

巻頭言

遺跡の発掘などで古代の人々の多様な生活や知的遺産が明らかとなっている。古来より、人は探求や工夫、創造の心と力を持ち、それらを使うことで、各人の生活が成り立っていたように思われる。換言すれば、より良きものと未知のものを求める欲求に突き動かされ、幾度も研究され試行錯誤を繰り返した結果により、現在が築き上げられたと言える。

つまり、パスカル (Pascal,B.,I623 ~ I662) の「人間は考える葦である」という言葉をまさに実践してきたのである。

研究が、疑問や問題に応えるために科学的方法によって実施する組織的探求と定義するならば、ここでの科学とは単に自然科学的なことだけを指さず、人文・社会学の分野のいずれもが科学的方法といえるだろう。英語の研究に該当する言葉には、一般に study, survey, research などが使用されるが、なかでも research は新しい知見の探求を目的とする科学的・学問的研究に対する言葉にあたる。一方、study は特定の状況での当面の問題を解決することが目的である問題解決的アプローチに対して使用されることが多い。さらに、survey は公的な実態調査などによく使われる。これら study, survey, research は、相互に関連して真理を探究していく。たとえば、事例研究 (case study) などの問題解決的アプローチが仮説を産生し組織的 research を導くことも、逆に research の知見を活用して問題解決を図ることもある。このように、実際には様々なレベルの研究手法が必要となる。

しかし、妥当な新知見を得るための研究とは、やはり究極的には research であろう。

研究は科学的な方法を用いて行う探求であるとしたが、では科学的研究方法とはどのようなものなのだろうか。科学 science の語源はラテン語の scientia であり、sio = to know 知るの名詞形で、知識のことである。科学的知識は、「もし～ならば」という形で導き出される体系的知識であり、経験的事実による論証過程をもつ。科学的方法とは、この論証過程を指すものだと考えられる。

ポPPER (Popper,K.R.,I902 ~ I994) は、科学の方法は普遍の認識に人間を限りなく接近させるものであるとして、次のように述べた。

科学の結果は相対的なもので — それは科学の発展上、ある段階到達地点でしかなく、科学がそれ以上進んだ段階では、もはや優位に立ちえない。だが、それは真理というものが相対的なものだということにはならない。もし、ある主張が真理であるなら、その主張は永遠に正しい。

要するに、この指摘によれば、常に探究し続けることが真理に近づくことなのだという。とかく、研究というのは底知れぬ深さと果てしない広さを有するものである。本ジャーナルが、その役割を担うためにますます洗練・充実されることを期待している。

なお、「滋賀医科大学看護学ジャーナル」の巻頭言は紀要編集委員会の委員長が執筆されてきたが、今回は委員長よりのご依頼を頂戴したことで、お引き受けした次第である。

看護学科長 瀧川 薫

目次

－巻頭言－	1
看護学科長 瀧川 薫	
－特別寄稿－	
私が歩いた看護道 －看護部長としての4年間－	4
藤野みつ子	
滋賀医科大学医学部附属病院看護臨床教育センターの発足	9
澤井信江 稲垣寿美	
－総 説－	
Parent Education Theory と実践	13
－アメリカ合衆国ペンシルベニア州フィラデルフィア地域の9つの事例－	
上野善子	
－研究報告－	
保健所デイケアを継続する理由と今後の課題	18
－全国横断調査結果におけるデイケア担当者の意見の分析－	
植村直子 畑下博世 山田全啓 藤井広美	
看護実践におけるヘルスリテラシーの概念分析	24
河田志帆 藤井広美 畑下博世	
離島に居住する男性独居高齢者の“生活の術”	32
－大腿骨骨折術後の2事例からの考察－	
金城八津子 畑下博世 植村直子 上野善子 マルティネス真喜子 藤井広美	
病児・病後児保育のあり方に関する調査	36
－看護師として働く母親の実情とニーズ－	
白坂真紀 北原照代 埴田和史 桑田弘美	
手術後患者の皮膚知覚低下における特性	40
－Semmes-Weinstein monofilament による圧触覚閾値の評価－	
番所道代 吉田裕子 戸上伊代 中田牧人 松村祥恵 盛永美保	

遺尿症・夜尿症の親子にあった外来看護の検討……………	44
－遺尿症・夜尿症児をもつ親の語りから－	
森本佳子 松本綾	
心筋梗塞罹患後の身体活動量と自己管理行動の関連……………	48
吉田裕子 宮田香苗 戸上伊代 番所道代 盛永美保 宮松直美	
特別養護老人ホームにおける胃瘻造設要介護高齢者へのケア……………	53
－看護師の面接調査より－	
吉崎文子 太田節子	
－実践報告－	
高齢者を想定した基礎看護学実習前の演習効果について……………	59
－アンケートの自由記載を KJ 法で分析して－	
青田正子 大城知恵	
総合看護学（看護管理学）実習における実習内容と学生の学び……………	63
太田節子 吉崎文子 藤野みつ子 西村路子 穴尾百合 中井智子 深田章子	
データマイニングを用いた精神看護学実習における学習内容の分析……………	67
田中智美 瀧川薫 上野栄一	
－投稿規程－……………	73
－編集後記－……………	80
編集委員長 加藤圭子	

特別寄稿

私が歩いた看護道 —看護部長としての4年間—

藤野みつ子
滋賀医科大学医学部附属病院

はじめに

今から15年程前、信州大学は国立大学病院では初めて看護部長を全国に公募した。それまでは、看護部長とは、所属している病院に長年勤務した看護師がたどり着く最高の職位というのが、看護界での一般常識であった。当時、私は看護師長であったが、新しい時代が来たと、痛烈な印象をもった覚えがある。その後、10年余りが経過した平成18年度に、滋賀医科大学でも初めて全国に向けて看護部長を公募した。そして、翌年4月に私が看護部長を拝命することになった。さらに平成20年度、私自身に6年間の看護部長職任期制が適応されることになった。年齢に関係なく有能な看護部長を選抜するために必要な制度だと歓迎している。私は、今、その任期の3年目が終了しようとしているところである。

タイトルにある“看護道”とは、英語表記を“Spilit of Nursing”とし、華道や茶道と同じように、その技を究めるだけでなく、そこに優れた人間性までも求める教えである。当院で勤務する看護師が進む道として、平成22年度に商標登録させていただいた。タイトルにこの言葉を使うことはいささか面映ゆいが、今回、滋賀医科大学看護学ジャーナルに投稿させていただくことを機に、今までの看護管理を振り返ってみることにした。

1. 病院組織への影響力としての看護部

看護職員は、病院職員の3分の2を占める。したがって、看護職員の動向は、病院全体に大きな影響をもたらす。その中で、看護部の運営に尽力した3つの出来事である病院再開発事業、7対1看護配置に代表される診療報酬改定、病院機能評価受審について記述する。

まず、病院再開発事業は、看護部長として、直ぐに取り組まなければならなかった課題であった。中でも、新病棟への移転計画と病棟再編成のための看護師の人事異動計画の実行は、大変な決断であった。病棟再編成とは、病棟単位内での診療科が入れ替わることである。ある日時をもって外科を経験したことのない看護師が外科看護を実践し、内科看護を経験したことのない看護師が内科看護を実践するのである。最も危惧されたことは、医療安全であり、病棟業務に伴う混乱であった。しかし、現場では、そのことよりも人間関係の再構築が求められたことや、職場風土の違いに由来するストレスが、心身共に看護師を疲弊させた。それらへの対応と改善に、每晚遅くまで看護職の面談に追われ、現場での情報収集や指導にと、頭の痛い課題に取り組む日々が続いた。その後、経過とともに混乱は沈静化して行き、離職率への影響もなかったことに、感謝した。

診療報酬の改定は、平成19年度と22年度に2度行われた。臨床家でない方々には、ここで語る程のものであるかと疑問を感じられるかもしれない。診療報酬の改定は、看護師確保数や配置、そのための人材育成にも影響する大きな出来事である。特に平成19年度に実施された診療報酬改定の“7対1看護配置に対する入院基本料加算”は、年間約25億円の病院収入へと繋がった。7対1を維持するための看護師確保と離職防止への取り組みは、今日に至るまで継続している課題となっている。

平成21年1月には病院機能評価を受審した。審査においては、医療安全体制、マネジメント体制、患者サービス、感染管理、マニュアル作成など業務管理をはじめ、現場での医療チームのサーベイヤーに対する一問一答と対応が最も重要視

された。結果、高得点で一発合格であった。特に看護師の取り組みが合格に寄与したことは間違いなく、大学病院の中でも、看護師がかなりのハイレベルな人材（人材ではなく）であることを証明することができた。

2. 新しい臨床看護教育体制の構築

1) クリニカルラダーとリンクした教育体制

臨床における看護教育は、院内でのOJT（On the Job Training）と集合教育、と院外研修への参加に分けられる。前者の集合教育は、看護部研修計画を中心に、看護研究推進委員会主催の看護研究支援研修、臨床実習指導者会主催の臨床指導者育成のための勉強会等である。後者は、看護管理者・臨床実習指導者・リスクマネジャー・治験コーディネータ・移植コーディネータ・リンパドレナージセラピスト等を育成するための研修である。海外研修を含め院外研修への参加は、クリニカルラダーⅢを獲得した看護師が、そのインセンティブとして希望することができ、出張扱いの対応とする。

看護現任教育概念図は、毎年少しずつ変更しながら活用してきたが、本年「看護キャリアパス（図1）」として完成させた。看護師は、クリニカルラダーⅢを獲得後に、四つのキャリアコースを選択できる。看護師のキャリア開発支援のための体制がさらに充実したと考えている。

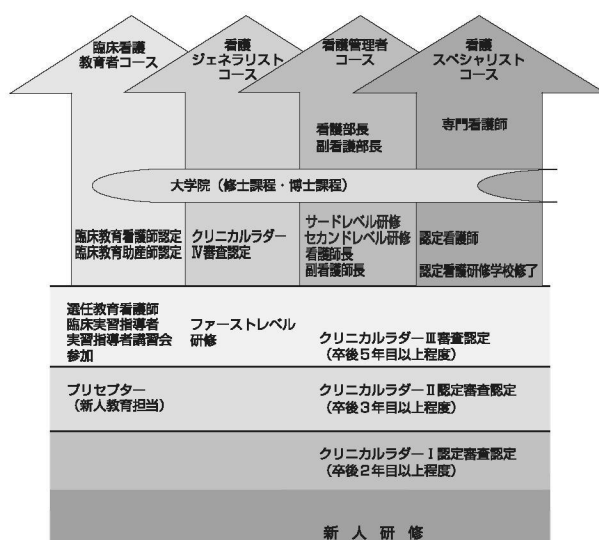


図1 看護職キャリアパス

臨床看護の質の向上を目指すためには、人材育成は欠かせない。そのための十分な資金が必要であり、産

学連携や共同研究、そして受託研修・実習費を獲得することによって賄っている。大学病院というブランドと豊かな看護人的資源がバックにあるため、値上げしたとしても、幸いなことに実習生や研修生が減少することはない。

2) 選任教育看護師配置

これまでの新人教育は、医療研修部主催や教育委員会主催のOFF-JTとして行う部分と、プリセプター制度によるOJTにより行う部分と並行するかたちで行われてきた。平成19年以降の大幅な新卒看護師の増員に伴い、効果的な新人教育のシステム構築が求められた。同年、新卒看護師が配置される全部署に対し、看護実践力と教育力があるとして看護部長からの推薦を受け、看護部長が任命する“選任教育看護師”を配置した。選任教育看護師は、新人看護師の教育等を担うプリセプターの支援をはじめ、臨床における看護教育の責任者としての役割を担う。

この配置により、プリセプターの重責を軽減できたこと、臨床看護教育の責任の所在が明確になったこと、など教育体制を充実させることができた。

3) スーパーナース（臨床看護教育者）の育成開始

平成21年文部科学省「看護職キャリアシステム構築プラン」事業に選定された。この事業全体の目的は、各人の自己研鑽に委ねてきた実践能力の維持向上や教育の専門家ではない看護師による看護師教育等の状況を改善し、「臨床看護」の教育者による臨床看護師教育者の育成を目指すものである。

必要な訓練や系統立てた教育を受けた者である臨床看護教育者の育成が必要であり、看護学科とのユニフィケーションにより学部教育から新人教育へと臨床看護者の教育を協同する。

先述した看護職キャリアパスの4本目のコース（臨床看護教育者コース）が、この事業により開設できた。

4) できる看護管理者の育成

平成21年度4月に地域医療連携担当副看護部長のポジションを新たに得た。現在、看護部長1名、副看護部長4名、看護師長20名の合計25名のリーダーシップにより、パート職員も含めた約600名で看護部は運営されている。

新任の看護師長教育も含め、系統立てた看護管理者育

成プログラムを企画し、実施することは、少人数を対象とするが故に大変困難と言わざるを得ない。しかし、看護管理者の育成は、臨床看護教育の中でも重要である。そこで、看護師長を目指すものはファーストレベル看護管理者研修を、そして、全看護師長はセカンドレベル看護管理者研修の修了を目指す方針を明確にした。現在、ファーストレベル看護管理研修受講修了者は64名、セカンドレベル看護管理研修終了者は7名である。

5) 職場復帰者の看護教育の課題

看護師確保の戦略として、また地域貢献の一環として潜在看護師の就労復帰支援を平成17年度より実施している。一方、育児休業者の職場復帰支援、中途採用者の教育については、部分的な実施に留まり、十分な体制が整えられているとは言えない。それらの看護師は、職場への復帰時期や採用時期がばらばらであることや、ある程度人数を集めたとしても、ごくわずかの人数であるため、十分な時間を使って教育することが困難である。私にとっても今後の課題である。

3. マグネットホスピタルを目指した取り組み

1) 看護師の増員

先述したように平成19年の診療報酬改定により患者対看護師配置の7対1加算が新設されたことによって、病床稼働率に対応した看護師の増員が図られるようになった。国家公務員定員法の縛りから解放され、民間病院と看護師配置数で競争することができるようになった。それによって、看護師確保は至上命題となり、看護部の力の見せ所となった(表1)。

表1. 経年度別看護職勤務状況

	18年度	19年度	20年度	21年度
常勤者数	388	438	463	518
離職者数	58	50	48	42
離職率(%)	14.9	11.0	10.3	7.9
採用者数	78	94	66	93
新卒離職者数	6	7	6	6
新卒離職率(%)	7.7	7.1	6.8	7.3

就職説明会の回数を増やし、また看護学校訪問へ病院長にもご足労をお願いし、さらに新たにインターンシッ

プを行うなど、看護師確保に尽力した。一方、看護師宿舍維持費により全室インターネット回線設置、エコ給湯設備への工事等を行うなど看護師の住まいとしての環境改善も行った。

そして、看護学科のご厚意により、当看護部がいかに恵まれた職場であるかをプレゼンテーションさせていただく機会を得ることができた。さらに、看護学科教員による担当されたゼミ生への働きかけがあったことは、より多くの学部生の採用に効果があったと思われる。

2) 働きやすい職場の実現

看護師確保のためには、新たに採用する数にのみ着目するのではなく、離職者の減数に対する取り組みも重要である。本院の看護師の平均年齢は、表2に示すように、非常に若い年齢構成である。

結婚、出産、そして子育てという人生の一大イベントを迎える看護職が働き続けるためには、ワークライフバランスが重要である。後述する取り組みによって、それまで子育てのために退職していた看護師たちが、職場に留まり、育児休暇をとって職場復帰するようになった。

表2. 看護師の平均年齢と経験年数(常勤のみ)

	18年度	19年度	20年度	21年度
平均年齢	29.5	28.8	29.8	29.7
平均経験年数	6.9	6.1	6.7	6.8
産育休者数	13	15	23	45
平均超過勤務時間/月	16.5	15.9	15.2	13.4

(1) 子育て支援のための勤務時間短縮制度の確立

これまで勤務時間の始めと終りに、それぞれ1時間または30分間の育児時間をとる部分育休制度があった。法律改正により、育児時短制度の推進が謳われたのを受け、平成21年度4月より、常勤の身分のまま20時間～30時間/週の中から、勤務時間を選んで勤務できる育児時短制度の導入を進言し、実現した。

(2) 二交代勤務と夜勤専従の導入¹⁾

平成18年度より二交代勤務導入について検討を始めた。一つの病棟より試行し、約2年をかけて全病棟を二交代勤務に移行することができた。深夜の時間帯における出退勤がないことによる看護師の身の安全の確保と、1回分の出退勤時間がより多くのプライベート時間

の確保につながった。今では、就業動機に「二交代勤務をしている病院」であることを挙げる看護師がいるようになった。

平成19年からは夜勤専従業務を導入した。当院での最も多い看護師の離職動機は、「結婚・家庭との両立困難・進学」であった。育児のために夜勤ができない、あるいはしたくない看護師と、学業のために昼間の時間が必要だから夜勤がしたい看護師を、同時に生かすために夜勤専従という新たな勤務を導入した。夜勤専従の勤務時間は、16時間であるが、ひと月当たり14,000円の夜勤専従手当が支給される。そして、夜勤専従者のために3か月毎に大学の健康管理センターによる健康チェックを、行ってもらい体制を確立している。

(3) 超過勤務時間の短縮

毎年度末に実施してきた“看護職職務満足度調査”によると、超過勤務時間の多さが不満として高い値を示していた。看護部年度目標に“超過勤務時間の短縮”を掲げて取り組んだ。それによって、看護師に超過勤務時間を短縮するための意識づけができたこと、看護師の増員と二交代制勤務の実施を行ったことにより、平成21年度には看護師の月平均超過勤務時間は、全国平均を下回った。

超過勤務時間の短縮は、子育てをする看護師やアフターファイブを重要視する若い看護師にとっては、勤務継続意志に、好感度を与えている。

4. 看護という仕事に対する再評価への取り組み

1) 看護関連データの開示

日本では、看護部門は長年“不採算部門”と言われてきた。看護業務あるいは看護ケアのOUTCOMEを示すことは、今でもたいへん難しいことである。

しかし、褥瘡管理加算やリンパ浮腫指導管理料など看護ケアについて診療報酬の加算という形で数値化できるものが現れた。そして、エンゼンルケア料やリンパ浮腫外来、排泄機能ケア外来など看護職が自主的に看護料金を設定して施術する取組などを含めると、数値により、看護のOUTCOMEが示せるのではないかと思われた。また、低い褥瘡発生率のように当院看護部の優れた看護の証でもあるデータや看護師確保数や退職数、超過勤務時間の低下などの看護部実績について、積極的に情報を提示していくべきだと考えるようになった。

そこで“看護関連データ”という56項目からなる

データを病院管理運営会議と診療科長会議で定期的に報告するようにした。これは、看護部門を“データによる可視化”したものである。平成21年度日本看護管理学会のインフォメーションエキスチェンジで発表し注目された。その後、それらについては、問い合わせが多く寄せられ、斬新な取り組みであったと再確認した。

2) 評価に値する看護

手術部への勤務配置を希望する新人看護師は少ない。他部署から手術部に異動を希望する者は、ほとんどいない。看護師の間でも「きついし、厳しい、超勤が多い」という評価があった。看護師を配置しても中途退職を含め、離職者が絶えず、看護戦力が増強するまでに至らないという課題を抱えていた。

そこで、手術部で勤務する看護師には、これくらいが当然の報酬であるという考えの基、平成19年度に全国大学病院に先駆けて手術看護手当(13,500円/月)の支給を実現した。さらに、手術部勤務者の中から、毎年一人を海外研修へ派遣するという方針を打ち出した。結果、モチベーションの向上をもたらし、退職者も減少した。これは、対策が功を奏したというより、看護部や医師そして大学全体を巻きもむ喧々譁々の討論により、手術部看護師の存在が注目されたことの結果である、と考えている。手術看護手当の支給は、全国国立大学に対し大きなインパクトを与え、多くの施設に手術看護手当が支給されるためのトリガーになった。

その後、平成22年度には助産師待機手当3,000円/回と救急部看護手当1,000円/回も獲得するに至った。それらは、看護の専門性に対する一定の評価をいただいたものと考えている。

5. 先駆的な看護の取り組み

当院は、専門看護師と認定看護師の在職者数では、全国の病院の中でも屈指の病院である。それは、当看護部が、クリニカルラダーⅢという臨床能力を獲得した者に対し、それぞれが目指す方向を支援するという方針を明確に示していることによると思われる。経験年数に関係なく、有能であれば、様々なことにチャレンジするチャンスを得ることができる、与えられるチャンスを待つのではなく、自分から獲得し、果敢にチャレンジできるシステムを確立している²⁾。そのようにして育成された専門看護師・認定看護師達は、28名である。そして、看

護相談外来・ストーマケア外来・リンパ浮腫外来・フットケア外来・排せつ機能ケア外来・助産外来を開設し、多くの患者に看護ケアを提供して高い評価を得ている。さらに、それら看護外来に多くの見学者や研修生を受け入れ、また学会での発表や看護系専門書に多くの投稿を寄せるに至っている。

6. 地域医療連携の強化

平成20年滋賀県がん拠点病院に指定され、腫瘍センターが設置された。また、それまで継続看護室が地域との連携を担っていたが、患者支援センターとして事務員と医師など追加配置することによって、部門として強化が図られた。いずれのセンターも副看護部長が副センター長を兼務している。

患者支援センター機能の中で、最も病院に寄与しているものは、ベッドコントロール会議である。そこでは、9時と17時時点での空床をパソコンデータから集約し、看護必要度重症度割合を加味して、空床を有効に活用するシステムを稼働させている。それによって、病床稼働率90%以上を確保することが出来るようになった。

7. 副病院長としての役割

1) 患者サービス担当

私は、患者サービス担当の副病院長を拝命している。患者サービス委員会を運営し、接遇研修やひな祭りコンサート、看護の日のイベント、七夕飾りとコンサートなどのイベントを実施している。クリスマスイルミネーションでは、小児病棟の子どもたちと点灯式も行っている。

また、外来ボランティアや小児病棟お楽しみ会ボランティアなどの活動に対する支援も大きな役割の一つである。ボランティア連絡協議会は半年ごとに開かれ、ボランティアの方々から厳しくも温かい指摘事項やご意見を戴く。当病院へのご意見番として活動している“モニターズクラブ”の活動支援も私の大事な役割である。特に今年度は、モニターズクラブの活動として、入院部門と外来部門に分かれて病院環境や職員の接遇などの審査を行った。結果報告が3月に予定されている。

さらに、毎年患者満足度調査・患者外来待ち時間調査を実施し、公表している。結果が飛躍的に改善しない課題を抱えている。しかし、平成22年度外来部門の再開発事業が開始され、外来では待ち患者数表示がされるようになったことから、待ち時間に関する不満が改善され

ることに期待している。

行き届かない清掃についての不満は、業者の交代により、改善する傾向にあり、次年度の患者満足度調査の結果が期待できる。

一方で、禁煙ラウンドをしながら隠れ喫煙禁止の呼びかけや、すいがらのポイ捨ての清掃を行っているが、あまり改善効果がみられないことや、連休明けの駐車場スペースの不足なども、未解決の課題となっている。

2) メディカルスタッフ研修&発表会の運営

医師を除く医療チームメンバーによる“メディカルスタッフ研修&発表会”を年に2回開催している。それぞれの部門の研究成果や、業務改善などを発表し合う場である。意外と見えなかったお互いの業務について異なる職種間の理解が深まる好機である。病院機能評価でも高い評価をいただいた。

謝辞

このたび寄稿というかたちで、私自身の看護管理を振り返る機会をいただきました、滋賀医科大学看護学科加藤圭子教授はじめ、滋賀医科大学看護学ジャーナル編集委員の皆様には深く感謝いたします。

そして、私の取り組みや運営に全力でご支援をいただいております看護部管理室副看護部長をはじめ、看護職員の皆様、看護学科の先生方、病院職員の皆様、そして大学職員の皆様に深く感謝いたします。

今後も看護道を邁進してまいります。ご協力とご支援を宜しく願いいたします。

文献

- 1) 藤野みつ子：離職防止対策として「夜勤専従勤務」を導入, 看護, 62 (11) 57-60, 2010
- 2) 藤野みつ子：スペシャリストのキャリア開発支援 看護展望, 31 (10), 39-44, 2006

特別寄稿

滋賀医科大学医学部附属病院看護臨床教育センターの発足

澤井 信江¹, 稲垣 寿美¹
¹滋賀医科大学医学部附属病院

要旨

平成21年度に文部科学省の新規事業である「看護職キャリアシステム構築プラン」が開始となり、申請48件中、滋賀医科大学が申請した「臨床教育看護師育成プラン～専門分野の知を結集し臨床看護教育者を育てる～」を含む8件が選定された。この事業を実施することを目的に、看護臨床教育センターが滋賀医科大学医学部附属病院に設置された。平成21年度からの5年間で、一般の臨床看護師（以下、ジェネラリストとする）を教育する看護師である臨床教育看護師の育成や看護スキルズラボの運営、新人看護師の研修、臨床教育助産師の育成などに取り組む予定である。

キーワード：看護職キャリアシステム構築プラン、臨床教育看護師、ジェネラリスト

看護臨床教育センターの発足の背景

平成21年度に文部科学省の新規事業である「看護職キャリアシステム構築プラン」が開始となった。

この事業の目的は、大学病院看護部と自大学看護学部・看護学科が連携し、体系立てられた臨床研修方法や体制等を、学問的検討を行って開発し、臨床の看護職および基礎教育課程の教育レベルを向上させることにより、効率的・継続的な専門能力の習得と向上が図られ、国内の安心・安全な看護提供体制を構築することである。事業計画期間は平成21～25年度の5年間、補助金基準額は2500万円程度/年とされている。

この事業への申請48件中、滋賀医科大学が申請した「臨床教育看護師育成プラン～専門分野の知を結集し臨床看護教育者を育てる～」を含む8件が選定された。看護臨床教育センターは、この臨床教育看護師育成プランを実施することを目的に、平成21年12月1日付けで滋賀医科大学医学部附属病院に設置された。

看護臨床教育センターで実施する事業

看護臨床教育センターには、次の6つの部門があり、各部門で順次事業を実施していく予定である。

1. 臨床教育看護師育成部門
2. 看護スキルズラボ運用部門
3. 新人教育研修部門
4. 看護教員フォローアップ部門
5. 助産師就労支援部門
6. 地域の看護職・教員フォローアップ部門

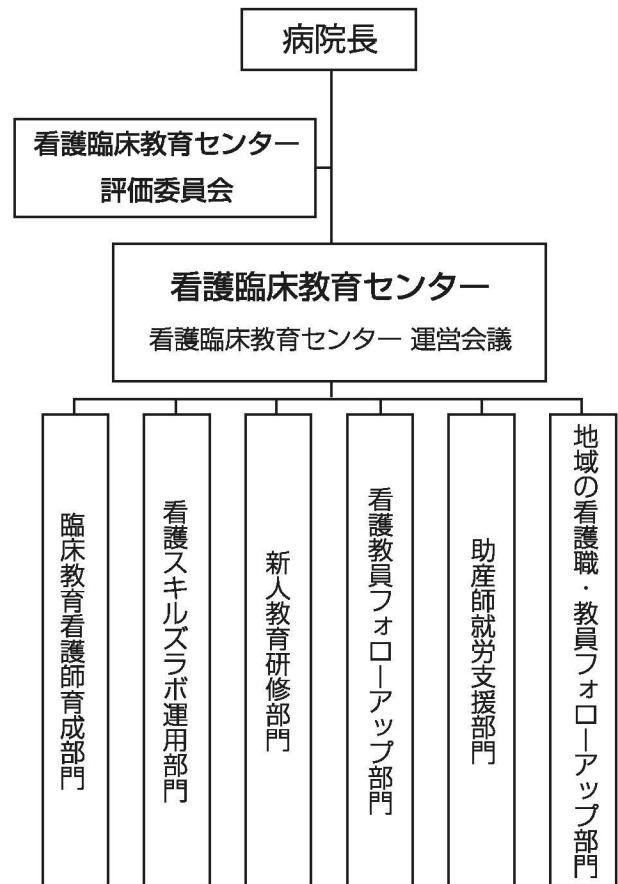


図1 看護臨床教育センター組織図

1. 臨床教育看護師育成部門

臨床教育看護師とは、一般の臨床看護師（以下、ジェネラリストとする）を教育する看護師であり、看護臨床教育センターでは、この臨床教育看護師を育成するための教育プログラムを開発し、実施している。事業の5年間で、臨床教育看護師を各部署に2名程度（約30名）

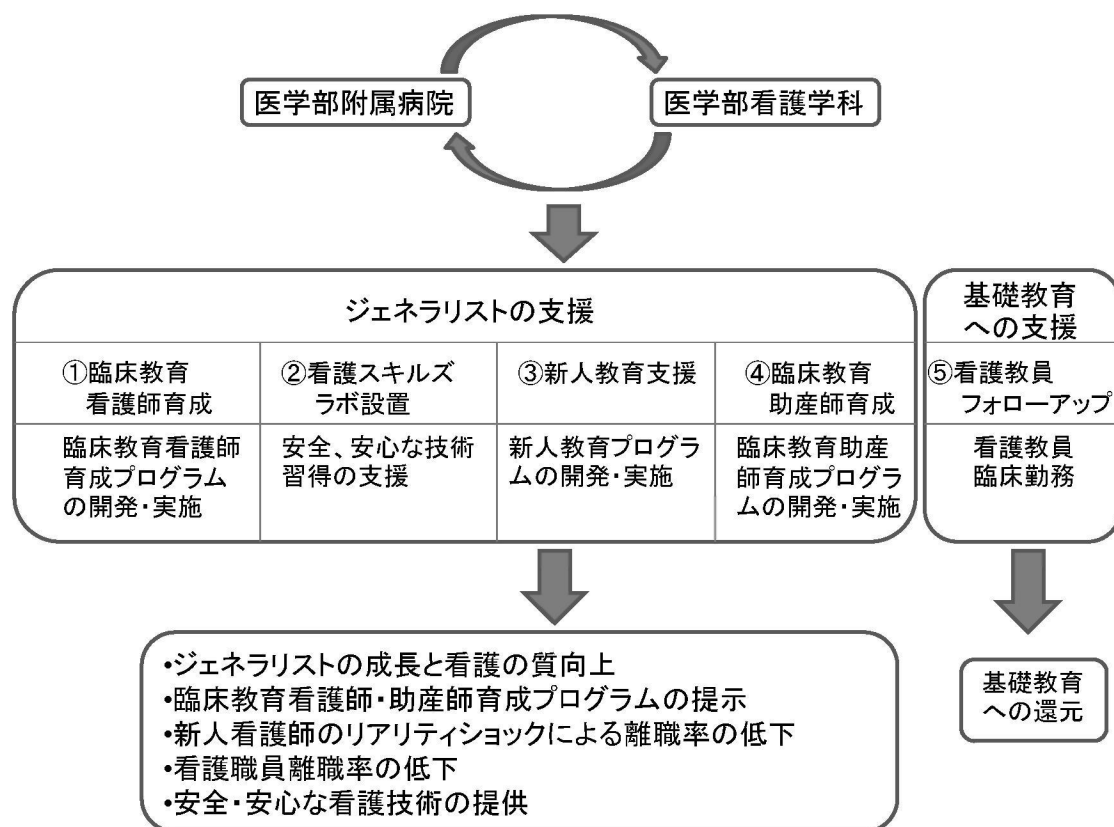


図2 臨床教育看護師育成プラン概念図

配置することを目標としている。

このプログラムを受講し、認定を受けたジェネラリストが臨床教育看護師となり、ジェネラリストがよりよい看護を提供できるように学ぶことを支援するとともに、個人に関わるだけではなく、部署全体が質の高い看護を提供できるように働きかける役割を担っていく。

また、看護学生や新人看護師が状況に参加し、ロールモデルを利用しながらその場その時の体験や、その場の看護師の思考過程を明らかにして共有することから生まれる知の生成を教育の効果として認識していくことが重要である¹⁾といわれているように、臨床教育看護師が「実践の場」で、「看護実践」を通し、看護師としてのあり方を他者に伝えていくことも重要な役割である。看護師としてこんな看護をしたいという思いがあり、看護師としての実践能力が高いからこそ、課題として見えるものがあり、部署での看護の質向上に貢献できると考えている。そのためには、臨床教育看護師が自らの看護実践力を高めることが必要である。

以上のような考えから、このプログラムでは、「学びを支援する方法を理解し、実践する」とことと「看護実践能力を高める」ことを核として、内容を構成して

いる。



写真1 看護スキルズラボオープニングセレモニー

2. 看護スキルズラボ運用部門

平成22年6月に看護スキルズラボがオープンした。看護スキルズラボは、安全で正確な看護技術を患者さんに提供することができるように、看護師や看護学生が自己学習できる施設である。本院で使用している物品やシミュレータを使用して看護技術の学習ができるように準備をしている。看護スキルズラボで使用するだけで

はなく、シミュレータなどは貸出しており、部署での学習や看護学科の演習で利用されている。

平成23年度から新人看護師の研修場所として、看護スキルズラボを使用する予定である。

3. 新人教育研修部門

平成23年度より、看護臨床教育センターで新人看護師の研修を実施する。

手順に従って正確に、安全に看護技術を提供することを目標に、平成21年12月に厚生労働省から出された「新人看護職員ガイドライン」、研修を受けた新人看護師の意見、部署で主に新人看護師の教育に責任を持っている選任教育看護師の意見、本院のインシデントの傾向から、新人看護師の研修プログラムを作成している。

本院の新人看護師へのストレス調査によると、入職後間もない新人看護師は技術面でのストレスが強く、就職後6ヶ月後ごろより人間関係でのストレスが強くなることが明らかになっている。このような調査結果を参考にして、新人の精神面での支援も研修プログラムの中に組み込んでいる。

看護技術は、集合研修のときに一度実施しただけで身につくものではない。しかし、見たことのないものや触れたことのない機器に触れ、実際に操作することは、様々な不安を抱えながら勤務をしている新人看護師にとって不安の軽減につながると考えている。また、集合研修では、「こんなことに気をつけないといけない」、「勉強しないといけない」ということや、新人看護師同士で話あうことにより「自分だけができないのではない」というようなことを感じ、リフレッシュして部署に戻ってもらうことも期待している。

新人研修で特に大切にしていることは、看護技術を経験することだけではなく、実施したことを自分で評価し、経験を次の看護に活かせるように振り返る力をつけることである。何がどう良かったのか、何がどう悪かったのか、次はどうするのかなど、自己評価・自己学習できるようなノートの使用など、学びを支援する方法を考えている。

本院では毎年60名～70名の新人看護師を採用しているが、来年度はさらに多くの採用を予定している。診療報酬の入院基本料7：1をとっているため、部署以外で実施する研修にも制限がある。この制限の中で、効果的な研修ができるよう、平成23年度の研修プログラムの内容・方法を検討している。

4. 看護教員フォローアップ部門

看護学科の看護教育をより洗練させるために、臨床と看護学科との交流を図りつつ、看護学科教員の看護技術の更新及び、最新の高度な看護技術の習得を目的として、看護学科教員の一定期間の臨床勤務（年間30日以上）を実施することとした。

平成23年度からの実施を計画していたが、看護学科教員の積極的な取り組みにより、平成22年度から開始することとなった。

臨床勤務にあたっては、看護学科教員が立てた臨床勤務計画に沿って、希望する部署、期間、方法で勤務できるよう、看護臨床教育センターが臨床との調整を行っている。

実施後は、学生への還元や教員の負担等も評価し、継続可能な臨床勤務のシステムを構築していく必要があると考えている。

5. 助産師就労支援部門

助産師就労部門では、正常妊婦の妊娠中から分娩、産褥期および新生児を継続的にトータルケアし、かつ系統立てた助産師教育を実施できる臨床教育助産師の育成を行うとともに、潜在助産師の就労支援を実施する予定である。

平成23年度より、臨床教育助産師育成のプログラムを構築し、平成24年度よりプログラムを実施する計画である。

6. 地域の看護職・教員フォローアップ部門

今まで述べてきた事業を実施した後、看護臨床教育センターは滋賀県下の看護職員に対しても研修の受け入れや物品の貸出などを実施し、本学だけではなく滋賀県の看護の質向上に貢献することも重要な役割になると考えている。

看護臨床教育センターの展望

医療を取り巻く環境の変化により、看護の評価が診療報酬に関係することと考えられる傾向にある中、「普通の看護師」であるジェネラリストとして存在してよいものか不安を感じることがあった。そのような中、ジェネラリストを支援することへの取り組みを認められたということは、「普通の看護師」として存在することに価値があるということを再確認する機会にもなっている。そのため、「看護職キャリアシステム構築プラ

ン」によって始まったジェネラリストの支援に対するこの取組を、事業終了後にどのように継続・発展させていくのかを考えることは重要である。

臨床教育看護師は「臨床教育看護師」という特別な存在として、あり続けることが望ましいのであろうか。優れた臨床実践能力と学びを支援する能力を持っているということは、ジェネラリストとして必要な能力ではないのか。このような能力は急に身につくものではなく、ジェネラリストとして成熟していく中でそのような能力を身につけていけるような教育システムやクリニカルラダーの構築が必要ではないのか、といった

ことが看護臨床教育センターでの1年間の活動を通して課題として見えてきた。

このような課題を意識しながら、臨床教育看護師育成プランが患者さんにとって意味ある成果につながるように取り組んでいきたい。

文献

- 1) 太田美緒、前田樹海：文献にみる我が国の看護教育におけるロールモデルの概念，長野県看護大学紀要, 11：51-61, 2009.

総説

Parent Education Theory と実践

—アメリカ合衆国ペンシルベニア州フィラデルフィア地域の9つの事例—

上野善子

滋賀医科大学医学部看護学科地域生活看護学講座

要旨

本論は Parent Education theory に基づくプログラムの実践の特徴を明らかにするものであり、家族支援システムの一環である Prevention の視点から、ペンシルベニア州フィラデルフィア地域における9つのプログラムの手法と特徴を基に明らかにした。フィラデルフィア地域では、主に貧困地域や若年妊娠などのハイリスク者を対象に、家族支援サービスとしての Parent Education を展開している。子育てに困難を抱える親がプログラムへ参加するための動機づけが重要であり、家庭訪問サービスを実施することで、親がプログラムに参加しやすいよう工夫している。Parent Education の継続過程では、対象者を親から祖父母にまで拡大した家族とし、家族が住んでいる地域の中で教育と支援が受けられるよう充実が図られている。プログラム作成者の評価ポイントは、地域の歴史・社会経済的な特徴と文化的基盤を考慮した上で対象者の範囲を決定することが重要であり、集中的あるいは長期的に、どのような予防活動や介入プログラムを計画して関わるかを明らかにすることであった。

キーワード: Parent Education、Prevention、家庭訪問、家族支援、子育て支援

はじめに

Parent Education Theory は、所謂「親教育」理論のことであり、1930年代以降、フロイトの議論を始めとして心理社会的領域で活発に議論されるようになった。フロイトやエリクソンなど親子関係に関する古典的心理学理論は初期の親教育として用いられてきたが、近年の欧米各国では認知行動療法など親へのトレーニングによる行動変容の手法が多く使用されている。

アメリカで最もポピュラーな理論は、子育てを継続する際の心の温かさとコントロールについて議論した1959年のシェーファの理論であるが、その他、1963年のカール・ロジャーズによる humanistic and reflective theory や1969年のピアジェの思考発達段階理論、1978年に子どもの発達と社会的相互関係について述べたヴィゴツキー、1991年にはボウルビィによる Attachment theory、また、最もポピュラーな手法は1970年に発表されたトマス・ゴードンの Parent Effectiveness Training (P.E.T.) であり、全米だけでなく広く世界に展開されていった。

このような歴史的理論的展望から近年の虐待予防まで含めた Parent Education は世界で拡大しており、その他多くの子育て理論や手法も存在するが¹⁾²⁾、詳細は他稿にゆずることとする。

本稿では、アメリカ合衆国ペンシルベニア州の9つの事例から Parent Education の特徴と評価について述べる。

I Parent Education の位置づけ

1 Prevention

Parent Education は、まずは思春期前の子どもたちが親になるための準備期間として Maltreatment の予防教育、つまり Primary Prevention (PP; 第一次予防) として取り組まれているものがある。幼児教育におけるお人形遊びから始まり、小学校低学年の男女への学校を中心とした子育て教育が一般的である。しかし、それぞれのコミュニティでは Secondary Prevention (SP; 第二次予防) として、子育てニーズの高い親や児童へ虐待やネグレクトなどハイリスク群の親へのインターベンションとして使用される場合も多い³⁾⁴⁾。

II アメリカ合衆国ペンシルベニア州フィラデルフィア地域の Parent Education

1 Parent Education Program の特徴と目的

SP として展開されているペンシルベニア州の Parent Education プログラムは、子どもへの虐待行為が常習的で、家族内の問題が根の深いケースを抱えているスラム近郊地域や、斜陽にある郊外の地域を中心に提供している⁵⁾。特に、人種や民族集団などのコミュニティの文化的特徴を基盤とし、効果的なプログラムを作成している。また、乳幼児の世話や人格面での行儀作法を含めた Parenting (親業) がセルフ・ヘルプグループとして込みこまれており、家庭訪問サービスやカウンセリング、親と子どものプレイグループ、

セラピーによる子どもへのケアなど、トレーニングを受けた専門家による家族支援が、あらゆるニーズに基づいたサービスとして多様なプログラムで提供されている。

Parent Education を行う目的は、親が子どもを最適な状態で育てられることである⁶⁾。最も重要な点は、親子が住み慣れた地域で生活をおくる中で、必要な時に必要な支援が継続的に得られ、家族関係が促進されることを目的とした構想がなされることである⁷⁾。

2 Parent Education プログラムの内容

ペンシルベニア州の Parent Education のサービスを受ける対象者は、共通してサポートの必要性が高く、ハイリスクな家族が中心となっている。従って、プログラムの作成者は、様々なニーズに対応可能なプログラムを作ることを常に試みている。Parent Education は、虐待する可能性が高い親や家庭に問題がある家族が積極的に参加することが目的である。しかし実際は、仮にそういったプログラムを作成し、対象者へ呼び掛けて参加した場合でも、継続的な参加が期待できず途中で離脱してしまい、本来、最もサポートが必要なところにサポートが行き届かないという状況が起こり得る⁸⁾。Parent Education を継続させるためには、家庭における経済的問題や子育ての心理的ストレスに対する総合的な家族支援が不可欠であり、通常は親にのみ向けられがちな支援も、同時に子どものサポートを含めた支援内容としてプログラムされ、継続されている。

3 フィラデルフィア地域における 9 つの Parent Education Program の現状

表 1 は、ペンシルベニア州フィラデルフィア地域で行われている 9 つの Parent Education の例である。

(表では Parent Education を P.E. と記載)

①オルタナティブ (Alternative Family Resources) は、低所得の家族と 10 代の親が対象である。訪問看護協会と協働で家庭訪問を行い、Parent Education と同時に、保健衛生活動を行う。このサービスを受けている親は支援センターまで無料送迎サービスを受けることができるので、移動手段がない親も参加することができ、参加率の向上が図られている。

② APM (Asociación de Puertorriqueños en Marcha, Inc.) は、経済的に貧しい地域社会に住む家族に対して、集中的で、かつ家族単位でサービスが提供される。サービスの特徴は、教師やソーシャル

ワーカー、子どもの発達の専門家などから成る家族保護チームによってプログラムが提供されるため、様々な困難事例にも対応することができる。

③コングレソ (Congreso de Latinos Unidos, Inc.) では、ラテン系の家族に対して、アドラーの心理学を基礎とした親の行動変容のための Parent Education プログラムが提供される。10 週間のワークショップは、それぞれ親が関心のある子育てテーマから行い、モチベーションを向上している。また、クラスの終了後は親たちが交流会を行い、継続的支援が受けやすくなる。特に「KidConnection)」というワークショップでは、子どもの健康についてのサービスを提供している。

④フィラデルフィア犯罪防止協会 (Crime Prevention Association of Philadelphia) はスラム地域が対象である。集中的に、かつ集団を対象とした介入プログラムに力点が置かれている。例えば、モーニング・プログラムは週に 4 回 1 日 4 時間のプログラムで提供され、各セッションも Parent Education とそのサポートが中心となる。親がプログラムに参加する間、子どもたちはケアが提供されるため、小さい子どもを複数抱えた親でも参加できる。

⑤ビュックス郡ファミリーサービス協会 (FSA of Bucks County) は、二つの低所得者層の地域で 3 つのサービスを提供している。ファミリーライフ・エデュケーションでは子どものしつけやお金の管理、子どもとの関係の作り方などの様々なテーマを取り上げ、基礎的な Parent Education が受けられる。また、自宅でカウンセリングを受けることができ、ペアレント・サポートの自助グループが利用できるなど、地域に密着したサービスが提供されている。

⑥FSP (Family Services of Philadelphia) は、フィラデルフィア隣接の子どもへの虐待報告が増加しつつある、7 つのスラム地域を対象としている。「ファミリークラブ」と呼ばれる 6 週間連続のペアレント・エデュケーションのワークショップが提供される。プログラムではペアレンティングに加え、親子でポジティブ・モデルを使うペアレンティング・プレイが含まれている。第二段階では、対象者は両親から祖父母まで拡大される。

⑦FSS (Family Support Services, Inc.) は、フィラデルフィアの低所得地域で、健康問題のある乳幼児を抱えた家族に、センターでの集中的サービスを提供している。家族を入会させる方法のひとつとして、訪

問看護師による家庭訪問を行っている。第二段階になると、プログラムに全回出席する条件で、約1ヵ月間の子育てのレスパイト・サービスが受けられるので、継続したプログラムが受けやすい。

⑧フィラデルフィア・チャイルドサービス協会(Philadelphia Society)は、ハイリスクなスラム地域で活動し、6歳以下の子どもを抱えた親を対象に、個人またはグループ単位の介入を行っている。センターを中心とした親グループのプログラムや気軽に入っておもちゃを借りることができるライブラリーと、家庭訪問を組み合わせている。イリノイ州シカゴの「ベートーベン・プロジェクト」を真似て創られた家庭訪問モデルは、家族支援の専門的な助手を雇用している。親としての心配ごとや親子の接し方についての子育て相談には、隔週毎の家庭訪問で応じる。「ミネソタ初期学習計画モデル」では、家族支援者と地域のボランティアが協働で親のグループを指導している。このモデルは少なくとも2年と長期で継続して関わり、子どもの成長と親子の交流の強化を強調しながら、各週でグループ・ミーティングを行っている自助モデルである。

⑨ユース・サービス(YSI)は10代で妊娠して親になった若者を対象とし、家庭訪問とセンターにおけるParent Educationを行う。母親が妊娠中から家庭訪問が始められ、子どもが2歳になるまで継続して経過を追い、看護師と家族支援の専門助手が定期的に交代で家庭訪問が行われる。週3回センターでのサービスが提供されるが、第二段階ではMother-Baby Movement Therapyというグループに拡大され、子どもの発達にどのような方法が有益であるかについての教育を受けることができる。

4 Parent Education サービスの評価

家族支援研究の専門家であるMcCurdyとJonesは、Preventionプログラムを行う際の5つの視点を挙げている⁹⁾。

- 1) 虐待リスクの高い両親は、どのような種類(長期的あるいは短期的)のサービスで子育ての仕方を変容することができるかをプログラム作成者が知ること、
- 2) 効果があったのは、プログラムのどのような特徴だったのか、
- 3) 深刻な子育て問題を抱える家族が、積極的に参加できるプログラムの内容はどのようなものであったか、
- 4) プログラム遂行時、困難な状態に直面した場合の対策を支援者が共有できるようにすること、
- 5) ハイリスクの両親が、自ら子育てに挑戦しようと思っ

たキッカケや心の変化に至った経緯を明らかにすること、である。

また、様々な支援サービスを提供される親は、一般的に過去の体験から傷つきやすく、身体的、精神的、社会的に様々な脆弱性をもっている。このような親たちに対して、まずは虐待とネグレクトの予防サービスに参加させる方法と、両親が様々な予防的サービスからempowerする力を引き出す方法については、プログラムの様々な「経験的教育」から評価される¹⁰⁾。

これらのSPプログラムは、困難を抱える家族に対する虐待予防サービスの実践的ガイダンスである。しかし、最も重要なことは、まず支援ニーズのある親がプログラムへ参加するための動機付けをすることであり、次に、子育てと言う長期的使命に対し、地域で継続的な支援を得ながら、アウトカムとして家族の自律と自立が実現されることである¹¹⁾。

Parent Educationの方法は地域の社会的文化的民族的特性を基にして行われることが重要であることは既に述べたが、フィラデルフィア地域ではSPプログラムの動機付けの手法として、様々な専門的知識を持った支援者が、ニーズの高い人に対し家庭訪問サービスを提供し、動機付けを行っていることを特徴としている。次いで、家族の自立に向けたParent Education Programの家族支援の内容が評価、フィードバックされる円環システムが適用されていることである。

まとめ

ペンシルベニア州の事例から、Parent Educationは地域の特性に適応した方法によって、家族のニーズに沿った予防活動における家族支援として活用されていることが明らかとなった。Parent Educationを行う地域の歴史的社会的民族的背景を考慮した上で、プログラム作成者である専門家が、対象者の範囲や具体的な予防や介入を行う内容について、経験的評価をフィードバックさせながらプログラムすることが必要である。

本論は日本におけるParent Educationの現状は触れていないが、ペンシルベニア州の事例は日本の地域・家族保健や子育て支援の活動として発展することが示唆される。主に民間活動として担われる日本のParent Educationは、とりわけSPとして、両親や祖父母をも含めた地域における家族支援として発展されることを期待して、経緯と意義について別稿で論じたい。

文献

- 1) Mooney, C.G. : Theories of Childhood- An Introduction to Dewey, Montessori, Erikson, Piaget & Vygotsky. Redleaf Press. Minneapolis, 2000.
- 2) Beatty B., Cahan E. D., Grant J. : When Science Encounters the child. 1-34, Teachers Collage Columbia University, New York, 2006.
- 3) Wald M. S., Cohen C. : Preventing Child Abuse - What Will It Take?. Family Law Quarterly 20(2) , 281-302, 1986.
- 4) Daro, D., Jones E., McCurdy, K. : Preventing child abuse- An evaluation of services to high-risk families. National Committee for Prevention of Child Abuse, Chicago, 1993.
- 5) Garbarino, J., Sherman, D. : High-Risk neighborhoods and high-risk families, The human ecology of child maltreatment. Child Development, 51, 188-198, 1980.
- 6) Fine, M. J. : Handbook on parent education. Academic Press, New York, 1980.
- 7) Webster-Stratton C. : From Parent Training to Community Building. Families in Society, 78(2), 156-171, 1997.
- 8) Daro, D., McCurdy, K. : Interventions to prevent child maltreatment. In Doll L, Bonzo S, Sleet D, Mercy J, Hass E. (Eds) : Handbook of Injury and Violence Prevention. 137-156, Springer, New York, 2007.
- 9) McCurdy, P. K., Jones, E. D. : Supporting Families, Lessons from the field. 2-18, Sage Publications, Thousand Oaks, 2000.
- 10) Burgess, R.L. : Child abuse, a social interactional analysis. In Lahey B.B., Kazdin A.E. (Eds) : Advances in Clinical Child Psychology. 142-172, Advances in clinical psychology, 2, New York, 1979.
- 11) Ibid. 8), 57-79.

表1 ペンシルベニア州で行われている Parent Education の事例

名 称	対象者	サービスと特徴	内 容
①オルタナティブ・ファミリー・リソース	低所得の家族と10代の親	訪問看護協会と協働で家庭訪問を行う	親子のブレイン・グループや親へのサポート・グループ、特に10代の親と若者が対象のグループ、虐待サヴァイヴァーを含んだ包括的サービスが提供されている。また、このサービスを受けている親たちは、無料の送迎サービスを受けることができる。
②APM (マルチャ・プエルトリコ人協会)	経済的な貧困地域に住む家族	集中的、家族単位のサービスを提供	このサービスは子どもの発達専門家や教師、ソーシャルワーカーなどの専門家からなる「家族保護チーム」によって提供される。ライフスキル・エデュケーション (LSE) や P.E.、親子のインタラクティブ・家事援助サービス (homemaker services) などが提供される。
③コングレンソ (ラテン連合会議)	ラテン系家族	P.E.* クラスを提供：このプログラムは、アドラーの心理学を基礎として、親の行動変容の方法として P.E. を行う	一定範囲における子育てのテーマを扱い、参加者の関心に沿った2つの P.E. クラスを置き、10週間のワークショップを行う。ペアレンティング・クラスの終了後、親たちは親子交流会に参加する。サービスの第二段階で、ワークショップ期間を12週間から15週間へと延長し、「キッドコネクション (Kid Connection)」という子どもの健康についてのサービスを提供する。ワークショップの期間を通じて、親たちには健康教育を行い、利用できる手段や制度についての資源を提供している。
④ファイラデルフィア犯罪防止協会	スラム地域	集中的かつ集団への介入に力点を置く：各セッションは P.E. とそのサポートを提供	12週間の「モーニング・プログラム (Morning Program : MP)」は、独自に週4回1日4時間のプログラムを行う。また、「イブニング・プログラム (Evening Program : EP)」は MP と同様の内容で、週2回14週間のプログラムである。親がサービスを受けている間、子どもたちの世話や食事の提供、親子の交流時間などが設けられている。
⑤FSA (ピュック郡ファミリー・サーヴィス協会)	ピュック郡の二つの低所得者層の地域	3つのサービスの提供	①25週間のファミリー・エデュケーション (FLE)・シリーズは、子どものしつけ、お金の管理、子どもとの関係の作り方など、さまざまなテーマが取り上げられる。②自宅や FSA を中心としたカウンセリングや事例検討を行う。③ペアレント・サポートグループ (PSG) の提供。
⑥FSP (ファイラデルフィア・ファミリー・サーヴィス)	7つのスラム地域	P.E. クラスを提供	「ファミリークラブ (Family Clubs)」と呼ばれる6週間連続のペアレント・エデュケーションのワークショップを提供。ペアレンティングに加え、親子のポジティブ・モデルを使うペアレンティング・プレイが含まれている。財政的援助の第二段階では、対象者を両親から祖父母を含めるところまで拡大する。ワークショップが終了すると、参加者たちは継続的なサポート・グループに参加するか、限定的な場所でのカウンセリングを受けるかのどちらか、あるいは両方を選択される。
⑦FSS (ファミリー・サポート・サーヴィス)	低所得者層の地域で、健康問題を抱えた乳幼児のいる家族	センターで集中的なサービスを提供	「ファミリースクール (The Family School)」は、P.E. や親へのサポート、セラピーによる子どものケア、親と子どものプレイ・グループを含むカリキュラムを提供する。家族を介入させる方法のひとつとして家庭訪問を行っている。第二段階では、母親に対してプログラムに全出席する条件で、マンスリー・レスパイト・チャイルドケア・サービスという、1カ月間の子育てレスパイト・サービスを用意している。
⑧ファイラデルフィア・チャイルドサーヴィス協会	ハイリスクなスラム地域で活動。6歳以下の子どもを持つ親が対象	プログラムは、センターを中心とした親のグループ、気軽に入っておもちゃを借りることが出来るライブラリーなどのサービスと、家庭訪問を組み合わせて個人ベースとグループ・ベースの介入を行う	イリノイ州シカゴの「ベーターベン・プロジェクト」を真似て創られた家庭訪問モデルは、専門職助手の家族支援者を雇用している。隔週に家庭訪問を行い、親としての心配ごとや親子の接し方について相談に応じている。家族支援者と地域のボランティアが「ミネソタ初期学習計画モデル (the Minnesota Early Learning Design model)」を使い、親のグループを指導する。このモデルは子どもの成長と親子交流の強化を強調しながら、各週のグループ・ミーティングを、少なくとも2年間継続している。
⑨ユース・サーヴィス (YSI)	10代で妊娠して親になった若者が対象	家庭訪問およびユース・サーヴィス・センターにおける P.E. を提供	家庭訪問は母親が妊娠中から始められ、子どもが2歳になるまで継続している。訓練をつんだ専門助手が家庭訪問を行い、定期的に看護師と交代で訪問を行う。また週3回、センターでのサービスを提供している。第二段階におけるセンターの教育は「マザー・ベビー・ムーブメント・セラピー (Mother-Baby Movement Therapy)」というグループにまで拡大されている。このモデルは子どもの発達上、どのような方法が子どもと接する場合に有益であるかを、母親たちに教えることである。

*P.E.=Parent Education

出典：K.McCurdy, E.D.Jones, "Supporting Families", 2000, pp8-13 より改編作成 (上野)

研究報告

保健所デイケアを継続する理由と今後の課題

—全国横断調査結果におけるデイケア担当者の意見の分析—

植村直子¹，畑下博世¹，山田全啓²，藤井広美¹

¹ 滋賀医科大学医学部看護学科地域生活看護学講座，² 奈良県郡山保健所

要旨

本稿では、2008 年度の「デイケアに関する実態調査結果」のうち、デイケアを実施していた 128 保健所（県型 68 施設・市型 60 施設）が自由記述回答した、「デイケアを継続する理由と課題」について分析した。自由記述のフレーズからグループ化を行った結果、県型保健所 6 カテゴリー、市型保健所 7 カテゴリーが抽出された。県型・市型に共通する内容は、【社会資源不足によるデイケア継続の必要性】、【デイケア長期利用者への支援の必要性】、【社会資源充実によるデイケア必要性の検討】、【新たな対象へのデイケアの必要性】、の 4 カテゴリーであった。異なる内容は、県型保健所では【他施設のデイケア・自主グループの支援】、【関係機関との役割分担と支援システムの構築】、の 2 カテゴリー、市型保健所では、【デイケアと担当保健師による支援の必要性】、【利用者の目標と評価の必要性】、【他機関・関係部署との役割分担の必要性】、の 3 カテゴリーであった。以上の結果より、管内の社会資源状況や、新たな課題への取り組みの必要性等を踏まえて、今後の保健所デイケアの方向性を検討している状況が明らかとなった。また、関係機関と連携し、地域ケアシステムを構築していくことが今後の課題として見出された。

キーワード：保健所、精神障害者、デイケア、障害者自立支援法

I はじめに

保健所デイケアは、精神障害者の「居場所づくり」や「仲間づくり」、「生活体験の拡大」を目的として、1975 年に社会復帰相談指導事業として事業化され、利用者への個別的な支援を行ってきた。さらに、共同作業所を始めとする多様な社会復帰施設の拡充の契機となり、地域の社会資源の充実に大きく影響を与えた¹⁾。この結果、保健所デイケアの開始から 30 年以上が経過した現在では、保健所以外のデイケア実施施設や共同作業所等の社会資源が充実してきた。また、この間精神障害者を取り巻く法律が整備され、2005 年には障害者自立支援法が成立したことに伴い、精神障害者への身近なサービスは、市町村が責任を持って一元的にサービスを提供する等の枠組みが規定された²⁾。これに伴い、保健所が担うべき精神保健福祉活動が見直され、長年に渡り継続されてきた保健所デイケアも、今後の継続の必要性の有無や担うべき役割について検討された結果、終了しているところもある。

このような背景を踏まえ、著者らは 2008 年度に全国のすべての保健所 517 施設を対象に、デイケアに関する実態調査を実施した。その結果、回答があった 411 施設中、デイケア実施割合は全体

では 128 施設（31.1%）となっており、障害者自立支援法施行以降にデイケアを終了した保健所が多いが、一方で何らかの理由で継続している保健所もあることが明らかとなった³⁾。

そこで本稿では、調査時点でデイケアを実施していると回答した 128 保健所のデイケア担当者が、保健所デイケアを継続する理由と今後の課題について、どのように考えているかについて分析することを目的とした。

II 研究方法

1. 調査方法

2008 年度の調査では、全国すべての保健所 517 施設に対し、郵送質問紙調査を実施し、デイケア担当者に回答を求めた。質問紙は、公衆衛生に従事する医師、保健師を含めた研究者間 5 名で検討し、作成した。調査期間は、2008 年 10 月から 2009 年 1 月とし、2008 年 11 月末時点で返信がなかった保健所については、再度協力依頼文を送付した。回収率は 517 施設中 411 施設（79.5%）であり、回答が得られた 411 施設中デイケア実施割合は 128 施設（31.1%）であった。本稿では、デイケアを実施していると回答した 128 施設のデイケア担当者が、追加質問項目「今後の保健所デイケア継続の必要性と理由、および今後の課題」に

ついて回答した、自由記述部分を分析対象とした。

2. 分析方法

質問項目「保健所デイケア継続の必要性と理由」、「デイケアに関する今後の課題」について、回答された自由記述を一覧表にし、一覧表のフレーズからラベルを作成した。次にラベルの意味の共通するものをグループ化し、サブカテゴリーとし、さらに意味の共通するものをグループ化し、カテゴリーとした。

なお、128施設の保健所区分別内訳が、県型保健所（都道府県）68施設、市型保健所（政令指定都市・政令市・中核市・特別区）60施設であることから、県型保健所と、市型保健所に分け、分析した。この理由は、市型保健所では、都道府県と市町村の業務の両方を担っていることから、県型保健所と市型保健所では、デイケア継続の必要性と理由、今後の課題についての認識も違っていることが考えられたためである。

3. 倫理的配慮

調査内容並びに調査方法、個人情報取り扱いについて、滋賀医科大学倫理委員会の審査・承認を得た。また、調査実施にあたり、全国保健所長会から調査協力の承諾を得た。

Ⅲ 結果

1. 県型保健所

県型保健所がデイケアを継続する理由と課題は、16のサブカテゴリーから6のカテゴリー【Ⅰ. 社会資源不足によるデイケア継続の必要性】【Ⅱ. デイケア長期利用者への支援の必要性】【Ⅲ. 社会資源充実によるデイケア必要性の検討】【Ⅳ. 新たな対象へのデイケアの必要性】【Ⅴ. 他施設のデイケア・自主グループの支援】【Ⅵ. 関係機関との役割分担と支援システムの構築】が抽出された（表1）。以下、カテゴリーを【Ⅰ】、サブカテゴリーを◇で示す。なお、「」はラベルの内容を示す。

1) 【社会資源不足によるデイケア継続の必要性】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーで構成された。〈1. デイケア実施機関の不足〉では、「地域でデイケアが充実されるまでは継続が必要である」や、「管内では保健所デイケアしかない」といったラベルが含まれた。また、〈2. 他の社会資源の不足〉では、「他の社会復帰施設が少ない」や、「社会資源の地域格差がある」といったラベルが含まれた。

2) 【デイケア長期利用者への支援の必要性】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーで構

成された。〈3. 長期利用者の居場所の確保〉では、「長期利用者の多くは高齢化が進んでいる」や、「長年、保健所を居場所としている利用者へ支援」といったラベルが含まれた。また、〈4. 他のデイケアになじめない人への支援〉では、「病院デイケアになじめない人への支援」や、「経済的な理由で他のデイケアに通えない人への支援」といったラベルが含まれた。

3) 【社会資源充実によるデイケア必要性の検討】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリーで構成された。〈5. 社会資源の増加〉では、「社会資源が増加したので、統合失調症中心のデイケアは終了予定」や、「作業所等の居場所が確保されている」といったラベルが含まれた。次に、〈6. 他施設デイケアの充実〉では、「地域活動支援センターなどの施設が充実してきた」、「病院デイケアや地域生活支援センターデイケアに移行できる」といったラベルが含まれた。また、〈7. 利用者減少によるデイケア継続の検討〉では、「社会資源の充実による保健所デイケア利用者の減少」や、「利用者減少により、保健所デイケアの位置づけが不明」といったラベルが含まれた。

4) 【新たな対象へのデイケアの必要性】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリーで構成された。〈8. 発達障害・高次機能障害対象デイケアへの展開〉では、「高次機能障害など、コミュニケーションのしづらさを持つ人への支援が必要」や、「発達障害など、他のデイケアでトラブルがある方への支援が必要」といったラベルが含まれた。次に、〈9. ひきこもり・アディクション対象デイケアへの展開〉では、「ひきこもりなど新たな課題への着手が必要」、「アディクションの人を対象としたデイケアが必要」といったラベルが含まれた。また、〈10. パーソナリティ障害など困難事例への支援〉では、「他の社会資源で対応できない困難事例を中心に支援が必要」、「パーソナリティ障害などの方の保健所デイケア利用」といったラベルが含まれた。

5) 【他施設のデイケア・自主グループの支援】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリーで構成された。〈11. 市町村デイケア実施の支援〉では、「統合失調症を対象としたデイケアは市町村に移行できるよう調整が必要」、「市町村が力量アップできるような支援が必要」といったラベルが含まれた。次に、〈12. 地域活動支援センターデイケアの支援〉では、「地域活動支援センターの活動に地域格差がある」や、「地域活動支援センター

の活動が充実すれば、保健所デイケアは終了する」といったラベルが含まれた。また、〈13. デイケアの自主グループ化支援〉では、「保健所デイケアは自主グループ化したい」や、「ボランティアに利用者が依存的になっているのが課題」といったラベルが含まれた。

6) 【関係機関との役割分担と支援システムの構築】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリーで構成された。〈14. 関係機関との役割分担の必要性〉では、「保健所は、管内のシステムを確立するのが役割」、「自立支援法に基づき精神障害者対象施設以外でも受け入れてもらえるよう調整が必要」、といったラベルが含まれた。次に、〈15. 公的デイケアの保障〉では、「公的にもデイケアを保障できるよう役割分担が必要」、「病院デイケアと保健所デイケアの連携や役割分担できると良い」といったラベルが含まれた。また、〈16. 利用者の選択肢の充実〉では、「利用者に合った場が選択できるよう、保健所デイケアも継続が必要」、「利用者が選択できる施設が複数あるのが望ましい」といったラベルが含まれた。

2. 市型保健所

市型保健所がデイケアを継続する理由と課題は、15のサブカテゴリーから7のカテゴリー【Ⅰ. 社会資源不足によるデイケア継続の必要性】【Ⅱ. デイケア長期利用者への支援の必要性】【Ⅲ. 社会資源充実によるデイケア必要性の検討】【Ⅳ. 新たな対象へのデイケアの必要性】【Ⅴ. デイケアと担当保健師による支援の必要性】【Ⅵ. 利用者の目標と評価の必要性】【Ⅶ. 他機関・関係部署との役割分担の必要性】が抽出された(表2)。以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉で示す。なお、「」はラベルの内容を示す。

1) 【社会資源不足によるデイケア継続の必要性】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーで構成された。〈1. デイケアを実施している病院の不足〉では、「地域にデイケアを実施する病院がない」、「病院デイケアが少なく遠方である」といったラベルが含まれた。また、〈2. 地域活動支援センターの不足〉では、「地域活動支援センターがまだ少ない」、「地域活動支援センターなど通える場が少ない」といったラベルが含まれた。

2) 【デイケア長期利用者への支援の必要性】

このカテゴリーでは、2つのサブカテゴリーで構成された。〈3. 高齢化した長期利用者の居場所の確保〉では、「長期利用者が高齢化しており、

他機関での受け入れが難しい」、「長期利用者を他機関につなぐ連携に課題が残る」といったラベルが含まれた。また、〈4. 他のデイケアになじめない人への支援〉では、「閉じこもりがちになる人の社会との関わりとしてデイケアが必要」、「他機関のデイケアになじめない方の支援」といったラベルが含まれた。

3) 【社会資源充実によるデイケア必要性の検討】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーで構成された。〈5. 新規利用者の減少〉では、「新規利用者が少ない」、「デイケア利用者が少なく継続を検討中である」といったラベルが含まれた。また、〈6. 社会資源の充実とデイケア継続の検討〉では、「社会資源が充実する中で、デイケアのあり方の検討が必要」、「障害者自立支援法による福祉サービスの充実状況を見ながら、デイケアを検討する」といったラベルが含まれた。

4) 【新たな対象へのデイケアの必要性】

このカテゴリーは、3つのサブカテゴリーで構成された。〈7. うつ病の復職支援としてのデイケアの展開〉では、「うつ病の復職支援として行政が補う必要がある」、「うつ病の人の居場所や就労支援としてデイケアを継続している」といったラベルが含まれた。次に、〈8. 広汎性発達障害・高次機能障害者対象デイケアの展開〉では、「広汎性発達障害を対象としたデイケアを実施している」、「発達障害者の支援方法が課題」といったラベルが含まれた。また、〈9. ひきこもり、パーソナリティ障害など困難事例への支援〉では、「対象者を見直し、ひきこもり支援のデイケアを実施している」、「パーソナリティ障害の人の居場所や就労支援」といったラベルが含まれた。

5) 【デイケアと担当保健師による支援の必要性】

このカテゴリーでは、2つのサブカテゴリーが含まれた。〈10. 他施設へのステップとしてのデイケア継続〉では、「デイケアは他機関につなげるための見極めの場」、「デイケアは他の機関につながるまでの中間点」といったラベルが含まれた。また、〈11. 担当保健師とデイケアによる支援の必要性〉では、「地区担当保健師と本人・家族・関係機関が関わりながら支援できる」、「地区担当保健師と連携しながら支援できるメリットがある」といったラベルが含まれた。

6) 【利用者の目標と評価の必要性】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーで構成された。〈12. 利用者の目標と評価の必要性〉で

は、「利用者の目標・評価が課題」、「個別評価の検討が必要」といったラベルが含まれた。また、〈13. デイケアの自主グループ化支援〉では、「デイケアを自主グループ化し、地域との交流事業を実施している」、「自主グループ化することを検討中である」といったラベルが含まれた。

7) 【他機関・関係部署との役割分担の必要性】

このカテゴリーは、2つのサブカテゴリーで構成された。〈14. マンパワーの不足によるデイケア継続の困難〉では、「自立支援法による業務が膨大で、デイケア実施体制確保が困難」、「ひきこもり、パーソナリティ障害などを対象としたデイケアが必要だが、マンパワー不足」といったラベルが含まれた。また、〈15. 他機関・関係部署との役割分担の必要性〉では、「他機関との役割が明確でなく検討中」、「他機関との連携・フォロー体制が整っていない」といったラベルが含まれた。

IV. 考察

1. 県型保健所と市型保健所に共通する理由と課題

保健所デイケアを継続する理由と課題について分析した結果、県型保健所では6カテゴリー、市型保健所では7カテゴリーが抽出された。このうち、県型保健所と市型保健所に共通する内容として、【社会資源不足によるデイケア継続の必要性】、【デイケア長期利用者への支援の必要性】、【社会資源充実によるデイケア必要性の検討】、【新たな対象へのデイケアの必要性】、の4カテゴリーが抽出された。

まず、【社会資源不足によるデイケア継続の必要性】では、管内の社会資源が未だ不足しており、現状においては、保健所デイケアの継続が必要であることがあげられた。障害者自立支援法施行前の保健所管内の精神保健医療福祉資源状況についての調査結果⁴⁾では、県型・市型ともに約半数の保健所管内に、小規模作業所やグループホーム、地域生活支援センターがあるものの、地方では面積当たりの施設数が少なく、気軽に施設を利用することができない可能性があることが報告されている。現在は障害者自立支援法施行前に比べ、社会資源が充実してきていると思われるものの、保健所デイケアの継続理由として、社会資源の不足があげられていることから、精神障害者が利用できる社会復帰施設は、地域によっては未だ充実していない状況にあることが考えられた。また、【デイケア長期利用者への支援の必要性】では、長期間保健所デイケアに参加している利用者が、高齢となり、他の社会復帰施設に移行することが難しい状況があげられた。このことは、前述の社

会資源の不足により、保健所デイケア利用者が、他に通う社会復帰施設が見つからない状況にあったか、それぞれのニーズを満たす社会資源がないと理解しているために、他の社会資源を利用することを避けている⁵⁾ことが考えられる。このような高齢化した長期利用者に対して、どのように支援していくかが、課題となっている状況が見出された。

しかし、一方では、【社会資源充実によるデイケア必要性の検討】というように、管内の社会資源が充実してきたと捉え、保健所デイケアのあり方を検討している状況もあげられた。従来の保健所デイケアは統合失調症の利用者が中心であったが、病院のデイケアや共同作業所など他の社会復帰施設の選択肢が増えてきた地域では、保健所デイケア利用者数が減少している。しかし、発達障害や高次機能障害など、コミュニケーションの取りづらさから、病院のデイケアや共同作業所での受け入れが困難である場合、保健所のデイケアで支援している利用者も存在している。このような状況から、保健所デイケアの対象を見直し、発達障害や高次機能障害、ひきこもりやうつ病など、

【新たな対象へのデイケアの必要性】を考え、保健所デイケアの内容を検討していることがあげられた。このうち、少数ではあるが、発達障害やひきこもり、うつ病を対象としたデイケアへ展開している保健所デイケアもある⁶⁾ことから、今後、新たな対象者へ向けてデイケアを展開する保健所も増えてくるのではないかと考えられた。

2. 県型保健所と市型保健所で異なる理由と課題

県型保健所の6カテゴリー、市型保健所の7カテゴリーにおいて、異なる内容として、県型保健所では【他施設のデイケア・自主グループの支援】、【関係機関との役割分担と支援システムの構築】の2カテゴリーが抽出され、市型保健所では、【デイケアと担当保健師による支援の必要性】、【利用者の目標と評価の必要性】、【他機関・関係部署との役割分担の必要性】の3カテゴリーが抽出された。

まず、県型保健所の【他施設のデイケア・自主グループの支援】では、障害者自立支援法に基づき、市町村が精神障害者への身近なサービスを担い、保健所は市町村の支援を行うことが役割であると考えていることがあげられた。現状では、社会資源の不足を補うために保健所デイケアを継続しつつ、将来的には管内の各市町村がデイケアを実施していけるよう技術的支援を行っていくことを課題として捉えており、保健所と市町村の連携

が不可欠であることが考えられた。また、市町村デイケアの支援だけではなく、【関係機関との役割分担と支援システムの構築】が必要と捉えており、管内の病院や他の社会復帰施設と協力し、精神障害者を支援する地域システムを構築していくことが、保健所が担うべき役割であり、課題となっていることが考えられた。現在、精神障害者への支援は「入院医療中心から地域生活中心へ」という大きな転換期にあり⁷⁾、今後、地域システム構築に向けた保健所のコーディネート機能がより強化されていくだろう。

一方、市型保健所では、デイケアを継続する理由として、【デイケアと担当保健師による支援の必要性】があげられたが、これは、市型保健所は都道府県と市町村の両方の機能を担っており、精神障害者への身近なサービスの提供者でもあることが背景として考えられた。これまで保健所デイケアは、精神障害者にとって社会復帰の第一歩として利用されてきたが、デイケア参加に至るまでの間や、デイケアに参加している期間、保健師による家族を含めた個別ケアと連動して実施されてきた⁸⁾。保健師はデイケアを通じて、利用者のニーズを見極め、利用者が他の社会復帰施設へ移行できるように支援を行っており、市型保健所では、精神障害者への身近な支援のひとつとして、今後もデイケアを継続していく意向が見られた。そして、デイケアを継続していくうえでの課題として、【利用者の目標と評価の必要性】があげられた。これは、前述の通り、保健所デイケアに長期間参加している利用者がおり、他の社会復帰施設につながっていない場合もあることから、保健所デイケア利用者の目標や評価を適切に行い、支援を行っていくことが必要だと捉えていることが考えられた。しかし、市型保健所では、自立支援法施行により業務が増加しており、デイケアを実施するだけのマンパワーが不足している状況も見られ、デイケアを継続することが困難であると考えている場合もみられた。障害者自立支援法施行以降、市町村では自立支援協議会等を活用し、相談支援体制の強化に向けての検討が行われている⁹⁾が、市型保健所においても、【他機関・関係部署との役割分担の必要性】が課題としてあげられており、今後管内の病院や地域活動支援センターなどと連携を強化し、役割分担や支援体制を整えていくことが必要であろう。

V. おわりに

本稿では、2006 年の障害者自立支援法施行後も、デイケアを実施している 128 保健所を対象に、

デイケア継続理由と課題について分析した結果、管内の社会資源状況や、新たな課題への取り組みの必要性等を踏まえて、今後の保健所デイケアの方向性を検討している状況が明らかとなった。また、関係機関と連携し、地域ケアシステムを構築していくことが今後の課題として見出された。

謝辞

本稿は、厚生労働省平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト 代表畑下博世）により実施した内容の一部である。栃木県保健福祉部 加藤典子様、厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害福祉課 障害保健専門官 吉川隆博様、奈良県郡山保健所有埜みや子様、山下典子様、ご協力いただいた全国の保健所の皆様方に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 鈴木慶子, 小川一枝, 松島郁子, 他. 保健所デイケアの果たしてきた役割と今後の課題. 東京都保健医療学会誌 2003;107:20-21.
- 2) 厚生統計協会: 国民衛生の動向57(9). 113, 2010.
- 3) 山田全啓, 植村直子, 佐伯圭吾, 他. 全国保健所デイケア等業務に関する実態調査. 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト 代表 畑下博世）「障害者自立支援法を踏まえた保健所、精神保健福祉センターの役割と機能の検討及び連携システムの構築」研究報告書. 4-18, 2009.
- 4) 辻雅善, 張瑩, 角田正史, 他. 保健所管内における精神保健医療福祉資源についての全国調査. 目白大学短期大学部研究紀要, 55-66, 2008.
- 5) 四本かやの. デイケア長期利用者における長期利用の背景とその対応について. 神戸大学医学部保健学科紀要 19, 75-99, 2003.
- 6) 山田全啓, 植村直子, 佐伯圭吾, 他. 全国保健所デイケア等業務に関する実態調査. 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト 代表 畑下博世）「障害者自立支援法を踏まえた保健所、精神保健福祉センターの役割と機能の検討及び連携システムの構築」研究報告書. 34-49, 2009.
- 7) 看護協会出版会: 新版保健師業務要覧第2版. 443, 2008.
- 8) 鈴木慶子, 小川一枝, 松島郁子, 他. 保健所デイケアの果たしてきた役割と今後の課題. 東京都保健医療学会誌 2003;107:20-21.
- 9) 看護協会出版会: 新版保健師業務要覧第2版. 443, 2008.

表1. 県型保健所：デイケア継続理由と課題

カテゴリー	サブカテゴリー
I. 社会資源不足によるデイケア継続の必要性	1. デイケア実施機関の不足
	2. 他の社会資源の不足
II. デイケア長期利用者への支援の必要性	3. 長期利用者の居場所の確保
	4. 他のデイケアになじめない人の支援
III. 社会資源充実によるデイケア必要性の検討	5. 社会資源の増加
	6. 他施設デイケアの充実
	7. 利用者減少によるデイケア継続の検討
IV. 新たな対象へのデイケアの必要性	8. 発達障害・高次機能障害対象デイケアへの展開
	9. ひきこもり・アディクション対象デイケアへの展開
	10. パーソナリティ障害など困難事例への支援
V. 他施設のデイケア・自主グループの支援	11. 市町村デイケア実施の支援
	12. 地域活動支援センターデイケアの支援
	13. デイケアの自主グループ化支援
VI. 関係機関との役割分担と支援システムの構築	14. 関係機関との役割分担の必要性
	15. 公的デイケアの保障
	16. 利用者の選択肢の充実

表2. 市型保健所：デイケア継続理由と課題

カテゴリー	サブカテゴリー
I. 社会資源不足によるデイケア継続の必要性	1. デイケアを実施している病院の不足
	2. 地域活動支援センターの不足
II. デイケア長期利用者への支援の必要性	3. 高齢化した長期利用者の居場所の確保
	4. 他のデイケアになじめない人への支援
III. 社会資源充実によるデイケア必要性の検討	5. 新規利用者の減少
	6. 社会資源の充実とデイケア継続の検討
IV. 新たな対象へのデイケアの必要性	7. うつ病の復職支援としてのデイケアの展開
	8. 広汎性発達障害・高次機能障害対象デイケアの展開
	9. ひきこもり、パーソナリティ障害など困難事例への支援
V. デイケアと担当保健師による支援の必要性	10. 他施設へのステップとしてのデイケア継続
	11. 担当保健師とデイケアによる支援の必要性
VI. 利用者の目標と評価の必要性	12. 利用者の目標と評価の必要性
	13. デイケアの自主グループ化支援
VII. 他機関・関係部署との役割分担の必要性	14. マンパワー不足によるデイケア継続の困難
	15. 他機関・関係部署との役割分担の必要性

研究報告

看護実践におけるヘルスリテラシーの概念分析

河田 志帆¹, 藤井 広美², 畑下 博世²,

¹滋賀医科大学大学院医学系研究科修士課程 ²滋賀医科大学看護学科地域生活看護学講座

要旨

研究目的：看護実践においてヘルスリテラシーという概念がもつ特徴を明らかにし、看護介入における概念活用の有用性を検討することである。研究方法：概念分析方法として Rogers（2000）のアプローチを用いた。収集した 35 文献から、ヘルスリテラシーの定義、属性、先行要件、帰結、代替用語、関連概念を抽出して分析したのち、概念モデルの作成を行った。結果：属性として、【健康的に生きるための知識や経験の保有】【現状を認識し獲得した情報を活用する能力】【実践的な健康管理能力】【支援者との交渉能力】の 4 つのカテゴリーが抽出された。先行要件として、【一次予防が必要な人々】【二次・三次予防が必要な人々】の 2 つのカテゴリーが抽出された。帰結として、【主体的な健康管理能力の体得】【安定した豊かな社会生活の獲得】【経済活動の活発化と社会制度の安定】【未来の健康に繋がるコミュニティの発達】の 4 つのカテゴリーが抽出された。考察：看護実践におけるヘルスリテラシーの概念は、【健康的に生きるための知識や経験の保有】や【現状を認識し獲得した情報を活用する能力】が【支援者との交渉能力】によって【実践的な健康管理能力】という実践行動に移行し、それらを繰り返すことで向上する能力であった。【支援者との交渉能力】というコミュニケーション能力に着目することは、現代の日本人のヘルスリテラシーの向上において重要な要因であり、提供者側も向上する必要がある能力であることが示唆された。

キーワード：ヘルスリテラシー、看護実践、概念分析

I はじめに

リテラシーとは、読む・書く・計算する能力を示す言葉であり、日本では識字と訳される。しかし、マルチメディアの多様化に伴い、多種多様な情報の中から本質を見抜く力の意味を持つようになってきた¹⁾。その中で、ヘルスリテラシーとは、「よい健康を維持、促進するために情報へとアクセスし、理解し、活用する動機づけと能力を決定する認知的、社会的スキル」

(WHO1998) と定義され、ヘルスプロモーションを進める上で、重要な概念と位置づけられている。これまでヘルスリテラシーの概念や定義については、研究者の活動範囲を反映して異なる定義が多く存在する²⁾。日本では、杉森らが紹介した「健康情報をうまく利用できる読み、書き、そろばんの能力」³⁾ や村田の「読み書き、計算」「情報入手」「知覚・認知・理解」「分析・選択・評価」「活用」「応用」「他者への利用」⁴⁾ がある。しかし、日本におけるヘルスリテラシー研究はまだ少ない²⁾。現在、医療費の増大に伴い、一次予防や二次予防の重要性が高まり、自発的な健康行動の重要性が高まっている⁵⁾。そこで、本研究は、日本人におけるヘルスリテラシーの向上についての支援を検討するため、概念分析に取組み、看護実践においてヘルスリテラシーがどのように取り扱われ、同時に高める支援はどのようなものなのかを明らかにし、今後の支援における概念の有用性を検討することである。

II 研究方法

概念分析とは、曖昧に使用されてきた概念を明確にすることを通して、看護の現象に迫る方法として提示するものである。日本ではすでに村田⁴⁾ がヘルスリテラシーの概念分析を行っているが、健康教育の場で女性を対象とした限定された設定によるものであった。本研究では、広く抽象的な概念の特徴をわかりやすく把握するために、分析方法に Rogers⁶⁾ 概念分析アプローチを選択した。これは、概念を時間や状況に応じて変化するものと捉え、言葉の性質や使われ方に焦点を当て、その概念が文献の中でどのように用いられているかを読み取り、その概念を構成する要素を抽出することで、さらなる概念の特性を明らかにしようとするものである。具体的には、概念の「属性」「先行要件」「帰結」が示され、その際に「属性」は、概念の性質とし、「先行要件」は概念に先立って生じる出来事や例であり、「帰結」は、概念が発生した結果として生じる出来事や事件とする⁷⁾。

データ収集方法は、看護実践におけるヘルスリテラシーに焦点を当てるために、医中誌Web及びCINAHLを利用し、1985年～2010年の期間で検索を行った。医中誌Webでは、キーワードを「ヘルスリテラシー」とした65件のうち、看護学領域で原著論文である3件を分析対象とした。CINAHLでは、キーワードを「ヘルスリテラシー」とした107件の対象文献のうち原著論文で、抄録があり、滋賀医科大学付属図書館で入手可能な32件とし

た。データ分析は、対象文献を「ヘルスリテラシー」という用語に注目して読み、文献ごとに概念を構成する「属性」、概念に先行して生じる「先行要件」、概念の結果もたらされる「帰結」に関する記述を生データのまま抽出し、表計算ソフトExcelで作成したコーディングシートに入力した。それらをデータごとにラベルをつけてコード化し、共通性に基づいてカテゴリー化した。なお、各文献を分析する際に「介入・教育」として抽出した内容も入力し、解釈時の参考とした。概念モデルは、「属性」「先行要件」「帰結」より作成した。

III 結果

対象とした文献の中で、ヘルスリテラシーの定義が明確になされているものは、21文献であった。定義の中には、WHOやIOM（医学研究所）の定義を使用したものも見られた。【 】はカテゴリー、〔 〕はサブカテゴリーを表す。

1. 属性 (Attribute)

属性とは、文献の中で定義づけられた概念の性質を表すものである。ヘルスリテラシーの属性には、4つのカテゴリーが抽出された。詳細と用語が使用された文献を表1に示す。

【健康的に生きるための知識や経験の保有】という属性は、欧文献のみから抽出され、〔基本的な識字力〕〔専門用語や情報の理解〕〔健康についての知識や経験の保有〕の3つのサブカテゴリーから構成された。基本的な読解力は、事前知識と相互作用があるとされ、教育によって向上したり、また高齢化によって損なわれたりするが、比較的安定した能力である²⁾とされる。ここでは、医療用語のスペルがわかる⁸⁾、処方箋や説明書を読むことができる⁹⁾、説明書の理解¹⁰⁾などの基本的な読解力から病気の知識¹¹⁾ ¹²⁾などを獲得し、症状や危険因子の認知¹³⁾などの体験を含めた、現在保有している実践的な知識 (knowledge) が含まれた。

【現状を認識し獲得した情報を活用する能力】は、〔症状の自覚〕〔現状を踏まえた情報探索能力〕〔情報を吟味し活用する能力〕の3つのサブカテゴリーから構成された。これは、自らの症状に気づき¹⁴⁾、症状を使って検索する⁸⁾や、必要な情報を得る能力¹⁵⁾など情報を獲得する過程が示され、得た情報は、選択¹⁶⁾や処理¹⁵⁾を経て活用された。この一連の過程は、情報の吟味¹⁷⁾や情報マネジメント¹⁸⁾と表現され、情報化社会では、ウェブサイトの信頼性を決定する⁸⁾ことが重要視されていた。ここで抽出された情報とは、活字であり、これまでに知らない新しい健康情報の意味を含んでいた。

【実践的な健康管理能力】は、〔健康への意思決定〕〔疾患の自己管理行動〕〔健康増進予防行動〕の3つの

サブカテゴリーから構成された。ここでは、自分の健康状態によって決定した具体的な行動が抽出され、各々の健康状態に応じた実践行動である内服の遵守¹¹⁾ ¹⁹⁾や推奨される治療にアクセスできる²⁰⁾、栄養・運動・責任や予防ケア¹¹⁾が含まれ、これらは、セルフケアやHealth Behavior¹¹⁾、セルフマネジメント^{21, 22)}と表現されていた。

【支援者との交渉能力】は、〔コミュニケーション能力〕〔情報提供能力〕の2つのカテゴリーから構成された。ここでは、これまでの活字における読解力や活用能力の他に、ケア提供者との相互理解と共通認識を得る手段として会話能力が抽出された。具体的には、自分の治療について医師や看護師とディスカッションできることや個人的な健康情報を提供する能力などであった。

2. 先行要件 (Antecedents)

先行要件とは、属性に先立って生じる要件で2つのカテゴリーが抽出された。詳細と用語が使用された文献を表2に示す。

【一次予防行動が必要な人々】は、現在慢性的な疾患を持たない人々で、〔公的福祉の対象である住民〕〔一般住民〕の2つのサブカテゴリーから構成された。スラム街の子ども²⁴⁾少数民族・移民・無保険者¹¹⁾や義務教育を受けていない妊婦²³⁾などの公的福祉の対象者は、欧文献からのみ抽出された。一般住民は学生⁸⁾、働く女性¹⁸⁾、地域住民¹⁷⁾、乳児の養育者²⁵⁾などであった。

【二次・三次予防行動が必要な人々】は、現在何らかの疾患があり、治療を含めた管理が必要な人々で、〔社会的少数者の患者〕〔入院中の患者〕〔在宅療養をする患者〕〔社会活動をする患者〕の4つのサブカテゴリーから構成された。ここでも低所得者の患者¹³⁾ ²⁶⁻²⁸⁾や移民の患者¹³⁾、尺度によりヘルスリテラシーが低いとされた患者^{28, 29)}は欧文献からのみ抽出され、その他の患者として術前の患者³⁰⁾や慢性疾患をもつ患者⁹⁾ ¹⁹⁾ ³⁴⁻³⁶⁾や透析患者³²⁾、病の経験から社会活動を展開する患者¹⁶⁾まで幅広く含まれた。

3. 帰結 (Consequence)

帰結とは、概念（属性）が発生した結果生じる出来事であり、4つのカテゴリーが抽出された。詳細と用語が使用された文献は表3に表わす。

個人に生じる帰結として【主体的な健康管理能力の体得】は【実践的な健康管理能力】が発揮された結果〔健康に関する自己決定〕〔健康の自己管理ができる〕〔疾患の進行・蔓延の防止〕という行動が保持されることであり、これにより自己診察によるがんの早期発見³¹⁾がもたらされた。また、【安定した豊かな社会生活の獲得】も【実践的な健康管理能力】

が発揮されることにより、本人及び養育者に〔心身の安定〕〔社会活動への参加〕〔QOLの向上〕がもたらされることであり、精神的な安定が社会生活の要素となっていた。次に集団に生じる帰結は、【経済活動の活発化と社会制度の安定】【未来の健康に繋がるコミュニティの発達】の2つが抽出された。【経済活動の活発化と社会制度の安定】は、個人の【主体的な健康管理能力の体得】によって生じる〔入院・救急利用の減少〕〔医療費の抑制〕という社会制度上の効果と個人の【安定した豊かな社会生活の獲得】によって確保される〔労働力〕という生産性の側面から構成された。そして【未来の健康に繋がるコミュニティの発達】は、【主体的な健康管理能力の体得】によって【安定した豊かな社会生活の獲得】をした患者が疾患の経験を生かし社会活動を行うなどの〔個人から地域へ波及する健康増進〕と現在の健康が次世代に影響する〔未来の健康〕から構成され、個人から集団に波及する帰結が導かれた。

IV. 考察

1. 看護実践におけるヘルスリテラシーの概念の特徴

ヘルスリテラシーの概念に先行する要因としては、各々の健康状態の管理や維持増進が必要な人々であり各々の識字レベルには格差があった。先行研究により健康管理の障害要因として、基本的な識字の欠如が明らかになっており、欧米では、基本的な健康情報を理解するのに必要な識字力を評価する尺度が開発されている²⁾。しかし、基本的な教育レベルが確保されている日本人のヘルスリテラシーについて抽出された属性から検討すると、【健康的に生きるための知識や経験の保有】から自発的な健康行動に移行するための要素が必要となるのではないかと考える。福田らによると働く女性が健康情報の探索行動をとる動機として、自覚症状のほかに他者とのやりとりによって促された気づきを挙げている¹⁸⁾。また、村田らも他者の発言を受けて客観的に自分の状態に気づく⁴⁾を挙げている。ミードによると、コミュニケーションという行為は、情報の伝達・交換だけでなく、他者との関わりにより、内省的思考という内的コミュニケーションを展開し、自分の内部について、様々な状況に照らし合わせ、それらとの関連において解決する作用を持っている³⁷⁾。つまり、今回の属性においてコミュニケーションの能力を示す【支援者との交渉能力】を発揮することで、内省的思考が起り、自分の状況と照らし合わせることで【現状を認識し獲得した情報を活用する能力】へと促されると考える。そして、ブルーマーは内的コミュニケーション

においての自分自身との相互作用を示している³⁷⁾。これは、他者とのコミュニケーションを通じて、自分自身を対象化し、他者の期待（ここではケア提供者）がイメージ表示され、それが自分の立場や行為の方向によって意味づけられ、主体的行為形成がなされるというものである。ここでも【支援者との交渉能力】という媒体により、【現状を認識し獲得した健康情報を活用する能力】は【実践的な健康管理能力】へ促されると推測される。つまり、看護実践におけるヘルスリテラシーにおける属性は、【支援者との交渉能力】を発揮することで、他者とのコミュニケーションを繰り返し、同時に自己との対話を行いながら【健康的に生きるための知識や経験の保有】【現状を認識し獲得した健康情報を活用する能力】【実践的な健康管理能力】を円滑に循環することで高められ、結果として個人においては、【主体的な健康管理能力の体得】であるといえる。今回の分析で特徴的な属性は、【支援者との交渉能力】と【実践的な健康管理能力】であり、従来の識字や本質を見抜く力とは異なる能力を見出したことである。ここで、コミュニケーション能力である【支援者との交渉能力】に注目することは、他者との会話がヘルスリテラシーを高める1つの要因⁴⁾であるとした村田の概念分析の結果と一致する。一方で提供者側のコミュニケーション能力の向上^{14, 15) 20) 22)}についても言及されており、対象者のヘルスリテラシーを高めるには、提供する側も意識し高める必要がある能力であることが示唆された。

2. ヘルスリテラシーの概念の有用性

看護実践におけるヘルスリテラシーの帰結としては、個人が【主体的な健康管理能力の体得】ができ、その結果【安定した豊かな社会生活の獲得】を達成し、ひいては、【経済活動の活発化と社会制度の安定】がもたらされ、【未来の健康に繋がるコミュニティの発達】となる。これは、ヘルスプロモーションである健康日本21が目指す目的である。その達成のために、基本方針に謳われている「多様な経路による情報提供」においては、マスメディア等による広範な情報伝達の利用が推進されている。今回の概念を活用するにあたり、コミュニケーション能力に着目することは、一般的な教育レベルが高いとされる日本人の健康情報の本質を見抜く力を養い、実践行動を促す介入研究においての有用性が示唆される。

V. 結論

Rogersの概念分析法を用いて「看護実践におけるヘルスリテラシー」の概念分析を行った。4属性、2先行要件、4帰結が抽出され概念モデルが抽出された。看護

実践におけるヘルスリテラシーとは、従来の定義に示されている【健康的に生きるための知識や経験の保有】や【現状を認識し獲得した情報を活用する能力】だけでなく、社会的スキルとしての【支援者との交渉能力】と【実践的な健康管理能力】という実際の行動を含めた能力であり、これらは、コミュニケーション能力に介入することでヘルスリテラシーを高める一因となることが示唆された。

VI. 終わりに

今回日本人のヘルスリテラシー向上の支援を検討するために、Rogersの概念分析法を用いて「看護実践におけるヘルスリテラシー」の概念分析を行った。しか

し、今回の結果は限られた文献によるもので、分析対象のほとんどが欧文献であった。特に“Patient Education and Counseling”誌が多く、患者教育においてヘルスリテラシーの注目度の高さが伺われるが、対象を社会的弱者としたものや基本的な識字尺度を使用したものが多かったため、日本人に対しての一般化には限界があると考えられる。今後概念モデルの検証に繋げられるよう概念の洗練が必要である。そして、日本人のヘルスリテラシーの向上のための支援に用いることができるよう有用性を探求していくことが課題である。

図1 ヘルスリテラシーの概念モデル

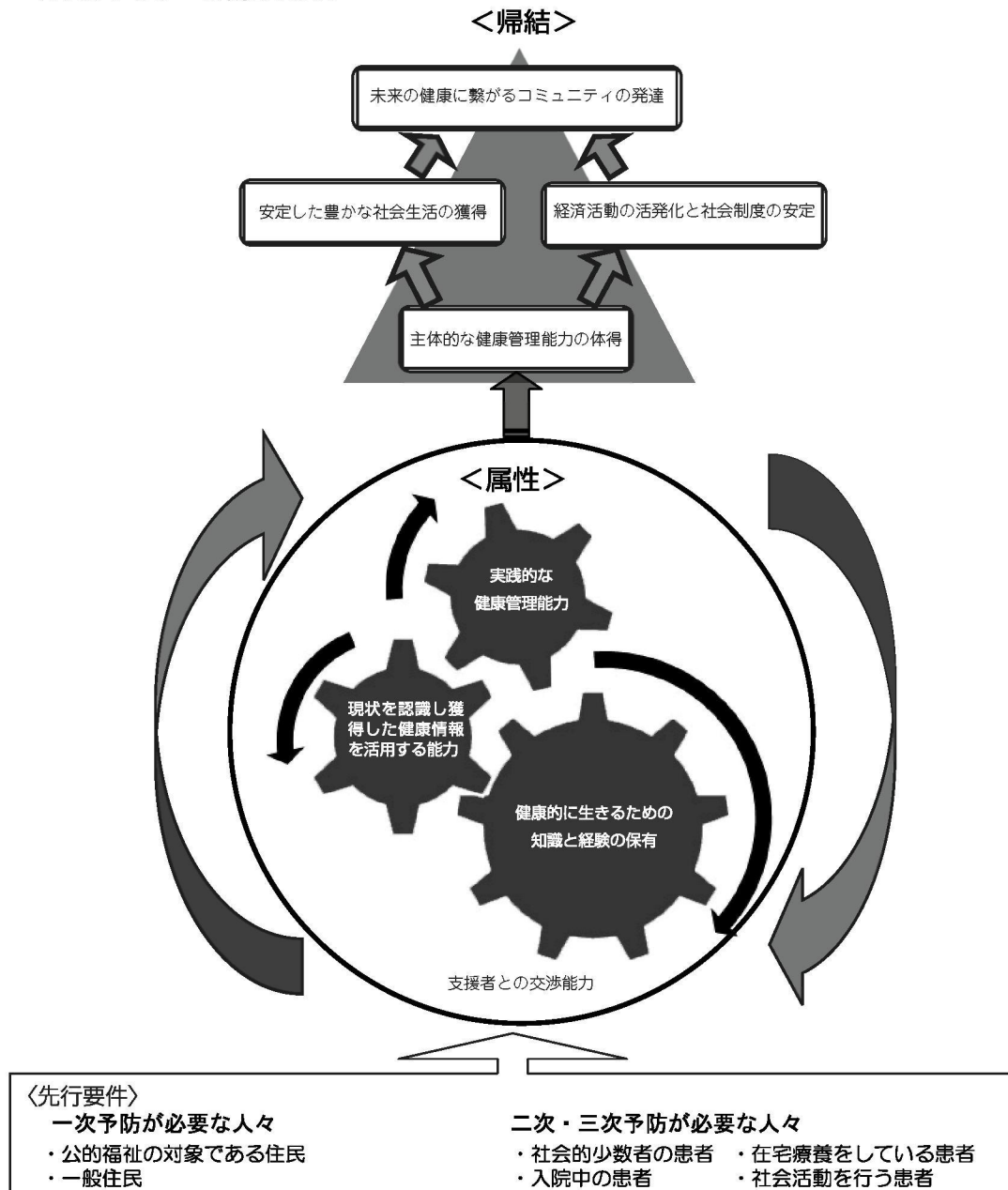


表 1. 属性

	テーマ	カテゴリー	サブカテゴリー	文献
相互作用がある	健康的に生きるための知識や経験の保有	基本的な識字力	医療用語のスペルがわかる	Nicora J Gray,Ph.D.(2005)
			処方箋や説明書をよむことができる	Valerie R Johnson(2010)
		専門用語や情報の理解	基本的な健康情報が理解できる	Jennifer A. Schlichting(2007)
			医療専門用語・単語が理解できる	Valerie R Johnson(2010)
			内服薬における説明書の理解	Sunil Kripalani(2007)
			前立腺がんに関連する情報の理解	Marareth Santos Zanchatta(2007)
			がんに関連する情報の理解	Marareth Santos Zanchatta(2007)
			健康情報の理解	高山 智子(2005)
			健康サービスの理解	Adrienne Shaw(2009)
		健康についての知識や経験の保有	薬の知識	Jennifer R Marks(2010)
			病気の知識	Young Ik Cho(2008)
			病気の知識	Julie A. Gamarian(2003)
			がんのスクリーニングの知識	Robert j Volk(2008)
			健康についての知識	Mayumi Onishi(2005)
			症状	Margaret C Fang(2009)
			危険因子の認知	Margaret C Fang(2009)
	現状を認識し獲得した健康情報を活用する能力	症状の自覚	症状の気づき	Laura P Shone(2011)
			症状の自覚	Margaret C Fang(2010)
		現状を踏まえた情報探索能力	症状を使って検索することができる	Nicora J Gray,Ph.D.(2005)
			自覚症状から自分の病気を予測し、行動していくこと	中津 克之(2010)
			必要な情報を得る能力	Adrienne Shaw(2009)
			健康情報へアクセスする	高山 智子(2005)
			がんに関連する情報の収集	Marareth Santos Zanchatta(2007)
		情報を吟味し活用する能力	ウェブサイトの信頼性が決定できる	Nicora J Gray,Ph.D.(2005)
			がんに関連する情報の選択	Marareth Santos Zanchatta(2008)
			関連するプリント教材を利用することができる	Valerie R Johnson(2010)
			必要な情報を得て、処理する能力	Adrienne Shaw(2009)
促進因子	実践的な健康管理能力	健康への意思決定	様々な情報から健康への決定ができる	Nicora J Gray,Ph.D.(2005)
			がんのスクリーニング受診の積極的な意思決定	Robert j Volk(2008)
		疾患の自己管理行動	内服の遵守	Young Ik Cho(2008)
			薬の内服アドヒアランス	Debra A Murphy(2010)
			薬における説明書の記憶	Sunil Kripalani(2007)
			病気の管理	Laura P Shone(2010)
			病気のセルフマネジメント	Urmimala Sarker(2008)
			十分にケアができる能力	Marilynne R Wood Ph.D,RN(2010)
			推奨される治療にアクセスできる	Jennifer A. Schlichting(2007)
			慢性疾患とセルフケアをかみ合わせることができる能力	Tae Wha Lee(2009)
		健康増進予防行動	適切な健康サービスにアクセスできる	Jennifer A. Schlichting(2007)
			ヘルスケアシステムに導くことが出来る能力	Tae Wha Lee(2009)
			健康的な行動(栄養・運動・責任)	Young Ik Cho(2008)
促進因子	支援者との交渉能力	コミュニケーション能力	症状や微妙な変化を専門家に話すことができる	Rima E Rudd(2010)
			自分の治療について専門家とディスカッションできる	Rima E Rudd(2010)
		情報提供能力	ケア提供者に個人的な健康情報を提供する能力	Tae Wha Lee(2009)

表 2. 先行要件

テーマ	カテゴリー	サブカテゴリー	文献
一次予防が必要な人々	公的福祉の対象である住民	少数民族	Jennifer A. Schlichting(2007)
		移民	Jennifer A. Schlichting(2007)
		無保険	Jennifer A. Schlichting(2007)
		義務教育を受けていない妊婦	Mayumi Onishi(2005)
		在米韓国人の老人	Tae Wha Lee(2009)
		スラム街の太りすぎの 10 歳～16 歳	Iman Shariff(2010)
		子どもが喘息のアフリカ系アメリカ人の親/保護者	Marilynne R Wood PhD,RN(2010)
		子どもが小児喘息の親	Laura P Shone(2012)
	一般住民	11 歳～19 歳の思春期の生徒	Nicora J Gray,Ph.D.(2005)
		常勤形態で働く女性	福田 紀子(2008)
		インターネットサイトに登録している日本人	Yasuharu Tokuda(2009)
		大学の近隣に住んでいる 28 歳～91 歳の人	Timothy W. Bickmore(2009)
		地域住民	高山 智子(2006)
		5 ヶ月～8 ヶ月の子どもを養育する人	L Kari Hironaka(2010)
二次・三次予防行動が必要な人々	社会的少数者の患者	大学のクリニックでフォローされている低所得者層	Jennifer R Marks(2010)
		ニューヨークの低所得者層の患者	Melanie Jay(2009)
		ワーファリン治療を受けている低所得者	Margaret C Fang(2010)
		セーフティネットでの糖尿病患者	Urmimala Sarker(2008)
		公的医療制度を利用している老人	Young Ik Cho(2008)
		セーフティネットでの低所得・無保険の外来患者	Rebecca L. Sudore(2009)
		セーフティネットでの英語力が限られた外来患者	Rebecca L. Sudore(2009)
		ワーファリン治療を受けている異民族	Margaret C Fang(2010)
		アフリカ系アメリカ人で冠動脈疾患の既往がある人	Sunil Kripalani(2007)
		(尺度)によりヘルスリテラシーが低いとされた 50 歳～70 歳男性	Robert J Volk(2008)
		機能的なヘルスリテラシーが低い 2 型糖尿病の患者	Dean Schillinger(2004)
		慢性疾患をもつ 65 歳以上	Julie A gazmararian(2003)
	入院中の患者	初発の消化器がん術前の 18 歳以上男女	中神 克之(2010)
		18 歳以上の心臓病で入院している患者	Adrienne Shaw(2009)
	在宅療養をする患者	血液透析の患者	Janet L Welch(2010)
		喉頭全摘を受けた患者	Jonathan J Beitler,MD,MBA,FACR(2010)
		母子感染した HIV 陽性の青年	Debra A Murphy(2010)
		母子感染以外 HIV 陽性の青年	Debra A Murphy(2011)
		炎症性関節炎の患者	Rima E Rudd(2009)
		薬局で薬をもらう患者	Valerie R Johnson(2010)
		2 型 DM の患者	Namratha R Kandula(2009)
		高血圧と診断された患者(18 歳以上)	Anjali U. Pandit(2009)
	社会活動をする患者	PC(前立腺がん)サポートグループ入会者	Marareth Santos Zanchetta(2007)

表 3. 帰結

テーマ	カテゴリー	サブカテゴリー	文献
主体的な健康管理能力の 体得	健康の自己管理	慢性疾患の患者が疾患をモニターできる	Janet L.Welch(2010)
		慢性疾患の患者が症状を管理できる	Janet L.Welch(2010)
		血圧のコントロールがうまくいく	Anjali U. Pandit(2009)
		タイムリーな治療ができる	Margaret C Fang(2010)
		血糖コントロールができる(自己管理スキルの向上)	Namratha R Kandula(2009)
		慢性疾患の患者が日常の養生を遂行できる	Janet L.Welch(2010)
		薬を正しくのむことができる	Valerie R Johnson(2010)
		健康状態が改善する	Young Ik Cho(2008)
		患者が健康を維持できる	Adrienne Shaw(2009)
		患者が健康を達成できる	Adrienne Shaw(2009)
		健康的な食品選択と患者アウトカム	Melanie Jay(2009)
		ヘルスケアの利用が増える	Sunil Kripalani(2007)
	健康に関する自己決定	患者に自主性が身に着く	Hilda Bastian(2008)
		患者がエンパワメントされ、自己決定できる	Hilda Bastian(2008)
		決定する力を獲得する	Marareth Santos Zanchatta(2007)
	疾患の進行・蔓延の防止	がんの早期発見	中神 克之(2010)
		感染の広がりを防ぐことができる	Debra A Murphy(2010)
安定した豊かな社会生活 の獲得	心身の安定	卒中の不安を軽減できる	Margaret C Fang(2010)
		子どもが喘息の親の苦痛が軽減する	Laura P Shone(2009)
		子どもが喘息の親の重荷が減る	Laura P Shone(2010)
		慢性疾患の人のメンタルヘルスが向上する	Rima E Rudd(2009)
	社会活動への参加	学校活動に参加できる	Marilynne R Wood PhD,RN(2010)
		学校への出席が増える	Marilynne R Wood PhD,RN(2010)
	QOLの向上	子どもが喘息の親のQOLが向上する	Laura P Shone(2011)
		職業生活を含め快適で豊かな生活	福田 紀子(2008)
		QOLが向上する	Jonathan J Beitler,MD,MBA,FACR(2010)
経済活動の活発化と社会 制度の安定	入院・救急利用の減少	入院が減少する	Young Ik Cho(2008)
		入院が減少する	Valerie R Johnson(2010)
		救急の利用が減少する	Young Ik Cho(2008)
	医療費の抑制	医療費が抑制される	Valerie R Johnson(2010)
		経費が削減される	Sunil Kripalani(2007)
		時間とコストが削減できる	Timothy W. Bickmore(2009)
		高価な医療介入を必要とする費用が減少する	Marilynne R Wood PhD,RN(2011)
	労働力	労働力の確保	Valerie R Johnson(2010)
未来の健康に繋がる コミュニティの発達	個人から地域へ波及する 健康増進	(病気の経験を生かし)社会的役割を再定義する	Marareth Santos Zanchatta(2007)
		ヘルスケアの経験を高める	Francesca CDwamena(2009)
		さらに健康になる	高山 智子(2005)
		地域の健康増進	Mayumi Onishi(2005)
	未来の健康	未来の健康の利益に反映する	Nicora J Gray,PhD(2005)

文献

- 1) 酒井俊典：教師のメディアリテラシーの実践的知識獲得を支援するオンライン学習プログラムの開発。日本教育工学誌, 31(2), 187-198, 2007.
- 2) 酒井由紀子：ヘルスリテラシー研究と図書館情報学分野の関与。Library and Information Science, No.59 2008.
- 3) 杉森裕樹：ヘルスリテラシー。からだの科学, No234, 2-7, 2004.
- 4) 村田淳子, 荒木田美香子, 白井文恵：Health Literacyの概念

- 分析一保健センターで展開される健康教育の場において。日本看護科学会誌, 26(4), 84-92, 2006.
- 5) 古谷野互, 上野正子, 今枝眞理子：健康意識・健康行動をもたらす潜在因子。日本公衆衛生誌, 53(11), 842-849, 2006.
- 6) Rogers, B. L. :Concept analysis. An evolutionary, view, Concept development in nursing foundations, techniques and applications (second edition). 77-102, 2000.
- 7) 中木高夫, 川崎修一 訳：看護における理論構築の方法。89-122, 医学書院, 2008.

- 8) Nicola J. Gray, Ph.D, at el: The Internet: A window on adolescent health literacy. *Journal of Adolescent Health*, 37, 243-249, 2005.
- 9) Valerie Johnson, at el: Does social support help limited-literacy patients with medication adherence? A mixed methods study of patients in the Pharmacy Intervention for Limited Literacy (PILL) Study. *Patient Education and Counseling*, 79, 14-24, 2010.
- 10) Sunil Kripalani, at el: Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. *Patient Education and Counseling*, 66, 368-377, 2007.
- 11) Young Ik Cho, at el: Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66, 1809-1816, 2008.
- 12) Julie A Gazmararian, Mark V Williams, at el: Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 51, 267-275, 2003.
- 13) Margaret C Fang, Praveen Panguluri, at el: Language, literacy, and characterization of stroke among patients taking warfarin for stroke prevention : Implication for health communication. *Patient Education and Counseling*, 75, 403-410, 2009.
- 14) Laura p Shone, Kelly m. Conn, Lee Sanders, Jill S. Halterman : The role of parent health literacy among urban children with persistent asthma. *Patient Education and Counseling*, 75, 368-375, 2009.
- 15) Adrienne Shaw, Saima Ibrahim, Fiona Reid, at el: Patients' perspectives of the doctor-patient relationship information giving across a range of literacy levels. *Patient Education and Counseling*, 75, 114-120, 2009.
- 16) Margareth santos Zanchetta, at el: Patterns in information strategies used by older men to understand and deal with prostate cancer: An application of modelisation qualitative research design. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 961-972, 2007.
- 17) 高山智子, 他: 一般の人々のヘルスリテラシーとその関連要因. *日本健康教育学会誌*, 13, 134-135, 2005.
- 18) 福田紀子, 他: 働く女性の健康情報探索行動. *聖路加看護学会誌*, 12(1), 18-24, 2008.
- 19) Debra A Murphy, at el: Health literacy and antiretroviral adherence among HIV-infected adolescents. *Patient Education and Counseling*, 78, 25-29, 2010.
- 20) Jennifer A Schlichting, at el: Provider perception of limited health literacy in community health center. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 114-120, 2003.
- 21) Urmimala Sarkar, at el: Preference for self-manegement support: Finding from a survey of diabetes patients in safety-net health systems: *Patient Education and Counseling*, 70, 102-110, 2008.
- 22) Tae Wha Lee, at el: Testing health literacy skills in older Korean adults. *Patient Education and Counseling*, 75, 302-307, 2009.
- 23) Mayumi Ohnishi, at el: Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulasory education: policy implication for community services: *Healthy Policy*, 72, 157-164, 2005.
- 24) Iman Sharif, at el: Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children: *Patient Education and Counseling*, 79, 43-48 2010.
- 25) L. Kari Hironaka, at el: Care giver health literacy and adherence to a daily multi-vitamin with iron regimen in infants: *Patient Education and Counseling*, 75, 376-380, 2009.
- 26) Jennifer R Marks, at el: The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge. *Patient Education and Counseling*, 78, 372-376, 2010.
- 27) Melanie Jay, at el: A randomized trial of a brief multimedia intervention to improve comprehension of food labels: *Preventive Medicine*, 48, 25-31, 2008.
- 28) Rebecca L. Sudore, at el: Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication: *Patient Education and Counseling*, 75, 398-402, 2009.
- 29) Rovert J. Volk, at el: Entertainment education for prostate cancer: A randomized trial among primary care patients with low health literacy. *Patient Education and Counseling*, 78, 482-489, 2008.
- 30) Dean Schillinger, at el: Functional health literacy and the Quality of Physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Education and Counseling*, 52, 315-323, 2004.
- 31) 中神克之, 明石恵子: 症状出現からがん発見までにおける術前消化器がん患者のヘルスリテラシーの発揮. *日本看護科学会誌*, 30(3), 13-22, 2010.
- 32) Janet L. Welch, at el: Merging health literacy with computer technology: Self-managing diet and fluid intake among adult hemodialysis patients. *Patient Education and Counseling*, 79, 192-198, 2010.
- 33) Jonathan J. Beitler, MD, MBA, FACR, at el: Health literacy and health care in an inner-city, total laryngectomy population. *American Journal of Otolaryngology-Head and Neck medicine and Surgery*, 31, 29-31, 2010.
- 34) Rima E. Rudd, at el: A randomized controlled trial of an intervention to reduce low literacy barriers in inflammatory arthritis management. *Patient Education and Counseling*, 75, 334-339, 2009.
- 35) Christian von Wagner, at el: Health literacy and self-efficacy for participating in colorectal cancer screening: The role of information processing. *Patient Education and Counseling*, 75, 352-357, 2009.
- 36) Anjali U. Pandit, at el: Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Education and Counseling*, 75, 381-385, 2009.
- 37) 船津衛: コミュニケーション入門. 18-50, 有斐閣アルマ 2000.
- 38) Francesca C. Dwamena, at el: Teaching medical interviewing to patient: The other side of the encounter. *Patient Education and Counseling*, 76, 380-384, 2009.
- 39) Yasuharu Tokuda, at el: Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling*, 75, 411-417, 2009.
- 40) Timothy W. Bickmore, at el: Using computer agents to explain medical documents to patients with low health literacy. *Patient Education and Counseling*, 75, 315-320, 2009.
- 41) Marilynne R. Wood PhD, RN, at el : African American Patients'/Guardians' Health literacy and Self-efficacy and Their Child's level of Asthma Control. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 418-427, 2010.
- 42) Hilda Bastian: Health literacy and patient information: Developing the methodology for national evidence-based health Website. *Patient Education and Counseling*, 73, 551-556, 2007.
- 43) Namratha R. Kandula, at el: The relationship between health literacy and knowledge improvement after multimedia Type2 diabetes education program. *Patient Education and Counseling*, 75, 321-327, 2009.

研究報告

離島に居住する男性独居高齢者の“生活の術” —大腿骨骨折術後の2事例からの考察—

金城 八津子, 畑下 博世, 植村 直子, 上野 善子,
マルティネス 真喜子, 藤井 広美
滋賀医科大学医学部看護学科地域生活看護学講座

要旨

本稿では離島に居住する大腿骨骨折術後の男性独居高齢者らが、身体的機能低下がある身にも関わらず、どのようにして独居生活を維持しているのか、その“生活の術”を明らかにすることとした。エスノグラフィーの手法を用いながら、情報提供者自宅において参加観察と非構成的インタビューを行った。その結果、離島に居住する独居男性高齢者は、祖先崇拜による精神的基盤、出来る限り頼りたくないという思いと自尊心を、独居生活を支える“生活の術”としていることが明らかとなった。

キーワード：離島、独居、生活の術、文化、男性高齢者

I はじめに

近年わが国は、世界に類を見ない急速な高齢化を迎えており超高齢社会となっている。高齢者の増加に伴い医療費が増大し、高齢者医療費が国の財政を圧迫したことから、国は平成18年医療制度改革により医療費適正化の推進に取り組みはじめた。長期入院が是正されたことによって在院日数の短縮化及び、在宅生活への早期移行が推進されており¹⁾、独居高齢者の自宅退院後の介護者不在という状況が問題になっている。

これは本研究対象の離島においても同様である。離島であるがゆえに高等教育機関への進学や就業のため、扶養を担う世代が島外へ流出し、島の郊外では過疎高齢化の急速な進展と、高齢者独居世帯の増加がある。

現代にあってもなお日本各地の方言や文化、風習は独特で、離島は他と隔たったその島嶼性ゆえに他と異なる文化や習俗を保持しやすい。その島嶼性が独居生活を可能とさせるのであれば、それを考慮して看護を実践することは、質の高い看護を提供するうえでの鍵となると考えた。

そこで、離島に居住する大腿骨骨折術後の男性独居高齢者らが、身体的機能低下がある身にも関わらずどのようにして独居生活を維持しているのか、その“生活の術”を明らかにすることを目的とした。

(※用語の定義：“生活の術”とは、生活の方法や手段という意味で使用する。)

II 研究方法

1. 対象者 (以下、情報提供者とする)

沖縄県の離島であるA島に居住し、認知症状のない大腿骨骨折術後の独居男性後期高齢者2名。大腿骨骨折は、手術後に歩行機能の低下をきたす代表的疾患であるこ

とから、対象疾患として選択した。

・ケース1：A氏 83歳 男性 独居

・ケース2：B氏 80歳 男性 独居

2. 研究期間

・平成22年4月29日～8月28日 (総日数10日間)

・フィールドワーク総時間：約30時間

3. 方法

エスノグラフィーの手法を用い、情報提供者自宅において参加観察と非構成的インタビューを行った。非構成的インタビューでは、生活概観およびライフコースに沿いながら自由に語ってもらった。エスノグラフィーの研究手法は、文化人類学の伝統に培われたもので、異文化を記述し理解するための有効な方法である。現地の人々と行動を共にしながら原地の人の立場に立ったイーミックな視点と、外部の人のエティックな視点から観察し記録するという方法である²⁾。

調査地は沖縄本島から南西方向に位置する平坦な島である。研究者は平成17年から約2年間当地に居住し、平成20年より大腿骨骨折術後の独居後期高齢者を対象としたフィールド調査を実施してきた。本報告は、その取り組みの一環として行なったものである。

4. 倫理的配慮

本研究は、国立大学法人滋賀医科大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究参加の承諾は、研究説明書と研究同意書を作成し、口頭と書面により研究内容について説明して同意を得た。なお本稿ではプライバシー保護のため、事例に関する記述は骨子に支障がない範囲で修正を加えた。

III 結果

今回は、生活一般状況、相互扶助、信仰について焦点

を当てて結果を述べる。なお本文中の結果における情報提供者本人による語りの内容は、「」を用いて示した。

1. ケース1：A氏 83歳 男性

1) 生活一般状況

元漁師で、近年まで船を持ち現役であった。南方で遠洋漁労の経験や、日本本土で従軍の経験があった。「男は働いてお金を持ってくる。昔から女が食料を確保した。食べ物や着物は、お金がなければ物々交換で女が工面するもの。」と、当地での性差による分業制について語った。現在は少額な年金収入で全て賄っているが、「生活保護受けてる人の方が、生活は楽だはず(楽だと思う)。」と語り、厳しい経済状況であった。日中は電気代を節約するために消灯しており、テレビは夜間のみ観るようになりかけていた。高所からの転落により、大腿骨骨折を受傷し手術歴があった。ADL自立で独歩が可能であったが、円背があり屋外では用心して一本杖使用中であった。

介護度は要支援1であり、ホームヘルパー(家事援助月1回)とデイサービス(月2回)を利用していたが、「汚い年寄りとは思われたくないから、きれいに洗濯したものをいつも着ているよ。」と語り、自ら洗濯をこまめに行って清潔な着衣を着用しており、家事は自立していた。また強度の難聴があり、補聴器をもっているがほとんど使用していなかった。

食事の調理はA氏が行っており、食材の購入はデイサービスの送迎車運転手に依頼し、デイサービス後の帰宅途中にある他集落の商店へ一時立ち寄り購入していた。この商店は、商品の品揃えがよい日用品、惣菜や野菜、魚肉類を購入している。また米は、自宅近くの商店へ買い出しに行き、自転車の荷台にくくりつけ押して運搬していた。自炊は野菜炒めなど簡単な調理のみであり、「少ししか食べないから、いつも(そこに)ある物を食べているよ。」と語った。食材の調達ルートが限られているため簡素な食事であり、栄養バランスが充分とは言えない状況で、年中口内炎がある状態であった。冷蔵庫内に食糧品は少量のみであり、食料品の備蓄はほとんどなかった。

2) 相互扶助

A氏の実子は全て島外居住であり、家庭の事情から疎遠になっていることから交流はほとんどない。そのため、キーパーソンである義娘が、定期的に生活の様子を確認して生活支援していたが、義娘からの情緒的支援は確認できなかった。日常生活では特段親しくしている友人はなく、自宅を訪れる者は義娘とホームヘルパー、布教のために毎月訪れる青年のみであり、話し相手として訪問を楽しみにしていた。自宅は入りくんだ集落内にあり、隣人の気配は感じられるが交流はほとんどなかった。小さな集落であるが、行きつけのC商店以外で購入するこ

とはないため、同じ集落にあるD商店主は情報提供者の近況を知らなかった。また夏場は夕涼みのために、自宅近くの公民館周辺に高齢者が集うが、A氏は強度難聴のために複数人との会話が難しく、悪口を言われているとの思いが生じて不愉快になることもあるため、自ら好んで参加はしないとのことであった。今回は、義娘以外の地縁・血縁関係による相互扶助は確認出来なかった。

3) 信仰

A氏の居住する集落には、土着信仰として集落の御嶽(主に豊作(豊漁)祈願)が存在した。年に一度は盛大な祀り事が催され、居間にはその象徴が飾られていた。幼少の頃からの馴染みの信仰であり、深く信心していた。

しかしながら、「年に一度の集落の行事(祀り)では役割もあるけれど、年寄りすぎる。参加すると時間も長いし体も疲れるから休んで若い者に任せている。」という語りから、集落構成員として、祀りごとの役割にも回避的であった。かつては集落内の行事(祀りごとや祭り)も楽しみで、「昔はづなり(地鳴り)がするほど(集落内の行事で)たくましく踊った。」と満面の笑みで誇らしげに語る様から、積極的に参加していたことが伺えた。しかしながら現在は、「こんなに年寄りになっては、踊ったら笑われるから踊らない。あー、かわいそうと言われるよ。」や、「腰も曲がっているから、外を出歩くのが恥ずかしい。」と語り、参加後の疲労感や老いた身をさらしたくないという思いから自ら参加を避けていた。

またA氏は心中で祖先崇拝をしているが、実子が沖縄本島で継いでいることからA氏宅に仏壇はなく、盆や祖先崇拝の年中行事も沖縄本島で行うために、親類と疎遠になっていた。A氏は「もう何年も(親類に)会ってないよ。子ども達にも仕事があるから、こっち(A島)には来れない。自分からも(遠方であるため)なかなか行けない。」と語ったが、年中行事である島内の墓参りの行事には「墓参りには朝から行くさー。」と意欲的であった。調査期間中は盆の時期であったが、A氏宅には仏壇がないため、供え物などによるお盆特有の賑やかさは見られず、物々しさを感じながらも、仕方がないと自己を納得させていた。調査地では祖先崇拝のため、仏壇がある家に親族が寄り集まる。A氏宅には仏壇がないことから、親族一同が会することはなく、老いた身ではお盆の準備もままならないために実子に託しており、心中で祖先を祀っていた。A氏においては、集落の土着信仰と祖先崇拝は確認出来たが、他の信仰を信心する様子は観られなかった。

2. ケース2：B氏 80歳 男性

1) 生活一般状況

農家でサトウキビ栽培を生業としていた。現在農地は実子が継いでおり、「周辺の農家と交渉しながら農地

を買って整理し、畑を増やした。息子達が後を継いでいるが、多少は感謝してくれているでしょう。」と誇らしげに語った。また島内の青年学校で軍隊教を育受けた経験があった。現在は少額な年金収入にて生活費を賄っているため、経済状況は厳しい。実子から経済的な心配はしないように言われているが、「子どもらには子どもらの生活があるでしょ。自分で食っていかなと（食べていかねばならない）」と語り、自身でやりくりしていることを誇りにしていた。また電気代を節約するため日中は消灯しており、テレビは夜間のみ観ていた。健康状態は、高血圧をはじめとした内科疾患を持ち、服薬状況はおおむね良好であった。自宅玄関で転倒し左大腿骨骨折受傷しており、現在も歩行障害があるために自宅内では車いす、歩行器、T字杖を使い分けて使用しながらもADLは自立していた。介護度は要支援2であり、ホームヘルパー（家事援助月2回）を利用している。強度難聴があり、補聴器使用によりコミュニケーション可能であった。洗濯は自身で行うこともあるが、衣類に若干の汚れあっても気にならない。家での調理人はB氏だが、野菜炒め等簡単に調理できるものが多く、電子レンジで温めて食べる惣菜や、嫁の手料理の差し入れをよく食べていた。実子が頻繁に立ち寄り、食材（米、野菜や肉類等）や総菜も持参してくれるため、自ら買い出しには行かず、冷蔵庫や冷凍庫内には備蓄された食品が多くあった。

2) 相互扶助

妻に先立たれたことから、独居生活が始まった。就職のために離島して県外で所帯を持つ実子と、島内の同じ集落に居住する実子がいた。実子の畑と近いことから、毎日朝夕様子を確認し、頻繁に昼食を共にしていた。また難聴があるため電話ではなく、県外居住の実子から、電話ファクシミリ（FAX）を利用した情緒的支援が頻繁に行われていた。B氏は孫やひ孫の写真を居室内に飾り、「孫やひ孫の成長が楽しみ。また会うために生きている。子ども達に囲まれて、生きることが人間の喜びでしょう。」と満面の笑みで語った。

B氏は日中のほとんどを窓際に置いた椅子に座って過ごし、そこから見えるサトウキビの成長を確認していた。それは家長として「家」を見守ることであった。日常生活では、日頃から特段親しくしている友人はおらず、日常的に自宅を訪問するのは、実子とホームヘルパーであり、時折訪問するのは近所に住む脳梗塞後の知人と布教活動のために訪れる青年のみであった。

脳梗塞後の知人が散歩がてら時々自宅を訪れる事は、集落内の情報を入手できる機会として、楽しみであったが、不自由な身で集落内を往来することを快く思っておらず、顔をしかめながら語った。しかしながら、その知人と布教活動のために訪れる青年を、話し相手として大切に思っていた。

B氏は下肢の不自由さを哀れまれる事が嫌で集落内の外出は控えており、日常近隣の交際はなかった。また、実子より電動式シニアカーを贈られて喜んでいて、電気代や人目を気にしているため、外出は少なかった。農協や自治会の集会もあるが、現在は息子に任せて参加させていた。下肢の不自由さや難聴も不参加の理由であるが、参加者のほとんどは戸主である男性が参加するために、体面を気にしていた。B氏においても実子以外の地縁・血縁関係による相互扶助は確認出来なかった。

3) 信仰

B氏の居住する集落には、土着信仰として集落の御嶽（渇水の土地柄のため豊水祈願）が存在した。集落は広い農地の中に位置しており、干ばつは作物の不作を招くため、雨乞いの儀式（行事）は集落における重要な行事であった。現在は農地の整備が進み、地下ダム建設をはじめ農業用水の整備もされているが、豊水祈願は変わらない。集落内には、地元有志で設置した豊水祈願のモニュメントが見られた。またB氏は祖先崇拝をしており、自宅居間に仏壇があった。沖縄の古い住宅では、玄関から入ってすぐに居間があり、正面に仏壇があることは珍しくない。客人や家人の帰宅時には祖先崇拝のシンボルとも言える仏壇が出迎えてくれるのである。また仏壇を持つ家は、祭時（盆等）には盛大にご馳走を用意し供養しているが、B氏宅でも同様であった。今回の調査はお盆の時期であったが、B氏宅には親類からのお中元が山の様に積まれていた。しかし、お盆明けに家庭訪問した際にはそのほとんどが無くなっており、自宅を訪問する実子をはじめとした親類に、家長として配当していた。研究者も「あんたは私の娘と一緒にだよ。」と受け入れてもらっていたため、お中元の配当としてジュースやシャンプーを勧められた。また、お盆の準備はご馳走や親類に配るお中元等に費用がかかるため、「お盆の用意の為に息子に金を渡している。だから嫁がちゃんと準備してくれた。」と語り、B氏は家長としてその用意にかかる費用を、少額の年金から計画的に工面していたことを誇らしげに語った。B氏においても、集落の土着信仰と祖先崇拝は確認出来たが、他の信仰を信心する様子は観られなかった。

IV 考察

中尾は、「離島という狭い地域の中で、長年つきあいのある隣人や友人は、別居の子どもよりその人の生活の中に位置づいていると考える。」³⁾と述べている。島嶼は住民同士が旧知の間柄であることから、ソーシャルサポートを担っているが、今回は実子以外による親族や集落内における食糧や情報の交換といった相互扶助は確認出来なかった。島嶼は近所付き合いが親密であることから、相互扶助が有効に機能している一方、その緊密

さが煩わしいという側面も合わせ持ち、互いに他家の状況を見極めて配慮しながら相互扶助が行われている。

しかしながら老いてなお男性は、従来の家長役割から世間体を保つことを重視しており、老化による身体の衰えや、独居生活上の困難や寂しさといった弱みを表出することが出来ないため、他者の扶助を受けることが難しい状況にあると考えられる。弱みの表出は自らの役割を放棄することであり、耐えがたいことである。そのため、出来る限り頼りたくないという思いが自らを支えていたと考えられる。

このような中B氏は独居生活でもなお、家長としての誇りと尊厳をもって生活していた。旧民法における家父長制においては、家長は先祖祭祀の責任者であった。現代では「家」のあり方は変わりつつあるが、未だその社会規範は当地において残存している。竹田は、「先祖は「家」に存在の根拠を与え、累代にわたって子孫の家族の幸福に最大の関心をもち、これに最大の庇護と保障を与えてくれるものと信じた。」⁴⁾と述べている。情報提供者らにおいては土着信仰と仏壇以外の祭壇や偶像を信心する様子や語りは全くなかった。B氏は、祖先崇拝の行事である盆の準備を、自らが指揮して無事に執り行ったと語り、祖先崇拝の行事を重要な行事だと認識し、祖先崇拝を精神的基盤としていた。

そして両氏にとっては、自分自身が独居生活を維持し続ける事こそが「家」を守ることであり、事情によって旅に出ている（島を離れている）家族を結びつけているという自負と信念が感じられた。それは、他出家族を取りまとめて祖先祭祀を執り行うという、家父長としての役目を果たす責任感であると考えられる。河野らは、一人暮らし男性高齢者がセルフケアを確立するための強みとして、「人の世話になりたくない」、「できるだけ一人で頑張りたい」というテーマ「自律心」を示している⁵⁾。同様に、島嶼に居住する男性独居後期高齢者においても、出来る限り頼りたくないという思いと自尊心が独居生活を支える“生活の術”であると考えられる。

大森は、「高齢者の居住する地域の自然環境を含む物理的環境や歴史的背景などの地域性、職業や生活歴を考慮し、高齢者の内面に生じる価値の葛藤から、高齢者自身がどのような喪失を経験し、それに対抗するために何を誇りとしているのか理解する必要がある」⁶⁾と述べている。情報提供者らにおいても過去の従軍生活、南方での遠洋漁業や乾いた大地での農業を生活の糧とし、厳しい環境下で家族を扶養して独立自尊を旨としていた。

高齢者は身体的老化、知人や友人の死をはじめ、子らの独立や離島、伴侶に先立たれるなどの喪失を経験し、経済的には収入が減少して厳しくなっていくことが予測される。このような状況に対抗するために、精神的基盤である祖先崇拝と、家長役割から生じた、出来る限り

頼りたくないという思いと自尊心は、重要な“生活の術”であると考えられる。

嶋津らは「交通上の往来、人的な交流の少ないへき地では、土地の文化として独特な様式が保持されており、それが人々の健康と密接に関係していると保健師は捉えた。」⁷⁾と述べている。看護職は住民の精神的基盤となる事象に関心を持ち、そのニーズを充足すべく支援することが大切であるとする。そして、対象者自身と集落内住民各々のこれまでの立場や役割、関係性を理解し見極めた上で、対象者の尊厳を損ねない介入方法を検討することが必要であるとする。

V 結論

離島に居住する独居男性高齢者の“生活の術”は、精神的基盤である祖先崇拝と、出来る限り頼りたくないという思いと自尊心であった。

謝辞

御協力下さった沖縄県立病院の島仲律子看護部長及び職員の皆様、情報提供者とご家族の皆様、フィールドワークに関して教示下さった滋賀医科大学医療文化学講座の兼重努准教授に、心から感謝申し上げます。

本研究は平成21年学術振興会科学研究費補助金（研究活動スタート支援）により実施された研究の一部である。

文献

- 1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向、厚生指針増刊。56（9）, 214-215, 2009.
- 2) 佐藤郁也：フィールドワーク増訂版 書を持って街へ出よう, 22-24, 2007.
- 3) 中尾八重子：訪問看護ステーションのない離島における高齢者の療養場所移行の特徴と看護職の役割。日本ルーラルナース学会誌, 3, 56, 2008.
- 4) 同志社大学人文科学研究部編：共同研究日本の家（同志社大学人文科学研究部研究叢書15）国書刊行会, 21, 1981.
- 5) 岡本双美子, 河野あゆみ, 津村智恵子, 曾我部ゆかり：同居家族との死別を体験した在宅高齢者の閉じこもりを確立するための課題 高層住宅地域と近郊農村地域間の質的分析。日本公衆衛生学会誌, 56（9）, 666, 2009.
- 6) 大森純子：高齢者にとっての健康：『誇りをもち続けられること』農村地域におけるエスノグラフィーから。日本看護科学学会誌, 24（3）, 19, 2004.
- 7) 嶋津多恵子, 蔭山正子, 星田ゆかり, 田口敦子, 麻原きよみ：へき地における戦後から高度経済成長期までの保健師活動—土地の文化に對峙し住民の命と生活を守る—。日本地域看護学誌, 12（2）, 27, 2010.

研究報告

病児・病後児保育のあり方に関する調査

—看護師として働く母親の実情とニーズ—

白坂真紀¹ 北原照代² 埴田和史² 桑田弘美¹

¹滋賀医科大学医学部看護学科（臨床看護学講座・小児看護学）

²滋賀医科大学医学部医学科（社会医学講座・衛生学部門）

要旨

本研究の目的は、国の育児と女性の就労継続支援策のひとつである病児・病後児保育（以下、病児保育）のあり方について考察することである。看護職として勤務を継続しながら幼児を養育している母親 6 名を対象に、通常は保育園に通っている子どもが体調不良となった場合、その対応の実情と期待する病児保育など支援のあり方について、質問紙と面接による調査を行った。結果、対象者全員が病児保育の存在は知っていたが、既存の病児保育は利用しづらいと思っており、利用経験はなかった。利用することに対しては、積極的に利用したいという肯定的なものと否定的なものが半々であった。多くは、子どもの体調不良時は自分で看病したいと思っており、仕事が休めない場合は、普段子どもが通園している保育園内で子どもを預かってほしいと希望していた。子どもの健康と権利を守ること、保護者が安心して就業を継続すること、その双方の両立を考慮した支援が求められる。キーワード：病児・病後児保育, 看護師, 子どもの権利

はじめに

病児保育は、市町村を実施主体とする「乳幼児健康支援一時預かり事業」として、働く母親の「子育てと就労の両立支援」の一環として制度化された。その内容は、子どもがありふれた病気に罹患し、その病状は入院を必要とするほどではなく、家庭で療養できる程度であり、しかし保育所に通園するのは望ましくないときに、その病児を保育、看護、医療にかかわる専門スタッフの協力のもとで専門に預かり、病児の健康回復に向けて支援しようとする制度である¹⁾。このような施設を、政府は 2009 年度末までに 1500 か所（2008 年度は 1164 か所）に増やす目標を掲げている。しかし、多くの施設が赤字となっていることが箇所数が伸びない一因としてあげられている²⁾。共働き世帯の増加により、育児支援策としてニーズは高いはずの病児保育であるが、その利用数は増えていないのが現状である。

そこで、子育てをしながら就労を継続している母親は病児保育について、どのように考えているのか調査を行った。今回、女性が多く、人の健康支援に関する専門職であり、医療現場からの就業ニーズの高い看護職として働く母親を対象とした。病児保育のあり方を検討することは、女性の多い職場である病院（事業主）にとっても重大な課題である。

研究目的

保育園に通園する子どもが病気に罹患したとき、看護師として働く母親の対応の実情と期待する支援内容を明らかにし、病児保育のあり方を検討する。

用語の解説

「病児」と「病後児」：疾病の急性期に対応できる病児対応型と病気の回復期にある児を対象とする病後児対応型などが存在する。しかし、急性期と回復期の医学的定義がないことや、それが連続性をもつ病態の経過の表現であることより、明確に区別することは困難である³⁾といわれている。

研究方法

1. 調査対象者

A 病院で幼児を養育しながら看護師・助産師（以下、看護師）として勤務をする母親 6 名であった。

2. 調査期間

研究期間は 2009 年 2 月～2010 年 8 月であった。

3. 調査手順

本研究の趣旨に承諾が得られた病院看護部担当者の紹介により調査対象を選定した。対象者には、研究の趣旨や方法などを研究者が口頭と書面にて説明した。調査協力が得られた対象者に対して、プライ

バシーが保持できる場所で30~40分程度、質問紙と面接による調査を行った。面接の内容は許可を得て録音し、逐語録を作成しデータとした。

4. 調査内容

質問紙調査は、家族背景や職歴、子どもが病気になったときの対応、病児保育の利用程度と期待する病児保育のシステム、子育てに関する社会支援制度の知識とその利用についてである。面接調査では、質問紙の回答をもとに、通常保育園に通う子どもが発病した時の状況と対応、その際に期待する援助、子どもと自分自身の健康管理で気をつけていることについて自由に話をしていただいた。

5. 分析方法

逐語録におこしたデータを、筆頭著者が設定した課題ごとに整理し、共同研究者が確認した。

6. 倫理的配慮

研究者の所属機関の倫理委員会にて承認を得た(承認番号 20-51)。研究対象者には、研究への自由意思による参加、途中中断の権利と不利益からの保護、プライバシー厳守について保障した。

結果

1. 対象者の背景

対象者の年齢は平均33.5歳で、現職場での勤務継続年数は平均9年で、すべて日勤帯勤務者であった。全員が核家族世帯であり、養育する子どもは平均2人(1-3人)で、平均年齢は2.5歳(1-5歳)であった。夫の平均年齢は33.4歳(会社員等)であった。

2. 子どもが病気になった時の対応と思いについて

「自分が仕事を休んで看る。実母や親戚に看てもらうこともあるが、夫や義母には頼めない。無理して保育園に行かせることもある」、「主には祖(父)母に看てもらうが、祖母の負担やストレスが心配」、「すべて自分が看る。3日欠勤が続いた時は子どもを実家に預けて仕事に行った」、「主に祖母に看てもらい、(時々)自分が仕事を休んで看病する」、「主に祖母に看てもらう。職場に迷惑がかかるので朝から仕事を休んだことはない。朝から休まなければいけない時は夫が看る」、「祖父母に看てもらう。朝急に体調が悪くなった時は自分が仕事を休む」と様々であった。自分の気持ちとしては、「自分で看病したい(4名)」、「何らかのサポートを受けて

仕事をしたい(2名)」と希望していた。

職場や同僚への発言については、「自分が休むことによる同僚への負担を考える/自分が休むと職場に迷惑をかけるので休めない」など同僚の負担を心配していた。「職場のスタッフは子育て中なので、子どもの病気についてみんなで話せる/自分が子育てをしてきた人にはある程度わかってきているかなって思う/子どもの看病で欠勤しても拒否されることはない」と子育てしながら働き続けることの思いを共有できる環境を述べていた。一方、「上司や同僚らとの休み取得の調整が難しい/職場で子どもの話をすることはない」などの意見があった。

病院に期待する子育て支援については、「子どもの人数に応じた看護休暇日数の確保/状況に応じて勤務時間を選択できる制度/保育料金の援助/夜勤や時間外労働の免除/病棟で日勤のみの勤務/看護スタッフの増員/子どもが体調の悪い時は仕事を休んで看病できること」という意見であった。

3. 病児保育について

6名全員が病児保育の存在を知っていたが、利用経験は無かった。病児保育が利用できるよう、事前に施設への登録(乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録申込書の提出)を行っている方が2名、行っていない方は4名であった。病児保育を利用することについては、「病気の回復期に預かってくれるシステムであれば、職場に無理を言っておくより気が楽」など積極的に利用したいという肯定的な意見と、「(施設までの距離、利用時間、事前の受診の手間がかかることで)利用しづらい」、「子どもが体調の悪い時は自分で看たい」、「しんどい時に知らない人に預けられ戸惑う子どもの気持ちを考える」と、利用に否定的な意見が半々であった。

4. 期待する病児保育のシステム(内容)について

希望する利用時間帯は、開所時間7:00~8:00・閉所時間17:00~19:30であった。開設曜日は、「平日のみ(4名)/平日と土曜日(2名)」であった。1日の利用料金は、「2,000円位(4名)/3,000円位(2名)」であった。希望する病児保育の施設形態は、通常の保育園内に病児保育室を併設する「『保育所併設型』(5名)/医療機関に併設する『医療機関併設型』(1名)」であった。

病児保育に期待する「ケア」と「保育」について

は、「子どもがゆっくり休め不安が軽減できるような環境/通常の保育園と同様/顔なじみの先生に保育を希望する/体調が変化した時の子どもの様子がわかること/家での様子や病児保育中の様子がスタッフの方とゆっくり話せること/ベッドではなく布団を使用してほしい/職場に近いと休憩時間に様子を見に行けるので良い」という意見があった。

5. 子育てに関する社会支援制度について

「育児休業制度」は、「知っている(1名)/知らない(0名)/利用した(5名)」であった。「育児部分休業制度」は、「知っている(5名)/知らない(0名)/利用した(1名)」であった。「子の看護休暇制度」は、「知っている(3名)/知らない(2名)/利用した(1名)」であった。「時間外労働制限の制度」は、「知っている(3名)/知らない(3名)/利用した(0名)」であった。「深夜業制限の制度」は、「知っている(4名)/知らない(2名)/利用した(0名)」であった。「勤務時間短縮の措置」は、「知っている(2名)/知らない(2名)/利用した(2名)」であった。制度の利用については、「子の看護休暇」の取得が可能な部署とそうでない部署があるなど、利用状況は一樣ではなかった。

6. 家族と自分の健康管理について

「睡眠時間をしっかり取る(そのために夕食と入浴を早く済ませる)/三食きちんと食事をする/薄着にさせる/集団生活に備え予防接種は全て受けている/歯と耳の病気は繰り返すので気をつけている/38℃以上あっても、飲食できていればすぐに病院には連れて行かず様子を見る」であった。自分自身については、「自分の体調は気にならない/健康のために週一回、団体競技に参加している」であった。

7. 看護職という仕事とその継続について

「患者さんやスタッフとの連携が多い仕事なので、その責任を重く感じる」、「仕事の責任が重くなったために欠勤ににくい状況なら、パートタイムなど働き方を変えようか悩む/看護職はどこでも就職口があるので、今の自分や子どもの生活に合った職場を移動することも考える」や「30歳代の出産・育児を頑張る時に、仕事のキャリアもと思うと、実際には難しくて挫折しそうになる」、「夜勤はないが、仕事が定時に終わらず、時間外勤務になることがある/勤務時間外の研修は負担である」と話されていた。

III 考察

1. 子どもが病気になった時の対応と意思について

別居の祖(父)母や親戚に病児を看てもらうなど親族に依頼する傾向が多くあった。次に、母親が欠勤して看病している状況であるが、その時には職場の同僚への負担を考えていた。中には「無理して子どもを保育園に行かせる」こともあり、子どもへの負担が感じられた。同時に「朝は必ず職場に行く」という、患者の命を預かるという仕事柄、職務への責任感が伺えた。そのような中、4名が「本当は母親自身で病児を看病したい」とあり、児を養育する母親の希望と子どもの権利が確保されるような環境が求められる。2名は「サポートを受けて仕事をしたい」とあり、支援策の一つとして病児保育があると考えた。

2. 病児保育について

対象者全員が病児保育の存在を知っていたが、利用経験はなかった。利用者の視点からみると、開所時間が遅いことや施設が遠距離にあること、事前の受診を経て預けるという所要時間を考えると、欠勤していることと同じであるなど、実用的でないことが理由であった。保護者の病児保育に対する認識については、実際は場所やどのような内容かわからないという養育者が多く、正しい情報が得られていないという指摘もある⁴⁾。

病児保育の利用については、意見が分かれた。肯定的な意見は、「病気の回復期であれば、職場に無理を言って休むより気が楽」と、条件が整えば積極的に活用したいという考えであった。否定的なものには、「体調不良時に、知らない環境に預けられる子どもの戸惑いを考える」であり、子どもの体調と環境の変化から子どもへの負担の増加を心配する意見があった。以上より、「子どもの体調不良時は自分で看病したい」という母親の思いに応える人員など職場環境の整備が必要であり、保護者と子どもが安心して利用することのできる病児保育は、選択肢の一つとして考えられる。病児保育は、医療と保育の境界領域を対象としているため、病児保育を円滑に推進していくためには、医療、保健、保育(福祉)の緊密な連携が重要とされており¹⁾、安全に安心して病児を預けてもらうためのスタッフや環境の整備が必要である。保護者の就業を優先させることによ

る子どもへの心身の負担も考え、子どもの権利が保障できることを常に意識することが重要である。

3. 期待する病児保育の内容について

希望する開所時間は通常の保育園と同様の 7:00～8:00 とあり、仕事の開始時刻に間に合うことを重視していた。病児保育に預ける前の受診に要する時間や自宅と職場の距離も考え、施設が近距離であることが重要であった。希望する 1 日の利用金額は 2,000～3,000 円程度で、全国にある病児保育利用料金 1,500～3,500 円と同程度であった。

期待する看護については、安静に過ごすなど、子どもがゆっくり休めるような環境の整備という具体的な意見があったが、期待する保育については特別な意見はなかった。実際に病児保育の利用経験がないことでイメージがつかなかったと思われる。

具体的に希望する病児保育のあり方としては、5 名の母親が普段通園している保育園に病児保育室を併設する形態を希望しており、先行研究と同様の結果であった⁵⁾。これは、通園のしやすさ、環境の変化による子どもの負担への配慮、毎日子どもと接している職員への信頼によるものと考えられる。1 名は、子どもの様子を容易に確認できるという利点から、自分の就業先での病児保育室の併設（医療機関併設型）を望んでいた。母親自身が子どもの状態を把握し対応しやすいことを求めており、いずれにしても、子どもと保護者が安心して利用できることが重要であると思われる。

4. 子育てに関する社会支援制度について

育児休業制度と育児部分休業以外は、全員に認知されていない制度があり、部署によりその利用程度に差が生じていた。支援制度の情報収集など本人の努力も必要であると思われる。事業主側も、より充実した病院経営のために、女性の子育てと就労の両立支援に関する諸制度の周知と運用が課題である。

5. 自分と家族の健康管理について

体調不良を来しやすい児は、保育時間が長い、生活リズムが乱れている子どもであると指摘され、家庭における健康管理は大切である⁶⁾と言われている。今回の調査では、「睡眠をしっかりとり」「3 食きちんと食べる」など規則正しい生活を意識し、各家庭で子どもの健康管理に配慮していることが伺えた。

6. 看護職という仕事とその継続について

看護職という責任の重みを実感し、キャリアを重ねることの負担を抱えていた。また、子どもの生活に合わせて職場を移動することを考えていた。病院で経験を重ねた看護師が退職することは、看護水準の低下など事業主にとっても不利益である。女性のライフサイクルを考えると、妊娠・出産・子育てと職業キャリアを形成する時期は一致しており、この問題に取り組むことの必要性が改めて示唆された。

まとめ

対象者全員が病児保育の存在を知っていたが、利用経験はなく、家族や親族に依頼したり、自分が仕事を休むことで子どもの看病をして対応していた。子どもの体調不良時は自分で看病したいと思いながらも、普段通園している保育園で見てもらうこと（保育所併設型の病児保育）も希望していた。子どもの健康と権利を守り、保護者が安心して就業を継続できる支援の充実が求められる。

謝辞

本調査に快くご理解とご協力くださいました看護師の皆様と、看護部の方々に感謝申し上げます。

文献

- 1) 全国病児保育協議会(帆足英一)監修,改訂必携・新病児保育マニュアル(平成 21 年度版),223,2009
- 2) 第 27 回社会保障審議会少子化対策特別部会:病児・病後児保育について,2010-12-8
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/d1/s0930-9e.pdf>
- 3) 全国病児保育協議会(帆足英一)監修,改訂必携・携・新病児保育マニュアル(平成 21 年度版)25-26,2009
- 4) 澤田理恵,中垣紀子,神道那実,鈴木弘美,石黒士雄,養育者の育児環境及び健康に関する意識 ―保育園に通園する子どもの養育者への意識調査―,日本赤十字豊田看護大学紀要 5(1),9-18,2010
- 5) 大木伸子,保育園児の病気時の保育の実態と保護者のニーズ,小児保健研究,62,350-358,2003
- 6) 長谷川望,大野京子,斎藤義弘,浦島充佳,衛藤勝,集団保育児の体調不良時の家庭での対応とその支援策について,小児保健,66(6),809-814,2007

研究報告

手術後患者の皮膚知覚低下における特性

—Semmes-Weinstein monofilament による圧触覚閾値の評価—

番所道代¹、吉田裕子¹、戸上伊代¹、中田牧人²、松村祥恵³、盛永美保¹

¹滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

²滋賀医科大学医学部附属病院看護部

³滋賀医科大学医学部医学系研究科修士課程看護学専攻

要旨

本研究は手術後の皮膚知覚の低下について圧触覚閾値を Semmes-Weinstein monofilament (以下 SWM) により評価し、術後の皮膚知覚低下者の特性を明らかにすることを目的とした。手術目的で消化器・乳腺一般外科に入院中の患者 91 名に対し、術前および術後に両拇趾底部の圧触覚閾値測定を行った。健常者の SWM の値を正常群と低下群の 2 群に分け手術前後の値を比較した。その結果、術後に SWM による圧触覚閾値が低下を示した患者は 6 割が 4.31/2 g 以上の知覚低下群であった。また知覚低下群の年齢は 65 歳以上と高く男性が高い頻度であった。

キーワード：疼痛管理、皮膚知覚低下、モノフィラメント、圧触覚閾値

はじめに

術後の十分な疼痛緩和は、単に疼痛からの解放のみならず、術後の早期離床と肺合併症の予防効果があることが示されており¹⁾術後の適切な疼痛管理の重要性が認識されている。一方で、疼痛緩和のために用いられている鎮痛薬持続注入法や患者自己管理鎮痛法(Patient Controlled Analgesia : PCA)などは、皮膚知覚の低下を介して褥瘡発生や転倒リスクを増加させていることも指摘されている²⁾。そこで、本研究は手術後の皮膚知覚の低下について圧触覚閾値を評価する SWM による測定を手術前後に行い、術後に皮膚知覚低下する対象の特性と実態を明らかにすることを目的とした。

研究方法

1. 対象

滋賀医科大学医学部附属病院に入院し、上部・下部消化管および乳腺の手術を受ける 20 歳以上の患者を対象とした。このうち認知機能に障害のある患者、潰瘍性大腸炎の患者を除外した。

2. 調査期間

2010 年 1 月 20 日～10 月 30 日

3. 調査方法

研究参加の同意が得られた患者に対し、術前および術後 1 日目に SWM による圧触覚閾値の測定を左右拇趾底部で実施した。対象患者の年齢、性別、病名等の基本属性と手術時間、鎮静剤の種類・方法と投与量等の手術関連項目は診療録より調査した。

4. 測定用具

圧触覚閾値の評価にはブリノバタッチテスト・フットキット(アークレイ社)の SWM 6 種類(2.83/0.08 g、3.61/0.4 g、4.31/2 g、4.56/4 g、5.07/10 g、6.65/300 g)を用いた。SWM での圧触覚測定は全く痛みを伴わないこととモノフィラメントの感覚を理解してもらうために、拇趾底部での測定前に、手の甲などの確実に圧触覚を感じるポイントにモノフィラメントを当てて、その感覚を理解する機会を設定した。その後、仰臥位閉眼にて拇趾底部を被験部とし、最も細いフィラメントによる刺激から開始し、

圧触覚を感じない場合には順次太いフィラメントによる圧触覚刺激を与えた。圧触覚閾値測定に際しては、胼胝や鶏眼など皮膚の固くなった部位を避け、モノフィラメントを皮膚に対し、垂直に押し当て90°に曲がってから1~2秒後に離し、認知可能と判定したSWMの圧を触覚閾値とした。測定回数は左右2回ずつ行い、測定部位は拇趾底部が他神経と相関しており、圧触覚の評価に優れていると報告されている^{4~6)}ことから左右拇趾底部とした。

5. 倫理的配慮

対象者には文書と口頭にて説明し、署名により同意を得た。説明内容は、①研究目的と方法、②統計的に処理するため個人が特定されないこと、③調査へ承諾後の途中中断・辞退に関わらず、医療サービスに関して不利益を被る事がないこと、④調査結果を個人が特定されない形で学術的目標のために公表することを説明した。本研究は滋賀医科大学倫理委員会での承認を得て行われた（承認番号：21-42）。

6. 分析方法

使用したモノフィラメントの感覚評価表と糖尿病の神経障害における先行研究³⁻⁴⁾を参考に、健常者における圧触覚の閾値とされる3.61/0.4g以下で圧触覚が認識された場合を正常とし、3.61/0.4g以下を正常群、4.31/2g以上を低下群とした。正常群/低下群の特性について記述し、両群の性別、病型、鎮痛緩和剤の投与の比較検討にはカイ二乗検定、およびt検定を、術前後の圧触覚閾値の変化の比較はMcNemar検定を用いた。すべての分析で有意水準は5%とした。解析には統計ソフトSPSS for 17.0 J for Windows (SPSS Japan Inc.)を用いた。

結果

研究対象者は198名で、そのうち144名（応諾率72.7%）より同意を得た。疼痛や倦怠感等の症状のための測定拒否や術後集中治療室で管理されたために測定が不可能であった34名と糖尿病、脳梗塞、脊椎間狭窄症、ヘルニアの既往のあった19名を除いた91名を分析対象とした。対象者の特性については、

年齢（平均±標準偏差）は62.8±13.4歳で男性が52.7%を占めた。男性の平均年齢は67.2±13.2歳であり、女性は57.9±12.0歳であり男性の平均年齢が有意に高かった。病型については、胃癌や食道癌などの上部消化管疾患が37.4%、クローン病や大腸癌などの下部消化管疾患が36.3%であり、乳癌などの乳腺疾患が26.4%であった（表1）。

SWMで評価された手術後1日目の圧触覚閾値低下群は右足59名（64.8%）、左足53名（58.2%）であった。右足の圧触覚閾値正常群/低下群との比較で、年齢では正常群が56.0±13.3歳、低下群の年齢が66.5±12.0歳で低下群の方が有意に高く（ $p<0.001$ ）、性別では、男性の割合が正常群10名（21.8%）、低下群38名（79.2%）で低下群の方が有意に高かった（ $p=0.004$ ）。左足での測定結果でも同様に、低下群は正常群と比して年齢が高く、男性の割合も高かった。

手術前SWMで評価された圧触覚閾値低下群は右足40名（44.0%）、左足41名（45.1%）であった。手術後の圧触覚閾値正常群/低下群の特性比較では、両足とも術後と同様に低下群の年齢が高く、男性の割合が高かった。疼痛緩和のための薬剤投与量や病型分類に相違点は認めなかった。病型別での正常群では乳腺の手術患者の割合が高く、低下群では上部・下部消化管の患者の割合が高かった（表1）。

次に、圧触覚閾値の手術前後の変化を表2に示した。術前正常から術後低下へ変化した者は26名（44.0%）で、術前低下から術後正常へ変化した者は7名（22.0%）であった。手術前後の変化割合について検討したところ、術前正常群が低下群に変化する割合は低下群から正常群へ変化する割合よりも有意に高かった（ $p=0.001$ ）。左足についても同様の結果であった。

術前から術後に2段階以上低下した対象については右足12名、左足14名であり、それぞれの平均年齢（平均±標準偏差）は、67.6±11.0歳、67.4±11.8歳と正常群と比較して高く、男性の割合も右足8名（66.7%）、左足12名（85.7%）と多く低下群の特性と同様の結果であった。

表1. 対象者の特性(n=91)

	全体	手術後の右足圧触覚閾値			手術後の左足圧触覚閾値		
		正常群 (n=32)	低下群 (n=59)	p値	正常群 (n=38)	低下群 (n=53)	p値
年齢: 歳	62.8±13.4	56.0±13.3	66.5±12.0	<0.001 *1	60.8±13.3	64.2±13.4	0.239
性別 男性	48 (52.7)	10 (21.8)	38 (79.2)	0.004 *2	9 (18.8)	39 (81.3)	<0.001 *2
病型							
上部消化管	36 (38.3)	10 (29.4)	26 (43.3)		14 (36.8)	20 (37.7)	
下部消化管	34 (36.2)	9 (26.5)	25 (41.7)	0.005 *2	10 (26.3)	23 (43.3)	0.106
乳腺	24 (25.5)	15 (44.1)	9 (15.0)		14 (36.8)	10 (18.9)	
疼痛緩和薬剤の投与量							
フェンタニル†	28.1±11.9	30.0±14.9	28.1±11.4	0.477	27.8±9.9	29.3±14.3	0.663
アナペイン‡	60.8±18.4	62.3±14.3	60.0±20.2	0.847	59.0±17.3	62.3±19.2	0.561

連続量は平均±標準偏差を示す

離散変数は人数(%)を示す

†n=52

‡n=45

*1 t検定による正常群/低下群の比較(p<0.05)

*2 カイニ乗検定による正常群/低下群の比較(p<0.05)

表2 手術前後での圧触覚閾値の正常/低下群の割合比較変化(n=91)

		手術後		p値*
		正常群	低下群	
手術前	右 正常群	25 (78.1)	26 (44.0)	0.001
	右 低下群	7 (22.0)	33 (56.0)	
	左 正常群	33 (87.0)	17 (32.0)	0.017
	左 低下群	5 (13.1)	36 (68.0)	

離散変数は人数(%)を示す

正常群はSWMが3.61/0.4g以下の圧知覚があったもの、

低下群は4.31/2g以上での圧知覚を示す

* McNemar検定

考察

本調査の結果、術後 SWM で評価された圧触覚閾値では左右の拇趾において約 6 割の患者が知覚低下していることが明らかとなった。また術後知覚低下を呈していた患者のうち 6~7 割は術前から知覚低下を伴っており残りの 3~4 割の患者は術前評価が正常だったにも関わらず、術後の知覚低下を起こしていた。足底部の知覚低下は立位姿勢や歩行に影響を及ぼすことが示されており³⁾、そのため、足底部の知覚の有無や程度の見極めは転倒予防の観点から大変重要である。

SWM 法は欧米において感覚検査法として様々な疾患に用いられており⁴⁾、下肢の圧触覚を測定する SWM は信頼度も高いため、広く臨床で活用可能なツール

として知られてきている^{5~6)}。しかしながら本邦では、糖尿病神経障害の評価で用いられることがほとんどであり、一部に透析患者や分娩麻痺、手根管症候群患者に用いられた報告があるが術前後の圧触覚を調査した研究はほとんど見当たらない。本研究では手術前後の拇趾底部を SWM で評価し皮膚知覚低下について検討した。被検者は神経障害を指摘されていない患者であったが、健常者における圧触覚閾値とされる 3.61/0.4 g 以下で圧触覚が確認できた患者は手術の前後で 4~5 割であり、術前から 4.31/2 g 以上に知覚低下している患者が半数を占めることが明らかとなった。よって、手術患者のみならず、入院患者全体の知覚低下をも示唆しており、転倒予防に一層の注意が必要と考える。また術前圧触覚閾値低下者は術後も低く、男性において知覚低下者が多かった。男性に知覚低下が多かった結果については、先行研究による健常者における性差、左右差はなかったとの報告から、本研究の場合、男性の平均年齢が有意に高かったことが影響していると考えられる。術後低下者については薬剤投与による知覚低下の影響も考えられることから、手術後の第 1 歩行時には特に転倒・転落予防への注意が必要と考える。疼痛緩和による薬剤や起立性低血圧によるふらつきを訴

える患者がいることを考えると、術後患者の転倒リスクは高くなることが予測される。よって、手術を受ける患者の術前の圧触覚閾値を測定することで、3.61/0.4 g が認知可能な場合を正常、認知不能な場合を術後の皮膚知覚低下リスクの対象として術後のケアや早期離床を進める際の転倒のハイリスク者と認識し、ケアを行うことで事故防止に繋がると考える。

本研究での知覚正常群/低下群では疼痛緩和のための薬剤投与量に有意な相違は認めなかったが、術前に正常だった者の4割が知覚低下しており、薬剤投与の影響も考えられる。今回の調査では十分な検討ができなかったが、薬剤投与量や投与方法と知覚低下との関連に関しては、今後詳細な検討が求められる。

結論

手術後 SWM で評価をおこなったところ圧触覚閾値では拇指底部において約6割の患者が4.31/2 g 以上の知覚低下群であり、知覚低下群の年齢は65歳以上と高く、男性に高い頻度であった。手術前においても約半数の患者が知覚低下していた。

謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、滋賀医科大学附属病院、消化器乳腺一般外科病棟の医

師・看護師の皆様に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 土屋律子, 小笹浩, 内田博, 坂口泰子, 豊田浩作, 齊藤洋司: 腹部大動脈瘤手術の周術期管理における硬膜外併用全身麻酔・術後鎮痛の有用性. 麻酔臨床, ; 31 (8) ; 1267-1271, 2007
- 2) 松尾淳子, 他: 褥瘡好発部位における加齢による知覚低下に関する検討. 日本褥瘡学会誌. 9 (3), 398, 2007
- 3) 吉田愛, 尖祥子, 清水忍, 大淵修一, 柴喜崇: 両足底部感覚情報低下が立位姿勢及び歩行に及ぼす影響. 北里理学療法学, 5号, 137-140, 2002
- 4) 神康之, 金森昇, 藤田芳邦: 糖尿病性神経障害患者における Semmes-Weinstein monofilaments 法の有用性. 糖尿病, 44 (3), 209-216, 2000
- 5) 笹本牧子, 久保木幸司, 亀山正明: 糖尿病足潰瘍・壊疽のハイリスク患者を診断するためのスクリーニングー Semmes- Weinstein monofilaments による圧触覚検査の有用性ー. 糖尿病, 49 (3), 189-195, 2005
- 6) 本田育美, 神谷千鶴, 栗原宏子 他: Semmes-Weinstein monofilaments を用いた糖尿病性神経障害の評価と有用性ー測定法と判定の検討からー. 糖尿病, 47 (3), 239-245,

研究報告

遺尿症・夜尿症の親子にあった外来看護の検討

—遺尿症・夜尿症児をもつ親の語りから—

滋賀医科大学医学部附属病院 看護部 2D病棟

森本 佳子 松本 綾

要旨

- 研究目的** 当院の泌尿器科外来では、遺尿症・夜尿症の治療のために通院される親子が非常に多い。初めて外来を訪れる親子は、遺尿・夜尿が治らないことを病気だと思い、大きな不安を抱えて受診されることがある。また、遺尿症・夜尿症の治療は長期間に渡るため、親の心理状態が大きく揺れ動くこともある。本研究は、遺尿症・夜尿症児をもつ親の語りからその悩みを明らかにし、親子にあった外来での個別的指導を検討した。
- 研究方法** 無作為抽出法で選んだ3名の親に半構成質問紙を用いて個別面接を行い、データーの一般化を図った。
- 研究結果** 【自分の子どもは他の子どもと違うという認識】、【遺尿症・夜尿症に対する知識不足】、【遺尿症・夜尿症の子どもを持ったことへの心労】、【子どもへの罪悪感と反省】、【子どもが宿泊行事に参加できず不憫】、【治療の見通しがつかない不安】、【治療に対する前向きな姿勢】、【通院治療に対する葛藤】という8つの大カテゴリーが抽出された。
- 結論** 8つの大カテゴリーを分析することで、夜尿症の生活指導をするにあたって、まず母親の夜尿症に対する認識度を確認し、母親の不安やストレスを解消した上で、これから行う生活指導、治療の目的・効果・経過について正しく説明し、納得した上で指導を進めていくこと、また、親子関係の改善や心理社会的側面から親子をサポートしていくことの大切さをこの研究を通して再確認した。

キーワード：小児泌尿器 遺尿症 夜尿症 親の心理

はじめに

遺尿症とは、無意識的な排尿が起こることをいい、昼間遺尿症と、夜間遺尿症つまり夜尿症とに分けられる。なかでも小児の遺尿症は自然に軽快する傾向が強く、かつては自然経過を見守る考えが強かった。日本夜尿症学会¹⁾によると、就学児では年に10～15%の割合で夜尿症は自然治癒していくとされており、一般的にも排尿抑制機構の発達に伴い自然に減少していくものであると考えられている。しかし、近年は本人・家族の心理的負担の大きさや、時には成人まで続く夜尿があることも明らかにされ、様々な治療が試みられるようになった。これらの治療は学童期になっても消失しない児を対象とすることが多い。梶原ら²⁾の疫学調査では昼間遺尿症は学童児の6.3%、夜尿症は5.9%に認められるという結果があり、決して珍しいことではないということが言える。遺尿症の原因としては遺伝的因子、膀胱機能及び成熟の遅れ、精神的ストレス、器質的原因などがあげられる。主な治療法としては生活指導、薬物療法、夜尿アラーム療法、干渉低周波治療法などがある。しかしいずれの治療法も長期に渡ることが多く、本人や家族に負担がかかることになる場合もある。

当院の泌尿器科外来でも、遺尿症・夜尿症の治療のために通院される親子が非常に多い。初めて外来を訪れる親子は、遺尿・夜尿が治らないことを病気だと思い、大きな不安を抱えて受診されることがある。また、遺尿症・夜尿症の治療は長期間に渡るため、親の心理状態が大きく揺れ動くこともある。藁科ら³⁾、桐ヶ谷ら⁴⁾、大島ら⁵⁾などの先行文献では、夜尿症を改善させるための指導や改善された事例の研究、夜尿症に対する親の認識を取り上げたものはあったが、遺尿症・夜尿症で悩む親子の心理状況を取り上げたものは皆無であった。本研究は、その親の心理に着目し、子どもの治療のために通院されている親がどのような思いを抱いて過ごされているのかを知り、遺尿症・夜尿症で悩む親子にどのような看護介入を図ればよいかを検討することにより、今後の児にあった個別的な指導方法を見出したいと思い本研究に取り組んだ。

研究目的

遺尿症・夜尿症の親子にあった外来での個別的な指導方法を見出す。

研究方法

1. 研究参加者

当院泌尿器科に通院されている遺尿症・夜尿症の学童期の児を持つ保護者とした。無作為抽出法で選んだ保護者に、外来受診時に本研究への協力を依頼し、同意が得られた3名に面接を実施した。

2. データ収集期間

平成20年10月から11月

3. データ収集方法

半構成質問紙を用いて約30分の個別面接を実施した。面接内容として、「遺尿症・夜尿症に対しての思い」「これからのお子さんの成長や将来に対しての思い」「ご家族の方のストレスや葛藤」の3つの項目を尋ねた。

4. データ分析方法

筆記ならびに録音した記録内容を逐語録にし、内容ごとにコード化を行った。さらに、そのデータについてカテゴリ化を試みることで、データの縮小・表示・意味づけと分析を重ねることにより一般化を図った。

5. 倫理的配慮

本研究は滋賀医科大学医学部附属病院看護部の倫理委員会による承認を得て実施した。研究協力の候補者に参加を依頼する際、書面と口頭にて本研究の趣旨を説明し、研究協力を同意した後でも調査を辞退する権利があることを伝えた。さらに、本研究によって得られる個人情報については、調査番号をつけて個人が特定できないように配慮するとともに、データを保存した電子媒体は鍵のかかる場所に厳重保管することも伝えた。個人情報は研究以外の目的で 사용되는のではなく、研究が終了次第、適切に廃棄処分することを約束した。

面接場所では研究者と保護者のみが立ち会うようにし、他者や子どもには会話内容が一切聞こえないよう配慮した。また、研究協力者の許可が得られれば面接内容を録音し、フィールドノートの使用に関しても事前に了解を得た。

結果

研究対象者は、小学校1年生、3年生、5年生の子どもを持つ30～40歳の母親であった。対象者の背景は、一人は夫と離婚し3世代で暮らし、パートタイムで働く1子の母親、もう一人は核家族でパートタイムで働く1子の母親、最後は核家族で専業主婦をしている2児の母親であった。対象者の児はいずれも男児であった。対象者の心理を分析した結果、【自分の子どもは他の子どもと違うという認識】、【遺尿症・夜尿症に対する知識不足】、【遺尿症・夜尿症の子どもを持ったことへの心労】、【子どもへの罪悪感と反省】、【子どもが宿

泊行事に参加できず不憫】、【治療の見通しが見つからない不安】、【治療に対する前向きな姿勢】、【通院治療に対する葛藤】という8つの大カテゴリが抽出された。

以下、導き出された各カテゴリとそれを構成する中位カテゴリ及びカテゴリを代表する幾つかのインタビューデータについて述べる。なお、大カテゴリは【 】、中位カテゴリは『 』、データは「 」で示し、内容の理解が難しいと思われる部分は（ ）にて補足した。

1. 【自分の子どもは他の子どもと違うという認識】

このカテゴリは『自分の子どもだけが違うことへの戸惑い』、『オムツが取れないことへの焦燥感』、『発達上の遅れがあることへの懸念』、『夜尿症であることへの羞恥心』、『以前は気に留めていなかった』、『夜尿症へのあきらめ』という6つの中位カテゴリから構成された。対象者は自分の子どもが周囲の同年代の子どもとは少し様子が違うことに気づき、戸惑いを感じた様子や恥ずかしいと感じたことなどを語っていた。また、自分の子どもは夜尿をしてしまう体質だから仕方がないとあきらめ、現状を受け入れる発言も聞かれた。

「もし、これが6年で治るって分かっていたら、(病院に) こうへんかも知れへんけど、うちの子はなんか他の子とちょっと違う気がして、膀胱がちっちゃいってというのが・・・略」

2. 【遺尿症・夜尿症に対する知識不足】

このカテゴリは『遺尿症・夜尿症に対する知識不足』という中位カテゴリから構成された。対象者は自分の子どもが遺尿症であることに恥ずかしさを感じ、周囲の人に相談できずにいることが多かった。その結果、他者との情報交換ができず、遺尿症に対する知識も持てずにいた。

「周りにそういう子が一人でもいればちょっと情報とか入ってくるやろうけども、そういう子が周りに全くいなくて・・・略」

3. 【遺尿症・夜尿症の子どもを持ったことへの心労】

このカテゴリは『子どもがいじめられたことへのストレス』、『いじめによる子供の精神状態への悪影響の心配』という2つの中位カテゴリから構成された。対象者は、子どもが尿失禁することに対して他の児童からいじめを受けた体験や、今後もしじめられるのではないかという思いを語っていた。そして、いじめにより子どもがストレスを溜め込むのではないかと、子どもの精神状態を心配する様子も語っていた。

「やっぱり小学校あがってからは、周りが気づきだす頃になるので、今までは遊びだけやったし、何もそういう、ちょっと幼いからみたいな感じやったけど、やっぱ小学校入って、言う子が出てきたら嫌や

なとか・・・略」

4. 【子どもへの罪悪感と反省】

このカテゴリーは『子育てへの自責念慮』、『子どもへの八つ当たりに対する罪悪感と反省』という2つの中位カテゴリーから構成された。対象者は同居する家族から子供の遺尿症が治らないのは自分の子育てが悪いからだと責められ、辛い思いをした体験を語っていた。また、遺尿症が治らないことへのストレスから子供に八つ当たりをしたり、責任転嫁した様子を語っていた。

「ほんで、そうすると不安がたまったりなんかして子どもにイライラしてあたって怒ってしまったりするし・・・略」

5. 【子どもが宿泊行事に参加できず不憫】

このカテゴリーでは『子どもが宿泊行事に参加できず不憫』というカテゴリーから構成された。対象者は子どもが夜尿を心配してスポーツの合宿への参加を断念した様子や、今後も参加できないのではと不安に思う様子を語っていた。

「やっぱり、今回来るようになったのは、合宿とかで、やっぱりちょっと、行けない、おねしょしてたら行けないというのがあって、今回夏の合宿は見送ったんですけど、こう4年になってもまだどうしようとか一・・・略」

6. 【治療への見通しが見つからないことへの不安】

このカテゴリーは『夜尿症が治らないことへの不安』、『治療の努力が報われない辛さ』、『先行きが見えない苦労』、『オムツがとれないことへの葛藤』の4つの中位カテゴリーから構成された。対象者は長期化する治療に対しての苦労や、今後も遺尿症治療への見通しが見つからないことへの不安を語っていた。

「あと、夜の水分とか、お味噌汁とかスープとかやめて、それでもやっぱりしてしまったりとか、なんかあんまり改善とかしにくいのかなどかと思うと、いつまで、やろうかなって・・・略」

7. 【治療に対する前向きな姿勢】

このカテゴリーは『家族の協力が得られるようになった安心感』、『症状の改善に伴う安堵感』、『夜尿症治療への希望』という3つの中位カテゴリーから構成された。対象者は子どもの治療に対して家族の理解が得られるようになったことや、症状に改善がみられたことによる喜びを抱いており、治療に対しての期待を語っていた。

「でも最近は、昼間だけでもまあまあ、取れて普通の生活ができていたら、まだいい方かなって思うようにしています」

8. 【通院治療に対する葛藤】

このカテゴリーは『来院による安心感』、『通院治療

の必要性に対する葛藤』の2つの中位カテゴリーから構成された。対象者は来院することにより安心感が得られるが、本当は通院するほどのことでもないのではないかという思いを抱いていることを語っていた。

「ただ単に、成長が他の子よりもただ単に遅れているだけで、病院にこんなにしてまで来る必要ない、1時間もかけてがんばってきているし、来る必要もないのかなって思ってしまう」

考察

8つの大カテゴリーの結果を統合して検討してみると、遺尿症・夜尿症の児を持つ母親には複雑な思いを抱いていることが分かった。現代社会では、以前より夜尿症の要因が、幼少時からのトイレトレーニングを含めた育て方や躰に問題がある、あるいは本人や親の精神状態に問題があるとする考え方が主流であり、現在もなお、そうした考えは根強い³⁾。そういった世間一般の多くの間違った考え方に振り回され、遺尿・夜尿という羞恥心で他者との情報交換をしなかったり、社会の情報量も少なく、【遺尿症・夜尿症に関する知識不足】や【自分の子どもは他の子どもと違うという認識】のカテゴリーのように、不安や戸惑を大きく抱いている。また、就学後も夜尿が続いていると、家庭外での生活の頻度が多くなり、夜尿していることへの引け目などが深刻となり、周囲からマイナスのレッテルを貼られることがある。日常生活への自信喪失、いじめという問題への発展による【遺尿症・夜尿症の子どもを持ったことでの心労】、【子どもが宿泊行事に参加できず不憫】のカテゴリーであるように学校生活への不適應性やさらにさまざまな悩みや不安を持つ。それとともに母親もこれまでの子育てに対する自信を消失し、適切な相談者や話し相手がない中で、的確な対処方法もわからないまま、多くの疑問と不安によるストレスで、子どもに当たってしまい、自責の念である【子どもへの罪悪感と反省】にとらわれることが数多い。

夜尿症の治療の原則は、飲水方法の見直し、塩分の摂取の見直し、排尿を我慢するといった生活習慣を改善することである。夜尿の程度が軽い場合には、生活習慣を変えるだけでかなり症状が改善する。そういった症状の改善によって【治療に対する前向きな姿勢】が得られるが、治療が長期化することで本人や家族に負担がかかり、【治療の見通しが見つからないことへの不安】や【通院治療に対する葛藤】など、遺尿症・夜尿症の子どもを持つ母親は、心理状態が大きくゆれていることが多い。

藁科ら³⁾は“夜尿症の生活指導、治療を行う場合に、まず、親の夜尿症に対する認識を的確に把握して、親の不安やストレスを解消し、これから行う生活指導、

治療の目的・効果・経過についての正しい考え方を説明し、納得してもらいながら行うことが重要である”と述べている。当院泌尿器科外来へ通う遺尿症・夜尿症を持つ母親の不安、ストレスの大半は、この対象者3名を通して夜尿症に対する正しい理解が十分にされてなかったのが現状であったと言える。これから夜尿症の生活指導をするにあたって、まず、母親の夜尿症に対する認識度を確認し、母親の不安やストレスを解消した上で、これから行う生活指導、治療の目的・効果・経過について、正しく指導し、納得した上で指導を進めていくことが、今後、私たちの課題であるとともに、情報を提供し、親子のストレスを解消し、親子関係の改善、子育てへの自信が持てるようケアリングしたり、子どもが宿泊行事に参加できるように学校の先生へ相談を持ちかけたりすることの提案をすることも大切であると思われる。

結論

遺尿症・夜尿症の学童期の児を持つ保護者3名に半構成質問紙を用いて個別面接を行い、データーの一般化を図った。その結果、【自分の子どもは他の子どもと違うという認識】、【遺尿症・夜尿症に対する知識不足】、【遺尿症・夜尿症の子どもを持ったことへの心労】、【子どもへの罪悪感と反省】、【子どもが宿泊行事に参加できず不憫】、【治療の見通しがつかない不安】、【治療に対する前向きな姿勢】、【通院治療に対する葛藤】という8つの大カテゴリが抽出された。そのカテゴリを分析することで、夜尿症の生活指導をするにあたって、まず母親の夜尿症に対する認識度を確認し、母親の不安やストレスを解消した上で、これから行う生活指導、治療の目的・効果・経過について、正しく説明し、納得した上で指導を進めていくことが重要である。

終わりに

遺尿症・夜尿症で通院される親子への看護の示唆は、夜尿症の診療を行っていく中で、当院泌尿器科は外来主治医のみが親に指導してきた。看護師としてのかかわりは、この研究を始めるまでは、多忙のあまり、夜尿症の親子とかかわる時間が十分に持てなかったのが現状である。しかし、今回の研究で外来の落ち着いた時間帯に、夜尿症の治療の一つである干渉低周波治療の予約を入れるようにし、夜尿症の親子へのコミュニケーションの時間を特別に持ったことで、「病院に来ると安心する」など、良い反応が返ってきた。本研究を通して、夜尿症の診療を行うにあたり外来主治医と看護師が情報交換し、夜尿症の生活指導、治療を行う際に親の認識を明確に把握して、親の不安やストレスに的確に対応し、これから行う指導に加え、治療の目的・

効果・経過についても十分に説明し、納得してもらいながら診療を進めていくことの重要性を再認識させられた。また、親子の関係の改善など、心理社会的側面から親子をサポートしていくことの大切さをこの研究を通して考えさせられた。

今回は親の心理について検討したが、今後、子どもの心理も検討し、夜尿症の親子心理の相互作用を踏まえて、夜尿の生活指導を進めていくと、より効果的な指導ができるものと考えられる。

謝辞

今回この研究を進めるに当たってご協力いただきました保護者の方々、またご指導いただきました先生方に深くお礼申し上げます

引用文献

- 1) 河内明宏他：夜尿症診療のガイドライン，日本夜尿症学会，2005.
- 2) 梶原充他：本邦学童児における昼間尿失禁の疫学調査，日本排尿機能学会誌，14(2)，228～232，2003.
- 3) 藁科三枝他：夜尿症児の親の夜尿症に対する認識について，夜尿症研究，12，29～34，2007.
- 4) 桐ヶ谷紀代美他：夜尿症児に対する食事指導と排尿訓練，夜尿症研究，1，35～40，1996.
- 5) 大島剛他：「夜尿」に対するグループ処遇／「親子と子のふれあい講座 おねしょ版」報告(4)，夜尿症研究，9，79～83，2004.

研究報告

心筋梗塞罹患後の身体活動量と自己管理行動の関連

吉田裕子¹, 宮田香苗², 戸上伊代¹, 番所道代¹, 盛永美保¹, 宮松直美¹

¹滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座, ²滋賀医科大学附属病院

要旨

退院後に日常生活を行なう上での実際の身体活動量変化や身体活動量と関連する要因を検討するため、急性心筋梗塞既往歴を有する検査入院患者7名に対し、加速度付万歩計を用いた退院後3ヶ月間の身体活動量の測定、および運動・食事等の自己管理行動に関する質問紙調査を実施した。その結果、本調査対象者の退院3ヶ月後の一日平均歩行数は約3,000～17,000歩であり、先行文献で報告された心筋梗塞罹患後、約20日経過した者の平均歩行数よりも多いものが7名中6名と多数を占めた。また、同年代の歩行数と比較しても、同程度もしくはより多く歩行している者が多かった。身体活動量は、性別・年齢・入院前からの運動機会の有無、運動時の自覚症状などに影響される可能性があると考えられた。

キーワード：身体活動量、虚血性心疾患、加速度付万歩計、自己管理、運動

はじめに

本邦の65歳以上の虚血性心疾患は患者数だけでなく死亡率についても増加の一途をたどっており¹⁾、一次予防もしくは再発予防のための生活習慣の改善や継続した受療行動の支援が重要である。致死性・非致死性心筋梗塞を予防するためには薬物療法、食事療法、運動療法が重要であることは広く認められている。

心筋梗塞患者への包括的心臓リハビリテーションプログラムは、心筋梗塞患者の再発予防や生活の質(Quality of life: QOL)の維持向上などに有用であることが指摘されているが²⁾、包括的な心臓リハビリテーションプログラムなどによる生活習慣の変容は長期の継続が困難であると指摘されており³⁾、退院後に日常生活を行なう上での実際の身体活動量の変化や身体活動量に影響する要因を明らかにすることは、医療機関から在宅への継続支援アプローチを行なう上で大変重要である。

そこで本研究では、A大学医学部附属病院で入院治療を受ける心筋梗塞患者を対象に、退院後の身体活動量とその経時的変化を評価し、身体運動量に影響する要因を検討することを目的とした。

研究方法

調査対象者：2010年1月から8月に急性心筋梗塞後のフォローアップのための心臓カテーテル検査目的の入院患者のうち、医師の許可が得られた者を本研究の対象者とした。

調査方法：対象者の退院が決定した後、質問紙を用いた調査を行ない、3ヶ月間の加速度付万歩計装着による身体活動量測定を実施した。3ヶ月後の加速度付万歩計回収時には再度、質問紙を用いた調査を行なった。調査項目：質問紙は自己管理行動内容として、体を動かすように心がけていたか(「心がけていなかった」から「心がけていた」の4段階)、1日の歩行時間(「30分未満」から「2時間以上」の4段階)、定期的な運動の頻度(「特に運動はしていなかった」から「毎日」の7段階)、処方薬の内服頻度(「半分も飲んでいない(50%以下)」から「かかさず飲んでた」の5段階)、食事に関して気をつけている項目(食事時間や回数、食事量、内容など11項目)、退院後の生活について努力しようと思う項目(服薬、食事、禁煙、運動など7項目)から構成されるものとした。

加速度付万歩計は、起床時から就寝時まで装着してもらい、装着開始日と翌日および日中に3時間以上加速

度付万歩計の反応のない日の記録は分析に使用しないこととした。「健康づくりのための運動指針2006」では、Mets（メッツ）は身体活動の強さを安静時の何倍に相当するかで表す単位（座って安静にしている状態を1Mets、普通歩行を3Mets）と規定している⁴⁾。今回の検討では加速度付万歩計から、歩行数、および普通歩行の強度とされる3Mets以上、通常歩行より強い強度の活動を行っていたことを示す4Mets以上の活動時間を算出した。

診療録から心臓の機能を評価するための発症時狭窄病変、調査開始時の左室駆出率（Ejection Fraction：EF）とニューヨーク心臓協会心機能分類（New York Heart Association classification: NYHA分類）、その他に性別、年齢、発症後経過年数、既往歴、肥満指数（Body Mass Index: BMI）等のデータを確認した。NYHA分類は大まかな心機能障害の程度を問診により簡便かつ短時間に知ることができる心不全の分類であり、Iは通常の労作では疲労、動悸、呼吸困難、あるいは狭心痛を生じない、IIは安静時ならびに軽労作では無症状のもの、IIIは安静時には無症状であるが、普通以下の軽労作で心愁訴を生じる、IVは安静時にも心機能不全あるいは狭心症症状があり、労作によって増強されると定義されている。

分析方法：加速度付万歩計により測定された歩行数及び3Mets・4Mets以上の活動時間は平均値と標準偏差を算出した。得られたデータは対象者毎に記述し、各対象者の運動習慣の特徴や関連する可能性のある因子を検討した。

倫理的配慮：対象者に研究目的・方法及び研究協力は任意であり中断が可能である事、データは個人が特定されることはない事を書面と口頭で説明し、研究協力の同意を得た。また、個人が特定されるデータは調査項目外とし、得られたデータは匿名化し、厳重に管理された。本研究は、滋賀医科大学倫理委員会で承認を得た後に実施された（承認番号21-24）。

結果

調査期間中の対象者18名のうち、同意が得られた11名（61.1%）に実施した。調査完了者、すなわち、退院後に3ヶ月間の身体活動量調査を行った後に質問紙調査の返信があった対象者は7名（63.6%）であり、これら

を今回の分析対象とした。分析対象者（ID1～ID7）は男性6名、女性1名で、平均年齢は64.6歳、発症後年数は6ヶ月～14年であった。

ID1は74歳男性で、発症後5年経過していた。冠動脈の狭窄があり、今回の入院で治療を受けていた。一日平均歩行数は約4,600歩、3Mets以上の活動時間は1日平均約20分であった。3ヶ月後の自己管理行動内容では退院時と比較し、運動を心がけるようになり、運動時間や回数も増加したと回答したが、歩行数は1ヶ月目と比較し、3ヶ月目には減少した。

ID2は69歳女性、発症後4年経過、毎日の歩行時間は変化しなかったが、3ヶ月後には定期的な運動をする回数が増加していた。一日平均歩行数は約6,700歩、3Mets以上の活動時間は1日平均約10分であった。自己管理行動内容では退院時、3ヶ月後ともに1日の歩行時間は2時間以上と回答していた。

ID3は発症後12年経過した66歳男性であった。自己管理行動内容の変化は大きくみられなかった。1日平均歩行数は約6,200歩、3Mets以上の活動時間は1日平均約30分であり、1ヶ月目に比較し2ヶ月目、3ヶ月目は徐々に増加した。

ID4は、発症後14年経過した67歳の男性であった。心機能は良好であり、一日平均歩行数は約17,000歩、3Mets以上の活動時間は1日平均約100分であった。1ヶ月目と比較すると2ヶ月目に歩行数が減少したが、3ヶ月目には再び増加した。

ID5は61歳男性で、冠動脈の狭窄を認めたが治療は行なわれなかった。3ヶ月後の自己管理行動内容では定期的な運動を毎日したと答えていた。しかし、食事に関して気をつけると答えた項目は退院前の10項目から4項目へと減少していた。一日平均歩行数は約14,000歩、3Mets以上の活動時間は1日平均約70分、1ヶ月目と比較すると2・3ヶ月目に減少した。

ID6は61歳男性で、自己管理行動内容では1日の歩行時間は30分以内と回答していた。一日平均歩行数は約3,000歩、3Mets以上の活動時間は1日平均約10分であり、1ヶ月目より2ヶ月目、3ヶ月目に減少していた。

ID7は54歳男性、発症後経過年数は半年であった。運動をあまり心掛けていなかったと回答し、1日の歩行時間も減少した。6月から8月下旬までの猛暑の時期を含む調査であった。一日平均歩行数は約5,500歩、3Mets以上

の活動時間は1日平均約25分であり、1ヶ月目より2ヶ月

目、3ヶ月目と増加がみられた (表1)。

表1 結果

ID	1	2	3	4	5	6	7
性別	男性	女性	男性	男性	男性	男性	男性
年齢(歳)	74	69	66	67	61	61	54
発症後経過年数(年)	5	4	12	14	1	1	0.5
発症時狭窄病変	右主冠動脈	右主冠動脈	左前下行枝	左前下行枝	後下行枝	右冠動脈	右主冠動脈
入院時冠動脈検査・治療結果	狭窄・治療あり	狭窄・治療なし	狭窄・治療なし	狭窄・治療なし	狭窄あり・治療なし	狭窄・治療なし	狭窄・治療あり
EF (%)	未評価	58.6	49.0	63.0	62.0	69.5	50.0
NYHA分類	II	I	I	I	I	II	II
既往歴							
高脂血症	有	無	有	無	有	無	有
高血圧症	有	有	無	有	有	有	有
糖尿病	有	無	有	有	有	無	有
喫煙	有	無	有	有	有	有	有
BMI (kg/m ²)	25.2	20.0	25.2	24.0	27.5	23.8	28.6
自己管理行動内容	退院時 3ヶ月後	退院時 3ヶ月後	退院時 3ヶ月後	退院時 3ヶ月後	退院時 3ヶ月後	退院時 3ヶ月後	退院時 3ヶ月後
体を動かすようにしていましたか ^{*1}	3	4	4	4	2	3	2
1日に歩く時間はどれくらいでしたか ^{*2}	2	3	4	2	4	4	1
定期的な運動はしていましたか ^{*3}	4	7	1	4	7	6	3
医師から処方された内服薬をどのくらい飲んでいましたか ^{*4}	5	5	5	5	4	5	5
食事について気をつけている項目数 ^{*5}	10	9	5	4	7	5	8
生活について努力しようと思う項目数 ^{*6}	6	5	4	4	2	3	3
万歩計装着時期	3月～5月上旬	3月～5月中旬	4月～6月上旬	4月～6月下旬	5月～7月下旬	5月～7月下旬	6月～8月下旬
歩行数(歩): 平均±標準偏差							
3ヶ月間	4628.4 ± 2172.9	6771.7 ± 1690.8	6198.8 ± 2712.2	17253.8 ± 4763.5	14073.5 ± 5668.0	2975.5 ± 875.3	5541.9 ± 197
1ヶ月目	5031.9 ± 2228.0	6220.0 ± 1382.3	5847.3 ± 2794.5	17756.9 ± 5461.2	15222.4 ± 5518.1	3264.3 ± 957.0	5081.8 ± 216
2ヶ月目	4884.2 ± 2328.9	6043.0 ± 1588.4	6043.5 ± 3203.9	15712.6 ± 5183.4	13960.6 ± 6209.6	2782.5 ± 670.6	5571.1 ± 174
3ヶ月目	3562.7 ± 1550.2	7831.3 ± 1496.1	6598.0 ± 2267.2	18398.9 ± 3636.5	13868.9 ± 5330.3	2583.7 ± 739.0	6081.4 ± 197
3Mets以上の活動時間(分): 平均±標準偏差							
3ヶ月間	20.8 ± 12.1	10.1 ± 6.9	30.8 ± 16.8	97.4 ± 31.7	67.4 ± 33.8	9 ± 5.3	25 ± 13.
1ヶ月目	21.8 ± 11.7	8.2 ± 5.9	27 ± 17.7	99.1 ± 33.5	74.6 ± 32.0	10.7 ± 5.4	21.7 ± 11.
2ヶ月目	22.9 ± 13.6	7.9 ± 5.6	28.5 ± 18.3	83 ± 34.8	67.6 ± 37.1	8 ± 5.2	22.3 ± 10.
3ヶ月目	15.5 ± 8.6	13.4 ± 3.5	35.6 ± 14.1	109.5 ± 22.0	65.5 ± 31.9	6.3 ± 3.9	33.2 ± 16.
4Mets以上の活動時間(分): 平均±標準偏差							
3ヶ月間	4.5 ± 4.3	3.5 ± 3.2	22.5 ± 13.6	88.5 ± 31.7	48.8 ± 27.9	3 ± 4.6	14 ± 9.4
1ヶ月目	4.2 ± 4.8	2.9 ± 3.0	19.4 ± 14.8	90.6 ± 31.6	52.6 ± 25.5	2.9 ± 4.8	12.4 ± 7.6
2ヶ月目	5.6 ± 4.7	2.5 ± 2.2	20 ± 12.9	72.9 ± 34.7	53.5 ± 32.7	4.1 ± 5.4	11 ± 6.1
3ヶ月目	3.1 ± 2.2	4.8 ± 3.5	26.9 ± 12.4	101.6 ± 21.8	43.7 ± 23.3	1.9 ± 3.3	20.5 ± 12.

^{*1} 1:心がけていなかった 2:あまり心がけていなかった 3:わりと心がけていた 4:心がけていた(数が大きいほどよく心がけていたことを示す)

^{*2} 1:30分未満 2:30分～1時間 3:1～2時間 4:2時間以上(数が大きいほど長く歩いていたことを示す)

^{*3} 1:特に運動はしていません 2:季節によってまちまち 3:月に1～2回 4:週に1回くらい 5:週に2～3回 6:週に5～6回 7:毎日(数が大きいほど歩行頻度が多いことを示す)

^{*4} 1:半分も飲んでいない(50%以下) 2:半分くらいは飲んでいない(約75%) 3:だいたい飲んでいない(約90%) 4:ほぼ飲んでいない(約95%) 5:欠かさず飲んでいない(数が大きいほど内服できてい

^{*5} 「食事は決まった時間に食べる」「食事は3食欠かさない」「外食はあまりしない」「間食(食事以外の飲食、お菓子などの)は控える」「ゆっく時間をかけて食べる」「一度にたくさん食べない」「塩辛いものは控える」「油っこいものは控える」「1日に必要な量を考える」「その他」の11項目のうち回答者が選択した個数

^{*6} 「かかさず葉を飲む」「食事に気を配る」「運動をする」「ストレスをためない」「定期的に診察・検査を受ける」「その他」の7項目のうち回答者が選択した個数

考察

急性心筋梗塞後のフォローアップのための心臓カテーター検査目的の入院患者の退院後の身体活動量を測定した結果、1日当たり3,000～17,000歩程度の歩行数であり、NYHA分類Ⅰであったものの歩行数がⅡであったものよりも多いことが明らかとなった。心筋梗塞後19.4±9.2日後の1日の歩行数が4,828.9±2,550.2歩とした報告⁵⁾と比較すると、本研究の対象者の歩行数はID6を除いて同等もしくはやや多いと考えられた。また、平成19年国民健康栄養調査から50～59歳の平均歩数7,444歩、60～69歳の平均歩数6,839歩、70歳以上4,321歩であると報告されており⁶⁾、同年代の一般集団と比較すると、ID1、2、3は同等程度の歩行数であり、ID4、5は平均より多い歩行数、ID6、7は平均より少ない歩行数であった。

ID6はEFは良好であったが、NYHA分類はⅡと活動による愁訴が認められていたこと、退院時調査において1日の歩行時間が30分以内と回答しており、歩行する習慣があまりなかったことなどから、急性心筋梗塞罹患後の集団や同世代の一般集団と比較し、歩行数が少なかったと考えられた。

ID7については、急性心筋梗塞発症後半年であること、54歳であり職業についていること、「体を動かすようにあまり心掛けていなかった」、「1日の歩行時間が30分以内」と回答していることなどから歩行や運動を行なう意欲や機会が少なかったことや急性心筋梗塞罹患後で運動をどの程度行なっているのか把握できていない可能性が考えられた。川久保らは心筋梗塞罹患患者において定期的に運動を行なっていると答えた者の比率が高年齢ほど高かった⁷⁾と示しており、50歳代であるID7においても定期的な運動の機会が少なく、歩行数が少なかったことと合致していると考えられた。

ID4、5に関しては、心機能に問題がなく、退院時の1日歩行時間は1時間以上、3ヶ月後の1日の歩行時間が「2時間以上」と回答しており、以前より歩行習慣があり、退院後の調査においても歩行数が多い結果となったと考えられた。

ID2も退院時、3ヶ月後ともに1日歩行時間は「2時間以上」と回答したが、歩行数は平均6,700歩であり、同年代の歩行数と比較し多いとは言えなかった。これについては、ID2が女性であり、家事などにより立位

を取っている時間は長時間になるが、立位を取っている時間中歩行しているのではなく、歩行したり、静止したりする時間が含まれるのではないかと考えられた。

歩数だけでなく一定の強度を伴う運動の実施量の検討をした。「健康づくりのための運動指針2006」では、健康づくりのための身体活動量の目標は「週23Exの活発な身体活動」をひとつの目標と定めており、「活発な活動」というのは3Mets以上の活動を指すとされている⁴⁾。本研究の対象者では、3Mets以上の活動を行なった時間は6.3～109.5分、4Mets以上（通常歩行より強い強度の活動を行なっていたことを示す）の活動時間は1.9～101.6分であり、3Metsと4Metsの活動時間に大きな乖離を示すものはいなかった。

3ヶ月間の身体活動量の変化については、退院後1ヶ月間は入院によるフォローアップ検査やそれに伴う生活指導、および万歩計装着開始などにより一時的に身体活動量が増加し、その後低下する可能性が考えられたため、3ヶ月間での身体活動量の推移を検討したところ、退院後1ヶ月目と比較し、退院後3ヶ月目には歩行数が増加していたのはID2、ID3、ID4、ID7、やや減少もしくは変化のなかったのはID1、ID5、ID6であり、必ずしも多くの患者が退院後の日数の経過に応じて身体活動量が低下しているとはいえない可能性が示唆された。

今回の調査においては、症例数が少なく、身体活動量の増減に関する要因について詳細な検討をすることはできなかった。今後はさらに対象者を増やし、退院後の身体活動量を規定する自己管理行動、生活習慣改善に対する意欲について、退院時の心機能等を考慮して検討する必要があると考える。

結論

急性心筋梗塞後のフォローアップのための心臓カテーター検査目的の入院患者の、退院後3ヶ月間の加速度付万歩計を用いた歩行数を評価指標とした身体活動量の測定、および運動・食事等自己管理行動に関する質問紙調査を行なった。その結果、先行研究で報告された、急性心筋梗塞罹患後、約20日経過した者あるいは同年代の非循環器疾患患者と比較し、同程度もしくは多く歩行している者が多いことが示された。身体活動量は、年齢、性別、入院前からの運動機会の有無、

運動時の自覚症状などに影響される可能性があると考えられた。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力頂きました患者様及びご助言を頂きました滋賀医科大学内科学講座山本孝先生をはじめ循環器科医師の皆様にご心より感謝申し上げます。

文献

- 1) 財団法人厚生統計協会：患者統計の年次推移，厚生
生の指標 増刊，57(14)，107 113 119，
2010/2011.
- 2) Kathryn E. et al :Effects of Exercise Training
on Health Status in Patients With Chronic Heart
Failure:HF-ACTION Randomized Controlled
Trial. JAMA, 301(14), 1451-1459, 2009.
- 3) 西功他：心不全の運動療法における中途脱落の頻
度とその理由に関する検討. 心臓リハビリテーシ
ョン, 10 (2) , 267-271, 2005.
- 4) 運動所要量・運動指針の策定検討会：健康づくり
のための運動指針2006-生活習慣病予防のために-
(エクササイズガイド2006). 2010-12-9 [http://
www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou01/ppd/data
.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/undou01/ppd/data.pdf)
- 5) 武市尚也他：入院期心疾患患者における疾患別の
身体活動量と筋力の関係. 心臓リハビリテーショ
ン, 15 (1) , 155-159, 2010.
- 6) 厚生労働省：平成19年度国民健康栄養調査 第3
部 第57表. 2010-12-9 [http://www.mhlw.go.jp/
bunya/kenkou/eiyou09/dl/01-mokuji.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou09/dl/01-mokuji.pdf)
- 7) 川久保清他：通院心筋梗塞患者の日常生活実態調
査-日本循環器学会心疾患の運動療法に関する診
療基準委員会-. 診療と新薬, 32 (3), 155-160,
1995.

研究報告

特別養護老人ホームにおける胃瘻造設要介護高齢者へのケア

一看護師の面接調査より

吉崎文子, 太田節子

滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

本研究の目的は、特別養護老人ホームにおける看護師の胃瘻造設要介護高齢者ケアに関する認識を明らかにすることである。本研究の対象は、S県において胃瘻造設要介護高齢者が入所している高齢者介護施設に勤務し、本調査に協力の得られた看護師6名で、本研究は質的研究とした。調査は、胃瘻ケア、関わりの戸惑いや悩み、胃瘻造設の利点や欠点、介護職との連携、胃瘻造設高齢者の気持ち等の半構成質問紙による面接法を行った。その結果、347のコードと38のサブカテゴリー、11のカテゴリーに分類された。11カテゴリーは【生命維持という視点】【胃瘻造設は早期退院の手段】【胃瘻造設選択への戸惑い】【広い視野で胃瘻ケアをサポートする】【臨機応変なケアを行うためのスキル】【意思疎通が困難であり寝たきりが多い】【胃瘻造設高齢者と関わり思い悩む】【口から食べることで生きがいを支える】【ケアのやりがいを見出す】【QOLを高める関わり】【援助者のケア負担の増加】であった。看護師は、介護職と連携し、胃瘻造設高齢者の生き方を食生活の視点から支援する重要な役割を果たしていると言える。

キーワード: 特別養護老人ホーム、胃瘻造設、高齢者ケア、栄養管理、看護師の認識

I. はじめに

高齢者は、加齢に伴う嚥下機能の低下により、誤嚥を引き起こすリスクが高い。肺炎は、我が国における死因の第4位であるが、要介護高齢者の場合に限ると第1位とされている。高齢者の肺炎においては誤嚥に関連したものはその約80%にもなっていることが示されている¹⁾。また高齢化社会の進展に伴い、寝たきり老人も増加しており、誤嚥性肺炎や褥創の危険性も指摘されている。経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下胃瘻）は1980年代にGaudererらによって開発され、侵襲が少なく比較的短時間で出来ることから経管栄養が必要な患者に広く普及してきた。厚生労働省の統計によると、日本では年間7万人が経管栄養を行い、そのうち6万人は要介護高齢者であるとされており¹⁾、胃瘻を造設される高齢者は今後増加すると予想される。

本来胃瘻ケアは保健師助産師看護師法に基づき看護職が行う医療行為であり、看護師の少ない特別養護老人ホームなどでは新規に胃瘻を造設した高齢者を受け入れる事が困難な現状である²⁾ことを踏まえ、2010年3月、現行法では医療行為として禁止されている特別養護老人ホームの介護職による「経管栄養」のケアを一定条件下で実施を認めるモデル事業を行うことが決定された。このことから、特別養護老人ホームにおいて、今後胃瘻造設高齢者がさらに増加するこ

とが予想されると共に、特別養護老人ホームにおいて介護職が胃瘻ケアという医療行為を行う中で、看護師は医療者としてそれをどうサポートしていくのかという新たな問題が生じてくると考えられる。終の棲家とも言われている特別養護老人ホームで働く看護師は、胃瘻造設高齢者ケアに長きにわたり関わっていく存在であり、その特別養護老人ホームにおける看護師の胃瘻に対する「認識」を明らかにすることで、胃瘻造設された高齢者の援助方法の改善に貢献したいと考え本研究を行った。

II. 研究目的

特別養護老人ホームにおける看護師の胃瘻造設高齢者ケアに関する認識を明らかにする。

III. 研究の意義

特別養護老人ホームにおける看護師の胃瘻に対する「認識」を明らかにすることは、胃瘻造設された高齢者の援助方法の改善に役立つ一資料となる。それにより、高齢者の生活の質の向上を図ると考える。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

研究のデザインは質的研究方法を用いた。

2. 用語の操作定義

経皮内視鏡的胃瘻造設術：経口摂取困難な症例の栄養管理目的などで、内視鏡的にカテーテルを腹壁を介して胃壁に挿入する方法。

3. 対象

S県の胃瘻造設高齢者が入所している高齢者介護施設に勤務経験がある看護師のうち、本調査に協力の得られた者とした。

4. 調査期間

2010年6月から9月とした。

5. 倫理的配慮

本研究はS大学倫理委員会の承認を得て実施した。対象者には、口頭で調査概要およびデータの扱いを含め対象者のプライバシーは守られること、調査への参加は自由意志であり、参加・不参加によって不利益は生じないことを説明し同意を得た。

6. データ収集方法

データは半構成的インタビューによって収集した。インタビューは了解を得て録音、またはメモをとり逐語録を作成した。インタビューの内容は①胃瘻ケアの方法・注意点、②胃瘻造設高齢者と関わる中での戸惑いや悩み、③胃瘻造設に対しての利点・欠点、④看護職と介護職との連携、⑤胃瘻造設高齢者の気持ちをどのように捉えているか、それぞれについてできるだけ自由に話してもらった。

7. 分析方法

KJ法を参考に取り組んだ。インタビュー逐語録を精読し、文脈を捉えたうえで胃瘻造設高齢者ケアに関する認識を表現していると思われるものを抽出し、1文1意味となるようコード名をつけた。そのコードを分類、整理し、カテゴリー化を行った。この作業は研究者間で話し合いながら行った。

V. 結果

1. 対象者の概要

対象者は現在特別養護老人ホームに勤務している看護師6名（全員女性）であった。看護職経験年数は平均24年で、うち特別養護老人ホームにおける勤務年数は平均5.8年であった。また、現在就業中の施設以外の特別養護老人ホームにて勤務経験のある者はいなかった。施設の胃瘻造設高齢者数は平均4.3人であった。

2. 胃瘻造設高齢者へのケアに関する認識の分析

研究目的に沿って分析した結果、347のコードを抽出し、そこから38のサブカテゴリーと11のカテゴリーが分類された（表1参照）。ここではカテゴリーを

【 】, サブカテゴリーを< >, コードを{ }で示す。カテゴリーは、【生命維持という視点】【胃瘻造設は早期退院の手段】【胃瘻造設選択への戸惑い】【広い

視野で胃瘻ケアをサポートする】【臨機応変なケアを行うためのスキル】【意思疎通が困難であり寝たきりが多い】【胃瘻造設高齢者と関わり思い悩む】【口から食べることで生きがいを支える】【ケアのやりがいを見出す】【QOLを高める関わり】【援助者のケア負担の増加】の11カテゴリーであった。

1) 【生命維持という視点】

このカテゴリーには、胃瘻が<栄養・水分確保の手段>、<誤嚥のリスクを減らす>一つの<延命行為>であると捉える一方で{高齢になり内臓が弱ってくる}など終の棲家であるからこそ直面する<胃瘻の限界>があげられた。

2) 【胃瘻造設は早期退院の手段】

このカテゴリーは、{病院は施設に早く利用者を帰すために、胃瘻を造る}といった<病床回転重視の社会システム>や、<病院と施設の「食」に対する意識の違い>、<生命維持を優先させる病院>など病院の影響があげられた。

3) 【胃瘻造設選択への戸惑い】

このカテゴリーは、{胃瘻の選択をサポートする仕組みが社会的にも弱い}や{家族にとって胃瘻造設については葛藤がある}など、施設において胃瘻選択が本人には困難であり、家族に選択が委ねられる状況が多いという実態を示している。そこで、<胃瘻造設時の家族へのサポート>の必要性を看護師は意識していた。また{施設に帰るには胃瘻を造るしかない}といった施設職員が抱える<胃瘻造設時への疑問>、{胃瘻の造設については医師のムンテラ次第な気がする}といったラベルや<医師との連携>をあげられていることが認められた。

4) 【広い視野で胃瘻ケアをサポートする】

このカテゴリーは、胃瘻ケアを行う中で<スタッフ全員での情報共有>、<ケア時間の調整>など看護師はケアに関する調整役を担うとともに、<介護職との胃瘻ケアの分担>、<介護職への技術指導>、<介護職からの報告・相談への対応>、<胃瘻ケアを行う介護職への精神的サポート>といった胃瘻ケアを行う中での管理的立場を認識している事を示した。

5) 【臨機応変なケアを行うためのスキル】

このカテゴリーは、胃瘻ケアは<個人に合わせたケア>、<体調に合わせたケア>、<胃瘻自己抜去を防ぐための工夫>、<口腔ケアの必要性>など、その時々状況をアセスメントし臨機応変なケアにつなげることが重要であり、そのためには<細やかな観察が必要>が含まれた。

6) 【意思疎通が困難であり寝たきりが多い】

このカテゴリーは、看護職が胃瘻造設高齢者の特徴について<他利用者と比べて離床時間が短い>、<拘

縮が強い>、<コミュニケーションがとれないことが多い>といった内容を示していた。

7) 【胃瘻造設高齢者と関わり思い悩む】

このカテゴリーでは、看護師は<意思疎通が図れないもどかしさ>を感じながらも、常に<胃瘻造設高齢者の気持ちを慮>っていた。その中で自分の中の<胃瘻に対する否定的な思い>、<ケアに対する迷い>を抱き、迷い悩んでいる姿が示された。

8) 【口から食べることで生きがいを支える】

このカテゴリーでは、人間にとって食べることは楽しみであり、<口から食べることは命の源である>という思いから、{経口摂取にチャレンジしたい}、{率先して嚥下体操を行う}など、胃瘻からの脱却や、誤嚥の予防を図り、<口から食べることを支えたい>という思いが含まれた。

9) 【ケアのやりがいを見出す】

このカテゴリーでは、{生きてくれているだけでうれしいという家族がいる}や{経口摂取を試みて家族も喜んでいる}というように<利用者と家族との関わり>からケアのやりがいを見出したり、{意思疎通が図れなくてもケアのしがいがある}や{辛い時もじっとされておき、見ていてすごく勉強になる}など意思疎通が図れなくても、<利用者と援助者との関わり>のなか、利用者からのフィードバックを捉え、ケアのやりがいを見出していた。

10) 【QOLを高める関わり】

このカテゴリーでは、{歌を歌ったり、話しかけながらケアを行う}など、関わる際に<五感に働きかける>ことで刺激を与えたり、{胃瘻は特別なことではない}とし、{他利用者とともに、デイルームで過ごす}など、他利用者と変わらず<胃瘻も生活の一部として過ごす>事を大切にする内容が含まれていた。また{食事であることを伝えてから栄養剤を注入する}といった<胃瘻からであっても「食事である」という働きかけ>を大切にしている関わりが含まれた。

11) 【援助者のケア負担の増加】

このカテゴリーでは、{胃瘻の方が増加しており、ケアの負担も増加している}といった現在の施設の状況、<施設内のケア負担の増加>と、{ショートステイにおいても胃瘻の方が増加している}中で、{家族が疲れている}といった<在宅でのケア負担の増加>が含まれていた。

3. カテゴリー同士の関係

各カテゴリー間との関係を図1に示した。各カテゴリーの関係については以下の通りと考える。胃瘻が【生命維持という視点】や、【胃瘻造設は早期退院の手段】であるということから、経口摂取困難な高齢者に胃瘻造設が増加している。その背景で【援助者のケ

ア負担】が増加しているという事実も見て取れた。また胃瘻造設選択を余儀なくされた家族の精神的負担を目の当たりにし【胃瘻造設選択への戸惑い】を施設職員は抱いており、施設看護師が、胃瘻造設選択時より施設の強みを生かした視点から本人や家族を支える必要性を感じている事がわかる。それと同時に、施設では介護職者が胃瘻ケアを行う機会が今後出てくる事を踏まえ、看護師は【広い視野を持ち胃瘻ケアをサポートする】管理者としての能力が問われる事も見て取れた。胃瘻ケアは利用者の体調やその場の状況に応じた【臨機応変なケアを行うためのスキル】が要求され、その中で看護師はスキルを経験から獲得している。今後においては、さらにそれを介護職に伝授するという役割が生じる。それは、利用者のみならず、施設内スタッフの状況を観察し、アセスメントする力が必要とされる。また、看護師は胃瘻造設高齢者の特徴を【意思疎通が困難であり、寝たきりがちである】ととらえている。そのような中で生きていく【高齢者と関わり、思い悩み】ながらも、日々【QOLを高める】ことを目指して高齢者と関わり、【口から食べることで生きがいを支え】ようと、胃瘻であっても口から食べる望みを持ち、高齢者の味わうチャンスを模索していた。そして迷いながらも高齢者と家族との関わりや、日々の利用者の変化から、胃瘻ケアに対する【やりがいを見出し】ていく姿が示された。

VI. 考察

以上の結果より、看護職の胃瘻造設高齢者ケアへの認識について考察する。

1) 早期より病院や家族と共に「食」を考え、利用者の生活を支える

胃瘻の対象となる患者の多くは、治療の大原則である患者自身の自己決定権を行使できない事や、人間の根源とも言える食の享受が出来ない事など、通常の医療とは異なるデリケートな側面を持っている³⁾とされている。このことから胃瘻造設にあたり家族に延命を行うか否かという重大な選択が委ねられることが多い。また高齢者の胃瘻の選択に当たっては栄養補給の観点からだけでなく、退院後の生活の場や介護の課題を含め、多面的に情報を提供する必要があり、患者や家族を中心に置きながら、医師はもちろん他職種を含めたチームで検討していく必要がある⁴⁾。そのような中で、胃瘻造設後から高齢者が<胃瘻の限界>を迎えるまで、長きにわたり利用者、その家族を支えていく施設の存在は大きい。今回、胃瘻造設選択時の家族の悩みや、胃瘻に対する疑問を施設看護師が抱えている事が明らかになった。施設の看護師は胃瘻造設以前より利用者の生活を支えており、その中で利用者の

「食」をアセスメントし、「食」を支える一員である。早期より病院と連携し誤嚥予防に努めることが出来る存在であると共に、胃瘻造設となる以前より家族や本人と関わる存在である。早期より家族や本人と「食」について、話し合い、考える場を提供する事が出来れば、胃瘻造設選択を家族が迫られた時に感じる戸惑いや、選択後の家族の精神的負担を軽減することに繋がるのではないかと考える。

2) 広い視野で胃瘻ケアをサポートする

施設においても胃瘻造設要介護高齢者が増加し、施設内スタッフが連携し利用者を支えていくことが必要とされている。施設入所者の重度化への対応として、看護職は介護職に対して技術的な助言やサポートを行うことが必要である⁵⁾とされている。施設内の看護師は胃瘻ケアを行う上で【臨機応変なケアを行うためのスキル】を有していることが必要であり、そのスキルを<介護職とケアの分担>を行う中で、<ケアの技術指導>、<報告・相談の対応>に生かしている。今後介護職が胃瘻ケアという医療行為を行うことをサポートする中で、看護職が有しているスキルを介護職に伝授していく必要がある。介護職がそのスキルを学ぶことは胃瘻ケアの質を底上げすることにつながると考える。そのためにも看護師の管理者としての能力、介護職の力や利用者の状態を今まで以上に細やかにアセスメントする能力が必要となり、より広い視野を持って施設全体を見渡す事が大切となると考えられる。

3) 胃瘻造設高齢者の生き方を食生活の視点から支える

看護職は<胃瘻に対する否定的な思い>や<意思疎通が図れないもどかしさ>など【胃瘻造設高齢者と関わり思い悩み】ながらケアを行っている。その中で<胃瘻造設高齢者の気持ちを慮り>ながら、人間にとっての「食」の意味を常に看護職として問いかけている。胃瘻患者の10%程度は脱胃瘻が可能であり、胃瘻と経口摂取を併用できる患者はさらに多い⁶⁾とされている。施設看護職は高齢者に胃瘻を造設された後も、常に高齢者の食への意識や、身体状態をアセスメントし、

【口から食べることで生きがいを支える】姿勢を持ち続けることが必要であると共に、誤嚥を予防するために嚥下体操を行うなど、新たな胃瘻造設を予防する働きも担っていると認識していた。看護師は日々の関わりの中、胃瘻があったとしても他の利用者と変わらないく生活を過ごすなかで、【QOLを高める関わり】を模索していた。食べることはたんに栄養補給としての意味があるだけでなく、精神の活性化や生活への関心、さらに生きる意欲を高める⁷⁾とされている。このように「食」がQOLにもたらす影響は大きく、高齢者にとって「食」は生きがいとなっていることも多い。看護職は介護職と連携して、胃瘻造設高齢者の生き方

を食生活の視点で援助する役割を果たしていると考えられる。

VII. まとめ

胃瘻造設要介護高齢者ケアに関する看護師の認識として以下の事が明らかとなった。

- 1) 早期より病院や家族と共に「食」を考え、利用者の生活を支える
- 2) 広い視野で胃瘻ケアをサポートする
- 3) 胃瘻造設高齢者の生き方を食生活の視点から支える

施設看護師は、胃瘻ケアを行う中で思い悩みながらも、胃瘻造設高齢者のQOLを高めることを目指し、口から食べることで生きがいを支えようと、味わうチャンスを探索していた。今回、胃瘻造設高齢者の生き方を食生活の視点で援助しようとしている施設看護師の姿が明らかとなった。

文献

- 1) 佐々木英忠：高齢者肺炎における誤嚥性肺炎の重要性. 日医雑誌, 138(9), 1777-1800, 2009
- 2) 荻原牧夫：今この節目に問い直したい 利用者にとっての「経管栄養と老衰」. 高齢者安心・安全ケア, 13(4), 96-101, 2010
- 3) 鈴木裕：PEGの適応と問題点. 老年消化器病, 65-68, 2007
- 4) 小楠範子：胃瘻造設を余儀なくされた高齢者の家族の思い；胃瘻造設後、再び経口摂取可能となった高齢者の家族に焦点をあてて. Hspics and Home Care, 17 (32), 275-281, 2009
- 5) 石原美和：「管理」があれば変わってくる；高齢者介護施設一介護保険施設における看護職の役割. 看護展望, 29 (3), 75-81, 2004
- 6) 若林秀隆：脱胃瘻の工夫—リハビリテーションの取り組みから. 日医雑誌, 138(9), 1763-1765, 2009
- 7) 高野喜久雄：高齢者にとってなぜ「食」が大切な. 臨床老年看護, 8(6), 12-15, 2110

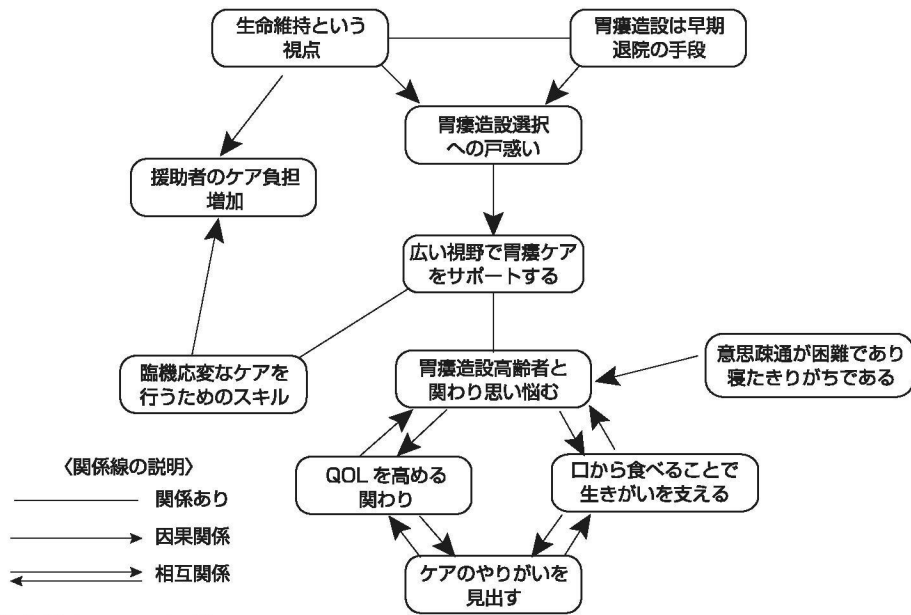


図1. 胃瘻造設高齢者ケアの認識

表 1. 看護師の認識

カテゴリー	サブカテゴリー	ラベル
生命維持という視点	栄養・水分確保の手段(9)	栄養を簡単に身体に入れることができる
	胃瘻は延命行為である(10)	胃瘻造設の選択は、脳死の選択と似ている
	誤嚥のリスクを減らす(4)	食事中の誤嚥のリスクがない
	胃瘻にも限界がある(13)	徐々に高齢になり、内蔵が弱ってくる
胃瘻造設は早期退院の手段	生命維持を優先させる病院(5)	食べることが出来ないとすぐに胃瘻を造設される
	病床回転重視の社会システム(3)	病院は施設に早く利用者を帰すために、胃瘻を造る
	病院と施設の「食」に対する意識の違い(9)	病院は食事介助において、施設よりもあきらめが早い
	経鼻栄養と比べると良い(5)	見た目がきれいである
胃瘻造設選択への戸惑い	医師との連携(2)	胃瘻を造設するか否かは、医師のムンテラ次第な気がする
	胃瘻造設選択時の家族・本人へのサポート(26)	家族にとって胃瘻造設については葛藤がある 胃瘻の選択をサポートする仕組みが社会的にも弱い
	胃瘻造設時への疑問(10)	施設に帰るには胃瘻を造るしかない
		高齢者にそこまでののかと疑問に思う
広い視野で胃瘻ケアをサポートする	ケア時間の調整(4)	ケアを行う時間調整を看護職・介護職とで行う
	スタッフ全員での情報共有(5)	胃瘻を抜去された際の対応をスタッフ間で話し合う
	介護職と胃瘻ケアを分担する(6)	夜間白湯を介護職が注入する
	介護職への技術指導(2)	介護職に夜間の注意点などを伝える
	介護職からの報告・相談の対応(7)	介護職は何かあった場合、看護職に報告し指示を仰ぐ
	介護職への精神的サポート(2)	介護職はこちらが思う以上に、神経を使いケアを行う
臨機応変なケアを行うためのスキル	個人に合わせたケア(12)	体の小さな人はゆっくり注入する
	体調に合わせたケア(16)	便秘の場合水分を多めに注入する
		嘔吐する場合、栄養剤にトロミをつける
	胃瘻自己抜去を防ぐための工夫(16)	胃瘻部位を触らないように枕などでガードする
	口腔ケアの必要性(7)	毎日口腔ケアを行っても驚くほどすぐに汚れる
	細やかな観察が必要(24)	栄養剤注入中は何が起こるか分からない 観察が行いやすいように医務室の近くの部屋に入ってもら
意思疎通が困難であり寝たきりが多い	他利用者と比べて離床時間が短い(5)	どうしても寝たきりになる
	拘縮が強い(10)	どこかに拘縮がある
	コミュニケーションがとれないことが多い(7)	認知症で食べる意欲をなくした方が多く意思疎通が難しい 言葉で話せない方がほとんどである
胃瘻造設高齢者と関わり思い悩む	胃瘻に対する否定的な思い(4)	神様がくれている寿命を大きく変えている なんだかかわいそうである
	ケアに対する迷い(11)	一概に良いとか悪いとかは言えない 本人は長生きすることを望んでいるのだろうかと常に思う
	意思疎通が図れないもどかしさ(9)	本人に意志を聴きたい
	気持ちを慮る(15)	何を考え、何を望んでいるのかを考える
口から食べることで生きがいを支える	口から食べることは命の源である(2)	口から食べることは命の源である 皆食事を楽しみにしている
		経口摂取にチャレンジしたい
	口から食べることを支える(27)	率先して嚥下体操を行う
		食事形態を工夫し、経口摂取に戻す
ケアのやりがいを見出す	利用者と家族との関わり(9)	生きていてくれるだけで嬉しいと言う家族がいる 経口摂取を試みて、家族も大変喜んで
	利用者と援助者との関わり(10)	意思疎通が図れなくてもケアのしがいがある
		辛いときもじっとしており、見ていてすごく勉強させられる
QOLを高める関わり	五感に働きかける(14)	歌を歌ったり、話しかけながらケアを行う 趣味は何であったか考えながらケアをする
	胃瘻も生活の一部として過ごす(7)	他利用者とともに、デイルームで過ごす
		胃瘻は特別なことではない
	胃瘻からであっても「食事」という働きかけ(7)	今から食事であることを伝えてから栄養剤を注入する
援助者のケア負担の増加	施設内のケア負担の増加(9)	胃瘻の方が増加しており、ケアの負担も増加している
	在宅でのケア負担の増加(4)	胃瘻の方が在宅でも増加し、家族が疲れている
		ショートステイにおいても胃瘻の方が増加している

実践報告

高齢者を想定した基礎看護学実習前の演習効果について

—アンケートの自由記載をKJ法で分析して—

青田正子¹ 大城知恵²

¹滋賀医科大学大学院医学系研究科修士課程

²関西看護医療大学

要旨

基礎看護学実習は、看護を学び始めた学生たちが、看護の対象との関わりを通して、看護の概念や看護の目的・役割など自らの体験として最初に会得する学びの機会である。しかし、基礎看護学実習Ⅰ、Ⅱは、机の上での学習を進めている途上の段階にある学生が対象である。今回、その様な学習準備状態で実習を控えている学生に対して、高齢者を対象とした基礎看護学実習を想定しJ. Deweyの「経験がその後の経験に効果的な影響を及ぼす」²⁾ 理論に基づいた演習を計画した。演習を終え基礎看護学実習を修了した学生に、今後のよりよい演習を目指す目的で、半構成質問形式で自由記載を実施し、その結果をKJ法で分析した結果、1年生では「演習の意義」「想定と実際の違い」「演習への期待」2年生では「個別ケアの提供の難しさ」「情報収集と観察の難しさ」「報告や表現を鍛えたい」の合計6個のシンボルマークを得ることができた。1, 2年生共に、学生は演習や実習を振り返り、結果「経験がその後の経験に効果的な効果を及ぼす」事が明らかにされた。

キーワード: リフレクション、看護学生、基礎看護学実習、演習、KJ法

I はじめに

日本は、欧米先進諸国と比較して高齢化率が高い。その一方で、核家族化等により、人間関係は希薄になっている。そのため臨地実習において、看護学生が受け持つ対象は高齢者が多くなると予測される。

看護基礎教育において基礎看護学実習Ⅰ・Ⅱは、看護を学び始めた学生が、看護の概念や看護の目的・役割などを自らの体験として最初に会得する学びの機会である。

現行当校では基礎看護学実習Ⅰを1年生の冬季、基礎看護学実習Ⅱを2学年の冬季に設定している。老年看護学や在宅看護論など高齢者の看護については、基礎看護学実習終了後に学習する。そのため学生は、自分とは異なる世代の高齢期の対象の援助について充分にアセスメントすることが、困難な状況にあると考える。

J. Deweyは、「経験についての理論の必要性」¹⁾の中で、「真実の教育はすべて経験を通じて生じる信念」から、「経験がその後の経験に効果的な影響を及ぼす」²⁾と述べている。そこで、臨地実習の受け持ち対象者を想定した事例(高齢者)に沿った看護過程に基づく看護技術の演習を行い

学生の自主的な学習参加を促し、基礎看護学実習を想定した演習と実習を経験の振り返りを分析することにした。この様な経験をした内容や意味を理解し、同様の場面での具体的な課題を明確にする思考・学習方法を「リフレクション」と言う。

本調査では、J. Deweyの「経験がその後の経験に効果的な効果を及ぼす」ことを元に、学習における振り返りを「リフレクション」と定義する。

II 調査目的

「実習直前に演習を行うことが、臨地実習における学習にどのように影響するのか？」検討する。

III 用語の定義

1. リフレクション (reflection) : J. Deweyの「経験がその後の経験に効果的な影響を及ぼす」³⁾を踏まえ、黒の「学習における振り返り」⁴⁾とする。

IV 調査方法

1. 研究デザイン：因子探索型（質的）研究。
2. 実習の概要
 - 1) 基礎看護学教育実習Ⅰの概要
 - (1) 実習期間：1年生の1月上旬の2週間。
 - (2) 実習目的：対象のニーズを把握する。
 - (3) 受け持ち状態：2人の学生がペアになって1人の対象者のケアを受け持つ。
 - 2) 当該校は3年課程の看護専門学校である。
3. 基礎看護学教育実習Ⅱの概要
 - (1) 実習期間：2年生の2月上旬の2週間。
 - (2) 実習目的：対象の健康問題についてアセスメントし看護を提供し看護過程の展開を実施する。
 - (3) 受け持ち状態：学生が1人の対象者を受け持つ。
4. 演習の概要
 - 1) 事例紹介（1，2年生同じ事例）

80歳代男性。要介護度3。脳梗塞後、軽い片麻痺が有り、難聴があるが、認知症はない。会話が成立し移動は車いすで移動している。現在リハビリ中で施設への入所の順番を待っている。この事例で概ねのADLを想定した。
5. 学習のレイダネス
 - 1) 1年生は、基礎看護技術の提供と対象のニーズに沿って実施することを学習している。
 - 2) 2年生は、対象の健康上の問題に対して必要な看護過程について学習している。
6. 演習の内容

事例に沿った基礎看護技術（清拭・車いす乗乗・バイタルサイン・陰部洗浄・臥床患者のリネン交換）を計画した。学生は、3人で割り切れないので教員が、演習のメンバーに入り対応した。対象役の学生は、対象の心身の状況を想定して発言し、援助する学生は患者の身体状況を想定して援助やコミュニケーションを図るよう演習を設定した。実習前の5日間に実習を設定し一日中、技術の項目別に演習を実施した。
7. 学習プロセス

学生3人を1つのグループで編成し（技術の実施役、対象役、観察と補助役）役割を交代制とし、その後、学生は実施・振り返り・記録を行った。
8. 基礎看護学実習Ⅰ，Ⅱを控えた女子看護学生

1年生 20名
2年生 22名中（休学者3人を除く）19名
合計 39名
年齢平均：26.0歳
9. 調査方法（質問項目）

基礎看護学実習ⅠⅡ実習後、演習を実施した感想を無記名による半構成的質問用紙に回答を得た。

- 1) 演習の内容や時間の適当さについて
- 2) 演習と実習で違いや差を感じたかについて
- 3) 演習でして欲しいと思う内容について
- 4) その他

10. 分析方法

KJ法の理論に従って記載内容を分析し、ラベルをグループ編成し、表札を作成、図解化した。分析過程では、KJ法の指導者である川喜田晶子氏のスーパーバイズを受け分析内容の信頼性と妥当性を確保した。

11. 倫理的配慮

- 1) 学生には、研究の主旨と参加の自由、学生に評価に関係ないことを口頭で説明し了解を得た。
- 2) 自由記載で答えたくない質問には答えなくてもよいことを事前合意した。
- 3) 得られたデータは厳重に管理し、研究以外に使用しないことを約束する等の配慮を行った。

V 結果

- 1) 基礎看護学Ⅰ：回収率100%

表1. KJ法での分析（表札・シンボルマーク）

質問	第1段階 表札	第2段階 表札	シンボル マーク
1	<ul style="list-style-type: none"> ・現場を想定した対象把握や記録、厳しく優しい指導が役立った。 ・演習で行ったことの意味を現場で自覚した。 ・演習の質と量をもっと充実させて欲しいと実習後に実感した。 ・もう少し演習時間が欲しかった。 	実習を経てこそわかる、充実した意義深さ。	演習の意義
2	<ul style="list-style-type: none"> ・演習とは異なり実際の高齢者はしわがあり陰部洗浄が難しかった。 ・実習では高齢者の関節の硬さに戸惑った。 ・実習での高齢者は耳が遠くコミュニケーションが難しかった。 ・演習では元気な人が患者役なので実習の高齢者はイメージが違った。 ・演習とは違って実習では創意工夫が必要である。 	対象の演習と実習との違いに現実を感じた。	想定と実際の違い

3	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきりの方のおむつ交換や関節の硬い高齢者の着替えの方法をもっと練習したい。 ・しわが多く、寝た状態での陰部洗浄がうまくできなかった。 ・患者さんによって動ける範囲が違うので色々な事例を演習したい。 	高齢者の様々な状況に対応できる演習をしたい。	演習への期待
---	--	------------------------	--------

2) 基礎看護学Ⅱ：分析 回収率100%

表2. KJ法での分析（表札・シンボルマーク）

質問	第1段階 表札	第2段階 表札	シンボル マーク
1	<ul style="list-style-type: none"> ・現場での患者は想定外の動きでイメージ外であることを知った。 ・高齢者の個別ケアに直面して対応の難しさと大切さを知った。 ・事例と実際の高齢者では、対象の思いがイメージができなかった。 	実習と演習では個別ケアの方法が違う。	個別ケアの提供の難しさ
2	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の状態を観察することから日常のケアが始まる。 ・自分の目で患者さんの観察を行うことの必要と責任を感じる。 ・高齢者から会話することと情報を取るのが大変だった。 	高齢者の情報収集や観察が大変である。	情報収集と観察の難しさ
3	<ul style="list-style-type: none"> ・演習で高齢者を想定した演習で記録をしたことが良かった。 ・実際にケアしたことを表現して報告するのが大変で練習をしたい。 ・高齢者の観察方法や記録の方法を演習したい。 	高齢者のケアの報告や記録方法を演習したい。	報告や表現を学びたい

Ⅵ 考察

基礎看護学Ⅰ：1年生の分析結果について

1. シンボルマーク：演習の意義

学生は、1年生で基礎看護技術や老年看護学の履修の途上

であるが、演習を経過し臨地実習を経験した後で振り返り、より良い看護の提供のための演習の意義を考えられたと言える。

2. シンボルマーク：想定と実際の違い

学習の途上にある1年生の学生には、健康な学生間の演習では高齢者のリアルな皮膚のたるみや乾燥、関節の硬さなどが解らず、実習では戸惑ったことが考えられる。高齢者は、聴力の低下や視力の低下などの感覚機能の低下や記憶力の低下から学生はコミュニケーションの取り方からも、想定だけの演習でなく、実習によって理論と実践の統合が出来ることを振り返っていると考えられる。

3. シンボルマーク：演習への期待

学内の演習とは異なり、対象も環境も臨地では変化する。対象のニーズに沿う看護技術提供を実施したいが、うまくできない自分を振り返り、事前の演習では、対象の動きに応じたより具体的な援助を学びたいと希望している。

基礎看護学Ⅱ：2年生の分析結果について

1. シンボルマーク：個別ケアの提供の難しさ

2年生は対象の健康問題について個別的なケアを提供することを目的としているが、1年生とは異なり、対象への個別的なケアの方法について振り返っている。1年生とは異なりケアに対する責任の自覚がこのような振り返りになったと考えられる。

2. シンボルマーク：情報収集と観察の難しさ

より良いケアの実践には正確な情報をとらえてアセスメントすることが求められる。学生と高齢者は世代や年齢の乖離があり、その特性を踏まえた情報の収集や観察の方法について戸惑っていることが振り返られている。

3. シンボルマーク：報告や表現を鍛えたい

学習課題を振り返っている。現状を見るだけではなく、学生は具体的に、報告し伝える方法を補うような演習を希望している。

以上述べてきたように臨地実習における学内演習の経験が実際の実習における学習効果につながる事が示唆された。

教育の目標は、「学生が自分自身で知識を『発見』に向かっていけるように、よく練られた指導法を使って刺激を与えるのである。教員は、学生が自分で発見出来るように枠組みを提供する」⁷⁾ ことである。そのため教員には、学生の学習行動の経験の積み重ねから、学生自身の知識の「発見」が目指せるような指導が必要である。学生の学習状況と実態を照らし合わせた十分な学習機会を提供することが教員に求められる。

今回、実習前の演習は初めての取り組みであったが、今後は、正規の課題として演習を取り入れることが効果的と考えられる。「リフレクションは、特定の状況下で

起こった出来事を説明するために1つの知識を適応したけれども、そのことを十分に説明できないという現実の状況のなかで生じた不快な感情や考えを認識することによって始まり、学習の焦点は、このような特定の実践に対する批判的分析を行うこと」⁶⁾⁷⁾とある。今後も、「状況のなかで生じた不快な感情や考えを認識する」ために、学生に学習機会を設置する必要がある。そのことによって、教員も学生のリフレクションを導く経験を通して共に振り返り学ぶ事が出来ると考える。

VII 結論

1. 臨地実習前的高齢者を想定した演習の経験は、学生のその後の実習の経験に効果的であった。
2. 学生は自らの経験を振り返ることで自己の学習課題を具体化することができた。
3. 学生のリフレクションを導く経験を通じて教員も振り返り学ぶ事が出来る。

本研究の限界

今回の研究は、1年限りの演習計画の実施の振り返りであり、毎年継続して結果を集積することはできなかった。又、アンケートの分析は教員の視点のみで行った。

今後は継続的に実習直前の演習を実施することや、学生の共同参加による、よりダイナミックなアンケート結果のKJ法の分析を行い、「経験がその後の経験に効果的な影響を及ぼす」理論に基づき、リフレクションを積み重ねる必要があると考える。

謝辞

本調査に協力してくださった学生の皆様に謝致します。

参考文献

- 1) Sarah Burns&Chris Bulman : Reflective Practice in Nursing, 2000.
- 2) キャスリーB, ゲイバーソン マリリンH, オールマン:勝原 裕美子;臨地実習のストラテジー, 医学書院, 2002.
- 3) KathleeB. Gaberson&Marilyn H. Oermann Edition , 110-111, 2006.
- 4) 川喜田二郎:発想法, 中央新書, 2003.
- 5) 川喜田二郎:続発想法, 中央新書, 2004.
- 6) 川喜田喜美子:川喜田二郎の仕事と自画像ミネルヴァ書房, 2010.
- 7) 舟島 なおみ:質的研究への挑戦, 医学書院, 1999.
- 8) 清水裕子:看護学生の老年者との対話の問題と特徴, 日本老年看護学会誌, vol, 11, 2007.
- 9) 渡辺知佳子:基礎看護学実習Ⅱを体験した学生の初めての学び, 東邦大学医学部看護学科紀要, 第21号, 2007.
- 10) 黒田裕子;看護研究Step by Step 第3版, 学研出版, 2006.
- 11) ホロウエイ・ウイラー:野口美和子監訳, ナースのための質的研究入門, 医学書院, 2000.

引用文献

- 1), 2) J. Dewey :Experience and Education , The Macmillan Company, 1938. 市村尚久監訳;「経験と教育」, 34, 講談社学術文庫, 2004.
- 3) J. Dewey :How We Think, 11 , Henry Regency, 1933.
- 4) 目黒悟:「看護教育を拓く授業 リフレクション 教える人の学びと成長」, 11, メヂカルフレンド社, 2010.
- 5, 7) KathleeB. Gaberson&Marilyn H. Oermann Edition, 110-111 , 2006 .
- 6) Sarah Burns&Chris Bulman:看護における反省的实践 田村由美ほか監訳;5-6, ゆみる出版, 2000.

実践報告

総合看護学（看護管理学）実習における実習内容と学生の学び

太田節子¹, 吉崎文子¹, 藤野みつ子², 西村路子², 穴尾百合², 中井智子², 深田章子²

¹滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

²滋賀医科大学医学部附属病院看護部

要旨

「総合看護学実習Ⅱ（看護管理）」に関する学生の实習内容と実習内容に対する学びを明らかにし、今後の効果的な実習指導の方法を検討することを目的に、看護学科4年次生59名を対象とし、看護管理実習の実習内容とその実習に対する意見を取り出し、カテゴリーに分類した。その結果、実習内容は、1.【病棟看護必要度の査定】、2.【看護管理部への報告・相談】、3.【看護の実際を把握し調整】、4.【医師・他部門との連携】、5.【スタッフの把握と支援】、6.【物品管理】、7.【権限の委譲】の7カテゴリーが抽出された。実習についての学びについては、1.【講義を聞いて実際に理解】、2.【管理者に必要な能力】、3.【こんな師長の元で働きたい】、4.【医療安全への支援】、5.【チーム医療の育成】、6.【ベッドコントロールの重要性】の6カテゴリーであった。学生は実習に先立ち、病院管理者から看護管理の特別講義を受けており、その理論が具体的に実践されていたことで看護組織の理解を深め、看護職のメンバーとして働くことへのモチベーションを高めたものと考えられる。

キーワード：看護管理、総合看護学実習、リーダーシップ、メンバーシップ、学生の学び

1. はじめに

急速な少子高齢社会が進む日本において、将来の看護界で変動する社会の实情に適した看護を提供することができる看護職を育成する目的で、平成21年4月には看護基礎教育におけるカリキュラム改正が実施された。日本の看護基礎教育の現状では、「学生は臨地実習の範囲や機会が限定される方向にあり、卒業時に一人でできる看護技術が少なく、就職後、自信が持てないまま不安の中で業務を行っている」¹⁾とされており、「複数の患者を受け持つことや、夜間実習も可能な範囲で導入するなど、より臨床実践に近い状況で実習できる」¹⁾ように単位数が増加された。現在、新しいカリキュラムの移行期にあり、新カリキュラムの学年と旧カリキュラムの学年が教育を受けている。過渡期であっても旧カリキュラムの良いところは、新カリキュラムに継続していくことが大切と考える。そこで、新カリキュラム内で重視されている「看護管理学」に関する実習として位置づけられている「総合看護学実習Ⅱ（看護管理）」について、学生の实習内容とその学びをまとめたので報告する。

2. 研究目的

「総合看護学実習Ⅱ（看護管理）」に関する学生の实習内容とその学びを明らかにして、今後の効果的な実習指導の方法を検討することとした。

3. 用語の定義

看護管理：より良い看護を実現するために、種々の特質を持つ人、物、資金、時間、情報等の資源を結集し、組織立て、組織全体に有効に働きうるように統制させること²⁾とした。

総合看護学実習Ⅱ：看護管理の諸理論を学び、その実際を見学して、看護職を支援する管理者の役割と、個別な看護過程を実践するメンバーとしての役割を理解することとした。

4. 実習方法

1) 実習目的：看護サービスを患者に効果的・効率的に提供するために統制された看護組織とそのシステム、医療者の役割と機能を、看護管理の実際を通して理解し、組織の一員として参画する態度を養う。

2) 実習目標：

(1) 看護管理の基盤となる組織管理、リーダーシップ等の諸理論を理解する。

(2) 病院、病棟の組織とシステムを理解し、患者の満足を高め、看護の質を維持・向上させるための看護管理の実践を見学する。

(3) 医療における危機管理や、看護職としての倫理的態度、看護職の継続教育とストレス管理等、個別な看護過程を支援する看護管理の意義と重要性を理解する。

(4) 看護管理者の看護観、管理に対する考え方や姿勢を理解し、組織の一員として参画するメンバーシップの役割を果たす。

(5) 自己の人間的成長、看護観をまとめ、看護専門職として必要な今後の継続的学習の方向性を明確にする。

3) 実習方法と内容

(1) 実習期間：1週間（1単位） 8:30～16:00

(2) 実習場所：病棟12病棟、ICU、NICU、手術室

(3) 学生数：各実習場は、学生2～4名とする。

4) 実習方法

実習方法は、次のように実施した。

(1) 1日目：実習オリエンテーション

① 実習目的、目標、方法、スケジュールの説明

② 実習場所の学生配置：看護管理者の許可を得た実習場所を学生に紹介した。学生配置は、看護管理指導者が負担とならないよう2～4名以内とし、学生が学生間で配置を決定した。

③ 看護管理に関する考え方の学習

特別講義を企画し、管理に関する諸理論を学習させた。特別講義は、「管理と経営（院長）」、「病院管理（副院長兼看護部長）」、「看護管理（認定看護管理者の有資格看護師長）」、「医療安全（看護師長）」である。各講師から実際の業務を交えて、医療現場で活用される理論を講義（演習）してもらった。

(2) 2日目：特別講義は、「病棟管理（看護師長）」、「実習の調整（看護師長）」であった。また、教員が実習内容と方法について確認し、学習した知識を整理する自己学習を課した。

(3) 3日目：実習場所で看護管理者（看護師長、看護副師長）に学生が1日付いて見学実習を実施した。見学終了後、学生は看護管理者とのカンファレンスを行ない、看護師長（看護副師長）の看護観、管理観、管理の実践等について学び、それらを記録した。

(4) 4日目：実習カンファレンス

グループ毎に、実習目標に対する学びを整理した。各グループの実習のまとめをクラス全員で検討し、学びを深めた。実習目標に基づいて自己評価を行った。また、学生の看護観はレポート提出とした。

(5) 実習指導者は、実習単位の各看護管理者（病棟看護師長または病棟看護副師長）計15名であった。

(6) 指導内容

病棟やユニットの特徴があるので、各指導者に内容

は一任するが、基本的項目は次の6項目とする。

①看護管理（施設、記録、看護システムと活動等）

②物品管理（看護用品、リネン、滅菌物、医療機器、薬物等）

③チーム医療と連携（リーダーシップ等）

④保健・福祉・医療の連携

⑤情報通信技術への参画（電子機器への対応）

⑥その他

5. 研究方法

1) 研究デザイン

研究デザインは、質的研究とした。

2) 研究対象

研究対象は、研究の趣旨を文書で説明し、研究協力に承諾が得られたS医科大学医学部看護学科4年次生59名の記録とした。

3) データ収集の方法

(1) 総合看護学実習Ⅱ終了後、文書と口頭で、調査に関する趣旨と調査方法、倫理的配慮を説明し、文書で承諾の可否を提出してもらった。

(2) 実習記録のうち、見学体験実習内容とそれに関する学生の学びの記録をデータとした。

4) 分析方法

(1) 学生の記録を精読し、見学項目のラベルを作成した。これらのラベルを、研究目的の視点に沿って分類・整理して、その内容の特徴をカテゴリー化した。

(2) 学生の意見を精読し、一文一意見のラベルとした。これらのラベルを分類・整理してカテゴリー化した。

(3) 学生の見学項目と学生の学びのカテゴリーを比較して、今後の指導方法を検討した。

5) 倫理的配慮

学生への説明では、研究参加の意思は任意とし、成績等には無関係であること、研究参加の中止はいつでも可能であること、データは無記名であり、プライバシーは保持されること、データは研究以外の目的には使用しないこと、データは厳重に管理され、研究終了後は裁断（消去）することを説明した。

6. 結果

研究に同意の得られた学生は59名であった。学生の学んだ実習内容ごとに項目をラベルとして取り出し分類した。分類記号は、カテゴリーは【 】、中カテゴリーは[]、ラベルは《 》で示す。

1) 学生が見学した実習内容

ラベルを分類・整理した結果、1.【病棟看護必要度の査定】、2.【看護管理部への報告・相談】、3.【看護の実践を把握し調整】、4.【医師・他部門との連携】、5.【スタッフの把握と支援】、6.【物品管理】、7.【権限

の委譲】の7カテゴリが明らかとなり、各カテゴリには、次のようにラベルが認められた。以下、カテゴリとそのラベルを示す。

(1) 【病棟看護必要度の査定】

このカテゴリには、①《電子カルテによる看護必要度の確認》、②《入棟審査》、③《ベッドコントロール》、④《緊急入院の確認》、⑤《入退院の確認》があった。

(2) 【看護管理部への報告・相談】

このカテゴリには、3つのラベルを認めた。

①《看護部にメール送信》、②《看護部へのヒヤリング》、③《看護部に報告、指示を受ける》等であった。

(3) 【看護の実際を把握し調整】

このカテゴリには、①《目標管理》、②《患者のベッドサイド訪室》、③《患者・家族の不安や苦情への対応》、④《患者・家族の不安や苦情の処理》、⑤《医療安全》には感染予防も含まれる。また⑥《外来看護への支援》、⑦《カンファレンスの運営》、⑧《スタッフへの伝達と指導》のラベルがあった。

(4) 【医師・他部門・地域との連携】

このカテゴリには、①《医師等医療者との連携》、②《事務部門との連携》、③《継続看護室との連携》、④《在宅、地域医療者・福祉との連携》とするラベルがあった。

(5) 【スタッフの把握と支援】

このカテゴリには、①《スタッフの働きやすさ》、②《時間管理、勤務表作成》があり、夜勤や超過勤務への配慮が含まれる。また③《スタッフの健康管理》、④《スタッフと患者とのトラブルへの支援》、⑤《スタッフ同士のトラブルへの支援》、⑥《スタッフとリエゾンナースを繋げる》、⑦《プリセプター支援》とするラベルがあった。

(6) 【物品管理】

このカテゴリには、①《薬剤（麻薬、劇薬等）管理》、②《看護用品（リネン等）管理》、③《医療機器の管理》、④《記録管理》があった。

(7) 【権限の委譲】

看護師長が、部下に責任を任される権限については、①《複数の副看護師長に権限を委譲》、②《普段からスタッフを教育し、師長不在時の権限を委ねる》、③《スタッフには自分の看護観に基づいて指導し、権限を委ねる》、④《責任が果たせる部下の成長がはげみ》というラベルがあった。

2) 学生の考え

この実習で見学した学生の看護管理に関する考えは次のように分類された。1. 【講義を聞いて実際に理解】、2. 【管理者に必要な能力】、3. 【こんな師長の元で働きたい】、4. 【医療安全への支援】、5. 【チーム医

療の育成】、6. 【ベッドコントロールの重要性】の6カテゴリであった。

(1). 【講義を聴き実際に理解】

このカテゴリには、①《理論を肌で感じた》や②《理論を活用する必要がある》、③《病院管理は経営》、④《見学して納得》⑤《管理はやりがいのある仕事》、⑥《看護師長が病棟運営を支えている》というラベルがあった。

(2). 【管理者には能力が必要】

このカテゴリは、更に2つの中カテゴリに分類できた。[管理業務遂行に必要な能力]は、①《管理システムの構築》、②《目標管理と現状分析・評価》、③《コスト意識》、④《権限委譲と譲れない業務のさじ加減》、⑤《コミュニケーション能力》、⑥《データ収集と統計処理》のラベルがあり、[管理者としての基本的素養]は、①《幅広い知識》、②《人を尊重する》、③《公平な対応》、④《看護の視点》、⑤《自身の健康管理》、⑥《自己の感性や気付きの能力》のラベルがあった。

(3). 【こんな師長の元で働きたい】

このカテゴリには、①《希望を叶える勤務表》、②《スタッフのキャリア育成》、③《スタッフの意見を尊重》、④《頑張っていることを褒める》、⑤《ポジティブなフィードバック》のラベルがあった。

(4). 【医療安全への支援】には、①《環境の整備》、②《ヒヤリハットの解決策を伝える》、②《報告・連絡・相談後の確認》があった。

(5). 【チーム医療の重要性】

これには、①《チームへの信頼が大切》、②《チーム医療の育成が必要》というラベルがあった。

(6). 【ベッドコントロールの重要性】

①《重症度、空床率を把握する》、②《高齢者、認知症患者等はステーションの近くで観察する》があった。

7. 考察

以上の結果から、「総合看護学実習Ⅱ（看護管理）」における実習内容と学生の学びを検討する。

1) 「百聞は一見に如かず」の学び

看護基礎教育における看護学実習の学習には、保健師助産師看護師法に基づく「診療の補助」としての医療行為技術と、「療養上の世話」である看護過程の構成要素としての日常生活の援助技術が重視されている。

今回、学生が学んだ「看護管理」は、有資格看護職として長期間の経験と経験知を積んだエキスパートが実施する役割業務である³⁾。従って、このような高度な専門性を備えた役割を、学生が体験的に実習することは不可能である。しかし組織人としてのメンバーシップは、どのような職業に就いても必要とされる役割なので具体的に学んでおく必要があると考える。

学生は、基礎看護学実習の後には、主に人間のライフステージに沿った対象（小児期、母性、成人期、老年期）や精神的疾患を持った患者を受け持ち、個別性を重視した看護過程に沿った実習を体験してきている。しかし「管理実習」では、これまでの看護過程を基本にしながら、集団としての看護実践に目を向けることになる。そこで看護の対象に対する視座が個から集団へと転換し、看護職者の勤務条件や業務役割、業務環境等を支援することによって、個別な患者や家族を間接的に看護する看護管理という新しい看護形態の存在を把握したものと考える。それは、病院や病棟を看護管理者の視点で有機的に観察できたことから、視野が拡大したと考えられる。しかしすべての看護学実習において、このような見学実習が効果を得るとは限らない。「看護管理」の職務は、新卒看護職から、丁寧に現場の看護実践を積み上げて、知識・技術・人間性が十分に備わり、多くの研鑽を得た看護職が担当している。従ってこれから新人になる学生にとって、「看護管理」は、十分に理解しておくべき要素であり、チーム医療の中で、メンバーシップをとるべき立場を理解する実習でもあるといえよう。従って意識的に看護管理を参加観察し、看護管理者の考え方を学習することは、看護過程を、より総合的な視点から捉える効果が得られたものと考える。『看護覚え書』で F. ナイチンゲールが指摘している⁴⁾ように、個々の看護実践を効果的に行うには、「看護管理」なしには不可能であり、その実践を身体で感じ取る見学は、学内の講義や視聴覚教材、演習等のどの教育方法よりも学習効果が高いと考える。見学項目及び見学に対する学生の学びには、「理論をより具体化していた」「特徴のある病棟や看護単位ごとに工夫された看護管理がなされていた」等が見られた。これは、実践現場の工夫と理論を学生が繋げていることを示す。見学に先行した特別講義で学生が「看護管理の要素」を学習したことが、実践をイメージしやすくし、意識的に見学できたものと考えられる。

看護と同様、看護管理も人間の視覚等5感だけでは観察し把握することが出来ない現象である。そのため、観察ポイントとしての理論（特別講義）を事前学習した直後に、学生が意識的に見学したことが、「百聞は一見に如かず」の効果を得たものと推測される。

2) 卒後に備える教育的効果

看護学生たちが、看護実践現場における看護の成立を支える看護管理を4年次に学習することは、有意義な体験と考える。なぜなら4年次は、学生が、看護学の成果を集約し、自己の看護観を明確にして、卒業後の人生の方向性を定めていく重要な時期となるからである。看護学生は、自己の将来の進路について、資料

や先輩等からのアドバイスを受けていると思われる。この情報に加え、実習として、熟練した看護の役割モデルを見学し、直接指導を受ける機会を設定したことは、学生にとって、看護を直接実施する体験と同様に、興味や関心を高める体験となったと考える。

3) 今後の実習指導について

今回の「看護管理」実習は、1単位であった。このような「看護管理」や「夜間実習」等の実習は、平成21年度から開始された新カリキュラムの構想では、新人看護職の看護実践能力の向上を高めるために望ましい実習とされ、単位数が2単位に増えた。今回の調査から、学生は短期間でも充実した学びを得ている。従って今後は、複数の教員のチームで検討を進め、現行1単位の「看護管理」のエッセンスを踏襲し、更に多様な看護活動を体験的に学習できる2単位のプログラムを企画していくことが必要と考える。

例えば、準夜勤の学習を取り入れて看護の継続性を学習すること、複数患者の同時受け持ち、看護管理の種類と役割（チームリーダー、看護師長・看護副師長、看護部長・看護副部長等）を学ぶこと⁵⁾等である。

また助産看護学実習では、夜勤の中で出産前後の看護を行うことが多いので、助産学実習の中で、看護管理を含めた実習をすることも一案と考える。

8. おわりに

看護学生の記録には、貴重な学生の体験の事実とその思いが記載されていた。今後も、このような学生の意見や学びを明確にして、それらの成果を、継続して次の学生に伝えたいと考える。また、このような実習成果を、学生が卒業後の看護に役立てていくことを期待している。

謝辞

調査に協力してくれた学生の皆様及びご指導いただいた病院の管理者の皆様に、心から感謝申し上げます。

文献

- 1) 「看護基礎教育の充実に関する検討会」報告書（平成19年4月16日），看護教育，Vol. 84 No. 7, 563,
- 2) 人事院事務総局編，監督者の研修，日本人事管理協会，21, 1995.
- 3) 井部俊子監訳：ベナ看護論（新訳版），初心者から達人へ，26-32, 医学書院，2006.
- 4) 湯楨ます監修（F. ナイチンゲール著）：看護覚え書，ナイチンゲール著作集 第一巻，201-217, 現代社，1989．
- 5) 橋本和子編著：これからの看護管理，マネジメントに活かす理論と実践，9-18, メディカ出版，2009.

実践報告

データマイニングを用いた精神看護学実習における学習内容の分析

田中 智美¹, 瀧川 薫¹, 上野 栄一²¹滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座, ²福井大学医学部看護学科基礎看護学講座

要旨

本研究の目的は、データマイニングを用いて精神看護学実習における学生の学習内容を明らかにすることである。研究協力に同意を得た学生の実習記録の記述データを形態素解析後、抽出した名詞および動詞を分析の最小単位とし、それらのキーワードに連動する文脈について内容分析を行った。その結果、名詞の分析によって【対人専門職としての治療的関係を築く術】【精神障害者のノーマライゼーション】【看護過程の展開】【指導者も含めたグループ学習における相互作用】の4のカテゴリーが抽出され、本学の精神看護学実習の特徴と同時に、学生に学習すべき項目として提示することが可能となった。また、動詞の分析によって、学生の具体的な行動レベルで学びの特徴について把握することが可能となり、これらの体験への意味づけが重要であることが示唆された。

キーワード：精神看護学実習、データマイニング、学習内容、実習記録

はじめに

人間を実際のケア対象として展開される授業に、看護学実習がある。看護基礎教育における看護学実習とは、あらゆる看護の場において、講義や演習で学んだ科学的知識や技術を用いて看護を必要とする対象に具体的に実践しながら、既習の知識や技術を統合し、より深化させることである¹⁾。

精神看護学は、平成9年の看護教育のカリキュラム改正に伴い、看護基礎教育において独立の分野として認められ、単独の教育カリキュラムにより授業が展開されるようになった。本学では、精神保健や精神看護学以外にも関連科目として、臨床心理学や臨床コミュニケーション学などの授業が行われている。精神看護は、これらの知識を基盤として心を病む人と実際に関わり、対人プロセスを通した生活援助を行っていくことである。本学の精神看護学実習では学生の事前課題として、2週間の精神看護学実習における個人目標や課題を明らかにさせている。そして実習終了時には、その目標や課題がどのように達成されたのか、どのような学びがあったのかを記載させている。

前述の通り、精神看護学は看護基礎教育の中で独立の分野として確立してから歴史の浅い領域である。そのため、より効果的な教育を行うためにも、学生がどのような学びをしているのかを把握することは重要であり、先行研究においても幾つかの報告が見受けられる。先行研究の多くは質的帰納的分析によるものであるが、本研究はデータマイニングという手法を用いている。そこで今回、このデータマイニングを用いて本学の精神看護学実習での学習内容を明らかにすること

を試みた。データマイニングを用いることで、これまで主観的分析に頼っていたテキストデータの解析に、客観性を与えることができると考える。加えて本研究を行うことにより、今後の教育活動への示唆を得ることが可能となり、本学における学生への教育効果を高められるものと考ええる。

本学における精神看護学実習の概要

1. 2単位90時間とし、実習期間は2週間としている。
しかし、1週目の水曜日午後と1・2週目の金曜日は学内実習のため、病棟での実習期間は実質1週間程度となる。
2. 実習施設は、本学附属病院および精神科単科の公立病院を用いている。いずれも急性期病棟の実習であるが、前者の入院患者の大半は気分障害で、入院期間は約3ヵ月である。後者は統合失調症が大半を占め、入院期間は約6ヵ月である。
3. 統合失調症や気分障害などの主に内因性精神障害の患者を1人受け持ち、心を病む人について実際の関わりを通して理解し、学生が自らの資質を最大限に生かしながら援助的関係のあり方について考え、自己洞察を深めることを目的としている。また、知識や技術を看護実践の場に適応させ、看護理論と実践を結びつけて理解できる能力を養うことも目的に掲げている。

研究目的

データマイニングを用いて、精神看護学実習における学生の学習内容を明らかにする。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、記述データを形態素解析後、抽出した名詞および動詞を分析の最小単位とし、それらのキーワードに連動する文脈を Klaus Krippendorff²⁾の内容分析を用いた質的因子探索研究である。

2. 研究対象

第3～4学年にかけて精神看護学実習を履修した学生60名で研究協力に同意が得られた学生の実習記録。

3. データマイニングについて

データマイニングとは、調査・統計・データベースなどから得られる数値データを、多様な統計解析手法や構造解析手法を用いて分析し、有益な知識や情報を得るための技術である。類似した言葉にテキストマイニングがあるが、これは扱う元データが数値データではなくテキストデータであるという点が異なる。しかし、テキストマイニングにおいてもその目的は、分析者にとって有益な知識や情報を得ることであるため、広義にはテキストマイニングはデータマイニングに内包される技術と考えられている³⁾。

4. データ収集および分析方法

精神看護学実習における個人目標や課題がどのように達成されたか、またどのような学びがあったかについて、実習終了時に記載してもらう。研究協力が可能な学生のレポートは複写し、個人が特定できないようにする。

分析方法は先行研究⁴⁾を参考に、①レポートの記載文をパソコンに入力後、電子テキスト化する。②形態素解析を行い、記録単位(分析単位)を単語とし、名詞・動詞ごとの出現頻度を算出する。③名詞を類似性に基づいてグループ化し、ネーミングをつける。④出現頻度を参考に、研究者が特徴的とらえた動詞と連動する文脈を調べるコロケーション解析を行う。⑤文脈の表現や意味内容から構成要素を探索する。その際、精神看護学領域の研究者および質的研究・データマイニングに習熟した研究者にスーパーヴァイズを受け、分析結果の信頼性と妥当性の向上に努めた。分析ソフトは、奈良先端科学技術大学院大学で開発され自然言語処理研究等で使われているフリーソフト Cha Sen Ver2.0 と文字列検索ソフト KWIC Finder for Windows、および Excel 2007 を使用した。

5. コロケーション解析について

コロケーション解析とは、語と語の繋がりのことを言う。語どうしが構造的に直接関係していて、一方の語が他方の語の選択に影響を与えている場合を言う⁵⁾。

6. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、滋賀医科大学倫理委員会で審査を受け承認を得た(承認番号 22-53)。対象者の

権利確保として、研究への参加・不参加や中断による不利益が生じないこと、個人情報の保護について説明し、同意を得た。

結果

1. 形態素解析の結果

実習終了時のレポート記載文は約 24,320 文字で、学生1人について約 400 文字であった。形態素解析の結果、名詞は 246 種類(604 語)、また動詞は 126 種類(390 語)を抽出した。以下、() は名詞および動詞の出現頻度を示し、【 】 はカテゴリ、《 》 はキーワード、〈 〉 は構成要素の内容を示す。

1) 抽出した名詞

名詞の出現頻度は、患者(71)・コミュニケーション(24)・実習(19)・精神(11)・看護(11)・課題(11)・自分(9)・状態(8)・達成(8)・症状(7)等であった。

2) 名詞のグループ化

形態素解析によって抽出した名詞すべての意味内容を検討しながら類似性に基づきグループ化およびネーミングした結果を、表1に示す。

3) 抽出した動詞

動詞の出現頻度は、する(62)・できる(41)・思う(26)・ある(13)・考える(12)・行う(12)・感じる(11)・言う(10)・分かる(8)・話す(7)・関わる(5)・できる(4)・学ぶ(3)等であった。このように、形態素解析において動詞はカテゴライズしづらく、通常は名詞を分類することが多い。

2. 動詞のコロケーション解析の結果

「学生は精神看護学実習で何を学んだのか」に関する記述に注目しながら、学習効果に関連した動詞(学んだ・学ぶ、分かる・分かった、考える、できる・できた)と連動する文脈を調べるコロケーション解析を行った。その結果、これらの動詞を含んだ先行・後続文脈の抽出が可能となる。さらに《学んだ・学ぶ》、《分かる・分かった》、《考える》、《できる・できた》のキーワードから構成要素を抽出することで、精神看護学実習における学生の学びの特徴が次のように明らかとなった。その解析の一例を、表2～5に示す。

「精神看護学実習で何を学んだのか」を構成する《学んだ・学ぶ》の構成要素は、《SSTの目的と看護の役割》、《患者のペースを守る》、《情報共有による援助の視点の広がり》、《対人関係による援助と効果》、《患者の反応から自己の関わりを振り返る》、《自己開示の大切さ》、《多角的な視点でのアセスメント》、《信頼関係に基づくコミュニケーションの重要性》であった。次に《考える》の構成要素は、《病的体験のある患者とのコミュニケーション》、《患者の日常生活上の問題》、《退院後の生活を見据えた援助》、《患者の言葉や表情・沈黙の

意味)、〈自己の感情と心理的距離〉、〈患者の変化に即した援助〉、〈実習目標の自己評価〉であり、《分かる・分かった》における構成要素は〈効果的なコミュニケーション方法〉、〈病識をもつまでの経過〉、〈患者と関わる上での心構え〉、〈沈黙の効果〉、〈精神症状が患者に与える影響〉、〈幅広い知識の必要性〉、〈患者を生活者として理解する〉が抽出できた。また、《できる・できた》の構成要素は〈精神障害者に対する先入観の払拭〉、〈言葉以外の情報を読み取る〉、〈病的体験の理解〉、〈病状の把握〉、〈患者の言葉の背景を汲み取る〉、〈共感的な関わり〉、〈心身相関の理解〉、〈援助的関係の構築〉、〈傾聴による援助〉、〈自己洞察〉、〈グループでの学びの共有〉、〈個別性を考えた看護〉の要素から構成されていた。

考察

実習終了時のレポート記載文のテキストデータを基に名詞・動詞を分析した結果、本学における精神看護学実習の特徴や、学生の学びの特徴が明らかになった。

名詞の分析より抽出された4のカテゴリーは、学生の学びの特徴を理解する手立てになると同時に、本学の精神看護学実習における学習すべき必須項目と捉えることができる。

まず、学生は実習初日の受け持ち患者決定後、《患者理解のための視点》として〈精神疾患についての知識〉を確認することや、〈個別性を意識して患者を把握〉しようとしている。そのため、実習記録にあるNANDAの診断分類に基づき作成された患者アセスメント用紙に沿って、〈カルテからの情報収集〉を行っていた。これは《対象理解のための視点》としては基本的なことであるが、酒井ら⁹⁾はカルテからの情報収集のタイミングによっては、対象への先入観を強め、偏見や不安を助長させてしまうと考え、カルテに頼らない情報収集を取り入れることの意義を明らかにしている。その結果、カルテに頼らないことで、学生は先入観にとらわれずに患者との関係性の中で生活者として対象を捉え、生活の中から情報を得ている。しかし一方で、コミュニケーションにおける不安や、患者の何を観察し問題としていくのかという看護の視点が分からないことで学生の緊張を高め、不安を与えてしまうとも述べている。患者と関わる前に先入観を抱くことは危険であるが、例えば患者の治療上の言動の統一や対応の仕方の統一など、チームとして共有されている情報の確認は必要である。また、過度な緊張や不安を抱かないようにするためにも、カルテから得た患者の観察ポイントを手がかりに観察の視点の幅を広げていくことができるよう指導することが必要である。

精神看護の対象の特性として、思考や気分（感情）、

行動・認知などの精神機能の障害があり、このことによりコミュニケーション障害、具体的には対人関係に支障を来していることがある⁷⁾。このような特性のある患者と関わる学生は、授業でコミュニケーションには〈言語的コミュニケーション〉と〈非言語的コミュニケーション〉があることを学んでいるが、患者との関わりや看護師の関わり方を見ることで、授業で学んだこれらの《コミュニケーション方法》の実際について体得していたと考える。つまり、患者との関わりを通して、言語だけに頼ってはい相手を理解できないことに気づき、表情や視線、沈黙など非言語的なメッセージが重要な意味をもつ⁸⁾ことを体験の中から学んでいた。そして、〈患者のペースを尊重〉しながら〈患者と行動を共にする〉ことで《患者との関係性の構築》に努め、このような学びを通して、学生は精神看護学実習において【対人専門職としての治療的関係を築く術】を学んでいたことが示唆された。

次に、学生が受け持つ患者の中には、精神症状によってセルフケアレベルが低下していることがある。そのため〈日常生活援助〉が必要となるが、学生は患者の「できていない部分、不足している部分」に着目しがちである。そのため、患者の健康的な側面に目を向けること、すなわち患者の「できている部分」に着目することを助言すると、多くの学生は直接的に手を貸して援助することだけが看護ではなく、患者が今できていることを見守ることも看護であることに気付いていた。このような気付きは、「精神障害者を社会に生きる生活者として捉える」ことを目標に掲げている本学の実習目標の達成にも繋がる視点である。また、退院前の患者を受け持った学生は、家族やソーシャルワーカー、ケアマネージャーを交えての面接や退院前訪問など〈退院に向けての環境調整〉に立ち会うことがある。2002年12月に発表された社会保障審議会障害者部会精神障害分会の報告では、「受け入れ条件が整えば退院可能な約7万2,000人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図る」という指針を示しているが、退院調整の際に留意する点として以下の特徴がある。例えば、精神症状の影響で患者からの暴力や暴言で家族が傷つき、患者への抵抗感をもつ場合や⁹⁾、患者一家族関係だけでなく地域住民とのトラブルなど、患者によっては共同生活における失敗体験をもつ場合がある。このような患者にとって地域に戻ることは容易でなく、患者にとっての安心できる居場所をどこに見出すか、精神障害者の社会復帰・参加を学ぶ機会として、〈退院に向けての環境調整〉に立ち会うことは有効である。このような《精神科ケアの実際》に触れ、そして患者との関わりを通して多くの学生は、生活者として理解することの意味を学ぶ。このことは、【精神障害者のノ

ーマライゼーション】について考える機会でもある。風間ら¹⁰⁾は、実習の中で精神障害者と関わりながら疾患・症状による日常生活への影響、社会や家族との関係などをどのように受け止め理解したかによって、精神障害者に対する学生のスティグマが変化する、と述べている。学生は実習を通して【精神障害者のノーマライゼーション】について考える機会をもち、精神障害者に対するスティグマが変化していったのではないかと考える。しかし、本学の精神看護学実習は大半が大学病院の精神科病棟での実習である。精神科単科の民間病院と、大学病院の1診療科としての精神科とでは、入院している患者の疾患や入院期間も異なる。したがって、【精神障害者のノーマライゼーション】について考える機会をもったとは言え、それはほんの一面でしかないことを教員・学生共に熟知しておく必要がある。

動詞の分析では、コロケーション解析により動詞と連動する先行・後続文脈の抽出ができ、動詞をキーワードとして扱うことが可能となる。また、キーワードから構成要素を抽出することで、精神看護学実習における学生の学びの特徴が、より具体的な行動レベルで明らかにできた。例えば学生は、幻覚・妄想などの病的体験のある患者や、抑うつ症状のある患者とのコミュニケーションの難しさを感じながらも、患者の反応から自己の関わりを振り返り自己洞察を行うことで、患者のペースを守りながら関わるのが大切であることに気付いていた。また、授業で学んだように患者の話を傾聴し共感的な関わりによる援助を実践していたが、過剰な訴えに巻き込まれて客観性を見失っていたり、逆に自己の言動が患者の病状を悪化させてしまわないかなど、患者に与える影響を過剰に意識しており、自己の感情と患者との心理的距離の取り方について考える機会を得ていた。さらに、精神症状が患者に与える影響として患者の日常生活上の問題に着目し、患者を生活者として理解し援助していくために、個別性を考えた看護の展開に努めていたのではないかと考える。学生は、実習を通して様々な経験をしている。つまり実習は、実際の患者との関わりを通して学ぶ体験型教育である。学生にとって必要なことは、まず体験すること、そして体験したことによどのような意味があるのかを、既習の知識や技術と照らし合わせ意味づけを行うことである。鈴木ら¹¹⁾は、実習での体験を意味づけることができないと、体験を学びとして蓄積できず、学習意欲の低下や喪失につながる可能性があることを指摘している。十分な意味づけのなされていない体験には、このようなリスクがあることを念頭に置きながら、学生が体験したことや学びへの意味づけを行う支援が、教員や臨床実習指導者には求められると考える。

結論

本研究において以下のことが明らかとなった。

1. 名詞の分析によって【対人専門職としての治療的関係を築く術】【精神障害者のノーマライゼーション】【看護過程の展開】【指導者も含めたグループ学習における相互作用】の4のカテゴリーが抽出され、本学の精神看護学実習の特徴と同時に、学生に学習すべき項目として提示することが可能となった。
2. 動詞の分析によって、学生の具体的な行動レベルで学びの特徴について把握することが可能となり、これらの体験への意味づけが重要であると示唆された。

文献

- 1) 杉森みどり，舟島なをみ：看護教育学第4版。256-257，医学書院，東京，2005。
- 2) Klaus Krippendorff：Content Analysis An Introduction to Its Methodology（第1版），三上俊治，椎野信雄，橋元良明，メッセージ分析の技法「内容分析」への招待。21-23，勁草書房，東京，1989。
- 3) 林俊克：Excelで学ぶテキストマイニング入門。2-3，オーム社，東京，2002。
- 4) 一ノ山隆司，宮本真弓，上野栄一：データマイニングを用いた精神看護学実習記録からみた看護学性の学びの分析。日本看護学会論文集看護教育，37，90-92，2006。
- 5) 野田尚史：文法的なコロケーションと意味的なコロケーション。日本語学，26（11），18-27，明治書院，2007。
- 6) 酒井美子，土肥しげ子，松井淳子：精神看護学実習指導の検討—学生の記述による学びの分析から—。桐生短期大学紀要，18，39-44，2007。
- 7) 柴田恭亮：精神看護学とは。瀧川薫（編）：精神看護学，6，オーム社，東京，2007。
- 8) 村方多鶴子，太田知子：精神看護学実習におけるコミュニケーション技術を通しての学生の学び—実習終了後のレポートから—。南九州看護研究誌，5（1），75-81，2007。
- 9) 江波戸和子，田中美恵子：退院計画から地域支援まで。田中美恵子（編）：精神障害者の地域支援ネットワークと看護援助，136，医歯薬出版株式会社，東京，2004。
- 10) 風間眞理，中谷千尋，杉山由香里：看護学性が持つ精神障害者に対する「スティグマ」。目白大学健康科学紀要，2，55-64，2009。
- 11) 鈴木みわの，青木実枝：精神看護学実習指導者の指導観を形成する要因。山形保健医療研究，10，29-39，2007。

表1. 名詞のグループ化

構成要素	キーワード	カテゴリー
〈カルテからの情報収集〉(6)	《患者理解のための視点》(161)	【対人専門職としての 治療的関係を築く術】(266)
〈身体面と精神面の観察〉(29)		
〈精神疾患についての知識〉(26)		
〈個別性を意識して患者を把握〉 (102)		
〈言語的コミュニケーション〉(61)	《コミュニケーション方法》(76)	
〈非言語的コミュニケーション〉(15)		
〈受け持ち患者との出会い〉(16)	《患者との関係性を構築》(29)	
〈患者と行動を共にする〉(9)		
〈患者のペースを尊重〉(4)		
〈日常生活援助〉(17)	《精神科ケアの実際》(39)	【精神障害者の ノーマライゼーション】(140)
〈精神科における気分転換活動〉(4)		
〈退院に向けての環境調整〉(18)		
〈精神科看護に対する イメージの変化〉(46)	《精神障害者観の変容》(101)	
〈精神障害者との関わりにおける 目標・課題の設定〉(55)		
〈問題の明確化〉(7)	《問題解決型思考》(20)	【看護過程の展開】(20)
〈援助の工夫と反省〉(13)		
〈グループダイナミクス〉(5)	《指導者・メンバーの支援》(11)	【指導者も含めたグループ学習 における相互作用】(11)
〈実習中の助言〉(6)		

表2. 《学んだ・学ぶ》のコロケーション解析例

《学んだ・学ぶ》を含んだ先行・後続文脈例	《構成要素》
SSTに参加されることで、相手の立場に立って物事を考えることや集団で一つのことに取り組むこと、自分の考えを口に出すこと等、社会生活に必要な能力を習得することができると <u>学び</u> 、看護師は臨床心理士とともに患者さんのSSTへの参加を促し、参加中の様子の観察・フィードバック等の介入を行う役割があることを <u>学んだ</u> 。	SSTの目的と看護の役割
患者さんと関わる中で、どのような思いを抱いているかを考慮し、私自身が患者さんに危害を加えるものではないことを知ってもらうことで信頼関係が生まれ、その人に・その場に合った言動がとれることを <u>学んだ</u> 。	信頼関係に基づく コミュニケーションの重要性

表3. 《分かる・分かった》のコロケーション解析例

《分かる・分かった》を含んだ先行・後続文脈例	《構成要素》
コミュニケーションについては、初めは緊張し焦ってしまい、患者さんの思いを聴く姿勢が自分の中でできていなかったと反省があるが、徐々に患者さんと関係ができ最終日が近付くにつれ、落ち着いて話をすることもでき、どのように声かけや促しをすればよいか <u>分かる</u> ようになった。	効果的な コミュニケーション方法
その方の健康な精神とはどういう状態かを知るために、生活歴はとても重要だと <u>分かった</u> 。	患者を生活者として理解する
今回の実習を通して、患者さんを一人の人として見るという感覚が <u>分かった</u> 。	

表4. 《考える》のコロケーション解析例

《考える》を含んだ先行・後続文脈例	《構成要素》
この実習を通し、炎症や感冒症状の有無などの症状観察以外に、目線や表情・声色・沈黙の意味まで <u>考える</u> ことができた。	患者の言葉や表情・沈黙の意味
患者さんの言動一つ一つに対して、その言動に結び付く患者さんの思いを丁寧に <u>考える</u> ことができた。	

表5. 《できる・できた》のコロケーション解析例

《できる・できた》を含む先行・後続文脈例	《構成要素》
はじめのうちは何が独語で何が空笑なのかということや、どの話が妄想の話なのか判断することが難しかったが、毎日関わることで理解することが <u>できた</u> 。	病的体験の理解
患者が幻覚・妄想の体験に浸っている際に、肯定でも否定でもなく、別の話題を持ちかけ現実的な世界へと患者の注意を向けることが <u>できた</u> 。	
不安があることで自分自身がどういう行動をしているのか振り返ることが <u>できた</u> 。	自己洞察
患者さんからの反応は、自身の患者さんへの接し方の鏡であることを、身を持って学ぶことが <u>できた</u> 。	

「滋賀医科大学看護学ジャーナル」投稿規定

- I 本誌の和文名称は「滋賀医科大学看護学ジャーナル」、
英文名称は“Journal of Nursing, Shiga University of Medical Science” (JN-SUMS) とし、
原則として1年に1回発行する。
- II 本誌発行の目的は次の通りとする。
1. 看護学の学術的な発展に寄与する。
 2. 本学看護学科または本学医学部附属病院看護部に在籍する教職員に研究発表の場を提供するとともに、学際的な共同研究活動を促進する。
 3. 本学の研究・教育活動の成果をひろく社会へ還元する。
- III 掲載される原稿は次の通りとする。
- 看護学ならびに看護学に関連する研究領域で、次の範囲に含まれるものとする。
1. 投稿原稿は未発表で、かつ二重投稿していないものに限る。
 2. 倫理的配慮がなされており、原稿中にその旨が明記されていること。
 3. 論文の種類は以下の通りである。
 - 1) 原著論文：独創的で新しい知見を含むもの
 - 2) 総説：研究の総括、文献についてまとめたものなど
 - 3) 研究報告：研究として報告し記録にとどめる価値のあるもの
 - 4) 実践報告：看護実践、教育実践、海外視察などの報告についてまとめたもの
 - 5) その他：看護学に関する意見、提言などで紀要編集委員会（以下、委員会とする）が適切と認めたもの
- IV 投稿資格
1. 本誌の目的に合致し、本学教職員が関与した論文であることとする。
 2. 筆頭著者は以下のとおりとする。
 - 1) 本学看護学科または本学医学部附属病院看護部に在籍する教職員
 - 2) 本学大学院医学系研究科看護学専攻の院生もしくは修了後1年以内の者
 - 3) その他、委員会が論文投稿を依頼した者、委員会が適当と認めた者
- V 掲載の決定
- 原稿の種類と投稿論文の採否は、査読者の意見を参考にして委員会が決定する。
- 査読者は2名とし、委員会が依頼した者が当たる。査読は、再査読までとする。原著論文の査読者1名は、外部の研究者に依頼する。
- 本誌に掲載された全論文の全ての著作権(著作権法第27条及び28条に規定する権利を含む)は、滋賀医科大学に帰属する。

VI 執筆要領

1. 原稿提出時：製版用原稿 3 部を提出する。フォーマットは別紙参照。
3 部のうち 1 部は原本、2 部は著者名と所属を除いた副本とする。
なお、投稿論文枚数は以下の通りとする。
原著論文：6 枚以内。総説、研究報告、実践報告、その他：4 枚以内。
いずれも倫理的配慮が明記されていること。
2. 原稿提出時には、以下の事項を記載した用紙を添付する。
 - 1) 表題（和文と英文）
 - 2) 著者名と所属部署名
 - 3) 希望する原稿の種類（原著、総説、研究報告、実践報告、その他）
 - 4) 図表および写真などの枚数
 - 5) ランニングタイトル（30 字以内）
 - 6) 必要な別刷部数
 - 7) 連絡先（E-mail アドレスと電話）
3. 原稿は原則として次の順序でまとめる。
 - 1) 表題（ただし副本 2 部には著者名と所属部署名は記載しない）
 - 2) 和文抄録：400 字程度
 - 3) キーワード：5 語句以内
 - 4) 緒言、はじめに
 - 5) 本論
 - 6) 結語、まとめ
 - 7) 引用文献
 - 8) 原著論文の場合：英文タイトル、英文著者名、英文所属名、英文抄録（250 語程度）を文末につける。
 - 9) 英文キーワード：5 単語以内
 - 10) 図表：図表および写真は必要最低限とし、図 1、表 1、写真 1 などの簡潔な表題をつける。
4. 謝辞をつける場合は、査読段階では別紙にまとめる。
5. 文字と表記については以下の通りとする。
 - 1) 外来語はカタカナで、外国人名や適当な日本語訳がない言葉は原則として活字体の原綴りで書く。
 - 2) 略語は初出時に正式用語で書く。
6. 英文抄録は、原稿提出前にできるだけ専門家（ネイティブスピーカーが望ましい）による英文校正を受けることとする。

VII 文献の書き方

文献は、本文中の引用順に該当箇所の右肩に 1)、2) と上付で番号を付し、本文最後の文献欄に引用順に一括して記載する。なお、著者名はすべて記載する。

例：【雑誌の場合】

- 1) 滋賀太郎, 瀬田花子: 高齢者のストレスの特徴とメンタルケア. 日本老人看護学会雑誌, 8(3),

- 2) Riggio R. E., Tucker J. : Social skills and deception ability. Personality and Social Psychology Bulletin, 13, 568-577, 1987.

【書籍の場合】

- 3) 滋賀太郎：臨床看護学ハンドブック．23-52，朝日書店，大阪，1995．

【編集者の場合】

- 4) 大津浜子：非言語コミュニケーションを用いた看護．滋賀太郎，瀬田花子（編）：臨床看護技術 II，111-126，日本看護技術学会出版，東京，1998．
- 5) Otsu H. : An approach to the study of pressure sore. In Suzuki Y., Seta H. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press. New York, 1966.

【電子文献の場合】

- 6) ABC 看護学会：ABC 看護学会投稿マニュアル．2003-01-23（入手日）
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

VIII 最終の製版原稿の提出方法

1. 著作権譲渡同意書について、所定の様式により共著者全員の署名押印を添付する。
2. 査読者および編集委員会の指摘点を検討して修正し、製版した論文原稿のプリントと論文のファイルを USBフラッシュメモリーに入れて提出する。USBには筆頭者氏名、パソコン機種OS名、ソフト名を添付する。USBは製本後返却する。
3. 原稿は「製版原稿とUSB在中」と朱書きした封筒に入れて提出する。
4. 原稿の提出先ならびに問い合わせ先
滋賀医科大学医学部 看護学科事務室付
「滋賀医科大学看護学ジャーナル」 紀要編集委員会委員長
Tel : 077-548-2455

IX 校正

初校のみ著者がおこなう。

X 著者が負担すべき費用

1. 別刷は実費にて作成することができる。
2. 規定の枚数を超過した原稿・図表・カラー写真など印刷上特別な費用を必要とした場合は、著者負担とする。
3. 同一の筆頭著者による複数投稿の場合は、委員会が掲載する価値があると判断した場合は認めることとし、原則として予算を超過する経費は著者負担とする。

附則：この投稿規定は、平成17年4月1日から施行する。

平成18年4月一部改定する。

平成19年9月一部改定する。

平成20年2月一部改定する。

平成20年7月一部改定する。

平成21年6月一部改定する。

平成22年9月一部改定する。

¹ 滋賀医科大学 ●●●●●● 講座 ² ●●●●●● 講座

[illegible][illegible]


A 10x10 grid of black dots, where every dot is filled, representing 100% completion.


A 10x10 grid of black dots, where every dot is filled, representing 100% completion.


A 7x20 grid of black dots forming a rectangular shape.

•••••

•••••

4) 

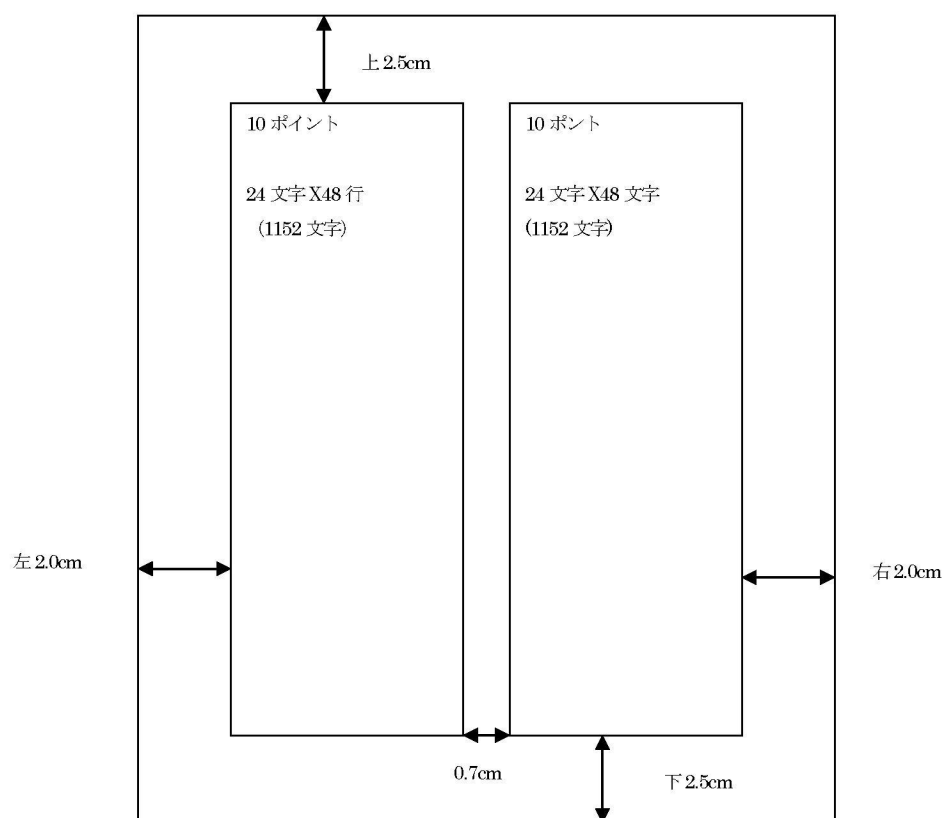
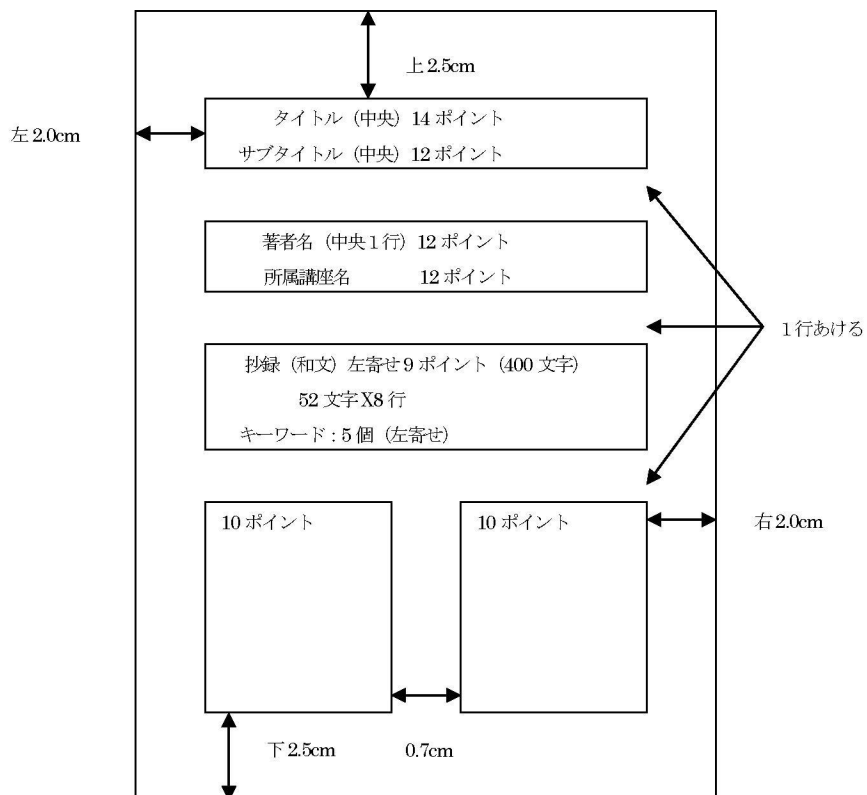
5) 

5) 

1. 使用ソフトはWordが望ましい。

- 78 —

別紙2
写真印刷フォーマット



滋賀医科大学看護学ジャーナル第9巻第1号 査読者名

足立みゆき 甘佐京子(滋賀県立大学人間看護学部) 遠藤 善裕 太田 節子
岡山 久代 桑田 弘美 畑下 博世 平河勝美(京都市立看護短期大学)
宮松 直美 森川 茂廣 盛永 美保 安田 斎 渡邊 浩子
(敬称略、五十音順)

編集後記

皆様方の多大なお力添えによって、『滋賀医科大学看護学ジャーナル第9号』を発刊する運びとなった。お力添えを賜った多くの皆様方に心より厚く感謝申し上げたい。

本平成22年度より本学附属病院に看護臨床教育センターが発足し、本学では、看護学科と附属病院看護部との連携はさらに強固なものとなっている。これらを踏まえ、今回は投稿規程を大幅に変更した。主な変更点は、筆頭著者を本学看護学科と附属病院看護部の教職員および看護学科の大学院生等に限定し、『滋賀医科大学看護学ジャーナル』を、本学看護学科と看護部教職員・大学院生の研究発表の場と定めたことである。また、臨床での看護実践や臨地実習指導に尽力されている教職員の方々に、平素の看護実践や教育実践等の報告をしていただくため、看護教育学系の学会誌に準拠し、論文の種類に「実践報告」を新たに追加した。さらには、研究の倫理を重視する時代の変化に対応し、投稿規程と査読ガイドラインに、論文には研究の倫理的配慮を明記する旨の内容を追加した。

この新たな試みに際し、学科長には巻頭言のご執筆をご依頼し、看護部長および看護臨床教育センター准教授には特別寄稿をご依頼し、ご快諾をいただいた。極めてご多忙中、ご執筆くださった学科長、看護部長、看護臨床教育センター准教授、および投稿していただいた皆様方、査読をお引き受けくださった先生方に心より御礼申し上げる次第である。

紀要編集委員長 加藤 圭子

「滋賀医科大学看護学ジャーナル」編集委員

委員長 加藤 圭子

委員 久留島 美紀子 藤井 広美 白坂 真紀 番所 道代 遠藤 知典

表紙デザイン 高谷 裕紀子