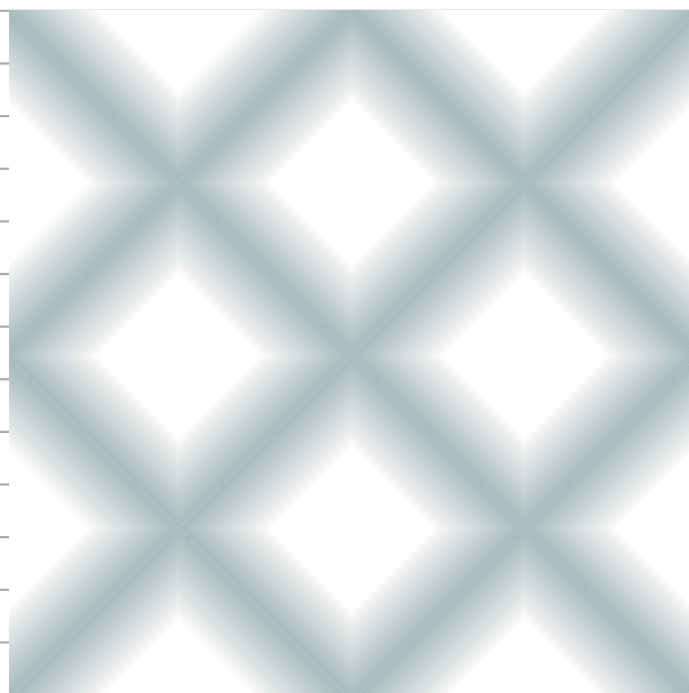


Ishikawa Journal of Nursing

石川看護雑誌

第11巻 ■ 2014



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 11 卷

Volume 11

2014

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11巻（2014年3月）

目次

記念講演

- いきる・くらす人に寄り添う看護へのまなざしと期待 1
波平恵美子

総説

- 公表された既存データの有効活用について 9
大木秀一，彦 聖美

原著論文

- 男性介護者における Stressful Life Events と
Sense of Coherence の関連 19
彦 聖美，鈴木祐恵，大木秀一
- 現代日本のルーラルエリアにおける終末期療養希望場所について
－石川・島根・秋田での横断的意識調査の結果－ 29
浅見 洋，中村順子，伊藤智子，諸岡了介，彦 聖美
塚田久恵，浅見美千江

研究報告

- 日本人女性における公費助成対象外 HPV ワクチン接種許容状況
：今後の対策と研究の方向性 41
宮田愛実，今井美和
- 石川県立看護大学看護学部卒業生の動向調査 51
南堀直之，村井嘉子，中道淳子，寺井梨恵子，米田昌代
井上智可，西村真実子，木村久恵，川端祥子，小田沙矢香
- サポートブックを用いた乳がん患者とその子どもへの支援の検討
－子どもの記述を手がかりに－ 63
高山清敏，牧野智恵，松本友梨子，加藤亜妃子，野口絵理奈
我妻孝則，北本福美
- サポートブックを用いた乳がん患者とその子どもへの支援の検討
－母親の特徴を手がかりに－ 73
野口絵理奈，牧野智恵，松本友梨子，加藤亜妃子，高山清敏
我妻孝則，北本福美
- 石川県加賀地区滞在外国人の
インフルエンザ予防行動と対処行動の実態調査 83
林紀代美，砂山美和，今井美和

地域医療を担う病棟看護師のストレス要因 —地域ごとの特色に焦点を当てて—	93
西澤志織, 花川真貴, 矢鋪有梨, 松原 勇, 多久和典子	
妊産婦の便秘と対処法に関する実態	103
高井郁美, 米田昌代	
特別報告	
韓国における生活習慣病対策と評価システム 及び保健教育師制度の導入状況について ～京畿道庁・保健所・保健診療所の訪問を通しての報告～	111
塚田久恵, 曾根志穂, 石垣和子	
平成 25 年度大学間連携共同教育推進事業 ヒューマンヘルスケア人材育成プロジェクトの試行	121
川島和代, 浅見 洋, 吉田和枝, 垣花 渉, 塚田久恵 田甫久美子, 東 雅代, 森田聖子	
ドイツにおける事前医療指定と看取りの現在	125
浅見 洋, 彦 聖美, 大永慶子, 中山晴恵	
The World Congress on BUILDING CONSENSUS OUT OF CONTROVERSIES IN GYNECOLOGY, INFERTILITY AND PERINATOLOGY (BCGIP-COGI) に参加して	127
大木秀一	
北陸高度がんプロチーム養成基盤形成プラン 英国視察～ホスピス発祥の地を辿る～に参加して	131
中嶋知世, 牧野智恵, 東 雅代	
28 th International Conference of Alzheimer's Disease International に参加して	135
高山成子	
ワシントン大学における看護実践博士 (DNP ; Doctor of Nursing Practice) の 教育課程の視察報告	137
西村真実子, 塚田久恵, 岩城直子	
The 9 th International Nursing Conference and 3 rd World Academy of Nursing Science への参加・発表報告	145
西村真実子	
2013 FASEB Summer Research Conference on Lysophospholipid and Other Related Mediators — From Bench to Clinic — に参加して	147
多久和典子	
発行規定	151
投稿規定	153
編集後記	159

Ishikawa Journal of Nursing

Volume 11 (March 2014)

Contents

Memorial Lecture

- Expectation for Nursing which Nestles up to People Who Are in Their Own Lives 1
Emiko NAMIHIRA

Review Article

- On the Effective Use of Open Data 9
Syuichi OOKI, Kiyomi HIKO

Original Articles

- Relation of Stressful Life Events and Sense of Coherence
among Male Family Caregivers 19
Kiyomi HIKO, Sachie SUZUKI, Syuichi OOKI
- Preferred Places for End-of-Life Care in Rural Areas in Modern Japan
– The Results of a Cross-Sectional Consciousness Survey in Ishikawa,
Shimane, and Akita Prefectures – 29
Hiroshi ASAMI, Yoriko NAKAMURA, Tomoko ITO, Ryosuke MOROOKA,
Kiyomi HIKO, Hisae TSUKADA, Michie ASAMI

Reports

- Acceptance of Non-Publicly Funded Human
Papillomavirus Vaccination among Japanese Women:
Directions of Future Measures and Research 41
Manami MIYATA, Miwa IMAI
- A Survey on Career Progress of Nursing Graduates from Ishikawa
Prefectural Nursing University during 2004-2012 51
Naoyuki MINAMIBORI, Yoshiko MURAI, Junko NAKAMICHI,
Rieko TERAJ, Masayo YONEDA, Chika INOUE, Mamiko NISHIMURA,
Hisae KIMURA, Sachiko KAWABATA, Sayaka ODA
- A Consideration on Support for Breast Cancer Patients and their Children by Using “Support Book”
– With the Clue of Children’s Descriptive Contents – 63
Kiyotoshi TAKAYAMA, Tomoe MAKINO, Yuriko MATSUMOTO,
Akiko KATO, Erina NOGUCHI, Takanori WAGATSUMA,
and Fukumi KITAMOTO

A Consideration on Support for Breast Cancer Patients and their Children by Using “Support Book” – With the Clue of Characteristics of Mothers –	73
Erina NOGUCHI, Tomoe MAKINO, Yuriko MATHUMOTO, Akiko KATO, Kiyotoshi TAKAYAMA, Takanori WAGATHUMA, Fukumi KITAMOTO	
A Survey of Preventive and Coping Behavior for Influenza among Foreigners Staying in the Kaga Area of Ishikawa Prefecture	83
Kiyomi HAYASHI, Miwa SUNAYAMA, Miwa IMAI	
A Study on Causes of Stress for Hospital Nurses in Urban and Rural Areas of I Prefecture — Based on a Questionnaire Survey —	93
Shiori NISHIZAWA, Maki HANAKAWA, Yuri YASHIKI, Isamu MATSUBARA and Noriko TAKUWA	
A Study on Constipation among Pregnant and Parturient Women and Treatment Methods	103
Ikumi TAKAI, Masayo YONEDA	
Special Reports	
Lifestyle-related Diseases Control Trials, their Evaluation Systems and the Introduction of Health Education Nurses in Korea — A Report on the Visit to Gyeonggi Provincial Government, Health Centers and Health Clinics —	111
Hisae TSUKADA, Shiho SONE, Kazuko ISHIGAKI	
A Trial of the Education Project for Human Health Care Leaders in the Community	121
Kazuyo KAWASHIMA, Hiroshi ASAMI, Kazue YOSHIDA, Wataru KAKIHANA, Hisae TSUKADA, Kumiko TANBO, Masayo AZUMA, Seiko MORITA	
On Advance Directives and Death-and-Life Care in Germany	125
Hiroshi ASAMI, Kiyomi HIKO, Keiko ONAGA, Harue NAKAYAMA	
Participation in the World Congress on BUILDING CONSENSUS OUT OF CONTROVERSIES IN GYNECOLOGY, INFERTILITY AND PERINATOLOGY (BCGIP-COGI)	127
Syuichi OOKI	
Visiting British Hospices with Insights into its Origin – An Activity Supported by Basic Training Program for the Hokuriku Professional Oncologists Team –	131
Tomoyo NAKASHIMA, Tomoe MAKINO, Masayo AZUMA	

Participation in the 28 th International Conference of Alzheimer's Disease International Shigeko TAKAYAMA	135
An Introduction to the Curriculum for the Doctor of Nursing Practice in University of Washington Mamiko NISHIMURA, Hisae TSUKADA and Naoko IWAKI	137
Participation in the 9 th International Nursing Conference and 3 rd World Academy of Nursing Science Mamiko NISHIMURA	145
A Report on 2013 FASEB Summer Research Conference on Lysophospholipid and Other Related Mediators – From Bench to Clinic Noriko TAKUWA	147
Regulation	151
Instructions to Authors	153
Editor's Note	159

記念講演

いきる・くらす人に寄り添う看護へのまなざしと期待

波平恵美子¹

【司会：木村】 それでは、記念講演の第2席、お茶の水女子大学名誉教授の波平恵美子先生による講演を始めさせていただきます。まず恒例によりまして波平先生のご紹介をさせていただきますと思います。

波平先生は福岡のご出身でございまして、九州大学教育学部をご卒業になり、アメリカのテキサス大学の大学院人類学研究科でPh.D.をお取りになりました。九州大学、佐賀大学、九州芸術工科大学（現九州大学芸術工学部）、それからお茶の水女子大学の職を歴任なさいまして、お茶の水女子大学を最後に退職なさいまして、今はお茶の水女子大学の名誉教授でいらっしゃいます。ご専門は文化人類学のうちでは教科書を使ってないかもしれませんが、医学書院の基礎看護学講座の中の文化人類学の教科書を編集なさっております。それから、これはうちでも使ったことがあります、『質的研究 Step by Step』の編集もおやりになっておりますので、お世話になった方もいるんじゃないかと思えます。そのほかたくさんのお本をお書きになっておりまして、特に医療人類学に関しての本、『医療人類学入門』とか、最近では『からだの文化人類学』とか、そういう関係の本を書いていらっしゃいます。今日は表題のとおり医療人類学を通して今後の看護のお話をさせていただきます。波平先生は日本民族学会（現日本文化人類学会）の会長をお務めになりまして、その時私も実はご一緒に世界人類学・民族学連合の国際会議を日本で行いましたとき、ご一緒に副会長をさせていただいたことがございまして、前からよく存じ上げております。それでは、先生、よろしく願いいたします。（拍手）

【波平】 木村先生、ご丁寧なご紹介をいただきまして誠にありがとうございます。また看護キャリアセンター設立、創立の記念講演にお招きいた

だきましてありがとうございます。このような大切な折に私のつたない話をさせていただく機会を与えて下さった学長先生はじめ諸先生方に感謝申し上げます。お話申し上げますのは、ひとつには、私自身の1964年からの文化人類学的な日本における調査によって得たデータと、ふたつには、医療人類学関連の文献に基づいています。1980年代に入りまして、当時アメリカで盛んになりつつありました医療人類学という領域、英語で'medical anthropology'といいますが、医療人類学の研究が今後の日本で非常に重要で、かつ必要になるであろうと考えまして、アメリカの雑誌ですとか、論文集や教科書ですとか、そうしたものを手掛かりにして独学で研究を始めました。なお、1968年から1971年までのテキサス大学大学院留学中に講義でも演習でも'medical anthropology'という領域名が言及されたことはありませんでした。

その1980年代初めぐらいからの調査は、それまでの村落生活における医療状況、保健予防活動、病気観や身体観についての調査に加えて、医療関係の方々へのインタビュー、それから各医療系の学会に臨時参加をして学会のフィールドワークを行いました。また許可をいただいた場合だけでも、医療現場の調査を始め、そのほぼ50年間の私自身のデータに基づいています。まず医療人類学についてほんの短い時間ですけれども、ご紹介してみたいと思います。現在、医療人類学という領域は学際領域でございまして、健康科学、ヘルスサイエンス、これはもちろん看護学、医学、保健学、生理学、さまざまな健康科学の領域と文化人類学の学際領域になります。アメリカの場合ですと、この学際領域は非常に発達しておりますけれども、日本の場合は伝統的な専門分化の傾向が強く、どの学部のどの学科を出たかということが研究をその後続けていく時に非常に大きな限界になりまして、学際領域としてはなかなか発達しない。要請はあり必要性は認められているけれども、それで専門家になっていくというのが大変難

¹ お茶の水女子大学名誉教授

本稿は、平成26年11月2日に開催した本学附属看護キャリア支援センター設立記念講演会の講演記録である。
司会は石川県立看護大学名誉教授の木村賛先生が担当した。

しいです。必要はわかっているけれども、医療人類学を専門で研究する人があまり育っていないという現状がございます。むしろ、文化人類学、精神医学、看護学、保健学を基礎とし、バイスフィールドとして医療人類学を研究する人々が多いようです。但し、その医療人類学はいずれにしても、文化人類学という方法論を用います。

この学問領域にどのような誕生の背景があるかと申しますと、1960年代の後半から70年代に掛けてアメリカでは大きな医療の世界におけるパラダイム変化とも言える変化が起きました。それまでは、やはりアメリカの場合も医療において医療のパターナリズム、医療の専門家の権威主義というものが主流であったのですけれども、アメリカの場合とその後生じた日本における変化と非常に違い、消費者運動の一端として患者も、あるいは潜在的患者である国民もまた消費者であるという運動の結果としての変化でした。消費する対象は何かというと医療である。医療というものを消費する患者、および潜在的患者である一般の人々も医療に対してこの中身がどういふ安全性を持っているかとか、どういふ妥当性があるか、これだけの医療費が請求されるのか、あるいは医療の専門家が一体どんな研鑽を積んだ結果として、例えば、手術をしたほうがいいのか、あるいはこういう検査が必要であるかといったような生命や身体にかかわる、非常に生存権にかかわるようなことに対して権威を持って指示することができるのかということにまず疑問を抱き、それを検証すべきだという、人々の権利意識が大変強く芽生えました。

1960年代後半から70年代に掛けて、そういう消費者運動の一環としての、医療を再検討するという運動の結果として、医師患者関係というのがそれまでの関係から大きく変わった。つまり、医療の世界に置ける医師患者関係の大きな枠組み、つまりパラダイムですが、大きな枠組みが変わっていった社会的変化に後押しされるようなかたちで医療人類学という学問が誕生いたしました。それには2つ大きな要因がありました。1つはアメリカには今でもそうですけれども、移民、および移民の子孫の方々がおられます。その方たちは通常の医療とは違う医療を自分の健康管理や病気の診断や、それから実際の治療といひましょるか、自分たちが移民する前から持ってきた伝統的な医療をかなり使っているんです。

大学の研究員、あるいは教職に就いている高学

歴人でも自分は全くメディカルドクターに診断を受けたことがないというような人たちがいました。1つには非常に医療費が高いために医療費を払いたくない。今では払えない人たちが多いんですが、当時は払えないことはないけれども、しかしながら払いたくない。それよりも自分が親から、あるいは祖父母から聞いた伝統的な、伝統的なというのはアメリカに移住する前の、例えば、イタリアの田舎だったり、スペインの田舎であったり、カリブ海の島国の田舎がであったり、そうしたところから持ち込んだ伝統医療に依存しながら、そうしたものを使いながら健康管理をやっている人たちがかなりいらっしゃいました。

そうした中で、アメリカ的な医療というものを使わなくても、世界にはたくさん的人口がいて生存しているだけではなくて、人口がこれだけ増えているのではないかと考えるようになりました。特にその当時のアメリカは、キューバに対して非常に強い関心を持っていました。アメリカはキューバに対してどんな見方をしていたかという、アメリカとは全く異なるイデオロギーに支配された独裁者の国であり、世界の最貧国にランキングされながら、大変健康に関して強い志向を持っている点についてです。つまり、わずかな国家予算の大部分を医療に使う、あるいは健康保持に使うといったように。

そうすると、アメリカ的な非常に高額で高度な医療を使わなくても生きていくことができるのは一体なぜなんだ。そうしたことに対する疑問をすでに文化人類学が持っている世界中から集めたさまざまなデータの中にその答えを求めようとする。そういうことが1つあります。もう1つ、医療というのは非常に広く、深くその時代の、その社会の制度に影響を受けながらその時代のその社会のさまざまな制度の上に乗っかるかたちで医療制度というものができている。そうすると、その当時のアメリカの医療に対して自分たちが持っている不満というのは、あるいは疑問というのはアメリカの社会や政治全体、あるいは経済に対して疑問が向けられるようになりました。

そうした要因がいくつも重なり合いながら、医療人類学は1970年代に入りますと、非常に盛んになっていくなかたちでわき上がるように盛んになってまいります。日本の場合はそれと随分違っておりまして、医療人類学に非常に注目されるようになったのは現在ではとても想像がつかないと思うんですが、脳死臓器移植問題がきっかけ

です。なぜ脳死臓器移植問題がきっかけとなったのかといいますと、それまでの医療の専門の方々は医療というのは非常に科学性が高く、専門集団の中での了承が得られれば、一般の人々、つまり素人に対してそれほど多くの説明をしなくても自分たちの権威でもって、あるいは自分たちの義務感でもって、使命感でもって医療をするということが強い傾向としてありました。脳死臓器移植は国民の了承を得なければ、自分たちがどんなにこれが良い医療だと、これは先進的な医療だといくら主張しても受け入れてもらえないという状況に直面しました。例えば、脳死は人の死か、ということが大問題として議論されるようになりました。脳死状態になって死ぬ人は死亡者の1%にも満たないにもかかわらず、脳死が人の死かどうかということを国民全体のコンセンサスを得なければならないなんていう当時の多くの医療者からするととんでもない事態になったわけです。

それと同時に医療の現場の方々が驚いたのは、こんなにいい医療であるにもかかわらず、臓器提供してくれない。現在もそうなんですけれども、臓器提供は非常に少ないわけです。そうしますと、その時代のその社会が持っているえたいの知れない文化が国民の動向を決めているのではないかということが言われ始めました。医療の方々からすると、文化というのはえたいの知れないものです。ですけれども、国民一人一人の身体ですとか、生きるか死ぬかといったようなことに対する認識と行動、つまり決断や判断に非常に強く働き掛けている何かがあり、それを「文化」というにしろしないにしろ、その事実気付かざるを得なかったということがあるわけです。日本ではアメリカから約10年から15年遅れで医療人類学は少しずつ注目を浴びるようになりましたけれども、その発生、あるいは社会に少しずつその考え方が浸透していくプロセス、きっかけというのは全く違っております。

それでは、現在、どのように医療人類学は日本で受け入れられているのかといいますと、医療が大きく変わろうとする時に、従来の医療のあり方を相対化する必要が出てくる。その相対視するうえでの重要な手掛かりを与えてくれるものとして受け入れられています。脳死臓器移植の議論が起る、その少し前から患者主体の医療を今後の日本の医療は採り入れなければいけないという考え方が国民の、というよりも特に医療の方々の中で少しずつ浸透していったわけです。例えば、それ

は1980年代に入ったころから医学会の参与観察、その場でどういう状況が生じているかということを見させていただくという研究方法を取りました。例えば、今、金沢市内で日本臨床麻酔学会が行われておりますけれども、宮崎で開かれた時に私も参与観察させていただいたことがあります。

1980年代のある全国学会で、ある県立のがんセンターで非常に先進的に患者主体の医療をやりますということを標榜しているあるグループが、QOLということについて発表なさったんですがQOLについて理解している人がほとんどいないという状態でありました。QOLというのを「人生の質」とするのか、「生存の質」とするのか、「生活の質」とするのか、「生命の質」とするのか、これはいまだに定訳はありませんで、もうそのままQOLと使っております。当時、1980年代の半ばから後半に掛けては医療の関係の方々でQOLという言葉は知っているけれども、一体それが何を意味するのかわからなくて発表の場で質問と答えが食い違って全く議論にならないというのを参与観察させていただいたことがあります。

こうした状態から10年ぐらいたちますと、QOLというのは看護学ではもちろんですけれども、医学教育でも必ず授業のどこかに入っているという状態になってきました。その一方では今では使われませんが、全人的医療というような言葉も使われるようになりまして、そうした中でオピニオンリーダー、現在も非常に盛んにご活躍くださっていらっしゃる日野原先生は早くからオピニオンリーダーとして全人的な医療、患者主体の医療ということをおっしゃられたんですね。ですけれども、私が医療人類学を始めたころ患者主体のなんてそれは無理でしょうといったような言葉が内輪だけの研究会では堂々といわれるような状態だったんです。

それがわずか20年ぐらいの間にあっという間に、私は自分の研究者としての人生と重ねて見ますと、20年というのはあっという間なんです。本当に日本の医療は変わったと考えます。医療の内容と制度が変わっているのはもちろんなんですけれども、今、申しましたように医師（医療者）と患者の関係におけるパラダイム変化が起きました。例えば、患者さんに対して十分な情報を与え、その内容が、情報が十分に理解されたことを確認した上で承諾を受けるという、インフォームド・コンセント。インフォームド・コンセントもQOLと同じで最初は意味が全然わからない。わ

れわれは手術承諾書をちゃんと取っているじゃないか。その上になぜインフォームド・コンセントなんて変な言葉を使うんだ、なんていう発言を研究会で聞いたことがあります。

そうしたことが、今、皆さま方お若い方々が「えっ、それってどこの国のこと？」とか、「60年くらい前のこと？ 戦前の話じゃない？」とお思いになるかもわかりませんが、最大取って30年。短く取っても20年前の話なんです。このように日本の医療というのは私は医療の外部の人間ですけれども、できるだけいろんなところに顔出しをして医療の世界はどういうふうになっているかということを見させていただいた外部者からしますと、こんなに医療は早く変わっていきんだと思わずにいられません。素早く変わっていきんことの要因の1つはアメリカの医療人類学の発生のプロセスが消費者運動であったというのに対して、日本の場合は医療の内部から変わってきたんですね。QOLにしてもインフォームド・コンセントにしても全人的医療にしても、そういう言葉を使ってそうしたことを盛んにおっしゃるようになっていったのは常に医療側なんです。医療の側から自分たちが変わろうとする力が非常に強い領域なんです。

日本にはたくさんの専門領域がありますけれども、医療はほかの領域と比べた時に大変違って、つまり常に内部にエネルギーがあって、内部で変わろうとするエネルギーがちょうど自家発電のように自分で自分をかき立てるように変えよう、変えよう、変わらなくちゃ、変わらなくちゃというふうにプロモートしているところがほかの領域と大変違うことだと思います。

こうしたことを踏まえてみますと、これまでの20年間に変わったということは今後の20年はさらに早い速度で全面的に非常に深いところまで巻き込みながら変わっていくということを意味します。それに対してお若い皆さま方はそれに備える必要があるわけです。つまり、変わってから対応するというよりは変わるであろうことを視野に入れて今の私はどうすればいいのかということ予測したうえで備えておかなければならないだろうと考えます。

備える場合、既にまさにこのセンターができたことがそうですけれども、いかにしてキャリアアップしていくかということが重要になります。キャリアアップしていくということは単に社会的な地位が上がるということだけではありませんの

で、いうまでもないことですが、自分自身の力をどのように付けていくか。その力を付けていくときに支援して下さるセンターができるというのは、これはとても心強いことだろうと思います。

現在日本でいろんな領域を横断しながら仕事をする人たちがいます。日本の社会というのは非常に堅いつまり、社会的流動性の小さい社会です。先進国の中でもここ20年間で随分変わったとはいえ、けれども非常に「堅い社会」なんです。どこかの会社からどこかの会社に移るということは、これはリストラされて仕方なく仕事を求めるということの場合は別として自分から進んで今のある位置を仕事の内容を大幅にどんどん変えていく。そうしたことはあまりやらない。これから先はともかくとして、過去20年間を考えた場合にあまりそれをしないんですが、実は医療の世界の方々はお気付きかどうかわかりませんが、次から次へと勤める職場や地域そして従事する仕事内容も横断しながら自分の経歴を変えていくことをするのが大変得意な方たちなんです。それに少しも物おじをしないというのも医療関係の方々の特徴であろうかと思えます。

ここで、お二人の例をお話させていただきます。お一人は国内でいくつかの病院のいくつかの診療科で看護職を勤めた後、海外青年協力隊員として、次いで海外医療援助を行うNGOの看護師として合計10年間海外で働きました。その間の経験を理論的に整理することを希望して大学院で学び、修士号を取得した後、国際医療センターで、医療コーディネイターを勤め、現在は訪問看護師として働いています。それぞれの働き場所と仕事の内容を自分のライフサイクルや種々の状況に合わせて選び取り、さらに次のステップを踏む準備をしています。いま一人は、助産師として、10年近く働きましたがその間、日本で最も整備されているとされる施設の1つで働いた後、産科専門の小さなクリニックで、さらに、外国人が多く出産する産科病院で働いた後、大学院で学び、修士号を取得した後、看護教員となり、一方で社会人学生として、博士課程に進学し、学位を取得しました。二人に共通しているのは、可能な限り、様々な職場でより多くの経験を積んでおこうとすること、そのうえで、どんな経験も全て、次のステップに活かしていこうとする意思のあり方です。しかし、こうしたことがお二人にとって可能なのは医療職に就いているからです。この方たちの特徴という

のは自分のいる場所を変えながら、変えることによって自分が見ているものが変わることを重視します。立ち位置を変えれば、当然のことながら対象が変わるわけです。その対象が変わると、自分の経験も変わってきますし、積み上げていくものも違ってくる。対人関係も変わってくる。社会に対する見方も変わってくる。その中で社会の制度というものに対する理解が非常に深くなっていくというように、そういうことが可能なのが医療の世界であろうかと思えます。

ただし、これには個人的な非常な努力が必要になってきますし、おわかりのように経済的にも大変な時期というものを過ごさなければならぬということもあります。基本的に医療の専門家というのは1つの領域から別の領域へ、と専門性は細分化していますけれども、しかしながら、トランスファーできる。領域から別の領域へと新たな知識、技術、あるいは新たな資格を取得しながらトランスファーできるということが基本的に可能なような、日本においては珍しく柔軟性を備えた専門領域であるということをお断りしておきます。言葉を変えていうと、最初に乗ったトラックレーン（走り続けるレーン）の中に最後まで留って走るのではなく、少しずつ隣のレーンに移動しながら走ることでできるのが医療職だということなのです。

今後は、領域そのものの分けも大きく見直されようとしています。現在も、医師と看護師の領域の分けも、わずかですが、見直しが計られています。看護と介護の分けも現在のままでは随分不合理なことも多いです。在宅で終末期を迎えようとする患者さんへの訪問医療・訪問看護師のある人は、訪問看護の時に介護の方が帰られた後に看護が行った場合はいいんだけど、看護である自分が先に行くと、いろんな後片付けをしておかないと、介護の方たちが後で来られた時に看護の人は後片付けもしないで出ていったと批判されたり、あるいは不満を持たれることがある。逆に介護の方が先に訪問し、決められた時間で介護をし、その後、看護師の方が来られた時に患者さんの体を扱いやすいように自分が準備を整えて帰るといったことに気を配らなければいけない、などという話を今度は訪問介護の方々がしてくれるわけです。病院施設ならばともかくとして訪問看護、訪問介護では非常に微妙な難しいところがある。訪問看護師としては介護と看護の境目をむしろグレーゾーンにしてもらったほうが現実

は都合がいいんだというようなことをいわれます。

助産の場合は例としてわかりやすいのですが、助産師は会陰切開ができない。こんな不合理なことはないということをベテランの助産師さんたちは口にされます。ここで会陰切開さえすれば、胎児も産婦さんも非常に楽なのにそれができないためにどれほど自分たちは苦勞したかというようにお話をします。医療は何といっても人の生命と身体に直接係るゆえに行方についての権限と責任とが明確でなければなりません。もしも事故が生じた場合の責任のとり方は重大であるがために領分の枠を越えることは固く禁じられています。だからこそ、中間領域をいかに融通を利かせてやるかというところにそれぞれの領域の人々が持っている権限だけではなくて、技術とか、知識を膨らませてほかの領域に出張していくというキャリアを積むような、そのような場が必要になってくるだろうと考えます。そうした場を組織的に提供する、制度的に、持続的に、しかも新しいものへと更新するような場ができるというのは本当に素晴らしいことだろうと思えます。

保健師さんたちにもインタビューすることがあるんですが、今の地域保健の方々のお仕事というのは驚くほど多岐にわたっておられます。一応精神保健とか、老人保健とかいうふうには地域保健の中でも地域によりますけれども、自治体によりますけれども、分類されているところもあれば、そうでないところもあるんですが、地域保健で現場でばりばり働いておられる方たちは自分たちが今から20年前、もっと30年前までさかのぼると、保健師がこんな仕事をしなければならぬとは夢にも思わなかった事例（ケース）に対応しなければならなくなっているというんです。どうしたことなのかといいますが、自分が保健師になりたてのころは今でいうところの生活習慣病の予防ですとか、乳がん検診、胃がん検診の推進活動や検診の場での予防教育といったことで済んでいたのに、今では児童虐待がないか。児童虐待がある、あるいは児童虐待を行いかねない、全く孤立した状態で育児をしなければならぬ出産直後のお母さんを見た場合には、すぐに福祉のほうに連携をしないといけない。場合によっては警察に通報もしないといけない。例えば、ある場合には警官と市の福祉の人と保健師と精神科医と保健師である自分4人で一緒に対象となる方を訪問してみたことがあるというんです。その場合、自分たちの役

割としてはとにかく早期に問題のある人を見つけること。見つけた時に自分があらかじめつくっておいたネットワークですぐに人が来てくれるようにあらかじめの準備をしている。問題が起こって深刻になって、さあ来てください、では体勢が整えられないと話されます。

あるいは老人保健をやっておられる方は老人のご夫婦の間で非常に頻繁なDVがある。DVというと、若い人や中年の人たちの間で起こるだけではなくて老人の夫婦間のDVというのはかなり広がっています。それにはいろんな理由があるんだけど、その場合は若い人々の場合より背景はもっと複雑になっている。こうした時にこういう人、こういう人、こういう人をお願いして問題を解決する。そうした場合、何か所ぐらいい電話をかけますかと尋ねると、同時に6~7カ所というんです。そして、連携しつつ対応しなければ、場合によっては命にかかわるような場合がある。これは社会が非常に変化していて複雑になっていて、しかも全体状況が見えにくくなっていることによります。看護にしても、最近では入院日数をできるだけ短縮するよう制度上なっていますので、在院日数が少ないわけです。以前に比べると、場合によりますけれども、3分の1ぐらしか病院施設にいないわけです。以前だったら、この3倍の期間で患者さんの様子を見ることができたのに、その3分の1で自宅に患者を帰さないといけない。その次に同じ患者さんが外来で来た時の様子を見てこれはちょっと状態がおかしいんじゃないか。一体在宅でどういう生活をしているのかということを読み取らないといけないということです。

こうして患者さんを見て、患者さんとの短い会話の中でいかに効率よくその患者さんが持っている背景、例えば、家庭の背景、経済的な背景というものを見て取るかということ、1つにはマニュアル化されなければいけませんし、また経験を積んでおかなければならないということがあります。おそらく看護の世界で要求されることというのはますます増えるであろうかと思えます。高度な技術と高度な知識を持った看護職というのも非常に大事になってきますけれども、同時に「高度の」というのを「広域の」というふうにとらえて、できるだけ広い知識というものが必要になってくるのではないかと思います。そうしたことは看護大学で授業をしているとよくわかります。1つの大学では1年生を教えています。いま1つ

の大学では4年生、しかも卒業間際の方たちを教えています。そうしますと、この1年生が丸3年たつとこういうふうになるのかというぐらいに日本の看護大学の看護教育というのは充実しているというふうに拝見させていただいています。

今から20年ほど前に看護大学が次々と設立あるいは改編され始めた時に、いずれ看護専門学校はなくなるのではないかというお話もチラッと聞きました。ですけれども、この中に看護専門学校の教員の先生がおられたらおわかりのように、むしろ充実してきているんです。それはなぜなのかといいますと、1つにはできるだけ早く職に就きたい。できるだけ早く専門職になりたいという若い方たちの職場志向といいたいでしょうか、働きたい志向というのが非常に強くなっている。もう1つは家族の方の経済的な状況が以前に比べて厳しくなっています。4年間は学費が出せない。とにかく1年で早く卒業して働いてもらいたいということもあります。

もう1つあります。それは看護専門学校では、これは全国的な調査があると、大変いいんですけれども、ほかの職業から移ってきた人たちが非常に増えているんです。

つまり、看護職というのは働き続けるには大変厳しい仕事ではあるけれど、それほど魅力がある。ひとつの要素は全国どこに行っても働けるというのがあります。そこにポストさえあれば、全国どこに行っても、どんな状況であっても働くことができる。こういう職業というのは現在の日本にはあまりないです。こうしたことが魅力のある職種として映っている。つまり、看護職になる人達の母集団が非常に多面的になっているからこそ、こういうキャリア支援センターというものが必要になって、看護ということに対する基本的な考え方や若い時からの基本的な訓練や子供の時からの自分の生育歴や、そうしたものがばらばらな人たちが看護職に就いたときのその後のアフターケアのいわゆる支援というものが組織的に必要になってくるだろうと私は外部から見た時に考えるわけです。

最後になりますが、私が医療人類学を始めた1980年代はいかに医師から独立した別種の専門性を保つか、医師の権威の及ばないところで専門性をいかに確立していくか。看護師というもの、看護職というものがいかに医師と比べて優劣付けがたい、これは全く同等であるということ、若い看護職の人たちが自信を持って言えるようになる

ためにはどうすればよいか。つまり、看護の理論と方法というものをどのようにして確立し、まあ確立はさせていたんですが、どのようにして教育するかということが常に強く打ち出されたし、今でもそうだと思います。同時に、この間の医師の領分と看護師の領分の相互乗り入れといいたし、そういうものが実は医療の現場では非常に必要になってきます。それは1つには先端の医療というもの、実際にその医療現場で現在は使われていなくても先端の医療が医療現場に入ってくる速度が早くなっていますから、あらかじめそういう知識を知っているか、知っていないかで、看護の体制の整え方が全然違ってくることがあります。

それに加えて医療経済の問題があります。

医療現場ではますます医療形態というものが患者さん一人一人に直接大きな影響を与えるようになってきました。治療のあり方、あるいは在院日数の決定の仕方、手術をするかしないかといったようなことにまで及んでいるのは皆さま方よくご存じのことだと思います。それだけに医療者としての役割は広範になり、一方では専門性というものに常に磨きを掛けなければならない状況が、外の分野から申し上げるのは非常に僭越ですけれども、ますます先鋭化していきたくらうと。そうした時にいろんな疑問に対して答えを、ある程度の選択肢や答えを出してくれるキャリア支援センターのようなものがあると、どれほど現場で働く人たちにとっては心強いだらうかと思ひ、このセンターの立ち上げを心からお喜び申し上げますとともに、先生方はどんなにご苦労が多いかと、本当に感謝申し上げます次第であります。(拍手)

【木村】 先生、どうもありがとうございました。きっかり5分前にやめていただきまして、皆さま方のご質問をぜひ受けたいというお話でございます。今、若い人に対するキャリアアップのご発言とか、このキャリアセンターに対する期待というのは非常に大きく述べていただきました。先生は外部の人間だからと何度もおっしゃいましたけど、実は30年、40年にわたる参与観察を行った上でのご発言ということなので、大変な重みにある発言だと思います。何かご質問はございませんか。若い人はぜひ「じゃあ、私どうしたらいいの」でいいですから。若い人がなければ、期待されたキャリア支援センターのほうの方から、「じゃあ、ぜひこういうふうにやりたい」というような発言でも何でもいいですが、どなたかありませんか。

はい、どうぞ。

【細見】 話の初めのほうで医療人類額がアメリカで発達している。それを学んで日本で。アメリカと日本の比較がいくつか行われましたんですけど、1960年代、70年代、医療人類額にしる生命倫理学にしる、あるいは1950年代の医療社会学というようなアメリカのほうでは随分大きなうねりがあったということだと思ひんですが、それでアメリカのほう、医療の変化がむしろ社会の変化を受けて医療が変わってきた。それに対して日本のほうは心有るお医者さんや看護師さんたちが内部から変えていったんだというので、日本の医療の変化がアメリカと正反対の、言葉でいえば、内発的だというふうな言い方もできるかもしれませんが、しかしながら、どうしても自分たちで変えていくというだけでは十分でないという面がありましようから、どうしてアメリカと日本でこのように、アメリカが社会の動きを受けて外発的な影響から変わっていったのに対して、日本では外発的な影響はなかった。だから、変わり方も十分じゃなかったんじゃないかなという、どうしてそういうふうな違いが起こったんでしょうか。資格の上ではアメリカだって日本だって同じように看護師さんは独立してやっていける。お医者さんだって独立してやっていく。それは変わりが無いのにどうしてなのかなというのをお話しいたければ。

【波平】 ありがとうございます。皆さまご存じのように金沢大学の細見先生でいらっしゃいます。先生は以前から存じ上げております。先生、鋭いコメントを戴きまして誠にありがとうございます。結果はどうかといいますと、非常に不思議なんですけど、アメリカの場合はそれほどの市民運動があったにもかかわらず、アメリカの医療は後退したままなんです。それが民主党政権であるクリントン政権の1期で日本のような国民皆保険制度を採り入れて国民主体の医療を整備しようとしたんですけども、うまくいかなくて2期目でもうまくいかなくて、今、オバマ政権になってようやく一部実現しました。しかし、保守派の根強い反対があります。

今回2013年10月の政府の債務の条件(上限を超えること)を議会が認めないという時期がありました。その時の共和党の議員の主な反対理由はオバマ政権が打ち出している国支援の医療保険制度に対する反対なんです。市民の側からあれば大きなうねりがあったにもかかわらず、アメリ

カの医療の全体としては、決して国民主体になっていないということがあります。患者と医師関係ということでいえば、非常に平等であるかもしれませんが、しかしながら患者は自分が医療を受けたいという時に受けたい医療を受けたい場所で受けられないならば、どんなに医療者の側が患者主体と思っても、もう成立しないわけです。医師患者関係そのものが出発しないわけですから、何もならないという事態になっていて非常に矛盾した不思議な状況になっています。

日本の場合は先生がおっしゃられるように医療者側におんぶにだっこのようなかたちであってはいけないので、国民の側からもっと医療に対してこうでなければいけない、ああでなければならぬということを要求し続けなければいけない。それが例えば、端的な場合は水俣病であるとか、薬害エイズの裁判などで、これはもう本当に患者の側がどれだけ声を上げてても国が動かないというようなことがあります。日米どちらにもそれぞれに問題があります。日本の場合、私の勝手な考えですが、日本の医療というのはむしろ国民皆保険制

度に守られているために、国民にとって医療が見えにくいという非常に不思議なそして矛盾した現象が起きていると思います。現状どうしてこういうふうになっているのかということが大部分の国民にはわからないです。よほど一生懸命勉強しないとわからないということがあります。

【細見】患者主体の医療、いわゆるペイシャントオリエンテッドメディスンとか、ペイシャントセンタードメディスンというふうにいわれる。それが日本の場合、どういうふうを実現していくのかというのが一番の問題だと思います。ただ、私、当初はそういった言葉がアメリカから入りましたものですから、アメリカのほうがはるかに先進的にそういうことがなされていて、というふうなそういう認識でお伺いしたら、随分事情が違うというふうなことがわかりました。ありがとうございます。

【木村】ありがとうございました。それでは、時間でございますので、波平先生、どうもありがとうございます。ありがとうございました。(拍手)

Memorial Lecture

Expectation for Nursing which Nestles up to People Who Are in Their Own Lives

Emiko NAMIHIRA

総説

公表された既存データの有効活用について

大木秀一¹ §, 彦 聖美¹

概要

公表された既存データの有効活用について検討した。ここでは容易に入手可能なデータを想定している。この種の研究には、疫学における記述疫学研究および生態学的研究などがある。既存の統計データによる研究の課題点は、これまでは学術的（理論的）な側面を中心に検討されてきた。しかし、保健医療系の学部における研究など、教育的な側面を考えると、時間と経費の節約など多くの利点があると思われる。保健医療系の研究において既存データを活用した仮説設定が、その後の大きな研究の端緒になった例を示した。また、健康の都道府県格差の是正を考える際に有効活用できることなど今後の活用例を提示した。研究目的に応じて有効に活用できるデータは、統計データに限らず多数公表されている。自験例を基に、公表された既存データの活用例を具体的に示した。基本的な考え方自体は、研究テーマが異なっても共通する部分が多いと考える。

キーワード 公表された既存データ, 有効活用, 生態学的研究, 仮説設定, 保健医療系の学部教育

1. はじめに

調査研究をするにあたっては、新たにデータを入手しないとイケない、あるいは新たに入手したデータを分析するのが本来の研究であるという考え方が一般的には強いように思われる。これは、専門的な研究だけでなく、教育的な研究（卒業研究や修士課程の研究）についても同様である。確かに、初学者にとって、実際に人からデータを取り、分析するというプロセスを経験することは有意義である。しかし、卒業研究のように限られた時間と予算を考えた場合に、新たにデータを入手するだけでなく、公表された既存データを有効に活用するという選択肢もあると思われる。

保健医療系で、公表された既存データ（主として統計データ）を活用する方法論を詳しく解説した書籍は少ない。未だ研究としての系統的な方法論が確立していないだけでなく、研究方法論としてもあまり認知されていないように思われる。

公衆衛生学の一領域である疫学では、既存の統計データを分析する記述疫学研究¹⁾や生態学的研究¹⁻⁹⁾が一つの方法論として確立している。しかし、広く保健医療分野全般の研究について、既存データを分析する意義について論じられることは少ないように思われる。そこで今回、保健医療系の教育的な側面を含めて検討した。

2. 公表された既存データについて

2.1 本論における議論の対象

ここでは、インターネット上あるいは文献上に公表され、比較的容易に入手可能であり、利用にあたっては、出典を明記すれば、通常はそれ以上の特別な申請を必要としないデータを想定している。従って、既存でも未公表の健診データやカルテ情報などは該当しない。公表された既存データは統計データであることが多いが、文章データでもよい。本論では簡便で有効に活用できる可能性があるという観点から考えている。

公表された既存データの分類例を表1に示す。統計データの多くは集団レベルの集計データ（集合データ aggregate data）であるが、個人レベルの数値データでもよい。代表的なものは、e-Stat（政府統計の総合窓口）上に公開されたデータ、あるいは学会や民間企業が公表するデータである。ただし、活用にあたっては、調査・集計方法の詳細がある程度公表されている必要がある。既存統計資料と呼ばれることもある¹⁰⁾。

なお、既存データの活用の中には、政府の指定統計調査や国民健康保険のレセプト情報の目的外利用、あるいは社会調査データのアーカイブの利用など、一般に二次利用ないし二次分析と呼ばれるものがある。これらはデータの利用にあたって何らかの手続きや制限、場合によっては経費が伴う。また、主たる目的が個人レベルのデータを入

¹ 石川県立看護大学 § コレスポンディングオーサー

表1 公表された既存データの分類例

データの分類		例	
量的データ	集合データ	e-Stat (政府統計の総合窓口) 報告書・年報・白書など	人口動態統計, 患者調査, 国民生活基礎調査 厚生労働科学研究報告書, 体力・運動能力調査報告書, 厚生労働白書, 文部科学白書, 環境白書, 感染症サーベイランス, がん登録
	個人単位データ	学会誌に掲載されるデータなど 都道府県別各種年報など 民間企業の調査報告など 学会の委員会報告など	厚生の指標, 日本産科婦人科学会雑誌 県統計書, 県統計年鑑 8020推進財団, ベネッセ教育総合研究所 生殖補助医療実施後の先天異常の発生事例 (日本産科婦人科学会)
質的データ		新聞記事 住所録・名簿など 文献(論文)タイトル一覧	虐待(死), 事故・自殺などに関する報道記事 各種保健医療機関名簿 学会誌索引号 (ないし学会サイト内の情報)

* 学術論文(一般に文献)の内容は量的データとも質的データともなりうる。

手して再分析することなので, 今回の議論の対象には含めない。

統計データ以外にも, データベース化されることは少ないが, 研究者のアイディア次第で有効活用できる公表されたデータが多数ある。そのすべてを系統的に述べることは難しいが, 例えば, 未集計の健康・疾患情報のリストや住所録に類するもの, 新聞記事などがあげられる。この中で新聞記事の分析は保健医療分野でも比較的多い。また, 学術論文に含まれる情報も公表されたデータとみなすことができる。文献レビュー論文は論文データを有効活用した研究の一類型といえる。

2.2 特徴別に見た統計データの種類

研究者の関心あるテーマや変数(要因)によっては, 集団レベルのデータしか得られないことも多い。集計データは3種類に大別できる^{2,7,9)}。

(1) 集団の統計量(個人データから算出したもの): コンテキスト(文脈)変数ともいわれる。例えば, 集団における, 平均食塩摂取量や喫煙率である。これを個人データの代用とする。個人データの統計量は, 集団レベルになると, 様々な社会・自然環境要因の影響を受けて新たな意味を持つ。従って, データの持つ文脈の理解が必要になる。

(2) 個人データが入手・測定困難: 環境測定値(例えば, 大気汚染曝露量, 日照時間)で, 個人レベルでの測定が困難な場合には, 個人レベルでの測定評価を模索しながら集団データで代用する。長期縦断データの代用として, 人口動態統計で出生コホートを仮定するのも同様の考えによる。

(3) 集合データ以外には存在しない: 人口密度や地域面積, あるいは健康に関する法の有無や健康政策などが該当する。

3. 公表された統計データの分析

3.1 統計データのデータベース化

公表される統計データは電子媒体のこともあれば紙媒体のこともある。いずれにしても, これを新たに利用する研究者の目的に沿って提供されているわけではない。従って, 分析にあたっては目的に合わせてExcelなどでデータシートを作成する必要がある。

毎年公表されるデータは, 一度フォーマットを決めてExcelに入力し, 集計をExcel関数で行っておけば, データを追加することやその後の集計が容易であり, 経年変化を観察しやすい。

3.2 分析の方法

研究計画を考えることは他の研究デザインと同じであるが, データの入手可能性を考えながら計画を修正したり, データに合わせた分析方法を検討する必要がある。無計画に統計データを分析しても, 他の研究結果との比較可能性が維持できず, 無駄になる可能性がある。ここでは, 基本的な疫学的分析方法^{1,8,9)}に沿って説明する。

(1) 記述疫学研究

記述疫学では, 明確に定義された集団における健康事象の分布と頻度を「人」, 「場所」, 「時間」の3要素について記述する。記述疫学は原則的には全数調査か大規模な標本抽出調査であるから, かなりの時間と労力を要する。その意味で, 大半は個人の努力で実施できるものではない。

「人」に関する要因として必須なものは, 性と年齢である。海外ではこれに人種が加わる。

「場所」に関する要因としては発生場所, 例えば各国別, 都道府県別の頻度差(地域差)を記述する。疾病・健康事象の地理的分布の記述は, これに関係する要因についての仮説設定や実際の予

防対策を行う上で重要である。地図上に表すと非常にわかりやすくなる（疾病地図）。これにより、疾病の多発地域や地域集積性が見出されることもある。近年のGIS（Geographic Information Systems）の発展に伴い、地理情報に特化した専門分野に空間疫学¹¹⁾がある。

「時間」に関しては短期傾向から長期傾向まで様々である。年次推移、周期変動、季節変動、月別変動などに注目する必要がある。数十年単位の観察により将来予測が可能な場合もある。

時間の分析では、社会学から発展してきたコホート分析（APC分析：Age-Period-Cohort Analysis）¹¹²⁾がある。これは、長期的なデータから、その変化の要因を加齢の要因による影響（年齢効果 age effect）、時代の要因による影響（時代効果 period effect）および世代差の要因による影響（コホート効果・世代効果 cohort effect）に分離するものである。何歳か（年齢効果）だけではなく、いつ（時代効果）、どのような時代に（世代効果）生まれたかが健康事象には影響する。これは、戦争や自然災害、飢饉などの身体的・精神的な影響を集団レベルで観察する場合にも用いられる。

記述疫学研究では性や年齢など一部の変数を除いて、健康事象に関係する要因（原因）の情報が得られないという制約がある。しかし、厚生労働省の人口動態統計など既存の優れた資料を利用すれば比較的容易に国レベルの記述が可能である。

（2）生態学的研究

生態学的研究とは、既存資料を利用して集団レベルでの健康事象（結果）とその要因（原因）の関心の地理的分布、時間的分布を比較する研究方法である¹⁹⁾。

生態学という言葉が使用されるのは、この研究方法では人間とそれを取り巻く環境についての総合的な情報を収集し観察するからである。個人ではなく集団が基本単位だということが最大の特徴である。集団レベルでの社会的要因（文化、経済、風習、教育など）、地理的要因（高度、緯度、気候など）の分布と健康事象の関係を調べる場合に有用である。主要な解析方法は2つある。

第1は、異なる国や地域（例えば、都道府県）において、ある一定の時期の健康事象とそれに関わる要因との関係を比較検討する方法であり、地域相関研究と呼ばれる。統計学的には散布図を描き、必要に応じて相関係数、回帰直線を算出する。

第2は、特定の国や地域において、健康事象と

その要因の時間的変化を同時に観察し、両者の関係を検討する方法であり、時系列研究と呼ばれる。地域と時間を複合した分析も可能である（複合研究）。以上を基本に、より高度な分析手法が多数開発されているが、ここでは割愛する。

集団レベルの分析結果で問題になるのが、生態学的錯誤（生態学的誤謬）⁸⁹⁾である。これは、集団で得られた結果が必ずしも、個人レベルでは当てはまらない、時には正反対になることもあるというものである。集団レベルの分析結果の解釈については、今でも理論面で多くの議論がある¹⁹⁾。集団レベルでの議論か、個人レベルでの議論かを意識的に区別して考えることが重要である。

3.3 既存の統計データ分析の利点と課題点

公表された統計データを研究目的で活用することに関しては、保健医療系の分野ではこれまで学術的（理論的）側面からの議論が中心であり¹⁹⁾、教育的側面からの議論は必ずしも多くない。そのような中で、社会学の分野では教育的側面からの議論や活用がいくつかなされている^{13,14)}。

既存の統計データを活用する際の利点と課題点を学術的・教育的側面に焦点を当てて表2にまとめた。統計データの分析における課題点の多くは、これを個人レベルの要因分析の代用に用いることに付随する理論上の問題である。研究目的を集団レベルでの記述的内容（記述疫学）、あるいは集団レベルでの効果測定などに設定すれば問題は少ない。また、保健医療系の学部教育的な側面においても多くの利点があるといえる。

4. 公表された統計データを分析する意義

これは統計データを利用する利点とも重複する。統計データの分析はバイアスの問題を含め、要因分析において個人レベルの因果関係の決め手になることは少ない。しかし、仮説設定という意義を考えた場合には、重要な役割を果たし得る。統計データの分析が端緒となり、その後研究が大きく推進した事例と今後の活用において有効と思われる分野を簡単に紹介する。

4.1 先駆的事例

（1）成人病胎児期発症起源説

胎内での低栄養状態が成人期以降の生活習慣病などの発生に影響するという仮説である¹⁵⁾。21世紀最大の医学仮説ともいわれるこの仮説の提唱

表2 既存の統計データを活用する際の利点と課題点

側面	学術的側面でも教育的側面でも共通する点	保健医療系の教育的側面での特徴
研究方法	<ul style="list-style-type: none"> ・時間制約が少なく、研究者主導で研究できる ・比較的短時間で結果を出せる ・全国的規模の優れたデータを有効活用できる ・データを入手困難・調査が困難な研究テーマでも対応できる ・データの質が研究者に依存しない ・集合データを用いる以外には困難な研究を実施できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・生態学的に異なるレベル（集団と個人）での現象の違いに対する理解を深めることができる ・保健師国家試験の出題基準と合致する（保健統計調査、疫学調査法、地域診断の過程など） ・多くの場合複雑な分析を必要としない ・データ分析や論文執筆の教育に（相対的に）時間を多く配分できる
分析	<ul style="list-style-type: none"> ・個人では調査不可能な記述疫学統計を提供でき、全国データであれば選択バイアスが殆どない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ある程度確実な結果が期待できる
結果公表	<ul style="list-style-type: none"> ・政策やプログラムの介入効果を集団レベルで評価するときに有用である ・仮説形成に有用であり、有意な結果がさらなる研究につながる可能性がある 	
研究倫理	<ul style="list-style-type: none"> ・問題が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・データ収集を通じて情報リテラシーを磨ける
研究モラル	<ul style="list-style-type: none"> ・学術論文として研究結果を公表できなくても（人を対象としてデータを収集した研究に比べて）研究モラルに反することはない 	
課題点	<ul style="list-style-type: none"> ・健康事象とその要因の因果関係を証明する力は弱い ・健康事象とその要因が異なる集団からのデータとなりやすい ・集団で当てはまる結果が個人レベルで当てはまるとは限らない（生態学的誤謬） ・交絡因子を制御できないことが多い ・オリジナリティが低いとみなされやすく、研究として低く評価される可能性がある ・データそのものの妥当性の問題がある ・検出力が落ちやすい ・集団の人口規模の違いの影響がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・人を対象とした研究プロセスを習得する機会を経験できない（例えば、倫理申請、質問紙の作成と発送など） ・データの背景にある現実感覚が希薄になる可能性がある ・データ収集を軽視する可能性がある

文献1-10,13)などを参考に作成した。

者である Barker によれば、人生初期の発達が成人期の心血管疾患発症に重要である可能性を解く鍵は、意外にも地域相関研究にあった¹⁶⁾という。即ち、イングランドとウェールズにおける多数の地区を対象に、1世紀前の新生児死亡率と今日の心疾患死亡率の散布図を作成した結果、両者に強い相関を見出したのである。この関係は疾病地図からも確認できる。この仮説はその後 DOHaD (Developmental Origins of Health and Disease) 仮説として大きく発展する。対象疾患も大幅に拡大し、動物実験も含めて分子レベルの研究から集団レベルの研究まで、膨大な数の研究を引き起こし今日に至る。

(2) フレンチパラドックス

フランスでは飽和脂肪酸が豊富に含まれる食事を摂取しているにもかかわらず、冠動脈疾患死亡率が低いことをフレンチパラドックスという。この用語自体は1992年に Renaud ら¹⁷⁾が最初に用いているが、生態学的研究による類似の研究報告はそれまでも欧州で相次いでいた。フレンチパラドックス発見のきっかけは、各国の食事の脂肪摂取量と冠動脈疾患死亡率の地域相関研究である。なお、赤ワイン（一般には適度の飲酒）を飲むことで心疾患発症のリスクが低減するというの

は一つの解釈であり、フレンチパラドックスそのものではない。こうした、地域相関研究が端緒になり冠動脈疾患と生活習慣（食習慣、運動習慣など）との関連についての様々なレベルでの研究がその後大きく進展した。

4.2 今後の活用の例

21世紀の国民健康づくり政策である健康日本21は、2013年4月より第二次を迎えた。その中では「第一 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向、一 健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を謳っている¹⁸⁾。そこでは、「あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現する」¹⁸⁾としている。ここで健康格差とは、「地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差」であると定義している。健康格差の縮小とはより具体的には、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）の「都道府県格差」を縮小することである。即ち、個人レベルでの疾患予防だけでなく、集団（都道府県）レベルでのプログラム（介入）効果の評価が必須である。

こうした考え方の起源は、Rose¹⁹⁾の先駆的な

論文に見ることが出来る。個人レベルでの健康決定要因だけでなく、集団レベルでの健康（罹患率低下）決定要因があり、それぞれがハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチに対応する。両者は必ずしも対立するものではないが、まず罹患率低下を考えるべきであるという主張である。つまり、ある集団における個人差の決定要因と集団間の差の決定要因は異なる可能性があり²⁰⁾、現在のような個人レベルの研究を偏重すると、罹患率低下（一次予防）を果たせない可能性がある⁶⁾。

健康の社会的決定要因²¹⁾の多くは個人レベルの変数であると同時に集団レベルの変数でもある（例えば、交通手段・社会的排除・食糧・ソーシャルサポート）。個人を対象とした健康教育を熱心に行っても、生活習慣病予防が必ずしも奏効していない現状を考えれば、集団レベルの研究や、それを基にした健康戦略がより注目されてもよいだろう。既存の統計データの有効活用は、今後この種の研究に寄与すると考えられる。

4.3 その他の活用例

これ以外にも、人口動態統計、患者調査、国民生活基礎調査など全国データあるいは都道府県別データを分析することで、健康施策の優先順位の決定、地域診断、健康施策やプログラム（介入）効果の測定、健康事象の要因解明、保健医療資源の将来需要予測など様々な研究が可能である¹⁰⁾。

5. 公表されたデータの具体的な分析例

以下に、自験例^{22,23)}を、公表されたデータの有効活用という視点から具体的に示す。研究テーマは、多胎出生の動向と背景因子、多胎出生の公衆衛生学的な影響などである。今回の執筆にあたり、最新のデータを用いて再分析した。紙面の都合で文献の引用は最小限にとどめた。解説がやや長くなるが既存データを用いた系統的な分析の例と考えていただきたい。研究テーマが変わっても、基本的な考え方は共通していると考えられる。

主に用いたデータソースは、①人口動態統計（厚生労働省：1951年～2012年分）、②「倫理委員会登録・調査小委員会報告（体外受精・胚移植等の臨床実施成績および登録施設名）」（以下、生殖補助医療に関する報告書）（日本産科婦人科学会：1985年～2011年分）、③「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」（以下、虐待死亡事例の報告書）（厚生労働省：第1次～第

9次：2003年7月～2012年3月）、④インターネット上の新聞記事、である。①は年ごとに冊子体、CD-ROMないし一部は電子データとしてインターネット上（e-Stat）に提供されている。②と③は、インターネット上ではpdfファイルとして提供されている。②は調査対象医療施設の回収率が1999年以降ほぼ98%以上であり、全国悉皆データとみなせる。④は有料のデータベースも存在する。

なお、公表されたデータの特徴に合わせて研究テーマを選択することと、研究テーマに合わせて新たなデータソースを探し出すことは、双方向に進むものである。実際にはこれ以外のデータソースも適宜使用している。統計データの分析にあたっては、必要な年次分のデータを収集した上で、Excelのデータシートに分析に適した形式で再入力している。

5.1 集団レベルのデータの活用例

(1) 多胎出生の妊娠の方法別年次推移^{22,23)}

出生に関する最大の公表データは人口動態統計である。過去62年分の人口動態統計を基にまず、多胎の出生割合（出生1,000に対する多胎児の数）の年次推移を調べた（図1）。出生割合は1951

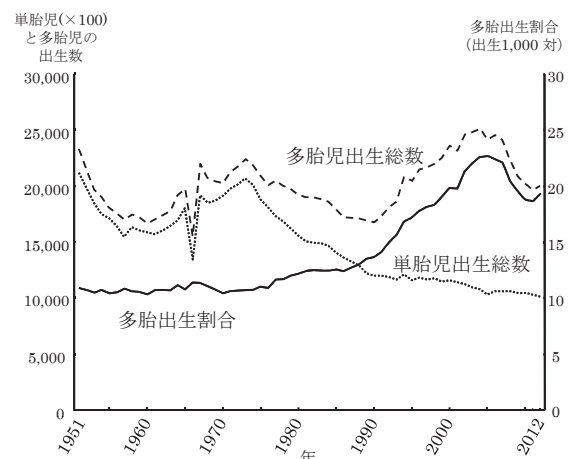


図1 多胎児と単胎児の出生数および多胎出生割合の年次推移（人口動態統計を基に作成）

年～1976年では11前後で推移するが、1980年代後半以降急増し2005年にはピークに達し23と倍増し、その後、減少に転じる。

まず、2005年までの多胎出生割合の倍増について検討した。不妊治療において多胎妊娠が増加することは当然予想される。しかし、人口動態統計には妊娠の方法（自然妊娠か不妊治療妊娠か）

に関する情報はない。そこで、自然の多胎出生頻度が母親の年齢と共に増加するという生物学的事実を根拠に以下の推定を行った。年ごとの自然の多胎出生数を推定するために、不妊治療が普及する前である1974-1976年全体での母親の年齢階級別多胎出生割合を基準値として算出し、その後の年次の年齢階級別総出生数にこの基準出生割合を乗じて、その年次の年齢階級別自然多胎出生数を推定した。これを合計すれば年次ごとの自然多胎妊娠出生数が推定でき、さらに多胎出生全体から自然多胎妊娠出生数を引けば、不妊治療妊娠による多胎出生数が推定できる。以上の出生数を出生割合に換算する。この推定方法は自然の多胎出生数をやや多めに見積もるが、その影響は小さい。

分析の結果(図2)を見ると、過去35年の多胎出生割合の増減は不妊治療による多胎出生割合の増減とはほぼ一致する。自然の多胎出生割合は殆ど増減がない。従って、多胎出生が増加した主たる原因は不妊治療だと推定される。

(2) 不妊治療の種類別多胎出生²³⁾

不妊治療による妊娠は、体外受精・胚移植、顕微授精などの生殖補助医療(ART: Assisted Reproductive Technology)とそれ以外の一般不妊治療(主として排卵誘発)に大別される。ARTについては、日本産科婦人科学会が施設登録制をとっており、毎年行う実態調査の集計結果の一部(ARTの種類、妊娠数、分娩数、出生数など)を学会誌で報告論文(生殖補助医療に関する報告書)として公表している。

一般不妊治療はART登録施設以外でも広く

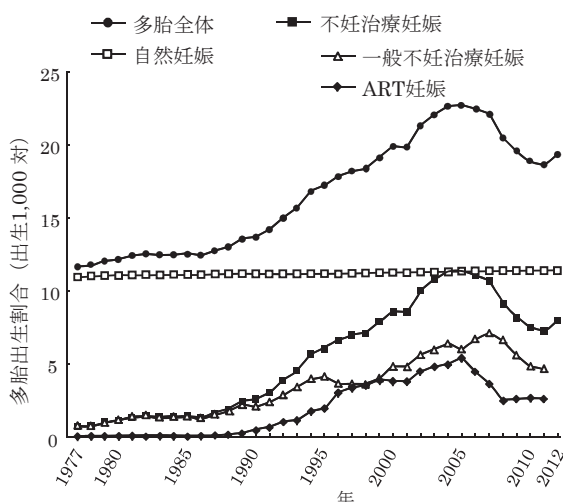


図2 妊娠の方法別に見た多胎出生割合の年次推移
ART: Assisted Reproductive Technology
(人口動態統計, 生殖補助医療に関する報告書を基に作成)

実施されており、その実態は殆ど不明である。ARTによる多胎出生数は2007年から実数が公表されている。それ以前のART多胎出生数は、全ART出生数(児の数)と全ART分娩数(母の数)を基に作成した推定式などで算出した。前述した不妊治療による多胎出生総数からARTによる多胎出生総数を引けば、一般不妊治療による多胎出生総数が推定できる。以上の出生数を出生割合に換算する。不妊治療に限れば、ARTよりも一般不妊治療による多胎出生が多いと推定される(図2)。

(3) 単一胚移植の効果²⁴⁾

周産期のトラブルが母児に多発する多胎妊娠予防に確実な方法の一つは、ARTで胎内に戻す胚の数を制限することである。現在、先進国の多くは単一胚移植(SET: Single Embryo Transfer)を推奨している。日本では、日本生殖医学会が2007年にSETのガイドラインを公表し、これを受けて日本産科婦人科学会が2008年にSETの見解を示している。しかし、ARTによる多胎出生割合は前述の通り2005年をピークに減少しており(図2)、ガイドライン公表の以前からSETの動きは進んでいたと思われる。以上を踏まえ、SETの普及と多胎妊娠に対する影響を分析した。

生殖補助医療に関する報告書では2007年以降SETの成績を報告している。2007年から2011年の値をプロットした結果、ARTにおいてSETによる妊娠の占める割合が増加すると共に、多胎

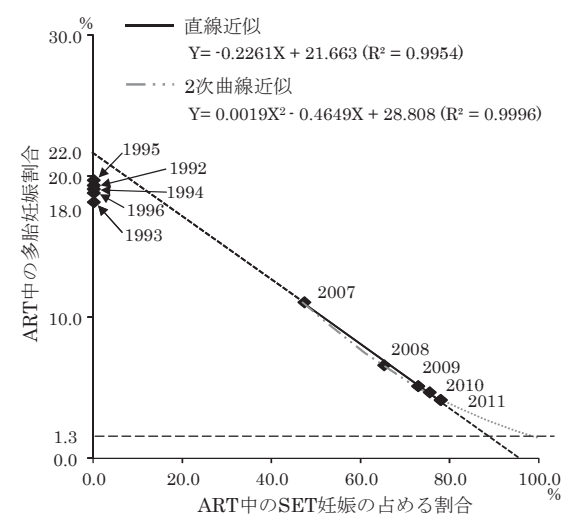


図3 ART中のSET妊娠の占める割合とART中の多胎妊娠割合の変化
ART: Assisted Reproductive Technology
SET: Single Embryo Transfer
(生殖補助医療に関する報告書を基に作成)

妊娠の割合がほぼ直線的に減少している（直線近似で $R^2=0.9954$ ）（図3）。SETが極めて確実な多胎妊娠予防効果を示したことが確認された。

文献的に見ると1992年から1996年頃はSETが殆ど普及していない。この時期のARTによる多胎妊娠の占める割合は18-20%であり（図3）、複数胚移植での多胎妊娠の割合と考えられる。

実際には、ART妊娠全体に占めるSETによる妊娠の割合が増加すると共に、多胎妊娠の割合は非常に緩やかな下に凸のカーブを描いて減少した（2次曲線近似で $R^2=0.9996$ 、図3）。仮に、このまま減少すると、ART妊娠のすべてがSETによる妊娠になっても多胎妊娠が1.3%程度残る。一般には、不妊治療で増加するのは二卵性双胎だと考えられているが、不妊治療により一卵性双胎も増加することが度々報告されてきた。最近のシステムティックレビューとメタアナリシスによれば、ARTを受けた妊婦全体のおよそ1%弱が一卵性双胎を妊娠するとされ、自然妊娠の2倍以上に高頻度である。SETに限れば、その頻度はさらに高い（1.5%前後）と推定されている。症例データとは異なる方法で推定した今回の結果も同様の値であった。

（4）多胎出生の低出生体重に対する影響²⁵⁾

近年の低出生体重児の増加は母子保健領域での最重要課題の一つである。多胎出生が低出生体重に与える影響を経年的に分析した。具体的には、人口動態統計を基に単胎・多胎における低出生体重の割合を求め、これと前述の多胎出生割合から相対危険と集団寄与危険割合を推定した。その結果、出生体重1,500g未満で多胎の影響が最大であることが明らかとなった（図4）。この種の分

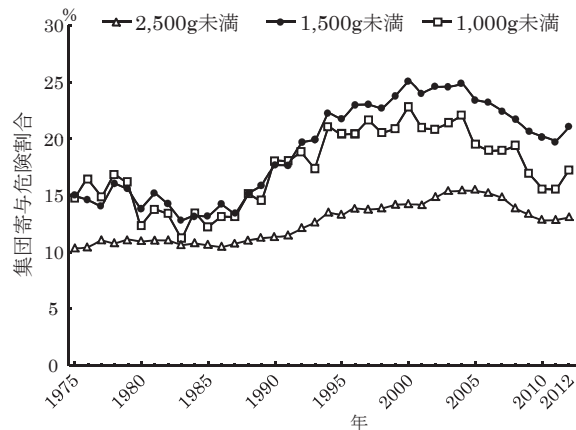


図4 出生体重群別にみた集団寄与危険割合の年次推移 (人口動態統計を基に作成)

析は、早産、死産、乳児死亡など人口動態統計で公表されている他の母子保健指標にも応用できる。

（5）多胎育児と虐待死亡事例²⁶⁾

多胎児ないし多胎児家庭では虐待が発生しやすいとされるが、全国的なデータは殆どない。そこで、虐待死亡事例に注目して多胎のリスクを検討した。死亡統計は一般に有病・罹患統計よりも入手しやすく、誤差が少ないことを利用した。

虐待死亡事例の報告書では、18歳未満の虐待死亡事例の数および、家庭の要因、児の要因、育児環境などの背景因子が集計結果として掲載されている。全調査期間に495児の虐待死亡事例（心中を除く）がみられ、多胎児は14児存在した。人口動態統計を基に出生コホートを想定し、調査期間に生存した0歳から17歳までのすべての単胎児と多胎児それぞれの生存人年を見積もり、単胎児と多胎児に分けて虐待死亡事例の発生頻度および相対危険を推定した。

虐待死亡事例の報告書では、全般的に欠損値が多い。相対危険を過大評価しないために、欠損値を含めた分析では、欠損値を単胎児とみなした。多胎児は単胎児に比べて、1.6倍（欠損値を除くと2.2倍）虐待死亡の発生頻度が高いと推定された。家庭あたりで見れば多胎児家庭では発生頻度が3~4倍高くなる（児が平均2倍弱多いため）。この値は10代妊娠（人口動態統計の出生時母親年齢20歳未満で代用）の相対危険（13.9と22.4）よりかなり低く、児あたりでは低出生体重児の相対危険（1.4と2.8）とほぼ同じであった。多胎出生と低出生体重は重複するリスク要因だが、集合データでこれを分離することはできない。

5.2 個人レベルのデータの活用例

（1）単胎児と多胎児での先天異常の比較²⁷⁻²⁹⁾

日本では、先天異常は新生児死亡・乳児死亡の死因の第一位を占めている。国内には、全国悉皆の先天異常の登録はない。また、人口動態統計には不妊治療の情報がない。そのような中、生殖補助医療に関する報告書で2004年以降、すべての先天異常の症例の疾患名、胎児数（単胎・双胎など）、妊娠期間、母親年齢、児の性別、予後などが一覧表として報告されている点に注目した。

報告書のすべての症例をExcelに入力し、データベースを作成した上で、国際疾病分類（ICD-10, 2003年版）を基にコードQ00-Q99に該当する疾患のみを先天異常として抽出した。

次いで、疾患分類の大分類、中分類、一部疾患の小分類別に単胎妊娠と多胎妊娠における発生頻度と相対危険を推定した。ARTによる単胎妊娠総数と多胎妊娠総数は2006年までは前述した推定値を、2007年以降は報告値を用いた。

先天異常全体に関しては、妊娠あたりでは、多胎妊娠において有意に発生頻度が高かった。出生あたりでは単胎児と多胎児で有意な差は見られなかった。この違いは多胎妊娠では、1妊娠で2児以上になるためである。「中枢神経系の先天異常」は妊娠あたりでも出生あたりでも多胎で有意に高頻度であった。その他、二分脊椎、大動脈の先天異常などいくつかの中分類項目に関しても多胎で有意に高頻度であった。

(2) 双胎ペアでの先天異常の一致率^{29,30)}

これまで先天異常に関するふたご研究は児の卵性が確定しておらず、遺伝要因の影響(遺伝率)を正しく推定できないことが多かった。その中で、ARTで発生する多胎は大部分が二卵性双胎であり、その遺伝的類似度は一般の同胞(兄弟姉妹)と同じである点に注目した。症例リストは個人単位なので、入手可能な変数を基に双胎ペアを同定した。先天異常全体では、発端者一致率は9.6%と推定された。この値は、多因子遺伝を仮定したEdwardsの推定式から求めた同胞再発危険率(9.0%)と類似しており、先天異常は主に多因子性疾患であることが支持された。

個別の疾患で見ると、再発危険比が有意に高いのは「眼、耳、顔面及び頸部の先天奇形」「唇裂を伴う口蓋裂」であり、これらの疾患に強い家族集積性が示唆された。

5.3 統計データ以外の活用例

前述のように既存統計データの分析で、多胎児家庭の虐待リスクが高いことが分かった。そこで、虐待の要因を探る目的で多胎児家庭における虐待死亡事例の特徴を分析した³¹⁾。虐待死亡事例の報告書が「新聞報道等から抽出し、地方公共団体が把握した死亡事例と合わせて地方公共団体に詳細を調査した」ことを利用した。14児の多胎死亡事例について、複数の新聞記事やインターネットなどから詳細な情報を収集した結果、同数の事例を確認できた(厳密な照合はデータの性質上不可能である)。

分析の結果、双胎両児が虐待を受けた事例では、家族の機能不全が認められた。双胎の1児だけが虐待を受けた事例では、1児の障がい、成長・

発達の遅れ、愛情の偏りなどが見られた。虐待死亡に至った児の性別、両親の年齢、婚姻状況、母親の精神状態など大部分の項目で単胎児と多胎児の間に差はなかった。ただし、0か月死亡が多胎児で0%(8児中0児)である一方、単胎児では48%(210児中100児)であり有意差が見られた。多胎では出産前後を通じて、母児の入院期間が長くなりやすく、虐待を予防・抑制した可能性がある。また、多胎児家庭では単胎児家庭と比べて児の数が有意に多かった。子どもの数が多いこと自体が多胎育児を困難にし、虐待リスクを高める要因の一つだと言える。

多胎児家庭が単胎児家庭よりも虐待死亡事例の発生頻度が高い理由は、多胎児家庭に限定されない一般的な要因と、多胎児家庭に固有な要因が関係するといえる。

自験例を通じて様々な公表データの活用を具体的に述べた。質問紙調査や面接調査などで調査対象者から新たなデータを集めなくても、公表されたデータを用いて様々な知見が比較的短時間に、しかも安価に得られる。また、Excelだけで十分に分析可能な場合も多く、保健医療系の学部教育でも実施できる研究方法であると考えられる。通常の質問紙調査や面接調査などでは研究困難な知見もある。得られた結果は、学術面だけでなく、実践面(多胎児家庭の育児支援)でも重要なエビデンスとなる。この種のデータは継続的に収集可能であるため、モニタリングにも有効である。

6. まとめ

公表された既存データを活用した研究の課題点の多くは、データの妥当性や研究結果の解釈など、理論的な問題に付随する。教育的見地から見た場合には、公表されたデータの分析には利点も多い。国・都道府県レベルの様々なデータが公表されている。研究方法論の選択肢として、公表された既存データの有効活用は、十分に検討する価値があると思われる。

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) Cwikel, J.G.: Methods of descriptive epidemiology. Social Epidemiology: Strategies for Public Health Activism. Columbia University Press, New York, 180-220, 2006.
- 2) Morgenstern, H.: Uses of ecologic analysis in epidemiologic research. *Am J Public Health*, 72(12), 1336-1344, 1982.
- 3) Walter, S.D.: The ecologic method in the study of environmental health. I. Overview of the method. *Environ Health Perspect*, 94, 61-65, 1991.
- 4) Walter, S.D.: The ecologic method in the study of environmental health. II. Methodologic issues and feasibility. *Environ Health Perspect*, 94, 67-73, 1991.
- 5) Susser, M.: The logic in ecological: I. The logic of analysis. *Am J Public Health*, 84 (5) , 825-829, 1994.
- 6) Susser, M.: The logic in ecological: II. The logic of design. *Am J Public Health*, 84 (5) , 830-835, 1994.
- 7) Morgenstern, H.: Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods. *Annu Rev Public Health*, 16, 61-81, 1995.
- 8) Donne, J.: Ecological studies. Koepsell, T.D. and Weiss, N.S. eds.: *Epidemiologic Methods: Studying the Occurrence of Illness*. Oxford University Press, New York, 281-307, 2003.
- 9) Morgenstern, H.: Ecologic studies. Rothman, K.J., Greenland, S., Lash, T. eds.: *Modern Epidemiology*, Third edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 511-531, 2008.
- 10) 尾島俊之: 既存統計資料の利用. 柳川洋編: 地域保健活動のための疫学 第2版, 日本公衆衛生協会, 53-63, 2006.
- 11) Lawson, A.B.: *Statistical Methods in Spatial Epidemiology*, Second edition. Wiley, New York, 2006.
- 12) Glenn, N.D.: *Cohort Analysis*, Second edition. SAGE Publications, London, 2005.
- 13) 佐藤博樹: JGSS の授業への利用: 日本社会学会での報告・議論を参考に. *JGSS 研究論文集*, 2, 233-236, 2003.
- 14) 浜松誠二: 公式統計調査とその二次分析. http://www.tuins.ac.jp/~ham/tymhnt/analysis/b/b_seco.html#i3, access 2013/11/20
- 15) Barker, D.J., Osmond, C.: Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *Lancet*, 1 (8489) , 1077-1081, 1986.
- 16) Barker, D.J.: *Fetal Origins of Cardiovascular and Lung Disease*. CRC Press, Florida 1-2, 2001.
- 17) Renaud, S., de Lorgeril, M.: Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet*, 339 (8808) , 1523-1526, 1992.
- 18) 厚生労働省告示第四百三十号: 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf, access 2013/9/19
- 19) Rose, G.: Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*, 14 (1) , 32-38, 1985.
- 20) Marmot, M.: Economic and social determinants of disease. *Bull World Health Organ*, 79 (10) , 988-989, 2001.
- 21) World Health Organization: *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. World Health Organization, Geneva, 2008.
- 22) Ooki, S.: Effect of maternal age and fertility treatment on the increase in multiple births in Japan: vital statistics, 1974-2009. *J Epidemiol*, 21(6), 507-511, 2011.
- 23) Ooki, S.: Estimation of the contribution of assisted and non-assisted reproductive technology fertility treatments to multiple births during the past 30 years in Japan: 1979-2008. *Twin Res Hum Genet*, 14 (5) , 476-483, 2011.
- 24) Ooki, S.: Theoretical model of the relationship between single embryo transfer rate and multiple pregnancy rate in Japan. *J Pregnancy*, doi: 10.1155/2012/620753, 2012.
- 25) Ooki, S.: The effect of an increase in the rate of multiple births on low-birth-weight and preterm deliveries during 1975-2008. *J Epidemiol*, 20 (6) , 480-488, 2010.
- 26) Ooki, S.: Fatal child maltreatment associated with multiple births in Japan: nationwide data between July 2003 and March 2011. *Environ Health Prev Med*, 18 (5) , 416-421, 2013.
- 27) Ooki, S.: Birth defects in singleton versus multiple ART births in Japan (2004-2008) . *J Pregnancy*, doi: 10.1155/2011/285706, 2011.
- 28) Ooki, S.: Birth defects after assisted reproductive technology in Japan: comparison between multiples and singletons, 2004-2009. *Reprod Sys Sexual Disorders*, S:5, doi:10.4172/2161-038X.S5-003, 2012.

- 29) Ooki, S.: Nationwide study of assisted reproductive technology and multiple births with accompanied birth defects. Sanger, I. eds.: Advances in Reproductive Technology Research. Nova Science Publishers, New York, 1-70, 2013.
- 30) Ooki, S.: Concordance rates of birth defects after assisted reproductive technology among 17,258 Japanese twin pregnancies: a nationwide survey, 2004-2009. J Epidemiol, 23 (1) , 63-69, 2013.
- 31) Ooki, S.: Characteristics of fatal child maltreatment associated with multiple births in Japan. Twin Res Hum Genet, 16 (3) , 743-750, 2013.

On the Effective Use of Open Data

Syuichi OOKI, Kiyomi HIKO

Abstract

We discussed the effective use of open data (that is, data not restricted to statistical data), which are relatively available. Examples of the effective use of open data are descriptive epidemiologic studies and ecologic/ecological studies in epidemiology. Such studies use population/aggregative statistical data. Prior discussions of the drawbacks of the studies using aggregative data noted methodological or theoretical problems. But there are many advantages of using open data, including not only statistical data, but many other types of data, in educational settings, especially for undergraduate education in healthcare science. Studies using open data can be completed relatively quickly and at low cost. Research examples of hypothesis generation using open data, which became the preface of future big studies in health science were shown. Moreover, future effective use of open data, for example to consider the correction of health inequalities was also shown. In addition, there are many open data to be used for a wide variety of research purposes. Here we also introduced research examples of the use of open data. The basic concepts are applicable to other research themes in health-related sciences.

Key words open data, effective use, ecologic/ecological study, hypothesis generation, undergraduate education in healthcare science

原著論文

男性介護者における Stressful Life Events と Sense of Coherence の関連

彦 聖美¹§, 鈴木祐恵¹, 大木秀一¹

概要

本研究の目的は、在宅療養者を介護する男性介護者における、Stressful Life Events（ストレスフル・ライフイベント）と Sense of Coherence（以下 SOC）の関連を把握し、男性介護者の支援に向けた基礎資料を得ることである。2012年に、無記名の郵送法自記式質問紙調査を実施した。日本語版7件法13項目の SOC スケールを使用した。石川県内全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326施設のうち107施設を通して、633人の男性介護者に質問紙を配布し、414人から回答を得た（回収率65.4%）。平均値の差の検定結果では、65歳以上および健康状態が良い群の SOC 得点が有意に高かった。また、仕事から引退した群と経済的な困難が増した群で SOC 得点が有意に低かった。特に男性介護者の SOC が低下しやすいライフイベントが起きた時は、男性介護者を孤立させず、支援とソーシャルネットワークを強化していくことが求められる。

キーワード 男性介護者, Sense of Coherence (SOC), Stressful Life Events (ストレスフル・ライフイベント), 健康生成論

1. はじめに

近年、男性介護者の割合は増加している¹⁾。男性介護者は健康・社会・経済的な課題を抱えながら孤立しやすく、介護生活や健康が突然破綻するリスクが高い集団として支援が求められている^{2,3)}。しかし男性介護者は、使命感を持って介護をやり遂げようという強い気持ちがあり⁴⁾、サービスを知っていても他人の世話にはなれないと孤絶することが多いとの報告がある⁵⁾。さらに、男性に特有の課題として、地域との付き合いの難しさも報告されている⁶⁾。このように、男性介護者は社会的に孤立しやすく、支援を受けにくい。男性介護者が、自らのストレスフルな出来事に対してどのように対処しているかを把握することは、男性介護者に対する支援の方略を考える上で重要である。

健康生成論として、A. アントノフスキーは、なぜ人間は健康でいられるのかという健康の起源に焦点を当て、健康を維持・増進させる要因に着目している⁷⁾。そのなかで、強烈なストレッサーやトラウマに耐えて心身の健康を維持し対処に成功している人々に共通して存在する健康要因とし

て、Sense of Coherence（以下 SOC）を見出した⁷⁾。SOCの柔軟な働きは、生き抜く力に関連している。SOCがどのような集団で高かったり低かったりしているのかがわかれば、実践や施策の対象を絞ることができる^{7,8)}。男性介護者においても、ストレスが多くかかると予想される人生におけるイベントである Stressful Life Events と SOC との関連に着目することは、孤立しやすい男性介護者に対する支援のタイミングを把握し、男性介護者の持つ強みを活かす支援につながる。

本研究の目的は、在宅で妻や親を介護する男性介護者の Stressful Life Events と SOC との関連を数量的に把握し、男性介護者の支援に向けた基礎資料を得ることである。

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

在宅で療養中の要支援・要介護認定者（第一号被保険者・第二号被保険者を含む）の主たる介護者である男性を男性介護者と定義した。

(2) Sense of Coherence (SOC)

日常生活上やライフステージにおける様々なス

¹ 石川県立看護大学

§ コレスポンドイングオーサー

トレスフルな出来事に対して、人々が持つ対処能力の1つである。その人の持つ、動的ではあるが持続的な3つの確信（下位項目）の感覚の程度によって表現される、その人の生活世界全般への志向性が一貫している感覚のことである⁷⁾。自分の生きている世界（生活世界）は首尾一貫している、筋道が通っている、あるいは腑に落ちるという感覚である⁸⁾。単なる思い込みではなく、この世に生を受けて以降の日々の生活の現実によって検証され確かめられ、その人に深く刻み込まれていく自分の生きている世界に対する知覚・感覚であり、他者・周囲・環境との関係性によって育まれる⁹⁾。

3つの確信とは、把握可能感、処理可能感、有意味感である。把握可能感とは、「自分がおかれている状況や、将来起こるであろう状況のある程度予測、理解できる確信」である。処理可能感とは、「どんな困難な出来事でも自分の力で、あるいは他人の力を借りながらも切り抜けられるという感覚や、何とかなるという確信」である。有意味感とは、「自分の人生・生活や、困難なことを乗り越えることに意味があると感じたり、やりがいがあると感じる確信」である^{8,9)}。

(3) Stressful Life Events (ストレスフル・ライフイベント)

ストレスフル・ライフイベントは、ストレスが多くかかると予想される人生におけるイベントである。愛知老年学的評価研究プロジェクト¹⁰⁾を参考に、以下の7項目をライフイベントとした。

- ①仕事から引退した、②家族が亡くなった、③親しい親族、親しい友人が亡くなった、④大きな病気にかかった、⑤引越しなど住む環境が変わった、⑥経済的な困難が増した、⑦家族の介護が始まった。

2.2 調査方法

本研究は、男性介護者に対する一連の調査の一部として実施した。調査期間は2012年9月から10月である。

まず、調査時点における石川県内全ての地域包括支援センターと居宅介護支援事業所に、県内に在住の男性介護者およびこれと同数になる女性介護者（定義は同様）に対する質問紙の配布を依頼した。これらの施設は、石川県ホームページ¹¹⁻¹³⁾内の「石川県地域包括支援センター一覧（2011年4月1日現在）」と「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）」で公表されている。地域包括支援センター43施設、居宅

介護支援事業所283施設の合計326施設である。

質問紙の配布対象者は、各施設の介護支援専門員が担当している男性介護者である。調査対象者には「調査依頼のお願い文書」、「質問紙」、「返信用封筒」を配布し、質問紙に回答後、返信用封筒にて返送を依頼した。研究の目的に沿い、本研究では男性介護者のみを分析対象とした。

2.3 質問項目

質問項目は、居住地域、年齢、職業の有無、婚姻状態、健康状態、被介護者の続柄、被介護者の年齢、被介護者の要介護度、この1年以内に起きたストレスフル・ライフイベント7項目とSOCスケールである。

2.4 本調査に使用したSOCスケール

使用したSOCスケールは、1999年に山崎ら⁹⁾により開発されたものである。日本語版7件法13項目スケールであり、このスコアによりSOCとその下位項目の状態を評価する¹⁴⁾。SOC-13スケールのスコアリングは、逆転項目の得点を逆転し、合計得点をもってスコアリングする。SOCスケールの信頼性に関しては、内的一貫性の指標であるクロンバックの α 係数を用いて示されている。SOC-13日本語版の α 係数は0.72～0.89と報告されている¹⁴⁾。スケールの使用に関しては、スケール使用手続き¹⁴⁾を厳守した。SOC-13スケールの質問内容を以下に示す。

- ①あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいい、という気持ちになることはありますか。
- ②あなたは、これまで、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか。
- ③あなたは、あてにしていた人ががっかりさせられたことがありますか。
- ④いままでのあなたの人生は、明確な目標や目的がありましたか。
- ⑤あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか。
- ⑥あなたは、不慣れな状況にいると感じ、どうすればよいかかわからないと感じることがありますか。
- ⑦あなたが毎日していることは、喜びと満足を与えてくれますか。それともつらく退屈ですか。
- ⑧あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか。

- ⑨あなたは、本当なら感じたくないような感情を
 いだいてしまうことがありますか。
- ⑩どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメ
 な人間だ」と感じることはあるものです。あなた
 は、これまで「自分はダメな人間だ」と感じた
 ことがありますか。
- ⑪何か起きたとき、ふつう、あなたは、そのこ
 とを過大に評価したり、過小に評価してきたり
 しましたか、それとも適切な見方をしてしま
 したか。
- ⑫あなたは、日々の生活でおこなっていることに
 ほとんど意味がない、と感じることがありま
 すか。
- ⑬あなたは、自制心を保つ自信がなくなることが
 ありますか。

把握可能感を測定するものが②, ⑥, ⑧, ⑨, ⑪,
 処理可能感を測定するものが③, ⑤, ⑩, ⑬, 有
 意味感を測定するものが①, ④, ⑦, ⑫であり,
 逆転項目は①, ②, ③, ⑦, ⑩である。理論上の
 得点分布は、SOC 得点で 13 点～91 点、把握可
 能感で 5 点～35 点、処理可能感で 4 点～28 点、
 有意意味感で 4 点～28 点である。

2.5 統計解析

まず、基本属性の各項目を単純集計した。次い
 で、年齢 (65 歳未満と 65 歳以上)、職業の有無、
 健康状態の良否、良い (とてもよい・まあよい)
 と良くない (あまりよくない・よくない) の 2 群
 間で、SOC の総得点、把握可能感・処理可能感・
 有意意味感の得点に差がないか分析した。さらに、
 1 年以内のストレスフル・ライフイベント 7 項目
 の有無と SOC 得点の関係を分析した。SOC 得
 点は、ヒストグラムを作成して正規性を確認し
 たのち、2 群間の平均点の差の t 検定を行った。
 有意水準は 5% とした。分析には、マイクロソ
 フトオフィス Excel 2010, IBM SPSS Statistics
 version21 を使用した。

2.6 倫理的配慮

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 (看大第 744 号)。各自の自由意志
 によって回答が拒否できること、回答の拒否で不
 利益を被らないこと、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
 以外に使用しないこと、個人情報特定できない
 ようにすることを約束し調査を実施した。公表に
 おいては、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みなした。

3. 結果

3.1 対象者の属性

地域包括支援センター 18 施設, 居宅介護支援
 事業所 82 施設, 不明 7 施設の合計 107 施設の協
 力を得て、男女介護者に対する質問紙を配布した。
 そのうち、男性介護者には 633 人に質問紙を配
 布し、414 人から返送があった (回収率 65.4%)。

対象者の属性を表 1 に示す。年齢は、平均 (±
 標準偏差) が 67.4 (± 11.0) 歳であり、職業に就
 いていない者が全体の約 6 割を占めた。

表 1 対象者の基本属性

		n	%
居住している地域	加賀地域	70	16.9
	石川中央地域	224	54.1
	能登地域	118	28.5
	無回答	2	0.5
年齢	平均 (±標準偏差)	67.4 (±11.0) 歳	
	年齢区分		
	20代	2	0.5
	30代	1	0.2
	40代	13	3.1
	50代	71	17.1
	60代	162	39.1
	70代	92	22.2
	80代	67	16.2
	90代	5	1.2
	無回答	1	0.2
職業	あり	155	37.4
	なし	245	59.2
	無回答	14	3.4
婚姻状態	配偶者がいる	317	76.6
	死別・離別	35	8.5
	未婚	56	13.5
	その他	1	0.2
	無回答	5	1.2
健康状態	とてもよい	15	3.6
	まあよい	234	56.5
	あまりよくない	126	30.4
	よくない	34	8.2
	無回答	5	1.2

n=414

被介護者の特徴を表 2 に示す。家族 2 人を介護
 している者が 14 人含まれた。男性介護者が介護
 している被介護者の続柄は、妻が 40.7% (174/428
 人)、親 (父親・母親) が 48.6% (208/428 人)
 であった。中でも母親は 38.8% (166/428 人) を
 占め、全体として、妻を介護する夫と母親を介
 護する息子が多かった。被介護者の要介護度は、介
 護負担が比較的少ない要支援 1, 要支援 2, 要介
 護 1 の割合が 39.5% (169/428 人) であった。一方、

介護の負担が大きいと思われる寝たきり状態やそれに近い状態で、日常生活全般の世話や医療処置等が行われている要介護4と要介護5の割合が22.0% (94/428人)であった。

表2 被介護者の特徴

		n	%	
続柄	妻	174	40.7	
	父親	42	9.8	
	母親	166	38.8	
	兄弟姉妹	7	1.6	
	その他の血縁者	32	7.5	
	その他血縁者以外	4	0.9	
	無回答	3	0.7	
	年齢	平均(±標準偏差)	81.5(±10.0)歳	
	年齢区分	40代	2	0.5
	50代	8	1.9	
	60代	42	9.8	
	70代	99	23.1	
	80代	154	36.0	
	90代	95	22.2	
	無回答	28	6.5	
要介護度	要支援1	38	8.9	
	要支援2	47	11.0	
	要介護1	84	19.6	
	要介護2	83	19.4	
	要介護3	73	17.1	
	要介護4	44	10.3	
	要介護5	50	11.7	
	無回答	9	2.1	

n=428

* 2人の家族を介護している男性介護者が14人いるため、総数は428人となる。

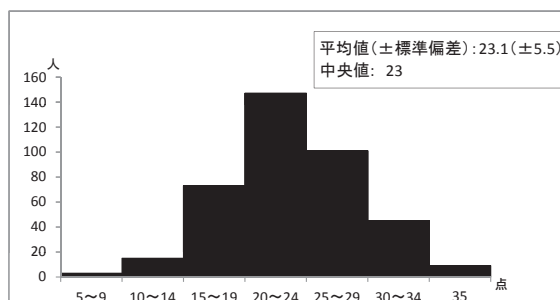


図2 男性介護者の把握可能感の得点分布

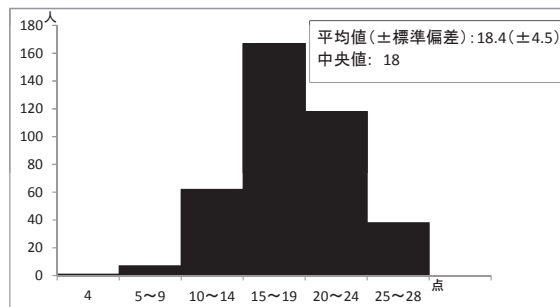


図3 男性介護者の処理可能感の得点分布

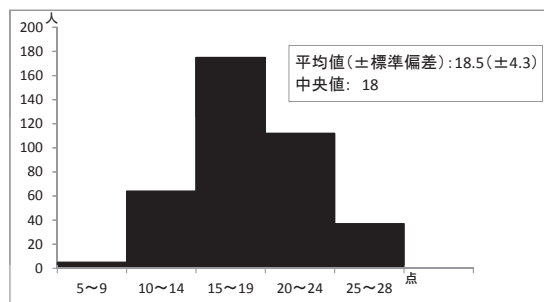


図4 男性介護者の有意味感の得点分布

3.2 年齢・職業の有無・健康状態とSOC得点

SOCに関する質問に未回答であった20人を除く394人を分析した。SOCの総得点および把握可能感、処理可能感、有意味感の得点分布を図1～図4に示す。分布は単峰性であり、やや高得点側に偏るものの、正規性は棄却されなかった。SOC得点の平均(±標準偏差)は、総得点が60.0(±12.3)点、把握可能感23.1(±5.5)点、処理可能感18.4(±4.5)点、有意味感18.5(±4.3)

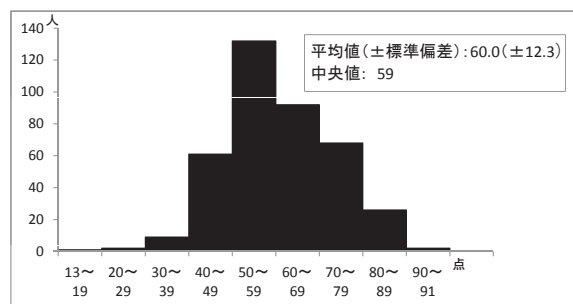


図1 男性介護者のSense of Coherence (SOC) 総得点の分布

点であった。

年齢、職業の有無、健康状態の良否とSOCの平均値の差の検定結果を表3に示す。65歳以上の男性介護者と健康状態が良い男性介護者ではSOC総得点、3つの下位項目全ての得点が、有意に高かった。また、職業の無い男性介護者の処理可能感が有意に高かった。

3.3 1年以内のストレスフル・ライフイベントの有無別とSOC得点

1年以内のストレスフル・ライフイベントの有無とSOC得点の検定結果を表4に示す。仕事から引退した群と経済的な困難が増した群ではSOC総得点、3つの下位項目全ての得点が有意に低かった。家族が亡くなった群と、家族の介護が始まった群では、把握可能感の得点が有意に低かった。親しい親族、親しい友人が亡くなった群と住環境が変わった群では、有意味感が有意に高かった。

表3 男性介護者の年齢・職業・健康状態と Sense of Coherence (SOC) 得点の平均値の関係

	n	SOC総得点		把握可能感		処理可能感		有意意味感		
		平均(±標準偏差)	p値	平均(±標準偏差)	p値	平均(±標準偏差)	p値	平均(±標準偏差)	p値	
年齢	65歳未満	173	57.0(±11.9)	0.00 **	22.1(±5.1)	0.00 **	17.5(±4.6)	0.00 **	17.5(±4.0)	0.00 **
	65歳以上	221	62.3(±12.1)		24.0(±5.6)		19.2(±4.3)		19.2(±4.3)	
職業	有り	146	58.8(±12.1)	0.10 n.s.	22.6(±5.1)	0.11 n.s.	17.9(±4.5)	0.04 *	18.3(±4.2)	0.62 n.s.
	無し	235	60.9(±12.2)		23.5(±5.6)		18.8(±4.4)		18.6(±4.2)	
健康状態	良い	238	61.6(±12.0)	0.00 **	23.8(±5.3)	0.00 **	18.9(±4.4)	0.01 *	18.9(±4.1)	0.03 *
	良くない	151	57.6(±12.3)		22.1(±5.5)		17.7(±4.6)		17.9(±4.5)	

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

n=394

職業の欠損値は13人, 健康状態の欠損値は5人である。

表4 男性介護者の1年以内に起きたストレスフル・ライフイベントの有無と Sense of Coherence (SOC) 得点の平均値の関係

ストレスフル・ライフイベント項目	n	SOC総得点		把握可能感		処理可能感		有意意味感		
		平均(±標準偏差)	p値	平均(±標準偏差)	p値	平均(±標準偏差)	p値	平均(±標準偏差)	p値	
①仕事から引退した	あり	43	54.6(±12.3)	0.00 **	20.5(±4.5)	0.00 **	17.0(±5.6)	0.03 *	17.2(±4.0)	0.02 *
	なし	351	60.8(±12.1)		23.6(±4.2)		18.7(±5.4)		18.6(±4.5)	
②家族が亡くなった	あり	23	55.8(±11.9)	0.08 n.s.	20.5(±4.2)	0.02 *	17.0(±5.3)	0.14 n.s.	18.2(±4.7)	0.67 n.s.
	なし	371	60.4(±12.2)		23.3(±4.3)		18.6(±5.4)		18.6(±4.5)	
③親しい親族・友人が亡くなった	あり	116	61.4(±12.3)	0.14 n.s.	23.5(±4.1)	0.61 n.s.	18.9(±5.5)	0.32 n.s.	19.4(±4.6)	0.01 *
	なし	278	59.4(±12.1)		23.2(±4.3)		18.4(±5.4)		18.1(±4.4)	
④大きな病気にかかった	あり	41	60.4(±12.6)	0.88 n.s.	22.9(±4.5)	0.76 n.s.	18.5(±6.1)	0.87 n.s.	18.9(±4.8)	0.52 n.s.
	なし	353	60.1(±12.2)		23.3(±4.2)		18.5(±5.4)		18.4(±4.5)	
⑤引っ越しなど住む環境が変わった	あり	10	61.3(±11.5)	0.74 n.s.	22.2(±3.8)	0.58 n.s.	18.0(±5.6)	0.77 n.s.	21.1(±4.2)	0.05 *
	なし	384	60.1(±12.3)		23.3(±4.2)		18.4(±5.5)		18.5(±4.5)	
⑥経済的な困難が増した	あり	73	56.1(±13.0)	0.00 **	21.5(±4.3)	0.01 **	17.3(±5.7)	0.04 *	17.4(±5.1)	0.01 **
	なし	321	60.9(±11.9)		23.5(±4.2)		18.8(±5.4)		18.7(±4.3)	
⑦家族の介護が始まった	あり	116	58.4(±11.6)	0.08 n.s.	22.0(±4.2)	0.01 **	17.8(±5.5)	0.09 n.s.	18.7(±4.2)	0.74 n.s.
	なし	278	60.7(±12.4)		23.6(±4.3)		18.8(±5.4)		18.4(±4.6)	

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

n=394

4. 考察

4.1 調査対象者の代表性

2012年度8月分の介護保険事業状況報告¹⁵⁾における石川県の要支援・要介護認定者は、総数53,061人(第1号被保険者51,828人,第2号被保険者1,233人)である。このうち,居宅サービス受給者は30,448人である。2011年に,石川県内全ての地域包括支援センターと居宅介護支援事業所を対象として男性介護者の実態を調査した結果では,在宅で療養する被介護者を介護する男性介護者の割合は12.4%と推定された¹⁶⁾。この結果を用いると,石川県内において在宅療養中の被介護者を介護する男性介護者数は3,776人である。したがって,石川県内の男性介護者のおよそ1割(414/3,776人)から回答を得たと推測できる。

表2に示した被介護者の続柄は,全国的な男性介護者の実態調査³⁾,前述の男性介護者の実態調査¹⁶⁾と同様の傾向であった。また,男性介護者は60歳以上が78.7%(326/414人)を占め,被介護者の年齢分布からみても,夫婦間の老老介護,息子介護における介護者と被介護者の高齢化の様子が伺えた。これも,過去の調査^{3,16)}と一致する。被介護者は介護負担が比較的軽い要支援1,要支

援2,要介護1を合計すると40%弱であり,介護負担が大きい要介護4と要介護5は合計すると20%強であった。残りの被介護者も,ある程度の日常生活の自立はみられるが,在宅における療養生活では,介護者が被介護者から目が離せない時間が多いと予想され,介護負担は少なくない。以上より,分析対象は県内の男性介護者の特徴をある程度反映していると考えられる。今後,被介護者の属性(妻か母親か),あるいは要介護度の程度によりSOCに違いがあるかを検討する必要がある。

4.2 年齢・職業の有無・健康状態とSOC得点

年齢(65歳未満と65歳以上)の比較では,65歳以上の男性介護者のSOC総得点,3つの下位項目全ての得点が,65歳未満の男性介護者より有意に高かった(表3)。この結果は,先行研究^{9,17)}と同様であり,男性介護者においても高齢者のSOCは高いという結果を示唆した。これまでの人生で多くの出来事を経験してきたと考えられる高齢者では,介護というストレスに対しても,対処方法を自分なりに身に付けており,過去の経験から先のことをある程度予測できる力を持

つからであると考えられた。特に、処理可能感とは自分のまわりの資源をうまく使えるという感覚であり、資源とは自分を支えてくれたり助けられたりする人やモノなどの存在である。高齢者においては、長年の人付き合いやこれまでの就労で得た経済力などがこれにあたるだろう。把握可能感も高いことから、高齢者は人的資源や自己の資産をうまく活用できるのではないかと考えられる。

職業が無い群では処理可能感が高かった(表3)。これは、年齢とSOCの関連と同様に、人生での多くの経験を参考にすることができることから、処理可能感が高いと推察される。また、職業が無い分、時間を介護に使えるがゆえに、処理可能感が高いとも考えられる。

健康状態が良い男性介護者では、SOC総得点、3つの下位項目全ての得点が有意に高かった(表3)。65歳以上の要介護認定を受けていない男性13,992人と女性16,560人を対象に、SOCと主観的健康度と抑うつ傾向を健康指標として分析した調査では、ストレス対処能力SOCは、社会経済的地位とは独立して、健康指標と強く関連しており、SOCが高い群ほど健康状態が良好であると報告されている¹⁰⁾。本調査の結果も同様に、SOCと健康状態の関連の強さを支持するものである。しかし、この関連は、「ストレス対処能力SOCの強い者ほど健康状態が良い」可能性と、逆に「健康状態が良いことがSOCを高める」可能性の両面から捉えることができる。健康状態がよくない場合、自分の体調により気を遣わなければならない、介護負担と共に過大な負荷状態に陥り、SOCが低くなることも考えられる。一方、病気の経験によりSOCが強化される可能性や、病の経験の意味づけによっては人生の再構成が促進される可能性もある¹⁸⁾。アントノフスキーは、SOCの強さは健康の良好さを導くと共に、健康であることはストレス対処を成功させる一資源とも位置付けられると述べている⁷⁾。SOCと健康の関係は循環的であると捉えるならば、健康であるか否かという捉え方よりも、健康を損なったタイミングを捉えて、適切な支援を講じていくことが重要だろう。

4.3 1年以内のストレスフル・ライフイベントとSOC得点

仕事から引退した群では、SOC総得点、3つの下位項目全ての得点が有意に低かった。年齢や

職業の有無とSOCの関連と同様に、仕事からの引退とSOCには強い関連があることが示唆された。これまで社会において長年働き続けてきた男性にとって、退職は人生において大きなイベントである。引退と同時に社会から必要とされなくなったと感じることや、毎日仕事をしていた生活から、介護以外には何もすることがない生活になることで、自分の生活に意味を感じられなくなることもあり得る。これがSOCの有意味感の低下につながると予想される。仕事からの引退により、新たな自分の生活について考えなければならぬ状況となり、まわりの生活環境にうまく適応できずにいることも考えられる。

また、経済的な困難が増した群でも、SOC総得点、3つの下位項目全ての得点が有意に低かった。経済的な困難が増した場合、利用できるサービスに対しても積極的にならず、サービスの利用が少なくなると考えられる。その結果、介護負担の増加につながり、ストレスに上手く対処できない状況を招く。さらに、自分自身の楽しみに、お金や時間をかけることができない。このように、まわりの資源を有効に活用できず、自己負担が大きくなる状況は、SOCの把握可能感や処理可能感の低下につながると考えられる。

家族が亡くなった群と、家族の介護が始まった群では、把握可能感の得点が低かった。急激な環境の変化に対応しきれないと、「何とかなるといふ確信」である把握可能感が低くなると考えられる。具体的には、家族が亡くなることで介護者の負担が大きくなった可能性と、始まったばかりの介護にまだ不慣れな状況にあることが予想される。さらに、これから続いていく介護生活に対して何が起るのかわからない、予測できない不安が強くなっている状態かもしれない。このような「介護が始まる」というライフイベントが起きた時期こそ、迅速に支援とソーシャルネットワークの構築が必要である。

親しい親族や友人が亡くなった群と住環境の変化があった群では、有意味感が高かった。親しい親族や友人の死は、家族の死よりは客観的に捉えられると思われる。そのため、悲しみは当然あるだろうが、親戚や友人の死により、自分の人生の先を見据え、人生の再構築が図られるのではないかと考える。また、住環境の変化があった場合、新しい居住地の介護・福祉に関する情報が少なく、親しい・頼れる人が近所にいなくなる場合が多い。この場合は必要に迫られ、自ら情報提供を

求め、より行動的になるのではないかと考える。新しい居住環境に慣れ、適応していくことはストレスではあるが、うまく適応せざるを得ない状況がSOCを高める機会にもなる。このような「有意味感」が高くなっている時期は、支援を受け入れ、ソーシャルネットワークの構築に前向きに取り組める可能性が高まると考えられる。支援者は、このタイミングを逃さずに関わっていくことが有効であろう。

大きな病気にかかった群とそうでなかった群ではいずれの得点も有意な差はみられなかった。一方、仕事から引退した群、経済的な困難が増した群ではSOC得点の低下を認め、健康問題の出現よりは、社会的・経済的要因の出現がSOCを低下させてしまうと解釈できる。前述の、職業の有無や健康状態の良否の結果を「慢性期の状態」と捉えるならば、1年以内に起きたストレスフル・ライフイベントは「急性期の状態」であり、急性期には、社会的・経済的なストレスフル・ライフイベントが起きた男性介護者に対する支援がより求められると考える。

SOCが生涯発達するものであると捉えるならば、向上や維持、低下もあり得る^{9,17)}。いかに人生の場面で起こるライフイベントの経験を、SOCを高める機会として捉えていくかが重要だろう。SOCを強化する要因は汎抵抗資源といわれる^{7,9)}。汎抵抗資源には、遺伝および体質・気質の汎抵抗資源以外の、心理社会的汎抵抗資源であるモノ、カネ、知識、知力、自己アイデンティティ、ソーシャルサポート、社会的紐帯、宗教、哲学、芸術などがあるといわれている^{7,9)}。特に、SOCが高い人は、周囲にサポートネットワークを形成する力があり、他者の助けを借りるのが上手であると考えられている⁸⁾。2012年の高齢者白書では、近所づきあいの程度に関して、男性は女性に比べ近所づきあいを持たない者の割合が高く、困ったときに頼れる人がいない割合も女性より高いと報告されている¹⁹⁾。また、農村部地域住民における家族構成とSOCとの関連を調査した結果では、独居の65歳以上の男性のSOCが低い傾向がみられた²⁰⁾。このように、高齢の、他者との関わりが少ない男性はSOCが低下しやすいと考えられる。在宅で介護生活を送る男性は社会から孤立しやすく、自ら求めなければ他者との関わりが少ない集団である。このような男性介護者の特徴を踏まえ、男性介護者が社会との繋がりを保ち、他者と関わり合いながら、SOCを高めていけるよう

な支援が求められる。

5. 本研究の限界

横断研究であるためSOC得点と各種要因の因果関係まで推論することは出来ない。2変量の関連を分析しているため、SOCに関わる各種要因相互の関連までは考慮していない。SOC形成に影響する社会文化的背景を全て網羅したわけではない。また、ストレスフル・ライフイベントとして取り上げた項目は、男性介護者のおかれた状況、人生観、価値観などによって差異があり、量的に統計処理することには限界がある。今回は介護を行っている男性のみに焦点を当てて分析したが、介護を行っていない男性や介護を行っている女性との比較も、今後の検討課題である。

6. まとめ

男性介護者の中には、困難を乗り越え、新たな価値観を獲得しながら介護を前向きに継続している者も多い。ストレスから健康を守り、成長の糧へと変えられるか否かは、ストレス対処能力の一つであるSOCの柔軟さが影響している可能性がある。特に、男性介護者のSOCが低下しやすい仕事からの引退、経済的な困難の増加、家族の死亡などが起きた時は、男性介護者を孤立させず、彼らを取り巻く支援とソーシャルネットワークを強化していくことが求められる。

謝辞

調査にご協力頂きました男性介護者の皆様、また質問紙の配布にご協力頂きました地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の皆様にお礼申し上げます。また、データの整理・分析には、アシスタントの寺井みゆきさんに多大なご協力をいただきました。深謝いたします。

尚、本研究は、財団法人ユニバーサル財団、平成23年度研究助成「豊かで活力ある長寿社会の構築を目指して」(代表：彦 聖美)を受けて実施しました。

利益相反

なし。

引用文献

- 1) 平成22年度国民生活基礎調査。厚生労働省統計情報・白書：
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/>

- k-tyosa/k-tyosa10/. (アクセス日 2013.6.20)
- 2) 津止正敏：家族介護支援のリアリティー男性介護者研究からの提言－. 高齢者虐待防止研究, 5 (1), 32-38, 2008.
 - 3) 津止正敏, 斉藤真緒：男性介護者白書－家族介護支援への提言－. かもがわ出版, 7-109, 2008.
 - 4) 國友香奈, 佐古委句子, 玉置千恵子, 他：男性介護者の在宅介護継続の基盤となる価値観. 家族看護, 6 (1), 117-126, 2008.
 - 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) 奥山則子：文献から見た在宅での男性介護者の介護. 東京都立医療技術短期大学紀要. 10, 267-272, 1997.
 - 7) 山崎喜比古・吉井清子監訳, アーロン・アントノフスキー著：健康の謎を解く ストレス対処と健康保持のメカニズム, 有信堂, 2001.
 - 8) 山崎喜比古：ストレス対処能力 (sense of coherence) の概念と定義, 看護研究, 42 (7), 479-490, 2009.
 - 9) 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編：ストレス対処能力 SOC, 有信堂, 3-53, 91-99, 2008.
 - 10) 近藤克則編集：検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査, 医学書院, 43-52, 2007.
 - 11) 石川県地域包括支援センター一覽 http://www.pref.ishikawa.lg.jp/ansin/list/documents/houkatsuichiran250401_2.pdf (アクセス日 2012.4.1)
 - 12) 金沢市介護保険指定事業所 <http://www4.city.kanazawa.lg.jp/data/open/cnt/3/6085/1/43-2.pdf> (アクセス日 2012.4.1)
 - 13) 石川県居宅介護支援事業所 <http://www.pref.ishikawa.lg.jp/ansin/list/list.html> (アクセス日 2012.4.1)
 - 14) 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古：SOC スケールとその概要 SOC スケールの種類と内容・使用上の注意点・課題. 看護研究, 42 (7), 505-516, 2009.
 - 15) 厚生労働省 介護保険事業状況報告 (都道府県別) <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m12/1208.html> (アクセス日 2013.9.1)
 - 16) 彦 聖美, 鈴木 祐恵, 大木秀一, 他：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－. 石川看護雑誌, 10, 37-46, 2013.
 - 17) 吉井清子, 近藤克則, 平井寛, 他：日本の高齢者－介護予防に向けた社会疫学的大規模調査・10 ストレス対処能力 SOC (sense of coherence) と社会経済的地位と心身健康. 日本公衆衛生雑誌, 69(10), 825-829, 2005.
 - 18) 本江朝美, 山田牧, 平吹登代子, 他：我が国における 60 歳以上の活動的高齢者の Sense of coherence の実態と関連要因の検索. 日本看護研究学会雑誌, 26 (1), 123-136, 2003.
 - 19) 平成 24 年度高齢者白書. 内閣府：http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/24pdf_index.html (アクセス日 2013.9.25)
 - 20) 森 浩実, 斉藤 功, 江口依里, 他：農村部地域における家族構成と首尾一貫感覚との関連. 厚生 の 指 標, 60 (11), 9-14, 2013.

Relation of Stressful Life Events and Sense of Coherence among Male Family Caregivers

Kiyomi HIKO, Sachie SUZUKI, Syuichi OOKI

Abstract

The purpose of this study is to clarify the relationship between stressful life events and sense of coherence (SOC) among male family caregivers and to obtain the basic data on the support for them. An anonymous postal self-completion questionnaire survey was conducted in 2012. The Japanese version of SOC-13 scale was used to evaluate SOC. We requested a total of 326 facilities of Community General Support Center and Home Care Support Services in Ishikawa Prefecture to deliver the questionnaires to male family caregivers. A total of 414 out of 633 male caregivers answered the questionnaires (response rate of 65.4%). The results of t-test showed that caregivers of 65>= or good health condition were significantly higher SOC score compared to those of <65 or not good health condition. Caregivers with stressful life events, such as retirement from the job or death of family member showed significantly lower SOC score compared to caregivers, who did not experience these events. Social support for male caregiver to guard against isolation from society should be especially needed when these stressful life events occur.

Key words male family caregiver, Sense of Coherence (SOC), Stressful Life Events, salutogenesis

原著論文

現代日本のルーラルエリアにおける終末期療養希望場所について
—石川・島根・秋田での横断的意識調査の結果—浅見 洋^{1 §}, 中村順子², 伊藤智子³, 諸岡了介⁴
彦 聖美¹, 塚田久恵¹, 浅見美千江¹

概要

石川, 島根, 秋田の3つのルーラルエリアで横断的に終末期療養希望調査を行った。「自分が療養したい場所」の割合は自宅37.1%, 病院(ホスピス・緩和ケア病棟)31.1%, 病院(一般病棟)12.8%, 福祉施設4.2%であった。病院(ホスピス・緩和ケア病棟)と病院(一般病棟)を合計した「病院」希望者割合43.9%が自宅希望者割合を上回るという先行研究には見いだせない結果が得られた。「病院」希望者内の約7割がホスピス・緩和ケア病棟希望者であり, 一般病棟希望者は約3割に過ぎなかった。先行の全国調査に比して, ルーラルエリアではホスピス・緩和ケア病棟の希望者が多く, 石川県白山麓では自宅療養希望者を上回った。また, ルーラルエリアの住民は在宅療養のために医療者に期待していること, 在宅ホスピスの潜在的ニーズが強いことが示唆された。さらに, エリア間の療養希望には人口学的・医療的・地理的・文化的条件, 特にアーバンエリアとのアクセスによる差異が存在することが明らかになった。

キーワード ルーラルエリア, 終末期療養希望, 療養場所, ホスピス・緩和ケア病棟, 在宅ホスピス

1. はじめに

2006年4月の「診療報酬と介護報酬の改定」ⁱでは, 自宅等(特別養護老人ホーム, グループホーム等を含む)での死亡割合を4割に引き上げるために, 在宅医療提供体制の充実, 地域における高齢者の多様な居住の場の整備が提言され, 在宅終末期医療にターミナルケア加算, 施設の看取り介護には看取り加算の導入が盛り込まれた。

それ以降, 目標であった自宅等での死亡割合4割にはほど遠いが, 全国的には病院死(診療所を含む)割合は2005年82.4%→2011年78.5%と漸減傾向であり, 自宅死割合は12.2%→12.5%と低下傾向に歯止めがかかっている。また, 2006年度の改定以降一貫して漸増が見られるのは老人ホーム(2.1%→4.0%)と介護老人保健施設(0.7%→1.5%)の死亡割合である¹。ただし, こうした療養場所の変容は大都市圏に顕著な傾向で

あり, 急速に少子高齢化が進行するルーラルエリアⁱⁱでは大きな変化が見られない²。また, 終末期希望療養場所に関して人口減少が著しい石川県奥能登で, 2007, 2010年の2時点で縦断的に実施した住民調査では, 「自分が療養したい場所」を自宅と回答した割合は, 病院と回答した割合に比して有意に減少していた。また, 「家族を療養させたい場所」を自宅と回答した割合(07年39.1%, 10年36.1%)と病院と回答した割合(07年37.8%, 10年40.2%)は2時点で逆転していた³。そうした療養希望の実態と変容をより広範囲で確認するため, 今回の調査では石川県白山市白山麓地域(高齢化率33.3%), 島根県江津市周辺地域(高齢化率33.3%)ⁱⁱⁱ, 秋田県北秋田市阿仁地域(高齢化率47.0%)の3地域の住民を対象とした横断

¹ 石川県立看護大学看護学部

² 秋田大学大学院医学研究科

³ 島根県立大学看護学部

⁴ 島根大学教育学部

[§] Corresponding author

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

ⁱⁱ ルーラルエリア(rural area)とは都市圏, 郊外圏に対するいわゆる田舎圏を表記する用語である。ルーラル(rural)という形容詞で表記する場合もあるが, 本稿では田舎, 僻地, 農村, 中山間地, 人口減少地域等を含意する総称としてルーラルエリアを使用した。

ⁱⁱⁱ 高齢化率はいずれも調査時の2011年8月時点の数値である。調査対象となった3地域の内, 島根県江津は江津市の中山間地の住民を調査対象とした。ただし, 調査対象のみ高齢化率を把握できないため, 本稿での高齢化率の表記は江津市全体のものである。

的調査を実施した。(図1参照)



図1 調査対象とした3地域とその概観図

調査対象とした日本海側3県内の3地域の内、石川県白山麓地域は約5年前からの対象地域である。今回は横断的調査を実施するため、全国1、2位の高齢化率である秋田県、島根県在住の共同研究者が白山麓地域に類似し、かつ自治体から調査協力が得られたルーラルエリアを対象地域として選定した。いずれも2005年の市町村合併で誕生した市の周辺部に位置する中山間地であり、豪雪地帯である。また、住民の生業の中心は農林業であり、美しい田園風景と豊かな山林をもつエリアである。

厚労省は1993(平成5)年以来、5年ごとに全国的な規模で「終末期医療に関する意識調査」を実施してきた⁴。最近の在宅医療に関するさまざまな提言^{5,6}や終末期療養場所に関する論文⁷の大半はこの調査に依拠するところが大きい。その他、主な広域調査としては、藤田、福井⁸や杉琴、古賀⁹による全国規模の調査、岐阜県医療整備課¹⁰の県レベルの住民調査などがある。また、井上¹¹は都市部(アーバン)の住民を対象に、上原、丸口¹²はルーラルエリアの終末期がん患者を対象とした調査を行っている。それらに比べて、本調査の特徴はルーラルエリアの住民を対象とした横断的調査である。

さらに、先行研究²では終末期療養における自宅療養不可能理由として「緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれない」と「自宅では最後に痛みなどで苦しむかもしれない」、すなわち家族の介護負担と緊急時の医療不安が大きいことが明らかにされている^{iv}。前者の介護負担を解消したいという思いは、病院や福祉施設など、自宅以外での療養を希望する要因であり、後者の医療不安を解消したいという思いは緩和ケアやホスピスケア

の充実した医療機関での療養を希望する要因である¹³。それゆえ、本調査研究では、これまでの終末期療養希望場所の選択肢の「病院」を、「病院(一般病棟)(以下、病院(一般)と略記)」、「病院(ホスピス・緩和ケア病棟)(以下、病院(ホスピス)と略記)」の2つに分けて調査を実施した。

2. 研究目的

ルーラルエリアにおける住民の終末期療養場所希望の現状とその背景を過疎化が顕著な3地域の横断的調査によって明らかにし、ルーラルエリアにおける終末期医療について考察することを目的とした。

また、先行研究において用いられてきた療養希望場所の選択肢(自宅、病院、福祉施設、その他の4項目)を自宅、病院(一般)、病院(ホスピス)、福祉施設、その他の5項目とすることによって、従来の終末期療養希望場所調査では不明瞭であった病院選択者の希望の内実をより詳細に明らかにする。

3. 研究方法

3.1 調査に関して

調査対象は、石川県白山市白山麓地域(以下、石川と略記)、島根県江津市江津地域(以下、島根と略記)、秋田県北秋田市阿仁地域(以下、秋田と略記)在住の40歳代~70歳代の住民各地域800名(各年代200名×4)計2,400名を、3地域が属する自治体の住民基本台帳から層化抽出法によって無作為抽出した。調査の具体的な実施は調査対象地域が属する県内の研究機関に在住する研究者が担当し、総合集計、分析は研究代表者が行った。

調査は、独自に作成した自記式質問紙「死生観・在宅終末期療養についての意識調査」を用い、2011年8月~9月に各地域で郵送調査を実施した。対象住民に研究趣意書、調査用紙、回答用紙、切手を貼った返信用の封筒(無記名)を同封した。返信された回答用紙の回収は、調査開始時期に各地域担当の研究者が所属していた石川県立看護大学、日本赤十字秋田看護大学、島根県立大学短期大学部出雲キャンパス内に設置したメールボックスで行った^v。

^{iv} 同様の指摘はさまざまな在宅医療や在宅ホスピスの研究に見出すことができる。

^v 本論文の著者の所属は2013年度のものであり、メールボックスの設置場所は2011年の所属機関内である。

3.2 調査内容

調査票は厚生労働省が5年ごとに実施している「終末期療養に関する調査」¹⁴とこれまで使用してきた既存の調査表などを参考に、独自に作成した自記式質問紙である。調査項目の内容は大別して、①対象者の属性(年齢・性別・同居家族・健康状態・介護経験・死別体験)、②死生観(死のイメージ・死に対する不安・理想的な死・尊厳死)、③在宅終末期について(自分が療養したい場所・在宅死の実現可能性・在宅死を実現可能にする条件)の3つである。

3.3 分析方法

調査項目ごとにPASW Statistics 21を用いて単純集計を行い、本稿の研究目的である終末期療養希望場所の実態を明らかにするために必要な調査項目のみを分析対象とした。分析の際は必要に応じてクロス集計、 χ^2 検定を行い、5%水準で有意ならば*、1%水準で有意ならば**と表示した。また、集計、分析に際しては、基本属性以外は無効回答、無回答を除外して集計を行った。そのため、各項目の回答数は一定ではない。

3.4 倫理的配慮

研究開始に先立って、石川県立看護大学、日本赤十字秋田看護大学、鳥根県立大学短期大学部の各倫理審査委員会の承認を得た。また、対象の抽出に際しては、調査対象の居住地である各自治体に住民基本台帳法第11条の2第1項に基づいて「住民基本台帳閲覧申出書」と閲覧者名簿を提出し、許可を得た。抽出作業は、届け出た閲覧者が各自治体庁舎内の指定された場所で実施した。調査用紙の郵送にあたっては同封した調査の趣意書に、各自の自由意志によって回答が拒否できること、回答は無記名であることを明記した。また、集計が終了時点で回答済み用紙、対象者の名簿等は全て廃棄し、公表においては個人が特定されないように統計処理を行った。

4. 結果

4.1 対象者の属性

対象者の基本属性については表1で示す。

調査票返送総数は3地域合計(以下、全体と表記)で997/2400通、回収率41.5%、回答の大半が無記入であるものを除いた993通を有効回答(有効回答率41.4%)とした。各地域の内訳は、石川347/800通、有効回答346通(回

答率43.3%)、鳥根350/800通、有効回答350通(43.8%)、秋田300/800通、有効回答297通(37.1%)であった。全回答者の内訳は男性438人(44.1%)、女性551人(55.5%)、無回答4人(0.4%)、年代別では40歳代212人(21.3%)、50歳代239人(24.1%)、60歳代275人(27.7%)、70歳代260人(26.2%)、無回答7人(0.7%)であった。回答者平均年齢は全体61.1±11.2歳、石川60.4±10.9歳、鳥根61.6±11.3歳、秋田61.6±11.2歳であった。

同居家族数は、全体では1人暮らし88人(8.9%)、2人329人(33.1%)、3人210人(21.1%)、4人146人(14.7%)、5人92人(9.3%)、6人以上125人(12.6%)、無回答3人(0.3%)であった。石川では1人暮らしと2人暮らしの合計が33.0%、鳥根48.6%、秋田で44.7%であった。

表1 基本属性(無回答を含む) n(%)

	3地域合計 n=993	石川 n=346	鳥根 n=350	秋田 n=297
年代				
40歳代	212(21.3)	83(24.0)	76(21.7)	53(17.8)
50歳代	239(24.1)	87(25.1)	77(22.0)	75(25.3)
60歳代	275(27.7)	95(27.5)	103(29.4)	77(25.9)
70歳代	260(26.2)	81(23.4)	93(26.6)	86(29.0)
無回答	7(0.7)	0(0.0)	1(0.3)	6(2.0)
性別				
男性	438(44.1)	147(42.5)	152(43.4)	139(46.8)
女性	551(55.5)	199(57.5)	197(56.3)	155(52.2)
無回答	4(0.4)	0(0.0)	1(0.3)	3(1.0)
同居人数				
1人	88(8.9)	19(5.5)	35(10.0)	34(11.4)
2人	329(33.1)	95(27.5)	135(38.6)	99(33.3)
3人	210(21.1)	63(18.2)	82(23.4)	65(21.9)
4人	146(14.7)	65(18.8)	47(13.4)	34(11.4)
5人	92(9.3)	38(11.0)	28(8.0)	26(8.8)
6人以上	125(12.6)	65(18.8)	22(6.3)	38(12.8)
無回答	3(0.3)	1(0.3)	1(0.3)	1(0.3)

4.2 療養したい場所とその理由

表2のように、終末期療養希望場所割合は、全体では順に自宅37.1%、病院（ホスピス）31.1%、その他13.2%、病院（一般）12.8%、福祉施設4.2%、無回答1.6%であった。病院（ホスピス）と病院（一般）を統合（以下、「病院」と表記）した希望者割合は43.9%であり、自宅希望者数を上回った。また、「病院」希望者の約7割がホスピス・緩和ケア病棟希望者、約3割が一般病棟希望者であった。

地域別では、石川が病院（ホスピス）35.5%、自宅34.1%、その他13.0%、病院（一般）13.0%、福祉施設2.6%、無回答1.7%、島根が自宅40.0%、病院（ホスピス）29.7%、病院（一般）12.0%、その他11.7%、福祉施設4.0%、無回答2.6%、秋田が自宅37.0%、病院（ホスピス）27.6%、その他15.2%、病院（一般）13.5%、福祉施設6.4%、無回答0.3%の順であった。石川では病院（ホスピス）希望者が有意に多く、島根、秋田では自宅希望者が最多であった。また、3地域の「病院」希望者におけるホスピス・緩和ケア病棟希望者割合は石川73.2%、島根71.2%、秋田67.2%で、一般病棟希望者の2.0～2.7倍であった。さらに、福祉施設の希望者では秋田で希望者割合が有意に高かった。（以下の分析においては、福祉施設、その他は紙幅の関係で除外した。）

表3は療養希望場所の選択理由を尋ねた結果である。全体では順に「住み慣れたところがよい」42.9%、「医療の専門家が近くにたくさんいて安心」33.1%、「身の回りのお世話をしてもらえて、楽」26.2%、「家族に看取られたい」23.9%、「専門家に看取られたい」15.4%、「家族に面倒をみて欲しい」11.7%であった。この順位は石川と秋田でも同様であった。それに比して島根では「家族に看取られたい」、「身の回りのお世話をしてもらえて楽」の選択割合が逆転していた。また、島根では「住み慣れたところがよい」と「家族に看取られたい」の選択割合、石川では「医療の専門家が近くにたくさんいて安心」が他の2地域に比してかなり多かった。「家族に面倒をみて欲しい」は秋田が17.7%と石川9.4%、島根8.5%のほぼ2倍であった。

4.3 自宅希望者と「病院」希望者の比較

「病院」436人と自宅368人の2項目で χ^2 検定を実施した結果、年代、同居人数、介護経験の有無、臨終立会いの有無では統計学上の差異はな

かった。

性別では男性、自宅死が可能だとする回答者で療養希望場所を自宅と答えた人が有意に多かった。また尊厳死の問題に関心をもつ人は、もたない人に比して病院の希望割合が有意に高かった。

表4は自宅希望者と「病院」希望者の選択理由の比較である。自宅療養希望者では「住み慣れたところがよい」「家族に看取られたい」「家族に面倒を見て欲しい」の順に多く、かつ各々の項目で病院希望者より選択割合が有意に高かった。「住み慣れたところがよい」は自宅希望者の80%以上が選択していた。病院希望者では「医療の専門家が沢山いて安心」「身の回りのお世話をしてもらえて楽」「専門家に看取られたい」の順に多く、各項目で自宅希望者より有意に多かった。「医療の専門家が沢山いて安心」は病院希望者の半数以上（55.8%）が選択していた。

表5は自宅希望者と「病院」希望者における「理想的な死」の比較である。自宅希望者、病院希望者双方において、「周囲に迷惑をかけること」「苦痛が少ないこと」「自然な死であること」の順に多く、77.2%～58.0%と高い値を示していた。「できるかぎり長生きをした後での死であること」という項目は共に15.0%以下であり、長命を理想とする回答者は少なかった。「家族や親しい人に最後を看取られること」という項目は共に25.0%以下であった。

さらに、「病院」希望者では「闘病生活が短いこと」「周囲に迷惑をかけること」を理想とする回答割合が、自宅希望者に比して有意に高かった。

4.4 「病院」希望者間の比較

表6は一般病棟希望者とホスピス・緩和ケア希望者間の比較である。ホスピス・緩和ケア病棟希望者の希望割合は40～50歳代の若い年代、女性、同居人数が3人以上、尊厳死の問題に関心がある人で、一般病棟の希望割合より有意に高かった。

表7は一般病棟希望者とホスピス・緩和ケア病棟希望者間の選択理由の比較である。双方とも「医療の専門家が沢山いて安心」が最も多かった。次いで「身の回りのお世話をしてもらえて楽」「専門家に看取られたい」の順であった。双方を比較すると、一般病棟希望者で「医療の専門家が沢山いて安心」が、ホスピス・緩和ケア病棟希望者で「身の回りのお世話をしてもらえて楽」「専門家に看取られたい」とする回答割合が有意に高かった。

表2 自分が療養したい場所（無回答を含む） n(%)

	3地域合計 n=993	石川 n=346	島根 n=350	秋田 n=297
自宅	368(37.1)	118(34.1)	140(40.0)	110(37.0)
病院(一般)	127(12.8)	45(13.0)	42(12.0)	40(13.5)
病院 (ホスピス)	309(31.1)	123(35.5)*	104(29.7)	82(27.6)
福祉施設	42(4.2)	9(2.6)	14(4.0)	19(6.4)*
その他	131(13.2)	45(13.0)	41(11.7)	45(15.2)
無回答	16(1.6)	6(1.7)	9(2.6)	1(0.3)

*p<0.05 **p<0.01

表3 療養場所選択理由 n(%)

	3地域合計 n=961	石川 n=339	島根 n=328	秋田 n=294
住み慣れたところがよい	412(42.9)	129(38.1)	157(47.9)	126(42.9)
医療の専門家が近くにたくさんいて安心	318(33.1)	122(36.0)	105(32.0)	91(31.0)
身の回りのお世話をしてもらえて楽	252(26.2)	91(26.8)	85(25.9)	76(25.9)
家族に看取られたい	230(23.9)	74(21.8)	87(26.5)	69(23.5)
専門家に看取られたい	148(15.4)	50(14.7)	50(15.2)	48(16.3)
家族に面倒をみて欲しい	112(11.7)	32(9.4)	28(8.5)	52(17.7)
その他	91(9.5)	40(11.8)	25(7.6)	26(8.8)

表4 自宅希望者と「病院」希望者の
選択理由の比較（複数回答） n(%)

	自宅 n=363	病院 n=430	χ^2 検定
住み慣れたところがよい	302(83.2%)	28(6.5%)	**
医療の専門家が近くにたくさんいて安心	12(3.3%)	240(55.8%)	**
身の回りのお世話をしてもらえて楽	48(13.2%)	144(33.5%)	**
家族に面倒をみて欲しい	69(19.0%)	15(3.5%)	**
家族に看取られたい	138(38.0%)	47(10.9%)	**
専門家に看取られたい	6(1.7%)	99(23.0%)	**
その他	15(4.1%)	59(13.7%)	**

*p<0.05 **p<0.01

表5 自宅希望者と「病院」希望者における
理想的な死の比較（複数回答） n(%)

	自宅 n=367	病院 n=435	χ^2 検定
苦痛が少ないこと	249(67.8%)	306(70.3%)	n.s
それまでの人生に悔いがないこと	144(39.2%)	162(37.2%)	n.s
闘病生活が短いこと	180(49.0%)	258(59.3%)	**
死ぬ準備を済ませていること	70(19.1%)	95(21.8%)	n.s
家族や親しい人に最期を看取られること	89(24.3%)	106(24.4%)	n.s
出来る限り長生きをした後での死であること	53(14.4%)	63(14.5%)	n.s
周囲に迷惑をかけないこと	252(68.7%)	336(77.2%)	**
あまりお金をかけないこと	120(32.7%)	140(32.2%)	n.s
自然な死であること	213(58.0%)	260(59.8%)	n.s

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

表6 一般病棟とホスピス・緩和ケアの比較 n(%)

	一般病棟 n=127	ホスピス 緩和ケア病棟 n=309	χ^2 検定
年代	n=125	n=308	
40～50歳代	39 (19.8%)	158 (80.2%)	**
60～70歳代	86 (36.4%)	150 (63.6%)	
性別	n=124	n=309	
男性	62 (36.9%)	106 (63.1%)	**
女性	62 (23.4%)	203 (76.6%)	
同居人数	n=126	n=309	
1～2人	64 (34.6%)	121 (65.4%)	*
3人以上	62 (24.8%)	188 (75.2%)	
介護経験の有無	n=127	n=308	
有り	57 (28.5%)	143 (71.5%)	n.s
無し	70 (29.8%)	165 (70.2%)	
臨終立会の有無	n=127	n=309	
有り	103 (30.9%)	230 (69.1%)	n.s
無し	24 (23.3%)	79 (76.7%)	
尊厳死の問題	n=68	n=223	
関心あり	46 (19.7%)	188 (80.3%)	**
関心なし	22 (38.6%)	35 (61.4%)	
自宅死の実現可能性	n=88	n=224	
可能だと思う	43 (25.7%)	124 (74.3%)	n.s
不可能だと思う	45 (31.0%)	100 (69.0%)	

*p<0.05 **p<0.01 n.s.:not significant
*本表の(%)は、行%の数値である。

表7 一般病棟とホスピス緩和ケア病棟の
選択理由の比較 (複数回答) n(%)

	一般病棟 n=121	ホスピス 緩和ケア病棟 n=309	χ^2 検定
住み慣れたところがよい	7 (5.8%)	21 (6.8%)	n.s
医療の専門家が近くにたくさんいて安心	73 (60.3%)	167 (54.0%)	n.s
身の回りのお世話をしてもらえて楽	25 (20.7%)	119 (38.5%)	**
家族に面倒をみて欲しい	7 (5.8%)	8 (2.6%)	n.s
家族に看取られたい	12 (9.9%)	35 (11.3%)	**
専門家に看取られたい	20 (16.5%)	79 (25.6%)	*
その他	7 (5.8%)	52 (16.8%)	**

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

表8 一般病棟とホスピス緩和ケア病棟に
おける理想的な死の比較 (複数回答) n(%)

	一般病棟 n=126	ホスピス 緩和ケア病棟 n=309	χ^2 検定
苦痛が少ないこと	76 (60.3%)	230 (74.4%)	**
それまでの人生に悔いがないこと	40 (31.7%)	122 (39.5%)	n.s
闘病生活が短いこと	70 (55.6%)	188 (60.8%)	n.s
死ぬ準備を済ませていること	16 (12.7%)	79 (25.6%)	**
家族や親しい人に最期を看取られること	24 (19.0%)	82 (26.5%)	n.s
出来る限り長生きをした後での死であること	24 (19.0%)	39 (12.6%)	n.s
周囲に迷惑をかけないこと	99 (78.6%)	237 (76.7%)	n.s
あまりお金をかけないこと	44 (34.9%)	96 (31.1%)	n.s
自然な死であること	66 (52.4%)	194 (62.8%)	*

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

表8は一般病棟希望者とホスピス・緩和ケア病棟間の理想的死の比較である。理想的死として、双方とも「周囲に迷惑をかけないこと」「苦痛が少ないこと」の順に多かった。次いで一般病棟希望者では「闘病生活が短いこと」55.6%、「自然な死であること」52.4%の順であったのに比して、ホスピス・緩和ケア病棟希望者では「自然な死であること」62.8%「闘病生活が短いこと」60.8%の順であった。上位4項目では総じてホスピス・緩和ケア病棟希望者の回答割合が、一般病棟希望者に比して高かった。また、ホスピス・緩和ケア病棟希望者では一般病棟希望者により「苦痛が少ないこと」「自然な死であること」「死ぬ準備を済ませていること」の3項目で希望者割合が有意に高かった。

4.5 エリア間における療養希望の類似と差違

図2によれば、療養時に「お世話をして欲しい人」は、全体では配偶者（石川62.2%、島根60.9%、秋田54.6%）、看護師（石川54.7%、島根49.3%、秋田42.7%）、子（石川50.6%、島根46.1%、秋田49.5%）、医師（石川36.9%、島根38.0%、秋田31.2%）、ヘルパー（石川21.2%、島根21.4%、秋田22.4%）の順であった。地域別では秋田でのみ看護師と子の希望割合が逆転していた。また、嫁という回答は総じて少なく、10%前後であった。

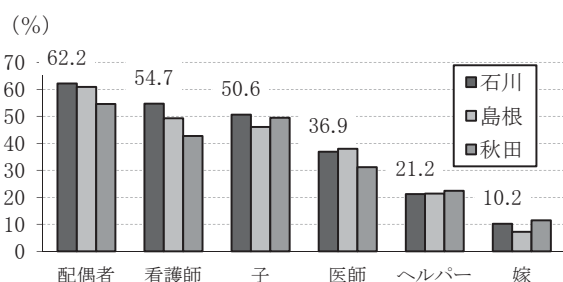


図2 療養時にお世話して欲しい人

表9の自宅療養不可能理由では、「緊急の時に対応できないから」（石川47.6%、島根53.1%、秋田53.0%）、「自宅で看取るとは家族の不安が大きいから」（石川44.2%、島根34.5%、秋田30.5%）、「自宅では十分な医療が受けられないから」（石川40.8%、島根52.0%、秋田54.9%）、「自宅では最後の時に苦しむかもしれないから」（石川36.1%、島根24.9%、18.9%）、「介護する家族がないから」（石川31.3%、島根35.0%、秋田35.4%）「往診してくれる医師がないから」（石

表9 自宅死不可能理由

	n (%)			
	3地域合計 n=488	石川 n=147	島根 n=177	秋田 n=164
往診してくれる医師がないから	118 (24.2%)	24 (16.3%)	37 (20.9%)	57 (34.8%)
自宅では十分な医療を受けられないから	242 (49.6%)	60 (40.8%)	92 (52.0%)	90 (54.9%)
訪問看護のサービスが整っていないから	63 (12.9%)	14 (9.5%)	23 (13.0%)	26 (15.9%)
訪問介護のサービスが整っていないから	39 (8.0%)	7 (4.8%)	16 (9.0%)	16 (9.8%)
介護する家族がないから	166 (34.0%)	46 (31.3%)	62 (35.0%)	58 (35.4%)
緊急の時に対応できないから	251 (51.4%)	70 (47.6%)	94 (53.1%)	87 (53.0%)
住居環境が整っていないから	117 (24.0%)	33 (22.4%)	44 (24.9%)	40 (24.4%)
経済的に負担が大きいから	88 (18.0%)	24 (16.3%)	30 (16.9%)	34 (20.7%)
自宅で最期を迎えるのは一般的ではないから	22 (4.5%)	9 (6.1%)	7 (4.0%)	6 (3.7%)
自宅で看取ると家族の不安が大きいから	176 (36.1%)	65 (44.2%)	61 (34.5%)	50 (30.5%)
自宅では最後のときに苦しむかもしれないから	128 (26.2%)	53 (36.1%)	44 (24.9%)	31 (18.9%)
在宅医療に関して十分な情報がないから	89 (18.2%)	28 (19.0%)	30 (16.9%)	31 (18.9%)
その他	22 (4.5%)	7 (4.8%)	8 (4.5%)	7 (4.3%)

川16.3%、島根20.9%、秋田34.8%）など、幾つかの項目で地域差があった。

特に、石川と秋田には回答割合の差が大きい項目が幾つかあった。石川では「自宅で看取るとは家族の不安が大きいから」「自宅では最後の時に苦しむかもしれないから」という自宅療養における介護不安、医療不安を不可能理由とする回答

割合が秋田より高かった。対して秋田では「自宅では十分な医療が受けられないから」「往診してくれる医師がないから」という在宅医療、訪問医療等の未整備を理由とする回答割合が高かった。

「身体的負担が大きい治療の継続」に関する設問では、「是非止めて欲しい」「どちらかという中止めて欲しい」を合計した回答が、石川 82.8%、島根 70.5%、秋田 69.0%であった。総じて延命治療には拒否的であるが、地域間の差違も認められた。

4.6 自由記述

回答された 993 通中 652 通には自由記述があった。いずれの地域でも 40、50 歳代に比して、60、70 歳代で回答割合が高かった。

記述内容は多岐にわたるが、終末期療養希望場所に関する記述、介護・看取りの体験に関する記述、死生観・理想的な死に関する記述、終末期療養・医療に関する記述に大別できた。

「終末期療養希望場所に関する記述」としては、「病院で天井を見つめてという生活より、聞き慣れた声を耳にしながらの生活を望みます。」(島 40)^{vi}、「痛みもひどく薬も合わないので仕方なく自宅にいたいのを無理に(二人暮らしだったので)病院の先生に相談して〇〇病院のホスピスへ入れていただきました。本人は帰りたい一心で私たちが恨んでいましたが、本人も承知したのか、15日の短い入院で安らかに亡くなっていました。私も病気になったらこのようなホスピスで最期を送りたいと願っています。」(石 70) などがあつた。

「介護・看取りの体験に関する記述」には「祖父は自宅で家族・親戚に看取られ静かに亡くなりました。・・・できれば祖父のように自宅で子ども達に見守られながら亡くなりたいと思っています。」(石 40)、「現在父の状態を観察、見守りをしながら生活しています。人が生ききるという場面に立ち会うということは、死に向かう人が看取る人、残される人に最期に送るメッセージであり、次の世代への申し送りでもあると思います。」(島 60) などがあつた。

また、以下のような「医療・福祉関係者の助力」に感謝する記述がかなり見られた。「昨年、父を

家で看取りました。母と私、家族、医師、看護師、訪問看護などたくさんの方々の協力があつてこそでした。」(石 50)、「数年前、自宅で終末期を看取ってきました。最後は家族全員に看取られ、かかりつけ医、ヘルパー等に助けられ、とても充実できたと思ひました。」(石 50)

5. 考察

5.1 ルーラルエリアにおける療養希望場所

本調査では、病院(ホスピス)と病院(一般)を併せた「病院」(43.9%)の療養希望者が自宅(37.1%)希望者を上回つた。調査対象、調査方法、選択肢が違ふので単純な比較はできないが、先行の終末期療養場所の希望調査では、病院希望者が自宅希望者より多いという結果は見いだせない。

厚生労働省が5年ごとに全国的規模で実施してきた「終末期医療に関する意識調査」の最新の報告書には「死期が迫つてゐる時の療養場所として、60%の一般国民は自宅で療養することを望んでいる」という記述がある¹⁴。この記述を一つのリソースとして、近年、さまざまな在宅医療体制に関する提言がなされ、推進計画が構築されている^{vii}。

本調査に類似した調査として、藤田、福井が2010年3月に層化無作為抽出で、全国の40～70歳代の男女2,000名(本調査は2,400名)を対象とした6択(本調査は5択)の療養希望場所の調査を行っている。結果は、自宅44%、病院15%、緩和ケア病棟19%、公的施設10%、民間施設2%、不明11%であつた⁹。この結果は本調査に比して、緩和ケア病棟(本調査では緩和ケア・ホスピス病棟31.1%)の希望割合がかなり低い。また、自宅と施設(本調査では福祉施設4.2%)、すなわち厚生労働省が在宅等と称してきた場所での療養希望者割合もかなり低い。また、滋賀県内全域を対象とした調査では「自宅を希望する人が48.0%、病院を希望する人が22.6%」である¹⁵。

そうした調査と比べて、ルーラルエリアを対象とした本調査の特徴は自宅療養希望者割合の低さと病院、特にホスピス・緩和ケアでの療養希望者割合の高さである。

^{vi} 島 40 とは島根県江津地域の 40 代の住民の自由記述を表す。以下同様に、石川県白山麓地域 70 代の記述は石 70 と表記する。

^{vii} 例えば、厚生労働省 在宅医療・介護推進プロジェクトチーム「在宅医療・介護の推進について」2013、厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室「在宅医療の最近の動向」(2013) などである。

5.2 ルーラルエリアの療養を支えるもの

5年前(2006年)に著者らが白山麓で実施した調査¹⁶と比較すると自宅療養希望者は06年39.2%→11年34.1%と減少しており、人口減少が続くルーラルエリアでは自宅療養希望の減少傾向が顕著であることが、改めて確認された²。その調査での自宅希望減少の最大要因は、ルーラルエリアの少子高齢化による家族の介護力の弱体化と地域の看取り文化の衰退である。そうした状況にありながらも、自宅療養希望者が急激に減少しないのは、近年の在宅医療の推進策の成果の一つと解することもできる。それを裏付けるかのよう、在宅での看取り経験者は自由記述には「昨年、父を家で看取りました。母と私、家族、医師、看護師、訪問看護などたくさんの方々の協力があったこそでした。」(石50)とあった。また、図2のように「療養時にお世話して欲しい人」は配偶者、看護師、子、医師、ヘルパーの順であった。家族の縮小と地域崩壊が進むにしたがって、在宅医療・介護を支える専門家の支援が終末期療養の不可欠の要素として期待され、求められているのである¹⁷。

療養場所選択理由として、自宅希望者が病院希望者より有意に高かったのは「住み慣れたところがよい」「家族に看取られたい」「家族に面倒を見て欲しい」であった。それらは日本人の伝統的な終末期療養におけるニーズであり¹⁸。その背景にあるのは「いのちの受け継ぎ」という死生観である¹⁹。とすれば、日本の伝統的家族(イエ)や村落(ムラ)で継承されてきた「畳の上で死ぬ」「故郷の土に還る」という希望を支えるのは在宅医療制度の充実であると言って過言ではない。

5.3 在宅ホスピスへの期待

ホスピス・緩和ケア病棟であれ一般病棟であれ、病院希望者の選択の背景には、医療専門職の存在による安心感と自宅療養における医療不安と介護負担感である。また、ホスピス・緩和ケア病棟希望者は一般病棟希望者より「苦痛が少ないこと」「自然な死であること」「死ぬ準備を済ませていること」を理想の死とする割合が有意に高かった。つまり、ホスピス・緩和ケア病棟希望者は、そこがより苦痛の少ない自然な死、死ぬ準備を整えた死が実現できる場だと認識しているのである。だが、ホスピス・緩和ケア病棟での療養はルーラルエリアでは現実的にはほとんど不可能である。例えば、白山麓地域は対象3地域の中で最も医療資

源に恵まれている。だが、白山市内にはホスピスや緩和ケア病棟をもつ病院はない^{viii}。範囲を広げて石川県全体でも、緩和ケア病棟のある病院は2病院38床に過ぎない^{ix}。

先行文献では、死亡場所における希望(自宅)と現実(病院)の乖離が指摘されてきた¹⁹。それに加えて、本調査結果では、ホスピス・緩和ケア病棟希望者の希望と現実の間にも大きな乖離が生まれていた。そうした2つの乖離状態は、自宅療養希望者の希望理由「住み慣れたところがよい」と病院(ホスピス)希望者の最大の希望理由「医療の専門家が近くに沢山いて安心」を止揚することによって解消される。それゆえ、本研究からはルーラルエリアでは緩和ケアを自宅で行うことが可能な医療システム、すなわち、在宅ホスピス、訪問医療の潜在的なニーズがあることが導かれる。しかし、経済基盤の衰退、医療過疎が併行して進行するルーラルエリアでは、このニーズの実現は極めて困難な課題である。

5.4 エリア間における類似と差異

石川では島根、秋田と異なって病院(ホスピス)の希望が自宅希望を上回った。また、「療養場所選択理由」では「医療の専門家が近くに沢山いて安心」の選択割合が高く、自宅療養不可能理由として「往診してくれる医師がいないから」「自宅では十分な医療が受けられないから」「緊急の時に対応できないから」がかなり低かった。その背景は、白山麓地域が他の2地域によりいくぶんか訪問診療、在宅看護が充実しており、高度医療機関が多い中核都市へのアクセスがよいという医療的、地理的な事情があると推測できる^x。

3地域で自宅療養希望者が最も多かったのは島根である。江津地域で特に選択割合の高い項目は「住み慣れたところがよい」「家族に看取られたい」である。江津市は山陰地方で最も人口の少ない、県内で最も面積の狭い市であり^{xi}、地域住民の絆が強い地域である。そのため、家族主義的で伝統

^{viii} 平成24年度白山市統計書 13 保健・衛生、http://www.city.hakusan.lg.jp/kikakuzaiseibu/jouhoutoukei/toukei/DATABOOK/24/H243_2_2.html 参照。

^{ix} 日本ホスピス・緩和ケア協会 調査データ(2011年2月1日時点)を使用。石川県済生会金沢病院(金沢市)28床、国民健康保険小松市民病院10床。

^x 白山麓地域は人口10万を超える白山市に属すると同時に、中核都市である金沢市とも1時間以内のアクセスが可能である。

^{xi} 江津市HP 調査別最新情報統計 <http://www.city.gotsu.lg.jp/2427.html> を参照

的な看取りの文化が比較的保持されていると思われる。

秋田県阿仁地域は今回の調査では最も高齢化率が高く、地域内に無床診療所が1件あるに過ぎない。また、北秋田市は面積が大きく周辺地域から市街地、中核都市へのアクセスが難しい地域が多い。そのため、自宅療養不可能理由として「往診してくれる医師がいないから」「訪問看護のサービスが整っていないから」など、医療過疎の現実が垣間見える回答が多かったのではないかと考えられる。

各地域の過疎化の進行状況、医療資源の多寡、アーバンエリアへのアクセス、文化的伝統などによってルーラルエリア間の療養希望には差異が生ぜざるを得ない。特に、本研究での地域間差はアーバンエリアとのアクセス状況によるところが大きいと推察される。それゆえ、各地域に相応しい終末期療養を構築するには、その地域ごとの社会調査、地域診断、地域間の比較調査が不可欠であると考える。

6. 結論

本調査研究によって導かれる結論と示唆される事柄は、下記の通りである。

「病院」(43.9%)の療養希望者が自宅(37.1%)の療養希望者を上回った。先行の全国を対象とした調査に比して、本調査では病院希望割合が高く、自宅希望割合が低かった。

ルーラルエリアでは総じて病院(ホスピス)希望者多く、特に石川県白山麓地域では病院(ホスピス)希望者が自宅希望者を上回った。しかし、医療過疎地域ではその実現はかなり困難であると考えられる。

家族と地域の介護力が衰退するルーラルエリアでは、在宅終末期療養、地域のケアの文化を支えるものとして医療者と医療制度に期待するところが大きいことが示唆された。

ルーラルエリア住民には、自宅療養希望と病院(ホスピス)希望の双方を満たす在宅ホスピスへの潜在的ニーズが強いことが示唆された。

人口学的・地理学的・文化的条件、伝統文化等によって、ルーラルエリア間の終末期療養希望には差異がある。特に、本研究における地域間差はアーバンエリアとのアクセスによるところが大きいと推察された。

住民のニーズと地域の実態に応じた、より決め細やかな政策決定が行なわれるためには、本調査

のような横断的調査が必要である。しかし、ある特性をもった対象地域の選定には、ある程度恣意的なものが入り込まざるを得ない。今回の3地域の選定でも人口学的、地理学的な要因以外に、共同研究者の有無のような恣意的な要因が含まれている。その点で、本研究の対象地域の代表性には疑問符が付かざるを得ない。また、今回の調査項目「病院(ホスピス・緩和ケア)」の選択の多寡は調査対象のホスピス・緩和ケアに関する認知度も影響を受けている可能性がある。そうした限界をもった研究の積み重ねこそが、実態に即した地域医療の構築に不可欠だと考える。

謝辞

アンケート調査にご回答いただいた石川県白山市白山麓地域、島根県江津市周辺地域、秋田県北秋田市阿仁地域の住民の方々、調査対象の抽出にご協力いただいた白山市役所、江津市役所、北秋田市役所の皆さま、資料整理と分析にご助力いただいた寺井みゆきさんに感謝いたします。

尚、本研究は科学研究費補助金・基盤研究(B)・研究課題番号：23320016「ルーラルエリア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」の研究成果の一部である。

利益相反

なし

引用・参考文献

- 1 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成23年人口動態統計上巻。厚生統計協会，163，2011。
- 2 浅見洋，彦聖美，浅見美千江：人口減少地域における終末期自宅療養希望の減少傾向について－奥能登での意識調査に基づいて－。石川看護雑誌，9，13，2011。
- 3 同上，13-21。
- 4 終末期医療の在り方に関する懇談会：終末期医療の在り方に関する懇談会報告書。1,2010, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/06.pdf> (2013/11/13. アクセス)
- 5 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室：在宅医療の最の動向。27,2013. http://www.mhlw.go.jp/Seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf (2013/11/11 アクセス)。
- 6 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室：在宅医療の最近の動向。27,2013。
- 7 伊藤道哉；濃沼信夫：終末期における医療供給体制

- の課題. 55(3), 225-229, 2006.
- ⁸ 藤田淳子・福井小紀子：日本人が希望する終末期の療養場所と死亡場所に関する国民意識調査. 日本緩和医療学会ニュースレター, 5, 2012.
 - ⁹ 杉琴さやこ, 古賀友之ほか：終末期医療における在宅医療の問題. 社会医学研究, 27(1), 9-16, 2009.
 - ¹⁰ 岐阜県医療整備課：終末期の在宅医療に関するアンケート調査結果. <http://www.pref.gifu.lg.jp/kensei-uneii/kocho-koho/kensei-sanka/kensei-monitor/monitor-anketo.data/syumatsuki-iryo25.pdf> (2013/11/14. アクセス)
 - ¹¹ 井上直己：地域における終末期ケアの意向と実態に関する調査研究 報告書. 慶応大学医学部医療政策・管理学教室. 2009.
 - ¹² 上原ます子, 丸口ミサエ, 牧野鈴美：長野県山間へき地におけるがん終末期患者の療養とケアの課題. 日本看護学会論文集 地域看護 40, 110-112, 2009
 - ¹³ 高波澄子, 森千鶴：在宅ホスピスの普及を拒むもの（第一報）全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会会員へのアンケートを通して. ホスピスと在宅ケア, 12(1), 51-59, 2004.
 - ¹⁴ 終末期医療に関する調査等検討会：今後の終末期医療の在り方. 中央法規, 3-125, 2005.
 - ¹⁵ 滋賀県：滋賀県における在宅医療等の現状（1）在宅医療のニーズの状況. 滋賀県における在宅医療推進のための基本方針, 1, 2013. <http://www.pref.shiga.lg.jp/e/lakadia/files/honbun.pdf>. (2013/11/17 アクセス)
 - ¹⁶ 浅見美千江, 浅見洋ほか：人口減少地域における在宅終末期療養に関する住民の意識－白山麓地域の場合－. 石川看護雑誌, 4, 33-38, 2007.
 - ¹⁷ 変わる在宅医療～その概要と求められる姿. 医療経営情報レポート, http://www.bizup.jp/member/netjarmal/repo_i11.pdf. (2013/11/17 アクセス)
 - ¹⁸ 浅見洋：現代における死のイメージ かけ離れた死に場所の希望と現実. 細見博志編：「死生学入門」金沢大学講義集 死から生を考える, 北國新聞社出版局, 143-165, 2012.
 - ¹⁹ 田代志門：受け継がれていく生. 岡部建, 竹之内裕文編, 清水哲郎監：どう生きどう死ぬか－現場からの死生学, 弓箭書院, 175-180, 2009.

Preferred Places for End-of-Life Care in Rural Areas in Modern Japan - The Results of a Cross-Sectional Consciousness Survey in Ishikawa, Shimane, and Akita Prefectures -

Hiroshi ASAMI, Yoriko NAKAMURA, Tomoko ITO, Ryosuke MOROOKA
Kiyomi HIKO, Hisae TSUKADA, Michie ASAMI

Abstract

We conducted a cross-sectional survey in three rural areas of Ishikawa, Shimane, Akita prefecture. Results indicated that 37.1% of respondents wanted to receive care at home, 31.1% wanted to receive care at a hospice or palliative care ward, 12.8% of respondents wanted to receive care in a general hospital ward, 4.2% wanted to receive care at a welfare facility. A new result that "hospital" applicant ratio 43.9% which added up a hospital (hospice palliative care ward) and a hospital (general ward) exceeded home applicant ratio was provided. About 70% in the "hospital" applicant was hospice palliative care ward applicant, and the general ward applicant was only about 30%. In comparison with precedent national surveys, there were many applicants of hospice palliative care ward in rural areas, and the exceeded home medical treatment applicant at Hakusanroku in Ishikawa. In addition, that the inhabitants of rural areas expecting it of a medical person to maintain home care, a potential demand of the at-home hospice were strong was suggested. Furthermore, it became clear with medical treatment similarity desired between the areas that there was a difference by a demographical geographical condition, cultural tradition and outlook on the death and life.

Keywords rural area, medical treatment in the end of Life, place in hope of medical treatment, hospice palliative care ward, at-home hospice

研究報告

日本人女性における公費助成対象外 HPV ワクチン接種許容状況
：今後の対策と研究の方向性宮田愛実^{1,2}, 今井美和^{1§}

概 要

本研究の目的は、日本人女性の公費助成対象外 HPV (human papillomavirus) ワクチン接種許容に関連する要因を抽出し、今後の対策と研究の方向性を考察することである。2006年1月から2013年6月までに公表された原著論文を医療文献データベース（医学中央雑誌、MEDLINE）で検索し、15件の量的研究を分析した。HPV/HPV 関連事項の認識状況、HPV ワクチン接種の認識状況 / 許容状況は、日本国内で多様であった。接種啓蒙活動において「女性間で HPV 関連知識の程度に相違がある」「HPV が自分に関連すると認識していない」「HPV ワクチンの有効性と安全性に懸念を抱いている」に対応し、活動標的を女性の周囲の人たちにも拡大する必要がある。さらに「自己負担の減額」「接種実施方法・場所の明示」「接種しやすい施設環境の整備」「多様な広報媒体の利用」が必要である。HPV ワクチンの安全性の確保は当然のこととして、今後の研究は信頼性・妥当性のさらに高い調査が実施される必要がある。

キーワード HPV, 子宮頸がん, HPV ワクチン接種, 日本人女性, 許容

1. はじめに

2007年の世界保健機関 (World Health Organization, WHO) の報告¹⁾では、全世界で年間約50万人が子宮頸がん罹患し、約27万人が死亡している。欧米や日本などの先進諸国では、子宮頸がん検診による細胞診スクリーニングの導入により、発展途上国と比較するとその罹患患者数は少ない。しかし、日本の子宮頸がん罹患患者数は年間約8,900人、死亡者数は年間約2,700人、年齢別にみた罹患率は20歳代後半から40歳代前半まで増加し、さらに最近では罹患率、死亡率ともに若年齢層で増加傾向にある^{2,3)}。

WHOは2009年4月のposition paper⁴⁾で、発展途上国を含めた世界全体で子宮頸がん予防のHPV (human papillomavirus) ワクチンの使用を推奨し、国のワクチン接種プログラムに導入すること、その財政的基盤を作ることの重要性を強調し、各国の政策立案者に向けたHPV ワクチン導入のためのガイドライン¹⁾を示している。日本でもサーバリックス[®] (HPV16型・18型に対する2価ワクチン) が2009年10月に認可、12月から実施され、ガーダシル[®] (HPV16型・18型・6型・11型に対する4価ワクチン) も2011年7

月に認可、9月から実施された。それに伴い日本国内でも当事者や保護者等を対象にHPV ワクチン接種経験や接種希望状況を調査する研究が行われ始めた。各自治体は12～16歳を中心とした年齢の女子を対象に公費助成を開始、2013年4月1日に12～16歳 (小学校6年生～高校1年生) が定期接種の対象となった。しかし、ワクチンとの因果関係を否定できない副反応が次々と報告されたため、厚生労働省は2013年6月14日「国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種の積極的な勧奨を差し控える」と公表した⁵⁾。

本研究では、HPV ワクチンを「実際に接種した (経験)」「今後接種したい (希望)」を「許容」と表現する。

本研究の目的は、日本人女性を対象に調査された公費助成対象外のHPV ワクチン接種許容状況の研究論文から、接種許容に関連する要因を抽出し、今後の対策と研究の方向性を考察することである。

2. 方法

日本人女性を対象に実施された公費助成対象外 HPV ワクチン接種許容を評価した量的・質的研究で、2006年 (この年にHPV ワクチン接種が米国で開始された) 1月から2013年6月

¹ 石川県立看護大学 ² 公立能登総合病院 (現所属)

§ 責任著者

までに日本語あるいは英語で公表された原著論文を医学中央雑誌 Web (Ver.5) と MEDLINE (MEDlars onLINE) の医療文献データベースで検索した。検索語は、医学中央雑誌では「HPV ワクチン」and「認知 or 認識 or 知識 or 理解 or 許容 or 容認 or 承諾 or 決定 or 決意 or 意思 or 意識 or 意向 or 態度 or 行動 or きっかけ or 動機 or 障害 or 副作用 or 接種率」を掛け合わせた。MEDLINE では「HPV vaccin*」and「Japan」に「aware*, know, knowl*, perception*, consent, decision*, accept*, intent*, attitude*, to action, cue*, barrier*, side effect, uptake」の各々を掛け合わせた^{6,7)}。

抽出された研究論文のタイトル、概要、本文の内容から基準を満たすかどうかを確認し、本研究の対象研究論文と認定した。対象研究論文については、「研究デザイン」「研究セッティング」「標本の特徴」「標本抽出法」「分析方法」「HPV/HPV 関連事項の認識」「HPV ワクチン接種の認識」「HPV ワクチン接種許容と許容計測方法」「HPV ワクチン接種許容関連要因」を抽出した。

3. 結果

3.1 対象研究論文の特徴 (図1・表1 参照)

最初の検索で45件抽出され、これらの内容検討後30件を除外し、15件⁸⁻²²⁾を対象研究論文と

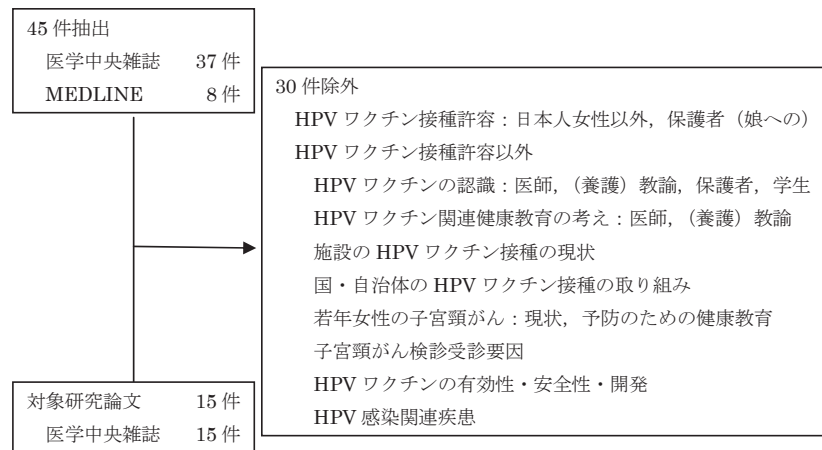


図1 対象研究論文抽出過程

表1 対象研究論文の特徴

著者	標本抽出			年齢範囲 Mean ± SD	調査実施期間	
	標本	サイズ(人)				
和泉ら (2013) ⁸⁾	大学	学生	530	18~23歳 20.3 ± 1.2歳	2011年12月 ~ 2012年6月	
美甘ら (2013) ⁹⁾	大学	学生	217	19.9 ± 1.3歳	2012年	4月
森岡ら (2013) ¹⁰⁾	接種施設 93カ所	HPVワクチン 接種者	83 58	17~29歳 30~48歳	2011年	11月以前
海老原ら (2011) ¹¹⁾	大学	学生	1371	18-19歳 ~35歳以上	2011年	4月
河野 (2011) ¹²⁾	事業所	職員	74	20~50歳代	2010年	10月~11月
石田ら (2011) ¹³⁾	病院	HPVワクチン 接種者	92	12~44歳 22.1歳	2010年8月~2011年5月	
田村ら (2011) ¹⁴⁾	大学	学生 教職員	10 23	10~20歳代 20~40歳代	2010年	7月 10月
野口ら (2011) ¹⁵⁾	大学	学生	188	19~22歳 20.4 ± 1.0歳	2010年	6月~7月
岩谷ら (2012) ¹⁶⁾	保育所	母親、職員	506	19~69歳 35.6 ± 8.8歳	2010年	5月
木村ら (2012) ¹⁷⁾	病院	HPVワクチン 接種者	79	15~45歳以上 29.4歳	2010年2月~2011年1月	
井手ら (2011) ¹⁸⁾	保育所	母親	193	—	2009年	12月以降 ^{*1)}
大見ら (2011) ¹⁹⁾	大学	学生	406	—	2009年	12月以降 ^{*1)}
安藤ら (2011) ²⁰⁾	大学	学生	248	—	2009年	12月以降 ^{*1)}
滝川 (2009) ²¹⁾	性教育会場	教職員	92	20~60歳代	2009年	10月
滝川 (2010) ²²⁾	性教育会場	養護教諭	48	20~50歳代	2009年	7月

*1, 研究論文内容から推測

した。すべて日本語文献であった。

調査対象地域は、15件の研究のうち9件で明記され、北海道2件^{19,21)}、栃木県1件¹⁷⁾、埼玉県1件¹¹⁾、神奈川県2件^{13,14)}、奈良県1件²⁰⁾、近畿圏内1件⁸⁾、徳島県1件²²⁾であった。

調査方法は、15件すべて量的研究、(無記名)自己記入式質問紙法であった。標本サイズは33人から1371人まで、標本は大学(学生)^{8,9,11,15,19,20)}、大学(学生, 教職員)¹⁴⁾、事業所(職員)¹²⁾、病院・接種施設(HPVワクチン接種者)^{10,13,17)}、保育所(母親, 職員)¹⁶⁾、保育所(母親)¹⁸⁾、性教育会場(教職員, 養護教諭)^{21,22)}、年齢は12歳から69歳までであった。標本が公費助成対象外のHPVワクチン接種かどうかの判断は、論文中の記載^{9,11,14,17)}、年齢と調査実施期間から推測^{8,12,15,16,18,22)}したが、1件の研究¹³⁾のみ公費助成対象のHPVワクチン接種が一部に含まれている可能性を否定できなかった。

調査実施期間は、HPVワクチンが日本で認可された2009年10月以前に実施している研究は1件²²⁾、直後1件²¹⁾、論文中に記載がないが内容から認可後と考えられる研究3件¹⁸⁻²⁰⁾、残り9件⁸⁻¹⁷⁾は認可後であった。

3.2 HPV/HPV 関連事項の認識 (表2 参照)

HPV/HPV 関連事項の認識状況を評価した研究論文は10件^{9,11-13,15,16,19,22)}で、14.0～84.8%と様々であった。

また、HPV/HPV 関連事項のどの側面の認識を評価するかで多様な状況であった。

「HPVを知っている」という認識は、岩谷らの研究¹¹⁾で評価され、42.5%であった。

「HPVが性行為によって伝播する」という認識は、3件の研究で評価され、15.8%¹⁹⁾、半数以下²²⁾、59.05%¹¹⁾であった。15.8%と低かった理由の一つは、質問に「女性の70%は感染している」という認識も一緒に問うているからと考えられる。

「HPVが子宮頸がんの原因である」という認識は、8件の研究で評価された。そのうち6件の研究^{9,12,13,19,21)}で14.0～66%であった。14.0%と低かった理由の一つは、質問に「3年以上持続感染で子宮頸がんが発生する」という認識も一緒に問うているからと考えられる¹⁹⁾。野口らの研究¹⁵⁾では、5段階評価(5 よく知っている, 4 まあ知っている, 3 どちらともいえない, 2 あまり知らない, 1 知らない)の3.3であった。石田らの研

究¹³⁾では、既接種者の「以前から知っていた、最近知った」は84.8%であった。安藤らの研究²⁰⁾では、子宮頸がん予防に関する講義の前と後の変化を調査し、講義前25.0%、講義後98.0%であった。

表2 HPV/HPV 関連事項の認識

著者	HPV/HPV関連事項の認識(%)		
	HPV	性感染症	子宮頸がんの原因
和泉ら ⁸⁾	—	—	—
美甘ら ⁹⁾	—	—	47.7
森岡ら ¹⁰⁾	—	—	—
海老原ら ¹¹⁾	—	59.05	—
河野 ¹²⁾	—	—	66
石田ら ¹³⁾	—	—	84.8 ^{*2)}
田村ら ¹⁴⁾	—	—	—
野口ら ¹⁵⁾	—	—	3.3 ± 1.5 ^{*3)}
岩谷ら ¹⁶⁾	42.5	—	38.5
木村ら ¹⁷⁾	—	—	—
井手ら ¹⁸⁾	—	—	—
大見ら ¹⁹⁾	—	15.8 ^{*1)}	14.0 ^{*1)}
安藤ら ²⁰⁾	—	—	25.0 (講義前) 98.0 (講義後)
滝川 (2009) ²¹⁾	—	—	60
滝川 (2010) ²²⁾	—	半数以下	—

*1, 質問に修飾語句あり

*2, 既接種者の以前から知っていた, 最近知ったの%

*3, 5段階評価 (5 よく知っている, 4 まあ知っている, 3 どちらともいえない, 2 あまり知らない, 1 知らない)

3.3 HPV ワクチン接種の認識 (表3 参照)

10件の研究がHPVワクチン接種の認識状況を評価し、「HPVワクチン接種の存在を知っていた」のは、29.6～79.8%^{8,9,11,12,15,16,19,21)}、半数以下²²⁾で多様であった。

認識状況が一番高かったのは、野口らの研究¹⁵⁾で、2010年6～7月大学学生対象の調査で、79.8%であった。大見らの研究¹⁹⁾では、質問に「HPV16型と18型の感染を予防し、約70%予防できる」という認識も一緒に問うているので29.6%と低かったとも考えられる。安藤らの研究²⁰⁾では、子宮頸がん予防に関する講義の前と後の変化を調査し、講義前の45.2%、講義後の95.6%であった。

調査実施期間が日本のHPVワクチン認可の前か後か、認可後どのくらい経ているかは、HPV

表3 HPV ワクチン接種の認識・許容・許容関連要因

著者	認識 (%)	許容 (経験・希望)		計測方法	許容関連要因		
		(%)	(%)		要因 (統計解析)	要因 (記述統計)	
和泉ら ⁸⁾	51.9	63.2 既接種 接種希望	3.2 60.0	ワクチン接種の実態 接種者 ワクチン接種の意思 意思のある者 意思のない者	χ^2 検定 接種希望 (既接種含まず) と医療系・非医療系：関連あり t検定 医療系・非医療系学生各々の接種希望 (既接種含まず) とワクチン接種知識得点：関連あり	・費用 ・接種にかかる労力(時間) ・接種実施方法の種類 ・接種実施場所の明示・特徴 ・接種の必要性の自覚 ・持病の存在 ・ワクチンの有効性・安全性 ・接種のイメージ	
美甘ら ⁹⁾	73.3	88.0 既接種 接種希望	5.5 82.5	HPVワクチンの接種状況 接種済 接種未 接種未	接種済 接種したい 接種したくない	横断研究 χ^2 検定 接種経験と性交経験：関連なし 横断研究	—
森岡ら ¹⁰⁾	—	既接種	100	—	—	—	・費用 ・情報源 ・勧誘
海老原ら ¹¹⁾	79.73	77.0 既接種 接種希望	3.7 73.3	(子宮頸がんの) ワクチン接種をしたいと思いますか (金額などの条件はつけず) すでに接種した 接種したい 接種したくない わからない	χ^2 検定 接種希望と年齢：関連なし 横断研究	・費用 ・接種実施場所の明示・種類 ・接種の必要性の自覚 ・自分の周囲の接種者の存在 ・ワクチンの有効性	
河野 ¹²⁾	65	接種希望	22	あなたはHPVワクチン接種を希望しますか？ すでに受けた 希望する 詳しい説明を聞いて考える 希望しない	—	—	・費用 ・接種実施方法の種類 ・接種実施場所の種類・特徴
石田ら ¹³⁾	—	既接種	100	—	—	—	・費用 ・接種にかかる労力 (回数) ・情報源 ・勧誘
田村ら ¹⁴⁾	—	既接種	100	—	—	—	・ワクチン・子宮頸がんの知識 ・費用 ・接種実施場所の明示・特徴 ・HPV感染・子宮頸がん罹患の可能性の自覚 ・自分のHPV感染・婦人科疾患罹患 ・子宮頸がん検診受診結果 ・家族の (子宮頸) がん罹患 ・情報源 ・勧誘
野口ら ¹⁵⁾	79.8	既接種	1.6	接種経験 はい いいえ	—	—	・性交経験 ・ワクチン・子宮頸がんの知識 ・費用 ・接種にかかる労力 ・接種実施方法の明示 ・接種の必要性の自覚 ・HPV感染・子宮頸がん罹患の可能性の自覚 ・自分の周囲の接種者の存在 ・接種のきっかけ ・ワクチンの有効性・安全性 ・接種のイメージ
岩谷ら ¹⁶⁾	65.2	45.2 既接種 接種希望	0.6 44.7	「HPV接種行動」 HPVワクチンを受けたことがある 受けたことがない 今後HPVワクチンを受けたい 受けたくない どちらでもない 無回答	—	—	・年齢 ・職業 ・費用

表3 HPV ワクチン接種の認識・許容・許容関連要因 (つづき)

著者	認識 (%)	許容 (経験・希望)		計測方法	許容関連要因	
		(%)			要因 (統計解析)	要因 (記述統計)
木村ら ¹⁷⁾	—	既接種	100	—	—	<ul style="list-style-type: none"> 接種にかかる労力 (時期) 情報源 勧誘
井手ら ¹⁸⁾	—	接種希望	74.2	子宮頸がん予防ワクチン接種希望 5段階評価し、点数化	—	<ul style="list-style-type: none"> 年齢 ワクチン・子宮頸がんの知識 接種にかかる労力 (時間) 接種の必要性の自覚 HPV感染・子宮頸がん罹患の可能性の自覚 ワクチンの有効性
大見ら ¹⁹⁾	29.6	接種希望 費用や労力を考えないで 94.1 3回受ける必要があること、 費用が約5万円かかること も考慮して 30.8	子宮頸がん予防ワクチンを受けたいと思うか そう思う 費用や労力を考えないで 3回受ける必要があること、 費用が約5万円かかること も考慮して	χ^2 検定 接種希望と学科：関連あり 接種希望と子宮頸がん・ HPV感染予防について 知っている質問項目数：関連あり	—	<ul style="list-style-type: none"> 費用 接種にかかる労力 (回数) HPV感染・子宮頸がん罹患の可能性の自覚 ワクチンの安全性
横断研究						
安藤ら ²⁰⁾	(講義前) 45.2 (講義後) 95.6	接種希望 (講義前) 55.7 (講義後) 96.0	「子宮頸がん予防ワクチンの接種」 必ず受けようと思う 出来れば受けようと思う 思わない 無回答	Wilcoxon signed test 接種希望と子宮頸がん 予防講義前後：関連あり	—	—
介入研究						
滝川 (2009) ²¹⁾	52 (海外で 認可の理 解度)	接種希望 (講義前) 64 (講義後) YES 54 補助があれば 30	「講義前の子宮頸がん予防ワクチンの接種意識」 YES NO 無回答 「講義後の子宮頸がん予防ワクチン接種を希望」 YES 補助があれば NO 無回答	—	—	講義前後 <ul style="list-style-type: none"> 費用 接種実施場所の種類 接種の必要性の自覚 ワクチンの安全性
滝川 (2010) ²²⁾	半数以下 (海外で 認可の理 解度)	接種希望 (講義前) 希望する 費用補助があれば 2割 (講義後) 希望する 費用補助があれば 56	事前「仮に予防ワクチンの接種費用が全部で4万円であった場合の子宮頸がんの予防ワクチン接種希望」 希望する 費用補助があれば 接種しない 無回答 事後「子宮頸がんの予防ワクチン接種希望」 希望する 費用補助があれば 接種しない 無回答	—	—	講義前後 <ul style="list-style-type: none"> 費用 接種実施場所の種類 接種の必要性の自覚

ワクチン接種の認識状況の多様性にはほとんど起因していないと考えられる (表1 参照)。

HPV ワクチン接種の認識状況は、標本によって多様で、大学学生 29.6 ~ 79.8%^{8,9,11,15,19,20)}、事業所職員 65%¹²⁾、保育所の母親と職員 65.2%¹⁶⁾、性教育会場教職員・養護教諭 52%、半数以下^{21,22)}であった。

3.4 HPV ワクチン接種許容 (表3 参照)

10 件の研究^{8,9,11,12,16,18,22)}が、回答をカテゴリー化することによって接種許容を評価した。その

うち 3 件^{20,22)}は子宮頸がん予防に関する講義の前と後の変化を調査した。さらに、安藤らの研究²⁰⁾では、保健管理センターでの子宮頸がんのワクチンや検診の相談者数と婦人科受診者数をモニターすることで行動に関する変化も調査した。

残り 5 件の研究のうち 1 件¹⁵⁾は HPV ワクチンの実際の接種状況を 2 選択の回答で評価し、未接種者対象に接種行動関連要因を調査した。

残り 4 件^{10,13,14,17)}は HPV ワクチン接種者を対象に接種行動関連要因を調査した。

接種許容の計測方法は、すべての対象研究論文

を通して多様であった。

文言が明記された許容計測方法は、海老原らの研究¹¹⁾では「(子宮頸がんの) ワクチン接種をしたいと思いますか(金額などの条件はつけず)」の質問に、「すでに接種した」「接種したい」「接種したくない」「わからない」の4選択で、77.0%が許容し(下線を許容と判断、以下同様)、河野の研究¹²⁾では「あなたはHPVワクチン接種を希望しますか?」の質問に、「すでに受けた」「希望する」「詳しい説明を聞いて考える」「希望しない」の4選択で、22%が許容していた。

許容計測方法の文言が明記されず、結果にのみ記載された研究は7件であった。和泉らの研究¹⁸⁾では、「接種の実態」の項目で「接種者」「ワクチン接種の意思」の項目で「意思のある者」「意思のない者」の選択で、63.2%が許容していた。美甘らの研究⁹⁾では、「HPVワクチンの接種状況」の項目で「接種済」「接種未 接種したい」「接種未 接種したくない」の選択で、88.0%が許容していた。岩谷らの研究¹⁶⁾では、「HPV接種行動」の項目で「HPVワクチンを受けたことがある」「受けたことがない(今後HPVワクチンを受けたい、受けたくない、どちらでもない)」「無回答」の選択で、45.2%が許容していた。井手らの研究¹⁸⁾では、「子宮頸がん予防ワクチンの接種希望」の項目で5段階評価し点数化し、74.2%が許容していた。安藤らの研究²⁰⁾では、「子宮頸がん予防ワクチンの接種」の項目で「必ず受けようと思う」「出来れば受けようと思う」「思わない」「無回答」の選択で、講義前は55.7%、講義後は96.0%が許容していた。滝川(2009)の研究²¹⁾では「講義前の子宮頸がん予防ワクチンの接種意識」の項目で「YES」「NO」「無回答」の選択で、64%が許容していた。「講義後の子宮頸がん予防ワクチン接種の希望割合」の項目で「YES」「補助があれば」「NO」「無回答」の選択で、84%が許容していた。滝川(2010)の研究²²⁾では、事前「仮に予防ワクチンの接種費用が全部で4万円であった場合の子宮頸がんの予防ワクチン接種希望」の項目で「希望する」「費用補助があれば」「接種しない」「無回答」の選択で、8割が許容していた。事後「子宮頸がんの予防ワクチン接種希望」の項目で「希望する」「費用補助があれば」「接種しない」「無回答」の選択で、79%が許容していた。

許容計測方法の文言で、調査対象者の回答に影響を与える修飾文言もあった。大見らの研究¹⁹⁾では、「子宮頸がん予防ワクチンを受けたいと思

うか(費用や労力を考えないで)」の質問に「そう思う」94.1%、「子宮頸がん予防ワクチンを受けたいと思うか(3回受ける必要があること、費用が約5万円かかることも考慮して)」の質問に「そう思う」30.8%という結果で、修飾文言が接種許容状況に影響を与えた。同様に、滝川(2009, 2010)の研究^{21,22)}では、「費用補助があれば」という修飾文言の選択肢があると肯定的な影響を与えた。許容計測方法の「費用」「労力」の修飾文言の有無で、HPVワクチン接種を許容する女性の反応は全く異なった。

3.5 HPVワクチン接種の認識と許容(表3参照)

「HPVワクチン接種の認識状況」が、「接種許容状況」とほぼ同程度であった研究は1件¹¹⁾であった。残り9件の研究は両者で10%以上異なり、6件^{8,9,19,22)}で、認識が許容より低かった。3件^{12,15,16)}で、認識が許容より高く、HPVワクチン接種の存在を知っていても、接種許容には至っていなかった。

3.6 HPV/HPV関連事項の認識とHPVワクチン接種許容(表2・表3参照)

「HPV/HPV関連事項の認識状況」が、「接種許容状況」とほぼ同程度であった研究は2件^{16,21)}であった。残りの8件の研究は10%以上異なり、6件^{9,11,13,19,20,22)}で、認識が許容より低かった。2件^{12,15)}で、認識が許容より高く、HPVやHPV関連事項を知っていても、接種許容には至っていなかった。

3.7 HPVワクチン接種許容関連要因(表3参照)

接種許容に関連する要因は、5件の研究^{8,9,11,19,20)}で統計解析が行われたが、多変量解析をした研究はなく、接種許容に肯定的あるいは否定的要因を記述統計で記載したものがほとんどであった。

統計解析が行われた研究では、和泉ら⁸⁾は、「医療系学生である」は「接種希望」と関連する要因であり、「ワクチン接種知識得点が高い」は「医療系・非医療系学生各々の接種希望」と関連する要因であると報告した。大見ら¹³⁾は、「子宮頸がん・HPV感染予防について知っている質問項目数」は「HPVワクチン接種希望」と関連する要因であり、「看護学科の学生であるが、その他の学科(栄養、社会福祉、児童)の学生である」よりも「HPVワクチン接種希望」と関連する要因であると報告した。安藤ら¹⁴⁾は、「子宮頸がん予

防講義の実施」は「HPV ワクチン接種希望」を増加させる要因であり、さらに、保健管理センターにおける子宮頸がん予防の相談件数が授業前の1年間で16件、授業後は3ヵ月で71件と増加し、うち25名が実際に接種したと報告した。美甘ら⁹⁾は、「性交経験」は「HPV ワクチン接種経験」と関連しない、海老原ら¹¹⁾は、「年齢」は「HPV ワクチン接種希望」と関連しないと報告した。

記述統計による接種許容に関連する肯定的あるいは否定的要因を列記する。

「年齢」「職業」については、岩谷らの研究¹⁶⁾で、既接種者3人は30歳代で、そのうち2人は会社員であった。井手らの研究¹⁸⁾では、年齢が低いことが接種許容の肯定的要因と考えられた。

「性交経験がない」については、野口らの研究¹⁵⁾で接種許容の否定的要因であった。

「HPV ワクチンや子宮頸がんの知識」については、3件の研究^{14,15,18)}が調査し、知識があることが肯定的要因と考えられた。

11件の研究^{8,10,13,15,16,19,22)}が「HPV ワクチン接種費用（自己負担額あるいは公費助成額）」について調査し、自己負担額が無料あるいはできるだけ安いことが接種許容の肯定的要因と考えられた。

「HPV ワクチン接種にかかる労力」については、2件の研究が「HPV ワクチン接種の3回接種の労力」について調査し、80%が負担に感じ¹³⁾、38.8%が接種しない理由¹⁹⁾とした。和泉らの研究⁸⁾では接種希望しない理由が「忙しい」、井手らの研究¹⁸⁾では「HPV ワクチン接種に行く時間がない」、野口らの研究¹⁵⁾では「HPV ワクチン接種に行くのが面倒」、木村らの研究¹⁷⁾では「HPV ワクチン初回接種時期は長期休みに多い」と報告した。

「HPV ワクチンの接種実施方法」については、接種実施方法を知らないことが接種許容の否定的要因であり¹⁵⁾、学校や職場での集団接種にすることが肯定的要因と考えられた^{8,12)}。

「HPV ワクチンの接種実施場所」については、接種実施場所を知らないことが接種許容の否定的要因であり^{8,11,14)}、接種実施場所の種類として、公立病院、大学病院、婦人科、内科、小児科、大学保健センター、学校、職場など様々な施設があげられた^{11,12,21,22)}。接種実施施設の種類として、女性医師による接種、接種前の十分な説明、プライバシーが守られる、安心、便利が肯定的要因と考えられた^{8,12,14)}。

「HPV ワクチン接種と自分との関連性」につい

ては、7件の研究^{8,11,14,15,18,21,22)}が調査し、自分と関連のある事柄であると認識することが接種許容とつながっていると考えられた。

「HPV 感染・子宮頸がん罹患の可能性の自覚」については、4件の研究^{14,15,18,19)}が調査し、将来自分がHPVに感染し子宮頸がん罹患するかもしれないと認識することが接種許容とつながっていると考えられた。

「自分がHPV感染した」「自分が婦人科疾患に罹患した」「自分が子宮頸がん検診の再検であった」「家族が(子宮頸)がん罹患した」についても、接種許容とつながっていると考えられた¹⁴⁾。しかし、持病のため接種希望しないという報告⁸⁾もあった。

HPV ワクチン接種の情報源を4件の研究^{10,13,14,17)}が調査し、テレビ、新聞、インターネット、広告、CM、雑誌、ポスター、冊子、イベント、市民公開講座などが報告された。

HPV ワクチン接種の勧誘者を4件の研究^{10,13,14,17)}が調査し、家族(母親、父親)、友人・知人、パートナー、医療関係者(医師)、教育関係者などによるHPV ワクチン接種の推奨が、接種許容と関連していると考えられた。

2件の研究^{11,15)}は、30%前後が周囲で接種した人がいないことを接種しない理由とした。野口らの研究¹⁵⁾では、接種するきっかけがないことも接種しない理由とした。

HPV ワクチンの有効性をよく知らないことを接種しない理由とした研究は、4件^{8,11,16,18)}であった。

HPV ワクチンの安全性への懸念(副反応が心配、よくわからない)については、4件の研究^{8,15,19,21)}が調査し、接種許容の否定的要因と考えられた。対象研究論文の調査実施日が一番新しい研究で2012年6月であり、ワクチンとの関連が示唆される副反応の報道以前の研究のみであったので、今後公表される研究結果では「HPV ワクチンの安全性への懸念」が接種許容に関連する否定的要因の多くを占めることが予想される。

一部の女性は、HPV ワクチン接種することで性経験ありと思われるのが恥ずかしい¹⁵⁾、痛そう¹⁵⁾、注射が嫌い⁸⁾と報告し、接種のイメージが否定的であった。

4. 考察

4.1 HPV ワクチン接種許容関連要因

対象研究論文の統計解析結果から、日本人女性における公費助成対象外接種許容に関連する肯定的要因は、「医療系学生である」「看護学科の学生である」「ワクチン接種知識得点が高い」「子宮頸がん・HPV 感染予防について知っている質問項目数が多い」「子宮頸がん予防講義を実施する」で、関連のなかった要因は「年齢」と「性交経験」であった。

次に、対象研究論文の記述統計結果から、日本人女性における公費助成対象外接種許容に関連する肯定的要因は、「若年層」「HPV ワクチンや子宮頸がんの知識がある」「接種費用が無料あるいは安い」「接種実施方法を明示する」「集団接種にする」「接種実施場所を明示する」「接種実施場所の種類が多い」「接種実施施設的环境がよい」「接種が自分と関連があると自覚する」「自分が HPV 感染や子宮頸がん罹患のリスクがあると自覚する」「自分の HPV 感染・婦人科疾患罹患の経験」「家族のがん罹患」「多様な情報源」「身近な人・医療関係者・教育関係者からの勧誘」「身近な接種者の存在」であった。否定的要因は、「性交経験なし」「3 回接種の労力」「接種に行く労力」「持病がある」「HPV ワクチンの有効性への懸念」「HPV ワクチンの安全性への懸念」「恥ずかしい」「痛そう」「注射が嫌い」であった。

4.2 HPV ワクチン接種許容関連要因から考えられる今後の対策の方向性

「HPV ワクチン接種啓蒙活動」は、「女性間で HPV 関連知識の程度に相違がある」「HPV が自分に関連すると認識していない」「HPV ワクチンの有効性と安全性に懸念を抱いている」に対応して行う必要がある。また、女性の周囲の家族、パートナー、医療関係者、教育関係者などが女性の接種許容決定に影響を与えているので、啓蒙活動の標的をその人たちにも拡大する必要がある。

「接種費用の自己負担額を減らす」戦略にも着手されなければならない。

「接種実施方法・場所を明示する」と、安心して負担なく接種したいという希望があることから「接種しやすい施設環境を整える」必要がある。

HPV ワクチン接種の情報源は多様であったので、「多様な媒体を利用して広報を行う」必要がある。

4.3 日本人女性における HPV ワクチン接種許容に関する今後の研究の方向性

対象研究論文には、研究デザイン、研究セッティング、標本特徴、標本抽出法、分析方法に限界があった。

対象研究論文の標本サイズは 33 人から 1371 人まで（100 人未満 6 件、100 人以上 200 人未満 3 件、200 人以上 500 人未満 3 件、500 人以上 1000 人未満 2 件、1000 人以上 1 件）で、今後の研究としては、対象数をさらに大きくすることで標本誤差を低下させる（信頼性を高める）ことができる。

対象研究論文の一般化可能性（外的妥当性）は、標本抽出（選択バイアス）にも限界があった。すべての研究セッティングは、HPV ワクチン接種を許容する母集団と年齢層に対しては優れた評価を提供するが、大学、事務所、病院・接種施設、保育所、性教育会場という標本抽出は、より大きなコミュニティには一般化できない。特に病院・接種施設は、受療行動、健康状態、医療関係者に対する態度が接種許容状況に影響を与え、一般集団とは異なる。今後の研究としては、結果を一般化するためにできるだけ無作為に標本を抽出する必要がある。

対象研究論文の比較可能性（内的妥当性）も、各々の研究が接種許容を異なる計測方法で評価（測定バイアス）したという点で限界があった。すべての研究が接種許容計測方法において明確な文言を明記しているわけではなかった。その文言がかなりあいまいな研究もあれば、修飾語句を含んだ文言もあった。接種費用に焦点を当てない、接種希望時期を問わないあいまいな質問は、その質問の解釈が回答者間で多種多様になるので、回答者の反応に過度の多様性が生じる。したがって、接種許容計測方法の明確な文言が、研究内において調査対象者の反応を標準化するのにきわめて重要である。接種許容計測方法に使用される修飾語句が、すべての対象研究論文を通して多様性があると、それらの研究間での比較がかなり難しくなる。接種許容を調査する今後の研究としては、接種許容計測方法を明確な文言を用いて質問する必要がある。さらに、1つの質問だけでなく、接種費用や接種にかかる労力、接種希望時期などの修飾文言を用い複数の質問をして接種許容を評価しなければならない。

対象研究論文は、すべて一時点での接種許容とそれに関わる要因を記述統計（5 件は推測統計）

したものであり、因果関係を推論するには不向きであった。今後の研究としては、要因と許容の時間的関係を確実にできる時間差を設けた研究デザインが必要である。対象研究論文の5件の研究^{8,9,11,19,20)}が接種許容の関連要因を統計解析したが、接種許容を調査する今後の量的研究としては、交絡因子（調べようとする因子以外で許容に影響を与える因子）の影響を除く多変量解析が必要である。

対象研究論文はすべて量的研究であったが、今後の研究としては、質的研究が必要である。質的研究は、一般化はしにくい、調査対象者の経験・体験を観察や面接に基づいて探求するので、接種許容を説明するエビデンス（根拠）となる。

さらに、対象研究論文はすべて日本語文献であったので、海外に日本の状況を発信するために英語で記載された研究論文の公表が今後の研究として必要である。

公費助成の対象となっていない若年女性（特に10歳代後半～20歳代前半）においてHPV感染による子宮頸がん罹患者を増加させないためにも、HPVワクチンの安全性の確保は当然のこととして、今後の研究は信頼性・妥当性のさらに高い調査が実施される必要がある。

謝辞

本研究は、科学研究費補助金（基盤研究（C））（研究課題番号：25463640）（代表 今井美和（赤祖父美和））により行った。

利益相反

利益相反なし

引用文献

- 1) Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines - Key points for policy-makers and health professionals. WHO Press, Geneva, 2007.
- 2) 西本寛, 松田智大, 柴田亜希子, 他1名: 全国がん罹患モニタリング集計 2008年罹患数・率報告. 国立がん研究センター がん対策情報センター, 2013.
- 3) がんの統計編集委員会: がんの統計'12. がん研究振興財団, 2012.
- 4) Human papillomavirus vaccines. WHO position paper. Weekly Epidemiological Record (WER), 84 (15), 118-131, 2009.
- 5) 「ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種の

対応について（勧告）」（平成25年6月14日健発0614第1号）: 子宮頸がん予防ワクチン, ヒブワクチン, 小児用肺炎球菌ワクチン, 厚生労働省, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/>, アクセス 2013年7月1日.

- 6) Brewer NT, Fazekas KI: Predictors of HPV vaccine acceptability. 45 (2-3), 107-114, 2007.
- 7) April Young: HPV vaccine acceptance among women in the Asian Pacific: a systematic review of the literature. Asian Pacific J Cancer Prev, 11 (3), 641-649, 2010
- 8) 和泉美枝, 眞鍋えみ子, 吉岡 友香子: 女子大学生の子宮がん検診受診と HPV ワクチン接種行動の関連要因に関する研究. 母性衛生, 54 (1), 120-129, 2013.
- 9) 美甘祥子, 杉山 智春: 女子大学生の子宮頸がん予防に関する調査－性交経験と, 知識, 子宮頸がん予防行動との関連. 近大姫路大学看護学部紀要, (5), 75-83, 2013.
- 10) 森岡依子, 加藤一也, 原輝文, 他1名: AS04 アジュバント添加子宮頸癌予防ワクチン（サーバリックス）の使用成績調査および被接種者アンケートの中間報告. Progress in Medicine, 33 (1), 105-113, 2013.
- 11) 海老原直子, 小牧宏一, 吉田由紀: 子宮頸がん検査および HPV 予防ワクチン接種に対する大学生の意識. 埼玉大紀, 13, 57-65, 2011.
- 12) 河野美江: A 事業所における子宮頸がん予防啓発活動, 島根母性衛生学会誌, 15, 93-98, 2011.
- 13) 石田剛, 郭翔志, 高知聡美, 他8名: 当院における子宮頸癌ワクチンに関する意識調査, 現代産婦人科, (1), 81-85, 2011.
- 14) 田村英子, 前田昌彦, 笠富美子, 他5名: 子宮頸がん予防啓発活動について－ HPV 予防ワクチン接種の実施を通して－, CAMPUS HEALTH, 48 (2), 49-54, 2011.
- 15) 野口真由, 杉浦絹子: 看護系女子大学生がもつ子宮頸がん予防に関する知識と意識の現状, 三重看護学誌, 13, 131-139, 2011.
- 16) 岩谷澄香, 炭原加代, 柳沢奈美, 他2名: 子宮頸がん予防行動に関する研究－保育所の乳幼児の母親および保育所職員対象－, 母性衛生, 52 (4), 500-507, 2012.
- 17) 木村円, 大丸貴子, 渡辺尚, 他5名: 子宮頸がん予防ワクチン接種の実態調査 当科でのアンケート結果から, 栃木母性衛生, (38), 33-35, 2012.
- 18) 井手泉, 岡村睦美, 津田桃子, 他4名: 幼児期の子どもをもつ母親の子宮頸がん予防ワクチンに対する意識調査. バイオメディカル・ファジィ・システム学

- 会年次大会講演論文集, (24), 23-26, 2011.
- 19) 大見広規, 石川弘枝, 高橋奈緒子, 他6名: 大学生のヒトパピローマウイルスと子宮頸がん予防ワクチンについての認知度と態度, CAMPUS HEALTH, 48 (2), 163-168, 2011.
- 20) 安藤明子, 高橋裕子, 沖永明美, 他1名: 学生への子宮頸がん予防教育の成果についての検討, CAMPUS HEALTH, 48 (2), 103-108, 2011.
- 21) 滝川雅也: 教職員に対する子宮頸がん予防ワクチンの意識調査の検討, 現代産婦人科, 58 (2), 239-243, 2009.
- 22) 滝川雅也: 性教育活動への構成的グループカウンターの導入と子宮頸癌予防ワクチンの意識調査, 医学のあゆみ, 232 (4), 274-276, 2010.

Acceptance of Non-Publicly Funded Human Papillomavirus Vaccination among Japanese Women: Directions of Future Measures and Research

Manami MIYATA, Miwa IMAI

Abstract

The objectives of this study were to identify factors related to the acceptance of non-publicly funded human papillomavirus (HPV) vaccination among Japanese women, and to discuss directions of future measures and research. We searched medical literature databases [Japan Medical Abstracts Society (JAMAS) and MEDLINE] for original research on HPV vaccination that was published between January 2006 and June 2013. From among the studies found, only those that were quantitative in nature ($n = 15$) were extracted and systematically reviewed. Our results revealed that the knowledge of HPV, HPV-related conditions, and HPV vaccination greatly varied among the studies from Japan, as did the acceptance of HPV vaccination. These results suggest that the promotion of HPV vaccination should focus on gaps in women's knowledge regarding HPV-related conditions, the lack of perceived susceptibility to HPV-related conditions, and concerns about the effectiveness and safety of HPV vaccines. Furthermore, the target of promotional campaigns should be expanded to include individuals close to the intended female population. Strategies should also be implemented that reduce copayments for HPV vaccination, clearly describe both the methods and the locations of vaccinations, improve the physical environment of vaccination facilities, and utilize various media to inform the public about HPV vaccination. In addition, the safety of the HPV vaccine should also be ensured, and future research demonstrating a very high degree of reliability and validity will be necessary.

Keywords HPV, cervical cancer, HPV vaccination, Japanese women, acceptance

研究報告

石川県立看護大学看護学部卒業生の動向調査

南堀直之^{1§}, 村井嘉子², 中道淳子², 寺井梨恵子²米田昌代², 井上智可², 西村真実子², 木村久恵³川端祥子³, 小田沙矢香⁴

概要

石川県立看護大学看護学部卒業生（2004年3月～2012年3月）729人を対象に、卒業生の動向を把握し、それを通して今後の看護基礎教育と卒業生支援に関する示唆を得ることを目的に質問紙調査を行った。回収数は326人（回収率44.7%）、その内有効回答263人（有効回答率80.7%）であった。95.1%が就業しており、看護師73.0%、保健師14.8%、助産師2.7%であった。就業場所は、主に病院、保健センターであった。卒業後、勤務先を変更した者は1～3期生51.6%、7～9期生は6.6%であった。経験を重ねることで、何らかの職業的志向性の変化が生じていることが推測される。本学で学んでよかったことは、「信頼できる友人に出会えた」「看護実践の土台になる知識技術」などであった。教育内容で満足していることは、「卒業研究ゼミ」「教員と話をする機会」などであった。一方で、もっと受けなかった教育内容は、「注射などの技術教育」「薬に関する知識」などであった。

キーワード 卒業生、看護専門職、離職要因、仕事継続要因

1. はじめに

社会における医療環境は、入院期間の短縮化に伴う入院患者の急性期化・重症化、個人情報保護、医療安全に関する課題、患者の人権の保護等、看護を取り巻く環境も大きな変化を遂げている。その職場環境では、新卒看護師の早期離職防止対策の検討¹⁾、病院看護職員の労働条件の見直し等²⁾、看護専門職として一生の仕事として認識できるような工夫や制度化がなされている。

石川県立看護大学（以下、本学）は2000年4月に開学し、2012年3月までに780人の卒業生を送り出した。9期までの卒業生が、看護専門職としての社会的活動を活発化するためには仕事への定着と継続が重要であり、その経験を土台に看護専門職としての質の変化、社会的活動の拡大が期待できる。卒業生の動向・社会的活動は、大学の特徴を示すものの一つであり教育の成果を示す指標であると考えられる。

本学の教育理念は、人間の生命や生活の質を真に理解できる豊かな人間性ととも、専門職業人としての基盤を備え、保健・医療・福祉の幅広い領域で、県民の健康と福祉の向上に貢献できる看護職及び看護指導者を育成することをねらいとしてきた。教育目標は、①豊かな人間性と倫理観を備えた人材の育成、②看護学に求められる社会的使命を遂行し得る人材の育成、③調整・管理能力を有する人材の育成、④国際社会でも活躍できる人材の育成、⑤将来の看護リーダーの役割を担う人材の育成である。学生達は、これらの教育理念と教育目標のもとに学び、社会へと巣立っている。

本学の卒業生は、現在の看護環境の中でどんな体験をして、どのような課題に遭遇しているのか、また、それをどのように乗り越えて看護専門職として成長しているのだろうか。場合によっては、看護の現場から距離をおいていることも予測される。これまでに巣立った卒業生の状況を把握・理解し、母校への忌憚のない意見を聴くことが本学の教育改善に役立つと考えられる。また、看護専門職への研修企画・立案等に寄与することに繋がる。

本調査研究の目的は、①本学で看護基礎教育を

¹ 石川県立看護大学大学院博士前期課程（石川県立看護大学同窓会副会長） § 責任著者

² 石川県立看護大学

³ 元石川県立看護大学

⁴ 埼玉医科大学看護学部看護学科（石川県立看護大学同窓会会長）

受け、社会で看護専門職として活動する卒業生の動向を把握すること、②本学において受けた教育内容について率直、かつ忌憚のない意見を聞くことを通して、③本学がより質の高い、社会のニーズに合致した看護基礎教育の責任を果たしていくための示唆を得ることである。

2. 研究方法

2.1 研究デザイン

郵送法による無記名質問紙調査

2.2 調査対象・方法

2004～2012年3月までに石川県立看護大学看護学部卒業生全員780人のうち、郵送が可能であった729人である。

郵送法による無記名、選択回答及び一部自由記載による質問紙調査である。

2.3 調査内容

表1

調査項目は、個人属性、就業状況、退職・仕事継続の状況、看護継続教育、卒業後のキャリアアップ、自己研鑽の状況、本学の教育に対する評価、本学の更なる発展のための提案である。質問項目は、2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書¹⁾を参考に、一部今回の調査目的に合致した内容を追加した。

なお、仕事を辞めたいと思った理由及び退職理由、看護継続教育の実際、本学の教育に対する評価、大学発展への提案については、3つまで複数回答とした。

表1 調査項目

区分	内容
個人属性	年齢、性別、出身地、卒業年、編入学生の有無
就業状況	現在の職種、就業年数、就業形態、就業施設 卒業後の勤務先変更の有無
退職・仕事継続の状況	仕事を辞めたいと思った理由、仕事を退職した理由 仕事を継続する支え、5年以上仕事を継続する上での支え
看護継続教育	職場で受けた教育・研修 職場で受けなかった教育・研修
卒業後のキャリアアップ*	卒業後に取得した資格の有無と種類、今後取得したい資格 進学の有無及び動機、進学の成果 キャリアアップ時に受けたい支援
自己研鑽の状況	* 学会所属、研究会発表、自主的な学習活動、専門雑誌購読数 大学で学んでよかったこと
本学の教育評価	大学でもっと学びたかったこと 大学在学中にあったらよかったと思う実習内容 4年間で看護師・保健師統合カリキュラム
本学の更なる発展のための提案	設備や学生支援制度 大学に望むこと、大学生活で印象深く思い起こされること、大学への提案

*は本論文内における報告はない

2.4 調査紙配布・回収

調査紙配布は2012年8月初旬に行い、回収期限は2012年9月末であった。

2.5 分析方法

質問項目に当てはまるものが何かを問うた。卒業後、3年で辞めるとする新人職員が50%を超える報告³⁾を踏まえ、卒業期を3年毎に区分し、1～3期生をA群、4～6期生をB群、7～9期生をC群とした(以下、それぞれをA群、B群、C群とする)。分析には統計ソフトSPSS20 for Windowsを使用し、個人属性、就業状況、卒業後の勤務先変更の有無は、記述統計処理をおこなった。仕事を辞めたい及び退職した理由は、全回答数における各理由の割合について経年的に記述統計処理を行った。また、仕事の支え、看護継続教育、本学の教育評価、発展のための提案について χ^2 検定を行い、有意水準は5%とした。自由記載については、記載内容を熟読しその内容別に整理した。

2.6 倫理的配慮

研究代表者は、本調査研究における質問紙郵送を目的に、石川県立看護大学同窓会さくら会が保有する同窓会個人情報の開示請求を実施した。それを受けて同窓会さくら会は、同窓会会員情報取扱要領第3項に基づき、研究代表者に対して会員情報の開示を行った。

本研究は、石川県立看護大学倫理審査の承認(看大第684号)を得て実施した。調査協力は、対象者の自由意思であり調査を拒否する場合であっても不利益を被らないこと、調査は無記名であり、回答をもって同意を得たことを依頼文に明記した。得られたデータは他の目的には一切使用せず、プライバシーの保護に十分注意し、個人が特定されないよう取り扱った。また、得られた結果は、学術誌、同窓会広報誌及びホームページで公開予定であることも依頼文に明記した。

3. 結果

3.1 回収率及び有効回答率

表2

729人に質問紙を郵送し、326人より返信があり回収率は44.7%であった。そのうち有効回答は263人であり、有効回答率は80.7%であった。

3.2 年齢・性別・出身地

表3・4・5

年齢は、23～25歳38.4%、26～30歳49.0%、31～35歳9.5%、36～40歳2.3%、41～45歳0.4%、46歳以上0.4%であった。性別は、男性6.1%、女性93.9%であった。石川県内出身者は77.9%、県外者は22.1%であった。

表2 回収率および有効回答率

卒業期(年)	A: 送付数		B: 回収数		C: 有効 回答数	B/A: 回収率(%)	C/B: 有効回答率(%)
	数	%	数	%			
1期生(2004)	83		45		35	54.2	77.8
2期生(2005)	82		41		32	50.0	78.0
3期生(2006)	76		40		25	52.6	62.5
4期生(2007)	75		35		22	46.7	62.9
5期生(2008)	79		30		28	38.0	93.3
6期生(2009)	77		32		26	41.6	81.3
7期生(2010)	85		31		26	36.5	83.9
8期生(2011)	88		32		29	36.4	90.6
9期生(2012)	84		40		40	47.6	100.0
合計	729		326		263	44.7	80.7
3年次編入のみ	-		33		24	-	72.7

表3 年齢

年齢	数	%
23~25歳	101	38.4
26~30歳	129	49.0
31~35歳	25	9.5
36~40歳	6	2.3
41~45歳	1	0.4
46歳以上	1	0.4

表4 性別

性別	数	%
男性	16	6.1
女性	247	93.9

表5 出身地

出身地	数	%
石川県内	205	77.9
石川県外	58	22.1

表6 就業職種

職種	数	%
看護師	192	73.0
保健師	39	14.8
助産師	7	2.7
看護教員	6	2.3
養護教諭	6	2.3
進学	4	1.5
その他	6	2.3
就業なし	3	1.1

表7 就業年数

就業年数	数	%
1年未満	46	17.5
2年以上3年未満	54	20.5
3年以上5年未満	53	20.2
5年以上7年未満	50	19.0
7年以上	58	22.1
記載なし	2	0.8

表9 卒業後の勤務先変更の有無

分類	現在の職種														卒業期別						合計			
	看護師		保健師		助産師		看護教員		養護教諭		進学		その他		就業なし		A群(1-3期)		B群(4-6期)			C群(7-9期)		
	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%	数	%		数	%	数
変更あり	36	18.9	20	52.6	4	57.1	6	100	1	16.7	0	0	2	50.0	3	100	47	51.6	19	26.0	6	6.6	72	28.2
変更なし	154	81.1	18	47.4	3	42.9	0	0	5	83.3	1	100	2	50.0	0	0	44	48.4	54	74.0	85	93.4	183	71.8
合計	190	100	38	100	7	100	6	100	6	100	1	100	4	100	3	100	91	100	73	100	91	100	255	100

※勤務変更記載のない8名を除く

3.3 調査時の就業状況

表6・7・8

就業職種は、看護師 73.0%、保健師 14.8%、助産師 2.7%、看護教員 2.3%、養護教諭 2.3%、進学していた者 1.5%、その他 2.3%、就業なし 1.1%であり、看護職での就業率は 95.1%であった。

就業年数は、1年未満 17.5%、2~3年未満 20.5%、3~5年未満 20.2%、5~7年未満 19.0%、7年以上 22.1%であった。就業形態は、常勤者 89.7%であった。

就業施設は、病院 74.5%、保健センター 7.2%、学校保健室 2.7%、看護教育 2.3%、保健所 1.9%等であった。

病院勤務率は、卒業後経験年数が短い者 C 群 82.1%、B 群 73.7%、A 群 67.4%と高く、保健センター勤務は、卒業後経験年数が長い者 A 群 8.7%が最も高く、B 群 7.9%、C 群 5.3%であった。

3.4 退職・仕事継続の状況

表9

(1) 卒業後の勤務先変更の有無

卒業後に勤務先を変更した者は、全体の 28.2%であった。看護教員 100%、助産師 57.1%、保健師 52.6%、看護師 18.9%の順に退職経験の割合が高かった。

勤務変更の割合は、卒業後経験年数が長い者ほど高く A 群 51.6%、B 群 26.0%、C 群 6.6%であった。

表8 就業場所

就業場所	数		A群(1-3期)		B群(4-6期)		C群(7-9期)	
	数	%	数	%	数	%	数	%
病院	196	74.5	62	67.4	56	73.7	78	82.1
医院・診療所	3	1.1	0	0.0	2.0	2.6	1	1.1
保健センター	19	7.2	8	8.7	6	7.9	5	5.3
保健所	5	1.9	2	2.2	0	0.0	3	3.2
看護系教育機関	6	2.3	5	5.4	1	1.3	0	0.0
学校保健室	7	2.7	1	1.1	5	6.6	1	1.1
企業保健室	1	0.4	1	1.1	0	0.0	0	0.0
地域包括支援センター又は在宅介護支援センター	2	0.8	0	0.0	1.0	1.3	1	1.1
福祉施設	3	1.1	3	3.3	0	0.0	0	0.0
その他	12	4.6	5	5.4	4	5.3	3	3.2
記載なし	9	3.4	5	5.4	1	1.3	3	3.2
合計	263	100	92	100	76	100	95	100

(2) 仕事を辞めたいと思った理由・退職した理由 (3つまで複数回答) 表 10・11

辞めたいと思った理由(総数)は、「勤務時間内に終わらない」13.0%、「働くことに疲れた」10.2%、「医療事故の不安」7.9%、「自分の看護が患者のニーズに応じているか自信がない」7.5%が上位であった。

卒業後経過年数で見ると、1年目に辞めたいと思った理由の上位は、「勤務時間内に終わらない」13.2%、「就業前と現実のギャップ」12.9%、「医療事故の不安」10.4%であった。3年目に辞めたいと思った理由は、「勤務時間内に終わらない」13.0%、「自分の看護がニーズに応じているか自信がない」「働くことに疲れた」は共に10.9%で

表 10 仕事を辞めたいと思った理由 (3つまで複数回答)

卒業後経過年数		1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	総数
該当卒業期		1-9期生	1-8期生	1-7期生	1-6期生	1-5期生	1-4期生	1-3期生	1-2期生	1期生	
該当者数(n)		263	223	193	168	142	114	92	67	35	1297
辞めたいと思ったことがある者(人)		126	104	88	66	61	44	39	30	14	572
辞めたいと思ったことがある者(%)		47.9	46.6	45.6	39.3	43.0	38.6	42.4	44.8	40.0	44.1
辞めたいと思った理由	自分のペースで仕事ができない	2.8	3.1	3.3	4.8	1.5	3.4	4.1	3.2	6.7	3.3
	就業前と現実のギャップ	12.9	2.6	1.6	0.6	0.0	0.0	0.0	3.2	3.3	4.2
	医療事故の不安	10.4	11.0	8.2	8.5	5.2	1.1	1.4	4.8	6.7	7.9
	勤務時間内に終わらない	13.2	17.6	13.0	11.5	11.1	12.4	12.2	6.3	10.0	13.0
	職場の雰囲気になじめない	9.4	4.0	3.3	5.5	5.2	5.6	1.4	4.8	10.0	5.7
	ヒヤリハットレポートを書いた	3.1	4.4	1.1	1.2	1.5	1.1	0.0	0.0	0.0	2.1
	看護職に不向き	6.9	6.6	9.8	4.2	4.4	2.2	4.1	1.6	0.0	5.8
	自分の看護がニーズに応じているか自信がない	7.2	7.0	10.9	6.7	6.7	5.6	8.1	9.5	3.3	7.5
	課題等で休日に休めない	5.0	5.7	6.5	6.7	8.1	9.0	5.4	3.2	3.3	6.1
	仕事の優先順位がわからない	3.8	2.6	1.6	1.2	0.7	2.2	2.7	3.2	3.3	2.4
	看護の基本が身に付いていない	4.7	2.2	1.6	1.2	0.0	0.0	0.0	1.6	0.0	2.0
	配属部署の知識技術不足	6.9	7.0	6.5	6.1	5.9	5.6	5.4	6.3	3.3	6.4
	働くことに疲れた	4.1	8.8	10.9	12.7	14.8	19.1	18.2	6.3	13.3	10.2
	結婚	0.0	0.0	1.1	0.6	5.2	1.1	4.1	1.6	3.3	1.2
	出産・育児	0.0	0.0	0.5	1.8	1.5	1.1	2.7	3.2	0.0	0.9
	経験の視野を広げたい	0.0	2.2	3.8	5.5	5.9	6.7	6.8	7.9	6.7	3.7
	出身地に帰った(帰ろうと思う)	1.3	3.1	1.1	1.8	0.7	2.2	1.4	4.8	3.3	1.9
	家族の都合により転居	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
	他にしたい仕事がある	0.6	2.6	3.3	3.0	3.0	5.6	4.1	6.3	6.7	2.9
	体調を崩した	0.3	0.9	1.6	1.8	3.7	4.5	2.7	3.2	3.3	1.8
	職場の人間関係が悪かった	4.7	5.3	4.3	6.7	8.1	7.9	8.1	9.5	6.7	6.1
	進学	0.0	0.0	1.1	0.6	2.2	0.0	2.7	1.6	3.3	0.8
	その他	2.2	3.1	4.9	7.3	4.4	3.4	6.8	7.9	3.3	4.3

(%)

表 11 仕事を退職した理由 (3つまで複数回答)

就職後経過年数		1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目	総数
該当卒業期		1-9期生	1-8期生	1-7期生	1-6期生	1-5期生	1-4期生	1-3期生	1-2期生	1期生	
該当者数(n)		263	223	193	168	142	114	92	67	35	1297
退職者数(人)		13	12	23	21	21	8	10	9	3	120
退職者割合(%)		4.9	5.4	11.9	12.5	14.8	7.0	10.9	13.4	8.6	9.3
退職理由	自分のペースで仕事ができない	0.0	0.0	0.0	2.8	3.6	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
	就業前と現実のギャップ	12.5	4.2	0.0	2.8	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	3.2
	医療事故の不安	0.0	4.2	2.7	5.6	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	2.6
	勤務時間内に終わらない	12.5	12.5	5.4	8.3	3.6	0.0	0.0	13.3	0.0	7.4
	職場の雰囲気になじめない	4.2	4.2	0.0	5.6	3.6	9.1	10.0	0.0	0.0	3.7
	ヒヤリハットレポートを書いた	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	看護職に不向き	4.2	0.0	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1
	自分の看護がニーズに応じているか自信がない	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	課題等で休日に休めない	0.0	8.3	2.7	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	2.1
	仕事の優先順位がわからない	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	看護の基本が身に付いていない	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	配属部署の知識技術不足	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	働くことに疲れた	0.0	0.0	5.4	2.8	3.6	9.1	10.0	6.7	20.0	4.2
	結婚	4.2	8.3	5.4	19.4	0.0	18.2	10.0	13.3	20.0	9.5
	出産・育児	4.2	4.2	5.4	8.3	7.1	9.1	20.0	13.3	0.0	7.4
	経験の視野を広げたい	4.2	4.2	18.8	8.3	21.4	9.1	10.0	0.0	20.0	11.1
	出身地に帰った(帰ろうと思う)	4.2	8.3	8.1	11.1	10.7	9.1	0.0	6.7	20.0	8.4
	家族の都合により転居	0.0	8.3	5.4	2.8	7.1	9.1	10.0	6.7	0.0	5.3
	他にしたい仕事がある	8.3	12.5	13.5	2.8	7.1	9.1	10.0	0.0	20.0	8.4
	体調を崩した	12.5	4.2	5.4	5.6	3.6	9.1	0.0	6.7	0.0	5.8
	職場の人間関係が悪かった	4.2	4.2	5.4	2.8	7.1	0.0	10.0	6.7	0.0	4.7
	進学	8.3	4.2	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1
	その他	16.7	8.3	13.5	11.1	17.9	0.0	10.0	13.3	0.0	12.1

(%)

あった。4～7年目の理由は「働くことに疲れた」が最も上位であった。

また、1年目に辞めたいと思った者は全体の47.9%であり、4年目までにその割合は39.3%と低下するが、5年目に43.0%と上昇していた。

退職した者の理由の最多（総数）は、「経験の視野を広げたい」11.1%、「結婚」9.5%、「他にしたい仕事がある」「出身地へ帰った（帰ろうと思う）」が共に8.4%、「出産・育児」7.4%であった。

1～2年目に退職した理由は、「勤務時間内に終わらない」「就業前と現実のギャップ」「体調を崩した」「他にしたい仕事がある」がそれぞれ12.5%であった。3～5年目に退職した理由の上位は、「経験の視野を広げたい」「他にしたい仕事がある」「出身地へ帰った（帰ろうと思う）」「勤務時間内に仕事が終わらない」「結婚」「出産・育児」であった。

経年の退職率は、1年目4.9%、2～5年目では5.4%、11.9%、12.5%、14.8%と3年目以降は急上昇していた。

(3) 仕事を継続する上で支えになったこと（3つまで複数回答）
 「同じ部署の同期の仲間との励まし合い」62.6%、「家族や友人の励まし」40.4%、「趣味などでリフレッシュ」32.0%

「リフレッシュ」32.0%が上位であった。次いで、「患者・家族・住民からの感謝」29.8%、「違う部署の同僚との励まし合い」24.1%、「自分のケアが上司・先輩から認められた」22.7%であった。

卒業期3区分比較では、「違う部署の同僚との励まし合い」は、卒業後経験年数の短いC群の割合が最も高かった(p<0.001)。また、「患者・家族・住民からの感謝」は、卒業後経験年数の長いA群の割合が最も高かった(p<0.01)。

(4) 仕事を5年以上継続する上で支えになったこと（3つまで複数回答）

通算経験5年以上仕事を継続できた理由について聞いた。「5年目以降の役割遂行に対する肯定的評価」61.2%、「5年目以降の役割遂行に対する不足を補う具体的示唆」44.7%、「専門性を高めるための領域・学習方法等の情報提供」42.3%、「役に立つ（重要）と思われる研修会への参加の促し」40.4%が上位であった。

その他の自由記載には、自分がやるべき仕事ができる職場環境であった、患者さんからの肯定的評価を受けた、先輩が家庭と仕事を両立させてイキイキとしていた、職場の人間関係が良かったがあった。

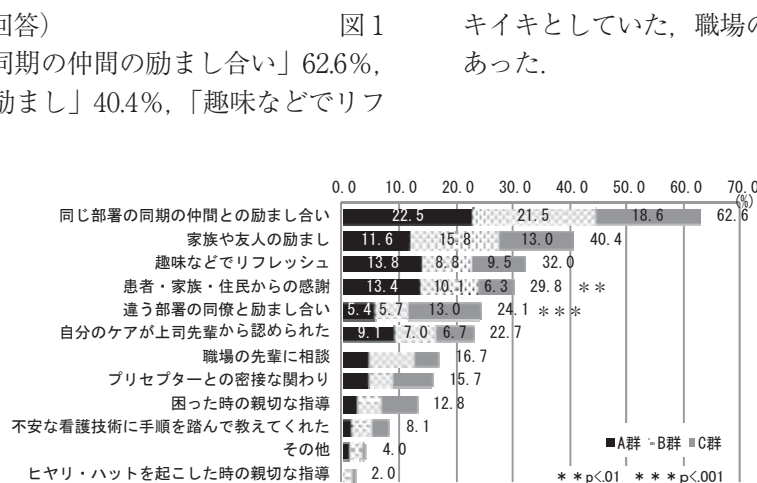


図1 仕事を継続する上で支えになったこと（複数回答）

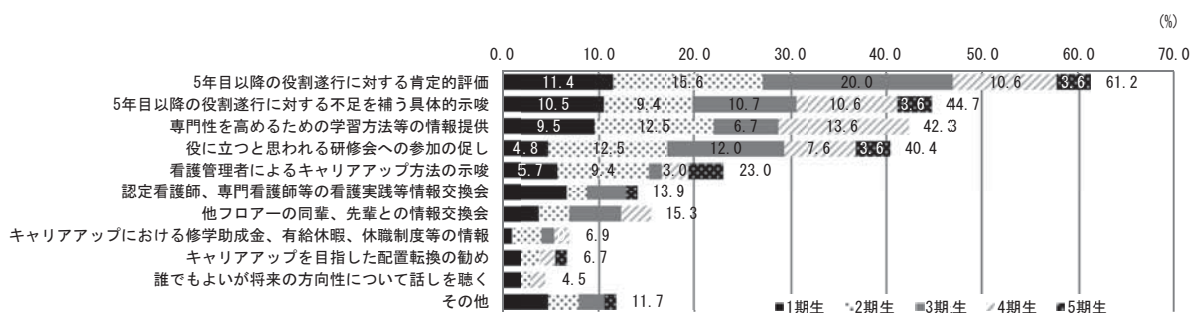


図2 5年以上仕事を継続する上での支え（複数回答）

3.5 看護継続教育の実際 図3・4

(3つまで複数回答)

入職1年目に職場で受けた教育・研修は、「注射など医療行為の実技教育」70.5%、「配属先に特徴的な知識や技術」56.2%、「医療安全」31.4%、「急変時の緊急処置」29.9%が上位であった。

入職1年目に職場で受けたかった教育・研修は、「配属先に特徴的な知識や技術」30.0%、「急変時の緊急処置」27.6%、「薬剤に関する教育」19.4%が上位であった。

卒業期3区分比較では、卒業後経験年数が長いA群が「医療安全」教育・研修へのニーズが最も高かった ($p < 0.05$)。

3.6 石川県立看護大学で受けた教育に対する評価 (3つまで複数回答)

(1) 大学で学んで良かったこと・満足している教育内容・もっと受けたかった教育内容・あったら良かったと思う実習 図5~8

良かった点は、「信頼できる友人に出会えた」74.9%、「看護実践の土台となる知識技術を得た」41.7%、「生活背景を視野に入れた看護の基礎」21.3%と評価している。

卒業期3区分比較では、どの項目においても有意な差は見られなかった。

満足している教育内容は、「4年次の卒業研究ゼミ」30.7%、「大学での経験全般」27.6%、「教員と話しをする機会」26.6%、「大学の中での学生同士の一体感」25.8%が上位を占めた。

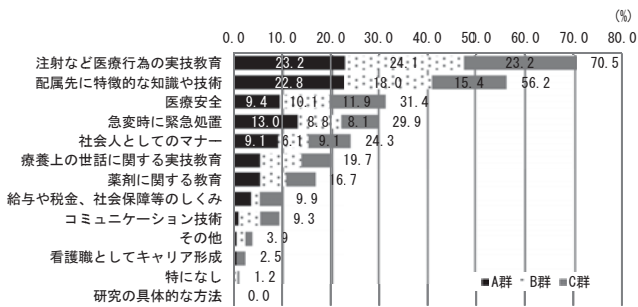


図3 入職1年目に職場で受けた教育・研修 (複数回答)

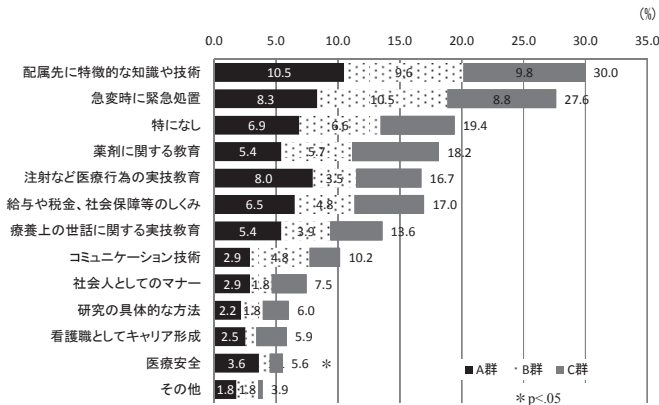


図4 入職1年目に職場で受けたかった教育・研修 (複数回答)

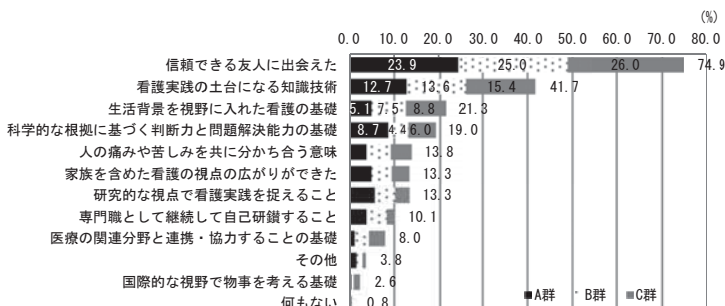


図5 大学で学んでよかったこと (複数回答)

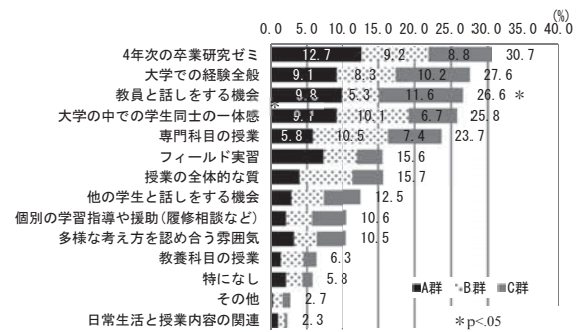


図6 満足している教育内容 (複数回答)

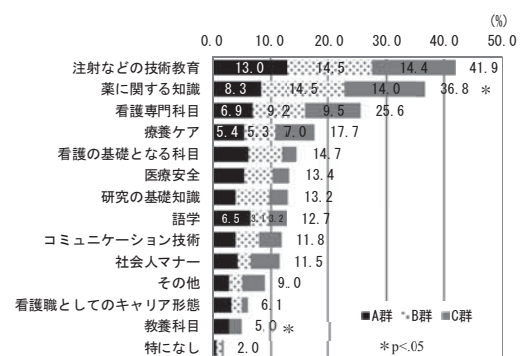


図7 もっと受けたかった教育内容 (複数回答)

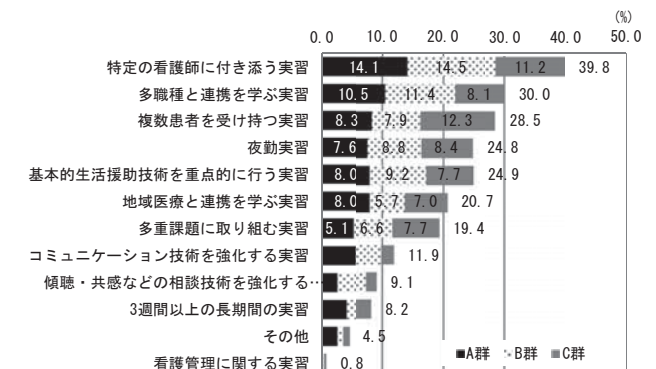


図8 あったら良かったと思う実習 (複数回答)

卒業期3区分別比較では、卒業後経験年数が短いC群が「教員と話しをする機会」において最も高かった ($p < 0.05$)。

もっと受けたかった教育は、「注射などの実技教育」41.9%、「薬に関する知識」36.8%、「看護専門科目」25.6%が上位であった。

卒業期3区分比較では、卒業後経験年数の短いC群が「薬に関する知識」を希望し、卒業後経験年数の長いA群が「文学・宗教学・倫理学などの教養科目」の希望が高かった ($p < 0.05$)。

あったら良かったと思う実習は、「特定の看護師に付き添う実習」39.8%、「多職種と連携を学ぶ実習」30.0%、「複数患者を受け持つ実習」28.5%が上位を占めた。

卒業期3区分比較では、どの項目においても有意な差はなかった。

(2) 看護師・保健師統合カリキュラムについて

図9

看護基礎教育4年間で看護師・保健師統合カリキュラムを受けることについて、各群とも8割以上の者が現状でよいとしていた。

看護師として仕事をする上で重要と思われた保健師養成に関連した学習項目(3つまで複数回答)

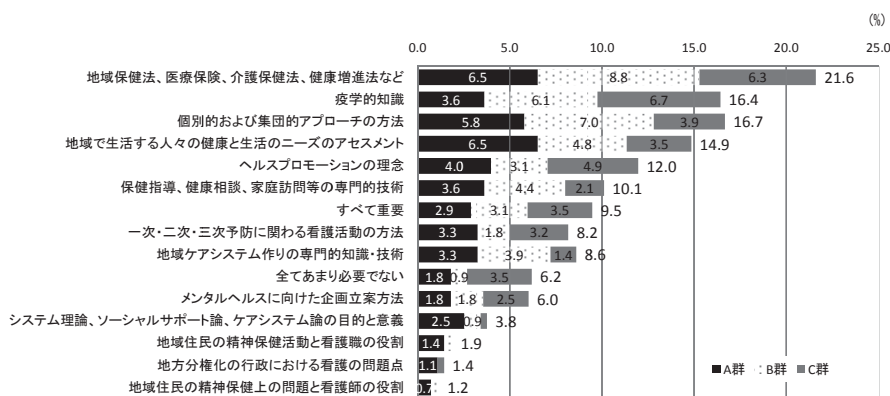


図9 看護師として仕事をする上で保健師養成カリキュラム内容において重要だと思われた学習項目(複数回答)

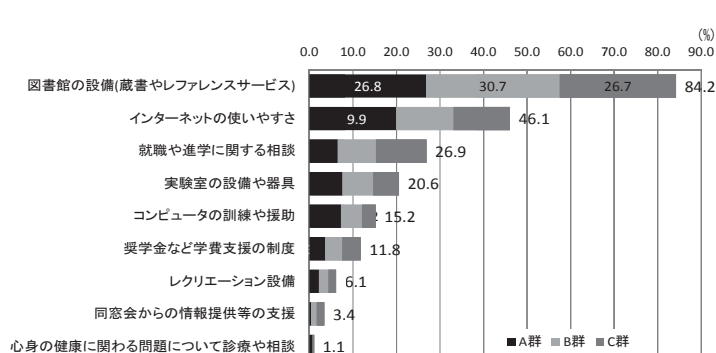


図10 設備や学生支援制度に満足だった項目(複数回答)

は、「地域保健法、医療保険、介護保険、健康増進法など」21.6%、「個別的及び集団的アプローチの方法」16.7%、「疫学的知識」16.4%、「地域で生活する人々の健康生活と生活ニーズのアセスメント」14.9%が上位であった。

卒業期3区分比較では、どの項目においても有意な差はなかった。

3.7 大学の更なる発展への提案

(3つまで複数回答) 図10・11

設備や学生支援制度に満足していた点は、「図書館の設備(蔵書やレファレンスサービス)」84.2%、「インターネットの使いやすさ」46.1%、「就職や進学の相談」26.9%が上位であった。

大学へ望むことは、「看護継続教育プログラムを構築し活用できるようにして欲しい」25.1%、「大学と就職先(病院施設)の連携を希望する」23.8%、「卒業生の状況・近況を知りたい」21.8%、「看護教育に関わる最新情報を配信して欲しい」12.9%が上位であった。

卒業期3区分比較では、卒業後経験年数が長いA群は、「看護継続教育プログラムを構築し活用できるようにして欲しい」、「看護教育に関わる最新情報を配信して欲しい」の2項目、卒業後経験

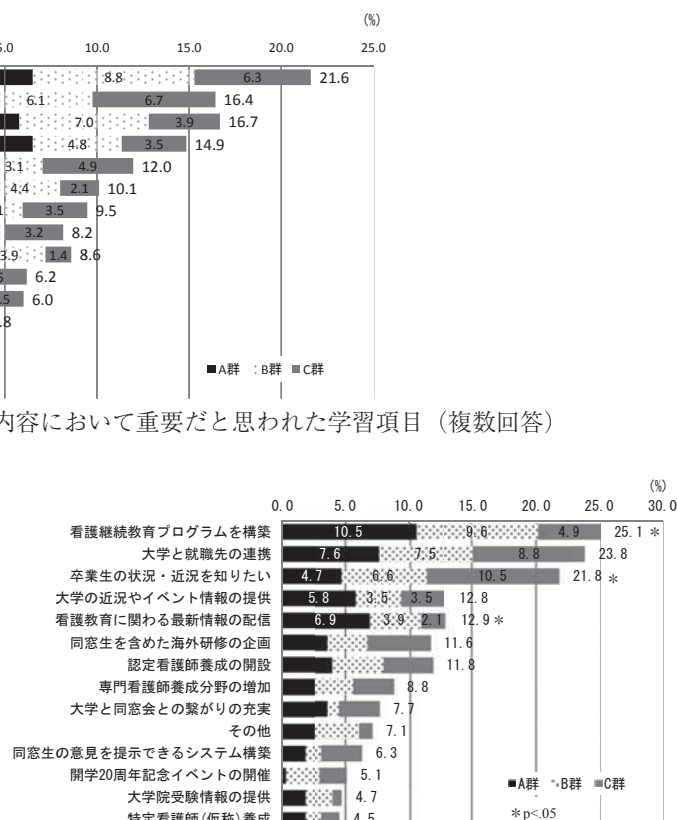


図11 これからの石川県立看護大学に望むこと(複数回答)

年数が短いC群は、「卒業生の近況を知りたい」のニーズが高かった ($p < 0.05$).

大学生活で印象深く思い起こされること(自由記載)では、フィールド実習で行きたい所へ出かけたこと、領域別実習の達成感、演習室での技術演習、地域との交流、卒業研究への取り組み、教師と学生間との一体感、アメリカ看護研修等であった。

大学への提案(自由記載)では、知識や技術の修得や社会人としてのマナーの強化、たくましさや備えた看護職の養成など多岐に及ぶ教育内容であった。また、視野を広げるために県外・県内の卒業生の交流、就職先との連携、スキルアップのための最新情報の提供などの看護継続教育に関わる研修の充実等であった。

4. 考察

4.1 看護専門職としての仕事の継続性

(1) 仕事の継続を困難にした要因について

仕事を辞めたいと思う上位の理由は、「勤務時間内に終わらない」「働くことに疲れた」「医療事故の不安」「課題等で休日に休めない」といった看護職継続の疲労感と不安があった。また、「自分の看護が患者のニーズに応えられているか自信がない」「配属部署の知識技術不足」「看護職に不向き」といった看護職として自信の低下、「職場の雰囲気になじめない」「職場の人間関係が悪かった」といった職場環境の課題の3つの要因が考えられる。

卒業後1年目に仕事を辞めたいと思う理由の上位は、「勤務時間内に終わらない」「就業前と現実のギャップ」「医療事故の不安」といった臨床現場での疲労と不信・不安があった。学生時代の未経験の技術の実施に対する不安、業務内容や時間の配分をうまく行えない体験、またこれまでに自覚したことの少ないような不甲斐ない自分に向き合わざるを得ないことにも起因すると考えられる。「医療事故の不安」「ヒヤリ・ハットレポートを書いた」という医療事故の不安もしくは経験は、自分がインシデントを起こしてしまったことより、その怖さと影響の大きさを認識することで、人間の生命を預かることの重大さと怖さを実感し、危機意識を募らせる可能性がある。今後、努力義務化されている新人看護職員卒後臨床研修⁴⁾の整備促進により、医療安全の確保と早期離職の防止に至っているのか継続的な調査を行っていく必要がある。

仕事を辞めたいと思う割合は、経験を重ねる過程で減少しつつも3年目までは45%を超え、「勤務時間内に終わらない」ことは辞めたいと思う理由の上位である。その状況に追随するかのようになり4年目以降の辞めたいと思う理由に「働くことに疲れた」が上位となって変化し、卒業後に実感した具体的な課題が解消されぬまま仕事への意欲を低下させていると考えられる。5年目以降では、「働くことに疲れた」状況の上に「勤務時間内に終わらない」「課題等で休日が休めない」等、個人の生活時間の確保が難しいことは、仕事の延長が続き、現場での緊張や不安を癒す時間が取れない状況が蓄積する過程で心身ともに消耗すると考えられる。また、経験の蓄積により自立した実践活動が認められる一方で、組織の一員として役割業務、後輩教育、その合間の時間を活用して取り組む研究活動等、精神的・身体的な負担となっていると考えられる。4年目に辞めたいと思う割合が若干低下したにも関わらず、5年目にその割合が再度上昇する原因となっていると推測される。

1年目の退職理由は、「就業前と現実のギャップ」「勤務時間内に終わらない」「体調を崩した」が上位であり、2009年及び2011年の実態調査⁵⁾²⁾による長期休暇や退職の要因となりうる結果と一致する。1及び3年目の退職率は、その調査(1年目8.1%、2年目12.8%)と比較すると、本調査では低い結果であったがその間に上昇している。また、本調査において5年目の退職率は14.8%と高く、先の調査12.6%²⁾を上回る結果になっている。3年目以降の退職理由は、ライフイベントである「結婚」「出産・育児」を上回る「経験の視野を広げたい」「他にしたい仕事がある」「出身地に帰った(帰ろうと思う)」といった理由が増加傾向にあることに注目する。彼らは、どのようにして経験の視野を広めているのだろうか、他にしたい仕事とは何か、これまでの仕事とどのように関連し、あるいは全く関連のない分野で活躍しているのか興味深いことである。また、出身地へ帰ろうと考えた背景にどのようなことがあり、地元に戻ってどのような活動をしているのかについても、今回の調査において明らかにしたい。

5年以上の経験をもつ中堅看護師の存在は、その職場における看護の質を左右し、看護師の育成や職場の環境づくりに影響を及ぼす存在と言われる⁶⁾⁷⁾。一方で、専門職としての自立性の低下、状況判断し変化に対する能力の低下が指摘されている⁸⁾⁹⁾。一定の職場において5年以上の経験を

積み重ねことは、仕事の熟達ばかりでなく仕事への慣れが生じることが考えられ、それは仕事に対する魅力を低下させることに繋がる。

(2) 仕事の継続を支えた要因について

仕事の継続においては、「同じ部署の同期の仲間同士の励まし合い」「家族や友人、患者とその家族、住民からの感謝」など、人との関わり・看護の対象が仕事上のストレスを解消し前向きに仕事に取り組む糧になっていた。特に、卒業後経験年数の短い者は、より身近な仲間を支えとし、卒業後経験年数の長い者は、自身の看護実践の理解やそれを評価した人々から反応が、仕事の遣り甲斐として仕事の継続を支えたと推察できる。本調査では、「職場の先輩に相談」「プリセプターとの密接なかかわり」「困ったときの親切な指導」は、仕事継続の支えとしてはそれほど高くなかった。先輩、プリセプターの存在が離職を防ぐように働いた報告¹⁰⁾がある一方で、新人看護師が実践能力の不足や失敗の経験をリアリティショックとして感じていることを支援しきれていない先輩・スタッフ看護師が存在している報告¹¹⁾もある。本調査では、新卒看護師と先輩・プリセプターが捉えるサポートに対する認識の違いは明らかではなかった。看護体制が7対1になっても、臨床現場は決してゆとりがあるとは言えない状況である。しかし、看護師にとって仕事上の辛い体験にも重要な意味があることを実感している。新人看護師と中堅看護師が様々な状況を共有し合い、今後の看護実践に生かすために検討していくこと¹²⁾は、新人看護師に対して看護の本質や喜び、醍醐味を伝え専門職としての遣り甲斐を奮起させる関わりとしても重要と考えられる。

通算5年以上仕事を継続する上での支えは、「5年目以降の役割遂行に対する肯定的評価」「役立つと思われる研修会への参加の促し」「5年目以降の役割遂行に対する不足を補う具体的示唆」が上位であった。例え、一時的に仕事を中断したとしても、仕事の蓄積に対する肯定的評価を受けることは、自身の仕事が認められていることを実感として受け取り、それが仕事の遣り甲斐に繋がり仕事を継続できたと推測される。また、研修会に参加する等の新たな刺激を受けることは、今後の自身の方向性を考えていくきっかけとなると考えられる。

以上より、本学卒業生の仕事への定着と継続の

観点より検討すれば、仕事を辞めたいと思う要因は2009年看護職員実態調査⁵⁾での職場で抱える悩み・不満の上位に位置づけられた内容と一致する。また、退職率が変化する3年目以降を目途に臨床現場では、新たな役割を提示しそれを達成することを見守り、更にキャリアアップを目指すことができるように支援していく必要が示唆された。

4.2 石川県立看護大学における教育を振り返って評価する

(1) 大学で学んだことの肯定的側面について

「信頼できる友人に出会えた」と74.9%が回答している。信頼できる友人は、生涯においてその人生を豊かにし、支えとなり、また専門職業人として社会で活躍する上でも大きな資源・人的財産となる。また、「看護実践の土台となる知識技術」「生活背景を視野に入れた看護の基礎」が上位であったことは、本学で看護専門職としての基本的力量を身につけることができたことと捉えることができる。

教育内容に満足している項目においては、「4年次の卒業研究ゼミ」「教員と話しをする機会」が上位であった。卒業研究ゼミは、授業科目の中で最も時間数が多く4年次前期から後期において、学生と教員が濃厚・綿密に関わることで看護学を学ぶ集大成としている。また、平素から教師と語る機会が多いことは、生命と生活を支援する看護専門職業人の育成に影響を与えることに繋がり、これらが卒業後に満足している事として上位に位置づけられたことは、教育の成果として評価できる。

開学以来、本学では看護師と保健師の統合カリキュラムを編成している。今回の調査では殆どの者が4年間に於いて看護師及び保健師教育を受けたことを肯定的に捉えている。看護師として仕事を行う過程において、保健師養成関連科目における「地域保健法、医療保険、介護保険法、健康増進法」「地域で生活する人々と生活のニーズのアセスメント」「個別的及び集団的アプローチの方法」等を学んだことを重要として捉えている。開学以降、地域社会の人々や環境・社会との関わりを大切に考える教育カリキュラムが現在の社会情勢にフィットしており、その学びが活用されていることが伺える。

(2) 大学で不足していた学びと教育について

大学でもっと受けたかった教育内容として、「注射などの技術教育」「薬に関する知識」が上位であった。この結果は、職場で受けたかった教育・研修内容の上位にランクする項目であり、確実な技術の修得と変化の速い治療薬・医薬品の開発に伴う知識の必要性を実感することであり、看護基礎教育におけるこれらの強化を求めている、あるいは自らが学んでおくべき項目として振り返った結果と考えられる。また、卒業後経験年数が長い者は、「文学・宗教学・倫理学などの教養科目」の教育ニーズが高かったことは、看護経験を積み重ね人間と対峙する過程においてその必要性や学ぶ意味を実感するに至ったのではないかと考えられる。「看護専門科目」「療養ケア」のニーズも高く、職場で受けたかった教育・研修内容にある「配属先に特徴的な知識や技術」が上位にあることと関連・類似すると考えられる。この結果は先の調査¹⁾と一致しており、その背景には臨床現場の状況の変化とそのスピードが顕著であること、エビデンスに基づいた看護実践が要求されていることには他ならない。従って、看護基礎教育において教授すべき事柄を厳選し、看護学を志向するために卒業後に自学し続けることに結びつく学習のあり方、教育方法の工夫が必要と考えられる。また、「研究の基礎」に対する教育のニーズは、看護現場における課題を認識し、課題の追求とその対策等、研究的な取り組みを試行錯誤する中で研究的基礎の重要性を感じている結果と思われる。

希望する実習内容として、「特定の看護師に付き添う実習」「複数患者を受け持つ実習」「多職種と連携を学ぶ実習」「夜勤実習」「地域医療と連携を学ぶ実習」等が上位を示した。これらの内容は、2008（平成20）年度以降の保健師助産師看護師学校養成指定規則変更¹³⁾に伴い新規教育内容として統合分野が設置されている。今後、この学びの成果について追跡調査が重要と考えられる。

4.3 大学へ期待することについて

大学へ望むことには、「看護継続教育プログラムを構築し活用できるようにしてほしい」「大学と就職先の連携を希望する」「卒業生の状況・近況を知りたい」「看護教育に関わる最新情報を配信してほしい」などが上位であった。これは学術の発信の基盤となる大学との繋がりを維持しながら、卒業生が看護専門職としての探求・発展を推進することにほかならない。つまり、日々の学生との教育的な関わりを重視することはもとより、

社会情勢と人々の健康生活に関わるニーズや期待を感知しながら、看護専門職に対する生涯学習について看護基礎教育を超え、医療・保健関連施設等と連携を図りながら組織的・循環的な教育システム構築を期待することである。

大学時代に出合った信頼できる仲間との交流を絶やすことなく、同窓生間での近況を共有し、互いに刺激し合い切磋琢磨できることが貴重な経験になるであろう。更に、これから将来の看護専門職を継続するエネルギーとなると確信している。これまで以上に大学と同窓会が連携する過程において、大学の発展へ尽力し同窓会活動の充実を図っていきたいと考える。

5. 本研究の課題と限界

本調査に協力を得た者の8割以上が30歳までの女性であり、これからはライフコースにおいて仕事と結婚・出産・育児との両立が本格的課題となって直面する時期であり、これは今後の仕事に影響を与える可能性がある。

卒業生の全国的な散らばりを見ることは出来なかった。また、県外へ就職した者がどのような経験を蓄積して、地元に戻っているかを把握するには至らなかった。今後、経験を蓄積しながら看護職としてユニークな活動、リーダーシップを発揮しているか等、社会的活動の実態をみることで大学の特徴、教育の成果を示す指標ともなると考える。

設問によって3つまで複数回答にしたことは、結果において影響を与えた可能性も考えられる。

本稿における報告は、紙面の都合上、今回実施した調査研究における全体の一部であった。看護師・保健師・助産師等の職種別比較、卒業後の自己研鑽の状況等は次稿に報告予定である。

6. 結論

石川県立看護大学開学以降、卒業生の動向を明らかにすると共に、本学の教育活動に対する意見や期待を知ること、今後の教育の示唆を得ると考え調査を行い以下の結論を得た。

(1) 卒業生の就業率は、95.1%であった。就業者の職種は、看護師73.0%、保健師14.8%、助産師2.7%、看護教員2.3%、養護教諭2.3%であった。

(2) 卒業後の勤務先変更の割合は、A群（1～3期生）51.6%、B群（4～6期生）26.0%、C群（7～9期生）6.6%であり、卒業後経験年数の長かつ

た者が高かった。

(3) 仕事を辞めたいと思った理由は、「勤務時間内に終わらない」「働くことに疲れた」「医療事故の不安」が上位であった。

(4) 退職した理由は、「経験の視野を広げたい」「結婚」「出身地に帰った(帰ろうと思った)」「他にしたい仕事がある」が上位であった。卒業後1年目の退職率4.9%, 3~5年目11.9%, 12.5%, 14.8%であった。3年目以降、看護実践の中で自己成長を実感できる教育内容の充実と支援が必要であることが示唆された。

(5) 本学で学んで良かったことは、「信頼できる友人に出会えた」「看護実践の土台となる知識技術を得た」が上位であり、「4年次の卒業研究ゼミ」「大学での経験全般」に対して満足していた。

一方で、「注射などの実技教育」「薬に関する知識」に関する教育のニーズがあった。

(6) 大学に期待する意見が寄せられた。その内容は卒業生が自主的に、専門的能力を高めていくための課題であると共に、本学が組織的に発展していくために整えていく必要のある課題であった。

継続的な卒業生の動向・動態追跡は、教育効果を知る手段の一つであり意義あることと考える。本調査による示唆を今後の教育・研究活動に反映され、大学が発展することを祈念いたします。

謝辞

本調査にご協力いただきました石川県立看護大学同窓会さくら会役員の皆様、並びに卒業生の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は、平成24年度石川県立看護大学内共同研究費の研究助成を受けて実施したものです。

利益相反状態の開示

利益相反なし。

引用文献

- 1) 日本看護協会中央ナースセンター事業部：2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書, 30, 2006.
- 2) 日本看護協会広報部：2011年病院看護師実態調査, 1-14, 2012.
- 3) 禿小恵子：大都市のA大学病院に勤務する20歳代看護師の就職・離職に関する実態調査, 東京医科大学看護研究集録 27, 106-108, 2007.

4) 厚生労働省：新人看護職員研修に関する検討会報告書, 1-2, 平成23年.

5) 日本看護協会広報部：2009年看護職員実態調査, 1-10, 2010.

6) 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.

7) 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.

8) 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.

9) 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.

10) 松下由美子, 柴田久美子：新卒看護師の早期退職に関わる要因の検討 - 職業選択動機と入職半年後の環境要因を中心に, 山梨県立看護大学紀要, 6, 65-71, 2004.

11) 宮澤朋子, 松本じゅん子：新卒看護師の精神的未熟さ・弱さに対するスタッフ看護師および新卒看護師自身の認識, 長野県看護大学紀要, 10, 69-78, 2008.

12) 瀬川雅紀子, 種田ゆかり, 後藤姉奈, 他：新卒看護師の職業継続意識に影響を与えた体験, 日本看護管理学会誌 13 (2), 41-49, 2009.

13) 保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令, 文部科学省令・厚生労働省令第1号, 平成20年1月8日.

A Survey on Career Progress of Nursing Graduates from Ishikawa Prefectural Nursing University during 2004-2012

Naoyuki MINAMIBORI, Yoshiko MURAI, Junko NAKAMICHI,
Rieko TERAJ, Masayo YONEDA, Chika INOUE,
Mamiko NISHIMURA, Hisae KIMURA, Sachiko KAWABATA,
Sayaka ODA

Abstract

Between March 2004 and March 2012, a questionnaire was distributed to 729 graduates of Ishikawa Prefectural Nursing University Faculty of Nursing. The questionnaire was designed to elucidate the career progress of graduates, thereby obtaining insights related to future basic nursing education and support for graduates. A total of 326 responses were received (effective responses, 263 effective response rate, 80.7%). Among these respondents, 95.1% were employed, with 73.0% working as nurses, 14.8% working as public health nurses, and 2.7% working as midwives. Most worked in hospitals or health centers.

After graduation, 51.6% of the respondents from the 1st to 3rd graduating classes had changed their place of work, whereas only 6.6% of the respondents from 7th to 9th graduating classes did the same. Based on these results, it seems reasonable to assume that some type of change in professional orientation occurs as the nurses gain experience.

Positive aspects of the education received at university included "being able to meet friends who could be trusted" and "knowledge and skills that form the basis of nursing practice", whereas the educational content that the respondents were satisfied with included "graduation seminar" and "opportunities to talk with lecturers".

In contrast, educational content that the respondents wanted to receive in greater depth or detail included "skills education on injections etc." and "knowledge about medicines". This content would be necessary to successfully accomplish work in the nursing profession.

Keywords graduate, nursing profession, resignation factors, work continuation factors

研究報告

サポートブックを用いた乳がん患者とその子どもへの支援の検討
—子どもの記述を手がかりに—高山清敏^{1,2}, 牧野智恵^{1,8}, 松本友梨子³, 加藤亜妃子⁴野口絵理奈^{1,2}, 我妻孝則⁵, 北本福美⁵

概要

本研究の目的は、乳がん患者とその子どもによるサポートブック作成プロセスにおける、子どもの記述内容及び対話内容の特徴を明らかにし、サポートブック作成の効果を考察することである。研究対象は、乳がん患者とその子どもを支援するプログラムである『おやこのたのしいじかん』に参加した5組の親子の作成したサポートブックのうち、5人の子ども（4歳児2名と7歳児3名の子ども）の記述と作成プロセスにおける会話内容である。

データを質的帰納的に分析した結果、記述内容の特徴として【親への思いやりの気持ち】【日常の親の姿】【子どもにとって心に残る出来事】の3つのカテゴリー、会話内容の特徴として《子どもの発達段階に応じた回答手段の特徴》《子どもなりに楽しんでいる様子》《親子で対話を楽しむ》などの6つのカテゴリーが抽出された。

親子でサポートブックを作成することによって、子どもから母親への素直なメッセージや、子どもの発達段階に応じた作成プロセスを楽しめており、親子のコミュニケーションを深める機会になっていることが示唆された。

キーワード サポートブック、親子への支援、乳がん患者の子ども、家族

1. はじめに

女性特有のがんである乳がんは、1960年頃からその罹患者数・死亡者数ともに年々増加している。現在、年間5万6千人以上が乳がん罹患者に推定され、また年間1万2千人以上が亡くなっている¹。また、乳がんの発症率は子育て世代である30歳代前半から急増し、45-49歳でピークを迎える¹。

女性のライフサイクルにおいては、20歳・30歳代の患者では、結婚・妊娠を希望しているが、乳がんの罹患により見通しが立たないことで不安が強まることもある。また40歳・50歳代では、家庭や社会において担っている大きな役割を遂行することが困難になることが挙げられる。そして、乳がんは初発治療後10年間という長期間に渡って経過をみていく必要がある¹。

子どもをもつ乳がん患者は、“子どもの存在”により、母親としての責任を実感し、死の恐怖や手術への不安が大きく心理的に不安定な中で、生き続ける価値を見出し治療への意欲を獲得することが報告されている²⁾。しかし、化学療法の副作用による家事・育児への支障や、病気により行動範囲や他者との付き合いに制限が生じるなどの理由により、子どもへの負担感を持つことも報告されている²⁾。また、治療の影響によって子どもの世話が困難になることや、ボディイメージの変調により母親としてのアイデンティの揺らぎが生じるなど、母親役割の遂行に困難が生じることが少なくない^{2,3)}といわれている。

一方、親ががんに罹患することは、母親の病状や特性不安に関係なく、その家族の一員である子どもにも様々な感情を引き起こす^{4,7)}。例えば、学童期の子どもでは、目の前にいる親の痛みに敏感に反応し、親の症状や周囲への気遣いをしながら

¹ 石川県立看護大学

² 金沢大学附属病院（現所属）

³ 福井県済生会病院

⁴ 名古屋市立大学

⁵ 金沢医科大学附属病院

⁸ 責任著者

¹ がん情報サービス—国立がん研究センターがん対策情報センター
<http://ganjoho.jp/public/index.html>

らも、親が入院したら自分の世話は誰がするのか、ということと同時に心配しているケースが報告されている⁴⁾。また、母親の言うことを聞かなかつたから、母親が病気になったと感じる子どももいるといわれている⁵⁾。思春期の女子では、世界がひっくり返ったように感じながらも、親のがんを無視しようと試みたり、治療が親を救ってくれると信じたり、家庭での母親の役割を担おうとするなどのケースが報告されている⁶⁾。思春期においては、子どもの発達段階上適切と考えられている親に対する怒りを持つことに、子ども自身が罪悪感を持つことにより、親とのぶつかりや葛藤を体験できないまま、親との分離という発達課題の達成へ影響を及ぼす可能性があることが報告されている⁷⁾。また、親の病状が進行し死別した場合、十分な別れが出来ていない場合、登校拒否になるなど、トラウマとなるおそれがあることもいわれている⁸⁾。

そのため、がん患者である親だけではなく、その子どもも含めたサポートが必要である。特に、子どもにおける効果的なストレス対処に有効なものとしては、専門家による親子間のオープンコミュニケーションへの支援の必要性^{6,9,10)}や、子ども自身が当事者であると感じられるようサポートすることが、子どもたちの将来的なトラウマを防ぐために重要であるといわれている⁴⁾。

そうした中で近年、わが国においても、がん患者とその子どもに対する、家族を一つの単位とした支援が行われてきている^{ii, iii)}。

それらの支援の一つに、がんを患う親とその子どもを支えるための絵本であるサポートブック¹¹⁾がある。この絵本は、がんを患う親と、その子ども達を支えるためのコミュニケーションツールになるガイドブックをつくらうという機運から活動が始まり、2008年に中国地方で発刊された。その後大きな反響を呼び^{iv)}、全国に広まった。しかし、サポートブックの作成プロセスや有効性に関する研究は十分になされていない現状がある¹²⁾。

このような背景のもと、本学の牧野研究班(科学研究助成・基礎研究C)が、平成24年8月から乳がん患者とその子どもと一緒に支援するプログラムである『おやこのたのしいじかん』を実施した。

そこで本研究では、このプログラムの中での親子のサポートブック作成プロセスにおける、子どものサポートブックへの記述内容と対話内容の特

徴を明らかにした上で、サポートブック作成の効果考察し、乳がん患者とその子どもへの支援方法の一つとして検討していくための一助とした。

2. 研究方法

2.1 研究対象

本研究では、乳がん患者とその子どもを支援するプログラムである『おやこのたのしいじかん』に参加し、研究協力に同意が得られた親子のうち、幼児期後期(4歳)2名と学童期前期(7歳)3名のサポートブックの記述内容及び作成プロセスにおける対話内容を研究対象とした。なお、子どもは母親の病名を知らされており、また母親は通院治療継続中の者とした。

2.2 研究実施の場

A 県内の乳腺外来をもつクリニック

2.3 実施日

平成24年8月4日(土)、9月1日(土)

2.4 データ収集方法

(1) 親子で一緒に「サポートブック」を作成してもらった。(約40分間)

なお、今回研究に用いたサポートブックは、全てのページに動物のイラストが描かれ、「(子ども)なまえのゆらい」「(子ども)がうまれた日はどんな日だった」「おとうさん、おかあさんからみて(こども)のすきなところは」など、20項目の質問が書かれたページと自由記載からなる。今回は、時間の都合上20項目のうち15項目の質問を指定し記載をしてもらった。また、今回既存の項目に加え、「母親(子ども)が改めて発見したこと」「母親(子ども)へのメッセージ」「母親(子ども)が改めて発見したこと」という質問を追加し、研究に用いた。

(2) 録音の承諾が得られた親子のサポートブック作成中の対話をICレコーダーに録音した。

ⁱⁱ 小澤美和(2011):がんを持つ若い親とその子どもたちへの支援

http://www.luke.or.jp/about/approach/pdf/ra14/research_activities_142.pdf

ⁱⁱⁱ 小林真理子(2011):がんを持つ親の子どもへのサポートグループに関する研究—聖路加国際病院

http://www.luke.or.jp/about/approach/pdf/ra13/research_activities_13_12.pdf

^{iv} サポートブック親子のうたがききたくて—中国新聞社

<http://www.chugoku-np.co.jp/kikaku/supportbook/index.html#001>

2.5 データ分析方法

(1) サポートブックの記述内容の分析

サポートブックから、子どもの記述内容（代筆含む）を抜き出し、意味内容の類似性や差異性に基づいて、カテゴリーを形成した。さらに、各カテゴリーの内容を、4歳児と7歳児で分類し、それぞれの特徴について比較した。

(2) 対話内容の分析

録音した対話を逐語録に起こし、子どもの発言の特性を中心に抽出し、意味内容の類似性や差異性に基づいて、カテゴリーを形成した。さらに、各カテゴリーの内容を、4歳児と7歳児で分類し、それぞれの特徴について比較した。

2.6 倫理的配慮

本研究は、本大学及び実施施設の研究倫理委員会の承諾を得た後に実施した（看大第1283号）。

参加した母親に、研究の主旨と倫理的配慮（研究に参加しなくても不利益を被ることがないこと、研究参加中止の自由、プライバシーの保護、得られたデータは本研究の目的以外に用いることはないこと、データの保管は研究者が責任をもって行うことなど）を文書と口頭で説明し、同意が得られた後に行った。また、調査中に体調不良、不安などが見られた場合には、ただちに同席している専門家（医師、看護師）と連携がとれる体制を整えて実施した。

なお、研究対象となる子どもへの説明と同意は、その母親への説明と同意をもってなされることとした。

3. 結果

3.1 研究対象者の概要（表1）

今回参加した子どもは、幼児期後期にあたる4歳児が2名、学童期前期にあたる7歳児が3名であった。

3.2 サポートブックの記述内容にみる4歳児、7歳児の特徴（表2）

子ども自身がサポートブックに記述した文字数は、4歳児では、2人の子どもの全てのページにおいて5文字のみであった。一方、7歳児では、1つの質問に最大75文字の記述がみられた。

また、サポートブックの記述内容を分析した結果、3つのカテゴリーと、8つのサブカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〔〕、特徴的な記述内容を「」で示す。

【親への思いやりの気持ち】は、子どもが親へ伝えたい思いを示している。4歳児、7歳児ともに、「ありがとう」「おかあさんいろいろしてくれてありがとう」など、〔母親への感謝の気持ち〕がみられた。7歳児では加えて、「いつもありがとう いつもおつかれさま ままいつもがんばってね」など、〔母親の労をねぎらう気持ち〕〔母親の身体を気遣う気持ち〕がみられた。

【日常の親の姿】は、子どもの視点からみた両親の姿を示している。4歳児では、「ママ・・・せんたくたんでいるところ」、7歳児では、「いつもおいしいりょうりをつくってくれるところ」など、〔子どもから見える親のイメージ〕〔親が子どもにしてくれる行為〕がみられた。

【子どもにとって心に残る出来事】は、子どもの心に残っている思い出を示している。4歳児では「クッキング、おえかき、おべんきょう」、7歳児では、「まいにちがたのしいです」など、〔子どもにとって日常的な場所や出来事〕がみられた。また4歳児、7歳児ともに、「とうきょうスカイツリー」、「りょこうやとうきょうなど」と〔家族との楽しい旅行〕がみられた。同様に、4歳児では「楽器を演奏したこと」、7歳児では「こんなたのしいえほんつくったことがありません。たのしかったです。」など、〔今日のプログラム〕を楽しめたことが記述されていた。

表1 対象者の概要

	子どもの 年齢/性別	母親の概要		
		年齢	診断時期	現在の治療
a	7歳/男	40歳代前半	2年1ヵ月前	ホルモン療法
b	7歳/女	30歳代後半	0年8ヵ月前	放射線療法, 術後化学療法
c	7歳/女	40歳代前半	1年9ヵ月前	ホルモン療法
d	4歳/男	30歳代前半	0年11ヵ月前	ホルモン療法
e	4歳/女	30歳代後半	1年1ヵ月前	術後化学療法

3.3 親子の対話内容にみる4歳児, 7歳児の特徴 (表3)

サポートブックの作成プロセスにおける対話内容を分析した結果, 6つのカテゴリーと, 9つのサブカテゴリーが抽出された。以下, カテゴリーを《》, サブカテゴリーを〈〉, 特徴的な対話内容を「」で示す。

《子どもの発達段階に応じた回答手段の特徴》は, サポートブックの質問に対して, 子どもが自分の思いを母親へ伝える際にみられた様々な回答

手段を示している。7歳児では, 母親の「行ってみたいとどここ?」の問いかけに対して無言で自分の答えを書き込む様子がみられ, 4歳児では, 母親の「ママとパパの好きなところ言って, 言って」の問いかけに対して, 「ママは洗濯しとったのが面白かった」と言葉で答えるなど, 〈母親の問いかけにより自ら記入する〉〈母親の問いかけに対して言葉で答える〉がみられた。また, 4歳児では, 母親の「eと一緒にしてたのしかったことは?」の問いかけに対して, 子どもは「うーん,

表2 サポートブックの記述内容にみる, 4歳児, 7歳児の特徴

【カテゴリー】	【サブカテゴリー】	年齢	「記述具体例」 □内は代筆
【親への思いやりの気持ち】	【母親への感謝の気持ち】	4歳	「ありがとう。」
		7歳	「おかあさんいろいろしてくれてありがとう」 「こんなことがあったっていいことも おかあさんがこういふことになったから こんなたのしいことをできたんだとおもいました ほんとうにおかあさんにかんしゃをしないとなあとおもいました。」
	【母親の労を労う気持ち】	4歳	————
		7歳	「いつもおつかれさま」
	【母親の身体を気遣う気持ち】	4歳	————
		7歳	「ずっと元気でいてね」
【日常の親の姿】	【子どもから見る親のイメージ】	4歳	「おもしろいところ, えがお。」 [おとうさん: かっこいい おかあさん: かわいい]
		7歳	「ママはおこったらこはいけど やさしいです」 「とってもやさしくて, おこってくれとこもやさしいとおもいました」 「おこりんぼうだけやさしいときもある」 「やさしい人 おもしろい人」
		4歳	「せんたくたんでいるところ」 [ママ: せんたく, ごはんつくってる] [とーちゃん: おしごといくの]
			7歳
	【親が子どもにしてくれる行為】	4歳	「たくじょ おかいものするところ」 [クッキング, おえかき, おべんきょう] 「べんきょう. 今, 数字のべんきょうしてます」
		7歳	「まいにちがたのしいです」 「夏休みに行ったプールでお弁当をいっしょに食べれてたのしかった」
【子どもにとって心に残る出来事】	【子どもにとって日常的な場所や出来事】	4歳	「とうきょうタワー みにいきたい」
		7歳	「とうきょうスカイツリー」 「りょこうやとうきょうなど」 「かぞくりょこうです。」
	【家族との楽しい旅行】	4歳	「楽器を演奏したこと」
		7歳	「とてまたのしかったです」 「こんなたのしいえほんつくったことがありませんたのしかったです。」
	【今日のプログラム】	4歳	「楽器を演奏したこと」
		7歳	「とてまたのしかったです」 「こんなたのしいえほんつくったことがありませんたのしかったです。」

こうやってやりながら」と、〈母親の問いかけに対してジェスチャーで答える〉もみられた。

《子どもなりに楽しんでいる様子》は、サポートブック作成中に子どもが楽しんでいる様子がみられたことを示している。7歳児では、母：「これ、色鉛筆、マジックで書いた方が良いみたい」、子：「マジックで書いた方が見やすくない?」、母：「ほんとやね、マジック」と、答える様子がみられた。4歳児では、「お絵かきしたい。どこに書く?」と話す様子がみられるなど、〈筆記用具選びを一緒に楽しむ〉〈お絵かきをしながらその場を楽しむ〉がみられた。

《自分も参加したい気持ちの表出》は、子どもがサポートブック作成に意欲を出している様子を示している。4歳児では、「お絵かきしたい。どこに書く?」との発言がみられた。また7歳児では、母：「ねえ、bちゃん、妹の相手しとって。ここもお母さん書かんなんし。お母さんしか書かれんし」、子：「はあ?書きたい。」、母：「書く場所いったらお母さんとかわってあげるし。」、子：「つまらん。」など、〈他の子どもや母親の様子に触発され書きたい気持ちを表している〉がみられた。

《親子で対話を楽しむ》は、母子で楽しい対話をしている様子を示している。4歳児では、母：「ママと一緒にしたいことある?」、子：「あるあるしたいこと」、母：「ママ、今、勉強したい。」、子：「1, 2, 3, 4!」、母：「そうそう。」という様子がみられ、7歳児ともに、〈サポートブックの質問をきっかけに親子の対話を楽しんでいる〉がみられた。

《母親の入院時の出来事を思い出す》は、親子の対話において、母親の病気の話題になった様子を示している。7歳児の1組の親子において、母：「家族みんなで、デイズニーランドへ行きたい。行くはずやったやろう。そしたら行けんくなっちゃったじゃん」、子：「なんで?」、母：「おかあさん病気になったで」と、対話から〈サポートブックの質問をきっかけに母親の病気の話題に展開している〉がみられた。

《サポートブック作成の場から離れる》は、子どもがサポートブック作成場所から離れている様子を示している。4歳児では、1人の子どもが開始5分でトイレへ行き、開始8分で近くに来た入院患者の所へ行き、開始24分で他の子どもの所へ行く様子がみられた。7歳児では、1人の子どもが開始24分でトイレへ行き、開始35分で母

親の元を離れソファへ行く様子がみられた。サポートブック作成中に、〈母親の元を離れる〉子どもがみられた。

4. 考察

今回の分析の結果、4歳児、7歳児の記述内容や対話内容の特徴が明らかになり、共通する特徴や、発達段階により差異がみられるものがみられた。以下、親子でサポートブックを作成することの効果、及びサポートブック作成支援時に必要と考えられる配慮について考察したい。

4.1 親子でサポートブックを作成する効果

(1) 子どもから母親へのメッセージが母親を支える

日常生活において、子どもが母親への感謝を表す機会は少ないとの報告がある^v。

今回作成されたサポートブックでは、4歳児、7歳児ともに【親への思いやりの気持ち】を表現していた。特に7歳児では、《母親の労をねぎらう気持ち》《母親の身体を気遣う気持ち》が表現されている。これらのことから、本研究のサポートブック作成は、子どもが母親への感謝の気持ちを含む、【親への思いやりの気持ち】を伝えられる機会になっていると考えられる。特に7歳児では、《母親の労をねぎらう気持ち》《母親の身体を気遣う気持ち》のカテゴリーには、子どもの母親に対する共感する力や慈しむ力が表現されており、子どもが母親を思いやる気持ちが含まれていた。

がん患者である母親にとっては、子どもからの励ましが生への希望を後押しする¹³⁾という報告がある。このことから、今回の親子によるサポートブック作成は、親への思いやりの気持ちを伝える機会となり、そして子どもによる母親への情緒的支援につながるといえるのではないだろうか。

また、4歳児、7歳児ともに記述内容の特徴において、【日常の親の姿】がみられ、また【子どもにとって心に残る出来事】では、【子どもにとって日常的な場所や出来事】が含まれていた。これらのことから、子どもにとっては、母親の日常の姿や日常の生活が心に残っていると考えられる。

子どもをもつ乳がん患者は、治療中に母親役割(家事や育児など)の遂行に困難を感じ、母親

v 日本と他の国との「ママへの感謝の態度・行動」の違い— P&G
<http://media.jp.pg.com/release-pdf/20120509p01.pdf>

表3 親子の対話内容にみる、4歳児、7歳児の特徴

《カテゴリー》	〈サブカテゴリー〉	年齢	「特徴的な対話内容」や子どもの様子
《子どもの発達段階に応じた回答手段の特徴》	〈母親の問いかけにより自ら記入する〉	4歳	母:「お手紙書いてよ。」 子:「良いよ。」と答え,「ありがとう」と記入。
		7歳	母:「行ってみたいとこ,どこ?」 無言で,「りょこうやとうきょうなど」と記入。
	〈母親の問いかけに対して言葉で答える〉	4歳	母:「ママとパパの好きなところ言って.言って。」 子:「ママは,ママは洗濯しとったのが面白かった。」
		7歳	母:「aが,お母さんのことで,あたらしくはつけんしたことは?言ったとおりに書くよ.何て書いたらいい?」 子:「えっと,普段より優しかった。」
	〈母親の問いかけに対してジェスチャーで答える〉	4歳	母:「eと一緒にしてたのしかったことは?」 子:「うーん,こうやってやりながら。」 母:「楽器?楽器?今か.何のやつ?」
		7歳	——
《子どもなりに楽しんでいる様子》	〈筆記用具選びと一緒に楽しむ〉	4歳	子:「ねえねえ,このピンク色貸して.ピンク色と水色。」 母:「何か書くの?」 子:「何か書くけど,内緒。」
		7歳	母:「これ,色鉛筆,マジックで書いた方が良いみたい。」 子:「マジックで書いた方が見やすくない?」 母:「ほんとやね,マジック。」 子:「あー,何色の方が見やすい?赤?赤?」
	〈お絵かきをしながらその場を楽しむ〉	4歳	子:「お絵かきしたい.どこに書く?」 サポートブックや別紙に,歌いながら絵を描いている。
		7歳	子:「ねえ,ママ,これ,ここに色塗っていいが?」 別紙に絵を描いている。
《自分も参加したい気持ちの表出》	〈他の子どもや母親の様子に触発され書きたい気持ちを表している〉	4歳	子:「お絵かきしたい.どこに書く?」 サポートブックや別紙に,歌いながら絵を描いている。
		7歳	母:「ねえ,bちゃん,(bの妹)の相手しとって.こもお母さん書かんなんし.お母さんしか書かれんし。」 子:「はあ?書きたい。」 母:「書く場所いたらお母さんとかわってあげるし」 子:「つまらん。」
《親子で会話を楽しむ》	〈サポートブックの質問をきっかけに親子の会話を楽しんでいる〉	4歳	母:「ママと一緒にしたいことある?」 子:「あるあるしたいこと」 母:「ママ,今,勉強したい。」 子:「1,2,3,4!」 母:「そうそう。」
		7歳	母:「cと一緒にいて楽しかったことは?」 子:「楽しかったとは…」 母:「毎日です。」 子:「毎日,何?」 「毎日暮らしたこと?ふふ。」
《母親の入院時の出来事を思い出す》	〈サポートブックの質問をきっかけに母親の病気の話題に展開している〉	4歳	——
		7歳	母:「家族みんなで,ディズニーランドへ行きたい.行くはずやったやろう.そしたら行けなくなっちゃったじゃん。」 子:「なんで?」 母:「おかあさん,病気になったで。」 子:「がん?」 母:「うん.だって,行こうって言ったところに,がんになって行けなくなつて,だめやっせん。」
《サポートブック作成の場から離れる》	〈母親の元を離れる〉	4歳	開始5分で,トイレへ行く。 開始8分で,近くに来た入院患者の所へ行く。 開始24分で,他の子どもの所へ行く。
		7歳	開始24分で,トイレへ行く。 開始35分で,母の元を離れ,ソファーへ行く。

としてのアイデンティティの揺らぎを感じやすい²³⁾と報告されている。そこで、本研究の親子によるサポートブック作成により、母親は、子どもにとっては日常的な家事を行う母親の姿や日常的な出来事が心に残っていることを知ることができ、このことによって母親としての役割が果たせていないという困難感²³⁾の軽減につながるのではないだろうか。

(2) 発達段階に応じたサポートブック作成の意義

子ども自身がサポートブックに記述した文字数は、4歳児（全ページにおいて5文字）と7歳児（1ページにおいて最大75文字）において差がみられた。これは子どもの4歳児と7歳児の発達段階の違いによるものである。

清音と撥音の46文字を範囲とした書字率は、4歳代後半で4分の1、そして6歳代の後半で4分の3の文字が書けるようになる¹⁵⁾といわれている。そのため、4歳児では自分の思いを文字で表現することは難しい。

今回の結果では、4歳児において、〈母親の問いかけに対して言葉で答える〉〈母親の問いかけに対してジェスチャーで答える〉〈お絵かきをしながらその場を楽しむ〉など、文字を記入することの代替手段を用いている様子がみられた。

特に、書きことばを獲得するまでに至っていない幼児にとって、絵は“具体的な、生きたことば”である¹⁶⁾といわれている。4歳児に「お絵かきしたい、どこに書く？」の発言がみられるように、子どもなりに絵をかくことで、サポートブック作成に関わることができているのではないかと考えられる。

4歳児、7歳児ともに【子どもにとって心に残る出来事】の『今日のプログラム』において、「こんなたのしいえほんつくったことはありません。たのしかったです」と、サポートブック作成を楽しめたことが記述されていた。対話内容からは、『子どもなりに楽しんでいる様子』『親子で対話を楽しむ』がみられた。

これらのことから、サポートブックは、子どもの発達段階に応じた利用の仕方が可能であり、かつ親子でコミュニケーションを図りながら、そのプロセスを楽しむことができるツールに成り得ると考えられる。

4.2 サポートブック作成支援時に必要と考えられる配慮

(1) 母親の病気の話題が出る可能性への配慮

今回用いたサポートブックの特徴として、お互いを思う気持ちが通じ合えばいいという思いを込め、あえて“がん”や“生命”などの言葉を用いていないことが挙げられている¹¹⁾。

しかし、今回7歳児の1組の親子において、〈サポートブックの質問をきっかけに母親の病気の話題に展開している〉がみられた。子どもをもつ乳がん罹患した母親は、自分の病気を子どもに伝えることを躊躇しているという報告がある¹³⁾。そのような子どもに自身の病名を伝えられずとまどっている母親への支援こそ必要と思われる。今回は、子どもに母親の病名を伝えてある親子を対象としたため親子で自然に母親の病気の話題に至ったが、病名を子どもに伝えていない対象者を支援していくためには、事前に子供に病名を伝えているか否かを確認することや、子どもに伝えていない親子とそうでない参加者の場所を離す、母親だけの対話のセッションの際は、子どもにその対話内容が漏れないようにするなどの配慮が必要と思われる。

(2) 子どもの発達段階に合わせた工夫

一般的に、3歳児が注意を持続できるのは10～15分程度であり、年齢とともに持続時間が長くなり、5歳頃には30分くらいは持続できるといわれている¹⁸⁾。

今回、サポートブック作成の時間設定は約40分間であった。プログラム中、〈母親の元を離れる〉子どもは、4歳児、7歳児ともに1児ずつみられたが、他の3児は、最後までテーブルについていたことから、子どもの集中力の持続には個人差がみられた。

また、前述のように発達段階によっては文字で自分の思いを表現することが難しく、今回4歳児では絵を描くことで、サポートブック作成に参加する姿がみられた。

これらのことから、子どもの発達段階を考慮した時間設定を行った上で、プログラム中でも子どもの様子から柔軟に時間配分を行うこと、また、サポートブック作成前に、思いの表現方法は自由であることを親子に伝える、という工夫が必要ではないかと考えられた。そのことにより、親子によるサポートブック作成は、より充実した支援になるのではないだろうか。

5. 結論

サポートブックの子どもの記述内容では、【親への思いやりの気持ち】【日常の親の姿】【子どもにとって心に残る出来事】の3つのカテゴリーと、8つのサブカテゴリーが抽出された。

サポートブック作成中の子どもの対話内容では、《子どもの発達段階に応じた回答手段の特徴》《子どもなりに楽しんでいる様子》《自分も参加したい気持ちの表出》《親子で対話を楽しむ》《母親の入院時の出来事を思い出す》《サポートブック作成の場から離れる》の6つのカテゴリーと、9つのサブカテゴリーが抽出された。親子で一緒にサポートブックを作成する効果として、子どもから母親へのメッセージが母親を支えることや、発達段階なりの作成プロセスが親子の楽しいコミュニケーションの場になることが示唆された。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました親子の皆様、クリニック及び関係者のスタッフの皆様、心より感謝申し上げます。

本研究は、平成24年度科学研究費助成事業基盤(C)「がん患者とその子どもへの支援プログラム開発」(研究代表者: 牧野智恵, 24593316)の助成を受けて行った。

利益相反なし。

引用文献

- 1) 阿部恭子, 矢形寛編集: 乳がん患者ケアガイド. 学習研究社, 136-139, 2006.
- 2) 内山美枝子, 青山友香里: 若年性乳がん体験者のライフストーリーからみる治療過程における『子の存在』の意味づけ. 第41回日本看護学会論文集(母性看護), 126-129, 2011.
- 3) 茂木寿江, 大山ちあき, 藤野文代, 他1名: 子どもを持つ乳がん患者が抱く希望. The Kitakanto Medical Journal. 60 (3), 235-241, 2010.
- 4) 大曲睦恵, 石田裕二: 成人がん患者の子どもへの支援の中で表出された言語的・非言語的表現内容の検討. 日本小児科学会雑誌, 116 (5), 866-873, 2012.
- 5) 林ふり子: 緩和ケア Q 73. 柴田一郎編: 看護技術 4月臨時増刊号. メヂカルフレンド社, 150-151, 2010.
- 6) Stiffler D., Barada B., Hosei B., et al.: When mom has breast cancer: adolescent daughters' experiences of being parented. Oncol Nurs Forum, 35 (6), 933-40, 2008.
- 7) Christ, G. H., Siegel, K., Sperber, D.: Impact of parental terminal cancer on adolescents. Am J Orthopsychiatry, 64 (4), 604-613, 1994.
- 8) 伊藤理砂, 門田和代, 山口龍彦: 残される小さな子どもに対する配慮. ホスピスケアと在宅ケア, 12 (3), 219-222, 2004.
- 9) Birenbaum L.K., Yancey D.Z., Phillips D.S., et al.: School-age children's and adolescents' adjustment when a parent has a cancer. Oncol Nurs Forum, 26 (10), 1639-1645, 1999.
- 10) Osborn T.: The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. Psychooncology, 16 (2), 101-26, 2007.
- 11) サポートブック作成プロジェクトチーム(著・編), accototo ふくだとしお+あきこ(イラスト): 親子をつなぐサポートブック. PHP 研究社, 2009.
- 12) 柴田亜弥子: 予後告知を受けたがん患者が子どもへの想いをサポートブックに託した事例. 日本家族看護学会第19回学術集会プログラム抄録集, 150, 2012.
- 13) 越塚君江, 神田清子, 藤野文代: 女性生殖器がん患者の家族への思いとそれに対する看護援助. 岡山大学医学部保健学科紀要, 16, 31-38, 2005.
- 14) 妹尾未妃: 中年期乳がん患者の乳がん罹患後の人生の希望と不安 家族や同病者, 重要他者からのサポートとの関連について. 母性衛生, 50 (2), 334-342, 2009.
- 15) 島村直己, 三神廣子: 幼児のひらがなの習得—国立国語研究所の1967年の調査との比較を通して—. 教育心理学研究, 42 (1), 70-76, 1988.
- 16) 秋葉英則, 白石恵理子, 杉山隆一監修: こどもと保育 4歳児 改訂版. かがわ出版, 151, 2011.
- 17) 大野朋加: 手術を受ける乳がん患者の母親としての悩みとサポート. 看護技術, 55 (2), 147-150, 2009.
- 18) 奈良間美保著者代表: 系統看護学講座 専門分野 II 小児看護学 1. 医学書院, 103, 2012.

A Consideration on Support for Breast Cancer Patients and their Children by Using “Support Book” – With the Clue of Children’s Descriptive Contents –

Kiyotoshi TAKAYAMA, Tomoe MAKINO, Yuriko MATSUMOTO, Akiko KATO,
Erina NOGUCHI, Takanori WAGATSUMA, and Fukumi KITAMOTO

Abstract

The purpose of this study is to characterize the descriptive contents of the child of the breast cancer patients (mothers) and the conversation between them in the making process of “Support Book (Hereinafter referred to as SB)”, and to consider the effect of SB. In the contents of SB made by five pairs of parent and child who joined in the program called “OYAKONO TANOSHIJIKAN” which supports breast cancer patients and their child, the descriptive contents of their child and the contents of their conversation during making process are the objects of this study.

As a result of analyzing the data qualitative and inductive, three categories like “Consideration for parents”, “Everyday parent’s image” and “Memorable events for the child” were extracted as the characteristics of the child’s descriptive contents in SB; besides six categories like “Characteristics of child’s responses according to their developmental stages”, “The situation the child enjoys in his/her own way” and “Parent and child enjoy their conversation” were extracted as the characteristics of the dialogue contents.

As the effects of making SB by the parents and their child together, the parents enjoyed taking obedient message from their child and they also enjoyed the making process according to their child’s developmental stages and it is suggested that those experiences strengthen the communication between them.

Keyword support book, support for parents and children, children of breast cancer patients, family

研究報告

サポートブックを用いた乳がん患者とその子どもへの支援の検討
—母親の特徴を手がかりに—野口絵理奈^{1,2}, 牧野智恵^{1§}, 松本友梨子³, 加藤亜妃子⁴,
高山清敏^{1,2}, 我妻孝則⁵, 北本福美⁵

概要

本研究の目的は、乳がん患者とその子どもによるサポートブック作成プロセスにおける母親の記述内容と親子の対話内容の特徴を明らかにし、サポートブックの効果を考察することである。研究対象は乳がん患者とその子どもを支援する『おやこのたのしいじかん』に参加した6組の親子が作成したサポートブックの内容のうち、母親の記述と作成プロセスにおける会話内容である。データを質的帰納的に分析した結果、母親のサポートブックにおける記述内容の特徴として【子どもの良いところを認める】【子ども・家族への感謝の気持ち】など7のカテゴリーと、親子の対話の特徴として【回答をきっかけに会話を楽しんでいる】【子どもが思う意外な親の姿を発見する】など9のカテゴリーが抽出された。親子と一緒にサポートブックを作成することの効果として、がん治療期の母親が子どもから感謝の気持ちを直接聞いたり、子どもの意外な思いやりの気持ちが聞けたことは、早期からの緩和ケアに繋がることが示唆された。

キーワード サポートブック、乳がん患者、親子への支援、家族ケア

1. はじめに

日本における乳がんによる死亡者数は、昭和40年代から上昇しており、平成22年度の乳がんによる死亡者数は1万2455人である¹⁾。また、部位別にみた悪性新生物の年齢調整死亡率の推移をみると、平成22年には乳がんは第2位であり¹⁾、罹患率・死亡率ともに増加傾向にある。乳がんの好発年齢は30～50歳代の子育て世代であり、初発治療後5～10年という長い経過を経て再発・転移が生じる恐れがあり、長期・継続的な治療が必要となる²⁾。そのため、子どもをもつ乳がん患者には、身体的変化・治療・予後・生活への不安など母親自身の問題に加え、化学療法等の副作用による家事・育児への支障、病気により他者との付き合いに制限が生じ、子どもに影響が出たことに申し訳なさを感じるといった子どもへの負担感が生じるなど、母親役割の遂行に困難が生じていることが報告されている^{3,4)}。

しかし一方で、乳がん患者のQOLに家族との

関係が大きく影響するといわれており、子どもの存在や、子どもから病気の理解を得ることができたことが力となっているといったように、子どもの存在が病気や治療に伴う困難への対処に大きな影響を与えていることが報告されている^{2,5)}。このことから、乳がん患者とその子どもをはじめとした家族に対して、家族の絆が深まるような支援が求められている^{2,4,6)}。

近年、乳がんの母親とその子どもへのサポートがアメリカや日本で行われている。しかし、これらの活動や介入は親子を別々にサポートするものが多く、親子そろって支援する体制はほとんどみられていない。しかし、近年わが国においてなされているがん患者とその子どもに対する支援の1つに、絵本「サポートブック」⁷⁾がある。この絵本は、親子の絆を深めるツールとして2008年に中国地方で発刊され、その後全国に広まったが、有効性に関する研究は十分になされていない。

このような背景のもと、本学の牧野研究班(科学研究助成・基礎研究C)が平成24年8月から乳がん患者とその子どもと一緒に支援するプログラムである『おやこのたのしいじかん』を実施した。

¹ 石川県立看護大学

² 金沢大学附属病院(現所属)

³ 福井県済生会病院

⁴ 名古屋市立大学

⁵ 金沢医科大学附属病院

[§] 責任著者

本研究では、このプログラムの中でのサポートブック作成中の母親の記述内容と、親子の対話内容の特徴を明らかにし、サポートブックの効果を考察することを目的とした。本研究結果より、今後の乳がん患者とその子どもの支援方法を検討していくための一助としたい。

2. 研究方法

2.1 研究対象

本研究では、乳がん患者とその子どもを支援するプログラムである『おやこのたのしいじかん』に参加し、研究協力に同意が得られた親子の、サポートブック作成時の母親の記述内容と対話内容を研究対象とした。なお、今回のプログラムで対象とした母親は、乳房温存術または切除術を受け、現在通院治療中の乳がん患者とした。

2.2 実施施設

A 県内の乳腺外来をもつクリニック

2.3 実施日

平成 24 年 8 月 4 日 (土), 9 月 1 日 (土)

2.4 データ収集方法

(1) 親子で「サポートブック」を作成してもらった (約 40 分間)。サポートブックは、全てのページに動物のイラストが描かれ、「(子どもの) なまえのゆらい」「(子ども) がうまれた日はどんな日だった」「はじめてあったときのきもちは」「おとうさん, おかあさんからみて(子ども) のすきなところは」など 20 項目の質問が書かれたページと自由記載のページからなるが、今回は時間の都合上 20 項目のうち 15 項目を指定し記載してもらった。また、今回既存の項目に加え、母親 (子ども) が改めて発見したこと, 母親 (子ども) へのメッセージ, 母親 (子ども) の現在の気持ち, 母親 (子

ども) が企画後 1 ヶ月間の心に残った出来事や感じたことを問う項目を追加した。

(2) 録音の承諾が得られた親子のサポートブック作成中の会話を IC レコーダーに録音した。

2.5 データ分析方法

(1) サポートブックの記述内容の分析: サポートブックの母親の記述内容から、意味内容の類似性をもとに分類し、カテゴリーを形成した。

(2) サポートブック作成時の親子の対話の分析: 親子の会話内容の逐語録から、子どもとどのような対話をしているのかについて、母親の発言の特性を中心に抽出し、意味内容の類似性をもとに分類し、カテゴリーを形成した。

2.6 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、本学及び実施施設の研究倫理委員会の承諾を得た (看大第 1283 号)。

参加した母親に研究の主旨と倫理的配慮等 (研究に参加しなくても不利益を被らないこと, 研究参加中止の自由, プライバシーの保護, 得られたデータは本研究の目的以外に用いることはないこと, テープなどは研究者が責任をもって保管することなど) を文書にて説明した。また, 何らかの異常がみられた場合は, 直ちに同席している医師や看護師等の専門家と連携をとれる体制を整えて実施した。

3. 結果

3.1 対象者の概要 (表 1)

今回参加した母親は 6 名であった。

3.2 母親のサポートブックにおける記述内容の特徴 (表 2)

分析の結果, 母親のサポートブックにおける記述内容の特徴として, 7 のカテゴリーと 21 のサ

表 1 対象者の概要

	母親の概要					子どもの年齢・性別
	年齢	職業	これまでに受けた治療	現在の治療内容	診断時期	
A	40 歳代前半	看護師(パート)	乳房温存術, 放射線療法	ホルモン療法	2 年 1 ヶ月前	a : 次男 (7 歳)
B	30 歳代後半	主婦	乳房温存術, 術前化学療法	術後化学療法, 放射線療法	8 ヶ月前	b : 長女 (7 歳), 次女 (2 歳)
C	40 歳代前半	保育士(フル)	乳房切除術, 放射線療法	ホルモン療法	1 年 9 ヶ月前	c : 長女 (7 歳), 次男 (3 歳)
D	30 歳代前半	美容師(パート)	乳房温存術, 術前化学療法	ホルモン療法	11 ヶ月前	d : 長男 (4 歳)
E	30 歳代後半	教員(休職中)	乳房切除術	術後化学療法	1 年 1 ヶ月前	e : 長女 (4 歳)
F	50 歳代前半	事務職(フル)	乳房温存術, 術後化学療法	ホルモン療法	11 年 0 ヶ月前	f : 次女 (22 歳)

表2 母親のサポートブックにおける記述内容の特徴

カテゴリー	サブカテゴリー	内容
1)【子どもの誕生時の幸福感の想起】	《初心に戻り子どもに込めた願いの想起》	「良いことがたくさんあるように。気持ちも生活もゆたかであるように」
	《家族みんなが子どもの誕生を待ち望んでいたことの想起》	「家族皆が待ちに待った素敵な日。パパがはじめ“c た”とつけようと していてお腹の中にいた時から c たと呼んでいた…」
	《子どもの誕生の喜び・嬉しさの想起》	「とてもかわいくて、へその緒は自分で切りました」
2)【親が童心に戻る】	《親が子どもの頃の夢を想起しわが子に伝える》	「おかあさんは…人前でははずかしくてしゃべれないけど家ではよくお話する子 だったそうです。大人になったら女優！！」
3)【子どもの良いところを認める】	《明るく元気な子どもの姿を肯定する思い》	「お母さんは、a がいつも元気で学校に行くときのニコニコ顔が好き」
	《努力・挑戦する子どもの姿を肯定する思い》	「何でも一生懸命やる努力家さんのところ。なんでもやってみようとする」
	《わが子と家族との共通点を改めて見直す》	「集中すると聞こえない。人を笑わせようとする。おだてられたら逆にやらない」
	《プログラムで発見した子どもの成長を褒める》	「たくさんひとのまえでもはずかしいのに“ありがとう”とちゃんといえたこと」
	《プログラムで発見した子どもの母親への優しさ・真剣な姿への喜び》	「お母さんのためにいっしょうけんめいがつきをえらんでくれました」 「b が意外と真剣にメッセージを書いてくれて、嬉しかったよ」
4)【子ども・家族への感謝の気持ち】	《日々の生活の楽しさの再認識》	「まいにちがたのしいです」
	《子ども・家族からの協力・支えへの感謝》	「じいちゃんが亡くなったことで、改めてみんなの心の優しさ、みんなの存在が 大きく感じられました。みんな心の優しい子に育ってくれてありがとう」
	《プログラム参加後 1 ヶ月間の子ども様子から成長を感じ感謝》	「最近よくお手伝いをしてくれるようになりました。妹のめんどうも けんかをしながらもよくみてくれて助かってます」
5)【子どもの成長に込める願い・期待】	《その子らしく元気に成長してほしい気持ち》	「まい日たくさんあそんで元気にすごしてね」「大好きな歌もたくさん聞かせてね」
	《母親として子どもへの気配りな気持ち》	「食べ物の好き嫌いがあつたり、少ししか食べないときは心配ですが…」
	《近い将来の子どもへの成長への願い》	12 才になった子へのメッセージ 「今まで以上に友達とかかわりが増え、自分で考えることもいっぱいです。 なやみもいっぱいです。お母さんの中学のときの友達は大人になってもつき あつていける一生の友達です。なやんだら友達に相談してきつといいことが ある。それでも解決できなければお母さん、お父さん、おばあちゃん、おじ いちゃんもいます。わすれないでね。いつも a の一番いいことを願っている よ。お兄ちゃん、お姉ちゃんもみんな a のことを助けるよ」
《遠い将来の子どもへ乳がんへのアドバイス》	20 才になった子へのメッセージ 「お母さんは乳がんになりました。必ずしも遺伝するわけでないけれど乳ガンに なる確率は他の人よりも高いということを忘れないでほしいです。お母さんの 母親、つまりあなたのおばあちゃんも乳ガンになっています。だからお母さんも 心のどこかで乳ガンになるのではないかと考えていました。発症したのが思った より早かったのですが、(38 才で発症)だから少しショックを受けたけど、全く 考えていない状態よりはショックの度合いが違ったかな。怖がる必要はありません。 しっかりした知識と定期検診(マンモグラフィーなど)をきちんとしていれ ば大丈夫です。発見が早ければ早いほど良いからです。ガンが見つかったら落ち 込むよりもどうやってガンと付き合っていくか考えてね。どんどん医学が発達し ていて良いお薬もたくさん出てくるだろうから、乳ガン＝死では決してないから 安心してください。正しい知識を早いうちから得ることが大事だからね」	
6)【これからの生活を家族と共に大切に送りたい気持ち】	《子どもと一緒に過ごす時間を大切に思う気持ち》	「今は妹が幼いので常に三人だけど、二人きりの時間がお母さんと b にはもう少し 必要だなと思います」
	《家族と共に前向きに楽しく生活したい気持ち》	「これからもこんな感じで助け合う D 家を守っていきたくと思います」 「これから家族仲良く、たくさん思い出をつくりましょう」 「これからも一日一日を大切に e や家族と楽しく過ごせたら良いなと思います」
	《兄弟を大切にしてほしい願い》	「これからも二人仲良くね/お兄ちゃんとおとうとにやさしくして、なかよくね」
7)【プログラムへの思い】	《子どもとゆっくり時間を共有できたことへの幸福感》	「毎日忙しすぎていき、今日はやさしい時間をもつことができました」 「こんなじかんはなかなかつかれないので、この絵本を一生の宝物にしたいです！」 「なかなかゆっくり二人で過ごすことがないので、この『おやこのたのしいじかん』 に参加できて良かったです。またこのような機会があれば良いなと思います」
	《サポートブックの有効性を感じ他の親子に勧める》	「他に残された時間の少ない方が参加されることも望みます。そして特別な親子 というのではなく普通の楽しい時間を共有できると幸せだと思います」

ブカテゴリーが抽出された。以下【】内はカテゴリー、《》内はサブカテゴリー、「」内は記述内容を示す。

(1) 【子どもの誕生時の幸福感の想起】

このカテゴリーは、子どもの名前の由来や子どもの誕生にあたっての家族の気持ちの想起を通して幸福感の想起に至っていることを表していた。《初心に戻り子どもに込めた願いの想起》《家族みんなが子どもの誕生を持ち望んでいたことの想起》《子どもの誕生の喜び・嬉しさの想起》のサブカテゴリーが含まれていた。

(2) 【親が童心に戻る】

このカテゴリーは、幼少期の父・母親自身の姿や、夢や宝物を想起し、わが子に伝えることで母親が童心に戻っていることを表している。《親が子どもの頃の夢を想起しわが子に伝える》のサブカテゴリーがあった。

(3) 【子どもの良いところを認める】

このカテゴリーは、子どもを改めて見直すことや、今回のプログラム中の子どもの様子を見ることから子どもの良さを実感し、褒めている様子を示している。これには《明るく元気な子どもの姿を肯定する思い》《努力・挑戦する子どもの姿を肯定する思い》《わが子と家族との共通点を改めて見直す》と、《プログラムで発見した子どもの成長を褒める》《プログラムで発見した子どもの母親への優しさ・真剣な姿への喜び》のサブカテゴリーがあった。

《プログラムで発見した子どもの成長を褒める》では、「たくさんのひとのまえでもはずかしいのに“ありがとう”とちゃんといえたこと」という記述があった。これは、プログラム開始前に泣きながら会場に入ることを拒んでいた子どもが、プログラム導入の音楽を通して落ち着き、当日が誕生日であったことから参加者全員で歌のプレゼントをしたところ、ありがとうと人前で話せていた子どもの様子から、母親が子どもの成長を感じたことを表している。

(4) 【子ども・家族への感謝の気持ち】

このカテゴリーは、これまでの生活やプログラム参加後1ヵ月間を振り返る中で抱いた子どもや家族への感謝の気持ちを表している。《日々の生活の楽しさの再認識》《子ども・家族からの協力・支えへの感謝》《プログラム参加後1ヵ月間の子どもの様子から成長を感じ感謝》のサブカテゴリーがあった。

《子ども・家族からの協力・支えへの感謝》では、

「じいちゃんが亡くなったことで、改めて、みんなの心の優しさ、みんなの存在が大きく感じられました。みんな心の優しい子に育ってくれてありがとう」など、これまで協力・支えてくれた子ども・家族への感謝の気持ちが記述されている。

《プログラム参加後1ヵ月間の子どもの様子から成長を感じ感謝》では、「最近よくお手伝いをしてくれるようになりました。妹のめんどうもけんかをしながらもよくみてくれて助かってます」と、子どもの変化・成長を感じると同時に、感謝の気持ちを表す記述がみられた。

(5) 【子どもの成長に込める願い・期待】

このカテゴリーは、現在・将来の子どもの成長への願いを表している。《その子らしく元気に成長してほしい気持ち》《母親として子どもへの気配りな気持ち》《近い将来の子どもへの成長の願い》《遠い将来の子どもへ乳がんへのアドバイス》のサブカテゴリーがあった。

《その子らしく元気に成長してほしい気持ち》では、「まい日たくさんあそんで元気にすごしてね」など、子どもらしく・そのらしさを大切に子どもへの成長を願う記述がみられた。

《母親として子どもへの気配りな気持ち》では、「食べ物の好き嫌いがあつたり、少ししか食べないときは心配ですが…」と、子どもへの気配りな思いがみられた。

《近い将来の子どもへの成長の願い》では、中学校入学という節目を迎えた子どもに対し「…なやんだら友達に相談してきつといいことがある…それでも解決できなければお母さん、お父さん、おばあちゃん、おじいちゃんもいます。わすれないでね。いつもaの一番いいことを願っているよ。…みんなaのことを助けるよ」と、近い将来の子どもへ伝えている。

《遠い将来の子どもへ乳がんへのアドバイス》では、20歳を迎える子どもに向けて「お母さんは乳がんになりました…しっかりと知識と定期検診…をきちんとしていれば大丈夫です。ガンが見つかったら落ち込むよりもどうやってガンと付き合っていくか考えてね。乳がん=死では決していないから安心してください。正しい知識を早いうちから得ることが大事だからね」と、母親が自身の体験を通して子どもへのメッセージが記述されていた。

(6) 【これからの生活を家族と共に大切に送りたい気持ち】

このカテゴリーは、これまでの生活を振り返り、

子どもと過ごす時間の大切さを再認識していること、これからの生活を家族で協力して過ごしていきたいという思いを表している。また、兄弟がいる子どもに対し、兄弟を大切に思う気持ちを持ってほしいことを示している。《子どもと一緒に過ごす時間を大切に思う気持ち》《家族と共に前向きに楽しく生活したい気持ち》《兄弟を大切にしてほしい願い》のサブカテゴリーがあった。

(7) 【プログラムへの思い】

このカテゴリーは、『おやこのたのしいじかん』に参加したことで感じた幸福感や他の親子に勧めたい気持ちを表している。《子どもとゆっくり時間を共有できたことへの幸福感》《サポートブックの有効性を感じ他の親子に勧める》のサブカテゴリーがあった。

3.3 サポートブック作成時の親子の対話の特徴

サポートブック作成時の、親子の会話内容の逐語録を分析した結果、対話の特徴として9のカテゴリーが抽出された。以後〔〕内はカテゴリー、「」内は語りを示す(表3)。

(1) 【子どもの思いを具体的に聞こう・引き出そうと声を掛けている】

このカテゴリーは、母親が子どもの思いを聞こうと「だけど?」「どうして行ってみたい?」などと声掛けを行っていることを表している。

(2) 【書かれている回答を子どもに分かりやすく声に出して伝えている】

このカテゴリーは、サポートブックに書き込むだけでなく、回答内容を声に出して子どもに伝えていることを表している。

(3) 【回答をきっかけに会話を楽しんでいる】

このカテゴリーは、サポートブックへの回答を機に親子の会話が弾む様子や、子どもなりに設問に答える様子に母親が戸惑いながらも会話を楽しんでいる様子、回答内容を親子で確認し合う様子を表している。

(4) 【子どもの疑問にひとつひとつ丁寧に答えている】

このカテゴリーは、サポートブックの設問の意図の理解が難しいなどの理由から生じる子どもの疑問に対し、母親は嫌がることなく、疑問が解けるまでひとつひとつ丁寧に答えている様子を表している。

(5) 【回答について母親が誘導する】

このカテゴリーは、母親の言葉が子どもの回答を誘導するかたちとなっていたことを表している。

(6) 【今回のプログラム内での子どもの様子を褒める】

このカテゴリーは、子どもが上手に挨拶できたこと、字を上手に読み書きできたこと、絵を上手に描けたことなど、プログラム内での子どもの様子を褒めていることを表している。

(7) 【子どもが思う意外な親の姿を発見する】

このカテゴリーは、子どもとの対話や子どもの

表3 サポートブック作成時の親子の対話の特徴

カテゴリー	対話の内容
1) 【子どもの思いを具体的に聞こう・引き出そうと声を掛けている】	(子どもがおこりんぼうだけどと書き込む)母:「だけど?」 母:「どうして行ってみたい?」
2) 【書かれている回答を子どもに分かりやすく声に出して伝えている】	母:「いっぱい書いたよ。読むから聞いて。7歳になったdへ。 何でも楽しんだ方がよいよ。笑ってた方が楽しいよ。OK?」 母:「動物に例えたら…犬かな。人懐っこいから。人に付いていくもんだって。…可愛いやろ?」
3) 【回答をきっかけに会話を楽しんでいる】	母:「コアラ/子:「コアラで良いよ。コアラなら良いわ。コアラ、コアラなら良いわ」/ 母:「ゴロゴロってババに着いて行くし/子:「ふふん(笑い気味)コアラ(笑い気味)」/ 母:「eから今のお母さんにメッセージ。お母さんに何か言いたいことありますか」/ 子:「ご飯つくって」/母:「ご飯いつもつくるとるじゃん。今」…母:「お母さんに何してほしい?」/ 子:「うへん。しゃぼん玉」/母:「しゃぼん玉?」/子:「分らんね、意味が」/… 母:「お母さんにこれを言いたいなって、お手紙書いてよ」…子:「良いよ」
4) 【子どもの疑問にひとつひとつ丁寧に答えている】	母:「ママのことで新しく発見したこと」/子:「今?」/母:「今日」/… 子:「今日?ねえママ、ここで?」/母:「そうそうそう」…
5) 【回答について母親が誘導する】	子:「あるある、したいこと」/母:「ママ、今勉強したい」/子:「1, 2, 3, 4」/母:「そうそうそう」
6) 【今回のプログラム内での子どもの様子を褒める】	母:「ママやったら、cが～ね、挨拶上手にできたのびっくりしたから～、ね」/ 子:「誰書く?うへん、dや。自分」/母:「上手」
7) 【子どもが思う意外な親の姿を発見する】	子:「ママは、ママは洗濯しとったのが面白かった」 子:「洗濯しとると、父ちゃんお仕事行きます」
8) 【回答内容をきっかけにがん発症時の親子の出来事の話へと転換する】	母:「行くはずやったやろう。行けんくなったじゃん。お母さん病気になったで」/子:「がん?」/ 母:「うん。だっ行ってこうって言ってたときにがんになって行けんくなった。ためやってん」
9) 【筆記用具や書き方を親子一緒に考える】	母:「動物って習ってないね?漢字が良い?」/子:「まだ習ってない。漢字が良い」 子:「マジックで書いた方が見やすい?」/母:「ほんとやね。マジック」

記述内容から、子どもが日常の両親をどのように見ているかを発見する機会となっていることを表している。

(8) 『回答内容をきっかけにがん発症時の親子の出来事の話へと転換する』

このカテゴリーは、行ってみたいところを記述するページにて、以前旅行の計画をしていたが母親の病気をきっかけに行けなくなったことを母親が話したところ、回答内容からがんに関する話題となったことを表している。

(9) 『筆記用具や書き方を親子一緒に考える』

このカテゴリーは、サポートブックの回答に関する親子の対話とは別に、サポートブックを作る過程において、どの筆記用具で何色を用いて書くか、また漢字で書くかなどの書き方に関する親子の対話があったことを表している。

4. 考察

サポートブック作成時の母親の記述内容及び親子の対話の特徴から、親子で一緒にサポートブックを作成することの効果、今後サポートブックを用いて親子一緒に支援を実施するにあたっての配慮について考察したい。

4.1 親子で一緒にサポートブックを作成することの効果

(1) 親子が直接思いを伝え合うことにより親子に良い相互作用が働く

母親は、優しい子に育ててくれたことや、普段子どもが手伝いをしてくれる様子に対し【子ども・家族への感謝の気持ち】として《子ども・家族からの協力・支えへの感謝》《プログラム参加後1ヵ月間の子どもの様子から成長を感じ感謝》などがみられていた。

感謝の気持ちを伝えることは、伝える側・伝えられる側相互の情緒の安定に繋がる⁸⁾といわれている。今回、プログラム中及び1ヵ月後の母親の記述から、母親から感謝の気持ちを伝えられたことが子どものがんばる気持ちや母親を労わる気持ちの強まりに影響していること、また、このような子どもの様子が母親の喜びに繋がっていることが予測される。

また、【子どもの良いところを認める】には、《明るく元気な子どもの姿を肯定する思い》《プログラムで発見した子どもの成長を褒める》などのサブカテゴリーがあった。これらは、普段の子どもの笑顔やプログラム中にあいさつをする様子を認

めていることを表している。このような母親の気持ちや子どもに伝えることで、子どもは特別なことではなく、自分らしくいつも通り過ごせば母親が喜んでくれることを感じ取り、母親の言葉が道しるべとなり、母親が病気であっても、その子らしく元気に過ごすことができるのではないかと考える。

乳がんである母親には、心配をかけないために家族を気遣う⁹⁾、闘病生活が子どもに与える影響が心配¹⁰⁾といった、自分の病気による子どもや家族への影響を心配する気持ちがあるといわれている。サポートブックを通じた親子の交流によって、子どもが自分らしく普通に過ごすことが母親にとっては嬉しさ、心強さや安心感に繋がることを子どもに伝えることができ、母親の子どもへの気配りな気持ちの軽減に繋がるのではないかと考える。

(2) 早期からの緩和ケアに繋がる

子どもを持つ乳がん患者が闘病の支えとして抱く希望として、親としての責任を果たすといった母親役割の遂行があるといわれている¹¹⁾。一方で、母親は病気により行動範囲や他者との付き合いに制限が生じ、子どもにも影響が出たことに申し訳なさを感じるといった子どもへの負担感を感じていたり³⁾、子どもの世話が十分にできない¹⁰⁾という悩みがあるともいわれている。また、母親ががんであることを子どもに伝えられないなどの、病気のことを子どもと話すことに難しさを感じている母親がいることも報告されている³⁾。

今回、親子の対話の特徴として『回答をきっかけに会話を楽しんでいる』『子どもが思う意外な親の姿を発見する』があり、子どもが普段の母親をどのように見ているのかを知る機会となっていた。また、記述内容の特徴である【これからの生活を家族と共に大切に送りたい気持ち】として《家族と共に前向きに楽しく生活したい気持ち》があった。これらのことから、今回のプログラムにおける子どもとの対話などを通して、母親が日常生活を営むために行っている普段の役割をこなすことが、子どもには母親として認識されている、といった子どもから見た母親像を知ることができたことは、母親としての役割遂行ができていたのだという自信や、母親としての存在の再確認に繋がり、母親としてのこれからを前向きに考えるきっかけとなったのではないかと考える。

また、今回【子どもの成長に込める願い・期待】の《遠い将来の子どもへの乳がんへのアドバイ

ス》として「必ずしも遺伝するわけでないけれど乳がんになる確率は他の人よりも高いということを忘れないで…」と記述している母親がいた。乳がんの経験者・母親として、日頃辛さや心配させてしまうことを避けたいという思い^{3,12)}から面と向かってはなかなか話す機会のない、がんの遺伝性や早期発見の大切さ、乳がんとの向き合い方などをサポートブックに託して書くことで、子どものがん予防への意識に繋げることができ、このこともまた、母親役割の遂行に繋がるのではないかと考える。

他にも、サポートブック作成時の親子の対話の特徴として『子どもの思いを具体的に聞こう・引き出そうと声を掛けている』『書かれている回答を子どもに分かりやすく声に出して伝えている』『回答をきっかけに会話を楽しんでいる』『子どもの疑問にひとつひとつ丁寧に答えている』『今回のプログラム内での子どもの様子を褒める』などがあった。これらは、親子でゆっくり対話できたこと、その対話を通して子どもの良さを再確認するきっかけとなったことを示しており、このような親子の時間を過ごせたことそのものが、母親役割の遂行に繋がっていることが考えられる。

がんのターミナル期における支援として、言語的・非言語的・情緒的コミュニケーションを交わしながら心の交流を深めることが、より良い生への希望につながり、家族にとってのよい思い出づくりになり¹³⁾、家族の絆の確認・絆を強めるなどといった効果が報告されている。今回の親子を一緒に支援することを目的としたプログラムの対象としたのは、現在も治療中の乳がん患者とその子どもであったが、【プログラムへの思い】では《子どもとゆっくり時間を共有できたことへの幸福感》などの記述がみられた。つまり、今回のプログラムを通して親子の心の交流に繋がり、絆を強めている様子がうかがえる。このように、ターミナル期のみならず早い時期から親子で互いの気持ちを伝え合う機会がもてることは、母親と子どもの双方にとって今後の生活を有意義に過ごすことに繋がるのではないだろうか。

平成24年に見直しがなされた、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画の重点的に取り組むべき課題の一つに「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」¹⁾とある。がんと診断された早い時期から今回のようなプログラムによって親

子で対話することは、母親としてのこれからを前向きに考えるきっかけとなったり、対話そのものが母親役割の遂行に繋がるのが考えられ、早期からの緩和ケアの一手段に繋がるのではないかと考える。

4.2 サポートブックを用いて親子一緒にの支援を実施するにあたっての配慮

今回1組だけであったが、サポートブック作成中の親子の会話に「がん」という言葉が出てきていた。

今回参加した子ども全員が、これまでに母親ががんであることを伝えられていたが、今後場の提供を行うにあたり、親子の対話の中でがんや病気といった言葉が周囲から聞かれる可能性があることへの配慮が必要であると考えた。そのため、母親のがんを子どもに知らせていることの有無を確認し、プログラム実施中に突然母親ががんであることを知らせてしまい、親子に衝撃を生じさせることのないよう配慮する必要があると考えた。

5. 結論

本研究は、乳がん患者とその子どもと一緒に支援するプログラム『おやこのたのしいじかん』における、サポートブック作成中の母親の記述内容や親子の対話の特徴を明らかにし、サポートブックの効果を考察することを目的とした。

母親のサポートブックにおける記述内容の特徴として【子どもの誕生時の幸福感の想起】【親が童心に戻る】【子どもの良いところを認める】【子ども・家族への感謝の気持ち】【子どもの成長に込める願い・期待】【これからの生活を家族と共に大切に送りたい気持ち】【プログラムへの思い】の7のカテゴリーが抽出された。

親子の対話の特徴として『子どもの思いを具体的に聞こう・引き出そうと声を掛けている』『書かれている回答を子どもに分かりやすく声に出して伝えている』『回答をきっかけに会話を楽しんでいる』『子どもの疑問にひとつひとつ丁寧に答えている』『回答について母親が誘導する』『今回のプログラム内での子どもの様子を褒める』『子どもが思う意外な親の姿を発見する』『回答内容をきっかけにがん発症時の親子の出来事の話へと転換する』『筆記用具や書き方を親子一緒に考える』の9のカテゴリーが抽出された。

親子で一緒にサポートブックを作成することの効果として、親子が直接思いを伝え合うことによ

¹⁾ がん対策推進基本計画の概要、厚生労働省ホームページ
http://www.mhlw.go.jp

り親子に良い相互作用が働くこと、早期からの緩和ケアに繋がることが示唆された。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました親子の皆様方、クリニック及び関係者のスタッフの皆様方に心より感謝申し上げます。

本研究は、平成24年度科学研究費助成事業基盤(C)「がん患者とその子どもへの支援プログラムの開発」(研究代表者:牧野智恵;24593316)の助成を受けて行った。

利益相反なし。

文献

- 1) 伊藤雅治, 他: 国民衛生の動向・厚生指針増刊 58 (9), 52 - 53, 2011.
- 2) 阿部恭子: 乳がん看護困った! にこたえるサポートブック - 54の困ったの解決策とポイントがわかる, メディカ出版, 18 - 19, 2009.
- 3) 内山美枝子, 青山友香里: 若年性乳がん体験者のライフストーリーからみる治療過程における「子の存在」の意味づけ. 日本看護学会論文集 (母性看護), 126 - 129, 2010.
- 4) 山手美和: 外来において治療を継続していく乳がん患者の力. 日本死の臨床研究会研究助成報告書 2009年度, 1 - 5.
- 5) 妹尾未妃: 中年期乳がん患者の乳がん罹患後の人生の希望と不安. 母性衛生 50 (2), 334 - 342, 2009.
- 6) 藤沼稔: 乳がん患者ケアガイド. 学習研究社, 174 - 175, 2006.
- 7) サポートブック作成プロジェクトチーム (著・編), accototo ふくだとしお + あきこ (イラスト): 親子をつなぐサポートブック, PHP 研究社, 2009.
- 8) 木村たき子, 他: 「ありがとう療法の試み」 - “ありがとう” Lettering の事例研究 -. 日心第75回大会, 436, 2011.
- 9) 越塚君江, 他: 女性生殖器がん患者の家族への思いとそれに対する看護援助. 岡山大学医学部保健学科紀要, 16, 31 - 38, 2005.
- 10) 大曲睦恵, 石田裕二: 成人がん患者の子どもへの支援の中で表出された言語的・非言語的表現内容の検討. 日本小児科学会雑誌, 116 (5), 866 - 873, 2012.
- 11) 茂木寿江, 他: 子どもを持つ乳がん患者が抱く希望. The Kitakanto Medical Journal, 60 (3), 235 - 241, 2010.
- 12) 佐々木笑: 初期治療終了後, 外来で治療を受けている乳がん患者の思い. 日本赤十字看護大学紀要, 22, 28-38, 2008.
- 13) 戸井間充子, 他: ターミナル後期にある家族が「思い出づくり」をする意味. 看護きろく, 12 (10), 66, 2003.

A Consideration on Support for Breast Cancer Patients and their Children by Using “Support Book” – With the Clue of Characteristics of Mothers –

Erina NOGUCHI, Tomoe MAKINO, Yuriko MATHUMOTO,
Akiko KATO, Kiyotoshi TAKAYAMA, Takanori WAGATHUMA,
Fukumi KITAMOTO

Abstract

The purpose of this study is characterize the characteristics of descriptive contents of breast cancer patients and the conversations between them and their child in the making process of “Support Book (Hereinafter referred to as SB)” , and to examine the effect of SB. In the contents of SB made by six pairs of parent and child who joined in the program called “OYAKONOTANOSHIJIKAN” which supports breast cancer patients and their child, the descriptive contents of mothers (patients) and the conversation between them and their child are the objects of this study.

As a result of analyzing the date qualitative and inductive, seven categories like “Admitting good things about their child”, “Gratitude for their child and family” and the like were extracted as the characteristics of the patient’s descriptive contents in SB; nine categories such as “Enjoying conversation motivated by responding to the questions in SB” and “Finding out the unexpected parental attitude their child thinks” were extracted as the characteristics of the conversations between parent and child.

AS the effects of making SB by the patients and their child together, it is suggested that hearing the gratitude from their child directly and unexpected feeling of consideration of them during treatment of cancer leads to an early-stage palliative care for patients.

Keywords support book , breast cancer patient , support for parents and children , family care

研究報告

石川県加賀地区滞在外国人の インフルエンザ予防行動と対処行動の実態調査

林紀代美^{1,2}, 砂山美和¹, 今井美和^{1§}

概要

本研究の目的は、外国人がインフルエンザ流行時期に行う予防行動と発症時にとる対処行動の実態を把握することである。石川県加賀地区の国際交流関連施設に出入りする外国人 239 名に無記名自己記入式質問紙調査を行い、161 名から回収され (67.4%)、有効回答は 135 名 (83.9%) であった。生育国 23 ヶ国を 6 地域 (ヨーロッパ, アジア, 北米, オセアニア, 中南米, アフリカ) に分類し分析した。外国人は、インフルエンザ流行時期予防行動の「ワクチン接種」「加湿する」「外出後のうがい」の実施率が低く、発症時対処行動の「咳がでるときフェイスマスクをつける」「換気する」「病院受診」の実施率が低かった。日本でのインフルエンザ流行時期に外国人の感染を予防し、発症時に対処するには実施率が低かった予防行動や対処行動の更なる推奨が必要である。さらに文化的相違に配慮した感染予防・対処セミナー開催やパンフレット作成が必要である。

キーワード インフルエンザ, 外国人, 予防行動, 対処行動, 感染

1. はじめに

厚生労働省は、インフルエンザ流行時期にその蔓延を予防し発症時に対処するため、手洗い、うがい、ワクチン接種、換気・加湿、フェイスマスク着用、病院受診、咳エチケットなどを推奨している¹⁾。しかし、米国 (Center for Disease Control and Prevention-CDC)、英国 (Department of Health-DH) や欧州疾病予防管理センター (European Centre for Disease Prevention and Control-ECDC) は「喉が痛い時塩水でうがいする」ことを紹介しているが、流行時期の予防を行うとは伝えておらず、フェイスマスク着用も発症時の対処対策の推奨項目に含まれていない^{2,3,4)}。日本に滞在する外国人登録者数は、20 年前と比較して全国・石川県ともに約 2 倍に増加している^{5,6)}。生育環境や文化的背景の違いにより予防・対処のとらえ方が異なるため⁷⁾、グローバル化が進む日本において医療従事者は、流行時期に外国人の予防意識を高め、発症時にとるべき対処方法を伝える対策を講じる必要がある。

本研究では、外国人がインフルエンザ流行時期に行う予防行動と発症時にとる対処行動の実態を把握し、日本での流行時期・発症時における外国

人の感染予防・対処のあり方を考える基礎資料とする。

2. 方法

2.1 対象・方法・場所・期間

石川県加賀地区の国際交流関連 4 施設 (A, B, C, D) の日本語教室に出入りする外国人 239 名を対象とし、2012 年 7 月 17 日～10 月 24 日の期間に、無記名の自己記入式質問紙調査 (日本語版、英語版、中国語版、韓国語版、ロシア語版、ポルトガル語版の 6 カ国語) を実施した。研究代表者が研究の趣旨を説明後、対象者に回答できる言語を確認し質問調査用紙を配布、回答後その場で回収した。例外として、回答と回収が同日に不可能な場合、次回授業日までに回答し、施設担当者が回収した。施設担当者が説明、配布、回収した施設 (C, D) もあった。4 施設内で対象者が複数の施設に通っている場合は、同調査に回答したことがある対象者の申し出と研究代表者が認識した対象者の除外という方法をとった。

2.2 調査項目

先行文献^{1,7)}を参考にして、下記の①～⑫とした。

- ① 性別：男性，女性
- ② 年齢：数字を記入

¹ 石川県立看護大学, § 責任著者

² 金沢医療センター (現所属)

- ③ 出生国：生まれた国を記入
- ④ 生育国：育った国を記入
- ⑤ 職業：学生，被雇用者，無職（主婦を含む）
- ⑥ 日本滞在期間：1 ヶ月未満，1 ヶ月以上1 年未満，1 年以上
- ⑦ インフルエンザ流行時期予防行動（流行時期に自身が罹患しないようにする行動）の実施状況：下記の a～g の項目に対して「いつもする」「ときどきする」を「する群」，「あまりしない」「全然しない」を「しない群」の2 群とした。
 - a. 「外出後の手洗い」：「する群」に「手洗いの時に使用するもの」を質問し「水・お湯のみで洗う」「石けんで洗う」「アルコールを含む消毒液を使用する」「その他」の選択肢を設け複数回答とした。さらに「その他」は自由記載とした。
 - b. 「外出後のうがい」：「する群」に「うがいの時に使用するもの」を質問し「水・お湯のみでする」「うがい薬を使う」「その他」の選択肢を設け複数回答とした。さらに「その他」は自由記載とした。
 - c. 「必要がない限り，外出を控える」
 - d. 「ワクチン接種」
 - e. 「加湿する」
 - f. 「バランスのとれた栄養摂取を心がける」
 - g. 「十分に休養する」
- ⑧ インフルエンザ予防教育状況
 - a. 「インフルエンザ罹患予防方法を教えた人」：「親」「学校の先生」「その他」の3 選択肢を設け複数回答とした。さらに「その他」は自由記載とした。
 - b. 「教わったインフルエンザ罹患予防方法」：「外出後の手洗い」「外出後のうがい」「必要がない限り，外出を控える」「ワクチン接種」「加湿する」「バランスのとれた栄養摂取を心がける」「十分に休養する」の7 選択肢を設け複数回答とした。さらに「その他」は自由記載とした。
- ⑨ 独自のインフルエンザ予防方法：「インフルエンザに罹患しないように独自に行っていること」は自由記載とした。
- ⑩ 日本におけるインフルエンザ予防行動の印象：「インフルエンザ流行時期に，日本人が行う予防行動をみてどう思うか」は自由記載とした。
- ⑪ インフルエンザ発症時対処行動の実施状況：

下記の a～f の項目に対して「いつもする」「ときどきする」を「する群」，「あまりしない」「全然しない」を「しない群」の2 群とした。

- a. 「水分摂取」
 - b. 「換気する」
 - c. 「病院受診」
 - d. 「咳がでるときフェイスマスクをつける」
 - e. 「くしゃみや咳がでるとき他の人から顔をそらせる」
 - f. 「くしゃみや咳がでるときティッシュで口と鼻を覆う」
- ⑫ 「くしゃみや咳がでるとき口と鼻を覆う手段（ティッシュ以外）」：「手で覆う」「腕（肘）で覆う」「覆わない」「その他」の4 選択肢を設け複数回答とした。さらに「その他」は自由記載とした。

2.3 倫理的配慮

質問調査用紙に協力依頼状を添付し，調査への協力は任意とした。依頼状に常時どの質問にも回答を拒否して構わないこと，プライバシーを厳守すること，質問調査用紙は厳重に保管されること，質問調査用紙への回答をもって同意とみなすことを明記した。質問調査用紙は無記名で調査用番号をつけ匿名化を行い，プライバシーを保護した。本調査は本学の倫理委員会の承諾後実施した（承認番号 523 号）。

2.4 分析方法

得られたデータを Microsoft Excel 2010 に入力し，対象者の生育国別と国際連合による地域分類（北米，中南米，アジア，中東，ヨーロッパ，オセアニア，アフリカの地域）⁸⁾ の地域別で，まず1 変量の記述統計を①～⑧の質問項目で行った。次に2 変量の記述統計を地域別と⑦⑧⑩⑫の質問項目で行った。⑨⑩の質問項目に関して，地域別に分類し各々の意見をまとめた。

3. 結果

3.1 対象の属性（表1 参照）

161 名から回収があり（回答率 67.4%），すべての調査項目に回答の記載があった 135 名 [A 75 名 (55.6%)，B 30 名 (22.2%)，C 8 名 (5.9%)，D 22 名 (16.3%)] を分析対象とした（有効回答率 83.9%）。

対象の全体・地域分類別・生育国別の人数・性別・年齢・滞在期間・職業分布，地域分類別生育国数

表1 対象の属性 (n=135)

地域分類	人数		年齢		滞在期間			職業		
	人数 (女性)	% *1	Mean	± SD	1 カ 月 未 満	1 カ 年 未 満	1 カ 年 以 上	学 生	被 雇 用	無 職
ヨーロッパ 8カ国	31(24)	23.0	31.4	± 1.1	3	23	5	25	4	2
スペイン	1(1)	1.0	29.0			1		1		
イギリス	1(0)	1.0	34.0				1		1	
スコットランド	1(0)	1.0	64.0		1				1	
デンマーク	1(1)	1.0	18.0			1		1		
ベルギー	1(0)	1.0	29.0			1		1		
イタリア	16(12)	12.0	21.9	± 1.6	2	14		16		
ルーマニア	3(3)	2.0	33.7	± 3.0			3		2	1
ロシア	7(7)	5.0	21.4	± 4.4		6	1	6		1
アジア 9カ国	75(54)	55.6	29.1	± 5.5	11	33	31	35	27	13
韓国	9(6)	7.0	34.2	± 13.3	1	3	5	4	3	2
中国(中華人民共和国)	38(33)	28.0	28.4	± 10.5	4	19	15	21	8	9
台湾	4(3)	3.0	29.5	± 10.6	2	1	1	1	3	
香港	2(0)	1.0	18.0			2		2		
ベトナム	10(6)	7.0	25.0	± 3.8	4	2	4	3	6	1
タイ	4(2)	3.0	26.3	± 7.1		1	3	1	3	
マレーシア	1(1)	1.0	36.0				1		1	
インドネシア	5(1)	4.0	36.2	± 3.7		4	1	2	2	1
フィリピン	2(2)	1.0	28.5	± 8.0		1	1	1	1	*2
北米 2カ国	13(9)	9.6	23.2	± 2.3	1	7	5	6	7	0
カナダ	2(2)	1.0	20.5	± 3.5		1	1	1	1	
アメリカ	11(7)	8.0	25.8	± 8.0	1	6	4	5	6	
オセアニア 2カ国	10(6)	7.4	25.2	± 2.5	4	4	2	4	6	0
オーストラリア	8(4)	6.0	26.9	± 5.5	4	3	1	3	5	
ニュージーランド	2(2)	1.0	23.5	± 0.5		1	1	1	1	
中南米 1カ国	5(0)	3.7	34.0	± 11.5		1	4	2	3	
ブラジル	5(0)	3.7	34.0	± 11.5		1	4	2	3	
アフリカ 1カ国	1(1)	0.7	25.0				1			1
エジプト	1(1)	0.7	25.0				1			1
6地域 23カ国	135(94)	100	29.1	± 3.7	19	69	47	72	47	16

*1, 総数における%; *2, 自国で医療従事経験あり; 二重下線, 地域別の最大数

は表1に示す通りであった。年齢範囲は17～67歳、日本滞在期間は2日～23年、アフリカ地域はエジプト1カ国1名のため集計結果において0%もしくは100%になった。また、中南米地域は5名だが1カ国のみで、中東地域に該当者はいなかった。

以下3.2, 3.3, 3.7の結果は実施率が高い順に記載し、各質問項目の6地域の分布は各表に示す通りである。

3.2 インフルエンザ流行時期予防行動実施状況

(1) 地域分類別インフルエンザ流行時期予防行動実施状況 (表2参照)

「外出後の手洗い」が最も多く、以下「十分に休養する」「バランスのとれた栄養摂取を心がける」「必要がない限り、外出を控える」「外出後のうがい」「加湿する」「ワクチン接種」の順であった。

(2) 手を洗うときに使用するもの(複数回答)(表3参照)

「石けんで洗う」が最も多く、以下「水・お湯のみで洗う」「アルコールを含む消毒液を使用す

る」の順であった。

(3)うがいをするとき使用するもの(複数回答)
(表4参照)

「水・お湯のみでする」が最も多く、以下「うがい薬を使う」の順であった。

3.3 インフルエンザ予防教育状況

(1) インフルエンザ罹患予防方法を教えた人(複数回答)(表5参照)

「親」が最も多く、以下「学校の先生」であった。

(2) 教わったインフルエンザ罹患予防方法(複数回答)(表6参照)

表2 地域分類別インフルエンザ流行時期予防行動実施状況 (n=135)

地域分類	総数	外出後の手洗い		外出後のうがい		必要がない限り、外出を控える		ワクチン接種		加湿する		バランスのとれた栄養摂取を心がける		十分に休養する	
		人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1
ヨーロッパ	31	29	93.5	10	32.3	12	38.7	6	19.4	12	38.7	19	61.3	27	87.1
アジア	75	73	97.3	44	58.7	49	65.3	27	36.0	36	48.0	58	77.3	61	81.3
北米	13	12	92.3	1	7.7	2	15.4	9	69.2	2	15.4	10	76.9	11	84.6
オセアニア	10	6	60.0	0	0	2	20.0	5	50.0	2	20.0	8	80.0	9	90.0
中南米	5	5	100	3	60.0	3	60.0	2	40.0	3	60.0	5	100	3	60.0
アフリカ	1	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
6地域	135	126	93.3	58	43.0	69	51.1	49	36.3	55	40.7	100	74.1	111	82.2

*1, 地域総数における%; 二重下線, 地域別の最大数; 下線, 地域別の最少数

表3 手洗い時に使用するもの(複数回答)(n=126)

地域分類	総数	水・お湯のみで洗う		石けんで洗う		アルコールを含む消毒液を使用する		その他	
		人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1
ヨーロッパ	29	0	0	27	93.1	3	10.3	0	0
アジア	73	13	17.8	52	71.2	13	17.8	2	2.7
北米	12	3	25.0	12	100	1	8.3	0	0
オセアニア	6	0	0	6	100	1	16.7	0	0
中南米	5	3	60.0	3	60.0	2	40.0	0	0
アフリカ	1	1	100	0	0	0	0	0	0
6地域	126	20	15.9	100	79.4	20	15.9	2	1.6

*1, 「外出後の手洗い」する群における%; 二重下線, 地域別の最大数; 下線, 地域別の最少数

表4 うがいに使用するもの(複数回答)(n=58)

地域分類	総数	水・お湯のみでする		うがい薬を使う		その他	
		人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1
ヨーロッパ	10	6	60.0	4	40.0	2	20.0
アジア	44	34	77.3	13	29.5	3	6.8
北米	1	1	100	0	0	1	100
オセアニア	—	—	—	—	—	—	—
中南米	3	2	66.7	1	33.3	0	0
アフリカ	—	—	—	—	—	—	—
6地域	58	43	74.1	18	31.0	6	10.3

*1, 「外出後のうがい」する群における%; 二重下線, 地域別の最大数; 下線, 地域別の最少数

表5 インフルエンザ罹患予防方法を教えた人(複数回答)(n=135)

地域分類	総数	親		学校の先生		その他	
		人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1
ヨーロッパ	31	28	90.3	3	9.7	3	9.7
アジア	75	39	52.0	29	38.7	36	48.0
北米	13	11	84.6	6	46.2	4	30.8
オセアニア	10	10	100	2	20.0	3	30.0
中南米	5	3	60.0	2	40.0	2	40.0
アフリカ	1	1	100	0	0	0	0
6地域	135	92	68.1	42	31.1	48	35.6

*1, 地域総数における%; 二重下線, 地域別の最大数; 下線, 地域別の最少数

表6 教わったインフルエンザ罹患予防方法（複数回答）（n=135）

地域分類	総数	外出後の手洗い		外出後のうがい		必要がない限り、外出を控える		ワクチン接種		加湿する		バランスのとれた栄養摂取を心がける		十分に休養する		その他	
		人数	% ^{*1}	人数	% ^{*1}	人数	% ^{*1}	人数	% ^{*1}	人数	% ^{*1}	人数	% ^{*1}	人数	% ^{*1}	人数	% ^{*1}
ヨーロッパ	31	28	90.3	7	22.6	4	12.9	11	35.5	7	22.6	10	32.3	7	22.6	3	9.7
アジア	75	68	90.7	41	54.7	33	44.0	51	68.0	19	25.3	22	29.3	45	60.0	3	4.0
北米	13	13	100	1	7.7	1	7.7	11	84.6	0	0	1	7.7	2	15.4	1	7.7
オセアニア	10	10	100	0	0	0	0	6	60.0	0	0	0	0	0	0	2	20.0
中南米	5	5	100	4	80.0	0	0	5	100	3	60.0	2	40.0	4	80.0	1	20.0
アフリカ	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6地域	135	124	91.9	53	39.3	39	28.9	84	62.2	29	21.5	35	25.9	58	43.0	10	7.4

*1, 地域総数における%; 二重下線, 地域別の最大数; 下線, 地域別の最少数

「外出後の手洗い」が最も多く、以下「ワクチン接種」「十分に休養する」「外出後のうがい」「必要がない限り、外出を控える」「バランスのとれた栄養摂取を心がける」「加湿する」の順であった。

3.4 インフルエンザ流行時期予防行動実施状況とインフルエンザ予防教育状況の比較（表2、表6参照）

表2の実施状況%から表6の受けた教育状況%を差し引いた数値で比較した。

実施が受けた教育より低かった項目は、「ワクチン接種」(-25.9%)、逆に実施が受けた教育より高かった項目は「バランスのとれた栄養摂取を心がける」(+48.1%)、「十分に休養する」(+39.9%)、「必要がない限り、外出を控える」(+22.2%)、「加湿する」(+19.3%)、「外出後のうがい」(+3.7%)、「外出後の手洗い」(+1.5%)であった。

「ワクチン接種」は、アフリカで差がなく、オセアニア(-10.0%)、北米(-15.4%)、ヨーロッパ(-16.1%)で20%以内の差であったが、アジア(-32.0%)と中南米(-60.0%)で受けた教育より実施がかなり低かった。

「バランスのとれた栄養摂取を心がける」は、アフリカで差がなく、ヨーロッパ(+29.0%)、アジア、中南米、北米、オセアニア(+80.0%)の順に差が大きく実施が受けた教育よりかなり高かった。

「十分に休養する」は、アフリカで差がなく、アジア(+21.3%)、ヨーロッパ、北米、オセアニア(+90.0%)の順に差が大きく実施が受けた教育よりかなり高かった。中南米では、実施が受けた教育より低かった(-20.0%)。

「必要がない限り、外出を控える」は、アフリカで差がなく、北米(+7.7%)、オセアニア、アジア、

ヨーロッパ、中南米(+60.0%)の順に差が大きく実施が受けた教育よりかなり高かった。

「加湿する」は、アフリカ、中南米で差がなく、北米(+15.4%)、ヨーロッパ、オセアニア、アジア(+22.7%)の順に差が大きく実施が受けた教育よりかなり高かった。

「外出後のうがい」は、アフリカ、北米、オセアニアで差がなく、アジア(+4.0%)、ヨーロッパ(+9.7%)の順に差が大きく実施が受けた教育より高かった。中南米では、実施が受けた教育より低かった(-20.0%)。

「外出後の手洗い」は、中南米で差がなく、ヨーロッパ(+3.2%)、アジア(+6.7%)、アフリカ(+100%)の順に差が大きく実施が受けた教育より高かった。北米(-7.7%)、オセアニア(-40.0%)で実施が受けた教育より低かった。

3.5 独自のインフルエンザ予防方法

ヨーロッパ(21名回答)：サプリメント(ビタミン)を摂る5名、水分(オレンジジュース、暖かいお茶、はちみつとレモンを入れたお茶を飲む)を摂る5名、くしゃみや咳をしている人に近づかない4名、暖かくする(暖かい服を着る、スカーフを巻く)3名、他に運動する、薬を飲む、ワクチン接種する、睡眠をとる。

アジア(44名回答)：手洗い・うがい、フェイスマスク着用14名、食べ物を十分加熱して食べる(特に牛肉、鶏肉、魚、卵)6名、ビタミンを摂る5名、果物を多く摂る5名、外出を控える4名、換気する3名、休養、睡眠を摂る2名、他に、鶏肉を食べない、運動する、ワクチン接種をする、お酢で消毒する、石灰で消毒する、亜鉛トローチをなめる、ニンニクを食べる、タラの肝油を摂る、ミルクに卵黄とスパイスを入れて飲む、大根汁と

生姜汁と蜂蜜を混ぜたものを飲む。

北米 (10名回答)：ビタミンを摂る3名，運動をする3名，水分を摂る2名，十分に手を洗う2名，口や鼻をこすらないようにする，気候にふさわしいものを着る，果物・野菜を摂る。

オセアニア (8名回答)：運動をする2名，水分を摂る，手洗い，ビタミンを摂る，暖かくする，くしゃみや咳をしている人に近づかない，外出時レインジャケットを着る。

中南米 (4名回答)：ビタミンC・果物・野菜を摂る，暖かくする，フェイスマスクをする，夜に体を冷やさない，水分を摂る。

アフリカ：体を温めるために，お湯やお茶を飲む。

3.6 日本におけるインフルエンザ予防行動の印象

ヨーロッパ (30名回答)：主にフェイスマスク着用は役立つ12名，自国より慎重で徹底している3名，日本は安全と感じる1名，様々な対策を考えている1名，一方，フェイスマスク着用は，やり過ぎ6名，自国では一般的ではない3名，日本のインフルエンザ対策についてあまり知らない4名。

アジア (45名回答)：日本人の予防行動は参考になる(良い)28名，フェイスマスク着用は役立つ8名，ワクチン接種は良い3名，当然である2名，一方，フェイスマスク着用は違和感がある1名，深刻過ぎる1名，日本のインフルエンザ予防についてよく知らない2名。

北米 (11名回答)：フェイスマスク着用は役立つ5名，予防行動は注意深くて良い1名，一方，

フェイスマスク着用は予防にならない2名，うがいについては聞いたことがない1名，うがいは役立つ立たない1名，偏食をなくすことや外出を控えることはインフルエンザ予防にはならない1名。

オセアニア (10名回答)：フェイスマスク着用は良い2名，清潔である1名，用心深い1名，素晴らしい1名，一方，過剰である2名，役立つとは思わない1名，わからない2名。

中南米 (2名回答)：予防行動はとても良い2名。
アフリカ：意見はなかった。

3.7 インフルエンザ発症時対処行動実施状況

(1) 地域分類別インフルエンザ発症時対処行動実施状況 (表7参照)

「くしゃみや咳がでるとき他の人から顔をそらせる」が最も多く，以下「水分摂取」「くしゃみや咳がでるときティッシュで口と鼻を覆う」「病院受診」「換気する」「咳がでるときフェイスマスクをつける」の順であった。

(2) 「くしゃみや咳がでるとき口と鼻を覆う手段(ティッシュ以外)」(複数回答) (表8参照)

「手で覆う」が最も多く，以下「腕(肘)で覆う」「覆わない」の順であった。

4. 考察

4.1 インフルエンザ流行時期予防行動

予防行動のうち実施率が50%に満たなかったのは「ワクチン接種」「加湿する」「外出後のうがい」であった。

「ワクチン接種」は，感染後の発病や重症化を予防する最も有効な方法である⁹⁾ことから，ワ

表7 地域分類別インフルエンザ発症時対処行動実施状況 (n=135)

地域分類	総数	水分摂取		換気する		病院受診		咳がでるときフェイスマスクをつける		くしゃみや咳がでるとき他の人から顔をそらせる		くしゃみや咳がでるときティッシュで口と鼻を覆う	
		人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1	人数	%*1
ヨーロッパ	31	30	96.8	24	77.4	17	54.8	7	22.6	31	100	29	93.5
アジア	75	73	97.3	51	68.0	54	72.0	62	82.7	74	98.7	73	97.3
北米	13	13	100	5	38.5	7	53.8	5	38.5	13	100	12	92.3
オセアニア	10	10	100	4	40.0	9	90.0	2	20.0	10	100	9	90.0
中南米	5	5	100	3	60.0	3	60.0	4	80.0	5	100	3	60.0
アフリカ	1	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
6地域	135	132	97.8	88	65.2	91	67.4	81	60.0	134	99.3	127	94.1

*1, 地域総数における%; 二重下線, 地域別の最大数; 下線, 地域別の最少数

表8 くしゃみや咳がでるとき口と鼻を覆う手段（ティッシュ以外）（複数回答）（n=135）

地域分類	総数	手で覆う		腕（肘）で覆う		覆わない		その他	
		人数	% ^{*1}	人数	% ^{*1}	人数	% ^{*1}	人数	% ^{*1}
ヨーロッパ	31	26	83.9	5	16.1	0	0	1	3.2
アジア	75	62	82.7	13	17.3	1	1.3	2	2.7
北米	13	3	23.1	11	84.6	0	0	0	0
オセアニア	10	5	50.0	8	80.0	0	0	0	0
中南米	5	5	100	0	0	0	0	0	0
アフリカ	1	1	100	0	0	0	0	0	0
6地域	135	102	75.6	37	27.4	1	0.7	3	2.2

*1, 地域総数における%; 二重下線, 地域別の最大数; 下線, 地域別の最少数

クチン接種の有用性を周知させる必要がある。しかし、アメリカでは、無料のインフルエンザワクチンを接種するために「10分より長く待ちたくない」「ワクチン接種を受けることができなくてもどうでも良い」という考えの対象者が多く¹⁰⁾、国民のワクチン接種への意識が低いことが考えられる。日本におけるワクチン接種後副反応は、推定50,325,537人のワクチン接種者のうち554人と報告されている¹⁾。副反応の恐怖がワクチン接種率低迷の原因になっている可能性もあることから、政府に対しワクチン接種の安全性、有効性を検証することを求めていく必要がある。各々の地域において、ワクチン接種に対する意識に差があることや、ワクチンを接種しない原因に違いがあることが予測され、実際のワクチン接種実施状況がまったく異なることが考えられる。ワクチン接種が有償か無償かの違いがワクチン接種率に影響を与えていることも考えられる¹¹⁾。今後の研究では地域別に実際のワクチン接種実施状況を調査する必要がある。また、政府は具体的にワクチン接種の対象者、費用、接種場所、接種期間、副反応の報告などを提示し、国民の意識を予防に向けた上で、ワクチン接種を推奨する必要がある。

「加湿する」は、加湿する必要がない地域に生まれ育った場合、加湿するという概念がないため予防行動がとれない可能性がある。このような対象者が、加湿が必要な地域に移動した場合、予防行動の一つとして認識してもらうために、知識として加湿することの必要性を周知させる必要がある。

「外出後のうがい」は、予防行動の一つであるという認識が低い・うがいをする習慣がない・うがいは日本独自の予防方法である¹²⁾ことが、外

国人の間に普及しない原因であると考えられる。うがいは口腔内や咽頭に付着した細菌やほこりを取り除くので習慣化できることが望ましい。また、「うがいをするとき使用するもの」で「水・お湯のみでする」が最も多かった理由は、購入する必要がなく、簡単に行え、口腔内洗浄にもなることが考えられる。

予防行動のうち実施率が50%以上であったのは、「外出後の手洗い」「十分に休養する」「バランスのとれた栄養摂取を心がける」「必要がない限り、外出を控える」で、いずれの予防行動も予防教育はうけていないが実施されており、経験や環境により実際に行動をとることができていると考えられる。

「外出後の手洗い」において、流水のみの手洗いではなく日常的手洗い、さらに衛生的手洗いは効果的である¹⁾ので、インフルエンザが流行する季節のみ実施するのではなく、習慣化できるように推奨する必要がある。

「十分に休養する」「バランスのとれた栄養摂取を心がける」ことは身体の抵抗力を高めるために大切である¹⁾。しかし、食材に関して、地域により主食となる食材が異なるため、食文化の知識を医療者が情報として知っておく必要がある。今回宗教に関する質問はしなかったが、宗教上食べることが出来ない食材や期間がある対象者がいることを考慮すべきである。

「必要がない限り、外出を控える」の実施率は50%を少し超える程度で、外出を控えることが予防になるとは限らないという意識を持っている者がいることがと考えられた。人込みや繁華街では、飛沫感染、接触感染のリスクがあり¹⁾、それ

らの感染リスクを減らすために流行時期に外出を控える意識を持つ大切さを伝える必要がある。

4.2 インフルエンザ予防教育

「インフルエンザ罹患予防を教えた人」は、「親」が最も多かったが、アジアでは最も少なく、「親」「学校の先生」以外の情報収集源があった。「学校の先生」は、アフリカ、ヨーロッパやオセアニアで低かったが、「親」と回答した人が多かった。北米で「学校の先生」が高かったのは、School Nurseの影響が大きいと考えられる。「その他」として、2002年11月に中国広東省で発症した Severe Acute Respiratory Syndrome（以下SARSと略記）の感染拡大により大きな問題となったことを挙げ、マスメディアを通じた政府による情報公開により、予防方法を知ったという中国人対象者がおり、SARS流行時の2002年11月～2003年7月は、政府からの啓発が中国国民に予防意識を高める大きな影響を与えたと考えられる¹³⁾。

「教わったインフルエンザ罹患予防方法」の「その他」には、【季節や天候に合わせた服を着る】【体調が悪いときは無理しない】【ビタミン、フルーツ、野菜を摂る】【運動する】があった。運動するという意見が各地域でみられたことから、食事や休養への配慮だけでなく、適度な運動も予防に効果的であると考えている対象者がいた。

4.3 独自のインフルエンザ予防方法

どの地域においてもビタミン摂取や水分摂取を行っていた。特にビタミンDの摂取は免疫機能を活性化させ、予防に効果的であること¹⁴⁾、乾燥した環境では口腔や鼻腔の粘膜が乾燥しウイルスが侵入しやすいため水分摂取も効果的であると考えられる。また中国において、各々の家庭独自の健康維持方法が存在し、代々伝承されていた。

4.4 日本におけるインフルエンザ予防行動の印象

SARS体験があるアジア地域対象者の大多数が、日本人が行う予防行動に対して徹底している、と感じていた。一方、ヨーロッパや北米、オセアニア地域対象者の中には、日本人が行う予防行動は素晴らしい、という人がいたが、過剰、役立たない、と言う人も半数近くいたことから、予防意識が地域によって、また、個人の経験や環境によって大きく異なると考えられた。

4.5 インフルエンザ発症時対処行動

対処行動の実施率はいずれも50%以上であり、症状の出現により対処する意識が高まることが考えられる。しかしながら、症状が軽いという自己判断で「病院受診」に至っていないケースも考えられることから、ホームドクターとの信頼関係構築、受診につながるような環境整備が大切である。また、早期受診は症状を重症化させないために重要であると理解してもらう必要もある¹⁵⁾。

「換気する」ことは、暖房器具の使用で空気が乾燥し、室内は菌やウイルスの温床となるので、定期的な換気の必要性を理解してもらう必要がある。

「くしゃみや咳がでるとき他の人から顔をそらせる」ことや「水分摂取」は住む地域に関わらず、共通に理解されており、対処行動として浸透していると考えられる。また、「くしゃみや咳がでるときティッシュで口と鼻を覆う」ことは咳エチケットとして世界共通理解があるが、インフルエンザ蔓延を防ぐことにもつながるので、感染経路の正しい知識と理解を得られるように働きかけることが必要である。さらに、「咳がでるときフェイスマスクをつける」ことは、地域の中で【良い】という意見と、【やりすぎ】という意見がほぼ同数であった。Department of Health and Ageing¹⁶⁾、CDC²⁾、ECDC⁴⁾は、症状が重症な罹患患者の場合、着用を推奨している^{2,4,9)}ので、症状がある人には着用の意義と効果について理解してもらい、対処行動できるよう促す必要がある。

「くしゃみや咳がでるとき口と鼻を覆う手段（ティッシュ以外）」として、北米、オセアニア以外の地域で「手で覆う」が多かった。一方、「腕（肘）で覆う」は北米、オセアニアで「手で覆う」よりも多かった。「腕（肘）で覆う」ことは、衣服がフェイスマスクから漏れ出た飛沫を吸収するだけでなく、内肘は手に触れる機会が少なく接触感染防止にも有用である^{17,18)}ので、推奨されるべきである。「その他」として挙げた【ハンカチで覆う】行動は、繰り返し使用することでウイルスが付着した状態となり、飛沫拡散につながりやすく、衛生面から推奨し難い。

5. 本研究の限界と今後の課題

対象者に中東地域の者がいなかったため、その地域の情報が得られなかった。また、対象者数が地域によってばらつきがあり、アフリカ地域1カ国1名、中南米地域1カ国5名と少なく、他の地域の結果と比較検討するには限界があった。今後

は、地域による対象者数のばらつきを少なくして調査を実施し、その結果から考察を深める必要がある。さらに、外国人のみならず日本人にも調査を実施し、日本人との違いも検証する必要がある。

6. 結論

外国人は、インフルエンザ流行時期の予防・対処にワクチン接種、加湿、うがい、インフルエンザ発症時のフェイスマスク着用、換気、病院受診などを役立つととらえている人が少ないことがわかった。日本人と外国人との相互理解を基本として、外国人が行うやり方を尊重しながら、他の予防法・対処法の知識習得、自主的な行動がとれるように環境整備を行う必要がある。さらに文化的相違に配慮した感染予防・対処セミナー開催やパンフレット作成が必要である。

謝辞

本調査にご協力いただいた外国人対象者、施設関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反

利益相反なし

引用文献

- 1) 厚生労働省：
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou01/qa.html>, 2013. 5
- 2) アメリカ疾病予防管理センター：
<http://www.cdc.gov>, 2013. 7
- 3) 英国保健省：
<https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health>, 2013. 7
- 4) ヨーロッパ疾病予防管理センター：
<http://ecdc.europa.eu>, 2013. 7
- 5) 法務省：
<http://www.moj.go.jp/content/000074949.pdf>, 2013. 5
- 6) 石川県庁：
<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/kokusai/gaikokujin/documents/h24nenjibetsu.pdf>, 2012. 12
- 7) 若松香織, 長松康子: 首都圏における外国人留学生の新型インフルエンザ (H1N1) の知識と行動, 聖路加看護学会誌, 14 (3), 68, 2010.
- 8) 国際連合：
<http://unstats.un.org/unsd/syb/Extract%20-%20regional.pdf>, 2013. 8
- 9) 国立感染症研究所 感染症情報センター：
<http://idsc.nih.go.jp/disease/influenza/fluQA/QAdoc01.html>, 2012. 12
- 10) CHICAGO JOURNALS:
<http://www.jstor.org/discover/10.1086/663210?uid=3738328&uid=2&uid=4&sid=21102660447443>, 2013. 8
- 11) 医療関連データの国際比較：
<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=422>, 2013. 8
- 12) 水うがいで風邪発症が4割減少：
<http://www.kyoto-u.ac.jp/health/006.htm>, 2012. 12
- 13) 加藤洋子: SARS 事件から見た中国の危機管理に関する一考察, 21世紀社会デザイン研究, (7), 41-52, 2008.
- 14) The American Journal of CLINICAL NUTRITION:
<http://ajcn.nutrition.org/content/early/2010/03/10/ajcn.2009.29094.full.pdf+html>, 2013. 8
- 15) セルフドクターネット：
http://www.selfdoctor.net/q_and_a/2008_02/fuyu02/04.html, 2012. 12
- 16) Department of Health and Ageing, Australian Government:
<http://www.health.gov.au>, 2012. 12
- 17) 世界保健機関: <http://www.who.int>, 2013. 7
- 18) 山内勇人, 佐伯真穂, 大西誠: 新型インフルエンザ対策におけるサージカルマスク不足への代替案, INFECTION CONTROL 誌 臨時 web 速報, vol8 no.7, 9-12, 2009:
<http://www2.medica.co.jp/topcontents/information/icnews5.pdf>, 2013.8

A Survey of Preventive and Coping Behavior for Influenza among Foreigners Staying in the Kaga Area of Ishikawa Prefecture

Kiyomi HAYASHI, Miwa SUNAYAMA, Miwa IMAI

Abstract

The purpose of this research was to understand the preventive and coping behavior of foreigners staying in the Kaga area of Ishikawa Prefecture during an influenza epidemic. We surveyed 239 foreign residents using anonymous self-entry questionnaires. We were able to collect 161 (67.4%) surveys, 135 (83.9%) of which were usable. The foreign residents came from 23 countries in six areas of the world (Europe, Asia, North America, Oceania, Central and South America, and Africa). The probabilities of 'vaccination', 'humidifying' and 'gargling after coming home' as preventive behaviors during an influenza epidemic for foreign residents were low. And also the probabilities of 'wearing a face mask when having 'cough', 'ventilation' and 'hospital consultation' as coping behaviors during an influenza outbreak for foreign residents were low. We need to recommend preventive and coping behaviors which the probabilities were low to prevent infection and cope among foreigners during an influenza epidemic or outbreak in Japan. Furthermore, we need to create seminars to prevent infection and brochures focusing on preventing infection that consider cultural differences.

Keywords influenza, foreigner, epidemic behaviors, preventive behaviors, infection

研究報告

地域医療を担う病棟看護師のストレス要因

—地域ごとの特色に焦点を当てて—

西澤志織*^{1,2}, 花川真貴*^{1,3}, 矢鋪有梨*^{1,4}, 松原 勇¹, 多久和典子^{1§}

概要

I 県内の人口集中地区 (A 地区) および過疎地区 (B 地区) の中核病院の病棟に勤務する看護師を対象として、任意・無記名・記入式アンケート調査を行い、451 名の回答から、心身の健康状態やストレスの要因を検討した。A 地区は 20～30 代が回答者の 8 割を、B 地区は 40 代以上が 6 割を占めた。両地区ともに、ストレス要因の 1 位は「超過勤務・サービス残業」であった。超過勤務は A 地区のほうが長時間だった。超過勤務が長くなるにつれ、疲労感と複数の要因に対するストレスの強度が増大し、また、常勤看護師の増員、給与の改善、業務効率化の環境整備等に加えて、パートタイム勤務の採用がストレス軽減に効果的と考える人が増加した。職務に満足感のある人は 20 代で最も多く、30～40 代で低下した。人間関係をストレスと感じる人は B 地区では年齢とともに増加した。40 代看護師を比較すると、B 地区では研修の参加困難など複数の要因においてストレスと感じる人が多かった。

キーワード 地域医療, 看護師, ストレス, 超過勤務, 職務満足度

1. はじめに

本格的な高齢化社会を迎えた我が国においては、近年、全国的に看護師不足が深刻化している。2006 年に行われた日本病院会の緊急アンケートによれば、看護師が不足していると回答した病院は約 7 割に上っており、多くの医療機関で看護師の人員確保が緊急の課題となっている¹⁾。厚生労働省では、不足する看護師の必要数の検討や長期的な見通しについて検討がおこなわれ、2010 年 12 月の報告書によれば、2011 年度の看護職員需給見通しは、需要約 140 万 4 千人に対して、供給見通しは約 134 万 8 千人であり、5 万 6 千人が不足すると予測されている²⁾。

看護師不足の背景には、複数の要因が挙げられる。まず、医療の高度化、専門化、在院期間の短縮化により、看護師の仕事内容がますます複雑かつ多忙になっている。このため、看護師免許を取得して就職しても、早期に離職する看護師が多い。看護師の職場定着の減少から、看護師の業務はさらに多忙なものとなり、悪循環を起している。

第二に、2006 年に診療報酬が改定されたことにより、地方の中小病院から大都市の大病院へ看護師が引き抜かれるなどの現象が起きている。実際、新卒看護師の県外からの流入数は都市部において多いことが報告されており、とりわけ地域において顕著な看護師不足をきたしている³⁾。看護師の離職や職場の転換のもう一つの要因として、とりわけ若い看護師の勤務に伴うさまざまなストレスが考えられる⁴⁾。看護職のストレスを、事務職を基準として比較すると、看護師のストレスは有意に強い状況にある⁵⁾。看護師の 9 割が普段の心身の健康状態について「疲れている」と感じており、自分なりのストレス発散方法を持っていても、疲れているために実践できずにストレスを解消できていないとの報告もある⁶⁾。また、新卒看護師では仕事負担度が強いストレスとなっており、一方、ベテラン看護師では対人関係に高いストレスを感じていると報告されている⁷⁾。

このように、全国的な看護師不足に加え、診療報酬改定を契機に、地域医療を担う看護職員数が増えつつ減少しているという現状である。

地域医療を担う看護師不足を解決するためには、地域の医療機関で現在勤務している看護師の勤務状況や困難と感じる要因、解決策への意見等を直接調査し、問題を明確化することが重要と考

¹ 石川県立看護大学

² 北里大学附属病院 (現所属)

³ 金沢赤十字病院 (現所属)

⁴ 金沢市役所 (現所属)

* すべて筆頭著者

§ 責任著者

えられる。本研究は、I県内の中核病院に勤務する看護師約500名を対象として、任意・無記名・記入式アンケート調査を行い、その結果から、上記の点を考察することを目的とした。

2. 研究方法

2.1 用語の定義

- 1) 地域医療を担う看護師：I県全体を地域ととらえ、I県内医療機関に勤務する看護師を地域医療を担う看護師とした。
- 2) 超過勤務：労働時間外で賃金の発生する労働のこと。
- 3) サービス残業：労働時間外で、賃金を伴わない労働のこと。

2.2 調査対象

I県内の人口集中地区（A地区）および人口過疎地区（B地区）の病床数100以上の中核病院（A地区8病院、B地区7病院）に勤務する、臨床経験2年目以上の病棟看護師を対象とし、それぞれ240、260名にアンケートを配布した。なお、勤務1年目の看護師は新人看護師として固有のストレスを持っていると考えられることから、本研究では臨床経験2年目以降の看護師を対象とした。

2.3 調査方法

上記の病棟看護師を対象者として、自作の任意・無記名・記入式のアンケート調査を行った。アンケート内容は、以下の各項目からなる。(1)属性（性別、年齢、婚姻・同居家族の有無、経験年数、配属部署、現職）、(2)生活環境（家事の有無、睡眠時間、育児・介護状況）、(3)勤務環境（病床数、看護基準、勤務形態、超過勤務・サービス残業時間、夜勤状況、休暇制度、パートタイム勤務）と職務満足度・生きがい、(4)健康状態とストレス：心身の健康状態（7項目、表2）、ストレスの要因（13項目、表3）、ストレス軽減・改善策（10項目、表4）、(5)研修体制（院内の取り組み、院外研修）、(6)日本の地域医療における看護師の貢献を推進するための解決策への意見、の6項目である。各病院の看護部を訪問してアンケート調査への御協力を依頼し、アンケート用紙と対象者宛依頼書の配布をお願いした。研究期間は平成23年7月～8月であった。

2.4 倫理的配慮

アンケート調査に先立ち、予め石川県立看護大

学倫理委員会において研究の承認を得た。対象者には研究への協力を文書で依頼した。依頼書には、研究の趣旨・目的とともに、研究への協力は自由意思に基づき、任意かつ無記名であること、個人が特定される項目を含まず、協力の可否により不利益を被ることもないこと、回答結果は統計学的に解析し、研究以外の目的に使用しないことを明記した。アンケートへの回答をもって研究協力への同意が得られたと判断した。回答は、依頼書・アンケート用紙に添付した返信用封筒に入れて、2週間をめぐりに投函を依頼した。一部の病院ではアンケート回収袋を設置させていただき、2週間後に回収した。

2.5 分析方法

アンケートの一部は4段階評定で回答を求め、それぞれを半定量的に0～3点として集計し、わかりやすいように10点満点に変換してグラフに表した（図6a, 6b, 7, 12a, 12b）。アンケート結果は、Excelによる単純集計を行ったのち、関連項目についてはSPSS13.0を使用して χ^2 検定を行った。統計学的解析の結果、有意差が得られたものは図表の中にアスタリスクで表示した（* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ ）。

3. 結果と考察

3.1 対象者の属性

A地区8病院、B地区7病院に計500通のアンケートを配布し、A地区から99.6%（239名）、B地区からは81.5%（212名）の回答が得られた。年齢または性別の明らかなものを有効回答とし、有効回答率はA地区、B地区ともに100%であった（表1）。

表1 アンケートの回収状況

	配布	回収	有効回答
全体	500	451(90.2%)	451(100%)
A地区	240	239(99.6%)	239(100%)
B地区	260	212(81.5%)	212(100%)

対象者の属性について、年齢分布はA地区とB地区で大きく異なっていた（図1）。すなわち、A地区では、20代・30代がそれぞれ全体の4割ずつを占め、両者で8割に達していたのに対し、B地区では、50代が最も多く3割を占め、20代は1割強、30代が3割弱であった。性別は、両地区ともに、男性は8名と少なく、3～4%であった。

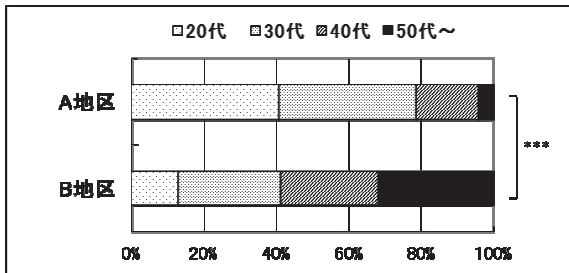


図1 地区別年齢分布の比較 (**p<0.001)

3.2 心身の健康状態について

心身の健康状態について、表2に挙げた7項目に関して、「全く思わない」、「あまり思わない」、「そう思う」、「とてもそう思う」の4段階評定で回答を求めた。まず、「心身ともに健康である」と感じているか否かを尋ねたところ、A地区では5割、B地区では6割の人が「あまり思わない」・「全く思わない」と回答しており、不健康感を抱えている人が過半数に上ること、B地区はA地区より有意に多いことがわかった (p<0.05) (図2a)。さらに、「疲れている」、「不安がある」、「緊張している」、「憂鬱である」、「不満・怒りがある」、「悲しい」の6項目をあげ、それぞれについても同様の回答を求めた (図2b)。「疲れている」と感じている人は、両地区ともに8割以上が該当すると回答した。また、両地区ともに「不安がある」と回答した人は約6割であり、「緊張している」、「憂鬱である」と回答した人は約半数であった。「不満・怒りがある」と回答した人は、A地区で39.7%、B地区で54.2%であり、B地区において有意に多かった (p<0.05)。「悲しい」と回答した人は他の項目に比べて少なかったが、A地区で14.2%、B地区で22.2%であり、やはりB地区において有意に多かった (p<0.05) (図2b)。

3.3 多くの人が感じるストレスの要因について

ストレス要因として、表3に上げた13項目について、「全く思わない」・「あまり思わない」・「そう思う」・「とてもそう思う」の4段階評定で回答を求めた。「そう思う」・「とてもそう思う」と回答した人の合計が回答者全体に占める割合を算出し、比較すると、上位5項目は両地区で完全に一致していた (表3、図3)。すなわち、「超過勤務・サービス残業」、「医療事故への不安」、「勤務時間内の多忙」の3要因は、いずれも両地区において8割前後の人がストレスに感じていた。次いで「業務の複雑さ」、「給与への不満」であり、両地区で7割前後を占めた。1位から5位すべて

表2 心身の健康状態 (7項目)

- a) 心身ともに健康である
- b) 疲れている
- c) 不安がある
- d) 緊張している
- e) 憂鬱である
- f) 不満・怒りがある
- g) 悲しい

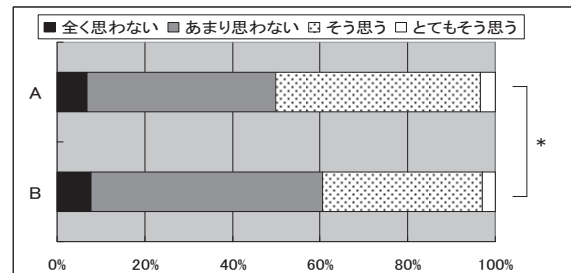


図2a 「心身ともに健康である」について、地区別の比較。 (*p<0.05)

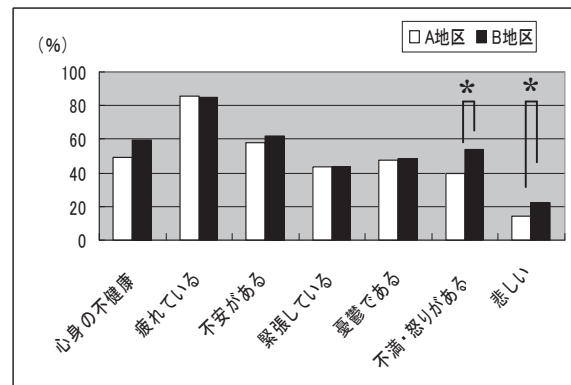


図2b 心身の健康状態についての地区別比較 (*p<0.05)「心身の不健康」の項は、「心身ともに健康である」と「全く思わない」・「あまり思わない」と回答した人の占める割合を示す。

表3 ストレス要因 (13項目)

	A	B	全体
1. 超過勤務・サービス残業	78.6	81.3	79.9
2. 医療事故への不安	77.4	82.0	79.5
3. 勤務時間内の多忙	75.4	79.8	77.5
4. 業務の複雑さ	70.8	74.0	72.3
5. 給与への不満	62.4	69.6	65.8
6. 人の生死への精神的負担	64.1	63.1	63.6
7. 勤務継続への不安	52.4	65.9	58.7
8. 不規則な勤務形態	52.5	56.8	54.5
9. 職場の人間関係	38.7	53.6	45.7
10. 患者・家族との人間関係	35.6	56.5	45.4
11. 研修への参加困難	32.2	46.9	39.1
12. プライベートな問題	34.8	41.8	38.1
13. 電子カルテ (該当される方のみ) *	28.3	49.1	36.1

「そう思う」・「とてもそう思う」と回答した人の合計 (%)
 (*設問13の回答率: A地区 81.2%, B地区 50.0%)

において A 地区と B 地区を比較すると、B 地区の方がストレスを感じている人の割合が多かった。

3.4 超過勤務・サービス残業の現状

超過勤務・サービス残業の現状を把握するために、1週間あたりの超過勤務・サービス残業のそれぞれの合計時間を「0時間」、「～3時間」、「～6時間」、「～10時間」、「10時間以上」の5段階で回答を求めた。超過勤務の結果を図4aに、サービス残業の結果を図4bに示す。

超過勤務に関しては、A地区に長時間従事する人が有意に多かった ($p < 0.05$)。超過勤務が週「0時間」と回答した人はA地区では7.5%、B地区では19.8%であり、「～3時間」の回答は、いずれの地区でも5割を占めた。超過勤務が週3時間を超える人はA地区（4割強）がB地区（3割弱）より多く、週6時間以上の超過勤務も、B地区の1割未満に対し、A地区では2割に達した(図4a)。

サービス残業については、両地区で有意差がな

かった(図4b)。

上記の結果から、多くの病院において、時間外労働が慣習化していると推測される。ストレス要因の5位に挙げられている「給与への不満」は時間外労働に対して賃金が払われていないサービス残業もひとつの要因であると考えられる。社団法人日本看護協会によると、2008年11月～2009年1月に「時間外勤務、夜勤・交代制勤務等緊急実態調査」が行われ、平均して月23.4時間の時間外勤務が行われている一方、実際に労働時間として申告されている時間数は8.3時間とされている⁸⁾。

3.5 超過勤務・サービス残業の長さとしてストレスとの自覚の関係

超過勤務・サービス残業に従事する時間の長さが、それ自体をストレスとして自覚することに影響を与えているか否かについて検討した。ストレスと感ずるかとの設問に、「そう思う」・「とてもそう思う」と回答した人が占める割合を、時間外労働の長さごとに比較した(図5a, 5b)。超過勤務・サービス残業のいずれにおいても、従事する時間が長いほど、ストレスと感ずる人が多くなる

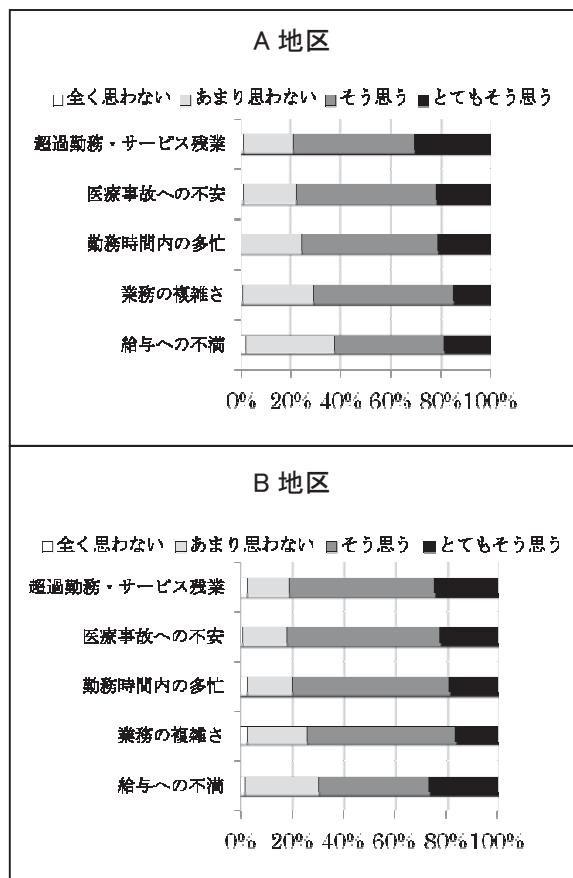


図3 ストレスと感ずている人の多い要因(上位5位)の地区別比較。

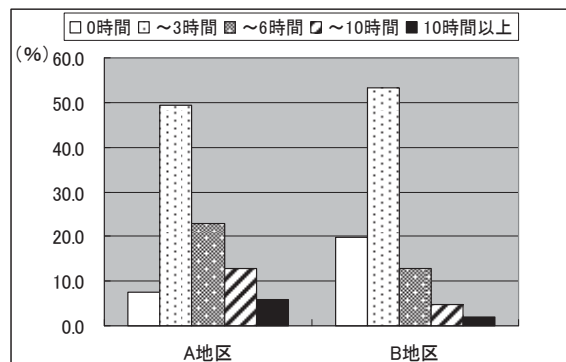


図4a 1週間あたりの超過勤務時間の分布

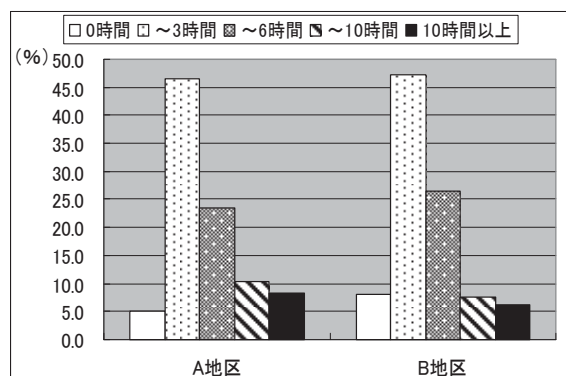


図4b 1週間あたりのサービス残業時間の分布

傾向が見られた。特に賃金を伴わないサービス残業(図5b)において、超過勤務(図5a)よりも多くの方がストレスと感じ、週3時間を超えると80%~100%の方がストレスと感じていた。一方、超過勤務をストレスと感じる人は、最大でも60%であった。

先行研究においても、病院に勤務する看護師・准看護師330名に対するアンケートで、離職要因の3位に「業務量の多さとサービス残業があること」があがっている⁹⁾。

3.6 超過勤務・サービス残業が心身に与える影響

上記の結果から、超過勤務、あるいは、サービス残業が長いほど、それ自体をストレスと感じる人が多くなることがわかった。次に、これらの時間外労働の長さが、心身の健康状態や、そのほかのストレス要因の感じ方にどのような影響を与えるのかを検討した。

心身の健康状態についての7項目の評点と、ストレス要因13項目(表3)についての評点を10点満点のスコアに換算し、超過勤務時間別に分けた各グループにおいてそれぞれのスコアの平均値を算出し、超過勤務時間との関連を調べた(図

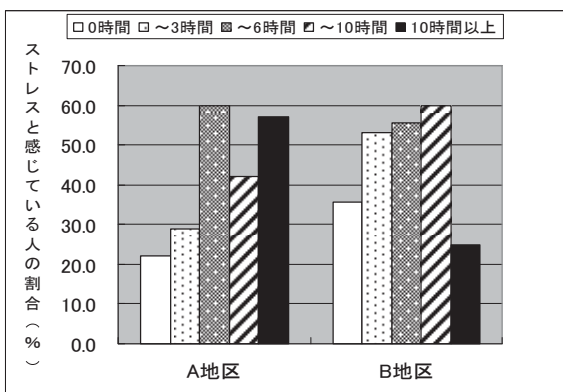


図5a 超過勤務時間とストレスの関係

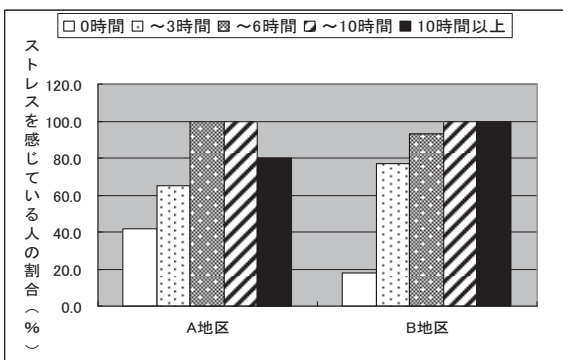


図5b サービス残業時間とストレスの関係

6a, 6b)。

心身の健康状態に関する7項目(表2)のうち、超過勤務時間との関係が認められたのは「疲れている」の1項目であった(図6a)。超過勤務時間の増加とともに「疲れている」の不健康度スコアが6.3から7.6に増加が見られた。

ストレス要因13項目(表3)の中で超過勤務時間との関連が見られたのは、「勤務時間内の多忙」、「医療事故への不安」、「人の生死への精神的負担」であった(図6b)。したがって、超過勤務は、看護師の心身に多種類のストレスを重複して与えている。「勤務時間内の多忙」により「超過勤務」せざるを得ず、「疲れている」状態では、起こるはずのない医療過誤が起こりうる状況を生む。「医療事故への不安」、「人の生死への精神的負担」などは、「疲れている」という身体的自覚症状でさらに負担となってストレスを増強させると推測される。先行研究においても、看護師の「ストレス要注意状態者」の割合は、超過勤務時間が長くな

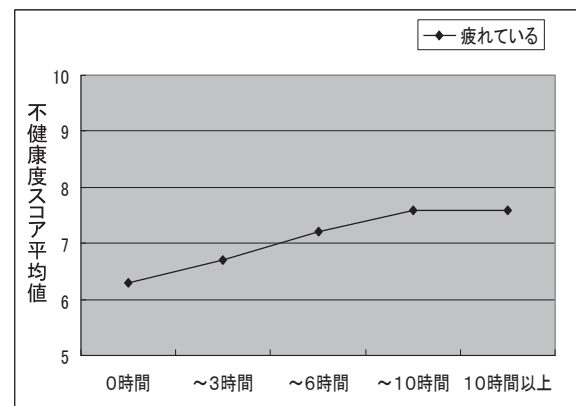


図6a 1週間あたりの超過勤務時間と自覚的な疲労の程度の関係

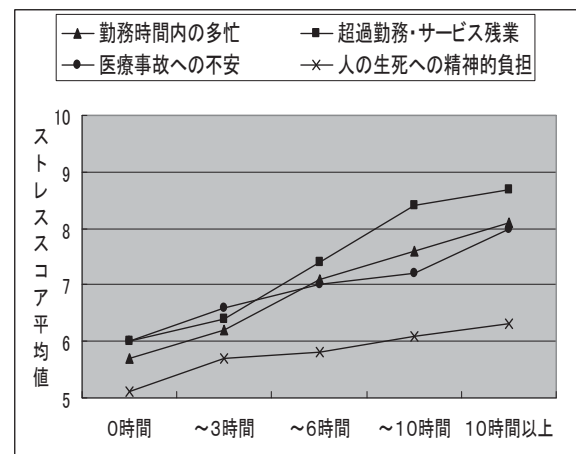


図6b 1週間あたりの超過勤務時間と各項目ごとのストレススコアの関係

るほど高まる傾向が見られている¹⁰⁻¹²⁾。時間外労働の削減により、大幅なストレス軽減と業務の効率化・過誤の減少が期待できると考えられる。

3.7 パートタイム勤務の採用について

看護師不足の結果もたらされた超過勤務・サービス残業を軽減するために、看護師のパートタイム勤務がどの程度導入されているか、現状を調べた。勤務する医療施設でパートタイム採用が導入されていると答えた人は、A地区で59.0%、B地区で69.3%であり、B地区のほうが高かった。A地区では、超過勤務の有る看護師が勤務する施設は、そうでない施設より、パートタイム勤務の導入率が有意に高かった(59.6% vs. 50.0%; $p < 0.05$)。B地区では超過勤務の有無でパートタイム勤務の導入率に差は見られなかった。

超過勤務の有無により、パートタイム勤務の採用に対する評価が異なるか否かを検討した。パートタイム勤務の採用を好ましいと考える人の割合は、A地区では超過勤務の有無によらず、9割を占めた。一方、B地区では、超過勤務を行っている人に比べ、行っていない人はパートタイム勤務採用を好ましいと思う人の割合が1割以上少なかった(91.9% vs. 78.6%)。

サービス残業の有無により、パートタイム勤務の採用に対する評価が異なるか否かを検討したところ、A地区では、サービス残業を行っていない人は行っている人に比べて有意にパートタイム勤務の採用に対し好ましいとする回答が少なかった(71.4% vs. 94.4%; $p < 0.01$)。B地区では差がなかった。

超過勤務・サービス残業を行っている人はそうでない人に比べてパートタイム勤務の採用に対して肯定的な場合が多いようであり、人員不足を切実に感じていることが示唆される。一方で、パートタイム勤務の採用に対して、「ブランクが長く、看護師としての仕事ができない」、「パートタイムの人が帰ってしまった後の仕事が他の職員の負担になる」、「看護ケアの責任の所在が不明確」などの否定的な意見もあった。これらの課題を解決しつつパートタイム勤務を有効活用することが、看護ケアの充実、インシデントの減少、看護に対する満足にもつながると考えられる。一旦退職した看護師の就職支援が重要と考えられる。

3.8 ストレス軽減策への評価

さらに、時間外労働によるストレス軽減の対策

として10項目をあげ、各々についての評価を「無効」、「あまり有効でない」、「かなり有効」、「とても有効」の4段階評定で求め、後2者の割合を比較した(表4)。A・B両地区に共通して、評価が最も高かったのは、「残業手当・昇給」と「常勤看護師の人員確保」であり、次いで、「職場の人間関係・配慮」、「業務効率化の環境整備」であった(表4)。さらに、各項目への評価を10点満点の「評価スコア」として半定量化し、平均値と時間外労働時間との関連を検討した(図7)。「残業手当・昇給」、「常勤看護師の人員確保」、「業務効率化の環境整備」の3項目と、「専門技能のスキルアップ」、「負担の軽い勤務シフト」、「パートタイム勤務の採用」を含む多くの項目について、超過勤務の時間数が増加するにつれ、評価スコアに増加が見られた(図7)。「職場の人間関係・配慮」と、「同僚の理解」・「家族・友人の理解」の評価スコアは、時間外労働の長さにより影響を受けなかった。

表4 ストレス軽減の解決策(10項目)への評価

	A	B	全体
1. 残業手当・昇給	90.0	90.5	90.3
2. 常勤看護師の人員確保	86.4	93.2	89.6
3. 職場の人間関係・配慮	86.8	87.5	87.1
4. 業務効率化の環境整備	81.7	85.9	83.6
5. 同僚の理解	79.3	85.3	82.1
6. 家族・友人の理解	77.2	79.7	78.4
7. 負担の軽い勤務シフト	75.0	74.6	74.8
8. 専門技能のスキルアップ	72.5	75.5	73.9
9. パートタイム勤務の採用	54.3	61.6	57.7
10. 電子カルテのスキルアップ	45.4	51.9	47.7

「かなり」・「とても」効果ありと評価した人の合計が回答者中に占める割合(%)を示す。

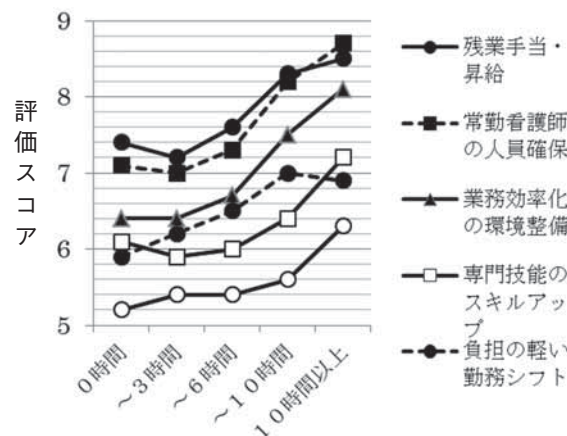


図7 ストレス軽減策に対する評価スコアと1週間あたりの超過勤務時間との関係

3.9 その他のストレス要因について

A・B両地区の40代看護師に焦点をあてて、ストレス要因(表3)のうち、5位以下の項目について比較した結果、「給与への不満」、「不規則な勤務形態」、「研修への参加困難」、「プライベートな問題」の4項目は、B地区においてストレスと感じる人がA地区より有意に多かった($p<0.05$) (図8)。

図9a, 9bに示すように、「職場の人間関係」、「患者・家族との人間関係」をストレスと感じる人の割合は、B地区において、年齢層が上昇するとともに増加し、後者については40代、50代でA地区より有意に多かった。

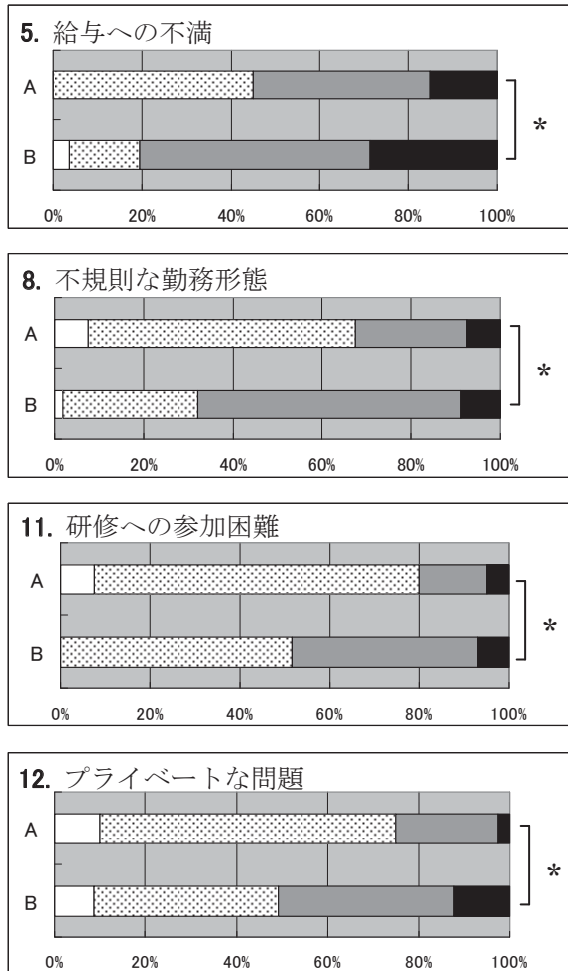


図8 40代看護師においてストレスと感じる人の割合の地区別比較。□ ■ ■ ■ はそれぞれ「全く思わない」「あまり思わない」「そう思う」「とてもそう思う」を示す。項目の番号は表3の番号に対応。(* $p<0.05$)

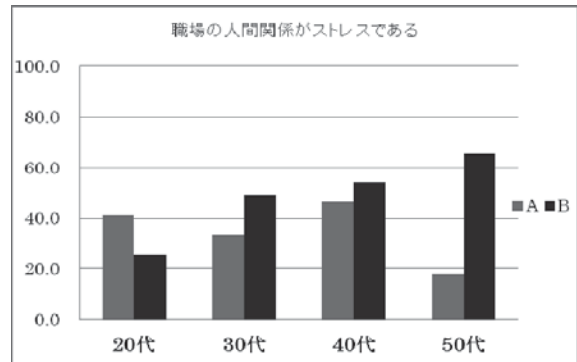


図9a 「職場の人間関係」をストレス要因と回答した人の割合。地区別・年齢別比較。

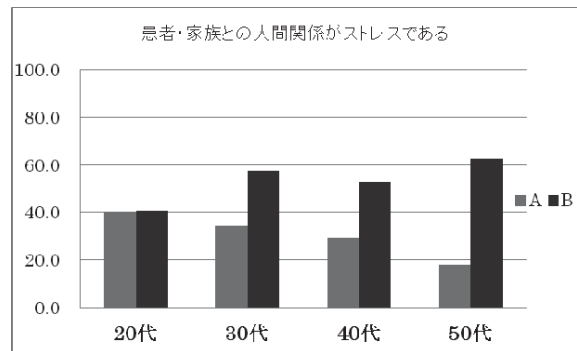


図9b 「患者・家族との人間関係」をストレス要因と回答した人の割合。地区別・年齢別比較。

3.10 職務満足度について

職務満足度を年齢層別・地区別に比較した(図10)。職務満足度を「とても満足」、「ほぼ満足」、「あまり満足ではない」、「不満」の4段階で回答を求めたところ、「とても満足」と答えた人はわずかに1人のみであった(A地区20代)。職務にほぼ満足と答えた人は両地区の20代とA地区の50代で多く、4割程度を占めた。しかし、両地区の30代・40代とB地区の50代では低く、2~3割であった。

3.11 生きがいについて

生きがいについて、「とても感じている」、「有る程度感じている」、「あまり感じていない」、「感じていない」の4段階で回答を求めた(図11)。その結果、A地区では年齢層が上昇するとともに生きがいを感じる人が増加する傾向がみられたのに対し、B地区では年齢層が上昇すると減少する傾向がみられた。B地区の20代で生きがいを感じていると答えた人は、A地区と同様6割だった。

対象者全体について、「生きがい」を感じる程度によって、「職務満足度」や「心身の健康状態」

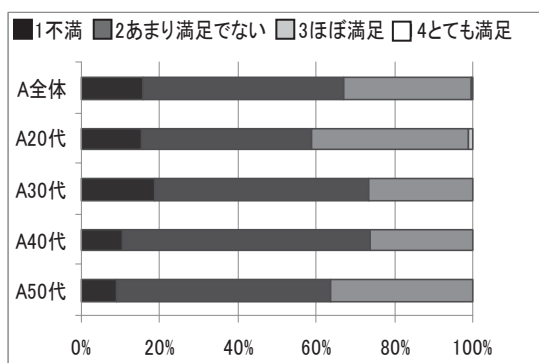


図 10a 年代別職務満足度 (A 地区)

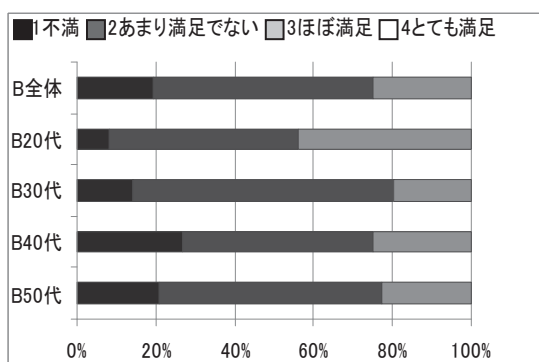


図 10b 年代別職務満足度 (B 地区)

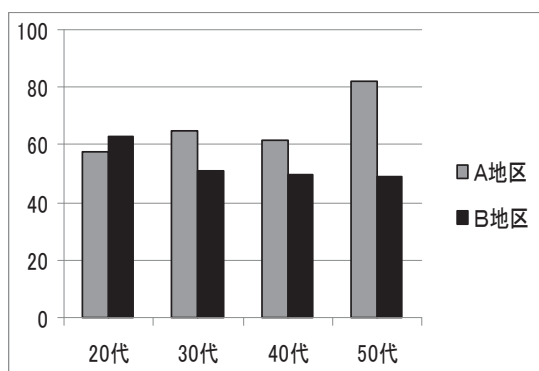


図 11 「生きがい」について、有る程度またはとても感じていると回答した人の割合 (%). 地区別・年代別比較.

が影響を受けるか否かを調べてみた。生きがいの評点が「感じていない」、「あまり感じていない」、「有る程度感じている」、「とても感じている」と増加するにつれて、職務満足度のスコア（10点満点）が1.06, 3.04, 4.35, 5.00点と高くなり、生きがいを感じている人は職務満足度も高いことが示された（図 12a）。

「心身ともに健康である」の項目でも同様の結果が得られ、健康度のスコアが3.88, 4.04, 5.08, 6.48点となり、生きがいを感じている人は自覚的な健康度が高い結果となった。

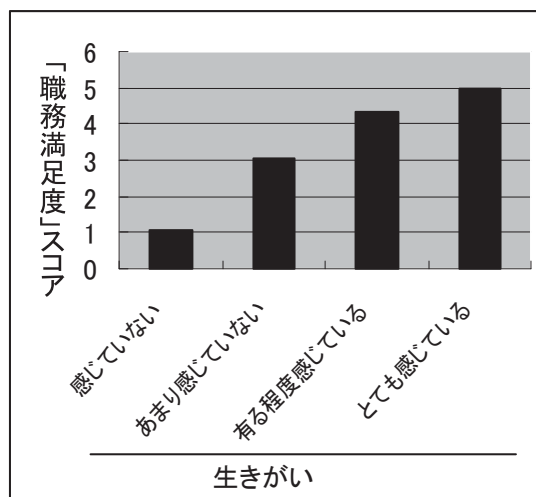


図 12a 生きがいと職務満足度との関係

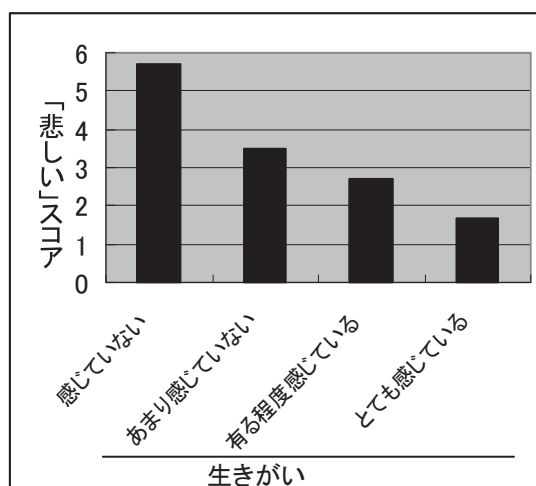


図 12b 生きがいと悲しいとの関係

逆に、「生きがい」の評定と表2で挙げた心身の健康状態のうち「悲しい」と感じる程度の10点満点のスコアとの関係をもとにみると、生きがいを「感じていない」と回答したグループの「悲しい」と感じるスコアは5.69点と高く、「あまり感じていない」3.49点、「ある程度感じている」2.68点、「とても感じている」1.66点となり、生きがいを感じていない人の方が「悲しい」と感じるスコアが高かった（図 12b）。

3.12 2交代制勤務の採用について

今回の調査時期においてはB地区では2交代制勤務が採用されていなかった。2交代制勤務のメリットについては興味深い報告がある。旭中央病院のスタッフアンケートによると、3交代から2交代に移行後、88%の看護師が「身体的負担が少ない」と回答し、夜勤の超過勤務の短縮（平均

1.5 時間から 0.7 時間へ), 患者とのコミュニケーションと看護に対する満足感の改善, 夜間のインシデントの減少 (10 件から 5 件へ) が認められ, 2 交代制勤務の継続を全員が希望したと報告されている¹³⁾. 一方で, 2 交代制勤務では, 深夜帯を含む長時間勤務のため, 朝方の集中力が低下することや, 仮眠時間を長く取ることに由来する実働人員数低下などが指摘されている¹⁴⁾. 2 交代制勤務のデメリットにも十分留意する必要があると考えられる.

3. 1 3 自由記載から

「心身ともに健康である」と「不満・怒りがある」の 2 項目においては, 地域差が見られ B 地区の方がストレスを感じていることがわかった. 「不満・怒りがある」に関して, アンケートの自由記載から, 「休暇が取りづらい雰囲気がある」, 「上司や他職種とうまくいかない」, 「上司に理解してもらえない」などの管理者に対しての不満・怒りが多いことによるものと示唆される. また, それらが心身の健康にも影響していると考えられる. 矢野らは職場の人間関係が良好であるほど看護師としての職業コミットメントが高まることを報告している¹⁵⁾.

4. まとめ

今回の結果から, I 県の中核病院に勤務する入職 2 年目以降の看護師について, 以下の事柄が明らかとなった.

1. 調査に回答いただいた A・B 両地区の看護師の年齢構成が大きく異なり, A 地区では 8 割が 30 代までであるのに対し, B 地区では 6 割が 40 代以上であった.
2. 両地区とも 8 割以上の人が疲れていると自覚し, 心身の不健康を自覚する人も 5 割以上に達した.
3. ストレスと感じる人が多い要因の上位 5 位は, 両地区で一致し, 「超過勤務・サービス残業」, 「医療事故への不安」, 「勤務時間内の多忙」, 「業務の複雑さ」, 「給与への不満」の順であった.
4. A 地区は B 地区より超過勤務時間が長い人が多かった.
5. 時間外労働によるストレスの軽減への対策として「残業手当・昇給」, 「常勤看護師の人員確保」, 「業務効率化の環境整備」を有効と評価する意見が多く, 超過勤務時間が長いほど

これらに対する評価が高かった.

6. 40 代看護師を比較すると, B 地区では A 地区より「給与」, 「不規則な勤務形態」, 「研修への参加困難」などにストレスを感じる人が有意に多かった.
7. 不満・怒りや悲哀などを感じている人は B 地区に有意に多かった.
8. B 地区の 20 代看護師は職場の人間関係をストレスと思う人が A 地区の 50 代に次いで少ないのに対し, B 地区の 30 代以上では, 職場・患者・家族との人間関係をストレスと感じている人が多かった.
9. 職務にほぼ満足と答えた人は両地区とも 20 代で最も高く, 30 ~ 40 代で低下した.
10. 生きがいの高い人ほど, 職務満足度が高く, 悲しいと感じる人が少なかった.

謝辞

本研究を行うにあたり, ご協力下さいました I 県内病院看護部, 病棟看護師の皆様にご心より御礼を申し上げます.

利益相反

なし.

引用文献

- 1) 日本病院会アンケート: 2006 年度の診療報酬改定の影響および今後の方向性について http://www.iryoken.com/m_topics/mt061121.html (2012 年 9 月 15 日閲覧)
- 2) 厚生労働省ホームページ: 「第七次看護職員需給見通しに関する検討会」報告書 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000z68f-img/2r9852000000z6df.pdf> (2012 年 9 月 15 日閲覧)
- 3) 岡戸順一: 20 代中堅看護師をめぐる職場環境. 看護. 62 (6), 46 - 50, 2010
- 4) 山崎由美, 川島和代, 諸江由紀子他: 石川県における新卒看護職員教育および離職への意識に関する実態. 石川看護雑誌 5, 109-117, 2008
- 5) 川口貞親, 豊増功次, 吉田典子: 看護婦のストレス状況とその関連要因. Quality Nursing, 4 (6), 51 - 56, 1998
- 6) 穂前愛美: 看護師の勤務状況と困難—看護基礎教育課程に関連する特性に焦点をあてて—. 石川県立看護大学 第 6 回卒業研究論文集, 36-1 - 36-6, 2008
- 7) 田中知桂: 看護師のストレスと健康管理および健

- 康意識の関連—新卒看護師とベテラン看護師の比較—. 石川県立看護大学 第3回卒業研究論文集, 10-1 – 10-6, 2005
- 8) 松原満和: 医業経営救Q外来医療機関におけるサービス残業と対策 (Q&A). 保険診療, 66, 97-101, 2011
- 9) 大坂香, 加藤恵美, 小山康司, 斉藤伸, 土田和代, 田中由希恵: 看護師の離職に関する調査. 岩見沢市立総合病院医誌, 36, 67-68, 2010
- 10) 河合孔美, 深谷みゆき, 西井恵子: 看護師の職業性ストレス調査. 日本看護学会論文集・看護管理, 39, 378-380, 2009
- 11) 谷口幸子: 看護職者のストレスと職務満足度に関する研究. 日本学会論文集 看護管理, 38, 45-47, 2008
- 12) 影山隆之: 病院看護師にとっての職場での人間関係とストレスマネジメント. ナースデータ, 25(12), 5-10, 2004
- 13) 伊藤佳津子, 石橋美枝, 伊藤由紀恵: 2交代制導入後の効果スタッフアンケート調査より. 旭中央病院医報, 31, 35-37, 2009
- 14) 日本看護協会: 看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン. 2013 <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/guideline/pdf/guideline.pdf> (2013年12月18日閲覧)
- 15) 矢野紀子: 上司および同僚との関係とコミットメントとの関連. 日本学会論文集 看護管理, 36, 241-243, 2006

A Study on Causes of Stress for Hospital Nurses in Urban and Rural Areas of I Prefecture — Based on a Questionnaire Survey —

Shiori NISHIZAWA, Maki HANAKAWA, Yuri YASHIKI,
Isamu MATSUBARA and Noriko TAKUWA

Abstract

We studied and compared the subjective health status, the amount of overtime work, and the causes and magnitude of stress in 451 hospital nurses in urban (designated as A) and rural (B) areas of I prefecture by a questionnaire-based survey. Approximately 80% of the participants in area A were aged below 40 years, whereas 60% of the participants in area B were aged 40 years and over. Overtime work was ranked as the top cause of stress in both areas, with greater numbers of nurses with longer overtime hours in area A than in area B. The length of overtime corresponded with the levels of tiredness and stress. An effort to pursue efficiency in routine works in the clinical ward and increased employment of not only staff nurses but also part-time nurses were positively recognized as useful means to alleviate their stress. Professional satisfaction was most abundant among nurses aged less than 30 years in both areas, followed by nurses who were aged 50 years and above in area A; professional satisfaction was less in the other populations. In area B, the older nurses had more stress from human relationships. When the nurses in their 40's were compared between the two areas, more nurses in area B were stressed from various difficulties, which included a difficulty in attending training seminars. These results revealed common and area-specific causes of stress for hospital nurses in I prefecture.

Keywords community medical care, hospital nurses, stress, overtime work, occupational satisfaction

研究報告

妊産婦の便秘と対処法に関する実態

高井郁美^{1,2}, 米田昌代^{1§}

概要

妊娠前、妊娠中、産後の妊産婦の便秘の実態と対処法を明らかにすることを目的とし、褥婦 175 名を対象に聞き取り調査、質問紙調査を行い、115 名を分析対象とした。調査内容は排便状況、日本語版便秘評価尺度 (CAS)、排便状況に関連する要因、対処法であり、分析は記述統計、 χ^2 検定、フィッシャー直接法を使用した。便秘の自覚はないが CAS 得点で便秘と判断される人が約 1 割いた。痔がある人の割合は、産後は妊娠前・妊娠中と比較すると有意に高かった ($p < 0.05$)。排便状況に関連する要因と CAS 得点との関連はなかった。対処法は、妊娠中は下剤を最も有効とする人が多かった。以上より、便秘の自覚がない人の中にも CAS 得点では便秘と判断される人がおり、排便コントロールの必要性を指導する必要がある。産後に痔である人の割合が高いのは分娩の努責によるものと示唆され、分娩時ケアが重要である。対処法は下剤以外の新たな対処法を指導する必要があることが示唆された。

キーワード 妊産婦, 便秘, 実態調査

1. はじめに

妊娠中・産後はホルモンや悪阻等様々な要因により便秘傾向となる¹⁾。便秘は腹部の不快症状を引き起こすだけでなく痔核を発症・悪化²⁾させ、重篤な場合結腸捻転により死亡した例³⁾もあり、便秘が妊産婦に及ぼす影響は大きいと考える。また、村中らの妊婦のニーズ調査⁴⁾では、妊娠中のどの時期においても身体面の関心事として便秘が挙がっており、便秘を改善できるように支援していくことは重要であると考えられる。

妊産婦の便秘の実態について調査した文献としては、妊婦を対象に排便回数・性状、下剤の利用や下剤に対する考え方、便秘の対処法や食事内容・量、水分量、歩行数等を調査したもの⁵⁾や便秘症状と水分量の関係を調査したもの⁶⁾等の文献はあるが、どれも対象が 50 人未満と少なく、妊娠中の便秘に焦点を当てていることから妊娠前や産後の実態について触れられていない。また、便秘の対処法とその効果を研究したものでは、妊娠期におけるつぼのマッサージ効果⁷⁾や乳果オリゴ糖の緩下促進作用を検討した文献⁸⁾があり、便秘症状が改善したことが明らかとなっているが、実際に便秘に対する対処法の実態を調査した

文献はない。

そこで、今回、今後の妊産婦の便秘に対する支援に役立てるため、妊娠中だけでなく、妊娠前後で比較することによって、妊娠前・妊娠中・産後の妊産婦の便秘の実態と対処法を明らかにすることを目的とした。

2. 研究方法

2.1 研究対象

K 市内の 2 産科施設の 1 ヶ月健診に訪れた褥婦 175 名を対象とした。

2.2 調査方法

聞き取り調査もしくは無記名自己記入式質問紙調査を行った。まず、対象施設へ研究協力を依頼し同意を得た。聞き取り調査の場合、1 ヶ月健診の待ち時間に研究の趣旨を説明し同意の得られた褥婦に対して、質問紙に沿った聞き取り調査を行った。質問紙調査の場合は、聞き取り調査の時間が取れなかった場合手渡すか、施設のスタッフに質問紙を配布していただき郵送法にて回収した。

2.3 調査期間

平成 21 年 7 月～10 月

¹ 石川県立看護大学

² 金沢大学附属病院

[§] 責任著者

2.4 調査内容

- 1) 対象の背景：年齢，初経産
- 2) 排便状況：深井ら⁹⁾の日本語版便秘評価尺度（CAS LT版，以下CASと省略する）を使用した（表1）。CASは16点満点で評価し，点数が高いほうがより便秘であるといえる。深井らの検討結果に基づき，CAS得点5点以上を看護上問題視すべき便秘と分類した。CASの質問項目の他，排便状況の質問項目として，便秘の自覚，便の硬さ，排便頻度，痔の有無・種類・痛みの度合いを調査した。CAS他排便状況の質問は妊娠前・妊娠中・産後1ヶ月（現在）の時点それぞれを把握した。その他，分娩時にできた会陰裂傷の影響から怒責をかけにくく便秘となりやすいと推察し，分娩後（入院中）の排便状況も調査した。

表1 日本語版CASの回答様式 LT版

質問項目	三者択一の選択肢
1. お腹が張った感じ、 腫れた感じ	ない ときどきある いつもある
2. 排ガス量の減少	気にならない ときどき気になる いつも気になる
3. 排便の回数の減少	問題ない 少ない とても少ない
4. 直腸に内容が充満して いる感じ	全然ない ときどきある いつもある
5. 排便時の肛門の痛み	全然ない ときどきある いつもある
6. 便の量の減少	普通または多い方 少なめ いつも少ない
7. 便の排泄状態	問題ない ときどき出にくい いつも出にくい
8. 下痢または水様便	ない ときどきある いつもある

- 3) 排便状況に関連すると思われる要因：
 - (1) 全ての時期に共通するもの：運動習慣の有無，ストレスの有無，食事内容（野菜・ヨーグルトの摂取），水分摂取等便秘にならないための対処法，便秘の指導の有無と内容
 - (2) 妊娠中：安静の有無
 - (3) 分娩後：分娩の影響による排便に対する抵抗感
- 4) 便秘の対処法：便秘の自覚の有無により，便秘であると答えた人には便秘への対処法とそ

の有効性を調査した。また，下剤を使用している人には下剤の使用に対する思いを調査した。

2)～4)の各項目は産後1ヶ月の時点で現在の状態を，妊娠前・妊娠中・分娩後の状態については想起し，回答して頂いた。

2.5 倫理的配慮

対象施設には研究の趣旨とともに，診療の妨げにならないよう配慮することを伝え，研究協力を依頼し同意を得た。研究対象に対し，研究の趣旨と調査への協力は自由意志に基づくものであり，研究への参加の有無で不利益が生じないこと，得られたデータは目的以外には使用しないこと，データは統計的に処理し匿名性が保持されることを文書および口頭にて説明を行った。褥婦に負担をかけないように健診時の診察時間の合間を利用し，聞き取り調査を実施した。質問紙調査は，上記の内容を文章にて説明し，質問紙の返送をもって研究への同意とみなした。

2.6 データ分析方法

対象の背景，排便状況，排便状況に関する要因，便秘の対処方法に関しては記述統計，各時期での比較，排便状況とその関連要因についてはクロス表を作成し， χ^2 検定，フィッシャー直接法で分析した。

3. 結果

175名の褥婦に依頼し，回答が得られたのは121名であった（回収率69.1%）。そのうち，回答が不完全であった6名を除く115名で分析を行った（有効回答率65.7%）。

3.1 対象の背景

対象は20代が51名（44.3%），30代が63名（54.8%），40代が1名（0.9%）で，平均年齢30.0±4.2歳であった。また，初産婦65名（56.5%），経産婦50名（43.5%）であった。

3.2 排便状況の実態

1) 妊娠前・妊娠中・産後1ヶ月にCAS得点が5点以上・4点以下の人の割合

CASで看護上問題視すべき便秘として判断される5点以上の人の割合は，妊娠前33名（28.7%），妊娠中42名（36.5%），産後1ヶ月31名（27.0%）であった。妊娠中の割合がやや高かったが，3つの時期に大きな差異はみられなかった（図1）。

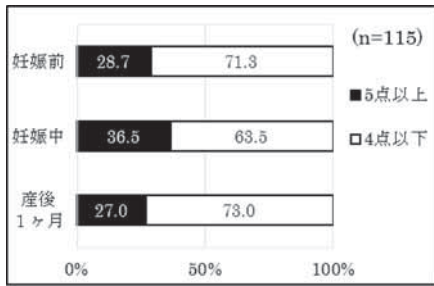


図1 CAS得点が5点以上・4点以下の人の割合

CASの素データ別にみると、直腸に内容が充満している感じがいつもあると答えた人は、妊娠中12名(10.4%)、妊娠前6名(5.2%)、産後1ヶ月3名(2.6%)であり、妊娠中は産後1ヶ月に比べ、割合が有意に高かった(p<0.05)。また、排便時の肛門の痛みがいつもあると答えている人は、産後1ヶ月15名(13.0%)、妊娠前3名(2.6%)、妊娠中8名(7.0%)であり、産後1ヶ月は妊娠前に比べ、割合が有意に高かった(p<0.01)。

2) 便秘の自覚とCASの比較

妊娠中に便秘であると自覚している人の割合は妊娠前・産後1ヶ月と比較すると有意に高かった(p<0.05)(図2)。

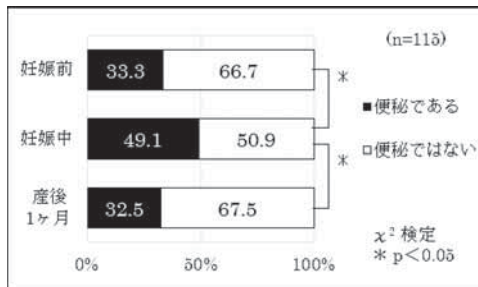


図2 便秘の自覚の有無

また、便秘の自覚の有無とCAS得点は大体一致していたが、便秘ではないと答えた人の中にもCASでは看護上問題視すべき便秘であると判断できる5点以上の人が、妊娠前は5名(6.6%)、妊娠中は3名(5.2%)、産後1ヶ月は7名(9.1%)いた(図3)。

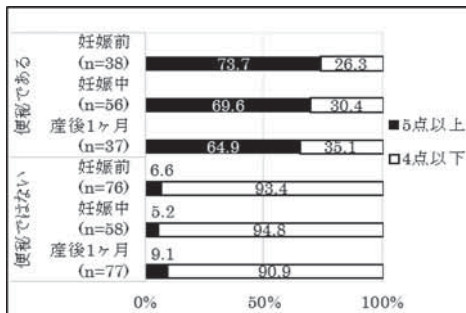


図3 便秘の自覚とCAS得点の比較

3) 便の硬さ

妊娠前、妊娠中、産後1ヶ月と時期が経過していくと、便が硬めと答えた人の割合が高く、妊娠前と産後1ヶ月を比較すると有意に高かった(p<0.05)(図4)。

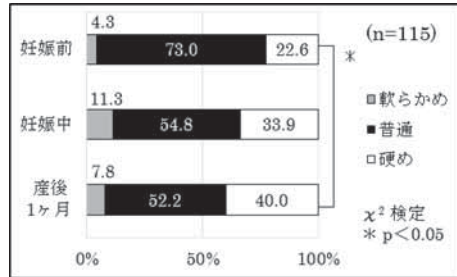


図4 便の硬さ

4) 痔核(イボ痔)・裂肛(切痔)の有無と種類と痛みの程度

①痔核・裂肛の有無

痔核・裂肛があると答えた人の割合は、時期が経過していくと高くなっており、妊娠前21名(18.3%)・妊娠中33名(28.7%)と産後1ヶ月51名(44.3%)とをそれぞれ比較すると有意に高かった(p<0.05)(図5)。

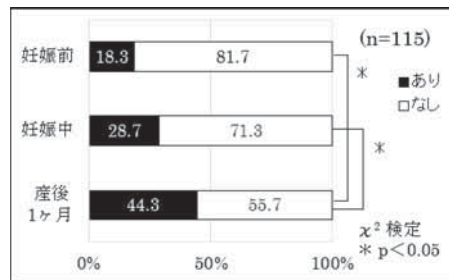


図5 痔核・裂肛の有無

②痔核・裂肛の種類

痔核・裂肛があると答えた人の中で種類別に分けると、痔があると医師等に言われたがそれが何か分からないとする人等、未回答である人が3割前後いた。また、裂肛は産後1ヶ月の割合が最も高くなっていた(図6)。

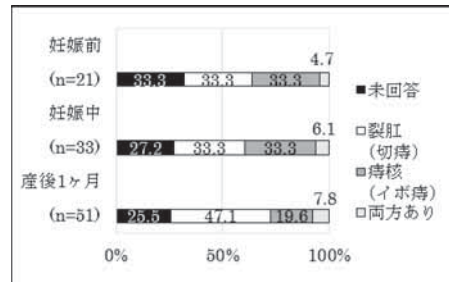


図6 痔核・裂肛の種類

③痔核・裂肛の痛みの度合い

痔核・裂肛がある人の痛みの度合いをみると、産後1ヶ月で排便時に痛くなる人の割合は29名(56.9%)と最も高くなっていた。

3.3 排便状況に関連すると思われる要因

1) すべての時期に共通するもの

①運動習慣の有無, ストレスの有無, 食事内容(野菜・ヨーグルトの摂取), 水分摂取の有無とCAS得点との関連をみるため, それぞれ χ^2 検定を行ったが有意差はみられなかった。

②便秘の指導の有無と内容

便秘の指導を受けたことがある人は, 妊娠前2名(0.2%), 妊娠中4名(0.3%), 産後1ヶ月3名(0.3%)であった。その内容としては, 全時期において水分をとる, 食事内容に気をつけるが挙げられていた。その他には, 下剤を使用する, 乳製品を摂る, 運動をする等があった。

2) 妊娠中の安静の有無

妊娠中の安静の有無とCAS得点との関連をみるため χ^2 検定を行ったが有意差はみられなかった。

3) 分娩の影響による排便に対する抵抗感(複数回答)

分娩直後は力むと傷が開きそうで怖いと答えた人が最も多く, 次いで傷が痛くなると思うと便が出せないと答えた人が多かった(図7)。

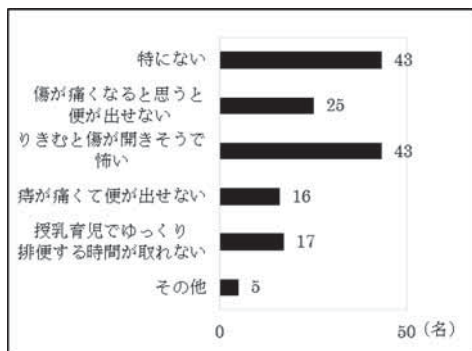


図7 分娩の影響による排便に対する抵抗感(複数回答)

3.4 便秘の対処法

1) 便秘であると答えた人の対処法(複数回答)

どの時期においても, 野菜を多く摂る, ヨーグルトを食べる, 水分をとると答えた人が多かった。また, 妊娠中では下剤を使用する人がその他の時期より多い傾向にあった(図8)。

2) 対処法の有効性

便秘であると答えた人に対処法の有効性について調査したところ, 下剤が最も有効であるとしていた。また, いくつか便秘への対処として行って

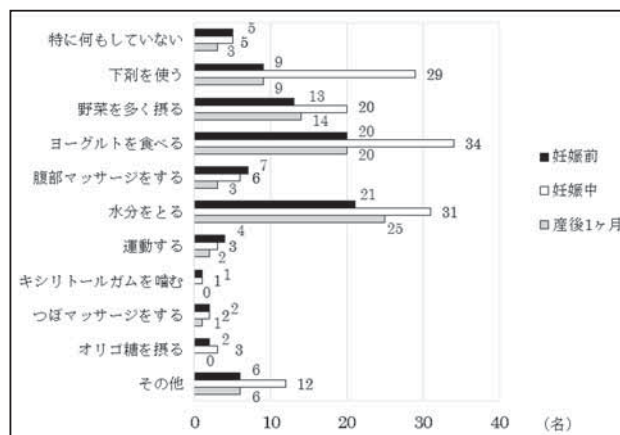


図8 便秘であると答えた人の便秘の対処法(複数回答)

もどれもあまり変わらなかったとする人や効果が感じられなかったとする人が多かった。

3) 下剤の使用頻度・種類

下剤を使用している人は, 妊娠前9名(7.8%), 妊娠中29名(25.2%), 産後1ヶ月9名(7.8%)であった。そのうち使用頻度としては, 妊娠中に1日1回以上使用している人が多く, 妊娠前, 産後1ヶ月それぞれと比較すると有意に高かった($p < 0.01$)(図9)。

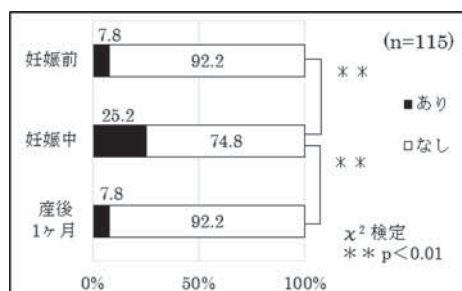


図9 下剤の使用の有無

4) 下剤使用に対する思い(複数回答)

下剤の使用に関してできれば飲みたくないと思えた人が最も多く, 72名(62.6%)であった(図10)。

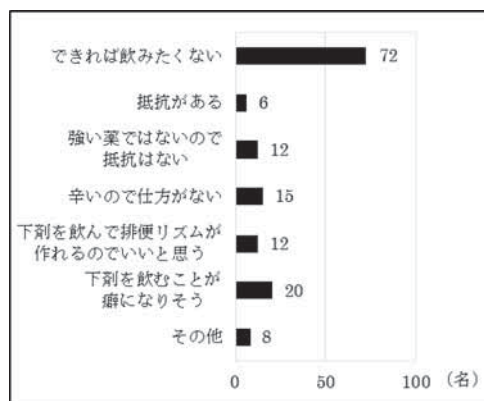


図10 下剤の使用に対する思い(複数回答)

4. 考察

4.1 排便状況の実態

小林ら⁶⁾は「16W以降では40～50%の妊婦が便秘と自覚していた」と述べている。また、谷川ら¹⁰⁾の研究では52%の妊婦が便秘を訴えていたとある。本研究においても、便秘の自覚においては妊娠中が49.1%と最も高い割合であることより、これまでの文献と同様の結果であった。また、CASを使用し、看護上問題視すべき便秘である5点以上の人を調査した結果、自覚同様妊娠中は妊娠前や産後1ヶ月よりやや高い割合を示したことから妊娠中は他の時期より便秘になりやすいことは明らかであると考えられる。素データ別にみると、直腸に内容が充満している感じがいつもあると答えた人は妊娠中に多く、妊娠中は子宮増大により物理的にも腸を圧迫しているためであると考えられる。また、お腹の中に胎児がいることによりりきんではいけないと排便を躊躇することも要因として考えられる。

排便時の肛門の痛みがいつもあると答えた人の割合は産後1ヶ月が最も多く、痔核・裂肛の有無と比較しても同様の結果を示している。山本ら²⁾の調査において、褥婦の6割以上が痔を保有していたとあり、本研究では5割近くの褥婦が痔であり、山本らの研究よりはやや低い値だが、同様の傾向を示しているといえる。褥婦が多かったことから分娩の努責の影響であると示唆され、分娩時の努責方法の検討や肛門保護等、痔を発生・悪化させないケアが重要であると考えられる。

痔核の種類では、産後1ヶ月は裂肛(切痔)の人の割合が高かった。これは、便が硬めと答えた人の割合が産後1ヶ月に最も高いことから、排便時に便が硬く、強く怒責することが原因で裂肛を起こしていると考えられる。便が硬くなるのは母乳栄養による水分不足が影響しているのではないかと推測していたが、母乳栄養と便の硬さ、CAS値との関連はみられなかった。産後は母乳栄養の有無だけでなく、子ども優先の生活となり、便意を我慢してしまったり、食事をゆっくり摂れなかったりと、生活リズムが乱れ便が硬くなることが考えられる。こうしたことから、妊娠中だけでなく産後にも良好な排便コントロールができるように排便に関する指導を行うことが必要であると考えられる。

便秘の自覚とCAS得点を比較すると、便秘の自覚の有無とCAS得点は大体一致していたが、便秘ではないと答えた人の中にもCAS得点では

看護上問題視すべき便秘であると判断できる人が数名いた。CAS得点だけでなく排便頻度、便秘の自覚、下剤の使用頻度等の情報と合わせて便秘度の判断を行うことが望ましいが、便秘傾向であることは明らかであると考えられ、便秘についての情報を提供し、排便コントロールの必要性について理解してもらう必要があると考えられる。また、現在便秘の指導があまりなされていないという現状より、医療者は排便状況に対する情報を妊娠中から積極的に収集し、便秘の種類を見極め、その人にあった対処方法を一緒に考えていく必要があると考える。

4.2 排便状況に関連すると思われる要因と便秘の対処法について

排便状況に関連すると思われる要因として、運動習慣の有無、ストレスの有無、食事内容、水分摂取の有無、妊娠前の体格、妊娠中の安静を挙げたが、どれもCAS得点との関連はみられなかった。小林らの研究⁶⁾でも水分摂取量とCAS得点の相関はみられておらず、本研究でも同様の結果となった。便秘の要因は個別性があり、便秘の種類によっても異なるため、関係性がでにくいと考えられる。

分娩直後は分娩時に出来た傷への恐怖心が排便行動を抑制していると考えられる。したがって創部の状態の説明や創痛緩和のケア、清潔保持を中心としたセルフケアへの援助は排便を促すために必要であると考えられる。

便秘の対処方法については様々な対処法を行っていても下剤の使用が最も有効であり、それ以外の対処法は行ってもどれもあまり効果が感じられなかったとする人が多かった。特に妊娠中の下剤の使用頻度が多いのは、早産等の胎児への影響を考え、排便時に努責をかけたくないためだと考えられる。このことから、便秘の指導としてよく水分摂取、繊維質の多い食物、ヨーグルト摂取を勧めがちであるが有効とは言いきれず、便秘の対処法を見直す必要があると考える。

便秘は経過によって急性と慢性に分けられ、成因によって機能的便秘と器質的便秘に分けられる。機能的便秘には大腸性便秘と直腸性便秘があり、器質的便秘は大腸等の病変により腸内容物の輸送が障害されて起こる。大腸性便秘には弛緩性便秘と痙攣性便秘があり、前者は不規則な生活習慣で腸の運動機能が低下し、腸内容物の通過が遅延することで起こる。後者は自律神経の不調によ

り腸壁が痙攣を起こし収縮するために内容の通過が阻害されて起こる。また、直腸性便秘は便意を我慢することにより直腸壁の緊張が低下し、内容物が多くても普通の直腸圧では便意が起らない便秘のことである。妊娠中はプロゲステロンの影響で腸の働きが抑制されたり、増大する子宮により胃や腸を圧迫し大腸の蠕動運動が弱まったり、ストレスによる交感神経の緊張などから弛緩性便秘となりやすい。また、産後は育児に時間を取られ、便意を我慢したり生活習慣が乱れたりすることで排便反射の低下を招き直腸性便秘を引き起こす¹¹⁾。このように便秘には種類があり、それによって対処法は異なってくる。弛緩性便秘には毎日決まった時間にトイレに行く習慣をつけ、便を軟らかくすることが大切であるし、直腸性便秘には腹筋を鍛えることが必要になる。このように、便秘の種類に合わせて妊産婦が自ら自分の便秘に合った対処法を行っていくことが大切である。

また、近年有効とされているキシリトールガムの咀嚼やオリゴ糖の摂取、つぼマッサージといった方法はほとんど活用されていなかった。指導内容にも前述で示したように、効果を感じていないものばかりであったこと、下剤の使用についてできれば飲みたくないと答えた人が62.6%いたことから、これらの新しい便秘の対処法について情報提供し、指導していく必要があると考えられる。

4.3 研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、調査で用いた日本語版便秘評価尺度LT版は、記憶保持が比較的可能と思われる過去1ヶ月間を判定期間として便秘傾向に関する調査をしたものであるが、今回、妊娠前・妊娠中・産後1ヶ月の3時期の比較を行うために、過去1ヶ月以上経過している妊娠前・妊娠中の便秘の評価としても使用した。妊娠前・妊娠中は想起しての回答のため、データの信頼性は産後1ヶ月と比べると低いと考える。今後はそれぞれの時期において排便状況を調査し、継続してみることが必要であると考えられる。また、今回全体の便秘の実態を述べるため、1人の人の変化についての分析は行っていないが、今後は1人の人の排便状況の変化を分析し検討していくことが必要であると考えられる。

5. 結語

1) 妊娠中のCAS得点で看護上問題視すべき便秘として判断される5人以上の人の割合は、妊

娠前や産後1ヶ月よりやや高い割合を示しており、便秘の自覚においても妊娠中が最も高い割合を示した。

- 2) 便秘の自覚とCAS得点を比較すると、便秘の自覚の有無とCAS得点は大体一致していたが、便秘ではないと答えた人の中にもCAS得点では看護上問題視すべき便秘であると判断できる人が妊娠前5名(6.6%)、妊娠中3名(5.2%)、産後1ヶ月7名(9.1%)いた。
- 3) 5割近くの褥婦が痔であり痔の種類では、産後1ヶ月では裂肛(切痔)の人の割合が高かった。
- 4) 排便状況に関連すると思われる要因について、運動習慣の有無、ストレスの有無、食事内容、水分摂取の有無を挙げたが、どれもCAS得点とは関連がみられなかった。
- 5) 食事内容の配慮、水分摂取、運動習慣等対処法を行っていても下剤使用が最も有効であり、それ以外の対処法は行ってもどれもあまり変わらなかったとする人や効果が感じられなかったとする人が多かった。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力下さいました施設の皆様・褥婦の方々には心より感謝致します。

利益相反

利益相反なし。

引用文献

- 1) 早乙女智子：妊産婦の食生活について - 便秘と体重管理 - . 日本臨床栄養学会雑誌, 26 (4), 297 - 300, 2005.
- 2) 山本知里, 久納智子, 岡田由香他：女性における痔疾患の実態調査 非妊娠期, 妊娠・分娩・産褥期の実態. 愛知母性衛生学会誌, 16, 95 - 102, 1998.
- 3) Iwamoto Ichiro 他：高度の便秘症を有する妊婦における子宮周辺でコイル化し穿孔した結腸捻転の1死亡例. The Journal Obstetrics and Gynaecology Research, 33 (5), 731 - 733, 2007.
- 4) 村中裕子, 首田由利子, 山岡幸恵：妊娠各期における妊婦のニーズの調査 - よりよい助産師の援助をめざして - . 日本看護学会論文集 母性看護, 37, 116 - 118, 2006.
- 5) 渡邊千登勢, 牧野有花, 赤崎ナナ：妊娠女性の便秘に関する実態調査. 八千代病院紀要, 26 (2), 49 - 54, 2006.

- 6) 小林博子, 山岡美納子: 妊娠期における便秘症状と水分摂取量の関係 - 日本語版便秘評価尺度を用いた検討 - . 日本看護学会論文集 母性看護, 36, 86 - 88, 2005.
- 7) 森田美穂, 湯浅重子: 妊婦の排便困難に対するつぼ周囲のマッサージの効果. 日本看護学会論文集 母性看護, 36, 80 - 82, 2005.
- 8) 多田伸, 井上孝: 便秘の妊婦に対する乳果オリゴ糖配合飲料水の緩下促進作用, 医学と薬学, 58 (1), 55 - 59, 2007.
- 9) 深井喜代子, 杉田明子, 田中美穂: 日本語版便秘評価尺度の検討. 看護研究, 28 (3), 201 - 208, 1995.
- 10) 谷川安子: マイナートラブルが妊娠生活に与える影響とその対処方法. 大阪母性衛生, 156, 2001.
- 11) 早川有子, 澤田只夫 (2005): なるほど, 解決! 妊・産・褥婦のよくあるトラブル (第1版), 医学書院, 東京

A Study on Constipation among Pregnant and Parturient Women and Treatment Methods

Ikumi TAKAI, Masayo YONEDA

Abstract

We conducted questionnaire and interview surveys involving 175 puerperants, in that 115 people were analyzed, to clarify their experience of constipation before and during pregnancy, and after delivery, and treatment methods. Items investigated included: attributes of respondents, bowel habits/movements, the Japanese version of the Constipation Assessment Scale (CAS), factors related to bowel habits/movements, and treatment methods. Data analysis included descriptive statistics, chi-square tests, and Fisher's exact tests. Approximately 10% of those without awareness of developing constipation were judged to have constipation based on CAS scores. Also, the percentage of those with hemorrhoids was significantly higher after delivery than before and during pregnancy ($p < 0.05$). No association was observed between factors related to bowel habits/movements and CAS scores. Regarding methods to treat constipation, the use of laxatives was considered most effective during pregnancy. Considering that some had CAS scores indicative of constipation, although they themselves were not aware of it, it is necessary to teach about the importance of defecation control. The higher rate of those with hemorrhoids after delivery is likely to be attributable to strain during childbirth, and this suggests the importance of intrapartum care to prevent and relieve hemorrhoids. Regarding treatment for constipation, the use of laxatives was considered most effective, and there is a need to provide information on new treatment methods.

Keywords pregnant and parturient women, constipation

特別報告

韓国における生活習慣病対策と評価システム 及び保健教育師制度の導入状況について

～京畿道庁・保健所・保健診療所の訪問を通しての報告～

塚田久恵^{1§}，曾根志穂¹，石垣和子¹

1. はじめに

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¹⁾。

その国民運動を展開していく公的機関として、保健所が位置づけられる。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。

塚田ら²⁾の報告から、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。

そこで、2013年3月26日～28日に、大韓民国（韓国）の保健政策・保健事業、その事業の評価方法と指標、事業の評価システムと情報管理、2010年から養成されている保健教育を推進するための新しい職種である保健教育師の導入状況について把握するために、韓国北西部に位置する水原市（Suwon City）にある京畿道庁（Gyeonggi Provincial Government）、龍仁市処仁区保健所

（Yongin City Cheoin District Public Health Center）、金浦市保健所（Gimpo City Public Health Center）、保健所の下部組織である陽村邑保健支所（Yangchon Health Center Branch Office）、Primary Health Care Post（PHCP）と呼ばれる龍仁市処仁区大隊保健診療所（Daedae Health Clinic）、金浦市月串面開谷保健診療所（Wolgot-myeon Gaegok Health Clinic）を視察した（図1）。

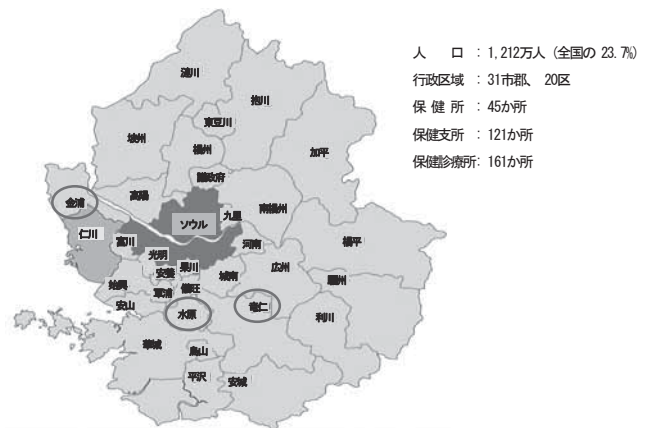


図1 京畿道の現状（資料提供：京畿道庁）

今回は、現地調査及び文献やインターネットの情報も踏まえ、京畿道の保健政策・保健事業を中心に報告する。

2. 韓国の保健政策・保健事業

2.1 京畿道の保健組織と保健政策・保健事業

京畿道の保健医療関連行政組織は、本庁保健福祉局内に6課24チーム（116名）で構成されている（図2）。

京畿道の保健政策は、「幸福で安全な健康京畿道をつくること」をミッションに、4つのビジョンが掲げられている。また、推進戦略として、「幸福で安全な健康社会」、「健康な身体とこころ、寿命の延長と人間らしい人生」、「いつでも近くにい

¹ 石川県立看護大学

[§] 責任著者

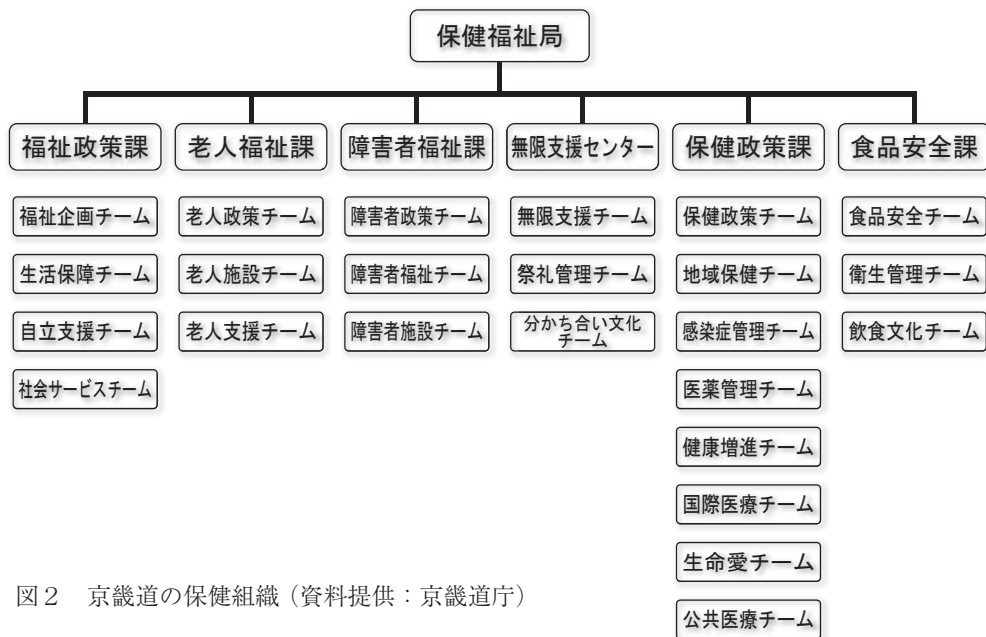


図2 京畿道の保健組織 (資料提供：京畿道庁)

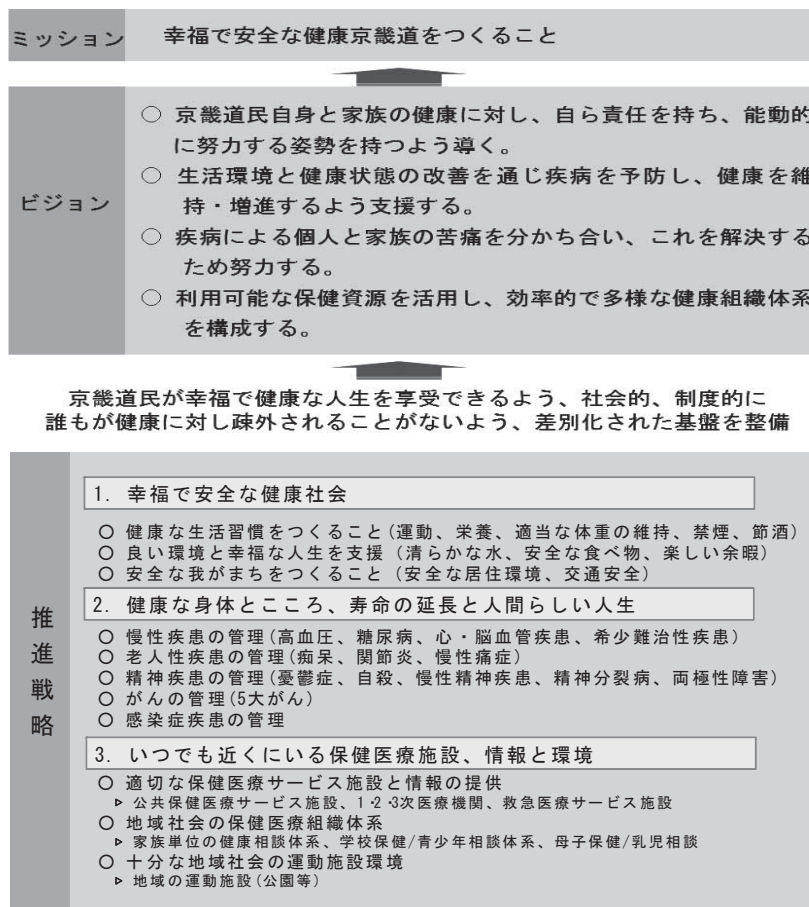


図3 京畿道保健政策 (資料提供：京畿道庁)

る保健医療施策、情報と環境」の3本柱を掲げ、事業が進められている(図3)。

次に、主要事業の中でも、特に生活習慣病対策と健康増進対策に関する事業について、以下に述べる(図4, 5, 6)。

心脳血管ハイリスク群管理事業については、心脳血管疾患は韓国の死亡原因の第2位、疾病負担の第1位であることから、高血圧、糖尿病等、先行疾患の管理を通じた合併症の予防等により、医療費の節減を目標に掲げている。事業については、高血圧・糖尿病の登録管理事業、高血圧・糖尿病広域教育センターの運営、「自分の血圧・血糖を知る」運動による慢性疾患の認識水準の向上に努めている。

がん管理事業については、がん検診及び低所得層がん患者の医療費支援を通じたがんの早期発見・治療により、がん治療率を引き上げるとともに、京畿地域がんセンターを運営し、地域のがん管理体系を構築することを目標に掲げている。事業については、がん検診事業(5大がん:胃がん、乳がん、子宮頸がん、肝がん、大腸がん)を実施している。

地域社会統合健康増進事業については、国家主導型事業から地域特性や住民ニーズに合致するよう、健康領域別、生涯の周期別、対象者中心の事業に転換し、効率性を向上することを目標に掲げている。

事業については、家族構成員の世代別に主な保健学的問題を選定し、生涯の周期別に健康サービスの再構成・統合の推進を図ることを目標に掲げている。例えば、生涯の健康の芽を育てるために、乳幼児、妊産婦等を対象に、栄養管理、母乳授乳、アトピー、口腔衛生への対応を図ること。中・壮年層を対象に健康増進を図るために、禁煙、節酒、身体活動、肥満予防への対応を図ること。高齢者対象に、無病長寿プロジェクトを立ち上げ、痴呆予防、訪問看護、高血圧・糖尿病の管理、老人の自殺、漢方薬の服薬等への対応を図ることが挙げられる。

日本も同様に、生活習慣病対策は喫緊の課題であり、高齢者の医療の確保に関する法律や健康増進法、がん対策基本法により、生活習慣病に関する健診や集団及び個別指導等が行われている。また、国が策定した「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」(平成12年3月策定)では、平成23年10月に最終評価が取りまとめられ、9分野59項目についての達成状況が評価・分析された。そして、平成25年度から、目標に

心脳血管ハイリスク群管理事業

◆心脳血管疾患は、我が国の死亡原因2位、疾病負担1位の疾患
◆高血圧・糖尿病等、先行疾患の管理を通じた合併症の予防等により医療費を節減
※根拠: 保健医療基本法第41条、心脳血管疾患予防管理条例第3条

□事業概要

- 高血圧・糖尿病の登録管理事業
 - ・5市(安山、南楊州、光明、河南、富川)※全国19市郡
 - ・30歳以上の登録、65歳以上の治療費支援、常設教育場、通知サービス等
- 高血圧・糖尿病広域教育センターの運営
 - ・市郡心脳血管疾患予防管理事業の総括調整・技術支援及び教育・訓練
 - ・IT基盤による在宅健康サービスの試験運営: 光明、安山の糖尿病患者430名
- 「自分の血圧・血糖を正しく知る」運動により慢性疾患の認識水準を向上
 - ・道民テレビ、苦情電車、行事、キャンペーン等で、血圧・血糖測定及び健康相談

＜2012年の推進実績＞

- 予算額: 6,335,118千円(国費 3,167,559、道費 1,119,518、市郡費 2,048,041)
- 高血圧・糖尿病登録管理事業
 - ・(登録管理) 129,128名(30歳以上/65歳以上は推定患者の71.3%を登録)
- IT在宅健康サービスの試験運営: 安山、光明の糖尿病患者 430名
- 「自分の血圧・血糖を正しく知る」キャンペーン: 6,090回(保健所別 月平均10回)

※2年連続で保健福祉部長官機関表彰

図4 主要政策「心脳血管ハイリスク群管理事業」(資料提供:京畿道庁)

がん管理事業

がん検診及び低所得層がん患者の医療費支援を通じたがんの早期発見・治療により、がん治療率を引き上げるとともに、京畿地域がんセンターを運営し、地域のがん管理体系を構築
※根拠: がん管理法第11条、第13条、第19条

◇事業概要

- がん検診事業
 - ・検診対象: 医療受給及び健康保険者のうち 職場 85,000名、地域 89,000名以内である者
 - ・検診基準: 5大がん(胃がん、乳がん、子宮頸がん、肝がん、大腸がん)
 - がん患者の医療費支援

区 分	支 援 内 容						
小児がん患者	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象: 医療給付受給者、次上位階層、健康保険加入者(所得、財産基準適用者)のうち、満18歳未満のがん患者 ・支援がん種: すべてのがん種 ・支援金額: 白血病 年間最大 3,000万円、白血病以外のがん種 年間最大 2,000万円(造血幹細胞移植時 3,000万円(実額)) ・支援期間: 満18歳未満年度まで連続 						
成人	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">医療給付受給者</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・支援対象: 医療給付受給者、次上位階層のうち満18歳以上 ・支援がん種: すべてのがん種 ・支援金額: 年間最大 292万円(法定本人負担金 120万円(非給付 100万円)) ・支援期間: 支援開始年度を基準に連続最大3年 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">国家がん検診受診者</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・支援対象: 健康保険加入者(当該年度1月健康保険料負担額が職場 85,000円、地域 89,000円以下の者)であって、国家がん検診を通じ、がんであると確定した者 ・支援がん種: 5大がん(胃がん、乳がん、大腸がん、肝がん、子宮頸がん) ・支援金額: 年間最大 200万円(法定本人負担金) ・支援期間: 支援開始年度を基準に連続最大3年 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">肺がん患者</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・支援対象: 医療給付受給者、次上位階層のうち満18歳以上、健康保険加入者(当該年度3か月の健康保険料負担額平均金額が 職場 85,000円、地域 89,000円以下の者) ・支援がん種: 肺がん(腺癌性肺がん) ・支援金額: 年間 100万円(実額)支援: ・支援期間: 支援開始年度を基準に連続最大3年 </td> </tr> </table>	医療給付受給者	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象: 医療給付受給者、次上位階層のうち満18歳以上 ・支援がん種: すべてのがん種 ・支援金額: 年間最大 292万円(法定本人負担金 120万円(非給付 100万円)) ・支援期間: 支援開始年度を基準に連続最大3年 	国家がん検診受診者	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象: 健康保険加入者(当該年度1月健康保険料負担額が職場 85,000円、地域 89,000円以下の者)であって、国家がん検診を通じ、がんであると確定した者 ・支援がん種: 5大がん(胃がん、乳がん、大腸がん、肝がん、子宮頸がん) ・支援金額: 年間最大 200万円(法定本人負担金) ・支援期間: 支援開始年度を基準に連続最大3年 	肺がん患者	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象: 医療給付受給者、次上位階層のうち満18歳以上、健康保険加入者(当該年度3か月の健康保険料負担額平均金額が 職場 85,000円、地域 89,000円以下の者) ・支援がん種: 肺がん(腺癌性肺がん) ・支援金額: 年間 100万円(実額)支援: ・支援期間: 支援開始年度を基準に連続最大3年
医療給付受給者	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象: 医療給付受給者、次上位階層のうち満18歳以上 ・支援がん種: すべてのがん種 ・支援金額: 年間最大 292万円(法定本人負担金 120万円(非給付 100万円)) ・支援期間: 支援開始年度を基準に連続最大3年 						
国家がん検診受診者	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象: 健康保険加入者(当該年度1月健康保険料負担額が職場 85,000円、地域 89,000円以下の者)であって、国家がん検診を通じ、がんであると確定した者 ・支援がん種: 5大がん(胃がん、乳がん、大腸がん、肝がん、子宮頸がん) ・支援金額: 年間最大 200万円(法定本人負担金) ・支援期間: 支援開始年度を基準に連続最大3年 						
肺がん患者	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象: 医療給付受給者、次上位階層のうち満18歳以上、健康保険加入者(当該年度3か月の健康保険料負担額平均金額が 職場 85,000円、地域 89,000円以下の者) ・支援がん種: 肺がん(腺癌性肺がん) ・支援金額: 年間 100万円(実額)支援: ・支援期間: 支援開始年度を基準に連続最大3年 						

図5 主要政策「がん管理事業」(資料提供:京畿道庁)

地域社会統合健康増進事業

国家主導型事業から地域特性や住民ニーズに合致するよう、健康領域別、生涯の周期別、対象者中心の事業に転換し、効率性を向上
※根拠: 国民健康増進法第8条、第15条

□事業概要

目的: 地域別の多様な特性と需要に付合する健康増進事業の推進

- ◇既存のトップダウン方式から自治体の選択権と自律性を高められるよう、ボトムアップ方式を導入
- ◇家族構成員の世代別に主な保健学的問題を選定し、生涯の周期別に健康サービスの再構成・統合を推進
 - ・生涯の健康の芽を育てる(乳幼児、妊産婦等) ⇒ 栄養、母乳授乳、アトピー、口腔
 - ・健康 UP! Go (中・壮年層) ⇒ 禁煙、節酒、身体活動、肥満
 - ・無病長寿プロジェクト(高齢者) ⇒ 痴呆、訪問保健、高血圧・糖尿病の管理、高齢者自殺、漢方薬
- ◇「地域社会統合健康増進事業団」の構成・運営
 - ・道特化事業の支援、市・郡教育、成果管理、評価、統合運営マニュアルの普及

図6 主要政策「地域社会統合健康増進事業」(資料提供:京畿道庁)

健康寿命の延伸と健康格差の縮少が盛り込まれた、健康日本 21 (第 2 次) がスタートしている³⁾。各都道府県、市町村においても同様の計画が策定され、乳幼児期から高齢期までのライフステージを通しての事業が展開されている。

2.2 市・郡の保健組織

市・郡の保健組織には、保健所、下部組織の保健支所及び保健診療所がある。国や道の指示の下、保健衛生業務を推進している (図 7)。

3. 韓国の保健事業の評価方法と指標

保健事業の評価については、「2013 年 (2012 年の実績) 地方自治体共同評価 評価指標及びマニュアル」⁴⁾に基づき 5 施策 (1) 救急医療・管理, (2) 健康増進, (3) 疾病管理, (4) 感染症・管理, (5) 食品・医薬品・公衆衛生・安全管理), 13 指標に基づき評価することになっている。指標については、健康増進と疾病管理に焦点を当て、紹介する。

健康増進事業の評価指標は、(1) 健康サービス及び禁煙事業運営実績, (2) 訪問ヘルスケア事業の推進, (3) 母子の健康管理, (4) 国民健康診査事業・運営実績の 4 つである。

算定方法について例を挙げると、例えば、(1) 健康サービス及び禁煙事業運営実績における算定方法は、以下のとおりである。

① 保健所 健康生活実践事業 (定性評価)

市・道 (市郡区を含む) 別に優秀事業 3 件の提出を受け、合同評価団が定性評価をする。

② 保健所禁煙クリニック・サービスの成功率 (保健所禁煙クリニックの禁煙決意者数 × 0.4)

$$+ \left(\frac{\text{4 週間禁煙成功者数}}{\text{目標人口数}} \times 0.2 \right) \times \text{禁煙決意日から 4 週経過した者の数}$$

(4) 国民健康診査事業・運営実績の算定方法は、以下のとおりである。

<算式>

- ① 一般健康検診の受検率：
受検者数 / 対象者数 × 100
- ② 生涯転換期検診の受検率：
受検者数 / 対象者数 × 100
- ③ 乳幼児健康検診の受検率：
受検者数 / 対象者数 × 100

<算式の説明>

- ① 一般健康検診の受検率
受検者数：医療給付受給権の一般健康検診対象者のうち、実際に受検した人数
対象者数：2012 年度医療給付受給権の一般健康検診対象者 (国民健康保険公団から対象者を通知)
- ② 生涯転換期検診の受検率
受検者数：医療給付受給権の生涯転換期検診の対象者のうち、実際の受検人数
対象者数：2012 年度 40 歳、66 歳 医療給付受給権の生涯転換期検診対象者 (国民健康保険公団から対象者を通知)
- ③ 乳幼児健康検診の受検率
受検者数：医療給付受給権の乳幼児検診の対象者のうち、実際に受検した人数
対象者数：2012 年度 検診周期別 (4 か月、9 か月、18 か月、30 か月、42 か月、54 か月、66 か月) 医療給付受給者の乳幼児健康検診対象者数 (国民健康保険公団から対象者を通知)

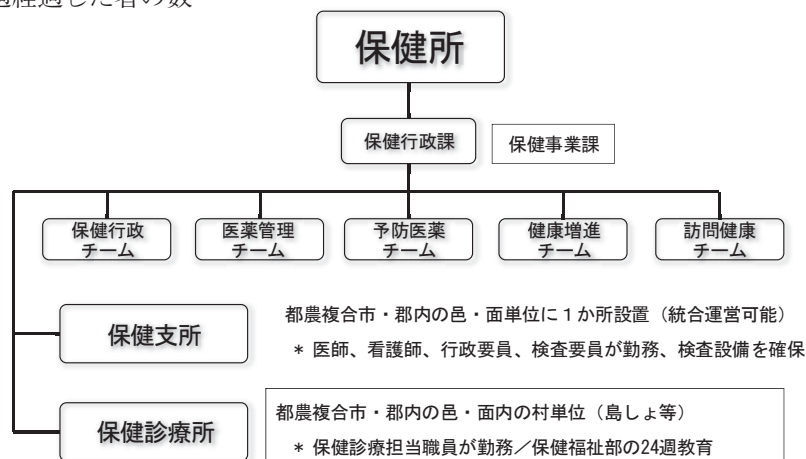


図 7 市・郡の保健組織 (資料提供：京畿道庁)

疾病管理の評価指標は、(1) がん及び口腔管理・実績、(2) 精神保健・痴呆ケア、(3) 韓医薬健康増進拠点医療センター事業の運営実績の3つである。

算定方法について例を挙げると、例えば、(1) がん及び口腔管理・実績における算定方法は、以下のとおりである。

- ① がん検診 受検率
(受検件数 / 検診対象件数) × 100
- ② 指定緩和医療病床の増加率
{ (2012年指定の緩和医療病床数 - 2011年指定の緩和医療病床数) / 2011年緩和医療病床数 } × 100
- ③ 適用フッ素利用人口の比率
{ (授フッ素事業の受益者数 + フッ素溶液によるブラッシング事業の受益者数 + フッ素塗布事業の受益者数 / 人口) × 100
<授フッ素事業の受益者数とは>フッ素事業受益者数：フッ素濃度を調整された水道水を供給されている管轄人口（フッ素濃度を0.6～1.0ppmに維持する浄水場に限る）
- ④ 口腔保健事業の充実度（定性）
市道（市郡区を含む）ごとに、優れた自治事業2件の提出を受け、合同評価団において定性評価をする。

以上が、事業評価の算定方法（一部）であるが、地方自治体の共同評価、評価指標により、国全体で評価、管理しやすいシステムになっている。これは、5～6年前に、偏在していたデータをまとめ、国の行政安全部で統括し、一律で評価することになった経緯がある。

そして、算定方法には、定量だけでなく、定性による方法を導入しているのが特徴的である。たとえば、優秀事例や事業の創造性、関係団体との協働性、目標の達成度と実績、コストコントラスト効果、受益者の利便性などの有効性、限られた予算やマンパワーの中での努力性などである。

地域社会統合健康増進事業については、先述のとおり、国家主導型事業から地域特性や住民ニーズに合致するような事業に転換していくことを目標に掲げている。よって、各自治体特有の事業も展開されているようで、保健所や保健診療所においては、一律の予算配分ではなく、事業計画と実績に基づき、予算配分がされるようになってきている。この点については、地域特性に応じた事業展開も可能になり、きめ細かな保健事業の推進

及び、職員の意欲促進にも繋がると考える。

4. 韓国の事業評価システムと情報管理

各保健所、保健支所、保健診療所には、韓国保健福祉情報開発院が管理する保健機関統合情報システムの端末が設置されており、個人の疾病管理情報や事業実績等が入力管理されている。入力情報の内容の一部を図8に紹介する。各情報は、個人ごとや必要に応じて統計処理ができる。また、必要な情報は、国に報告され、国は情報を処理し、必要に応じて、現場に還元している（図9）。このように、情報が国で一元的に管理、評価されていることが日本と異なる。

世帯別健康管理ファイル(入力項目)		
タグ:①世帯管理、②世帯員管理、③面接調査紙、④サービス記録紙、⑤支援管理、⑥現況、⑦実績、⑧国立がんセンター		
世帯員 登録番号、氏名、住民登録番号、年齢		
評価内容		
健康問題		
1. 脆弱世帯	<input type="checkbox"/> 脆弱世帯	<input type="checkbox"/> 家庭暴力
2. 慢性疾患管理	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病
	<input type="checkbox"/> 関節炎	<input type="checkbox"/> がん
3. 母子健康管理	<input type="checkbox"/> 産婦-新生児	<input type="checkbox"/> 乳幼児
		<input type="checkbox"/> 妊婦
4. 老人	<input type="checkbox"/> 虚弱老人	<input type="checkbox"/> 痴呆
	<input type="checkbox"/> 落傷	<input type="checkbox"/> 尿失禁
		<input type="checkbox"/> 薬物服用
5. 精神疾患	<input type="checkbox"/> アルコール中毒	
6. 咀嚼障害	<input type="checkbox"/> 咀嚼障害の訴え	
健康問題の管理		
評価日	健康問題	登録の有無
疾病調査情報		
該当事項	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし
がん		
胃がん		1. 罹っていない
肝がん		1. 罹っていない
肺がん/気管支がん		1. 罹っていない
大腸がん/直腸がん		1. 罹っていない
乳がん		1. 罹っていない
子宮がん		1. 罹っていない
その他のがん		1. 罹っていない

図8 世帯別健康管理 PC 入力情報（一部抜粋）
（資料提供：龍仁市処仁区大隊保健診療所）

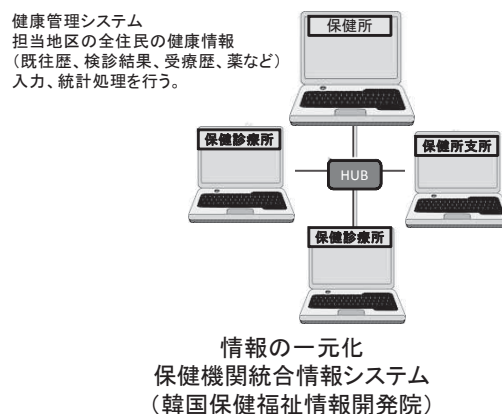


図9 情報の管理システム

日本の保健事業は、設置主体の異なる県型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がほとんどである。そのため、国からの要請により、市町村の保健事業のデータは、定例報告として、保健所、都道府県を経由して国に報告される。その他、市町村においては、必要に応じて、随時、国や都道府県、保健所からデータの提供を求められることがある。日本もIT化が進んでいるが、韓国のように地方自治体共同評価としての共通マニュアル、端末、ソフトで管理されていることはない。日本は、ある意味、地方分権化が進み、各自治体の事業の裁量化が進んでいると言えよう。しかし、日々の事務量を軽減化するためには、見直しも必要かと考える。

5. 韓国の保健教育師制度

5.1 看護職が配置されている公衆衛生関係機関と設置基準

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。そうした中、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。しかし、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²⁾。

地域で働いている看護師には、上記の保健所の保健看護師、公衆衛生上級実践看護師の他、保健診療所の保健診療員や事業所の事業看護師、学校の保健教師がいる²⁾（図10）。

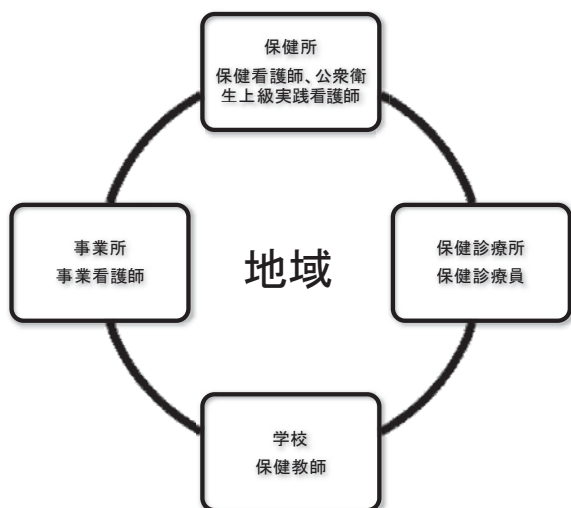


図10 地域で働く看護師の業務分野

そして、看護職が配置されている公衆衛生関係機関には、保健所、保健所機能と診療機能を備えた保健医療院、その下部組織である保健支所、過疎地域医療を担うために開設された保健診療所がある（図11）。保健診療所には、簡単な診療と処方ができる公務員看護師（保健診療員）が配置されている。これらの設置基準は、図12に示したとおりである²⁾。

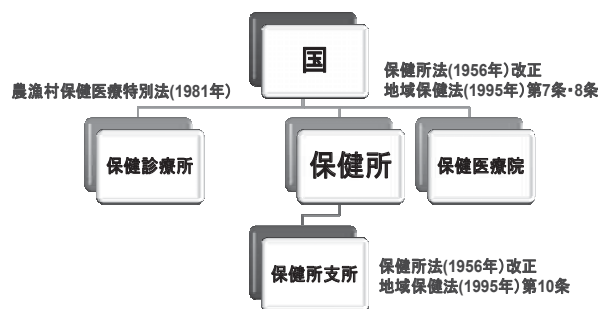


図11 看護職が配置されている公衆衛生関係機関

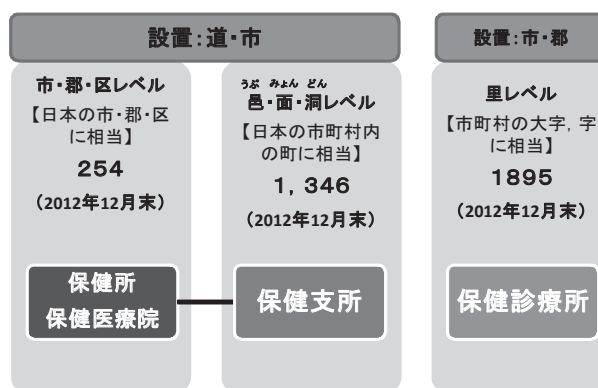


図12 韓国の保健機関の設置基準

5.2 保健教育師の役割

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、先述の看護職の他に、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。

保健教育師は、国民の健康増進及び保健教育に関する専門知識を有する者として、保健教育を中心とした保健教育プログラムの企画、運営、評価等を遂行する専門人材である。

保健教育の内容は、以下のとおりである（国民健康増進法施行令第17条）⁵⁾。

1. 禁煙・節酒等、健康生活の実践に関する事項
2. 慢性退行性疾患等疾病の予防に関する事項
3. 栄養及び食生活に関する事項
4. 口腔の健康に関する事項

- 5. 公衆衛生に関する事項
- 6. 健康増進のための体育活動に関する事項
- 7. その他健康増進事業に関する事項

国は、高齢化社会による莫大な医療費削減を目標に、一次医療と予防と管理に力を入れていく方向であろう。そのために、適切な保健教育と相談者が益々必要とされるであろうと考える。

5.3 保健教育師の採用状況

保健教育師の採用については、養成されてから3年経ち、徐々に増える傾向にあると言えるが、まだ経過を見ている段階と思われる。

国は、同法第12条第4項⁵⁾の中で、「国及び地方自治体は、大統領令が定める国民健康増進事業関連法人又は団体等に対し、保健教育師を従事者に採用することを推奨しなければならない」と明示している。しかし、保健教育師の採用は、推奨事項であって、法的な強制力を持っていないのが現状である。その点、社会福祉士の場合、社会福祉事業法第13条によると、「社会福祉法人や社会福祉施設を設置・運営する者は、大統領令で定めるところにより、社会福祉士を従事者に採用しなければならない」と明示している⁵⁾。保健教育師の定着の促進を図るためには、法律的な規定が図られることが急務と考える。

主な就職先としては、保健所や病院があるが、保健所に入るには、公務員試験を受ける必要があ

り、試験は難しい。また、身分保障がしっかりしているので、競争が激しい。その点、個人病院には入りやすい状況にあるようだ。

視察先の龍仁市処仁区保健所（Yongin City Cheoin District Public Health Center）では、新たに保健教育師を採用するのではなく、保健所の看護師が保健教育師（3級）の資格を取得し、活動している。看護師が保健教育師の資格をとるのは、業務の体系化、合理化、専門化を目指すことの一環と言える。保健所の看護師の業務の中核といえるのが市民教育であり、必要に応じ、看護師が施設や学校、企業にも出張指導している。要請があっていくのは20%程度で、ほとんどが、保健所として必要があって、実施している。内容は、虫歯予防、禁煙教育、肥満予防、手洗い指導、性予防・性暴力、偏食予防等の栄養教育、結核予防他、幅広い活動を行っている。

保健教育師の資格は、より専門性の高い市民教育をしていくための手段として必要度が高くなってきている。

5.4 保健教育師の養成課程

保健教育師になるための最低履修科目と単位は、国民健康増進法施行規則第7条の2⁵⁾より、必修科目9科目22単位、選択科目4科目10単位となっている（表1）。

表1 保健福祉部令で定める保健教育関連科目

区分	科目名	最低履修科目と単位
必修科目	保健教育、保健、保健プログラムの開発と評価、保健、教育方法論、健康教育の実践、調査方法論、保健事業管理、衛生、コミュニケーション、医療法	全9科目と合計22単位の履修
選択科目	解剖生理、保健統計、保健情報、人間発達論、社会心理学、保健倫理、環境衛生、疫学、疾病管理、安全教育、リプロダクティブ・ヘルス、リハビリテーション医療、食品衛生、精神保健、医療、栄養、健康と運動、口腔衛生、児童保健、老人保健、学校保健、産業保健、地域保健	全4科目と合計10単位の履修

※関連根拠：韓国 国民健康増進法施行規則第7条の2別表4

5.5 保健教育師の資格管理

(1) 受験資格

受験資格は、国民健康増進法施行令第18条の3第1項⁵⁾により、保健教育師1級～3級までの試験種目別に示されている。その中の3級につ

いては、施行から3年間(2012年12月31日まで)の経過措置があり、学士や大学院の教育課程を履修していなくとも、保健教育業務に3年以上従事した者であれば受験可能とされている(表2)。

表2 受験資格

試験種目	受験資格
保健教育師1級	1. 保健教育師2級の資格を取得した者で、試験日現在、保健福祉部長官が定めて告示する保健教育業務に3年以上従事した者 2. 「高等教育法」による大学院又はこれと同等以上の教育課程で、保健福祉部令で定める保健教育関連の科目を履修し、修士または博士号を取得した者として、試験日現在、保健福祉部長官が定める告示する保健教育の仕事に2年以上従事した者
保健教育師2級	1. 「高等教育法」第2条の規定による学校又はこれと同等以上の教育課程で、保健福祉部令で定める保健教育関連の科目を履修し、学士号以上を取得した者
保健教育師3級	1. 試験日現在、保健福祉部長官が定めて告示する保健教育業務に3年以上従事した者 2. 2009年1月1日以前に、保健福祉部長官が定めて告示する民間団体の保健教育師養成課程を履修した者 3. 「高等教育法」第2条の規定による学校又はこれと同等以上の教育課程で、保健福祉部令で定める保健教育関連科目のうち、必修科目5科目以上、選択科目2科目以上を履修し、学士号以上を取得した者

※関連根拠：韓国 国民健康増進法施行令第18条の3、附則第21228号(2008.12.31)

※保健教育師3級の受験資格欄の第1号及び第2号の改正規定は、2012年12月31日まで効力を有する。

(2) 国家試験

保健教育師資格の取得は、国家試験に合格しなければならない。保健教育師資格検定は、筆記試験のみで構成されている。

国家資格制度の導入を通じ、国民の健康増進事業及び保健教育事業の遂行人材の資質及び専門性の向上を図り、究極的に国民の健康増進のための質的水準を向上させることに意義があるとされている。

国家試験の科目⁵⁾と合格者数⁶⁾については、表3、表4のとおりである。

韓国保健福祉人材開発院は、日本の厚生労働省に相当する韓国保健福祉部から保健教育師資格証の交付のための業務に関する事項を委託され、運営している。科目の審査、経歴の認証その他制度の広報及び要望等の業務を遂行している。

韓国保健医療従事者国家試験院は、保健福祉部から保健教育師国家試験の管理に関する事項を委託され、運営している。試験項目の基準の作成及び出題、国家試験の運営等の業務を遂行している。

(3) 保健教育師の資格検定及び管理を主管する機関

(4) 保健教育師資格証の発給機関

保健教育師国家資格制度は、保健福祉部で管掌しており、資格証は、保健福祉部長官名義で発給

表3 国家試験科目, 試験時間

区分	試験科目 (問題数)	試験の形式	受験者 入場時間	試験時間
1級	保健プログラムの開発と評価 (30) 健康教育の方法論 (30) 保健事業管理 (40)	複数の 選択肢	08:30	09:00～10:15 (75分)
2級	保健プログラムの開発と評価 (40) 健康教育の方法論 (20) 保健事業管理 (20) 保健医療法規 (20)	複数の 選択肢	08:30	09:00～10:15 (75分)
	調査方法 (30) 医療コミュニケーション (30) 保健学 (20) 健康教育学 (30)	複数の 選択肢	10:35	10:45～12:10 (85分)
3級	保健プログラムの開発と評価 (20) 保健学 (30) 健康教育学 (40) 保健医療法規 (20)	複数の 選択肢	08:30	09:00～10:25 (85分)

※関連根拠：韓国 国民健康増進法施行令第18条の2第4項

表4 韓国の保健教育師国家試験の合格者数

項目	1級			2級			3級			計		
	受験者	合格者	合格率	受験者	合格者	合格率	受験者	合格者	合格率	受験者	合格者	合格率
1回 (2010年3月)				70	18	25.7%	5,265	2,246	42.7%	5,335	2,264	42.4%
2回 (2011年2月)	13	1	7.7%	131	32	24.4%	5,156	2,134	41.4%	5,300	2,167	40.9%
3回 (2012年2月)	14	0	0.0%	130	18	13.8%	4,289	655	15.3%	4,433	673	15.2%
4回 (2012年12月)	5	1	20.0%	84	46	54.8%	2,267	1,407	62.1%	2,356	1,454	61.7%
5回 (2013年12月)	6	1	16.7%	71	27	38.0%	1,510	925	61.3%	1,587	953	60.1%
計	38	3	7.9%	486	141	29.0%	18,487	7,367	39.8%	19,011	7,511	39.5%

資料：韓国保健医療従事者国家試験院のホームページ（「情報の広場」の「試験統計」）

<http://www.kuksiwon.or.kr/Information/ExamStatistic.aspx/2014.1>

される国家資格証である。

保健教育師という新たな職種は、その役割に期待されるものがある。しかし、保健所においては、あらたな採用ではなく、保健所看護師に、より高い専門性を付与されるものである。また、一次医療においては、看護師がより高い保健教育師の資格を取得し、患者指導や相談業務を行うことは、喫緊の課題である生活習慣病の発症予防、重症化

予防、再発予防に寄与することは間違いないだろう。保健診療員についても同様に、さらに専門性が強化されることになるだろう。そのためには、配置の義務付けの法的規定を急ぐ必要があると考える。

6. おわりに

近年、日本では、国や地方自治体のあらゆる政策分野において、政策評価、事業評価などが実施

され、その重要性は増大する一方である。しかし、公衆衛生分野の保健政策、保健事業においては、成果が生じるのに相応の時間を要することが多い。また、評価方法として、とかく定量評価が多いのが現状であるが、韓国では、定性評価を積極的に導入し、生活習慣病対策のためのPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを確立しようとしている試みが、大変興味深い。また、健康教育師の保健所や一次医療への配置により、予防対策の強化も図ろうとしており、今後の効果が大きい期待される。

謝辞

本現地調査を行うにあたり、ご協力いただいた韓国の京畿道庁、龍仁市処仁区保健所、金浦市保健所、陽村邑保健支所、龍仁市処仁区大隊保健診療所、金浦市月串面開谷保健診療所の皆様、調査企画のコーディネートをいただいた韓国白山会の文 濟悦（ムンジェヨル）様（京畿道庁職員）、黄 相雨（ファンサンウ）様に深謝いたします。

また、本調査は、平成23年度科学研究費補助金・基金助成金（基盤研究（B）「家族支援を効果的に進める家族ビリーフアセスメント方法の開

発」（代表 石垣和子）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) 健康増進法（韓国）：
<http://www.law.go.kr/2012.10>.
- 2) 塚田久恵、石垣和子、辻村真由子他2名：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。石川看護雑誌、第10巻、77-88、2013。
- 3) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生 の指標増刊第60巻9号通巻第944号、厚生労働統計協会、93-96、2013。
- 4) 韓国政府：2013年（12年の実績）地方自治体共同評価 評価指標及びマニュアル,2013。
- 5) 健康増進法（韓国）：
<http://www.law.go.kr/2014.1>
- 6) 「情報の広場」の「試験統計」（韓国保健医療従事者国家試験院のホームページ）：
<http://www.kuksiwon.or.kr/Information/ExamStatistic.aspx/2014.1>

Lifestyle-related Diseases Control Trials, their Evaluation Systems and the Introduction of Health Education Nurses in Korea — A Report on the Visit to Gyeonggi Provincial Government, Health Centers and Health Clinics —

Hisae TSUKADA, Shiho SONE, Kazuko ISHIGAKI

特別報告

平成 25 年度大学間連携共同教育推進事業 ヒューマンヘルスケア人材育成プロジェクトの試行

川島和代, 浅見 洋, 吉田和枝, 垣花 渉,
塚田久恵, 田甫久美子, 東 雅代, 森田聖子

1. 本プロジェクト構築の背景

平成 24 年度、文部科学省の『大学間連携共同教育推進事業』の公募に対して、県内 19 大学・短大・高専で構成している大学コンソーシアム石川（代表 金沢大学）を中心として「行動力や国際力などを身につけた、地球規模の視野を持ちながら地域の課題に主体的に取り組み解決できる、石川と日本の持続的成長に貢献できる人材の育成システムを構築する」（事業名：学都いしかわ・課題解決型グローバル人材育成システムの構築）目的で応募したところ、同年 10 月に本事業が採択された。平成 24～28 年の 5 ヶ年にかけて大学間連携をともなう教育カリキュラムを構築していく大型事業である。

本事業の中で、石川県立看護大学は「地域連携グループ」に属している。そのグループの活動を尊重しつつも、保健・医療・福祉にかかわるグローバル人材を育成する教育カリキュラムを構築できないかと考え、学内に担当ワーキンググループを編成し、事業案の検討を開始した。

2. 石川県立看護大学の提案カリキュラム『ヒューマンヘルスケア人材育成プロジェクト』の全体像

1) 提案の背景

石川県における奥能登地域 2 市 2 町は、65 歳人口が 37～40%（2010 年）を占め、今後も高齢化が進んでいく傾向にあり、40 年先の日本を先取りしていると指摘されている。人口過疎地の暮らしと健康を守る担い手として、保健・医療・福祉系の人材の果たす役割は大きいと考える。さらに、その地域で住民の方々が培ってこられた豊かな歴史や文化、暮らしぶりに学ぶことは、人口減少時代を迎えつつあるわが国を支える人材育成の一助になると期待できる。

そこで、「学都いしかわ・課題解決型グローバル人材育成システムの構築」の下、主に保健・医療・福祉系の学生に向けて、人口過疎地域の住民の暮らしや健康課題への対処方法について住民自身に学び、さまざまな地域のネットワークを活用し地域の健康づくりにアプローチできるグローバルな視野を持った人材を育成する学習プログラムを構築したいと考えた。

2) 本プロジェクトの学習プログラム概要

(1) 奥能登 2 市 2 町への民泊実習体験

1 年次に上記 4 市町での民泊実習（2 泊 3 日程度）を経験する。地域住民との交流、生活体験の聞き取り、生活方法と健康上の課題の関係等を実体的に学ぶプログラムを作成する。

(2) 海外における地域保健体制を学ぶ研修

夏季休業・春季休業等の期間に、韓国及びタイへ学生を派遣し、グローバルな視野を育成するとともに、日本の人口過疎地への健康支援のモデルとして学び、石川県における取り組みを考える基盤形成を図る。

(3) 地域連携事業への参加

本学が継続中の地域連携事業（主に能登町やかほく市及び近隣市町村）等に積極的に関わり、地域の課題を詳細に学びそれを解決する経験を積み上げる。

3) 平成 25 年度の取り組み（ヒューマンヘルスケア人材育成プロジェクト稼働準備）

(1) 民泊体験を取り入れ、授業科目創設への準備

平成 25 年度は、三段階の取り組みを試行した。
第 1 ステップ：地域の方々との信頼関係を形成するためにショッピングセンター等で健康推進キャンペーンの実施、地域の散策等を実施した。



図1 健康推進キャンペーンの実施（宇出津地区ショッピングセンター前）

第2ステップ：能登町宮地地区にある「春蘭の里」において民泊し、自治体職員から講義を受け、自然の中での山菜取り、それをを用いた調理実習（郷土料理）を体験した。翌日は、「猿鬼歩こう走ろう健康大会」に参加し、参加者の体力測定と大会運営協力等を体験した。



図2 能登町役場職員から町政概要を学ぶ（春欄の里こぼし）



図3 地元の主婦の方々と共に調理実習を体験（春欄の里こぼし）

第3ステップ：能登町内浦町の民宿に宿泊し、能登町健康クラブの方々から「能登町音頭」の講習を受けた。また、健康づくりをテーマとした座談会を実施し、その中から健康課題を明らかにする方法論を学習した。翌日は、町民運動会に参加してロコモ度チェック、ロコトレ等を体験した。



図4 能登町健康クラブの方々と「私の健康づくり」をテーマに座談会を実施（内浦体育館にて）



図5 座談会で聞き取り調査した内容から KJ 法を用いて健康課題を明らかにする（内浦町民宿にて）

以上の学生の体験内容を評価し、学習内容の構築と授業科目創設に向けての課題を明確化した。

三段階の学習プログラムを試行して、能登町において学生が関わった地域住民からの受け入れは概ね好評であった。また、住民の方々が学生に地域の暮らしや健康への取組について語ることは学生の学びはもとより、地域住民の方々自身の自己肯定感や生活の振り返りにもなることが伺えた。学生も自然環境豊かな中で地域の暮らしの豊かさを知る機会、健康課題を明確にする手法を学ぶ機会となった。能登町における健康課題として、【食事等への関心は高いが、健診につながらない】、【男性の地域活動への参加がまだ少ないこと】、

【食事の素材は重視しているが、減塩への意識が高いとは言えない】等が抽出された。

奥能登を知り、参加学生同士はじめ、年代の異なる地域住民の方々と人間関係を構築する上で、コミュニケーションを図る良い体験ができたものとする。ただ、この地域で将来、就職・活躍できるかとの問いに、学生は必ずしも肯定的な意見はみられなかった。

民泊実習の課題としては、他大学の学生参加を得るために広報活動を充実させること、学生にこのプログラムの全体像をイメージしやすいように工夫が必要と考えられた。また、保健・医療・福祉系高等教育機関として発見した地域の健康課題を、一方的に解決策を提示するのではなく、ステークホルダーのニーズを確認しながら、その地域にあった解決方略を検討できる研修が望ましいと考えられた。

次年度より、本学の正課「フィールド実習」の中に民泊型実習を取り入れることになった。

(2) 海外における地域保健体制を学ぶ研修プログラム構築

平成 25 年度は、海外における地域保健体制を学ぶ研修プログラムを作成するためにタイ王国ならびに韓国を訪問し、実施可能性の検討を行った。

- ① 8月27日～9月1日にかけてタイ王国チェンマイ大学の看護学部へ教員2名を派遣した。研修先の地域の視察と今後の研修依頼、研修プログラム作成の打ち合わせを行ったところ、学生の研修受け入れに快諾を得た。



図6 チェンマイ大学正門にて

今後、チェンマイ大学の意向と本学の希望とを織り交ぜたプログラム作成を行っていくことになった。ただし、チェンマイ大学から山岳部におけるホームステイは調整が非常に難しいために困難であること、授業は主に英語となることが示さ

れた。チェンマイ大学の教員より国際化に向けて学生のチャレンジを期待すると伝えられた。

- ② 11月19日～22日、韓国の全羅北道庁ならびに全北大学に本学教員2名を派遣した。看護学部学部長と地域社会看護教授に「海外における地域保健体制を学ぶ研修（韓国版）」の構築と学生の短期留学の交渉を行ったところ、学生の研修受け入れについて肯定的な回答を得た。



図7 全北大学近景

内容面では、全北大学の持つ既存のプログラム「Feeling Korea」（12日間のプログラム、語学研修・韓国文化の理解には有用）に保健・医療・福祉施設の見学等を入れ、一部変更してのプログラムとして参加を勧められた。なお、本プログラムには通訳が付くが、プログラムに学生間交流を入れるのであれば、実施時期は8月が可能であり、多少英会話ができる学生であることが要件となる。

3. 平成 25 年度の成果と今後の展望

平成 25 年度の「ヒューマンヘルスケア人材育成プロジェクト」を試行して、民泊実習に、本学をはじめ複数大学の看護系学生がのべ20名余りの参加が得られた。参加後のアンケートにおいても地域への関心や健康課題の明確化については、肯定的な意見を得ることができた反面、内容面では学生が受講したいと思えるような地域の魅力を伝えるには課題が残り、さらなる工夫が必要と判断された。また、今後、地域の健康課題を発見、明確化する際には、個々の住民および地域のステークホルダー側の真のニーズに十分に耳を傾け、進めていくことが重要と考えられた。

海外研修の交渉はタイ王国、韓国双方とも学生

の研修受け入れには前向きな姿勢を示していただいた。研修実現に向けて、さらなる詳細なプログラム作成、実施体制整備、学生確保が課題である。しかしながら、海外のどこの国に研修に行くとしてもその国の歴史や文化の理解、英語をはじめとした語学力向上の支援が重要になると考えられた。

平成 25 年 12 月には、県内の保健・医療・福祉

系の大学に呼びかけて、担当者と会議を持ち、本事業への連携を依頼したところである。今後、連携大学とも意見交換し、プログラムを構築していくことが重要と考える。さらに、保健・医療・福祉系の分野にとっての「課題解決型グローバル人材」とは、どのような人材なのか、本プロジェクトを通して議論を深めていきたい。

A Trial of the Education Project for Human Health Care Leaders in the Community

Kazuyo KAWASHIMA
Hiroshi ASAMI
Kazue YOSHIDA
Wataru KAKIHANA
Hisae TSUKADA
Kumiko TANBO
Masayo AZUMA
Seiko MORITA

特別報告

ドイツにおける事前医療指定と看取りの現在

浅見 洋¹, 彦 聖美¹, 大永慶子¹, 中山晴恵¹

ドイツ連邦共和国における事前医療指定 (Patientenverfügung) の法制化以降, ケアのあり方がどのように変容したかを調査するため, 平成 25 年 9 月 9 日～21 日の 13 日間, 医療機関, ホスピス, 日本人友の会, 福祉施設を訪問した. 調査経費は平成 25 年度学内研究助成「ドイツの高齢者介護施設におけるターミナルケアについて -事前指定の現在-」と科学研究費助成金「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」(研究課題番号: 23320016) から支出した.



図1 事前医療指定書等の解説パンフレット

2009 年の第三次世話法 (Betreuungsrecht) 改正によって法制化された「事前医療指定書」が終末期医療や看取りケアにおいてどのような影響を与えているかについて把握するために, Heiderberg のプロテスタント教会立の病院 Krankenhaus Salem とカトリック系の St. Josefskrankenhaus Heidelberg に併設されたホ

¹ 石川県立看護大学

スピス Hospiz Louise を訪問し, 魂のケア担当者 (Seelsorger), 施設責任者, 音楽療法士と面談した. その結果, 今回の調査では「事前医療指定書」に関して①ドイツ国内でその浸透具合にはかなり地域差があること, ②キリスト教的な医療機関, 施設では消極的な受け止め方もあることが明らかになった.

特に, プロテスタント, カトリックに関わらず面談した Seelsorger は法制化された事前医療指定書は設問が YES, NO の選択であり, 単純すぎると指摘していた. 終末期医療に関わる決定のような重大な事態に関しては, そんなに簡単に自己決定することができないので, 自然に任す, 神の手に委ねるなどのようなグレーゾーンを残す必要があるという宗教的な考えがその背景にあると解される.



図2 ハイデルベルク聖ヨセフ病院

ライン・ネッカー日本人友の会 (Rein-Necker Tomonokai) の訪問では, 異国で老後を迎える高齢者たちの老後に向けた自助・互助活動についてうかがった. 在独の日本高齢者の場合には, どう老後を迎えるか, どのように生き死ぬかについて考えざるを得ない, 差し迫った状況におかれていることがわかった. それゆえ, 面談させていただいた友の会の高齢者たちは全員「事前医療指定書」を書いておられた.

ホスピス Louise においては, 看取りのケアについて学びを深めた. 特に, ボランティアの音楽療法士から, ホスピスにおける音楽療法の意義に



図3 ザーレム病院で

関して新しい知見を与えられた。その音楽療法士は仏具であるお鈴（りん）を使いながら「音楽療法とは、音楽を通して、内面の旅をすることである。心に響く音色を聞くことは魂の呼び起こしになり、音楽は、大地に生きてきたことを再認識させる。これによって、かつての力強い自分を取り戻し、自分らしさ、尊厳が回復される。音楽は自分らしさ、自分の魂のふるさとを探し、自分を取り戻す旅の「架け橋」となる」と語った。ホスピスは「亡くなる場所」という印象が強いが、ドイツのホスピスケアに学ぶことは、そこが「最後まで生きる場所」であるということである。ホスピスは、内的な記憶を聞く場所、思い出す場所、それによって、癒され、自分のアイデンティティを取り戻す場所であるという。最後の時間まで、自分の人生を自分らしく生きるということを支えることが「看取りのケア」では最も重要であるということ、改めて学ぶことができた。

北ドイツ Bückeburg の精神障害者のリハビリテーション施設クルツ パルチュ (Haus Kurt Partzch) と Seelze の老人ホーム アルター クルーク (Alter Krug) の視察は、クルツ パルチュの介護責任者の高齢者介護士 (Alten Pflegerin) 岡田澄子 (金沢大学大学院法学研究科出身) さんにコーディネートしていただいた。この両施設は宗教系ではないパリテート福祉団体 (Paritätischer Wohlfahrt) の経営である。Parität とはケアされる人とする人が「平等」であるという意であ



図4 老人ホーム アルター クルークで

る。老人ホームの入居者はほぼ全員「事前医療指定書」を書いていた。老人ホームの施設長は「事前医療指定書」の導入以来、介護者が入所者の看取りケアを行う際に、入所者の意向に沿ったケアが提供できているという自信が持てるようになったと語っていた。

また、今回の調査では高齢者や障害者の施設で日本にはない様々な職種の方々に会うことができた。高齢者福祉施設における高齢者介護士は、高齢者ケアにおいては看護師 (Krankenschwester) の職務との境界がない。高齢者介護士は、ドイツの高齢者ケア施策における多くのケア提供の必要性から生まれた機能的な職種である。また、障害者施設においては、障害者の将来までを見越してケアプランを立て、マネージメントするヘップ (HEP) という専門職がある。障害者自立支援専門職というイメージで、日本の介護保険におけるケアマネ ジャーのような役割を担っていた。また、ドイツの農村部には、家族看護師 (Familienpflege) という専門的な看護師がおり、出産前後の母親と子供、及びその兄弟姉妹の子供の看護にあたるという。このような職種は、日本では十分に紹介されておらず、今後さらに調査し、より広範にドイツの高齢者ケア、終末期ケア、看取りケアの現状を紹介していきたいと思う。

On Advance Directives and Death-and-Life Care in Germany

Hiroshi ASAMI, Kiyomi HIKO, Keiko ONAGA, Harue NAKAYAMA

特別報告

The World Congress on BUILDING CONSENSUS OUT OF CONTROVERSIES IN GYNECOLOGY, INFERTILITY AND PERINATOLOGY (BCGIP-COGI) に参加して

大木秀一¹

1. はじめに

2013年5月30日から6月2日までトルコのイスタンブールで開催されたThe World Congress on BUILDING CONSENSUS OUT OF CONTROVERSIES IN GYNECOLOGY, INFERTILITY AND PERINATOLOGY (BCGIP-COGI) に参加した。

イスタンブールはトルコ最大の都市であり、トルコの歴史、経済、文化の中心地である。人口は1,000万人を超え、バルカン半島最大、そしてヨーロッパでも最大規模の都市の一つである。黒海とマルマラ海を結ぶボスポラス海峡を挟んで、アジア大陸とヨーロッパ大陸に股がった都市としても有名である。市域はボスポラス海峡を挟んで東のアジア(アナトリア半島)側と西のヨーロッパ(トラキア地方)側の両方に拡がり、その中心部はヨーロッパ側である。ボスポラス海峡は、観光地としてクルーズなどもできるが、実際に市民の足として、兩岸の各所に定期船の船着場があり、バス料金程度でヨーロッパ側とアジア側の行き来ができる。かねてより日本などの援助で建設中であった、鉄道用海底トンネルが完成したと言う報道が、筆者の帰国後にされていた。

市内はイスタンブール歴史地区として世界遺産にも登録されており、スルタンアフメト・モスク(通称ブルー・モスク)など世界的に有名な建造物が多数あり、世界有数の観光地としても知られている。イスタンブールは国際学会に限らず、様々な会議の開催地としても人気が高い。高台には名だたる国際会議用施設が多く、カンファレンスバレーと呼ばれている。今回の学会もボスポラス海峡を眼下に見下ろす高台のホテルで開催された。



図1 学会会場から見下ろしたボスポラス海峡
(手前がヨーロッパ側)

2. 発表演題

筆者が発表した演題は、Birth Defects after Assisted Reproductive Technology in Japan: Comparison between Multiples and Singletons, 2004-2010であり、既にアクセプトされた複数の論文¹⁻³⁾をまとめ、学会発表用にデータをアップデートしたものである。

人口動態統計(厚生労働省)と生殖補助医療統計(日本産科婦人科学会)のデータをもとに、単胎と多胎に分けて生殖補助医療による妊娠で発生した先天異常をICD-10の分類に従って集計し直し、疾病分類ごとにその発生頻度を計算するとともに多胎妊娠・出生の相対危険を推定した。

現在国内では、いわゆる体外受精など生殖補助医療による出生が急増しており、2011年の時点で全出生の3%を超えている。生殖補助医療の安全性を評価する上でもその予後の検討は重要である。こうした背景があり、現状把握(いわゆる記述疫学)の目的で推計を行ったものである。見た目の派手さはないが、保健医療施策を考える際の最も基本的な資料になる。

さらに、人類遺伝学的な関心から、先天異常が

¹ 石川県立看護大学

ふたごペアでどの程度一致するかを検討した。ふたごペアの発端者一致率と一般集団における発生頻度から再発危険率比を算出し家族集積性を確認するとともに、多因子遺伝を仮定した Edwards の推定式から求めた同胞再発危険率と発端者一致率を比較し、遺伝様式を推定した。



図2 学会会場

3. イスタンブールとナイチンゲール

イスタンブールのアジア側にはユスキュダルと言うアジア側の中心地がある。ここはかつてスクタリと呼ばれた街である。このように書くとピンと来る人も多いと思うが、スクタリはその昔、クリミア戦争の時にナイチンゲールが、ランプを照らして夜回りをしたと言われる英国軍の野戦病院（実際にはトルコ軍のセリミイ兵舎跡を利用）がある街である。学会の合間に訪れたが、残念ながら現在のユスキュダルには（あるいはイスタンブール全体にも）、ナイチンゲールが活躍したことを偲ばせるものはほとんど残っていない。

野戦病院は現在、トルコ陸軍の施設となっており、その中にナイチンゲール記念博物館がある。しばしば、誤解されているのは、ナイチンゲールが「クリミアの天使」と呼ばれるので、実際にクリミア半島で看護活動をしたと思われていることである。実際には、彼女の活動拠点はあくまでもイスタンブールである。しかも滞在期間は1年と数か月である。

時の流れは確実に物質的なものを風化させるが、ナイチンゲールの残した精神は今も世界の人々に様々な影響を与え続けている。

4. おわりに

イスタンブールはもともと治安が比較的良好な場所とされているが、偶然にも学会開催時期に合わ

せたかのようにトルコ国内で多発デモが起こった。イスタンブールでも大規模なデモが行われ、その激しさは日に日に増していき、実際のところのんびりと国際学会と言った雰囲気ではなかった。市街地でも政府軍の発射する催涙弾が飛び交っており騒然とした様子であった。筆者自身も初めて催涙ガスと言うものを経験することになったが、名前の通り流涙が激しく、呼吸が苦しいものであった。デモ行進の人たちはこの種のことには慣れているのかレモンをもっていた。これは催涙ガスの成分をレモンの汁が中和するとされるためである。ただし、そのエビデンスは現在でも不明のようである。

学会最終日頃には、かなり激しい暴動がイスタンブール中心地の数か所で起きており、交通機関の多くは運転を中止し、地下鉄の駅は封鎖されていた。終日断続的なデモの掛け声と、催涙弾を発射する音、パトカーのサイレンが鳴り響いていた。滞在したホテルもほとんど入口を閉じて外出ができない状態で、帰国が危ぶまれた。急に飛行機を変えることもできず、出国予定日はホテルをかなり早目に出て何とか空港までたどり着くことが出来た。おそらくこのデモ暴動は、2013年の国際的事件の一つとして語られていくのだと思う。

この海外出張は2013年度学内研究助成海外研究発表旅費助成による。

利益相反

なし。

文献

- 1) Ooki, S.: Concordance rates of birth defects after assisted reproductive technology among 17,258 Japanese twin pregnancies: a nationwide survey, 2004-2009. *J Epidemiol*, 23(1), 63-69, 2013.
- 2) Ooki, S.: Birth defects after assisted reproductive technology in Japan: comparison between multiples and singletons, 2004-2009. *Reprod Sys Sexual Disorders*, S:5, 2012. doi: 10.4172/2161-038X. S5-003.
- 3) Ooki, S.: Birth defects in singleton versus multiple ART births in Japan (2004-2008). *J Pregnancy*, 2011. doi:10.1155/2011/285706.

**Participation in the World Congress on BUILDING CONSENSUS
OUT OF CONTROVERSIES IN GYNECOLOGY, INFERTILITY
AND PERINATOLOGY (BCGIP-COGI)**

Syuichi OOKI

特別報告

北陸高度がんプロチーム養成基盤形成プラン 英国視察～ホスピス発祥の地を辿る～に参加して

中嶋知世¹, 牧野智恵¹, 東 雅代¹

2013年3月18日(月)から3月25日(月)にかけて、「北陸高度がんプロチーム養成基盤形成プラン」の一環として本学がんプロ委員会が企画した英国ホスピスの視察へコーディネーターとして同行した。研修先は、英国在宅ケアの中心的役割を担う「Dorothy House Hospice Care」や、シシリー・ソンドース氏が勤務していたホスピス「St. Joseph's Hospice」、イギリス各地にネットワークを展開するがん支援施設「Maggie's cancer caring centres」(Maggie's Cheltenham, Maggie's London)であった。医療通訳者の同行もあり、専門的知識までよく理解できる内容となっていた。以下に視察した内容を記す。

Dorothy House Hospice Careは看護師であるPrue Dufour氏によってイギリス西部の地方都市であるバースに設立され、現在は近郊のウィンズレイに移転している。Dorothy House Hospice Careでは、終末期の患者やその家族へのサービスを提供することに加えて、終末期に携わる専門家への教育を行っている。平均在院日数は9日間で、複雑な病状管理、レスパイトケア、看取りのための入院が多い。自宅での生活やケアを重視し、在宅におけるサービスの提供やデイサービスも行っている。視察に訪れた際、専門看護師・医師・理学療法士よりそれぞれの職種の役割を伺った。Dorothy House Hospice Careで働く専門看護師のほとんどが10年以上のキャリアをもち、緩和ケアおよび在宅看護への熟練に加え事務作業などの能力も必要とされていた。患者とその家族を中心とした終末期医療およびケアを実践するためのコーディネーターとしての役割が大きく、チーム医療において各職種の行えることや医療サービスの内容など、制度への知識も必要とされていた。医師は入院中の患者の診療に携わることが主な役割だが、地域の急性期病棟でのアドバイザーや、GP (General Practitioner)・老年科の医師・研修医への研修を勤めるなどして、

Dorothy House Hospice Careと病院や地域とのつながりを保ち、連携をとる上で有効な役割を担っていた。理学療法士は、終末期における患者のQOL維持のためのリハビリテーションを実施するとともに、患者やその家族が集まるグループケアにおいて参加者に対する教育も行っていた。昼食後、施設を見学した。施設の外観は民家のように、施設内は木製の家具や暖炉があり、全体的に柔らかく暖かい色使いが家庭的な雰囲気を感じさせた。デイサービスが開かれる部屋は明るく、大きな窓から手入れの行き届いた緑豊かな広い庭が臨める。窓の外にはテラスもあり、憩いや癒しの場ともなっていた。他に終末期の家族を持つ子どものグリーフケアのための部屋や、祈りを捧げるチャペルがあった。



Dorothy House Hospice Careの窓からの眺め



Dorothy House Hospice Careにて参加者

¹ 石川県立看護大学

St. Joseph's Hospice はロンドン市内の東に位置するハックニー地区という移民が多く住む地域に設立されている。イギリスで最大規模のホスピスであり、物理的社会的精神的に貧しい人々への慈善を目的とする非営利団体である。視察に訪れた際、ミッションディレクターより施設の概要と歴史について伺った後、NP (Nursing Practitioner)・ボランティアをサポートするスタッフ・マーケティングマネジャーよりそれぞれの仕事の内容を伺った。St. Joseph's Hospice は入院患者の受け入れのみでなく、ロンドン市内の3つの地区で在宅ホスピスケアを提供している。その内容は主にデイホスピスケアの提供、レスパイトケアで入院する患者の家庭への事前訪問である。そのためNPは調整役となることが多いこと、また対象者に対しANDRについて話すことの重要さとその意思決定の難しさについても話された。ボランティアについては、役割は多岐に渡るが、話を聴くために患者の傍にすることができ、また患者にとってもボランティアが最も打ち明けやすい相手があると話された。散歩の付き添いや買い物を頼まれる、時には馬と触れ合いたい、爬虫類と過ごしたいといった願いを叶えるために行動することもある。事務職や資金集めなどの患者に直接関わらないボランティアもいる。ここでのボランティアの働きは1日3時間程度であるが、全員ではスタッフ15人の1週間分の仕事量に相当するとされ、スタッフはボランティアの来る時間を大切に、事前に頼みたい仕事を準備しておく。マーケティングマネジャーからは、地域住民からホスピスを身近に感じてもらうための取り組みについて話された。例として地域の高齢者に対するパソコン教室を開いていることがあげられた。その後の施設見学では、病室やデイホスピスなど様々な施設を見学した。なかでも、看取りの部屋が印象的であった。これは、死期の近づいてきた患者とその家族がゆっくりと過ごせるよう、紫を基調とした大きなベッドが中央にある広々とした個室で、希望した場合に使用することができる。病院で死を迎える患者とその家族にとって、どのように最期の時を迎え死後の処置を受けるかは非常に重要であるということを改めて感じさせられた。

Maggie's Cheltenham と Maggie's London は Maggie's cancer caring centres がイギリス各地に展開する施設のひとつである。Maggie's cancer caring centres は、がんの患者とその家

族や周囲の人々へ、彼らのニーズに基づくサービスを提供する場としてがん拠点病院の敷地内に設置されている。施設の利用や提供されるサービスはすべて無料で、その資金は寄付で賄われている。Maggie's Cheltenham の視察では施設の概要、利用者への関わり方、カウンセリングや経済面の情報提供について、それぞれの専門家やボランティアより話を伺った。利用者への関わり方として、ここでは利用者を患者ではなく visitor と呼び、アセスメントではなく会話の中から visitor のことを知り、そのニーズを大切にすることが話された。対象者やその家族が何を望んでいるか把握することを優先し、それを共有することの大切さを改めて感じる事ができた。Maggie's London では Maggie's cancer caring centres の歴史、理念、運営や visitor との関わりについてスタッフより伺った後、Maggie's London の開設時、最初の visitor となった日本人女性の語りを聴く機会が設けられた。visitor の語りから、開設以前にもかかわらず快く迎え入れた施設長の行い、そして、Maggie's cancer caring centres の建物の構造的長所である入りやすさと安らぎが、まさに客を温かく迎え親切にもてなすというホスピスの精神を表していると感じた。



Maggie's London のキッチンテーブル

視察全体を通して、訪れた施設すべてで紅茶とお茶菓子が準備されていたこと、また気取るところのない丁寧な態度と笑顔での歓迎に英国人気質を感じ、感銘を受けた。また、寄付で資金が賄われていることが多く、寄付を集める工夫に驚く一方、寄付をすることが当たり前でありボランティアをすることが喜びにつながるという西欧文化も英国の終末期医療を支えているもののひとつと感じた。

**Visiting British Hospices with Insights into its Origin
– An Activity Supported by Basic Training Program for the
Hokuriku Professional Oncologists Team –**

Tomoyo NAKASHIMA, Tomoe MAKINO, Masayo AZUMA

特別報告

28th International Conference of Alzheimer's Disease International に参加して

高山成子

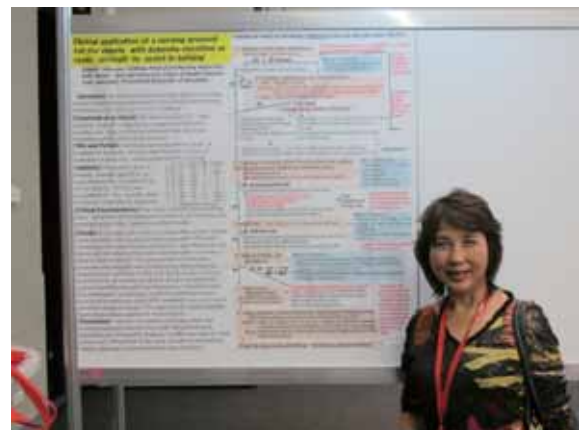
2013年4月18日から20日まで、台北で開催された2013年ADI国際アルツハイマー病国際会議に、石川県立看護大学海外学会発表旅費助成を頂き、参加しました。ADI (Arznmheimer's Disease International 国際アルツハイマー病協会) は、1984年に最も優れた実践の情報、技術、モデルを世界中のアルツハイマー病協会でも共有しあうネットワークとして設立され、1996年よりWHOと公式の関係を持っている協会です。ADIの国際会議の特徴は、医療従事者だけでなく認知症の人や家族・ボランティアが会合する国際会議である事で、2001年の京都の会議で、初めてクリスティーン・ブライデンさんが当事者として講演して大きく報道されたのでご存知と思います。

今回の会議でも、認知症の人と家族が多く参加しておられました。オープニングでは認知症のカップルが壇上でダンスを披露し、「Living with Dementia」のparallel Sessionでは、司会を認知症の人が行い、日本、オーストリア、チェコ、インドネシアの認知症の人と家族が発症後の思いや生き様を発表しました。日本人の発表時、日本か

ら参加した認知症の人たちが大声で唱歌を合唱され、その力強さに感動しました。日本の活躍は発表でも目立ちました。131のポスター発表のうち20演題が日本で、Special Symposiumの「Acute Care of Older Persons with Dementia」では、国立長寿医療研究センターの鳥羽病院長がパネリストで登壇し、先進的取り組みを世界に向け発信されました。

私は、長年に渡る調査から作成した看護プロトコルを臨床の看護師に評価して頂き、その結果を、「認知症の人の入浴困難の看護プロトコルの臨床的評価」でポスター発表しました。多数の認知症者の援助事例の蓄積からのプロトコルであり、世界の認知症の人に見て頂きたいと思っていましたが日本人からの質問があっただけでした。

海外出張旅費によりインターネットによる認知症ケアギバー支援の試み、急性期の絶対安静教育用モデル作成、認知症者の訪問腎透析の効果など先進的な支援を学ぶことができました。心より感謝申し上げます。



**Participation in the 28th International Conference of
Alzheimer's Disease International**

Shigeko TAKAYAMA

特別報告

ワシントン大学における看護実践博士 (DNP ; Doctor of Nursing Practice) の教育課程の視察報告

西村真実子¹, 塚田久恵¹, 岩城直子¹

1. はじめに

1.1 高度実践看護師制度の推移

特定分野における専門知識と技術を備えた高度実践看護師は、20世紀半ばよりアメリカで形づくられてきた。1940年代に麻酔科看護師、産科看護師(助産師)が、1954年には精神科看護師が位置づけられている。1960年代以降、高度実践看護師は医師不足を補うためにプライマリーケアを担うようになり、医療費の高騰や、医療提供機関の増加、全ての人々に健康資源を効率よく分配しようとする動きを背景として、1965年には高度実践看護師の一職種である、ナースプラクティショナー(Nurse Practitioner; 以下NPと略する)の正式な教育がコロラド大学で始まるに至った。そして2008年に、高度実践看護師の48グループと看護の州委員会(National Council of state Boards of nursing)の総意で、高度実践看護師(Advanced Practice Registered Nurse; 以下APRNと略する)の免許、資格、認定、教育が定義づけされた。

APRNには、麻酔科専門看護師、産科専門看護師(助産師)、クリニカルナーススペシャリスト(Clinical Nurse Specialist; 以下CNS-Aと略する)、NPが含まれ、その専門性が明確化され、免許試験がある。アメリカにおけるAPRNの教育は従来、修士課程において行われてきたが、2004年にアメリカ看護大学協会(American Academy of College of Nursing; ACCN)は、全てのAPRNプログラムを2015年までに博士レベルの教育にすることを目標にするとした。この背景には、医師会からの推進や他の医療従事者の教育が博士レベルで行われ始めたことなどが関与していると言われている。2009年時点では、92の看護実践博士(Dotor of Nursing Practice; 以下DNPと略する)の教育プログラムが設立されている¹⁾。

日本では、専門看護師(Certified Nurse Specialist; 以下CNSと略する)の教育は1999

年に修士課程で開始され、15年が経過している。そして2012年には、これまでの26単位の教育課程から「高度実践のためのフィジカルアセスメント Physical assessment・病態学 Pathophysiology・薬理学 Pharmacology(いわゆる3P科目)の新設と実習単位の増加などが導入された38単位の教育課程が開始されている。

1.2 ワシントン大学における視察の目的

今回の視察の目的は、このような日本での状況を受け、ワシントン大学で行われているDNP教育について具体的に知ることである。特に、高度看護実践のための3P科目の具体的な教育方法、実習の進め方、研究結果(エビデンス)の臨地での応用についてどのように教えるのか、という3点についての情報収集であった。ワシントン大学看護学部では2013年秋からDNPの改訂カリキュラムが実施される予定で、視察した2012年2月はまさにその検討中で、今回は現行カリキュラムと新カリキュラムの一部についてお話を聞くことができた。

本稿では、DNPプログラムの全体像と研究結果(エビデンス)の臨地での応用に関する教育、実習方法(臨地におけるケア等の改善をめざした研究的取組)などについてを西村が、高度実践のためのフィジカルアセスメント教育を岩城が、高度実践のための病態生理学と薬理学の教育を塚田が、それぞれに分担執筆した。

2. 研修内容・スケジュール

2.1 研修期間

2013年2月19日(火)～ 2013年2月21日(木)の3日間

2.2 研修内容・スケジュール(表1)

スケジュール及び内容は、ワシントン大学看護学部国際プログラムのマネージャー、ミミ・ヘッグランド博士が今回の訪問目的に即して計画してくださった。

¹ 石川県立看護大学

表 1

1 日目 : 2013 年 2 月 19 日 (火)

10:00 am	学部長室による歓迎	マーガレット・ベーカー博士 (准教授, 看護師, 臨床ナースリーダー-CNL) アカデミック・サービス副部長 (臨時) 生物行動学的看護学・保健システム分野 ミミ・ヘッグランド博士 ワシントン大学看護学部国際プログラム・マネージャー
10:15 am	石川県立看護大学 の今回の訪問目的及び目標	石川県立看護大学 西村真実子教授, 岩城直子講師, 塚田久恵准教授
10:45 am	ワシントン大学看護学部の概要, Q&A	マーガレット・ベーカー博士 (看護師, 臨床ナースリーダー)
11:15 am - 12:30pm	小児の成長及び発達に関するアセスメント	ジェニファー・ソニー (修士, 高度実践看護, PNP-BC) 小児大学院専門課長 家族と子どもの看護学分野 ユジュン・キム博士 (看護師, 認定臨床看護師) 准教授 家族と子どもの看護学分野
1:30 pm	高度なフィジカル・アセスメント (成人)	フィリス・クリスティアンセン (修士, 高度実践看護師) 主任講師 生物行動学的看護学・保健システム分野
2:30 pm	授業参観 健康, 文化及び地域	ノエル・クリスマン博士, 教授 心理社会学及び地域保健分野
3:30 pm	1 日の活動の振り返り	ミミ・ヘッグランド博士

2 日目 : 2013 年 2 月 20 日 (水)

10:00 am	卓越した看護教育センター(CENE): ラーニング・ラボの概要	ボビー・サルバーソン博士 (認定看護師) 卓越した看護教育センター課長 家族と子どもの看護学分野
11:00 am-12:00pm	高度実践のための病態生理学	ヒレール・トンプソン博士 (看護師, 神経科看護師, 米国ナースプラクティショナー学会, FAAN) 准教授 生物行動学的看護・保健システム分野
1:00 pm	看護学部に関するディスカッション CNS プログラム	ゲイリー・アルトマン博士 (看護師) 准教授 生物行動学的看護・保健システム分野
2:30 pm	看護研究の手法	テレサ・ウォード博士 (看護師) 准教授 家族と子どもの看護学分野
3:00 pm	ISIS(ワシントン大学の医療シュミレーションと学際的研究を行う施設)の見学	ブレンダ・ズイーラー博士 (看護師, FAAN) 教授 生物行動学的看護・保健システム分野
4:00 pm	1 日の活動の振り返り	上月頼子博士 (PMHN ナースプラクティショナー, 高度実践看護師) 准教授 社会心理的・地域保健分野 ミミ・ヘッグランド博士 ワシントン大学看護学部国際プログラム・マネージャー

3 日目 : 2013 年 2 月 21 日 (木)

8:30 am-12:00pm	学習研究所 - 基本的健康アセスメントのクラス見学	ボビー・サルバーソン博士 (認定看護師) 卓越した看護教育センター課長 家族と子どもの看護学分野
1:00 pm	高度実践のための薬物治療	ビッキー・ハーティック博士 (看護師) 講師 生物行動学的看護・保健システム分野
3:00 pm	1 日の活動の振り返り	フランシス・ルイス博士 (FAAN) 教授 Virginia and Prentice Bloedel 教授 家族と子どもの看護学分野 ミミ・ヘッグランド博士 ワシントン大学看護学部国際プログラム・マネージャー

3. DNPプログラムの全体像

DNP教育のめざすところは、臨地における看護やケアの改善に取り組んだり、研究結果から得られたエビデンスを解釈、応用し、普及する人材を養成することにある。DNPに求められる能力や達成事項として挙げられている点は8つある。①物事を科学的に理解すること、②系統的な思考力・保健医療制度の組織力・高度看護実践のリーダーシップ、③臨床学とエビデンスを基にした看護実践、④保健医療制度の改善・変更に伴う情報システムや患者ケアのテクノロジーを理解していること、⑤保健医療制度に関する権利擁護推進に向けて働くこと、⑥他の専門職者との連携協力、⑦地域全体の健康維持増進・地域介入による予防医学、⑧高度看護実践である。

これらに関して力を発揮できるようにために、「DNP コア科目」30単位、「APRN コア科目 (3P科目)」10単位、各看護分野で設定されている「広範囲領域および専門科目 (Population foci and Specialities、臨床実践を含む)」40単位、さらに「DNP Scholarly Project Planning」と呼ばれる臨地におけるケア等の改善をめざした研究的取り組みを10単位、計90単位を3年間で学習する。1年目から2年目前半にかけては、全ての学生が受講するDNP コア科目とAPRN コア科目 (3P科目)を受講し、2年目に各専門分野の科目を受講する。「DNP Scholarly Project Planning」は2年目後半から臨地で行われる。

また、DNP教育は修士課程を修了していなくても受けることができる。高度実践看護師の資格試験 (NPの資格試験)は、大学卒業レベルの教育を受けているもしくは修士課程の修了者で、看護師の国家資格を持っている者が3年間のDNP教育課程を終え、臨地経験を3年間積んだ後に受験することになっている (図1)。



図1 DNP教育課程の位置付け

3. 高度実践のための病態生理学の教育

(Pathophysiology for Advanced Practice)

3.1 講師紹介

ヒレール・トンプソン博士

看護師 (RN), 神経科看護師 (CNRN), 米国ナースプラクティショナー学会, FAAN, 准教授, 生物行動学的看護保健システム (BNHS), 老年看護専門, キャップストーン教授, カリキュラム改正委員会メンバー.

3.2 コースの概要

ワシントン大学看護学部の認可団体である大学看護教育委員会 (CCNE: Commission on Collegiate Nursing Education) は、直接的なケアに特化した高度な実践に関する修士課程及び看護実践に関する博士課程 (DNP: the Doctor of Nursing Practice) (たとえばナースプラクティショナー, 臨床専門看護師, 助産師) のプログラムについては、生理学や病態生理学に関する異なる大学院の課程と生涯という視点を合体させるよう求めている。

こうした要求に対応するため、最近、「生涯にわたる生理学及び病態生理学」という新しいコースを設置した。

コースを円滑に実施するため、ワーキンググループを設置し、学部全体を巻き込んだものである。

病態生理学の科目は、2012年にスタートした、5単位(10週間)のコースで、クラスのトピックは、出生前から老年までをカバーしている。

3.3 主な学習目的

- (1) 通常の生理学的、病態生理学的反応における関係性を、生涯にわたって分析する。
- (2) 患者のケアを最適化するため、経歴、フィジカル・アセスメント、試験データ等の患者情報の分析及び解釈において、病態生理学的な原則を適用する。
- (3) 生涯にわたるアセスメント、診断及び治療状況に関する病態生理学的な反応から、(病気を) 推測させるものを抽出し、分析する。
- (4) いくつかの抽出した病気における病態生理学的な反応の知識を統合するため、生涯にわたる症例検討を行う。

3.4 ユニークな点について

(1) 事例研究

新生児から老年までをカバーしている。

(2) 従来の医学的な「システム」からのアプローチを採用していない。(泌尿器系, 循環器系など)

(3) 人間の反応に基づく, 痛み, 苦痛, ストレス, 細胞損傷, 細胞死などから, その病態, 背景を探る. その結果, 複数の病態が出てくる. 視野の範囲を広く見ていくが, 徐々に絞り込んでいく.

ことができ, その後の専門的な実習に役立つものとする。



3.5 学生のホームワーク

(1) 文献リストを提示し, 学生が1番興味ある文献をWEBサイトに出してもらい, そして, 学生同士ディスカッションし学びあう。

(2) コレクティブホームワーク

今までの学びを結集して考える。

例: 体細胞死の場合, どういうプロセスをたどるのか, いつ, どのような状態で, 病気に発展するのか思考させる. この課題レポートを読めば学生の理解度がわかる. これは, 学生に概念を理解させるためのものである. また, 学生の背景が広く, 遺伝, DNA を知らない学生もいるため, 同じ土俵に上げる必要性があるためである。

3.6 試験

(1) 小テスト, 定期試験をする。

(2) 教科書

主に医学部の教科書を使用する. 補足的教科書としては, 記事が多いニューイングランドジャーナルを使用する。

(3) 授業方法

クラス授業を2回実施する. あとは, ビデオに撮り, WEBサイトに載せる. ディスカッションも WEBサイトで実施する。

3.6 使用するプライマリーテキスト

このコースは, さまざまな病気や病状にまたがって現れる, より幅広い反応について体系化するものである. これにより, 学生が, より良い基礎を築く。

Robins & Cotran の「疾病の病理的基礎」(St. Louis:Saunders Elsevier 社), この他, Up To Date, 雑誌 (たとえばニューイングランド医学雑誌) など, 他のリソースの関連文献を使用。

4. 高度実践のための薬理学の教育

(Pharmacotherapeutics for Advanced Practice)

4.1 講師紹介

ビッキー・ハーティグ博士

看護師, 主任講師, 生物行動学的看護保健システム。

4.2 クラスの全体的なねらい及び目標

- (1) 選択した特定の条件を治療するために用いられる薬剤選択について述べる。
- (2) 選択された薬物療法について, 効果的な用量及び有毒な用量について述べる。
- (3) 所与の薬物療法クラス内において, さまざまな薬を比較対照する。
- (4) 特定の薬物療法の選択のための意思決定において, 遺伝薬理学, 薬物動態学, 薬力学, 薬物療法学に関する高度な知識を活用する。
- (5) 治療目的, 1回用量, 副作用に対してモニタリングを行う. パラメーターについて述べる。
- (6) 治療期間を決定する基準について述べる。

4.3 教育上の戦略

- (1) カリキュラム全体で, 最初の薬理学コース(5-6単位)で, 入門編である。
- (2) 授業の目標は, 処方開始まで持って行くこと。
- (3) 看護, 薬理学及び医学からのゲスト講師(週2人の講師を招聘)
- (4) 四半期に4~5枚の処方箋を書くという宿題(1学期は, 4-5枚/週の処方を書かせる. 判断(理由)も書く.)



- (5) 12-15枚の処方を書けるだけの知識を与える。
- (6) 3回のオンライン試験
- (7) 授業はすべてオンラインで、生中継で見る。ビデオにも撮る。質問も同時に回答する。
- (8) 教材として、シナリオを使用する。シナリオは、院生に作成(HW)してもらう。そして、そのシナリオで処方を書いた根拠を明確にってもらう。正解は複数あり、1つではない。

5. 高度実践のためのヘルスアセスメント教育 (Health Assessment for Advanced Practice)

5.1 DNPプログラムにおけるフィジカルアセスメント科目

ワシントン大学の大学院DNPプログラムにおけるヘルスアセスメント教育について、Senior LectureのPhyllis Christianson氏より説明を受けた。DNPカリキュラム構成要素はAdult Nurse Practitioner Curriculum Gridでその全容を見ることが出来る。(http://nursing.uw.edu/academic-services/degree-programs/dnp/dnp-specialty-information-and-curriculum-grids.html参照)。

ヘルスアセスメント教育では、NCLIN 500 Comprehensive Health Assessmentと、NCLIN501のDiagnostic Health Assessmentの2つの科目を教えることになっており、このコースの目的は、正確に理解した科学的知識と焦点化した健康歴の聴取、高度なフィジカルアセスメントの技術を統合して成人期から老年期の個人の多様な健康状態を解明することができることであり、以下に教育目標をあげる。

- (1) 症候を分析する過程において高度なインタビュースキルと臨床判断を行うこと。
- (2) 成人期から老年期にある人々に現れる訴えに対して卓越した正しいフィジカルアセスメントを選び実践すること。
- (3) 問題に焦点化した健康歴の聴取とフィジカルイグザミネーションから得られたデータを、十分に整理し、正しく適切なマナーで口頭及び記述で伝達すること。この伝達は明確な診断仮説に基づいてデータ分析とケアプランを反映したものである必要がある。

Nurse Practitioner (NP) の取得にはこの2科目の取得が必須であり、NCLIN 500 Comprehensive Health Assessmentは、Nurse

Practitionerを希望する全学生が受講する。また、小児を専門にする学生はNCLIN502を受講し、それ以外はNCLIN 501 Diagnostic Health Assessmentをとることになっている。演習でカバーするのは全部で8臓器である。加えて、栄養状態、精神衛生状態、老人学的なアセスメントについても教えている。

5.2 授業の概要

NCLIN500 Comprehensive Health Assessmentでは、今までの病気を包括的に全部聞き出すこと、健康な大人を頭からつま先までアセスメントすることを教える。NCLIN 501 Diagnostic Health Assessmentでは、問題の症状を診断することを教える。つまり、背中の右後ろの肺の下半分に異常音があるというのを観測させることを学ばせ、異常音有りということであれば、ではその異常音は何であるのかを診断まで持っていくスキルを教えることになる。2つの分野は本来ダブるところが多く、学生や教員も混乱させたという経緯があるが、アメリカでは、NPの独立開業のためには、診断・処方できることが期待されているのでそのスキルを習得する必要がある。

NCLIN500の呼吸器系の授業では、まず、教室で呼吸器の診断法について講義する。講義する時には問題に焦点を当てた尋ね方、質問の仕方(何をどのように質問しているか)を教える。そして、学生は診察に必要な道具を家に持ち帰って練習する。講義は前学期に録音しておいたもの(患者役と診察側の劇の実際)がアップロードしてあり、テープはオンラインで全て見ることができる。また、診察場面をテープ起こしたものとデモンストレーションもインターネットで見ることができる。次週は実習室へ来て先週教わった呼吸器の診断の仕方を実際に演習する。まず、教員が診察のデモンストレーションを行う。学生は、診察しながらそれを言葉で表現していく。教員は記憶カード(プロンプト)を見ながら質問するといった展開である。実習は1週間に1回3時間であり、1人の学生には患者役、NPコースの2年生が診察者役となり、診察する側が正しい質問をして患者を導いていくことを学ばせる目的で診察のロールプレイを実施している。標準患者も導入しているがコストがかかるため学期内の練習に1回、テストに1回という形をとっている。最初の学期が始まってから2週間ぐらいは、劇をやらせテープに

撮り、そのテープを聞いて診察側になった学生はカルテをつくる。教員は、それを読んでテープを聞き、フィードバックを学生にする。この作業は時間が掛かり、教員の負担は大きい。

講義、実習と1週間おきにやっていくことで、学生の間違いを直ちに修正することができ、学期末までには順序を追って全ての診察のスキルをマスターしたということになる。また、この授業に使用するスキルガイドがあり、それには、例えば、頭部の診察をするときに必要なスキルの項目とその注意事項（例えば、頭部の観察というスキル項目に対してコメントとして正常か異常か、この診察では何を目的としているか。どういう異常を探そうとしているか。）が記載されている。NCLIN501も同じようなスキルガイドが作成されている。

5.3 Center for Excellence in Nursing Education (CENE) の概要



CENE については Director の Bobbie Salvesson 氏から説明を受けた。ディレクターの目標としては2つあげられている。

- (1) なるべく現実に近い環境で学生に学ばせる。
- (2) Teaching Assistant (TA) の学生に将来どのようにして学生に教えるかという教授法を訓練する。(2)については博士論文を書く際に教授法といったことも含んでいるため目標にあげているとの事であった。

実習室には、外来の診察室8、入院病床4がセッティングされている。DNPの演習にはTAとして7名(5名はNP、2名はドクターコースの学生)がいる。

前述したように、DNPの学生はRegistered Nurse (RN)なのでお互いを診察し合う。そして、乳児、小児のNPコースの場合はボランティアで教職員の子供たちで演習を実施している。小児

NP 臨床実習 80 時間のうちこの実習室でカバーできるのは 10 時間である。学生たちからはこの実習室は現実的であるといわれており、調査では、実習室での実習で、臨床に出て子供や乳児を取り扱うことに自信が持てたと評価されている。実習室は担当教員に、直接または Email システムで、使用目的を説明し、予約すれば、自由に利用が可能であり、教員 (TA) も対応可能である。



5.4 シナリオ学習

Community Health Nurse に、精神衛生、公衆衛生インタビューの練習をするためにできるだけ現実に近いシナリオを作って練習させる。また、腫瘍学の専門 Nurse は実際の場面で仕事をするとき楽になれるようにホスピスの場面で末期患者さんへのシナリオをやってもらうといったことを行っている。シナリオの作成は、TA が担当している。まず、この学生のグループに何を学んでもらいたいかを定義させ、目標を設定させる。目標を達成するためのシナリオを考えてもらう。そして、練習してもらう。その後、重要な点は何かということを学生たちに復習させる。つまり、学生たちにクリティカルシンキングを学ばせるということである。TA の中には卒業後教授を目指す人がいるので、このようなプロセスによって、そのスキルを学んだことになる。

シナリオ学習においては評価を具体的にしておく。例えば、バイタルサインを測定することにおいて、エラーは5~10%以内にとどめるという目標設定をしておく、数値でそれが現れるので目標が達成されたかどうかわかることになる。また、家族の人と話をするという場面では、自己紹介をする、今日のケアプランは何であるかを家族に明確に理解してもらえるように説明したかといった目標設定をすると、説明したかどうかで評価できることになる。がん患者の場合は、例えば、

目標設定を化学療法をしている患者がどのような抗がん剤を使っているか、その副作用はどういうものである、それを見極めることというシナリオだったとする。その話を患者さんに明確に伝えることができたかどうか、この看護師は患者さんに嘔吐などの副作用を抑えるための薬を化学療法をする前に投与したかどうか、といったことが評価される。メンタルヘルスの場合は、シナリオの一つは青少年の麻薬乱用に関連するもの、この人の意識のレベル、相手に自分を信頼させられたかどうか、心を開いてくれるように話してきたかどうか、精神病の場合は患者さんの身体上の安全を確保したかどうかということで評価ができる。

このように、シナリオは一つ一つ目標を具体的にしておくことが重要で、いつ誰（教員でもTAでも）がやっても同じプロセスを経るということになる。学習目標設定が何らかの形できわめて具体的に示されていることによって、それがクリアされているかいないか、それが結果の測定になる。



学生は実際の演習ではナーバスになっているので自分のロールプレイの実際については覚えていないため、シミュレーションの様子をテープに撮り、後で見直すといったことも実施している。現時点で、多くのシナリオが作成されてきたため、現在、図書室作りをおこなっており、これによって適切なシナリオを選択できるようになると期待されている。

5.5 The Institute for Simulation and

Interprofessional Studies (ISIS) の見学

ワシントン大学メディカルセンター内にあるシミュレーションラボである。ここでは、腹腔鏡手術、注射、内視鏡操作、気管内挿管、顕微鏡手術などスキル習得のためのシミュレーターが数多く設置されている。医学部学生、研修医、看護学生、薬学部学生、助産師などがその利用者であり、トレーニングに活用されている。



6. 看護実践の裏付けになるエビデンスの解釈と応用 (Appraisal & Translation of Evidence for Practice)

この科目はDNP コア科目の一つで、全ての学生が1年目に受講する。まず高度看護実践のための研究に関する科目 (Scholarly Inquiry for Advanced Nursing Practice) を受講する。入門コースと応用コースがあり、研究デザインやエクセルを使ったデータの加工、統計等について叩き込まれる。

そしてその後、学生は文献を読み、ワシントン大学看護学部のBrown博士が考案した「エビデンス・テーブル」(図2)をまとめる。エビデンス・テーブルには、読んだ文献の研究を次の5側面から評価した内容を記載する。5側面のついでの評価基準はウェブサイトに乗っているのので、それを参考に作業を進める。5側面とは、研究の内的・外的妥当性の幅の判断、外生変数、測定用具の信頼性・妥当性、その研究結果が知識を高めたり従来の考えを打破するような重要なものかどうかという臨地的有用性・応用性、論文の一貫性・真実性・厳密性の5点である。これら5点について考え、最終的には現場のケアを変更した方が良いのかを判断する。必ずしも良いエビデンスがあるとは限らないが、研究結果を解釈し応用可能性を考える道筋、例えば統計学的に有意な結果であっても、それを臨床に応用できるかどうかという判断をど

のようにしていくかを学ぶことに重点が置かれている。

最後に、エビデンス・テーブルで明らかになった研究結果の違いを整理し、メタ分析をしたり、これらの結果を使い特定テーマに関するガイドラインを作成する。

筆者、発行年	研究目的/目標	研究デザイン	サンプル、人数	指標 (outcome) 測定方法	結果 (findings)	臨床的有用性 (応用性)
						・臨床に役立つ強みとその限界 ・弱点

図2 エビデンス・テーブル

7. 臨地における研究的取組み

(DNP Scholarly Project Planning)

この科目は、DNP 教育の最終段階に行われる、いわゆる実習科目である。新カリキュラムでは DNP Scholarly Project Planning というより現実的な名前になったが、現行カリキュラムではキャプストーン・プロジェクトと呼ばれており、命名にあるように、現場のケア等の改善に向けて試金石となるような取組みを意味している。DNP は現場の看護やケアの改善を進めていくことが期待されているので、現場の看護職や関連職者と連携をとりながら、関連の先行研究の結果からエビデンスを提示したり、必要に応じて改善策の評価研究に取り組んでいくというダイナミックな実習を

行う。

ただし、このような実習は実習先の確保が難しい。特に家族看護やコミュニティ看護の NP の実習先には行政や外来、家族が想定され、簡単にはいかない。また、多くの指導教員も必要になる。そこで、新カリキュラムでは、インディアン等の地域も実習先としてとらえること、およびこれまでとは違いこの科目を教授の役割・仕事として位置付け（教授が担当すれば少人数ですむ）、その教授を教授陣の委員会がアドバイス、サポートするといったしくみを作ることを検討している。

8. おわりに

ワシントン大学看護学部において、DNP の教育課程の概要について学び、本学大学院の専門看護師の教育課程を考えていく上での多くの示唆を得た。

今回の視察にご尽力、ご協力いただきましたワシントン大学看護学部の教授陣および関連の方々に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 上月頼子、アメリカ合衆国における上級看護実践看護師の免許、資格、認可、そして教育、教員向け講義資料、2011.9

An Introduction to the Curriculum for the Doctor of Nursing Practice in University of Washington

Mamiko NISHIMURA, Hisae TSUKADA and Naoko IWAKI

特別報告

The 9th International Nursing Conference and 3rd World Academy of Nursing Science への参加・発表報告西村真実子¹

2013年10月16日(水)～10月18日(金)に韓国のソウル市で開催されたThe 9th International Nursing Conference (INC) and 3rd World Academy of Nursing Science (WANS)に参加し、ポスター発表をした。INCとWANSは本来別々に開催される国際学会であるが、今回は開催側の都合でThe K-Seoul Hotelで連続して開催された。両学会のテーマは「Care for Vulnerable Populations: Global perspectives」であった。

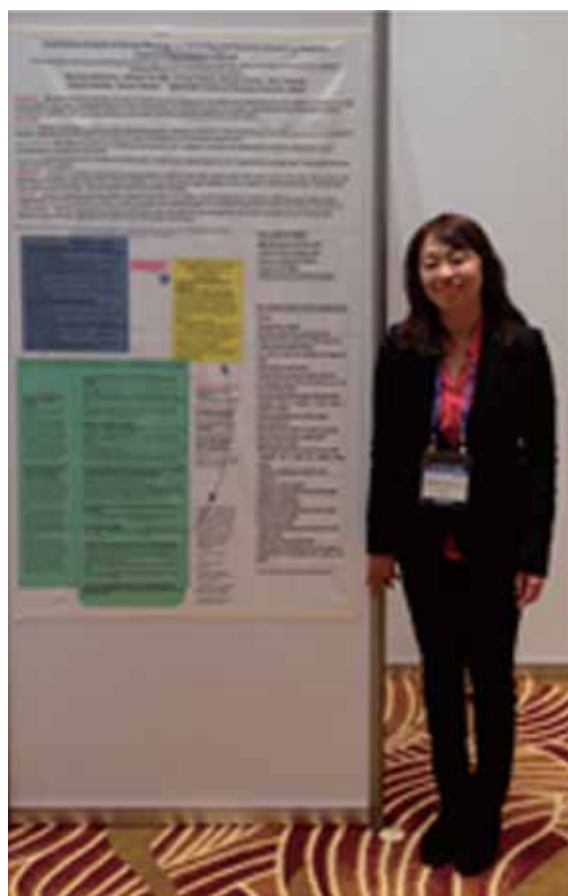
16日、17日に開催されたINCでは、16日の朝にオープンセレモニーがあり、後は午前が記念講演や招聘講演、お昼頃から口頭発表とポスター発表が続き、夕方に招聘講演やパネルディスカッションがあるというプログラムであった。講演やパネルディスカッションは、Vulnerable Populations 傷つきやすかったり攻撃されやすい人々へのケアを扱った興味深いものであった。研究発表は両日で、口頭発表が62演題、ポスター発表が399演題で、韓国の発表が圧倒的に多かったが、日本、インドネシア、フィリピン、台湾、タイ等のアジアの発表もあった。私は16日にポスター発表をした。

INCに引き続きWANSが17日に開催されたが、私は帰路に着き、WANSには参加できなかった。WANSは日本発信の国際学会であるせいか、研究発表は日本からのものがほとんどであり、韓国等のアジアの発表も少しではあるがみられた。

私の発表は、「Qualitative Analysis of Group Meetings on Parenting and Personal Growth by Mothers Experiencing Childcare Difficult」である。子ども虐待の死亡事例の検証や虐待発生要因に関する研究結果などから、虐待の未然防止には、虐待リスクのある親子にできる限り早くに気づき、継続的に支援していく必要がある。子ども虐待は親・子ども・環境・社会のリスク要因が重なる状況において発生しやすい。私の発表は、これらのリスク要因が重なる、いわゆる虐待のグレーゾーン・イエローゾーンの子育てに悩んでい

る母を対象としたグループ支援について、どのような話し合い(話の進展)が母の心理的負担を軽減し、子どもへの不適切な養育にならないですむような子育てのやり方・考え方に気づき獲得することに繋がるのかを質的に評価したものである。虐待のグレーゾーン・イエローゾーンの子育てとは、親に育児不安・育児困難・不適切な養育などがあるが、身近に相談者がいない、人付き合いやコミュニケーションが苦手などの背景があり、自宅に閉じこもりがちであったり子育てサービスに繋がりにくい状況をさす。少子化、地域社会の交流の希薄化が進んだ近年においては、このような状況にある「気になる親子」は多く、虐待の発生予防の大きな課題の一つとして指摘されている。韓国は日本ほど地域交流が希薄化しておらず、産後の心身の回復を助ける産後調理院等の施設は存在するが、子育て支援の必要性や子どもの虐待予防に関する認識はそれほど高くなかった。欧米では子どもの虐待やその予防に対する意識が高く、未然防止にむけてのペアレンティングプログラム等のグループ支援が盛んであるが、今回の学会ではそのような参加者が少なく、支援の在り方等についての意見交換や情報収集が十分できたとはいえず残念であった。しかし、韓国などアジアの子育て事情や母子保健の課題についての報告に触れることができ、視野を広めることができた。

¹ 石川県立看護大学



発表ポスターの前で

Participation in the 9th International Nursing Conference and 3rd World Academy of Nursing Science

Mamiko NISHIMURA

特別報告

2013 FASEB Summer Research Conference on Lysophospholipid and Other Related Mediators — From Bench to Clinic に参加して

多久和典子¹

2013年8月4日から9日まで、北海道ニセコで開催されたリゾリン脂質メディエーターについてのファセブ (FASEB) サマー・リサーチ・カンファレンス (SRC) に参加しました。FASEB (Federation of American Societies for Experimental Biology) は、2012年に設立100周年を迎えた米国の医学・生命科学の学術連合で、学術雑誌 The FASEB Journal を発行するとともに、生命、健康と疾病に関する様々な重要課題についての SRC を多数主催しています。ちなみにその数は、この原稿を書いている時点で Register now! と呼びかけているものだけでも35にのぼり、いずれも現在活発に研究が展開している研究分野です。これまで FASEB SRC で発表された数多くの研究が、この100年間の生命の理解と医療の進歩に繋がっています。次の100年も間違いなくそうなることでしょう。

リゾリン脂質メディエーターの研究は、1990年代にスフィンゴシン-1-リン酸 (S1P) の多彩な生物効果が見いだされ、さらに複数の S1P 受容体サブタイプを介する S1P 情報伝達系の存在が発見されたこと、また、S1P と類似した化学構造をもち、古くから細胞増殖促進効果が知られていたリゾフォスファチジン酸 (LPA) の受容体が S1P 受容体と兄弟分の構造をもつものとして同時期に同定されたことがきっかけとなって急速に発展しました。この分野の SRC は2001年に始まり、これまで米国、イタリアと日本で隔年に開催され、日本での開催は2回目です。LPA の生理機能を最初に報告した Dr. Tokumura や、S1P が細胞膜受容体を介して作用することを最初に予見した Dr. Igarashi (今回のオーガナイザー) ら、この分野に日本人研究者が多く貢献していることを反映しています。私は今回で5度目の参加になりますが、毎度のことながら、この場を借りて長

年の共同研究者に感謝したいと思います。我々のグループは20年以上前に S1P 情報伝達系の発見に関わり、我々が見出した S1P 受容体や別のグループから報告された S1P 産生酵素の遺伝子改変動物を作出して、生体における S1P 情報伝達系の生理機能と病態における意義の解明を研究の柱の一つとしています。遺伝子改変動物の作出から始めて実験を重ね、生理的に意義のある現象とその分子機構を見出し、論文投稿まで数年、さらにその論文が (この分野の大物研究者に査読がまわり、彼・彼女の学説と相容れない場合) 公表にこぎつけるまでさらに3年という歳月を要する息の長い研究です。これまでの FASEB SRC を振り返ると、胎生期の血管形成、脳の正常な発生、血管内皮細胞の機能維持や虚血後血管新生といった生理現象のみならず、がん細胞の増殖・浸潤、がん血管新生、さらには動脈硬化やメタボリックシンドロームの病態においても S1P・LPA による細胞間情報伝達が重要な役割を演じていることが急速に明らかになってきたことを改めて再認識します。この間、その受容体の一つをターゲットとした薬が日本人研究者によって開発され、自己免疫疾患 (多発性硬化症) に対してエビデンスのある治療薬として臨床に貢献しています。まさに from bench (研究室の実験机) to clinic です。現在、がんや血管疾患に対する治療薬が開発されています。

FASEB SRC の形式は、昨年1月に参加したゴードン・リサーチ・カンファレンス (GRC) と同様、その分野をリードする研究者達が1年おきに一堂に集い、数日間にわたって寝食をともにしながら最新の研究成果をわかちあい、学び合うトップレベルの合宿形式です。参加登録時に業績等を申告し、毎回100名前後に絞られます。毎日朝早くから午前中みっちり oral session があり、午後は poster session (ときに自由時間)、夕食後はまた9時半までみっちり oral session で

¹ 多久和典子 石川県立看護大学

す。まだ公表されていない最新の研究成果を知り、「そうだったのか!」と感動したり、真に価値の高い研究成果を出し続けている偉大な研究者の姿勢、真理究明への情熱、よく考え抜かれたストラテジー等に感銘を受けることが多々あります。また、例えば、多くの優れた業績を上げている高名な研究者が、実はまだ若かったり、その人となりによって食事をしながらの互いの故郷や家族の話、研究者としてどのように育ってきたかを聞いてそれでこんなに博覧強記なのだ得心、果ては自身の実験結果と照らしあわせてこの分野ではドグマのようにになっている大物研究者の学説はやはり「間違っている!」という見解で意気投合したり、有意義な助言をもらったり・・・といった経験ができるのはこのようなカンファレンスの醍醐味です。

最後に、ご参考までに医学・生命科学の領域において良く用いられる研究の評価の指標についてご紹介します。

- (1) Impact Factor : ある学術誌 (ジャーナル) の 1 論文あたりの引用件数 (被引用回数) = そのジャーナルに掲載された論文の総引用件数 / 掲載論文数. Google で, ジャーナル名 (正式名称の full spelling) journal impact factor と続けて打ち込み, 検索可能.
- (2) Citation Index : ある論文の引用件数
Google Scholar で 著者名を入力 (例 Takuwa N) し, クリックすると, 順番は少し前後することがありますがだいたい引用件数の数字の多い順にその著者の論文 (同姓同名に注意) のリストが出ます.
- (3) H Index : 論文数と引用件数に基づいて科学者の貢献度を総合的に表す指数
被引用回数が h 以上である論文が h 篇以上あることを満たす数値. 被引用回数の降順に Citation Index のリストを並べ, 被引用回数の数字とリストの上位からの論文の順番を比較する.

僭越ながら具体例をあげますと, この原稿を書いている時点で筆者の最も多い論文被引用回数は 509 (Takuwa N et al., J Biol Chem 1989), H index は 44 でした.

なお, この学会参加は筆者が研究代表者を務める科学研究費助成事業 基盤研究 (C) 課題番号 23590344 によりました.



参加者の集合写真（筆者は前から3列目）

**A Report on 2013 FASEB Summer Research Conference
on Lysophospholipid and Other Related Mediators
– From Bench to Clinic**

Noriko TAKUWA, M.D., Ph.D.

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「編集部会」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、若しくは編集部会の承認を得た者とする。
2 第1著者として投稿できる論文の数は、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会の指示又は承認があった場合のほか、これを訂正してはならない。
3 一遍の紙幅は、本文、概要、注釈等を含めて、文字数で20000字（写真、図表等は相当文字数に換算）以内とする。

(投稿手続)

第8条 投稿責任者は、原稿1部及び写し2部を別に定める投稿受付期間内に編集部会の事務局担当へ提出する。
2 前項の投稿受付期間を過ぎたものは、これを受理しない。

(採否)

第9条 原稿の採否は、査読を経て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, 本文中で引用した順に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

平成25年度発行の石川看護雑誌第11巻をお届けいたします。本誌は、大学発の学術機関誌としての役割はもちろんですが、これに加えて、大学から社会へ向けて広く情報発信する媒体としての役割を担っています。第11巻もその理念にそって、原著論文2篇を含む学術論文10篇に加えて、平成25年11月に本学に開設されたキャリア支援センター設立記念講演会の講演記録（巻頭）や、本学の地域ケアセンターの取り組みの報告、本学教員による国際学会発表や海外視察の特別報告を掲載しました。国際学会発表の旅費は学内共同研究助成制度の海外研究発表旅費・科学研究費等によるものであり、前者は本誌への報告が義務付けられています。

石川看護雑誌は大学の機関誌であることから、本学の大学院における研究成果を社会に公表する場としても、もっと活用してほしいと思います。たしかに、修士課程では学位取得の要件として論文公表まで課されてはおりませんが、研究は論文として公表されてはじめて、その本来の目的である臨床現場への還元や看護学の進歩に貢献することが出来ます。この観点からも、学術誌に論文を投稿する課程を通じて指導を受けることは極めて有意義なトレーニングのはずです。昨年度より石川看護雑誌を本学大学院生に配布していますので、本誌の存在を周知することは出来たと思います。大変な苦勞の末に長編の学位論文を仕上げた学位を取得されるのですから、その研究成果は、学会発表だけでなく、是非、単著あるいは指導教員との共著として論文としての公表を実現していただきたい、その公表の場の一つとして本誌があります。一方で、学部の卒業研究は指導教員との共著論文を多数掲載することが出来ました。学部4年生の4月から開始して半年間でまとめあげた卒業研究が、本誌の厳しいピア・レビューを経て公表にこぎつけられるのは、卒業研究を行った学生の努力はもとより、指導教員の時間をかけた親身のサポートがあつたことです。大学院での研究の公表にもさらなるサポートを期待します。

昨年度、投稿規定・発行規定の改定を行い、authorship（筆頭著者、責任著者を明示し、根拠に基づいて著者全員の順番を決めること）について周知し、所属の表記法（研究遂行時の所属を明記し、異動後の所属は別に記載すること）、利益相反状態の開示等を国際学術誌と同様にしました。本年度は、レビュープロセスを電子化し、省力化効果を確認しました。また、研究初学者にとって特に役だつ「解説」の論種を新たに設けるべきか、議論がありました。次年度以降の編集部局で引き続き検討をお願いしたいと思います。

平成25年度の石川看護雑誌編集部局メンバーは、松原、丸岡、山岸、織田、北山、森田、大西（敬称略）でした。原稿の取り扱いでは図書館山本主幹はじめ図書館司書の皆様ならびに総務課清水専門員にお世話になりました。この場を借りて感謝申し上げます。

最後になりましたが、査読者の多くは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いました。編集部局一同、敬意を表し、心からの感謝を申し上げます。

2014年 弥生 宝達山の麓にて
石川看護雑誌第11巻編集部局長
多久和 典子

石川看護雑誌
第11巻

ISSN 1349-0664

2014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 11

ISSN 1349-0664

March 2014

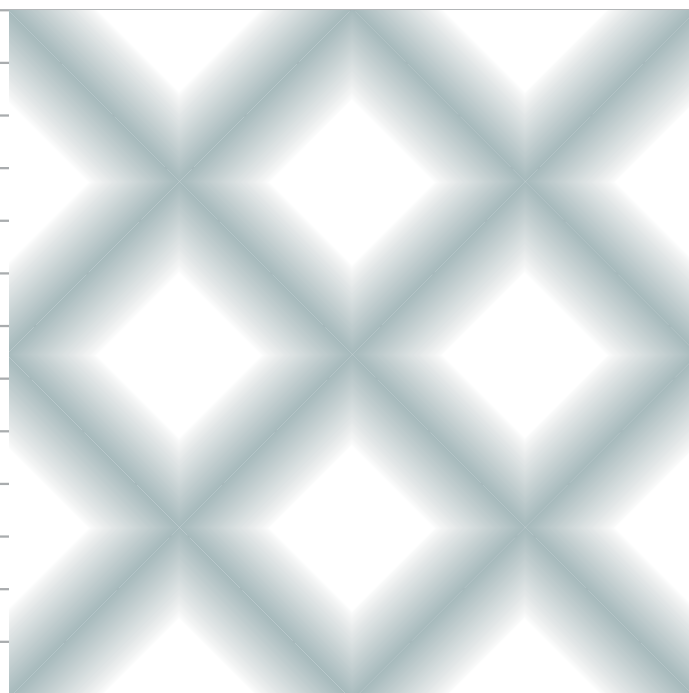
Edited by the Editorial Department of the Ishikawa
Journal of Nursing, the Committee for Library Operation,
Ishikawa Prefectural Nursing University
Published by Ishikawa Prefectural Nursing University
1-1, Gakuendai, Kahoku City, Ishikawa 929-1210, Japan
Printed by Ugawa Printing Co., Ltd.

© 2014 Ishikawa Prefectural Nursing University.
All rights reserved.

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

Vol.11 ■ 2014



Ishikawa Prefectural Nursing University