

聖マリア学院大学紀要

BULLETIN OF
ST.MARY'S COLLEGE

目 次

I. 原著

介護職員の仕事と生活に関する悩みと抑うつリスクとの関連	本田 歩美 ……………	3
-----------------------------	-------------	---

II. 研究報告

緊急流入が難民定住地の長期滞在女性難民に及ぼした影響 ウガンダ難民定住地での調査報告、その1	秦野 環 ……………	11
---	------------	----

III. 資料

若年女性の妊孕性に関する意思決定支援に向けた看護基礎教育プログラムの開発 ー【初版：教育プログラム】の紹介ー	桃井 雅子 他 ……………	21
自分の家族を対象に延命医療に関する意思決定支援演習を体験した学生の学び ー看護大学生のレポート分析ー	中村 和代 他 ……………	27

聖マリア学院大学紀要 vol.12 2020年度 査読審査者	……………	35
--------------------------------	-------	----

編集後記	……………	36
------	-------	----

【原著】

介護職員の仕事と生活に関する悩みと抑うつリスクとの関連

本田歩美

聖マリア学院大学

<キーワード>

K10スコア、介護職員、介護福祉士資格、仕事と生活のストレス

抄録

本研究は、仕事と生活における悩みがどのくらい抑うつリスクを高めるのか、また、介護職員における資格の有無と抑うつとの関連について明らかにすることを目的とした。介護サービス事業所の介護職員(892人)を対象に、基本属性と就労状況、Kessler-scale 10を用いた精神的な健康状態、仕事と生活についての悩み(全11項目)について自記式質問紙調査を実施した。

介護福祉士の資格の有無と抑うつリスクとの間に関連はみられなかった(居宅介護サービス事業所の職員; $p=0.42$, 施設介護サービス事業所の職員; $p=0.34$)。職場での対人関係や家族との対人関係に悩みをもつ者は抑うつリスクが高いことが明らかとなった。家事や子育てをしている職員では仕事と家庭における心理的葛藤や悩みが生じやすいことが考えられるため、個々の職員へのサポート体制を構築し、介護職員の生活基盤の脆弱性を考慮に入れた実務調整や人員管理を行っていくことがメンタルヘルス対策には必要であると考える。

I. はじめに

介護保険制度は、介護の社会化という意識を定着させ、介護を必要とする高齢者とその家族の生活を支えてきた¹⁾。家族と離れて暮らす独居高

齢者の割合は、1980年の10.7%から2018年には27.4%に増加しており²⁾、地域の介護保険サービス事業所における介護サービスと職員のサポートによって、家族と離れて暮らしている高齢者や介助が必要な虚弱高齢者の在宅生活が支えられている。

近年、介護に従事する就労者の需要は増加しており、労働力人口における介護労働者数は、2016年の183.3万人³⁾から2025年には1.4倍の253万人に増加すると推計されている⁴⁾。一方で、介護職員の労働環境は、キャリアパスが不十分で、離職率が高いことも指摘されている。介護労働安定センターの事業所調査によると、1年未満で離職する職員は38%、3年未満で離職する職員は64.2%におよび、とりわけ、居宅介護サービス事業所で働く介護職員(14.8%)よりも施設介護サービス事業所で働く介護職員(16.7%)の方が離職率が高いと報告されている⁵⁾。介護職員の高い離職率は、介護サービスに必要とされる人材不足を招き、サービスの質を低下させる要因になっている⁶⁾。

介護職員は専門的な教育を受けた有資格者だけでなく、無資格者も多く存在する多様な背景をもつ職能集団である。有資格者と無資格者が区別されずにひと括りに扱われることによって、有資格者の地位や役割が不安定になり、将来展望を描けないことが離職につながっているとの報告がある⁷⁾。また、有資格者と無資格者が混在している介護の職域は、看護師とは反対に経験年数に応じ

たキャリアの構築が難しいことも示唆されている⁸⁾。介護職員の離職やキャリア構築の難しさには、資格の有無における仕事の配分の偏りや負担の不均等が関連しているのかもしれない。

一般的に、介護の現場は、不規則な勤務スケジュールやシフト形態、同僚や利用者との対人関係によるストレスから、身体的および心理的な負担が強い就労環境であるといわれている^{9) 10) 11)}。強い仕事のストレスは、バーンアウトや抑うつ、胃腸障害や心血管疾患のリスクを高めることが報告されている¹²⁾。さらに、介護職員として働きながら家庭においても子育てや親の介護をしている者では、子育てや親の介護をしていない者と比べて、仕事と家庭における心理的葛藤やストレスが強くなることが示唆されている¹³⁾。

これまでの先行研究において、仕事と家庭におけるストレスと精神的健康状態との関連は明らかにされているものの、悩みやストレスが精神的健康状態に与える影響の大きさについて検討した知見は少ない。本研究では、仕事と生活における悩みがどのくらい抑うつのリスクを高めるのか、また、介護職員における資格の有無と抑うつとの関連についても明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

自記式質問紙を用いた横断調査である。

2. 施設介護サービス事業所と居宅介護サービス事業所における分類と内訳

本研究では、自宅で生活している高齢者に対して介護サービスを提供している事業所を居宅介護サービス事業所、自宅以外(施設や病院、高齢者住宅など)で生活している高齢者に対して介護サービスを提供している事業所を施設介護サービス事業所と分類した。本研究において、居宅介護サービス事業に含まれる介護サービスは、訪問介護、通所介護、居宅介護事業所、ショートステイであり、施設介護サービス事業に含まれる介護サービスは、介護付有料老人ホーム、グループホーム、ケアハウス、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、サービス付高齢者住宅、医療機関(介護療養病床)である。

3. 研究対象者

施設介護サービス事業所および居宅介護サービス事業所で働いている介護職員を対象に自記式

質問紙調査を実施した。質問紙は1,677部配布し、うち1,434部を回収した(回収率85.5%)。有効回答数は、調査への拒否(36件)と無効回答(27件)を除く1,371部であった。有効回答者1,371人のうち、介護福祉士とヘルパーを合わせた有効回答者は980人おり、K10スコアの欠損者(88人)を除く892人を本研究の最終的な分析対象者とした。

4. 調査期間

2015年9月~2017年12月。

5. データの収集方法および倫理的配慮

長崎県の島しょ部にある介護サービス事業所(145事業所)に研究概要を説明し、107事業所より調査の同意を得た。調査への同意が得られた事業所の職員に、文面にて調査の趣旨と無記名式調査であること、回答結果は調査目的以外に使用しないこと等を説明し、同意の得られた職員にのみ自記式質問紙調査を実施した。質問紙はそれぞれ封筒に入れて配布し、回答後は封をして提出するよう依頼した。質問紙の配布および回収は、施設の管理職にある職員が担当した。

6. 調査内容

- 1) 基本属性:年齢、性別、婚姻状況、所属している介護事業所の種別、雇用形態(正規雇用、非正規雇用)、職種(介護福祉士、ヘルパー)。本研究では、介護福祉士の国家資格を持たない介護職員をヘルパーと定義している。
- 2) 精神的な健康状態の評価(Kessler-scale 10): Kessler-scale 10(以下、K10)は、抑うつと不安症を評価する指標としてKesslerらによって開発された¹⁴⁾。同尺度は、抑うつと不安症をスクリーニ

表1. 過去30日間における気持ちの頻度(K10)

項目	評価点数
1. 理由もなく疲れ切ったように感じましたか	全くない(1点) 少しだけ(2点) ときどき(3点) たいてい(4点) いつも(5点)
2. 神経過敏に感じましたか	
3. どうしても落ち着けないくらいに、神経過敏に感じましたか	
4. 絶望的だと感じましたか	
5. そわそわ、落ち着かなく感じましたか	
6. じっと座っていられないほど、落ち着かなく感じましたか	
7. ゆうつに感じましたか	
8. 気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか	
9. 何をすることも骨折りだと感じますか	
10. 自分は価値のない人間だと感じましたか	
合計得点:25点以上(抑うつ・不安のリスクが高い)	

ングする自己評価尺度として広く用いられている。調査実施前1ヶ月間における症状の頻度について、全くない(1点)、少しだけ(2点)、ときどき(3点)、たいてい(4点)、いつも(5点)の5段階で評価を行い、10項目の総得点(K10得点)を算出する。得点範囲は10~50点であり、10項目の合計得点が高いほど、抑うつ・不安傾向があることを示す。日本語版K10尺度における抑うつ・不安症のスクリーニングのためのカットオフ値は25点以上(高得点)、24点以下(低得点)である(表1)。なお、日本語版K10尺度におけるCronbachの α 係数は.9115)と高かった。

7. 分析方法

居宅介護サービス事業所と施設介護サービス事業所で働く介護職員の属性と就労状況の比較にはカイ2乗検定およびMann-WhitneyのU検定を用いた。また、K10高得点に関連する要因を明らかにするために、勤務時間と資格の有無、仕事と生活の悩み(11項目)を独立変数として二項ロジスティック回帰分析を行った。なお統計解析にはSPSS 24.0 for Windowsを使用し、両側検定のp値が5%未満の時に統計的に有意であるとした。

8. 倫理的配慮

調査への参加は任意であり、調査の趣旨を理解し、同意の得られた職員にのみ自記式質問紙調査を実施した。なお、本研究の実施については、2015年8月25日の長崎大学大学院医歯薬学総合研究科の倫理委員会において承認されている(No.15082039)。

III. 結果

1. 介護サービス事業所で働く介護職員の特徴

居宅介護サービス事業所および施設介護サービス事業所で働く介護職員の属性と就労状況について表2に示した。

居宅介護サービス事業所で働く介護職員は293人おり、介護職員の4割がヘルパーであった。居宅介護サービス事業所で働く職員は、施設介護サービス事業所で働く職員よりも既婚者の割合(65.2% vs. 44.7%, $p<0.001$)、女性職員の割合(82.9% vs. 72.5%, $p=0.001$)、非正規職員の割合(57.3% vs. 28.7%, $p<0.001$)が有意に高かった。

施設介護サービス事業所で働く介護職員は599人で、介護職員の7割以上が介護福祉士であった。精神的な健康状態については、居宅介護サービス

表2. 介護職員の属性と就労状況

	居宅介護 サービス事業所 293 (32.8%)	施設介護 サービス事業所 599 (67.2%)	p 値
性別			
男性	50 (17.1)	165 (27.5)	0.001 ^a
女性	243 (82.9)	434 (72.5)	
平均年齢 (標準偏差)	45.9 (11.5)	43.3 (12.6)	0.005 ^b
範囲	22-72	18-72	
婚姻状況			
結婚	191 (65.2)	268 (44.7)	<0.001 ^a
未婚/離婚	83 (28.3)	296 (49.4)	
無回答	19 (6.5)	35 (5.8)	
職種			
介護福祉士	174 (59.4)	441 (73.6)	<0.001 ^a
ヘルパー	119 (40.6)	158 (26.4)	
介護事業所の種別			
訪問介護	150 (51.2)	-	<0.001 ^a
通所介護	112 (38.2)	-	
居宅介護事業所	31 (10.6)	-	
ショートステイ	-	40 (6.7)	
介護付有料老人ホーム	-	82 (13.7)	
グループホーム	-	246 (41.1)	
ケアハウス	-	10 (1.7)	
介護老人保健施設	-	1 (0.2)	
特別養護老人ホーム	-	175 (29.2)	
サービス付高齢者住宅	-	32 (5.3)	
医療機関(介護療養病床)	-	13 (2.2)	
雇用形態			
正規職員	124 (42.3)	418 (69.8)	<0.001 ^a
非正規職員	168 (57.3)	172 (28.7)	
無回答	1 (0.3)	9 (1.5)	
K10			
≤24	230 (78.5)	476 (79.5)	0.738 ^a
≥25	63 (21.5)	123 (20.5)	

a カイ2乗検定 b Mann-WhitneyのU検定

事業所で働く介護職員と施設介護サービス事業所で働く職員との間で、K10高得点者の割合に有意差はみられなかった($p=0.738$)。

2. 仕事と生活に関する悩み

「仕事や生活の中で、不安や悩み、ストレスになっていることはありますか。」との質問に、ある

表3. 仕事と生活に関する悩み(複数回答)

項目	人数 (%)
仕事の質	227 (25.4)
仕事の量	230 (25.8)
職場の対人関係	292 (32.7)
昇進・昇給	176 (19.7)
職場の配置転換	74 (8.3)
自分の健康	249 (27.9)
家族の病気・介護	148 (16.6)
家族との対人関係	86 (9.6)
職場・家族以外における対人関係	55 (6.2)
自由な時間がない	130 (14.6)
(生活または仕事の)今後の見通しが立たない	137 (15.4)

と答えた人は676人(75.8%)、ないと答えた人は196人(22%)、無回答者は20人(2.2%)であった。表3に仕事と生活に関して悩みになっている事柄(11項目)を示す。全11項目におけるCronbachの α 係数は.58であった。

3. 仕事と生活に関する悩みと抑うつリスクとの関連

居宅および施設介護サービス事業所別における介護職員の仕事と生活の悩みと抑うつのリスクについて表4に示す。

居宅介護サービス事業所で働く介護職員において、仕事の質に悩みをもつ者は2.4倍($p=0.021$)、職場の対人関係に悩みをもつ者は4.2倍($p<0.001$)、家族との対人関係に悩みをもつ者では4.1倍($p=0.003$)、それぞれ悩みをもたない者よりも抑うつのリスクが高かった。また、職場や自分の家族以外の人との対人関係においても、

悩みをもつ者は悩みをもたない者に比べて3倍抑うつのリスクが高かった($p=0.05$)。昇進や昇給、職場の配置転換に関する悩みと抑うつリスクとの間に関連はみられず、勤務時間の長さ、介護福祉士の資格の有無と抑うつリスクとの間にも関連はみられなかった。

施設介護サービス事業所で働く介護職員では、仕事の質に悩みがある者は1.8倍($p=0.03$)、仕事の量に悩みがある者は2.3倍($p=0.001$)、職場の対人関係に悩みがある者は2.9倍($p<0.001$)、それぞれ悩みをもたない者よりも抑うつのリスクが高かった。また、勤務時間が8時間以上の者は8時間未満の者に比べて1.8倍抑うつのリスクが高かった($p=0.01$)。自分の健康に不安を感じている者は2.5倍($p<0.001$)、家族との対人関係に悩みがある者は2.3倍($p=0.03$)、自分の時間がないと感じている者では2.1倍($p=0.02$)、生活や仕

表4. K10高得点に関連する要因の分析(二項ロジスティック回帰分析)

		居宅介護サービス事業所						施設介護サービス事業所					
		K10		人数	オッズ比*	95% 信頼区間	P値	K10		人数	オッズ比*	95% 信頼区間	P値
		≤24	≥25					≤24	≥25				
仕事の質	悩みなし	193 (83.5)	38 (16.5)	231	Ref.			350 (84.5)	64 (15.5)	414	Ref.		
	悩みあり	37 (59.7)	25 (40.3)	62	2.4	1.14-5.18	0.021	107 (64.8)	58 (35.2)	165	1.8	1.06-2.93	0.03
仕事の量	悩みなし	187 (80.3)	46 (19.7)	233	Ref.			352 (86.1)	57 (13.9)	409	Ref.		
	悩みあり	43 (71.7)	17 (28.3)	60	1.5	0.61-3.54	0.4	105 (61.8)	65 (38.2)	170	2.3	1.4-3.85	0.001
職場の対人関係	悩みなし	193 (86.5)	30 (13.5)	223	Ref.			311 (87.1)	46 (12.9)	357	Ref.		
	悩みあり	37 (52.9)	33 (47.1)	70	4.2	2.08-8.46	<0.001	146 (65.8)	76 (34.2)	222	2.9	1.81-4.73	<0.001
昇進・昇給	悩みなし	204 (82.6)	43 (17.4)	247	Ref.			366 (81.5)	83 (18.5)	449	Ref.		
	悩みあり	26 (56.5)	20 (43.5)	46	1.8	0.75-4.29	0.19	91 (70)	39 (30)	130	0.9	0.54-1.64	0.83
職場の配置転換	悩みなし	222 (80.1)	55 (19.9)	277	Ref.			416 (79.8)	105 (20.2)	521	Ref.		
	悩みあり	8 (50)	8 (50)	16	2.8	0.75-10.5	0.13	41 (70.7)	17 (29.3)	58	0.6	0.29-1.3	0.2
自分の健康	悩みなし	176 (83)	36 (17)	212	Ref.			349 (84.9)	62 (15.1)	411	Ref.		
	悩みあり	54 (66.7)	27 (33.3)	81	1.4	0.67-2.85	0.38	108 (64.3)	60 (35.7)	168	2.5	1.55-4.13	<0.001
家族の病気・介護	悩みなし	194 (79.5)	50 (20.5)	244	Ref.			383 (79.8)	97 (20.2)	480	Ref.		
	悩みあり	36 (73.5)	13 (26.5)	49	0.5	0.22-1.35	0.19	74 (74.7)	25 (25.3)	99	0.6	0.31-1.09	0.09
家族との対人関係	悩みなし	211 (82.1)	46 (17.9)	257	Ref.			427 (80.7)	102 (19.3)	529	Ref.		
	悩みあり	19 (52.8)	17 (47.2)	36	4.1	1.61-10.34	0.003	30 (60)	20 (40)	50	2.3	1.1-4.64	0.03
職場・家族以外 における対人関係	悩みなし	217 (80.4)	53 (19.6)	270	Ref.			435 (79.5)	112 (20.5)	547	Ref.		
	悩みあり	13 (56.5)	10 (43.5)	23	3.0	1.0-9.24	0.05	22 (68.8)	10 (31.3)	32	1.5	0.58-4.13	0.38
自由な時間がない	悩みなし	198 (78.3)	55 (21.7)	253	Ref.			403 (82.4)	86 (17.6)	489	Ref.		
	悩みあり	32 (80)	8 (20)	40	0.5	0.17-1.51	0.22	54 (60)	36 (40)	90	2.1	1.1-3.73	0.02
今後の見通し	悩みなし	204 (81.3)	47 (18.7)	251	Ref.			402 (83.1)	82 (16.9)	484	Ref.		
	悩みあり	26 (61.9)	16 (38.1)	42	2.2	0.89-5.61	0.09	55 (57.9)	40 (42.1)	95	2.4	1.38-4.27	0.01
勤務時間	8時間未満	180 (79.3)	47 (20.7)	227	Ref.			310 (84.2)	58 (15.8)	368	Ref.		
	8時間以上	46 (79.3)	12 (20.7)	58	0.8	0.3-1.85	0.53	153 (71.5)	61 (28.5)	214	1.8	1.14-2.94	0.01
職種	介護福祉士	136 (78.2)	38 (21.8)	174	Ref.			346 (78.5)	95 (21.5)	441	Ref.		
	ヘルパー	94 (79)	25 (21)	119	0.7	0.36-1.54	0.42	130 (82.3)	28 (17.7)	158	1.3	0.75-2.28	0.34

*勤務時間と資格の有無、仕事と生活の悩み(11項目)を独立変数として回帰モデルに投入し、各変数を調整したオッズ比を計算した

事の今後の見通しが立たないと感じている者は2.4倍 ($p=0.01$)、それぞれ悩みをもたない者よりも抑うつリスクが高かった。居宅介護サービス事業所で働く介護職員と同様に、介護福祉士の資格の有無と抑うつリスクとの間に関連はみられなかった ($p=0.34$)。

IV. 考察

本研究は、仕事と生活における悩みがどのくらい抑うつリスクを高めるのか、また、介護職員における資格の有無と抑うつとの関連について明らかにすることを目的に実施した。

居宅介護サービス事業所と施設介護サービス事業所では、介護職員の職務形態や勤務シフトは異なる。例えば、施設介護サービス事業所では休日、夜間を通して、複数の介護職員が勤務シフトを組み、24時間体制で入所している高齢者にケアをしている。一方、居宅介護サービス事業所では、平日の日中を中心に利用者にケアを提供している。職場の対人関係に関する悩みは、居宅介護サービス事業所では4.2倍、施設介護サービス事業所では2.9倍、職員の抑うつリスクを高めることが明らかになった。職場の対人関係には、職員間の関係性だけでなく、上司や同僚からのサポートも含まれる。上司や同僚からのサポートには、上司や同僚との仕事の分担や勤務時間の調整の他に、相談や情報の共有といったことも含まれている^{16) 17) 18)}。上司や同僚からのサポートの少なさは、抑うつリスクを高めるだけでなく、仕事のコントロールの低下と仕事の過多を招く¹⁹⁾。井上(2010)は、短時間労働で雇用の不安定さがあるパートタイム労働は精神的健康状態の低下と関連している²⁰⁾と報告しているが、本研究では反対に、1日8時間以上働いている施設介護サービス事業所の介護職員の方が、8時間未満の者よりも1.8倍抑うつリスクが高い結果となった。施設介護サービス事業所の介護職員では、勤務時間だけでなく仕事量や仕事の質、自由な時間がないこと、(仕事や生活の)今後の見通しが立たないことも抑うつリスクを高める要因となっていたことから、仕事の過重負担による仕事のコントロールの低下とワークライフバランスの不均衡が生じ、抑うつリスクが高くなったのかもしれない。

居宅介護サービス事業所で働く職員では、職場および家族以外の人との対人関係に悩みをもつ者は悩みをもたない者に比べ3倍抑うつリスクが高いことが明らかになった。居宅介護サービスに

は訪問介護をはじめ、訪問入浴やデイサービス事業などがあり、利用者宅でケア提供する機会が多く、利用者の家族と関わる機会も多い。そのため、居宅介護サービス事業所で働く介護職員では、利用者および利用者の家族との対人関係の悩みが抑うつを高めるリスクになったと考えられる。

さらに、家族との対人関係に悩みをもつ者は、居宅介護サービス事業所で働く職員では4.1倍、施設介護サービス事業所で働く職員では2.3倍、それぞれ悩みをもたない者よりも抑うつリスクが高かった。仕事と家庭を両立するうえで、家族の理解や協力は不可欠である。対人関係の葛藤が家族のライフイベントによって生じたものか、あるいは、対象者の仕事の負荷が家庭に与えた影響によるものかは明らかでないものの、家族との対人関係について悩みをもつことは、家族からのサポートを受けにくい、または、受けられない状況であると考えられる。看護師のワーク・ファミリー・コンフリクトについて調査した鈴木(2017)によると、男性看護師よりも女性看護師の方が仕事と家庭における葛藤を抱えやすく、それには、仕事をすることで家事や育児の役割を十分行えないことが原因であると示唆している²¹⁾。本研究においても、居宅介護サービス事業所で働く介護職員は1日の勤務時間が8時間未満の既婚女性が多く、家族との対人関係について悩みをもつ職員では抑うつリスクが高かった。働いている介護サービス事業所の形態が居宅介護サービス事業所であるか施設介護サービス事業所であるかにかかわらず、結婚している者は、結婚していない者よりも、家事や子育て、介護といった家庭内役割の遂行と仕事との間での葛藤や家族関係での悩みが生じやすく、抑うつリスクを高めるのかもしれない。

平成30年3月末日における介護福祉士の登録者数は155万8897人おり、そのうち、養成教育を受けずに実務経験を経て国家資格を取得した者は121万6609人(78%)であった²²⁾。介護福祉士資格の有無と介護専門能力について調査した橋本は、介護福祉士資格の有無と介護の実践力、倫理観、および職務上の判断能力に差がなかったと報告している²³⁾。本研究は介護職員における資格の有無と抑うつとの関連について検討したが有意差はみられなかった。先行研究において、介護福祉士の有資格者と無資格者に職務能力の差がみられなかったことから、有資格者と無資格者における職務内容や職務への対応能力に大きな違いはないのかもしれない。そのため、資格の有無における抑うつリスクに差がみられなかったと考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は以下のとおりである。まず、本研究は横断調査であるため、仕事と生活における悩みと抑うつとの因果関係および潜在的要因について明らかにすることができない。また、仕事と生活に関する悩み(11項目)にある「職場および家族以外の人との対人関係」に関する悩みでは、ケアを受ける高齢者とその家族との関係についての悩みか、それとも友人や知人との関係についての悩みかが曖昧であり、対象とする者についての表現が明確でなかったため、回答にばらつきが生じた可能性は否めない。日本語版K10尺度におけるCronbachの α 係数は.91と高い信頼性を示すものの、日本人におけるカットオフ値(25点以上)の妥当性は十分検証されていない。

今回は、調査への同意が得られた事業所の職員を対象としたため、対象者の特性について、結果を一般化するには限界がある。今後は、介護職員の職務内容についての詳細な調査と標準化された尺度(NIOSH-GJSQなど)を用いた就労ストレス調査を行い、より具体的に就労状況が抑うつに与える影響を検討していく必要がある。

VI. まとめ

職場での対人関係や家族との対人関係に悩みをもつ者は抑うつのリスクが高いことが明らかとなった。介護職員のメンタルヘルス対策には、職場における個々の職員へのサポート体制と情報共有について検討する必要がある。また、家事や子育て、介護といった家庭内での役割をもつ職員では、家庭内役割の遂行と仕事との間での葛藤や家族関係での悩みが生じやすいことが考えられるため、介護職員の生活基盤の脆弱性を考慮に入れた実務調整、人員管理、職員の健康管理を行っていくことが持続可能な社会介護システムを維持するためにも必要であると考えられる。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文献

1) 黄 京蘭, 関田康慶 (2004): 介護サービスに

対する家族介護者の意識と評価に関する分析. 厚生学の指標, 51, 9-15.

- 2) 内閣府 (2020): 令和2年版高齢社会白書, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/02pdf_index.html, (検索日2020年10月4日).
- 3) 内閣府 (2018): 平成30年版高齢社会白書, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_2_2.html, (検索日2020年10月4日).
- 4) 株式会社日本総合研究所 (2016): 平成27年度介護人材の需給推計に係る調査研究事業報告書, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136696.pdf#search=%27%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E8%81%B7%E5%93%A1+%E5%8B%95%E5%90%91+%E5%BF%85%E8%A6%81%E3%81%86%E3%81%86s%27>, (検索日2020年8月4日).
- 5) 公益財団法人介護労働安定センター (2019): 平成30年度「介護労働実態調査」の結果, http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2019_chousa_kekka.pdf, (検索日2020年7月8日).
- 6) 張允楨, 黒田研二 (2008): 特別養護老人ホームにおける介護職員の離職に関する研究, 厚生学の指標, 55 (15), 16-23.
- 7) 宮本恭子 (2014): 介護福祉士の入退職理由に関する実証分析-介護福祉士の安定的な量的・質的確保を目指して-, 介護経営, 9 (1), 16-26.
- 8) 白石句子, 藤井賢一郎, 田口潤, 他 (2011): 介護職員のワークモチベーションの内容およびワークモチベーションの内容とキャリア・コミットメントの関連: 看護師との比較による介護職員の特徴, 介護経営, 6 (1), 16-28.
- 9) 古村美津代, 石竹達也 (2012): 認知症高齢者グループホームにおけるケアスタッフのバーンアウトと個人特性と職場環境要因との関連, 日本公衆衛生学会誌, 59 (11), 822-832, https://doi.org/10.11236/jph.59.11_822
- 10) Yoshimoto, T., Oka, H., Fujii, T., et al. (2019): Survey on chronic disabling low back pain among care workers at nursing care facilities: a multicenter collaborative cross-sectional study. J Pain Res, 12,1025-1032. doi: 10.2147/JPR.S188125.
- 11) 谷口 敏代, 高木 二郎, 原野 かおり, 他

- (2012) : 介護老人福祉施設に勤務する介護職員のいじめ, ハラスメントとストレス反応, 産業衛生学雑誌, 54 (1), 1-9, doi: 10.1539/sangyoeisei.b11003.
- 12) Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., et al. (2006) : Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 26-34. doi: org/10.1111/j.1471-6712.2006.00376.x
- 13) DePasquale, N., Bangerter, L.R., Williams, J., et al. (2016) : Certified Nursing Assistants Balancing Family Caregiving Roles: Health Care Utilization Among Double- and Triple-Duty Caregivers. *Gerontologist*, 56, 1114-1123. doi: 10.1093/geront/gnv081.
- 14) Kessler R.C., Andrews G., Colpe L.J., et al. (2002) : Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*, 32 (6), 959-976, doi:10.1017/s0033291702006074.
- 15) Sakurai K., Nishi A., Kondo K., et al. (2011) : Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 65 (5), 434-441. doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02236.x.
- 16) Pitsenberger D.J. (2006) : Juggling work and elder caregiving: work-life balance for aging American workers. *AAOHN Journal*, 54 (4) : 181-187, doi: 10.1177/216507990605400408.
- 17) Salin S., Kaunonen M., Åstedt - Kurki P. (2009) : Informal carers of older family members: how they manage and what support they receive from respite care. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (4), 492-501, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02550.x>
- 18) Rands G (1999) : Working people who also care for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12 (1), 39-44, [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199701\)12:1%3C39::AID-GPS448%3E3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199701)12:1%3C39::AID-GPS448%3E3.0.CO;2-2)
- 19) Honda A., Date Y., Abe Y., et al. (2016) : Communication, support and psychosocial work environment affecting psychological distress among working women aged 20 to 39 years in Japan. *Ind Health*, 54 (1), 5-13, doi: 10.2486/indhealth.2015-0003.
- 20) Inoue A., Kawakami N., Tsuchiya M., et al. (2010) : Association of occupation, employment contract, and company size with mental health in a national representative sample of employees in Japan. *J Occup Health*, 52 (4), 227-240. doi: 10.1539/joh.o10002.
- 21) 鈴木 康宏 (2017) : 男性看護師と女性看護師のワーク・ファミリー・コンフリクトの比較, *日本健康医学雑誌*, 26 (2), 86-92, doi:10.20685/kenkouigaku.26.2_86
- 22) 社会福祉試験振興センター (2019) : 各年度末の都道府県別登録者数, http://www.sssc.or.jp/touroku/pdf/pdf_t04_r2.pdf, (検索日 2020年10月5日).
- 23) 橋本美香 (2010) : 介護専門職自律性尺度作成: 介護福祉士資格と経験年数による比較, *山形短期大学紀要*, 42, 89-101, yamatan_42-00890101.pdf

Predictors of Depression among Long-term Care Employees in Japan: Implications for Employee Work-family stress

Honda Ayumi, Ph.D.

St. Mary's College School of Nursing

<Key words>

K10score, Long-term care employee, National license for professional care, and Work-family related stress

Abstract

The purposes of this study were 1) to identify predictive factors of depression and 2) to examine whether having a national license for professional care associate with depression among employees in long-term care settings in Japan. This cross-sectional study by convenience sampling included 892 participants providing long-term care: home-based (n = 293) , and institutional (n = 599) . The K10 questionnaire was used to examine mental health status. Multiple logistic regression analysis was used to identify factors associated with self-reported K10. The proportion of participants with a high K10 score was 20.9% (n = 186) . Having interpersonal conflict with their supervisor and/or coworkers significantly increased the risk of depression among employees in home-based and institutional care [odds ratio (OR) 4.2 and 2.9, respectively]. Furthermore, interpersonal conflict with their family members significantly also increased the risk of depression among employees in home-based and institutional care (OR 4.1 and 2.3, respectively) . For institutional care employees, did high job overload (OR 2.3) , poor self-rated health (OR 2.5) , lack of free time (OR 2.1) , working long hours per day (OR 1.8) were risk factors for depression. For home-based care employees, interpersonal conflict without their supervisor and coworkers, and their family were also risk factors for depression (OR 3.0) . Lastly, employees who had a national license for professional care showed a non-significant tendency to have depression compared with those who did not have national license in home-based and institutional care.

Long-term care providers should consider needs of care recipients and their family, as well as the need of care employees, maximizing rewards so that turnover can be reduced and the diversity of individual work-family needs can be accommodated across multiple forms of long-term care settings.

【研究報告】

緊急流入が難民定住地の長期滞在女性難民に及ぼした影響 ウガンダ難民定住地での調査報告、その1

秦野 環

聖マリア学院大学

<キーワード>

難民、長期滞在女性難民、トラウマ、痛み

抄録

UNHCRが2014年6月に発表したレポート2013によると、「難民、庇護申請者、国内避難民数が第二次世界大戦後初めて5000万人を超えた」といわれ、アフリカにおいても強制移動の増加が見られる。難民を多く受け入れているウガンダの動向として、2013年12月の南スーダンでの暴動をきっかけに、多くの難民が流入した。

ウガンダ難民定住地のひとつにおいて長期滞在女性難民15人に面接した。面接者全員が「痛みがある」と健康問題を訴え、半数が地域における治安への不安を語り、加えて、燃料となる薪の採取が困難であることを語った。これらは新規流入難民による利用可能な土地の減少、住民増加による資源の減少、見知らぬ人の地域への参入と認識していた。

祖国に帰還するまでの滞在期間を安全に暮らすために、難民定住地においてUNHCRをはじめとする諸団体が展開する活動に参加し、新しい状況を受容できるようになっていくことが求められる。

I. はじめに

国連難民高等弁務官事務所 (United Nations High Commissioner for Refugees、以下 UNHCR)

が2014年6月に発表したグローバル・トレンド・レポート(年間統計報告書)2013によると、「難民、庇護申請者、国内避難民の数が第二次世界大戦後初めて5000万人を超えた」¹⁾といわれている。その主な要因はシリア紛争であるが、アフリカにおいては中央アフリカ共和国や南スーダンで強制移動の増加が見られる。

東アフリカ地域にあるウガンダ共和国は、南スーダン、コンゴ民主共和国、ソマリア、ケニア等からの難民を受け入れている。UNHCRによると2014年7月現在、ウガンダ国内に約440,000人ものUNHCRの支援対象者が存在するが、加えてウガンダは、国内避難民をもかかえており、ひとつの国の中に性質の異なる難民・避難民問題が存在する国である。

ウガンダ国内の難民の動向として、2013年12月の南スーダンでの暴動をきっかけに、多くの難民が流入したことがあげられる。ウガンダの難民対策は「伝統的な親切心と庇護申請者に対する寛大な対応」と言われるように、難民キャンプとしての受け入れではなく、ウガンダ政府や地域の住民は難民たちに対して土地を提供し「難民定住地」としての受け入れ体制をとるため²⁾、ウガンダでの過去最高の緊急対応事態のひとつとなっている。国内の人口増加や新しい難民の流入が土地を限られたものにしており、今後、影響を受けた人々の社会・経済的な安全性のために機会を能率

的に活用し、生産性を向上させることがチャレンジだといわれている³⁾。加えて、紛争下、災害、避難状況などにおいて、性的暴力が発生していることは報告されている⁴⁾。

難民・国内避難民問題では多くの場合、緊急事態として移動を余儀なくされた人々へのケアに焦点があり、難民を受け入れる側、すなわちホストコミュニティや難民定住地に長期滞在する人々の健康問題を中心とした研究は少ない。よって、これら新規難民を受け入れる側である人々の健康状態を調査することは、意義があると考えられる。

II. 研究目的

本研究は、多くの国内避難民や難民を受け入れてきた難民定住地に長期滞在する人々の健康状態を明らかにすることを目的とする。

III. 研究の対象と方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象者

ウガンダ共和国キリヤンドンゴ難民定住地（以下、K難民定住地とする）

- 1) 長期滞在女性難民
- 2) UNHCR フィールドユニットキリヤンドンゴ オフィス（以下、UNHCR オフィス）オフィサー

3. データ収集方法

K難民定住地内にあるUNHCR オフィスを訪問し訪問の意図をつたえ、難民代表者の紹介を受けた。その代表者に再度訪問の意図を伝え、面接対象者の選定を依頼した。選定基準は、「女性の長期滞業者」とし、15人の対象者の選定を希望した。その後、この難民代表者と共に各女性を訪ね、倫理的配慮をもって面接の意図を説明し、了解を得られた女性たちに面接を行った。

- 1) K難民定住地UNHCR オフィサー：面接法。難民定住地の一般情報を得る。
- 2) 長期滞在女性難民：面接法。英語で準備された構成的・半構成的質問を、ウガンダ人協力者により英語から現地語に翻訳し質問する。回答は逐一、現地語から英語への通訳を行い録音、記録する。面接に用いた質問内容に関しては、表1.Semi-structured interview questions にまとめた。

表1. semi-structured interview questions

age
ethnic group
language
origine
length of stay
marital status
number of family member(s)
breadwinner in the family
income, if possible
times of delivery
times of miscarriage, if there is
educational background
subjective health
" I am healthy"
yes,
no,
the reason(s)
medical facilities if there is
the reason(s) for using the facilities
cost
natural resources
* water: distance, time, security, seasonal difficulties
* fuel:main fuel, how to get them, time and difficulties)
security in the neighborhood
I think it is safe
I think it is not safe
the reason(s)

4. データ収集場所

ウガンダ共和国K難民定住地

5. データ収集期間

2016年1月27日から2月6日まで

6. 分析方法

面接内容の記録から、面接対象者の属性、主観的健康観、天然資源へのアクセス方法、地域の安全性に関し抽出、内容を分析した。

7. 倫理的配慮

本研究は、聖マリア学院大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号H26-022）。研究対象者には、研究への参加は自由意思で決定することができること、研究への不参加を表明したことによる生活や安全性の問題は生じないことを第一に口頭で説明し、研究目的と方法を英語で書かれた書面を元に、現地協力者によって現地語に訳されたものを口頭で説明し、同意書への記入をもって同意を得た。

IV. 結果

1.K 難民定住地の状況（UNHCR オフィサーの聞き取り調査の結果）

1) 難民定住地の状況

現在、全世界の移動を余儀なくされた人々の数は約7,950万人であり、そのうち南スーダン出身は220万人である。本調査地であるウガンダには、2020年2月現在、140万人を超える移動を余儀なくされた人々がおり⁵⁾、受入国としては世界第4位の多さである。そのうち南スーダン出身者は87万人をしめる。K難民定住地は、ウガンダ北西部に位置する難民定住地であり、その住民のほとんどが南スーダン出身者である。

2016年調査時当時、K難民定住地UNHCR オフィサーによると、2016年1月28日現在、48,095人の難民が定住しており、その数は、日々刻々と変化している。住人の85%以上が女性と子どもであり、そのうちの65%は子どもたちである。主な出身民族は、Nuel（ヌエル）、Dinka（ディンカ）、Zande（ザンデ）、Acholi（アチョリ）、Madi（マディ）、以上南スーダンから、加えてケニア、コンゴ民主共和国、ルワンダからの難民も滞在している。

K難民定住地には、2013年12月15日までは約3,000人の難民しか滞在していなかった。そのほとんどがケニア、コンゴ民主共和国、そして南スーダンのアチョリ族であった。しかし、2013年12月に勃発した南スーダン国内での紛争により多数の避難民が発生し、その多くが国境をこえて隣国であるウガンダに流れ込んだことにより、K難民定住地の住人が一挙に増加することとなった。

2) K難民定住地における難民に対する基本的なサービス

難民定住地において難民に対し行われる支援として、基礎的保健サービス、基本的な教育、飲料水と衛生設備サービス、生計のための支援、保護者から離れてしまった子供の保護、支援を要する人々への支援、性とジェンダーに対する暴力に対する対応、地域におけるリーダーシップマネジメント、若者センターと活動、などが提供されている。これらの支援の中でも、基礎的保健サービスと飲料水と衛生環境設備サービスに関しては、土地を提供しているK郡とのコーディネートによって実施されている。これは包括的難民支援枠組みの一環であり、ウガンダ難民政策戦略的目標のひとつである難民も土地へのアクセスを持つことなどに通ずる対応によるものである²⁾。

3) 難民認定のプロセス

国境を超えて難民定住地にたどり着いた難民たちは、「危険性からの保護」という目的で国際的な保護を受けるために難民登録される。難民定住地内の登録センターに一定期間（約5営業日）留め置かれる。この期間はUNHCRから調理された食事（hot meals）が提供される。登録後、特に健康面での問題などがない場合には、居住地域内に土地を与えられ、簡単な小屋建設のための資材（柱となる木材、防水シートなど）や生活必要物品などを受けて移動する。5歳未満児は予防注射を受ける。「特に支援を必要とする人々（person needs special needs、以下、PNSとする、何らかの障がいをかかえる者やHIV陽性者、など）」の場合にはその旨登録され、支援対象者となる。

4) 緊急時の受け入れ態勢

現在のような緊急受入時には、まずは生命を救うことを第1目的とした基礎的な支援を行う。その後、自立に向けての支援となる。支援内容としては、畑での栽培や家畜を育てる、などで収入を得る手立てを構築する。加えて、定住地における小売店や理容・美容院、仕立て屋などの運営ができるような支援を行う。

5) 土地の配分

ウガンダの難民受け入れ体制は定住地政策であり、先に述べたように難民も定住地における土地を配分され、生計を営むための活動を行うことを認められている。よって、新規難民が流入してきた場合には、古くから居る難民が使っていた土地を再分配することとなる。K難民定住地の難民受け入れ能力は約50,000人であり、現時点ですでに48,000人を超えているのが現状である。

6) 包括的難民支援枠組みの一環としての難民とホストコミュニティの健康管理体制

難民は、基本的にはK難民定住地内にあるウガンダ政府とUNHCRが共同運営する医療施設（ヘルスクリニック）を受診することができる。また、K定住地内のヘルスクリニックだけでなく、定住地外にあるウガンダ政府が運営する医療施設も受診することができる。同様に、K難民定住地を擁する地域の住人も、K難民定住地内の当該クリニックを利用することが可能である。

2. 長期滞在女性難民の面接

1) 面接調査参加者の属性

面接調査に参加した女性は、19歳から63歳までで平均年齢は39.2歳であり、K難民定住地における滞在期間は19年から26年までで平均滞在期間は23年であった。全員がスーダン（南スーダン

独立以前)からの難民であり、出身民族はアチョリが12人、そのほかは、クク、マディ、ポジュールであった。15人のうち13人が未亡人であり、それぞれの家族の大きさは3人から8人であった。学歴は、学校に全く行ったことがないもの3人、プライマリー(小学校にあたる7年生まで)の3~7年生までの在席経験が9人、セカンダリー(中学校、高校にあたる。前期中等教育4年間、後期中等教育2年間)への在籍経験者が3人、うち1人は後期中等教育段階まで進んでいた。また、13人が家族の中での稼ぎ主(bread winner)であり、仕事内容は、農業、日雇い作業、とうもろこしの酒を販売するなどであった。すべての女性には出産経験があり、その数は1回から最高は11回であった。また、2人に流産の経験があり、そのうちの1人は合計3回の流産を経験していた。原因はマラリアを発症したことと理解していた。15人中2人がHIV陽性者である。性的暴力を受け、妊娠・出産を経験した女性は1人であった。

2) 生活に必要な天然資源、水と燃料

水:難民キャンプや難民定住地において多くが直面する問題として、生活用水や飲料水等「水」を得ることであるが、15人とも「家の近所にある」とのことで、水を手に入れるために遠くに行かねばならないことはなかった。しかし、水を手に入れるまでの待ち時間は長く、問題は「距離」ではなく、「時間がかかること」であった。時間がかかることの原因の認識は、人が多いこと、新しく流入した人々(で、人数が増えた)が挙げられていた。水を効率よく手に入れるための戦略としては、「早く行く(first go, first get!）」であった。

燃料:各家庭における燃料は、薪である。この薪の収集が大きな困難となっていた。15人全員が燃料に関し、困難を抱えていることを示し、「遠い、非常に遠い」、「4~5時間かかる」、「採れるものが終わってしまった」、「特に雨季には困難になる」などと表現した。水の部分でも語られたが、新規難民流入がそれまで使っていた土地を返還することにつながり、加えて、難民定住地における住人の増加が資源の枯渇を生じさせているとの認識であった。

3) 人々の健康に対する見方

対象者15人全員が何らかの健康問題を抱えていると返答した。健康問題の表現方法としては、各自が身体の部位名を挙げ「痛みがある」という形容で表した。加えて、診断名や臓器の名称を挙げ、現在対象者自身が抱えている健康問題を明確に述べる者もいた。疾患名や状態としては、高血圧、腎臓の問題、栄養不良、呼吸困難、ストレス状

態にある、などであった。健康に問題があった場合の対処方法としては、「近くのクリニックに行く」「鎮痛剤を使う」が多く、クリニックに行っても「いつも混雑している」、「十分な説明も情報提供もされずに鎮痛剤を処方されるだけ」の対応であると答え、多くのものが「鎮痛剤での対症療法」に頼っていることが挙げられた。1人は、「腎臓の問題がある」との認識はしているが、適切な治療を受けられておらず、同時に子宮がんの疑いも指摘されたが治療には至っていない。また、性暴力により妊娠・出産した女性は、学業を終えて教員になることを目指していたが、自身の妊娠出産、加えて母親がエイズを発症し健康状態が悪化しているため母親が変わって働かざるを得ず、学校を退学することとなり、それが故にうつ状態に落ちているとの語りも聞かれた。

4) 地域のセキュリティに関して

自身が住む地域のセキュリティに関しては意見が分かれた。半数の7人が「特に問題はない」と答え、その理由としては「よき隣人、近所の人々」を挙げた。反対に「問題がある」としたもののうち3人は「新規流入難民」を挙げ、「夫がいないこと」を挙げたものは2人、不審者や物取りなどが来ることをあげたものは2人であった。うち1人は「トイレを壊され」「不審者に殺されかけた」と語った。また、新規流入難民の民族は、「声が大きく、些細なことで小競り合いを起こすため、巻き込まれないようにしている」と語ったものもいる。

V. 考察

現在世界には紛争や迫害によって移動を余儀なくされた人々は約7950万人存在する⁶⁾。そのうちの約220万人が南スーダン出身であり、約140万人をウガンダは受け入れている。ウガンダの難民政策は、「伝統的な親切心と庇護申請者に対する寛大な対応」²⁾と言われるように、ウガンダ政府は難民たちに対して土地を提供し「難民定住地」としての受け入れ体制をとる。これはウガンダ政府が掲げる「土地への公平なアクセス」の具現化である。加えて難民は、難民定住地からの出入りは自由であり、これにより難民は移動の自由と労働も手に入れることができ、自立を促すことに通ずる⁷⁾。これは難民を「自立できる能力のある人々」ととらえ、その尊厳を守る手立てであると考えられる。現在「人々の平均的な避難の期間は年々長期化している。数年、時には数十年におよぶ避難生活⁸⁾」と言われるように、紛争や災害などから

逃れてきた避難民の避難先での滞在は長くなる傾向があり、「避難所や避難先の居住地の立地が、危機の影響を受けた人々が尊厳を保ち、また彼らの回復を支えるうえでも重要となる⁶⁾」と言われている。避難してきた人々は「すべての災害や紛争から影響を受ける人々は尊厳ある生活を営む権利を有しており、そのための保護と支援を受ける権利を保有する人」と人道憲章には示されており⁶⁾ またこれは、世界人権宣言第1条「すべての人間は生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利とについて平等である」と示されていることにも通ずる⁹⁾。

K難民定住地到着後、土地を与えられ自立を目指すことは難民の生活に安定を与えることとなるが、先住の難民たちにとっては大きな損失を被ることとなる。K難民定住地は2013年年末前までは、最大難民受け入れ可能数50,000人に対し約3,000人の難民が、広大な土地とそれが有する天然資源を自由に使うことができた長い期間がある。そこに突然、日々、数千単位でその土地の受け入れ可能範囲限界に達するくらいの新規難民が流入したことにより、天然資源へのアクセスの困難さ、特に薪となる木々を手に入れる困難さに直面することが発生した。面接調査から、水を手に入れることの困難さはあまり語られず、それは自身の避難所(自宅)からの距離がそれほど遠くないことが困難さを感じさせない要因となっているようであった。水くみの待ち時間に関しては長いと応えたものが多かったが、運ぶことに対し「下肢や腰など、身体に痛みが起こる」として水汲みに困難を訴えたものは2人であった。実際、K難民定住地訪問時には、至るところに水場が建設されており、各避難所(自宅)からは遠くない現状が観察された。ただ、どこも多くのプラスチック製のジュリカンが多く並んでおり、1人の面接対象者が述べたように、「早く行って並ぶこと」などの方法で待ち時間を短縮させる手立てを活用し、自身でマネジメントしている様子が語られた。

生活に必要な燃料(薪)の採取には多くの困難があることがうかがわれた。水を手に入れることに反し、15人全員が困難を訴えた。燃料となる薪などの入手には4~5時間、人によっては6時間の移動が必要とのことで、その困難さをうかがうことができた。中には、「土地はすべて終わった」と答えている対象者も存在し、K難民定住地の受け入れキャパシティの限界に近づいてきていることが想像される。ウガンダ国内の他の難民定住地で植林活動を行っている南スーダンからの難民(今

回が3回目の避難)が、土地造成や燃料の切り出しによって緑が減少していると認識しているため¹⁰⁾ 植林を行っている、活動の紹介を行っている。加えてK難民定住地の難民は、以前は、広い土地を配分されていたために、避難所(自宅)から近場に十分な資源があったが、数か月で滞在者が10数倍に膨れ上がり、その入手は困難を極めたことと考えられる。

今回の面接対象者となったK難民定住地に長期滞在する難民は、2013年末以降の新規流入難民と出身は同じ南スーダンでも、民族が違う。面接対象者(長期滞在女性難民)の多くはアチョリ族であり、新規の流入者にはディンカ族、ヌエル族が多い。新規流入者により土地が削減されたことに加えて、南スーダンから避難する以前に敵対していた民族の流入が、長期滞在女性難民の辛さをより大きなものとしていることが考えられる。新規流入難民に対しては、肯定的な考えを持ち合わせてはいない様子が観察された。同じ国出身、おなじく紛争から難を逃れて庇護下にある者同士、という見方をとれない様子をうかがうことができた。それは、地域における治安問題として挙げている。面接対象者の半数は「よき近所の人がいるために地域の治安に問題なし」と語り、残り半分は、何らかの恐怖・不安を掲げており、そのうちの3人が明確に「新規・知らない者」の流入を挙げている。新規流入難民は、同じ南スーダン出身であるが、異なる民族であり異なる文化や異なるバックグラウンドをもち、生命の危機に瀕しながら避難してきた新規流入難民は「ひどい出来事を経験し多くのものを失った状態」で在る人々である。それを受け入れた長期滞在難民自身も過去に同じような経験をしていることから、長期滞在女性難民にも大きく影響していることが想像できる。UNHCRのメンタルヘルスオフィサーであるピーター・ヴェンテヴォゲルが「難民コミュニティはある意味、人工的なコミュニティだということです。彼らはたまたまそこに連れてこられているのです。そのため、社会的つながりを再構築するための支援が必要です」とインタビューで語っているように¹¹⁾、その土地で安心して生活するためには支援と時間が必要であろう。実際、地域における治安上の問題はないと語った面接対象者は、その理由として「よき隣人、近所の人」を挙げた。結果で、「夫がいないため危険を感じる」と答えたものが2人存在する中、「地域のセキュリティに問題なし」と答えた7人すべてが未亡人であり、彼女たちにも夫の存在はない。難民定住地に定着し、長年かけてコミュニティを醸成してきた結果

によるものと思われる。しかし、地域における治安に不安を抱き、特に、敵対民族であった新規流入者たちによって土地を奪われたと感じている長期滞在者にとっては、一度、地域を醸成し、構築したものを壊されたと感じ、受け留め、受容は困難であると考えられる。また、新規流入者（ディンカ族、ヌエル族）は2013年末に勃発した今回の南スーダン国内の紛争当事者同士であり、ともに祖国を離れてウガンダにおいて難民となっただけではないが、難民定住地内において些細なことからの小競り合いを起し、それが長期滞在者に不安をあたえ、精神的健康に影響を及ぼしていることにつながると考えられる。

面接対象者が自身の健康についてどのように認識しているのかについては、全員が健康問題があると答え、身体の各部位を挙げ「痛みがある」と表現した。対処方法はほとんどが鎮痛剤の処方を受けるのみで、満足な治療を受けていないとの認識であった。仙波が「身体の痛みと心の痛みは互いに連動し、影響を及ぼしあっていることは経験からもわかる」と¹²⁾述べているように、ストレスが身体の痛みを引き起こしていると考えられる。面接対象者は平均23年もの間当該難民定住地において、困難な中でも紛争状況から逃れて安定した生活を営んできた。しかし、そこに多くの、かつ自分たちとは異なる民族の新規難民が流入してきた。過去の祖国の紛争から逃げてきたことを想起させることに、日々、遭遇することとなっている。過去の紛争から逃げてきたことはトラウマの経験であり、「トラウマはさまざまな身体症状を伴う」¹³⁾言われているように、日々の生活が、女性たちに身体の痛みとしての症状を出現させていることが考えられる。加えて、新規流入難民は、「狭い居住区で、協調して生活すること」に慣れていないことから小競り合いが頻発し、それが面接対象者のストレスを増加させることにもつながっている。また、その新規流入難民により、土地が削減されることとなり、畑からの作物を生計の一部としている女性たちにとっては、非常に大きな負担となっていることが考えられる。女性たちが健康問題であるとして持っている「痛み」に対しては、鎮痛剤しか処方されておらず、適切な治療を受けられていないとの認識であったが、「ストレスが痛覚閾値に影響を与える。慢性負荷では痛覚過敏になる」と言われている¹²⁾ことから、クリニックの医師たちは、その状況であるとの判断を行っていたことが考えられるのではないかと考える。ただし、1人の面接対象者が「十分な説明もなしに」とクリニックでのサービスに対し明確に不

満を語った。難民は、定住地内にあるヘルスクリニックでの受診は無料でできるが、この当時、当該難民定住地には2か所のヘルスクリニックしかなく、加えて、ひとつは難民数の増加に伴いウガンダ保健省が定めるレベルを格上げされるべき状態であったが、間に合っていなかった。増え続ける新規流入難民に対応する必要がある医療従事者は多忙であり、十分な対応がなされていなかったものと考えられる。医療従事者にとっては多数の受診者に対応することは負担が大きいことと予想されるが、適切な対応が求められる。ウガンダ政府は包括的難民支援枠組みを推進する世界15か国のひとつであり¹⁴⁾、そのサービスのひとつとして、難民は難民定住地の外の公共の医療サービスも受けられることが挙げられている。しかし面接対象者の2人と家族の1人は何らかの治療が必要だと思われた症例（腎臓の問題、子宮がんの疑い、エイズ発症）であったが、適切に対応されていない状況であった。特に、健康問題として早急な対応が求められると考えられた症例は、エイズ発症者の存在である。エイズ発症者を母親にもつ面接対象者は乳児を抱えており、母親が結核を発症していることを疑っているために、狭い自宅で乳児と共に暮らすことへの不安を語った。このエイズ発症者はPNSとしてすでに登録されており、栄養補助食品を配給されているが、十分な治療を受けていないのか、面接対象者は母親の病状に強い不安を訴えていた。クリニックの数が少ないこと、機能を拡大することが求められているが追い付いていないこと、加えて各活動の調整・連携不足が考えられる。この女性自身、性的暴力を受けての妊娠・出産をし、乳児とエイズを発症している母親との生活であること、自身が置かれている立場から学業の中断を余儀なくされたことからストレスを受けていると明確に語り、抑うつ状態のように観察された。トラウマティック・ストレスは体験した人に多様な影響を与える¹⁵⁾と言われている。現在19歳であり、すでに出産していることから性的虐待を受けたのは18歳時であり、この経験は子ども期の逆境体験（Adverse Childhood Experiences: ACEs）と言え¹⁵⁾。「ACEsとは、18歳以前の成育過程において、虐待（心理的・身体的・性的）と家庭の機能不全（家族成員の物質依存・精神疾患・服役・夫から妻へのドメスティックバイオレンス（DV））が含まれる。」と言われ、特にACEsは、虐待や家庭の機能不全が同時に、複数、相互依存的に発生するという考え方で体験の累積数をスコア化して評価するといわれる¹⁵⁾。彼女自身が、このACEsの累積体験をしているのかは面

接からは判断できなかったが、父親がエイズで既に死亡していること、母親がエイズを発症し母親役割を十分発揮できていないことから「家庭の機能不全」と言える状態ではないだろうか。自身の性的暴力を受けた経験と家庭の機能不全を合わせると、2種のACEsとされ、これはACEsが全くない人と比較すると自殺企図でオッズ比が2.5となり、スコアが上がれば上がるほど線形に上がると言われている¹⁶⁾。よって、彼女の面接時の抑うつ的な表情はこの状況を物語っていたのではないかと考える。

VI. 研究の限界

難民・避難民問題は非常にセンシティブであり、アクセスできる研究対象者が限定されるため、研究結果の一般化は困難であると考えられる。

VII. まとめ

ウガンダの難民定住地における状況を、K難民定住地UNHCRオフィサーへの聞き取りと長期滞在女性難民の語りから概観した。祖国の紛争から逃れ、隣国のウガンダにおいて難民として落ち着いた生活を送っていた人々にとって、祖国の新しい紛争は心身の負担をもたらす結果となっていた。特に、面接対象者全員が、何らかの身体的問題を抱えていると述べた。また、地域におけるセキュリティ上の問題の発生も、女性たちに対し大きな精神的な負担となっていた。祖国への帰還が達成できるまで定住地における生活を継続するであろう彼女たちにとっては、今後、UNHCR他、K難民定住地内で行われる支援活動への参加を通して、かつての敵対勢力民族をK難民定住地に暮らす同じ祖国の人々として認め、限られた土地を分かち合うことを受容し、新しい状況の中で生活していくことが求められる。

文献

- 1) UNHCR: 2013 Global Report June 2014.
- 2) UNHCR UGANDA: UGANDA REFUGEE RESPONSE PLAN JAN2019-DEC.2020.
- 3) UNHCR: 2015 UNHCR country operations profile-Uganda, <https://data2.unhcr.org/en/country/uga>, (検索日2020年9月13日)。

- 4) Dale Buscher (2014) : Preventing gender-based violence: getting it right, Humanitarian Practice Network, <https://odihpn.org/magazine/preventing-gender-based-violence-getting-it-right/>, (検索日2020年9月13日)。
- 5) OCHA: Relief web, Refugees and Asylum-Seekers in Uganda, Uganda Refugee Response, 29 February 2020, <https://reliefweb.int/map/uganda/refugees-and-asylum-seekers-uganda-uganda-refugee-response-29-february-2020>, (検索日2020年9月13日)。
- 6) UNHCR: GLOBAL TRENDS FORCED DISPLACEMENT IN 2019, <https://www.unhcr.org/globaltrends2019/#:~:text=One%20per%20cent%20of%20the,people%20%E2%80%93%20is%20now%20forcibly%20displaced.&text=During%202019%2C%20an%20estimated%2011.0,the%20borders%20of%20their%20countries>, (検索日2020年9月13日)。
- 7) UNHCR: Uganda Country refugee response plan, 2019, <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/67314>, (検索日2020年9月13日)。
- 8) 支援の質とアカウントビリティ向上ネットワーク (JQAN): スフィアハンドブック2018 日本語版, 2018.
- 9) 外務省: 世界人権宣言. https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/udhr/1b_001.html, (検索日2020年9月13日)。
- 10) UNHCR: Refugees from South Sudan becomes an advocate for tree planting in Uganda, By Linda Muriuki in Arua, Uganda | 05 June 2019, stories. <https://www.unhcr.org/news/stories/2019/6/5cf67cbb4/refugee-south-sudan-becomes-advocate-tree-planting-uganda.html>, (検索日2020年9月13日)。
- 11) UNHCR: 国連UNHCR支援の現場から, <https://www.japanforunhcr.org/archives/12015>, (検索日2020年9月13日)。
- 12) 仙波恵美子 (2010): ストレスにより痛みが増強する脳メカニズム, 日本緩和医療薬学雑誌, (3), 73-84.
- 13) 岡野憲一郎 (2010): トラウマと身体症状, トラウマティック・ストレス, 8 (1), 11-19.
- 14) UNHCR: 【職員インタビュー】 古林安希子 UNHCRウガンダ事務所アソシエイト・ソリューションズ・オフィサー, <https://www.unhcr.org/jp/22227-staff-interview-ak-uganda.html>, (検

索日 2020 年 9 月 13 日).

- 15) 西大輔・白田謙太郎 (2017) : ト라우マティック・ストレスとレジリエンス, ト라우マティック・ストレス, 15 (2) 51-56.
- 16) Dube, S.R., Anda, R. F, Felitti, V. J., et

al. (2001) : Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span; findings from the Adverse Childhood Experiences Study. JAMA, 286;3089-3096.

Impact of emergency influx on long-term female refugees in refugee settlements. Survey report at Ugandan refugee settlement, part1

Tamaki Hatano

St.Mary's college

<Key words>

refugee, long-term female refugee, trauma, pain

Abstract

According to a 2013 report released by the UNHCR in June 2014, "the number of refugees, asylum-seekers and internally displaced persons exceeded 50 million for the first time since World War II". The conflict in Syria has greatly added it, but the forced displacement in Africa has also contributed to it. One of the countries that is located in Eastern Africa, Uganda, also accepts many forced displaced people. As a trend in Uganda, a large number of refugees have flowed in after the riots in South Sudan in December 2013. During an emergency period, newly displaced people are focused on but host communities and long-term refugees are also facing difficulties because of the influx.

Fifteen long-term refugee women in one of the Ugandan refugee settlements were interviewed. All interviewees had physical health problems and described them as "pain". Half of them also talked about security concerns in the area. In addition, it was difficult to collect firewood for their daily fuel. According to them, this was because of land management after a new influx of refugees had come into the settlement, and the new influxes led to resource depletion because of the large number of people and its habitations. For long-term refugees, it is very important to live safely for their entire length of stay before returning to their homelands, and it is necessary to participate in the activities of the UNHCR and other organizations, and become able to accept new situations.

【資料】

若年女性の妊孕性に関する意思決定支援に向けた 看護基礎教育プログラムの開発 —【初版：教育プログラム】の紹介—

桃井雅子、佐居由美、井口亜由、大城知恵、野口ゆかり、米沢優子

聖マリア学院大学

<キーワード>

妊孕性、意思決定支援、看護基礎教育

I. 緒言

聖マリア学院大学は、キリスト教の考え方、中でもカトリックの人間観と生命倫理観をベースに教育・研究・実践を展開しており、これを通して社会に貢献することを使命として授かっている。また、本学に入学を許可された学生はケア者としての賜物（聖書「ローマの信徒への手紙12章6節」「I ペテロの手紙4章10-11節」参照）を入学前から既に授かっており、この賜物を用いてケアを必要とする人々に仕えるという使命が与えられている（「召命のつどい」パンフレット〈召命のつどいの意義〉参照）。

ここで、本稿でいう賜物（英語ではギフト Gift,

ギリシャ語ではカリスマ Χάρισμα と訳される語）とは、一人ひとりが神からの恩寵として与えられている資質や特性と捉えることとする。加えてこの賜物には、人間の目から見て脆弱性と捉えられる特性も含むこととし、その理由は、UNESCOの「生命倫理コアカリキュラム（2008）」¹⁾において、人間は共通の脆弱性を互いに分かち合うことを必要としており、脆弱性はわれわれが他者に頼ることに気づくのと同様に他者に向けられる関心の源になること、さらに脆弱性は人々のケアに対する義務の基礎となる、と記されていることにその根拠があると考えた。

本学の学生は、看護において賜物を活かすための教育を、在学期間中に享受し、さらにその後の生涯を通して自己研鑽に努め、人をケアする看護専門職者としての人間観と生命倫理観を自らの内に育むことが期待されている。

ここで、近年の生殖医療の進歩によって若年女性が妊孕性に関する多様な選択が可能になる一方で、その倫理的な意思決定に際して当事者女性が様々な困難を抱えていることが明らかにされている²⁾。これを受けて、本学の学生が、将来、当事者である若年女性のライフサイクルに沿った妊孕性に関する意思決定をより善く支援できるようになることを目指し、看護基礎教育プログラム（以下、教育プログラム）を開発するための研究に取り組むこととした。

本稿では、平成30年度から31年度にかけて作成した教育プログラムの概要を紹介すると共に、今後、更なるプログラムの洗練を目指すうえでの課題について述べる。

<召命のつどいの意義>

召命は神からの呼びかけであり、この呼びかけは私たち人間の思いや計画、行いなどをはるかに超えた神の人間に対する深い愛と限りない慈しみによるものです。

神からの賜物である「いのち」を誠実に生きたいと望むとき、自分が果たすべき使命について私たちは真剣に考えます。私たち一人ひとりが神から与えられた「いのち」を喜び合い、自らの内に秘められた使命に目覚め、世界の人々のために働く決意を新たに致しましょう。

聖マリア学院大学で共に学ぶ私たちが、建学の精神である「カトリックの愛の精神」を思い起こしながら、人として、また看護専門職者として、高い倫理性と責任感をもって行動することが出来るよう、神のお導きを願う祈りのひとときを〈召命のつどい〉と名付けました。

「召命のつどい」パンフレットより抜粋

II. 教育プログラムの開発における 基本方針とプログラム作成の過程

はじめに本教育プログラム開発にあたっての基本方針について述べる。第一に、聖マリア学院大学の建学の精神(カトリックの愛の精神)に基づく「人間」と「生命倫理」に対する考え方、すなわち「人格主義生命倫理」³⁾の考え方を基盤として開発に取り組むこととする。人格主義生命倫理学の最高原理は「人格の尊厳」であり、人格の尊厳は「基本的人権の源泉をなす究極的な価値」とされ、他の如何なるものすなわち「公共の福祉も、国益も、経済や科学技術の発展も、これに優越しません」と述べられており、この考え方を基盤とする。第二に、本プログラムの内容が、現代社会とそこに生きる人々のケア・ニーズによりよく応えることができるように(すなわち社会と人々が看護職に求める資質・能力に沿った看護者育成に繋がるように)、平成29年に大学看護系人材養成の在り方に関する検討会(文部科学省高等教育局医学教育課)により提示された「看護系人材(看護職)として求められる基本的な資質・能力」⁴⁾を参照することとする。

次に、当プログラムの作成過程について概説する。まず、本学教員によって構成されるメンバー4名で国内の看護系大学看護学部のうち、本学と等しくキリスト教の考え方を基盤とした建学の精神を掲げ、社会貢献ならびに看護教育を展開している大学10校を選定し、各校がインターネットを通して公表しているシラバスの内容を概観した。さらにこれら10校の中から、キリスト教の考え方に基づく「人間観」と「生命倫理観」がより明確にカリキュラムに反映されていると判断した3校を選定し、各校のカリキュラムと科目の内容を詳細に確認、検討した。そして、この結果をもとに具体的な教育プログラムの作成を行った。

III. 教育プログラムの学修者への期待と 教育担当者に求められるもの

先述した基本方針に沿って教育を享受する側である“本教育プログラムの学修者”に期待されることと、教育を提供する側である“本教育プログラムにおいて教育を担当する者”に求められることについて、以下に記す。

まず“本教育プログラムの学修者(今回は特に、本学に入学した学生を指す)”は、先述した通り、既に、看護を行う者(ケア者)としての資質・能力

を賜物として授かっており、将来、看護という専門職に従事することを通して自身の持つ賜物を活かし、使命を果たすことが期待されていると考えた。本プログラムを受講することによって学生が得られる機会には、①自らが授かっている使命ならびに賜物を再認識・再確認する機会、②自らの賜物を活かし使命を果たすためには“どのようにすべきか(看護専門職者としての姿勢・態度,行動の指針)”また“どのようにすればよいか(具体的な看護の技)”について自らの意志で選択・決断する機会、以上2つの機会がある。また上記②の機会において、学生は自らの意志で選択・決断することを契機とし、自身の資質・能力を「若年女性の妊孕性に関する意思決定支援」において活かすための学修に、自ら取り組み、生涯を通して自律して学修すること(自己研鑽すること)が期待できるであろう。

次に“本教育プログラムにおいて教育を担当する者”は、学修者である学生の人格としての尊厳と、個々の学生に与えられている使命ならびに賜物を認め、尊重して教育を行うことが求められる。そのために、パウロ・フレイレ(Freire,1973)の教育論⁵⁾⁶⁾⁷⁾における「エンパワメント」と「対話」の概念を参照した関わりを行うこととする。ここで言う関わりとは、一つは①学修者の資質・能力が有する可能性を確信・信頼しその持てる力を引き出す「エンパワメント」の考え方を重視した関わり、他の一つは②学修者との対等かつ互いに愛・謙虚さ・希望・信用・クリティカルな姿勢を共有できる関係性をベースにしながら「対話」を通して為される関わり、以上を念頭において教育的に関わることが求められる。

IV. 教育プログラムの目的と学修目標

1. 目的

本教育プログラムの目的は、学修者である看護学生が「人格主義生命倫理」の考え方に則って「若年女性(思春期ならびに若年成人)の妊孕性に関する意思決定支援」を行うことができるようになるために、基礎的な能力—すなわち当看護支援をするために必要な看護専門職者としての“知識”, “姿勢・態度・行動の指針”—を、自らの意思で選択・決断し、自由と責任のもとでの意思決定をして獲得すること、あるいは獲得するのを開始することである。さらにその後(卒業後)、学修者は、看護基礎教育において獲得した(あるいは、獲得し始めた)基礎的能力をベースにしてそれを活か

しつつ、自身が遣わされた場において出会う対象者の全人性と個別性を尊重し、そのニーズに応える看護の技を実践できるようになることを目指す。またこれらの学修は学修者の生涯を通して自律して行われるものであり、日々出会うケア対象者、あるいはそれ以外の他者との関わりや繋がりを通して理解と省察はさらに深まり、一生の間、絶え間なく深化・発展をし続けるものとする。

「教育プログラムの概念図」を図示する(図参照)。学修者が自ら選択・決断して基礎的能力を獲得するプロセス(学修者の意思決定のプロセス)とは、後述する3つのステップから成り、これらのステップには学修目標の1~4が含まれる。またこれら3つのステップを経て獲得した「知識」および「姿勢・態度・行動の指針」を統合し、学修目標5では具体的な実践演習を通して、若年女性をホリスティック(holistic全人的)に捉え、個別的意思決定を支援することを目指すこととする。

学修者が自ら選択・決断して基礎的能力を獲得する3つのステップについて説明する。まず一つ目のステップは「知る・理解する」ことであり、学修目標1~3に挙げた内容を知り、理解することである。次に、二つ目のステップは「思索・省察する」ことであり、ステップ1で理解した内容につ

いて自ら深く考え思索・省察する。最後に、三つ目のステップでは、先の思索・省察を通して最終的に「選択・決断する」ことである。この最後のステップでは、看護専門職者である自らの姿勢・態度・行動指針を、自由にかつ責任を意識しながら選択・決断する(すなわち意識的に選び取る)ことが学修者に求められる。さらに、この選択・決断を機に、学修者は自らの行った決断を自己の看護専門職者としてのアイデンティティの一部として受け容れることを開始することが期待されるであろう。

2. 学修の目標

以下、本教育プログラムを通して学修する、5つの学修目標について説明する。

【学修目標1】看護専門職者としての自らの使命と賜物について理解、省察する。

既習内容(在学中の既習科目において知り・理解したこと)を振り返り、そこからさらに深く理解・省察することを目指す。また当学修目標は「看護系人材(看護職)として求められる基本的な資質・能力」(平成29年大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会,文部科学省高等教育局医学教育課)の「A-1 プロフェッショナルリズム」

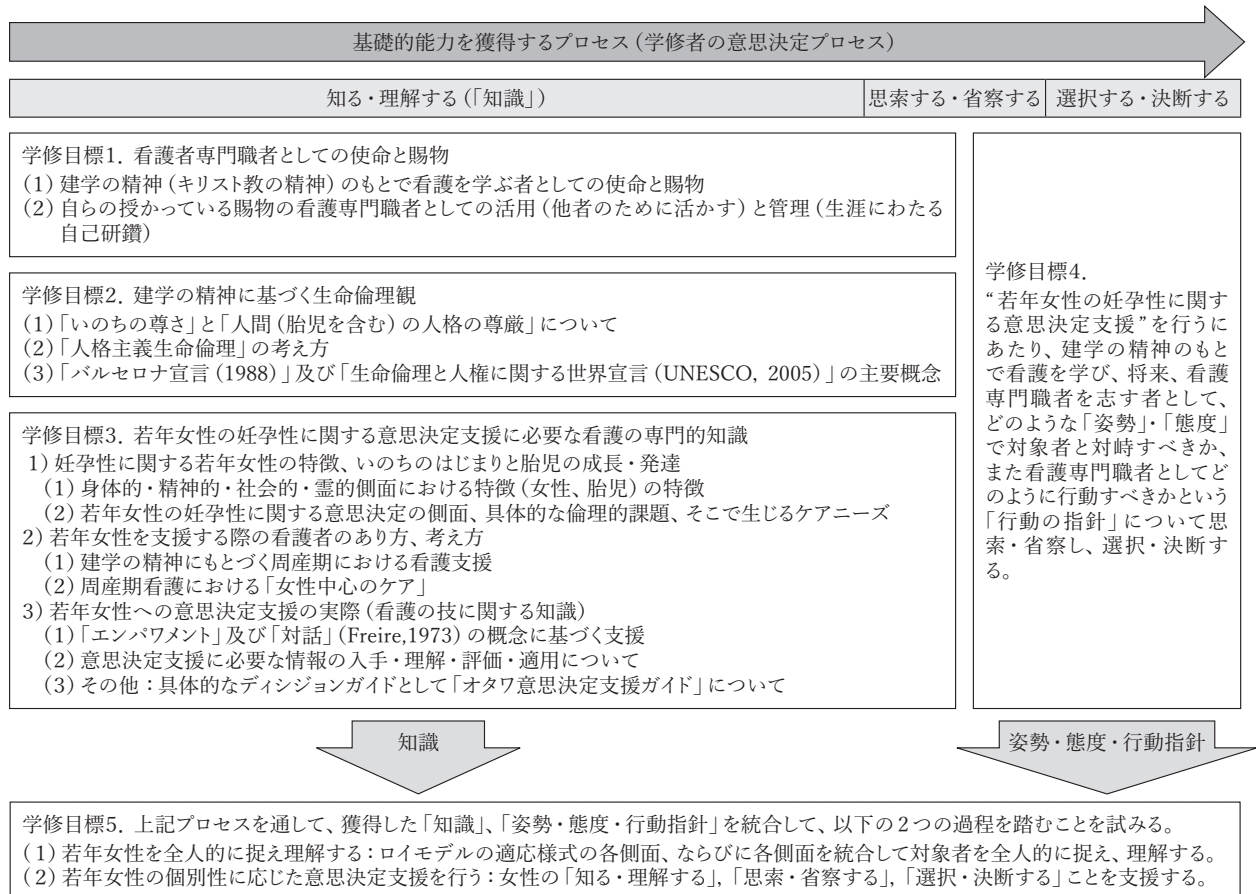


図1. 教育プログラムの概念図

と、専門職者としての「A-9 将来にわたって研鑽し続ける姿勢」に記されている学修目標を参照する。

- (1) 建学の精神のもとで将来看護職に携わるために学ぶ者として、自らの授かっている使命、看護者としての賜物について理解・省察する。また、自ら与えられた使命と賜物をこれから看護職に従事する自己のアイデンティティの一部として受け容れることを意識・省察する。
- (2) 自らの授かっている賜物を看護専門職者として、他者のために活かすこと（賜物の活用）、また生涯にわたり自己研鑽に励むこと（賜物をより善く管理すること）を理解し、その責任を意識・省察する。

【学修目標2】建学の精神(キリスト教の精神)に基づく生命倫理観を理解、省察する。

既習内容を振り返り、さらに理解・省察を深めることを目指す。また下記(2)においては、「人格主義生命倫理」観と「個人主義的生命倫理」観との相違についても理解することを目指す。

- (1) 「いのちの尊さ」と「人間(胎児を含む)の人格の尊厳」について理解・省察する。
- (2) 「人格主義生命倫理学」の考え方を理解・省察する。
- (3) 「バルセロナ宣言」(1998年)及び「生命倫理と人権に関する世界宣言」(UNESCO, 2005年)の主要概念を理解・省察する。バルセロナ宣言の4原則1)である【自律:autonomy】、【尊厳:dignity】、【統合性・全人性:integrity】、【脆弱性:vulnerability】の概念を軸に、これに対応する「生命倫理と人権に関する世界宣言」の内容とあわせて理解・省察する。

【学修目標3】若年女性の妊孕性に関する意思決定支援に必要な、看護の専門的知識を理解する。具体的な支援を省察する。

- 1) 妊孕性に関する若年女性の特徴、いのちのはじまりと胎児の成長・発達を理解する。
 - (1) 若年女性の身体的・精神的・社会的・霊的側面の特徴と、胎児の成長と発達について理解する。
 - (2) 若年女性の妊孕性に関する意思決定の諸側面と倫理的諸課題、そこで生じるケアニーズを理解する。
- 2) 若年女性を支援する際の看護者のあり方、考え方について理解するとともに、自らの看護者としてのあり方、考え方について省察する。ここでは、建学の精神に基づく周産期における看護

者とその支援のあり方について、周産期看護における「女性中心のケア」の特徴である【尊重】、【安全・安心】、【ホリスティック】、【パートナーシップ】の諸概念⁸⁾と関連づけて理解する。具体的な内容としては、以下の4つがある。

- ① ケアの対象となる者(以下、対象者)のいのちと人格の尊厳、個々の考え方・価値観という個性性を尊重し、対象者をホリスティック(全人的)に捉えて、理解する。
 - ② 対象者との信頼関係のもとでパートナーシップ(対等)の関係を築き、意思決定支援に臨む。また対象者とケア者は、それぞれが個々に召命を受け、個々の使命を授かっている者として、自己と他者のそれを尊重し、また各自が自己の使命において自律(自由)と責任を意識しながら協同・協働することが求められる、それによって対象者が自らより善い選択・決断(意思決定)を導けるように、ケア者は支援する。
 - ③ 専門的知識と隣人愛の心をベースに、対象者にとって安心感と安全をもたらす支援(看護の技)を創造し、提供する。
 - ④ 脆弱性を有する対象者への関心と配慮を絶えず持ちながら、対象者の全人性を理解した上で支援する。
- 3) 若年女性への意思決定支援の実際(看護の技に関する知識)を理解するとともに、具体的な支援を省察する。これには下記の内容が含まれる。
 - (1) パウロ・フレイレ(Freire, 1973)の教育論を参照し、対象者の持てる力を引き出す「エンパワメント」ならびに「対話」の考え方(概念)をベースにした支援について理解する。この支援は「傾聴(Listening)」、「対話(dialogue)」、「行動(action)」という一連の過程を通して為されることと、特に「対話」の果たす役割について理解し、具体的な支援を思索する。
 - (2) 意思決定支援を行う際に必要な情報の入手、理解・評価、適用⁹⁾について理解する。またそれを具体的な支援に用いることについて思索する。これについてさらに具体的に説明すると、対象者の意思決定を支援する際に必要と判断した情報に関して、看護者である自らが適切な情報を「入手する」、入手した情報の内容を「理解する」また「吟味・評価する」、さらに情報を「適用する」・「活用する」という一連の過程を理解し、理解した内容を支援に適用することを思索す

る(筋道を立てて深く考える)ということである。

- (3) その他、意思決定支援を行う際のディシジョン・ガイドの一つとして周産期領域で有用と言われており、既に実践において頻用されている「オタワ意思決定支援ガイド」⁹⁾の内容と使用方法について理解する。

【学修目標4】 先述した学修目標1~3について理解・思索した上で、“若年女性の妊孕性に関する意思決定支援”を行うにあたり、建学の精神のもとで看護を学んでいる者として、どのような「姿勢・態度」でケア対象者である若年女性と対峙すべきか、また看護専門職者としてどのように行動すべきであるかという「行動の指針」を選択・決断する(意思決定する)。

学修者は、学修目標1~3の知識を理解し、思索・省察し、さらに自らの姿勢・態度・行動指針を選択・決断するという意思決定のプロセスを辿ることを目指す。教育担当者はその過程において「エンパワメント」と「対話」の考え方をベースにした教育的関わりを行い、学修者が自らの力を活かしてこのプロセスを踏むことができるように、ファシリテーターとしての役割を担う。

【学修目標5】 上記1~4の学修目標、すなわち「基礎的能力を獲得するプロセス」を通して獲得した知識、姿勢・態度・行動指針を統合して、ケア対象者である若年女性を全人的に捉え、意思決定支援(実践)をする過程を踏むことを試みる。

当学修目標については、カリキュラム全体の配置・構成を鑑みて、在学中に事例を用いた演習形式で行うか、あるいは卒後の継続教育として行うかについて、今後さらに検討を行う。

- (1) 若年女性を全人的に捉え理解する。

これは対象者である女性との関わり—具体的には「傾聴」と「対話」—を通して為される。そこで得られた情報を「ロイ適応看護モデル」の4つの適応様式の各側面からアセスメントし、さらに各側面を統合したアセスメントを行うことで、女性をホリスティック(全人的)に捉え、理解することを試みる。ウィメンズヘルスならびに周産期看護において、ケアの対象となる女性をホリスティックに捉え、理解する上で「ロイ適応看護モデル」を適用することの意味と意義は先行研究¹⁰⁾において確認しており、よって今回も女性を全人的に理解することを目的に当モデルを適用することとした。

- (2) 若年女性の個別性に応じた意思決定支援を行う。

まず上記(1)において女性を全人的に理解することによって、さらに個別的なケア・ニーズを明らかにする。

次に、明らかにされた個別的なケア・ニーズに応じるために、看護者自身が適切かつ有用な情報を探索・入手し、入手した情報を理解・評価し、さらにケアの対象となる女性に適用できるか否かを判断する。また適用する場合には、具体的な適用方法を明らかにする。

さらに、女性自身が自ら意思決定するために、必要な情報を入手・理解・評価・適用するための支援と、適用した情報を元に選択・決断する(意思決定する)ための支援を行う。つまり女性が情報を「知る・理解する」、次に理解した情報そのものについてあるいは情報を基にして「思索する・省察する」、そしてこれらのプロセスを経て「選択・決断する」、以上のことが出来るように支援を段階的に行う。またこれらの支援は、ケアの提供者(看護職者)と享受者(若年女性)の、両者間で相互に交わされる愛・謙虚さ・希望、これらの共有と信頼関係をベースにした「傾聴」と「対話」、「支持」、さらに「継続的な関わり」を通して為されることを、学修者は理解した上で、支援を実際に行うことが求められる。

V. 今後の展望・課題

本教育プログラムは未だ開発途上にある。今後、さらにプログラムの内容を洗練していく上では残された課題があり、現時点で明らかになっている点について以下に述べる。

一つは、本学と同様にカトリックの理念の下で教育を行う国外の総合大学において、看護学生を対象に看護倫理教育プログラムを実施し、その効果を検証した報告¹¹⁾が認められる。しかしながらその教育プログラムの内容は未だ具体性・新規性に乏しく開発途上に在ることが伺われ、さらなる教育内容・構造の確立に向けた努力が必要であると著者は述べている。

国内の看護倫理教育に関しては、今回の教育プログラム作成過程において、インターネットを通して公表されている各校のシラバスから確認できる範囲では、教育カリキュラム全体の内容・構造を踏まえて、看護学生が、在学中に学修する各科目(これには倫理に関する科目の他、看護の各領域で学ぶ倫理教育の内容も含まれる)の内容を統

合して理解できるように図られた倫理教育プログラムは、僅か数校のみに止まっていた。このような国内外の看護倫理教育の現状も踏まえながら、今後、本教育プログラムを洗練する過程においては、聖マリア学院大学の建学の精神、教育カリキュラム全体の内容と構造、繋がりを十分に理解・把握して、学修の積み重ねということにも十分配慮しながら、学修者が在学期間中の学びを統合して学修内容を理解できるように図る必要がある。さらに、学修者が卒業後に、それぞれが遣わされた臨床の場において、妊孕性に関する様々なケア・ニーズを有する当事者女性に対して相応しい意思決定支援を提供することができるように、看護基礎教育から卒後にかけて繋がりのある教育プログラム、また生涯に渡り継続的に自律して学修する力を育む教育プログラムの開発に向けて取り組むたいと考えている。

他の一つは、昨今の感染拡大状況を受けて、本学の教育においても遠隔教育を余儀なくされており、本教育プログラムにおいても遠隔授業の実施を検討中である。ここで課題になるのが、面接授業の場合、教育担当者は諸感覚を通して学修者の学修ニーズや学修に影響する要因を直に把握でき、それにあわせて教育的関りを微調整することが可能であるが、遠隔授業の場合はこの点で限界¹²⁾があると言える。こうした一般的な遠隔教育の限界とされている点について、本教育プログラムの場合は具体的にどのような課題が有るのかを、今後、明らかにし、それを克服する術がないかを探求することが求められていると言えよう。

本研究は平成30年度～令和3年度JSPS科研費JP18K10495の助成を受けたものである。

文献

1) 池谷壽夫(2016):生命倫理と「脆弱性」.了徳寺大学研究紀要,(10),105-128.

- 2) 小松浩子(2016):若年女性がん患者の妊孕性温存に関する意思決定支援統合ケアモデルの開発 ,<https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-25670952/25670952seika.pdf>, (検索日2017年9月9日).
- 3) 秋葉悦子(2014):人格主義生命倫理学,創文社,東京.
- 4) 文部科学省大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会(2017):「看護系人材(看護職)として求められる基本的な資質・能力」,http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/afiedfile/2017/10/31/1397885_1.pdf, (検索日2018年11月17日).
- 5) パウロ・フレイレ/三砂ちづる(2011):抑圧者の教育学 新訳,亜紀書房,東京.
- 6) 有満麻美子(2010):パウロ・フレイレの教育思想.立教女学院短期大学紀要,(42),1-19.
- 7) 原安利(2011):パウロ・フレイレの教育論における「対話」に関する一考察.教育実践学論集,(12),99-112.
- 8) 日本助産学会ガイドライン委員会(2020):エビデンスに基づく助産ガイドライン-妊娠期・分娩期・産褥期2020-,9-10.
- 9) 中山和弘,岩本貴編(2012):患者中心の意思決定支援,中央法規,東京.
- 10) 桃井雅子(1999):腰痛のある妊婦に対する足浴の効果.日本看護科学学会誌,19(1),31-41.
- 11) HA, Yeom.,SH, Ahn.,SJ, Kim(2017):Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students.Nursing Ethics,24(6),644-652.
- 12) 文部科学省(2018):遠隔教育の推進に向けた施策方針,https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/zyouhou/detail/_icsFiles/afiedfile/2018/09/14/1409323_1_1.pdf, (検索日2020年7月5日).

【資料】

自分の家族を対象に延命医療に関する 意思決定支援演習を体験した学生の学び — 看護大学生のレポート分析 —

中村和代、綱脇慎治

聖マリア学院大学

<キーワード>

アドバンスケアプランニング、老年看護学演習、事前指示書作成

I. 背景

超高齢社会のわが国においては、高齢者人口の増加に伴い死亡数も増加し多死社会を迎えている¹⁾。近年、死亡場所では病院が約80%を占めているが、最期を迎える場所として自宅を希望している人が最も多く約55%である¹⁾。厚生労働省は、人生の最終段階における医療の在り方について、患者本人による決定を基本として進めるプロセスの普及を図ることを基本方針としている¹⁾。

人生の仕上げともいべきライフステージにある高齢者ひとりひとりの尊厳を、旅立つその時まで、そして旅立った後も守ることは、超高齢社会における看護の崇高な使命と考える²⁾。そのためには、本人と家族の意向に沿った医療が望まれるが、急病で病院に搬送された場合や認知機能の低下などから本人の意思確認が困難な場合、患者が望む医療に関して家族が代理決定することが多く家族の精神的負担も大きいことが推察される。患者が高齢者施設入所中であると本人の意思確認がない上に、搬送時に家族がいないことがあり、治療方針の決定を行うことが困難であり、本人の意に沿わない蘇生処置が行われる場合も指摘されている^{3) 4) 5) 6)}。意思確認が困難な高齢者に胃瘻を造設した家族を対象とした調査結果によると「胃瘻で生きているのが、本人にとって幸せか不明」が約60%で、本人にとって最善の選択だったのか疑問に感じている家族が過半数を占めていた⁷⁾。特に、終末期透析患者の場合、透析をいつやめる

かなど他の疾患以上に終末期医療の治療方針の決定を困難にさせる可能性がある^{3) 8)}。

2018年の調査結果⁹⁾によると「終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを知らない」が医師、看護師ともに約23%で、「事前指示書作成に賛成」の医師が約73%、看護師が約85%である。しかし、「賛成」の人で「事前指示書を作成している」医師は6%、看護師は3.7%、一般国民は約8.1%であった。2013年の同調査結果¹⁰⁾に比べ「事前指示書作成に賛成」の人の割合および「賛成」の人で「事前指示書を作成している」人の割合は、各々、微増傾向である。近年、終活やエンディングノート等の“end of life”²⁾に関する書籍や報道等も散見され、死に関する話題をタブー視するような風土から変化しているように感じるが、未だ、事前指示書の普及や作成は低い現状である。2018年 厚生労働省は、人生の最終段階の医療・ケアに関するガイドライン¹¹⁾の中にアドバンス・ケア・プランニング(以下、ACP)の概念を盛り込み、その普及・啓発を促している。

人生の最終段階である“end of life”に過剰でも過小でもない本人にとっての「最善の医療およびケア」^{11) 12)}が受けられるように希望する医療、希望しない医療について考える機会を設け意思表示方法として事前指示書作成への支援をするのは看護師の重要な責務である。特に、高齢者においては、end of lifeが年単位に及び、予後予測が立てにくい場合も多く、終末期の医療およびケアに携わる者は、死の教育ならびに終末期医療およびケア

についての実践的な教育を受けるべきである¹³⁾。学士課程における看護実践の学修目標¹⁴⁾には「人生の最終段階にある人の意思決定プロセスの特徴と支援する方法を説明できる」があるが、看護基礎教育においてACPの理解や家族の意思決定支援、事前指示書作成支援などに関する研究報告は見当たらない。

また、2018年の調査結果⁹⁾によると「人生の最終段階における医療・療養についてこれまでにご家族等や医療介護関係者と話し合ったことがあるもの」の割合は、医師が9.2%、看護師が5.7%、一般国民は、わずか2.3%であった。本学の学生においても、同様な状況が推察され、看護基礎教育の段階で演習課題を通して家族と人生の最終段階における医療・ケアについて話し合う機会を設けることは意義があると考えられる。

今回は3年次の老年看護学方法論において、ACPの理解を深めることを目的に「自分の家族を対象に事前指示書作成支援」の演習を課した。演習後に提出された「演習を通して学んだことと演習を実施した感想」について記述されたレポート(以下、レポートとする)を分析し、演習の成果について考察することを目的とした。

II. 方法

1. 対象

看護学科3年生115人のうちレポートを分析・公表することに同意した人。

2. 実施内容

人生の最終段階における医療・ケアについて文献¹⁵⁾を基に一部改変したシート(図1)を配布し「家族(可能であれば祖父母)を対象とした事前指示書作成の支援」を実施。実施後に「演習を通して学んだことと演習を実施した感想」を記述してもらった。併せて、演習後の感想については「1.大変良かった」~「5.全くよくなかった」の5件法でも選択してもらった。

3. 実施方法

2017年7月授業中に演習課題の目的と実施方法について

資料を配布して説明、夏季休暇を利用して実施し、レポートは関係者以外の閲覧制限をしているWebclassに提出とした。但し、家族から演習への協力を拒否された場合や本人の心理的苦痛などの理由から実施できなかった場合は、その旨を記載して提出とした。

4. 倫理的配慮

対象者へは当科目の単位認定終了後に教室で、レポートを分析する趣旨、匿名性の担保、拒否しても成績を含め不利益は無いこと、分析結果の扱い(教育改善および学会と論文公表以外の目的には使用しない)について同意説明書を配布して説明し、レポート分析拒否の際は、拒否にチェックを入れて提出とした。聖マリア学院大学の研究倫理審査委員会の承認(H29-007)を得て実施した。

5. 分析方法

レポートは、記述された内容について意味内容の類似性に着目し質的帰納的手法を用いて研究者2人で分析、5件法で選択された演習に対する感想については単純集計とした。

6. 用語の定義

- 1) ACP (Advance care planning)¹⁶⁾: 将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセス(図2)。
- 2) AD (Advance directive: 以下、AD) 事前指

延命医療に関する私の希望		
作成日	年	月 日
<p>私に正常な判断力ができない場合、意思表示できない場合、緊急時等、必要に応じて医療関係者にこれを提示して、私の意思を尊重した医療を受けられるよう努めて下さい。</p> <p>私は、私が治療不可能な病におかされ、回復の見込みがなく死が避けられない状態にある時、延命のための医療を拒否し、自然で尊厳ある人間的な死を希望します。</p> <p>なお、この希望はいつでも撤回、または変更することができます。</p>		
1. 基本的な希望		
① [できるだけ除去して欲しい(鎮静剤を使ってもよい)、自然のままでもいい]		
② 終末期を迎える場所について(病院、自宅、施設、病状に応じて任せる)		
2. 医療行為に関する希望		
① 輸液	(希望する、	希望しない、 わからない)
② 中心静脈栄養	(希望する、	希望しない、 わからない)
③ 経管栄養・胃ろう	(希望する、	希望しない、 わからない)
④ 人工呼吸器	(希望する、	希望しない、 わからない)
⑤ 気管切開	(希望する、	希望しない、 わからない)
⑥ 人工透析	(希望する、	希望しない、 わからない)
⑦ その他の蘇生術	(希望する、	希望しない、 わからない)
私の意思を代弁してもらう権限を_____に与えます。		

図1. 延命医療に関する意思決定支援演習シート 16より一部改変)

示:将来、判断能力を失った際に、自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること。医療に関わる決定のみ他人(代理人)を指名するためのもの¹⁷⁾。

- 3) 終末期:病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態^{13) 18)}。
- 4) end of life: 人生に注目した「人生の最期」「人生の仕上げ」「人生の完成」の段階^{7) 13)}。

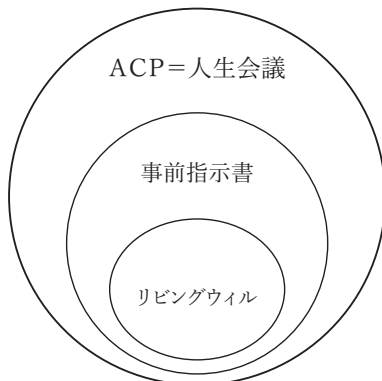


図2. アドバンス・ケア・プランニング (ACP) とは?^{28)より一部改変}

III. 結果

レポートの分析や公表についての説明を受け、同意した103人のうち未記入者1人を除いた102人のレポートを分析対象とした。演習の際に対象とした方の属性は、祖父母50%、父母44%、その他3%であった。演習に対する感想については図3に示す。「1.大変良かった」「2.良かった」を選択した人が89%を占めた。理由としては「このような課題が無いと話題にする機会が無かった」「普段聞けない、祖母(家族)の思いを知れてよかった」等が、大多数を占めた。「3.どちらともいえない」を選択した人(9%)の理由としては「元気なうちに聞かれて困った顔をしていたため」、「4.あまりよくなかった」を選択した人(2%)の理由としては「意義はわかるが、母に聞くことが悲しくなった」であった。「5.全くよくなかった」を選択した学生はいなかった。

「演習を通して学んだこと」については、【4カテゴリ】(13サブカテゴリ)からなり表1に示した。最も多かったのが、【事前指示書作成の意義と必要性】で157コードが抽出され、〈事前指示書の意義〉〈本人の意思を確認する意義〉〈意思決定支援の必要性の理解の深まり〉〈その人らしい生き方を尊重したケアに繋がる〉〈家族にとっての

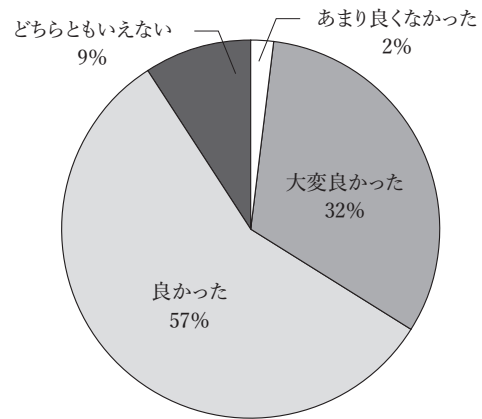


図3. 演習後の感想

意義)〈指示書内容の更新の必要性)であった。次に多かったのが【より良い意思決定支援の方法や留意点への理解】で36コードが抽出され〈意思決定支援の難しさへの理解の深まり)〈聞き方、話し方への留意や配慮について)〈本人の意思を尊重した医療の提供)であった。次いで、【意思確認をする機会の必要性】が35コードで〈話合いの場の必要性)〈自分の事についても考える機会)〈家族や大切な人にも聞いてみる)であった。【啓発活動の必要性】は12コードが抽出され〈事前指示書の意義を周知する意義)が記述されていた。

「演習を実施した感想」については、5カテゴリに分類され表2に示した。最も多かったのが「家族の意向を聞く機会になり良かった」で123コード抽出された。次が「意思を尊重した支援は看護師の大切な役割だと思った」が39コード、「本人の意思を尊重できるかジレンマを感じた」が16コード、「死を話題にする抵抗感があつた」が15コード抽出された。その他、少数ではあるが「延命医療に関する自分の知識や経験不足を感じた」として、各延命医療のメリットやデメリットについて説明ができなかった学生がいた。

IV. 考察

今回の演習の対象者の属性は、祖父母が50%、父母が44%であった。わが国の3世代世帯は5.8%¹⁹⁾であることから推察すると、学生は夏季休暇を利用して祖父母との対話の機会を設けていたことが窺え、演習の実施時期を夏季休暇中としたことは効果的だったと考える。演習に対する感想(図3)では、「1.大変良かった」と「2.良かった」を合わせると89%を占めた。良かった理由として、演習課題として課されることで家族の終末期を想定した話し合いができ、望む医療などに関

表1. 演習を通しての学び

カテゴリー	サブカテゴリー	主な内容	コード数
事前指示書作成の意義と必要性	事前指示書の意義	認知症や昏睡状態になってからでは本人の思いや考えなどきくことができない。そのため、健康なうちから最期をどのように迎えたいかあらかじめ聞いて事前指示書に示すことでなにを望んでいるかわかることができる。その人の生き方を尊重するにはとてもいい方法だと思った。	54
	本人の意思確認の意義	自分の治療は自分で決めるのは良いことだと感じました。事前指示書は作成することは本人の意思に基づいた治療ができると思った。	38
	意思決定支援の必要性の理解の深まり	自分の希望通りに最期を迎えられることは幸せなことだと思います。演習を通して事前指示書を作成しておくことは自分自身にとっても家族にとっても大切なものと学びました。	24
	その人らしい生き方を尊重したケアに繋がる	事前に母の意見を述べてもらうことで、焦ってパニック状態にはならず、何かあったらその母の気持ちを尊重することを忘れないことが大切だと感じた。	18
	家族にとっての意義	自分が意見や考えを伝えられなくなる前に、どのように最期を迎えたいのか意思表示しておくことはすごく大切なことだと思いました。なぜなら、残された家族にとって自分の判断はその人を苦しませないだろうかと不安にさせるかもしれないと思うからです。	18
	指示書内容の更新の必要性	その時の状況によって考えが変わるということだと思います。だから、1回考えて放置ではなく、その時その時の状況によってしっかり考え、考えが変わるたびに内容を更新していく必要があると感じました。	5
より良い意思決定支援の方法や留意点への理解	意思決定支援の難しさへの理解の深まり	色々なチューブなど繋がられて生きる本人は嫌だとは思いますが、介護する側は生きてほしいという願いもあるのでこの問題は考え深いと感じました。どうすることがベストなのかが分からないところが難しいと感じました。	16
	聞き方、話し方への留意や配慮について	死に対してはさまざまな考えを持った人がいるため家族は聞きたくても本人が言いたくないといった状況で聞き出す事はとても難しい事ではないかと思いました。かける言葉や関係性を大切にすることが重要であると考えました。	15
	本人の意思を尊重した医療の提供	実際にその時に至った際、家族は少しでも延命を望むであろうし、本人の希望との葛藤が生じるのではないかと思った。だが、本人の意思を最期まで尊重することが大切であると思う。	5
意思確認をする機会の必要性	話し合いの場の必要性	事前に医療行為をどこまで行うのかをお互いに知ることの必要性を改めて感じました。また、本人の意志を話し合う機会を作ることが大切だと思いました。	18
	自分の事についても考える機会	私自身にも何が起るかわからないので事前に意思を伝えておくことは大切だと思った。自分も歳を重ねた時にどのようにしてもらおうかなと考える時間ができたのでよかったです。	13
	家族や大切な人にも聞いてみる	母とは話が出来ました、父など話すことが出来ていなかった、家族みんなで話すことが一番だと思うので、今度、家族で話したいと思いました。	4
啓発活動の必要性	事前指示書の意義を周知する意義	話し合う大切さについても看護師として伝えていきたいと思いました。もっと世の中に存在を知ってもらおうことが大切だと感じました。	12

表2. 演習後の感想

主な内容	コード数
家族の意向を聞く機会になり良かった	123
意思を尊重した支援は看護師の大切な役割だと思った	39
本人の意思を尊重できるかジレンマを感じた	16
死を話題にする抵抗感があった	15
延命医療に関する自分の知識や経験不足を感じた	5
延命医療や事前指示書に関する知識提供の機会になった	3

する意向が聞けたことを多くの学生が記述していた。「4.あまりよくなかった」を選択した人の理由から、元気な時に終末期を想定した対話は抵抗があることが窺えるが、多くの学生は演習の意義を理解して臨み、ご家族の方々からもご協力を頂き、よい演習ができたものとする。今回の演習をきっかけとして、意思表示ができる時期から終末期医療に関する対話の機会を設けたり、事前指示書を更新するなど継続して欲しいと考える。但し、身近な人を見送って間もない人や闘病中の家族がいるなど、学生の背景も様々であることを推察し、限られた期間に強要する演習としない配慮が必要と考える。

演習の学びとして【事前指示書作成の意義と必

要性】について、多くの学生が記述していた。「本人の尊厳を守る」「本人の意思を尊重する」「家族の精神的な負担軽減にもなる」などについての記述があった。感想(表2)の記述内容も含め、家族との対話を通して意思確認の必要性やその人らしい生き方の尊重についても考えられていることが確認できた。

ACPの目標は、本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることができるよう支援すること¹⁶⁾である。また、ACPのプロセスにおいて作成した事前指示書は、本人の意向を適切に尊重するための関係者間のコミュニケーション・ツールとして活用できる¹⁶⁾。谷本²⁰⁾は、ACPにおける大切な人とのコミュニケーションのプロセスは、普段は意識していない自分に不可欠な“こと”“もの”“生きがい”などの価値に気づき、今後の自分の人生を考えることに繋がると述べている。今回の演習で家族の延命医療に関する意向を伺うことで、学生、家族双方の価値観や今後の生き方についても考える機会にもなったのではないかと推察する。

次に記述が多かった【より良い意思決定支援の方法や留意点への理解】については、意思決定の

難しさと共に、聞き方や話し方への留意点などが記述されていた。家族が代理決定を迫られた際、家族とコミュニケーションをとりながら、家族がそのままの思いを表出できるような雰囲気や環境づくりに努めることが重要である³⁾。今回の演習では、自分の家族が対象であったが、容易に回答できるような内容ではないこと、意思決定までの迷いや不安、苦悩などについても反応から汲み取り、意思決定に向けた支援の在り方についても考える機会になったことが窺える。看護師は、家族の迷う気持ち様々な思いに寄り添いながら、家族が決定したことについて後悔しないように過ごすことができる関わりを持つことが重要である³⁾。今回の体験を通して、本人の思いへの寄り添いや意思を尊重するなどの看護師の態度や役割についても考えられていたと考える。

【意思確認をする機会の必要性】については、多くの学生が「家族の意向を聞く機会になってよかった」ことを記述していた。その他、「意外だった」「本人の意思を尊重できるかジレンマを感じた」などの記述もあった。本人の希望と家族の思いの相違がある場合の家族の意思決定場面の苦悩を推察する機会にもなったのではないかと考える。これらは、教室での講義よりも演習を通して感じたり理解を深めることができると考える。ACPのプロセスは「話す」「残す」「伝える」「見直す」という4つの過程の「ACPサイクル」からなり、各過程のどこからでも、いつでも行ってよく、折に触れて繰り返し行う必要がある²¹⁾。父母世代においても、万が一不慮の事故などに遭遇した場合、希望する医療などについて短時間で家族の意思決定が迫られることも生じ得る。レポートには「家族や大切な人にも聞いてみたい」や「事前指示書の内容の更新の必要性」についての記述もあった。ACPにおいては、対話そのものは目的ではなく、手段である。話し合いによって本人の価値観や意向を知り、それを理解し、本人の意思を尊重した医療・ケアを実現することを目指す¹⁶⁾。今回の演習をきっかけとして、対象者の意思が変化していく可能性があることを前提に、日ごろからACPサイクルが継続できるよう検討も必要と考える。

また、事前指示書作成についての【啓発活動の必要性】についても記述されていた。2018年の厚生労働省の調査⁴⁾によるACPの実践状況については、「実践していない」医師、看護師が共に66%、介護職員が60%であった。米国のバージニア州では4月16日を「事前指示の日」と定め人々の事前指示に対する関心を高める活動を行って

いる¹²⁾。我が国においてはACPの愛称を「人生会議」と決定し、2018年より11月30日(いい看取り・看取られ)を「人生会議」の日と設定し、人生の最終段階における医療・ケアについて話し合う²²⁾ことを推奨している。今後の多死社会に向けて「医療従事者は、生前の意思表示の重要性を国民に広く理解を求める啓蒙活動を行うよう努め」¹¹⁾、意思決定支援のあり方について、国民的合意形成を図ることが重要である¹⁶⁾。高齢者の希望する人生の最終段階の医療とケアの実現には、高齢者とその家族、医療機関や介護施設の関係者との情報共有と体制の整備が重要であり、その医療やケアについて家族や友人、知人、所属する老人クラブなど社会的つながりの中で話し合う機会をもつことも重要となる²³⁾。ACPの普及に向けては、地域の中での取り組みも報告されている²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾。今回の演習をきっかけとし、自分の住まいの地域での取り組みや「人生会議」の周知・啓発活動にも関心を持って欲しいと考える。

足立²⁷⁾は、ACPの構成要素の核となるのがADで、その他の構成要素として「患者を取り巻く関係者による話し合い」「話し合い内容の多様性」「話し合いの継続性」「話し合いの更新性」「関係者間の信頼関係の構築」をあげ、ADと相互に補完しあい、人生の終盤期における自律性が保たれた質の高いケアの実現に向けて、より実効性のある手続きとして機能すると述べている。今回のレポートに、事前指示書作成の意義をはじめACPの構成要素などについても記述されており、ACPの理解を深めるという目的は、概ね達成できたと考える。

今回の限界としてレポートは、演習後に記述された内容であり、その後、ADに関して家族との対話の機会を設けたか、事前指示書を更新したか、などの追跡はできていない。今後の課題として、夏季休暇中の課題としたため、演習での学びに関して全体で共有する場を設けることができなかった。演習後の学びの共有方法については検討したいと考える。また、感想の中に図1に示す各延命医療に関するメリットやデメリットについて、わかりやすい説明ができなかったことを記載している学生が数名いた。授業の中で“end of life”における意思決定支援に関する事例を設けてグループ学修を行ったが、事例では人工呼吸器や人工透析などに関しては触れていなかった。今後は、演習の事前準備として各延命医療に関する学生の理解度についての確認や教室内での模擬演習の検討等が必要である。

実際の患者やその家族を対象とした場合は、病

態の知識やコミュニケーション能力をはじめ、さらに高いスキルが必要となる。学生が高齢者の“end of life”において、その人らしくよりよく生き抜くことを支援することについて、卒業後も継続的に学び探究していく姿勢を育成する教授方法についても検討が必要と考える。

V. 結論

3年次の老年看護学方法論Ⅱの中で「自分の家族を対象に事前指示書作成支援」の演習を行った。学生のレポートを分析し、事前指示書作成の意義や更新の必要性、その啓発活動の必要性などについても考えられており、ACPについての理解の深まりが確認できた。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文献

- 1) 厚生労働省 (2018) : 人生の最終段階の医療における厚生労働省の取組. 厚生労働省医政局地域医療計画課資料. <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/281027/shiryou1-1-1.pdf>
- 2) 日本看護倫理学会 (2015) : 臨床倫理ガイドライン検討委員会, 医療や看護を受ける高齢者の尊厳を守るためのガイドライン. http://jneanet/pdf/guideline_songen_2015.pdf
- 3) 片岡恵理, 伊東美佐江 (2015) : わが国のDNARの選択をゆだねられた家族への看護援助に関する文献検討. 家族看護学研究, 22 (1), 37-47.
- 4) 唐澤幸彦, 村岡紳介, 長崎正明他 (2013) : 地域中核病院における高齢者施設からの救急搬送症例の現状と課題. 全国自治体病院協議会雑誌, 52 (4), 523-526.
- 5) 小山徹, 許勝栄, 上篠剛志他 (2013) : 病院到着後心肺停止となった症例の検討 最近の動向とトリアージの観点から. 日本救急医学会中部地方会誌, 9, 11-13.
- 6) 北出直子 (2008) : 急変加療とその後の再入所の現状と問題点. 医療, 62 (2), 89-92.
- 7) 飯島節 (2013) : 高齢者の終末期の特徴と現状. Aging & Health 66, 15.
- 8) 大桃美穂 (2012) : 終末期医療と死への準備教育. 透析医療から考える. 生命倫理, 22 (1), 51-58.
- 9) 厚生労働省 (2018) : 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 (確定版). <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf>
- 10) 厚生労働省 (2013) : 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf
- 11) 厚生労働省 (2018) : 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(2018年改訂版). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>
- 12) 岡村世里奈 (2013) : 事前指示をめぐる世界の状況と日本. 病院, 72 (4), 281-285.
- 13) 日本老年医学会 (2012) : 「立場表明2012」(2012年改訂版). <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf>
- 14) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 (2017) : 看護学教育モデル・コア・カリキュラム, 「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標. https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/1397885.htm
- 15) 日本老年医学会 (2012) : 健康長寿診療ハンドブック, 123. (株) メジカルビュー社, 東京都
- 16) 日本老年医学会 (2019) : 日本老年医学会「ACP推進に関する提言」. <https://jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>
- 17) 佐藤伸彦, 生垣正 (2005) : 蘇生処置をしないでという要請 (DNAR). 治療, 87 (7), 2197-2204.
- 18) 清水哲郎 (2013) : 日本人の死生観を踏まえた意思決定のあり方. Aging & Health 22 (2), 19-21.
- 19) 厚生労働省 (2019) : 国民生活基礎調査の概況, 世帯数と世帯人員の状況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa18/dl/02.pdf>
- 20) 谷本 真理子 (2013) : アドバンス・ケア・プランニング アドバンス・ケア・プランニングとは? 患者にとっての最善を考える, ナーシング・トゥデイ, 28 (3), 32-37.
- 21) 福田直之 (2019) : 【本人を真ん中に”チーム”で意思決定を支えるアドバンス・ケア・プラ

- ンニング】(1章),ACPの基本的な考え方・看護職の役割と視点 ACPと法,看護,71(8)
- 22) 厚生労働省(2018):人生会議リーフレット.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000536088.pdf>
- 23) 安孫子尚子(2020):高齢者の人生の最終段階における医療とケアの意思決定に関する文献レビュー.聖泉看護学研究,9,43-50.
- 24) 後藤友子,三浦久幸(2019),アドバンス・ケア・プランニング(ACP)Q&A 地域包括ケアシステムを活かすACP実践と組織づくり,ACPの人材育成事業をどこで実施するのかを決める過程の紆余曲折 普及啓蒙事業との差別化の工夫(Q&A). Geriatric Medicine,57(11),1107-1110.
- 25) 塩田美佐代(2019):本人を真ん中に"チーム"で意思決定を支えるアドバンス・ケア・プランニング(3章) 提言 ACPを地域の文化に町全体で患者を中心とした医療の実践 ACPの普及に向けて.看護,71(8),92-97.
- 26) 山田洋子,渡邊 啓介(2019):本人を真ん中に"チーム"で意思決定を支えるアドバンス・ケア・プランニング】(2章) 事例 本人の意思決定を支える 地域医療機関を巻き込みACP相談員を育成.看護,71(8),45-50.
- 27) 足立智孝,鶴若麻里(2015):アドバンス・ケア・プランニングに関する一考察—米国のアドレス・ディレクティブに関する取り組みを通して—.生命倫理,25(1),69-77.
- 28) 長尾 和宏(2016):在宅患者の意思決定に向き合う.治療,98(1),28-33.

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、本学教職員、研究生、本学修了生・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、研究報告、総説、資料、その他であり、その内容は以下のとおりである。

【原 著】 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】 内容的には原著には及ばないが、研究結果の意義が大きく、看護学における研究・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。

【資 料】 新しい知見に乏しく、研究結果の意義は小さいが、看護学における研究・教育の発展に寄与するもの。研究結果に基づく教育・臨床等の実践報告、研修報告、委員会報告等を含む。

【そ の 他】 上記以外で、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。原稿の受付日は、投稿申込用紙を添えた原稿の到着日とする。修正後の原稿は、委員会で採択を決定した日時を受理日とする。

(著作権)

第11条 誌に掲載された論文の著作権は、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(DVD-ROM、USBメモリ等)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。

付則 この改正は、平成28年6月8日より適用する。

付則 この改正は、令和2年9月9日より適用する。

聖マリア学院大学紀要 vol.12
令和2年度査読審査者

(50音順 敬称略)

浅野美智留 (聖マリア学院大学)

石本祥子 (聖マリア学院大学)

川上桂子 (聖マリア学院大学)

洪江暁春 (聖マリア学院大学)

谷多江子 (聖マリア学院大学)

中村和代 (聖マリア学院大学)

野口ゆかり (聖マリア学院大学)

秦野環 (聖マリア学院大学)

眞崎直子 (聖マリア学院大学)

編集後記

聖マリア学院大学紀要第12巻をお届け致します。論文を投稿くださった皆様方、査読をお引き受けくださった皆様方、編集に携わってくださった皆様方に深く感謝申し上げます。

昨年から新型コロナウイルスによる未曾有の事態が発生し、現在も収束の兆しは見えません。第12巻掲載論文は、国内外の地域へ出向いて調査ができ、教育も対面授業があたりまえだった頃に収集されたデータを基に執筆されたものです。投稿者諸氏の研究・教育・実践への熱意を感じて頂ければ幸いです。これからは、感染防止対策下での研究の在り方や遠隔授業での看護教育の質保証などについても探求が求められていると感じております。

本誌をご一読された皆様からのご意見などを頂戴し、研鑽を重ねることで看護学の発展に寄与できることを願っております。今後とも本学紀要へのご理解とご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

令和2年度紀要編集委員会

編集委員: 中村 和代 谷 多江子 秦 朝子
川上 桂子 江崎 裕紀

聖マリア学院大学紀要 Vol.12

発行日 2021年3月25日

編集 聖マリア学院大学紀要編集委員会

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

組版 聖母の騎士社
☎850-0012 長崎県長崎市本河内2-2-1

印刷 (株) インテックス
☎850-0046 長崎県長崎市幸町6-3

