

巻 頭 言

看護学科の教育目標の一つに「自ら積極的に問題を発見してそれを解決し、研究する態度を身につける」が挙げられています。大学に入学した学生にとっては、高校生から大学生になった矢先、自ら積極的に学び、考えてどう行動すべきかに戸惑うというのが実情ではないでしょうか。

しかし、幸いにも本学のほとんどの学生は、看護学実習が終了する4年生の前期までには「自ら積極的に学ぶ」姿勢が養われていると考えられます。そして、4年生後期では、積極的に看護上の疑問や関心を明らかにする「看護研究」の過程を踏むことにより、問題解決能力への素養が培われていると考えます。この素養は、看護職として無限の可能性を持って卒業する学生にとっての大事な基本であります。

一方、教員自身にこそ、この教育目標の姿勢が備わっているかが問われ、日々研鑽する努力が必要なのではないでしょうか。教員として「なぜ」、「どうして」を常に問いながら研究や教育をしていく姿勢が不可欠です。大学教員は、「教育・研究・社会貢献」を柱とした日々の研鑽が強く求められています。最近では年々、教育に費やす時間が増えていっていることも事実です。毎年の自己評価を記述しながら、1年間の研究業績を振り返り、この研究が看護実践に役立っているのか、教育や社会に貢献する内容であったのかを吟味していくことが重要です。研究は研究者自身の自己満足であってはならないと戒めています。

査読者の教育的配慮による査読と執筆者の返答のやりとりを行う過程の中で、執筆者はより良い論文を作成していくことが可能となります。編集委員会は締め切り期限を考慮し、その機会を可能な限り提供していくことが大事と考えます。また、「査読のレビュー」つまり、査読が適切に行われ、適切な内容であったかを検討するなどいくつかの課題は残っていますが、次の編集委員会の課題として引き継いでいただければ幸いです。

看護学は、医学などの他分野と比較すると、まだまだ学問として未成熟であると認めざるをえません。そして、看護研究を公表する国内外のジャーナル数も限られているのが実情です。若手研究者を育てるという目的である当ジャーナルに今年も15編の投稿をいただきました。そして、馬場学長のご配慮により本誌を発行することができましたことを心より感謝し、このジャーナルが看護学の発展に多少とも貢献できることを願っています。

平成22年2月

滋賀医科大学看護学ジャーナル
編集委員長 畑下 博世

目次

| | |
|------------------------------------------------------|----|
| －巻頭言－ | 1 |
| 編集委員長 畑下博世 | |
| －総説－ | |
| 地域包括支援センターの役割と可能性 | 4 |
| －高齢者の地域生活とソーシャル・インクルージョン－ | |
| 上野善子・金城八津子・植村直子・畑下博世 | |
| Fibrodysplasia ossificans progressiva 研究の最近の知見と看護的課題 | 9 |
| －FOPの遺伝子研究と看護に関する文献－ | |
| 桑田弘美・白坂真紀・桑田一夫 | |
| －研究報告－ | |
| 看護師が捉えた精神科個室病棟における看護実践上のメリット・デメリット | 14 |
| 井手敬昭・片岡三佳・橋本麻由里・吉野久美子・山内美代子・瀧川 薫 | |
| アメリカ合衆国のサブスタンス・アブ्यूズ | 18 |
| －チャイルド・マルトリートメント問題の文献検討による研究動向と背景－ | |
| 上野善子・金城八津子・植村直子・畑下博世 | |
| 高齢者が運動自主グループを立ち上げた背景と継続参加する要因 | 22 |
| －地域における自主グループ活動の意義－ | |
| 植村直子・畑下博世・金城八津子・上野善子・鈴木ひとみ | |
| 日本の医学論文に見る生体肝移植の発展過程 | 26 |
| －テキストマイニングによる経年トレンドを探る試み－ | |
| 倉田真由美・瀧川 薫 | |
| 看護学生のプレパレーション演習レポートの分析 | 30 |
| －腰椎穿刺を受ける子どものプレパレーション－ | |
| 白坂真紀・桑田弘美 | |
| 認知症高齢者との交流場面における看護学生の心理的特徴 | 34 |
| －プロセスレコードによる内容分析－ | |
| 中野雅子・徳永基与子・西尾ゆかり | |

| | |
|----------------------------------------------------|----|
| 高齢者看護学実習における4日間の学習の特徴 | 38 |
| - 回復期リハビリテーション病棟実習記録より - | |
| 西尾ゆかり・岩佐文代・岸 友里・森みどり・横井沙智子・岡田みのり・田中冴子 橋村宏美・太田節子 | |
| 子宮摘出術後の腹圧性尿失禁にサポート下着が有用であった1症例 | 43 |
| 二宮早苗・岡山久代・正木紀代子・森川茂廣・遠藤善裕 | |
| 本学助産師課程専攻学生の分娩介助技術の達成度 | 47 |
| - 平成21年度における自己評価得点からの検討 - | |
| 能町しのぶ・正木紀代子・岡山久代・渡邊浩子 | |
| 滋賀県の一地区における脳卒中救急搬送の実態 | 51 |
| 盛永美保・荻田美穂子・加藤みのり・吉田裕子・小河 望・山添祐司・宮松直美 | |
| 要介護高齢者の在宅介護を支えるもの | 55 |
| - 家族介護者へのアンケートおよびインタビューより - | |
| 山口豊子・福嶋正人・芝山江美子 | |
| - 資料 - | |
| 回復期リハビリテーション病棟におけるADL共有シート活用の実態調査 | 61 |
| 岸 友里・田中冴子・小見麻里子・森みどり・原田奈々・高田直子 | |
| 「基礎看護学実習Ⅱ」における技術習得状況 | 65 |
| - 平成21年度「基礎看護学実習Ⅱ」の看護技術確認表から - | |
| 高田直子・遠藤知典・新井 龍・作田裕美・坂口桃子 | |
| - 投稿規程 - | 69 |
| - 編集後記 - | 75 |
| 編集委員 山口豊子 | |

総説

地域包括支援センターの役割と可能性 —高齢者の地域生活とソーシャル・インクルージョン—

上野善子、金城八津子、植村直子、畑下博世
滋賀医科大学地域生活看護学講座

要旨

現在、高齢者に対する保健・医療と社会福祉の公的サービスは介護保険制度を利用することが前提となっている。介護保険制度の第一の功績は、かつて高齢者が措置制度による行政処分の受け手とされた立場から、サービスを選択する主体へと一定の強制力を持って福祉的価値観を変容させたことである。この制度は、地域で高齢者を支えるうえで全国統一基準のナショナル・ミニマムを設けた。とりわけ改正法では、専門的知識集団が地域包括支援センターに配置されたことにより、サービス提供を受ける主体がどこへ何を誰に相談したらよいか、より公平でわかりやすくなった。更には、サービスを受ける高齢者と家族、そして地域社会は社会保障制度以外の取り組みの必要性をも認識することができるようになってきた。本論では、高齢者の地域生活に焦点をあて、地域包括支援センターの役割からソーシャル・インクルージョンの理念に基づき論じるものである。

キーワード：地域包括支援センター、介護保険制度、ヘルス・プロモーション、ソーシャル・インクルージョン

I 介護保険制度設立の社会的背景と経緯

1. 「家で死ぬ」ということ

日本はかつての世界でも類をみない急速な高齢化と少子化を同時に経験し、その動向が世界から注目された。世帯規模の縮小による高齢世帯の増加と人口の高齢化に伴う要介護者の増加に対し、その財源と介護の担い手不足の問題が懸念されることは、高齢化にともなう世界共通の現象である。

人が「家で死ぬ」ことは、かつては当たり前のことであった。しかし、1990年代頃には、「治療」ではない「介護」や「療養」を目的とした病院での、所謂「社会的入院」により天寿を全うする人が増え、高齢化に伴って医療財政や本来の医療機能の面から問題視されてきた¹⁾²⁾。高齢者は一般的に疾病に罹患しやすく、複数の疾患を併せ持ち、慢性疾患などの長期的療養が必要となる。家族への遠慮やタテマエから「家で死ぬ」ことは憧れを抱く様な現象が起きていた。「住み慣れた家の畳の上で死ぬ」ためには、地域における包括的な在宅支援システムが必要になるということの意味していた³⁾。在宅ケアにおける保健・医療や介護・福祉のサービスは、単に社会保障費削減が目的ではない。このようにして在宅でケアすることについての議論がなされることになった⁴⁾。

2. 介護保険法の成立と背景

このような社会背景の中、介護保険法は2000年に、地域で高齢者を支える統一基準のナショナル・ミニマムとして制定、施行されることになった。しかし、介護保険法の成立によって、高齢者が地域で幸せに暮らすこと（Wellness）⁵⁾がただちに実現されたかというところではない⁶⁾。保険料徴収制度に関して依拠すれ

ば、自己負担金という新たな税費の出現が家計を圧迫した。更に、介護保険制度では介護の「手間」を保険料に換算するため、介護が必要な人ほど自己負担が増えるという二重苦の現象が起きた。かつて受けることができていたサービスも介護認定がなければ受給できず、選べるほどのサービスが自宅の近くにないといったデメリットも起こってきた。また、新たな制度導入に関して、介護の担い手であるホームヘルパーや介護福祉士などの養成が急務となり、質の保障の担保も課題であった⁷⁾⁸⁾。しかし、このような問題はあがあるが、現在の高齢者に対する保健・医療と社会福祉のサービスは介護保険制度が中心であり、介護認定がサービスを利用するための前提と位置づけられ定着してきた。

3. 介護の社会化

近年の個人と家族や地域を取り巻く社会構造は、様々な要因により急速に変容しつつある。とりわけ高齢者を取り巻く社会状況は、財政面を中心に増え続ける保健・医療と福祉関連の社会保障費を抑制するという社会保障制度改革の手段として介護保険制度を成立させ⁹⁾、健康増進による予防へと政策を転換した。換言すれば、介護保険制度の創設により財政縮減を目指したが、結果的には財政面よりも在宅における地域ケアを推進させることになった¹⁰⁾。他方で人々は、健康なまま住み慣れた地域で暮らす「当たり前の生活」を継続することが難しいということに気が始めた¹¹⁾。介護保険制度は「お役所の世話になりたくない」という措置時代の意識を持っていた人たちへも、社会保険制度による介護サービスの購入をごく自然に受けいれさせ、その社会化を地域に定着させる要因となった。

しかし、在宅で介護を受けることについては様々な

課題がある。課題の中には「誰がどのようにして在宅ケアを推進するのか」という問題があり、実際には在宅ターミナルは進まないという問題もある^{12) 13)}。高齢者を地域で支えるためには、保健・医療や福祉、その他の多様な専門家/非専門家による公民協働による支援と地域づくりが必要である^{14) 15)}。このような課題から、地域包括支援センターが設立することとなってきた。

II 地域包括支援センターの設立

介護保険法の改正の目的は予防重視型システムへの転換である。その背景は、介護保険法成立以降、所謂、介護度が低い要支援者の保険適用が急激に増えるという事態に現れたモラル・ハザード (morale hazard) にある。この転換は社会保障制度改革の一環であるが、その基盤は高齢者が地域で住み続けることができるようにするための制度の確立である。

改正のポイントは、主に次の4点である。

- (1) 高齢者の実態把握と総合的相談および支援
- (2) 専門職種の協働によるケア・マネジメント 提供と包括的継続的ケアへの取り組み
- (3) 閉じこもり予防等を含めた総合的な介護予防事業の実施
- (4) 虐待防止を含む権利擁護事業

1. 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは、介護保険法 (第 115 条 39) の改正に伴い、2005 年に制定され、翌年 4 月 1 日から設置された地域支援事業施設である。主に市町村各区、あるいは委託された非営利組織などにより高齢者の地域支援事業を総合的に行う機関であり、全国で約 4,000 か所設置 (2008 年現在) され、現在では広く地域社会に認識されている。地域包括支援センターは、地域における保健・医療と福祉の中核を担うべく設立されることとなった。

地域包括支援センターの役割と機能は、地域社会における住民への包括的・継続的なケア・マネジメントの提供である。地域における保健・医療と社会福祉の向上を目指し、公正な立場から介護予防マネジメントや総合的な相談を行い、権利擁護の中核を担う立場にある。このような高齢者を中心とする地域住民の課題解決に向けた取り組みを実践することで、かつての在宅介護支援センターの役割を包含しながら¹⁶⁾、より住民のニーズに近い地域における総合的相談機関としての役割を担っている。

2. 地域包括支援センターの専門性

地域包括支援センターの設置により、介護福祉三専門職が配置されることになった。配置された専門職種は 1) 保健師、2) 社会福祉士、3) 主任介護支援専門

員 (施行規則第 140 条 52-2) であり、それぞれの専門性を生かしながら相互に連携して地域ケアの業務にあたることができることが、改正のポイントである。これは、II- (1) 高齢者の実態把握と総合的相談および支援、(2) 専門職種の協働によるケア・マネジメントの提供と包括的継続的ケアへの取り組み、に該当する役割である。

地域包括支援センターに専門的知識集団が配置されたことは大変意義深い。サービス提供を受ける主体の高齢者にはどこへ何を誰に相談したらよいかかわかりやすく、より親しみやすく、公平で身近な存在となってきた¹⁷⁾。しかし、そのメリットは単に悩みを持つ個人が相談しやすくなったということだけではない。例えばA市では自治会や民生委員、ヴォランティア組織など、地域に住んでいる高齢者自らが規定の枠組みを超えた組織化を行い、地域包括支援センターへ積極的に関与・情報提供を行うことによって、高齢者の孤独死や認知症、自殺や介護予防に対する取り組みを主体的に行えるようになってきたのである。

更に重要な点がある。それは地域における専門職間の協働による連携が可能になったことである。かつて保健医療と福祉の専門職集団は、それぞれの専門性や所属機関、個人情報保護などの観点から職種間連携が難しいと言われ続けてきた¹⁸⁾。対人援助サービスを行うさいの地域における専門職間の連携はケア・マネジメントの基本であるが、高齢者福祉に特化した専門職の集団が地域包括支援センターに集ることでのこの課題が達成されつつある。今後、高齢者に対する地域での保健・医療と社会福祉の専門性は、地域包括支援センターの活動により担われるといっても過言ではない。

3. 予防的マネジメント

地域包括支援センターにおける保健師の役割は、予防的マネジメントが重要である¹⁹⁾。すなわち、改正ポイント (3) 閉じこもり予防等を含めた総合的な介護予防事業の実施の役割である。介護予防事業は決して保健師だけが担う役割ではなく、包括支援センターの他職種との連携の必要があることについては既に述べた。しかし、単に疾病や障害の予防事業という意味合いだけではない。健康的な公共政策の確立というヘルス・プロモーションの理念は、保健師の専門性の基盤である。1986年のオタワ憲章では、21世紀の新しい健康戦略として、その理念を「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義している。地域包括支援センターにおける保健師の役割は、ヘルス・プロモーション活動にほかならない²⁰⁾。

さて、地域包括支援センターのケア・マネジメントによる介護予防のストラテジには、二つの方法がある。

① ポピュレーション・ストラテジ: 実態把握と地域づくりの推進と、② ハイリスク・ストラテジ: 特定高齢者への支援である。これらの手法により、健康増進と予防型介護支援事業としての機能を併せ持つ効果が期待される。とりわけ高齢者を地域の中で総合的に支える地域ケア・システムの仕組みづくりには、ハイリスク・グループである特定高齢者を主な対象とする地域での継続的マネジメントの提供が求められている。特定高齢者とは65歳以上の人で生活機能が低下しつつあり、近い将来に介護が必要となるおそれがある高齢者を指しているが、保健師によるケア・マネジメントの手法はこのカテゴリーに該当する地域住民へのハイリスク・ストラテジとして期待されるところが大きい。

4. 高齢者虐待

介護の社会化の一方で、福祉諸施策の間隙にくすぶる変わらない問題もある。介護保険法の導入以降、高齢者は介護保険制度の利用により地域で必要な支援を受けことができ、介護をめぐる家族の問題も解消されたかのように見えている。しかし、介護に疲れた子どもが老親を殺害したり、老々介護の末に配偶者を殺害する事件や、高齢者の自殺、孤独・衰弱死などのニュースは後を絶たない²¹⁾。介護保険制度の導入により介護が社会化されたと言われているが、では何故、介護疲れの問題や尊属殺人などが起こるのだろうか。

介護の社会化は、介護保険制度が導入されたことから自然と進み、人々に受け入れられていったわけではない。介護保険制度成立の背景には、単に財政圧縮の目的で利用しないための数々の働きかけがあったことを忘れてはならない。そのひとつとして高齢者虐待²²⁾の問題(Ageism)がある。高齢者は、社会と隔離されることでその問題がますます表面に現れ難いという現状がある。虐待を受ける高齢者の多くは家族から世話を受けなければならない要介護者や認知症の高齢者などであり、世話になっている「恩」から声を上げにくい人たちである。高齢者虐待防止法の成立に向けて、研究者や専門家が中心的にその必要性を訴え、尽力してきたことは事実だが、介護保険制度の施行により閉じられた「イエ」の中へ社会の介入が行いやすくなり問題が表出しやすくなったことも、高齢者への虐待防止が法制度化される要因の一つになったに違いない²³⁾。

改正介護保険法の成立により地域包括支援センターを中心とした高齢者対策の実施が求められる中で、同年に高齢者虐待防止法が成立したことは意義深い。地域包括支援センターの役割の(4)虐待防止を含む権利擁護事業は、それぞれの専門職種が最も連携して行うべき事業であるだろう。

社会福祉士や主任介護支援専門員は、要介護認定による介入を行う。しかし、保健師には「特権」ともいえる家庭訪問の機会とスキルがある。保健師は、人々の命の尊厳を守るミッションとして家庭へ介入し、観察する術を持つ^{25) 26)}。更に言うならば、個別の事例から家族、地域社会へと支援を繋げ、社会化のシステムを構築することが保健師によるヘルス・プロモーションの活動²⁷⁾であろう。

III ソーシャル・インクルージョン

ソーシャル・インクルージョン (social inclusion) とは、EU (European Union: 欧州連合) およびその加盟国から始まったソーシャル・エクスクルージョン (social exclusion: 社会的排除) に対応するストラテジである²⁸⁾。貧困や障害などの様々な問題や困難を抱えた個人と家族が社会福祉・社会保障改革により社会から排除されている状況を踏まえて、特別なニーズを持っている人たちへ必要な支援を行い、社会参加を促進して社会へ包括しようとする政策課題である。つまり、それは人々の経済的価値が認められるものにか価値観を見出せなくなってきたことへの抵抗概念なのであり、日本でも近年、提唱されている。2000年当時、厚生省は「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会報告書」により、ソーシャル・インクルージョンの理念を提言している²⁹⁾。

1. 高齢社会とソーシャル・インクルージョン

現代社会の高齢化は、世界に共通する要素が存在しているが、そのひとつは85歳以上の高齢者(所謂、後期高齢者)が増えているという状況である。H. レイミングは高齢化の捉え方について、問題としてではなく、むしろ、年をとることに積極的な姿勢を持つことが重要と指摘している³⁰⁾。また、近年ではW.H.O. (World Health Organization) が有意義に歳をとるためのビジョンとして「アクティブ・エイジング(Active Aging)」の概念を提唱している³¹⁾。

個人にとっての高齢化とは、生産年齢と呼ばれた社会のあらゆる担い手としての絶頂期を過ぎ、身体的・精神的状況に関わらず「年齢」という一定のカテゴリーによって介護受益予備群として、社会的役割の担い手から排除される立場へと一気に転換されることではないだろうか。しかし、社会に必要な無き人間とする排除の論理では、個人の尊厳や人権の視点が含まれず、互いに支えあう社会の意識全体が排除される。その際の排除の基準は「～にとって有益かどうか」ということである。例えば、消費の観点からいえばグローバル化によって低価格なモノやサービスが提供されることは消費者にとっては悪いことではないが、他方でグロ

ーバリズムによる低賃金労働者の搾取が問題視されるということと相似的な現象である。

2. 社会保障とソーシャル・インクルージョン

社会保険の給付引き締めをはじめとした医療・社会保障改革においては、保健や看護、介護や福祉といった対人援助分野でも「効率性」や「妥当性」が基準とされたことで、目に見ることができない人との繋がりやケアの本質といった、一見非効率にみえるヒューマン・サービスが同時に失われつつあるのではないかと危機感が抱かれる。一例として社会保険方式が適応される介護保険での算定基準は「介護の手間」であり、それを賃金へと還元することである。しかし、「愛」や「思いやり」というような可視化されない「心情」をお金に変換することは難しい。企業の宣伝ではないが「スマイル0円」なのである。介護などの事業所の場合、かろうじて可視化可能な手段として「言葉遣い」や服装といった個人の「振る舞い」や「態度」から、利用率や利用者からのクレーム (claim: [当然の権利としての] 要求) 申し立てなどによる総合的評価は可能になるだろう。とはいえ、個人が尊厳を持って生きるためには予防や早期介入・保護のシステムも必要であるが、他方で、地域で家族を支えるソーシャル・インクルージョンの理念に基づく仕組みが求められる³²⁾。

3. 地域支援とソーシャル・インクルージョンの理念

日本ではバブル経済崩壊後の「失われた10年」で、地域による医療・福祉格差の問題を引き起こした。更に社会保険庁は所謂「宙に浮いた年金記録」問題を抱え、高齢者の生活を脅かした。またサブプライム問題やリーマンショックなど、グローバルズムから到来した世界同時経済不況の状態から煽りを受けたことにより、更なる介護や年金などの医療・社会保障政策がゆらぎ³³⁾、現在は福祉・社会保障危機の時代ともいわれる。高齢者は日々の暮らしに不安を抱き、「病」や「老い」に対する不安を抱えながら暮らし、若者は雇用不安など未来に希望を抱けなくなっている。このような時代は人々の社会生活において、「経済」が価値基準に偏り過ぎたことも一端にあるだろう。EUなどにおけるソーシャル・インクルージョンの政策は、第一義的には受動的な福祉給付ではなく就労による自立の支援である。日本の高齢者の場合、介護保険制度による要介護状態になる前のいきがいや健康づくり対策、生活支援対策などの予防政策がそれにあたるだろう。

とりわけ、対人援助サービスを提供する保健・医療と福祉の専門家は、高齢者自身が生きがいを感じ、尊厳を維持できるような自立支援のためのサービス提供をしなければならない³⁴⁾。それはまさにソーシャル・インクルージョンの理念を持ったケア・マネジメントの提供であり、地域を基盤としたコミュニティづくり

への支援である。地域包括支援センターは、保健・医療・福祉の専門家による支援の提供だけではなく、ケア・マネジメントによる地域づくりの基盤を提供することがその役割となるだろう。

IV まとめ

高齢者に関する保健・医療と地域福祉における社会化の進展は、地域包括支援センターの役割と共に、閉じられた世界が日本の地域社会へと開かれ始めたように見える。高齢者をめぐるこのような意識の社会変革は、狭義の意味での主体者の「選択性=当事者による選択」という意味のみならず、「介護」や「高齢者」を、暗く、ネガティブな、援助を受けるだけであった対象としてのイメージから脱却させることに成功しつつあることである。高齢者が予防を通じて自立を支援される存在となり (empowerment)^{35) 36)}、地域社会から受け入れられる土壌作りになったことに意義がある。それは、かつての救済的福祉とは一線を画すような意味合いにおいても重要であった。高齢社会に直面する世界の福祉国家が抱える課題の解決には、インフォーマルなケアと介護の社会化の担い手に関する旧来の福祉的価値観の変容と高齢者自身の意識の変容が必要である。

V 今後の展望

本稿では、地域生活をおくる高齢者を中心に地域包括支援センターの役割を論じたものである。しかし、当然のことながら、地域生活は高齢者だけが行っているわけではない。地域生活は、新生児から児童、成人から高齢者まで、様々な発達過程にある人たちとその家族が生活を営んでいる。つまり、地域包括支援センターの役割の前提は、誰もが保健・医療・福祉サービスの利用可能性を持つ当たり前の存在だということを示している。

渋谷らは、21世紀の福祉国家の役割は、地域社会や個人の自立と自律を基盤とした仕組みとセイフティネットが必要であると、高齢者対策から子育て支援策へとシフトさせるための人間的な構造の再編が必要と指摘している³⁷⁾。地域におけるこれからの保健・医療・福祉の役割は、個人と家族を取り巻く地域を基盤としたソーシャル・インクルージョンの理念が重要な鍵を握ることになるだろう。

文献

- 1) 山井和則, 斉藤弥生. : 体験ルポ - 日本の高齢者福祉. 岩波新書, 1994.
- 2) 大友信勝 : ボケが病院でつくられる - 介護と闘う家族たち. 旬報社, 1998.
- 3) 西村文夫・宮原 伸二 : 「家で死ぬ」ということ - 家族が後悔しない身内の介護と看取り方. 碧天舎,

- 2002.
- 4) 二木立：21世紀初頭の医療と介護－幻想の「抜本改革」を超えて。勁草書房，2001.
 - 5) H. L. Dunn. : High-Level Wellness. Beatty Press, 1961.
 - 6) 樋口恵子：地域でとりくむみんなで育てる介護保険。ミネルヴァ書房，2001.
 - 7) NHK スペシャル取材班，佐々木とく子：「愛」なき国 介護の人材が逃げていく。阪急コミュニケーションズ，2008.
 - 8) 田尾雅夫：バーンアウト－ヒューマン・サービス従事者における組織ストレス。社会心理学研究，4(2)，91-97.
 - 9) 蟻塚昌克：社会福祉行財政論－基礎構造の解明と改革の課題。中央法規，1998.
 - 10) 嶺学，木下安子，天本宏：高齢者のコミュニケイケア－医療を要する在宅療養者の生活の質の向上を目指して。御茶の水書房，1999.
 - 11) 結城康博：介護－現場からの検証。岩波新書，2008.
 - 12) 二木立：今後の医療制度改革と医療者の自己改革－敢えて「希望を語る」，新潟医学会雑誌，121(9)，483-488，2007.
 - 13) 岡本祐三：高齢者医療と福祉。岩波新書，1996.
 - 14) 沖藤典子：誰が老いを看とるのか－女手だけでは支えきれない，ミネルヴァ書房，1993.
 - 15) 沖藤典子：介護報酬改定について住み慣れた我が家で人生を全うするために。介護保険情報，9(9)，(105)，6-9，2008.
 - 16) これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会：これからの在宅介護支援センターの在り方－報告書，全国在宅介護支援センター協議会，2004.
 - 17) 相原洋子，薬袋淳子，島内節：後期高齢者における地域包括支援センターの利用と関連要因の検証。厚生指針，56(7)，(878)，32-37，2009.
 - 18) 森上淑美：地域包括支援センターとケアマネジメントの課題。地域ケアリング，7(4)，(84)，27-31。2005.
 - 19) 辻一郎：地域保健と保健師－地域包括支援センターでの保健師の役割。からだの科学，50-53，2006.
 - 20) E. I. Doyle, et al., : Process of Community Health Education and Promotion, (2), Waveland Pr Inc, 2009.
 - 21) NHK スペシャル取材班，佐々木とく子：ひとり誰にも看取られず－激増する孤独死とその防止策。阪急コミュニケーションズ，2007.
 - 22) 前馬理恵，山田和子，水主千鶴子，森岡郁晴，服部園美，石井敦子：家庭内高齢者虐待の実態と発生要因。和歌山県立医科大学保健看護学部紀要，5，17-25，2009.
 - 23) 厚生労働省：平成20年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果，2009-12-17 (入手日) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000002mce-img/2r98520000002mdw.pdf>
 - 24) 藤原由紀：家庭訪問を重視した保健師活動。保健師ジャーナル，64(8)，2008.
 - 25) D. S. Oda. : Home visits - effective or obsolete nursing practice ?. Nurs Res, 38(2):121-123, 1989.
 - 26) K. M. Rose, AW Keeling. : Richmond Instructive Nurse's Visiting Association. J Gerontol Nurs. 32(12):37-42. 2006.
 - 27) 全掲載 20)
 - 28) L. Tett. : Community Education, Lifelong Learning And Social Inclusion -Policy and Practice in Education, (2), Dunedin Academic Press, 2006.
 - 29) 厚生労働省：「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書。2000。2009-12-16 (入手日) http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s0012/s1208-2_16.html
 - 30) H. Laming. : Residential care for the elderly - present problems and future issues, Policy Studies Institute, 1984.
 - 31) W. H. O. : Active Ageing: A Policy Framework, 2002, 2009-12-17 (入手日). http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
 - 32) 上野谷加代子：高齢社会と家族・地域支援－地域福祉推進の必要性，老年精神医学雑誌，20(4)，453-459，2009.
 - 33) 二木立：世界同時不況と日本の医療・社会保障。日本医事新報，4418，76-79，2008.
 - 34) 大森彌：高齢者介護と自立支援－介護保険のめざすもの。ミネルヴァ書房，2002.
 - 35) F. Paulo. : Pedagogy of the Oppressed. Continuum, 1970. (P・フレイレ，小沢有作[訳]：被抑圧者の教育学。亜紀書房，1979.)
 - 36) E. O. Cox, R. J. Parsons. : Empowerment-Oriented Social Work Practice With the Elderly. Brooks /Cole Pub Co, 1994.
 - 37) 渋谷博史，木下武徳，根岸毅宏：社会保障と地域，学文社，2008.

総説

Fibrodysplasia ossificans progressiva研究の最近の知見と看護的課題 —FOPの遺伝子研究と看護に関する文献—

桑田 弘美¹、白坂 真紀¹、桑田 一夫²

¹滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座、²岐阜大学人獣感染防御研究センター

要旨

本研究の目的は、FOP (Fibrodysplasia ossificans progressiva 進行性骨化性線維異形成症：以下 FOP) に関する先行研究を検討し、これまでの研究の経過と最近の知見及び看護的課題を考察した。Pub Med で、キーワード「fibrodysplasia ossificans progressiva, gene」、「fibrodysplasia ossificans progressiva, nursing」で検索した。その結果、遺伝子研究では「現象の記述」、「遺伝子探索」、「増殖性の関連で BMP に着目」、「ACVR1 変異の発見」と4分野に分けられ、BMP (異所性骨誘導因子) 関連の遺伝子の研究から ACVR1 が責任遺伝子として特定され、看護系雑誌では、40年前に MOP (進行性骨化性筋炎) の看護としてケアプランが紹介されていた。論理的創薬の手法による薬剤 (栄養素) 探索と FOP 患児と家族への包括的生活支援に関する示唆を得た。

キーワード：FOP、遺伝子研究、異所性骨化、稀少難病、生活支援

1. はじめに

FOP (Fibrodysplasia ossificans progressiva 進行性骨化性線維異形成症：以下 FOP) は、全身の筋組織で骨化が進行する (異所性骨化) 病気で小児期に発症し、発生頻度は200万人に1人、日本には約60人の患者がいると言われている¹⁾。常染色体優性遺伝という形で遺伝することが分かっているが、突然変異によることも多い。昭和48年(1973年)に漫画家故手塚治虫が医学生だった頃に授業で学んだことを、「ブラックジャック」の「からだか石に…」という表題で週刊少年チャンピオンに上梓した疾患としても知られている (作品中は「進行性骨化性筋炎」)²⁾。

海外では、1740年に英国の内科医 J. Freke が初めて FOP の特徴を説明してから、2006年に Kaplan が FOP の責任遺伝子を特定するまでに約250年が経過している³⁾。

筆者らは小児の在宅ケアをライフワークとして研究を行ってきたが、その際に稀少難病と呼ばれる FOP 患児の家族に関わるようになった。2007年に難治性疾患克服研究事業に指定され、治療法の開発に希望を繋いだ。成長とともに病状が進行し、骨化が四肢・末端に広がっていくと、患者はどの姿勢で全身の骨化を迎えるかを選択しなければならない現状は変わっていない。FOP 患児の生活の実態は、メディアで報道されることはあるが、実態調査として研究されたものはほとんどない。

そこで、今回はまず、FOP とはどんな難病であるのか、どこまで研究が進められているのか、看護の課題を含め最近の知見を報告する。

2. FOP 研究に関する Pub Med による文献検索

FOP の症例と遺伝子レベルの研究に関する先行研究を、キーワード「fibrodysplasia ossificans progressiva, gene」として Pub Med で検索した結果、82文献がヒット、英語以外の言語と対象疾患以外のものを除外して60文献を入手した。また、キーワード「fibrodysplasia ossificans progressiva, nursing」として Pub Med で検索した結果、5文献がヒット、英語以外の言語と対象疾患以外のものを除外して2文献を入手した。

それぞれの文献により、FOP の遺伝子研究の経過と最近の知見、海外看護系雑誌による FOP に関する知見と看護的課題について考察した。

3. FOP の概要

1) FOP の診断・治療

発病は2~3歳、生後拇指部分が外反拇指のように変形していることが特徴で、異所性骨化は生後数年たってから出現する。最初は頸部・体幹部を中心に骨化が始まり、四肢・末梢に向かって拡がっていく。1933年に死亡した患者が FOP 研究に役立ててほしいと死後の自分の全身の骨を提供した (図1参照)⁴⁾が、関節周囲の筋肉が骨化し、運動機能が奪われていく状況が推察される。遺伝子変異が発見されてから迅速な診断が可能となったが、それまでは診断がつくまでに平均4年、6人以上の医師の診察を要したという報告がある。多くは腫瘍の出現によって両親が気づき、受診をする。

治療は小児科あるいは整形外科で、主にフレア

アップ（骨化の特徴で説明）の症状を緩和させる目的で行われ、進行を防ぐための有効な手段はない。

2) 骨化の特徴

骨化が始まる前に、フレアアップと呼ばれる発赤・熱感・圧痛を伴った腫脹が出現し、その度に異所性骨化が徐々に広がり、関節の可動性が失われる。

腫脹は主に外傷や打撲、感染を契機に出現し、筋肉内注射・局所麻酔・抜歯・生検・手術などがフレアアップの誘因になると言われている。フレアアップ出現の際には疼痛を伴うことが多く、このフレアアップを繰り返しながら骨化が進行する。関節が動かなくなった角度によって、様々な症状が出現し、10代から20代にかけて実用的な歩行が困難となる。

骨化の順番は、ほぼ一定しており、頸椎、脊椎、肩関節、股関節、肘関節、膝関節、手関節、足関節、顎関節であり、心臓・消化管・横隔膜・舌などの筋肉には生じない。



図1. FOPにおける異所性骨化
25歳時(左)と40歳死亡時(右)の骨化
(College of Physicians of Philadelphia)⁴⁾

3) 合併症

異所性骨化による胸郭の動きが制限されて、呼吸機能低下時に肺炎に罹患すると生命に危険を及ぼすことがあり、顎関節の硬直で通常の食事ができなくなることによる低栄養状態となる場合がある。

4) 日常生活での注意

外傷や感染を予防することが重要である。例えば、転倒を防ぐために人ごみを歩かない、歯科治療をしないよう虫歯を予防する、手洗いやうがい徹底して感染予防に心がけることである。

4. FOPの遺伝子研究の経過

60文献は大きく4分野の「現象の記述」、「遺伝子探索」、「増殖性の関連でBMPに着目」、「ACVR1変異

の発見」に分けられた。

1) 現象の記述 (8文献)

1974年にRogers、1982年にはConnorが、FOP患児の出生が親の年齢の影響を受けていると述べていた。1993年には病変部の生検がフレアアップを誘発することを指摘され、その後画像診断や症状の特徴について報告されている。2005年には脊椎病変とBMP (Bone morphogenetic protein: 異所性骨誘導因子、以下BMP)の異常を報告している(表1参照)。

2) 遺伝子探索 (5文献)

原因遺伝子の探索は1990年代から始まり、BMPが骨の増殖に関与していること、染色体異常、骨化が腫瘍性の増殖という視点から探索している(表2参照)。

3) 増殖性の関連でBMPに着目 (27文献)

骨肉腫が腫瘍細胞の増殖によることから、増殖性に着目している。BMPについて多くの研究がなされているが、骨芽細胞を分化誘導することが見出され、多くのBMP関連の遺伝子の研究がおこなわれている(表3参照)。

4) ACVR1変異の発見 (20文献)

2006年にKaplanの研究グループによって、FOPの原因がBMP1型レセプターのACVR1/ALK2の突然変異によることが発見された。変異としては617G>A、R206H、G356D、605G>T(非定型)、983G>A(非定型)などが見出されている(表4参照)。

5. 海外看護系雑誌によるFOPに関する記述

School Nurse Newsでは、稀少難病の一つとしてFOPの概要を解説し、IFOPA(国際FOP協会)の紹介をしている。

Nursing Clinics of North Americaでは、Jonesが22歳女性のMOP(Myositis Ossificans Progressiva: 進行性骨化性筋炎、以下MOP)の事例報告をしている。FOPは以前はMOPと表現され、看護系雑誌で1969年に発表されたものである(表5参照)。

この事例報告では、6歳から22歳までの経過、治療法の紹介(手術、放射線療法、ラジウムインプラント、高炭水化物・ケトン誘発食としての食事療法、超短波、超音波、ビタミンB・E混合療法、クエン酸水素ナトリウムの配合低カルシウム療法、ステロイド療法)、症状、ナーシングケアプランが報告されている。対象者は生検した左大腿部、右股関節と右大腿部、下顎部の骨化が進み、ナーシングケアとして、身体の保清・食欲・排泄・精神的支援・理学療法・レクリエーション・家族支援が計画されていた。反抗したり、うつ状態に

なることがあったが、声かけなどの精神的ケアを行ったということであった。

6. FOP の遺伝子研究の経過と最近の知見

FOP の原因は ACVR1 遺伝子の 617G>A や R206H 変異が、受容体のセリン・スレオニンキナーゼ活性を制御する GS ドメイン内にあるため、その立体構造が変化し、持続的に活性化されることによる。また、他にも同じ ALK2 遺伝子の異なる部位の変異も見出され、臨床症状が異なる事が報告されている³⁷⁾。遺伝子の変異として、線維増殖性病変から BMP の異常を見出し、BMP に関連する遺伝子の研究が行われてきた。BMP は、NOG (noggin gene) などとともに、TGF- β signaling pathway のファミリーであり、多くの細胞に対し増殖・分化を制御する働きを持つ。その BMP の細胞膜受容体の一つである ACVR1/ALK2 が責任遺伝子として同定されたのである³⁸⁾³⁹⁾。しかし、ACVR1 には、617G>A の他に別の部位の変異も発見されていることから、正確な診断や臨床症状との関連も含め、FOP の治療に向けた取り組みが期待される。

筆者らは、原因遺伝子が特定され、その遺伝子がコードする蛋白質の立体構造が決定することで、論理的創薬の手法で立体構造異常を改善する物質を特定しているところである。SBDD (Structure-based drug design: 蛋白質の立体構造に基づく薬剤探索、以下 SBDD) を行い、ACVR1 に影響する栄養素を特定する。これまでの準備的な計算結果、*in silico* 探索で、5 種類の化合物が選出された。その内の一つ Tyramine は、チョコレートや特定の食物に多く含まれていることが分かっている。今後 600 万種類以上のデータベースを用いて本格的な計算を行う予定である。

7. 海外看護系雑誌による FOP に関する知見と看護的課題

日本では、FOP に関する看護研究は全く行われていない。海外看護系雑誌でも疾患の説明のみであり、ナーシングケアプランとして記述されていたのは 40 年

前であった。その当時は、病変部位の生検などフレアアップを引き起こすような侵襲のある処置も行われていた。日常生活支援を中心にケアプランが立てられており、対象者の生活の不自由さに向けた身体的・精神的支援を行っていたが、感染予防へのケアプランはなかった。FOP は骨化によって、様々な内臓機能の障害も現れる。下顎が骨化すれば開口困難、食事摂取困難となり、栄養低下に陥る危険性、肺の周囲を骨が覆うことで、呼吸機能の低下による呼吸障害の危険性がある。転倒による外傷も起こしやすく、歩けても疲れたからと座って休むことができず、疲れやストレスを貯めやすくなる⁴⁰⁾。感染症や外傷は、フレアアップを誘発するため防ぐことが重要である。

FOP 患児と家族へのケアとして、日常生活支援、感染予防・安全確保への支援をする必要がある。

FOP 患児とその家族は患者会を立ち上げて、少しでも多くの人にこの病気を知ってもらいたいと難病指定を願って活動し、2007 年に難治性疾患克服研究事業に指定された。生活の困難さに合わせた支援を考えているが、患者会で関わった患児や家族は「もどに戻りたい」という願いを強く持っている。今後は、こうした患児と家族の生活の実態調査を行い、FOP 患児への包括的生活支援に向けた取り組みを目指している。

8. おわりに

FOP は、身体の筋肉や腱、関節包、靭帯などに異所性骨化が生じ、運動の自由を奪うという難病である。FOP 患児への包括的生活支援を目指し、実態調査及び SBDD を進めていきたい。

表1. 現象の記述

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① Schaffer AA, (Kaplan FS), et al: Spine30(12), 1379-85, 2005 ⁵⁾ | FOP患者には先天的な脊椎障害を示し、NOG (TGF-β signaling pathwayの一つ)の変異は見られなかったが、BMP (異所性骨誘導因子) に異常がみられた。 |
| ② Debeney-Bruyer C, Chikhani L, et al: Int J Oral Maxillofac Surg27(4), 299-302, 1998 ⁶⁾ | 顎顔面の領域に限局が明らかになったFOP (進行性骨化性筋炎) のケース紹介。 |
| ③ Delatycki M, Rogers JG: Clin Orthop Relat Res(346), 15-18, 1998 ⁷⁾ | FOPは常染色体優性の障害であり、多くは新しい遺伝子変異による。 |
| ④ Shafritz AB, (Kaplan FS), et al: N Engl J Med335(8), 555-561, 1996 ⁸⁾ | FOP患者の末梢血でBMPの増加を発見。 |
| ⑤ Gülaldi NC, Elahi N, et al: Tc-99m MDP scanning in a patient with extensive fibrodysplasia ossificans progressive. Clin Nucl Med20(2), 188-190, 1995 ⁹⁾ | FOPをシンチグラムで画像診断した。 |
| ⑥ Kaplan FS, Tabas JA, et al: J Bone Joint Surg Am75(2), 220-230, 1993 ¹⁰⁾ | 拇指の先天異常と異所性骨化はFOPの特徴であるが、病変生検は避けるべきである。 |
| ⑦ Connor JM, Evans DA: J Med Genet19(1), 35-39, 1982 ¹¹⁾ | 英国の44人のFOP患者で変異率は100万人に1.8人であり、親の年齢が影響している。 |
| ⑧ Rogers JG, Chase GA: J Med Genet16(2), 147-148, 1979 ¹²⁾ | 出生と親の年齢を調査した結果、42人のFOP患者の38人に親の年齢の影響を示した。 |

表2. 遺伝子探索

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| ① Sukov WR, Franco MF, et al: Skeletal Radiol37(4), 321-327, 2008 ¹³⁾ | 骨化性筋炎とブラウン腫瘍とケルヒム症には、UPS6が関与している。 |
| ② Leithner A, Weinhaeusel A, et al: Virchows Arch446(4), 438-441, 2005 ¹⁴⁾ | 骨化性筋炎は腫瘍性であるが、その腫瘍性の起源がポリクローナルによる。 |
| ③ Lucotte G, Bathelier C, et al: Genet Couns11(4), 329-334, 2000 ¹⁵⁾ | FOPの原因遺伝子が染色体17q21-22にある。 |
| ④ Feldman G, (Kaplan FS), et al: Am J Hum Genet66(1), 128-135, 2000 ¹⁶⁾ | FOPの原因遺伝子が染色体4q27-31にある。 |
| ⑤ Rao VV, Löffler C, et al: Hum Genet90(3), 299-302, 1992 ¹⁷⁾ | BMP2AがTGF-βのスーパーファミリーに属し、軟骨や骨の発生に関与している。 |

表3. 増殖性の関連でBMPに着目

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| ① Billings PC, (Kaplan FS), et al: J Bone Miner Res23(3), 305-313, 2008 ¹⁸⁾ | FOP患者からとった結合組織の細胞では、骨への分布が進んでおり、BMPの制御に異常がみられた。 |
| ② Feldman GJ, (Kaplan FS), et al: Am J Med Genet A143(7), 699-706, 2007 ¹⁹⁾ | 脊椎に異常な異所性の骨化がみられる子どもには、BMP4とBMP5が過剰発現している。 |
| ③ Kaplan FS, Fiori J, et al: Ann N Y Acad Sci1068, 54-65, 2006 ²⁰⁾ | FOPでは、BMP4のシグナリングパスウェイの制御異常がみられる。 |
| ④ Fontaine K, Sémonin O, et al: Genet Couns16(2), 149-154, 2005 ²¹⁾ | フランスのFOPの家系では、Noggin遺伝子に異常がみられた。 |
| ⑤ Glaser DL, (Kaplan FS), et al: J Bone Joint Surg Am85-A(12), 2332-42, 2003 ²²⁾ | Noggin muteinを生体内に挿入すると、BMP4によって引き起こされた異所性の骨化が抑制される。 |
| ⑥ Ahn J, (Kaplan FS), et al: Clin Orthop Pelat Res(406), 205-213, 2003 ²³⁾ | FOPでは、NF-kappaBの制御異常が原因ではない。 |
| ⑦ Van den Wijngaard A, Pijpers MA, et al: J Bone Miner Res14(8), 1432-41, 1999 ²⁴⁾ | 骨の形成にBMP4 遺伝子における2つのプロモーターを機能的に特徴づけた。 |
| ⑧ Shore EM, (Kaplan FS), et al: Calcif Tissue Int63(3), 221-229, 1998 ²⁵⁾ | BMP4 の分子構造と転写制御を調べた。 |
| ⑨ Kaplan FS, Shore EM: Bone19(1 Suppl), 13S-21S, 1996 ²⁶⁾ | BMP と C-FOS が軟骨内の骨形成のシグナルである。 |

他18文献は省略

表4. ACVR1 変異の発見

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| ① Lee DY, Cho TJ, et al: J Korean Med Sci24(3), 433-437, 2009 ²⁷⁾ | 孤発性の韓国のFOP患者には、ACVR1遺伝子の変異 (R206H, c617G>A) がある。 |
| ② Lucotte G, Houzet A, et al: Genet Couns20(1), 53-62, 2009 ²⁸⁾ | FOPにおいて、NogginとACVR1の両方に変異があった。 |
| ③ Petrie KA, Lee WH, et al: PLoS One4(3), e5005, 2009 ²⁹⁾ | ACVR1の新しい変異 (c. 605G>T, c. 983G>A) が、2人のFOP患者の非定型的な症状の原因となる。 |
| ④ Kaplan FS, Shen Q, et al: J Bone Miner Metab26(6), 521-530, 2008 ³⁰⁾ | FOPにおける骨の形態異常において、ACVR1に変異があった。 |
| ⑤ Fukuda T, Kohda M, et al: J Biol Chem284(11), 149-156, 2008 ³¹⁾ | ALK2が活性化しSMAD1/5が増えると、FOPにおいてBMPのシグナリングを誘導する。 |
| ⑥ Furuya H, Ikezoe K, et al: Am J Med Genet A146A(4), 459-463, 2008 ³²⁾ | FOP患者にACVR1のR206Hだけではなく、G356Dの異常もあった。 |
| ⑦ Kaplan FS, Groppe J, et al: Ann N Y Acad Sci1116, 113-133, 2007 ³³⁾ | 形態形成のレセプター遺伝子の形態異常として、ACVR1、ALK2、BMPの異常がある。 |
| ⑧ Shore EM, (Kaplan FS), et al: Nature genetics38(5), 525-527, 2006 ³⁴⁾ | 遺伝性及び孤発性のFOPの原因は、BMP type 1 レセプターであるACVR1の繰り返しの変異による。 |

他12文献は省略

表5. 海外看護系雑誌によるFOPに関する記述

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <p>① Ilardi D: School Nurse News24(2), 16-21, 2007³⁵⁾ ② Jones B, Love B, Crosbie D: Nurs Clin North Am4(1), 189-196, 1969³⁶⁾</p> | <p>NORD (全米稀少難病機構) による稀少難病一つとしてFOPの概要を解説。進行性骨化性筋炎として概要を解説し、看護計画の一例を提示。</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|

文献

- 1) 片桐岳信：進行性骨化性線維異形成症 (FOP) 研究における最近の進歩、難病と在宅ケア13(2)、55 - 58、2008
- 2) 手塚治虫：ブラックジャック第70話「からだか石に…」 週刊少年チャンピオン4月28日号、1975
- 3) Kaplan FS, Merrer ML, et al: Fibrodysplasia ossificans progressiva. Best Practice & Research Clinical Rheumatology22(1), 191-205, 2008
- 4) Shafritz AB, Kaplan FS, et al: Overexpression of an osteogenic morphogen in fibrodysplasia ossificans progressiva. N Engl J Med335(8), 555-561, 1996
- 5) Schaffer AA, Kaplan FS, et al: Developmental anomalies of the cervical spine in patients with fibrodysplasia ossificans progressiva are distinctly different from those in patients with Klippel-Feil syndrome: clues from the BMP signaling pathway. Spine30(12), 1379-85, 2005
- 6) Debeney-Bruyere C, Chikhani L, et al: Myositis ossificans progressiva: five generations where the disease was exclusively limited to the maxillofacial region. A case report. Int J Oral Maxillofac Surg27(4), 299-302, 1998
- 7) Delatycki M, Rogers JG: The genetic of fibrodysplasia ossificans progressiva. Clin Orthop Relat Res(346), 15-18, 1998
- 8) 前掲書4)
- 9) Gülaldi NC, Elahi N, et al: Tc-99m MDP scanning in a patient with extensive fibrodysplasia ossificans progressiva. Clin Nucl Med20(2), 188-190, 1995
- 10) Kaplan FS, Tabas JA, et al: The histopathology of fibrodysplasia ossificans progressiva. An endochondral process. J Bone Joint Surg Am75(2), 220-230, 1993
- 11) Connor JM, Evans DA: Genetic aspects of fibrodysplasia ossificans progressiva. J Med Genet19(1), 35-39, 1982
- 12) Rogers JG, Chase AG: Parental age effect in fibrodysplasia ossificans progressiva. J Med Genet16, 147-148, 1979
- 13) Sukov WR, Franco MF, et al: Frequency of USP6 rearrangements in myositis ossificans, brown tumor, and cherubism: molecular cytogenetic evidence that a subset of “myositis ossificans-like lesions” are the early phases in the formation of soft-tissue aneurismal bone cyst. Skeletal Radiol37(4), 321-327, 2008
- 14) Leithner A, Weinhaeusel A, et al: Evidence of a polyclonal nature of myositis ossificans. Virchows Arch446(4), 438-441, 2005
- 15) Lucotte G, Bathelier C, et al: Localization of the gene for fibrodysplasia ossificans progressiva (FOP) to chromosome 17q21-22. Genet Couns11(4), 329-334, 2000
- 16) Feldman G, Li M, et al: Fibrodysplasia ossificans progressive, a heritable disorder of severe heterotopic ossification, maps to human chromosome 4q27-31. Am J Hum Genet66(1), 128-135, 2000
- 17) Rao VV, Löffler C, et al: The gene for bone morphogenetic protein 2A (BMP2A) is localized to human chromosome 20p12 by radioactive and nonradioactive in situ hybridization. Hum Genet90(3), 299-302, 1992
- 18) Billings PC, Fiori JL, et al: Dysregulated BMP signaling and enhanced osteogenic differentiation of connective tissue progenitor cells from patients with fibrodysplasia ossificans progressiva (FOP). J Bone Miner Res23(3), 305-313, 2008
- 19) Feldman GJ, Billings PC, et al: Over-expression of BMP4 and BMP5 in a child with axial skeletal malformations and heterotopic ossification: a new syndrome. Am J Med Genet A143(7), 699-706, 2007
- 20) Kaplan FS, Fiori J, et al: Dysregulation of the BMP-4 signaling pathway in fibrodysplasia ossificans progressiva. Ann N Y Acad Sci1068, 54-65, 2006
- 21) Fontaine K, Sémonin O, et al: A new mutation of the noggin gene in a French Fibrodysplasia ossificans progressiva (FOP) family. Genet Couns16(2), 149-154, 2005
- 22) Glaser DL, Economides AN, et al: In vivo somatic cell gene transfer of an engineered Noggin mutein prevents BMP4-induced heterotopic ossification. J Bone Joint Surg Am85-A(12), 2332-42, 2003
- 23) Ahn J, Feldman G, et al: Exoneration of NF-kappaB dysregulation in fibrodysplasia ossificans progressiva. Clin Orthop Pelat Res(406), 205-213, 2003
- 24) Van den Wijngaard A, Pijpers MA, et al: Functional characterization of two promoters in the human bone morphogenetic protein-4 gene. J Bone Miner Res14(8), 1432-41, 1999
- 25) Shore EM, Xu M-q., et al: The human bone morphogenetic protein 4 (BMP-4) gene: molecular structure and transcriptional regulation. Calcif Tissue Int63(3), 221-229, 1998
- 26) Kaplan FS, Shore EM: Bone morphogenetic proteins and C-FOS: early signals in endochondral bone formation. Bone19(1 Suppl), 13S-21S, 1996
- 27) Lee DY, Cho TJ, et al: ACVR1 gene mutation in sporadic Korean patients with fibrodysplasia ossificans progressiva. J Korean Med Sci24(3), 433-437, 2009
- 28) Lucotte G, Houzet A, et al: Mutations of the noggin (NOG) and of the activin A type 1 receptor (ACVR1) genes in a series of twenty-seven French fibrodysplasia ossificans progressiva (FOP) patients. Genet Couns20(1), 53-62, 2009
- 29) Petrie KA, Lee WH, et al: Novel mutations in ACVR1 result in atypical features in two fibrodysplasia ossificans progressive patients. PLoS One4(3), e5005, 2009
- 30) Kaplan FS, Shen Q, et al: Skeletal metamorphosis in fibrodysplasia ossificans progressiva (FOP). J Bone Miner Metab26(6), 521-530, 2008
- 31) Fukuda T, Kohda M, et al: Constitutively activated ALK2 and increases SMAD1/5 cooperatively induce bone morphogenetic protein signaling in fibrodysplasia ossificans progressiva. J Biol Chem284(11), 149-156, 2008
- 32) Furuya H, Ikezoe K, et al: A unique case of fibrodysplasia ossificans progressiva with an ACVR1 mutation, G356D, other than the common mutation (R206H). Am J Med Genet A146A(4), 459-463, 2008
- 33) Kaplan FS, Groppe J, et al: Morphogen receptor genes and metamorphogenesis: skeleton keys to metamorphosis. Ann N Y Acad Sci1116, 113-133, 2007
- 34) Shore EM, Kaplan FS, et al: A recurrent mutation in the BMP type 1 receptor ACVR1 causes inherited and sporadic fibrodysplasia ossificans progressiva. Nature genetics38(5), 525-527, 2006
- 35) Ilardi D: Rare and real illnesses that affect our students. School Nurse News24(2), 16-21, 2007
- 36) Jones B, Love B, Crosbie D: The patient with myositis ossificans progressiva. Nurs Clin North Am4(1), 189-196, 1969
- 37) 片桐岳信：国内のFOP患者で同定された新しいAKL2変異の生化学的解析、平成20年度第2回班会議報告、2008
- 38) Kaplan FS: Why do some people from two skeletons? 特別講演 埼玉医科大学ゲノム医学研究センター病理生理部門後援、埼玉医科大学雑誌35(1)、83-84、2008
- 39) Early Diagnosis of Fibrodysplasia Ossificans Progressiva. Pediatrics121(5), e1295-e1300, 2009
- 40) 渡久地優子：進行性骨化性線維異形成症 (FOP) [第1部] 筋肉が骨になる病気を病んで。 難病と在宅ケア13(10)、40 - 42、2008

研究報告

看護師が捉えた精神科個室病棟における看護実践上のメリット・デメリット

井手敬昭¹，片岡三佳²，橋本麻由里³，吉野久美子⁴，山内美代子⁴，瀧川薫⁵

¹滋賀医科大学大学院医学系研究科，²徳島大学医学部保健学科，³岐阜県立看護大学，

⁴特定医療法人社団緑峰会 養南病院，⁵滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

本研究は、より個室環境を活用した看護実践の展開を目指して、精神科個室病棟に勤務する看護師が捉えた看護実践上のメリットとデメリットを明らかにすることを目的とした。精神科個室病棟に勤務する看護師 15 名を対象に看護実践上のメリットとデメリットを中心に半構成的面接を実施した。その結果、メリットとして【プライバシーの確保】【周囲を気にしない】【個にあわせた対応】【休息・安心感の確保】【個室を利用した援助】、デメリットとして【危険度の高さ】【一人になってしまうこと】【安全と休息のバランス】【看護師の負担感】【患者の負担】【入院目的の変化】が抽出された。個室の活用により患者の休息が得られ、個に合わせた看護実践ができて一方、危険度が高まり、安全を守りながら休息を得られるよう調整していくことの難しさが明らかとなった。しかし、それらのデメリットの部分のカバーしたり、個室をさらに有効に活用できたりするような看護援助の示唆が得られた。

キーワード：精神科個室病棟、看護師の認識、メリット・デメリット

はじめに

これまでの精神科病院は、医療者が観察しやすい 4 人部屋や 6 人部屋といった多床室による病棟が大部分を占めており、患者のプライバシーや個性は無視されることが多かった。しかし、精神医療の変化や日本人の生活様式の変化などに伴い、入院環境におけるプライバシーへの配慮、病室利用に関する様々な検討がなされつつある。そのような傾向の中で、精神科病院の病室においても多床室から個室化への傾向が高まっていくものと思われる。

精神科個室病棟に関する先行研究では、患者のプライバシー確保や療養といった視点からの要求に応えた個室の存在が不足しており¹⁾、加えて個室利用者の増加²⁾、および個室環境に対する患者の期待の高さ³⁾について報告している。このように個室環境への期待がある一方で、精神科個室病棟に勤務する看護師の看護実践に対する思いを明らかにした調査⁴⁾では、「今までの精神科看護のやり方通りにならないことに対する戸惑い」などが挙げられており、多床室での看護に慣れ親しんできた看護師にとって、個室病棟で働くことへの戸惑いや苦労は計り知れない。しかし、精神科における個室病棟特有の看護実践に関連した研究は少ない。

そこで、本研究はより個室環境を活用した看護実践の展開を目指して、精神科個室病棟に勤務する看護師が捉えた看護実践上のメリットとデメリットを明らかにすることを目的とした。

用語の定義

精神科個室病棟：隔離室は含まない全個室の精神科病棟とする。

研究方法

1. 対象：精神科個室病棟に勤務する看護師(以下、看護師とする)のうち研究の同意が得られた看護師 15 名。
2. 調査期間：平成 19 年 10 月から 12 月。
3. 調査方法：精神科個室病棟に勤務するうえで感じている看護実践上のメリットとデメリットを中心に半構成的面接を実施した。面接はプライバシーが保持できる個室で行い、面接内容は、対象者の同意を得てテープレコーダーに録音した。
4. 分析方法：データを逐語録に転記し、精神科個室病棟での看護実践上のメリットとデメリットに関連する文脈を抽出した上で要約し、1 データとした。1 データに要約された意味内容の類似性に従って分類し、それに反映したカテゴリーネームにより抽象化を図った。分析の信頼性と妥当性は研究者間で検討した。
5. 倫理的配慮：研究対象者に口頭と文書で研究目的・方法、匿名性と守秘の保証、参加や中途拒否の権利、公表方法などを説明し、書面にて同意を得た。本研究は岐阜県立看護大学研究倫理審査部会の承認を得た。

結果

1. 対象者の概要

対象者は男性 8 名、女性 7 名であった。精神科個室病棟での勤務経験年数は平均 2.2 年(±1.6 年)、多床室病棟での勤務経験年数は平均 5.4 年(±5.7 年)、面接時間は平均 39.9 分(±13.4 分)であった。

2. 抽出されたカテゴリー

看護師が捉えた看護実践上のメリットは、12 のサブカテゴリーから 5 カテゴリー【プライバシーの確保】【周囲を気にしない】【個にあわせた対応】【休息・安心感の確保】【個室を利用した援助】が抽出された(表

1). また看護師が捉えた看護実践上のデメリットは、13のサブカテゴリーから6カテゴリー【危険度の高さ】【一人になってしまうこと】【安全と休息のバランス】【看護師の負担感】【患者の負担】【入院目的の変化】が抽出された(表2)。

なお、【】内はカテゴリーを、〈〉内はサブカテゴリーを、「」内は対象者の語った内容を示している。

表1 看護師が捉えた看護実践上のメリット

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|-----------|-----------------------------------|
| プライバシーの確保 | プライベート空間の確保 プライバシーの保護 |
| 周囲を気にしない | 周囲を気にせずに話すことができる 周囲を気にせずに対応できる |
| 個にあわせた対応 | 個々にあった対応 1対1の関わり 感情の表出ができる |
| 休息・安心感の確保 | 休息をとる環境の確保 安心感が得られる |
| 個室を利用した援助 | 話す場所の選択 患者把握の視点 個別と集団の使い分け |

表2 看護師が捉えた看護実践上のデメリット

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|-------------|------------------------------------------------------|
| 危険度の高さ | 危険度の増加 目の届きにくさによる急変時の対応の遅れ |
| 一人になってしまうこと | 他患者との交流の減少 一人になる不安感 |
| 安全と休息のバランス | 夜間の巡視時の休息の妨げ 休息の場の提供と観察のバランスの難しさ 深く入り込めない部分の存在 |
| 看護師の負担感 | 患者との距離のとり方の難しさ 病棟の広さによる移動の大変さ 夜間の巡視時の看護者の苦勞 |
| 患者の負担 | 私物の持込による負担 患者同士の情報交換による負担 |
| 入院目的の変化 | 入院目的が変化する |

1) 看護師が捉えた看護実践上のメリット

(1) 【プライバシーの確保】

このカテゴリーは、〈プライベート空間の確保〉〈プライバシーの保護〉の2サブカテゴリーから構成されている。

このカテゴリーでは、「個室だったら、ある程度の病院のルールさえ守っていれば、ある程度自分のペースでやっていけるっていうことがある」や、「以前は女性の部屋は、男性の看護師からすると結構入りにくいこ

とがあった。今だとコンコンとノックして、いいか悪いか聞けるのがよい」などプライベートな空間が確保され、自分のペースで生活でき、さらにプライバシーに配慮した対応がとりやすくなったことを語っていた。

(2) 【周囲を気にしない】

このカテゴリーは、〈周囲を気にせずに話すことができる〉〈周囲を気にせずに対応できる〉の2サブカテゴリーから構成されている。

「患者さんとしては部屋でゆっくり話をしたいとか、(周りに人がいると)言いにくいこともあると言われる方もおられる。だからそういう点だと、個室だといいいのかなと思う」など、周囲を気にせずにゆっくりと話せることを語っていた。また、「ほかの人にも気を遣いながらその人に接することをしなくていいというところが、メリットだと思う」や、「大部屋だと他の患者さんの目を結構気にしてしまう。自分としてもリラックスして話せない部分があった」など、看護師が他患者を気にせずに対応できたり、看護師自身がリラックスして話すことができると語っていた。

(3) 【個にあわせた対応】

このカテゴリーは、〈個々にあった対応〉〈1対1の関わり〉〈感情の表出ができる〉の3サブカテゴリーから構成されている。

〈個々にあった対応〉では、「ベッドの位置をこう向けたら動きやすいということもあると思うので、そういうところは個室だとかなり配慮がしやすい」など、個々に対する配慮のしやすさや対象に合わせやすいことを語っていた。

〈1対1の関わり〉では、1対1の関わりが増え、精神科における1対1の関わりの有効性や、〈感情の表出ができる〉では、個室だと患者の感情表出がしやすくなり、それを促進させることができると語っていた。

(4) 【休息・安心感の確保】

このカテゴリーは〈休息をとる環境の確保〉〈安心感が得られる〉の2サブカテゴリーから構成されている。

〈休息をとる環境の確保〉では、「静かな環境を提供できるっていうこと」や「デイルームで他の患者さんとの交流がとれるんですけども、それで精神的にストレスを受けたりする患者さんもいたりするので、そういうときは個室があれば、逃げるといえるか、そういう場所があるということで、休みがとれる」など、休息が得られる静かな環境が提供できることや、患者自身が休息と活動のバランスをとれるように個室を活用することができることを語っていた。

(5) 【個室を利用した援助】

このカテゴリーは、〈話す場所の選択〉〈患者把握の視点〉〈個別と集団の使い分け〉の3サブカテゴリーから構成されている。

〈話す場所の選択〉では、「患者の部屋に来て静かなところで話をすることを希望すればそちらに移動してついでというふうに、場所を使い分けて援助ができるようになったと思う」や、〈個別と集団の使い分け〉では、「静かな刺激の少ないところで休むときは休み、それがよくなったら刺激のあるところでも生活ができるようにと、段階を追ってできる」と個別と集団の使い分けができ、話す場所も選択できることを語っていた。

〈患者把握の視点〉では、「あまり部屋から出て来ないなという人がいれば、そういう時期なのかなという判断にもなる」など、患者の状態把握の視点となることなどを語っていた。

2) 看護師が捉えた看護実践上のデメリット

(1) 【危険度の高さ】

このカテゴリーは、〈危険度の増加〉〈目の届きにくさによる急変時の対応の遅れ〉の2サブカテゴリーから構成されている。

〈危険度の増加〉では、「個室というとかなり危険が伴いますので、そこだけが問題」や「自傷行為がやりやすくなってしまふ」などを語っていた。

〈目の届きにくさによる急変時の対応の遅れ〉では、「何か急変が起きたときというのは、これだけたくさん病室があるので、ちょっと発見が遅れることがあるのではという心配はある」などが語られていた。個室では死角になる部分が増え、目が届きにくくなり危険度が高くなることを語っていた。

(2) 【一人になってしまうこと】

このカテゴリーは〈他患者との交流の減少〉〈一人になる不安感〉の2サブカテゴリーから構成されている。

〈他患者との交流の減少〉では、「孤立したり、周りの患者さんと距離を保てる訓練っていうか、集団生活のほうからちょっと遅れてくるような感じは受けている」や、〈一人になる不安感〉では、「個室というのがひとりぼっちで寂しいといったようなことを聞きます。大勢のほうで安心する」など、個室になることで患者一人になってしまうことが治療上または、患者自身にとってデメリットになると語っていた。

(3) 【安全と休息のバランス】

このカテゴリーは、〈夜間の巡視時の休息の妨げ〉〈休息の場の提供と観察のバランスの難しさ〉〈深く入り込めない部分の存在〉の3サブカテゴリーで構成されている。

〈夜間の巡視時の休息の妨げ〉では、「せっかく休養入院して個室に来たのに、そんなに1時間おきにガチャンと鍵を開けたりするから、寝られないとかってたまに言われる」と語っていた。〈休息の場の提供と観察のバランスの難しさ〉では、「休む場所というふうに提供している以上、頻回に訪室するわけにもいかない、

その辺がちょっと難しい」、〈深く入り込めない部分の存在〉では、「プライバシーを保てる半面、入り込めるところと入り込めないところがある」などと語っており、休息を目的とした入院であるにもかかわらず、患者の安全を守るための行為が、休息を妨げてしまうことを語っていた。

(4) 【看護師の負担感】

このカテゴリーは〈患者との距離のとり方の難しさ〉〈病棟の広さによる移動の大変さ〉〈夜間の巡視時の看護師の苦労〉の3サブカテゴリーから構成されている。

〈患者との距離のとり方の難しさ〉では、「自分（看護師）にとって逃げ場がない。すぐ応援を呼べる空間が少ない」や「話しやすいことで巻き込まれやすい部分も出てくる」などが語られていた。

〈病棟の広さによる移動の大変さ〉では、「個室がたくさんあると動線的に疲れる」や「何かあったとき（患者さんの興奮とか不穏状態）でも、ちょっと応援呼ぶときも大変かなと思う」などが語られていた。

〈夜間の巡視時の看護師の苦労〉では、「どうしても扉を開けるときの音で患者さんが目を覚ましてしまうこともありますので、その辺はちょっと注意している」などが語られていた。

(5) 【患者の負担】

このカテゴリーは、〈私物の持込による負担〉〈患者同士の情報交換による負担〉の2サブカテゴリーから構成されている。

〈私物の持込による負担〉では、「何でもかんでも自分がいいように持ち込むことで、かえって休めない」や「やたらめったら荷物が増えてしまふ」など、私物の持込による影響が出てくることを語っていた。

〈患者同士の情報交換による負担〉では、「患者同士でのアドレスの交換することで、トラブルになることがあることや、巻き込まれて相手が調子を崩したときに、自分も同じように調子を崩してしまうこともある」など、患者同士のメールのやりとりが患者自身に影響を与えてしまう可能性について語っていた。

(6) 【入院目的の変化】

このカテゴリーは、〈入院目的が変化する〉の1サブカテゴリーから構成されている。「治療の目的が入院当初はちゃんとあるけど、他の患者と話しているうちに、自分の治療の目的と違うところに、病棟が居心地のいいものになっていってしまう」などと語っていた。

考察

1. 精神科個室病棟に勤務する看護師が捉えた看護実践上のメリットとデメリット

精神科個室病棟に勤務する看護師が捉えた看護実践上のメリットは、5 カテゴリーが抽出された。個室の

活用によって、患者は自分のペースで生活ができるようになり、【プライバシーの確保】がされていた。さらに患者や看護師の両者にとっても【周囲を気にしない】で話したり、対応することができること、そして〈話す場所の選択〉や〈個別と集団の使い分け〉ができるような【個室を利用した援助】があった。これらから患者の【休息・安心感の確保】ができ、休息を中心にした1対1の関わりの中で個に合わせた看護実践ができていた。精神科個室病棟の看護実践上の気づき⁴⁾として、個室病室の利用で、患者の精神状態の安定につながり、看護師は患者と個別に関わりやすくなったと述べられており、本研究と同様のことが報告されていた。

一方、デメリットは6カテゴリーが抽出された。夜間巡視の際の音により休息を保つための巡視の方法を考えなくてはならず、【安全と休息のバランス】のとり方の難しさがあると捉えていた。また、〈1対1の関わり〉が増え【個に合わせた対応】がとりやすくなる一方で、看護師にとって逃げ場がなくなることや患者に巻き込まれることでの〈患者との距離のとり方の難しさ〉があり、看護師は患者との関わりでの苦労があると捉えていた。さらに、個室になることで目が届きにくくなることにより危険度が上がり、また急変時にも発見の遅れから対応が遅れることをデメリットとして捉えていた。看護師の戸惑いとして、安全を守りにくいことや巻き込まれやすく患者との距離の保ちにくさがあること、また患者の時間・空間を侵すことに戸惑いを感じている⁴⁾と述べており、この点も今回の研究と同様の結果となっている。しかしそれらのデメリットをカバーしようと、巡視に力を入れたり、巡視時に患者へ配慮したりと看護師が奔走し、苦慮する姿がうかがわれた。

2. 個室環境を活用した看護実践にむけて

精神科個室病棟の環境は、患者自身が休息と活動のバランスをとるために個室を利用することができ、看護師自身も患者個人に合わせた〈個別と集団の使い分け〉をした支援ができると考えられた。それらに相反し患者や看護師が個室に入り込むことで、患者は〈他患者との交流の減少〉となり、新たに〈一人になる不安感〉を抱え、看護師は目が届きにくくなることでの安全性への配慮や患者との距離の取り方に苦慮していた。その中で、より個室環境を活用した看護実践にむけて、看護師は〈患者把握の視点〉で明らかとなっているように患者の症状・病期の把握から、患者が一人で閉じこもっても休息が必要な時期なのか、集団と触れ合うことで社会性の再構築を進めていく時期なのかを判断できる患者理解のアセスメント力の充実が必要である⁶⁾。また、精神科個室病棟において看護師が

患者に巻き込まれるなど患者との距離の取り方や対人関係のとりづらさに関しては、他の看護師の実践場面を見聞する中で対人関係スキルを磨く必要がある⁴⁾。

このように、より個室環境を活用した看護実践を展開するには、看護師のアセスメント能力、特に患者の症状・病期的にアセスメントする能力を高め、症状・病期にあわせた実践能力の必要性が示唆された。

まとめ

精神科個室病棟に勤務する看護師が捉えた看護実践上のメリットとデメリットを明らかにする目的で、半構成的面接を実施した。その結果、看護実践上のメリットは12サブカテゴリーから5カテゴリー、デメリットは13サブカテゴリーから6カテゴリーが抽出された。個室を活用することで、患者の休息が得られ、個に合わせた看護実践ができていた一方、安全を守りながら休息を得られるよう調整していくことの難しさが明らかになった。しかし、それらのデメリットの部分をカバーしたり、個室をさらに活用できるような看護援助の示唆が得られた。

本研究は1施設による調査研究であり、当該施設に限られた内容が挙げられていることも考えられるため、一般化するには限界がある。今後はさらに質問項目の検討および対象者数を増やしていくことが課題である。

文献

- 1) 山田理沙, 中山茂樹, 西村秋生, 箕淳夫: 精神科急性期病棟の病室利用に関する研究—精神科急性期医療を対象とする病棟の建築計画的な研究(1)—. 病院管理, 40(1), 12-23, 2003.
- 2) 豊田由起子, 三木明子: 精神疾患患者の個室選択状況と今後の病室希望. 日本看護学会論文集(精神看護), 35, 180-182, 2004.
- 3) 谷澤和子, 有田美智子: 初回入院患者の期待と満足度—ストレスケア個室病棟における患者の期待に応えるために—. 日本看護学会論文集(精神看護), 35, 177-179, 2004.
- 4) 林世津子, 寺岡貴子, 池邊敏子: 精神科個室病棟の看護実践における看護師の戸惑いと気づき. 日本精神保健看護学会誌, 16(1), 67-74, 2007.
- 5) 八重美枝子: 個室看護の取り組み—患者さんにとって当たり前のケア—. 精神科看護, 31(9), 12-17, 2004.
- 6) 井手敬昭, 有馬新路, 片岡三佳, 橋本麻由里, 吉野久美子, 山内美代子: 看護師が捉えた精神科個室病棟における看護実践上の課題. 日本看護学会論文集(精神看護), 39, 27-29, 2009.

研究報告

アメリカ合衆国のサブスタンス・アブ्यूズ —チャイルド・マルトリートメント問題の文献検討による研究動向と背景—

上野善子・金城八津子・植村直子・畑下博世
滋賀医科大学看護学科地域生活看護学講座

要旨

本稿は、アメリカ合衆国のチャイルド・マルトリートメント研究からサブスタンス・アブ्यूズ (Substance Abuse) 問題に関する研究動向を探る文献検討である。一般的に Substance abuse は、薬物やアルコール、タバコやその他の化学物質の乱用状態を表しているが、本稿では、近年注目されている薬物依存の問題に限定した。薬物依存の問題は、世界中がその予防と対策に困難を極めており、様々な研究と実践に取り組みられているところであるが、サブスタンス・アブ्यूズの問題が最も深刻な状況にあるのはアメリカ合衆国である。文献検索においては Pub Med と Science Direct の2つのDBからデータを抽出し、年代別に整理した後、研究動向と歴史的展開の明確化を行った。結果、①薬物依存症の親を持つ子どもへの研究や対策が非常に少ないこと、②性別や人種・民族問題などが複雑に絡み合っていること、③被虐待児へのメンタル面への関心の高さとトリートメントの必要性を感じている研究が多い、の3つの共通項に分類された。しかし、最新の研究では、薬物依存症者個人への対策ではなく、むしろ、家族や地域を中心としたサポートシステムの必要性が求められている。

キーワード: チャイルド・マルトリートメント (Child Maltreatment)、サブスタンス・アブ्यूズ (Substance Abuse)、薬物依存 (Drug Addiction)、チャイルド・アブ्यूズ (Child Abuse and Neglect)

I トピックの定義と解説

本稿のトピックの定義と解説は、以下のとおりとする。

1. サブスタンス・アブ्यूズ

サブスタンス・アブ्यूズ (Substance Abuse) は直訳すれば「物質過誤」と訳され、一般的には薬物やアルコール、タバコや化学物質などに依存するアディクション問題を指している。本稿では、薬物依存の問題を抱える親の子どもへの虐待問題を検討するため、サブスタンス・アブ्यूズについては薬物依存 (Drug Addiction) に限定した。

また、アメリカ合衆国で使用されている Substance abuse は薬物乱用状態だけではなく、「タバコやアルコール、薬物などの物質が不適切に使用されている」という状態を表す意味合いが強い。尚、薬物依存とアルコール等のクロス・アディクションについても対象として含める。

2. チャイルド・マルトリートメント

チャイルド・マルトリートメント (Child Maltreatment) は「育児過誤」と訳される。チャイルド・アブ्यूズ (Child Abuse and Neglect) が狭義の「児童虐待」を指すものに対し、チャイルド・マルトリートメントの概念は広義の意味で「不適切な育児」を指している。なお本稿の文献検討では、「チャイルド・マルトリートメント」と「チャイルド・アブ्यूズ」それぞれの言葉で表しているものはいずれも同義語として扱っている。それは「チャイルド・マルトリートメント問題におけるサブスタンス・アブ्यूズの文献」全体を意味しており、「チャイルド・マルトリートメント」と「チャイルド・アブ्यूズ」共に内容に

差はないものとする。

II 文献検索の方法

1. DB (データベース) 検索

論文検索においては、2つのDBから検索を行った。

- ① Pub Med online (End Note Web 経由)
- ② Science Direct (Elsevier)

Key word は “Child Maltreatment”, “Child abuse and neglect” にて検出、下位カテゴリとして “substance abuse” を and 検索し、更に “drug abuse”, or 検索で “drug addiction” の抽出を試みた。いうまでもないが、主題キーワードに and で副題のキーワードが結ばれることで先行業績が少なくなり、この作業により膨大な child abuse 研究という主題からサブカテゴリとして、副題で絞られた “substance abuse” の結果が得られたことになる。

しかし、二つのDBから抽出を行う場合、当然ながら文献が重なって検索される場合がある。従って、検索においては Science Direct を優先することとした。

2. 国際ジャーナル “Child Abuse and Neglect”

国際ジャーナル “Child Abuse and Neglect” は、1977年にエルゼビア社から創刊された国際学会誌 (ISPCAN: International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect) である。ジャーナルは、地球規模での児童虐待防止のため、Child Abuseを対象とする心理学、精神医学、ソーシャル・ワーク、医学、看護学、法学、教育学、人類学など様々な専門分野の垣根を越えた幅広い先駆的研究を推進する学会誌である。1976年に開催されたW. H. O. のジュネーヴ国際会議 (September 20-22) における児童虐待防止の提言から、各専門分野からの児童虐待問題について複合的な研究

を対象としており、現在は創刊33年目である。サイエンスダイレクトでは、出版されているジャーナルの全文検索が可能である。

Ⅲ 分析における社会背景

1. 1800年代から1900年代前半までの社会背景

1800年代から1900年前半まで、子どもの虐待問題は教会や福祉施設の役割であり、「児童虐待」という言葉は存在していなかった。1873年に、アメリカ合衆国で最初の被虐待児とされたメアリー・エレン・ウィルソンの事件であるが、当時は動物虐待防止協会 (SPCA: Society for the Prevention of Cruelty to Animals) の活動によって動物の権利を保護しようとする動きがあったが、子どもにはこのような活動団体は存在しなかった。SPCAのヘンリー・バーグは、有志による弁護活動を行い裁判に勝訴、メアリーは救出され、親権の剥奪 (TPR: termination of parental rights) と分離に成功した。

しかし、この事件以降も、事実上、1世紀以上児童虐待防止法は成立しておらず、現在の一般的な認識と違い、メアリー・エレン・ウィルソン事件以降も子どもの保護活動が着々と進んでいたわけではない。メアリー・エレンの裁判は、彼女を虐待から救出するため、有志の人たちによる苦肉の策であり、「人間も動物の一種」とすることで、虐待されない権利を主張したのである。とりわけSPCAでのバーグの活動は、当時の精肉業会や農業組合をはじめとした有力者やメディアからは業務妨害として批判的であった頃の事件である。当時、子どもの権利を保護することは困難を伴った。

2. 1900年代後半以降の社会背景

1960年代は小児科ケンペ医師 (C. Henry Kempe) が中心となり、1962年に児童虐待防止キャンペーンが開始、翌年から報告法の制定により、州に報告義務を課すなど、児童虐待防止に関するムーブメントが起こりはじめた。1970年代から80年代にかけてのアメリカはベトナム戦争を背景に経済の恐慌的時代であり、レーガン大統領は、所謂レーガノミクスによる経済政策を行った。また学生や著名人を中心として、反戦運動などの市民活動が活発に行われていた。このような社会背景の中、1974年に連邦法である児童虐待予防対策法 (CAPTA: Child Abuse Prevention and Treatment Act [P.L. 93-247]) が成立し、全米児童虐待とネグレクト対策センター (NCCAN: National Center of Child Abuse and Neglect) が設置されるなど、アメリカ合衆国では1960年代から70年代にかけて児童保護に向けた精力的な活動が行われた。このような社会背景の中、1977年に国際的学会誌である“Child Abuse and Neglect”が創刊された。CAPTA成立以降は、社会動向に照らし合わせた改正を行い、現在に

至っている。

Ⅳ 分析結果と考察

2つのDBから抽出した文献キーワード・データを経年的に分類し、更に児童虐待に関する社会背景と照らし合わせて研究動向と傾向を探った (表1)。

1. DB検索結果

Ⅱ-1. の検索結果から63件が該当した。年代別にみると1970年代2件、1980年代5件、1990年代15件、2000年以降は41件であり、チャイルド・マルトリートメント問題におけるサブスタンス・アブ्यूズ研究は徐々に増加しているといえる。掲載された文献は、全63件のうち46件が“Child Abuse and Neglect”誌であり、児童虐待に関する研究の約8割がこのジャーナルに投稿している。従って、当該学会誌の注目度の高さが伺える。その他の文献では、薬物・アルコール関係学会誌が5件、小児科関係の学会誌が3件、社会福祉 (児童福祉) 関係が3件、その他医療・保健関係の学会誌が2件、心理学系学会誌への掲載が2件であった。

2. 1970年代の動向

サブスタンス・アブ्यूズの研究については、1970年代には2件が該当した。文献はNCCANの設立などを受けた全国調査の報告書である。内容は、報告法 (Reporting Law) に関する調査と、アルコール・ドラッグ依存症と流産の関係についてであった。

3. 1980年代の動向

1978年に成立したインディアン児童福祉法の影響により、アメリカン・インディアンの虐待についての研究が多くみられた。その他については、薬物依存の治療中の母親と子どもとの母子関係についての研究であった。児童虐待研究の萌芽期である。

4. 1990年代の動向

これまで、親から虐待を受けている子どもの分離保護が中心の虐待対策から、1993年の家族における虐待予防および支援法 (Family Preservation and Support Services Program Act) の成立により、子どもと家族の視点へと対象が広がっていった。研究動向は家族を中心とした子どもの保護についての研究へと変化している。また、子どもの虐待問題を社会的に考察する動きがあり、メディア・キャンペーンやアソシエーションの研究などが行われている。また様々な法の制定により、司法 (裁判やTPR問題) の在り方が研究対象となっている。更に、幼少期に受けた家族間暴力 (DV: Domestic Violence) の問題が、大人になってからの子どもの虐待後遺症として受け止められはじめた。また、アメリカ合衆国は格差社会による貧困問題が著しいが、ストリート・チルドレンの問題が虐待問題として認識されはじめている。アメリカン・イン

ディアン部族による性的虐待問題の研究では、アメリカの人種問題や文化的差異が研究対象となっている。

5. 2000年～2004年の動向

2000年に入り、全63件中41件は2000年以降の研究である。子どもへの虐待問題におけるサブスタンス・アビュースの研究が注目されているといえる。22件中、11件の研究対象は「女性」であった。「女性服役囚」や「ホームレスの女性」、「妊婦」、「アルコール依存症の女性」などが研究対象である。性別や民族などの言説は一定のコンセンサスが得られるものの、クリティクな見方をすれば、一般的な虐待対策が家族とコミュニティを中心としているにも関わらず、サブスタンス・アビュース研究の対象についてはバイアスがみられる。また、「メキシコ人女性の体罰問題」、「アメリカン・インディアンの女性」、「ハワイアの文化的介入」なども研究対象とされており、ダブル・スタンダードとしての人種・民族的な視点が伺える。薬物やアルコール問題に詳しい社会学者の清水新二は、アルコールや薬物依存症の問題におけるジェンダー・バイアスを指摘している。

その他のデータについては、心理学的視点から「幼少期の虐待によるトラウマ」の研究などがあげられる。「セルフ・エスティーム」や「レジリエンス」などの精神・心理面での研究も増えている。また、家族を対象とした研究も増えている。特にサブスタンス・アビュース問題における「家族システムの機能不全」が注目されており、専門家による「家庭訪問プログラム」や「家庭裁判所の機能」などが研究対象とされ、個人から家族へと研究の視点が広がっている。

6. 2005年～2009年現在の動向

2005年以降は、研究が複合化している。女性を対象とする研究が多いことは同様であるが、更に「治療に関するモチベーション」の研究や依存症者の「個性にあった支援や治療のあり方」を考えるなどの依存症者の個別性を重視した支援に関する研究が増えている。また、「レズビアン」や「摂食障害」、「ストレスと薬物依存」の関係、「ディストレスと薬物依存のリスク」などの複雑な問題が研究対象となっている。性的虐待や薬物依存症の問題では「HIV/AIDS」などの性行為による感染症や健康問題が付きまとうが、2000年以降の研究は特に増えている。更に、「被虐待児への早期介入の必要性」や「ペリネイタル・ケア」についての研究など、子どもの健康面についてのサブスタンス・アビュース予防の研究がみられる。また、個人と地域を対象とした「子どもの成長と近隣住民の個性による役割とレジリエンスの影響」についての研究がみられた。

7. 3つの共通項

以上のような文献研究を通じて、次のような3つの共通項による歴史的な研究傾向が得られた。

- 1) 薬物依存症の親を持つ子どもを中心としたチャイルド・アビュースの研究が非常に少ないこと。
- 2) サブスタンス・アビュース問題については、性別や人種・民族問題などが複雑に絡み合っている。とりわけ女性を対象とした研究が多いこと。
- 3) 被虐待児へのメンタル面への関心の高さとトリートメントの必要性を感じている研究が多いこと。

V おわりに

本研究ではサブスタンス・アビュースの問題について、3つの共通項を中心に歴史的な研究傾向を得た。しかし、近年の研究では、特に注目されるデータが発見された。それは「子どもの成長と近隣住民の個性による役割」と「レジリエンスの影響」についての研究である。この研究では、間接的かつ専門家ではない「近隣住民の役割」がレジリエンスの影響を探っていることを示唆していることが特徴である。従来からの研究基盤である専門職による依存症者への個別的支援と役割、治療や対策に依拠した研究だけではなくなったということである。

本研究における近年の薬物依存症問題の研究動向から得られた結果は、いわば薬物依存の問題を抱えた親を持つ子どもの成長 (well-being) を考える場合、近隣住民との関係性や社会環境 (Ecology: 広義) をも含め、子どもと家族を地域で支える仕組みづくりのためのコミュニティ・ベースド・サポートシステムの構築に向けたヘルス・プロモーションがキーワードとなるだろう。日本では、親の依存症問題を抱える子どもの研究について、地域を基盤とした研究は殆ど見られておらず、今後の研究課題としたい。

文献

- 1) 清水新二: アメリカの薬物戦争政策の現状と問題点。犯罪と非行, 123, 49-72, 2000.
- 2) Widom C. S. : Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. Am J Psychiatry, 156 (8), 1223-1229, 1999.
- 3) Testa M. F., Smith B. : Prevention and drug treatment. Future Child, 19 (2), 147-68, 2009.
- 4) Eco U. : Come si fa una tesi di laurea. Bompiani, 1977. : ウンベルト・エーコ, 谷口勇 (訳): 論文作法。調査・研究・執筆の技術と手順。而立書房, 1991.

表1 文献からの抽出データと社会背景

| 年代 | 件数 | 抽出データ | 児童虐待に関する社会背景 |
|------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1700年代 | | | 1776 (7月4日) 独立宣言 |
| 1800年代 | | | 1861 南北戦争 1873 メアリー・エレン・ウィルソン事件 1875 SPCC (Society for the Prevention of Cruelty to Children) 設立 1877 AHA (American Humane Association) 設立 |
| 1900年代 | | | 1910 マン法 1920 CWLA (Child Welfare League of America) 設立 1935 社会保障法制定 1946 キャフィー、小児の頭蓋骨、長骨のX線上的変化報告 |
| 1950年代 | | | 1954 T.パーソンズ「インセスト・タブー」 1955 ウィーリー、エヴァンス、X線写真から子供たちの外傷や事故の多くは、養育者から故意に児童に加えられてきたものであるということを一般の人達に報告 |
| 1960年代 | | | 1961 児童虐待防止キャンペーン (米国小児科学会シンポジウム、座長ケンベ医師) 1962 H.ケンベ「被虐待児症候群 (Battered Child Syndrome)」Jornal of the American Medical Association 1963 全米児童虐待調査 (662件/年、重要例・致死率27%、軽症1万超/年)、「虐待報告義務法」制定、CPS (Child Protective Service) 全米に設置 1964 公民権法制定 |
| 1970年代 | | | 1970 ペアレント・アノニマス設立 1971 シカゴ、レイブクライシスセンター設立 1974 児童虐待予防対策法 (CAPTA) 全米児童虐待・ネグレクト・センター (NCCAN) 設立 1975 全米児童虐待・ネグレクト・情報センター設立 |
| | 2 | 調査報告書 (報告法、アルコールとドラッグ、流産との関係) | 1977 Child Abuse and Neglect 創刊 1978 インディアン児童福祉法 |
| 1980年代 | 5 | アメリカン・インディアンの虐待*3、ドラッグアディクションの母子関係 (特にメタドン[治療の]母親と子ども)、親子関係 | 1980 養子縁組支援および児童福祉改革法 1984 虐待被害児法 (VOCAL) |
| 1990年代 | 15 | 子どもが中心の研究、社会 (メディア・キャンペーン、アソシエーション)、司法 (裁判、親権)、アルコールやDV問題による後遺症 (=子どもの虐待)、性的虐待 (アメリカン・インディアン部族による)、ストリート・チルドレン | 1993 家族における虐待予防および支援法 1996 TANF |
| 2000年以降 ~2004 | 22 | 女性 (woman, female, 女性服役囚、メキシコ人女性の体罰問題、ホームレス女性、妊婦*3、アメリカン・インディアン女性、アルコール依存症の女性)、ハワイアンへの文化的介入、精神障害、HIV/AIDSリスク*2、健康問題、プライマリ・ケア*2、州規模での家庭訪問プログラム、子どもの成長とレジリエンス、幼児、リスクとリスクファクター、家族の機能不全*2、セルフ・エスティーム、メタドン治療からのドロップアウト、幼少時の虐待トラウマによる大人のストレス、トラウマに関する質問誌調査 (スクリーニング)、CPS (Child Protective Service: 児童福祉機関あるいは専門職員)、性的虐待問題による家族の機能不全、累犯性、家庭裁判所 | |
| 2005~2009 | 19 | メタンフェタミン依存 (患者の個性による結果の違い)、女性依存症者の治療モチベーション、母親の依存症対策 (個性による違いがある児童福祉専門家の介入法)、大人のレズビアン、コカイン常習女性から生まれた子どもへの心理的影響、ラテン・アメリカ系女性の摂食障害、アラスカのハイリスク家族への家庭訪問プログラム、被虐待児への早期介入*2 (子どもの健康)、HIV/AIDSリスク*3、子どもの成長と近隣住民の個性による役割とレジリエンスの影響、精神的ディストレスとリスクファクター、ストレスの蓄積と薬物依存-ケア提供者の脆弱性とパートナーからの暴力、長期的効果、CPS、薬物依存からの回復指導者 (の役割)、ペリネイタル・ケアのない母親から生まれた子どもの気質と健康状態、スキゾフレニア (徴候に関与) | |
| 総計 | 63 | | |

* methadone (合成麻酔剤) ヘロイン中毒の治療等に使用される。

(上野作成)

研究報告

高齢者が運動自主グループを立ち上げた背景と継続参加する要因 —地域における自主グループ活動の意義—

植村直子¹, 畑下博世¹, 金城八津子¹, 上野善子¹, 鈴木ひとみ²

¹滋賀医科大学医学部看護学科地域生活看護学講座

²神戸常盤大学保健科学部看護学科

要旨

現在、高齢者の運動機能の向上を目的とした筋力トレーニング教室が全国的に展開されている。筋力トレーニング教室はポピュレーションアプローチとしても取り組まれ、運動自主グループ活動などに展開している。本稿は運動自主グループの参加者を対象に、参加者が自主グループを立ち上げた背景と継続参加する要因を分析し、地域における高齢者の自主グループ活動の意義を考察することを目的とした。対象者 8 名の面接逐語録を質的帰納的に分析した結果、《健康への関心》、《グループ活動を通じた社会参加への意欲》、《気楽に気遣い合う関係性の構築》の 3 つの大カテゴリーが抽出された。自主グループの参加者は共に運動を継続するという関係だけでなく、地域で支え合う仲間としての関係性が構築されており、高齢者が住み慣れた地域でより安心して生活するためのネットワーク機能として有効に機能していることが見出された。

キーワード：高齢者、運動、自主グループ、ネットワーク

I はじめに

現在、行政の保健師が取り組む活動のひとつとして、高齢者の介護予防を目的とした筋力トレーニング教室がある。これは 2005 年に介護保険法が改正され、2006 年 4 月より施行されたことに伴い、地域支援事業として 65 歳以上を対象にした介護予防事業が開始されたことによる¹⁾。現在、65 歳以上の高齢者が寝たきりになる原因として、脳血管疾患、高齢による衰弱に次いで、骨折・転倒が第 3 位となっている²⁾。このため、転倒による骨折を予防するという観点から、高齢者の運動機能の向上・維持を目的とした筋力トレーニング教室が全国的に展開されている。筋力トレーニング教室は要介護状態になる可能性が高いと言われる特定高齢者を対象としたハイリスクアプローチの事業であるが、一般の高齢者を対象にポピュレーションアプローチとしても取り組まれている。この理由として、わが国の高齢社会における保健事業のあり方が見直されていることがあげられる。

2008 年 10 月 1 日現在における我が国の 65 歳以上の人口割合は 22.1%、さらに 2025 年の推計では 30% を超える³⁾ ことが報告されており、行政が高齢者に対してサービスを提供する従来のサービス提供型の活動は限界にきていると言われている。鳩野⁴⁾ によると、最近では高齢者自身の強さ（希望・能力）や地域の強

さ（支援力・資源力）に視点をあてて支援を行う重要性が言われており、保健師活動においても高齢者の健康作りであるポピュレーションアプローチに期待が寄せられている。

また、2000 年から 10 年計画で始まった健康日本 21 における取り組みは、2005 年に中間評価が行われており、今後の課題としてポピュレーションアプローチの重要性があげられている。高齢社会にある現在、住民同士が支えあう関係を形作っていくうえで、このような高齢者による自主グループ活動をサポートしていくことも保健師活動の課題となっている。

第一執筆者は 2006 年度に筋力トレーニング教室を実施し、教室参加者である住民が自主グループを立ち上げることを支援した経験から、住民自らが取り組む活動によって地域は活性化されていくことを実感した。当初数人のメンバーから立ち上がった自主グループはメンバーの声かけにより人数が増え、そのなかには国が定めた特定高齢者のレベルに相当する人も参加していた。このように、住民自身が自分達の活動を楽しみながら健康維持に努め、自分達の身近な人に輪を広げ地域に貢献していることは、これからの高齢者保健の取り組みについて考えるうえで重要な視点である。また、どのような住民が自主グループを求めているのか、自主グループが継続されるにはどのような要因が必要

なのかを明確化することは、保健師のグループ支援の実践に役立つであろう。

II 研究目的

高齢者対象の筋力トレーニング教室の参加者が、運動自主グループを立ち上げた背景と継続参加する要因を分析し、地域における高齢者の自主グループ活動の意義について考察する。

III 研究方法

1. 対象

筋力トレーニング教室から立ち上げた自主グループの参加者のうち、研究の主旨を理解して協力の意思を表明した8名を対象とした。

2. データ収集方法

対象者が自主グループを立ち上げた背景と継続参加する理由についての質問項目を準備し、半構造化面接を実施した。面接時間は40分から120分であった。対象者の了解を得て面接内容をICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

3. 調査期間

2007年9月～12月に実施した。

4. 分析方法

面接逐語録の中から、「自主グループを立ち上げた背景」と「自主グループに継続参加する理由」について述べられたフレーズを抜き出し、ラベルとした。これらのラベルについて共通した内容をグループ化し小カテゴリーとし、さらに抽象度をあげ、中・大カテゴリーとした。共同研究者間で合意を得ることにより、妥当性の確保を行った。

5. 倫理的配慮

筋力トレーニング教室を開催した保健所の承諾を得た。また、自主グループ参加者に対し、研究目的と方法について口頭と文書で説明し、協力を表明した対象者については調査同意書を用い、プライバシーの保護について説明を行った。面接は対象者の希望にあわせ、自宅等の個室で行った。

IV 結果

「自主グループに参加した背景」と「自主グループに継続参加する理由」についてのフレーズから、176枚のラベルを作成した。これらのラベルから、22の小カテゴリー、8つの中カテゴリー、3つの大カテゴリーが抽出された(表1)。以下、小カテゴリーを< >、中カテゴリー

を【 】、大カテゴリーを<< >>で示す。

1. <<健康への関心>>

【健康への不安】

対象者は自主グループに参加した背景として、過去の<両親の介護経験>や、加齢に伴う自身の<体の不具合の実感>を持っていた。また、これらのことから漠然と<何もできなくなる不安>を感じていた。

【運動継続による効果の実感】

自主グループへ参加し継続するにつれ、対象者は、<体が軽くふらつかない>という運動機能向上の実感や、<精神的にも気持ち良い>という爽快感を持つようになった。さらに、<ふだんも運動を意識できる>ようになり、自主グループ参加時以外の日々の生活にも運動を心がけていた。

2. <<グループ活動を通じた社会参加への意欲>>

【グループ活動の経験と役立ちたい思い】

対象者はこれまでに仕事や日々の生活において、<過去の仕事のグループ実践スキル><過去の地域でのグループ活動経験>を持ち、自身の経験を活かして、<社会の役に立てたら良い>という思いを持っていた。

【好奇心とチャレンジ】

<いろいろなチャレンジするのが好き><この年齢でもまだできる>という気持ちが、自主グループ活動への積極的な参加へとつながっていた。

【社会とのつながり】

自主グループへの参加が定期的に外出する機会となり、外出することにより<家での会話が広がる><世間のことわかる>という良さを感じていた。

3. <<気楽に気遣い合う関係性の構築>>

【安心・気楽に参加できるグループへのニーズ】

対象者は、健康維持のために行政主催の筋力トレーニング教室に参加している期間に、教室終了後も運動を続けたいと考えたが、<一人では運動できない>と感じていた。筋力トレーニング教室と同様に、<近所で短時間・手頃な会費><同世代のなじみの人がいる><信頼できる指導者がいる>という条件を満たす運動できる場を求めていることから、参加者同士で自主グループを立ち上げることとなった。筋力トレーニング教室から自主グループを立ち上げることは、必要時には保健師からのサポートを得られることもあり、対象者は<公的機関からできた安心感>を持つことができた。

表1 自主グループを立ち上げた背景と継続参加する要因の分析

| 大カテゴリー | 中カテゴリー | 小カテゴリー |
|----------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 《健康への関心》 | 【健康への不安】 | <両親の介護経験> <体の不具合の実感> <何もできなくなる不安> |
| | 【運動継続による効果の実感】 | <体が軽くふらつかない> <精神的にも気持ち良い> <ふだんも運動を意識できる> |
| 《グループ活動を通じた社会参加への意欲》 | 【グループ活動の経験と役立ちたい思い】 | <過去の仕事のグループ実践スキル> <過去の地域でのグループ活動経験> <社会の役に立てたら良い> |
| | 【好奇心とチャレンジ】 | <いろいろ挑戦するのが好き> <この年齢でもまだできる> |
| | 【社会とのつながり】 | <家での会話が広がる> <世間のことがわかる> |
| 《気楽に気遣い合う関係性の構築》 | 【安心・気楽に参加できるグループへのニーズ】 | <一人では運動できない> <近所で短時間・手頃な会費> <同世代のなじみの人がいる> <信頼できる指導者がいる> <公的機関からできた安心感> |
| | 【仲間との交流の楽しさ】 | <にぎやかにしゃべれる> <悩みがあっても励まされる> |
| | 【気遣い合う関係の形成】 | <ふだんも声をかけ合う> <休むと様子を見に来てくれる> |

【仲間との交流の楽しさ】

対象者は運動することそのものによる効果の実感だけでなく、他のグループメンバーと<にぎやかにしゃべれる>ことや、<悩みがあっても励まされる>という、グループメンバーとの交流を楽しんでいた。

【気遣い合う関係の形成】

自主グループへの参加を通じて、グループメンバーと<ふだんも声をかけ合う>ようになり、体調が良くなる自主グループを休んだ際には、<休むと様子を見に来てくれる>関係が形成されていることが明らかとなった。

V 考察

対象者が運動自主グループを立ち上げた背景と継続参加する要因として、《健康への関心》《グループ活動を通じた社会参加への意欲》《気楽に気遣い合う関係性の構築》が抽出された。まず、《健康への関心》では、対象者は過去に親の介護を行った経験と、現在の自身の体の不具合とを重ね合わせて捉えており、できるだ

け健康でいたいと思ったことが、筋力トレーニング教室に参加した背景としてあげられた。そして自主グループに定期的に参加することにより身体面、精神面への効果を実感し、ふだんも運動を意識するようになっていた。

また対象者は、自分たちのニーズの実現に向けて自主グループを立ち上げることとした。この背景には、《グループ活動を通じた社会参加への意欲》があり、対象者は多少の負担があっても社会の役に立てれば良いという思いがあり、これまでの人生において、仕事や地域活動で培ってきたグループ実践のスキルを持ち合わせていた。また、外出することにより世間のことがわかり、家での会話が広がるという効果をもたらしていた。高齢者の生きがい環境に関する研究⁹⁾では、人間が最も生きがいを感じるのは自分がしたいと思うことと義務感とが一致したときであると述べており、高齢者が生きがいを持つには役割を担うことや、自分が必要とされていると感じられることが重要だと考察している。対象者

は自主グループを運営してみようという好奇心やチャレンジ精神から、自分にできる役割を担っている。これらのことは負担を伴うものの、一方では日々の生活の充実感にもつながることから、グループへの参加を継続できているのではないかと考える。

また、対象者が自主グループに継続して参加する要因として、「気楽に気遣い合う関係性の構築」が抽出された。対象者が運動グループに求める条件として、安心かつ気楽に参加できることが抽出されたが、これは高比良⁶⁾が筋力トレーニング教室参加者に、教室終了後の運動継続の意思についてインタビューした研究結果である「集まって楽しく運動を続けたい」「安い費用で近い所で運動を続けたい」「一人で運動を続けるのは難しい」などのカテゴリーと同様の結果であった。また、対象者にとって、仲間との交流の楽しさも継続参加する要因となっていた。高齢者の運動実践者と非実践者における生活意識と生活行動の相違についての研究⁷⁾では、運動実践者が習慣的に運動を始めたきっかけは、「健康の維持・増進になるため」「楽しみや気晴らしのため」「体を鍛えるため」との回答が多いが、「友人が増えるため」「興味があるため」と回答したものにおいて運動の継続年数が長かったと報告している。対象者は自身の健康維持という目的に加え、仲間との交流を楽しみにグループに継続参加していると言える。

さらに、それぞれが自主グループの参加者を単に運動を一緒にする関係というだけではなく、地域で支え合う関係として意識している。対象者は体調を崩しグループに参加できないときなど、ふだんの生活においても仲間が気にかけてくれることを心強く感じている。高齢社会対策実態調査⁸⁾によると、高齢者が自分にできそうな手助けとして「話し相手」が最も多いと報告されており、高齢者にとって自分の身近な近所の人に声をかけることは、地域に向けて具体的に取る活動のひとつであろう。それぞれが身近な人を気にかけることは、一見するとささいなことかもしれない。しかし、このような自主グループ活動が学区単位で取り込まれていけば、地域において大きなネットワーク機能を果たすようになるだろう。城⁹⁾は、生活環境のアメニティ（快適さ）を高めるには物理的環境の改善だけでなく、人的環境（ヒューマンネットワーク）づくりが不可欠であると述べている。住み慣れた地域で

高齢者がより安心して生活するうえで、高齢者による自主グループ活動はネットワーク機能のひとつとして有効に機能するであろう。

VI おわりに

本稿では、健康への関心を持つ対象者が共に運動を継続することを通じて地域で支え合う関係性を構築していることが見出された。高齢社会が進行している現在、地域において高齢者の強さを生かしたこのような活動がより積極的に取り組まれることが期待される。保健師が予防的視点を重視したポピュレーションアプローチとして、高齢者の強さに着目した自主グループ活動を支援していくことは、高齢者が日々安心して生活するためのネットワークの形成につながる重要な支援だと言えるであろう。

謝辞

本研究は2007年度立命館大学大学院応用人間科学研究科修士論文の一部に加筆修正したものである。ご指導いただきました団士郎先生、ご協力いただきました自主グループ参加者の皆様に感謝いたします。

引用文献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向56(9). 40-41, 2009.
- 2) 厚生統計協会：国民衛生の動向56(9). 242, 2009.
- 3) 看護協会出版会：新版保健師業務要覧第2版. 337, 2008.
- 4) 鳩野洋子：これからの高齢者保健活動に必要な視点. 保健師ジャーナル, 63(8), 692-695, 2007.
- 5) 大須賀政裕, 糸川美紀, 細田明裕：高齢者の生きがい環境に関する研究2. デザイン学研究, 254-255, 2002.
- 6) 高比良祥子, 古川秀敏, 吉田恵理子他：高齢者筋力トレーニング事業の効果と運動継続を促す支援—事業参加者のインタビュー調査から—. 県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要, 6, 11-22, 2005.
- 7) 財団法人健康・体力づくり事業団：高齢者の運動実践者と非実践者における生活意識と生活行動の相違に関する研究. 2004.
- 8) 京都市高齢社会対策実態調査研究会：京都市高齢社会対策実態調査報告書. 2006.
- 9) 城仁士：高齢者保健のための2つのパラダイムシフト. 保健師ジャーナル, 63(8), 666-670, 2007.

研究報告

日本の医学論文に見る生体肝移植の発展過程 —テキストマイニングによる経年トレンドを探る試み—

倉田 真由美, 瀧川 薫

滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

【目的】本研究は、生体肝移植について論じられた日本の医学論文表題を分析し、生体肝移植の発展過程を明らかにすることを目的とした。【方法】1989年から2008年3月までに発表された雑誌論文4,035部を対象に、テキストマイニングにより分析し、各年の重要キーワードを算出した上で、それらをもとに発展過程を明らかにした。【結果】生体肝移植は1989年、緊急回避的手段として開始され、開発期を経て1997年の臓器移植法の制定を機に、ドナープール的手段として位置づけられるようになった。以降、累年増加し拡張期を迎えるが、ドナー死亡事故のあった2003年をピークに500件前後で推移するようになった。この頃から生体ドナーのケアの重要性が見直される改善期を迎えるという、2度の転換期と経緯が今回の研究で明らかになった。今後は各期における生体ドナーの処遇を明らかにし、生体ドナーのケアを確立していくことが課題である。

キーワード 生体肝移植、発展過程、テキストマイニング

はじめに

脳死臓器移植は1980年から15年もの月日をかけて議論され、「臓器移植に関する法律(法律第104号)」が1997年に制定された。一方、生体移植は現段階でも移植学会と各移植施設の自主規制に委ねられた状態で実施されている。本来は脳死移植を進めるべきとして国は法規制やネットワークの構築など、脳死移植のための整備を行ってきた。しかし、脳死移植が普及しない我が国では生体肝移植が諸外国に類をみない発展を遂げた¹⁾。

生体肝移植の症例数が累年増加するにつれ、生体ドナーの健康障害や自発性が担保できないなどの問題が、特に成人間生体肝移植が増加し始めた2000年頃より問題視されるようになった。また、2003年には国内初の生体肝ドナーの死亡が、2006年には生体腎移植における臓器売買事件など、生体移植にまつわる事件や事故が相次いで起きた。こうした状況に対し、現行の移植学会と各移植施設に任せたまの運用を改め、立法化すべきとの声も挙がっている²⁾。しかし一方で、立法化し、親等制限を設けたところで問題は水面下に潜るだけとの指摘もある³⁾。

主として移植医の自主性に委ねられ、これまで議論が尽くされることがなかった生体肝移植に通底するドナーを巡る問題を解決するには、顕在化している問題に対して応急的な対処策を講じても問題の根本的解決は図れない。生体肝移植のこれまでの発展過程を振り返り、歴史的な脈の中で生体ドナーの問題を整理すべきであると考えた。

そこで、①生体肝移植医療における生体ドナーの位置を明らかにし、②生体ドナーへの配慮を怠らない権利保

護の検討を前提に、生体ドナーの問題が歴史的所産であることを鑑み、本研究ではまず、テキストマイニングの手法を用いて客観的に生体肝移植の発展過程を明らかにすることを目的とした研究を行った。

研究方法

【対象】1989年から2008年3月までに発表された、雑誌論文を医学中央雑誌(以下、医中誌)のサイトを利用し、生体肝移植のキーワードで該当した4,035部の論文の表題を分析の対象とした。

【方法】医中誌webで検索し、ヒットした4,035部の論文の表題を時系列に整理した。このうち重要キーワードとして分析の結果、抽出された“現状”や“展望”などを用い、生体肝移植の動向について論じられている論文600部に解題を付けた。この他、今回は分析の対象にしなかったが、同年代の新聞記事3,279件および社会学系論文についてもCiNi(論文情報ナビゲーター国立情報研究所)のサイトを利用し、“生体肝移植”and “問題” “倫理” “展望” “あゆみ”のキーワードでヒットした200部の論考に解題を付し、医療側と社会一般からの報告、および掲載された資料を収集した¹⁾。これらの基礎資料を通読し、テキストマイニングの手法で分析の上、各年の重要キーワードから生体肝移植の発展過程を明らかにした。

【分析】SSRI社のトレンドリサーチ2008を用い、各資料の掲載数、出現頻度から重要度を算出し、各年の重要キーワードを抽出した。

結果

1) 各年の論文数と重要度からみた転換期

1989年から2008年3月までの各年の論文の掲載回

数より重要度を算出した結果を図1に示す。1989年から1997年までは30未満で推移していた重要度が、1998年を境に、2003年までは年間伸び率の高い時期が続き、2004年の83.7をピークに、以降は横ばいから下降傾向にある。こうした傾向は生体肝移植実施件数とも同期しており、1997年まで100件前後だった実施件数が、1998年から2001年まで年々増加し、2004年をピークに2006年は初めて減少しており、1997年と2003年に論文数、重要度、実施件数の変動(転換点)が認められた。

2) 経年の重要キーワードからみた経年トピック

医中誌webで検索しヒットした4,035部の論文を通読した結果、生体肝移植の主だった各年のトピックスを表1に示す。

表1. 生体肝移植経年のトピック

| 西暦 | 経年の動向 |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1989 | 生体肝移植開始 |
| 1990 | 左葉グラフト移植開始・マイクロサージャリー(顕微鏡下手術)導入 |
| 1992 | ABO不適合移植・劇症肝炎患者への移植 先進医療に認定(京都大学・信州大学) |
| 1993 | 肝がん患者への移植・成人間生体肝移植・FAP患者への生体肝移植 |
| 1995 | APOLT開始 |
| 1998 | 非血縁者ドナーへの拡大・右葉グラフト移植開始 小児一部疾患に対し健康保険の適応 |
| 1999 | 成人症例が小児症例を上回るようになる |
| 2000 | 単区域グラフト移植 |
| 2001 | ドミノ移植 |
| 2002 | ドナー安全委員会設立(肝移植研究会)・ウイルス肝炎研究会発足(超党派議員)・ ドナー体験者の会発足(生体肝移植ドナー有志) |
| 2004 | 成人の一部疾患に対し健康保険が認められる 成人症例が小児症例の3倍になる |
| 2003 | 国内初ドナー死亡・生体ドナー手術指針(日本肝移植研究会)公表 倫理指針(日本移植学会)公表 |
| 2005 | ドナー調査(ドナー外来の設置) |
| 2006 | ドナー安全性とケア向上のための研究(健康手帳の作成・パンフレットの配布・ ドナーが依頼の設置など) 実施件数開始後初めて実施件数減(2005年566件→2006年505件) 宇和島での臓器売買事件 臓器移植に関する法律の運用に関する指針の改正(第12項に生体からの臓器の 取り扱いの追記) |
| 2007 | イスタンブール宣言 |

次に、トレンドリサーチ 2008 のソフトを用いて、論文の表題を品詞分解し、関連テキスト数と出現頻度から重みを Kullback-Leibler divergence により算出、出現頻度 200 以上かつ重要度 50 以上で、固有名詞を除いた重要キーワードを抽出した。その結果、“検討(重要度 87.65・出現頻度 520)”、“成人(重要度 84.75・出

現頻度 489)”、“術後(重要度 75.47・出現頻度 449)”、“肝炎(重要度 73.42・出現頻度 426)”、“ドナー(重要度 71.66・出現頻度 421)”、“肝細胞癌(重要度 56.46・出現頻度 230)”、“問題点(重要度 55.78・出現頻度 245)”、“小児(重要度 54.09・出現頻度 242)”、“適応(重要度 53.18・出現頻度 225)”の重要キーワードが算出された。

次に、関連度(重みを要素としてテキスト、キーワード各ベクトル間の内積から算出)を前述したソフトを用いて計算した。その結果、1998年から出現するようになった“展望”のキーワードは“現状”と関連度が高く、1998年から登場するようになった“成人”は“問題点”と、2000年からの“術後”は“検討”“管理”“合併症”“感染症”、“肝炎”は“ウイルス”“肝硬変”と、2004年から多用されるようになった“ドナー”は“手術”“問題”、“肝細胞癌”は“適応”と、2006年以降の“小児”は“京都大学”“症例”と、各々関連度が高いことが示された。なお、1997年までは論文数が100本未満と少なかったことからキーワードも分散傾向にあった(表2)。

1)と2)の結果から、1997年および、生体肝ドナーの死亡事故が起きた2003年の2度の転換期が認められた。転換期軸に生体肝移植の発展過程を区分すると、①1989年の生体肝移植開始から臓器移植に関する法律が制定される1997年までは症例件数は少ないがABO不適合移植やAPOLT(自己肝温存移植)など次々と新しい技法を導入しながら進められた開発期、②1998年から国内初の生体肝ドナー死亡事故が起きた2003年まで、年間実施件数を急速に伸ばす拡張期、③2003年以降、ドナーの安全性が見直されケア向上のための諸策が講じられるようになった改善期の、大きく3期に大別できた。

表2. 経年の重要キーワードと出現頻度

| 西暦 | 重要キーワード(出現頻度) |
|-----------|-----------------------------------------|
| 1989-1997 | 全キーワード出現頻度 30 以下 |
| 1998 | 展望(32)、現状(31) |
| 1999 | 成人(36)、問題点(30) |
| 2000 | 肝炎(47)、術後(39)、検討(39)、成人(35) |
| 2001 | 術後(45)、成人(44)、検討(36)…感染症(15) |
| 2002 | 成人(47)、肝炎(39)、検討(38)、術後(30) |
| 2003 | 成人(54)、適応(39)、検討(38)、問題点(33) |
| 2004 | ドナー(86)、検討(79)、成人(69)、肝細胞癌(54)、問題点(35) |
| 2005 | 検討(70)、成人(60)、術後(47)、ドナー(46)、肝炎・肝硬変(32) |
| 2006 | 検討(71)、成人(54)、ドナー(55)、小児(37)、成績(34) |
| 2007 | 検討(70)、術後(53)、ドナー(49)、小児(39) |

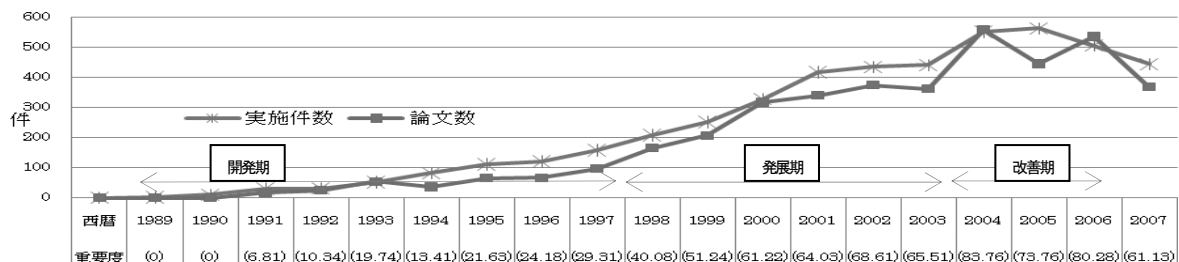


図1. 生体肝移植年間実施件数、および年間論文数（重要度）

考察

以下、1) 1989年～1997年の技術革新期を開発期、2) 急成長を遂げる1998～2003年を拡張期、3) 2004年以降、症例数も安定し、ドナーのケアが見直される改善期と定義し、導き出された重要キーワードを手掛かりに、各期の概要について、転換期の前後の経緯を中心に考察を述べる。

1. 開発期（1989～1997年）

脳死移植が普及しない本邦で、重篤な肝不全患者の救命を目的に、緊急回避的手段として1989年国内ではじめての生体肝移植が島根医科大学で行われた¹⁾。その後、翌1990年6月15日には京都大学で、その4日後には信州大学が実施し、1990年には合計10件の生体肝移植が行われた⁴⁾。以降、実施件数は累年増加し1997年までに合計593件の生体肝移植が実施された⁴⁾。

開発期では移植対象疾患が拡大され、1992年には救命が困難と言われていた劇症肝炎に、1993年には肝癌、FAP（家族性アミロイドポリニューロパチー）患者に対し生体肝移植が行われている。1993年には信州大学が国内で初めて成人間生体肝移植を成功させ、技術革新が進められた。しかし、1997年までは成人間生体肝移植は15%（90件）と少なく、開発期では親から子への小児生体肝移植が主流だった⁴⁾。

1997年、臓器移植に関する法律（平成9年7月16日法律第104号 以下、臓器移植法）が制定され、29年ぶりに脳死移植への道が開かれた。臓器移植法が制定されるまで生体肝移植は脳死移植が普及するまでの中継ぎの治療法として考えられていた⁵⁾。ところが、臓器移植法の制定によって、①死者の生存中の脳死判定に従う意思の書面による表示及び家族の拒否がない場合、②死者の生存中の提供意思の書面による表示及び遺族の拒否のない場合に限り、脳死移植が実施できるようになった⁶⁾。脳死移植が可能となったことで、生体肝移植を継続するための新しい理由（意義）が必要となった。

同時期、年長児や成人症例で、左葉ではグラフト重量が不十分なケースに対して右葉グラフト移植が行われるようになり、成人症例が年々増加していた。そこで、生体肝移植は主に小児に対する緊急回避的手段か

ら1997年の臓器移植法の制定を機に、成人間生体肝移植に新たな活路を見出した。古川は、「年間4万人を超える肝疾患による死亡がある本邦では、例え脳死提供者（ドナー）が最大限に利用されても生体肝移植はなくなる」と述べ、生体肝移植の存続を明確に示唆している⁷⁾。こうした背景から、臓器移植法の制定の翌年に発表された論文では、“展望”“現状”のキーワードで論じられた論考が多数報告されている。

生体肝移植のパイオニアの一人である田中は、生体肝移植が緊急回避的手段から“相対的な臓器不足を補うひとつの手段として、分割肝移植や脳死肝移植と等しく位置付けられるようになった”と述べ⁸⁾、脳死までのブリッジという位置付けから、ひとつの治療法として確立したことを示唆している。

2. 拡張期（1998～2003年）

京都大学と信州大学の2拠点を中心に展開されていた生体肝移植が、1991年には広島大学と東京女子医科大学で、1992年には東北大学、1996年には東京大学・九州大学・松波総合病院、1997年には北海道大学へと各地に普及していった。1998年2月、一部の小児の疾患において健康保険の適応が認められるようになり、これを契機に、1998年には年間200症例を越え、2000年には年間300件に、2001年には400件へと施行数が急増した⁴⁾。

また、右葉グラフト移植が1998年から開始され、2000年からは肝炎患者にも適応が拡大され、成人間生体肝移植の実施件数は1998年より急増し、1999年には小児の生体肝移植実施件数を上回るようになった。こうした動向を受け、1999年には“成人”が、2000年からは“肝炎”“術後”の重要キーワードが出現し、“問題点”“検討”“管理”といったキーワードと関連した論文が多数発表されている。特筆すべきは“小児”のキーワードは“症例”と、“成人”は“問題点”と関連度が高かったということである。こうした結果から、成人症例は小児に比してリスクが高く、共有すべき問題が山積していることが推察される。

3. 改善期（2004年以降）

2003年に京都大学で娘に臓器提供を行った40歳後半のドナーが、残存肝が少なかったことなどから2003

年5月に死亡するという事故が起きた⁹⁾。国内で初めての生体肝ドナーの死亡という事態を受けて、ドナー体験者たちは提供後の健康に対する不安を抱くようになり、翌年2004年2月10日、厚生労働大臣に宛てて健康調査等を盛り込んだ要望書を提出した。こうした動きに応じ、日本肝移植研究学会は、生体肝ドナーの実態調査を行うことを取り決め、2005年から調査を開始した。

ドナー調査の結果、術後1年以上経過してからも手術創部や消化器系の症状など何らかの症状を有しているドナーが全体の50%に見られた。また臓器提供したことで7割のドナーが将来の健康に不安を抱いていることが明らかとなった。インフォームド・コンセントに関する回答では、移植医からの説明に対しては「よかった」と答える人が多かったのに対し、紹介元の医師の説明に対してはやや評価が低かった。また65.9%が医師からの説明を聞く前に臓器提供を決意していることなどがわかった¹⁰⁾。この他、移植施設を対象とした調査では、説明文書内に「棄権や途中辞退の権利」について記載していない施設が半数に上っていたことが明らかとなり、ドナーの自発性の担保についての取り組みが全体として十分でない可能性が高いことが窺えた¹¹⁾。

ドナー調査の結果を受け、術後のドナーの健康管理および術前のインフォームド・コンセントの改善を目的とした、「ドナー外来の整備」「健康手帳の作成・配布」「生体肝移植のパンフレットの作成・配布」が行われ、ケアの向上が図られた¹¹⁾。2004年になり、ドナーの安全性が見直されるようになった動向と、今回の調査で論文の中で初めて“ドナー”が重要キーワードに入った結果が一致していた。

この他、2004年は健康保険の適応が拡大され、成人の一部の癌に対しても健康保険の適応が認められるようになった。生体肝移植はもともと小児を対象とした移植から始まったため、患者の少なかった18歳以上については一部の疾患しか公的保険が使えなかった。

しかし、1998年以降は成人の移植が急増し、1999年には小児の症例を上回ってきたことから一部の成人の疾患に対しても健康保険の適応が拡大された。こうした背景から、2004年は“肝細胞癌”をキーワードにした論考が数多く発表されていた¹²⁾。

結論

生体肝移植の発展過程を概観すると、①1989年から開始され、開発期を経て、②1997年の臓器移植法の制定を機に、従前の緊急回避的手段からドナープールの手段のひとつとして位置づけられるようになった。③その後、

累年増加し、拡張期を迎えたが、2003年の生体肝ドナー死亡事故を境に500件前後で推移するようになった。この頃より生体ドナーのケアの重要性が見直されるようになる改善期を迎え、安全性の向上のための施策が検討・実施されるようになった。

以上、日本の医学論文から、生体肝移植の発展過程には1997年、2003年の2度の転換期を軸に、①開発期、②拡張期、③改善期の3期から発展していることが今回の調査で明らかとなった。次の研究では各期における生体肝ドナーの処遇の詳細を明らかにし、今後、生体肝ドナーに付与される権利保護を検討し、生体ドナーのケアを確立することが課題である。

本研究は科研費(課題番号:20590508)の助成を受けたものである

文献

- 1) 倉田真由美・長谷川唯:日本における生体肝移植資料集. 2007年度立命館大学大学院先端総合学術研究科 公募研究会企画助成金, 科学研究費基盤C(課題番号;20590508) 2007年度報告書.
- 2) 棚島次朗:脳死と移植を巡る政策課題. 臨床死生学, 15(1), 54-60, 2000.
- 3) 米本昌平:生体肝移植 その法規制と倫理的課題. 肝胆膵, 50(1), 147-153, 2005.
- 4) 日本肝移植研究会:年間報告. 2003-01-23 [http://jlts.umin.ac.jp/annual/Registry\(2006\).pdf](http://jlts.umin.ac.jp/annual/Registry(2006).pdf)
- 5) 田中紘一:肝移植【現段階の問題点と今後の展望】生体肝移植の今後の展望. 小児外科, 33(4), 333-334, 2001.
- 6) 厚生省保健医療局臓器移植法研究会監修:臓器移植に関する法律関係令通知集. 中央法規, 1998.
- 7) 古川博之:脳死肝移植から見た成人生体肝移植の外科的問題点. 肝臓, 39(3), 49, 1998.
- 8) 田中紘一:生体肝移植の現況と21世紀へのビジョン. 日本外科系連合学会誌, 24(3), 317, 1999.
- 9) 市田隆文:生体肝移植におけるドナー選択のピットホール. 今日の移植, 16(5), 440-450, 2003.
- 10) 平成16年度厚生労働省特別研究事業「生体肝移植における肝提供者の提供術後の状況に関する研究(主任研究者:里見進)」2005.4月. 平成16年度総括・分担研究者報告書.
- 11) 平成17年度厚生労働省特別研究事業「生体肝移植ドナーの安全性とケアの向上の為の研究(主任研究者;里見進)」2006年4月. 平成17年度総括・分担研究者報告書.
- 12) 浦田浩一:肝硬変合併肝癌に対する生体肝移植. 日本外科学会雑誌, 105巻臨増, 423, 2004.

研究報告

看護学生のプレパレーション演習レポートの分析

—腰椎穿刺を受ける子どものプレパレーション—

白坂真紀 桑田弘美

滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

本研究の目的は、看護学生が、腰椎穿刺を受ける幼児へのプレパレーションを行う際にどのような内容を記載しているかを明らかにし、その考察から今後の教育方法を検討することである。研究方法は、専門科目である育成期小児看護学の講義を終了した看護大学3年生を対象とし、課題「腰椎穿刺を行う5歳男児へのプレパレーション」のレポート内容について質的記述的方法を用いて分析した。その結果、学生の多く（半数以上）が記載していた内容は「検査する理由」「注射方法と穿刺部位」「検査中の体位のとり方」「看護師が行う体位固定」「皮膚刺激や痛みの特性」「子どもへの励ましと応援」であった。しかし、「検査前の絶飲食」「検査前の排泄の促し」「検査後の観察」「検査後の合併症予防」について記述している学生は半分に満たなかった。今後、学生が検査前後の看護についても考えることができるよう教育方法を充実させることが課題である。

キーワード：プレパレーション、看護学生、腰椎穿刺、幼児

はじめに

プレパレーション(preparation, 心理的準備)とは、治療や検査を受ける子どもに対し、認知発達に応じた方法で病気、入院、手術、検査、その他の処置について説明を行い、子どもや親の対処能力(がんばろうとする意欲)を引き出すような環境および機会を与えることである¹⁾。手術や検査、治療などを子どもと家族が主体的に取り組めるように、説明や疑似体験を通して心理的準備を援助することは、小児看護に特有の看護技術である。1989年、国連総会において子どもの権利条約が採択されて以降、日本では1994年に批准し翌年発効された。それを受け医療現場では「子どもの権利」や「子どもの最善の利益」が意識され始め、日本看護協会・看護業務基準では「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」の一つとして「子どもたちは、常に子どもの理解しうる言葉や方法を用いて、治療や看護に対する具体的な説明を受ける権利を有する」²⁾と定められた。本研究の目的は、小児科において頻度が多く侵襲が大きい検査である腰椎穿刺を受ける幼児へのプレパレーションについて、看護学生がどのような内容をレポートに記載しているのかを明らかにすることである。それによりプレパレーションに関する看護学生の理解を考察し、今後の講義と演習のあり方を検討したい。

I 研究方法

1. 研究対象

本学看護学科3年生59名(女性54名、男性5名)のレポートのうち、子どもへのプレパレーションの媒体として作成してきた「パンフレット」及び「紙芝居」の形式で記載していた38名のレポートを分析対象とした。学生は育成期小児看護学の講義を終了した時期にあり、3ヵ月後に始まる領域別臨地実習前の学内演習後であった。教員から学生への腰椎穿刺時の看護については視聴覚教材を用いた講義を行い、プレパレーションの講義を計3コマと学内演習で腰椎穿刺の体位固定の援助を行った。

2. データ収集方法

各学生が提出した課題レポート(A4サイズの用紙1枚)をデータとした。課題は「腰椎穿刺を受ける5歳男児へのプレパレーションを考える」である。

3. 分析方法

分析はレポートを精読し、質的記述的方法を用いて研究者2名で行った。レポート中の表現を忠実に要約(コード化)し、意味内容の共通事項ごとにサブカテゴリーとして命名し、さらにそれを抽象化しカテゴリーとした。

4. 研究期間

研究期間は2009年7月～2009年12月である。

5. 倫理的配慮

教員より学生へ下記内容を講義中に口頭で説明し、同意を得た。①研究の目的②研究への協力は任意(自由意思)であり、参加の有無は成績に影響しない③データ(レポート)は個人が特定されないように取り扱う④データは、研究終了後、各個人へ返却する。

6. プレパレーションの講義と学内演習の概略

- 1) 講義1コマ目: プレパレーションの概要と展開方法を講義し、プレパレーションに使用する媒体(モデル)の紹介を行った。
- 2) 講義2・3コマ目: 「化学療法を受けている子どもの感染予防への援助」を課題としたグループワークを行い、グループごとにパンフレットの作成とロールプレイによる発表会を実施し、方法や工夫などを討議し、実践への理解を深めてもらった。
- 3) 学内演習: 学生同士で患児役と看護師役になり、腰椎穿刺の体位固定の演習を行った上で、本研究の対象レポート「腰椎穿刺を受ける子どもへの(5歳男児)プレパレーション」を課題とした。

II 結果

1. 腰椎穿刺を受ける子どものプレパレーション内容
研究目的に沿って分析した結果、342のコードを抽出し、そこから25のサブカテゴリーと5つのカテゴリーがあげられた(表1参照)。ここでは、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを〈 〉、コードを〔 〕で示す。5つのカテゴリーでは【C. 検査中の説明】が最もコード数が多く、次いで【A. 検査の概要】、【E. 子どもへの奨励】、【B. 検査前の説明】、【D. 検査後の説明】の順であった(表2参照)。

1) 【A. 検査の概要/75コード】

3つのサブカテゴリーがあり、最も多かったのが「髄液を採って検査することと治療すること」など〈検査する理由/32名〉について記載していた。次に「穿刺は注射のようなもの」など〈注射方法と穿刺部位/25名〉について説明していた。また、「看護師さんの話をよく聞こう」という〈注意喚起〉をしている学生が1名いた。

2) 【B. 検査前の説明/32コード】

4つのサブカテゴリーがあり、記載の多い順から〈検査前の排泄の促し/17名〉、〈検査前の絶飲食/9名〉、〈検査する場所/3名〉であった。また、「好きな玩具を持って行こう」と〈検査中のディストラ

クションの準備/1名〉を促す学生がいた。

3) 【C. 検査中の説明/142コード】

10のサブカテゴリーがあり、その内容として多かったのは「エビさんのように丸くなる」など〈検査中の体位のとり方/32名〉についての記述であり、子どもが検査中にどのような行動をとればよいのかを具体的に表していた。次いで「看護師が体を支えるよ」という〈看護師が行う体位固定/25名〉や「ちょっとチクットするよ」などの〈皮膚刺激や痛みの特性/22名〉について説明していた。また、〈検査時の消毒方法/15名〉や「検査が終わるまでじっとしててね」という〈検査中の体動制限/12名〉、〈穿刺後の消毒と絆創膏貼付/7名〉、「痛かったら教えてね」など〈異常発生時への対処方法/5名〉、〈脱衣の指示/3名〉、〈消毒箇所の保護/1名〉、〈検査の手順/1名〉であった。

4) 【D. 検査後の説明/26コード】

4つのサブカテゴリーがあり、最も多かったのは「終わったらゆっくり休んでね」など〈検査後の安静の指示/14名〉であり、検査後の子どもの行動について説明していた。次いで〈検査後の合併症予防/7名〉、〈検査後の観察/2名〉と、検査後の観察や合併症予防のための記述をしている学生は少数であった。また〈絶飲食の解除時期/1名〉があった。

5) 【E. 子どもへの奨励/67コード】

4つのサブカテゴリーがあり、〈子どもへの励ましと応援/25名〉が最多で、順に〈子どもへの称賛/17名〉、検査の方法が「わかったかな?」という〈子どもの理解の促し/5名〉であった。また、「飲食できないのはつらいね」という〈子どもへの共感/1名〉を示す学生がいた。

2. 表現方法

すべてのレポートに子どもが興味を持つようなアニメやオリジナルキャラクターの絵が描かれていた。文字は、平仮名を用いフリガナを付けている学生は35名(92.1%)であった。矢印を用いて検査の手順を示し、字の大きさなど見やすさを配慮していた。

III 考察

学生が最も多く記載していた内容は〈検査する理由〉と〈検査中の体位のとり方〉についてであった。幼児後期(3-7歳)の子どもは、ピアジェの認知発

達理論の空想的・魔術的思考の段階（前操作期）にあたる。この時期の小児の思考の特徴として、自分が病気になったり医療処置を受けなければならないのは、自分が悪いことをしたことの結果と考えやすく、説明の中でそうではないと小児に伝える必要がある³⁾。学生はこの時期の子どもの発達の特徴を理解したうえで、検査する理由を明示していると思われた。プレパレーション実施のポイントとして、抽象的な説明を行うよりも「子どもが具体的にどのような行動をとればよいか」を伝えるよう講義した。この講義の知識と、学内演習において学生同士で腰椎穿刺の体位固定を行った実践とを結びつけることができた。実際に子どもがどのようにすれば検査がうまくいくのかという視点で理解したものと考える。

2番目に多かった内容は〈注射方法と穿刺部位〉、〈看護師が行う体位固定〉、〈子どもへの励ましと応援〉であった。腰椎穿刺検査の中心的内容である〈注射方法と穿刺部位〉について触れていない学生もいるが、プレパレーションには完璧なマニュアルがあるというわけではない。それが道徳的・倫理的に重要な部分を占める¹⁾ことを学生が認識していることが大切である。臨床においてプレパレーションを実施する際には、子どもの理解度や家族の支援状況などのアセスメントを行ったうえでその方法を決定する。そのため、何を、どこまで、どのように説明するかは対象によって異なり、様々な方法が存在するといえる。〈看護師が行う体位固定〉に関しては、「看護師さんが支えているから大丈夫」というように看護師が検査中に子どものそばについて体を支えるという、子どもの安心を促す看護が示されていた。子どものがんばりを引き出しそれを持続させる援助としての〈子どもへの励ましと応援〉の内容は多くの学生が表示できていた。しかし、〈子どもへの称賛〉を書いている学生は半数に満たなかったため、「褒める」援助の有用性を強調していきたい。「子どもと両親は、プレパレーション過程全体を通じて自分の情動を表出するよう励まされるべきである」⁴⁾が、それに関連する〈子どもの理解の促し〉や〈子どもへ共感〉が示されている内容は僅かであった。これらの重要性をより具体的に学生に伝えていく必要性を感じた。

3番目に多かったのは〈皮膚刺激や痛みの特性〉

の記載であった。トムソンらが提唱するプレパレーションの基本的ガイドラインの「子どもが経験すると思われる感覚に力点がおかれるべきである」⁴⁾より、子どもが検査中に体験する冷たさや痛みなどの感覚について学生が伝えようとしていたと思われた。

表現の方法については、イラストや平仮名を使用するなど、子どもが親しみやすく理解が進むような工夫と配慮が見られ、評価できた。

全体的には、最も重要である「検査中の説明」についての学生の記載は充実しており評価できた。それに比べると「検査前後の説明」に関しての記述は少なかった。子どもへのプレパレーションは、子どもの認知能力に合わせ家族の支援状況を考慮して提供する必要があり、5歳の幼児であれば「子どもにしてほしい行動を具体的に示し協力を得ること」が重要である。そのため、検査前の準備としての「排泄の促し」と「絶飲食」、検査後の看護としての「観察」や「検査後の合併症予防のための安静」、「絶飲食の解除時期」の説明の充実も含め、より具体的なプレパレーションの方法について検討したい。

まとめ

腰椎穿刺を受ける幼児へのプレパレーションについて看護学生が重要視した内容を明らかにし、講義課題を検討した。

1. 学生が最も重要視していたのは「検査する理由」と「検査中の体位の取り方」についてであった。
2. 検査の前後に子どもがとる具体的な行動について、より子どもの立場に立って考えることができる教育方法を充実させることが課題である。

文献

- 1) 田中恭子, プレパレーションの5段階について, 小児看護 31 (5), 542, へるす出版, 2008
- 2) 日本看護協会・編, 日本看護協会看護業務基準集 2005年, 日本看護協会出版会, 東京, 30-37, 2005
- 3) 今野美紀・二宮啓子, 小児看護技術 子どもと家族の力を引き出す技, 54, 南江堂, 2009
- 4) Thompson, RH Stanford, G. (小林登監修, 野村みどり監訳), 病院におけるチャイルドライフ; 子どもの心を支える“遊び”プログラム, 27-39, 中央法規出版, 2000
- 5) 野中淳子, 改訂子どもの看護技術, へるす出版, 2007

表 1. 腰椎穿刺を受ける子どもへのプレパレーション内容

| カテゴリー(コード数) | サブカテゴリー:人数 (コード数) | コードの一部 |
|--------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|
| A. 検査の概要 (75) | a. 検査する理由:32(43) | 腰椎穿刺は検査と治療のためなんだ/病気を治すために注射をするよ/体を調べて悪いやつらをやっつけよう |
| | b. 注射方法と穿刺部位:25(31) | 穿刺は注射のようなもの/おしりと背中の方に注射します/先生が注射器でちくちくします |
| | c. 注意喚起:1(1) | 看護師さんのお話をよく聞こう |
| B. 検査前の説明 (32) | a. 検査前の排泄の促し:17(17) | 検査前にトイレに行っておこう/うんちとおしっこもしてね |
| | b. 検査前の絶飲食:9(9) | 検査の2時間前には食べたり飲んだりしないでね/検査前2時間は飲食は我慢しよう |
| | c. 検査する場所:3(4) | 看護師さんと一緒にお部屋に行く/医師と看護師のいる処置室に行く |
| | d. 検査中のディストラクションの準備:1(2) | 好きな玩具を持って行く |
| C. 検査中の説明 (142) | a. 検査中の体位のとり方:32(37) | お臍を見て丸くなります/エビさんのように丸くなる |
| | b. 看護師が行う体位固定:25(25) | 看護師さんが○君の体をしっかり支えます/看護師さんが支えているから大丈夫 |
| | c. 皮膚刺激や痛みの特性:22(30) | ちょっとヒンヤリするよ/冷たいけど痛くないよ |
| | d. 検査時の消毒方法:15(15) | 背中を消毒する/ばい菌が入らないように医師が消毒する |
| | e. 検査中の体動制限:12(15) | 検査が終わるまでじっとしてね/検査の間は動かない |
| | f. 穿刺後の消毒と絆創膏貼付:7(7) | 消毒をして絆創膏をするよ/消毒して絆創膏を貼ってお終い |
| | g. 異常発生時の対処方法:5(6) | 痛かったら教えてね/気持ち悪くなったらすぐ言ってね |
| | h. 脱衣の指示:3(3) | 服を脱いでね |
| | i. 消毒箇所の保護:1(2) | 消毒した所を触らない |
| | j. 検査の手順:1(2) | お薬を入れて針を抜いて消毒してガーゼをはります |
| D. 検査後の説明 (26) | a. 検査後の安静の指示:14(14) | 終わったら30分~1時間お休みしようね/ゆっくり休んでね |
| | b. 検査後の合併症予防:7(8) | 枕を外して1時間くらいベッドで安静にしよう/頭を上げると気持ち悪くなったりするからベッドで寝ていてね |
| | c. 検査後の観察:2(3) | 検査後は血圧や体温を測定するよ |
| | d. 絶飲食の解除時期:1(1) | 1時間後は飲食OK |
| E. 子どもへの奨励(67) | a. 子どもへの励ましと応援:25(44) | いっしょにがんばりましょう/いっしょに病気をやっつけよう |
| | b. 子どもへの称賛:17(17) | えらいね/よくやったね、さすがだね |
| | c. 子どもの理解の促し:5(5) | わかったかな?/人形を使ってイメージしよう |
| | d. 子どもへの共感:1(1) | 飲食できないのはつらいね |

表 2. カテゴリーの順位とサブカテゴリー上位3項目 (太字は半数以上の学生が記載した内容)

| 順位 | カテゴリー | サブカテゴリー上位3項目 |
|----|---------|---------------------------------------------------------|
| 1 | 検査中の説明 | 検査中の体位の取り方 32名 / 看護師が行う体位固定 25名 / 皮膚刺激や痛みの特性 22名 |
| 2 | 検査の概要 | 検査する理由 32名 / 注射方法と穿刺部位 25名 / 注意喚起 1名 |
| 3 | 子どもへの奨励 | 子どもへの励ましと応援 25名 / 子どもへの称賛 17名 / 子どもの理解の促し 5名 |
| 4 | 検査前の説明 | 検査前の排泄の促し 17名 / 検査前の絶飲食 9名 / 検査する場所 3名 |
| 5 | 検査後の説明 | 検査後の安静の指示 14名 / 検査後の合併症予防 7名 / 検査後の観察 2名 |

研究報告

認知症高齢者との交流場面における看護学生の心理的特徴

—プロセスレコードによる内容分析—

中野雅子¹ 徳永基与子² 西尾ゆかり³

¹京都市立看護短期大学 ²聖隷クリストファー大学 ³滋賀医科大学

要旨

本研究は、看護学生が認知症高齢者との関係性を構築する実習初期の交流場面の心理的特徴と、その変化のプロセスを明らかにすることを目的とした。特別養護老人ホームにおいて3日間の臨地実習を行った看護学生37名（男子2名女子35名）の印象的だった交流場面のプロセスレコードを、質的に分析しその内容を検討した。分析結果から【訴えを無視せずよく聞く】【納得してもらえらることを大切にす】【必要なことを積極的に声かす】【自尊心が保てるようにかかわる】【その人の趣味・疾患の特徴をよく知っておく】の5つのカテゴリーを抽出することができた。したがって看護学生の心理には、認知症高齢者の意思や納得をよく確認すること、自尊心や特性を尊重する特徴がみられ、困難感や不安感が自らの判断や対応の形成へと変化するプロセスがあった。

キーワード：認知症高齢者 看護学生 プロセスレコード

はじめに

認知症高齢者には記憶障害および認知機能障害に起因する『会話が成立しない』、あるいは『会話は流暢であるが意味内容がかみ合わない』等のコミュニケーション障害があり、しばしばケア場を困難にする状況がある¹⁾。ケア提供者と認知症高齢者間の相互作用についての近年の研究動向は、介護職員の認知症の行動・心理状態の捉え方には、トラブルの軽減を図る『問題解決的捉え方』と、Aさんの居場所がないのはなぜかなど『探索的な捉え方』に二分されることや、認知症高齢者を肯定的に表現するスタッフ間コミュニケーションを実践した効果として、高齢者の気分や応答がよくなり BPSD

(behavioral and psychological symptom of dementia) が減少した²⁾等が報告されている。長谷川ら^{3~4)}は、認知症高齢者の心の向きを知り、それに沿って援助するのが認知症ケアだとするパーソン・センタード・ケア person-centered care が重要だと述べている。

一方看護学生は、事前に認知症高齢者との交流経験が殆んどなく臨地実習に臨むため、実習前は漠然とした不安に基づく否定的イメージがある⁵⁾。しか

し実習後に『その人らしさの保持』、『記憶障害への悲嘆』という具体的イメージに変化し肯定化すると言われている⁶⁾。また『尊厳性』や『親密性』に関する肯定感は学年が上がるにつれ高まり、否定的イメージが次第に緩和されるとも報告された⁷⁾。

本稿では、知識・ケア技法ともに未熟な段階にある看護学生が実習初期に認知症高齢者と交流する場面に着目した。つまり実習終了後学生自身が「特に気になり心に残った交流場面」を一場面選択して振り返り、その経過を再構成し、記述・分析することで学びを深めるが、その記述内容について、認知症高齢者との関係性を構築する初期交流における看護学生の心理的特徴と変化のプロセスを検討した。

研究目的

実習初期の段階において、認知症高齢者との関係性を構築する交流場面での看護学生にはどのような心理的特徴があり、変化のプロセスを経るのかを明らかにする。

研究方法

1. 研究期間と対象

研究期間：平成 20 年 5 月～12 月

研究対象：K 市内の特別養護老人ホームで 3 日間の臨地実習を行った K 短期大学 3 回生 47 名（男子学生 2 名、女子学生 45 名）の看護学生の実習記録

2. 研究方法

質的記述的研究

3. データ収集・分析方法

「特に気になり心に残った場面」の再構成の記述方法は、「あの交流が気にかかっている」、「思ったよりコミュニケーションがうまくとれた（あるいはとれなかった）のはなぜか」、「突然思いがけない発言があったが、どう対応するべきだったか」、「相手の病的体験（例；認知障害）にどう対応したらよかったか」等の「特に気になった場面」を自由に一つ選び、①選んだ場面の説明及び理由②認知症高齢者の方の言動③私が感じたことや考えたこと④私の言動⑤私の分析・考察をプロセスレコード形式で記述したものと、⑥実習後の感想を資料とした。

記述データは、研究者が精読を繰り返し、最小単位の逐語録から意味ある内容をコード化した。さらにコードを類似性に基づきグループ化しサブカテゴリーとし、サブカテゴリーの意味的象徴的言語をシンボリックに抽出し統合することで最終的にコードを抽出した。分析結果の信頼性を確保するため、共同研究者 3 名で分析し、老年看護学教授のスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

事前に京都市立看護短期大学倫理委員会の承認を得た。研究協力者全員に書面で研究の主旨を十分に説明し、協力辞退や中断があっても評価への影響がないことを保障し、自由参加を募った。データの匿名化とカテゴリー化、守秘義務遂行を保障し、同意を得て行った。

結果

1. 研究対象

研究に協力した看護学生 47 名の記録のうち、①～⑥すべての項目に十分な記載があった 37 名分の実習記録とした。

2. 交流場面の特徴に関する分析

37 名が実習後再構成し記述した場面は【訴えを無視せずよく聞く】【納得してもらえることを大切にす】【必要なことを積極的に声かけする】【自尊心が保てるようにかかわる】【その人の趣味・疾患の特徴をよく知っておく】の 5 つのカテゴリーに統合することができた。以下<>はサブカテゴリーとする。

1) 【訴えを無視せずよく聞く】

最も多い 12 名 (32.4%) の記述がこのカテゴリーに含まれ、9 つのサブカテゴリーで構成された。この中には、高齢者の言葉が聞き取りにくく<何度も聞き返してしまった>、あるいは高齢者の話題が急なテンポで変わることによって学生がくなくかついけなかった>や、高齢者から「私の頭あほやし」といった言葉が飛び出したことに学生が驚き、焦り、くうまく返答ができなかったが、傾聴に徹した>が含まれる。これらは学生が戸惑いの中手探りで行った傾聴の実践であったことが窺える。

また、同じ内容の会話が繰り返されることに学生は<一時戸惑うが、思いなおした>場面や、<調査的に質問をせず、傾聴しようと試みた>、「私をたたく人がまた明日来ると言いました」と訴えられ、大丈夫であることを説明しくあくまで辛抱強く関わった>記述がある。つまり学生が自らのコミュニケーションスキルを駆使して関わろうとしている。

また帰宅願望を訴えられる高齢者と園庭を巡ろうとし、ご本人から「もう（施設へ）帰ります」と言われ<意外な体験の>と記述した内容があった。また、当初認知症高齢者に対する緊張があったため、<話すことさえできなかった>が、次第に会話が楽しくなり<傾聴、頷きから更に積極的になるまで、そう時間を要しなかった>と振り返る記述もあった。これらは、学生がとりあえず積極的に一步を踏み出した結果、その先に道が開け、学びにつながった体験の記述と言える。

2) 【納得してもらえることを大切にす】

9 名 (24.3%) の記述がこのカテゴリーに含まれ、5 つのサブカテゴリーで構成された。この中では、事実でない発言を即座に否定し、<すぐ気が付き言

い直した>や、「外で家族が待っているから出たい」と頼まれ、<危険がないように否定せず見守った>や、お守りが一つ足りないとの訴えに、「もともと二つでしたよ」と<辛抱強く説明した>とあった。いずれも、方法論的な確信はないが、ごまかしではない説明が必要との学生の判断がある。

また徘徊や帰宅願望に対し、介護士のアドバイスによる「食事をしてから行きましょう」という言葉や、手を握るタッチングを学び<安心感への工夫を試みた>記述があった。また、何度も「ぶりを冷蔵庫から出してきて」と頼まれ、「待っててください」と気を紛らす対応を繰り返し、別の高齢者の方から「わがまま言わんときなさい」と言ってくもらい、<入所者に助けられた思い>と記述している。

3) 【必要なことを積極的に声かけする】

6名(16.2%)の記述がこのカテゴリーに含まれ、7つのサブカテゴリーで構成された。この中には、施設への支払いを気にされる方に「今日のお泊りはここですよ。お金の心配ありません」と声をかけ、<安心される言葉がわかった>や、「ここから出て行って」と言われすぐ出てしまったが、「お話しませんか」と<話題を変えて言うべきと反省した>が含まれている。

更に、帰宅願望から学生への‘引っ掻く’あるいは‘たたく’行為があったが、その場から逃げず「今日はここにお泊りですよ」と静かに伝え続け、引き続き食事介助をするうちに‘引っ掻く’、‘たたく’行為が次第におさまったことを体験し<逃げなかったことで信頼し安心してもらえた実感>としていた。

また入浴を嫌がられ、転倒の危険が高まった場面で、やはり認知症の方にも一つ一つの動作に声かけをし、不安の除去に努めることが必要だったと学生が感じていた場面があった。これらは、ケアの基本である<‘声かけ’が不安の除去として例外なく必要であることを学んだ>例であった。

一方学生の方から帰宅願望の高齢者へ積極的に気分が変わるような言葉かけをしてみたが、聞いてもらえず、最後に「私と一緒にいてくださいお願いします」と<率直に言ったことで承諾していただけた

>経験もあった。また、「寝たいけど、どうしたらいいかわからん」と悩まれるため「ここで寝ていいですよ」「お金の心配はいりません」と<説明的に言うと、安心し納得してもらえた>とあった。

また「おしぼり作りをお願いします」と言ったところ「私にばかり頼まないで」と拒否され、役割が生きがいとなるときもあれば、負担となるときもあり、<意思を確認する必要性を感じる>とあった。

4) 【自尊心が保てるようにかかわる】

6名(16.2%)の記述がこのカテゴリーに含まれた。ある学生は排泄介助中「離して」と叫ばれ、<羞恥心からの拒否との気づき>があった。また架空の話で京都見物を勧められ、架空で名所を説明してもらい高齢者に満足され、<人に役立つことに精神的な満足があると気づかされた>、聞き取りにくい言葉で話される方に対し、<聞き返してばかりは失礼だと悩む>記述が見られる。

また「あとは死ぬのを待つだけ」との発言に出合い、「趣味のことで人に教えてあげたりしましょう」と学生は励ましく自分の言葉は無理に話をそらしたただけだったと感じる>場面もあった。

5) 【その人の趣味や特徴をよく知っておく】

4名(10.8%)の記述がこのカテゴリーに含まれ、4つのサブカテゴリーで構成された。

ある学生は、パン食である高齢者が牛乳とお茶両方にパンを浸す行為に、<‘こだわり行為’が存在する>と認めている。

また高齢者が運動し<身体を動かすことで生きがいにつながる>と学生が感じる場面の記述があった。さらに、入浴介助の脱衣時に「服を脱いでください」との声かけだけでは行動に移せなかった高齢者が、最初に少し手をかけると、その後はスムーズに自立して行えるとわかり、<認知症のコミュニケーション障害の奥深さを再認識した>場面もあった。

また、爪のおしゃれをしている方に、爪を話題に話しかけ笑顔に出会い、<認知症の方におしゃれは関係ないとの考えには何の根拠もない>と学生が気づいた場面があった。

考察

看護学生と認知症高齢者間には、世代間の隔たりや認知症によるコミュニケーション障害の問題があり、学ぶべきことは少なくない⁸⁻⁹⁾。

今回多くの学生が、認知症高齢者との関係性を構築する初期の段階で、わからないことに戸惑い高齢者の言葉や行動に驚きつつ【訴えを無視せずよく聞く】関わり、すなわち相手をよく知ることが重要だとの心理が先行していた。そして「自分の行動やコミュニケーションの取り方はこれでよかったのだろうか」と自問している。一方対象が認知症高齢者であっても、様々な場面で、わかってもらえるための働きかけが大切だとの意識が出てきており、【納得してもらえることを大切にすることや必要なことはむしろ積極的に声かけすることが重要だったと気付いていくプロセスが続いていた。このことは、認知症のみを意識したかわりから一歩前進して思考しているといえる。また【必要なことを積極的に声かけする】など、相互理解を求める意識が芽生えており、これまで体験しなかった高齢者の‘たたく’などの行為にも辛抱強く対処し、行為が収まることを待っている。また【自尊心が保てるようにかかわる】や【その人の趣味・疾患の特徴をよく知っておく】とのカテゴリーには、自尊心を支え個人特性を知ろうとする心理がみられているが、自分の相手への言葉は無理に話をそらしたただだったと感じたり、認知症のコミュニケーション障害が関わり方による変化があり、奥深さを再認識している。しかし困難感や不安感が学生自身の判断や対応の形成へと変化するプロセスがみられる。

さらに、高齢者の自尊心が保てるようにかかわる必要性への気づきやその人の趣味・疾患の特徴を知っておく必要性があったとの結論付けは、認知症ケアにおける『尊厳を支える』、つまり認知症があったとしても、本人が望む生活を安全に安心して継続してもらえるように努力目標をあげる心理が芽生えてきたことが推測できた。

今回は、看護学生が高齢者との関係性を築くについて不慣れな初期段階での検討であった。今後はさ

らに対象者数を増やし、言語・非言語的な交流手段別に分析し、看護学生の認知症高齢者との交流の特徴を明らかにし課題についての検討が必要であると考える。

謝辞

本研究に協力してくれた学生と実習施設の皆様に深く感謝申し上げます。また、老年看護学の見地からスーパーバイズして頂いた滋賀医科大学医学部看護学科老年看護学の太田節子教授に感謝致します。

文献

- 1) 長畑多代,松田千登勢:介護老人施設で働く看護師の痴呆症状に対するとらえ方と対応.老年看護学,8(1),2003
- 2) 湯浅美千代,野口美和子:認知症を有する高齢者を肯定的に表現する職員間コミュニケーションの効果.日本老年看護学,10(2),2006
- 3) 長谷川和夫:認知症ケアの理念.(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,21-28,ワールドプランニング,東京,2005
- 4) 水野裕:Quality of Care をどう考えるか,Dementia Care Mapping(DCM)をめぐって,老年精神医学雑誌,15,1384-1391,2004
- 5) 木村清美,尾島喜代美:老年看護学実習前後における看護学生のイメージの変化 高齢者、認知症高齢者、高齢者看護のイメージ.高崎健康福祉大学紀要,8,25-35.2009
- 6) 田中敦子,鳴海喜代子:認知症高齢者への受容的感情とその影響要因に関する縦断的調査.埼玉県立大学紀要,7,59-66,2006
- 7) 上野まり,廣川聖:認知症高齢者のグループホームでの一日実習における看護学生の学び(第1報)学生の実習記録から.神奈川県立保健福祉大学誌,6(1),3-11,2009
- 8) 佐藤敏子:老年看護教育において世代間交流を学ぶ意義.老年看護学,10(2),2006
- 9) 清水裕子:看護学生の老年者との対話の問題と特徴.老年看護学,11(2),2007

研究報告

高齢者看護学実習における4日間の学習の特徴 —回復期リハビリテーション病棟実習記録より—

西尾 ゆかり¹, 岩佐 文代², 岸 友里², 森 みどり², 横井 沙智子²,
岡田 みのり², 田中 冴子², 橋村 宏美², 太田 節子¹

¹滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座, ²滋賀医科大学医学部附属病院看護部

要旨

本研究の目的は、高齢者看護学実習において看護学生が高齢者看護ケアを学ぶ過程の特徴を明らかにすることである。研究協力を承諾した看護学生の実習記録を対象とし、分析は学生の実習記録を精読し、一文一意味の文章に要約しコードとした。さらにコードを研究目的にそって分類・整理し、それらをカテゴリー化した。その結果、実習1日目は【臨地実習に対する緊張を覚悟する】【患者の状態を予測する】【手さぐりでケアを実践する】【受け持ち患者へのケアの方針を立てる】等の7カテゴリー、実習2日目は【受け持ち患者と他学生の患者を観察する】【知識と情報を統合し患者理解が深まる】【患者に合わせたケア方法を模索し判断する】【モデルを手がかりにケアを実践する】等の7カテゴリー、実習3日目は【患者の立場に同化し患者理解がより深まる】【患者に合わせたケアを実践する】【看護の役割を実感し喜ぶ】【適切なケア方法の判断に困惑し疑問を持つ】等の8カテゴリー、実習4日目は【看護過程を理解し、ケア実践の評価と修正を行う】等の6カテゴリーが抽出された。実習初期である3日目までに、学生の患者への関心を高めて学習活動への適応へと導く教授活動が重要であると考えられる。

キーワード: 高齢者看護学実習、学生、実習記録、高齢者看護ケア

はじめに

看護基礎教育における臨地実習は、学生にとって教室内で学んだ知識・理論・技術を駆使するという体験に、看護の意味を問い、実践能力を身につける授業の一形態である。安酸¹⁾は、看護学実習を学生の経験から始まる授業であるとし、臨床の中にどっぷりつかるという直接的経験を推奨している。そして、学生の主体的な学習意欲を喚起する教育方法として、学生の経験そのものを重要視している。

高齢者は、他の年齢層に比べ、個人差が非常に大きい。そのため、高齢者看護は複雑であり、部分的で一面的な見方では偏りがあり、広い視野で個人や集団、地域社会にアプローチしていくことが大切である²⁾。本学高齢者看護学実習では、1週間の病棟実習において複数受け持ち方式を導入している。その効果として、学生は援助技術体験が増え、異なるタイプの患者と関わることで視野が広がり、受け持ち患者の個性をより理解することができること等が明らかとなった³⁾。

高齢者看護学実習における学生を対象とした研究^{4) - 6)}では、学生の学びを明らかにしているが、高齢者看護を学ぶ過程については、明らかにされていない。学生が、臨地実習において何を体験し、どのように高齢者への看護ケアを学んでいるのかを日々振り返り、記述することで、学生の高齢者看護ケアを学ぶ日々の特徴が見出されるのではないかと考えた。そこで、本研究の目的は、高齢者看護学実習において学生が高齢者看護ケアを学ぶ特徴を実習日毎に明らかにし、より効果的な臨地実習指

導の方法を検討することとする。

実習の概要

1. 高齢者看護学実習の病棟実習は、1週間（1単位）としている。
2. 回復期リハビリテーション病棟にて行い、患者1名を受け持つ。また、1グループ6名の学生をペアとし、受け持ち患者のケアを主としながらペア学生の患者の看護計画・ケアへも参加する⁶⁾。ペア学生は、健康障害のレベルが異なる患者を指導者が割り当て、学生の援助技術の経験の偏りを少なくした。

研究方法

研究デザイン：質的記述的研究

研究対象：高齢者看護学実習を修了した第3学年の学生32名のうち、研究者がランダムに抽出し、研究の趣旨を説明し、研究協力を承諾を得られた学生6名の実習記録。

データ収集：その日受けた指導やケア実施内容を整理し、翌日の実習に活かすことを目的に、実習1日目から4日目の実習終了後、学生に学びと振り返りを記述してもらう。

分析方法：実習記録を精読し、一文一意味の文章に要約し、コード化する。これらのコードを研究目的の視点に沿って分類・整理してカテゴリー化し、カテゴリー間の関連性を構造化する。

用語の操作的定義：

高齢者看護ケア; 学生が入院中の高齢者患者に関心を向け、患者の安全やニーズの充足のために間接的・直接的な働きかけをすること。

倫理的配慮: 学生に口頭にて研究目的、方法、研究協力は任意であり、成績には無関係であることを説明し、データは学生を特定できないようにした。また、データは研究以外に使用せず、研究終了後は裁断処理することを説明して承諾を得た。

結果および考察

1. 対象者の概要

学生6名は、全員女性であった。受け持ち患者は、整形疾患患者3名、脳神経疾患患者3名であった。

2. 実習日による学びの特徴

学生6名の実習記録より、看護ケアの学びの特徴として抽出されたコードを分析した結果、実習初日から4日目までに6~8つのカテゴリーが抽出された。カテゴリーを【】、サブカテゴリーを<>、コードを「」で示す。以下、実習日による学びの特徴を示す。

1) 実習1日目の学びの特徴 (表1)

学生は、「多職種の連携」や「患者の日常行動すべてがリハビリである」という<回復期リハビリ病棟の特性を理解>していた。また、「環境整備は転倒予防のためでもある」ことに気づき、<環境整備の意味を考える>などの【リハビリ看護について学びを深め】ていた。一方、患者を直接介助せず、患者のできることを見出し「見守る」という判断が難しいという【リハビリ看護の難しさ】も感じていた。そして、ベッドサイドで受け持ち患者を観察する等【カルテや患者・看護師等を観察することにより情報収集】し、カーテンを支えにする「患者の移動場面」や「リハビリを継続している」ことから<転倒リスクや回復につながるのではないかと【患者の状態を予測】していた。また、<患者やスタッフの状況から自分のすべきケアを判断>し、<患者が高齢者であることを意識>しながら誤嚥予防や転倒予防のケアを

【手さぐりで実践】していた。そして、麻痺による口腔内残渣がある等の情報から「口腔ケアや転倒予防」、「退院後の不安があるので傾聴する」等の【受け持ち患者へのケアの方針】を立てていた。学生は、既習の知識をもとに、高齢や疾病による障害を観察し、転倒・誤嚥のリスクが高いことをアセスメントし、受け持ち患者への個別看護の目標を初日から見出すことができたと考える。また、身体面だけでなく、退院後の生活への不安といった心理・社会面についてもアセスメントし、傾聴するというケア計画を立てることができていた。

2) 実習2日目の学びの特徴 (表2)

学生は、【受け持ち患者と他学生の患者を観察】していた。これは、本実習で実施している複数患者受け持ち

方式によりタイプの異なる患者を学ぼうとする機会³⁾を活用していたと考える。また、学生は前日の患者と比較して<患者の変化>に気づき、既習の“できるADL”と“しているADL”といった<知識の理解が深まる>ことで【知識と情報を統合し患者理解】を深めていた。さらに、リハビリ見学によって移動の援助方法を考える等の【患者に合わせたケア方法を模索し判断】していた。学生は、実習1日目の患者と比較して患者の変化に気づき、受け持ち患者を通して既習の知識を実習の場で確認し、統合することで理解を深め、患者個人へのケア方法を判断していたと思われる。このことから、学生が学内で学んだ高齢者の一般的な特徴から患者個人の特徴として理解できるように支援していくことが必要であると考える。

学生は、実習1日目において、スタッフを観察するままだに【手さぐりでケアを実践】していたが、実習2日目では、<臨床指導者のケア方法>を観察し、その【モデルを手がかりにケアを実践】していた。学生は臨床指導者や教員をモデルとして見出し、技術や態度を模倣することによって、その特徴を自分の中に取り入れようとしている学習活動⁷⁾が本研究でも明らかとなった。

3) 実習3日目の学びの特徴 (表3)

学生は、「患者の立場で考える」ことや「患者の大切にしているものを知る」ことによって、【患者の立場に同化し患者理解がより深まる】ことができていた。これは、学生が受け持ち患者の問題現象に専心し、苦痛や生活へ共感することで、より高齢者の社会的な側面を理解することができていたと考える。また、学生は【患者の意思を尊重しながら適切なケア方法を判断】し、【患者に合わせたケアを実践】、【ケア実践の評価と修正】を行っていた。そして、【看護の役割を実感し喜び】を感じていた。井上ら⁸⁾が述べているように、実習初期は特に患者への関心等を高める学習活動を導くことや、生活者として学生の感情や意識を喚起させ、それを承認する教授活動が重要であると考える。

【患者への適切なケア方法の判断に困惑し疑問】を持った学生がいた。ある学生は、計画した自立へのケア(病棟でのリハビリ)を患者の午睡によって、思うように進められないことに困惑していた。高齢者の日中の仮眠は休息として必要であるという既習の知識と、一方で筋力低下等の防止のための活動が必要であるという知識を用いて、どのように対応すればよいのか疑問を抱いていた。この経験は、教室では得られない実習ならではの学びの機会である。この学生の疑問を起点に、問題解決への方向付けをする教授活動が、より学生が成長できる機会にもなるのではないかと考える。

4) 実習4日目の学びの特徴 (表4)

学生は、3日目と同様に【患者を観察】し、【患者の立場に同化し患者理解】をより深め、【患者の意思を尊重

しながら患者に合わせたケアを**実践**していた。そして、受け持ち患者を通して、既習の【看護過程を理解し、ケア実践の評価と修正】をしていた。実習の場で日々重ねた学びを踏まえ、高齢者への看護ケア方法を計画し、実践を繰り返すことで、学生は短期間で既習の【看護過程を理解】することができていたのではないかと考える。また、リハビリ病棟の入院患者は、外科や内科病棟の患者に比べ、疾患の症状に緊急を要することや複雑な治療や検査等が稀であるため、学生にとって緊張が緩和されやすく、短期間の実習でも、看護展開が理解しやすいのではないと思われる。

実習4日目の学びは、実習3日目とあまり変化がみられなかった。そのため、看護過程の展開においても、実習3日目までの初期から、患者への関心を高めて学習活動への適応へ導く教授活動が重要であると考えられる。また、カンファレンスからも学習活動が促進していたと考えられる。カンファレンスの展開の効果も、教員の力量に影響される⁹⁾ため、学生の学びの特徴を日々把握し、学習の方向付けを行うことが重要になると示唆される。

結論

学生の記述した実習記録より、高齢者看護ケアを学ぶ過程の特徴について以下のことが明らかとなった。

1. 実習1日目は【臨地実習に対する緊張を覚悟する】【患者の状態を予測する】【受け持ち患者へのケアの方針を立てる】等の7カテゴリー、実習2日目は【受け持ち患者と他学生の患者を観察する】【知識と情報を統合し患者理解が深まる】【患者に合わせたケア方法を模索し判断する】【モデルを手がかりにケアを実践する】等の7カテゴリーが抽出された。実習3日目は【患者の立場に同化し患者理解がより深まる】【看護の役割を実感し喜ぶ】【適切なケア方法の判断に困惑し疑問を持つ】等の8カテゴリー、実習4日目は【看護過程を理解し、ケア実践の評価と修正を行う】等の6カテゴリーが抽出された。
2. 実習初期である3日目までに、学生の患者への関心を高めて学習活動への適応へと導く教授活動が重要であることが示唆された。

謝辞

本研究にあたり、調査にご協力してくださいました学生の方々に厚くお礼申し上げます。

文献

- 1) 安酸史子：経験型実習教育の考え方. Qual Nurs, 5, 568-576, 1999.
- 2) 奥野茂代, 大西和子：老年看護学 I 老年看護学概論. 6, ヌーヴェルヒロカワ, 東京, 2006.
- 3) 西尾ゆかり, 太田節子, 菅浦真以, 萩原淳子：高齢者看護学実習における学生の複数患者受け持ち方式の検討. 滋賀医科大学看護学ジャーナル, 7 (1), 34-37, 2008.
- 4) 鈴木純恵, 丹下幸子, 細矢智子, 土屋陽子, 市村久美子, 金子昌子, 堀内ふき, 黒木淳子：成人・老人看護学実習における学生の学び—リハビリテーション看護領域の実習感想文より—. 茨城県立医療大学紀要, 9, 119-131, 2004.
- 5) 永山弘子, 市村久美子, 黒木淳子, 宮林幸江, 丹下幸子, 角智美, 堀内ふき：リハビリテーション看護学実習における学生の学び—学生の実習記録から—. 茨城県立医療大学紀要, 10, 85-95, 2005.
- 6) 永山弘子, 市村久美子, 秋野恵理：新カリキュラムにおけるリハビリテーション看護実習の学生の学び—学生の実習記録から—. 茨城県立医療大学紀要, 11, 99-108, 2006.
- 7) 山下暢子, 定廣和香子, 舟島なをみ：看護学実習における学生行動の概念化. 看護学教育学研究, 12 (1), 15-28, 2003.
- 8) 井上映子, 峯薫, 齋藤やよい：リハビリテーション看護実習における学生の意味化した経験の構造. The Kitakanto Medical Journal 155 (3), 225-234, 2005.
- 9) 正木治恵, 野口美和子, 湯浅美千代, 佐藤弘美, 黒田久美子：臨床実習カンファレンスの展開分析. 千葉大学看護学部紀要, 19, 27-34, 1997.

表1. 実習1日目の学びの特徴

| | カテゴリー | サブカテゴリー | コード |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 実 習 1 日 目 の 特 徴 | リハビリ看護について学びを深める | 回復期リハビリ病棟の特性を理解する | 多職種が連携している/日常生活行動すべてがリハビリである |
| | | 環境整備の意味を考える | 環境整備は転倒予防のためでもあることに気づく |
| | リハビリ看護の難しさを感じる | 「見守る」という判断が難しいと感じる | 患者のできることを見出し見守るか介助するか判断が難しいと思う |
| | 臨地実習に対する緊張を知覚する | 実習に対する緊張を感じる | 異なる実習で患者を受け持つことに緊張する |
| | | 患者との対面後、緊張が緩和する | 患者が笑顔で受け入れてくれ、ホッとする |
| | カルテや患者・看護師等を観察することにより情報収集する | カルテから情報収集する | カルテから情報収集する |
| | | 受け持ち患者を観察する | ベッドサイドやリハビリ見学で受け持ち患者を観察する |
| | | 看護師や病棟スタッフを観察する | 食事介助やリハビリ時の看護師やスタッフを観察する |
| | 患者の状態を予測する | 患者の転倒リスクや回復を予測する | 患者の移動場面を観察し転倒するのではないかとと思う/リハビリを継続することで、回復につながると思う |
| | 受け持ち患者へのケアの方針(枠組み)を立てる | 観察により患者理解を深めることを願う | リハビリ見学や病棟での行動を観察しケアに活かしたい |
| | | 患者に合わせたケア実践ができることを願う | 患者に合わせた転倒予防や口腔ケア等のケア実践ができるようになりたい |
| | | ケアの方針を考える | 転倒予防のためベッド周囲の環境に注意する/散歩など活動を取り入れることをひらめく/退院後の不安があるので傾聴する |
| | 手さぐりでケアを実践する | 患者やスタッフの状況から自分のすべきケアを判断し、手探りで実施する | 食事介助やリハビリの見学中に、スタッフの状況を見ながら、自分ができる援助はなにか考え、実施する |
| | | 患者が高齢者であることを意識する | 高齢患者であるため、誤嚥をしないように注意する |

表2. 実習2日目の学びの特徴

| | カテゴリー | サブカテゴリー | コード |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|---------------|
| 実 習 2 日 目 の 特 徴 | 患者の反応に対する戸惑いや安心を感じる | 患者の反応に戸惑う | 患者の体調が悪く、戸惑う |
| | | 患者の反応に安心する | 患者の体調が良く、安心する |
| 受け持ち患者と他学生の患者を観察する | 受け持ち患者を観察する | ベッドサイドやリハビリ見学等で受け持ち患者を観察する | |
| | 他学生の患者を観察する | ベア学生の患者を観察する | |
| 知識と情報を統合し、患者理解が深まる | 患者の変化に気づく | 観察により、昨日と比較して患者の変化に気づく | |
| | 知識の理解が深まる | “できるADL”と“しているADL”をより理解する | |
| | 情報と知識を統合して患者を理解する | 観察して得た情報と既習の知識を統合して患者を理解する | |
| 患者に合わせたケア方法を模索し判断する | 患者に合わせたケア方法を模索する | リハビリ中の患者の様子から、移動方法を考える | |
| | 患者に合わせたケア方法を判断する | 患者の生活行動やリハビリを観察し、介助方法を判断する | |
| モデルを手がかりにケアを実施する | 臨床指導者のケア方法をモデルにケアを実施する | 臨床指導者のケア方法をもとにケアを実践する | |
| 自分のケア技術に対する無力感や技術不足を感じる | ケア技術不足や無力感を感じる | うまく実践できず、自分の技術不足を感じる/無力さを感じる | |
| | ケア方法の判断に難しさを感じる | 場合に応じたケア方法を判断することが難しいと感じる | |
| 振り返りやカンファレンスにより具体的なケア方法を判断する | ケア実践を振り返り、評価する | 患者の反応からケア実践を振り返り評価する | |
| | 具体的なケア方法を考える | 患者の動線を考えて環境整備する方法を考える/リハビリ意欲を維持できるような声かけの方法を考える | |
| | カンファレンスにより視野が広がる | カンファレンスから、視野を広げたケア方法を考える | |

表3. 実習3日目の学びの特徴

| | カテゴリー | サブカテゴリー | コード |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| 実 習 3 日 目 の 特 徴 | 患者の反応に一喜一憂する | 患者の反応に安心・喜び・驚きを感じる | 患者の反応に安心し、よろこぶ／患者の反応に驚く |
| | 患者を観察する | 受け持ち患者を観察する | ベッドサイドやリハビリ等で受け持ち患者を観察する |
| | | 他の患者を観察する | 受け持ち患者と同室の患者を観察する |
| | 患者の立場に同化し、患者理解がより深まる | 患者の立場に同化する | 患者の立場になって考える |
| | | 患者の変化に気づく | 患者が変化していることに気づく |
| | | 患者を理解する | 患者の状態を理解する（アセスメントする） |
| | | 患者の状態を予測する | 患者の移動場面から、転倒のリスクを予測する |
| | 患者の意思を尊重しながら適切なケア方法を判断する | 患者の意思を尊重しながら、患者に合わせたケア方法を考える | 患者の意思を考慮しながら、看護としてどのようなケア方法が適切か考える |
| | 患者に合わせたケアを実践する | 自ら判断したケア方法を実践する | 自分が判断したケア方法を実践する |
| | | 他者からの助言をもとにケアを実践する | 臨床指導者・他学生・教員からの助言をもとにケアを実践する |
| | ケア実践の評価・修正を行う | ケア実践を振り返り評価する | 患者の反応を踏まえ、ケアを振り返り評価する |
| | | 学びを活かしたケア実践ができることを願う | 既習知識と実習の学びを活かしたケア実践ができることを願う |
| | 適切なケア方法の判断に困惑し疑問を持つ | 患者の反応から適切なケア方法の判断に難しさを感じ、疑問を持つ | 休息と活動について、どのような対応をすればよいのか判断することが難しいと感じる |
| | 看護の役割を実感し喜びを感じる | 看護師の役割を実感する | 看護師の役割を実感する |
| 知識を活用したケア実践ができ、喜ぶ | | 既習の知識を活用できる機会となったことをよろこぶ | |

表4. 実習4日目の学びの特徴

| | カテゴリー | サブカテゴリー | コード |
|--------------------------------------|------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------|
| 実 習 4 日 目 の 特 徴 | 患者を観察する | 受け持ち患者を観察する | ベッドサイドやリハビリで受け持ち患者を観察する |
| | 患者の立場に同化し、患者理解がより深まる | 患者の立場に同化する | 患者の立場で考える |
| | | 患者を理解する | ベッド周囲の物を観察することで患者の大切にしているものを知る／自宅についての情報を得ることで患者の思いを理解する |
| | | 情報と知識を統合して患者を理解する | 観察で得た情報と既習の知識を統合して患者を理解する |
| | 患者の意思を尊重しながらケアを実践する | 患者の意思を尊重しながらケア実践する | 患者の意思を考慮しながら、安全も踏まえたケアを実践する |
| | | 他者からの助言をもとにケアを実践する | 臨床指導者や教員の助言をもとにケア方法を判断し、実践する |
| | ケア技術に対する力不足を感じる | 自分のケア技術力不足を感じる | 自分のケアに柔軟性がないと感じる |
| | 看護過程を理解し、ケア実践の評価・修正をする | ケア実践を振り返り、評価する | 患者の反応からケアを振り返り、評価する |
| | | 看護過程を理解する | 実習により情報収集からアセスメントし、ケアの計画と実践につながることを実感する |
| | ケア方法の判断に悩む | ケア方法の判断に悩む | 覚醒を促すかどうかなどのケア方法の判断に悩む |

研究報告

子宮摘出術後の腹圧性尿失禁にサポート下着が有用であった1症例

二宮早苗¹, 岡山久代², 正木紀代子², 森川茂廣³, 遠藤善裕⁴¹ 滋賀医科大学医学系研究科修士課程看護学専攻² 滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座 (母性・助産)³ 同基礎看護学講座 (形態生理), ⁴ 同臨床看護学講座 (クリティカル)

要旨

女性特有の疾患に対する外科的手術後は腹圧性尿失禁のリスクが高まり、女性の心身の健康に大きな影響を及ぼす。今回、単純子宮全摘出術後の重度の腹圧性尿失禁のある女性に対し、膀胱の挙上と筋肉強化作用のあるサポート下着を応用し、縦型オープンMRを用いてその効果を検証した。結果、サポート下着着用により膀胱頸部は19.2mm挙上し、1週間の着用によりパッドテストの尿失禁量、尿失禁回数および排尿回数の減少を認めた。また、サポート下着着用と1日6,000歩以上の歩行を12週間継続した結果、膀胱頸部の位置には明らかな変化を認めなかったものの、パッドテストの尿失禁量および尿失禁回数において尿失禁は消失した。さらに着用を中止しても、ほとんど変化はなかった。サポート下着の応用は、単純子宮全摘出術後に腹圧性尿失禁を発症した本症例に対して有効であったが、さらなる症例の蓄積が必要である。

キーワード：単純子宮全摘出術後、腹圧性尿失禁、サポート下着

I. はじめに

女性の尿失禁は、30～50歳代でも2～5割が経験しているといわれ^{1), 2)}、そのほとんどが腹圧性尿失禁である。発症の主な原因として分娩、骨盤内手術、加齢などが挙げられる。なかでも、近年増加している子宮筋腫等の良性腫瘍や早期子宮がん等女性特有の疾患に対する治療として選択される外科的手術は、尿失禁発症のリスクが1.6倍に高まる³⁾と報告されており、手術による負担と合わせて女性の心身の健康に大きな影響を及ぼしている。一般的に、腹圧性尿失禁の治療には骨盤底筋訓練が有効とされている。しかし、患者のコンプライアンスの低さとモチベーションの維持が指摘されており⁴⁾、現代女性のニーズに適合したケアの早急な確立が必要であると考えられる。

我々はこれまで、分娩後および更年期前後の腹圧性尿失禁に対し、骨盤内臓器の挙上と筋肉強化作用のあるサポート下着を応用し、縦型オープン核磁気共鳴画像装置 (Magnetic Resonance, 以下縦型オープンMRとする) を用いて客観的にその効果を検証してきた⁵⁾。その中で、サポート下着の応用により、単純子宮全摘出術後の重度の腹圧性尿失禁が著明に改善した1症例を認めたため、今回報告する。腹圧性尿失禁に対するサポート下着の応用は、非侵襲で簡便な方法であり、ハイリスクである子宮摘出術後の女性に対しても改善効果を検証することで、女性のセルフケアの向上につながると思われる。

II. 研究対象と方法

1. 研究対象と募集方法

対象者は、情報誌に広告を掲載し腹圧性尿失禁のある女性の研究参加を募った結果、参加を希望された。対象者の背景を表1に示した。生活習慣や家族歴に特記すべき事項はなかった。平成12年に子宮筋腫と診断され、滋賀県下の病院において腹腔鏡下单純子宮全摘出術を受けた。術後より尿失禁を発症し、くしゃみや咳等、腹圧負荷時の尿漏れから、徐々に起床時や歩行時に尿が漏出する状態に悪化したが、これまで相談や治療をしたことはなかった。

2. 研究期間

平成21年3月～12月

3. 研究のプロトコール

研究のプロトコールを表2に示した。実験1、実験2は連続して実施し、測定2～5は直前の期間終了の翌日とした。

4. 実験用具

(1) サポート下着

本研究では、株式会社ワコール製「スタイルサイエンス」を使用した。この製品は、分娩後の骨盤内臓

表1 対象者の背景

| | |
|------------|------|
| 年齢 | 57歳 |
| BMI | 22.0 |
| 分娩回数 | 1回 |
| 分娩後経過年数 | 33年 |
| 尿失禁発症後経過年数 | 8年 |

表2 研究のプロトコール

| | | 実験1 | | | | | 実験2 | | | | | |
|--------------|-------------|---------------|---------------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | | 事前測定 (測定1) | 非着用 (1週間) | 保温 パンツ (1週間) | サポート 下着 (1週間) | 着用後 測定 (測定2) | 着用前半 (6週間) | 中間測定 (測定3) | 着用後半 (6週間) | 事後測定 (測定4) | 追跡期間 (1週間) | 最終測定 (測定5) |
| 下着着用 | 非着用 | ●* | ● | | | ● | | | ● | ● | ● | |
| | 保温パンツ | ● | | ● | | | | | | | | |
| | サポート下着 | ● | | | ● | | ● | ● | | | | |
| MRI | | ●* | | | ● | | | | ● | | ● | |
| パッドテスト | | | ●* (1日目のみ) | ● (1日目のみ) | ● (1日目のみ) | ● | | ● | ● | | ● | |
| 排尿生活記録 | | | ●* | ● | ● | | ● | ● | | ● | | |
| 質問紙 | 背景・属性 | ● | | | | | | | | | | |
| | ICIQ-SF日本語版 | ●* | | | | ● | | | ● | | ● | |
| | 腹圧性尿失禁評価票 | ●* | | | | ● | | ● | ● | | ● | |
| | 自己評価 | | | | | | | | | | ● | |
| 歩行(6,000歩/日) | | | | | | ● | | ● | | | | |

*をベースラインとする

器の挙上に有効と報告されており⁶⁾、腹圧性尿失禁の原因のひとつである膀胱下垂に対する効果があると考えられる。さらにこの製品は、大腿四頭筋を刺激するクロス構造の働きにより、大腿部全体を使った歩幅の広い歩き方を促進する下着であり、1日5時間以上の着用と6,000歩の歩行を3か月継続することで臀部や大腿部の筋肉強化ができる構造となっている⁷⁾。したがってこの製品の着用を続けることにより、骨盤底筋群や尿道の引き締め力を強化する可能性がある。

スタイルサイエンスは対象者の体型に応じたサイズを2枚提供し、研究期間中の着用は日中のみとした。

(2) 保温パンツ

サポート下着の作用と比較するため、株式会社ワコール製「スゴ衣」を使用した。この製品は、スタイルサイエンスと同様の形状で緩やかなサポート機能はあるが、骨盤内臓器の挙上と筋肉強化作用はないものである。研究期間中の着用は日中のみとした。

5. 測定用具

(1) 縦型オープンMR

縦型オープンMR (General Electric (GE) 社製SIGNA SP/ii 0.5テスラ) は、膀胱頸部の位置を評価するために使用した。本研究では、縦型オープンMRの特性を活かし、座位における安静時、骨盤底筋収縮時、腹圧負荷時の骨盤の矢状断面をグラディエントエコー法によるT₁強調画像を撮像した。撮影は1時間前から排尿を控えて膀胱に尿を充満させた状態で行った。

膀胱頸部の位置の評価は、恥骨下端と第2尾骨を結ぶ恥骨尾骨ライン (Pubococcygeal Line, 以下PCラインとする) から膀胱頸部までの垂線を計測した⁸⁾。計測は、専門医に指導を受けた研究者が1画像につき2度行い、平均値を算出した。

(2) 60分尿失禁定量テスト

尿失禁定量テスト (以下パッドテストとする) は、尿失禁の程度を評価する方法で、主に腹圧性尿失禁の

症例について客観的重症度や他覚的評価として用いられている⁴⁾。本研究では、国際尿禁制学会により提唱されている60分法を用いた。パッドテストは、研究者がリーフレットを用いて説明を行い、指定した日時に対象者が自宅で実施した。

(3) 排尿生活記録

排尿生活記録は、排尿回数や尿失禁回数を評価するために尿失禁診療ガイドライン⁴⁾を参考に研究者が作成したものを使用した。

(4) 質問紙

①国際尿失禁症状質問票日本語版

国際尿失禁症状質問票 (International Consultation Incontinence Questionnaire-Short Form以下ICIQ-SFとする) 日本語版⁹⁾ は、日常生活に対する尿失禁の影響を評価するために使用した。ICIQ-SF日本語版は、「尿失禁頻度」、「通常の尿失禁量」、「日常生活に対する影響」の3つの質問項目を0~21点でスコア化するもので、得点が高いほど重症と評価するものである。

②腹圧性尿失禁評価票

腹圧性尿失禁評価票¹⁰⁾ は、尿失禁の症状を評価するために使用した。これは、尿失禁の原因となる種々の動作において、尿失禁の頻度を5段階のリッカートスケールによりスコア化し、得点が低いほど症状が強いと評価するもので、最高点は90点である。

(5) 歩数計

歩数計は、実験2においてサポート下着着用中の歩数を測定するために使用した。

6. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、滋賀医科大学倫理委員会にて審査を受け承認を得た (承認番号20-69)。対象者に個人情報保護、研究参加の任意性、利益・不利益、中断の権利を説明し、同意を得た。

III. 結果

1. 実験1

実験1では、サポート下着着用により膀胱頸部が挙上するか、さらに膀胱頸部の挙上が尿失禁改善に有効であるかを評価した。

(1) 縦型オープンMRによる膀胱頸部の位置の評価

サポート下着着用により膀胱頸部が挙上するかを検証するため、事前測定(測定1)における非着用・保温パンツ・サポート下着着用時の膀胱頸部の位置を比較した(図1, 2, 3)。膀胱頸部の位置は、非着用と比較してサポート下着着用により安静時で19.2mmの挙上を認めた。

(2) 非着用・保温パンツ・サポート下着着用における尿失禁の評価

膀胱頸部の挙上が尿失禁改善に有効であるかを検証するため、非着用・保温パンツ・サポート下着着用の各1週間における尿失禁量・回数および排尿回数を比較した(表3)。サポート下着着用によりいずれも減少を認めた。

(3) 1週間のサポート下着着用による変化

1週間のサポート下着着用が尿失禁改善に有効であるかを評価するため、ベースラインと着用後測定(測定2)を比較した(表3)。1週間のサポート下着着用では、やや改善を認めるものの大きな変化はなかった。

2. 実験2

実験2では、サポート下着着用と1日6,000歩以上の歩行を長期間継続することにより、骨盤底筋力が強化され尿失禁が改善するか、さらに骨盤底筋力が強化された場合には着用を中止しても尿失禁改善効果が持続するかを検証した。実験2における対象者の歩数は平均8,186歩/日であった。

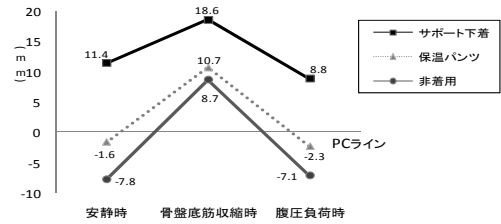


図1 測定1における膀胱頸部位置の比較

(1) 12週間のサポート下着着用と歩行における尿失禁の評価

12週間のサポート下着着用と歩行が尿失禁改善に効果があるかを評価するため、ベースライン、着用前半(6週目)と中間測定(測定3)、着用後半(12週目)と事後測定(測定4)を比較した(表3)。ベースラインと比較して6週目と測定3では、尿失禁量・回数、排尿回数が減少し、ICIQ-SF日本語版と腹圧性尿失禁評価票のスコアも尿失禁症状の改善を示した。さらに12週目と測定4では、尿失禁量・回数ともに0となり、ICIQ-SF日本語版と腹圧性尿失禁評価票のスコアもそれぞれ尿失禁症状のないことを示した。

また、膀胱頸部位置も測定4ではベースラインと比較して5.0mmの挙上が認められた(表3、図2、図4)。

実験1における1週間の着用も含め、サポート下着着用中の尿失禁回数の経過を示した(図6)。尿失禁回数は、着用3週間後から急激に減少した。

(2) 追跡期間

追跡期間では、着用を中止しても尿失禁改善効果が持続するかを評価するため、12週目と測定4、追跡期間(1週間)と測定5を比較した(表3)。追跡期間では尿失禁1回/週を認め、膀胱頸部の位置も4.1mm下垂したが(図5)、パッドテストでは0gであった。

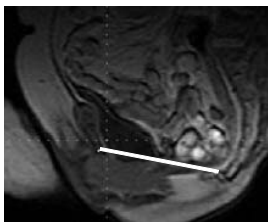


図2 測定1(ベースライン・非着用)
膀胱頸部はPCラインより下7.8mmの位置にある。

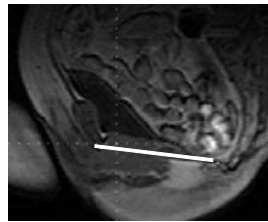


図3 測定1(サポート下着着用)
膀胱頸部はPCラインより上11.4mmの位置にあり、底部が平らになっている。

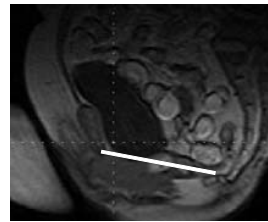


図4 測定4(12週後・非着用)
膀胱頸部はPCラインより下2.8mmの位置にある。

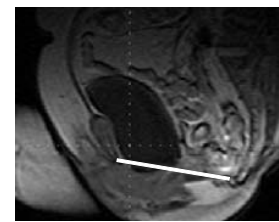


図5 測定5(追跡期間後・非着用)
膀胱頸部はPCラインより下6.9mmの位置にある。

表3 尿失禁症状の結果

| | 実験1 | | | | | 実験2 | | | | | |
|-----------------|---------------|--------------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|
| | 事前測定 (測定1) | 非着用 (1週間) | 保温 パンツ (1週間) | サポート 下着 (1週間) | 着用後 測定 (測定2) | 着用前半 (6週目) | 中間測定 (測定3) | 着用後半 (12週目) | 事後測定 (測定4) | 追跡期間 (1週間) | 最終測定 (測定5) |
| 膀胱頸部位置 (mm) | -7.8* | | | | -8.9 | | | | -2.8 | | -6.9 |
| パッドテストの尿失禁量 (g) | | 7* | 6 | 5 | 5 | | 2 | 0 | 0 | | 0 |
| 尿失禁回数 (回/週) | | 25* | 19 | 14 | | 2 | | 0 | | 1 | |
| 排尿回数 (回/日) | | 7.1* | 7 | 6.6 | | 6 | | 6.4 | | 5.7 | |
| ICIQ-SF日本語版 (点) | 12* | | | | 11 | | 4 | | 0 | | 2 |
| 腹圧性尿失禁評価票 (点) | 79* | | | | 81 | | 82 | | 90 | | 89 |

*をベースラインとする

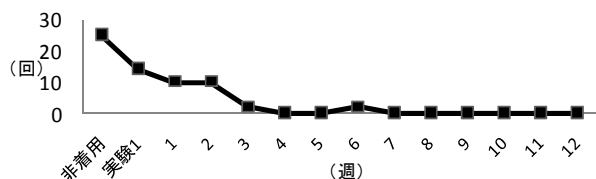


図6 サポート下着着用と歩行による尿失禁回数の経過

(3) 実験終了時の自己評価

実験終了後、対象者の尿失禁症状に関する自己評価は、「尿失禁はほぼなくなった」であった。また自由記載の欄には、「参加してよかった。年だから仕方ないとあきらめていたのが、一歩前に進むことができ嬉しい。」とコメントされた。

3. 追加観察

実験終了後6ヶ月の時点において、再評価を行った。対象者は、実験終了後からサポート下着着用を毎日継続され、その間尿失禁回数は1回未満/週であった。さらに着用を1週間中止した後、パッドテストを行った結果、尿失禁量は0gであった。

IV. 考察

実験1では、サポート下着着用により膀胱頸部が挙上するかについて検証し、19.2mmの挙上を認めた。また、1週間のサポート下着着用により、尿失禁の改善傾向を認めた。これは、我々の先行研究⁵⁾の結果と比較して、より効果が高かった。子宮摘出術後は支持靱帯の脆弱化が腹圧性尿失禁の原因とされている¹¹⁾ことから、サポート下着による支持力の強化が術歴のない女性と比較して有効であったと考えられる。

実験2では、サポート下着着用と歩行を長期間継続することにより、骨盤底筋力が強化され尿失禁が改善するかを検証し、著明な改善を認めた。さらに、追跡期間において着用を中止してもその効果はある程度持続したことから、骨盤底筋力が強化された可能性があると考えられる。しかしながら、MRによる膀胱頸部の位置には大きな変化はなかった。腹圧性尿失禁は、膀胱下垂、骨盤底筋群の弛緩、尿道括約筋の緩みなどが主要因とされており、その病態は複雑である。本研究では、骨盤底筋力が強化されるかを膀胱頸部位置において評価したが、膀胱頸部位置の変化以外に骨盤底筋や尿道括約筋等の筋力を評価しなかった。今後は、さらなる症例の蓄積に加えて、評価方法を再検討する必要があると考える。

本症例では、実験終了後もサポート下着着用を継続され、長期にわたりその効果が持続した。腹圧性尿失禁に対するサポート下着の応用は、着用をみの非侵襲で簡便な方法であり、着用によるスタイルアップ効果も望めることから、現代女性のライフスタイルに適合したケアであると考えられる。

V. 結論

サポート下着の応用は、単純子宮全摘出術後に腹圧性尿失禁を発症した本症例に対して有効であった。今後、さらなる症例の蓄積が必要である。

謝辞

本研究の実施に当たり、長期間の研究にご協力にいただきました対象者のA様、実験用具に関しご助言を賜りました株式会社ワコール人間科学研究所の坂本品子様へ深く御礼申し上げます。

文献

- 1) 黒川真輔, 井上久美恵, 中野治他: 女性尿失禁の頻度と背景因子に関する検討. 月刊地域医学, 16(6), 401-405, 2002.
- 2) 河内美江: 尿失禁の実態と関連要因—尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割—. 母性衛生, 43(4), 513-529, 2002.
- 3) Jeanette S Brown, George Sawaya, David H Thom, et.al: Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. The Lancet, 356, 535-539, 2000.
- 4) 泌尿器科領域の治療標準化に関する研究班(編): EBMに基づく尿失禁診療ガイドライン. じほう, 東京, 2004.
- 5) 二宮早苗, 正木紀代子, 岡山久代他: 女性の腹圧性尿失禁に対するサポート下着の効果—着用と非着用時の膀胱頸部の位置と尿失禁の程度の比較—. 母性衛生, 50(3), 175, 2009.
- 6) 由良茂夫, 坂本品子, 上家倫子他: サポート下着着用による経膈分娩後の骨盤内臓器下垂予防の取り組み. 日本周産期・新生児医学会雑誌, 44(3), 689-694, 2008.
- 7) 東高志, 川崎玲子, 中井隆介他: 高分解能3D MR-2D MR画像を利用した骨格筋の外力による構造変化の解析. MR学会, 2005.
- 8) Fielding JR: Practical MR imaging female pelvic floor weakness. Radiographics, 22, 295-304, 2002.
- 9) 後藤百万, Jenny Donovan, Jacques Corcos他: 尿失禁の症状・QOL質問票: スコア化ICIQ-SF. 日本神経因性膀胱学会誌, 10(2), 225-236, 2001.
- 10) 岡部みどり, 武井実根雄, 佐藤健次他: 骨盤底筋運動の効果的な指導方法. 日本排尿機能学会誌, 13(2), 258-268, 2002.
- 11) 進純郎: 排尿障害をきたす疾患とその治療—産婦人科領域—. 臨牀と研究, 80(8), 1431-1435, 2003.

研究報告

本学助産師課程専攻学生の分娩介助技術の達成度 —平成21年度における自己評価得点からの検討—

能町 しのぶ, 正木 紀代子, 岡山 久代, 渡邊 浩子
滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座

要旨

本稿では平成21年度における10例の分娩介助に対する1例目、5例目、10例目の自己評価点数の推移を検討し、助産診断・技術の達成度を明らかにし、今後の助産学実習における課題について検討する。分析対象は本学の助産師課程専攻4回生12名の分娩介助自己評価表とし、ミニマム・リクワイアメンツの分娩期の診断とケアの主要な4カテゴリー、19項目について、1、5、10例目の自己評価得点の平均点の推移をレーダーチャートで示した。結果、分娩介助の例数を重ねることで、19項目全ての平均得点が上昇し、17項目が到達基準に達していた。また、安全に後在肩甲を娩出するための技術や、対象の個別性に留意したケア実施が到達基準まで達するには10例の分娩介助が必要であることが明らかになった。本研究結果から、技術の難易度に応じた演習及び評価表の見直し、指導体制の改善が課題として導かれた。

キーワード: 助産学実習、助産診断技術、ミニマム・リクワイメンツ、分娩介助自己評価得点

はじめに

助産師はリプロダクティブヘルス/ライツの理念を基盤に、質の高い助産ケアを提供する専門職である。滋賀県内の5割以上の分娩施設が助産師外来を開設するなど、助産師外来や院内助産院が相次いで開設されている昨今、時代の要求に即した高い専門性が発揮できる助産師の育成が求められている。

助産学実習は、助産診断の展開と技術を習得する上で非常に重要な教育科目の1つであり、助産師教育におけるコア内容を含んだ、効果的な実習の在り方が検討されている。本学では、平成20年度に、助産師教育における標準レベルとして習得すべき内容、ミニマム・リクワイアメンツ¹⁾を参考に分娩介助評価表を作成、助産学実習の評価ツールとして使用している。昨年度、同分娩介助評価表を用いて助産学実習を行なった結果、全項目において1例目から9例目までの分娩介助平均評価得点が高くなり、評価項目の7項目中4項目が、評価基準に達したことを報告している²⁾。

平成21年度においても、同分娩介助評価表を用いて助産学実習を行っている。本稿では平成21年度における10例の分娩介助に対する1例目、5例目、10例目の自己評価点数の推移を検討し、分娩期の助産診断・技術の達成度を明らかにし、今後の助産学実習における課題について検討する。

本学における助産学実習の概要

1、助産学実習の内容

実習施設は、滋賀県下及び京都府下の10施設であり、各施設1~2名の学生を配置している。実習期間は平成21年7月中旬~9月上旬までの7週間~9週間であり、実習体制としては、ほとんどの施設で土日も

含む24時間オンコール体制をとっている。受け持ち期間は原則として、産婦の入院から分娩介助、新生児のケア及び分娩後2時間(帰宅、初回歩行)までとし、1人の産婦を継続して受け持つ。

実習内容は、分娩介助の例数に伴い、1~3例目は助産診断実施と標準的な助産計画立案、分娩進行の理解と基本的分娩介助の実施、4~6例目は受け持ち時の助産診断と助産計画の立案、分娩進行状況に応じた分娩介助の実施、7~10例目は分娩経過に応じた再診断、対象の個別性を踏まえた助産計画立案、対象の特性と安全に留意した分娩介助の実施である。

2、助産学実習の目標

実習目標は、1. 助産診断を理解し助産の展開ができる、2. 助産診断に基づき助産援助が実践できる、3. 妊娠期から産褥期まで継続したマタニティサイクルの助産援助が実践できるの3つを掲げている。

3、助産学実習の評価方法

分娩介助に関する評価は、ミニマム・リクワイアメンツ¹⁾を参考に本学で作成した表を基に、1事例毎に分娩終了後行っている。評価項目は分娩I期から分娩後2時間観察までの131項目であり、評価基準得点は「指導者の介助があってもできなかった」を1点とし、「指導者の介助を得てできた」を2点、「指導者の管理のもと助言を得てできた」を3点、「指導者の管理のもと助言なしでできた」を4点とし評価する。「該当なし」は評価基準から除外した。到達指標を、評価基準の3点である「指導者の管理のもと助言を得てできた」においている。また学生指導に当たった指導者にも同評価を依頼している。

研究方法

1、分析対象及び分析方法

分析対象は本学の助産師課程専攻4回生12名の、1、5、10例目の分娩介助自己評価表とした。なお、分娩介助の評価は指導者も行なっているが、自己評価得点と他者評価得点にはほとんど差がなかったことから、自己評価得点を分析対象とした。分娩介助評価131項目からミニマム・リクワイアメンツの中の、分娩期の診断とケアの主要なカテゴリーである「分娩進行状態の診断」、「産婦と胎児の健康状態の診断」、「分娩進行に伴う産婦と家族のケア」、「自然な経膈分娩の介助」の4カテゴリー、19項目を抽出し、1、5、10例目の平均得点の推移をレーダーチャートで示した。

2、倫理的配慮

本研究を行うにあたり、研究の趣旨、評価表の内容やその他情報に関しては匿名で扱い個人は特定されないこと、本研究以外では使用せず、本研究参加の有無で学生が学業成績等で不利益を受けないことを口頭で説明し同意を得た。

結果

ミニマム・リクワイアメンツの主要4カテゴリーごとに、分娩介助例数別の自己評価得点の推移について述べる。

1) 分娩進行状態の診断

分娩進行状態の診断は、「頸管開大度の診断」、「展退度の診断」、「下降度の診断」、「頸部硬度の診断」「子宮口位置の診断」、「分娩時期に応じた経過診断」の6項目で評価した。分娩進行状態の診断6項目について、1、5、10例目における平均得点を図1に示す。頸管開大度や展退度など内診に関する5項目は、1例目では指導者の介助があってもできなかった1点台であったが、例数を重ねる毎に得点は上昇し、10例目ではすべての項目で到達指標である3点台まで上昇した。例数を重ねることで、6項目すべての得点が、正多角形状を示した。

2) 産婦と胎児の健康状態の診断

産婦と胎児の健康状態の診断は、「母体の一般状態診断」、「胎児の健康状態診断」、「陣痛と児の状態の診断」の3項目で評価した。

産婦と胎児の健康状態の診断3項目について、1、5、10例目における平均得点を図2に示す。3項目ともに1例目では指導者の介助を得てできた2点台であったが、例数を重ねる毎に得点は上昇した。10例目では「母体の一般状態診断」、「胎児の健康状態診断」の2項目において到達基準である3点台まで上昇し、「陣痛と児の状態の診断」に関しても、到達基準に近い2.9点まで上昇した。また各項目ともに例数を重ねる毎にバランスよく得点が上昇していた。

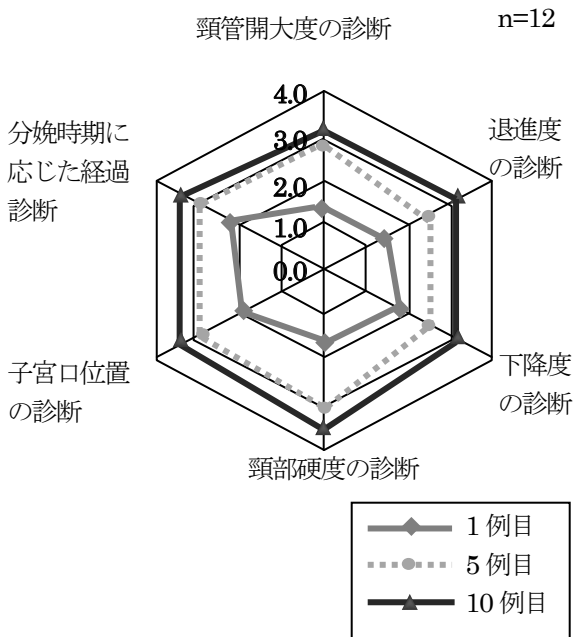


図1 「分娩進行状態診断」の例数別自己評価得点
*軸の数字は評価得点を表す

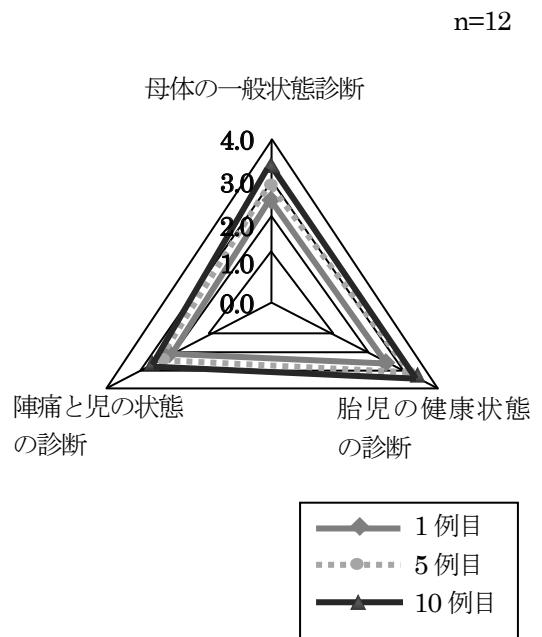


図2 「分娩進行状態診断」の例数別自己評価得点

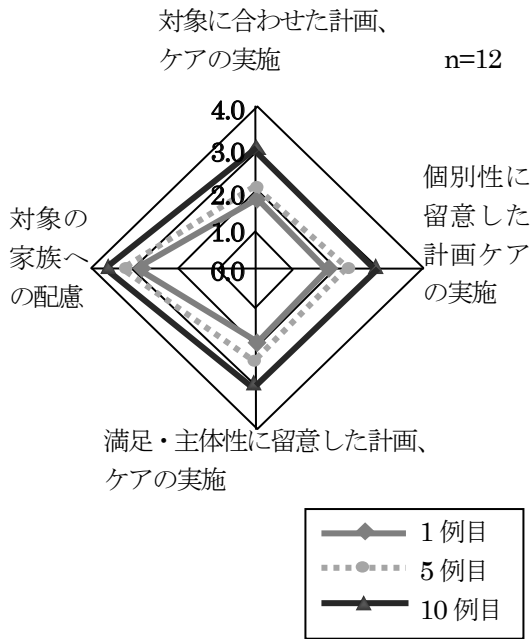


図3 「産婦と家族のケア」の例数別自己評価得点

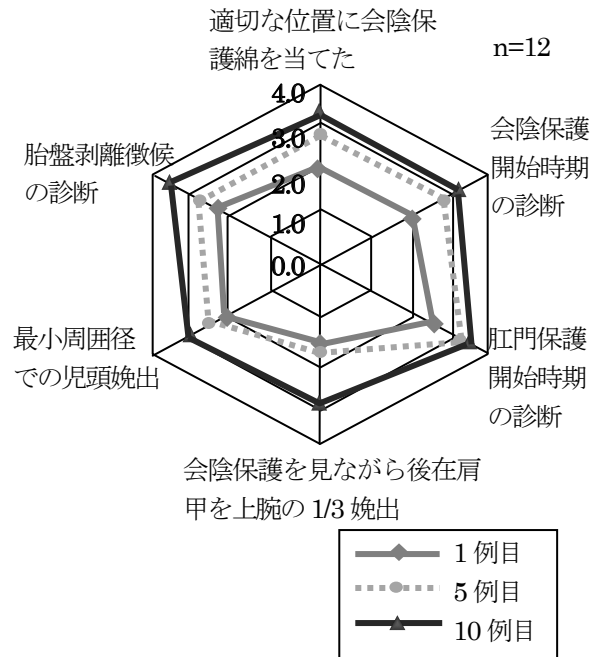


図4 「自然な経膣分娩の介助」の例数別自己評価得点

3) 分娩進行に伴う産婦と家族のケア

産婦と胎児の健康状態の診断は、「診断に基づき対象にあわせた計画、ケアの実施」、「対象の個別性に留意した計画、ケアの実施」、「対象の満足、主体性に留意した計画、ケアの実施」、「対象の家族への配慮」の4項目で評価した。

分娩進行に伴う産婦と家族のケア4項目について、1、5、10例目における平均得点を図3に示す。対象の家族への配慮に関しては1例目から2.9点と高い評価であった一方、対象者の個別性や主体性に留意した助産計画とケアの実施は1例目、5例目ではともに1.9~2.1点であった。10例目ではすべての項目で到達指標である3点台まで上昇した。例数を重ねることで、4項目全ての得点が正多角形状を示した。

5) 自然な経膣分娩の介助

自然な経膣分娩の介助は、「肛門保護開始時期の判断」、「会陰保護開始時期の判断」、「適切な場所に保護綿を当てた」、「最小周囲径での児頭娩出」、「会陰保護を見ながら後在肩甲を上腕の1/3娩出」、「胎盤剥離徴候の診断」の6項目で評価した。

自然な経膣分娩の介助6項目について、1、5、10例目における平均得点を図4に示す。会陰保護や肛門保護の診断、胎盤剥離徴候の診断項目は、例数を重ねる毎に得点は上昇し、10例目では到達基準である3点台まで上昇した。一方、「会陰保護を見ながら後在肩甲を上腕の1/3娩出」についての評価得点は、1例目1.6点、5例目1.7点と1点台と低かったが、10例目において到達基準に近い2.9点まで得点が上昇した。

考察

本研究結果から、ミニマム・リクワイアメンツの中の、分娩期の診断とケアの主要な4カテゴリ、19項目は、1、5、10例目と例数を重ねることで、平均得点が増加していることが明らかとなった。これは昨年度の正木ら²⁾の報告とも一致しており、助産学実習を行うことで確実に助産診断・技術が習得できていることを示唆するものである。また、19項目中17項目が到達基準である「指導者の管理のもと助言を得てできた」レベルに達していたことも明らかになり、助産学実習は目標とする到達レベルにほぼ達していると言える。

10例目においても、評価基準に達しない項目は、「陣痛と児の状態の診断」「会陰保護を見ながら後在肩甲を上腕の1/3娩出」であった。特に「会陰保護を見ながら後在肩甲を上腕の1/3娩出できた」は、5例目においても平均得点は1.7点であり、10例目で2.9点に達していた。つまり会陰保護を見ながら後在肩甲を上腕の1/3娩出する介助を習得するためには、10例の分娩介助が必要であることが明らかとなった。これは堀内ら³⁾の研究結果とも一致するものであった。肩甲娩出介助など左右の手の協働運動を要する技術は難しい³⁾とされており、また学生だけでなく助産師にとっても、肩甲娩出時で会陰保護は非常に難易度が高い技術である⁵⁾とされている。そのため、難易度が高い技術に関してはシュミレーションモデルを活用し、演習を繰り返すことも、技術の習得につながると思われる。

対象者の個別性や主体性に留意した助産計画とケアの実施は1例目、5例目ではともに1.9~2.1点であり、

10 例目の分娩介助を経て、到達基準である 3 点台まで上昇した。つまり、対象の個別性や主体性などに留意した助産計画とケアの実施は獲得が難しい項目であり、評価基準まで達するには、10 例の分娩介助が必要であると言える。これまで分娩介助実習の評価の視点は、より安全な分娩介助技術の習得のために、技術面を重視したものがほとんどであった。しかし、ミニマム・リクワイアメンツでは、分娩期の診断とケアの中に、産婦の分娩想起と肯定的な出産体験への支援が、コアとなる教育内容として提示されている。今日、安全に出産が行われることを前提に、自然分娩を強く望む産婦がいる一方、無痛分娩などの医療管理下の出産を望む産婦もあり、医療者側への期待も多様化している。いずれの場合も、その産婦にとっての満足な出産体験を支持し、支援することが助産師には求められている。

今後の課題

本研究結果から、学生にとって習得が困難な分娩期の診断やケア項目が明らかになった。このような難易度が高い項目に関しては、感覚をつかむまでシュミレーションモデルによる演習を繰り返すなど演習の工夫や、分娩介助後に臨床指導者と詳細な振り返りを行うなど、技術の難易度に応じた演習及び指導体制の改善が必要である。

対象者の個別性や主体性を引き出し、肯定的な出産体験への支援は、非常に個別性が高いものであり、習得するには難しい項目であった。また肯定的な出産体験への支援評価は客観的な評価が難しく、学生にとって到達度の判断が難しい項目でもある。しかし産婦にとって満足な出産体験への支援は、これからの助産師において、習得が不可欠なケアである。ゆえに、今後は安全な分娩介助技術の習得はもちろんのこと、学生が肯定的な出産体験への支援が習得できるように、分娩介助評価表の見直しや、臨床指導者との指導体制の検討が今後の課題である。

結論

平成 21 年度における 10 例の分娩介助に対する 1 例目、5 例目、10 例目の自己評価得点の平均点の推移を検討した結果、以下の点が明らかになった。

- ・ミニマム・リクワイアメンツの分娩期の診断とケアの主要な 4 カテゴリー、19 項目は、1、5、10 例目と例数を重ねることで、各項目の全ての平均得点が上昇した。
- ・分娩期の診断とケアの主要な 19 項目中 17 項目が到達基準に達していた。
- ・安全に後在肩甲を娩出するための技術を習得するためには、10 例の分娩介助を要する。

文献

- 1) 全国助産師教育協議会 教育検討委員会：助産師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ。全国助産師教育協議会，東京，2009.
- 2) 正木紀代子，岡山久代，瀧口由美，玉里八重子：平成20年度助産学実習における到達状況と課題－学生と指導者からみる分娩介助平均評価得点の推移－。滋賀医科大学ジャーナル，7(1)，43-46，2009.
- 3) 堀内寛子，服部律子，谷口通英，布原佳奈，名和文香，宮本麻記子：本学学生の分娩介助技術習得のプロセスとそれに応じた臨床指導のありよう。岐阜県立看護大学紀要，7(2)，9-17，2007.
- 4) 丸山和美，遠藤俊子，小林康江，花輪ゆみ子，高木静代：助産学生の分娩介助実習後の達成度－平成16年度後の改善点から検討する－。山梨大学看護学会誌，5(2)，31-38，2007.
- 5) 田島朝信，吉田佳代，坂梨京子，寺岡祥子：助産学生の分娩介助技術習得度についての考察－助産師の学生時代と現在における分娩介助技術自己評価の比較検討に基づいて－。熊本大学医学部保健学科紀要，3，55-66，2007.

研究報告

滋賀県の一地区における脳卒中救急搬送の実態

盛永美保¹ 荻田美穂子¹ 加藤みのり¹ 吉田裕子¹ 小河望¹ 山添裕司² 宮松直美¹
¹滋賀医科大学医学部看護学科臨床看護学講座 ²東近江行政組合消防本部警防課

要旨

滋賀県の一地区において、救急出動報告書および傷病者搬送証を調査した。搬送先医療機関で脳卒中と初期診断された症例を対象に救急要請時の症状・重傷度と救急隊の判断による疾病分類との関連を検討したところ、主要5症状による脳卒中発症症例は5症状以外の症状での発症症例と比較して、救急隊員によって「脳疾患」と判断される傾向にあった。「片麻痺」や「言語障害」といった重度の症状では救急隊により脳疾患疑いと適切な判断がなされていた。一方、「頭痛」「歩行障害やめまい」は脳疾患だと識別しにくい症状である可能性が示唆された。視力異常などの比較的軽度の症状を伴った脳卒中発症の場合は救急要請されていない可能性があると考えられた。

キーワード：脳卒中 救急搬送 rt-PA療法

はじめに

本邦における脳卒中死亡率は諸外国と比較すると依然高く¹⁾、老年人口の増加とともに患者数も増加している。また、今後さらに老年人口の増加が推計されており、脳卒中、特に脳梗塞患者の増加が予測されている²⁾。2005年10月に保険認可された遺伝子組み換え型組織プラスミノゲンアクティベーターによる経静脈的血栓溶解療法 (rt-PA 療法) は脳梗塞後遺症を軽減することが報告されている³⁾。rt-PA 療法の適応症例は発症3時間以内の脳梗塞患者に限られており、発症後2時間以内の脳卒中専門医療機関受診が極めて重要となる。これを実現するためには、市民が発症時、直ちに救急要請をすること、それを受けての迅速かつ適切な救急搬送をすることが必要となる。そこで今回、滋賀県の一地区において、救急出動報告書および傷病者搬送証から、搬送先医療機関で脳卒中と診断された症例を対象に救急要請時の症状・重傷度と救急隊の判断による疾病分類との関連を検討した。

研究方法

2007年1月から12月の1年間に搬送先医療機関より返送された傷病者搬送証より、搬送先医療機関での初期診断名が脳卒中とされた症例 (以下、脳卒中症例) を抽出した。さらに同時期の救急出動報告書より、救急要請時に脳卒中を疑いうる症状を呈していた症例を抽出し、両データを比較した。

分析は脳卒中症例の属性、救急要請時の症状・重傷度 (救急隊の判断) について全体および救急隊の判断による疾病分類 (脳疾患/脳疾患外) に記述した。さらに、脳卒中主要5症状の有無と救急隊判断による疾病分類との関連について χ^2 検定により比較検討した。脳卒中主要5症状は突然の片麻痺、突然の言語障害、突然の歩行障害やめまい、突然の激しい頭痛、突然の視力異常と定義した。

倫理的配慮

本調査は、滋賀県脳卒中地域連携クリティカルパス推進事業の一部として実施された。データ収集は、個人情報保護についての十分な配慮のもとに行った。傷病者搬送証および救急出動記録の閲覧は消防本部内で行い、個人が特定できるデータについては調査項目外とし調査データは匿名化された。傷病者に不利益が生じる可能性は極めて低いものの、得られたデータは厳重に管理した。

結果

1) 脳卒中患者の概要

調査期間の全救急搬送人員7,246名中6,396名の傷病者搬送証が返送され、救急出動報告書との比較が可能であった脳卒中症例は420名であった。

脳卒中症例全体の年齢は71.4±14.6歳 (平均±標準偏差)、また、男性は223名 (53.1%) を占めた。病型別では、脳梗塞233名 (55.5%)、脳出血132名 (31.4%)、くも膜下出血55名 (13.1%) であった (表1)。救急要請時の重症度は、軽症71名 (16.9%)、中等症227名 (54.0%)、重症111名 (26.4%)、死亡11名 (2.6%) であった (表1)。

救急隊による疾病分類別では、脳疾患 (n=218) と脳疾患外 (n=202) で層化し属性を記述した (表1)。年齢は、それぞれ71.7±13.9, 71.1±15.3歳 (平均±標準偏差) であった。性別は、男性が54.1%, 52.0% を占めた。病型別は、脳梗塞53.2%, 57.9%、脳出血33.5%, 29.2%、くも膜下出血13.3%, 12.9% であった。救急要請時の重症度別は、軽症5.0%, 29.7%、中等症55.0%, 53.0%、重症38.5%, 13.4%、死亡1.4%, 4.0% であった。

2) 発作時症状

脳卒中の主要5症状を1つ以上呈していた症例は334名 (79.5%) であり、呈していなかった症例が86

名(20.5%)あった。主要5症状の出現数では、1つ154名、2つ111名、3つ62名、4つ7名であり(表2)、主要5症状以外の症状には、意識消失・偏視・嘔吐などの症状が認められた(表3)。症状別の出現頻度は、片麻痺43.8%、言語障害30.2%、歩行障害48.1%、頭痛17.1%、視力異常1.2%であった(図1)。疾病分類別では、脳疾患/脳疾患外でそれぞれ片麻痺61.0%、25.2%、言語障害42.2%、17.3%、歩行障害47.7%、48.5%、頭痛18.3%、15.8%、視力異常1.8%、0.5%であった。片麻痺と言語障害は脳疾患とされた割合が脳疾患外とされた割合よりも有意に高かった(p<.001)。

また、脳卒中中の主要5症状を伴う発症では疾病分類

が脳疾患とされた割合が脳疾患外とされた割合に比べて有意に高かった(それぞれ、88.1%、70.3%、p<.001)。さらに、各症状別に検討したところ、脳疾患と判断された症例では脳疾患外と判断された症例より「片麻痺」「言語障害」の頻度が有意に高く(いずれも p<.001)、
「頭痛」「歩行障害やめまい」は脳疾患外と判断された症例と同程度であった(それぞれ、47.7%、48.5%、p=.473、18.3%、15.8%、p=.291)。

3) 救急搬送所要時間

脳卒中症例全体の搬送所要時間 31.6±11.0分(平均±標準偏差)で、脳疾患/脳疾患外では、それぞれ 31.7±11.5分、31.5±10.5分であった。

表1 脳卒中診断症例の属性

| | 全体 (n=420) | 救急隊による疾病分類 | |
|--------------|---------------|------------|-------------|
| | | 脳疾患(n=218) | 脳疾患外(n=202) |
| 年齢;歳 | 71.4±14.6 | 71.7±13.9 | 71.1±15.3 |
| 性別:男 | 223 (53.1) | 118 (54.1) | 105 (52.0) |
| 病型: | | | |
| 脳梗塞 | 233 (55.5) | 116 (53.2) | 117 (57.9) |
| 脳出血 | 132 (31.4) | 73 (33.5) | 59 (29.2) |
| くも膜下出血 | 55 (13.1) | 29 (13.3) | 26 (12.9) |
| 救急要請時の重症度: | | | |
| 軽症 | 71 (16.9) | 11 (5.0) | 60 (29.7) |
| 中等症 | 227 (54.0) | 120 (55.0) | 107 (53.0) |
| 重症 | 111 (26.4) | 84 (38.5) | 27 (13.4) |
| 死亡 | 11 (2.6) | 3 (1.4) | 8 (4.0) |
| 搬送所要時間;分 | 31.6±11.0 | 31.7±11.5 | 31.5±10.5 |
| 連続量;平均値±標準偏差 | 離散量;人 (%) | | |

表2 脳卒中主要5症状の出現数

| 症状の出現数 | 全体 (n=420) | 救急隊による疾病分類 | |
|--------|---------------|------------|-------------|
| | | 脳疾患(n=218) | 脳疾患外(n=202) |
| 0 | 86 (20.5) | 26 (11.9) | 60 (29.7) |
| 1 | 154 (36.7) | 69 (31.7) | 85 (42.1) |
| 2 | 111 (26.4) | 72 (33.0) | 39 (19.3) |
| 3 | 62 (14.8) | 44 (20.2) | 18 (8.9) |
| 4 | 7 (1.7) | 7 (3.2) | — |

離散量;人 (%)

表3 脳卒中主要5症状以外の症状

| | 主要5症状以外の脳卒中症例 (n=86) | 救急隊による疾病分類 | |
|------------|-------------------------|------------|-------------|
| | | 脳疾患 (n=26) | 脳疾患外 (n=60) |
| 意識障害・レベル低下 | 29 (33.7) | 6 (23.1) | 23 (38.3) |
| 偏視・反射異常 | 17 (19.8) | 5 (19.2) | 12 (20.0) |
| 嘔気・嘔吐 | 12 (14.0) | 3 (11.5) | 9 (15.0) |
| 失禁 | 2 (2.3) | 1 (3.8) | 1 (1.7) |
| 異常呼吸 | 2 (2.3) | 1 (3.8) | 1 (1.7) |

離散量:人 (%)

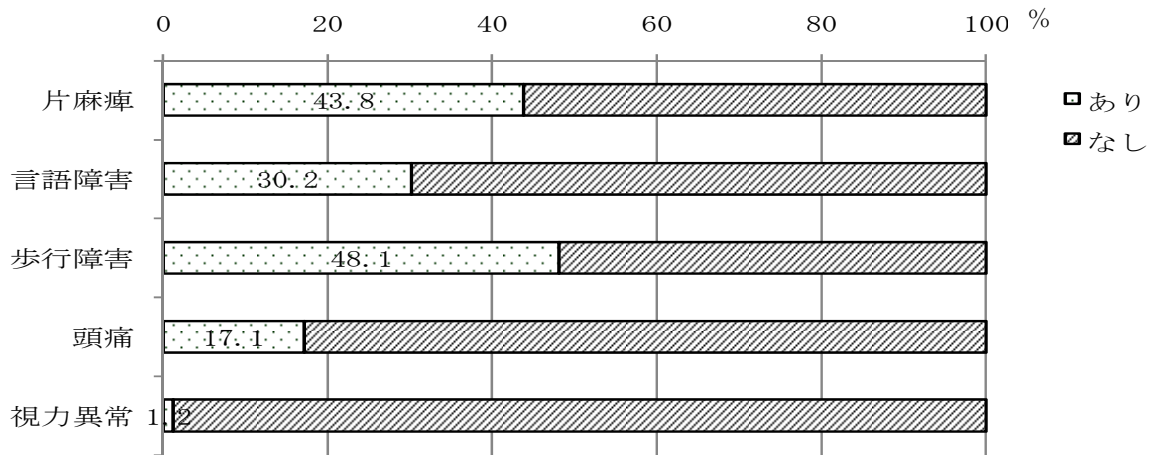


図1 脳卒中主要5症状の出現頻度

考察

本調査の全脳卒中症例中、約半数が脳梗塞であった。近年の脳卒中罹患の約7割が脳梗塞であること⁴⁾を考えると、軽症の脳梗塞症例については救急要請がなされていない可能性があると考えられた。救急要請された場合の搬送所要時間は31分で、脳卒中における救急要請から病院到着までの目標時間は1時間であることを考えると迅速な搬送が行われていた。

発作時の症状では、「片麻痺」「言語障害」「歩行障害やめまい」が高頻度であり、「頭痛」「視力異常」の出現頻度は低かった。「視力異常」は、単に発作時の症状としての出現頻度が小さいというだけでなく、患者本人が「軽症である」「様子を見よう」などという判断から、独歩来院あるいは自宅での経過観察などにより救急受診されなかった可能性がある。

「片麻痺」「言語障害」は脳疾患と判断される頻度が高く、「頭痛」「歩行障害やめまい」は脳疾患と脳疾患外と判断される症例の割合は同程度であったことから、「片麻痺」や「言語障害」といった重度の症状では救急隊により脳疾患疑いと適切な判断がなされていた。一方、「頭痛」「歩行障害やめまい」は脳疾患だと識別しにくい症状である可能性が示唆された。

また、視力異常など軽度の症状の報告頻度が低いことから、こうした軽度の症状を見落とさないことが重要と考えられた。さらに、こうした軽度の症状についての市民の認識は不十分であることが報告⁵⁾されており、救急要請されていない可能性が考えられた。脳卒中症状の理解についてと脳卒中が疑われる場合は軽度の症状であっても救急要請することについての市民啓発が必要と考えられた。

結論

滋賀県一地区の傷病者搬送証および救急出動報告書から、脳卒中発症時の症状と救急隊の判断との関連を検討した結果、主要5症状による脳卒中発症症例は5症状以外の症状での発症症例と比較して、救急隊員によって「脳疾患」と判断される傾向にあった。視力異常などの比較的軽度の症状を伴った脳卒中発症の場合は救急要請されていない可能性があると考えられた。

謝辞

本調査にご協力頂きました滋賀県健康福祉部健康推進課角野文彦先生と消防本部の皆様へ深く感謝申し上げます。

文献

1. 厚生統計協会：国民衛生の動向 2009 年, p51
2. 鈴木一夫：まだまだ増える脳卒中患者. 総合臨床, 58(2), 194-198, 2009.
3. 青木淳哉, 井口保之, 木村和美：t-PA によるブレイクスルー. 総合臨床, 58(2), 258-265, 2009.
4. 小林祥泰：脳卒中データバンク. 22-23, 中山書店, 2009.
5. 宮松直美：一般市民の脳卒中知識調査とキャンペーンによる啓発効果に関する疫学調査. 財団法人循環器病研究振興財団研究助成報告集, 2006 年度版, 62-67, 2007

研究報告

要介護高齢者の在宅介護を支えるもの

— 家族介護者へのアンケートおよびインタビューより —

山口 豊子¹, 福嶋 正人², 芝山 江美子³¹ 滋賀医科大学医学部看護学科地域生活看護学講座, ² 立命館大学
² 高崎健康福祉大学

要旨

在宅介護を重視している社会状況のなか、要介護高齢者を介護する家族介護者へのサポートの意義は大きい。介護保険居宅サービスを利用している家族介護者へのアンケート、および、家族介護者へのインタビューを行った。在宅介護の現状、介護肯定感・負担感の分水嶺となる要因を明らかにするために、KJ法による分析を行った。その結果、在宅介護がうまく機能しない要因として、家族介護者の<孤立><閉鎖><葛藤>といった概念が導き出された。逆に、在宅介護を可能にする要因には<ニーズにあったサービスの柔軟さ><精神的なゆとり><家族、関係者等との人間関係>があり、『新しい関係性』を構築することが最大の鍵となることが示唆された。

キーワード：家族介護者、要介護高齢者、介護負担感、介護肯定感、KJ法

はじめに

わが国は本格的な高齢社会に向け、これまでの施設介護から在宅介護へとシフト転換した在宅福祉、市町村中心、民間活力の導入を重点としてきた。1989年12月「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）が策定され、要介護高齢者への福祉サービスの計画的な量的整備が開始された。1994年には新ゴールドプラン、その後、2000年4月より介護保険法等の導入が行われた。このことにより、施設入所は量的にも限界である状況のなか、地域差はあるが居宅サービスの種類や量など社会資源の増加が図られ、介護保険施行前との比較ではサービス利用の拡大がみられる。家族機能の脆弱化、小家族化、地域関係の希薄化、介護の重度化および長期化という社会状況のなか、在宅介護は家族の介護力を前提にしているといえる。

要介護者を在宅で介護する家族介護者は、社会生活上のストレスのほか個人差はあるが介護によるストレスをも抱えている。拘束感、孤立感や義務感等の特徴とする介護ストレスは、介護量の多少にかかわらず、身体的不調、うつ病など身体精神症状も引き起こしている。各種メディアにおいても、在宅介護での高齢者虐待、介護殺人等の事件の報道があとを絶たず、日々の在宅介護の大変さを物語っている。

一方、家族、地域、職場の協力を得ながら、日々の介護における達成感や充実感、家族の絆、あるいは看取り終えた満足感を得た介護者は、「夫がいたから、頑張れた・・・」と配偶者や家族の理解・協力の重要性を話した。多くの介護負担感とともに肯定的側面も同

時に見受けられた。

これまでの研究では、在宅介護は家庭生活に様々な影響を生じることから、介護負担に関する研究は広く行われてきた¹⁻⁴⁾。介護負担に関するもの、在宅介護継続と中断の要因に関するもの、介護者の健康、Quality Of Life や満足度に関するもの等であった。しかし、最近、介護を負担ととらえるだけでなく、肯定的側面の重要性が報告されている。肯定的側面を「生きがい感」という視点で捉え⁵⁻⁶⁾、介護に対する喜びや満足感が在宅介護継続意思と関連していること⁷⁾、また、肯定感が負担感を軽減する効果をもつことを明らかにしている⁸⁾。家族介護者の肯定感をストレス対処行動との関連⁹⁾や各種介護サービスの満足度の視点¹⁰⁾から捉えていた。これらの研究結果から、介護者が介護をより有益な体験として受け止める肯定的側面に着目し、介護負担の軽減の視点からだけではなく、肯定感を高める支援の検討も必要であると考えられる。従来の研究においては、介護肯定感の状況を検討したものが多くみられたが、肯定感が生成される要因については十分検討がなされていない。

本研究では、在宅介護の現状及び、介護肯定感・負担感の分水嶺となる要因を明らかにすることを目的とした。

研究方法

1. 研究方法

家族介護者へのアンケート調査（自由記述）、家族介護者へのインタビューをもとに分析する。

(1) 家族介護者へのアンケート調査

調査対象者は A 市（農山村地域）において介護保険居宅サービスを利用し、調査に協力の得られた家族介護者 816 名。介護支援専門員の訪問時に研究の趣旨と自由意志で諾否が決められること等について文書および口頭にて説明し、留め置き調査。無記名とし郵送による回収を行った。調査時期は 2005 年 9 月から 10 月。主な調査内容は、介護サービス全般の満足度、介護サービスを利用してよかったこと・困っていること（自由記述）等であった。有効回答数は 460 名（回答率 56.3%）、そのうち自由記述の回答のあった者は 254 名であった。本研究では、自由記述についての分析とした。

(2) 家族介護者へのインタビュー

研究の趣旨を事前に家族の会の代表者より会員へ伝えてもらい、了解のあった家族介護者 2 名を対象に行った。期間は 2006 年 2 月、場所は毎月家族の会を実施している喫茶店の一室、介護者のさまざまな気持ち（介護しはじめたころ、困ったこと、よかったなあと思うこと等）や介護者の集いに参加しようと思った時、参加した気持ちについて、60 分から 80 分程度のインタビューを行い、対象者の承諾を得たうえでテープに録音した。

2. 分析方法

家族介護者へのアンケート調査（在宅介護に関する自由記述）および家族介護者のインタビューについては K J 法による分析を行った。

アンケートの自由記述については、在宅介護に関する内容を K J ラベルに転記し、132 枚のラベルを得た。多段ピックアップにより 41 枚に絞り込んだものを元ラベルとしてグループ編成を行い、イメージの統合を行った（統合されたイメージを文章にし、ラベル化したものを「表札」という）。この作業を複数回繰り返し、結果として 8 つのグループ（表 1 参照、**第 2 段階表札）に編成された。

家族介護者のインタビューでは、逐語録より在宅介護に関するものを K J ラベルに転記し、上記と同様の作業を行った。家族介護者のインタビューでは、82 枚のラベルを多段ピックアップにより 30 枚に絞り込んだものを元ラベルとして 5 つのグループ（表 2 参照、**第 2 段階表札）に編成された。

それぞれグループ編成された結果は、2 枚の「K J 法図解」として作成したが、本稿ではそれらを表形式に整理して提示した（表 1、表 2）。

なお、K J 法による分析過程およびまとめでは、K J 本部 川喜田晶子主任研究員によるスーパーバイズを受けた。

3. 倫理的配慮

家族介護者アンケートについては、A 市介護支援専門員連絡協議会においてケアマネジャーに対して文書および口頭により、研究目的・方法について十分に説明し研究協力の同意を得た。ケアマネジャーが居宅介護サービス利用者宅へ訪問の際に研究の趣旨を口頭および文書にて次の項目を説明し、家族介護者の自由意志下で協力を依頼した。①調査表には個人が特定されないよう無記名による回答とする。②本研究によって得られたデータは、厳重に保管し本研究以外には使用しない。研究終了後直ちに調査表は粉碎処理し、パソコンへの入力データは消去する。③研究への参加は任意である。いつでも、中止することができ、それによる不利益を被ることはない。④調査表の返送をもって、本研究への同意が得られものとする。

家族介護者へのインタビューでは、研究目的・方法を家族の会の代表者へ説明し研究協力の同意を得た。代表者より会員に研究の趣旨を伝えてもらい協力意向のあった家族介護者をインタビューの対象とした。インタビュー開始前に再度、研究目的・方法、上記アンケートと同様に①から③を口頭および文書にて説明し、家族介護者の自由意志下で協力を依頼した。

結果および考察

1. 家族介護者の自由記述アンケート<表 1>より

(1) 家族介護者の葛藤、孤立、喜び

在宅介護は、年金生活による経済的負担、農山村地域のため交通機関の利便性に乏しいことによる通院時の困難さ、身近な相談窓口の不足など物理的な諸問題を抱えている。さらに、「介護の日々は気持ちよく過ごせたという日は 1 日もない」「虐待につながりかねない介護者自身が怖くなる」「要介護者に優しく接することが出来ないこんな自分を責めてしまう」等の心理的ストレスが見受けられた。介護サービス利用を介護者は望んでいても要介護者の不安や拒否により介護サービスに繋がらない現状があり、葛藤の連続であるといえる。例えば、長男の嫁が介護者である場合は介護者の気持ちもわかってほしい、有難みを感じてほしいと望んでいた。

つまり、子どもの有無、子どもとの同居・別居にかかわらず、日常的に介護者は孤独感や不安を感じている傾向がみられる。家族介護者は、生活上のさまざまな困難に直面し、葛藤を抱えている。このような介護者の気持ちを要介護者や家族も理解してほしいと願っているといえる。

また、家族介護者はデイサービスや訪問介護等の介護サービスを利用することにより人間関係が活性化し、要介護者自身が明るくなったという結果を得ている。そのため、要介護者がもてる力を発揮できるようなサ

ービスの内容に期待している。さらに、要介護者の喜びは介護者の喜びや感謝をももたらしている。つまり、介護サービスをとおして新しい人間関係をもつことにより、要介護者、介護者ともに喜び、生き生きとした日常生活の変化がみられた。また、孤立した状況では不安や依存傾向の助長となりやすい。

(2) 家族や本人の状況に合った介護サービスを利用できると最期まで在宅介護も可能

福祉用具貸与、住宅改修や訪問リハビリテーション等は有難く、さらに利用したいと思う反面、施設の設備やケア内容についての不満を抱えている。その他に、サービス利用までの手続きが大変であり、在宅の中心的なサービスであるショートステイ、デイサービスの利用を自由に選択できない状況である。通院手段や経済的な問題等の様々な生活上の課題についても身近に相談したい、家族の状態にあった介護サービスを選択できるように、という要望がある。

また、自宅で最期まで暮らしてもらいたいと思っている家族介護者にとって、経済的負担にならない範囲で利用できる介護サービスは助かっている。つまり、在宅介護を可能にしている一面といえる。

<表1>より、在宅介護を可能にする条件として、〈孤立を超える〉ことと〈柔軟な介護サービス〉という2つのポイントが導き出された。

2. 家族介護者のインタビュー<表2>より

(1) 介護そのものについての想いや介護がプラスされた日常生活の変化を、家族介護者自身の殻に閉じ込めがち

今回、インタビューに応じた家族介護者は、当初、近所や親戚から“長男の嫁が介護してあたりまえ”としている慣習のなかで介護が始まった。その時の気持ちを「夫が親不孝に見られるのが嫌やったから介護するしかなかった」、「最初は介護者の心の中に詰め込んで辛抱していた」。「辛いけど私が(介護を)するしかない。長男の嫁だから……」、「いつも要介護者という息が詰まる」等と話した。認知症の始まりの行動にショックを受け、どう対応してよいか混乱し、介護者もパニックになった。このような状況を身近な人(夫)にわかってもらえないと「もう、言わんとこう」と孤独になり、さらに閉鎖的な状況をつくってしまっていた。「更年期で辛かった」など、介護者自身の入院、介護者の子の結婚・出産、孫の育児の協力など介護以外のことにも直面した。「何と言っても、嫁姑の問題がものすごく、介護はとてもきつかった。何でもかんでも我慢していた反動かな」と話していた。その他に、介護者が精神的に行き詰まった時、介護サービス利用により、介護者だけ、家族だけで抱え込ま

ず対処できた、経済的にも負担にならない範囲で希望する介護サービスが利用できるという声が出ていた。

つまり、介護者の生活には介護と介護以外のことがあり、追いつめられやすく、ストレスが強くなるというように悪循環傾向がみられた。介護サービスを利用し新しい関係性をつくることにより、ストレスが緩和され自由時間ができ、ゆとりがもてる。

(2) 内的な想いを外的な行動に向けると『人と人との関係性』が育つ。介護者自身の内的変化や要介護者への理解を深める契機となる

「本当に、シンドクなった時(以前、保健師に勧められていた)家族の会に出かけた。人の話を聴いて、しゃべって変わってきた。友達ができた」、要介護者に対しては「“おばあちゃんの人生いろいろあって、頑張ってきたんやな”と考えるゆとりが出てきたら、ひどいこと言うたな……とも思えた」等の意見が聞かれた。同じような境遇にある介護者と家族との交流は新しい関係の発見となり、介護者自身の成長、家族の結束、困難な状況に向かうエネルギーとなった。

新しい関係性をとおして、介護と日常生活のストレスにより閉鎖的になりやすい介護者の心の扉を開くことができ、学びや成長のきっかけともなる。ひいては、介護者自身の要介護者への理解が深まる。

<表2>より、〈閉鎖的な悪循環〉のかたちと、それを打破する〈新しい関係性〉の重要性が把握できる。

結論

在宅介護がうまく機能しない要因として、〈孤立〉〈閉鎖〉〈葛藤〉が導き出され、逆に在宅介護を可能にする要因には〈柔軟さ〉〈精神的なゆとり〉〈良好な人間関係〉等があり、『新しい関係性』を構築することが最大の鍵となることが示唆された。

介護者がさまざまな葛藤や想いを経て介護サービス利用に至る過程においても、介護者と要介護者との既存の関係の見直しや再発見がある。さらに、介護サービスの利用や継続によって、人や機関や施設等との新たな関係性が拡がり、信頼や交流が生まれる。

このような関係性の再発見・再構築・拡がりの有無がこれからの在宅介護の明暗を分かちつといえる。

家族介護者自身のこだわり・世間の目・社会的規範に縛られず、〈新しい関係性〉をもつことで、要介護者も家族介護者も喜び、生き生きとした生活が送れるよう支援することが重要である。

謝辞

アンケートおよびインタビューにご協力いただきました家族介護者、A市介護支援専門員連絡協議会の

皆様に心より感謝申し上げます。また、K J法分析およびまとめに際し、終始きめ細やかなご指導と励ましをいただきましたK J法本部 川喜田晶子主任研究員に深謝いたします。

参考文献

- 1) 川喜田二郎：発想法，中公新書，2003
- 2) 川喜田二郎：続発想法，中公新書，2004

引用文献

- 1) 横山美江、清水忠彦、早川和生ほか：要介護老人における在宅福祉サービス利用の実態および介護者の疲労状態との関連，老年社会科学，15(2)，136-149，1994
- 2) 近森栄子：在宅ケアを提供される高齢者の特性と家族の負担感との関連，神戸市看護大学紀要，3，101-112，1999
- 3) 緒方素子、橋本迪男、乙坂佳代：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担，日本公衆衛生誌，47(4)，307-319，2000
- 4) 大山直美、鈴木みずえ，山田紀代美：家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析，老年看護学，6(1)，58-66，2001
- 5) 山本則子：痴呆老人の家族介護に関する研究，娘および嫁介護者の人生における介護経験の意味，看護研究，28，178-199，1995
- 6) 山本則子、石垣和子、国吉 緑 ほか：高齢者の家族における介護の肯定的認識と生活の質(QOL)，いきがい感および介護継続意思との関連，続柄別の検討，日本公衆衛生誌，49(7)，660-669，2002
- 7) 斉藤恵美子、国崎ちはる、金川克子：家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討，日本公衆衛生誌，48(3)，180-189，2001
- 8) 櫻井成美：介護肯定感がもつ負担感軽減効果，心理学研究，70(3)，203-210，1999
- 9) 陶山啓子、河野理恵、河野保子：家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析，老年社会科学，25(4)，461-469，2004
- 10) 広瀬美千代、岡田進一、白澤政和：家族介護者の介護に対する肯定的評価に関する要因，厚生指標，52(8)，1-7，2005

表1 在宅介護の現状：家族介護者へのアンケートより[KJ法によるラベル統合の流れ]

| 元ラベル | 第1段階<表札> | 第2段階<表札> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具貸与や住宅改修は有難い ・訪問リハビリテーションはもっと増やせると良い ・通院時ふれあいバスを利用し助かっている ・調査やサービス利用の手続きが大変 ・認定調査訪問時間が短く(要介護者の)状態を正しく見てもらえていないと思う ・(介護者が)気軽に外出できるようにしてほしい ・ショートステイ、デイサービス、訪問介護の利用について、施設、期間(期日)、利用時間が自由に選択できない ・ショートステイ、デイサービスの利用可能回数が少ない。要支援も介護度とは別枠で利用枠がほしい。年に1回ぐらいは | <p>*さまざまな介護サービスは有難い。さらに利用したい</p> | <p>**介護サービスのニーズは高い。さらに、有難い反面、事務手続きの簡略さ、適切な認定、より柔軟なサービス利用が望まれる</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・介護者は子育て、大病などさまざまな介護以外の負担もあるので(ダブル・トリプルパンチ)、訪問介護、訪問看護、訪問入浴、ショートステイ等有難い ・1日中みていることはできないので助かっている ・介護者や家族の自由時間ができて有難い(外出、休息、仕事、家事等) ・サービスを利用すればストレスが緩和されホッとする ・家庭崩壊寸前だった時、精神的・感情的に介護者が行き詰まった時、介護保険に助けてもらった。 ・介護者ひとり、あるいは、家族だけで抱え込まずにすむので助かった ・困った時、緊急時にケアマネジャー、ホームヘルパー、看護師等に相談できる ・ホームヘルパーや看護師に話をするとストレスがたまらなくなってきた | <p>*家族の状態にあった介護サービスをもっと自由に選択できる柔軟さを望む(利用施設、時期や時間等)</p> <p>*普段の生活には介護以外の事柄もあるので、要介護者を1日中みていることはできない。介護サービス利用により介護者、家族に自由時間がとれてホッとする</p> <p>*介護者がせっぱつまった状態であっても、サービス利用により抱え込まずにすむので助かった</p> | <p>**日常生活には介護以外のこともあるので、さらに追い詰められる。サービス利用により時間的、精神的なゆとりができて助かる</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・老老介護をしなくてすむので助かっている ・希望するサービスが受けられる。多くのサービスが利用できる ・経済的にあまり負担にならない ・自宅で最期まで暮らしてもらいたいと頑張っている。介護保険があるから在宅介護可能である | <p>*あくまで『在宅』で介護したいと希望する家族にとって経済的負担が軽く利用できる多彩な介護サービスは助かっている。</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの有無、別居・同居にかかわらず、老老介護のため四六時中不安である ・ホームヘルパーのいないときは不安である ・認知度が重症になれば、デイサービスやショートステイでみてもらえないのではという不安がある | <p>*家族との同居別居にかかわらず、介護者も要介護者も孤立するのではと思うと不安がつくる</p> | <p>**人間関係をもつことで、要介護者、介護者も共に生き生きとして喜びを得られる。反面、孤立は不安を助長する</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・要介護者はデイサービスやショートステイの利用により、人間関係が活性化し明るくなった ・デイサービスでは認知症と身体障害を別々にわけてほしい ・デイサービスでは、介護度の違う人が一緒にされてしまって話しが合わない。話し相手がほしい ・要介護者はデイサービスに大満足である。本人の喜びは介護者の喜びで大変感謝している | <p>*要介護者はデイサービスや訪問介護の利用により人間関係をもち、生き生きとなるような人との交流を望む</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・要介護者の配偶者(妻)は、本人のデイサービス利用を嘆いている。介護者(嫁)のことも理解してほしい ・要介護者が有難みをわかっているないので、時々腹が立つ。 ・要介護者が介護サービスの利用を嫌がる ・要介護者が不安でショートステイを利用しない。体験できないので困る | <p>*例えば、介護者が嫁の場合、要介護者やその配偶者に介護者の気持ちもわかってほしいと願っている</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・介護の日々は気持ちよく過ごせたという日は1日もなかった。在宅で介護することは大変である ・さまざまな介護サービスを利用し助かっている。以前はイライラが高じて虐待に繋がりがねないこともあり、自分が怖くなったこと ・ショートステイ、デイサービスからの帰宅後が大変である。施設に入ってほしいと思う ・家では要介護者へ優しく接することができないが、デイサービスでは優しく接してもらい喜んでいる | <p>*在宅介護は大変である。要介護者に優しく接することができず葛藤の連続である</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ケアワーカーのレベルアップを望む ・食事や設備の充実を望む ・デイサービス時の入浴、着替え、排尿、転倒、ケガ等でケアの内容が不十分と感じることがある | <p>*日常生活のケアや設備について不十分と感じている</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・年金生活のため経済的に大変である ・農山村地域のため公共交通機関の利便性が悪く、通院が困難で困っている ・地元で密着した相談窓口がほしい | <p>*生活上のさまざまな問題について身近に相談した</p> | |

注：()内の言葉は文意を理解するために筆者が補った言葉である。*は第1段階の表札、**は第2段階の表札である。

要介護高齢者の在宅介護を支えるもの

表2 在宅介護の現状：家族介護者へのインタビューより[KJ法によるラベル統合の流れ]

| 元ラベル | 第1段階<表札> | 第2段階<表札> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・近所、親戚から“長男の嫁が介護してあたりまえ”とみられてしまう ・主人が親不孝にみられるのが嫌やったから（義父を）介護するしかなかった ・最初は自分の心の中に詰め込んで辛抱していた。辛いけど、私が（介護）するしかない。長男の嫁だから。 ・“（介護を）やるしかない”。逃げ出して（実家へ）帰ると両親が心配するし | <p>* “長男の嫁は介護してあたりまえ”という慣習のなか、夫のため、両親に心配かけないようにと、周囲の期待どおりにやるしかない状況から介護が始まる</p> | <p>** 長男の嫁としてのプレッシャーや急にふりかかる介護の現実など理不尽な感情に悩まされている介護者の葛藤</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・いつも要介護者と接していると息が詰まる ・はじめのおばあちゃんの行動（認知症のはじまり）にショック。対応できず介護者もパニック ・（認知症初期の）要介護者の「アホになった。アホになった」「私はじめて聞きました」の繰り返しにどう対応してよいか混乱した ・（これまで敬意をはらって）“お父さん（要介護者のこと）”としか呼んでこなかった。ウンチしてもおしっこしても“お父さん”と思ってたから、イライラしてたのかな ・（認知症の介護の）はじめのうちは、何で私がパンツ洗ったり、お尻拭いたりせなあかんの・・・と思っていた。そのうち洗濯に慣れたし、汚れたら洗えばよいと思えるようになった | <p>* 要介護者のこれまでの生活と現実とのギャップが受け入れられない。介護者は現実の介護状況に今にも押しつぶされると強い不安を感じている</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・介護者が（認知症という病名に）一番こだわっていた ・一番身近な人にわかってもらえないと、「もう言わんとこう」と孤独になり自分を追い込む | <p>* 認知症という病名にこだわったり、周囲の理解が得られない時に、介護者は自分で自分を追い込んでしまい閉鎖的状況をつくっている</p> | <p>** 介護者のこだわり、周囲の無理解、身体的不調など閉鎖的状況は、さらに、困難な状況へと介護者を追い込む</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・身体の変化もあり、更年期で辛かった | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの結婚、出産3回、孫の育児の協力等いろいろ大変だった。デイサービスやショートステイを利用したり、他の娘に勤務を休んでもらって対処した。 ・嫁姑の問題がものすごく、介護はとでもきつかった。何でもかんでも（姑に対して）我慢していた反動かな？ | <p>* さまざまな修羅場を抱えたなかで、介護がうまく機能するかどうかは、家族内の人間関係の良否が大きく左右する</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・『おばあちゃんの人生いろいろあって、頑張ってる来たんやな』と考えるゆとりが出てきたら、ひどいこと言うたな・・・と思える ・主人も「何でもやる」と言ってくれた。家族みんなで協力し一丸となって乗り越えた ・介護者が主張するのでなく、要介護者へピタッと合わせる ・だんだん介護しやすくなる ・本当にシンドクなった時に『家族の会』に出かけた。人の話聴いて、しゃべって変わってきた。友達ができた | <p>* 同じような境遇にある介護者や家族との交流は新しい関係の発見となり、介護者自身の学び、成長、家族の結束、困難打破のチャンスにつながる</p> | <p>** 介護の（家族の）内外で新しい関係性をみつけられることが閉塞的な介護者の扉を開ききっかけになる</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・今の自分は義父（要介護者）のおかげ、たまたま認知症になってくれはったから学べたことが一杯ある ・お父さん（義父、要介護者）の世界に合わせることができるようになり、成長したと感じた ・主人がいたから乗り越えられた ・どんな環境にあっても、その人（要介護者）を愛するようになったら（葛藤から）卒業かな？！ | <p>* 様々な環境や苦難のなかで、いつのまにか『要介護者への愛情』『家族への感謝』が身につく、介護の究極の境地にぬけられた</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・中途半端（葛藤から抜けられない状態）やと結局はえらい目に合っただけで終わってしまう ・どうしたら自分の気持ちを穏やかにして接することができるか葛藤し、模索した ・「介護者は大変や大変や」と振りまいていた。本当はおばあちゃん（要介護者）が一番大変で自分がパニックを起こしていただけと思えるまで時間を要した ・「家族の会」に出くわしたことが少しでも変わりたいと思えるきっかけになったし、ここまで（葛藤からの卒業）たどりつ | <p>* 介護者は自分のお大変さばかりに目を向けがちだが、穏やかな気持ちになりたいという葛藤のすえ要介護者への理解が介護者を変えるきっかけになる</p> | <p>** 様々な葛藤、体験、物事の捉え方の変化等により、介護者の要介護者への理解が深まり前向きになる（柔軟さ）</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・こちら（介護者）も物忘れが多い。おばあちゃん（要介護者）より少し時間が後なだけ。おばあちゃんがたくさん忘れるけど、似たようになってきて・・・ ・当初、認知症の知識があったら少しは違ったと思う ・自分自身に「いつまでもじゃないよ」と言いかせて、やっとなつ山を越え、また、次の場面という繰り返し ・（施設に）預けることは逃げることでなく、預かってもらうと思うと介護者は助かる | <p>* 知識と物事の柔軟な捉え方により、困難な状況も前向きに変化し続ける</p> | |

注：（ ）内の言葉は文意を理解するために筆者が補った。*は第1段階の表札、**は第2段階の表札である。

資料

回復期リハビリテーション病棟における

ADL共有シート活用の実態調査

岸友里¹、田中冨子¹、小見麻里子¹、森みどり¹、原田奈々¹、高田直子²

¹ 滋賀医科大学医学附属病院、² 滋賀医科大学医学部看護学科基礎看護学講座

要旨

回復期リハビリテーション病棟開棟に伴い、援助方法の統一を目指してADL共有シートを作成して1年が経過したが、効果的に使用されていないと考える場面が多くある。そのため、ADL共有シートの効果的な活用方法の検討を目指し、使用状況の把握および問題点の抽出を目的に、活用の実態について調査した。その結果、情報収集源として活用する者が多いが、使用していない者がいること、記載すべき者を限定して捉えていないことが明らかとなった。援助別の記載内容では、いずれの項目においても患者の反応に関する記載がなされていないこと、看護実践において情報項目の過不足があることが示された。使用に関する問題点については、情報が活用しにくいこと、記載に時間的負担や書式（形式）に問題があることが明らかになった。以上のことから、より具体的な問題点の抽出と改善案の検討と共に、スタッフの統一した認識に向けた働きかけが課題となる。

キーワード: リハビリテーション看護、ADL、病棟生活、情報共有

はじめに

A 病院の回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）は、在宅復帰に向けた患者のADLの向上を目的とし、昨年新設された。回リハ病棟では全人間的復権を理念とし、患者の能力を早期かつ最大限に発揮させ、自立を促し生活の質（QOL）を高めることを目標としている。その目標にそって、患者の能力を最大限に発揮させるためには援助方法の統一を図ることが重要であり、援助方法のリアルタイムかつ正確な記載が必要な要素となる。そのため、訓練室での「できるADL」と病棟での「しているADL」を近づけ、患者の状態に合い統一した援助の提供を目的に、ADL共有シートを作成し1年が経過した。ADL共有シートは、清潔・食事・排泄・移動の4項目について経時的に援助した方法を記載する形式で、経過記録の簡略化のためSOAP形式での記載が特徴である。これを用いることで、患者の現在のADLを正確に把握し、自立に向けた適切な援助のための情報を収集できる。しかし、実際は状態に合わせた情報の更新がなされていないなど、日々の援助に十分反映されていないと感じる場面が多くある。

先行研究には、ADL共有シートの効果的な活用方法について具体的に述べているものは無く、効果的な活

用方法を検討するにあたり、使用状況の把握および問題点の抽出が必要であると考えた。そのため、患者のADL情報を援助に活用する機会が多い看護職を対象に、ADL共有シートの活用の実態について調査した。

研究方法

1. 対象

A病院回リハ病棟の看護師22名とした。

2. 期間

2009年9月～2009年12月

3. 調査方法

本研究チームが作成した自記式記入用紙（以下、アンケート）を用い、ADL共有シートの使用状況、ADL項目（清潔・食事・排泄・移動）の記載内容や使用での問題点および認識などについて調査した。

4. 倫理的配慮

本学附属病院倫理委員会の承認を得た後（承認番号:H21-24）、対象者へ次の項目について書面と口頭で説明を行い、個人情報の漏洩防止を徹底した。

- ①アンケートは無記名とし、協力は個人の自由意思であり、協力の有無・回答内容による不利益は生じない。
- ②得られた資料、情報は本研究以外に使用せず、厳重に管理し、終了後は裁断処理を行う。
- ③アンケートの提出をもって研究への同意と判断する。

結果

対象者22名中22名からの有効回答を得られた（回収率100%、有効回答率100%）。

1. 対象者の属性

経験年数は7.27年であり、そのうち経験年数が5年以下の者が約半数（49%）を占めていた。回リハ病棟勤務年数は平均1.28年であった。看護師の年齢別に分類すると、20歳代12名（55%）、30歳代8名（36%）、40歳代2名（9%）であった。年齢および経験年数による、回答の偏りは認めなかった。

2. 受け持ち患者のADL状況の情報収集源

複数回答の結果、経過記録20名（90.9%）、基本指示簿3名（13.6%）、リハビリ指示簿19名（86.3%）、ADL共有シート21名（95.4%）、コメント表14名（63.6%）であった。

3. ADL共有シートの使用状況

ADL共有シートを更新すると回答したものは22名（100%）であった。タイミングについては複数回答の結果、毎日および1週間おき・2週間おきがいずれも0%、担当患者を受け持った時が11名（50%）であった。その他と回答した者が18名（81.8%）であり、その中には患者のADLの変化に合わせて変更するといった答えがあった。記載者については複数回答の結果、プライマリー看護師18名（81.8%）、早出・遅出看護師17名（77.2%）、ケア担当看護師13名（59.0%）、日勤担当看護師14名（63.6%）であった。

4. ADL記載項目（複数回答）

看護師が日常的にADL共有シートに記載している内容について、援助ごとに回答を得た。

1) 清潔（図1）

入浴介助方法（流れ）は22名全員が記載すると回答し、8割以上の者が介助人数20名（90.9%）、介助場所19名（86.3%）を挙げた。図式・イラスト13名（59.0%）については約半数であり、必要物品の設置位

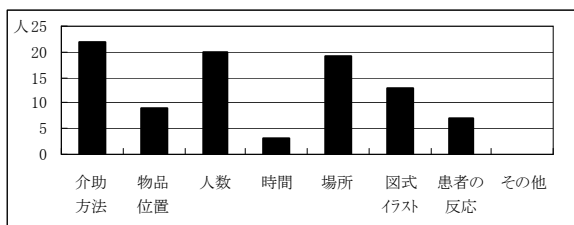


図1 清潔に関する記載内容

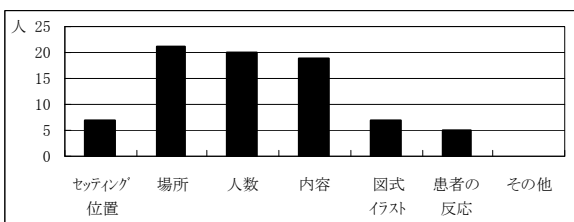


図3 排泄に関する記載内容

置9名（40.9%）、患者の反応7名（31.8%）、介助時間3名（13.6%）の3項目では、半数以下の回答となった。

2) 食事（図2）

回答が多かった項目は、補助具使用の有無・種類20名（90.9%）、食事場所19名（86.3%）、セッティング方法15名（68.1%）など、食事開始までの準備に関するものであった。患者の反応6名（27.2%）、食事時間3名（13.6%）に関しては3割以下の回答であり、その他は1名（4.5%）であった。

3) 排泄（図3）

8割以上の者が、場所21名（95.4%）、介助人数20名（90.9%）、介助内容19名（86.3%）と回答した。セッティング位置、図式・イラストは共に7名（31.8%）であった。患者の反応は、5名（22.7%）であった。

4) 移動（図4）

8割以上の者が回答した項目は、介助方法20名（90.9%）、介助人数20名（90.9%）、セッティング位置19名（86.3%）であった。補助具の使用の有無・種類15名（68.1%）、図式・イラスト8名（36.3%）、患者の反応4名（18.1%）であった。

5. ADL共有シート使用に関する問題点

使用の際に、困ったことがあると回答した者は18名（89.8%）であった。問題に感じている内容については、介助方法（物品・人数・セッティングなど）が分からない11名（50%）、記載方法が分からない2名（9%）、記載時間がない1名（4.5%）、面倒くさい3名（13.6%）、記載する場所が分からない2名（9%）、その他5名（22.7%）であった。その他としては、「記載スペースが足りないことがある」「理解しにくい・情報が古い」「変更していても更新されていないのでケア時に介助方法が分からない」「内服・移乗など書きにくい」「他の人が介助した場合に新しいことが分かりにくく書きにくい」「書くのに時間がかかる」といった意見があった。

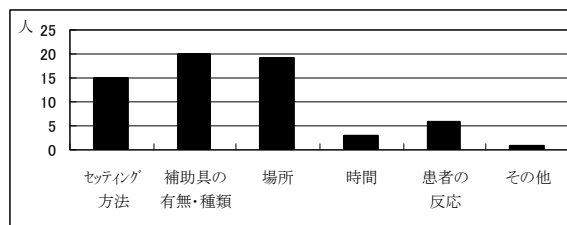


図2 食事に関する記載内容

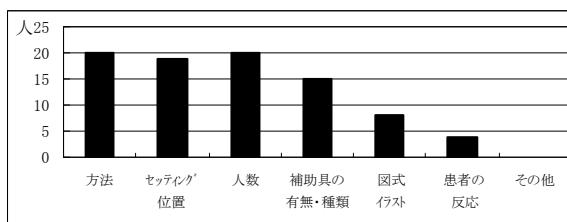


図4 移動に関する記載内容

6. ADL 共有シートの今後

定期的な更新については、14名(63.6%)が更新したほうがよい、8名(26.4%)が更新しなくてもよいと回答した。更新したほうがよいという14名のうち、更新のタイミングについては、2週間おき8名(44%)と回答したものが最も多く、次いで担当患者を受け持った時3名(17%)、毎日2名(11%)、1週間おき2名(11%)であった。また、その他と回答した者は3名(17%)であり、「ADL状況が変わったとき」「必要に応じて設定する」との意見があった。更新しなくてもよいと答えた意見には、「変化がなくても書かないといけなくなるため業務的に大変」「定期的ではなくADL状況が変化したときだけでよい」「意識の問題だと思うので期間にこだわらず必要時に記載すべき」があった。ADL共有シートは今後も使用することが望ましいかについては、全員が使用することが望ましいと回答した。また、清潔・食事・排泄・移動の他に必要な項目が「ある」と回答した者4名(18%)全員が「内服」の項目を挙げていた。

考察

1. 受け持ち患者のADL状況の情報収集源

回答者の大半が情報収集をADL共有シートから行っていたことから、ADL共有シートが患者の情報源として認識されていることが明らかとなった。しかし、少数ではあるが共有シートを使用していない者がおり、スタッフ全員での情報共有がなされていないことが示唆される。また、経過記録、リハビリ指示からも情報収集するスタッフが多く、複数の情報源を活用していることも分かった。渡部らは、患者の持つ能力の発揮には、統一された情報が必要である¹⁾ことを示しており、情報共有に向けた情報源の統一なども必要になると考える。

2. ADL共有シートの使用状況

スタッフの多くは、患者に何らかの変化があった際に、ADL共有シートの記載を行っていることから、定期的ではなく、「患者のADLが変わったと判断した際に記載をする」という病棟のマニュアルに則って使用していることが明らかとなった。

記載者に関する回答に大きな差がなかったことから、日中に患者に関わる全てのスタッフが記載するものであると認識していることが伺える。この認識により、「誰かが記載する」という考えに陥り、情報の更新がなされていない可能性も考えられる。病棟のマニュアルには記載者が明示されていないため、マニュアルを再考し、具体的な記載者を明確にする必要があると考える。諸伏は、マニュアルの整備および手順の統一により観察項目や評価の視点を明示し、評価可能にする必要性²⁾を述べていることから、スタッフ全員が患者の現状に合わせた情報を共有するには、

ADL共有シートの効果的活用が重要になると考える。そのため、記載時期・記載者など、より具体的な方法(記載手順)の検討が急務となる。

3. ADL記載項目

1) 清潔

多くのスタッフが入浴介助の方法、介助人数、介助場所について記載していた。これは、介助の手順が患者の麻痺の程度や立位、座位の安定性や荷重制限、自宅浴室の状況などにより多種多様であるためだと考えられる。熊本機能病院回リハ病棟導入・運営マニュアルでは「入浴のアプローチは、水場で滑りやすい環境下での移動、移乗、洗体、物品の操作など実際場面を評価しないとわからないことが多くある³⁾」と述べている。しかし、必要物品の設置場所や介助者の位置の記載といった回答が少なかった。このことから、より細かな項目の記載の必要性をスタッフが認識できるような関わりが必要であることが示唆された。

2) 食事

多くのスタッフが補助具使用の有無やセッティング方法、食事場所について記載していた。これは、高次脳機能障害等で介助が必要な場合は、食事場所の選択が必要となり、補助具の使用が食事摂取の自立に深く関わっている為だと考える。また、患者の反応によっては介助方法を再考する必要があるため記載する必要があるが、回答した者は少なく、介助場所やセッティングなどの援助者の視点を中心となっていた可能性が示唆された。食事環境の設定やアプローチの方法は、患者の状態に合わせて随時変化させていかなければならない⁴⁾ため、患者の状態に合わせて評価修正していくことが必要であると考え。そのためには、患者の反応という情報が重要となる。

その他と回答した中には、嚥下状況と内服管理状況があげられる。嚥下リハビリを行っている患者は嚥下に特に注目して観察する必要があり、内服の自己管理方法は患者の年齢や理解力に応じ個別性が強いために、看護を実践する中で記載が必要となっていると考える。また、追加すべき項目に内服が挙げられていたことは、内服でのインシデントが多いこと、高次脳機能障害や高齢の患者は特に内服の重要性を理解できていないためであると推察される。そのため、自己管理のための内服状況の確認や、服薬指導の項目を設けることを検討していく必要がある。

3) 排泄

多くのスタッフが排泄場所、介助人数、介助内容について記載していた。これは、患者の安全に配慮して介助するためにはこれらの項目が必要であるという認識が強いためであると考え。また、患者の状態により車椅子などのセッティング位置の記載が必要であ

るが、結果として図式・イラストを記載していることが少なかった。これは介助内容と記載が重なってくるためと考える。記載時間の簡略化という観点から、記載項目の整理が必要であることが示唆された。

4) 移動

多くのスタッフが介助方法、セッティング位置、介助人数について記載していた。これは、患者の状態などによって安全に移動することが必要であるためだと考える。介助量・介助方法を統一するためにカンファレンス等による口頭での申しあわせだけでなく、必要に応じて介助方法を写真や文章で作成することも有効である⁵⁾ことから、今後、図式化することも検討していく必要がある。

4. ADL 共有シート使用に関する問題点

介助方法が分からないと回答した者は半数であることから、ADL 共有シートを具体的な看護援助に活用できていないことが伺える。また記載する際の問題点として、時間的負担や書式（形式）があることが明らかになった。患者の ADL を正確に把握できないことは、患者の安全・安楽を守り、自立を促す援助につながらず危険を伴う可能性がある。そのため、スタッフ全員が患者の ADL を正確に把握するためのツールとしての ADL 共有シートを「見やすく」「書きやすく」するための改善が必要であると考えられる。

5. ADL 共有シートの今後

ADL 共有シートの使用を継続していくことには一致した意見があった。これは ADL 共有シートを使用することで患者の個別性のある統一した援助の提供することがスタッフの意識としてあると考える。実際は入院時のまま変化があっても記載されていない現状があり、定期的に更新を行う方がよいという意見が多かった。しかし、定期的な更新ではリアルタイムかつ正確な情報が反映されにくいいため、患者の安全・安楽・自立に配慮し、記載しやすく、更新しやすい ADL 共有シートへの改変が必要であると考えられる。そのため、適切に記載できない理由、記載しにくい部分などについての詳細を調査し、具体的な問題点の抽出と改善案の検討が必要であることが示された。

結論

ADL 共有シートの効果的活用を目指し、その使用状況の把握と問題の抽出を目的に看護師を対象とした実態調査を行った。その結果、情報収集源としての認知、記載時期・記載者に関する認識のばらつき、書式（形式）に対する問題点が明らかとなった。今後は、より具体的な問題点の抽出と改善案の検討と共に、スタッフの統一した認識に向けた働きかけが課題となる。

謝辞

業務多忙の中、本研究にご協力いただきました、研究対象者の皆様に感謝いたします。

文献

- 1) 渡部史子：患者能力を最大限に引き出すための情報共有化. 自立支援とリハビリテーション, 1 (6), 39-44, 2004.
- 2) 日本リハビリテーション病院・施設協会編集：回復期リハビリテーション病棟 新しいシステムと運営のしかた. 44-48, 三輪書店, 2003.
- 3) 医療法人社団 寿量会 熊本機能病院編著：改訂版医療従事者のための回復期リハビリテーション病棟導入・運営マニュアル 100. 176-177, 日本医療企画, 2008.
- 4) 前掲 3), 166-167.
- 5) 前掲 3), 154-155.
- 6) 石川誠編：回復期リハ病棟スタッフ読本, 3-21, 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会, 2007.
- 7) 中島香苗, 品川彰, 横地佳澄, 田中朋美, 三宅理夏, 濱村直美, 富迫ゆみこ：回復期リハビリテーション病棟におけるチームアプローチのための情報共有のあり方. 北九州八幡病院研究紀要, 2(1), 38, 2007.
- 8) 高橋里恵, 今埜恵, 大竹まり子：Barthel Index を用いた ADL 情報共有の効果. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 18, 194-196, 2006.
- 9) 館澤晴子, 谷村恵：ADL 情報共有カードの活用とその効果 5 事例を通して. 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 19, 163-165, 2007.
- 10) 加藤亜依, 立花光洋, 西川京子, 横山司：電子カルテシステムを用いた情報共有. 理学療法 進歩と展望, 18, 36-39, 2004.
- 11) 番川弘美, 村上鯉菜, 増田剛, 山本庸史：情報共有と個別性を追求したリハビリテーション, 臨床老年看護, 11(5), 70-77, 2004.
- 12) 中島香苗, 品川彰, 横地佳澄, 田中朋美, 三宅理夏, 富迫ゆみこ, 濱村直美：チームアプローチのための情報共有を目指して ADL 確認表の再考, 日本リハビリテーション看護学会学術大会集録, 18, 191-193, 2006.
- 13) 樋原悦子, 角桂子, 中田安真音：亜急性期病棟における「退院促進シート」の効果, 松江市立病院医学雑誌, 11(1), 57-60, 2007.
- 14) 渡辺京子, 新井和博, 伊能幸雄, 高橋文久, 高橋洋介, 田代尚範, 松田徹, 山本喜美夫：理学療法退出ことでの早期リハビリテーションにおけるチーム内連携のあり方と課題. 理学療法, 24(9), 1185-1192, 2007.
- 15) 丹後みゆき, 伊藤洋子, 徳原加寿子, 佐野カンナ：患者・医療者間のリハビリテーション情報の共有. 整形外科看護, 13(1), 101-105, 2008.

資料

「基礎看護学実習Ⅱ」における技術習得状況

—平成21年度「基礎看護学実習Ⅱ」の看護技術確認表から—

高田直子¹ 遠藤知典¹ 新井龍¹ 作田裕美² 坂口桃子¹¹滋賀医科大学医学部看護学科基礎看護学講座²京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻看護科学コース

要旨

新カリキュラムにおける看護技術臨地教育に関する検討に向けて、「基礎看護学実習Ⅱ」における学生の技術経験とその水準を調査した。その結果、学生の8割以上が実施できた技術は、「環境整備」「ベッドメイキング・シーツ交換」「褥法」「清拭」「配膳・下膳」「車椅子移動」「体温」「脈拍」「血圧」「呼吸数」といった、様々な場面で多くの患者に共通して提供できると考えられる10項目であった。一方、実施経験者が少なかった項目は、「口腔ケア」「排尿誘導」「尿器・便器での介助」「シャワー浴介助」「入浴介助」「食事介助」「ポータブル介助」の7項目となり、全体の4分の1を占めた。以上のことより、実施機会が多い技術に関しては、確かな技術の習得に向けた演習・自己学習が必要となり、実施機会が少ない項目については、臨床現場をイメージできるような講義・演習の工夫が必要となることが示唆された。

キーワード：看護教育、看護技術、看護学実習、学生、技術習得

はじめに

医療の高度化、患者のニーズの多様化に伴い質の高い看護を提供できる看護者の養成が望まれている。その一方で、患者の安全の確保・人権の擁護を目的に、学習過程にある学生の患者への看護行為の制限が生じた。そのような背景のもと、2002年に文部科学省の「看護学教育の在り方に関する検討会」によって、卒業時に身に付けておくべきものの枠組みのなかに、看護技術が提示された¹⁾。また2003年に通達された同検討会の報告書²⁾では、臨地実習において学生に実施させてもよい技術項目とその水準が分類された。

こうした流れを受け、本学では、学生の看護実践能力を強化すること等を目的にカリキュラム改正が行われ、平成21年度入学生から新カリキュラムが適用されている。

「基礎看護学実習Ⅱ」は「入院生活を送る対象を理解し、生活過程を整えるために必要な看護技術を状況に応じて判断・選択して実施するための基礎的能力を養うとともに、看護過程を用いて患者の看護上の問題を解決する手法の基礎を学ぶ」ことを目的とし、第2学年の前期に実施しており、来年度から新カリキュラム適用学生が履修する。平成21年度入学者は第1学

年前期より、生活援助技術を中心とした講義・演習を受講し、「基礎看護学実習Ⅱ」の履修時には基本的な診療の補助に関わる技術を習得した状態となる。これは、第1学年後期より生活援助技術とバイタルサイン測定のみを習得して実習を経験した旧カリキュラム対象学生とは異なる点であり、「基礎看護学実習Ⅱ」における技術習得について検討する必要がある。そこで、「基礎看護学実習Ⅱ」における学生の技術経験とその水準を概観することで、新カリキュラムにおける「基礎看護学実習Ⅱ」の看護技術教育に関する検討資料になると考えた。

研究目的

「基礎看護学実習Ⅱ」における学生の技術経験とその水準の実態を把握し、新カリキュラムにおける看護技術臨地教育に関する基礎的資料とする。

研究方法

1. 対象

平成21年度「基礎看護学実習Ⅱ」の履修生61名を対象とした。

2. 「基礎看護学実習Ⅱ」の概要

(1) 実習期間：第2学年を対象とした2単位90時間の実習であり、平成21年9月4日～9月18日に実施した。

(2) 実習内容：初日にオリエンテーションを実施した。病棟での実習は、入院患者へのベッドサイドケアを通して基礎看護技術の基本を学ぶ「実習①」を前半の4日間、受け持ち患者へのベッドサイドケアを通して看護過程の基礎を学ぶ「実習②」を後半の5日間実施した。最終日は学内で学びを共有する「まとめ」と実習の学びに関する最終発表会を行った。

3. 調査方法

実習開始時点における既習の技術項目は「環境整備」「ベッドメイキング・シーツ交換」「身体の清潔の援助」「食事・栄養の援助」「排泄の援助」「体位変換」「移動・移送・移乗」「バイタルサイン測定」「罨法」であり、この9つを必修項目とした。また、本学看護学科で作成・使用している看護技術習得一覧表を参考に、既習の技術項目から28の細項目を作成し、毎日学生と教員および実習指導者が確認できるよう看護技術確認表を作成した。学生にはオリエンテーション時に、毎日の実施回数と実施水準を記入するよう説明し、実習中も教員および実習指導者が実施状況を確認した。実施水準はA「見学」B「指導者と一緒に実施」C「指導者の指導・監視の下に実施」D「指導者の指導・確認の後に実施」とした。実習終了後、最も高い実施水準を採用し、項目ごとに集計した。なお、記載の無いものは、E「未実施」とした。

B「指導者と一緒に実施」C「指導者の指導・監視の下に実施」

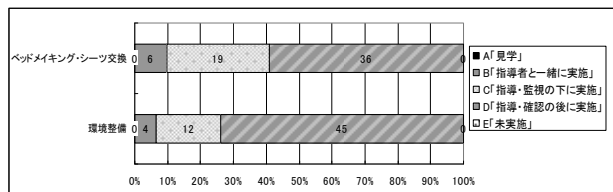


図1 環境整備、ベッドメイキング・シーツ交換

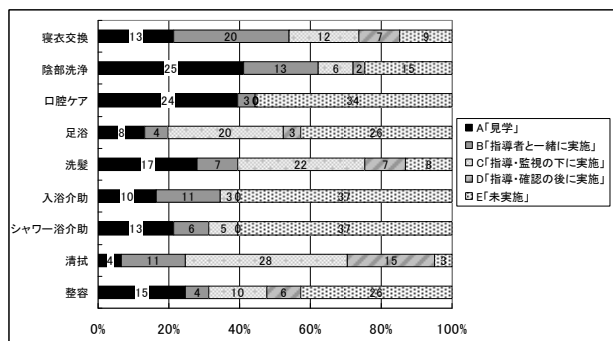


図2 清潔への援助

視の下に実施」D「指導者の指導・確認の後に実施」を含めて実施経験とし、実施経験をした学生を実施経験者とした。また、A「見学」を含め、看護技術確認表に実施水準を記載したものを経験者とした。

4. 倫理的配慮

学生には研究の主旨と看護技術確認表の使用について口頭で説明をし、使用の同意を得た。看護技術確認表は氏名・学籍番号を削除してコピーし、匿名性を持たせた。

結果

1. 環境整備

すべての学生がB「指導者と一緒に実施」以上の水準で実施できた。そのうちD「指導者の指導・確認の後に実施」の経験者が最も多く73.8%であった(図1)。

2. ベッドメイキング・シーツ交換

すべての学生がB「指導者と一緒に実施」以上の水準での実施が経験できた。実施水準ではD「指導者の指導・確認の後に実施」の経験者が最も多く59.0%であった(図1)。

3. 身体清潔の援助

身体清潔の援助には9項目が含まれ、そのうち経験者が8割を超えたものは「清拭」「洗髪」「寝衣交換」であった。実施経験者が多かった項目は「清拭」であり88.5%であった。「洗髪」「寝衣交換」では、実施経験者は6割程度であった。「足浴」の経験者は57.4%であり(実施経験44.3%)、「陰部洗浄」では75.4%の学生が経験していたが、A「見学」が半数以上(経験者の54.3%)であった。「シャワー浴介助」「入浴介助」「口腔ケア」においては経験者数が4割

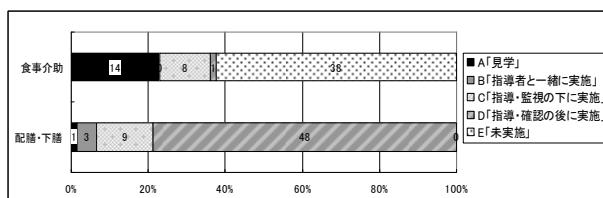


図3 食事・栄養への援助

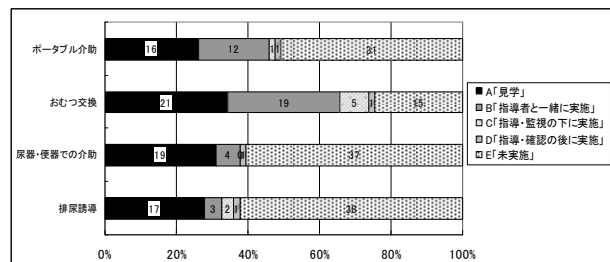


図4 排泄への援助

前後であり、実施水準は A「見学」が多かった(図2)。

4. 食事・栄養の援助

1名をのぞくほぼ全員が B「指導者と一緒に実施」以上の水準での実施を経験できた。A「見学」の1名を加えると、全員が経験できていた。「食事介助」では、経験者は37.7%であり、そのうちの多くが A「見学」に留まった(図3)。

5. 排泄の援助

排泄の援助の中で最も経験者数が多かった「オムツ交換」では、経験者は41.0%であったが、そのうちの約半数は A「見学」に留まっていた。「ポータブル介助」では、経験者が3割未満であり、「排尿誘導」「尿器・便器での介助」においては、実施経験者は1割未満であった(図4)。

6. 体位変換

学生の83.6%が経験し、実施経験者は65.6%であった。実施水準で最も多かったのは B「指導者と一緒に実施」であり、経験者の半数以上がこの水準での実施経験をもっていた(図5)。

7. 移動・移送・移乗

経験者が最も多かった項目は「車椅子移動」(95.1%)であり、A「見学」を除く実施経験者は88.5%であった。次いで「移乗」の経験者が73.8%となり、「ストレッチャー移送」の経験者は62.3%であった。「移乗」「ストレッチャー移送」は A「見学」も多く、2~3割の学生は A「見学」に留まった(図5)。

8. バイタルサイン測定

「体温」「脈拍」「血圧」においては全員が経

験できていた。「体温」経験者1名が A「見学」としているが、その他はすべて実施経験であった。「呼吸数」の経験者は88.5%(実施経験83.6%)であり、「呼吸音」に関しては73.8%の経験(実施経験42.6%)であった。実際に57.4%の学生は、患者の呼吸音の聴取をできなかったという結果となった(図6)。

9. 電法

1名の学生を除く98.4%の学生が経験できていた。A「見学」に留まったものも2名であり、ほぼ全ての学生が実施経験できたといえる(図6)。

考察

既習の看護基本技術の中で、8割以上の学生が実施経験できた技術項目は、「環境整備」「ベッドメイキング・シーツ交換」「電法」、清潔援助のうちの「清拭」、食事援助のうちの「配膳・下膳」、移動・移乗・移送技術の中の「車椅子移動」、バイタルサイン測定の中の「体温」「脈拍」「血圧」「呼吸数」の10項目であった。また、5割以上の学生に実施経験があった「体位変換」「洗髪」「寝衣交換」「移乗」を含めると、14項目となり、設定した28項目の半数であった。この結果は、様々な場面で多くの患者に共通して提供できる可能性の高い技術に関しては、多数の学生が実施経験できたことを示している。水田らの報告³⁾では、5割以上が経験できた項目は8項目であり、本研究の対象学生は、より多くの技術の実施経験を有していることが明らかとなった。これは、日勤業務の看護師に付き、看護技術および患者-看護師間のコミュニケーションについて学ぶ機会とした「実習①」を設定したことにより、様々なニーズを持つ患者と接することで、技術の実施経験の機会が多く得られたためであると考えられる。この実習形態は、受け持ち患者の状態により経験できる技術に差が出るといった問題⁴⁾の解決策にもなりうると思われ、今後もこの実習形態を継続実施することで、実習での看護技術の習得につなげていきたい。

また、バイタルサイン測定の多くの項目は、ほぼ全員が実施していたことから、患者の状態把握に必要な基本技術として臨床看護で必須の技術であることがわかる。適切に実施できるような技術の向上に向けた演習と自己学習が必要となると考える。加えて「呼吸数」「呼吸音」の実施経験者が「血圧」「体温」「脈拍」に比して少ないことから、バイタルサインの測定には呼吸に関する情報への意識が薄い傾向にあることが示唆された。これは、症状の安定した一般病棟では、患者の病態把握の手段として日常的に採用されておらず、学生も実習の機会に恵まれなかったのかもしれない

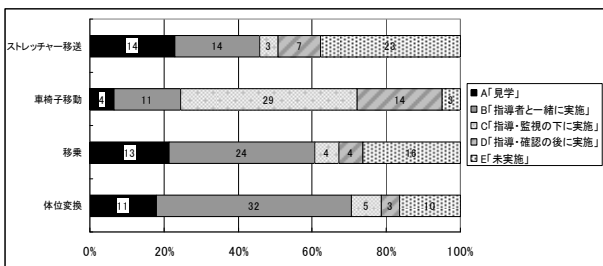


図5 体位変換、移乗・移動・移送

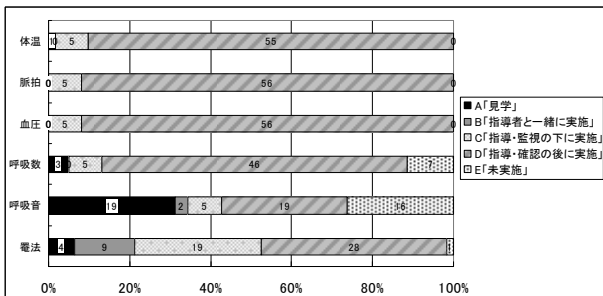


図6 バイタルサイン測定、電法

いと考えられるが、患者のフィジカルアセスメントの重要な構成要素であることを強調した講義・演習が今後の課題となる。

実施経験の少なかった項目のうち特に実施経験者が1割未満であった項目は、「口腔ケア」「排尿誘導」「尿器・便器での介助」であり、3割未満の「シャワー浴介助」「入浴介助」「食事介助」「ポータブル介助」を含めると7項目となり、全体の4分の1を占めた。これらの項目は2年生を対象とした報告^{3,5,6)}などでも経験率が低く、本学の学生においても同様の傾向にあると考える。また、すべての臨地実習終了後の実態調査⁷⁾においても、「便器の使用」の経験率は低く排泄への援助に関しては、患者の羞恥心および技術の難易度の高さなどにより、学生による援助提供は難しいまたは、対象患者が少ない傾向にあることがうかがえる。実施機会が少ない項目については、実際の場面に立ち会った際に積極的に実施できるように、患者設定などより臨床現場をイメージできるような実習前の教育を工夫する必要があると考える。その他の項目では、4年次の経験者割合は高い報告が多いことから、臨床看護学実習で経験することが多い傾向にあることを示唆する。今回調査した生活援助技術および基本的な看護技術は、基礎看護領域における講義・演習の範疇にあるが、各専門領域の実習で積極的に経験できるような働きかけが必要となる。本学看護学科では、実習における看護技術の習得状況の把握が行えるように、すべての実習で共通した「看護技術習得一覧表」を使用している。この一覧表を活用することで、最終的な技術習得への教育的働きかけが可能になると考える。

技術の習得を目指す際に陥りやすい、実施が目的の中心となることに対しては、講義・演習にて状況設定で患者の全体像をとらえた上での技術提供を意識的に教育してきた。また、技術提供を精神運動・認知・情意の3つの領域で計画する記録用紙「技術行動形成表」を作成し、患者の個別性を考慮した指導を行っている。今後もこの教育的取り組みを継続し、学生が患者の全体像をとらえた上での看護技術の実施のためにより効果的な指導方法を検討してゆく必要がある。

カリキュラム改定に伴い、来年度からは「基礎看護学実習Ⅱ」履修時には、既習の技術項目が多くなった状態となる。本研究の結果を踏まえ、新たに実習で習得すべき技術項目を追加・修正する必要があると考える。

結論

「基礎看護学実習Ⅱ」における学生の技術経験とその水準の実態調査した結果、次の2点が明らかとな

った。

1. 学生の8割以上が実施できた技術は、「環境整備」「ベッドメイキング・シーツ交換」「罨法」「清拭」「配膳・下膳」「車椅子移動」「体温」「脈拍」「血圧」「呼吸数」の10項目であり、本学の学生はより多くの技術を経験できていた。
2. 実施経験者が1割未満であった項目は、「口腔ケア」「排尿誘導」「尿器・便器での介助」であり、3割未満の「シャワー浴介助」「入浴介助」「食事介助」「ポータブル介助」を含めると7項目となり、全体の4分の1を占めた。

実施機会が多い技術に関しては、確かな技術の習得に向けた演習・自己学習が必要となり、実施機会が少ない項目については、臨床現場をイメージできるような講義・演習の工夫が必要となる。

文献

- 1) 文部科学省高等教育局医学教育課：大学における看護実践能力の育成の充実に向けて（看護学教育の在り方に関する検討会報告書）. 2002.
- 2) 厚生労働省医政局看護課：看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書. 2003.
- 3) 水田真由美, 辻幸代, 中納美智保, 井上潤, 上坂良子：基礎看護学実習における学生が経験した看護基本技術の現状と今後の課題. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要. 2, 65-70, 2006.
- 4) 西田慎太郎, 矢野紀子, 青木光子, 豊田ゆかり, 中平洋子, 西田佳世, 室津史子, 中西純子：臨地実習における看護技術経験の実態. 愛媛県立医療技術大学紀要, 5(1), 105-112, 2008.
- 5) 寺山範子, 蛭子真澄, 大野かおり, 安藤幸子, 池田清子, 江川幸二, 岡永真由美, 二宮啓子, 沼本教子, 吉永喜久恵：臨地実習の技術経験実態調査からみた技術教育への一考察. 神戸市看護大学紀要, 12, 1-9, 2008.
- 6) 荒川千秋, 神原裕子, 吉野由紀江, 佐藤亜月子, 杉本龍子, 関根龍子：基礎看護技術実習における看護技術の経験の実態—平成18年度と平成19年度の看護技術経験録から—. 目白大学健康科学研究, 2, 73-80, 2009.
- 7) 浅川和美, 高橋 由紀, 川波公香, 川野道宏, 山海千保子, 関根聡子, 市村久美子：看護基礎教育における看護技術教育の検討—看護系大学生の臨地実習における看護技術経験状況と自信の程度—. 茨城県立医療大学紀要, 13, 57-67, 2008.

「滋賀医科大学看護学ジャーナル」投稿規定

I 本誌の和文名称は「滋賀医科大学看護学ジャーナル」、
英文名称は“Journal of Nursing, Shiga University of Medical Science” (JN-SUMS)とし、
原則として1年に1回発行する。

II 本誌発行の目的は次の通りとする。

1. 看護学の学術的な発展に寄与する。
2. 研究発表の場を提供するとともに、学際的な共同研究活動を促進する。
3. 研究・教育活動の成果をひろく社会へ還元する。

III 掲載される原稿は次の通りとする。

看護学ならびに看護学に関連する研究領域で、次の範囲に含まれるものとする。
投稿原稿は未発表で、かつ二重投稿していないものに限る。

1. 原著論文：独創的で新しい知見を含むもの
2. 研究報告：研究として報告し記録にとどめる価値のあるもの
3. 総説、論説：研究の総括、文献についてまとめたものなど
4. その他：看護学に関する意見、提言などで紀要編集委員会が適切と認めたもの

V 投稿資格

本誌の目的に合致しており、本学教員が関与した論文であることとする。

V 掲載の決定

原稿の種類と投稿論文の採否は、査読者の意見を参考にして編集委員会が決定する。

査読者は2名とし、編集委員会が依頼した者が当たる。

本誌に掲載された全論文の全ての著作権(著作権法第27条及び28条に規定する権利を含む)は、
滋賀医科大学に帰属する。

VI 執筆要領

1. 原稿提出時：製版用原稿3部を提出する。フォーマットは別紙参照。
3部のうち1部は原本、2部は著者名と所属を除いた副本とする。
なお、投稿論文枚数は以下の通りとする。
原著論文：6枚以内、総説・論説、研究報告、その他：4枚以内。

2. 原稿提出時には、以下の事項を記載した用紙を添付する。

- 1) 表題 (和文と英文)
- 2) 著者名と所属部署名
- 3) 希望する原稿の種類 (原著論文、総説・論説、研究報告、その他)
- 4) 図表および写真などの枚数
- 5) ランニングタイトル (30字以内)
- 6) 必要な別刷部数
- 7) 連絡先 (E-mail アドレスと電話)

3. 原稿は原則として次の順序でまとめる。
 - 1) 表題（ただし副本2部には著者名と所属部署名は記載しない）
 - 2) 和文抄録：400字程度
 - 3) キーワード：5語句以内
 - 4) まえがき
 - 5) 本論
 - 6) むすび
 - 7) 文献
 - 8) 原著論文の場合：英文タイトル、英文著者名、英文所属名、英文抄録（250語程度）を文末につける。
 - 9) 英文キーワード：5単語以内
 - 10) 図表と説明文：図表および写真は必要最低限とし、図1、表1、写真1などの簡潔な表題をつける。
4. 謝辞をつける場合は、査読段階では別紙にまとめる。
5. 文字と表記については以下の通りとする。
 - 1) 外来語はカタカナで、外国人名や適当な日本語訳がない言葉は原則として活字体の原綴りで書く。
 - 2) 略語は初出時に正式用語で書く。
6. 英文抄録は、原稿提出前にできるだけ専門家（ネイティブスピーカーが望ましい）による英文校正を受けることとする。

VII 文献の書き方

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

例：【雑誌の場合】

- 1) 滋賀太郎, 瀬田花子: 高齢者のストレスの特徴とメンタルケア. 日本老人看護学会雑誌, 8(3), 55-61, 2003.
- 2) Riggio R. E., Tucker J. : Social skills and deception ability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13, 568-577, 1987.

【書籍の場合】

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

【編集者の場合】

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

【電子文献の場合】

6) ABC 看護学会：ABC 看護学会投稿マニュアル. 2003-01-23 (入手日)

<http://www.abc.org/journal/manual.html>

VIII 最終の製版原稿の提出方法

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

IX 校正

初校のみ著者がおこなう。

X 著者が負担すべき費用

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

附則：この投稿規定は、平成17年4月1日から施行する。

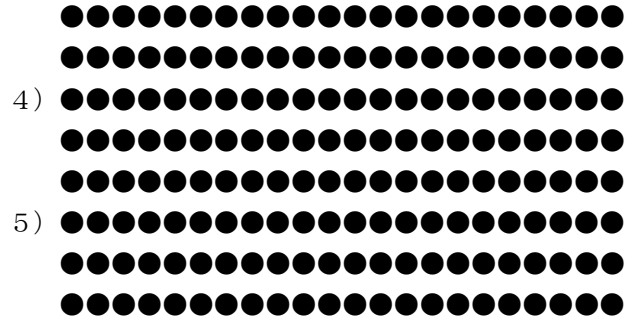
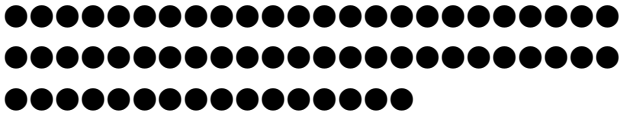
平成18年4月一部改定する。

平成19年9月一部改定する。

平成20年2月一部改定する。

平成20年7月一部改定する。

平成21年6月一部改定する。



文献

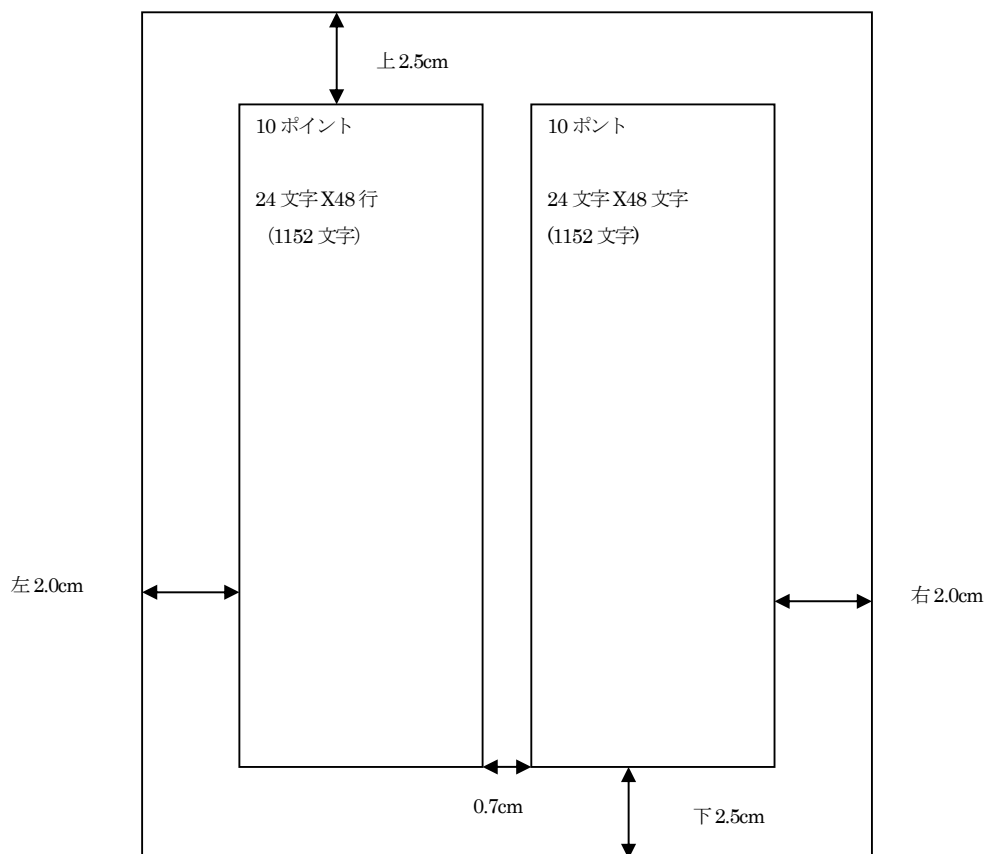
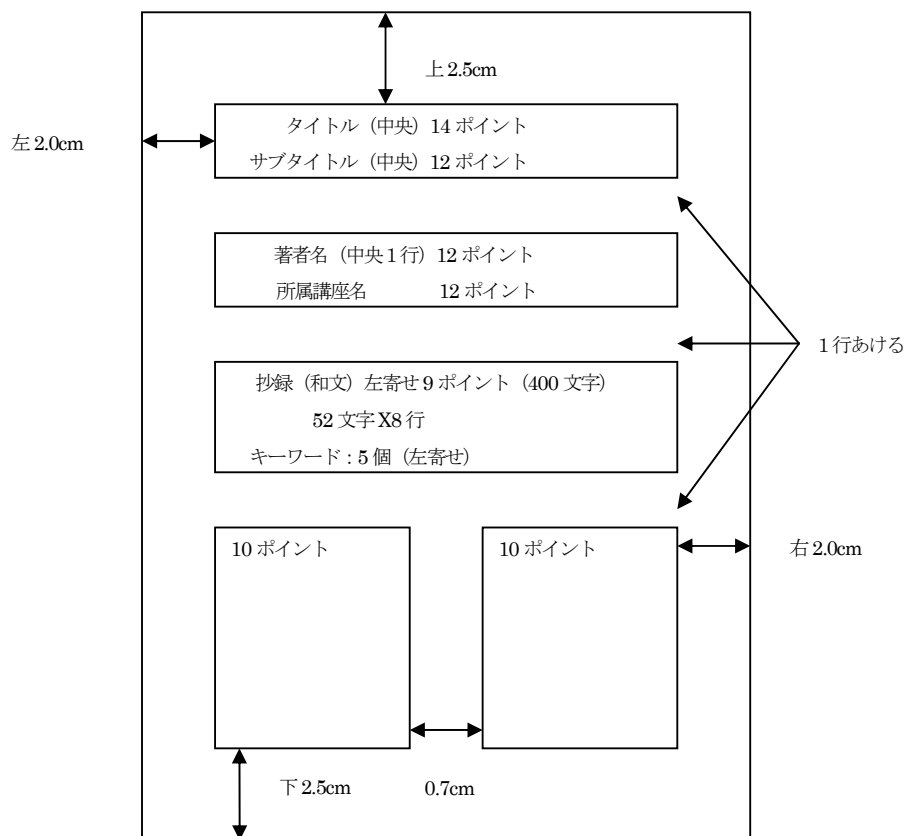
- 1) ●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
- 2) ●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
- 3) ●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

- 4) ●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
- 5) ●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●
●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●

注意

1. 使用ソフトはWordが一太郎が望ましい。
その他のソフトに関しては要テストとなります。(PagemakerはOKです。)
2. 1ページに数行だけはみ出す場合は、前ページの行間を調整してそのページに収めてください。
3. できるだけ最終ページの左右カラムの長さを揃えてください。
4. MS明朝以外のフォントを使用すると文字間が自動的に詰まる文字があり、各行の文字数が均一でなくなる事があります。できるだけMS明朝を使用してください。
5. 画像を挿入したデータで入稿の場合は元の画像データ、または写真を添えてください。
6. フォーマット済みの原稿ファイルとしてご提出下さい。

別紙2
写真印刷フォーマット



滋賀医科大学看護学ジャーナル第8巻第1号 査読者名

一戸とも子(弘前大学大学院保健学研究科)

芝山江美子(高崎健康福祉大学看護学科)

| | | | | |
|--------|-------|--------|--------|--------|
| 新井 龍 | 上野 善子 | 植村 直子 | 遠藤 知典 | 遠藤 善裕 |
| 太田 節子 | 岡山 久代 | 荻田 美穂子 | 加藤 圭子 | 加藤 みのり |
| 金城 八津子 | 桑田 弘美 | 坂口 桃子 | 白坂 真紀 | 高田 直子 |
| 瀧川 薫 | 田中 智美 | 西尾 ゆかり | 能町 しのぶ | 畑下 博世 |
| 正木 紀代子 | 宮松 直美 | 森川 茂廣 | 盛永 美保 | 安田 斎 |
| 山口 豊子 | 吉田 裕子 | 渡邊 浩子 | | |

編集後記

この度、滋賀医科大学看護学ジャーナル第8巻第1号を発刊する運びとなりました。各領域における研究活動として投稿いただきました研究者の皆様、ご多忙のなかにもかかわりませず査読をご快諾いただきました皆様に深く感謝申し上げます。

本誌の編集発行に際し、畑下博世委員長をはじめとする編集委員一同、精一杯の努力をいたしてまいりました。昨年度に引き続き、査読結果が投稿者との意見交換の場となり、さらなる気づきや質の向上につながったと確信いたしております。巻を重ねて、本ジャーナルが若手研究者とともに成長されますよう、また、研究成果が活用され、新たな研究テーマと繋がりますことを期待しております。

最後に、『滋賀医科大学看護学ジャーナル』を益々充実したものにしていきますために、今後とも皆様のご支援とご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

山口豊子

「滋賀医科大学看護学ジャーナル」編集委員

委員長 畑下 博世

委員 山口 豊子 久留島 美紀子 荻田 美穂子 白坂 真紀 遠藤 知典

表紙デザイン 高谷 裕紀子