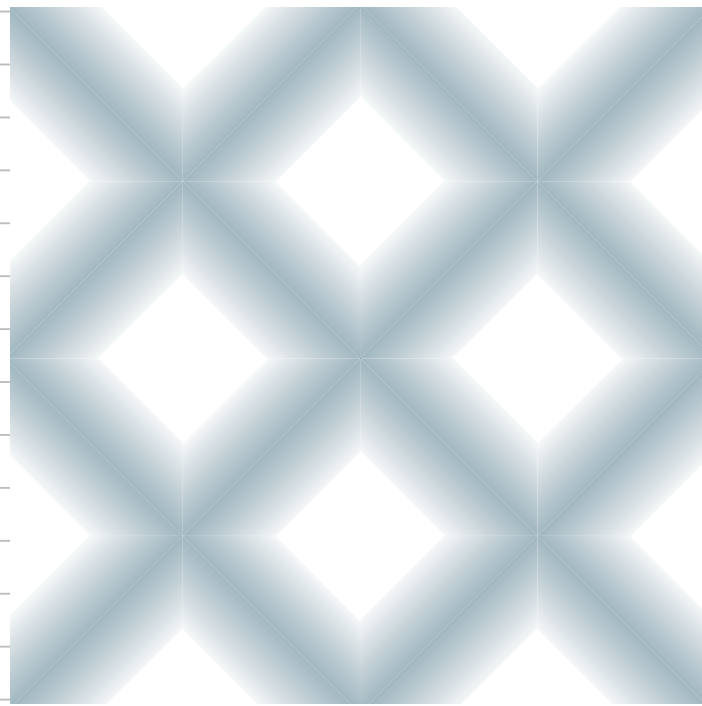


Ishikawa Journal of Nursing

石川看護雑誌

第1巻 ■ 2004



石川県立看護大学

ISSN 1349-0664

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

第1巻

Volume 1

2004

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

巻 頭 言

石川県立看護大学は平成 12 年 4 月に当県での最初の大学として発足し、平成 16 年 3 月に第一期生を送り出すことになり、ここに、大学としての形態を整えたことになる。

さらに 16 年 4 月からは教育・研究者の養成に加え、高度専門職業人の養成も視野に入れた修士課程も発足することになっている。

看護系大学はわが国では、近年になって急激な増加がみられ、現在 100 校余りとなり、修士課程、博士課程の増加ともあいまって、看護学の研究活動が活発になってきている。

しかし、看護学は学問として発展途上にあると評されている面もあるが、何らかの健康問題を有している人々に、より良いケアの提供を目的とした実践科学である。

中でも、健康問題をもった人々の反応や症状を捉え、対象のニーズに沿った対応が重要であり、そのための理論の体系化やケアの方法の開発等、研究課題は数多くあり、それら一つずつ明らかにして、目に見える成果を作っていくことが重要である。

大学の使命は教育と研究を車の両輪としながら、その成果を社会に還元していくことが必要と考えるが、当大学は、日頃の教官の教育や研究活動の成果を発表する場のひとつとして、「石川看護雑誌」を発刊することにした。

大学の基盤づくりの傍らの研究活動とならざるを得ない時期ではあったが、本誌は教員の鋭意努力しての論文集であり、今後学術の交流の場として、また教育・研究の一つの組織体としての発展も期待する。

多くの方々からのご意見、ご助言を賜れば幸いである。

金川 克子

石川看護雑誌

第1巻(2004年3月)

目次

巻頭言		i
	金川克子	
総説		
大学における看護学教育への視座		1
	金川克子	
原著		
精神科看護者のバーンアウトと職場ストレス要因についての検討		7
	北岡(東口)和代, 谷本千恵, 林みどり, 淵崎輝美, 所村芳晴, 福島秀行, 松本敦子, 桶谷玲子	
地域中高年者の健康診断・体力測定結果における7年後の転帰に関連する予測要因		13
	斉藤恵美子, 金川克子, 花岡美智子, 佐々木栄子, 橋爪祐美, 中山栄純, 森津外茂美, 池田睦美, 谷内憂子	
報告		
”健康のつどい”に参加した中高年における肥満の実状		19
	細島弘行, 今井美和, 花岡美智子, 松原勇, 村井嘉子, 小松妙子, 城戸口親史	
子どもの自尊感情 「子ども用5領域自尊心尺度」邦訳版の検討		25
	林みどり	
退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における病院看護師の役割		31
	丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 伴真由美, 小松妙子	
人工妊娠中絶を経験した女性の心理経過		39
	杵淵恵美子, 高橋真理	
地域における高齢者ケアの課題 - 「死生観とケア」公開研究会を通して -		49
	水島ゆかり, 浅見洋, 金川克子, 天津栄子, 多田博生, 高道香織	
資料		
セルフヘルプ・グループ(SHG)の概念と援助効果に関する文献検討		57
- 看護職はSHGとどう関わるか -		
	谷本千恵	
睡眠の援助としての足浴の効果に関する文献的検討		65
	中山栄純, 小林宏光, 滝内隆子	
終末期ケアの推進に向けての人材育成研修のあり方		69
	作宮洋子	
発行規定		77
執筆要領		78
編集後記		81

Ishikawa Journal of Nursing

Volume 1 (March 2004)

Contents

Preface		i
	Katsuko KANAGAWA	
General Article		
A Perspective on Undergraduate Nursing Education		1
	Katsuko KANAGAWA	
Original Articles		
Burnout and Job Stressor Among Psychiatric Nurses		7
	Kazuyo KITAOKA-HIGASHIGUCHI, Chie TANIMOTO, Midori HAYASI, Terumi FUCHISAKI, Yoshiharu SYOMURA, Hideyuki FUKUSHIMA, Atsuko MATSUMOTO, Reiko OKETANI	
Health Checkup and Physical Fitness Factors as Predictors of Prognosis Among Community Dwelling Middle-Aged and Older Adults: A 7-Year Longitudinal Study		13
	Emiko SAITO, Katsuko KANAGAWA, Michiko HANAOKA, Eiko SASAKI, Yumi HASHIZUME, Eijun NAKAYAMA, Toshimi MORITSU, Mutsumi IKEDA, Yuko TANIUCHI	
Reports		
Obesity in Middle-Aged and Elderly Women Participating in Gatherings of “Life Style-Related Diseases”		19
	Hiroyuki HOSOJIMA, Miwa IMAI, Michiko HANAOKA, Isamu MATSUBARA, Yoshiko MURAI, Taeko KOMATSU, Chikashi KIDOGUCHI	
Self-Esteem in Children: A Factor Analysis of the Japanese Version of the Self-Esteem Scale		25
	Midori HAYASI	
The Role of Nursing in Discharge-Planning Based on Actual Conditions in Hospital Nursing Intervention for Discharged Patients		31
	Naoko MARUOKA, Hiromi SATO, Kazuyo KAWASHIMA, Mayumi BAN, Taeko KOMATSU	
Psychological Process of Women Who Have Undergone Induced Abortion		39
	Emiko KINEFUCHI, Mari TAKAHASHI	
Issues of the Care for Elderly People in the Community		49
	Yukari MIZUSHIMA, Hiroshi ASAMI , Katsuko KANAGAWA , Eiko AMATSU , Hiroiku TADA , Kaori TAKAMICHI	
Materials		
Concept and Benefits of Self-Help Groups: A Review of Literature . - Nurses' Attitude Toward Self-Help Groups -		57
	Chie TANIMOTO	
The Effect of a Foot Bath on Sleep		65
	Eijun NAKAYAMA, Hiromitsu KOBAYASHI, Takako TAKIUTI	
Training for Terminal Care Management in Community Health Care		69
	Yoko SAKUMIYA	
Regulation		77
Instruction to Authors		78
The Editor's Notes		81

大学における看護学教育への視座

金川 克子

概要

本稿は大学における看護学教育を概観し、看護学教育の発展に向けての筆者の考えを述べたものである。

わが国で、看護学の教育がはじめて大学で行われたのは、1952年に高知女子大学が、つづいて1953年に東京大学であり、数年して聖路加看護大学である。しかし、その後の動きは遅々としていたが最近10年間に大学の数が急激に増加している。

その背景には看護に対する社会的ニーズの増大や看護学の発展等、さまざまな要因が絡み合っていると考えられる。

しかし大学において看護学を発展させるには看護学の学術的基盤を堅固にし、看護学教育の基礎作りを推進し、豊かな人間性と専門職業人としての基礎的能力を備えた人材の育成に向けての努力が必要である。

キーワード 看護学教育, 看護系大学数の推移, 看護学, 看護学教育の発展, 石川県立看護大学

1. はじめに

筆者は、本格的に看護学教育に入るまえは、一総合大学の医学部助手(公衆衛生学)として、9年間、講義の補助や実習指導に加えて、フィールド活動や研究活動等を行っていたが、医学部の教官の活動の中心は教育よりも研究に置かれている雰囲気があった。

その後1972年より、同じキャンパス内にある一国立医療技術短大看護学科に移籍し、看護学の基礎教育にとりくむことになった。当時の看護学教育は各種学校や専修学校が中心であり、筆者が所属した短大はこの年に設立されたものであり、新しい看護学教育をめざして、教育理念や教育内容・方法について、看護学を専攻する同僚と昼夜激論を交わしたことが思い出される。

同時に看護学の教員はなんと教育に熱心であるか、医学教育から看護学教育の世界に移った筆者にとっては異文化に触れたような気持ちを抱いたのも事実であった。

その背景には、当時筆者が所属していた医学教育の現場では、学生が卒業の後に、同じ大学の医局や、他の医療機関でインターンとして、実地訓練を経て、実践家としてまたは研究者として診療や研究に携わっていた。

これに対して看護学教育の場では卒業後は直ちに即戦力として働き、患者の安全・安楽を基盤により看護を提供することが求められているので、

看護学教育はそのことを意識して進められることが必要であった。

医学教育の場では、その後インターン制度は廃止されたが、平成16年度からは臨床研修医制度が発足し、医師は大学を卒業した後2年間の実地訓練が義務付けられる等変化が見られるが、看護職の場合にはそのような臨床研修制度にはなっていない。

しかし、看護学教育の場では看護の質の向上をめざし、大学化の動きが活発になり、平成15年度には108校になっている。日本看護系大学協議会がだしている「看護職の教育に関する声明」¹⁾の中には、大学教育と、専門学校・短期大学教育は異なる特性をもつとし、専門学校教育と短期大学教育では看護ケアが着実に実践できる人材を育成するのに対し、大学教育は専門職業としての特性をもち、看護学の学問を追及し、かつ学問的に裏打ちされた看護実践を行うことのできる人材を育成する、と謳われている。

それぞれの大学がこのような理念のもとで、実質的な教育がなされているかはわからないが、筆者も大学において看護学教育に従事しているので、本稿の目的は、大学における看護学教育を概観し、看護学教育の発展に向けて私論を述べることである。

2. わが国における看護学に関する大学教育の変遷

わが国において看護学の教育が大学で行われるようになったのは、アメリカに比べて遅く、1952年に高知女子大学が、続いて1953年に東京大学で、そしてその後数年後に聖路加看護大学で看護

学の4年教育を実施している。現在までの大学数推移を図1に示す。1990年ごろまでは10校程度であったが、その後急激に増加してきており²⁾、2003年度末では108校になり、2004年度にはまだ増加の傾向が予測されている。

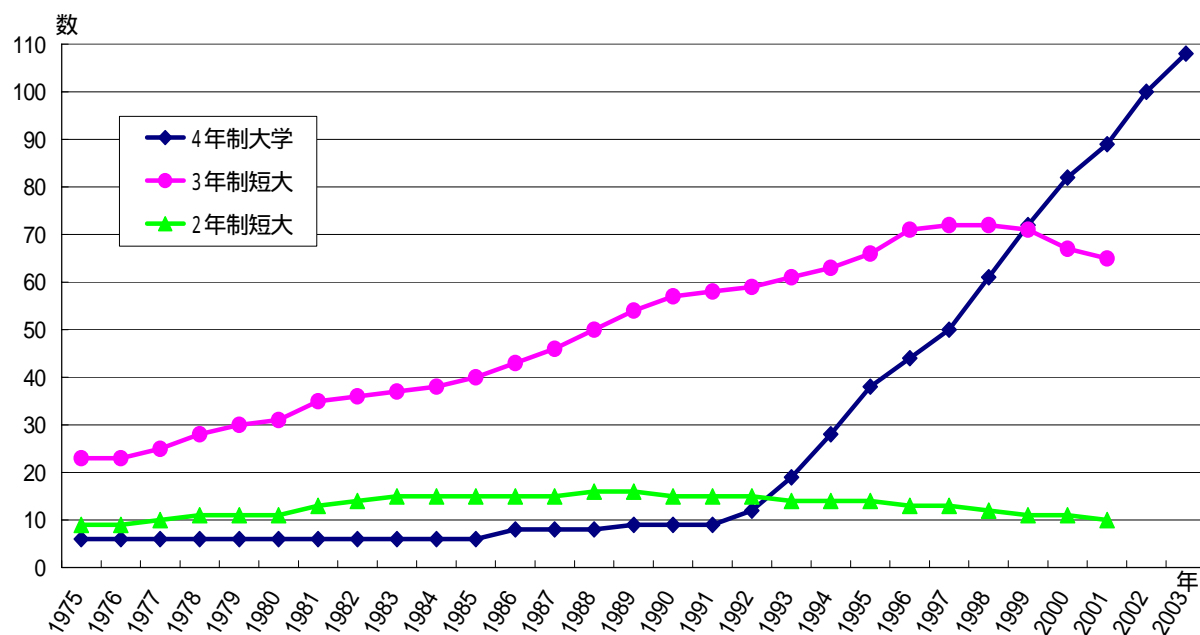


図1 看護系大学・短大数の年次推移 注：文献2より作成 2002,2003年の大学数は筆者追加

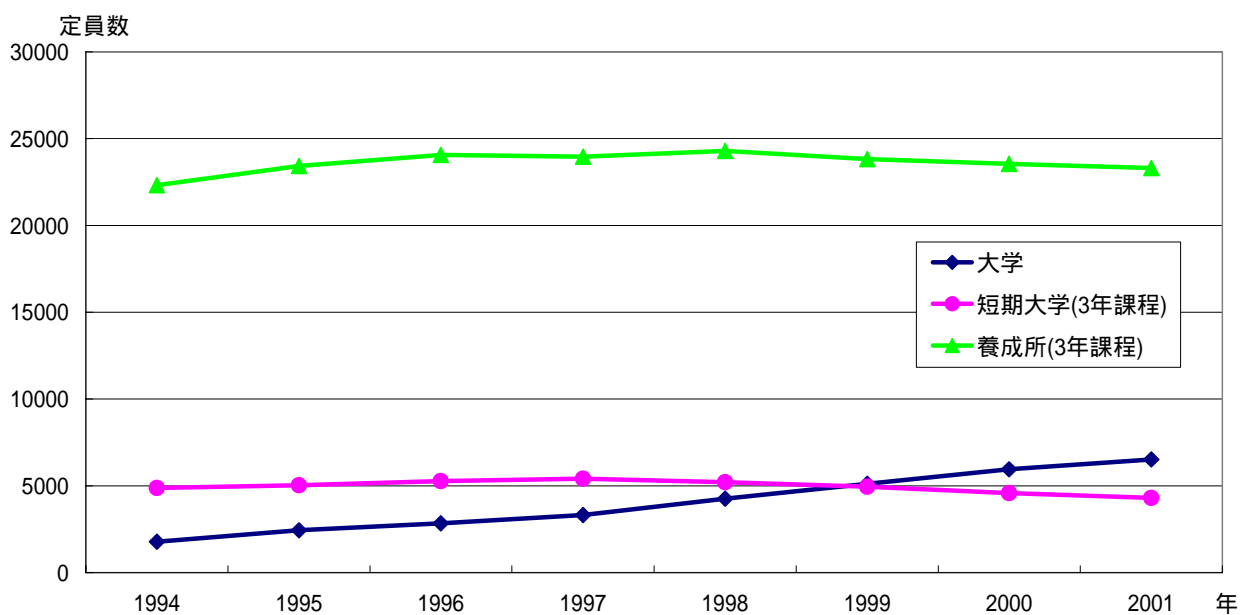


図2 看護師3年課程別養成機関の1学年定員の推移 注：文献2より作成

ちなみに、2002年度でみた3年制の専修学校は489校、3年制短大は60校であり、これらの学校の平成2002年4月でみた一学年定員は26,012名であるのに対し、同年の大学の一学年定員は7,140名となっており、その推移は図2に示した³⁾。なお、大学の学生の一学年定員数は他の2種類の養成施設のそれらと比較すると、その割合は27.3%しか占めていないが、この割合は徐々に

増加していくことが予測される。

また、2001年の統計では卒業後の進路は図3に示すように病院関係が多くなっているが、大学卒業者は専門学校の卒業生にくらべて、多様な進路を選んでいるようである。

具体的には看護師が最も多いが、次いで保健師、進学、助産師となっている。

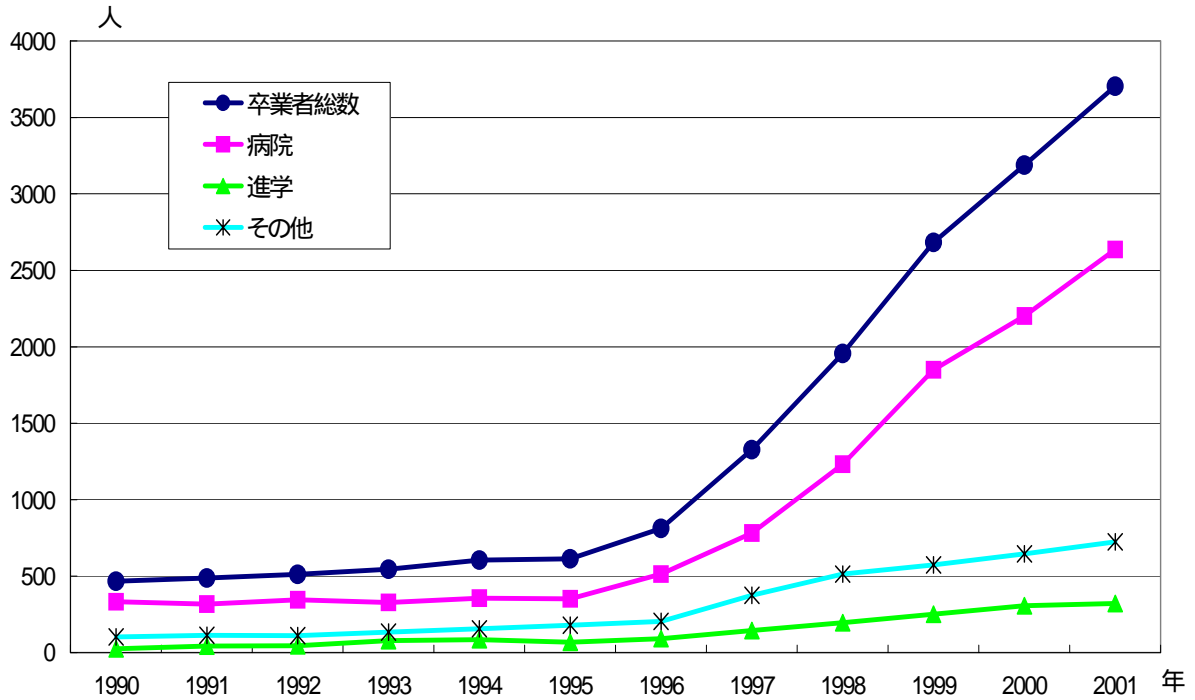


図3 看護大学の卒業生の状況 (1990～2001) 注：文献2より作成

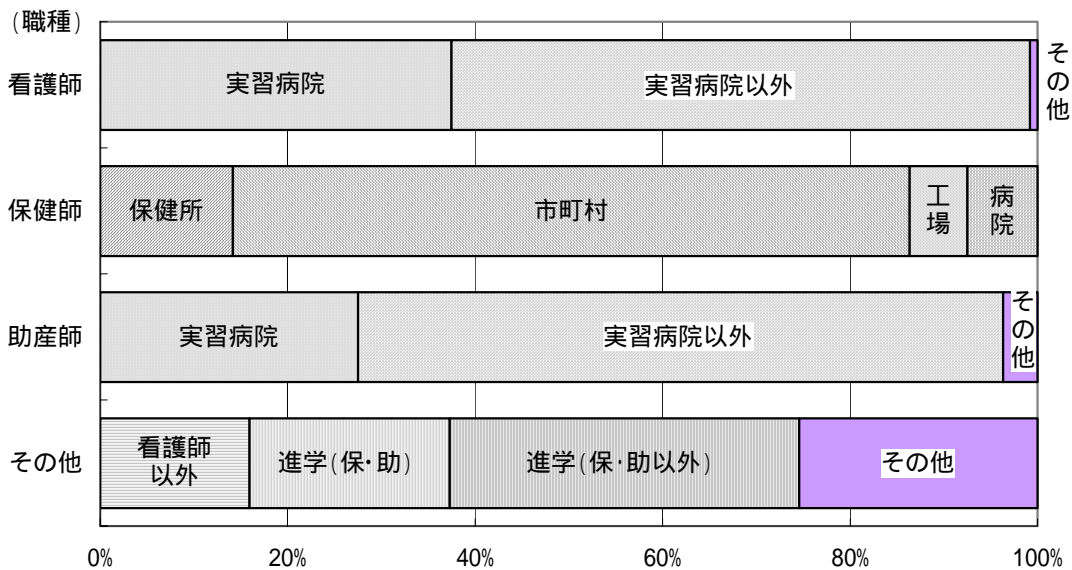


図4 看護大学卒業生の職種別進路状況 (1990～2001) 注：文献2より作成

職種別に就職先や進路先でみると、図4のように、看護師は実習病院以外が多く、保健師では市町村が多くなっている。進路先では大学院が多い様に見える。

一方、看護系大学にはいろいろな形態があり、総合大学の中の一学部としての看護学部、看護学の単科の大学、総合大学の医学部や看護福祉学部、健康科学部等の中に看護学科や看護学専攻として位置づけられている等多様なものとなっている。

設立時の目的や理念、経営や経済上等さまざまな事情によって、設立形態が異なると考えられるが、看護学がひとつの独自の学問体系として教育・研究に生かされるような形態や運用になることが望ましい。

筆者が属している石川県立看護大学は看護学の単科の大学として2000年4月に開学した比較的新しい大学であり看護学を中心に据え、教育・研究・社会活動を行っている。教育理念や目標は表1のようにしている⁴⁾が、その成果や評価は将来に期待している。

表1 石川県立看護大学の教育理念と教育目標

理念：

人間の生命や生活の質を真に理解できる豊かな人間性ととともに、専門的職業人としての基盤を備え、保健・医療・福祉の幅広い領域で、県民の健康と福祉の向上に貢献できる看護職及び看護指導者を育成する。

目標：

1. 豊かな人間性を備えた人材の育成
2. 看護学に求められる社会的使命を遂行し得る人材の育成
3. 調整・管理能力を有する人材の育成
4. 国際社会でも活躍できる人材の育成
5. 将来の看護リーダーの役割を担う人材の育成

シラバス2003⁴⁾

3. 教育の発展の背景

看護系大学の増加により、看護学教育を進展させようとする機運は大きい。

大学基準協会は平成5年7月に、協会内に看護学教育研究委員会を設置し、看護学教育基準の策定を手がけ、「21世紀の看護学教育～基準の設定に向けて～」を公表しているが、その後改定を行い、平成14年9月に同名の報告書⁵⁾を出し、看護学教育に関する基準や、看護学に関する大学院基準を改定している。

その中で、看護学教育の改革が求められるよう

になった背景として、社会のニーズの変化、保健福祉の発展、学生人口の変化、看護実践の向上、看護学の発展、看護学教育の変化そして看護の国際化をあげている。最近は医学や医療技術の進歩がめざましい反面、人々の健康や病気に対する考え方や価値観、対処の仕方にも多様性が見られる。

さらに、生命の尊厳や患者の人権に対する意識の向上も見られる現状において、人々のニーズに沿いながら安全で良質の医療を提供していくことが医療現場で求められている。このような背景を踏まえて、看護学教育においても改革を行っていくことが必要である。

4. 大学における看護学教育の発展に向けて

大学において、看護学教育を進展させるためには、学術的基盤を堅固にするためにも、人間を対象にしたケアを追求した学問として、その学問体系を創り上げていかないとその存在が難しくなっていくのではないかと考える。

看護学は医学の一部として発展してきた経緯はあるが、看護学は病を持った人を対象に効果的なケアを提供するための独自の理論や方法を集積し、体系づけることが必要である。

筆者は看護学とはケアを通して、人々の健康とQOLの向上に寄与する実践科学であり、ケアの内容は表2に示したように、対象は病人のみならず、未病期（健康と病気の間の段階）にある人や健康な人も対象に、病気によって起こる障害やその危険因子の緩和や除去を図ることであると考えている。

表2 看護ケアの内容

1. 病人のみならず、未病期にある人、健康な人も対象にする。
2. 病気（異常）によって起こる障害（主に生命維持、日常生活上の障害）や病気の危険因子の緩和や除去を図る。
3. 病気の予防を図る。
4. 患者の自立、日常生活への対応、正常な成長・発達・老化を助け、その人らしい生活の営みの手助けを図る。

さらに、患者の自立や日常生活への対応、正常な成長や発達、老化を助け、その人らしい生活の営みができるように支援することである、と考える。次に、看護学に関する研究の発展である。

前述したように看護学は人間を対象に、より良

いケアの提供を目的としたものであるが、特に病を持った人の特徴は多種多様な個性があり、患者-看護者関係の複雑な要素も加わった看護現象の解明や有効なケアを開発し、その成果を出していくことが重要である。

最近、医学や看護学においても、EBM または EBN と称して、Evidence を明らかにしていくことが問われている。ケアの成果を具体的に実証していくことは重要であるが、患者の思いや心理的反応、患者-看護者関係等の現象や変化を科学的に実証していくことが困難な場合もある。患者を全体的に捉えたり、看護現象を科学的に捉える方法論の模索は看護学の課題の一つでもある。

さらに重要なことは、看護学教育の基礎づくりである。看護学の教育体系は複雑であり、前述のように3年制の養成学校が数的には多いが、大学や大学院課程も増加の中で、各大学が緩やかな競争的環境のもとで独自性をとりつつ、連携を図っていかねばならないであろう。

文部科学省も平成15年より、COE（優れた研究の拠点作り）とは別に「特色ある大学教育支援プログラム」を選定している。残念ながら選にはもれたが本学もこれに応募した。

看護学教育においても優れた独自性の高い教育プログラムを工夫していくことは重要である。また、各大学が優秀な教職員と学生の人材を集めるだけでなく、効果的な教育プログラムの充実を

図っていくための教職員の意識改革も求められている。

5. おわりに

病人や家族の看護や、子供の世話や養育等看護の仕事は古くからあるが、学問としての看護学は医学や物理学、法学等他の学問と比較すれば新しく、発展過程にある。看護界においても多様な議論が見られるが、社会から見えるような看護学の学問体系を構築し、その成果を世に問うていくことが必要である。

大学はその一翼を担う立場にあると考えるが、まずは、豊かな人間性と、専門職業人としての基本的能力を備えた人材の育成に向けての努力が看護学教育の発展につながると考える。

引用文献

- 1) 日本看護系大学協議会：看護職に関する声明，
(<http://janpu.umin.ac.jp/seimei.html>)
- 2) 日本看護協会出版会：平成13年度看護関係統計資料集，
2002
- 3) 日本看護協会出版会：平成14年度看護関係統計資料集，
2003
- 4) 石川県立看護大学：SYLLABUS, 2003
- 5) 大学基準協会：21世紀の看護学教育，2002

(受付：2004年1月14日，受理：2004年2月5日)

A Perspective on Undergraduate Nursing Education

Katsuko KANAGAWA

Abstract

The purpose of this article was to present a perspective on undergraduate nursing education in Japan.

The number of universities/colleges of nursing has increased over the recent ten years.

In the background, there seemed to be expanding social needs for nursing care, the development of nursing science and other factors.

To promote undergraduate nursing education, we must make an effort to develop a firm basis of nursing science, nursing education and train persons with humanity and professional capacity.

Key words nursing education, change in the number in universities/colleges of nursing, nursing science, development of nursing education, Ishikawa Prefectural Nursing University

原著

精神科看護者のバーンアウトと職場ストレス要因についての検討

北岡(東口)和代 谷本千恵 林みどり

淵崎輝美* 所村芳晴* 福島秀行* 松本敦子* 桶谷玲子*

概要

精神科勤務の看護者のバーンアウトとバーンアウトに関連する職場ストレス要因について検討した。一公立精神科病院に勤務する看護者全員 152 名を対象に自己記入式質問紙調査を行ったが、114 票が有効回答であった。バーンアウトの測定には the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) を、職場ストレス要因の測定には Nursing Job Stressor Scale (NJSS) を用いた。その結果、「仕事の量的負担」と「患者との人間関係」に関する職場ストレス要因が、MBI-GS 下位尺度の「疲弊感」および「シニシズム」と有意な相関にあった。横断面調査のため因果関係は明らかではないが、バーンアウトを予防するために、仕事量を軽減する業務改善と、患者との関係の中でストレスを感じた時の対処法に関する教育プログラムやサポート体制の整備の必要性が示唆された。

キーワード バーンアウト、職場ストレス要因、精神科看護者、MBI

1. はじめに

質の高い心のこもった看護ケアを提供することは臨床の看護者に課せられた重要な役割であるが、そのためには看護者自身のメンタルヘルスが維持され、バーンアウトなどの職業性ストレス反応を起こさないようにしなければならない。われわれは、今回 精神科病院に勤務する看護者のバーンアウトを予防する対策を考える際の検討材料を得るために、質問紙調査を行った。すなわち、本研究の目的は、精神科病院に勤務する看護者のバーンアウトとバーンアウトに関連する職場ストレス要因について検討することである。

2. 方法

2.1 対象と調査方法

一公立精神科病院(病床数=400, 2002 年度病床利用率=92.9%, 看護体制:3対1看護及び10対1看護補助)に勤務する看護師・准看護師全員の152名を調査対象とした。調査票の回収は141票(回収率=92.8%)で、そのうち有効回答は114票(有効回答率=80.9%)であった。看護師が90名、准看護師が24名であった。性別では男性が32名、女性が82名であった。

年齢は21-59歳で、20-30代が41名、40代が46名、50代が27名で、平均年齢42.9(標準偏差:SD±8.9)歳であった。

看護師長会で調査実施の承認を受けた後、自己記入式調査票を各部署に配布し、10日間の留め置き調査を実施(2002年10月)した。

2.2 調査票の構成

(1) バーンアウトの測定

バーンアウトの測定には the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)¹⁾を採用した。これまでバーンアウトは医療者や教育関係者などの対人サービス職に限って見られる現象として扱われてきた。そのためバーンアウト研究においては、「情緒的疲弊感」、「非人間化」、「個人的達成感」の3つの概念からバーンアウトを定義し、対人サービス職を対象とした MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) が最も多く使用されてきた。しかし、1990年代以降バーンアウトの概念は拡大され、職業人全般に適用されるようになってきた。MBI-GSは職業人全般を対象に開発されたバーンアウト測定尺度である。MBI-GSでは従来用いられてきた3つの概念にそれぞれ対応して、「疲弊感」、「シニシズム」、「職務効力感」という新たな概念用語が用いられている。「疲弊感」は仕事に由来する疲弊である。「シニシズム」とは仕事に対する熱意や関心を失い、もうどうでもよ

*石川県立高松病院看護部

いと心理的に距離を置いてしまう態度である「職務効力感」は仕事に対する自信、やりがいであり、バーンアウト状態ではこれが低下する。MBI-GSは16の質問項目からなっており、各質問に対して7段階の頻度次元で回答を求め、得点化を行う。疲弊感とシニシズム的態度は点数が高いほど、逆に職務効力感の点数が低いほど、バーンアウトの程度が高いと解釈する。本研究では、第1著者らが作成したMBI-GSの研究用日本版^{2),3)}を使用した。MBI-GSの研究用日本版では原版と同様の因子構造が認められ、各因子のCronbachの係数は.86 - .91と信頼性および妥当性は検証されている。

(2) 職場ストレス要因の測定

第1著者らが開発した臨床看護職者の仕事ストレス測定尺度(Nursing Job Stressor Scale: NJSS)⁴⁾を採用した。NJSSは「職場の人的環境(以下、同僚関係)」、「看護職者としての役割(以下、役割葛藤)」、「医師との人間関係と看護職者としての自律性(以下、医師関係)」、「死との向かい合い(以下、死)」、「仕事の質的負担(以下、質的負担)」、「仕事の量的負担(以下、量的負担)」、「患者との人間関係(以下、患者関係)」に関するストレス要因という7つの因子から構成され、33の質問項目からなっている。各質問に対して5段階の強さ次元で回答を求め、得点化を行う。点数が高いほどそれらのストレス要因が負担となっていると解釈する。NJSS作成時の各因子のCronbachの係数は.75 - .85であり、信頼性および妥当性は検証されている。

(3) ライフスタイル

サーカディアンタイプ、喫煙習慣、飲酒習慣などライフスタイルに関して尋ねた。サーカディアンタイプはヒバリのような朝型か、あるいはフクロウのような夜型かを測定する質問紙⁵⁾を用いて調べた。

(4) フェイスシート

性別、年齢、婚姻状況、子供の有無などの個人属性と職種、職位、経験年数、勤務形態などの職業要因について尋ねた。

以上、調査票は合計75項目であった。

2.3 調査における倫理的配慮

調査票には協力依頼の文書を貼付したが、調査への回答は個人の判断に任せた。他の調査と照合する関係上、職員番号の記載を依頼したが、回答後の調査票は各個人が封入して回収した。他の調

査との照合が終了した後は、職員番号を調査用番号に入れ換えて匿名化を行い、プライバシーの保護をした。

2.4 分析方法

まず、個人属性、職業要因、ライフスタイルによってMBI-GSの下位尺度得点に違いがあるかを検討した。有意性の検定はt検定や一元配置分散分析を用いた。各要因の分類を以下に列挙する。

- (1) 性:「男」「女」の2群
- (2) 年齢:「20 - 30代」「40代」「50代」の3群
- (3) 婚姻状況:「既婚」「未婚」「その他」の3群
- (4) 子供の有無:同居している子供が「いる」「いない」の2群
- (5) 職種:「看護師」「准看護師」の2群
- (6) 職位:「スタッフ」「主査」、師長以上を「師長」の3群
- (7) 経験年数:「9年以下」「10 - 19年」「20年以上」の3群
- (8) 勤務形態:「3交代制」、日勤のみあるいは当直制を「その他」の2群
- (9) サーカディアンタイプ:非常に朝型あるいはやや朝型を「朝型」、どちらともいえないを「中間型」、非常に夜型あるいはやや夜型を「夜型」の3群
- (10) 喫煙習慣:「吸う」、吸わないあるいは止めたを「吸わない」の2群
- (11) 飲酒習慣:週3 - 4回以上あるいは毎日飲むを「飲む」、週1 - 2回以下あるいは飲まないを「飲まない」の2群

次に、MBI-GSとNJSSとの相関を見た。

3. 結果

MBI-GS下位尺度のCronbachの係数は.80 - .89であった。NJSS下位尺度のそれは.73 - .85であった。いずれも原尺度の信頼性と比べて遜色のない値が得られた。

3.1 MBI-GS下位尺度得点について

全体でのMBI-GS下位尺度平均値は「疲弊感」が3.06 (SD ± 1.37)、「シニシズム」が1.99 (SD ± 1.25)、「職務効力感」が2.23 (SD ± 1.04)であった(表1)。

表1 MBI-GS下位尺度得点(個人属性・職業要因・ライフスタイル別)

		疲弊感			シニシズム		職務効力感	
		n	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
全体		114	3.06	1.37	1.99	1.25	2.23	1.04
性	男	32	3.12	1.34	2.10	1.12	2.22	1.00
	女	82	3.03	1.39	1.95	1.30	2.24	1.06
				n.s.		n.s.		n.s.
年齢	20-30代	41	2.80	1.43	1.81	1.29	1.99	1.02
	40代	46	3.24	1.31	2.31	1.17	2.20	1.03
	50代	27	3.14	1.35	1.74	1.24	2.67	0.98
				n.s.		†		*
婚姻状況	既婚	98	3.13	1.37	2.08	1.29	2.26	1.06
	未婚	9	2.38	1.28	1.27	0.76	1.87	0.84
	その他	7	2.86	1.36	1.74	0.68	2.26	0.96
				n.s.		n.s.		n.s.
子供の有無	いる	87	3.11	1.39	2.10	1.31	2.25	1.07
	いない	27	2.88	1.32	1.64	0.98	2.19	0.93
				n.s.		†		n.s.
職種	看護師	90	3.03	1.43	1.96	1.23	2.18	1.04
	准看護師	24	3.18	1.12	2.13	1.32	2.42	1.02
				n.s.		n.s.		n.s.
職位	スタッフ	88	3.00	1.38	1.97	1.26	2.22	1.09
	主査	16	3.29	1.28	2.26	1.24	2.19	0.86
	師長	10	3.20	1.47	1.80	1.23	2.45	0.84
				n.s.		n.s.		n.s.
経験年数	9年以下	20	2.67	1.50	1.60	1.40	2.00	1.03
	10-19年	43	2.93	1.27	2.07	1.24	2.08	1.13
	20年以上	51	3.31	1.37	2.09	1.18	2.45	0.93
				n.s.		n.s.		n.s.
勤務形態	3交代制	99	3.03	1.40	2.02	1.23	2.18	1.06
	その他	15	3.23	1.17	1.80	1.39	2.58	0.79
				n.s.		n.s.		n.s.
サーカディアンタイプ	朝型	58	2.94	1.25	1.89	1.33	2.32	1.06
	中間型	36	3.17	1.61	2.14	1.19	2.27	1.03
	夜型	20	3.21	1.25	2.04	1.14	1.91	0.98
				n.s.		n.s.		n.s.
喫煙習慣	吸う	31	3.16	1.26	2.28	1.24	2.01	1.04
	吸わない	83	3.02	1.41	1.89	1.24	2.32	1.03
				n.s.		n.s.		n.s.
飲酒習慣	飲む	33	3.13	1.42	2.05	1.12	2.30	0.95
	飲まない	81	3.03	1.35	1.97	1.30	2.20	1.07
				n.s.		n.s.		n.s.

*: p<.05, †: p<.10, n.s.: not significant

性別, 年齢別, 婚姻状況, 子供の有無という個人属性による違いを検討した。その結果を表1に示した。「疲弊感」得点については, どの要因によっても有意な違いは認められなかった。「シニシズム」得点については, 年齢と子供の有無によって異なる傾向が見られた。すなわち, 40代の者が20-30代や50代の者より高い傾向にあった。また, 子供のいる者がいない者より高い傾向にあっ

た。「職務効力感」得点については, 年齢による有意な差が認められ, 年齢が高くなるにつれて高くなっていった。

次に, 職種, 職位, 経験年数, 勤務形態という職業要因による違いを検討した。その結果を表1に示した。MBI-GSの下位尺度はどの要因によっても有意な違いは認められなかった。

表2 MBI-GS と NJSS の偏相関(年齢と子供の有無を調整)

	疲弊感	シニシズム	職務効力感
同僚関係	.256 **	.188 n.s.	.071 n.s.
役割葛藤	.329 ***	.098 n.s.	.043 n.s.
医師関係	.273 **	.177 n.s.	.065 n.s.
死	.027 n.s.	-.069 n.s.	.170 n.s.
質的負担	.274 **	.170 n.s.	.030 n.s.
量的負担	.481 ***	.301 **	.172 n.s.
患者関係	.312 **	.291 **	.108 n.s.

***: $p < .001$, **: $p < .01$, n.s.: not significant

また、サーカディアンタイプ、喫煙習慣、飲酒習慣というライフスタイルによる違いを検討した。その結果を表1に示した。同様に、MBI-GSの下位尺度はどの要因によっても有意な違いは認められなかった。

3.2 MBI-GS と NJSS との相関について

上述の結果を考慮し、年齢と子供の有無の要因を調整した MBI-GS と NJSS との偏相関分析を行った。その結果を表2に示した。MBI-GSの「疲弊感」は、NJSSの「死」以外の全てのストレス要因と有意な相関にあった。「シニシズム」は、「量的負担」と「患者関係」で有意な相関にあったが、その他のストレス要因との相関は有意ではなかった。「職務効力感」はどの職場ストレス要因とも有意な相関にはなかった。

4. 考察

MBIは何点以上でバーンアウトしているというようなcut-off pointはもたない。またMBIマニュアル¹⁾には北米人サンプルによるバーンアウト評価基準値が示されているが、日本人にこれをそのまま適用することはできない。ここでは本研究で対象とした精神科看護者のバーンアウトの程度を他の看護者集団と比べてみる。第1著者らが行った某総合病院に勤務する看護者204名を対象にした調査⁶⁾では、「疲弊感」=3.67、「シニシズム」=2.28、「職務効力感」=2.45点となっている。単純比較であり限界はあるが、本研究の対象者は総合病院に勤務する看護者と比べると、「疲弊感」と「シニシズム」得点が低く、「職務効力感」得点

も低くなっている。Kilfedderら⁷⁾はスコットランドの精神科病院に勤務する看護者を対象に調査を行い、精神科看護者は看護者および医師の医療者集団と比べてMBI-HSSの情緒的疲弊感と非人間化得点が有意に低く、個人的達成感も有意に低かったと同様の結果を報告している。精神科看護者のバーンアウトにおけるこの特異性について、今後さらに検討していく必要がある。

バーンアウトは年齢や婚姻状況などの個人属性や職位や勤務形態などの職業要因によって異なることが報告されている。年齢では年齢が低い看護者のほうが年齢が高い看護者よりバーンアウトの程度が高い、婚姻状況では未婚者のほうが既婚者よりバーンアウトの程度が高い、職位ではスタッフのほうが主任や師長などの管理者よりバーンアウトの程度が高い、勤務形態では3交代勤務者のほうがその他の勤務の者よりバーンアウトの程度が高いという報告が多い⁸⁾。本研究でも年齢と子供の有無によってバーンアウトの程度は異なっていた。しかし、その他の要因による違いは認められず、看護者全体が同じバーンアウト傾向にあったことが特徴的であった。

本研究の目的はバーンアウトとそれに関連する職場ストレス要因を検討し、バーンアウトを予防する対策を考える際の検討材料を得ることであった。バーンアウトは「仕事で身も心も疲れはて、ぐったりする」「一日中働くことは本当にストレスだ」などと感じる疲弊感にはじまり、次に「もう仕事に対して興味や熱意が持たなくなってしまう」「自分がしている仕事のこともなんかもうどうでもよい」などと感じるシニシズム的態度がとられ

るようになり、ついには「仕事がうまくやれるという自信がある」「自分がしている仕事にやりがいを感じる」などの職務効力感を失っていくプロセスをとると考えられている⁹⁾。特に、疲弊感とシニシズムはバーンアウトの核とも考えられている¹⁰⁾。この疲弊感とシニシズム的態度に共通して関連が見られた職場ストレス要因は、「量的負担」と「患者関係」であった。看護者が「仕事が多い、時間がない、人がいない」と思う時、あるいは「訴えが多い患者や嫌だと思える患者」と接する時に負担を感じ、バーンアウトに陥りやすくなるのではないかと考えられた。第1著者が某大学病院に勤務する看護者を対象に行った研究¹¹⁾では、バーンアウトに関連する職場ストレス要因として、患者との人間関係に関するストレス要因も挙げられたが、仕事の量的負担と質的負担がより関連が強い予測要因として挙げられている。本研究で対象とした精神科看護者は統合失調症、気分障害、人格障害、アルコール依存症などの精神疾患を有する患者にケアを提供している。多彩な精神症状に加えて日常生活能力障害を有する患者に対して適切な看護ケアを提供できない状況を抱え込むことが多く、それらがストレス要因となりバーンアウトへと繋がっていくのではないかと考える。この点を明らかにすることが今後の課題とされる。

本研究は横断面調査であり因果関係は明らかではないが、バーンアウトを予防する対策として、仕事量を軽減する業務改善と、患者との関係の中でストレスを感じた時の対処法に関する教育プログラムや、ストレス緩衝要因として有効とされているサポート体制の整備の必要性が示唆される。

5. まとめ

- (1) 本研究で対象とした精神科看護者では年齢や婚姻状況などの個人属性あるいは職位や勤務形態などの職業要因によるバーンアウトの違いがほとんど認められず、看護者全体が同じバーンアウト傾向にあった。
- (2) 「仕事の量的負担」と「患者との人間関係」に関する職場ストレス要因が、MBI-GS下位尺度の「疲弊感」および「シニシズム」と有意な相関にあった。
- (3) バーンアウトを予防する対策として、仕事量を軽減する業務改善と、患者との関係の中でストレスを感じた時の対処法に関する教育プログラムや、サポート体制の整備の必要性が示唆された。

謝辞

調査にご協力いただいた対象者の皆様方に心より感謝申し上げます。

文献

- 1) Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P.: Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd ed., Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996
- 2) 荻野佳代子・北岡(東口)和代・増田真也・谷本千恵: 日本版 MBI-GS の作成(1) - バーンアウト概念の再検討 - ,産業・組織心理学会第 18 回大会発表論文集 ,62-65, 2002
- 3) 北岡(東口)和代・荻野佳代子・増田真也・谷本千恵: 日本版 MBI-GS の作成(2) - demand-control との関連 - ,産業・組織心理学会第 18 回大会発表論文集 ,66-69, 2002
- 4) 東口和代・森河裕子・三浦克之他: 臨床看護職者の仕事ストレスについて - 仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討 - , 健康心理学研究, 11, 64-72, 1998
- 5) Smith, C. S., Reilly, C., Midkiff, K.: Evaluation of three circadian rhythm questionnaires with suggestions for an improved measure of morningness, J. Apply. Psychol., 74, 728-738, 1989
- 6) 北岡(東口)和代・荻野佳代子・増田真也: 日本版 Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), ストレススケールガイドブック(パブリックヘルスリサーチセンター), 実務教育出版, 東京, 321-323, 2004
- 7) Kilfedder, C. J., Power, K. G., Wells, T. J.: Burnout in psychiatric nursing, J. Adv. Nurs., 34, 383-396, 2001
- 8) 東口和代・森河裕子・由田克士他: 看護職者の燃えつき現象に対する職業要因および個人属性の影響, 北陸公衛誌, 25, 36-40, 1998
- 9) Leiter, M. P. & Schaufeli, W. B.: Consistency of the burnout construct across occupations, Anxiety, Stress, Coping, 9, 229-243, 1996
- 10) Walkey, F. H. & Green, D. E.: An exhaustive examination of the replicable factor structure of the Maslach Burnout Inventory, Educ. Psychol. Meas, 52, 309-323, 1992
- 11) Kitaoka-Higashiguchi, K. & Nakagawa, H.: Job strain, coping, and burnout among Japanese nurses, Jpn. J. Health & Human Ecology, 69, 66-79, 2003

注記

本研究は石川県立看護大学地域ケア総合センター調査研究事業（平成 15 年度）の助成を受けて行った。

本研究で用いた MBI-GS の研究用日本版ならびに NJSS に関する問い合わせは第 1 著者に直接されたい。

（受付：2003 年 10 月 7 日，受理：2004 年 1 月 9 日）

Burnout and Job Stressor Among Psychiatric Nurses

Kazuyo KITAOKA-HIGASHIGUCHI, Chie TANIMOTO,
Midori HAYASI, Terumi FUCHISAKI, Yoshiharu SYOMURA,
Hideyuki FUKUSHIMA, Atsuko MATSUMOTO, Reiko OKETANI

Abstract

The present study examined the relationship between burnout and job stressor among psychiatric nurses. A packet of self-administered questionnaires was distributed to all 152 nurses working for a public psychiatric hospital. One hundred and fourteen nurses completed the questionnaires. The Japanese research version of the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) was used to measure burnout and the Nursing Job Stressor Scale (NJSS) was used to assess perceived job strains. As a result, strains from quantitative work load and conflict with patients on the NJSS were both significantly associated with Exhaustion and Cynicism on the MBI-GS. Since our study was cross-sectional, we must remain aware that the cause-effect direction is unknown in this study design. Nevertheless, we suggest that the organization should consider nursing job reconstruction to reduce quantitative work load, provide educational programs to learn effective coping strategies in relationships with patients, and develop staff support system to reduce the risk of burnout among nurses.

Key words burnout, job stressor, psychiatric nurses, MBI

原著

地域中高年者の健康診断・体力測定結果における 7年後の転帰に関連する予測要因

齊藤恵美子 金川克子 花岡美智子 佐々木榮子 橋爪祐美*

中山栄純 森津外茂美** 池田睦美** 谷内憂子**

概要

本研究は、地域の比較的健康的な中高年者を対象に、体力測定と健康診断の結果から将来の転帰を予測する要因を検討することを目的とした。石川県T町の老人福祉センター利用者及び健康クラブ参加者を対象とした健康診断と体力測定を実施し、それらの対象者の7年後の転帰を住民基本台帳等から調査した。健康診断・体力測定の結果と転帰について、ロジスティック回帰分析を行った。その結果、女性について、体力測定項目の握力が少なかったことが7年後の死亡と関連があった。このことから、簡便に測定可能な握力が、将来の転帰を予測する要因として有効であることが示唆された。

キーワード 握力, 中高年者, 縦断研究, 体力測定, 予後

1. はじめに

高齢者人口の増加や、老化に伴って生じる健康問題の多様化により、高齢者に対する社会の支援体制の充実と、地域の実情に応じたきめ細かな施策の展開が求められている¹⁾。また、介護保険の実施により、障害を持つ高齢者を早期に把握し、介護保険適用までの期間をできるだけ延伸させるための介護予防が施策として進められている¹⁾²⁾。

介護が必要な高齢者に対する支援体制については、介護保険制度の施行により、公的なサービス、民間のサービスともに、施行前と比較して少しずつ充実してきているといえる。日常生活は、ほぼ自立しているが身体的には虚弱な高齢者等に対しては、介護保険利用までの予防的な支援体制として、介護予防・生活支援事業が開始された。また、健康寿命の延伸を目的に、中高年者の体力向上のためのプログラムも試み始められている。これらから、介護が必要な高齢者や、近い将来介護が必要となる可能性の高い中高年者に対しては支援体制が整備されてきつつあるといえる。

さらに、比較的健康的で自立している高齢者についても、要介護状態となる時期をできるだけ先に延ばし、その期間を短縮する予防的な働きかけが必要である³⁾⁴⁾。中高年者の身体機能の維持は、生活の質の向上を支えるために不可欠である。また、

若年層、中年層が、将来に質の高いサービスを受けるための制度を継続していくためにも重要である。

近年、中高年者の身体機能を維持するために、体力トレーニングやリハビリテーションの理論や方法が開発されてきている⁵⁾⁻¹⁰⁾。様々な状況の中、中高年者の体力を適切に評価し、対象に適した体力維持の方法を提案することは、自立した生活を維持するために効果的な働きかけの一つである。

本研究は、地域の中高年者の自立を促す予防的な働きかけに有用な、身体的な評価指標を検討するため、地域の比較的健康的な中高年者を対象に、体力測定と健康診断の結果から将来の転帰を予測する要因を探索することを目的とした。

2. 方法

2.1 対象と期間

1993年5～6月に町の老人福祉センター利用者及び健康クラブ参加者166名を対象に健康診断と体力測定、日常生活等についての質問紙調査を実施した。本研究は、町の協力のもとに実施しており、測定と調査に際して、老人福祉センター利用者、健康クラブ参加者には、職員から口頭で、調査の主旨と情報の取り扱いなどについて説明した。また、協力については口頭で同意を得た。次に、これらの対象者について、2000年7月時点での転帰を住民基本台帳等から調査した。対象者の経

* 前石川県立看護大学, ** 高松町健康福祉課

表1 対象者の特性と測定値 * (n=166)

項目	女性(n=130)		男性(n=36)		有意確率		
	人	mean ± SD	人	mean ± SD			
基本属性	年齢	50歳代	0	0.0	1	2.8	0.160 †
		60-64歳	15	11.5	2	5.6	
		65-74歳	56	43.1	12	33.3	
		75-84歳	43	33.1	18	50.0	
		85-94歳	16	12.3	3	8.3	
	平均年齢	(範囲:56-93歳)		74.2 ± 7.6	75.7 ± 7.7	0.290	
健康診断項目	身長	145.9 ± 6.3		157.2 ± 6.7		0.001	
	体重	49.9 ± 9.0		56.8 ± 9.6		0.001	
	最高血圧	138.1 ± 26.3		130.9 ± 31.6		0.166	
	最低血圧	73.4 ± 12.8		70.4 ± 17.5		0.251	
	脈拍	78.7 ± 14.7		72.3 ± 17.9		0.028	
	尿蛋白	陰性	102	78.5	32	88.9	0.424 ‡
		陽性 1+	14	10.8	3	8.3	
		陽性 2+	8	6.2	1	2.9	
		陽性 3+	6	4.6	0	0.0	
	尿糖	陰性	125	96.2	35	96.4	0.172 ‡
		陽性 1+	0	0.0	1	2.8	
		陽性 2+	3	2.3	0	0.0	
		陽性 3+	2	1.5	0	0.0	
	尿潜血	陰性	114	87.7	34	94.4	0.176 ‡
		陽性 1+	0	0.0	1	2.8	
陽性 2+		13	10.0	1	2.8		
陽性 3+		2	1.5	0	0.0		
努力性肺活量(L)	80%以上正常	2.1 ± 2.2	2.8 ± 3.5	0.105			
	%肺活量	85.6 ± 21.0	76.1 ± 20.3	0.016			
	1秒率(L)	1.7 ± 2.3	2.3 ± 3.3	0.202			
	%1秒率	79.5 ± 15.8	75.8 ± 20.1	0.243			
体力測定項目	握力右手	19.7 ± 8.1		24.6 ± 10.9		0.000	
	握力左手	18.1 ± 4.9		25.1 ± 10.7		0.000	
	片足立ち右足	15.7 ± 12.1		16.3 ± 12.4		0.899	
	片足立ち左足	16.4 ± 12.2		12.7 ± 11.3		0.160	
	腹筋回数	4.1 ± 4.4		6.1 ± 4.5		0.014	
	10M歩数	15.2 ± 3.9		15.5 ± 9.2		0.191	
	10M秒数	7.4 ± 2.5		8.0 ± 6.9		0.268	
	腰痛有無	なし	91	70.0	31	86.1	0.147 §
		あり	38	29.2	5	13.9	
		不明	1	0.8	0	0.0	
7年後の転帰	生存(在宅)	93	71.5	14	38.9	0.001 ¶	
	死亡	22	16.9	19	52.8		
	入院	11	8.5	2	5.6		
	入所	3	2.3	1	2.8		
	転出	1	0.8	0	0.0		

* 連続変量(健康診断項目)はt検定, 順序変量(体力測定項目)はMann-WhitneyのU検定, 名義変量はカイ2乗検定, またはFisher's exact test

† 75歳未満 vs. 75歳以上, ‡ 陰性 vs. 陽性, § なし vs. あり, ¶ 死亡 vs. それ以外(転出除く)

過については, 町の担当課職員等が継続して観察し, 指導・助言を実施しており, 本研究はその一部分の情報を分析した。また, 経過についても, 測定や調査を行う場合には, その調査ごとに説明と協力依頼を行った。

2.2 調査項目

分析に使用した調査項目は, 7年後の転帰, 及び, 以下の健康診断項目と体力測定項目である。

(1) 健康診断項目: 身長, 体重, 血圧, 脈拍, 尿検査(尿蛋白, 尿糖, 尿潜血), 肺機能検査(努力性肺活量, %肺活量 1秒率, %1秒率)

(2) 体力測定項目: 握力(左右), 片足立ち(左右), 腹筋回数, 10m歩数および歩行速度(秒数), 腰痛の有無

2.3 統計処理

解析には SPSS / Ver.10.0J for Windows を使

表2 女性中高年者の転帰と健康診断項目・体力測定項目の関連* (n=129)

項目	mean ± SD, n(%)	オッズ比	95%信頼区間	p値
年齢	74.0 ± 7.5	1.14	1.06-1.22	0.000
健康診断項目				
身長	145.9 ± 6.3	1.02	0.94-1.11	0.664
体重	50.0 ± 9.0	1.02	0.96-1.08	0.577
最高血圧	138.3 ± 26.4	1.00	0.98-1.02	0.698
最低血圧	73.4 ± 12.8	1.00	0.97-1.05	0.789
脈拍	78.8 ± 14.7	1.00	0.97-1.03	0.851
尿蛋白 陽性	27(20.9)	1.40	0.46-4.25	0.553
尿糖 陽性	5(3.9)	0.75	0.07-7.57	0.808
尿潜血 陽性	16(12.4)	0.27	0.03-2.31	0.232
努力性肺活量(L)	2.1 ± 2.2	1.08	0.89-1.30	0.448
%肺活量(80%以上正常)	85.4 ± 20.9	0.98	0.95-1.00	0.068
1秒率(L)	1.7 ± 2.3	1.32	0.88-1.97	0.117
%1秒率(70%以上正常)	79.5 ± 15.9	1.03	0.98-1.07	0.265
体力測定項目				
握力右手	19.7 ± 8.1	0.84	0.75-0.94	0.002
握力左手	18.0 ± 4.9	0.78	0.67-0.92	0.002
片足立ち右足	15.8 ± 12.1	0.97	0.91-1.02	0.200
片足立ち左足	16.5 ± 12.1	0.96	0.91-1.01	0.116
腹筋回数	4.1 ± 4.4	0.82	0.69-0.98	0.025
10M歩数	15.2 ± 3.9	1.11	0.97-1.72	0.150
10M秒数	7.4 ± 2.5	1.18	0.95-1.47	0.129
腰痛 あり	38(29.5)	1.02	0.62-1.67	0.950

* ロジスティック回帰分析(健康診断項目と体力測定項目は年齢調整した2変量での分析)

用した。分析は、転帰と各項目との関連を年齢調整した結果、有意差のみられた項目について、ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。有意水準5%未満を有意差ありとした。

3. 結果

3.1 対象者の特性

1993年5~6月に健康診断・体力測定を実施した老人福祉センター利用者および健康クラブ参加者166名のうち、7年後の2000年7月までに、死亡していた対象者は41名であり、転出が1名であった。これらの対象について、健康診断と体力測定の結果を表1に示した。女性が78%と多く、平均年齢は74歳であった。性別による各項目の比較では、男性の方が有意に、身長が高く、体重が多く、脈拍数、%肺活量が少なく、左右の握力の測定値が高く、腹筋回数が多かった。また、女性は在宅で生存している割合(71.5%)が高く、男性は死亡している割合(52.8%)が高かった。

次に、転出していた1名を除く165名の中で129名の女性について解析を行った。生存していた107名と死亡していた22名を対象に、転帰と健康診断、体力測定の結果との関連について、

転帰との2変量間で年齢を調整した分析を行った。解析時、転帰については、生存=0、死亡=1として投入した。その結果、握力(左・右)、腹筋回数に有意差がみられた(表2)。男性(36名)については、有意差がみられた項目はなかった。

3.2 転帰に関連する要因

上述の結果から、有意な差がみられた項目について、それぞれの影響を考慮して、転帰との関連を多変量解析によって検討した。目的変数を転帰(生存=0、死亡=1)、説明変数を年齢、握力左手、腹筋回数として、ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。握力については、左と右の値に高い相関あり、同時に投入すると抑圧が生じるため、転帰に対して、より強く関連している左手の握力を選択した。その結果、握力との関連がみられた(表3)。

4. 考察

4.1 老人福祉センター利用者および健康クラブ参加者の属性

老人福祉センター利用者および健康クラブ参加者は女性が多い傾向にあるが、今回も同様の結

表3 転帰と関連する項目(女性)

項目	ロジスティック回帰係数*	p値	オッズ比	95%信頼区間
年齢	0.037	0.408	1.04	0.95-1.13
握力左手	-0.216	0.008	0.81	0.69-0.95
腹筋回数	-0.151	0.107	0.86	0.71-1.03

* ロジスティック回帰分析(強制投入法)

果であった。年齢構成では、74歳までの前期高齢者が全体の41%と最も多かったが、85歳以上の10%以上あり、全体の平均年齢が74歳であった。中高年者の体力維持についての様々なプログラム⁷⁾⁹⁾¹⁰⁾が試行されているが、体力測定やトレーニングプログラム参加者の平均年齢は70~80歳である場合が多く、今回の対象の平均年齢もその範囲に含まれていた。次に、健康診断項目では、比較的健康で、自立している中高年者が対象であったこともあり、身長、体重、血圧等では、プログラム参加者を分析した先行研究⁷⁾¹⁰⁾の対象者の平均測定値とほぼ同様の値であった。また、体力測定項目についても、握力、片足立ち等、先行研究の平均測定値とほぼ同様の値であった⁷⁾¹⁰⁾。

4.2 転帰を予測する要因

転帰については性差があり、女性の方が、在宅で生存している割合が高く、男性は死亡している割合が高かったため、男女別に分析を行ったが、男性では有意な差がみられた項目はなかった。これは、129名の女性に比較して男性の対象数が36名と少なかったことも影響していると考えられる。

女性の転帰について、年齢を考慮した分析を行った結果、握力(左手)との関連があった。握力については、在宅でも簡単に測定が可能のため、中高年者の体力測定でも積極的に取り入れていくことが可能である。握力は身体他の筋群の強さと相関することが知られており¹¹⁾¹³⁾、中高年者の身体機能の指標として適切な評価が可能であると考える。

最近では、健康寿命の延伸に向けて、中高年者の筋力トレーニングやリハビリテーション、体力保持のための体操などのプログラムが考案され、それらを実施している自治体も増えてきている⁷⁾⁸⁾¹⁴⁾。このようなトレーニングやリハビリテーションの効果を測定する一つの指標としても、握力の測定値は有用と考える。

今回は、疾患の既往などについての情報は収集していないため、基礎疾患の影響を考慮した分析とはいえない。今後は、これらの情報に基本健康

診査などで得られる情報を加えて分析を実施することも検討する必要があるだろう。

さらに、今回は、死亡群の死亡にいたるまでの過程については情報収集していないが、日常生活動作など生活機能に影響する情報を追加して分析する必要があると考える。

5. 結論

石川県 T 町の老人福祉センター利用者及び健康クラブ参加者を対象に、体力測定と健康診断の結果から将来の転帰を予測する要因を検討することを目的として、住民基本台帳等から7年後に対象者の転帰を調査した。その結果、女性について、体力測定項目の握力が少なかったことが7年後の死亡と関連があった。このことから、簡便に測定可能な握力が、将来の転帰を予測する要因として有効であることが示された。

謝辞

本調査にご回答いただきました高松町住民の皆様、ならびに調査、情報提供にご協力いただきました元津幡保健所(現石川中央保健福祉センター河北地域センター)の太田良子氏、元高松町健康福祉課の西正一氏、老人福祉センターの河智章氏、芙蓉会在宅介護支援センターの中野喜久代氏、三浦陽一氏に深く感謝申し上げます。

本研究は、平成12年度石川県立看護大学附属地域ケア総合センター調査研究事業の助成を受けて行った研究の一部である。

引用文献

- 1) 財団法人厚生統計協会編：国民衛生の動向，財団法人厚生統計協会，105-112，2003
- 2) 内閣府編：高齢社会白書(平成15年版)，ぎょうせい，139-141，2003
- 3) 松林公蔵：要介護状態発現の危険因子 - 香北町縦断研究から - ，日本老年医学会雑誌，38(5)，614-616，2001
- 4) 芳賀博，柴田博，松崎俊久，他1名：地域老人の日常生活動作能力に関する追跡的研究，民族衛生，54(5)，217-233，1988

- 5) 泉秀幸：虚弱高齢者の体力トレーニング理論，理学療法，19(9)，990-996，2002
- 6) 木村義徳：虚弱高齢者の体力トレーニングの効果と課題，理学療法，19(9)，1012-1017，2002
- 7) 植木章三，河西敏幸，高戸仁郎，他 4 名：高齢者の歩行機能維持を目的とした体操プログラムの開発の試み，リハビリテーションスポーツ，21(2)，42-52，2002
- 8) 芳賀博，植木章三，島貫秀樹，他 7 名：地域における高齢者の転倒予防プログラムの実践と評価，厚生学の指標，50(4)，20-26，2003
- 9) 田中喜代次，中村容一，阿久津智美：体力測定 3 - 身体的に自立している中高齢者のための体力測定 - ，臨床スポーツ医学，20(2)，201-210，2003
- 10) 桜井礼子，八代利香，平井仁，他 5 名：高齢者の生活活動度を評価するための体力測定のあり方およびやり方，厚生学の指標，(48)4，20-26，2001
- 11) 矢沢珪二郎：中年期での握力測定は，その後，老年期に発生する障害を予知する，産婦人科の世界，51(8)，767-768，1999
- 12) 澤田亨：体力と健康に関する疫学，保健の科学，43(6)，445-449，2001
- 13) 長崎浩：体力の老化とその評価，Gerontology，14(4)，331-334，2002
- 14) 黄川昭雄：高齢者への運動のすすめ？ - 高齢者・体力弱者への筋力トレーニングのすすめ！その問題点と指導の実際について，臨床スポーツ医学，20(5)，598-602，2003
- (受付：2003 年 11 月 19 日，受理：2004 年 2 月 5 日)

Health Checkup and Physical Fitness Factors as Predictors of Prognosis Among Community Dwelling Middle-Aged and Older Adults : A 7-Year Longitudinal Study

Emiko SAITO, Katsuko KANAGAWA, Michiko HANAOKA, Eiko SASAKI,
Yumi HASHIZUME, Eijun NAKAYAMA, Toshimi MORITSU,
Mutsumi IKEDA, Yuko TANIUCHI

Abstract

This study evaluated health checkup and physical fitness factors as predictors of prognosis among community dwelling middle-aged and older adults in a 7-year longitudinal study. Subjects were middle-aged and older adults who participated in welfare center or health club activities of T town in Ishikawa prefecture. Prognostic information was collected from the Resident Registries, which contain an up-to-date listing of the name, address, gender, age and details of co-habitation for all individuals in Japan. Results of health checkup or physical fitness and prognostic data were analyzed by logistic regression procedure using SPSS. Lower grip strength score was associated with the prognosis after seven years in women. Our results suggested that grip strength is easy to evaluate and is an effective predictor of prognosis for community dwelling middle-aged and older adults.

Key words aged, grip strength, physical fitness, longitudinal study, prognosis

報告

“健康のつどい”に参加した中高年における肥満の実状

細島弘行 今井美和 花岡美智子 松原勇

村井嘉子 小松妙子 城戸口親史

概要

生活習慣病人口の減少を目標に、人口約一万人の町内で、啓蒙・対策を中心とした“健康のつどい”を開いた。参加者の健康調査において、肥満女性は50歳以上に非常に多く、60歳代の女性の約半数が肥満者であった。さらに、肥満と血圧値の増加と明らかな関係が示され、高血圧症の発生に肥満の関与が示唆された。しかし、肥満指標であるBMI値と体脂肪率値分類において、いずれか一方にしか属さない肥満者は約20%にみられ、肥満診断においてはBMI値単独だけでは限界があることが示された。このように、一地域住民健康調査で多くの肥満者の存在は生活習慣病の基盤となっており、根本的対策が必要である。

キーワード 肥満, 中高年男女性, 高血圧, 生活習慣病, 健康のつどい

1. はじめに

肥満とは、脂肪組織が体内に過剰に蓄積した状態である¹⁾。肥満は以前より、糖尿病、高血圧、高脂血症などとともに、冠動脈疾患の危険因子の一つであり、生活習慣病の基盤となっていることが明らかにされてきた^{2,4)}。しかし、本邦における生活習慣病人口は、厚生労働省、地方自治体などによるさまざまな対策にもかかわらず、著しい増加の一途を辿っている。そこで、われわれは、生活習慣病人口の減少を目的とした生活習慣病対策プロジェクトチーム“生活習慣病における生活管理に関する研究”グループをつくり、一地域における肥満の実状と、肥満に多くみられる高血圧症などの生活習慣病実態について調査したので報告する。

2. 対象と方法

2.1 生活習慣病対策事業“健康のつどい”について

石川県立看護大学附属地域ケア総合センターに、地域貢献と研究推進を目的とした研究プロジェクトチームが創設された。その中で、生活習慣病対策を目的とした“生活習慣病における生活管理に関する研究”グループはその地域において、中高年層にみられる肥満の実状と肥満に伴いやすい高血圧症などの実態調査を目標に、生活習慣病対策事業を試みた。

すなわち、この生活習慣病対策事業に賛同を得

た七町内会において、主に公民館または、集会場で、二ヶ月に一度の割合で、夜7時半から約90分間、通称“健康のつどい”を一年間にわたって開いた。この“健康のつどい”に参加した人々は、①生活習慣病とは何かという学習、②一般的な健康パラメータとしての身長、体重、BMI、肥満度、体脂肪率、血圧・脈拍測定、③健康意識に関するアンケート調査、④健康相談コーナーにての悩み相談、を行った。

2.2 対象者と研究方法

対象者は“健康のつどい”に参加した7町内会(914所帯)に住む女性205名(平均年齢57.7±9.5歳、平均値±標準偏差)、男性58名(平均年齢63.2±7.4歳)であった。男女の年齢別分布では、40歳代の女性は41名、男性5名で、50歳代では、それぞれ85名、20名、60歳代では57名、22名、70歳代では22名、11名で、男女とも50-60歳代がおおよそ70%を占めた。その他、30歳代、80歳代が各1名づつの参加がみられたが、少数のため今回の対象者から省いた。各会場で、“健康のつどい”開始後、参加者全員に身長、体重、体脂肪率を測定した。その後、約10-15分の安静状態の後、血圧、脈拍を測定した。体脂肪率測定はインピーダンス法を用いたBIA法のTBF101(タニタ体脂肪計)を用いて測定した。BMI値による肥満判定は日本肥満学会による判定基準に準拠し、BMI値25kg/m²以上を肥満とし

た⁶⁾。体脂肪率の判定は、大野ら⁷⁾の報告に従い、女性では27%以下をふつう、27-30%を肥満傾向、30%以上を肥満とし、男性では23%以下をふつう、23-25%を肥満傾向、25%以上を肥満と判定した。また、高血圧判定はWHO判定基準⁸⁾に従い、収縮期圧 140mmHg、拡張期圧 85mmHg以上を高血

圧と判定した。統計学的検討は t 検定を行った。

3. 成績

3. 1 年齢別男女参加者の BMI 値、体脂肪率値、血圧値、脈拍数について (表 1)

表 1 年齢別にみた男、女性の BMI 値、体脂肪率値、血圧値、脈拍数

	40 歳代		50 歳代		60 歳代		70 歳代	
	男	女	男	女	男	女	男	女
例 数	5	41	20	85	22	57	11	22
Mean age	46.0±3.1, 44.8±3.1		55.1±3.1, 54.3±2.8		65.1±2.9, 63.8±2.7		73.5±2.4, 74.5±2.9	
BMI	23.0±1.7, 22.1±3.3		21.9±2.3, 23.4±2.9*		22.3±2.6, 24.5±3.0†		22.6±3.1, 23.5±3.7	
BFI	22.2±1.6, 25.2±5.3		17.5±4.8, 27.9±4.9†		19.7±5.6, 30.5±5.3†		18.5±5.3, 28.6±6.9†	
SBP	134±10, 124±16		135±12, 131±15*		141±16, 140±12†		132±15, 142±17†	
DBP	82±3, 77±10		82±7, 81±10		81±9, 85±9†		79±7, 83±9*	
PR	75±5, 74±3		76±12, 71±9		71±13, 68±10		68±11, 72±9	
肥満者数	BMI(%)	1(20.0) 7(17.1)	1(5.0) 25(29.4)	2(9.0) 23(40.4)	2(18.2) 7(31.8)			
	BFI(%)	0(0.0) 9(22.0)	0(0.0) 28(32.9)	0(0.0) 30(52.6)	0(0.0) 10(45.5)			

Mean age(yr):平均年齢, BMI(kg/m²):体格指数, BFI (%) :体脂肪率, SBP(mmHg): 収縮期圧,

DBP(mmHg): 拡張期圧, PR(回/分): 脈拍数

†P<0.01, *P<0.05, 40 歳代群と各年齢群との平均値の t 検定比較の結果

BMI 値が 25 kg/m²以上の肥満者は、女性では 40 歳代以上の年代で 17.1%—40.4%で、女性肥満者総数は 62 名 (30.2%) であった。一方、男性では肥満者は 6 名 (10.3%) で、女性肥満者の約 1/3 にすぎなかったが、男性対象者が少数のため男女比較はできなかった。体脂肪率値による女性肥満者は 40 歳代以上で 22.0%—52.6%の 77 名、平均 37.6%であった。特に、60 歳代では女性肥満者は約半数に達した。一方、体脂肪率値が 27%以上の男性肥満者は今回の参加者にはみられなかった。年代別にみた。BMI 値、体脂肪率値の変動は、女性では 50 歳以上では高値となり、60 歳代の平均体脂肪率値は 30.5±5.3%と頂値であった。男性においては同様な傾向はみられなかった。

血圧値においては、40 歳代女性の平均収縮期圧値が 124.1±15.5mmHg と正常範囲内であるが、加齢とともに平均収縮期圧値の有意の増加がみられ、70 歳代では頂値 141.7±17.3mmHg に達した。一方、女性の平均拡張期圧値は 40 歳代で 77.2±10.4mmHg と正常範囲内にあるのに対し、50 歳代以上では次第に血圧値は増加し、60 歳代では、85.0±8.8mmHg と有意に増加し高血圧領域に入った。一方、男性での、年代別平均拡張期圧値

の変動に明らかな差や傾向はみられなかった。また、平均脈拍数においても、年代別に明らかな変化はみられなかった。

3. 2 BMI 値分類による肥満者と非肥満者における、体脂肪率値、血圧値、脈拍数について (表 2)

BMI 値が 25kg/m²以上の女性肥満者の体脂肪率値は 33.5±4.2%と明らかな高値であった。肥満群の平均収縮期圧値は 142.7±15.2mmHg、拡張期圧値は 85.3±10.3mmHg と非肥満群の 128.9±14.2mmHg、79.0±9.5mmHg に比し両者とも明らかな高値であった。一方、男性の肥満者は女性の肥満者に比し低かったが、平均年齢は高値であった。男性肥満者の平均体脂肪率値は 23.7±4.5%で、非肥満者に比し明らかに高値であったが、軽度の肥満傾向でしかなかった。

男性の平均血圧値では、肥満者群の平均収縮期血圧値が 147.8±18.6mmHg と非肥満者群の 135.4±13.5mmHg に比し明らかに高値であったが、平均拡張期圧値では両者に差異はみられなかった。また、脈拍数においても、両群に差異はみられなかった。

表2 BMI 値別にみた男,女性の体脂肪率値,血圧値,脈拍数

	25 kg/m ² >		25 kg/m ² ≤	
	男	女	男	女
Number	48	144	10	61
Mean Age (yr)	62.6±7.0	57.0±9.6	66.2±9.2†	59.3±8.8†
BMI (kg/m ²)	21.7±2.2	21.8±2.0	26.4±1.0†	27.2±1.8†
BFI (%)	18.3±5.1	25.9±4.2	23.7±4.5*	33.5±4.2†
SBP (mmHg)	135±14	129±14	148±19*	143±15†
DBP (mmHg)	82±8	87±10	79±10	85±10†
PR (回/分)	71±12	70±9	74±13	73±10

† P<0.01, *P<0.05, 25 kg/m²≤群 対 25 kg/m²>群の t 検定、 BFI:体脂肪率 SBP:収縮期圧 DBP:拡張期圧 PR:脈拍数

3. 3 体脂肪率値別による肥満者と非肥満者の BMI 値, 血圧値について (表 3)

体脂肪率値分類にもとづいて肥満分類を行なうと, 女性群において, 体脂肪率値 27-30%の肥満者群が 36 名 (17.6%), 30%以上の肥満者が 77 名 (37.6%) と肥満者が多くを占めた. 3 群の平均年齢値では, 肥満者群が高齢で, より高齢者に

肥満者が多いという結果であった. 体脂肪率値と血圧値との関係についてみると, 平均収縮期圧値は体脂肪率値の増加とともに収縮期圧値は上昇していた. 肥満者群と肥満者の平均収縮期圧値はふつう群に比し明らかに高く, また, 肥満者の平均収縮期圧値は肥満者群に比し高値であった. 平均拡張期圧値においても同様に, 体脂肪率値の増加とともに平均拡張期圧値は有意に上昇していた. しかし, 3 群の平均脈拍数には差異はなく, 明らかな傾向もみられなかった.

一方, 男性群においては, 肥満者群の平均年齢は高く, また, BMI 値は 25.5±1.4kg/m²と 25kg/m²以上をこえ, BMI 値分類で肥満に属した. 男性ふつう群の平均収縮期血圧値は 135.2 ± 12.7mmHg, 肥満者群は 151.3±24.6mmHg で肥満者群の平均収縮期血圧値の有意な上昇がみられた. しかし, 肥満者は 1 名のみであったため参考にとどめた. 一方, 平均拡張期圧値はふつう群 81.2 ± 7.0mmHg, 肥満者群 88.7 ± 11.6mmHg と肥満者群で有意の高値であった. しかし, 平均脈拍数には差異はなかった.

表3 体脂肪別による男,女性の BMI 値,血圧値,脈拍数

肥満度	ふつう		肥満者		肥満	
	男	女	男	女	男	女
体脂肪率分類	<23% <27%		23%≤ <25% 27%≤ <30%		25%≤ 30%≤	
例数	51	92	6	36	1	77
平均年齢(歳)	62.8±7.5	56.0±10.5	67.2±6.5†	58.1±7.5†	62	59.4±8.7†
BMI (kg/m ²)	22.0±2.5	21.0±2.5	25.5±1.4†	23.4±1.6†	21.9	26.2±2.4†
体脂肪率 (%)	18.0±4.4	23.2±2.8	28.2±0.8†	28.5±0.9†	31	33.8±3.0†
収縮期圧 (mmHg)	135±13	125±14	151±25†	131±13†	168	144±14†
拡張期圧 (mmHg)	81±7	78±10	89±12†	79±11†	102	86±9†
脈拍数 (回/分)	70±10	70±9	74±16	78±11	63	71±10

† P<0.01, 肥満、肥満者群 対 ふつう群の t 検定

3. 4 BMI 値分類と体脂肪率値分類による肥満者数の差異について (表 4)

肥満を BMI 値分類において 25kg/m²以上とし, 体脂肪率値分類では, 女性は 27%以上, 男性は 23%以上と定め, BMI 値分類による肥満者と体脂肪率値分類による肥満者数に解離現象がみられるか否かを検討した. 女性において, BMI 値が 25kg/m²以上の肥満者で体脂肪率値が 27%以下の非肥満者は 9 名, BMI 値が 25kg/m²以下の非肥満者で体脂肪率値が 27%以上の肥満者は 30 名で, 肥満

分類で BMI 値と体脂肪率値による解離現象を示した人は 39 名 (19.0%) であった. 一方, 男性においては, BMI 値が 25kg/m²以上の肥満者で体脂肪率値が 23%以下の非肥満者は 4 名, BMI 値が 25kg/m²以下の非肥満者で体脂肪率値が 23%以上の肥満者は 6 名で, 肥満分類で BMI 値と体脂肪率値による解離現象を示した人は 10 名 (17.2%) であった. このように, 肥満者を定義する際には, BMI 値と体脂肪率値を用いることにより 17.2% から 19.0%に解離現象を示す事が示された.

表4 体脂肪率値とBMI値との関係

女性

体脂肪率値 (%)	20	20-	27-	30	計
BMI値(kg/m ²)	未満	27	30	以上	
20未満	8	21	0	0	29
20以上-25未満	1	76	30	0	107
25以上-30未満	1	8	50	1	60
30以上	0	0	6	3	9
計	10	105	86	4	205

男性

体脂肪率値 (%)	15	15-	23-	25	計
BMI値(kg/m ²)	未満	23	25	以上	
20未満	6	1	0	0	7
20以上-25未満	8	29	5	1	0
25以上-30未満	0	4	4	0	8
30以上	0	0	0	0	0
計	14	34	9	1	58

3. 5 体脂肪率値とBMI値、血圧値との関係

肥満と血圧値との関係について統計学的検討を行なった。肥満の指標であるBMI値と体脂肪率値との関係では、女性において相関係数 $r = 0.84(p < 0.0001)$ 、男性においては相関係数 $r = 0.74(p < 0.001)$ と有意の正の相関関係がみられ、女性の方において関係が強かった。

BMI値と収縮期血圧値との関係では、女性では相関係数 $r = 0.52(p < 0.01)$ 、男性では相関係数 $r = 0.31(p < 0.01)$ と正の相関関係がみられ、女性においてその関係は深くみられた。つぎに、体脂肪率値と収縮期血圧値との関係において、女性では相関係数 $r = 0.54(p < 0.001)$ 、男性では相関係数 $r = 0.31(p < 0.01)$ と正の相関関係がみられた。体脂肪率値と収縮期血圧値との関係は女性において大であった。BMI値と拡張期血圧値との関係では、女性では相関係数 $r = 0.38(p < 0.01)$ 、男性では相関係数 $r = 0.36(p < 0.01)$ と正の相関関係がみられた。

つぎに、体脂肪率値と拡張期血圧値との関係において、女性では相関係数 $r = 0.36(p < 0.001)$ 、男性では相関係数 $r = 0.40(p < 0.01)$ と正の相関関係がみられた。体脂肪率値と拡張期血圧値との関係は男性において大であった。

BMI値を目的変数とする重回帰分析では、女性において、体脂肪率値、拡張期血圧値の説明変数のBMI値に対する寄与率は $R^2 = 0.68$ であり、男性では寄与率は $R^2 = 0.55$ と、BMI値に対し体脂肪率値、拡張期血圧値が深く関与していることが示さ

れた。一方、体脂肪率値を目的変数とした。重回帰分析では、女性において、BMI値、収縮期血圧値の説明変数の寄与率は $R^2 = 0.78$ で、深い関係にあることが示された。体脂肪率値の変化にはBMI値と収縮期血圧値がおおよそ80%関与しており、BMI値および体脂肪率値の変動にはそれぞれの値と血圧値が関与している可能性が示された。

4. 考案

肥満とは、脂肪が過剰に蓄積した状態であり、肥満が糖尿病、高脂血症、高血圧症、動脈硬化疾患などの、いわゆる生活習慣病の基盤となっている^{7,8)}。また、肥満は高インスリン血症やインスリン抵抗性をきたし、糖尿病の発症や本態性高血圧症をきたしやすいことが報告されてきた^{9,10)}。

Reavenら¹¹⁾、Kaplanら¹²⁾は、インスリン抵抗性、上半身肥満、耐糖能以上、高血圧症などの冠動脈危険因子の集積による死亡率の相乗的増加をとらえ、これらの因子群を死の四重奏 (Deadly Quartet) や、syndrome Xと名付けた。

近年、本邦でも肥満や糖尿病、高血圧症などの生活習慣病人口の著しい増加がみられる。この実状に対し、地域貢献を一つの役目とする石川県立看護大学附属地域ケア総合センターにおいて、われわれは“生活習慣病の生活管理に関する研究”を立ち上げ、生活習慣病人口ゼロをめざした生活習慣病対策プロジェクトチームを創設した。このグループが催す集会である“健康のつどい”の目的と目標は地域住民における中高年層の肥満の実状と肥満に伴う高血圧症などの生活習慣病の実態調査、肥満者と高血圧症人口の減少を目的に、その対策について地域住民と膝を交え、説明、実働、対話を中心とした集会を行ない、対策を推進した。

“健康のつどい”への参加者は263名で、女性の参加者が多く、また、平均年齢は男性の方が高値であった。肥満者の数は、BMI値分類では女性で30.2%、男性で10.3%であり、体脂肪率値分類では女性で37.6%と、女性肥満者は男性の3倍以上であった。また、年代別でみると、女性肥満者は60歳代で最も多く、60歳代参加者の約半数に達した。肥満者の頻度について、東京慈恵医科大学成人病自動化健診での集計では⁹⁾、1624名の男性 (平均年齢 46 ± 9 歳) と451名の女性 (平均年齢 46 ± 11 歳) において、肥満者の数は、BMI値分類では女性で10.8%、男性で20.3%であり、体脂肪率値分類では女性で13.1%、男性では15.3%で、男性に多くの肥満者が見られたと報告している。

肥満者数の頻度では、われわれの“健康のつどい”での頻度と大きく異なるが、これは大都市と田舎町の違いのほか、約 10 歳の平均年齢の差が大きく影響しているものと考えられる。本研究での女性肥満者数は特に著しく、中高年の肥満者数の増大が本邦における肥満者の増加を幅広く推進しているものと思われる。

肥満診断においてBMI値と体脂肪率値のどちらを用いるかについては、まだ明らかな方向性は出されていない。BMI値は身長と体重から簡便に算出でき、肥満を示す指標として広く使用されているが、BMI値は肥満を示す指標と肥満症への指標として認容できるのか不明である。肥満症が肥満を有し、かつ肥満から直接的に発生する病態を有するものと定義すると、それぞれの指標と肥満によりもたらされる疾患との関係が明らかにされねばならない。これまでの報告では、大野ら¹³⁾は、徳永ら¹⁴⁾のかかげる有病指数に空腹時インスリン値を加え、BMI値と体脂肪率値と有病指数値との関係について検討した。有病指数値は、BMI値と体脂肪率値が“ややふとりぎみ”を示す数値から増加し、ゆるやかなJ字型の二次曲線を示し、両者に極端な差異はみられなかった。それ故、BMI値が 23–24kg/m²以上、体脂肪率値は男性で 25%以上、女性で 30%以上が肥満症を表す数値になることを提唱している⁵⁾。しかし、BMI値と体脂肪率値との間には高い有意の正の相関関係がみられるものの、必ずしも両数値が相関しない例が 13–15%に存在することを報告している⁵⁾。今回のわれわれの成績においても、BMI値が正常範囲内にかかわらず、体脂肪率値が肥満であるような両値に解離現象が女性で 19.0%、男性で 17.5%みられた。この成績はBMI値と体脂肪率値が相関しない例が約 20%弱存在することを意味している。これは、“かたぶとり”や“筋肉質”の例が含まれることも考えられるが、50–60 歳代の女性にそれを求めることは無理があることから、肥満を診断する上で、BMI値単独では限界があることを示しているようである。

われわれは今回、肥満と有病指数値との関係について検討を行っていないが、有病指数値の一つである高血圧と肥満の関係を明らかにした。すなわち、BMI値と体脂肪率値とも収縮期圧値、拡張期圧値と有意の正の相関関係がみられた。なかでも、女性においてはBMI値と体脂肪率値と収縮期圧値との間に相関係数 $r = 0.52 - 0.54$ と強い正の相関関係がみられた。また、BMI値と体脂

肪率値と拡張期圧値間には相関係数 $r = 0.36$ と収縮期圧値よりやや弱い正の相関関係がみられた。

肥満と高血圧の関係は以前より指摘されているが^{15, 16)}、著者らもまた、肥満を有した 2 型糖尿病患者において、BMI値と収縮期圧値 ($r = 0.42$)、拡張期圧値 ($r = 0.43$) と正相関することを報告した¹⁷⁾。さらに、BMI値は高血圧症の一因であり、肥満症にみられるインスリン抵抗性と強く相関すること、また、インスリン抵抗性改善剤の投与により、血圧値の明らかな低下とインスリン抵抗性が明らかに改善されることを報告してきた¹⁷⁾。これらの成績は肥満症病態の基盤には肥満や高血圧症に伴うインスリン抵抗性が深く関わりあっていることも支持するものであり、高血圧症人口減少の対策には肥満をなくすことが重要である。

このように、住民を主体とした健康調査においては、肥満者が多く、肥満に伴い血圧値が増加していることから、市民に生活習慣病が広く、深く進達していることが示唆される。生活習慣病人口の急激な増加に対し、食事習慣の是正、運動習慣の推進など、住民の中にはいりこむような対策・施策を早急にされねばならない。しかし、この“健康のつどい”では、若い人が少なく、また会を重ねるごとに参加者が減ってくることから、継続的に長く行なうためにはどのようなメニューが歓迎されるかを検討してゆかねばならないであろう。

謝辞

この研究は石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの研究事業として行なった。

文献

- 1) 日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会；松澤祐次ほか：新しい肥満判定と肥満症の診断基準、肥満研究、6、18-28、2000
- 2) Borkan, GA., Sparrow, D., Wisniewski, C. et al: Body weight and coronary disease risk: Patterns of risk factor change associated with long-term weight change. The normative aging study. *Am J Epidemiol* 124,410-19, 1986
- 3) Manson, JE., Willet, WC., Stamper, MJ. et al: Body weight and mortality among women. *N Engl J Med* 333, 677-85, 1995
- 4) 吉池信男, 西信雄, 松島松翠ほか(平成 10 年度厚生科学健康科学総合研究研究事業「日本人の BMI に関する研究」): *Body Mass Index* に基づく肥満の程度と糖尿病、高血圧、高脂血症の危険因子との関連—他施設共同研究

- による疫学的研究一, 肥満研究 6, 4-17, 2000
- 5) 大野誠, 池田義雄: 中高年日本人における体脂肪率、BMI と有病指数との関係, 肥満研究, 4, 60-64, 1998
 - 6) WHO-ISH: Guidelines for the management of hypertension, *J of Hypertension*, 17:151-83, 1998
 - 7) Yoshiike, N., Zanman, MM., Matumura, Y. et al: Descriptive epidemiology of body mass index in Japanese adult in a representative sample from the National Nutrition Survey 1990-1994, *Int J Obes*, 22:684-687, 1998
 - 8) Curb, JD., Marcus, EB.: Body fat, coronary heart disease, and stroke in Japanese men, *Am J Clin Nutr*, 53, S1612-15, 1991
 - 9) Modan, M., Halkin, H., Almog, S. et al: Hyperinsulinemia, A link between hypertension obesity and glucose intolerance, *J Clin Invest*, 75, 809-17, 1985
 - 10) Ferrannini, E., Buzzigoli, G., Bonadonna, R. et al: Insulin resistance in essential hypertension, *N Engl J Med*, 317, 350-57, 1987
 - 11) Reaven GM: Role of insulin resistance in human disease, *Diabetes* 37: 1595-07, 1988
 - 12) Kaplan NM: The Deadly Quartet: upper body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension, *Arch Intern Med*, 149, 1514-20, 1989
 - 13) 大野誠: 治療すべき肥満の鑑別と治療の進め方, 日本医事新報, 3787,1-15, 1996
 - 14) 徳永勝人, 中村正, 松澤祐次ほか: 内臓脂肪症候群, 日内会誌, 81, 1831-35, 1992
 - 15) Welborn, TA., Breckenridge, A., Rubinstein, AH. et al: Serum insulin in essential hypertension and peripheral vascular disease, *Lancet*, 1, 1336-37, 1966
 - 16) Shimamoto, K., Hirata, A., Fukuoka, M. et al: Insulin sensitivity and the effects of insulin on renal sodium handling and pressor system in essential hypertensive patients, *Hypertens*, 23, 129-33, 1994
 - 17) 細島弘行: NIDDM 患者に対する Troglitazone の血圧値に及ぼす影響, 糖尿病大血管障害, 8, 93-96, 1999
- (受付: 2003年10月8日, 受理: 2004年1月5日)

Obesity in Middle-Aged and Elderly Women Participating in Gatherings of "Life Style-Related Diseases"

Hiroyuki HOSojIMA, Miwa IMAI, Michiko HANAOKA, Isamu MATSUBARA,
Yoshiko MURAI, Taeko KOMATSU, Chikashi KIDOGUCHI

Abstract

Obesity has been identified as one of the risk factors for coronary arteriosclerotic disease, and forms the basis of life style-related diseases such as diabetes, high blood pressure, and high lipid syndrome. The number of people with life style-related disease is increasing in Japan, despite efforts by national and local governments. Therefore, we developed a life style measuring project: "Research on life management for life style-related diseases" to decrease the number of persons with life style-related diseases, and have investigated the realities of life style-related disease in one region as well as measures to address these problems. Middle-aged and elderly women comprised 30% of those overweight in an investigation of life style disease, and a clear relation was seen between obesity and increased blood pressure. However, those classified as fat based solely on BMI or percentage of body fat according to an obesity index comprised about 20%. When obesity was diagnosed, it was shown that there are many obese people undergoing medical examination for life style-related diseases, and fundamental measures are needed.

Key words obesity, middle-aged and elderly, hypertension, life style-related disease, small health conference

報告

子どもの自尊感情

「子ども用5領域自尊心尺度」邦訳版の検討

林 みどり

概要

Pope, A. W. らの「子ども用5領域自尊心尺度」邦訳版を使用して子どもの自尊感情を測定し、探索的因子分析にて検討した。某県内の一小学校5年生と一中学校2年生、同県内一病院の小児科を外来受診あるいは入院している子ども達 (n=145, 6~15歳) を対象とした。「子ども用5領域自尊心尺度」60項目のうち社会的望ましさを測定する虚構尺度は除き、残る50項目について因子分析をした。その結果、3因子16項目を抽出、因子名は「容姿」、「理想の自分」、「友達」とした。各因子の内的一貫性は $=0.73\sim 0.82$ であり、3因子を下位尺度として属性により比較したところ、年齢、性別のいずれにおいても、平均得点に有意な差はなかった。

キーワード； 自尊感情, 子ども, 自尊感情尺度

1. はじめに

自尊感情(あるいは自尊心: Self-Esteem; 以下, SE)とは、自分自身をどのように感じているのか、今の自分の能力や価値に関する自己評価的な感情や感覚のことである。本邦では1970年代より、英語版を邦訳した尺度でSEを測定した研究がされている¹⁾。信頼性、妥当性が検討されている邦訳版の尺度には10項目単因子からなるRosenberg, M.のSE尺度があり、成人向きとして評価され使用されている²⁾。子ども用としてはCoopersmith, S.のthe Self Esteem Inventoryがある。この自尊感情測定尺度日本版を小学生を対象に検討したTahara, H.らは、妥当性について検討の余地があるとしている³⁾。その他の子ども用SE尺度としてPope, A. W.らのFive-Scale Test of Self-Esteem for Children (子ども用5領域自尊心尺度)が紹介されており、標準テストとして用いるためには検討不足であるとしながらも、臨床的査定に役立つ可能性が述べられている⁴⁾⁵⁾。子ども用5領域自尊心尺度は各領域を相対的に比較することにより、個々の子どもの特徴を記述的にとらえる上で有用とされている。本邦では、IDDM患者と高校生のSEを測定し領域毎に比較した研究がある⁶⁾。しかし、邦訳版自体の適応について検討した研究は見あたらない。今回、Popeらの「子ども用5領域自尊心尺度」邦訳版⁵⁾を使用してSEを調査し、検討を行ったので報告する。

2. 方法

2.1 対象

某県内一小学校5年生44名と一中学校2年生34名、同県内一病院の小児科を外来受診している57名と入院している10名の合計145名(6~15歳)を対象とした。健康児と病児のSE得点を比較したところ、得点に有意差はなかったため⁷⁾、因子分析では全員を対象とした。

2.2 調査方法

病院での調査は、1998(平成10)年7~8月に実施した。自己記載を原則に、必要に応じて調査者が読み上げ対象者に回答してもらった。学校での調査は、同年9月学校で調査者が説明して集団調査を実施した。

2.3 測定用紙

SEの測定は、Popeらの「子ども用5領域自尊心尺度(以下, SE尺度)」邦訳版⁵⁾を使用した。このSE尺度では下位尺度は6つとされており、全般(自己についての全体にわたる評価)、学業(学力や成績の査定ではなく、児童・生徒としての評価)、身体(自分の体の見栄えや動きへの満足)、家族(家族の一員としての自分)、社会(交友関係での満足感)、虚構(社会的に望ましいとされるような回答をしていないか)を設定している。各尺度10項目から構成され、計60の質問項目からなる。質問に対し「いつ

もそう思う=2点,「時にはそう思う=1点,「ほとんどそう思わない=0点」の3段階で回答を求めた。得点は各尺度0~20点であるが,虚構尺度はSE得点としては含まれない。虚構尺度10項目のうち得点が2点となる回答が4つ以上ある場合,社会的に望ましいとされる態度で回答していると判断される。

2.4 分析方法

(1) 因子分析

SE尺度の60項目より社会的望ましさを測定する虚構尺度10項目を除き,SE得点として算定される50項目について因子分析を行った。因子の抽出には最尤法を用いた。因子数は,固有値1以上の基準を設けた。プロマックス回転を行った。3つ以上の項目が関連している因子を下位尺度として扱った。

(2) 下位尺度の回答値の比較

下位尺度を構成する項目の回答値について,属性による違いを調べた。下位尺度毎に該当す

る項目の回答値を単純合計し,項目数で除した値をSE得点とした。対象を属性によって2群に分け,2群間の差の検定(等分散性を検定した上でt検定あるいはWelchの検定)でSE得点を比較した。有意水準はp値5%で判断した。

2.5 倫理的配慮

病院での調査は,看護部に研究の主旨を説明し了承を得てから,対象者本人と付き添いの保護者に調査目的を文書及び口頭で説明し同意を得た。学校での調査は,学校長に研究の主旨を説明し了承を得てから,対象者本人に調査目的を文書及び口頭で説明し同意を得た。保護者には調査の説明文書を子どもを通して配布し,保護者の署名が記入された返書が得られた場合に保護者の同意が得られたと判断した。本人及び保護者へ説明した内容は,参加は任意であること,匿名性を保持すること,参加有無による不利益は生じないこと等であった。

表1 SE尺度の因子分析(最尤法:Promax 回転)および各因子内の内的一貫性(Cronbach's)

項目	因子負荷			
	第1因子	第2因子	第3因子	
【容姿】				
21 私は,自分の顔立ちは良いと思います	.909	-.148	-.117	.82
9 私は,自分の顔立ちが気に入っています	.841	-.138	-.014	
33 私の笑顔はすてきだと思います	.644	.030	.183	
31 私は,いい人間だと思います	.545	.094	.074	
57 私はよい体つきをしていると思います	.530	.062	.014	
【理想の自分】				
13 私は今の自分とはもっと違っていたらいいのに,と思います	.192	.698	-.095	.77
35 私はもっと友だちをつくるのが上手だったら,と思います	-.114	.657	-.062	
50 私は自分がもっと優秀な生徒だったらいいのに,と思います	-.133	.631	.062	
51 私はもっと他の人の様にかっこよかったらいいのに,と思います	.122	.596	-.123	
52 私がもっと今の自分と違っていたら,私の両親も幸せだろうと思います	-.086	.526	.016	
37 私は,今の自分に じゅうぶんに まんぞくしています	.201	.456	.277	
15 私は他の同じ年の友達と同じくらい身長があつたらいいのに,と思います	-.086	.445	-.044	
【友達】				
23 私は友だちという時,とても楽しい気持ちになります	-.114	-.048	.938	.73
32 私は,学校にいる時はとても楽しいです	.118	.016	.594	
11 私は,ほかの友達と一緒にいると,気持ちよくなります	-.007	-.062	.581	
17 私の友だちは,私の考えをよく聞き入れてくれます	.105	-.055	.427	
因子寄与	3.81	1.93	1.28	
因子寄与率(%)	23.82	12.03	7.99	
因子間相関	第1	第2	第3	
第1	1.00	.38	.44	
第2		1.00	.14	
第3			1.00	

3. 結果

3.1 対象者の概要

全対象者の平均年齢 11.2(SD=2.2)歳, 中央値 11.0 歳, 最頻値 13 歳であり, 右寄りの分布であった。小学生 84 名(男 39 名, 女 45 名), 中学生 61 名(男 35 名, 女 26 名)であった。性別は男 74 名, 女 71 名であった。

3.2 SE 尺度の因子分析

全対象者において SE 尺度 50 項目の因子分析を行った。因子負荷量 0.35 に満たない項目と, 複数の因子に渡る因子負荷 0.35 以上の項目が出現しなくなるまで, 項目を削除しながら因子分析を繰り返したところ, 30 項目 8 因子が抽出された。これより項目数が 2 つ以下の 3 因子を削除した 24 項目で再度因子分析を実施, 同様の手順で項目と因子を削除し, 1 つの因子に因子負荷 0.35 以上の項目が 3 つ以上になるまで因子分析を繰り返した。

16 項目を因子分析した時点で, 全ての因子において因子負荷 0.35 以上の項目が 3 つ以上となったため, 因子数 3 と判断した。その因子負荷を表 1 に示した。なお, 項目に付記された数

字は, SE 尺度の質問番号である。

第 1 因子は SE 尺度の「全般(31)」と「身体(9, 21, 33, 57)」の 4 項目であった。「自分の顔立ちは良い」「自分の顔立ちが気に入っている」等で負荷量が高く, 【容姿】に関する因子とした。第 2 因子は「全般(13, 37)」, 「学業(50)」, 「身体(15, 51)」, 「家族(52)」, 「社会(35)」の 7 項目であった。「今の自分とはもっと違っていたら」「友達を作るのがもっと上手だったら」等で負荷量が高く, 【理想の自分】に関する因子とした。第 3 因子は「学業(32)」, 「社会(11, 17, 23)」の 4 項目であった。「友達といると楽しい」「学校にいる時は楽しい」等で負荷量が高く, 【友達】に関する因子とした。第 1 因子【容姿】の寄与率は 23.82%であった。

3.3 各因子の SE 得点の比較

3 因子それぞれの内の一貫性は $\alpha = 0.73 \sim 0.82$ の値を示し, 十分な値が得られたため, 3 つの下位尺度とした。SE 得点を属性によって平均値を算出し比較した結果は表 2 に示した。年齢, 性別のいずれにおいても, SE 得点に有意な差は見られなかった。

表 2 全対象者の属性における SE 得点の平均値

対象 (対象者数)	全対象者 (n=145)	年齢		性別			
		~ 11 歳 (n=83)	12 歳~ (n=62)	男 (n=74)	女 (n=71)		
第 1 因子【容姿】	.61 ± .48	.61 ± .46	.60 ± .50	ns	.62 ± .50	.59 ± .45	ns
第 2 因子【理想の自分】	1.20 ± .47	1.22 ± .48	1.17 ± .46	ns	1.22 ± .44	1.17 ± .50	ns
第 3 因子【友達】	1.51 ± .44	1.45 ± .45	1.57 ± .43	ns	1.47 ± .46	1.54 ± .42	ns

ns: not significant (t 検定)

4. 考察

4.1 因子分析

因子分析で得られた 16 項目 3 因子は, 原版 SE 尺度では 5 因子とされる 50 項目とは異なった構造を示した。抽出した 3 因子のうち, 虚構尺度をのぞく 5 因子「全般」「学業」「身体」「家族」「社会」とほぼ対応したのは, 第 1 因子【容姿】と「身体」, 第 3 因子【友達】と「社会」であった。

邦訳版作成の過程においては文化的背景を考慮する必要がある。アメリカは独立性を基盤とした自己像であり, 東洋は相互依存性を基盤とした自己像とされている⁸⁾。日本の場合, 社会を構成する人々のグループにしっかりととけ込

めた感じを持ち自分の居場所が見つかることで, 自分を肯定的にとらえることができると考えられる。このことは第 3 因子【友達】との関連をうかがわせる。逆に友達と異なる自分の特徴を受け容れられない場合は, 第 2 因子【理想の自分】として現在の自分への評価につながると考えられる。

子どもの SE を得点化し, どの領域で低下しているのか検索するには, 5 因子による SE 尺度は限界があると考えられる。尺度では全般的な SE を測定し, SE を低めている要因を把握する方法とは別個にするとよいと考えられる。

4.2 属性によるSE得点の比較

自己概念の情緒的側面をしめすものがSEとされている。自己概念には性差が存在すると報告があり、女子においては他者を意識した側面が大きいとされている²⁾。測定用具としては、男女差を感知する尺度がよいと考えられる。

4.3 研究の限界と課題

子どもの心理状態をアセスメントしSEの向上を図るため介入の手がかりとしてであれば、PopeらのSE尺度邦訳版は使用できると考えられる⁹⁾。しかし、測定用具としては検討の余地がある。

SE得点を属性により比較したが、子どもの心理特性を十分に反映しているとは言えない。年齢や性別によるSEの違いが指摘されているが⁴⁾、本調査では明らかにはならなかった。対象が一地区の集団であり、対象数が多くなかったためと考えられる。本研究での結果を参照し、子どもの心理をアセスメントする方法の検討を今後の課題としたい。

謝辞

本調査にご協力くださった小・中学生、保護者、施設関係者の皆さまに感謝いたします。

参考文献(引用文献)

- 1) 遠藤辰雄, 安藤延男, 冷川昭子ほか: Self-Esteemの研究. 九州大学教育学部門紀要, 18, 53-65, 1974
- 2) 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子: 認知された自己の諸側面の構造. 教育心理学研究, 30, 64-68, 1982

3) Tahara, H., Okita, M., Tsurusaki, T. *et al.* Validity and reliability of the Japanese version of the self esteem inventory. *Journal of Physical Therapy Science*, 9, 87-92, 1997

4) 遠藤辰雄, 井上祥治, 蘭千壽: セルフ・エスティームの心理学 自己価値の探求(初版). ナカニシヤ, 16-17, 20, 23-25, 168-177, 196-199, 271-272, 1992

5) Pope, A. W., McHale, S. M., Craighead, W. E.: *Self-Esteem Enhancement with Children and Adolescents*. Pergamon Press, 1988 (高山巖, 佐藤正二, 佐藤容子ほか: 自尊心の発達と認知行動療法 子どもの自信・自立・自主性をたかめる, 岩崎学術出版社, 1-8, 47, 207-212, 1992)

6) 平野久美子, 新平鎮博, 西牧真里ほか: 思春期型糖尿病患者のセルフエスティーム. 大阪市立大学生生活科学部紀要, 47, 83-86, 1999

7) 林みどり: 小児の自尊感情 慢性疾患患児と健康児の比較.(印刷中)

8) Markus, H. R., Kitayama, S.: Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253, 1991

9) 荒井良直: サイコエデュケーションの現場から セルフ・エスティーム. こころの臨床ア・ラ・カルト, 20(2) 295-299, 2001

注記

なお本研究は、1998年度富山医科薬科大学医学部看護学科卒業論文を加筆・修正したものである。

(受付: 2003年11月19日, 受理: 2004年1月10日)

Self-Esteem in Children : A Factor Analysis of the Japanese Version of the Self-Esteem Scale

Midori HAYASI

Abstract

This study examined a factor structure of the Japanese version of the Five-Scale Test of Self-Esteem for children. The scale was administered to 145 children (6~15 years old) who were fifth graders in a primary school , second-year students in a junior high school, and children in- and out-patients of a pediatric department in a prefectural hospital. The exploratory factor analysis (maximal likelihood method, promax rotation) resulted in three factors. These were named "appearance", "ideal himself/herself", and "friends". Cronbach's coefficients of three factors were 0.73, 0.77, and 0.82. There were no significant age, or gender differences on subscale scores.

Key words self-esteem, children, Self-Esteem Scale

報告

退院患者に提供された看護サービスの実態からみた

退院調整における病院看護師の役割

丸岡直子 佐藤弘美 川島和代 伴真由美 小松妙子

概要

退院患者に提供された看護サービスの実態から退院調整における病院看護師の役割を明らかにするために、I 県内の 8 総合病院の看護部長および看護師長 1 名ずつ計 16 名を対象に、退院調整部門の設置状況と必要性、医療依存度が高い状況で退院となった患者に対する看護師が実施した支援の状況を調査した。

退院調整部門を設置している病院はなかった。病院看護師は患者・家族の意志決定への支援、退院後の療養生活指導、関係職種・機関との調整を実施しており、退院調整の中心的役割を果たしていた。しかし、患者に提供される支援の内容は、看護師の退院調整に関する知識・技術の程度に影響される可能性が示唆された。今後、退院調整看護師が病棟看護師と連携をとり、退院困難な状況にある患者を把握し、社会資源を有効に活用し、入院時から適切な退院調整を実施するためのシステム構築の検討が必要である。

キーワード 退院調整, 退院調整看護師, 退院調整部門, 継続看護, 在宅看護

1. はじめに

わが国では、人口の高齢化が進み、疾病の慢性化による継続医療の必要性や社会資源の有効活用の重要性が指摘されている¹⁾。また、1980 年代後半以降の診療報酬改定では、長期入院の是正、在院日数の短縮化、在宅医療の推進が主要改訂方針として打ち出され、一般病床等の平均在院日数は減少した²⁾。さらに、病院の経営管理上、患者の入院期間の短縮は重要な課題となっている³⁾。

このような状況において、医療施設では入院患者の早期社会復帰や在宅療養に向けての環境を整備するために、さまざまな指導や調整が実施されている。しかし、病院機能として退院計画を入院当初から推進する意識は低いとの指摘⁴⁾もあり、現実には入院治療がほぼ終了した時点、あるいは退院許可となった段階で退院準備が始まることが多い。その結果、患者は十分な支援を受けないまま退院に至る例も少なくないと考えられる。

手島⁵⁾によれば、退院計画とは個々の患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するよう病院においてシステム化された活動・プログラムであると定義されている。このように、入院患者への退院に向けた支援は病院全体で取り組むものである。その中で、患者やその家族に最も身近な存在である看護師の果たす役割は大きい

ものと考えられる。

本研究の目的は、I 県内の病院において退院患者に提供された看護サービスの実態から、退院調整における病院看護師の役割を明らかにし、その役割を遂行するための課題を検討することである。

なお、本研究では退院調整、退院調整看護師および退院調整部門を以下のように定義する。

退院調整：患者および家族が望む療養生活が可能となるように、疾病や障害が生活全般に及ぼす影響を把握し、患者・家族にかかわる様々な職種が協働して、計画的に退院後の療養生活を整えるために行う活動。

退院調整看護師：病院において、専任で他職種と協働して退院調整を行う看護師。

退院調整部門：看護師を含め専任の職員で構成され、入院患者の退院調整を行う病院組織の一部門。

2. 方法

2.1 対象

対象は、研究の主旨・方法に同意の得られた I 県内の一般病院 8 施設の看護部長および看護師長 1 名ずつの計 16 名である。なお、看護師長は各病院の看護部長より、退院調整を必要とする入院患者の比率の高い病棟を担当している看護師長の中

から推薦を得て決定した。

8施設の概要は表1に示したとおりである。

表1 調査施設の概要

設置主体	公的:6施設	医療法人:2施設
病床数	200未満	2施設
	200～500未満	2施設
	500床以上	2施設
平均在院日数	約16～21日	
入院基本料	基本料1:7施設	基本料2:1施設

2.2 調査方法・内容

(1) 調査方法

平成14年11月から平成15年2月に、面接法により調査した。

(2) 調査内容

看護師長に対しては、医療依存度が高い状況で在宅療養あるいは転院となった事例に焦点をあて、退院決定から退院までのプロセスにおける、患者・家族に対する退院にむけての準備・支援の内容とその担当者について調査した。

調査項目は、退院後の療養場所の意思決定への支援、介護力の確認、在宅療養上の問題の明確化、合同カンファレンスの開催、退院指導の実施に関して、医療・福祉関係機関との連携、療養環境・経済的基盤整備、退院前訪問、看護サマリーの作成、退院調整に関する課題、である。

看護部長に対しては、退院調整看護師導入の状況、退院調整部門の設置状況と必要性、退院調整ガイドラインの有無に関して調査した。

表2 事例の概要

事例	年齢	性別	主な診断名	入院期間	退院後の療養場所	主介護者	退院後の主な医療処置・生活援助など
1	90代	女	糖尿病 急性腎不全	3週間	自宅	長男夫婦	尿留置カテーテル管理
2	80代	男	慢性呼吸不全 うっ血性心不全	2ヵ月	自宅	妻 長男の嫁	在宅酸素療法 リハビリテーション
3	60代	男	脳梗塞	5ヵ月	病院	妻	経管栄養、リハビリテーション
4	50代	男	脳幹梗塞	6ヵ月	自宅	妻・娘	経管栄養(胃瘻)、全面介助
5	60代	男	ALS 腰部脊柱管狭窄	12ヵ月	自宅	妻	レスピレーター管理、痰の吸引、 経管栄養(胃瘻)、排便コントロール
6	50代	男	多発性脳梗塞	6ヵ月	自宅	妻	痰の吸引(気管切開)、経管栄養(胃瘻)、 褥瘡ケア
7	60代	男	脳梗塞	6ヵ月	自宅	妻・長男	リハビリテーション、排泄・移動援助他
8	70代	女	脳梗塞	4ヵ月	自宅	夫・長女	食事・排泄援助

なお、調査の際に取り上げた8事例の概要を表2に示した。性別は、男性6名、女性2名、平均年齢は69.8歳、主な診断名は脳血管障害5名、その他3名であった。退院後の療養場所は7事例が自宅、1事例が病院であった。主介護者は7事例が配偶者、1事例が長男夫婦であった。退院後の主な医療処置は、経管栄養管理、痰の吸引、リハビリテーション、レスピレーター管理などであった。

2.3 倫理的配慮

看護部長および看護師長に研究の主旨・内容を文書および口頭で説明し、同意を得た。併せて、調査結果の公表に関して、個人名や施設名が特定されないよう配慮することを説明し了解を得た。

3. 結果

3.1 退院患者に提供された支援内容と担当者(表3)

(1) 退院後の療養場所の意思決定への支援

すべての事例で、主治医が退院の決定をした時点、あるいは治療が終了となり退院の目途がついた時点から、退院後の療養場所の検討が開始されていた。

看護師長や受け持ち看護師は、患者や家族の意思を尊重しながら意思決定への支援を行っていた。特に、在宅療養の可能性を検討する場合は、医師からの病状説明後や家族の面会時を利用して、介護力やキーパーソンの確認、家屋改修の必要性、介護サービス等の手続きなど様々な課題に対して、時間をかけて関わっていた。

表3 退院患者に提供された支援内容と担当者

n=8(事例) 重複あり

支援の内容	実施事例数	担当者の内訳
意思決定への支援	8	病棟看護師長・受け持ち看護師(8)
介護力の確認	8	病棟看護師長・受け持ち看護師(8)
在宅療養上の問題の明確化	8	受け持ち看護師(8)
合同カンファレンスの実施	7	家族, 地域の医療・福祉関係者, 院内職員で実施(3) 家族・病院職員で実施(2) 病院職員で実施(2)
退院指導の実施 日常生活援助技術 医療処置 疾病管理・観察 緊急時の対応 衛生材料の管理	8	受け持ち看護師(8) 受け持ち看護師(8) 受け持ち看護師(8) 薬剤師(1) 受け持ち看護師(8) 受け持ち看護師(8) 訪問看護師(5)
医療・福祉関係機関への連携	8	MSW(6) 病棟看護師長・受け持ち看護師(3) 病院所属のケアマネジャー(2)
療養環境・経済的基盤整備 医療費の助成申請 介護保険申請 住宅改修費の助成申請 住宅改修の助言 福祉用具の調達	8	MSW(5) MSW・ケアマネジャー・看護師長 MSW PT・OT が関与 PT・OT MSW(5) ケアマネジャー(3)
退院前訪問	4	PT・OT・MSW(4) 受け持ち看護師(1)
看護サマリーの作成	8	受け持ち看護師(8)

退院の許可があり, 在宅療養に移行するプロセスには, 家族は介護不安などから退院後の療養場所の決定には葛藤が見られた。脳梗塞で日常生活の全面的な介助を要する状況で在宅療養となった事例では, 退院を間近に控えた外泊時の状況から, 最終的に家族が在宅療養への移行を決定していた。この間, 住宅改修や福祉用品の整備を進めるとともに, 病棟看護師長や受け持ち看護師は頻りに家族と面談を重ね, 患者や家族の思いを尊重しながら関わりを持っていた。

また, 慢性呼吸不全で入院した患者の例では, 患者が強い在宅療養の希望を持っていたのに対して, 主治医は病状や ADL の自立度から療養型施設への適応と判断していた。このような状況の中, 家族は介護不安から退院後の療養場所の決定に葛藤していた。この事例では, 病棟看護師と病院に併設した訪問看護部の看護師によるケアプランや在宅酸素療法管理の指導計画の提案により, 主治医が在宅療養が可能と判断するとともに, 家族の介護不安を軽減することにより, 患者の希望をか

なえたいという家族の意思を確立するに至った。

(2) 介護力の確認

8 事例とも, 病棟看護師長や受け持ち看護師が介護力の情報収集や分析を行い, ケアプラン立案時に介護の分担を検討する参考情報としていた。さらに, 面会時や家族を含めた合同カンファレンスで, 予測される福祉サービスの内容を提示しながら介護力の確認を行っていた。

(3) 在宅療養上の問題点の明確化

8 事例とも, 受け持ち看護師が中心となり, 家族から情報収集し, 介護力の確保や住宅改修などの在宅療養上の問題を明らかにしていた。必要時, この情報を理学療法士(以後, PT とする。), 作業療法士(以後, OT とする。), 医療ソーシャルワーカー(以後, MSW とする。)などに伝えられ, 合同カンファレンスの開催につながっていた。

(4) 合同カンファレンスの開催

病棟看護師と他の医療従事者の合同カンファレンスの実施は7 事例で実施されていた。家族および地域の医療・福祉関係者の参加がみられるのは

3 事例, 家族の参加があるのは 2 事例, 院内職員のみによる実施は 2 事例であった。

患者の退院が決定した時点で開催する場合や, 定期的に実施している事例もみられた。また, 看護師長または受け持ち看護師が必要に応じて開催を促している場合もみられた。

また, 退院前に実施された試験外泊時に, 患者宅に受け持ち看護師, PT, OT, MSW, 訪問看護ステーションの看護師が集まり, 退院後の在宅療養の課題解決の確認を行う合同カンファレンスも開催されていた。

(5) 家族への技術指導

どの事例も, 受け持ち看護師が中心となり, 家族に来院してもらい技術指導を実施していた。内容は, 移動・体位変換・清潔援助などの日常生活援助技術, 経管栄養の管理方法, 軟膏処置, 人工呼吸器の管理方法, 吸入, スキンケア方法, 在宅酸素療法の管理方法, 疾病管理・観察についてであった。

さらに, 緊急時の連絡方法, 滅菌・衛生材料等の調達・管理方法も, 受け持ち看護師が家族に指導を実施していた。

(6) 保健・福祉機関との連携

8 事例とも, 在宅療養や転院を進める際に, 保険・福祉機関との連携が実施されていた。その担当は 6 事例が MSW が行っており, 一部、ケアマネージャーや病棟看護師長や受け持ち看護師も担当していた。ほとんどの病院で, 病棟看護師長または受け持ち看護師が, 介護申請や住宅改修費の助成を進めるために, MSW に対して必要な情報を提供していた。

(7) 療養環境・経済的基盤整備

8 事例とも, 療養環境および経済的基盤整備に対する支援は実施されていた。支援の内容により, 住宅改修・福祉用具の調達は, 主に PT や OT が関わっており, 退院前訪問や外泊時の情報から検討していた。経済的基盤の整備として, 医療費助成申請, 介護保険申請および住宅改修費の助成申請は MSW が窓口となっており, 申請の内容によっては PT, OT やケアマネージャーが関与していた。

(8) 退院前訪問

退院前訪問は 4 事例で実施されていた。家屋の改修が必要な場合は PT や OT が主に訪問していた。ある病院では, 試験外泊時に受け持ち看護師も在宅訪問し, 訪問看護師と情報交換をしたり, 在宅療養上の問題を実際の療養環境を観察するこ

とで再確認をしていた事例も見られた。

(9) 看護サマリー

8 事例とも, 受け持ち看護師が中心となり看護サマリーを作成し, 転院先の看護部あるいは訪問看護ステーションに看護情報を伝えていた。訪問看護部等を設置している病院では, 訪問看護師から退院後の患者の状況について情報を得ていた。

3.2 退院調整に関する課題

面接の対象となった看護師長は, 次のような退院調整に関する課題をあげていた。

退院後の療養場所の決定に関して, 患者や家族の意志を尊重して退院調整が実施されていた。しかし, 介護力の確保, ケアの質を確保した継続看護の保障, ADL を維持するためのリハビリテーションの継続, 転病院の確保などにより, 必ずしも患者・家族の意思を実現しているとはいえない状況でもあった。また, 医療依存度の高い患者が在宅において継続したケアを受けるためには, 訪問看護ステーションの力量が大きく関与してくる。このような患者が退院後の療養場所を決定する場合, 居住地区の訪問看護ステーションが提供可能な看護サービス内容の情報を病院看護師が熟知していることが重要であり, この点における情報交換の必要性が課題としてあげられた。

また 退院調整がシステム化されていないため, 病棟や各診療科が独自に退院調整をしている現状であり, 退院調整が必要な患者に対して統一した支援を提供する必要性も課題としてあげていた。

在宅療養開始後の患者の状況が, 病院の看護部門に情報として入ってこないため, 入院中の看護を評価することができない状況である。病院と転院先施設, あるいは病院と訪問看護ステーションとの看護の連携を強化し, 双方の看護情報を交換する必要性も課題としてあげられた。

3.3 退院調整看護師の導入に関して

いずれの病院も, 退院調整看護師の導入はされていないかった。

訪問看護部等を設置していない病院の看護部長は, 退院調整看護師を導入することに対して, 次のような役割を期待していた。その内容は, 在院日数の短縮や, 在宅療養や患者の状況に応じた医療・福祉施設への速やかな移行をはかるために, 患者や家族への適切な介入である。入院患者の退院への支援は, 専門的知識を求められることから, 専任者の設置を希望しているが, 現状では看護師

の増員は難しいとの認識であった。

また、病院組織の一部として訪問看護部等を設置している病院の看護部長は、訪問看護部門の看護職員に、MSW と連携をとり病棟看護師に退院に向けての情報提供や退院指導の充実をはかることを期待していた。

3.4 退院調整部門の設置状況と必要性

(1) 設置状況

調査対象の8病院とも、退院調整部門は設置されていなかった。

(2) 退院調整部門の必要性の認識

退院調整部門が必要であると回答した看護部長は7名、必要でないは1名であった。

退院調整部門が必要な理由は、地域包括的医療における病院と在宅(地域)との医療連携の強化、社会的入院患者の減少による医療施設の有効利用、在宅療養への速やかな移行などをあげていた。退院調整部門を必要としない理由は、病棟看護師長や受け持ち看護師が、患者・家族の状況を確認しながら、病院併設の訪問看護師、MSW や PT など十分に連携をとり退院調整を行っているためであった。

3.5 退院調整ガイドライン

退院調整ガイドラインを有していた病院はなかった。しかし、2病院が検討を予定していた。

4. 考察

調査から明らかになった退院患者とその家族に提供された看護サービスの実態から、退院調整における病院看護師の役割と、その役割遂行するための課題について考察する。

4.1 退院調整に果たした病院看護師の役割

(1) 意思決定への支援と問題の明確化

退院後の療養場所を決定するには、介護力の確保、介護者の不安軽減、家屋改修の必要性、介護サービスの内容、転院先施設の有無などが判断基準となり、これは解決しなければならない大きな課題である。患者や家族の在宅療養あるいは施設入所への意思決定には、病棟の看護師長あるいは受け持ち看護師が、家族の面会時などを利用して時間をかけて前述した課題の確認を行っていた。このことは、家族の介護不安感の内容を明らかにし、患者・家族を含めた合同カンファレンス開催へとつながったと考えられる。また、患者や家族

に関わる看護師は、病棟看護師長あるいは受け持ち看護師など、概ね同じ看護師が一貫して関わっており、家族にとっても相談相手が明確になっていることは介護不安への軽減と、医療関係者と共に課題の解決を図っていくという動機づけになっていったと考える。

しかし、受け持ち看護師は病棟において交替制勤務者であり、勤務日の担当看護業務を考慮して、家族との面談日時の調整を図るには困難が生じていたものと推察される。さらに、在宅療養の可能性を判断するために、家族の在宅療養への意思確認、介護者の状況、医療処置に対する力量などを情報収集することが求められ、深い患者・家族理解の能力が求められる。

(2) 課題解決へのコーディネート

在宅療養を可能にするには、福祉サービスの導入や家屋改修、介護用品の整備が必要である。この課題解決には、MSW、PT、OT、病院併設の訪問看護部の看護師が関わっていた。これらの職員に対する支援依頼は、病棟看護師長または受け持ち看護師が実施していた。この調整機能を遂行するには、地域資源に対する知識やその資源を有効に活用していくための交渉能力、患者や家族への説明能力が必要になってくる。つまり、在宅療養に関する専門的知識と関係職種や機関に対する交渉能力など、担当する看護師の力量が求められる内容でもある。

また、病棟看護師が合同カンファレンスの開催のイニシアチブをとったり、訪問看護部の看護師と共に主治医に在宅療養の可能性について提言していた。このことは、常に患者や家族と継続した関係性を保ち、患者や家族の社会的状況や心理的側面を把握し、企画と調整能力を有する看護師の働きに負うところが大きいと考える。

(3) 在宅療養にむけての技術指導

受け持ち看護師は、生活援助技術、経管栄養や在宅酸素療法の管理方法などについて、患者・家族に指導を実施していた。

医療依存度が高い患者が在宅療養に移行しようとする時、これらの技術の多くは介護者が担当することになり、介護不安の大きな原因となっており^{6)~8)}、必要な医療処置の洗い出し、具体的手技の指導、必要物品の調達は、在宅療養移行への安心の提供につながると指摘されている⁸⁾。この技術指導を介して、さらなる家族の不安や課題を明確にすることが可能となり、この部分は病棟看護師が責任を持って実施しなければならない内容もある。さら

に、在宅療養環境や介護者の力量を把握した上で、必要な医療技術や生活援助技術を指導する能力が求められる。

今回の調査では、受け持ち看護師が中心となり技術指導がなされていた。しかし、技術の内容によっては、より専門の知識・技術を有する看護師と連携をとり、指導の実施と評価を行う必要があると考える。

4.2 退院調整看護師導入の必要性

病棟看護師は、退院調整において、患者・家族の在宅療養への意思決定に対する支援、在宅療養における課題の明確化と解決のための関係職種・機関への調整、技術指導などを実施し、退院調整における中心的役割を果たしていた。

退院計画の推進に必要な看護師の能力としては、問題解決思考力、企画・運営・調整能力、患者・家族の認識を理解し参加を促す能力、責任・倫理に関わる能力、移行期支援能力が指摘されている⁹⁾。この能力は、看護師としての経験と在宅療養に関する専門的知識と技術を有していなければ発揮できない能力と考える。退院調整は、患者・家族の考えや意思、家族の社会的背景を理解し、患者・家族の参加を促し、関係職種・機関と連携をとりながら進めなければならない。つまり、退院調整には専門的知識と技術に基づいた系統的で継続的な取り組みが求められる。したがって、退院患者に提供される支援の内容は、看護師の退院調整に関する知識・技術の程度に影響される可能性が示唆された。

しかし、現状では交替制勤務者である病棟看護師が、自らの勤務予定と勤務日の担当看護業務を調整しながら、退院調整が行われている。その結果、タイムリーな退院調整が困難となり、退院調整期間の長期化など、患者・家族にとっても効果的でない体制の中で退院支援が実施される可能性が考えられる。

さらに、退院調整に必要な時間の確保には、看護師個人の努力の範囲を超えているという指摘⁹⁾や、退院調整を専門に行う夜勤をしない看護職員が必要であるという指摘¹⁰⁾もみられる。また、近年では、日々の看護業務に影響されない退院調整看護師を医療事務職員や社会福祉関係職員とともに専任で配置している病院も出現し、その活動が報告¹¹⁾⁻¹⁷⁾されており、退院調整看護師の存在意義が注目されている。

以上より、退院調整を行うには専門的知識と技

術が必要であり、入院当初から退院計画を推進するために、日常の看護業務や夜勤を担当しない退院調整看護師の導入が重要であると考ええる。

4.3 退院調整部門の必要性

在院日数の短縮化や病院と在宅医療との連携を強化する目的から、ほとんどの看護部長が退院調整部門の必要性を認識していた。特に、訪問看護部が設置されていない病院では、退院調整部門の設置を要望しており、専任の看護師やMSWの配置を考えていた。新たな部門を作り、専任の看護師を配置することで、より退院後の療養生活に密着した退院への支援の充実を期待していた。しかし、訪問看護部門を設置している病院では、人事管理の厳しい現状から、現在のシステムの中で退院調整の役割を担っているケアマネジャーや訪問看護師の役割強化を期待していた。

現在、病院と訪問看護ステーションとの連携を強化し、双方の速やかな情報交換と訪問看護が必要な患者を適切な訪問看護ステーションに依頼することを可能にし、どの施設でも共通して使用可能なツールとして「早期退院連携ガイドライン」¹⁸⁾が開発されている。さらに、訪問看護ステーションとの連携システムが整備されている病院は、地域連携機能を果たす窓口が一括化され、連携のためのマニュアルが整備されているとの報告¹⁹⁾もみられる。今回の調査でも、退院調整に関わった看護師長は、病院と訪問看護ステーションとの看護の連携強化を課題に上げている。今後、この課題を解決するためには、「早期退院連携ガイドライン」の有効活用や、病院組織あるいは看護部門に地域との看護の連携をとる窓口の設置と連携のあり方を検討することが望まれる。

4.4 現行看護体制における退院調整機能強化

病院経営や人事管理の厳しい現状にあって、退院調整部門を設置するには多くの課題を解決しなければならない。このような状況にあって、入院患者に対して適切な時期に必要な退院調整を実施するためには、退院調整が必要性を判断するのアセスメント方法の確立と退院調整ガイドラインの整備が必要であると考ええる。

今回の調査で提示された事例は、いずれも病棟看護師が中心となり、患者・家族の意思を尊重して退院に至った事例である。このような事例の一つ一つの退院調整プロセスを分析し、この分析結果を元に各病院の状況に応じた退院調整のガイド

ラインを整備することができると思う。調査対象となった病院では、退院調整ガイドラインは整備されておらず、各病棟がそれまでの経験に基づいて退院調整を進めていたと推察される。従って、患者・家族にとってより有効な退院調整を行うためには、まず退院調整ガイドラインの整備が必要と考える。

さらに、ほとんどの事例で退院の目途がついた時点から退院調整が開始されていた。退院調整の必要性の判断は、速やかな在宅療養への移行に結びつく要因の一つと考えられ、退院調整の判断を入院当初から行う必要がある。前述した退院調整ガイドラインと併せて、退院調整が必要であると判断するためのアセスメントツールを検討することが重要であると考えられる。

以上より、病院経営や人事管理面では厳しい現状ではあるが、退院困難状況にある患者を把握し、入院時から退院調整を実施するためのシステムの構築を、病院の機能や看護職員の状況に応じて検討していく必要があると考える。

5. まとめ

医療依存度が高い状態で退院となった患者に対する退院調整において、病棟看護師は患者・家族の意志決定への支援、退院後の療養生活指導、関係職種・機関との調整を実施しており、退院調整の中心的役割を果たしていた。しかし、患者に提供される支援の内容は、看護師の退院調整に関する知識・技術の程度に影響される可能性が示唆された。今後、退院調整看護師が病棟看護師と連携をとり、退院困難な状況にある患者を把握し、社会資源を有効に活用し、入院時から適切な退院調整を実施するためのシステム構築の検討が必要であると考えられる。

謝辞

今回の調査にご協力いただきました関係者の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は平成 14 年度に実施した石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究の一部であり、千葉看護学会第 9 回学術集会にて発表した。

引用文献

- 1) 森山美知子, 済生会山口総合病院看護部: ナーシング・ケースマネジメント, 退院計画とクリティカルパス, 医学書院, 20-26, 1998

- 2) 厚生労働省: 平成 12 年病院報告
 - 3) 竹谷英子: わかりやすい看護の経済学, 日本看護協会出版会, 127-134, 2001
 - 4) 長野宏一郎, 大内尉義: 1 章 - 1 医療社会福祉部の目的, 大内尉義, 村嶋幸代監修: 退院支援東大病院医療社会福祉部の実践から, 2-19, 杏林書院, 2002
 - 5) 退院計画研究会編(手島陸久編集代表): 退院計画, 病院と地域を結ぶ新しいシステム, 中央法規出版, 5-7, 1996
 - 6) 斎藤静代, 中添和代, 阿部美知子: 在宅療養移行時における家族指導の実態と課題, 日本看護学会論文集 第 33 回地域看護, 3-5, 2003
 - 7) 阿南みと子, 佐藤鈴子: 筋萎縮性側索硬化症在宅介護者がもつ問題とニーズ, 日本看護学会論文集 第 33 回老年看護, 17-19, 2003
 - 8) 藤原聖子, 三浦まゆみ: 自宅での介護に強い不安を持つ家族への援助, 家族看護, 1(1), 164-170, 2003
 - 9) 塚本友栄: 退院計画の実践から必要な教育を考える, 退院計画自己評価を取り入れて, Quality Nursing, 9(10), 25-33, 2003
 - 10) 山田雅子: 看護連携に必要な視点とは, 看護展望, 27(2), 20-23, 2002
 - 11) 前掲 1), 68-71
 - 12) 柳沢愛子, 若林浩司: 2 章退院のための支援 - 医療社会福祉部の実際, 大内尉義, 村嶋幸代監修: 退院支援東大病院医療社会福祉部の実践から, 22-79, 杏林書院, 2002
 - 13) 倉田和枝: 「退院調整専門看護師」設置に伴う波及効果, 看護, 49(12), 92-103, 1997
 - 14) 石垣靖子: 早期退院計画システムのモデル化 - パイロット・スタディと今後の課題, 看護, 49(12), 55-66, 1997
 - 15) 本道和子, 須藤直子, 川村佐和子: 在宅での療養環境を整える, 退院調整における看護職の役割, 看護管理, 11(10), 760-765, 2001
 - 16) 本道和子, 須藤直子, 内藤千恵他: 退院調整過程の構造に関する研究 - 家族の意思決定への支援, 日本看護管理学会誌, 3(2), 28-38, 1999
 - 17) 島内節, 乗越千枝: 早期退院を可能にするケア・マネジメント, 看護, 49(12), 67-79, 1997
 - 18) 川越博美監修: 病院と地域の連携を促進する早期退院連携ガイドライン, コミュニティケア, 5(11), 89-116, 2003
 - 19) 酒井昌子: 独立型訪問看護ステーションの連携システム, コミュニティケア, 5(11), 35-40, 2003
- (受付: 2003 年 11 月 19 日, 受理: 2004 年 1 月 22 日)

The Role of Nursing in Discharge-Planning Based on Actual Conditions in Hospital Nursing Intervention for Discharged Patients

Naoko MARUOKA, Hiromi SATO, Kazuyo KAWASHIMA, Mayumi BAN, Taeko KOMATSU

Abstract

The purpose of this study was to clarify the role of hospital nurses in discharge-planning based on the actual conditions of nursing interventions for discharged patients. Subjects were 8 Directors of nursing and 8 Head nurses of general hospitals in Ishikawa prefecture. Semi-structured interviews were conducted with each subject about discharge-planning. The results were as follows.

There was not a section for discharge-planning at any of these hospitals. The role of hospital nurses was supporting the patient and family during discharge-decision making, providing instruction on home care, and facilitating adjustment of the related organization and occupation. It was suggested that the status of patients requiring severe medical care dependency was influenced by the knowledge and skills for nursing interventions during discharge-planning. To better structure the system for discharge-planning, it is necessary to promote collaboration between discharge-planning nurses and ward nurses, to communicate with the patient and family during difficult situations involving home care and to make good use of social resources.

Key words discharge-planning, discharge-planning nurse, section of discharge-planning, continuing nursing care, home care

報告

人工妊娠中絶を経験した女性の心理経過

杵淵恵美子* 高橋真理**

概要

本研究の目的は、人工妊娠中絶を経験した女性の心理経過を事例を通して明らかにすることである。人工妊娠中絶を経験した女性3名を対象として、半構成的面接を継続的にいき、中絶手術前から手術後の心理変化を追跡し、考察した。中絶手術後4カ月までの面接の結果、3名の女性の心理変化は一樣ではなく、個別の経過をたどっており、心理学的な危機状態に陥ることはなかった。人工妊娠中絶の経験は、女性達にとってパートナーとの関係や自分自身を振り返る契機となっていた。女性達は話すことで自分の経験を整理し意味づけていた。中絶手術前後の心理的なケアのために、中立的な立場で女性達の話しを聞くことの重要性が示唆された。

キーワード 人工妊娠中絶，女性の心理，事例研究

1. はじめに

わが国の平成13年の母体保護統計¹⁾によれば、年間約34万件の人工妊娠中絶が行われている。リプロダクティブヘルスの立場から、人工妊娠中絶術を受ける女性・受けた女性へのケアは、出産する女性・出産した女性と同じように重要である。しかし、ケアの現状を見てみると、妊娠初期に行われる人工妊娠中絶術は多くの場合外来でのデイ・サージャリーとして行われ、入院を伴わないため、看護職が関わる時間は非常に短い。そのため、女性への援助は身体的ケアがほとんどとなり、個々の状況を把握した上での心理的ケアは不足しがちとなっている。さらに、診療やケアの場面において医療・看護スタッフの価値観が表情や動作に現れ、女性達へ影響を与えているとも言われている²⁾。このような状況は、人工妊娠中絶について道徳や倫理面から様々な考え方があることや、妊娠中絶に関連して女性達がどのような心理的反応を示すか十分に研究されてこなかったことが一因であろう。

わが国の人工妊娠中絶に関する研究を概観すると、女性の身体的側面への影響³⁾⁴⁾、社会医学的背景要因⁵⁾、倫理的・法的側面からの考察⁶⁾⁸⁾などがあり、心理学的影響を追跡した論文⁹⁾¹¹⁾も報告されている。しかし、人工妊娠中絶を受けた女性を対象とした研究では、中絶手術前後の任意の一時点での調査が多く、女性の心理経過を継続的に追跡したものは少ない。そのため、女性達は妊娠中

絶後、自己嫌悪や自責の念、喪失感や孤独感を感じると言われているが、それらの感情の継続期間や変化については明らかではなく、また、心理的にどのように回復しているのかも不明である。これは、人工妊娠中絶に関わる調査が倫理的な面から様々な配慮が必要であり、制約も多く、また、多数の対象者を集めることや長期に女性達を追跡することが至難であることとも関連しているだろう。

そこで、今回、調査に同意が得られた女性達から、人工妊娠中絶を選択した女性の中絶手術前から中絶手術後の心理経過を明らかにし、妊娠の中絶を決定した女性へのケアのあり方について検討することを目的に、面接法を用いた事例研究による調査を行った。

2. 方法

2.1 対象

面接事例は、平成13年12月～平成14年10月の期間に妊娠の中絶を希望して北陸地方の1産婦人科診療所を受診した20才以上の女性のうち、胎児診断を受けず、継続的な面接調査への協力の同意が得られた3名である。面接の依頼をした女性の総数は29名であった。それぞれの女性への面接回数は2～4回であり、面接時間は1回につき25分～60分であった。初回面接は人工妊娠中絶術実施当日の手術前であり、妊娠週数は7～8週であった。3名の概要は表1のとおりである。

* 北里大学大学院看護学研究科博士後期課程，石川県立看護大学

** 北里大学看護学部

表1 面接事例の概要

	年齢	婚姻	職業	既往妊娠	子ども	初回面接	面接2回目	面接3回目	面接4回目
A	21	未婚	会社員	あり	なし	手術当日	手術後1週	-	-
B	28	既婚	主婦	あり	あり	手術当日	手術後1週	手術後6週	手術後17週
C	27	未婚	銀行員	なし	なし	手術当日	手術後1週	手術後7週	手術後12週

2.2 方法

初回面接は、人工妊娠中絶を希望して来院した女性に研究および面接の趣旨を説明し同意を得た後、手術の実施前あるいは実施後のいずれかで、希望の時間に個室にて行った。

面接は、半構成的面接法を用い、「妊娠しているかもしれないと気づいてからのことを話してくださいませんか」、「手術を決心することは大変なことでしたか」などの質問から始めた。2回目以降の面接は、事前に面接の同意を得た上、対象者の希望に添う日時および場所で、前回の面接時の内容を振り返る質問から始めた。たとえば、「前回は……のように話していらっしゃいましたが、今も同じお気持ちですか」というような問いかけである。

対象者から録音の同意が得られた場合には録音し、同意が得られなかった場合には面接後にフィールドノートに記録した。また、メモをすることの同意が得られた場合には面接中にもフィールドノートに記録した。なお、女性達との面接は1人の研究者がすべて行い、面接に際して研究者はフェミニストアプローチ的な立場をとった。さらに面接対象者の診療記録から、年齢、既往妊娠分娩歴、今回の妊娠経過、人工妊娠中絶後の経過、について情報を収集した。

面接内容の分析には、研究者が記録したフィールドノートと、対象者の同意を得て録音した会話内容からの逐語記録を用いた。分析は、女性達が話した内容から、先行研究を参考に、女性達の心理に変化がある、あるいはないと考える事柄について取り上げ確認し比較することで、研究目的である心理の経過を明らかにするようにした。

2.3 倫理的配慮

本研究の趣旨を口頭および文書で十分に説明し、文書での同意が得られた女性を対象とした。説明の際には、研究への参加は自由な意思による選択であること、いつでも取り止められること、答えたくない内容については拒否できること、参加の有無や回答の内容によりその後の診療やケアに影響を及ぼさないことを伝えた。また、2回目以降

の面接時にも同様の説明を行った。「人工妊娠中絶」については、社会的・倫理的側面から様々な考え方や立場があるため、面接の過程においては対象者が語る内容に対して常に中立の立場をとるようにした。なお、本研究計画は北里大学看護学部研究倫理委員会で承認された。

3. 結果

「」内は女性、『』内は研究者の言葉である。()は語った内容を理解しやすくするために研究者が補足した言葉である。

3.1 事例A

パートナーは大学生で同棲中である。生活のための経済的負担はAさん自身の収入が主であり、過去にも妊娠中絶の経験があった。

初回面接はAさんの希望により中絶手術前に行った。

Aさんは、「自分としては、友達とかももう子ども産んでるし、子どもは欲しいんですけど、彼氏が学生なんです。それで、働いてない状態なんです、子ども欲しくてもおろすしかない状態」と話し、妊娠中絶は自分自身が望んで行うのではない様子であった。研究者が『パートナーの方とはどんな風に話し合ったのですか』と尋ねると、「彼氏に話してもおろすんやろって言って、話すというか話しにならない。でも、自分では産みたいんです。産みたいって彼氏に言ったら、たぶん怒るだけで、何も言えん」と話した。パートナーの親に話すことはできず、Aさんは自分の親にだけは伝えたものの、「うちの親も相当キレて」と彼女が表現したように、相談相手にはなってもらえなかった。

Aさんは、妊娠中絶が自分の身体に及ぼす影響について気にしており、「もし今度(妊娠)できなくなったりとか、産んでも身体がおかしくなったりとか、そっちのほうに気がなって」前におろしたときに、一応先生に聞いて、大丈夫って言われて、今回も心配ないって言われて、でも、実際ほんとはどうなるかわからないじゃないですか、だから不安とかありますけど」と話し、話を続けて

いるうちに過去の妊娠中絶経験も話し始めた。前回の妊娠時のパートナーも今回と同じ男性であるという。結婚して出産する予定であったものの、パートナーの収入状況の変化とパートナーの親の意向により妊娠の継続を断念していた！未成年だし、学生だから、仕事もしていないってことで、むこうの親がすごく厳しいんです。なんか、3カ月ぎりぎりの状態で。もうこれ4カ月入ったらひどいじゃないですか、おろすのは。そういう話聞いて怖かったんで、もうおろす気もなかったんですけど、そうするしかないかなあって思って」と話してくれた。このような経験から、今回の妊娠を継続したい意思はあったものの、その気持ちの理解者や支援者がおらず、しかたなく妊娠中絶を決めていた。また、「やっぱりおろす日が近づいた時点から、おろすのも怖いのもあるんですけど、何か、やっぱり、おろすのは嫌だとか、そういうのは心の中に持ってたけど」と、妊娠中絶を決めてからも気の進まない手術から逃れたい気持ちがあったことを話した。

Aさんは、「今回のことは、友達にも心配かけたくないし、言わなかったです」と語り、誰にも自分の気持ちを話したり理解してもらうことはせず、一人で妊娠中絶の決断をしていた。話さなかった心境の中には、「病院とか、友達とかに会ったら、何か、みんな幸せにやっているのにどうして私だけ、何か妊娠しても産みたくても産めないのは。自分はやっぱりそういう人と付き合っているから悪いんだなと思ったり、考えたり」と語っているように、自分自身への怒りやふがいなさがあるようだと言った研究者は感じた。

2回目の面接は、中絶手術1週間後の再診時に行った。友人と一緒に来院しており、待合室ではその友人とにこやかに話しをしていた。診察結果に異常はなかった。

手術前、十分な相談が誰にもできずにいたAさんは、手術後、親や友達に話し、「少し楽になった」と話してくれた。他者の希望に添った妊娠中絶であったが、そのことについての後悔や無念さを表現することはなく、落ち着いた様子であった。パートナーについて「彼氏とはあれから話していない。彼氏は、ただエッチしたいだけで、おろして身体がづらいということだけしかわからない」「彼氏には、前には暴力もふるわれていた。結婚はするつもりだったんだけど、もう……。私のことをもっと考えてくれる人がいい」と話し、これまでのパートナーとの関係について振り返りをしていった。ま

た、「これからのことを考えたい」と話し、今回の中絶手術をきっかけに、Aさんはパートナーとの関係を含む自分自身の人生や生活全体を見直して行こうとしていることが伺えた。

3.2 事例B

夫は会社員である。2年前に双子を出産し専業主婦として子育てをしている。夫と子どもとの4人暮らしである。

初回面接時、研究者がBさんに自己紹介と面接の依頼を始めると、Bさんは「いけないことですよね。悪いことですよね」と言って涙を流し始めた。Bさんは、「子どもは好きなんです。でも、上に双子がいるし、育児が大変で」「今朝まで迷ってました」「しなければいけないで後悔するかもしれない」と、産み育てたい気持ちと育てられない気持ちの両方があり、迷いながら妊娠の中絶を決めたことを語ってくれた。話している途中にも涙ぐみながら、「悪いことですよね。人殺しですよ」「赤ちゃんに悪くて」と言い、妊娠中絶をすることに罪悪感を抱き、自分自身を責めている様子であった。また、「ばちが当たるんじゃないかと思う」と話し、罪深いことをする報いが自分の身に起こるのではないかという恐れも感じている様子であった。

妊娠を中絶することは夫とだけ話し合っただけで決まっておらず、他の家族には言えなかった。話したら(妊娠中絶は)だめだって言われるだろうし、友達にも話したかったけどできなくて、ずっと一人で考え、夫と二人だけで話してきた」と語り、研究者の依頼でこのように話すことについて、「でも、今話せてよかった。少し楽になりました」と気持ちを語ってくれた。

Bさんは中絶手術がどのように行われるのかほとんど知らず、手術前、「麻酔はどこにするのですか？下半身だけですか？」などの質問をした。そのため、中絶手術時、研究者はBさんのそばに付き添い手を握っているようにした。

2回目の面接は、手術1週間後の再診日に行った。Bさんは時々笑顔も見せながら心境を語ってくれた。「しなければいけないで後悔するかもしれないけど、今はまあ、罪悪感の方が強い」「子どもを見てたら、この子は生きようとしていたかもしれないのに、私たちのせいであって」と語り、初回の面接時と同様の罪悪感が続いていた。それは、再診のために来院したことで妊婦や新生児を目にすることになり、一層その思いを抱かせているよう

でもあった。また、「宗教とかしているわけじゃないですけど、何らかの形でばちが当たるんじゃないかと」「ひどくはないけど、何か情緒不安定になる感じで、一人になった時怖くなってしまって」と話し、罪の報いを受けるのではないかという恐れ気持ちも継続していた。

中絶した胎児について、「忘れるのは赤ちゃんにかわいそうなので、忘れるつもりはないんですけど」「何かこの1週間で、また時間が経てば産んでもいいかなって。赤ちゃんは違うんですけど」というように、胎児への愛着を語ってくれた。

Bさんがこのような罪悪感や胎児への愛着を感じていることについて、「主人はそういう風にはとらなくて、手術をしたことで二人の子どもに力を向けられる、とは言ってるんですけど」「主人はわかってないんじゃないかって、時々口論になる」というように、夫との気持ちのズレを話していた。初回の面接では涙ぐむことがあったが、2回目の面接は落ち着いた様子であった。

3回目の面接は中絶手術後6週間が経ってからであった。「最初、産むつもりはなかったんですけど、1週間の間でどっちがよいのかわからなくなって。もし産んだらどうなるか、産まなかったらどうなるかっていうのも想像してみたりして」と、妊娠中絶を決めるまでのことや、また、「今までは考えてる必要がなかったっていうか、考えてなかったんで」と、家族計画についても振り返って話しをした。

妊娠中絶をしたという今回の体験については、「この前は間もない時期だったので、私の気持ちを誰かに聞いて欲しいというのがあった。今は自分の中でも整理がついてきてきちんと考えられる」と話し、心理的に落ち着いてきていることが伺えた。しかし、中絶した胎児について「忘れた方がよいのか、忘れちゃいけないのか、わからないですね」とも語り、気持ちの整理はまだ不十分な状態にあった。また、「忘れたりしてしまうと、天罰でも受け出すんじゃないかって思ったりもします」と話し、中絶した報いが自分の身に起こるのではないかという恐れも継続していた。

夫については、「主人に対しては、忘れて欲しくないんですけど、何か、確かめられない、聞き出せない。話したとしても、だいたい返ってくる答えはわかっている。思い出したりするのをやめて、今いる子供に気持ちを向ける、とかって言うと思う」と、夫との気持ちのズレを語っていた。

4回目の面接は、中絶手術後17週が経過した時

点である。

Bさんは「生活は手術前とほとんど変わらない」と話し、日常生活が妊娠中絶以前に回復していると話していた。また、「避妊方法は手術前と変わらない。基礎体温はつけ始めましたけど」「夫も特別には、妊娠したら困るんじゃない、という程度。手術後の経験が薄れているかもしれない」「子どもが3~5才くらいになったらまた産んでもいいと思う。今妊娠するのは困る。できればしたくない。でも、妊娠したら産むかもしれない」などのように話し、避妊方法や家族計画が妊娠中絶以前と変わらず、あいまいなままの状態であることが伺えた。

中絶した胎児について、「悪いかもしれないけど、思い出してもそんなにつらくななくなった。思い出す回数も減ったし、思い出してもつらさが少なくなった」と、心理的に動揺することが少なくなり、つらさが減弱していることを話してくれた。また、「そのままだったらどれくらいになっていただろうかと思うことはある。子どもの世話をしている、もしおなかが大きかったら大変だなあとか」と語り、胎児は空想の対象へと変化していた。妊娠中絶の体験については「手術のことは話したいと思うことがある。そういう相談を誰かが私にしてくれたら、話しをするかもしれない」「初診から手術まで時間があつたら、カウンセリングなんかは利用していたかもしれない。手術の方法なんかには意識が行ってなかった。そういう頭はなかった」「今回のことは特別なことだけど、特別な方法で対応したわけじゃない」と話し、今回の経験の整理をしているようであった。

また、「手術後1,2週間は話し出すとつらくなるから夫には持ち出さなかった。1カ月くらい経ったらつらい気持ちは少なくなったけど、夫に話しをしようとは思わなかった」と話し、Bさんの妊娠中絶の体験は夫と共有できない経験になっているようであった。

3.3 事例C

パートナーは外国人である。両親と同居し銀行に勤務しており、妊娠は初めての経験である。

初回面接はCさんの希望により手術前に行った。Cさんは月経が来ないことと、基礎体温の測定で高温期が続いたことから妊娠を疑い、市販の妊娠判定薬で調べ、妊娠していることを知った。基礎体温で高温期が継続した頃から「実感があつたっというか、何かそうじゃないかなと思ってた」

と話すように、自分自身の身体に変化が起きていることを感じ取っていた。その時点でCさんは、産むことはできない、中絶するしかないと考え、また、妊娠していること自体、間違いであって欲しいとも思ったという。そして、パートナーにだけ話し、妊娠の中絶を決めていた。

パートナーについては、「相手は外国人なんです。いつか結婚するかもしれないけど、まだ親にも(パートナーのことを)言っていないし。外国人でなければ、できた(妊娠した)ってことで結婚ってこともあるだろうけど。外国人に対して親の年代にはなかなか理解してもらえないじゃないですか。今紹介したとしてもうまくいかないだろうと思って。相手もそう思ってた」と、研究者にも同意を求めように話した。

『迷ったり悩んだりということはあまりなかったでしょうか?』と研究者が尋ねると、「中絶すると、次に子どもができないとか.....、おろすのは悪いことだと思うけど...今後のために仕方がないと思うから。悩んで遅くなって、間に合わなくなってしまったら困るから、身体も大変だし」「他のことよりすぐ決められました。すぐ決断しなければならぬことだと思って」のように話し、不安や罪悪感はあるものの、Cさん自身が自分で決めた方がよいと考え決断したことを話してくれた。また、パートナーが妊娠の継続を望んだとしても、妊娠中絶するという決断は変わらなかっただろうと話した。

Cさんの妊娠中絶の意思は固いことが感じられたが、「こういう悪いことをするのは自分だけじゃない、というようなことがわかれば...」「手術を受けなきゃならないっていう、すごく圧迫感があるんです。外国では、飲み薬なんかでおろす方法もあるっていうし、そういう方が心の負担が少なくていいかなって」「親にバレることが不安。親とかにわかってしまわないでしょうか」などと話し、妊娠中絶することや手術に対しては複雑な気持ちを持っていることが伺われた。研究者が、『本当は誰かに話したり、聞いてもらいたい気持ちがあるのだけれど、悪いことをしているという気持ちがあるので、それができなかったのではありませんか?』と話すとき、Cさんはうなずいて涙を浮かべた。Cさんの気持ちを動揺させてしまったかと思いきや、尋ねると、「いえ、大丈夫です」と答えた。

手術1週間後の再診時、診察終了後再びCさんと面接した。

再診結果に異常はなく、足の筋肉痛と手術時の

注射部位に少し痛みが残っていると話した。Cさんは「2~3日は落ち込んでいた。今はもう前のおり。なかったこと...というか、ほっとしている」と時折笑顔を見せながら話し、安堵している様子であった。手術前の面接では、悪いことをしているという気持ちが強いように伺えたので、研究者がその気持ちの変化について尋ねると、「強くなっているということはない」と答えた。

パートナーについて「身体のことは気にしてくれる。いろいろなことを言ってもわからないだろうし、かえって変に気を遣われる方がつらい。いつもどおりにしてもらおう方がよい」と話し、「ああいう出来事があって、いろいろ話すことが多くなって、かえって相手を理解し合うことにつながった。互いを知ることにつながっているようだ」と、パートナーとの関係が深まっている様子であった。また、もう二度とこういう体験は嫌だと話した。

手術前後での変化について「セックスがちゃんとできるかな...っていうか。また妊娠するのとか、不安な中でするのは嫌だし。私がいやそうな顔をしていたら相手もいやだろうし」と話し、今後の避妊方法について研究者に尋ねてきた。Cさんは「今度、ピルとかをもらって飲もうかと思ってるんですけど、そういうの欲しいって言ったら、何か変に思われないでしょうか?」「あんな手術を受けたのに、そんなことまでしてセックスするのとか、思わないでしょうか?」と、経口避妊薬を処方してもらうことに対して医師や看護師がどのように自分を見るか気にしていた。研究者は、かえって自分の身体のことをきちんと考えている人と医療者は見るであろうと話した。

手術7週間後、再度Cさんと面接した。手術後初めての月経が始まったと話し、再診以来、特に気持ちの変化はないという。今の気持ちについて、「1カ月後の時、この日だったなあ...と思った。仕事をしていたりすると忘れてる。ああ、もう1カ月なんだと思うくらい」「当日だけが罪悪感に満ちていて、私ってこんなにめげるのかって。時が解決してくれるってほんとなんだと持った」と、Cさん自身が思ったよりも楽に過ごしていると笑顔で話した。

前回の面接時、経口避妊薬について関心があるように思ったことを研究者が伝えると、「ピルは、以前から彼に”飲んで”って言われてた。でも、怖いと思ってた。医者に行くのも嫌だなあと思ってた」と話し、避妊方法についても、「自分の身体

なのに守らなかった。コンドームと膣外射精だけ。最初は(コンドームを)着けてって言ってたけど、だんだんと大丈夫だろうって思うようになって、言わなくなった」と振り返っていた。そして、「避妊については、言うことでどう思われるかが気になる。その見返りは自分に来るのに。今ならそう言える」と話した。

Cさんは、妊娠してからこれまでに経験したことについて、「今度のことは、できることなら経験したくなかった。でも、勉強になった」と言い、妊娠に気づいたときのことをいろいろ話してくれた。月経が遅れても妊娠などはあり得ないという思い、自分に妊娠という現象が起きるわけがないと思っていたこと、妊娠したと思ったけれどそれを認めたくないという思いがあったことなどを語り、妊娠がわかってからいろいろ本を読むようになり、中絶手術について知識を得たことを話した。そして、妊娠中絶に関して、「胎児は、前は“人”と思っていたけど、今は半々。中絶は女性の権利とまでは言わないけど、しょうがないこと」「自分の身体のことだから、自分の道を決めるのは自分。自分のやった行為の代償を引き受けるのも自分」と話し、一連の経験を通しての考えの変化や確信があることが伺えた。研究者は、Cさんが今回の経験についてすでに気持ちの整理ができていると感じた。

手術12週後、受診したCさんと面接する機会が得られた。Cさんは経口避妊薬を処方してもらうために受診していた。

経口避妊薬の利用について、「ピルという薬に対しては、前から比べて悪い印象は持たなくなったのは、やはり手術をしてから。自分なりに本を読んで、やっぱり違うかなということがわかりました」「最初は1カ月分だけ下さいって言ったんです。そしたら先生は、ほんとにそれだけでいいの？みたいな。で、次3カ月分もらったんです」と、以前の杞憂が取り払われていることを話した。その費用負担についても、「軽くはないです。でも手術に比べたら軽い。自分のずっと思っていたかなければならない心の重みを比べれば安いと思います」と語った。

また、家や職場での日常生活はこれまでとほとんど変わらず、落ち着いた生活を送っており、パートナーとの関係にも変化はなくつきあいが続いていると話した。

前回の面接時、研究者はCさんがすでに経験の整理ができていると感じていたため、そのことを

伝えた。すると、Cさんは「そうです。私の人生の中で、このことはほんと一つの何か出来事。それによって私の人生はもう終わったんだとか、そんなことはなかった。後悔はありましたけど、大きな深い傷となっていく様な出来事ではなくて、貴重な体験を一つ得たみたいなこと」と話した。そして、「日に手術をしたんですよ。その日というのは自分の誕生日と同じ日なので、たぶんずっと忘れることはない。毎月日はたぶん思う日。けどそれは一日中思っているわけではなくって、その一日が終わったときに、ああそういえば今日だったなあ、とか。誕生日と同じように頭の中では忘れられないと思う。記念日みたいなものかも」と、記念日として記憶に残って行くであろうと話した。

これまで研究者と何度か面接してきたことについては、「(自分の経験を)話すこと自体は別に私はいやじゃない。すごく悪いことだなあって、後ろ向きになっていないからなのかもしれないし。話すことで嫌なことを思い出し、つらくなる人はだめでしょうね」「話せるのはいいと思う。(研究者は)他人だけど、知識があるからいろいろ聞けるし」と話し、面接依頼がCさんにとって負担ではなかったことに研究者は安心した。

4. 考察

4.1 女性にとって妊娠中絶という体験の意味

黒島ら¹⁰⁾によれば、女性の心理として、出産と比較して中絶後は、夫やパートナーへの愛情とコミュニケーションがネガティブな方向に変化することが示されている。Söderbergら¹²⁾の研究においても、中絶後の情緒的苦痛のリスク要因としてパートナーとの関係の悪化を指摘している。つまり、女性にとって妊娠中絶という体験は、パートナーとの関係を振り返る機会になることが多く、実際、事例のAさんは、手術1週間後の面接において、パートナーと自分とのこれまでの関係を見直そうとしていた。また、Bさんは、夫は自分の気持ちを理解していないのではないかといらだちを感じたり、会話しようとする気持ちが失せたりしている。一方、Cさんは、パートナーとの関係がネガティブには変化せず、かえって話し合う機会が増え、分かり合えるようになったと話している。妊娠中絶という出来事で、女性はパートナーとの関係が難しくなったり、深まったりと、その関係が様々に変化する契機になるのである。

Bさんは手術前から罪悪感を強く持ち、手術後

も数週間にわたりその気持ちが持続していた。Majorら¹³⁾の研究によれば、妊娠中絶した女性の中でも、子どもを持つ人の方がより罪悪感を持つ傾向にあるという。女性が罪悪感に苛まれる続けるのは、胎児を亡き者にしたという事実と向き合うことができないからなのかもしれない。出来事を否認したいという気持ちの表れとも考えられる。女性はその事実を目を向けることができるようになると、出来事や気持ちを整理でき、罪悪感が弱まり、情緒的な混乱も軽減していくのではないだろうか。

日本には、「水子供養」という風習があり、水子(中絶した胎児)が自分自身の身体や生活に悪影響を及ぼさないように、供養をするという行為が現代でも行われている。水子霊の障りや祟りを信じるか否かということ以前に、妊娠中絶を経験した女性にとって、このような形で中絶した事実と向き合うことも、罪悪感や情緒的混乱を軽減するための心理的な助けになっているのかもしれない。

Bさんにとって失った胎児は、手術後17週の時点で空想の対象になっており、また、Cさんは中絶手術をした日を「記念日」のようなものと話していた。Francoら¹⁴⁾の調査によれば、妊娠中絶をした日、あるいは中絶をした胎児の出産予定日がめぐってくるたびに抑うつ状態になる、アニバーサリーリアクションと呼ばれる例があることを報告している。年月が経過し「もし子どもがいれば、今年 才になっていただろう」と想像することは、死産や子どもを亡くした親ならば考えることであろう。妊娠中絶をした女性にとっては、それは年月が経ってから想像するだけでなく、手術直後から「妊娠を継続していれば今頃自分の身体は…」と、仮想するものなのである。

4.2 人工妊娠中絶後の心理過程

周産期における死別として女性の心理過程が注目され、援助の対象にされるのは、自然流産、死産、新生児死亡の場合が多い。これらは対象喪失体験として、Freudによる悲嘆作業、Lindemanに始まる悲嘆反応、Bowlbyによる悲嘆過程などの理論により理解・分析や援助がなされている¹⁵⁾¹⁶⁾。これに対し、人工妊娠中絶後の女性の心理反応については、それらと同様に論ずるには無理があるう。

妊娠中絶に関連する心理的危機については欧米において研究が進んでおり、Adlerら¹⁷⁾のレビューでは、望まない妊娠の妊娠初期における人工妊娠

中絶後、深刻な心理的反応を示すことはまれであると報告している。しかし、妊娠中絶後の長年にわたる心理的影響については不明であり、中絶後2年までを追跡した研究¹³⁾では、時間経過とともに安心感や肯定的感情が弱まり、否定的感情が高まったと述べている。中絶手術後の不安の経時的变化について調査した鈴井ら¹¹⁾も、手術直後はストレス状況が緩和されているが、手術直前と手術後3カ月、6カ月は類似の状態になり、数ヶ月経っても不安やストレス状況にあることが伺えると述べている。妊娠中絶をすることは女性に悲しみ、失望、罪の意識、喪失感などのような否定的感情と、幸福、満足、安心のような肯定的感情との両方を引き起こし、複雑な情緒的反応にさらされることになる。妊娠中絶後の女性の心理は複雑であり様々に変化するものであるという理解が必要であろう。

また、Adlerら¹⁷⁾は、妊娠中絶後の心理的反応は、精神病理のモデルよりもストレスとコーピングの枠組みで見ることが理解しやすいと述べている。今回面接した3人の女性の妊娠中絶前から中絶手術後の心理経過は様々であるが、手術1週間後～4カ月後には安定した状態になっていた。ストレス・コーピング理論に基づく、望まない妊娠や中絶は、困難やストレスを持つ問題として扱われるので、3人の女性達は妊娠を終結させることで、妊娠という出来事から生じるストレスを減少させていたといえる。さらに、ストレス・コーピングからは、その出来事が成長や円熟の過程をたどる反応にもなり得る。Aさんはパートナーとの関係を見直し、生き方を変えようという意味が芽生えており、Cさんは、妊娠中絶の経験を意味あるものとし前向きに生きて行こうとしていた。また、Bさんにとっては、これから意味づけていくことが課題となるであろう。

4.3 看護への示唆

極めて数少ない女性への面接調査であったが、女性達は話せる相手を求めているという印象を強く持った。妊娠中絶をするということを公にはしたくない気持ちがある反面、自分の気持ちや感情を打ち明けたり、聞いてもらいたいという欲求を持っている。誰にでも相談できること、話せることではない故に、かえって女性達は話せる機会や相手を求めているのかもしれない。実際女性達は、研究者と話すことで精神的に落ち着いたり、気持ちや体験を整理したりしていた。多くの場合、相

談や支援のための人的環境が女性達の身近には無いことや、あっても積極的には求めがたい心境を理解し、関わっていく必要がある。ただし、ここで注意すべきことは、女性個々が経験した妊娠中絶の現実はその女性個人によって意味づけられ、糧にされるべきであって、関わった人の価値観に左右されてはいけない。女性達が自然に自分の気持ちを話せるように、常に中立的な立場で接し、話を聞くようにすることが必要である。

中絶手術を受けた女性に対しては、手術後、1週間前後に再診の機会を設け、主に身体的異常の有無を確認する。そして、その機会に避妊の必要性や方法の説明が行われることが多い。しかし、中絶手術後の女性の心理状態は様々であり、そのような保健指導がその時期に行われることは、すべての女性にとって適当で効果的とは言えないだろう。女性の心理状態を把握し、個別に1カ月後、月経再来時などに再診の機会を設け、必要な援助を行っていくことが望ましいと考える。

謝辞

最後に、極めてプライバシーに関することにもかかわらず継続的な面接調査の依頼に協力してくれた3人の女性達に感謝いたします。また、研究の実施にあたりフィールドを提供して下さいました診療所の院長、看護師長、助産師・看護師の皆様感謝いたします。

引用文献

- 1) 母子衛生研究会編：母子保健の主なる統計，母子保健事業団，82，2003
- 2) 大関信子，女性学からの患者理解(後編)，Quality Nursing, 3(10), 70-74, 1997
- 3) 宮川善二郎ら：人工妊娠中絶が初産の妊娠・分娩経過に及ぼす影響について，日本不妊学会雑誌，38(2), 336-339, 1993
- 4) 北村邦夫：初回妊娠と人工妊娠中絶，Sexual Science, 3(1), 27-31, 1994
- 5) 木村好秀，菅睦雄：人工妊娠中絶実施者に関する社会医学的研究 - 第1報:13年3ヵ月間における実態とその背景 - ，母性衛生，42(2), 368-376, 2001
- 6) 我妻堯：人工妊娠中絶の倫理的問題，産婦人科の世界，37増刊, 57-63, 1985
- 7) 中谷謹子：人工妊娠中絶と生育限界 - 人工妊娠中絶許容の法的・倫理的限界，周産期医学，22(12), 1660-1666, 1992
- 8) 松浦賢長：わが国の大学生の人工妊娠中絶に対する態度に関する研究 - 胎児観・死生観との関連 - ，母性衛生，41(2), 271-277, 2000
- 9) 岡野禎治：人工妊娠中絶に関連した心理学的影響と精神疾患，産科と婦人科，67(7), 902-908, 2000
- 10) 黒島淳子，實川真理子：中絶を受けた女性の心理，望まない妊娠等の防止に関する研究 平成7年度研究報告書，82-93, 1996。
- 11) 鈴井江三子，柳修平，三宅馨：人工妊娠中絶を経験した女性の不安の経時的変化 - 術前 術直後 3ヵ月後 6ヵ月後 - ，母性衛生，42(2), 394-400, 2001
- 12) Söderberg H, Janzon L, Sjöberg NO: Emotional distress following induced abortion, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 79, 173-178, 1998
- 13) Major B, et al: Psychological responses of women after first-trimester abortion, ARCH GEN PSYCHIATRY, 57(8), 777-784, 2000
- 14) Franco K, Campbell N, Tamburrino M: Anniversary reactions and due date responses following abortion, Gynecology, 170(5), 1485-1489, 1994
- 15) 平山正実，長田光展監訳：癒しとしての痛み - 愛着，喪失，悲嘆の作業 - ，岩崎学術出版社，1999
- 16) 竹内徹訳：周産期の死 - 流産・死産・新生児死亡 - ，メディカ出版，1993
- 17) Adler NE, et al: Psychological factors in abortion, American Psychologist, 47(10), 1194-1204, 1992

(受付：2003年11月19日，受理：2004年1月15日)

Psychological Process of Women Who Have Undergone Induced Abortion

Emiko KINEFUCHI, Mari TAKAHASHI

Abstract

The purpose of this research is to clarify through case studies describing the psychological process of three women who have experienced an induced abortion. To investigate the psychological changes that took place after an abortion, semi-structured interviews were conducted continuously over a period of four months following the procedure. The psychological changes observed in each of these three women were unique, rather than uniform. None of the woman lapsed into a state of psychological crisis. Experiencing an abortion gave the women an opportunity to reflect on themselves and their relationships with their partners. Through talking about their experience of abortion, the women organized their thoughts and found significance in this experience. It was suggested that for psychological support before and after an induced abortion, it is important to listen to what the patients has to tell while maintaining a neutral stand.

Key words induced abortion, women's psychology, case study

報告

地域における高齢者ケアの課題

- 「死生観とケア」公開研究会を通して -

水島ゆかり 浅見洋 金川克子 天津栄子 多田博生 高道香織

概要

我々は、石川県における高齢者の死生観とケアのあり方について理解を深めるため、平成 15 年度に「死生観とケア」研究会を立ち上げ、「死生観とケア」に関する公開研究会を行っている。公開研究会における講師の講演および参加者の討議の内容および参加者への質問紙による調査から、地域における高齢者ケアの課題としては、1) 高齢者本人へのケアの課題、2) 高齢者の家族や遺族へのケアの課題、3) 高齢者ケアを行う者の課題、4) 宗教に関する課題、5) 高齢者の住まいに関する課題があると考えられた。今後は、公開研究会から得られた課題の中から研究課題を絞り込み、石川県における高齢者の死生観と必要なケアについてさらに理解を深めたいと考える。

キーワード 地域ケア、高齢者、死生観

1. はじめに

わが国においては、高齢者の割合が年々増加し、平均寿命も延長している。平均寿命の延長により、老年期はライフサイクルの中で大きな部分を占めるようになった。老年期は、老化に伴う身体的変化に対応して新しい役割や活動へのエネルギーを再方向づけることや、自分の人生を受容すること、死に対する見方を発達させることなどの発達課題があり¹⁾、高齢者の約 8 割は自分の死について考えることがある²⁾と報告されている。また、現代という時代は、医療技術の進歩により、死因の変化・病院死の増加とともに死のタブー視や死の非日常化等の特徴がみられる³⁾。このような社会的背景においては、昨今の人権意識の高まりや個人主義の浸透等も影響して、いかに充実した老年期を過ごして死を迎えるかという老年期のあり方が問われるようになってきた。そのため、高齢者ケアに携わる者は、高齢者の望む老年期のあり方や個々の人生観・死生観を尊重しながらケアを行うことが重要である。

これまでの研究では、高齢者ケアに直接携わる者が高齢者を対象に終末期医療や生と死に関する意識を調査したもの⁴⁾⁻⁶⁾はいくつか報告されているが、その件数は少ない。また、高齢者の死生観には、地域特性が強く現れていることが報告されている⁷⁾。

そこで我々は、石川県における高齢者の死生観とケアのあり方について理解を深めるため、平成

15 年度に「死生観とケア」研究会（以下研究会とする）を立ち上げ、同年 5 月から月 1 回程度「死生観とケア」に関する公開研究会を行っている。今回は、本研究会が主催する「死生観とケア」公開研究会（以下公開研究会とする）の内容および参加者への質問紙による調査から、地域における高齢者ケアの課題を考察したので報告する。

2. 方法

2.1 対象

対象者は、本研究会が依頼した公開研究会の講師および公開研究会参加者であった。

本研究会では、石川県下において高齢者の終末期に関わる人々を講師に招き、平成 15 年 5 月から月 1 回程度「死生観とケア」に関する公開研究会を行っている。公開研究会の講師は、高齢者の死生観とケアについての示唆を得るため、県下において高齢者の終末期に関わる医療関係者・宗教家・研究者とした。

2.2 データ収集方法および分析方法

平成 15 年 5 月~11 月まで（計 7 回）の公開研究会における講師の講演および参加者の討議の内容は、カセットテープに録音し、逐語録を作成した。また、第 6 回公開研究会では、参加者に対して、公開研究会に参加しての意見・感想・要望および地域における高齢者ケアの課題について自記式質問紙調査を行った。それらについて、高齢者

ケアの課題を示している箇所を、研究会メンバーで抽出し、その内容についてそれぞれの特性から整理を行った。

2.3 倫理的配慮

公開研究会の講師および参加者には、講演と討議の内容を録音すること、またその内容を公開することについて口頭にて説明し同意を得ている。

3. 結果

3.1 公開研究会(表1)

(1) 公開研究会開催状況

平成15年5月～11月にかけて県民を対象に計7回の公開研究会を計画し、第7回まで終了している。公開研究会では、石川県下において高齢者の終末期に関わる医療関係者・宗教家・研究者を講師に招き、それぞれの立場から死の看取りの経験やご自身の死生観についてお話いただいている。公開研究会の参加者は14～26名であり、平均参加者数は19.3名であった。

(2) 逐語録より抽出された高齢者ケアの課題

第1回公開研究会にて、横山牧師がプロテスタント福音派の死生観から高齢者ケアの課題と述べられたのは、「スピリチュアルケア(十分に傾聴し共感すること)」、「死にゆく人々と死や死後のことを話すこと」、「『「幸せな死」を迎えさせてあげること』、「愛する者を失った人への対応」、「ケアする者もいつか死ぬ存在であることを受け止めること」、「死は医療の敗北ではないと知ること」、「人の生死への社会的・宗教的関わり」であった。第2回公開研究会にて川浦医師は、緩和ケア病棟でのご経験から、「身体的症状のコントロール」、「精神的なケア」、「家族ケア」、「スピリチュアルケア」、「チームケア(医療関係者・ボランティア・家族等)」、「告知」、「医療者の教育機関における死に対する教育」が高齢者ケアとくにターミナルケアの課題であると述べた。第3回公開研究会にて木越住職は、浄土真宗の死生観に基づいて、「宗教と医療の関わり」、「ケアする者も滅んでいく身であることを知るこ

表1 公開研究会開催状況および高齢者ケアの課題

開催日	テーマ	講師	参加者数	高齢者ケアの課題
第1回 5/24 (土)	牧師として 死に立ち会って	内灘聖書教会牧師 横山 幹雄 氏	19	<ul style="list-style-type: none"> ・スピリチュアルケア(十分に傾聴し共感すること) ・死にゆく人々と死や死後のことを話すこと ・「幸せな死」を迎えさせてあげること ・愛する者を失った人への対応 ・ケアする者もいつか死ぬ存在であることを受け止めること ・死は医療の敗北ではないと知ること ・人の生死への社会的・宗教的関わり
第2回 6/28 (土)	ホスピスケアに見る 死生観	済生会病院副院長 川浦 幸光 氏	14	<ul style="list-style-type: none"> ・身体的症状のコントロール ・精神的なケア ・家族ケア ・スピリチュアルケア ・チームケア(医療関係者・ボランティア・家族等) ・告知 ・医療者の教育機関における死に対する教育
第3回 8/2 (土)	真宗と地域における 死生観	光専寺住職 木越 渉 氏	24	<ul style="list-style-type: none"> ・宗教と医療の関わり ・ケアする者も滅んでいく身であることを知ること ・死者に対する接し方
第4回 8/30 (土)	高齢者の死生観と 終の住まい	福井工業大学講師 市川 秀和 氏	18	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の住まいに対する要求を知ること ・自宅でない在宅という発想 ・医療・福祉・建築の連携による高齢者の住まいの検討 ・看取りの場を考慮した終の住まい
第5回 9/20 (土)	仏教的ターミナルケア としてのビハラー運動	金沢大学教授 島 岩 氏	14	<ul style="list-style-type: none"> ・死への準備教育 ・がん告知 ・患者の家族と遺族へのケア ・ターミナルケアにおける宗教の介入 ・死を受容する文化の再確認
第6回 10/26 (日)	地域での ターミナルケアで 思うこと	紺谷医院院長 紺谷 一浩 氏	20	<ul style="list-style-type: none"> ・住み慣れた場所で最愛の家族に囲まれながら死んでいくことが、人間的で自然なことであることに気づくこと ・自然な死(上記)を望めるような社会環境を作ること ・医療者・介護者・家族等が綿密に連携した地域でのターミナルケア
第7回 11/29 (土)	在宅で死を看取って 思うこと	能都柳田訪問看護 ステーション管理者 佐々木 明美 氏	26	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者本人と家族の看取りの場についての意思確認 ・看取りの体制を整えること ・家族が安心して看取れるように関わること ・遺族へのグリーフケア

と」、「死者に対する接し方」が高齢者ケアの課題であると述べた。第4回公開研究会にて市川講師は、建築家の立場から、「高齢者の住まいに対する要求を知ること」、「自宅でない在宅という発想」、「医療・福祉・建築の連携による高齢者の住まいの検討」、「看取りの場を考慮した終の住まい」が高齢者ケアの課題であると述べた。第5回公開研究会にて島教授は、仏教学の立場から、「死への準備教育」、「がん告知」、「患者の家族と遺族へのケア」、「ターミナルケアにおける宗教の介入」、「死を受容する文化の再確認」が高齢者ケアの課題であると述べた。第6回公開研究会にて紺谷医師は、開業医として死を看取った経験から、「住み慣れた場所で最愛の家族に囲まれながら安らかに死んでいくことが、人間的で自然なことであることに気づくこと」、「自然な死を望めるような社会環境を作ること」、「医療者・介護者・家族等が綿密に連携した地域でのターミナルケア」が高齢者ケアの課題であると述べていた。第7回公開研究会にて佐々木看護師は、訪問看護師として死を看取った経験から、「高齢者本人と家族の看取りの場についての意思確認」、「看取りの体制を整えること」、「家族が安心して看取れるように関わること」、「遺族へのグリーフケア」が高齢者ケアの課題であると述べた。

3.2 公開研究会参加者への質問紙調査

(1) 公開研究会参加者の概要(表2)

第6回公開研究会の参加者20名のうち、質問

紙に回答が得られた者は男性2名(14.3%)、女性12名(85.7%)の計14名であった。参加者の年齢は、30歳未満・40歳代・50歳代の者がそれぞれ約3割を占めた。参加者の職業は、医療職8名(57.1%)、学生4名(28.6%)の順であった。研究会の参加回数は、5名(35.7%)は1回目であったが、5回以上の者も6名(42.8%)みられた。

表2 第6回公開研究会参加者の概要

	n (%)
性別	
男性	2 (14.3)
女性	12 (85.7)
年齢	
30歳未満	4 (28.6)
30歳代	1 (7.1)
40歳代	5 (35.7)
50歳代	4 (28.6)
職業	
医療職	8 (57.1)
学生	4 (28.6)
その他	2 (14.3)
研究会参加回数	
1回	5 (35.7)
2回	1 (7.1)
3回	2 (14.3)
4回	0 (0.0)
5回	3 (21.4)
6回	3 (21.4)

表3 公開研究会への意見・感想・要望および高齢者ケアの課題(自由回答)

	回 答
高齢者ケアの課題 (6名回答あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者を支える家族や介護者をサポートする力・体制の整備。 ・看取りや死を迎えることについての地域での啓蒙活動。 ・要介護高齢者の過ごし方。 ・臨死の場面に立ち会うことが少ない。臨死の場面に遭遇したときの経過や対処方法が分からないことが多いのではないかと。 ・ケアする者とされる者の両者が人間の尊厳を保って看取っていくこと。
公開研究会への 意見・感想 (12名回答あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者やその家族が笑顔で最期の時を迎えられるような体制が整うとよい。 ・在宅ケアを進めていく中で何をやっていかなければならないかが少し見えた。 ・とくに「スピリチュアルなケア」について知ることができた。 ・多くの職種の方の参加で楽しませていただいている。 ・ディスカッションできる雰囲気がかかったと思う。 ・研究会は、質疑応答の中で話の中味を深めていけるところがよい。 ・普段聞けないいろいろな立場の方のお話が聞けてとてもよかった。
公開研究会への要望 (5名回答あり)	<ul style="list-style-type: none"> ・よいお話ばかりなので、もっとたくさんの方々に参加してもらえるとよい。 ・死を間近に控えている人が、どういう場所や条件・状況なら「自分の家」でなくてもよい死を迎えられるか明らかにできたらと思う。 ・参加者の方々の臨死の場面との遭遇体験・死生観のシェアリング。 ・講演を聞きたい講師がいる。

(2) 質問紙調査の回答(表3)

公開研究会の参加者は、「高齢者を支える家族や介護者をサポートする力・体制の整備」、「看取りや死を迎えることについての地域での啓蒙活動」、「要介護高齢者の過ごし方」、「ケアする者とされる者の両者が人間の尊厳を保って看取っていくこと」等が高齢者ケアの課題であると答えていた。

公開研究会への意見・感想としては、肯定的な意見や在宅における高齢者ケアの体制整備の必要性について等があった。また、公開研究会への要望としては、もっとたくさんの人に聞いてほしい、よい死を迎えることができる場所や条件・状況を明らかにしたい、参加者の方々の臨死の場面との遭遇体験・死生観のシェアリング(共有)、講師への希望等が出された。

3.3 地域における高齢者ケアの課題

公開研究会の逐語録および参加者への質問紙調査から抽出された地域における高齢者ケアの課題は、その内容の特性から「高齢者本人へのケアの課題」、「高齢者の家族や遺族へのケアの課題」、「高齢者ケアを行う者の課題」、「宗教に関する課題」、「高齢者の住まいに関する課題」の5つに分けられた。

「高齢者本人へのケアの課題」は、「身体的症状のコントロール」・「精神的なケア」・「スピリチュアルケア」・「死への準備教育」・「ケアする者とされる者の両者が人間の尊厳を保つこと」等のデータより、「スピリチュアルケアについての考察」および「死への準備教育の内容と方法の検討」の2つに整理された。「高齢者の家族や遺族へのケアの課題」は、「愛する者を失った人への対応」・「患者の家族と遺族へのケア」等より、「生前からの悲嘆教育の推進」および「社会教育としての死生観教育」の2つに整理された。「高齢者ケアを行う者の課題」は、「ケアする者もいつか死ぬ存在であることを受け止めること」・「死は医療の敗北ではないと知ること」・「チームケア(医療関係者・ボランティア・家族等)」・「告知」・「医療者の教育機関における死に対する教育」等より、「死に対する教育(死生学、緩和ケア、ターミナルケアの教育)」および「高齢者を支える家族や介護者をサポートする体制や社会環境の整備」の2つに整理された。また、「宗教に関する課題」は「終末期医療に対する宗教的介入のあり方の検討」、「高齢者の住ま

いに関する課題」は「看取りの場をも考慮した終の住まいの検討」に整理された。

4. 考察

逐語録より抽出された高齢者ケアの課題には、それぞれの講師の立場や職業が反映されていた。

地域における高齢者ケアの課題として整理された5つについて以下に考察する。

4.1 高齢者本人へのケアの課題

高齢者本人へのケアの課題として「スピリチュアルケアについての考察」が考えられたが、スピリチュアルな側面については、1998年に世界保健機構(WHO)執行理事会において従来の健康の定義にSpiritual Well-Beingという側面を付加する提案がなされたこと⁸⁾を契機として、関心が高まってきた。スピリチュアルペインとは、「(自己)存在(喪失)(の予感)にかかわる痛み」⁹⁾と解釈され、「自分は死ぬとどうなるのか」・「家族の行く末はどうなるのか」・「この世の中で自分の存在は何だったのだろうか」など、自己存在そのもの、自己と他者あるいは社会との関係という人間存在の根源に関わる苦悩である。「スピリチュアルケア」とは、このようなスピリチュアルペインに対するケアと考えることができる。患者のスピリチュアルペインを知り、そのニーズを満たすための最善の方法は、患者のそばに座ってゆっくり話を聞くことである¹⁰⁾。医師を対象に2000年に行われた調査¹¹⁾では、6割以上の医師が「スピリチュアルケア」を知らないと答えていたが、現在は多くの医療関係者には身近な言葉になりつつある。

死の準備教育については、いかに最後までよりよく生きるかを考えるライフ・エデュケーションにほかならないと、アルフォンス・デーケン¹²⁾はその必要性を強調している。また、死への準備教育を考える上で、「死への準備教育の内容と方法の検討」は不可欠である。

高齢者本人に対しては、尊厳を保ちながら、身体的症状のコントロールや精神的なケアはもちろんのこと、スピリチュアルケアや死への準備教育をも行っていく必要があると考える。

4.2 高齢者の家族や遺族へのケアの課題

家族にとって愛する家族員を失うこと、特に配偶者を失うことは人生で経験する最もストレスフルなライフ・イベントのひとつである。そのため、

平成 14 年版看護白書¹³⁾では、在宅での看取りにおける家族への教育的な配慮や精神的ケアが必要であると述べている。また、生前からの家族介入は遺族の家族機能およびグリーフ・ワーク（悲嘆作業）を促進することが報告されており¹⁴⁾、高齢者の家族や遺族へのケアも必要であると考えられる。このようなケアを、アルフォンス・デーケン¹²⁾は、悲嘆教育（グリーフ・エデュケーション）と表現している。

愛する家族員を失った家族に対しては、その悲嘆作業を促進するため、「生前からの悲嘆教育の推進」および「社会教育としての死生観教育」が必要であると考えられる。

4.3 高齢者ケアを行う者の課題

高齢者ケアを行う者の課題として「死に対する教育（死生学、緩和ケア、ターミナルケアの教育）」が考えられたが、高齢者ケアを行う者、特に生死に関わることの多い医師や看護師に対する死についての教育の必要性¹⁵⁾は以前から述べられているところである。また、広い意味で高齢者ケアを行う者の課題としては、「高齢者を支える家族や介護者をサポートする体制や社会環境の整備」が考えられた。山崎らの調査¹⁶⁾でも、地域住民は自治体に対して、ホスピス等の病院の整備や終末期医療・福祉の人材育成などの終末期医療や福祉の取り組みを希望していると報告されている。高齢者ケアを行う者個人だけではなく、社会全体として、住み慣れた場所で最愛の家族に囲まれながら安らかに死んでいくことが人間的で自然なことであることに気づき、高齢者を支える家族や介護者をサポートする体制や社会環境を整備していくことが必要であると考えられる。

4.4 宗教に関する課題

宗教に関する課題としては、「終末期医療に対する宗教的介入のあり方の検討」があった。終末期医療への宗教の介入としては、まずキリスト教文化を背景としたターミナルケア施設であるホスピスや緩和ケア病棟が連想されるが、わが国最初の緩和ケア病棟は 1973（昭和 48）年に大阪の淀川キリスト教病院に付設された。1990（平成 2）年に医療保険制度でホスピスケアが診療報酬上認められて以降、ホスピス・緩和ケア病棟の病床数は急増している¹⁷⁾。また、1993（平成 5）年には仏教を背景としたターミナルケア施設として新潟県長岡市の医療法人崇徳会長岡西病院にビハーラ

病棟が開設された。ビハーラとは、1985（昭和 60）年にホスピスの代替語として田宮仁が提唱したもので、サンスクリット語で「憩いの場、寺院」を意味する。古来から仏教寺院においても病人の治療や看護が行われていたことから、一般的には仏教的死生観を背景とするターミナルケアや浄土真宗を中心としたターミナルケア研究啓蒙ボランティア運動を指示する言葉として使用されている¹⁸⁾。さらに、1985（昭和 60）年には「医療と宗教を考える会」が発足、1988（昭和 63）年には「仏教と医療を考える全国連絡協議会」が発足するなど、医療と宗教の関わりに対する関心の高まりが感じられる。日野原¹⁹⁾は、医師の立場から、死を前にした人間のもつ不安や恐れへの対応にはいのちの意味を確認する気づきを与える宗教を受け入れなければならないと述べている。これまでの研究⁴⁾⁵⁾でも、高齢者のうち約 5 割程度の者が、宗教は死に対する態度に影響を与えていたとする報告がある。

終末期医療においては、科学としての医学によるキュア（cure）のみではなく宗教的介入をも含めたケアが重要であり、そのあり方を検討することが必要であると考えられる。

4.5 高齢者の住まいに関する課題

高齢者の住まいに関する課題としては、「看取りの場をも考慮した終の住まいの検討」があった。ハヴィガースト²⁰⁾は、満足のいく住宅を確保することは老年期の発達課題のひとつであると述べている。また、外山²¹⁾は高齢者の日々の営みが展開される場としての生活空間について、「自宅でない在宅」を推奨している。医療・福祉・建築に携わる専門職者は、高齢者の住まいに対する要求を知り、お互いに連携して看取りの場をも考慮した終の住まいについて検討していく必要があると考えられる。

5. まとめ

「死生観とケア」公開研究会を通して、現代社会の中では、地域における高齢者をケアするにあたり、以下のような課題があると考えられた。今後は、公開研究会から得られた課題の中から研究課題を絞り込み、石川県における高齢者の死生観とケアのあり方についてさらに理解を深めたいと考える。

1) 高齢者本人へのケアの課題

- ・スピリチュアルケアについての考察

- ・死への準備教育の内容と方法の検討
- 2) 高齢者の家族や遺族へのケアの課題
 - ・生前からの悲嘆教育の推進
 - ・社会教育としての死生観教育
- 3) 高齢者ケアを行う者の課題
 - ・死に対する教育(死生学, 緩和ケア, ターミナルケアの教育)
 - ・高齢者を支える家族や介護者をサポートする体制や社会環境の整備
- 4) 宗教に関する課題
 - ・終末期医療に対する宗教的介入のあり方の検討
- 5) 高齢者の住まいに関する課題
 - ・看取りの場をも考慮した終の住まいの検討

引用文献

- 1) バーバラ M.ニューマン, フィリップ R.ニューマン(福富護訳):新版生涯発達心理学,川島出版,451-465,1988
- 2) 奥祥子:高齢者の生と死に関する意識,鹿児島大学医療技術短期大学部紀要,9,1-5,1999
- 3) 小松万喜子:日本の現代の青年の死生観と宗教教育の課題,日本仏教教育学研究,9,89-94,2001
- 4) 伊藤孝治,永崎和美,一柳美雅子:老人の死生観の傾向,愛知県立看護短期大学雑誌,23,101-111,1991
- 5) 伊藤孝治,松岡広子:愛知県在住の老人と看護婦の死生観,愛知県立看護短期大学雑誌,25,29-34,1993
- 6) 田中愛子,岩本晋:老年期に焦点をあてた死生観・終末期医療に関する意識調査,山口県立大学看護学部紀要,6,119-125,2002
- 7) 伊藤孝治,金崎悦子:地域比較による老人の死生観の研究,愛知県立看護短期大学雑誌,24,25-32,1992
- 8) 津田重城:WHO 憲章における健康の定義改正の試み - スピリチュアルの側面について,ターミナルケア,10(2),90-93,2000
- 9) 小倉一春発行:看護学大事典第5版,メヂカルフレンド社,1183,2002
- 10) 窪寺俊之:スピリチュアルケア入門,三輪書店,108-117,2000
- 11) 前野宏:医師に対するスピリチュアルケアのアンケート結果とスピリチュアルケアにおける仮定と原則,ターミナルケア,10(2),97-102,2000
- 12) アルフォンス・デーケン:高齢者の生きがいとユーモア,老年精神医学雑誌,10(11),1331-1335,1999
- 13) 日本看護協会編:平成14年版看護白書,日本看護協会出版会,123-128,2002
- 14) 戸井間充子,大嶋満須美,田中愛子他1名:生前からの家族介入が遺族のグリーフ・ワークに与える影響,死の臨床9 高齢社会とターミナルケア,日本死の臨床研究会編集,205-215,2003
- 15) 池田博,高木邦格,萩原典和他3名:卒前医学,看護学教育におけるターミナルケア,死の臨床 死生観,日本死の臨床研究会編集,23-25,1995
- 16) 山崎裕二,千葉京子:三鷹市民および武蔵野市民の終末期医療・在宅ターミナルケアに関する意識調査(その1),日本赤十字武蔵野短期大学紀要,13,125-143,2000
- 17) 前掲書13)p130-136
- 18) 近藤均・酒井明夫・中里巧他2名編集:生命倫理事典,太陽出版,541-542,2002
- 19) 日野原重明:現代の宗教9 現代医学と宗教,岩波書店,69,1997
- 20) R.J.Havighurst(児玉憲典,飯塚裕子訳):ハヴィガーストの発達課題と教育,川島書店,168-173,1997
- 21) 外山義:自宅でない在宅,医学書院,2003

(受付:2003年11月19日,受理:2004年1月5日)

Issues of the Care for Elderly People in the Community

Yukari MIZUSHIMA , Hiroshi ASAMI , Katsuko KANAGAWA ,
Eiko AMATSU , Hiroiku TADA , Kaori TAKAMICHI

Abstract

We organized a study group named "View-of-Life-and-Death and Care" in 2003 (Heisei 15 fiscal year). We have also been holding extension lectures in relation to "View-of-Life-and-Death and Care", in order to have a better understanding of elderly people's views on life and death and the care that they need in Ishikawa Prefecture. From the lectures, debates and questionnaires to the participants, there were five issues related to the care of elderly people that we need to consider in our community. These issues are; 1) care of the elderly themselves; 2) care of the families, particularly bereaved families; 3) caretakers for elderly people; 4) religious issues ; and 5) homes for elderly people. Our future plans are to narrow our research subjects from the topics discussed in the lectures in order to more deeply understand elderly people's views on life and death and provide essential care for the elderly in Ishikawa Prefecture.

Key words community care, elderly people, views on life and death

資料

セルフヘルプ・グループ (SHG) の概念と援助効果に関する 文献検討 - 看護職は SHG とどう関わるか -

谷本 千恵

概要

本稿ではセルフヘルプ・グループ(以下に SHG と略す)に関する研究を概観し, SHG の概念・定義ならびに援助機能・効果について整理を行うとともに, 今後看護職が SHG と関わる上での方向性を考察した。データベース (MEDLINE, 医学中央雑誌, 最新看護索引) での文献検索に加えて, SHG に関する文献, 雑誌, 図書等の資料より検討した。SHG はさまざまに定義されているが, 重要な点は専門職の関与がないことであると考えられている。しかし実際には公的機関や専門職が支援していることが近年明らかになっており, このことが混乱を招いている。SHG の援助機能は多様であり未整理の段階であるが, その本質はメンバーの力づけ (empowerment) であると考えられている。SHG の援助機能に関する研究は記述的研究や理論がほとんどであり実証研究は不足している。今後は SHG の効果を実証するための方法論の確立が課題である。SHG が援助機能を発揮するためにはグループの自律性が重要であり, 専門職が関わる場合は介入しすぎないことが大切である。看護職は SHG の情報提供や調査研究等によって SHG を支援することができる。またセルフヘルプ・クリアリングハウスとの連携も重要である。

キーワード セルフヘルプ・グループ (SHG), 概念, 援助効果, 自律性, 看護職

1. はじめに

私たちは人生の中で病気や障害などさまざまな困難に出会い, 時にはその困難の大きさに圧倒され絶望することもあるが, その時, 同じ困難を持ちつつ生きる人々と出会うことができれば, 大いに励まされ生きていく勇気を得ることができる¹⁾。このように共通の障害や病気, 生きていく上での問題を抱えた人同士が, 自らすすんで自分の気持ちや体験, 情報などをわかちあうために集まったグループのことをセルフヘルプ・グループ (Self-Help Groups / Self-Help mutual aid Groups; 以下SHGと略す) という。今日, 欧米を初め日本でもアルコール・薬物・摂食障害・ギャンブルなどの依存や嗜癖関連のグループ, 障害や慢性疾患, 難病を持つ人たちの会, 子供や伴侶を亡くした人たちの会, 不登校・ひきこもりの人たちの会, 虐待してしまう人たちの会, セクシャル・マイノリティ (同性愛や性同一性障害等の人たち) の会, 上記の人たちの家族の会などさまざまな SHG が活動している。

日本では SHG は患者会や家族会, 自助グループとも呼ばれており, その歴史は明治時代後半の盲人やろう者の運動にまでさかのぼるが, 本格的に

活動が活発化したのは戦後で, 結核やハンセン氏病の患者会に始まり, 1960 年代半ばから 1970 年代半ばの 10 年間で, あらゆる疾患別の患者会が次々に誕生した²⁾。その数は年々増加し, グループの性格は多様化しているといわれる³⁾。保健医療福祉領域の専門職の関心も年々高まっており⁴⁾⁻⁶⁾, 今後看護職が SHG と関わる機会もますます増してくると思われるが, 看護職は SHG の本質を理解していないと, その本質を損なう危険性がある。なぜなら, もともと既存の保健医療, 福祉サービスに対する批判の中から生まれてきた背景をもつ SHG に対し, 従来医学モデルの枠組みで教育を受けてきた看護職は, SHG と接する際に援助者対被援助者の構造を持ち込むおそれがあるからである。

本稿では SHG の本質を理解するために国内外の文献検討を行い, これまで SHG に関してどのような研究がなされてきたかを概観し, 今後看護職が SHG と関わる上での立場について考察することを目的とする。

2. 研究方法

MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>, 1980 年 ~ 2001 年) を用い,

「SHG」と「concept」「benefits」「nurs*」の各キーワードを掛け合わせ検索を行った(「SHG」と「nurs*」のを掛け合わせではヒット件数が多かったためレビューに限定した)。さらに 医学中央雑誌(医中誌)CD-ROM版(1989年~1997年)と医中誌WEB(<http://www.jamas.gr.jp/>, 1998年~2001年),最新看護索引(1988~2001年)⁷⁾⁻²⁰⁾を用い,「SHG」「自助グループ」「患者会」をキーワードに検索を行った。これらで抽出された文献のタイトルならびに抄録の内容より,特定の疾患や問題に限定せずSHG一般について広く論じていると思われる文献を抽出した。

加えて,久保²¹⁾および岡²⁾のSHGに関するレビュー,これらの引用文献の他,SHGに関する最近の図書や雑誌の特集,シンポジウムの資料等も参考にし,SHGの歴史ならびに概念,援助効果等に関する研究の動向について整理し,今後看護職がSHGと関わる上での留意点や役割について検討した。

3. 結果

3.1 SHGの歴史

SHGのルーツといわれるAA(アルコール依存症者の匿名グループ)がアメリカで誕生したのは1935年である²²⁾。その後,1950~1960年代に多くのSHGが誕生したが²¹⁾,背景には社会の変化とそれに伴う新たな健康問題の出現,従来の専門援助サービスへの批判,市民運動による人々の意識の高まりがある²³⁾。

アメリカでは家族や教会,コミュニティなどの伝統的な人々のきずなが崩壊したことにより,人々の中で疎外感や孤独感,アイデンティティの欠如などの感情が増加し,アルコール依存やギャンブルなどの嗜癖や児童虐待などの行動上の問題が増加した。このようなメンタルヘルス上の問題に対して医学や心理療法はあまり役に立たなかったが,AAは現代の医学ではどうにもならないと思われていたアルコール依存症に対して効果を発揮し,その後嗜癖や依存関連ばかりでなく,それ以外の問題に対してもAAの方法を取り入れた匿名グループが爆発的に増加した。

一方,人々の高齢化が進み慢性疾患患者が増加したが,現代の医学は依然として急性疾患に対応しており,慢性疾患に伴う心理・社会的な課題に対処できなかった。ここでもSHGは包括的なサービスを提供し慢性疾患やりハビリテーションに効果を発揮した。

加えて1960年代にさまざまな市民運動が起こり,人々が権利意識や参加意識,クライアント(コンシューマー)中心の考え方に目覚めたこともSHGの増加に影響を及ぼしたといわれている。

3.2 SHGの概念,定義

AAをSHGのルーツと考えれば,誕生後半世紀以上が経過し現在も増加し続けているSHGであるが,その定義はいまだに混乱している²⁴⁾²⁵⁾。

英語圏ではもともと「セルフヘルプ」や「相互援助(mutual-aid)」という用語は日常語であったため,さまざまな意味で用いられており,それゆえに初期の研究者たちは「セルフヘルプ」という用語を専門用語として定義する必要があった²⁶⁾。

またSHGは主要な疾病のほとんどにグループが存在し²⁷⁾,グループの規模も2,3名の小グループから全国組織レベルまで大小さまざまであり,目的も嗜癖関連グループのように個人の行動変容を目指すものから性的マイノリティグループのように社会変革を目指すグループまで実にさまざまである。このように多様なSHGを理解するためにこれまでに多くの研究者がSHGの概念や定義を提示している。

今日一般的に引用されるのはKatzとBender²⁸⁾の定義である²⁵⁾²⁹⁾。以下に岡²⁹⁾の訳を引用する。「SHGとは,相互扶助ならびに特殊な目的達成のためのボランティアな小集団構造である。通常,共通のニーズを満たし,共通のハンディキャップや生活を崩壊させる問題を克服し,望ましい社会的・個人的変化を生じさせたりするときの,相互扶助のために集まって来た仲間(peer)によって形成される。このグループの先導者やメンバーは,彼らのニーズは既存の社会制度では満たされておらず,また満たされうることはないと考えている。SHGは対面的社会的相互交流とメンバーが個人的責任を取ることを重視している。しばしばSHGは物質的援助だけでなく情緒的支援をも与える。すなわちグループはしばしば主義主張的であってメンバーの人格的アイデンティティの感覚が強化されるようなイデオロギーや価値観を広めることも行う」²⁹⁾

上記のKatzとBenderの定義はかなり初期のものであるが,最近ではAdamsen²⁵⁾が,さまざまなSHGの定義を概観した結果,SHGの特徴として「反官僚的な組織」「専門職がないこと」「自発性」「個人的な参加」「相互利益(互恵性)」が確認されると結論づけている。つまり,SHGとは共

通の問題やニーズを持った仲間が、自分たちの問題を解決するために自発的に集まったグループであり、専門職の関与がないことが重要である。

ところが、実際にはSHGは病院や国の機関、その他のヘルスケアサービスの事務所と強力で結びつき、協働していることが最近明らかになってきた²⁵⁾³⁰⁾。このため従来のSHGの定義が現状に合わなくなっており再考すべきだと考える研究者²⁵⁾もいる。

3.3 SHGの援助特性・機能、構造

SHGとは何かを理解するために、研究者たちはSHGの概念や定義の明確化を試みてきたが、それと同時にSHGの特性や機能についてもこれまで多くの研究がなされてきた。つまりグループがどのように働くのか、メンバーにどのような影響を与えるのか、効果はあるのかということは今日まで研究者にとって最大の関心事である。

ここではSHGの特性や機能のうちメンバーにポジティブな影響を及ぼすもの(援助特性・援助機能)について見ていく。

SHGの援助特性や援助機能は専門職による援助やケアとの違いで説明されることが多い。山崎と三田³¹⁾は、専門援助サービスとの比較という視点でSHGの独自の援助機能を概括している。第一は、伝統的な医師・患者関係や治療者・クライアント関係のもとでは、被援助者であった当事者たちがSHGでは援助者となるという点である³¹⁾。このようなSHGの機能をLiessman³²⁾は「ヘルパーセラピー原則」と名付けた。これはSHGではメンバーが援助者役割をとることによって自分自身の問題をよく理解できるようになったり、「自分も役に立っているのだ」という自尊感情を回復できるということ、「人は援助をすることで最も援助を受ける」ということを意味する。

またSHGでは、メンバーが抱えている問題のとりえ方や解決方法についての考え方が、専門職とは異なるという点がある³¹⁾。専門職は、患者やクライアントの問題を、異常なもの、治療すべきものとするが、SHGは問題状況をあくまで正常(ノーマル)なものの一形態としてとらえ、環境や関係を変えるだけでもかなり改善できると考える方向性である³³⁾。これを専門職の「問題化」に対しSHGの「常態化」とよぶ研究者もいる³¹⁾。

次にSHGでは「グループプロセス」「グループダイナミクス」³⁴⁾といったグループの力が大いに

働いている点である。仲間集団としてのSHGは参加者を孤独感から解放し、安心感で満たし、居場所と役割を提供するほか、行動変容に重要な「目標像」「先輩」「反面教師」といったモデリングもグループ内では容易に行われるなどグループの効用は大きい³¹⁾。Antze³⁵⁾はSHGの信念やスローガン、しきたり、ルールがメンバーの意識や行動変容に果たす役割や効力を重視し、「イデオロギー」と呼んでいる。

さらにSHGの援助特性の中で最も重要なものの一つとして「体験的知識(experiential knowledge)」がある³¹⁾³⁶⁾。Borkman³⁷⁾によれば、SHGの援助力の源はメンバーの経験にもとづく知識・技術にあり、専門職の知識・技術(professional knowledge)と比べてより実際の・実用的(pragmatic)でより包括的(holistic)な特徴を持つとしている³¹⁾。また体験的知識は、SHGのグループプロセスの中で蓄積され体系化されたものであり、単なる素人の知識とは異なるものであると考えられている³⁶⁾。

その他にもSHGの機能としては、「認知の再構築」「適応技術の学習」「情緒的サポート」「自己開示の機会」「社会化」「活動への共同の参加」「エンパワメント」「自己信頼」「自尊心」などが挙げられている³⁸⁾。

ここまで述べたようなSHGの諸機能については、「ソーシャルネットワーク理論」「社会学習理論」や「精神神経免疫学的理論」などの理論枠組みを使っただけの説明が試みられているが³⁹⁾⁴⁰⁾、SHGの諸機能を有機的に結びつけ、位置づけるような研究はまだなされておらず⁴¹⁾、未整理の段階にある。

岡³⁶⁾は欧米のSHG研究の広範なレビューを行い、これまでさまざまに論じられているSHGの援助特性について整理を試みた。岡はまずSHGの機能(働きの基本要素)は「わかちあい」「ひとりだち」「ときはなち」(注)であると定義した。しかしこれらの機能は同じ問題を持った人を集めて行うグループワーク・サービスでも認められるため、SHGの構造面にも注目する必要があると考えた。SHGの構造的側面(成り立ちの基本的要素)は「参加の自発性」と「参加者が問題を持った本人であること」であると定義し、SHG独自の援助特性については、機能面と構造面の基本的要素が重なって初めて生まれると考えた。そしてそれは「問題を定義する主体性(何をわかちあうかということ)を完全に本人たちで決めることができるというこ

と)、「情報の体験によって再整理された分かりやすさ、情報提供者の心理的・社会的近さ、情報の体験による実証性」「社会参加の側面」「自尊感情の回復」「力づけ (empowerment)」であると述べている。

以上のような岡の理論は、SHG の本質を理解する上で重要であると考えられる。つまり、SHG の援助特性や機能が発揮されるためには、グループの構造が重要であり、「メンバーの自発的な参加」と「メンバーが問題を持った本人たちであること」がキーワードであると考えられる。

(注)「わかちあい」とは複数の人が情報や感情や考えなどを同等の関係の中で、自発的にしかも情緒的に抑圧されていない形で交換すること。「ひとりだち」とは、わかちあいを通じて、自分自身の状況を自分自身で管理し、問題解決の方向を自己決定し、社会参加していくこと。「ときはなち」とは、自分自身の意識のレベルに内在化されてしまっている自己抑圧構造を取り除き、自尊の感情を取り戻すことであり、しかも外面的な抑圧構造をつくっている周囲の人々の差別と偏見を改め、資源配分の不均衡や社会制度の不平等性をなくしていく異議申し立ての行為が含まれる。同じ悩みを持った人が数人集まりSHGを作った場合、「わかちあい」はなされるだろうが、「ときはなち」や「ひとりだち」の機能はSHGの成長に伴い生じるものである。³⁶⁾

3.4 アウトカム研究とその限界

これまで見てきたようなSHGの援助特性や機能に関する研究の多くは主観的報告や解説・理論などであり⁴²⁾、実証研究の不足が従来指摘されてきた⁴³⁾。そのため1980年代にはSHGのメンバーへの効果の測定(評価)に焦点が当てられ、アウトカム研究(SHGに参加した結果どのような効果があったのかを評価する研究)が盛んに行われた⁴²⁾。

これら実証研究のレビュー⁴²⁾⁴⁴⁾によれば、SHGに参加することの有益なアウトカム(結果)としては、抑うつ、不安などの精神症状の改善や、人生に対する満足感、自尊感情の増大などのほか、問題行動や対人関係の改善や、社会役割遂行、生活適応、QOLの向上、疾患への受容などが観察されている。また、グループに長期間熱心に参加しているメンバーはそうでないメンバーよりもグループのベネフィットを受けているということであった。

しかし、このようなアウトカム研究の結果を疑問視する研究者もいる。Kurtz²⁴⁾は社会学者たちが、SHGをまるで非専門的でリーダーのいないサイコセラピーグループのように考えており、実験

的研究方法を用いてSHGの効果を調べようとしているが、実際のコミュニティベースの自律したSHGに対してこのような研究デザインを適用するのは難しく、研究者は時々SHGに似せたグループを作って、その効果を調べていると指摘している。つまり、アウトカム研究で実証されたSHGの効果は、専門職の関与するグループの効果を測定している可能性があるということである。またPowell⁴⁴⁾も専門家の介入のあるSHGが本来のSHGとみなせるかは疑問であるとし、専門家の介入のあるSHGと介入のない(自律した)SHGを区別することを提唱している。Kurtz⁴⁵⁾は、前者をサポートグループと呼びSHGと区別する必要があると述べている。

このようにSHGの効果を実証しようとする研究では、対象者をSHGに参加する群と参加しない群にランダムに割り付け、心理テストなどによって効果を判定するという方法がとられるが、本来SHGは専門職から自律しメンバーのみで運営されており、SHGに参加するか否かはメンバーが主体的に決定するものである。それゆえにそのようなグループに対して専門職が対象者をランダムに割り付けるのは実際には難しい。そこで専門職がSHGを作り、そのグループの効果を調べることになるが、そのようなグループがSHGとみなされるかということである。

さらにSHGの効果の評価基準に関しても問題がある。Trojan⁴⁶⁾は医学や心理学の基準は一般的に限定された問題領域のみに妥当であり、SHGのポジティブな効果の大部分を除外する傾向があると指摘している。先述したようにSHGの援助は専門援助サービスと比べてより包括的な特徴を持つと言われている。また医学や心理学では疾病の治療や症状の改善を目標にしており、効果の評価基準もこのような目標に基づくものであるが、SHGでは疾病や症状を持ちながらもより良く生きていくことを目標としている。このようなSHGの効果を評価する際に医学や心理学の枠組みを用いることに関しては妥当性に問題がある。

今後はSHGの効果を実証するための方法論の確立が急務であり、医学や心理学とは異なるアプローチを用いる必要がある。

4. 考察

SHGはどのような援助特性をもっているのか、あるいはSHGに参加することによってメンバーにどのような効果があるのかについて、さまざま

な理論の適用や実証研究が試みられてきたが、SHGの援助特性を十分に説明できる理論は未だ導き出されておらず、SHGの効果を実証するための研究方法も未確立であることが分かった。

また基本的には専門職の関与がないことがSHGの条件とされているにもかかわらず、実際には専門職や公的機関がSHGに関与している場合が多く、このことがSHGの定義を混乱させ、SHG研究の発展を妨げているとも考えられる。

以上のような点をふまえて、看護職は今後どのようにSHGと関わっていけばよいのかについて考察する。

例えば、よく聞かれる話に専門職が同じ問題を持った人たちを集めてSHGを作ろうとしたが、メンバーは専門職に依存的でなかなか自律してくれない、SHGにならないので困っているというようなものがあるが、このような場合は先述したSHGの構造面と機能面の基本的要素の視点から考えてみるとよい。この例では、SHGの構造の基本的要素である「参加の自発性」と「本人であること」にあてはまっていない。グループの必要性を感じたのは本人たちではなくて専門職であり、グループのメンバーも本人たちだけでなく、専門職が含まれている。だからSHGとしての機能が生まれにくいということになるだろう。

しかし、実際にはSHGに専門職が関わっていることが多い。例えば、専門職がSHGに招かれてメンバーの問題に対する専門的知識や情報等を提供したり、専門職がグループに直接参加して、グループの話し合いやプログラムの進行が円滑に進むよう援助したり、専門職がSHGの中核となっているベテランメンバーを「新人を援助する人」として援助したりしている⁴⁷⁾。しかし、本来自発的な活動であるSHGを専門職が外から援助していくことには矛盾がある⁴⁷⁾ので、注意が必要である。

先にも述べたようにSHGが独自の援助機能を発揮するには、「参加の主体性」と「本人であること」が重要である。「本人たち」以外の専門職が参加することにより、SHGに専門職の価値観が持ち込まれる恐れがある。専門職は医学モデルや治療モデルにもとづく価値観を持っており、それは「疾患や問題は治すべきもの、取り除かれるべきものである」(問題化)であり、これこそがメンバーたちを生きづらくしている一因に他ならない。SHGの機能のうちでも最も重要なものは「自尊感情の回復」と「力づけ(empowerment)」であると考えられるが⁴⁸⁾⁴⁹⁾、これらはSHGの「疾患や問題を

持った自分でも存在していいのだ(問題化に対する常態化)という価値観によって生まれるのである。専門職はSHG独自の価値観を尊重することが大切である。またメンバーが「力づけ(empowerment)」されるには、SHGの「主体性」が重要であるが、専門職の過剰な介入はSHGの「主体性」を奪ってしまう可能性がある。SHGはあくまで本人たちのニーズによって作られるべきである。専門職が必要性を感じて作ったり、運営や活動のリーダーシップをとっているグループはSHGとして機能しないだろう。専門職はグループの決定権を奪わないよう注意を払うことが大切である。

SHGは当事者主体の専門職のコントロールから独立したものであるが、専門職と関係を持たないということではなく、逆に成功しているSHGには関連の専門職と緊密な協力があるという⁵⁰⁾。それでは専門職はSHGにどのように協力すればよいのだろうか。

SHGに対する専門職の支援のあり方のモデルとして、よく紹介されるのがセルフヘルプ・クリアリングハウス(Self-Help Clearinghouse)である。セルフヘルプ・クリアリングハウスは地域のSHGの情報収集や市民や専門職に対するSHG情報の提供、グループ運営に関する相談と援助、SHGに関する調査研究、地域教育などを行う機関である⁴⁷⁾。先述したように専門職の直接的な介入はSHGの活動に大きな支障を与える危険性があるので、SHGが援助を必要とする時はSHGの方から自発的に必要なだけの情報と助言を得ることができるシステムを作り、そのようなシステムを通じた間接的な援助が望ましいが⁴⁷⁾、このようなシステムを持つセルフヘルプ・クリアリングハウスは、看護職がSHGの援助をする際に大いに参考となる。

例えばアメリカの精神科看護の教科書⁵¹⁾には、SHGに対する看護師の役割として、グループを見つけ出しリファーすること、グループ作りへの援助、資源となること(相談役、調査研究、ミーティング場所提供、事務作業の手伝いなど)、専門職や地域の人たちへの教育などが挙げられているが、これらはセルフヘルプ・クリアリングハウスの機能と類似している。また看護師がグループを探したりグループ作りの援助を行う際にはクリアリングハウスが資源として大いに役立つ。現在、日本にも5カ所のセルフヘルプ・クリアリングハウスが存在する⁵²⁾ので、今後はこのような機関の支援

方法を取り入れたたり、連携していくことが看護職に求められると考える。

一方、Stewart⁵³⁾は看護職によるSHG(ソーシャルサポート)研究は理論中心であり実践研究が不足していると指摘している。Adamsen²⁵⁾はこれまで看護研究においてSHGのグループプロセスの重要性が全く考察されてこなかったことを指摘し、今後看護職がSHG特有のグループプロセスを研究することは重要であると述べている。このように看護職はSHGの活動を支援すると同時に実践を研究に結びつけていく役割がある。先述したようにSHGの効果に関する実証研究は不足しており、今後はSHG研究においても看護職のより一層の貢献が求められると考える。

5. おわりに

SHGは既存の専門サービスでは解決できない問題や人々の新たなニーズに効果を発揮している。SHGに参加し、気持ちや体験、情報などをわかちあうことによって、疾患や障害、問題行動、生活上の悩みなどに自分自身で対処できるようになる。さらにこれまで専門職との関係においては援助される立場にあった人々が、SHGで他のメンバーを援助することによって、自尊感情が高まり力づけ(empowerment)される。看護職はこのようなSHGの意義をよく理解していることが大切である。またSHGが援助機能を発揮するためにはグループの自律性が重要であることも認識している必要がある。

看護は人を疾患や症状、問題のみにとらわれず包括的に理解しようとする視点を持ち、その人の持てる力を最大限に発揮できるよう整えることを使命とする。これらはSHGの立場と共通しており、看護職はSHGのよき理解者になれるはずである。

看護職はSHGの情報収集ならびに提供、調査研究、地域住民への啓蒙などを行いSHGを支援することができるが、グループ運営への直接的な介入は、メンバーの自主性やSHGの自律性を脅かすことになるので注意が必要である。今後はセルフヘルプ・クリアリングハウスとの連携も重要である。

引用・参考文献

- 1) 大阪セルフヘルプ支援センター編：セルフヘルプグループ。朝日新聞厚生文化事業団，75，1998
- 2) 岡知史：セルフヘルプグループ(本人の会)の研究 ver 5。自費出版，186-190，1995
- 3) 和田ちひろ，林幹泰：情報化社会における患者コミュニティの可能性。看護管理，11(2)，133-137，2001
- 4) 特集・セルフヘルプグループ。精神科看護，25(7)，8-42，1998
- 5) 特集・社会資源としてのセルフヘルプ・グループ。地域保健福祉にどう活用していくか。生活教育，46(5)，6-51，2002
- 6) 特集・セルフヘルプ・グループの現状と課題。保健の科学，44(7)，484-524，2002
- 7) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'88。日本看護協会，1990
- 8) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'89。日本看護協会，1991
- 9) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'90。日本看護協会，1992
- 10) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'91。日本看護協会，1993
- 11) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'92。日本看護協会，1994
- 12) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'93。日本看護協会，1995
- 13) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'94。日本看護協会，1996
- 14) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'95。日本看護協会，1997
- 15) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'96。日本看護協会，1998
- 16) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'97。日本看護協会，1999
- 17) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'98。日本看護協会，2000
- 18) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引'99。日本看護協会，2001
- 19) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引2000。日本看護協会，2002
- 20) 日本看護協会看護教育・研究センター図書館編：最新看護索引2001。日本看護協会，2003
- 21) 久保紘章：セルフヘルプ・グループとは何か。久保紘章，石川倒覚編：セルフヘルプ・グループの理論と展開。中央法規，2-20，1998
- 22) アラン・ガートナー，フランク・リースマン著，久保紘章監訳：セルフヘルプ・グループの理論と実際。川島書店，27-28，1985
- 23) 前掲書22)，3-21。
- 24) Kurtz LF：Self-Help and Support group。SAGE Publications，9-10，1997

- 25) Adamsen L , Rasmussen JM : Sociological perspectives on self-help groups reflections on conceptualization and social processes . Journal of advanced Nursing , 35(6) , 909-917 , 2001
- 26) 前掲書 2) , 15 .
- 27) 前掲書 22) , 6 .
- 28) Katz AH , Bender EI : The Strength in Us : Self-help Groups in the Modern World .New Viewpoints ,2-12 , 1976
- 29) 前掲書 2) , 22-23 .
- 30) Ballow SH , Burlingame GM , Nebeker RS et al. : Meta-Analysis of Medical Self-help Groups . International Journal of Group Psychotherapy ,50(1) , 53-69 , 1999
- 31) 山崎喜比古 , 三田優子 : セルフ・ヘルプ・グループの展開とその意義 . 園田恭一 , 川田智恵子編 : 健康観の転換 . 東京大学出版会 , 180-182 , 1995
- 32) 前掲書 22) , 117-120 .
- 33) 三島一郎 : セルフヘルプ・グループの機能と役割 . 久保紘章 , 石川倒覚編 : セルフヘルプ・グループの理論と展開 . 中央法規 , 46 , 1998
- 34) A・H・カツ著 , 久保紘章監訳 : セルフヘルプ・グループ . 岩崎学術出版社 , 42-44 , 1997
- 35) Antze P : Role of Ideologies in Peer Psychotherapy Groups .In: Liberman MA ,Borman LD eds .Self-Help Group for Coping with Crisis . Jossey-Bass Publishers , 272-304,1979
- 36) 岡知史 : セルフヘルプグループの援助特性について . 上智大学社会福祉研究平成 7 年度報 , 3-21 , 1994
- 37) Borkman TJ : Experiential knowledge : A new concept for analysis of self-help groups . Social Service Review , 50(3) , 445-456 , 1976
- 38) 窪田暁子 : セルフヘルプ・グループ . 保健の科学 ,44(7) , 484-488 , 2002
- 39) Powell TJ : Self-Help Organization and Professional Practice . Silver Spring , 84-101 , 1987
- 40) Stewart MJ : Expanding Theoretical Conceptualizations of Self-Help Groups .Social Science and Medicine ,31(9) , 1057-1066 , 1990
- 41) 前掲書 33) , 39 .
- 42) 前掲書 24) , 13-15 .
- 43) 前掲書 22) , 115 .
- 44) 前掲書 39) , 29-48 .
- 45) 前掲書 24) , 3-5 .
- 46) Trojan A : Benefits of self-help groups a survey of 232 members from 65 disease-related groups . Social Science and Medicine , 29(2) , 225-232 , 1989
- 47) 岡知史 : セルフ・ヘルプ・グループへの専門的援助について . 地域福祉研究 , 14 , 61-68 , 1986
- 48) 前掲書 22) , 116 .
- 49) 前掲書 34) , 38 .
- 50) 岡知史 : セルフヘルプグループの歴史・概念・理論 国際的な視野から - .OT ジャーナル ,34(7) ,718-722 , 2000
- 51) Madara EJ : Self-Help Groups : Options for Support, Education, and Advocacy . In : O'Brien PG, Keddeny WZ, Ballard KA eds . Psychiatric Nursing : An Integration of theory and Practice . McGraw-Hill , 171-188 , 1999 (松田博幸訳 . 「講演会 セルフヘルプ (自助) グループをどう支えるか ~ アメリカの情報支援センターの経験に学ぶ」 かながわボランティアセンター主催 , 神奈川県社会福祉会館 , 2002 年 3 月 23 日 配布資料 .)
- 52) 松田博幸 : セルフヘルプ・グループに対するサポートを考える - わが国におけるセルフヘルプ・クリアリングハウスの活動より . 生活教育 , 46(5) , 46-51 , 2002
- 53) Stewart MJ : Social support intervention studies a review and prospectus of nursing contributions . International Journal of Nursing Studies , 26(2) , 93-114 , 1989

(受付 : 2003 年 11 月 19 日 , 受理 : 2004 年 1 月 14 日)

Concept and Benefits of Self-Help Groups : A Review of Literature .

Nurses' Attitude Toward Self-Help Groups

Chie TANIMOTO

Abstract

This study reviews the concept and definition, helping characteristics and benefits of self-help groups, then briefly summarizes research on such groups. It also discusses nurses' attitude toward self-help groups. Methods involved both computerized and manual searches of databases and relevant literature about self-help groups. Although there are many definitions of self-help groups and the absence of professionals in self-help groups has been regarded as important, recent research indicates that there is tendency toward increased professional involvement, which becomes a source of confusion. Studies describe the helping processes and characteristics of self-help groups and attempt to understand them theoretically. It is known that the ethos of self-help groups is empowerment, but this has been not proven empirically. A new approach to research into the benefits of self-help groups is needed. Professional involvement and the concentration of authority can lead to disempowerment, because autonomy is essential in self-help groups. Nurses can support self-help groups by providing information and research about such groups. It is important that nurses cooperate with a self-help clearinghouse.

Key words self-help groups (SHG), concept, benefits, autonomy, nurse

資料

睡眠の援助としての足浴の効果に関する文献的検討

中山栄純 小林宏光 滝内隆子

概要

近年、睡眠の援助としての足浴が注目されているが、この足浴の睡眠への効果に関してその科学的根拠となる知見にどのようなものがあるか、研究動向とその妥当性について文献的研究を行った。その結果足浴と睡眠の効果についての研究が行われるようになったのは 1992 年からであり、その研究の多くが足浴と睡眠の関連があると結論していることが明らかになった。しかし、睡眠への効果を直接的に評価した研究などはまだ少なく、足浴の効果に関する科学的根拠の構築のためにはさらなる研究が必要であると考えられる。

キーワード 足浴, 睡眠, 文献研究

1. はじめに

入院患者は環境の変化など様々な理由から睡眠・覚醒のリズムが乱れ、不眠を訴えるものが多いことが知られている。一森らの調査¹⁾では約 60% の入院患者が入院中に不眠を訴えたと報告されている。

この不眠への看護援助として足浴が有効であるといわれている²⁾。しかし、この効果に関しては経験的に述べられていることが多く、足浴の睡眠への効果を検証した先行研究は少ないと思われる。また、睡眠と足浴の効果について述べられている文献についても、その妥当性を確認する必要がある。

そこで、われわれは看護領域における文献を調査することで、足浴の睡眠への効果に関してその科学的根拠となる知見にどのようなものがあるか、研究動向とその妥当性について文献的研究を行った。

2. 方法

2.1 分析対象文献

以下の手順で抽出された 10 文献を本研究の分析対象文献(以下:対象文献)とした。

- (1) 文献検索データベース医学中央雑誌(Web版)³⁾で「睡眠」「足浴」のキーワードで検索を行った(該当文献数:29件)。文献検索の期間は過去 21 年間(1984 2003 年 9 月)とした。文献の検索期間を 21 年としたのは、足浴と睡眠の関連に関する文献を出きる限り広く網羅するため、医学中央雑誌で検索

可能な全期間としたためである。

- (2) Pub Med (Web版)⁴⁾, Chinahl (Web版)⁵⁾で「footbath」もしくは「foot bath」と「sleep」のキーワードで検索を行った(該当文献数:3件)。なお、文献の検索期間は医学中央雑誌と同じ期間とした。
- (3) (1), (2) の検索で得られた 32 文献のうちタイトル, 抄録から判断して、明らかに本研究の目的と異なる分類の方がふさわしいと考えられる文献, 総説, 解説などを除外した(該当文献数:19件)。
- (4) 上記の方法で得られた 19 文献から、ケーススタディと「環境調整+足浴」のように足浴のみの効果の検討でない文献を除外した(該当文献数:10件)。ケーススタディを除外したのは科学的根拠構築のための先行文献として採用されることが少ないためである。

2.2 分析方法

- (1) 対象文献を単純集計し、3 年ごとの年度別に分類した。
- (2) 対象文献から、足浴の睡眠への効果がありとしている文献の割合を抽出した。
- (3) (2) で足浴の睡眠への効果がありとしている文献の研究方法に関する検討をおこなった。なお、検討は以下の 3 つの視点からおこなった。
- 測定項目の妥当性(睡眠状態を直接評価しているか)
- 対照群の設定(足浴未実施群との比較が

なされているか)

統計解析による検定(結果の差は統計的に有意なものであるか)

3. 結果

3.1 対象文献の年次推移

足浴と睡眠の関連についての最初の文献は1992年に発表されていた.3年ごとの年度別に分類した場合の対象文献数の年次推移は1983~1985,1986~1988年,1989~1991年0件,1992~1994年2件,1995~1997年3件,1998~2000年2件,2001~2003年3件であった(表1).なお,英文雑誌に掲載されている文献は1998~2000年の1件であり,日本の大学からの報告であった.

表1 足浴と睡眠に関する文献数

年	n(件)
1983-1985	0
1986-1988	0
1989-1991	0
1992-1994	2
1995-1997	3
1998-2000	2
2001-2003	3
合計	10

3.2 足浴の睡眠への効果がありとしている文献の割合

足浴と睡眠の関連に関する10文献⁶⁻¹⁵⁾のうち睡眠の援助に足浴が有効であると結論づけているものは8件(80.0%)であった(図1).

3.3 足浴の睡眠への効果がありとしている対象文献の研究手法の検討

「足浴」と「睡眠」が関連ありと結論付けている文献8件のうち,測定項目が直接睡眠状態の評価になっていると考えられるものが3件,対照群が設定されているものが6件,その結果について統計解析による検定がなされているものが4件であった.この3つの条件を全て満たす論文は2件であった(表2).

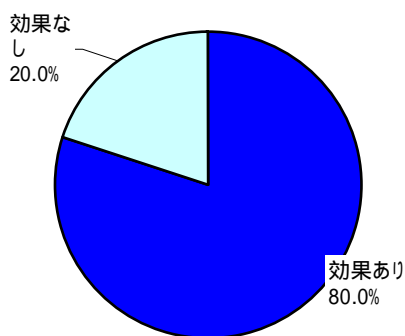


図1 足浴と睡眠に関する文献の結果

4. 考察

4.1 対象文献数の年次推移について

足浴の睡眠への効果に関する研究が行われるようになったのは,1992年からの約10年間であることが明らかになった.これはここ10年で今まで経験的な知識で語られることが多かった看護技術の効果を科学的にすべく,科学的根拠に基づいた看護技術の解明が重要視されるようになったことが影響していると考えられる.

ケーススタディや複合効果に関する研究を除き,足浴の睡眠への効果に関する研究として今回抽出されたのは10件の文献であった.文献数だけで論じられる問題ではないが,近年看護領域で足浴と睡眠の関係が注目されてきていることを考えると,10件というのは科学的根拠を構築するための知見としては必ずしも十分ではないように思われる.

また,この文献のうち英文雑誌に掲載されている文献はわずかに日本の大学から報告された1件のみであった.このことは,欧米などでは温熱効果を意図した足浴はほとんど行われることがないという文化的な背景も少なからず影響していると考えられる.

4.2 対象文献における足浴の睡眠への効果について

対象文献10件の内,8件が足浴の睡眠への効果がありと結論付けており,また関連が見出せなかった2件の文献でも足浴が睡眠の改善に効果があることを前提とした上で考察をおこなっており,実験環境によって対象者がリラックスできなかったことなどを理由としてあげていた.

4.3 効果がありとしている対象文献の研究手法に関する検討

足浴が睡眠の改善に効果があるとしている8文

献の研究方法についての検討を行った。その結果、測定項目の妥当性、対照群の設定、統計的検定の

3つの視点を全て満たす文献は2件であった。

表3 足浴が睡眠に効果があるとする文献

著者, 発表年	対象者	測定項目	評価項目の妥当性	対照群の有無	統計解析の有無
1 土江, 1992	23-39歳健康成人10名	脳波(ステージ判定)			
2 岩本, 1993	術後安静臥床中の患者8名	心拍数			
3 香春, 1995	19-42歳の健康な女性6名	R-R間隔, GSR			
4 Sung, 1998	21-40歳の健康な女性9名	脳波(ステージ判定)			
5 金, 2000	女子看護学生5名	脳波(シータ波)			
6 中谷, 2003	不眠訴えがある入院高齢者3名	アクチグラフ			
7 金井, 2001	入院中の小児14名-37事例	付き添いの母の主観			
8 高山, 2003	69-93歳の高齢者22名	睡眠時間			

:あり、 :記載なく判定できず

睡眠への効果を科学的に構築するためには被験者の「眠れた」などの主観的な評価のみだけでなく、睡眠自体を客観的な指標を用いて評価する研究も重要である。しかし、多くの研究は睡眠自体の客観的な評価ではなく睡眠に関連した項目(シータ波、心拍、R-R間隔、GSR)の変化から睡眠への影響を論じている。

脳波のシータ波は、基本的には覚醒中もしくは浅い睡眠中に出現する成分であり、覚醒中の覚醒水準の推定法としては確かに有効であるが、睡眠を直接的に評価する方法として妥当かどうか疑問が残る。また、心拍数・R-R間隔、GSRは自律神経活動を反映した指標である。睡眠中に交感神経系の活動が弱くなることが知られているが、この指標による交感神経の活動低下を睡眠への効果と置き換えるのは、現状では確立した手法であるとは言いがたい。ただ、これらの方法は睡眠の効果を間接的な面から示唆するものとしては有用な方法である。

さらに研究デザインの妥当性の検討として対照群の設定、統計的検定の実施について調査したが、対象文献の中でこの2つの条件をクリアしている文献は少なかった。確かに患者や高齢者などを対照とした研究では、対照群の設定や統計的検定に耐えうる被験者数の確保などが難しい面もあるが、若年健康者を対象とした研究でもこれらの点に関

して不十分なものもあった。

4.4 分析の視点を全て満たしていた文献

クリティークの3つの分析視点をすべてクリアしていた研究は2件であった。土江らの研究⁶⁾は、足浴の睡眠への直接的な効果について検討しており、有用な研究であるといえる。

彼女らの結果によれば足浴群の方が非足浴群と比較して、有意に入眠潜時(就床してから実際に入眠する時間)が短く、中途覚醒の回数も少なくなったと報告している。実際、この研究は睡眠に影響を及ぼす裏付けとして足浴についてかかれた総説¹⁶⁾などに引用されている。

しかし一方で、この研究に関しても夜間ではなく日中の睡眠実験であること、実験の被験者の多くが20~39歳の健康人(性別記載なし)であることなどの限界もあり、実験手法や実験デザインの面でさらなる研究の余地はあるものと思われる。

Sungらの研究¹¹⁾は土江らの研究⁶⁾同様、対象者が比較的若年の健康人で女性であるという限界を有するものの、夜間の実験であり睡眠の評価指標、対照群などの研究デザインもしっかりしている点で評価できる。しかし、この文献が看護領域の研究や総説、書籍などには引用されていない。これはこの論文が英語で書かれていることで、すでに文献検索の時点で排除されてしまっている可能性

も考えられる。

5. まとめ

1992年から足浴と睡眠の効果についての研究が行われ、その研究の多くは足浴が睡眠に有効であると論じていた。しかしこの分野の研究は文献の数も十分ではなく、また各文献の実験方法についてもさらなる検討の余地があると判断された。

足浴の睡眠改善の効果に関する科学的根拠を構築していくためには、基礎的知見を得るための実験的研究と、看護実践の際の有効性を検証する臨床研究の両面から研究をより一層進めていく必要があるものと思われる。

引用文献

- 1) 一森恒子, 山本美晴, 釜口京子, 他: 不眠の実態とその援助, 看護展望, 18(1), 91-9, 1993
- 2) 川島みどり: 看護技術を科学する 睡眠を導く技術足浴の効果, ナーシング・トゥデイ, 9(6), 8-11, 1994
- 3) 医学中央雑誌 (Web版): <http://login.jamas.or.jp/>
- 4) Pub Med (Web版): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
- 5) Cinahl (Web版): <http://spweb.silverplatter.com/>
- 6) 土江淳子: 足浴が睡眠に及ぼす効果について 脳波と皮膚温から, 日本看護研究学会雑誌, 15(2), 90-91, 1992
- 7) 岩本節子, 塚原厚子, 前田ひとみ: 足浴が睡眠に及ぼす効果, 日本看護研究学会雑誌, 16(2), 86, 1993
- 8) 香春知永, 菱沼典子, 操華子, 他: 入眠を促す援助としての足浴の効果 自律神経への影響に焦点をあてて, 日本看護科学会誌, 15(3), 29, 1995
- 9) 佐野美香: 病院環境での睡眠を促す援助としての足浴の効果, 日本看護科学会誌, 16(3), 134-135, 1996
- 10) 平松則子, 大吉三千代, 川島みどり, 他: 不眠の援助としての足浴の有効性について, 病体生理, 31(2), 1997
- 11) Eun-Jung Sung, Yutaka Tochihara: Effects of bathing and hot footbath on sleep in winter. J. Physiol. Anthropol. Appl. Hum. Sci. 19(1):21-27, 2000
- 12) 金壽子, 志自岐康子, 城生弘美, 他: 足浴による入眠の効果(3), 日本看護科学学会学術集会講演集 20号 245, 2000
- 13) 金井真理子, 井田都子, 石原智穂, 他: 就寝前における足浴の効果-咳嗽のある患児に足浴を実施して-, 日本看護学会論文集 32 回小児看護, 196-198, 2001
- 14) 中谷純, 大塚吉則: 高齢者における足浴の睡眠時間における影響, 日本温泉気候物理医学会誌, 66(3), 2003
- 15) 大山直子, 岡崎寿美子: 就寝前の足浴が睡眠に及ぼす影響 施設入所した高齢者を対象とした睡眠調査の分析より-, 日本看護研究学会雑誌, 26(3), 309, 2003
- 16) 服部恵子, 山口瑞穂子, 島田千恵子, 他: 看護技術を支える知識に関する一考察 足浴に関する文献を通して 1992~2001 順天堂医療短期大学紀要, 14, 139-150, 2003

(受付: 2003年11月19日, 受理: 2004年1月14日)

The Effect of a Foot Bath on Sleep

Eijun NAKAYAMA, Hiromitsu KOBAYASHI, Takako TAKIUTI

Abstract

Foot bath has received attention as a sleep inducement. We examined the effects of foot bath on sleep and found that : 1) The effect of foot bath on sleep has been reported since 1992. 2) Many papers support a relationship between foot bath and sleep. 3) There was little research directly evaluating the effect on sleep-state. Further research is necessary to obtain scientific evidence regarding the effect of foot bath on sleep .

Key words foot bath, sleep, review

資料

終末期地域ケア推進に向けての人材育成研修のあり方

作宮 洋子

概要

生命の終わりは不可避であり、死に至るときは、心身ともに安楽に自己実現の頂点にいたっての死を誰も願う。地域ケアにおいては、終末期を地域社会で暮らす人々とその家族やケアに携わる関係者の終末期ケアや看取りに関するニーズを知り、地域の保健・医療・福祉の関係者との連携のもと、健康や QOL の向上を支援する活動が必要とされる。今後は、高齢社会の進展、医療技術の進歩等により終末期ケアのニーズは増大することが予想され、終末期ケアを提供するための基盤である人材育成は重要なことであると考えられる。終末期ケアの内容や特性、関係者のニーズ等を踏まえ、地域ケア総合センターの人材育成研修のあり方への考察を試みた。

キーワード 地域ケア，終末期ケア，緩和ケア，人材育成研修

1. 序論

1.1 はじめに

石川県立看護大学附属地域ケア総合センターにおいては、看護大学が地域貢献するための事業として、広く一般県民や看護・介護関係等の専門職を対象とした人材育成研修を実施している。研修のテーマは学内の意見を取り込み、地域ケア総合センター運営委員会において決定されている。

地域ケアの各分野では、母子保健、精神保健、介護ケアサービスの提供等の施策が推進されつつあるのに対して、高齢化等の QOL の向上や終末期ケアへの対応が今後の課題として残されており、地域ケアサービス提供体制を整備推進するための基盤となる人材育成研修体制を構築する必要があると考えられる。

1.2 目的と方法

研究の目的は、終末期ケア推進の観点から、第一には終末期ケアの重要性やその内容や特性を認識し、強調するとともに終末期ケアに関する共通した理解を得ることである。共通理解を得るために、サービス提供に関わる関係者の技術力向上や一般県民への意識啓発のための研修企画の構成要素を既存の文献等資料から明らかにする。また、先進的な活動を紹介する研修会等の参加によっても資料を得る。第二には 15 年度に実施した地域ケア総合センター研修会において行ったアンケート結果を分析して、終末期ケアに関する研修ニーズを明らかにすることである。第三には、地域保健活動において終末期ケアを地域で実践や展開可能

なものとするための研修の内容や事項を研修メニューのモデルとして地域に提示する。

2. 本論

2.1 地域ケアと終末期ケア

地域ケア、コミュニティヘルスケアは、地域保健法をはじめ健康に関連する法的基盤のもとに、官と民、保健・医療・福祉の各機関が連携し、社会資源を活用しながら、地域の歴史や文化、社会的特色を背景として、地域の健康の向上をめざすためのケアである。

地域の健康向上をめざすためのケアは、看護学では地域看護学が応用される。金川克子は『地域看護学診断』¹⁾において、「地域で生活している人々を対象に健康とQOLの向上をめざした看護活動」であり、個々の対象の健康レベルに応じて、各々のもつニーズの充足をさせ、「その人の生活をその人らしく整えることに寄与する実践科学」としている。このことを地域ケアにおける終末期の地域ケアとしてあてはめると、対象は地域で生活する「終末期」の健康レベルにある人である。対象の終末期特有のニーズの充足を図り、その人が望み、最もふさわしい形で生きられるよう整え、QOLを向上させるために行う実践活動であるといえる。地域ケアは、一定の地域において、終末期ケアに関する地域看護、在宅看護や医療機関の行う看護等との連携を図りながら共に協働して進められるものでもある。

地域保健福祉の分野では、現在、高齢者への保健福祉の向上の施策は進展してきており、老人保

健福祉計画や介護保険計画等に基づき、介護サービスの提供、介護予防等の取り組みが展開されている。『石川長寿社会プラン 2003』²⁾に掲げられているものとしては、高齢者の介護サービスの提供、高齢者福祉ボランティアの育成や地域見守りネットワークの整備、高齢者の地域における連帯意識の向上による孤独感の解消を図ることなどが挙げられており、これらの施策の推進とともに高齢者のQOL向上の実現は、福祉社会の実現においても重視されている。

2.2 死に対する意識

終末期ケアや死に対する意識については、一人の人間として自己の死や家族等肉親の死への意識と専門職としてケアサービスを提供する者としての問題意識との2つの側面がある。

地域保健福祉活動の現場においては、様々なケースの支援において、ケースの個別的背景として、そのケースが自己の親や肉親を失ったことで問題が浮上する事例は多い。その問題とは、支援対象者が、身近な肉親の死によって、心理的に影響を受け、生活行動が変化し、状態が悪化したとの訴えである。肉親を失った悲しみが癒えずに心の傷を抱いて生きている人も多いとの印象を拭いきれない。大切な人の死による悲しみや喪失感を抱いている人への悲嘆のケアは、どのような形で、いつ、誰によって、どのような方法で、なされる必要があるのだろうか、地域ケアにおいてはどのような形でなされていく必要があるのだろうか、という疑問に突き当たる。

『ターミナルに関する意識とその日本思想史的背景』において浅見洋³⁾が指摘しているように、1人の命は子から孫へと継承されるだけでなく、「本人の所属する集団や共同体と強く結びつけて捉える伝統」としてのいのちのとらえ方があるように、個人の死生観だけではなく地域集団の慣習や歴史的背景のなかで形成されてくる人生観、死生観の問題がある。しかし、先人達の生きた地縁社会の連帯意識や宗教意識が薄れてきているといわれている現代社会においては、終末期の看取りの意識や悲嘆もまた変化してきていると考えられ、地域連帯意識や核家族化に伴う家族への看護や看取りを、どのような哲学や宗教心をもって臨み、死をどう捉え、看護や介護の行動をとろうとしているか、終末期ケアニーズがどこにあるのか、それらを改めて現代の地域の中で知る必要がある。

2.3 終末期ケアが求められる背景

近年、高齢化や悪性新生物による死亡が増加しており、死亡率に関して人口動態統計の推移をみると、総死亡は1980年代後半以降緩やかな上昇が見られる。がん死亡についても年々上昇し続けていることが分かる(表1,図1,2)⁴⁾⁻⁷⁾。「悪性新生物」による死亡は他の死因の中でも最も多く、1981年以降第1位で、死亡率も年々上昇している。

石川県の2001年の死亡総数は9,440人であり、悪性新生物による死亡は2,883人であり総死亡に占める割合は30%を示していた⁸⁾。がんによる死亡の増加は著しく、緩和ケアの重要性が増してきていると考えられる。

表1 死亡率の年次推移(人口10万対)⁴⁾⁻⁷⁾

	総死亡		悪性新生物	
	全国	石川県	全国	石川県
1950年	1087.6	1319.4	77.4	88.2
1955年	776.8	901.8	87.1	100.2
1960年	756.4	893.6	100.4	118.9
1965年	712.7	861.3	108.4	129.9
1970年	691.4	775.7	116.3	134.1
1975年	631.2	722.3	122.6	133.1
1980年	621.4	688.1	139.1	139.1
1985年	625.5	666.4	156.1	170.6
1990年	668.4	709.5	177.2	188.0
1995年	741.9	780.7	211.6	219.7
2000年	765.6	802.6	235.2	246.0

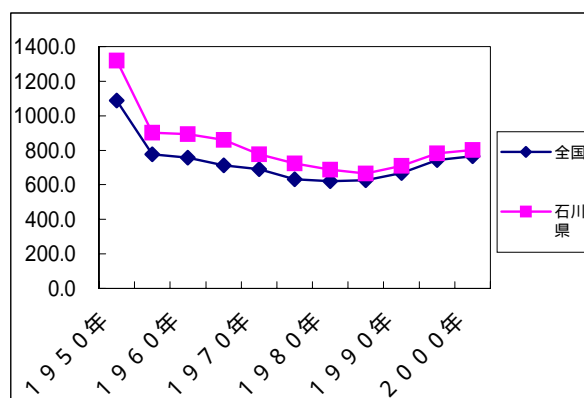


図1 総死亡率の年次推移(人口10万対)⁴⁾⁻⁷⁾

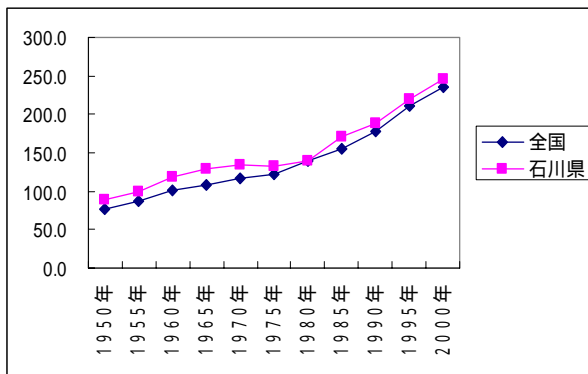


図2 悪性新生物の年次推移 (人口 10 万対) 4)・7)

『国民衛生の動向』⁴⁾においては、高齢者の悪性新生物の死亡割合が増加し、年々その増加が見られることが指摘されており、高齢化社会においては介護問題と共に死の問題への対応や緩和ケアサービスは大きな問題となることが予測される。

地域ケアにおいては、地域で生活する人の健康レベルはさまざまであり、生活の場も在宅、施設、病院等さまざまであり、死を迎える場所によって家族や医師をはじめ医療関係者が関わるなど終末期に関わる人は異なるが、すべての人が、どこで終末期を迎えようと、QOL を高めケアサービスが適切に提供されなければならないと考えられ、終末期ケアの提供実践力の向上へのニーズは高まってきた現状にある。

すべての死に対して、それぞれの終末期ケアがあり、残された家族の悲しみがある。福祉社会の実現に向けては、終末期ケアは最後のケアであり、ケアサービスの質を確保し、安らかな死を迎えられるよう、終末期ケアの提供システム整備が必要と考えられる。

地域保健福祉においては、石川県健康づくり計画『いしかわ健康づくり 21』⁹⁾で高齢者のこころの健康づくりとして、「保健・医療・福祉の連携によるこころのケアの体制を整備する」、がんの「がん罹患者の生活の質の向上」及び「終末期患者の緩和ケアの推進」が施策の方向性として示されている。

高齢者ケアについては、『石川県長寿社会プラン 2003』²⁾が策定され、高齢化社会の対応として高齢者の施設・在宅ケアサービスの提供のための施設整備、ケアを提供する人材の確保等の整備目標が設定されている。また、施設設備の整備による目標達成とともに、地域における連携のもとでのサービスやケアの充実により、高齢者が安心して生活し「心が通い合う活力ある長寿社会」に向け

て施策が展開されている。

これらの施策を推進し、ケアを提供するための人材育成研修は不可欠である。

2.4 終末期ケアと緩和ケアの考え方

終末期ケアは、人間の生命の終わりを迎える時期へのケアであり、死期におけるケアを意味する。柏木哲夫は『ターミナルケア』¹⁰⁾において、「医療の場面においてあらゆる集学的治療をしても治療に導くことができない状態で、積極的治療が患者にとって不適切と考えられる時期を指す、生命予後が6月以内と考えられる状態」と定義しており、終末期ケアは、医療面で積極的な治療が不適切であり、死が迫っている状態である場合の人に対するケアを意味すると考えられる。

そのケアとして求められるものはその人に応じた症状を緩和させるための対症療法、心身の快適さや安楽、死への不安の除去、出来る限りの自己実現の到達や達成を目指すこと、肉親や家族、親しい人々との最後の生きる時間の共有、別離、その他個別に異なると考えられるが、医療以外のさまざまな内容が含まれる。

緩和ケアは末期がん患者の苦痛へのケアを行うホスピスでの緩和医療とともに取り組みが進められてきた。1986年にWHOは『がんの痛みからの開放とパリアティブ・ケア』¹¹⁾において提示した緩和ケアの定義は「治療を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的な全人的なケアであり、痛みや他の症状のコントロール、精神的、社会的、霊的な問題のケアを優先する。緩和ケアの目標は患者と家族のQOLを高めることである」としており、緩和ケアの基本的方針を明らかにしている。

緩和ケアががんを疾病としてもつ者へのケアとして捉えられているのに対して、終末期ケアはがんのみでなく、あらゆる場合の死を対象とするケアであり、緩和ケアは終末期ケアに含まれる概念と考えられる。

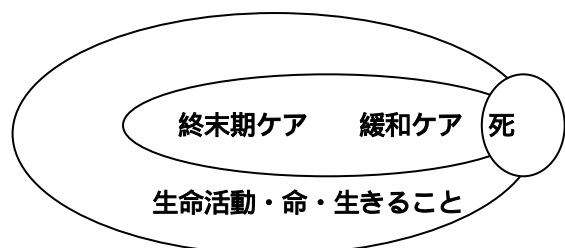


図3 終末期ケアと緩和ケアと死

2.5 終末期ケアの内容とケア担当者

緩和ケアに関しては、1989年にWHOは緩和ケアの基本方針として、生命の尊重とともに、死は誰にでも訪れるものとしてとらえる、死を早めることや延命を企てない、痛みやその他の症状の緩和を図る、心理面の問題や霊的9 (spiritual) な痛みのケアを行う、死が訪れるまで活発に生きられるよう支援する体制をもつ、病人をもったことや死別の悲しさを切り抜けるよう家族を支援する体制をもつ、6つの基本方針を提唱している¹²⁾。

また、在宅ホスピス協会が1999年に制定した『在宅ホスピスケアの基準』¹³⁾における基本理念は、患者や家族のQOLにより家で安心して過ごせるケアの実施、死への過程への敬意、死を早めることも遅らすこともしない、痛みや不快な身体症状の緩和と心理的・社会的苦痛の解決支援、霊的痛みへの共感し生きることの意味を見いだせるようにケアする、患者の自己決定、家族の意思を最大限尊重する、などである。

これらの基本方針から緩和ケアや在宅ホスピスケアを推進していくための関連事項とケアを実施する関係者の範囲、体制等は次のとおりである(表2)。

表2 緩和ケア、在宅ホスピスケアの基本方針とケア実施者・体制等

基本方針	関連事項	ケア実施者・体制等
生命の尊重、死の過程への敬意、死の訪れへの受容	生命の尊重の教育、自己の死生観の形成	性教育、死の準備教育等の教育担当者等
死を早めることも延命も企てない	告知、インフォームドコンセント	医療機関、ホスピス等の緩和ケアの施設等
痛みやその他の不快な身体症状を緩和する。	痛みの緩和治療、対症療法、身体的ケア、必要な日常生活の工夫の指導	訪問看護ステーションによる緩和ケア、訪問介護サービスの提供等
心理的・社会的苦痛の解決への支援、霊的(spiritual)な痛みに共感する、霊的ケアを行う。	心理的・精神的ケア、霊的ケア、社会的不安へのケア	医師、哲学者、宗教家、医療関係者等

生きることの意味を見いだす、死が訪れるまで活発に生きられるよう支援する体制	平常の生活の維持継続支援体制、在宅・家庭生活への支援体制、職場の勤務が出来るための支援、行動が出来るための支援、QOLの向上、住居環境の整備	家庭医の管理下での医療、緩和ケア専門医療機関との医師間の連携体制、建築家等
病人をもったことや死別の悲しさを切り抜けるよう家族を支援する体制	介護・看護等家族の負担の軽減を図る支援、家族等の相談出来る場を設定する支援、悲嘆へのケア	訪問看護・介護等のサービス提供者、心理等の相談担当者、グリーフケアの実践者
患者の自己決定、家族の意思の尊重	患者、家族の意思の尊重、インフォームドコンセント、必要な情報の提供	医師、その他の医療関係者、チャプレン

このように、ケアには、教育関係者、医師をはじめとする医療関係者、哲学者、宗教家、建築関係者等が必要とされる。そして、これらの関係者が相互に連携をとりつつ、自己の専門分野を生かし、同じ目的に向かって働きかけを行うことが必要である。

チームケアの必要性について、川越厚は『在宅ホスピスを始める人のために』¹⁴⁾において、シシリ・ソングスのホスピスに対する基本的な考え方においては、ホスピスケアが学際的なチームケアによってなされること必要としていることを紹介しており、「分野の異なる、複数の専門家が集まって1つのチームを作ること」によりケアを進めていくことと述べている。

2003年10月11日に東京都で開催された在宅ホスピス協会主催の第2回在宅ホスピスケア研修会『在宅ホスピスケアにおけるチームアプローチ 専門職のコンピテンシーをふまえて』の講演において、Hospice HawaiiのCPO(Chief Privacy Officer)であるKenneth Zeriは、ホスピスケアが全人的なケアとしてなされる必要があることや、地域の様々な場面でのケアの提供などから様々な諸種の関わりとそのチームのネット

ワーによりケアを行うことの必要を説いた。Kenneth は米国のホスピスでのホスピスのチームは「患者と家族、主治医、ホスピスのメディカルディレクター、看護師、医療ソーシャルワーカー、チャプレン、看護助手、悲嘆カウンセラー、ボランティア、必要に応じてその他の職種」で構成されており、そのチームのメンバーはあたかもそれぞれが“パイの一部”“A piece of pie”であり、相互の貢献を理解し、各個人がチームにもたらす長所を發揮し、各専門領域の「境界がかすんだ」中での相互の長所が發揮、さらにチームによる疼痛管理など患者と家族に対するケアのゴール到達へのチームの機能の仕方についても参考となるケアの方向性が示された。

緩和ケアや在宅ホスピスケア、終末期ケア等の基本方針の実現には、表2に示した7項目が患者と家族を含む関係者によるチームワークによって実施されることが必要であり、実施するための関係者の共通認識や理解を得るための現任者研修及び連携体制整備が必要である。

2.6 霊性、霊的痛みとは

前節における表2の基本方針の実現は、死を早めることも延命も企てない及び痛みやその他の不快な身体症状を緩和する、以外はその重要性が指摘されてはいるものの比較的取り組みが進められていない分野であると考えられる。、以外の項目は、とが身体を物理的に考えた場合、Oncologyに基づく高度な医学的処置や薬物の使用等ケアの方法が確立されているのに対して、その他の基本方針は、人間を支配する理性の部分としての側面である心の在りようや認識方法、思考方法、などが関わっている部分であり、実際のケアや支援の有り様としてとらえられにくいということがある。全人的なケアが必要とされる終末期ケアは人間の身体及び理性的機能が一体となった人間の存在へのケアが必要とされ、今後、哲学や心理学等の学問分野との関わりを深めていくことによってそのケアの方法論を確立していくことが必要である。

基本方針の 心理的・社会的苦痛の解決への支援、霊的 (spiritual) な痛みと共に感ずる、霊的ケアを行う、の中で、後半部分の「霊的 (spiritual) な痛みと共に感ずる、霊的ケアを行う」については、前半の心理的苦痛とどのように異なるのであろうか、霊的ケアとはどのようなケアをさすのであろうか。このことは従来の保健や看護のなかではあ

まり取り上げられてこなかったこともあり、看護関係の文献上では必ずしも十分な説明がなされているとはいいがたい。終末期ケアの基本方針でもあり、人間の理性の根幹をなす魂の問題として、「霊的」の示す概念の明確化が必要である。

緩和ケアのなかには、精神的、心理的ケアとともに霊的なケアを必要とする記載された文献が多い。

人間の精神や魂について、哲学者ヘーゲルは精神機能が絶えず発展するものとしてとらえ『精神の現象学』¹⁵⁾において「・・・このように自分を再建する相等性、あるいは他的存在のうちにありながら自分自身へと還帰 (反省) すること、これが真なるものなのである。真なるものとは、自分自身へとなりゆく生成であり、自分の終わりを前もって目的として前提して、それを初めとし、そして目的を実現する過程と終わりとによってのみ現実的であるところの円環である」と説いている。これは、人間にとって自己の精神機能は自分自身の経験を通して、それを契機として発展していくという真なるものの主体としての存在であり、精神の機能を経験を契機として絶えず自己を真なるものに向かわせるよう止揚することの意識や自覚が精神、魂 (spirit) であると解される。

鈴木大拙は『日本的霊性』¹⁶⁾における霊性の定義は、霊性と精神を関連づけて説明している。即ち、精神は「精神の話される場所、それはかならず物質と、何かの形で、対抗の勢を示すようである。すなわち精神はいつも二元的思想をそのうちに包んでいる」として精神概念の特異性を説明し、霊性とは「精神とか、またふつうにいう「心」のなかに包みきれないものを (霊性ということばのなかに) 含ませたい・・・精神と物質との奥に、今一つ何かを見なければならぬ」と説き、相容れることのできないものを包み込んだ新しい精神の世界を開くことが霊性の自覚であるとしている。

両者ともに人間が自覚する”人間のこころや精神の働き”であることは共通しており、ヘーゲルの言う”自己の再建と他存在の自己への返還”は、自他相容れないものの自己への反映、鈴木大拙の”物質と精神の二元性を一つのものに包み込む”こと、”相容れることが困難なものをも取り込む別な心境への到達地にいたること”、生きるという経験を通して絶えず生成され、止揚され、発展の契機となるもの”など、今後、哲学的な霊性について意味を含めて、ケアにどのように反映させていくか

の検討が必要である。

現状においては霊的痛みについては、日野原重明『現代医学と宗教』¹⁷⁾、川越厚『在宅ホスピスを始める人のために』¹⁴⁾、窪寺俊之『スピリチュアルケア入門』¹⁸⁾、東原正明・近藤まゆみ編『緩和ケア』¹⁹⁾、淀川キリスト教病院ホスピス編『緩和ケアマニュアル』²⁰⁾において述べられているが、さまざまであり、意味することも幅広い内容である。概してみると、霊的痛みと精神的痛みに分けて用いられており、その内容について以下のとおり整理した(表4)。

表4 霊的痛みと精神的痛みの性質

霊的痛み	精神的痛み
宗教的痛み	告知や予後を
人間の生きる意味を問う	告げられるこ
罪の意識や死後の不安状態、	とでの死の不
人間の存在の根元に対する	安
痛み	恐怖、驚き
強い死への願望	鬱状態
宗教的・実存的・主観的で	悲しみ
本人の生き方と密接してい	孤独感
る	怒り
身体感覚的な現象を超越し	落胆、落ち込み
て得た体験を現す	無気力感
自分の存在そのものを問題	失望
とする魂の痛み	いらいら
人間存在の痛み	

両者の違いは、心理的、感情的な心の痛みとしての精神的痛みと霊的痛みは死と対面して自己の生命の存在に関する内面的痛みとして理解されるが、ケアする対象のスピリチュアルな面のニーズの判断とともに的確にケアしていくことが今後重要となる。

3 研修ニーズ調査結果について

地域ケア総合センターでは、県民の健康や看護に関する諸ニーズを迅速に研修等事業に反映させたいとの趣旨から、受講者に簡単なアンケートを依頼している。

平成15年度の地域ケア総合センターにおいて、一般県民(看護、介護関係者も含む)を対象とした公開講座の終末期ケア研修会の際に実施したアンケートは以下のとおりであった。

3.1 終末期に関するアンケート結果

結果は、受講者220名中200名が回答し、回答率は90.9%であった。終末期のケア・看護・介護などに関連して今後必要なサービスとして何が必要かについて尋ねたところ、一般県民は多い順に「不安なとき悩みを聞く窓口」、「看護する者の健康管理」、「心のもち方の相談・指導窓口」を必要としていた。看護・介護関係者は、一般県民と同様に「不安なとき悩みを聞く窓口」が最も多く、次いで「専門職の研修・学習会」、「看護する者の健康管理」、と続き、さらに「病気の継続管理」、「ケア検討・事例検討会」が必要との回答が多くみられた(表5)。

表5 終末期ケア・看護・介護等今後必要なこと

	一般県民		看護・介護業務従事者	
	人数	割合	人数	割合
総数	20	100.0%	162	100.0%
病気の継続管理	7	35.0%	78	48.1%
健康回復等の相談	2	10.0%	18	11.1%
看護する人の健康管理	11	55.0%	89	54.9%
心のもち方の指導・相談窓口	10	50.0%	60	37.0%
不安なとき悩みを聞く窓口	13	65.0%	110	67.9%
医療相談窓口	6	30.0%	40	24.7%
専門職の研修・学習会等	6	30.0%	91	56.2%
一般県民のための学習会	6	30.0%	36	22.2%
ケア検討・事例検討会	4	20.0%	78	48.1%
家族会等の自主的活動の育成	3	15.0%	39	24.1%

(複数回答)

参加者からの自由記載の感想や意見は、30.5%から寄せられ、一般県民からは終末期地域ケアの推進、研修希望等の希望(表6)であり、看護・介護の関係者からは、看護・介護での終末期ケアの推進、在宅ケア・地域ケアの推進、死の準備教育、告知や疼痛管理などの緩和ケア等の推進などであった(表7)。

表6 一般県民からの意見・感想等の内容

項目	内容
健康講座・研修等	今後もこの研修を継続してほしい。
	終末期を迎える人を囲む家族や親類縁者、周囲の人が、本人に対しての言葉かけや配慮についてもっと理解し、適切に対応することが必要であり、そのための教育が必要である。

表7 看護・介護関係者からの意見・感想等の内容

項目	内容
看護・介護関係	一般病院でも終末期ケアの導入が必要である。
	病院での緩和ケアチームを作りつつあり、参考にしたい。
	一般病院等でも、終末期のこころの支援が必要であると感じるが、忙しさから出来ないこともある。
	終末期にある人へのこころのケアの難しさを感じており、今後、さらに学びたい。
地域ケア関係	緩和ケアを実践する訪問看護ステーションが必要と考えられる
死の準備教育	死の準備教育を実施してほしい。
	死への不安が強く、どのように対処していいか、答えが出せない。
健康講座・研修等	高齢者に関する終末期ケアの研修を希望する。
	ターミナル研修を増やしてほしい。
医療関係	モルヒネ使用についての医療では避ける傾向があり、医師等の緩和ケアや麻薬使用に関する理解を深めてほしい。

4 結論

ケア推進には一般県民の意識啓発のための研修やケアチームを構成する関係者研修及び連絡体制整備、終末期ケアの質的向上を図るための人材育成研修モデルとして次の三つの研修方式を提示したい。

4.1 一般県民向け啓発研修

一般県民向け研修は、死生観や生き方、生命の尊重等が主となり、終末期ケアを醸成する人的基盤を築くことをねらうものである(表8)。講座は5回で1コースであり、項目と目的に対して講師となりうる職種を参考に例示した。

表8 一般県民向け研修(終末期と心の健康講座(仮題))

項目	目的	講師となり得る職種の例示
1 死生観について	自己の死生観を醸成するきっかけをつくる。	哲学者, 作家等
2 生命の尊厳について	かけがえない大切な生命の尊重について考える。	医師, 保健師助産師看護師等, 教師
3 自己の生と死について	生き方を考えるヒントを得る。	哲学者, 牧師・僧侶等, 保健師助産師看護師等

4	霊性と宗教について	精神や心理と霊性, 宗教についての考え方について考える。	哲学者, 牧師・僧侶等
5	大切な人との別れについて	喪失感, 悲嘆のときの対処行動を考える。	哲学者, 牧師・僧侶等, 宗教家, 保健師助産師看護師等, 心理学者等, 作家等

4.2 関係者向けのサービス向上強化研修

看護・介護関係者向けの研修は、上記一般県民向け研修の内容を踏まえた上で、施設であろうと在宅であろうとケースの生活する場において、ケースの意思決定支援やターミナル・ケアマネジメント、ターミナルケアのプランニング、緩和ケアのプランニングがチームプレイを実践可能とすることをねらった専門職の育成を目指したものである(表9)。

表9 関係者研修(ケアサービス向上研修(仮題))

項目	ねらい
1 終末期ケアサービスの提供の現状と課題について	現状確認, 課題の明確化を図る。
2 疼痛緩和ケアの方法	緩和ケアのチームの役割について明確にし, 連携を深める。
3 高齢者終末期ケアの留意点	高齢者の安楽な終末期ケアを推進する。
4 霊的共感とグリーフケア	グリーフケアの取り組み方を学ぶ。
5 終末期ケアサービスの今後の進め方について	現状からの課題等に対する改善方法の検討

4.3 ケアサービス連絡会議・事例検討会等の研修

ケアに携わる関係者自らが抱える業務上の解決が困難な課題や自己の努力だけでは解決し得ない問題、他者との関わりの中で解決方法を見出すことが必要とされる問題等をもちよって方策やプランを検討しあう場が必要であると考えられる。施設ケアと在宅ケア等との連携や地域のケース支援体制の構築が必要である。

謝辞

本稿を作成するにあたり、ご指導をいただきました石川県立看護大学学長兼地域ケア総合センター長金川克子先生と地域ケア総合センター運営委員小薮邦昭事務局長様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 金川克子：『地域看護診断 技法と実際』,東京大学出版会 ,9,2000
- 2) 石川県：石川県長寿社会プラン 2003,35-38,2003
- 3) 浅見洋：ターミナルに関する意識とその日本思想史的背景,北陸宗教文化,15,13,2003
- 4) 厚生統計協会：国民衛生の動向, 48-49 ,2002
- 5) 石川県厚生部：衛生統計年報,5-6,12-15,1998
- 6) 石川県健康福祉部：衛生統計年報,5-6,12-15,1999
- 7) 石川県健康福祉部：衛生統計年報,5-6,12-15,2000
- 8) 石川県健康福祉部：衛生統計年報,5-6,12-15,2001
- 9) 石川県厚生部：いしかわ健康づくり 21,28-35,2000
- 10) 柏木哲夫：ターミナルケア,医学書院,31,2003
- 11) 同上,9-10,2003
- 12) 小松浩子,土居洋子編：成人看護学 F 終末期にある患者の看護,廣川書店,31-32,2002
- 13) 在宅ホスピス協会 1999.11.29 制定：在宅ホスピスケアの基準,1999
- 14) 川越厚：在宅ホスピスをはじめる人のために,医学書院 ,9-10 ,1996
- 15) 城塚登：ヘーゲル,講談社学術文庫,307-308,1999
- 16) 鈴木大拙：『日本の靈性』,大東出版社,6-11,1944
- 17) 日野原重明：現代医学と宗教,岩波書店,167-175,1997

- 18) 窪寺俊之：スピリチュアルケア入門,三輪書店,54-61,2001
- 19) 東原正明 近藤まゆみ編：緩和ケア ,医学書院 ,26-33,2002
- 20) 淀川キリスト教病院ホスピス編：緩和ケアマニュアル,最新医学社,173-181,2001

参考文献

- 1) 小松浩子,土居洋子編：成人看護学 F.終末期にある患者の看護,廣川書店,23-34 ,2002
- 2) 小松浩子,土居洋子編：成人看護学 E.がん患者の看護,廣川書店,37-146 ,2002
- 3) 西村文夫,宮原伸二：家で死ぬということ 家族が後悔しない身内の介護と看取り方,碧天社,75-279 ,2002
- 4) 柏木哲夫：死に行く人々のケア,医学書院 ,1-11, 1999
- 5) 柳田尚編：がん患者の在宅医療,真興交易医書出版部,20-30,1998
- 6) 飯野京子,清水喜美子,丸口ミサエ,吉田扶美代：がん看護学 - ベッドサイドから在宅ケアまで,三輪書店,71-83,1998

(受付：2003 年 11 月 19 日 , 受理：2004 年 1 月 14 日)

Training for Terminal Care Management in Community Health Care

Yoko SAKUMIYA

Abstract

Humans can not avoid death, and when they are dying , everybody wishes to realize their ideals and achieve peace of mind and comfort.

In providing community health care, we must identify the terminal health care needs of families and the community. When these needs are identified, participation in community health care can be based on a good connection between health care team members and medical and social welfare programs to provide terminal care and improve the quality of the patient's remaining life.

In the future, the need for terminal care is expected to increase due to the increase in highly aged patients and the increased rate of cancer deaths, and the increased expectation that terminal health care will be provided. It is most important to increase the skills that will provide the foundation for terminal health care.

In this paper, I try to consider the type of educational program needed to develop the skills for physical and spiritual care and provide a foundation for education about death.

Key words community health care, terminal care, palliative care, labor skill development training

石川看護雑誌発行規定

(趣旨)

第1条 この規定は、石川県立看護大学研究・紀要委員会規程に基づき、石川県立看護大学研究紀要委員会（以下「委員会」という。）の所掌事務のうち、研究活動の成果報告（学術雑誌（以下「本誌」という。））に関することを定める。

(名称)

第2条 本誌の名称は、和文名で石川看護雑誌、英文名で Ishikawa Journal of Nursing とする。

(委員会)

第3条 本誌の編集、発行に関する責任は、委員会が負い、この規定に定めるもののほか本誌の編集、発行に関する事項は委員会が別に定める。

(発行)

第4条 本誌は、原則として、毎年1回発行する。

2 本誌の製版は、A4版とする。

(投稿資格)

第5条 本誌に投稿できる者は、石川県立看護大学専任教員及び職員、若しくは委員会の承認を得た者とする。

2 第1著者として投稿できる論文の数は、1人1編とする。

(論文の内容・種類)

第6条 投稿論文の内容は、看護学の発展に寄与する学術的なものに限る。

2 種類は総説、原著、報告（事例報告、教育報告を含む。）資料、その他とする。

3 既に他誌に公表されたもの若しくは公表予定のものは認めない。

(原稿)

第7条 原稿は、別に定める「執筆要領」に基づいて作成するものとする。

2 投稿後の原稿は委員会の指示又は承認があった場合のほか、これを訂正してはならない。

3 1編の紙幅は、本文、概要、注釈等を含めて、文字数で20,000字（写真、図表等は相当文字数に換算）以内とする。

(投稿手続)

第8条 投稿責任者は、原稿1部及び写し2部を別に定める投稿受付期間内に委員会の事務局担当者へ提出する。

2 前項の投稿受付期間を過ぎたものは、これを受理しない。

(採否)

第9条 原稿の採否は、査読を経て委員会が決定する。

2 査読は一論文について2名以上とし、委員会が依頼した査読者に相応しい本学の教員若しくは外部の有識者があたる。

3 倫理上問題のある研究方法をとっているもの、若しくは公表に不適切な内容を含むものは採用しない。

(配布)

第10条 本誌は、次に掲げるところに配布する。

(1) 本学専任教員及び投稿者

(2) 国立国会図書館、看護学関係の学術研究機関及び県内の医療関係諸機関

2 投稿者のうち希望する者に対して、当該投稿部分の別刷り30部を無償で交付するものとし、これを越える部数は投稿者が負担するものとする。

(附則)

1 この規定は、平成15年6月12日から施行する。

2 平成16年3月11日改訂。

「石川看護雑誌」執筆要領

(論文の体裁, 様式)

1. 原稿は, 原則として和文もしくは英文とし, 表紙に論文の種類(原著, 総説, 報告等)を明示する.
2. A4版で横書きを原則とし, 10ページ(400字原稿×50枚相当)以内とする. 英文はこれと等量とする.
3. 基本的には 題目, 著者名, 概要, キーワード, 前書き, 本論, 結び(あれば謝辞), 引用, 参考文献の順で構成し, 続いて 注記, 付録などがあればその順で記載する. 和文の場合は, 最後の頁に 1) Title, 2) Name, 3) Abstract, 4) Key words を順に英文で付記する.
4. 原則として, 本要領に合致するようにワードプロセッサによってプリントアウトした原稿3部(2部は査読用なので著者名のないもの)とフロッピーディスク(提出者名とファイルのソフト名を表書き)を提出する.
5. 原稿のフォントは, 原則として和文では「MS 明朝体」を用いる. また, 1ページは, 和文横書きでは44字×47行×1段で上32mm, 下23mm, 左右25mmずつの余白を空ける. 本文の文字の大きさ(級数)は, 10ポイントで印字する. 算用数字は原則半角とする. 英文原稿のフォントは「Century 体」(又はこれに類似したもの)を用い, 原則として印刷はシングルスペースで1段になる. その他は和文の書式に準じるものとする.
6. 横書きにおいて用いる句読点は, 全角の「,」及び「.」とする.
7. 本文, 図・表・写真とも160mm×242mmの枠内に必ず収めること.

(題目と著者名)

1. 題目と著者名については, 題目, 著者名の順にそれぞれ1行空けて記述する.
2. 題目は, 級数を16ポイントとし, 左右中央に位置するように印字する. 和文題目のフォントは「ゴシック体(太字)」とし, 英文題目のフォントは「Century 体(太字)」とし, 単語は原則大文字はじまりとする.
3. 和文著者名は, 級数を14ポイントとし, 左右中央(縦書き論文に「MS 明朝体(太字)」で印字する. 英文著者名は, 級数を14ポイントとし, 「Century 体(太字)」で名, 姓の順序, 姓はすべて大文字とする. 本学教職員以外の著者名の所属を著者名の右肩に全角の「*」によって脚注表示する.
4. 脚注に示す著者の所属は, 級数を8ポイントとし, 第1ページの下段に本文から1行空けてラインを中央まで引き, その下に印字する. その際枠からはみ出さないよう注意する.

(概要・キーワード)

1. 著者名の次に和文の場合は400字以内の和文概要, 和語のキーワード5つ以内, 英文の場合は250語以内の英文概要と英語のキーワード5つ以内を記載する. ただし, 和文では, 最後の頁に英文概要250語以内と英語のキーワード5つ以内を掲載する. なお, 概要, キーワードは, 級数を8.5ポイントとし, 左右の枠から3.5字空き左右中央に印字する. また「**キーワード**」あるいは**Key words**は, 太字で強調する.
2. 著者名と概要との間は, 行間が1行空きになるように印字する.
3. キーワードは, 概要の下に1行空けて印字する. キーワードの下は, 1行空きとする.

(本文)

1. 章の見出しは, 級数を10ポイントとし, 1. はじめに, 2. 方法, ...のように全角算用数字を付し, 左右中央に「ゴシック体(太字)」で印字する. ただし, 謝辞, 参考文献・注記・付録には算用数字を付けないものとする.
2. 節の小見出しの級数は, 本文と同じく10ポイントとし, 左端から1. 1, 1. 2...のように全角算用数字を付し, ゴシック体で印字する.
3. 項の見出しは, 級数を10ポイントとし, 左端から全角明朝体で(1), (2)...のように付して印字する.
4. 和文において改行する場合は, 文頭を1字下げる. 英文では文頭を2字下げる.

(図・表・写真)

1. いずれも単独で意味が十分通じるようにまとめ、それぞれできる限り簡潔なキャプション(説明文)を本文と同じ文体で付す。
2. 図・表は、原稿ではそれぞれ順序に従い本文の後に配置する。本文余白に挿入箇所を青で記入する。原図と異なる刷り上がり大きさを希望するときは明確に指定する。図・表中の文字の級数は8ポイント以上、表中の文字は明朝で印字することが望ましい。
3. 写真は、図の番号に含める。印画紙にプリントしたもの又は同等の画質にてプリントアウトしたものを別紙に貼付し、紙に著者名と番号を明記する。説明文は2の順序に含め本文の後におく。
4. 図(以下写真を含む)の番号・タイトルは図の下に、表の番号・タイトルは上に、それぞれ左詰で記入し、級数は9ポイントで印字する。
5. 呼称は、それぞれ図1, 図2..., 表1, 表2...とし、章ごとに番号を分けずに通し番号とする。
6. 挿入した図・表の大きさを記述部分の字数に換算して、総頁(10頁)を超えないようにする。
7. 印刷は全て白黒写真製版で行い、図、表はすべてモノクロに限る。

(数式等)

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

(記号)

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

(引用文献)

1. 引用、参考文献は、級数を9ポイントとする。
2. 引用又は参考とした文献名は、使用順に番号を振り、結論(あれば謝辞)の後に引用又は参考文献として番号順にまとめて掲げる。番号は半角とし、後ろを1字空ける。
3. 文献番号は、本文中又は引用した図・表のキャプションの最後に上付き半角数字で1), 2), 3), ...のように明記しておく。同一文献の同一ページは同一番号とする。
4. 記載方法は、原則として以下のような形式とする。発行年は西暦とする。著者が複数の場合、和文、欧文ともに著者名の連記は3名までとし、最後尾に他 名とか、et al. などを付記する。

1) 単行本の場合

著(編)者名：書名・発行所名、(欧文には発行地)、引用最初頁 - 最後頁、発行年。の順。

和文例) 石川一郎：生と死の現在。学文堂、23-28、2003。

欧文例) Hockney, R. W. and Eastwood, J. W. : Computer Simulation Using Particles. McGraw International Book Co., Oxford, 21-28, 1981。(書名单語は原則大文字はじまりとする)

2) 論文等の場合

著者名：論文名・雑誌名、巻号数、最初頁 - 最後頁、発行年。の順とする。

和文例) 石川一二三：訪問看護における医師と看護師の連携について。訪問看護展望, 20(3), 21-18, 1978。

欧文例) Akerman, M., Smith, J., Hopper, J.D., et al.: Sensitivity and specificity of the fine aspiration cytology. Acta Cytol. 34, 21-56, 1990。(単語は雑誌題名では原則大文字はじまり、英文論文題名では筆頭以外小文字はじまりとする)

3) 単行本の一部をなす論文等の場合

著者名：論文名・単行本編者名：書名・発行所名、(欧文では発行地名)、最初頁 - 最終頁、発行年。の順とする。

和文例) 杉本陽子：乳幼児期の健康。後閑容子、蝦名美智子、大西和子編：健康科学概論。ニューヴェ

ルヒロカワ, 70-77, 2004 .

欧文例)Grabiner, M.D.: Locomotion in healthy older adults. Allard, P., Cappozzo, A., Lundberg, A. et al. eds.: Three-dimensional Analysis of Human Locomotion. John Wiley & Sons, Chichester, 363-373, 1997. (書名单語は原則大文字はじまり)

(著作権)

1. 著作物の著作権は本誌に採用された時点から石川県立看護大学(以下「本大学」という)に帰属する。著者本人を除き本大学の許可なしにいかなる形式においても本誌の一部を複製することはできない。
2. 本大学はこれら著作物の全部または一部,ならびに翻訳,翻案,データベース化等の二次的著作物を,本大学のホームページ,本大学が認めたネットワーク媒体,その他の媒体において複製,出版(電子出版を含む),頒布ができる。

(附則)

1. この要領は,平成 15 年 8 月 1 日から施行する。
2. 平成 16 年 3 月 18 日改訂。

編集後記

石川看護雑誌の第1巻がようやく発刊のはこびとなった。金川学長の巻頭言にあるように、石川県立看護大学が4年制大学としての基礎がかたまったときを期に発信の場としての雑誌を出版することとなったものである。将来は本学卒業生をもふくんだ広い範囲での看護研究の中核へと成長することが期待されている。本巻には、査読者との厳しいやりとりと場合によっては何回もの書きなおしをへた精選された論文がならぶこととなった。第2巻以降にもこのような質の高い論文が続々と投稿されることをねがっている。また、今巻にはなかった英文論文の投稿も期待される。

本誌の内容は本学のホームページ (<http://www.ishikawa-nu.ac.jp/>) へ紹介するほか、国立情報学研究所のメタデータ・データベースへ掲載し、電子的手段によっても公開する方針である。本誌の内容が広く読まれて活用されることを希望する。

付録につけた「石川看護雑誌発行規定」にあるとおり、本誌は本学研究・紀要委員会が編集・発行の責任をおった。本年度委員は以下の教員である(敬称略): 浅見洋* (委員長), 江本厚子*, 金川克子, 杵淵恵美子*, 木場清子, 木村賛*, 栗田いね子, 小松妙子, 高道香織*, 中山栄純*。編集の実務は研究・紀要委員会のもとにつくられた石川看護雑誌編集委員会によっておこなわれた。上記名簿中*印をつけた者が編集委員である。編集事務局は本学図書館におかれ、事務をとりあつかった尾内里吉専門員の大変な努力によって書類のやりとりや原稿の統一などの作業がなされた。本学内外の査読者にはくわしく論文を読んだ上での評価と詳細なコメントとをうけた。印刷関係の事務には本学事務局のお世話になった。短い準備期間で投稿をいただいた著者とあわせ、これらのかたがたに感謝したい。

2004年2月

石川看護雑誌編集委員長 木村 賛

石川看護雑誌
第1巻

ISSN 1349-0664

2004年3月

編集：石川県立看護大学 研究・紀要委員会

発行：石川県立看護大学

929-1212 石川県かほく市中沼ツ7 - 1

Tel. 076-281-8300 Fax. 076-281-8319

Home page: <http://www.ishikawa-nu.ac.jp/>

印刷：田中昭文堂印刷株式会社

Ishikawa Journal of Nursing ISSN 1349-0664

Volume 1

March 2004

Edited by Committee of Research, Ishikawa Prefectural
Nursing University

Published by Ishikawa Prefectural Nursing University

Tsu 7-1, Nakanuma, Kahoku City, Ishikawa 929-1212,
Japan

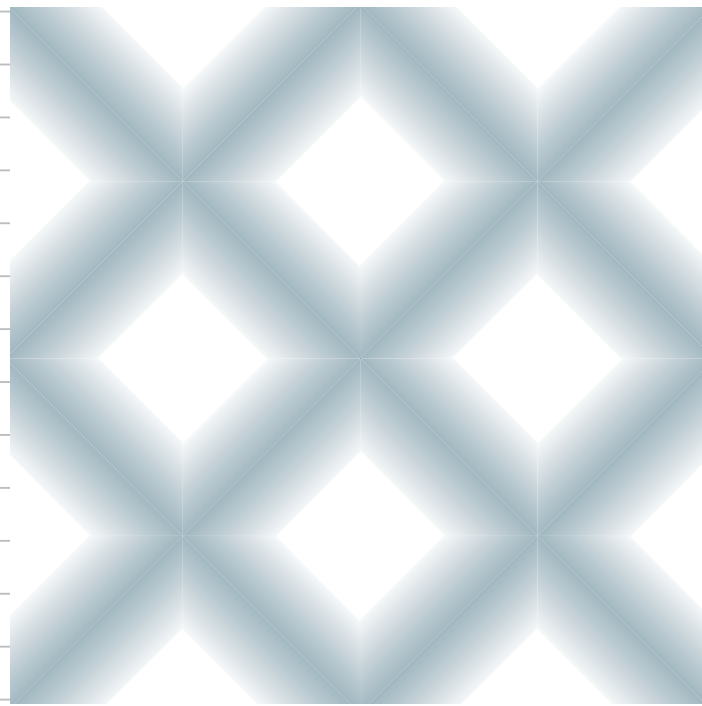
Printed by Tanaka & Shobundo Graphic Art co., ltd.

© 2004 Ishikawa Prefectural Nursing University. All rights
reserved.

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

Vol.1 ■ 2004



Ishikawa Prefectural Nursing University