時期を早めた」などの他に、精神看護学がライフステージ看護学や在宅看護学に含まれるなど「講義時間・実習時間が減少した」「精神看護学の位置づけの変更」などがあげられた。「統合実習に精神看護学が加わった」は1名であった(表12)。

3) 統合分野で精神看護学が果たす役割について

31名より回答が得られ、「精神障がい者の在宅支援・地域生活支援」や、「精神看護がすべての人々を対象としており、精神面のアセスメントや対人関係技術などの精神看護技術はすべての看護の基本である」などがあげられた(表13)。

4) 精神看護学教育で今後見直しが必要と感じている点について

29名より回答が得られ、「精神看護技術のエビデンスや効果の実証」「精神看護学の特色や専門

性の構築」

「(精神科)病院における看護だけでなく地域生活についても学ぶ」などがあげられた(表14)。

5. 考察

5.1 回収率、サンプルと母集団の比較

本研究の回収率は24.7%であり、研究者の行う郵送調査の回収率が通常4から5割程度といわれるのに対しさらに低かった。葉書による催促の通知を行ったが回収率は上がらなかった。調査実施時期が年度末で教員にとっては多忙な時期と重なってしまったこと、調査項目総数が35項目と多かったこと、自由記載項目が多かったことなどが原因として考えられる。

分析対象45における私立、国立大学法人、公立の割合は、46.7%、31.1%、22.2%であった。日本大学系協議会が2010年度に会員校193校に対して行った状況調査⁹⁾によれば、私立104校(53.9%)、公立46校(23.8%)、国立大学法人43校(22.3%)となっており、本研究の分析対象は母集団の割合をほぼ反映していた。

5.2 精神看護学専任教員の実態と課題

精神看護学専任教員の人数については、特に国立大学で講義・実習ともに不足しているとの認識が私立や公立より高かった。実際、国立大学の8割が大学院博士課程まで有しているにもかかわらず精神看護学の専任教員数は私立や公立より少なかったことからもうなずける。この傾向は精神看護学の教員に限らず看護系大学全体にいえることである。日本大学系協議会が2010年度に実施した調査¹⁰⁾によれば、看護教員の1校あたりの平均教員数は、公立38.0名、私立33.0名、国立28.0名で、国立が一番少ない。

また今回、教員が講義や会議等の学内業務をこなしながら、遠方に分散する実習フィールドに向き実習指導を行うことの困難さが浮かび上がってきた。加えて国立大学は少ない教員数で大学院教育も行わなければならない、教員の負担の大きさもさることながら、教育の質の低下が懸念される。実際、講義・実習の質について「十分」と回答した人は、国立は私立や公立に比べて少なかった。

1992年以降に看護系大学が急激に増えたことにより¹¹⁾看護系大学全体で教員が不足している。看護学分野の教員には学位のみならず看護の実務経験を持つことが要件とされていることが教員の確保を一層困難にしている¹²⁾。さらに精神

看護は科目として独立して日が浅いため他領域に比べていっそう教員不足が深刻であり、精神看護学教員の中には精神科での臨床経験がない人もいるという^{13) 14)}。今回の調査でも、実習について教員の資質が「やや不足」あるいは「不足」と考える理由として「臨床経験不足」があげられていた。厚生労働省や看護系大学協議会は、看護教員の不足という構造的な問題を認識しながらも、現在のところ具体的な解決策の提示には至っていない^{12) 15)}。

今後、国は看護大学や看護学部の新設を認可する前に教員の養成システムを充実させる必要があると考える。また全国の看護教員の人数を調査し、看護専門領域毎に人数の偏りがないかについて把握し、比較的人材の豊富な専門領域の教員に精神看護の研修を行ったり、臨床と大学の人事交流を促進し、精神科での臨床経験が少ない教員が精神科病院での研修を受けられるようにしたり、精神科臨床経験の豊富な看護師が大学教員の資格が取れるような制度の設立など早急に解決策を考える必要があると考える。

5.3 精神看護学教育内容の変遷と今後の方向性

1997年度カリキュラム改正時には、回答者の過半数が着任前あるいは開学前であり、1997年以降に看護系大学が急増していることからうかがえる。また2009年度カリキュラム改正時に特に精神看護学教育の内容を変更していなかった大学が多かった。これについては、2009年度改正が目前であった頃に開学・学部開設した大学では、2009年度の変更内容を念頭においたカリキュラム編成がなされていたと推測される。

回答者は、精神看護学はすべての看護の基本であり、また精神医療が病院中心から地域生活支援にシフトしていく中で精神看護においても地域看護や在宅看護の視点が重要になってくることから、統合実習において精神看護の果たす役割は重要であると考えていた。また、今後、精神看護技術のエビデンスや効果の実証や精神看護の専門性の構築を行っていく必要があると考えていた。

2009年度改正では事例・演習を多く取り入れる、リエゾン看護の視点を含めるなど精神看護学の内容を充実させた大学があった一方で、精神看護学の講義・実習時間が減少したり、他の分野に含まれるなど精神看護学が縮小したところもあり精神看護学の教育内容や位置づけは大学によってさまざまである。1997年に科目として独立

した精神看護学は、すべての人々のメンタルヘルス上の問題を取り扱うことになった。健康な人から精神科の治療を受けている人、退院して地域で暮らしている人まですべてが精神看護の対象である。複雑化する現代社会において今後精神看護学に対するニーズはますます高まると思われる。しかし、現状では精神看護学の教員が不足している中、これらのニーズすべてに応えることは難しく、今後は他領域との住み分けが必要になってくると考える。例えばコミュニケーション技術は基礎看護学、精神障がい者の地域生活支援は在宅看護や地域看護に担当してもらい、精神看護学では精神疾患患者に対する看護技術のエビデンスや効果を実証するなどして精神看護の専門性をさらに高めていく必要があると考える。

6. まとめ

看護系大学における精神看護学の教育内容について調査を行った。教員は講義や会議、実習指導、大学院教育などをすべてこなすには人数が足りないと感じており、国立大学は私立・公立に比べてその傾向があった。精神看護学は、他の看護専門領域より遅れて科目として独立したため教員不足はもとより教員の臨床経験不足も課題である。

1997年と2009年のカリキュラムの改正にともない精神看護学の内容は狭義の精神科看護からすべての人の心の健康保持増進の支援に拡大した。今後は精神障がい者の地域生活支援や自殺予防などその役割がますます拡大していくと考えられる。今後は研修の機会を増やすなど教員の実践力の向上とともに、広域化した精神看護学の教育内容を整理し、他の看護専門領域との差別化をはかりながら精神看護の専門性を構築していくことが重要であると考えられる。

研究の限界

本研究は、日本の看護系大学の精神看護学教員を対象としたが、調査票の回収率が24.7%と低く結果を一般化することはできない。

謝辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただいた精神看護学教員の皆さまに深く感謝申し上げます。

なお本研究は平成21年度石川県立看護大学学内共同研究費の助成を受けて実施し、日本精神保健看護学会第21回総会・学術集会にて発表しました。

利益相反

なし

引用・参考文献

- 1) 精神看護学に関する調査報告書. 日本精神科看護技術協会, 69, 2006.
- 2) 萩野雅, 武井麻子, 稲岡文昭他: 我が国における精神看護学教育の実態に関する研究. 研究代表者武井麻子: 看護教育カリキュラムにおける精神看護学教育モデルの開発に関する研究 平成6年度~平成8年度科学研究費補助金【基盤研究(B)(2)】研究成果報告書, 13-30, 1997.
- 3) 森千鶴, 國生拓子, 川野雅資: 新カリキュラムにおける精神看護学の内容と方法に関する調査. 山梨医大紀要, 14, 25-30, 1997.
- 4) 國生拓子, 森千鶴, 川野雅資他: 精神看護学実習に関するアンケート調査. 精神科看護, 64, 40-45, 1997.
- 5) 伊賀上睦見, 金沢彰: 看護系大学における精神保健・精神看護の教育. 精神科看護, 65, 97-102, 1997.
- 6) 花田裕子: 精神看護学のカリキュラムと教授方法の施行. 精神科看護, 26 (4), 60-62, 1999.
- 7) 川口優子: 学生に学んでほしいこと. 精神科看護, 26 (3), 52-55, 1999.
- 8) 川本利恵子, 関根真由美, 大田直美他: 精神科看護実習の教育的意義とその方法(その2). 精神科看護, 25 (9), 49-54, 1998.
- 9) 平成22年度日本看護系大学協議会事業活動報告. 日本看護系大学協議会, 107, 2011.
- 10) 前掲 109-110
- 11) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告. 大学における看護系人材の在り方に関する検討会, 2011.
- 12) 平成23年度日本看護系大学協議会事業活動報告. 日本看護系大学協議会, 2012.
- 13) 坂田三允: 育ちあう臨地実習に今何が必要か「精神看護学に関する調査」から. 精神科看護, 35 (5), 15-20
- 14) 田中隆志: 旧カリキュラムを引き継いだ精神看護学の課題. 看護展望, 23 (8): 43-47, 1998.
- 15) 今後の看護教育のあり方に関する検討会報告書. 厚生労働省, 2010.

Education in Mental Health and Psychiatric Nursing The actual status of nursing teachers and changes in nursing education

Chie TANIMOTO^{1§}, Mariko TUJI², Midori KAWAMURA¹, Tatsuko AIKAWA¹

Abstract

The purpose of this study was to clarify the education in mental health and psychiatric nursing. An anonymous questionnaire survey was administrated to individuals at 182 nursing universities in Japan. Valid responses were obtained from 45 (24.7%). Results indicated a perceived shortage of mental health and psychiatric nursing staff to handle teaching at both the undergraduate and graduate levels, at meetings, and during nursing practica, with national universities showing a greater shortage than private and public university. Respondents indicated the thinking that mental health and psychiatric nursing is basic and important in nursing and that the strengthening of this specialty is necessary. The shortage of mental health nursing teachers is serious, especially considering the fact that they have played an increasingly important role following curriculum revisions in 1997 and 2009. There are problems to be solved to guarantee the quality of education and to meet social needs.

Keywords mental health and psychiatric nursing, nursing university, education, nursing teacher

特別報告

「地域課題研究ゼミナール支援事業」最優秀賞

垣花 渉¹

「大学・地域連携アクティブフォーラム」(大学コンソーシアム石川主催)が2月9日(土)にラポルト珠洲で開催され、「地域課題研究ゼミナール支援事業」の成果報告会が行われました。「地域課題研究ゼミナール支援事業」とは、石川県内の高等教育機関に属するゼミナールが県内の自治体と連携して、地域の抱える課題の解決を研究的に図る取り組みのことをいいます。学生は、約半年にわたって地域を舞台にさまざまな活動に取り組みます。その成果報告会では、ゼミナールが地域等との意見交換や調査等を通じて課題解決の提言をどのようにまとめ、学生はその過程で問題解決能力をどのように養うことができたのかについてプレゼンテーションを行います。

今年度は県内の19ゼミナールが取り組んだ中、私たちゼミでは能登海浜道路の無料化を契機に「道の駅高松」をにぎやかにしたい地元の要望に対して、「健康の菓子・弁当」を創作・販売して道の駅へ人を呼び込む作戦を考えました。その結果、地元の農家、加工業者、JA、商工会、大学という「食のコミュニティ」の形成が「健康の菓子・弁当」の創作・販売に不可欠であることを明らかにしました。

審査員からは、「地域のビジネスモデルを看護の視点から捉えた斬新的な発想であり、今後が期待される」との評価をいただきました。今回の受賞に恥じぬよう、私たちゼミはこれからも地元と連携して「健康のまち」の実現に向けた活動を積み重ねたいと思っております。



図1 プレゼンテーションの様子



図2 授賞式の様子

¹ 石川県立看護大学

Challenge of Project-Based Learning in Kahoku City

Wataru KAKIHANA

特別報告

ドイツにおける緩和ケアとホスピス

彦 聖美¹, 浅見 洋¹

1. はじめに

2012年9月15日～9月23日、「デーケン先生と行くドイツホスピス視察研修2012」に参加し、ドイツの在宅および施設における緩和ケアの現状の把握、ドイツにおけるホスピスと死生観教育に関する現状を把握した。視察先はミュンヘンの在宅ホスピスのChristphorus Haus、ホスピスSt. Johannes von Gott、ミュンヘン大学緩和ケアチーム(Krinikum der Universität München、ケルン近郊の子供ホスピスKinderhospiz Balthasal、ケルン子供ホスピス協会Ambulanter Kinderhospizdienst Köln、ケルン大学病院緩和ケアUnivesitätlinikum Köln、葬儀施設Pütz-Roth Bestattungen und Trauerbegleitung、高齢者施設GBT-Wohnhaus Margaretenhöheであった。

2. ドイツの緩和ケアとホスピス

2.1 ドイツの緩和ケア

ドイツにおける緩和ケアは、病院における緩和ケア病棟、在宅ホスピス、施設ホスピスがソーシャルワーカーを核に地域ごとに包括的に連携・協働していた。ミュンヘン大学緩和ケアチーム、ケルン大学緩和ケアチームは、ドイツでは最も先進的な緩和ケアチームである。パリアティブケア(緩和ケア)は、本年2012年からドイツでは6大学の医学部で必修科目となり、順次他の医学部でも必修化される予定である。両チームとも、病院内でがん診断をうけた時点で緩和ケアチームの介入が開始される。退院、特に在宅へ返すことを基本的な目標としていた。緩和ケアチームの医師、看護師、ソーシャルワーカー等は相互に尊重し合う風土が確立し、一人一人が自律的なスタッフであった。それぞれの専門性を発揮しながら補完し合い、常にチームでベストを目指し、自信に満ちあふれている姿が印象的であった。ミュンヘン大学のホームケアチームも活発な活動を行っていた。神経内科医師を中心に医師3名、看護師3名、ソーシャルワーカー1名、事務員1名の比較的小

さいチームで、ミュンヘンの広域を担当している。そのため、地域の資源とネットワークを組み、周囲の協会や施設などの実践家と連携しながら活動していた。地域にある施設やサービス情報をまとめてマップを作成し、情報共有している。在宅療養に必要な物品をそろえるなどのコーディネーションも行っている。ミュンヘンのちょうど街中の中心に位置する所にオフィスを構え、「家で死ぬ！」という看板があると紹介された。タブー視しないで死に向き合うドイツの死生観とユーモアセンスの良さを感じた。

2.2 ドイツのホスピス

ドイツの施設ホスピスでは、「痛みがないこと」と「一人で死なせない」というホスピスの基本理念を実現させる取り組みが積極的に行われていた。ミュンヘンのChristphorus Hausは、セントクリストファー基金で運営されており、ドイツで初めて設立された施設ホスピスである。ソーシャルワーカーが所長、看護師、ハウスキーパー、事務、ボランティアがスタッフである。医師は地域のホームドクターが担い、呼吸療法士、アート・ミュージックセラピストなども参加する。入所できる人は、余命3ヶ月～6ヶ月と診断を受け、医療的に症状コントロールが必要な人である。4割が1週間以内で亡くなるという。ドイツの施設ホスピスでは、多くのボランティアが積極的に看取りケアに参加していた。Christphorus Hausのボランティア登録も160名以上であり、募集1名に対し3名が応募する。ボランティアには、実践を含め90時間の研修コースを課し、質を保証している。看取りの場面における「傍に在る人」としてボランティアは重要な役割を持つ。日本において、今後ますます課題とされる在宅での看取りにおけるマンパワーの不足に対して、地域住民の自助・共助機能の強化と共に、ボランティア活動の文化を浸透させていく取り組みが必要だと考えさせられた。

2.3 ドイツの子どもホスピス

ケルン近郊の子供ホスピス Kinderhospiz

¹ 石川県立看護大学

Balthasal の対象は、先天性疾患の児とその家族である。この施設もキリスト教団体が運営し、運営資金のほとんどは募金活動で集めている。毎年の資金集めは苦勞しているとのことである。施設の利用は一切自己負担がなく無料、本人のケアに関しては健康保険、その他は寄付で補っている。医師は地域のホームドクターが担う。アートクラフト、リラクゼーション、創作活動、音楽療法、マッサージ、指圧などを積極的に取り入れ、「生きること」を支えている。職員は50名、約半数が看護師、ソーシャルワーカー、調理員、ハウスキーパー、各セラピスト、アーティストが在籍し、ミュージックセラピストは週2回、クリニカルクラウンというピエロが定期的に訪れる。グリーフケアとして、亡くなった後も年一回、メモリアルデイを開催し、子どもと家族の時間が持たれる。子どもホスピスは、亡くなるための施設ではなく、生きることを支える施設である。生まれた時から数年以上にわたって、子どもと親、兄弟姉妹の人生をサポートしている。死を意識せざるを得ない子ども達ではあるが、一日一日を大切に生きる事、親と兄弟姉妹との生きる時間は、子どもが亡くなった後も親や兄弟姉妹の再生へと繋がると感じた。

3. パートナーシップに基づくチーム医療の形 ～「インタープロフェッショナル」～

St. Johannes von Gott の緩和ケア医師は、「たとえどんなに優れた緩和ケアの知識や医療的な技術があっても、人間としての魅力が感じられなければチームに迎え入れることはない」と断言し、「インタープロフェッショナル」という言葉を紹介してくれた。これは、他職種が連携する際は、プロとして互いの自覚と尊敬の態度で向き合い、相互に依存・高めあう関係であるということを表した言葉である。ミュンヘン大学緩和ケアチーム、ケルン大学病院緩和ケアチームでも、同様の説明を受けた。密なミーティングにおける情報の共有を基本に、階層がない、境界を越えた相互依存の関係であること、「私が出来なくても、チームの誰かできる」という互いの信頼があることが重要であるという。良質なホスピスケアを生み出すためには、①緩和ケアに関する十分な知識、技術を身につけていること、②ホスピスに対する情熱と高い志があること、③チーム内で目的が共有できていること、④成熟した大人であること、⑤自分の価値観を押し付けない柔軟さとユーモアが

あること、という要素が必要だと考えた。ホスピスケアチームそのものがセラピーという考え方に立ち、「インタープロフェッショナル」とは、日本でも目指したい専門職のパートナーシップの形であると強く感じた。

4. ドイツの葬儀施設における 死生観教育とグリーフケア

葬儀施設 Pütz-Roth Bestattungen und Trauerbegleitung は、葬儀社でありアカデミーでもある。「死に向き合って、生を考えていけるように死について学ぶこと」を目指し、幼稚園児からこれまで2万人が訪れているという。生と死をイメージした瞑想の道も施設内に作られている。葬儀社として家族に提供できることは、①場所、②家族に必要な時間、③この場でやりたいことの実現、④亡くなった人との思い出を作る、と説明を受け、特に「死によって無くなるものがある。しかし、残るものも同時にある」という説明には感銘を受けた。Pütz-Roth のグリーフコンセプトは、「愛情」を表現することである。棺を色とりどり、好きなイラストで飾ることができるペインティングの部屋があり、別れのパーティーを賑やかに催す部屋もある。施設裏の山にはさまざまなスタイルの手作りのお墓があり、家族はいつでも訪れることができる。後悔がないように葬儀を行うことで、死を忘れるのではなく、折に触れて思い出すように、家族が死を受け入れ、新たに生きていけることを目指しているという高い理念には学ぶところが多かった。

5. おわりに

ドイツにおける多職種連携パートナーシップは、在宅医療への推進がますます加速している日本において、現在まさに直面している課題といえる。専門職者がそれぞれ成熟し、自律していきながらパートナーシップを築いていくことを目指したい。また、子どもたちの死生観教育、看取りを終えた家族に対するグリーフケアとして日本でも取り入れられることは多く、今後このような活動が進んでいくことを期待したい。

本視察研修の参加は、科学研究費助成事業（基盤研究B）「ルーラルにおける住民の死生観と終末期療養ニーズの変容に関する総合的研究」（代表 浅見 洋）による。

Palliative Care and Hospice Care in Germany

Kiyomi HIKO, Hiroshi ASAMI



ミュンヘン大学在宅ホスピスの看板

特別報告

ドイツの総合型地域スポーツクラブを訪ねて

垣花 渉¹

1. はじめに

9月23日、ドイツのフランクフルトはちょうど秋の深まりを迎え、街路樹は紅葉し昼夜の寒暖差は10度を超えていました。私は、この地で人々の生きがいや健康の増進に大きなインパクトを与える「総合型地域スポーツクラブ」の取組の一端に触れることができました。

総合型地域スポーツクラブとは、地域住民が主体で取り組む会員制のクラブ組織であり、スポーツや文化活動などを気軽に安価で楽しむことのできる地域密着型のさまざまな事業を展開しています。日本では、平成7年より文部科学省がモデル事業に取り組み、平成12年のスポーツ振興基本計画を経て全国に拡大し、現在では約3,000カ所に及ぶものと推計されています。さらに、平成22年の内閣府「新しい公共」円卓会議の「新しい公共」宣言では、地域が抱える社会問題の解決に取り組む事例としても取り上げられています。このような「総合型地域スポーツクラブ」が地域社会に対して何の目的でどのような影響を及ぼしているのかについて、その先進国であるドイツの取組を視察する機会をいただきました。

2. 身体活動の戦略的な推進

ドイツでは、生活習慣病の予防やリハビリテーションの一環として行う運動・スポーツを、医療保険の適用を受けながら総合型地域スポーツクラブで行える制度が存在します。このような制度に国民の約3割が加入していると報告されています。そこで、フランクフルト近郊の人口約35,000人（かほく市とほぼ同じ人口）のノイ・イーゼンブルク市にある市民スポーツクラブ「TSG 1885 e.V.」を訪ね、肩・膝痛のリハビリ体操教室に参加させていただきました。専属のトレーナーが10名ほどの参加者に対し、ボールを使ったリズムミカルな体操をアットホームな会話を交えて40分ほど指導されました。楽しみながら身体に適度な負荷を与える体操では、10分ほどで汗をかくまで身体を温めることができました。このクラブ



図1 肩・膝痛のリハビリ体操教室

では、医師が薬の処方箋を書くのと同様に運動の処方箋を書き、それをもとにトレーナーがリハビリを指導する仕組みが整えられています。参加費の8割ほどが医療保険でまかなわれ、10回まで参加できるそうです。さらに参加を続けたい場合は、このクラブへ加入して引き続き指導を受けられるという一連の仕組みが整えられているということでした。病気の治療がそのまま予防へとつながる仕組みを地域一帯となって作っていることに感銘を受けました。

3. ヘルスツーリズム

フランクフルトから10数キロのところにあるバート・オルプ市は、鉱泉やコンサートホールなどの保養地、宿泊施設、およびクリニックを併設した「健康の回復と維持」のテーマパークを手がけていました。数年前までは、このような施設の利用にも医療保険の適用が認められていたそうです。このようなテーマパークの運営をまちの住民で作った会社が行っているため、インフラの整備、組織の構成、マーケティングをまちづくりの視点から行っていました。年間に55,000人に及ぶ滞在者があり、ドイツ遠方のほか、ヨーロッパ、アメリカ、カナダで6割ほどを占めるそうです。健康増進、病気の予防、及びリフレッシュの3つの目的を達成するため、施設内には、散歩、森林浴、塩の温泉や水中ミュージックなどの文化体験などのメニューが100ほど用意されていました。レ

¹ 石川県立看護大学

クリエイション活動を通じた生きる力の回復・増進という戦略にふれることができました。

4. スポーツリハビリ

ノイ・イーゼンブルク市のスポーツクラブ「TV 1861 e.V.」では、心臓疾患患者へのスポーツリハビリテーションを見学することができました。この教室の趣旨は、運動負荷テストをクリアした者に運動の楽しさを理解させて病気の再発を防ぐというものでした。そのため、体育館にはトレーナーや世話人に加えて医師も常駐し、患者が安心して体操を楽しめる環境を工夫していました。トレーナーの方は30年の指導歴があり、ボール、スティック、フラループ等の道具を使って遊びなが



図2 心臓疾患患者へのスポーツリハビリ

ら仲間同士で触れあうことを重点に指導されていました。運動に取り組む参加者の笑顔は印象的で、参加者の方は「大きな病気を煩ったことが運動への価値観を変え、積極的に身体を動かす生活スタイルを取り入れるようになった」と話されていました。身体を動かすことの楽しさを、できれば子どもの頃から体験して理解する仕掛けの大切さを感じました。

5. おわりに

今回の視察を通じて、ドイツの保健政策の特色を実感することができました。ドイツには、地域を舞台に人と人の顔の見える関係で支え合う「人稱の連帯」とともに、保険料の拠出という強制的な連帯としての「非人稱の連帯」が併設され、国民の健康を支えるバックボードになっていました。このような社会的環境のもと、「総合型地域スポーツクラブ」が果たす役割はこれから益々大きくなるものと思われました。それは、「総合型地域スポーツクラブ」を通じて、地域住民の健康はもちろん、地域への愛着や社会参加、世代間を含む人的交流等のソーシャルキャピタルが醸成するものと考えられたからです。

本視察は、2012年度学内共同研究費によるものです。

Visit to Community Sports Clubs in Germany

Wataru KAKIHANA

特別報告

17TH INTERNATIONAL CONFERENCE on CANCER NURSING

参加報告

牧野智恵¹

2012年9月9日から開催された、17TH INTERNATIONAL CONFERENCE on CANCER NURSING への参加ならびに研究発表のためにチェコ共和国（プラハ）に出張した。

学会は、チェコ共和国の首都プラハの市街地にある HILTON PRAGUE HOTEL にて開催された。第17回を迎える今年の学会テーマは、“Enhancing Patient Safety through Quality Cancer Nursing Practice”であった。

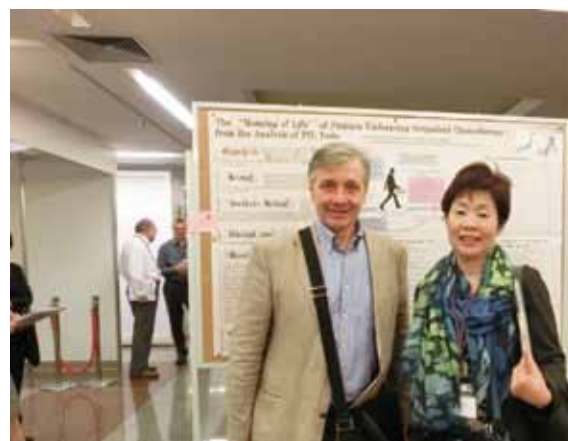


ICCN2012 学会抄録

世界 51 カ国から 600 人以上の参加者があった。9月9日からプレカンファレンスが始まっていたが、私は10日早朝からの Opening Ceremony and Welcome のセッションから参加した。そこでは、小児や新生児看護実践の際の、看護ミス予

防についてのシンポジウムが行われた。ランチョンセミナーをはさんで、午後からは concurrent session が始まり、患者の安全、緩和ケア、がんサバイバー、がん患者の在宅ケア、など、多種多様なセッションからの発表とディスカッションがなされていた。また、11日は、午前には The End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) 教育のワークショップが行われ、その後、引き続き concurrent session が開催された。

私は、12日のポスターセッションにて発表した。



学会場の発表ポスターの前にて

ポスターセッションでは、“THE ‘MEANING OF LIFE’ OF PATIENTS UNDERGOING OUTPATIENT CHEMOTHERAPY : FROM THE ANALYSIS OF PIL TESTS”を発表した。参加者（香港、イギリス）から、PILテストの内容についての質問や、結果についての質問を受けた。がん看護実践において患者の生きる意味や苦悩への関わりについて、万国共通して苦慮していることを改めて知る機会となった。

今回の学会発表の中で興味深かった内容としては、11日のセミナーの中で、発展途上国におけるがん医療の現状報告であった。発展途上国でもがんによる死亡率が年々上昇しているばかりでなく、十分な緩和ケアを提供する費用や薬物が不足

¹ 石川県立看護大学

しているため、がん性疼痛で苦しみがらなくなる人が多いということであった。

また、本学会の中でも、禁煙や禁酒、適切な運動・食事を呼びかけるセッションが多かった。「なぜ今更？」と思いながらプラハの街を歩いてみると、街のいたるところにタバコの吸い柄が当たり前のように捨てられており、世界遺産ある街が残念に思うほどであった。日本の街中や施設では、数年前から禁煙を掲げるところが多く、最近では禁煙が当たり前になってきた。しかし、学会が開催されたプラハでは、タバコを吸いながら街を歩いている人が多く、ホテルのロビーでも喫煙者が多いことが目についた。国際がん看護学会がプラハで開催された意味は、禁煙を街を上げて広めたいという思いがあるのかとも感じた。

日本でも二人に一人ががんに罹患すると言われる、がん予防のためには食生活や運動そして禁煙の必要性が叫ばれ、また、早期からの緩和ケアも少しずつ浸透してきている。世界を見た場合、まだまだ緩和ケアでのオピオイド製剤の使用量が少ない現状を嘆いているが、さまざまな国の現状の報告等実際に触れたことによって、日本よりまだまだがん予防や緩和医療が不十分な国が多くあることを思い知った。日本のがん看護に携わる者は、自国のがん看護やがん医療の充実に務めることは重要だが、今後、自国のみならず世界の事情をもっと理解しながら、国際的な視点を持ってがんの予防・支援に向けて率先して関わっていく立場・役割を持っていることを感じた学会であった。

Participation in the 17th International Conference on Cancer Nursing

Tomoe MAKINO

特別報告

The 16th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS) に参加して

谷本千恵¹

2013年2月21、22日にタイのバンコクで開催されたThe 16th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS)に参加した。EAFONSは1997年から東アジアで毎年開催されている看護系大学の大学院生と若手教員を対象とする国際フォーラムである。16回目を迎える今年の学会のテーマは「Developing International Networking for Nursing Research」であり、開催国のタイの他、日本、シンガポール、香港、台湾、韓国、フィリピンなどから約700名が参加した。1日目は、オープニングセレモニーに続き、ソフィア・チャン博士（香港大学看護学部）が「Strategies for Strengthening Faculties & Doctoral students」と題して基調講演を行い、創立100年以上の由緒ある香港大学における看護学教育や研究についての紹介があった。2日目はシンガポール、タイ、韓国、フィリピンの看護研究者らが「Sharing Successful Experience in Networking Research」と題してパネルディスカッションを行った。国際的な共同研究の実践例の紹介等をとおして東アジアにおける看護研究の発展について活発な討議が行われた。

今回の学会では、約380の演題（口演約80演題、ポスター約300演題）のエントリーがあった。すべて英語であるというだけで研究のテーマや内容・手法等は日本の看護学会と変わりなかったが、ポスターにはお国柄が現れており興味深かった。日本人のポスターは全体的に真面目でおとなしい印象であったが、外国の人たちのポスターは写真の上に文字が書いてあったり、色鮮やかでポップなデザインのものが多かった。中でもひときわ目を引いたのは一面スマイリーフェイスが入ったポスターで、私が思わず足を止めるとフィリピンの大学院生が「高齢のうつ病患者に対する笑いヨガの効果に関する研究」について熱心に説明してくれた。口演では、やはり英語が公用語である香港やシンガポールは有利であると感じた。特にシン

ガポールの人たちは独特のイントネーションの早口英語が印象的で、どの会場にも大勢の応援団がつめかけ発表者にさかんにエールを送っており、その迫力に圧倒された。一方、タイやその他のアジアの国の人たちが少々なまりのある英語でもどどん発表していたのに対して、日本人の口頭発表が少なめだったことがやや残念だった。



学会会場で（筆者）

私は今回‘Self-help Group for People with Mental Illness: Promoter for and Barriers to Their Activity’の演題でポスター発表を行った。北海道から四国まで日本の精神障がい者の自助グループ7か所を訪問し、リーダーへのインタビューや参加観察等を通して精神障がい者の自助グループ活動の促進因子と阻害因子について検討したことをまとめたものである。発表当日は他のポスターを見て回ったり口演を聞いたり、久しぶりに再会した恩師や同僚との話に花が咲いたりと忙し

¹ 石川県立看護大学

く、自分のポスターの前に立っている時間が少なかったことが反省点である。次回はもっと積極的にプレゼンテーションやディスカッションを行いたい。

東南アジアを訪れたのは今回が初めてであり最初は不安もあったが、空港は近代的で、学会会場



レセプションパーティーでのタイ舞踊

のホテル周辺は高層ビルが立ち並び、バンコクは予想していたよりもはるかに都会であった。また町のいたるところに仏像があり熱心な仏教国であることがうかがわれた。学会直前に風邪をひいてしまい、学会会場のホテルにほとんど籠っていたため市内を散策することはできなかったが、オープニングセレモニーやレセプションパーティーでは、タイの舞踊や楽器演奏、人形劇などの伝統文化に触れることができた。学会前は学会事務局から重要な連絡が届かなかったり、学会中もタイムスケジュール通りに進行しなかつたりとタイの人たちのんびりとした気質に戸惑うこともあった。またタイ料理は香辛料が強く苦手だったが帰りの空港で見かけたタイシルクは魅力的であった。機会があればもう一度訪れてみたい。EAFONSは若い参加者が多く、開催地も日本から近いため気軽な雰囲気ですべて初めて参加する国際学会として適していると思う。今後はもっとアジアの看護にも注目し、研究や教育で交流を深めていきたいと感じた。

Participation in the 16th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS)

Chie TANIMOTO

特別報告

The 16th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS) に参加して

曾根志穂¹, 阿川啓子^{1,2}, 金子紀子¹, 井上智可¹

2013年2月21日～22日、タイ王国バンコク市で開催されたThe 16th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS)に参加しました。会場はThe Emerald Hotelです。演題数は250を越えており、東アジア地域の看護学大学院生を中心に参加者は約600人以上におよび、各ブースで活発にディスカッションされていました。

分科会は、Nurses, Nursing and Health services, Maternity, Women & Infant Health, Nursing Education, Nursing Intervention and Lived Experience, Elderly Care, Caregiver, Human Resources for caring, Disaster and Bio-nursing, Child and Adolescent Care, Diabetes Mellitus and Hypertension, Cross Cultural and Complementary Care, Symptom Experience and Complication in Chronic Condition, Nursing Education, Mental Health and End of life Care, HIV/AIDS and Chronic Kidney Disease, Quality of Life of Caregiver and Cancer Patient, Patients' Right 等の幅広いテーマが設けられており、さまざまな講演やオーラル、ポスター研究発表から東アジア地域の看護学の動向、公衆衛生政策や地域保健活動等の大学院生の研究動向を学びました。

曾根志穂

東アジア地域の看護職では日本の保健師(Public Health Nurse)のような職業は明確になっておらず、訪問看護師(Home Visit Nurse)という看護職が活躍しているようであり、それに関係する報告がありました。高齢者看護の分野では、認知症ケアに関する研究が多く、東アジア地域でも近年高齢化が進んでいるようです。それに伴いそれぞれの国の体制に応じた看護サービスや社会福祉制度、医療マネジメントの変化があり、その研究がなされていました。また、この地域特有の生活文化や風土として、東洋医学や漢方薬、

祈祷師の存在や呪術のような施術に関する研究報告があり、これらは人々の日常生活に根付いているため看護もそれらを含めたケアになっているのではないかと捉えました。また感染症問題として、HIV感染者や発症者に関する研究も多く、これは国にとって大きな問題であると感じました。本学会での医療福祉施策や看護ケアについての講演や発表が今後の研究内容の参考になりました。

本学会には平成24年度科学研究費補助金・基金助成金(若手研究(B))の助成を受けて参加しました。

阿川啓子

大学院博士前期課程での修士論文の「障害児を在宅で療育する母親への訪問看護師の支援とその背景にある考え」の研究の一部を研究発表しました。演題は“THE NURSING CARE AND BELIEFS OF HOME CARE NURSES WHO ARE CARING FOR DISABLED CHILDREN”



発表ポスターの前にて(阿川啓子)

¹ 石川県立看護大学

² 鳥根県立大学

IN JAPAN”です。

1992年から日本における訪問看護制度は始まりました。日本の訪問看護制度の対象者は、全ての年齢、全ての疾病・障害を持つ児・者の在宅療養です。小児に関する訪問看護は母親との関係性の構築など困難な点もあります。そこで本研究では、訪問看護師の母親との関わりとその背景にある考えという看護を明らかにしました。発表に対して、これからの日本の訪問看護師の実践を明らかにすることは訪問看護の質と量の安定に繋がりに必要な研究と思われるなどの感想がありました。また、中国やタイでは在宅で医療依存度の高い子どもを看護することはなく、国の政策や医療体制での看護の違いを感じました。

金子紀子

私にとっては、初めての海外での学会参加でした。オープニングセレモニーでのタイ舞踊にはじまり、プログラムそれぞれで国内学会とは違った刺激を受けました。オーラル発表では、お国柄の違いか、発表者が登壇すると歓声が沸き上がる発表もありました。セッションはコミュニティや地域看護としての枠はなく、英語で関心ある研究テーマを探すのに苦労しましたが、そのことで参加国の地域看護の状況に関心が高まったことと、他領域の研究内容を知る機会となりました。その国の文化歴史の特徴が現れている運動プログラムなどがあり興味が持てました。この学会参加により、日頃狭い世界にいることを痛感し、多方面に視野が広がりました。今後の研究活動に活かしていきたいと思います。

井上智可

初めての海外学会の参加であり、不安と期待が入り交じった気持ちで参加しました。東アジア地域からの参加なので、姿やファッションだけではどの国の方か全く分からず、会場ではさまざまな言葉が飛び交っていました。研究テーマもさまざまであり、日本では聞いたことがないその土地独特のヒーリング法や疾患を引き起こす考えなどと

看護ケアを調和させることを目指した研究が印象に残りました。一方で治療に関するアドヒアランスや介護に関連するものなど日本と共通したテーマも数多く見受けられました。

ポスター発表のなかで文化の違いからか、なぜこの研究が必要なのか日本人の私には明確に分からないものもありました。そのため海外での発表に際しては自国以外の方にも理解できるような文化的背景を含めた論述が必要あることを学びました。

バンコク市街はとても近代的であり、高層ビルが立ち並び、多くの商業施設がありました。車のほとんどが日本メーカーであり、通勤時間帯はものすごい渋滞が発生していました。しかし、交通渋滞の著しい状況でも人々はいがみ合うのではなく、譲り合いをしていました。そのような場面からは、宗教的な価値観の違いも感じました。また、行き交う人々の活気もあり、これからますます発展していこうというエネルギーを感じました。

最後に、本学会には学長裁量経費の助成を受けて参加しました。(阿川、金子、井上)学長はじめご理解いただいた教職員の方々に感謝いたします。



ワット・プラ・ケオ (王宮寺院) にて

Participation in the 16th East Asian Forum of Nursing Scholars (EAFONS)

Shiho SONE, Keiko AGAWA, Noriko KANEKO,
Chika INOUE

特別報告

ゴードン・リサーチ・カンファランス 参加報告

多久和 典子¹

2013年1月末に、ゴードン・リサーチ・カンファランス (Gordon Research Conference, GRC) 血管細胞生物学分科会からの招聘により、金沢大学との共同研究の成果を発表しました。開催地はアメリカ西海岸カリフォルニア州ヴェンチュラでした。GRCは様々な分科会から成りますが、いずれも、各研究分野の一流研究者が最新の研究成果を持ち寄り、互いに知見を共有して研究の更なる推進を目指そうとする国際学術会議です。参加者は約100名程度にしぼられ、一昨年参加したFASEB同様、参加登録の際に研究経歴・最近の研究業績を申告し審査を受けます。また、ここでディスカッションされる研究内容は論文公表前の知見が多く含まれるため、参加者以外の研究者に知らせることや発表内容の写真撮影などは御法度となっています。

今回発表した研究内容は、従来その機能が不明であった、細胞内に存在する脂質リン酸化酵素、ホスファチジルイノシトール 3 キナーゼ クラス II α (PI3K-C2 α) の生理機能と病態生理学的役割の解明です。私たちは数年前からPI3K-C2 α の遺伝子欠損 (ノックアウト) マウスを作出し解析を進めていましたが、これまでの解析から、PI3K-C2 α は、特に血管内皮細胞の細胞内膜系 (エンドソーム) に強発現しており、胎生期の血管形成ならびに出生後の血管内皮の恒常性維持に必須であることを見出しました。PI3K-C2 α の2つの遺伝子座を両方も欠損するホモ欠損マウスは、胎生期の血管形成の異常により子宮内で死亡し、生まれてきませんでした。また、片方のみの遺伝子を欠損するヘテロ欠損マウスは、正常に生まれますが、ヒトの様々な心血管疾患のモデル実験系であるアンジオテンシンII持続負荷により、大動脈解離を発症し突然死しました。近年、我が国においても解離性大動脈瘤 (急性大動脈解離) の発症が増加していますが、その発症機序の一端を明らかにできたと考えています。血管内皮細胞は、血管内皮成長因子 (VEGF) の作用により、細胞遊走・細胞増殖・管腔構造の形成による血管形成・

血管新生と、内皮細胞間接着、バリア機能維持などの血管内皮としての生理機能を果たします。PI3K-C2 α 遺伝子欠損マウスではこれらの過程がどれもうまくいきません。たとえば血管内皮細胞間の接着がゆるいため、アナフィラキシーを発症しやすく、また、さまざまな実験系において血管新生の減弱を示します。特殊な方法 (Cre-LoxP システム, タモキシフェン誘導) で生後特定の時期に血管内皮特異的に遺伝子が欠損するよう操作したコンディショナルノックアウトマウスにおいても同様の所見がえられましたので、他の組織ではなく、血管内皮に発現するPI3K-C2 α が、これらの生理機能を担っていることがわかりました。分子機構として、血管内皮細胞どうしの接着を担う細胞膜蛋白 (VE-カドヘリン) が細胞内で作られたあと、小胞輸送によって内皮細胞間接着部位へ配置されるのにPI3K-C2 α が必要なこと、VEGFの受容体から下流に位置する分子へのシグナル伝達にもPI3K-C2 α が必要なことがわかりました。したがって、PI3K-C2 α は、血管形成と血管機能の恒常性維持に重要な役割を担い、血管疾患の新しい治療標的となることが期待されます。この場を借りて、共同研究者に感謝します。

学会期間中、いずれもトップラボのわくわくするような研究成果を聞くことが出来、大変有意義でした。とくに、アルツハイマー病の病態生理や、さまざまな機能蛋白発現レベルを調節することが近年明らかにされ注目されているmicroRNAなどについて、全く予期せぬ新知見が得られたことなどは、今後論文が公表され、全貌を理解するのが本当に楽しみです。

学会集合写真をご紹介します (本人2列目)。様々な国籍、とくに、アジアの参加者が多いことがお分かりと存じます。アジア各国から米国・ヨーロッパに留学し、一流の研究者に成長した方々です。最前列中央の学会長 Dr. Timothy Hla は、ミャンマー出身で非ステロイド系消炎鎮痛薬 (NSAIDs) の作用点であるサイクロオキシゲナーゼ2 (COX2) をクローニングした方です。私たちの長年の研究テーマであるスフィンゴシン-1-リン酸 (S1P) 情報伝達系の研究を通じて旧知

¹ 石川県立看護大学

の友人であり、今年の夏はS1PのGRC分科会でまたお会いする予定です。

本研究は、Nature Medicineならびにthe Journal of Biological Chemistryに共著者として公表しました。本学会参加は科学研究費助成事業(基盤研究(C))「スフィンゴシン-1-リン酸情報伝達系による癌血管新生・血行転移、虚血後血管新生の制御」(代表 多久和典子)によります。

参考文献

1. Yoshioka K, Yoshida K, Cui H, Wakayama T, Takuwa N, Okamoto Y, Du W, Qi X, Asanuma K, Sugihara K, Aki S, Miyazawa H, Biswas K, Nagakura C, Ueno M, Iseki S, Schwartz RJ, Okamoto H, Sasaki T, Matsui O, Asano M, Adams RH, Takakura N,

Takuwa Y. Endothelial PI3K-C2 α , a class II PI3K, has an essential role in angiogenesis and vascular barrier function. *Nature Medicine* 18:1560-9, 2012
2. Biswas K, Yoshioka K, Asanuma K, Okamoto Y, Takuwa N, Sasaki T, Takuwa Y. Essential role of class II phosphatidylinositol-3-kinase-C2 α in sphingosine-1-phosphate receptor-1-mediated signaling and migration in endothelial cells. *J Biol Chem* 288:2325-39, 2013
3. Takuwa N, Okamoto Y, Yoshioka K, Takuwa Y. Sphingosine-1-phosphate signaling and cardiac fibrosis. *Inflammation and Regeneration* 2013 (in press)

Participation in Gordon Research Conference (GRC), Vascular Cell Biology 2013 in Ventura

Noriko TAKUWA



石川看護雑誌 発行規定

(趣旨)

第1条 この規定は、石川県立看護大学図書館運営委員会規程に基づき、石川県立看護大学図書館運営委員会（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石川看護雑誌編集専門部会（以下「編集部」という。）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、若しくは編集部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、原則として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、次のとおり定義する。
総説：特定のテーマについての知見の総括及び系統的、総合的な解説
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：新規性には若干欠けるものの、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 すでに公表された論文および他誌に投稿中の論文の投稿は認めない。

(原稿)

第7条 原稿は、別に定める「投稿規定（Ⅱ.投稿原稿の執筆要領）」に基づいて作成するものとする。
2 投稿後の原稿は編集部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編集部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、査読を経て編集部会が決定する。

- 2 査読は一論文について2名以上とし、編集部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。

(投稿原稿の著作権)

第10条 掲載原稿の著作権は、石川県立看護大学（以下「本学」）に帰属する。

- 2 掲載原稿の内容の全部及び一部を転載しようとする者は、本学に転載許可の申請を行い、その承認を得るものとする。（「投稿規定 Ⅲ.著作権」）

(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。
- 5 平成24年9月3日改訂。

石川看護雑誌 投稿規定

I. 投稿に関する規定

(投稿資格)

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、もしくは編集部会の承認を得た者とする。ただし、石川看護雑誌編集専門部会（以後、編集部会）からの依頼原稿はこの限りでない。

(論文の内容・種類)

1. 本誌は、投稿原稿及び編集部会からの依頼による寄稿原稿を掲載するものとする。
2. 投稿原稿は、原則として看護学の発展に寄与する学術的なものとし、投稿原稿の種類とその内容は以下のとおりとする。
 - 総説：特定のテーマについての知見の総括及び系統的、総合的な解説
 - 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：新規性には若干欠けるものの、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. すでに公表された論文および他誌に投稿中の論文の投稿は認めない。

(投稿要領)

1. 投稿原稿はMSワードを使用の上、A4用紙に印刷し3部を提出する。うち1部は、著者名、所属を含み、2部（査読用）はこれを含まないものとする。最終稿の提出に際しては、紙媒体に加えUSBフラッシュメモリーによりデータを提出する。
2. 投稿先：石川県立看護大学附属図書館受付（修正論文も同様）
3. 投稿受付期間：6月1日から9月末日。

(投稿原稿の修正と採否)

1. 投稿原稿は2名以上の査読者によりピアレビューを受ける。査読意見に基づいて原稿の修正を行う際は、編集部会から提示された修正期限を厳守すること。
2. 修正原稿とともに、査読者のコメントの各項目に対して、どのように修正したか（修正しなかった場合はその理由）を明記したカバーレターを添えること。なお、査読者から指摘された箇所の訂正以外の著者判断による加筆は原則として認めない。
3. 投稿原稿の掲載の採否は、査読意見に基づき、編集部会において審議し決定する。
4. 編集部会の判定により、原稿の修正及び原稿の種類の変更を著者に求めることがある。

(利益相反*)

責任著者は、すべての執筆者について企業等との利害関係の有無（利益相反）を確認し、本文末に明記する。なお、利益相反の有無は原稿採否に影響しない。

*利益相反 (Conflict of Interest, COI) とは、一方の利益が他方の不利益となる状況をいう。研究における利益相反は、産学連携による研究等において、研究者と企業の経済的な利益関係等の存在により、本来研究で必要とされる公正かつ適正な判断が損なわれかねない状況をさし、その場合には、研究成果の信憑性・社会からの信頼性の喪失をきたすばかりでなく、社会が不利益を被る事態となる。これを未然に防止するために、研究結果の発表やそれらの普及・啓発において、研究の公明性をはかり、利益相反事項の開示を求めるものである。

II. 投稿原稿の執筆要領

(言語, 全体の構成, ページレイアウト, フォント)

1. 論文は、和文（横書き）もしくは英文で記述し、規定の形式（後述）に従ってMSワードにて作成する。1頁左上余白に、①論文の種類（原著、総説、報告等）、および、②初稿・第2稿の別を2行に手書きで明記し、四角で囲む。
2. A4版で余白を上32mm、下23mm、左右25mmずつ設け、図表・英文アブストラクトを含めて刷り上りページで10ページ以内とする。投稿論文の図・表はテキストの最後にまとめ、本文中のおよその挿入位置を原稿の余白に手書きで明示する。
3. 論文の構成は、①タイトル、②著者名、③概要（400字以内）、④キーワード（5語以内）、⑤イントロダクション（「はじめに」など）、⑥方法、⑦結果、⑧考察、⑨結論、⑩謝辞（該当する場合）、⑪利益相反、⑫引用文献の順で記述し、注記、付録などがあれば⑫引用文献の後ろに付記する。和文原稿の段組は、①タイトル、②著者名、③概要、④キーワードまでを1段組とし、ほかは2段組とする。
4. 和文論文の場合、最後に英文要旨を付記し、1) Title, 2) Author's name, 3) Abstract（250語以内）、4) Keywords（5語以内）の順に、1段組で記載する。提出する3部のうち2部は、英文要旨についても著者名・所属を空欄とする。
5. 和文原稿は、特に指示の無い場合は「MS明朝」のフォントを用い、句読点は、全角の「、」及び「。」とする。アルファベット・算用数字は、原則として「Century」（又はこれに類似したフォント）の半角とする。和文原稿の本文は10ポイントで1頁あたり22字×47行の2段組（段間3字）とする。引用文献は9ポイントとする（後述）。
6. 英文原稿の本文は「Century」のフォントで10.5ポイントを用い、原則としてシングルスペースで1段組とする。その他の書式は和文の場合に準じるものとする。
7. 本文、図・表・写真、脚注ともに、160mm×242mmの枠内に必ず収めるよう作成する。
8. ページ下部中央に通し番号を振る。

(論文タイトル・著者名・所属・概要・キーワード)

1. 論文タイトルは、左右中央に位置するように「MSPゴシック」のフォントを用いて16ポイントで記載する。英文原稿の場合は「Century」（太字）とし、タイトルの単語は前置詞・接続詞を除き、大文字で始める。
2. 論文タイトルから1行空けて、和文著者名を左右中央に位置するように「MS明朝」（太字）14ポイントで記載する。英文原稿の場合、著者名は、名、姓の順序で姓はすべて大文字とし、「Century」14ポイントで記す。
3. 研究を行った時の著者の所属は、全角数字を用いて著者名の右肩に上付き表示し、脚注に8ポイントで明記する。現在の所属が異なる場合は、別の数字を用いて併記する。
4. 脚注に示す著者の所属は、第1ページの左下段にスペースを設け、本文から1行空けてラインを中央まで引き、その下に記載する。その際、ページの余白部分にはみ出さないよう注意する。なお、脚注に示す数字は左肩上付きとし、所属機関名称を続けて記載する（例：¹石川県立看護大学）。
5. 著者名の次に1行空けて、400字以内の和文概要を、さらに1行空けて、和語のキーワード5つ以内（英文原稿の場合は250語以内の英文概要と英語のキーワード5つ以内）を記述する。概要、キーワードは、上述の左右の余白の枠（25mm）からさらに3.5字相当内側まで余白をとり、左右中央に位置するように8.5ポイントで記載する。「キーワード」・Keywordsは、太字で強調する。

(オーサーシップについて)

1. 責任著者の明記について：責任著者（corresponding author）は、著者名の右肩に上付き記号[§]（など）を用いて所属を示す番号の次に併記することにより示し、脚注に明記する（例：[§]責任著者）。（責任著者は、研究指導、論文執筆指導、査読者とのやりとり、掲載論文の完成に至るまで、論文についての最終責任を負う。筆頭著者と同一の場合や複数名の場合もありうる）。

2. 筆頭著者に該当する著者が複数名の場合：右肩に同一の上付き記号（* など）を付し，脚注の所属表記の最後の行に明記する。（例：* ともに本論文の筆頭著者である。）

(本文)

1. キーワードの次に，1 行空けて，本文を 2 段組・10 ポイントで開始する。
2. 章の見出しは，1. はじめに，2. 方法，…のように全角アラビア数字を付し，左右中央に「MSP ゴシック」のフォントを用いて記入する。ただし，謝辞，利益相反，参考文献・注記・付録には数字を付けないものとする。
3. 節の小見出しは，左端から 1. 1，1. 2…のように全角数字を付し，「MSP ゴシック」のフォントを用いて記入する。
4. 項の見出しは，左端から全角の「MS 明朝」で（1），（2）…のように記す。
5. 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 (写真を含む)・表について)

1. いずれも単独で意味が十分通じるようにまとめる。図は原則としてモノクロとし，掲載時の大きさではっきり識別できるように配慮する。表番号・図番号はそれぞれ通し番号で，表 1，表 2…，図 1，図 2 のように全角アラビア数字を用いる。表番号とタイトルは表の上に，図番号・タイトルは図の下に，それぞれ左詰で本文と同じ字体を用い 9 ポイントで記入する。タイトルのみで説明が不十分な場合は，簡潔なレジェンドを表の下あるいは図のタイトルの下に付す。
2. 図・表中の文字は 8 ポイント以上で印刷後に明瞭に判読できるものに限る。表中の文字・図のレジェンドは明朝体で印字する。提出原稿では本文の後に表，図の順番にまとめて配置する。本文余白に挿入箇所を手書きで記入する。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。
3. 挿入した図・表の大きさを勘案し，印刷ページで 10 ページを超えないようにする。

(数式等)

1. 極力簡単にまとめる。
2. 式は 3 字空けてから書き出す。
3. 式番号は，式の最後に右寄せにして記す。

(記号)

1. できる限り一般的なものを用い，最初に記した箇所でその定義を明らかにする。
2. まぎらわしいもの（大文字・小文字が同形のものや異字間で形が似通っているものなど）は，その区別を明瞭にする。特に，下付け又は上付けにすべきものは，はっきり示すこと。
3. ドイツ語，フランス語等の特殊文字はそのまま使用してよいが，ギリシア文字，アラビア文字等は可能な範囲でアルファベット化する。

(謝辞)

一般の謝辞に加え，科学研究費（英文の場合は例として，Grant-in-Aid for Scientific Research from the Japan Society for the Promotion of Science (23590344)(著者のイニシャル)），学内研究費（地域ケア総合センター調査研究費，学内研究助成，教員研究費）（英文：the IPNU Research Promotion Program）などによる研究成果である場合，謝辞の項に記載する。

(利益相反状態の開示)

記載例 1)

利益相反なし.

記載例 2)

利益相反あり. 本試験に使用した機材△△は株式会社〇〇から提供を受けた.

利益相反あり. この研究は〇〇株式会社の資金提供を受けた.

※利益相反がある場合は企業・団体名も記載すること.

(引用文献)

1. 引用文献の記載は9ポイントとする.
2. 引用文献は, 本文で引用した順に1) 2) のように片括弧付きの半角数字で番号を振り, 半角スペースを空けて記述する.
3. 本文中(又は引用した図・表のレジェンドの最後)の引用箇所に対応する上付き半角数字で順番に「¹⁾」「^{2,3)}」「^{4,7)}」「^{1,3,5,7)}」のように明記する. なお, 同一文献は同一番号として繰り返し引用する.
4. 記載方法は, 原則として以下のような形式とする. 発行年は西暦とする. 著者が複数の場合, 和文, 欧文ともに著者名の連記は3名までとし, 最後尾に, 他〇名(英文の場合, et al.)を付記する.
 - 1) 単行本の場合
著(編)者名: 書名. 発行所名, (欧文には発行地), 引用最初頁-最後頁, 発行年. の順.
和文例) 石川一郎: 生と死の現在. 学文堂, 23-28, 2003.
欧文例) Hockney, R. W. and Eastwood, J. W.: Computer Simulation Using Particles. McGraw International Book Co., Oxford, 21-28, 1981. (書名单語は原則大文字はじまりとする)
 - 2) 論文等の場合
著者名: 論文名. 雑誌名, 巻号数, 最初頁-最後頁, 発行年. の順とする.
和文例) 石川一二三: 訪問看護における医師と看護師の連携について. 訪問看護展望, 20(3), 21-18, 1978.
欧文例) Akerman, M., Smith, J., Hopper, J.D., et al.: Sensitivity and specific of the fine aspiration cytology. Acta Cytol. 34, 21-56, 1990. (単語は雑誌題名では原則大文字はじまり, 英文論文題名では筆頭以外小文字はじまりとする)
 - 3) 単行本の一部をなす論文等の場合
著者名: 論文名. 単行本編者名: 書名. 発行所名, (欧文では発行地名), 最初頁-最終頁, 発行年. の順とする.
和文例) 杉本陽子: 乳幼児期の健康. 後閑容子, 蝦名美智子, 大西和子編: 健康科学概論. ヌーヴェルヒロカワ, 70-77, 2004.
欧文例) Grabiner, M.D.: Locomotion in healthy older adults. Allard, P., Cappozzo, A., Lundberg, A.
et al. eds.: Three-dimensional Analysis of Human Locomotion. John Wiley & Sons, Chichester, 363-373, 1997. (書名单語は原則大文字はじまり)
 - 4) インターネットからの引用の場合は, 通常の引用形式に準じた記載に加えてURLと閲覧の日時を明記する.

Ⅲ. 著作権について

1. 石川看護雑誌に掲載された論文の著作権は石川県立看護大学（以下「本学」という）に帰属する。本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、本学のホームページ、本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）、頒布することができる。
2. 石川看護雑誌に掲載された図表等を著書などに転載する場合、所定の手続きにより転載の許可を編集部に願い出た上で、「・・・より許可を得て転載」と明記しなければならない。

【附則】

この要領は、平成15年8月1日から施行する。

平成16年3月18日改訂。

平成20年9月4日改訂。

平成21年6月29日改訂。

平成22年3月4日改訂。

平成23年3月3日改訂。

平成24年9月3日改訂（投稿規定に改称）。

編集後記

2012年度発行の石川看護雑誌第10巻をお届けいたします。本誌の巻数が2桁に達したこの機会に、石垣和子学長に巻頭言をお寄せいただきました。行間には、本学から発信する研究と、それを産み出すための研究指導態勢がますます充実するように、との激励の響きが漲っているように思われます。初代学長金川克子先生が本誌の創刊にあたって祈念されたところも同じ目標にあったと拝察いたします。大学独自の学術誌をもつ恵まれた研究環境にありながら、十分生かしかれていない、公表された研究は氷山の一角に過ぎず、価値ある論文の種がまだまだ眠っていると感じられる方も多いのではないのでしょうか。特に、修士論文の作成に向けて連日泊り込みでがんばってこられ、晴れて学位を取得された大学院生の皆様には、是非、その貴重な時間とエネルギーを傾注された研究の完成形を世の中へ発信する努力を、忘れず続けていただきたいと切に願います。その努力が実を結ぶのに障害となりうる要素を洗い出し、それらをできるだけ取り払うこと、そして、論文公表への道筋が豊かな風景に彩られ、心地よい追い風に背中を押され、長すぎないものとなるよう、大学に在籍する私たちは、工夫や手助けやおせっかいを買って出なければならないと思うのです。

本年度は、本誌の発行規定・投稿規定の見直しを行いました。第一に、利益相反状態の有無を明記すること、第二に、著者と査読者とのやりとりをよりスムーズにし、筆頭著者に値する著者が複数名となった場合にも対応できるよう、オーサーシップの記述を明確にすることにしました。第三に、研究を行った時点での所属と論文公表時の所属が異なる場合は両者を明記することにしました。本巻末尾に改訂版を掲載しましたので、次回の投稿に向けてお目通しください。本巻の編集時期はちょうど移行期にあたり、新旧の規定にそった形式が混在しています。どうぞご了承ください。

米国 University of Washington と本学との歴史ある学術交流プログラムにより、平成24年度招聘教員としておいでになりました上月頼子先生には、学内特別講演の要旨の掲載をご快諾いただきました。この場をお借りして感謝申し上げます。また上月先生の講演テープ起こしをしてくださった本学卒業生の桶川貴子さんにもお礼を申し上げます。初稿原稿受領や印刷部数の検討には山本主幹はじめ図書館の皆様にお世話になり、印刷日程の調整には総務課清水専門員にお世話になりました。改めて御礼を申し上げます。最後になりましたが、時間を惜しまず綿密なピアレビューの労をおとりくださった査読者各位に心から感謝申し上げます。

本巻の編集は平成24年度石川看護雑誌編集部局（敬称略：松原、丸岡、山岸、織田、北山、木村、油野、多久和）が担当しました。

2013年 弥生 宝達山の麓にて

石川看護雑誌第10巻編集部局長
多久和 典子

石川看護雑誌
第10巻

ISSN 1349-0664

2013年3月

編集：石川県立看護大学 図書館運営委員会
石川看護雑誌編集専門部会

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
Volume 10

ISSN 1349-0664

March 2013

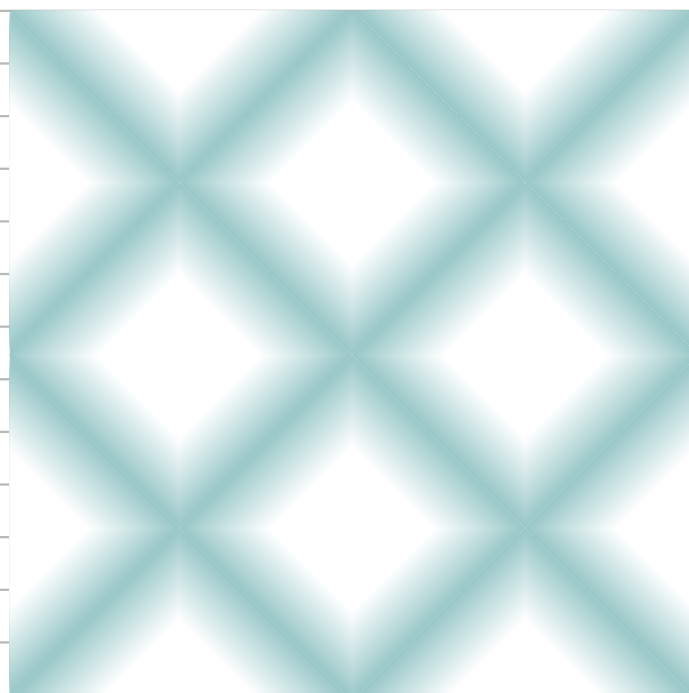
Edited by the Editorial Department of the Ishikawa
Journal of Nursing, the Committee for Library Operation,
Ishikawa Prefectural Nursing University
Published by Ishikawa Prefectural Nursing University
1-1, Gakuendai, Kahoku City, Ishikawa 929-1210, Japan
Printed by Ugawa Printing Co., Ltd.

© 2013 Ishikawa Prefectural Nursing University.
All rights reserved.

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

Vol.10 ■ 2013



Ishikawa Prefectural Nursing University