

ISSN 1349-2721

人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

3

2006
March



滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究

編集委員長 石田 英實
編集委員 藤井真理子
山田 明
伊丹 君和
滝澤 寛子
流郷 千幸

Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Hidemi Ishida
Editors Mariko Fujii
Akira Yamada
Kimiwa Itami
Hiroko Takizawa
Chiyuki Ryugo

人間看護学研究 第3号
発行日 2006年3月31日
発行 滋賀県立大学人間看護学部
〒522-8533 滋賀県彦根市八坂町2500
電話 0749-28-8631
ファクス 0749-28-9501

印刷所 (有) ひがし印刷

ISSN 1349-2721
School of Human Nursing
The University of Shiga Prefecture
2500 Hassaka, Hikone, Shiga, 522-8533 Japan
tel 0749-28-8631, fax 0749-28-9510

Printed by HIGASHI PRINT

論文

分娩時および産褥入院中の看護時間調査



岩谷澄香¹⁾、高橋里亥¹⁾、白井やよい²⁾、志田映子³⁾
 玉里八重子⁴⁾、宮田久枝⁴⁾、勝又浜子⁵⁾、篠塚ひとみ⁵⁾
¹⁾滋賀県立大学、²⁾公立高島総合病院、³⁾明愛産婦人科
⁴⁾滋賀医科大学、⁵⁾滋賀県健康福祉部

背景 わが国における急速な少子化の進展は、どのような対策も効を示さず、留まる様子は見えず、2004年の出生数は1110835人（合計特殊出生率1.288）¹⁾と1899年に統計を取り始めて以来の最小を更新した。このような中、平成14年の全国の分娩場所の状況は病院52.3%、診療所46.5%と病院が半数以上を占めている。

本県においては病院41.8%、診療所57.6%と全国とは逆の状況で診療所が過半数を占めているが、分娩介助および周産期ケアの専門家である助産師の就業状況は、病院62.8%、診療所22.6%と病院に集中している状況である。これらより妊娠・出産への安全性・快適性を確保する必要性が高まり助産師の適正配置に関する検討会が設置された。

目的 より安全・快適な出産が行える体制を整備するための助産師の適正配置検討の基礎的資料とするため、助産師が分娩時および産褥入院中に提供する看護時間を把握することを目的とした。

方法 妊婦が分娩目的に入院してから分娩後退院するまでの期間中に、助産師および看護師が、全勤務時間帯において妊産婦に提供した看護時間を測定した。時間の測定方法は、測定表に基づき、ケアの項目毎の看護の関わりをポイント化し、点数の記載を求めた。調査票への記載は、直接看護を提供した助産師および看護師に依頼した。

結果 分娩時の看護時間の平均は6.2±3.8時間であった。病院と診療所別にみると病院は5.6±2.4時間、診療所は6.7±4.4時間で、両者間に有意な差は認められなかった。産褥入院中の看護時間の平均は13.5±4.9時間であった。これを病院と診療所別にみると、病院は13.3±6.7時間（助産師9.5±5.8時間、看護師3.8±4.7時間）で、診療所は13.6±3.2時間（助産師4.4±2.6時間、看護師9.2±3.4時間）であり、施設間における助産師および看護師の看護時間に有意な差を認めた(p<0.01)。

分娩時の看護時間と産褥入院中の看護時間を合計すると、病院は18.8±8.2時間で診療所は20.3±5.6時間で、平均19.7±6.8時間であった。

結論 助産師および看護師の看護行為を量的に測定し、分娩時および産褥入院中に助産師が提供する看護時間は12.8±6.4時間で、助産師と看護師が提供する総看護時間は19.7±6.8時間であることが把握できた。助産師・看護師の看護時間は、病院と診療所の間において有意な差を認め、病院では助産師の方が長く、診療所では看護師の方が長いことが明らかとなった。

キーワード 看護時間 分娩時 産褥入院中 助産師 看護師

I. 緒言

わが国における急速な少子化の進展は、どのような対策も効を示さず、留まる様子は見えず、2004年の出生数¹⁾は1110835人（合計特殊出生率1.288）²⁾と1899年に

統計を取り始めて以来の最小を更新した。このような中、2002年の全国の分娩場所の状況³⁾は病院52.3%、診療所46.5%と病院が半数以上を占めている。

本県³⁾においては病院41.8%、診療所57.6%と全国とは逆の状況で診療所が過半数を占めているが、分娩介助および周産期ケアの専門家である助産師の就業状況⁴⁾は、病院62.8%、診療所22.6%と病院に集中している。これらより、診療所においては助産師不足を補う手段として、看護師や准看護師等が助産業務を実践する場合もあり、母子の安全性を保証することが困難な状況が起こっている。

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：岩谷 澄香

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

E-mail: iwatani@nurse.usp.ac.jp

る。そこで、妊娠・出産への安全性・快適性を確保する必要性が高まり、助産師の適正配置に関する検討会が設置された。検討会委員の構成は産婦人科医師4名（産婦人科医会会長、会員3名）、助産師8名（日本助産師会県支部長、会員2名、看護協会助産師職能理事、大学教員4名）の12名である。

米英国⁵⁾⁶⁾では分娩時の安全を確保するために必要とされる助産師の配置基準が作成されている。わが国では看護師の人員配置に関しては医療法施行規則⁷⁾第19条で規定されているが、助産師の配置基準に関しては同条に「適当数」という曖昧な表現で記載されているのみである。またわが国における助産師の配置に関する研究⁸⁾⁹⁾も数少ない。

本研究は、より安全・快適な出産が行える体制を整備するための助産師の適正配置検討の基礎的資料とするため、助産師が分娩時および産褥入院中に提供する看護時間を把握することを目的とした。

II. 調査方法

1. 調査対象

産科有床病院5施設および産科有床診療所5施設に、経腔分娩を目的に入院した以下の条件を満たした50事例を対象とした。妊娠中母児ともに分娩に影響するような重大な異常がなく経過した事例で、正期産（妊娠37週～妊娠41週）で出産し、分娩様式、出血量、児のApgarスコアなどに異常のなかったものとした。なお分娩の経過中に緊急帝王切開となった事例は除外した。

回答のあった45事例のうち、有効回答を得た41事例を今回の分析対象とした。有効回答率は82.0%であった。

2. 調査方法および内容

妊婦が分娩目的に入院してから分娩後退院するまでの期間中に、助産師および看護師が、全勤務時間帯において妊産褥婦に提供した看護時間を測定した。分娩時の看護は、助産師の行う業務と見なし、産褥入院期間中の看護時間に関しては、ケアの項目毎に援助者を助産師と看護師に分けて調査を行った。時間の測定方法は測定表（資料1,2）に基づき、ケアの項目毎に1回の看護の関わりが10分までの場合は1点とし、10分以上の場合は10分を1点としてポイント化し、点数の記載を求めた。実測値を得ることが望ましいが、緊急性の高い産科病棟のスタッフに測定を依頼する形をとったため、入院から退院まで3交代の全勤務中の看護時間の実測は不可能とのことで協力を得ることができず、ポイント制とした。調査開始までに研究者の施設において2例のプレテストを実施し、調査票の修正や測定法などを検討した。調査票への記載は、直接看護を提供した助産師および看護師に依頼し、調査票の回収は検討会委員が行った。

分娩各期の看護時間は次のように定義した。分娩第1期¹⁰⁾とは、陣痛が10分おきに規則正しく起こるかあるいは1時間に6回起こる時を分娩開始とし、子宮口が全開大するまでをいう。この期間に実施した全ての看護行為時間の合計を分娩第1期の看護時間とした。分娩第2期とは、子宮口全開大から胎児娩出までの期間であり、分娩第3期とは胎児が娩出してから胎盤が完全に娩出するまでの期間をいう。分娩第2期と3期は、比較的短時間の内に集中的に看護が実施される期間であることより、本研究では分娩第2期と3期を合わせて、分娩2,3期としてまとめた。この期間に実施された全ての看護行為の合計を分娩第2,3期の看護時間とした。分娩第4期とは、分娩後の120分間をいう。この期間に実施された全ての看護行為の合計を分娩第4期の看護時間とした。分娩時総看護時間とは分娩第1期から分娩第4期までの間に実施された看護時間の合計とした。

産褥入院中とは分娩第4期終了後退院までの期間とした。この期間に実施された全ての看護行為の合計を産褥入院中の総看護時間とした。産褥入院中の看護時間は褥婦と新生児に分け、褥婦に実施された看護行為の合計を褥婦への看護時間とし、新生児に実施された看護行為の合計を新生児への看護時間とした。

3. 調査期間

平成16年2月5日～2月18日

4. 分析方法

分析は、社会統計ソフト SPSS11.0 J for Windows を用いて行ない、2群間の平均値の比較は t 検定を用いた。

5. 倫理的配慮

事例および測定者に関して個人および施設が特定されないよう、無記名とした。調査結果は、統計的処理を行い調査目的以外には使用しない。

III. 結果

1. 対象の背景

1) 対象の背景は施設別では、診療所が24例（58.5%）、病院が17例（41.5%）であった。設置主体別では個人が一番多く約半数あり、ついで医療法人、市町村と続いていた。分娩経験別では、初産婦21名（51.2%）、経産婦20名（48.8%）とほぼ半数づつとなっていた。

2) 新生児の収容方法は、全ての施設が母子同室であった。

3) 分娩所要時間は表1に示した。分娩所要時間の平均は9.2±6.3時間であった。これを分娩の時期別にみると、第1期は8.6±6.1時間、2期は26.9±24.6分、3期は5.5±2.9分であった。次に初産婦と経産婦別にみると、初産婦は9.6±6.1時間、経産婦は8.6±6.6時間であり、分

娩第1期と第3期は両者間に有意な差は認められなかったが、分娩第2期は初産婦が有意に長くなっていた($p < 0.01$)。

表1 分娩所要時間

分娩時期	平均所要時間	初産婦	経産婦
分娩第1期	8.6±6.1時間	8.9±6.0時間	8.3±6.6時間
分娩第2期	26.9±24.6分	41.4±26.6分	11.9±7.9分
分娩第3期	5.5±2.9分	5.0±2.2分	6.1±3.5分
合計	9.2±6.3時間	9.6±6.1時間	8.6±6.6時間

t-testの結果 **: $P < 0.01$ で初産婦と経産婦の間に有意な違いが認められた

2. 分娩時の看護時間

1) 病院と診療所の分娩時看護時間

病院と診療所の分娩時看護時間は表2に示した。分娩時看護時間の平均は6.2±3.8時間であり、分娩時期別にみると第1期は4.5±3.4時間、第2,3期は41.3±34.3分、第4期は61.0±40.8分となっていた。病院と診療所別にみると病院は5.6±2.4時間、診療所は6.7±4.4時間で、両者間に有意な差は認められなかった。

表2 病院と診療所の分娩時看護時間

分娩各期	平均看護時間	病院	診療所
分娩第1期	4.5±3.4時間	3.9±2.15時間	4.9±4.1時間
分娩第2,3期	41.3±34.3分	35.6±4.3分	45.4±27.2分
分娩第4期	61.0±40.8分	60.0±41.0分	61.7±41.3分
合計	6.2±3.8時間	5.6±2.4時間	6.7±4.4時間

2) 初産婦と経産婦の分娩時看護時間

初産婦と経産婦の分娩時看護時間は表3に示した。分娩時の看護時間を初産婦と経産婦別にみると、初産婦6.9±4.1時間で、経産婦5.6±3.3時間であった。分娩第1期と第4期は両者間に差は認められなかったが、分娩第2,3期は初産婦が有意に長くなっていた($p < 0.05$)。

表3 初産婦と経産婦の分娩時看護時間

分娩各期	平均看護時間	初産婦	経産婦
分娩第1期	4.5±3.4時間	5.0±3.8時間	4.0±2.9時間
分娩第2,3期	41.3±34.3分	53.3±37.7分	28.8±25.4分
分娩第4期	61.0±40.8分	60.0±35.2分	62.0±46.9分
合計	6.2±3.8時間	6.9±4.1時間	5.6±3.3時間

t-testの結果 *: $P < 0.05$ で初産婦と経産婦間に有意な違いが認められた

3. 産褥入院中の看護時間

1) 褥婦への看護時間

褥婦への看護時間は図1に示した。産褥日数毎の助産師と看護師の褥婦への看護時間については、助産師は分娩当日は看護師の2倍以上であり、産褥5日目に看護師

よりやや多くなっていた。産褥1日目から4日目は、看護師の方が助産師よりやや多くなっていた。産褥入院中の褥婦への看護時間の合計をみると助産師は4.28±3.19時間で、看護師は4.22±2.93時間であった。

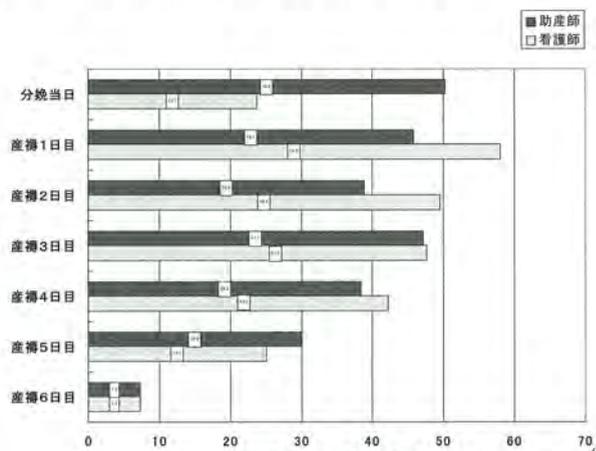


図1 褥婦への看護時間

2) 新生児への看護時間

新生児への看護時間は図2に示した。生後日数毎の新生児への看護時間は、分娩当日は助産師が看護師の約2倍となっているが、生後1日目から5日目までは看護師の方が助産師より多くなっていた。分娩後の新生児への看護時間の合計をみると助産師は2.3±1.9時間で、看護師は2.7±2.3時間であった。

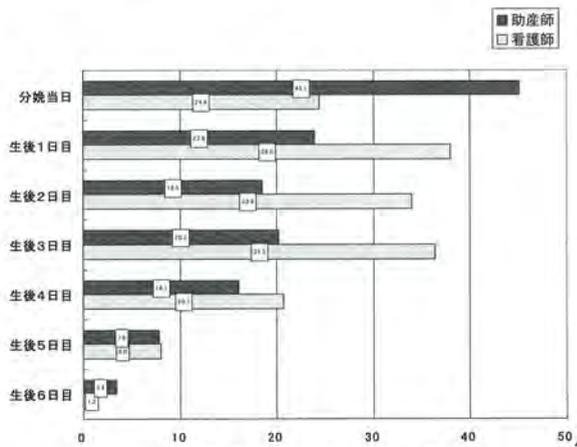


図2 新生児への看護時間

3) 産褥日数毎の看護時間

産褥日数毎の看護時間は図3に示した。助産師と看護師別に、褥婦と新生児に提供した看護時間を合計し、産褥日数毎の変化をみると、産褥1日目が最も多く、次いで3日目、分娩当日、2日目と続き4日目以後は漸減していた。

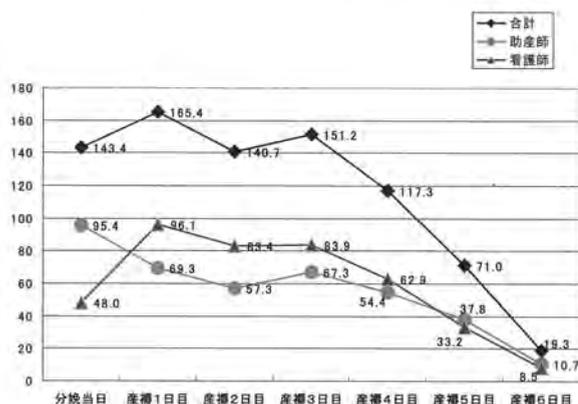


図3 産褥日数毎の看護時間

＊ 4) 病院と診療所の看護時間の比較

病院と診療所の助産師の看護時間は図4に示した。産褥日数毎の助産師の看護時間を病院と診療所別に比較すると、分娩当日から退院まで病院の方が多く、分娩当日と産褥1日目、3日目、5日目に有意な差が認められた(p<0.05)。

病院と診療所の看護師の看護時間は図5に示した。産

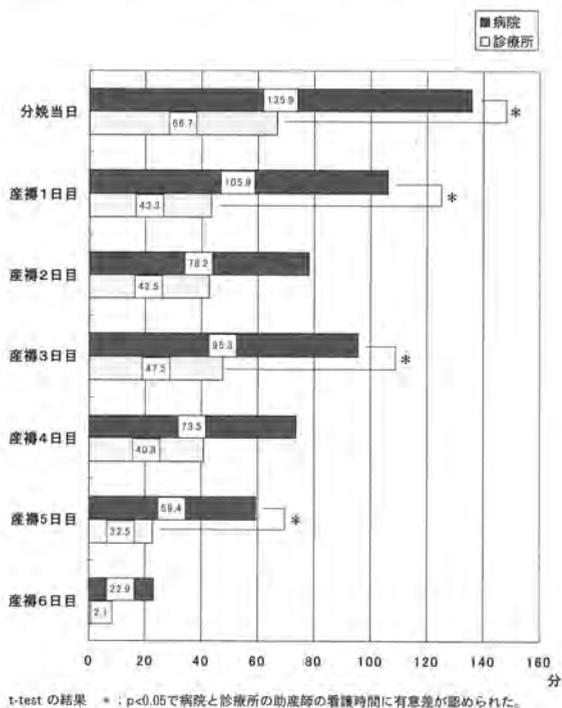


図4 病院と診療所の助産師の看護時間

産褥日数毎の看護師の看護時間は、逆に分娩当日から退院まで診療所の方が多くなっており、分娩当日と産褥1日目、2日目、3日目、4日目に有意な差が認められた(p<0.01)。

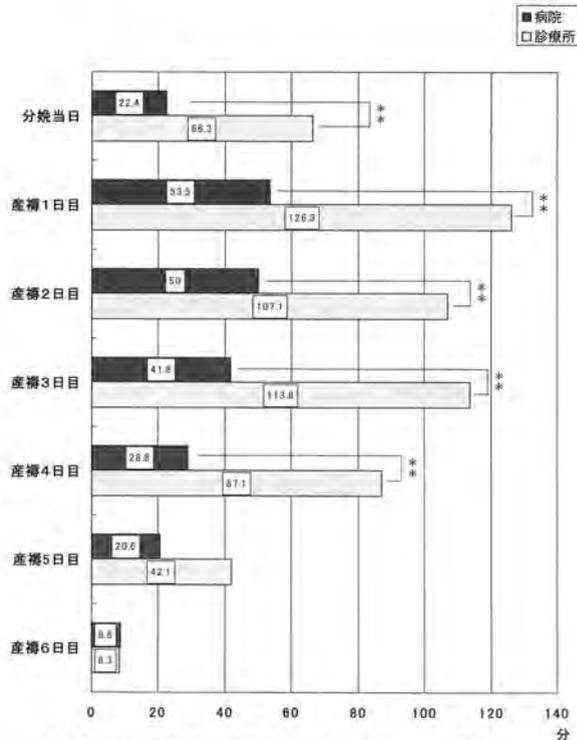


図5 病院と診療所の看護師の看護時間

t-testの結果 ** : p<0.01で病院と診療所の看護師の看護時間に有意差が認められた。

4. 分娩時総看護時間と産褥入院中の総看護時間

分娩時総看護時間と産褥入院中の総看護時間は表4に示した。

産褥入院中に助産師が提供した看護時間の平均は6.5±4.9時間で、看護師が提供した看護時間の平均は6.9±4.8時間であった。助産師と看護師の看護時間を合計すると13.5±4.9時間であった。

産褥入院中の看護時間を病院と診療所別にみると、病院では助産師の看護時間が9.5±5.8時間、看護師の看護時間が3.8±4.7時間で合計13.3±6.7時間であった。診療所では助産師の看護時間が4.4±2.6時間、看護師の看護時間が9.2±3.4時間で合計13.6±3.2時間であった。

表4 分娩時総看護時間と産褥入院中の総看護時間

	平均看護時間		病院	診療所
	助産師	看護師		
分娩時総看護時間	6.2±3.8時間		5.6±2.4時間	6.7±4.4時間
産褥入院中の総看護時間	助産師	6.5±4.9時間	9.5±5.8時間	4.4±2.6時間
	看護師	6.9±4.8時間	3.8±4.7時間	9.2±3.4時間
	小計	13.5±4.9時間	13.3±6.7時間	13.6±3.2時間
合計	19.7±6.8時間		18.8±8.2時間	20.3±5.6時間

t-testの結果 ** : p<0.01で病院と診療所の看護時間に有意な違いが認められた。

病院と診療所における助産師および看護師の看護時間に有意な差を認めた($p < 0.01$)。

助産師が提供した分娩時看護時間と産褥入院期間中の看護時間の合計は、 12.8 ± 6.4 時間であった。

また、分娩時の看護時間と産褥入院中の看護時間の合計を施設別に見ると、病院は 18.8 ± 8.2 時間で診療所は 20.3 ± 5.6 時間であり、平均 19.7 ± 6.8 時間であった。

分娩時看護時間と産褥入院中の看護時間の比率は、分娩時看護時間が31.6%、産褥入院中の看護時間が68.4%であった。

IV. 考察

対象の平均分娩所要時間は、初産婦は 9.6 ± 6.1 時間、経産婦は 8.6 ± 6.6 時間であり、フリードマン頸管開大度曲線²⁾による平均分娩所要時間(初産婦12~15時間、経産婦6~8時間)に比して、初産婦はやや短く、経産婦はほぼ同じ時間であり、平均的な分娩経過をたどったものと考えられる。

1. 分娩時看護時間

分娩時の看護時間の平均は 6.2 ± 3.8 時間であり、測定法は異なるがマンツーマン・タイムスタディ法を用いた齋藤³⁾の調査結果(分娩時総看護時間の平均 5.1 ± 1.7 時間)より長い時間であった。分娩時の看護時間が長いということは、分娩時に看護者が産婦に寄り添っていた時間が長いということであり、分娩時の孤独状態を恐怖と感じる産婦¹⁰⁾にとっては望ましいケアのあり方であると考えられる。

分娩時の看護時間を病院と診療所別に比較すると、診療所の方が1時間以上長くなっており、診療所においては産婦に掛ける看護時間が病院より長いことが示された。この場合、時間の差のみの比較で看護の質を評価することは不可能で、どの職種が看護を提供したかが重要となる。

今回の調査では分娩時の看護は助産師の独占業務であるため、助産師が行っているであろうとの推測のもと分娩時看護時間の調査時に援助者の職種を分けなかったが、現在問題になっている、助産師の業務を看護師・准看護師が実践している状況を考慮すると、職種別の調査を実施する必要があったと考えられる。

2. 産褥入院期間中の看護時間

産褥入院期間中の褥婦および新生児への看護時間は、分娩当日は助産師の看護時間が看護師の約2倍と多いが、それ以後はいずれも看護師の方が多くなっていた。これは母子への分娩の影響の最も大きい分娩当日は、分娩介助の延長として助産師が主にケアを行うが、その後は母子の適応過程の進展により状態が安定してくることより、看護師の割合が多くなっていく傾向が認められた。褥婦

および新生児への看護時間を職種別に合計すると、助産師 6.5 ± 4.9 時間、看護師 6.9 ± 4.8 時間と看護師が僅かに長くなっており、産褥入院期間中の看護における看護師の役割の重要性が示唆された。

また、病院と診療所別に産褥入院期間中の看護時間の平均を見ると、病院は 13.3 ± 6.7 時間で、診療所は 13.6 ± 3.2 時間と診療所の方が僅かに多くなっていた。病院と診療所別に助産師と看護師の看護時間を比較すると、病院では助産師の看護時間が看護師の2倍以上で、診療所は逆に看護師の看護時間が助産師の2倍以上となっていた。これらの数値より、産褥期のケアの主な担い手は病院では助産師であり、診療所では看護師であることが明らかとなった。これは、助産師が病院に集中的に多く、診療所には少ないことから起こっている現象であるが、この現状を是として良いのであろうか?

産婦の半数が初産婦¹⁷⁾であることより、分娩後の入院期間中は、母乳育児の支援をはじめ、母親役割獲得の支援、産褥期の母体回復に伴うセルフケア能力向上への支援、産褥期特有の情緒的・心理的・性的変化への適応促進への支援および新生児の胎外生活適応促進の援助等々、高度な専門的知識を求められる介入が要求される。このような時期にこそ助産師の専門職性を持って対応すべきではないだろうか。全分娩の6割を取り扱っている診療所への助産師の適正配置を急ぐ必要があると考える。

また、助産師と看護師の区別を明確にしていない施設が多い現状から考えると、産む女性にとっては看護職者が側に居る時間が多いことを、出産場所を選ぶ要因としていることが推察される。各職場においては、助産師と看護師の区別を明確にすると共に、妊産婦をはじめ一般の人々に助産師の専門職性についての認識を広めていく努力が必要であると考えられる。

3. 今後の課題

助産師の適正配置検討の資料とするため、看護行為を数量化し、病院と診療所で行われている看護行為を量的に把握した。本研究結果は、看護を評価するための重要な資料となると考えるが、看護を総合的に評価するためには、看護時間の長短のみでは充分とは言えず、今後、看護行為の質的な研究を加えていく必要があると考える。

V. 結論

助産師および看護師の看護行為を量的に測定し、分娩時および産褥入院中に助産師が提供する看護時間は 12.8 ± 6.4 時間で、助産師と看護師が提供する総看護時間は 19.7 ± 6.8 時間であることが把握できた。助産師と看護師の看護時間は、病院と診療所の間において有意な差を認め、病院では助産師の方が長く、診療所では看護師の方が長いことが明らかとなった。

(謝辞：本研究にご協力いただきました施設の看護部長様、師長様、スタッフの皆様に深謝致します。)

(本論文は助産師適正配置に関する検討会報告書の一部を加筆修正したものである。)

文献

- 1) 厚生統計協会：厚生指標臨時増刊，国民衛生の動向，第52巻第9号，p40，2005.
- 2) 財団法人母子衛生研究会：母子保健の主なる統計，母子保健事業団発行，2005.
- 3) 滋賀県健康福祉部健康対策課：滋賀の母子保健，2005.
- 4) 滋賀県健康福祉部健康対策課：看護職員の就業等調査，2004.
- 5) Jean A. Ball, Marie Washbrook : Birthrate Plus, A Framework for Workforce Planning and Decision-making for Midwifery Services, Books for Midwives Press, Great Britain, 1996.
- 6) Anne Frye, Veronika Kolder M.D, Robbie Davis-Floyd, Ph.D. : Holistic Midwifery Volume 1 Care During Pregnancy. Labrys Press. Portland, Oregon. 1998.
- 7) 基本医療六法編集委員会：医療法施行規則，基本医療六法平成15年版，中央法規，2003.
- 8) 宮崎文子：経営効率から見た有床助産院の適正助産師数の決定戦略，助産雑誌，Vol.57.No.1，2003.
- 9) 齋藤いずみ，林佳子：根拠に基づく看護人員配置のための基礎研究－曜日・時刻から分析した分娩時の看護－，病院管理，Vol.40, Suppl. p225. 2003.
- 10) 樋口正俊：分娩管理と産科スタッフの確保，周産期医学，Vol.23, No7, 1993.
- 11) 松本清一：系統看護学講座，母性看護学2，p145. 医学書院，東京，2005.
- 12) 松本清一：系統看護学講座，母性看護学2，p158-159，医学書院，東京，2005.
- 13) 齋藤いずみ：分娩時の看護時間測定，病院管理，Vol.35, No4, p31-38. 1998.
- 14) 青木康子, 加藤尚美, 平澤美枝子：母子の心理・社会学，p186，日本看護協会出版会，2002.
- 15) 前掲書¹⁾，p41

資料1

助産師の適正配置・事例検討表

事例に関わった時間調べ(1回の関わりが10分迄の場合は1点とする・10分以上の場合は10分を1点として計算する)

対象：経膈分娩5事例

【事例】

産婦記号 ()		初産・経産		
入院月日	月 日	時	分	
陣痛開始	月 日	時	分	
子宮口全開	月 日	時	分	
胎児娩出	月 日	時	分	
胎盤娩出	月 日	時	分	

【生まれるまでの関わり】

分娩第1期の関わり	()	点
1. 分娩開始徴候の診断		
2. 問診によるアセスメント		
3. 胎児の下降に応じた胎児心音聴取部位、子宮収縮等による分娩の身体的診査		
4. 内診		
5. 助産計画の立案		
6. CTGの実施		
7. 産婦の状態を確認し、産婦および家族へ説明する		
8. 産婦の身体的・精神的疲労に対するアセスメントとケア(水分補給、食事、睡眠、不安の軽減)		
9. 心身共に分娩を円滑に進める技法(体位の工夫、リラクセス法、マッサージなど)		
10. 産婦と家族に対する、分娩時に行われる医療処置(薬剤の使用、急遂分娩)の情報の提供と確認		
11. 分娩時に行われる医療処置(薬剤の使用、急遂分娩)の情報の産婦の希望に基づいた支援		
12. 安全性を考慮し使いやすいように器機器具の整備		
13. 分娩入室の時期の判断と移動		
分娩第2期・3期の関わり	()	点
分娩第4期の関わり	()	点

分娩第1期の関
わりの点数は、
左記の事柄を1
回の実施で最
低1点とする

資料2

褥婦新生児が看護職より受ける看護の量調べ

(1回の関わりが10分迄の場合は2点とする
10分以上の場合は10分を1点として計算する)

褥婦記号 () 初産・経産

時期	実施内容	産褥0日	産褥1日	産褥2日	産褥3日	産褥4日	産褥5日	産褥6日	産褥7日
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
産褥期	1. 入院中の一般状態のアセスメントとケア								
	2. 子宮復古状態(子宮収縮・悪露など)のアセスメントとケア								
	3. 外陰部、肛門の観察								
	4. 産褥体操など、子宮復古のためのセルフケアの指導								
	5. 授乳指導(直接授乳)								
	6. 産褥入院中の乳房の対処・トラブル等、セルフケアへの指導								
	7. 育児行動により派生するマタニティ・ブルーなど心理的不安のアセスメントとサポート								
	8. 出生証明書の作成								
	9. 母子健康手帳の記述(分娩介助者)								
	10. 産婦の退院時の診断・退院指導								
新生児のケア	11. 両親の児に対する愛着行動のアセスメントと援助								
	12. 生後2時間以内の児の観察とケア								
	13. 生後2時間以降の児のアセスメント(体重、体温、呼吸、授乳量、排泄、黄疸など)とケア								
	14. 児の反射、股関節、代謝異常などスクリーニングテストの実施								
	15. 新生児を理解するための育児指導								
	16. 沐浴指導								
	17. 調乳指導								

*注1. 助産師と看護師別に点数化して下さい。

*注2. 24時間の看護量を記入して下さい。

(Summary)

Research on hours for interventions at the time of delivery and post-natal care in hospital.

Sumika Iwatan¹⁾ Satoi Takahashi¹⁾ Yayoi Shirai²⁾ Eiko Shida³⁾ Yaeko Tamari⁴⁾
Hisae Miyata⁴⁾ Hamako Katumata⁵⁾ Hitomi Shinozuka⁵⁾

¹⁾University of Shiga Prefecture ²⁾Takashima Public Hospital

³⁾Meiai Clinic of Obstetrics & Gynecology ⁴⁾Shiga University of Medical Science

⁵⁾Health & Welfare Section in Shiga Prefectural Government

Background Any preventive measures against the rapid decline of the birth rate in Japan have failed to stop the persistent tendency and return it to an increasing birth rate.

The childbirths in 2004 accounted for 1,111,000 (the birth rate:1.2888), the lowest number in terms of the annual statistical record started in 1899. Under present circumstances, it is reported that the institutional choice for delivery throughout Japan in 2004 was 52.3% in hospitals and 46.5% in clinics. These data show that hospital deliveries account for more than half of the total number of deliveries in Japan.

However, research in Shiga Prefecture shows a reverse result on the above data. Delivery in clinics accounts for 57.6%, while delivery in hospitals shows 41.8%. Consequently, midwives, specialists in the interventions for delivery and post-natal care, have been largely employed both by hospitals and clinics: 62.8% and 22.6% respectively. A study committee for a proper reshuffle of midwives was established with the increasing interest and necessity towards making childbirth safer and more comfortable.

Purpose In order to establish a better system to enhance the safety and comfort of childbirth, this research was aimed at clarifying the hours for interventions provided by midwives at the time of delivery and post-natal care in hospitals and clinics as the basic data for a proper reorganizing of midwives.

Method The interventions for an expectant mother, given by a midwife and a nurse after her hospitalization for childbirth, are measured on the basis of hours provided by them on duty. The method for measuring hours is based on a report card of points explained in a list with item by item care. For this a specified "time table" is used for counting points. Both a midwife and a nurse are asked to enter the points they obtained in the card.

Results The hours for delivery, on average, were 6.2 ± 3.8 hours. Observing the differences between hospital and clinics, the hours for delivery in hospital were 5.6 ± 2.4 hours, while the hours for it in clinics were 6.7 ± 4.4 hours. There was no significant difference between them. The hours for post-natal care, on average, were 13.5 ± 4.9 hours. Observing the difference between hospital and clinics, the former spent 13.3 ± 6.7 hours (midwife spent 9.5 ± 5.8 hours and nurses spent 3.8 ± 4.7) hours. The latter spent 13.6 ± 3.2 hours (midwife spent 4.4 ± 2.6 hours and nurses spent 9.2 ± 3.4 hours). The significant difference of the hours for post-natal care was recognized between midwife and nurse and between hospital and clinics. ($p < 0.01$).

The total hours of the interventions for delivery and post-natal care, on average, were 19.7 ± 6.8 ; 18.8 ± 8.2 in hospital and 20.3 ± 5.6 in clinics.

Conclusion According to the research, the hours for the interventions given by a midwife during delivery and post-natal care were 12.8 ± 6.4 . The total hours for the intervention given by a midwife

and a nurse were 19.7 ± 6.8 . Considering the institutional difference in the hours for interventions given by a midwife and a nurse, there was a significant difference in favor of a midwife in hospital, while there was a significant difference in

favor of a nurse in clinics.

Key Words hours for intervention, time of delivery, hospitalization for post-natal care, midwife, nurse.

論文

下肢の支持性が低下した人に対する 移乗動作の身体的・心理的負担の評価



伊丹君和¹⁾、安田寿彦²⁾、豊田久美子¹⁾、石田英實¹⁾
久留島美紀子¹⁾、藤田きみゑ¹⁾、田中勝之²⁾、森脇克巳²⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部、²⁾滋賀県立大学工学部

背景 高齢化が進む中で人間の基本的な生活行動に看護支援が必要な人々が増加するとともに、看護者の腰痛も多発する状況にある。前報では、下肢の支持性が低下した人に対する移乗サポートロボットを用いた立ち上がり動作実験を行い、サポートを受ける人の身体負担が少ないロボットの動きについて検証を行った。その結果、深く前傾しロボットに伏臥して立ち上がる方法で筋疲労は比較的低く、胸部や腹部など身体に密着する側に改善を加えれば有効にロボット活用できる可能性が示唆された。

研究目的 本研究では前報に引き続き、下肢の支持性が低下した人を対象とした移乗動作実験を行い、看護者が移乗動作をサポートする場合に、サポートを受ける側とサポートする側の両者にとって安全・安楽・自立を考慮した方法について検証することを目的とした。

方法

1. 対象および研究方法 2004年10月、以下の実験および調査を実施した。

被験者は、健康な平均的体格の20歳代の女子4名とした。実験は、看護現場で移乗方法として広く用いられている患者の両足の間に看護者の片足をを入れて移乗する方法（「中足法」とする）と、前報で比較的有效な移乗サポートロボットであると検証されたロボットの動きに近い患者を前傾にして看護者の背部に乗せて移乗する方法（「背負い法」とする）を取り上げて移乗動作を行った。分析は、表面筋電図測定装置（SX230）を用いて各被験筋について筋積分値を算出して両者の比較を行った。また、同被験者に対して、安全・安楽・自立の観点から主観的反応調査を行った。

2. 倫理的配慮 対象は研究の趣旨に同意した者のみとし、研究参加に同意した後でも、いつでも辞退可能であること。また、プライバシーの保護についても文書と口頭で伝えた。

結果 移乗サポートを受けた患者側の実験・調査結果をみると、中足法を用いた場合には、特に上肢に苦痛を感じており、動作時6秒間の筋積分値を比較しても上肢の筋活動が高いことが明らかとなった。一方、背負い法を用いた場合には、苦痛は比較的感じていないものの安全性・安心感・自立性の面では低値を示していた。

また、移乗サポートを行った看護者側の結果では、中足法を用いた場合に腰部への負担が大きく、背負い法を用いた場合に上肢・下肢に負担が大きいたことが認められた。

結論 以上より、下肢の支持性が低下した人に対する移乗動作では、看護現場で広く行われている中足法はサポートを受ける側とサポートする側の両者において身体的負担は大きいものの、安全性・安心感・自立性の面からは有効であると考えられた。一方、背負い法では身体的負担は比較的低いものの、サポートを受ける患者側の安心感は低いことが明らかとなり、それぞれの移乗法の課題が示唆された。

キーワード 移乗動作、筋電図、主観的反応、腰部負担

1. 緒言

高齢化が進む中で、人間の基本的な生活行動に看護支援が必要な人々が増加するとともに、看護する側である

臨床現場における看護者の腰痛は多発する状況にある¹⁾²⁾。このため看護支援が必要な人々に対してその自立を旨としサポートするとともに、看護者に対してもその身体的負担を軽減することは重要な課題である³⁾⁷⁾。そこで、我々は基本的な生活行動の中でも患者の生活行動の範囲をより拡大可能にする「動くこと」即ち「移乗」動作に関するサポートに焦点を当て、さまざまな観点から研究を行っている。

前々報⁸⁾では、片麻痺のある人への移乗研究を行い、

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：伊丹君和

滋賀県立大学人間看護学部

住所：彦根市八坂町2500

E-mail:k-itami@nurse.usp.ac.jp

臨床現場で多く行われているのは患者の両足の間に看護者の片足を入れて移乗するといういわゆる中足法であることを明らかにするとともに、その身体的負担を検証した結果、看護者および患者の両者にとってこの方法は負担が大きく、安全面や自立に関しても考慮された方法とはいえないことが示唆された。看護者が援助時に腰痛を引き起こす危険因子として、狭い空間での不自然な作業姿勢、重量物の取り扱い、腰のねじりを伴う作業が指摘されており⁹⁾、これらの因子が複合されるこのような車椅子とベッド間などの「移乗」動作は看護者の身体的負担が大きいことが再確認されるとともに、従来から行われている移乗方法への課題が浮き彫りとなった。

また、前報¹⁰⁾では、下肢の支持性が低下した人を対象と想定して移乗サポートロボットを試作し、サポートを受ける人の身体負担が少ないロボットの動きについての検証を行うとともに、ロボット活用の可能性を探った。その結果、深く前傾しロボットに伏臥して立ち上がる方法においてサポートを受ける人の筋疲労は比較的低く、胸部や腹部など身体に密着する側に改善を加えれば有効にロボット活用できる可能性のあることが示唆された。このような移乗サポートロボットの実現は、サポートを行う人および受けの人にとっての身体的負担だけでなく、排泄行動や入浴行動など一人の人間として出来る限り他者から支援を受けずにいたいと願うであろう患者の生活行動の自立への一助となると考えている。

移乗動作は看護する者と看護支援を受ける者との両者で行う協同作業であるということに加えて、両者が極度に接近し、回転動作が加わるという複雑な動作構成に制限されること、並びに、両者の力作用が複雑であることにより定量的な実験計測は遂行しにくいという一面を持つため¹¹⁾、移乗動作に関する先考研究は少ない^{12)~14)}。また、移乗動作を必要とする人の機能障害や麻痺などの状態は様々であり、その看護支援の方法も確立されていない現状の中、移乗サポートロボットの実用化に向けての研究はもとより、基本的な生活行動の中でも患者の生活行動の範囲をより拡大可能にする「移乗」に関する研究課題は多く、我々は引き続き「移乗」動作に焦点を当てた研究を続けていく予定である。

本研究では、前報に引き続き下肢の支持性が低下した人を対象とした移乗動作実験を行い、看護者が移乗動作をサポートする場合に、サポートを受ける側とサポートする側の両者にとって安全・安楽・自立を考慮した方法について検証することを目的とした。方法は、前々報で課題が浮き彫りにされた「中足法」と、前報の移乗ロボット研究で比較的安楽性が認められた「前傾法」に近い方法であり理学療法の分野でも最近紹介されている¹⁴⁾いわゆる「背負い法」との比較検証とした。

II. 研究方法

1. 対象および研究方法

2004年10月、以下の実験および調査を実施した。

1) 被験者および対象の設定

被験者は、本研究の趣旨に同意を得た健康な平均的体格の20歳代の女子看護学生4名とした。尚、患者役の対象設定は、自力での立位は困難な両下肢の支持性が低下した人であり、動作時に下肢への負荷は意識的に少なくするよう事前に被験者に対して説明を行った。また、実験の際には、筋電図測定に支障をきたさないために筋肉を締め付けられない衣服を着用した。

被験者の平均身長・体重・座高は、平均 159.2 ± 2.5 (mean \pm S.D.) cm、 51.4 ± 7.8 kg、 85.7 ± 1.8 cmであった。

2) 移乗動作の方法

下肢の支持性が低下した人への移乗動作の方法は、以下の2つとした。

1つ目は、前々報⁹⁾において看護現場で84.4%という多くの看護者が活用していることが立証された移乗方法であり、多くの看護技術テキスト¹⁵⁾にも掲載されている、看護者の肩に患者の両腕をまわしてもらい患者の両足の間に看護者の片足を入れて移乗する方法（「中足法」とする）である。この方法は、図1に示すように、移乗しようと看護者および患者の両者が構えた状態から、患者をやや前傾させながら互いに重心を近づけ両者ともに立ち上がった後、左方向へ90度回転して患者を別の椅子に座らせるという一連の動作である。

2つ目は、前報¹⁰⁾で比較的有効な移乗サポートロボットであると検証されたロボットの動き、即ち、患者の身体をロボットのボード上に伏臥させた状態で深く前傾させて移乗するという方法に近い、患者を前傾にして看護者の背部に乗せて移乗する方法（「背負い法」とする）である。この方法は、理学療法の分野でも最近紹介されている¹⁴⁾が、看護現場で活用している者はまだ殆どなく科学的に検証された先考研究も少ない。具体的には図2に示すように、看護者の右肩から背部に患者の胸部から腹部までが乗るように伏臥するとともに、看護者は右膝を床につけ左膝は立てた状態で右手は患者の殿部を支え左手で患者の右膝を軸にするように押さえながら、患者を伏臥させた状態のまま左方向へ90度回転して別の椅子に座らせるという動作である。

各被験者ともに臨地実習を重ねており移乗動作には習熟していたが、実験での移乗動作方法を統一するため、両動作についての事前練習を繰り返した後に実験を行った。

尚、本実験では筋電図測定とともに3次元動作解析も



中足法を用いた移乗動作での立ち上げ場面



背負い法を用いた移乗動作での立ち上げ場面



中足法を用いた移乗動作での座らせ場面



背負い法を用いた移乗動作での座らせ場面

図1 中足法を用いた移乗援助動作時の実験写真

図2 背負い法を用いた移乗援助動作時の実験写真

実施しており、動作映像を撮影するために被験者の身体にはマーカーを装着するとともに、撮影に支障をきたさないように丸椅子から丸椅子への移乗動作とした。また、動作解析については現在分析中であり本研究からは除外した。

3) 筋電図による測定および解析方法

筋電図による測定は、(株)ディケイエイチ製 8ch 表面筋電図測定装置 (SX230) を用いて各被験筋について移乗動作時の筋積分値を算出し、2つの移乗方法についての身体的・心理的負担の評価について比較検証した。

筋電図測定では、前半は患者役を固定し筋電図電極を患者役に装着して、残り3名の被験者が看護者役となり移乗動作を行いその際の患者の筋負担を測定した。後半は、看護者役を固定し筋電図電極を看護者役に装着して、

残り3名の被験者が患者役となり移乗動作を行いその際の看護者の筋負担を測定した。

被験筋は、看護者・患者役ともに同様に移乗動作に関係のあると考える以下の8つの筋肉とした。即ち、図3に示す、1. 左上腕二頭筋、2. 左腕橈骨筋、3. 左大腿外側広筋、4. 右脊柱起立筋、5. 左脊柱起立筋、6. 右上腕二頭筋、7. 右腕橈骨筋、8. 右大腿外側広筋を選択し、各被験者に装着して筋電図測定を行った。

実験は各3回実施し、データは3回の平均値とした。筋電図測定結果についての分析は、サンプリング周波数を1.0KHzで設定し計測したデータから、移乗動作開始からほぼ終了時間までの0秒から6秒までの動作時6秒間の各被験筋における筋活動電位の筋積分値 (mV.s) を算出し、データ解析プログラム IFS-4G によって解析



図3. 筋電図電極添付部位

を行った。尚、解析の際には、波形の整流化を行い、基線ゆれなどの低周波ノイズ除去のため10Hzのハイパスフィルターを用いてデータ処理を行った。

4) 作業後の主観的反応調査

同被験者に対して、各移乗動作終了直後に安全・安楽・自立の観点から主観的反応調査を行った。

内容は、安楽性（腕部、肩部、胸部、腹部、背部、腰部、下肢部）、動作時の不快感、不安感、安全性、自立性について、Visual Analog Scale（以下、VAS）形式を用いて記入させた。

2. 倫理的配慮

対象は研究の趣旨に同意した者のみとし、研究参加に同意した後でもいつでも辞退可能であること。また、プライバシーの保護についても文書と口頭で伝えた。

III. 研究結果

1. 患者側からみた移乗動作の比較結果

1) 筋電図測定の結果

患者側における移乗動作時の筋活動を比較した結果、図4に示すように、中足法においては右腕の筋肉を多く

使って移乗していることが認められた。特に、右上腕二頭筋では中足法で 0.19 ± 0.007 (mV.s)、背負い法で 0.13 ± 0.02 (mV.s)、右腕橈骨筋では中足法 0.15 ± 0.01 (mV.s)、背負い法 0.05 ± 0.006 (mV.s)であり、有意に中足法の方が高値を示していた ($p < 0.05 \sim 0.01$)。図5の筋電図波形をみても同様の傾向が示されており、特に中足法では

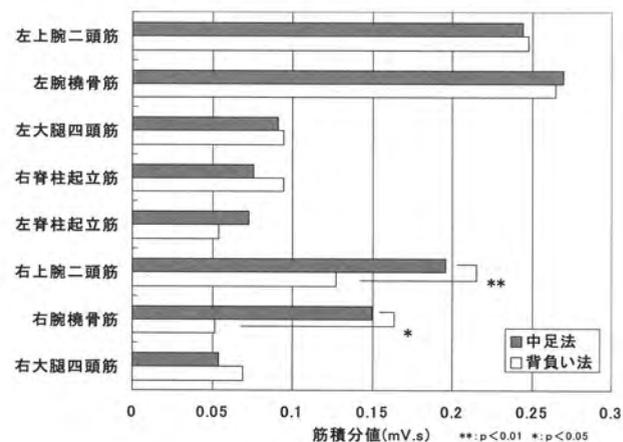


図4. 患者側の移乗動作時の筋電図結果

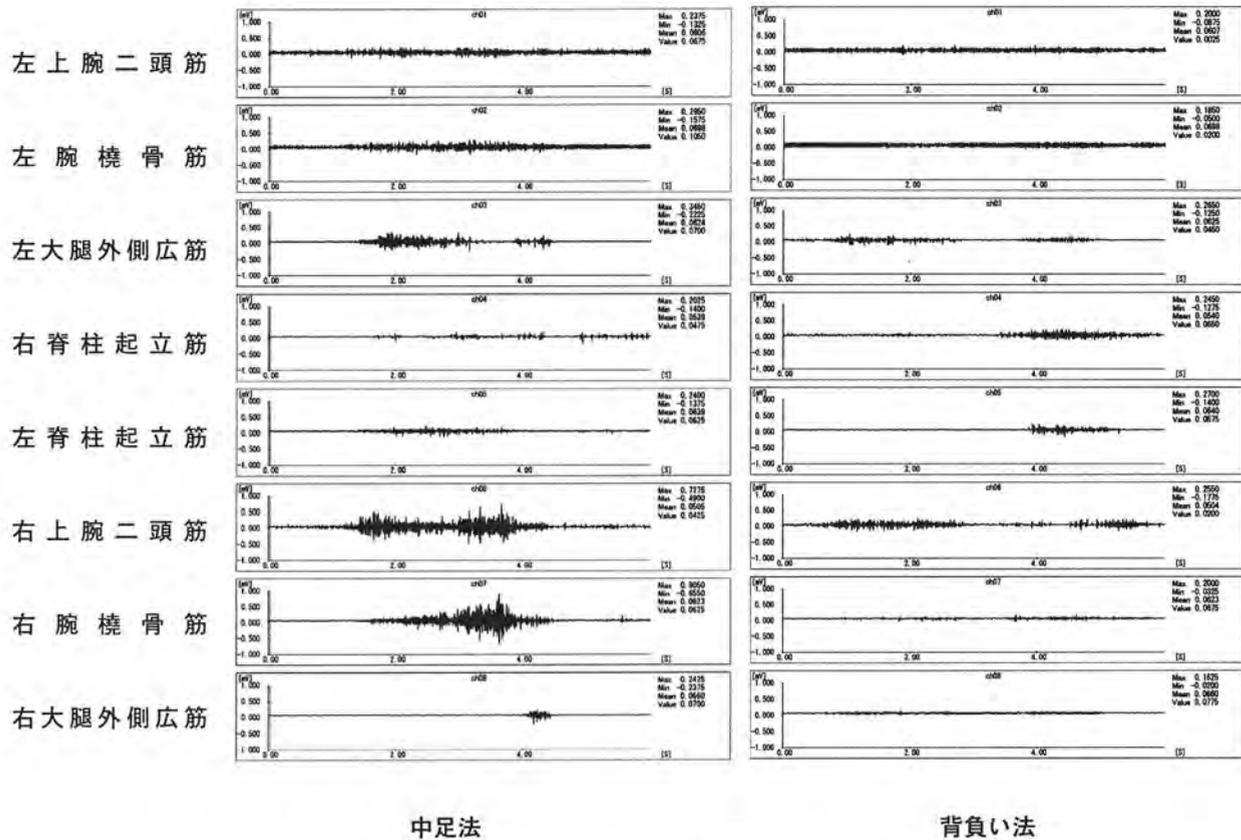


図5. 患者側の移乗動作時の典型的筋電図波形

移乗開始1秒後から4秒後まで、即ち、患者の「立ち上げ」時および「座らせ」時に高い振幅がみられていた。

2) 主観的反応調査の結果 (VAS)

・移乗動作時の苦痛

移乗動作時の主観的反応調査結果の中で、患者側が自覚した苦痛反応をみると、図6に示すように上肢部、肩部、背部、腰部において中足法が有意に高値を示していた (p<0.05)。特に、上肢部では中足法で72.5±1.06/100 mm、背負い法で11.5±0.64/100 mmであり、腰部で中足法50.5±0.92/100 mm、背負い法で14.0±0.00/100 mmであった。

・移乗動作時の不安感・安全性・自立性

患者側が自覚したその他の主観的反応をみると、図7に示すように背負い法で有意に不安を自覚していることが認められ (p<0.05)、安全性・自立性では中足法が背負い法より高値を示していた。

その他自由記述をみると、中足法では「看護者役にしがみついている感じで、手と肩に力が入り少し痛かった」、背負い法では「深く倒れすぎたり、動きが早いと怖い感じがしたが、ゆっくりやってもらえれば安定して楽にできる」という回答が得られた。

2. 看護者側からみた移乗動作の比較結果

1) 筋電図測定の結果

看護者側における移乗動作時の筋活動を比較した結果、図8に示すように、中足法においては右腰と左腕の筋肉を多く使って移乗しているとともに、背負い法では右腕と両下肢を使って移乗していることが示唆された。特に、

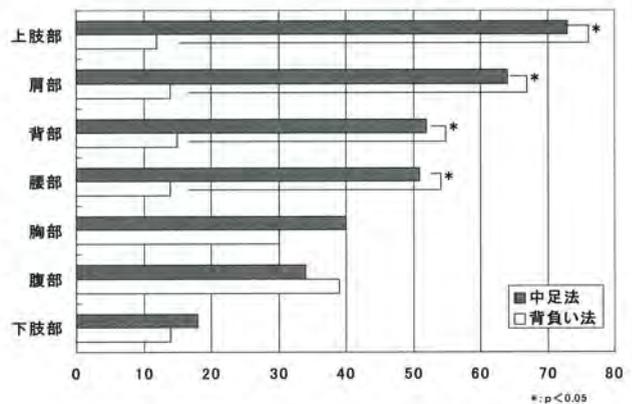


図6. 患者側の主観的反応 (苦痛) (mm)

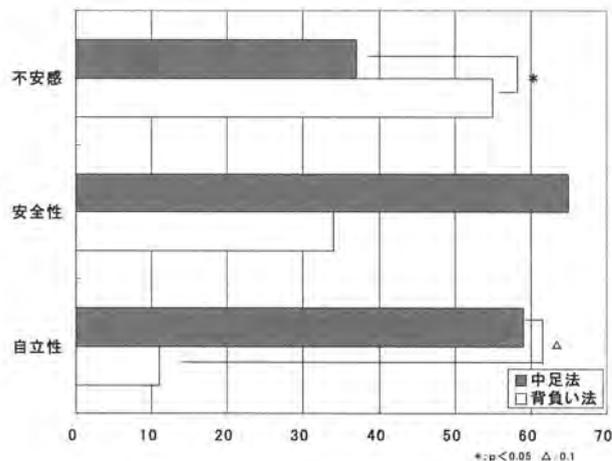


図7. 患者側のその他の主観的反応 VAS(mm)

右上腕二頭筋では中足法で 0.08 ± 0.004 (mV.s)、背負い法で 0.21 ± 0.02 (mV.s)、右脊柱起立筋では中足法 0.19 ± 0.001 (mV.s)、背負い法 0.12 ± 0.002 (mV.s)であり、有意差が認められた ($p < 0.05$)。図9の筋電図波形をみても同様の傾向が示されており、特に中足法では患者の「立ち上げ」時に高い振幅がみられ、腰部では終了時まで高い振幅がみられていた。

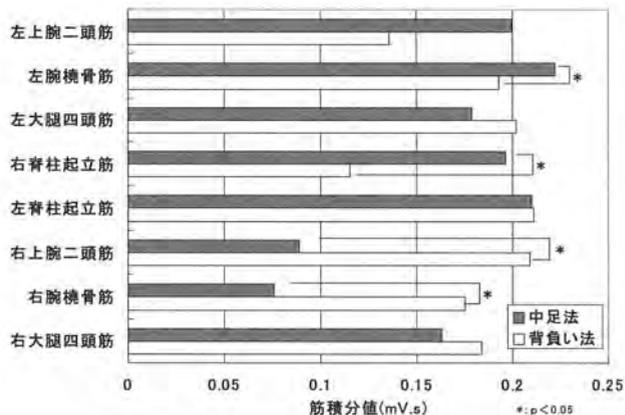


図8. 看護者側の移乗動作時の筋電図結果

2) 主観的反応調査の結果 (VAS)

・移乗動作時の苦痛

移乗動作時の主観的反応調査結果の中で、看護者側が自覚した苦痛反応をみると、図10に示すように中足法では腰部において高値が認められた。即ち、中足法では患者の腰部における苦痛反応は $31.5 \pm 2.19 / 100$ mmと有意に高く、背負い法では $22.0 \pm 0.42 / 100$ mmであった

左上腕二頭筋
左腕橈骨筋
左大腿外側広筋
右脊柱起立筋
左脊柱起立筋
右上腕二頭筋
右腕橈骨筋
右大腿外側広筋

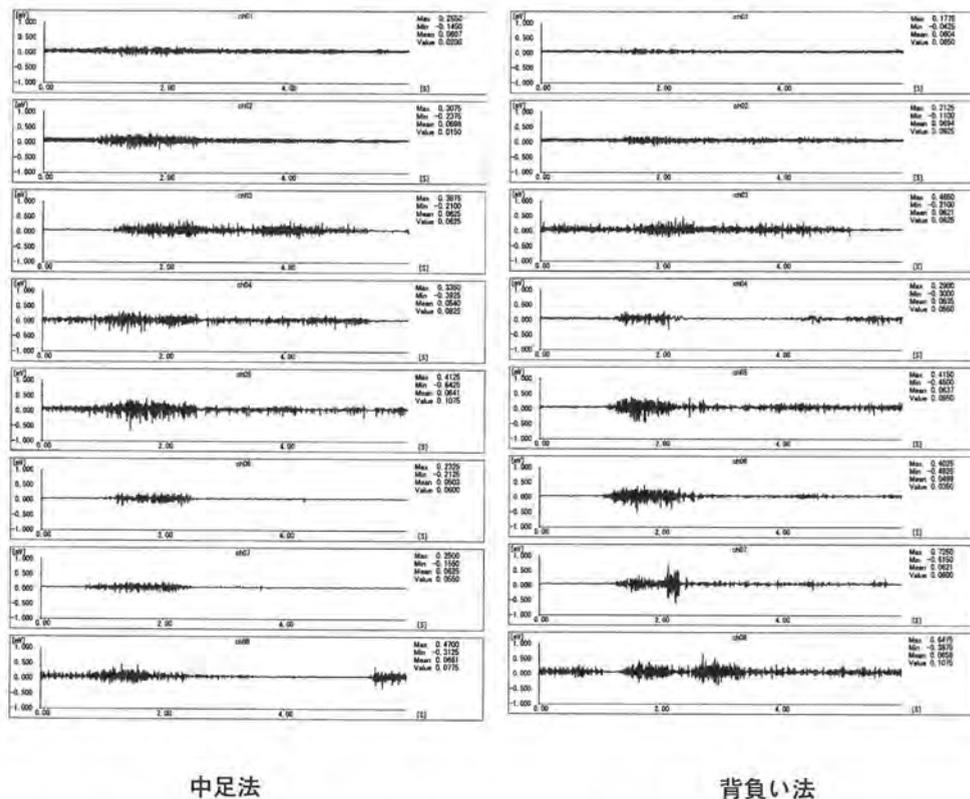


図9. 看護者側の移乗動作時の典型的筋電図波形

($p < 0.01$)。一方、背負い法では下肢部の苦痛反応が有意に高値を示していた ($p < 0.05$)。

・移乗動作時の不安感・安全性・自立性

看護者側が自覚したその他の主観的反応をみると、図11に示すように有意差は特に認めないものの、患者の場合と同様に背負い法で不安を自覚していることが認められ、看護者が自覚した患者の安全性・自立性では中足法が背負い法より高値を示していた。

その他自由記述をみると、中足法では「患者役を自分の方に引き寄せる時に、患者の体重が自分にかかってきて重かった」、背負い法では「膝をつくために少し負担を感じたが、患者を抱えるというよりも水平移動している感じで重みも感じず楽にできた」という回答が得られた。

IV. 考察

我々は前々報⁸⁾、前報¹⁰⁾に引き続き、基本的な生活行動の中でも患者の生活行動の範囲をより拡大可能にする「動くこと」即ち「移乗」動作に焦点を当て研究を行った。本研究では、前報に引き続き下肢の支持性が低下した人を対象として看護者が移乗動作をサポートする場合に、サポートを受ける側とサポートする側両者にとって安全・安楽・自立を考慮した方法について、いわゆる「中足法」と「背負い法」を取り上げ筋電図測定および主観的反応調査を行った結果をもとに比較検証する。

看護分野でのこれまでの車椅子移乗研究はどちらかといえば看護者側からの腰部負担研究がほとんどであった¹⁶⁾。これは、車椅子移乗動作が看護者の腰背部痛の原因となる確立が高いためであり、我々が以前行った実態調査からも確認されている¹⁷⁾。車椅子移乗の方法および動作に注目した方法もいくつかあるが、看護学生と熟練した看護者とのボディメカニクスの観点からの比較研究が

多く、熟練者は腰ではなく上手く膝を活用して援助していることを明らかにしている¹⁸⁾。また、工学系や福祉系の研究においては、我々も前報で紹介したような自立型の移乗機器の開発に関する研究報告が多くみられている^{19)~23)}。いずれにしても、焦点は移乗サポートを受ける患者の安全・安楽・自立がいかにか考慮されているかが重要であり、研究および機器開発においてもそのことが最重要課題と考える。しかし、これまでの研究では看護側または患者側からの研究という、どちらか一方のみの研究がほとんどであった。移乗サポートを看護技術として考えた場合、サポートを受ける側およびサポートする側、両者の視点からの動作研究を行っていくことは重要であり、我々も動作時における両者の関係性や身体負担を同時にとらえた検証を試みている。

そのような中、今回実施した移乗動作研究においては、いわゆる中足法では患者役および看護者役の両者ともに身体にかかる負担が大きいことが明らかとなった。まず、患者役は今回、下肢の支持性が低下しているという設定であり、実際は全介助になる例も多いケースである。本研究での筋電図測定結果をみると、患者役は中足法での移乗時に右側の腕の筋肉を強く使っていることが認められた。このことから、患者は看護者役の肩にまわした右腕で自分の体重の一部を支えながら、残りの体重は看護者に預けて移乗していたと考えられる。また、患者役の中足法における主観的反応をみると、腕以外にも肩や背部、腰部も苦痛を強く感じていたことがわかる。特に、立ち上げ時と座らせ時に筋振幅が大きいということからも、この時に患者の体重移動にかかる負担が患者の腕や肩、腰背部に集中していたことが予測され、立ち上げるという動作は下肢の支持性が低下した患者の場合においては患者の体重を支える患者自身の腕などの身体負荷や、患者を支える看護者への身体負荷となり、動作方法そのものへの見直しの必要性が示唆された。

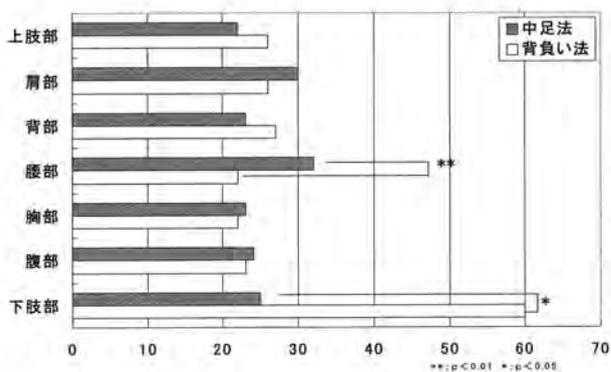


図10. 看護者側の主観的反応 (苦痛) (mm)

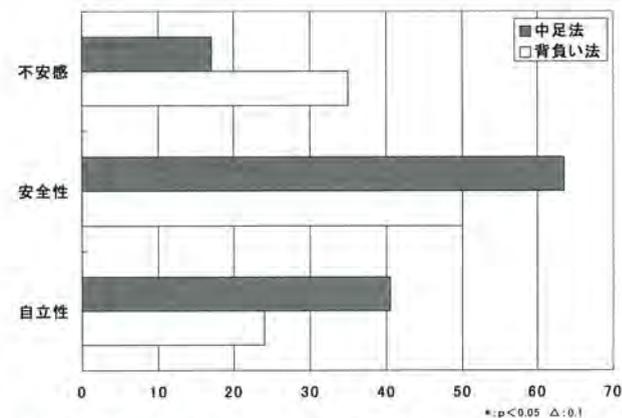


図11. 看護者側のその他の主観的反応 VAS (mm)

また、中足法における看護者役の結果をみても、右側の腰部と左腕部に筋負荷が有意にかかっていることが認められ、主観的反応でも腰部の苦痛が特に高いということが明らかとなった。「患者役を自分の方に引き寄せる時に、患者の体重が自分にかかってくる重かった」という自由記述からも認められるように、中足法においては患者を立ち上げる際に、特に患者の体重を看護者の腰部で支える形となっており、このことから看護現場で実際に多く使われている今回の中足法での移乗援助は、看護者の腰痛が引き起こっている1つの要因となっている可能性があることが確認された。

一方、背負い法における移乗動作の結果をみると、患者役では若干右腰部の筋負荷が高いものの有意差は認められず、苦痛反応も低値であった。また、看護者役においては、右腕と両大腿部の筋負荷が認められており、主観的反応をみても下肢部の苦痛反応が高い値となっていた。背負い法では、患者を看護者の背部に伏臥させてそのまま看護者の右膝と患者の右膝を軸にして回転するという方法をとるため、「膝をつくために少し負担を感じたが、患者を抱えるというよりも水平移動している感じで重みも感じず楽にできた」という自由記述にも認められるように、患者の体重が一箇所に集中せずに移動できており両者の身体負荷が少ない結果となったと考える。このことは、前報での移乗ロボットの動き方の検証結果と同じであり、下肢の支持性が低下した患者を移乗する場合は患者をできるだけ前傾にさせて体重負荷を分散させて一箇所に集中しないようにすること、およびその際に可能な限り、患者の安全・安楽を考えた方法とすることが重要である。

しかし、移乗時の患者の安全性・安楽性における両者の主観的反応調査の結果をみると、背負い法では患者の不安感が強く、課題が残ることとなった。「深く倒れすぎたり、動きが早いと怖い感じがしたが、ゆっくりやってもらえれば安定して楽にできる」という患者の自由回答から、移乗の際の患者の体位、即ち、伏臥のしかたや移乗速度を考えて行えば患者の不安感は軽減され则认为。また、有意差は認めなかったものの安全性においても背負い法が低値となっており、両者ともにより安全で安定した移乗方法であると認識できるよう、いわゆるおんぶひもなどの安全ベルトをつけるなどの改善策を今後見出していく必要があると考えられる。

これに対して中足法では、主観的反応調査結果において、患者・看護者役の両者ともに安全性・自立性は高値を示していた。中足法では、両者ともに身体的負担および苦痛反応が認められた方法であり安楽性における課題は大きい、患者と看護者との重心を近づけてしっかりと患者を支えながら立ち上げ、回転し、座らせるという一連の動作であり、患者を終始保持しているために患者

の安全性、安心感が高値を示したのではないかと考えられる。また、患者自身、腕の力を使って体重を支えるために自立性も高く、全てを看護者に任せる背負い法とは異なる点であった。

以上のことから、下肢の支持性が低下した人に対する移乗動作では、看護現場で実際に広く行われている中足法はサポートを受ける側とサポートする側の両者において身体的負担は大きく、安楽性には課題が残るものの、安全性・安心感・自立性の面からは有効であると考えられた。一方、背負い法では身体的負担は両者ともに低く、安楽性は高いものの、サポートを受ける患者側の安心感は低く、移乗時に安定性を増すような改善策が必要であることが示唆され、それぞれの移乗法の課題が浮き彫りにされた。

V. 結語

下肢の支持性が低下した人に対する移乗動作においては、患者の安全・安楽・自立を十分に考慮することが重要である。本研究では看護者が行う移乗動作の検証を行ったが、今回の結果をもとに、患者にとってはもちろん看護者にとってもより安全・安楽な移乗方法を見出すとともに、前報での結果をふまえて修正した移乗サポートロボットを用いた移乗動作との比較検証も実施していく予定である。

謝辞

本研究の実施にあたりご協力いただきました皆様、および実験機器を使用にあたりご協力をいただいた(株)ディケイエイチ社様に深謝致します。

本研究は、平成15・16年度滋賀県立大学特別研究費により実施した。

文献

- 1) 甲田茂樹, 久繁哲徳, 小河孝則, 他: 看護婦の腰痛症発症にかかわる職業性要因の疫学的研究, 産業医学, 33, 410-422, 1991.
- 2) 金田和容, 白井康正, 武内俊次, 他: 看護職員の腰痛調査, 日本腰痛会誌, 2(1), 17-21, 1996.
- 3) Philip Harber, Elizabeth Billet, Mary Cutowski, et al., : Occupational Low - Back Pain In Hospital Nurses, Journal of Occupational Medicine, 27(7), 518-524, 1985.
- 4) D. A. Stubbs, P. W. Buckle, M. P. Hudson, P. M. Rivers, et al., : Back pain in the nursing Profession,

- ERGONOMICS, 26(8)、755-765、1983.
- 5) Ying Xu, Elsa Bach, Elsa Orhede: Work environment and low back pain: the influence of occupational activities, *Occupational and Environmental Medicine*, 54, 741-745, 1997.
 - 6) 伊丹君和, 藤田きみゑ, 寄本 明, 古株ひろみ, 横井和美, 松井美紀子, 藤迫奈々重, 居原田玲香: 看護作業姿勢からみた腰部負担の少ないベッドの高さに関する研究, *滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌*, 4, 21-27, 2000.
 - 7) 伊丹君和, 藤田きみゑ, 寄本明, 古株ひろみ, 横井和美, 藤迫奈々重, 田中智恵, 久留島美紀子, 北村隆子, 森下妙子: 看護作業姿勢からみた腰部負担の少ないベッドの高さに関する研究(第2報) - 作業時における教員・学生間のボディメカニクス活用の比較分析 -, *滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌*, 5, 39-44, 2001.
 - 8) 伊丹君和, 藤田きみゑ, 横井和美, 久留島美紀子, 森下妙子, 豊田久美子, 寄本 明, 下野俊哉: 片麻痺模擬患者への車椅子移乗援助に関する研究 - 患者の安全・安楽・自立および看護者の腰痛予防を考慮して -, *人間看護学研究*, 1号, 19-28, 2004.
 - 9) 労働省労働衛生課: 職場における腰痛予防対策マニュアル, 中央労働災害防止協会, 1996.
 - 10) 伊丹君和, 安田寿彦, 豊田久美子, 石田英實, 久留島美紀子, 藤田きみゑ, 田中勝之, 森脇克己: 下肢の支持性が低下した人に対する移動サポートロボットを用いての立ち上がり動作の検証, *人間看護学研究*, 2号, 1-12, 2005.
 - 11) 石崎庄治, 小川鑽一, 塚越貴弘, 大久保祐子, ベッドの高さと看護者の腰部負担について, 第19回バイオメカニクス学術講演会講演予稿集, 105-108, 1998.
 - 12) 湯 海鷗, 豊島進太郎, 星川保, 川端昭夫: 車椅子の移乗介護動作に関する運動学的分析研究, *バイオメカニクス学会誌*, 27(1), 37-41, 2003.
 - 13) 水戸優子: 車椅子移乗時の介助者の足位置の違いによる動作の分析, *看護人間工学研究*, 2, 2000.
 - 14) 山本康稔, 加藤宗規, 中村恵子: 腰痛を防ぐらくらく動作介助マニュアル, 医学書院.
 - 15) 坪井良子, 松田たみ子: 体位と移動, 考える基礎看護技術 I, 268-288, 2004.
 - 16) 渡辺光子, 小北ゆかり, 宇佐見弥生, 他: 看護動作における腰痛の検討 - アンケート調査による実態把握と筋電図による実験を通して -, 第21回看護管理, 131-133, 1990.
 - 17) 久留島美紀子, 伊丹君和, 藤田きみゑ, 森下妙子, 他: 看護・介護作業時のボディメカニクス活用状況に関する一考察, *滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌*, 7, 90-96, 2003.
 - 18) 稲田三津子, 増田早苗, 三ッ森栄子: 患者の車椅子移乗動作における看護学生の動作分析 - 姿勢モニターによる分析 -, *日本赤十字看護大学紀要*, 13, 43-50, 1999.
 - 19) 守安貴彦, 他: 抱き起こし動作に関する研究, *人間工学*, 30 (特別号), 150-151, 1994.
 - 20) 小野寺直樹, 荒井博之, 他: 抱き起こしに関する研究, *人間工学*, 32 (特別号), 124-125, 1996.
 - 21) 井上真帆, 山下久仁子, 岡田 明: 高齢者の住宅内における移乗動作に関する基礎的研究, *日本人間工学関西支部大会講演論文集*, 123-124, 1998.
 - 22) 山崎信寿, 山本真路, 井上剛伸: 移乗介助動作の計測と腰部負担の軽減手法, 第17回バイオメカニクス学術講演会講演予稿集, 107-118, 2001.
 - 23) 井上剛伸, Geoff Fernie and P.L.Santaguida: 介助用リフト使用時の腰部負担, *バイオメカニクス*15, 243-254, 2000.
 - 24) 結城瑛子, 水戸優子, 野月千春, 山本 基, 山田紀代美: 体位と移動の援助技術について(2) 体位変換・移動, *Nursing*, 16(1), 62-65, 2001.
 - 25) Rene Caillet: *Low Back Pain Syndrome*, 1995. 荻島秀男訳: 腰痛症, 医歯薬出版, 1998.
 - 26) 酒井一博: 姿勢負担とその改善, *労働の科学*, 45(9), 4-8, 1990.
 - 27) 宮腰由紀子, 榎本麻里, 佐野房恵, 渡辺誠介: 看護動作の筋電図学的分析(その1), *日本看護研究学会雑誌*, 9(4), 1987.
 - 28) HAROLD PORTNOY et al.: *Electromyographic Study of Postural Muscles in Various Positions and Movements*, 122-126, 1990.
 - 29) 森 健躬: 腰診療マニュアル, 医歯薬出版, 1996.
 - 30) 大森静恵, 佐々山香, 他: ベッド上足浴時における看護者の腰部の負担度 - 前傾姿勢の角度と筋活動量の関係から -, *クリニカルスタディ*, 18(4), 32-37, 1997.
 - 31) 伊丹君和, 藤田きみゑ, 古株ひろみ, 矢口潤哉, 北村隆子, 横井和美, 田中智恵, 藤迫奈々重, 甘佐京子, 柴辻里香, 森下妙子, 寄本明, 金田嘉清: 看護作業時のひねりが看護者の腰部に及ぼす影響についての検討 - Noraxon 社製 Myo System 1200 sEMG を用いての筋電図学的分析 -, *滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌*, 5, 33-38, 2001.
 - 32) 伊丹君和, 藤田きみゑ, 矢口潤哉, 森下妙子, 下野俊哉: 看護作業時のひねりが看護者の腰部に及ぼす影響についての検討(第2報) - ベッドメーカーンク作業時の筋電図学的分析 -, *滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌*, 6, 37-42, 2002.

(Summary)

Evaluation of Human Physical and Mental Burdens Regarding Standing Transfer in Individuals with Reduced Lower Limb Strength

Kimiwa Itami¹⁾, Toshiko Yasuda²⁾, Kumiko Toyoda¹⁾,
Hidemi Ishida¹⁾, Mikiko Kurushima¹⁾, Kimie Fujita¹⁾,
Katsuyuki Tanaka²⁾, Katsumi Moriwaki²⁾

¹⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾School of Engineering, The University of Shiga Prefecture

Background Japan's population is graying rapidly. The increase in the number of people seeking assistance to carry out some of the basic everyday activities has resulted in an increased incidence of low back pain among nurses. In our previous study, electromyographic (EMG) activity in patients with reduced lower limb strength was measured during robot-assisted standing transfer in order to assess the usability of a robotic transfer aid in terms of user safety and comfort. The results of this previous study suggested that muscle fatigue associated with robot-assisted standing transfer can be reduced by allowing patients to bend their upper body forward over the robot before raising them to a standing position, and with a few modifications to the part of the robot which comes into contact with the user's chest and abdomen, the robot may have a potential to become a useful tool for assisting individuals in a standing transfer.

Objective In the present study, EMG activity in patients with reduced lower limb strength was measured to identify the methods of transfer and lifting that are safe, secure, and convenient for both the provider and the receiver of support.

Method 1. Subjects and Methods: The survey was conducted in October 2004. Subjects were four healthy women with average height and build aged in their 20s. The following transfer techniques were examined: 1) placing one leg between the legs of a patient in order to safely lift the patient to a

standing position (Technique A), and 2) having a patient bend his/her body forward onto the nurse's back to lift him/her to a standing position (Technique B). Technique A is a customary lifting technique widely used by nurses in Japan, while according to our previous study - Technique B proved to cause minimal patient discomfort. Muscle activity of the subjects was measured to compare the two lifting techniques. A surface electromyograph called SX230 was used to calculate the integral of the electromyogram signals (EMG integral) for each tested muscle. Subjects were interviewed regarding their perceived comfort and discomfort in terms of safety, sense of security, and convenience.

2. Ethical Consideration All subjects were fully informed of the purpose of the study before consenting to participate, and were fully aware that they could withdraw from the study at any time. They were also fully informed both orally and in writing about their right to privacy.

Results Standing transfer using Technique A caused pain in the upper limb in the support receiver, with the EMG integral for the upper limb during the first 6 seconds of a standing transfer indicating relatively intense muscle activity. With Technique B, the support receiver experienced less pain but indicated an increased level of perceived discomfort in terms of safety, sense of security, and convenience. On the other hand, while Technique A

caused the support giver much strain on the low back, Technique B inflicted excessive stress on both the upper and the lower limb muscles of the support giver.

Conclusions The results obtained from the present study showed that both Techniques A and B have their merits and demerits. Technique A is a customary lifting technique which is widely used by nurses in Japan to raise individuals with reduced lower limb strength to a standing position.

Although this technique inflicted relatively intense physical strain on both the support giver and the receiver, it gave the support receiver increased sense of safety and security. On the other hand, Technique B involved less physical strain but provided less sense of security to the support receiver.

Key Words Standing transfer; electromyogram; perceived comfort; low back strain.

論文

中・高年女性の尿失禁に関する認識の実態



寺田美和子、竹村節子
滋賀県立大学人間看護学部

背景 中・高年女性の尿失禁は罹患率が高いにも関わらず受診率が低いことが従来より指摘されてきた。その理由のひとつに尿失禁は治るという認識不足ならびに尿失禁という状況に対する羞恥心によるものなどがあげられてきた。しかし、近年、尿失禁の話題が新聞、テレビ、ラジオなどのマス・コミで取り上げられることが多く、専門外来が開設されてきたこともあり、女性の尿失禁への認識が変化してきていることが考えられる。

目的 中・高年女性の尿失禁に関する認識の実態を明らかにする。

方法 尿失禁の受診に関する質問紙調査を2004年7月～11月にかけて行った。本研究の分析対象者は40歳以上で尿失禁の治療経験のない女性とした。分析は対象者全体と、尿失禁あり群・尿失禁なし群の比較を尿失禁に関する情報の有無と情報源、尿失禁に関する認識（原因、改善方法、医療機関）について行った。

結果 尿失禁に関する情報を得たことがある女性は対象者全体の88.8%で、情報源の多くは新聞、テレビ、ラジオといったマス・コミによるものであった。尿失禁に関する知識で高かったのは、加齢が尿失禁の原因となること、尿失禁の治療法としての骨盤底筋体操の効果で、いずれも尿失禁あり群が尿失禁なし群に比べ有意に高かった ($p < 0.05$)。しかし、尿失禁の改善に関する意識は低かった。

結論 尿失禁に関する情報を得たことのある女性は多いにも関わらず、尿失禁に関する認識は十分とは言えなかった。今後、女性への医療者からの積極的な情報提供が必要であると考えられた。

キーワード 尿失禁、中・高年女性、認識

I. 緒言

近年、感染症や急性期疾患のみならず患者の QOL や女性のみを対象とした医療に関心が向けられている。医療におけるこのような変化のなかで注目をされてきた症候群のひとつに中・高年女性の尿失禁がある。

尿失禁についての本格的な疫学調査は行われておらず、

正確な尿失禁の罹患率は明らかではないが¹⁾、成人女性の30～40%程度に尿失禁の経験があると報告している研究が多い^{2,4)}。また、尿失禁を経験している女性の中には、自尊心の低下や、水分摂取の制限や運動・外出を控えるなど日常生活に大きな影響を受けている女性がいることが明らかにされている^{5,6)}。

その一方で、尿失禁は医療機関を受診して治療を受けることで治癒、改善が可能であるにも関わらず受診する女性は尿失禁経験者のうちわずかであることが指摘されている。そして、受診する女性が少ない理由のひとつと

して尿失禁が治療の対象となる症候群であるという認識不足が挙げられている^{7,8)}。

しかし、最近では尿失禁外来を開設する病院も増えてきており、またマス・コミで尿失禁の話題が取り上げられることも多い。このような状況から尿失禁に関する情報は普及し、その結果として中・高年女性の尿失禁への認識が以前と比較して変化しているのではないかと推測される。また、現在の尿失禁への認識の実態を把握しておくことは、看護職が中・高年女性とともに尿失禁の改善に取り組む際に必要と考えられる。

そこで、尿失禁の治療を受けたことのない女性を対象として、尿失禁に関する認識の実態を把握することを目的として調査を行った。現在まで尿失禁に関する調査は多く行われてきているが、今回のように尿失禁の治療を受けたことのない女性のみを対象とした研究はなく、この研究結果は看護職が女性に対して尿失禁への理解を深める活動を行う基礎となるものと考えられる。

II. 用語の定義

尿失禁：「尿意のある、なしに関わらずトイレ以外の

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：寺田美和子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

場所で尿が出てしまうこと、漏れる量は下着が湿る程度から、衣服の外まで出てしまう量とする」と定義した。国際尿禁制学会 (International Continence Society: ICS) は「尿失禁とは客観的に証明できる不随意の尿漏出で、このため日常生活を送るうえでも、衛生的にも支障をきたすものである」と定義している⁹⁾。しかし、本研究では受診するまえの女性を対象としているため、研究対象者の尿失禁を客観的に証明することはできない。そこで、本間¹⁰⁾の「尿失禁とは尿の不随意の尿漏出で、衛生的、社会的に問題となるものとされている。より平易には、トイレ以外での尿の漏出と考えてよい」を参考に、上記のように尿失禁を定義した。

尿失禁あり群：尿失禁の経験はあるがその治療等のために受診したことの無い女性

尿失禁なし群：尿失禁の経験のない女性

なお、カバーレター、調査用紙では「尿失禁」に代えて、一般に用いられ心理的抵抗が少ないと思われる「尿漏れ」を使用した。

III. 研究方法

1. 研究対象者

尿失禁の罹患率が高くなる40歳以上の女性で、尿失禁の治療等のために受診したことの無い者を対象者とした。

2. 調査用紙の配布と回収方法

医療機関、教育機関等の協力を得て、尿失禁の罹患率が高くなる40歳以上の女性に書面もしくは書面と口頭で調査目的、調査への協力は自由意志によるものであることを説明したのち調査用紙を配布した。回収は郵送を原則とした。

3. 調査用紙の配布期間

2004年7月から2004年11月までの間とした。

4. 調査項目

調査項目は、年齢、尿失禁経験の有無、尿失禁治療のための受診の有無、尿失禁に関する情報の有無、情報源、尿失禁に関する認識である。

尿失禁に関する情報は、情報を得たことがあるか、情報を得たことがあると回答した女性にはその情報源を①家族、②尿漏れを経験したことのある友人、③尿漏れを経験したことのない友人、④マス・コミ (新聞・テレビ・ラジオなど)、⑤インターネット、⑥尿漏れについて書かれている本・雑誌、⑦医療関係者 (医師・看護師・保健師・助産師など)、⑧その他から複数回答で求めた。

尿失禁に関する認識は、先行研究¹²⁷⁾⁹⁾¹¹⁾を基に原因2項目 (加齢・出産)、尿失禁の改善方法5項目 (治療対

象と考えるか、手術、市販薬、処方薬、骨盤底筋体操)、尿失禁の医療機関3項目 (診療科目、専門外来、医療機関) の合計10項目を尋ねた。回答は「はい」・「いいえ」・「わからない」の3つの選択肢とし、集計は「はい」と「いいえ」「わからない」を併せた「いいえ」の2群に分けた。

5. 分析方法

返信された調査用紙から尿失禁の治療のために受診したことの無い女性を選んだ。

対象者全体の年齢、尿失禁に関する情報の有無、情報源、尿失禁に関する認識について分析をおこなった。次に尿失禁あり群・尿失禁なし群の2群に分類し、年齢、尿失禁に関する情報の有無、情報源、尿失禁に関する認識に差があるか否かの検定を行った。分析は年齢の比較 (t 検定) を除き、すべて χ^2 検定 (対象者全体の分析は1変数の χ^2 検定) で行った。統計は統計解析ソフト (SPSS 12.0J for windows) を用いて行った。

6. 倫理的配慮

神戸市看護大学倫理委員会の承認を受け (研究計画平成15年 調査用紙 平成16年) 調査を行った。研究対象予定者のプライバシー保持のため、調査用紙への記入は調査用紙配布場所 (医療機関、教育機関等) 以外で行うこと、無記名とすることを原則とし、調査用紙の返送をもって調査への協力に同意を得らえたものとした。

IV. 結果

調査用紙の配布対象者は759名であった。調査用紙の回収は356名 (回収率46.9%) で、有効回答数は320名 (89.9%) であった。有効回答者320名のうち、尿失禁の治療のために受診したことの無い女性249名を本研究の分析対象者とした。

1. 全対象者の分析

1) 基本属性

全対象者の年齢は40~80歳であり、平均年齢は58.0歳 (± 8.05) であった。

2) 尿失禁に関する情報

尿失禁について知る機会があったと回答した女性は、全体の88.8%の221名であった。

尿失禁について知る機会があった女性は、知る機会のなかった女性に比べ有意に多かった ($p < 0.01$) (表1)。

尿失禁に関する情報を得たことがあった女性に何から情報を得たか尋ねた結果を図1に示した。図1よりマス・コミから情報を得た女性が最も多く対象者の

76.9% (170名)であった。次いで本・雑誌 (28.1%)、尿失禁の経験のある友人 (24.9%)、家族 (18.1%)、尿失禁の経験のない友人 (14.5%)、医療関係者 (8.1%)、インターネット (1.8%) の順であった。

3) 尿失禁に関する認識

尿失禁に関する情報を得たことのある女性221名に尿失禁に関する知識を尋ねた結果を表2に示した。

尿失禁の原因では「年をとれば尿漏れは仕方がないと思う」という質問に「はい」と答えた女性は220名中128名 (58.2%) で「いいえ」と答えた女性より有意に多かった ($p < 0.05$)。反対に「出産を経験していれば尿漏れは仕方がないと思う」という質問に「はい」と答えた女性は221名中62名 (28.1%) で「いいえ」と答えた女性より有意に少なかった ($p < 0.01$)。

尿失禁の改善について尋ねた質問では「尿漏れは医療機関で相談すればよくなると思う」に「はい」と答

えた女性は219名中118名 (53.9%) で「いいえ」と答えた女性と有意差は認められなかった。尿失禁を改善するための具体的な方法を尋ねた「手術を受ければよくなると思う」「病院でもらった薬を飲めばよくなると思う」「市販薬を飲めばよくなると思う」では「はい」と答えた女性は、それぞれ219名中35名 (16.0%)、221名中40名 (18.1%)、217名中3名 (1.4%) で「いいえ」と答えた女性より有意に少なかった ($p < 0.01$)。一方で「骨盤底筋体操でよくなると思う」に「はい」と答えた女性は219名中128名 (58.4%) で「いいえ」と答えた女性より有意に多かった ($p < 0.05$)。

さらに、尿失禁の治療を行っている医療機関について尋ねた質問では「尿失禁外来という言葉を知っている」「尿漏れの治療を行う診療科目を知っている」「尿漏れの治療を行う医療機関を知っている」では「はい」と答えた女性が220名中80名 (36.4%)、220

表1 尿失禁の情報の有無 (全対象者)

	あった	なかった	χ^2 値	p値	有意性
尿漏れについて知る機会	221(88.8)	28(11.2)	149.59	0	**

N=249
** p<0.01

表2 尿失禁に関する認識 (全対象者)

	n	はい 人 (%)	いいえ 人 (%)	χ^2 値	p値	有意性	
原因	年をとれば尿漏れは 仕方がないと思う	220	128(58.2)	92(41.8)	5.89	0.015	*
	出産を経験していれば 尿漏れは仕方がないと思う	221	62(28.1)	159(71.9)	42.56	0	**
改善	尿漏れは医療機関で相談 すればよくなると思う	219	118(53.9)	101(46.1)	1.32	0.251	n.s.
	尿漏れは手術を受ければ よくなると思う	219	35(16.0)	184(84)	101.37	0	**
	尿漏れは病院でもらった薬を 飲めばよくなると思う	221	40(18.1)	181(81.9)	89.96	0	**
	尿漏れは市販薬を飲めば よくなると思う	217	3(1.4)	214(98.6)	205.17	0	**
	尿漏れは骨盤底筋体操で よくなると思う	219	128(58.4)	91(41.6)	6.23	0.012	*
	尿失禁外来という言葉を知 っている	220	80(36.4)	140(63.6)	16.36	0	**
診療	尿漏れの治療を行う診療科 目を知っている	220	87(39.5)	133(60.5)	3.82	0.002	**
	尿漏れの治療を行っている 医療機関を知っている	218	26(11.9)	192(88.1)	44.95	0	**

* p<0.05 ** p<0.01 n.s.有意性なし

名中87名(39.5%)、218名中26名(11.9%)と「いいえ」と答えた女性より有意に少なかった($p < 0.01$)。

2. 尿失禁あり群と尿失禁なし群の比較

対象者249名を尿失禁あり群と尿失禁なし群に分けて比較を行った。尿失禁あり群は134名、尿失禁なし群は115名であった。

1) 基本属性

尿失禁あり群の平均年齢は57.7(±7.6)歳で、尿失禁なし群の平均年齢は58.1(±8.6)歳であった。2群の平均年齢に差は認められず、比較検定に耐え得ると判断した。

2) 情報の有無・情報源の違い

尿失禁について知る機会の有無を尿失禁あり群と尿失禁なし群で比較した結果を表3に示した。尿失禁あり群が尿失禁なし群に比べ有意に情報を得ていた($p < 0.05$) (表3)。

尿失禁について知る機会があったと回答した尿失禁あり群124名と尿失禁なし群97名で情報源に差があるか否か検定を行い図2に示した。

2群とも情報源として最も多いのはマス・コミであった。その後、尿失禁あり群の情報源は尿失禁経験のある友人、本・雑誌、家族、尿失禁経験のない友人・知人、医療関係者の順に多くなっていた。尿失禁なし群の情報源は本・雑誌、尿失禁経験のある友人・知人、家族、尿失禁経験のない友人、医療関係者、インターネットの順に多くなっていた。

尿失禁あり群と尿失禁なし群で有意差が認められた情報源は、尿失禁経験のある友人($p < 0.01$)、インターネット($p < 0.05$)の二項目であった。

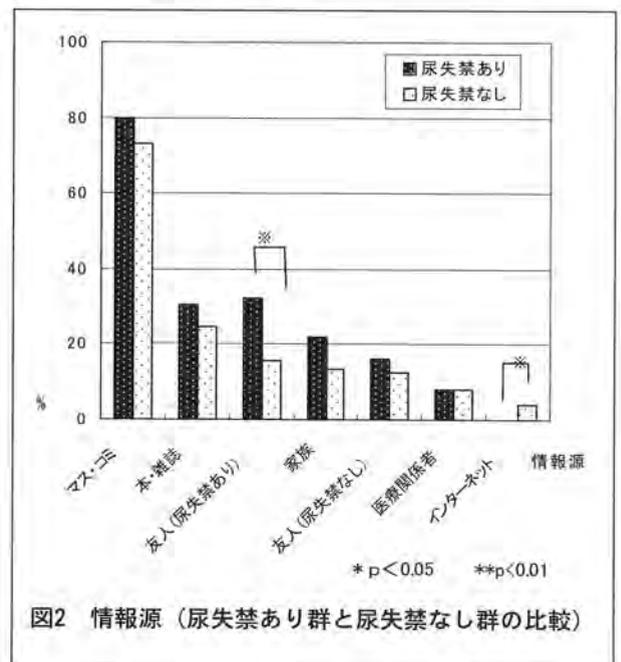
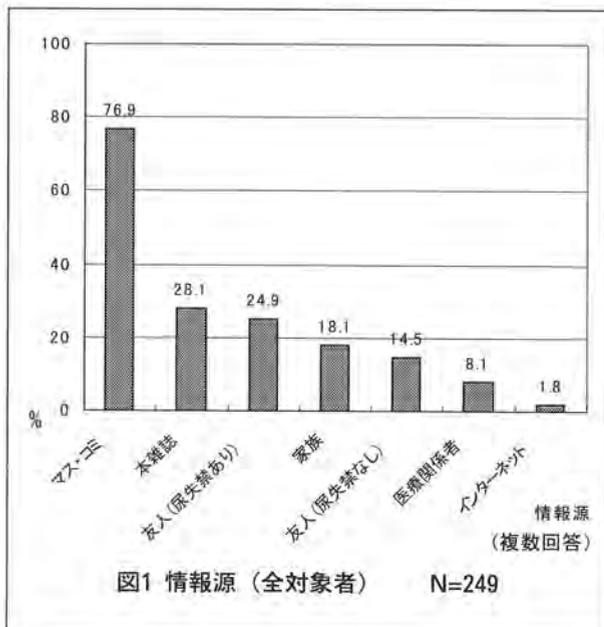
3) 尿失禁に関する認識の違い

尿失禁経験の有無による尿失禁への認識の違いを表4に示した。尿失禁に関する認識を尿失禁の経験の有無により比較したところ、差が認められたのは尿失禁の原因二項目と尿失禁の改善方法一項目であった。

尿失禁の原因二項目「年をとれば尿漏れは仕方がないと思う」「出産を経験していれば尿漏れは仕方がないと思う」は、いずれも尿失禁あり群が尿失禁なし群に比べて「はい」と答えた女性の割合が多かった。尿失禁の改善では「尿漏れは骨盤底筋体操でよくなると思う」という質問では尿失禁あり群が尿失禁なし群に比べて「はい」と答えた女性の割合が有意に多かった($p < 0.05$)。

「尿漏れは医療機関で相談すればよくなると思う」は尿失禁経験の有無に関係なく「はい」と答えた女性が多く、差は認められなかった。また「尿漏れは病院でもらった薬を飲めばよくなると思う」「尿漏れは市販薬を飲めばよくなると思う」では、尿失禁の有無に関係なく「はい」と答えた女性が少なく、差は認められなかった。

尿失禁の診療に関する三項目「尿失禁外来と言う言葉聞いたことがある」「尿漏れの治療を行う診療科目を知っている」「尿漏れの治療を行っている医療機関を知っている」は尿失禁経験の有無に関係なく「は



い」と答えた女性が多く、差は認められなかった。
 「尿漏れの治療を行っている医療機関を知っている」に「はい」と答えた女性は尿失禁経験の有無に関係なく1割程度と非常に少なかった。

V. 考察

本調査で尿失禁に関する情報を得たことがあると答えた女性は対象者全体では88.8%であった。尿失禁経験の有無で比較すると尿失禁経験のある女性が有意に情報を得ていたが尿失禁経験の無い女性でも84.3%が情報を得ていた。情報源は、尿失禁経験の有無に関わらずテレビ、新聞、ラジオなどのマス・コミであった。河内の調査⁹⁾でも女性の79.5%が新聞、雑誌、テレビ、ラジオから情報を得たと述べている。このことから情報源としての

マス・コミは常に大きな影響力があることを示している。尿失禁の原因に関する認識を対象者全体に尋ねてみると、加齢が原因と答えた女性が多く、出産が原因と答えた女性は少なかった。尿失禁経験の有無で比較すると二項目とも差が見られ、いずれもこれらが原因と答えた女性の割合は尿失禁あり群に多かった。

これは尿失禁あり群は情報に関心をもって正しく認識をしていると考えられる。しかし、尿失禁あり群の65%は加齢が原因と答えたが、出産が原因と答えた尿失禁あり群は全体の37.1%であったことは、尿失禁あり群が自分の経験として「年をとったので尿失禁がおこった」とは理解しているが、出産後何年もたってから発症する尿失禁と出産との関連性については認識できていないことが示された。

尿失禁の改善について尋ねた質問の1つである「尿失

表3 尿失禁の情報の有無（尿失禁あり群と尿失禁なし群の比較） N=249

尿漏れについて知る機会	あった	なかった	χ^2 値	p 値	有意性
尿失禁群	124(92.5)	10(7.5)	4.159	0.041	*
尿失禁なし群	97(84.3)	18(15.7)			

* p < 0.05

表4 尿失禁に関する認識（尿失禁あり群と尿失禁なし群の比較）

		n 人 (%)	はい 人 (%)	いいえ 人 (%)	χ^2 値	p 値	有意性
原因	年をとれば尿漏れは	尿失禁あり 123(100)	60(65.0)	43(35.0)	5.39	0.2	*
	仕方がないと思う	尿失禁無し 97(100)	48(49.5)	49(50.5)			
	出産を経験していれば	尿失禁あり 124(100)	46(37.1)	78(62.9)			
改善	尿漏れは仕方がないと思う	尿失禁無し 97(100)	16(16.5)	81(83.5)	11.5	0.01	*
	尿漏れは医療機関で相談すればよくなると思う	尿失禁あり 123(100)	64(52.0)	59(48.0)			
	尿漏れは手術を受ければよくなると思う	尿失禁無し 96(100)	54(56.3)	42(43.8)			
	尿漏れは病院でもらった薬を飲めばよくなると思う	尿失禁あり 124(100)	22(17.9)	101(82.1)			
	尿漏れは市販薬を飲めばよくなると思う	尿失禁無し 97(100)	13(13.5)	83(86.5)			
	尿漏れは骨盤底筋体操でよくなると思う	尿失禁あり 124(100)	21(16.9)	103(83.1)			
	尿失禁外来という言葉を知っている	尿失禁無し 97(100)	19(19.6)	78(80.4)			
	尿漏れは市販薬を飲めばよくなると思う	尿失禁あり 122(100)	1(0.8)	121(99.2)			
	尿漏れは骨盤底筋体操でよくなると思う	尿失禁無し 95(100)	2(2.1)	93(97.9)			
	尿漏れは骨盤底筋体操でよくなると思う	尿失禁あり 124(100)	80(64.5)	44(35.5)			
診療	尿失禁外来という言葉を知っている	尿失禁無し 97(100)	48(50.5)	47(49.5)	4.34	0.037	*
	尿失禁あり 123(100)	51(41.5)	72(58.5)				
	尿漏れの治療を行う診療科目を知っている	尿失禁無し 97(100)	29(29.9)	68(70.1)			
	尿漏れの治療を行っている医療機関を知っている	尿失禁あり 123(100)	54(43.9)	69(56.1)			
尿漏れの治療を行っている医療機関を知っている	尿失禁無し 97(100)	33(34.0)	64(66.0)	2.21	0.137	n.s.	
尿漏れの治療を行っている医療機関を知っている	尿失禁あり 122(100)	14(11.5)	108(88.5)				
尿漏れの治療を行っている医療機関を知っている	尿失禁無し 96(100)	12(12.5)	84(87.5)	0.05	0.817	n.s.	

* < 0.05 ** p < 0.01 n.s. 有意性なし

禁は医療機関で相談すればよくなると思う」に「はい」と答えた女性は対象者全体で53%であった。尿失禁あり群と尿失禁なし群で比較をしても「尿失禁は医療機関で相談すればよくなると思う」と答えた女性の割合に差はなく、尿失禁を経験している女性であってもこのような認識は少ないことがわかる。しかし、1997年に行われた調査⁷⁾では「尿失禁は治療可能」と考えている者は38%であったことから考えると「尿失禁は治る」という認識をもつ者はわずかながら増えていることが示唆された。

尿失禁の治療方法について尋ねた「手術を受ければよくなると思う」「薬を飲めばよくなると思う」では「はい」と回答した女性は2割にもみたく、尿失禁あり群と尿失禁なし群の比較でも「はい」と回答した女性の割合に差が認められなかった。

「尿失禁は医療機関で相談すればよくなると思う」と考える女性が増えてきていることが伺えたものの、まだまだ少ないことから考えると、今回のように尿失禁あり・なしに関わらず、尿失禁の具体的な治療法についての認識が十分でないことは止むを得ないことと考えられる。尿漏れの改善策のひとつである「骨盤底筋体操」については、「尿漏れは骨盤底筋体操でよくなると思う」と回答した女性は対象者全体で58.4%であった。この結果は2000年の調査⁸⁾とほぼ同様の結果であり、骨盤底筋体操に関する周知には変化が認められなかった。

同様に、尿失禁の診療について尋ねた三項目「尿失禁外来」「診療科目」「治療を行っている医療機関」のいずれにも「はい」と回答した女性が少なく、尿失禁経験の有無で比較しても差は認められなかった。なかでも「尿漏れの治療を行っている医療機関を知っている」に「はい」と答えた女性は少なく、2000年の調査⁸⁾「(尿失禁の)相談場所を知っている」とほぼ同様の結果となった。

「尿失禁外来」「診療科目」に比べ「尿漏れの治療を行っている医療機関」を知っている女性が少ない。これは、最近女性の尿失禁がマス・コミで取り上げられることが多く、その際、尿失禁治療の専門外来が開設されたこと、専門外来がどの診療科目に開設されたかは伝えられるものの、具体的な医療機関名の紹介がほとんどないことが原因の1つと考えられる。また専門外来でしか尿失禁のケアを受けられないと考えてしまうことや、泌尿器科や婦人科などの診療科目を備えている医療機関を知らないことなどが考えられる。今後は専門外来を開設していなくとも泌尿器科や婦人科で対応が可能であることを広報することも大切と考えられる。

今回の結果より、尿失禁に関する情報を得たことがある女性が多いにも関わらず、正しい認識をしている女性が少なく、治療方法などについても詳しくは理解していないという現状が明らかとなった。この原因として尿失禁に関する情報源の殆どは、マス・コミであり、本人が

能動的に詳細に調べた知識でないことが考えられた。尿失禁を経験している女性はそうでない女性に比べ、尿失禁を経験している友人から尿失禁の情報を得ている。しかし、尿失禁の治療等のため受診する女性が少ないことから考えると、この友人も受診をしていない者がほとんどと考えられる。そのため、友人は情報源となりながらも尿失禁の治療を行っている医療機関、具体的な改善方法という情報提供にまでは至らなかったと考えられる。

尿失禁を改善しQOLを高める方法として有効とされる「骨盤底筋体操で尿失禁は改善すると思う」と回答した女性は多い。しかし、骨盤底筋体操を正しく習得することが難しいこと^{10,11)}を考慮すると、尿失禁の専門的な治療機関や専門家の指導のもとに骨盤底筋体操を正しく習得することが必要となる。

尿失禁は、感染症や今すぐ生命の危機をもたらすといったものではないため、経験している女性がすべて受診して治療を受けなくてはいけないというものではない。尿失禁を経験している女性が自分なりの対処方法で日常生活を送ることも選択肢の一つである。しかし、手術治療があることを知り、それを望んで受診する女性が存在する¹⁶⁾ことから、尿失禁の改善方法や医療機関の情報を十分に提供し、そのうえで受診して治療を受けるか、自分自身で対処していくかを選択できるような、女性と専門職が共に最良の方法を考える場の必要性が考えられる。

VI. 結語

尿失禁の治療を受けたことのない中・高年女性を対象に尿失禁に関する認識の実態調査を行った。その結果、尿失禁に関する情報を得たことのある女性は尿失禁経験者に多かった。しかし、尿失禁に関する認識は、尿失禁の原因および骨盤底筋体操の効果を除いて尿失禁経験の有無による差は認められなかった。今後も尿失禁が医療機関で治療の対象となることや具体的な治療方法について医療職の積極的な情報提供が必要である。

謝 辞

本研究をご指導くださった神戸市看護大学教授の高田昌代先生、ならびに調査にご協力頂いた女性の皆様、医療機関、教育機関の皆様に深謝致します。

本論文は平成16年度神戸市看護大学大学院看護学研究科の修士論文の一部である。

文 献

- 1) 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班：EBM

- に基づく尿失禁診療ガイドライン, 初版, 9, じほう, 東京, 2004.
- 2) 土屋紀子・小野寺秀代・坂崎友美: 健康な女性の尿失禁の実態調査, 自治医科大学看護短大紀要, 5, 27-35, 1997.
 - 3) 竹内佐智恵: 女性1000人における尿漏れの実態とそれに影響する要因, 日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌, 3(1), 29-33, 1999.
 - 4) 小林益恵・中嶋カツエ・田中佳代: 小・中学校教諭の尿失禁の実態, 母性衛生, 39(4), 370-375, 1998.
 - 5) 東玲子・湯浅美千代・佐藤弘美: 尿失禁をもつ中高年女性のコーピングに関する研究, 看護研究, 29(5), 61-72, 1996.
 - 6) Yu BL・Kalfreider OC・Hu T: Measuring Stress associated with incontinence the ISQ-P tool, Gerontological Nursing, 15(2), 9-15, 1989.
 - 7) 上田朋宏: 高齢者の尿失禁への対応-尿失禁から排尿自立へ-, 地域保健, 31(2), 4-18, 2000.
 - 8) 河内美江: 尿失禁の実態と関連要因, 母性衛生, 43(4), 513-529, 2002.
 - 9) 近藤厚生: 尿失禁とウロダイナミックス-手術療法と理学療法, 第1版, 5, 医学書院, 東京, 1996.
 - 10) 本間之夫: 泌尿器科疾患 臨床のための QOL ハンドブック, 89, 医学書院, 東京, 2001.
 - 11) 朴英哲: TVT スリング手術, 産婦人科治療, 83(5), 597-603, 2001.
 - 12) Sana L. Keller: Urinary Incontinence: Occurrence, Knowledge, and Attitudes Among Women Aged 55 and Older in a Rural Midwestern Setting, Journal of Wound Ostomy and Continence Nurses Society, 26(1), 30-38, 1999.
 - 13) 小松浩子: 腹圧性尿失禁をもつ中高年女性の尿失禁自己管理とその影響要因に関する分析, 聖路加看護大学紀要, 20, 2-9, 1993.
 - 14) 金曾任・金川克子: 尿失禁者の自己効力感測定スケールの開発, 老年看護学, 3(1), 72-78, 1998.
 - 15) 竹山政美・野間雅倫・山本圭介: 「女性のための泌尿器科外来」2年間の臨床統計, 性差と医療, 1(4), 123-127, 2004.

(Summary)

Middle-aged and Elderly Women's Perception Regarding Urinary Incontinence

Miwako Terada, Setsuko Takemura

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Background Despite the fact that there are relatively large number of people suffering from urinary incontinence (UI), only a small percentage of them actually seek medical help. This is partially due to a misperception that UI is curable and also due to the fact that most people with UI are embarrassed or ashamed to talk about it. However, women's perception of UI may be gradually changing. In fact, over recent years, there has been increasing publicity regarding UI in various media (e.g., newspapers, TV and radio). There has also been an increase in the number of outpatient services for patients with UI.

Objective The aim of the present study is to understand how UI is perceived by middle-aged and elderly women.

Method Between July and November, 2004, a questionnaire survey was conducted to understand the healthcare-seeking behavior of women with UI. Questionnaire was distributed to women aged 40 years or older who had never consulted a doctor about UI. Comparison was made between the overall subjects, subjects with UI and subjects without UI. Topics covered in the analysis include availability of information regarding UI, source of

such information and understanding of UI (its cause, treatment and medical institution).

Results Eighty-eight point eight percent of all respondents indicated as having obtained information regarding UI from various media, including newspapers, TV and radio. Furthermore, a relatively large number of respondents were aware that old age increases the risk of UI and that exercises to strengthen pelvic floor muscles are effective treatment for UI. Women with UI had statistically significantly greater knowledge regarding UI compared to women without UI ($p < 0.05$). However, most respondents did not have sufficient knowledge as to how to alleviate the symptoms of UI.

Conclusions Although relatively large number of respondents indicated as having accessed the information regarding UI, most of them did not have sufficient knowledge about UI. It is important that medical practitioners take positive steps to promote understanding of UI among middle-aged and elderly women.

Key Words Urinary Incontinence, Middle-aged and elderly women, Information, Perception,

論 文

「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」
に関する看護師の意識

竹村 節子

滋賀県立大学人間看護学部

背景 現在の医療現場において、真に患者の意思決定に基づく医療サービスが提供されているのかという問いかけから、患者と接する時間が長く身近にいる看護師は何ができて何をしなければならないのか（看護の役割）を探求するために、看護師が患者の権利や人権をどのように認識し実際に係わっているか、また、最近看護職の間で使われているアドボカシーの用語について、その用語の持つ意味や構成概念についてどのように理解しているかを明らかにしていく必要がある。

目的 看護が行うアドボカシー（nursing advocacy）の概念を実践看護師の視点から検討し、アドボカシー概念の意味するもの、その概念が構成している価値観を明確にし、「患者のアドボカイトとしての看護の役割」を考え、さらにアドボカイトという役割を担うことへの課題を明らかにするための基礎データとして、臨床で働いている看護師のアドボカシーについての意識と経験の現状を把握するために調査を行った。

方法 Davis らが開発し、看護師24名を対象にパイロット・スタディーを行った質問票を、一部改変し追加した質問票を用いてアンケート調査を行った。対象は近畿圏内の緩和ケア病棟を持っている300床以上の病院で働いている臨床経験5年以上の看護師365名である。

結果 7割の看護師はアドボカシー実践を行っていた。「患者が苦しんでいるとき」、「患者や家族への病状説明が不十分」な時に、「患者と医師のパイプ役」、「医師に再説明の依頼」、「不明点/疑問点の医師への確認」など、医師に向けての行動が多かった。アドボカシー実践を促進する職場環境は、「患者中心の看護」、「看護スタッフ間の協力の精神」で、逆に「ゆとりある業務」、「医師はあくまで同僚」が実践の場で欠如していた。患者の権利については、看護師の意識や理想は全体的に高いが、病院において実際に守られているあるいは看護師が現実に関わっている状況とは差があった。また、患者の意思決定を促進するのに必要な患者本人の情報や看護・治療計画に参加する権利は守られていない傾向にあった。

フライの看護師アドボカシーモデルに基づく25項目の権利の選定は妥当であり、この理論は支持された。

結論 アドボカシーに関する概念のより明確な定義づけをするためには、看護師全般に渡るさまざまな実証的研究を重ねながら、諸理論の照合と検証が必要である。

キーワード 成人患者、看護師の意識と現実、患者の権利、アドボカシー、職場環境

I. 緒言

「患者本意の医療」を推進していくためには、患者の自己決定過程を誠実に支え、患者自身の真の自己決定を可能ならしめるような社会的環境・条件を医療システムとして整備していくことが必要である。しかし、現実の医療においてはまだ医師や看護師をはじめとして医療者

のパターナリズムや権威主義が存在している。また、治療に関しては医師の専断的判断すなわち裁量権が優先される中で、患者の自己決定権が医師の判断を実際に拘束しうるかどうかがか大きな課題である。最近の医療現場は消費者主権主義(consumerism; コンシューマリズム)の考え方が広がりつつあり、患者・利用者の権利が重視されてきている。治療や看護を提供する場合には、患者に十分情報を提供し説明を行った上で、患者が納得し同意するというインフォームド・コンセントはかなり浸透してきている。その中においても、医師の治療方針と患者のニーズが概ね一致する場合は問題ないが、両者の考え方に相違がある場合は、どの程度患者の意思

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：竹村 節子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

E-mail:stakemura@nurse.usp.ac.jp

を保証することができるであろうか、患者が自分の意思を明確に表出できず自分の望む医療・看護が受けられない場合は、患者の意思や権利を保証するために誰がどのように対応していくことが望ましいのであろうか、患者の権利や利益のために看護師はどんな方略があるのだろうか、医療職の中で患者に多くの時間を割く看護師は、患者のために声を上げ、患者の思いを代弁し、患者を擁護できる立場にあるのだろうか、などを問うてみる必要がある。

1948年に制定された保健師助産師看護師法（以下保助看法という）では看護師の業務独占として、診療の補助と療養の世話が謳われている。また、医業は医師の独占業務であるため、患者の治療に関しては医師の指示が必要である。医師の治療方針に沿うような働きと、患者を全人的に捉え患者のニーズを満たす働き（ケアリング）の両方に関わるとき、看護師はしばしばこの狭間でジレンマが生じることがある。

日本の看護倫理要綱の中に「患者に危害を加えるものや権利侵害がある場合は患者を守る責務がある」と謳っている¹⁾。倫理的な側面から患者を保護する、支持する、擁護することは看護専門職の責務であることを明示している。しかし、この見解は倫理的・道徳的・哲学的なものであり、保助看法や医師法などとは違い法的に看護師の行動や身分を保障するものではない。

日本では、アドボカシーの意味を主に患者の権利擁護と解され、その重要性が認識され始めている。しかし、日本の看護師は患者の権利を擁護する、思いを代弁するとは何をなすべきことか、誰に向けて代弁するのか、どんな方法を用いるのか、そのためにどんな知識・技術が必要になるのかについてほとんど教育を受けていない。最近、アドボカシー(advocacy)という用語を看護職の間で用いられており、また、看護教育用のテキストと称される文献のなかにも散見される^{2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11)}。しかし、本来法律用語であるアドボカシーを看護のなかで用いることに関してあまりにも安易である。看護のなかでアドボカシーの用語を取り入れている欧米においても、この用語の概念は曖昧であり混乱をきたしている。さらに学際的なテーマであるため医師、看護師、倫理学者、哲学者、法学者・弁護士、社会学者などのなかで議論され、誰がアドボカイト(advocate)としての役割を担うのが適切であるかをそれぞれの立場から論じている^{8)~9)}。また、欧米においても看護アドボカシーの概念を明確にするための実証的研究は少なく、研究の対象者が幼児・小児²⁹⁾³⁰⁾、精神障害者あるいは学習障害者³¹⁾³²⁾³³⁾³⁴⁾、極度に依存度の高い患者³⁵⁾、末期患者³⁶⁾³⁷⁾に限られていたり、インタビューによる質的研究がごく数例あるだけである(Chafey 他³⁸⁾、Mallik³⁹⁾、Marphy⁴⁰⁾、Segesten⁴¹⁾、Snowball⁴²⁾)。日本においては看護師のアドボカシーモ

デル・概念についての実証的研究はなく、Davis ら³⁴⁾⁴⁴⁾のアドボカシーに関する看護師の意識についてのパイロット・スタディーがあるだけである。そこで、看護が行うアドボカシー(nursing advocacy)の概念を実践看護師の視点から検討し、advocacy 概念の意味するもの、その概念が構成している価値観を明確にし、「患者のadvocateとしての看護の役割」を考え、さらにアドボカイトという役割を担うことへの課題を明らかにするための基礎データとして、臨床で働いている看護師のアドボカシーについての意識と経験についての現状を把握するために調査を行った。

II. 研究方法

1. 研究方法

「成人患者の利益・権利を守るアドボカシーについて」のアンケート調査を行なった。この調査票は Davis らが開発し、看護者を対象にパイロット・スタディーを行ったものである。Davis らに調査票を使用することの許可を取り、質問内容を一部改変および追加した質問票を用いた。

文献検討から今回の調査では、「アドボカシーを擁護と訳し、患者の権利や利益を守るために行動したり、患者の意思決定を助けたりする働きをさすこと」と用語の操作的定義をした。

質問内容は、大きく分けると看護師が「対象のケアが他者によって阻害されているときは、対象を保護するように適切に行動する」働きをする上で必要な知識・経験や職場環境に関するものと、患者の権利に関する看護師の意識に関するものである。具体的には、①アドボカシー実践への教育・経験の必要性とその現実、②アドボカシー実践に必要な知識、③看護師のアドボカシー責務の意識と現実、④看護師のアドボカシー実践、⑤アドボカシー実践に必要な職場環境の理想と現実、⑥アドボカシー実践を促進する職場条件と現実、⑦アドボカシーに向けての看護管理者の責任、⑧チームによる連帯と看護アドボカシー、⑨患者の権利に関する看護師の意識の理想と現実、⑩看護師の属性である。これらの質問を選択式と自由記述式で回答できるようにした。質問内容は4段階のLikert 尺度とした。

近畿圏内の緩和ケア病棟を持っている300床以上の5病院で働いている臨床経験5年以上の看護師を対象に調査を行った。働く部署や経験による比較を行うために、ICU・CCU など救急部門・病棟に勤務する看護師(以降ICU・救急看護師とする)、緩和ケア病棟に勤務する看護師(以降緩和看護師とする)、一般病棟に勤務する看護師(以降一般看護師とする)のサンプルを一定数確

表1 調査依頼病院の看護職人数

	病床数	看護職数		
		看護職数 5年以上経験者	ICU・救急看護職数 5年以上経験者	緩和ケア看護職数 5年以上経験者
H病院	400	359	49	17
		194	32	17
O病院	562	414	60	17
		327	54	17
S病院	501	385	53	19
		264	35	19
T病院	388	273	0	18
		140	0	18

保するため、アンケートを依頼するにあたり、CCU・ICUなどの救急部門・病棟および緩和ケア病棟に勤務している看護師の方にはできるだけ回答していただけるよう依頼した。臨床経験5年以上の看護師を対象にしたのは、看護についての自己の考え方・看護観が確立していると考えたからである。今回調査するにあたり予算の都合上、各病院に調査者側から調査依頼人数を限定して依頼した。調査実施病院の看護職数については表1に示す通りである。

2. 調査期間

調査は、平成17年4月から6月までの期間で実施した。

3. データ収集および分析方法

データ収集は無記名を前提に、アンケート調査の後にインタビューを受けてもいいと了承してもらえる方には氏名と勤務場所・連絡場所を記名してもらえるよう依頼し、数週間の留め置き後に、封筒に入れ病院ごとに回収してもらった。

分析方法は、選択肢およびLikert尺度による回答は、「その通り」「はい非常に」「常に」「はい頻繁に」は4点、「まあそう」「しばしば」「たいてい」「はい時々」は3点、「まあ違う」「たまに」「いいえあまり」は2点、「違う」「いいえ全く」「全くない」「全くしていない」「必要ない」は1点に点数化し平均値を算出した。統計的解析はSPSS(11J)を用いて行った。自由記述は内容をKJ法で分析した。

III. 倫理的配慮

大阪大学大学院人間科学研究科行動系研究倫理審査会の審査を受け、研究実施の許可を得た。

アンケート依頼病院の責任者（看護部長・看護局長）にアンケート調査の主旨を説明し許可を得た。O病院では院内医療倫理部会の審議を受け許可を得た。

看護師個々には調査目的、研究者名と連絡先（所属機関）、回答者の匿名性の堅持を約束する書面を添付した。

IV. 研究結果

サンプル数は365名である。全員の意見を反映するため回答のない部分は回答なし（NA）としてデータ処理した。

1. 対象者の特性について

男性10名(2.7%)、女性352名(96.4%)であった。勤務場所別については、一般病棟213名(58.3%)、ICU・救急部門・病棟89名(24.4%)、緩和ケア病棟63名(17.3%)であった。年齢は平均34.9歳(SD 6.69)で、20歳代84名(23.0%)、30歳代190名(52.1%)、40歳代64名(17.6%)、50歳代13名(3.6%)であった(図1)。臨床経験年数は平均12.5年(SD 6.26)で、16~20年が一番多く17.0%、次いで10~11年が15.1%、8~9年が15.3%、6~7年が13.7%の順に多かった。21年以上の人が10.4%いた(図2)。一般病棟で経験年数が一番多かったのは16~20年で17.8%、ICU・

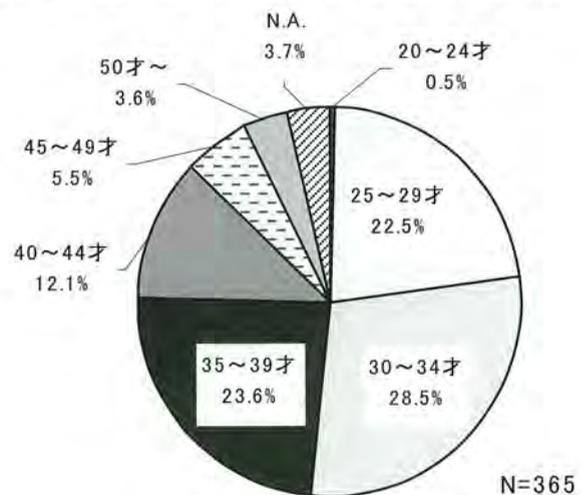


図1 対象者の年齢

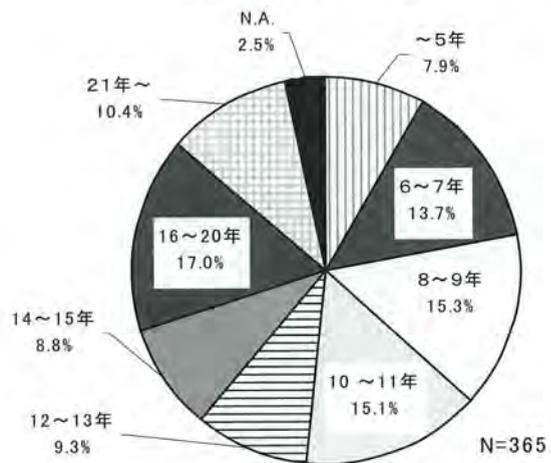


図2 対象者の経験年齢

救急病棟は6～7年の20.2%，緩和ケア病棟では14～15年と16～20年で各20.6%であった。緩和ケア病棟は経験年数の長い看護師が多かった。

卒業した看護学校は専門学校82.6%，短大15.1%，大学2.5%であった。修得した学位は学士11.0%，修士2.2%であった。今までに患者の権利や人権について学んだ人は76.2%であった（図3-1）。学んだ方法を複数回答で尋ねると図3-2に示すとおりであった。さらに、アドボカシーや患者の権利擁護について学んだ有無を尋ねると、学んだ人は28.8%であり（図4-1）学んだ方法は図4-2の通り

であった。権利や人権については7割以上の人が何らかの形で学んでいるが、アドボカシー・患者の権利擁護については約3割しか学んでいない状況であった。アドボカシーや患者の権利擁護については、教育の場や臨床の場においてまだ十分浸透していない状況が伺われた。

2. アドボカシーに関する看護師の意識について

1) 今日の医療における看護師のアドボカシー責務
選択式質問により、看護師の患者擁護に対する責務について、①「本来持つべき」（意識）、②「実際に持つ

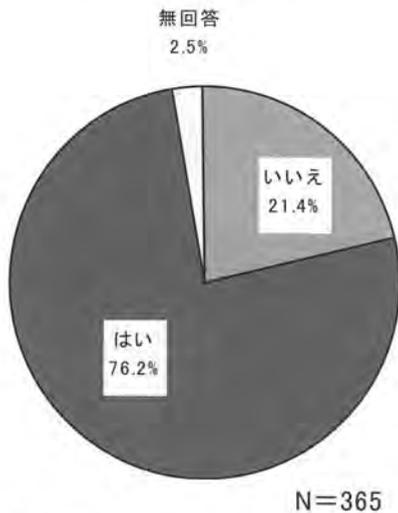


図3-1 患者の権利・人権について学んだ有無

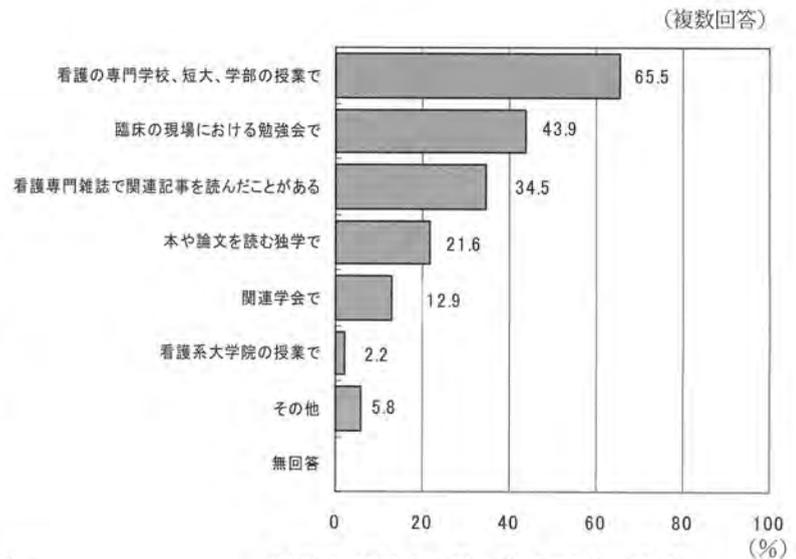


図3-2 患者の権利・人権を学んだ方法

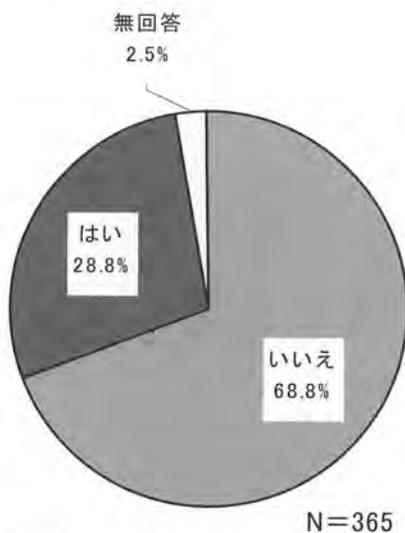


図4-1 アドボカシー・患者の権利擁護について学んだ有無

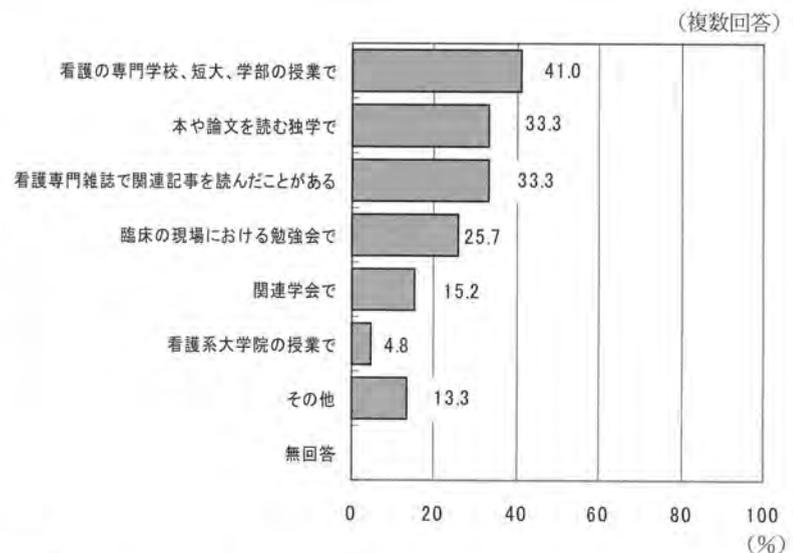


図4-2 アドボカシー・患者の権利擁護について学んだ方法

ているか（現実）にその責務があるか」（現実）という記述に対する賛意をきいた。勤務場所に関係なく、両方とも「はい、非常に」「まあそう」を合わせれば肯定的な考えが大半だった（図5、図6）。②については、特に緩和ケア看護師は90%がそう思っていた（図6）。賛意の程度は①の方が高かった。①、②の理由についての自由記述した内容を分析した。まず、①の「本来その責務を持つべき」とした266名の記述内容は、「生命・健康を守る職業である以上必要」、「全人的にサポートしていく立場であるから」などのように「看護師の仕事である」38件、「接する時間が長いから/一番身近にいる存在だから」34件、「患者の権利だから」30件、「看護師が全ての患者に対して擁護する必要性を感じない。しかし、患者が主張しても良いと思われることに気づかれていない方には必要性を感じる」、「意思決定時は、医師に誘導されることのないように、選択肢のある情報提供を行った方がよい」などのような「時と場合による」22件、「倫理規定に書いてある」、「よりよい看護をするため」など「当然と思う」21件、「プライバシー保護のため」21件、「患者の立場になって考えることが必要」20件、「患者は弱者であると思われるため」18件などの意見が多かった。一方少数ではあるが、「看護師が患者擁護責務を持つべきだとは思わない」とする人の意見は、「患者自身が現状を知るべき」5件、「医療に携わる全ての人々が責務を持つべき」3件、「擁護する範囲が不明」3件、「擁護するための教育が必要」2件であった。その他(26件)の意見として、「本来そう思うが、患者の権利ばかり擁護しすぎる傾向があり、患者の要求が上がる一方で、現場がそれについていけない状況が起きている。一部の患者の中には権利をはき違えている方もいる。医療者と患者といっても人間対人間、お互い気持ちよくコミュニケーションをとるためには、権利ばかり主張されては良好なコミュニケーションや人間関係は作れない」というものがあつた。

次に、②の「実際（現実）にその責務があるか」についての221名の意見は、「責務を持っている/意識している」28件で、「ADL 援助のすべてに必要」、「臨床の場で行っている」、「ナイチンゲール精神」、「擁護しなければならない場面に遭遇する」などであつた。一方、「実際に持っているが、それを認めない医師やスタッフがいる」、「他の職種が行うことに関してはその限りでないのでジレンマを感じる」、「人により温度差がある」などの意見もあつた。

2) 今日の医療における看護師のアドボカシー実践

「看護師は、現状では実際にアドボカシー（患者擁護）を実践しているか」という質問に対しては、「はい頻繁に」15.9%、「はい時々」57.8%で約7割が実践

していると答えた。ここでも緩和看護師は他の部署の看護師よりも多く実践していた（図7）。回答者自身にアドボカシー実践の経験の有無を尋ねた。「あり」49.9%、「なし」30.4%であつた。ICU・救急看護師は擁護した経験ありとないとはほぼ同等であつた（図8）。擁護した事柄は(219名回答)、「患者と医師のパイプ役」67件、「医師の説明が分かりにくかったときの再説明」31件、「患者の希望に応じるよう努力する」20件、「痛みのコントロール」17件、「意思決定/治療選択を助ける」17件、「患者の不満や不安を解消させる」15件、「不明点/疑問点の医師への確認」9件、「家族との連携」7件の順であつた。その他(21件)の中に「緩和ケア病棟に勤務しているので、sedation などについてメリット・デメリットを話し、患者と一緒に考えた」、「入院中の育児技術の習得、家族への係わりなどを継続して行うよう地域でのサポートを依頼した」、「失語と片麻痺のある患者で自立心の強い患者（家族からの情報）に医師からトイレ歩行が禁止されていたが、患者の気持ちを優先して歩行の訓練を行い、スタッフにも伝達した」、「透析を導入する患者が様々な生活習慣の変更を余儀なくされ不安が強くなったとき、家族への指導と協力を依頼し、また医師の外泊許可（1日）の日数を変更した」、「理学療法士の専門学校の休学・復学について不安が強い患者に臨床心理士の介入を依頼したことで、感情を表出するようになり、自宅でできる通信教育で資格修得を目指すことができた」などがあつた。

3) アドボカシー実践への教育・経験の必要性とその現実

アドボカシーについては「特別な教育が必要」と約9割の人が認めながら、①実際に「教育を受けてきた」人は2割程度、②「現場で教育が受けられる（教育が受けられる職場である）」は3割程度であつた。教育の必要性(平均値3.19)を多くの人が認めているにもかかわらず、教育の場(1.68)や現場(1.96)での教育は受けていない状況であつた。

「特別な経験が必要」は64.9%、「職場で経験ができる（経験が得られる職場である）」は66.6%であり、経験の必要性(2.77)と現実(2.76)には差はなかつた。

4) アドボカシー実践に必要な知識

質問では、実践に必要な知識として、「患者の権利」、「法律」、「倫理」の3つをあげた。それらはいずれもアドボカシー実践に必要なと認識され「その通り」、「まあそう」を合わせるとそれぞれ9割以上であつた。必要性の程度は「患者の権利(3.59)」、「倫理の知識(3.53)」、「法律の知識(3.38)」の順であつた。看護実践において倫理的な判断能力が必要であるという回答者の認識が伺われた。

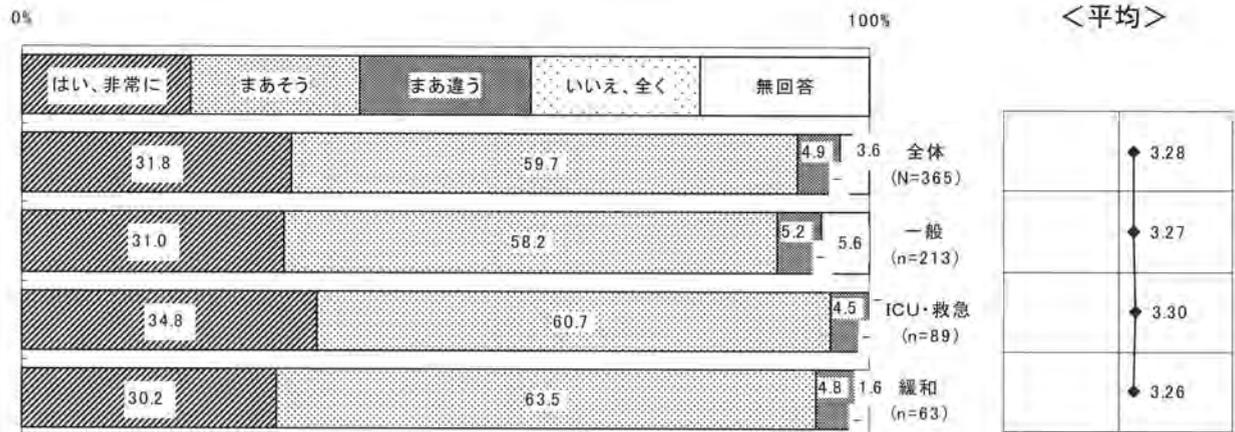


図5 看護師の患者擁護に対する責務の必要性

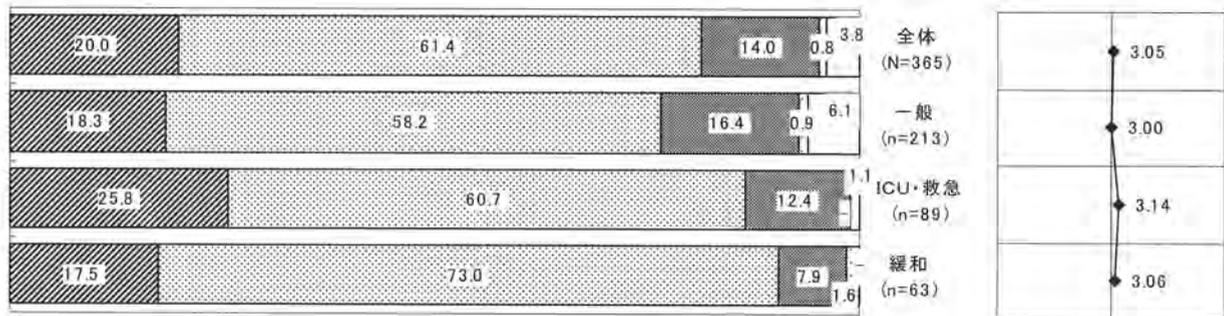


図6 看護師の患者擁護に対する現実の責務の必要性

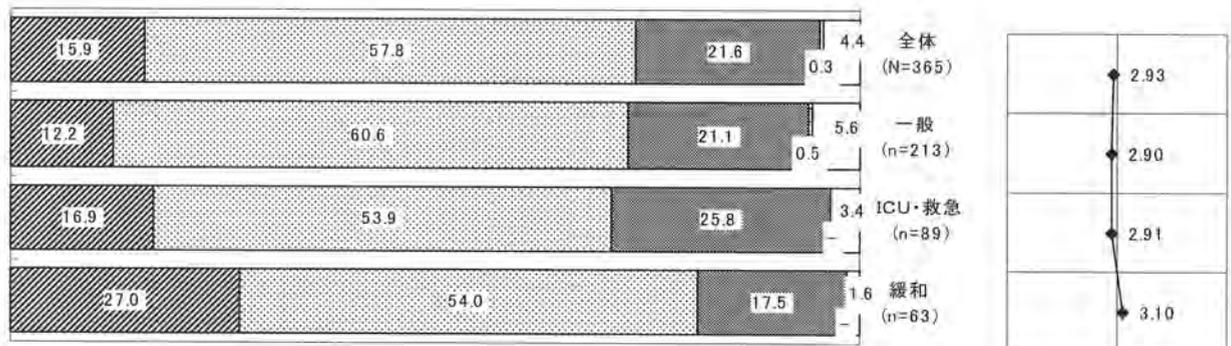


図7 看護師の患者擁護の実践の認識度

5) アドボカシー実践に必要な職場環境の理想と現実
 質問であげた患者、家族、医療職種間の「親密なあるいはオープンなコミュニケーション」、「民主的な職場環境」、「チームカンファレンスでの患者・家族の問題の検討」、「ゆとりある業務」、「日常業務のための臨床倫理委員会の設置」は、どれも職場環境に必要であ

ると認識していた。しかし、実際の職場ではそれらは十分ではないとしていた。特に、「ゆとりある業務」や「臨床倫理委員会の設置」については理想と現実の差は大きかった。ゆとりある業務ができないと回答した人は75.7%であった。一般看護師やICU・救急看護師は緩和看護師よりも強く感じていた。「患者や家族

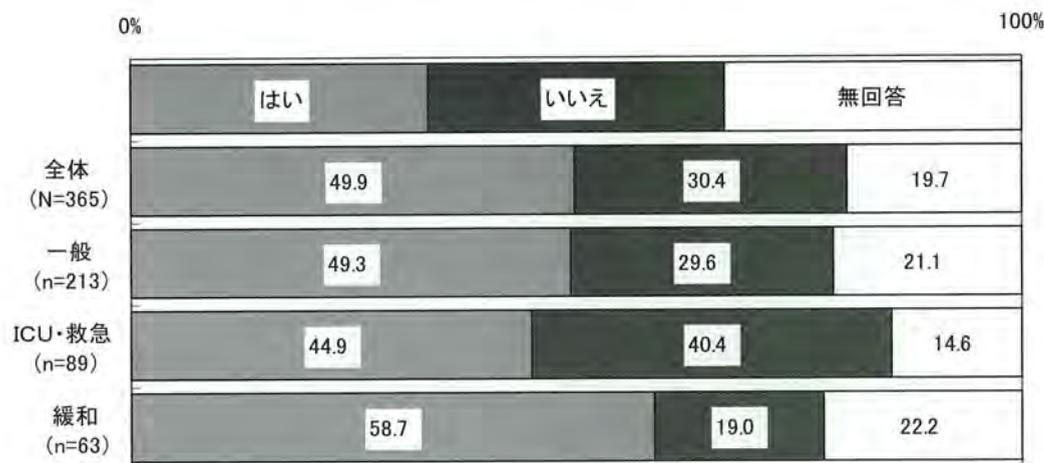


図8 成人患者に対する擁護経験の有無

と親密なコミュニケーション」, 「医療職種間のオープンなコミュニケーション」, 「チームカンファレンスでの患者・家族の問題の検討」は一般看護師やICU・救急看護師よりも緩和看護師の方が職場環境としてあると回答していた(図9)。

6) アドボカシー実践を促進する職場環境

アドボカシー実践を促進する職場環境について、重要度の最も高いものを1、最も低いものを6とし、1から6の番号で示してもらい、促進条件の各項目に何名が選択したかを集計し、平均値を算出した結果は、条件の重要度の1位として「患者中心の看護」が圧倒的に多かった(5.14)。2位は「看護スタッフ間の協力の精神」(3.89)、3位は「ゆとりある業務」(3.31)、4位は「医療スタッフの民主的な雰囲気」(3.18)、5位は「病棟責任者(師長)のサポート」(2.90)、6位は「医師はあくまで同僚」(2.64)であった(表2)。

アドボカシー実践を促進する職場条件の現状について、促進条件が「その通り」, 「まあそう」とする回答(促進条件としてある)は、「看護スタッフ間の協力の精神」77.8%、「師長のサポート」76.2%、「患者中心の看護」72.8%であり、特に緩和看護師があると認識していた。逆に促進条件が「まあ違う」, 「違う」とする回答(促進条件としてない)は、「ゆとりある業務」60.0%、「医師はあくまで同僚」58.1%、「医療スタッフの民主的な雰囲気」30.4%であり、「ゆとりある業務」, 「医師はあくまで同僚」の存在が実践の場で最も欠如していると認識していた。

7) アドボカシーに向けての看護管理者の責任

ほぼ全員が「看護師がアドボカシーを実践できるように、看護管理者はスタッフを助ける責任がある」と答えた。その理由についての記述(232名)は、「アドバイスやフォローが必要」38件、「サポート体制は必要」35件、「指導・教育していく立場だから」26件、

「管理者は責任者なので/まとめ役が必要」24件、「管理的立場の人の影響力は大きいから/率先すべき」16件などがあつた。ナースの立場や個人の立場は弱いのので、アドバイスやフォロー・サポートがあれば自分の考えを主張しやすい、最善の努力ができる、自信をもって行動できる、ことを強調していた。そして、実際に上司が責任を取ってくれると回答した人は「はい非常に」と「まあそう」を合わせると7割以上あり、看護管理者のサポートは十分あると認識していることがわかった。

8) チームによる連帯と看護アドボカシー

「アドボカシーのためには、看護師はチームを組んで連帯して働くのがよいか」の質問に対して、殆どの人が「はい」と回答した(94.4%)。その理由の記述(236名)は、「見解の統一を図るため」43件、「一人では対処できない」37件、「チームの力の方が大きい/チームの方が動きやすい」33件、「情報の共有化」20件、「色々な意見や考えなど出し合える」14件などが主要な意見であった。仲間の連帯の力や方針の統一性を挙げていた。

9) 看護師の患者や家族に対するアドボカシーの実際

医療の現場でアドボカシーの必要があると考える状況を示し、「看護師は現在、患者や家族に対し擁護しているか」を問うた。「患者が痛みに苦しんでいる」時は「はい頻繁に」, 「はい時々」を合わせて81.1%、「患者や家族への病名・症状説明が不十分」な時には75.1%と72.6%が擁護していた。逆に「患者が不必要な検査や治療を受けている」時は、「いいえ余り」, 「いいえ全く」を合わせて51.5%、「患者の尊厳が医療者によって損なわれている」時は36.2%であった(図10)。医師や他職種と関連する事柄には擁護しにくい状況であった。

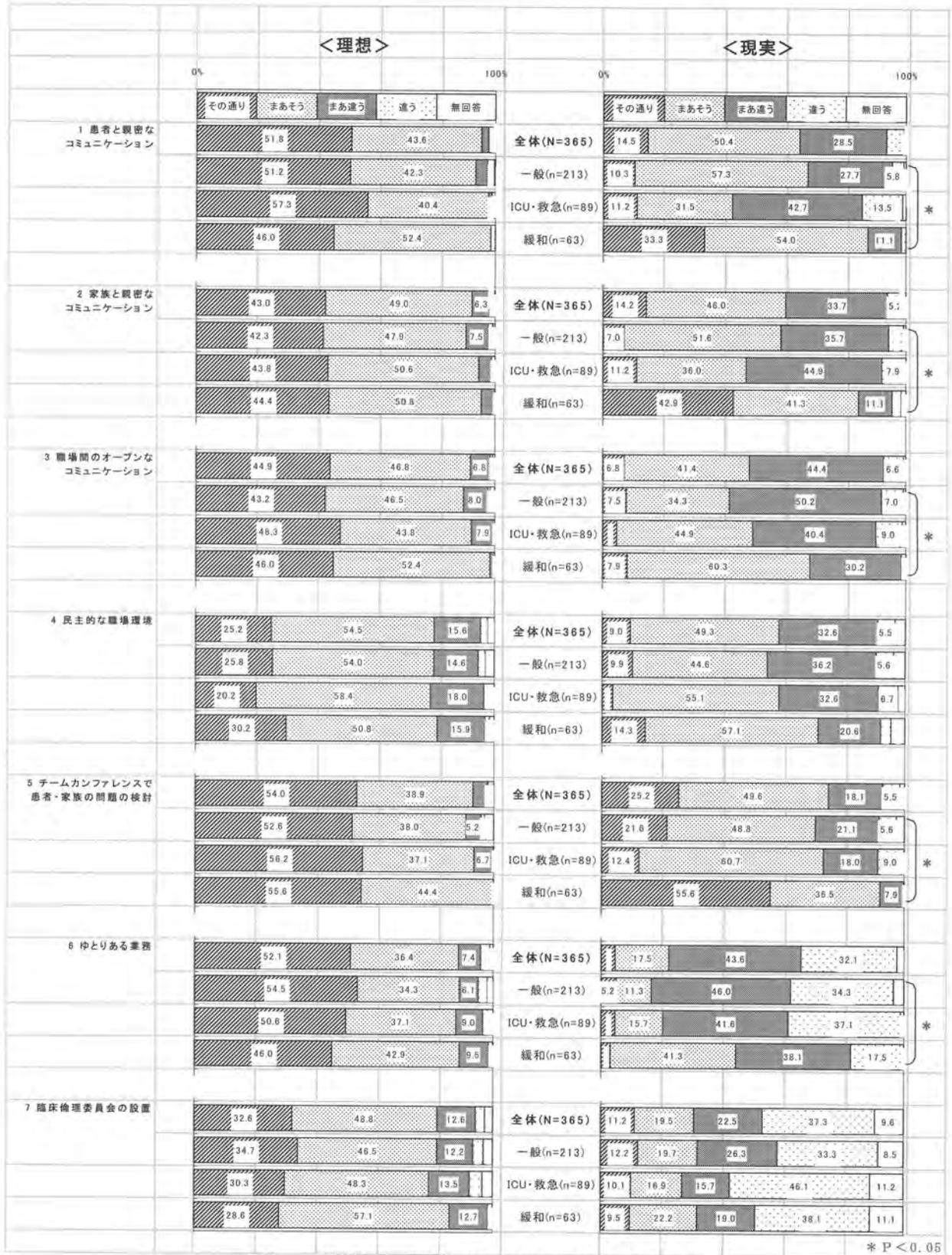


図9 アドボカシー実践に必要な職場環境の理想と現実

* P < 0.05

表2 アドボカシー実践を促進する職場環境の重要度

1 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：病棟責任者（師長）のサポート								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	18 4.9	15 4.1	53 14.5	43 11.8	77 21.1	42 11.5	2.90
勤務区分								
一般	213	11 5.2	10 4.7	38 17.8	17 8.0	41 19.2	26 12.2	2.99
ICU・救急	89	5 5.6	1 1.1	8 9.0	18 20.2	16 18.0	10 11.2	2.81
緩和	63	2 3.2	4 6.3	7 11.1	8 12.7	20 31.7	6 9.5	2.77
2 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：医師はあくまで同僚								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	28 7.7	31 8.5	22 6.0	32 8.8	42 11.5	111 30.4	2.64
勤務区分								
一般	213	14 6.6	17 8.0	12 5.6	17 8.0	25 11.7	67 31.5	2.53
ICU・救急	89	6 6.7	8 9.0	5 5.6	5 5.6	11 12.4	31 34.8	2.48
緩和	63	8 12.7	6 9.5	5 7.9	10 15.9	6 9.5	13 20.6	3.19
3 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：医療スタッフの民主的な雰囲気								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	22 6.0	26 7.1	44 12.1	65 17.8	45 12.3	37 10.1	3.18
勤務区分								
一般	213	11 5.2	12 5.6	19 8.9	41 19.2	25 11.7	29 13.6	2.95
ICU・救急	89	6 6.7	9 10.1	12 13.5	13 14.6	16 18.0	3 3.4	3.44
緩和	63	5 7.9	5 7.9	13 20.6	11 17.5	4 6.3	5 7.9	3.56
4 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：看護スタッフ間の協力の精神								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	24 6.6	68 18.6	58 15.9	38 10.4	26 7.1	17 4.7	3.89
勤務区分								
一般	213	12 5.6	39 18.3	33 15.5	21 9.9	17 8.0	9 4.2	3.85
ICU・救急	89	7 7.9	16 18.0	17 19.1	11 12.4	4 4.5	4 4.5	3.98
緩和	63	5 7.9	13 20.6	8 12.7	6 9.5	5 7.9	4 6.3	3.88
5 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：患者中心の看護								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	164 44.9	43 11.8	22 6.0	10 2.7	12 3.3	12 3.3	5.14
勤務区分								
一般	213	99 46.5	30 14.1	9 4.2	5 2.3	7 3.3	5 2.3	5.25
ICU・救急	89	40 44.9	11 12.4	7 7.9	3 3.4	2 2.2	1 1.1	5.27
緩和	63	25 39.7	2 3.2	6 9.5	2 3.2	3 4.8	6 9.5	4.59
6 アドボカシーがしやすくなる条件の重要度：ゆとりある業務								
	標本数	1位 (6点)	2位 (5点)	3位 (4点)	4位 (3点)	5位 (2点)	6位 (1点)	平均
単純集計	365	33 9.0	48 13.2	32 8.8	43 11.8	29 7.9	61 16.7	3.31
勤務区分								
一般	213	24 11.3	23 10.8	20 9.4	30 14.1	16 7.5	29 13.6	3.45
ICU・救急	89	5 5.6	12 13.5	8 9.0	7 7.9	8 9.0	19 21.3	3.02
緩和	63	4 6.3	13 20.6	4 6.3	6 9.5	5 7.9	13 20.6	3.24

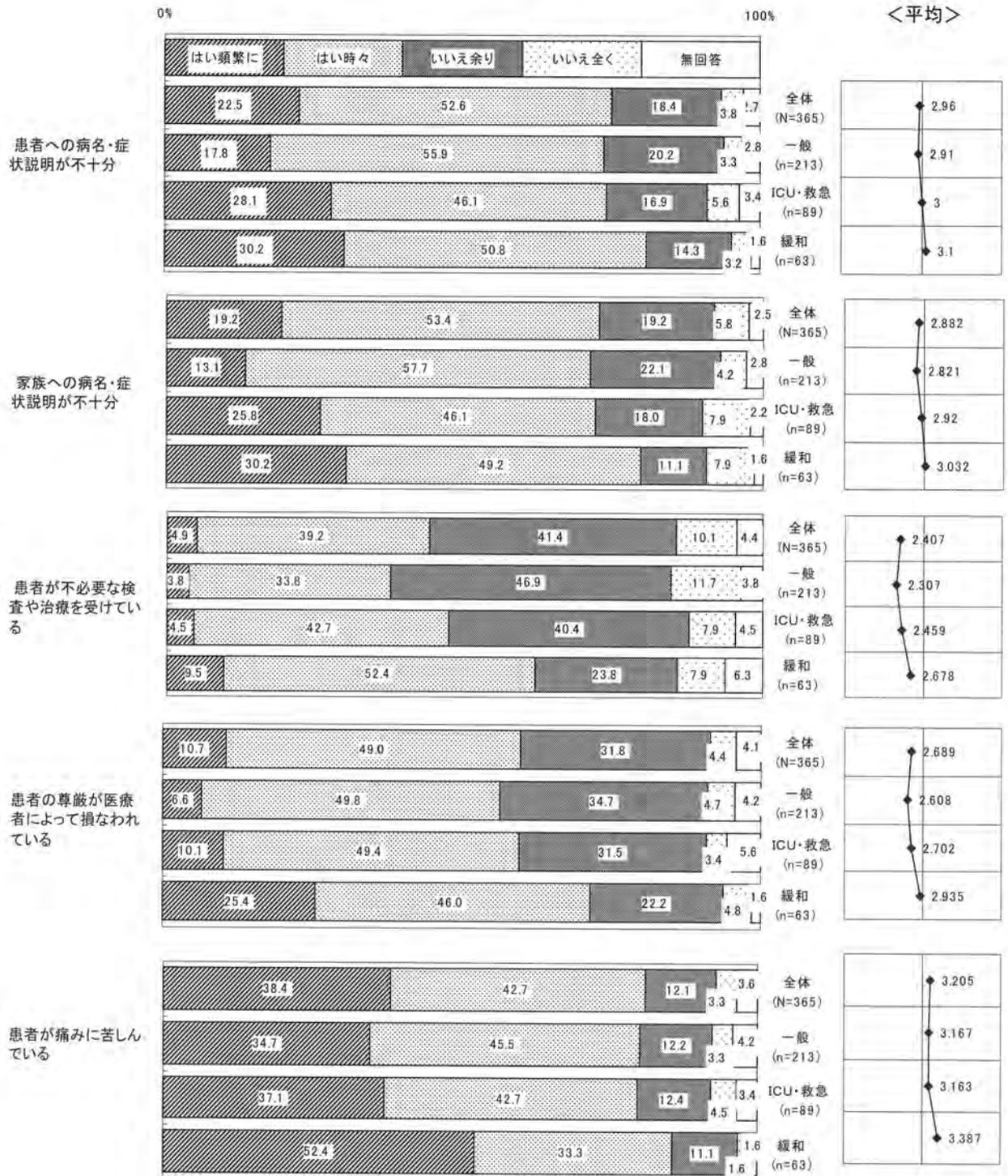


図10 看護師のアドボカシーの実際

10) 他者からのアドボカシーが必要な状況

擁護する状況には前記9)以外に実際どのような場合があるかを知るために、「一般に他者からのアドボカシーが必要な状況として、どんな場合があるか」を尋ねた。177名の回答は、「患者が自己で対処できない(精神的に不安定)/意思決定が困難な場合」38件、「治療方針を決める時/治療の選択」37件、「意思表示できなくなった時」15件、「十分なインフォームド・コンセントができていない時」13件、「病名告知」9件、「患者が現状に納得・満足していない時」7件、「個人情報やプライバシーが守れない時」5件、「医療事故/医療ミス/過誤」4件、「患者と家族や医師との意見が違う場合」3件などであった。その他(21件)の中に、「患者に必要な治療(手術など)が行われようとする時」、「医師が自分の立場のみを主張している時」、「カルテ開示」、「妊娠・出産に係わること」があった。

3. 患者の権利に関する看護師の意識について

米国の看護倫理学者の Fry T.S.¹⁵⁾⁴⁵⁾の「Models of Nurse Advocacy」(図11)に基づき、患者の権利について、アメリカ病院協会による「患者の権利章典」、世界医師会総会による「患者の権利に関するリスボン宣言(1995年改正)」、英国患者憲章⁴⁶⁾、WHO ヨーロッパ地域事務所による「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」⁴⁷⁾、日本の患者の権利法を作る会による「患者の権利法要綱案」⁴⁸⁾より共通する25項目を選び4段階の Likert 尺度で支持の度合いを質問した。

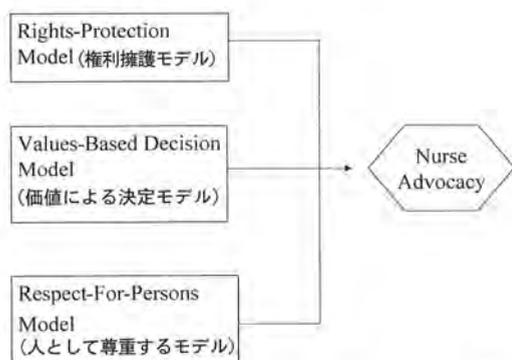


図11 Models of nurse advocacy by Sara T. Fry

1) 患者の権利の遵守の必要性和患者の権利の遵守度

表3に示す患者の権利25項目について、「どの程度守るべきか(権利の遵守の必要性)」の意識・理想と「どの程度守られているか(権利の遵守度)」の現実を尋ねた。

看護師の意識・理想の得点の平均点はどの項目も全体的に高かった。平均値の高い順は「わからないことを質問する権利」、「副作用や危険性を知らされる権利」、「痛みを遠慮なく表現できる権利」、「医療ミスの被害を知らされる権利」、「個人情報に他人に漏らされない権利」、「痛みから解放される権利」であった。

逆に平均値の低い順は、「悪い予後を知らされる権利」、「抑制されない権利」、「自分のカルテや看護記録を見る権利」、「深刻な病名を知らされる権利」であった。

同じ25項目について「どの程度守られているか」という現状を問う質問に対しては、「どの程度守るべきか」の理想論に比べ平均値は低かった。その中でも平均値の高い順は、「一般的に病名を知らされる権利」、「痛みを遠慮なく表現できる権利」、「個人情報を他人に漏らされない権利」、「わからないことを質問する権利」であった。平均値の低いものは、「自分のカルテや看護記録を見る権利」、「看護・治療計画に参加する権利」、「悪い予後を知らされる権利」、「信仰・宗教儀式を行う権利」であった。

日常の看護援助として常に関わっているものについてはほぼ全員が「守られるべきである」と考えているが、悪い予後や深刻な病名など患者にとって好ましくないあるいは害を及ぼす可能性があるため医療者側が判断する情報についての患者の知る権利については、やや消極的な態度であることがわかった。これは、一般的に深刻な病名や悪い予後患者本人に告知しない傾向の我が国の医療状況が反映されていると推測された。

「どの程度守るべきか」の回答は、看護師本人の患者の権利に対する意識の高さあるいは理想を反映しているし、「どの程度守られているか」は、看護師本人が働いている病院および病棟における実際の状況を反映している。従って、同じ項目の両者の差を見ることで、患者の権利に対する理想(到達目標)と現状のギャップを見ることができる。平均値の差が高いのは「自分のカルテや看護記録を見る権利」(1.55)、「リビング・ウィルを実行してもらおう権利」(1.05)、「代理人に意向を託す権利」(1.03)、「治療を自分で選択する権利」(1.01)であった。これらは自己決定や個人の尊厳に直接関わる問題であり、法的な裏付けがない難しい問題が含まれているため答えることに躊躇したのではないかと推測された。

理想と現実で有意差($p < 0.05$)があったのは表3の通り17項目であり、これらの権利は患者、家族、医療者側の考え方が複雑に絡み合っているものであり、医療というより倫理的・哲学的な問題や法的な問題が含まれているものであった。

勤務別看護師間における権利の遵守度(現実)で有意差($p < 0.05$)があったのは12項目で表3に示すと

表3 患者権利の遵守の必要性と遵守度

	標本数	a. 権利の遵守の必要性			b. 権利の遵守度			aとbの χ ² 検定
		平均	S D	勤務別区分の χ ² 検定	平均	S D	勤務別区分の χ ² 検定	
1 個人情報に他に漏らされない権利	365	3.94	0.34		3.30	0.63	*	
2 治療選択肢を知らされる権利	365	3.89	0.38		3.01	0.63		
3 症状を詳細に知らされる権利	365	3.77	0.49		2.93	0.60		
4 医療ミスの被害を知らされる権利	365	3.95	0.31		3.12	0.75		
5 副作用や危険性を知らされる権利	365	3.96	0.30		3.16	0.74		
6 一般的に病名を知らされる権利	365	3.81	0.47		3.38	0.64	*	
7 深刻な病名を知らされる権利	365	3.47	0.64		2.88	0.64	*	
8 悪い予後を知らされる権利	365	3.33	0.68		2.67	0.65	*	
9 自分のカルテや看護記録を見る権利	365	3.45	0.72		1.90	0.96	*	
10 わからないことを質問する権利	365	3.96	0.30		3.27	0.70		
11 知りたくない情報は告げられない権利	365	3.60	0.66		2.91	0.80	*	
12 痛みを遠慮なく表現できる権利	365	3.95	0.32		3.36	0.67		
13 痛みから解放される権利	365	3.92	0.37		3.09	0.69	*	
14 抑制されない権利	365	3.44	0.65	*	2.75	0.77	*	
15 看護・治療計画に参加する権利	365	3.63	0.64		2.23	0.86	*	
16 治療を自分で選択する権利	365	3.86	0.43		2.85	0.74	*	
17 同意したことを変更する権利	365	3.70	0.64		2.77	0.89	*	
18 臨床試験の参加、不参加の権利	365	3.84	0.46		3.07	0.92	*	
19 治療をやめる・拒否する権利	365	3.87	0.45		2.94	0.86	*	
20 代理人に意向を託す権利	365	3.83	0.48		2.80	1.01	*	
21 孤独死を迎えない権利	365	3.59	0.67		2.77	0.80	*	
22 尊厳死の権利	365	3.86	0.44		2.88	0.83	*	
23 延命治療拒否の権利	365	3.89	0.42		2.95	0.84	*	
24 リビング・ウィルを実行してもらう権利	365	3.83	0.49		2.78	0.85	*	
25 信仰・宗教儀式を行う権利	365	3.66	0.63		2.68	0.95	*	
							* P < 0.05	

通りであった。いずれの権利においても、ICU・救急看護師と緩和看護師の患者の権利を守っている現状に違いがあった。

2) 看護師の権利への係わり度と権利への現実の係わり度

さらに、同じ25項目について「看護師はどの程度係わるべきか（看護師の権利への係わり度）」と「看護師はどの程度係わっているか（看護師の権利への現実の係わり度）」について質問をした。一般的な意識・理想より看護師の立場として考えたときの権利への係わり度（意識・理想）の平均値は、全体的にはやや低いものの権利の遵守の必要性と同じ傾向であった（表4）。

看護師の権利への現実の係わり度は理想よりかなり低い平均値であり、より一層ギャップがあった。平均値の差の高い権利は看護師個人の考え方にばらつきが見られた(SD1.00以上)。理想と現実のギャップが大きい権利は、「自分のカルテや看護記録を見る権利」(1.39)、「看護・治療計画に参加する権利」(1.14)、「臨床試験の参加、不参加の権利」(0.96)、「代理人に意

向を託す権利」(0.96)、「リビング・ウィルを実行してもらう権利」(0.95)であった。看護師の権利への係わり度と権利への現実の係わり度はすべて有意差(P<0.05)があった。結果から一般看護師とICU・救急看護師と緩和ケア看護師の看護のあり様や援助の傾向の違いが示唆された。

4. 患者の権利25項目の選定についての検証

Sara T. Fry の Models of Nurse Advocacy の第一の解釈は、「権利擁護モデル」であり、ヘルスケアシステムの中で、看護師を患者の権利を守る人あるいは患者の人権や道徳権利の仲裁役としてとらえている。第二の解釈は、「価値による決定モデル」といわれ、看護師は患者が自分のニーズや関心事について選択できるようなあるいは話せるように援助することである。第三の解釈は、「人として尊重するモデル」で、看護師は患者の代理人として患者の人間としての尊厳、プライバシー、選択を守るための活動をするのである。このモデルに基づき25項目の権利を選んだが、これらの項目が構成概念として妥当かどうかを「看護師の患

表4 看護師の患者権利への係わり度と現実の権利への係わり度

	標本数	a. 権利への係わり度			b. 権利への現実の係わり度			a と b の x ² 検定
		平均	S D	勤務別区分の x ² 検定	平均	S D	勤務別区分の x ² 検定	
1 個人情報に他に漏らされない権利	365	3.90	0.40		3.49	0.66		*
2 治療選択肢を知らされる権利	365	3.55	0.68	*	2.80	0.77		*
3 症状を詳細に知らされる権利	365	3.47	0.75		2.79	0.72		*
4 医療ミスの被害を知らされる権利	365	3.52	0.76		2.79	0.91	*	*
5 副作用や危険性を知らされる権利	365	3.55	0.73		2.94	0.77		*
6 一般的に病名を知らされる権利	365	3.35	0.90		2.77	0.95		*
7 深刻な病名を知らされる権利	365	3.27	0.94		2.59	0.90		*
8 悪い予後を知らされる権利の遵守	365	3.21	0.92		2.54	0.91		*
9 自分のカルテや看護記録を見る権利	365	3.35	0.83		1.96	1.00		*
10 わからないことを質問する権利	365	3.85	0.45		3.33	0.72		*
11 知りたくない情報は告げられない権利	365	3.59	0.65		2.93	0.86	*	*
12 痛みを遠慮なく表現できる権利	365	3.92	0.36		3.52	0.66		*
13 痛みから解放される権利	365	3.83	0.49		3.35	0.69		*
14 抑制されない権利	365	3.66	0.59	*	3.14	0.77	*	*
15 看護・治療計画に参加する権利	365	3.75	0.57		2.61	0.97		*
16 治療を自分で選択する権利	365	3.57	0.70	*	2.70	0.83	*	*
17 同意したことを変更する権利	365	3.52	0.74	*	2.64	0.92		*
18 臨床試験の参加、不参加の権利	365	3.21	0.96		2.25	1.08		*
19 治療をやめる・拒否する権利	365	3.49	0.78		2.62	0.93		*
20 代理人に意向を託す権利	365	3.51	0.75	*	2.55	0.96	*	*
21 孤独死を迎えない権利	365	3.59	0.67		2.75	0.93	*	*
22 尊厳死の権利	365	3.72	0.61		2.85	0.96	*	*
23 延命治療拒否の権利	365	3.57	0.73		2.73	0.93	*	*
24 リビング・ウィルを実行してもらう権利	365	3.58	0.69	*	2.63	1.01	*	*
25 信仰・宗教儀式を行う権利	365	3.36	0.88	*	2.47	1.03	*	*
								* P < 0.05

者の権利への係わり度」の因子分析から検証してみた。「看護師の患者の権利への係わり度」は看護師が実際に援助として患者とどのように関わっているかの状況が推測されると考えたからである。25項目の因子分析を主因子法で行った結果、5因子が抽出されたが第一因子に点数が集中していたため、Kaiser の正規化を伴わないバリマックス回転を行った結果分散した(表5)。

因子分析の結果、表5に示すように5つの因子が抽出された。第1因子は「人としての個の尊厳」で6項目、第2因子は「主体的参加」で4項目、第3因子は「開放権」4項目、第4因子は「マイナス情報の提示権」3項目、第5因子は「選択肢の提示権」4項目であった。共通性が0.4以下の項目は「看護および治療計画に当事者(患者)として参加する権利」、「個人の情報は他に漏らされない権利」、「自分のカルテや看護記録を見る権利」、「知りたくない情報は告げられない権利」であった。共通性の低い項目の「個人の情報は他に漏らされない権利」は、ごく一般的に誰もが認識している保証されるべき権利であること、「自分のカ

ルテや看護記録を見る権利」は新しい時代の流れに沿うものであるが、医療者側は、従来のカルテや看護記録類は医療者側のもので管理すべきものという認識が強く、患者にどのような内容をどの程度、どんな方法で開示するのかという課題をかかえているため消極的な位置づけであること、同じように「患者が看護・治療計画に参加する」ことにも患者のニーズや状態を考えて医療者側が計画を立てるものという認識が強いこと、「知りたくない情報は告げられない権利」は「知る権利」に対峙するものであるが、権利という概念にそぐわないという認識があるなどの理由が推測された。各因子別の Cronbach's α 係数は、第1因子が0.8983、第2因子0.8785、第3因子0.8136、第4因子0.9202、第5因子0.8377であり、いずれの因子も0.8以上であり信頼性は高かった。

5因子を Fry の看護師のアドボカシーモデルと付け合わせると、第1因子の「人としての個の尊厳」と第4因子の「マイナス情報の提示権」は、【人として尊重するモデル】に相当している。また、第3因子の「開放権」は【権利擁護モデル】に、第2因子の「主

表5 患者の権利の因子分析：回転後の因子負荷量バリマックス法(N=365)

変数名		因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	共通性
第1因子 人としての個 の尊厳	20) 代理人に意向を託す権利	0.521	0.483	0.136	0.212	0.152	0.591
	21) 孤独な死を迎えない権利	0.715	0.256	0.166	0.004	0.133	0.624
	22) 尊厳を持って死ぬ権利	0.831	0.129	0.224	0.053	0.158	0.785
	23) 延命治療を拒否する権利	0.704	0.252	0.172	0.217	0.154	0.660
	24) リビングウィルを実行してもらう権利	0.720	0.231	0.221	0.115	0.157	0.658
	25) 信仰したり宗教儀式を行う権利	0.566	0.300	0.124	0.121	0.169	0.468
第2因子 主体的参加	16) 治療を自分で選択する権利	0.323	0.570	0.146	0.148	0.358	0.602
	17) 同意したことを変更する権利	0.288	0.722	0.250	0.084	0.301	0.764
	18) 臨床検査の参加, 不参加の権利	0.308	0.624	-0.032	0.130	0.264	0.572
	19) 治療やめる・拒否する権利	0.478	0.594	0.094	0.230	0.213	0.688
第3因子 開放権	10) わからないことを質問する権利	0.280	0.136	0.524	0.011	0.318	0.473
	12) 痛みを遠慮なく表現できる権利	0.186	-0.025	0.795	-0.011	0.144	0.688
	13) 痛みから解放される権利	0.169	0.183	0.779	0.030	-0.004	0.670
	14) 抑制されない権利	0.101	0.223	0.593	0.114	0.001	0.424
第4因子 マイナス情報 の提示権	6) 一般的に病名を知らされる権利	0.107	0.155	0.035	0.659	0.399	0.631
	7) 深刻な病名を知らされる権利	0.108	0.168	0.028	0.927	0.185	0.935
	8) 悪い予後を知らされる権利	0.166	0.152	0.047	0.884	0.208	0.878
第5因子 選択肢 の提示権	2) 治療選択肢を知らされる権利	0.188	0.266	0.128	0.209	0.653	0.593
	3) 症状を詳細に知らされる権利	0.257	0.206	0.186	0.279	0.591	0.570
	4) 医療ミスの被害を知らされる権利	0.171	0.187	0.159	0.274	0.514	0.429
	5) 副作用や危険性を知らされる権利	0.172	0.248	0.196	0.290	0.652	0.638
	9) 自分のカルテ・看護記録を見る権利	0.204	0.351	0.175	0.275	0.129	0.288
	15) 看護・治療計画に参加する権利	0.185	0.363	0.261	0.137	0.015	0.254
	1) 個人情報に他に漏らされない権利	0.012	-0.051	0.427	-0.013	0.293	0.271
	11) 知りたくない情報は告げられない権利	0.210	0.182	0.405	0.111	0.253	0.317
因子負荷量の2乗和		3.801	2.788	2.712	2.703	2.467	
因子の寄与率(%)		15.204	11.153	10.850	10.810	9.869	
累積寄与率(%)		15.204	26.358	37.207	48.017	57.887	

体的参加」と第5因子の「選択肢の提示権」は〔価値による決定モデル〕に相当している。因子分析の結果や Croubach's α 係数から判断すると Fry の概念に基づいて選んだ21項目は支持された。

共通性の低い4項目をどのように考えるかであるが、「自分のカルテや看護記録を見る権利」や「看護および治療計画に当事者として参加する権利」は「主体的参加」という枠組みとして見るなら〔価値による決定モデル〕に相当すると考えられる。また、「個人の情報は他に漏らされない権利」、「知りたくない情報は告げられない権利」は「開放権」の裏返しと解釈すれば〔権利擁護モデル〕の枠組みに相当すると考えてもよい。

V. 考察

欧米の文献のなかで提示されている看護アドボカシーの構成概念として、「アドボカシー実践に伴う看護師の

リスク」、「患者は弱者という前提」、「他者の代弁」、「患者の権利の擁護」、「患者の価値観の支持」、「医師の権力」、「看護師の葛藤・ジレンマ」、「患者と看護師の関係」、「助言機能」などが今回の回答の中においても見いだすことができる。この結果をアドボカシー機能が文化を超えて普遍的なものであるといえるかどうかである。日本では未だ患者の権利意識が十分発達していない状況であるので、看護師たちが患者の権利に対してどのような意識でどのような係わり方をしているのかという本質的な分析や、援助の現状を検証し明確にしていく研究が必要である。

Chafey の質的記述的研究は³⁰⁾、17名の病院看護師あるいは地域看護師へのインタビューによるもので、看護師がアドボカシーという役割を実践しているか、実践しているならどのように行っているか、また、どのような状況、事象、価値観がアドボカシーの実践を促進あるいは妨げていると考えているかに焦点をあてて聞き取ったものである。今回の調査はアンケートによる選択式と記

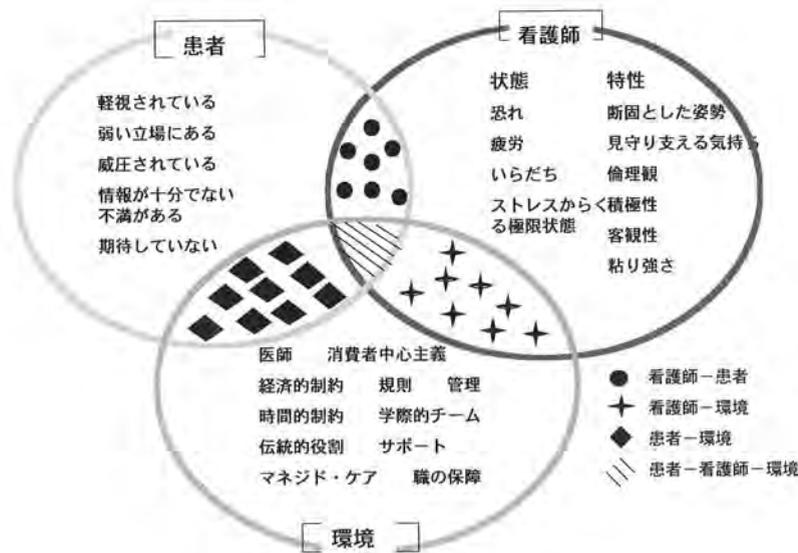


図12 アドボカシー・カテゴリーと相互作用に
影響を与えらると思われる特性の概念モデル

述式の併用による研究であり、Chafey の質的記述的研究とは研究方法に違いがあるが、実証的研究が少ないので二者の調査結果を比較しながら考察する。

Chafey は「client」, 「nurse」, 「environment」の3つのアドボカシーに関わるカテゴリーを抽出し、それらのカテゴリー間の相互作用領域を提示している(図12)。擁護することへの影響の一つに個人の信念や価値観などに基づく断固とした姿勢や積極的な取り組み、倫理観・客観性を持った「看護師の特性」をあげている。また、医師がクライアントに対して威圧的だったり、診察に出来ないなどの場合看護師は、クライアントと医師の仲介をする必要があると考えている。また、看護師とクライアントの相互作用として、組織との調整あるいは組織との間に介入する必要があるとし、話を聴く、そばにいる、時間を割く、効果的な対話といった個人対個人の間を重視している。

今回の看護師のアドボカシーに対する責務の必要性和その実際や、看護師のアドボカシー実践の結果から、「意思決定時、医師に誘導されないように情報提供が必要、擁護しなければならない場面に遭遇する」ので、「接する時間が長い/一番身近にいる存在」で、「全人的にサポートしていく立場」にあるから擁護する必要がある、「患者の希望に応じる努力」をし、「医師の説明が分かりにくかったときは再説明の依頼」、「不明点/疑問点を医師に確認」するなど「患者と医師のパイプ役」として

「意思決定/治療過程を助ける」ように現に擁護していた。

擁護しないことへの影響については、「医師の制圧的な言動(サポートが得られないなど)」や「快適な職場や職そのものの保障を失う恐れ」という要因が重なった場合や、頻度は高くないが知識、経験、自信、献身的な気持ちなど「看護師の特性の欠如」は擁護しないことを選択している。

Chafey は看護師と環境の相互作用として、パターナリズムや職員の数の少なさ、不安定な雇用条件、極度の経費削減がアドボカシーの実践を阻むことへと結びつく可能性があるとして述べている。

アドボカシー実践に必要な職場の理想と現実の今回の研究結果は、アドボカシー実践を阻む環境として、現実には特に「ゆとりある業務」や職員の公平な活動を審査する「日常業務のための臨床倫理委員会」がないことをあげている。アドボカシー実践を促進する職場環境についても、「ゆとりある業務」、「医師はあくまで同僚」、「医療スタッフ間の民主的な雰囲気」がないと考えている。看護師が積極的に患者を支持し擁護したくても、身分を保障されるべき法的な裏付けがなく、現在の医療現場の階層性や権威主義・パターナリズム的な状況では、アドボカシー実践を行う看護師には大なり小なりのリスクが伴う。また、アドボカシーや人権擁護について教育を受けていないあるいは受ける環境がないなかでは、看

看護師の自信・使命感などが培われず意識の変換も起きてこない。

Chafey はクライアントと環境の相互作用の項目で、クライアントに十分な情報が与えられていなかったり、クライアントが恐れのお気持ちを抱いていたり、保護されていないと感じていた時にアドボカシーを行うとしている。

医療現場における患者へのアドボカシーの必要がある状況とその実践についての今回の結果は、アドボカシー実践の記述内容とも関連するが、「患者が痛み苦しんでいる」や「患者や家族への病名・症状説明が不十分」な状況がある場合のような、患者が直接的に不利益を被る時は積極的に係わるが、主に医師が主体的に行う「検査や治療」に係わる事柄には消極的である。その他にアドボカシーの必要な状況については、「患者が対処できない/意思決定が困難な場合」や「意思表示ができなくなった時」、「治療の選択が必要な時」などをあげている。看護師のアドボカシー実践を行う状況は、現在の看護師の業務内容を反映している。患者の権利を守る・擁護する働きかけは、医業に係わる事柄ではなく哲学的・倫理的・道徳的な側面が含まれており、医師が独善的に判断すべきことではないので、法的に規定されている業務と倫理を同一線上で考える必要はなく、真に患者にとっての利益は何かを視点を置き、医療職全体で議論していくことが重要である。

Chafey は看護師とクライアントと環境の相互作用に関して、看護師はクライアントやその家族と共に、また他の看護師と連帯して、特定されたクライアントのニーズが満たされるように、環境へ働きかけていることを研究結果で示している。

チームによる連帯と看護アドボカシーに関する今回の結果により、連帯することのメリットを大半の看護師が述べているが、連帯を強調することでみんなが同じ考え・意見になり、患者を擁護するべき時に気がつかず、また「長いものには巻かれる」という状況をつくる危険性に留意すべきであることも少数の意見にある。

本研究と Chafey の研究とは研究方法や対象が異なり、研究結果の照合は無理な点があるが、内容的に相当する部分もある。二者の研究より、周囲の状況を敏感に感じ取ることでできる看護師が、サポートの得られる環境にいる場合、情報を与えられていない患者に、患者中心の雰囲気の中で情報を与えることにより、対話が可能になりアドボカシーが実践できる。逆に、抑圧的な雰囲気や職場環境は、助けが必要な患者がいて看護師が擁護しようと思っても、同僚や他の専門職種、上司、雇用主などからの報復を恐れて実行に移せないという構図が推測される。

アドボカシー実践を7割の看護師が行っていると回答

しているが、その行為は従来の看護（caring）の概念枠組みでの看護師の役割と捉えている傾向にある。しかし、アドボカシー用語の起源・発祥や欧米の文献などから考え合わせると、新たな看護の役割として位置づける必要があると考える。また、患者のアドボカイトになるのを誰が最も適しているかの論点は、サービス提供者（医療者側）が決めるのではなく、サービス受け手の患者や家族が決めることであろう。そのためには患者や家族の看護師に対する期待やアドボカシーを実践できる看護師の能力・特性を考えるべきである。現在、病院評価機構による自己評価の「患者の権利と安全」の項目の中に、患者の権利の尊重と患者-医療者のパートナーシップや説明と同意について、また、「療養環境と患者サービス」の項目の中には、医療相談窓口が設置されているか、患者・家族の相談に応じているかなどが列記されている。そのために病院は医療相談室を開設しているところが増えてきてはいるが、患者・利用者や家族からどのような相談があり、誰が相談を受け、どのように解決しているのかがまだ見えてこない。患者の利益・権利を守るためには自由な立場で制約を受けない機関や人材を備える必要がある中で、看護師の果たすべき役割は何かを探求していくことが重要になる。

VI. 結論

1. アドボカシーに必要な「オープンなコミュニケーション」や「民主的な職場環境」など職場の条件は理想と現実の状況とはギャップがあった。

2. 7割の看護師はアドボカシー実践を行っていた。患者が直接不利益を被る事柄で依頼・確認など看護師の業務範囲のことは積極的であり、医師の治療内容に関連する事柄には消極的であった。

3. 患者の権利については、看護師の意識や理想は全体的に高いが、病院において実際に権利が守られている状況とは差があった。看護師の考える「守るべき患者の権利」や「患者の権利への係わり」の状況は医療における階層性やパターンリズムの考え方の存在が反映されていた。また現実の状況としては、患者の意思決定を促進するために必要な患者本人の情報や看護・治療計画に参加する権利は守られていない傾向にあった。

4. フライの看護師のアドボカシーモデルに基づく25の権利項目は概ね妥当であった。

今回の調査で対象を臨床経験5年以上の看護師としたことで、看護基礎教育課程の背景が同じ傾向にあること、勤務場所別の看護師の意見を尋ねたが、看護師は勤務場所の配置換えがあるため考え方にあまり差は見られないこと、サンプル数が多くなく、その上勤務場所によるサ

ンプル数に差があることなどにより、アドボカシーに関する構成概念を探求するためには不十分であり、看護師全般に渡る多様な調査方法による実証的な調査を行い、既存するさまざまな実証的研究の照合とさらなる検証が必要である。

謝 辞

本調査の主旨に理解をしていただき調査することをご了承くださりご協力くださった各病院の看護師長・局長をはじめ、お忙しい中時間をかけて回答して下さった看護師のみなさまに深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 日本看護協会編：看護師の基本的責務, 9-15, 日本看護協会出版会, 東京, 2003.
- 2) 坪井良子・松田たみ子編(1997)：考える基礎看護技術, 41-42, 廣川書店, 東京.
- 3) 氏家幸子監修：A 成人看護学原論 第2版,44, 廣川書店, 東京, 2001.
- 4) 氏家幸子監修：D リハビリテーション患者の看護 第2版, 39, 廣川書店, 東京, 2003.
- 5) 大西和子・岡部聡子編：成人看護学概論, 66, 150, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2005.
- 6) 鈴木志津江・藤田佐和編：慢性期看護論,159-166, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2005.
- 7) 池松裕子・山勢善江編：急性期看護論, 20-21, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2005.
- 8) Annas G. & Healey J. (1974/1988) The patients' rights advocate. *Journal of Nursing Administration* 4, 25-31.
- 9) Bateman N. (1995) *Advocacy Skill A Handbook for Human Service Professionals*, Arena / 西尾裕吾監訳, アドボカシーの理論と実際, 八千代出版, 東京, 1998.
- 10) Bernal W. E. (1992) The Nurse as Patient Advocate. *Hasting Center Report* July-August, 18-23.
- 11) Cameron C.(1996) Patient advocacy: a role for nurses?. *European Journal of Cancer* 5, 81-89.
- 12) Curtin L. L.(1979) The nursing as advocate: a philosophical foundation for nursing. *Advocacy in Nursing Science* 1(3). 1-10
- 13) Daniels N.(1987) The Ideal Advocacy and Limited Resources. *Theoretical Medicine* 8, 69-80.
- 14) Foly J.B.& Minick P. M.& Kee C.C(2002) How Nurses Learn Advocacy. *Journal of Nursing Scholarship* 34(2),181-186.
- 15) Fry S. & Johnstone J.(2002) *Ethics in Nursing Practice*. International Council of Nurses(ICN) Second Edition, 35-47.
- 16) Gadow S.(1980) Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing. *Nursing Images and Ideals*, 79-101. Spring Publishing Company, New York.
- 17) Gadow S.(1989) Clinical subjective —advocacy for silent patient . *Nursing Clinics of North America* 24(2), 535-541.
- 18) Gaylord N.& Grace P.(1995) *Nursing Advocacy: An Ethic of Practice*. *Nursing Ethics* 2(1), 11-18.
- 19) Grace P. J. (2001) Professional Advocacy. *Nursing Philosophy* 2, 151-162.
- 20) Jenny J.(1979) Patient Advocacy -Another Role for nursing? . *International Nursing Review* 26(6), 176-181.
- 21) Jezewski M.A.(1993) Culture brokering as a model for advocacy. *Nursing and Health Care* 14(2), 78-85.
- 22) Kohnke M.F.(1980) The nurse as advocacy. *American Journal of Nursing*, 2038-2040.
- 23) Kohnke M.F.(1982) *Advocacy: Risk and Reality*. CV Mosby Co, St Louis
- 24) Martin W.G.(1998) Ritual action and its effect on the role of the nurse as advocate. *Journal of Advanced Nursing* 27, 189-194.
- 25) Miller K.B. & Mansen J.T. & Helen .L.(1983) Patient Advocac: Do Nurses Have the Power and Authority to Act as Patient Advocate ?. *Nursing Leadership* 6 (29), 56-60.
- 26) Nancy S. G. (1990) *Integration Medical Ethics with Normative Theory:Patient Advocacy and Social Responsibility*. *Theoretical Medicine* 11, 125-139.
- 27) Segesten K. & Fagring A. (1996) Patient Advocacy-An Essential Part of Quality Nursing Care, *International Nursing Review* 43 (5), 142-144 / 鈴木琴江訳：インターナショナルナースングレビュー, 20(2), 12-14, 1997.
- 28) Zusman J. (1990) Want some advice ? — Think twice about being a patient advocate, NLN Publication, New York
- 29) Fetsch F.H.(1991) *Advocacy in pediatric nursing: a qualitative study*. Unpublished Ph D thesis. University of Kansas.
- 30) Penticuff J. H. (1990) Ethics in pediatric nursing; advocacy and the child's 'determining self'. *Issues in*

- Comprehensive Pediatric Nursing 13, 221-229
- 31) Branch R.(1985) Citizen Advocacy. Nursing Mirror 160(14), 31-32.
 - 32) Booth W.(1991) A cry for help in the wilderness. Health Services Journal 14, 36-37.
 - 33) Chamberlin J.(1979) The limits of advocacy. Advocacy Now 1, 21-24.
 - 34) Mcfadyent J. A.(1989) Who will speak for me? • • Psychiatric patient 's rights, Nursing Times 85(6), 45-48.
 - 35) Bandman E.L. (1985) Our toughest questions: ethical quandaries in high technology nursing. Nursing and Health Care 6 (9), 482-487.
 - 36) Bandman E.L. & Bandman B. (1979) The nurse's role in protecting patient's right to live or die. Advances in Nursing Science 1(3), 21-35.
 - 37) Martin W. G(1998) Ritual action and its effect on the role of the nurse as advocacy. Journal of Advanced Nursing (27), 189-194.
 - 38) Chafey K.(1998) Characterization of Advocacy by Practicing Nurse, Journal of Professional Nursing 14(1), 43-52.
 - 39) Mallik M.(1997) Advocacy in nursing—Perceptions of practicing nurse, Journal of Clinical Nursing 6, 303-313.
 - 40) Murphy C.P. (1983) Ethical Problems in the Nurse—Patient Relationship. Allyn & Bacon, Boston, Massachusetts.
 - 41) Segesten K. (1993) Patient Advocacy—An important part of the daily work of the expert nurse. Scholarly Inquiry for Nursing Practice 7, 129-135.
 - 42) Snowball J. (1996) Asking nurse about advocating for patient: 'reactive' and 'proactive' accounts. Journal of Advanced Nursing 24, 67-75.
 - 43) デービス アン, 小西恵美子, 田代麻里江: 日本におけるナースング・アドボカシー, 平成13年度木村看護教育振興財団看護研究助成報告書, 89-104, 2002.
 - 44) Anne J Davis, Emiko Konishi, Marie Tashiro (2003) A PILOT STUDY OF SELECTED JAPANESE NURSES' IDEAS ON PATIENT ADVOCACY. Nursing Ethics 10(4), 404-413.
 - 45) サラT. フライ/片田範子, 山本あい子訳, 看護実践の倫理 3 版, 39-52, 日本看護協会出版会, 東京, 2000.
 - 46) Britain An Official Handbook(1997) The stationary office. London, UK.
 - 47) A Declaration on The Promotion of Patients' Rights in Europe, European Consultation on The Rights of Patients Amsterdam, 28-30 March 1994, World Health Organization Regional Office for Europe.
 - 48) 患者の権利法要綱案パンフレット (5 訂版), 患者の権利法をつくる会, 2002.

(Summary)

Awareness among Nurses concerning Advocacy to Protect interests and Rights of Adult Patient

Setsuko Takemura

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Background In response to a question whether medical services are provided truly based on patients' own decision in current clinical settings, what can and should nurses do as health care providers who work close to patients for long hours? To understand nurses' roles, we need to study how nurses are aware of and address issues concerning patients' rights. We also need to clarify how nurses understand the meanings and concepts of terms recently used among them in practicing advocacy.

Objective I conducted a survey to study the concept of nursing advocacy from a practice nurse's point of view. The purposes were: 1) to understand roles of nurses as patient advocates by clarifying the meaning of the concept of advocacy and values centered on the concept; and 2) to collect information about awareness concerning advocacy among nurses working in clinical settings and their experience in practicing advocacy, which will shed light on their responsibilities as patient advocates.

Method I used a questionnaire form with some revisions and additions to the one developed by Davis et al. for a pilot study in 24 nurses. The subjects for my survey were nurses with five or more years of clinical experience at hospitals with 300 or more beds and with a palliative care unit within the Kinki region.

Results Seventy percent of the respondents had experience of serving as patient advocates, mostly to address issues in relation to doctors, such as easing patients' suffering, providing patients and/or their family with sufficient explanation about their disease conditions, serving as a mediator between patient and physician, requesting

the doctor to provide an explanation again to the patient, and seeking doctor's clarification about unclear points and doubts. In workplaces where nurses were motivated to pursue advocacy efforts, "patient-centered nursing care" was provided and "cooperative spirit among nursing staff" was cultivated. What lacked in their workplaces were "an environment with less pressure" and the concept that "doctors and nurses are on an equal footing." While awareness and ideal of patients' rights among nurses were generally high, there was a difference between the ideal and actualities. There was a tendency that the confidentiality of personal information about patients and the right of patients to participate in planning treatment and care were not protected.

The selection of 25 rights of patients based on a nursing advocacy model by Dr. Fry was proved appropriate and her theory was supported.

Conclusions To define the concept of advocacy, we need to conduct empirical research covering a broad range of nursing activities, based on which comparison and verification of theories should be made.

Key Words adult patients, awareness among nurses and actualities, patients' rights, advocacy, workplace environment.

論文

足浴が排尿に与える影響に関する 基礎的検証



豊田久美子

滋賀県立大学人間看護学部

背景 足浴は入浴することができない患者のための重要な看護ケアの一つである。足浴の効果は多くの研究者によって調査、実証されており、睡眠パターン、自律神経機能、精神神経免疫機能への効果が報告されている。これらの結果から、足浴はその副交感神経系への効果により、リラクゼーション、睡眠、循環を促進する可能性があることが示唆されている。

看護師はしばしば排尿困難のある患者に、水の音や流水、手浴などのケアを用いているが、それらのケアはエビデンスに基づいておらず、また広くリサーチも行われていない。また、足浴が排尿を促す効果の有無についても未検証である。足浴は副交感神経を優位にし、心地よさを提供し、また循環を改善する効果が期待され、その効果が排尿困難を改善することが予測される。

目的 本研究は、足浴ケアが排尿に与える影響を明らかにし、その効果を今後の介入研究の一助とすることを目的とした。

方法 研究協力の得られた健康な成人11名(男性3名、女性8名)を対象とし、41℃の湯を用いて20分間密封式足浴法を施行し、自律神経の活動、尿量、バイタルサインの変動、主観的反応を評価した。

結果 足浴中後60分間において、11名中5名に顕著な尿量の増加がみられ、この5名の交感神経活動(LF/HF)は増加した。一方、他の参加者においては緩やかな尿量の増加が見られ、またHFで示される副交感神経活動量が増加していった。また、全ての参加者が足浴に心地よさを感じ、足浴の温度刺激が指尖温度を改善することも明らかとなった。

結論 足浴に対する反応には2つのタイプがあることが、この研究から示唆された。足浴による温熱・湯という刺激によって、気持ちよさや指尖部温の上昇をみるが、交感神経を優位にし尿量の顕著な増加をみるタイプと、そのような効果は認めないが、副交感神経への効果により、心地よさ、リラクゼーションを感じ、短時間での急激な尿の増加をみないという二つのタイプがある可能性が示唆された。

I. はじめに

今日の看護技術において、足浴は入浴することができない患者の清潔を保つケアの一環として位置付けられている。しかし、足浴後の「あぁー気持ちいい」と思わずこぼれる患者の言葉や表情の変化に、清潔保持のみならず多くの効果があることを看護者であれば誰でも感じているであろう。

これらの効果を検証しようと足浴に関する多くの検証が行われている。代表的なものを大別すると、生理心理学的検討^{1),2),3),4)}、入眠を促すケアの実証^{5),6)}、自律神経機能

への影響とリラクゼーション効果^{7),8),9)}、精神神経免疫機能への影響^{10),11),12)}などが検証され、最近では褥創¹³⁾や下肢浮腫の軽減¹⁴⁾など看護治療としての成果が報告されている。これらの成果から、足浴は副交感神経を優位にしリラクゼーション効果を高めたり、末梢循環を改善し睡眠を促す、免疫系を活性化させることの可能性が示唆されている。

臨床において、療養のため慣れない床上排泄を余儀なくされた患者や術後に尿道膀胱留置カテーテルを抜去した患者が、一時的な排尿困難になる場合がある。経験的に排尿困難患者へのケアとして「水の音を聞かせる」「陰部への流水」「手浴」に効果があるといわれ^{15),16)}活用されてきたが、そのエビデンスは明確ではない。足浴の排尿に与える影響についての研究は、睡眠を促すことによって夜間の頻尿が改善されるといった報告はあるものの、排尿を促す効果に関する報告は見当たらない。排尿

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：豊田久美子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

E-mail: toyoda@nurse.usp.ac.jp

は、膀胱内尿量の増加、尿意を感じてからの排尿までの自律神経系の絶妙なコンビネーション、なかでも副交感神経の優位性がきわめて重要である。足浴の温熱、水が心地よさや末梢循環の改善および水の想起につながり、排尿困難改善への効果が期待される。

そこで、本研究の目的は足浴が排尿に与える影響を明らかにするための基礎的検証を行うことである。

II. 研究仮説

本研究の仮説として、足浴と排尿の関連を図1に示した。筆者の先行研究^{10),11),12)}から足浴による温熱および水の刺激は皮膚の体性感覚を刺激し、心地よさ、リラクゼーションをもたらすと同時に末梢循環の改善をもたらし、尿量を増加させる。また、排尿の仕組みはきわめて複雑な機序もつが、最終的には副交感神経が優位に導かれ排尿にいたると考えられる。以上のことから、足浴の排尿への影響を'心地よさ'、'末梢循環の改善'、'リラクゼーション'の関連から検討する。

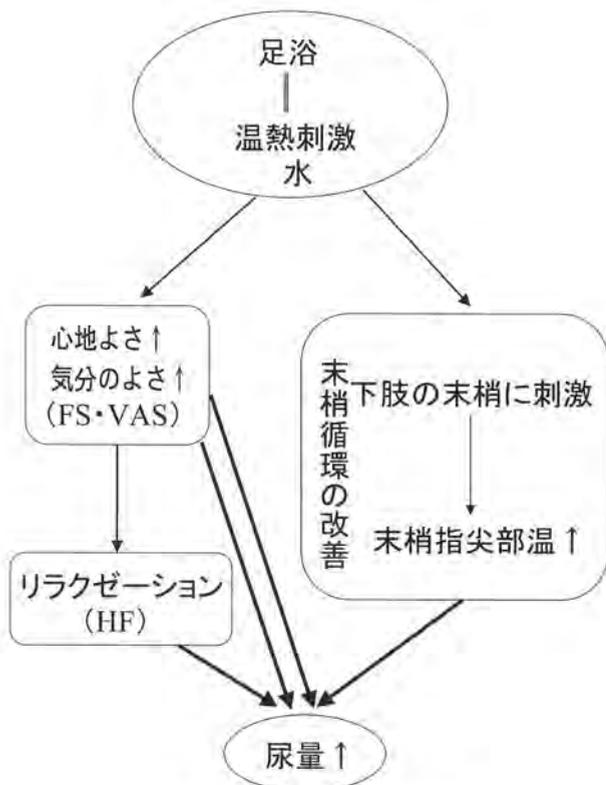


図1 足浴と排尿との関連

III. 研究方法

1. 研究デザイン

足浴が排尿に与える影響に関する基礎的資料を入手するため、できるだけ状況を統制し、その介入結果を得る準実験研究を用いた。

2. 対象

1) 対象者：研究協力が得られた健康な成人11名（男性3名、女性9名）で、基礎的検証であることから年代の統制は行わなかった。

2) 対象者の条件

(1)健康な成人で、特に腎疾患や循環器障害のない人とした。

(2)前日までの数日間は暴飲暴食を避け、十分な睡眠を取るようしてもらい、なるべく本人にとって安定した日常生活をこころがけてもらった。実験当日の朝食は、通常量をおよそ午前7時30分（実験開始2時間前）とし、水分摂取についてはカフェインを含む飲み物を避けて、200cc程度摂ってもらうようにした。

実験当日、依頼条件が整っていること、運動や興奮状態、寒冷刺激直後でないことや体調の確認をした。また、女性は生理中でないことを条件とした。

3. 実験方法

1) 足浴方法

20分間の安静臥床の後、山本らが開発した密封式足浴法^{17),18)}に一部改良を加えた足浴を行った。密封式足浴法とは、下肢を浸した湯桶をビニール袋に入れて、膝まで覆い密封するもので、湯こぼれや湯温の低下を防ぐことができるものである。改良点は、足浴中において両下肢を一定の姿勢で保持する苦痛を緩和するため、写真1に示すように膝から大腿部を固定帯（バスタオルに幅広の帯を縫いつけたもの）で固定した。さらに、写真2に示すようにビニール袋が下腿に密着して不快にならないように離被かを用いて洗濯バサミでビニール袋を吊り上げた。湯量は踵上5cmになるように調整した。湯温は41℃とし20分間浸したのち、42℃の上がり湯をかけ、その後さらに40分間の安静臥床とした。

2) 測定条件

測定は季節差や日内変動による循環動態への影響を考慮して、期間を11月から1月に限定し、時間は朝食後2時間以上経過した午前に行った。部屋は室温を22から24℃に調節し、静かな環境に整えた。実験開始直前に排尿を済ませて、実験衣に着替えてもらい、測定に必用なセンサーなどを装着した。その後ベッド上安静とし、実験中は眠らないよう依頼した。



写真1 改良型密封式足浴法

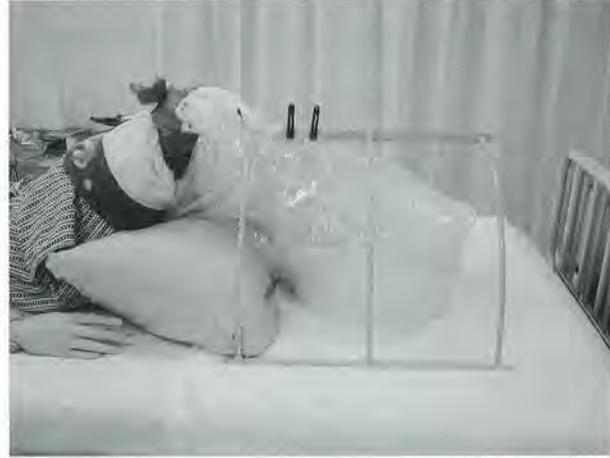


写真2 改良型密封式足浴法

3)測定内容

測定内容を表1に示した。尿量変化の把握には、膀胱内尿量を計測する携帯型超音波装置（BVI3000、アルケア社）を使用した。これは膀胱内尿量を非侵襲的かつ短時間にスキャンでき、確実性の検証も得られている。実験終了時のスキャナーで得た尿量と実測値の間には、強い正の相関を確認した（ $r=0.765$, $p<0.01$ ）。自律神経系の指標を得るため、ホルター心電計（SM-60、フクダ電子）を装着し心電図を持続的に計測した。末梢循環の指標として左手示指尖部・腰背部・膝3ヶ所の皮膚体表温度（安立計器）、バイタルサインズは鼓膜体温（ジニアス社）、血圧・脈拍・呼吸を測定した。さらに、研究協力者の主観的反応を得るために、測定時の気分の変化をVAS（Visual Analog Scale）と快や心地よさをFS（Face Scale）を用いて測定した。

表1 測定内容

測定時間	0分 足浴直前	20分 足浴終了直前	40分 足浴後20分	60分 足浴後40分
評価指標	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50%;"></div> → <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 50%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 足浴 臥床安静 </div>			
1. 膀胱内尿量	○	○	○	○
2. 心電図計（HF、LF/HF）				→
3. 体表皮膚温	○	○	○	●
4. バイタルサイン				
鼓膜体温	○	○	○	○
血圧	○	○	○	○
脈拍	○	○	○	○
呼吸	○	○	○	○
5. 主観的反応				
VAS	○	○	○	○
FS	○	○	○	○
対象の訴え				→

4. 分析方法

1)自律神経機能の解析は、ホルター心電図で得られたR-R間隔のデータの周波数解析²⁾を行った。そこから引き出された周波数成分HF（High Frequency）は副交感神経活動の指標として、LF/HF（Low Frequency/High Frequency）は交感神経の指標と考えることができる。そして、これらを128秒ごとに解析したものをういた。また、20分ごとのデータ計測時に大きな揺れを認めたため、明らかに計測による影響と推測されるものを取り除き、その平

均値を産出した。さらに、直前のHF（副交感神経活動量指標）の値を基準値1とし、その後の変動を比較した。

2)結果の分析は、足浴前後の変化を平均値や変化率を産出し、経時的な変動を検討した。また、それらを一元配置分散分析を行い、主効果が得られた場合にTukeyの多重比較を行った。

5. 研究の倫理的配慮

研究協力者には、研究の趣旨、研究内容と手順、協力内容を詳細に記述した依頼書をもとに十分に説明して同意を得、同意書にサインをもらった。また、承諾の後、実験中であってもいつでも研究協力の断り、中断が可能であることを伝え、得たデータは、個人が特定されないように十分に留意し、研究目的にのみ用いることを誓約

した。

また、実験中は研究協力者の反応を注意深く観察し、何らかの異常に備えた。

IV. 結果

1. 研究協力者の背景

研究協力者は、11名（男性3名・女性8名）で、年齢は20歳代2名、30歳代5名、40歳代2名、50歳代1名、60歳代1名であった（表2）。

2. 足浴前後の尿量および尿増加量の変化

足浴開始直前（以下直前とする）から足浴終了40分（以下40分後とする）の尿量増加は40から381ml（図2）で、全体の平均は163,6mlであった。そこで、平均を上回った ID1,2,4,5,7を尿量の増加が著しい群（以下尿量増群）、平均を下回った ID3,6,8,9,10,11を生理的な尿量

で緩やかな増加である群（以下尿量緩群とする）として比較検討することとした。

尿量増群においては、20分ごとの尿の増加量では、足浴直前と比し40分後に有意に増加し（ $p < 0.01$ ）、全体尿量では、直前と比し20分後、40分後に（ $p < 0.01$ 、 0.001 ）、足浴終了直前と比し40分後に有意な増量が見られた（ $p < 0.01$ ）。尿量緩群ではいずれも有意な増加は見られなかった（図3）。

3. 足浴前後の自律神経系の変動（図4）

尿量増群の HF は、全過程を通してほとんど変化が見られないのに比し、尿量緩群は、足浴中、終了20分、40分と時間をおって高くなっている。一方、LF/HF（交感神経活動量指標）では、尿量増群が足浴後20分、40分後と時間毎に高値を示していくのに対し、尿量緩群は足浴後20分後に低下し、その後も持続していた。

4. 足浴前後の指尖部温の変化（図5）

尿量緩群では、足浴前、足浴中は尿量増群に比し指尖

表2 対象の背景

ID番号	ID 1	ID 2	ID 3	ID 4	ID 5	ID 6	ID 7	ID 8	ID 9	ID 10	ID 11
性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性	男性	男性	男性	女性	女性
年齢	44	48	37	33	35	62	51	36	28	29	32
日頃の排尿回数	8	7	5	5	6	8	6	3	4	4	4

ml

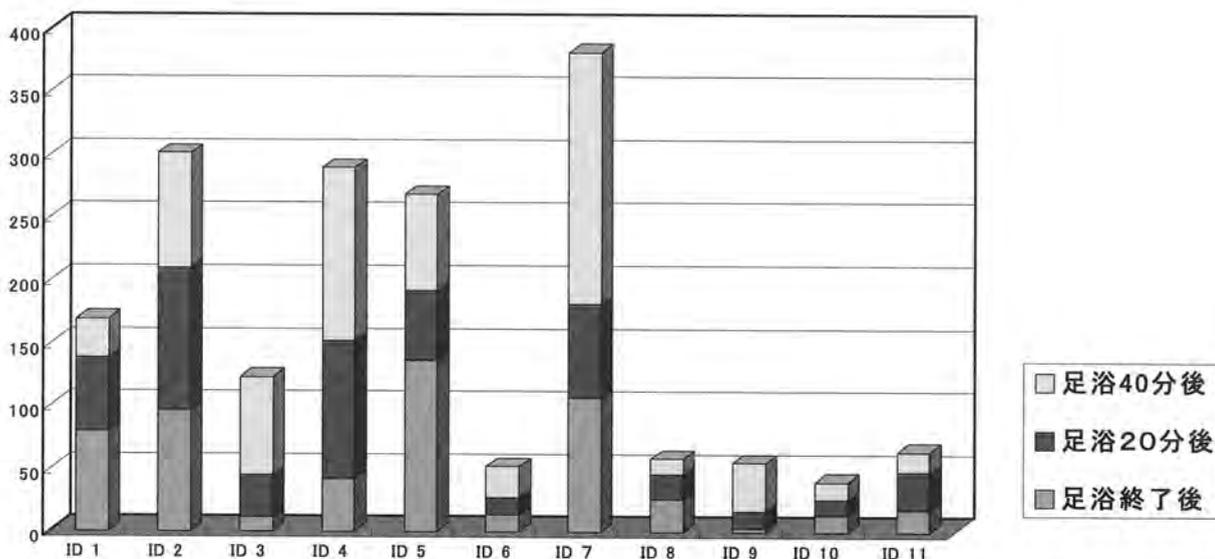


図2 尿量の変化

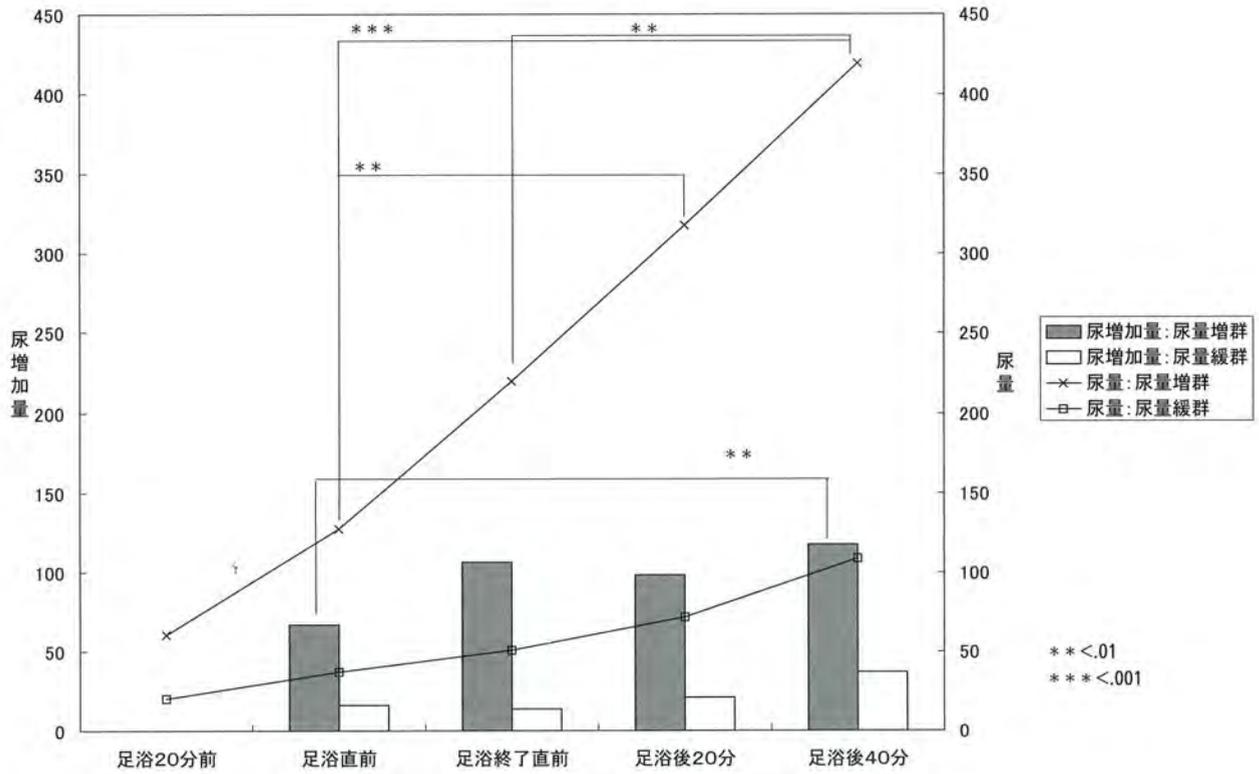


図3 足浴前後の尿量および尿増加量の変化

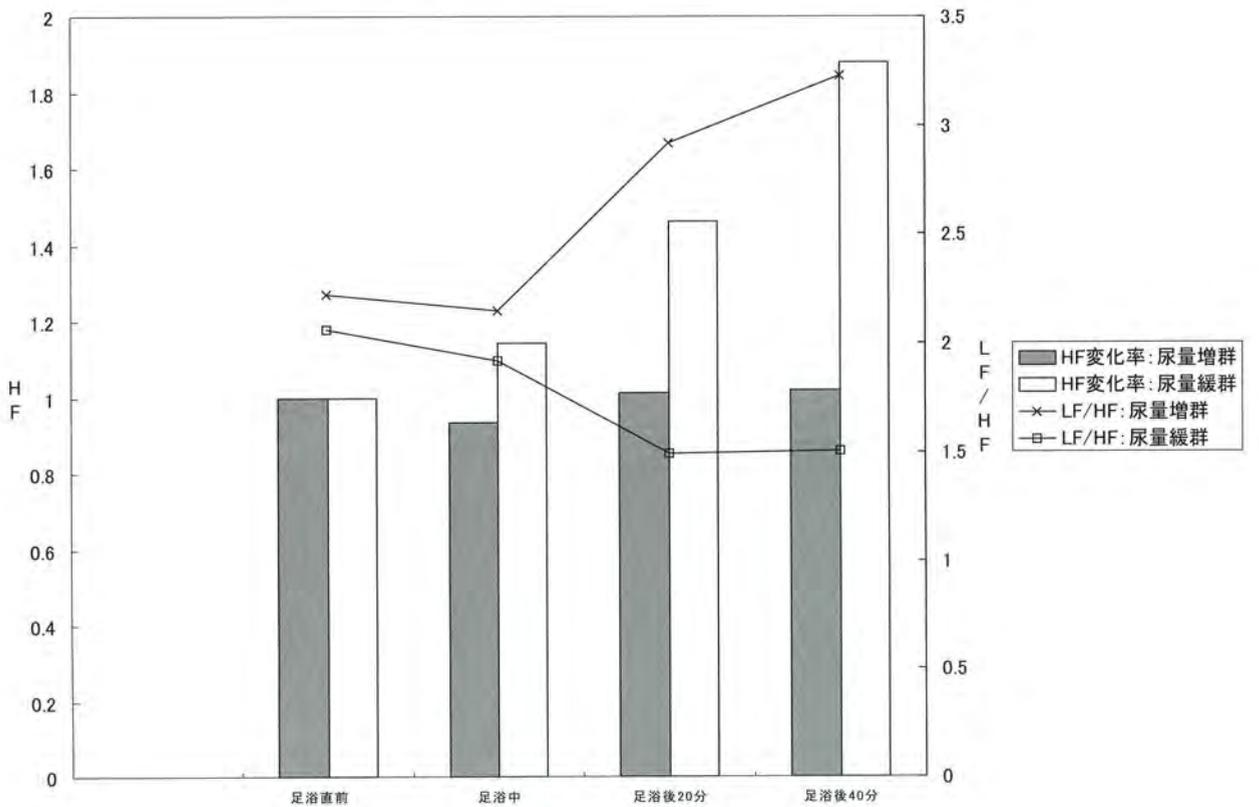


図4 足浴前後の自律神経系の変動

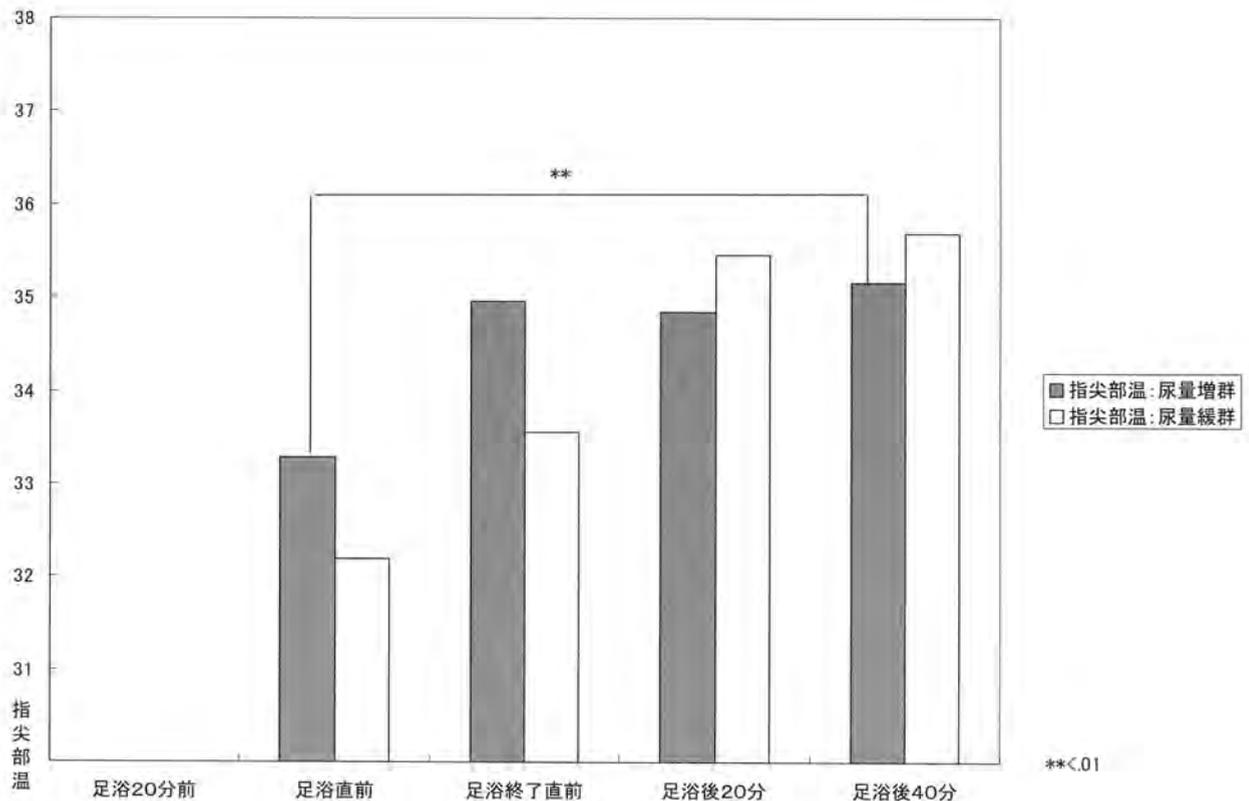


図5 足浴前後の指尖部温の変化

部温は低いが、20分後、40分後になると逆に高くなっていった。

5. バイタルサインの変化

鼓膜体温、脈拍、血圧、呼吸は足浴による明らかな変化は認められなかった。

6. 足浴前後の FS・VAS の変化 (図6・7)

心地よさの指標とした FS では、有意な差は見られなかったが、いずれの群も直前より足浴中、20分後とより快の指標が選択され、40分後には足浴中の快に戻っていた。気分を指標とした VAS では、尿量緩群が足浴直前、足浴終了直前、20分後、40分後において尿量増群より有意に高く、さらに、尿量緩群において40分後の VAS は直前に比して、有意に高かった ($p < 0.05$)。

7. 顕著に尿量が増加したケースのコントロール検討 (図8)

顕著に尿量の増加をみた ID 7 の研究協力者に、実験日のおよそ1ヶ月後に、足浴以外はすべて同様の実験手順を用いたコントロール実験を行った。足浴後の尿増加量が381mlであったのに対し、コントロール時では87mlであった。HF では実験時に足浴後暫時低下していたが、コントロール時では常に高かった。LF/HF では、

実験時は足浴中、20分後と顕著に活動が高まったが、コントロール時はほとんど変化なく経過した。さらに、指尖部の温度は、足浴前の温度がコントロール時より低かったが、その後逆転し高値で経過しているという特徴を示していた。

V. 考察

本研究は、排尿困難患者に対する足浴の効果を探る基礎的検証の一つとしてできるだけ広範囲の人々から足浴が排尿に与える反応を見ようとしたため、研究協力を得ることができた20歳代から60歳代の男女への準実験研究とした。身体への影響を知る基礎的研究の場合、対象の年齢や性を一定に統制し、コントロール群を設定し比較検討することが重要である。本研究の知見は、あくまでも今後の研究に繋げる基礎資料といえよう。

しかし、20分間の改良型密封式足浴法を行い、60分間において、平均163.6mlの尿量増加をみた。11名の研究協力者のうち5名の尿量増群においては、平均を上回り169から381mlの尿量を得た。排尿のメカニズムはきわめて複雑¹⁹⁻²⁷⁾であり、さらに水分摂取や体位などのさま

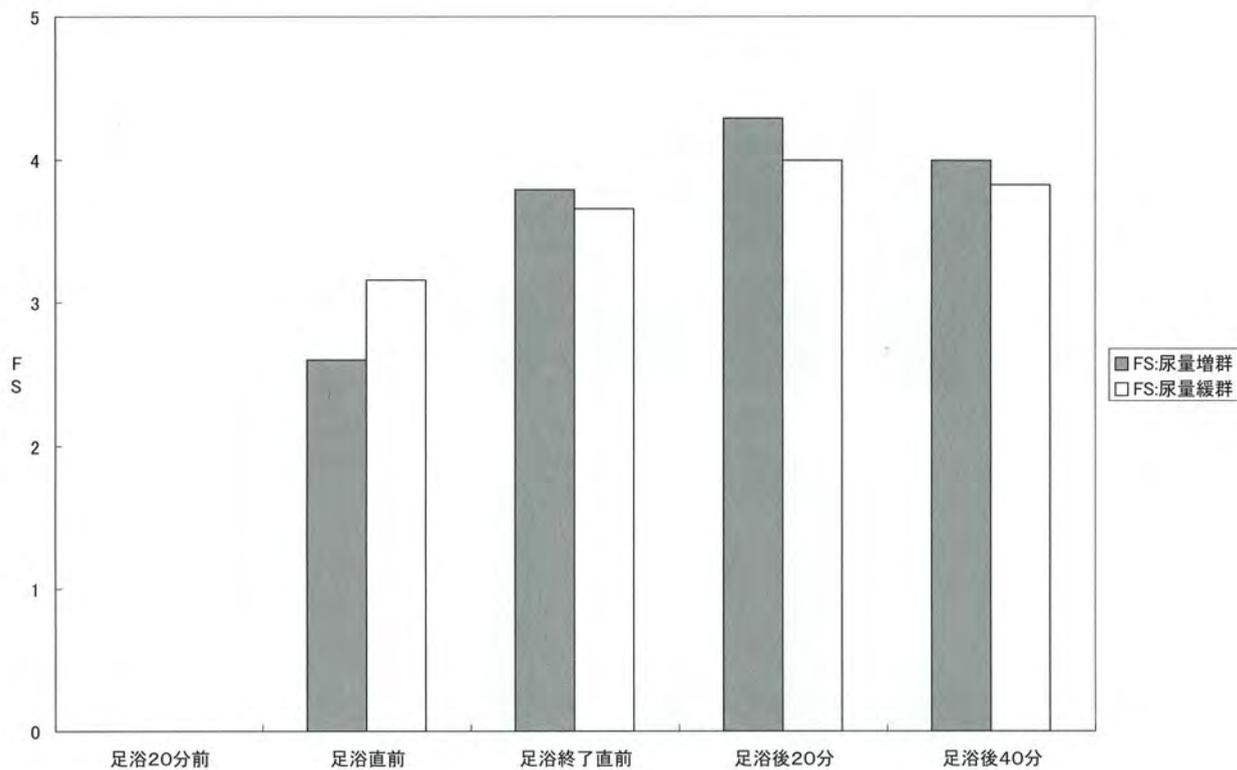


図6 足浴前後のFSの変化

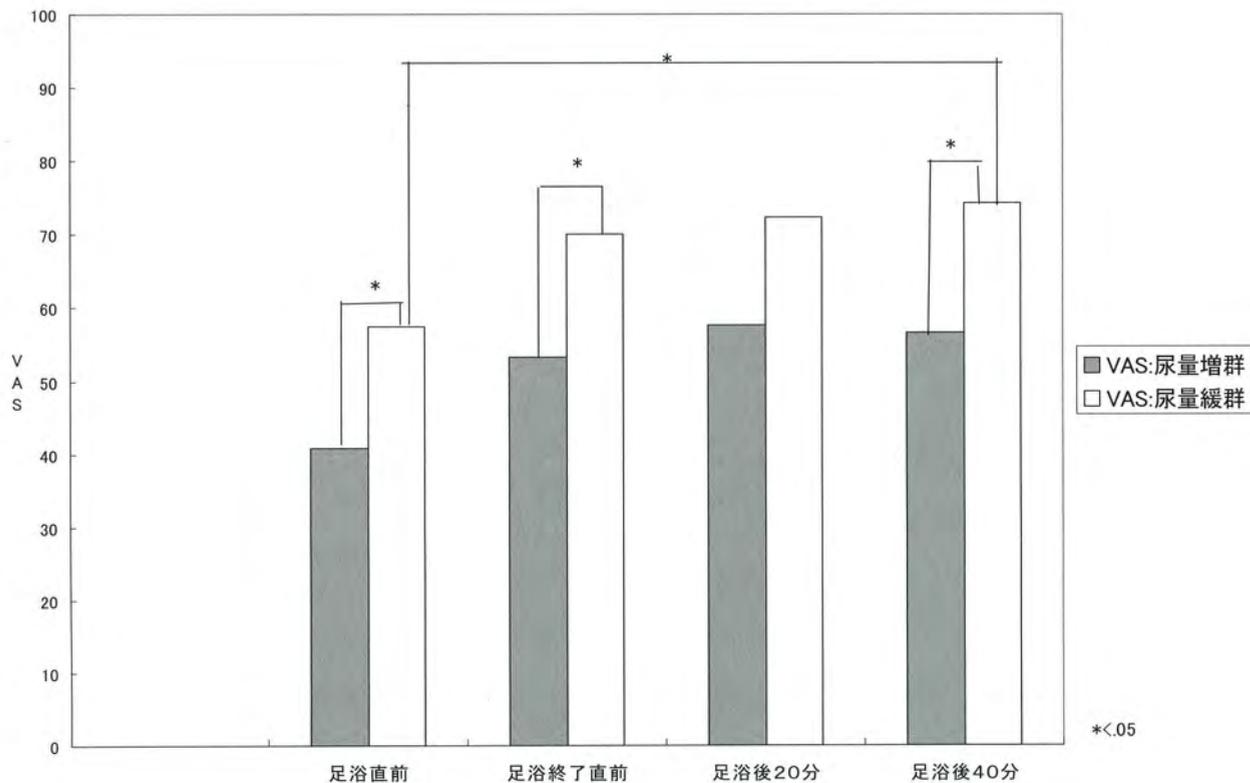


図7 足浴前後のVASの変化

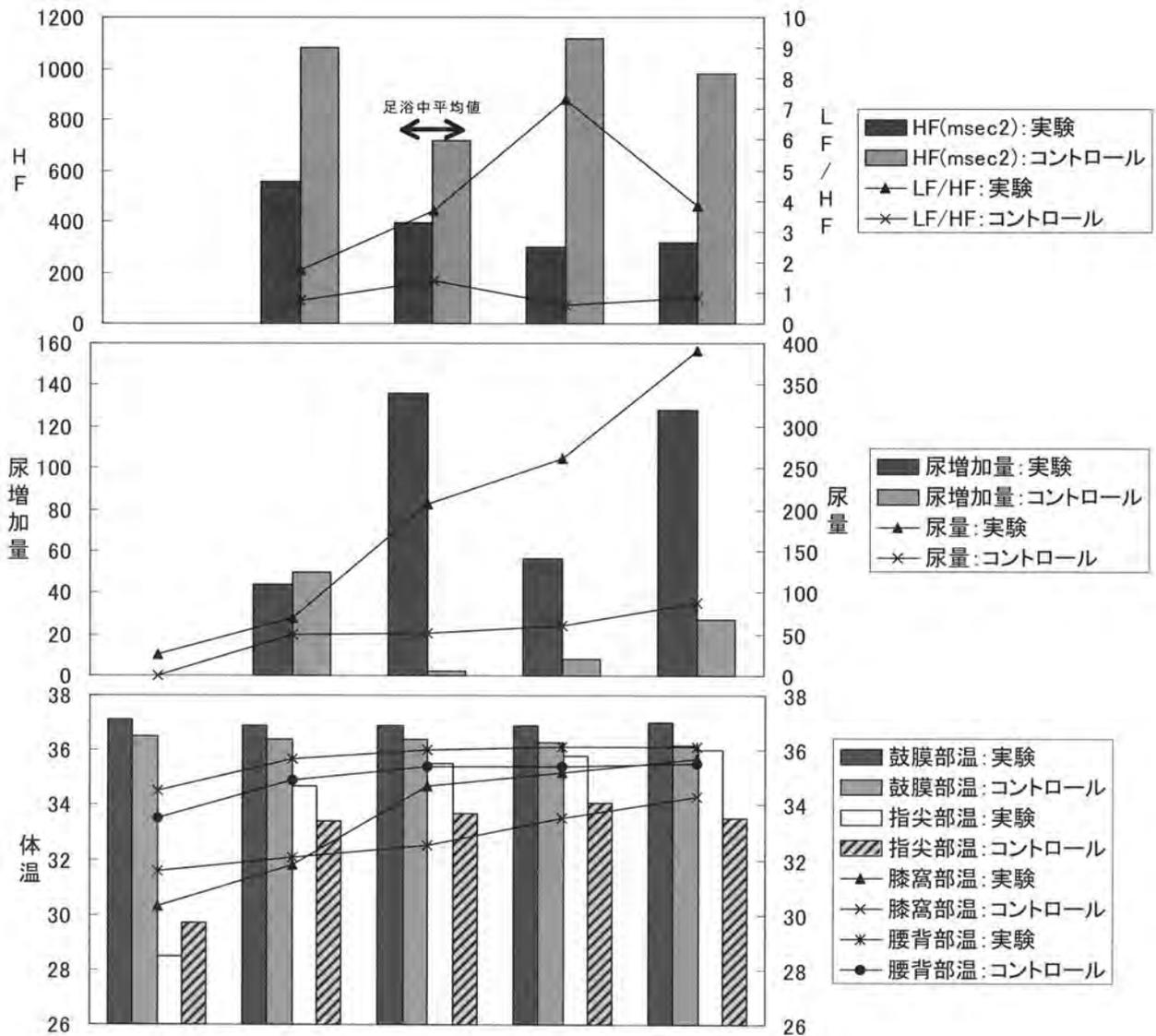


図8 実験とコントロールの比較：ID7

さまざまな影響を受けるため、一概に足浴の効果であるとは言いがたいものの、排尿困難患者へのケアにつながる可能性を示唆するものである。

自律神経系に対する反応は尿量増群では、交感神経の指標である LF/HF が時間を追うごとに上昇し、逆に尿量緩群は副交感神経の指標である HF が優位になり、LF/HF-交感神経は抑制傾向に変動した。尿量増群の指尖部温は、足浴中20分間に一気に上昇し、その後横ばいであるのに対し、足浴緩群は緩やかに上昇し、足浴20分後には尿量増群より高くなっている。また、主観的反応では尿量緩群が尿量増群に比して、有意に VAS の値が高い傾向を示していた。

本研究仮説として、足浴による温熱、水の刺激が末梢循環の改善ならびに心地よさから副交感刺激を優位にし排尿を促すと考えていた。しかし、今回の研究結果からは足浴によって顕著に尿量を増加するタイプと緩やかな増加をみるタイプがあると推測される。FS・VAS・指尖部温の上昇は両者に見られているが、顕著な違いは足浴前後を通しての自律神経系の反応である。HF の変化は尿量増群では横ばいであるが、尿量緩群では漸次上昇している。LF/HF の変化は尿量増群では足浴後より大きく上昇し、尿量緩群では緩やかに下降している。

この結果の特徴として、全体平均の比較においては先行研究^{2), 7)}と同様であるが、尿量の違いによって二群

に分けたときに異なったタイプの様相をみる事ができる点である。ひとつのタイプとして、足浴による温熱・湯という刺激が、交感神経を優位にし、末梢血管が収縮し、心臓への循環血液量を増加させ、利尿ホルモンの分泌²²⁾がおこることで、尿量の顕著な増加を見るのではないかと推測できる。その人の日頃の湯温に対する好みやその時の足部の皮膚温が影響因子となっている可能性もあろう。また、急激な尿量の増加から尿意を生じ、その尿意がさらに交感神経を優位にしていっただとも考えられる。

また、もう一つの反応タイプでは、交感神経は優位にならず、足浴の気持ちよさが、リラクゼーションを高め、緩やかに副交感神経を優位にしている。そのことによってさらに筋の弛緩や交感神経活性の低下をもたらし、末梢血管抵抗の低下と調圧反射への感度を高める²⁰⁾ため、末梢循環を促進させ、緩やかな尿の増加につながることを示唆するものである。

これらの考えは、顕著に尿量が増加した1名に対して、1ヶ月後に足浴を行わないコントロール実験を行った結果からも推察される。足浴によって381ml増加した尿量は、コントロールにおいては87mlと顕著に減少し、自律神経の活動は、実験時のほうが交感神経の活動が明らかに足浴後高く、逆に副交感神経の活動量は、コントロール時に高い。また、このことは、安静臥床による体位・快・保温によって尿量の増加をみるのではなく、足浴という温水による介在によって引き起こっていることを裏付けるものである。

本実験では足浴後40分間のデータの収集にとどまっておき、その後の変化を観察していない。新田ら²⁰⁾は足浴・マッサージ後2時間の観察を行い、90分間において下肢深部温が有意に上昇しつづけたと報告しており、時間を追っての観察が重要である。

本研究の限界として、少数の研究協力者からの知見であることや自律神経系の変動を一定の平均でその動きを捉えていることにある。

今後は、コントロールを設定し厳密な比較検討を行い、さらに研究協力者の人数を増やしてその傾向を探るとともに、自律神経変動の測定に対する検討が必要である。さらに、本研究結果から、足浴による刺激によって大きく二つのタイプが推測されることから、実験開示前の足部の表面温度やお湯の熱さの好み、入湯時の感覚などさらに詳細に観察しその関連を明らかにすることが重要である。

VI. 結論

健康な成人11名に改良型密封式足浴法を20分間行い、

5名に実験中60分間において、顕著な尿量の増加をみた。足浴による温熱・湯という刺激によって、気持ちよさや指尖部温の上昇をみるが、交感神経を優位にし尿量の顕著な増加をみるタイプと、交感神経を優位にすることなく緩やかに反応して、心地よさから副交感神経を優位にしリラクゼーションを高め、短時間での急激な尿の増加をみないという二つのタイプがある可能性を示唆された。

謝 辞

研究の趣旨に賛同し、快くご協力頂いた研究協力者の方々並びに多くの協力とご助言をいただいた澤井信江さん、降田真理子さんと深く感謝申し上げます。

引用文献:

- 1) 荒川千登世, 豊田久美子, 他: 足浴の心理的効果と身体に及ぼす影響, 日本看護科学学会誌16(2), 136-137, 1996
- 2) 香春知永: 足浴ケアが生体に及ぼす影響, 小松浩子, 菱沼典子(編): 看護実践の根拠を問う, 1-11, 南江堂, 1998
- 3) 大佐賀敦, 布施淳子: 足浴に関する生理心理学的検討(3) - 足浴手技・時間の違いが脈派・呼吸・瞬目活動に与える影響 -, 日本看護研究学会雑誌, 23(3), 399, 2000
- 4) 布施淳子, 大佐賀敦: 足浴に関する生理心理学的検討(4) - 足浴が蓄積的疲労徴候・気分状態にあたる影響 -, 日本看護研究学会雑誌, 23(3), 400, 2000
- 5) 吉森久美子, 他: 眠れない患者に足浴を実施して不眠援助に足浴は有効か, 日本看護研究会雑誌, 18, 172, 1995
- 6) 平松則子, 他: 入眠を促す援助をしての足浴の効果について: 足浴が及ぼす生理的变化, 日本看護科学学会誌, 14(3), 208-209, 1994
- 7) 清水祐子, 小森貞嘉, 他: 足浴による自律神経機能の変化に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 23(3), 134, 2000
- 8) Saeki Y. : The effect of foot-bath with or without the essential oil of lavender on the autonomic nervous system: a randomized trial, Complementary Therapies in Medicine, 8, 2-7, 2000
- 9) 宮下和美, 佐伯由香, 他: 自律神経機能への影響からみた効果的な足浴方法の検討, 人間工学研究誌, 2, 1-6, 2000
- 10) 豊田久美子, 荒川千登世, 他: 足浴が精神神経免疫系に及ぼす影響, 総合看護, 32(3), 3-14, 1994
- 11) Toyoda, K. Arakawa, C. et al. : Effect of Warm Foot Bath as Nursing Care of Mental, Physical and

- Immunological Status , JANS Third International Nursing Research Conference, 205, 1998
- 12) 豊田久美子, 荒川千登世, 他: 成人術後患者の精神神経免疫系に及ぼす足浴の影響, 日本看護科学学会誌, 17(3), 470-471, 1997
 - 13) 朝日舞子, 西田良美, 他: 褥創に対する足浴の有効性の検討, 介護福祉, 5(1), 54-59, 2005
 - 14) 我喜屋いずみ: 下肢浮腫軽減に対する足浴の有効性, トヨタ医報, 14, 177-181, 2004
 - 15) 川島みどり: 排尿を促す技術 排尿援助の効果 経験的知識, 川島みどり, 菱沼典子(編): nursing today 別冊「ナーシング・トゥデイ」No.9 看護技術の科学と検証 日常ケアの根拠を明らかにする, 67-72, 日本看護協会出版会, 1996
 - 16) 菱沼典子: 排尿を促す技術 排尿援助の効果 科学的分析, 川島みどり, 菱沼典子(編): nursing today 別冊「ナーシング・トゥデイ」No. 9 看護技術の科学と検証 日常ケアの根拠を明らかにする, 73-78, 日本看護協会出版会, 1996
 - 17) 山本敬子, 他: 温熱刺激を主とした足浴法例2, 日本看護科学学会誌, 12(3), 108-109, 1992
 - 18) 山本敬子: 安楽ケアとして効果的な臥床時の蒸気浴を兼ねた足浴法, 臨床看護研究の進歩, 7, 89-95, 1995
 - 19) 吉田修: 改定増補 新しい泌尿器科看護の知識と実際, 162-177, メディカ出版, 1994
 - 20) 菱沼典子: 看護形態機能学 生活行動からみるからだ, 138-142, 日本看護協会出版会, 1997
 - 21) 野崎祥子: 排尿障害のメカニズム, 看護技術, 45(11), 32-38, 1999
 - 22) 西沢理, 井川靖彦 他: 蓄尿と排尿のメカニズム, 渡辺決(編): 排尿障害のすべて 病態と治療, 17-24, 医薬ジャーナル社, 1998
 - 22) 信野祐一郎: 排尿のメカニズム, 看護技術, 41(11), 4-8, 1995
 - 23) 中野昭一(編): 図解生理学, 296-297, 医学書院, 1981
 - 24) 今林健一: 排尿障害の生理, 看護技術, 32(8), 17-20, 1986
 - 25) 佐藤正美: 排尿障害, 数間恵子, 井上智子, 横井郁子(編): 手術患者のQOLと看護, 188-199, 医学書院, 1999
 - 26) 大東貴志: 排尿困難, 臨床外科, 54(11), 311-312, 1999
 - 27) 入来正躬: シューマでみる自律神経, 藤田企画出版, 1984
 - 29) 荒川唱子, 他(編): 看護に生かすリラクゼーション技法 ホリスティックアプローチ, 145, 医学書院, 2001
 - 30) 新田紀枝, 川端京子: 女子学生を対象としたフットケアの生理的効果: 大阪府立看護大学紀要, 5(1), 41-46, 1999

(Summary)

The Study on the Effects of Foot Bathing on Urination

Kumiko Toyoda

School of Human Nursing, University of Shiga Prefecture

Background Foot bathing is one of the important nursing care for patients who cannot take a bath by themselves. Many researchers examined and verified the effects of foot bathing on people. It was revealed that foot bathing affected participants' sleep pattern, autonomic nervous system, and mental, physical and immunological status. They concluded that foot bathing might facilitate participants' relaxation, sleeping and circulatory system because foot bathing might affect their parasympathetic nervous system.

Nurses often use water sound, running water or hand bathing as the care for patients with difficulties in urination; however, the care is not evidence-based and well researched. Furthermore, few researchers examined whether or not foot bathing could facilitate people's urination. Foot bathing could provide comfortable feelings to people and improve their circulatory system; therefore, it was expected that the difficulties in urination might be improved by foot bathing due to its effect on the parasympathetic nervous system.

Objective This experimental study aimed at revealing how foot bathing affected urination, and developing the results obtained in order to use them for the next research project.

Method Eleven healthy adults (3 males and 8 females) agreed to participate in the study. The participants were provided with closed style foot bathing in water heated to 41 °C for 20 minutes. The researchers checked the activities of the participants' autonomic nervous system the

amount of their urination, and changes in their vital signs during the experimentation. Then the researchers evaluated the participants' subjective reaction to the foot bathing.

Results It was found that 5 in 11 participants had a marked increase in the amount of urination, 60 minutes before and after the foot bathing. The numerical values of activities of their sympathetic nervous system (LF/HF) were being increased during and after foot bathing. Other had a slow increase in the amount of urination, and the activities of their parasympathetic nervous system, which was measured and shown as HF, were stimulated, and the values were being increased during and after foot bathing. In addition, it was also revealed that the comfort of all participants and the temperature of their toes were improved by the warmth and stimulus of foot bathing.

Conclusions The researchers suggested that there might be two types of participant reaction to foot bathing. Some people may feel comfortable and the temperature of their toes may be improved by the warmth and stimulus of foot bathing, but they also may get a marked increase in the amount of urination due to the dominant effect of foot bathing on the sympathetic nervous system. Others may feel comfortable and relaxed by foot bathing because of its effect on the parasympathetic nervous system but may not get a marked increase in the amount of urination in a short term.

Key Words Foot bathing, urination, the autonomic nervous system, comfort

論 文

文章完成法による spirituality 評定尺度の
開発

比嘉 勇人

滋賀県立大学人間看護学部

背景 15項目5件法による spirituality 評定尺度 (SRS-A) を用いた要因分析研究が、「透析外来患者22名と看護師13名」および「在宅療養者20名とその介護者20名」を対象に行われた。その先行研究によると、SRS-A の影響要因として、【何よりも一番したいことは(Q1)】【一番の支えになるものは(Q2)】【周囲に対して強く感じていることは(Q3)】【自分のこれからは(Q4)】【病とは(Q5)】が示唆されている。

目的 本研究の目的は、先行研究の分析結果を踏まえ、文章完成法による spirituality 評定尺度 (SRS-B) を開発することである。

方法 spirituality については、「何かを求めそれに関係しようとする心の持ち様であり、また自分自身やある事柄に対する感じまたは思い」と規定した。SRS-B の質問項目は、【Q1】【Q2】【Q3】【Q4】【Q5】の5項目で構成し、SRS-B の評定については5項目の回答内容を「否定的：0点」「中性的：1点」「肯定的：2点」と分類・数値化しその合計点によって示した。調査対象は、看護師162名（女性86名：38.34±9.17歳，男性76名：33.79±6.69歳）とし、全員に SRS-A と SRS-B を実施した。

結果 カテゴリカル回帰分析の結果、【Q1】【Q2】【Q3】【Q4】【Q5】は SRS-A の影響要因であることが確認された ($R^2=0.25$, $p<0.001$)。また、SRS-A と SRS-B には弱い正の相関関係が認められた ($r=0.32$, $p<0.001$)。SRS-B の尺度としての信頼性については、クロンバックの α 係数0.62とガットマン-折半法の信頼性係数0.65で確認された。

結論 以上の結果から、SRS-B が実用可能な尺度であると判断した。

キーワード スピリチュアリティ、スピリチュアル、神気、文章完成法

I. はじめに

スピリチュアリティを測定する尺度に関しては、国内では、比嘉¹⁾により狭義のスピリチュアリティ（以下、神気性）として概念規定された15項目5件法の神気性評定尺度 (Spirituality Rating Scale : SRS) が開発されている（以下、SRS-A）。SRS-A は、信頼性・妥当性が検討された簡易な質問紙である。しかし、その対象者が大学生女子 (20.12±1.10歳) に限定されており、幅広い年齢層と男性への適用性に関しては未検討であった。また、SRS-A は自己記入式法であるため、身体的

に制限のある人や15項目すべての回答に集中力が持続できない人への適用性についても限界があった。さらに、看護の場においては、個別看護を提供していく上で対象者独自の神気性内容を看護師が把握しておくことは強く望まれるところであり、そのためには新たな方式の尺度開発が不可欠であった。

そこで本研究では、SRS-A を用いた先行研究1（調査対象は、透析外来患者22名《59.82±8.83歳》と看護師13名《42.62±6.55歳》）²⁾ および先行研究2（調査対象は、在宅療養者20名《71.55±7.77歳》とその介護者20名《62.85±10.33歳》）³⁾ の結果を踏まえ、SRS-A とのテストバッテリーが可能な文章完成法のスピリチュアリティ評定尺度（以下、SRS-B）を開発する。SRS-B が開発されて SRS-A と併用することで、対象者の神気性が客観的に評定できるだけでなく、対象者個人の spirituality 表現の促進が期待できる。

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：比嘉 勇人

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

E-mail:higa@nurse.usp.ac.jp

II. 研究方法

1. 被調査者

A 県 (653名)・T 県 (472名)・M 県 (1055名)・S 県 (175名)・N 県 (475名)・O 県 (510名) 在住の看護師 3340名を被調査者とした。

2. 倫理的配慮および調査方法

まず、120の病院（一般病床数が200床以上の総合病院）へ書面上で研究目的等を説明して研究調査への協力を依頼した。次に、その承諾が得られた52の病院の看護師各々に対して「研究調査への協力依頼文、SAS-A・SRS-B等がセットにされた調査用紙・回答用紙、本調査者宛の返信用郵送封筒」を病院代表者から手渡してもらった。被調査者へは、調査用紙を受け取っておおよそ一週間以内で無記名回答した後、病院代表者には渡さず回答者自身で封を閉じ郵送するよう求めた。

SRS-A は、下位尺度として『意欲』『深心』『意味感』『自覚』『価値観』の5因子を有している（SRS-A 得点レンジ：0～75点）。新たな尺度開発においてはその因子の内容を利用することが有効である。今回、文章完成法の刺激文としては、下記に示すように SRS-A の5因子に対応する質問①～⑤をもとに考案・作成した。

- ①『意欲』→「何よりも一番したいこと」（以下、①望み数）
- ②『深心』→「一番の支えになるもの」（以下、②支え数）
- ③『意味感』→「周囲に対して感じていること」（以下、③対他評価）
- ④『自覚』→「自分のこれから」（以下、④対自評価）
- ⑤『価値観』→「病（病気または疾病）というもの」（以下、⑤病観）

得られた SRS-B 質問項目①～⑤の各回答内容については、設定された評定基準に従い数値化される。その合算値が「SRS-B 評点」となる。

3. 回答方法

SRS-A の15項目の質問すべてに対し、該当する程度を”1. 全く思わない”～”5. 非常に思う”の5件法で回答（該当する数字に丸印をつける）を求めた。

また、SRS-B の回答にあたっては、以下を教示した（回答に要する時間は5～10分）。

次の①～⑤にある句に続けて、あなたがふだん思っていることや、最初に頭に浮かんだことをお書きください。

- ①何よりも一番したいことは・・・
- ②一番の支えになるものは・・・
- ③周囲に対して強く感じていることは・・・
- ④自分のこれからは・・・
- ⑤病（病気あるいは疾病）というものは・・・

4. 分析対象者

記載漏れ等の回答不備を除き、回答者が女性のみであった S 県の女性看護師86名（38.34±9.17歳）と A 県・T 県・M 県・N 県・O 県の男性看護師76名（33.79±6.69歳）の計162名（36.20±8.39歳）の看護師を分析対象者とした。

5. 分析方法

SRS-B の評定基準（Pos:ポジティブな回答内容：2点／Neut:ニュートラルな回答内容：1点／Neg:ネガティブな回答内容：0点）については先行研究1および2を踏襲しており、以下のとおりである。なお、SRS-B 質問項目①～⑤における、各尺度は厳密には名義尺度であるが、ここでは順序尺度とみなした。また、「SRS-B 評点」については間隔尺度とみなし、SRS-B 質問項目①～⑤の点数を合算し「SRS-B 評点」とした（SRS-B 評点レンジ：0～10点）。

①「望み数：有一無」

「回答の内容が二つ以上の場合」は2点、「回答の内容が一つの場合」は1点、「わからない・特になし・意味不明の内容、などを回答している場合」は0点、とする。

②「支え数：有一無」

「回答の内容が二つ以上の場合」は2点、「回答の内容が一つの場合」は1点、「わからない・特になし・意味不明の内容、などを回答している場合」は0点、とする。

③「対他評価：好感一批判」

「好意・感謝・がんばっている、などの内容を回答している場合」は2点、「肯定と否定の内容を混在して回答している場合」は1点、「否定的・わからない・特になし・意味不明の内容、などを回答している場合」は0点、とする。

④「対自評価：希望一挫折」

「明るい・建設的・このまま、などの内容を回答している場合」は2点、「なるようになる・肯定か否定か判断できない内容・肯定と否定の内容を混在して回答している場合」は1点、「暗い・否建設的・わからない・意味不明の内容、などを回答している場合」は0点、とする。

⑤「病観：受容一拒否」

「前向き・試練・運命、などの内容を回答している場合」は2点、「肯定か否定か判断できない内容・肯定と否定の内容を混在して回答している場合」は1点、「罪・闘う・あきらめ・わからない・意味不明の内容、などを回答している場合」は0点、とする。

統計処理は SPSS 11.0 j for Windows を使用し、以下の手順で分析を進めた。

- (1)「SRS-A 得点」平均値の男女差の有無を確認するため、t 検定を行なった。
- (2)「①望み数」「②支え数」「③対他評価」「④対自評価」

「⑤病観」の各回答の点数（順序尺度）を従属変数とし、目的変数には「SRS-A 得点」を用いて、最適尺度法による回帰分析（カテゴリカル回帰分析）を行なった。カテゴリカル回帰分析では、従属変数と目的変数に名義データ・順序データ・数値データが使用でき、質問項目①～⑤の各変数が「SRS-A 得点」にどの程度影響を与えているか（説明に役立つかどうか）を確認できる。

- (3) 「SRS-A 得点」と「SRS-B 評点」の相関関係を確認するために相関係数を求め、SRS-B の構成概念妥当性を検討した。
- (4) 質問項目①～⑤の内的整合性を確認するために Cronbach の α 係数と、Guttman の折半法による信頼性係数を求め、SRS-B の信頼性を検討した。

III. 結果および考察

1. 男女間の「SRS-A 得点」平均値の差

女性86名の「SRS-A 得点」平均値±標準偏差は44.88±5.61点、男性76名の「SRS-A 得点」平均値±標準偏差は45.22±5.48点であった（表1-1）。「SRS-A 得点」平均値の差の検定において、女性（44.88±5.61点）と男性（45.22±5.48点）には等分散性が仮定され（ $F=0.03$, $df=85,75$, $p=0.85$ ：両側検定）、男女間の「SRS-A 得点」平均値に有意差は認められなかった（ $t=-0.39$, $df=160$, $p=0.70$ ：両側検定）。つまり、SRS-A 得点には性差がないと示唆された（表1-2）。

これにより、カテゴリカル回帰分析における男女混合データに統計処理上の問題はないと判断した。

2. カテゴリカル回帰分析

SRS-A と SRS-B の記述統計量を確認し（表2-1, 表2-2）、カテゴリカル回帰分析を行った結果、従属変数の各標準偏回帰係数が、「④対自評価：0.23（ $p<0.001$ ）」「②支え数：0.16（ $p=0.04$ ）」「③対他評価：0.15（ $p=0.05$ ）」

「望み数：0.13（ $p=0.07$ ）」「⑤病観：0.12（ $p=0.09$ ）」であり、また、決定係数 R^2 が0.25（ $p<0.001$ ）であった（表2-3, 表2-4, 表2-5）。

このことから、SS-B の質問項目①～⑤は「SRS-A 得点」の影響要因であると示唆された。

3. 「SRS-A 得点」と「SRS-B 評点」の相関関係および SRS-B の妥当性の検討

「SRS-A 得点」と「SRS-B 評点」との Spearman の順位相関係数は0.32（ $p<0.001$ ）で有意な弱い正の相関関係を認め、Pearson の積率相関係数は0.40（ $p<0.001$ ）で有意な中程度の正の相関関係を認めた（表

表 1-1 「SRS-A 得点」性別の平均値と標準偏差（n=162）

	性別	N	平均値	標準偏差
SRS-A得点	女性	86	44.88	5.61
	男性	76	45.22	5.48

表 1-2 「SRS-A 得点」性別の平均値差の検定（n=162）

	等分散性のための Levene の検定		2つの母平均の差の検定		
	F 値	有意確率	t 値	自由度	有意確率(両側)
SRS-A得点: 等分散を仮定する。	0.03	0.85	-0.39	160	0.70
等分散を仮定しない。			-0.39	158.36	0.70

表 2-1 「SRS-A」の記述統計量（n=162）

SRS-A 得点(5点間隔)	度数
30	5
35	19
40	51
(中央値) 45	55
50	22
55	9
60	1
「SRS-A 得点」平均値 (SD) 45.04 (5.53)	

表 2-2 「SRS-B」各質問項目の記述統計量（n=162）

質問項目の評定	①望み数 度数	②支え数 度数	③対他評価 度数	④対自評価 度数	⑤病観 度数
ネガティブ (0点)	10	9	(中央値)80	38	58
ニュートラル (1点)	(中央値)115	(中央値)110	49	28	(中央値)62
ポジティブ (0点)	37	43	33	(中央値)96	42
各質問項目の評定合計点	189	196	115	220	146
「SRS-B 評点」平均値 (SD) 5.33 (2.21)					

表 2-3 「SRS-A 得点」と「SRS-B 評点」の
カテゴリカル回帰分析:標準化係数 β の算出 (n=162)

	標準化係数 β	標準誤差	自由度	F	有意確率
①望み数	0.13	0.08	2	2.65	0.07
②支え数	0.16	0.08	1	4.52	0.04
③対他評価	0.15	0.07	1	3.99	0.05
④対自評価	0.23	0.08	2	8.26	0.0004
⑤病観	0.12	0.08	2	2.50	0.09

従属変数: SRS-A得点

表 2-4 「SRS-A 得点」と「SRS-B 評点」の
カテゴリカル回帰分析:モデルの要約 (n=162)

多重 R	R二乗	調整済み R二乗
0.50	0.25	0.22

従属変数 SRS-A得点予測:

- ①望み数 ②支え数 ③対他評価
④対自評価 ⑤病観

表 2-5 「SRS-A 得点」と「SRS-B 評点」の
カテゴリカル回帰分析:分散分析の結果 (n=162)

	平方和	自由度	平均平方	F	有意確率
回帰	41.21	8	5.15	6.52	p < 0.001
残差	120.79	153	0.79		
合計	162	161			

従属変数 SRS-A得点予測:

- ①望み数 ②支え数 ③対他評価 ④対自評価 ⑤病観

表 3 「SRS-A 得点」と「SRS-B 評点」の
相関関係 (n=162)

	係数値	有意確率 (両側)
Spearman の順位相関係数	0.32	p < 0.001
Pearson の積率相関係数	0.40	p < 0.001

3)。

この結果から、SRS-B の構成概念妥当性 (収束的妥当性) が確認された。

4. SRS-B の信頼性の検討

「SRS-B 評点」全体の信頼性については、Guttman の折半法-信頼性係数 0.65 で確認された。また、内的整合性については、Cronbach の α 係数 0.62 で確認された。

全項目数が 5 項目と少ないこと、また SRS-B が SRS-A を補助する評定尺度であることを考慮すれば、実用に耐える信頼性をもつ⁹⁾ と判断された。

5. SRS-B の有用性

上述の分析・検討結果から、SRS-B の尺度としての有用性が示唆された。そこで、ここでは SRS-B を看護現場で活用することを想定し、その意義や留意点について述べる。

1) 文章完成法として使用する SRS-B

文章完成法は、心理学的アセスメント法の中で投影法として位置づけられている。投影法の特徴は、回答者への「曖昧な刺激」の提示にある。その曖昧な刺激への反応内容から回答者の性格特徴 (心のありよう) を査定する。つまり、5 項目文章完成法による SRS-B は、不完全な文章語に対する回答者 (患者) の反応結果から神気性の個性的なありようを把握するための測定用具といえる。SRS-B の質問項目が不完全な文章語であるために、回答者 (患者) の反応の自由度は大きく、したがって私的内容を看護師に提示する可能性を持っている。これは、15 項目 5 件法による SRS-A にはない特徴である。一方問題点として、「不完全な文章語」であるがゆえに、回答者 (患者) によっては回答時間が長くなったり、回答拒否あるいは回答放棄が質問紙法と比べ高くなる傾向がある。また、SRS-B の回答結果を評価する際に看護師の主観が入り込む余地がある。看護師個人による評価の誤差を抑え妥当性を高めるためには、回答結果を適切に解釈できる技能が看護師に必要となる。つまり、文章完成法の評価結果については、ある程度の訓練を経て、評価方法になれておくことが望まれる。

2) 半構造化面接法として使用する SRS-B

5 項目の文章完成法を用いた SRS-B は、半構造化面接法として適用することが可能である。ここでの面接法は、面接者 (看護師) が被面接者 (患者) に直接口頭で質問を行い、その反応を調査票に書き留めるという方法を指す。この面接法は、質問紙法である SRS-A と比べていくつかの利点がある。まず、看護師と患者が対峙しているため、回答を途中でやめたりあきらめたりすることが少なくなる。ただし、5 項目の質問回答すべてを、一回の面接で患者に要求することが看護師に許されるということではない。むしろ、その時の患者の状態 (集中力) によっては質問を分割し、時間や日をあけて再開するほうが正確な回答を得られる場合も少なくない。次に、面接法では、患者が回答しやすいように質問の言い回しを変えることができる。また、回答内容を確認・言い換えなどすることで患者の意図をより明確化したり、さらに具体的な内容を引き出したり付加的話題へと発展させたりすることが可能である。最後に、看護師は、質問と同時に回答中の患者を観察することができる。患者にとって答えやすい質問と答え難い質問 (そしてその理由)、質問に対する感情表出・非言語的サイン、質問の理解度などを把握することもできる。

3) Spirituality を尺度化する問題点

WHO の「健康の定義」に spiritual を加える案は、他の懸案事項が優先されたため、1999 年 5 月の総会ではその採択が見送られることとなった。しかし、spiritual という言葉が人間を全人的に理解する上で不可欠と認識されたのは時代の趨勢である。ただし一方で、「健康の

定義」はユートピア的であつ絶対的な価値を追い求めすぎ、と批判する社会医学研究者らの意見もあり⁹⁾、医療者側による健康観の強要が危惧される。

では、近い将来「健康の定義」に spiritual が追加されて改訂案が採択された後、看護の現場にはどのような変化がもたらされるのであろうか。

医療の領域に起こる変化については、池田⁸⁾によれば「医療化 (medicalization) や生-権力 (bio-power) の伸展」の方向が予見されている。これは、「価値づけられた健康枠にあてはめる全体主義化」と言い換えることができる。もしこの「医療の全体主義化」が優勢となった場合、おそらく看護の現場でも看護手順が規格化・マニュアル化されていき、看護師はそれに従う(患者を枠に当てはめる)ことで仕事効率の向上を見込むという図式が構築されるであろう。しかし、患者-看護師のありように限って言えば、看護師が患者との相互関係(治療的な結びつき)を通してそのつど最適な看護を選択していくという脱標準化の部分については、これからも必須なものとして重視されねばならない。特に、「看護される側」と「看護する側」を対(ペア)で捉えて研究対象とする研究においては、この「結びつき(双方向の関係性)の最適化」は非常に重要なものとなろう。例えば、Haase ら⁹⁾は、看護師をメンバーとしたグループディスカッションを重ね、「spiritual の視点」「希望」「受容」「自己超越」の四つの概念が相互に関係していると想定して同時概念分析 (Simultaneous Concept Analysis) を行なっている。その結果、「spiritual の視点」を特徴づけている特性の一つとして、「結びつき (connectedness)」を明らかにした。鶴若ら¹⁰⁾は、spiritual well-being の視点から、高齢者を対象に個別のインタビューを行ない、生きがいに関する事項として人間同時の「つながり」の必要性と「他者がいて自分の存在がある、また自分の存在が受け入れられる体験、実感が重要である」ことを示した。さらに鶴若ら¹⁰⁾によって、全米宗教間相互協力委員会 (National Interfaith Coalition on Aging) の spiritual well-being の定義が紹介され、spiritual well-being における「結びつき(双方向の関係性)」を強調している。ちなみに、spiritual well-being については、Quality of Life (QOL) 概念に spiritual 概念を積極的に取り入れている石川¹¹⁾によって「いかに生きているか、あるいはよく生きているか」と解釈されている。

「結びつき(双方向の関係性)」の重要性を提示する報告は他にも、萩原¹⁰⁾が、「日本人の精神的支えとして、家族の存在が心のよりどころ・心の支えとなっている場合が極めて多い」と指摘している。水落ら¹¹⁾も、障害をもつ患者の退院後の QOL を高める要因として、「家族関係が良いこと、コミュニケーションが取れること」

などを述べている。これらの研究からは、看護師との関係性だけでなく、患者の spirituality に及ぼす患者家族や生活環境の影響力の大きさについても推考できよう。

本来、spirituality は抽象的な意味内容を有する概念である。この抽象的な概念の扱いについては、現時点では、本来の意味内容を厳守しようとする動きよりも、使用される分野において意味の限定を行い概念規定化を図ろうとする動きが顕著になってきている。丸山¹²⁾の場合は、死に対する感受性や実存的不安を視野に入れて spiritual pain を測定しようと試み、そこでの spiritual を「個人の生まれつき備わった気質が、その存在に不安を感じる程度と個人の人生に関する価値観、宗教的感情を表している」と捉え直している。日本では一時期、「霊性」と訳される広義の spirituality に対して、宗教的ニュアンスのみに注目が集まり、看護の場への spirituality 概念の導入が特殊な状況を除いて敬遠されていた嫌いがあった。本研究では、そのような背景も鑑み、spirituality を狭義に捉えた神気性概念に基づいて SRS-B の開発を進めてきた。SRS-B の質問項目①~⑤を利用し患者と相応すること自体がスピリチュアル・ヘルスケアの発端になると予期されるが、この尺度開発の成果が健康を考える上で重要となる spirituality 概念の看護過程への導入(スピリチュアル・看護ケア)につながることを見込んでいる。しかしながら、spirituality 概念を規定(限定)することによって必然的に生じる視野狭窄については十分に意識しておくことが肝要である。と同時に、対象者の広範囲な spirituality の把握についてはさらに多様なアプローチの開発が必要となる。

文章完成法(あるいは半構造化面接法)を用いた SRS-B については、15項目5件法の SRS-A に比べて実施が柔軟に行なえることから、対象者が回答する内容の許容度が高いといえる。また、SRS-B を半構造化面接法的に用いることにより測定者と対象者との相互交流の場が形成され、そこから得られる回答内容やそれに付随して出てくる会話内容から、対象者の個性的な spirituality の様相(例えば、家族観や生活風景など)を把握できることも期待される。したがって、看護の現場において、SRS-B を適宜使用していくことで、看護の成果を高めるための有益な二次的情報の聴取も可能であろう。ただし、対象者の状況(あるいは、患者と看護師の関係性)によっては、SRS-B の使用が不適となるケースもありえよう。それゆえ、患者-看護師の「結びつき(双方向の関係性)」を意識し患者を全人的に理解しようとするにあたっては、患者への直接的アプローチのタイミングをよく見極めその過程で SRS-A と SRS-B を併用した SRS-AB モデル(図1)を最適化しつつ活用することを提言したい。

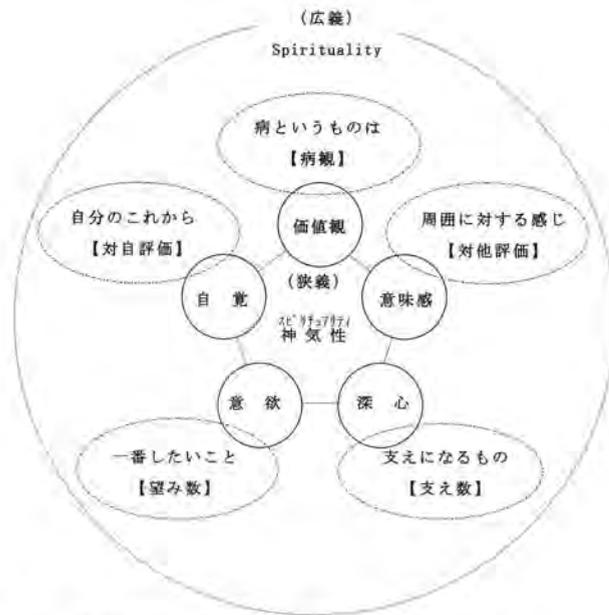


図1 スピリチュアリティ 神気性5因子モデル (SRS-AB モデル)

IV. 結論

本研究の目的は、15項目5件法の^{スピリチュアリティ}神気性評定尺度 (SRS-A) を用いた先行研究を踏まえ、質問5項目で構成された文章完成法による神気性評定尺度 (SRS-B) を開発することである。そこで女性86名 (38.34±9.17歳) と男性76名 (33.79±6.69歳) を対象に SRS-B の尺度としての妥当性と信頼性を検討した結果、以下の点が明らかとなった。

1. 「SRS-A 得点」に対する「性別」による影響は非常に小さい。
2. カテゴリカル回帰分析において、従属変数とした「①望み数」「②支え数」「③対他評価」「④対自評価」「⑤病観」の各点数が、目的変数とした「SRS-A 得点」を説明 (予測) する割合は25%である。
3. 「①望み数」「②支え数」「③対他評価」「④対自評価」「⑤病観」を数量化したその合算値である「SRS-B 評点」を使用することで、「SRS-A 得点」の高低を概ね推測することができる。
4. SRS-B の妥当性については、^{スピリチュアリティ}神気性5因子モデルによる理論的内容の妥当性と、SRS-A との相関係数 0.32 という構成概念妥当性によって確認された。
5. SRS-B の信頼性については、Cronbach の α 係数 0.62 と、Guttman の折半法による信頼性係数 0.65 によって確認された。

6. 上の結果より、文章完成法による質問5項目の SRS-B は実用可能な尺度であり、また半構造化面接法として使用することも可能と判断した。

謝 辞

本研究の調査実施にあたり、ご協力いただきました皆様に深謝いたします。

文 献

- 1) 比嘉勇人：Spirituality 評定尺度とその信頼性・妥当性の検討，日本看護科学会誌，22(3)，29-38，2002.
- 2) 比嘉勇人，比嘉肖江：透析外来患者と看護師に関する神気性 (スピリチュアリティ) の要因，臨床看護，28(12)，1770-1776，2002.
- 3) 比嘉勇人，比嘉肖江：在宅療養者と介護者の神気性 (スピリチュアリティ) に関する要因分析，人間看護学研究，2，13-19，2005.
- 4) 石井秀宗：信頼性係数の推定，Quality Nursing，6(6)，65-71，2000.
- 5) 池田光徳：民族医療の再検討，民族学研究，67(3)，245-248，2002.
- 6) Haase, J. E., Britt, T., Coward, D., Leidy, N. K., & Penn, P.: Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance and Self-transcendence, Image, 24(2), 141-147, 1992.
- 7) 鶴若麻里，岡安大仁：高齢者の生きがいに関する研究 - Spiritual Well-being の視点から -，臨床死生学，7(1)，47-52，2002.
- 8) 鶴若麻里，岡安大仁：スピリチュアルケアに関する欧米文献の動向，生命倫理，11(1)，91-96，2001.
- 9) 石川邦嗣：がん医療における QOL 研究の世界的動向，血液・腫瘍科，41(6)，504-512，2000.
- 10) 萩原勝：日本人のクオリティ・オブ・ライフ，至誠堂，1978.
- 11) 水落朋子，浦野妃路美，堀田電：脳血管障害者の退院後の QOL を高める要因，第26回成人看護Ⅱ，27-30，1995.
- 12) 丸山久美子：スピリチュアル・ペインに関する諸問題—スピリチュアル・ペインの測定可能性；萬代隆監修：QOL 評価法マニュアル，442-447，インターメディカ，2001.

(Summary)

Development of Spirituality Rating Scale Using Sentence Completion Method

Hayato Higa

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Background Using "22 dialysis outpatients and 13 nurses" and "20 patients treated at home and 20 caretakers" as subjects, the factor analysis research that used the Spirituality Rating Scale (SRS-A) was performed. The results of precedent research indicated that Question (Q) 1 "What would you like to do most...", Question (Q) 2 "What provides your greatest support...", Question (Q) 3 "What do you feel strongly about your surroundings...", Question (Q) 4 "What do you think of your future...", and Question (Q) 5 "What do you think of sickness in general..." are influencing factors for SRS-A.

Objective In this study, spirituality rating scale using sentence completion method (SRS-B) is developed.

Method Spirituality is defined as the mental outlook of actively seeking something and endeavoring to relate oneself to it, as well as the perception or thought of oneself and particular events. SRS-B consists of the Q1 to Q5. SRS-B classifies the answers to each question into three categories:

negative, 0 point; neutral, 1 point; and positive, 2 points. This method quantifies the answers and yields a total score (SRS-B score). Using 162 nurses as subjects, the answers to the Q1 to Q5 are obtained by the sentence-completion method and information about SRS-A is obtained from self-description by the subjects.

Results Categorical regression analysis indicated that the five questions are influencing factors for SRS-A ($R^2=0.25$, $p<0.001$). Furthermore, a weak positive correlation was observed between the SRS-A scores and SRS-B scores ($r_s=0.32$, $p<0.001$). Cronbach's alpha coefficient of 0.62 and the reliability coefficient of 0.65 obtained by a Guttman's split-half method confirmed the reliability of the SRS-B.

Conclusions From these results, it was determined that SRS-B is a practically usable measure of spirituality.

Key Words Spirituality, spiritual, spirit, sentence completion method.

論 文

退職移行期にある看護者の健康と社会活動に関する
実証研究—退職看護者の人材活用システムの課題—

西田厚子¹⁾、堀井とよみ¹⁾、筒井裕子¹⁾
藤井淑子²⁾、太田久佐子²⁾、柴崎さと子²⁾
西島治子³⁾、平英美³⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部、²⁾滋賀県看護協会、³⁾滋賀医科大学

背景 人口の高齢化の進展は日本の看護政策にも大きな影響を与えつつある。とりわけ、団塊の世代が高齢期に入る今後は、退職看護者の職業経験を生かした社会活動の制度を構築することが急務である。

しかしながら、これまで、看護労働において主として注目されてきたのは、新人におけるバーンアウトの問題や、日本の女性労働に特徴的な M 字型就労ともなう中途退職の問題であった。再就労対策においてもこれらの人びとに焦点をあて、ナースセンターが中心的役割を果たしてきた。しかし、団塊の世代の看護者が大量に退職すると予測される中で、より有効な人材活用を考えていくためには、退職移行期にある看護者の健康と再就職を含めた社会貢献活動への参加意向を明らかにする必要がある。

目的 退職移行期にある看護者について、職位、配偶者の有無などの基本的属性や健康状態、社会参加状況を統計学的に明らかにする。

方法 滋賀県内の中高年期の退職経験のある看護者（以下、退職者という）および勤務している看護者（以下、勤務者という）に対してアンケート調査を実施した。退職者240名、勤務者687名を分析対象とした。健康状態、社会活動参加状況、老化意識尺度、退職準備度、退職後の就労意向および生活変化に関する無記名自記式アンケートを行った。

結果

- 1) 退職者と勤務者の両者を比較したところ、健康状態(健康自己評価、PGC モラル尺度、愁訴数)および老化意識尺度において統計的に有意な差が認められ、退職者は勤務者より良好な状態であった。特に、勤務者の PGC 点数は低値であり、老化意識と有意に関連している。
- 2) 老化意識は健康に関する 4 変数(健康自己評価、PGC モラル尺度、愁訴数)に有意に関連している。
- 3) 退職者は勤務者に比べてアクティブな日常生活を送っているが、勤務者の退職後の生活に対する生活イメージはネガティブである。
- 4) 退職者の社会参加度は、退職準備度、親しい友人数、PGC モラル尺度、老化意識尺度と相関しており、退職後、社会活動に参加するためには退職準備が重要である。
- 5) 退職者、勤務者の双方ともに高い再就労意欲を示しているが、退職者は公的な人材活用システムを活用せず、個人的なネットワークで再就職していた。

結論 退職看護者の労働力は潜在的な労働力として期待できるにもかかわらず、現行の人材活用システムは十分に活用されていない。今後、行政と看護職能団体が協力して、より地域社会に密着したシステムを構築する必要がある。

キーワード 退職移行期、健康、プロダクティブ・エイジング、社会活動、人材活用システム

I. 緒言

急速な高齢化が進む日本において高齢者ケアに従事する

専門職の確保は重要な課題である。特に、欧米諸外国に比べて100床当たりの看護職員数は依然として低く¹⁾、日本の看護政策の中心的課題は、長年にわたり看護者の養成・確保対策^{2) 3)}であった。2001年末の看護労働の就業者数は約118万人であり、この10年間で1.35倍という急激な増加⁴⁾をたどっている。さらに、就業者数の増加のみならず、就業機関先も多様化してきている。看護師の場合、これまでの病院・診療所の偏重から、老人

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：西田 厚子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

E-mail:anishida@nurse.usp.ac.jp

保健施設、訪問看護ステーション、福祉施設などへ、新しい活躍の場を広げている⁸⁾。さらに、将来にわたって、より多くの看護者の需要が見込まれている⁹⁾。その意味で、専門職能力をもった看護者が退職してしまうことは、蓄積された能力、投入された資源を失うため、社会的に大きな損失であると考えられてきた。このことは米国においても同様に懸念され、看護者の退職による経済的損失の試算もなされ⁷⁾ている。日本にあてはめると、1,614,000円から1,332,000円の損失になるといわれている⁹⁾。

この背景には看護師の年代構成による問題も存在している。米国では看護師の高齢化とともに RN (Registered Nurses) の労働人口は、2020年までに退職者を見積もると20%近くまで低下するとも試算されている¹⁰⁾。日本においても看護職員の平均年齢は年々高くなっており、2001年には38.8歳に達している¹¹⁾。看護者の年代別就労状況をみると、50～59歳代の者が15.9%を占めており¹²⁾、この年代の退職による影響が、看護労働現場に与える影響は決して小さくはないと予測される。このように、団塊の世代が退職年代に差しかかる現在、専門職の確保は重要な課題であるが、その解決のために、これまでの養成定員枠の増加や、新人の定着や離職者の再就労に加えて、定年退職後の再就労に着目した新たな労働力確保対策が求められている。その結果、定年退職後も長期にわたって働く環境ができるならば、団塊の世代の看護者たちは、これまで培ってきた職業経験や技術を生かしながら多様なキャリアやライフコースを構築することが可能となるであろう¹³⁾。

これまで、一般企業に勤務する多くの高齢者は、定年退職（以下、退職という）を機に、それまでの企業・地域志向型の生活から家族・地域志向型の生活へと、「生活構造」を大きく変容させるといわれてきた。退職は、勤務者の人生にとってクリティカルなライフイベントであるが¹⁴⁾¹⁵⁾、早くから予期可能なイベントでもある。筆者らの研究グループはこれまで、滋賀県内や京都府K市において企業退職者、地域高齢者を対象に退職に関する実態調査を実施してきた¹⁷⁾。その結果、退職経験者（以下、退職者という）からみて就業中の退職準備行動に、性、所得階層などの基本的属性のみならず、健康状態が影響を及ぼすことについて明らかにしてきた¹⁸⁾。

これまでの中高年期にある看護者を対象とした研究の多くは、職業満足度やキャリア形成に焦点をあてたものであり、退職に注目したものはほとんど見あたらない。看護者の退職に関する研究は、若年層における退職者を対象としたもの¹⁹⁾がわずかにみられるのみである。特に、看護者側からみた要因の検討は見あたらず、2001年の看護協会が実施した実態調査に含まれる数項目が定年退職に関する基礎資料といえるにとどまっている。退職者に

焦点をあてた人材活用システムの課題を検討するためには、退職移行期にある看護者の社会活動や健康について看護者の意識やイメージを含めた幅広い生活構造の変化を明らかにし、彼らの就労を含めたプロダクティブエイジングといったより踏み込んだ視点から調査を行う必要があると考えた。その分析結果をもとに、退職者の多様な能力活用のシステムをいかに構築すべきかを提案することが本稿の目的である。

II. 研究方法

1. 調査対象：①滋賀県内の病院、自治体等を退職した満50歳～満69歳の看護者（以下、退職者という）400名。回収数は262名（回収率65.5%）で、そのうち、記入漏れのない240名（有効票率60.0%）、および、②滋賀県内の病院、自治体等に勤務する満50歳～満59歳の看護者（以下、勤務者という）956名。回収数は707名（回収率74.0%）で、そのうちの記入漏れのない687名（有効票率68.4%）を分析対象とした。

2. 調査方法：調査方法は、郵送による自記式アンケート調査である。滋賀県看護協会より勤務者の勤務先および退職者自身に文書で調査協力を依頼した。続いて本校より勤務先に調査票を郵送した。勤務者については本人が記入して封筒に厳封し、勤務先に提出後、勤務先が大学または都道府県看護協会へ返送するように依頼した。退職者については、退職時の勤務先より対象者あて郵送し、本人が記入後、看護協会へ返送するよう依頼した。

3. 調査期間：2004年10月10日～2004年10月29日。

4. 調査内容：基本属性、健康状態、老化意識、自己意識、社会活動参加状況、日常生活行動、情緒的支援、退職準備行動、退職後の生活イメージ、に関する内容を調査した。本稿で主に検討した項目の詳細を以下に示す。

- 1) 基本属性：性別、家族構成、年齢、職種、職位、就業形態、収入。
- 2) 健康状態：健康自己評価、PGC モラル尺度 Philadelphia Geriatric Center Morale Scale（以下、PGC とする）、治療中の疾患およびその数（以下、疾患数とする）、心身の不調の訴えおよびその数（以下、愁訴数とする）の4項目。健康自己評価は自分の健康を「健康」「まあ健康」「あまり健康でない」「健康でない」の4段階評価で尋ねた。PGC は精神的健康の指標として Lawton ら²⁰⁾が開発した尺度であるが、本調査では日米共同研究結果より2国間で共通とされた11項目を使用した。Cronbach の α 係数は0.769であり、一定の内的信頼性は確認された。
- 3) 老化意識：老化意識に関する9項目を設定し老化意識尺度として用いた。Cronbach の α 係数は0.783である。本尺度は合計得点が高いほど、対象者が老化を

意識していることを示す。

- 4) 社会活動：4段階評価で回答を求めた。分析に際してはこれらの変数に「よくする」=4点、「時々する」=3点、「ほとんどしない」=2点、「全くしない」=1点を与え、同様に社会参加状況の15項目を設定し、その合計得点（60点満点）を社会参加度とした。Cronbachの α 係数は0.818である。
- 5) 情緒的支援：宗像²¹⁾が作成し、すでに信頼性が確認されている情緒的支援ネットワーク尺度を使用した。
- 6) 退職準備行動：退職準備に関する9項目について、「そう思う」=4点、「少しそう思う」=3点、「あまり思わない」=2点、「そう思わない」=1点の4段階評価で回答を求め、合計得点(36点満点)を退職準備度とした。Cronbachの α 係数は0.773である。
- 7) 自己意識：自己意識に関する21項目を設定した。
- 8) 日常生活行動：日常生活行動に関する14項目を設定した。
- 9) 退職後の生活イメージ：退職後の生活イメージに関する14項目を設定した。

分析方法：退職者/勤務者、退職就労者/退職非就労者の両群について、性別および健康に関する4変数ほか全質問項目間で χ^2 検定を行い、平均値の有意な差を確認するためにt検定を行った。量的な項目間の相関の検討にはPearsonの相関係数を算出した。

倫理的配慮：調査は、無記名の質問紙とし、データの管理には厳重な注意を払った。また、調査対象者へは、研究の目的、調査内容を説明し、調査により得たデータは、研究以外には使用されないことを明記した。

III. 結果

1. 分析対象者の概要

分析対象者の属性を表1に示す。

1) 性別、年齢

退職者の性別は、男性13名(5.4%)、女性227名(94.6%)、平均年齢64.1±3.6歳であった。退職時の平均年齢は58.6±3.3歳、看護経験年数は33.5±8.6年であった。これに対して勤務者は、男性28名(4.1%)、女性659名(95.9%)、平均年齢は53.7±2.5歳で、看護経験年数は27.8±6.8年であった。他調査によると、60歳以上の看護経験年数は38.2年であり、勤務者は50～54歳の平均看護経験27.5年で今回分析対象者とはほぼ同じ結果である²²⁾。

2. 退職者および勤務者における健康状態と社会活動の比較

退職者および勤務者の特性を表2に示す。次に、退職者および勤務者の両者における健康状態、日常生活、社

表1 説明変数別にみた基本特性

項目	全体 人 (%)	健康自己評価		PGC		疾患数		愁訴数			
		健康・まあ健康 (%)	あまり健康でない (%)	0～8点 (%)	9～11点 (%)	0 (%)	1以上 (%)	0 (%)	1以上 (%)		
全体 年齢	50～54歳	437 47.1	84.5	15.5	66.6	33.4*	36.8	63.2	19.8	80.2*	
	55～59歳	329 35.5	87.1	12.9	60.7	39.3	39.9	60.1	21.5	78.5	
	60～64歳	129 13.9	91.9	8.1	51.2	48.8	32.9	67.1	33.1	66.9	
	65～69歳	32 3.5	96.9	3.1	54.8	45.2	31.3	68.8	32.3	67.7	
現在の職位	管理職	81 9.9	87.7	12.3	59.2	40.8	53.7	46.3	27.3	72.7*	
	中間管理職	206 25.1	86.1	13.9	61.4	38.6	39.1	60.9	15.6	84.4	
	非管理職	475 57.8	86.2	13.8	63.3	36.7	33.7	66.3	22.9	77.1	
	その他	60 7.3	94.6	5.4	55.4	44.6	38.2	61.8	30.2	69.8	
勤務者 年齢	50～54歳	400 58.2	84.6	15.4	68.5	31.5	37.1	62.9	18.8	81.2	
	55～59歳	287 41.8	85.9	14.1	60.5	39.5	39.3	60.7	19.9	80.1	
	現在の職位	管理職	72 10.7	86.1	13.9	55.9	44.1	51.0	49.0	25.0	75.0
	中間管理職	191 28.5	85.1	14.9	63.6	36.4	40.3	59.7	16.2	83.8	
非管理職	381 56.8	85.2	14.8	66.9	33.1	32.8	67.2	20.0	80.0		
その他	27 4.0	92.0	8.0	66.7	33.3	37.5	62.5	18.2	81.8		
退職者 年齢	50～54歳	37 15.4	82.9	17.1	45.7	54.3	34.6	65.4	30.6	69.4	
	55～59歳	42 17.5	95.2	4.8	61.5	38.5	44.0	56	32.5	67.5	
	60～64歳	129 53.8	91.9	8.1	51.2	48.8	32.9	67.1	33.1	66.9	
	65～69歳	32 13.3	96.9	3.1	54.8	45.2	31.3	68.7	32.3	67.7	
現在の職位	管理職	9 6.0	100.0	0.0	87.5	12.5	80.0	20	44.4	55.6	
	中間管理職	15 9.9	100.0	0.0	30.8	69.2	22.2	77.8	7.1	92.9	
	非管理職	94 62.3	90.1	9.9	48.9	51.1	37.0	63	35.3	64.7	
	その他	33 21.9	96.8	3.2	46.9	53.1	38.9	61.1	38.7	61.3	

χ^2 検定 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

注：「健康自己評価」は4段階の2段階で区分し、PGCおよび老化意識尺度は平均値で、疾患数および愁訴数は「0」と「1以上」で2分した。

表2 退職者及び勤務者の比較

項目	区分	n	平均値	標準偏差	t 値	有意確率
PGC	退職者	228	7.9	2.54	-4.990	***
	勤務者	644	6.9	2.81	-4.753	
愁訴数	退職者	228	1.2	1.10	7.585	***
	勤務者	654	1.9	1.65	6.276	
疾患数	退職者	143	1.1	1.00	-0.805	
	勤務者	395	1.0	1.04	-0.791	
老化意識尺度	退職者	224	18.9	4.78	3.941	***
	勤務者	668	20.4	5.08	3.823	
情緒的支援尺度	退職者	223	8.6	2.50	-1.279	
	勤務者	635	8.4	2.64	-1.247	
親しく行き来している友人数	退職者	233	7.3	5.94	-6.113	***
	勤務者	654	4.8	3.77	-7.501	
社会参加度	退職者	224	27.0	7.08	-5.541	***
	勤務者	649	24.0	5.93	-6.038	
退職準備度	退職者	170	18.8	4.86	10.072	***
	勤務者	570	23.0	4.69	10.273	
一週間あたりの趣味に費やす時間	退職者	211	24.0	23.82	-5.793	***
	勤務者	556	13.5	18.18	-6.528	
引退するのにふさわしい年齢	退職者	169	63.8	4.06	-5.535	***
	勤務者	508	61.8	4.29	-5.381	

注：各項目の不詳はのぞいたため、有効回答数=927とは一致しない。

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

会活動、自己意識の比較を行い、さらに退職者における就労者/非就労者の両者を比較した結果について表3に示す。

1) 健康状態

① 健康自己評価：健康自己評価では、退職者は勤務者に比べて「健康」と「まあ健康」の回答がやや多かった ($p < 0.05$ 、以下、 p は特に断りのない場合はクロス表の χ^2 検定の結果を表す)。「健康」「まあ健康」と感じている者は92.4%であり、類似調査²¹⁾に比べ健康と感じている者が多い。

② 愁訴：愁訴数では退職者は 1.2 ± 1.0 であり、勤務者の 1.9 ± 1.7 に比べて少ない (t 検定, $p < 0.001$)。しかし、同年代の他調査に比べると有訴者の割合は高い。勤務者と退職者を比較すると、「体がだるい」「イライラする」($p < 0.001$)、「頭痛」「不安や気がかり」($p < 0.01$)、「胃腸の不調」「下痢・便秘傾向」「めまい」「無気力」と「尿をもらすことやでにくいこと」($p < 0.05$)が勤務者に、「特に調子の悪いところはない」が退職者に多かった。

③ 疾患：治療中の疾患では、「骨・関節疾患」が49.0%で最も多く、次いで「高血圧症」の24.8%である。疾患数においては勤務者/退職者間に有意差は認められなかったが、退職者では「高血圧症」が多く ($p < 0.001$)、勤務者では「女性特有疾患」($p < 0.01$)「その他の疾患」($p < 0.05$)がやや多い。退職者の平均

疾患数は 1.0 ± 1.0 であり、K市調査に比べて疾患を有する者の割合は低い。

④ PGC：PGCモラル尺度では、退職者の平均点数は 7.9 ± 2.5 、これに対して勤務者は 6.9 ± 2.81 であり、退職者のほうが勤務者に比べて高い (t 検定, $p < 0.001$)。前田ら²⁴⁾の在宅高齢者を対象とした研究報告された平均点の7.6~8.2に比べて、退職者はほぼ同じであるが、勤務者は低いといえる。設問ごとにみると、退職者では「今の生活に満足」「去年と同じくらい元気」($p < 0.001$)、「若い時より今が幸せ」($p < 0.05$)が勤務者に比べて多く、勤務者では「小さなことを気にするようになった」($p < 0.001$)、「悲しいことがたくさんある」($p < 0.01$)、「自分の人生はだんだん悪くなる」「年をとって役に立たなくなった」($p < 0.05$)が多かった。

2) 老化意識

退職者の老化意識尺度の平均値は 18.9 ± 4.8 であり、勤務者よりも老化意識が低い (t 検定, $p < 0.001$)という逆転がみられた。項目別に見ると、退職者では、「若さを保つよう努力している」($p < 0.001$)、「持久力がある」($p < 0.05$)が、一方、勤務者では、「掃除や片づけが面倒」($p < 0.001$)、「おしゃれや身だしなみに気を配るのが面倒」「他人とつきあうのが面倒」($p < 0.01$)と答える者が多い。

3) 就労

表3 退職者及び勤務者の比較

項目	退職者/ 勤務者	退職就労者/ 職非就労者	項目	退職者/ 勤務者	退職就労者/ 職非就労者
健康状態			退職者の会などの旧職場の集まりへの参加	***	
健康自己評価	*		同窓会への参加	***	**
胃腸の不調	*		シルバー人材センターなどの組織への参加	**	
便秘・下痢傾向	*		社会的サポート・ネットワーク		
頭痛がする	**		友人の中で現在の職場関係の人はどれくらいいますか	***	***
腰・手足の関節が痛む			友人の中で近所の人ほどどれくらいいますか	***	
イライラする	***		配偶者との日頃の会話	*	
体がだるい	***		配偶者と旅行		
めまいがする	*		子どもやその家族と旅行	*	
不安や気がかりが多い	**		親・兄弟と旅行		
無気力	*		近所の人と旅行	***	
尿を漏らす、尿がでにくい	*		近所の人以外の友人と旅行	*	
特に調子の悪いところはない	***		一緒に旅行した人は誰もいない		
高血圧症の有無	*		最近2年間、旅行していない	*	
骨、関節疾患の有無		**	家族との団欒を楽しんでいる		
女性特有疾患の有無	**				
老化意識			自己意識		
頑丈な体を持っている		*	趣味に生きがいを感じている	***	
年のわりには持久力がある	*		家族を介護するようになることが不安		
年のわりには食欲が旺盛			地域の活動に生きがいを感じている	***	
年のわりには体力がある			人の世話をすることが好きである	***	
掃除や片付けが面倒になった	***		趣味をとおして友人を得ている	***	
おしゃべりや身だしなみが面倒	***		信仰心が篤い方である	***	
他人とつきあうのが面倒	***		老後は夫婦だけで静かに暮らしたい		*
以前よりもわがままになった			家族との生活に生きがいを感じている	***	
老人になったと感じることがある			親戚とのつきあいに悩みが多い	*	
家族構成			仕事や家事など手早くしなければならぬと神経質になった	**	
配偶者		*	愚痴っぽくなった	*	
子ども	***		今が自分の人生で一番幸せな時だと感じる	***	
子どもの配偶者	*		近所に一人暮らしの高齢者がいたら日常生活の世話をしあげたい	***	
孫	**		今住んでいる地域に、誇りと愛着を感じている	***	
自分の親			自分の人生を振り返ってみて、まあ満足することができる	***	
配偶者の親	**		配偶者（妻や夫）との関係に満足している	***	
世帯類型	***		地域社会のために何か役立ちたい	*	
配偶者の収入を伴う仕事の有無	***		近所づきあいのない場所で暮らしたい	**	
現在の職業			社会との関わりを持って生活したい	***	
雇用形態	***		配偶者との関係では、私の方ががまんしていることが多い		
働き続ける理由			仕事に生きがいを感じている	**	***
もっと収入を得たい	***		退職後の生活イメージ		
仕事そのものが面白い			仕事で感じていた緊張感	***	**
仕事を通じて友人仲間が得られる	**	*	仕事のストレスから解放	***	***
働くことは体によい	***	**	気持ちに余裕		**
他にすることがない			会社の人間関係から離れたい	***	**
看護の専門性を生かす			健康に不安	***	
現在の職位			社会的地位にとらわれない	*	
現在の仕事に満足	***		家庭内で疎外感を感じる		
現在の職場について感じていること			現役時代に得た知識を役立てる	**	*
収入がよい	***		家族とのつながりを深めたい		
仕事が楽	***		暇をもてあます	**	**
家庭生活と両立できる	***		職場の人間関係から離れて寂しい	***	
趣味や教養の時間がとれる	***		肩書きがなくなり寂しくなる	***	
キャリアアップにつながる	***		経済的不安	***	
納得できる看護ができる			退職準備		
現在の暮らし向き	*		経済的・生活の安定のための生活設計	***	
日常生活行動			定年までに病気の診断や治療	***	
テレビを長時間つけたままにする	**		退職準備の講習会受講	***	
時間をかけて新聞を読む	***	*	徐々に仕事の量を減らす	***	
散歩・ウォーキングをする	***		趣味や余暇活動を行う	***	
友人・知人に電話・メールをする	***	**	資格の取得	***	
庭いじりや植木、花の世話をする	***		地域活動に参加準備	***	
軽い体操をする	**		家族とよく相談	***	
日帰り旅行する	**		退職した人の体験を聞く	***	
子どもや親戚を訪問する	***		退職後始めたこと・始めたいこと		
自動車を運転する	**		新しい友人を作る	***	
海外旅行をする	**		スポーツやアウトドアに取り組む	***	
家族と買い物に行く		*	食事に気をつける	***	
家でごろごろしている	***		無駄使いをしない	***	
習い事や学習活動に取り組む	***		新しい人生の目標をもつ	***	
社会活動参加		*	地域活動に参加	***	
道路・公園の掃除など地域環境をよくする活動			習い事や学習活動	***	
高齢者や障害者、子ども、福祉施設などに対する奉仕活動	***		海外旅行	***	
民生委員、保護司、行政委員の公的活動			心の健康に気をつける	***	
府県、公民館などが主催の公開講座受講	**		ナースバンク、ボランティア活動		
老人クラブなどの活動	***		ナースバンクを知っていますか		
町内会、自治会への参加			ナースバンクに登録	***	
ボランティア団体への参加	**		ナースバンクを活用	***	
趣味のサークル活動への参加	***		看護協会に人会	**	
スポーツの会への参加	*		今後、ぜひ何らかの活動をしたいか		
宗教関係の会への参加	*				

χ²検定 * p < 0.05 ** p < 0.01 *** p < 0.001

退職者のうち107名(60.8%)が現在も就労している。「働き続ける理由」をみると、退職者では、「働くことは体によい」が第1位であり、勤務者と比べて有意($p < 0.001$)に高く、次いで「仕事を通じて友人を得られるから」($p < 0.01$)であった。一方、勤務者では、「もっと収入を得たい」($p < 0.001$)が第1位であった。

さらに、「現在の職場についてどのようにお考えですか(現在の職場観)」を問うと、「キャリアアップにつながる」「仕事が楽」「家庭生活と両立できる」「趣味や教養のための時間がとれる」の各項目で、退職者の方が勤務者よりも多くなっている(いずれも $p < 0.001$)。

4) 日常生活行動

退職者は、勤務者と異なり、「時間をかけて新聞を読む」「散歩・ウォーキング」「庭いじり」「軽い体操」「子どもや親戚を訪問」「自分の孫の世話」「習い事や学習活動」($p < 0.001$)、「日帰り旅行」「子どもや親戚を訪問」「海外旅行」($p < 0.01$)、といった日常生活行動を多く行っており、退職を境にして日常生活に活動の中心が移行していくことがわかる。

これに対して、勤務者に際だった項目は、「テレビを長時間つけたまま」「家でごろごろする」($p < 0.001$)、「自動車の運転」($p < 0.01$)とわずかであった。

5) 社会活動参加

社会参加度では、退職者の平均値は 27.0 ± 7.1 であり、勤務者に比べて高い(t検定, $p < 0.001$)。項目ごとにみると、退職者は勤務者に比べて、「高齢者などへの奉仕活動」「老人クラブなどの活動」「趣味・サークル活動」「退職者の会」「同窓会」($p < 0.001$)、「府・公民館主催の公開講座受講」「ボランティア団体」「シルバー人材センター」($p < 0.01$)、「スポーツの会」「宗教関係の会」($p < 0.05$)などほとんどの団体への参加が多い。しかし、退職者のボランティア活動をみると、「よく参加」と「時々参加」をあわせても25.7%であり、本県の場合、類似調査による60歳代の41.8%に比べてかなり低かった²⁹⁾。

6) 社会的サポート・ネットワーク

親しい友人数では、退職者は 7.3 ± 5.9 (人)であり、勤務者に比べて1人程度多くなっている(t検定, $p < 0.001$)。退職者は、「友人のうち近所の人が半分を占める」と答えた者が多く($p < 0.001$)、逆に勤務者は、「職場関係の人が大半を占める」と答えた者が多い($p < 0.001$)。また、退職者は「近所の人」($p < 0.001$)、「子どもやその家族」「近所以外の友人」($p < 0.05$)と一緒に旅行をすることが多い。

情緒的支援尺度の点数では、両者に有意差は認めら

れなかったが、項目別にみると、退職者に、「会うと心が落ち着く人」や「あなたの成功を喜んでくれる人」がいる者が多い($p < 0.05$)。

7) 自己意識

退職者が勤務者に比べて多かった項目は、「趣味に生きがいを感じる」「地域活動に生きがい」「人の世話をすることが好き」「趣味をとおして友人を得ている」「信仰心が篤い方である」「家族との生活に生きがい」「今が自分の人生で一番幸せ」「近所に一人暮らしの高齢者の日常生活の世話」「今住んでいる地域への愛着」「これまでの人生に満足」「配偶者との関係に満足」($p < 0.001$)、「仕事に生きがいを感じている」($p < 0.01$)、「地域社会のために役立ちたい」($p < 0.05$)であった。

これに対して、勤務者が退職者に比べて有意に高かった項目は、「愚痴っぽくなった」($p < 0.001$)、「近づき合いのないところで暮らしたい」($p < 0.01$)、「仕事、家事を手早くしなければと神経質になった」($p < 0.05$)である。この結果から、退職後は、勤務時よりも全般に自己肯定的になり、地域への愛着も強くなって地域活動に生きがいを感じる人が多くなるといえる。

8) ナースバンクへの登録意向、ボランティア、災害時の救援活動に対する意欲

退職者では、「ナースバンクを知っている」者は91.6%もあるのだが、実際に「登録している」者はわずかに7.9%であった。これに対して、勤務者では、「ナースバンクを知っている」者は90.5%と退職者とほぼ同様の結果であり、「登録する予定」の者も35.4%ほどであった($p < 0.001$)。

看護のボランティア活動については、退職者/勤務者間に有意な差が認められなかった。退職者では、「看護ボランティア」は30.7%、「看護にこだわらないボランティア」は48.3%で、約7割の者が何らかのボランティア活動に参加したいと答えている。勤務者でもほぼ同様の結果が出ている。災害救援活動については、今後「看護協会での災害救援活動に参加したい」者が24.0%、「個人的に参加する」者が26.4%で、約4割の人たちが参加意向を示している。看護協会による調査でも約4割であり、差違はなかった²⁹⁾。

9) 退職後の就労希望、再就職のルート

退職者のうち、就労者は64.2%で、就業形態は「臨時職員」が53.4%で最も多かった。退職後の再就業先は、「病院」が33.3%、「老人保健施設」が30.3%で約6割を占め、62.7%が退職後1年以内に再就職していた。退職者の再就職のルートのなかで最も多かったのは「知人の紹介」の56.9%で、次いで「前勤務場所の紹介」の29.2%であった。公的なルートである「ハロー

ワーク」は4.4%、「ナースセンター」は1.5%にすぎない。

これに対して、勤務者で退職後の再就労を希望する者は57.6%と実際の再就労率よりやや少なめであった。退職後の再就業希望先は、「老人保健施設」28.9%と「病院」23.4%ではほぼ半数を占めている。勤務者の希望する再就職のルートで、最も多く選択されたのは「ハローワーク」の58.3%であり、次いで「知人の紹介」48.7%「ナースセンター」31.8%、「前勤務場所の紹介」29.2%の順になっており、この点でも退職者の実態と大きく異なる。

10) 退職後の生活の予想、退職準備

① 退職後の生活の予想

退職後の気持ちや行動の変化について、勤務者の予想と退職者の実態とを比較したところ、勤務者は、「緊張感が感じられなくなりそうだ」「職場の人間関係を離れて寂しくなりそうだ」と予想しているが、退職者はそう感じていない ($p < 0.001$)。「暇をもてあましそうだ」($p < 0.01$)や「家庭内で疎外感を感じるようになりそうだ」($p < 0.05$)も退職後の実感とは食い違っている。むしろ、退職者になると「現役時代に得た知識を役立てたい」($p < 0.01$)と考える者が定年前よりも多くなっている。

② 退職準備

退職準備の項目をみると、退職者は勤務者に比べて、「経済的生活の安定を図るための生活設計」「病気の検査、治療」「退職準備の講習会の受講」「徐々に仕事の量を減らす」「趣味や余暇活動」「資格取得」「地域活動への参加」などのほとんどの項目において準備したと答えた割合が低い ($p < 0.001$)。ここでも期待と実感が食い違っている。

3. 退職者のうちの就労者/非就労者の比較

表3に示したように、退職者における就労者/非就労者間の差異をみると、健康状態では非就労者に「骨、関節疾患」が多い ($p < 0.01$)。日常生活行動では、非就労者に「軽い体操」($p < 0.01$)「散歩、ウォーキング」「家族と買い物」($p < 0.05$)をすると答えた者が多いが、両者の差は小さい。社会活動参加では、非就労者は「同窓会への参加」($p < 0.01$)、「道路・公園の掃除」($p < 0.05$)が多い。退職後の生活のイメージでは、非就労者に「仕事のストレスから解放された」($p < 0.001$)、「仕事で感じていた緊張感を感じない」「気持ちに余裕ができた」「人間関係から離れせいでいい」($p < 0.01$)が多く、就労しないことの動機に対人関係の問題があることが窺える。また、就労者にはなぜか「暇をもてあます」($p < 0.01$)が多く、「家庭内で疎外感を感じる」($p < 0.05$)も多い。

4. 健康状態に関する変数、社会活動度などの各項目間の相関

退職者および勤務者の健康状態に関する変数、社会活動度などの各説明変数間の相関係数を表4に示す。退職者では、「年齢」は「社会参加度」と正の相関にある。「社会参加度」は「年齢」「親しく行き来している友人数」「退職準備度」「PGC」と正の相関にあり、「老化意識尺度」とは負に相関する。「親しく行き来している友人数」と「情緒的支援」および「退職準備度」は、正に相関する。

「健康自己評価」「PGC」「愁訴数」「疾患数」の4変数と「老化意識尺度」の5項目は全てが相互に高い相関関係にある。しかし、これらの変数とそれ以外の変数との相関をみると、「老化意識尺度」が「社会参加度」および「情緒的支援」と相関し、「PGC」もほぼ同様の傾向を示すのに対して、「疾患数」および「愁訴数」と相関する変数は少ない。生理・身体的な要因は社会的要因と直接に関連しないことがわかる。

勤務者では、「年齢」は「親しい友人数」と正の相関にある。「親しい友人数」は「趣味時間数」「社会参加度」および「情緒的支援」と正に相関し、「老化意識尺度」および「愁訴数」とは負の相関にある。退職者と同様に、「健康自己評価」「PGC」「愁訴数」「疾患数」および「老化意識尺度」は、相互に強く相関する。

次に、「退職準備度」と諸変数の相関を検討しよう。退職者の「退職準備度」は、「社会参加度」「情緒的支援」「親しい友人数」と有意に相関するが、健康4変数とは相関しない。これに対して、勤務者では、「退職準備度」は、「社会参加度」「情緒的支援」と正の相関にあるが、「親しい友人数」とは相関しない。

IV. 考察

以上の調査結果から、看護者にとって、退職とはどのような意味をもつライフ・イベントとして捉えられるのだろうか。要約するならば、一般の労働者とは異なる像が、そこからは浮かび上がってきているのである。

1. むしろアクティブになる定年退職後の生活

定年退職者後の生活に影響を及ぼすと考えられる要因のひとつに、再就職するかしないかということがあげられる²⁷⁾²⁸⁾。これまでの研究では、退職後、再就職の道を選ばなかった者は、職業から家庭内役割や地域活動へ生活の重心を「移行」させることが明らかになっている²⁹⁾。これに対して、再就職した者にも「移行」はみられるが、依然として職業中心の生活を送ることが多い。常勤の職を離れ、労働時間が短縮しても地域や家庭に生活の比重はそれほど傾かないからである。看護者では、退職者の約6割が再就労しているが日常生活行動、社会活動、社

表 4 説明変数間の相関関係

	①年齢	②看護経験年数	③親しい友人数	④1週当たり 趣味時間数	⑤健康自己評価	⑥PGC	⑦愁訴数	⑧疾患数	⑨老化意識尺度	⑩情緒的支援	⑪社会参加度	⑫退職準備
(全体)												
①年齢	1.000											
②看護経験年数	0.421 ***	1.000										
③親しい友人数	0.224 ***	0.159 ***	1.000									
④1週当たり趣味時間数	0.198 ***	0.219 ***	1.000	1.000								
⑤健康自己評価	0.065	0.077 *	1.000		1.000							
⑥PGC	0.114 **	0.391 ***	1.000		1.000	1.000						
⑦愁訴数	-0.164 ***	-0.458 ***	1.000		1.000	1.000	1.000					
⑧疾患数	0.071	-0.461 ***	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000				
⑨老化意識尺度	-0.129 ***	-0.425 ***	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000			
⑩情緒的支援	0.000	-0.140 ***	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000		
⑪社会参加度	0.249 ***	-0.157 ***	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	
⑫退職準備	-0.252 ***	-0.037	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
(勤務者)												
①年齢	1.000											
②看護経験年数	0.271 ***	1.000										
③親しい友人数	0.080 *	0.070	1.000									
④1週当たり趣味時間数	0.066	0.215 ***	1.000	1.000								
⑤健康自己評価	-0.004	0.084 *	1.000		1.000							
⑥PGC	0.010	0.370	1.000		1.000	1.000						
⑦愁訴数	-0.028	-0.421 ***	1.000		1.000	1.000	1.000					
⑧疾患数	0.070	-0.257 ***	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000				
⑨老化意識尺度	-0.038	-0.502 ***	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000			
⑩情緒的支援	-0.016 **	-0.485 ***	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000		
⑪社会参加度	0.193 ***	-0.182 **	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	
⑫退職準備	-0.014	0.034	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
(退職者)												
①年齢	1.000											
②看護経験年数	0.284 ***	1.000										
③親しい友人数	0.087	0.106	1.000									
④1週当たり趣味時間数	0.045	-0.007	1.000	1.000								
⑤健康自己評価	0.000	0.148 *	1.000		1.000							
⑥PGC	0.009	0.073	1.000		1.000	1.000						
⑦愁訴数	-0.067	-0.021	1.000		1.000	1.000	1.000					
⑧疾患数	0.061	0.103	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000				
⑨老化意識尺度	-0.105	-0.157 *	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000			
⑩情緒的支援	-0.055	-0.072	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000		
⑪社会参加度	0.306 ***	0.264 ***	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	
⑫退職準備	0.093	0.120	1.000		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

Pearsonの相関係数 * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

会的ネットワーク、健康などの様々な点で、退職再就労者／退職非再就労者間に著しい差が見られなかった。これは、看護退職者の特徴の一つであるといえるのだが、ではなぜ差が見られないのだろうか。

退職者の6割という再就労率は、同年代の女性と比較してより明らかに高く³⁰⁾、類似調査でもほぼ同様の結果が示されている。日本における60-64歳の女性の従業者率は37.7%であり、60歳以上の女性の再就職率は34.7%となっている。失業期間別でみると1年以内の再就職者率は50-59歳女性で24.1%³¹⁾であるのに対して、看護の退職者は明らかに短期間のうちに再就労している。看護職の場合、医療現場では慢性的なマンパワー不足が続いているため、一般の高齢女性に比べて職を得ることが容易であることがその背景となっている。しかも、「暮らし向き」や「収入」には、就労者／非就労者間で差がない。つまり、経済面は再就労の動機付けになりにくいのである。さらに、退職者が就労を継続している理由をみると、類似調査では経済的理由が最大の理由になっているのは異なっている³²⁾。

この結果は、勤務者が経済的理由から職業を継続していると答えているのに比べても対照的である。勤務者の場合は、職場環境の過酷さからむしろ労働条件の善し悪し、とりわけ収入の多寡よりほかの動機付けが困難だという面がある。しかし、退職を境に、経済的動機に縛られる必要がなく、かつ売り手市場なので再就労先は多様化する。各個人の志向にあった就労先が保証される結果、就労や就労先に対する満足度も高くなるという好循環が始まるといえる。

では、退職非就労者はなぜ就労しなかったのだろうか。表3からわかるように、退職就労者／退職非就労者間で相違のある項目はきわめて少ない。一般の退職者では差のする日常生活や社会参加でもほとんど差がない。ただし、非就労者が仕事での緊張感やストレスから解放されたと答えていることに対して、就労者はそうではない。看護は患者との相互作用を主体として進められるために感情労働³³⁾として理解されており、それに伴う緊張感やストレスが、就業形態を変更しても常につきまとうということを意味している。このことは勤務者においてはより強く意識されていると考えられる。

調査結果では、退職者は、勤務者に比べて、多くの社会活動に参加している。さらに、ボランティア活動、災害時の救援活動への参加意向も高い。このような看護退職者の実態は、これまでのネガティブな老いのイメージを変えるものであり、Gleasonらが、これからの老いのあり方として示したプロダクティブ・エイジング³⁴⁾を彷彿とさせる。プロダクティブ・エイジングとは、高齢期を非生産的な段階と捉える従来の見方に抗して、高齢者も、就労やボランティア活動、家族員への支援などを

通して積極的に自立した生活を産出する主体であり続けることができる、社会もそれをサポートすべきだと主張する高齢者観である。看護退職者たちは、定年退職を契機として、日常・家庭生活を充実させ、近隣社会へ回帰し、趣味の世界を広げるなど、既存の生活圏の回復、拡充、さらに新しい生活圏の構築を試みている。常勤から臨時就業へ労働時間の限定や就業形態の変更を伴って継続される職業生活も、プロダクティブ・エイジングをすすめていく多様な選択肢の一つとして位置づけるのが適切かもしれない。看護者にとり、退職は、勤務先に左右される生活から、個人が主体的に時間をマネジメントできる生活への転換という積極的な意味を帯びている。定年までの専門職としての勤務労働が精神的、肉体的に過酷であることは周知のとおりである。しかし、ある意味で、定年までたどり着けた人は、長い職業生活のなかで家庭生活との両立をはかりながら、自分らしい生活をマネジメントできる能力を潜在的に培ってきたともいえる。その能力が定年を機に開花していくのである。それゆえ退職看護者は、看護界にとってだけでなく高齢社会を生き抜くモデルとして社会的資源となり得る存在なのである。

それでは、看護退職者の社会参加にはどのようなことが影響するのだろうか。まず、調査から、退職者の社会参加度には退職準備度が関連していることから、健康であるか否かに関わりなく、検診を受けるなどの退職に備えた行動をする（した）人は、職場以外のところにも活動の場をもって、すでにアクティブであることがわかる。退職後に社会や地域でアクティブになれる人とは、まず、退職に備えた行動をしてきた人なのである。これは、一般の退職者にも当てはまることであった。しっかりした退職準備がプロダクティブな退職後生活を約束するということだが、そのためには、就労時より社会に参加しネットワークを築くという困難な課題を克服するだけのモチベーションが必要であろう。次に、退職者の社会参加度はその人的ネットワークと関連していた。ただし、退職後のネットワークは量、質ともに大きく変化する。退職者では、友人数が増加することとともに、その人間関係の中心が職域から近隣の人達や家族へと移行していくからである。

ただし、次の点には注意する必要がある。これまで、退職者が会社人間であればあるほど、地域社会での人間関係を再構築しがたいと考えられてきた。定年退職に対する一般的イメージを代表するものとして、岡田誠三は『定年後』で、定年とは人生後半に来る「社会的な死」であると述べている³⁵⁾。「濡れ落ち葉」や「粗大ゴミ」といった流行語も定年のネガティブなイメージを広めている。しかし、今回の調査結果は、退職を機にネットワークを再構築できた人の方が多かったことを示している。

一般の退職者と異なり、看護退職者では、退職が社会からの引きこもりや「濡れ落ち葉」現象をもたらす可能性は小さいといえるだろう。

また、看護退職者の就労や社会参加は、配偶者の就労の有無とは無関連であった。一般的に、男性退職者の場合、ボランティア活動を志向するかどうかによって「妻の就業」の効果が有意であり、社会参加には世帯の経済的水準の高さが影響すると考えられている³⁶⁾。

さらに、杉澤ら³⁷⁾の日本における社会参加の比較によると、日本では「生きがい就労」は女性に特徴的であると報告されている。それは退職による悪影響、つまり生きがいの喪失が、男性に比べて女性に生じやすいことを意味している。しかし、今回の調査結果では、対象が圧倒的に女性であったにもかかわらず退職による悪影響は生じていなかった。看護退職者は、配偶者（夫＝男性）に左右されることなく、就労を含めた社会活動に参加している。このような傾向は「ジェンダーの超越」³⁸⁾と呼ばれ、欧米先進諸国の中年女性にみられるようになってきている。このように、本結果からは、これまでの日本における女性退職者に関する定説とは異なる知見が得られた。これは、女性の就労率が上昇している社会において、女性の就労や退職の意味を理解する一助になると考える。

最後に、退職による健康面の変化も特異であった。退職者のほうが勤務者よりも、健康自己評価、PGC、愁訴数の点で良好だったからである。一般的に加齢に伴って健康状態が悪化する³⁹⁾のとは反対に、むしろ退職を境にして健康状態は回復している。われわれが使用した指標のうち、他の調査でも使用されることの多い健康自己評価は、社会活動、日常生活の影響を受ける指標⁴⁰⁾といわれているが、本調査でもそれは裏付けられた。退職者は、身体的に疾患を持つことが多くなっていくにもかかわらず、仕事中心の生活から解放されて日常生活や社会での活動性を高めた結果、健康自己評価を好転することになったといえるだろう。さらに、老化意識も、むしろ勤務中の者のほうが強く感じており、K市調査とは異なる結果⁴¹⁾を示している。勤務者は、老化意識の中でも体力の衰えを自覚する項目ではなく、対人関係の億劫さについての項目に強く反応している。つまり、勤務者の老化意識とは人間関係に起因するものであり、PGCが示すように退職後はそれが正常に戻るともいえる。退職後の変化で「退職後、せいせいした」という心理的な開放感を肯定する者が多いということは、職場の人間関係のもたらす心理的な負担がいかに大きかったかを暗示しているともいえるだろう。

金ら⁴²⁾は、中高年者を対象にした社会活動調査において、健康自己評価による健康水準の高いことが、個人活動に有意に関連すると指摘している。しかし、本調査の看護退職者ではそのような関連は見られなかった。また、

就労においても、これまで、中高年者の健康自己評価が重要な要因と考えられてきた⁴³⁾が、本調査ではそのような結果は得られなかった。むしろ、看護退職者の社会活動参加度にもっとも影響する健康指標は、健康自己評価ではなくPGCであった。今後、看護退職者の社会参加を促す健康施策を進める際には、健康自己評価よりもPGCを測定する方がよいと思われる。

さらに、われわれが考案した老化意識尺度は、健康自己評価やPGCの健康指標とも、日常活動、社会活動の諸変数ともバランス良く関連していた。これまでもわれわれは、いくつかの調査結果から、老化意識が健康状態と社会活動を媒介する指標であることを検証してきた。老化意識とは、単に老いを意識しているというだけでなく、その人が置かれた身体、心理、社会的状態を総合的に推測することができる指標であるとも言えるのである。

2. 人材活用システムの必要性

看護退職者は、一般の女性高齢者に比べて就労意欲が高いけれども経済的動機に縛られていなかった。このことは、労働条件の改善、とりわけ医療職種間における賃金格差の解消を中心としてきた従来の看護者定着対策が、就労を希望する退職者のニーズとは必ずしも合致していないことを意味する。また、再就職のルートでは、圧倒的に個人的なネットワークが活用されていて、公的な制度に依存する者はわずかであった。このような実情から、再就労の窓口としてのナースセンターの役割を見直さなければならないと考える。

ナースバンクを知っているが登録していない者が非常に多い。ナースバンクに頼るまでもなく個人的に再就労先を得てしまうためである。したがって、ポイントは、ナースセンターが個人的ネットワークを凌駕するような魅力ある再就労先を斡旋できるかどうかにかかっているが、その余地は十分にあると考えられる。結果で示したように、個人的ネットワークを介するとどうしても、定年退職前まで働いてきたと同種の病院か老人保健施設などのいわゆる臨床看護施設が再び選ばれやすいからである。退職前には、それ以外の職場、例えば福祉施設や訪問看護などへの希望もかなりあるのだが、実際にはその希望は実現されにくい。さらに、社会的趨勢として、医療が施設から在宅へと移行し在宅ケアへの需要が増大しており、また療養のための福祉施設などにおける看護師の活躍が期待される中で、病院から病院、病院から診療所というこれまでの再就職のルートでは、社会的要請にこたえているとはいえない。したがって、ナースバンクとすれば、その種の新たな看護需要が見込まれる領域に積極的にアプローチして就職先を開拓し、その情報を退職前の看護師に積極的に発信する必要がある。また、看護以外の場への再就職を促進するためには、就労斡旋にと

どまらず就労へ向けた再教育や再就職後のフォロー体制を整備するなど人材活用システムの再構築を図る必要がある。

次に、非就労者や再就労後引退した看護師を人材としてどのように活用するのかという問題も残されている。社会的資源としての意義ばかりでなく、退職者自身のプロダクティブ・エイジングを図るうえで、良好な人間関係に基づいた社会参加は、重要な意味を持つからでもある。残念ながら、非就労者の場合も、地域貢献への意欲は高く、退職を機に近隣の友人が増えるものの、実際の社会参加度は一般の人びとに比べて低率であった。看護労働従事者は、変則勤務などのために退職するまですら、どうしても地域社会とのつながりが薄くなってしまふことが後々まで影響しているのである。そのような背景を考慮すると、退職後の社会参加を個人の努力と責任に任せろるわけにはいかないだろう。その支援策として、市町村レベルの自治体で地域保健活動や防災・災害救援活動の核として看護師を登用するなどの方法が考えられるが、そのためには看護の側からの積極的なアピールも必要である。

最後に、健康面、とくに「骨、関節疾患」が再就労を阻害していたことに触れておきたい。「骨、関節疾患」は、女性に多い疾患とはいえ、看護師の場合、長年にわたる厳しい労働が影響していると考えられる。看護退職者の人材活用システムの一環として、労働環境の改善と骨、関節疾患を予防する健康管理体制を組み込んでおく必要がある。

V. 結語

ここまでの「結果」と「考察」から退職看護者の人材活用システムの必要性が明らかになったことを踏まえ、結論として以下のことを提言したい。

- ① 現在ある都道府県あたり1か所のナースセンターのみでなく地域単位での就労斡旋のシステムを構築し、現行のナースセンターとの効果的な連携に取り組み、高齢な退職看護者の就労促進を図る。さらには、現行のナースセンターに退職者向けの窓口を設置し、就労斡旋のセンター的機能を持たせる。
- ② 退職前の看護者への退職準備教育（退職後の職場の紹介や地域社会を中心とした看護者の活躍、看護者の起業支援、多様な地域活動の紹介、健康管理など）を実施し、退職後の生活の再構築にむけた準備に取り組める体制を整備する。
- ③ 退職者への福祉職場や訪問看護など新たな職場への就労支援策とこれらの職場での看護業務確立のための支援を行い、就労促進と就業の定着を図る。

- ④ 退職者が最新の看護の知識・技術を習得するための研修を実施する。また、研修とあわせて退職者が地域社会単位でのネットワークを形成できるように支援する。
- ⑤ 看護ボランティアや災害救援活動への組織的参加のシステムを構築する。
- ⑥ 看護協会や行政は退職者が看護職能を生かしてNPOや起業家のような働き方ができるように支援する。
- ⑦ 退職者の人材活用システムは、行政、看護職能団体が協力してより地域社会に密着したシステムを構築する必要がある。

本研究の限界

本研究は、看護退職者と勤務者を比較することで、退職によりどのような変化が生じたかを分析したものである。しかし、横断的調査としての限界があり、今後は対象とした勤務者についてコホート調査を継続して、より信頼性の高いデータを得たいと考えている。

謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました皆様に厚く感謝いたします。

本研究は、平成16年度日本看護協会出版会研究助成（西田厚子代表）を受けている。

注・文献

- 1) 日本の病床数および病院看護職員数は「医療施設調査・病院報告」による。諸外国は「OECD Health Data 2001」。
- 2) 1962（昭和37）年厚生省（現厚生労働省）は、看護師不足対策のため、日本医師会、日本看護協会と看護制度調査会を開催した。
- 3) 1992（平成4）年6月「看護婦人材確保法」成立。
- 4) 社団法人日本看護協会 2004 『平成15年看護関係統計資料集』：2。
- 5) 前掲書：2-3。
- 6) 前掲書：166。
- 7) Mann E. & K.J Jefferson 1998 Retaining Staff;Using turnover indices and survey. J Nurs Adm 18:17-23.
- 8) Jones,C.B. 1990 Staff Nurse Turnover Costs:Part II.Measurements and Results.J Nurs Adm 20:27-32.
- 9) 水野正之,小澤三枝子,竹尾恵子 2001 「看護専門能力の育成とマンパワー確保に関する研究」『医療』55 (9)：428-435.
- 10) メアリー・フォーリー 2001 「困難な状況の中、力

- 強く前進する—アメリカ合衆国の看護』『インターナショナルナーシングレビュー』24(2): 36-39.
- 11) 日本看護協会出版会 2003 『調査研究報告2001年看護職員実態調査』: 29.
 - 12) 日本看護協会出版会 2003 『看護職員実態調査日本看護協会調査報告No.66』: 75.
 - 13) 山口浩一郎, 小島晴洋 2002 『高齢者法』有斐閣.
 - 14) 青井和夫, 和田修一(編) 1983 『中高年齢層の職業と生活: 定年退職を中心として』東京大学出版会
 - 15) 大西小百合, 福岡和美, 岡山寧子他 2001 「中高年におけるサクセスフルエイジングに向けての準備行動に関する研究—地域社会, 社会参加と準備行動との関連」『京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要』10(2): 67-177.
 - 16) 佐藤秀紀, 荒賀直子, 福渡靖 2001 「前定年退職者における労働者の自由時間」『日本保健福祉学会誌』7(2): 19-33.
 - 17) 西田厚子, 堀井とよみ, 平英美 2004 『定年退職者における健康と社会活動の関連』.
竹原智美, 玉記十紀人, 西田厚子, 平英美他 2005 『亀岡市中高年齢健康と社会活動実態調査』.
西田厚子, 堀井とよみ, 平英美他 2004 『滋賀県水口町定年退職者健康調査事業報告書』.
 - 18) 松坂由香里, 西田厚子, 堀井とよみ, 平英美 2004 「定年退職者の健康と退職後の生活への適応の関連性」『日本看護科学学会誌』: 363.
 - 19) 大村久米子 1994 「勤務継続の環境構造—退職者実態調査および在職者のアンケート調査を通して」『日看研会誌』17: 76-77.
 - 20) Lawton, P. M. 1989 Behavior-Relevant Ecological Factors. In K. Warner Schaie (ed.) Social Structure and Aging: Psychological Process, Lawrence Erlbaum Associates.
 - 21) 宗像恒次 1996 『最新行動科学からみた健康と病気』メジカルフレンド社: 128-129.
 - 22) 日本看護協会出版会 2003 『看護職員実態調査日本看護協会調査報告No.66』: 33.
 - 23) 『平成13年国民生活基礎調査』.
 - 24) 前田大作 1979 「老人の主観的幸福感の研究—モラー・スケールによる測定を試み」『社会老年学』(11): 15-31.
 - 25) 日本看護協会 2003 『看護職員実態調査日本看護協会調査報告No.66』: 52, 2003.
 - 26) 前掲書: 54.
 - 27) 平岡公一 1982 「職業の変化」青井和夫, 和田修一(編) 『中高年齢層の職業と生活—定年退職を中心として』東京大学出版会: 75-77.
 - 28) 直井道子 1982 「家族生活の変化」青井和夫, 和田修一(編) 『中高年齢層の職業と生活—定年退職を中心として』東京大学出版会: 127-144.
 - 29) 柴田博 2000 「引退後の生活の再構築」『中高年齢者の職業からの引退過程と健康, 経済との関連に関する研究(総括研究報告書)』: 81-95.
 - 30) 日本労働研究機構 2000 『データブック国際労働比較2001』.
 - 31) 日本労働研究機構 1998 『求職者調査』.
 - 32) エイジング総合研究センター 2003 『高齢社会基礎資料』: 354.
 - 33) バム・スミス著, 武井麻子・前田泰樹監訳 2000 『感情労働としての看護』ゆみる出版: 8-9.
 - 34) R. Butler, H. Gleason 1998 岡本祐三訳『プロダクティブ・エイジング—高齢者は未来を切り開く』日本評論社.
 - 35) 岡田誠三 1975 『定年後』中央公論社.
 - 36) 前田大作 2005 「定年後の職業観—定年文化の変容とアクティブ・エイジング」『社会学評論』, 56(1): 55-73.
 - 37) 杉澤秀博, 秋山弘子 2001 「職域・地域における高齢者の社会参加の日米比較」『日本労働研究雑誌』(487): 20-30.
 - 38) R. Butler, H. Gleason 1998 岡本祐三訳『プロダクティブ・エイジング—高齢者は未来を切り開く』日本評論社.
 - 39) 『平成13年国民生活基礎調査』.
 - 40) 星旦二(編) 2000 『都市における健康水準—望ましい都市の健康づくりのために』東京都立大学出版会.
 - 41) 竹原智美, 玉記十紀人, 西田厚子, 平英美他 2005 『亀岡市中高年齢者健康と社会活動実態調査』.
 - 42) 金貞任, 新開省二, 熊谷修他. 2004 「地域中高年齢者の社会参加の現状とその関連要因—埼玉県鳩山町の調査から」『日本公衆衛生雑誌』51(5): 322-334.
 - 43) 岡村清子 1987 「定年退職者の就業・不就業状態とその規定要因—東京都内の60歳代前半層の場合」『社会老年学』(26): 3-17.

(Summary)

Evidential study about the relation between the health and the social activities of people considering retirement — Issues surrounding human resources for retiring nurses —

Atsuko Nishida, Toyomi Horii, Sachiko Tsutsui, Yoshiko Fujii,
Hisako Oota, Satoko Shibasaki, Haruko Nishijima, Hidemi Taira

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Background The progressive aging of Japan's population has a large influence on the nursing policy here. In particular, the elderly population will continue to grow as the "baby-boomer" generation ages. It is necessary to establish a system that offers various social activities (i.e.: volunteering both locally and globally) which make use of nurses' occupational experiences.

To date, problems associated with nursing have involved the burnout of new nurses, and their premature retirement due to issues facing married Japanese women, and women raising children. Nurse centers play an important role in focusing on these particular types of nurses as part of the general rehiring policy. As the "baby-boomer" generation approaches retirement age, a large number of nurses are expected to retire. To promote a more effective use of human resources, it is necessary to understand the mindset of nurses transitioning into retirement.

Objective This paper aims to investigate factors that influence health conditions (self-evaluation of health condition) and social activities of nurses in the transitional phase of retirement, including such basic attributes as: job position, presence of a spouse, state of health, family background, and personal lifestyle.

Method The survey was conducted on 240 middle-aged nurses who had retired in Shiga prefecture (identified as "retirees"), and 687 nurses currently

employed (identified as "workers"). They were asked to complete an anonymous questionnaire regarding such matters as: present state of health, degree of social participation, their personal consciousness of aging, state of preparedness for retirement, views on working after retirement and changes in lifestyle following retirement.

- Results**
- 1) After comparing the retiree group and worker group, significant statistical differences were observed in health conditions (through self-evaluation of health conditions, PGC Morale scale, and number of complaints about health) and on their own personal awareness of aging. Retirees were found to be in better physical condition than workers. Noticeably, the PGC level for workers was low, which also had a significant effect on their awareness of the fact that they are getting older.
 - 2) The personal awareness of aging has three variables that are related to health: self estimation for health condition, PGC Morale scale and number of complaints about health.
 - 3) Retirees were found to be leading more active lifestyles than workers, but workers held a negative image of any post-retirement lifestyle.
 - 4) The degree of social participation of retirees was found to be linked to preparedness for retirement, number of close friends, PGC Morale scale, and their awareness of aging. In particular, preparation for retirement was found to be very important for participation in post-retirement social activities.

5) Both retirees and workers showed a high level of desire to go back to work. Retirees, however, preferred to use their own personnel networking skills to obtain work than to use any existing official human resources system.

Discussion It is possible to anticipate the potential work force of retired nurses, but the present human

resources system is not being fully utilized. It will be necessary for both the government and nursing associations to work together to create a community-based system.

Key Words retirement transition stage, productive aging , health, social activity

論 文

滋賀県における在宅ホスピスケアの実態 — 開業医のアンケート調査から —



竹村節子

滋賀県立大学人間看護学部

背景 終末期癌患者の死亡場所としてはいまだに病院施設が多く、緩和ケア・ホスピス病棟における死亡率は約4%にすぎない。また、癌患者が残された時間を有意義に過ごすためには、在宅で死を看取するのが最も適切なケアであるといわれているが、「最期は家で過ごしたい」という患者や家族の希望を叶えるためには、家庭（在宅）での疼痛管理や死の看取りを視野に入れた在宅ホスピスケアシステムの整備が必要である。また、このケアシステム構築のためには、実際の診療に携わる医師の考え方や、病院との連携などの問題点や課題を明らかにする必要がある。

目的 高齢化率17.3%である滋賀県において、在宅ホスピスケアの実態を明らかにする。すなわち、在宅ホスピスケアを実施していく上で、中心的な役割を担う開業医のアンケート調査を実施し、地域における在宅ホスピスケア構築のための問題点と課題を検討する。

方法 滋賀県下772名の開業医に対して、在宅ホスピスケアに関する質問紙を留め置き法により実施した。

結果 在宅ホスピスケアを実施している開業医は294名中75名(25.5%)であった。しかし、実施していない開業医219名の内、在宅ホスピスケアの必要性については116名(53.0%)がその必要性を認めていた。

在宅ホスピスケアを実施している医師は平均1.9名の患者を受け持っており、患者の殆どはその家族や病院からの依頼によるものであった。医師の患者対応の方法は大部分が往診であり、その内容は、補液や疼痛緩和、緊急時の対応などであった。また、医師は患者の緊急事態に備えて緊急時の連絡方法を整備していた。しかしその一方で、患者に対して24時間対応ができない、患者対応のために肉体的・精神的負担が大きすぎるなどの指摘があった。

在宅ホスピスケアを実現するためには、医師の条件のみならず、患者や家族の在宅ホスピスケアに対する強い要望があること、患者を実際に介護する人材のあることなどであり、さらに、病院と地元医師会、開業医間の連携が必要と考えていた。またその一方で、病院の緩和ケア病棟や訪問看護部門が中心的役割を担うことを希望する医師も存在し、地域に緩和ケア病棟やホスピスの整備が少ないことも在宅ホスピスケアを困難にする一因と考えていた。

結論 在宅ホスピスケア構築のためには、患者の急変時に直ちに患者を受け入れられる基幹病院の存在、医療従事者の教育・研修を行う教育機関の充実、在宅ホスピスケアを統合する実施機関の整備、開業医と連携する緩和ケア病棟ならびにホスピスの設置などが必要と考えられる。

キーワード：在宅ホスピスケア、開業医、末期癌患者

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：竹村 節子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

E-mail:stakemura@nurse.usp.ac.jp

I Introduction

The report of NHPCO (National Hospice and Palliative Care Organization), 2003, states that there are 3,200 institutions carrying out hospice program in the United States so as to suppress skyrocketing medical expenses. Approximately 885,000 patients use such facilities. According to death records in the U.S., more than one quarter of the 2,400,000 deaths recorded receive hospice care.

The advantages of hospice home care are to keep down medical expenses and heal the pain of a family that has nursed their loved one until the end of his/her life. A report¹⁾ indicates that a bereaved family feels almost no regret over using hospice home care. Yet despite of the advantages, hospice home care is not as popular as it should be. The biggest reason is the physical and emotional pressure experienced by doctors and nurses in a hospice team who take care of terminally ill patients. In carrying out hospice home care, it is required for a team of home doctors and nurses not only to provide medical care for a dying patient, but also to help him/her to be prepared for the coming death; visit the patient's home just before death; deal with the postmortem treatment; and provide companionship and consultations with the bereaved family.

Whereas doctors who carry out home hospice care are required to have suitable knowledge, it is more important for nurses to be trained to deal with a variety of emergency situations and to be able to make proper judgments when providing emotional care to dying patients and their families.

Financial problems and shortages of experts are cited as reasons for the troubled implementation of the system. Big gaps in the medical environment and system between larger cities where populations are concentrated and rural areas where depopulation and the aging process of the population is accelerated, and the added pressure on home doctors and nurses, as well as the delayed spread of the information and the low degree of recognition are all affecting the promotion of home hospice care.

Although cooperation on the part of local general practitioners is essential for the establishment of home hospice care service, surveys of doctors on their attitude towards hospice care and the current

situation has so far barely been conducted. As to the entire Shiga Prefecture, no survey result of this nature exists.

In Shiga Prefecture, where the percentage of the aging population comprises 17.3%²⁾, and the process of aging is advancing, with the aim to establish hospice home care service, we have carried out the first survey which covers all nine local medical associations. The questionnaire was answered by home doctors who take care of terminally ill patients and the family and general practitioners who are the pillar of local medical services. We believe that this survey is able to clarify the actual situation, problems and obstacles when it comes to the practice of hospice home care service in Shiga Prefecture.

II Definition of the terminology

With the reference to the fundamental principle of hospice home care services established by the Home Hospice Association³⁾, in this survey we defined hospice home care service as being a system whereby care for the dying is practiced in the home so that terminally ill patients (cancer patients) can be released from physical, emotional, social, and spiritual pains and live both mentally and physically at ease while maintaining the dignity as a human being till the end of their life. The fundamental principle of the Home Hospice Association indicates that a home should be a place where a dying patient and their family can be relaxed most and their intentions can be exercised most. Therefore, hospice home care is also considered to be a care system to provide the necessary aid for a dying patient and their family to fulfill their wish to spend the rest of their life at home.

III The purpose of the research

Through clarification of the current hospice home care situation in the region, this research will study the problems and issues the implementation of home hospice care is faced with in order to provide data for the future establishment of the system.

IV The subjects and method of the survey

The subjects of the survey were 772 general practitioners who were registered with the Medical Association of Shiga Prefecture as of June 2002. The purpose and contents of the questionnaire were first explained to the chairmen of nine local medical associations and also at each respective board of directors meeting to obtain their assistance in the survey, and then with their consent, practitioners from the each association were notified of the upcoming survey.

The survey was carried out from July to August of 2003. The questionnaire was mailed to each practitioner and they were requested to mail it back after having kept it for two weeks.

The contents of the questionnaire covered the background of each facility such as the numbers of years of practice, beds, and staff, an occupational category, the name of medical association he/she belongs to, whether there is an adjoining facility to conduct visiting nursing service in his practice. It also asked whether or not they are interested in hospice home care and how much they understand the service. In the case of a practitioner who has conducted hospice home care service, the motivation, the number of patients, specific medical services, other services, and obstacles were also asked. In the case of a practitioner who has never carried out the service, the reasons were he/she was asked to tick applicable reasons in the questionnaire and also describe details in his/her own words. In addition, free description of opinions were sought regarding the necessary requirements and the important factors to conduct the service, the organizations they think should play a central role in implementation and expansion, and the reason for the difficulty in actual implementation in Shiga Prefecture, as well as any other suggestions.

V Ethical considerations

In carrying out the survey, the following points were clarified in writing: The information gathered would only be used for this research and would not be used for any other purposes. The data was anonymous and handled by number. No answer for the questionnaire should be forcibly made. No disad-

vantage would be caused due to the survey.

VI The results of the survey.

Of the 772 practitioners 297 or 38.5% responded. The percentages of the 9 medical areas were: 37.7% from Otsu-City, 32.8% from Kusatsu-Ritto area, 35.8% from Moriyama City-Yasu County, 38.2% from Koga-County, 45.5% from Omihachiman City-Gamou County, 50.0% from Yokaichi-City, 52.4% from Hikone, 38.1% from Kohoku-area, and 37.9% from Takashima-County. These figures show, we were able to receive almost the same number of respondents around the entire Shiga Prefecture. Among them, 294 answers were taken as valid with the exclusions of three doctors whose affiliation to local medical associations were unclear (the percentage of valid answers was 38.1%).

1. Background of facilities

1) When they started hospice care

Of the respondents, 108 facilities, which comprises the largest part, were set up from 1990-99 (36.7%), followed by 60 facilities which were established from 1980-89 (20.4%), and then 52 facilities which were opened before 1969 (17.7%) (Table1).

However, the ratio of the establishment before 1969 is shown to be higher by some medical associations: 35.5% in Kohoku medical association (ranked the first in the Kohoku region), 25% in Koga County medical association, 34.1% in Hikone medical association, 27.3% in Takashima-County medical association (ranked the second in each respective region).

2) The type of the job and number of the staff in the facilities

The record shows the total number of 284 full-time and 53 part-time doctors with some exception of no number of doctors mentioned. On average, the number of doctors was one full time and 0.2 part time per facility. The number of nurses was 146 full time, 104 part-time, 87 full-time practical nurses, and 53 part-time practical in total. On average 0.5 full-time and 0.4 part-time nurses, and 0.3 full-time and 0.2 part time practical nurses work per facility. As additional staff, physical therapists, occupational

Table 1 The opening year

		A number of samples	Before 1969	1970-79	1980-89	1990-99	2000 onwards	N. A.
The total		294	52 (17.7%)	29 (9.9%)	60 (20.4%)	108 (36.7%)	33 (11.2%)	12 (4.1%)
The Area of each medical association a doctor is registered with	Otsu-City	88	12 (13.6%)	7 (8.0%)	25 (28.4%)	31 (35.2%)	10 (11.4%)	3 (3.4%)
	Kusatsu/Ritto	35	1 (2.9%)	3 (8.6%)	5 (14.3%)	21 (60.0%)	5 (14.3%)	0 (0.0%)
	Moriyama City/Yasu County	24	1 (4.2%)	2 (8.3%)	3 (12.5%)	13 (54.2%)	5 (20.8%)	0 (0.0%)
	Koga-County	20	5 (25.0%)	3 (15.0%)	2 (10.0%)	6 (30.0%)	4 (20.0%)	0 (0.0%)
	Ohmihachiman City/Gamo County	23	2 (8.7%)	4 (17.4%)	10 (43.5%)	6 (26.1%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)
	Yokaichi-City	15	2 (13.3%)	1 (6.7%)	4 (26.7%)	6 (40.0%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)
	Hikone	44	15 (34.1%)	6 (13.6%)	7 (15.9%)	11 (25.0%)	2 (4.5%)	3 (6.8%)
	Kohoku	31	11 (35.5%)	3 (9.7%)	3 (9.7%)	7 (22.6%)	3 (9.7%)	4 (12.9%)
	Takashima-County	11	3 (27.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (54.5%)	2 (18.2%)	0 (0.0%)

therapists and social workers were cited to be working for some facilities, and volunteer workers were marginally accepted.

3) The number of hospice care facility that provides home care service.

Thirty-seven facilities had a related facility that provides hospice home care (12.6%) whereas 243 facilities did not have it (82.6%) (Figure 1). Among

them, in the Kohoku region (n=31), 9 facilities (29.0%) carried out hospice home care.

2. Recognition and understanding towards hospice home care

For the question as to whether or not they have ever heard of "Hospice home care", 247 doctors answered Yes(84.0%), and 46 doctors No(15.7%) (Figure 2).

On the other hand, the recognition of the existing

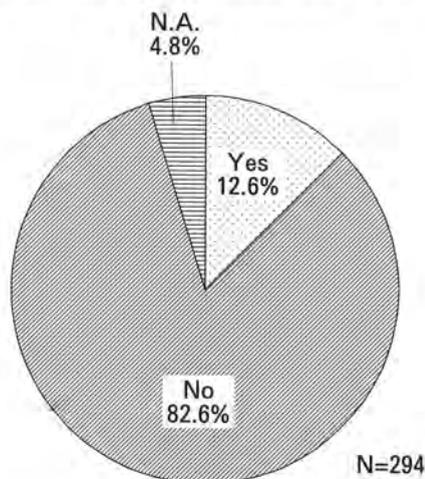


figure1
Hospice related facilities providing home care service

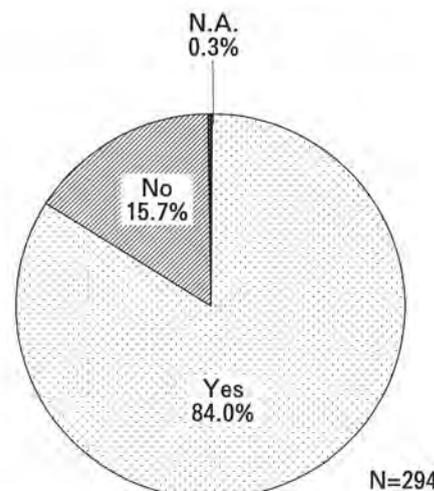


figure2
Recognition towards hospice home care

Table2 Recognition to hospice home care

		A number of samples	Have you ever heard about hospice home care ?			
			YES	NO	N.A.	
The total		294	247 (84.0%)	46 (15.7%)	1 (0.3%)	
The opening year	Before 1969	52	48 (92.3%)	3 (5.8%)	1 (1.9%)	
	1970-79	29	26 (89.7%)	3 (10.3%)	0 (0.0%)	
	1980-89	60	46 (76.7%)	14 (23.3%)	0 (0.0%)	
	1990-89	108	89 (82.4%)	19 (17.6%)	0 (0.0%)	
	2000 onwards	33	26 (78.8%)	7 (21.2%)	0 (0.0%)	
An area of medical associations a doctor is registered with	Otsu-City	88	72 (81.8%)	16 (18.2%)	0 (0.0%)	
	Kusatsu/Ritto	35	29 (82.9%)	6 (17.1%)	0 (0.0%)	
	Moriyama City/Yasu County	24	21 (87.5%)	3 (12.5%)	0 (0.0%)	
	Koga-County	20	15 (75.0%)	5 (25.0%)	0 (0.0%)	
	Ohmihachiman City/Gamo County	23	21 (91.3%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	
	Yokaichi-City	15	13 (86.7%)	2 (13.3%)	0 (0.0%)	
	Hikone	44	39 (88.6%)	4 (9.1%)	1 (2.3%)	
	Kohoku	31	27 (87.1%)	4 (12.9%)	0 (0.0%)	
Takashima-County	11	9 (81.8%)	2 (18.2%)	0 (0.0%)		

The name of towns, cities and counties are taken from a list of medical association in Shiga prefecture . In June, 2002 (The name of county and cities was changed in 2003, so how can I explain it?)

facility varies by the year of their commencing of the service. 92.3% doctors answered "yes" when their service started before 1969, and the recognition level is slightly lower among doctors whose facilities started the service after 2000 and 78.8% doctors answered "yes."

The rate of recognition by each medical association base showed that in Ohmihachiman City-Gamo County, 91.3% doctors knew of the service, and on the contrary, in Koga-County, only 75.0% doctors knew the service (Table 2).

3. Interests towards home hospice care

Of the respondents, 136 doctors showed their interest in the service (46.2%), and 47 doctors did not show any interest in the service (16.0%). Then, 109 doctors were unclear about their position of interest in the service (Figure 3). When combining the doctors who showed no interests with doctors who were not sure, about the half of the doctors (53.1%) showed no interest in the service. Compared with other medical associations, those doctors who belong to the medical

associations which are located in the area where public hospitals are offering hospice and palliative care in their adjoining units, showed less interest in

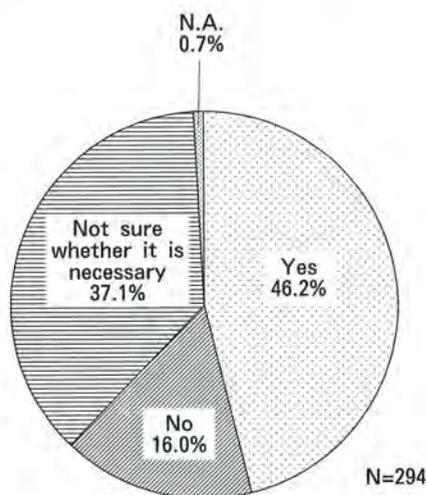


figure3 Interest in hospice home car

Table 3 Interest in hospice home care

		A number of samples	Are you ever interested in hospice home care?					
			YES		NO		Not sure whether being interested or not	N.A.
The total		294	136 (46.2%)	47 (16.0%)	109 (37.1%)	2 (0.7%)		
An area of medical associations a doctor is registered with	Otsu-City	88	37 (42.0%)	11 (12.5%)	39 (44.3%)	1 (1.1%)		
	Kusatsu/Ritto	35	11 (31.4%)	12 (34.3%)	12 (34.3%)	0 (0.0%)		
	Moriyama City/Yasu County	24	9 (37.5%)	4 (16.7%)	11 (45.8%)	0 (0.0%)		
	Koga-County	20	7 (35.0%)	5 (25.0%)	8 (40.0%)	0 (0.0%)		
	OhmihachimanCity/Gamo County	23	12 (52.2%)	4 (17.4%)	7 (30.4%)	0 (0.0%)		
	Yokaichi-City	15	14 (93.3%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	Hikone	44	22 (50.0%)	5 (11.4%)	17 (38.6%)	0 (0.0%)		
	Kohoku	31	18 (58.1%)	2 (6.5%)	11 (35.5%)	0 (0.0%)		
	Takashima-County	11	5 (45.5%)	2 (18.2%)	3 (27.3%)	1 (9.1%)		

hospice home care as follows: Hikone (50.0%), Moriyama City-Yasu County (37.5%), Otsu-City (42.0%) (Table 3).

4. Reality of hospice home care

Seventy-five doctors provide hospice home care (25.5%), and 219 doctors have never done so (74.5%); therefore, only one quarter of the total number of doctors cater to the service (Figure 4).

Among the doctors who provide hospice home care, 63 doctors specialize mainly in internal department (84.0%), and only 12 doctors specialize other department (16.0%), such as 4 doctors surgery, 4 doctors pediatrics, 1 orthopedics, 1 anesthesiology, and 2 are unknown.

Based on the data above the actual

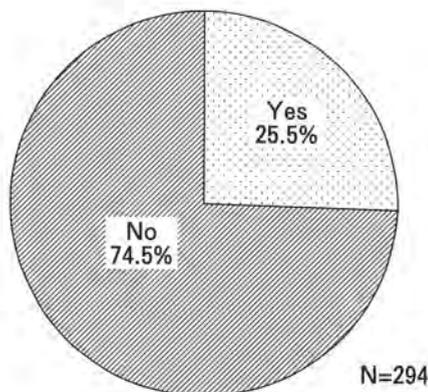


figure4
Practice of hospice home care

implementation of hospice home care and the degree of interest in hospice home care were compared using χ^2 test, showing a significance difference at $p < 0.01$. Analyzing the data by the year of establishment, it was found that only 12.1% facilities provide hospice home care among those who commenced the service after 2000. The reasons, which were listed in the form of free description can be summarized as "Under the present circumstances, the structure of the service has yet to be prepared." In the Kusatsu-Ritto region, its low ratio of provision (11.4%) can be explained by

Table 4 Practice of hospice home care

		A number of samples	Never practiced before ?	
			YES	Never Practiced before
The total		294	75 (25.5%)	219 (74.5%)
The opening year	Before 1969	52	14 (26.9%)	38 (73.1%)
	1970-79	29	7 (24.1%)	22 (75.9%)
	1980-89	60	10 (16.7%)	50 (83.3%)
	1990-99	108	34 (31.5%)	74 (68.5%)
	2000 onwards	33	4 (12.1%)	29 (87.9%)
An area of medical associations a doctor is registered with	Otsu-City	88	24 (27.3%)	64 (72.7%)
	Kusatsu/Ritto	35	4 (11.4%)	31 (88.6%)
	Moriyama City/Yasu County	24	5 (20.8%)	19 (79.2%)
	Koga-County	20	5 (25.0%)	15 (75.0%)
	OhmihachimanCity/Gamo County	23	6 (26.1%)	17 (73.9%)
	Yokaichi-City	15	4 (26.7%)	11 (73.3%)
	Hikone	44	9 (20.5%)	35 (79.5%)
	Kohoku	31	15 (48.4%)	16 (51.6%)
	Takashima-County	11	3 (27.3%)	8 (72.7%)

the following: relatively new service commencing years; 60% between 1990 and 99, and 14.3% after year 2000, and the population increase with a low ratio of aging population 11-13% (Table 4). On the contrary, in the facilities that belong to Kohoku medical association, 48.4% of facilities provide hospice home care; the reasons are cited as follows: The lack of main hospitals put them in a position not to be able to decline the requests. Home hospice care is positioned within the scope of their home medical care.

1) About the facilities providing hospice home care (n=75)

(1) Achievement in the past one year

In the past one year, 11 facilities provided hospice home care for more than five terminal cancer patients (14.7%: one facility provided the service for 13 patients). Three facilities provided the service for four terminal cancer patients (4.0%), seven facilities for 3 patients (9.3%), and each 15 facilities respectively for two and for one patients (20.0%). Twenty-one facilities provided for none (28.0%) and the answers from the rest three facilities were not available. On average 1.9 terminal cancer patients per one facility were provided with hospice home care. On the other hand, except for cancer patients, 11 facilities provided hospice home care service for more than five other terminally ill patients (14.7%: One facility provided service for fourteen patients, and another for 20 patients). Four facilities provided the service for four patients (5.3%), 6 facilities for 3 patients (8.0%), 11

facilities for 2 patients (14.7%), 17 facilities for none and 4 facilities with no answer. On average one facility provided the service for 2.3 terminally ill patients.

The numbers of medical staff who had experience in providing hospice care were as follows: zero in 22 facilities (29.3%), one in 19 facilities (25.4%), two in 10 facilities (13.4%) and three or more in 13 facilities (17.2%). Among them was one facility where 10 staff members had such experience. No data were obtained from eleven facilities. On average, merely 1.3 medical staff per facility had the experience.

(2) The reason why they started hospice home care

The result of plural answer survey shows 63 started because of requests from a patient's family (84.0%), and 38 from a hospital (50.7%), and 26 from a patient himself (34.7%), and there were only a few requests from practitioners or local administration such as the social welfare office (Figure 5).

(3) Concrete contents of the service

The result of plural answer survey shows that many of services provided were medical treatment. The house call ranked the first with 73 (97.3%), followed by intravenous transfusion with 56 (74.4%). Forty-nine said it is mainly palliative pain control (65.3%), and 48 answered emergency treatment (64.0%). Others are; 33 provide pressure ulcer's treatment (44.0%), 27 cater to home oxygen therapy (36.0%), 22 provide tube feeding (29.3%), and only 11 people provided nursing care such as sanitation and cleaning body (14.7%) (Figure 6).

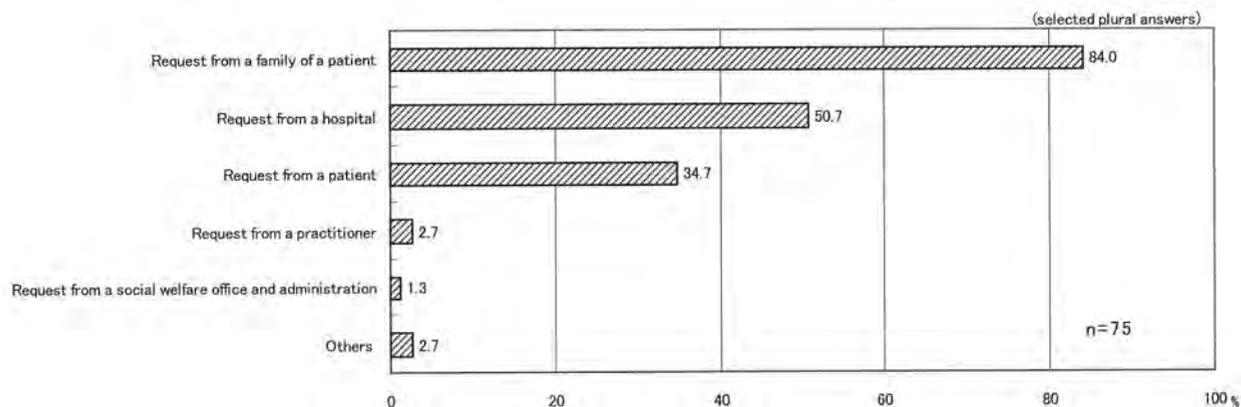


figure5 The reason for starting hospice home care

(4) Strategy and structure in providing hospice home care

From the result of plural answers, 66 answered that they made themselves reachable anytime for the patients' needs (88.0%), 61 travel out to a patient's home even on holiday or during night when requested (81.3%), 25 had 24 hours around-the-clock system (33.3%) (Figure 7).

(5) Hardships in order to provide hospice home care service

The participants of the survey were asked to choose two suitable answers. Thirty-five of them point out physical exhaustion (46.7%), 35 of them answers that they cannot set up 24 hours service. Both of them ranked the first, followed by 28 who claimed psychological pain (37.3%), and then 16 complained a shortage of the team and the staff (21.3%), 13 cited the lack of mutual understanding between the team of medical staff, and a patient and the family (17.3%), and 12 the lack of mutual understanding between a patient and the family (16.0%). Other opinions are; 5 of them found it difficult to look for emergency hospital when necessary (6.7%), 4 of them said a patient's family is not attentive and does not give any assistance (5.3%) (Figure 8).

(6) Essential condition in order to provide hospice home care

In providing hospice home care, the participants were

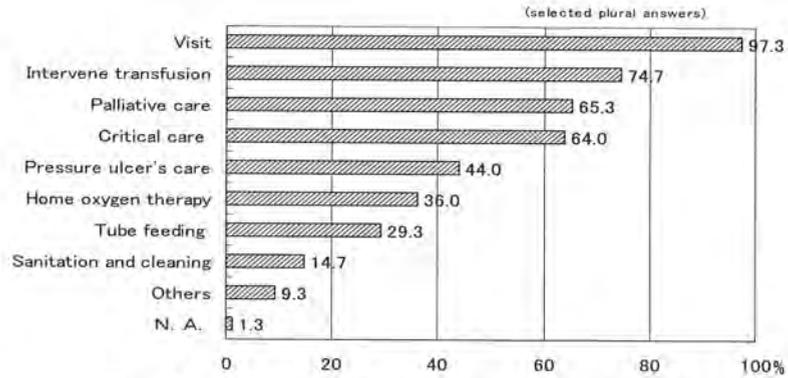


figure6 Concrete contents of hospice home care service

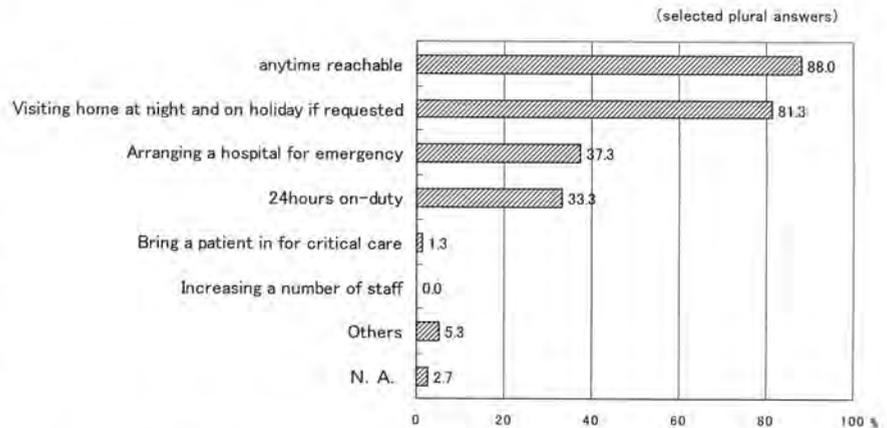


figure7 Treatment when providing hospice home care

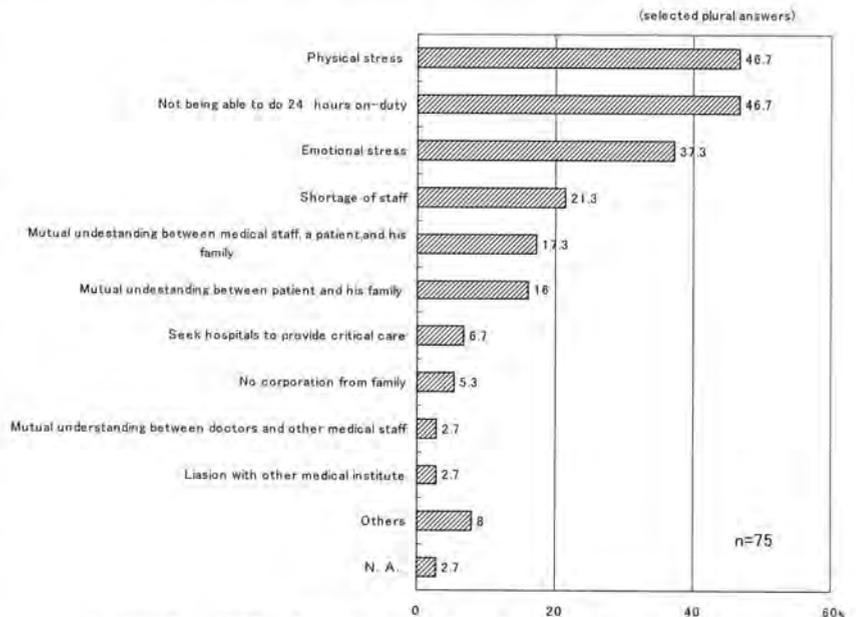


figure8 Difficulties in providing hospice home care

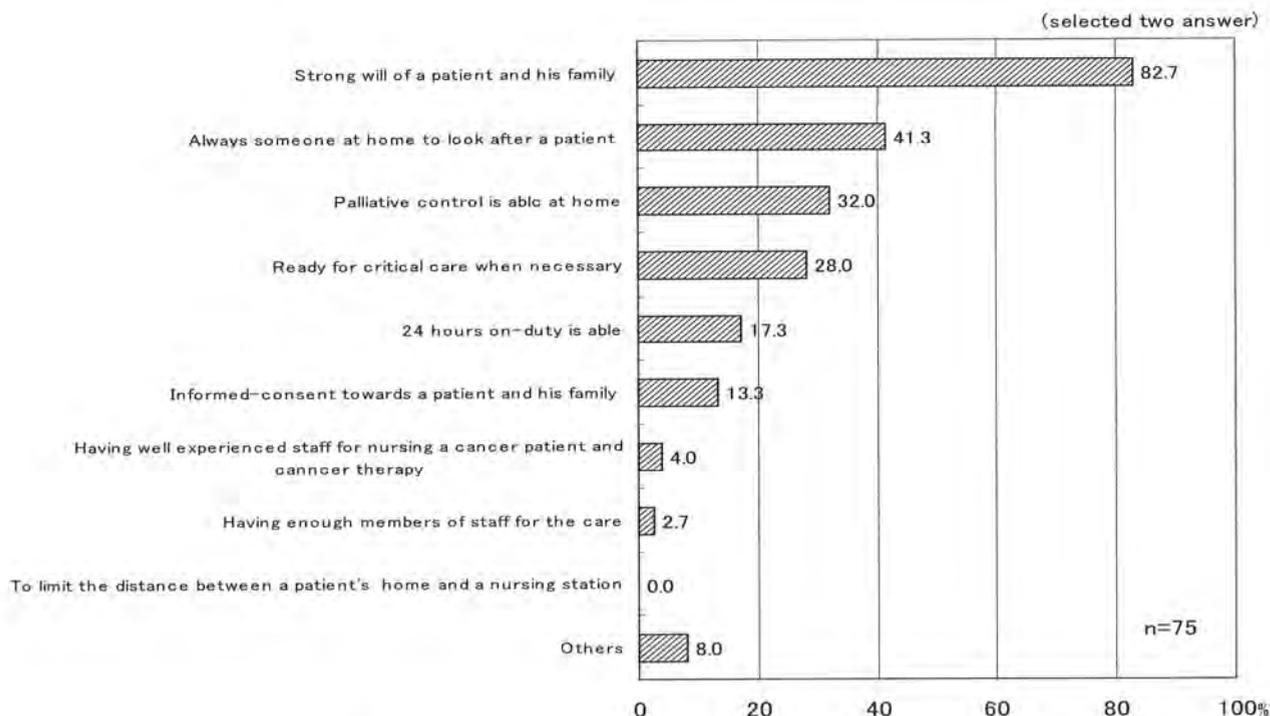


figure9 Essential condition to provide hospice home care

asked to choose two suitable answers. Sixty-two of them chose the answer that a patient and his family must have a strong will to spend the rest of life and to die at home (82.7%). Thirty-one of them chose a condition that someone always has to look after a patient at home (41.3%), 24 of them point out that palliative control can be actualized at home (32.0%). In the survey, 10 of the respondents (13.3%) considered that informed consent should be obtained, 3(4.0%) considered that medical staff are required to have experience in treating and nursing cancer patients, indicating that these factors are not essential (Figure 9).

2) Facilities that do not provide hospice home care service (n=219)

(1) The reason they do not provide hospice home care

Of the 219 respondents, 106 participants of the survey answered that no one has requested the service (48.4%), 102 of them considered that it is difficult to provide the service due to shortage of staff and burden the team of the medical staff have to shoulder

(46.6%), 27 answered there was no request from hospitals (12.3%) and 20 of them pointed out that they do not have expert nurses who have provided home care service towards cancer patients (9.1%) (Figure 10).

Six participants answered that they are unable to embark on it, as they have just established the unit (2.7%), and most of them are located in the facilities in Moriyama City-Yasu County area with 5 facilities opened after 2000. Another one established between 1990-99. Other 50 participants (22.8%) gave the reason as follows; 23 of them are not specialized in hospice and palliative care (46.0%), 5 of them are too old to provide the service (10.0%), 6 of them cited systematical impediments such as the lack of medical license to handle narcotics (12.0%). Three of them said that they had provided the service, but never thought that it was hospice home care, they just had done what they could do (6.0%).

(2) Needs to provide hospice home care

To the question that whether hospice home care is necessary in the future, 116 of them are positive (53.0%), 27 of them are negative (12.3%) and 73 of them

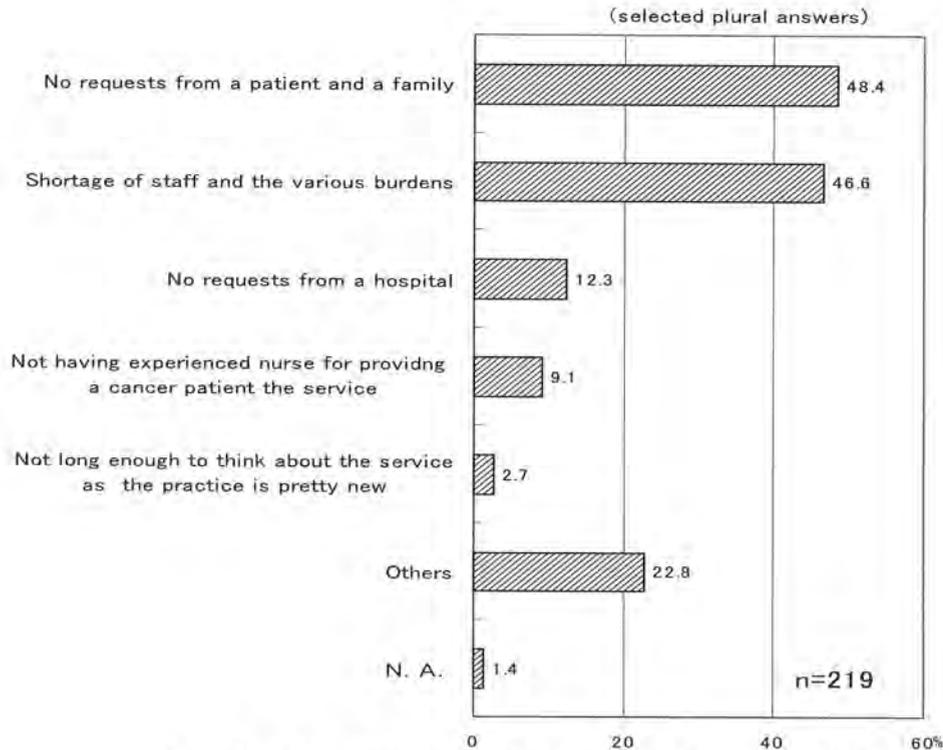


figure10 The reasons of not carrying out hospice home care

are not sure (33.3%) (Figure 11).

Among 27 participants who consider the service not necessary, 17 of them said that they are not specialized in the hospice and palliative care as a doctor and they do not have a patient willing to receive the service (63.0%), 3 of them consider that it will be only established with understanding and strong will of a patient and his family (11.1%), and then, 2 of them are too old to provide the service (7.4%).

5. Preparation to carry out hospice home care (N=294)

To the question, what kind of preparation has to be done to provide hospice home care. The respondents were allowed to choose two of the answers. Of the 294 respondents, 158 people pointed out that it is important to set up a close linkage among doctors such as hospitals, practitioners, local medical association (53.7%), 139 of them considered social welfare should be more improved so that the physical and financial burden of home care would be reduced (47.3%), 83 of them considered that through increasing the number of hospice units, and the units should also be a driving force to provide hospice home care

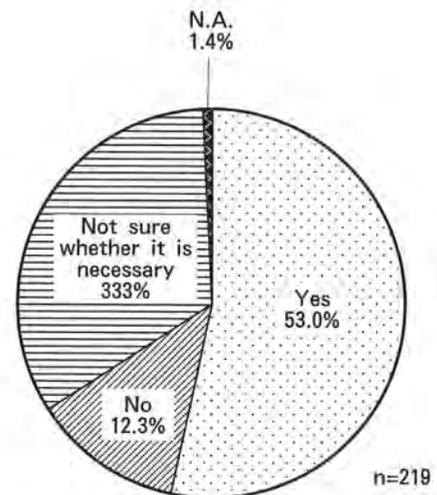


figure11 Whether hospice home care is necessary

(28.2%), 71 of them considered that the number and the quality of a home care station should be increased (24.1%), 35 of them believed that promoting informed consent and inspiring patient's mind are the top priority (11.9%) and 34 of them thought that it is

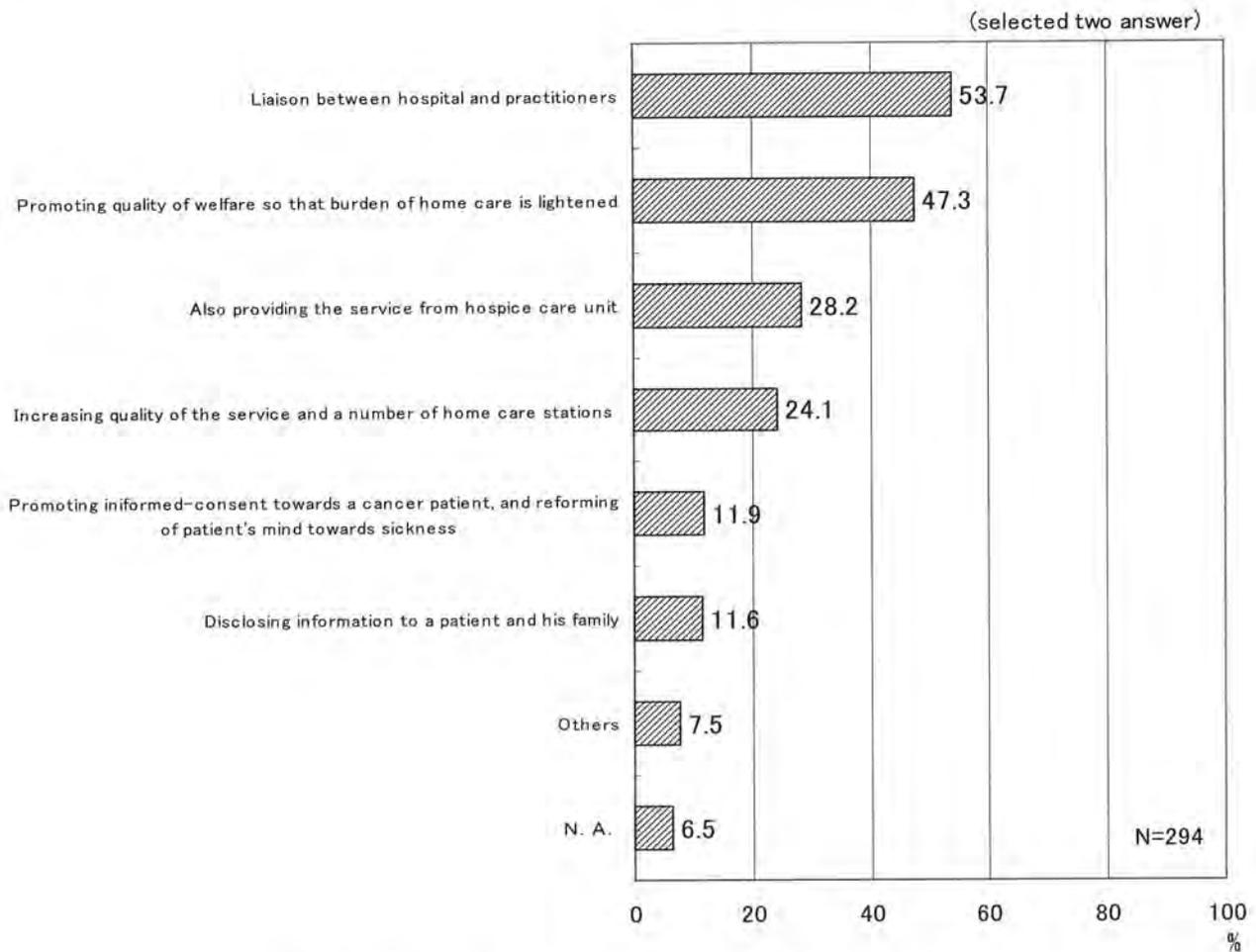


figure12 Necessary condition in carrying out hospice home care

necessary to provide the necessary information for a patient and his family (11.6%) (Figure 12).

Of the 75 doctors who have already provided hospice home care, 48 doctors suggested that social welfare should be improved (64.0%); 31 of them regarded the linkage among hospital, practitioners and local medical association as a very important factor (41.3%); and 18 doctors cited that the number and quality of home care stations have to be increased (24.0%).

There was a significant difference between the opinions of doctors who carry out hospice home care and those of are doctors who do not ($p < 0.01$). Other 22 doctors considered that it is necessary to reform medical insurance systems, to improve regulations, and to secure financial resources (7.5%).

6. What should be prioritized when providing hospice home care? (N=294)

Two answers were asked to choose. The majority of the result are as follows; 219 doctors considered it is palliative care to ease a patient's discomfort and severe pain (74.5%), 174 of them believed that it is companionship and support for a terminally ill patient in realizing his own way of death (59.2%) and 133 of them considered that it is to provide a dying patient and his family with the convincing medical therapy and the nursing (45.2%). On the contrary, there are only two doctors who considered it as aggressive therapy and medical treatment (0.7%) and the only one doctor think it is a medical therapy to aim at prolonging life (0.3%) (Figure 13). Other opinions are to respect what a patient and his family's

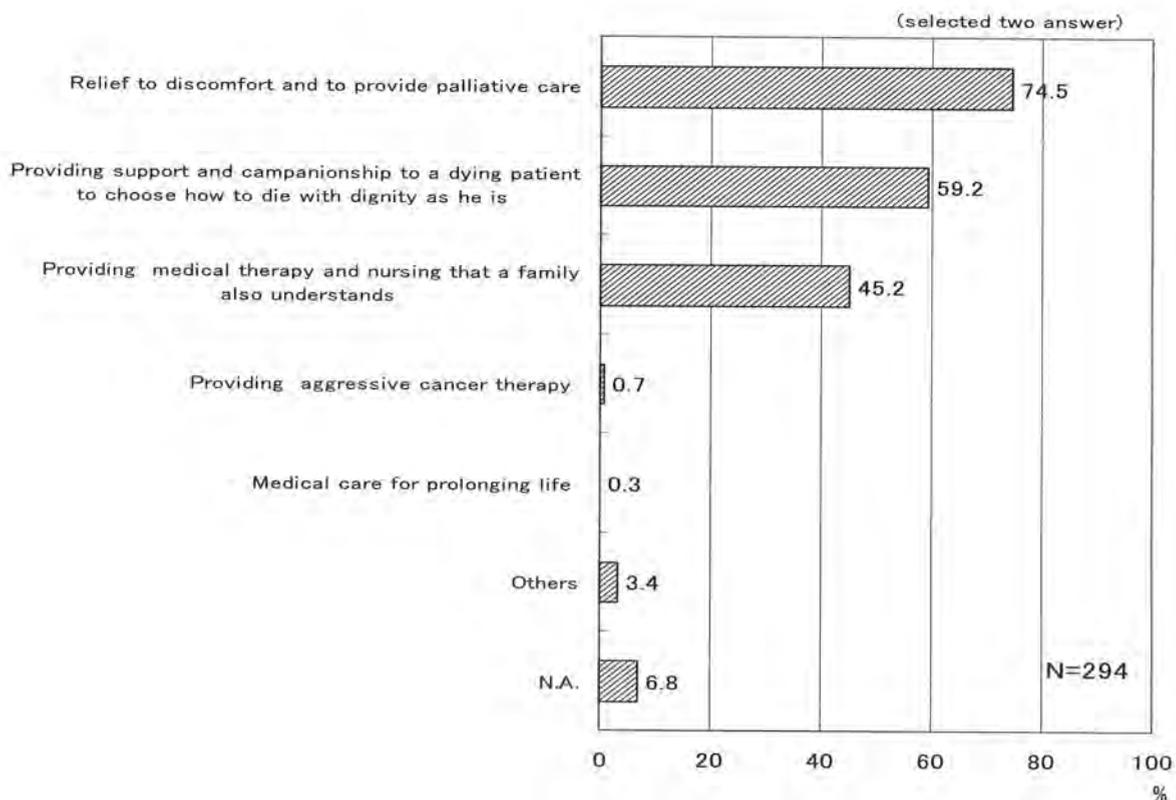


figure13 What should be accounted the most in providing hospice home care?

want and their will.

7. Where the center of hospice home care should be? (N=294)

Of the 294 respondents, 102 doctors consider it would be a hospital, adjoining hospice and palliative care units, and department of home care service within a hospital (34.7%), 69 of them consider that it would be better not to choose where the central organization is (23.5%), 46 of them think it is practitioners (15.6%), 41 of them think it is a home nursing care station (13.9%), and 28 of them regard a hospital as the center (9.5%) (Figure 14). However, 34.7% of doctors who have already carried out hospice home care; believe that it is better not to decide where the center is, and 30.7% of them think it is a practitioner. Eighty-nine doctors, who do not provide the service, regard a hospital and the adjoining palliative care unit and home care station as

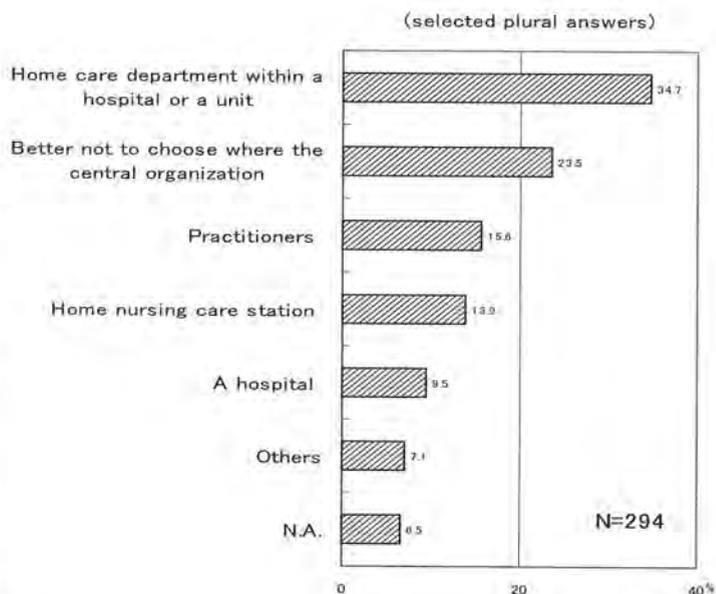


figure14 Where should be the center of providing hospice home care?

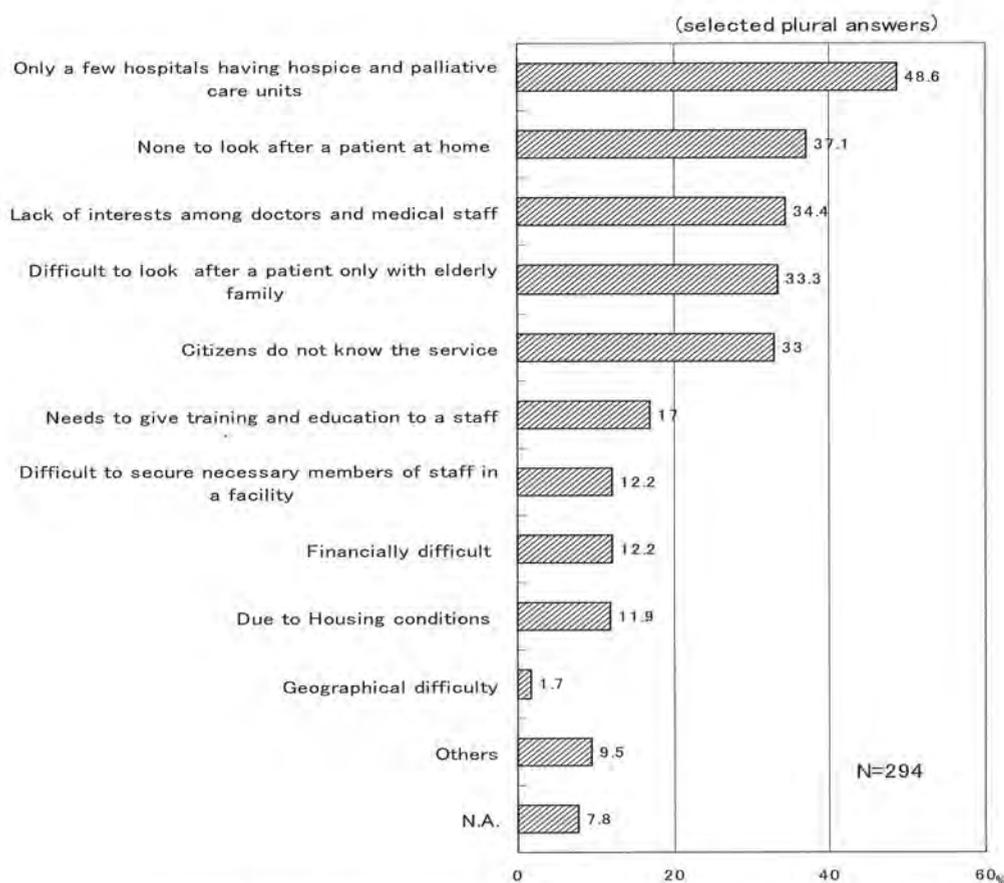


figure15 Difficult reasons in practicing home care in Shiga prefecture

the center(40.6%), 43 of them consider it is better not to determine where the center is (19.6%), 31 of them think it is home care station(14.2%), 23 of them think it is a practitioner (10.5%). There was a significant difference between the two groups ($p<0.01$).

8. Difficulty in providing hospice home care in Shiga Prefecture

The respondents were asked to select all that apply and the results are as follows (Figure 15) : Of all the respondents,

1. 143 answered that there are a few hospitals having hospice and palliative care unit (48.6%).
2. 109 answered that in terms of nursing, a patient does not have a family to look after him all the time (37.1%).
98 answered that there are many families in Shiga Prefecture whose members are only elderly so that they cannot look after a patient at home (33.3%).

3. 101 answered that many medical specialists are not interested in the service in Shiga (34.4%), but also 97 says that citizens of Shiga do not know what the service is, either (33.0%).

4. 50 indicated that education and training of the medical staff is necessary (17.0%), 36 answered that it is difficult to secure the number of the staff (12.2%).

5. 35 indicated that living condition of the patient makes it difficult (11.9%). 36 pointed out financial difficulty (12.2%), and 5 pointed out geographic difficulty (1.7%).

Twenty-eight of them wrote down their opinions; including no financial advantages; the needs of expanding a range of work by nurses through relaxing regulations; reduction in the governmental budget for medical insurances, medicine and welfare; and lack of knowledge and information about a patient and his family. Some people still

find the service disreputable in the local community.

9. Practitioner's thoughts towards hospice home care.

Of the 294 respondents, 157 (53.4%) found it difficult to provide home hospice care for the following reasons (in the order of numbers of respondent):

1. Physically and emotionally impossible
2. It is necessary for a patient and his family to keep strong will and to understand and cooperate each other with the team of medical staff.
3. It is necessary to have a close contact with other medical facilities.
4. It is difficult to deal with a patient well enough.
5. It is necessary to have mutual trust and respect between the team of doctors and a patient and his family.
6. A patient and his family prefer to be in a hospital.
7. Not specialized in hospice and palliative care.
8. Doctor should change and improve their consciousness towards medical therapy.
9. It is impossible under the current medical system.
10. The family has to shoulder a big burden to look after the patient.

VII Consideration

In Japan, cancer (malignant organism) treatment has been advancing day by day with the invention of new drugs and developments of medical technologies. Because of this progress, the survival rate has been dramatically increased. On the other hand, People have gotten more interested in the idea of hospice care, which evaluates QOL (Quality of Life), rather than aggressive treatment aimed only at prolonging the patient's life.

As a result, 140 hospices and in-patient palliative care units have been established in Japan since April 2005⁴¹, and it is considered that the number will grow steadily.

With the increase of in-patient palliative care units, it is reported that from a terminal cancer patient's point of view, his own home is a more suitable place to live the rest of their life than spending time in a hospital unit⁵⁷⁻⁶¹. In fact, for the surveys asking where they would prefer to stay and die, a lot of answers are something like "would like to spend the rest of my life at home," or "would like to die at home"⁷⁰⁻¹⁴⁰.

Nevertheless, despite the increasing number of hospice home care reports, the reality is that large number of terminal cancer patients still die in the institution — mainly in a hospital¹⁵. The patients who were able to die at a hospice/palliative care units amounted to only 4% of the total death rate¹⁰, and the number of those who can die at home is still minimal. There are cases where a patient and the family wished to be cared for at home but ended up dying in an institution because of the missed chance.

This survey result indicates that obstacles in carrying out hospice home care within Shiga Prefecture are as follows:

In the region the number of hospitals that have adjoining in-patient hospice and palliative care units is limited. There are only a few mainstay hospitals which can accept patients immediately for the case of emergency and for the treatment that suits the disease advancement. It is also necessary to set up an educational organization that can teach and train medical workers to implement hospice home care and an organization that can play a central role in providing the service for those who need it.

To conduct hospice home care service, the following three absolute conditions will be required of a patient and his family¹⁷⁾:

1. A terminally ill patient's strong will (to stay and die at home).
2. Their family's strong will.
3. Their family's capability to take care of the patient consistently until the end.

The results of this survey also indicates that the above three conditions are considered necessary for the doctors to carry out the service since 82.7% of the respondents believe that a terminally ill patient and their family have to have a very strong will, 41.3% of general practitioners point out that someone must be at home to nurse a patient all the time, and 32.0% of them regard palliative control at home as an essential factor to conduct hospice home care service. Other opinions are that all medical staff who provide hospice home care must have the energy and passion necessary to provide a dying patient with emotional support and consideration as well as make an effort to meet the patients' requests and needs. Or the staff has to make a dying patient and his family understand well about the fact that there is a limit of what hospice home care can do. A patient's home has to be

fully equipped in such a manner that he is able to receive intervenes transfusions of home intravenous hyperalimentation (IVH) and continuous morphine injections. Therefore, as pointed out as above, to carry out hospice home care service, it is required to meet various conditions as well as to have a much higher level of medical treatment.

On the other hand, concrete medical acts performed in hospice home care are intravenous transfusion, pain control and the treatment in case of emergency situation, in addition to a regular house call. Especially, regarding to the intervenes transfusion, a medical staff dedicated to the service is under great pressure. They are kept long hours at the patient's home, coordination and scheduling with visiting nurses, physical distance (7km is too far) to get to a patient's home, and technical anxiety of providing IVH.

Japanese medical laws regulate who can medical treatments such as injections, and manage and prescribe pain control agents, including narcotics. At present, a nurse is allowed to give a patient injection or intervenes transfusion only with medical doctor's direction. However it is prohibited for a nurse to conduct them by her own judgment depending on a patient's condition. In Europe and the U.S., the role of the nurse (who has a Master's Degree), who provides hospice care has been expanded in the regulation so that she is able to provide a patient medical treatment without having a medical doctors' direction¹⁰⁾. I believe that it is time for Japan to discuss providing nurses with special training and education to bring them up to be experts and legally expanding hospice home care.

The result of this survey also indicates that private practitioners started hospice home care service, as a family of a dying patient prefers the service more than the patient himself, and it shows that the issue is linked with the issue of whom to be notified of the name of the illness. On one hand, a terminally ill patient is able to live life fully when he has hospice home care, it also requires the independence on the part of the patient and his family. Therefore, prior to the survey, it was assumed that it would be essential for a doctor to inform a patient of the name of the illness; namely, cancer and the condition. However, looking at the result, only 13.3% of doctors answered that informed consent is essential to provide hospice

home care. Many doctors consider it is possible for them to provide hospice home care service for a dying patient and his family when he is elderly. Yet, a reform of the nation's medical measurements is another factor that hospice home care has been started, as local hospitals and home doctors become connected with each other much closer, and a patient stays less at a hospital than before for the sake of reform.

219 doctors (74.5%), who have not provided hospice home care, cited the reasons as follows: No request from a patient, their family and a local hospital yet. Shortage of medical staff, and financial burden; no experience with the service; the medical department they specify is different; the doctor is too old. Without knowing the concept of the service, the practitioner has already taken it for granted to provide patients with the service. It has not been long enough since a doctor started his practice so that the system has not been ready to cope with hospice home care. He has never heard of the service. It is impossible to cope with it under the current system. The service should be provided with special institutions/facilities. On the other hand, 116 doctors (53.0%) consider it necessary to carry out hospice home care. There are 27 doctors (12.3%), who do not consider it necessary to provide hospice home care, but the reason they are not keen on the service is that they are not an expert on hospice care. They do not have a patient who hopes to receive the service. It only depends on strong will and understanding of a patient and their family, The doctors themselves are so old that they are not able to provide the service. From the answers, it is assumed that practitioners generally hope to provide hospice home care service if both terminally patients and his family are keen.

The survey result also revealed that there are many problems and obstacles for a single practitioner or facility to carry out hospice home service independently. It is thought that hospice home care service should be carried out with the further promotion of linking among doctors working at hospitals, private practitioners, and local medical associations. For example the introduction so-called Open System with the increase of beds at in-patient hospice/palliative care units and house calls of medical workers including nurse from the station which is based at

those facilities to provide medical care for patients staying at home could lead to a smooth transfer to hospice home care. It is also important to inspire local people and to secure the number of experts through specialist education and training.

I have done another survey towards practitioner and home-visiting nurses in Wakayama Prefecture in 2000¹⁹⁾20)21). The background of the prefecture is similar with Shiga Prefecture. In Wakayama, the rate of aging population in the area was 20.0% at that time. The main industry of the local area was agriculture (orchards), fishery, forestry, and there are some depopulated towns and villages.

From the result of the survey answered by 238 practitioners in Wakayama (53.0% answered), 97 practitioners (41.0%) provided hospice home care, and 141 practitioners (56.0%) did not provide the service. Although the result is similar to that of Shiga as a whole, the number of practitioners who provide hospice home care was 1.6 times more than that of Shiga Prefecture.

The problems that Wakayama Prefecture had were as follows:

1. Lack of knowledge towards the service among patients, their family and medical staff.
2. Weak links among local residents, local areas, and medical staff.
3. There is no core institution for the service (in 2001, a palliative care unit was established in Wakayama Prefecture Hospital).
4. There is no member of the family to nurse the patient at home.
5. Lack of training and study programs for the service.

I have considered that I will not be able to get a definite answer until I get a result of a survey in an urban area. However, it is true that the two prefectures face similar problems. Those problems are still left unsolved. So I believe that unless the core problems are not solved, the practice of hospice home care service will be in a difficult situation. At a present, there are the only three hospitals that have a palliative care unit: Shiga Medical Center for Adults, Hikone Municipal Hospital, and Otsu Municipal Hospital. I believe that if at least one palliative care unit exists in each medical territory in the prefecture, the system employed by Otsu City²²⁾ which enables the linking of a hospital and a practice can be set up in

other areas, and into its framework institutions and organizations related to home hospice care can be integrated.

In Shiga Prefecture, 30.5% of people die of cancer and it is ranked the first as the cause of death. Yet there are 30 towns and villages where the rate of the aging population is higher than 20%²¹⁾. Therefore, it is predicted that the region has a basis of increase in the number of people who would need hospice home care service, and I hope that the local government as a whole will engage in establishing hospice home care service soon.

VIII Conclusion

A condition to carry out hospice home care is as follows:

1. To set up a hospital providing emergency service and according linking between a practitioner and hospital.
2. To increase the number of hospice and palliative care units and hospitals in the prefecture.
3. To provide a special training and education of hospice home care for medical staff.
4. To facilitate a mutual understanding among medical staff and a patient and his family.
5. To inspire local people about hospice and palliative care, and to disclose and provide information about the service.

To practice hospice home care, it is necessary to discuss how main hospitals in the working areas or the prefecture and the local governments get involved in the program, and how concrete each medical organization can link up with each other since there is a limit for one practitioner to provide hospice home care service. On the other hand, it should be discussed whether or not a patient and their family really need hospice home care in consideration of the issues related to a preference on the part of a patient and his family towards a in-hospital treatment, nursing care caused by aging, and the psychological and educational status of patients and the family toward hospice home care.

Acknowledgment

I would like to thank the chairman of each medical association and the members of Shiga Prefecture for

their dedicated support and advice in conducting this survey. Special thanks to Professor Kimie Fujita for her enormous help and professional advice.

References

- 1) Makita H. (1990): A Study on regretfulness of the families who took care of the deceased elderly. *Social gerontology* 33, 48-55.
- 2) Annual Population Estimates, The first of October 2003, 18-19, Department of Policy and Planning (Statistical Standards of Shiga Municipal Government).
- 3) Understanding of cancer, AFLAC, Hospice Home Care Association, 2001. Hospice Home care Association Home Page, About hospice home care. <http://www.hoken-pal.co.jp/gan-nandem/zaitaku/zaitaku.htm>
- 4) National Cancer Center Homepage. The list of hospitals having a palliative Care Unit. <http://www.ncc.go.jp/jp/ncc-cis/pub/index/hospitalk.html>
- 5) Kawagoe A. (1991): Looking After a terminal cancer patient at home Introduction of Hospice Home Care. Medical Friend Publication.
- 6) Kawagoe A. (1992): Wish to die at home-a diary of a cancer patient and his family-, Hokendojinsha Corp.
- 7) Health and Welfare Statistics Association(1991): Trend in health and welfare (nursing care and medical therapy for elderly), 40, A statistics and research department in the Ministry Secretariat of Health and Welfare.
- 8) Kuroda T. (1991): A survey of awareness when looking after a terminally ill patient at home (what they thought when the last moment came), 21-24, Osaka Gas Group Welfare Foundation.
- 9) White Paper by Ministry of Health and Welfare (1995), Health and Welfare Statistics Association, 41.
- 10) Institute for Health Economics and Policy (1997): 1996 Japan Medical Planning, 207.
- 11) Survey of terminal care to citizens (1993): Summary of result of survey as to current situation of medical institutes in the Prefecture, Terminal Care 3 (3), 261, Sanwashoten Corp.12)
- 12) Hatano S. (1993): Choice over Where and How to die, *Public health* 57 (.9), 604-609, The Journal of Japanese Medicine
- 13) National Federation of Health Insurance Societies (1993): The report of research and study on expansion and improvement of hospice care, 92.
- 14) An opinion poll of cancer and honorable death. 25th of June, the Yomiuri Evening News, 1996, The Yomiuri Shinbun.
- 15) Statistics and Information Department in Health (2003): Vital Statistics of Japan in 2002, 226, Labour and Welfare Secretariat Office.
- 16) Tsuneto S. (2004): The present situation of hospice and palliative care units in Japan, White Paper of Hospice and palliative care in Japan 2004 Edition, 14, Japan Hospice Palliative Care
- 17) Hinohara S. (1995): Caring of life and death, Igakushoin Ltd, 9-87.
- 18) American Nurse's Association (1973): Standards of Nursing Practice, Kansas City, Mo : The Association.
- 19) Tsuji A. & Takemura S. (2000): The Annual report of study achievement 16 (1), 142-147, Sasakawa Study on hospice care Health Science Foundation.
- 20) Tsuji A. & Takemura S. (2001): Study on reality of hospice home care in Wakayama Prefecture. From a survey on Home-visiting nursing care station (the first report) 5, Abstract from the 14th Japan Nursing Research Committee in Kinki region /conference in Hokuriku, Chugoku, Shikoku regions.
- 21) Tsuji A. & Takemura S. (2001): Study on reality of hospice home care in Wakayama Prefecture. From a survey on Home-visiting nurse care stations and local practitioners (the second report), *Journal of Japanese Society of Nursing Research* 24(3),343.
- 22) Nishiyama J. (1997): The prospective support of local medical service in liaison with hospitals, medical association, generalpractitioner, and patient. Tactics to work together, SCHERING LETTER 22, Yutoburain Ltd.

(Summary)

The Research on the Condition of Home Hospice Care in Shiga Prefecture - From a questionnaire to general practitioners -

Setsuko Takemura

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Background The majority of terminal cancer patients still die in general wards of hospitals; those who die in hospices and palliative care wards account for only some four percent of the total. It is considered the most appropriate for terminal cancer patients to receive care at home, enabling them to live out their remaining days in a meaningful way. In order to fulfill such patients' wish to die at home and their families' wish to care for them at home, a home hospice care system must be established that encompasses pain management and sufficient personal care for the patients, as well as support for their families, who are present at the death. The establishment of such a system requires understanding of physicians' views on this issue, identifying problems regarding physicians' cooperation with hospitals, and shedding light on other issues that should be addressed.

Objectives To clarify the current situation of home hospice care in Shiga Prefecture, where the aging rate is 17.3%, as well as to review issues and problems to be addressed in establishing a home hospice care system in local communities, by analyzing the results of a questionnaire survey of general practitioners, who should play a leading role in supporting home care.

Method A questionnaire survey on home hospice care was conducted of 772 general practitioners in Shiga Prefecture by postal delivery and collection.

Results Of the 294 respondents, only 75 (25.5%) actually provided home hospice care services. Of the remaining 219, however, 116 (53.0%) admitted the need for such services. The 75 practitioners see 1.9 patients each on average, mostly in response to

requests from patients' families and hospitals. They generally visit the patient's home to administer fluid replacement, provide pain management and respond to emergencies. Although they have their own contact systems for emergencies, some replied that it is impossible to prepare for response to their patients' needs around the clock, and that even if they could, it would be too much of a burden, both physically and mentally.

The respondents feel that further promotion of home hospice care services requires, in addition to physicians' capability, strong demand from patients and their families, and sufficient numbers of caregivers, as well as close linkage among practitioners, hospitals and local medical associations.

Some hoped that palliative care wards and visiting nurse departments of hospitals could play a leading role. These respondents felt that the current shortage of hospices and palliative care wards in local hospitals contributes partly to the difficulty in promoting home hospice care.

Conclusion The survey revealed that the following factors are essential in establishing a home hospice care system: core hospitals that are always ready to accept patients showing sudden change in condition; education and training facilities for medical professionals; facilities that provide integrated services for home hospice care; and palliative care wards and hospices that cooperate with general practitioners.

Key Words Home hospice care, general practitioners, terminal cancer patients

研究ノート

看護における involvement 概念の構成要素に関する文献研究



牧野 耕次、比嘉 勇人、甘佐 京子、松本 行弘
滋賀県立大学人間看護部

背景 わが国の看護において、巻き込まれやかかわり（関わり）、関与などと訳されている involvement は、職業倫理および科学的客観性などの視点から問題視されていたが、近年、involvement に関する研究が行われ始めている。しかし、看護における involvement の概念分析は行われていないため、involvement の様々な側面に焦点が当てられ看護の中心的な概念と認識されながら、その概念を共通認識することは難しいのが現状である。

目的 本研究では、看護における involvement に関する過去の文献を用いて、involvement 概念の構成要素を抽出することを目的とする。

方法 文献検索は、看護に関連したデータベースを用い、involvement と nurse-patient relationship がキーワードである文献を検索した。検索された文献から involvement 概念に関する記述を抜粋し、抽象化しカテゴリー化を行い、看護における involvement 概念の構成要素を抽出した。

結果 上記の方法により、看護における involvement 概念の構成要素として、「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整」を抽出した。

結論 考察の結果、「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の調整」という involvement 概念の構成要素に沿った振り返りの必要性が示唆された。

キーワード 巻き込まれ、患者-看護師関係、概念、文献研究

I. 緒言

看護における involvement（巻き込まれ、かかわり、関与などと訳されている）は、海外において、科学的客観性や職業倫理的な観点から、患者を看護者に近づけすぎたものとして警告が行われ、否定的な側面に焦点が当てられていた。Travelbee¹⁾は、患者の経験を理解し苦痛を軽減するために不可欠な要因として involvement を肯定的側面から評価した。その後、看護における involvement に関する研究が行われ、そのレベル²⁾やプロセス³⁾、over-involvement との関連⁴⁾などが明らかにされている。わが国では、Travelbee⁵⁾や Benner⁶⁾⁷⁾、Watson⁸⁾ら看護理論家の著作が翻訳されたが、involvement の訳がそれぞれ異なることから

involvement という概念は当初注目されなかった。しかし、近年、involvement に焦点が当てられ、看護における involvement に関する研究が行われている。田中ら⁹⁾は、精神科看護における「巻き込まれ（involvement）」の意味について、一看護師と一人間としての役割葛藤で引き起こされた強い負の感情によって、アイデンティティの重大な危機に直面するが、看護師として自分の言動の意味付けを行い、患者理解のための新たな視点を獲得できる場合もあることを明らかにしている。また、牧野ら¹⁰⁾は、精神科看護師が看護における involvement 概念について、involvement に関する過去の文献をもとに考察を行い、他の対人援助職では、客観性や対象者との距離を置くことを重視しているが、看護では、避けがたい involvement について、その肯定的側面を評価し、看護の中心的概念に位置づけてきた点を示唆した。また、involvement の肯定的側面は、看護師の能動的行動と結びつき、involvement の否定的側面は「巻き込まれ」として表現されることが多いことを示唆した¹⁰⁾。さらに、牧野¹¹⁾は、精神科の看護師が体験した「巻き込まれ

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：牧野 耕次

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

E-mail:makino@nurse.usp.ac.jp

(involvement)」に関する研究を行い、精神科看護師が否定的な意味合いを持つ「巻き込まれ」体験を振り返ることで、肯定的な意味合いを持つ「巻き込まれ」を技術として活用していることを明らかにした。しかし、海外も含め、看護における involvement の概念分析は行われていないため、involvement の様々な側面に焦点が当てられているが、わが国の看護においてその概念を共通認識することは難しい状況である。したがって、本研究は、看護における involvement に関する過去の研究論文を用いて、involvement 概念の構成要素を抽出することを目的とする。看護における involvement 概念の構成要素を抽出することにより、今後、更なる概念分析が行われることが期待される。

II. 研究方法

文献検索については、各データベースの検索方法の形式が異なることから、データベース CINAHL では、involvement が abstract に含まれ、nurse-patient relationship がキーワードである文献(1982~2004を検索し、データベース PubMed では、involvement がタイトルまたは abstract に含まれ nurse-patient relationship がキーワードである文献(1982~2004、上記 CINAHL で検索されたものは除く)を検索した。検索された文献から、患者-看護師関係における、看護師についての involvement 概念に関する記述(患者側に

についての involvement は含まず)を抜粋し、抽象化しカテゴリー化を行い、看護における involvement 概念の構成要素を抽出した。データ分析の妥当性を確保するため、質的な研究経験を持つ看護師である研究者2名が分析結果とそのプロセスを確認し、そのフィードバックにより修正を行った。

国内のデータベース医学中央雑誌を用い、involvement と患者-看護師関係をキーワードに検索を行ったが、該当する文献は検索されず、involvement 以外に巻き込まれ、かかわり、関与などの訳語を用いて文献検索を行うとそれぞれの訳語が持つ特有の概念が含まれると考えたため、今回の研究では、国内の文献を除外した。

上記は、平成16年4月上旬~平成16年6月上旬にかけて行われた。

III. 研究結果

上記の条件で文献検索の結果、合わせて30件中、入手可能であった29件を対象とした。

29件の内訳は、看護における involvement に関して、involvement をタイトルに含む研究で involvement 概念に関する記述が見られる研究が6件、involvement に関係する研究で involvement 概念に関する記述が見られる研究が12件、involvement 概念に関する明らかな記述が見られなかった研究が11件検索された。明らかな記

表1. 看護における involvement をタイトルに含む研究と看護における involvement 概念に関する記述

研究者	看護における involvement 概念に関する記述
Artinian, B. M. ³⁾	患者に愛着を持つ(get attached to patients)、他者と人生経験を分かち合う(share a life experience with another)、特別な配慮(special consideration)
May, C. ¹²⁾	患者との親しみや問題のない関心に特徴付けられた看護職の一般的な質(a general quality of nursing work, characterized by an unproblematic interest in and familiarity with patients)、看護師の激しいストレスに特徴付けられた特別な愛着(a specific attachment to particular patients, characterized by intense stresses on the nurse)、専門職的距離に特徴付けられた看護技術の投資(an investment of nursing skills, characterized by 'professional distance')、特別な患者に個人的な愛着を示すこと(to denote personal attachments to special patients)、特別な患者への個人的な感情的コミットメント(a personal affective commitment to a particular patients) 患者について知ること(knowing・knowledge)、互惠(reciprocity and exchange)、看護技術の投資(investment of nursing skills)、施設の役割境界線を越えて患者と会うことを望む(aspire to encounters beyond the institutional role boundaries)、患者の私的な性格に入り込もうと望むこと(aspiration to penetrate the patient's private character)
Morse, J. M. ²⁾	感情の投資をすること(to make emotional investment)、患者との共通点をみつけていく(to establish a common ground with the patient)、患者との距離を縮める(close personal distance with the patient)、患者と時間を過ごす(give the patient time)
Ramos, M.C. ¹³⁾¹⁴⁾	絆もしくはつながり、相互作用(bonds, connections or interactions)
Turner, M. ⁴⁾	患者の味方になること(befriend)

述の見られない11件の研究を除外し、看護における involvement をタイトルに含む研究で involvement 概念に関する記述が見られる6件の研究と、看護における involvement に関係する研究で看護における involvement 概念に関する記述が見られる12件の研究からそれぞれ概念に関する記述を抜粋し、それぞれ表1および表2に示した。

次に、表1および表2に抜粋された記述は特別な違いは無いと考え、表1および表2に抜粋した記述を合わせ、そこから看護における involvement 概念の構成要素として、「経験の共有」「感情の投資」「絆の形成」「境界の

調整」を抽出し、そのプロセスを表3に示し、以下にその内容を説明する。

「経験の共有」：時間や場、行動を共有すること、また、患者との相互作用により患者の過去、現在の経験を感情、認知レベルで共有し、患者を知ること

「感情の投資」：患者に対して看護師の感情や関心を向けること

「絆の形成」：患者とのつながりを深めていくこと。つながりが深まるにつれて双方を身近に感じ、信頼感が深まる。その看

表2. 看護における involvement に関係する研究と看護における involvement 概念に関する記述

研究者	看護における involvement 概念に関する記述
Astrom, G. et al. ¹⁵⁾	患者との深い相互作用(deep interaction with the patient)、患者と人生経験を分け合うこと/交換すること(sharing/exchanging life experience)、患者の感情的な緊張を包含すること(containing the patient's emotional strain)、深いコミットメントで患者と共にいること(being with the patient in deep commitment)
Baillie, L. ¹⁶⁾	患者と友情を発展させる(develop a friendship with a patient)、患者との間でつながり・絆を感じる(feel a bond with him or her)、感情的な投資をする(make an emotional investment)
Breeding, J. et al. ¹⁷⁾	患者の権利擁護(involvement as patient advocates)
Brodie, L. ¹⁸⁾	不明確な職業的境界を形成する(create uncertainty about professional boundaries)
Creedy, D. et al. ¹⁹⁾	職業的境界を取り決める(negotiate professional boundaries)、専門職の境界の外で行動する(behave outside professional boundaries)
Cronqvist, A. et al. ²⁰⁾	患者との距離が近くなる(come to close to the patient)
Eakes, G. G. ²¹⁾	看護師が患者と発展させる感情的な愛着(emotional attachment nurses developed with the patient)、患者との関係に入っていく(to enter into a relationship with the patient)、正直でオープンな感情と知識の共有(honesty and open sharing of feelings and knowledge)
Geanellos, R. ²²⁾	友情(friendship)、考えと情報、そして人生を共有する(share ideas and information, and lives)、患者を知ること(knowing the patient)
O'Brien, A. J. ²³⁾	そこにおいて、その人の言うことを聴き、支え援助することに専念すること(being there for the client and totally committed to actually listening and supporting and helping him)、一つの関係の特別な治療的ゴールを超える(go beyond the specific therapeutic goals of a single relationship)、互恵的(reciprocal)、患者との関係を取り決める(negotiate relationships with clients)
O'Kelly, G. ²⁴⁾	患者－看護師関係の境界の喪失(a loss of boundaries to the nurse-patient relationship)、患者と特別な関係を形成する(having formed a special relationship)、患者との同一化過剰(over-identifying with the patient)
Playle, J. F. ²⁵⁾	患者との関係における個人と職業人の間のあいまいな境界を取り決める(negotiate the boundaries between the personal and the professional in their relationships with patients)
Roberts, D. et al. ²⁶⁾	患者と特別な関係 special relationship を発展させる、つながること(bonding)、友情(friendship)、感情の投資(emotional investment)、より近く感じる(feeling closer)、距離を維持する(maintaining a distance)、個人的、そして職業的境界を管理する(managing personal and professional boundaries)、個人的な患者の心理社会的ニーズの理解に関連した近さ(closeness associated with understanding of the individual patient's psychosocial needs)

表3. 看護における involvement 概念の構成要素抽出プロセス

看護における involvement 概念に関する記述	下位カテゴリー	上位カテゴリー
互惠、患者との深い相互作用、交換すること、互惠的、患者との関係におけるやり取りする、相互作用	相互作用	経験の共有
他者と人生経験を分かち合う、患者との共通点みつけていく、患者と時間を過ごす、患者と人生経験を分け合う、患者と共にいること、正直でオープンな感情と知識の共有、人生を共有する、そこにいてその人の言うことを聴く	経験の共有	
患者について知ること、患者の感情的な緊張を包含すること、患者を知ること、考えと情報、個人的	患者を知ること	
特別な配慮、問題のない関心、看護師の激しいストレス、特別な患者に個人的な愛着を示すこと、感情の投資をすること、感情的な投資をする、感情の投資	感情の投資	感情の投資
特別な患者への個人的な感情的コミットメント、深いコミットメント、専念すること	コミットメント (専心)	
特別な愛着、患者に愛着を持つ、患者との親しみ、絆、つながり、患者と友情を発展させる、患者との間でつながり・絆を感じる、看護師が患者と発展させる感情的な愛着、患者との関係に入っていく、友情、患者と特別な関係を発展させる、友情、つながること	つながること	絆の形成
患者の味方になること、擁護	味方になること	
専門職的距離、患者との距離を縮める、患者との距離が近くなる、より近く感じる、距離を維持する、個人的な患者の心理社会的ニーズの理解に関連した近さ	距離が近くなること	
看護職の一般的な質に関すること、施設の役割境界線を越えて患者と会うことを望む、職業的境界を取り決める、専門職の境界の外で行動する、看護者として専門職的でない、一つの関係の特別な治療的ゴールを超える、職業的境界を管理する、境界の喪失、同一化過剰	職業的境界を取り決めること	境界の調整
患者の私的な性格に入り込もうと望むこと	個人的な境界に入り込むこと	
看護技術の投資、支え援助する	看護技術の投資	

護師が身近に感じる感覚は、その患者との関係性やイメージの仕方により、友人であったり、家族のメンバーであったりするなど異なる。

「境界の調整」：看護師が患者との対応の中で、患者と共有する互いのプライバシーの境界を調整し、患者だけでなく家族や医療チームに対しても専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと

IV. 考察

Travelbee³⁾は、involvement がなければ「病人を知ることができない」と述べているが、それは involvement の構成要素であり、患者を知ることを含む「経験の共有」によるところが大きいと考えられる。例えば、「経験の共有」には過去の背景を患者と共有することも含まれており、患者とともにただ時間や場を共有すること、患者のそばにいて、患者の自律を見守ることも「経験の共有」であると考えられる。看護目標は、患者のものであることが重要であり、その目標を患者と共有することが求められる。しかし、「経験の共有」が不十分であった場合、看護目標を設定することや患者と共有することが困難になるため、看護目標を設定する場合、「経験の共有」という視点が重要になると考えられる。「経験の共有」と involvement に関しては、Williams²⁷⁾が、患者-看護師関係における看護師による「親密さ」の知覚と経験に関するインタビューを内容分析し、「親密さの本質 (the nature of intimacy)」と involvement、その他3つのカテゴリーを抽出している。しかし、「親密さの本質」についてのみ報告し、他の結果である involvement の内容や「親密さ」との関係については報告していない。また、「経験の共有 (sharing personal experiences)」を「親密さの本質」の一側面としながら、involvement を「経験の共有」と並列に置いているなど不明確な点がある。一方、今回の研究では、「親密さ」は「絆の形成」に含まれ、「経験の共有」と並んで involvement の下位概念とし、「親密さ」と involvement との関係性を明確にしている。

Travelbee⁵⁾は、また、involvement がなければ「病人への関心を体験しないだろうし、まして病人に同感を示さないだろう」と述べている。彼女は知的、感情的理解であるが中立的なプロセスである共感(empathy)よりも、その理解を援助につなげたいと願う同感(sympathy)をより看護にとって重要な段階としていた。そして、その両者をつなぐものとして involvement を位置づけてい

たが²⁸⁾、それは、患者に対して看護師の感情や関心を向けることである「感情の投資」によるものと考えられる。同感に関連して患者に援助したいと強く望んでいるようであるが、「同一化過剰(over-identification)」により、「他人について心配しているのではなく、単に自分自身の延長として、他人をみようとしたがっている」³⁾場合もあるため、看護師は、感情を自覚すること²⁸⁾と合わせて援助に対する最終的な関心の方向性が患者や家族、看護師自身、チームなど、どこへ向いているかを自覚することも重要である。Artinian²⁹⁾は、患者のニーズと自分がそれにどれだけ答えることができるかをアセスメントすることによってのみ、患者-看護師双方にとって利益のある involvement がどの程度かというジレンマを解決することができるかと述べている。即ち、援助したいという思いが強くても、それが患者のニーズに合わない場合や、看護師の行うことができない場合もあるため、「感情の投資」については、看護師自身の感情や関心の方向性と同様、患者のニーズと看護師がそのニーズにどれだけこたえることができるかを自覚することも重要である。

看護師には、プライバシーと仕事を分ける職業的な境界線があると言われている³⁰⁾³¹⁾。命名の通り、「境界の調整」で看護師はその境界線を意識的、あるいは無意識的に調整していると考えられる。看護師は、自身もプライバシーを持ちながら、職業上、排泄などセルフケアや思い、家族の問題など患者のプライバシーに様々な側面から介入することが求められる。しかし、プライバシーと職業に関する境界線は明確なものも存在しているわけではない。プライバシーと職業に関する境界線は、患者や家族と看護師やチームの価値観や思い、そして、法律やその施設のルール、暗黙の了解、仕事量、看護師の技術などに影響を受け、変動し非常に複雑である。したがって、involvement の対象に家族を含んでいない場合や、プライマリーナースによるチームへの要求が大きい場合は、問題とみなされることがある²⁹⁾³⁰⁾。また、牧野¹¹⁾は「してあげるのが看護と思う」ことを問題としての involvement の要因としてあげ、Turner⁴⁾は、「不明確な境界」を over-involvement の要因に挙げている。このように、職業的な境界を調整する能力には管理的な視点など全体を把握する広い視野や看護観などが必要であり、経験が要求される。経験の少ない看護師には、経験の豊富な看護師や管理者など「チームからのバックアップ」¹¹⁾が必要であると考えられる。

Benner⁶⁾は、患者と友達になったり、祖父のように思ったりする「援助的」看護師のインタビューから、involvement の重要性に関する仮説を立て、熟練した看護にはあるレベルの傾倒と巻き込まれ (involvement) が必要であると述べた。そのように看護師が患者を身近

な存在に感じるのは、involvementの「絆の形成」によるものと考えられる。患者に対する信頼や親密さ、つながりなど絆が形成されることにより、看護師の感じ方や関係性に応じて友人や親、子供などに例えられると考えられる。一方で、そのような「絆の形成」は、中立性や客観性を重んじる精神分析的な視点では逆転移として、治療的でないものとみなされがちである。精神分析的な視点から看護師の逆転移を援助の困難性の原因と振り返る事例報告等も多い。それが解決や看護師の気づきにつながるのであれば有効であると考えられるが、それは、客観性や中立性を基礎としていることに注意が必要である。24時間患者やその生活における様々な問題に向き合い、健康であれば本人が行う日常生活動作を本人に代わって行い、ニーズを把握しながら苦痛を伴う医療的処置をも行わなければならない看護は中立性(neutrality)や距離を置く(distance, detach)という視点よりも、避けがたいinvolvementを実践、評価し、発展させることでその中心的概念に位置づけてきた¹⁰⁾。したがって、involvementの視点から、「感情の投資」により看護師の感情や関心の質や方向性を振り返り、「境界の調整」により患者に投資された看護の専門性が保たれているかを振り返ることも、今後看護学的な振り返りとして行われていくことが望まれる。同時に、involvement概念を用いた振り返りの有効性を検証していく必要がある。

分析の過程で看護におけるinvolvementに関する記述を分割抜粋し分析したため、それぞれの構成要素が独立しているような印象を与えるが、分割することが難しい記述もあった。例えば「患者の私的な性格に入り込もうと望むこと」¹¹⁾は、あえて「境界の調整」としたが、患者のことを知るという意味では「経験の共有」と考えられるが、望むという意味では「感情の投資」であり、個人の境界を越えるという意味では「境界の調整」に関係していると考えられる。これは、4つの構成要素が関連して1つのinvolvementという概念を形成しているためであると考えられる。したがって、臨床などにおいてそれぞれの構成要素に沿って振り返ることも大切であるが、involvement概念の各構成要素がどのように関連しているのかという視点も含め、実践を振り返ることが重要であると考えられる。

本研究では、検索されたinvolvementに関する研究のうち、看護におけるinvolvement概念に関する記述が見られなかった11件の研究を除外した。わが国においても、かかわり(関わり)という語がinvolvementの訳語の一つとして使われるが、involvementと同様に明らかな定義が見られないまま、「～患者とのかかわり」というように論文のタイトルなどに使われることが多い。また、involvement以外に巻き込まれ、かかわり、関与などの訳語を用いて文献検索を行うとそれぞれの訳語が

持つ特有の概念が含まれると考えたため、今回の研究では、それらの訳語をキーワードとした文献を除外した。今回除外したこれら定義の不明確なinvolvementやその訳語に焦点を当て概念分析を行うことでinvolvement概念がさらに明確になると考えられる。

本研究は、平成16年度滋賀県立大学人間看護学部奨励研究費を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) Travelbee, J. What's wrong with sympathy? *American Journal of Nursing*, January; 64, p68-71, 1964.
- 2) Morse, J. M. Negotiating commitment and involvement in the nursing-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 455-468, 1991.
- 3) Artinian, B. M. Risking involvement with cancer patients. *Western Journal of Nursing Research*, 17(3), 292-304, 1995.
- 4) Turner, M. Involvement or over-involvement? Using grounded theory to explore the complexities of nurse-patient relationships. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 153-160, 1999.
- 5) Travelbee, J. *Interpersonal Aspect of Nursing*, 145-147, F. A. Davis Company, Philadelphia, 1971, 長谷川浩, 藤枝知子訳, 人間対人間の看護, 214-218, 医学書院, 1974.
- 6) Benner, P. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, 163-166, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1984, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー, 116-117, 医学書院, 1992.
- 7) Benner, P. & Wrubel, J. *The Primacy of Caring: Stress and Coping Health and Illness*, 1-56, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1989. 難波卓訳, 現象学的人間論と看護, 1-62, 医学書院, 1999.
- 8) Watson, J. *Nursing: Human Science and Human Care; The Theory of Nursing*, P64-67, National League for Nursing, New York, 1988. 福岡文昭, 福岡光子訳, ワトソン看護論 人間科学とヒューマンケア, 93, 医学書院, 1992.
- 9) 田中美延里, 安酸史子, 精神科看護者にとっての「巻き込まれること」の意味: ベテラン看護者に対するアンケート調査結果より, *日本精神科看護学会誌*, 39, 211-213, 1996.

- 10) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 松本行弘, 看護における involvement の概念, 人間看護学研究, 第1巻, 51-59, 2004.
- 11) 牧野耕次, 精神科看護における看護師の「巻き込まれ」体験の構成要素とその関連要因, 人間看護学研究, 第2巻, 41-51, 2005.
- 12) May, C. Affective neutrality and involvement in nurse-patient relationships: perceptions of appropriate behaviour among nurses in acute medical and surgical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 552-558, 1991.
- 13) Ramos, M. C. The nurse-patient relationship: theme and variations. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 496-506, 1992.
- 14) Ramos, M. C. N. Empathy within the nurse-patient relationship. University Of Virginia PH.D. 1990.
- 15) Astrom, G., Norberg, A., Hallberg, I. R., Jansson, J. Experienced and skilled nurses' narratives of situations where caring action made a difference to the patient. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 7(3):183-93, 195-8, 1993.
- 16) Baillie, L. How nurses view emotional involvement with patients. *Nursing Times*, 92(9):35-6, 1996.
- 17) Breeding, J. Registered nurses' lived experience of advocacy within a critical care unit: a phenomenological study. *Australian Critical Care*, 15(3):110-117, 2002.
- 18) Brodie, L., Nagy, S., English, Gillies, D. Protectiveness without possessiveness: caring for children who require long-term hospitalization. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 5(2), 11-17, 2002.
- 19) Creedy, D., Crowe, M. Establishing a therapeutic milieu with adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 5(2):84-9, 1996.
- 20) Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T., Lutzen, K., Dissonant imperatives in nursing: a conceptualization of stress in intensive care in Sweden. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(4):228-36, 2001.
- 21) Eakes, G. G. Grief resolution in hospice nurses. An exploration of effective methods. *Nurse Health Care*, 11(5):242-8, 1990.
- 22) Geanellos, R. Exploring the therapeutic potential of friendliness and friendship in nurse-client relationships. *Contemporary-Nurse*, 12(3):235-45, 2002.
- 23) O'Brien, A. J. Negotiating the relationship: mental health nurses' perceptions of their practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8(4):153-61, 1999.
- 24) O'Kelly, G. Countertransference in the nurse-patient relationship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 391-397, 1998.
- 25) Playle, J. F. Parallel process in clinical supervision: enhancing learning and providing support. *Nursing Education Today*, 18, 558-566, 1998.
- 26) Roberts, D., Snowball, J. Psychological care in oncology nursing: a study of social knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, 8(1):39-47, 1999.
- 27) Williams, A. A study of practicing nurses' perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 188-196, 2001.
- 28) Travelbee, J. What do we mean by rapport. *American Journal of Nursing*, February; 63(2), p70-72, 1963.
- 29) Artinian, B. M. Personal involvement with critically ill patients. *California Nurse*, January; 78(7), 4-5, 1983.
- 30) Cymerman, J. Advice, P.R.N. Emotional involvement: overstepping the line. *Nursing*, August; 26(8), 10, 1996.
- 31) Heinrich, K. T. What to do when a patient becomes too special. *Nursing*, November; 22(11), 62-64, 1992.

(Summary)

Literature review of components of the concept of involvement in nursing

Koji Makino, Hayato Higa, Kyoko Amasa, Yukihiro Matsumoto

School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

Background In the past, involvement in nursing was considered to be a difficult issue in Japan from the employment ethics and objective scientific perspectives. Following the recent reviews of the evaluation of involvement in other countries, studies on involvement in nursing are gradually becoming more common in Japan. Although various aspects of involvement have been investigated and the importance of this concept has been recognized, it has not been analyzed; therefore, it remains difficult to obtain widespread recognition of the concept of involvement in nursing.

Objective The present study aimed to extract components of the concept of involvement from published literature regarding involvement in nursing.

Method A literature search was conducted and manuscripts containing the keywords

"involvement" and "nurse-patient relationship" were retrieved from the PubMed and CINAHL databases. From the selected literature, components of the concept of involvement in nursing were extracted by excerpting descriptions regarding the concept of involvement, abstracting them, and categorizing them.

Results Four extracted components of the concept of involvement in nursing, were "sharing experiences," "investing emotions," "forming bonds," and "negotiating boundaries."

Conclusion Further investigation of nursing practice based on the components of the concept of involvement in nursing identified by the present study is required.

Key Words involvement, nurse-patient relationship, concept, literature review

研究ノート

退職看護師再雇用システムの有効性の検討



堀井とよみ¹⁾、西田厚子¹⁾、西島治子²⁾
¹⁾滋賀県立大学人間看護部、²⁾滋賀医科大学

背景 看護師は定年退職後も仕事の継続意欲が強く、看護分野に限らず、幅広く興味や関心を持ち続けている。しかし、60歳以上の看護師の就労はナースセンターなどの職業紹介だけでは十分とは言えず、社会貢献活動を支援するシステムも未整備である。看護師それぞれの個人的ネットワークで再就労を中心にした地域社会活動に参加している現状である。

目的 B市における退職看護師を対象として構築された人材活用システムの有効性を検討することを目的とする。

方法 人材活用システムを構築し、運営している担当者、人材活用システムを活用し再雇用した事業主および定年退職後再就職した65歳以上の看護師に面接し、半構合法によるインタビューを実施した。

結果 雇用主は人材不足の解消と経験と知識の豊富な看護師を確保出来るメリットがある。雇用主は退職看護師が Benner の7領域による援助役割、指導手ほどの役割、診断機能とモニタリング機能、治療的介入と療法を実施する能力とモニタリング能力を備えていると高く評価し、採用時の期待通りの結果に満足している。一方、退職看護師は、健康で、主観的幸福感が高く、生きがいを持って生活し健康である限りは就労し続けたいと高い就労意欲を持ち、就労とその他の地域社会活動と両立させながら生きがいを持って退職後の人生を過ごしている。雇用主と退職看護師ともに人材活用システムの必要性を認識している。

結論 2025年の超高齢社会においては、高齢者が高齢者をケアするようになることが予想される。その時代に向けて、高齢者の居住地域に合わせた小地域を対象とした人材活用システムの構築、既存のナースセンターに退職看護師専用窓口の開設、社会福祉協議会福祉人材センターとの情報ネットワーク化等有効に機能する人材活用システムの構築が必要である。

キーワード 退職看護師、人材活用システム、研修制度

I. 緒言

近年の高齢者の増加により介護保険施設における看護師の需要が高まってきている¹⁾。

各施設の人事担当者にとって看護師の確保は施設経営に直結する緊急の課題である。しかし、ハローワーク等の公的機関からの紹介に期待できないため、担当者の個人的ネットワークによる確保に依存していることが多い。団塊の世代が高齢者になる平成15年以後の地域ケアシステムを考えると、若い世代にケアの担い手を求める現在のケアシステムは少子化の影響で破綻をきたすことが予

想される。今までのケアのあり方を見直し、健康な高齢者が要介護高齢者をケアするシステムへの変換が必要になると考える。高齢者ケアには、有資格者が必要であり、その必要数を確保するための方法の一つとして、高齢者で資格があり、働く意欲のある人達の能力の活用システム構築が考えられる。

以上の社会的要請を受けて、既にB市においてはシステムを構築し、退職看護師雇用システムをモデル的に稼働させている。

一方、退職看護師について西田ら²⁾の調査結果では看護師は仕事の継続意向が強く、60歳代以上でも約4割の看護師が働き続けたいと答え、看護に限らず興味や関心のある仕事をしたいと答えた者が3割を占めている。しかし、60歳以上の看護師の就労はナースセンターなどの就労斡旋だけでは困難な状況にあり、また高齢者雇用対策のシルバー人材センターでは看護師などの熟練した専

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：堀井とよみ

滋賀県立大学人間看護学部

住所：彦根市八坂町2500

E-mail: horii@nurse.usp.ac.jp

門的能力を活用しきれていないのが実情である。さらに、看護者のボランティア活動も含めた多様な社会貢献活動を保証する地域システムはまだ整備されておらず、退職した看護者はそれぞれの個人的なネットワークで地域社会に参加している状況である³⁾。高齢社会での専門職の確保は重要な課題であり、団塊の世代が退職年代にさしかかる現在、退職看護者の活用は緊急の課題である⁴⁾⁵⁾。

そこで、本研究の目的は、現行のナースセンターよりも小規模の地域において構築した退職看護者雇用システムについて雇用主および退職看護者の双方に聞き取り調査を実施し、地域における退職看護者の人材活用システムの有効性を検討することとする。

II. 研究方法

1. 研究対象

1) A 県 B 市(平成16年10月に近隣の5町が合併して B 市として発足)における退職看護者の人材活用システム(以下システムという)の構築および運営に携わった筆者を含む保健師等3名。

2) システムを活用して退職看護者を雇用した事業主3名。

3) システムを活用して再就職している退職看護者のうち65歳以上の者5名。

年齢が60歳から65歳の者は元の職場に継続勤務している場合が多いと考えられ、新たな職場への再就職率も高い傾向にあるため対象者を65歳以上に限定した。

2. データ収集(調査方法と内容)

1) データは半構成型による聞き取りを行い収集した。

2) 調査内容

①システムの構築および運営に携わった関係者に対する聞き取り内容は、システム構築の契機となった要因、システムの概要及び活用の現状等である。

②退職看護者を再雇用している雇用主に対する聞き取り内容は、退職看護者に対する評価、退職者を雇用した理由、採用に当たった障害の有無、退職者採用によるメリットおよびデメリット、採用後の課題、システムに対する提案、採用後の退職者に対する提案、その他再雇用に関する意見等である。

③退職看護者に対する聞き取り内容は年齢、性、退職年齢、経験年数などの個人属性と職種、再就職後の業務内容、再就職後の勤務形態等の基本属性、健康度自己評価、生活満足度尺度項目(改訂版 PGC モラールスケールの17項目及び LSI-K 方式の9項目)、退職者の再就職システムに対する意見、希望、退職看護者の退職前から再就職後の変化について聞き取りを行った。

主観的幸福感尺度 PGC モラールスケール⁶⁾は国際的にも広く知られている。わが国ではその改訂版を用いる

ことが多い。主観的幸福感を多次元の構成概念から測定しようとする尺度である。改訂版は、17項目3因子から構成され「心理的動揺・安定にかかわる因子」「自分の老化についての態度にかかわる因子」「孤独感・不満感に係る因子」から構成されているといわれている。生活満足度 LSI-K⁷⁾は、古谷野らが発表した LSIA を含む既存の主観的幸福尺度の質問項目を組み合わせ、わが国の高齢者にも適用可能な9項目からなる生活満足度尺度である。この尺度は、3つの因子「人生全体についての満足感」「老いについての評価」「心理的安定」から構成されている。

3. データ収集期間は平成17年5月23日～6月30日。

4. データ分析

① 退職者雇用主から聞き取った退職看護者に対する評価の内容については、研究者2名により看護の枠組み Benner⁸⁾の提示した7領域に分類し、検討した。Benner の7領域は、a. 援助役割、b. 指導手ほどの役割、c. 診断機能とモニタリング機能、d. 治療的介入と療法を実施する能力とモニタリング能力、e. 質の高いヘルスケア実践をモニターし保証する能力、f. 組織化の能力と仕事役割能力であり熟練看護者に見られる能力の枠組みである。

② 再就職者のデータについて、健康自己評価、改訂版 PGC モラールスケール及び生活満足度尺度 LSI-K の結果を他研究者の調査結果と比較し検討した。

5. 倫理的配慮

調査対象者には研究の目的、調査内容及び調査により得たデータは研究以外には使用しないことを個別に文書により説明を行い、研究への自由な参加と、途中で中断できることを保証した。また、対象者が特定されないよう匿名性の確保に留意した。

III. 結果

1. 地域の概要

B 市は、人口約9.5万人、高齢者比率19.0% (平成16年10月現在)、農村社会を基盤にした地域で、地域の共助、互助の意識が残っている地域である。この中の旧 C 町は平成16年10月に市町村合併により B 市になった。保健医療従事者および100床当たりの看護職員数が県平均に比べて低い地域⁹⁾であり、保健医療従事者の確保が困難な地域である。旧 C 町は高齢者保健福祉施策に重点をおき、行政の保健医療福祉のネットワーキングに熱心に取り組んでいる町である。

2. 聞き取り調査結果

1) 雇用システム構築および運営に携わった関係者からの聞き取り結果

システム運営を担当している B 市社会福祉協議会職

員及び設立にかかわった旧 C町保健師に聞き取りを行った。

① システム構築の契機

平成12年4月に介護保険法が施行され、地域の居宅サービス提供事業として介護保険事業所が急激に増加した。特に、通所事業所開設には看護者設置の必置義務が課せられ、看護者の確保に困難をきたしていた。又、市行政においては行財政改革が推進されているため、行政看護者である保健師の人員増が困難な状況になってきて乳幼児保健指導や成人・高齢者保健指導の質の保証に苦慮している状況があった。一方、保健師は退職看護者から働く場があれば、体調の許す限り、今までに獲得した能力を社会に還元したいという声を聞いていた。本システムを整備するまでは、双方の個人的ネットワークで再就職・再雇用している状況であった。

他の公的紹介システムはハローワーク、A 県福祉人材活用センター (A 県社会福祉協議会運営の無料職業紹介所)及び A 県ナースセンターがあったが、いずれも65歳以上の高齢者に対する求人数が少なく紹介実績は低く機能していない状況であった。これらの状況から旧 C町の保健師が中心になって専門的資格を有する高齢者対象の無料職業紹介所を設立することになった。

② システムの成り立ち

平成15年10月に、旧 C町の委託をうけて、C 町社会福祉協議会 (以下 C 町社協という) が運営する形で開設された。開設当初から、50歳以上の者で看護者に限定せず専門的な資格を有する者を対象にした職業紹介を目的に設置され、厚生労働省の無料職業紹介所の認可を受けている。職業相談員 (有資格者) が2名配置された。B 市合併後は B 市社協に委託され、現在も旧 C 町と同じ体制で運営され、紹介対象範囲が B 市全域に拡大された。

名称は「B 市無料職業紹介所ビシバシワーキングプラザ(以下ワーキングプラザという)」である。そのシステムは「求職」と「求人」双方が事前登録するシステムで、基本的にはナースセンターと同じシステムである。

登録は50歳以上の看護職員、社会福祉士、介護福祉士、保育士、栄養士、運転手等の有資格者が登録可能である。

③ システム活用状況

平成17年4月1日現在の活動状況は、平成15年10月創設から1年6か月間で求職登録総数21名、そのうち看護者は15名(総求職者数の71.4%)で、求人登録総数28名、そのうち看護職員は22名(総求人者数の78.6%)である。再就職状況は15名(求職者総数の71.4%)の就職で、そのうち看護者が11名(再就職者総数の73.3%)である。看護者の再就職先は、保健師全員が市行政、看護師はデイサービスセンター、訪問入浴介護事業所、民間医療機関、訪問看護ステーションになっている。看護者の再就職時年齢

は平均年齢70.5歳で、最高年齢は78歳、最低年齢は63歳となっている。その他の職種を含めた求人求職内容及び再就職状況を表1に示す。

担当者は、求人先の開拓をするために、運営上の工夫として市広報、市社協だより、新聞折り込み広告、ケーブルテレビによる宣伝を行うと同時に、事業所訪問などにより就業先を開拓するよう努力している。再雇用された看護者11名のうち10名の勤務形態は臨時職員で、1名(63歳)が嘱託職員である。

2) 退職看護者を雇用している雇用主に対する聞き取り結果

システムを活用して再雇用した事業所の中で、聞き取り調査に協力いただいた3か所の担当者の意見を表2に示す。聞き取り調査に協力いただいた担当者は NPO 法人理事長、市行政は保健事業担当課係長、訪問看護ステーション管理者である。他に民間病院が該当していたが、担当者とのスケジュール調整の関係で聞き取り調査が実施できなかった。

① 退職看護者の雇用状況

デイサービスセンター就職者のうち1名は79歳の看護師で臨時職員だが、週5日勤務の常勤である。他の1名は保健師資格を有し週1日デイサービスに勤務し、市に週2日勤務している。市行政で雇用している看護者は全員が保健師で、保健事業での保健指導業務従事員が必要になったときに臨時的・集中的に雇用する形態である。訪問看護ステーションの看護師は、退職後、数年してから訪問看護に従事したいと希望し応募してきた。雇用主は臨床経験が長いので貴重な人材と判断し嘱託職員として採用した。

いずれの雇用主も、看護職員の確保が困難な状況が慢性的に続いており雇用状況の改善が見込めないことと退職者は長い看護経験を有する看護者という理由で雇用している。

② 雇用上の課題

a. 全雇用主の意見が一致している。それは定年退職に引き続き勤務している場合には業務遂行上に大きな課題は感じられないが、退職看護者に勤務しない空白の期間が3年以上ある場合は、新しい制度、新しいケア方法、考え方、薬剤の知識などを獲得する手段がないため、看護業務を遂行する上で課題があると述べている。雇用事業所で出来る範囲の研修を実施しているが、講師の確保等で事業所独自の研修に限界がある。今後退職者の再雇用を拡大しようとしたときに、これらの知識、技術を獲得する研修体制の整備が大きな課題だと考えている。

b. 現在定年後再就職している看護者の働く場は、福祉職と協働して働く場であるデイサービスセンターや訪問入浴介護事業所、特別養護老人ホームへと拡大してきている。再就労の場が福祉職場の場合、看護と介護の役

表1 人材活用システム運用状況(平成15年10月～平成17年3月)

表 1-1.求職・求人登録数

求職登録		求人(雇用主)登録		
職種	人数	職種	人数	事業所内容
保健師	4	保健師	7	行政
看護師	11	看護師	15	居宅介護サービス事業所 特別養護老人ホーム 行政・民間医療機関・訪問 看護ステーション
社会福祉士 介護福祉士	3	社会福祉士 介護福祉士	3	居宅介護サービス事業所 特別養護老人ホーム
保育士	1	保育士	0	
その他 (運転手等)	2	その他	3	デイサービスセンター
合計	21	合計	28	

表 1-2.再就職状況

職種	人数	就職時の 年齢	就職先 ()内人数
保健師	4	63歳～ 76歳	市行政(4)
看護師	7	63歳～ 78歳	デイサービスセンター (4) 訪問入浴事業所 (1) 民間医療機関 (1) 訪問看護ステーション (1)
介護福祉士	3	62歳～ 65歳	デイサービスセンター (2) 訪問入浴事業所 (1)
その他 (運転手)	1	65歳	デイサービスセンター (1)
合計	15		

表2 システム活用により退職看護者を再雇用した雇用主への聞き取り調査結果

雇用主(所属)	A (NPO 法人)	B (市行政)	C (社会福祉協議会)
再雇用者勤務場所	介護保険事業所 デイサービスセンター	保健センター	訪問看護ステーション
再雇用者人数	2名	4名	1名
調査時年齢	74歳 79歳	63歳～74歳	65歳
再雇用者職種	看護師(2名とも保健師・助産師有資格者)	保健師	看護師
勤務場所内での業務内容	○利用者のバイタルサインチェックと健康管理 ○救急対応 ○利用者・職員への保健指導と感染予防	○乳幼児健診・成人・高齢者健診時の保健指導と問診 ○乳幼児・成人・高齢者健康相談 ○成人・高齢者への健康教育 ○乳幼児家庭訪問	○訪問看護業務
専門的免許保有以外の条件の有無	無	訪問する人は、原付自転車以上の運転免許保有者	普通自動車運転免許保有者
雇用形態	臨時職員	臨時職員	嘱託職員
雇用条件	時間単価 1,500円	日額 8,800円	月額 208,000円
システム登録理由(退職者を採用した理由)	○看護師免許保有者の確保ができない。 ○緊急時対応などがあるため、経験者が欲しい。	○保健師免許保有者の必要数確保が出来ない。 ○検診の問診等で個人の能力により判断の必要な場合が多いので、経験豊富な保健師が必要である。	○看護師免許保有者の必要数確保が出来ない。 ○訪問看護の内容から考え、臨床経験年数の豊富な人が欲しい。

表2 つづき

採用にあたっての障害の有無	<p>年齢制限は全く設けていない。(しかし、ハローワーク、ナースセンターからの紹介は皆無)</p> <p>○社会情勢にあった(例えば介護保険や認知症等)知識を持っていないかったので、採用後研修の必要性があり研修した。しかし、事業所責任による研修には、指導者確保などの問題で限界がある。</p> <p>○現役時代に使用していなかった看護診断や新しい薬の知識等について研修が必要○指導を体力的な限界から口頭でするため、技術的部分が少し伝わりにくい ○専門職としてのプライドがあり、福祉職との役割分担等で調整の必要な部分がある。</p>	<p>他部門との調整で、年齢の上限枠を設けられる時期があったが、現在は専門職確保のため、年齢の上限は無い。</p> <p>○定年退職直後は研修の必要はないが、数年のブランクがあると新しい事業(例えば、個別健康教育等)に参画してもらえないので、雇い主側での研修が必要になる。しかし事業所で実施する研修内容には限界がある。</p>	<p>業務の内容から、上限年齢を念頭に置いて面接等を実施している。</p> <p>○看護診断や看護計画等について病院で経験していない看護師の場合には問題である。(幸い、今回の採用者は、経験があり大きな問題にならなかった)</p> <p>○訪問看護の特殊性について理解して再就職していただくという雇用者側も研修がやりやくなる。</p>
採用後の課題(退職看護者に対する非定期的評価)	<p>○定年退職後、数年間の空白の有る看護職が再就職しやすいように、社会情勢にあわせた研修会を開いて欲しい</p> <p>○看護と介護について、現職の時から意識的に役割認識を学んで欲しい。</p>	<p>○現在、毎年1回実施されている、湖都の会(退職保健師の有志が加入し、自主運営している団体)の研修回数を増加するか公的機関(県や看護協会等)で研修会を開催して欲しい。</p>	<p>○訪問看護師養成講座を受講して再就職できるようなシステムを期待する。(再就職先に訪問看護ステーションを考えている人は、訪問看護ステーションで実習が出来る等)</p>
雇用システムの必要性	必要	必要	必要

表3 雇用主の退職看護者に対する肯定的評価

雇用主 A	雇用主 B	雇用主 C	Benner の 7 領域分類
<p>○福祉施設としての目的理解が早く、利用者に合わせた援助が可能である。</p> <p>○利用者と同年齢層であるから、若いスタッフへ高齢者理解の指導が可能である。</p> <p>○医師の指示した診断書の内容を正確に理解し、利用者の参加当日の状態を正しく把握し判断できる。</p>	<p>○保健所や市町村の定年退職保健師の場合は、事業の位置づけや内容を理解して援助可能である。</p> <p>○現職保健師へ保健指導技術を自分の実践を通して模範を示している。</p> <p>○退職看護職自らが対象者の診断をすることは当然だが、後輩保健師の技術チェックや評価をして責任者に伝えることが可能である。</p>	<p>○臨床経験が長いことにより、訪問看護師としての基本的援助技術を備えている。</p> <p>○若いスタッフでは聞き取れない利用者や悩みや家族の問題を短時間に聞きだして、若いスタッフの模範になっている。</p> <p>○就職当初は訪問して一人で看護診断することに戸惑っていたが、1 か月足らずの期間で看護診断が出来るようになった。(以前勤めていた病院でNANDA を使用していた慣れていたためと思われる)</p> <p>○病院ではチーム医療で看護師のすぐそばに医師がいた。しかし、訪問看護では医師との連携が臨床よりさらに重要な事項であることを理解し、行動できた。</p>	<p>a. 援助役割</p> <p>b. 指導 / 手ほどきの役割</p> <p>c. 診断機能とモニタリング機能</p> <p>d. 治療的介入と療法を実施する能力とモニタリング能力</p> <p>e. 質の高いヘルスケア実践をモニタリーし保証する能力</p> <p>f. 組織化の能力と仕事役割能力</p>
<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

A:NPO 法人 B:B 市 C:B 市社協

割分担があいまいで双方の専門性に対する考え方の違いからトラブルの起こることが少なくない。管理者としての雇用主はお互いの専門性を明確にして、質の高いチームケアが提供できる体制を作り上げることが課題であると考えている。

③ 雇用主の退職看護者に対する評価

Benner の提示した7領域に分類した具体的内容を表3に示す。

退職看護者の評価をこの枠組みを用いて検討すると、デイサービスセンターや訪問看護ステーションに勤務する看護者は、【a. 援助的役割】、【b. 指導・手ほどきの役割】、【c. 診断機能とモニタリング機能】、【d. 治療的介入と療法を実施する能力とモニタリング能力】の4種類に分類できた。また、保健師については、【a. 援助的役割】、【b. 指導・手ほどきの役割】、【c. 診断機能とモニタリング機能】の3能力を見いだした。

3) 退職看護者に対する聞き取り結果

システムを活用して再就職した65歳以上の者6名聞き取りの理解が得られた5名に聞き取りを実施した。

① 退職看護者の基本属性

調査実施時の年齢は65歳から79歳で、看護師3名保健師2名である。看護師の経験年数は16年から40年であり、保健師は33年から41年である。又退職時の役職は1名が総看護師長で他の4人は病棟師長又は係長級であった。退職年齢は58歳から60歳で、退職後の勤務年数は1.5年から25年と様々である。現在の勤務場所は、民間病院1名、デイサービスセンター2名(内1名は保健センター兼務)、訪問看護ステーション1名、保健センター2名(内1名はデイサービスセンター兼務)である。健康度自己評価に関して、全員が健康と答えている。(内1名は高度難聴のため補聴器が手放せない状態である。)治療・服薬、既往症ともに全員がなしと答えている。

② 退職前から再就職後の変化に関する調査結果

退職前から再就職後の生活構造と健康の変化および人材活用システムについて聞き取った内容は次の10項目に分類できた。その具体的内容を表4に示す。項目は、【a. 仕事する目的の変化】、【b. 退職前後の体調の変化】、【c. 退職がもたらした意識の変化】、【d. 退職準備】、【e. 就労継続の希望年齢】、【f. 現在の仕事以外の社会活動参加】、【g. 定年退職から再就職までの期間とその間の求職活動】、【h. 希望就職先と再就職先に対する満足度】、【I. 仕事を続けていくための人材活用システムについての意見】、【j. その他】の10項目である。

【a. 仕事する目的の変化】では、全員が経済的理由を第1位におくのではなく、自分の経験と技術を生かしたり、現職時代に経験できなかった職場への就職を目的にしている。

【b. 退職前後の体調の変化】では3名が特別感じていなかったが1名は深夜勤務による体調不良を、1名は退職時期と実母の介護と重なったために心身の過労を感じていたが、再就職後は消えている。

【c. 退職がもたらした意識の変化】について、医師がすぐそばにいる勤務環境から看護判断を求められる職場に変わって不安になったり、医療関係者以外の上司に指示されることに不満を感じたり、福祉関係職との考え方に驚いたりしながら、臨床にいた現職時代とは違った視点、広い視野で考えられるようになったと述べている。

【d. 退職準備】について、退職後に訪問看護ステーションに就職したいと考えていた1名を除き、全員が特別な準備をしなかったと答え、在職中に準備をしようと思っても出来る職場環境ではなかったと答えている。

【e. 就労継続の希望年齢】に関しては、全員が体の動く限り勤めたいと考えている。何歳まで可能かという問いには具体的な年齢を明言する者は少なかった。

【f. 現在の仕事以外の社会活動の参加】について、70歳以上の人は老人クラブの行事や宗教の活動と勤務を両立させている。1名は、現職時代にできなかった観劇や旅行をしながら勤務もしている状況であり、退職後の人生を計画的に過ごしていた。

【g. 定年退職から再就職までの期間とその間の求職活動】については、退職後新しい職場へチャレンジしようと考えていた2名の人を除き、現職時代の職場へ勤めているために求職活動はしていなかった。

【h. 希望する就職先と再就職先に対する満足度】については、高齢であるということを見ると、働く場があることで満足という回答が多かった。

【I. 仕事を続けていくための人材活用システム】については、全員が必要であると答えている。また、退職対象者に事前にシステムをPRすることが必要という意見もあった。

【j. その他】の内容の大部分が、退職後の業務に関する研修制度の充実を求めるものであった。

③ 健康度自己評価結果、生活満足度 LSI-K、主観的幸福感尺度 PGC モラルスケール調査結果を表5に示す。

a. 健康度自己評価は、西田らの調査¹⁰⁾で同一地域の高齢者の結果は【健康である】が26.3%、【まあ健康である】が60.0%で、本調査の結果も4名が【健康】と答えていることと大差ない。

b. 生活満足度尺度 LSI-K については、古谷野の全国高齢者調査¹¹⁾では、全体・女性・男性ともに4.6±2.2で、本5事例では全国平均より高くなっている。

c. PGC 得点については、前田らによる全国高齢者調査¹²⁾では、総得点全体11.2±3.7、男性11.6±3.6、女性10.

表4 退職看護者の退職前から再就職後の変化についての聞き取り調査結果

()内は人数

項 目	結 果
【a. 仕事する目的の変化】	<p>○公的病院から民間病院に再就職したときは、看護の質を何とかしたいという意欲がでた。(1)</p> <p>○退職してから何度か転職したが、自分にあっているのは、看護の提供を真剣に考えられる場があると思う。(1)</p> <p>○経済的理由もある。しかし、自分の経験してきたことを生かして働きたいという思いの方が強い。(2)</p> <p>○経済的理由より、自分自身が訪問看護を経験したいと考えていた。(1)</p> <p>○経済的理由で働くのであれば、働きたくない。社会から要望されて働きたい。(1)</p>
【b. 退職前後の体調変化】	<p>○特になかったと思う。(3)</p> <p>○退職前は深夜勤等があり、体調が悪かったが、現在の勤務状態(日勤・早朝・準夜勤)で体調は良い。(1)</p> <p>○退職時期に実母の介護と重なっていたので心身ともに過労気味であったが、介護から開放されてから体調は良い。(1)</p>
【c. 退職がもたらした意識の変化】	<p>○現役時代は、自分なりの看護をしてきたと自負していた。ところが福祉施設に再就職すると看護のことを何も分からない上司が、いろいろと指示するためすぐにやめてしまった。(1)</p> <p>○ケアマネジャーとして勤務したときは、福祉職との考え方の違いに驚き、続けられなかった。(1)</p> <p>○地域社会で何か役立っていると実感していきたい。(2)</p> <p>○全て年下の人ばかりなので人間関係に気を使う。(1)</p> <p>○病院では、常時医師がいて判断に困ったときはすぐに相談できたが、地域では看護判断が重要になるので自信が無く不安になる事がある。(1)</p> <p>○若い現役の人にイライラするが、立場上遠慮している。(1)</p>
【d. 退職準備】	<p>○訪問看護をしたかったので、訪問看護ステーションへ働きかけた。(1)</p> <p>○退職前に訪問看護室への勤務希望をしていたが、聞き入れてもらえなかったので、何もできなかった。(1)</p> <p>○定年退職なので、そのつमりの心構えをしていた。(3)</p>
【e. 就労継続希望】	<p>○勤務状態によるが、体調がよければ今後も続けたい。週に2～3日の勤務であれば、80歳くらいまで可能かも知れない。(1)</p> <p>○身体的ハンディを感じる時があるが、出来れば働ける間は働きたい。(3)</p> <p>○現在の訪問看護は、もう少しだと思うが、他の仕事であれば、もっと長く続けられると思う。年齢は体調にもよるのでわからない。(1)</p>
【f. 現在の仕事以外の社会活動参加】	<p>○趣味の会に参加している。(1)</p> <p>○夫婦で観劇や旅行等現役時代できなかったことをしている。(1)</p> <p>○地域の行事に参加(不定期)している。(2)</p> <p>○老人クラブに参加(月1回～2回)している。(3)</p> <p>○仏教婦人会(週1回以上)に参加している。(2)</p> <p>○特にない。(1)</p>

表4 つつき

<p>【g. 定年退職から再就職までの期間とその間の求職活動の有無】</p>	<p>○訪問看護ステーション1年, デイサービスセンター2か月 居宅介護支援事業所1年, 民間療養型病院2年, 養護学校への訪問看護2年, 現在の民間病院へ, 空白期間に求職活動はしていない。今回初めてシステムに登録した。(1)</p> <p>○退職直後から14年間別の民間病院で働いてきたが、深夜勤等があり体力的に限界を感じたため本システムに登録して、デイサービスセンターに勤めた。最近住居の近くに新しいデイサービスセンターができたのでかわった。(1)</p> <p>○定年退職後1ヶ月で再就職, 退職直後にハローワークと本システムに登録した。(1)</p> <p>○再就職は8年後、その間の求職活動は実母の介護のためできなかった。実母死亡直後に元の職場から声がかかってそれから以後引き続き働いている。今までの職場へ出る回数が少なくなってきたので、今回登録した。(1)</p> <p>○退職後、勤務形態は、嘱託から臨時職員に変化したが、現在まで引き続き働いている。求職活動は今回始めて登録した。(1)</p>
<p>【h. 希望する就職先と再就職先の満足度】</p>	<p>○処遇については種々あるが、福祉職と一緒に働いたことで、あまり気にすることが無くなった。年金もあるので、お金のことより、働きやすさや価値観のあう場所かどうかに重点を置いている。(1)</p> <p>○処遇については、この年齢でこれだけもらえればありがたいし、他の人からもよいなあとうらやましがられている。(1)</p> <p>○病院時代の勤務に比べれば身体的には非常に楽なので退職後の仕事としては適していると思う。(1)</p> <p>○退職後働く勤務場所のイメージは想像していた通りであった。(2)</p> <p>○年齢が高くなると毎日勤務することが出来なくなってきた。体調に合わせて勤務できればありがたい。(1)</p> <p>○同じ職場に続けて勤務しているので特になし。しかし、週1回のデイサービスセンターはまったく違う。自分には合わない。(1) ○処遇について特に要望は無い。(1)</p>
<p>【i. 仕事を続けていくための人材活用システムに対する意見】</p>	<p>○退職後間もないころは、就職口に困らなかったが、年齢が上がるにつれて就職先が少なくなってくるので、高齢者向け紹介所は必要と思う。(4)</p> <p>○高齢者向けの職場を紹介してくれるところがほしい ハローワークにも求職を出したが、まったく紹介してもらえなかった。(1)</p> <p>○退職者向けにもっとPRする必要がある。(1)</p>
<p>【j. その他】</p>	<p>○臨床から長く離れていると、看護の新しい考え方や方法が分からなく不安を感じる。(1)</p> <p>○福祉職と看護職の役割が不明確なためトラブルになることもある。(2)</p> <p>○福祉施設での看護は救急対応に期待されている半面、その対応が取れるようなネットワークや機材がそろっていない。(経費投入をしようしない)(1)</p>

表4 つづき

	<p>○自分たちの学びたい研修会がタイムリーに無い。又退職者向けの研修内容が無い。(4)</p> <p>○研修会に出たいと思うが、再就職してからは時間的に許されない部分がある。(1)</p> <p>○大きな病院から急に小さな組織になって戸惑ってしまう</p> <p>○小さな組織では人事異動もなく、人間関係に悩むことがある。(1)</p> <p>○個人情報保護法の関係で、思うように医師や臨床看護師と情報のやり取りの出来ないことに困っている。(1)</p>
--	--

表5 退職看護者の健康度自己評価結果・生活満足度(LSI-K)及び主観的幸福感(PGC モラールスケール)調査結果

	健康度自己評価	生活満足度(LSI-K)	主観的幸福感 (PGC モラールスケール)
A	1.まったく健康	6.0	13.0
B	3.ふつう	4.0	11.0
C	2.かなり健康	7.0	14.0
D	1.まったく健康	7.0	15.0
E	2.かなり健康	5.0	17.0
平均値	—	5.8	14.0
全国調査結果	よい 18.2% まあよい 14.9%	4.6±2.2	全体 11.2±3.7 男性 11.6±3.6 女性 10.9±3.7
退職看護職在住 地域での過去の 調査結果	健康である 26.3% まあ健康である 60.0%	—	8.1 ±2.54 (ただし 11 項目評価)

9±3.7であり、本5事例では11.0～17.0と全員が女性値を上回っている。

以上のことから、再就職した看護者は、健康で、主観的幸福感が高く、生きがいを持って生活をしているといえる。

4) 聞き取り調査結果からシステムの必要性についての検討と今後の課題

① 雇用主は経験のある有資格者の確保に、退職看護者は年齢が高齢になるにつれ再就職が困難になり、今まで培ってきた専門的知識や経験を生かす場が狭められていることを悩んでいた。求職側求人側ともに探す手段が無い状態のところ、人材活用システムの存在を知り登録し、お互いの条件が合致する相手と契約関係を結んでいた。

② 人材活用システムの運用により出てきた課題は、

システム運用当初から現在まで求人事業所、求職者の登録を B 市に居住している人(又は事業活動の拠点を B 市に置いている事業所)に限定している。ワーキングブラザ運営担当者は求人事業所の拡大活動の側面から、より広域に事業所開拓したいという思いと、求職者の側面からは出来るだけ居住地に近い職場を紹介したいという思いがある。高齢の求職者は自動車運転免許証の保持者が少なく、自転車やバイクによる移動であるため、居住地近くの就労先に限定されることが多い。しかし、団塊の世代が高齢者になる2015年以後は、自動車運転免許証保持者も多いと考えられるので、これからは広い視野で事業所開拓が必要であると考えている。

③ 雇用主と再就職者ともに研修機会の要望を出している。退職看護者を再雇用している事業所はいずれも小規模事業所で、事業所内の研修は介護保険制度の基本的

内容や健診業務のチェックポイントの変更点等の当面の問題を解決するための研修にとどまっている。

再就職した看護者は自分のスキルアップのための新しい情報や技術研修を望んでいる。

これからは事業所努力による研修会のみには依存するのではなく、公的責任でどのように研修機会を確保していくかが大きな課題である。又、退職看護者の研修体系を作ることが、退職看護者の提供する看護の質を向上させることにつながると考えられる。

IV. 考察

以上の結果から、退職者の雇用システムの有効性について検討し、退職者人材活用システムの課題について提案する。

1. 雇用システムの有効性

雇用主からは Benner の提示した7領域の援助的役割、指導・手ほどきの役割、診断機能とモニタリング機能、治療的介入と療法を実施する能力とモニタリング能力があるという評価を得ていた。退職看護者は、再就職先の職場に看護マニュアルが無いにもかかわらず、目の前の状況に対処しなければならないとき、それまでの経験に基づいて対応している。また、福祉職場という新しい分野において利用者個人への対応だけでなく、同じ職場に働く介護職への指導を担っている部分もある。これらの状況から考えると、Benner が述べている達人の段階の看護者といえる¹⁹⁾

達人の段階に達した退職看護者の能力に対して、雇用主の退職看護者に対する評価は肯定的評価が大勢を占めている。これらの能力が雇用主の雇用理由の一つである経験と知識の豊富な人という条件と合致した結果、退職者に対する評価を高めているのであろう。

近年、一般企業の退職者は長引く不況の影響を受けて、「転職・再就職型」が少なくなり、「完全引退型」が増加傾向にある¹⁴⁾。高齢者の雇用は出向制度によって確保されている現状にあり、高齢者の雇用環境は厳しさを増している¹⁵⁾。このような状況の中で、今回のような退職直後の者ではなく、さらに高齢の看護者がそのキャリアを生かして看護業務に従事していることは、特異ともいえる状況である。退職看護者は退職した職場からの紹介などの個人的ネットワークで再就職する傾向にある¹⁶⁾が、今回のような高齢者ではすでにそのネットワークを喪失している。このことは一般の企業退職者が退職を機にそのネットワークサイズが縮小するといわれている¹⁷⁾ことから考えてみても高齢になってからの個人的ネットワークを中心とした再就職には限界がある。今回のシステムはその個人的ネットワークではなく、地域に密着した雇用システムにより達人の段階に達した看護者を確保でき

ることを示している。これから団塊の世代が75歳に達する2025年には、高齢者が高齢者のケアを行わなければならないことを想定すると今回のB市で試行した人材活用システムは有効な人材活用システムといえるであろう。

退職看護者自身も同世代の高齢者より健康度はよいと考えている結果であった。また、生活満足度も主観的幸福度も全国調査より高い得点であった。退職看護者らの主な求職理由は、経済的理由ではなく経験を生かしたい、経験を生かして福祉職場で活躍したいということであり、いくつかの困難な状況をあげながらも経験を生かして良かったと述べている。退職看護者の求職動機に応じた職場が確保され、就労することで精神的充足感をえて、さらに健康感を高めているという好ましい状況を生んでいるのである。これまでの看護職員確保対策では、賃金格差の解消という視点に重点が置かれたが、今回の退職看護者が達人といえる能力を発揮し看護者自身の精神的充足感が高いという再就職のあり方は今後の確保対策では重視されていく必要があるだろう。すでに、日本の保健医療福祉のパラダイム転換には施設中心から在宅・地域へ、という移行があり、今後の看護の力を発揮するものとして「看取りの看護」がある¹⁸⁾。今回の退職看護者の有した能力と人生の経験を生かすシステム構築は緊急の課題である。

ICN(国際看護師協会)では、保健に関する重要な動向として、熟練した保健専門職者数の減少をあげている¹⁹⁾。しかしながら、今後は看護者側からみた求職動機に合致した看護職員確保対策が求められるといえよう。

西田らの調査²⁰⁾によると退職者の就労以外の社会貢献活動として地域社会への貢献意欲は高いものの、実際に参加している行動は義務的な自治会参加であり、身近な居住地域での社会活動への参加はそれほど高くない。これに対して、本システムを利用している再就職看護者は就労を生活の中心としながら地域の行事、趣味の会や宗教活動を両立させている。今後、退職看護者を雇用する場合には地域行事や宗教活動などができるような勤務体制を検討する必要がある。

2. 退職者の人材活用の活性化に向けての提言

人的資源計画は政府、雇用者、看護協会にとって重要な課題である²¹⁾。退職者の労働力は潜在的な労働力として期待できるものといえるが、現行の人材活用システムは充分活用されていなかった。また、個人的つながりで求職する傾向にあるため、新たな活躍の場として期待され、人材不足が指摘されている福祉施設や訪問看護への就労斡旋は困難である。

そこで、これまでの若年層のナースセンター事業を中心とした人材活用システムや福祉人材センターのみでなく退職者を潜在労働力として活用するため以下のことを

提案する。

① B市で試行した無料職業紹介所の窓口を市町村社会福祉協議会等に開設し、自動車運転免許などを有しない退職者が求人情報にアクセスしやすい工夫をする。窓口を身近な地域に設けることにより求職しやすくなるが、求人情報が制限されるという短所があるため、この解決策として都道府県社会福祉協議会が運営している福祉人材センターと情報共有し、広域的に求人求職情報が把握できる情報ネットワークシステムの構築が必要であり、同時に既存のナースセンターや福祉人材センターに高齢者用の窓口を開設することが必要である。

②再就職者のための研修制度について、看護協会の研修体系の中に再就職者向けの研修を組み込み再就職への不安を除く必要がある。今回の調査では、退職準備期の研修より再就職後の研修希望が多い。しかし、いったん再就職してしまうと研修を受講しがたいという側面があるため通常の集合型研修ではなく、メディアを活用した研修形態を考える必要がある。例えば、一方向性であればビデオやDVDの貸し出しによる自己学習等が考えられる。

また双方向性であれば、通信教育やテレビ電話等の利用による学習方法が考えられる。

退職看護者の再教育の内容は、医療保険制度の改正点、介護保険制度の概要、看護と介護の役割の相違点、チームケア等が考えられる。また、退職看護者自身も自己学習の機会や職場の情報を交換する場が必要であり、そのための退職看護者ネットワークの形成が必要である。

V. 結語

本研究はB市という小規模地域での雇用システムの構築により、退職看護者が生きがいを持って就労している現状を把握することで、退職看護者の能力活用の有効性を検証したものである。団塊の世代が後期高齢者になる2025年には、高齢者が高齢者をケアすることになると予測されている。超高齢社会を迎えるにあたり、看護者が専門職として豊富な看護および人生の経験を生かして同世代のケアに携われる人材活用システムの構築の必要性が示唆された。本研究の結果を基に今後は対象者を拡大して調査し、退職看護者に最適な人材活用システムづくり、ネットワークづくりの基礎になるよう研究を継続したいと考えている。

謝辞

調査に協力をしてくださいました皆様に深く感謝申し上げます。

文献:

- 1) 水野正之,小澤三枝子,竹尾恵子:看護専門能力の育成とマンパワー確保に関する研究医療, 55(9):428-435, 2001
- 2) 西田厚子,堀井とよみ,平英美:定年退職者の健康と社会活動に関する報告書 2004
- 3) 日本看護協会:『定年退職等看護者のセカンドキャリア開発支援事業報告書』2004
- 4) 西田厚子,堀井とよみ,筒井裕子他:中高年看護者の健康と退職準備行動の関連, 第36回日本看護学会一看護管理一抄録,229, 2005
- 5) Mann E, Jefferson KJ: Retaining Staff: Using turnover indices and survey. J Nurs Adm 18:17-23, 1998
- 6) Lawton P M, Behavior-Relevant Ecological Factors. In K. W. Social Structure and Aging: Psychological Process, Lawrence Erlbaum Associates: 1989
- 7) 芳賀博:高齢者の生活満足度 Well-being のアセスメント, Geriatric Medicine, 40(1):23-27 2002
- 8) 井上智子監訳:『看護ケアの臨床知』 医学書院 2005
- 9) 滋賀県:『滋賀県保健医療計画』2000
- 10) 西田厚子,堀井とよみ,小谷直子他:定年退職者の健康と社会活動の関連, 第63回日本公衆衛生学会総会抄録集:733,2004
- 11) 古谷野巨:高齢者の自立に関する調査結果報告書, 住友生命総合研究所,1992
- 12) 前田大作,野口祐二,玉野和志,他:高齢者の主観的幸福感の構造と要因,社会老年学, 30:3-16, 1989
- 13) 岡田麻里,村嶋幸代,麻原きよみ:地域ケアシステムを構築した際に保健婦が用いた能力, 日本公衆衛生雑誌, 44《④》:309-③21,1997
- 14) シニア開発機構:『サラリーマンの生活と生きがいに関する調査報告書』2002
- 15) シニア開発機構:『サラリーマンの生活と就業スタイルに関する調査』2003
- 16) 西田厚子:退職看護者の再就労の実態と能力活用ー「団塊世代の退職後」を視野に入れて, ナーシング・トゥデイ, 20(8):69-71, 2005
- 17) 西村純一:定年退職の社会的ネットワークの変化の認知に関連する要因の検討,社会心理学研究8(2):76-84,1993
- 18) 南裕子:21世紀の日本における看護の変革,インターナショナル・ナーシングレビュー, 24(2):34-35, 2001
- 19) キルスティン・スタルクネヒト:新世紀の幕開けに

看護を考える, インターナショナル・ナーシングレビュー,
24(2):30-33,2001

20)西田厚子, 堀井とよみ, 小谷直子他:『滋賀県水口町
定年退職者実態調査報告書』2004

21) 前掲1⁹⁾

22) 長田久雄, 安藤隆俊:定年退職が精神健康と主観的
幸福感に及ぼす影響, 産業ストレス研究, 5(2):106-
111,1998

研究ノート

地区診断と健康教育指導案作成を組み合わせた教育プログラムによる学生の学び



滝澤寛子、西田厚子、今村 香
滋賀県立大学人間看護学部

背景 本学では、地域看護活動論を教授する1科目として健康教育論が位置づけられている。地区活動の手段としての健康教育が理解できることを目指して、地域のヘルスニーズから健康教育の展開が考えられるよう、並行して開講されている地域看護論演習で行う地区診断演習と組み合わせて健康教育指導案を作成する課題を提示した。

目的 試行した教育プログラムの成果として、学生の最終レポートの記述から健康教育・地区活動に関する学びの内容を確認し、今後の課題を検討した。

方法 地区診断で見出した地域のヘルスニーズを踏まえて健康教育指導案を作成する教育プログラムを実施した。本プログラムを受講し研究協力の得られた71名のレポートから、健康教育や地区活動に関する学びを抽出し分類した。

結果 学びの内容は、健康教育の目的に関すること101件、健康教育・地区活動の展開に関すること631件、看護職の役割や能力に関すること12件、行動変容に関すること5件、病院と異なる側面に関すること11件、に大別できた。健康教育の目的では、【仲間づくりをする】【家族、地域に波及させる】【自主的な活動につなげる】、健康教育・地区活動の展開では、【参加者の主体性が大切】【動機づけが大切/工夫する】【地域特性にあわせる】【対象特性を理解する/あわせる】【他機関と連携・他職種と協働する】で記述が多かった。

結論 今回、レポートから学生の学びを分析し、地区活動の手段としての健康教育の目的や地区活動方法の特徴として大切にすべき側面について理解していることが確認できた。今後、これらの学びを学生が実習地において検証できるようにすることが課題である。

キーワード 地区診断、健康教育、保健師、地区活動

I. 緒言

本学では、地域看護活動論を教授する1科目として健康教育論が位置づけられている。健康教育論では、健康教育の基礎知識と、地区活動の手段としての健康教育が理解できることを目的に、健康教育の目的、方法をはじめ、地区活動における健康教育の展開について学習内容を提供している。地区活動とは、一定の地区内に住むすべての人々の健康生活を守ることに責任をもつ立場から、そこに住む人々の生活の営みをとらえ、その営みに即し

た効果的な援助活動を見出し展開していく保健師固有の看護活動である¹⁾。地区活動は、地域看護活動に特徴的で独自のものであり²⁾、この地区活動の考え方と方法を教授することが重要である。

地区活動の教授方法の工夫として、ベテラン保健師の活動史や、保健師が実践した地区活動の事例（以下、活動事例という）を直接聴き取らせ、行政で働く看護専門職の役割や活動の原則を考えさせる報告³⁻⁶⁾や、「地区診断」を演習・実習に取り入れる報告⁷⁻¹⁵⁾がある。地区活動の展開は、看護専門職としての地域の健康づくりを目的とした看護過程の展開と捉えることができ、「地域住民集団に対する情報を収集・分析、地域住民のヘルスニーズをアセスメント、潜在している個人あるいは集団の健康問題を発見、対策樹立に参画、様々な機関・職種と連絡をとりながら看護活動の計画立案、実践し、評価する

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：滝澤 寛子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

E-mail: takizawa@nurse.usp.ac.jp

という一連の過程」といえる^{16,17)}。そして、情報を収集・分析し、地域住民のヘルスニーズをアセスメントすることを「地区診断」といい、地区診断は、単に地域の概況の理解にとどまらず、地域での看護活動の目標や方向性を明確にし、以後の活動につなげるものとして意義をもつ¹⁸⁾。しかしながら、「地区診断」を演習・実習に取り入れる報告では、地域の概況の理解やヘルスニーズの把握でとどまっているものも多く、解決策を検討し活動計画の立案まで行い、その具体的な学習効果について明らかにしているものは少ない^{15,19)}。

一方、地域看護学における健康教育の教授方法については、学内講義・演習で健康教育指導案の作成を取り入れる報告^{11,20)}や、臨地実習で健康教育に取り組んだ学生の学びを分析した報告^{21,22)}がある。臨地実習で健康教育に取り組んだ学生の学びを分析している研究^{23,24)}では、実習地において地区診断を試み地区のヘルスニーズの把握を通して健康教育に取り組む経験を通して、地区活動計画の立案として地区のニーズや対象者の特性に合わせた健康教育立案の必要性を学んだり、集団指導技術について学んでいることが報告されている。一方、学内講義・演習で健康教育指導案の作成を取り入れる報告は、具体的な地域とそこに住む人々の設定ではなく、ライフステージ別健康課題の提示や健康教育を行う対象者の場面設定から健康教育指導案を作成させるものであり、対象者の生活を理解し、地域の健康指標に関連づける能力を培う教育方法改善の必要性²⁵⁾など、地区活動の展開と関連させて学習することの難しさが指摘できる。

地区活動の理解を促すためには、「地区診断」というアセスメントだけであったり、「健康教育指導案作成」という活動計画の立案だけといった、地区活動の展開の1構成部分を体験させるのではなく、地区診断で明らかにしたことを次の地区活動計画に反映させていくという地区活動の展開過程を経験させることが重要であると考えられる。

そこで、今回、学内での講義・演習を通して「地区活動の手段としての健康教育」が理解できることを重視し、具体的な地域を設定し、その地域のヘルスニーズから健康教育の展開が考えられるよう、並行して開講されている地域看護論演習で行う地区診断演習と組み合わせ、健康教育指導案を作成する教育プログラムを試行した。本教育プログラムは、地区診断によりヘルスニーズを分析して明らかになったことを、ニーズに対応する解決策である健康教育指導案の作成に反映させるという、地区活動の展開過程を経験することを重視したものであり、これにより、単に集団を対象とした教育方法としての健康教育ではなく、保健師が地区活動の一部として行う健康教育の理解ができることをねらった。本報告は、本教育プログラムの成果として、学生の最終レポートの記述

から「地区活動の手段としての健康教育」の理解に焦点をあてて、学生の学びの内容を確認し、今後の課題を検討することを目的とした。

II. 研究方法

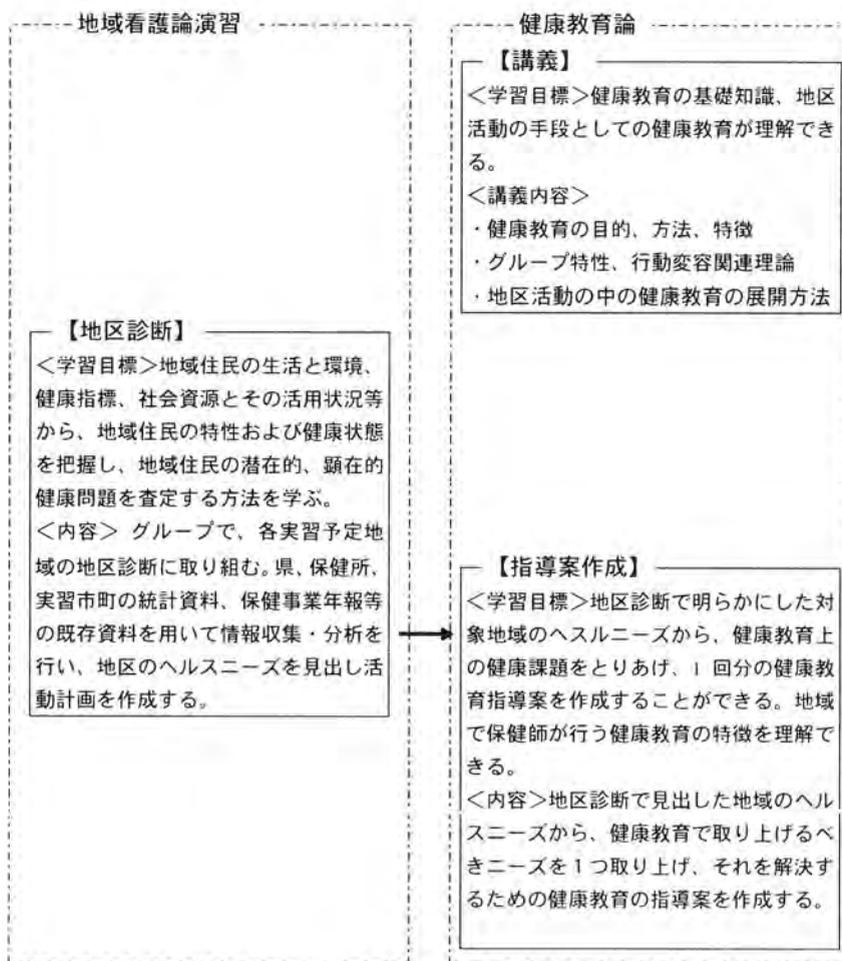
1. 地区診断演習と健康教育指導案作成を組み合わせた教育プログラムの概要

今回試行した教育プログラムの概要を図1に示した。

指導案作成に至るまでに、『健康教育論』の中で、健康教育の基礎知識として、健康教育の目的、方法、グループのもつ特性や行動変容関連理論について講義を行った。さらに、地区活動としての健康教育の理解を促すため、活動事例を用いて、学生に「参加者の主体性を高める支援」や「健康教育の評価」について考えさせながら、地区活動における健康教育の展開（企画、実施、評価のプロセス）について講義を行った。

一方、『地域看護論演習』の中では、地域住民の特性および健康状態を把握し、地域住民の潜在的、顕在的健康問題を査定する方法を学ぶことを目的に、後続する臨地実習で実際に訪れる実習予定地域（市町）の地区診断を行わせた。実習グループごとに、各実習予定地域の地区診断に取り組みせ、県、保健所、実習市町の統計資料、保健事業年報等の既存資料を用いて情報収集・分析から、地区のヘルスニーズを検討させて地区の活動計画を作成させた。

次に、『健康教育論』で、この地区診断演習を踏まえ、地区診断で見出した地域のヘルスニーズから、健康教育で取り上げるべきニーズを1つ取り上げ、そのニーズに対応して問題解決を図るための健康教育の指導案を作成させた。今回は、健康教育として、集団を対象とする集団教室プログラムを考えることを指定し、指導案の作成は2段階に分けた。第1段階は、地域のヘルスニーズから健康教育を実施する全体的な計画づくりとして、今回取り上げるヘルスニーズ、そのニーズに対応して問題解決を図るための健康教育の対象、テーマ、目標設定、健康教育立案時に配慮すべき点について整理させた。第2段階では、第1段階の全体計画の中から1単元分の学習内容を選択させて、より効果的な学習展開や評価を目指して、学習のテーマ、学習者の学習活動、主教育者の学習援助方法、使用媒体を時系列に整理し記載する指導案を作成させた。指導案の様式では、取り上げるヘルスニーズ、健康教育の対象者、テーマ、実施時期・場所、周知方法、スタッフについて、それぞれ選定した理由を記載するように工夫した。地域のヘルスニーズや健康教育のテーマなど、実習グループ内での話し合いは自由としたが、第2段階の指導案の作成は各個人に課した。また、各自が



注：健康教育指導案作成に係わる箇所を抜粋した。

図1 地区診断演習と健康教育指導案作成を組み合わせた教育プログラム

作成した指導案をもとに学びを深めるため、新たにグループを編成して意見交換をさせた。意見交換のグループ編成では、同じテーマで、対象者や地域が異なるよう編成し、その違いや共通点について考えられるようにした。グループワークでの学びも含めて、最終的に、地域で保健師が行う健康教育の特徴について考えさせ、「地区診断を踏まえて健康教育指導案を作成して学んだこと」「地域で保健師が行う健康教育の特徴について学んだこと」についてレポートを提出させた。

2. 分析の対象と方法

2005年6～7月に実施した上記教育プログラムを受講した本学部3年次学生75名（3年次編入生18名を含む）のうち、研究協力の得られた71名のレポートを分析対象とした。

分析方法は、まず、個々の学生が、グループワーク終

了後、「地区診断を踏まえて健康教育指導案を作成して学んだこと」「地域で保健師が行う健康教育の特徴について学んだこと」について記載したレポートから、学生の学びと判断できる記述をすべて書き出した。次に、記述内容を再度熟読し、健康教育や地区活動についての学びの内容として短文にし、1つの記述内容が1つの意味をもつようにして、それを1件として抽出した。さらに、3名の研究者間で、学びの内容を吟味し、同じような意味をもつと解釈できる学びに分類し、その意味を示す語句で表現し項目をつけた。

3. 研究協力者への倫理的配慮

まず、健康教育指導案作成の課題提示時に、研究目的と調査協力について文書と口頭で説明した。次に、課題提出時に改めて、研究の目的と方法、研究結果の利用方法、守られるべきプライバシーの権利、研究協力の有無

と成績評価とは一切関係しないこと、同意の撤回の権利を、文書と口頭で説明し、期間を設けて本人の自由意志による同意書の提出を求め同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

学生の学びと判断できたレポートの記述は総数773件で、学生1人5～22件、平均10.9件であった。この記述から解釈できた学びの内容は総数760件で、学生1人5～21件、平均10.7件であった。

学びの内容は、健康教育の目的に関すること101件、健康教育・地区活動の展開に関すること631件、看護職の役割や能力に関すること12件、行動変容に関すること5件、病院と異なる側面に関すること11件、に大別できた。

以下、本教育プログラムの学習目標に基づき、健康教育の目的に関することと、健康教育・地区活動の展開に関することの学びの内容を記す。

1. 健康教育の目的

地域で展開する健康教育の目的やねらいを理解していると解釈できたものは101件あり、13項目に整理できた(表1)。

記述が多かったものは、「同じ健康問題をもつ人を対象とすることで、仲間づくりになり、情報交換や一緒に頑張っていこうという意欲につながる」「仲間をつくり、一緒に頑張っていこうという体制をつくる」など【仲間づくりをする】24件23人、「家族や近所の人などに広めてもらうことで地域全体として健康増進を図ることにつながる」「対象のまわりの人が話をきいて『自分もやってみよう』と興味をもったり、参加したり地域へ広がっていくことも期待できる」など【家族、地域に波及させ

る】18件16人、「健康教育が知識や意識の啓発・普及の場の第一歩として、その後、その地域の健康推進員にならざるに、地域住民自身の今後の活動につながる」が大事」「参加者が自主的に学習を続け、学んだことを実施していけるように働きかけること」など【自主的な活動につながる】11件11人、「参加者が主体となって地域レベルで学習に取り組んでいけるように働きかけていく」「自分は一人ではないのだという思い、一人の問題を地域全体の課題としていく」など【地域全体として問題に取り組む】8件6人、であった。これらの学びには、「講義の中の活動事例で、グループワークを通して人とのつながりができ、お互いに誘い合って生活習慣の改善に取り組んでいたことから、グループで行う方が効果的に楽しくできるのではないかと思った」「今回の指導案と講義の活動事例から、地域が協力して行えることを見つけ出し、教育後、自分たちでできることを発見していくことが大切だと思った」と、講義での内容を踏まえて記述しているものが含まれた。

2. 健康教育・地区活動の展開

健康教育・地区活動の展開に関することは、健康教育という方法を用いて地域のヘルスニーズの解決を図る地区活動の展開方法やそこで大切にすべき視点として、気づきや学びをしていると解釈できた内容である。さらに、活動の展開に沿う形で、平成8年度健康づくりに関する特別研究班が作成した「健康教育事業の評価枠組みと評価指標」²⁰⁾を参考に分類した。今回は指導案を作成するまでを課題としたので、活動展開の「企画」に相応するものがほとんどであり、その他、活動のプロセスについて学んだものを含め、[地域ニーズの把握][プログラムの企画][評価の企画][活動のプロセス]の4つに分類

表1 健康教育の目的に関する学生の学びの分類

大項目	小項目	数
健康教育の目的	①仲間づくりをする	24 (23)
	②家族、地域に波及させる	18 (16)
	③自主的な活動につながる	11 (11)
	④地域全体として問題に取り組む	8 (6)
	⑤健康ニーズを解決する	7 (7)
	⑥住民とコミュニケーションを図る	6 (6)
	⑦地域の健康レベルを向上させる	5 (5)
	⑧健康意識を高める	4 (4)
	⑨健康づくりの基盤をつくる	4 (4)
	⑩地域の問題意識を高める	3 (2)
	⑪人材を発見する・育成する	3 (3)
	⑫環境へ働きかける	3 (3)
	⑬その他	5 (5)
	自分だけの問題ではないと気づく(1) 情報提供(1)、専門知識(1) 自己能力を高める(1) 情報を自己選択できる力を身につける(1)	

注:実数は記述の件数、()内は記述した学生数

表2 地域ニーズの把握に関する学生の学びの分類

大項目	中項目	小項目	数
地域ニーズの把握	ニーズ把握	①ニーズを明確にすることが必要	24 (24)
		②健康問題を生活の中で捉える	11 (11)
		③予防の視点が大切	10 (10)
		④予測する	5 (4)
		⑤地域の問題としてとりあげる	4 (4)
		⑥情報を統合する	3 (3)
		⑦環境からの影響を考える	2 (2)
	ニーズ・目標選定	⑧ニーズ選定のポイント	8 (8)
		⑨目標設定のポイント	7 (7)
	利用できる資源	⑩他機関と連携・他職種と協働する	35 (27)
		⑪地域特性を理解する	33 (27)
		⑫住民と協働・住民と共にすすめる	10 (8)
	その他	⑬資源を活用する	2 (2)
⑭その他		7 (7)	
ニーズの把握(1)、ニーズ把握の過程(1) 健康への影響を理解できる(1) 地域全体の問題に取り組む(1) 地域の潜在的問題にも取り組む(1) 地域の資源を把握する(1) 従来の活動分析(1)			

注:実数は記述の件数、()内は記述した学生数

した。

1) 地域ニーズの把握

地域のヘルスニーズを把握し、利用しうる資源を検討し、目標設定を行う企画の最初の段階で、大切にすべき視点として学んでいると解釈できたものは161件、14項目に整理できた。ニーズ把握の段階で検討すべき事項を踏まえ「ニーズ把握」「ニーズ・目標設定」「利用できる資源」「その他」の中項目に分類し、表2に示した。

記述が多かったものは、「他機関の連携をはかり、参画しやすい場を考える」「他職種と連携して効果的な教育にすること」など【他機関と連携・他職種と協働する】35件27人、「その地域の特徴をよく理解した上でないと、その地域にあった方法は考え出せない」「その地域の特徴を把握していることが大事」など【地域特性を理解する】33件27人、「地域のニーズを明らかにし、地域住民がどのようなことを望んでいるのかなど細かく把握することで、住民にあった指導案が出来る」「地域で起こっている健康問題を、根拠を明らかにして取り上げなければならない」など【ニーズを明確にすることが必要】24件24人、であった。また、「住民と相談して共にすすめる」「住民と共に取り組んでいく、共に考える」など【住民と協働・住民と共にすすめる】が10件、9人いた。

2) プログラムの企画

健康教育を行う際の対象の選定、学習内容の構成、スタッフの選定、教材、開催時期、場所等の企画を行う段階で、大切にすべき視点として学んでいると解釈できたものは433件、26項目に整理できた。プログラム企画段階で考える内容を踏まえ「全体構成・各設定」「対象者」「学習内容・方法」「工夫・支援」「その他」の中項目に分類し、表3に示した。

記述が多かったものは、「参加者が主体」「積極的に対象者が参加できるもの、対象者が興味を持って、主体的な学びができることが大切」など【参加者の主体性が大切】62件42人、「対象者1人1人が自身のこととして受け止め振り返れるような働きかけをする」「同じような体験をした人の話を聞けるようにするなども効果的」など【動機づけが大切/工夫をする】51件33人、「地域に合わせた教室実施時期、場所を設定する必要」「その生活集団の特性に従って中心になる人物に働きかけると効果的」など【地域特性にあわせる】50件35人、「対象にあわせて教室の学習内容や学習方法に工夫をしていくこと」「その年代がどのような背景をもっているかなども重要」など【対象特性を理解する/あわせる】45件36人、「周知方法によって地域の意識を高めることが出来るし、教室への参加姿勢にもつながる」「興味をもって参加することが出来るかを考える」など【参加を促す工夫が大切/工夫をする】43件28人、「様々な情報を考慮し、その

地域の健康課題に即したものにする必要」「的確なニーズを把握し、その問題を解決できるように目標を設定し、この目標を達成するために、色々な側面から働きかける内容を企画しなければならない」など【ニーズにあわせる】21件17人、「計画項目に関して根拠と裏付けがあることが重要」「対象者の選定や目標選定の理由によって教室の内容についても異なってくるため、この理由については明確にする必要」など【選定の根拠が必要】20件19人、「生活に根ざした内容であることが大事」「生活で取り入れられるようなものにしていく」など【生活に根ざした支援/生活に活かせることが大切】18件17人、「継続して行えるようにすることが大切」「継続させていくための支援も大切」など【継続していけるよう支援する】16件14人、であった。

これらの学びには、「同じテーマでも、対象者、学習内容が地域によって違い、それは地域の特性や問題が違うからだ」と気がついた」「地区診断を行っておくことで、その地域の特性に合わせた効果的な教室を開けることが、色々な地区の人と話し合うことで理解できた」「他のメンバーの案では、体験を通じ禁煙へ導くような工夫もみられ、体験できるものもよいと思った」などグループでの意見交換を通して学んでいる記述が含まれた。また、

表3 プログラムの企画に関する学生の学びの分類

大項目	中項目	小項目	数
プログラムの企画	全体構成・各設定について	①地域特性にあわせる	50 (35)
		②対象特性を理解する/あわせる	45 (36)
		③ニーズにあわせる	21 (17)
		④設定の根拠が必要	20 (19)
		⑤住民の立場に立つ	10 (9)
		⑥効果を考える	4 (4)
		⑦目的・目標に沿う	4 (4)
		⑧ニーズや対象、目標によって異なる	4 (4)
		⑨時間配分を考える	2 (2)
	対象者	⑩対象者選定のポイント	16 (14)
		⑪対象者を把握する	4 (4)
	学習内容・方法	⑫参加者の主体性が大切	62 (42)
		⑬科学的根拠に基づく	6 (5)
		⑭対象者の反応を予測する	4 (4)
		⑮からだの仕組みの理解を促す	2 (2)
		⑯動機づけが大切/工夫をする	51 (33)
	工夫・支援	⑰参加を促す工夫が大切/工夫をする	43 (28)
		⑱生活に根ざした支援/生活に活かせることが大切	18 (17)
		⑲継続していけるよう支援する	16 (14)
		⑳理解を促す工夫をする	15 (15)
		㉑他の活動と運動する	9 (9)
		㉒継続して支援する	7 (7)
		㉓個別対応の視点	4 (3)
		㉔他の人の意見を聞く	4 (4)
		㉕様々な工夫をする	2 (2)
		㉖その他	10 (10)
その他	㉗計画をしっかり立てることが大切(1)		
	対象と目標が異なる(1)		
	対象、目標が大切(1)		
	目的が大切(1)、テーマに沿う(1)		
	地域、家族、個人の理解(1)		
	自己評価を取り入れる(1)		
	適宜修正(1)、公平性(1)		
	目標達成のための環境づくり(1)		

注: 実数は記述の件数、()内は記述した学生数

「地区診断を通してその地域の健康課題を把握した上で健康教育の内容を考えていく。そのためにも地区診断は重要だと実感した」「地区診断を行うことで、どこに焦点を当ててどのように介入していったら良いかがわかった」「取り上げるヘルスニーズを明確にできないまま指導案づくりに取り組もうとしたが、進めることができなかった。地区診断のニーズにあわせ、その問題を解決または改善するための技術であって、それ一つで意味をなすものではないということを体験できた」など、地区診断から指導案作成の過程を体験することで学んだという記述もみられた。

3) 評価の企画

評価方法を企画する段階で大切にすべき視点として学んでいると解釈できたものは29件、3項目に整理できた。「評価し、次回に生かして改善し、よりよい教室となるよう工夫していく必要」「地域でも健康教育という『ケア』を実施したあとは評価し、さらにフィードバックしてより良いものへもっていくことが大切」など【評価して、よりよいものにしていく】25件22人、「正確に評価できるような評価方法を用いること」など【評価の方法】3件3人、【評価が大切】1件1人であった。

4) 活動のプロセス

地区活動の展開プロセスについて学んでいると解釈できたものは8件、3項目に整理できた。「臨床も地域も、さまざまな情報を集めて、そこから起こりうることを予測したり問題であろうという点を見つけ、アセスメントし問題を解決するために働きかけていくというプロセスは同じ」「評価と新たな情報をもとに次の課題を出す、この繰り返しにより、地域全体の変化を促す」など【一連のプロセス】4件4人、「地区診断で地域のヘルスニーズを見つけ出し、指導案を作成する一連の流れ」という【ニーズ把握から教室企画】2件2人、【その他】「教室自体が始まる前から、そして終了した後も続いていくという特徴」「地区診断と健康教育はお互いに作用している」の2件2人であった。

IV. 考察

今回試行した地区診断から健康教育指導案を作成するプロセスを通じた学生の地区活動に関する学びの内容と、今後の課題について考察する。

1. 地区活動の手段としての健康教育の目的

今回はレポート課題が健康教育の目的を述べることを目的としていなかったため、健康教育の目的に関することとして抽出された学生の学びは、地区活動としての健康教育の目的やねらいとして特徴的だと捉えて記述された内容であると考えられる。記述が多かったものは、【

仲間づくりをする】【家族、地域に波及させる】【自主的な活動につなげる】【地域全体として問題に取り組む】であった。健康教育と地域における看護職の役割として、健康問題の中には個人で解決できにくいものもあり、その場合にはより健康な生活を目指す人々の組織的な活動や公的な施策による解決に向けた努力が重要であると言われている²⁶⁾。また、保健師が地区活動の一部として行う健康教育の方法の重要な側面の1つとして、「組織者づくりと主体的な働きの育成」があり、参加者が自分の周りの人に働きかけることができるようにすることと、教育参加者が引き続き自分たちだけで自主的に学習を続けていく活動が大切である²⁶⁾。つまり、保健師が地区活動の一部として行う健康教育では、単に参加者個人の健康に関する知識や態度、行動の変容を促すだけではなく、参加者同士を結びつけて仲間づくりを図り、参加者が自分たちだけで自主的に学習を続けていけることをねらったり、参加者が家族や地域の人々に働きかけて、参加者個人だけでなく地域全体で力を出し合って問題に取り組んでいけることをねらうのである。今回、学生の「健康教育の目的に関する学び」の内容として解釈できたものは、このような保健師が行う健康教育が目指すべき方向を捉えた内容となっており、地区活動の目指すべき方向に向けて健康教育を行っていること、つまり、地区活動の手段としての健康教育の目的を理解できていると考えられる。これらの学びには、講義での健康教育の活動事例の学習内容を踏まえて記述したものが含まれており、事例を通し、そこから地区活動における健康教育として大切にすべき事例を伝える教授方法の重要性を確認した。

2. 地区活動の一部として行う健康教育の展開

健康教育・地区活動の展開に関する学びは、631件、83%を占めた。以下、地区活動の特徴的側面を取り上げ、「住民の主体的な健康づくりの支援」「ニーズを把握し、地域特性・対象特性にあわせたプログラムの作成」「他職種との協働」「評価と活動のプロセス」について考察する。

1) 住民の主体的な健康づくりの支援

この大項目の学びの中で最も記述が多かったものは【参加者の主体性が大切】、次いで【動機づけが大切/工夫をする】であり、それぞれ42人(59%)、33人(46%)の学生が記述していた。【参加を促す工夫が大切/工夫をする】も28人(39%)の学生が記述していた。これらの項目は、参加者が主体的に教室に臨み、学習活動や健康づくりに取り組むことの大切さや、その働きかけの工夫について述べている。保健師に求められる能力として、集団に対する支援能力では、集団的な健康教育が行えるという能力に加えて、住民の主体的な健康づくり活動を支援できる能力、そしてグループ化した住民の活動を陰なが

ら支え、住民の活動が発展していけるよう仕掛けることができる能力で、住民と共に歩むという姿勢が求められている²⁷⁾。これら3項目の学びは、この集団的な健康教育を行うことに加えて、住民の主体的な健康づくり活動を支援する大切さとその働きかけの工夫について述べたものと言えるだろう。地区活動では、解決を図る主体者は住民であり²⁸⁾、この主体者の問題解決の力を高めるための活動を展開している。数は少なかったが、【住民と協働・住民と共にすすめる】を学んでいた者もあり、単に集団を対象とした教育方法としての健康教育ではなく、保健師が地区活動の一部として行う健康教育としての特徴を理解していると考えられる。今回、【参加者の主体性が大切】を約6割の学生が記載していたことから、指導案作成前に、健康教育活動の事例を用いて、学生に「参加者の主体性を高める支援」について考えさせたことも、「主体的な健康づくり」について学びを促進させる働きかけになったと考える。

2) ニーズを把握し、地域特性・対象特性にあわせたプログラムの作成

この大項目の学びで、次に記述が多かったものは、【地域特性にあわせる】【対象特性を理解する／あわせる】で、いずれも約半数の学生が記述していた。また、地域ニーズの把握の段階では、【地域特性を理解する】【ニーズを明確にすることが必要】で、35~40%の学生が記述していた。これらの項目は、ニーズや地域特性を把握して、地域特性、対象特性にあわせたプログラムをつくることの必要性について述べている。これらの学びでは、グループでの意見交換や、地区診断から指導案作成の過程を体験することで学んだという記述が含まれていた。また、教室の対象者、実施時期・場所、周知方法、スタッフ等について【選定の根拠が必要】も3割弱の学生が記述していた。地区診断から、ニーズや地域特性を把握し、それに応じた健康教育指導案の作成に取り組み、なぜ、この対象者に行うのか、その選定根拠を考えながら進め、さらに、同じテーマで対象が異なる他の地域の健康教育指導案と並べてその共通性と相違について理解を深めることで、これらの項目の学びが得られたのではないかと考える。これは、臨地実習で健康教育に取り組んだ学生が、実習地において地区診断を試み地区のヘルスニーズの把握を通して健康教育に取り組む経験を通して、地区のニーズや対象者の特性に合わせた健康教育立案の必要性を学ぶという報告²¹⁻²³⁾と、同様の効果が得られたと考える。今回は、学内での講義と演習を通じた、地域のヘルスニーズの把握から健康教育の企画段階までの体験であったが、実習で実際に取り組んだ学生同様に、地区活動計画の立案として地区のニーズや対象者の特性に合わせた健康教育立案の必要性を学ぶことができたことは、地区活動の展開過程の経験を重視した本教育プロ

グラムの成果と考える。

3) 他職種との協働

この大項目の地域ニーズの把握の段階では【他機関と連携・他職種と協働する】で約4割の学生が記述していた。地区活動の活動方法上の特徴として、その1つに「他職種との共同活動」があげられる¹⁾。牛尾ら¹⁹⁾は、地区診断から地区活動計画作成に至る過程を模擬的に体験する地区活動演習を導入し、演習終了時と実習終了時の学生の地区活動についての学びの進展状況を分析した結果、演習終了時に比して実習終了時で「他機関・他職種との協働」について記述した学生が多く、特に、ヘルスニーズのアセスメントから分析、活動計画立案に至る地区活動の展開過程と関連させて学びを記述していたと報告している。今回、「他機関との連携・他職種との協働」についての学生の学びは、ニーズのアセスメント・分析との関連よりは健康教育を実施する活動基盤づくりとして記述されたものが多かった。これは、本教育プログラムが、地区活動の中から1つの「健康教育」をとりあげて指導案を作成することを課題としたことで、健康教育を実施する活動基盤づくりに視点がいったのではないかと考える。

4) 評価と活動のプロセス

この大項目における学びで、学生の3割以上が記述していた項目として【評価して、よりよいものにしていく】があった。実施後、評価して、次の企画に活かしていくことの必要性について述べられた内容である。また、その活動の展開プロセス全体について述べたものも8件あった。今回、地区診断から健康教育指導案の作成という、ニーズ把握から教室企画までの過程の体験であったが、評価方法を企画し、そして評価結果をフィードバックして活動を展開していく活動の一連のプロセスにまで視点を広げて学びが得られたのには、地区診断を行いニーズ把握から取り組んだことが影響しているのではないかと考える。レポートからは、学生が、ニーズ解決に向けてより効果的な健康教育の指導案を作成しようと取り組んでいたことが読み取れ、この方法でどれだけ効果があるのかと、効果に言及している学生もいた。そして評価結果をフィードバックして修正し、よりニーズにあうようにしていくことが大切なのだ、看護過程の基本は同じだと学んでいる点は、健康教育を単に集団に対する援助技術としてだけでなく、地区活動の手段として理解している内容であるといえる。

3. 今後の課題

今回、レポートから学生の学びを分析し、健康教育の集団に対する援助技術だけでなく、地区活動の手段としての健康教育の目的や地区活動方法の特徴として大切にすべき側面について理解をしていることが確認できた。

地域看護学教育は、講義と演習・実習を連動させることにより、講義で伝えた考え方が、実習を通して体験できる現場の事象で検証されて初めて真の理解の促進につながる²⁹⁾。講義、演習を踏まえて、地区活動方法の特徴について理解できた内容を、学生が実習地において検証できるようにすることが今後の課題である。

今回、学生の学びの内容の中では、健康教育を地区活動の手段として、他の活動と連動させることや、継続して支援すること、また、ヘルスプロモーションに向けて、健康を支援する環境づくりの視点や、健康問題を環境との関係で捉えることなどに関する記述が少なかった。牛尾ら¹⁰⁾は、演習終了時と実習終了時の学生の地区活動についての学びの進展状況を分析し、演習終了時点で公衆衛生看護の理念・目標と関連づけて地区活動の展開方法の学びを記述していた学生は、地区活動の展開方法についてのみ学びを記述していた学生に比し、実習終了時点での地区活動の学習項目のほぼ全項目に対して学生独自の表現による豊かな記述がみられ、地区活動の実践的理解と共に地域看護の概念形成がすすんだと考えられると報告している。レポート課題が地区活動の理念や特徴を直接問うものではなかったことから、その内容が述べられることが少なかった可能性もあるが、他の活動との連動や、環境への働きかけの必要性を理解できるよう教育内容を検討していくことも今後の課題である。

V. 結語

地区診断で見出した地域のヘルスニーズを踏まえて健康教育指導案を作成する教育プログラムを試行した。この学習プロセスを通じた学生の地区活動に関する学びを分析した結果は以下の通りである。

1. 健康教育の目的として、「仲間づくりをする」「家族、地域に波及させる」「自主的な活動につなげる」「地域全体として問題に取り組む」など、地区活動の手段としての健康教育として大切にすべき事柄を捉えていた。
2. 地区活動における健康教育の展開に関する学びは8割を占め、「住民の主体的な健康づくりの支援」「ニーズを把握し、地域特性・対象特性にあわせたプログラムの作成」「他職種との協働」など地区活動方法の特徴として大切にすべき側面について理解していた。また、「評価して、よりよいものにしていく」など地区活動の一手段として理解している内容が確認できた。
3. 講義、演習を踏まえて、地区活動方法の特徴について理解できた内容を、学生が実習地において検証できるようにすることが今後の課題である。

文 献

- 1) 平山朝子：地区活動論. 平山朝子, 宮地文子編：第3版公衆衛生看護学大系第1巻:公衆衛生看護学総論1. p.51-93, 東京：日本看護協会出版会, 1999.
- 2) 津村智恵子：地区活動論. 津村智恵子編著：改訂地域看護学. p.63-83, 東京：中央法規出版, 2002.
- 3) 佐藤由美, 北山三津子, 小川三重子, 山岸春江, 平山朝子：保健婦の役割を追求する能力を養うための教育方法—セミナーを用いた教育の効果—. 日本公衆衛生看護教育研究会誌, 2(1)：4-9, 1992.
- 4) 佐藤由美, 井出成美, 小川三重子, 山岸春江, 平山朝子：地区活動を伝える導入教育方法. 日本公衆衛生看護教育研究会誌, 3(1)：7-11, 1993.
- 5) 山崎洋子, 太田真里子, 山岸春江：ベテラン保健婦の活動史インタビューによる教育方法の効果. 日本公衆衛生看護教育研究会誌, 8(1)：11-14, 1998.
- 6) 安田貴恵子, 俵麻紀, 河原田美紀, 御子柴裕子, 北村三津子：行政に働く保健婦の活動を素材とした看護の機能に関する教育効果. 日本地域看護学会誌, 2(1)：76-79, 2000.
- 7) 宮地文子：保健婦教育における地区診断（把握）の展開. 保健婦雑誌, 46(4)：273-278, 1990.
- 8) 中村裕美子：大学教育での地区診断への取り組み. 保健婦雑誌, 55(9)：736-741, 1999.
- 9) 錦織正子：地域看護教育における実習計画と指導—地区診断（地区把握）—. 保健婦雑誌, 56(4)：286-292, 2000.
- 10) 大野詢子：「地区診断の基礎教育」の現状と課題時代の流れを追って. 保健婦雑誌, 57(8)：610-616, 2001.
- 11) 吉野純子, 永井真由美, 飯村富子, 山口扶弥, 平尾恭子：【看護実践能力を高めるための臨地実習前の準備教育】日本赤十字広島看護大学のプログラムから看護実践能力を高めるための学内演習の実際 地域看護学. Quality Nursing, 8(10)：858-863, 2002.
- 12) 大須賀恵子, 深澤恵美, 若杉里実, 白石知子, 吉田加代子, 泉朋美：踏査を導入した地区診断の学習効果と今後の課題. 保健婦雑誌, 58(6)：506-511, 2002.
- 13) 榎本妙子：保健師基礎教育課程における地区診断技術習得の試み—「地区視診ガイドライン」を用いて—. 日本地域看護学会第6回学術集會講演集：42, 2003.
- 14) 山口佳子, 太田ひろみ, 塚原洋子：保健所実習における地区診断の実施方法に関する評価と検討. 日本地域看護学会第7回学術集會講演集：119, 2004.
- 15) 佐藤紀子, 遠藤寛子, 西島治子, 金子仁子：地区活動理論の理解を促すための地区診断技法を用いた実習の効果. 日本公衆衛生看護教育研究会誌, 8(1)：14-

- 20, 1998.
- 16) 成木弘子：これからの保健所保健婦と基礎教育 地域診断能力の育成. 保健婦雑誌, 51(13)：1114-1118, 1995.
- 17) 松野かおる：わが国における地域看護の現状と今後の方向性. 看護教育, 29(6)：326-333, 1988.
- 18) 金川克子：地域看護診断の技法, 金川克子編：地域看護診断—技法と実際—, 3-20, 2000.
- 19) 牛尾裕子, 山田洋子, 石川麻衣, 武藤紀子, 宮崎美砂子：四年制大学の看護基礎教育課程における地域看護実践能力を高める教育方法の検討—地区活動演習の導入とその評価を通して—, 千葉大看護学部紀要, 27：29-35, 2005.
- 20) 西田厚子, 松坂由香里, 眞船拓子：地域看護学における「健康教育」の学習達成状況からみた教育方法の検討. 日本公衆衛生雑誌, 50(10)：431, 2003.
- 21) 宮地文子, 松井清江, 佐々木明子：健康教育教授—学習方法に関する検討. 日本公衆衛生看護教育研究会誌, 1(1)：15-21, 1991.
- 22) 木村裕美, 小野ミツ：地域看護臨地実習における健康教育からの学び. 日本地域看護学会第5回学術集会講演集：158, 2002.
- 23) 福岡和美, 大西早百合：地域看護学実習における健康教育の実習展開と教育効果について. 日本地域看護学会第2回学術集会講演集：60, 1999.
- 24) 湯沢布矢子ほか：平成8年度健康づくりに関する特別研究 地域保健における健康増進活動の評価方法に関する研究報告書. p.2-6, 1997.
- 25) 白井みどり：健康教育・学習. 津村智恵子編著：改訂 地域看護学. p.192-201, 東京：中央法規出版, 2002.
- 26) 平山朝子：地区活動の手段としての健康教育. 平山朝子, 宮地文子編：第3版公衆衛生看護学大系第2巻：公衆衛生看護学総論2. p.121-126, 東京：日本看護協会出版会, 1999.
- 27) 野村陽子：ジェネラリストとして保健師に求められる能力とは. 日本看護協会編：平成17年度看護白書. p.88-98, 東京：日本看護協会出版会, 2005.
- 28) 平山朝子, 保健婦活動における地区診断の意義と課題. 保健婦雑誌, 46(4)：267-272, 1990.
- 29) 佐藤由美, 井出成美：【大学における訪問看護・在宅ケアの教育の展開】訪問看護・在宅ケアに関する授業の展開、臨地実習の方法 公衆衛生看護・保健婦活動・予防を重視した展開. Quality Nursing, 1(10)：10-15, 1995.

研究ノート

急性期成人看護学演習における学生の 協同学習および説明活動による学習効果 —授業体験レポートの質的分析による考察—



米田照美, 沖野良枝, 前川直美
滋賀県立大学人間看護学部

背景 看護の大学教育においては、学生のグループワーク学習や参加型授業を取り入れることが多い。しかしながら、看護大学の急性期成人看護学演習において、認知状況アプローチの立場で授業展開した報告は少なかった。今回、小集団による主体的な授業運営、自分たちの学んだ知識と技術を他の学生に説明し伝えるという説明活動を取り入れた協同学習の授業を試みたので、その学習効果を報告する。

目的 急性期成人看護学演習において状況認知アプローチによる協同学習および説明活動による学習効果を明らかにする。

方法 研究デザイン：質的記述的研究法。調査対象：大学看護学部3年生57名（男性2名、女性55名）。調査期間：H17年4月13日～7月29日。調査内容：協同学習である小集団、参加型授業の展開を企画した。(1)急性期看護援助に関する学習目標と9の学習課題を提起し、基本的に学生の関心の高いテーマを選択し、グループ編成する。(2)各グループは、選択したテーマに沿った授業を準備する。(3)教師により各グループに必要な助言、指導を行う。(4)担当グループによる3回の繰り返し説明する授業を実施。(5)担当グループによる授業体験レポートの提出。分析方法：レポートをデータとし、KJ法による分析を行った。倫理的配慮：対象者には研究の趣旨を文書で説明し、プライバシーの保護に努めた。

結果 分析の結果、1)グループワークによる学習、2)授業計画の修正、3)教えるスキルの獲得、4)心理的な満足、5)内省的な評価、6)看護援助への発展の6つのカテゴリーに分類された。カテゴリー間の関連図を作成し、文章化した。

考察 状況認知アプローチに基づく協同学習である小集団、参加型授業を企画し、学生間の説明活動を取り入れることで、学生同士の実践的な相互作用が促進され、知識が獲得されると同時にコミュニケーションなどの対人関係の技能が発展し、教えるスキルを獲得するという効果がみられた。学生は他の学生に説明活動を行うことで自己の知識をモニタリングし、自分の理解に矛盾があると克服しながら知識を獲得していく過程がみられた。更に繰り返し説明することは知識の定着化につながったと考える。

結論 今回、状況認知アプローチに基づく協同学習に説明活動を取り入れることで以下の点で学習効果が明らかとなった。1)グループワークが機能することで学生間の相互作用が促進され、知識の共有、対人関係スキルの発達が高まったと認識されていた。2)自己知識モニタリング・知識補足により知識が拡大し、自己学習スキルが向上したと認識されていた。3)教えるスキルの獲得と同時に看護師の重要なスキルであるという気づきが得られた。

キーワード 協同学習、説明授業、看護学生

I. 研究の背景

大学の看護教育カリキュラムにおいては、専門科目の時間数の大幅な縮小の傾向がみられる。他方、医療の進歩や、医療制度の改革などにより、看護師もより高度な専門的知識や技術が求められるようになり、看護活動の

役割も拡大し複雑なものになっている。こうした現状のなかで、看護学生（以下、学生と述べる。）に限られた時間の中で主体的で効率的に学ぶための授業展開が必要となっている。

授業形態として大学の講義で用いられるのは、一斉教育が代表的である。しかしながら、講義する側が学生に向けて、一方的に知識を送るという形態の一斉授業は、学習者が学習課題に興味がない場合、内的動機付けが弱く、授業で得た知識も時間と共に忘却されることが多いと考えられており¹⁾、知識を長期間保持することには限界がある²⁾³⁾。近年、授業形態として状況認知アプロー

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：米田 照美

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

E-mail: yoneda@nurse.usp.ac.jp

チに基づく協同学習が注目されている。小集団やグループでの協同学習においては、バズ学習法⁴⁾⁵⁾やアロルソンのジグソー学習法⁶⁾⁷⁾⁸⁾などが代表的な学習法として知られている。

今回、協同学習を取り入れ、グループワークによる主体的な授業運営、他の学生に自分たちの学んだ知識と技術を説明し伝えるという説明活動を試みた。看護教育の授業においては、臨地実習を目前とした学生は、自らの知識をモニタリングし、主体的に自ら知識を得られるような学習方法を体得し、臨床実習に活かすことが求められる段階にある⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾。また、他者との相互作用を通して知識を得るという状況認知アプローチでは、学生間でのコミュニケーションを通し交友関係の技能の発展が期待される⁹⁾。そして、この技能は、今後、看護職として働く上でも有用であると考えられる。

更に、看護の大学教育の演習・実習においては、学生が主体的に授業を展開する参加型授業やグループワーク学習を授業形態として取り入れることが多い。しかしながら、基礎看護学における協同学習による効果はいくつかの研究報告¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾があるものの、看護大学の急性期成人看護学演習において、認知状況アプローチの立場で授業展開した報告は少なかった。今回、本学の成人看護学急性期看護学演習において協同学習を実践した結果を報告する。

II. 研究目的

急性期成人看護学演習において状況認知アプローチによる協同学習および説明活動による学習効果を明らかにする。

今回の研究では、一斉授業による教員から学生への一方的な教授方法でなく、学生が自己を取り巻く環境の中で相互作用しながら知識獲得するという状況認知アプローチの立場に立つ協同学習を学習法として用い、更に学生の学びを効果的にするために説明活動を取り入れた。このような授業形態から学生の主体的な知識獲得と知識の定着化、それと同時に自己学習技能、対人技能等の学習効果があることが検証されれば、効果的な授業形態として今後の看護教育に貢献できるものと考えられる。

III. 用語の操作的定義

1. 本研究においては、以下の3つの用語を操作定義した。

1)協同学習とは、小集団による学習法である。協同という集団事態がもたらす動機付けによって学習者の習得が高まるばかりでなく、仲間との相互作用を通して、対人的側面、学習技能の側面などの豊かな同時学習も期待

できる学習法である⁹⁾。

2)説明活動とは、他者に自分の考えを伝えることで、自分の思考について思考し、自分の知識を確認し、自分自身に意識的に気づく能力を高める活動である¹³⁾。チーによると、人は相互作用の、共同的な説明活動をすることでその学習課題をよりよく理解でき、問題解決能力も向上すると述べている。人は他者に説明することで、自分の考えや理解を意識化し、再考し、自分の知識の不適切さに気づき、自分の考えを修正することができる¹⁰⁾¹¹⁾。

3)状況認知アプローチとは、認知心理学における授業過程を理解するためのアプローチの一つである。人は状況の中に存在する資源を活用しながら活動する側面があると考えられている。状況認知アプローチにおける知識獲得は、コミュニティや文化へ実践的に参加することであり、個人をとりまく世界と相互作用する能力を形成することである。学生はコミュニティへの実践的な参加者であり、また、学生の仲間は、知識獲得の重要な共同構成者として位置づけられている。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

今回、学生が相互作用を通して主体的に学習する説明活動を含む協同学習という授業を実践した後の学生のレポートをデータとし、KJ法による分析により授業の効果を評価・検証した。質的記述的研究法は、人間の感情・認識・行為など質的な体験を対象とし、人間の体験についての理解を深めることができる。今回の研究は、学生個人のもつ主観的な授業体験の中に含まれている学習の意味から授業の評価および効果を明らかにすることを目的とするため、この方法が適していると考えた。

2. 調査対象

大学看護学部3年生57名(男性2名、女性55名)の授業終了後のレポート。

被験者に対する倫理的手続き：授業に参加した学生に対して、演習における授業評価文および感想文の分析・検討への承諾依頼書を作成し、それを用いて、研究目的、内容を説明し、提出文書類はすべて無記名で内容のみを分析・検討すること、個人を特定することはないこと、承諾しないことで今後の学習が不利になることないこと、承諾後いつでも断ることが可能であることを説明し、承諾・同意が得られた学生を対象とした。

2. 調査期間：H17年4月13日～7月29日

3. 調査内容：

1)授業形態：成人看護学急性期看護演習は、本学カリキュラム上、3年生の前期30時間14回(90分/1時限)として編成されている。既に基礎科目、専門基礎科目は学習し終え、この時期には、各専門領域の看護演習が並

行して開講されている。

本研究では、教師による一斉授業と共に状況認知アプローチを取り入れた図1のような授業を設定し、学生の小集団、参加型授業の展開を企画した。

学生が参加する授業においては、(1)急性期看護援助に関する学習目標と9の学習課題(表1)を提起し、基本的に学生の関心の高いテーマを選択し、グループ編成を行う。(2)各グループは、選択したテーマに沿った授業を準備する。(3)その間、教師により各グループに基本技術の伝達、授業の展開方法・教材作成などに関して必要な助言、指導を行う。(4)担当グループによる3回の繰り返し講義を実施。(5)担当グループに授業展開後の感想レポートを提出してもらう。

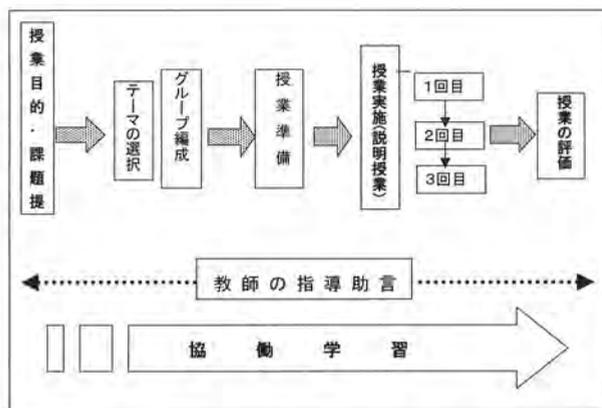


図1 本授業の構成

表1 急性期看護援助に関する学習目標及び課題

学習目標
1. テーマにそった授業運営に必要な知識、理論、技術、授業方法をグループメンバーの主体的、創造的な学習やアイデア、協力によりまとめ、授業を実施する能力を養う。
2. グループメンバー間の相互作用により知識や思考、アイデアを交換、拡大、共有する。
3. 他者に説明、伝達するための学習や授業の実施を通して、自身の理解や認識の程度を高める。
学習課題
1. 手術前の看護：術前オリエンテーション、術前の諸訓練の指導方法
2. 手術中の看護：麻酔の介助、術中の無菌的管理方法
3. 手術後の看護：術後観察、早期離床の進め方、創部の管理
4. 大腸切除、ストーマ造設術を受ける患者の看護：ストーマリハビリテーション
5. 肺切除術を受ける患者の看護：術後呼吸器の看護
6. 肺切除術を受ける患者の看護：輸液の管理方法、ドレナージの看護
7. 開頭術を受ける患者の看護：術後観察、人工呼吸器の理解、酸素療法の見守り
8. 人工股関節置換術を受ける患者の看護：牽引中の看護、術後リハビリテーション
9. 救急看護法：心・肺・脳蘇生法、輸液ルートと中心静脈圧測定

4. 分析方法

本研究は、授業終了後の学生のレポートの内容をデータとし、KJ法による分析を行った。学生のレポートを一文章ごとに比較し、その意味内容の類似性に従い分類し、278の小ラベルに分類した。さらに中ラベルの意味内容の類似性に従い13の中ラベルに分類し、その分類を忠実反映した命名をおこなった。さらに6つの大ラベルに分類し、その分類を忠実反映した命名をおこなった。13の中ラベルをサブカテゴリー、6つの大ラベルをカテゴリーとし、カテゴリー間の関係を図解し文章化を行った。

5. 分析結果の妥当性

分析および結果を看護研究に経験ある者にスーパービジョンを受けながら行なった。

V. 結果

分析の結果、278の小ラベルと13のサブカテゴリーと6の大ラベル：カテゴリーに分類された。大カテゴリーは、1) グループワークによる学習、2) 授業計画の修正、3) 教えるスキルを獲得、4) 心理的な満足、5) 内省的な評価、6) 看護援助への発展である(表2)。カテゴリー間の関連図(図2)を作成し、関連図のなかのカテゴリー間の関係を文章化した。

1. カテゴリーの内容について

1) グループワークによる学習

このカテゴリーには、以下の3つのサブカテゴリーが含まれる。

(1) グループワークが良好に機能

「グループで話し合いを進め、最終的に円滑に授業を進めることができた」「一人で言うよりも真剣にじっくり取り組むことができた」などグループで取り組むことの意義について書かれていた。「グループが結束した」「信頼関係を深められた」「6人が今まで以上に成長できた」「仲良くなったのでこれからも看護学生として学びを深めたい」などの人間関係が発展したことが書かれていた。「グループワークで協力した」「お互いの考えや価値を高めていく」など、お互いを認め合うことの気づき書かれていた。

(2) グループワークが機能しない
「あまり話し合いをしなかった」「小さなグループ内で解決する方法を取

表2. カテゴリー一覧表と代表的な学生の言葉

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的な学生の言葉の要約
グループワークによる学習	グループワークが良好に機能	グループで協力して授業準備を進められた グループメンバーと意見交換をする グループメンバーとの人間関係が発展した メンバー間で知識の共有できた 一人でやるより真剣に取り組める
	グループワークが機能しない	グループ内で連携がとれなかった 時間不足 グループ内で知識の共有ができなかった 分担作業で進めていた グループで統合できなかった グループメンバー間での葛藤
	仲間と学び合う良さ	楽しく学べて理解が深まる 学生同士で質問しやすい 学生同士考え方や観点が同じである 人間関係の距離が近い
授業計画の修正	教員のアドバイス	教員の説明・指導で理解が深まる 技術習得・資料作成がスムーズに進む 根拠を述べて説明する方法を知る 教科書にはない看護を考える
	自己知識を授業内容に一致させる	根拠を付け加えること 関連する知識を補足すること 過去の学習を関連付けること 他の情報を省き、重要な点を絞る
教えるためのスキルを獲得	教える側の条件	根拠を理解していること 教える側が十分な知識を持っていること 多くの事前準備が必要である 受身ではなく自主的に知識を取り込むこと
	分かりやすく伝えること	実践を交えて説明すること みんなの理解度に合わせて説明する 資料に頼らず自分の言葉で伝える 根拠を伝えること わかりやすい資料作成をする
	聞く側に焦点をあてる	自分の理解度を聞く側の理解度には差がある 聞く側の理解度と興味がそれぞれ異なる 聞く側の配慮した学習機材や器具の使い方を考える ゆっくり話すこと
心理的な満足	授業することで得られたこと	教えることで知識が深まる 同じことで文献により違う テキストに頼らない 能動的に学ぶこと 伝える時の要点をまなぶ みんなの意見から自分が見える
	達成感	学生に工夫した点を評価されてうれしい わかりやすいという評価を得て充実感があった 学生からのうれしい言葉 授業を作り上げたという達成感がある 無事におわり、安堵感 みんなに授業を聞いてもらえたこと
内省的な評価	後悔	時間配分が悪かった 準備不足で聞く側に迷惑をかけた 技術を体験してもらえなかったことが残念であった わかりにくいという学生の評価から説明が不十分であった 速く説明しすぎた
	伝えることの難しさ	うまく伝えられないもどかしさ イメージをうまく言葉にできない 時間内で伝えることが難しい どのように伝えれば理解してもらえるか
看護援助への発展	教えることを看護に発展させる	相手にわかりやすく伝える力は看護者に必須の能力 メカニズム・根拠を理解することは看護にもつながる 患者の立場に立ったケアのあり方を考える

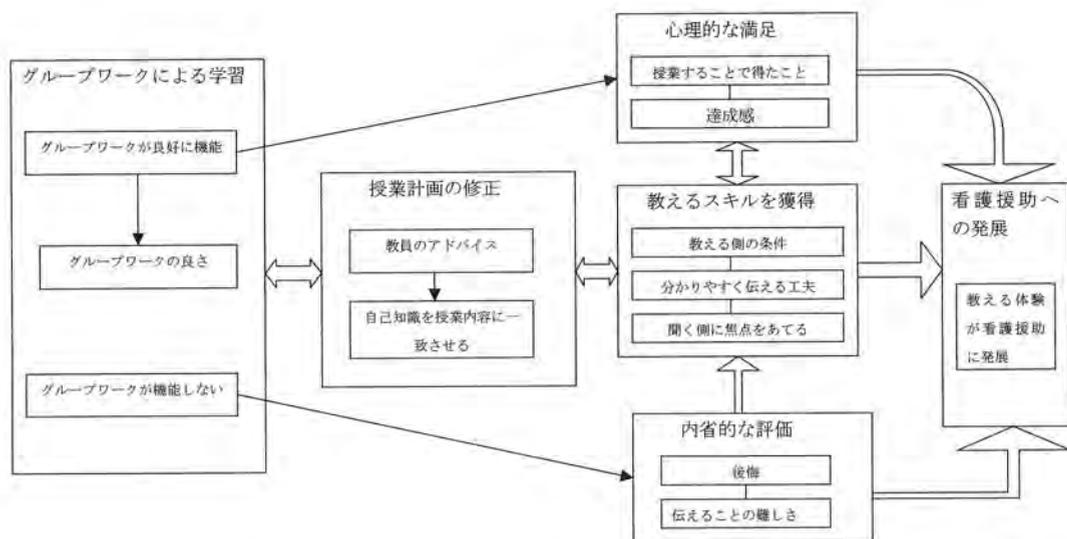


図2. 協同学習による効果についての関連図

ていたのでグループワークで行う意味がなかった」「分担作業が多かった」「みんなの意見を統合しながら考えを深めていく方法をとる必要があった」など、グループ内で話し合いの機会がなく連携不足の状況にあったことや「グループで知識の共有ができなかった」「グループ内での理解度に差ができてしまうという問題が生じた」など知識の共有ができないということが書かれていた。

(3) 仲間と学び合う良さ

「楽しく学ぶことが理解につながる」「学生同士だと質問もしやすい」「考え方なども一緒なので分かりやすい」「授業を受ける側との距離が近い」「同じ学生同士で同じ観点で教えられるので面白い授業となる」など学生同士の距離が近く、水平な位置関係の中で意見交換し楽しく学べたことが書かれていた。

2) 授業計画の修正

このカテゴリーには、以下の2つのサブカテゴリーが含まれる。

(1) 教員のアドバイス

「技術面では先生方の説明もあり、理解しやすく、資料も比較的作りやすかった」「先生が教えてくれたとき、根拠などの注意点などを踏まえて言ってくれたのでそれらを思い出し、本など参考にしながら大事なところを落とさないようにして資料を作った」「いろいろと助言をいただいたおかげで、疑問が解消され、教科書にはない患者によりよい看護を考えることができた」「教科書では不十分だったので、文献をたくさん活用したがそれでも足りない指摘を受けた」などが書かれていた。

(2) 自己知識を教授内容に一致させる

「先生からもっと根拠を書くように指導がはいり、その根拠を付け足すことでレジュメづくりが大変だった」、「低圧持続吸引の仕組みを理解するには物理の知識が必要である」「レジュメ作成にあたって、まず無菌操作の原点となる清潔・不潔をしっかりと覚えておく必要がある」と思い、微生物で学んだ清潔についての区分を復習として載せることにした」など、授業計画を修正していった状況が書かれていた。

3) 教えるスキルの獲得

(1) 教える側の条件

「授業する上では送り手が十分な知識を持つことが前提」「人に教えるためには自分たちが十分な理解が必要なことを実感」「授業には事前に多くの準備が必要」など教える側の十分な理解と準備の重要性が書かれていた。

(2) 分かりやすく伝える工夫

「実践しながら説明すると分かりやすい」「資料に頼らず自分の言葉で伝える」など説明方法を工夫したことや、「文章で見ている、実際にはイメージしにくいので、例を取り入れ実演した」「説明とみんなの体験を同時進行したことが理解を深めた」「デモンストレーションでは分かりやすいように役割を明確にし、根拠や注意点を言いながら行った」「より理解してもらうために根拠を説明した」など言葉以外に実演して伝える方法について書かれていた。

(3) 聞く側に焦点をあてる

「相手の反応を見ながら」「みんなの知識の程度を確

認し、みんなが理解できる説明の仕方を考える」「自分の理解度と相手の理解度には差がある」「聞く側の興味や理解の度合いが違っていること」など教える側と教えられる側に知識の差があることや、「一方的に話すのではなく話しやすい環境を作ることが大切だった」「聞き手のことを考え、注意しながら使用することが大切だ(OHP)」など授業環境や機材について配慮することの必要性が書かれていた。

4) 心理的な満足

(1) 授業することで得られること

「普段聞いているだけの授業よりも多く学ぶことがあった」「みんなより、より深く理解でき、質問を受けたときにも、自分の理解の範囲で答えや追加で説明を加えることができた」「人に伝えることで知識が定着する」「同じものでも文献により内容が違う」「数週間かけ文献を読み知識が増えた」「肺の解剖など1年生のときに学んだが忘れていたことが多く、再度学べたのでよかった」などこの授業を通して知識が増え、理解が深まったことや、「今まで受動的な姿勢で看護を学んでいたことに気づく」など、授業姿勢に対することや「授業体験での学びは相手に伝える時の要点になる」「大変だけれども自分にとってやりがいがあったし、みんなに技術を教えることでプラスになった」「みんなの意見から自分の反省点が見えた」「大変だったがためになる」など授業体験全体を前向きに捉えている言葉が書かれていた。

(2) 達成感

「工夫していた点を多くの方が褒めてくれたのでとても嬉しく思い、また充実感があった」「資料だけでなく根拠を説明したロールプレイがわかりやすかったという学生の評価がうれしい」「苦労もあったがやり遂げられた達成感や充実感を感じる」など、伝えられた学生からのプラスの評価から達成感を感じていた。

5) 内省的な評価

(1) 伝えることの難しさ

「どのように伝えることが一番理解してもらえるのか」「私たちが学んだほどみんなに伝わらないという点でもどかしい」「なんとなく頭でイメージがついても言葉でうまく表現することが難しい」「限られた時間内で全員理解することは難しい」「限られた時間でどこまで伝えれば一番理解してもらえるか悩んだ」など学んだことを伝えきれなかったことや時間内に何を伝えるべきかという難しさが書かれていた。

(2) 後悔

「自分たちの練習不足が他の学生に多くの迷惑を与えるのもっと練習しておくべきだった」「もっと練習して自分に余裕を持ち、みんなの様子に注意しながら授業をしていかなければならなかった」「時間配分の工夫ができなかった」「私たちに考え、説明したつもりな

のですが、もう少し詳しい説明が必要だった」「(技術)体験してもらうのが一番の理解になるが体験してもらえず残念だった」「3回とも同じ内容が提供できなかった」など、時間配分や準備不足でうまく授業できなかったことに対する反省が書かれていた。

6) 看護援助への発展

このカテゴリーには、以下のサブカテゴリーが含まれる。

(1) 教える体験が看護援助に発展

「看護職にとって物事の目的・方法を人に分かり易く伝えて理解してもらう能力は必須だと思う」「看護職にとって相手の方が理解でき、分かりやすく説明する能力を身につけることは大切と実感した」など教える能力が看護者に必要であるということや、「一つ一つの技術に意味があることを知り看護に役立つと思った」「基本的なメカニズムがわかれば、あとは自分で考えて応用できる」「根拠を持って看護を行うこと」「根拠を理解していないと患者さんに看護を行うとき患者さんが納得できるように説明することができない」「その手法の根拠やメカニズムの理解をどう看護につなげていくのが最も重要だとわかった」「麻酔のメカニズムですが、呼吸や血圧に影響が現れることを知り、そういう現象を知っていればあとは自分で考えて患者さんに看護できるのではないかなど根拠を理解し看護につなげること、「セルフケア能力を高められる患者の声かけについて考えていきたい」など自己の新たな学習課題について書かれていた。

2. 図解の文章化

グループワークによる学習が授業計画の修正や授業終了後の学生自身の達成感や心理的な満足や自己の内省的な評価に影響を与える。グループワークが良好に機能するとグループワークの良くなり、心理的な満足や達成感が得られる。グループワークが機能しないと後悔や伝えることの難しさなど内省的な評価に影響を与える。授業計画の修正は、教員のアドバイスから自己知識を授業内容に一致させる効果があり、グループワークによる学習のなかで進められる。授業計画の修正をすることは、学生の教えるスキルの獲得に影響する。教えるスキルには、教える側の条件、分かりやすく伝える工夫、聞く側に焦点をあてるなど授業計画および修正の過程や実際の授業体験からの内省的な評価から気づくことである。教えるスキルの獲得は、学生の心理的な満足にも関係し、内省的な評価は、教えるスキルの獲得に影響を与える。教えるスキルの獲得、内省的な評価、心理的な満足は、看護援助への発展に影響する。このことから、他者に教えるということが看護援助に必要な能力であるという気づきとなっていたといえる。

VI. 考察

1. グループワークによる協同学習の効果

協同学習は、状況認知アプローチの立場に立つ学習法である⁴⁾。今回、学生は主体的に学ぶ授業への参加としてグループで学習課題の事前学習・授業計画・資料作成・授業リハーサルという実践的に授業を運営するというプロセスを体験した。認知アプローチの考え方によると、学生は互いのアクティブな知識構成者であり、学生同士の実践的な相互作用により、知識の拡大が起こると言われている¹⁶⁾。それは、「みんなでやると短い時間で多くの知識が学べる」、「一人でやるより、理解しやすい」という学生の言葉に表れている。また、「授業を受ける側との距離が近く同じ学生同士で同じ観点で教えられるので面白い授業となる」という言葉から、グループメンバーが、同じ学生同士で年齢も近いため、水平な人間関係の中で、お互い気兼ねなく意見や疑問を出し合うなどディスカッションしやすい環境であったことが伺える。

Johnson & Johnson は、協同学習に付随するプラス面として、友好性、助け合い、支え合い、気遣い、尊敬、責任感、信頼感等を仲間に対して持つようになり、教師や教授活動、授業内容に対する好意的な態度を形成すると述べている¹⁷⁾¹⁸⁾。「グループワークで協力し、お互いの考えや価値を高められた」などの言葉からお互いを認め合い、自分とは違う意見を聞き入れるという多様性を身につける機会となっていた。三宅によると、グループ内の問題解決についての利点は、互いの視点が共有するところから生まれるのではなく、完全に共有しないところから生まれる可能性が高いと述べている¹⁹⁾。したがって、自分とは異なる考え方や意見を受け入れることが、解決方法の選択肢を広げることとなり、効果的な解決方法を見出す道筋につながると考えられる。集団は個人の単純な総和ではなく、グループダイナミックスのメリットであるように、異なる個人が集まることでよいアイデアがより創発されるものと考えられる²⁾。また、グループ内で異なる人材の中で協同学習する体験は、今後、実社会において看護・医療チームの中で協働する前段階にある学生にとっては、貴重なトレーニングの機会となったと考える。さらに、グループワークが機能することにより、グループワークの楽しさや充実感を得ながら学習に取り組むことで知識・技術の獲得は高くなるという先行研究の結果は、今回の研究結果からも伺えた¹⁵⁾。

Johnson らは、協同学習の基本的要素として、促進的相互依存関係、対面的な相互作用、個人的責任、対人技能や小集団の運営技能、集団の改善手続きの5つを挙げている¹⁷⁾¹⁸⁾。今回のような、他者との相互作用を通して知識を得る状況認知アプローチでは、協同学習は、ただ単に知識が拡大するだけでなく、Johnson らの言う

促進的相互依存関係、対面的な相互作用、対人技能の発展という効果もある⁴⁾⁵⁾。「グループが結束し、信頼関係を深められた」という学生の言葉からグループ内での人間関係が発展したことが伺える。グループワークの中で、学生間のコミュニケーションをスムーズに展開し、学生同士の意見交換や評価をし合うという一連の流れを維持・促進することが、グループワークの効果を上げるための好条件となる⁴⁾。しかしながら、グループ内の相互依存関係が不成立であると、対面的な相互作用が交わらず、コミュニケーションの流れが停滞し、カテゴリー『グループワークが機能しない』の中の「あまり話し合いをせず小さなグループ内で解決する方法を取っていたのでグループワークで行う意味がなかった」「グループで知識の共有ができなかった」という学生の言葉にあるような結果を招くと考えられる。その結果、対人技能や小集団の運営技能も上がらず、学生にとって不満足な体験に成りうるものと考えられる。

2. 説明活動による自己モニタリングと知識の構成

授業を組み立てるための学習方法は、教師から教えられるのではなく、学生自身が主体となり学習していかなくてはならない。人に教えるためには、自分がまず理解していなくてはならない。自己の理解をモニターする能力は、重要な学習技能である。どの年齢段階においても出来の悪い学習者と出来の良い学習者の違いは、問題解決者として自分自身に意識的に気づく能力であるメタ認知技能を適応する能力の違いであると言われている²⁰⁾。知識を暗記していることと、理解していることとは異なる。しかしながら、学生は知識の暗記を理解と誤解する場合もあり、その場合、自己の理解のモニターは出来ない状況といえる。よって、メタ認知技能を発達させるためには、自己検証・自己質問を繰り返し、自分の間違っ理解や不適切な学習方法に気づくようにフィードバックすることが必要とされる。今回の急性期成人看護学演習の授業では、他者に説明するという活動を通して、学生自身が自己の理解の不十分さをモニターし、フィードバックする機会となった。また、それと同時に、メタ認知技能を働かせるという学習方略のあり方を学ぶ機会となったと考えられる。

自己意識化は、社会的比較などの対人関係の中で形成されるといわれている²¹⁾。また、Chi によると、『人は説明活動を行うと正しく理解しようとするため自分が何を学ぶ必要があるのか自己の知識をモニタリングし、自分の理解に矛盾があるとそれを克服して知識を構成していくようになる』と述べている¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾。今回の場合、その矛盾を気づかせたのが教員のアドバイスであり、学生への説明活動ではないかと考える。「人に教えるためには自分たちが十分な理解が必要なことを実感」「授業す

る上では送り手が十分な知識を持つことが前提「教科書では不十分だったので、文献をたくさん活用したがそれでも足りない部分があると指摘を受けた」という言葉からは、授業内容に沿うように過去の個人学習で得た知識や不足する知識を集めている経過が伺えた。さらに教員とのかかわりに点について述べると、「技術面では先生方の説明もあり、理解しやすく、資料も比較的作りやすかった」「先生が教えてくれたとき、根拠などの注意点などを踏まえて言ってくれたのでそれらを思い出し、本など参考にしながら大事なところを落とさないようにして資料を作った」という言葉から、学生が教員のアドバイスを受けることで、より一層理解が深まり、学習課題や目標に合うように授業準備が促進されていることがわかった。これは、学生が新しく取り組む学習課題に対して、知識獲得を促進するという先行オーガナイザーの効果があったのではないかと考える²³⁾²⁴⁾。

知識・情報は意味づけしないまま取り込むと短期記憶に内蔵されるため長期に保存されにくい⁹⁾。大村によると、新しい情報は長期記憶内の既存の知識構造に内蔵され、保留されるが、既存の知識構造が不安定であると、新しい情報は正確な意味づけがなされず、記憶されても保存が長く続かず、忘却されることが多いと述べている²⁵⁾。それは、「肺の解剖など1年生のときに学んだが忘れていたことが多く、再度学べたのでよかった」という学生の言葉にあるように、知識構造に意味づけされないまま取り込まれた知識は、長期記憶内にとどまらず、忘却されていることがわかる。学生の「人に伝えることで知識が定着する」「みんなより、より深く理解でき、質問を受けたときにも、自分の理解の範囲で答えや追加で説明を加えることができた」という言葉から一度獲得した知識は、他者に伝えるという実践的な行為を繰り返すことで、正確に伝えるために自分自身が正確に理解しようと努力していたことが伺える。また、説明活動を行うことで、知識を暗記するのではなく、なぜそれをするのかという必要性や根拠から理解しようと努力していたため、そのことが知識の意味づけとなり、従来の知識構造を再構成し、長期記憶にとどめ、知識の定着化につながったと考えられる。

3. 教える体験の看護への発展

カテゴリー『教える体験を看護へ発展』のなかで「看護職にとって物事の目的・方法を人に分かり易く伝えて理解してもらう能力は必須だと思う」「看護職にとって相手の方が理解でき、分かりやすく説明するスキルを身につけることは大切と実感した」という言葉から、学生が授業をする能力と患者に説明・指導するスキルの共通点を見出し、看護者に必要である能力と認識していた。また、「一つ一つの技術に意味があることを知り看護に

役立つと思った」「基本的なメカニズムがわかれば、あとは自分で考えて応用できる」という学生の言葉からは、看護の根拠を知ることの重要性や現象のメカニズムを知ることによって看護につながることを学んでいた。これは、他の先行研究の結果⁽³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾と一致するものであった。

Benner は、看護者の看護実践能力の1つに指導/手ほどきの機能という項目を挙げている²⁶⁾。その機能は具体的に述べると患者の病状、治療、検査、処置、自己管理についての説明や注意を促すことが重要な役割である。相手に教えるという行為は、同じ専門知識をもつ学習者同士でも教える技能を必要とする。臨床においては、患者という専門知識をもたない相手に対して、コミュニケーションを取り、指導することを求められる。患者への指導場面では、自分自身の表情、態度、声の調子、話すスピード、ユーモア、教える技能などさまざまなアプローチを使うことを余儀なくされるだろう。今回、説明活動を取り入れた協同学習を体験した学生は、相手にわかりやすく教えるスキルが看護者にとって重要な能力であることを実感していた。このことは、学生の今後の看護者としての看護実践能力の成長につながる学びであったといえる。

Jonassen⁹⁾は、人間の知識習得にはいくつかの段階が存在するという見解から、初期レベル、アドバンス・レベル、エキスパート・レベルによる知識獲得3段階モデルを提唱している。初期レベルとは、基礎固めの段階であり、一斉教育や個人教授による練習やフィードバックにより知識の習得や技能習得が行われるレベルであり、アドバンス・レベルにおいては、学習者は能動的に主導権をとった学習環境のなかでグループワークを中心に協力活動を進め、知識獲得が行われる段階である。エキスパート・レベルでは、現実世界の経験を主とする知識・技能の獲得の段階である。

成人看護学臨地実習が開始前の時期にあたる学生にとって、今回の急性期看護学演習は、知識習得は、初期レベルではなく、アドバンス・レベルが適している。なぜなら、臨地実習が現実の病院という世界で自らの経験から学習をしていかななくてはならないというエキスパート・レベルの知識習得を常時必要とされるからである。今回の協同学習は学生の知識習得レベルのステップ・アップを促す上でも意味があったと考える。

Ⅶ. 結論

今回、学生のレポートから以下の点で協同学習および説明活動の効果が明らかとなった。

1) グループワークが機能することで学生間の相互作用が促進され、知識の共有、対人関係スキルの発達、グループ内での問題解決能力が高まったと認識されていた。

- 2) 協同学習および説明活動を行うことで、自己学習スキルを高め、自己の知識をモニタリングし、足りない知識を補うことで知識の関連性や知識が拡大したと認識されていた。
- 3) 協同学習および説明活動により、人に理解してもらえる伝え方について学習することができ、それは看護師にとって重要なスキルであるという気づきが得られた。

VIII. おわりに

今回の研究は、一大学、一クラスという限られた対象から得られた研究結果であるため、一般化には限界がある。また、単一のレポートの分析に終わっており、継続的なレポートおよびインタビュー等のデータ収集を行うことが望ましいと考える。更に学生同士の相互作用を重視する認知状況アプローチの立場では、受講する側の学生の授業体験レポートも重要なデータになる得る可能性があったと考える。以上を今後の課題としたい。

IX. 謝辞

本研究をまとめるにあたり、調査に協力して下さいました看護学生の皆様に感謝いたします。

引用文献:

- 1) J. T. Bruer, School for Thought. A Science of Learning in the Classroom. Cambridge, MA : The MIT Press, 1993.
松田文子・森敏昭監訳, 授業が変わる 認知心理学と教育実践が手を結ぶとき, pp21-27, 北大路書房, 1997. Bruner, 1966.
- 2) 多鹿秀継, 第3章 授業の過程, 多鹿秀継編, 認知心理学からみた授業理解, pp40-43, 北大路書房, 1999.
- 3) 青木多寿子 1998 b 体験・活動型授業としてみた3つの実践 湯沢正通(編) 認知心理学から理科学習への提言 北大路書房 pp214-223.
- 4) 伊藤康児, 第7章 授業形態の理解, 多鹿秀継編, 認知心理学からみた授業理解, 第3版, pp130-134, 北大路書房, 1999.
- 5) 杉江修治, 教育心理学と実践活動 協同学習による授業改善 教育心理学年報 vol.45, pp156-165, 2004.
- 6) 馬場久志, 第10章 授業における教授・学習過程, 大村彰道編, 教育心理学 発達と学習指導の心理学, pp194-195, 東京大学出版社, 1996.
- 7) 蘭千尋, 児童の学業成績および学習態度に及ぼす Jigsaw 学習方式の効果. 教育心理学研究, Vol. 31, pp102-112.
- 8) Aronson, E., Blaney, N. T., Sikes, J., Stephan, C. & Snapp, M. Busing and racial tension: The jigsaw route to learning and liking. Psychological Today, Feb., 43-59, 1975.
- 9) 菅井勝雄, 第11章 コンピューターによる学習指導, 大村彰道編, 教育心理学 発達と学習指導の心理学, pp222-225, 東京大学出版社, 1996.
- 10) Chi, M. Aronson, E., Blaney, N. T., Sikes, J., Stephan, C. & Snapp, M. Busing and racial tension: The jigsaw route to learning and liking. Psychological Today, Feb., 43-59, 1975. T. H., Bassok, M., Lewis, M., Reimann, P. & Glaser, R. Self-explanations: How students study and use examples in learning to solve problems. Cognitive Science, 13, 145-182, 1989.
- 11) Chi, M. T. H., de Leeuw, N., Chiu, M. & La Vancher, C. 1994 Eliciting self-explanations improves understanding. Cognitive Science, 18, 439-477.
- 12) 青木多寿子, 第6章 理科の授業過程の理解, 多鹿秀継編, 認知心理学からみた授業理解, pp112-120, 北大路書房, 1999.
- 13) 田中静美他, ジグソー学習法による血圧測定教育効果 基礎看護技術I終了時における従来の学習法との比較 藍野学院紀要17: pp100-105, 2003.
- 14) 緒方巧他, ジグソー学習法による基礎看護技術「身体の清潔」の教育効果と課題 藍野学院紀要17: pp92-99, 2003.
- 15) 岩本真紀他, 看護技術習得に関する教育法の検討 学生リーダーの指導によるグループ学習と個人学習を組み合わせて, 香川医科大学看護学雑誌, 第8巻1号, pp13-25, 2004.
- 16) 岩本真紀他, 看護技術習得に関する教育法の検討 学生リーダーの指導によるグループ学習と個人学習を組み合わせて, 香川医科大学看護学雑誌, 第8巻1号, pp13-25, 2004.
- 17) Johnson, D. W., & Johnson, R. T. 1974 Instructional goal structure: or individualistic. Review of Educational Research, 44, 213-240.
- 18) 杉江修治, 協同学習の展開, 中京大学教養論叢, 38, pp641-656, 1997.
- 19) Miyake, N. 1986 Constructive interaction and interactive process of understanding. Cognitive Science, 10, 151-177.
- 20) J. T. Bruer, School for Thought. A Science of Learning in the Classroom. Cambridge, MA : The MIT Press, 1993.

- 松田文子・森敏昭監訳, 授業が変わる 認知心理学と教育実践が手を結ぶとき, pp60-68, 北大路書房, 1997.
- 21) 仲真紀子 2003 発達部門(児童・青年) 学校をめぐる発達研究: 認知・対人関係・自己・精神的健康 教育心理学年報 vol. 42, pp57-67.
- 22) 大村彰道, 第5章 記憶と文章理解, 大村彰道(編), 教育心理学 I 発達と学習指導の心理学, 東京大学出版, pp105-106, 1996.
- 23) 大村彰道・樋口一辰・久慈洋子, 先行オーガナイザーの適切・不適切が文章再生に及ぼす影響, 教育心理学会第22回総会発表論文集, pp50-51, 1980.
- 24) 大平 光子他, 主体的学習態度をはぐくむ教育法, 助産学演習における少人数グループワークの試み, 大阪府立看護大学紀要, 11巻1号, pp23-29, 2005.
- 25) 岡本寿子, 基礎看護技術実習の進め方とその効果, 学生参画授業を導入して, 京都市立看護短期大学, 第28号, pp57-69, 2003.
- 26) 中村和代, グループ編成がグループワーク学習の参加授業に及ぼす影響, 看護教育, MAR. Vol. 46, No. 3, 2005.
- 27) 浅沼 優子他, 大学における参加型学習法を用いた授業の実践報告 学生の授業評価による授業案の検討, 岩手県立大学看護学紀要, 6: pp93-100, 2004.
- 28) Patricia Benner, From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Addison-Wesley Publishing Company, Menlo Park, 1984. 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論, 達人ナースの卓越性とパワー, pp55-67, 医学書院, 1992.

研究ノート

S 県下における幼児の採血場面の プリパレーションと関連要因



流郷 千幸¹⁾、古株 ひろみ¹⁾、東 美香²⁾、大西 孝子³⁾

¹⁾滋賀県立大学人間看護学部、²⁾滋賀県立小児保健医療センター

³⁾滋賀県立総合保健専門学校

背景 病気をもつ子どもにとって採血は、身体的苦痛、精神的苦痛といったストレスを伴うが、効果的なプリパレーションを行うことにより、子どもの苦痛は軽減される。近年、わが国でもプリパレーションが注目されているが、平成12年度に行われた小児病棟に勤務する看護師を対象とした調査では、その認知は14.5%であり、プリパレーションの概念はまだ十分認知されていない。また、小児と関わる看護師がプリパレーションをどのように認知し、子どもへの援助を行なっているのかが明らかになっていない。

目的 診断や治療の過程で最も頻繁に行われる採血場面のプリパレーションに注目し、看護師が行なう援助内容ごとに実施と必要性の状況を調査し、その関連要因を明らかにした。

方法 S 県下の総合病院と小児専門病院に勤務する看護師594名を対象に、独自に作成した質問紙を用いて調査を行った。

結果 本調査結果では、プリパレーションの認知は39.0%であった。援助内容では子どもへの説明や対処方法の指導が実施、認識ともに低い傾向があった。小児病棟に勤務する看護師、小児看護経験が10年以上の看護師はプリパレーションを認知しているものが多く、プリパレーションの学習経験があるものが多かった。プリパレーションを認知していた看護師は、子どもの自信や達成感につながるよう支援していると考えられた。

結論 子どもが理解しやすいよう説明を工夫することや子どもに対処方法を指導するといった援助は、看護師のプリパレーションとしての認識が低く、プリパレーションの意義や技術について、理解を深める必要性が示唆された。また、援助内容には、勤務部署、小児看護経験が関与しており、混合病棟に勤務する看護師や小児看護経験の少ない看護師に対し、学習機会を提供する必要性が示唆された。

キーワード 幼児、採血、プリパレーション、看護師

1. はじめに

病気をもつ子どもの診断や治療効果判定のために行われる採血は、認知発達の未熟な幼児にとって身体的苦痛だけでなく、針を使うことへの恐怖、親と引き離されることの不安を伴うストレスの高い出来事となる。しかし、幼児であっても、効果的なプリパレーションを受けることにより、子どもの苦痛は軽減されると言われている¹⁾²⁾。プリパレーションとは心理的準備と訳され、及川³⁾は「病気や入院によって引き起こされる子どものさまざまな心理的混乱に対し、医療者が準備や配慮を行ない、子どもの対処能力を引き出し、その影響を緩和する

ような支援」と述べている。欧米では1980年代より、プリパレーションの効果について報告されるようになり⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁷⁾、わが国でも「子どもの権利条約」が批准された1994年頃より、処置を受ける子どもへの説明や納得に関する研究が行なわれるようになった⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾。近年の小児看護学会においても、子どもへのプリパレーションに関する演題は増加傾向にある。しかしながら、山崎ら¹¹⁾は「プリパレーション」という言葉を知っている小児病棟に勤務する看護師は14.5%であったと報告しており、「プリパレーション」の概念が小児と関わる看護師に十分認知されていないことが示された。また蝦名ら¹²⁾が、幼児の採血において医療者が3~5歳児に説明する割合が少なかったことを報告していることから、幼児への「プリパレーション」が浸透していないことがわかる。さらに、看護師のプリパレーション内容を調査したものは、入院する子どもへのプリパレーションをテーマとした鎌

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：流郷 千幸

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

E-mail:ryuugou@nurse.usp.ac.jp

田ら¹³⁾の報告、小児外科を有する病院の婦長や小児科部長を対象にプリパレーションの実施状況を調査した野村ら¹⁴⁾の報告以外には見当たらない。

そこで、S 県下における幼児の採血場面でのプリパレーションの実施および必要性の認識状況、これらとプリパレーションの認知との関係、プリパレーションの認知に関連する要因を検討することを目的とし、本研究に取り組むこととした。

II. 用語の定義

プリパレーション：病気や入院によって引き起こされる子どものさまざまな心理的混乱に対し、医療者が準備や配慮を行ない、子どもの対処能力を引き出し、その影響を緩和するような支援。本研究では、採血場面に限定する。

幼児：本研究では幼児期後期の4～5歳児と定義した。

III. 方法

1. 対象

S 県下100床以上の総合病院および小児専門病院の小児病棟、小児および成人混合病棟、小児外来に勤務する看護師594名。

2. 期間

平成17年5月～7月

3. 方法

① 調査方法：各施設の看護部長に研究の趣旨を説明し、承諾が得られた施設の看護部に、看護師への質問紙配布を依頼した。質問紙には研究依頼文、返信用の封筒を添付し、プライバシーを確保した。回収は、記入後の質問紙を一定期間後に看護部で回収してもらう留め置き法とした。

② 調査項目：研究枠組みに基づき（図1）、a. 看護

師の属性（年齢、看護経験年数、小児看護経験年数、勤務部署、看護の最終学歴など）、については、実数の記入、または①②③などの選択肢で回答を求めた。b. プリパレーションを知っていたかについては、はい、いいえの選択肢で回答を求めた。c. プリパレーションの実施状況（11項目）は実施の有無で回答を求めた。d. プリパレーションの必要性の認識（11項目）については、1. 必要でない～5. 必要とした順序尺度で回答を求めた。c. プリパレーションの実施状況および d. プリパレーションの必要性の認識に関する項目は先行研究⁽⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾より抽出し、対象は4～5歳の幼児であること、採血場面での援助であること、子どもが極度の不安を示すような状況は除く条件下での回答を求めた。e. これまでのプリパレーション学習の経験は、有り、無しを選択肢で回答を求め、有りとした場合の具体的なツールについて9項目を設定し、該当するものに○を付けるよう求めた。

③ 倫理的配慮：研究の依頼文には、対象者の個人情報と回答内容を守秘すること、研究への参加は強制ではなく個人の自由意志であること、得られたデータは本研究以外には使用しないことを明記した。回答は添付の封筒を使用し、封をすることで研究者以外の目に回答者および回答内容が確認できないよう配慮した。返送されたものを研究参加の同意が得られたものと判断した。

④ 分析方法：プリパレーションの実施については項目ごとに度数、プリパレーションの必要性の認識については項目ごとに平均値（SD）を求めた。プリパレーションの認知とプリパレーションの実施との関係には χ^2 検定、プリパレーションの認知によるプリパレーションの必要性の認識の差異には Mann-Whitney U 検定を行った。プリパレーションの認知およびプリパレーションの学習経験と看護師の属性との関係には χ^2 検定を行った。分析には、統計ソフト SPSS Ver. 12 for Windows を用いた。

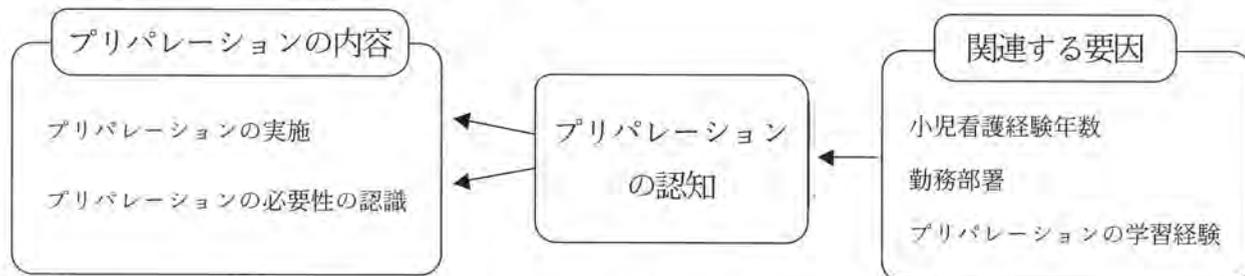


図1 研究の枠組み

IV. 結果

回答は517名から得られた（回収率87%）。有効回答492名を分析の対象とした。

1. 対象の属性

平均年齢は34.81歳（SD=10.24）、看護経験の平均年数は11.9年、小児看護経験の平均年数は3.6年であった。小児看護経験については、1年未満の看護師107名（21.7%）、1年以上3年未満の看護師157名（31.9%）、3年以上5年未満の看護師84名（17.1%）、5年以上10年未満の看護師92名（18.7%）、10年以上の看護師47名（9.6%）であった。看護師の勤務部署は小児病棟116名（23.6%）、混合病棟278名（56.5%）、小児外来62名（12.6%）、病棟と外来の兼務16名（3.3%）であった。小児看護経験と勤務部署の両方に回答したものの割合を表1に示した。看護の最終学歴は専門学校431名（88.1%）、短期大学42名（8.5%）、大学6名（1.2%）、大学院1名（0.2%）、その他10名（1.8%）であった。

また、プリパレーションについて知っていたものは192名（39.0%）であり、プリパレーションの学習経験があるものは117名（23.8%）であった。

2. 幼児の採血場面におけるプリパレーションの実施および必要性の認識

設定した11項目のうち、多くの看護師が幼児の採血時の援助として実施していると回答した項目は（図2）、

表1 対象の属性

勤務部署	小児看護経験年数				
	1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
小児病棟(n=114)	22	35	17	27	13
混合病棟(n=276)	54	102	53	46	21
外来(n=62)	15	13	11	12	11
病棟と外来(n=16)	2	5	2	5	2

「ねぎらう」477名（96.8%）、「緊張をとく」476名（96.6%）、「体に触れる」467名（94.7%）であった。実施していると回答したものが少ない項目は「絵本やビデオを用いて説明する」16名（3.2%）、「実物に近い玩具に触れる」28名（5.7%）、「対処方法を指導する」204名（41.4%）であった。

設定した11項目のうち、看護師が幼児の採血時の援助としての必要性を高く回答した項目は（図3）、「ねぎらう必要性」mean4.96(SD=0.29)、「緊張をとく必要性」mean4.94(SD=0.33)、「体に触れる必要性」mean4.88(SD=0.43)であり、必要性の認識を低く回答した項目は「実物に近い玩具に触れる必要性」mean3.17(SD=1.07)、「絵本やビデオを用いて説明する必要性」mean3.69(SD=1.02)、「対処方法を指導する必要性」mean4.14(SD=0.93)であった。

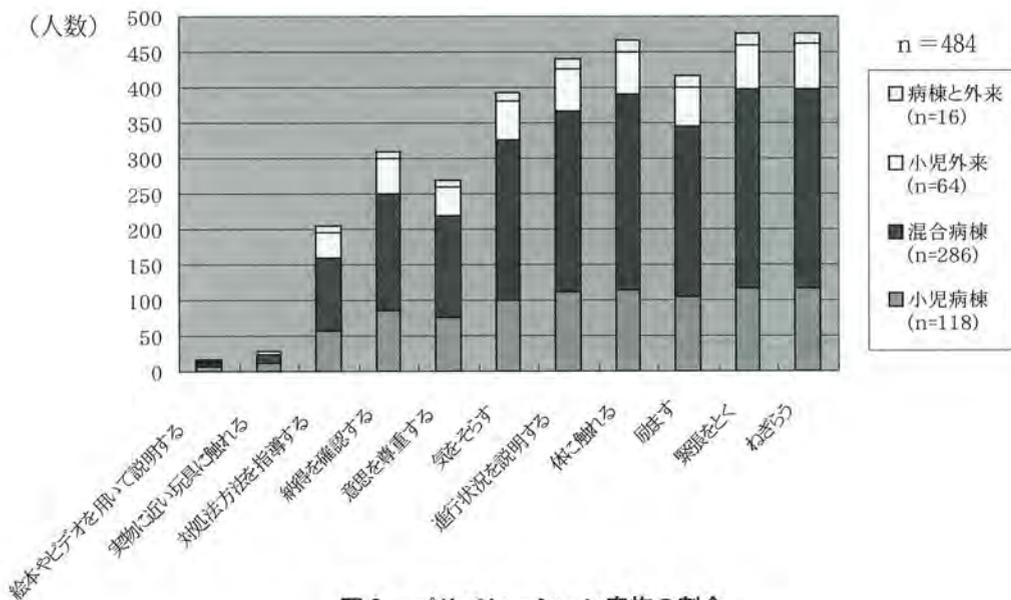


図2 プリパレーション実施の割合

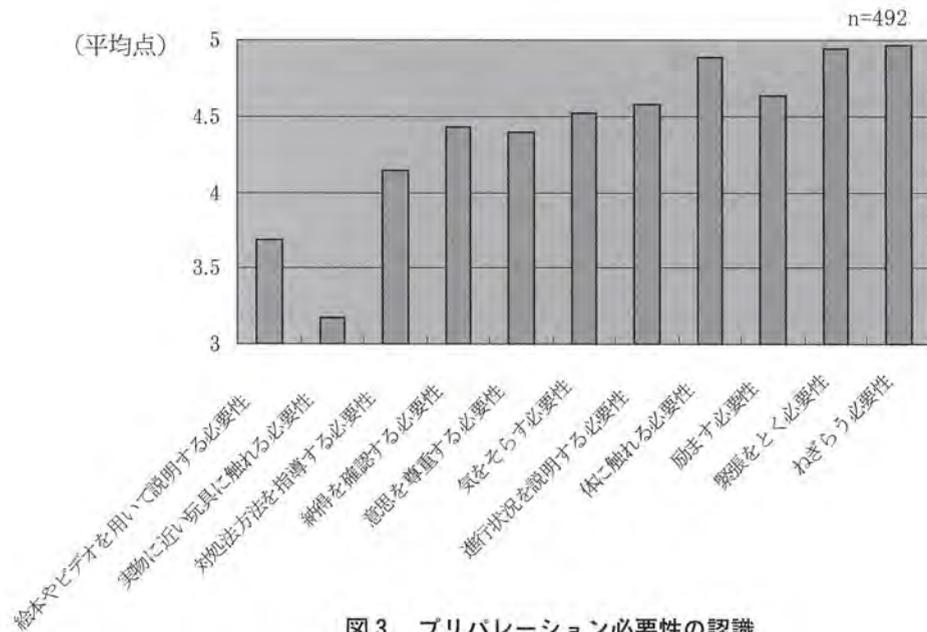


図3 プリパレーション必要性の認識

表2 プリパレーションの認知と実施の関係

n=492

	項目ごとの 回答人数	知っていた/ 知らなかった	実施する	実施しない	カイ2乗値	有意差
絵本やビデオを用いて説明する	482	A B	10 8	181 283	1.983	n.s
実物に近い玩具に触れる	481	A B	17 (2.2*) 12 (-2.2*)	173 (-2.2*) 279 (-2.2*)	4.721	*
対処法方法を指導する	477	A B	103 (4.0**) 103 (-4.0**)	87 (-4.0**) 184 (4.0**)	15.641	**
納得を確認する	478	A B	143 (3.7**) 170 (-3.7**)	47 (-3.7**) 118 (3.7**)	13.350	**
意思を尊重する	479	A B	126 (3.3**) 148 (-3.3**)	64 (-3.3**) 141 (3.3**)	10.683	**
気をそらす	481	A B	171 (3.2**) 224 (-3.2**)	21 (-3.2**) 65 (3.2**)	10.488	**
進行状況を説明する	480	A B	186 (3.3**) 258 (-3.3**)	5 (-3.3**) 31 (3.3**)	10.899	**
体に触れる	483	A B	189 283	3 8	0.732	n.s
励ます	482	A B	173 246	19 44	2.831	n.s
緊張をとく	483	A B	192 288	0 3	1.992	n.s
ねぎらう	482	A B	192 290	0 0	-	n.s

A: 知っていた B: 知らなかった

()内残差 **p<0.01, *p<0.05

表3 プリパレーションの認知による必要性の認識の差異

	項目ごとの 回答人数	知っていた/ 知らなかった	人数	平均ランク	n=492	
					Mann- Whitney U	有意差
絵本やビデオを用いて説明する 必要性	481	A	192	277.89	20659.5	**
		B	289	216.48		
実物に近い玩具に触れる必要性	482	A	192	274.69	21466.5	**
		B	290	219.52		
対処法方法を指導する必要性	481	A	192	275.93	21036.5	**
		B	289	217.79		
納得を確認する必要性	480	A	191	270.12	21941.0	**
		B	289	220.92		
意思を尊重する必要性	480	A	192	267.57	22450.5	**
		B	288	222.45		
気をそらす必要性	482	A	194	256.72	24917.0	*
		B	298	231.42		
進行状況を説明する必要性	482	A	192	253.66	25505.0	n.s
		B	290	233.44		
体に触れる必要性	481	A	192	239.35	27428.5	n.s
		B	289	233.44		
励ます必要性	482	A	192	245.02	27163.0	n.s
		B	290	239.16		
緊張をとく必要性	482	A	192	241.16	27775.0	n.s
		B	290	241.72		
ねざらう必要性	482	A	192	241.46	27832.5	n.s
		B	290	241.52		

A: 知っていた B: 知らなかった

**p<0.01 *p<0.05

3. プリパレーションの認知とプリパレーションの実施および必要性の認識

プリパレーションを知っていたか否かと各項目における実施の有無の人数比率では(表2)、プリパレーションを知っていた看護師は、「実物に近い玩具に触れる」($\chi^2=4.721$ p<0.05)、「対処方法を指導する」($\chi^2=15.641$ p<0.01)、「納得を確認する」($\chi^2=13.350$ p<0.01)、「意思を尊重する」($\chi^2=10.683$ p<0.01)、「気をそらす」($\chi^2=10.488$ p<0.01)、「進行状況を説明する」($\chi^2=10.899$ p<0.01)において、実施するものが多かった。

プリパレーションを知っていたか否かと各項目に対する認識の高さでは(表3)、プリパレーションを知っていた看護師は、「絵本やビデオを用いて説明する必要性」(U=20659.5 p<0.01)、「実物に近い玩具に触れる必要性」(U=21466.5 p<0.01)、「対処方法を指導する必要性」(U=21036.5 p<0.01)、「納得を確認する必要性」(U=21941.0 p<0.01)、「意思を尊重する必要性」(U=22450.5 p<0.01)、「気をそらす必要性」(U=24917.0 p<0.05)において、必要性の認識が高かった。

4. プリパレーションの認知に関連する要因

プリパレーションを知っていた看護師は192名で、そのうち勤務部署を回答したものを対象に χ^2 検定を行なった結果、プリパレーションの認知において勤務部署による人数に有意な差がみられた($\chi^2=63.704$ p<0.01)。残差分析を行なった結果(表4)、プリパレーションを

知っている看護師は小児病棟に勤務するものに多く、混合病棟と小児外来に勤務する看護師はプリパレーションを知らないものが多かった。経験年数でも有意な差がみられ($\chi^2=33.805$ p<0.01)、残差分析を行なった結果(表5)、小児看護経験年数が10年以上の看護師はプリパレーションについて知っているものが多く、1年未満の看護師はプリパレーションを知らないものが多かった。

プリパレーションについて学習経験がある看護師は117名で、そのうち勤務部署を回答したものを対象に χ^2 検定を行なった結果、学習経験において勤務部署による人数に有意な差がみられ($\chi^2=68.746$ p<0.01)、残差分析を行なった結果(表6)、学習経験のある看護師は小児病棟に勤務するものが多く、混合病棟に勤務する看護師は学習経験のないものが多かった。学習ツールでは、

表4 プリパレーションの認知における勤務部署の違い

勤務部署	n=464	
	知っていた	知らなかった
小児病棟(n=116)	83 (7.9**)	33 (-7.9**)
混合(n=272)	86 (-4.7**)	186 (4.7**)
小児外来(n=61)	16 (2.4)	45 (2.4)
病棟と外来(n=15)	3 (1.0)	12 (1.0)

Pearson のカイ乗値63.704 p<0.01

()内残差**p<0.01, *p<0.05

表5 プリパレーションの認知における小児看護経験年数の違い

小児看護経験年数	プリパレーションを知っていたか	
	知っていた	知らなかった
1年未満(n=105)	25 (3.6**)	80 (9.6**)
1年以上3年未満(n=156)	56 (1.0)	100 (9.0)
3年以上5年未満(n=81)	35 (0.7)	46 (5.7)
5年以上10年未満(n=91)	39 (0.7)	52 (5.7)
10年以上(n=47)	34 (1.0**)	13 (1.3**)

Pearsonのχ²検定値33.805 p<0.01

)内括弧**p<0.01, *p<0.05

表6 プリパレーションの学習経験における勤務部署の違い

勤務部署	学習経験	
	あり	なし
小児病棟(n=115)	61 (9.2**)	54 (9.2**)
混合(n=277)	42 (5.5**)	235 (5.5**)
小児外来(n=62)	9 (1.3)	53 (9)
病棟と外来(n=16)	2 (1.1)	14 (1.1)

Pearsonのχ²検定値68.746 p<0.01

)内括弧**p<0.01, *p<0.05

書籍が最も多く65名、次いで勤務部署での学習会36名、学会参加22名、出身校での授業17名であった。

V. 考察

1. 幼児の採血場面におけるプリパレーションの実施と必要性の認識

プリパレーションとしてあげた11項目のうち、「採血終了後がんばりを認めねざらう」、「採血終了を告げ緊張をとく」、「採血中手を握るなど体に触れる」といった援助は実施されることが多く、必要性の認識も高い。看護師がプリパレーションと意識しなくとも日常ケアとして行なっている援助であると考えられる。しかし、採血後のがんばりをねぎらうことや、採血中体にふれるという支援のみでは、子どもが自分で困難を乗り越えたという自信や達成感に寄与することは期待できない。子どもなりに理解できる説明を受け、納得して採血に臨むことが重要である。しかし、「絵本やビデオを用いて説明する」、「実物に近い玩具に触れる」を実施する看護師は1割未満であり、必要性の認識も低いという結果が得られた。採血前の説明は、子どもに情報を提供することで理解を深め、子どもの思いを表出させる機会となるが、子どもの理解を深めるための絵本や、玩具を使用した説明はほとんど行なわれていない。蛭名ら¹⁹⁾は看護師が、3~5歳児に採血の説明をするのは61.1%であったと報告して

おり、前田ら²⁰⁾も、看護師が3~5歳児に採血の説明をするのは91.3%であるが、口頭での説明が70~80%であったと報告している。3歳前後の子どもは理解力が十分でないため効果が得られないこともあるが、幼児期後期では可能となる²¹⁾といわれている。武田²²⁾や小川ら²³⁾の調査においても、子どもが処置に主体的に参加することができることを報告している。骨髄穿刺や腰椎穿刺といった侵襲の大きい処置だけでなく、医療者にとっては日常的な処置である採血の場合も、子どもが納得し、処置に臨めるように採血の説明を行なう必要がある。また、口頭の説明だけでは理解しがたいこともあるため、子どもの認知レベルに合わせて、視覚的な情報を与えることや実物に近い玩具に触れて遊ぶ機会を与えることも必要である。また、対処方法を指導する看護師は約半数であった。これは、プリパレーションの学習経験のある看護師が2割と少なく、子どもの対処について具体的な方略をもっていない看護師が多いことが要因と推察される。子どもの意識を採血から遠ざけるディストラクション技術とともに子ども自身が状況をコントロールできる対処方法の指導技術は、小児と関わる看護師に求められる技術であり、今後学習の機会が必要であると考えられる。

プリパレーションを認知していた看護師は、「実物に近い玩具に触れさせる」、「対処方法を指導する」、「納得を確認する」、「意思を尊重する」、「気をそらす」などの援助において、プリパレーションを認知していない看護師より実施の割合が多く、必要性の認識が高い傾向がみられた。プリパレーションは単なる説明や励ましではなく、子どもの心理的混乱に対し、子どもの対処能力を引き出す過程であり、Thompson, R. H.²⁴⁾は、プリパレーションの3つの要素として情報を伝えること、情緒的表出を後押しすること、スタッフとの信頼関係を築くことを挙げている。プリパレーションを認知している看護師は、子どもへの採血前の説明、子どもが納得して採血に臨める援助、子どもの気をそらす援助などの必要性を高く認識していることから、プリパレーションを一連の過程と捉えて支援していることが推察される。その過程で子どもの情緒的表出を促し、その相互のやりとりを通して子どもと看護師の信頼関係を築くことが重要である。

2. 幼児の採血場面におけるプリパレーションに関連する要因

今回の調査では、プリパレーションを知っている看護師は39.0% (192名)であり、平成12年に行われた山崎ら²⁵⁾の調査と比較すると、その割合は倍以上となっており、5年の経過により広く認知されるようになっていくことがわかる。対象の属性では、半数以上の看護師が混合病棟に勤務していることから、勤務部署別にプリパレーションの認知をみた。小児病棟に勤務する看護師でプリパレーションを知っていたものは83名であり、小児病棟

に勤務する看護師の7割を占めていた。一方、混合病棟に勤務する看護師では、プリパレーションを知っていたものは86名であり、混合病棟に勤務する看護師の3割であった。小児病棟に勤務する看護師のプリパレーションの認知は高くなってきているが、それに比して混合病棟に勤務する看護師の認知は低い現状が明らかになった。近年、病院経営の観点から総合病院における小児病棟の縮小が進み、小児医療にかかわる病棟の多くが混合病棟という形態をとっている。さらに、総合病院では数年ごとの病棟ローテーションが行なわれている。本研究においても平均看護経験年数は11年であり、それに対して小児看護経験は3年であった。このような状況のなかで、継続した学習を行なうなど小児看護の専門性を高めることが難しく、混合病棟に勤務する看護師のプリパレーションの認知が低くなると考えられる。プリパレーションの学習経験において、小児病棟に勤務する看護師の5割は学習の経験があり、混合病棟に勤務する看護師の学習経験は2割弱であったことから、混合病棟に勤務する看護師が小児看護の専門性を高めることの難しさが推察される。また、小児看護経験年数による関連も考えられた。小児看護経験が10年以上の看護師はプリパレーションを認知しているものが多く、小児看護経験が1年未満の看護師はプリパレーションを認知していないものが多かった。小児看護経験の多い看護師は、経験を重ねるなかで、子どもの人権の尊重や子どもの自己コントロール感を高めることなどへの視野が広がるのではないかと考えられる。一方、小児看護経験が少ない看護師は一般的な処置や子どもとその保護者とのコミュニケーションなど基本的技術を身につけることに精一杯であることがプリパレーションの認知の低さに関連していると考えられる。しかし、子どもがストレスフルな状況を乗り越えるためには、自分で困難を乗り越えたという自信や達成感が重要である。そのためには、プリパレーションを小児看護の基礎技術として定着させていく必要があり、特に混合病棟に勤務する看護師や小児看護経験の少ない看護師に、プリパレーションに関する学習の機会を提供する必要性が示された。

VI. 結論

1. 幼児の採血場面でのプリパレーションでは、「絵本やビデオで説明」、「実物をみせて説明」は実施、必要性の認識ともに低く、子どもの理解を深めるための絵本や、玩具を使用した説明はほとんど行なわれていないことが明らかになった。子どもなりに納得し、主体的に処置に臨むことができるように、子どもの認知レベルに合わせた視覚的な情報を与えることや、実物に近い玩具に触れて遊ぶ機会の提供が必要であると考えられた。また、対

処方法を指導する看護師は約半数であり、子どもにどのように採血に対処すればよいかを指導する具体的な方略をもっていないことが要因と考えられた。

2. プリパレーションを認知している看護師は、採血前の説明、子どもが納得して採血に臨める援助、子どもの気をそらす援助などの必要性を高く認識していることから、プリパレーションを単に説明や励ましとしてではなく、子どもの自信や達成感につながるよう支援していると考えられた。

3. 小児病棟に勤務する看護師の7割はプリパレーションを認知しており、5割は学習経験があった。混合病棟に勤務する看護師ではプリパレーションを認知していたものは3割であり、学習経験があるものは2割であった。また、小児看護経験が10年以上の看護師はプリパレーションを認知しているものが多く、小児看護経験が1年未満の看護師はプリパレーションを認知していないものが多かった。対象施設の多くが混合病棟であり、さらにローテーションが定期的に行なわれるなか、小児看護の専門性を高めることの難しさが示された。これらのことから、混合病棟に勤務する看護師や小児看護経験の少ない看護師に対し、プリパレーションに関する学習の機会を提供する必要性が示唆された。

VII. 研究の限界

本研究はS県下の100床以上のすべての総合病院および小児専門病院に勤務する看護師を対象としており、結果は地域に限定したものであること、看護師のプリパレーションに関連する要因には、仕事の煩雑さなど他の要因の検討も必要であることなどの限界がある。

しかし、混合病棟が7割を占めるS県の小児に関わる看護師のプリパレーションの実施や必要性の認識状況とその関連要因が一部明らかになり、今後の課題として、混合病棟に勤務する看護師、小児看護経験の少ない看護師へのプリパレーションに関する学習の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に快く協力してくださいました対象施設の看護部長様、看護師の皆様にご心より感謝いたします。

引用文献

- 1) 夏路瑞穂: プリパレーション; その方法と工夫の仕方, 他職種のプリパレーションへのかかわりかた, チャイルドライフスペシャリスト, 小児看護, 25(2); 207-211, 2000.
- 2) Broome, M. E. :Preparation of Children for

- Painful Procedures, PEDIATRIC NURSING, 16(6), 537-541, 1990.
- 3) 及川郁子. プリパレーションはなぜ必要か. 小児看護. 25(2). 189-192. 2002.
 - 4) French, G. M., Painter, E. C. & Coury, D. Blowing Away Shot Pain: A technique for Pain Management During Immunization. PEDIATRICS. 93(3). 384-388. 1994.
 - 5) Abbott, K. & Fowler-Kerry, S. The use of topical refrigerant anesthetic to reduce injection pain in children, Journal of Pain Symptom Manage, 10(8), 584-590, 1995.
 - 6) Kleiber, C., Craft-Rosenberg, M., & Harper, D. C. Parents as distraction coaches during i. v. insertion : randomized study, Journal of Pain Symptom Manage, 22(4). 851-861. 2001.
 - 7) Jelbert, R., Caddy, G., & Clin, D. Procedure preparation works! An open trial of twenty four children with needle phobia or anticipatory anxiety. The Journal of the National Association of Hospital Play Staff. Winter. 14-18. 2005.
 - 8) 二宮啓子, 蝦名美智子, 半田浩美, 片田範子, 勝田仁美他: 検査・処置における子どもへの説明と納得の過程における医師・看護師・親の役割, 日本小児看護学会誌8 (2), 22-30, 1999.
 - 9) 勝田仁美, 片田範子, 蝦名美智子, 二宮啓子, 半田浩美他: 検査・処置を受ける幼児・学童の"覚悟"と覚悟に至る要因の検討, 日本看護科学学会誌, 21(2), 12-25, 2001.
 - 10) 半田浩美, 蝦名美智子, 二宮啓子, 片田範子, 勝田仁美他: 「子どもへ検査・処置について説明を行うこと」に関する文献検討, 神戸市看護大学紀要, Vol. 4, 7-15, 2000.
 - 11) 山崎千裕, 尾川瑞季, 池田友美, 山崎道一, 郷間英世: 入院中の子どものストレスとその緩和のための援助についての研究 第2報-プリパレーション(心理的準備)について小児科病棟看護職員への調査-, 小児保健研究, 63(5), 501-505, 2004.
 - 12) 蝦名美智子: シンポジウム B 子どもと親が安心して医療を受けられるための医師・看護師・コメディカルの役割と協同 子どもから信頼される医療とプリパレーション, 小児保健研究, 64(2), 238-243, 2005.
 - 13) 鎌田佳奈美, 榎木野裕美, 高橋清子, 鈴木敦子, 赤川晴美他: 入院する子どもへのプリパレーションに対する看護師の認識とその実施状況. 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 2(1), 12-22, 2004.
 - 14) 野村みどり, 横山勝樹, 蝦名美智子, 芳井菜穂子, 細淵安弘: 小児外科を有するこども病院のプリパレーション実施状況に関する実態調査, 平成13年度厚生科学研究報告書, 677-698, 2002.
 - 15) 松森直美, 二宮啓子, 蝦名美智子, 片田範子, 勝田仁美他. 「検査・処置を受ける子どもへの説明と納得」に関するケアモデルの実践と評価 (その2). 日本看護科学学会誌. 24(4). 22-35. 2004.
 - 16) Stephens, B. K., Barkey, M. E., & Hall, H. R. Techniques to comfort children during stressful procedures. Accident & Emergency Nursing, 7, 226-236, 1999.
 - 17) 流郷千幸, 藤原千恵子: 幼児の採血場面について看護師が認識する援助内容とその影響要因, 日本小児看護学会誌, 12(1), 16-22, 2003.
 - 18) Thompson, R. H. & Stanford, G., 小林登監訳. 病院におけるチャイルドライフ; 子どもの心を支える"遊び"プログラム, 中央法規出版. 2000.
 - 19) 前掲²⁾
 - 20) 前田貴彦, 杉本陽子, 蝦名美智子, 鈴木敦子, 榎木野裕美他: 子どもが採血・点滴を受ける心の準備をするための関わり, 第23回日本看護科学学会学術集会講演集, 430, 2003.
 - 21) 蝦名美智子, 鈴木敦子, 榎木野裕美, 杉本陽子, 二宮啓子他: プリパレーションの実践に向けて 医療を受ける子どもへの関わり方, 平成14年度・15年度厚生労働科学研究報告書別冊, 2005.
 - 22) 武田淳子, 松本暁子, 谷洋江, 小林彩子, 兼松百合子, 内田雅代, 鈴木登紀子, 丸光恵, 古谷佳由理: 痛みを伴う医療処置に対する幼児の対処行動, 千葉大学看護学部紀要, 53-60, 1997.
 - 23) 小川純子: 小児がんの子どもが腰椎穿刺時に対処行動を高めるための看護介入, 看護研究, 33(2), 29-35, 2000.
 - 24) 前掲¹⁸⁾
 - 25) 前掲¹¹⁾

活動と資料

オーストラリア アデレードの 緩和ケアの実際と緩和ケアチームの活動



前田美和子¹⁾、豊田久美子²⁾

¹⁾彦根市立病院、²⁾滋賀県立大学人間看護学部

はじめに

オーストラリアは人口約1億9200万人、イギリス、アイルランド、イタリア、ドイツなどヨーロッパ諸国、また中国、インド、ベトナムなどのアジアの国々から移民した民族で成り立っている移民国家である¹⁾。移民たちはその独自の文化を持ち込み、そして現在の多様で色彩豊かなオーストラリア社会形成に貢献していった。

筆者は2002年にサウスオーストラリア州立フリンダース大学コンバージョンコース修了後、サウスオーストラリア州看護師免許を取得、翌年にはアデレード大学にてガン看護を学び、また現地の病院において研修を修めた。またフリンダース大学にて、乳ガン患者のサポートシステムの日豪比較を修士論文とした。文化がいかに人々の死生観、病氣、治療に対する考えに影響について考察し、看護師を含む医療従事者にその気付きが必要であることを提言した。また実際に公立病院のガン病棟において看護師として2年勤務した。様々な文化、バックグラウンドをもつ患者、スタッフと働くことを通じ、自分の文化をもち、それを誇りとし、主張することの重要性、またそれを受け入れるオーストラリアという国の寛大さに強く感銘を受けた。

ガン病棟には完治するものもいれば、再発にて再入院する患者もある。病状の進行、または治療上の副作用にて様々な症状に苦しむ患者を目の当たりにし、民族によっては告知を受けられず、また感情を表現することを好まない患者もあり、臨床の現場において困惑する場面もあった。そのような経緯を経て、現在フリンダース大学パリアティブケア学部の提供する通信コースにて、緩和ケアの場面における症状マネージメント、コミュニケーション論などを勉強中である。

本稿においてはその緩和ケアコースを通じ、また現地のホスピス見学において学んだことを中心にまとめ、報告を行う。現地の緩和ケアチームが根拠とする理念、法また目的を述べ、次にチームがどのように各施設と連携をとり、ネットワークをむすび、多様な患者、家族のニーズに responding しているのかをまとめていきたいと思う。

1. 緩和ケアの基本理念と法律

オーストラリアは連邦制であり、その州ごとの独自の法律、システムを元にヘルスケアを展開している。サウスオーストラリア州においては、WHOの緩和ケアの概念、そして、Palliative Care Act 1995という法律を元に、医師、看護師を含む医療従事者は患者に対してケアを提供する(表1、2参照)

Palliative Care Act 1995は、1995年より施行されているサウスオーストラリアの緩和ケアに関する法律である。緩和ケアにおける医療上の事項と別に、6つの条項中4項目は患者の自己決定を保障するものであり、また医療従事者がその権利を尊重しなければならない義務をもつことを述べている²⁾。ケアに関して患者と機会をもち議論を行うこと、その意思を表明する権利、医療従事者がその全てを尊重すべきであると強調する²⁾。緩和ケアを受ける患者の権利を保障すると共に、医療従事者のケアに対するあるべき姿勢を示したのものである。以上の理念、法をもとに、緩和ケアチームはケアの目的を設定し、患者、家族にアプローチを行っている(表3)。

表1 WHOによる緩和ケアの概念²⁾

緩和ケアは、生命に危機を及ぼす病氣、また関連した問題に直面している患者、家族のQOLを改善するために、痛み、他の身体的、精神的、スピリチュアルの問題の早期発見、アセスメントと治療を行うアプローチである。

2005年9月30日受付、2006年1月6日受理

連絡先：前田 美和子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

2. 緩和ケアチームのアプローチ—Southern Adelaide Palliative Service の活動を中心に

Southern Adelaide Palliative Service(SAPS)はアデレード南地区での緩和ケアの中心的存在であり、各施設、スタッフと共同で患者、家族にケア、サポートを提供する。このチームは、Repatriation General Hospital (RGH)という総合病院内にある Daw House (ホスピス)を拠点とし、緩和ケアナーススペシャリスト、医師、ソーシャルワーカー、牧師、悲嘆ケアチーム、またトレーニング

表2 Palliative Care Act 1995²⁾

1. 医療従事者は、医療行為、治療の予測される結果、リスクについて、治療を行わないことで起こりうる結果、代わりとなる治療法について説明する義務がある。
2. 医療従事者は、同意を得て、信頼、誠実さを持って、患者を無視することなく専門職としての適切な基準に則り、QOLの維持、改善に向けて医療行為を行っている場合、法の下での保護を受ける。
3. 患者は、もし自分が判断できなくなった場合に、自分の代わりに治療について判断してくれる代表者を指名することができる。
4. 患者は、自分が判断できなくなった状況に備えて、自分の受けたい治療、受けたくない治療についての意思を残すことができる。上記の代表者がこの文書を使って、治療に同意、または拒否を行うことができる。
5. 医療従事者は、ターミナル期にある患者に治療、ケアを行う場合、ある状況の下で法の保護を受ける。
痛み、苦痛をとる治療を行った場合、それが偶発的に死を早めることになっても、その治療が同意、同意を得て、信頼、誠実さを持って、患者を無視することなく、専門職としての適切な基準に則ったものであれば法の保護を受ける。
6. もし患者がターミナル期にあり、代表を立てず、治療に対する希望を表現しておらず、治療が、回復の望みがなく、植物状態の状態、ただ生命を引き伸ばすものであるなら、医療従事者は生命維持の措置を取る義務を負わない。

ングを受けたボランティアなど他職種から成り立っており、患者の身体的、精神的、スピリチュアル、社会的ニーズに応じたケアを提供している。

・アプローチの開始

SAPSによる緩和ケアアプローチは、プライマリーケアチーム、または患者、家族から電話、書面による依頼によって開始される³⁾。患者、家族に複雑な身体的、社会精神的問題が発生し、緩和ケアが必要と考えられた場合、また現在のケアに加え更なるサポートが必要と判断された場合に、プライマリーケアチームは緩和ケアチームに依頼を行う⁴⁾ ⁵⁾。依頼を受けた緩和ケアチームから医師、または看護師が外来、患者の入院している施設、自宅などを訪れ、患者、家族のニーズをアセスメントする⁶⁾。RGHのほか、アデレード南地区には Flinders Medical Centre, Noalunga Health Centre という公立総合病院が緩和ケア外来を設置しており、自宅療養中の患者も訪れ、医師、看護師がアセスメント、ケアの提供を継続的に行っている⁶⁾。

表3 緩和ケアの目的³⁾

- ・QOLを高め、患者を最期の時まで可能な限り活動し、生活できるよう、サポートを提供する。
- ・患者の闘病中、また死後で悲嘆の中にいる家族が受容できるようにサポートを提供する。
- ・痛み、他の苦痛な症状の緩和
- ・死を自然なプロセスとしてみなし、患者の残された生活を支援する
- ・死を早めたり、引き伸ばすことを目的としない
- ・心理的、またスピリチュアルな側面を組み込み、ケアを行っていく

表4 緩和ケアに関わる他職種^{5) 7)}

- ・RDNS(Royal District Nurses)：訪問看護師チーム
- ・Respite Centre: 休息介護センター
- ・GP：かかりつけの町医者
- ・器具のレンタルサービス
- ・ボランティア
- ・ビリーブメントケア：悲嘆ケアチーム、全ての家族対象にカウンセリングサービスを提供している。悲嘆のリスクアセスメントを行い、地域ともネットワークを結び、悲嘆に対するケアを提供している。

・他施設、職種との連携

患者の状態、地域の有効な資源、サポートシステムを含めた初期の包括的アセスメント後、緩和ケアチームドクター、ナースはプライマリーケアチームと患者の予後、治療のゴールについて話し合いを行う。同時にケアをうける患者、家族ともゆっくりと話し合う時間を持つ。そして病状や経過、現在の状況をどのように理解しているかを明確に捉え、今後の希望、症状のコントロールについて話し合い、ゴールを確認する。その後必要に応じて他の専門分野のスタッフ（表4）にも介入を依頼し、チームアプローチを展開していく。

地域においても同様で、緩和ケアチームが患者の入所施設、または家庭を訪れてアセスメントした後、地域の訪問看護チーム、または施設のスタッフとディスカッションし、患者、家族が適切なケアを受けられるようにコーディネートしていく。その際には現在受けているケアを入れ換えたり、変更したりするのではなく、患者、家族のニーズに見合ったサービスが何かを判断した上で、必要な分をさらに提供、手配するという形を取っている⁶⁾。このような訪問、アセスメント、コーディネートは状況に応じて継続的に行われている。

このような様々な職種による共同アプローチが可能で

あるのは、各々の施設、職種の役割が明確であり、また緩和ケアチームがそれぞれを結ぶ役割を行っているからだと思われる。病院、地域の役割、そのネットワークの状況を以下の図に示す（図1）。ネットワークを結ぶことで、緩和ケアチームはプライマリーケアチーム、患者の施設のスタッフに治療に関するサポートを提供でき、また逆に施設、プライマリーケアチームが患者、家族の情報を緩和ケアチームに伝えることで、状況がタイムリーに把握でき、迅速なアセスメント、対応へとつなげることができる。患者、家族にとってもサポート、サービスに関する情報を得ることが出来、結果としてこの共同アプローチ、ネットワークはQOL によい影響を及ぼすことが出来る。

3. ホスピスにおけるケア

ホスピスに入所する理由には大きく分けて以下の3つがあげられる。

- ・患者、家族の休息介護
- ・症状コントロール
- ・ターミナルケア⁷⁾

患者の身体的症状が複雑で、緩和ケアチームのアドバイスだけでは改善がみられない場合、また、複雑な精神

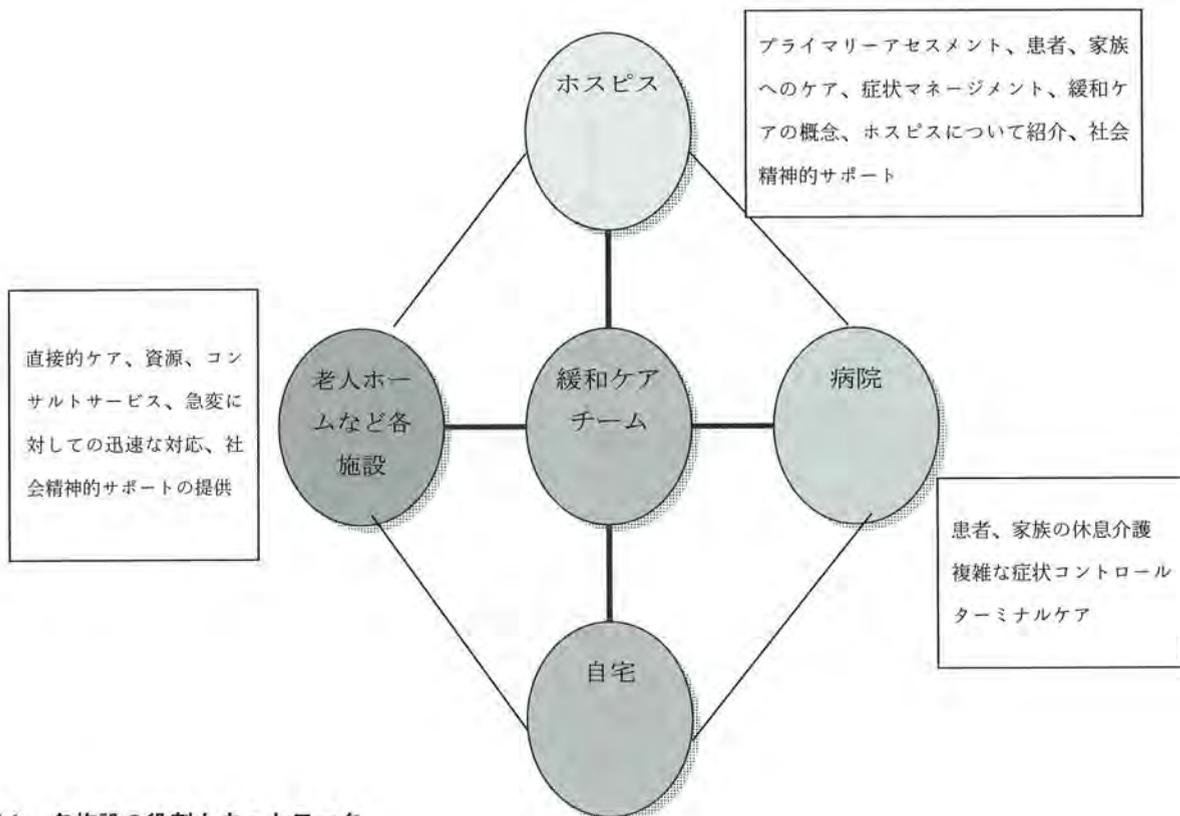


図1 各施設の役割とネットワーク

的、社会的、スピリチュアルの問題が発生し、集中的ケアが必要な場合にホスピスへの入所がすすめられる。

Daw Hospice はRGH 内に位置し、個室、二人部屋で構成される全15床のホスピスである⁹⁾。30人の看護スタッフがパートタイムで、三交代で勤務しており（フルタイムスタッフに換算すると23.4人分）、一人の看護師につき患者数は3人を越えないようになっている⁹⁾。これは死に直面している患者の精神面にケアの重点が置かれているためであり、看護師たちは患者、家族とじっくりと話をする時間を持ち、必要なケアを提供している⁹⁾。

広いラウンジは患者、家族がくつろげるような空間になっており、キッチンでは家族が患者の好きな食事、飲み物がつくれるように開放されている。また中庭やホスピスのすぐ外にある閑静な庭では、患者、家族がゆっくりとした時間を過ごすことができる（構造については図2参照）。病室は患者が自宅にいるような雰囲気ができるように、私物をもってきたり、写真、絵を飾れるなど、できるだけリラックスして過ごせるような配慮がされている。その他にこのホスピスでは患者、家族のニーズ、要望に応じて、医療、看護ケア以外にも、表5に示すように様々なサポートサービスを提供している。

オーストラリアのホスピス、緩和ケア病棟は基本的に急性期ケア病棟であり、もし患者が長期にわたるケアを必要とするか、または状態が安定している場合には、連携している施設に転科するなどの形を取る⁹⁾。しかし他の施設、または自宅に移った後も緩和ケアチームのサポートは提供され、アセスメントも継続されるため、患者、家族は必要なケア、資源サービスを受けることが出来る。

4. リサーチ・教育の実践

エビデンスに基づいたケア、よりよいケアの実践のため、SAPS 独自のリサーチ部門が医学、看護研究を行っている。また大学と連携したアカデミックユニットも設立されており、その講師陣と共同で研究が進められている。またその研究が倫理

にかなっているものかを審査する倫理委員会もRGH内に設置されており、内外の厳しい姿勢でリサーチに取り組んでいる。そのように行われた研究は病院内で発表される以外に、国内外で開かれる学会において発表が行われている。緩和ケアに携わる様々な医療従事者が活発に意見交換を行ない、リサーチの成果を具体的にケアの質向上へとつなげている。

アカデミックユニットはまた、スタッフ教育にも力を入れており、適宜フィジカルアセスメント、スピリチュアルケアなど、臨床実践に関する講義を行っている。このユニットは、サウスオーストラリア州立プリン

Daw House Hospice Floor Plan

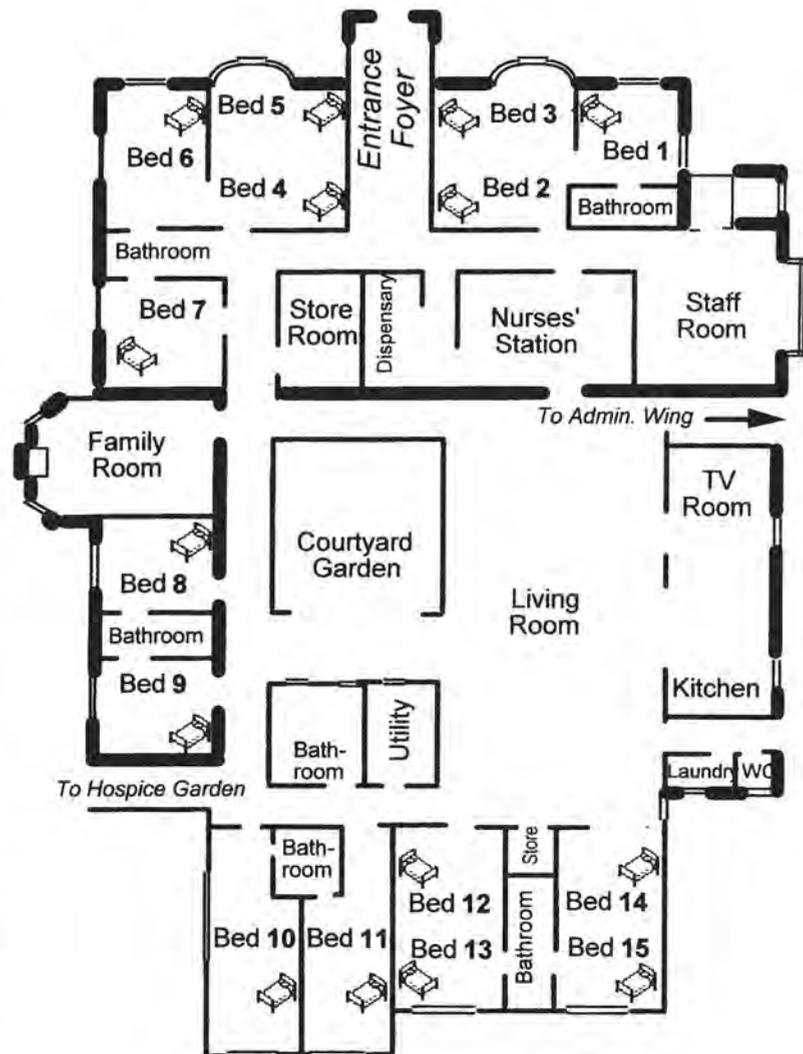


図2 ホスピス平面図⁹⁾

表5 ホスピスにおけるサポートサービス³⁾

- ・コンプリメンタリーセラピー：リラクゼーション、マッサージ、音楽療法、アートセラピーなど
- ・ビリーブメントケア（悲嘆に対するケア）：家族へのカウンセリングサービスの提供
- ・ボランティアサポート：トレーニングを受けたボランティアが、要請に応じてホスピス内、または患者の家庭を訪問し、話し相手、また本の朗読や音楽、マッサージなどのサービスを提供している。

ダース大学と提携を結んでいる。この大学は、The Department of Palliative and Supportive Service という緩和ケア学部を設立し、緩和ケアに携わる世界中の医療従事者を対象にその緩和ケアにおける知識、技術を深めるための通信教育コースを提供している。Web サイトを通じ、教材にアクセスすることが出来、また講師、他の生徒とコミュニケーションをとることも出来る。あらかじめ日時を設定し、インターネット上でディスカッションも行われ、活発に意見交換もされている。そしてそのコース内容は多岐にわたり、死にゆく患者、家族とのコミュニケーション、症状マネージメント、リサーチ法、小児、老年期患者の緩和ケア、など様々なニーズに見合うものとなっている。

まとめ

本稿において、アデレードの緩和ケアチーム、SAPS がどのように各施設と連携をとり、ネットワークをむすび、患者・家族のニーズに対応しているのか概説を行った。終末期には様々な症状、ニーズが出現するため、患者、家族が安心して自宅で過ごすには、病院、地域、そして緩和ケアのチームが連携して、患者、家族、そしてチームでケアのゴールを設定し、継続して関わるのが不可欠である。SAPS はそのネットワークの中心的存在、役割を担い、患者、家族の希望に応えるべく、活動を行っている。日本ではまだそのような地盤となるチームも少なく、システム、またネットワークも不備であるために、終末期における患者、家族のニーズに対応しきれていないのが現状である。そのため緩和ケア病棟に入院し、症状コントロールを行い状態が安定しても、社会的資源、サポート、ネットワークが充分でないために、自宅に戻るタイミングを逸し、なくなられてゆく患者もあった。「この方にとって、このような最期の迎え方はよかったのだろうか。終末期において、この方は何を思っ

て過ごしておられたのだろうか」と考えさせられることもしばしばである。日本、オーストラリアでのガン看護、緩和ケアにおける経験、学びから、オーストラリアのシステム・実際のケアから学び、導入できる点は多数あると筆者は考える。例えば緩和ケアチームの存在、チームを中心とした各施設の連携とケアの継続性は日本の緩和ケアにおいても有用であると思われる。今後さらにニーズやサービス、システム、各職種のネットワークなど様々な点で比較、考察を行い、導入すべき点を検討することが必要である。

最後になりましたが、本稿執筆にご協力いただいた皆様に深く感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) Australian Bureau Statistics, 2005, viewed 15 August 2005, www.abs.gov.au
- 2) Department of Health, An explanation of the key provision of the consent to medical treatment and palliative care act 1995: Guide for health professionals, Government of South Australia, Adelaide, 1995.
- 3) Repatriation General Hospital, Southern Adelaide Palliative Services, Repatriation General Hospital, Adelaide, 2004.
- 4) Palliative Care Australia, A guide to palliative care service development: a population based approach, Palliative Care Australia, ACT, 2005.
- 5) Pritchard, C. 2005, e-mail, 14 August 2005, Pritchard.Christine@nwahs.sa.gov.au.
- 6) Glaetzer, K. 2005, e-mail, 7 August 2005, karen.glaetzer@rgh.sa.gov.au.
- 7) Glaetzer, K, 'What is palliative care?: Program of experience in a palliative approach', presented at the meeting at RGH, Adelaide, 2005.
- 8) Southern Adelaide Palliative Service, Information booklet for patients and visitors: Daw house hospice, Repatriation General Hospital, Adelaide.
- 9) Swetenham, K. 2005, e-mail, 1 September 2005, Kate.Swetenham@rgh.sa.gov.au

人間看護学研究投稿規定

1. 趣旨

この規定は、人間看護学研究の発行に必要な事項を定める。

2. 発行

原則として毎年度1回発行する。

3. 投稿者の資格

原則として、滋賀県立大学人間看護学部の教員等が、第一著者あるいは共著者であること。ただし、人間看護学研究編集委員会（以下「編集委員会」という）から依頼された原稿に関してはこの限りではない。また、滋賀県下の関係者については、編集委員会の判断により投稿を認める場合がある。

4. 原稿の種類

(1) 原稿の種類は、下記の通りとする。

原著論文：独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、論文としての形式が整っているもの。

総説：ある主題に関連した研究・調査論文の総括および解説

研究ノート：内容的に原著論文の域に達していないが、研究結果の意義が大きく、発表の価値があるもの。

活動と資料：看護活動に関する実践報告、調査報告、有用な資料など。

フォーラム：人間看護に関わる海外事情、関連学術集会の報告、および掲載論文に対する意見など。

書評と紹介：内外の人間看護学研究に関する図書、論文および研究動向について批評、紹介をおこなうもの。

学部広報：人間看護学部の動向や記録事項など。

(2) 原稿の種別は著者が行うが、編集委員会が種別変更を求める場合がある。

5. 原稿の制限事項

(1) 投稿原稿は、国内外を問わず未発表のものに限り、重複投稿は禁止する。

(2) 原稿は刷り上がり（原稿1頁は2400字）で、写真・図表を含めて下記の制限枚数内とする。

原著・総説・研究ノート：12頁以内

活動と資料：6頁以内

他の原稿は2頁以内とするが、学部広報は制限を設けない。

6. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的な配慮がさ

れており、原稿中にもその旨が明記されていること。

7. 投稿手続

(1) 原稿を3部（うち2部は複写でも可）を編集委員会に提出する。

(2) 最終修正原稿を提出するときには、本文を保存（ワード・一太郎形式）したフロッピーディスク（CD-Rでも可）を添付する。

(3) 提出場所

持ち込みの場合：編集委員会

郵送の場合：封筒の表に「人間看護学研究原稿」と朱書きし、下記に書留郵送する。

〒522-8533 彦根市八坂町2500

滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究編集委員会

8. 原稿の受付

上記7の投稿手続を経た原稿が、編集委員会に到着した日を受付日とする。

9. 原稿の採否

(1) 原稿の採否は査読を経て編集委員会が決定する。

(2) 査読結果により原稿の修正を求められることがあるが、修正を求められた原稿著者は、編集委員会の指定した期日までに内容修正を行い再投稿すること。指定された期日以降に再投稿された場合は、原則として新規受付の取り扱いをする。

10. 著者校正

査読を経て、編集委員会に受理された最終原稿については、著者校正を1回行う。但し、校正時の加筆は原則として認めない。

11. 執筆要領

原稿の執筆要領は別に定める。

12. 著作権

原稿内容についての第一義的責任と権利は著者に帰属するが、原稿の編集・出版および電子情報化など二次的使用に関する権利は、編集委員会が著者から委託されたものとする。

なお、著者が電子情報化を希望しない場合は、投稿時に編集委員会に文書で申し出ることとする。

13. 掲載料・別刷

掲載料は無料とする。但し、特殊な図表等で特別な経費を要した場合には著者負担とする場合がある。別刷は希望者のみとし、費用は著者負担とする。

原稿執筆要領

1. 原稿構成

- (1) 投稿原稿の構成は原則として以下の通りとする。
抄録：研究の「背景」「目的」「方法」「結果」「結論」にわけて、見出しをつけて記載すること。
(1,000字以内)
キーワード：6個以内
I. 緒言：研究の背景・目的
II. 研究方法：研究、調査、実験、解析に関する手法の記述および資料・材料の集め方
III. 研究結果：研究等の結果・成績
IV. 考察：結果の考察・評価
V. 結語：結論
文献：文献の記載は、2.(9)に従う。
- (2) 表紙上段には、表題（英文併記）、著者氏名（ローマ字氏名併記）、所属機関名（英文併記）、キーワード（英単語併記）、希望する原稿種別を記載する。
- (3) 表紙下段には、本文・図表・写真の枚数、および連絡先（氏名・所属機関名・住所・電話およびファックス番号・E-mailのアドレス）を記載する。
- (4) 原著論文には、英語抄録をつけること。その他の原稿の場合は、英文抄録を省略することができる。
- (5) 英文抄録（Abstract）は、Background・Objective・Method・Results・Conclusions・Key Wordsの構成とし、500語程度とするが、1ページを英文抄録にあてるため、その範囲を超えなければ500語以上を認める。
- (6) 英文原稿の場合は、英文抄録と同様の要領で和文抄録をつけること。

2. 執筆要領

- (1) 原稿は原則として、コンピューターソフトまたはワードプロセッサで作成する。
- (2) 原稿はA4版横書きで、1頁1200字（25字×48行）になるように作成する。
- (3) 原稿は、原則として、新仮名づかい、当用漢字を使用する。
- (4) 外国語はカタカナで、外国人や日本語訳が定着していない学術用語などは活字体の原綴で記載する。
- (5) 数字は算用数字を用い、単位符号は原則としてSI単位（kg、mg、mm、ml、kcal、℃など）を用いる。
- (6) 国際的な共通語を使用し、一般的に認められている略語以外は説明なしでは使用しないようにする。特定分野でのみ用いられる略号、符号などに関し

ては、初出時に簡単な説明を加える。

- (7) 図・表および写真は、それぞれ図1、表1などの通し番号をつけ、本文とは別にまとめ、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を朱書きする。
- (8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1) 2) のように半角上付き番号で示し、本文の最後に引用した番号順に整理して記載する。雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌ではINDEX MEDICUS、INTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。
- (9) 文献の記載方法
雑誌の場合：著者名、論文名、雑誌名、巻・号、頁、発行所、発行年の順に記載する。
単行書の場合：著者名、書名、版、引用頁、発行所、発行年の順に記載する。
単行書（分担執筆）の場合：著者名、分担章標題名、編集名、書名、版、頁、発行所、発行年の順に記載する。
訳書の場合：原著者、書名、発行所、発行地、発行年、訳者名、書名、頁、発行所、発行年の順に記載する。

論文

分娩時および産褥入院中の看護時間調査 岩谷澄香、高橋里玄、白井やよい、志田映子、玉里八重子、 宮田久枝、勝又浜子、篠塚ひとみ	1
下肢の支持性が低下した人に対する移乗動作の身体的・心理的負担 の評価 伊丹君和、安田寿彦、豊田久美子、石田英實、久留島美紀子、 藤田きみ糸、田中勝之、森脇克巳	11
中・高年女性の尿失禁に関する認識の実態 寺田美和子、竹村節子	23
「成人患者の利益・権利を守るアドボカシー」に関する看護師の意識 竹村節子	31
足浴が排尿に与える影響に関する基礎的検証 豊田久美子	51
文章完成法によるspirituality評定尺度の開発 比嘉勇人	63
退職移行期にある看護師の健康と社会活動に関する実証研究 —退職看護師の人材活用システムの課題— 西田厚子、堀井とよみ、筒井裕子、藤井淑子、太田久佐子、 柴崎さと子、西島治子、平 英美	71
滋賀県における在宅ホスピスケアの实態 —開業医のアンケート調査から— (英文) 竹村節子	85

研究ノート

看護におけるinvolvement概念の構成要素に関する文献研究 牧野耕次、比嘉勇人、甘佐京子、松本行弘	103
退職看護師再雇用システムの有効性の検討 堀井とよみ、西田厚子、西島治子	111
地区診断と健康教育指導案作成を組み合わせた 教育プログラムによる学生の学び 滝澤寛子、西田厚子、今村 香	125
急性期成人看護学演習における学生の協同学習および 説明活動による学習効果 —授業体験レポートの質的分析による考察— 米田照美、沖野良枝、前川直美	135
S県下における幼児の採血場面のプリパレーションと関連要因 流郷千幸、古株ひろみ、東 美香、大西孝子	145

活動と資料

オーストラリア アデレードの緩和ケアの実際と 緩和ケアチームの活動 前田美和子、豊田久美子	153
---	-----

Articles

Research on Hours for Interventions at the Time of Delivery and Post-Natal Care in Hospital Sumika Iwatani, Satoi Takahashi, Yayoi Shirai, Eiko Shida, Yaeko Tamari, Hisae Miyata, Hamako Katsumata, Hitomi Shinozuka	1
Evaluation of Human Physical and Mental Burdens Regarding Standing Transfer in Individuals with Reduced Lower Limb Strength Kimiwa Itami, Toshihiko Yasuda, Kumiko Toyoda, Hidemi Ishida, Mikiko Kurushima, Kimie Fujita, Katsuyuki Tanaka, Katsumi Moriwaki	11
Middle-aged and Elderly Women's Perception Regarding Urinary Incontinence Miwako Terada, Setsuko Takemura	23
Awareness among Nurses concerning Advocacy to Protect interests and Rights of Adult Patient Setsuko Takemura	31
The Study on the Effects of Foot Bathing on Urination Kumiko Toyoda	51
Development of Spirituality Rating Scale Using Sentence Completion Method Hayato Higa	63
Evidential Study about the Relation between the Health and the Social Activities of People considering Retirement Transition Stage —Issues Surrounding Human Resources for Retiring Nurses— Atsuko Nishida, Toyomi Horii, Sachiko Tsutsui, Yoshiko Fujii, Hisako Oota, Satoko Shibazaki, Haruko Nishijima, Hidemi Taira	71
The Research on the Condition of Hospice Home Care in Shiga Prefecture —From a questionnaire to general practitioners— Setsuko Takemura	85

Notes

Literature Review of Components of the Concept of Involvement in Nursing Koji Makino, Hayato Higa, Kyoko Amasa, Yukihiko Matsumoto	103
Examination about the Effectiveness of a Retirement Nurse Re- Employment System Toyomi Horii, Atsuko Nishida, Haruko Nishijima	111
What Students Have Learned through Making Health Education Program Including Community Diagnosis? Hiroko Takizawa, Atsuko Nishida, Kaori Imamura	125
Learning Effect of Cooperative Learning and Self-Explanation on the Student Nurses in Acute Care Exercise of Adult Nursing —Qualitative Analysis about Experiential Reports of the Student Nurses— Terumi Yoneda, Yoshie Okino, Naomi Maekawa	135
Research on Preparation in Preschool Children's Collecting Blood Scene Chiyuki Ryugo, Hiromi Kokabu, Mika Azuma, Takako Ohnishi	145

Reports & Materials

Palliative Care and the Activities of Palliative Care Team in Adelaide, Australia Miwako Maeda, Kumiko Toyoda	153
---	-----