

# 聖マリア学院大学紀要

BULLETIN OF  
ST.MARY'S COLLEGE

## 目 次

### I. 特別寄稿

ヘルス・プロフェッショナル育成のためのe-サービス・ラーニング・プログラムの開発研究過程と学び	田代 順子 ……………	3
家族介護者の介護負担:介護負担を減らすために看護職に求められるもの	鷺尾 昌一 ……………	9
健常看護系大学生の睡眠の質と量に関する調査	宮林 郁子 ……………	13
聖マリア学院大学の国際看護学教育の現状と国際看護の今後	秦野 環 ……………	17

### II. 原著

大卒看護師のリーダーシップ能力とデリゲーション能力が「仕事のやりがい」に及ぼす影響(1)	宮林 郁子 他 ……………	21
--	---------------	----

### III. 報告

短期大学専攻科1年課程における保健師コースの卒業生の動向 — 現職保健師の職場の満足度より —	今村 桃子 他 ……………	29
疫学研究における倫理的問題についての看護大学生の意識	西地 令子 他 ……………	35
地域診断におけるフィールド演習の取り組みと今後の課題	西地 令子 他 ……………	41

### IV. 資料

ストレングスモデルに基づく職業訓練を受けた精神障害者の心理面と必要とされる支援	安藤 満代 他 ……………	55
臨床における看護研究の意義	鷺尾 昌一 他 ……………	63
わが国の高血圧症患者への患者教育の現状	白水 麻子 他 ……………	67
A大学における看護学生のストレス認知とコーピングの現状	谷口 和美 他 ……………	75
糖尿病看護領域における慢性疾患未読専門看護師の活動に関する文献検討	中尾 友美 ……………	81

### V. 解説

高齢者施設に入所する認知症高齢者のインフルエンザ予防としての口腔ケアについて	高山 直子 他 ……………	89
看護分野における疫学研究の実際	鷺尾 昌一 他 ……………	95
妊娠女性の喫煙による健康被害 — 胎児や新生児に対する影響も含めて —	豊島 泰子 他 ……………	101
司法看護におけるSexual Assault Nurse Examiner (SANE)の役割	竹元 仁美 他 ……………	105

投稿規定	……………	116
聖マリア学院大学紀要 vol.3 2011年度 査読審査者	……………	119
編集後記	……………	120



【特別寄稿】

# ヘルス・プロフェッショナル育成のための e-サービス・ラーニング・プログラムの 開発研究過程と学び

田代順子

聖路加看護大学

<キーワード>

サービス・ラーニング、ヘルス・ボランティア、看護教育

## はじめに

著者は、聖マリア学院には学院が20年程前、短期大学に昇格する時期に7年間働かせていただき、国際協力活動の機会を与えられ、経験が広がりその後の米国での博士課程進学という今日に至る飛躍する仕事を与えられた。聖マリア学院で育てられた著者の感謝をこめて自らが進めているウェブで進める実践学習支援研究の歩みを共有させていただく。このウェブ使用での学生の学習支援は、情報工学が発展するにつれ、看護教育においてもさらに活用を考える余地のある領域であると考え。本稿は、現任校、聖路加看護大学で、現在進めているウェブ上で学生が実践経験から学ぶシステム：「ヘルスボランティア・コミュニティー e-センター」<http://www.lukavo.jp/>の開発研究を行い紹介する。2009年度から、大学1年生の「ボランティア活動学習」の2単位の科目として開設している。ボランティア活動からの学びつまり、「サービス・ラーニング」は、“良き市民”育成の教育方法として、米国や英国で導入されている。“良き市民”とは、地域のために貢献できる人であり、この地域貢献性は成熟した社会の持つ性質として認識されており、今日、広く個人、企業体、国家が求められている。著者は良きプロフェッショナル（専門職者）になるためには、良き市民として基盤が必要であると考え。著者らは一連の教育法開発研究を段階的に平成14年から

16年までヘルス・ボランティア学生の学習ニーズ研究を行い、平成17年から20年にウェブ上の学習支援プログラム開発研究を行った。この研究過程と研究成果<sup>1)、2)、3)、4)、5)、6)</sup>を一覧表に示した(表1)。研究の詳細は、論文を読んでいたが、ウェブ上でのボランティア活動から学ぶ、「e-サービス・ラーニング」について、今日の看護プロフェッショナル育成の課題認識、学習支援開発研究のきっかけおよび前提、研究の発展過程、

表1. e-サービス・ラーニング・プログラムの開発の実践研究過程

	研究過程	研究成果(発表論文名, (年))
	研究のきっかけ 学生のボランティア活動	
平成14年 (2002)～	学生ヘルスボランティア研究開始	①看護研究法としての「サービス・ラーニング」(2004) <sup>1)</sup>
平成16年 (2003)	I. 概念の明確化 「サービス・ラーニング」 II. ボランティア学生の学習ニーズ探索 III. ヘルス・ボランティア活動学習支援 プログラム試案	②ヘルス・ボランティア指向のある看護大学生の「身近な健康問題とケア」(2004) <sup>2)</sup> ③ヘルス・ボランティア活動をしている看護学生の学習ニーズと学習支援のあり方(2005) <sup>3)</sup>
平成17年 (2004) ～ 平成20年 (2008)	IV. サービスラーニング教育実践調査 V. ウェブ上のヘルス・ボランティア学習とボランティア学生の学習支援プログラム VI. ウェブ上ヘルス・ボランティア学習支援プログラム試用と評価	④米国におけるサービス・ラーニング(地域参加型教育)の理念と取り組み(2007) <sup>4)</sup> ⑤Web上でのヘルス・プログラム学習とボランティア学生学習支援プログラム開発・開発過程(2007) <sup>5)</sup> ⑥Web上でのヘルス・ボランティア学習支援プログラム試用の評価・改善とカリキュラム化(2009) <sup>6)</sup>

Web活用した科目評価と著者自身の学びと今後について概観的に述べる。

### 今日の看護プロフェッショナル育成の課題認識

ヘルス・プロフェッショナル育成、あるいは私自身は看護師であるので、看護プロフェッショナル(専門職)の育成・教育は、高等教育の教育職をしてきた者として常にメインテーマである。プロフェッショナルとは、Shön<sup>7)</sup>が社会の進歩に向かって人々が励むことができるために、特別な訓練を受けた人々と述べている。プロフェッショナルの中核は、"Reflective Practice"であり、行為の中での、そして行為についてのreflectionは、重要な要素であるとしている。Reflection Practiceは、省察的あるいは反省的实践と訳されている。看護教育の中では、振り返りと日常的に使っている。

看護の高等教育化は、少子高齢社会を迎える準備として、高度実践看護師等の育成が必要であり、過去20年間に急激に進行してきている。2011年、看護系大学は200校となり、大学院修士課程131課程、博士課程62課程となり、今が、看護プロフェッショナル教育の質が問われている時であると認識している。特に、著者は、過去10年余は、大学院修士課程と博士課程での基盤科目としての看護研究法および看護理論を担当し、同時に2005年からは大学院で国際看護学を開講し、教育に従事している。看護研究は看護実践および実践者の知識基盤を提供する活動であり、その時の最善の高度実践へと導く根拠を提示する活動であるという前提で進めてきている。大学院で高度実践看護師として育成する時に、基礎課程で学生が良き市民として、社会貢献できる態度をもっていることは必修のことである。サービス・ラーニングは、学生が看護プロフェッショナルとしての成長に向かうための良い学びを提供できるものと考えている。

### サービス・ラーニング開発研究に至るきっかけ

この「サービス・ラーニング」開発研究は、看護学生のボランティア活動中の危うさを感じたことがきっかけで開始した。「サービス・ラーニング」とは、多様な定義<sup>8)、9)、10)</sup>があるが、著者が総括した定義は、「地域社会のニーズに沿ったサービス参加する事によって、意図的になされる経験学習であり、コースの教授内容を深め、市民としての責任感あるいは社会的価値を高めるような大学と地域とのパートナーシップあるいは連携によってなされる教育プログラムである」<sup>1)</sup>。大学

入学直後からボランティア活動を積極的に行っている学生が多数おり、時に、医療依存の高い在宅ケアを受けている方々のボランティアをしている学生も少なからず存在していた。医療依存の高いクライアントのいわゆるヘルス・ボランティアをしていることは、その家族の支援でおこなっているものの、学生のボランティアとしての準備性として教員として老婆心ながら、気になっていた。

ボランティア自体は、欧米で長い歴史があり、社会基盤になっていることは知られており、日本において、ボランティア活動は1995年の阪神・淡路大震災から盛んになっている。日本のボランティアや病院ボランティアのはじまりやその精神について、日野原重明先生の著作<sup>11)</sup>の中で詳細に記述されている。聖路加国際病院で1970年代に病院ボランティアを始められ、多くのボランティアの働きがある。今日、学生は大学入学までに、小・中・高等学校教育ですでに、中央教育審議会生涯学習分野分科会の「青少年の奉仕活動・体験活動の推進策に関する中間報告」<sup>12)</sup>でのサービス・ラーニングの言及に沿って、ボランティアを経験してきている。しかしながら、大学では、学生のボランティア活動はあったものの、大学としてボランティア学生を支援する体制やコミュニティへの社会貢献活動は限られていた。そこで、ボランティア学生の体験学習支援を促進するために、科学研究費の助成を受けて、大学でヘルス・ボランティアとして活動している看護学生の学習ニーズを記述し、ヘルス・ボランティア育成カリキュラム開発をすることから始まった。ヘルス・ボランティアとは、地域社会でのボランティア活動の一領域であり、健康・医療のニーズに応える自主的活動である。

### 学生ヘルス・ボランティア養成プログラム開発とその評価研究

#### 1. 看護教育法としての「サービス・ラーニング」

この研究において、研究の概念枠組みを明確にするために、初年度に、「サービス・ラーニング」が看護教育方法としてどの様に活用されているか、どの様な教育効果が報告されているかを探るために、文献検討<sup>1)</sup>をCooper<sup>13)</sup>の提唱する統合的文献レビュー法を使って取り組んだ。

文献検討では、日本の看護教育の中では、サービス・ラーニングのキーワードを使って、実践研究は見いだせなかったが、英語で発表された研究は23件あり、その分析を行った。サービス・ラーニングの実践研究は、1997年から発表されていた。

サービス・ラーニングの受講生は、学部生から大学院修士課程の院生まで活用されていた。サービス・ラーニングの場合は、キャンパスのあるコミュニティがほとんどであったが、特に、Redman & Clark<sup>14)</sup> はサービスの必要性が高い少数弱者、貧困者、環境保健や医療が行き届かない人々を挙げていた。国際看護学のコースでは、開発途上国の小児保健医療やパレスチナ難民のヘルスケアサービス活動を報告していた。サービス・ラーニングの準備は、学内の教員のサービス・ラーニングの理解や研修から始まり、キャンパスとコミュニティとのパートナーシップ形成、学習モジュール(目的、学習目標、文献、学修内容のコア情報、学修内容説明、評価ツールとフォーム)やコースの実施中の関係者会議の持ち方等を含む、他側面の準備が伴う事が報告されていた。

サービス・ラーニングの成果として、履修生である学生、科目を提供する教員の成果、そして、パートナーの成果が挙げられていた。学生の成果として、1) 専門的な知識・技術の改善、2) 学生自身の自己成長、3) サービスへのコミットメントの増加、が報告されている。教員の成果としては、地域のパートナーを獲得できたこと、実践の場での研究やコンサルテーションの機会ができたことの報告があり、何より、学生がコミュニティとの関係を持つことによって自らの価値の自覚過程を通じて成長していることを確認できたことを教員の成果として挙げている。しかしながら、教員のコースに使う時間とその経費を問題として述べられていた。

この米国のサービス・ラーニング研究文献検討から、学生も教員も地域住民の一人であり、サービス・ラーニングにより地域社会の社会資源となることが前提であることが理解できた。少子高齢社会の日本における看護教育への示唆として、看護学生がサービス・ラーニングをとおして、地域社会とかわかり、各自の人間性の成長を図り、看護プロフェッショナルとして実践的スキルの獲得と向上、そして、社会性や倫理性を高めてゆくことが期待できると考え、学生のボランティア活動からの学習ニーズを探索するために調査研究をはじめた。

## 2.ヘルス・ボランティア看護学生の 学習ニーズと学習支援のあり方研究

研究の枠組みを「サービス・ラーニング」として、ヘルス・ボランティア活動を行っている看護学生の経験から学習ニーズを抽出するために、質的・記述的研究<sup>3)</sup>に取り組んだ。調査は、1) ボラ

ンティアの参加動機やきっかけ、2) ボランティア活動での経験、3) ボランティア活動での学びと困難、4) ボランティア活動のための学習方法と資源などで、研究者らが作成したインタビューガイドを使用し、半構成的面接で行った。看護学生1年生から4年生、及び学部でボランティア活動をしていた計14名が調査に協力した。

特に、ボランティア活動での学びと困難の面接データ分析から、7カテゴリー:1) 人々への理解の深まり、2) 人とかわかることの楽しみ、3) さまざまな事柄に対する考え方の変化、4) 自らの成長、5) 将来の職業(看護)に役立つ、6) 地域社会への理解の深まり、7) ボランティアに対する考え方、が抽出された。また、ボランティア活動で必要とされた能力として5カテゴリー:1) 対人関係のための能力、2) 対象・状況理解のための能力、3) ボランティア活動運用のための能力、4) 直接的ケアのための能力、5) ボランティア活動のための姿勢、が抽出された。

ボランティア活動のための学習方法や資源として、6カテゴリー:1) ボランティア施設などの公的オリエンテーションや研修、2) 家族・ボランティア施設の専門家からの指導、3) 先輩からの指導や仲間との相談、4) 自己学習、5) ボランティア仲間との情報交換、6) 教員との相談 が抽出された。

これらの調査結果から、ヘルス・ボランティア活動の情報提供支援が必要であることが示唆された。高等教育機関として、第1に、ヘルス・ボランティア活動についての情報提供をする必要があり、第2にボランティアを指向している学生に対しては、ヘルス・ボランティア活動のガイドが必要であると考えた。これらの方向性を考え、研究最終成果として、ヘルス・ボランティアガイドプログラム開発に向けた指針案を提言した(表2)。

## ヘルス・ボランティアガイドからウェブ上での 学習支援プログラム開発研究

平成17年(2004)から、ヘルス・ボランティア学習支援指針を基に、ウェブ上での学習支援プログラム開発研究を開始した。ウェブ上の学習支援プログラムは、ボランティアについて学ぶ一般サイトとボランティア活動をしている学生が経験から学ぶサービス・ラーニングサイトを開発した。サービス・ラーニングは、基本的に良き市民育成プログラムであり、大学教育の中では、専門科目というより教養科目と位置づけられていた事、看護教員が大きく関わっていたこともあり、ウェブを活用し、e-ラーニングとして取り組んだ。

表2. ヘルス・ボランティアガイド開発指針案

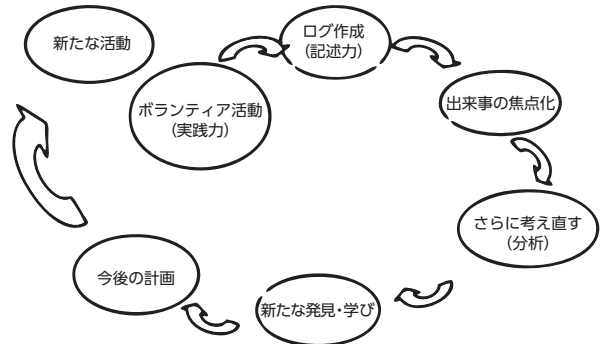
プログラム名	内容概略
I. ヘルス・ボランティア準備(出会い)のために	ボランティア活動とは何か ボランティア活動のための基本姿勢 情報や助言のための資源紹介
II. ヘルス・ボランティアをはじめめるためのプログラム 1. 共通知識と技術	成長発達を踏まえた対象の理解 安全を確保するための技術 コミュニケーション技術 生活行動援助 家族との関わり メンバーシップ
2. 領域別 1) 在宅ケア	病態の理解、 医療処置の法的意味と技術 夜間の対応
2) 子ども	障害児の理解 発達と遊びについて
3) 地域活動	地域アセスメント グループ活動の技術
III. ボランティア相互支援プログラム	ボランティア活動での体験や出来事の交換 ボランティア活動で学んだことの振り返り(リフレクション)

ボランティアについて学ぶ一般サイトのコンテンツは、ボランティアガイド(表2. 参照)として作成したプログラム: 共通知識と技術について学べるよう開発した。この一般サイトのe-ラーニングプログラムは、聖路加看護大学の「看護ネット」<http://www.kango-net.jp/> からアクセスできるようにした。

ボランティア学生の「サービス・ラーニング」サイトは、ボランティア活動のリフレクションを促すログの様式を開発し、「プラクティス・ログ」と命名した。リフレクションは、ボランティア活動をしている学生はこの様式に活動の内容を記述し、そこで感じた事、考えた事を書きながら、今後の活動をどの様に進めるかを開発した。

このリフレクションの要素は、1) 自覚、2) 記述力、3) 批判的分析力、4) 統合力、5) 評価力、で、これらは、Driscoll (2007) が提唱しているサイクル<sup>15)</sup>(図1): (1) 実践し、(2) 何が起きているかを記述、(3) 自分の観点からの出来事の焦点化、(4) そのことの更なる考察(分析)、(5) 自分にとっての新たな発見や学びの体験、(6) 今後さらにどの様にしてゆくかの行動計画、(7) 再実践、を参考に開発した。このリフレクションの能力は、サービス・ラーニングの中核の学習方法であり、加えて、プロフェッショナルへの基礎的な能力であると考えられている。

学習支援プログラム開発のプロセス評価として、1) 一般ボランティア学習サイトの利用状況; 2) ヘルス・ボランティア学生サイトの学生のプラクティス・ログの活用状況; 3) 試用した学生としなかったボランティア学生からの学生サイト



Driscoll (2007) のreflective cycleより著者が訳し作成

図1. ボランティア活動のリフレクションを促すログの様式決定のモデル

の評価; 4) 研究者教員の学習支援活動の評価から行った。

プロセス評価の結果として、1) 一般ボランティア学習サイトは1ヶ月で600前後のアクセスがあり、広く社会に活用していただけていた。2) 看護学生にとって、ウェブ上のプラクティス・ログの状況は、活動状況の記述が電子的に残り、共有する教員はログがメールでおくられてくると、ボランティア活動状況を理解できた。アドバイスも学生が必要とする時には、出来ていた。3) 学生はボランティア活動のログをコンピューターのウェブからログを記録するために、手軽に記録を書き、送れないことは問題のようであった。活動後の帰り道に携帯電話からのメールでできるとよいとの意見も聞かれた。ウェブを利用した学生は、ボランティア活動をやりっぱなしにしないためには、記録を残しておく意義を評価していた。また、記録を教員と共有し、アドバイスが受けられることを評価していた。4) 研究者教員は、複数の多様な場でボランティア学生の活動の情報を共有し、適宜アドバイスを求められた教員がアドバイスすることに関して評価していた。詳細なプロセス評価は、2007年の論文をお読みいただきたい。

### ウェブを試用したボランティア活動学習の カリキュラム化と教育経験から考えること

これらの学習支援プログラム開発研究の結果、学部基礎課程の学生用の科目としてカリキュラム化し、2011年で3年目となる。今なお、e-チューターとしての経験はこれからであると考えている。2011年に、学部学生の全体のカリキュラムの改訂が行われ、他に選択科目が増えたことにより、本科目の履修生が減少した。ここで、最新のシラバス概要を紹介し、ウェブを使ったサービス・ラーニング科目の教育経験から考えることを

述べる。初年度の科目の進め方と評価に関して、論文<sup>16)</sup>として発表している。

サービス・ラーニングの学習支援法としての評価できる成果は、単位を取得した学生の科目評価による満足度は高く、学びの状況が残される点である。学生は、学内サークルとして、病院や在宅ケアのボランティアとして働く中で、病気で治療している患者様や子供達と接し、また、医療チームの一員としてのボランティア活動の中で、多くの学びをしている。地域の高齢者や障害児の施設や非営利団体での季節限定での10代性情報普及活動や病児キャンプに参加し、活動のリフレクションで大学では学べない学びをしていることが、プラクティス・ログで報告されている。このログ報告は、ミーティング毎に学生に返却される。再度、学生は自らのボランティア経験を振り返る機会となる。教員としても、プラクティス・ログで、学生が学習を進めてゆくその軌跡が確認できることは興味深く、加えて、ウェブでの学生とコミュニケーション過程は、e-チューターとしても学びが大きい。

ウェブ使用のサービス・ラーニング科目の課題は、過去2年の実績として、履修届を出した学生のほぼ半数の学生のみが単位を取得できた。つまり、単位取得をするには難しい科目であると評価できる。履修届を出した学生の35%は最初の段階でウェブ報告ができていなかった。これらの科目のチューター経験から、ウェブによるサービス・ラーニングは、第1に、科目第1回目の教員が直接学生を前にして行うガイダンスは重要である。ガイダンスでは、どの様にそれぞれ各自に適したボランティア活動を見出すのか、そして、ウェブをどの様に使って、ログを書き、送信するかを出来る段階までガイダンスを計画する必要がある。加えて、キャンパスで行われているボランティアの紹介に関してもガイダンスに入れておく必要がある。第2に、学生への教員のチュータリングは、ウェブ上でのチュータリングと組み合わせ、学生と直接会うミーティングを組み合わせ、ボランティア学生間や教員との関係づくりは学生の履修継続するためには必要である。この2点は、ウェブを使用するサービス・ラーニングの科目にとって、未だ大きな課題である。

幾つかの課題がありつつ、今後のウェブを使用する臨地での実践からの学習支援法としてさらに展開出来ると考えている。サービス・ラーニングのウェブの使用は、学生の学びがキャンパスの外であるため考えた。現在、看護師の実践力強化のため、実習科目が増えている。実習での中核

の課題は、クリティカルジャッジメント(判断力)の強化やリフレクション力の強化である。特に、大学院の高度実践看護の院生にとって、遠隔地で実習・演習・研究の時間は増加している。この実践の中でのリフレクション力の強化は、高度実践看護師としてあるいは看護プロフェッショナルとして重要である。メンターは学生の判断根拠を多面的に吟味出来ているかをタイムリーに確認し、助言する必要がある。そのメンターリングシステムにウェブでのリフレクションログは大きな役割が期待できると考えている。

これまで、学部の新入生への良き市民の育成のサービス・ラーニングのカリキュラム化の学習支援プログラム開発を段階的に進めてきた。ケアとキュアを融合して、看護の視点でのヒューマンケアリングをさらに発展させるニーズが増大している今日、いかに情報テクノロジーを活用してゆくかはチャレンジングなことである。今後、さらに、大学院高度実践看護師のプロフェッショナル育成まで、段階的に活用できるウェブ・実践からの学習支援プログラムの開発を進めてゆきたいと考えている。

## 文献

- 1) 松谷美和子、田代順子、香春知永、他、看護教育法としての「サービス・ラーニング」:実践研究文献レビュー、聖路加看護大学紀要、No. 30, 31-38, 2004
- 2) 三橋恭子、田代順子、小澤道子、他、ヘルス・ボランティア指向のある看護大学生の『身近な健康問題とケア』、聖路加看護学会誌、Vol.8, No.1, 2-8, 2004
- 3) 香春知永、田代順子、及川郁子、他、ヘルス・ボランティア活動をしている看護学生の学習ニーズと学習支援のあり方、Vol.9, No.1, 11-18, 2005
- 4) 田代順子、大森純子、平林優子、他、米国におけるサービス・ラーニング(地域参加型教育)の理念と取り組み、-ウィスコンシン大学とワシントン大学の視察調査とワークショップ報告- 聖路看護大学紀要、No.33, 63-12, 2007
- 5) 田代順子、長松康子、大森純子、他、Web上でのヘルス・プログラム学習とボランティア学生学習支援プログラム開発:開発過程、聖路加看護学会誌、Vol.11, No.1, 13-19, 2007
- 6) 田代順子、長松康子、松谷美和子他、Web上



- でのヘルス・ボランティア学習支援プログラム試用の評価・改善とカリキュラム化、聖路加看護学会誌、Vol.13 No.2, 53-62, 2009
- 7) Shon, Donald, *The Reflective Practitioner, How Professionals Think in Action*, ASHGATE, 1991
- 8) Sigmon, R. L. *Service-Learning: Three Principles*. *Synegist*, 8 (1) . 9-11, 1979.
- 9) Braingle, R. G. & Hatcher, J. A. *Implementing service learning in higher education*. *Journal of Higher Education*, 67 (2) . 222-239, 1996
- 10) Mueller C. & Norton, B. *Service learning*. In D.M. Billings & Halstead (Eds). *Teaching in Nursing*. WB Sanders, 171-178, 1998
- 11) 日野原重明, *ボランティアを生きる: <いのちの泉> はつきることなく*, HPH, 1995.
- 12) 中央教育審議会生涯学習分科会、配布資料「奉仕活動・体験活動の推進方策に関する中間報告」[www.mest.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo2/siryoku/001/02021/htm](http://www.mest.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo2/siryoku/001/02021/htm), 2001
- 13) Cooper, H., *Synthesizing Research, A Guide for Literature Review (3rd Ed.)* ., SAGE Publication, 1998
- 14) Redman, R. W. & Clark, L., *Educational innovations: Service-learning as a model for integrating social justice in the nursing curriculum*, *Journal of Nursing Education*, 41 (10) . 446-449, 2002
- 15) Driscoll, J. (Ed.) . *Practicing Clinical Supervision: A Reflective Approach for Healthcare Professionals*. Bailliere Trindall, Elsevier, 2007
- 16) 田代順子、瀬戸山陽子、平林優子、他、Webによるサービス・ラーニング(総合科目Ⅲ 生活科学論)の初年度の科目の進め方と評価、聖路加看護大学紀要、Vol.37,25-30, 2011

【特別寄稿】

# 家族介護者の介護負担： 介護負担を減らすために看護職に求められるもの

鷺尾昌一

聖マリア学院大学看護学部

<キーワード>

介護負担、抑うつ、要介護高齢者、家族看護、在宅看護

## 1. はじめに

近年、わが国では急速に高齢化社会が進み、介護が必要な高齢者の数が急増する一方、三世帯世帯の割合や一世帯あたりの人員数の減少が進み、家族の介護力は弱体化し、介護が必要な高齢者を介護する家族の負担は増加している。2000年4月に介護保険制度が導入され、要介護高齢者は要介護度に応じた介護サービスが受けられるようになった<sup>1)</sup>が、本制度は家族の介護力などについては配慮がなされていない。

介護保険導入により総量としてはサービスの提供は増加しても、利用したい時に利用できないとか、公的サービスの利用に対する偏見などにより、介護保険導入後も地方では在宅で要介護高齢者を介護する家族の負担はあまり軽減されていない。

本稿では介護負担の概念を紹介するとともに、介護負担に影響を与える要因と介護負担軽減の社会的意義について解説し、看護職が果たすべき役割について考察する。

## 2. 介護負担感の概念と 介護負担測定のための尺度

欧米では要介護高齢者の家族介護者の負担感を測定するスケールの開発と負担感に影響を与える要因の研究がなされてきたが、最初に介護負担の概念を提唱したのは Zarit<sup>2)</sup> である。介護負担

感には心理的負担だけではなく、身体的負担、経済的困難なども含まれる。彼らは、認知症のある高齢者の家族介護者が受ける否定的な影響について明らかにするために介護負担尺度の開発を行い、介護負担を「親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」と定義した。また、George<sup>3)</sup>は介護負担を「障害老人を介護している家族が身体的・心理的、または情緒的・経済的困難を認識している程度」と述べている。

負担感については、客観的負担感と主観的負担感とを区別する研究者もある<sup>4) 5)</sup>が、自記式の質問票を用いた調査の場合、介護者自身が記入することになるので、我々は負担感を客観的負担感と主観的負担感に分けない Zarit 介護負担尺度日本語版 (Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview, J-ZBI)<sup>6) 7)</sup>を用いて調査を行っている。

介護負担感測定のために特別に開発された尺度のほか、Zung Self-Rating Depression Scale<sup>8)</sup> や the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D<sup>9)</sup> などの抑うつスコアを用いて負担感の調査を行っている研究者もいる<sup>10)</sup>。CES-D<sup>9)</sup>には逆転項目が含まれているので、回答者が調査票にきちんと回答しているかどうかチェックできるので、我々は J-ZBI<sup>6) 7)</sup> と CES-D 日本語版<sup>11)</sup>を用いて、要介護高齢者の家族介護者の介護負担感に関する調査を行っている。我々のフィールドで行った調査では、J-ZBI と CES-D の得点は互いに良い相関関係を示して

おり ( $r=0.72, p<0.001$ )<sup>12)</sup>、調査の結果は信頼できると考えられる。

J-ZBIに加えてCES-Dを用いて調査を行っているもう一つの理由は介護者の抑うつ割合を一般住民と比較することで、要介護高齢者を在宅で介護する家族の介護負担の社会的インパクトを測定することができるからである。

### 3. 介護負担に影響を与える要因 (表1)

介護保険導入以前から我々が複数の地域で行ってきた要介護高齢者の主介護者の介護負担感に関する調査を紹介する。

表1. 介護負担の関連要因 (著者作成)

①要介護高齢者の特徴
a. 認知症に伴う問題行動
b. 男性
c. 日常生活動作(ADL)の障害 (認知症がない場合はADL障害の程度が高度のほうが介護負担は大きく、認知症がある場合にはADL障害の程度が軽度のほうが介護負担は大きい)
②介護者の特性
a. 配偶者 (高齢で自身の健康に不安がある)
b. 高齢
c. 体調が悪い
e. 通院中の病気がある
③介護状況
a. 介護時間が長い
b. 独りでの外出ができない
c. 副介護者がいない
d. 家族・親族の協力が無い
④その他
a. 公的サービスを利用しにくい
b. 経済的な負担が大きい
c. サービスの利用に対する偏見
d. 市町村による介護者への支援*
e. 社会的支援ネットワークの存在*

無印は介護負担を増加させる要因、  
\*は介護負担を減少させる要因

#### 1) 要介護高齢者の特徴

要介護高齢者の特性では、認知症に伴う問題行動がある要介護高齢者<sup>13)</sup>や男性<sup>12) 14)</sup>を介護している介護者の介護負担は高かった。日常生活動作の自立は認知症がある場合、無関係か<sup>12) 14) 15) 16)</sup>、むしろ低下しているほうが、介護負担は低かった<sup>13)</sup>。一方、荒井ら<sup>18)</sup>は脳卒中患者の介護者を調査し、日常生活動作と介護負担が負の相関関係を示したと報告し、川本ら<sup>10)</sup>は離床できることは介護負担を低下させると報告しているが、認知症がある場合には寝たきりのほうが、徘徊や暴力行為などの心配をしなくてすむので、このよ

うな結果になったのではないかと考えられる。男性を介護している者の介護負担が高いのは男性を介護するのに体力がいることや問題行動を伴う場合、制御するのが大変であるからではないかと考えられる。荒井ら<sup>18)</sup>は脳卒中患者の介護者の介護負担を調査し、男性患者を介護する者の介護負担は高かったと報告している。

#### 2) 介護者の特性

介護者の特性では、配偶者<sup>14)</sup>、体調が悪いこと<sup>12) 14) 15)</sup>、介護者自身の病気で医療機関にかかっていること<sup>13) 14)</sup>が高い介護負担と関連していた。多くの場合、配偶者は要介護高齢者の妻である場合が多く、介護者自身も高齢であり、体調に不安があり、自身の病気で医療機関にかかっているのではないかと考えられる。川本ら<sup>10)</sup>は介護者が女性で自身の健康状態が悪い者は介護負担が高いと報告している。介護者が妻である場合、体調が悪くても無理をして、介護を継続している場合も考えられるので、ショートステイを利用させるなど、介護者の負担を軽減させるように指導することも必要である。

#### 3) 介護状況

介護状況では、介護時間が長いこと<sup>14) 15) 17)</sup>、要介護高齢者を伴わない独りでの外出ができないこと<sup>12)</sup>が高い介護負担と関連していた。荒井ら<sup>18)</sup>の脳卒中患者の介護者の介護負担の報告でも、介護時間の長いことや患者から目が離せない時間が長いことは高い介護負担と関連しており、介護者に介護から開放される時間を与えることは介護負担の軽減につながると考えられる。

#### 4) その他

公的サービス(フォーマルなサービス)<sup>脚注1)</sup>の利用<sup>19)</sup>や社会的支援ネットワークは介護負担を軽減させると報告されている<sup>10) 20)</sup>が、我々の調査では介護負担の高い者は低い者に比べ、サービスの利用は変わらない<sup>12) 13) 14)</sup>か、サービスの種類によっては多く利用していた<sup>15)</sup>。これらの調査は横断研究であるので、因果の関係ははっきりしない。上記に示した理由により、介護者の負担が多いために介護のニーズが高く、その結果として、多くのサービスを利用していたとも考えられる。

介護負担の高い介護者は低い介護者に比べ、経済的に負担が大きいと感じる者が多く<sup>15)</sup>、サービスの利用に関して近所の目が気になる者が多く<sup>14)</sup>、介護保険の利用金額は少なかった<sup>14)</sup>。これら

の介護負担の高い家族介護者は金銭的負担や近所の目を気にすることで、必要とされる介護サービスよりも低い基準でしかサービスを利用していないために、介護負担の軽減ができていないと考えられる。

また、慢性閉塞性肺疾患患者の介護者の調査<sup>21)</sup>では高負担の介護者は低負担の介護者と比べ、経済的負担が高い者が多く、多くのサービスの利用を希望しているにもかかわらず、実際のサービスの利用に差は認めなかった<sup>21)</sup>。経済的負担のためにサービスの利用を控えている可能性も否定できない。

介護負担の軽減のためには、公的サービスの利用に対する偏見をなくすとともに、インフォーマルなサービスを活用するなど、介護者の経済的負担にも配慮したサポートが必要であろう。

脚注1: 介護保険利用のサービスだけではなく、市町村などの行政が提供する保健福祉サービスも公的サービスである。

#### 4. 介護負担の社会的インパクト

我々が福岡県の複数の地域で行った要介護高齢者とその介護者の調査では、各地域により、高い介護負担との関連要因は微妙に異なっていたが、その一因としては各地域や時代の社会サービスの整備状況、利用可能なインフォーマルサービスの違い、要介護高齢者や介護者の違いが考えられる<sup>22)</sup>。しかし、いずれの調査でも介護者の約半数(46.6%~56.1%)が抑うつ状態(CES-Dの得点16点以上)であり、一般住民のうつ病の割合(1~5%)と比べてきわめて高く、介護者の負担を軽減するための対策が必要と考えられた<sup>22)</sup>。

福岡県M町で訪問看護サービスを利用する要介護高齢者の家族介護者の調査の場合<sup>23)</sup>、介護者の約半数が抑うつ状態にあり、抑うつの割合は介護保険の導入後5年を経過してもあまり改善されていない<sup>23)</sup>。

介護者の抑うつは介護の中断の危険因子である<sup>24)</sup>。介護者への支援も要介護高齢者の入院・入所を予防する介護予防である。介護放棄などの虐待を防ぐ意味からも、保健師などの市町村の保健福祉関係者は在宅で介護を継続している高齢者の家庭を訪問するなど、積極的に家族とかわかっていく必要がある。

#### 5. おわりに

家族は共に生きていくために相互に働きかけ、お互いのセルフケアを補う機能を持っている<sup>25)</sup>。これが、家族のセルフケア機能である。在宅医療の現場では家族は患者のセルフケア不足を補うケア提供者であると同時に、看護職からのケアの受け手でもある<sup>26)</sup>。看護職は個人と家族のセルフケア機能を最大限に発揮するように支援することが求められている<sup>25)</sup>。

家族看護に関与する看護職には患者とその家族のニーズを理解し、その実現に向けて援助することが求められている。要介護高齢者の在宅生活の継続を支えるためには、医師、理学療法士などの医療系専門職だけではなく、ソーシャルワーカー、社会福祉士、介護支援専門員などの社会福祉系専門職との連携も必要となってくる<sup>26)</sup>。このため、在宅医療を受ける要介護高齢者に関与する看護職(訪問看護ステーションや市町村などに勤務する看護職)には医療に関する知識だけではなく、社会福祉や人間の価値観などの社会科学系の知識も必要である。

在宅医療を受ける患者やその家族が地域で利用できる公的なサービス一つをとっても地域により異なっており、家族の持つセルフケア能力も三世代世帯と高齢者世帯とでは違ってくる。看護を研究することは看護職の特権であり、また、責任でもある<sup>27)</sup>。高い介護負担は在宅介護の中断に結び付く可能性があり、介護負担を軽減するための支援を家族介護者に行うことは要介護高齢者の施設入所を防ぐことにつながる。家族看護に関わる看護職は其々の地域において介護負担を高める原因を明らかにし、根拠に基づく家族看護を提供することで、家族介護者の介護負担を軽減するように努める必要がある。

#### 文献

- 1) 厚生労働省: 個人の自立を支援する厚生労働行政、平成13年度版厚生労働白書.124-159、ぎょうせい、東京、2001.
- 2) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 20: 649-655, 1980.
- 3) George LK, Gwyther LP: Caregiver well-being; a multidimensional examination of family caregiver adults.

- Gerontologist 26; 253-259, 1986.
- 4) Tomson EH, Doll W: The burden of families coping with the mentally ill; an invisible crisis. *Fam Relations* 31: 379-388, 1982.
  - 5) 中谷陽明、東條光雄: 家族介護者の受ける負担; 負担感の測定と要因分析. *社会老年医学* 29:37-43、1989.
  - 6) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit caregiver burden interview. *Psychiatry Clin Neurosci* 51: 281-287, 1997.
  - 7) 荒井由美子: Zarit介護負担スケール日本語版の応用. *医学のあゆみ* 186:930-931、1988.
  - 8) Zung WWK: A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12: 63-70, 1965.
  - 9) Radloff LS: The CES-D scale. A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement* 1: 385-401, 1977.
  - 10) 川本龍一, 岡本憲省, 山田明弘ほか: 在宅ケアにおける介護者の負担度と主観的幸福感に関する研究. *日本老年医誌* 36:35-39,1999.
  - 11) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則: 新しい抑うつ性自己評価尺度について. *精神医学* 27 (6) : 717-723,1985.
  - 12) 鷺尾昌一、荒井由美子、和泉比佐子ほか: 介護保険導入1年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の負担感: Zarit介護負担尺度日本語版による検討. *日本老年医誌* 40:147-155、2003.
  - 13) Arai Y, Washio M: Burden felt by family caring for the elderly members needing care in southern Japan. *Ageing Ment Health* 3: 158-164, 1999.
  - 14) Washio M, Oura A, Arai Y, et al: Depression among caregivers of the frail elderly, three years after the introduction of public long-term care insurance for the elderly. *Int Med J* 10: 179-183, 2003.
  - 15) 大浦麻絵, 鷺尾昌一, 和泉比佐子ほか: 介護保険導入4年目における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の負担感. *日本老年医誌* 42:411-416、2005.
  - 16) Washio M, Arai Y, Yamasaki R, et al: Long-term care insurance, caregivers' depression and risk of institutionalization/ hospitalization of the frail elderly. *Int Med J* 12: 99-103, 2005.
  - 17) Matsuu K, Washio M, Arai Y, et al: Depression among caregivers of the frail elderly in urban Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 54: 553-557, 2000.
  - 18) 荒井由美子、鷺尾昌一、三浦宏子ほか: 障害高齢者を介護する者の負担感、脳卒中患者介護者の負担感を中心として. *精神保健研究* 45:31-35、1999.
  - 19) Arai Y, Miura H, Washio M, et al: Depression among caregivers of the frail elderly in need of care and their service utilization: a pilot study. *Psychiatry Clin Neurosci* 52: 463-465, 1998.
  - 20) 赤松 昭、小澤 温、白澤政和: ソーシャルサポートが介護負担度に及ぼす影響、若年の高次脳機能障害家族の場合. *厚生指標* 49: 17-22,2002.
  - 21) Washio M, Inoue H, Kiyohara C, et al: Depression among caregivers of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int Med J* 10: 255-259, 2003.
  - 22) 鷺尾昌一: 介護の負担感に関する問題点、高齢者の医療・福祉分野における疫学研究から. *日本医事新報* 4110:73-74, 2003.
  - 23) 鷺尾昌一、荒井由美子、大浦麻絵ほか: 介護保険導入後の介護負担と介護者の抑うつ、導入前から5年後までの訪問看護サービス利用者を対象とした調査から. *臨牀と研究* 82 (8) : 1366-1370,2005.
  - 24) Arai Y, Sugiura M, Washio M, et al: Caregiver depression predicts early discontinuation of care for disabled elderly at home. *Psychiatry Clin Neurosci* 55: 379-378, 2001.
  - 25) 澤田いずみ: 家族とのパートナーシップ. 山崎あけみ、原 礼子編. *家族看護学*、南江堂. 64-75, 2009.
  - 26) 鷺尾昌一、矢野正子: 看護大学教育に求められるもの、リベラルアーツ (一般教養) の重要性. *看護教育* 52 (9) :776-777,2011.
  - 27) 小島通代、岡部聰子、金井和子訳: ドナ・ディアー、看護研究、ケアの場で行うための方法論. *日本看護協会出版会*, 東京, 1984.

【特別寄稿】

# 健常看護系大学生の睡眠の質と量に関する調査

宮林郁子

聖マリア学院大学

<キーワード>

睡眠の質、睡眠の量、質問紙調査、睡眠日誌、看護学生

## 要約

健常看護系大学生を対象に、その睡眠パターンの特徴を睡眠日誌、ピッツバーグの睡眠票、日誌をつける前後の精神的健康度と心理的变化をGHQ28とPOMSを使って調査し、それぞれの結果を分析して、睡眠の質と量の関係性を明らかにした。健常看護系大学生の平均睡眠時間は自己申告であるピッツバーグ睡眠質問票では5時間54分であったが、睡眠日誌では6時間37分であり、主観的な睡眠時間の方が短かった。また睡眠時間が6時間を切ると睡眠に対する評価が低くなり、睡眠時間が1時間延びるごとに満足感は倍増した結果となった。また「疲労」については平均起床時間が有意であり、精神的健康度は就床のばらつきで差があった。この結果から睡眠の質は単に睡眠時間だけでなく、起床時間、就床時間、や中途覚醒が影響を及ぼすことが示唆された。

## はじめに

近年、医療を取り巻く労働環境は急激な変化と複雑なシステムから身体的・精神的ストレスが増大してきている。そのストレスを軽減する方法としての睡眠は重要である。しかしながら、睡眠時間は時代とともに短縮され、その程度は10-20歳代に最も著しく、夜型化の程度も若年層ほど激しくなっている。睡眠は栄養や運動とともに、健康を維持するために必要不可欠な要素であり、睡眠量が過度であっても、過小であってもヒトの生活に影響を及ぼし、如いては心身にまで悪影響を及ぼすことが報告されている<sup>1)</sup>。夜間睡眠時間の短縮は昼間の覚醒レベルを低下させ、日中の居眠りや眠気を引き起こす。10-20歳代の中でも特に大学生は他の年代や職種と比較して、睡眠も不規則で不十分であることが報告されている<sup>2)</sup>。そこで大学生の睡眠に関する実態を、睡眠量と睡眠の質で分析するために、睡眠日誌、ピッツバーグ睡眠質問票、睡眠日誌をつける前後の精神的健康度と

心理的变化をGHQとPOMSを使って調査した。

この調査は一連の睡眠研究の一部であるが、看護系大学生を対象に、まずその睡眠パターンの特徴をピッツバーグ睡眠質問票と睡眠日誌より分析し、睡眠の質と量の関係性を明らかにした。

## 方法

### 1) 対象

① 睡眠の量と質に関して(属性、ピッツバーグ睡眠票と睡眠日誌から分析)

健常看護系大学生 54名(男性6名,女性48名)

② 睡眠の量と質に関して(属性、GHQ28、POMS、睡眠日誌からの分析)

健常看護系大学生 44名(男性5名,女性39名)

調査にあたっては事前にその趣旨を説明し、同意を得られた者を対象とした。本研究は聖マリア学院大学研究倫理審査委員会の承認を受けた。

## 2) 方法と分析

- ① 被験者が2週間の睡眠日誌を記録し、その前にピッツバーグの睡眠質問票に回答した結果をピッツバーグ質問票(問13)と平均睡眠時間の関係をt検定によりみた。また睡眠票から抽出した要素「睡眠分断回数」「平均睡眠時間」「平均就床時間」「就床時間のばらつき」「平均起床時間」についてロジスティック回帰モデルによるステップワイズ解析を行った。
- ② 被験者の①および睡眠日誌前後でGHQ28とPOMSの質問票に回答した結果をピッツバーグ睡眠質問票の合計得点で、6点をカットオフとして、「睡眠障害あり」と「睡眠障害なし」に区分して、1回目のGHQ28,POMSの各項目で、ピアソンの相関を用いて関係性をみた。
- ③ 解析にはSAS Ver.9を用い、有意水準は5%とした。

## 結果

- ① 睡眠の量と質に関して(属性,ピッツバーグ睡眠票と睡眠日誌から分析)  
睡眠の長さへの満足感と睡眠の質への満足感の関係

ピッツバーグ睡眠質問票の問13である「睡眠時間の長さに満足しているか」に対して、「満足」としたのは17名、「不満足」としたのは37名であった。それぞれ自己申告による平均睡眠時間は6.62時間と5.53時間であり、t検定により有意差が認められた(表1)。

また、「睡眠の質の評価」(問6)が「よい」としたのは25名、「わるい」としたのは29名であり、それぞれ自己申告による平均睡眠時間は6.46時間と5.56時間で、これもt検定により有意差が認められた(表2)。

また、それぞれの質問について睡眠表から求めた平均睡眠時間で解析した結果も有意であり、平均睡眠時間が1時間延びることで満足と感じるものがほぼ倍増することを示した(表3,4)。

つぎに、これらの質問について睡眠表から抽出した要素「分断回数」「平均睡眠時間」「平均就床時間」「就床時間のばらつき」「平均起床時間」についてロジスティック回帰モデルによるステップワイズ解析を行なった。

「睡眠の長さへの満足感」については「平均睡眠時間」が唯一の支配的な因子となったが、「睡眠の質への満足感」については「就床時間のばらつき」と「平均起床時間」が支配的な因子となり「平均睡

眠時間」は支配的な因子とはならなかった(表5)。

表1. 睡眠時間の長さへの満足感と平均睡眠時間

睡眠時間の長さ	人数	平均	標準誤差
満足	17	6.62	0.26
不満足	37	5.53	0.17

表2. 睡眠の質への満足感と平均睡眠時間

睡眠の質	人数	平均	標準誤差
よい	25	6.46	0.21
わるい	29	5.36	0.19

表3. 睡眠表の平均睡眠時間による睡眠時間の長さの満足感の解析結果

	オッズ比	95%信頼区間	P値
平均睡眠時間	1.96	1.07 - 3.57	0.029

表4. 睡眠表の平均睡眠時間による睡眠の質への満足感の解析結果

	オッズ比	95%信頼区間	P値
平均睡眠時間	1.97	1.11 - 3.51	0.021

表5. 睡眠の質への満足感についてのステップワイズ解析の結果

因子	オッズ比	95%信頼区間	P値
就床時間のばらつき	2.58	1.03 - 6.43	0.042
平均起床時間	0.39	0.19 - 0.81	0.011

この2つの因子については交互作用項が有意( $P=0.028$ )であった。

- ② 睡眠の量と質に関して  
(属性, GHQ28, POMS, 睡眠日誌からの分析)

### 睡眠日誌

2週間睡眠日誌を記録した結果、平均睡眠時間は6時間37分(SD=95.0)分、平均就床時刻1時06分(SD=243)、平均起床時刻は7時16分(SD=94.0)であった。

### ピッツバーグ睡眠質問票

過去1ヶ月の平均就寝時刻は0時間40分(SD=66.0分)、就寝から入眠までの平均時間は25.8±35.4分、通常の平均起床時刻は6時44分(SD=57.6分)、過去1ヶ月の平均睡眠時間は5時間54分(SD=71.0分)であった。ピッツバーグ睡眠質問票の「問6. 過去1ヶ月の睡眠の質の自

己評価]では、「かなり悪い」から「非常に悪い」が54.6%を占めており、「問13.現在の睡眠時間の長さの満足度」では、「不満足」が63.6%を占めていた。ピッツバーグ睡眠質問票の合計得点は平均6.84±2.76点であり、箕輪・土井らが示した方法で合計得点のカットオフポイントを6点とし、6点未満を「睡眠障害なし」、6点以上を「睡眠障害あり」として分類したところ、「睡眠障害なし」13名(29.5%)、「睡眠障害あり」31名(70.5%)と約7割が「睡眠障害をあり」と判定できる結果であった。

## 睡眠と精神健康状態、気分の状態の関係

### 1回目のGHQ28・POMSとピッツバーグ睡眠質問票との関係

調査開始時の睡眠状態と精神的健康状態、気分の状態との関係をGHQ28・ピッツバーグ睡眠質問票とPOMSの各項目で、Pearson相関を用いて行った( $p<0.05$ )。(表6)

POMS項目の「活気」は「GHQ28 合計得点」、「ピッツバーグ合計得点」との有意な負の相関関係を認め、「抑うつ-落ち込み」「怒り-敵意」「疲労」「緊張-不安」「混乱」は「GHQ28 合計得点」、「ピッツバーグ合計得点」との有意な正の相関関係があった。

### 2回目のGHQ28・POMSと平均睡眠時間(睡眠日誌)との関係

睡眠日誌記入終了時の睡眠状態と精神状態、気分の状態の関係を2回目のGHQ28とPOMSの各項目、平均睡眠時間で同じくPearson相関を

用いて行った( $p<0.05$ )。(表7)

「GHQ28 合計得点」と「活気」との有意な負の相関関係を認め、「抑うつ-落ち込み」、「怒り-敵意」、「疲労」、「緊張-不安」、「混乱」との有意な正の相関関係があった。

### 平均睡眠時間(睡眠日誌)と属性との関係

対象者の属性と睡眠日誌から得られた平均睡眠時間との関係をt検定を用いて行った結果、平均睡眠時間と「通学方法」、「アルバイトの有無」との有意な関係があった( $t=3.20, t=-5.00, p<0.05$ )。

### 過去1ヶ月の平均睡眠時間とGHQ28とPOMS(1回目)との関係

ピッツバーグ睡眠質問票の質問項目の中で、自己の睡眠時間を表している「問4.過去1ヶ月の実際の睡眠時間の平均は何時間位だったか」に着目し、睡眠日誌から算出した平均睡眠時間のカットオフポイントを6時間として平均睡眠時間が「6時間未満」と「6時間以上」の2群にわけ、GHQ28合計得点、POMS項目別得点との関係をt検定により行った結果、過去1ヶ月の平均睡眠時間とGHQ28合計得点、POMS項目の「活気」、「疲労」との有意な関係があった( $t=2.11, t=-2.51, t=2.21, p<0.05$ )。

## 考察

睡眠は何時間睡眠をとったか、何時から入眠したかでその質と量が決まると言われている。就寝時刻の効果は概日リズム機構と関連し、それは体

表6. POMS 項目別得点(1回目)・GHQ28合計得点(1回目)・ピッツバーグ睡眠質問票合計得点との関係 (n=44)

	POMS項目						ピッツバーグ合計得点
	活気	抑うつ・落ち込み	怒り-敵意	疲労	不安-緊張	混乱	
GHQ 合計得点 (Pearson相関係数 r)	-0.3904**	0.7354***	0.5167**	0.7546***	0.6082***	0.6119**	0.5120**
ピッツバーグ合計得点 (Pearson相関係数 r)	-0.3623*	0.4982**	0.4779***	0.4733**	0.4247**	0.5409***	

$p<0.05$ \*\*  $p<0.01$ \*  $p<0.001$ \*\*\*

表7. POMS 項目別得点(2回目)・GHQ28合計得点(2回目)・平均睡眠時間(睡眠日誌)との関係 (n=44)

	POMS項目						平均睡眠時間(睡眠日誌)
	活気	抑うつ・落ち込み	怒り-敵意	疲労	不安-緊張	混乱	
GHQ 合計得点 (Pearson相関係数 r)	-0.3646*	0.7360***	0.6092***	0.6688***	0.6048***	0.6412***	-0.1340
平均睡眠時間(睡眠日誌) (Pearson相関係数 r)	-0.0006	-0.1863	-0.2145	-0.1778	-0.1263	-0.0596	

$p<0.05$ \*  $p<0.01$ \*\*  $p<0.001$ \*\*\*



内時計により制御される。概日リズム機構の指示する時間帯に睡眠をとると、入眠や睡眠の維持は促進され、また目覚めもスムーズになる。しかし、睡眠時間と覚醒時間のばらつきや入眠時間や覚醒時間が不規則になると、この関連がずれて健康や安全上の問題がおこってくる。また概日リズム機構で最も影響を及ぼす要因として光(2000ルクス以上で交感神経が優位になり、メラトニンホルモンの分泌が抑制される)が上げられるが、この光を受けるタイミングが深部体温の最も低い時刻(午前5時)以前であると、概日リズムの位相は後退し、後であれば前進する。これらの要因の相互作用により睡眠と覚醒は調整されるが、年齢、性、活動、薬物、温度、騒音なども影響を及ぼす<sup>3)</sup>。この調査で、は、健常大学生のより客観的な睡眠日誌からの平均睡眠時間である6時間を切ると睡眠時間の長さに対しては不満を感じている。また睡眠の質についても6時間を切ると評価が低くなっている。一方、睡眠時間が1時間延びることで、満足とを感じるものが倍増する。これは、両者ともにカッティングポイントは6時間前後ではあるが、ピッツバーグの睡眠質問票の自己申告による睡眠時間の平均睡眠時間とは多少ずれのある長さでもあった。しかし、質の良い眠りであると満足できるのはむしろ長さより、就床時間と起床時間が影響していることが分かった。

睡眠状態(ピッツバーグ睡眠調査票)、精神的健康状態(GHQ28)と気分の状態(POMS)の関係はPOMS項目の「活気」が「GHQ28合計得点」、「ピッツバーグ合計得点」と有意な負の相関があり、「抑うつ-落ち込み」「怒り-敵意」「疲労」「緊張-不安」「混乱」は有意な正の相関を示した。(P<0.05)

2回目のGHQ28,POMSと平均睡眠時間(睡眠日誌)の関係 Pearson相関をおこなった結果、GHQ28合計得点と「活気」は有意な負の関係を示し、「抑うつ-落ち込み」「怒り-敵意」「疲労」「緊張-不安」「混乱」は有意な正の相関関係が示された。

このことから、睡眠の質を測るピッツバーグ睡眠票や精神的健康状態を知るGHQ28で睡眠障害がなく、精神的にも安定している状態では、活気が出てくることが示され、また逆に睡眠に満足感が得られない状態で精神的に安定していない場合には、気分も抑うつ的で、落ち込み、怒りや敵意といった感情も出やすく、疲労感もあって、緊張も高まり、不安になることが示された。また、POMS項目毎にみると、「活気」については合計睡眠時間が、「疲労」については、平均起床時間が

有意であった。精神的健康状態では、就床のばらつきが有意であり、POMSの「怒り-敵意」、「抑うつ-落ち込み」「緊張-不安」、「混乱」については中途覚醒が有意であった。また属性では、「活気」は男女差で、「緊張-不安」はアルバイトをしているかどうかで有意差があった。また睡眠中断の有無はアルバイトをしているかどうかに関連していた(P=0.0488)。これは、「疲労」やその原因となる「不安-緊張」が、睡眠時間より、起床時間や中途覚醒でより強く感じられ、その中途覚醒はアルバイトの有無により差がでていることが示された。

## まとめ

この調査は一連の睡眠調査の一部であり、被験者の主観的データを主として、分析したものであるが、以下の点について明らかになった。

- 1) 睡眠の質に満足していないものはPOMSの「活気」が低い。
- 2) POMSの「活気」は合計睡眠時間と関連している。
- 3) 睡眠の質に満足していないものはGHQ28の健康度の値も悪くなる。
- 4) GHQ28は就床時間のばらつきが関連している。
- 5) 起床時間が早い方が「疲労」を下げる。
- 6) 起床時間は一定させた方がGHQ28の健康度の値が良くなる。

本論文は第82回産業衛生学会(2009年、福岡)での発表を加筆訂正したものである。

## 文献

- 1) Stetler C, Miller GE: Blunted cortisol response to awakening in mild to moderate depression: Regulatory influences of sleep patterns and social contacts. *J Abnorm Psychol* 114: 697-705, 2005.
- 2) 佐久間夕美子, 叶谷由佳, 佐藤千史: 新入女子学生の日常生活の変化が月経周期に伴う症状に及ぼす影響. *母性衛生* 49(2): 286-294, 2008.
- 3) 高橋正也: 就業者の睡眠障害 就業者の睡眠障害 睡眠のメカニズム. *産業衛生雑誌* 45: S123, 2003.

【特別寄稿】

# 聖マリア学院大学の国際看護学教育の現状と 国際看護の今後

秦野 環

聖マリア学院大学

<キーワード>

看護、国際看護、看護の普遍性

## はじめに

聖マリア学院大学は、その前身である聖マリア学院短期大学専攻科の時代から、日本の看護学教育機関では初の「国際看護コース」を設け、主に開発途上国での医療活動に参加できる人材を輩出してきている。

平成18年に短期大学から4年制大学に移行した後も、4年間の看護学教育の中に「国際看護コース」を引き継ぎ、国際看護の基礎を学んだ学生を小人数ではあるが卒業させてきている。昨年(平成22年)、新しく看護学研究科を設置し、目標のひとつとして「国際的な視野で活動できる人材の養成を行う」を挙げて教育を行っている。

本学の教育の現状と、そして国際看護の今後を考えてみたい。

## I . 国際看護とは

1992年「第1回看護科学学会 国際看護学術集会」が開催され、日本における「国際看護」の名称が認知された。その後は1996年に「国際看護に関心を持つ者の交流を図り、国際看護に関する知識を深め国際看護に関する研究を行うことにより看護の国際協力に寄与すること」を目的として、国際看護研究会が設立された。今までに「国際看護学」「国際看護論」として多くの書籍が出版されているが、「国際看護学(論)」を明確に定義づけたものはないのが現状である。看護学教育と

して歴史が長い聖路加看護大学、日本赤十字看護大学においてもそれぞれの修士課程において国際看護学を有しているが、教科書として明記しているものはない(平成23年4月現在)。

## II . 諸大学の現状

### II-1. 本学の現状

聖マリア学院大学看護学研究科の教育理念は、「『カトリックの愛の精神』に基づく教育・研究を行い、豊かな人間性と深い教養を具え、高度の看護知識と技術に基づく科学的な看護実践能力を養い、広く人間社会に寄与できる篤実有能な人材を育成すること」としている(聖マリア学院大学院学生便覧から)。教育目標・目的は、ケアを総合的な立場に位置付けて専門分野を築き、専門職として指導的な役割を果たすことのできる人材、大学等の養成機関でレベルの高い教育を行い、かつ研究開発によって専門分野を発展させることのできる人材、国際的な視野で活動できる人材の養成を行うこととし、大学院の教育目的としては、以下の4点を挙げている。

- ① 生命・医療倫理の原則に基づき職務を遂行できる高度専門職業人の養成 — 生命倫理の教育を理念として根底に置く
- ② 医療・保健・福祉現場の質向上に寄与できる実践力を重視する
- ③ 看護の実践・教育・研究を通して、我が国におけるROI理論を含めた看護理論の基盤形成

と展開に寄与する高度専門職業人の養成 — 我が国におけるロイ理論を含めた看護理論の基盤形成と展開を図る

- ④ 国際的視野のもとに看護の実践・教育・研究を学際的に遂行できる高度専門職業人の養成 — 国際性・学際性を重視した教育を行う

### 1) 国際看護論関係の授業科目

国際看護学は、統合看護学領域に含まれ基盤教育から「生命倫理(2)」、「看護理論(2)」、「看護学研究方法(2)」それ以外の4単位と合わせ10単位以上を取得し、選択必修科目として「異文化理解と国際医療協力論(2)」を履修する必要がある。専門教育の授業科目としては、「国際看護学特論(2)」は選択必修であり、その他専門科目のうち、6単位以上を選択する必要がある。「国際看護学方法論(2)」、「国際看護学演習Ⅰ(2)」、「国際看護学フィールドスタディ(4)」の合計8単位から6単位以上、その他基盤教育科目、専門教育科目から6単位以上の履修、合計32単位以上が必要となっている。

授業科目としては、国際看護学特論、国際看護学方法論、国際看護学演習、国際看護学フィールドスタディーが、主には国際看護、ひいては、世界における保健問題に対する看護の展開、特に、国連開発目標とその達成に向けての看護の展開について学習することとなっている。よって、国際看護学(論)が、やや「日本国以外における看護の展開」を目指した形をとっていることは否めない。

### II-2. 他大学の現状

現在世界の国々が取り組んでいる国連開発目標の達成に向けて「グローバルヘルス」に関わる看護師としての知識獲得を目指す大学や、国際救援活動・国際開発協力活動に視点を当てて教育・研究を進めているところに大きく分かれている。

## III. アメリカの看護大学

カリフォルニア大学 サン・フランシスコ校の例を見る(UCSF, University of California, San Francisco, School of Nursing)。

看護学部に設けられているのは、“Cultural Competency”と“Global Health & International Nursing”である。

前者のコース内容は、患者が文化的に健康や医療サービスをどう捉えているかを理解するのを目的とし、後者は、特にアドヴァンスド・コミュニ

ティー・インターナショナルナーシングを選択しているものの登録が認められている。ここでは、看護の視点から見た世界の健康問題、世界における看護職の労働、看護学教育、国家の看護方針の開発などを学ぶ。

UCSF全体(歯学部、医学部、看護学部、薬学部)として開設されているものには、“Global Health Science”21コースあり、その中には、アメリカ国立衛生研究所(National Institute of Health)のプログラムに関わることが要求されているコースや、それらを含め11のコースに対し修士課程以上の参加が認められている。ここでも、多くは「世界の保健医療問題」に関わることであり、特に文化、保健医療経済学などを学習・研究することとなっている。

## IV. 国際看護師協会

国際看護師協会は、1899年に国際的な保健医療専門職団体として設立され、現在130カ国の看護師の代表団体である。「全ての人々への質の高い看護、堅実な保健政策、および看護の知識の発展を促進するために活動している(以上、国際看護師協会ホームページから)。また、「ICN看護師の倫理綱領」を設け、看護倫理の基本として示し世界の看護専門職の規範を設けている。

## V. 国際看護学の今後

ICN(International Council of Nursing, 世界看護協会)の看護師の倫理綱領(2005年改訂版)前文には、以下のように記載されている。「看護師には4つの基本的責任がある。すなわち、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和することである。看護のニーズはあらゆる人々に普遍的である。文化的権利、自ら選択し生きる権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている。看護ケアは、年齢、皮膚の色、信条、文化、障害や疾病、ジェンダー、性的指向、国籍、政治、人種、社会的地位を尊重するものであり、これらを理由に制約されるものではない(後略)」。この前文からも明確なように、どこの国の看護師であっても「人々が健康を享受できるように努めること」は看護師の役割である。近年の世界のグローバル化によって、人や物資は国境を超えて移動することが日常的と

なった。世界中の経済格差はより一層大きくなり、同一国内においても貧富の差異が際立つようになった。経済的貧困者はいっそう脆弱となり、健康を享受するという基本的人権さえ守れない。また、感染症の蔓延は、人々の移動が大きくなるにつれ一層コントロールが困難となり、新興感染症などに至っては、ひとつの国だけで対応できるものではない。

UCSFが行っているような看護の視点から見た世界の健康問題、世界における看護職の労働(力)、看護学教育、それぞれの国家の看護方針の開発支援などを学び、地球規模で人々の健康を考えられるような看護師を育成し、看護職の世界的な組織として活動すること、各国政府や国連機関等に対するアドヴォカシー、適切な人材育成とその活用など、今後ますます看護師の働きが期待されている。それは、看護師には、「個人、家族、地域社会にヘルスサービスを提供し、自己が提供するサービスと関連グループが提供するサービスの調整をはかる」役割が期待されていることにも起因する。

世界は、2015年の国連開発目標(MDGs, Millennium Development Goals)の達成に向

けて過去10年あまり邁進してきた。達成可能な目標や可能な地域がある半面、達成が困難な目標と地域としては、特に保健医療に関する目標においては、例えば、サブ・サハラアフリカにおける妊産婦の死亡率の改善等は、ほとんど進展がない状態であり、MDGsの目標達成にも看護の貢献が期待されている。

あらためてICNの看護師の倫理綱領前文を読み直すと、「看護のニーズはあらゆる人々に普遍的である」とある。今後は、取り立てて「国際看護学(論)」という科目立てされなくとも、国際的視野を持って、看護の対象となる人を看護し、かつそれが地域、国を超えて、世界中の人々の健康問題解決につながるような看護活動の展開、また看護活動が展開できる地域、国作りに参入していくことが望まれていると考える。

## 参考

国際看護師協会 : <http://nurse.or.jp/nursing/international/icn>

UCSF : <http://student.ucsf.edu/>



【原著】

# 大卒看護師のリーダーシップ能力と デリゲーション能力が「仕事のやりがい」に及ぼす影響 (1)

宮林郁子、日高艶子、矢田洋一\*、足立みゆき\*\*、宮脇美保子\*\*\*、  
小森あき奈、鬼丸美紀、上野いづみ\*\*\*、鷺尾昌一

聖マリア学院大学看護学部、\*元久留米大学バイオ統計センター、  
\*\*滋賀医科大学 医学部看護学科、\*\*\*慶応義塾大学 医療看護学部

<キーワード>

仕事のやりがい、リーダーシップ、デリゲーション、大卒看護師

## 要約

看護師の不足がいわれるなかで新人看護師の離職率は高い。その要因のひとつとして看護師という職業における「仕事のやりがい」がある。リーダーシップとデリゲーションについて受けた教育が、大卒看護師の「仕事のやりがい」にどのように影響を及ぼすのかについて調査するために、まず、大卒とそれ以外の看護師の「仕事のやりがい」とリーダー能力、デリゲーション能力がどのように影響するのかを調査した。方法として、四年生大卒の看護師とそれ以外の教育背景を持つ管理職者に質問票調査を行った。2病院の288名の看護師に配布し284名の回答を得た。統計解析にはSAS version.9.1を使用した。

リーダーシップやデリゲーションについて受けた教育が「仕事のやりがい」に及ぼす影響因子になっているかを検討したが、明らかではなかった。

また、それらの能力に関する意識についての検討を行なったところ、自分の能力への自信とリーダーシップ・デリゲーション能力への評価という2つの因子が「仕事のやりがい」への考え方に影響している可能性が考えられた。

## 1. はじめに

医療機関での看護師の不足がいわれるなかで新人看護師の離職率は高く、定着対策が必要とされている<sup>1)</sup>。看護師の離職の大きな要因の一つとして考えられるのは看護師という職業における「仕事のやりがい」である。われわれは、リーダーシップとデリゲーションについて受けた教育が、大卒看護師の「仕事のやりがい」にどのように影響を及ぼすのかについて調査するために、まず、大卒とそれ以外の看護師の「仕事のやりがい」とリーダー能力、デリゲーション能力がどのように影響するのかを調査した<sup>2)</sup>。この研究の目的は、看護師の「仕事のやりがい」にリーダー能力やデリゲ-

ーション能力がどのように寄与するのかを明らかにすることである。

## 2. 背景

看護師は通常、自分が組織の中でどう行動すればよいか分かるようになって初めて自分の任務を理解し、自覚するようになると言われているが、医療組織の中で自律性を獲得し、実践していくには組織の中での協同や連携が必須である<sup>3)4)</sup>。

だが、そこまで到達する前に「やりがい」を失い、離職をしてしまうケースも数多くある。大卒看護師は組織の構成員としてだけではなく、卒

後早くからリーダーシップを発揮して、集団・組織のメンバーが目的達成に向かって積極的・自発的にその活動に参加・貢献するように誘導し、さらに構成員相互の連帯性を維持・向上させる役割を期待されている。

しかし、そのための教育が現行の看護学基礎教育の中には殆ど入ってはいない。科目としてある看護管理学の範疇で取り扱われているに過ぎず、リーダーシップに特化した科目や各科目の中で具体的な方法にまで言及する教育はなされていない<sup>5)</sup>。

### 3. 方法

#### 3.1 対象

調査対象はK医療センターとN医療センターに勤める看護師のうち、4年制看護系大学卒業の看護師とそれ以外の教育機関の看護系課程出身でリーダーシップやデリゲーションの実務経験が高いと考えられる役職者である。リーダーシップ、デリゲーションに関する自作の調査票(表1)を看護師288名(Kセンター:177名、Nセンター:111名)に送付した。回答は284名。回答率は98.6%であった。

#### 3.2 解析手法

「仕事のやりがい」に関する質問項目2つ(質問1と質問14)に対して、一般化線形モデルとロジスティック解析を行なった。このほか、Fisherの正確統計、樹形モデルを解析に用いた。統計解析にはSAS version.9.1を用いた(ただし樹形モデル作成のみJMP5.1.2J)。

#### 3.3 倫理的配慮

対象者に研究目的および研究参加の任意性、調査は無記名の調査である等の匿名性の保証等を文面で説明し、回収箱(各センターのそれぞれの病棟ごとに約2週間設置した)への投函をもって調査の同意を得た。また、この研究は機関内倫理審査委員会より承認を得たものである。

### 4. 結果

#### 【非対象者の除外】

データで職位(役職者、一般職)と出身校種(4年制看護系大学卒、それ以外卒)で分けたところ、調査対象外である一般職の4年制看護系大学以外卒が19名存在した。また、4年制看護系大学卒で

表1. 睡眠時間の長さへの満足感と平均睡眠時間

項目	アンケートの主な質問項目	質問番号との対応
1	リーダーシップを看護の専門課程で学んだか(1.はい 2.いいえ の2段階)	質問2
2	どの教科で学んだか(1.基礎看護学 2.看護管理学 3.看護教育学 4.専門科目 の4択)	質問3
3	デリゲーション(委譲)について看護の専門課程で学んだか(1.はい 2.いいえ の2段階)	質問4
4	どの教科で学んだか(1.基礎看護学 2.看護管理学 3.看護教育学 4.専門科目 の4択)	質問5
5	臨床においてリーダーシップを発揮すること(※)	質問6
6	リーダーシップがうまく取れる場合(※)	質問7
7	自分のリーダーシップに自信をもっている(※)	質問8
8	臨床においてデリゲーション(委譲)をうまく使えている(※)	質問9
9	臨床におけるデリゲーションをうまく使えば病棟運営も良くなると思う(※)	質問10
10	上司のリーダーシップが弱いと看護師のチームワークが低くなると思う(※)	質問11
11	あなたはデリゲーション(委譲)をどの位していますか(※)	質問12
	11.の質問で五段階評価で3、4、5を選んだ理由(理由を記して4択)	質問13
12	4年制看護系大卒者はリーダーシップが大卒に期待されていると思うか(※)	質問15
13	期待されているリーダーシップの負担感(※)	質問16
14	学部教育でのデリゲーション能力を含むリーダーシップ教育の必要性(※)	質問17
15	14.の質問で具体的にどのような形態で教えられれば効果的であるか(自由記載)	質問18

※1.いつも 2.かなり 3.どちらともいえない 4.あまりない 5.ない の5段階

役職者が1名存在した。合計20名の非対象者がいる。

一般職の4年制大以外卒は、主に3年制看護専門学校などを卒業の後に専攻科を卒業したと見られるものが多く、調査票配布の段階の錯誤で対象者に混じったものと思われる。

今回、前者は本来調査対象外であるため、後者は立場の違いを因子にとる解析が不可能な人数でありかつ立場の違いが解析に与える影響が排除できないため、解析対象から除外することとした。

#### 【調査対象別での集計】

調査対象(4大卒、役職者)別に各質問項目(3、5、13、15~17を除く)を集計した分割表についてFisherの正確検定をした結果を示す。ただし、質問項目6~12と14については回答番号1と2を「ある」、3以降を「あるとはいえない」と2分したものをを用いて集計した。

ほとんどの項目で有意差があり、2つの群で大きな意識の違いがあることがうかがえる。

### 【受講歴別での集計】

質問2でリーダーシップ教育を受けた経験がないと答えたもののうち、質問4でデリゲーション教育を受けた経験があったものはなかった。対象者群別で見ても、役職者群で5.6%大卒者では2.6%である(表2)。

このため今回は、質問2と質問4の結果をまとめ、いずれかの教育を受けた経験があるものを「受講歴あり」、いずれの教育も受けた経験のないものを「受講歴なし」とし、質問2にいいえと回答して質問4に無回答であった2人は除外して解析した。

先と同様にして、各対象者群を受講歴別に各質問項目(1~5、13と役職者群の15~17を除く)で集計した分割表についてFisherの正確検定をした結果、すべての項目で有意差がなく、受講歴が各質問への回答に影響していないことを示している(表3)。

### 【質問1への回答】

質問1(2つ選択)に対する回答では、対象者群で見ると項目1と3で四大卒が項目4と5で役職者が相対的に多くの回答を得た(表4)。

### 【関連因子についての解析】

まず、質問1について主成分分析を行なった(表5)。その結果出てきた主成分の寄与率上位3つに対して一般化線形モデルにより関連因子の解析を行なった。リスク因子としては受講歴と対象者群を用いた(表6)。

有意差が現れたのは第1主成分に対する対象者別だけであった。第1主成分は項目1と3を選択

表2. 睡眠の質への満足感と平均睡眠時間

	検定結果	回答実数		
		はい	いいえ	無回答
質問2	0.0066	100	164	
質問4	0.32625	10	249	5
		ある	あるといえない	
質問6	0.001未満	99	164	
質問7	0.001未満	43	220	
質問8	0.001未満	24	240	
質問9	0.001未満	36	228	
質問10	0.001未満	183	81	
質問11	0.4182	183	81	
質問12	0.001未満	54	205	
質問14	0.001未満	143	120	

注:一連の2×2分割において《対象者による違いがある》という両側仮説を立てておこなったFisherの正確検定の結果。質問6以降の有意差のあるものすべてで、役職者群のほうか「ある」を選択することが多かった。

表3. 受講歴と質問の回答についての検定の結果

	2群の合計	役職者群	4大卒群
質問6	0.9790	0.1680	0.8210
質問7	0.9758	0.7279	計測不能
質問8	0.7133	0.2859	計測不能
質問9	0.8578	0.4489	0.7009
質問10	0.9987	0.9233	0.9702
質問11	0.9857	0.9811	0.8831
質問12	0.4086	0.5260	0.0976
質問14	0.8410	0.5624	0.6097
質問15	—	—	0.6269
質問16	—	—	0.6454
質問17	—	—	0.9368

注:一連の各2×2分割において《教育を受けた経験がある場合は質問の回答(「ある」と答える)》という片側仮説を立てて行ったFisherの正確検定の結果。

表4. 質問1「仕事にやりがいを感じるのはどのような時ですか」(2つ選択)の集計

選択肢	対象者	
	役職者	4大卒
1. 毎日の仕事にはりあいを感じ仕事があまくこなせたとき	46	97
2. 同僚とのコミュニケーションが円滑で、かつ同僚から認められたとき	28	38
3. 上司とのコミュニケーションが円滑で、かつ上司から認められたとき	19	49
4. 自分の仕事に誇りを感じ、それに対して患者が満足してくれたとき	83	96
5. 病棟の運営がスムーズにはかられたとき	32	9
6. その他	4	8
無回答	4	18

表5. 主成分分析の結果

	項目1	項目2	項目3	項目4	項目5	項目6	寄与率
第1主成分	-0.6091	0.1457	-0.4026	0.4797	0.4488	0.1188	0.2399
第2主成分	-0.4834	0.4035	0.4980	-0.5473	0.2268	0.0676	0.2135
第3主成分	-0.0504	-0.7889	0.3420	-0.0121	0.4408	0.2523	0.1969



表6. 主成分に対する解析結果

第1主成分に対する解析結果				
	推定値	標準誤差	カイ2乗値	p値
受講歴(あり vs なし)	0.0449	0.0661	0.46	0.4964
対象者(4大卒 vs 役職者)	-0.3520	0.0652	29.16	0.001未満
第2主成分に対する解析結果				
	推定値	標準誤差	カイ2乗値	p値
受講歴(あり vs なし)	0.0875	0.0662	1.75	0.1859
対象者(4大卒 vs 役職者)	-0.0072	0.0653	0.01	0.9122
第3主成分に対する解析結果				
	推定値	標準誤差	カイ2乗値	p値
受講歴(あり vs なし)	0.0661	0.057	1.35	0.246
対象者(4大卒 vs 役職者)	-0.0603	0.0563	1.15	0.2837

表7. 質問14「仕事のやりがいとリーダーシップ(デリゲーションを含む)は関係していると思うか」に対する解析結果

	推定値	標準誤差	カイ2乗値	p値
受講歴(あり vs なし)	-0.0054	0.1354	0	0.9682
対象者(四大卒 vs 役職者)	-0.6501	0.1379	22.24	0.0001未満

表8. 「評価が高く自信がない」ことに対する解析結果

	推定値	標準誤差	カイ2乗値	p値
受講歴(あり vs なし)	-0.5137	0.1362	14.23	0.0002
対象者(4大卒 vs 役職者)	-0.2145	0.131	2.68	0.1017

表9. 質問14「仕事のやりがいとリーダーシップ(デリゲーションを含む)は関係していると思うか」に対する解析結果

	推定値	標準誤差	カイ2乗検定	p値
評価の高さ	0.4751	0.1295	13.45	0.0002
自信のなさ	-0.7928	0.3231	6.02	0.0141

することが少なく項目4と5を選択することが多い傾向の存在を示しており、リスク解析の結果は四大卒より役職者のほうにこの傾向が有意に強いことを示している。

次に質問14についてロジスティック解析による関連因子の解析を行なった。リスク因子としては受講歴と対象者群を用いた(表7)。

ここでも有意差は対象者別に現れた。やりがいとリーダーシップが関連すると考えるのは役職者が有意に多い。

## 5. 考察

### 5.1 「仕事のやりがい」にかかわる因子

質問1に対する回答は単純な集計を対象者群で比較したものと主成分分析で得られた結果とが一

致し、対象者群による違いに有意差が見られた。また、質問14についての解析結果でも対象者群での違いにのみ有意差があった。このことはリーダーシップやデリゲーションについて教育を受けた経験によらず立場の違いによって、「仕事のやりがい」についての意識の違いがあることを示している。

### 5.2 「仕事のやりがい」以外の項目

質問6から質問12についての正確検定で質問11を除いたすべてで対象者群での違いによる有意差が見られ、役職者群において「ある」と答えるものが多かったことから、役職者のほうがリーダーシップやデリゲーション能力に対しての評価が高くて自信があることがわかる。

これらやりがい以外についての質問に受講歴が関係するかを調べるために樹形モデルによる解析

を行なってみたところ、質問10と質問11に「ある」質問9に「あるとはいえない」と答えるものに受講歴をもつ割合が低いことがわかった。(図1)

このことから質問10「臨床におけるデリゲーションをうまく使えば病棟運営も良くなると思う」質問11「上司のリーダーシップが弱いと看護師のチームワークが低くなると思う」に「ある」と答える能力への評価の高さと、質問8「自分のリーダーシップに自信をもっている」質問9「臨床においてデリゲーションをうまく使っている」に「あるとはいえない」と答える自信のなさに受講歴が影響していると考えられる。

質問10と質問11に「ある」と答えて質問8または質問9に「あるとはいえない」と答えたものとそうではないものとで区分し、この「評価が高く自信がない」区分に対して受講歴と対象者群をリスク因子として用いてロジスティック解析を行なった。

その結果、対象者群に対しては有意差がないが受講歴に対しては有意差があった(表8)。すなわち、四大卒か役職者かによらず受講歴のないものはリーダーシップやデリゲーションについての評価は高いが自分の能力には自信がないことがわかる。

さらに、この能力への評価の高さと自信のなさを因子として質問14「仕事のやりがいとリーダーシップ(デリゲーションを含む)は関係していると思いますか」に対するロジスティック解析を行

なったところ推定値が、能力への評価の高さについては正、自信のなさについては負となり、いずれも有意であった(表9)。

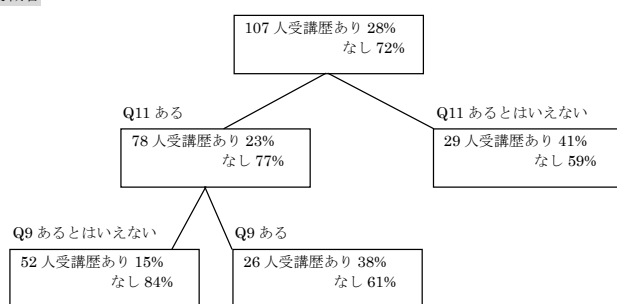
この結果は能力への評価の高さや自分の能力への自信が「仕事のやりがいとリーダーシップ」の関係を肯定的に考える要因となる可能性を示している。

以上より、リーダーシップやデリゲーションについて教育を受けた経験はリーダーシップやデリゲーション能力についての評価を低くするが、自分の能力には自信を持たせる可能性があることがわかる<sup>6)</sup>。そして、能力への評価が高く自分に自信を持つ場合には、リーダーシップやデリゲーション能力とやりがいに関連があると考えられる可能性が高い<sup>7)</sup>。

これは、リーダーシップやデリゲーションについての認知や評価を高めることができればこれらの教育を受けた経験が「仕事のやりがい」へと結びつくようになる、とも考えられることを示す。現状の教育においては、それらの取り組みが十分ではない。基礎看護教育で臨床における看護職の役割を明確に位置づけ、実習においてリーダーシップやデリゲーションの実際の方法を学ぶことのできるカリキュラムの内容にしていくことが重要である。

近年、医療費削減、質の保証、入院日数の短縮化が促進される中、これに対応した病棟運営、チームを動かしていく能力としてリーダーシップ能力やデリゲーション能力は必須である。

#### 役職者



#### 4年制大学卒業の看護師

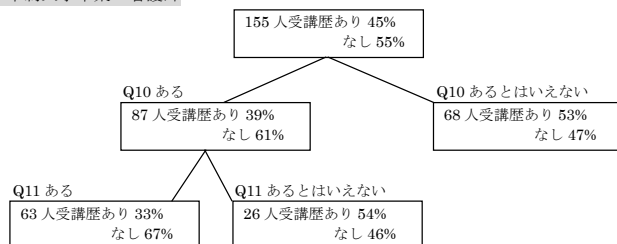


図1. 役職者・4大卒の受講歴に対する質問6～12についての樹形モデル

## 6. 結論

リーダーシップやデリゲーションについて受けた教育が「仕事のやりがい」に及ぼす影響因子になっているかを検討したが、明らかではなかった。

また、リーダーシップやデリゲーションの能力に関する意識についての検討を行なったところ、自分の能力への自信とリーダーシップ・デリゲーション能力への評価という2つの因子が「仕事のやりがい」への考え方に影響している可能性が考えられた。

このことは、学部での教育で、リーダーシップやデリゲーションというものがどのようなものであるかを理解できている者はそれに対して就職後初の段階では自信のなさがあり、基礎教育で受講していない管理職では、リーダーシップ、デリゲーションの教育の重要性が認識されていること

が結果から推測された。今後基礎教育のカリキュラムにおいても、リーダーシップやデリゲーションの基礎知識のみならず、具体的方法まで言及した教育が望まれる。

最後に、臨床看護能力の一つとして重要視されているリーダーシップ(デリゲーション能力)は近年医療費削減、質の保障、入院日数の短縮化を勧める政策体制の中、それに関する教育が継続教育だけでは成しきれない状況であることは明らかである。ケアチームのスキルミックス化は看護に大きな変革を求めてくると推察される。その上で、デリゲーション能力はどのレベルでも問われる能力となってくると思われる。

本研究は平成19年度文部科学省科学研究費(萌芽)により実施した研究の一部である。

## 文献

- 1) 社団法人日本看護協会:「2006 年病院における看護職員需給状況調査」結果概要 .<http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2006pdf/20070326-02.pdf>,2007
- 2) 宮林郁子、日高艶子、足立みゆき、他:平成19年度文部科学省科学研究中間報告書,2008
- 3) Walczak MB, Absolom PL: Essentials for effective communication in oncology nursing: assertiveness, conflict management, delegation, and motivation. *Journal for Nurses in Staff Development*. 17 (2) : 67-70, 2001
- 4) Parsons LC: Building RN confidence for delegation decision-making skills in practice. *Journal for Nurses in Staff Development*. 15 (6) : 263-269, 1999
- 5) Conger MM: Evaluation of an educational strategy for teaching delegation decision making to nursing students. *Journal of Nursing Education*. 38 (9) : 419-422, 1999
- 6) Parsons LC: Delegation skills and nurse job satisfaction. *Nursing Economics*. 16 (1) : 18-26, 1998
- 7) 宮林郁子、日高艶子、宮脇美保子、他:リーダーシップとデリゲーション能力が「仕事のやりがい」に及ぼす影響(そのⅠ).日本看護学教育学会第18回学術集会講演集.18, 2008
- 8) 宮林郁子、矢田洋一、日高艶子、他:看護師としての「仕事のやりがい」についての意識の違い、聖マリア学院紀要23. 133-136, 2009

# Effect on leadership and delegation to professional challenging among novice nurses with the Bachelor of Science in Nursing (1)

## Summary

High rate of turnover of novice nurse in the nursing shortage has been continuously major problem and immediate measures are needed. One of the major factors in the turnover of nurses is that poor recognition of nursing profession as “rewarding profession”.

The purpose of this study was to clarify how leadership and delegation which taught in 4 year nursing education contribute to influence their professional challenging.

Two hundred eighty eight questionnaire were distributed and 284 returned from 2 different hospitals. SAS Ver.9.1 was used for statistical analyses. There were no significant findings among novice nurses however, compare with nurse managers showed that self competency, and leadership, delegation were influence factors to professional challenging.



【報告】

# 短期大学専攻科1年課程における 保健師コースの卒業生の動向 — 現職保健師の職場の満足度より —

今村桃子<sup>#</sup>、鷲尾昌一、橋口ちどり<sup>\*</sup>

聖マリア学院大学看護学部、<sup>\*</sup>聖マリア病院、<sup>#</sup>現在、国際医療福祉大学福岡看護学部

<キーワード>

保健師教育、卒業生の動向、職場の満足度

## 要旨

本学の保健師課程の卒業生の就業および活動状況について実態調査を行い、現在保健師として働いている者（現職保健師）の職場の満足度より、保健師教育の課題について検討した。

就業先は卒業時、病院が最も多く、現在では、市町村が著しく増加していた。転職経験のある現職保健師は75.4%であり、その理由は「他分野への興味」「労働時間・勤務時間」「進学」の3項目が上位であった。現職保健師の職場の満足度は保健所、市町村が最も高く8割を超えていた。周囲のサポートに対する満足度では、「時間外のリフレッシュ」「同僚との励ましあい」が高い傾向にあり、「段階的な現任教育」は、満足と答えた者が29.9%と低い傾向にあった。

卒業生の現職保健師の就業場所は病院から保健所、市町村へ移行しており、臨床経験を経て地域で活動していることが明らかになった。今後、保健師には高度な保健指導技術が求められており、卒業後の継続教育の充実が重要と考える。

## I . はじめに

保健師の就業状況は、1965年には約13,959人だったが、2004年には約2倍の39,195人となっている。また、保健師の就職先は2004年では80%以上が公的機関である保健所・市町村に勤務している<sup>1)</sup>。他分野では、病院、診療所、訪問看護ステーションや社会福祉施設などが増加し、保健師の活動領域は多様化してきている。

このような中、本学の保健師教育は1984年（昭和59年）から専門学校として開始され、その後1989年（平成元年）より、短期大学の専攻科として1年課程の保健師教育を継続してきた。しかし、2008年（平成20年）をもち閉校し、4年制大学の聖マリア学院大学看護学科で統合教育として

行われるようになった。全国的に保健師教育の9割は看護系大学において統合カリキュラムによって実施されている<sup>2)</sup>。これらの統合カリキュラムによる教育時間数の不足や実習時間数の不足<sup>3)</sup>など基礎教育における保健師教育は多くの課題を抱えている。

本学の卒業生を対象とした動向調査は、1994年に今村らにより行われ<sup>4)</sup>、保健師課程を卒業後、病院から保健所、市町村に就業場所を移行している者が多く、職域別の満足度では保健所・市町村で働く保健師は他の機関に比べ高い傾向を示した。

今回、卒業生の就業および活動状況について実態調査を行い、現在保健師として働いている人（以下現職保健師とする）の職場の満足度を分析し、

保健師教育の課題について検討した。

## II. 研究方法

### 1. 調査方法および対象

調査対象は、本学聖マリア学院短期大学専攻科地域看護学卒業生、1~19回生(1989~2007年)の同窓会名簿から住所不明者を除く1093人を調査対象とし、郵送による質問紙調査を実施した。調査票は、2008年7月に各個人宛に封筒にて発送し無記名回答として調査票を回収した。

### 2. 調査項目

調査項目は、①対象の年齢構成②卒業時の就業状況と場所・選択理由③転職状況と現在の職場と職種④保健師として成長するための職場と周囲のサポートの満足度⑤卒業後の現任教育⑥卒業後の進学⑦学校への意見要望などとした。

### 3. 分析方法

分析対象は、回収者数245人のうち未記入者7人を除く238人で、保健師として就業中の者が118人であった。記述集計および $\chi^2$ 検定を行い、統計学的有意水準は5%未満とした。統計処理はSPSS Ver.15を用いた。

## 4. 倫理的配慮

本研究について同窓会長に依頼し同窓会総会において説明・同意を得、アンケート用紙の回収をもって同意を得たとした。尚、本研究は聖マリア学院短期大学研究倫理委員会の承諾を得た。

## III. 研究結果

### 1. 回収状況

卒業生(1~19回生)1,194人のうち住所不明者225人と配送後返却された124人を除く845人を対象とし、回収数は245人、回収率29.1%であった(表1)。

### 2. 基本属性

対象の性別は男性8人(3.8%)、女性230人(96.2%)、年齢幅は、21歳~57歳で平均年齢31.92(SD±6.2)歳であった(表2)。現在就業している人の資格別の割合は、看護師保健師が147人(73.1%)、看護師・保健師・助産師が6人(3.0%)、看護師・保健師・養護教諭26人(12.9%)、看護師のみ22人(10.9%)であった。就業者に比べ離職者に配偶者が多く( $P<0.001$ )、また同様に離職者に子供のいる者が多く関連がみられた( $P<0.001$ )。

表1. 回収状況

回生	卒業生数	配送者数	回収数	回収率	回収数内訳	
					地域コース	国際コース
1	44	39	9	23.1	9	0
2	50	37	8	21.6	5	2
3	50	38	8	21.1	6	2
4	50	40	8	20.0	6	2
5	50	40	4	10.0	2	2
6	50	41	10	24.4	7	3
7	50	43	13	30.2	9	4
8	51	49	3	6.1	2	1
9	49	46	9	19.6	6	3
10	51	47	7	14.9	5	2
11	80	70	13	18.6	10	3
12	80	76	15	19.7	11	4
13	79	74	16	21.6	10	6
14	77	73	18	24.7	11	7
15	78	75	15	20.0	13	2
16	81	81	19	23.5	15	4
17	76	76	18	23.7	17	1
18	79	79	11	13.9	9	2
19	69	69	23	33.3	17	6
不明者			18			
計	1194	1093	245	29.1	170	56

\*回収率：住所不明者225人、配送後返却数124人除く

表2. 基本属性と就業有無の関連

	就業者	離職者	P値
性別	男性	8(3.8)	ns
	女性	205(96.2)	
年代	20歳代	80(37.7)	ns
	30歳代	104(49.1)	
	40歳代	26(12.3)	
	50歳代	2(0.9)	
	50歳代	0(0.0)	
資格	看護師・保健師	147(73.1)	ns
	看護師・保健師・助産師	6(3.0)	
	看護師・保健師・養護教諭	26(12.9)	
	看護師	22(10.9)	
配偶者	あり	111(52.1)	<0.001
	なし	102(47.9)	
子ども	あり	74(34.9)	<0.001
	なし	138(65.1)	

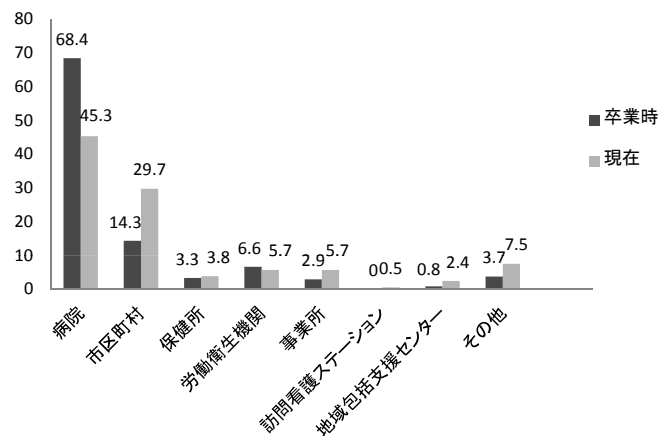
\*カテゴリー変数は $\chi^2$ 検定

図1. 卒業時と現在の就業場所 (卒業時n=244現在n=212)

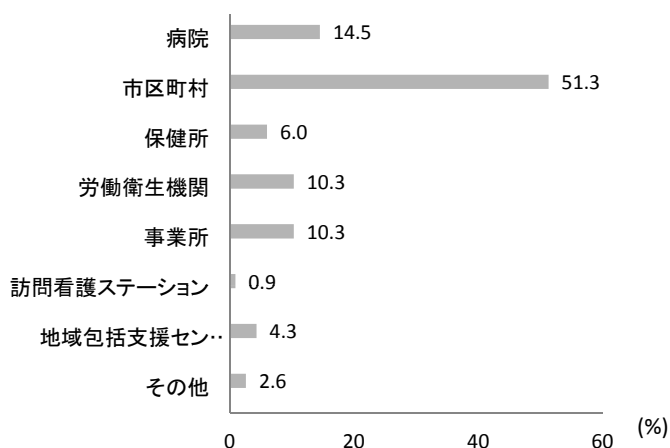


図2. 現職保健師の就業場所 (n=117)

### 3. 卒業時と現在の就業先

次に卒業時と現在の就業場所を比較した。図1に示す通り、卒業時は病院が167人(68.4%)で最も多く、次いで市区町村の35人(14.3%)、健診機関16人(6.6%)、保健所8人(3.3%)、事業所7人(2.9%)の順であった。

現在では、病院96人(45.3%)最も多く、次いで市区町村63人(29.7%)、健診機関12人(5.7%)、事業所12人(5.7%)、地域包括支援センター(在宅介護支援センター含む)の順であり、卒業時に比べ現在では病院、労働衛生機関を除く以外の市町村、保健所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、事業所は増加していた。

### 4. 現職保健師の就業場所と転職理由

現職保健師の117人(未記入者1人除く)の就業場所をみると、市区町村60人(51.3%)と多く、次いで病院17人(14.5%)、健診機関12人(10.3%)、事業所12人(10.3%)、保健所7人(6.0%)、地域包括支援センター(在宅介護支援センター含む)5人(4.3%)、訪問看護ステーション1人(0.9%)その他3人(2.6%)であった(図2)。

次に現職保健師に限らず対象者の転職経験のある者は、卒業生238人のうち114人57.6%であり、そのうち現職保健師では89人75.4%が転職していた。転職理由は、「他分野への興味」「労働時間・勤務時間」「進学」の3項目が上位であった。次いで「結婚」「自分の適性・能力への不安」「職場への不満」「転居」などがあった。その他の理由として「帰郷」「福利厚生・収入」「勤務先の条件」などの理由があった(図3)。

### 5. 現職保健師の職場での満足度

現職保健師の満足度の項目で上位を占めたのは、「人間関係」76人(65.0%)「勤務時間・勤務体制」76人(65%)「仕事内容」74人(63%)であった。次に職場別の満足度を図4に示した。「職場の満足度」については、市区町村・保健所・事業所に就業している人の80%以上が満足と答えていたが、病院42.1%、健診機関では18.2%と低かった。「仕事内容」については、保健所・市町村は70%以上が満足と答え、病院42.1%、健診機関では10%台であった。「人間関係」については、市町村・保健所・事業所は半数以



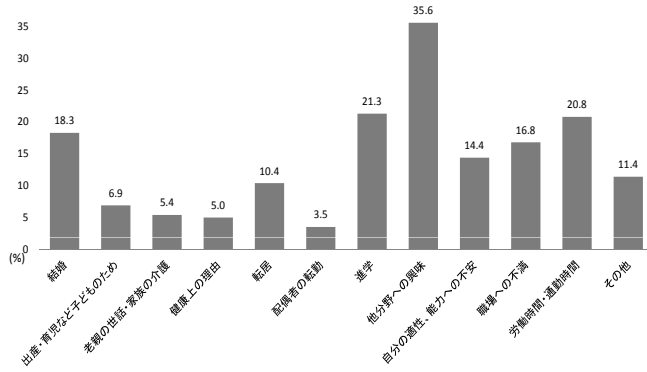


図3. 保健師の転職理由 (複数回答) n=89

上が満足と答え、健診機関では18.2%と低かった。「上司」については、保健所71.4%市区町村59.4%、病院52.6%で健診機関では27.3%と低く63.6%が不満と答えた。「給料・昇格」については、保健所では71.4%が満足と答え、病院では15.8%が満足、52.6%が不満と答えていた。「勤務時間・勤務体制」については、保健所では85.7%が満足と答え、病院では31.6%が満足、57.9%が不満と答えた。

### 6. 現職保健師の周囲のサポートに対する満足度

保健師職として成長するために必要な職場でのサポートをどの程度受けているかを知るために、①能力に応じた業務の割合②業務遂行への協力③知識面への援助④悩んだときの励まし⑤成功時の褒め⑥失敗時の注意⑦段階的な現任教育⑧研修参加への配慮⑨同僚との励ましあい⑩家族・友人の協力⑪時間外のリフレッシュという11項目を質問した。図5に示すとおり、「同僚との励ましあい」「家族・友人の協力」「時間外のリフレッシュ」が満足と答えた割合が65%を超えていた。「段階的な現任教育」については、満足と答えた人が29.9%と低い結果であった。

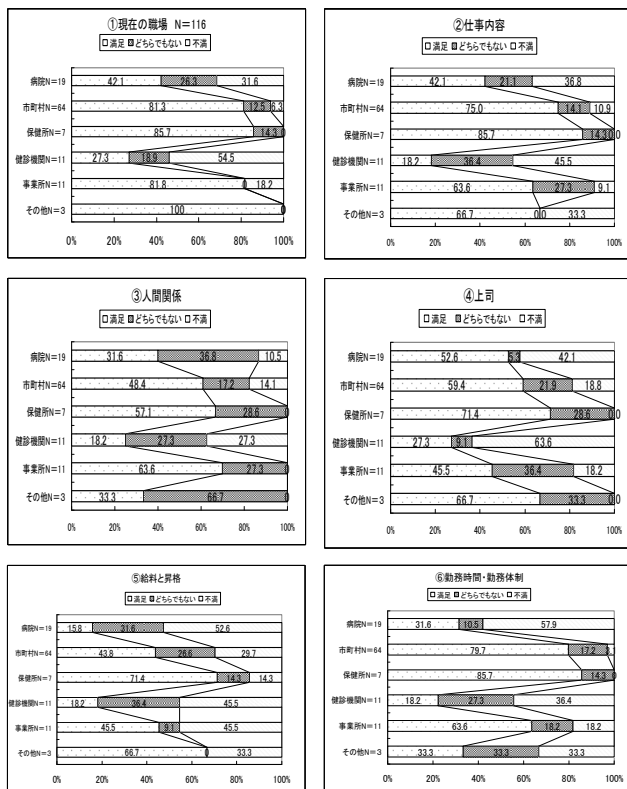


図4. 現職保健師の職場の満足度

### Ⅳ. 考察

本調査は、本校の保健師課程の短期大学過去19年間の卒業生を対象に調査した。

今回、就業場所は卒業時に比べ現在では市区町村や保健所に加え、事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センターが多く、現職保健師の就業場所別からも市区町村が51.3%と半数を占めていた。現在、社会が抱える健康課題は複雑深刻化してきている<sup>3)</sup>。このような中保健師への期待は大きい。まさに今回の対象も流動的に地域保健活動の場へ移行していることが明らかになり、年々保健師の活躍する場が拡大してきていることを反映していると考えられる。現職保健師117人中、転職の経験のある者は75.4%であり、半数以上が転職を経験していた。また、転職した人の理由として、「他分野への興味」35.6%が最も多く、市区町村に転職する人が多かった。これは、本学の先行研究<sup>4)</sup>と同様の傾向を示しており、臨床経験を積んで行政で働く

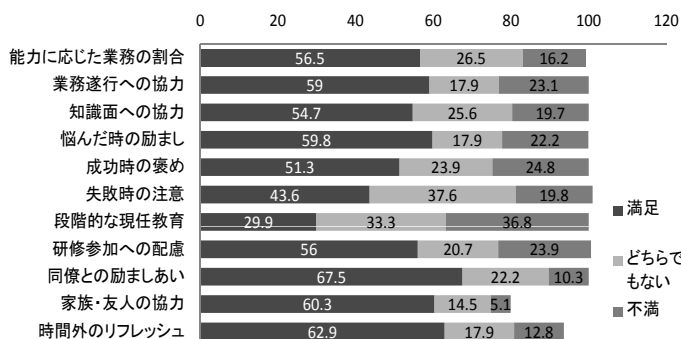


図5. 現職保健師の周囲のサポートに対する満足度 (n=117)

ことは、一次予防の側面からも生活習慣病などの保健指導の実践力につながり、保健師としての専門性を高めることができると考えられる。一方、卒業時の就職先で病院が多いのは、市町村の保健師の需要人数が少ないことが考えられ、保健師資格を取得しても受け皿がない現状は大きな課題である。さらに今回、対象は女性96.2%と大半を占めており離職者に子どものある者が多く(<0.001)、女性のライフイベントの出産、育児は継続的な就業確保のために職場の環境整備は重要と考える。

従来、保健師の多くは保健所や市町村など行政の保健部門で活動を展開してきたが、保健・医療・福祉に関する法改正や制度・行政組織の変化に伴い、実践の場が拡大してきた<sup>5)</sup>。たとえば、地域包括支援センター、事業所、介護保険施設、訪問看護ステーションなどはじめとして児童福祉、教育、環境衛生、危機管理、防災・安全など活躍する分野は幅広く分散されてきている。本調査の就業状況においても同様の傾向が示され、今後どのような場でも能力を発揮できる質の高い実践能力をもつ保健師が期待されているといえる。

次に現職保健師の職場での満足度について、全体的に市区町村や保健所・事業所で働いている人の満足度が高かった。仕事内容においての市町村・保健所などの満足度が高い理由として、歴史的に保健師の活動の場が位置づけられ、仕事内容も明確であるため保健師としての専門性が発揮しやすいためだと考えられる。それに対し、病院や健診機関での保健師の満足度が低い理由は、病院保健師は看護師業務も兼務していることが多いことや、保健師としての位置づけが明らかではないことが影響していると考えられる。満足度の内訳では勤務時間・勤務体制、給料と昇格については保健所、市町村、事業所が高く、予測した結果であった。小倉ら<sup>6)</sup>は「保健師の意欲を低下させる要因には、業務内容や職場環境への不満などからくる保健師の不確かさやアイデンティティの喪失が伺えた」と述べており、これからは多種多様な場での活動が期待されるため、職場に適應するためのマネジメント能力や種々改善、開発する能力の育成は重要と考える。

次に職場に適應し、保健師として成長していくためには、本人からの働きかけも必要であるが、同時に周囲の支援も重要である。「悩んだときの励まし」「業務遂行への協力」の満足度が高い理由は上司や同僚とのサポートがあり、協力体制が整っているためであると考えられる。また、「家族や友人の協力」の満足度が高い傾向に

あるのは、信頼できる身近な人が心身ともに支えとなり協力を得ているという実感があるためと考える。一方、「段階的な現任教育」に満足感が29.9%と低く、これは専門性を高めるための研修期間が少なく、行政人としての研修はあるが保健師としての研修はないという意見も実際にアンケートに記載があるため、保健師としての現任教育が満足できる程行われていないと考えられる。現任教育を効果的に行うためには職場外研修(Off-JT)に偏らず職場内研修(OJT)体制の充実や自己啓発、そして人材育成を目的としたジョブプロテションをバランスよく実施することが必要と言われている<sup>7)</sup>。

今回、職域別には見ていないが現任教育の必要性が示唆された。行政においては段階的な現任教育は保健師の分散配置のため限界があるという報告もあり<sup>8)</sup>、継続的な教育の充実が必要である。今後、保健師の活動の場が拡大し地域保健から産業保健、学校保健と取り扱う問題も深刻化していく中<sup>3)</sup>で保健師としての専門的な実践能力を形成するためには継続的な教育システムの構築に外部組織や大学からの支援を行い教育体制の整備が重要と考える。

## V.まとめ

聖マリア学院短期大学専攻科地域看護学専攻は2008年3月をもち閉校し大学教育に移行した。本学の卒業生の動向については、1994年に本研究が行った調査以外になかったため今回、閉校を迎えるにあたり動向を把握することができた。その結果、卒業後と現在では就業場所が病院から市町村へ移行しており、事業所、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなど就業場所の拡大が明らかになった。

また、現職保健師の「職場」の満足度は、市町村が高い傾向にあり職場の格差がみられ、周囲のサポートでは現任教育の重要性が示唆された。研究の限界として、約4分の1の卒業生と連絡がとれず、回答者数は全体の約3割であることから、卒業生全体の動向として反映しているとはいえない。しかし、本学の卒業生が激動する医療・保健・福祉の中で、就業している人のうち約5割が保健師の名称をもち活動しており、さらなる専門性と資質の高い看護職として成長することを期待している。

最後に、今回の調査にご協力いただきました卒業生の皆様、聖マリア学院同窓会委員の方々に厚

くお礼申し上げます。

## 引用文献

- 1) 財団法人厚生統計協会:医療関係者,国民衛生の動向,54(9):181-182,2007
- 2) 平成21年看護関係統計資料集:日本看護協会、<http://www.nurse.or.jp/>
- 3) 井伊久美子:看護基礎教育改革の取り組み,全国保健師教育機関協議会研修会資料:12-13,2010
- 4) 今村桃子、森下路子、山本正士他:聖マリア学院における保健婦学生の卒業後の動向. 聖マリア学院紀要.12:79-89,1997
- 5) 斎藤恵美子:最新保健学講座地域看護学概論.第2版.30-36,東京,株式会社メヂカルフレンド社,2010
- 6) 小倉朋美,錦織正子,佐々木明子他:保健師のやりがいや意欲と要望するサポート体制.日衛誌.55(10).551.2008
- 7) 野村陽子:各事例の魅力と現任教育のこれからの方向性,保健師ジャーナル.60(2):138-142,2004
- 8) 大野昌美,佐伯和子,和泉比佐子他:行政機関に勤務する中堅保健師の継続教育に対する認識.北陸公衛誌.30(2):65-72,2004

【報告】

# 疫学研究における倫理的問題についての 看護大学生の意識

西地令子、豊島泰子、鷲尾昌一、今村桃子、鬼丸美紀、井手三郎

聖マリア学院大学看護学部

<キーワード>

看護大学生、倫理、疫学研究、看護研究、根拠に基づく看護実践

## 要旨

看護学部2年生を対象に「疫学研究と倫理」の講義前後で同じ質問票を用いて、学生の倫理的配慮における調査を行った。「健診と直接関係のないアンケート調査」と「健診と直接関係のない血液検査」では「断らなくても良い」と考える学生が減少、「してはいけない」と考える学生は増加したが、講義の前後で統計学的に有意な差を認めなかった。「保存血を用いた健診と直接関係のない血液検査」、「調査の参加を依頼すること」、「必要以上の人に調査の参加を依頼し、健診後の保存血を直接関係のない血液検査に利用すること」では講義後に、「してはいけない」と考える学生は増加した。大切と考える項目は「個人情報保護」、「インフォームド・コンセント」、「研究の倫理的妥当性の確保」、「研究の科学的合理性」、「研究結果の公表」で、講義前後でその順序に変化はなかった。一回の講義では教育効果は少ないと考えられ、臨床実習での教育などを経て、看護職としての倫理が形成されていくと考えられる。

## 1. はじめに

看護の現場では科学的エビデンスに基づいた看護が求められており、それは主として看護研究によって導かれる<sup>1)</sup>。つまり、看護職は看護の実践や教育などに必要な知識や技術は看護研究の成果によってそのエビデンスを得ることが本来の姿である。その最終目標は、ケアの向上による患者のQOLの向上であることは言うまでもない<sup>2)</sup>。

このため、4年制の看護大学教育の保健師看護師の統合カリキュラムにおいて疫学は看護教育の基礎となるものである。「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会、最終報告」では大学教育に根拠に基づいた看護を計画的に実践する能力を養うことを求めており、卒業までに①根拠に基づいた看護を提供するための情報を検索し活用できる、②看護実践において、理論的知識や

先行研究の成果を探索し活用することができるようになることが卒業時の到達目標とされている<sup>3)</sup>。

一方、疫学は、人間集団における健康状態とそれに関連する要因の分布を明らかにする学問である<sup>4)</sup>。疫学は、主に公衆衛生や予防医学、臨床医学の分野でエビデンスを見出すために活用されてきた研究手法である<sup>4)</sup>。近年、看護研究でも疫学的手法が広く活用されるようになってきている<sup>5) 6)</sup>。特に、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ、予防活動を実践している地域看護学(公衆衛生看護学)領域においては、不可欠な手法である。疫学研究の成果は、患者や住民等への生活指導等の際のエビデンスに基づく知識や技術として、従来から有効的に活用されている<sup>6)</sup>。

疫学研究は、人を対象とする研究であり“倫理”が重要となる<sup>4) 7)</sup>。厚生労働省・文部科学省の合同委員会による「疫学研究に関する倫理指針」に

よると研究者が守るべき基本原則は、①研究の科学的合理性及び倫理的妥当性の確保、②個人情報の保護、③インフォームド・コンセントの受領、④結果の公表となっている<sup>7)</sup>。また、日本疫学学会の「疫学研究を実施するにあたっての倫理宣言」では、疫学研究が備えておくべき倫理的条件として、①真理の追究を目的とした研究であること、②対象者の人権を尊重した研究であること、③目的を達成するために最も適切な方法を用いた研究であること、④社会規範に反しない研究であること、⑤常に社会に開かれた研究であること、の5つをあげている<sup>7)</sup>。

しかし、疫学研究は、疾病や罹患等の健康事象の頻度や分布を調べ、その要因を明らかにするため、集団を対象にすることが多く、実際の研究において倫理的条件を満たすことが困難な場合も少なくない。例えば、既に退院した患者や死亡した患者など医療機関と関係がなくなっている患者の一人一人から改めて研究参加の同意を得ることは困難である。しかし、説明と同意のプロセスを経ることができない患者を全て研究対象からはずせば、不参加者が多くなりすぎて、結果としての信憑性が問われてくる。さらに、大規模な集団から個別にインフォームド・コンセントを行い、同意を求めることは大変な労力と時間を要し、困難な場合も少なくない。さらに、健康診査等の集団対象とした事業を活用した研究が多いが、健診の保存血や健診データが患者や住民個人の医療情報が本人の医療や看護のためだけでなく、対象者の知らない間に研究に利用されていることは、個人情報保護の観点から社会的な問題となっている<sup>8)</sup>。

したがって、看護研究においても、看護学生への研究における倫理教育の充実、さらに看護研究倫理の周知徹底が求められる。そこで、今回看護大学生を対象に「疫学研究と倫理」の講義の前後で、疫学研究における倫理意識に関するアンケート調査を行ない、その結果を前後で比較したので報告する。

## 【用語】

保存血：通常の検査後に一定の期間保存しておく血液

残存血液：臨床や健診等で一般の血液検査が終了した後に残った血液

## 2. 方法と対象

2008年5月にA大学看護学部2年生

110人を対象に、疫学(90分1コマ)を利用して、「疫学研究と倫理」講義を行い、講義前後で疫学研究の倫理意識に関するアンケート調査を行った。講義では、テキスト「はじめて学ぶやさしい疫学～疫学への招待～」<sup>7)</sup>を参照に、1)個人情報保護、2)インフォームド・コンセント、3)研究結果の発表、4)介入研究、5)倫理審査委員会等の内容が説明された。

また、アンケート内容は、疫学研究等によく利用される健康診査等での研究調査について①対象者の調査参加、②アンケート調査等の情報収集、③保存血等の取り扱い等、④疫学研究の優先順位で、学生の意識の講義前後の変化をみるため、同じ質問票を用いて調査を行った。

倫理的配慮として、アンケートは無記名で行い、調査目的を参加は自由であることを口頭及び書面で伝え、アンケートの提出を持って同意が得られたとした。本研究は聖マリア学院大学の研究倫理委員会の承認を得て行った。

アンケート調査の結果の比較は $\chi^2$ 検定とMann-WhitneyのU検定を行なった。すべての統計解析は、SPSSバージョン18.0を使用し、統計学的に有意水準は5%未満をとした。

## 3. 結果

アンケートの回収ができたのは講義前99人(女性84人、男性15人、平均年齢 $19.4 \pm 1.1$ 歳)、講義後93人(女性80人、男性13人、平均年齢 $19.4 \pm 1.1$ 歳)、回収率は講義前90.0%、講義後84.5%であった。

### 1) 対象者の研究・調査参加に対する意識

表1に「必要以上に調査の参加を依頼すること」に対する看護学生の意識を示した。講義前は、「特に問題ない」全体の3分の1を占め、最も多

表1. 必要以上に調査の参加を依頼することに対する看護学生の意識

	講義前 n = 99	講義後 n = 93	P値
1. 特に問題ない	33(33.3)	17(18.3)	p < 0.01
2. 時間と費用の無駄	24(24.3)	8(8.6)	
3. 倫理的に問題	16(16.2)	23(24.7)	
4. 時間と費用の無駄・倫理的に問題	26(26.3)	45(48.4)	

1: 特に問題ない

2: 時間と費用の無駄である

3: 参加者の善意が無駄になるので、倫理的に問題である

4: 時間と費用が無駄であるばかりでなく、参加者の善意が無駄になるので、倫理的に問題である

**表2. 健診と直接関係のないアンケート調査に対する看護学生の意識**

	講義前 n = 99	講義後 n = 93	P 値
1. 断らなくても良い	21(21.2)	8(8.6)	n.s
2. 代表の許可で良い	4(4.0)	6(6.5)	
3. 同意の得られた者は良い	56(56.6)	54(58.1)	
4. してはいけない	18(18.2)	25(26.9)	

1:特に断らなくても良い  
2:地域や職域・学校の代表者の了解が得られれば一人ひとりからの了解を得なくても良い  
3:参加者の同意を得て、同意の得られた者だけに行うのなら良い  
4:健康診断と直接関係のないアンケートはしてはいけない

**表3. 健診と直接関係のない血液検査に対する看護学生の意識**

	講義前 n = 99	講義後 n = 93	P 値
1. 断らなくても良い	17(17.2)	7(7.5)	n.s
2. 代表の許可で良い	5(5.1)	4(4.3)	
3. 同意の得られた者は良い	50(50.5)	48(51.6)	
4. してはいけない	27(27.3)	34(36.6)	

1:特に断らなくても良い  
2:地域や職域・学校の代表者の了解が得られれば一人ひとりからの了解を得なくても良い  
3:参加者の同意を得て、同意の得られた者だけに行うのなら良い  
4:健康診断と直接関係のないアンケートはしてはいけない

**表4. 保存血を用いた健診と直接関係のない血液検査に対する看護学生の意識**

	講義前 n = 99	講義後 n = 93	P 値
1. 断らなくても良い	17(17.2)	7(7.5)	n.s
2. 代表の許可で良い	5(5.1)	4(4.3)	
3. 同意の得られた者は良い	50(50.5)	48(51.6)	
4. してはいけない	27(27.3)	34(36.6)	

1:特に断らなくても良い  
2:地域や職域・学校の代表者の了解が得られれば一人ひとりからの了解を得なくても良い  
3:参加者の同意を得て、同意の得られた者だけに行うのなら良い  
4:健康診断と直接関係のないアンケートはしてはいけない

**表5. 残存血液を用いた遺伝子検査に対する倫理基準についての看護学生の意識**

	講義前 n = 99	講義後 n = 93	P 値
1. 一般の血液検査と同じで良い	18(18.2)	12(12.9)	n.s
2. 遺伝子検査は厳格にすべき	43(43.4)	30(32.3)	
3. 残った血液は保存すべきでない	37(37.4)	51(54.8)	

1:遺伝子検査も普通の血液検査も同じ倫理基準で良い  
2:普通の血液検査よりも遺伝子検査のほうが、厳格な倫理基準が必要である  
3:残った血液は保存すべきではない

かった。しかし、講義後は、「特に問題ない」、「時間と費用の無駄」と考える学生の割合が減少し、「倫理的に問題」、「してはいけない」と考える学生の割合は増加し、講義の前後で統計学的に有意な差を認めた。

## 2) 調査内容に関する倫理的意識

表2に健診と直接関係のないアンケート調査に対する看護学生の意識を示した。講義前後共にこの項目については、「同意を得られた者は良い」の回答が半数以上を占め、最も多かった。さらに、講義後では「断らなくても良い」と考える学生の割合が減少し、「してはいけない」と考える学生の割合は増加したが、講義の前後で統計学的に有意な差を認めなかった。

## 3) 健康診査等における血液検査結果、保存血に関する取扱いに関する意識

表3に健診と直接関係のない血液検査に対する看護学生の意識を示した。講義前後共に「同意を得られた者は良い」の回答が半数以上を占め、最も多かった。講義後は、「断らなくても良い」と考える学生の割合が減少し、「してはいけない」と考える学生の割合は増加したが、講義の前後で統計学的に有意な差を認めなかった。

表4に保存血を用いた健診と直接関係のない血液検査に対する看護学生の意識を示す。講義前は、「同意の得られた者は良い」が最も多かった。しかし、講義後に「断らなくても良い」と考える学生の割合が減少し、「してはいけない」と考える学生の割合は増加し、講義の前後で統計学的に有意な差を認めた。

表5に残存血液を用いた遺伝子検査に対する倫理基準についての看護学生の意識を示した。講義前は、「遺伝子検査は厳格にすべき」が最も多かったが、講義後に「残った血液は保存すべきでない」と考える学生の割合が増加したが、講義前後で統計学的な有意差を認めなかった。

## 4) 研究・調査参加と保存血の利用の両者の意識

さらに、表6に必要以上の対象者に調

査の参加を依頼し、健診後の保存血を直接関係のない血液検査に利用することに対する看護学生の意識を示した。先の項目同様、講義前は、「同意の得られた者は良い」が最も多かったが、講義後は「してはいけない」が最も多い結果を得た。さらに、「断らなくても良い」、「代表の許可で良い」、「同意の得られた者は良い」と考える学生の割合が減少し、「してはいけない」と考える学生の割合は増加し、講義の前後で統計学的に有意な差を認めた。

### 5) 疫学研究実施時の優先順位

表7に疫学研究を行う際に看護学生が大切だと思うものの順位をします。講義前後とも1位「個人情報保護」、2位「インフォームド・コンセント」、3位「研究の倫理的妥当性の確保」、4位「研究の科学的合理性」、5位「研究結果の公表」で講義前後で疫学研究を行う際に重要であると考えられる項目の順位に変化はなかったが、インフォームド・コンセントの平均順位は前1.89(±0.79)位から後2.15(±0.85)に有意に上昇した。そのほかの項目の順位には統計学的に有意な変化は認めなかった。

**表6. 必要以上の人に調査の参加を依頼し、健診後の保存血を直接関係のない血液検査に利用することに対する看護学生の意識**

	講義前 n = 99	講義後 n = 93	P 値
1. 断らなくても良い	10(10.1)	5(5.4)	p < 0.05
2. 代表の許可で良い	2(2.0)	1(1.1)	
3. 同意の得られた者は良い	51(51.5)	30(32.3)	
4. してはいけない	36(36.4)	57(61.3)	

1:特に断らなくても良い

2:地域や職域・学校の代表者の了解が得られれば一人ひとりからの了解を得なくても良い

3:参加者の同意を得て、同意の得られた者だけに行うのなら良い

4:健康診断と直接関係のないアンケートはしてはいけない

**表7. 疫学研究を行う際に看護学生が大切だと思うもの**

	講義前 n = 99	講義後 n = 93	P 値
個人情報保護	1.56 ± 0.95	1.61 ± 0.87	0.479
インフォームド・コンセント	1.89 ± 0.79	2.15 ± 0.85	0.024
研究の倫理的妥当性の確保	3.22 ± 0.87	3.10 ± 1.14	0.825
研究の科学的合理性	3.95 ± 0.91	3.63 ± 1.26	0.169
研究結果の公表	4.36 ± 0.92	4.36 ± 0.94	0.990

Mann-WhitneyのU検定

## 4. 考察

今回の研究において、看護大学2年生を対象に、「疫学研究と倫理」の講義前後において看護学生の疫学研究における倫理的意識を調査した結果では、講義前後で学生の有意な意識の変化が観察された。看護学生の意識に変化が認められた項目は「保存血を用いた健診と直接関係のない血液検査」、「必要以上に調査の参加を依頼すること」、「必要以上の人に調査の参加を依頼し、健診後の保存血を直接関係のない血液検査に利用すること」であった。いずれも、講義後は厳格な対応を求められるようになっていた。しかし、「健診と直接関係のないアンケート調査」、「健診と直接関係のない血液検査」、「残った血液を用いた遺伝子検査に対する倫理基準」は講義前後で回答に統計学的有意差を認めなかった。

医学部学生を対象に行なった調査においても、「疫学研究と倫理」の講義前後で医学部学生の意識の変化は明瞭ではなく、一回の講義では効果は現われにくいことを示唆している<sup>9)</sup>。さらに、本結果において意識の変化に有意な差でなかった項目は、健康診査調査時における追加アンケート調査、保存血、残存血の関連内容であったことが影響しているかもしれない。対象者の看護2年生の

この時期では、学生は健康診査の意義・内容・倫理等の知識が不十分であり、質問の意図を十分に認識できていない可能性も考えられる。しかし、本研究結果は、一部において講義後に有意な変化が認められ、厳格な方向への意識が着実に変化する傾向が認められた。よって、今後は疫学研究等の講義の積み重ねを経て、看護学生としての自覚と共に研究への倫理観が培われることが期待ができる。

一方、看護大学3年生を対象とした同様の調査<sup>10)</sup>では、健診時に健診と直接関係のないアンケート調査を行うことを看護学生の回答は「断らなくても良い」が4.4%、「同意の得られた者は良い」は85.0%であったが、本研究結果では、講義前で21.2%が「断らなくても良い」、56.6%が「同意の得られた者は良い」と回答した。さらに、看護学部3年生を対象とした研究においては、「保存血を用いた健診と直接関係のない血液検査」、「必要以上に調査の参加を依頼すること」、「必要以上の人に調査の参加を依頼し、健診後の保存血を研究等の健診に

関係ない血液検査に利用すること」に対しては対象者の5割以上が否定的な考えをもち、「残った血液を用いた遺伝子検査に対する倫理基準」に関しては7割以上が「残った血液は保存すべきでない」と回答したことを報告している<sup>10)</sup>。しかし、本調査結果では、前者は、講義後でも3割に満たず、後者においても5割が否定できであるに留まり、3年生対象の調査<sup>10)</sup>に比較すると倫理基準が低いことを示している。

この差異の原因として、先行研究の調査では3年生を調査対象としているのに対し<sup>10)</sup>、本調査は2年生を対象としている。看護学部3年生は看護研究Ⅰや看護学基礎・臨床関連講義等をほぼ受講しているが、2年生は受講しおらず、両者の倫理観レベルの差異が要因としての可能性があり、結果として現われたと考えられる。さらに、学生の臨床実習経験も要因として考えられる。本大学の臨床実習(基礎看護実習)は2年の7月の設定されており、この時期の2年生は臨床実習の経験がない。一方、3年生は、臨床実習の現場で研究とは別に個人情報保護<sup>11)</sup>、インフォームド・コンセント<sup>12)</sup>など医療倫理として看護職としての倫理<sup>13)</sup>教育を受けており、これらの経験知や認知の差異が結果に強く影響したと考えられる。

したがって、その後の他の看護学臨床関連講義、臨床実習での教育、卒業研究で実際の調査を行うなどの実体験を経て、疫学研究においても看護職としての倫理観、これを基礎として公衆衛生看護活動における保健師としての倫理観が形成されていくのではないかと考えられる。さらに、看護研究の倫理的配慮は疫学研究の様な量的研究に限らず、質的研究でも重要であり<sup>14)</sup>、看護学生に対する倫理教育は重複してもよいか折に触れて行うべきものではないかと考える。

## 文献

1) Polit DF, Beck CT: Foundations of nursing research and evidence-based practice, In: Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 8th edn. 1-79, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2008.

- 2) 数間恵子、岡谷恵子、河正子編著：看護研究のすすめ方(第2版), 東京, 日本看護協会出版会, 3-21, 1997.
- 3) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会：最終報告. 看護教育 52 (6):454-464, 2011.
- 4) 中村好一：基礎から学ぶ楽しい疫学、第2版. 東京、医学書院、2006.
- 5) 西地玲子：介護支援専門員のメンタルヘルスおよびジョブストレスとケアプラン自己評価の関連性. 日本在宅ケア学会誌 11: 49-56, 2008.
- 6) 浅沼裕子、畠山ユリ子、山影順子、他：家庭血圧測定による生活習慣病予防と健康増進への取り組み. 日循予防誌 44 (1):29-37,2009.
- 7) 日本疫学学会監修：はじめて学ぶやさしい疫学～疫学への招待～, 東京 南江堂 pp101-137, 2010.
- 8) 丸山英二：医療・医学における個人情報保護—医学研究・地域がん登録・医療記録公開. ジュリスト 1190:69-74, 2000.
- 9) 鷲尾昌一、園田智子、坂内文男、他：疫学研究における倫理的問題についての医学生意識. 札幌医学雑誌 71 (3-4): 33-38, 2002.7)
- 10) 鷲尾昌一、尾島俊之、丸山英二、他：疫学研究における倫理的問題についての意識、一般大学生、看護大学生、看護職の比較. 日循予防誌 37 (3): 214-220,2002.
- 11) 太田勝正：看護情報と守秘義務. 小西恵美子編. 看護倫理、よい看護・よい看護師への道しるべ 南江堂. 110-118, 2007.
- 12) 前田樹海：インフォームド・コンセント. 小西恵美子編. 看護倫理、よい看護・よい看護師への道しるべ 南江堂. 102-109, 2007.
- 13) 平野互：看護職の責任—倫理的責任と法的責任. 小西恵美子編. 看護倫理、よい看護・よい看護師への道しるべ 南江堂. 96-101, 2007.
- 14) Polit DF, Beck CT: Generating research evidence ethically. , In: Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 8th edn. 167-192, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2008.



# Ideas of Ethical Issues in Epidemiological Studies among Nursing college Students.

Reiko Nishichi, Yasuko Toyoshima, Masakazu Washio,  
Toko Imamura, Miki Onimaru, Saburo Ide

Faculty of Nursing, St. Mary's College

<Key words >

Nursing college student, Ethics, Epidemiology, Nursing research

## **Abstract**

The present study was conducted to compare perceptions and awareness regarding ethical issues in epidemiological studies among nursing college students. Nursing college students responded to a self-administered questionnaire about ethical issue in epidemiological studies before and after a lecture on ethical issues in epidemiology. Perceptions and awareness regarding ethical issues in epidemiological studies among nursing college students changed only partly after the lecture. We should give more information ethical issue in nursing fields to nursing college students through ethical education in their clinical practice.

【報告】

# 地域診断におけるフィールド演習の取り組みと今後の課題

西地令子、鬼丸美紀、豊島泰子\*、小路ますみ

聖マリア学院大学看護学部、\*四日市看護医療大学部

<キーワード>

地区踏査、地域診断、フィールド演習

## 要約

【研究目的】 地域診断は、地域の看護職、特に保健師が専門性を発揮する重要なスキルの1つである。今回の研究の目的は、その演習の取り組みと学生間評価と学びをまとめ、今後の地域診断演習における課題を明らかにすることである。

【研究方法】 今回の調査は、2年前期の学部生121人を対象としている。講義直後に、全体を27グループに分け、27地区にてフィールド演習を実施した。演習内容は、地域の概況調査、地区視診、住民へのインタビュー、コミュニティアズパートナーモデルの「地域を歩いて知る」のまとめ等とその発表について、リーカットの5段階評価を使用した評価表を作成し、グループ間評価を行った。

【結果】 グループ評価の15細項目の各得点においては、有意な差は認められなかった。一方、グループ間得点については15細項目すべてで有意な差が認められた。

さらに、項目の因子分析の結果、第1因子「地域の観察とアセスメント」、第2因子「資源の把握」及び第3因子「発表力」の3因子が抽出され、「地域の観察とアセスメント」に因子においては、「地域を歩いて知る」と「考察」の項目が0.6以上と高値を示した。

また、各項目の関連においては、「地区概況」「地区視診」「地域を歩いて知る」「考察」の相関は、各題目相互に有意な正の相関関係を示した。その中でも「地域を歩いて知る」と「考察」との相関が最も高かった。 $(r=0.82, p<0.001)$ 。学生の学びとしては、地区踏査や地域診断の意義に関する学びが多かった。

【結論】 本研究結果は、コミュニティアズパートナーモデルの「地域を歩いて知る」でまとめることによって、有機的に考察に繋がることを示した。さらに、地域診断のフィールド演習は、看護学生に“地域”への関心を持ち、“地域における看護職の役割や使命”を育むためにも必要な学習であることが示唆された。一方、今後、フィールド演習の地域看護臨地実習における活用法等、更に充実したステップ学習を展開する課題が残された。

## I. 諸言

地域診断の対象は、個人や家族、様々な集団を含む地域全体であり、その目的は、地域で生活している人々の健康や生活の質を(Quality of life:QOL)の向上を目指すことである<sup>1)2)</sup>。さらに、斉藤は地域診断を地域全体のとらえ方の視点

と実践の過程を含み、実践を展開するための方法の1つであると提唱している<sup>1)</sup>。また、地域全体をひとまとまりの対象としてみなす考え方やその実践は、地域の看護職、特に保健師が専門性を発揮する重要な側面である<sup>1)</sup>。水嶋は地域診断における対象を臨床場面の「患者」から地域の「集団」に置き換え、その全身状態を観察する必要性や疫

学的側面から捉えて政策に繋げることの必要性を提唱している<sup>3)</sup>。一方、金川は、地域診断を、地区踏査、既存の資料、社会調査の3つの視点から捉え、これらから判断される総合的な地域のアセスメントによって健康課題等のニーズの抽出等を行う地域看護診断であると提唱している<sup>2)</sup> (図1参照)。

しかし、現在の学生においては、最初の段階から地域を総合的にアセスメントし、健康課題を捉えることは非常に難しく、地域全体を捉える視点でのステップ学習が必要である。このため、本校においては、学生の学習段階を考慮し、地域診断の中で、地区踏査と地域の概況調査、住民へのインタビューを主とした地域の概況把握と観察・アセスメントのためのフィールド演習を地域診断の学習のステップとして捉え、演習を実施している。また、その学習プロセスにおいては、平成20年度までの地域看護学専攻科の流れを改善し従来の「地区視診ガイドライン」<sup>2)</sup>における「地区視診」に加え、コミュニティアズパートナーモデルの「地域を歩いて知る (Learning about the Community on Foot)」<sup>1)4)</sup>を地域のまとめとし、学生の学びを深めるために演習を進めてきた。

したがって、今回の研究の目的は、その試みと学生間評価と学びをまとめ、今後の地域診断演習における課題を明らかにすることである。さらに、今後の地域診断技術展開及び教育プロセスの更なる充実を図ることを目的とする。

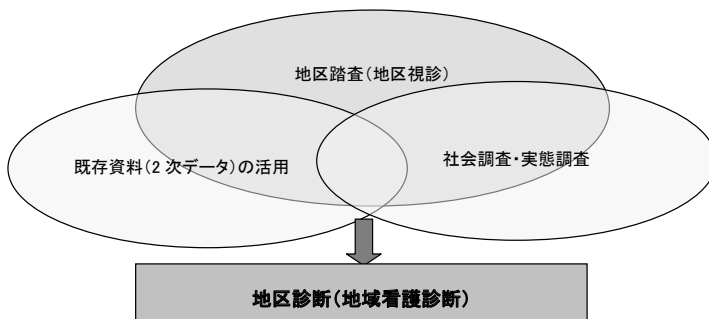


図1. 地域看護診断の方法モデル

出典:金川悦子編:地域診断:技法と実際 p16, 東京大学出版会, 2000より一部改変。

### 【用語】

地区踏査: エスノグラフィーを活用して実際に地域の行き「見る、聞く」などにより直接的データをを得る方法で、フィールドワークにおける情報収集技術の1つである<sup>1)2)</sup>。

コミュニティアズパートナーモデル: アンダーソン

とマクファレーンの看護過程モデル。地域に暮らす人々の周囲に8つの構成要素を車輪で表現したもののから活動の過程(プロセス)である分析、診断、計画、実践、評価という看護過程が示されている。このモデルは地域(コミュニティ)を生物として捉え、さらに、看護職のパートナーとして位置づけていることを特徴とする。このため、活動の目的は地域の健康の保持増進であり、対象は個人と家族、社会全体(コミュニティ)である<sup>1)4)</sup>。

## II. 研究方法

### 1. 対象と期間

大学における地域診断における教育は、平成22年度現在、大学2年生を対象とし、2年前期に地域看護学方法論Ⅰ(以下「地区管理論」)の中で実施している。地区管理論の講義演習は、地域看護概論の講義を2年前期に終了した学生を対象としている。今回の調査は、平成22年10月2日~11月20日に実施し、学部生121人を対象として行った。

倫理的配慮として、本研究報告について聖マリア学院大学倫理委員会の承認を得た。

### 2. 講義と演習の構成

地区管理論は、講義15時間、演習15時間の2単位となっており、講義・演習の構成について表1に示した。講義は、「最新保健学講座5 地域看護管理論」<sup>5)</sup>をテキストとして使用し、地域診断過程に必要な理論とその意義、実際のプロセスにおける手法を教授し、学生に地域を捉えるレディネスが定着するよう図った。特に、地域で暮らす人々を取り囲む8つの構成要素の情報収集、アセスメントやそのモデルの意義を明示して教授した。さらに、講義は、前年度までの学生が実際にまとめた「資源マップ」、「地域の概況」、「地区視診」、「地域を歩いて知る」等の内容の一部を提示し、「地域の概況」、「地区視診」、「地域を歩いて知る」の関連表を作成し、学生が具体的に記述内容をイメージできるよう工夫した。さらに、これらの講義直後に、地域の概況把握と観察・アセスメントのフィールド演習を行った。また、次のステップとして、保健関連統計を使用し、健康課題抽出の1つの手法であるプリシード・プロセスモデルを活用した方法を教授し、プリシード・プロセスモデル<sup>6)7)</sup>を使用した健康課題抽出方法の演習を実施した。

表1. 講義と演習日程

※地区管理の一部である災害対策などの危機管理については、本校では「地域看護学概論」の中で教授している。

	日程	時間	講義 演習	内容	
1	10月2日 金	1限	講義1	地域のとらえ方、地域診断の考え方と関連モデル・演習ガイダンス	
2		2限	講義2 (演習)	地域診断過程－地域の情報収集とアセスメント、分析と診断、計画と実践、評価	
3	10月9日 金	1限	講義3	地域診断過程－地域診断の実際①情報収集－概況調査・地区視診・実態調査、まとめ等	
4		2限	講義4 (演習)	地域診断過程－地域診断の実際②情報収集－概況調査・地区視診・実態調査、まとめ等	
5	10月16日 金	1限	演習1	地区踏査	地域概況調査
6		2限	演習2	地区踏査	地域概況調査
7	10月23日 金	1限	講義5	地域診断過程(健康課題抽出)	
8		2限	講義6 (演習)	地域診断過程の実際③(健康課題抽出法) PRECEDE-PROCEED Modelを使用した健康課題アセスメント	
9	10月30日 金	1限	演習3	地域概況のまとめ	地区踏査
10		2限	演習4	地域概況のまとめ	地区踏査
11	11月6日 金	1限	講義7	事業計画と保健師の役割	
12		2限	講義8	地域看護管理(情報管理、組織管理、事業管理、予算管理、人事管理)	
13	11月13日 金	1限	講義9	地域ケアシステム	
14		2限	演習5	地域診断過程のまとめ、印刷等	
15	11月20日 金	1限	演習6	地域診断過程の発表(A班)、総括	
		2限	演習6	地域診断過程の発表(B班)、総括	

### 3. 演習の学習目的・目標

今回の調査対象の地域診断のステップ学習である地域の概況把握と観察・アセスメントの演習の目的について、以下の3点とした。

- ①保健師の行う地区概況の意義と実際を体験する。
- ②地区踏査をすることで地域の自然環境、生活環境を把握する。
- ③地域住民へのインタビューから生活活動、地域活動、個人・家族等の地域社会の状況を理解する。さらに、具体的な目標として次の4つを学生に提示した。

- ①K市の人口及び校区ごとの基礎データを収集しまとめる。
- ②地域に出向き地区視診ガイドラインに沿ってまとめる
- ③地区視診及び概況調査から地域の状況を「地域を歩いて知る(Leaning about the Community on Foot)<sup>1) 4)</sup>(一部改変)」をまとめる
- ④地区踏査、概況調査を通して健康課題を考察する
- ⑤地域診断における保健師の役割を考察する

### 4. 演習方法と調査内容

#### 1) 演習対象地区とグループによる演習

演習は、K市市内のコミュニティ担当課及び27コミュニティ(校区)依頼し、了承を得た27地区を調査対象とし、学生を1グループ4~5人で構成する27グループに分けて演習を実施した。学生には自主的な演習行動を促すため、演習行動計画を立案させ、教員への報告を求めた。

#### 2) 地域概況調査と資源マップの作成

学内演習として、コミュニティ概況地図において地域の範囲、道路、交通機関、公共機関、学校、コミュニティセンター、その他の集会所、福祉施設、医療機関、その他(地域特徴的な施設や民間の機関も配置すること)等を掲載した資源マップを事前に作成するよう求めた。さらに、既存の資料及びK市ホームページにより、人口、世帯数、人口密度、人口3区分(高齢化率)、出生、死亡、転入、転出等の地域の基礎データの情報収集を行うよう学生に指示した。

#### 3) 地区踏査

地区踏査においては、①地域を知る、②地域の様子を記録する、③地域の写真撮影を行う(視覚的データ収集)、④校区概況図(コミュニティ:資

源マップ)の追加・修正の4点をあげ、それぞれのポイントを提示して、地区視診ガイドライン<sup>2)</sup>に沿って地区視診データを完成できるように学生に指導を行った。

#### 4) 住民及び代表者へのインタビュー等

地域内でのインタビュー調査は、地区視診と同時に、グループ毎の学生が予め許可された時間にコミュニティセンターを訪問し、各区コミュニティセンター関係者、地区組織代表者、民生委員等から、地域社会における情報収集を行った。インタビュー内容については、表2を参照し、学生自身がその中から選択・修正・追加してインタビュー内容を事前に教員に提出するよう求め、それに基づき、学生はコミュニティにおけるインタビューを実施した。コミュニティにおいては、コミュニティセンター代表者及び関係者の他、コミュニティから事前に連絡受け集まって頂いた民生委員、各ボランティア団体代表者等の方々を対象とした。さらに、了承を得た住民へのインタビューも学生に促した。

#### 5) 「地域を歩いて知る (Leaning about the Community on Foot)」と考察

コミュニティアズパートナーモデルの「地域を

歩いて知る (Leaning about the Community on Foot)<sup>1) 4)</sup> (一部改変) は、3つに大別され、1. 地域に暮らす人々の要素としては「歴史」「人口統計」「住民の様子」「価値観と信条」の4つがあげられ、2. 地域を構成する要素として「物理内環境」「保健医療と社会福祉」「経済」「安全と交通」「政治と行政」「コミュニケーション」「教育」「レクリエーション」8つから構成されている。さらに、3. 地域の印象では「住民」「自分の意識」から構成されている。これらの各項目をテキスト<sup>5)</sup>を参照にし、講義の中で教授した資源マップ、地区概況、地区視診の結果との関連と記載内容・アセスメント法に従って、各項目に観察内容と関連するデータとそのアセスメントを記載するよう指導した。考察においては、これらの結果を踏まえて、地域の健康等の課題を記載するよう学生に促した。

#### 6) 演習の発表と評価

演習の発表内容を表3に示した。演習時間の都合上、発表はA班とB班に分け、1グループ発表4分、質疑応答2分、計6分を設定し、発表方法や司会・進行は学生自身に委ねて発表を行わせた。

評価表は、専攻科時より評価ツールを学部生の演習の学習目標に沿って一部改変し、資料作成の

表2. インタビュー内容の例

地域の特徴	自然環境、地理状況、歴史・地域の発展状況、防災、農業、産業、地域の文化、お祭り、年間行事
生活環境	地理的状況や交通状況や住民の生活環境、生活行動の特徴
住民の意識	地域交流、文化活動や住民の文化への捉え方、地域の子育て環境や考え方、高齢者への支援や意識など
地域の活動	地区自治活動、地区組織(老人会など)活動、コミュニティ活動、ボランティア活動、地域グループ(育児グループなど)、まちづくり委員会など地域の取り組み等
社会資源	地域の人々の利用する社会資源について

表3. 発表資料の内容

I. はじめに	調査の目的、この地域(コミュニティ)の位置や特徴・歴史の概要(簡素に)
II. コミュニティ(校区)概況図	資源マップ(1)
III. 調査結果(8) ※発表資料にはページをふる	<p><b>1. 調査結果</b></p> <p><b>ア. 地域の概況</b>(人口、世帯数、人口3区分、出生、死亡、転入、転出等)※表やグラフにしてわかりやすい形態を考える</p> <p><b>イ. 地区視診の結果</b> 地区視診ガイドラインの記入シート(様式5) 特徴的な写真</p> <p><b>ウ. インタビュー結果</b></p> <p><b>2. 地域のまとめ「地域を歩いて知る(Leaning about the Community on Foot)」</b>(様式6)</p> <p>ア. イ. ウの結果を元にコミュニティアズパートナーモデルの「地域を歩いて知る(Leaning about the Community on Foot)」にまとめる。</p>
IV. 考察	結果から考えられる地区の健康課題と考察
V. おわりに	調査における学びと協力住民への謝辞
参考文献	

5項目—15細目(表4参照)で構成され、リーカットの5段階評価を採用したものである。また、各グループの評価は、学生グループが発表班ごとに各グループの評価を行った。

#### 4. 分析方法

統計分析手法として、平均値の差は分散分析を使用して検定を行った。因子の抽出は、主因子法の因子分析を使用して各因子の係数を算出した。また、平均値の検定は、分散分析とT検定を使用して検定した。さらに、相関分析はスピアマンの相関を使用して算出した。

すべての解析はSPSS Statistics version18.0解析ツールを使用し、統計的有意水準は $p < 0.05$ とした。

表4. グループ評価

地域看護学方法論 I 演習(STEP1)グループ評価

発表グループ	( )G ( )コミュニティ	評価グループ					
項目	細項目	評価	コメント				
資料	資源マップ	1 資源マップは、コミュニティの社会資源を適切に記載されている	5	4	3	2	1
		2 資源マップは、理解しやすく、有効活用できるものである	5	4	3	2	1
	地区概況	1 地区の概況の必要事項が適切に記載されている	5	4	3	2	1
		2 表やグラフを使用し、他者に理解しやすく工夫されている	5	4	3	2	1
	地区視診とインタビュー結果	1 地区視診のガイドラインに沿った適切な記載である	5	4	3	2	1
		2 地区の特徴的な描写が捉えられている(写真を含む)	5	4	3	2	1
		3 インタビュー結果が適切にまとめられている	5	4	3	2	1
	地域のまとめ(地域を歩いて知る)	1 地域をあるいて知るの項目に沿った内容が適切に記載されている	5	4	3	2	1
		2 各項目のアセスメントが適切に記載されている	5	4	3	2	1
		3 看護職の認識として、健康あるいはQOLの課題が適切にとらえられ、記載されている	5	4	3	2	1
	考察	1 考察において、地域の健康問題が考察されている	5	4	3	2	1
		2 考察は、地区概況、地区視診、地域のまとめを踏まえ考察し、オリジナル性の高いものである	5	4	3	2	1
	発表	1 発表時間は適切であった	5	4	3	2	1
		2 発表はポイントをおさえ、理解しやすい内容であった	5	4	3	2	1
		3 発表は他者の理解を促す工夫を凝らされていた	5	4	3	2	1
全体評価							

5:大変よくできている、 4:よくできている、 3:できている、  
2:あまりできていない、 1:できていない

### Ⅲ. 結果

#### 1. グループ評価結果

グループ評価の15項目全体のCronbachの $\alpha$ 係数は、0.881が観察された。各項目除いたCronbachの $\alpha$ 係数においても、すべての項目で0.87以上[0.870-0.881]の係数が観察された(表なし)。

##### 1) 項目別グループ評価

グループ評価の項目別の得点の平均値を表5に示した。各細項目別の得点においては、有意な差が認められなかった。さらに、A班とB班に分けて発表と評価を行なったが、細項目の得点はすべての項目で有意な差は認められなかった。一方、グループ別各細項目評価では、評価が最も高かったグループと低かったグループとは、「地域の概況1、2」、「地区視診1」、「地域を歩いて知る1、2、

3」、「考察1、2」、「発表2」において有意な差が観察された。さらに、グループ別各細項目評価は、27グループ間での平均得点はすべての項目で有意な差が認められた。

##### 2) 項目の因子分析

項目の因子分析の結果、3因子が抽出された結果を表6に示した。第1因子においては、「地域を歩いて知る1、2、3」、「考察1、2」「地域の概況1、2」「地区視診1、2」が高く、「地域の観察とアセスメント」と名称した。次いで、第2因子では、「資源マップ1、2」の項目が高く、「資源の把握」とした。第3因子は、「発表1、2、3」の項目が「発表力」とした。さらに、回転後の因子間のプロットを図2に示した。第1因子「地域の観察とアセスメント」においては、「地域を歩いて知る」の項目と「考察」の各項目は、0.6以上と高値を示した(表6、図1参照)。また、各因子に共通している評価項目は殆どなく、第1因子と第2因子では有意な相関が認められたが非常に弱い関連であり、この他に有意な相関は認められなかった(表7参照)。

##### 3) 項目の相関関係

各項目の「資源マップ(2項目)」、「地域の概況(2項目)」、「地区視診(3項目)」、「地域を歩いて知る(3項目)」「考察(2項目)」「発表(3項目)」の合計を各グループの項目別の平均値によって

表5. グループ評価の項目別の得点の平均値

評価項目	全体	A班	B班	評価が最も高いグループ	評価が最も低いグループ	グループ間平均値検定P値※3		
資源マップ1	3.6 ± 1.0	3.6 ± 0.9	3.5 ± 1.0	ns	3.8 ± 1.1	3.0 ± 0.7	ns	0.00
資源マップ2	3.3 ± 1.1	3.4 ± 1.1	3.3 ± 1.1	ns	4.0 ± 1.1	2.7 ± 0.9	ns	0.00
地区概況1	3.6 ± 0.8	3.5 ± 0.9	3.6 ± 0.8	ns	4.3 ± 0.6	3.0 ± 0.7	**	0.01
地区概況2	3.6 ± 0.9	3.6 ± 0.9	3.5 ± 0.9	ns	4.5 ± 0.5	3.2 ± 1.0	*	0.00
地区視診1	3.6 ± 0.7	3.6 ± 0.8	3.6 ± 0.7	ns	4.2 ± 0.8	3.3 ± 0.8	**	0.02
地区視診2	3.7 ± 0.9	3.7 ± 1.0	3.8 ± 0.8	ns	3.8 ± 0.8	3.8 ± 0.9	ns	0.00
地区視診3	3.6 ± 0.9	3.7 ± 0.9	3.6 ± 1.0	ns	4.4 ± 0.7	2.9 ± 0.8	ns	0.00
地域を歩いて知る1	3.7 ± 0.8	3.8 ± 0.7	3.7 ± 0.8	ns	4.3 ± 0.6	3.4 ± 0.5	**	0.02
地域を歩いて知る2	3.7 ± 0.9	3.6 ± 0.9	3.7 ± 0.8	ns	4.5 ± 0.8	3.4 ± 1.0	***	0.00
地域を歩いて知る3	3.5 ± 0.8	3.4 ± 0.8	3.5 ± 0.8	ns	4.2 ± 0.8	3.0 ± 0.7	**	0.00
考察1	3.5 ± 0.9	3.5 ± 1.0	3.6 ± 0.9	ns	4.5 ± 0.5	2.7 ± 0.9	**	0.00
考察2	3.5 ± 0.8	3.5 ± 0.8	3.6 ± 0.8	ns	4.2 ± 0.8	3.1 ± 0.6	**	0.00
発表1	3.4 ± 1.1	3.5 ± 1.1	3.3 ± 1.0	ns	4.4 ± 1.0	2.5 ± 1.2	ns	0.00
発表2	3.6 ± 0.8	3.7 ± 0.9	3.6 ± 0.8	ns	4.5 ± 0.5	3.1 ± 0.8	**	0.00
発表3	3.5 ± 0.8	3.6 ± 0.8	3.4 ± 0.8	ns	3.9 ± 0.8	3.0 ± 0.7	ns	0.00

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

※1平均値±標準偏差を表示、各評価の平均値は分散分析で検定

※2A班とB班、グループ間の平均値の差はT検定で算出

※3グループ間の平均値（平均値省略）の検定は分散分析を使用

表6. グループ評価項目の因子分析結果

	因子		
	第1因子	第2因子	第3因子
第1因子(地域の観察・アセスメントと考察力)			
地域を歩いて知る1	0.66	0.16	0.22
地域を歩いて知る3	0.63	0.12	0.19
考察1	0.61	0.16	0.16
考察2	0.61	0.21	0.24
地域を歩いて知る2	0.60	0.09	0.16
地区概況1	0.53	0.25	0.23
地区視診1	0.50	0.25	0.33
地区概況2	0.49	0.19	0.22
地区視診2	0.44	0.10	0.26
地区視診3	0.41	0.05	0.26
第2因子(資源の把握)			
資源マップ2	0.22	0.88	0.17
資源マップ1	0.20	0.73	0.17
第3因子(発表力)			
発表2	0.29	0.22	0.79
発表3	0.30	0.19	0.55
発表1	0.21	0.08	0.55

※因子抽出法:主因子法 回転法Kaiserのバリマックス法

表7. 因子間の相関関係

	第1因子	第2因子	第3因子
第1因子	1.00		
第2因子	0.06 ns	1.00	
第3因子	0.15 **	0.03 ns	1.00

\*\*p<0.01

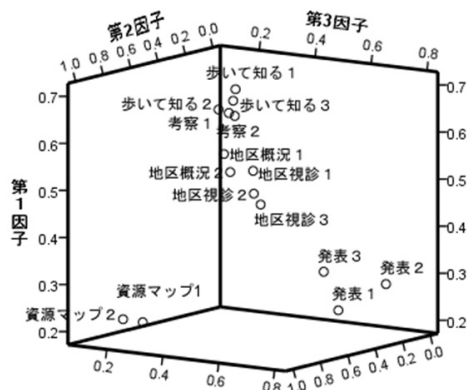


図2. 評価細項目の因子プロット

表8. グループ平均値項目別合計の相関

	資源マップ	地域概況	地区視診	地域を歩いて知る	考察	発表
資源マップ	1					
地域概況	0.584 **	1				
地区視診	0.383 *	0.494 **	1			
地域を歩いて知る	0.380 ns	0.642 ***	0.625 ***	1		
考察	0.418 *	0.628 ***	0.406 *	0.821 ***	1	
発表	0.335 ns	0.188 ns	0.256 ns	0.393 *	0.279 ns	1

\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001

合計を算出し、合計項目別の相関関係を表8に示した。「考察」地区概況」「地区視診」「地域を歩いて知る」の相関は、項目相互に有意な相関関係を示した。また、その中でも「地域を歩いて知る」と「考察」との項目の相関が最も高かった。(r=0.82, p<0.001)。

## 2. 「地域を歩いて知る」の結果

グループ評価において、最も高得点を獲得したグループの「地域を歩いて知る (Leaning about the Community on Foot)<sup>1) 4)</sup> (一部改変版)」

を表9に示した。学生の記述結果として、項目毎に観察内容や関連するデータは記載されているが、一部その項目に適していない内容、観察内容と関連データとの関連性が低いものが記載されていた。さらに、「保健医療と社会福祉」項目に関しては、保健関連データが含まれていない等データ不足、不十分な部分多くみられた。しかし、全般的には学生なりのアセスメントが記載され、看護職としての「自分の意識」の項目においては、それまでの各項目の記述を踏まえた総合的なアセスメントが記載されている。

表9. 学生のコミュニティ・アズ・パートナーモデル：「地域を歩いて知る」(Leaning about the Community on Foot)の事例

I地域と住民	観察したこと	関連するデータ(アセスメント含)	情報源
1. 歴史	野中町の人々が水田を作るために利用していた童女木池の中島には、水上様を祭る神社があった。コミュニティセンターや小学校付近には一軒家が多く見られたが、3号線沿いにはマンションが多く見られた。 旧陸軍の軍用地・兵舎の敷地には、現在は諏訪中学校や久留米市年金事務所やハローワーク久留米(久留米市公共職業安定所)やえーるピア久留米など大きな施設があった。	西国分校区名の「国分は筑後国分寺が由来であり3)」、「明治22年に国分村となり、その後、国分・野中・東久留米・西久留米の四ヶ村合せて国分村が置かれ、大正11年国分村が国分町となり、大正13年市町村合併の結果、国分町は久留米市に編入、大正14年大字国分を国分町に大字野中を野中町と諏訪野町に、大字東久留米を東町に、大字西久留米を西町に分けられ、大正15年この4つの町からなる西国分校区が始まり現在に至る3) 4)。「この地域は、久留米市の市街地に隣接しながら、太平洋戦争直後までは、基本的には、純農地であったが5)」、「戦時中は久留米市に十二師団があった軍都であった関係で市街の至る所に軍の施設が点在5)」し、戦後は旧陸軍の軍用地・兵舎の敷地に先機関や学校など大きな施設が作られた。また、農地は宅地化が急速に進んだ。現在は、急速な宅地化に加え交通の便や医療施設や商業施設の充実から福岡のベッドタウンとなっている。以上のように、住環境が整っており通勤族が多く越してくるため住民の入れ替わりが激しい。そのため、住民同士のネットワークづくりが難しく地域で孤立する可能性がある。よって、住民同士が交流できる機会を提供する必要があると思われる。	広報くめ平成12月3月1日号 西国分小学校ホームページ ふるさと史跡探索(西国分) 久留米市野中町・諏訪野町の石造物～都市近郊の歴史文化遺跡～
2. 人口統計	小学生が多く見られた。 童女木池(諏訪野町公園)で高齢者の方々がゲートボールをしていた。 20歳代くらいの人々がえーるピアでボール遊びをしていた。施設内では、読書をしている人がいた。 3号線は車がひっきりなしに行き交っていた。 コミュニティセンターの方より「同居世帯や高齢者がいる」「若い男性はサラリーマンなど勤め仕事をしており、平日の昼はない」「若い人はマンションに住んでいる」	人口は平成20年まで増加傾向にあったが、平成21年より減少傾向にある。平成22年11月1日現在の人口は16,406人で、世帯数は6,772世帯、一世帯あたりの人員は2.42人であり、南校区の17,199人に次いで校区内では2番目に多い人口である。面積は2.04平方キロメートルで、人口密度は、8042人/平方キロメートルである。西国分校区は住宅街となっており、マンションも目立つため、人口密度が高くなっている。年齢別人口の年次推移からは大きな変化は見られない。しかし、高齢者数は徐々に増加している。平成22年11月1日現在の人口3区分の比率は、年少人口(0～14歳)が15.3%、生産年齢人口(15～64歳)が66.5%、老年人口(65歳以上)が18.2%である。久留米市の人口3区分の比率は、年少人口14.5%、生産年齢人口64.1%、老年人口21.4%であり、西国分校区は、久留米市の平均より年少人口、生産年齢人口が多く、老年人口が少ない。校区の出生数は平成18年度の133人、平成19年度の146人、平成20年度の152人と増加傾向にあったが平成21年度は139人と減少した。しかし、人口が多いことから他の校区よりも比較的生数は多い。校区の死亡数は平成21年度129人、平成20年度128人、平成19年度123人、平成18年104人とほぼ横這いだが増加している。平成21年度の転入数は市外分、市内間転居を合わせ1,374人。平成20年度は1,290人と毎年校区の中でも上位を占める。特に新生活の始まる3月～4月の転入数が多い。平成21年度の転出数は市外分、市内間転居を合わせ1,381人、平成20年度は1,355人であった。転入と同じく転出も校区内でも上位を占め、3～4月に多い。 死亡数が増加傾向にあるのは、高齢者数の増加と関連があると考えられ、高齢者の支援が必要であると考えられる。また、出生数も多いため育児支援の必要性がある。さらに、転入・転出も多いため、住民同士が交流できる機会を提供する必要があると思われる。	久留米市公式ホームページ



<p>3. 住民の様子</p>	<p>3号線沿いは飲食店や娯楽施設、行政機関が多かった。 3号線は車が常に行き交っていた。 店は大型スーパーが目立った。 住民の方より「ここらへんでの買い物はサンリブやサニーですよ」「コミュニティセンターの方より「若い人はマンションに住んでいる人が多い」「お祭りといったら童女木祭り、郷土食といえば童女木団子ですかね」 住民の方より「祭りなら童女木祭りの他にも12月の餅つきや運動会なんかもあるよ」</p>	<p>この校区は商業施設も多く買い物に便利で、交通の利便性、自然環境、教育や医療施設もあることから住民の住環境への不満は少なく思えた。童女木池が校区のシンボリック的存在といえ、「同池はかつては農業用水として使われていたが、宅地化が進み水田が減ったため今はその役目を果たしていない7）」が、現在は池の周りには散歩道やベンチが整備され、「春には桜の名所5）」であるなど校区民の憩いの場となっている。「毎年ここでは、童女木祭りが行われ住民が親睦を深めている。自治会加入も約6,800世帯中、約5,100世帯(住民の約3/4)が加入し、久留米市オリンピック出場や久留米市ボランティアフェスティバルへの参加、「すすく広場」や「ふれあい・いきいきサロン」などの教室や講演が実施され積極的に住民間の交流が行われている7)。」地域の活動は「独居世帯や高齢者がいること、若い男性はサラリーマンなどで勤め仕事で平日の昼はいないことから主に女性が支えている7)。」 このように専業主婦や独居老人などの交流の輪を広げる機会の少ない人々も教室や講演があることで交流の輪を広げることができ、精神的健康が促進されると考えられる。また、商業施設などの施設が多くあることで、家事に費やす時間が減り、自分の時間を持つ時間が増えると考えられる。</p>	<p>7) インタビュー結果 5) ふるさとの史跡探索(西国分)</p>
<p>4. 価値と信条</p>	<p>コミュニティセンターの方より「信仰は個人の自由なので介入はしません」 3号線沿いには幸福の科学という宗教法人の建物があった。 3号線から少し入ったところにはクルメセント・ルーク教会があった。 諏訪北神社には神主さんがおり、訪問当時掃除をされていた。諏訪北神社の神主さんより「参拝者の年齢層は主婦層が多く、子どもの健康や成長についての参拝が多いです。祭られているのは出雲の神様です。」</p>	<p>校区内の神社には、諏訪北神社、玉垂御子神社、円行寺、了徳寺、覚蓮寺、稻荷松丸神社、一丁田天満宮がある。浄土真宗や真宗大谷派など宗派は異なっている。校区内の神社のひとつである諏訪北神社は、手入れがなされており、保存状態が良く、信仰心の深さが伺える。その他にも校区内にはキリシタン灯籠もあり、「最も有名な諸侯は、ほとんど九州で筑後の久留米城主・毛利秀包もその一人で、久留米市だけでも信徒の多いときは、七千人の多数にのぼった5)」ということもありキリシタンも信仰されていると考えられる。 以上のように西国分校区には教会や神社や宗教法人など種々の信仰の施設があることから、多くの信仰・宗教が共存していると考えられる。</p>	<p>5) ふるさとの史跡探索(西国分)</p>

Ⅱ地域を構成する要素	観察したこと	関連するデータ(アセスメント含)	情報源
<p>1. 物理的環境</p>	<p>西鉄久留米駅に繋がる三号線は3号線は車が常に行き交い、一般車両だけでなく、商業・工業・物流の大型車両も目立っていた。 特に3号線沿いには店が多いが、一歩奥に入ると住宅地が多かった。 店や住宅地周辺には緑地は少なかった。 サンリブやサニーの駐車場には車が沢山とまっていた。 西国分校区の河川はきれいだった。</p>	<p>久留米市の面積は229.09km<sup>2</sup>であるのに対して西国分校区は2.04km<sup>2</sup>で、人口密度は、8042人/平方キロメートルと高い。気候は平成20年度の久留米市のデータによると最高気温36.5℃、最低気温は-3.1℃で雪は時々降るが、非常に気温差が激しい。空気は、緑が多い諏訪野公園は空気がきれいだが、国道三号線は交通量も多いため空気が悪いと考えられる。水は近くに筑後川がありその水を蒸留し家庭の水として流れており、飲料水としても使われている。公園土木管理事務所では、久留米市(4総合支所管轄を除く)が管理する河川・排水路の小規模修繕・草類の除去(除草)・土砂の撤去を行っている。また、河川一斉清掃で地元の方々のボランティアにより、河川・排水路をきれいに保たれている。 人口密度が高いことや交通量が多いため排気ガスによる大気汚染など環境が汚染されやすいと考えられる。しかし、清掃が行われていることで自然環境が保持・改善されていると考えられる。また、気温の変化が激しいため体調管理に気をつける必要があるといえる。</p>	<p>2) 久留米市公式ホームページ</p>
<p>2. 保健医療と社会福祉</p>	<p>3号線沿いに病院が多かった。特に歯科が多かった。 介護サービスの車をよく見かけた。</p>	<p>医療機関は、合計で31ヶ所あり、総合病院3ヶ所、内科7ヶ所、小児科2ヶ所、産科・婦人科3ヶ所、脳神経外科2ヶ所、整形外科2ヶ所、泌尿器科2ヶ所、耳鼻咽喉科1ヶ所、皮膚科3ヶ所、歯科12ヶ所、整体・針灸1ヶ所、整骨3ヶ所とさまざまな医療機関が校区全体に広く分布している。また福祉サービス機関は、訪問介護1ヶ所、在宅ケアセンター1ヶ所など全部で8ヶ所が校区に広く分布しており偏りはみられない。 この地区には医療施設は多いが、その中でも歯科が多く、また、夜間や休業時の診療を行う病院は少ないため緊急時の西国分校区内での対応できないが、この校区ではないが聖マリア病院や久留米大学医療センター、新古賀病院が近くにあり、住民の緊急時には対応できると考えられる。3号線は道が広いので救急車の通る時はスムーズに通ることができるが、少し奥に入ると道が狭く、離合すると道が狭いので救急車はスムーズに通ることができないと考えられる。 この校区の福祉サービス機関以外に校区外周辺にも福祉サービス施設が多く見られたため対応できていると考えられる。高齢者福祉事業として、毎月15日には、1人暮らしの高齢者を招き、昼食会を開き楽しい仲間を作り場となる「ふれあい食事会」や、昼間独居の方も含め足や腰が悪くふれあい食事会に参加することができなかった方々に大変喜ばれている「いきいきサロン」などがある。また児童福祉事業として毎月第3水曜日にすすく広場を開催している。西国分校区にはWebスポーツ21というものがあり校区住民(コミュニティ)が参加できるシステムで、大人から子供までスポーツを行える。 保険医療と社会福祉の活動は校区内では十分対応することは難しいが校区周辺では活動が充実しているために健康は維持しやすい環境になっていると考えられる。</p>	<p>タウンページ 8) 平成21年度西国分校区社会福祉協議会 ふれあいのさざなみ会 総会</p>
<p>3. 経済</p>	<p>西国分校区コミュニティセンターの近くのJR南久留米や大きな道路である国道三号線の周辺には娯楽施設や商業施設など店が多かった。 大きなスーパーマーケットはサンリブとサニーと青果市場があった。 3号線は車がはっきりなしに行き交っていた。 サンリブやサニーの駐車場には車が沢山とまっていた。 線香やタオルを作る工場が見られた。また車の修理、塗装・板金を</p>	<p>昔は米や野菜の栽培など第1次産業が盛んに行われ、地域の産業を担っていたが、現在は金融機関や会社、商業施設、ガソリンスタンドなどが多く見られることから第3次産業が盛んであるといえる。 大きなスーパーマーケットであるサンリブやサニー、マイチェリーまた青果市場やコンビニエンスストアがあるため商業施設が充実している。これは、西国分校区の人口が多いことから収入が期待できるためと考えられる。そのため、この地域には高い消費ニーズがあると考えられるため、経済力があるのではと考えられる。また、車の通りが多いことからこの地区は活気があるといえる。雇用の場としては、線香やタオル工場、車の修理や塗装・板金の会社や大きなスーパーマーケットとしてサンリブやサニー、マイチェリー、青果市場やコンビニエンスストアがある。このように校区内に雇用の場が多くあるということも校区の活気と関係していると考えられる。</p>	<p>7) インタビュー結果</p>

	<p>行う場所があった。</p> <p>コミュニティセンターの方より「この校区は、自営業は少なく、勤めの方が多い」</p> <p>「水田はなく、畑もあるが畑としてはほとんど使われていない」</p> <p>「産業については自営業者が減少し、医療機関(61施設)、スーパー(64施設)等の施設が多い」</p>		
4. 安全と交通	<p>交通機関として、西鉄バス、堀川バス、JR南久留米、西鉄久留米、川島タクシーがあった。</p> <p>消防団がコミュニティセンターのそばにあった。しかし、シャッターは閉まっていた。</p> <p>交通の基点として国道3号線があった。</p> <p>校区内の労働者の方より「西鉄電車、JR、バスなどがあり交通の便は非常に良いです。」</p> <p>コミュニティセンターの方より「犯罪に対しては、派出所がないため不安です。」との声が聞かれた。</p>	<p>交通に関しては、人々は主にバス、タクシー、自家用車を利用し地域内を行き来している。バスは西鉄バス、堀川バス。タクシーは川島タクシーがある。他の地域との交通手段では、JR南久留米や西鉄久留米もある。交通の公共機関が整備されてきていることから、障害者も往来しやすい環境に徐々にできてきていると考えられる。道路も国道3号線を中心に整備されている。以上のことから交通の利便性はよいと考えられる。</p> <p>安全に関しては、「火災時については、消防署はないが、久留米市消防第7分団が近くにあり、緊急時の対応システムが整っているため不安はない7)」。災害時の避難所は、西国分小学校、諏訪中学校、えーるピア久留米、コミュニティセンターが避難所として確保してある。犯罪面では空き巣、殺人、ひったくりが発生している。しかし、校区内には派出所はなく、「不安である7)」という声がある。そのため、住民のボランティアによる見回り等を行うことで住民が安心して生活できる環境を築いていくことができると考える。</p>	<p>7) インタビュー結果</p> <p>9) 西国分校区回覧板</p> <p>10) 市政くめ</p>
5. 政治と行政	<p>諏訪中学校の近くに久留米税務署、久留米年金事務所、八ローワーク、社会保険事務所、労働基準監督署があった。</p> <p>コミュニティセンターの方より「選挙投票場所は諏訪中学校、西国分小学校」「投票数は少ない」</p>	<p>西国分校区出身の議員数は、市議会議員数(公明党1名、自由民主党3名、)衆議院(1名)である。投票率の低さには、転勤族が多いこと、他の校区に比べ比較的若者が多いことが関与しているのではないかと考える。選挙前に転入者には、選挙投票場所や選挙立候補者・党の名前、マニフェスト等をまとめた情報紙を配布し、呼びかけていくことで投票率の改善につながるのではないかと考える。</p>	<p>10) 市政くめ</p>
6. コミュニケーション	<p>校区内の郵便局は、国道3号線沿いの諏訪野町郵便局だけだった。</p> <p>えーるピアには沢山の書物やパンフレットが置いてあった。</p>	<p>人々が集まるための共有の場所としては、えーるピア久留米、西国分校区コミュニティセンターがあり、利用者は老若男女問わない。その他に、石橋文化センターは小学校の選定に利用されたり、季節ごとに催しものが行われる等たくさんの人々が利用している。コミュニケーションの公的手段としては、町内会の回覧板がある。私的手段としては西国分校区唯一の郵便局である諏訪野町郵便局やえーるピアがある。えーるピアでは、検診のパンフレットや育児支援やなど医療や福祉や技術、法律などさまざまなパンフレットが置いてあり、人々の情報収集の場として役立っている。このようにコミュニケーションをサポートするシステムが整備されているため、交流の輪を広げることができ、さらに、相談をすることもできるため精神的な健康に貢献していると考えられる。</p>	<p>8) 平成21年度西国分校区社会福祉協議会 ふれあいのさざなみ会 総会</p>
7. 教育	<p>教育機関として、西国分小学校、諏訪中学校があった。</p> <p>西国分小学校の近隣に学童があった。</p> <p>西国分校区コミュニティセンターの近くにNPO法人Webスポーツクラブ21の建物があった。</p>	<p>西国分校区には、小学校1つ、中学校1つ、幼稚園2つ、保育園2つ、高等学校1つがある。西国分小学校には特別養護学級が特設されている。小・中学校の生徒数は年々減少している。学童数は学童数は950人で経済状況の悪化により、今後増える可能性が考えられる。</p> <p>また、西国分校区コミュニティセンターでは、毎月第3水曜日に「すくすく広場」という交流会や若い保護者から結成された「ごんぐり」という子育てサークルがあり、料理教室やレクリエーションが児童福祉事業の一貫として行われている。また、近年子どもが体の動かすことが少なくなってきたため、基本的な行動をメインにスポーツを指導しているWebスポーツクラブ21がある。</p> <p>児童福祉事業により子育ての相談相手を見つけることで育児不安や負担を軽減でき、これは児童虐待防止につながる有効な活動であると考えられる。また、レクリエーションを行うことで親子の交流ができ、親子の絆を深めることができると考えられるためこれらの活動により、良好な親子関係を築く手助けが出来ているのではと考えられる。また、スポーツクラブの存在によりその会員は社会性を学ぶことができ、身体機能の向上が期待できるためこれも有効な活動であると考えられる。そのため、教育に対し積極的な取り組みが行われていると考えられる。</p>	<p>7) インタビュー結果</p> <p>10) 平成21年度西国分校区社会福祉協議会 ふれあいのさざなみ会 総会</p>
8. レクリエーション	<p>西国分校区コミュニティセンターの近くにNPO法人Webスポーツクラブ21の建物があった。</p> <p>童女木池(諏訪野町公園)で高齢者の方々がゲートボールをしていた。</p> <p>20歳代くらいの人々がえーるピアでボール遊びをしていた。施設内では、読書をしている人がいた。</p> <p>小学生が童女木池(諏訪野町公園)で釣りをしていた。</p>	<p>校区の人々が遊ぶまたはレクリエーションを行う場として、西国分小学校、諏訪中学校、えーるピア、諏訪野北公園、下北公園、諏訪野町公園、Webスポーツ21の施設の計7か所が挙げられる。Webスポーツ21の活動は毎週1回で行われている。この法人団体は、現代人は体の動かすことが少なくなってきたため、基本的な行動(ボールの投げ方・捕球の仕方など)をメインに実施している。そして、子どもからお年寄りまで、さまざまな年代の人が利用している。</p> <p>高齢者のレクリエーションとして、ふれあいのさざなみ会がある。その活動内容には、「ふれあい食事サービス」「いきいきサロン」があり、ふれあい食事サービスでは、毎月15日に一人暮らしの高齢者を招き、昼食会を開き楽しい仲間作りの場を提供している。いきいきサロンでは、諏訪野町共栄地区・諏訪南・北地区・一丁北地区・西町地区・野中地区・東野中地区・国分地区等で、延べ20回実施され昼間独居の方も含め足や腰が悪くふれあい食事会に参加出来なかった方たちに大変喜ばれている。また、諏訪野町公園でのゲートボールも挙げられる。他にも行事として久留米市オリンピックや久留米市ボランティアフェスティバルがある。このように多くの施設や活動があることから西国分校区のレクリエーションは充実していると考えられる。</p>	<p>7) インタビュー結果</p> <p>10) 平成21年度西国分校区社会福祉協議会 ふれあいのさざなみ会 総会</p>

Ⅲ地域の印象	観察したこと	関連するデータ(アセスメント含)	情報源
1. 住民	<p>3号線で成人が多く見られた。</p> <p>コミュニティの方より「40～50代の若い世代の地域活動への参加が少ないため、(特に転勤族の参加)の増加を促し、コミュニティのまとまりを得て、住みよく、安全で安心して、美しい町にすることが課題」</p> <p>「要望としては、派出所を設置してほしい」「後継者がほしい」</p>	<p>75歳以上の後期高齢者は約1500人いる。学童数は950人で昨までは児童数1000人を超えるマンモス校であったが減少した。老年人口は18.2%である。平成22年11月1日現在男性7,679人、女性8,727人と女性が多い。女性が多いことに加え、男性は勤め仕事のため昼間専業主婦などの女性は時間があるため、福祉活動を女性が支えている。</p> <p>自治会加入は約6,800世帯中、約5,100世帯という住民の約3/4が加入し、久留米市ボランティアフェスティバルへの参加や「すくすく広場」や「ふれあい・いきいきサロン」などの教室や講演が毎月行われる。</p> <p>校区の団体活動が活発に行われているため、自治会に加入している住民にはまとまりがあると考えられる。非加入者に対しては、地域から孤立しているのではと考えられる。</p>	<p>2) 久留米市公式ホームページ</p> <p>7) インタビュー結果</p>

2. 自分の認識	3号線で成人が多く見られた。小学校の周りには小学生が多く見られた。 童女木池(諏訪野町公園)で高齢者の方々がゲートボールをしていた。 20歳代くらいの人々がえーるピアでボール遊びをしていた。施設内では、読書をしている人がいた。 インタビュー内容は福祉に関する話を中心となった。	この校区は、住民の入れ替わりが激しく、住民同士のネットワークづくりが難しいと考えられた。そのため、交流の機会を提供する必要があると思われる。なので、現在行われている久留米市オリンピック出場や久留米市ボランティアフェスティバルへの参加、「すすく広場」を今後も開催し、住民同士のネットワークづくりを支援していく必要があると考えられる。そして、これらの交流から相談相手を得ることで、不安が解消されるなど精神的な健康へつながると考えられる。 また、独居高齢者や身体が不自由な高齢者が他者と交流がとれる「ふれあい食事サービス」「いきいきサロン」などの教室や講演の実施により、健康状態の把握、孤独死の予防に貢献していると考えられる。さらに、高齢者は、社会的役割の変化(退職)や身体機能の低下、配偶者もしくは友人の死、家庭内役割の変化(家庭の中での社会的地位の低下や子ども中心の生活から老夫婦だけの生活へ)などにより、心理的に不安、失望感、孤独感を抱きやすい。そのため、この取り組みにより前述のような心理状況が軽減され、精神的健康が促進されると考えられる。よって、「ふれあい食事サービス」や「いきいきサロン」など的高齢者への取り組みは、高齢者数が徐々に増加している西国分校区にとって有意義な活動であると考えられるため、今後も継続が必要だといえる。	10) 平成21年度西国分校区社会福祉協議会 ふれあいのさざなみ会 総会
----------	---	---	--------------------------------------

表10. 演習における学生の学び (キーワードによるまとめ)

学びのキーワード	計	%
住民の生活状況や環境等実情の把握ができた	19	( 70.4 % )
実際に地域に赴く重要性	17	( 63.0 % )
保健師にとって重要なスキルである	14	( 51.9 % )
健康課題抽出には必要なプロセス	14	( 51.9 % )
データだけの地域把握の限界がある	11	( 40.7 % )
五感を使用しての観察の重要性	11	( 40.7 % )
住民とのコミュニケーションの重要性	9	( 33.3 % )
既存資料との照合(差異)が必要	7	( 25.9 % )
住民主体・住民参加の重要性	5	( 18.5 % )
QOLの向上が目標	4	( 14.8 % )
総合的な判断のために必要	2	( 7.4 % )

### 3. 学生の演習を通しての学び

地区踏査やインタビューを中心とした地域診断フィールド演習の学生の学びをキーワードによってまとめたものを表10に示した。「住民の生活状況や環境等実情の把握ができた」が70.4%と最も多く、次いで「実際に地域に赴く重要性」63.0%、「健康課題抽出のために必要なプロセス」と「保健師に必要なスキルである」が51.9%、「資料、データだけの地域把握の限界」と「五感を使用しての観察の重要性」が40.7%の順であった。一方、「住民とのコミュニケーションの重要性」(33.3%)、「住民参加や住民主体」(18.5%)、「QOLの向上を目指すこと」(14.8%)という記述も観察された。

## IV. 考察

今回の研究結果において、学生のグループ評価においては、グループ間で有意な差が認められた。また、グループ評価全体においては、因子分析においては3因子-第1因子「地域の観察・アセスメント」、第2因子を「発表力」、第3因子「資源の把握」が抽出された。さらに、地域診断に特に必要な第1因子「地域の観察・アセスメントと考察力」においては、「地域を歩いて知る」と「考察」

の項目が高値を示した。さらに、「考察」地区概況「地区視診」「地域を歩いて知る」の相関は、各項目相互に有意な高い相関関係を示した。その中でも「地域を歩いて知る」と考察との相関が最も高かった。

これまでに本研究と同様のものは殆どなく、他の研究成果と比較・検討することは非常に難しい。しかし、岩本ら<sup>8)</sup>研究は、のコミュニティアズパートナーモデルを使用した地域看護診断における理解度は、2年生と3年生において殆どの構成要素の項目で3年生の理解度が高かったことを報告している。さらに、岩本ら<sup>8)</sup>は、カリキュラム改正後、2年次に地域看護診断直後にフィールド実習を実施した場合には、2年においてもコミュニティアズパートナーモデルの構成要素「住民の様子」「コミュニケーション」「保健医療と社会福祉」「教育」で理解度が深まったことも報告している。岩本ら<sup>8)</sup>の研究成果は、講義直後のフィールド実習が効果的であること、さらにコミュニティアズパートナーモデルを使用した演習は、学生の項目毎の理解度を評価でき、学習支援も焦点をあてて行えることも示している。

一方、本研究においては、8構成要素における個別評価は実施していないが、講義後直後のフィールド演習であり、同じモデルを使用して演習を行った。また、コミュニティアズパートナー

モデルの各構成要素における学生の理解度や記述等はグループ差がみられたが、逆に、これらの結果は、「地域を歩いて知る」の8つの構成要素を1つ1つ記述することが、学生が地域の観察と関連データをアセスメントする力を引出し、学習をより深めさせた可能性も考えられる。実際、本研究結果は、コミュニティアズパートナーモデルの「地域を歩いて知る」を導入後は、導入前<sup>9)</sup>に比較して、「地区概況」「地区視診」「地域を歩いて知る」「考察」の演習各要素間に関連が認められ、特に、「地域を歩いて知る」と「考察」との関連は非常に高かった。これらの成果は、「地区概況」「地区視診」をコミュニティアズパートナーモデルの「地域を歩いて知る」でまとめることによって、有機的な考察に繋がることを示唆している。

また、学生の学びの結果において、フィールド演習のプロセスを通して様々な学びが観察された。地区踏査やインタビュー調査による演習は、生活や環境の把握のために必要なだけでなく、データや既存資料のみでは得られない住民とのコミュニケーション等、地区踏査の意義を学んでいる。これらの今回の演習における学生の学びは、松尾らの地区踏査等における学生の学び<sup>10)</sup>とほぼ同様の結果を得た。さらに、本研究結果では、地区踏査が健康課題の抽出におけるプロセスの中で重要である実感に伴う認識を持たせた。また、地区踏査を含む地域診断が保健師の活動において重要なスキルであることを改めて認識させ、公衆衛生看護活動の基本的な理念としてのヘルスプロモーションにおける住民主体や住民参加の重要性を学んでいる。これらの今回の演習における学生の学び内容は、鈴木らの研究<sup>11)</sup>の「学びの構造」によって裏付けされた研究成果を支持している。さらに、学生の学びは地区踏査、地域診断の最終目標として住民のQOLの向上に繋がらなければならぬことの認識にまで及んでいる。したがって、今回の学習成果として、地域診断のプロセスとしてフィールド演習が、学生に“地域”への関心を持ち、“地域における看護職の役割や使命”を育むためにも必要な学習であることを示唆している。

一方、資源の把握としての資源マップが地域の観察・アセスメントや考察に結びつきにくいという問題が顕在化した。資源マップの作成においては、本来、健康課題を特化し目的をもって作成するものである。演習時には地域全体をみるため、公共施設、学校、病院、福祉施設、特徴的な名称等の記載をしているのみで、資源マップの意義を十分に理解できていない可能性も否定できない。

さらに、演習でのこのステップ学習が実際の地域看護臨地実習における地域診断との繋がりは見えにくいという課題がある。実際、臨地実習における地域診断での健康課題の抽出は、プリシード・プロシードモデルとの関連性はあるものの、コミュニティアズパートナーモデルの「地域を歩いて知る」との関連性は薄いのが現状である。また、臨地の指導者からも「このようなまとめは初めて見た」との批判もあり、学生が混乱する場面も実際にみられた。通常、行政で働く保健師は、多忙な業務の中で地区踏査を目的に地域に赴くことは殆どなく、家庭訪問や地区における健康教育や健康相談、コミュニティ関係者との連携等の保健活動中で、意識的あるいは無意識的にその地域の特性を把握している。その上で、地域診断を行っており、学生が行う最初のステップをあえて踏むことは少なく、保健関連統計のデータ分析等の既存資料の分析や実態調査から始めることが多い<sup>12) 13)</sup>。しかし、これらのステップを踏んでいない学生が臨地実習を行う前に、その地域全体を理解する必要性を学生が十分に理解していないことが、健康課題の抽出に結び付けられないのが第1要因として考えられる。また、地域診断でのフィールド演習は、ある特定地区を対象としており、臨地実習においては広域的な地域が対象となるため、学生の把握が困難な側面もある。さらに、3週間(3単位)の短い期間の中で、地域全体を把握し、地域の特性にあった健康課題の抽出は大変困難な作業である。また、これらの一連のプロセスや手法について、臨地実習側に十分に周知できていないことも要因の1つとしてあげられる。これらの様々要因が重なり、現状の地域診断における問題が顕在化していると考えられる。

したがって、今後の講義・演習を「実習での地域診断にどのように繋げるか」が今後の課題となる。平成22年改正保健師指定規則改正により、地域看護学は「公衆衛生看護学」と名称を変更し、28単位以上の1年以上の公衆衛生看護学のカリキュラムが規定されている。本学においても24年以降入学生より、保健師ライセンスにおいては選択制を導入し、カリキュラム改正を考案中である。その中で現状の地域診断における課題の解決策として、現在の講義・演習を公衆衛生看護管理論IとIIの2つに分け、ステップ学習をさらに発展させ、公衆衛生看護管理論Iは、2年後期に地域全体を捉える能力の育成、公衆衛生看護管理論IIにおいては、3年前期に前段階を踏まえた学習、実習地における健康課題の抽出と地域診断の実際を体験できるよう編成している。さらには、公衆

衛生看護実習においても、5週間・5単位とし、臨地実習における様々な実習体験を通して、地域診断が行えるカリキュラムを立案中である。但し、公衆衛生看護管理論Ⅰの対象は、看護師養成においても必須単位とし、Ⅱにおいて公衆衛生看護実習につながる地域診断の講義・演習によって、保健師に必要な実践能力の醸成を意図している。

地域診断は、保健師におけるポピュレーションアプローチ — 住民すべてを対象とし一般的な予防や支援 — だけでなくハイリスクアプローチ — 特に健康課題を有するあるいは可能性のある者に焦点を当てた支援や介入 — を行うための重要な技術である。一方、本研究成果は、学部生における地区踏査を含む地域診断の教育的意義が高いことやその意義を示唆している。したがって、看護師においても、地域診断手法は今後更に必要なスキルになることは必至であり、地域看護の視野の育成を図るため看護師養成カリキュラムにも必須科目であると考えている。

## V. 結論

本研究結果は、「地区概況」「地区視診」をコミュニティアズパートナーモデルの「地域を歩いて知る」でまとめることによって、有機的に考察に繋がることを示唆した。さらに、地域診断のフィールド演習は、学生に“地域”への関心を持ち、“地域における看護職の役割や使命”を育むためにも必要な学習であることを示した。

一方、今後、フィールド演習の地域看護臨地実習における活用法等、更に充実したステップ学習を展開する課題が残された。

## 謝辞

今回、このフィールド演習に協力して頂いた、K市地域振興課及びコミュニティ関係者の皆様に深く感謝いたします。

## 文献

1) 齊藤恵美子:最新保健学講座5 地域看護管理論(第2版);第1章地域診断,p1-4,p9-15,医学書院,2010.

2) 金川悦子編:地域診断;技法と実際 p16,p30-64,東京大学出版会,2000.

3) 水嶋春朔:地域診断のすすめ;根拠に基づく健康施策の基盤,p12-13,32-33,医学書院,2005.

4) エリザベス T. アンダーソン, ジョディス・マクファーレーン編集, 金川克子, 早川和生監訳: コミュニティアズパートナー; 地域看護学の理論と実際, 第2版, p133-204, 医学書院, 2007.

5) 平野かよこ編集:最新保健学講座5 地域看護管理論(第2版), p1-138, 医学書院, 2010.

6) ローレンス W. グリーン, マーシャル W. クロイター, 神場征峰訳:実践ヘルスプロモーション—PRECEDENCE-PROCEED モデルによる企画と評価 p1 – 195, 医学書院 2005, (Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter: Health Program Planning: An Educational Approach 4th edition).

7) 高井順子:最新保健学講座5 地域看護管理論(第2版);第1章地域診断-2,p58-61,医学書院,2010.

8) 岩本里織, 小倉弥生, 茅本昌子他:コミュニティアズパートナーモデルを用いた地域看護診断の学習効果;演習後の学年比較,実習後比較から,神戸市看護大学紀要,2009;13:49-56,

9) 豊島泰子, 弥永和美, 今村桃子他:地区診断における地区踏査の評価-地区踏査後にまとめた学生の記録分析から-, 聖マリア学院大学紀要2007;21:85-88.

10) 松尾和枝, 酒井康江, 蒲地千草他:地区診断を用いた地域看護学演習の取り組みと今後の課題, The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing 2005;171-182.

11) 鈴木知代, 片山京子, 鈴木みちえ他:地域での体験を重視した地域診断演習における看護学生の学び, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要 2009;17:51-59.

12) 重松由佳子, 米村敬子, 兼武加恵子他:地域看護活動技術獲得を目指した教育実践報告—保健師が行う独自の地域看護活動技術の育成にむけて—, 保健科学研究誌 2009;6:1-13.

13) 金本直子, 中村恵子, 熊谷晶子, 他:地域診断後の市町村の取り組みと評価, 信州公衆衛生学雑誌 2009;4:38-39.

## 英文抄錄

**Purpose:** Community health nursing diagnosis was an essential skill for nurses who had been active community, and professional skill in particular for public health nurses. The purpose of this study was to inspect the approach and the future subjects in the field practice education on the community health nursing diagnosis by reported the approach and the evaluation by the students.

**Method:** One hundred twenty one of the second-year nursing students were the subjects of this study. After the lecture, the practice was performed on 27 fields by divided the students into 27 groups. The practice included the general community research, surveying the field, interview to the people in the community and “Leaning about the Community on Foot” for Community as Partner Model. Additionally, the groups evaluated each other these contents and announcements by 5 items and 15 sub-items for the evaluation.

**Result:** There was no significantly difference among the 15 sub-items scores for the evaluation by the groups. In contrast, there was significantly difference among the 15 sub-items scores of the groups.

Furthermore, factor analysis resulted to select three factors, and first factor named “The observation and assessment for community”, second factor named “The grasp for the resources” and third factor named “Ability to announce”. The items of “Leaning about the Community on Foot” and “Discussion” were observed high value (more than 0.6) on “The observation and assessment for community” factor. There was significantly little correlation among the three factors.

In addition, there was significantly positive correlation among 4 items, which were “The general community research”, “surveying the field”, “Leaning about the Community on Foot” and “Discussion”. Moreover, significantly correlation between “Leaning about the Community on Foot” and “Discussion” was the highest of them ( $r=0.82$ ,  $p<0.001$ ). Furthermore, there were the contents connected to community health nursing diagnosis and a survey of field on the nursing student learning

**Conclusion:** The results of this study showed “Leaning about the Community on Foot” for Community as Partner Model organically led to the discussion. Moreover, it suggested the field practice for community health nursing diagnosis was necessary for the nursing student, because the students interested “community” and were cultivated a sense of mission for nursing. However, it remained the subjects which developed two step practices, including the process of the field practice for clinical training in community.



【資料】

# ストレングスモデルに基づく職業訓練を受けた精神障害者の心理面と必要とされる支援

安藤満代、川野雅資\*

聖マリア学院大学、\*東京慈恵会医科大学

<キーワード>

ストレングスモデル、精神障害者、職業訓練、心理面、必要とされる支援

## 要旨

本研究は、精神障害者の就労支援を進めるために職業訓練を受けた訓練生の心理面と必要とされる支援をストレングスモデルに基づいて調べた。障害者職業能力開発校で学ぶ訓練生13名が、自己効力感、自尊感情、アイデンティティに関する尺度と、必要とされる支援について自由記述からなる質問紙に回答した。質問紙は授業中に渡され、後日郵送にて返送された。その結果、自己効力感尺度の「日常生活」「治療行動」「症状対処行動」「社会生活」「対人関係」という下位尺度の中では「治療行動」が最も高く、「対人関係」は低かった。さらに訓練を受けていない精神障害者の標準値に比べて「社会生活」は高かった。アイデンティティ尺度の得点は標準値より高かったが、自尊感情の得点は低かった。必要とされる支援の要因は『医療・心理スタッフ常駐の希望』『良好な人間関係と日常生活での希望』『雇用の厳しい現状と不安』『地域社会での生活支援の希望』であった。この結果から個人のストレングスとしての「対人関係」の能力や「自尊感情」を高め、環境のストレングスとしての必要とされる支援の実現によって、さらに訓練が進み、就労支援につながると考えられた。

## I. 諸言

近年、仕事上の過労や会社の解雇などのストレスによって自殺したり、精神的問題を抱える雇用者も増えつつあり、雇用や就労に関する領域での支援の必要性が認識されてきている<sup>1)</sup>。そこで、企業や会社でも産業医や産業保健師が雇用者の健診、相談活動、メンタルヘルスの向上への研修など、さまざまな取り組みを行っている<sup>2)</sup>。今後、産業保健師や看護師などが新たに関わる可能性がある重要な臨床の場として、精神障害者が技術訓練を受ける職業訓練校があると考え、今回、精神障害者の就労支援について検討した。

就労することは人間にとって意義深いものである。精神障害者が働く意義として「基本的権利」「自己実現」「社会役割の実現」「自尊感情を満足さ

せる」「生きがいをもつ」「自己実現」<sup>3) 4) 5)</sup> などがある。しかし、現状は厳しく、厚生労働省が行った「知的障害者及び精神障害者実態調査」によると、15歳以上64歳以下の障害者のうち就業している者の割合は、身体障害者では43.0%、知的障害者では52.6%、精神障害者では17.3%であり、精神障害者の就業率は低い。だが、一方では精神障害者の就労意欲は高く<sup>6)</sup>、2006年の調査においても、就業をしていない障害者の約半数が就労の希望を持っていることが報告されている。

このような希望があることと並行して、2005年の障害者自立支援法の施行によって、障害者への就労支援が近年に行われるようになった。例えば、医療機関のデイケアでの就労支援プログラムの実施<sup>7)</sup>、生活支援センターにおける相談を中心とした支援<sup>8)</sup>、社会福祉施設におけるトータル



パッケージの実践<sup>9)</sup> などがある。これらの支援では精神障害者の能力に合った職場への就労支援であったが、近年、より専門的な技術や資格を獲得して就職するために障害者能力開発校で技術を習得する精神障害者も増えてきた。

障害者職業能力開発校は、障害者に必要な知識や技術を教授し、障害者の職業の安定と自立を図ろうとする施設である。平成21年度では全国では約20校程度しか存在せず、九州には2校だけである。さらに従来は、身体障害者と知的障害者が訓練の対象であったが、平成20年度前後から精神障害者や発達障害者なども受け入れるようになった。しかし、精神障害者の受け入れはまだ受け入れが始まったばかりであり、訓練を受ける訓練生の心理状態については殆ど明らかにされていない。今後、精神障害者がより専門的な技能や資格を取得することは社会での就労の可能性を高めることから、訓練生の心理状態や必要と考える支援を明らかにすることは、重要なことと考えられた。

近年の就労支援で最も注目されているモデルの一つにストレングスモデルがある。このモデルでは「すべての人は目標や才能と自信を有しており、またすべての環境には資源や人材や機会が内在する。精神障害をもつ人たちは学び、成長し、変化することができる」と考える<sup>10)</sup>。このモデルでは(図1)、個人のストレングス(強み)と環境のストレングスが、その人の生活の場に影響しているとする。個人のストレングスには、「願望」、「能力」、「自信」が関係する。訓練生には、就労したいという「願望」があり、技術習得をする基礎的な「能力」がある。さらに、それをやり遂げるための自己効力感などの「自信」が関係していると考えられる。

先行研究から精神障害者はストレスに対する弱い弱性を持ち、セルフスティグマ(自己に対する

烙印、負のイメージ)の形成により自尊感情や自己効力感を減じる可能性<sup>11)</sup>がある。一方、就労により自尊感情や自己効力感が高まることや<sup>3)</sup>、在宅や地域で生活する精神障害者の生活の質(Quality of Life)に自尊感情が関係すること<sup>12)</sup>等から考えると、自信の要因として「自己効力感」や「自尊感情」は重要と考えられた。さらに、職業能力開発校で特別な技術や資格を身につけたいと考える訓練生においては、自分とは何か、将来どのような職業を得て生きていきたいかの意思を強く持っている、即ち自我同一性(アイデンティティ)が関係していると考えられた。訓練生の自己効力感、自尊感情、アイデンティティは、「自信」を形成する重要な要因と考えられ、これらの心理面を調べることは必要なことと考えられた。

さらに、ストレングスモデルでは環境の要因として「資源」がある。職業能力開発校では、障害者を受け入れるためにさまざまな支援をしている。身体障害や知的障害者に対して、校内に手すり、スロープ、点字などが施されている。しかし、精神障害者に対しては、どのような支援が必要かは不明であり、調べる必要があった。

## II . 研究目的

本研究では、精神障害者が求める障害者職業能力開発校の在り方を検討する資料を得るために、1) 障害者職業能力開発校で訓練を受ける訓練生の心理面として「自己効力感」「自尊感情」「アイデンティティ」の程度を調べること、2) 訓練生が必要であると考えられる支援について調べることを目的とした。

## III . 用語の定義と研究の概念枠組み

### 1. 用語の定義

#### 1) ストレングスモデル

ストレングスは「強みや長所」を意味する。疾患や障害に焦点を当てるのではなく、その人やその人をとりまく環境が持っている健康な部分や可能性に着目し、支援するモデルである<sup>10)</sup>。

#### 2) 自己効力感

ある行動について自分が行えると思うか、という個人の確信を表すものをいう<sup>13)</sup>。具体的な行動を特定せず個人の行動全般に影響を及ぼす「一般的自己効力感」<sup>14)</sup>と、さまざまな行動に応じて変動する「行動特異的自己効力感」がある。

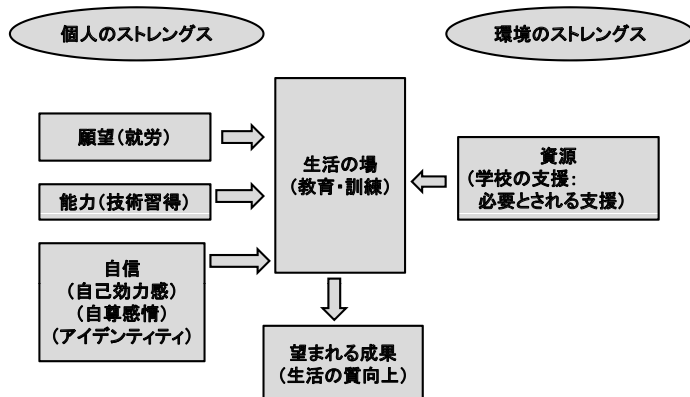


図1. ストレングスモデルに基づく本研究の枠組み

### 3) 自尊感情

人が持っている自尊心、自己受容などを含め、自分自身についての感じ方を指し、自己概念とむすびついている自己の価値と能力の感覚—感情である<sup>15)</sup>。

### 4) アイデンティティ

自分とは何者であり、何をなすべきかという個人の心の中に保持される概念である。自我同一性または自己同一性とも言われる<sup>16)</sup>。

## 2. 概念的枠組み

ストレングスモデルを基盤とする(図1)。精神障害をもつ訓練生にとって個人のストレングスである「自信」に関する要因として、自己効力感、自尊感情、アイデンティティがあるとす。また、環境のストレングスのなかの「資源」としては学校からの支援がある。

今回、「自信」に関する心理的側面と、資源としての学校からの支援について調べた。

## IV. 研究方法

### 1. 調査対象

障害者能力開発専門校のなかで、九州で初めて精神障害者を受け入れたA校の訓練生20名を対象とした。訓練期間は1年間であり、併設されている寮で生活する者と、通学してくる学生が含まれていた。訓練生は通院している者が多く、学校は病院や家庭と随時連絡を取り合っていた。訓練の内容は、パソコン、デザイン、プログラム設計などであり、資格などが取得できるようになっていた。調査に関する質問紙は20名全員に配布して、13名から返送による回答があった。分析対象の13名の背景は、男性12名、女性1名、平均年齢 $35.8 \pm 8.04$ であり、疾患別では統合失調症10名と気分障害3名であった。

### 2. 調査尺度

調査で用いた各尺度は既に信頼性と妥当性が確保された以下のものだった。

1) 地域生活に対する自己効力感尺度(表1):大川ら<sup>17)</sup>が作成したものを用了。これは、「日常生活」「治療行動」「症状対処行動」「社会生活」「対人関係」の5つの下位尺度について2~4項目の質問がある。各質問に対して0点から10点で回答するようになっている。1点は「まったく自信がない」、5点が「どちらとも言えない」、10点が「絶対に自信がある」である。各下

位尺度とも、100点で換算するようになっている。尺度の内的一貫性は $\alpha = 0.72 \sim 0.95$ 、再テスト信頼性は $\alpha = 0.82$ であり、信頼性は確保されている。また、一般性自己効力感との相関係数は $r = 0.46$  ( $p < 0.01$ )であり、妥当性も確保されている。

2) 自尊感情:日本語版のローゼンバーグの自尊感情尺度を使用した<sup>18) 19)</sup>。10項目について1点から5点で回答するようになっている。得点範囲は10~50点である。信頼性と妥当性は因子分析によって検証されている<sup>19)</sup>。

3) アイデンティティ尺度(表2):下山<sup>20)</sup>のアイデンティティ尺度は、「アイデンティティの確立」「アイデンティティの基礎」の2つの要因か

表1. 自己効力感尺度の質問項目

(日常生活)
規則的な生活を送る
食事をきちんととる
十分な睡眠をとる
家族とうまくつき合う
音楽・読書・ビデオ・スポーツなど、自分の好きなことを楽しむ
(治療行動)
(必要があれば) 約束どおり病院に通う
処方されたくすりを、きちんと飲む
病気や治療、くすり、症状などについて、知りたい情報を得る
薬の副作用があらわれたとき、自分で気づく
(症状対処行動)
病気の状態が悪くなりかけたら、病院に行く
疲れたと感じたら、自分で適当に休む
自分に合った方法(おしゃべり、好きなことをする)でストレスを解消する
再発の注意サイン(不安、イライラ、眠れないなど)に自分で気づき、適切に対処する
(社会生活)
銀行、郵便局、デパート、お店などを必要に応じて利用する
日中、職場、デイケア、作業所、仲間との集まりなどの場所に出かける
必要なときに、公的援助サービス(役所、保健所など)を利用する
(対人関係)
自分から人と付き合ったり、友人をつくる
悩み事や、心配ごとを、家族や友人に相談する

表2. アイデンティティ尺度の質問項目

1 私は、興味を持ったことはどんどん実行に移していく方である
2 自分の生き方は、自分で納得のいくものである
3 私は、十分に自分のことを信頼している
4 私は、自分なりの生き方を主体的に選んでいる
5 自分は、何かをすることができる人間だと思う
6 社会の中で自分の生きがいが出てきた
7 自分にまとまりが出てきた
8 私は、自分の個性をとても大切にしている
9 私は、自分なりの価値観を持っている
10 私は、魅力的な人間に成長しつつある

ら成っているが、今回は就労や社会での自己の捉え方に関する「アイデンティティの確立」の要因を用いた。10項目について1点から4点で回答するようになっている。得点範囲は10点~40点である。この尺度の信頼性係数は $\alpha = 0.82$ であり、信頼性が確保されている。また大学2年生と4年生では有意差がみられることから発達段階によってアイデンティティが形成されていることから妥当性があることが示されている。

### 3. 調査方法

最初に訓練校の全教職員（指導員）に対して研究者が本調査の趣旨を説明し、実施の理解を得た。学校と調査者が協議した結果、指導員が実施することとなった。指導員が訓練生全員に調査依頼の文書、質問紙、返信用封筒が入った封筒を配布した後に、依頼文章を読みながら調査の趣旨や内容を説明した。回答の意思がある場合は、後日返信用封筒を利用して2週間以内に郵送するようにと訓練生に説明した。配布後、約2週間で13通が返送された。

### 4. 分析方法

自己効力感尺度は、個人ごとに各下位尺度の平均値を算出した後、全体の平均値を算出した。尺度を作成した大川<sup>17)</sup>らに従い、それぞれの下位尺度を100点で算出した。下位尺度のなかで一要因の分散分析を行った。アイデンティティと自尊感情尺度については、個人の合計得点を算出した後に全体の平均値を算出した。

自由記述については、内容分析<sup>21)</sup>を用いてカテゴリに分類した。訓練生の記述を意味のある短文にし、類似した内容のものをまとめ、コードとした。さらにコードをまとめたものをサブカテゴリ、サブカテゴリをまとめたものをカテゴリとした。信頼性の確保のために、研究者2名でカテゴリ化を行い、カテゴリ化が一致しない場合は合議して決定した。スーパーバイザーは2名であり、1名は大学の精神看護学の教育歴が約20年あり、

質的研究の指導も多数行っていた。もう1名は大学での精神看護学の教育歴が約10年あり、質的研究も多数行っていた。

### 5. 倫理的配慮

研究代表者の大学の倫理委員会の承認を得て、さらに施設側が研究での倫理的問題がないかを検討した後に、承認を得た。調査の依頼文章には、調査用紙は匿名なので個人は特定されないこと、回答しなくても訓練上何ら不利益は被らないこと等を記載した。質問紙は指導員の目に触れないように調査者に直接郵送されるようにした。また指導員から訓練生の説明においても、自由意思の回答であり、強制するものではないこと、回答と指導は無関係であることなどを伝えてもらった。返送された質問紙のデータは、調査者の研究室にて厳重に保管された。さらに研究が終了した時点でデータは破棄することにした。

## Ⅲ. 結果

各尺度の平均得点を表3に示した。

自己効力感尺度の5つの下位尺度、「日常生活」「治療行動」「症状対処行動」「社会生活」「対人関係」について、「日常生活行動」が $62.5 \pm 28.7$ 、「治療行動」が $75.0 \pm 28$ 、「症状対処行動」が $67.7 \pm 27.3$ 、「社会生活」が $67.2 \pm 25.4$ 、対人関係が $61.9 \pm 33.0$ であり、合計の自己効力感得点の平均は $67.7 \pm 4.7$ であった。各下位尺度の要因のなかで一番高い要因は「治療行動」であり、一番低いのは「対人関係」であった。しかし、一要因の分散分析を行ったところ下位尺度相互の間には有意差はみられなかった。アイデンティティ尺度の平均値は $27.0 \pm 0.9$ であり、自尊感情尺度の平均値は $3.0 \pm 1.4$ であった。

自由記述の内容分析からは、サブカテゴリとして「カウンセラーの希望」「医療スタッフの希望」「日常生活指針の希望」「指導員や訓練生との良好な関係」「就職が決まらない不安」「雇用の現状」「情

表3. 本研究の訓練生と標準を比較した自己効力感尺度、アイデンティティ尺度、自尊感情尺度の平均値と標準偏差

	自己効力感					合計 自己効力感	アイデン ティティ	自尊感情
	日常生活	治療行動	症状対処 行動	社会生活	対人関係			
在校生	66.8 ± 3.4	75.0 ± 2.8	67.7 ± 2.7	67.2 ± 2.5	61.9 ± 3.3	67.7 ± 4.7	27.0 ± 0.9	3.0 ± 1.4
標準値	69.6 ± 20.3	72.9 ± 21.8	69.0 ± 22.8	61.9 ± 25.8	60.3 ± 2.7	68.1 ± 18.1	19.1 ± 5.3	4.6 ± 5.7

報提供の支援の希望」「経済や住居の支援の希望」「雇用促進の社会支援の希望」などが抽出された。これらは『医療・心理スタッフの常駐の希望』『良好な人間関係と日常生活の希望』『厳しい雇用の現状と不安』『地域社会での生活支援の希望』というカテゴリにまとめられた(表4)。

表4.「日頃感じる事感じていた事」および「必要と思う支援」の質問への自由記述

コード	サブカテゴリ	カテゴリ
1. カウンセラーが常駐してほしい。	カウンセラーの希望	医療・心理スタッフの常駐の希望
2. 保健の先生が常駐してほしい。	医療スタッフの希望	常駐の希望
3. 医療のスペシャリストの支援がほしい。		
4. 病気の症状が出たときにすぐに対応してくれる看護師が常駐してくれたら安心する。		
5. 日常生活のマニュアルがほしい。	日常生活指針の希望	良好な人間関係と日常生活の希望
6. 学外でてんかんの発作が出て救急車で寮に戻った。叱られると思ったが、指導員が心配してくれて安心した。	指導員や訓練生との良好な関係	
7. 訓練生同士で励まし合って、良い環境で過ごせた。		
8. 就職先が未だ決まらず、将来に対して不安がある。今は親が生きているからいいが。	就職が決まらない不安	厳しい雇用の現状と不安
9. 就職の面接を受けたが決まっていないのでとても不安に思う。		
10. 一般に精神障害者の採用が低いことを考えると将来が不安だ。		
11. 就職では今までの実務経験が問われることがあり、訓練内容に関わらず断られることが多い。	雇用の現状	
12. 地域の社会保障制度についてもっと教えてほしい。	情報提供の支援の希望	地域社会での生活支援の希望
13. 最悪の場合、生活保護を受けると思うので、そのための相談窓口などを教えてほしい。		
14. 金銭面が不安だ。	経済や住居の支援の希望	
16. 精神障害者が安く住める住居がほしい。		
17. もっと精神障害者の雇用を促進してくれる社会支援がほしい。	雇用促進の社会支援の希望	

## IV. 考察

### 1. 訓練生の「自信」に関連する心理面について

訓練生の自己効力感は全体で67.7であった。入院経験がある精神障害者の退院1年後の得点61.5と比較すると<sup>22)</sup>、訓練生の得点は高いが、授産施設などの社会復帰施設に1年以上通所して地域で安定して生活している患者の得点72.4<sup>23)</sup>と比較すると低い。すなわち、訓練生は家で療養している精神障害者よりも自己効力感が高いが、安定して地域で生活できる方までには達していないことを示している。これは、社会に出て就労をしようという努力の途上であると考えられる。

さらに自己効力感の5つの下位要因「日常生活」「治療に関する行動」「症状対処行動」「社会生活」「対人関係」のなかでは、「治療行動」が75.0と最

も高かった。このことは、訓練生が病院へ定期的に通院し、正しく服薬でき、副作用にも気づくということに自信があることを示している。一方「対人関係」の得点が低かったことから、周囲の人と積極的に交わったり、自分の悩みを周囲の人に相談することの自己効力感が低いことを示す。対人関係の自己効力感を高める支援には、支援者が一緒に課題を乗り越えようとする姿勢がまず重要であり<sup>24)</sup>、次に具体的支援方法としてSST (social skill training; 生活技能訓練) などが有効と考えられる<sup>25)</sup>。

就労訓練を受けていない患者を対象として、標準化されたときの標準得点<sup>17)</sup>と比較すると、「社会生活」の得点が67.2と高かった。この「社会生活」の質問項目から、「必要に応じて銀行や郵便局などを利用できる」「職場や作業所などの仲間の集まりに出かけることができる」という効力感が高いことを示す。本研究の訓練生は、約1年の訓練を終了する直前であったことを考え併せると、精神障害者が1年の訓練を終了するためには「治療行動」や「社会生活」への自己効力感が高いことが必要であることが示唆された。

自尊感情の得点は、訓練生では $3.0 \pm 1.4$ であった。退院直前の精神障害者<sup>26)</sup>の $2.7 \pm 1.6$ と比較すると高いが、健康な大学生では $4.64 \pm 5.71$ と比較すると低い。すなわち、訓練生は、訓練を受けていないで療養している精神障害者よりは高いが、健康な大学生よりも自己への肯定的な感情や自己評価が低いことが示された。特に精神症状は自尊感情に影響することから<sup>27)</sup>、症状をコントロールすることは自尊感情を維持するためには重要と考えられる。

アイデンティティについては、精神障害者に関する調査はほとんど行われていないため健康な大学生と比較した。大学生が $19.1 \pm 5.3$ であるのに対して、訓練生は $27.0 \pm 0.9$ と高かった。これは、大学生ではまだ職業に対する意識が十分に明確になっていない場合が多いことに対して、訓練生では自己実現に向けて就労するという明確な目標をもっているためにアイデンティティが高いものと考えられる。

### 2. 必要とされる支援

環境のストレングスに基づき「必要とされる支援」として抽出されたカテゴリについて検討する。『医療・心理スタッフの常駐』というカテゴリか

ら、訓練生は症状が突発的に出たときに対処できる人を求めている。身体障害や知的障害では、急に症状が出るということは殆どないが、精神障害では急に症状が現れることもある。本来は、技術や資格を習得することが目的であるが、今後、精神症状が急に出たときの対応ができる保健師や看護師が常駐できれば、より訓練が進むものと考えられる。また、カウンセラーについても、訓練指導員、障害者職業カウンセラー、職業訓練指導員とのチーム・ティーチングが有効であった報告もあることから<sup>28)</sup>、カウンセラーの活用は有効と考えられる。

『厳しい雇用の現状と不安』のカテゴリには、「就職が決まらない不安」というサブカテゴリがあった。精神障害者が就労するまでを就労準備、求職活動、フォローアップという各時期に分けて身体的健康度と精神的健康度について調べた立石<sup>29)</sup>によると、就労準備の時期が身体的健康度、精神的健康度ともに標準値よりも低いことが示されている。立石のように時期は明確に分類できないが、本研究の調査時期が1年間の訓練が終了した後の就職先が決定される時期であったので、訓練生は精神的に不安定だったのではないかと考えられる。これらのことから、各時期に応じて、精神障害者の特徴を理解した訓練から就職までのキャリア・カウンセリングなどが有効と考えられる<sup>30)</sup>。

『地域社会での生活支援の希望』というカテゴリには「(社会制度に関する) 情報提供の支援の希望」「経済や住居の希望」「雇用促進の社会支援の希望」などのサブカテゴリが含まれていた。これらは、学校内で支援できることと学校外での社会制度全体に対する支援が含まれていた。現在、包括型地域生活支援プログラム(assertive community treatment :ACT) や、個別職業斡旋とサポートによる援助付き雇用(individual placement and support: IPS) などが<sup>31)</sup> 試験的に行われている。学校に在籍しているときから、地域に出て就労したときに活用できる情報を提供することは、就労を継続していくためにも重要なことと考えられる。

本研究の結果をストレングスモデルから考えると、「個人のストレングス」としての訓練生の「高いアイデンティ」はさらに伸ばし、対人関係などの「低い自己効力感」や、「低い自尊感情」は向上するような支援が必要と考えられる。また、「環境のストレングス」として、可能な限り、訓練生が考える必要とされる支援を実現することで、生活の場である訓練の状況がより進むと考えられる。

本研究の限界として、データは一つの施設からの少ない限られたデータであるため結果を一般化することはできない。さらに、対象者のなかで女性が一人であるという対象者の偏りがあったことから、性別による相違が影響している可能性もある。今後、さらに性別の偏りがないように配慮してデータ数を増やし、本調査の結果を検証しつつ、訓練生の雇用への支援につながる資料を提供したいと考える。

## 謝辞

ご協力いただきました施設の指導員の方々、参加していただきました方々に心から感謝申し上げます。

## 引用文献

- 1) 田中美恵子編：自殺の看護．すぴか書房、東京、2010
- 2) 廣川進：産業臨床心理学入門—産業心理臨床の理論と技法—．産業看護 1: 613-617, 2009
- 3) 田中英樹：社会で働くことの意義はどこにあるか．Schizophrenia Frontier 10: 251-255, 2009
- 4) 早野禎二：精神障害者における就労の意義と就労支援の課題．東海学園大学研究紀要 10: 29-43, 2005
- 5) Liberman, R. P.: Recovery from disability. American Psychiatric Association Washington D.C. 2008
- 6) 厚生労働省編：厚生労働白書—暮らしと社会の安定に向けた自立支援．ぎょうせい43-56, 東京, 2009
- 7) 中原さとみ, 中谷真樹：医療機関における精神障害者への就労支援．職業リハネットワーク 63: 8-13, 2008
- 8) 杉田明：障害者就業・生活支援センターにおける精神障害者への就業支援．職業リハネットワーク 63: 8-13, 2008
- 9) 堤 若菜：トータルパッケージを活用した精神障害者の就労支援．職業リハネットワーク 24-30, 2008
- 10) Rapp, C.A. Goscha, R.J. 著 田中秀樹監訳 ストレングスモデル, 金剛出版, 東京, 2010
- 11) 石垣琢磨, 道又襟子：経過の長い統合失調症

- に対する認知療法の多様性と適用条件, 心理臨床学研究 24: 282-291, 2010
- 12) 國方弘子, 渡邊久美: 慢性統合失調症者の Quality of life を予測する要因-領域別 QHOQOL-短縮版への影響. 日本看護科学会誌 27: 44-53, 2009
  - 13) Bandura, A. 原野広太郎訳: 社会的学習理論, 東京, 1983
  - 14) 坂野雄二, 東條光彦: 一般性セルフエフィカシー尺度作成の試み 行動療法研究 12:73-82, 1986
  - 15) 遠藤辰夫, 井上祥, 治欄千編著 セルフ・エスチームの心理学, 8-25, ナカニシヤ出版, 京都, 2001
  - 16) Erikson, E.H. 自我同一性—アイデンティティとライフサイクル, 誠信書房, 1973
  - 17) 大川希, 大島巖 他: 精神分裂病者の地域生活に対する自己効力感尺度 (SECL) の開発. 精神医学 43: 727-735, 2001
  - 18) Rosenberg M.: Society and the adolescent self image. Prinston Univ. Press, 1965
  - 19) 山本真理子, 松井豊, 他: 認知された自己の書側面の構造. 教育心理学研究 30: 64-68, 1982
  - 20) 下山晴彦: 大学生のモラトリアムの下位分類の研究—アイデンティティの発達との関連で. 教育心理学研究 40: 121-129, 1992
  - 21) 舟島みどり: 質的研究への挑戦. Pp.42-53, 医学書院, 東京, 2000
  - 22) 贅川信行・園環樹・大島巖他 ACT-Jの利用が重度の精神障害を抱える人たちの意識に及ぼす影響—自記式調査票によるアウトカム評価—厚生労働科学研究費補助金 (心の健康科学研究事業: 重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究—協力研究報告書
  - 23) 伊藤由賀・山村礎 地域で生活する統合失調症者の自己効力感の研究. 日本保健科学雑誌 9:112-119, 2006
  - 24) 太田幸治: 就労希望の精神障害者に対する心理的援助としての訪問面接-面接過程の考察を中心に. 心理臨床学研究 26: 652-662, 2009
  - 25) 鈴木啓子: SSTの限界と効果的利用について. 精神科看護 52: 24-30, 1996
  - 26) 松下年子, 松島英介, 平野桂奈: 急性期病棟に入院した精神障害者の自尊感情と Health Locus of Control. 臨床精神医学 33: 307-3012, 2004
  - 27) 國方弘子・豊田志保・矢嶋裕樹他 統合失調症患者の精神症状と自存感情の関連性 日本保健科学雑誌 9: 30-37, 2006
  - 28) 川村浩樹: 職業リハビリテーションの立場から—障害者職業能力開発校の実践. 日本職業・災害医学会会誌 57: 233-239, 2009
  - 29) 立石宏昭: 精神障害者の就労支援における QOL の変化. 厚生 の 指 標 56: 17-21, 2009
  - 30) 加藤武: キャリアデザインと職業リハビリテーションの視点—キャリア専門職による障害者への就労支援. 職業リハビリテーション 2: 50-55, 2010
  - 31) 西尾邪明: 包括型地域生活支援往路プログラム (ACT) と 就 労 支 援. Schizophrenia Frontier 8: 13, 2008

# Psychological aspects of psychiatrically handicapped people who received vocational training and required supports based on the Strengths Model

## **Abstract**

This study aimed to investigate psychological aspects and school requirements towards vocational training of psychiatrically handicapped vocational trainees, in order to promote employment support based on the Strength Model. Thirteen trainees completed the questionnaires consisted of self-efficacy, self-esteem, identity scales and free description about school requirements. The trainees were given the questionnaires and sent it back to the researchers by mail. The results revealed that the "treatment behavior" scores were the highest and the "interpersonal relationships" scores were the lowest in the 5 factors; daily life, treatment behavior, symptom coping behavior, social life and interpersonal relationships. The identity scores were higher than the average, however, the self-esteem scores were not. Factors of their requirements were "requirements for a constant reliance on the medical and psychological staff", "good interpersonal relationships and requirements for daily life", "sever employment status and anxiety", and "requirements of support for living in community." Support for fostering personal relationships or self-esteem as individual strength, realization of school requirements as environmental strength may promote learning and lead to employment support.

【資料】

# 臨床における看護研究の意義

鷺尾昌一、日高艶子、金山萬紀子\*

聖マリア学院大学看護学部、\*誠愛リハビリテーション病院看護部

<キーワード>

臨床看護師、看護研究、看護実践、研究問題

## はじめに

看護は健康と安寧のための社会のニーズに貢献するよう専門的知識を用いる専門職である<sup>1) 2)</sup>。専門職として根拠に基づいた看護を行うためにはエビデンスを築くための看護研究が不可欠である。看護実践の場である臨床は、根拠に基づく看護実践を行なう場であると同時に、根拠に基づく看護実践のためのエビデンスを生む場でもある。

看護実践を強化するために行う研究は看護師が看護実践の場で抱く患者の行動や看護ケアに関する疑問や苦情や願望などから始まる<sup>2)</sup>。これらの疑問や苦情や願望を研究問題に育て、看護研究により解答を得ていくが、看護は人間の問題について理解し、手をのべるという実践的な専門職であるので、看護研究の目的を達成するには伝統的な諸科学の研究方法を単に導入するだけでは不十分である<sup>2)</sup>。いろいろな研究方法から自分が現在持っている問題にはどの研究方法が一番適しているかを吟味し、最適と思われる研究方法を用いて研究を行う必要がある<sup>2)</sup>。

本稿では、自分たちが看る患者への看護実践を強化するために臨床の看護師が行う看護研究の特徴、臨床の看護師が学会発表や論文発表を行う意義を中心に概説し、実例を提示する。

## 1. 臨床の看護師が行う看護研究

臨床の看護師が行う看護研究は日々の看護実践

と並行して行われることが多い。臨床の看護師にとって患者への看護実践強化のための看護研究は日常の看護をいかにより良いものにしていくかを見出すための手段であり、必ずしも学会発表や論文作成が目的ではない。

一方、看護大学教員等の研究者が行う研究には独自性が要求され、何か「新しい発見」が求められるが、看護実践強化のために臨床の看護師が行う研究は、先行研究の結果を患者に応用しても良いかを検証するために行う場合もある。この場合、世間で言う「新しい発見」や独自性はないので、所属する病院内での発表にとどまる場合が少なくない。

臨床の看護師が行う看護研究は、先行研究で効果があるとされた研究が自分たちが従来行ってきた看護に比べ、患者にとって良い結果をもたらすか否かが重要なのであって、学会発表や論文作成は本来の研究目的ではないのである。

では、何故日常の看護実践の評価を研究しなければならないかと言うと、それは患者の看護ケアを向上させるためである。看護研究は患者の看護ケアを進歩させることを目標にしている<sup>2)</sup>。この目標の他には、他にも多くのことを行わなければならない臨床の看護師に彼らの看護実践について研究することを強要する正当な理由はない<sup>2)</sup>。自分の行った仕事を評価することは医師もそうであるが、看護師にも必要である<sup>2)</sup>。看護師は新しい情報(これまでの自分の経験やより公的に集められた知識)に基づいて自分の行動を修正することを常々行っている<sup>2)</sup>。看護研究はこの修正の手續



きを助けるので、注意深く研究計画を組み立てれば、臨床的な経験を生かして看護実践を進歩させる看護研究を行うことが可能である<sup>2)</sup>。看護を研究することは看護師の特権であり、また、責任でもある<sup>2)</sup>。

研究には「バイアスや系統誤差が少なく、研究から導かれる結果に誤りがないこと(内的妥当性)<sup>3)</sup>」と「研究から導かれる結果が研究に参加していないひとたちに適用でき、一般化されること(外的妥当性)<sup>3)</sup>」が要求されるが、患者への看護実践強化のために臨床の看護師が日常の看護実践の評価として行う看護研究の場合、研究から導かれる結果が研究に参加していない人たち(他の医療機関の患者)に適用できなくても研究を行わなければならない場合が少なくない。逆に言えば、研究成果を自分たちの所属機関の患者にのみ活用するのであれば、他の医療機関の患者に必ずしも適用できることを求める必要はないといえる。また、先行研究の結果と同じ結果が得られた場合、世間の人たち(看護大学教員や他の医療機関で働く看護師など)にとって研究成果は既知のものであるので、外部に向けて発表する新しい発見はありえず、学会発表や論文発表の機会は非常に少なくなる。

## 2. 学会発表や論文発表を行う意義

看護実践を強化するために臨床の看護師が自分たちの行った研究を学会や論文で発表する第一の目的は「研究方法が正しく行われ、看護を実践するためのエビデンスとなるか否か」について、外部の意見を求めることである。すなわち、看護研究の過程において、自分たちが気づかなかつた不備がないかを外部に問うためでもある。これは先行研究の追試ではなく、自分たちが何か新しいことを行った場合に必要になってくる。ここで臨床の看護師が外部に意見を求めなければいけないことは、まず、「研究にバイアスや系統誤差が少なく、研究から導かれる結果に誤りがないか(内的妥当性)<sup>3)</sup>」である。次いで、「研究から導かれる結果が研究に参加していないひとたちに適用でき、一般化されるか(外的妥当性)<sup>3)</sup>」についても意見を求める。しかし、外的妥当性を確保するには、その結果を一般化できるだけの対象者数や施設数が必要となり、臨床で看護実践を行いながら所属機関の患者への看護実践を強化するために研究に取り組む看護師にとっては、そのような研究が困難である場合も少なくない。

看護実践を強化するために行った研究を臨床の看護師が学会や論文で発表する第二の目的は問題の提起である。内的妥当性の確保された新しい発見を世間に発表することで、看護大学教員などの看護研究を業務の一部とする看護研究者たちにテーマを与えることである。

臨床の看護師が行った看護研究の成果を「日本で活用される必要があるかもしれない」と看護大学教員などの看護研究者が判断すれば、看護研究者がより多くの対象者を集め、多施設と共同研究を行うなどして、臨床の看護師の研究成果を一般化するための看護研究を展開するであろう。いずれにせよ、最も良い方法は、臨床の看護師と看護大学教員などの看護研究者が共同で看護研究を行うことである。両者が協力することで臨床看護への大いなる貢献が可能となると言える。

## 3. 診療記録を用いた研究の特徴

看護記録を含む診療記録は日常診療の記録であり、患者と看護職、医師、その他の医療関係者のかかわりの記録である。医療機関毎にその記録の方法にはルールがあり、必ず記載しなければいけない事項と、それぞれの医療職の判断で記録がなされていたり、いなかったりする事項がある。

研究の内的妥当性を確保するには、データの質が均一であることが必要である。従って記録の方法を統一しておく必要がある。例えば、喫煙歴の場合、現在タバコを吸っている者は「現在喫煙」、過去は喫煙していたが現在はタバコを吸っていない者は「禁煙」、一度もタバコを吸ったことのない者は「未喫煙」としておけば、非喫煙者が未喫煙者か、禁煙者であるかの区別がつく。

また、看護の対象となる患者の疾患により、聴かなければいけない家族歴や既往歴は異なってくるが、既往や家族歴に関して、どの患者でも入院してきた時に訊ねる疾患を統一し、既往歴:糖尿病(あり)、糖尿病(なし)などとしておけば、記載がないのが本当にその既往が無いのか、聴きもれなのかがわかる。

研究データを収集する場合、糖尿病(あり、なし、不明)となるので、未記入を少なくし、不明を少なくすることが研究の精度を上げることにつながる。(量的研究のためのデータセットを作成する際には「あり=1、なし=2、不明=9」のように「なし」と「未記入」を区別して入力する。)入院時の体重測定の場合、全員寝衣に着替えてから測定するようにし、問診だけで済ませたり、寝衣に着

替える前に外来で測定した体重を記録しないようにし、データの質を同じにすることが必要である。

研究対象となる人たちの権利の擁護は近年注目を集めている。看護や医学における臨床研究においては二重の基準があることが指摘されている<sup>2)</sup>。臨床現場における研究活動ではインフォームド・コンセントを取得するために厳しい手順をふむが、同じ活動が臨床の実践の一部として行われる場合にはそのような厳しい適応をしない<sup>2)</sup>。

文部科学省・厚生労働省の疫学研究の倫理指針(平成14年6月17日:平成19年8月16日全部改正)では診断・治療等の医療行為について、当該方法の有効性・安全性を評価するため、診療記等診療情報を収集・集計して行う観察研究は臨床の現場における疫学研究とされている<sup>4)</sup>。同ガイドラインでは既存の資料を用いる観察研究はインフォームド・コンセントを受けることを必ずしも要しないが、当該研究の実施について公開しなければならない<sup>4)</sup>。

看護記録など診療記録を用いる観察研究は看護を含む診療行為において、通常の業務を行ない、研究のために特別なことをしていないのであれば、明日診療記録(看護記録)に記載される事項であっても既存の資料である。病院内に「診療記録を研究に利用するかもしれない」ということを開示していればインフォームド・コンセントの取得は必ずしも必要ではない。

#### 4. 臨床の看護師が行った看護研究の実例

患者への看護実践を強化するために行う研究は看護師が看護実践の場で抱く患者の行動や看護ケアに関する疑問や苦情や願望などから始まる<sup>2)</sup>。これらの疑問や苦情や願望を研究問題に育て、看護研究により解答を得ていくことは非常に有意義なことである。本項では脳卒中など中枢神経疾患を持つ患者を対象としたリハビリテーション病院で患者の転倒を減らすために行われた看護研究<sup>5)</sup>を紹介する。

『背景』:脳卒中患者の多くは運動機能障害や感覚障害、高次機能障害などを有しており、転倒のリスクが高い。

『対象と方法』:1999年4月から2000年12月までに一般病棟に入院した脳卒中患者218人を対象に転倒事故の報告書とリハビリ評価表から、①年齢、②性別、③疾患名、④麻痺の部位、⑤注意障害の有無、⑥前頭葉症状の有無、⑦失行の有無、⑧失認の有無、⑨失

語の有無、⑩転倒時刻、⑪入院から転倒までの日数、⑫歩行レベルの12項目を抽出し、転倒要因となる属性を検討。転倒群42人と非転倒群176人を比較した。

『結果』:①入院から転倒までの日数は2週間以内が多かった(29%)。②転倒場所はベッドサイド(80%)、トイレ(12%)、廊下・浴室(3%)、洗面所(2%)の順で、ベッドサイドではポータブルトイレでの排泄後の転倒が多かった。③転倒時刻は深夜帯の5~8時台が26%であり最も多かった。準夜帯と日勤帯ではほとんど差はなかった。また、転倒の多い時間帯に行っている業務は配膳、おむつ交換、入浴介助で、1箇所に集中してケアを行っている時間帯であった。④高次機能障害との関連では前頭葉障害(抑制障害、プランニング障害、保持、強制把握)、注意障害(車椅子のブレーキのかけ忘れなど安全確認ができない)のある患者で転倒が多かった。⑤転倒群のほうが非転倒群よりも介助歩行の割合が多かった(64% vs. 37%)。

以上の結果を踏まえ、病院の経営陣と交渉し、①人員の増員(看護師の増員、パートタイム看護助手の採用)、②低床ベッドの導入、③スイングバー(介助バー)、転倒時の衝撃を和らげる衝撃マットの導入を行うなどの対策をとった結果、全転倒件数は2004年度の201件から2003年度147件に、一般病棟の転倒件数も2003年度の40件から2004年度の26件に減少した。

看護において研究できる問題を発見することは少しもむずかしいことではない<sup>2)</sup>。「問題」とは何かよくない感じのことであり、それは出来事の一つの状態の間の差異であり、現在の状態とあるべき状態との間の差異、あるいは、現在わかっていることと、問題を取り除くために知る必要があることとの差異である<sup>2)</sup>。

ここで紹介する看護研究<sup>5)</sup>の場合は現在の状態(転倒する脳卒中患者がいる状態)と有るべき状態(転倒する脳卒中患者が一人もいない状態)の差異である。どのようにすれば、問題解決ができるかを調べることがこの研究の目的である。このリハビリテーション病院では転倒群42人と非転倒群176人の転倒要因となる属性を比較検討することで、いつ、どのような場所で転倒が起こり、どのような患者に転倒が起こりやすいかを明らかにし、問題解決のためにできることを検討し、改善策を見つけ、それを実践し、その効果を検証している。研究の具体的な内容の詳細については金山萬紀子の報告<sup>5)</sup>を参照されたい。

## 5. 看護研究問題

看護研究は患者の行動や看護ケアに関する疑問や苦情や願望などから始まるが、それらの問題がすべて研究できる問題となるとは限らない<sup>2)</sup>。ある差異が看護研究できる問題となるには以下の三つの基準にそっていることが必要である。第一の基準は研究の可能性をもった問題が重要な差異であることである<sup>2)</sup>。差異が問題となるのは患者の看護ケアに影響がある場合である<sup>2)</sup>。看護実践の場における研究の正しい焦点は患者の看護ケアの場における問題を系統的に調べることにおかれている<sup>2)</sup>。

問題が看護研究問題となる第二の基準はその問題がより一般的な概念的な論点との関係を持っているということである<sup>2)</sup>。看護研究には二つの目標があり、第一は患者の看護ケアを進歩させること(第一の基準)であり、第二は、専門的、実践的知識を開発することであるであるとすれば、研究のための問題は看護理論(看護知識)の開発に寄与する可能性をもっていなければならない<sup>2)</sup>。しかし、ある妊婦の、重症の低血圧が患者を仰臥位から側臥位にすることで、妊娠した子宮による下大静脈の圧迫をなくし、低血圧を改善できるように、生理学や解剖学の既存の知識で回答が得られる場合には研究の必要はない<sup>2)</sup>。

看護実践の場における研究は労力を要する仕事であり、既に回答が得られている問題を解くために研究を行うのは専門職としての貴重な資源を有効に生かしているとはいえない<sup>2)</sup>。

問題が看護研究になるための第三の基準は、その問題を看護師が直接コントロールすることができるということである<sup>2)</sup>。薬物に対する患者の耐性や適正の問題は実際には看護師がコントロールできることではないので、他職種の人たちに研究してもらおうほうがよい<sup>2)</sup>。

### おわりに

看護実践を強化するために看護師が行う臨床に

おける看護研究について、実例を交え紹介した。臨床の看護師が行う看護研究の多くは看護実践に役立つことや職場環境を改善することを目指したものであり、学会発表や論文発表はあくまでも副産物であることが少なくない。しかし、その成果を外部に発信することは、外部の批判を受けることで研究成果の内的妥当性の確認ができるだけでなく、看護大学教員等の看護研究者に研究のヒントを与えることで、看護大学教員等の研究者の手により当該研究の研究成果が一般化され、他の医療機関での看護の実践に役立つようになる場合もあり、その意義は決して少なくない。

また、臨床の看護師の研究成果を一般化するために、臨床の看護師と看護大学教員などの看護研究者が共同で看護研究を行うことも可能である。看護を研究することは看護師の特権であり、また、責任でもある<sup>2)</sup>。

### 文献

- 1) Sister. Callista Roy: The Roy Adaptation Model 3rd edition. Pearson Education, New Jersey, 2009.
- 2) 小島通代, 岡部聡子, 金井和子訳: ドナ・ディアー 看護研究 ケアの場で行うための方法論. 日本看護協会出版会, 東京, 1984. (Donna D: Research in Nursing Practice, J B Lippincott Company, 1979)
- 3) Porta M, Greenland S, Last JM: A Dictionary of Epidemiology, 5th edn, Oxford, 2008.
- 4) 文部科学省, 厚生労働省: 疫学研究に関する倫理指針. 日本疫学会監修, はじめて学ぶやさしい疫学, 疫学への招待, 改訂第2版. 南江堂, 東京, 121-137, 2010.
- 5) 金山萬紀子: 脳卒中患者の転倒・転落事故はどうしたら減らせるのか. 日高艶子監修, 脳卒中リハビリテーション看護 Case Study. メディカ出版, 大阪, 116-125, 2011.

【資料】

# わが国の高血圧症患者への患者教育の現状

白水麻子、鷺尾昌一

聖マリア学院大学

<キーワード>

患者教育、高血圧症

## I . はじめに

わが国の3大死因は悪性新生物、心疾患、脳血管疾患である。2007年現在では心疾患による死亡者数は、悪性新生物について死因の第二位であり、総死亡者数の15.8%を占めている<sup>1)</sup>。日本人における冠動脈硬化の危険因子としては肥満よりも糖代謝異常や脂質代謝異常、血圧の異常のほうが影響しており、今後の対策として生活習慣の改善が必要であると報告されている。今後の食生活等の生活習慣の欧米化がさらに進行すると、現在の受療率が高くなることが予想される。このことから、虚血性心疾患に代表される心疾患の予防の重要性は増してくると考える。

そこで、今後、看護師の役割が重要となると考えられる心疾患予防のための患者教育について、現在報告されている文献を検討し、現状の課題及び今後の対策を明らかにすることを目的とする。本研究においては、動脈硬化の危険因子である血圧の異常に注目して、患者への教育的関わりの現状についてその実態を明らかにする。

## II . 研究方法

### 1. 対象文献の選定

高血圧患者への患者教育に関する文献の動向について、文献検索サイト医学中央雑誌Webにて文献検索を行った。期間は、2000年から2009年

までの過去10年間とした。キーワードを「患者教育」、「高血圧(症)」、「循環器看護」とした。さらに、論文の種類を原著論文に限定し文献検索を行った。

文献検索の結果、文献数は2003年から2009年の7年間で41件であった。41件のうち看護職者が主体的に患者教育を行っている文献が26件であった。また、26件のなかに、事例研究が8件(入院患者を対象にした患者教育:3件、外来における患者教育:2件、在宅における患者教育:3件)含まれており、これらの報告は個別性に富んでいるため今回の分析対象から除くこととした。従って、本研究では、集団検診での患者教育に関する文献8件、入院患者への患者教育に関する文献6件、外来における患者教育に関する文献4件を対象にした。

### 2. 分析方法

検索した文献から、調査対象、研究方法及び分析方法、患者教育の内容及び方法、患者教育の効果について分類した。

## III . わが国の高血圧患者に対する患者教育の動向

### 1. 集団検診での患者教育の現状 (表1)

1) 高橋ら<sup>2)</sup>は健診結果の通知に関する住民の認識や考えを明らかにするために M 県 A 町の町民11名(男性7名、女性4名、平均年齢65.3歳)

表1. 集団検診での患者教育の現状

著者・年	対象	方法	結果・要旨
1 高橋和子ら (2009)	M県A町の町民11名(男性7名、女性4名、平均年齢65.3歳)	対象者11名を2グループにわけ、健診結果の通知についてどのように感じているか、及び活用状況などを把握するためにテーマを設定し、グループワークを実施。グループワークでの発言を録音し、その内容を分析	健診結果の活用方法として「以上の有無のチェック」「早期対応に活かす」など6カテゴリー、結果の通知に関するポジティブな意見として「年度の比較ができる」など3項目、ネガティブな意見として「記載内容が読みにくい」「対処方法がわからない」「通知を出すだけでは意味がない」などの4項目であった。健診結果が活用できるよう指導方法の工夫が必要であることが示唆された。
2 神崎初美、神原咲子 (2009)	「まちの保健室」利用者のなかの405人(男性96名、女性303名、NA6名、平均年齢64.8±16.4歳)	研究者が作成した調査用紙で調査を実施 調査内容：保健室利用状況、持病の種類と有訴症状、通院と服薬の状況など34項目	「持病がある」54.3%、高血圧が22.8%で一番多かった。利用者の健康への関心は高く、来所の目的は「健康の維持・管理」に次いで「看護師に相談や話を聞いてもらいたい」であった。来所者の背景より生活習慣の見直しやメタリックシフト予防に関して重点化する必要があることを強調している。
3 原賀美紀、吉峯敏子 (2008)	①毎年、健診を受診している・②生活習慣に関する指導を受けたことがある・③生活習慣に関する行動変容があり継続している、これら3つの条件をすべて満たしている男性2名	半構成的面接を行い、過去に受けた指導内容と受け止め、行動変容の条件と契機、行動継続の要因、指導に対する要望の4項目に分類・整理し、意味内容からカテゴリー化を実施	過去に受けた指導内容と受け止めは健診結果の説明と生活習慣の改善に関することであった。行動変容の条件と契機は、職場の状況、自分の意識、体の異変を感じた、家族などの影響を受けたことであった。指導に対する要望は、指導の体制、内容、方法、指導する人の態度・人柄であった。
4 齊藤長徳ら (2007)	健診受診者の中から心電図所見が正常でBMI25以上の15名(全員女性) 介入群7名、平均年齢56.4±3.6歳 対照群8名、平均年齢55.1±4.5歳	介入群、対象群ともに、食事調査、運動指標調査、健康指標調査、問診を行った。介入群は毎月1回、計5回の健康教室に参加。健康教室では講話、運動指導、個人栄養相談を実施。5回目に食事調査、総合検査を実施。この時期に、対照群も同調査を実施。介入前後で分析。	食事調査では介入群では野菜・海藻・種実類の摂取が増加した。健康指標及び運動指標においては、介入群、対照群では差がなかった。運動指標においては全てのデータが改善していた。健康教室の参加は意味がある。
5 山崎春歌ら (2005)	地域住民50名 A市:36名(男性20名、女性16名)75歳未満28名、75歳以上8名 B市:50名(男性12名、女性38名)75歳未満31名、75歳以上19名	2つの地域の高齢者の身体状態の比較	ウエスト・ヒップ比、拡張期血圧、血糖値、BMI、体脂肪率、骨密度、筋肉率などに地域差、男女差が認められた。地域及び男女の身体状態を把握した上での介入活動が重要である。
6 草野洋介ら (2005)	健診受診者のうち58名	生活アセスメント調査を行い、対象者の食事摂取状況とその問題点、運動の実施状況を把握した。6か月間で計5回の面接を実施。採血を2.46(終了時)に実施	高血圧対象者では、収縮期血圧に変化はなかったが、拡張期血圧は有意に低下した。高脂血症対象者ではHbA1Cが有意に低下した。食事、運動などの行動変容がみられた。
7 足達淑子ら (2004)	健診にて支援をしている高血圧者96名 介入群32名、対照群64名	個別助言をコンピュータ化した非対面介入を行った群と対象群の介入前と介入後(1ヶ月後、3ヶ月後)、追跡時(1約年後)の血圧値を分析	介入群の血圧は開始時から終了時にかけて収縮期・拡張期ともに血圧値は低下し、終了時から3カ月は維持、3ヶ月後から9ヶ月後には収縮期血圧がさらに低下した。介入群の収縮期及び拡張期血圧は有意に低下した。
8 竹森幸一ら (2003)	健康教室への参加者64名 参加群40名、平均年齢62.9±7歳 検査群24名、平均年齢61.3±8.5歳	質問紙による調査研究 調査内容：健康習慣(10項目)、食習慣(10項目)、減塩への取り組み意欲と自信、血圧値	食習慣スコアの分析より教育プログラムが減塩教育に有効である可能性を示している。しかし、運動習慣スコアには影響していなかったことより改善の余地があると考えられる。

を対象に、健診結果の通知についてどのように感じているか及び活用状況などを調査した。調査方法は、対象者11名を2グループにわけ、テーマを設定し、グループワークを実施し、グループワークでの発言を録音し、その内容を分析した。その結果、健診結果の活用方法として「異常の有無のチェック」「早期対応に活かす」など6カテゴリー、結果の通知に関するポジティブな意見として「年度の比較ができる」など3項目、ネガティブな意見として「記載内容が読みにくい」「対処方法がわからない」「通知を出すだけでは意味がない」などの4項目を明にし、健診結果が活用できるよう指導方法の工夫が必要であることを示唆している。

2) 神崎ら<sup>3)</sup>は まちの保健室で行う看護実践の示唆を得ることを目的に、「まちの保健室」利用者のなかの405人(男性96名、女性303名、NA6名、平均年齢64.8±16.4歳)を対象に、保健室利用状況、持病の種類と有訴症状、通院と服薬の状況などについて34項目の調査用紙

を作成し、調査を行った。その結果、「持病がある」54.3%、高血圧が22.8%で一番多かった。さらに、利用者の健康への関心は高く、来所の目的は「健康の維持・管理」に次いで「看護師に相談や話を聞いてもらいたい」であった。来所者の背景より生活習慣の見直しやメタリックシフト予防に関して重点化する必要があることを強調している。

3) 原賀ら<sup>4)</sup>は保健指導の現状や要望、行動変容の契機と継続の条件を明らかにし、生活習慣改善のための行動の変容と継続につながる保健指導の構造を検討することを目的に対象者に半構成的面接を行った。対象者は、①毎年、健診を受診している、②生活習慣に関する指導を受けたことがある、③生活習慣に関する行動変容があり継続している、これら3つの条件をすべて満たしている男性2名であった。面接結果を、過去に受けた指導内容と受け止め、行動変容の条件と契機、行動継続の要因、指導に対する要望の4項目に分類・整理し、意味内容から

カテゴリー化を実施した。その結果、過去に受けた指導内容と受け止めは健診結果の説明と生活習慣の改善に関することであること、行動変容の条件と契機は、職場の状況、自分の意識、体の異変を感じた、家族などの影響を受けたことであること、行動継続の要因は、楽しみながらできる、健康のためと実感できる、経過や成果が目で見えて確認できる、毎日できなくても気にしない等を明らかにした。さらに、指導に対する要望は、指導の体制、内容、方法、指導する人の態度・人柄であった。

- 4) 齊藤ら<sup>5)</sup>は肥満の解消を目的とし、Body Mass Index (BMI) 25以上の地域住民を対象に食生活指導を中心とした健康教室に運動を取り入れた新たな健康教育プログラムの効果を報告している。対象は、健診受診者の中から心電図所見が正常でBMI 25以上の15名(全員女性)であり、介入群7名(平均年齢56.4 ± 3.6歳)、対照群8名(平均年齢55.1 ± 4.5歳)のデータを分析している。介入群は毎月1回、計5回の健康教室に参加している。健康教室では講話、運動指導、個人栄養相談を実施し、5回目に食事調査、総合検査を実施している。この時期に、対照群も同調査を実施し、介入前後で分析を行っている。分析の結果、食事調査では介入群では野菜・海草・種実類の摂取が増加していた。さらに、健康指標及び運動指標においては、介入群、対照群では差がなかったが、運動指標においては全てのデータが改善していたことを明らかにしている。そして、健康教室の参加は意味があることを結論づけている。
- 5) 山崎ら<sup>6)</sup>は2つの地域の高齢者の身体状態を比較し、対象地域に応じた運動・教育内容に関する特徴を検討するために、地域住民86名(A市:36名、B市:50名)を対象に調査を行った。調査内容は、体脂肪率、除脂肪率、筋肉量、骨量、ウエスト、血圧値、血糖値、生活習慣、運動習慣などであった。その結果、ウエスト・ヒップ比、拡張期血圧、血糖値、BMI、体脂肪率、骨密度、筋肉率などに地域差、男女差があることを明らかにしている。これらの結果より、地域及び男女の身体状態を把握した上での介入活動の重要性を示唆している。
- 6) 草野ら<sup>7)</sup>は個別健康教育(高血圧、高脂血症、糖尿病、喫煙)に加えて集団指導を取り入れ、その効果を明らかにするために、健診受診者のうち58名を対象に調査を行った。まず、対象者の生活プロフィール調査を行い、対象者の食事摂取状況とその問題点、運動の実施状況を把

握し、その解析結果をもとに指導方針を決定し、6か月間に渡り計5回の面接を行い、栄養、運動などの生活改善の方向づけ、行動の確認および評価を繰り返し行っている。さらに、医師による講話3回、運動教室1回、味覚チェック1回、バイキング料理による栄養教育1回を行っている。そして採血は2、4、6(終了時)ヶ月目の計3回実施し、介入前後における採血結果、血圧測定結果、身体測定結果の比較により評価を行っている。高血圧対象者では、収縮期血圧に変化はなかったが、拡張期血圧は有意に低下することを明らかにしている。さらに、高脂血症対象者では総コレステロール値は有意に上昇、これはHDLコレステロールが有意に上昇したことが影響していることを明らかにしている。さらに有意ではないが中性脂肪及び血糖値の低下もあり、さらに、HbA1Cは有意に低下していることも明らかにしている。また、運動面での歩行数の増加、食生活での摂取カロリーの低下、魚介類や野菜の摂取量の増加、間食の減少などの行動変容が認められたと報告している。

- 7) 足達ら<sup>8)</sup>は、健診にて支援をしている高血圧者96名を介入群(32名)、対照群(64名)とし、比較研究を行った。介入群には個別の高血圧プログラムの習慣改善への助言を参考に目標行動を対象者が自分で設定し、家庭血圧値と目標行動の達成の有無を毎日1か月記録し、開始時、1ヶ月後、3ヶ月後に血圧と体重の測定および習慣に関する質問紙調査を行い、対照群に対しては、通常の指導のみを行っている。その結果、介入群の血圧値は開始時から終了時にかけて収縮期・拡張期ともに低下し、終了時から3カ月は維持、3ヶ月後から9ヶ月後には収縮期血圧がさらに低下することを明らかにしている。しかし、喫煙者15名の喫煙本数は変化がなかったことも報告されている。
- 8) 竹森ら<sup>9)</sup>は減塩教室の指導効果を検討することを目的に、健康教室への参加者を対象に調査を行っている。対象者は健康教室の参加40名と塩分検査のみを行った24名の計64名に対し、質問紙による調査研究を行っている。調査内容は健康習慣(10項目)、食習慣(10項目)、減塩への取り組み意欲と自信、血圧値であった。調査結果として、食習慣スコアの分析より教育プログラムが減塩教育に有効である可能性を報告している。しかし、運動習慣スコアには影響していなかったことより改善の余地があることも報告されている。

## 2. 入院患者への患者教育の現状 (表2)

- 1) 藤本ら<sup>10)</sup>は個別指導にあった日常生活指導による行動変容を明らかにするために、虚血性心疾患患者でPTCAをうけた患者のうち66歳から74歳の5名(男性4名、女性1名)に対して質問紙による調査研究を行っている。調査内容は、疾患、服薬、食事、運動、タバコ、入浴などの生活習慣であった。調査は、1か月毎、に点数を比較し3ヶ月後までの計3回実施している。その結果、点数が増加し行動変容が認められたのは、服薬(3名)、食事(4名)、運動(5名)、生活習慣(4名)であることが報告されている。
- 2) 宮崎ら<sup>11)</sup>はパンフレットの活用が禁煙に対する行動変容ステージ移行に与える影響を明らかにするために、喫煙中または喫煙歴のある循環器疾患患者54名を対象に、パンフレットの使用前後での行動変容ステージ移行状況の比較を行っている。調査内容は、パンフレット内容について「影響を受けた内容」「興味深かった内容」「初めて知った内容」であり、喫煙・禁煙者間で分析を行っている。その結果、パンフレットによる行動変容ステージの移行は喫煙

者に有効であることが明らかになった。しかし、個人の理解力や既存する知識の程度などが要因となることが考えられ、必ずしもパンフレットのみが影響した結果とは言い難いとも報告されている。さらに、この調査で、約9割の患者がパンフレットを読んでおり、7割の人に初めての知識を提供できていることが明らかとなったことも報告されている。

- 3) 冷川ら<sup>12)</sup>は高血圧患者のセルフケア向上のために家庭血圧測定の有効性を検討することを目的にアンケート調査を行っている。対象はパンフレットによる家庭血圧測定指導を行った入院患者10名(高血圧症2名、心不全1名、虚血性心臓病7名)であった。アンケート調査は、指導前、指導後2週間、6か月に行っており、調査内容は「疾患」、「薬」、「食事」、「日常生活」、「家庭血圧測定」の5つのカテゴリーにおける知識面と行動面に関するもので全26項目より構成されていた。調査の結果、指導前と指導後2週間で有意差が認められたのは、全体の知識面、食事の行動面、薬の知識面、日常生活の行動面、家庭血圧測定の行動面であることが明ら

表2. 入院患者への患者教育の現状

著者・年	対象	方法	結果・要旨
1 藤本二三代ら (2006)	虚血性心疾患患者でPTCAを受けた患者23名のうち、高血圧・高脂血症・肥満・糖尿病を合併している、研究に同意の得られた66歳～74歳の患者5名	質問紙による調査研究 調査内容：疾患、服薬、食事、運動、タバコ、入浴などの生活習慣 調査方法：1か月毎にアンケートを実施し、3か月後までの計3回実施し	アンケートの点数の変化と逐語記録内容から行動変容をみた。その結果、A氏は服薬に対する意識の変化・行動の変容がみられた。B氏は薬の種類と作用、服薬の必要性は理解できた。C氏は運動の項目について理解度が変化した。D氏は全ての項目において点数が増加したが、疾患については減少、生活習慣については増加した後に減少した。
2 宮崎 愛ら (2005)	喫煙中または喫煙歴のある循環器疾患患者54名	パンフレットの使用前後での行動変容ステージ移行状況の比較を行っている。調査内容は、パンフレット内容について「影響を受けた内容」「興味深かった内容」「初めて知った内容」であり、喫煙・禁煙者間で分析を行っている。	パンフレットによる行動変容ステージの移行は喫煙者に有効であることが明らかになった。しかし、個人の理解力や既存する知識の程度などが要因となることが考えられ、必ずしもパンフレットのみが影響した結果とは言い難いとも報告されている。さらに、この調査で、約9割の患者がパンフレットを読んでおり、7割の人に初めての知識を提供できていることが明らかとなったことも報告されている。
3 冷川照子ら (2004)	パンフレットによる家庭血圧測定指導を行った入院患者10名(高血圧症2名、心不全1名、虚血性心臓病7名)	アンケート調査は、指導前、指導後2週間、6か月に行っており、調査内容は「疾患」、「薬」、「食事」、「日常生活」、「家庭血圧測定」の5つのカテゴリーにおける知識面と行動面に関するもので全26項目より構成されていた。	指導前と指導後2週間で有意差が認められたのは、全体の知識面、食事の行動面、薬の知識面、日常生活の行動面、家庭血圧測定の行動面であることが明らかになった。しかし、指導後2週間と指導約6ヶ月後においては全てにおいて有意差がないことが報告されている。
4 水田真由美ら (1998)	循環器疾患の健康教室へ参加している患者51名	健康教室2回目終了後に質問紙を配布し、その場で記入・回収を行っている。質問内容は喫煙・飲酒の有無、塩分摂取状況、運動実施状況、肥満の程度、ストレス、タイプAについて	保健行動の特徴として、健康教室出席状況が良い群は喫煙・飲酒・塩分摂取過多・運動不足・肥満・ストレス自覚の率が低く、健康管理に対する意識の高さが伺えるという結果を報告している。さらに、ストレスに関しては、ストレス自覚ありの者がタイプAの者に有意に多く、そのためストレスへの配慮に個々の行動特性を加味した指導の必要性を報告している。
5 中野敦子ら (2006)	下記の循環器疾患患者を受け持った看護師14名 ケースファシリテーター(CC)導入前(39例) ケースファシリテーター(CC)導入後(57例) アセスメント(AS)導入後(39例)	質問紙による調査研究 調査内容：生活指導で重視したい13項目、患者の有する危険因子、看護師の属性	ケースファシリテーター導入前後では、13項目全てにおいて平均点が上昇し有意差を認めた。そのなかでも生活指導の実施が74.4%から92.7%と変化した。アセスメントの導入後の調査では、生活指導の項目は、ケースファシリテーター導入前よりも上昇したが、導入後よりも下降していた。また、看護師の経験年数と生活指導実施について、及び情報収集、アセスメント、評価の項目に正の相関が認められている。
6 神尾有佳ら (2005)	呼吸循環器病棟看護師26名	自己記入式質問紙法による調査 質問内容：PGI2導入の意思決定へのサポート、個別性のある指導、サポート体制の調整、の3項目について検討し、情報収集の実態、患者指導と調整の実態に分けて39項目	情報収集の時期、収集内容にばらつきがあった。しかし、ツールがあれば有効であることが示唆されている。患者指導チェックリストにある項目はほとんどの看護師が指導できているが、チェックリストにない項目は実施状況が不十分であるという実態が明らかになった。さらにPGI2導入の意思決定へのサポートが不十分であることも明らかとなり、臨床経験をつんだ看護師が専門性を追求していけるシステムが必要であることを強調している。

かになっている。しかし、指導後2週間と指導約6ヶ月後においては全てにおいて有意差がないことが報告されている。

- 4) 水田ら<sup>13)</sup> (1998) は健康教室参加者を対象にライフスタイル、肥満、ストレス自覚、タイプAに関する調査を行い、これらの保健行動の傾向と個人特性との関連を検討している。対象は循環器疾患の健康教室へ参加している患者51名であり、健康教室2回目終了後に質問紙を配布し、その場で記入・回収を行っている。質問内容は喫煙・飲酒の有無、塩分摂取状況、運動実施状況、肥満の程度、ストレス、タイプAについてであった。保健行動の特徴として、健康教室出席状況が良い群は喫煙・飲酒・塩分摂取過多・運動不足・肥満・ストレス自覚の率が低く、健康管理に対する意識の高さが伺えるという結果を報告している。さらに、ストレスに関しては、ストレス自覚ありの者がタイプAの者に有意に多く、そのためストレスへの配慮に個々の行動特性を加味した指導の必要性を報告している。
- 5) 中野ら<sup>14)</sup> は受け持ち看護師による生活指導自己評価から生活指導の徹底に向けた対策の効果を明らかにするために、看護師14名を対象に質問紙による調査を行った。調査の時期はケースカンファレンス導入前、導入後、アセスメントシート導入後の3回であった。調査内容は生活指導で重視したい13項目、患者の有する危険因子、看護師の属性であった。ケースカンファレンス導入前後では、13項目全てにおいて平均点が上昇し有意さを認めたことを報告している。そのなかでも生活指導の実施が74.4%から92.7%と変化したとのことである。さらに、アセスメントシートの導入後の調査では、生活指導の項目は、ケースカンファレンス導入前よりも上昇したが、導入後よりも下降していたとのことであった。また、看護師の経験年数と生活指導実施について、及び情報収集、アセスメント、評価の項目に正の相関が認められていることも明らかになっている。
- 6) 神尾ら<sup>15)</sup> は肺高血圧症患者のフローラン持続静注療法(以下PGI<sub>2</sub>)導入患者に対する指導が退院後の生活に即しているかの実態を明らかにするために、呼吸循環器病棟看護師26名を対象に自己記入式質問紙法による調査を行っている。質問内容はPGI<sub>2</sub>導入の意思決定へのサポート、個別性のある指導、サポート体制の調整、の3項目について検討し、情報収集の実態、患者指導と調整の実態に分けて39項目を作成している。調査の

結果、情報収集の時期、収集内容にばらつきがあることを明らかにしている。しかし、ツールがあれば有効であることも報告されている。そして、患者指導チェックリストにある項目はほとんどの看護師が指導できているが、チェックリストにない項目は実施状況が不十分であるという実態も明らかになっている。さらにPGI<sub>2</sub>導入の意思決定へのサポートが不十分であることも明らかとなり、臨床経験をつんだ看護師が専門性を追求していけるシステムが必要であることを強調している。

### 3. 外来における患者教育の現状(表3)

- 1) 大堀ら<sup>16)</sup> は外来で降圧剤の処方を受けている患者の服薬に対する受け止めと年齢及び罹患年数との関連を明らかにするために、外来通院する高血圧症患者186名を対象に、質問紙による調査研究を行った。調査内容は、服薬の動機・受容・理解・薬の費用など11項目であった。調査の結果、服薬の動機と理解に関しては点数が高く、受容と費用に関しては点数が低いことが明らかにされている。さらに、高血圧症罹患年数は服薬の受け止めに影響していないことも明らかにされている。さらに、高齢であるほど服薬の受け入れが良いが年齢が低い人ほど受け止めが良くないことが明らかにされており、年齢は服薬の受け止めに影響していることを報告している。また、薬の飲み方のわかりやすさと年齢が負の相関を示していた。これらのことから、高齢者は服薬の受け入れは良いが、飲み方などの理解に苦しみ状況に陥りやすいため、高齢者に対しては、飲み方の説明などわかりやすい言葉を用いて、ゆっくり繰り返し行うなどの工夫が必要であり、看護師は患者の服薬に対する受け止めや飲みかたの理解度などに注目して服薬支援を行っていくことが重要であることを報告している。
- 2) 高田ら<sup>17)</sup> は生活習慣病外来における看護の継続介入の効果を明らかにするために、高血圧症を呈するメタボリックシンドロームと診断された患者40歳から75歳の男性7名を対象に介入研究を行っている。強化群に対しては4週毎の外来受診時に身体計測(体重、腹囲、血圧)と面談を行っている。面談では運動状況の振り返りと運動に対する思い、現在のデータに対する思い等を聴き、目標の評価と運動実施・継続への指導を行っている。調査の時期は、強化群、標準群とも4週毎、16週後まで行っている。調査の内容は外来受診時に歩行数、運動消費カロリー



表3. 外来における患者教育の現状

著者・年	対象	方法	結果・要旨
1 大堀 昇、清水典子 (2009)	外来通院する高血圧症患者 186 名 男性 97 名(52.2%)、女性 88 名(47.3%) 平均年齢 67.63 歳	質問紙による調査研究 調査内容は、服薬の動機・受容・理解・薬の費用など 11 項目であった。	服薬の動機と理解に関しては点数が高く、受容と費用に関しては点数が低かった。高血圧症罹患年数は服薬の受け止めに影響していなかった。年齢は服薬の受け止めに影響していた。
2 高田直子ら (2008)	高血圧症を呈するメタリックシンドローム患者 40 歳から 75 歳の男性 7 名 強化群 4 名(平均年齢 60.3 歳) 標準群 3 名(平均年齢 55.7 歳)	介入研究 強化群に対しては 4 週毎の外来受診時に身体計測(体重、腹囲、血圧)と面談を行った。面談では運動状況の振り返りと運動に対する思い、現在のデータに対する思い等を聴き、目標の評価と運動実施・継続への指導を行った。強化群、標準群とも 4 週毎、16 週後まで、外来受診時に歩行数、運動消費カロリー、腹囲、体重、血圧値等を測定し比較した。	運動量は、4 週後、8 週後では差はなかったが、12 週後、16 週後では歩数・運動消費カロリー共に強化群で有意に多かった。腹囲及び体重は、両群ともに初回と 12 週後では大きな変化はなかった。収縮期血圧は、強化群では 12 週時に意に低下した。標準群では有意な変化はなかった。
3 高田篤子ら (2004)	外来通院する高血圧症患者のうち外来受診時に家庭血圧計を持参した患者 49 名(男性 30 名、女性 19 名)	質問紙による調査研究 調査内容は、家庭血圧測定をはじめた動機、継続の理由、継続してよかったこと等であった。	家庭血圧測定を習慣化させる要因として「医師に見せ、治療の参考にしよう」ことが最も多かった。また、看護師から家庭血圧の指導を受けた患者は 20% であり、ほとんど医師の指示で家庭血圧測定を行っていた。
4 清水安子ら (2004)	大学病院の慢性疾患外来において患者指導に携わっている看護師 99 名(平均年齢 39.4 歳、看護師経験 16.9 年、分野経験年数 5.68 年)	研究者が作成した質問紙による調査研究 調査内容：看護師の背景、外来の種類、外来の状況、個別指導の内容、指導対象者、今後の問題点・課題	患者指導の担当の仕方・専門外来毎 21.2%・分野毎 37.4%、患者指導担当専任：4 名、指導の時間は業務の 20% 未満が 60% 以上であった。個別指導：91.9% の看護師が実施していた。実施していない理由は、時間・場所の不足であった。個別指導の内容は、180 の内容が挙げられた。個別指導の対象は、外来受診者全員 11.7%、希望者 48.9% であった。個別指導における問題は人的・物的環境が整っていないこと、経済的基盤が十分でないこと、体制が整っていないことを挙げている。治療の場が病院から外来へシフトしており、治療を受ける人々を支える外来での支援のあり方も常に変化していかなければならないことを強調している。さらに、個別指導を行う看護師には最新の専門的知識と高度な看護実践能力が求められることも強調している。

りー、腹囲、体重、血圧値等を測定し比較している。調査結果は、運動量は、4 週後、8 週後では差はなかったが、12 週後、16 週後では歩数・運動消費カロリー共に強化群で有意に多いということが明らかにされている。さらに、腹囲及び体重は、両群ともに初回と 12 週後では大きな変化はなく、収縮期血圧は強化群では 12 週時に意に低下しているが標準群では有意な変化はなかったことが報告されている。

- 3) 高田ら<sup>18)</sup>は家庭血圧記録を持参で受診した患者を対象に、家庭血圧を習慣化した要因を明らかにすることを目的に質問紙による調査研究を行っている。対象は外来通院する高血圧症患者のうち外来受診時に家庭血圧計を持参した患者 49 名である。調査内容は、家庭血圧測定をはじめた動機、継続の理由、継続してよかったこと等であった。調査の結果、家庭血圧測定を習慣化させる要因として「医師に見せ、治療の参考にしよう」ことが最も多かったと報告している。また、看護師から家庭血圧の指導を受けた患者は 20% であり、ほとんど医師の指示で家庭血圧測定を行っていたことも明らかにしている。
- 4) 清水ら<sup>19)</sup>(2004)は大学病院における成人慢性外来での患者指導の実態と看護の課題を

明らかにすることを目的に研究者が作成した質問紙による調査研究を行っている。対象は大学病院の慢性疾患外来において患者指導に携わっている看護師 99 名である。調査内容は看護師の背景、外来の種類、外来の状況、個別指導の内容、指導対象者、今後の問題点・課題である。調査の結果、患者指導の担当の仕方として「専門外来毎」21.2%、「外来の分野毎」37.4%、「外来の区分関係なく」28.3% であり、患者指導を担当している外来で専任となっているのは 4 名のみであることが明らかになっている。患者指導の時間の割合は業務の 20% 未満が 60% を超えていることも明らかになっている。さらに、91.9% の看護師が個別指導を実施しており、実施していない理由は、時間・場所の不足ということも明らかになっている。また、個別指導の内容は、180 の内容が挙げられている。個別指導を実施する患者の選択基準は、外来受診者全員 11.7%、希望者 48.9% であると報告している。個別指導における問題は人的・物的環境が整っていないこと、経済的基盤が十分でないこと、体制が整っていないことを挙げている。現状として治療の場が病院から外来へシフトしており、治療を受ける人々を支える外来での支援のあり方も常に変化してい

かなければならないことを強調している。さらに、個別指導を行う看護師には最新の専門的知識と高度な看護実践能力が求められることも強調している。

## IV . 結論

### 1. 集団検診での患者教育の現状として

患者教育の内容として、運動指導、栄養・食事指導、血圧測定などを行っている。調査の方法として、横断的調査と縦断的調査を行っており、縦断的調査では1年後の調査が最も長い期間であった。横断的調査では、対象者の健診結果の受け止めについて、指導内容の受け止めについてなどであり、健診結果については年度の比較等はできているが、結果への対処方法がわからないなどの意見があり、健診結果の活用に関しての関わりが必要であることが示唆されている。また、集団検診時の介入として、問診、個別助言をコンピュータ化した非対面介入を行い、縦断的に調査を行っている。結果は、データの改善は認められている有意差までは認められていない。集団検診では予防的活動、罹患者の支援などさまざまであるが、参加者への患者教育の場として、今後どのように活用できるかを検討するなどの課題がある。

### 2. 入院患者への患者教育の現状として

患者教育の内容、方法、対象者の特徴が明らかとなった。まず、内容としては、疾患、薬、食事、日常生活、運動、血圧測定等であった。次に、方法としては、パンフレットが用いられており約9割の患者がパンフレットを読んでいること、およびその約7割の患者が新たな知識を得るためには有効である。しかし、患者自身の理解度などが影響していることが明らかとなった。また、対象として、個人または健康教育などの集団を対象として患者指導を行っていた。そのなかでも、健康教育への参加者の特徴として、健康管理に対する意識が高く、さらにストレス自覚が低い傾向にあることが明らかとなっている。

一方、入院患者に患者教育を行う看護師を対象にした調査では、看護師の経験年数が患者教育に関係していた。しかし、看護師が行う患者教育の時期や内容にはばらつきがあり、実施状況は不十分であるという実態も明らかになっている。

入院患者への患者教育の実施率は高く、指導後2週間の調査で行動変容が認められた患者は、6ヶ月後の調査においてもその行動を継続するこ

とができていたという結果も明らかになっている。入院中の患者教育が退院後の患者の行動変容につながるように患者教育を実施していくことが重要であると考ええる。

### 3. 外来における患者教育の現状として

服薬、血圧測定について調査した結果、罹患年数ではなく患者自身の年齢が服薬の受け止めに影響していること、医師の指示が患者に影響していることが明らかになっている。また、初回から16週間にわたり縦断的に調査した結果、運動および血圧値は12週間後より変化を示し、体重と腹囲は16週間たっても変化を示さなかったことが明らかになっている。

一方、外来で患者教育を行う看護師を対象にした調査では、体制、患者教育にかけている時間、内容、対象などより人的・物的環境が整っていないこと、看護師には最新の専門的実践能力が求められていることなどを報告している。外来における患者教育の現状と実態を調査した文献が少ないため、今後は、さらなる調査を重ね、外来に行ける患者教育について追究していくことが重要であると考ええる。

## 文献

- 1) 伊藤雅治、上田 響、近藤恵美子、他：衛生の主要指標、人口動態、国民衛生の動向2009、45-69、東京、厚生統計協会、2009。
- 2) 高橋和子：生活習慣病における健診結果の活用についての検討 地域住民によるグループワークを通して、北日本看護学会誌11巻2号、31-37、2009
- 3) 神崎初美、神原咲子：兵庫県前に紀「まちの保健室」を利用している地域住民の健康状態と利用二一ス、兵庫県立大学看護学部地域ケア開発研究所紀要16巻、39-49、2009
- 4) 原賀美紀：行動の変容と継続につながる保健指導に関する研究、日本看護学会論文集地域看護39号、230-232、2008
- 5) 斉藤長徳、森永八江ら：黒石市での肥満改善健康教育プログラムの実施効果、青森保健大学雑誌8(1)、91-98、2007
- 6) 山崎春歌、平お敦子ら：高齢者における身体状態の地域比較および運動習慣との関連、日本看護学論文集老年看護36号、192-194、2005
- 7) 草野洋介、金ヶ江光生：地域住民の高血圧、

- 高脂血症、耐糖能異常に対する健康教育の試み、長崎ウエスレヤン大学現代社会学部紀要 3巻1号、15-20、2005
- 8) 足達淑子、田中雅人ら：高血圧者に対するコンピュータを用いた生活習慣改善（第三報）1年後の長期効果について、健康支援6巻2号、117-122、2004
  - 9) 竹森幸一、山本春江ら：減塩による高血圧の一次予防を目指した効果的教育モデルの開発第2報 指導効果の分析を中心に、青森保健大学雑誌5(1)、63-67、2003
  - 10) 藤本二三代、矢野いづみら：虚血性心疾患患者の日常生活指導による行動変容、中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌2巻1号、195-198、2006
  - 11) 宮崎 愛、内山麻里子ら：循環器疾患患者における禁煙パンフレットの有効性-行動変容ステージモデル移行の実態-、東京医科大学病院看護研究集録集、34-38、2005
  - 12) 冷川照子、元山公子ら：高血圧患者のセルフケア向上への動機づけ 家庭血圧測定指導を通して、日本看護学会論文集成人看護Ⅱ 35号、144-146、2004
  - 13) 水田真由美、影山セツ子、有田幹雄：循環器疾患健康教育参加者の保健行動-ライフスタイル、肥満、ストレス及びタイプA行動パターンの調査より-、和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要第1巻、19-23、1998
  - 14) 中野敦子、和田幸子ら：ケースカンファレンス、情報アセスメントシート導入の効果 循環器科看護師の退院に向けた生活指導の自己評価を基に、日本看護学会論文集成人看護37号、241-243、2006
  - 15) 神尾有佳、北村聖子ら：PG12持続点滴療法導入患者に対する指導内容の実態調査 退院後の生活に即した指導を目指して、Progress in Medicine25巻1号、284-289、2005
  - 16) 大堀 昇：清水典子：通院する高血圧症患者の服薬に対する受け止めと年齢、罹患年数との関連、東京医科大学看護専門学校紀要19巻1号、45-50、2009
  - 17) 高田直子、新井 龍ら：滋賀医科大学医学部付属病院生活習慣病外来の活動報告 運動療法指導における継続介入効果の検討、滋賀医科大学看護ジャーナル6巻1号、50-53、2008
  - 18) 高田篤子、町田美佳ら：家庭血圧を習慣化する要因、日本看護学会論文集成人看護Ⅱ 35号、240-242、2004
  - 19) 清水安子、今村美葉、湯浅美千代：大学病院における成人慢性疾患外来の個別指導の実態と看護の課題、千葉大学看護学部紀要27号、19-28、2005

【資料】

# A大学における 看護学生のストレス認知とコーピングの現状

谷口和美、久木原博子\*

聖マリア学院大学看護学部、\*純真学園大学保健医療学部看護学科

<キーワード>

ストレス、コーピング、生活習慣

## 1. 研究背景

ストレスは心身の健康を保つ上で重要なキーワードであるが、平成19年厚生労働省「国民健康・栄養調査報告」によると、15歳以上59歳以下の各年齢階級別対象者の70%前後が「不満、悩み、苦勞などによるストレス」があると答えている<sup>1)</sup>。私たちは常に何らかのストレス状態にあり、それらをストレスが併せ持つ有益効果とするか有害効果とするかは個々のストレス認知とその反応による<sup>2)</sup>。そこで、一般にストレス状態にあるといわれることの多い看護学生<sup>3) 4) 5)</sup>を対象にストレスの認知とそのコーピングについて質問紙調査を行った。

## 2. 対象と方法

### 1) 調査対象

A大学看護学部生1~4年生、計436名

### 2) 調査期間

平成22年7月~9月

### 3) 調査内容

平成19年厚生労働省「国民健康・栄養調査生活習慣調査票（以下、「厚労省生活習慣調査」と表記する）」を基に、①食生活 ②身体活動・運動 ③休養（睡眠）④「健康日本21」の認知状況 ⑤「生活習慣病」の認知状況に関する質問項目を選択実施

した。属性に関しては、学年、性別、家族同居の有無、学生ならびに三親等までの親族の心疾患・脳血管疾患・悪性腫瘍・糖尿病・高血圧症の有無、身長・体重・BMIを確認した。

### 4) 調査方法

調査期間内における必修授業終了後の時間を利用し、集合・自記式質問紙調査を実施し、その場で回収を行った。実施にあたり、研究目的と方法、データ管理、倫理的配慮について文書および口頭にて説明を行い調査協力を依頼した。回答方法は、単一または複数回答の多肢選択式とした。

### 5) 分析方法

対象者436名中、有効回答の得られた314名（回収率74.8%）のデータより「ストレス」に関連する項目を抽出し、IBM SPSS Statistics 19を用いた記述統計を行った。また比較対照群として、「厚労省生活習慣調査」の年齢階級別結果を用いて15~19歳を1,2年生、20~29歳を3,4年生の学年相当として比較検討の参考とした。さらに調査結果を補遺する参考資料として、A大学学生委員会調査による「第5回学生生活実態調査報告」を用いた。

### 6) 倫理的配慮

匿名性確保のため、無記名調査としデータ処理段階でコード化を行った。調査への協力は自由意思に基づき、参加協力が得られない場合でも不利益が生じないことを説明し調査への参加をもって

同意が得られたものとした。また本調査研究は、聖マリア学院大学の倫理審査委員会の承認を得て行った調査である。

7) 研究の限界

調査内容に「ストレスの認知状況」はあるがストレスラーに関する項目設定はないため、ストレスラーの特定には至らない。また学年相当とした二つの比較対照群には5歳の年齢の開きがあり、かつその所属は高校生から大学生、就労者などさまざまであるために参考の域を出ない。

3. 結果

質問紙調査は、1~3年生については必修授業終了後、4年生については大学指定国家試験模擬試験終了後の時間に行い、有効回答の得られた314名(72%)を分析対象とした。学年別分析対象者は、1年生91名、2年生91名、3年生92名、4年生40名であった。A大学看護学部は男女共学であるが、男子学生の占める割合は各学年とも10%前後であり、匿名性を確保するため男女総数比較とした。また比較対照とした15~19歳の対象者数は443名、20~29歳の対象者数は720名であった。

1) ストレス認知と負担感の状況

「ここ1ヶ月間の不満、悩み、苦労などによるストレスの有無」の結果は、「大いにある」「多少ある」「あまりない、または全くない」の3区分に分け集計した。2,3,4年生では80%以上が「大いにある、または多少ある」と答えたのに対し、1年生ならびに「厚労省生活習慣調査」の各学年相当対象者では70%前後であった。

また負担感の状況は「ここ1ヶ月間の、仕事、学業、家事など自分がやらなくてはならないことの負担の有無」について、「多い、またはやや多い」「ちょうどよい」「やや少ない、または少ない」の3区分に分け集計した。「多い、またはやや多い」と答えた学生は1,2年生が70%台、3,4年生が80%台であった。これに対し「厚労省生活習慣調査」の各学年相当対象者はそれぞれ60.6%、54%であった。

次にストレスならびに負担の状況について、それぞれ「ストレスがある」または「ス

トレスがあまりない、または全くない」、「仕事や学業、家事などの負担がある」または「仕事や学業、家事などの負担がやや少ない、または少ない」の2区分に分け各学年および比較対照群別にグラフ化した(図1-1 ストレスと負担感)。ストレスと負担は、それぞれその有無によって二層を形成した。しかし、この結果から「ストレスがある」学生が「負担がある」と感じているのか否かについては判然としない。そこで負担が「多い、またはやや多い」と答えた学生を対象に、ストレスについて「大いにある」「多少ある」「あまりない」「全くない」の4区分に分けグラフ化した(図1-2 仕事、学業、家事などの負担が「多い、またはやや多い」と答えた学生におけるストレスの状況)。その結果、負担が「多い、またはやや多い」ととらえてい

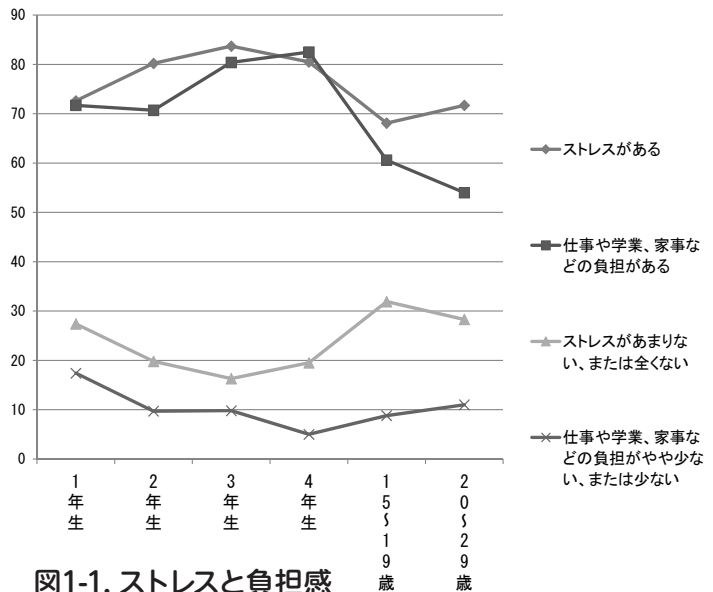


図1-1. ストレスと負担感

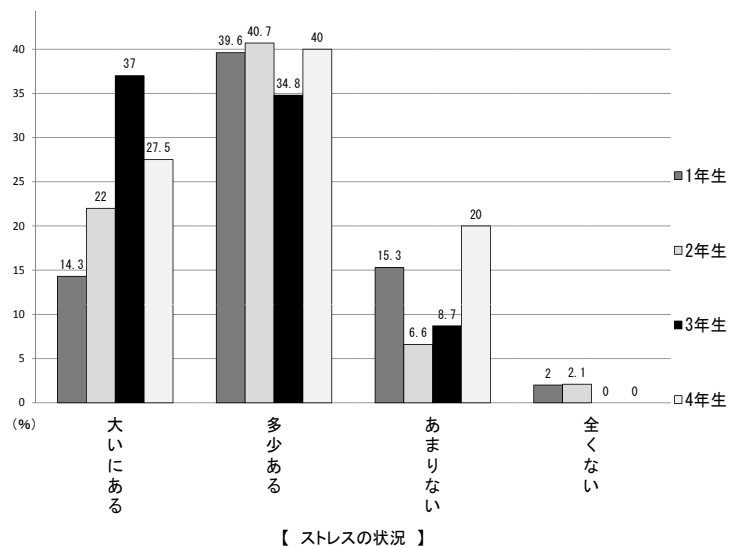


図1-2. 仕事、学業、家事などの負担が「多い、またはやや多い」と答えた学生におけるストレスの状況

る学生の一部には、「ストレスがあまりない、あるいは全くない」学生もいることが明らかになった。

2) ストレスの対処法と余暇時間の過ごし方の状況

ストレス時の対処法として、①積極的に問題解決に取り組む ②体を動かして運動する ③趣味を楽しんだりリラックスする時間をとる ④テレビを見たりラジオを聴く ⑤家族や友人に悩みを聞いてもらう ⑥解決を諦めて放棄する ⑦我慢して耐える ⑧なんとかかなると楽観的に考えようと努める ⑨刺激や興奮を求める ⑩酒を飲む ⑪たばこを吸う ⑫食べる ⑬特にない ⑭その他、以上14項目にわたり複数回答式で得た結果を図2(「ストレスの対処方法」)に示した。いずれの対象者も③④⑤⑦⑧⑫を選択する者が多く、①②⑥⑨は共通して低い傾向にある。成人以上である3,4年生ならびに20~29歳の比較対照群では、「⑩酒を飲む」「⑪たばこを吸う」を選択している者が10~20%おり、4年生においては「①積極的に問題解決に取り組む」よりも⑩を選択する学生が若干多い傾向にある(「厚労省生活習慣調査」では⑩⑪については20歳以上を調査対象としている)。

また対処行動の一つである「⑫食べる」の選択は1年生25%、2年生38%、3年生33.6%、4年生43.9%に対し、対照群では15~19歳17.8%、20~29歳20%であった。そこで学生における間食の頻度と「ストレス」の認知状況を図3(「間食の頻度とストレスの状況」)に示した。結果は、「ストレス」が「大いにある」学生より「多少ある」学生が間食を摂る傾向にあることを示している。また4年生は対処行動として「食べる」の選択度が高く、図3においては3,4年生が1回/日ないし2~6回/週の頻度で間食を摂っていることがわかった。体格指数を示すBMIに関し回答の得られた各学年の平均は、それぞれ21.4/17件、21.0/56件、20.4/80件、20.0/33件であった。

次に余暇時間の過ごし方の状況について、①自宅でのんびりする(ラジオを聞く、テレビを見る、家族との団らん、囲碁、読書やDVD鑑賞など) ②友人・知人と過ごす ③運動する・スポーツジム・フィットネスクラブに行く ④ギャンブルをする ⑤ドライブや旅行 ⑥習い事や資格取得に利用する ⑦ボランティア活動に参加する ⑧インターネットをする ⑨買い物に出かける ⑩宗教や信仰活動に利用する ⑪その他 ⑫わからない、以上12項目にわたり複数回答式で得た結果を図4(「余暇時間の過ごし方」)に示した。いずれの対象者も①②⑧⑨を選択する者が多い傾向にあり、1年生と

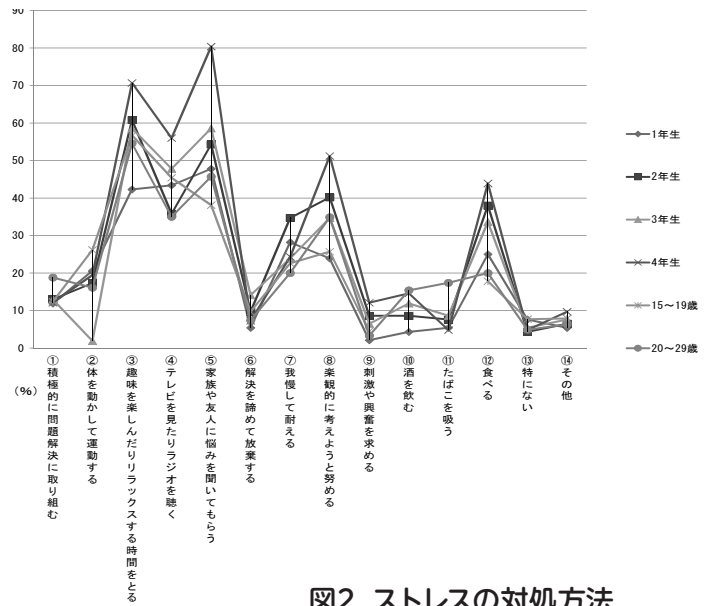


図2. ストレスの対処方法

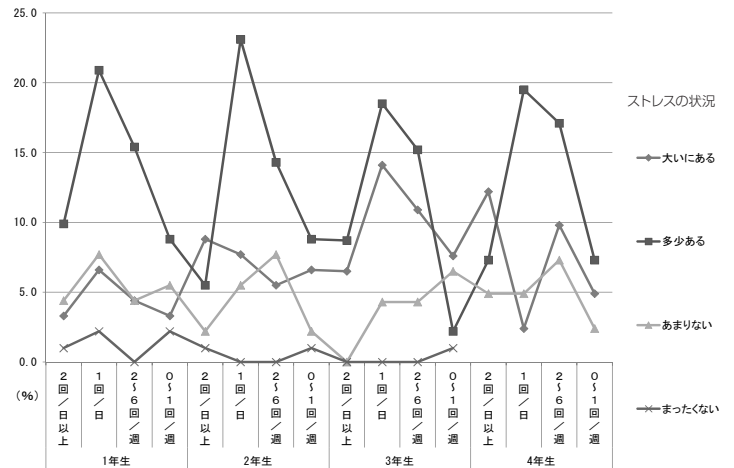


図3. 間食の頻度とストレスの状況

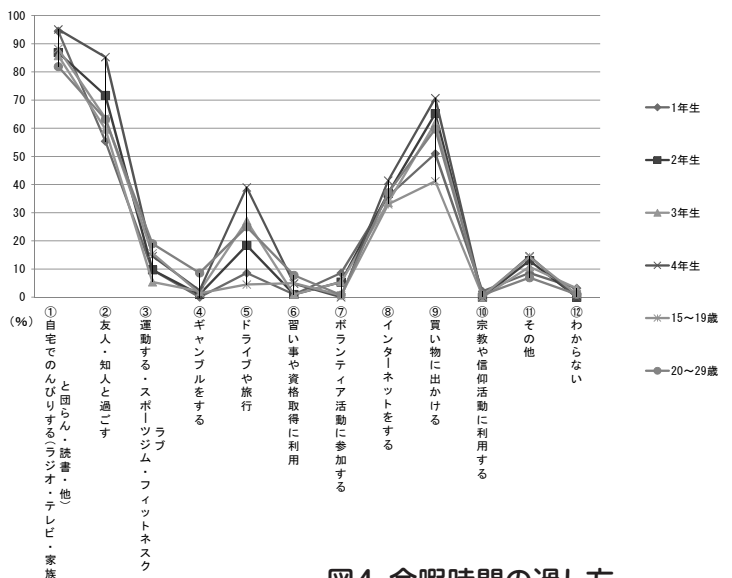


図4. 余暇時間の過ごし方

15~19歳の対照群では「③運動する」の選択が次に多かった。また③④⑥⑦⑩は共通して低い。

### 3) 「健康日本21」および「生活習慣病」に関する認知状況

それぞれの認知状況に関し、「内容を知っている」「言葉を聞いたことはあるが内容は知らない」「知らない(今回の調査で初めて聞いた場合を含む)」の3区分に分け集計を行った。

「健康日本21」について対照群で「内容を知っている」者は、それぞれ7%、5.4%であったのに対し1年生は9.9%、2年生は63.7%、3年生は83.7%、4年生は87.5%であった。

次に「生活習慣病」について対照群で「内容を知っている」者は、それぞれ51.9%、53.2%であったのに対し1年生は83.7%、2,3年生は98.9%、4年生は100%であった。またA大学看護学部生本人もしくは三親等以内の親族の心疾患・脳血管疾患・悪性腫瘍・糖尿病・高血圧症の罹患の有無に関する質問では、1年生54.3%、2年生62%、3年生70.7%、4年生80%があると答えている。

## 4. 考察

疾病構造が感染症の時代から慢性疾患の時代へと変化し、また成人病から生活習慣病へと名称変更がなされ、各々が健康寿命の延伸を図るには個々に生活習慣を意識した取り組みが重要であるといわれて久しい。また一次予防の重要性が明らかになるにつれ生活習慣形成要因としてストレスならびにその対処行動すなわちコーピングの是非が問題視されるようになってきた。

そこでA大学看護学部生1~4年生を対象に、臨地実習においてあるいは今後、看護専門職者として健康教育を実践していく者としてストレスの認知とその対処行動に関し対照群との間に何らかの差異があるであろうとの推測のもと、厚生労働省が実施した平成19年「国民健康・栄養調査生活習慣調査票」を基に質問紙調査を実施し比較検討した。

看護専門職を目指す学生は、一般大学生よりストレスの認知が高くその学習過程である臨地実習や国家試験受験などをストレスサーとしてとらえていると先行研究でも報告されている<sup>4) 5) 6)</sup>。今回の調査ではストレスサーの特定はできないが、A大学の2,3,4年生においても対照群よりストレス認知が高い結果となった。それに対し1年生が

対照群と同程度の結果であったことは、教養科目が主体である前期に調査を行ったことも影響していたと思われる。また市丸らは、国家試験を目前に控える4年生はよりストレスが高い傾向にある<sup>6)</sup>と述べているが、A大学学生においては1年生を除く学年間に差異はみられなかった。市丸らが述べるように4年生は国家試験の重圧はもとより卒業要件である研究等への取り組みなども「負担」であり「ストレス」であると思われるが、図1-1をみると4年生の「ストレス」認知は3年生よりも低い結果となった。その一因として4年生の調査への参加状況が半数以下であったことも関与しているものと思われる。

毎年、A大学では学生委員会が、学生の日常生活を把握し支援する資料として学生の実態調査を行っている。その「第5回学生生活実態調査報告」<sup>7)</sup>に「悩み」ならびに「負担」に関する報告がある。「悩み」については各学年を通して40%前後の学生が、「身体に関すること以外で何らかの悩みや不安」が「大いにある、または多少ある」と感じている。その内容としては「学業に関すること」「自分自身のこと」が同列にあり、次いで「人間関係」「経済的なこと」と続く。また悩みや不安があるときの相談者として上位から「友人」「恋人」「先輩」「家族」を挙げている。この相談者の選択は、余暇時間を過ごす際に上位に挙げた自宅で過ごす、友人や知人と過ごす、といった関係性に通底していると思われる。

また「負担」については、通学時間、アルバイトに関する調査報告がなされている。30%前後の学生が通学に1時間以上要しており、60%前後の学生が通学の負担を「大変そう思う、またはややそう思う」と訴えている(この結果は、通学時間と負担感のクロス集計ではないため、通学に要する時間の長短と負担感の関連については不言)。アルバイトに関しては1,2,3年生で80%弱、4年生で40%弱の学生が行っており、1~2回/週から毎日、あるいは飲食店やコンビニエンスストア、病院などその頻度と形態はさまざまであるが、約30%の学生が負担に感じている。

「負担」という用語には「重荷」や「荷重な仕事」の意味があり、一方「ストレス」は何らかの刺激が長期にあるいは強度に働いた結果であることから負担感を多く感じる者がストレスの認知も高い傾向を示すものと考えられた。しかし図1-1では「負担」「ストレス」のいずれも高いかあるいはいずれも低いという二層を示したものの、「仕事や学業、家事などの負担がやや少ない」者より「ストレスがあまりない、または全くない」と答えた

者が、学生で10%前後、対照群で20%近く多い傾向にあることや、反対に「負担」がある者より「ストレス」がある者が多い傾向にあるなど、「負担」と「ストレス」は一樣の関連を示すものではないことが示唆された。これについては図1-2でも一部の学生が、「負担」が必ずしも「ストレス」の認知につながらないことを示している。その要因としてストレスの認知過程において有益効果とするの有害効果とするのかに関しては、「負担」や「ストレス」という主観的な感覚が、個々の性格傾向や経験の質や量あるいはこれまでの成功体験の有無など個別の処理過程の影響を受けるためと考えられる。

「ストレス」の認知とともにストレス対処行動も過去の経験の影響を受けるものである。個人が何らかの行動の選択を行う場合には知識としての学習や過去の経験に基づく学習が関与しており、余暇時間の過ごし方やストレス対処の方法には、個人が最も好ましいと思われることあるいは習慣的な行為が反映される。したがって余暇時間を「自宅でのんびりする」「インターネットをする」などの屋内で過ごす傾向が「趣味やリラクスの時間」や「テレビ・ラジオ鑑賞」などのストレス対処行動に通じ、「友人・知人と過ごす」傾向が「家族や友人に悩みを聞いてもらう」などの対処行動につながっていくと思われる。

平成8年の環境白書によると、昭和30年代には見られた自然と触れ合う「まとまった遊び空間の存在」が、昭和50年頃にはそれぞれが小さく分散化し、かつ20分の1程度にまで減少していると述べられている。同様に戸外での遊び時間も年々減少傾向にあり、当該白書作成時点では屋内での遊び時間の4分の1との報告があった。さらにテレビやゲーム機の普及など遊びの質的な変化が、屋内での遊びの傾向を助長している<sup>8)</sup>。このような質・量からの遊びの変化が、自然体験や生活体験、集団での関係性の構築などさまざまな対処能力に影響を及ぼしているものと思われる。

常に変化が予測される自然や集団を相手に、不測の事態に取り組む姿勢が経験の拡大やストレス耐性の強化へとつながっていくのだが、現状はそのような環境下には非ず、結果として「積極的に問題解決に取り組む」傾向は低く「ストレス」から距離を置く回避的・静観的傾向がうかがえる。一方で「友人・知人と過ごす」傾向が「悩みを聞いてもらう」という社会的支援模索型につながっている。このように余暇時間の過ごし方とストレス対処行動には相互に関連する要素がうかがえる。

柳田らは、ストレス高度群が「間食を毎日摂る」

と述べている<sup>9)</sup>が、ストレスの強度と心身の疾患の発症率との関連性はあまり強くないという報告もある(Rabkin, Judith G 1976)。このことは図3に示したように、「ストレスが大いにある」学生より「多少ある」学生が1回あるいは1~2回/日以上の間食を摂る傾向が高く、調査時のBMIは適正值ではあったが、今後、間食がエネルギー過剰を招き肥満、生活習慣病発症へと進展していくことは容易に推察される。特に国家試験対策など座学が中心となっていく4年生は、さらに運動の機会が減少していくと考えられ積極的に生活の中に運動を取り入れるよう進言していく必要がある。

ストレスの認知や対処行動が生活習慣と関連があることは、「健康日本21」やさまざまな「生活習慣病対策」でも取り上げられている。A大学看護学生の「健康日本21」ならびに「生活習慣病」に関する認識が対照群より高率であったことは、そのような知識や技術に関する専門的学習の成果と思われる、結果として「余暇時間の過ごし方」や「ストレスの対処方法」にも自ずと差異が生ずるものと考えられた。また実数把握はできていないために推測の域を出ないが、学年進行とともに近親者の生活習慣病有病者の率は増加しており、生活習慣病に関する知識が臨地実習等を通じ体験的に学習され近親者の健康状態を的確に把握できるようになったことの表れではないかと思われる。しかしながらこのような知識や経験に基づく学習も、自らのストレス対処に積極的な取り組みを行ったり余暇時間も含め運動をするなど健康的な対処行動にはつながっていないのが現状である。

「健康日本21」では、幼年期・少年期を健康観、生活習慣の基礎づくりの時期とし、青年期を壮年期以降の危険な生活習慣形成の出発点ととらえている。換言すれば、今回の調査対象ならびに対照群は、生活習慣病の始まりに位置するとともに一次予防を遂行して行く上で最も適した年代といえる。行動変容には、「気づく」ことが大前提である。また習慣化には、当然のことながら繰り返すことが重要である。ストレス対処の選択に、個々に効果的であったと評価した対処が繰り返されることは、ヒトの行動の多くがオペラント行動であることでも理解されるが、優先的に健康な対処を選択するためには「気づき」とそれに続く「動機づけ」が重要であり、行動変容を促す要因である。今回のような質問紙調査は、現状把握であるとともにそれに応えることによって「気づく」機会につながるものと思われる。



## 5. 結論

今回、A大学看護学生を対象にストレスの認知とその対処行動すなわちコーピングに関し質問紙調査を行った。先行研究にもあるように看護学生のストレス認知は高い結果となったが、そのコーピングには学習や臨地実習の成果あるいは将来の看護専門職者としての自覚などが影響を及ぼし対照群との間に差異があることが期待された。しかし両者間に大きな相違はなく、いずれも回避的、静観的な傾向を認めた。またそれらは余暇時間の過ごし方にも通底していた。その要因として社会環境的な遊びの質や量の変化など生育環境の影響が考えられる。

また「健康日本21」や「生活習慣病」に関する認知度は明らかに対照群よりも高い結果が得られたが、それらが単に知識に終始し自らの健康観を変化させるまでには至っていないことも示唆された。今回、調査対象とした看護学生はいわゆる将来の生活習慣病予防の分岐点といわれる年代でもあり、今後、運動習慣や食習慣あるいは睡眠時間の確保など基本的な生活習慣構築の必要性を提示していく必要性が再認識された。

## 文献

- 1) 平成19年厚生労働省国民健康・栄養調査報告  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoubu09/dl/01-04.pdf> アクセス平成22年

- 4月
- 2) ハンス・セリエ/杉靖三郎,藤井尚治,田多井吉之助,他:現代社会とストレス. 72-73,東京,法政大学出版局,2006
- 3) 山本有紀,服部卓,宮沢君子:看護学生のストレスに関して.群馬保健学紀要.19:77-80,1998
- 4) 今留忍,小竹久実子,内海滉:看護学生のストレスに関する研究(その1)ーストレスの内容分類一.日本応用心理学会大会発表論文集.72回:88,2005
- 5) 荒川千秋,佐藤亜月子,佐久間夕美子:看護大学生における実習のストレスに関する研究.目白大学健康科学研究.第3号:61-66,2010
- 6) 市丸順子,山本富士江,野田淳:看護大学生のストレス度とストレッサー・ストレス反応・影響因子との関連ー4年間の縦断的研究一.東京保健科学学会誌.4(2):77-82,2001
- 7) 聖マリア学院大学学生委員会編集:第5回学生生活実態調査報告.聖マリア学院大学,2010
- 8) 平成8年版環境白書:<http://www.env.go.jp/policy/hakusyo/honbun.php3?kid=208&serial=10000>アクセス平成22年12月
- 9) 柳田美子・大津一義・前上里直:大学生のストレス兆候と食行動との関連.順天堂大学スポーツ健康科学研究.第4号:129-142,2000

【資料】

# 糖尿病看護領域における慢性疾患看護専門看護師の活動に関する文献検討

中尾友美

聖マリア学院大学基盤臨床看護学

<キーワード>

専門看護師、糖尿病

## 1. はじめに

糖尿病は、主要な死亡原因である脳卒中や虚血性心疾患などの危険因子であり、発症予防や合併症予防に国も積極的に取り組みを行っている<sup>1)</sup>。中でも、2型糖尿病は、インスリン分泌障害と作用障害からくるインスリンの相対的な不足が関与し、食事や運動といった生活習慣の影響が大きい。したがって、患者のセルフケアを促進するための教育が大切になってくる。

患者教育の担い手として、看護職の果たす役割が大きいことから、糖尿病に特化した看護師が育成されるようになってきた。公益社団法人日本看護協会（以下、日本看護協会）が2002年に糖尿病看護認定看護師の資格認定を開始した。また、大学院教育を基盤にした看護実践者として育成されている専門看護師（Certified Nurse Specialist 以下 CNS）において、糖尿病などの慢性疾患を専門とする慢性疾患看護専門看護師（Certified Nurse Specialist in chronic care nursing: 以下、慢性 CNS）の資格認定を2004年より開始した。さらに、2006年から厚生労働省において、専門分野（がん・糖尿病）における臨床実践能力の高い看護師の育成強化事業が開始された<sup>2)</sup>。しかし、これら糖尿病を専門とする看護師の臨床での活動実態についてはまだ明確になっていない。特に慢性 CNS は、慢性疾患という幅広い専門分野を対象とし、認定者数が少ないこともあり、糖尿病看護における活動状況が周知されにくい。した

がって、今回は、糖尿病を専門に活動をしている看護師の中でも慢性 CNS に焦点を当て、どのような活動をしているのか文献から検討した。

### 1) CNS の概要

医療の高度化に伴い、専門性の高い看護師が求められ、1994年に CNS 制度が創設された。CNS とは、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた者<sup>3)</sup>とされ、大学院で教育が行われている。資格の認定は日本看護協会で行われ、大学院修了後に一定の実践を積んだ後、認定審査を受けることが出来る。CNS は特定の看護分野において、①卓越した看護の実践（実践）、②看護職者を含むケア提供者に対してコンサルテーションを行う（相談）、③保健医療福祉に携わる人々間のコーディネーションを行う（調整）、④ケアの向上のために看護職者に対して教育的機能を果たす（教育）、⑤実践の場における研究活動を行う（研究）、⑥倫理的な問題・葛藤について関係者間での倫理的調整を行う（倫理）という役割が課せられている<sup>3)</sup>。

2011年4月現在、68大学院171課程で教育されており、CNS の数も年々増加しているが、全国で612人であり、十分とはいえない。認定者数と地域分布を表1・2に示す。

認定者数は、文部科学省が実施している「がんプロフェッショナル養成プラン」の影響もあり、

がん看護 CNS の認定者数が群を抜いて多い。地域別では、関東・甲信越、近畿が多く、中でも東京・神奈川・大阪・兵庫の大都市圏に集中している（表1、表2）。

表1. 専門看護師認定者数 (2011年1月1日時点)

認定分野	認定開始年	認定者数(人)	認定者の割合(%)
がん看護	1996	250	40.8
精神看護	1996	93	15.2
地域看護	1997	20	3.3
老人看護	2002	31	5.1
小児看護	2002	56	9.2
母性看護	2003	35	5.7
慢性疾患看護	2004	48	7.8
急性・重症患者看護	2005	62	10.1
感染症看護	2006	9	1.5
家族看護	2008	8	1.3
合計		612	

(社) 日本看護協会 認定部: 専門看護師 (Certified Nurse Specialist) への道、一部改変  
[http://www.nurse.or.jp/nursing\\_qualification\\_howto\\_pdf/cnsmiti.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing_qualification_howto_pdf/cnsmiti.pdf) search (2011年6月)

表2. 専門看護師の地域分布 (2011年1月1日時点)

地区	認定者数(人)
北海道・東北	40
関東・甲信越	267
東海・北陸	65
近畿	158
中国・四国	55
九州	27
合計	612

(社) 日本看護協会 認定部: 専門看護師 (Certified Nurse Specialist) への道、一部改変  
[http://www.nurse.or.jp/nursing\\_qualification\\_howto\\_pdf/cnsmiti.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing_qualification_howto_pdf/cnsmiti.pdf) search (2011年6月)

## 2) 慢性 CNS の概要

慢性 CNS は、「生活習慣病の予防や、慢性的な心身の不調とともに生きる人々に対する慢性疾患の管理、健康増進、療養支援などに関する高度な看護を行う<sup>3)</sup>」とされている。それぞれに専門とする分野を持っており、糖尿病・生活習慣病全般(予防含む)・呼吸器病・消化器難病・循環器病・腎臓病・神経難病・関節リウマチ・肝臓病・脳卒中リハビリテーション・アレルギー性皮膚炎などの分野がある<sup>4)</sup>。2011年4月時点での地域分布は表3のとおりである(表3)。

表3. 慢性 CNS の地域分布 (2011年1月1日時点)

地区	認定者数(人)
北海道・東北	3
関東・甲信越	14
東海・北陸	5
近畿	22
中国・四国	2
九州	2
合計	48

(社) 日本看護協会: 専門看護師登録者一覧を参考に作成  
[http://www.nurse.or.jp/nursing\\_qualification\\_senmon\\_touroku.html](http://www.nurse.or.jp/nursing_qualification_senmon_touroku.html) (2011年6月)

## 2. 目的

本稿の目的は、糖尿病を専門にしている慢性 CNS の活動について先行文献を基に検討し、現在実施されている活動を明らかにすることである。

## 3. 方法

医学中央雑誌 Web 版 ver.4 を用いて、資格認定後1年以上経過をし、糖尿病を中心に活動をしている慢性 CNS 16 名が著者である文献を検索した。慢性 CNS の認定開始は2004年であるが、資格認定基準である1年以上の実践期間を考慮し、認定前年度の2003年から2011年6月現在に発表された論文を対象にした。文献の選定基準は、①慢性 CNS が筆頭著者である、②専門看護師の活動について書かれたものである、の2点とした。また活動は、所属施設の中で実施しているものに限定した。

分析の手順は、抽出した文献から、慢性 CNS としての活動が記載されている個所を抜粋し類似性の観点から整理した。

## 4. 結果

慢性 CNS 16 名の文献を検索した結果 229 の文献が得られ、そのうち選定基準に該当する 37 文献を分析の対象とした<sup>5)~41)</sup>。活動は、「外来看護の場の獲得と実践」「他職種および看護チームの結成と共働」「病棟・外来・地域の看護連携システムの構築」「慢性看護の理解を看護師に促す試み」

「糖尿病ケアの開発につながる研究報告」「臨床での研究活動」であった。その他として、倫理に関するものや看護基準の作成に関するものがあった。

表4. 慢性 CNS の活動

書かれている活動内容	文献番号
外来看護の場の獲得と実践	5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17
他職種および看護チームの結成と共働	7・10・13・15・39
病棟・外来・地域の看護連携システムの構築	10・14・15・19・20・21・22・23・38
慢性看護の理解を看護師に促す試み	7・14・15・24・25・33・35・36・37・41
糖尿病ケアの開発につながる研究報告	18・26・27・28・29・30
臨床での研究活動	31・32
その他	3・34

### 1) 外来看護の場の獲得と実践

生活習慣病である糖尿病患者への看護は、外来が重要な役割を持つ。したがって、糖尿病ケアを実践する場として外来看護相談を開始している<sup>5)</sup>~<sup>15)</sup>。また、慢性 CNS は特定の患者にのみ関わるのではなく、通院する糖尿病患者全般の把握や看護師教育にも同時に携わるなど、外来看護相談を通して所属する組織全体の看護ケアの向上に寄与している。例えば、院内全てのインスリン使用患者に外来療養指導室に立ち寄ってもらうことで、各患者の状況や全体的な傾向を把握し継続看護の体制を築いたり<sup>15)</sup>、スタッフナースにも外来療養指導を経験してもらうことで看護実践能力を向上させる<sup>5)</sup>~<sup>15)</sup>といった取り組みをしながら、外来看護の実践の場を獲得している。さらに、2008年4月より糖尿病合併症管理料が算定可能になったこともあり、フットケア外来の開設にも至っている<sup>16)</sup>~<sup>18)</sup>。

### 2) 他職種および看護チームの結成と共働

慢性 CNS は、組織の中でさまざまな人々と共働して活動をするが、チームの結成にも関わっている。糖尿病チームや生活習慣病診療チームを設置したり、短期の教育入院システムを他職種とともに構築している。

看護師に対しては、医師の指導下でのみ患者教育がなされていた現状を改善するため、教育入院を担当する看護師制度（糖尿病担当ナース制度）

を作り、看護師が医師から独立して糖尿病患者と関わる仕組みを構築し、チーム医療の中で看護の独自性を発揮できるようにしている<sup>13)</sup>。また、日本糖尿病療養指導士の受験を支援し、病院内に日本糖尿病療養指導士を増やししながら、糖尿病看護が実践出来る看護師を育成している<sup>13)</sup>~<sup>15)</sup>。さらに、看護ケア外来の開設にあたっては、ストーマケア・リンパ浮腫ケア・在宅酸素療法などに携わっている認定看護師や学会の認定を持つ看護師などに働きかけ、専門分野を持つ看護師のチームを作り、糖尿病看護以外の看護ケアの提供もできるようなシステムを構築している<sup>10)</sup>~<sup>12)</sup>。

### 3) 病棟・外来・地域の看護連携システムの構築

病気を持つ人々を支えるには、病院内での看護のみならず地域の医療職と連携していくことが必要である。そのため、退院支援や病棟と外来の連携を強化したり、外来を拠点に地域の医療職との連携に力を注いでいる。伊波は、専門看護師・認定看護師が自分の専門分野の病棟を担当し、病棟への介入を強化しながら退院支援を共同で行う体制を組んでいる<sup>10)</sup>~<sup>19)</sup>。病棟と外来の連携に着手している慢性 CNS もいれば<sup>20)</sup>~<sup>21)</sup>、地域との連携においては、訪問看護師・ケアマネジャー・メディカルソーシャルワーカーなどといった人々と協力をしながら看護ケアの継続を行っている例もある<sup>14)</sup>~<sup>19)</sup>~<sup>22)</sup>~<sup>23)</sup>。

### 4) 慢性看護の理解を看護師に促す試み

看護師に慢性看護の理解を深めてもらうために、「現在の状況に至るまでの数十年間の病のプロセスの中でどのように対処し、どのように生活してきたのか、そして今、生活の中で何に困っているのか、そういった視点を病棟看護師に常になげかけている」との陳述がある<sup>14)</sup>。どのような場面で伝えているのかについては、「病棟カンファレンスの場で伝える・コンサルテーションの中でコンsulターに伝える・自己の実践を示す・院内看護研修の場で伝える<sup>20)</sup>」などに加え、慢性病を持つ人への看護研修会、病の体験や病みの軌跡の聞き方としてライフヒストリー法の講義<sup>15)</sup>、看護を語る会<sup>24)</sup>~<sup>25)</sup>など、病気とともに生活をする人々の理解を促す場を新たに構築している。また、これらの活動は慢性看護に携わる看護師のみならず、所属する看護職全体に関わっているものである。

### 5) 糖尿病ケアの開発につながる研究報告

実践を研究につなげる試みとして、研究報告が

なされている。フットケアの実践を積み上げたもの<sup>18)</sup>、フィジカルアセスメントの技術を活用し患者の身体の感覚に働きかけるケアモデルを開発したもの<sup>26)</sup>、熟練看護師のケアを分析したもの<sup>27)</sup>、療養行動の意思決定に関するもの<sup>28)</sup>、視覚障害を持つ人の生活の編みなおしをとらえたもの<sup>29)</sup>、下肢切断をした患者の思いをとらえたもの<sup>30)</sup>などがある。

## 6) 臨床での研究活動

糖尿病ケアの開発で示したように、実践と同時に研究にも取り組んでいる。その際、臨床で研究が実施しやすくなるように環境を整えたり、大学教員などに協力を求めたりしている<sup>31)</sup><sup>32)</sup>。その他、看護師の研究支援も実施している。研究のプロセスに全て関わるという方法ではなく、実践の中から研究の問いを見出す手助けや、外部講師の指導内容を理解しやすい表現に変えて伝えることなどに関わっている<sup>32)</sup>。また、外部から研究依頼があった時に、倫理的視点を持つ適切な研究となるようにコーディネーターの役割を担うこともある<sup>32)</sup>。

## 5. 考察

### 1) チェンジエージェントとしての慢性CNSの活動

専門看護師には、「実践」「相談」「調整」「倫理調整」「教育」「研究」という6つの役割が規定されている<sup>3)</sup>が、チェンジエージェントとしての役割も要求される<sup>42)</sup><sup>43)</sup>。チェンジエージェントとは組織において変革を推進する者であり、実践者、教育者、研究者といったようなCNSの中心的な役割が必要になると言われている<sup>44)</sup>。今回分析した結果においても、その役割を果たしていた。

慢性CNSは、所属施設を中心に、看護が適切に提供される仕組みを考え、教育入院のシステムを変更したり、看護外来を開設したり、地域連携が出来るシステムを構築している。また、その際、前述した専門看護師の6つの役割を駆使していた。例えば、外来看護の場を獲得するにあたっては、看護部や他職種および施設経営に携わっている人々と連携していく必要があり、「調整」という役割が発揮される。これら他職種と共働するためには、まず実践のエキスパートであることを実証する必要がある<sup>42)</sup>とともに、外来における看護ケアの提供者としての「実践」能力が必要になる。このような実践能力が認められることにより、看

護師や医師、地域の医療職などから「相談」を受けることが可能になる。また、外来看護の場を看護職の教育の場として活用したり、外来看護が提供できる看護師の育成を行っている。このように、それぞれの役割を個々に果たしているのではなく、状況に応じて役割を統合させながらチェンジエージェントとして機能していると考える。さらに、システムを作ると同時に、看護師の教育をしたり、慢性看護の理解を促すことにも力を注いでいる。看護職の意識を改革するという意味で、これらの活動もチェンジエージェントとしての役割にあたるのではないかと考える。

### 2) 実践レベルで慢性看護の理解を促すための慢性CNSの活動

慢性看護の理解を促す試みも多くなされていた。慢性疾患患者の看護の目標は、患者が自分の中にある力を信じて希望を持てるように支援することであり、患者と話し合いながら、患者のQOLと慢性病の療養法の折り合いのつけ方をみつけていくことである<sup>45)</sup>と言われている。このような目標に沿う看護の実践は、多忙な臨床の中では困難であり、現時点では試行錯誤の只中にあるとも言える。

慢性CNSが伝えている看護の内容を見ると、「患者さんは、現在の状況に至るまで何十年の病のプロセスの中でどのように対処し、どのように生活してきたのか、生活の中で何に困っているのか、そういう視点を病棟看護師に投げかけている<sup>14)</sup>」、「看護師は往々にして患者自身がどのように思っているのかを確認していなかったり、入院前の状況を知らずに専門家だけが心配を先取りしていたりする。そこで、患者にどのように考えているのか聞いてみようというアドバイスをする。<sup>33)</sup>」といったものである。また米田は、「時間があったら話を聞くとか、情報をとるということではなく、その人に良い看護を提供したいという熱心さをもってその人を気遣い、その人の気がりに関心を寄せて意図的に患者に働きかけて、患者が語るのを引き出し理解していくという思考と感情と行為が一体になった看護ケアが必要となる。<sup>33)</sup>」とも述べている。多くの看護師が、患者を生活する人として捉え、患者の療養を支える視点に関心を抱いているが、療養を支えるための具体的なケア行動、評価アウトカムなど十分な解明はされておらず、まだ課題は大きい。しかしながら、患者が自己の療養法を見いだす支援には、「患者の考えを聞く」「患者の語りを引き出す」など、そのヒントが患者の側にあることに注目するように

なっている。慢性CNSは、患者が病を抱えて生きていくプロセスそのものに慢性患者の看護の可能性、手がかりが潜んでいることに着眼し、その開拓に進もうとしている。実践の中で、慢性CNSの活動の輪郭が徐々に説明できるものになりつつあるように思える。

### 3) 慢性CNSの活動における課題と展望

慢性CNSは、外来看護の場の獲得・院内外での医療や看護連携・慢性看護の実践レベルでの周知に多く携わっていた。慢性看護の視点から、改善した方が望ましいであろうことを考え、行動に移すCNSの活動は、特に今回の結果で出ているような事柄については、CNSのいない施設では実施されていないことが推測される。したがって、慢性CNSのいない施設においても、これらに着手できるように支援をすることも慢性CNSの活動の1つになっていくと考える。

CNSの活動については、文献に実施内容が説明されていたが、活動がどのように評価されているかについて、客観的に示されているものは少なかった。慢性CNSが実施している活動を広めていくためにも、当事者や周辺の関係者以外の人々からの理解も得られるような成果を示していくことが必要である。

## 6. おわりに

今回のデータは、糖尿病看護に焦点を当てているが、糖尿病を中心に活動をしている専門看護師の中には、他の慢性疾患にも携わっている者も多い。また、糖尿病以外の慢性疾患を専門にしている慢性CNSもいる。したがって、今回得た活動内容は糖尿病看護以外においても同様であるのか、または疾患による特異性があるのかどうかなどを検討し、さらなる慢性CNSの活動の明瞭化に努める必要がある。

## 文献

- 1) 葛谷英嗣, 坂根直樹: 糖尿病診療2010 糖尿病対策 厚生労働省糖尿病戦略研究J-DOIT1. 日本医師会雑誌.139 (2) :326-329,2010
- 2) 嶋森好子, 数間恵子, 青木美智子, 他: 特別委員会「糖尿病に強い看護師育成支援委員会」活動報告 学会としての厚生労働省臨床実務研修事業の支援. 日本糖尿病教育看護学会

- 誌.11 (1) :40-48,2007
- 3) 日本看護協会 専門看護師:<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/senmon/index.html> (2011年6月)
- 4) 日本専門看護師協議会「慢性疾患看護専門看護師の活動」:<http://www.jpncns.jp/katsudo/img/mansei2010.pdf> (2011年6月)
- 5) 中尾友美, 中川るみ, 杉田裕子 他: 病棟で糖尿病看護を実践している看護師が外来療養指導体験で得た学び. 日本看護学会論文集: 成人看護II.40.293-295,2010
- 6) 小江奈美子, 柴田真弓, 金丸道子 他: 看護専門相談室3年間の歩み 看護の専門性を求めて. 共済医報58 (2) .110-113,2009
- 7) 添田百合子: 臨床看護実践の発展と展望 慢性疾患看護専門看護師の立場から. 聖マリア医学.34.26-30,2009
- 8) 米田昭子: 看護の役割 今何が問われているのか 看護外来への展望 慢性期をサポートするために. 看護.61 (10) 54-55,2009
- 9) 米田昭子: 慢性看護"実践"のフロンティア 急性期病院における糖尿病患者の療養を支援する場とシステムの確立. 日本慢性看護学会誌.2 (1) .41-42,2008
- 10) 伊波早苗: 慢性看護"実践"のフロンティア 急性期病院における慢性看護実践者としての可能性. 日本慢性看護学会誌.2 (1) .29-31,2008
- 11) 添田百合子: 慢性看護"実践"のフロンティア 急性期病院における成人看護(慢性) 専門看護師のチャレンジ看護ケア外来開設のプロセスと患者支援. 日本慢性看護学会誌.2 (1) .34-38,2008
- 12) 添田百合子: 外来の未来に向けて 看護の質向上とシステム改革 看護ケア外来の軌跡と今後の課題. 看護.60 (5) .49-53,2008
- 13) 馬場敦子: 慢性看護"実践"のフロンティア 慢性看護の場の開拓. 日本慢性看護学会誌.2 (1) .39-40,2008
- 14) 伊波早苗: ケアの継続のための看護者の役割・自律・協働を考える～専門看護師の視点での継続看護～. 看護.58 (4) .67-70,2006
- 15) 伊波早苗: 専門看護師(CNS)のいま 各分野でのCNSの活動アウトカム 成人看護(慢性) 専門看護師の活動アウトカム. 臨床看護.31 (11) .1639-1643,2005
- 16) 高樽由美: 糖尿病足病変重症化予防フットケアの実際. 糖尿病合併症.24 (2) .202-205

- 2010
- 17) 曾根晶子: 下肢閉塞性動脈硬化症 (PAD) の治療とフットケアフットケア外来のケアシステムと看護の実践～下肢閉塞性動脈硬化症に焦点を当てて～. 看護技術.55 (6) .41-46,2009
  - 18) 米田昭子,尾崎順子,入澤智美 他: 外来における糖尿病患者へのフットケア40例の5年間の実践報告. 日本糖尿病教育・看護学会誌.13 (1) .27-38,2009
  - 19) 伊波早苗: 総合的なヒューマンライフへの提言～退院支援シンポジウム 退院計画・調整を中心とした退院支援のあり方～. 済生.83 (3) .5-10,2007
  - 20) 米田昭子: 慢性看護連携システム構築の実践とその課題 慢性疾患看護師としての取り組み. 日本看護研究学会雑誌.32 (2) .131-132,2009
  - 21) 米田昭子: 病とともに生きるを援助するクロニックイルネスの視点から慢性疾患看護専門看護師 (CNS) が主導する慢性看護連携システムの構築とその課題. 看護学雑誌.71 (12) .1082-1085,2007
  - 22) 米田昭子: 進化する慢性病看護病院と地域との看護をつなげる. 看護実践の科学.34 (13) .37-41,2009
  - 23) 米田昭子: 外来看護に今求められていること 外来看護の充実と継続看護のためのシステム構築 成人看護 (慢性) 専門看護師による平塚共済病院での取り組みから. 看護管理.17 (8) .656-660,2007
  - 24) 東めぐみ: 看護を語るなかで知る誇りと喜び～駿河台日本大学病院における「看護を語る会」の取り組み～. 看護実践の科学.33 (8) .58-63,2008
  - 25) 東めぐみ: 看護の実践知をどう伝え学び合うか～看護の質を高める経験の語り合い 認め合い信じ合える組織力が患者を支える～. 看護展望.32 (13) .1255-1262,2007
  - 26) 米田昭子: 2型糖尿病患者の身体の感覚に働きかけるケアモデルの開発. 日本糖尿病教育・看護学会誌.7 (2) .96-106,2003
  - 27) 東めぐみ: 糖尿病看護における熟練看護師のケアの分析. 日本糖尿病教育・看護学会誌.9 (2) .100-113,2005
  - 28) 中尾友美, 土居洋子: 自己管理を継続している2型糖尿病患者の療養行動に関する意思決定. 日本糖尿病教育・看護学会誌.11 (2) .166-176,2007
  - 29) 高樽由美: 糖尿病で視覚障害をもつ人の生活の編みなおし. 高知女子大学看護学会誌.33 (1) .17-27,2008
  - 30) 横田香世, 土居洋子: 末梢循環障害により下肢切断に至った患者の思い. 日本慢性看護学会誌.2 (2) .49-56,2008
  - 31) 中尾友美: 糖尿病看護における実践と研究相互の向上のために共にできること 糖尿病看護を実践しながら行う研究活動の実際と展望. 日本糖尿病教育・看護学会誌.15 (1) .72-73,2011
  - 32) 米田昭子: 臨床看護研究に今求められるもの 大学院卒看護師の臨床看護研究における役割～研究者・アドバイザー・コーディネーターとして～. インターナショナルナーシングレビュー.29 (1) .34-37,2006
  - 33) 米田昭子: 成人看護 (慢性) 専門看護師として急性期病院に貢献できること. 共済医報.56 (2) .116-118,2007
  - 34) 添田百合子: 倫理的側面からみた糖尿病看護の実践と研究 糖尿病医療現場において看護師が直面する倫理的な問題. 日本糖尿病教育・看護学会誌.15 (1) .78-80,2011
  - 35) 東めぐみ: 慢性病看護の新しい技術 (第1回) プロローグ 実践から慢性病看護の知の体系化へ. 看護実践の科学.36 (4) .48-52,2011
  - 36) 東めぐみ: 糖尿病看護に質的变化をもたらすケア「糖尿病をもちながら社会で生きていく」を援助する. 日本糖尿病教育・看護学会誌.14 (1) .94-96,2010
  - 37) 東めぐみ: 進化する慢性病看護 <糖尿病を抱えながら社会で生活する>を支える病棟看護師との協働. 看護実践の科学.34 (2) .43-47,2009
  - 38) 曾根晶子: 地域に求められる病院外来と看護実践事例 内科外来師長を兼任する慢性疾患看護専門看護師による内科系病棟と外来の継続看護システム導入. 外来看護最前線.13 (3) .10-15,2008
  - 39) 添田百合子: 個を活かす看護現場の組織力 個とチームを育てるケアの質を高めるスペシャリストの実践力～ケアの質向上を目指すスペシャリストの活用～. 看護展望.33 (2) .114-117,2008
  - 40) 伊波早苗: 糖尿病教育・看護における標準化への挑戦 いかにより標準化すれば、患者支援となるか. 日本糖尿病教育・看護学会誌.11 (1) .84-88,2007
  - 41) 米田昭子: 確認したい最も新しい看護 専門

- 看護師たちの報告 成人看護 進化した専門看護の臨床への定着に向けて. 看護実践の科学.31 (1) .25-32,2006
- 42) 山下美根子:国際シンポジウム「専門看護師をめぐる展望」参加報告 我が国の専門看護師制度の現状と課題について. インターナショナルナーシングレビュー .32 (4) :82 - 85,2009
- 43) Marianne R.:Clinical Nurse Specialists as Cultural Brokers Change Agents andPartners in Meeting the Needs of Culturally Diverse Populations.Journal of Multicultural Nursing & Health.11 (2) :41-48,2005
- 44) Barbara L.:The Clinical Nurse Specialist as Chang Agent .Clinical Nurse Specialist.9 (3) :128-132,1995
- 45) 安酸史子:慢性病患者への看護技術.小松浩子 代表著者.系統看護学講座専門5成人看護学.第12版.医学書院.246-260,2005





【解説】

# 高齢者施設に入所する認知症高齢者の インフルエンザ予防としての口腔ケアについて

高山直子、鷺尾昌一\*

金沢医科大学老年看護学、\* 聖マリア学院大学内科学・公衆衛生学

<キーワード>

認知症高齢者、インフルエンザ、口腔ケア、高齢者施設

## I . はじめに

総務省統計局の発表によると2010(平成22)年9月現在のわが国の高齢者(65歳以上)人口は2,944万人、高齢化率は23.1%であり<sup>1)</sup>、今後もしばらくは高齢化の進行は続くとみられる。このような高齢化の進行に伴い認知症高齢者数も増加しており2015(平成27)年までに250万人に達すると推計されている<sup>2)</sup>。また、2007(平成19)年の介護サービス施設・事業所調査によると、介護保険施設に入所している高齢者の9割以上に認知症を認め、入所者の半数以上は要介護4または要介護5レベルで<sup>3)</sup>、日常生活全般にわたって介護が必要な状態にある。

施設入所高齢者の多くは加齢による免疫力の低下に加え慢性疾患を抱えており感染症のリスクが高い。そのため、例年、冬季には高齢者施設におけるインフルエンザの集団感染が話題になる。高齢者ではインフルエンザ罹患後に肺炎を合併する割合が20%ともいわれ<sup>4)</sup>、死に至ることもあれば、更なるADL(日常生活動作)の低下につながることもある。したがって、施設入所高齢者のインフルエンザ予防は重要になってくる。特に脳血管障害や認知症といった精神神経疾患を背景にもつ要介護高齢者の場合、嚥下機能の低下や咳嗽反射の低下により、誤嚥性肺炎の罹患率が高い<sup>6) 7)</sup>。さらに、認知症高齢者の場合、認識力の低下や病識をもつことが難しくなるため、感染症対策はより慎重な対応が必要となる<sup>9)</sup>。

要介護高齢者に多い誤嚥性肺炎はそのほとんどは鼻腔、咽頭、口腔内の分泌物が気道内に流れ込んでしまう不顕性誤嚥によるもので、口腔内にバイオフィームを作って潜伏する嫌気性細菌を中心とした混合感染である<sup>10)</sup>。口腔内に潜伏し持続感染している微生物が上気道から下気道に持ち込まれることが原因となって発症する。また、口腔・咽頭に存在する細菌はさまざまな酵素を産生する。そのうちノイラミニダーゼは口腔内の粘膜を被覆しているノイラミン酸を破壊し、プロテアーゼは粘膜のタンパク質からなる成分を破壊する<sup>7)</sup>。その結果、上気道粘膜上皮のウイルスレセプターを露出させ、インフルエンザ感染を助ける役目をもっている<sup>7) 11)</sup>。したがって、口腔ケアによって口腔内細菌とその細菌性酵素活性を減少させ口腔の衛生環境を整えることで誤嚥性肺炎やインフルエンザに罹患するリスクを下げるができるといわれる<sup>12) 10)</sup>。しかし、認知症高齢者では認知症の程度が重症になるほど歯科保健行動は低下する<sup>13)</sup>。自身で口腔ケアがままならない認知症要介護高齢者はこれら感染症に対しハイリスク状態にあるといえる。インフルエンザ予防の第一はワクチン接種であるが、接種は任意であり強制的でないため、認知症高齢者では家族との連絡がつかない場合など意思確認がとれない場合、ワクチン接種が見送られることもあるため<sup>14)</sup>、認知症高齢者の口腔の衛生環境を整えることはより重要な意味をもつ。

そこで、本論文では施設に入所する認知症高齢

者の口腔ケアに焦点をあて課題を整理する。

## II. 認知症高齢者の特徴

まず、認知症について整理しておく。認知症は発症の原因によって幾つかのタイプに分類され、それぞれ特徴的な症状を呈する。そこで、認知症の基本構造とそれらタイプ別による特徴について述べる。

### 1. 中核症状と行動・心理症状 (BPSD;behavioral psychological symptoms of dementia) (図1)

認知症は記憶障害を中心とした中核症状と、脳病変や知的機能の低下により起こる様々な行動障害の総称である行動・心理症状 (BPSD) によって構成される<sup>15)</sup>。

中核症状は、必須かつ永続的な症状であり、時間経過とともに悪化する。記憶障害と見当識障害が発症時から出現し、失語・失行・失認・実行機能障害が認知症の進行に伴って見られるようになる。失行とは、運動障害がないのに食事や排泄などの諸動作を遂行できない状態、失認とは、感覚機能障害がないにもかかわらず対象を認識できない状態をさす。また、実行機能障害とは、計画を立てる、順序立てるといった能力の障害である<sup>15)</sup>。したがって、これらの症状が出現することによって日常生活動作 (ADL) の自立が著しく困難になってくる。

そして、行動・心理症状 (BPSD) とは、徘徊・

妄想・せん妄・抑うつ・興奮・攻撃的行動などである。これらは、単独の症状で現れることもあれば複数の症状が同時に現れる場合もある<sup>16)</sup>。身体的不調や不適切な介護、環境の不備、薬剤の副作用など、様々な誘因によって引き起こされるものであり、必ずしも見られる症状ではなく、出現しても永続するものでもない<sup>15)</sup>。しかし、ひとたび出現するとケアの介入困難につながるものである。

### 2. 主な認知症のタイプ別にみる特徴 (表1)

認知症をきたす疾患の主なものとしては、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、クロイツフェルトヤコブ病などがあげられる<sup>17)</sup>が、ここでは、高齢者に多い認知症の主な原因に限定してその特徴を述べる。

まず、最も多いとされるアルツハイマー病であるが、これは加齢に伴い発症リスクが高くなる。初期症状は記憶力の低下や見当識障害であり、本人は病識が乏しい場合が多い<sup>18)</sup>。そして、この病気を特徴づけているものはエピソード記憶の障害である。エピソード記憶とは個人的経験記憶のことであり、エピソード記憶の保管ができなくなると「ちょっと前のことを忘れる」という症状となって現れるため日常生活に影響を及ぼす。末期にはパーキンソン様症状やてんかん発作を起こすこともある。そのため転倒により寝たきりになることもあり、誤嚥性肺炎や尿路感染症で死亡することが多い<sup>17)</sup>。

次に、アルツハイマー病以外の中枢神経変性疾患として、レビー小体型認知症がある。これは、

表1. 認知症の原因となる主な疾患の特徴の比較

	中枢神経変性疾患		血管性認知症
	アルツハイマー病	レビー小体型認知症	
好発年齢	高齢になるにしたがい増加 (80歳代以降)		60～70歳代
発症と経過	緩徐に発症し、徐々に進行 日内変動は目立たない	緩徐に発症し、徐々に進行(アルツハイマー病に比べて記憶障害は軽い) 日内変動が大きい	急激に発症し、段階的に進行やや日内変動あり
脳病変	神経原線維変化老人斑(βアミロイドタンパク) 脳萎縮	大脳皮質へのレビー小体(異常物質)の蓄積	脳出血や脳梗塞による神経細胞および神経線維の脱落大脳皮質の記憶・認知・言語を司る部位、それらをつなぐ連絡線維に病巣をもつ
中核症状	初期から記憶障害がある 全般的な知的機能の低下	初期は記憶障害が目立たない	初期から記憶障害があるまたら認知症
行動・心理症状	段階・状況により個別性が高い	幻視、幻覚、妄想	感情失禁、夜間の不穏や不眠
神経症状、その他の症状	明確ではないが、末期にはパーキンソン様症状	パーキンソン様症状、振戦、易転倒性、原因不明の失神発作	片麻痺、パーキンソン様症状、仮性球麻痺、失語症、嚥下障害などを伴う
身体疾患	特定の疾患はない	特定の疾患はない	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心疾患との合併が多い

出典) 北川公子:認知機能障害に対する看護ケア, 系統看護学講座 老年看護学より改編

アルツハイマー病に比べ記憶障害の程度は軽いと言われるが、幻覚（幻視・幻聴）、妄想を呈する。また、アルツハイマー病同様にパーキンソン様症状がみられ、筋固縮や小刻み歩行により転倒しやすい<sup>17)</sup>。

そして、血管性認知症は、脳血管障害に基づいた認知症の総称で、アルツハイマー病に次いで多い認知症で脳梗塞によるものが最も多い<sup>19)</sup>。脳血管障害によって引き起こされる片麻痺、失語、嚥下困難など神経症状の合併を伴うことが多い。

### Ⅲ．認知症高齢者のインフルエンザ感染予防としての口腔ケアを困難にする要因（図1）

次に、施設に入所する認知症高齢者のインフルエンザ感染予防としての口腔ケアを行う上で障害となることについて、認知症高齢者本人からとケアする側からの視点に分けて述べる。

#### 1. 認知症高齢者側の要因

認知症高齢者は徘徊やせん妄などにより、気づかない間に感染源に接触する可能性が高い一方で、指示が受け入れられずマスクを取り外してしまう、手洗いや含嗽、口腔ケアといった衛生管理を自身で行うことが難しいといった状況にある<sup>9)</sup>。また、認知症の程度によっても異なる問題

が起こってくる。症状が進行し寝たきり状態になると胃瘻など経管栄養になることがあり、経口摂取できない状態では口腔が乾燥し唾液分泌が低下して口腔の衛生を保つことが難しくなる。しかし、自身では口腔ケアを行うことが困難で全て援助者に依存することになる。また、認知症が中等度で中核症状やBPSDを認めるような場合では、セルフケア能力が著しく低下するが、援助介入しようとしても介護に抵抗して開口しないことや開口してもその状態を保持することができなかつたり、指示が伝わらず含嗽剤を飲みこんでしまうなど認知症症状に翻弄されて口腔ケアへの介入が困難になることが多い<sup>20) 21)</sup>。そして、比較的自立度が高く口腔ケアを一部介助されている高齢者では、口腔内の清掃状況が良くないとする研究結果がある。一部介助レベルの高齢者では口腔ケアを自立して行えると判断され口腔ケアは不十分な状態が継続される可能性が高くなり、口腔衛生環境の低下が懸念される<sup>21) 22)</sup>。認知症高齢者に口腔ケアを実践する場合、ADLや口腔状態に応じながらケア方法を選択する必要がある。

#### 2. ケアする側の要因

本来、口腔内バイオフィーム形成細菌を取り除くための口腔ケアは歯科医師や歯科衛生士によって専門的に行われることがのぞましい。しかし、石井らが行った全国調査<sup>23)</sup>によると介護保険施

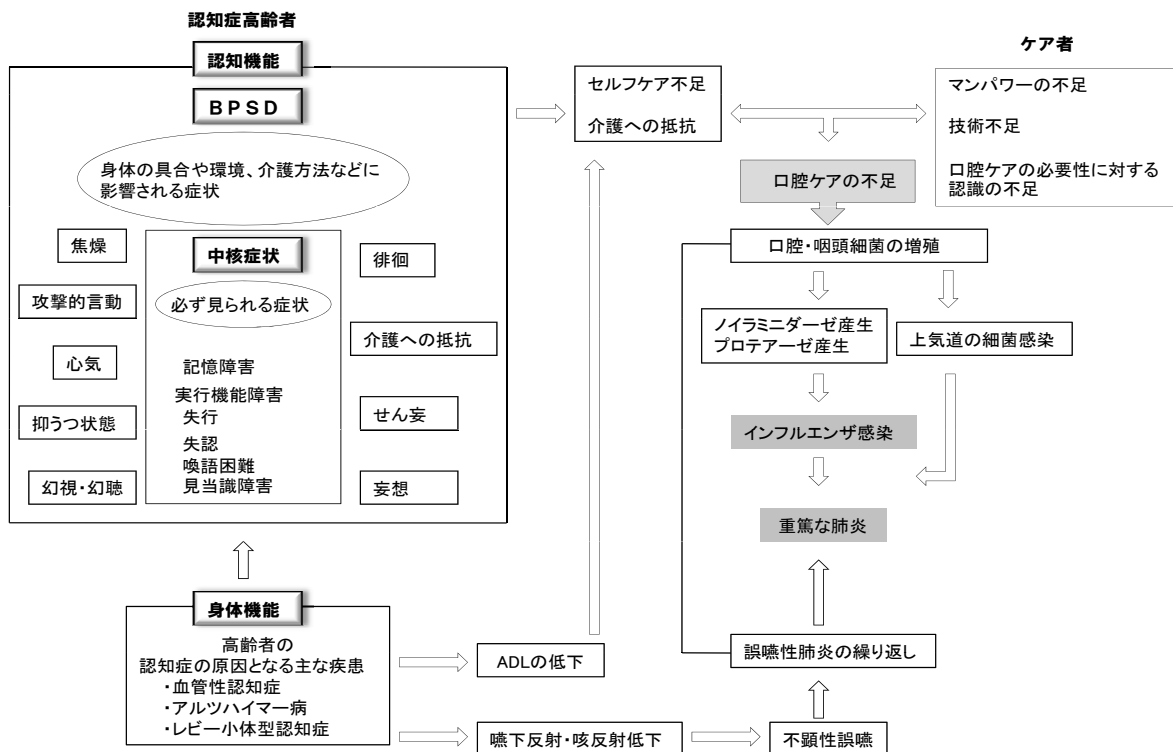


図1. 認知症高齢者の口腔ケア不足とインフルエンザ感染および肺炎の関係（著者作成）

設等に歯科医師あるいは歯科衛生士が勤務している施設は9.4%であり、実際に口腔ケアを担当している者は、介護職員が88%、看護職員が35%だったと報告している。現状は高齢者施設における口腔ケアは歯科医師や歯科衛生士以外の職種によって行われていることが多く、これは、高齢者施設に介入する歯科医師、歯科衛生士の不足や制度の不備により、歯科専門職が直接口腔ケアを担当できないことが一因とされる<sup>24) 25)</sup>。そこで、高齢者施設において口腔ケアを中心的に担っている介護職員や看護職員の口腔ケアに対する認識や口腔ケア技術に関する先行研究をみると、口腔ケアが全身状態に関与していることや肺炎予防につながるなどの認識は8割以上の者がもつ一方で、自信をもって口腔ケアや口腔ケアのアセスメントができるという者は2割以下という報告や<sup>26)</sup>、現在実施している口腔ケアでは不十分と感じている者が7割という報告があり<sup>20)</sup>、介護職員や看護職員の口腔ケア技術に対する自己評価は決して高くない。一方で、口腔ケアの技術指導を受けたいと思っているものの、実際に技術指導を受けた経験がある介護職員は5割という指摘もあり<sup>24)</sup>、高齢者の口腔ケアを日々直接行っている者への技術の保障は十分とはいえない。

そして、介護職員や看護職員による口腔ケアの実施状況としては、1回あたりの口腔ケアの所要時間は3~5分、1日に3回程度という施設が多く、マンパワーの不足から口腔ケアに多くの時間をかけられない現状がある<sup>24) 27) 28)</sup>。また、口腔ケア終了の目安は食物残渣が取り除かれることとしている施設が9割で大体の感覚が2割といった報告があり<sup>27)</sup>、十分な口腔ケアが提供されていないことが窺える。

我々が新型インフルエンザの流行があった2009/2010シーズンに北陸地方の高齢者施設を対象としてインフルエンザ予防対策について調査した結果では、外部からのウイルスの持ち込みを防ぐために職員の手洗いや含嗽を徹底したという施設は非常に多かったが、高齢者本人への口腔ケアについて述べた施設は少なかった<sup>29)</sup>。口腔ケアが肺炎やインフルエンザの予防につながるという認識はもっていても、それが介護の現場ではマンパワーの不足や技術不足などから積極的な実践に結びつけられていないと考えられる。

高齢者施設では、歯科医師や歯科衛生士による専門的口腔ケアを受けられる機会は少ないことから、日常的に口腔ケアを担っている介護職員や看護職員の技術の向上を図ることや、そのためには歯科医師や歯科衛生士との連携が必要といえる。

そして、要介護レベルに応じた介入で適切な口腔ケアが実施されることがのぞまれ、介護職員・看護職員は認知症高齢者への理解を深め個別性の高い認知症症状に対応できる能力も必要になる。

## IV . 終わりに

認知症高齢者は、自身で口腔ケアがままならないことに加え援助に対して抵抗するなど認知症症状がケア介入を困難にさせている。口腔の衛生環境を整えることで誤嚥性肺炎やインフルエンザ予防につながるが、認知症高齢者では重症になるほど歯科保健行動は低下する。認知症高齢者の口腔ケアに日常的に携わる介護職員・看護職員はマンパワー不足の中、自身の技術に満足できない状況でケアを提供しており、彼らの口腔ケア技術の向上を図るためにも歯科医師や歯科衛生士との連携が必要である。

## 文献

- 1) 総務省統計局ホームページ : <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi481.htm> (アクセス2011年6月2日)
- 2) 厚生労働省:平成19年版厚生労働白書、28-35、2007.
- 3) 厚生労働省:平成19年介護サービス施設・事業所調査、11-18、2007.
- 4) 池松秀之:高齢者におけるインフルエンザの臨床的特異性,日本臨床61;1926-1930,2003.
- 5) 豊里晃、植田耕一郎、野村修一:介護施設における経管栄養管理者の口腔ケアと接触・嚥下機能訓練による肺炎予防効果、未病と抗老化19;100-105、2010.
- 6) 山本寛:高齢者の肺炎、新老年学 第3版、大内尉義ほか編、東京大学出版会 ;931-940、2010.
- 7) 奥田克爾:高齢者の静かなる暗殺者、口腔内バイオフィームとの戦い、老年歯科医学24(2);85-90、2009.
- 8) 寺本信嗣:高齢者、脳血管障害の肺炎-誤嚥性肺炎を中心に-, Medical Practice23(11);1963-1967、2006.
- 9) 加藤秀子:介護施設における認知症高齢者の感染症対策の現状と課題、日本認知症ケア学会誌7(1)、;24-29、2008.

- 10) 奥田克爾、君塚隆太、阿部修ほか:口腔ケアによる誤嚥性肺炎予防、歯科学報105(2);129-137、2005.
- 11) 奥田克爾:口腔ケアにおける口腔内バイオフィルムコントロールの重要性、ICUとCCU 33(10);749-756、2009.
- 12) 阿部修、石原和幸、足立三枝子ほか:専門的口腔ケアによる唾液内酵素活性の低下とインフルエンザ予防効果、デンタル ハイジーン 26(3);278-281、2006.
- 13) 新井康司、角保徳、植松宏ほか:痴呆性高齢者の歯科保健行動と摂食行動、国立療養所中部病院歯科における実態調査、老年歯学17;9-14、2002.
- 14) 林嘉光、鈴木幹三、利根川賢:高齢者施設入所者のインフルエンザワクチン接種に関する調査、感染症学雑誌81(4);408-413、2007.
- 15) 北川公子:認知症、系統看護学講座 老年看護学、医学書院;277-296、2011.
- 16) 認知症ケア学会編:認知症ケア標準テキスト 認知症ケアの基礎、株式会社ワールドプランニング;57-72、2006.
- 17) 荒井啓行:認知症、系統看護学講座 老年看護病態・疾病論、医学書院;90-102、2011.
- 18) 田上真次、大河内正康、武田雅俊:アルツハイマー型認知症、新老年学 第3版、東京大学出版会;1205-1213、2010.
- 19) 工藤喬:血管性認知症、新老年学 第3版、東京大学出版会;1213-1216、2010.
- 20) 大神浩一郎、岡田千奈、田坂彰規ほか:病院・介護老人保健施設職員の口腔清掃に対する認識、老年歯科医学25(1);26-30、2010.
- 21) 井上映子、今井宏美、麻賀多美代ほか:介護老人保健施設の要介護高齢者の生活状況と口腔内環境の関連、千葉県立衛生短期大学紀要 24(2);5-11、2006.
- 22) 大西淑美、井上雅子、加藤雅子ほか:高齢者施設入所者の口腔内実態調査 - 口腔環境とカンジダとの関連 - 、日本歯科衛生学会雑誌3(2);50-56、2009.
- 23) 石井拓男、岡田真人、大川由一ほか:介護保険施設等における口腔ケアの実態に関する研究 一第1報 口腔ケアの現状と歯科医療職の関与について一、口腔衛生学会雑誌56(2);178-186、2006.
- 24) 大神浩一郎、岡田千奈、田坂彰規ほか:病院・介護老人保健施設職員の口腔ケアに対する認識、老年歯科医学25(1);26-30、2010.
- 25) 由良晋也、吉永智晴、萩原有希ほか:某特別養護老人ホーム入所者における口腔ケア後の口腔内状態に影響する因子、日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌9(2);166-171、2005.
- 26) 上森尚子、尾崎由衛、榊原葉子ほか:介護保険関連施設における口腔ケアの現状と今後の課題に関する調査報告、九州歯科学会雑誌63(3);115-121、2009.
- 27) 井上都之、高橋有里、小山奈都子:岩手県内の高齢者保健・福祉施設における口腔ケアの現状と課題、岩手県立大学看護学部紀要9;43-52、2007.
- 28) 伊多波怜子、奥井沙織、合原愛ほか:看護師による入院患者への口腔ケアの取り組みの現状、歯科学報106(4);267-272、2006.
- 29) 高山直子、鷺尾昌一、小泉由美ほか:新型インフルエンザ流行時における北陸地方の高齢者施設のインフルエンザワクチン接種状況、日本老年看護学会誌15(2);64-72、2011.



【解説】

# 看護分野における疫学研究の実際

鷲尾昌一、西地令子、豊島泰子\*、今村桃子\*\*、井手三郎

聖マリア学院大学看護学部、\*四日市看護医療大学、\*\*国際医療福祉大学福岡看護学部

<キーワード>

看護研究、根拠に基づく看護実践、疫学

## I. はじめに

研究は質問に答えたり、問題を解決するために鍛練された系統的な探求であり、究極のゴールは知識体系を発展、洗練、拡充させることである<sup>1)</sup>。看護研究は、看護の実践、教育、管理・運営、情報科学など、看護職にとって重要な課題に関する信頼できるエビデンスを発展させるように行なわれる系統的な探求である<sup>1)</sup>。看護の現場ではエビデンスに基づいた看護活動が求められている。

疫学は公衆衛生分野で活用される研究手法であり、公衆衛生や予防医学、臨床医学の分野でエビデンスを見つけるために活用されてきた研究手法であり、「人間集団における健康状態とそれに関連する要因の分布を明らかにする学問」である<sup>2)</sup><sup>3)</sup><sup>4)</sup>。本学では短期大学地域看護学専攻科時代より、地域看護領域では量的研究が行われ、保健師を目指す学生に対して、研究指導を行ってきた<sup>5)</sup>。

今回、看護分野における疫学研究の実際について概説する。疫学研究のデザインは大きく、観察研究と介入研究に分けられる。観察研究とは、調査対象者の曝露に介入しない状態で、曝露と結果発生の現象をあるがままに観察する研究で、表1に示すように記述疫学と分析疫学(生態学的研究、横断研究、症例対照研究、コホート研究)がある<sup>2)</sup><sup>3)</sup><sup>4)</sup>。記述疫学は曝露については触れずに疾病の頻度などを明らかにする手法で、全数調査であることもしばしばで、頻度や割合、分布、平均値、中

表1. 疫学研究のデザインの特徴の比較

研究方法	観察単位	時間的な視点	人為的な介入
I. 観察研究			
A. 記述疫学	個人、集団	横断的・後ろ向き	なし
B. 分析疫学			
1. 生態学的研究	集団	横断的・後ろ向き	なし
2. 横断研究	個人	横断的(現在)	なし
3. 症例対照研究	個人	後ろ向き(過去)	なし
4. コホート研究	個人	前向き(将来)	なし
II. 介入研究			
1. 臨床試験	個人(患者)	前向き(将来)	あり
2. 野外試験	個人(健常者)	前向き(将来)	あり
3. 地域介入試験	集団(地域)	前向き(将来)	あり

央値、最頻値といった基本的な指標を用いる。代表的なものとしては、人口動態統計、結核やインフルエンザなどの感染症サーベイランス、老人保健施設調査などの実態調査、などがある。本稿では観察研究のうち、分析疫学(表2)<sup>2)</sup><sup>3)</sup><sup>4)</sup>について解説する。

### 1. 生態学的研究

集団を単位として集団間の曝露と疾病頻度の関係を比較することによって疾病の危険因子を探索する研究である。既存のデータが使える場合があり、費用と時間がかからないことが利点であり、集団の間で認められた関係が必ずしも個人・個人の関係に当てはまらないことが欠点である。生態



表2. 分析疫学研究の比較 (文献2、3、4より作成)

項目	横断研究	症例対照研究	コホート研究
疾病と要因の時間関係	なし	あり	あり
疾病	要因、疾病とも 調査時点(同時) 有病例(長期罹病例も含む)	疾病は現在 要因は過去 罹患例(新しい症例のみ)	要因は現在 疾病は未来 罹患例(これから罹る人)
情報の収集方法	面接調査	面接調査	追跡調査
収集する情報	現在の疾病と暴露	過去の暴露	将来の罹患や死亡
暴露情報の信頼性	とても低い	コホートに比べ低い	高い
調査の時間軸	現在	過去	未来
研究期間	短い	短い	長い
対象人像	少ない	少ない	多い
稀な暴露	調査不可能	調査不可能	調査可能
稀な疾患	不可能	適している	不可能
脱落	なし	なし	あり
因果関係の推測	不可	可	可

表3. 高齢者施設入所者のインフルエンザワクチン接種率とその関連要因 (文献6)

	特別養護老人ホーム	養護老人ホーム	老人保健施設	軽費老人ホーム
入所者の90%以上にワクチン接種	88.5%	82.9%	75.7%*	60.9%*
嘱託医が内科医	90.8%	95.2%	69.1%	60.0%
医療機関が隣接	16.8%	9.5%	57.7%*	25.5%
感染対策委員会がある	80.3%	60%*	91.3%*	44.8%*

\* :p < 0.05 vs. 特別養護老人ホーム

学的研究は仮説を見つけるための研究で、仮説が見つかった後には症例対照研究やコホート研究で仮説が正しいかを確認する作業が必要となる。例としては、都道府県別の喫煙率と肺癌死亡率など、地域や集団全体の曝露量と疾病発生の関係などを検討する際に用いられることが多い。

豊島ら<sup>6)</sup>は過去に調査を行なった二つのデータベース(インフルエンザワクチン接種に関する調査<sup>7)</sup>と看護・介護職員の業務に関する調査<sup>8)</sup>)を用い、高齢者入所施設におけるインフルエンザワクチンと肺炎球菌ワクチンの接種状況と感染予防対策を解析し、嘱託医が内科医であると入所高齢者のワクチン接種率が高いのに対し、医療機関が高齢者施設と隣接していることや感染対策委員会があることは施設入所高齢者のワクチン接種率と無関係であることを示した(表3)。

## 2. 横断研究

個人の暴露と疾病発生の評価を同時に行なう研究であり、一度の調査で曝露と疾病の有無が同時に確認できるため、比較的短い時間で研究が完了するが、時間的な前後関係が不明であるため、お互いに関係が認められたとしても原因か結果か

がはっきりしないのが欠点である。このため、先行研究などから結果を解釈する必要がある。例えば、身体活動と肥満の関係を調査した場合、身体活動が少ない人に肥満傾向を認めても、身体活動が少ないから肥満なのか、肥満だから身体活動が少ないのかこれだけでは因果関係は不明である。

西地<sup>9)</sup>は介護支援専門員を対象にジョブストレスとケアプラン自己評価の関係を調べるために質問票調査を行ない、ケアプラン自己評価と質的負荷ストレス(役割不明瞭、能力の欠如)と負の関係を認めた(表4)。しかし、本研究は横断研究であるため、自己評価が低いため、ストレスとなっているのか、ストレスのために自己評価が低いのかは研究結果だけでは判断できない。今回得られた結果をもとに、今後、症例対照研究やコホート研究、介入研究などを行ない、原因結果の関係を明らかにする必要がある。

## 3. 症例対照研究

症例(疾病や障害を持つ者)と対照(持たない者)を比較する研究である。疾病や障害が発生する前の暴露情報を取り、対照の暴露情報と比較し、疾病や障害の発生要因を探ろうとする研究である。

表4. ケアプラン自己評価と質的負荷ストレスとの関係 (文献9)

	できている項目数	過度の圧迫感	役割不明瞭性	能力の欠如
できている項目数	1	---	---	---
過度の圧迫感	-0.14	1	---	---
役割不明瞭性	-0.34 *	0.16 *	1	---
能力の欠如	-0.38 *	0.18 *	0.67 *	1

\* :p < 0.05

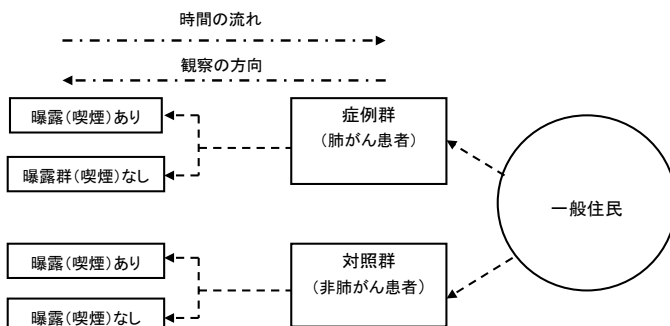


図1. 肺がんの症例対照研究

表5. 高齢者の老人病院入院の関連要因 (文献10)

要 因	オッズ比 (95%信頼区間)	p-値
認知症 (あり/なし)	6.69 (1.60-27.96)	0.01
日常生活動作 (軽度障害/高度障害)	6.30 (1.58-27.68)	0.01
介護者の属性 (嫁/嫁以外)	6.30 (1.14-34.65)	0.03
介護期間 (37カ月以上/36カ月以下)	0.26 (0.07-1.05)	0.05
介護者の年齢 (61歳以上/60歳以下)	1.62 (0.48-5.45)	0.44

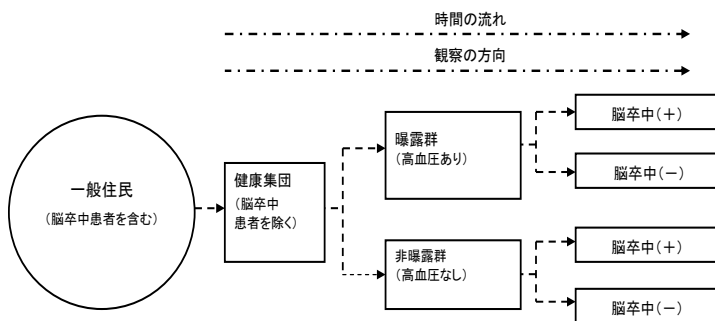


図2. 脳卒中のコーホート研究

図1は疾病を肺がん、暴露を喫煙とした場合の研究デザインで、肺がん患者と対照の喫煙者の割合を比較するデザインとなっている。バイアスが入り込まないような適切な対照を選ぶことが難しいが、後で述べるコホート研究に比べ、短い時間と費用で研究が終了し、原因結果の関係も横断研究よりもはっきりしている。例えば厚生労働省の難病に指定されている潰瘍性大腸炎など、稀な疾患にも対応できる研究デザインである。

Araiら<sup>10)</sup>は自宅で介護継続が困難となり老人病院に入院した高齢者を症例、訪問看護を受け、在宅生活を送っている高齢者を対照とした症例対照研究を行い、認知症、日常生活動作がある程度保たれていること、介護者が嫁であることが入院のリスクであることを明らかにし(表5)、認知症がある場合、むしろ寝たきりであることの方が在宅介護を継続しやすくするのではないかと考察した。この研究は認知症がある場合、寝たきりの高齢者の介護者よりも日常生活動作がある程度保たれている高齢者の介護者に対する支援が必要なることを示唆している。

#### 4. コホート研究

コホートの原義は、「300~600人の古代ローマの戦闘集団」に由来する。疫学用語としては「一定期間にわたって追跡される人々」という意味で用いる。コホート設定時に曝露状況を把握し、要因暴露を持つ集団と持たない集団を追跡し、その後の疾病や障害の発生率を比較する研究である。暴露情報の妥当性は高く、暴露がイベント(疾病や障害の発生)よりも先行しているため、因果関係がはっきりしている。しかし、経費や時間と人手がかかるのが欠点である。疾患発生に時間がかかる場合、追跡中に脱落(転出や死亡)がでること、暴露情報は最初に設定されたものに限られることが欠点である。わが国で発症頻度が高く国民病とされてきた脳卒中などの循環器疾患を研究するためのコホート研究が盛んに行なわれてきた<sup>11) 12)</sup>。図2は暴露を高血圧、疾病を脳卒中とした場合の研究デザインで、追跡期間中の脳卒中の罹患率(あるいは死亡率)を比較するデザインとなっている。

松鶴ら<sup>13)</sup>は訪問看護サービスを利用している在宅高齢者を追跡し、2年後の入院・入所のリスクは日常生活動作の障害が軽度であること、要介護高齢者が男性であることを明らかにし(表6)、要介護高齢者の日常生活動作障害が高度のほうに、介護者は自分のペースで介護ができ、在宅介護が継続するのではないかと考察した。また、認知症がある場合、介護される高齢者が女性のほうが男性よりも徘徊や暴力行為等の認知症に伴う問題行動に対処しやすいので、在宅介護が継続しやすいと考察した。

### 5. コホート研究を利用した症例対照研究

コホートの追跡中に起こったイベント(疾病罹患や死亡)を症例とし、起こさなかった者から対照を選んで行う症例対照研究である。罹患前や死亡以前の健診記録を私用するので、バイアスが入り込みにくく、事象の発生順序もはっきりしている。しかし、必要な症例数が集まるのに時間がかかるのが欠点である。

Araiら<sup>12)</sup>は要介護高齢者の介護者を追跡し、在宅介護継続者と介護中断者を比較し、介護中断者には抑うつ割合が高いことを明らかにした

表6. 訪問看護を利用する在宅要介護高齢者の2年後の入院・入所のリスク(文献11)

要因	リスク比	(95%信頼区間)
サービスの利用(2+/0-1)	0.85	(0.66-1.10)
患者の年齢(歳)(75+/65-74)	0.84	(0.64-1.10)
患者の性(女性/男性)	0.74	(0.58-0.94)*
認知症(あり/なし)	0.89	(0.68-1.16)
悪性新生物(あり/なし)	0.88	(0.62-1.26)
日常生活動作障害(高度/軽度)	0.69	(0.52-0.91)*

\*: p<0.05

表7. 介護を継続した介護者と中断した介護者の比較(文献12)

	介護継続	介護中断	p-値
要介護高齢者			
年齢(歳)	80.0±7.9	80.3±8.8	0.88
バーテルインデックス	10.5±6.5	8.9±6.1	0.39
改訂版長谷川スケール	14.5±9.0	14.1±8.5	0.87
介護者			
年齢(歳)	58.5±13.0	58.3±15.2	0.96
介護時間(時間/日)	6.3±5.1	7.4±5.4	0.48
ザリット介護負担尺度	34.0±17.2	43.9±22.3	0.06
抑うつの割合(%)	21.3	69.2	0.02

データは 平均±標準偏差 または % で表示

(表7)。このことより、介護者の抑うつを減らすことで、在宅介護が継続するのではないかと考察した。

### まとめ

以上、疫学研究のデザイン毎に実例を提示し、看護の領域における疫学研究の実際について概説した。

### 文献

- 1) Polit DF, Beck CT: Foundations of nursing research and evidence-based practice, In: Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 8th edn. 1-79, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2008.
- 2) 中村好一:基礎から学ぶ楽しい疫学、第2版.東京,医学書院,2006.
- 3) 佐々木敏,岡本和士,小橋元,他:はじめて学ぶやさしい疫学 改訂2版.田中平三,秋葉澄伯,編.日本疫学会監修,東京,南江堂,2010.
- 4) Beaglehole R, Bonita R, Kjellstroem T: Basic epidemiology. Geneva, World Health Organization, 1993.
- 5) 今村桃子,鷺尾昌一:地域看護学研究の実際、専攻科地域看護学生の指導の視点から.聖マリア学院紀要 22: 71-76, 2008.
- 6) 豊島泰子,鷺尾昌一,春口好介,他:高齢者入所施設におけるインフルエンザワクチンと肺炎球菌ワクチンの接種状況と感染対策、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人保健施設、軽費老人ホームの比較.臨牀と研究 85: 1751-1754, 2008.
- 7) 鷺尾昌一,今村桃子,豊島泰子,他:高齢者入所施設における入所者と看護・介護職員に対するインフルエンザワクチンと入所者に対する肺炎球菌ワクチンの接種状況、福岡県での調査より.臨牀と研究 85:1467-1471, 2008.
- 8) 春口好介,鷺尾昌一,豊島泰子,他:高齢者入所施設における看護・介護職員の業務に関する現状と課題、福岡県における施設職員の業務と医療行為に関する実態調査.臨牀と研究

- 85:1611-1615, 2008.
- 9) 西地令子:介護支援専門員のメンタルヘルスおよびジョブストレスとケアプラン自己評価の関連性. 日本在宅ケア学会誌 11: 49-56, 2008.
- 10) Arai Y, Washio M, Kudo K. Factors associated with admission to a geriatric hospital in semisuburban southern Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 54:213-216,2000.
- 11) Yamagishi K, Iso H, Kitamura A, et al. Smoking raises the risk of total and ischemic strokes in hypertensive men. *Hypertens Res.* 26 :209-217, 2003.
- 12) Doi Y, Ninomiya T, Hata J, et al. Impact of glucose tolerance status on development of ischemic stroke and coronary heart disease in a general Japanese population: the Hisayama study. *Stroke* 41 :203-209, 2010.
- 13) 松鶴甲枝、鷺尾昌一、荒井由美子、他:訪問看護ステーションを利用している要介護高齢者の入院・入所に関わる要因. 日本公衆衛生雑誌 49:1107-1116,2002.
- 14) Arai Y, Sugiura M, Washio M, et al. Caregiver depression predicts early discontinuation of care for disabled elderly at home. *Psychiatry Clin Neurosci* 55:379-382, 2001.



【解説】

# 妊娠女性の喫煙による健康被害 — 胎児や新生児に対する影響も含めて —

豊島泰子、鷺尾昌一\*、斉藤由香\*\*、古賀由紀\*\*、今村桃子\*\*\*、井手 信\*

四日市看護医療大学看護学部、\* 聖マリア学院大学看護学部、  
\*\* 聖マリア病院産科病棟、\*\*\* 国際医療福祉大学福岡看護学部

<キーワード>

喫煙、妊婦、子ども、健康被害、禁煙支援

## はじめに

平成 21 年の全国たばこ喫煙者率調査によると、わが国の 20 歳以上の喫煙者率は男性 38.9%、女性 11.9% であり、男性では低下傾向である<sup>1)</sup>。一方女性の喫煙者率は全体で見ると横ばい傾向であるが、20 歳～30 歳代の若い女性の喫煙者率が上昇している<sup>1)</sup>。生殖・育児年齢である 20 歳代、30 歳代の女性の喫煙は喫煙する本人だけでなくその子どもにも影響を与える。

妊婦の喫煙は、比較的妊娠をきっかけに禁煙しやすい<sup>2)</sup>、この時期に次世代の育成に大きな役割を果たしている妊婦の禁煙対策を効果的に行うことが課題である。

本稿では、喫煙が妊婦や胎児、新生児に与える影響と禁煙支援について概説する。

## 1. たばこの害

たばこの煙には、一酸化炭素 (CO)、ニコチン、タールをはじめ 4,000 種類以上の化学物質が含まれ、そのうちの 200 種類以上が人体に有害で、60 種類以上に発がん性が認められている<sup>3)</sup>。ニコチンは猛毒であり、依存性がある<sup>3)</sup>。

たばこの煙には、喫煙者が吸い込む主流煙とたばこの先端から立ち上がる副流煙とがある<sup>4)</sup>が、主流煙より副流煙の方が有害で、タールの副流煙は主流煙の 3.4 倍、ニコチンは 2.8 倍、一酸化炭素は 4.7 倍である<sup>4)</sup>。副流煙と喫煙者の吐

き出す呼出煙とを合わせたものを環境たばこ煙 (Environmental tobacco smoke : ETS) といひ、この ETS に非喫煙者が暴露することを受動喫煙という<sup>3)</sup>。母親が喫煙者の場合、毒性の強い副流煙を母親からもらい、小児は健康被害を受けることになる。

## 2. 妊婦の喫煙と胎児や新生児への影響

妊婦が喫煙することで、早産や自然流産 (妊娠 1 週から 20 週までの胎児死亡) のリスクが高くなることはよく知られている。喫煙妊婦は、非喫煙妊婦に比べて 1.4~1.5 倍早産しやすく、妊娠中の喫煙本数が増えると早産のリスクも高くなり、一方、喫煙妊婦の自然流産は、非喫煙妊婦に比べて 1.5 倍前後流産しやすいことが報告されている<sup>5)</sup>。また喫煙妊婦は、非喫煙妊婦に比べて 1.2~1.4 倍周産期死亡 (妊娠 20 週から分娩後 28 日までの胎児死亡) のリスクが高くなることが報告されている<sup>5)</sup>。

## 3. 受動喫煙の弊害

妊婦自身が喫煙しなくても、受動喫煙にさらされるだけでも、胎児や小児にもたばこ煙による健康影響を及ぼす。このような受動喫煙は、より有害性が強いと言われ、加治<sup>6)</sup>は、受動喫煙による健康障害は従来考えられていた以上に深刻であることを指摘している。

表1. 妊娠女性の喫煙による影響

a. 胎児への健康被害	・早産 ・自然流産 ・子宮内発育遅延 (IUGR) ・低出生体重
b. 新生児への健康被害	・乳幼児突然死症候群(SIDS) ・気管支喘息、気管支炎、肺炎 ・急性中耳炎、滲出性中耳炎

出典：文献5), 7), 11), 13) より著者作成

妊婦の受動喫煙が児の出生体重に及ぼす影響について調査した研究の多くで、子宮内発育遅延 (IUGR) や低出生体重児、早産のリスクが高くなること、出生体重は、20~200g減少することが報告されている<sup>7) 8)</sup>。

このほかに乳幼児突然死症候群 (SIDS) がある。この発症原因について、胎児期に妊婦の喫煙、受動喫煙から受けた影響と、出生後の受動喫煙の影響を明確に区別することは困難であるが、そのいずれもがリスクファクターとなることが多くの研究から明らかにされている<sup>9) 10)</sup>。出産後に喫煙する母親は、喫煙しない母親に比べて2.4倍 SIDSのリスクが高い<sup>11)</sup>。

後藤ら<sup>12)</sup>は、妊婦の喫煙や受動喫煙によってニコチンが胎児に移行するかを検討することを目的に、新生児の出生後第一尿を採取し、尿中ニコチンとコチニン (ニコチンの代謝産物) の濃度を測定した。その結果妊婦自身は喫煙しなくても受動喫煙があった場合、新生児の尿中ニコチン濃度は、妊婦自身が喫煙した場合の1/7 に達することを報告している<sup>12)</sup>。

日常的に受動喫煙にさらされている小児は、気管・気管支粘膜の絨毛運動が障害されて気道の炎症を生じやすく、気道の過敏性も亢進するため、気管支喘息、気管支炎、肺炎などの呼吸器疾患にかかりやすい<sup>13)</sup>。また、たばこ煙に含まれる有害物質は耳管の粘膜絨毛運動の異常、耳管粘膜の腫脹、アデノイド・扁桃の肥大などを引き起こし、急性中耳炎、滲出性中耳炎のリスクを増加させる<sup>13)</sup>。

#### 4. 禁煙・防煙指導の動向

わが国では、これまで妊婦を対象とした看護職者が行う禁煙介入に関する研究は少ない<sup>14) 15)</sup>。わが国で行われている禁煙指導の実態を把握する

目的で妊婦健診を提供している産科医療機関800施設を対象に、保健指導の実際と禁煙指導の有無、および施設の喫煙に関する方針についての実態調査を行った田中らの調査<sup>16)</sup>では、妊婦健診時に禁煙・防煙指導を実施している施設は、59.4%で、禁煙指導の具体的内容は、「胎児への有害性」および「受動喫煙の影響」が過半数を占めていた。しかし血中ニコチン濃度の測定や喫煙依存度のFTNDテスト (環境依存度自己チェック) を実施している施設は全体の5%以下と低かった<sup>16)</sup>。妊婦健診時に禁煙指導をしていない施設においては、その73.8%が母親学級においては禁煙指導を実施しているが、妊婦健診時の禁煙指導の実態は、禁煙の手法やコツを支援している施設はわずかであった<sup>16)</sup>。

田中ら<sup>17)</sup>は、産婦人科病院で定期健診を受けている妊娠20週未満の妊婦173人を対象に喫煙調査を実施し、禁煙の意思がある喫煙妊婦を対象として、米国保健医療局 (AHCRC) の臨床実践ガイドライン禁煙支援プログラムへの参加を希望した39名に継続的な個別指導を行った。その結果76.9%が禁煙、23.1%が節煙できたことを報告している。

藤村<sup>18)</sup>は、禁煙支援のホームページを作成し、禁煙支援を希望した女性 (妊婦に限らず) のうち、書き込みをした114名中36.2%の妊婦が禁煙に成功したと報告している。遠藤ら<sup>19)</sup>は、1ヶ月乳児を保育する母親を対象に、日本外来小児科学会発行の禁煙リーフレットを用いての禁煙教育は有効であることを報告している。鈴木ら<sup>20)</sup>は、産婦人科外来での診察説明時に約2分30秒の禁煙指導を行い、短時間でも禁煙指導の効果は期待できたことを報告している。

以上みてきたように、わが国では、いろいろな方法で禁煙介入が試みられている。しかし、効果的な方法の解明までには至っていない状況である。関島<sup>15)</sup>は、「わが国ですでに作成されている禁煙介入方法のガイドライン<sup>21)</sup>や指導者用マニュアル<sup>22)</sup>を参考にして看護職者が主体的に介入に踏み出すことが、効果的な介入方法の解明に近づくのではないかと提言している。

#### 5. 終わりに

2008年の母親学級に参加した妊婦91名を対象の喫煙に関する調査<sup>23)</sup>では妊婦の喫煙率は2.2%と低かったが、配偶者の喫煙率は45.6%と一般男性の喫煙率より高かった。妊婦のみなら

す配偶者にも機会を捉えて喫煙について正しい知識の普及啓発に努める必要があると考えられる。聖マリア病院の産科外来の母親学級に参加する妊婦の割合は、産科外来を受診する全妊婦の約20~30%であり、70%~80%の母親は母親学級に参加していないので、母親学級に限定せずに、産科外来受診時をとらえて、禁煙・防煙教育を行なっていく必要があると考えられる。

中村<sup>24)</sup>は、妊婦の喫煙の減少には、医療従事者の教育や家庭環境の整備が必要であると述べている。聖マリア病院は地域の母子医療の中心センターとしての機能を果たしていることから、心筋梗塞や脳梗塞などのたばこ関連疾患の予防のためにも妊娠中から外来受診時や母親教室・両親学級等の機会を捉えて妊婦のみならず配偶者にも喫煙について正しい知識の普及啓発に努めていく必要があると考えられる。

## 文献

- 厚生統計協会：生活習慣病と健康増進対策. 厚生指針、臨時増刊、国民衛生の動向. 57 (9) :79-95, 2010.
- Muchowski K, Paladine H: An ounce of prevention: the evidence supporting preconception health care. *J Fam Pract* 53 (2) :126-133, 2004.
- 厚生省編：新版 喫煙と健康 喫煙と健康問題に関する報告書. 保健同人社. 東京. 2002.
- 加治正行：喫煙による子どもの健康障害. *小児科臨床*. 61 (3) :347-355, 2008.
- 厚生省編：喫煙と健康 喫煙と健康問題に関する報告書 第2版. 保健同人社. 東京. 1997.
- 加治正行：子ども、女性の喫煙リスク. *呼吸*. 25 (8) :765-771, 2006.
- Roquer JM, Figueras J, Botet F, et al: Influence on fetal growth of exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Acta Paediatr* 84 (2) :118-21, 1995.
- 斉藤麗子：妊婦と夫の喫煙状況と出生児への影響. *日公衛誌*. 38 (2) :124-131, 1991.
- Anderson HR and Cook DG: Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 52:1003-1009, 1997.
- McMartin KI, Platt MSHackman R, Klein J, et al: Lung tissue concentrations of Nicotine in sudden infant death syndrome (SIDS). *J Pediatrics* 140 (2) :205-209, 2002.
- Bergman AB., Wiesner L.A.: Relationship of passive cigarette-smoking to sudden infant death syndrome. *Pediatrics* 58 (5) :665-668, 1976.
- 後藤幹生, 岡田まゆみ, 松吉創太郎, 他: 受動喫煙から生まれた新生児の尿中ニコチン濃度について. *日本小児科学学会誌*. 106 (8) :1039-1040, 2002.
- 小林茂俊: 子どもの呼吸器へのタバコによる健康被害. *小児科臨床*. 6 (3) :355-360, 2008.
- 久保幸代, 恵比須文枝: わが国における妊娠・出産後女性の喫煙に関する研究の動向-1995年から2007年の文献検討-. *日保学誌*. 10 (3) :160-167, 2007.
- 関島香代子: 文献検討からみた看護職者による喫煙妊婦への禁煙支援および介入方法の課題. *母性衛生*. 50 (4) :665-671, 2010.
- 田中奈美, 小林敏生: 産科医療機関における妊婦健診時の禁煙指導に関する実態調査-禁煙指導内容と喫煙状況の検討-. *母性衛生*. 48 (4) :421-427, 2008.
- 田中奈美, 斉藤ひさ子: 妊婦の喫煙への行動変容に影響する因子 禁煙支援プログラムを使用して. *母性衛生*. 47 (4) :660-666, 2007.
- 藤村由希子: 女性対象にインターネットを活用した禁煙支援の実例 (第二報). *岩手公衆衛生学会誌*. 17 (1) :40-41, 2005.
- 遠藤明, 加治正行, 村上直樹: 禁煙リーフレット使用による家庭内禁煙教育の効果. *小児保健研究*. 64 (3) :487-492, 2001.
- 鈴木史明, 谷口武, 庄野明子, 他: 産婦人科外来における禁煙指導に要する時間と禁煙成功率の検討. *産婦の進歩*. 59 (2) :71-76, 2007.
- 禁煙ガイドライン: *Circulation Journal* 69 (4) :1050-1057, 2005. [http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2005\\_fujiwara\\_h.pdf](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2005_fujiwara_h.pdf) (2011/06/08 検索)
- 森山和郎, 中村正和: 妊産婦と小さな子どもを持つお母さんに対する禁煙サポート指導者マニュアル. 東京. 法研, 2004.
- 豊島泰子, 鷲尾昌一, 今村桃子, 他: 妊婦の喫煙習慣の調査. *聖マリア学院大学紀要*. 1:41-44, 2010.
- 中村靖: 禁煙率を上げるにはどうすべきか 妊婦の喫煙をいかに減らすか. *循環器専門医*, 12 (2) :345-350, 2004.





【解説】

# 司法看護における Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) の役割

竹元仁美、山本八千代\*

聖マリア学院大学、\*川崎医療福祉大学

<キーワード>

司法看護、Sexual Assault Nurse Examiner (SANE)、性暴力被害者ケア

## I . 緒言

わが国の性暴力の実態については、平成21年度の強姦の認知件数1402件、強制わいせつの認知件数6688件となっている(警視庁統計資料、2009)<sup>1)</sup>。これらの数値は氷山の一角とも言われ、実数は遥かに多いとされている<sup>1)</sup>。性暴力によって被害者は人間としての尊厳を踏みにじられ、さらに身体的・心理社会的健康障害を背負わされる。主な健康障害として、身体的外傷、外傷後ストレス障害(PTSD)、大うつ病、自殺企図、性器の外傷、性感染症、妊娠や人工妊娠中絶などが報告されている<sup>2) 3) 4)</sup>。しかし、被害者はこれらの健康障害に悩みながらも性暴力被害について開示できず、医療者側も積極的アプローチが取れずスクリーニングさえも遅々として進まないのが現状である<sup>5)</sup>。

また、被害女性が同性によるケアを望むため、被害者ケアに特化した専門知識・技術を習得した看護者が適切な医療ケアを提供することが強く期待されるが<sup>6) 7)</sup>、DV被害者に対する専門的看護教育を受けた者は10~20%程度に留まっている<sup>8) 9)</sup>。

これらの状況を打破するため、わが国で唯一、NPO法人「女性の安全と教育のための支援教育センター」が性暴力被害者支援看護師(Sexual Assault Nurse Examiner、以下SANE)の約40時間の養成コースを開講している<sup>7)</sup>。このコースはカナダのブリティッシュコロンビア州の教育プログラムに基づいた講義と演習の構成となっ

ている<sup>7)</sup>。プログラム内容は、DVや子ども虐待の問題を包含し、こうした暴力の理解に加え守秘義務と記録の取り方、医学的証拠採取など司法に関連する看護技術(以下、司法的看護技術)に及んでいる。さらに支援者(SANE)自身の健康を維持することも含んだものとなっている。このコースの受講によって200名以上の日本型SANEが誕生しているものの、わが国におけるSANEの定義・役割・機能が必ずしも十分に整理されているとは言えない<sup>7) 10)</sup>。

以上の状況を踏まえ、本稿では国内外のSANEの役割に関する文献を整理し、わが国におけるSANEの役割、特に司法学的な証拠採取における役割について論じることを目的とする。

## II . 司法看護 (Forensic Nursing) における SANE の役割 (位置づけ)

### 1. 用語の表記

「Forensic Nursing」は司法看護、「Forensic Nurse」は司法看護師、「Sexual Assault」は性暴力、「Sexual Assault Nurse Examiner (以下、SANEと表記する)」は性暴力被害者支援看護師と訳し、それぞれ本文中に表記する。

### 2. 外国における司法看護の概説

#### 1) 司法看護の役割とは

司法看護は、米国では犯罪被害者を対象として、オーストラリア、カナダ、イギリスでは犯罪

加害者を対象として発展してきた経緯があり、1980年代後半になってようやく司法看護領域が専門分野として認められるようになってきた<sup>11)</sup><sup>12)</sup>。

Lynchの定義によると司法看護の役割とは、「TraumaやDeathといった問題に関する科学的調査において、医療から法医学へと応用していくこと」である<sup>12)</sup>。また、Hammerによれば「司法看護は看護、司法科学、医療科学、社会生物学、心理学領域の相互目標と、法律や犯罪裁判などの機能を合致させる」としている<sup>13)</sup>。Goll-McGeeはさらに詳細に、司法看護とは「生存者および死者のトラウマ（外傷）に関する科学的調査および訴訟手続きを含む看護過程である」とした<sup>14)</sup>。要約すれば、司法看護では看護科学、司法科学、裁判の原理および哲学に基づき<sup>14)</sup>、事故、殺人、暴力、および虐待のケアおよび証拠採取、法廷での証言、危機介入、死亡診断書、および臓器提供に関する活動をも役割として包含しているといえる。

## 2) SANEの果たすべき役割・活動

The National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinationsにおいて、SANEを含む医療従事者の主要な役割として、1) 急性の医学的ニーズのアセスメントをし、安定化、治療およびコンサルテーションの提供をすること、2) 法医学的エグザムを実施し、患者からの法医学的医療歴の聴取、司法エビデンスの収集と記録をすること、3) 危機介入、支援およびアドボケートを保証するために調整をすること、を掲げている<sup>15)</sup><sup>16)</sup><sup>17)</sup>。しかし、臨床研究では、SANEの役割として危機介入、情報提供、他の連携機関への紹介、セーフティ計画をあげている<sup>18)</sup><sup>19)</sup><sup>20)</sup>。SANEは、他の医療スタッフや警察・司法専門職との連携強化や<sup>17)</sup>、医療ケアや司法証拠採取能力の向上におけるスキルアップにも役立っている<sup>21)</sup>。一方で、SANEの役割にアドボケートを含まないなどの議論もあり<sup>18)</sup>、司法やアドボケート専門職との役割の重複もあり検討の余地がある。

本稿においてはSANEの役割として、1) 外傷を最小限にとどめ社会資源の利用を奨励するために包括的でタイムリーなケアを性暴力被害者に提供すること、2) 加害者の起訴手続きを促進するために質の高い司法エビデンスを収集することの2つとして論を進める<sup>15)</sup><sup>16)</sup>。

## Ⅲ. SANEが行う証拠採取の実施に関して

ここでは、SANEが行う証拠採取について概説する。

### 1. 司法証拠採取について

#### 1) 医療ニーズと司法証拠採取

性暴力被害者が救急外来に受診した場合を想定して医療ケアについて考えてみる。まず、外来担当者はSANEが到着する前に、性暴力被害者に重度の外傷があるかどうか医学的にトリアージしなければならない。被害者のバイタルサインや意識状態が安定しない場合、腹膜疼痛または出血が存在する場合は外傷の存在を示唆している。このような生命を脅かすクリティカルな状態においては医学的ケアの原則を維持すべきである。しかし、状況が許せばSANEは外傷を治療する前に司法的証拠採取を行う。これは医学的な処置によって、潜在的に価値のある痕跡もしくは生物学的エビデンスを喪失する可能性が生じるためである。従って重症の外傷患者であっても状態が安定していれば、外科手術より司法検査を優先させることもありうる（外科手術の準備中であっても手術室での採取は可能である）。

性的暴力被害者が受診した時、SANE等専門家によるフィジカル・エグザミネーションは必ずしも必要ではなく、推奨もされていない<sup>17)</sup>。さらに司法証拠採取検査は「ルチンの医療ケアではない」ので、実施の際被害者に口頭および文書で説明する必要がある。従来、司法証拠採取に関して何をエビデンスとするか、どのように採取するかに関して全米で統一した基準はなかった。1987年、カリフォルニアは他州に先駆けて州規模でプロトコルを標準化した<sup>17)</sup>。そのプロトコルには、司法証拠採取だけでなく、STI（性感染症）および予防的ケア、妊娠のリスク評価と予防、危機介入、外傷に対する医療的ケアが含まれており、その後全米でそのスタイルが一般化されていくことになった<sup>17)</sup>。

#### 2) 司法的証拠採取の目的および留意点

司法証拠採取の主な目的は、(1) 性的接触を確認する、(2) 暴力や強制が使われたかを確認する、(3) 暴力加害者を特定する、(4) 被害者の話を確認する、の4つである<sup>17)</sup>。

通常性暴力後36時間以内に標準化されたプロトコルに沿って証拠採取および全ての医療ケアを完了しなければならない（短縮版の検査を

72時間以内に終了する場合もある)<sup>17)</sup>。また外傷のない(合併症のない)場合でも、2～3時間を要することが多い。このようなタイムリミットおよび時間拘束のため、被害者の心身に大きな負担を強いることになる。司法的に有効な証拠採取を採取することと証拠採取および被害者の心身の苦痛に配慮した医療ケアを提供することが同時に求められる。

### 3) DNA データベース

DNA 判定は、加害者を特定するために犯罪捜査で利用される最新の技術である。DNA エビデンスは加害者や被害者の皮膚・爪や衣服・下着などに付着した血液から採取することができる<sup>17)</sup>。さらに、被害者より採取された口腔内口腔細胞によって、被害者のDNAと加害者のDNAを区別することが可能である<sup>17)</sup>。1987年、初めて性暴力加害者がDNAエビデンスによって有罪判決を受けた<sup>17)</sup>。それ以降、ミネソタ州Bureau of Criminal Apprehension 検査部というDNA判定のみで加害者を特定できる全米初の州立犯罪捜査ラボが立ち上げられた<sup>17)</sup>。その結果、特定されなかったレイプ犯罪者が見つけれ有罪判決を受けるようになった<sup>17)</sup>。現在FBIのDNA Index System (CODIS) との連携によって、27州に57の検査ラボがある<sup>17)</sup>。これらのデータベースは、“DNA 識別法(フィンガープリント;DNAより個人を特定する)”として指紋認証のデータベースと同じように広く活用されている<sup>17)</sup>。このようにシステム化された情報管理により、精子や血液における遺伝子分析は、連続レイプ犯や犯罪者の特定、冤罪の防止等に有用なため、被害者に証拠採取の重要性を十分に説明しできるだけ検査協力を求める必要がある。

### 4) 司法的エビデンスとして採取すべき主項目(表1参照)

司法的エビデンスとして採取すべ

表1. 司法的証拠として採取されるもの

毛 髪 16) 17) 22)	・毛髪は加害者を特定するために用いられるが、被害者からの毛髪採取については議論が多い(正確なデータが得られにくく、毛髪サンプルを得る事は稀)。被害者の体内外で見つかった毛髪と被害者の毛髪を比較しなければならない。毛根部は分析されないため、引き抜くよりカットするほうがよい。毛髪採取をルーチンワークとして実施しないケースもある。理由は、毛髪採取により疼痛を与えること、必要になった時点で採取しても間に合うからである。
精 液 16) 17) 22)	・精液は2つの目的、①最近の性行為があったことを示す、②被害者を特定するために検査される(しかし、精子や精液の存在証明ができないことは性暴力がなかったことを保証しない)。 ・膈分泌物から採取した精液によって精子の存在をスライド上で確認できる。特別に開発された蛍光顕微鏡を使用することで、手順が非常に簡略化された。蛍光顕微鏡下では、背景のブルーに対して精子は明るく黄色く見える。付属のカメラを用いれば証拠写真を撮影することも可能である。
衣 服 16) 17) 22)	・衣服は暴力の存在を証明する証拠として、また被害者の話を裏付けるためにも有効な証拠物である。断裂(裂け目)またはしみがある場合エビデンスとして収集すべきである。しかし、多くの被害者にとって、冬物のコートや靴は貴重な財産であり、重要なエビデンスがみつからなければ、警察当局に提出する理由はない。また証拠として保存する場合、空気乾燥させてそれぞれの衣服を別々の紙のバッグに入れ、クライアント氏名、IDナンバー、日時、SANEの氏名、内容物の種別を書いたラベルを貼る。
一般的な外傷 16) 17) 18) 22) 23) 24) 25) 26) 27) 28)	・身体的外傷の存在は暴力の証明であり、常に写真を取り、図示し、暴力の証拠としてSANE検査レポートに記述する。先行研究によると、性的暴力に起因する外傷は比較的少ない。しかし、外傷の存在を証明できないことが、暴力や強制がなかったこと、性行為に対する同意があったことを証明するものではない。 ・暴力に起因する外傷パターンについて精通し、適切な質問および被害者の話に基づいて外傷を探索する。意図的な外傷は身体の中心部に存在する傾向があり、被害者が隠しやすい場所にあり発見しにくい。一方、事故的な外傷は四肢に存在する傾向がある。 ・最も多い外傷は、ひどい平手打ちによる鼓膜損傷、絞首による打撲傷(挫傷)、上肢への殴打による打撲傷、そして“防御姿勢による”上肢内側(尺側)の外傷などである。また背中への鞭やひも状の外傷、乳房や乳頭への殴打または咬傷、腹部への殴打による外傷、特に妊婦への、大腿外側の殴打や蹴りによる外傷、顔面の打撲傷・表皮剥離・裂傷も一般的にみられる。 ・“Pattered injury”は被害者の身体に残されたボタンから容易に使用された物体、たとえばコートハンガー、アイロン、延長コード、ベルトもしくは加害者の指輪の痕跡など、を特定できる外傷である。咬傷(バイトマーク)は容疑者の歯のボタンとリンクできる重要な“Pattered injury”である。ほとんどの加害者は利き腕を使って窒息させるので、指先のボタンから加害者の利き手を特定できる。右利きの加害者は通常被害者の前の頸部をつかむので、右頸部外側に親指のみの挫傷、左頸部外側に他の指の挫傷が残る。 ・挫傷の色によって受傷日数を特定しようとするのに対して、警告が発せられている。経験的に、新しい挫傷(打撲傷)は赤色かダークブルー、古いものは青紫色か黄青色、さらに古いものはかすかにみえる程度ということを知っているが、人の治癒過程は大きなばらつきがある。同様に出血や治癒に対する投薬による影響もありうる。深い青紫色の打撲傷は“比較的最近の打撲傷”とか“24時間前にBに殴打されたというAの報告と一致している”のような記録がベストとされる。 ・広範囲な生殖器の外傷、左右非対称の関節の腫脹、頭部または胸部の外傷、神経学的損傷、呼吸困難、薬剤治療の必要性、妊娠の疑い確認の必要性がある場合、医師に相談すべきである。
生殖器の外傷 16) 17) 27) 29) 30) 31)	・生殖器における外傷は、最近性交渉および暴力があったことを示す。生殖器の外傷の欠如が同意を示すものではない。通常、検査者は生殖器外傷を認めないが、生殖器外傷の有無によってレイプの有無に関する証言に影響を及ぼしてはいけない。 ・後部陰唇小帯は暴力的な伸展が起きたとき最も大きな外力(ストレス)がかかるポイントであるため、ペニスが最初に当たるポイントで“Acute mounting injury”として特徴付けられる外傷ができる。 ・24時間を超えると外傷を特定する確率が大きく減少する。フォローアップ検査は4日を超えると、外傷は治癒し痕跡が跡形もなくなる。 ・視診(Gross Visualization)のみでは、生殖器外傷はわずか10～30%しか認められないため、コルボスコピーを用いた検査を行う場合もある。  ★コルボスコピー検査 16) 32) 非侵襲的なので、若年者または高齢者に対する検査として価値が高い。生殖器組織を拡大してみることができ、生殖器外傷の特定に重要な利点を持っている。裸眼による特定と比較すると、3カ所以上の生殖器外傷を特定できる。また、画像機材、カメラとビデオ、使用記録のために容易に取り付けることができる。司法領域では、コルボスコピーの使用は認められている(IAFN,1996)。コルボスコピーの使用時、拡大倍率を記録する。また写真/ビデオ画像は焦点があって鮮明でなければならない。
血 液 16) 24)	・SANEは常に血型とDNAの確定のため被害者の血液を採血すべきである。さらに血液とアルコール分析のためにルチンに採血する血液チューブは、起訴された場合争点になるかもしれない。
尿 16) 17)	・SANEは性暴力標準プロトコルを遵守して、薬物スクリーニングのために最初に排尿された尿を採取すべきである。被害者が受診に先立ち電話をしてきた時は、最初の排尿を待参するように伝えなければならない。 ・被害者の話がDrug-facilitated rapeと一致している時は、そして72時間以内に受診した場合、薬物分析のため尿を採取すべきである。
写真撮影 16) 17) 22) 26)	・写真撮影の説明に基づく同意は必ず得る必要がある。診療録を保管するため、写真は2セットずつ撮影する。1セットは医療記録として、1セットは警察へ提出され(1セットを被害者へ渡している場合もある)、法廷で使われる。写真撮影時、第1写真は被害者の顔面を写し、後はシステムティックな順番、頭から踵までまたは前面から後面へという視点で撮影すべきである。サイズを記録するためにスケールを入れて撮影する。スケールとしてはコインなどで充分であるが、灰色の写真用スケールであれば色を特定する際に有効である。各写真には被害氏名を記載する。 ・ポラロイドカメラを使う場合、SANEは被害者氏名とタイトル、日時、クライアント氏名、ポラロイドのバックナンバーをプリントする。
フォローアップ司法検査 16) 17) 22) 28)	・生殖器外傷が特定されたケースにおいて、フォローアップ検査は生殖器外傷のエビデンスを強化する。 ・フォローアップ時に、法廷での比較目的で生殖器外傷の治癒過程を記録するために写真を撮影すべきである。しかし、ほとんどのSANEプログラムでは、ルチンに全ての被害者にフォローアップ検査をしているわけではなく、これらのエグザムは全ての州で廃止されているわけでもない。

き主な項目を表1にまとめた。

### 5) 司法証拠の採取および保管における注意点

採取された司法エビデンスを適切に保管することは、証拠としての価値を保持するため非常に重要である。証拠そのものだけでなく署名入りの完全な記録や、証拠採取した担当者からの法廷へ提出がなければ、司法エビデンスとして認められない。そのため証拠採取および保管に際していくつかの留意点がある。

エビデンスが厳重管理下で採取される場合、警察官が処置室で立ち会う必要はない。警察官は2～3時間後の終了時に電話連絡を受け、司法証拠をピックアップする。もし警官がすぐに来ることができなければ、SANEは鍵のかかる保管場所に保管して(可能であればアクセスの制限できる冷蔵庫が望ましい)、警察官の来訪時に対応可能な看護師が確認して署名することになっている<sup>17)</sup>。しかし、エビデンスと記録書類の両方に医療者の署名がしてあることが必要である。このように警察官の立会いが必須でない代わりに、SANEには非常に証拠管理に厳重さが求められる。SANEが証拠採取中に何らかの理由で検査室を出なければならぬ場合、証拠物をその場所に置きっぱなしではなく携帯するなどの厳重な制約が課せられる<sup>17)</sup>。

こうして採取された検体は劣化を防ぐため長期間保管の場合冷蔵庫に保管することが指示されているが、短期間の保管であれば空調の効いた部屋での保管も可能である<sup>17)</sup>。いずれにしても警察官に確実に引き継がれるまで、司法証拠に関して重大な責任を担っていることを充分認識する必要がある。

### 6) 司法証拠として有効な司法記録とは

基本的な記録書類項目として、以下に記す<sup>17)</sup>。

(1) 場所、日時、暴行の発生時刻、(2) 身体的接触の性質、(3) 加害者の人種・数、(4) 加害者との関係、(5) 武器等の使用の有無、(6) 性器、物体、指による挿入(既遂もしくは未遂)、(7) 射精の場所、(8) 避妊具の使用(コンドーム等)、(9) 証拠物を破損するような被害者の行動(入浴、排尿排便、タンポンの使用)、(10) 72時間以内の同意に基づく性行為の有無およびその相手、(11) 更衣の有無、(12) タンポンの使用、(13) 避妊具の使用、(14) 現在の妊娠の有無、(15) アレルギーの有無、(16) 被害者の全体的な概観と検査中の反応、(17) 身体的外傷、である。

法廷で争われる場合、SANEによる性暴力検査

報告およびチャート全体が司法記録の一部として、エビデンスとして提出することができる。従って、全ての記述、方法、行動は正確で完全に読みやすく記録されていなければならない<sup>16)</sup>。被害者の感情的な記述を正確に完全に記録することと被害者自身による重要な記述、(例えば加害者による脅しなどのような)、を引用することが重要である<sup>16)</sup>。適切であれば、“患者が述べた・・・患者が報告した”というような記述を使うべきである。もし被害者による話と検査所見が一致していれば、検査者は“被害者の話と外傷が整合している”と記録すべきである。“被害者の申立て”という表現は性暴力の記録に決して使用すべきでない。この用語は否定的な意味を含んでおり、外傷は誇張か虚偽ではないかと誤解される可能性がある。SANEは被害者の立場に寄り添い、起訴に向けて不利にならないよう細心の注意を払う必要がある。

## IV. 司法証拠採取において SANE が果たすべき役割の検討

ⅢにおいてSANEが行う司法証拠採取について概説した。ここでは、司法証拠採取に際しSANEが果たす役割、それと同時に性暴力被害に苦しんでいる被害者に対してSANEが行うケア役割について整理する。

### 1. SANEに求められる役割について

#### 1) 女性の健康へのケア提供者として、医療と司法の橋渡しをする役割

##### (1) 対象者理解：性暴力被害者が置かれた状況の理解

まず、対象者である性暴力被害女性の状況を理解する必要がある。司法証拠採取を行うのは被害直後であり、性暴力被害という大きなトラウマ体験に伴う急性ストレス反応について理解しなければならない。被害直後は、フラッシュバックや解離症状、神経過敏、入眠障害、睡眠障害や摂食障害が出現しやすい<sup>32) 33) 34)</sup>。その原因の1つとして、突然性暴力に巻き込まれるケースの場合、レイプ神話などで一般に信じられているような見知らぬ人からの暴力よりも、実父・実兄、ボーイフレンド、パートナーが加害者であるケースが多いことがあげられる<sup>35)</sup>。さらに、性暴力は暗い夜道ではなく、ホームパーティなどの社会的な場所、自宅や職場などの身近な環境で起こることが多い<sup>33)</sup>。最も信頼を寄せていた人間に裏切ら

れそれまで安全と信じていた世界が崩壊してしまい、人間の基本的ニーズである安全や安心が保証されなくなるからである。性暴力被害後、それまでの安全安心であった環境が一変し、慣れ親しんでいた環境そのものが過剰緊張をもたらし、睡眠、食事、入浴など一般生活動作に支障をきたす状況になる。その中で、被害直後からもっていた無力感・自責感・絶望感がますます増強するという悪循環パターンになることが考えられる。このように性暴力被害がもたらす精神的衝撃ははかりしれず、ASD (Acute Stress Disorder) や PTSDを引き起こしやすくなる<sup>34)</sup>。

また、被害者は自分の身を守れなかったという自責感、無力感、自己効力感の低下から自己決定ができにくい状態にある。医療機関に受診する、警察に通報したり被害届を出したりする、誰かに相談するなどの意思決定が困難となる。その上、前述のように加害者が顔見知りで「誰にも言うな」とか「家族が悲しむ」などと口止めしている場合、ますます適応的な対処行動が取れなくなる。たとえ勇気を振り絞って医療機関を受診したとしても、医療者が『見知らぬ人間による犯行が多い』とか『性的にだらしない女性が被害に遭う』などというレイプ神話に惑わされていると、それに合致しない被害者の話を信じられなくなる<sup>35)</sup>。このようなレイプ神話について特別のトレーニングを受けていない医療者は、意図せず被害者に対する誤解や誤った信念に基づいた態度や『被害者の話を信じない』、『被害者に責任がある』と責める行動をとってしまうことになる<sup>36)</sup>。これがいわゆる医療者による二次被害である。そこに訴訟のストレスが加わることになれば、意思決定や対処行動における困難性が一層増大する。被害者は強い自責感や自分を羞じる気持ちをもつため、私的・公的支援を得る事を躊躇しやすく医療機関に受診する行動をとりにくい。

SANEはこのような状況下で医療機関を訪れた被害者に対して理解や敬意を示しながら、心身のトラウマに配慮した適切な司法証拠採取を進めていかなければならない。

## (2) 性暴力被害者が抱える身体的・心理社会的問題

性暴力被害に遭った結果、望まない妊娠やSTI (性感染症) の罹患などの不安や恐怖に悩まされる。そして、性暴力被害による外傷 (性器および全身)、妊娠リスク、STI (性感染症) 罹患リスクに対して医学的マネジメントが必要となる。

性暴力被害によって短期的中長期的に、ASD

(Acute Stress Disorder: 急性ストレス障害) および PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) 発症リスクが高く、発症を予防・軽減させるための精神的 (心理的) マネジメントが必要となる<sup>37)</sup>。症状として、神経過敏、不眠症、食欲減退、よくうつ、自殺念慮、恐怖感、絶望感、衝動性、恥辱感、自責感、無力感、孤立感、不安定な人間関係、社会的スティグマ、汚れてしまった感覚、などがみられる<sup>37)</sup>。性暴力被害自体だけでなく加害者が顔見知り (実父、義父、実兄、友人、知人など) の犯行の場合、他人が信用できず誰にも相談できなくなり対処行動がとれずPTS発症リスクが高まる。

このように性暴力被害によって日常生活が破綻するため、社会的な生活マネジメントが必要になってくる。性暴力被害者は他の刑事事件の被害と比較すると、性的な話をタブー視する文化から「恥ずかしい」、「変な目で見られる」という気持ち働き、公にしたくないという心理が働きやすい。性暴力は被害者に責任があるとしている社会の思い込み (レイプ神話) によって孤立し、自責感をもち、自尊感情が低く自分の力を信じることができず、自己コントロール感や回復する力を取り戻すことが困難になっている。

また、性暴力はその体験を語るのが非常に難しい経験である。知り合いからの性暴力によって恐怖感、絶望感に苛まれ、話すにしても話さないにしても葛藤を抱えている。また、勇気を振り絞って誰かに話したとしても、二次被害に晒されやすい。性暴力被害という性質上、被害自体認知されていない場合が多く、被害者がインフォーマル/フォーマルサポートを得るまでに何年もかかるケースも少なくない。そのような状況下で症状が持続するため医療コストがかかり、それが新たな社会的な問題になっている。

被害者が自分を恥ずかしいと思わないですむ文化や行動規範を構築し、医療機関や警察に遠慮なく相談できるような社会にしていくこともSANEが果たすべき役割と考える。

## (3) 司法証拠採取にともなう問題

SANEは、性暴力被害に関する司法証拠採取、保管、記録など一連の司法手続きへの準備、起訴された場合の鑑定書や意見書の作成、証人としての出廷など司法的役割が求められる<sup>35) 36)</sup>。全体的な司法的マネジメントが必要であるが、最も重要なことは被害者が起訴を望んだ場合に証拠不十分のために不起訴にならないようにすることである。SANEは自己決定しにくい状況の中でやっと

被害者が決心し被害届を提出し告訴したことの意義を理解し、不起訴により被害者の意思に反する状況にならないよう最善を尽くす。SANEとの関わりの中で一人の自律した人間として尊重される体験によって、徐々に人に対する信頼感や人間としての尊厳を取り戻し、被害者の回復過程が一步一步進む。このようにSANEには証拠の質保証のため、司法関連知識および採取スキル、保存・記録スキルの修得が欠かせない。

また、急性ストレス状態にある被害者が警察への通報を拒否したり逡巡したりする場合がある。もちろん、警察に被害届を提出する場合、被害者の気持ちや希望、意向に沿うことが大原則である。しかし、当初は拒否していた被害者であっても、適切な支援者やアドボケイトに出会い、自己を回復する手立てとして被害届を出し、裁判で明らかにしたいと思うように気持ちに変化することもある。

その場合、時間が経過していれば証拠採取自体が無理なので、後で気持ちが変わる可能性があることを十分に説明し同意を得た上で、タイムリミットになる前にできるだけいい状態で証拠採取をする必要がある。もし被害者が警察への被害届の提出をしないことを自己決定した場合であっても、被害者の自己決定を尊重する。被害者がどちらの決定をするにしても、被害者の気持ちに寄り添い自己決定過程を支え、支持することが非常に重要である。

一般的な裁判のプロセスは、1) 捜査段階、2) 公判段階、3) 裁判後の3つに分けられる<sup>3)</sup>。被害者が警察に届け出をする場合、その後のプロセスを知り、各段階で必要なサポートが得られるよう関係機関につないでいくことが必要である。被害者が司法プロセスの中で時宜を得た十分な支援を受けるために、SANEは関係機関の連携強化のためのシステム構築および維持の責任を負う。

## 2. ケアの方向性

性暴力被害者のケアの原則は、その人自身が持っている力の回復というエンパワメントをはかることである。性暴力被害者の被害経験からの回復とは、「(サポートを受けながら、しかし)自分の力で回復した」と思えることである。本稿では『Women-centered care (女性を中心としたケア)』<sup>38)</sup>、および性暴力被害への特殊な医療ニーズという『被害後救急医療ケア (Psychological Fist Aid)』兵庫県こころのケアセンター<sup>39)</sup>の2つの視点から論じることとする。特に、司法証拠採取に焦点化し論を展開する。

### 1) Women-centered Care の概要 (McGregor, 2009)<sup>38)</sup>

プライマリー・ケアとして司法証拠採取のためのHead to toeエグザムを行うこと、性暴力被害者への人間的ニーズへのケアを行うこと (Women-centered Care) の両立をはかる。まず、性暴力は抑えきれない性的欲求により引き起こされる事象ではなく、パワー & コントロール、つまり女性への力による支配であること<sup>40)</sup>を理解する必要がある。従って、この構造に気づき脱却し被害者が自分の本来もっている力を取り戻すことが重要である。

上記のようにトラウマ急性期のケアにおいて、情緒的に混乱している被害者からインフォームド・コンセントを得ることは難しく、警察への被害届の提出に関しても自己決定できないことが多い。しかし、被害者が医療機関で医療ケアや司法証拠採取を通してSANEと出会うことが、被害者が喪失した自己コントロール感を再獲得するためのきっかけとして機能させることができる<sup>41)</sup>。Women-centered careでは、自己コントロール感を回復するために被害者のエンパワメントを促すことの重要性を強調している<sup>38)</sup>。被害者に十分に敬意を払い、被害者に対して敬意を持ち「被害者は悪くない」ということを保証し、静かでプライバシーが保てる部屋を確保し、安全な環境を提供し安心感を与える。このような女性の身体的精神的安全を保証する支援方法、安全な場所の確保が優先されなければならない。

加えて、全ての医療ケアや証拠採取プロセスにおいて1つ1つ丁寧に説明しコンセントを得ることが必要である。本人の同意があればアドボケイト (権利擁護者・代理) として、被害者の傍に人を確保するよう配慮する。被害届や告訴など現時点で決定できない場合、司法エビデンスを採取後一定期間保存する選択肢があることを知らせる。

前述したように、レイプ神話について特別のトレーニングを受けていない医療者は、被害者に対する誤解や誤った信念に基づいた行動や態度をとってしまう<sup>36)</sup>。このような二次被害につながる医療者の対応を改善するために、医療者のジェンダーセンシティブ・トレーニング、および司法証拠採取・トラウマを抱えた女性へのケアのための技術トレーニングが欠かせない。

被害女性の回復は医学的司法エビデンス検査における結論で終了するわけではない。トラウマ後持続する精神的症状のカウンセリング、法廷でのサポート、性暴力被害後の他のケアを提供するコ

コミュニティ・サービスなどが有機的に機能して回復に寄与できる。Women-centered Careでは、フォローアップケアやサポートのためにこのようなコミュニティ・サポートを紹介し結びつけることが非常に重要である。

以上要約すれば、Women-centered Careにおける性暴力被害者への救急ケアは、性暴力被害に苦しむ女性のニーズに基づいたケアの提供と司法証拠採取の提供である。

SANEは女性の意思の尊重と女性のニーズのアドボケートを行う役割と同時に、客観的で中立的なエビデンス採取を行う役割を担うため、その役割間で葛藤が生じる場合もある。被害者が警察への被害届を出さないことを自己決定した場合、意思を尊重するアドボケートとしての役割とエビデンス採取者としての役割の間に直接的な葛藤を生じる。警察への届出を選択した場合においても、被害女性のニーズや利益に焦点を当てることと細心の注意を払いエビデンスを収集することとを同時に行う難しい役割を果たさなければならない。

このようにSANEは、被害女性にデブリーフィング（性暴力被害に対する感情を解放させる）を行いつつ、医学的ケアと司法証拠採取に適切な時間配分をする<sup>40)</sup>。SANEはタッチングや共感的コミュニケーションを用いてのケア提供者としての役割を果たしながら、一方でグローブを装着した手で詳細なHead to toe検査・司法証拠採取・保管、記録を行う司法エビデンス採取者としての役割を遂行するという、二元性のなかで常に緊張を強いられる。

## 2) 被害後急性期の医療ケア (Psychological first aid ; PFA)の概要 兵庫県こころのケアセンター<sup>39)</sup>

犯罪被害から間もない時期の衝撃を受けて混乱している被害者に対しては、「安全と安心」を提供し、自己コントロール感を取り戻し自己決定できるようになる包括的な介入が望ましい。その中の1つとして、心理学的応急処置 (Psychological first aid ; 以下PFAと記述する) サイコロジカル・ファーストエイド・実施の手引きが非常に参考になる。

PFAは災害やテロなどのトラウマ的出来事によって引き起こされる初期の苦痛を軽減すること、短期・長期的な適応機能と対処行動を促進することを目的としている<sup>39)</sup>。出来事の影響を受ける人が苦しんでいるのは、広範囲にわたる初期反応(身体的・心理的・行動上、スピリチュアルな

問題)であるという解釈に基づいている<sup>39)</sup>。初期反応の中には強い苦痛を引き起こすものがあり適応的対処行動を妨げるので、支援者からの共感と気遣いに満ちた支援によって初期反応である被害者の苦痛を和らげ回復を促進させることを目的としている<sup>39)</sup>。

PFA (Psychological First Aid) の活動方針は、1) 被害者にアプローチし支援活動を始める :Contact and Engagement、2) 安全と安心感の提供 :Safety and Comfort、3) 安定化を図る :Stabilization、4) 現在のニーズと困りごとに対処するための情報を収集する : Information Gathering: Current Needs and Concerns、5) 現実的な問題解決を助ける :Practical Assistance、6) 周囲の人々とのかかわりを促進する :Connection with Social Supports、7) 対処に役立つ情報を提供する :Information on Coping、8) 関係機関への紹介と引き継ぎをする :Linkage with Collaborative Services、の8つである。

この中で参考にすべき点はこれら8つの活動方針で、そのままSANEの取るべき行動の指針と言い換えることができる。最優先課題は、医療機関や司法機関などにアクセスしない暗数となっている多くの性暴力被害者にアプローチすることである。SANEの役割を広く周知することにより、今まで沈黙を守っていた女性たちが相談したいと思うように方向付け、動機づけしていくことである。次に、心身ともに危機的な状況にある被害者に安全な環境を確保することによって、被害者が安心感をもって問題解決に向かえるよう援助する。最終的に、被害者自身が自己コントロール感を取り戻し自己決定に基づいて“自分の人生を生きる”ことができるようエンパワメントする。そのために必要な社会資源を有効活用できるよう情報提供をしたり、直接的につないだりする活動を展開する。このようにPFAはSANEの活動指針として大いに参考となると考えている (PFAの詳細については表2参照)。

## 3. わが国における SANE の活動への展望

人種や文化背景・社会情勢の違いがあっても性暴力被害者の置かれた状況は北米とあまり変わらないため、わが国においても性暴力被害者ケアの原則は応用できると考えられる<sup>42) 43)</sup>。しかし、わが国では司法看護についての研究はほとんど見当たらず、いくつか散見されるのが実情である<sup>10) 44) 45)</sup>。

実践においても同様で、わが国で性暴力被害者



## 表2. Psychological First Aid の8つの活動内容 兵庫県こころのケアセンター 39)

### 1) Contact and Engagement(アプローチし支援活動を始める)

- 目的：被害者の求めに応じる。あるいは負担をかけない共感的態度でこちらから手を差し伸べる
- ・自己紹介をし、今すぐに必要なことを聞く
  - ・秘密保持

### 2) Safety and Comfort(安全と安心感)

- 目的：当面の安全を確保し、被害者が心身を休められるようにする
- ・現在の安全を確保する
  - ・自傷他害の恐れ：緊急保護、安全対策チームなどの要請
  - ・ショック状態：強い精神的衝撃による影響(顔面蒼白、冷汗、弱脈、眩暈、呼吸異常、うつろな目つき、無反応、失禁、着落きの無さ、興奮や混乱など)への対応
  - ・支援事業に関する情報を提供する
    - ・見通しと安心感を持てるよう情報提供
      - ◇次に予定されている行動
      - ◇支援のために行われていること
      - ◇出来事について現時点で分かっていること
      - ◇利用可能なサービス
      - ◇一般的なストレス反応
      - ◇セルフケア：家族のケア・対処方法
  - ・情報提供の際の留意事項
    - ◇情報提供するかいなか、時期はいつか、理解できそうか?心の準備があるか?
    - ◇恐怖感を和らげるため、今必要なこと、今心配なことに取り組む。差し迫った問いに答え、適応的に対処できるように支援
    - ◇明瞭で簡潔な言葉を使用する
    - \*必ず、現在の状況に対する危険と安全に関する心配がないか、確認すること
    - \*確認が得られない限り、安全だという保証をしないこと
  - ・身体への配慮
  - ・トラウマ体験を思い出すきっかけになるようなものから身を守る

### 3) Stabilization (安定化)

- 目的：圧倒されている被害者の混乱を鎮め、見通しが持てるようにする
- ・情緒的に圧倒されている被害者の気持ちを鎮める  
Stabilize Emotionally Overwhelmed Survivors
    - ◇プライバシーを尊重し、介入する前に少し時間を取る：「もし今必要があれば何かお手伝いしますが、また後で声をお掛けします。その時必要なことが出てくればおっしゃってください。」などと話しかける
    - ◇穏やかに静かにそばに控える：話すことは認知的、情動的負荷を与えるので、目を離さず待機することで相手に時間を与える
    - ◇被害者が扱うことができる感情、試行、目標に焦点化した支援を行う
    - ◇被害者が周囲の状況を把握するのに役立つ情報を伝える：現場の組織、これから起こること、これからたどると考えられる今後の見通し
  - ・情緒的に圧倒されている被害者が見通しを持てるようにする  
Orient Emotionally Overwhelmed Survivors
    - ◇自分の反応を理解できるよう説明する
      - 強烈な感情は波のようにわきおこっては消える
      - 衝撃的な体験は身体に強烈で混乱した反応を引き起こす(自分を守る「アラーム」のようなもの)
      - 気持ちを落ち着かせるために、普段からしていることをする(散歩・深呼吸・ストレッチなど)
      - 友人や家族の存在は気持ちを落ち着かせる助けになる
    - ◇激しい興奮状態、しゃべり続ける、周囲と没交渉、泣きじゃくっているなど「私の言うことを聞いてください」「こちらを見てください」と声をかける
    - 基本的な事実を確認する「今どこにいるか分かりますか」など
    - 以上の介入が無効なら、精神科医等専門家へ相談
  - ・安定化における薬物治療の役割 The Role of Medications in Stabilization

### 4) Information Gathering: Current Needs and Concerns 情報を集める：現在のニーズと困りごと

- 目的：周辺情報を集め、被害者が今必要としていること、困っていることを把握する。その上で個別のPFAを組み立てる。
- ・今すぐ他の機関への紹介が必要かどうか
  - ・他の支援が必要かどうか
  - ・フォローアップ面接が必要かどうか
  - ・PFAの必要な部分を使ってみるかどうか
  - ・被災体験の性質と激しさ  
Nature and Severity of Experiences during the assault
  - ・現在の被害状況や経験している危険への不安  
Concerns about Immediate Post-Traumatic Circumstances and Ongoing Threat
  - ・身体的・精神的な疾患、服薬の必要性  
Physical Illness, Mental Health Conditions, and Need for Medications
  - ・強い自責の念、恥の感情 Extreme Feelings of Guilt or Shame
  - ・いたわりの言葉をかけて、そうした気持ちへの対象法に関する情報を提供する
  - ・自分や他人を傷つけているという考え  
Thoughts about Causing Harm to Self or Others

- ・精神保健の専門家へ直ちに相談、そばにいて目を離さないこと
- ・周囲に支えてくれる人がいるか  
Availability of Social Support
- ・ストレス対処能力の向上、支援が十分でない場合、利用可能な資源やサービスを利用できるようにサポートする
- ・アルコールや薬の使用歴 Prior Alcohol or Drug Use

### 5) Practical Assistance: 現実的な問題解決を助ける

- 目的：今必要なこと、困っていることに取り組むために、現実的に支援する
- Step1 今必要としていることを確認する Identify the most Immediate Needs
  - Step2 必要なことを明確にする Clarify the Needs
  - Step3 行動計画について話し合う Discuss an Action Plan
  - Step4 解決に向かって行動する Act to Address the Need  
行動を進めるサポートをする：必要なサービスを受けるための手続きなど

### 6) Connection with Social Supports: 周囲の人々とのかかわりを促進する

- 目的：家族・友人など身近に支えてくれる人や、地域の援助機関との関わりを促進し、その関係が長続きするよう援助する
- Social Support
- ・情緒的支え：ゆっくり話を聞く、気持ちを理解する、受けとめる
  - ・つながりの実感：自分の居場所がある
  - ・必要とされている実感：他人にとって大事な存在である感覚が持てる
  - ・自尊心の保証：問題解決に取り組む力があるという自信を支えられる
  - ・信頼感：必要な時そばにいて、助けがいきるとき頼れる人がいる
  - ・アドバイスと情報：
    - ・具体的な援助：モノの移動、家や部屋の修理、事務手続きなど
    - ・物質的な援助：食べ物、衣服、避難場所、医療、お金など

#### <支援目標>

- ・回復に欠かせない知識を入手できる
- ・支援
  - \*現実的な問題解決の手伝いができる
  - \*感情を理解し、受け止めてもらえる
  - \*経験や心配事を分かち合える
  - \*自分の反応が正常であることを理解できる
  - \*対処方法をシェアできる

#### <支援方法>

- ・支えてくれる人たちに連絡する(家族や重要他者)
- ・今近くに人達と支え合う
- ・支える態度のモデルを示す
  - \*相手の言葉をしっかり受け取りましたよと伝える言葉をかける
  - \*相手の伝えたいことを明確にする言葉をかける
  - \*サポーターティブな言葉をかける
  - \*自分の力に気づいてもらう言葉をかける

### 7) Information on Coping: 対処に役立つ情報

- 目的：苦痛をやわらげ、適応的な機能を高めるためにストレス反応と対処の方法について知ってもらう
- ・ストレス反応に関する基本的情報の提供
  - ・トラウマや喪失に対する一般的な心理的反応について説明：1カ月以上持続する場合、専門家に相談すること
  - \*侵入反応(フラッシュバック)
  - \*回避と引きこもりの反応：回避、無関心、無感動
  - \*身体的覚醒反応：危険警戒する、すぐ驚く、びくびくする、焦りや怒りを爆発させる、入眠困難、集中や注意の困難
  - ・生活ストレス
  - ・トラウマ後のストレス反応
    - \*悲嘆反応
    - \*抑うつ
    - \*身体反応：頭痛、めまい、胃痛、筋肉痛、胸絞感、過呼吸、食欲減退、消化器不快感等

#### ◆対処方法に関する基本的な情報提供

- ・適切な対処方法
  - \*誰かに話して支えてもらう
  - \*必要な情報を得る
  - \*適切な休養、栄養、活動
  - \*建設的な気晴らし(スポーツ、趣味、読書など)
  - \*できる範囲でいつものスケジュールを維持する
  - \*しばらく動揺するには当然だと自分に言い聞かせる
  - \*楽しいことを計画する
  - \*誰かと一緒に時間を過ごす
  - \*サポートグループに参加
  - \*リラクゼーション法
  - \*自分自身とゆっくり対話
  - \*カウンセリング
  - \*日記をつける
  - \*状況を良くするために、今すぐできること、何か現実的なことに集中する
  - \*過去にうまくいった対象方法をする

<支援の方向性>

- ・対処法の選択肢についてじっくり考える支援
- ・対処能力を見極め、把握する
- ・適切でない対処行動のマイナス効果について十分考える
- ・目的を視野に入れた上で対象法を選択できるように励ます
- ・自分で対処できるという感覚を高める

8) Linkage with Collaborative Services: 紹介と引き継ぎ

目的：被害者が今必要としている、あるいは将来必要となるサービスを紹介し、引き継ぎを行う

◆援助を必要とする被害者に適切なサービスを紹介する

- ・すぐに治療が必要な身体的急性症状がある
- ・すぐに治療が必要な精神的急性症状がある
- ・以前からあった身体的、精神的、行動上の問題が悪化している
- ・自分自身および他人への危害の危険性
- ・アルコールや薬物の使用に関する懸念
- ・DV、児童虐待、高齢者虐待などのケース(通報を念頭に置く)
- ・安定化のための薬物治療が必要な場合
- ・宗教的なカウンセリングの必要性
- ・日常生活に支障をきたしている
- ・子どもや思春期の人が発達上の深刻な問題を抱えている場合
- ・紹介を希望している

◆医療機関、精神保健関連機関、社会支援事業、児童福祉事業、各種学校、薬物・アルコール依存回復支援グループなど・・・その機関でどのような支援が受けられるか、を情報提供する。「必要としていること」「困っていること」を文書にまとめ、被害者に確認をす。紹介状を用意し、予約を入れる。支援が途切れないようにする。

支援をシステムティックに実践しているのはまだ極わずかである。しかし、その中で特筆すべきは、2010年に大阪阪南中央病院内に設置された性暴力救済センター・大阪 (Sexual Assault Crisis Healing Intervention Center Osaka: 性暴力危機治療的介入センター大阪; SACHICO) である<sup>46)</sup>。

SACHICOでは、ボランティア(24時間待機・ホットライン対応)、産婦人科医師(24時間対応)、臨床心理士、ケースワーカー、精神科医師、小児科医師、弁護士、法学者、警察によるチーム医療で性暴力被害者の医療ケアを行っている<sup>46)</sup>。さらに、バックアップ機関として「女性の安全と医療支援ネット」を構築し、大阪産婦人科医会、ウィメンズセンター大阪、法律事務所、性暴力を許さない女の会、その他の機関・団体・個人を巻き込んで活動を行っている<sup>46)</sup>。活動内容は、産婦人科外来の診療の一部という位置づけで産婦人科医師(原則、女性医師)と看護師が24時間体制で、1) 妊娠予防のための緊急避妊薬の投与、2) STD検査、3) 証拠採取、4) 弁護士の紹介、5) 人工妊娠中絶、6) 警察への通報、7) フォローアップ外来を行っている<sup>46)</sup>。SACHICOは寄付によって運営されているため、資金的な問題が今後も残る。北米のSANE/SART (Sexual Assault Response Team: 非性暴力被害者へのシステムアプローチ)を参考にしているため基本的な活動内容はほとんど同じであるが、SANEのような看護師の主体的なかわりという点では異なっており医師主導型といえる。原則女性医師が治療に当たっている

が、ケア的役割については看護師が主導権を握るべきであると考えられる。1つの包括的モデルとしてSACHICOは有効といえるが、法的証拠採取を主体的に行える十分な知識とスキルを習得した看護師をシステムティックに養成すべきである<sup>7)</sup>。

わが国で性暴力被害者ケアのための看護者教育に関して、片岡ら<sup>8)</sup>と三隅ら<sup>10)</sup>による研究報告がある。片岡らの看護者教育プログラムは、性暴力、被害者に与える心身社会的健康への影響、被害者ケアの知識や技術の理解に加え、看護者自身の持つ強姦神話や思い込みなどの態度に焦点を当てている。一方三隅らの看護者教育プログラムはSANE養成プログラムで約40時間の講義と演習で構成されている。プログラム内容は、DVや子ども虐待の問題を包含した暴力の理解に加え守秘義務と記録の取り方、司法証拠採取を含んでいる。両者とも、わが国の医療システムおよび司法システムに基づいたものではないため今後の検討が必要である。特に、司法証拠採取に関する看護技術教育についてはほとんど手付かずのままと言っても過言ではない。北米のSANEを参考としながらも、わが国の性暴力被害者の回復過程を促進することに根ざした司法看護ケアを確立していくことが求められる。

## V. 結び

本稿では、北米で展開されている性暴力被害者に対するSANEプログラムを概観し、司法証拠採取方法を中心にSANEの役割について整理した。

SANEの役割は、性暴力被害者自身を中心として意思決定・エンパワメントを促進するケアを丁寧に行いながら継続的に努力することである。性暴力によって被害者は身体的・心理社会的健康を大きく損なわれるが、復元力(レジリエンス)をもつ可逆的な存在であり<sup>47)</sup>、丁寧に寄り添うケアを行うことでより良い人生を送ることができる。そのための第一歩として、SANEによる司法看護の提供が非常に大きな意味をもつと考える。

## 文献

- 1) 警視庁HP : <http://www.keishicho.metro.tokyo.jp/anzen/sub5.htm>
- 2) Kessler, R.C., Sonnenga, A., Hughes, M., & Nelson, C.B. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity

- survey. Archives of General Psychiatry, 52:1048-1060, 1995.
- 3) 小西聖子:犯罪被害者のメンタルヘルス、誠信書房、2008.
  - 4) WHO:Multi-country study on Women's Health and Domestic Violence against Women.2004.
  - 5) 竹元仁美、大橋知子、大町福美、田中千絵:女性に対する暴力のスクリーニングにおける障壁の検討、聖マリア学院大学紀要、22:63-69、2008.
  - 6) 小宅理沙:犯罪被害女性の妊娠に対する支援の実態と今後の課題、Core Ethics、2: 247-258.2006.
  - 7) NPO 法人女性の安全と教育のための支援教育センター編:SANE養成講座資料.2009.
  - 8) 片岡弥恵子、下谷恵美、加納尚美、大竹眞裕美:性暴力・暴力被害者への看護に関する実態調査、聖路加看護学会誌、8 (1) :1-9、2004.
  - 9) 友田尋子、高田昌代:わが国の看護職教育におけるDVに関する教育の実態と教員意識調査、大阪市立大学『大学教育』、5 (2) :13-21、2008.
  - 10) 三隅順子、加納尚美、小竹久美子、他:性暴力被害者支援看護師 (Sexual Assault Nurse Examiner) 養成プログラムの評価、母性衛生、49 (1) :152-159、2008.
  - 11) Sekula K., Holmes D., Zoucha R., Desantis J., & Olshansky E. Forensic psychiatric nursing discursive practices and the emergence of a specialty. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service. 39:51-57. 2001.
  - 12) Lynch VA. Forensic aspects of health care: new roles, new responsibilities. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service. 31 (11) :5-6. 1993.
  - 13) Hammer R. Caring in forensic nursing expanding the holistic model. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service. 18:432-39. 2000.
  - 14) Goll-McGee B.The Role of the Clinical Forensic Nurse in Critical Care.Critical Care Nurse Q. 22 (1) :8-18.1999.
  - 15) Campbell R., Patterson,D.,& Lichty L. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) Program:A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. Trauma, Violence, and Abuse. 6:312-329.2005.
  - 16) Ledray L. Sexual assault nurse examiner (SANE) Development and operation guide (NCJ 170609) . Washington DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Program, Office for Victims of Crime. 1999.
  - 17) U.S. Department of Justice. A national protocol for sexual assault medical forensic examinations: Adults/adolescents (NCJ 206554) . Washington, DC: Office on Violence Against Women. 2004.
  - 18) Ledray LE.Evidence Collection and Care of the Sexual Assault Survivor The SANE-SART Response. Violence Against Women Online Resources.2001;1-21.2001.
  - 19) Ledray L. Faugno D. & Speck P. SANE: Advocate, forensic technician, nurse. Journal of Emergency Nursing. 27:91-93.2001.
  - 20) Crandall PG. & Helitzer D. Impact evaluation of a sexual assault nurse examiner (SANE) program. (NIJ Document No.203276) . Washington, DC; National Institute of Justice.2003.
  - 21) Selig C. Sexual assault nurse examiner and sexual assault response team (SANE/SART) program. Nursing Clinics of North America. 35:311-319.2002.
  - 22) U.S. Department of Justice. A national protocol for sexual assault medical forensic examinations: Adults/adolescents (NCJ 206554) . 2004. Washington, DC: Office on Violence Against Women.
  - 23) Ledray L.The sexual assault nurse clinician: A fifteen-year experience in Minneapolis. Journal of Emergency Nursing.1992; 18:217-222.
  - 24) Ledray L. Sexual assault evidentiary exam and treatment protocol. Journal of Emergency Nursing.1995; 21:355-359.
  - 25) Frank C.The new way to catch rapist.

- Redbook.1996.
- 26) Davies D. Cole A. Albertella G. et al. A model of for conducting forensic interviews with child victims of abuse. *Child Maltreatment*. 1 (3) ;189-199,1996(1978)
- 27) Cole J. & Logan TK. Negotiating Challenges of Multidisciplinary Responses to Sexual Assault Victims: SANE and Victim Advocacy Program. *Research in Nursing & Health*, 31:76-85. 2008.
- 28) Miller JV, Letter VA, Lynch A. Fourth Annual Scientific Assembly of Forensic Nurses Kansas City Conference.1996.
- 29) Sandrick KM. Tightening the chain of evidence. *Hospitals and Health Networks*. 1996
- 30) Slaughter L. & Brown C. Colposcopy to establish physical findings in rape victims. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.166:1.1992.
- 31) Slaughter L, Brown C, Crowley S & Peck R. Patterns of genital injury in female sexual victims. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.176:3.1997
- 32) Sheridan DJ. The role of the battered woman's specialist. *Journal of Psychosocial Nursing*. 31:11.1993.
- 33) Stermac I, Du Mont J, & Dunn S. Violence in Known-assailant sexual assaults. *Journal of Interpersonal Violence*. 13 (3) :398-412. 1998
- 34) Sarkar NN. & Sarkar R. Sexual assault on women: Its impact on her life and living in society. *Sexual and Relationship Therapy*. 20 (4) :407-419. 2005.
- 35) Du Mont J. & Miller KL. & Myhr TL. The role if "real rape" and "real victim" stereotypes in the police reporting practices of sexually assault women. *Violence Against Women*. 9 (4) :466-486.2003.
- 36) Du Mont J & White D. The doctor's dilemma: Caregiving and medicolegal evidence collection. *Medicine & Law*.23 (3) :515.2004.
- 37) チャールズ・マーマー .急性および慢性の PTSD に対する力動的 精神療法 .Dynamic Psychotherapy for Acute and Chronic PTSD.日本トラウマティック・ストレス学会第2回大会 PTSD シンポジウム2003 招待講演 .トラウマティック・ストレス .3 (2) :3-9.2005.
- 38) McGregor MJ. Mont JD. White D. Coombes ME. Examination for Sexual Assault: Evaluating the Literature for Indicators of Women-Centered Care. *Health Care for Women International*. 30:22-40.2009.
- 39) 兵庫県こころのケアセンター .サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 第2版 日本語版2009: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. *Psychological First Aid. Field Operations Guide 2nd Edition*.2006.
- 40) Crowell NA. & Burgess AW,. Understanding violence against women. Washington, DC: National Academy Press.1996.
- 41) Ericksen J, Dudley C, McIntosh G, Ritch L, Shumay S, & Simpson M, Clients' experiences with a specialized sexual assault service. *Journal of Emergency Nursing*. 28 (1) :86-90.2002.
- 42) 田口奈緒 .性暴力被害とその対応 .産婦人科治療 .99 (6) : 617-622.2009.
- 43) 中島聡美・正木智子 .性暴力被害者への早期介入—ある民間被害者支援団体の相談事例から—. *トラウマティック・ストレス* .1 (1) :63-67.2003.
- 44) 日高経子、三木明子、金崎悠 .諸外国における司法精神看護の役割 .岡山大学医学婦保健学科紀要 .14:103-111.2003.
- 45) 山田典子、山本春江、リボヴィッツよし子 .日本における法看護学教育カリキュラムの検討 .*日本ヒューマン科学会誌* . 2 (1) :57-64.2009.
- 46) 加藤 治子 .性暴力 救援センター・大阪 (SACHICO) 開設の経緯と現況について .*トラウマティック・ストレス* .8 (2) :46-55.2010.
- 47) Wolin SJ. & Wolin S. (奥野光・小森康永訳) .サバイバーと心の回復力:逆境を乗り越えるための7つのレジリエンス .金剛出版 .2002.

## 聖マリア学院大学紀要投稿規定

### (総則)

第1条 「聖マリア学院大学紀要」は、聖マリア学院大学の機関紙である。

第2条 刊行は原則として、年1回とする。

### (投稿資格)

第3条 投稿論文は他の雑誌に未掲載のものに限り、また、投稿者は原則として、本学大学教職員および聖マリア医療福祉研究所研究員、本学卒業生、に限る。ただし、本学教職員の共同研究者の場合はこの限りではない。

### (倫理的配慮)

第4条 本誌に掲載する論文は、人を対象とした研究においては、ヘルシンキ宣言、文部科学省・厚生労働省の研究倫理規程（「疫学研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省）」、「臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省）」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省・経済産業省）」等）を遵守していることを本文中に明記する。

- 2 研究倫理審査委員会の承認を得ておく必要がある。なお、場合によっては証明書の提示を求められることがある。
- 3 動物実験に当たっては、「聖マリア学院大学動物実験取扱規程」に基づき、適切に研究が行われていなければ論文を受理しない。

### (論文の種類)

第5条 論文の種類は、原著論文、研究報告、資料、総説、その他であり、その内容は以下のとおりである。

【原著論文】 研究そのものが独創的で、新しい知見が論理的に示されているもの。

【研究報告】 内容的には原著論文には及ばないが、研究結果の意義が大きく、本学での研究・教育の発展に寄与するもの。

【資料】 新しい知見に乏しく、研究結果の意義も小さいが、本学での教育の発展に寄与するもの。

【総説】 特定のテーマについて多面的に内外の知識を集め、また、文献的にレビューして、当該テーマについて総合的に学問的状況を概説したもの。

【その他】 本学での教育に関与するもので、本誌編集委員会が適当と認めたもの。

### (投稿方法)

第6条 本誌編集委員会を投稿先とする。

### (執筆要項)

第7条 執筆要領については、別に定める。

(校正)

第8条 校正は初稿のみ執筆者が行う。但し内容の変更は認めない。

(掲載)

第9条 掲載料は原則として無料とする。

(原稿の採否)

第10条 原稿の採否は査読を経て、本誌編集委員会が決定する。

(著作権)

第11条 本誌に掲載された記事の著作権は、本学に帰属するものとする。

- 2 本誌は、提出された論文を冊子体で刊行する以外にも二次的利用として、電子的記録媒体(CD-ROM、DVD-ROM 等)への変換・送信可能化・複製・学内外への配布およびインターネット等で学内外へ公開する権利(公衆送信権、自動公衆送信権等)を専有するものとする。

付則 この規定は、平成18年度より適用する。

付則 この改正は、平成19年1月10日より適用する。

付則 この改正は、平成20年2月13日より適用する。



聖マリア学院大学紀要 vol.3  
2011年度査読審査者

(50音順 敬称略)

安藤 満代 (聖マリア学院大学)  
入部 久子 (聖マリア学院大学)  
大町 福美 (聖マリア学院大学)  
小路 ますみ (聖マリア学院大学)  
白水 麻子 (聖マリア学院大学)  
竹元 仁美 (聖マリア学院大学)  
中山 和道 (聖マリア学院大学)  
橋本 武夫 (聖マリア学院大学)  
濱野 香苗 (聖マリア学院大学)  
日高 艶子 (聖マリア学院大学)  
松尾 ミヨ子 (聖マリア学院大学)  
松原 まなみ (聖マリア学院大学)  
宮林 郁子 (聖マリア学院大学)  
桃井 雅子 (聖マリア学院大学)  
山邊 素子 (聖マリア学院大学)  
鷺尾 昌一 (聖マリア学院大学)



## 編集後記

聖マリア学院大学紀要第3巻には特別寄稿の4編を含め、17編の論文が掲載されることになりました。

御寄稿いただいた先生方、査読をお引き受け下さった先生方に深謝申し上げます。

「ぶどう園の労働者」のたとえ話の主人が労働者にしたように審読の先生方は教育的観点から丁寧に最後まで論文の指導を行なってくださいました。改めて、深謝申し上げます。次年度の紀要に本学大学院修士課程の修了者の論文の投稿が期待されます。今後とも、査読に当たられる先生方には教育的観点からのご指導をよろしくお願いいたします。

---

平成23年度研究紀要編集委員会

鷲尾昌一 安藤満代 桃井雅子 白水麻子 竹元仁美

---

### 聖マリア学院大学紀要 Vol.3

発行日 2012年3月31日

編集 聖マリア学院大学研究紀要編集委員会

発行 学校法人 聖マリア学院大学  
〒830-8558 福岡県久留米市津福本町422  
☎0942-35-7271 (代) Fax0942-34-9125

印刷 聖母の騎士社  
〒850-0012 長崎県長崎市本河内2-2-1  
☎095-824-2080 Fax095-823-5340

---

