

# 南九州看護研究誌

## 第1巻 第1号 2003年

### 【論文】

- ICU看護の機能と構造に関する研究 ..... 大川百合子 ..... 1
- 精神看護学実習で治療的人間関係を学ぶ ..... 土屋八千代 ..... 11  
 —プロセスレコード記載傾向と分析検討会の評価—  
 福永ひとみ  
 野澤 由美  
 古家 明子
- 障害のある人を子どもにもつ母親の健康の構造 ..... 赤星 成子 ..... 23  
 —母親たちが辿る認識のプロセスを分析して—
- HIV/AIDS医療におけるコーディネータ・ナース介入による影響 ..... 前田ひとみ ..... 37  
 南家貴美代  
 渡辺 恵
- 子育てサークル参加者における参加の意味の検討 ..... 佐藤 京子 ..... 47

### 【短報】

- カナダ・オンタリオ州の助産制度 ..... 山崎 鯉子 ..... 57
- 偽りの自己からの回復 —子ども虐待についての文献レビュー— ..... 村方多鶴子 ..... 63

### 【研修レポート】

- オーストラリアにおける緩和ケア (Palliative care) について ..... 土屋八千代 ..... 71
- オーストラリアの高齢者ケア —訪問看護に焦点をあてて— ..... 鶴田 来美 ..... 77
- 変化するネパールの看護教育 ..... 村田 節子 ..... 81

宮崎医科大学医学部看護学科



## ICU看護の機能と構造に関する研究

### A study on the functions and the structure of ICU nursing

大川百合子<sup>\*1</sup>

Yuriko Ohkawa<sup>\*1</sup>

#### Abstract

The purpose of this study is to clarify the functions and the structure of ICU nursing. Participant observation at ICU nursing and the interviews with nursing individuals were analyzed by Grounded Theory Approach. Consequently, six functions were extracted: Function A “survival ability support”, Function B “independence support”, Function C “family support”, Function D “individuality support”, Function E “life support” and F “nursing base build-up”.

A “survival ability support”, B “independence support”, C “family support” and D “individuality support” are regarded as ‘assistance for higher quality of life and living’, and E “life support” as ‘life saving assistance’. ICU nursing consists of these two major aiding purposes, and in its structure F “nursing base build-up” has an influence over the qualities of all the other functions.

The result of the study shows that ICU nursing, which is conducted with various medical appliances and cutting edge medical expertise, is not only to provide appropriate treatment support but also to support patients with its characteristic functions and structure.

**キーワード** : ICU看護, 看護の機能と構造, 看護モデル

ICU nursing, The functions and the structure of nursing, Nursing model

#### I. 緒言

集中治療室 (Intensive Care Unit 以下 ICU と略す) は, 米国において1950年代より設置され始め, 世界的にも普及していった<sup>1)</sup>。さらに科学技術の急速な高度化を背景に, ICUは医療の先端を担う部門として発展していった。現在では医学の専門領域の分化に伴い, CCU (Coronary Care Unit)・RCU (Respiratory Care Unit)・Burn UnitなどICU医療は専門分化の傾向を見せている。

一方, ICUに配属された看護師は, 必然的に医学の専門的知識の習得を要求され, 機器の管理も看護業務として取り込んでいった。その結果, ICUにおける看護は, 「医学的知識偏重の看護婦

像を周囲に与えがちで, 看護独自のケアの貢献が見えにくい<sup>2)</sup>」と指摘されるようになった。

著者はICUに勤務する中で「ICUの看護とは何か」について考えてきた。これまでICU特有の病態に関連した看護研究は多数あるが<sup>3)</sup>, ICU看護を包括的に捉えた研究は少ない。そこで本研究では, ICU看護を構成するカテゴリーを抽出し, その概念化を図ることで, ICU看護の機能と構造はどのようなものか明らかにしていく。

#### II. 研究の背景

ここでは, ICU看護がどのように捉えられ変遷してきたか検討する。

※1 宮崎医科大学医学部看護学科 基礎看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

欧米でのICU発足当初は、救急蘇生法、主要器官の病態生理学などの医学知識の習得と、生命危機に対する技術の習得が院内教育として行われており<sup>4)</sup>、医学モデルに基づく看護を実践していたと考えられる。

1970年代、アメリカでは、患者を心と身体をもった人間として捉え、それぞれの医療の専門家が各領域を超えて、生命危機にある患者の救命治療に専念するという、クリティカル・ケア・メディスンの概念が登場してきた<sup>5)</sup>。

1980年代には、Hudakらが、Lifesaving（救命）を目的とした「Crisis Care」を、Life-maintaining（生の維持）を目的とした「Critical Care」として、医学的介入にとどまらない、看護モデルに拡大している<sup>6)</sup>。Hudakは「ICUでは患者は身体と同様、個人の尊厳もクリティカルな状況に陥ってしまう。看護師はその両方の援助者である」と述べ、「ICU看護のための人間のニーズ段階と看護の関係」モデルを作った<sup>7)</sup>。

1970年～1980年までの日本におけるICU看護は、治療の環境作りに力を注ぎ、治療効果を期待する急性の重症患者の救命に重点を置くものであった。その後、高度なMedical Electronics（以下MEと略す）の導入や入室患者の増加で、ICU看護の焦点はME機器管理・感染予防へと変化し、1980年以降、看護体制が軌道に乗った後は、主に

危機理論をモデルとした精神看護へと変遷していった<sup>8), 9)</sup>。

1990年代に入ると、加藤がICUでの多数の事例を分析し「患者の生命の危機」「生命の危機より離脱」「生理機能の維持」の3つの段階に分けてICU・CCU看護のモデルを示している<sup>10)</sup>。また上泉がICU入室患者の行動を5つのシステムとして抽出し、そのシステムに対して機能する看護ケアの構造を見出した<sup>11)</sup>。

以上のようにICU看護は、医学モデルに基づくものから、時間をかけながら看護モデルが提示できるようになった。しかし、いずれも患者と看護師の相互関係に限定したものや、患者の病態別に作られたもので、ICU看護の包括的な構造化には至っていないと考える。

### Ⅲ. 研究方法

#### 1. データ収集と対象

##### 1) 対象の背景

##### (1) 対象施設

対象としたのはA大学附属病院のジェネラルICUである。この病院では昭和57年に集中治療部を設置し、平成元年に特定集中治療室管理加算認可となった。看護方式はプライマリーナーシング方式である。

表1 患者の背景

対象	性別	年齢	疾患名	手術	挿管期間 (日)	入室期間 (日)
1	男	62	不安定狭心症	CABG 5 枝	2	4
2	女	80	急性心筋梗塞	CABG 4 枝	7	14
3	女	69	大動脈弁狭窄症	AVR	1	3
4	男	79	弓部大動脈瘤冠動脈狭窄	弓部大動脈人工血管置換術, CABG 2 枝	2	3
5	女	70	狭心症	CABG 3 枝	2	3
6	女	76	急性心筋梗塞, 心室中隔穿孔	CABG 1 枝, 心室中隔パッチ閉鎖術	7	11
7	女	75	狭心症	CABG	2	3
平均年齢		73			3.3	5.9

CABG—coronary artery bypass grafting

AVR—aortic valve replacement

表2 対象看護師の背景

No.	年齢	看護師 経験年数	ICU配属 年数	他科の配属	他科の 配属年数
1	22	0.5	0.5	なし	なし
2	22	0.5	0.5	なし	なし
3	22	0.5	0.5	なし	なし
4	22	0.5	0.5	なし	なし
5	23	1.5	1.5	なし	なし
6	23	2	2	なし	なし
7	24	3	3	なし	なし
8	27	7	3	脳外科・ 泌尿器科	4
9	30	10	10	なし	なし
10	32	10	7	整形外科	3
11	34	8	8	なし	なし
12	37	17	5	手術室・精神科・ 混合病棟	10
13	38	16	1.5	NICU	14
14	41	15	5	記載なし	記載なし

## (2) 対象患者

参加観察中に入室した患者は25名で、そのうち承諾の得られた7名であった(表1)。

## (3) 対象看護師

対象となった看護師は19名であった。看護師のプロフィールをアンケート調査し、14名(74%)から回答を得た(表2)。

## 2) 参加観察の方法と期間

ICUで行なわれる簡単なケアに参加し看護師達と面識を持った後、参加観察を開始した。参加観察では、研究者は「観察者としての参加者」という立場をとった<sup>12)</sup>。

1999年5月27日～6月30日までの期間に、合計17日間参加観察を実施した。日勤帯(8:30～17:00)14日、準夜勤帯(16:30～24:00)3日で、状況により時間を延長するなどの調整を行った。

## 3) 看護師への面接

看護師への面接は6回、延べ8人に行い、時間は合計230分で1回平均38分であった。面接は録音し逐語録に起こした。面接では、観察データとその解釈が日頃の実践を述べているかの確認を行い、この解釈に関連するこれまで経験した例も話してもらった。その結果、不適切と思われる解釈

はなかった。

## 2. 分析方法

フィールドノートには「看護師が患者に働きかけを行っている場面」「看護師が患者に関わる人とコンタクトをとっている場面」を記載した。また、データ記載の他に、コード化の過程を記したコード・ノート、カテゴリーの特性・関係を解釈する過程を記した理論ノート、調査の方向性に関することを記した操作ノートの3つを作成し、グラウンデッドセオリーアプローチ(以下GT法とする)にて分析した。

妥当性の維持のため、対象となったICU看護師4名と、5年～20年の臨床経験をもつ看護の有識者4名と研究結果を検討した。さらに、データ分析の信頼性を高めるため、GT法の研究経験者にスーパーバイズを受けた。

## 3. 倫理的配慮

病棟会で看護スタッフに説明、研究参加および方法の承諾を得た。対象となる患者は師長と相談して選び、意思疎通が可能な患者には研究参加の承諾を得た。意思疎通が不可能な患者に対しては、家族の承諾を得た。記録物は個人名が特定されないように処理した。

表3 6つのカテゴリーとデータの一部

カテゴリー名	サブカテゴリー名	場面数	データ (一部)
A 生きる力を支える	①身体の痛みへの緩和 ②合併症の予防 ③心の消耗の緩和 「安心感を与える」 「目標を与える」 「そばにいる」 「患者の代弁をする」	41	<ul style="list-style-type: none"> <li>○さんが創部痛、挿管チューブの違和感を訴え、ボルタレン坐薬を使用するが効果が現れない。○さんは全身に力を入れ緊張し発汗している。看護師は2番目の疼痛指示であるペンタジンを筋注した。看護師はしばらくそばにいて、○さんの腕をさすりながら話をしている。○さんはやっと落ち着いてきた。</li> <li>もうすぐ抜管予定の○さんに、看護師は機会があるごとに「もうすぐ管が抜けますからね」と伝えている。清拭を始める時にも「もうすぐ管が抜けて、自分で息ができるようになりますからね」と言い、○さんはうんうんとうなづいている。「まだゆっくりと力を抜いてくださいね。まだお薬とか管が入っています。徐々に減ってきています。それまでがんばってくださいね」と続ける。</li> <li>医師が○さんが病棟に転棟する前にドレン抜去、スワンガンツカテーテル入れ替えの処置をしようとしたが、看護師が「朝食後すぐなのでしばらく後にしてください」と申し出る。その後1時間して処置が開始される。ドレン抜去時、○さんが痛みで足をゆすると、看護師は足を押さえながら「いたい、いたい」と○さんの代わりのように言う。</li> </ul>
B 自立を支える	④日常生活行動の援助 ⑤教育的な支援 「生理的機能維持の支援」 「日常性の提供」 「選択権の提示」 「自発性の促進」	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>○さんPO<sub>2</sub>85を保っている。主治医が麻酔科医に連絡し抜管が開始される。看護師は○さんに「がんばらんといかんよ、管を抜くから」と励ます。もう一人の看護師は気管内吸引をする。医師が抜管し始めると、看護師はお腹を押さえて「管抜くのよ、がんばって。力抜いて、落ち着いて聞いて、口の中のものを飲み込んだらだめよ、ゆっくり深呼吸」と言い、抜管が終了する。○さんは口をあーと開けている。弱い咳をして痰を出そうとし、看護師はティッシュを口に当てる。「そうそうぺっと出して。力が入らん？自分でお腹押さえて。いっぺんに出すと痛いから何回かに分けて、ゆっくりね、大丈夫ね」と看護師が言うと○さんは自分でお腹に手を置いて弱く咳をする。</li> <li>状態が安定し転棟する○さんとの会話：看護師がベッドサイドに行き「そんなに太っているようには見えないですよ」と○さんに話し掛ける。○さんは指で“7”を作って「70kgある」と言う。看護師は「えー、そうですか。ここに（腹部）肉がついているのかな」というと恥ずかしそうな感じで笑っている。</li> <li>12時○さん入室して初めての食事：看護師はベッドUPしている○さんの呼吸音を聴診する。看護師は枕をはずし、オーバーテーブルを持ってきて食事をおく。「食べれそうですか？お茶とお水どちらがいいですか」と聞くと○さんが「水がいい」と言い、吸いのにみに水を入れてくる。酸素カニューレを持ってきて「食事の時はお鼻の酸素に替えますね」と言う。看護師はおしほりを渡し、ごはんの蓋を取る。○さんは食べ始めるが、看護師はモニターを時々見ながらそばにいる。</li> <li>抜管して間もない○さん：時々咳をして痰を出している。痰を取ったティッシュを入れるかごは手の届くところにおいてある。○さんは自分で痰を取ったティッシュをかごの中に入れる。</li> </ul>
C 家族を支える	⑥家族と患者の橋渡し ⑦家族の心の支援 「家族を安心させる」 「家族に希望を持たせる」	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>○さんは挿管されたままだが、意識はしっかり回復し、看護師の言葉にうなづく。看護師の“足を曲げてみせて”と言う言葉に、○さんが足を曲げて見せると、家族は本当にうれしそうに喜ぶ。</li> <li>手術後の○さんが多数の医師、看護師とともに入室した。医師がアンビュー加圧を続ける中、看護師は混乱したルートを引っ張らないように注意しながらICUベッドに○さんを移送する。引き続きルートの整理、各種モニター接続、動脈の触知など複数の看護師が、○さんの周辺を整えている。その後、看護師は○さんの顔面をタオルで拭く。家族に面会の連絡。家族が面会に入るときには、ICU全体が静かになり主治医と看護師が家族を迎えた。</li> </ul>

表3 6つのカテゴリーとデータの一部(続き)

カテゴリー名	サブカテゴリー名	場面数	データ(一部)
D その人らしさを支える	⑧プライバシーの保護 ⑨その人の大切なものの尊重	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>昨夜緊急入院してきた〇さんに、入室時その〇さんを受け持った看護師が話しかけている。看護師：「眠れた？やっぱり床が変わると眠れんもんね」。〇さん：「眠られんかった。昼眠る。」と苦笑い。看護師：「昼寝たらいかん」と笑う。「今は人に迷惑を掛けるとか考えないで、余計に心臓に悪いけん。歯はいれとったほうがいい？しゃべらん？おしゃべり大好きやろ？私と似とる。楽しい方がよかもんね。ゆっくり、ゆっくり治していきましょう」〇さん：「ありがとう、はい」と答える。</li> <li>〇さんのカテーテル挿入の準備をしていた新人看護師に、看護師が「この方は女性だしちゃんと掛けてください」といいながら、処置に必要な部位以外には寝衣をかける。</li> </ul>
E 予測し回避する 生命の危機を	⑩モニターとしての役割 ⑪チームワークの維持	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>〇さんのSpO<sub>2</sub>(酸素飽和度)が急に下がり、主治医と担当看護師がアンビュー加圧開始。それでも上がらず、その間もう一人の看護師は動脈血ガスを測定し麻酔科の医師にも連絡する。麻酔科の医師は、病棟で処置中のため電話で看護師は指示を受ける。(2回ほど)。その後ももう一人の麻酔科医に依頼するように指示があり連絡する。麻酔科医が来るまで、2人の看護師で検体採取や連絡を行い、担当看護師は主治医と吸引やアンビュー加圧などを行い、急変に対応している。</li> </ul>
F 看護の基盤を作る	⑫看護・治療の「場」作り 「機器管理」 「事故防止」 「入室前の患者の情報を取る」 ⑬看護力の育成・向上	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>深夜勤の申し送り後、受持ち看護師は大動脈内バルーンパンピングの加圧バックの圧をチェックする。シリンジポンプの微量持続点滴を更新する前に、シリンジに薬品の量の印と薬品名を書いている。シリンジのエアを抜いてポンプに接続し再開させる。</li> <li>先輩看護師が新人看護師に引継ぎの時の確認の仕方を教えている。「呼吸器の設定だけを見るのではなく、加湿器の水、温度を確認してね、痰がでなくなったりするからね。挿管チューブの固定の位置とかウォータートラップに水がたまっていないかとかもね。点滴ルートの確認だけでなく、外れていることもあるから、掛け物をはぐって見てね」といいながら、次に先輩看護師は下肢末梢を触り、動脈触知をしてみせる。</li> </ul>
合計： 6カテゴリー	合計： 13サブカテゴリー	合計 150 場面	

• 患者の氏名は○で表記した

## IV. 結果

### 1. カテゴリーの抽出・命名・概念化

参加観察した150の場面を分析した結果、以下の概念を持つ6つのカテゴリーを抽出した。サブカテゴリーとデータの一部、カテゴリーごとの看護師のインタビューデータを別表に示す(表3, 4)。

#### <A: 生きる力を支える>

看護師は、患者の回復の過程に訪れる苦痛を、医学的方法を使用したり、看護師自身の身体・知識・技術を使って緩和している。看護師が焦点を当てるのは、身体の痛み、心の消耗、合併症の予防であり、患者に「安心感を与える」「目標を与

える」ことや、「患者のそばにいる」「患者の代弁をする」ことによって患者の生きる力を支えている。

#### <B: 自立を支える>

看護師は、患者の生理的機能の修復と生活の修復を目指して、患者の「生理的機能維持の支援」と「日常生活行動の代行」を行う。回復過程が進んでいくと、日常生活行動の代行から教育的支援に移行し、「日常性の提供」「選択権の提示」「自発性の促進」という方法で患者の自立を支えている。

#### <C: 家族を支える>

看護師は、家族が恐怖心を抱かないように、患

表4 各カテゴリーについての看護師インタビューデータ (一部)

カテゴリー名	
A: 生きる力を支える	*患者さんによっては、鎮静剤を使いながら抜管するとか抜糸する患者さんもいるんですよ。どうしても痛みに弱い患者さんは、前もって坐薬を入れてあげたりする。痛みっていうのは、人にとって一番恐怖心として残るひとつですよ。だからそれは残したくないっていうのがあります。
B: 自立を支える	*ICUというのは1対1、マンツーマンなので、甘やかそうとすれば徹底的に甘やかされるんですよ患者さんが。患者さんも甘えようと思えば、どれだけでも甘えられるんです。それじゃいけないから甘えながら、少しずつ自立の方向に行けるっていうのが、私はひとつの看護婦の役目じゃないかと思うんです。
C: 家族を支える	*自分の家族だったらどうするか考えます。自分の親だったら血が付いていたらいやじゃないですか。あんな元気だった人が何でこんな姿に、って。それだけで家族の人がポロポロ泣いたりしますよね。(家族に接近する時は)治療方針が決まっている時はいいんですけど、原因がわからない時とか、先が見えない時、先生と家族の考えがあまりにも不一致の時とか、あと家族の表情がすごく険しい時とか、暗い時とか、しゃべらない時とか、そういう時に家族はどんなことを望んでいるのかなって、家族に近づいていきます。
D: その人らしさを支える	*患者さんがやりたいことがどうしてもありますよね。それを目標にするのが私は一番いいと思うんです。でも、例えば依存してしまう患者さんがいますよね。そういう時患者さんへの目標の与え方、先に進ませ方がある。何気なくこう、次のステップに進んでいた、あら気がついたら元気になってたという、そういうのがいいなと思ってる。
E: 生命の危機を予測し回避する	*チームワークに関して看護師の役割には、医師と医師との橋渡しもある。医師同士で伝えるにくいことを医師のタイプを見極めながら、看護婦が代わって伝えることもある。でもこれはみんな患者さんのためなんですよ。患者さんが一番痛い目にあうのだから。
F: 看護の基盤を作る	*私はなかなか家族に入っていくことが苦手なのですが、(先輩看護師の)〇〇さんとかは、ずっとNICUにいたから、そういう家族の対応がうまいというかプロなので、どうしたらよいか、アドバイスしてもらったり、任せたりします。 *一番大切なのは、その看護婦が、本当に成長しようだとか、誠実であること、正直であることだと思うんです。本当にICU看護をしたい人は自分に厳しく、やさしさや強さを目指さないかね。

者の外観を整えて「家族を安心させる」ことで患者と家族の交流の橋渡しを行う。また患者の小さな変化を家族とともに喜ぶなど面会時間を演出し、「家族に希望を持たせる」ことで家族の心を支えている。看護師は家族と患者の物理的・心理的な距離を縮め、患者と家族の結びつきを保ち、家族を患者支援の協力者として支えている。

#### <D: その人らしさを支える>

看護師は、患者自身が守ることができなくなったプライバシーを、患者の代行者として守る。さらに、患者が培ってきた価値観やその人のあり様をくみ取り、それらを維持するように支えている。

#### <E: 生命の危機を予測し回避する>

看護師は、患者の身体・精神の状態を観察や生理的機能のデータにより継続的に把握し、看護師

間・医師・コメディカルに伝え、協同して患者の生命の危機的な状況を予測し回避する。

#### <F: 看護の基盤を作る>

看護師は、患者に必要な生活空間を確保し、「機器の管理」「事故防止」「入室前の患者の情報を取る」という方法により看護・治療の場を作っていく。患者が入室すると看護師の知識・経験・技術・情報を使って患者を支援する。看護師は、患者支援の過程で得た経験をチームで共有・蓄積・発展させ、看護力の育成・向上につなげていく。看護師は、看護・治療の場作り、看護力の育成・向上をはかり、常に看護の基盤を作っている。

## V. 考 察

### 1. ICU看護を構成する各カテゴリーについて

#### <A: 生きる力を支える>

このカテゴリーでは、身体の痛みだけでなく、精神的な痛みにおいても「疼痛緩和」を図っている看護師の行動が観察された。ICUに入室する患者は、身体的な痛みや精神的緊張を抱えて入室してくる。痛みは心身の統合を困難にし、生きる意欲を喪失させるものである。したがって疼痛の緩和は、様々な不快感から患者を解放し、身体・精神ともに生へ向かう力を引き出し高次の欲求の持てる状態にする、つまり<生きる力>を発揮できるように患者を支えることである。このことから<A: 生きる力を支える>は、他のカテゴリーが機能するための基軸になると考えられる。

#### <B: 自立を支える>

大久保は、生活は時間、空間、他者、行動の4つの要素（変数）の組み合わせによる構造があると述べている<sup>13)</sup>。看護師は患者のこの4つの要素の鍵をにぎることになる。看護師は、睡眠や日常生活行動の援助を行い生活のリズムを作ることで「時間」を、清拭時にプライバシーを守るためスクリーンを置くことで「空間」を、さりげない日常的な会話を持つことで「他者」を、自分でごみを捨てられるように患者の手の届くところにくずかごを置くことで「行動」を患者に提供している。看護師は、入院によって一旦崩れた生活の再構築に関わり、患者の自立を支えていると言える。

また大久保は、生活を構造化するこの4つの要素を結び付ける力は「身体のリズム」「自分の意思」「社会の要請」である<sup>14)</sup>と述べている。これは看護師が行う「生理的機能維持の支援」は「身体のリズム」を作ることに、「選択権の提示」「自発性の促進」は「自分の意思」を持つことに、「日常性の提供」は「社会の要請」を示すことになり、生活の構造化を結びつける4つの要素と対応していると言える。このことから看護師は、患者の生活に深く関わっていることがわかる。

#### <C: 家族を支える>

ICUでは、治療のため多くの患者は身体だけでなく顔面にもチューブ類が挿入される。看護師は

患者のチューブの固定テープをきれいに貼り替えたり、ひげをそるなどの整容後に、家族の面会時間を設けていた。これは、患者の苦痛を家族に想像させるものは取り除き、患者に対する家族の心の距離を縮めるという、家族の心の支援を意味する。

また、家族は、価値観や文化を共有する人たちの集まりであり、患者の<その人らしさ>の形成に関与すると言える。整容をこまめに行ない、患者の<D: その人らしさを支える>ことは、家族の価値観や文化を保つ支援でもある。

#### <D: その人らしさを支える>

ICUでの患者は、プライバシーや個人の習慣までも看護師に委ねる場合がある。「患者の好きなテレビ番組に合わせる」「〇〇さんはおしゃべりが好きなんですね。私も好きですよ」とその人の存在を認め、その人が大切にしてきたものを無視せずに接するという、重要な役割を看護師は担っていた。

また、整容や清拭などで患者の外観を美しく保つことは、看護師が患者の尊厳を守っていることを家族に示す手段の一つであると思われる。<D: その人らしさを支える>のカテゴリーは<C: 家族を支える>と連動していると考えられる。

#### <E: 生命の危機を予測し回避する>

看護師は生命の危機につながるその瞬間を発見したり、あるいは患者の身体・精神状態の変化を看護師の五感を使って予測し、チームメンバーとすばやく救命に取り組んでいた。患者は疼痛緩和の処置でさえも、過剰な身体反応を呈する場合がある。治療や看護ケアは患者の生命に直接影響してくる。<A: 生きる力を支える>には<E: 生命の危機を予測し回避する>の要素が不可欠で、この機能は看護のもう一つの大きな柱になると考える。

看護師は医学的な処置や看護ケアに対し、患者の身体的、精神的な側面をアセスメントし、さらにこれまでの経験を生かして、患者に起こりうる様々な状況を予測する。<E: 生命の危機を予測し回避する>は医師による処置の介助だけでなく、看護師の積極的な活動であることを示している。



### <F：看護の基盤を作る>

治療や看護ケア実施の際、看護師は状況を経験的な予測も用いて判断し、なおかつ患者の個別に即した活動をしていた。これは、看護力つまり看護師の経験の中にある「知識・技術・情報」の「共有・蓄積・発展」の働きの上に成り立っていると考える。

看護師からのインタビューでは、看護力は「成長」「誠実」「正直」という言葉でも表現されていた。メイヤロフは「他者をケアする中で、あるがままの相手を見つめなければならぬのであって、私がそうであってほしいとか、そうあらねばならないと感じる気持ちで見つめることではないのである<sup>15)</sup>」と述べている。ICUの看護師たちは例えば、家族から隔離され、意識の低下した患者が目の前に存在する時、「誠実」「正直」であることの大切さを痛切に感じるのかもしれない。

また、看護師は「ICUでは患者との関わりが一方的になる恐れがある。だからこそ看護師同士で経験を共有したり、患者との相互作用において「看護の実感」を経験することが必要」と自分自身の経験を例にして話していた。「看護の実感」は看護師自身を「成長」させ、看護の基盤作りをより深めていくと考える。

しかし、「成長」「誠実」「正直」そして「看護の実感」の重要さは、ICUに限らずすべての看護師に求められることであると考えられる。

## 2. ICU看護の構造について

以上の6つのカテゴリーは<A>～<D>は『生活・生の質を拡大する援助』、<E>は『救命のための援助』と分類できる。これらは生活者としての患者を支える、ICU看護の2つの大きな柱であると考えた。<F：看護の基盤を作る>は、他の5つの機能の質に影響を及ぼすものと考えられる。

井上はクリティカルな状況にある患者のアウトカムのゴールは、①自己同一性の混乱の防止、②日常性を取り戻す、③生活機能の上昇、④苦痛緩和、⑤コミュニケーションがとれる、⑥その人の価値観に添う、の6点である、と述べている<sup>16)</sup>。

この6つのゴールは、今回得られた結果に共通すると思われる。これらアウトカムの質を上げていくのが、本研究で見出した<F：看護の基盤を作る>と考える。

ICU看護は『生活・生の質を拡大する援助』と『救命のための援助』の2大機能を持つ構造であると考えるが、これは看護全般に共通する構造ではないだろうか。保健婦助産婦看護婦法に看護業務<sup>17)</sup>として定められている「療養上の世話」は『生活・生の質を拡大する援助』、「診療の補助」は『救命のための援助』に共通するといえる。

宮本は「医療行為は人間の自然（生物的自然）に働きかけ病的状態を健康状態に戻そうとする医師という人間の行為である<sup>18)</sup>」と定義している。ICUにおいて医師は、診断・治療を中心軸に、その周辺に医療技術などの専門的知識・技術と、麻酔科などの専門医・コメディカルなどの協同により、病態の修復を目指すと考えられる。ICU看護の『救命のための援助』は医師の病態の修復過程の構造と類似している。これが、ICU看護が「医学的知識偏重の看護婦像を周囲に与えがちになる。また看護独自のケアの貢献が見えにくい<sup>19)</sup>」ゆえんであり、ICUの特殊性でもある。しかし、「生活者」としての患者を支える機能が常に働いている。

本研究により、ICU看護は様々な機器に囲まれた特殊な医療空間の中で、患者となったその人の生活・生を最後まで支える構造を見出した。このことは、ICU以外の領域の看護と共通する部分をもつことを示唆している。つまり、医療の場、患者の身体・精神的な状況により異なった機能をもって見える看護実践の中にも、普遍的な看護の構造があると思われる。今回は1施設で観察時間も限定した研究結果であり、さらなる検証が必要である。今後、ICU看護や他領域における看護を比較・検討していき、看護の機能と構造について追究していきたい。

## VI. 結語

ICU看護は<A：生きる力を支える><B：自立を支える><C：家族を支える><D：その人

らしさを支える>の4つの機能を持つ『生活・生の質を拡大する援助』と、<E:生命の危機を予測し回避する>の機能を持つ『救命のための援助』の2大機能を統合した構造である。それらの質は<F:看護の基盤を作る>機能によって影響される。

ICUという種々の医療機器を駆使する特殊な空間にあっても、生活者としての患者を支える、ICU看護の機能と構造を見出した。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、御指導頂きました佐賀医科大学医学部看護学科の井上悦子教授、御協力頂きましたICU看護師長、看護師の皆様、患者の皆様へ深く感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 鶴田早苗: ICUの発生と発展, 鶴田早苗, 高橋美智(編): ICU看護ガイドライン1-5, 医学書院, 1994
- 2) 井上智子: クリティカルケア領域に生かす看護診断, 日本集中治療医学会雑誌 6 第26回日本集中治療医学会総会プログラム・抄録集, 92, 1999
- 3) 小川典彦, 岩波昭子, 大倉早苗他: 日本集中治療医学会における, 過去10年間の看護研究の動向とICU看護の変遷, ICUとCCU 臨時増刊 第14回日本集中治療医学会収録号, 326, 1987
- 4) 山崎慶子: 欧米におけるICU専門看護婦, ICUとCCU, 15(2), 113-121, 1991
- 5) 高屋尚子: クリティカル・ケアにおける看護の専門性とは, インターナショナルナーシング

レビュー, 22(4), 28-32, 1999

- 6) Thelma "Skip" Lohr: Crisis Care Versus Critical Care: Hudak C.M. et al(Eds): Critical Care Nursing Third Edition, XV, Lippincott Company. Philadelphia, 1982
- 7) Carolyn M. Hudak, Thelma L. Lohr, Barbara M. Gallo: Critical Care Nursing: What Makes It Special? 2: Hudak C.M. et al (Eds): Critical Care Nursing Third Edition, 5-8, Lippincott Company. Philadelphia, 1982
- 8) 前掲書5), 29
- 9) 前掲書3), 326
- 10) 加藤万利子: ICU・CCU患者の適切なケアとは, 加藤万利子(編): 事例に学ぶICU・CCUの看護, 1-6, 医学書院, 1989
- 11) 上泉和子: 集中治療室における看護ケアの分析とその構造化, 看護研究 27(1), 2-19, 1994
- 12) ファーガハフ, S. Y.: 参加観察法とはどんな研究方法か, 看護研究 15(3), 50-63, 1982
- 13) 大久保孝治: 生活学入門, 大久保孝治, 嶋崎尚子(編): 21, 放送大学教育振興会, 1994
- 14) 前掲書13), 23
- 15) Mayeroff M. (田村真, 向野宣之訳): ケアの本質, 46-49, ゆみる出版, 1996
- 16) 前掲書2), 92
- 17) 門脇豊子, 清水嘉与子, 森山弘子編集: 看護法令要覧, 12, 平成9年版, 日本看護協会出版会, 1997
- 18) 宮本忍: 医学とは何か—新しい医学論の提唱—, 211, 南江堂, 1984
- 19) 前掲書2), 92

# 精神看護学実習で治療的人間関係を学ぶ

－プロセスレコード記載傾向と分析検討会の評価－

## Students learn “Therapeutic Interaction” through the practice of psychiatric and mental health nursing

－An evaluation of their description tendency based upon their process records and analyses of the discussions－

土屋八千代<sup>\*1</sup>・福永ひとみ<sup>\*2</sup>・野澤 由美<sup>\*3</sup>・古家 明子<sup>\*1</sup>

Yachiyo Tsuchiya<sup>\*1</sup>・Hitomi Hukunaga<sup>\*2</sup>・Yumi Nozawa<sup>\*3</sup>・Akiko Furuie<sup>\*1</sup>

### Abstract

The aim of this paper is to make clear our future plans regarding the discussion of the process records based upon an analyses of student description tendencies in the process records and the evaluation of that discussion. The process record is introduced in our college as a method of learning “Therapeutic Interaction” when psychiatric and mental health nursing is practiced. The study involved 10 cases and 41 discussion participants among third year-students in the new nursing college.

The results as follows :

1. Each description tendency shows that the point of view of both patients and students is too one-sided.
2. Most of their descriptions are merely of conversations and limiter to closed questions.
3. Students cannot express what they are truly thinking when they face their patients.
4. On the second week their focus is shifted to only the relationship with the patients.
5. Over the discussions students learn more about “Therapeutic Interaction” through other students’ experiences.

The analyses suggest that we will be able to get better results if the discussion is to be held in the first week.

**キーワード** : 精神看護学, 臨地実習, 治療的人間関係, プロセスレコード, 分析検討会  
Psychiatric and mental health nursing, Clinical practice,  
Therapeutic interaction, Process record, Discussion

### I. 序 論

精神看護学臨地実習は主として精神医療施設において2単位(2週間)実施される。精神障害者は重要他者との関係で獲得されるべき基本的欲求の未充足によって、自我の脆弱や自己・他者への基本的な信頼感が持てず、結果的には対人障害をもつに至るが、これらの障害は看護職をはじめとする新しい人間関係を樹立・発展させていく過程

で修復、或いは新しく獲得されていかねばならない。治療的な人間関係とは、「両者が学び合う関係を指し、この関係を通して患者は正しい情緒体験をする。看護者は自分の人間味を行かし臨床技術を駆使して患者の行動改善に努力する」<sup>1)</sup>ことであり、この過程で看護職は自らを道具として提供することにより、患者の成長のみでなく看護婦自身の人間的成長が期待される。このように相互

※1 宮崎医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

※2 北里大学大学院看護学研究科 Kitasato University, School of Nursing

※3 山梨県立看護大学短期大学部 精神看護学講座 Yamanashi College of Nursing

に学びあえる関係の樹立・発展は看護職にとって大きな学びである反面、未だ人生経験の少ない学生にはかなりの努力を要するものでもある。このため看護教育の中に、ペプロウ (H. E. Peplau) のプロセスレコード<sup>2)</sup>やウィーデンバック (E. Wiedenbach) の再構成<sup>3)</sup>の手法を導入して、「振り返り」の作業を実施している学校は多い。

過去6年間の文献検索の結果、臨床実習にプロセスレコードを導入した報告は以下のように分類できる。①学生個々のプロセスレコードの記載内容の分析から教育効果を評価したもの<sup>4-7)</sup>、②個々の記載分析から実習指導のあり方を検討したもの<sup>8-12)</sup>、③集団での検討会の導入における効果や学生の言動の分類を試みたもの<sup>13-15)</sup>に大別された。①②では個々の学生へのフィードバック方法の検討や、考察に至る過程へのつながりの妥当性が課題として残されており、③では検討会の評価を客観的に分析したものではなかった。いずれにしても、患者との関係を通して自己洞察に至る手法としてプロセスレコードの有効性は実証されているが、実習中に学生個々の記載及びその事例を検討会で分析することによるフィードバックと、他の学生との学びの共有について分析・評価したものはなかった。

精神看護学実習は短期間である上に、多くの学生は初めて接する精神障害者や精神病院に恐怖や不安を持っており<sup>16-18)</sup>、環境に慣れるには時間を要する。更に教育課程の中で『精神看護学』が独立したことからも、担当教員としてはあれもこれも学んでほしいとの思いが強くなり、過大なストレスを学生に課す結果となる。著者の所属校の精神看護学実習では、援助関係を通して自己理解を深めることを目的としており、その手段としてセルフケアに視点を置いた看護過程の展開とプロセスレコードの記載をさせることにしている<sup>19)</sup>。しかしながら、教員は1病棟に1名の配置であり、1回の実習に7～8名の学生を担当するため、学生全員のプロセスレコードの個別指導は困難であること、並びに教員や実習指導者のみの解釈では一面的見解に偏る危険性も予想された。そこで、学生の視野の広がりや学びの共有を行い、学生個々

の作業（自己のプロセスレコードの分析）促進を期待するものとして、多数参加の『プロセスレコード分析検討会（以下、検討会と略）』を導入した。今回は初年度の結果を分析することで、検討会の成果と今後の課題を明らかにしたいと考えた。

## II. 研究目的

精神看護学実習において『治療的人間関係』を学ぶ一方法として導入した、プロセスレコードとその検討会を分析評価し、個々の学生の記載傾向と検討会の評価を通して検討会継続の課題を明らかにする。

## III. 概念枠

H. E. ペプロウは、看護とは治療的な対人プロセスであり、成熟を促す教育的手だてであると述べ、そのため自己を知ることが看護師の必要条件であり、その一手段として関わりの振り返りを推奨する。また、E. ウィーデンバックも学生に看護上の出来事を再構成させ自己評価させることで、体験の意義が高まると述べている。そこで、両者の考えを基盤にしてプロセスレコード記録用紙を作成（表1）した。次に両者の援助関係の考え方に加えてカウンセリングの基本的態度（調査診断的、解釈的、評価的、支持的、理解的）及び基本的技法としての質問（閉ざされた質問と開かれた質問）<sup>20-21)</sup>を導入して、プロセスレコードの分析視点を設定した（表2）。検討会は、実習1週目に病棟でグループ学生全員と担当教員（臨床指導者・受持看護師の参加は必要時）出席のもと、1時間の予定で実施する。導入する目的を踏まえて検討会の評価分析の視点を、①学びの共有、②価値観・視点の広がり、③実践への活用、④自己記載の分析として設定した（表3）。

## IV. 研究方法

### 1. 対象者

看護短期大学3年生、臨地実習初期（4～6月）～中期（9月）段階迄の期間に精神看護学実習を終了した学生のうち、実習総括評価終了後に趣旨を説明し了承が得られた、事例提供者

表1. プロセスレコードの書式

プロセスレコード				
実習病棟名 [	患者名 [	場面を取り上げた動機		
記載月日 [	実習 [	日目 [		
学籍番号 [	学生氏名 [	場面の状況		
患者の言動・状況	私が考えたり感じたりしたこと	学生の言動	考察	指導者の助言

表2. プロセスレコードの分析視点

- 1: 場面を取り上げた動機(目的)が明確であるか
- 2: 関わりをもつ場面として妥当であるか
- 3: 患者の言動は非言語的状況まで記載されているか
- 4: 自己に生じている感情をありのままに表出・記載されているか
- 5: 学生の言動は感情・思考に沿った内容か
- 6: 学生の言動はコミュニケーション技法として妥当か(特に質問形式と内容)  
基本的態度: 調査診断的, 解釈的, 評価的, 支持的, 理解的  
基本的技法: 開かれた質問, 閉ざされた質問
- 7: 上記の3, 4, 5の過程が一連で連続的になっているか
- 8: 各場面において患者理解や関係性の発達過程に関する考察がなされているか
- 9: 考察に動機(目的)との照合がなされているか
- 10: 総括としての考察に治療的人間関係における看護職の役割との関係で自己の振り返りができているか

10名とその時の実習グループであった41名を対象とした。

## 2. 分析資料

①学生10名のプロセスレコード, ②検討会記録, ③51名の検討会以降の日々の記録(1日の行動計画と実施・評価を記載), ④教員の逐語録。

## 3. 分析視点

概念枠を基に作成した評価基準に従い, 分析視点の各要件が備わっている(A), ある程度

表3. プロセスレコード検討会のねらいと分析視点

- 【ねらい】  
検討会での学びの共有により, 以下の目標達成をねらいとする。
1. 個々の事例の分析の視点が多面的となること
  2. 参加者全員に迅速なフィードバックが可能となること
  3. 他者の体験を自己の学びとし自己の分析作業に活用できること
  4. 看護の実践活動に活用できること
- 【分析視点】
1. 学びの相互共有の場となっているか  
(個の学びが他者に共有されること, 他者の意見を通して事例提供者の学びが深まること)
  2. 価値観や見方が多面的に広がったか
  3. 検討会の学びがその後の看護実践にいかされたか
  4. 他者の分析を通して自己のプロセスレコードを分析できるか

備わっている(B), 一部備わっている(C), 全く備わっていない(D)の4段階とした。

## V. 結果

### 1. 学生のプロセスレコードの記載傾向

検討会への事例提供者は実習初期8名と中期2名であった。分析の作業手順として, 各病棟担当教員が検討会前に分析したプロセスレコードを設定視点に沿って研究者で分析した結果を表4に示した。全視点でD評価はいなかった。各視点毎に評価と記載傾向について述べる。

表4. 学生のプロセスレコードの傾向性

n = 10

分析視点	実習時期 評価点	実習初期		実習中期	
		学生数 8名	記載傾向性	学生数 2名	記載傾向性
1. 動機の明確化	A	5	対応分析(3), 患者理解(2)	0	自己の対応
	B	3	自己の対応	2	
	C	0		0	
2. 場面の妥当性	A	8	場面として妥当	2	場面として妥当
	B	0		0	
	C	0		0	
3. 非言語的状況の記載	A	2	表情・行動記載	1	表情・行動記載 表情・行動記載も推測あり
	B	5	表情・行動記載も推測あり	1	
	C	1	言動のみ	0	
4. ありのままの感情記載	A	4	困惑・驚き・疑問・喜び	1	疑問・あきれ・喜び・素直な表現 困惑・不安・疑問・不確かさ
	B	4	感心・推測	1	
	C	0		0	
5. 学生の言動	A	0	感情言語化・意図や判断不十分・つながりに価値判断混入 つながりはなく相づちのみ	1	感情・思考に沿って素直に表出 意図・判断と言動とのつながりが不十分
	B	7		1	
	C	1		0	
6. コミュニケーション技法	A	0	OpenQも理由を求める・確認・伝達・解釈 ClosedQ・指示・誘導的	1	支持的・共感・確認 反復
	B	4		1	
	C	4		0	
7. 過程の連続性	A	2	誘導的だが意図の方向で連続	2	患者把握で対応
	B	1	誘導的	0	
	C	5	患者把握不十分・患者の変化で途絶	0	
8. 各場面の考察	A	0	患者・自己双方の分析を試みているが不十分 患者分析中心で自己分析できず, 自己分析中心で患者の変化把握できず	0	分析視点はよいが内容に深まりがない
	B	5		2	
	C	3		0	
9. 考察の動機との照合	A	1	動機について考察	0	動機との照合を試みているが不足
	B	4	動機について考察を試したが不足	2	
	C	3	動機との照合不十分	0	
10. 総括考察	A	0	相互関係として考察・自己の傾向への気づきが薄い 患者理解に視点が当たっていない	2	必要な看護の役割について考察
	B	7		0	
	C	1		0	

\*評価基準：A：分析の視点の条件が備わっている  
 B：ある程度備わっている  
 C：一部備わっている  
 D：全く備わっていない

①視点1（場面を取り上げた動機の明確性）：評価はA・BのみでCはいなかった。全般的に動機は患者か自己かの一方の分析に偏る傾向にあったが、A評価の学生は自己の対応の分析や患者理解に焦点化できており、B評価は自己の対応分析のみで焦点化も曖昧であった。

②視点2（取り上げた場面の妥当性）：場面は妥当であり全員がA評価であった。禁止されているおやつを食べている場面、散歩や患者の要求に応じている場面、考えごとをしている患者に

話しかける場面等であり、患者の状態の変化や自己の対応の妥当性に問題をもちながらも、前向きに対応しようとしていた。

③視点3（患者の言動の記載）：評価はA・B・Cと分散されていた。会話開始時の状況についての記載はあるが、経過中は会話のみの記載となってしまう学生が多かった。A評価の学生は患者の状況をありのままに記述（興奮気味に話し、腕まくりをし、とても表情明るくなど）していた。一方B評価の学生は患者の表情や行動

を捉えているのだが、観察した現象そのものではなく自分の推測や判断（落ち込んでいる様子など）を含んでいた。C評価の学生は言語のみで非言語的状況の記述がなかった。

以上の視点①②③については実習中期も同様の傾向であった。

- ④視点 4（自己の感情の記載）：評価はA・BのみでCはいなかった。A評価は自己の内面に生じた困惑や驚き・疑問などの感情を率直に記載していた。B評価は患者の言動についての推測を含んだ疑問（～なのかな、～かもしれない）が多かった。実習中期の学生は患者の変化に対

する喜び（肯定的な感情）を記載していた。

- ⑤視点 5（学生の言動は感情や思考に沿っているか）：実習初期にはA評価はなく、B評価の学生は患者との会話は続いているが、学生の言動は感情や思考とズレている。言語化につながる意図や判断の記載が不十分であったり、疑問に思っても患者の精神状態への影響を恐れて言語化しない傾向にあった。C評価は1名であるが感情や思考を表出できずにただ相づちを打つだけの対応となり、患者との会話は途絶えてしまった。実習中期ではA評価は率直な自己表現ができ会話も連続しているが、B評価は自己に生じ

表 5. プロセスが連続的でない事例（実習初期）

動機：朝から会話が成立しなかったが、急に散歩に行こうと誘われた。調子が戻ってきたのでは  
 <実習 3 日目> と思い関わった。いつものM君と比べてみようと思ったため

患者の言動・状況	私が考えたり感じたりしたこと	学生の言動	考 察
①「Aさん、おじさんシャツって知ってますか？」	②会話の途中で急に空笑したと思ったら、この言葉が出てきたので驚いた。幻聴が聴こえたのかな？	③「知らないですよ」	③は、知覚によって生じた私の思考・感情に基づいて言動していたので、自分の意思を尊重していた。
④外来の人に急に「おじさんシャツって知ってますか？」と聞く。	⑤外来の人は驚いたり困った様子で変なものを見る目で見ているので、やだなあ。みんな困ってる。やめさせないと、とにかくみんなから離そう。またトラブルの原因になるかもしれない。	⑥「M君、行きましょう」	②は、M君のニードを満たそうと思って話を進めようと思いつつも、外来を抜きたいという思いの方が強い。
⑦独語・空笑の後、「白〇って知ってますか？」	⑧もしかしたら、私がきちんと話をしないと他の人に聞こうとするかも知れない。	⑨「知ってますよ。北〇にあるんですよ」	④は、違う方向に向けようとしたために、相手の気持ちを尊重していない。患者は色々な人に聞きたいというニードを持っていたと思われるが、患者と外来の人との関係を考えて行動している。患者にとってわかりやすい話し方を選び、年上の人なので敬語も使った。手を引張られていても、空笑・独語は消えず笑顔だった。患者が私に対してどう思っているのかわからなかったが、嫌ではないらしい。
⑩「どっち？」	⑪もう少しで外来を抜けられる。話も違う方向に向けよう。	⑫指を示して「あっちですよ。M君。OT見に行きましょう。OTには誰がいるんでしょうね」	
⑬話が終わらないうちに、また外来の人に「白〇って知ってますか？」	⑭幻聴の世界に入ってしまったら、私の声が聞こえないのかもしれない。興味がなかったのかな？また外来から苦情が来ちゃう。そしたら、私との散歩も中止になる。それは可哀相だ。	⑮「M君、行きましょう」と手を引張って言った。 ⑯「M君、ふつう急に知らない人に話しかけますか？」	⑬で、患者と一緒に考えようと思いつ、患者の気持ちを聞こうとしたが、連合弛緩や幻聴活発のため、混乱を招いたり、これ以上思考が続かないし、聞いていないのではと思い、話しかけるのをやめたが、独語・空笑は続いた。
⑰「しません」	⑱理由をきちんと説明しないと納得いかないだろうなあ。	⑲「M君、どうして急に話しかけたりするんですか？」	M君が外来で話しかけるのをやめようためには、どうしていけないのか、この行動はどのようなか等、考えていけるように関わる必要がある。
⑳独語・空笑で全く返事がない。			

<教員のコメント>

考察では、患者の話したいというニードに対する学生の対応のプロセスを自己分析している。患者理解を動機に取り上げているので学生の対応に対する患者の反応の意味づけをしていく必要がある。学生は何を検討したかったのか？何を検討することが必要か？もう一度振り返ってみるとよい。

た感情に価値判断を加えて言語化しており、その思考過程も記載していなかった。

- ⑥視点6 (コミュニケーション技法としての妥当性) : 実習初期にはA評価はなく、B評価は開かれた質問形式ではあるが理由や状況の説明を求める傾向にあり、患者は返答せず会話が途絶えていた。(表5) C評価は閉ざされた質問形式が多く会話の連続性に欠けていた。(表6) 実習中期ではA評価1名は患者の気持ちに焦点を当て支持的・共感的内容であったが(表7), B評価は解釈的で会話が断片的な傾向にあった。
- ⑦視点7 (過程の連続性) : 実習初期は2名がA評価で、誘導的であるが適切な対応ができ連続

的な過程を踏んでいた。B評価は患者の言動の意味確認が不十分なためやや連続性に欠けるが、内1名は途中から患者が中心となる話題を提供したことで連続的な会話につながっていた。C評価は5名と多く、患者の言動の意味を理解できず会話を進めたために断続的となっていた。実習中期は2名ともA評価で患者を理解した上での対応ができ、関わりが連続的過程を踏んでいた。

- ⑧視点8 (各場面毎の考察) : 各場面毎に考察した者が5名、残りは総括的考察であった。実習初期にはA評価はなく、B評価の5名は不十分ながらも患者及び自己の双方に焦点を当て分析

表6. 閉ざされた質問形式が多く会話の連続性に欠けていた事例 (実習初期)

動機: 患者が持っているお金をどうしたら看護婦に返せるのか、私は断るべきではなかったのか  
<実習3日目> 考えたかった。

患者の言動・状況	私が考えたり感じたりしたこと	学生の言動	考察
③「自分のお金だからもっている」	①Hさんが500円玉を今持っていることに気づき、500円のお金をどうするのだろうか? と考えた。	②「Hさん、500円どうなさいます?」	(それまで内容の異なる会話をしていたので)突然話が変わってしまうのは相手に対して失礼であるように思われる。
⑥「ええ」	④返事が返ってきたと思ったが、ぎょ!でも、あの袋の中に入れておかないと。お金は管理されているしなあ。そうだ。午後から入浴だからその時のことを話に出そう。	⑤「Hさん、午後から入浴ですよ。このはいているズボンクリーニングに出すですよ」	②では、私の声が大きかったからか、お金のことが気になっていたからかは分からないが、返事が返ってきたことは、お金に関して敏感になっているのではないかと考えられる。
⑨「ええ」	⑦入浴の場面が浮かんできた。カゴにHさんが洗濯物を入れる場面である。	⑧「あのカゴみたいなのに入れるんですよ」 手で形を表す。	⑤⑧で、入浴を話題に出したのは、Hさんにも入浴の場面を思い浮かべてもらえたのではないかと思われる。
⑫「ええ、いいです」	⑩お金はどこにあるのか。	⑩「ポッケに入っているんですか? 500円玉、こっち?」右のポッケを指す。	
⑮「いいです」	⑬お金は返さなくてはいけません!	⑪「ポッケに入ったままだと、入浴の時、クリーニングに出してしまったら困りますよね。あの袋に入れてまた、飲むときももらいましょう」	
⑲「じゃあ、向こうの看護婦さんに渡さないで。看護婦さんもっててくれる?」 私の方を見る。目線は合わない。	⑭困ったなあ。かなりしつこくなってしまうか?	⑫「心配ですねえ」	
⑳「そうでしょ」	⑮それは私がもらったら渡してしまうし、嘘も困るしなあ。それはできないだろうと考えた。	⑬「いえ、それはできないですよ」と首を振る。	⑳で気持ちを伝えたことにより、Hさんが行動に移せたのかと思う。
㉑「そうね」と立ち上がり、ロッカーの袋にお金をしまった。	⑯う! これで良かったのか。何かに入れておいてもらうか。	⑭「Hさんのもっている袋にでも入れておきますか」	㉑で、安心してしまったのは困ったことであった。(後日の患者の多飲行動につながってしまった。)

<教員コメント>

会話の流れを自分の思いだけで変えるのではなく、患者のペースを考える必要がある。自分の会話の長さやどのように質問をしているかの洞察をもとに、患者が自己表現できる質問の仕方を考える必要がある。患者が自分でお金を持っていた状況を、どうしたらよいか困っているが、なぜ患者は金銭管理できないのかを考慮する必要がある。



表7. プロセスが連続的でコミュニケーション技法が妥当な事例（実習中期）

<実習5日目> 動機：金銭妄想と現実の境界にいるYさんに対し、話の中で質問したり現実の話に戻したりということをしてみたため

患者の言動・状況	私が考えたり感じたりしたこと	学生の言動	考 察
①「今日は何もしたくない。だから寝ているの。」	②きょうはいつもと違って元気がないな。	③「どうして？何か悩んでいることがあるんですか？」	お金のことで考え込んでしまい一日ベッド上で過ごしてしまうことがある。Yさんの訴えを聴きながら、Yさんの優しさから、誰かにお金をあげたくなくなってしまふ気持ちを受けとめ、フィードバックしていく必要がある。
④「うーん…あなた達に10万づつあげたいんだけど何人来ているの？」	⑤あつ妄想なのかな？でも現実のことでもあるな。	⑥「私の他に5人いるから全部で6人来ています。でも、私達は10万円もらうよりYさんがお話してくれる方が嬉しいんですよ」	
⑦「6人じゃダメだ…。えーと10万×6だから60万かあ。でもHさんにはあげたいから兄さんに10万持ってくるように電話するか」と言ってみくつと起きる。	⑧あーどうすればいいのかな…	⑨「Yさん、私はね、Yさんのその優しい気持ちだけで十分です。お金は自分で稼いでこそ使い甲斐もあることだし…」	
⑩「わからないけど、あげなくなっちゃうの。お金はないと困るからね」	⑩なぜお金をあげたいのか聞いてみよう。	⑩「Yさん、どうしてみんなにお金をあげたいんですか？」	
⑫「うん」	⑬性格と関係あるのかな？	⑬「そうですね。Yさんは優しいんですね。お金は必要なものですよ。でも、みんな必要な分のお金はあるし、みんな絶対にYさんのその気持ちだけで本当に嬉しいはずですよ。私もYさんの気持ち嬉しいです。だから気持ちだけ受け取らせていただきますね」	
⑮「うん」	⑭この対応でよかったらうか？	⑮「また、そういう気持ちになったり苦しくなった時は、Nsや私に話してください」	わからないことを質問していくことでYさんの考えが引き出せ、どんなことで苦しんでいるか、不安になっているのかを引き出せるので、疑問がある時は、すぐにYさんに問いかけてみようと思う。
入浴時間となり、Nsが呼びに来る。	⑯Yさんは納得してくれたらうか？		ペロウの発展過程で考えと、「方向づけの段階」であると思う。学生は、Yさんが自分の問題を理解するための情報提供者役割をとっているのではないかと思う。

<教員のコメント>

いつもと違うYさんに気付いたことをそのまませず、問いかけている。Yさんの非言語的・言語的メッセージを受けとめながら、学生もYさんに焦点を合わせ、その時感じた“嬉しい”という感情や思いを素直に返している。そして、さりげなく今後の保証も伝えている。Yさんは「自分の問題」としてどう捉えているのでしょうか？看護問題としてはどのように取り上げていったらよいのでしょうか？

し考察していた。C評価は自己理解が中心で患者の変化への気づきがなかった。実習中期は2名ともB評価で、分析の視点はよいが患者理解に偏り、自己分析が薄い傾向を示した。

⑨視点9（動機と考察の照合）：A評価の学生は動機が明確でそれに対応する考察ができていた。B評価の学生は動機についての考察を試みているものの要因や具体的方策までは見出せていないが、問題意識が明確であったため検討会での学びにつなげることができた。C評価の学生は動機を患者理解としながら自己分析に終わったり、動機そのものが不明確であったため考察できなかつたりであった。実習中期の2名も動機が不明確であったため考察へのつながりが不十分であった。

⑩視点10（治療的人間関係の考察）：実習初期にはA評価はなく、B評価7名は不十分ながらも患者と自己の相互関係について考察していた。C評価1名は患者の言動分析に終始し思考の発展がなかった。実習中期の2名はA評価で情報提供や教育的役割について考察していた。

2. 検討会の評価

検討会は学生が主体的に教員と協議しながら日程や提供者を決定したが、学生・教員も病棟環境や患者に不慣れであったことから当初予定の実習1週目には開催できなかった。実習指導者及び患者の受持看護師の参加は必要時としていたが、多忙な病棟業務との関係を考慮して参加要請をしなかった。検討会の分析結果について視点に沿って

表8. プロセスレコード分析検討会の評価と学生の傾向

分析視点	実習時期 評価点	実習初期		実習中期	
		学生数 8名	記載傾向性	学生数 2名	記載傾向性
1. 学びの共有	A	6	自己の傾向性, 患者理解, 相互作用	1	自己の傾向性, 看護問題, 相互作用
	B	2	自己の傾向性, 患者理解	1	自己の傾向性
	C	0		0	
2. 価値観・視点の 広がり	A	8	共感的対応, 教育的対応, 判断の視点	1	看護計画立案の糸口
	B	0		1	患者理解の視点
	C	0		0	
3. 実践への活用	A	2	翌日の実践・評価につなげた	1	看護計画立案・実施・評価につなぐ
	B	5	感情表現可能も実践に至らず	1	カンファレンスに繋ぐが具体性不足
	C	1	気づきが実践に生かせなかった	0	
4. 各自の記載分析	A	4	自己分析の深まり, 2回目の分析(1)	2	自己の傾向性, 発展過程分析の深まり
	B	0		0	
	C	0		0	

\*評価基準：A：分析の視点の条件が備わっている  
 B：ある程度備わっている  
 C：一部備わっている  
 D：全く備わっていない

( 分析視点1～3は、事例提供者10名  
 “ 4は実習グループ41名の分析結果である。 )

分析する。(表8)

- ①視点1 (学びの共有) : 学びの内容は、自己の傾向性への気づき、患者理解の必要性、コミュニケーション技法、相互作用などであった。事例提供者は検討会で他者からの質問に答えることで、患者の表情・態度や自己の感情を想起し、改めて患者の言動の意味解釈や状況判断の不足、自分の言動の無意識的な意図などに気づき、思考が深まっている。A評価の7名は、記載時は自分か患者のどちらか一方にしか分析視点が当たっていなかったが、検討会により患者と自分の関係を相互作用として捉えることができるようになり、看護問題の明確化につながっていた。B評価の学生も学びは深まったが、関係を相互作用として捉えることができず、発展的経過を辿らなかった原因を自分の能力不足に帰結する傾向にあった。参加学生は自分たちの分析視点の偏りを是正する機会となり、学びの共有化ができた。
- ②視点2 (価値観や視点の広がり) : 1人で記載した時には見えなかった自分の内面への気づきがあり、教育的な関わり方、患者の健康部分の生かし方、共感的対応などの理解が深まり、看護計画立案への糸口となった。参加学生も自分の姿とダブらせながら理解的態度を示し、自分ならこうするのではないかと等思考していた。

- ③視点3 (実践への活用) : 実習初期のA評価の学生2名は、学びを翌日の行動計画に取り入れ実践評価・カンファレンスへとつなげた。B評価の5名は自己の感情を表現するようになったが、気づきを日々の看護実践・評価に生かすまでには至らなかった。C評価の1名は気づきのみで実践に生かすことができなかった。この傾向は実習中期の学生も同様であった。
- ④視点4 (参加学生各自の記載分析) : 参加学生は、検討会では事例提供者の姿に自分との共通点を見出し自分を振り返って考えることができたと言っていた。しかし、その学びが自分のプロセスレコード分析に生かされたことと日々の記録に記述した者は6名にすぎなかった。深まった内容は自分への気づき(思ったことを口に出せない、沈黙に焦り話題を変えるなど)や、1週目と2週目の関わりの違いの分析から学生に気を使っていた患者の姿が見えてきたなどであった。さらに、検討会後に自分の傾向性を意識して2回目のプロセスレコードをとり、初回記載との比較検討を行ったのは1名であった。学生は自分の思いを押しつけて会話が断続していた初回に比し、検討会後は患者の言動の意味を考慮し患者中心の関わりができるようになっていると評価された。

## VI. 考 察

### 1. 学生のプロセスレコード記載傾向

検討会前のプロセスレコードの記載傾向は次のようであった。

①場面を取り上げる動機が不明確な場合、患者の言動に対する学生の感情・思考・言動の過程が不連続となり、考察の深まりがない、②分析視点は患者か自分の一方に偏り、相互関係に視点をあてることが少ない傾向であるが、過程を順次踏むことで総括考察の段階では相互作用を実感している学生が多くなる、③患者の言動に推測が多く、会話のみ記載し非言語的状況の記載が少ない、④患者への影響を考えて自己の感情や思考と言動が不一致になりやすい（思ったことを口に出せない）、⑤支持的・受容的態度で開かれた質問形式の場合は過程が連続的となるが、この方法を使用した学生は少ない。多くの学生は指示的・誘導的、閉ざされた質問が多い、また開かれた質問でも指示的・誘導的な方法をとる学生は理由を求める傾向にある、⑥実習初期に比較して中期は治療的人間関係に関する考察は深まるが、自己への関心が薄くなる。

以上、これらの傾向性を概観すると、実習中のプロセスレコード記載は義務づけられていること、学生が早急に検討すべき課題として患者の理解と対応（看護過程）があること、等が学生の場面設定の動機を規定することが推測される。

治療的人間関係における視点の当て方は講義・演習で履修しているが、机上の学びが実践へ運動できるのは、実際に“やってみて”からである。今回の分析から、視点の偏りはあっても場面設定の動機が明確であれば目的を持って患者に対応できること、そしてたとえコミュニケーション技法が未熟でも連続的な過程を踏み考察に至ることができるようになること、更にその段階（考察）で患者或いは自己の一方的分析では不足であることを実感できている。また動機の分析から見えてくる学生の姿は、困惑や疑問の感情が主となり自分の対応に問題意識を持っていることがわかる。土屋<sup>16)</sup>の報告にもあるように、学生は初めて経験する精神障害者に対して不安や恐怖・緊張があり、

さらには自分の関わりによる患者の状態悪化を過度に心配して手が出せない状態にあると言えよう。また、学生は患者の言動の理解や、何とか対応を考えたいとの積極的な思いを持っているが、妄想や拒否のある患者・反応の乏しい患者等へのコミュニケーション技法は持ちえていないために戸惑っている。学生は共感的態度で開かれた質問形式が望ましいことも知っているが、患者を前にすると理由を求める情報収集的或いは調査的な態度をとる傾向にある。これは発言内容の分析から学生の態度は調査的で直接的な質問で占められていたという遠藤の報告<sup>15)</sup>と同様の傾向といえる。患者が反応を示さなければ会話は途絶え、学生は困惑し思考は停止する。しかし、このような状況は学生が自分の対応に問題意識を持つことにもつながっている。例えば、「拒否的反応を示す患者とのコミュニケーション」や「沈黙の意味」等のテーマで学生企画のカンファレンス開催である。実習が進行するに従ってこのような戸惑いは少なくなり、結果的には患者と学生の関係は連続的過程を経るようになることが明らかとなった。一方各場面毎の考察において、実習初期に比し中期の方が自己分析が浅く評価が低くなった。これは実習経験を重ね患者とのやりとりがスムーズにできるようになった結果、自己の対応に関して問題意識を感じなくなったことが推測される。山田らは、プロセスレコードの記載理由が自己洞察とした学生は評価欄では患者との相互関係を深く考察する傾向にあったと報告しているが<sup>8)</sup>、今回の結果では傾向性①②に述べたように、視点の当て方は患者或いは自己に偏るものの、何故その場面を取り上げたのかの動機が明確であれば関係発展の一連の過程は連続的となり、結果的にはいずれか一方の分析では不足であることに気づいていくことが明らかとなった。このことから、場面設定の動機を明確にさせることが重要な指導ポイントとなる。しかし、個々の記載段階では、患者の言動解釈が推測的で、焦点の当て方が偏り相互作用への考察も深まりがない状況であった。

## 2. 検討会の評価

初學者の学生が自分の不足部分を見出し、治療的な人間関係における看護職の役割と学生自身の実践を照合できるようにするには、学生個々への丁寧な面接指導が必要となる。しかし、実習期間が短い上に担当学生数が多く、更に教員は実習中でも講義や会議があり常時指導に関われないことや、実習施設が遠隔地であること等の問題がある。この対応として、1事例の検討を全員の学びとして学生の自己作業が促進されるように検討会を導入したが、分析の結果検討会が有効であったことが実証された。検討会では個々の記載での不足部分の深まりに加えて、その時には気付かなかった無意識の意図を他の学生の指摘で気付くことや、失敗と自覚していた場面展開を別の視点で肯定的に評価されたりすることで、新たな自分の発見や自信回復にもつながっている。

今回の結果から、たとえ場面を取り上げた動機が疑問や困惑、対処法検討にあっても、患者の言動→自己の感情・思考→言動の一連の過程で、患者の言動の意味を多面的に考え、自分の感情の変化に気づき、自己理解・自己受容を起点にして患者理解が深まり、治療的な人間関係における看護の役割が考察できるようになることが確認できた。さらに教員や実習指導者による個々の学生へのコメントや面接よりも、実習グループ全員での検討会の方が相互の体験がフィードバックされることで学びが深まることの実感できた。しかし今回は、事例提供者の10名の学生は検討会での学びをその後の活動に活かしているが、参加学生で学びを活用して2回目の記録を取り分析したのは1名に過ぎなかった。これは検討会開催が、教育効果をねらった当初予定の1週目にできず実習後半となったため、学びを直接的に活用する時間が少なかったことが一因と考える。また、今回は実習指導者の参加は必要時としたが、複数教員の参加の方が多面性が広がったことを踏まえると、患者を熟知している臨床からの参加は不可欠と考える。今後少教員で効果的な実習展開にはプロセスレコード検討会は継続とし、学びがその後の実践に活用できるよう1週目開催に努め、臨床からの参加を

要請すること、学びが実践できるような学生への指導、等を課題としたい。

今回は10例の初回記録の分析に止まり2回目の分析に至らなかったこと、検討会の評価は学生記載の検討会記録や日々の記録と教員の逐語録を使用し、分析作業では複数研究者での検討を行ったが、参加の学びについて未記載が多く直接的な学生評価は包含されていないこと、等が分析の限界と考えている。今後は学生にとって有意義な検討会となるよう、学生と共に効果的な運営を検討していきたい。

## VII. 結論

1. プロセスレコードの記載傾向は、視点の当て方が患者或いは自己の一方に偏ること、非言語的内容の記載が少ないこと、患者への影響を考え感情・思考と不一致の言動をとる傾向があること、指示的で閉ざされた質問形式が多いこと、実習進行により人間関係の考察は深まるが自己への関心が薄くなること等の特徴がみられた。しかし、視点の偏りがあっても、場面設定の動機が明確であること、及び理解的態度での開かれた質問形式であれば患者と学生との関係は連続的な過程を踏み、最終的に人間関係は相互作用であることを認識できる。
2. 検討会では他者の体験を通して学びが深められた。これにより実習早期の開催が課題となる。

## 文献

- 1) G. W. スチュアート, S. J. サンデー編 (樋口康子, 稲岡文昭, 南裕子監修): 精神看護学 I, 60, 医学書院, 1986
- 2) H. E. Peplau (稲田八重子ら訳): ペプロウ人間関係の看護論, 323-325, 医学書院, 1973
- 3) E. Wiedenbach (都留伸子, 武山満智子, 池田明子訳): 臨床実習指導の本質—看護学生援助の技術, 157-170, 現代社, 1972
- 4) 坂江千寿子: プロセスレコードの学習効果—場面再構成記録の分析と検証—, 精神科看護, 25(7), 43-50, 1998
- 5) 坂江千寿子: 精神看護学実習におけるプロセ

- スレコードの教育効果, 第28回日本看護学会集(看護教育), 50-53, 1997
- 6) 南 好子, 青井聡美: 精神科看護におけるプロセスレコードの教育効果に関する研究, 滋賀県短期大学学術雑誌, 第48号, 83-88, 1995
- 7) 横川正子, 蒲池千草: プロセス・レコードとカウンセリングを用いた成人看護学実習での教育効果, 看護教育, 40(10), 868-872, 1999
- 8) 山田光子, 森 千鶴: 精神看護学実習におけるプロセスレコードと指導内容の検討, 精神科看護, 26(10), 50-54, 1999
- 9) 小松沢美代: プロセスレコードにおける指導について, 第9回日本看護学教育学会誌, 139, 1999
- 10) 畠山義子, 土屋八千代, 野澤由美: 学生の関わり傾向性からの指導法の検討, 第8回日本看護学教育学会誌, 158, 1998
- 11) 仲沢富枝: 臨床実習における学生と患者の人間関係の成立に向けて, 看護展望, 19(8), 68-73, 1994
- 12) 洪紙彰子, 園田志津子: 学生の認識とその変化—精神科実習におけるプロセスレコードの分析, 熊本大学医療短期大学部紀要, 第4号, 45-48, 1994
- 13) 上村恵子: 精神科実習の実際—プロセスレコードを利用して—, 精神科看護, 第64号, 34-35, 1997
- 14) 内山繁樹: 対人関係能力を育む学習を意識した臨地実習計画, 神奈川県立看護教育大学校紀要, 22号, 34-73, 1999
- 15) 遠藤 太, 高野美智子: 精神科実習における学生の態度と発言の傾向—プロセスレコードの分析を通して, 第29回日本看護学会集録(看護教育), 71-73, 1998
- 16) 土屋八千代: 精神障害者に対する看護学生の意識の変化—精神科実習前後の比較, 聖母女子短期大学紀要, 第6号, 49-60, 1993
- 17) 土屋八千代: 精神科実習における教育的関わり—学生の意識の変化及び病棟自己選択の評価, 聖母女子短期大学紀要, 第7号, 34-40, 1994
- 18) 土屋八千代: 看護学生の不安傾向と精神障害者に対する意識, 看護展望, 20(6), 98-103, 1995
- 19) 土屋八千代(「看護教育」編集室編: 精神看護学, カリキュラム案とその展開): 社会病理と心身の健康を関連づけた授業構成, 7-15, 医学書院, 1996
- 20) 日本産業カウンセラー協会関東部会: 1998年度初級産業カウンセラー養成講座理論学習
- 21) 國府康孝: カウンセリングの技法, 25-51, 誠信書房, 1979

# 障害のある人を子どもにもつ母親の健康の構造

— 母親たちが迎える認識のプロセスを分析して —

## Structure of health of mothers who have handicapped children

— Analysis of progress of mothers recognition —

赤星 成子<sup>※1</sup>

Nariko Akahoshi<sup>※1</sup>

### Abstract

The purpose of this study was to clarify the structure of health of mothers who have handicapped children, as focusing on the process of their conception.

The conceptual framework of this study was prescribed as happism and holism model, —that was made a great point of “being on here and now”. And the concept for health of this study was prescribed as displaying their ability, by awareness for recognitions and expanding consciousness through tiding over their difficult experience. The procedure was as follows ; 27 notes of mothers who have handicapped children were collected.

290 cards were selected from the above notes which contained mothers recognitions. These cases were then analyzed using abstract method.

As a result, six common types of understanding were extracted 1) a time of confusion 2) resolution shakes 3) supporting a life of suffering 4) the changing of one's mind 5) life and arrangement 6) display of abilities.

It were mothers' display and recover their abilities that the procedure of mother who were being the face of distress with their children. They were procedure developed by the power what their children have.

**キーワード** : 障害者, 母親, 健康, 認識

Handicapped person, Mother, Health, Recognition

## I. 緒言

### 1. はじめに

健康という言葉が、現在ほど多様に使われている時代はないだろうと思われる。それはおそらく、現代の価値観が多様化し、そして人々の健康への志向が質的な安寧へ向かいつつあることと無関係ではないように思われる。

健康の定義も、現行ではWHO憲章<sup>註1)</sup>によると、「単に病気や虚弱でないというだけでなく、身体的にも精神的にも社会的にも、完全に良好な状態をいう」<sup>1)</sup>とされているが、1999年10月に、WHOは「霊的側面での健康 (spiritual well-

being)」を定義の中に盛り込むことを提案し、個人の霊性における健康が論議されるまでに至っている。

筆者は、重度な障害を持つ子どもたちやその母親たちとの出会い、また人工透析によらなければ命を永らえないような慢性疾患を持つ人たちとの関わりを通して、彼等に人としての健全な姿を感じたり、持てる力を精一杯使いながら生きている姿に感動したり、彼等の在り様そのものに自分自身の価値観を砕かれる体験を通して、「健康とは何か」という問いを持ち続けてきた。

彼等は、WHOの健康の条件こそ満たしてはい

※1 宮崎医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

ないが、他人と比較することのできないその人だけが持つ自己実現の姿を通して、彼等自身の健康の意味を提示していると思われる。

病気や障害を持っていても、そして苦悩のただ中であつたとしても「健康な人々」と、私の出会ってきた人々を私はそう呼ぶことにしたい。

A. H. Maslow (マズロー) は、人間の健康を考えるのに心身共に健康で自己実現していると思われる人々やあるいはそのような歴史上の人物を対象にしたが、筆者は人がどのような状況にあつても、例え病気や障害をもつていたとしても、あるいは苦悩の中にあつたとしても、健康とは「その人の内に存在するもの」という立場から障害を持つ人及び苦悩を持つ人々を対象に、彼等が持つ健康とは何であるのかを探ってみたいと思った。

今回はその手始めとして、とりわけ障害のある人を子どもに持つ母親たちの姿を対象とした。母親たちは「子どもの障害」さらに「母親としてそれを引き受けなければならない自分自身の苦悩」の二重の苦悩に直面せざるを得ない。

母親たちが苦悩しながらも、子どもの障害に向き合いながら生きている在り様を健康と捉え、母親たちの中にある健康とは何かを、全体論・幸福論の立場から探ってみたいと思う。

障害児(者)を持つ母親に関する研究は、彼等の「健康」という視点からのものは、国内では多くは見当たらなかった。母親の障害の受容過程を肯定的側面から捉えた研究としては、母親の障害を受容していく過程を人間的成長として捉え、成長の姿・特徴を明らかにすることを目的にした牛尾の研究<sup>2)</sup>、子どもと共に生き育兒を通して親が成長していく姿をとらえた奇の研究<sup>3)</sup>など障害受容という視点からの研究が見られた。

本研究の枠組みに関連する文献として、「意識の拡張を健康として捉える」M. A. Newmanの健康の理論に基づいた遠藤の「がん患者」についての研究<sup>4-9)</sup>があつた。

国外では、「健康」の視点からの研究は、発達障害児を持つ母親の経験について、母親たちの多くが「自分の経験は特別で、自分は選ばれた存在であると考えていること、自らの経験を成長の期

間と考え、人生に目的を与えられたとして、自己の拡張として捉えるWestの論文<sup>10)</sup>や同じく発達障害児の親-Tommetが著した手記<sup>11)</sup>に見られる経験が、個人から家族へそしてコミュニティーへと広がっていく発展する意識のパターンとして、M. A. Newmanによって紹介されている。

また、M. Csikszentmihalyi (チクセントミハイ) は、極限的な悪条件の中で大きな苦悩を持ちながら自分の生活を十分に楽しんでいる人々-特に後天的な身体障害者の研究によって、それらの人々は「人には耐えられない生活状況を意味のある楽しい経験に変換している」という事実をカオスへの変換対処とよび、カオスから秩序を生み出す能力を、I. Pigoirine (ピコリジン) の「散逸構造」によって説明している。しかし「その過程を理解するにはあまりにも無知である」<sup>12)</sup>としていのように、この領域での研究論文の数は比較的少ない。

障害受容の視点からの研究はいくつか散見されるが、その本質を「価値観の転換」とする段階理論が広く受け入れられている。しかし、古牧、本田等も指摘しているように、「どのように結論が抽出されたのかの価値変化のプロセスは明らかにされてはいない」<sup>13, 14)</sup>という指摘は前述したM. Csikszentmihalyiの問題提起と類似していることは注目すべきである。

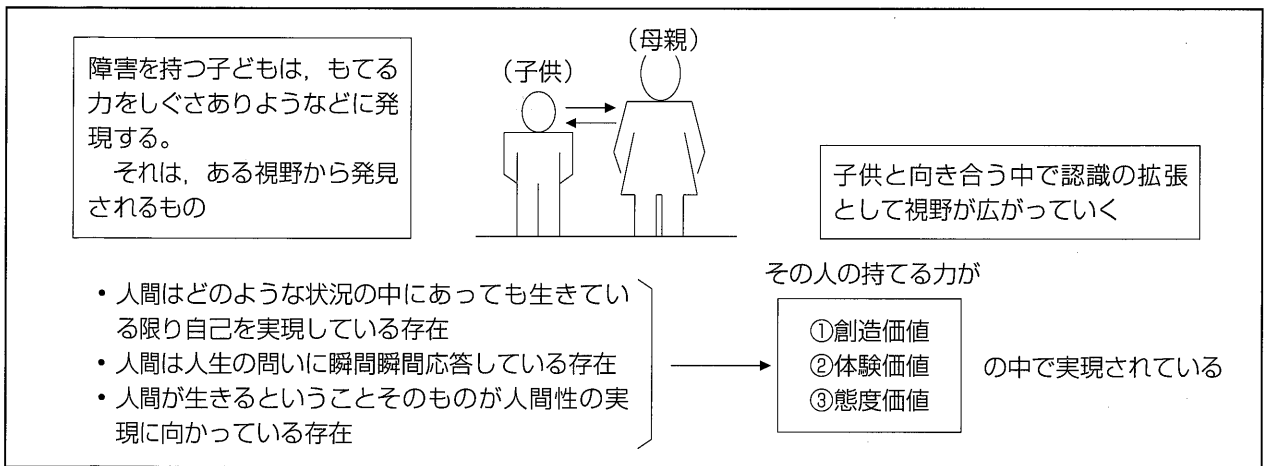
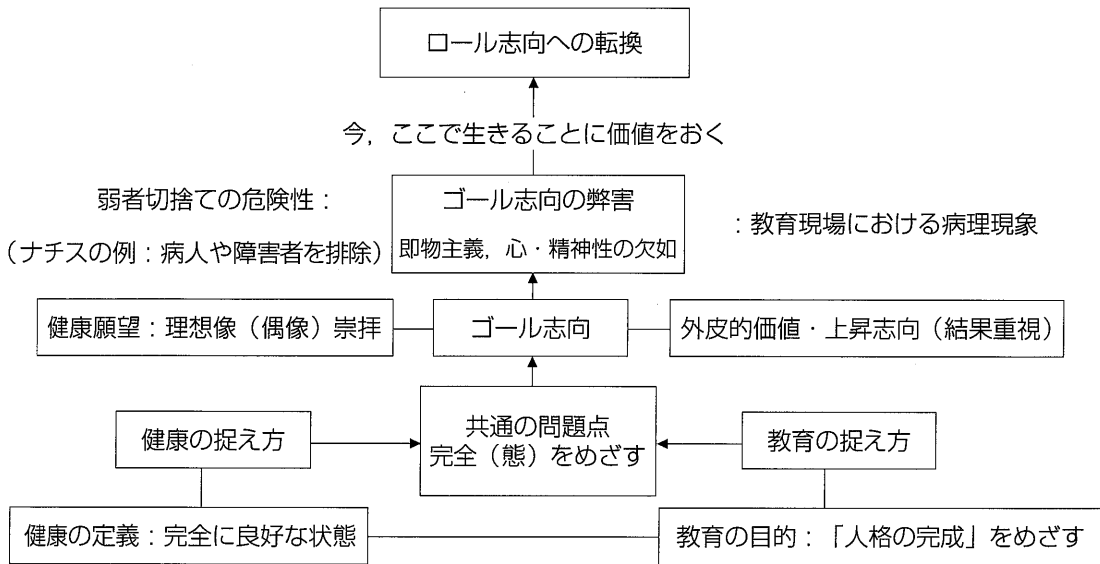
そこで本研究においては、障害児を持つ母親たちが辿る認識のプロセスに焦点をあてて、母親たちの中にある健康の構造とは何か、仮説を導くことを目的とする。

## 2. 研究目的

本研究は、障害児を持つ母親たちが辿る認識のプロセスに焦点をあて、母親たちの中にある健康の構造とは何か、その仮説を導くことを目的とする。

## 3. 本研究の概念枠組みの前提

図1に示すように研究の枠組みを作る前段階として、問題として捉えた相反する2つの事象から、教育における「人格の完成」を目指すとする点、



健康においては、「完全な状態」を健康とする点において、理想・完全さを求めてそれらに価値を見出す「ゴール志向」の視座を共通の問題点として捉えた。

伊藤は、教育において、『「ゴール志向」の弊害が子どもや若者たちに「否定的自己概念を与えている』と指摘し、ゴールを掲げて頑張るのではなく『「今、ここで」の役割に絶対の価値が置かれなくてはならないとして「ロール志向」への転換<sup>15)</sup>を提唱している。同様にここでは、「ゴール志向」を実現するために外面的、付随的価値を多く手に入れ「こころ」や「精神性」を置き去りにしている現代の価値観を形成していた構造を問題として提示し、「ゴール志向」に対峙する概念

として「今、ここでの在り様」に価値を置く「ロール志向」での考え方を本研究の概念枠組みの前提とした。

また、本研究の概念枠組みの全体像を図2に示した。さらに、『人間とは』を「人間はそのままにして全体であり、部分に分割できない一個の全体としての存在である。認識、生活過程、生命過程が一体となって調和している存在であり、どのような状況にあっても人生の問いに応答しながら自己を実現している存在、人間が生きるということそのものが人間性の実現に向かっている存在であり、3つの価値実現を通して持てる力を発揮することのできる存在」とした。図2と図3にその内容を示した。



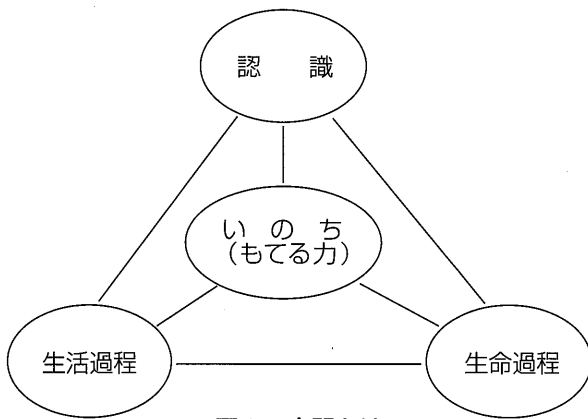


図3. 人間とは

また、『健康とは』を、母親が障害を持つ子どもと共に生き、認識が発展していく在り様を、人生に応答する姿として捉え、その在り様を健康とした。障害を持つ人の健康は、その人の持てる力を精一杯働かせて生きている在り様であり、その人の持てる力とは3つの価値(創造・体験・態度)実現を通して発現されるところのものとした。

マズロー (Maslow) のいう健康の幸福論モデル(潜在能力)を、フランクル (Frankl: 3つの価値をその人もてる力で実現すること)、ナイチンゲール (Nightingale: 持てる力の発揮)、ニューマン (Newman: 自分自身の内なるものへの気づき)らの理論を統合、発展させ「分割できない一個の全体としての人間が自分自身の内なるものへの気づきによって認識を広げ、持てる力を発揮すること」とし、これを健康の全体論・幸福論モデルとして規定した。これらの内容を図4に示した。

#### 4. 主な用語の定義

- 1) 障害のある人: 何らかの機能・形態障害を持ちながら、それによって引きおこされるところの生活上の困難・不自由・不利益を持ちながら、生きている人達<sup>16)</sup>。
- 2) いのち: その人しか果たせない使命を担ったもので、生きようとする意志をもっているもの。
- 3) もてる力: 自然が働きかけてくれている力で、その人の生命過程、生活過程、認識を通して表現されるもので、人間の死の直前までその人の中にあって発現されその人を生かし続けるもの。またそれらのもてる力は、Frankl (フランクル) のいうところの3つの価値の視野で見いだされるもの。
- 4) 意味: <What is it? (それは何か)>に答えられるような内容を探ることであると同時に「目的や目標、何ものかの重要性を示すもの」<sup>17)</sup> また、それなしではすまされないようなある種の充足や信念をもたらすもの。
- 5) 認識: 五感器官を通して得られた感覚が脳で反映像を形成し、蓄積されている像との交流を得て合成されることによって創られた像<sup>18)</sup>のこととされるが、ここではその人の言語表現等を手がかりとして、その人の在り様が表現されたものとして捉える。
- 6) 拡張: 体験や経験を通して、またはその人にとっての壁を突き抜けることによって、自分や世界に対して受容範囲が広がっていくことで、より視野が開け認識の世界が広がっていくこと。

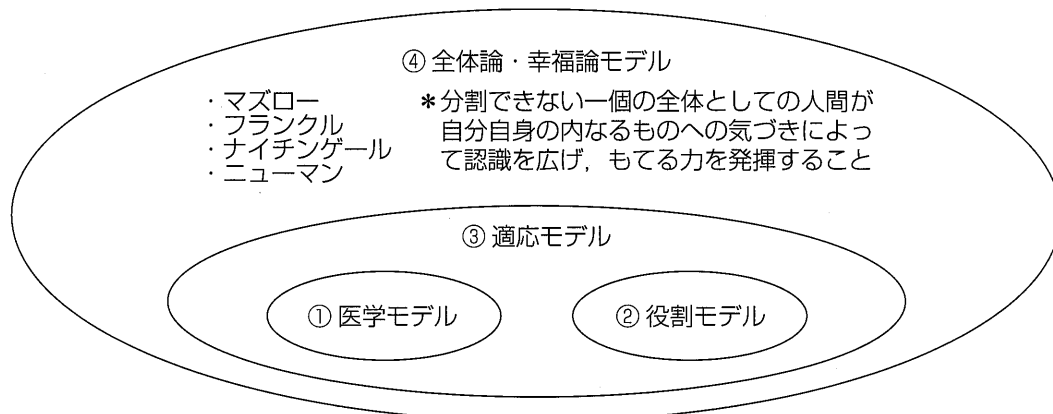


図4. 健康の全体論・幸福論モデル

## II. 方法

### 1. 研究対象

社会福祉法人「全国重症心身障害児・者を守る会」、同じく「全国日本手をつなぐ育成会」が刊行する『両親の集い』<sup>19)</sup>と『手をつなぐ』<sup>20)</sup>に掲載された母親の手記23事例と、手記として出版された書籍4事例<sup>21)~24)</sup>の、合わせて27事例の手記を対象とした。母親の年齢等は手記の中では拾えず不明である。

倫理的配慮に関しては、筆者が研究対象として使用した出版物の編集元である「全国重症心身障害児・者を守る会」「全国日本手をつなぐ育成会」の事務局に直接連絡し、研究の素材として使用させて頂く了承を得た。

### 2. 研究方法

#### 1) 研究素材の作成

手記の中から、母親の認識及び気持ちの表現がみられる文章をラベルにおこし、集まった290単位のラベルを研究素材として用いた。分析方法は、KJ法を参考に質的分析を行った。尚、本研究で対象事例とした事例の一覧を、表1に示した。

#### 2) 分析方法

① 290単位のラベルを、KJ法によりその意味内容に類似性のあるものをまとめてグルーピングする。これが<第一段階の分類>で、下位サブカテゴリーの編成となる。

② さらに①で得られたグループを同様に同じ

表1. 手記による27事例一覧

事例No.	年齢(歳)	事例の診断名
事例1	14	水頭症 自閉傾向 言語障害
事例2	14	脳性マヒ
事例3	24	亜急性拘束化性全脳炎 知的障害 歩行困難
事例4	21	水頭症 言語障害
事例5	21	脳性マヒ 尿崩症
事例6	12	脳性マヒ てんかん
事例7	31	脳性後遺症 言語障害
事例8	19	脳性マヒ 種痘後脳炎
事例9	16	ダウン症 心臓疾患 口蓋裂
事例10	2	自閉傾向
事例11	18	水頭症
事例12	5	自閉症
事例13	28	知的障害
事例14	22	ペオ症候群(進行性の脳疾患) 視覚障害
事例15	29	知的障害 行動障害
事例16	10	知的障害
事例17	12	自閉症
事例18	10	自閉症
事例19	12	ダウン症
事例20	10	ダウン症 心臓疾患 両下肢拘縮症
事例21	—	ダウン症
事例22	6	脳性マヒ
事例23	10ヶ月	ダウン症
事例24	6	フェニールケトン尿症
事例25	—	ダウン症
事例26	—	脳性マヒ
事例27	—	脳性マヒ

注) 1. 年齢は、手記が書かれた当時の子どもの年齢、母親の年齢は手記より確認できず不詳

2. —は、年齢が不明のもの

意味内容を持つもの同志をまとめてグルーピングする。これが<第二段階の分類>で、サブカテゴリーの編成となる。

- ③ ②で得られたグループは、さらに同じ意味内容を持つものをまとめてグルーピングし、得られたグループに表題をつける。これが<第三段階の分類>でカテゴリーの編成となる。尚、分析過程においては、本研究方法のトレー

ニングを受けた研究者との討議を通して妥当性、信頼性の確保につとめた。

### Ⅲ. 結果

#### 1. KJ法による27事例のカテゴリー

KJ法による分析結果は、表2に示したとおりである。27事例から取り出した290のラベルは、KJ法により再構成された。まず全ラベルを同じ

表2. KJ法による27事例のカテゴリーの分類

( ) はラベル項目数 ラベル総数 : 290

カテゴリー	サブカテゴリー	下位サブカテゴリー
I 混乱の時期 (21)	①ショック・絶望・悲嘆 (17)	①イ. 悲嘆 (9) ロ. 絶望 (5) ハ. ショック (3)
	②自分自身に対する憐憫の情 (4)	②自分自身に対する憐憫の情 (4)
II 心のゆらぎ (40)	①心の葛藤 (19)	①イ. 自分との闘い (7) ロ. 親の無力感 (7) ハ. 世の価値観の壁 (5)
	②苦労も喜びもある起伏のある生活 (6)	②苦労も喜びもある起伏のある生活 (6)
	④親として最善を尽くす (6)	③イ. 周りの人々の無理解 (6) ロ. 障害は社会が作るもの (3) ④親として最善を尽くす (6)
III 苦悩の中での支え (84)	①人的支え (共感的理解) (39)	①イ. 子供を通して出会った人々の支え (20) ロ. 同じ悩みを持つ母親の支え (16) ハ. 家族の支え (3)
	②子供のもてる力(命の力)による支え (45)	②イ. 命への畏敬への念 (19) ロ. 子供の命の使命-生き果すために (13) ハ. 子供の感性 (13)
IV 心の転換 (23)	①考え方の視点を変える (16)	③イ. 心のあり方を変えて知る喜び (9) ロ. 考える中心を自分から子供へ (7)
	②幸せとは一価値観の変化 (7)	②イ. 幸せの価値観が変わる (4) ロ. この子にとっての幸せとは (3)
V 人生との調和 (84)	①あるがままの受容 (13)	①イ. あるがままが価値あること (11) ロ. 人の気持ちがわかるようになる (2)
		②イ. 弱者ではなく、メッセンジャー (15) ロ. 障害は不運ではなく個性 (5) ハ. この子たちは宝 (4)
		③イ. 子供を通して学んだこと (13) ロ. 親が感謝すべきこと (10) ハ. 子供を通して感じる喜び (9) ニ. 子供の笑顔が支え (7) ホ. 心の繋がりが大事 (4) ヘ. 自分を大事に、他人を大事に (3)
		④イ. 罪がないこと (1)
VI もてる力の発揮 (34)	①子育てで大切な点 (11)	①イ. ありのままを受け止め、向き合うこと (4) ロ. 可能性を求め努力 (2) ハ. 自分でできることは見守る (2) ニ. 愛情持つこと (1) ホ. できる範囲で、自信を持って (1) ニ. 価値観を変える (1)
		②自分自身の経験を社会のために (10)
		③最も弱い者を守る為 (13)
		②自分自身の経験を社会のために (10) ③最も弱い者を守る為 (13)

意味内容ごとのグループに分類し、41のグループに整理することができた。

それぞれのグループは、グループ全体の内容の表象像が描けるような表題をつけた。これが第一の分類で、下位サブカテゴリーとした。次に、41項目の下位サブカテゴリーはラベルの表題から、同様な手続きを経て17項目のまとまりができそれぞれのまとまりに表題をつけた。これが第二の分類で、サブカテゴリーとした。

さらに、17項目を空間配置し関連図を作成・分類することで6領域のまとまりができた。これが第3の分類によるカテゴリーとした。次に、以上の3段階を経て得られた6領域（Ⅰ～Ⅵ）の各カテゴリーについて、健康の視点から述べていく。

## 2. カテゴリーの分類結果

カテゴリーは、最終的に6領域に分類することができた。すなわち、Ⅰ. 混乱、Ⅱ. 心のゆらぎ、Ⅲ. 苦悩の中での支え、Ⅳ. 心の転換、Ⅴ. 人生との調和、Ⅵ. もてる力の発揮の6つの領域である。

## 3. カテゴリーの構成

### 1) 混 乱

この段階を構成しているサブカテゴリーは下位サブカテゴリーと同様で、①ショック・絶望・悲嘆（17項目）、②自分自身に対する憐憫の情（4項目）の2つのサブカテゴリーからなり21項目のラベルで構成されていた。この時期は生きる力を支えるものがない健康の段階にあるといえる。この時期の母親の気持ちの特徴は、「避けることのできない・・・」「和らげることのできない・・・」「取り除くことのできない・・・」という表現のように障害を子どもが負うことに苦悩し、嘆き悲しみ、生きる意味を失って、生きる力が持てない姿として捉えられた。

### 2) 心のゆらぎ

この段階を構成するのは、①心の葛藤（19項目）ーイ. 自分との闘い（7項目）、ロ. 親の無力感（7項目）、ハ. 世の価値観の壁（5項目）、②苦労も喜びもある起伏の生活（6項目）、③障害への無理解（9項目）ーイ. 障害は社会が

作るもの（3項目）、ロ. 回りの人々の無理解（6項目）、④親として最善を尽くす（6項目）等、4つのサブカテゴリーと6つの下位サブカテゴリーを持ち、40のラベルで構成されていた。この時期の、親の気持ちの特徴としては、「親として最善を尽くすしかない」と頑張る姿と、どんなに頑張っても「障害」という大きな壁の前に「親の無力感（7項目）」を感じたり、さらに覆いかぶさるように「子育てを否定されるようなことを言われて」<世の価値観の壁（5項目）>を感じたり「子どもとの日常に手がかり感情を乱し・・・」ながら自分との闘い（7項目）>に苦しんだりする親の姿が見られる。また「毎日が綱渡りの連続のような生活の中でも、・・・精一杯生きているという幸福感を感じる」ともあり、このような母親の気持ちの浮き沈みが、この段階の特徴として捉えられた。

### 3) 苦悩の中での支え

この段階を構成するのは①人的支え（39項目）ーイ. 子どもを通して出会った人々の支え（20項目）、ロ. 同じ悩みを持つ母親（同胞）の支え（16項目）、ハ. 家族の支え（3項目）、②子どものもてる力（いのちの力）による支え（45項目）ーイ. 生きようとしているいのちへの畏敬の念（19項目）、ロ. 子どものいのちの使命・生き果たすために（13項目）等、2つのサブカテゴリーを持ち、全84項目のラベルで構成されていた。

この段階のカテゴリーを『苦悩の中での支え』とした。この段階の特徴は、『混乱』と『心のゆらぎ』の中での、母親の苦悩に満ちた内面が、周りの人達の<共感的理解（39項目）>や<子どものいのちの力（45項目）>によって、支えられていることがわかる。そして生きる力が少しずつ取り戻され、母親の生命力が息づいてくる段階としてもとらえられる。母親の生きる力は、子どもの生きようとする命に触れ、その<いのちの使命に気づいていくこと（13項目）>で<いのちへの畏敬への念（19項目）>を持つに至った母親は、心の転換へのきっかけを持つことができる。

またく同じ悩みを持つ母親の支え(16項目)は、「親の会の母親たちが、涙をみんな吸ってくれ私を元気にしました。」「親の会の仲間の人達に何とも言えない暖かさを感じることができました。」「同じ思いを持つお母さんたちと出会えたことは自分の殻の中から外部へ向かう力となりました」等のように表現されていた。苦しみをわかってくれる仲間の共感的理解は、苦悩する母親を支える力となっていた。

#### 4) 心の転換

この段階を構成するのは、①考え方の視点を変える(16項目)ーイ. 子どもより自分がみじめ(7項目), ロ. 自分の心の在り方を変えよう(9項目), ②幸せとは一価値観の変化(7項目)ーイ. 幸せの価値観が変わる(4項目), ロ. この子にとって幸せとは(3項目)等の2つのサブカテゴリと、4つの下位サブカテゴリを持ち、全23項目のラベルで構成されていた。この段階のカテゴリーを『心の転換』とした。

母親の気持ちの特徴としては、同じ思いを持ってきた母親たちの共感的理解や子どものいのちへの目覚めによって、心の転換がなされていく段階である。「子どもより自分がみじめだった」ことに気づくことで、「不幸なのは私(母親)の心で、本人はまったく不幸ではなくすすすす育っていることに気がきました」「小さい自分の枠の中で嘆いていても何にもならないそのことがわかってくると、悩みも薄らぎ、考え方も変わってきました」という母親の文章にみられるように<考える中心を自分から子どもに移すこと(7項目)>ができるようになる。

また一方では、小さな、子どもの変化に気づくことができるようになり、<心の在り方を変えて知る喜び(9項目)>、「当たり前と知っていることが喜びであったり、幸せであったりする。障害を持つ子どもを育てながらの私たちの生活を、決して不幸だとは思っていません。そのことを多くの人達に分かって欲しいと思います」という文章に見られるように、自分なりの<幸せの価値観(7項目)>をつかむことで障害を持つ子どもに向き合うことができるプロセ

スとして捉えられた。

#### 5) 人生との調和

この段階を構成するのは、①あるがままの受容ーイ. あるがままが価値あること(11項目), ロ. 人の気持ちがわかるようになった。(2項目) ②この子たちの役割ーイ. 弱者ではなくメッセージャー(15項目), ロ. 障害は不運ではなく個性(5項目), ハ. この子たちは宝(4項目), ③母親の生きる力の源ーイ. 子どもを通して学んだこと(13項目), ロ. 親が感謝すべきこと(11項目) ハ. 子どもを通して感じる喜び(9項目) ニ. 子どもの笑顔が支え(7項目), ホ. 心のつながりが大事(4項目), ヘ. 自分を大事に, 他人を大事に(3項目), ④この子たちの共通点ー罪がないこと(1項目)等、4つのサブカテゴリと6つの下位サブカテゴリからなり、84のラベルから構成されていた。この時期のカテゴリーを『人生との調和』とした。この時期の特徴は、心の転換をすることで<あるがままの受容(13項目)>ができ、子どもの今まで見ることでできなかった側面が見えてくるプロセスであった。

例えば、「明るさを取り戻し、あるがままを受け入れて共に精一杯生きていこうと思うと勇気が湧いてきました」とか「普通の子のように社会にとって有益でなくとも、娘からたくさんことを学びました。辛抱すること、優しくすること、注意深くあること、耐え忍ばねばならないこと、自分を低くすること、知能が人間のすべてではない事などを学びました」というような表現がこのプロセスの特徴では見られた。

このように、ありのままの子どもの姿を受容していくことで<この子たちの役割(24項目)>を知ることができるようになり、この子たちから<生きる力の源(46項目)>を与えられていることに気がついていく親の認識の拡張が特徴となっていた。

また<子どもを通して学ぶ(13項目)>ことができたり、<子どもの笑顔に支えられたり(7項目)>、<子どもを通して感じる喜び(9項目)><子どもに感謝すべき(10項目)><心

のつながり（4項目）><自分も人も大事に（3項目）>など子どもたちから生きる力を与えられる事によって、人生と調和しながら生きている過程として捉えることができた。

6) もてる力の発揮

この段階を構成するのは、①子育てしていく上での大切な点（11項目）イ. ありのままを受け止め向き合うこと（4項目）、ロ. 可能性を求める努力をすること（2項目）、ハ. 自分のできることは見守る（2項目）、ニ. 愛情を持つこと（1項目）、ホ. できる範囲で、自信を持って（1項目）、ヘ. 価値観を変えること（1項目）、②自分の経験を社会のために（10項目）、③最も弱いものを守るため（13項目）、などの3つのサブカテゴリーと、8つの下位サブカテゴリーからなり、34のラベルから構成されていた。この時期のカテゴリーを『もてる力の発揮』とした。

この段階の特徴は、今までのプロセスを通して学んできた経験を伝えたり、足跡を残してい

く事で、また子育てや「最も弱いもの、不幸なものを守るため」の親の会を通じた活動に参加する事で、「これから来る同じような子どもたちのために、足跡のひとつでも残してあげられればと思います」とか「障害のある子もない子ども当たり前にいる社会を大人が作っていく事で、お互いに思いやり助け合うことが学べ・個人にとっても本当の優しさを身につける事ができるようになれると思います」という手記にも見られるように、「もてる力」を十分に活用しながら障害のある子と一緒に生きている姿として捉えることができた。

以上の27事例の手記に基づいた研究素材の分析の結果、サブカテゴリーとカテゴリーを関連性をみながら空間配置を行い、障害のある人を子どもにもつ母親の健康の構造を図5に示した。

「混乱の時期」「心のゆらぎ」は苦悩の中で生きる力の喪失や気持ちの浮き沈みが激しく、自分との闘いの段階。「苦悩の中での支え」「心の転換」は周りの人々の共感的理解や子どもの生きようと

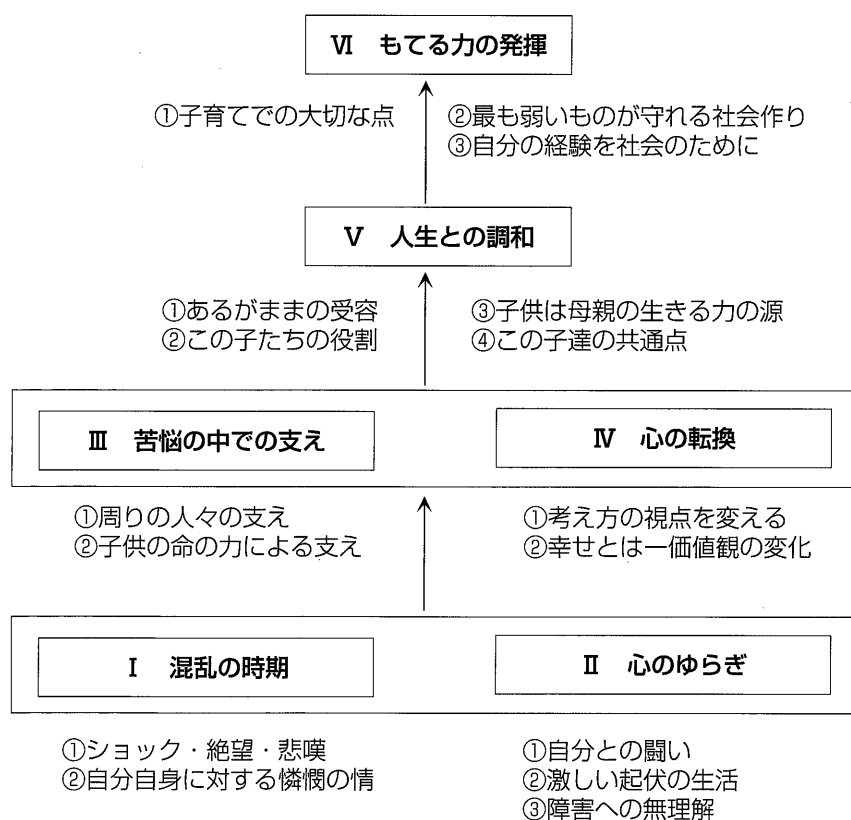


図5. 障害のある子どもを持つ母親の健康の構造

する命の力に支えられながら苦悩から立ち上がり自分自身の心の在り方を変えることで新しい価値観に気付いていく段階。「人生との調和」は自分の心の在り方を変えることで、子どもの障害に向き合い、ありのままの姿を受け入れることで子どもの持てる力に気付いていく段階。「持てる力の発揮」は、子どもと共に歩む中で培われてきた新しい価値観に支えられ、最も不幸な人々も住みやすい社会作りの為にもてる力を向けようとする段階として、発展していくプロセスとして構造化された。

#### IV. 考察

本研究は、母親が子どもの障害に向き合いながら、共に生きている在り様を意味のある体験として捉え、そのことを健康とし、母親たちが辿る認識のプロセスに焦点をあてて母親たちの健康の構造を明らかにすることを目的としたものである。

母親の健康の構造は6つのカテゴリーからなり、母親たちの認識のプロセスが混乱から秩序へと一連の法側を帯びていることがわかった。そこで、研究の結果から得られた6つカテゴリーに焦点をあて母親たちが辿る体験の中には、どのような認識の広がりがあり、どのような視点への気づきがあるのかという点を中心に考察を進めたい。

##### 1. 混乱から心のゆらぎまで

この段階の母親は、避けることのできない運命にすぎることがなく苦悩のなかで生きる力をもつことができない。自分や社会の価値観に押しつぶされ、自分と闘いながら大きな混乱の中にいる姿として捉えられる。M. A. Newman (ニューマン) は健康への援助は「人々を健康にしたり、病気になることを防ぐことではなく、より高いレベルの意識へと移るために人々が自分の内部の力を認識できるよう援助することである。」<sup>26)</sup>と述べている。この考え方の根底には彼女の人間観、すなわち、人間は意識そのものであり、意識はすべてのものという本質がある。人間は自己組織化の能力を持ち、高いレベルの意識に向かって進化する存在であるという考え方がある。したがって、病気や障

害を負った時のような混乱や大きなゆらぎの体験は、「人が人生についてのひとつの見方からより高い秩序に立った見方へと移行する機会である」<sup>26)</sup>というように考えることができる。

この時期の「ゆらぎ」の要因は、偶発的な子どもの障害を中心に、それに附随して起こってくる自分の価値観との闘いであったり、世の中の差別や偏見を引き起こす障害への無理解（世の中の価値観）だったりする。しかし、それは「より高い秩序に立った見方へ移行する機会である」<sup>27)</sup>と位置づけることができる。

##### 2. 周りの人々の支え

この段階は、母親が苦悩の中で、子どもを通して出会った周りの人々や、同じ悩みをもつ母親たちの共感的理解、家族の協力等に支えられ生きる力を取り戻していく過程である。一方、母親が病む子どもとの関わりの中で「幼い子どもの命が病魔と必死になって闘っている姿」にふれ「子どもの命の力」に生きる勇気を奮い立たざるをえない母親の姿がある。「病魔と闘う痛いけな幼い命頑張っ欲しい、どんなことでもしよう。」このような自分と周りの人々との関係性を、M. A. Newmanは五感を通して知ることのできる具体的な事象は、目に見えない多次元なパターンの一部が開示したものに他ならず、それが開示するためには人と環境との相互作用が重要な役割を果たす。と述べている<sup>28)</sup>。この過程で母親は周りの人々との相互作用を通して支えられることで生きていく力を取り戻すことができる。すなわち母親の認識の広がりとして開示されたのは、＜周りの人々の支え＞と＜子どもの命の力による支え＞であったといえる。

##### 3. 心の転換（自分から他人—利他の心へ）

この段階は「考える中心を自分から離す」「子どもよりも自分がみじめ」「幸せの価値観が変わる」「自分の心のありようを変えよう」といった下位サブカテゴリーで取り出された項目のように、考え方の大きな転換が見られる過程である。認識の広がりとしては、＜考え方の視点を変える＞

<幸せとは価値観の変化><当たり前と思っ  
ていることが喜びであったり、幸せであ  
ったりする。障害を持つ子どもを育て  
ながら私たちの生活を不幸だとは思  
いません>といった内容への広がり  
が見られる。

意識の流れをフローとし、それを最適  
経験として研究したM. Cskszentmihalyi  
(チクセントミハイ)は、人間の不幸  
や苦悩について、それを宇宙のカオス  
(心理的エントロピー)として捉え、  
それでさえも人間に最適経験をもた  
らすと次のように述べている。

「大きな苦悩を持ちながらもただ生  
きながらるのではなく、自分の生活を  
十分に楽しんでいる人達がいる」<sup>29)</sup>  
とし、悲しみや幸福というのは「そ  
れは我々の外側の事柄によるのでは  
なくむしろ我々が事柄をどのように  
解釈しているのかということによる  
のであり、(中略)我々が幸福かど  
うかは世界の大きな力に加えること  
のできる統制によるのではなく、内  
面の調和によるのである」<sup>30)</sup>。同  
様にMarcus Aurelius (マルクス・  
アウレリウス)が「もし、汝らが外  
にあることがらに悩まされるのなら、  
汝らを悩ますのは汝らのそれに対  
する判断である。そして、今その判  
断を消し去るのは汝らの力のなか  
にある。」<sup>31)</sup>ということと同じ論理  
である。また、V. E. Frankl (フラン  
クル)は「本当は人間存在の本質に  
は、自分自身を超越するということが  
含まれているのです。自分の人生に  
とって大切なのは自分自身ではな  
い、何かや誰かなのです。何かの  
仕事や他の誰かなのです。何かの  
仕事や他の個人なのです。」<sup>32)</sup>と  
述べ幸福や成功というものは、「よ  
り重要な何者かへの個人の献身の  
果てに生じた予測しない副産物の  
ように(中略)結果として生じるも  
のだからです」<sup>33)</sup>とすることと母  
親の「利他への視点」への認識の  
広がりとは、意味を同じくするもの  
と考えられる。遠藤はM. A. New  
man理論を引用し人が自分と(人  
的)環境との相互作用のパターンに  
意味を見出すことができるならば、  
つまりその中で人生の意味を見て  
とることができるならば、そのこと  
から洞察を得て今までとは別の  
新しい生き方もまた、見出すこと  
ができる。この時は人生のターニ  
ング

ポイントであり、選択のときでも  
ある。生きるこの意味において違  
いが生じるときであると述べて  
いる<sup>34)</sup>。M. A. Newmanは、この  
仕事を『人生で最も難しい仕事』  
とよんだ。このときまで自分を拘  
束していたルールから開放されて  
自由になり、新しい環境との相互  
作用のルールを自分で見出すこと  
ができるのなら、その人全体が新  
しい高次のレベル意識に拡張す  
るとしている。

本研究においても、「心の転換」を  
ターニングポイントとして『人生  
との調和』へと至る。環境(人)  
との相互作用を通して、母親たち  
の創造的可能性は混沌とした状態  
のなかからひとりでの秩序へと向  
かっていたことがわかる。

#### 4. 人生との調和

この段階は、自分の心の在り方  
を変えることで子どもの障害に向  
き合い、ありのままの姿を受け  
入れていくことで子どものもてる  
力に気づいていく段階である。こ  
こでの母親の認識の広がりとは  
<あるがままの受容><この子たち  
の役割>、<子どもは母親の生きる  
力の源>、<この子たちの共通点>  
となっている。このような認識へ  
と広がることで、母親たちは考  
え方の180度の転換を行ったこと  
になる。糸賀は、それを「そこに  
障害の重い子どもがいたからな  
のです。」とし、「子どもたちはた  
だ寝ていることによって、ある  
いはもがき回っていることで社  
会の目を転換させ、新しい社会  
の原理を打ち出してくれました。  
つまり新しいものの見方、人間  
に対するものの見方の変革を『  
生産』したのです。」<sup>35)</sup>と述べて  
いる。

M. A. Newmanは、この人生  
との調和の段階を説明するのに  
「根本的にそれは、認識、すな  
わち原理の認識であり、真理の  
了解であり、二元性の調和であ  
り、悟り(satori)である」<sup>36)</sup>  
と述べている。さらにこの段階  
は『法則』が学習されたとき  
にはじまり重点が自己の成長  
(個人主義)から、個人の自己  
よりももっと大きなものへの  
献身へと移行する。人間は卓越  
した能力を経験し課題は自我の  
超越である。この段階では際限  
のない成長の力を経験し、無  
秩序に対しどのように秩序を築  
くべきか学ぶ段階である。」<sup>37)</sup>  
と説明している。



## 5. もてる力の発揮

この段階は、子どもと共に歩むなかで培われてきた新しい価値観に支えられ、最も不幸な人々も住みやすい社会のためにもてる力を向けようとする段階である。この段階での母親たちの認識の広がりとしては、<子育てで大切なことは向き合うこと>と<自分の経験を社会のために>、<最も弱いものを守る社会作り>を取り出すことができた。

M. A. Newmanは、この最終段階を、「絶対意識であり、これは愛に等しいものと考えられてきた。この段階で全ての対立が融和される。この種の愛は全ての経験を等しく無条件に包み込む。すなわち快樂だけでなく痛みも、成功だけでなく失敗も、美だけでなく醜も、非疾病だけでなく失敗も等しく無条件に包み込む段階である。」<sup>38)</sup>と説明している。

母親が<子どもに向き合うことの重要性>、<最も弱いものを守る社会作り>へと認識が開示され、発展していくという姿は、命を慈しむという愛の姿でありC. R. Rogers (カール・ロジャーズ)のいうところの「(中略) 無条件に (中略) 彼の条件、行動、感情がどのようなものであれ、一人の価値ある人間として尊敬し、好きになること」「すべての変動する姿が受容される」<sup>39)</sup>という意味での深い人間理解に立った子どもの命への姿勢であるといえよう。

「重症児・者の親として、この子をなんとか育てたいという止むに止まれぬ気持ち (中略) これは法律論ではなくて自然の叫びです。この子たちの大部分は社会復帰の見込みはありません。しかしこの子たちは生きています。生きています。命そのものがあらゆる条件に超越した価値なのです。『生きています』全てはここから出発しなければならないのです。親たちは (中略) 全ての不幸な方々の幸せを祈って、より良き社会を作り上げる使命がある。そのとき重症児は立派に社会のために社会のために役立つことができるんです。」<sup>40)</sup>

このような母親たちの命への態度は、全ての命への慈しみの態度であり、全てが対立するのではなく、それぞれの使命 (役割) の中で相補う関係

としての世界観に導かれた姿を、私たちに提示してくれていると考える。

## V. 結語

母親の子どもと共に生きる苦難に立ち向かうプロセスは6つのカテゴリーでとりだすことができた。それは母親が生きる力を取り戻し、持てる力が発揮される健康のプロセスでもあり、それはとりもなおさず子どもの存在を介在することによって展開されたプロセスであったと言える。母親が現実の苦悩から立ち上がり、運命を引受け立ち向かっていこうとする「人生への態度」を持つことができたのは、子どもの存在を通じた周りの人々とのつながりであり、周りの人々から受けた共感的理解や子どもとの日常を歩む中で「子どもの生きようとする命の尊さにめざめた」ことであった。また、それは生きようとする子どもの命に母親の心が奮い立つことで子どもに向きあうことができ、考える視点を変えることで最も弱いものを守るために母親たちのもてる力が発揮され、認識が開かれていくプロセスとして捉えることができた。

本研究は入手し得た文献のみからの分析結果である。したがって、世の中の全ての障害をもった母親の全体像を言い当てているかという点については、本研究の限界として認識しておかなければならない。今回は、文献の中にみられる母親の健康の構造化を試みた。今後は、実際に障害を持つ人たちの母親を対象にした調査を行い、母親たちの健康の意味を探究していきたいと考える。

## 注 釈

- 1) WHOの定義は1999年10月に「健康とは、身体的、精神的、社会的かつ霊的に完全な一つの幸福のダイナミカルな状態を意味し、決して単なる病気や障害の不在を意味するものではない。」(Health is a dynamic state of completely physical, mental, spritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity) と提案されたが、現在まだ論議中で採択されていない。(2002年健康教育学会より)

## 文 献

- 1) WHO: The first ten years of the world Health Organization, 459, 1958
- 2) 牛尾禮子: 重症心身障害児を持つ母親の人間の成長についての研究, 小児保健研究 57(1), 63-70, 1998
- 3) 奇 恵英: 障害児を持つ親から学ぶ, 教育と医学 47(6), 469-475, 1999
- 4) 遠藤恵美子: 新しいパラダイムのもとでの卵巣がん患者看護インターベンション-パターン認識と人間としての進化・成長-(1) Quality Nursing 3(6), 71-77, 1997
- 5) 前掲書4): 71~77
- 6) 遠藤恵美子: 新しいパラダイムのもとでの卵巣がん患者看護インターベンション-パターン認識と人間としての進化・成長-(2) Quality Nursing 3(7), 84-88, 1997
- 7) 遠藤恵美子: 新しいパラダイムのもとでの卵巣がん患者看護インターベンション-パターン認識と人間としての進化・成長-(3) Quality Nursing 3(8), 82-86, 1997
- 8) 前掲書7): 82-86, 1997
- 9) 前掲書7): 74-80, 1997
- 10) M. A. Newman (手島恵訳): 拡張する意識としての健康, 医学書院, 59, 1995
- 11) 前掲書10): 22-25
- 12) M. Csikszentmihalyi (今村浩明訳), フロー体験喜びの現象学, 世界思想社, 240-242, 1996
- 13) 小牧節子: リハビリテーション過程における心理的援助-障害受容を中心として-, 総合リハビリテーション 14(9), 719-723, 1986
- 14) 本田哲三: 障害受容の概念をめぐって, 総合リハビリテーション 22(10), 819-823, 1994
- 15) 伊藤隆二: こころの教育14章, 日本評論社, 220-224, 1999
- 16) 上田 敏: リハビリテーションを考える, 青木書店, 73, 1997
- 17) 前掲書12): 303
- 18) 三浦つとむ: 認識と言語の理論 第一部, 勁草書房, 1967
- 19) 社会福祉法人「全国重症心身障害児(者)を守る会編, 両親の集い No.1 501-520, 1998.3-1999.10
- 20) 社会福祉法人「全日本手をつなぐ育成会」発行, 手をつなぐ No.1 506-524, 1998.4-1998.10
- 21) Pearl. S. Buck: 伊藤隆二訳, 母よ嘆くなかれ, 法政, 学出版会, 1998
- 22) 水越けい子: 神さまレイラくんをありがとう, スターツ出版, 1997
- 23) 児玉真美: 私は私らしい障害児の母でいい, ぶどう社, 1998
- 24) 北浦雅子: 悲しみと愛と救いと-重症心身障害児を持つ母の記録-(前編), 社会福祉法人「全国重症心身障害児(者)を守る会編, 両親の集い No.504, 1998.6
- 25) 遠藤恵美子: 新しいパラダイムにおける卵巣がん患者看護インターベンション-パターン認識と人間としての進化・成長-(1) Quality Nursing 3(6), 71-77, 1997
- 26) 前掲書10): 59
- 27) 前掲書10): 22-25
- 28) 遠藤恵美子: パターン認識-マーガレット・ニューマンの健康の理論に基づいた患者支援の方法, 心の看護学, 2(1), 18, 1998
- 29) 前掲書12): 12
- 30) 前掲書12): 254
- 31) Marcus. Aurelius: 神谷美恵子訳, 自省録 岩波書店, 137, 1973
- 32) V. E. Frankl: (山田邦男他訳) 宿命を越えて 自己を越えて, 春秋社, 132, 1998
- 33) 前掲書32): 133
- 34) 前掲書28): 18
- 35) 糸賀一雄: 愛と共感の教育, 柏樹社, 53, 1998
- 36) 前掲書10): 35
- 37) 前掲書10): 17-21
- 38) 前掲書10): 41
- 39) 見藤隆子: 受容ということをめぐる, 総合看護, 32-44, 1974
- 40) 北浦雅子: 両親の集い, 全国重症心身障害児(者)を守る会, No.505 17, 1998.7

## HIV/AIDS医療におけるコーディネータ・ナース介入による影響

### What is brought into the patients infected with HIV/AIDS and the HIV/AIDS medical care system by HIV/AIDS coordinator nurses'

前田ひとみ<sup>\*1</sup>・南家貴美代<sup>\*2</sup>・渡辺 恵<sup>\*3</sup>

Hitomi Maeda<sup>\*1</sup>・Kimiyo Nanke<sup>\*2</sup>・Megumi Watanabe<sup>\*3</sup>

#### Abstract

In Japan, the AIDS Clinical Center (ACC), part of the International Medical Center of Japan (IMCJ), was established in April 1997. In addition, each prefecture has several registered hospitals for HIV/AIDS therapy. The ACC collaborates with eight regional AIDS centers and 367 hospitals that have HIV/AIDS care facilities. The aim of this structure is to improve the access and delivery of advanced health care services for people infected with HIV/AIDS through out Japan. Following a request from the Plaintiff Group, HIV/AIDS coordinator nurses (CNs) was set up in ACC and eight regional AIDS centers. The purpose of this study is to examine what is brought into HIV-infected patients and the HIV/AIDS medical care system by CNs care.

Fifty-one subjects were randomly selected from HIV-infected patients, who received the treatment of HIV/AIDS in ACC and three regional AIDS centers, and agreed to participate in this study. The data were collected through semi-structured interviews, which were recorded on the tape and transcribed. Data were classified from the content of the CNs caring and the evaluation by the KJ method and categorized. They were examined until agreement was obtained between researchers to ensure the reliability and the validity of the analyses.

Data from the interviews revealed that, the content of the CNs caring was able to be classified into "Consultation and Counseling", "Offer of information", "Education", "Support of relationship between patients and doctors", "Establishment of supporters", "Cooperation and adjustment inside and outside of facilities", "Initial education", "Consultation and guidance of taking medicine", and "Connection between home caring and hospital". In addition, caring by CNs had brought the patients "Sense of security", "Understanding of sickness and treatment", "Recognition that the patients themselves were subjects of the medical treatment", "Immediate response to the problem in home care", "Appropriate support for needs", and "Economical support". It was also shown that caring by CNs was able to improve patient's self-care ability and to change their attitude for decision-making by themselves. Furthermore, the patients became positive about the treatment of HIV/AIDS after caring by CNs. Collectively, CNs attributed the patient-oriented medical care of HIV/AIDS to the coordination between public health, medical treatment, and welfare.

**キーワード** : HIV/AIDS患者, コーディネータ・ナース, 意思決定, セルフケア  
The patients with HIV/AIDS, HIV/AIDS Coordinator nurses,  
Decision-making, Self-care

※1 宮崎医科大学医学部看護学科 基礎看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

※2 熊本大学医療技術短期大学部 Kumamoto University College of Medical Science

※3 国立国際医療センター エイズ治療・開発センター AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

## I. 緒言

抗HIV薬の多剤併用療法 (Highly Active Antiretroviral Therapy : 以下HAART) によってエイズ患者の予後は急激に改善されてきた。さらに適切な日和見感染症予防の結果、わが国のHIV感染症診療の場は外来が中心となってきている。

抗HIV薬は90%以上の服薬率が維持されればCD4陽性細胞数は増加<sup>1)</sup>するが、服薬率が10%減少するとエイズの進行や死亡する危険性は1.17倍ずつ増加する<sup>2)</sup>といわれる。また中途半端な服薬では薬剤耐性ウイルスが出現しやすいことから、HIV-1の増殖を抑制するためには、正しい服薬方法で、少なくとも90%以上の服薬率を一生持続しなければならない。このことは患者に生活の制限や生活行動習慣の変更を強いることとなる。さらに抗HIV薬は苦痛を伴う副作用を有する上に服薬量が多く、服薬時間も煩雑であるという問題がある。そこでHAARTを実施するにあたっては、患者は治療に従順であるべきといった考えのコンプライアンス (compliance) ではなく、治療法の決定から実行まで患者自らが医療者とともに能動的にかかわるというアドヒアランス (adherence)<sup>3)</sup>が強調される。つまり、服薬アドヒアランスは、治療薬を開始するか否かの自己決定を含む患者自身の責任を伴った概念である。

保健医療者のパターンリズムと患者の依存を基本とするお任せ医療ではなく、自己決定が求められる患者に対応する医療者にとって欠かせないことは、患者の負担と行動変容のバランスの中で患者の自己決定を支え、周囲の人々の支援を促すような手助けをする<sup>4)</sup>ことである。そして自己決定医療を確立するためには、患者のセルフケア能力を高めることを主眼とした活動や制度作りが必要である。

厚生労働省はエイズ医療の地域格差をなくし、質を向上させるために、国立国際医療センターにエイズ治療・研究開発センターを設置し、全国を8ブロックに分けそれぞれの核となる「ブロック拠点病院」、また各都道府県においてエイズ医療に積極的に取り組む病院を「拠点病院」として選

定している。そして国立国際医療センターとエイズブロック拠点病院には、エイズ診療の窓口となって施設内外の連携や調整を担うコーディネーター・ナース (以下、CN) が配置されている。このようなCNの導入は、わが国の医療においては新しい動きである。そこで看護、特に外来看護の専門性を追究するために、本研究ではCNの導入によってエイズ患者並びにエイズ医療に何がもたらされているかを明らかにする。

## II. CNの機能と役割

各病院に配置されているCNの人数は1名から6名であり、国立国際医療センターでは診療部所属、ブロック拠点病院では看護部所属となっている。CNは日勤のみの勤務であり、エイズ診療の窓口としての業務を遂行できるようにPHSを携帯し、いつでも直接外来患者や保健所、行政、NGOなどを含む関係諸機関と連絡できるような体制が整備されている。そして外来・入院を問わず受診している全てのエイズ患者と直接対応できる位置づけとなっている。

これまでに同じ病院でHIV感染者にかかわるCNと看護師について患者の認識を比較した結果、CNのかかわりの内容としては「相談・カウンセリング」、病気、治療、身障者手帳等の「情報提供」、内服や日常生活の調整を中心とした継続的な「患者教育」、 「患者と医師との関係形成支援」、家族、同病者等による「サポート形成支援」、 「施設内・外の連携・調整」の6項目が抽出でき、「相談・カウンセリング」、 「サポート形成支援」、 「施設内・外の連携・調整」の割合が高かった<sup>5)6)</sup>。一方、看護師は「直接ケア」、 「診療の補助」、 「サポート形成支援」、 「施設内・外の連携・調整」 「相談・カウンセリング」、 「情報提供」、 「患者と医師との関係形成支援」の7項目が抽出でき、「直接ケア」、 「診療の補助」の割合が高かったことを報告した<sup>6)</sup>。

## III. 研究方法と倫理的配慮

### 1. 研究方法

平成10年8月から平成13年2月までの期間に国

立国際医療センターと3つのブロック病院を受診したエイズ患者のうち、研究協力の承諾を得られた患者51名を対象として、半構成的面接調査を行った。

面接では感染告知から現在までの気持ちの変化、現在の生活の状況、これまでの医療者を含んだ周囲の人々の関わり、医療者や医療体制に対する感想や思い、現在の病気に対する気持ち、将来計画などについて質問し、回答は患者の了解を得てテープに録音するとともに面接者がその場で随時筆記により記録した。

面接後、録音したテープから逐語録を作成して、感染告知後から現在までの気持ちの変化と各専門職の関わり並びに医療体制に関して表現された文脈を抽出した。そしてCNの関わりとその評価の視点でKJ法によって分類し、カテゴリー化を行った。信頼性と妥当性を確保するために、面接内容の分析にあたっては研究者間で合意が得られるまで検討した。

## 2. 倫理的配慮

対象者は受診患者の中からCNがランダムに選択し、研究の主旨と意義、面接を拒否しても何ら不利益を被らないことを説明して、研究協力の意思を確かめた。そして、協力の承諾が得られた患者に面接者が個室で再度研究の主旨、方法、調査拒否による不利益のないことを説明した後に、口頭で面接調査への同意を得た。

## IV. 結果

### 1. 対象者の背景

対象者は男性が48名、女性が3名であり、年齢は20歳代16名(31.4%)、30歳代23名(45.1%)、40歳代5名(9.8%)、50歳代6名(11.8%)、60歳代1名(2.0%)であった。現在、一人暮らしの人が31名(60.7%)でアルバイトを含む有職者は28名(54.9%)であった。

感染経路は3名が凝固因子製剤、48名が性的接触であり、感染告知については対象者の34名(66.7%)が家族に告知していた。家族以外の友人や職場関係の人に告知している人は45名

(88.2%)と家族以外の人に告知している人の方が多かったが、本人以外は誰も感染を知らないという人も7名(13.7%)いた。

### 2. CNのかかわりの内容

面接に要した時間は一人当たり20分から45分であった。

面接による逐語録からCNのかかわりの内容としてこれまでに報告した6項目に加えて、「初期教育」「服薬に関する相談・指導」「在宅と病院のつなぎ」が新たに抽出できた(表1)。

「初期教育」は「情報提供」「患者教育」と類似した内容であるが、「情報提供」「患者教育」は継続的に行われるのに対し、「初期教育」は初診時においてCNが患者と面接をしてカウンセリングしながら疾患や治療、生活の調整などの教育や情報提供を行うものを指している。同様に「服薬に関する相談・指導」は「患者教育」「相談・カウンセリング」と重なる部分も多いが、エイズ治療の要は適切な服薬であることから考えると「服薬に関する相談・指導」はひとつの重要なカテゴリーとして抽出できた。

エイズ治療並びに日和見感染症予防が発達したために、現在では入院治療の患者が激減した。その一方で、抗HIV薬はさまざまな副作用を伴ったり、薬効を保つために食事や時間の調整が必要であることや社会的偏見が存在する現状におけるプライバシーの保護という意味からも診療の窓口として「在宅と病院をつなぐ」というCNの重要なかかわりが抽出できた。

### 3. CNのかかわりによってもたらされたもの

患者の言葉をCNのかかわりの内容ごとに分類し、それらからCNのかかわりによって何がもたらされたかを分析した。その中で患者にもたらされたものの例を表1にまとめた。

感染告知直後は感染=死という思いによる絶望感や治療に伴う生活の不安があったが、CNの「初期教育」「相談・カウンセリング」「情報提供」を通して『安心感が得られ』たり『病気や治療についての理解が深まった』ことがわかる。特に

表1 CNのかかわり内容とそのかかわりによってもたらされたものの例(その1)

	CNのかかわりの例	CNのかかわりによる結果の例	CNのかかわりによってもたらされたもの
相談・カウンセリング	はじめの時、もう病院に来るのがつらいし、気持ちも暗いだけで誰かに気持ちを話すこともできないし、そんなときにCNに声をかけてもらって、少し話をしている時に泣いちゃったんです。その時に「ごめんなさい」って言ったら「泣いていいんだよ。そういうところなんだから」って言われてすごいうれしかった。	何か安心感があった。後は治療も専念できるかなって気になって、今だからやれることをって良い方向に考えるようになった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>安心感が得られる</li> </ul>
情報提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>わからないこととか、心配なこと、病気のこととか生活いろいろのこと、結構CNと話す機会が多いから。</li> <li>薬の話とか、医療費がどれくらいかかるだろうとか。感染を知ったときにどれくらい医療費がかかりますかって、それを知りたかったんです。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>世間で言われているほど恐ろしくもないってこと。結構勘違いしていた部分もありましたよね。死んじゃうってようなのあるじゃないですか。</li> <li>感染を知ったときには薬代が月に5~6万かかるということを聞いたんでね。じゃ、今までの稼ぎでもやっていけるけれども、これからは余分に5~6万売上を上げなきゃいけないなって。でいつかは入院することになるだろうから無駄使いしないで、溜め込んでおこうと。限られた、まあいつ死ぬかわからなかったから、旅行とか、おいしいのを食べたりしようって。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安心感が得られる</li> <li>病気や治療についての理解が深まる</li> <li>在宅療養上での問題へ早急に対応でき安心して在宅医療が継続できる</li> </ul>
患者教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>こういう薬があって、これがもし効かなくなったらこういうこともできる、こういうこともできるのよっていうことを言ってくれるわけですよ。</li> <li>医療ってのは高度な専門知識が入ってきますから、そこはどうしても素人では理解しがたいところがあって。助言とか情報とか、その情報を理解するための手助けをしてもらうことが必要なんです。</li> </ul>	以前は医療については受身的な感じだったんですが、患者自身の主体性っていうのがすごく大事だと思うようになりました。患者自身の主体性ってことが最も尊重されなければならぬし、主人公は患者なんだと。積極的に医療の中に自分も入れてくれていいわなっていいですね。	<ul style="list-style-type: none"> <li>病気や治療についての理解が深まる</li> <li>医療の主体は患者であることを実感</li> </ul>
医師との関係形成支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>「死ぬのかな」ってところから始まって。先生は病気を治す、患者さんをよくするってことで、あくまでも「治そう」というところで付き合ってくださいの方でしょう。治療には来ているんだけどドクターに治してくださいってお願いするようなものがなくなってその時、ドクターとどう付き合ったらいいのか。“死に方”を誰に相談したらいいのかなくなって思っていました。</li> <li>ここまで言ったら先生が不快に思われるんじゃないとか。例えば別のドクターの意見を聞いてみて欲しい、そういう機会を作って欲しいとかですね。CNのような方がいらっしやらない場合だと自分でドクターと話しをしていくしかない訳です。でも、CNの方がいらっしやる場合には相談しながらですね。そういうことをできるだけ良い方向に行くようにしていただける。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>少しは強くなったし、もう死ぬような病気じゃないし、もう一度生きなきゃって思ってるんです。</li> <li>非常に助かるというか、ありがたいというふうに思います。主人公は患者なんだと思えるようになって、自分の病気に対して主体的、積極的に考えるようになりました。それを具体的にほんとに真剣に相談してみようっていう気にさせてくれました。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安心感が得られる</li> <li>病気や治療についての理解が深まる</li> <li>医療の主体は患者であることを実感</li> </ul>
サポート形成支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>AZT一本槍だった時は一番つらかった。あの人もいなくなった、この人もいなくなったって。</li> <li>足を骨折したんですね。それを口実にして家族を呼んだらどうかってドクターとCNから。またとない機会だと思ってドクターとCNから話してもらったんです。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>勉強会をセッティングしてもらって、アメリカのパンフレット見てこんなすごい情報が入るだとか。集まって連絡取り合ったりしていたのも結構役に立った。意外と助け合っています。</li> <li>私の兄弟が私を受け入れてくれたのはドクターとCNの功績が最も大きい。(兄弟も)病気に関して結構詳しくなって、僕をかなり受け入れてるなって。だから自分もできるだけ頑張らなければという気持ちになっているんじゃないかな。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>安心感が得られる</li> <li>病気や治療についての理解が深まる</li> <li>経済・生活面の保障が得られる</li> <li>ニーズに応じたサポートが得られる</li> </ul>

表1 CNのかかわり内容とそのかかわりによってもたらされたものの例(その2)

	CNのかかわりの例	CNのかかわりによる結果の例	CNのかかわりによってもたらされたもの
施設内・外の連携・調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>• どういう先に行くとき身障者手帳がもらえてとか、プライバシーを確保しながらもらえる方法を考えてくれるとか。</li> <li>• 10月, 11月, 12月はお金が続いたんですけどね, あとまだこれから先入院となると入院費を払えなくなっちゃうんじゃないのかなって思うので。ソーシャルワーカーさんとかそういうところでCNさんが関わってくれたと思います。保健婦さんにもつないでくれました。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 地方の患者さんの場合は, 秘密って言うても秘密にならないみたいな話も結構聞くよ。手帳をもらわずに悩んでいるっていうのは結構聞きますね。郵便の配達の仕事だとか, うまい具合に相談してやってもらって。</li> <li>• CNが入ってくれたおかげでスムーズに行ったということはありますね。多分Quality of lifeっていうんですか。そういう意味での援助の意味で保健婦さんに連結してくれたと思います。当時住んでいるところが設備がちょっと不十分だったものですから, そのような面ではずいぶんと配慮してもらったりしましたし, 入院期間も少し延びたりしてましたしね。病気に対する認識は大変変わっちゃいましたよ。エイズだけが特別な病気ではないということね。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 安心感が得られる</li> <li>• 病気や治療についての理解が深まる</li> <li>• 経済・生活面の保障が得られる</li> <li>• ニーズに応じたサポートが得られる</li> <li>• 在宅療養上での問題へ早急に対応でき安心して在宅医療が継続できる</li> </ul>
初期教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 最初にまずHIVの話を簡単に話して, で, あの, 今薬がこうで, 飛躍的に変わってるから, 要するに今すぐどうのこうのっていうのじゃないからっていうような, そのどちらかっていうと, 慰めるとかっていう話じゃなくって, 常に客観的な話をしてもらったと僕は認識してます。</li> <li>• 日常生活のあらゆるものを教えてくれるし聞いてくれるんですね。じゃこんなことも質問していいのかなって, 恥ずかしくても質問していいのかなって質問すると(答えが)返ってくる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• かなり(気持ちが落ち着いた)。こういうもの(資料)ももらったっていうの, 非常に助かった, 見てて思ったんですけどね。で, 気分的には楽になって, 最初, 陽性だって知った時よりは, かなり気分的には前向きになれたっていうのはありますね。</li> <li>• 一番最初に必要なのがCN。ああなるほど, なるほどって思うわけですよね。そこで死というものから少し遠ざかって, あっまだそんなんじゃないんだな, というふうになったりとか。で, こことこの部分を気をつければ, まだこういう状態で仕事できるんじゃないの, とか考えられるようになりました。早期にしないと開き直るか暗くなるかどっちかになっちゃうんだと思うんですよ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 安心感が得られる</li> <li>• 病気や治療についての理解が深まる</li> <li>• 医療の主体は患者であることを実感</li> </ul>
服薬の教育・相談	<p>食後に飲む薬と食間にあけなきゃならない薬がまぜこぜで, 1年ちょっとくらいそれをパーフェクトに飲んで。食べたい時に食べれなくて食べないといけない時に食べたくなかったりとかでも無理につっこんだり, 食べなかったりしたんで, 体重が40kg台になってCNに相談した。</p>	<p>(先生から)薬は効いてるけど, 変えようって。で, 変えて今の薬ですね。今は(服薬が)一日2回で, 仕事に合わせるし, いい方に向かってるからあんまりそんなに気にならない。生活の中で気をつけているのはそれをちゃんとパーフェクトに飲むってことです。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 病気や治療についての理解が深まる</li> <li>• 医療の主体は患者であることを実感</li> <li>• 在宅療養上での問題へ早急に対応でき安心して在宅医療が継続できる</li> </ul>
在宅と病院のつなぎ	<p>胃が痛いんですけど, とか薬に慣れなくてとか, 副作用が出たときや薬の時間が遅れたときに, 直通の電話があるのでCNに連絡して。すぐに答えだしてもらおう時もあるし, 今日来れるならすぐ来てくださいます。それですぐ診察するときもあるんです。</p>	<p>何か起こってからじゃなく, 前もって対応してくれるし, 何か人目を気にするって人は気にする。病院に救急で来ても, CNの名前をだせば, すぐこっちに来れるじゃないですか。ありがたいなって。全般的に僕のことを診てもらってるとこの感じですね。看護婦はそれなりに勉強してて知識も持ってて, 資格も取ってるわけですから, やっぱりそういう裏づけがあるかないかの差っていうのは大きいと思いますから。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 安心感が得られる</li> <li>• ニーズに応じたサポートが得られる</li> <li>• 在宅療養上での問題へ早急に対応でき安心して在宅医療が継続できる</li> </ul>

「初期教育」においてCNがカウンセリングマインドを持って患者に接し, 正しい知識を提供することが『安心感』をもたらす重要なきっかけとなっていることがわかった。

また, “先生は病気を治す, 患者さんをよくすることで, あくまでも「治そう」というところで付き

合ってくださる方でしょう。治療には来ているんだけどドクターに治してくださいってお願いするようなのもなくて。その時, ドクターとどう付き合ったらいいのかわかるのか。” “ここまで言ったら先生が不快に思われるんじゃないかとか。例えば別のドクターの意見を聞いてみて欲しい, そういう機会を作って欲しいとかで

すね。”と医師とどのように接したらよいのかを迷っている患者にCNが「患者と医師との関係形成支援」を行うことによって、“主人公は患者なんだと思えるようになって”と『医療の主体は患者であることを実感』できていた。さらに、「患者教育」「服薬に関する相談・指導」を通して、“食後に飲む薬と食間をあけなきゃならない薬がまぜこぜで、(省略)CNに相談したら(先生から)薬は効いてるけど、変えようって。”と『病気や治療についての理解が深まり』『在宅療養上の問題に早急に対応できる』ことがわかった。

CNによる「施設内・外の連携・調整」「サポート形成支援」によって、患者だけでなく患者を取り巻く周囲の人々の『病気や治療についての理解が深まり』『経済・生活面の保障』や『患者のニーズに応じたサポートが得られる』ようになっていた。そしてCNの「在宅と病院のつなぎ」によって“何か起こってからじゃなく、前もって対応してくれる”ことから『在宅療養上の問題へ早急に対応でき、安心して在宅療養を継続できる』ことが示された。

また“(CNは)同じ看護婦なのに威張ってるんじや

ないかとかですね。そういうふうな批判を何となく耳にしたりするし、(中略)病棟の看護婦さん達からすると(CNは)何か勝手な事をしてる、とかそんな制度はうちではもともとなかったんだ、とかですね。”というような『看護職の中での混乱』というカテゴリーも抽出できた。

#### 4. CNのかかわりによる患者の変化(図1)

CNのかかわりによって患者にもたらされたものとして、『安心感』『病気や治療についての理解の深まり』『医療の主体は患者であることの実感』『在宅療養上の問題に早急に対応でき、安心して在宅療養を継続できる』『経済・生活面の保障』『ニーズに応じたサポート』の6項目が抽出できた。そこでこれらによって患者がどのように変化したかを分析した。

患者の『安心感が得られ』たり『病気や治療についての理解が深まる』ことによって、“死というものから少し遠ざかって、(中略)ここここの部分を気をつければ、まだこういう状態で仕事できるんじゃないの”“後は治療も専念できるかなって気になって、今だからやれることをって良い方向に考えるよう

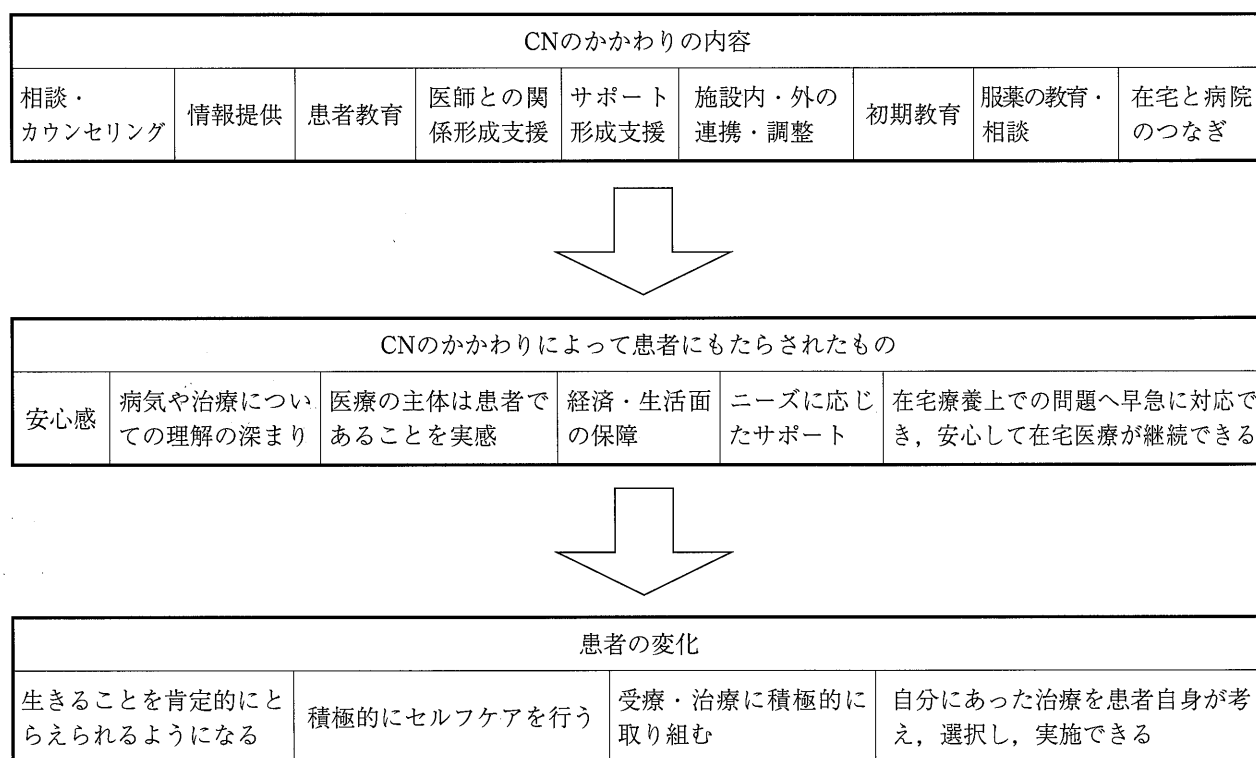


図1 CNの働きかけによる患者への影響



になった”と〔生きることを肯定的にとらえられるようになり〕、〔積極的にセルフケアを行う〕ようになっていた。そして『患者のニーズに応じたサポート』や『経済・生活面の保障』が得られたり、『在宅療養上の問題に早急に対応でき、安心して在宅療養を継続できる』ようになると“自分もできるだけ頑張らなければ”とさらに〔生きることを肯定的にとらえられるようになって〕〔受療・治療に積極的に取り組む〕ことが示された。

また『医療の主体は患者であることを実感』したり『病気や治療についての理解が深まる』ことによつて、“自分の病気に対して主体的、積極的に考えるようになりました。”“食後に飲む薬と食間をあけなきゃならない薬がまぜこぜで、(省略)CNに相談したら(先生から)薬は効いてるけど、変えようって。で、変えて今の薬ですね。今は(服薬が)一日2回で、仕事に合わせてるし、いい方に向かっているからあんまりそんなに気にならない。生活の中で気をつけているのはそれをちゃんとパーフェクトに飲むってことです。”と〔受療・治療に積極的に取り組む〕だけでなく、〔自分にあった治療を患者自身が考え、選択し、実施できる〕ようになっていることが示された。

## V. 考 察

村上<sup>7)</sup>は患者にとってエイズは、治療法が確立していないために予後が悪いことに加え、癌とは異なり「疫病病み」のように嫌われて孤独に死ぬという決定的問題があると述べている。本研究の対象者もその多くが感染告知直後は死しか考えられなかったと述べていた。

人は健康状態と健康のための方策に関する健全な知識と経験がなければ、自分の現在の健康状態におけるセルフケアの価値を、理解したり、判断したりすることはできない<sup>8)</sup>。そこで、CNが「相談・カウンセリング」というかわりを通して、患者の気持ちに沿いながら、エイズという疾患、治療、療養生活についての「初期教育」「情報提供」「患者教育」を行うことによつて、『病気や治療の理解が深まり』、『安心感』がもたらされ、患者自身が自分の状態を客観的に判断できるよう

になることが示されていた。また、患者の言葉から、患者が死にとらわれている時期においては、第一人称的の患者と第三人称的死である医師との死の人称の違い<sup>9)</sup>や医師役割の忠実な遂行が、患者側に医師-患者関係の形成に障害を感じさせていることがわかる。特に、死しか考えられない初診時に「カウンセリング」しながら「初期教育」として疾患、治療、生活に関する正確な情報提供や指導を行ったり、「患者と医師との関係形成支援」を行うことは、患者の間違った情報や考えを訂正したり、医師との良い人間関係をスムーズに築くことができ、患者が〔生きることを肯定的にとらえられる〕ようになり、〔受療・治療に積極的に取り組む〕ための動機づけとなったものと判断できる。

多くの場合、医師は患者にとって強い存在である<sup>10)</sup>ため、患者は思っていることや言いたいことが伝えられない状況が多々ある。医師は医療・身体面の問題に対する専門職としての役割意識が明確に焦点づけられており、それ以外の問題への援助は自分の守備範囲ではないとする意識が高い<sup>11)</sup>。患者が医療者にわかってもらえたと感じ、安心感を抱けるかどうかは、医療者が患者の気持ちを的確にとらえ、適切に対応していくことの積み重ねである<sup>12)</sup>。そこにCNが経験に基づいた専門的な判断の下で「患者と医師との関係形成支援」を行うことによつて、それまでは言えなかった医師への思いや意見を伝えられるようになっていた。そして“患者自身の主体性ってとこが最も尊重されなければならないし、主人公は患者なんだ”という患者の言葉は、明らかに医師主導型医療から患者中心の医療へと移行していることを示している。これらのことから、患者が求めているのは単なる医学知識ではなく、専門的な知識と経験に裏づけられた具体的な情報と人間としての誠実な助言であり、インフォームド・コンセントにおける看護師の役割は「診療の補助」行為を単に医師の「手足」のように受け止めて行うのではなく、患者と医師が医療を共同の行為とするための専門的調整的役割を果たすことである<sup>13)</sup>といえる。

患者が自分の病気に前向きに取り組むようにな

ると、疾患や治療に関する多くの情報を求めるようになる。それを裏づけるように、患者はCNに精神的サポートだけでなく、セカンド・オピニオンとしての専門的な知識の提供を望んでいた。そこでCNが継続的に「患者教育」「服薬に関する相談・指導」を行うことは患者の『病気や治療の理解が深まり』、『自分にあった治療を患者自身が考え、選択]しようとする態度への変化につながるものであることが示された。

またCNの関わりは患者と主治医との関係調整だけではなく、他科の医師やコメディカルスタッフ、更には病院外の保健・福祉関係機関など「施設内外の連携・調整」にも及んでいる。さらに家族や友人などを含んだ「サポート形成支援」によって患者の『ニーズに沿ったサポート』や社会保障、福祉サービスの提供などによる『経済・生活面が保障』が得られていた。そしてCNの「在宅と病院とのつなぎ」によって、『在宅療養上での問題へ早急に対応でき、安心して在宅療養を継続できていた』。

患者の言葉から、CNのかかわりによってもたらされた『安心感』『病気や治療についての理解の深まり』『主体は患者であること実感』『在宅療養上での問題への早急の対応』『経済・生活面の保障』『ニーズに応じたサポート』『安心して在宅療養が継続できる』によって、患者の生理的欲求、安全・安楽、所属・愛情、自尊のニーズは充足できていることが予測できる。自己実現のニーズは最上位のニーズであり、下位のニーズが充足されて初めて動機づけられるものである<sup>14)</sup>。また患者の言葉から、CNのかかわりによって患者は自己実現のニーズを充足するために“自分自身の世話をせよ”という自分自身のデマンドに気づいていることがわかる。セルフケアとは生命、健康および安寧を維持するために、各個人が自分自身のために実施する実践活動である<sup>15)</sup>。今回の結果から、CNのかかわりによって患者が「生きることを肯定的にとらえられるようになり」、自己実現に向けたセルフケアの必要性に気づき動機づけがなされた結果、〔受療・治療に積極的に取り組む〕だけではなく、〔自分にあった治療を患者自身が考

え、選択し、実施]したり〔積極的にセルフケアを行う〕ようになることが示された。これらのことからCNのかかわりはエイズ患者のアドヒアランスを支援する上で有効であると評価できる。

看護の専門性を高めるために日本看護協会では平成8年から専門看護師や認定看護師の教育と資格認定を開始した。しかし、実際には人員確保や職務体系等の問題から、臨床現場への導入は難しいのが現状である。本研究からも新しい形態としてのCNに対し、看護婦の中での混乱が生じていることが示された。小野ら<sup>16)</sup>の血友病ナースコーディネーターに関する調査結果でも、ナースコーディネーター導入に伴う問題点として教育の問題、コンセンサスの問題等が挙げられている。対象者のエンパワーメントを引き出すことが出来るかどうかは、看護者がどのようにエンパワーしているかに関与していると指摘されている<sup>17)</sup>。質の高い看護を提供するためには、看護のエンパワーメントを促進する看護体制の検討が早急に求められる。

#### IV. 結 語

在宅療養患者の増加や医療制度改革などに伴い、今後外来看護はますます複雑になってくることが予測される。様々な職種が携わっている保健医療福祉の領域において、医療の質を高めるためには患者とのコミュニケーションのみでなく、保健・医療・福祉の協働のために各職種間のコミュニケーションが円滑に行われることが重要である。

CNが外来を中心として患者と医師を始めとする様々な保健・医療・福祉関係者間との連携・調整を行いながら患者のケアに携わることによって、患者の主体性に重点をおいた医療が展開されていることが示された。しかし、今回の対象施設のように医療体制が整備されている施設は少なく、新たな人員の確保は難しいのが現状である。そしてアドヒアランスはエイズだけでなく多くの慢性疾患を持つ患者にとっても重要な課題である。今回の研究をもとに、今後は現在の医療体制の中でのような整備や改革が可能であるかを検討していくことが必要であると考えられる。

## 謝 辞

本研究にあたり、調査に快くご協力いただきました患者の皆様にご心から感謝申し上げます。

なお本研究は厚生科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）による「HIV感染症の医療体制に関する研究班」の研究として実施した。

## 文 献

- 1) Singh, N., Berman, S. M., Swindells, S. et al.: Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy., *Clin Infect Dis*, **29**, 824-830, 1999
- 2) Hogg, R. S., Yip, B., Chan, K. et al.: Nonadherence to triple combination therapy is predictive of AIDS progression and death in HIV-positive men and women, 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, 2000., <http://www.Retroconference.org/2000/abstracts/73.htm>
- 3) Stanton AL: Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, **10**(4), 337-394, 1987
- 4) 宗像恒次: 保健行動の自己決定への支援, *看護技術*, **43**, 9-14, 1997
- 5) 前田ひとみ, 南家貴美代: HIV/AIDS医療における看護の専門性についての研究一, コーディネーターナースをモデルとした感染者の面接から一, *看護職員等研究報告 財団法人 笹川医学医療研究財団*, **7**, 101-103, 1999
- 6) 南家貴美代, 前田ひとみ, 石原美和他: HIV/AIDS医療における専門的看護師の役割と機能一患者による評価一, 第30回日本看護学会論文集一看護管理一, 3-5, 日本看護協会, 2000
- 7) 村上洋一郎: エイズと人権, 村上洋一郎(編): 生と死への眼差し, 東京, 青土社, p.104, 1993
- 8) Orem, D. E. (小野寺杜紀訳): オレム看護論 看護実践における基本概念, 東京, 医学書院, p.47, 1979
- 9) Jankelevitch, V. (仲沢紀雄訳); 死, みすず書房, p.25, 1978
- 10) 伊藤幸郎: インフォームド・コンセントとは, *教育と医学*, 4-9, 1994
- 11) 小西加保留, 古谷野淳子, 横田恵子他: HIV感染者・AIDS患者に対する心理社会的相談援助についての実態調査, 平成10年度厚生省厚生科学研究費補助金エイズ対策研究事業報告書, 1999
- 12) 宗像恒次: 患者の受療行動とコンプライアンス, *日本医師会雑誌*, **109**, 1014-1017, 1993
- 13) 池永 満: 患者を支え, 患者を主体にした医療のために, *看護*, **46**, 56-64, 1994
- 14) Maslow, A. H. (上田吉一訳): 完全なる人間 魂のめざすもの, 誠信書房, 1979
- 15) 前掲8), p.18
- 16) 小野織江, 黒木久美子, 鈴木祐見子他: わが国における血友病ナースコーディネーターの現状と問題点, *看護研究*, **32**, 161-167, 1999
- 17) 野島佐由美: エンパワメントに関する研究の動向と課題, *看護研究*, **29**, 453-464, 1996

## 子育てサークル参加者における参加の意味の検討

### A study on the meaning of participation in the circle for childcare

佐藤 京子<sup>※1</sup>

Kyoko Sato<sup>※1</sup>

#### Abstract

An investigation of the present situation of participants, change in the behavior and human relation after participation and meaning of participation in the circle for childcare was conducted by a mailed questionnaire survey on 490 members and 28 leaders in this circle, the following results were obtained.

1. The first opportunity of participating in the circle was dependent on the order of birth and birthplaces of mothers, and the purpose of joining in the circle was related to their birthplaces.

2. The first purpose of participation in the circle was for children (playmates and playing space), the second was for mothers (friend, communication and enjoyment) and the third was for childcare (information and relief of anxiety). After participation in the circle, mother herself, and childcare showed the most well-defined changes in the conference, friendship, full life, method for playing children, self-confidence for childcare and clear changes appeared in children (sociality and playmate), while there were few changes in the married life and relation to husband (interesting in childcare, housework and conversation). These findings indicate that mother herself is rather changed although she participated in the circle for children, and there is a relationship between the purpose of participation, change in the human relation after participation and meaning of participation in the circle for childcare.

3. Most of participants placed a high value on joining in the circle. They recognized the value of participation in the circle on the growth of children and interchange of fellow children, and the interchange and conference of fellow mothers and their full lives, indicating that participation in the circle has the effect on the social relation and emotional aspect of mother.

4. The present investigation suggests that it is necessary to consider appropriate measures at the time of pregnancy, afterbirth or change of address in order for child-rearing mother to have a timely chance for participation in the circle, and health and medical institutions have to support actively and to be concerned intentionally in the introduction of circle, promotion of participation and growth of circle.

**キーワード** : コミュニティー, 子育てサークル, 友達づくり, 相互支援, 参加の意味  
Community, Circle for childcare, Friends-making, Mutual support,  
The meaning of participation

#### I 緒言

##### 1. 本研究の背景

わが国における急激な少子化と高齢化の進展は

人口構成のアンバランス, 将来の社会経済活動,  
そして子どもの育ち方への影響等が懸念されてい  
る。また, 核家族化, 生活スタイルの多様化そし

※1 宮崎医科大学医学部看護学科 地域看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

て地域社会の変化などにより、育児の孤立化や育児不安の増大などの問題が指摘されている。女性は出産と同時に24時間の育児に追われ、睡眠不足や過労などの身体的負担とともに、子どもへの責任等の心理的負担を持つ。現在の若い女性は、建前上ではあれ、教育や就労における平等を獲得し、経済的、時間的そして生活行動面においても制約が減少している状況で、子育ての負担が一層強く感じられることは想像に難くない。未婚者や子どものいない共働き夫婦（DINKS）の増加はこのような子育て事情の反映でもある。

21世紀初頭における母子保健の国民運動計画である「健やか親子21」の主要課題の1つとして掲げられている「子どもの心の安らかな発達の促進と育児負担の軽減」を達成するための目標として、「子育てに自信が持てない母親の割合の減少」が設定され、そのための地域における具体的な取組として、保健所や市町村における「親子のグループ活動に対する支援」や「自主的な育児グループの育成」等が示された。また、地方自治体の保健、福祉そして社会教育などの部門では、1980年頃より地域の実情や住民の要望に応じて新しい子育て支援の事業が実施されている。保健衛生部門では、保健師は地域組織活動の一環として、母親学級、乳幼児健診、家庭訪問などを契機とする母親のグループ育成や住民の自主的グループへの援助を進めている。

Y県における子育て支援は、従来から母子愛育班や保健推進員等の活動が活発であるが、近年、住民が自主的に組織した子育てサークルも活発になっている。10年ほど前に保母経験者が中心となって子育てサークルをつくり、活動拠点を建設して会員制の子育てクラブや幼児教室を開設し、その終了者らが近隣で子育てサークルをつくっていった。また、地域全体に呼びかけた親子夏祭りなどのイベントの開催、OG会（子どもが幼稚園や保育園そして小学校へ進んだ後の母親のサークル）によるリーダーへの援助、サポーターの育成、市町村の幼児教室講師など県内全域に活動の輪を広げていった。4年目にサークル活動の交流組織を10サークルで結成し、2001年現在OG会12を含む

40サークルが参加している。この中には保健師が育成したグループの一部も参加している。現在、この活動交流組織はOGによる事務局を中心に通信の発行、サークル代表者会議、サークル活動相談、キャラバン（移動幼児教室）、育児用品のリサイクル、子どもフェスティバルの開催等を行い、親子がいきいきと活動に参加している。

育児の孤立化や育児不安の増大が指摘されている中で、子育て環境の充実が求められている。地域保健分野においては、既存の地域組織との連携と共に、子育てグループの育成や自主的な子育てサークルとの連携など子育て当事者の自助・互助による育児力形成が課題である。

本研究は、この活動交流組織が自主的につくりY県のほぼ全域にわたるサークルを擁していること、そしてサークル代表者と参加者全員を対象とした調査が可能であり、参加の前後についての調査が可能であった点において特色をもっている。

## 2. 研究枠組み

子育てグループに関する先行研究に関しては、1993から1999年の「育児」及び「支援」をキーワードに文献検索を行い、この中で「グループ」又は「サークル」をテーマにした文献について内容を検討した。

まず、「グループづくりの契機」に関しては公的機関が関与している割合は東京都の77%<sup>1)</sup>、関西2府4件の3割<sup>2)</sup>及び福岡県2割<sup>3)</sup>であった。公的機関の内容は多い順に児童館、保健所・保健センター、区民館・公民館等であった<sup>1)</sup>。その他の多くは保健所や市町村において保健師らが組織し、育成したグループ<sup>2)~11)</sup>であり、こどもの城の赤ちゃんサロンのグループ<sup>12)</sup>もあった。また、「グループ活動の効果」としては、母親側では育児不安の解消できる、自尊感情を取り戻せる、友達ができる、母親同士の支え合いができる、情報が得られる、子どもを客観的に見られる、子育てのハウツーが得られる、子ども側の効果としては子供が生き生きとできる、仲間ができるなど<sup>1)~10),12)</sup>があげられていた。更に「子育てグループのネットワーク化や街づくり」の観点から、若い子育て

世代の果たす役割<sup>11)</sup>の重要性をあげていた。サークル参加者に対する「参加後の変化」と「参加の意味」を問う研究は見あたらない。

先行研究の検討に加えて、本研究の前年に著者らが実施した『子育てサークル「ちびっこはうす」参加者調査』結果<sup>12)</sup>に基づいて作成した本研究の枠組みを図1に示した。出産・子育てで直面する問題に対する相互援助機能の1つとして子育てサークルに出会い、参加し、生活に活かし、参加の意味を考えるとという行動プロセスを設定し、これらと個人の特性（母親の年齢、家族構成、子どもの数、居住契機）との関係をみた。本研究では図の「二重枠」の部分を検討対象とした。

### 3. 用語の定義

本研究において「子育てグループ」は子育て期の養育者（多くは母親）達がよりよい子育てを目指して組織されている集団、「子育てサークル」は対象も目的も同様であるが自主的に組織している集団と定義する。一般的に「グループ」とは仲間、集団、共通の性質で分類した人や物の一団、群と、また「サークル」とは関心や趣味を同じくする人の集まり、同好会と定義されている<sup>14)</sup>。本研究の対象は多くが自主的サークルであり、市町村の保健師らが組織したグループも活動交流を通

して連携を強め共同行動も行っていることから、「子育てサークル」と総称した。

### 4. 研究目的

本研究は、住民が自主的に結成した子育てサークルの活動の実状、参加状況及び参加後の参加者自身と家族の変化を把握し子育てサークル参加の意味を検討することにより、地域の子育てサークル育成における看護職の役割を明らかにするための示唆を得ることを目的とした。

## II. 方法

### 1. 調査対象及び調査方法

#### 1) 調査1：サークル代表者調査

Y県内の育児サークル活動交流組織に加入している28サークルの代表者を対象に、平成12年10月～12月に自記式調査票による調査を行った。調査票の配布はサークル代表者会議において説明の上、依頼した。回収は個別郵送によった。回収数は22（回収率78.6%）であった。

#### 2) 調査2：サークル参加者調査

調査1と同時期に活動交流組織に加入している28サークルの会員490人を対象に自記式調査票による調査を行った。調査票は代表者に会員への配布を依頼し、回収は個別郵送によった。

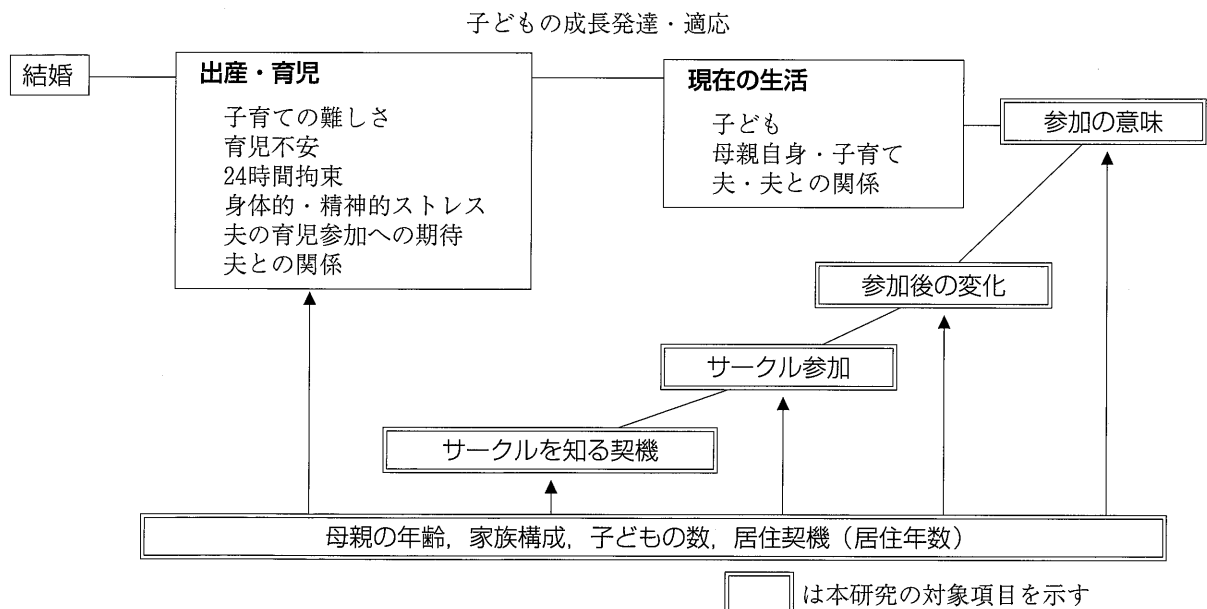


図1 研究枠組み

回収数は27サークルから281（回収率57.2%）、有効回答数279（有効回収率56.8%）であった。

## 2. 調査内容

- 1) 調査1：サークルの継続年数、会員数、活動回数、活動時間、参加する子どもの年齢、活動内容、サークル代表者の年齢について質問した。
- 2) 調査2：(1)サークル参加者の特性に関する項目として年齢、職業、最終学歴、家族構成、家族数、子どもの数、夫の職業、Y県居住年数、Y県に住むきっかけ（以下、居住契機と略す）、親の居住地及び夫の親の居住地、(2)子育てサークルへの参加に関する項目としてサークルを知った契機、サークル参加動機、参加して願いが叶ったか、参加後の参加者と家族の変化及びあなたにとってのサークル活動参加の意味（以下、参加の意味と略す）で構成されている。回答の選択肢は表1～表4に示した。

## 3. 倫理的配慮

- 1) 調査は無記名で行い、データは数量的に処理解析するので、個人は特定されない。また、研究以外には使用しない。
- 2) 調査票の回収は研究者宛の郵送とした。
- 3) 上記の2点を明記し調査を依頼した。

## 4. 統計解析

参加者の特性（年齢、家族構成、子どもの数、居住契機）と参加に関する項目の関係を検討した。その際、データの分布状態や回答の性格により年齢は3区分（29歳以下、30～34歳、35歳以上）、居住契機は2区分（県内出身者、転入者）と、サークルを知った契機、参加理由、参加して願いが叶ったか、参加後の変化及び参加の意味は表2～4の中区分のように区分した。無回答は除外した。

統計解析は「秀吉 for Windows」を用い、カイ二乗検定を行った。

## Ⅲ. 結果

### 1. サークル活動及び代表者の状況

継続年数別のサークル数は3年未満は6（27.3

%）、3～5年は6（27.3%）、5年以上が10（45.5%）であり、最長10年であった。会員数は10～45人、平均 $17.3 \pm 5.3$ 人であった。参加する子どもの年齢分布は2歳児が最も多く40%、1歳児27%、3歳児18%であった。活動回数は1か月当たり4～5回が64%、1～3回32%、活動時間は平日の午前中が多く、活動内容は多いものから子どもの遊び、手作りおもちゃ、母親の交流、育児相談・情報交換、専門家との会話となっていた。リーダーの平均年齢は $31.6 \pm 2.4$ 歳であった。

### 2. サークル参加者の特性

サークル参加者（以下、参加者と略す）の特性を表1に示した。平均年齢は $31.7 \pm 3.6$ 歳、年齢階層別では30～34才が半数以上である。職業はなし86.0%、有職者のうち育児休業中が1人あった。家族構成は核家族が最も多く73.2%、家族数は平均 $4.3 \pm 3.1$ 人、子どもの数は平均 $1.8 \pm 0.9$ 人であり、2人が最も多く約半数を占めていた。Y県居住年数は平均 $21.3 \pm 12.9$ 年であり、県内出身者と転入者の2層を示した。Y県居住契機は県内に出身地のある人（以下、県内出身者と略す）が59.1%、結婚・夫の転勤・就職等による居住者（以下、転入者と略す）が39.0%であった。自分の親との同居及び近居は24.0%、夫の両親との同居及び近居は47.3%であった。

### 3. 育児サークルへの参加、参加後の変化及び参加の意味

#### 1) 育児サークルへの参加状況

サークルの所在地は16市町村に存在し、回答者の8割は居住市町村内のサークルに参加していた。集まりには平均1.4人の児を連れて参加し、第1子が約半数を占めていた。

#### 2) サークルを知ったきっかけと参加理由（表2）

サークルを知った契機は「友人・知人に誘われて（以下、友人等と略す）」が最も多く、「市町村の広報・紹介」「チラシ・ミニコミ紙（以下、チラシ等と略す）」「人のうわさ・口コミ（以下、口コミ等と略す）」と続いていた。友人や口コミ等の直接的で身近なところからの情報

表1 回答者の特性

N=279 人 (%)

年齢	平均年齢	31.7±3.6歳 (22~40歳)	Y県居住年数	平均	21.3±12.9年 (0~40年)	
年齢	24歳以下	4 (1.4)	Y県に住む契機	4年以下	50 (17.9)	
	25~29歳	61 (22.0)		5~9年	38 (13.6)	
	30~34歳	153 (55.3)		11~14年	10 (3.6)	
	35歳以上	59 (21.4)		15~19年	4 (1.4)	
職業	なし	240 (86.0)	20~24年	11 (3.9)	出身地	
	あり	28 (10.0)	25~29年	45 (16.1)		
	勤め人	8 (2.9)	30年以上	119 (42.1)		
	パート・アルバイト	11 (3.9)	無回答	2 (0.8)		
	自営業	5 (1.8)	親の居住地	同居・近居		67 (24.0)
	その他	4 (1.4)		結婚		55 (19.8)
最終学歴	無回答	11 (3.9)	夫の転勤	38 (13.7)		
	中学・高校	107 (38.4)	その他	15 (5.5)		
	専門学校・短大	135 (48.4)	無回答	4 (1.4)		
	大学以上	35 (12.5)	夫の親の居住地	同居・近居	132 (47.3)	
家族構成	無回答	2 (0.7)		車で30分以内	86 (30.8)	
	核家族	204 (73.2)		車で30分以上	32 (11.5)	
	3世代・その他	71 (25.4)		県外	90 (32.3)	
平均家族数	平均	4.3±3.1人 (3~10人)	いない	4 (1.4)		
	子どもの数	1.8±0.9人 (1~4人)	夫の親の居住地	同居・近居	132 (47.3)	
	1人	95 (34.1)		車で30分以内	46 (16.5)	
	2人	137 (49.1)		車で30分以上	30 (10.8)	
3人以上	47 (16.8)	県外		66 (23.7)		
夫の職業	勤め人	245 (87.8)	いない	5 (1.8)		
	自営業・農業	26 (9.3)				
	その他	5 (1.8)				
	無回答	3 (1.1)				

表2 サークルへの参加

N=279

項目	中区分	回答項目	人 (%)	中区分計 %
サークルを知ったきっかけ	直接的・対面的コミュニケーション	友人・知人に誘われて	151 (54.1)	62.0
		人のうわさ・口コミ	22 (7.9)	
	行政からの情報	市町村の広報・紹介	46 (16.5)	16.5
		ミニコミ・マスコミ	チラシ・ミニコミ紙	32 (11.5)
		新聞・テレビ・ラジオ	12 (4.3)	
		その他	15 (5.4)	5.4
	無回答	1 (0.4)	0.4	
参加の一番の理由	子どものため	子どもに友達がほしかった	108 (38.7)	50.5
		子どもの遊び場がほしかった	33 (11.8)	
	自分自身・子育てのため	情報がほしかった	10 (3.6)	44.4
		育児に不安があった	3 (1.1)	
		自分に友人がほしかった	45 (16.1)	
		家に閉じこもりたくなかった	42 (15.1)	
		楽しそうだった	24 (8.6)	
	その他	9 (3.2)	3.2	
不明	5 (1.8)	1.8		
参加して願いが叶ったか	はい	233 (83.5)	83.5	
	その他	いいえ	3 (1.1)	15.1
		どちらとも言えない	39 (14.0)	
	無回答	4 (1.4)	1.4	



が62.0%と多く、市町村の広報・紹介、チラシ等も情報源になっていた。

サークル活動に参加した1番の理由は子どものための50.5%、育児のため(情報がほしい、育児不安)4.7%、自分のため(友人がほしい、閉じこもりたくない、楽しそう)39.8%であった。その他には子どもと自分のための両方という記述が、また、不明は複数回答があったことなどから、複数の理由が重なっていることが伺えた。

サークルへの参加により願いが叶ったか(以下、願いが叶ったかと略す)は「はい」が83.5%であったが、どちらともいえないが14%あった。

### 3) サークル参加後の変化(表3)

サークル参加後に変化したこと(以下、参加後の変化と略す)の複数回答(以下、MAと略す)では、子どものこと「社会性が育った、友達ができた」は78.1%と最も多く、「生活が規則的になった」は10.8%であった。続いて、自分自身のこと(生活が充実した、相談できる、友人ができた)が65~58%で続き、子育てのことが40~34%、夫のことや夫との関係は37~4%であった。変化しなかったこと(MA)は変化しなかったことのほぼ逆になっている。

また、一番変わったこと(単数回答、以下SAと略す)では、自分自身のこと・子育ての

表3 サークルに参加後に変化したこと

N=279

中区分	回答項目	変化したこと			中区分計 %
		変化したこと (MA) 人(%)	変化しなかつたこと (MA) 人(%)	一番変わったこと (SA) 人(%)	
子どものこと	生活が規則的になった	30 (10.8)	179 (64.2)	1 (0.4)	31.2
	社会性が育った・友達ができた	218 (78.1)	34 (12.2)	86 (30.8)	
自分自身・子育てのこと	遊ばせ方が上手になった	112 (40.1)	94 (33.7)	9 (3.2)	44.7
	子育てに自信がついた	96 (34.4)	102 (36.6)	11 (3.9)	
	生活が充実した	163 (58.4)	65 (23.3)	39 (14.0)	
	相談ができるようになった	182 (65.2)	48 (17.2)	28 (10.0)	
	一緒に行動する友人ができた	178 (63.8)	56 (20.1)	38 (13.6)	
夫のこと・夫との関係	育児に関心をもつようになった	39 (14.0)	163 (58.4)	0	1.4
	夫婦の会話が増えた	103 (36.9)	115 (41.2)	4 (1.4)	
	家事時間が増えた	12 (4.3)	203 (72.8)	0	
	夫が自分のことを認めてくれる	24 (8.6)	178 (63.8)	0	
不明		0	0	3 (1.1)	1.1
無回答		19 (6.8)	38 (13.6)	60 (21.5)	21.5

表4 あなたにとっての子育てサークル参加の意味

N=279

中区分	回答項目	大切なこと		中区分計 %
		(MA) 人(%)	最も大切なこと (SA) 人(%)	
子どものこと	子どもに仲間集団の経験	261 (93.5)	144 (51.6)	52.7
	親以外の大人との交流	56 (20.1)	3 (1.1)	
自分自身・子育てのこと	育児に関する情報	203 (72.8)	21 (7.5)	23.6
	親が遊ばせ方を学ぶ	78 (28.0)	0	
	他の母親との交流	233 (83.5)	23 (8.2)	
	ストレス解消	147 (52.7)	11 (3.9)	
	リフレッシュの場	133 (47.7)	10 (3.6)	
	行政とのパイプづくり	6 (2.2)	1 (0.4)	
無回答		3 (1.1)	66 (23.7)	23.7

こと44.8%，子どものこと31.2%，夫や夫との関係は1.4%であった。

4) サークル活動の意味 (表4)

「あなたにとってのサークル活動参加の意味」を問う質問の結果を表4に示す。大切と思うこと(MA)は、子どもの集団遊び体験が93.5%で最も多く、続いて母親同士の交流、育児情報がいずれも70%以上であった。最も大切と思う意味(SA)では子どものことが半数以上であり、自分自身のこと、子育てのことと続いた。無回答が23.7%であった。

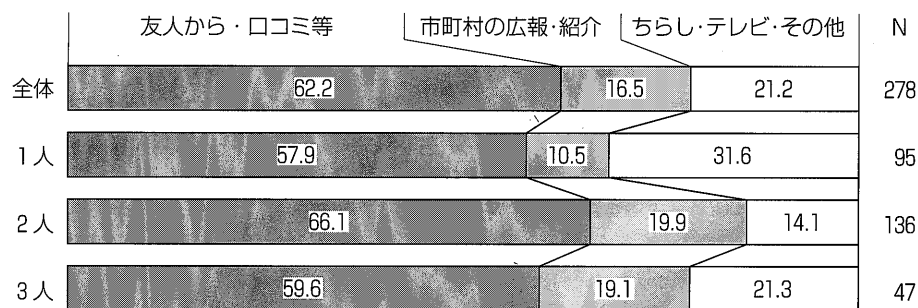
4. サークル参加と参加者の特性

サークル参加に関する項目と参加者特性において、有意な関連が認められた項目を図2に示した。サークルを知った契機は子どもの数 (P<0.05)

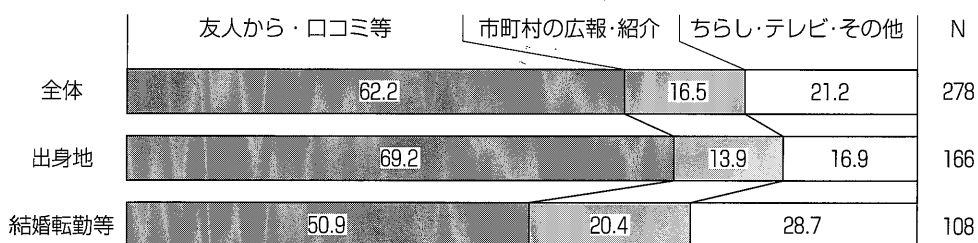
及び居住契機 (P<0.01) との関連が認められた。子どもの数では「直接的対面的コミュニケーション」の割合が高いのは子どもが2人>3人以上>1人の順であり、「ミニコミ・マスコミ」は1人>3人以上>2人であった。また居住契機では、県内出身者は「直接的対面的コミュニケーション」が多く、転入者は「ミニコミ・マスコミ」が比較的多い。サークル参加理由は居住契機による差異が認められた (P<0.05)。参加理由に「子どものため」を第1にあげたのはY県出身者が転入者よりも多く、「自分自身と子育てのため」は転入者が比較的多かった。

「参加して願いは叶ったか」、「一番変化したこと」及び「参加の意味」は参加者特性との有意な差は認められなかった。

1) 子どもの数とサークルを知ったきっかけ (P<0.05)



2) 居住契機とサークルを知ったきっかけ (P<0.01)



3) 居住契機とサークル参加理由 (P<0.05)

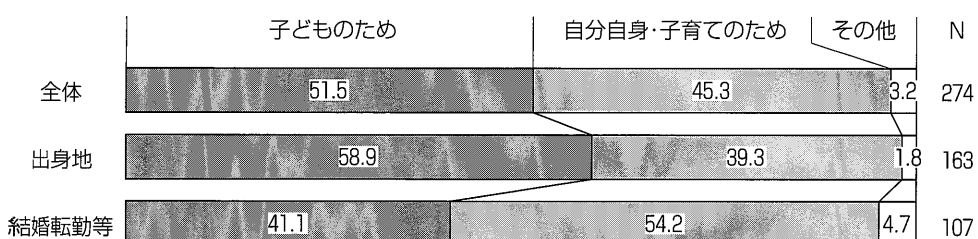
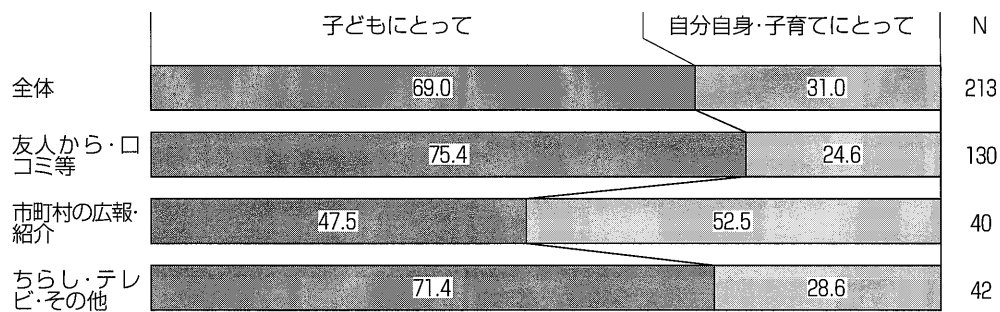
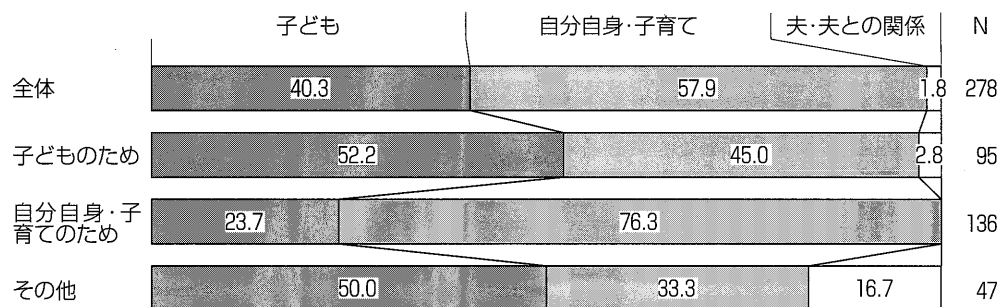


図2 サークル参加と参加者特性の関連性

## 1) サークルを知ったきっかけと参加の意味 (P&lt;0.01)



## 2) サークル参加理由と参加後の変化 (P&lt;0.001)



## 3) サークル参加理由と参加の意味 (P&lt;0.001)

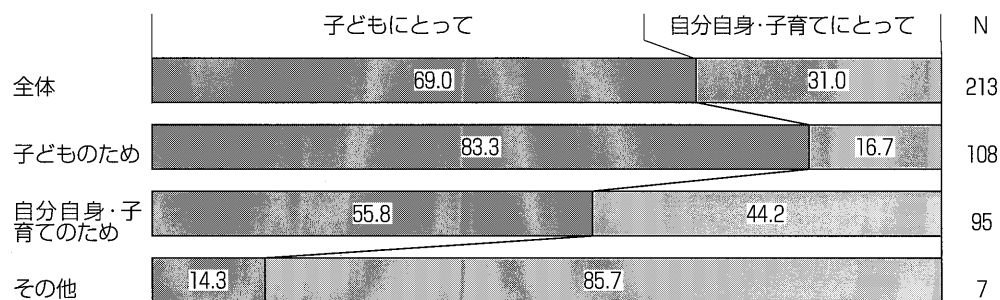


図3 サークル参加に関する項目間の関連性

## 5. サークル参加に関する項目間の関連

サークル参加に関する5設問の相互関連を検討した結果、有意な関連が認められた項目を図3に示した。「サークルを知った契機」によって「参加の意味」が異なっていた (P<0.01)。また、「参加理由は「参加後の変化」(P<0.001)及び「参加の意味」(P<0.001)との関連が認められた。参加理由の1番が自分自身と子育てのための人は変化のしたことの1番に自分自身・子育てとした人が多い。参加理由の1番が子どものための人は参加の1番の意味は子どもにとっての意味をあげた人が多い。

また、「願いが叶ったか」に「どちらともいえ

ない」と回答したのは「知った契機」が友人に誘われて64.1%、広報等12.8%が多かった。

## IV. 考察

## 1. サークル活動、代表者及び参加者の状況

継続年数、会員数、活動回数そして活動時間について先行研究<sup>1),2),3),4),5),12)</sup>と対比すると、会員数と活動時間は大体共通しており、活動回数はやや多く、継続年数はやや長いものが多い。子どもの年齢分布は年令の限定のないグループ<sup>1),3)</sup>と共通していた。参加者と代表者の平均年齢はほとんど同じであった。

## 2. 子育てサークル参加の意義

サークルに参加した多くが「願いが叶った」とし、参加後に「子ども」と「自分自身・子育て」に良好な変化を見出し、「子ども」にとっても「自分自身・子育て」にとっても参加の意味を見出し、サークル参加を評価している。

母親自身はサークル参加後に、相談できる、行動できる友人を得た、生活が充実したことを、そして参加の意味に母親同士の交流を上位にあげているように、育児方法よりも社会性や情緒面を重視しているといえよう。子どもについても社会性・友達の変化や子ども同士の交流を大切な意味にあげている。前田ら<sup>8)</sup>が自主グループ活動による育児仲間、情緒的相互援助、子どもと自己の客観視の意味をあげていることと符号が合っている。これに対して「夫・夫との関係」は変化が少なく、その中で比較的多いのが「夫婦の会話」の増加であった。わが国の父親の育児参加が少ないこと<sup>15)</sup>、会話や相談を期待し評価する母親<sup>16)</sup>もあり、母子中心の家庭生活において、父親へ期待できないところを母親同士の交流と支え合いを行っているともいえよう。

「参加後の変化」と「参加の意味」は「参加理由」と関連が認められたことは、「参加理由」が叶えられたことの裏付けにもなっている。一方、「子どものため」を第1の理由として参加した人も「自分自身と子育て」にかなりの変化をもたらしていることや、反対に「参加理由」の第1が「自分自身・子育て」であっても、「参加の意味」の第1が「子ども」になることもあることは、母親は子育てのさまざまな課題を抱えているとともに、サークル活動が母と子のさまざまな側面に影響していること、を示しているといえる。「願いが叶ったか」に「どちらともいえない」が14%あったことは、上記のように参加時には思っていなかった結果が生じていること及び時間的に評価が困難もあり得るが、後者は検討できなかった。

## 3. サークル参加の促進

サークルを知った契機は子どもの数と関連していた。子どもが1人の場合や転入者は半数以上は

友人・口コミ等の直接的な手段で情報を得ているがチラシやマスメディアから情報を得ている割合が他より高い。第1子の生後間もない時期は育児不安が強く、日々の育児に追われ外出も困難であり、日々の心配事や疑問が生じる時期に相互援助の意味は大きく、具体的方策の検討が必要である。

居住契機がサークルを知った契機及び参加理由と関連していた。女性は一般的に、結婚・出産を契機に転居することが多い上に、本調査で見られたように自分の親との同居・近居は夫の親とのそれよりも少ないため、身近な相談相手を得ることが困難である。様々な機会を捉えて仲間づくりをしているといえる。先行研究では居住契機と参加に関する検討・知見は見られない。

子育て中の母親がサークルに参加する意味は大きく、適切な時期にサークルを知ることが出発点である。妊娠中あるいは出産後早期の情報が届くことが必要である。転入者もまた、直接的情報が得にくいグループであり、意識的な対応が検討されることが必要である。

看護職は妊娠・出産・育児の各時期に保健施設や医療施設において関わりが大きい。適切な時期にサークルと出会い、参加できること、そしてサークルの誕生と育成に援助することが必要であると考える。

## V. 結語

1. 子育てサークル参加者を対象にしたサークル活動参加状況、参加後の変化及び参加の意味に関して分析し、以下の知見を得た。
  - 1) 自主的に結成した子育てサークルの参加者は社会性や情緒面において参加の意味を評価していた。
  - 2) サークルを知る契機と参加理由は子どもの数と居住契機が関連していた。
  - 3) 参加理由は子どものため、自分自身や子育てのためが多く、参加後の変化及び参加の意味とも対応していた。
  - 4) 子育て中の母親がサークルを知るためには、妊娠中、出産後早期、転入時等に意識的な対応が必要である。特に、看護職は保健施設や医療

施設においてサークルの誕生・育成，参加への具体的援助の検討が必要である。

2. 本研究の限界として，サークル不参加者との対比ができていないこと，分析にあたって回答項目の統合を行ったため細部の検討が不十分であり分析方法の再検討が必要があることがあげられる，また，今後の課題として，サークル参加者の生活行動や意識面からの把握が必要であること，及び子育てサークルへの援助に関してはさらに具体的かつ詳細な検討が必要であることがあげられる。

本研究は平成11・12年度山梨県立看護大学共同研究費助成研究として行われた。

## 文 献

- 1) 田仲ひろ子：少子化時代への対応 子育て支援の実態－東京の子育てグループの調査から，公衆衛生，**59**(6)，378-391，1995
- 2) 楽木章子，原田正文：子育て支援における専門職の役割(1) 子育て自主グループへの支援の実践より，小児保健研究，**57**(2)，183-184，1998
- 3) 前田奈智子，入江 忍，岩橋和代他：母親の求める子育てグループ支援のあり方について，福岡県立看護専門学校紀要，**19**，139-148，1996
- 4) 駒井恵美子，有原友子，工藤依子他：地域における子育て支援事業，公衆衛生，**58**(11)，816-819，1994
- 5) 小島由紀，田中美紀，白髪いづみ他：四谷保健所における子育て支援の取り組み赤ちゃんくらぶ(低月齢児・4回制)の1年を振り返って，東京都衛生局学会誌，**94**，44-45，1995
- 6) 駒井恵美子：地域における子育て支援事業，日本公衛誌，**42**(10特別付録)，454，1995
- 7) 高久裕美：自主的子育てグループの支援活動，地域医療第36回特集，498-500，1997
- 8) 中澤江里香：子育てグループ支援についての現状報告－保健婦，民生委員，児童館が共同して行っている田園調布にここクラブを中心として，東京都衛生局学会誌，**100**，372-373，1998
- 9) 柳田益佐，市村留美，笹井美由紀他：狛江市の子育て支援プログラム－自主活動グループ育成の取り組みから－，東京都衛生局学会誌，**100**，376-377，1998
- 10) 鳥居みゆき，有阪久子，粉山喜久代他：南河内町における母子保健の取り組み 子育て支援健康教室「フレッシュママ教室」を実施して，栃木母子衛生，**24**，13-15，1997
- 11) 井手知恵子：地域における育児サークルに関わる看護支援に関する研究，千葉看護学会誌，**3**(2)，34-40，1997
- 12) 中澤恵子：育児グループにおける育児支援，小児科臨床，**48**(増刊)，1515-1523，1995
- 13) 佐藤京子，遠藤俊子，田中久恵他：子育てサークル「ちびっこはうす」参加者調査(1999年度)，平成11・12年度山梨県立看護大学共同研究費助成研究成果報告書，20-35，2001
- 14) 村松明監修：大辞 泉，小学館，**788**，1032，1995
- 15) 厚生省：自立した個人の生き方を尊重し，お互いを支える家族，厚生白書 平成11年版，89-90，1998
- 16) 佐藤京子：父親の育児家事への参加と母親の受けとめ方に関する調査，山梨看護学会誌，**5**,1，54-55，1997

## カナダ・オンタリオ州の助産制度

### The midwifery system in Ontario, Canada

山崎 鯉子<sup>\*1</sup>

Riko Yamasaki<sup>\*1</sup>

**キーワード:** 助産教育, 助産制度, カナダ・オンタリオ州

Midwifery Education, Midwifery System, Ontario, Canada

#### I. はじめに

国際化時代における助産師の役割や実践などについて、様々な国の文献が紹介されている。しかし、カナダの助産制度や助産教育について、書かれている文献は見当たらない。

カナダ研修に行く機会が得られたため、最初に助産制度が法制化されたオンタリオ州において、助産制度及び助産教育についての調査を行った。

今回の調査より、助産師が専門職としての自立を可能にしている事が示唆された。我が国の助産制度や助産教育との相違点を報告すると共に、助産師が自立していくための課題を検討していきたい。

#### II. 研究方法

##### 1. 調査対象と方法

1) Association of Ontario Midwivesという職業団体であるオンタリオ州助産師協会のインターネットにアクセスし、助産制度について検索を行った。さらに、その中に記載してあるWebサイトにアクセスし、医療に関する法律のThe Regulated Health Profession ActとMidwifery Actを2次検索した。

2) College of Midwives of Ontario Prior Learning and Experience Assessment Program Information Packageより、助産業務と助産師の資格認定試験について文献検索した。

3) カナダ, オンタリオ州トロントのRyerson

Polytechnic大学で、助産教育カリキュラムについて文献検索した。

4) カナダ, オンタリオ州のバースセンターに勤務するスタッフ助産師1名と、オンタリオ州助産師協会の広報を担当する助産師1名にインタビューした。

5) 文献, インターネット, インタビュー内容をそれぞれ分析した。

##### 2. 調査内容

- 1) オンタリオ州の助産制度
- 2) オンタリオ州の助産教育制度

##### 3. 調査期間

2001年1月から2002年8月まで

#### III. 結果

##### 1. オンタリオ州の助産制度

オンタリオ州の助産師は、1993年の終わりに州によって合法的な資格となり、最初にカナダで職業として正式に認められるようになった。ヘルスケアシステムの中に助産に関する仕事を統合した最初の州である<sup>1)</sup>。

- 1) The Regulated Health Professions Act (RHPA)<sup>2)</sup>

1993年に制定されたこの法律は、オンタリオ州の23の医療職を規制するための一般的枠組み

\*1 宮崎医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

を作成している。RHPAに基づいて、医療の処置基準法 (The Health Professions Procedural Code), 23の医療職を規定する法律 (23 profession-specific Acts) や健康省などを規定する法律 (Ministry of Health and Long-Term Care Appeal and Review Board Act) が作られている。

## 2) Midwifery Act<sup>3)</sup> (助産法)

RHPAの中の一つが、助産法である。この法律は、助産業務の独占権、助産業務範囲、助産業務の権限などを規定している。Midwifery Actの中に掲げてある業務の独占権、業務範囲、業務の権限を翻訳すると以下ようになる。

- (1) 助産師の名称と業務の独占権
- (2) 助産業務範囲は、妊婦のモニタリングとアセスメント、妊娠、分娩、産褥、新生児のアセスメント、正常な妊娠、分娩、産褥のケアの提供、そして、自然な正常経膈分娩を取り扱う。
- (3) 助産業務の権限
  - ①陣痛の管理と自然な正常経膈分娩を取り扱う。
  - ②会陰切開術と裂傷が肛門にまで達していない部分の縫合
  - ③法的に認められている薬品の投与と注射
  - ④妊娠、分娩、産褥期の内診
  - ⑤新生児と女性に対する採血
  - ⑥女性に対しての導尿カテーテルの挿入
  - ⑦処方箋の交付

## 3) College of Midwives of Ontario<sup>4)</sup> (オンタリオ州助産委員会)

助産法に従い、実際の助産業務の統括にあたる。また、助産師の資格認定を行う。オンタリオ州助産委員会が規定する助産業務を翻訳すると(1)~(9)のようになる。

- (1) 助産師は、ケアの主要な提供者である。これは、助産師はクライアントに対して完全な法的責任があり、医師や産科医によって監督されないことを意味する。
- (2) 助産師は、母と新生児に対するケアを妊娠、分娩期と産後6週間提供する。正常な状況のもとでは助産師のクライアント

である母児は、この期間他の医療者の診察を受ける必要はない。

- (3) すべての助産師は、自宅出産と病院出産の両方を扱わなくてはならない。1年間で最低扱うべき自宅出産数と病院出産数の規定がある。資格継続のために、毎年要件を満たすことが必要である。
  - (4) 助産師は、州の健康省により資金援助を受け、グループプラクティスを形成する自立した開業者として働く。助産師は、病院、保健センター、クリニックの雇用者ではない。
  - (5) 助産師の職業団体は、24時間オンコールサービスを提供する事で、クライアントに対して継続ケアを提供する必要がある。このことは各助産師が、24時間オンコールで働き、シフト制ではないことを意味する。
  - (6) すべての助産師は、クライアントに対して十分なサービスを提供する必要がある。これは、助産師は分娩介助あるいは妊娠期の保健指導のような、ある期間だけのケアの提供ではなく、妊娠期から産褥期までの一連の期間を通してケアを提供するという意味である。
  - (7) 助産師は、クライアントが妊娠と出産について意思決定する過程を援助するためには、十分な情報を持ってクライアントに提供する必要がある。
  - (8) 助産師は、会陰切開、縫合、婦人科診察、静脈注射・点滴、採血、薬の投与、フィジカルアセスメント、新生児診察に対して完全な責任がある。また、すべてのルーチン検査のオーダーとスクリーニングに対して責任がある。
  - (9) 助産業務サービスは州によって予算化され、行政政策によって割り当てられる。
- 4) 助産理念は、継続ケア、情報提供、出産場所の選択である<sup>1)</sup>。
- 5) オンタリオ州の助産師数と自宅分娩率 (2001年)
- (1) 助産師数は約250名である<sup>1)</sup>。

(2) オンタリオ州の助産師のインタビューより、助産師が取り扱う分娩の中で自宅分娩は、約30~35%である。

(5) 講義には助産学、生物、化学、社会学、女性学、研究が含まれる。

(6) 学生は、卒業までに60例の分娩に立会う。そのうち少なくとも40例は学生が主となり分娩介助を行う。また、30例は継続事例である。

2. オンタリオ州の助産教育制度 (図1)

1) 大学のカリキュラム<sup>3)</sup>について

- (1) 4年制大学を卒業し、助産学の学位を取得する。
- (2) 助産学科の専門科目は、助産教育が3年間を通して行われ、看護の基礎教育は1年間である。
- (3) オンタリオ州の3つの大学で学位を取得できる。
- (4) カリキュラムは、50%講義、50%臨地実習である (表1)。

2) 助産師の認定資格取得について

- (1) すべての助産師は、Prior Learning and Experience Assessment (以下PLEAと略す) プログラム<sup>4)</sup>に合格し、オンタリオ州助産委員会の認定を受ける。これは事前の学習と経験を査定し、免許を与える助産師の認定試験である。
- (2) 外国の助産師を対象とするInternational Midwifery Pre-Registration (以下IMPR

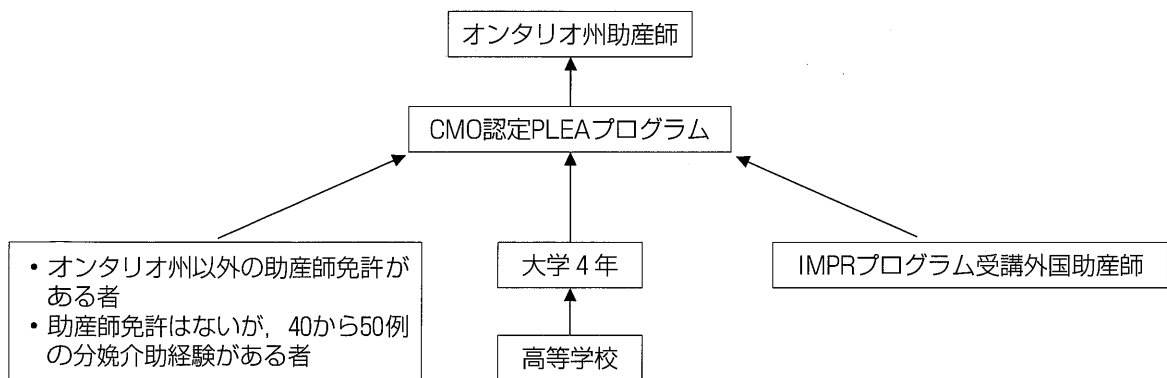


図1 オンタリオ州助産教育制度

表1 オンタリオ州助産教育カリキュラム

<b>A. 基礎教育内容</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 解剖生理学 (150時間)</li> <li>• 一般的健康診査 (30時間)</li> <li>• 発生学・遺伝学 (25時間)</li> <li>• 生化学 (30時間)</li> <li>• 薬理学 (20時間)</li> <li>• 女性の健康と家族計画 (50時間)</li> <li>• 栄養学 (30時間)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 小児科学 (75時間)</li> <li>• 助産ケア (610時間)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 妊娠 (200時間)</li> <li>2) 陣痛と分娩 (250時間)</li> <li>3) 産褥 (100時間)</li> <li>4) 技術と実験 (60時間)</li> </ul> </li> <li>• 病理学 (75時間)</li> <li>• 出産教育と両親教育 (30時間)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 心理学とカウンセリング (50時間)</li> <li>• 生殖学 (15時間)</li> <li>• 健康ケアの社会学 (25時間)</li> <li>• 助産の歴史 (15時間)</li> <li>• 助産の哲学 (15時間)</li> <li>• 統計と疫学 (30時間)</li> <li>• 職務上と環境の健康問題 (10時間)</li> <li>• 法と規則 (15時間)</li> </ul>
<b>B. 臨地実習</b>		
<p>臨地実習は、3年間のプログラムを通して行われる。それぞれの学生は、少なくとも臨床指導者として、学校から承認された最低3人の教育者と一緒に行わなければならない。指導関係にある間、学生は、妊娠期間を通して、60人の妊婦に継続ケアを責任もって行っていく。プログラムの最初の2年間、学生は、基礎教育と臨地実習に関係がある主な部分を、完全なものとして習得する。この期間、学生は、妊娠と産褥ケアに関係し、少なくとも20例の出産を観察し、援助する。最後の年、学生は、少なくとも30例の出産を指導者の直接的監督の基、プライマリーケアを行う。学生の臨地実習は、病院と地域の両方で行われる。</p>		



と略す) プログラム<sup>6)</sup>がある。これは助産教育制度が異なる移民者や外国助産師に対して、オンタリオ州の助産教育を1年間提供するシステムである。

#### IV. 考 察

オンタリオ州の助産師は、1993年の終わりに州によって法制化され、カナダに於いて最初に職業として正式に認められるようになった。日本では、1899年に産婆規則<sup>7)</sup>が制定された。両国を比較すると、カナダの助産師の歴史は短く、始まったばかりである。

オンタリオ州の助産師は、医師や産科医によって監督されない。助産師のクライアントである母児は、妊娠、分娩、産褥期間、他の医療者の診察を受ける必要はない。従って助産師は、クライアントに対して完全な法的責任があり、自立した開業者として働く。助産法に従い助産業務の規定がきちんとされているため、助産師は自分のクライアントに対し、全面的に法的責任を負っている。従って法的責任は医師と同等レベルに近いと考える。日本に於いても助産業務の独占<sup>8)</sup>(保健師助産師看護師法第30条)が認められているが、クライアントに対する法的責任は明確にされていない。そのため施設勤務助産師の場合、開業助産師の場合とは違って、医師による指示を受け、クライアントに対する法的責任の自覚が持てず、最終的判断を医師に頼ることになるのではないかとと思われる。

オンタリオ州の助産業務範囲に於いて、助産業務の権限が幾つか違う。日本では医師が行っている会陰切開術、縫合、処方箋交付、婦人科診察をオンタリオ州では助産師が行っている。医薬品の授与や指示および診療機械使用などの医療行為は、日本では医師の指示に基づいて行う業務<sup>9)</sup>(保健師助産師看護師法第37条)として禁止されている。このことがオンタリオ州と日本の助産業務権限が異なる理由であると考えられる。

オンタリオ州助産師協会が掲げている助産理念に、継続ケアがある。助産師は24時間オンコールサービスを提供する事で、継続ケアを提供する。助産師は24時間オンコールで働き、シフト制ではない。従って、継続ケアを提供し関わっていく中

で、お互いの信頼関係を築いていきやすいと思われる。日本では、就業助産師のほとんどが病院や診療所でシフト制によって勤務している。そのため短時間の関わりの中で、信頼関係を築いていく事は難しいと思われる。

また、助産理念に出産場所の選択がある。日本では、“女性主体の自然なお産へ”や“女性の自己決定権の尊重”<sup>9)</sup>と言う声が近年聞かれている。出産場所や出産方法を女性が考え、選択する傾向が一部出てきた。しかし、施設分娩が約99%である現代、自宅分娩を希望する女性は自宅出産を扱っている助産師を探す事が非常に難しい。オンタリオ州の場合、助産師は自宅分娩と病院分娩の両方を取り扱っている。さらに、24時間オンコールサービスを提供しているため、妊娠期から産褥期まで一貫したサービスが提供可能である。

周産期に深く関わる助産師こそ性と生殖に関する専門家になり得る<sup>10)</sup>。カナダの助産師は、妊娠、分娩、産褥期を通し、全面的に法的責任を負い、継続ケアを提供し、助産業務範囲も日本より広い。従って、日本の助産制度より自立した専門職として、独立した制度が確立できていると思われる。

世界には主に看護教育を資格条件にした助産師資格(ナースミッドワイフ/日本や米国など)と看護教育を前提にしないダイレクト・エントリー型の助産師資格(デンマーク、英国の一部など)がある。直接助産に関する理論と実践を学ぶダイレクト・エントリー型教育制度は、助産師教育の歴史が長いヨーロッパに多く見られる<sup>11)</sup>。

オンタリオ州の助産教育制度は、看護教育を前提にしていない。助産師養成学校はなく、4年制の大学教育である。そのため助産学の学士を取得しなければならない。1年間共通の知識として看護の基礎教育を受け、後の3年間専門的知識として助産学について広く深く学ぶ。卒業までの分娩介助例数は60例である。オンタリオ州の助産教育制度は、ICMの助産師教育に関する勧告<sup>11)</sup>の内容とほぼ一致し、国際的レベルで専門的能力の育成を担っている内容と思われる。

日本の助産教育は看護教育を前提にしている。助産婦学校養成所の指定基準<sup>12)</sup>によると、修業年限は6ヶ月以上であり、卒業までの分娩介助数は

10例程度となっている。年数だけで教育の質の比較はできないが、日本では今の助産教育では不十分だとの論議がある。

オンタリオ州で助産業務となっている硬膜外麻酔、会陰切開術、縫合、処方箋交付、婦人科診察は、日本の助産教育年数では十分に学べない。そのため業務権限として得る事ができないのではないかと考える。

オンタリオ州の助産師は、妊娠、分娩、産褥期を通し母子に対して全面的に法的責任があり、医師によって監督されない。専門職として自立を可能にし地位が確立できている部分があるが、日本が学ぶべき部分であると考え。日本の助産レベルを向上させるためには、どうしたらよいのであろうか。

助産教育の視点から見てみると、日本の助産教育は過渡期を迎えている。1993年から看護系大学の新設が著しくなった。助産教育は4年制大学のカリキュラムの中に包含され、選択科目として位置づけられている。専攻した少人数の学生が、助産師国家試験の受験資格を得る。一方で、助産師学校の閉校や、短期大学の専攻科が看護系大学のカリキュラムに組み込まれ始めている。助産教育が看護系大学教育に包含されてきている。修業年限や卒業までの分娩介助数は、助産婦学校養成所の規定基準そのままである。オンタリオ州の助産師は、1993年以前職業として認められていなかった。法制化された後、4年制大学教育で、専門科目として助産教育が3年間を通して行われる。日本の助産師の学問的知識レベル、技術や判断能力レベルはオンタリオ州と比較してどうであろうか。

日本の看護系大学カリキュラムで助産専攻した学生の、分娩介助例数が、10例にも満たないで卒業する現状がある。オンタリオ州に比べ、教育年数や分娩介助例数の異なる日本の助産学生が卒業後助産師として自立してやっていけるのであろうか。

日本の助産師が、自立した専門職としての地位を確立するには、他国との教育制度を比較検討し、教育年限や実習内容を充実させる必要があると思われる。また、クライアントに対する法的責任を明確にし、法的責任を負えるよう教育制度を見直すべきことが示唆された。

## V. おわりに

今回文献検索した、オンタリオ州の助産教育や助産活動について、21世紀の国際化時代に向け、日本の助産教育に役立てていきたい。多くの人に機会があれば報告し、少しでも参考にしてもらいたいと思う。

## 文 献

- 1) Association of Ontario Midwives : <http://www.aom.on.ca/links/2002>
- 2) RHPA : [http://www.hprac.org/English/rhpaSummaty\\_1.asp](http://www.hprac.org/English/rhpaSummaty_1.asp)
- 3) Midwifery Act : [http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/English/91m31\\_e.htm](http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/English/91m31_e.htm)
- 4) College of Midwives of Ontario : Prior Learning and Experience Assessment Program Information Package, 1-4, Ontario, 2001
- 5) Midwifery Education in Ontario : Association of Ontario Midwives Education Committee, 14-28, Ontario, 1998
- 6) The Continuing Education Division of Ryerson University : The International Midwifery Pre-Registration Program Package, 1-2, Ontario, 2002
- 7) 高橋弘子：助産婦の教育，青木康子，加藤尚美，平澤美恵子（編）：助産学大系1 助産学概論，160-167，日本看護協会出版会，1996
- 8) 青木康子：助産婦の職性と業務，青木康子，加藤尚美，平澤美恵子（編）：助産学大系1 助産学概論，136-158，日本看護協会出版会，1996
- 9) 芦野由利子：リプロダクティブ・ヘルツ／ライツ概論，北村邦夫（編）：21世紀のキーワードリプロダクティブ・ヘルツ／ライツ性と生殖に関する権利，10-22，メディカ出版，1998
- 10) 大石時子：アメリカで助産婦資格（CNM）を取得しました－Women's Healthの概念を求めて－，助産婦雑誌，53(12)，65-70，1999
- 11) 我妻 暁：英国助産婦協会を訪ねて－日本の助産婦へのメッセージ－，助産婦雑誌，24(11)，49-52，1970
- 12) 門脇豊子，清水嘉与子，森山弘子編：看護法令要覧平成11年版，52-55，日本看護協会出版，1999

## 偽りの自己からの回復

—子ども虐待についての文献レビュー—

### Recovery from pseudo-self

—Literature review about child abuse—

村方多鶴子<sup>※1</sup>

Tazuko Murakata<sup>※1</sup>

**キーワード**：子ども虐待，世代間伝達，真の自己，偽りの自己

Child abuse, Transgenerational transmission, Real-self, Pseudo-self

#### I. 緒言

1962年に、アメリカでケンプ (C. H. Kempe) がbattered child syndrome<sup>1)</sup>の概念を発表し、日本では1971年に「小児の虐待—Battered child syndrome」<sup>2)</sup>が発表された。しかし、この当時、子ども虐待に取り組んでいたのは、小児科医を中心とする一部の医師たちだけであった。その後コインロッカー嬰兒死体遺棄事件が多発したため、子ども虐待の全国的調査<sup>3)</sup>が行われるようになり、その実数が明らかになっていった。1990年ごろには子ども虐待に関する研究が幅広く行われ<sup>4)-10)</sup>、マスコミでも子ども虐待を取り上げる機会が多くなり、子ども虐待の関心が世間にも広まっていった。

幼い頃虐待を受けると、身体的な傷にとどまらず心の傷として残り、大人になっても様々な影響を及ぼす<sup>11)</sup>と言われている。そのひとつに自我形成の歪みがあり、自分の感情を抑圧したまま大人になると「偽りの自己」が形成され<sup>12)</sup>、それが影響して自分の子どもにも同じ虐待を繰り返すことが明らかになっており、その割合は30%程度<sup>13)</sup>と言われている。しかし、逆境の中に育っても、サポートしてくれる人がいると虐待を防ぐことができる<sup>14)</sup>とスティール (Steel, B. F.) は述べている。また、ハンター (Hunter, R. S.) の研究によれば、自らの虐待について「語る」ことができ

る人は、虐待を繰り返さない<sup>15)</sup>ということが明らかになっている。つまり、周りに信頼できる人がいて、自分の感情を素直に表現することができれば、虐待を繰り返さなくてもすむと考えられる。

しかし、成長していく過程で信頼できる人に出会わなかった人もいる。その場合、偽りの自己が形成され、生き辛さを感じたまま生きざるを得ない。そこで、偽りの自己として成長した人に看護師が援助することで、自分らしく生きることができるようになればと考えた。ハーマン (Juduth Lewis Herman) は、心的外傷を受けた人が回復していく方法として、安全な集団の中でグループワークを行い、自分の体験を語り、他者との新しい結びつきを取り戻すことで自分らしい生き方を獲得することができる<sup>16)</sup>と述べている。日本でも斎藤<sup>9)</sup>がその方法を取り入れ、虐待を受けた人に対して治療を行っているが、まだ一部でしか行われていない。その理由として、今まで虐待を行う親は加害者とみなされ、治療の対象とは考えられていなかったために、予防的治療には力をいれてこなかったことが挙げられる。しかし、親を責めているだけでは何の解決にもならないということが明らかになり、親をも治療の対象と見なすようになってきた。最近では、保健所などで、虐待を起こす恐れのある母親を対象としたグループでの治療が行われ始めている。

※1 宮崎医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

そこで本研究では、研究枠組み構築のために文献の整理を目的として、「偽りの自己」がどのように形成されるのか、また、「偽りの自己」がどのようにして回復し、「真の自己」を取り戻すことができるのか、その過程を文献を元に明らかにする。

## II. 研究方法

### 1. 研究時期

1999年4月～2000年12月

### 2. 研究方法

1990年以降に出版された文献の中で、日本で第一線で虐待を受けた子ども（以下、被虐待児と現す）の治療を行っている西澤、トラウマ（心的外傷）の研究を行っているJ.L.ハーマンや、家族病理の研究や治療の第一人者である斎藤の文献を主に取り上げ、文献研究を行った。

### 3. 研究内容

偽りの自己に関係ある、子ども虐待の情緒的影響、世代間伝達の仕組み、世代間伝達防止への対応を明らかにした。

### 4. 用語の定義

#### 1) 子ども虐待

保護者（親権を行うもの、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護する者）がその監護する児童（18歳に満たない者）に対し、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト（neglect）、心理的虐待などの行為をすることをいう<sup>17)</sup>。

#### 2) 真の自己（real self）

真の自己とは、自分の感情に正直で、生き生きとして現実感のある自己のことである。

真の自己は以下のようにして形成される。エリクソン（Erik H. Erikson）は、「乳児は、母親的役割を持つ他者に生理的欲求を繰り返し満たしてもらふことで、快の状態になることを体験するだけでなく、母親から自分は一個人として信頼されているという確信を得ることで、子どもの心の中には基本的信頼感が育ってい

く。』<sup>18)</sup>と述べている。そしてアイデンティティを確立していくためには真の承認、つまり、ありのままを認められることが重要だとレイン（R. D. Laing）<sup>19)</sup>は述べている。人は無力な状態で生まれてきても、親から愛され大切にされた体験をもとに、基本的信頼感や自尊感情が形成されるのである。（ここで言う親とは生物学的な親ではなく、その子にとって大切な存在である親的役割の人を意味する。）

ウィニコット（Donald W. Winnicott）は本当の自己だけが実存感や現実感をもつ<sup>20)</sup>と考え、レインは＜真正＞であるということは、自分自身に対して真実であり、自分があるところのものであり、＜本物＞であること<sup>20)</sup>と述べている。ここで言う「本当の自己」、「＜真正＞であること」が「真の自己」と呼ばれるものと考ええる。

#### 3) 偽りの自己（pseudo self）

偽りの自己とは、自分の素直な感情を抑圧して、相手の期待に迎合する自己のことである。

## III. 結果及び考察

研究枠組み構築のために文献の整理を行った結果、子ども虐待により情緒的にどのような影響を受けるのか、なぜ虐待が次の世代に繰り返されるのか、子ども虐待を防ぐにはどうしたらいいのかという項目が整理できた。

### 1. 子ども虐待の情緒的影響

村瀬は、被虐待児は、発達過程において適切な親子関係を保てなかったために、①自分も他者も信じられない、②自己抑制力が弱く、衝動コントロールが拙い、③体験を自分から切り離す傾向にある、④相手を怒らせるような行為に出る、⑤人格の乖離状態をきたすなどの精神発達上の問題が生じる<sup>21)</sup>と述べている。郭は、虐待を受けると、虐待されている期間のみでなく、その後の人格の発達にも影響を与える<sup>22)</sup>と考えている。また、西澤は、虐待が及ぼす情緒的影響として心的外傷後ストレス障害（PTSD）、対人関係の障害、攻撃性、自己概念の障害、解離性障害、その他の心理

の影響として、偽成熟性 (pseudo-maturity)、食べ物への強い固執、境界性人格障害<sup>23)</sup>を挙げている。

偽りの自己の形成という視点から考えると、乳幼児期に虐待を受けた場合、基本的信頼感が育たない、自己評価が低く自己概念が歪む、攻撃性・衝動性が高い、心に深い傷を負うという影響を受けると考えられる。そこで、それらの発生機序を明らかにする。

#### 1) 基本的信頼感の欠如

子ども虐待の場合、長期にわたり繰り返し裏切られるような体験をすることが多い。西澤は、最も愛してくれるはずの親が攻撃を加えることで、基本的信頼感を中心とする対人関係が大きく障害される<sup>1)</sup>と述べているように、親に対する基本的信頼感が育っていなければ、他人を信じていくことができない。そのために、周りの人々と適切な距離を保ちながら付き合うことができなくなる。

#### 2) 低い自己評価

子どもは、親から承認されることにより、自己を確立していく。しかし、被虐待児は、自分を受け入れられた体験が少ない。西澤は虐待を受けて育った子どもは、虐待行為の原因が自分にあると認知する傾向があり、「自分は悪い子でダメな存在だ」という認知を持ってしまう<sup>1)</sup>と述べている。親に対する基本的信頼感がない上に、罪悪感を抱いたまま成長する子どもは、自己評価が低く自分に自信が持てなくなる。

#### 3) 自己概念の歪み

信田<sup>24)</sup>は、「よい子」とは大人にとって都合のよい子と捉え、三池<sup>25)</sup>は、周囲の意見や雰囲気を感じ取り協調し、自己抑制して自らを出さずに生きている子ども達を「よい子」と定義している。親が子どもを支配したり、不適切な育児を行ったりすると、子どもには基本的信頼感が育たず、自我が弱くなる。そして、子どもは「見捨てられ不安」(自分が親から捨てられてしまうのではないかという不安)から親にしがみついたため、自分の素直な感情を抑圧せざるを得ず、懸命に親の期待に応えようとする。

こうして親が喜ぶような「いい子」を演じてしまうようになる。西澤<sup>1)</sup>は自分の周りにいる人の感情や欲求を非常に敏感に感じ取り、反応することを偽成熟性と呼び、「良い子」と評価されることが多いと述べている。子どもがそのような反応を示すのは、それほど「親に愛されたい、認められたい」という思いが強いからである。しかし、親の期待通りになり、周りからも賞賛を得るような結果になったとしても、本当に自分の望む生き方とは異なるため、空虚感や無力感を感じてしまう。

ミラー (Alice Miller) は、「両親の欲求に順応していると、…偽りの自己と呼ばれているものが出来上がってくる。」<sup>26)</sup>と考へ、ウィットフィールド (Charles L. Whitfield) は「偽りの自己は隠れ蓑であり、他人がそうあって欲しいと思うものに焦点を当て、過度に適合する。」<sup>27)</sup>と述べている。つまり、虐待を受けると、子どもは見捨てられ不安から「良い子」を演じるようになり、虐待が長期にわたると自己概念を歪めてしまい、偽りの自己が出来上がってしまう。

#### 4) 高い攻撃性・衝動性

虐待を受けると、子どもは痛みの感覚や怒りなどの攻撃的感情を持つが、それを表現することは危険なため、抑圧せざるを得ない。更に、そういう気持ちを感じるのが苦痛であるため、感情を鈍磨させていく。しかし、その感情は消えてしまうわけではなく、無意識の中で存在し続ける。そして、表現できないために余計にその攻撃性は大きくなる。

一方、被虐待児は、親との間で過去に身につけた虐待的人間関係を再現する「虐待関係の反復傾向 (replication)」がある<sup>23)</sup>と西澤は述べている。親から共感された経験が少なく、相手の立場に立って考えるという体験を学んでいないため、怒りが強まった時に自分で怒りをコントロールできないからである。また、前述したように、攻撃性を抑圧していたため、怒りが限界に達した時には、より破壊的となって現れやすい。

## 5) 心的外傷後ストレス障害 (post traumatic stress disorder : PTSD)

PTSDとは、過酷なストレスに対する反応として生じる精神的な障害で、強い恐怖、驚愕、絶望などの心理的状态を呈するものである。子ども虐待は、密室の中で、長期にわたり何度も繰り返されることが多いため、誰にも気づかれないまま、心的外傷(トラウマ)になりやすい。

## 2. 子ども虐待の世代間伝達の仕組み

自分が親から受けた虐待と同じことを自分の子どもに繰り返すことを、「虐待の世代間伝達」(transgeneration transmission)と呼び、虐待を生じる家族の特徴の一つ<sup>28)</sup>と考えられている。真の自己を抑圧し、その矛盾に気づかないで大人になった人も、自分が親となり子育てをする段階になると、「自分と子どもとの関係」を通して「自分と親との関係」を見つめ直さざるをえない。すると、今まで抑圧してきた感情に直面させられ混乱する。そして、大人になっても絶対的存在である親に逆らえないために、自分より弱い「自分の子ども」に抑圧していた感情をおつけることになる。

虐待の世代間伝達の仕組みは、学習<sup>22, 29)</sup>、虐待者への同一化 (identification with aggressor)<sup>29)-32)</sup>と復讐<sup>29, 33, 34)</sup>、役割逆転 (role reversal)<sup>13, 35)</sup>により起こると言われている。ここでは、深層心理学的視点から、「偽りの自己」と関係が深い攻撃者との同一化と復讐、役割逆転がどのように起こるかを明らかにする。

### 1) 攻撃者との同一化と復讐

虐待をうけると、自分に自信が持てなくなり、自己評価が低くなる反面、攻撃性・衝動性が高くなる。そのため、かつて虐待を受けた親は、「自分の悪いイメージ」を「自分の子ども」に投影 (projection) し、「自分」を「虐待した親」と同一化するという防衛機制が働く。西澤<sup>29)</sup>は、自分に攻撃を加えた「強い」存在である親と自分を重ね合わせることによって、「弱い無力な自分」を否定し、それを万能感で置き換えると述べている。このように、力を誇示す

ことで辛い記憶を抹殺し、傷ついた自尊心を修復できる。こうして、親との間で身につけた虐待関係を繰り返してしまう。

### 2) 役割逆転

両親に依存している乳幼児期に親から拒まれ、その上暴力にさらされた子は、基本的信頼感が育っていないため、慢性愛情飢餓状態にいる<sup>4)</sup>と言われている。そのため、そのまま大人になった人は強迫に取り付かれ、子どもの時に手に入れることができなかった愛情や保護を、両親の代役となる「自分の子ども」に求めるようになる<sup>26)</sup>と考えられている。本当なら、親が子どもの欲求を満たすという基本的な役割関係が逆転し、子どもの方が偽成熟性を発達させ、親の欲求を満足させるという逆転した役割関係になってしまう<sup>13)</sup>のである。

## 3. 世代間伝達を防ぐには

カウフマン (Joan Kaufman)<sup>36)</sup>は、虐待の世代間伝達に関する従来の方法を概観し、30±5%の割合で世代間伝達が行われていると結論を出している。30%前後という数字は、我が国においても信頼できると西澤<sup>13)</sup>は述べている。同じように虐待を受けても、次世代に伝達する場合と、しない場合があるのはなぜであろうか。

スティール<sup>14)</sup>は、他人に対する信頼の有無が虐待の世代間伝達に影響していると指摘している。たとえ両親から虐待を受けて成長しても、他にサポートしてくれる人がいる人は、支えてくれる人がいなかった人よりも悪循環を断つ可能性が高いという結果である。更に、ハンター<sup>15)</sup>は、自らの虐待について語るができるか否かが、虐待を繰り返すかどうかの大きな別れ目になっていると述べている。また、ハーマン<sup>37)</sup>は、秘密を明らかにすることで回復につながると考えている。つまり、虐待を受けたとしても周りに支えてくれる人がいたり、早い時期に治療を受けると虐待による情緒的影響は少ないが、周りに恵まれず、治療を受ける機会もなく大人になると、偽りの自己として生き、虐待を起こしやすくなると考えられる。偽りの自己から回復する方法として、日記や出

版物などの執筆療法<sup>38)</sup>、レタリング、自分を見つめなおす作業、カウンセリング<sup>39)</sup>などがある。しかし、抑圧していた過去の感情を意識化するということは、大変難しい。そこで、一人ではなく、同じような仲間とともにグリーンワークを行う方法が一番効果的であると考えられる。

ハーマン<sup>16)</sup>は、「心的外傷を受けた人は、他者から離断して無力であるため、回復の基礎は有力化と他者との新しい結びつきを作ることである。他の人々との関係が新しく蘇る中で心的能力（基本的信頼を作る能力、自己決定を行う能力、積極的に事を始める能力、新しいことに対処する能力、自己がなんであるかを見定める能力、他者との親密関係を創る能力）を創り直す。」と述べている。その回復過程として、基本的には「安全」、「想起と服喪追悼」、「再結合」の3段階のプロセスがあり、その人の状態により様々なプロセスをたどると考えられている。虐待は長期にわたり、自己概念まで歪め、偽りの自己が確固たるものになっているため、どのようにして偽りの自己が回復していくのか、心が癒されるプロセスをハーマン<sup>40)</sup>の3つの段階に沿って見てみる。

## 1) 偽りの自己からの回復

### ①第一段階：安全

ハーマンは第一段階で自分の問題を明らかにし、自分の力を回復させ、安全な環境を作ることが必要<sup>41)</sup>と述べている。偽りの自己として大人になった人は、現在でも緊張した人間関係の中にいることが多いため、まずは、物理的に安全な環境が必要である。そして、自分の事を心配してくれる安全な仲間にもたれ落ちて生活できるようになれば、自分自身に目を向ける余裕ができる。そうすると、生き辛さを感じていたのは自分のあり方に問題があったことに気づき、自分自身の問題に向きあうことができるようになる。

### ②第二段階：想起と服喪追悼

第二段階では、被害体験者が完全に、深く、具体的細部に渡って外傷のストーリーを語る段階であるとハーマン<sup>42)</sup>は述べている。斎藤<sup>43)</sup>は、「子ども時代の痛みや喪失が癒されることなく

過ぎて大人になった場合、その人の心の中には愛を求める子どもの悲嘆が住みつく。この子どもをインナーチャイルド（内なる子ども）と言い、彼らを癒す作業をグリーンワーク（悲嘆の仕事）と言う。」と述べている。インナーチャイルドとは、真の自己を表現できず、ありのままに受け入れられていないという点で、偽りの自己と共通すると考えられる。

この段階で自分自身を見つめると、家族の問題が見え始め、自然と過去の回想につながる。虐待の記憶は抑圧しているので、初めは過去の回想してもなかなか出てこない。しかし、同じような体験をした仲間の話聞きながらグリーンワークを行うと、自分の話を聞いて欲しいという感情が芽生える。そして、激しい怒りや悲しみが一気に噴き出す事が多く混乱するが、共感して聴いてくれる仲間がいて、辛かった過去の感情を皆で分かち合う（シェアリング）と、強烈な情緒的反応は次第と和らいでいく。そして、それはもはや「もう済んだこと」として「過去の記憶」になるとウィットフィールド<sup>44)</sup>は述べている。つまり、虐待をうけた事実は決して消えることはないが、抑圧していた感情を再体験することで、それに対する囚われが消え、今までとは違った意味付けができるようになる。

### ③第三段階：再結合

ハーマン<sup>45)</sup>は、外傷的な過去との和解を達成した人は、これからの人生に向けて、新しい関係を育てなければならないと述べている。斎藤<sup>46)</sup>は、この段階を「人間関係の再構築」又は「エンパワメント」と呼び、自尊心が十分高まって、人に受け入れられることが信じられると、人に優しくなれると述べている。つまり、乳幼児期に親との間で基本的信頼関係が育っていない人も、信頼できる人との間で育ち直しをすることで、自分らしさ（真の自己）を獲得し、未来に向けて生きていけるようになる。

## 2) 自分らしく生きる

アダルト・チャイルド（AC）とは、元々アメリカでアルコール依存症の親の元で育った人（Adult child of alcoholics）を意味する。し

かし、その後、ACとは機能不全家族 (Adult child of disfunctional family) や感情を抑圧された家族の元で育った人達をも広くさすようになった。虐待を受けて育った人も、家族としての機能が果たされていなかったという点では、ACの概念に含まれると考えられる。『ACが人生を変えていく本』<sup>47)</sup> でACにとってのゴールの例として、「自己信頼」、「健康な境界線」、「対等なコミュニケーション」、「感情表現」、「親密な関係」、「セルフケア」、「柔軟性」を挙げている。黒川<sup>48)</sup>は、世代間連鎖における親の問題点を挙げ、①精神的な安定、②自信、③本心が話せること、④精神的に落ち着いていること、⑤双方のコミュニケーションが取れることが必要であると述べている。斎藤<sup>49)</sup>は、エンパワメントの要素として、①私の発見、②「自分」を肯定する、③傾聴する、④誠実である続ける、⑤自分の身を守る力、⑥自分がしたいと思うことに寛容になる、⑦過去の自分の力を発見する、⑧変化を楽しむ力、⑨選択肢を増やす、⑩切り捨てること、⑪「無意識」へと開かれた心、⑫自分の個性を信じる力、⑬変化を続けることと述べている。

以上の文献の解釈から、以下のことが明らかになった。まず、自分に対する自信が生まれてくるには自由に自己表現が許される安全な場と受け入れが必要であること。次に、このような自己に対する自信は他者との関係の信頼につながり、この人間関係の中で自分の感情を素直に表現できるようになれば、「過去の自分」と「変化した自分」を含めたありのままの自分を認めることができるようになることが分かった。

これは普通に生きてきた人にとってはなんでもないことである。しかし、今まで「偽りの自己」として生きてきた人にとって、自己信頼・自己表現・自己受容・他者信頼ができるようになることが、真の自己として自分らしく生きることであり、このためにはありのままの自分で行われる場と受容してくれる人の存在が不可欠と言えよう。

#### IV. 結 語

乳幼児期に虐待を受けると基本的信頼関係の欠如、低い自己評価、自己概念の歪み、高い攻撃性・衝動性、PTSDなどの情緒的影響を受ける。そのため、攻撃者との同一化と復讐、役割逆転という防衛機制により、自分が受けた虐待と同じことを繰り返す世代間伝達が起こると考えられる。

しかし、乳幼児期に虐待を受けても、周りに信頼できる人がいて、自分の被虐待体験を語ることができれば、虐待を繰り返さなくてすむとされている。そこで、偽りの自己として生きてきた人も、安全な環境で同じような体験をした仲間と共にグリーフワークを行い、抑圧していた自己の感情を再体験してシェアリングを行い、偽りの自己を回復させることで、他者信頼・自己信頼・自己表現・自己受容ができ、自分らしく生きることができるようになる。

今回は、文献を元に検討を行ったため、偽りの自己が回復する過程を検証してはいない。そこで今回は、実際に偽りの自己として生きてきた人が仲間とともにグリーフワークを行い回復していく過程を質的に調査し、明らかにしたい。

#### 文 献

- 1) C. Henry Kempe, M. D., Denver, Frederic N. Silverman, M. D., Cincinnati, Brandt F. Steel, M. D. 他 : The Battered-Child Syndrome, Journal of the American Medical Association, 181, 105-112, 1962
- 2) 佐竹良夫 : 小児の虐待 - Battered-Child Syndrome, 小児科診療, 34(2), 89-93, 1971
- 3) 宮園久栄 : 児童虐待についての調査研究の外観, 萩原玉味, 岩井宣子(編) : 児童虐待とその対策, 118-164, 多賀出版, 1998
- 4) 池田由子 : 児童虐待の病理, 日本医師会雑誌, 103(9), 1464-1474, 1990
- 5) 池田由子 : 乳幼児虐待とその背景, こころの科学, 30, 52-58, 1990
- 6) 池田由子 : 虐待する者の病理, 小児外科, 26(4), 468-472, 1994
- 7) 松井一郎 : 虐待される児の病理, 小児外科,



- 26(4), 473-479, 1994
- 8) 広岡知彦：見え始めた，児童虐待（親子関係ハンドブック＜特集＞－親子関係の病理），児童心理，48(18)，94-100, 1994
- 9) 斎藤学：子どもの愛し方がわからない親たち，108-131, 講談社，1992
- 10) 岩井宜子，内山絢子，佐藤典子，他：児童相談所で扱った児童虐待の実態調査，前掲3)，5-61,
- 11) 西澤哲：子どもの虐待，19-53, 誠信書房，1994
- 12) D. W. Winnicott (牛島定信訳)：情緒発達の精神分析理論，170-189, 岩崎学術出版社，1977
- 13) 前掲11)，68-79
- 14) Steel, B.F.: Notes on the lasting effects of early child abuse throughout the life cycle. *Child Abuse Negl.*, 10, 283-291, 1986
- 15) Hunter, R. S. & Kilstorm, N.: Breaking the cycle in abusive families., *Am J Psychiatry*, 136, 1320-1323, 1979
- 16) Judith Lewis Herman (中井久夫訳)：心的外傷と回復，205-240. みすず書房，1996
- 17) 児童虐待の防止等に関する法律，平成12年5月24日公布，法律第82号，衆議院HP
- 18) E. H. Erikson (仁科弥生訳)：幼児期と社会，みすず書房，317-322, 1977
- 19) R. D. Laing (志貴春彦・笠原嘉共訳)：自己と他者，116-128, みすず書房，1975
- 20) 前掲19)，152-165
- 21) 村瀬嘉代子：児童虐待への理解その3，児童養護，28, 44-47, 1998
- 22) 郭麗月：被虐待児と親の行動特性とその由来，小児看護，20(7)，881-885, 1997
- 23) 前掲11)，27-53
- 24) 信田さよ子：なぜ，「良い子」が問題か－「良い子」を生み出すおとなたち，児童心理，53(17)，1-10, 1999
- 25) 三池輝久：「良い子」のストレスと疲れ，児童心理，53(17)，38-43, 1999
- 26) Alice Miller (山下公子訳)：＜新版＞才能のある子のドラマ－真の自己を求めて－，14-21, 新曜社，1996
- 27) C. L. Whitfield (斎藤学監訳)：内なる子どもを癒す，14-27, 誠心書房，1997
- 28) 渡辺久子：虐待の世代間伝達を断ち切る，助産婦雑誌，52, 674-680, 1998
- 29) 前掲11)，71-79
- 30) 池田由子：児童虐待－ゆがんだ親子関係－，152-166, 中公新書，1999
- 31) Alice Miller (山下公子訳)：魂の殺人－親は子どもに何をしたか－，139-184, 新曜社，1983
- 32) 斎藤学：アダルト・チルドレンと家族，46-78, 学陽書房，1996
- 33) 前掲31)，117-131
- 34) 村瀬嘉代子：児童虐待への理解その4，親へのアプローチ，児童養護，28(4)，40-43, 1998.
- 35) 前掲26)，8-13
- 36) Joan Kaufman and Edward Zigler, PH. D.: Do abused children become abusive parents?, *Amer J Orthopsychiat.*, 57, 186-192. 1987
- 37) 前掲16)，xii-xvi
- 38) J. K. Stettbacher (山下公子訳)：こころの傷は必ず癒える，93-113, 新曜社，1993
- 39) 前掲32)，182-208
- 40) 前掲16)，241-339
- 41) 前掲16)，241-272
- 42) 前掲16)，273-307
- 43) 斎藤学：魂の家族を求めて，138-151, 日本評論者，1995
- 44) 前掲27)，157-174
- 45) 前掲16)，308-339
- 46) 斎藤学：心の内の子どもと出会う，170-205, ヘルスワーク協会，1998
- 47) アスク・ヒューマン・ケア研修相談室：アダルト・チャイルドが人生を変えていく本，110-127, アスク・ヒューマン・ケア，1997
- 48) 黒川昭登：インナーチャイルドの癒し，154-179, 朱鷺書房，1997
- 49) 斎藤学：心の傷の癒しと成長，186-230, IFF出版部ヘルスワーク協会，1999

## オーストラリアにおける緩和ケア (Palliative care) について

## Palliative care in Australia

土屋八千代<sup>\*1</sup>Yachiyo Tuchiya<sup>\*1</sup>

## I. はじめに

今回「在外研究員等派遣旅費」によって、「オーストラリアにおける高齢者ケア並びに緩和ケア」についての研修を行った。研修の目的は、看護学科におけるカリキュラムの有効な運用並びに担当科目に関する情報収集と知識の確認、視野の拡大による多様性の認識を深めることをねらいとしたものであり、教育機関並びに看護の実践施設の見

学と実地での研修を含むものであった。研修スケジュールは表1に示した。

看護学科開設初年度末の慌ただしい業務の合間をぬっての計画・実施であったことで、成果が充分とは言えないが確かな手応えのある研修でもあった。出発直前に最愛の弟をがんで亡くした私にとって、緩和ケアやターミナルケアに関する関心はさらに深まっており、研修目的以上の何かを求めて

表1 オーストラリア研修スケジュール

Day/Date	Facility	Topics
Saturday March 23th, 2002	Departure Narita	JL 761 21:45pm
Sunday March 24th, 2002	Arrival Australian Brisbane	
Monday March 25th, 2002	* Australian Catholic University  * Aged Care Queensland Institute	Undergraduate Nursing Education • Post Graduate Education • New Graduate Preparation • Aged and Palliative Care • Australian Aged Care • Education for Nursing · Assisutants
Tuesday March 26th, 2002	* Mount Olivet Community Health Service	• Legal, Ethical Issues • Residential Aged Care Service • Interim Care Services • Transitional Care • Palliative Care Services • Organizational Structure • Infection Control • Wound Management
Wednesday March 27th, 2002	* hopewell Hospice Services Inc.	• Palliative Care • Respite Care
Thursday March 28th, 2002	* St Luke'd Nursing Services	• Home Health • Aging in Place
Friday March 29th, 2002	Free Time	
Saturday March 30th, 2002	Departure Australian Brisbane	JL 762 9:30am

※1 宮崎医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

いたように思う。

喪失体験覚めやらぬ思いでオーストラリアに向かった私は、緩和ケア研修で訪問したMt Olivet Community Service Palliative Care Servicesで、Care Centre ManagerのDenyse Hasemanから手渡された写真集「Passing Time」を開いたとき強烈な衝撃を受けた。その写真集には、この緩和ケア病棟で死を迎えた92名の患者と家族の病室での生活の場面が映し出されていたのである。パラパラとめくってみた。患者と家族が手を握りあっている場面が多く、患者・家族の思いの全てがその手に表現されているように見え、〈手〉がキーワードなのだと感じた。中でも特に衝撃を受けたのはJoanneの項であった。Joanne（年齢の記載はないがまだ10代初期であろう）は1998年10月10日に死亡した。その彼女の死の直前から死後までの経過が母親の手記と共に数頁に渡って掲載されている。意識のないJoanneの額に手を振れている場面や手を握り語りかけている母親の姿、シーツが取り払われJoanneの遺体の全身が映し出されている場面、医療者によって霊安室への移送のためにシートに包まれてベットからストレッチャーに移動されていく場面が連続コマのネガフィルムそのままに頁1枚に描写されている、その連続コマの中に病室の片隅で見守っている幼い妹たちの姿が、また最終頁にはJoanneのなくなったベッドの前で泣きはらした顔で呆然と佇んでいる母親と3人の幼い妹達の姿……（ここまで映すのか、遺体の全身像を写真に残す、日本では考えられない）と私は思った。しかし、しかしである。この写真集は決して強制でも要請でもない。これはそれぞれの人の生きた証であり、魂の姿であり、この写真集が残されることを患者も家族も望んで

きあがったものであると説明された。Joanneの母親の手記の中に、Joanneが昏睡に入る前に‘There, there mum, don’t cry. It’s going to be all right.’と言ったこと、そして母親は手記をこの言葉で締めくくっていた。「She will be forever in my heart.」

Palliative Careに関わる者として対象の魂の姿をありのままに受け止めること、また家族への配慮が不可欠であることが実感される写真集であった。いまや日本もWHO Expert reportを受けて緩和ケア推進の傾向にある。しかし、ホスピスや緩和ケア病棟は不足しており、多くの患者・家族はいわゆる一般病棟で終末を迎えることになり、特に精神的・霊的ケアへの配慮が不足、あるいはなされないこともある。結果、私のような喪失体験をトラウマとして残す家族を輩出しているのではなかろうか。

以上のような私自身の最近の状況から、今回は看護教育者として、また科目担当者としての今後の課題を検討したいと考え、特に緩和ケア(Palliative care)に焦点をあてて報告する。

## II. Palliative careについて

Palliative care（緩和ケア）とは、治療目的が有効ではなくなった患者への積極的な全人的ケアであり、その目標は患者や家族にとって可能な限り最高のQOLを実現することで、ケアの内容は疼痛緩和や苦痛な症状コントロール、精神的・社会的・霊的ケアを包含するものである。これらは終末期にのみ適用されるものではなく、WHOでは1989年のジュネーブ会議で緩和ケアはがん治療のはじめから推進されるべきケアであるとし、6点の基本方針を提唱した。（表2）

表2 緩和ケアの6つの基本方針

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>①生命を尊重すると同時に、死への過程を誰にも訪れるものとしてとらえる</li> <li>②死を早めることも延長することも企てない</li> <li>③痛みを始めとする諸症状の緩和をはかる</li> <li>④心理面の問題や霊的（spiritual）な痛みへのケアを行う</li> <li>⑤死が訪れるまで患者ができる限り活発に生きられるように支援する体制を持つ</li> <li>⑥病人を持ったことや死別の悲しさを切り抜けられるよう家族を支援する体制を持つ</li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

（武田文和監修（1990）Palliative careをめぐる最近の話題，p.77，メデイカルレビュー社より）

日本の場合1990年の診療報酬改定により、末期の悪性腫瘍患者対象に「緩和ケア病棟入院料」が新設され、その後1994年には後天性免疫不全症候群 (AIDS) 患者も対象となった。厚生労働省の調査によると、平成12年12月現在でホスピス・緩和ケア病棟を有する医療機関は83施設 (病床数1,537床) となったが、需要にはほど遠いと言わざるをえない。平均在院日数は47日であり、近代的ホスピス発祥の地であるイギリスの約2週間に比べて長くなっているが、遺族の満足度は9割近くが満足 (アステムNews No. 910 平成13年6月11日) していたことも踏まえて、ホスピスや緩和ケア病棟の増設や一般病院・病棟においてもホスピス的・緩和ケア的なケアの提供が望まれる。

### III. オーストラリアの医療体制

#### 1. 人口動態などの背景とQLD (QUEENSLAND) の特徴

##### 1) 社会的背景

オーストラリアの国土面積は7,682,000km<sup>2</sup>, 2000年度の人口は1,900万人で、65歳以上の将来推計は2000年 (12%) で2020年には17% (日本は17%→27%へ), 平均寿命は男性76歳, 女性81歳, 粗死亡率7.0% (1996年), 死因は上位より, ①虚血性心疾患, ②脳血管疾患, ③肺癌, ④慢性閉塞性肺疾患, ⑤結腸直腸癌である。<sup>1)</sup>

##### 2) 地理的背景

オーストラリアの国土は日本の約20倍の広さがある。訪問したQLD州ブリスベン空港には、日本から飛行機で約9時間で到着し、日本との時差は1時間しかない。季節的には日本と反対であり、年間晴天日は290日で気候が安定していて暖かく、訪問した3月は夏にあたり、平均気温は最高27℃, 最低19℃, 水温25℃で雨量は205mmと紹介された。真っ青な空と燦爛と降り注ぐ太陽が目にも痛いほどであったが、湿度が高くないのかカラッとしていた。ブリスベンはオーストラリア第3番目の大都市であり自然環境抜群で、車で1時間ほどの所にあるゴールドコーストは50キロの美しい白浜の海岸や緑豊かな森林が広がり世界の観光地となっている。ま

た、ブリスベンでの宿泊ホテルの前を流れるブリスベン川は悠々としており、夜間のライトアップを含めてホテルからの展望は昼夜とも何度見ても飽きない魅力があった。

#### 2. 医療体制

オーストラリアは6つの州と2つの特別区があり、それぞれが独自の医療体制を有しているが、資料から共通する事項について述べる。

National Health Insurance Systemとして次の2つがある。<sup>1)</sup> ①国による医療保障制度 (Medicare): 1984年に発足した制度。基本的医療は誰で受けられること、公立病院 (Public Hospital) で無料で医療が受けられること。国は負担を軽減するために②民間の健康保険制度 (Private Health Insurance) の加入を推進しているが、加入率は45%程度となっている。この2つの保健制度の違いは、医療費の患者負担の有無、担当医の選択権の有無、入院 (所) までの待機期間の長短となる。Public Insuranceの場合は医療費の患者負担がない代わりに、担当医の選択権はなく待機期間も数ヶ月と長期になる場合が多い。1998年統計では約15万のベッドのうち、General Hospital (Public約55,700。Private約23,000), Nursing Home (Public約10,000。Private 64,000) の割合であった。

### IV. QUEENSLANDのPalliative care

オーストラリアのPalliative careについては「Palliative Care Australia」や「Palliative Care Service Provision in Austratia: A Planning Guide」「Multicultural Palliative Care Guidelines」などの資料を入手したが膨大で訳せずにいる。ここでは訪問したQLD州の施設におけるPalliative careについてのみ紹介する。

#### 1. Mount Olivet Community Service (緩和ケア)

キリスト教会の事前事業団体 (カリタス: 信仰・希望・愛の対神三徳のうちの最高の徳の意味) 経営のPrivate Hospitalで、主としてブリスベンに

における Community Service と Palliative Care Service を行っている。今回の訪問では、Residential Aged Care Service (在宅高齢者ケアサービス)、Interim Care Service (当座の暫定措置的なケアサービス)、Transitional Care Service (短期滞在型のケアサービス)、Palliative Care Service (緩和ケア)、Organizational Structure (組織と管理)、Infection Control (感染管理) と Wound Management (創管理) について、それぞれの担当者から説明があった。特に Wound Management として、高齢者などの皮膚の特徴に応じたスキンケアが徹底されていることに驚かされた。昼食後に病院と併設している高齢者ケア施設並びに緩和ケア病棟を見学した。高齢者ケア施設は明るい雰囲気与生活の場が整備されており、入所の方々の顔も明るかったが、2つの点で驚かされた。1つは患者を抱え上げてはいけなことが法律に規定されているということ、もう一つは Health Insurance System の違いによる病棟の差 (Public と Private) であった。緩和ケア病棟ではナースステーションの正面にスタッフ紹介の一覧表が掲示されていたが、このサービス部門のトップは看護職 (Care Centre Manager)、病棟医はその下に配属されており、オーストラリアの看護職の位置の確かさをかいま見た思いであった。そしてその Manager である彼女に前述した写真集を渡されたのである。ここでは疼痛コントロールはもとより精神的・霊的ケアが患者・家族に提供されており、家族には予期的悲嘆への準備教育もなされていると説明された。その後病棟を見学したが、病棟は静かであり廊下に患者の姿はなかった。家族のための部屋があることも説明されたが、丁度使用中であり覗くことはできなかった。また病室は患者が在室しているので詳細に見学することはできなかった。前述した写真集から見てみることにする。3人部屋の場合はテレビが1台、ベットの横に2人はかけられる椅子があり、患者や家族はそこで作業をしている。出窓式になっているので窓際には花や写真がいっぱい飾られている。前述の Joanne の病室は個室であり、彼女のベットには熊や犬のぬいぐるみが置か

れ壁際には写真が飾られており、隣室は冷蔵庫やレンジのあるキッチンとなっている。

## 2. Hopewell Hospice Services (ホスピス)

ゴールドコーストのホスピス訪問のため朝8時30分に出発。訪問した Hopewell Hospice は、Hope Island の閑静な住宅地の一角にあり、大きな松の木や南国の花々に囲まれた普通の大きめの住宅といった建物であった。施設長は看護師であり、以下は主として彼の説明による。ここでは8人が入居でき外泊・外出は自由とのことであった。入所者たちは一緒に料理や食事をする一方、静かな一時をもつことも可能である。通常の家での生活 (日本でのグループホームみたいな) を営むことができること、気が向けばいつでも自宅への長期的な外泊も可能であり、現在個室の患者は外泊中であった。ここでは通常疼痛緩和のモルヒネは大体1,000mg程度 (以上?) 投与され、患者の QOL 保証のために有効であると説明された。

現在、70~90%のがん患者で痛みを消失させる鎮痛薬使用法が確立している。これは1980年代に数カ国の医療機関で試行され、WHO方式がん疼痛治療法として有効性が実証されている。この方式では鎮痛薬の使用法は、①できる限り経口投与に、②時刻を決めて一定の時間感覚で規則正しく、③除痛ラダーにそって効力の順に (非オピオイド±鎮痛補助薬→この処方に軽度から中等度の痛みを用いるオピオイド鎮痛薬を加える→中等度から高度の強さの痛みを用いるオピオイド)、④患者ごとの個別的な量で (オピオイド鎮痛薬には標準投与量はなく、患者の痛みが消える量を<適切な投与量>と言う。経口モルヒネで4時間ごとの投与の場合、1回量が5mgから1,000mg以上にわたる、⑤そのうえで細かい配慮を、の5点に要約される。<sup>2)</sup>武田はこの「WHO方式がん疼痛治療法」の普及活動を行っているが、治療効果は向上したが、日本の場合、医師はモルヒネへの恐怖心のためか使用量が少ないことを指摘している。私の場合も WHO 方式への認識が浅く、Hopewell で看護長より1,000mgと聞いて驚いてしまったが、患者の QOL 保証のために WHO 方式を実施していた

ことが分かった。武田の報告でも、オーストラリアは世界でも最も多種類のオピオイド鎮痛薬が使える国と言われるようになったが、がん疼痛治療先進国の一つであり、研修を受ける日本の医師や看護婦も増えている（週刊医学界新聞第2436号，2001.5.14）とのことである。Hopewellでも日本からの訪問者が多く、玄関には訪問者から贈呈された扇子が飾られていた。また、入り口近くに礼拝堂が設置されていたが、イエス・キリスト像と仏陀が安置されていた。看護長の話によると、礼拝堂は入所者の誰れもが心のよりどころとして安心できる場であり、このため宗教に拘ることはないが、入所者の意向も踏まえてもっと多くの宗教関係のものを安置してあるとのことであった。

## V. 今後の課題

今回はオーストラリアの高齢者ケアにも緩和ケアにも感動した。高齢者に対する国の徹底した施策には日本の施策の貧困さと比較して羨望の思いであった。訪問した老人施設での高齢女性の華やかな衣装や顔の輝きは、ブリスベンの澄み切った青空と妙に符合して感動を覚えた。また、高齢者施設では日本にはまだ馴染みのないダイバーショナルセラピストが複数配置され、楽しそうに行事やゲームの準備をしていた。（ダイバーショナルセラピー (DT) とは日本では〈気晴らし療法〉と訳されており、痴呆症のケアに導入されている。高齢者の感情を刺激し気持ちを落ち着かせる効果があるという（読売新聞，2002年12月10日）。日本にDTが存在しているか否かは不明であるが、多分レクリエーション療法に包含されて行われているであろう。

Palliative careも含めて、医療福祉に関する費用は政府から資金がでるので患者の自己負担はないし、ボランティアが資金を得るための活動を行っている。また毎年「ホスピス週間」がありメデイ

アが市民への啓蒙活動として特別行事を開催しているなど、国民性の違いを痛感した。オーストラリアの北部準州で末期患者の本人の意思による選択で、世界初の安楽死法が可決され1996年7月から施行されたが、この法案は翌年3月連邦会議で無効とされた。詳細は不明であるが、オーストラリアの国民は生命の尊厳と自己決定権等に関する意識が高いことが伺えるし、国家の種々の施策はそのような国民の意思を尊重していることを示している。このあたりが日本とは異なるように思える。日本の場合も国民1人1人が自他の生命や決定権を尊重し、医療に主役として参加していくこと、更には国民の保健・医療・福祉に対する国の施策の充実が求められると言えよう。

看護教育においても、このような社会の変遷を踏まえて、常に生命尊厳を基盤としながら患者・家族の自己決定権の行使への援助が実施できる看護職の育成が責務であろうこと、そのためには教員自身の研鑽が基盤となることを痛感している。今回の研修の成果を教育にどのような形で反映していくか、理念や基本的な考え方は前述した通りであるが、これを教授－学習過程にどのように組み込み展開していくかについて、シラバスを前にして思案している。

最後になりましたが、このような貴重な研修の機会を与えて下さった方々、またこの間の教育業務を担って下さった方々に感謝します。

## 文 献

- 1) NURSING IN THE WORLD Ourth Edition : The International Nursing Foundation Of Japan 2000, p.194-200
- 2) 世界保健機関編，武田文和訳：がんの痛みからの解放－WHO方式がん疼痛治療法第2版－，金原出版株式会社，1996

# オーストラリアの高齢者ケア

—訪問看護に焦点をあてて—

## Aged care in Australia

— Focusing on visiting nursing —

鶴田 来美<sup>\*1</sup>

Kurumi Tsuruta<sup>\*1</sup>

### I. はじめに

世界一の長寿国であるわが国は、長寿を誇りとするならば「その人らしく生活できる環境づくり」、 「住みやすい地域づくり」についてもっと取り組まなければならない。

医療費の高騰による健康保険財政の危機が叫ばれ、入院にかかる費用を削減しようという動きが始まった。2000年からは介護保険制度が実施され、医療保険制度と介護保険制度のもと病院・診療所、訪問看護ステーションが在宅療養者を支えている。現在約5,300ヶ所の訪問看護ステーションが訪問看護を行っており<sup>1)</sup>、わが国において、訪問看護ステーションは在宅療養を支える重要な資源の一つである。訪問看護は看護職が主体となってケアサービスを提供できるとともに、ケアサービスを事業化できる環境にある反面、専門職としての資質の向上、安定した事業経営が重要な課題でもある。

今回、高齢者ケアの先進国であるといわれているオーストラリア研修の機会を与えていただき、看護大学、高齢者ケアの施設、ホスピス、訪問看護施設等を見学した。その人らしく生き生きと生活をしている高齢者宅を訪問する中で、わが国でも今後検討すべき課題があると感じた。本稿では、高齢者ケアの中の訪問看護を中心に報告をする。

### II. オーストラリアの概況<表1>

日本とオーストラリアはともに島国ではあるが、面積はオーストラリアが日本の約20倍であるのに

対し、人口は日本の約7分の1、人口密度の高いわが国からみるとその広大な大地、おおらかで受け入れのよい人間性は魅力的であり、退職後の日本人夫婦がオーストラリアでのんびりと過ごすことを選択するのも納得である。

高齢者についてみると、老年人口割合はオーストラリアが12%であるのに対し、日本は既に18%、およそ20年遅れでオーストラリアは高齢社会を迎える。人口の高齢化そして医療費の高騰に対し、オーストラリア連邦政府は1980年半ばに、施設ケアから在宅ケアへの転換策としてHome and Community Care (HACC)を整備するとともに、ACAT (Aged care Assessment Team)を設置した。ACATを定義すると「自宅で生活

表1 日本とオーストラリアの概況比較

概況	日本	オーストラリア
人口 (万人)	12,729	1,897* (1999)
面積 (1,000/Km <sup>2</sup> )	377	7,682*
人口密度 (人/Km <sup>2</sup> )	338	2.4
老年人口 (%)	18	12* (2000)
平均寿命 男	78.07 (2001)	76.6 (1998-2000)
女	84.93 (2001)	82.0 (1998-2000)

注：( )は作成基礎期間を示す。

出典：国民衛生の動向49(9)，厚生統計協会，2002

\*は、資料「A comparison of aged care in Australia and Japan, DECEMBER 2000」から引用

<sup>\*1</sup> 宮崎医科大学医学部看護学科 地域看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

継続を望んでいる高齢者や、ホステル、ナーシングホームへの入居を考えている高齢者に対して、評価・情報提供、助言し、そして援助を提供する「医療専門家チーム」ということになる<sup>2)</sup>。オーストラリアの高齢者は自立の意識を持ち、障害を持って自分の家でという考えが根強く、自分の人生に自分自身で責任を持つという態度が自然に身についていると言われている。その高齢者を在宅で支援する医療福祉サービスがシステム化され、その中で様々な専門職がチームを組み、高齢者ケアを展開している。

私が研修を行った施設は、オーストラリアの中でも第3番目の大都市であるブリスベン市近郊の Australian Catholic University, Aged Care Queensland Institute, Mount Olivet Community Health Service, Gold Coast Hospice, St Luke's Serviceである。

### Ⅲ. 訪問看護従事者の資格

#### 1. オーストラリア

オーストラリアの看護教育は、専門学校での3年教育が主流であったが、看護師不足、病院での労働条件、看護教育制度などの諸問題を解決しようとする看護師の組織的な活動が大きく貢献し、1993年にすべての看護師養成所が統廃合し看護大学に切り替わった。ただし、修業年限は3年である。オーストラリアの各州には Nurses Resistration Board (NRB: 看護登録機関) が設置され、看護関連の法律に基づき、看護に携わる人材の登録が行われている。また州レベルのNRBを総括する機関として、ANCI (Australian Nursing Council Inc) があり、国内の看護水準、登録制度の監視を行っている。

看護大学卒業後は修士、博士といったコースの他に、病院単位で行っている Post Registration Courseがあり、これらを受講し資格を得ることにより給料も高くなるシステムがとられている。

私が研修中に訪問看護で同行したリン (R.N) さんは、病院での臨床経験 (ICU等) を積んだ後 community nurse のプログラムを受講し訪問看護に従事していた。看護師は十分に臨床経験を積

んだそのキャリアの延長線上で知識や技術を補充し、訪問看護に従事している。このことにより、給料はICUに勤務していたときよりも高額であった。

#### 2. 日本

訪問看護師の養成については、1982年の「老人保健法」の制定以来、各自治体、看護協会、訪問看護振興財団、民間の訪問看護事業所、在宅医療関連サービス業者などで積極的に研修が行われるようになった。また、1997年の看護教育カリキュラムの改正においては、「在宅看護論」が新たに看護の専門科目に位置づけられた。現在では、最初から訪問看護師を希望して看護大学へ入学する学生も多くみられる。訪問看護に従事するにあたっては、訪問看護師養成研修等の受講がすすめられているが、訪問看護事業所の看護職員において訪問看護師養成研修の受講者は全体の42.4%<sup>3)</sup> というのが現状である。

### Ⅳ. St. Luke's Nursing Serviceにおける訪問看護

私が研修を行ったSt. Luke's Nursing Serviceでは、看護師はブリスベンを数個のブロックに分け訪問看護を行う、いわゆる地域担当制をとっていた。1日の訪問は看護師1人あたり平均8~14件で、移動距離にしておよそ40~50Kmということであった。移動手段は乗用車で、利用者同士の家の距離は5Km前後、オーストラリアはどこも道幅、敷地が広く、駐車場所に困ることはなかった。

私は、看護師リンさんの訪問に同行させていただくことができた。その日のスケジュールは朝8時から夕方までに15件を訪問する予定となっていた。この数字に驚き、訪問看護の妨げにならないようにと午前だけ同行したのだが、昼までに予定通り7件の訪問を終了し、午後はリンさん1人が8件の訪問を続行した。15件という数字は、私には信じがたいものであった。というのは、わが国では、訪問1回あたりの滞在時間は、介護保険法利用者57.8分、健康保険法利用者63.1分という報



告<sup>4)</sup>にもあるように、この計算からして1日あたり1人の訪問看護師の訪問件数は5～6件という数字になるからだ。オーストラリアでも当初は1日5～6件という状況だったという。しかし、訪問看護師とその他の職種との役割を明確にし、それぞれがそれぞれの機能を活かすことを重視したことにより、効率よく訪問看護師の役割が果たせるようになった。午前中に訪問した7件について、利用者の状況と実施したケアサービスの内容を整理してみたが(表2)、効率という面は評価に値するものであった。効率を良くするための要因が他職種との連携の他にどこにあるかについて、十分なディスカッションを行ってこなかったが、1件目の訪問から日本とオーストラリアとは居住形態・環境の違いを感じていたので、その点を検討してみた。

まず、当然ではあるが、日本は和式、オーストラリアは洋式の生活である。靴を脱いで座敷にあ

がる日本の生活様式は、人の出入りに時間を要するものだと実感した。また、近年日本ではバリアフリーを意識した住環境が整備されつつあるが、まだまだ充分とはいえず、これに敷地面積の狭さが重なり、人が何かをするにあたって時間を要するようになった。

次に、居住形態の違いが考えられる。もしかしたらこれが最も大きな違いかもしれない。石井の報告によると、日本では訪問看護利用者の同居家族構成は、「子どものいる世帯」が57.9%、「夫婦のみ」が21.8%であり、訪問看護利用者の半数以上が受けている看護の内容のなかに、「家族の介護指導」(51.7%)が含まれている。

図1に日本とオーストラリアの65歳以上高齢者の居住形態のデータを示したが、日本では家族と同居が、オーストラリアでは独居あるいは夫婦のみの世帯が多いことが一目瞭然である。さらに80歳以上に限定してみると、オーストラリアでは独

表2 午前中に訪問看護を実施した利用者の概況

No	年齢	性別	居住形態	疾患名	実施した看護ケアの内容	訪問看護の実施状況
1	80代	女性	独居	DM	血糖チェック, 症状観察	週2回
2	91歳	女性	独居	大腸癌	ストマ観察, パウチ交換, 症状観察	週1回
3	81歳	女性	独居	大腸癌, DM	血糖チェック, ストマ観察, パウチ交換, 症状観察	週1回
4	70代	女性	夫と同居	転倒による骨折	シャワー浴介助, 症状観察	週2回
5	78歳	女性	独居	パーキンソン病, 骨折	シャワー浴介助, 症状観察	?
6	94歳	女性	独居	? Palliative Care	ペインコントロールチェック, 症状観察	2週間に1回
7	40代	男性	兄と同居	DM	血糖チェック, 症状観察	週3回

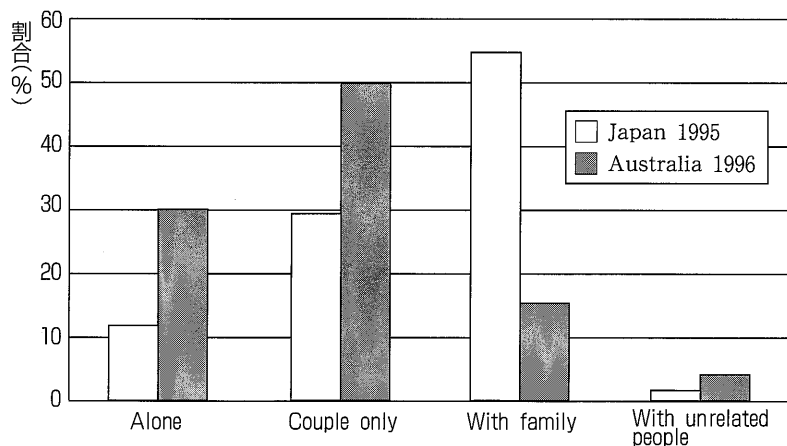


図1 居住形態 (65歳以上)

資料: A comparison of aged care in Australia and Japanから引用

居の割合が15%→46%に増加するのに対し、日本では家族と同居が55%→70%に増加するのである。ともに家族を大事に思う気持ちは同じでも、自分の人生に自分で責任を持ち、子供に頼らず自立した生活を送るというオーストラリアの人々の基本的姿勢とオーストラリアの医療・福祉制度がうまく調和しているように感じた。日本では、まだまだ家族に介護を期待する風習が強く、家族への介護指導及び支援は看護職の重要な役割となっている。介護保険制度がスタートし、徐々に在宅志向の傾向はみられているとはいえ、依然として在宅での生活が可能な状況にあっても施設を希望する者が多い。訪問看護ステーションには、地域の医療系サービスとして、病院等から退院直後の利用者に訪問看護を行い、在宅療養へ円滑に移行できるように支援する役割がある<sup>5)</sup>。訪問看護師がその責務を果たすとともに、ケアの質を保証することにより、多くの地域住民が在宅を選択するようになり、わが国でも訪問看護を利用することが当たり前の社会となるであろう。

## V. おわりに

高齢者が自分らしく自立した生活を送ることが一体どういうことなのか。それは、訪問看護に同行させていただき、高齢者一人一人の表情から感じ取るものがあつた。高齢者が一人で生活することが決して孤独を意味するものではない。

家族とのつながり、人とのつながり、社会とのつながりを保ちながら、自分で生きているその満足感がオーストラリアで出会った高齢者の表情には満ちあふれていた。

最後になりましたが、このような貴重な研修の機会を与えていただきましたことに感謝致します。

## 文 献

- 1) 佐藤美穂子：戦後在宅ケアの流れ，COMMUNITY CARE, 4(12), 40, 2002
- 2) 山崎摩耶：オーストラリアの高齢者ケア（後編），COMMUNITY CARE, 4(12), 19, 2002
- 3) 岡谷恵子：訪問看護の人材育成の変遷と課題，看護研究, 35(1), 64, 2002
- 4) 石井やよ江：データにみる介護保険施行後の訪問看護の実態，看護研究, 30, 35(1), 2002
- 5) 佐藤美穂子：介護保険施行後の訪問看護のブランドデザイン，看護研究, 35(1), 78, 2002
- 6) 石井八重子：オーストラリアの看護教育，Quality Nursing, 3(7), 64-71, 1997
- 7) Nursing in The World Editorial Committee編：NURSING IN THE WORLD, 194-200, メヂカルフレンド社, 2000
- 8) 山崎摩耶：オーストラリアの高齢者ケア（前編），COMMUNITY CARE, 4(11), 18-19, 2002
- 9) 厚生省の指標 国民衛生の動向, 49(8), 厚生統計協会, 2002

## 変化するネパールの看護教育

### Changing nursing education in Nepal

村田 節子<sup>※1</sup>

Setsuko Murata<sup>※1</sup>

2001年度学長裁量経費（在外研究費）によって、ネパールの看護教育に関する情報収集を行ったので、その内容と成果について報告する。

#### I. はじめに

ネパールは北緯26度22分～30度27分，東経80度04分～88度12分，日本の南西諸島と同じような位置で，国土は147,181平方キロメートル，九州の約3倍の面積を有している。ネパールの国勢調査によると，1995年度で人口総数2191万8千人であったのが，2002年4月には，2,315万1千人となっている<sup>1)2)</sup>。人口増加率は2.24%（2002年国勢調査），合計特殊出生率は5.42（1995年中位推計）である。ネパールは途上国の中でも最貧国（LLDC）の一つに数えられ，毎年多くの外国の

援助を受けている。医療システムも多くのGO/NPOによる援助が行われている。わが国も結核予防に関しては重要な役割を担ってきた。

筆者は1997年に，文部省（当時）の短期在外研究員としてネパールの看護教育カリキュラムおよび看護システムについて調査研究を行った<sup>3)</sup>。外国人が正規にネパールの看護カリキュラムを調査・研究したのはこの研究が初めてであった。前回の訪問先は図1に示すとおりである

前回の訪問から5年が経過している。今回，短期間ではあったが，前回調査に協力が得られた諸機関を再訪問し，この5年間でのネパールの看護や看護教育とそれを取り巻く環境の変化について情報を収集したので報告する。

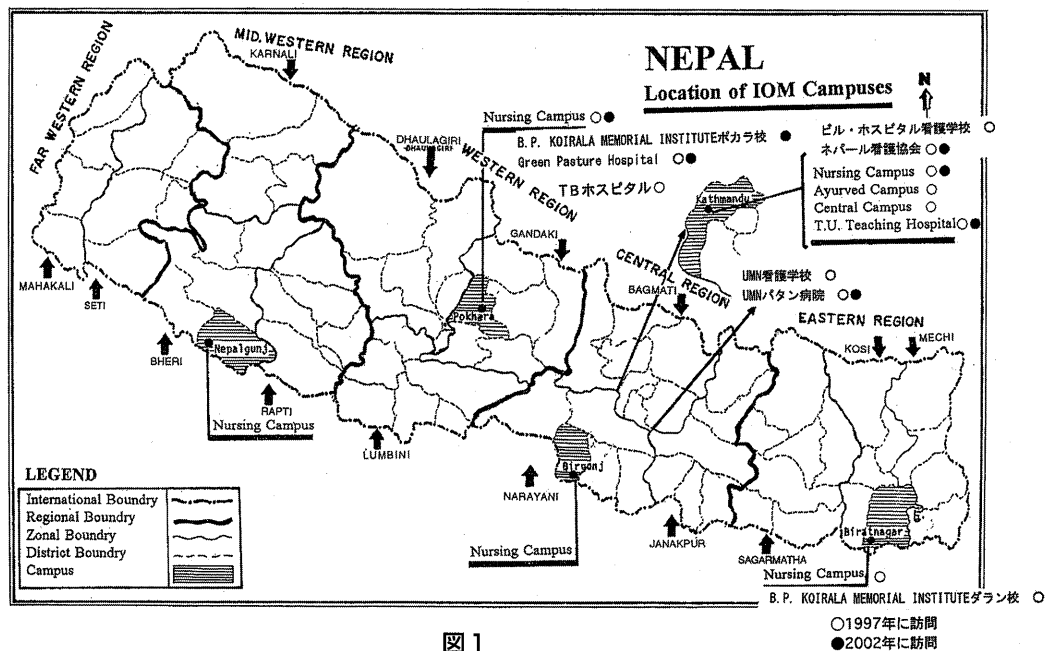


図1

※1 宮崎医科大学医学部看護学科 臨床看護学講座 Miyazaki Medical College, School of Nursing

## II. 調査の実際

### 1. これまでの調査で得られた成果：(1997年の調査より)<sup>3)</sup>

#### 1) ネパールの看護教育の歴史的経緯

ネパールの看護教育は1956年にWHO主導で始まった。1971年にNew Education System Plan (NESP) と呼ばれる国の教育制度改革が行われ、それに則って、1972年に大きなカリキュラム改正が行われた。このとき、それまで3年半であった教育課程が、3年課程となった。この教育課程を卒業し看護師になるものはProficiency in Certificate Level in Nursing (PCL：通称サーティフィケートレベル) となる。NESP自体は1978年に旧体制に戻されたが、看護教育はその時点でアルマ・アタ宣言に基づきプライマリー・ヘルス・ケアを主体としたカリキュラムに変更となり、1987年にはさらに改訂カリキュラムとなった(表1-1)。1986年には、日本のODAによりTUIOM (Tribhuvan University Institute of Medicine) マハラジガンジキャンパス内にナーシングキャンパスが建設されている<sup>2)</sup>。

#### 2) カリキュラムの特徴と医療事情

1997年当事ネパールの看護教育は、全国のほとんどTUIOMと同一カリキュラムで行われていた。当時のカリキュラムでは、総教育時間数が4,203時間(そのうち臨地実習3,003時間)であった。日本の看護教育課程のうち、同じ3年課程の短期大学と比較すると総教育時間数が多く、その中でも臨地実習の割合が多い(表1-1, 2)。ネパールでは識字率が低く、医療を担う人材は不足している。又、先進国のように、施設内で行われる高度で複雑な医療はまだまだ発達していない。そのため、実働できるマンパワー確保のために、地域実習を含めた臨地実習に重点が置かれていることが考えられた。

各専門分野では、日本に比べ成人看護学の教育時間が少ない。ネパールには寄生虫感染症、結核等の疾患が多く、日本のような生活習慣病がまだ少ない。さらに国土の約90%が山岳地帯であるなど地理的な事情により医療機関自体が

少ないことが反映され、地域看護や公衆衛生看護などの割合が高い。また、母性・周産期看護の占める割合が高い。これは、乳児死亡率・妊産婦死亡率が高いことが要因であると考えられる。この原因の一端は、母子双方の低栄養状態であり、貧困・衛生状態・交通インフラの問題など、政治・経済的な要因が大きく関連していた。

### 2. 今回の研修による訪問期間と訪問先及びインタビューの対象者

#### 1) スケジュール(表2)

研修期間 2002年3月13日～3月20日まで

#### 2) 訪問先(図1)と面会者(★面会者の内インタビューをした人々)

1. TUIOM (Tribhuvan University Institute of Medicine) マハラジガンジ中央キャンパス、及びティーチングホスピタル
  - マハラジガンジ中央キャンパス：学校長，看護学部長★
  - ティーチングホスピタル：看護部長★，JICA派遣員★，病棟ナース(産婦人科★，外科)
2. TUIOMポカラ校ナーシングキャンパス
  - 学校長★，JOCV派遣員★，マザーボランティアグループ
3. UMN (United Mission to Nepal) パタン病院(産婦人科病棟)
  - 産婦人科病棟ナース★
4. 私立総合病院
  - 外科病棟ナース，検査部(病理)
5. 私立看護学校
  - 学校長★(前UMNラリトプール看護キャンパス・学校長)，教員★
6. ポカラGreen Pasture Hospital
  - 学校長★，入院患者，リハビリテーション部職員★，検査部職員★
7. B. P. KOIRALA MEMORIAL INSTITUTE ポカラ校
  - 学科長★(前B. P. KOIRALA MEMORIAL INSTITUTEダラン校教員)及び教員★

表1-1 ネパールの改定カリキュラム1987～

Courses	Theory in Hour	Clinical in Hour	Total
First year			
1. Fundamental of Nursing I	100	560	
2. Community Health Nursing	100	240	
3. Integrated Science Related to Health	100	—	
4. Nepali	100	—	
5. English	100	—	
Total	500	800	1,300
Second year			
1. Community Health Nursing II	100	288	
2. Nursing Care for Children	50	150	
3. Midwifery A	50	200	
4. Midwifery B	50	200	
5. Midwifery C	50	200	
6. Behavioural Science	50	—	
7. Nepal Parichaya	50	—	
Total	400	1,038	1,438
Third Year			
1. Care for Adult I			
— Medical Nursing	50	570	
— Surgical Nursing	50		
2. Care of Adult			
— Gynecological Nursing	25	90	
— Eye and ENT Nursing	25	60	
— OT Nursing	25	120	
— Psychiatric Nursing	25	—	
3. Leadership Management			
— Ward Management	50	180	
— Community Health Administration	50	145	
Total	300	1,165	1,465
Grand total	1,200	3,003	4,203

表1-2 K医療技術短期大学部（国立）

		講義（演習を含む）		臨地実習		合計
		必修	選択	必修	選択	
1年次	1学期	375	120 (150)	0	0	495 (150)
	2学期	495	75 (120)	45	0	615 (120)
2年次	1学期	465	45 (150)	0	0	510 (150)
	2学期	525	105 (120)	0	0	630 (120)
3年次	1学期	0	30	720	0	750
	2学期	0	30	360	0	390
合計		1,860	405	1,125		3,390

表2 スケジュール

日 付	主な訪問先など
2002.3.13	夜カトマンズ着：ホテルへ
3/14 (カトマンズ市内)	コーディネーター宅，日本大使館，TUIOMマハラジガンジキャンパス及びTeaching Hospital，ネパール看護協会分室
3/15 (カトマンズ→ポカラ)	TUIOMポカラ校
3/16 (ポカラ→カトマンズ)	B. P. KOIRALA MEMORIAL INSTITUTEポカラ校 ポカラGreen Pasture Hospital
3/17	ネパール看護協会，TUIOM Teaching Hospital
3/18 (パタン→カトマンズ)	(ビシュヌ・ライ女史経営)看護学校，総合病院(私立)， UMNパタン病院，TUIOM Teaching Hospital
3/19	ホテルにて資料整理 日本へ
3/20	日本着

## 8. ネパール看護協会(写真1)

- ・看護協会長\*，各地区代表者\* (会議のため集合していた)

## III. 結 果

## 1. 変化する首都カトマンズと近郊の都市機能

カトマンズおよび近隣のパタンでは，TUIOMマハラジガンジキャンパス，看護協会，UMNパタン病院などを訪問した。

首都カトマンズとその近郊の人口は53万人程度といわれている。ネパールの主な産業は第一次産業と観光であるが，首都カトマンズには，カーペット工場を始め，その素材の加工工場，染料工場なども多い。それらの産業への就業を求めて若い世代が流入してくる。1997年当時も，若い世代を中心にカトマンズへの人口集中が見られていたが，近年はさらにその傾向が顕著のようである。カトマンズ在住の日本人や，現地住人からは「人口はかなり増え，市内は歩くのさえ大変だ」という声が聞かれた。人口の集中は，産業人口のバランスを変え，生活様式の変化をもたらす。それに伴って環境や健康へのニーズも必然的に変化する。

まず，人口の増加とともに，市内の交通量は飛躍的に増加していた。ネパールでは排ガス規制など無くガソリンの質も悪い。また，交通量が増えなくても道路などのインフラストラクチャーはほとんど



写真1：ネパール看護協会  
(左から2人目奥が看護協会長：2002年現在)

ど進んでおらず。市内の交通渋滞は相当なものであった。カトマンズは，盆地である。地形の影響もあり，大気汚染が激しい。ネパールを走行している車両は，以前はパタパタと呼ばれる重油で走る三輪車が主体であったが，現在は日本の小型車くらいの大きさのインド製の車両が多い(写真2)。ここ数年，カトマンズの大気汚染は国内でも大きな問題となっており，その解消のために電気自動車も導入されているが，実際に市内で走行しているのはまだわずかである。

次に電気・水道などのライフ・ラインに関する整備である。電力供給に関しては，1997年当時，カトマンズ郊外に新しい電力供給施設を建設中で

あったので以前より安定していた。夜間の計画的な停電はほとんど無くなり、宿泊先のホテルでも非常用電源を使うことは無かった。ただし火力発電が主体であるため、大気汚染の原因の一端でもある。上下水道などの整備は、前回と比べ進んでいる印象はなかった。特に下水道に関しては、整備が遅れており、工場廃水などもそのまま周辺の河川に流入している。自宅にトイレのない家庭もまだ多く、そのような家庭にとっては河川がトイレ代わりである。さらに、人口増に伴って、生活廃水による河川の汚染が進んでいる。見学先の病院の裏の広場に泡立った水溜りが広がっていたが、住人の話によれば、水はけが悪いため、雨の後には洗濯などの排水がたまってしまうということであった。しかも最近では、合成洗剤を使う家庭が増えているということであり、泡立っているのはそのためのものであった。カトマンズの浄水施設は日本の援助によってつくられたが、現在ではかなり老朽化し、漏水があちこちで起こっている。また、勝手に水道管を接続して盗水しているケースも多いようである。トイレ同様、水道のない家庭も多く、水道があっても時間給水が行われているところも多い。給水車による水の販売も行われているが、多くの家庭では、公共の水場や昔ながらのヒティと呼ばれる半地下式の地下水施設を利用し、洗濯から食器や身体までも洗う（写真3）。排水は再び地面から浸透し老朽化した上水道管を

伝って流入する可能性が十分にある<sup>5)</sup>。

## 2. ポカラ地区

ポカラ地区は王室の離宮やヒンドゥー教の寺院などがある観光地であり、アンナプルナなどの国立公園へのトレッキングや登山への入り口でもある。又、日本のODAにより建設されたT.B.ホスピタルがある。ポカラでも、カトマンズほどではないが人口の増加などによる様々な変化が見られた。カトマンズからポカラまで飛行中に見た光景では、郊外まで人家が広がり、山の樹木が広範囲にわたり無くなっていた。ネパールでは、熱原料のための山林の伐採が以前から問題とされている。筆者が、1995年にポカラからアンナ・プルナエリアの標高1,500~3,000メートルの山村を訪問した時にも、森林伐採によるランドスライドなどの人的な環境破壊があちこちで見られた。主な原因は人口増による土地開発と、熱原料のための森林伐採であった。山林の荒廃はかなりの範囲にわたっており、今後環境に対して影響があることが考えられた。

ここでは、TUIOMポカラ校と、B. P. KOIRALA MEMORIAL INSTITUTEポカラ校、および、Green Pasture Hospitalを訪問した。

TUIOMポカラ校は、学校長が交代していた。訪問したときはJOCVの隊員がマザーボランティアグループとともに保健指導に関する学習会を開



写真2：カトマンズ郊外の往来



写真3：公共水道で洗濯する住民  
(この排水は周辺から再び地下に浸透し上水道に流れ込む可能性がある)

いていた。以前には見られなかったが、現在はこうして地域住民にキャンパスを開放して地域の保健活動推進に貢献していると言うことであった。

次にB. P. KOIRALA MEMORIAL INSTITUTEである。今回訪問したポカラ校は開校してまだ1年ほどの新しいキャンパスであった。筆者は、1997年にダラン地区のキャンパスを訪問している。B. P. KOIRALA MEMORIAL INSTITUTEは、ネパールの有力者の私設の機関であるが、インドなど周辺の国々との共同出資で経営されていた。又、ここは1997年ごろからナースの教育を4年制のカリキュラムで行っている。ネパール国内のほとんどの看護学校がTUIOMと同一の3年過程のカリキュラムであるのに対し、一線を画していた。ダラン校は、英国のアーミーキャンプ跡地を利用した施設であり、医学部に併設された看護師養成施設であった。病院も教育設備もそれまで訪問した国立の大学や国立病院附属のナーシングキャンパスとは比較にならないほど整備されているが、看護教材はまだ不足していた。今回訪問したポカラ校の教員は、学校長以外、みな20~30代くらいの年齢であった。ポカラ校のキャンパスの様子は、時間上の制約があり、医学部と併設されているかどうか確認できなかった。看護教材に関しては、特にポカラ校は開設間もない事もあり、不足が多いということであった。病院もまだ工事中の箇所もあり、空床が目立った。

Green Pasture Hospitalは、ヨーロッパのNGOにより運営されている病院である。前回訪問した時までは、ライ病専門の施設であったが、現在は脊損患者やエイズ患者なども入院していた。ここ数年ライ病の患者数が減り、運営方針を変更したということであった。そのため、新しいリハビリの施設を建設し、リハビリ専門のスタッフ(OT・PT)も雇用していた。前回この施設にいた看護部長は、現在留学中ということであった。現在の看護部長は自らもライ病患者として施設に入所経験をもち、特に長期入所者に対してさまざまな支援を行っていた(写真4)。



写真4：ポカラ Green Pastures Hospital  
看護部長(前列右から2番目白衣の女性)ライ病長期入所者と共に

#### IV. 考 察

##### 1. 社会の変化と医療事情の変化

###### 1) 都市部の現状から

ネパールの疾病構造は、日本と違い、まだまだ様々な感染症が多い。特に下痢などの消化器疾患とともに結核や喘息などの呼吸器疾患が多い。現在都市部では、産業の発達に伴って起きる環境汚染が広がっており、今後いわゆる「公害」による健康被害についてなんらかの予防や処置が必要であると感じた。

カトマンズでは、以前からゴミ処理や下水の処理が送れているためよく街の衛生状態が問題となる<sup>6)</sup>。日本が第二次大戦後に急速に感染症などの死亡率を減らしていったのは、単に医療の進歩だけでなく、インフラ整備などにより衛生環境が改善された事が大きな要因であることは言うまでもない。ネパールにはインドと同じようなカースト制度が存在する。1990年に表向きは民主化したがる、カースト制度は依然として存在し政治経済と複雑に絡み合っている。清掃などは都市機能維持に不可欠な労働は、低カーストの人々によって行われる。更に、一端捨てられたゴミは「けがれ」たものであり、清掃カースト以外の人々が触ることができないと考えられてきた。近年は新しい制度も導入されたようであるが、都市の衛生環境がなかなか改善されない原因の一端はこういった文化背景と、その文



化的な機構が急激な都市の人口増に追いついていかなかったことが考えられ、なかなか一筋縄ではいかないのが現実である。急激な人口増加に伴うインフラ整備をどのようにして行けばよいのかは、医療だけの問題では片づかない深刻な問題である。近年の途上国での特徴は、様々な分野での急激な技術進歩によって今まで先進国が数十年かけて発生してきた様々な問題に数年のうちに対面しなければならないという点である。又、人口の増加、産業の発達とともに情報の伝達量や伝達速度も変化している。ネパールにも多くの途上国と同様に衛星放送によって世界中の情報がダイレクトに庶民に届くようになっており、住民のニーズも今後様々に変化して行くものと考えられた。

## 2) 周辺都市および辺境地

周辺都市では森林破壊など、都市部とは違った意味で環境破壊が深刻である。ネパールはここ数年、王室の内部での混乱やマオイストによる政情不安などが続いており、緊張感が高まっていた。そのため、カトマンズとその近郊の都市しか訪問することができずあまり情報を得られなかった。

## 2. 看護教育に関する動向

ネパール全体では、看護人材の養成校がかなり増加していた。文献<sup>7)</sup>によると、3年制のDiploma courseの学校が8校、4年制のBachelor courseが3校、Master courseの1校を加え、合計12校となっている。しかし、実際は2001年には19校、さらに2002年3月の訪問時では26校に増加しているということであった（看護協会での聞き取りによる）。一校あたりの養成数及び一年間の総卒業数、さらに国家試験合格後の就業数は定かでないが、1997年の訪問当時から、各看護師養成校は養成数を増加する傾向にあった。ナースの全体数は増加していると考えられる。しかし、もともとマンパワーの不足が顕著であり、人口増加や医療ニーズの高まりを考えるとまだまだ不足しているのが現実である。又、近年の養成校の急激な増加に対し、政府も看護界もどのような対策を講じている

のかは、今回の調査では明らかにすることができなかった。又、私立の4年制の医療教育機関が新たにポカラに看護教育施設を開設するなど、今までほとんどが国立トリブバン大学と同一カリキュラムで進行していた看護教育の体制も徐々に変化し多様化していると考えられた。また、TUIOMのカリキュラムも2001年に再び改定されている<sup>8)</sup>。

ネパールの教育方法は、看護教育に限らず暗記が中心である。前回の訪問時も、コーディネーターとその問題についてディスカッションを行ったが、歴史的・宗教的背景もありなかなか複雑であることがわかった<sup>3)9)10)</sup>。しかし、TUIOMポカラでは、JOCVの主導で、マザーボランティアの自主学習グループが発足していた。ネパールでは、特に地方の医療機関が少ないことから、もともとこのようなマザーボランティアの活動が盛んである。しかし、TUIOMの施設でマザーボランティアが学習会を開き、グループディスカッションを行うというのは新しい試みである。ポカラ校の学校長は、住民に施設を開放するだけでなく、新しい教育方法を取り入れたいという意向があった。教授一学習方法などについては、今後共同で開発できる分野であると考えられた。

教育教材は図書を含め相変わらず不足しており、切実な問題であった。近年の日本では、ナースの臨床能力の低下や医療自体の質の低下などがマスコミでも取り上げられるようになり、文部科学省も看護教育の中で実践能力の充実をはかるよう謳っている。ネパールでも、教育と実践の乖離が問題となっており、卒後教育の検討や、特に看護師養成施設が急増している現状から、看護教員の質の向上や教育内容の見直しが迫られていることであった。このように日本と同じような状況も多く抱えていることもわかった。

しかし、国際協力には多くの相違点への注意が必要である。森らは、多くの途上国では看護職は病院のみならず、地域での活動が期待されており、日本の看護職と異なる部分が少なくないこと、国や地域によって看護や看護婦の役割と考えられている内容が異なっている場合も多いことを指摘している。さらに、途上国の中には看護教育制度が

日本より発達し、看護師養成が大学レベルのみで行われているところも多く、そのような土地では日本のナースは『二級ナース』として扱われることもあるということである<sup>11)</sup>。又、根本は日本の医療者が途上国で医療協力を行う場合、文化や保健システムなどの社会構造だけでなく、疾病構造の違いから日本で経験を積んだ医療者が途上国で即座にその技術が生かせないことも多いことを指摘している<sup>12)</sup>。異文化でのかわりはこのような日本との様々な違いを考慮する必要がある。

## V. おわりに

ネパールは諸外国から多くの援助を受けており、医療分野でもその比重は大きい。しかしその中で、JICAやJOCVなどの隊員と現地の医療者の間には温度差も感じられた。一方、B.P. KOIRALA MEMORIAL INSTITUTEはネパールとインドなどの有力者が共同で出資している私立の施設であり、教育カリキュラムなどに関しても、いち早く4年制を取り入れるなど独自性を強く打ち出している。また、ポカラGreen Pasture Hospitalは、経営はヨーロッパのNGOにより行われていたが、看護人材はネパール人であり、主体性を持って活動している部分が多かった。日本の援助でつくられた、ポカラの結核予防システムは、入院施設をあえて作らず、自己管理型の予約システムを確立したおかげで、現地での継続的な運営管理が行われ成功している。外部の力がどのように干渉しても、押し付けのシステムは根付かない。現地住民のニーズを把握し、現地住民とともに学ぶことが重要であると改めて感じた。

ネパールでは識字率が低く、その中でも女性の教育はジェンダーの壁が大きい<sup>13) 14)</sup>。しかし、多くの国や地域と同様に、ネパールの看護を担っているのもほとんどが女性である。ネパールでの看護教育の歴史は浅い。しかし、インドやイギリスまで修士や博士を修得に行くナースも多く、彼女らの意識は非常に高い。ネパールのナースの社会的地に関しては諸説あり、情報提供者によって様々であったが、教育を受けた女性として社会的な発言力を持ってきていることも事実である。

異文化での調査研究では、どのような対象者から情報を収集できるかということを含め、研究者の情報収集能力が大きく影響する。短期間ではさまざまな調整も難しいことが多かったが、今後も継続して情報を収集していきたい。また、歴史を振り返り文化的な背景のなかに身をおいて相手の価値観を受容できる力量を身に付けて行かなければならないと感じる。

今回は宮崎医科大学附属病院の助産師とともに訪問した。臨床側からのこのような調査研究への参加は、当大学では初めてのことであった。事前の準備不足で思ったように共同で行える部分が少なかったが、臨床と教育サイドの様々な意見交換も行え、有意義であった。今後とも臨床との共同調査・研究を行って行きたい。

## 謝 辞

今回の調査に当たって、様々な情報を提供してくださったTUIOM各校の皆様、看護協会の方々や諸機関の皆様に深く感謝いたします。特に通訳兼コーディネーターとして多くの努力をしてくださった、B.D.GRUNG氏に心から感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) インターネット資料：  
http://www.lonelyplanet.comより
- 2) インターネット資料：  
日本ネパール協会ホームページより
- 3) 村田節子：ネパールにおける看護教育とケアシステムの現状と今後の展望，九州大学医療技術短期大学部紀要 第28号 p45-62, 2001年
- 4) 国際協力事業団：ネパール王国看護学校建設計画 基本設計調査報告，国際協力事業団，1984
- 5) 小林 茂著，石井溥編：水問題とカトマンドゥの暮らし，暮らしがわかるアジア読本 ネパール，河出書房新社，1997
- 6) 小林 茂著，石井溥編：ゴミから見た文化，暮らしがわかるアジア読本 ネパール，河出書房新社，1997

- 7) THE INTERNATIONAL FOUNDATION OF JAPAN : NURSING IN THE WORLD 4<sup>TH</sup> EDITION, p99-103, MEDICAL FRIEND CO., LTD. 2000
- 8) TRIBHUVAN UNIVERSITY INSTITUTE OF MEDICINE : CERTIFICATE NURSING CURRICULUM, p1-18, HEALTH LEARNING MATERIALS CENTER, 2001
- 9) 田中研一：ネパールの学校教育に関する情報収集，国際協力事業団，1989
- 10) 野津治仁：日本人の見たトリブバン大学院事情，日本ネパール協会(社)会報 No.141, p6-7, 1997
- 11) 森淑江他：開発途上国から医療協力のために求められてきた看護職に関する研究－青年海外協力隊派遣要請の分析から－第19回国際協力学術症例研究報告書，p6-21, 1997
- 12) 根本恵子：現地の事情に合わせた協力を～保健婦の立場から～ 開発途上国から医療協力のために求められてきた看護職に関する研究，第19回国際協力学術症例研究報告書，p43-50, 1997
- 13) 伊藤由紀，石井溥編：学校へ行けない女の子たち，暮らしがわかるアジア読本 ネパール，p253-254, 河出書房新社，1997
- 14) 吉田貴文：環境を救うジェンダーの目，朝日新聞記事 2002, 12月29日
- 15) ロバート・チェンバース（野田直人他訳）：参加型開発と国際協力 変わるのはわたしたち，明石書店，2001

## 編集後記

宮崎医科大学医学部看護学科はもうすぐ3回目の春を迎えようとしています。新設の学科であるため、まだ研究室や研究環境が整っておらず、我慢を強いられている状況です。そのような中で平成14年4月に研究誌委員会を発足させ、学会誌名称の決定や投稿規程作りを始めましたが、内心、果たして原稿が集まるのだろうかと不安でした。しかし論文5編、短報2編、研修レポート3編と意欲作が出揃い、予定通りに創刊号を発刊することができました。

今回はひとつの論文に2名の査読者がかかわり、より質の高い論文を目指した著者と査読者のやりとりが続きました。このプロセスは著者にとっても査読者にとっても、看護学や研究に対する知識を深め、学問に対する真摯な態度を養う機会となったものと思います。そこでさらに査読システムの充実に向けた検討を重ねることが必要です。

研究を論文にまとめて公表することは看護研究への貢献だけでなく、看護実践や看護教育実践にも大きな意義があります。看護学科が入る総合研究棟の第Ⅰ期工事が始まりました。第2巻はさらに充実した研究誌が発行できるよう、また将来的には「南九州看護研究誌」の名称に恥じることもないよう、看護研究の発信源となるような研究誌として発展するよう切磋琢磨していきたいと思っています。

(前田)

## 研究誌委員

委員長 土屋 八千代  
前田 ひとみ  
赤星 成子  
大石 時子  
安藤 一博  
鶴田 来美

## 南九州看護研究誌 第1巻 第1号

平成15年3月15日発行

発行所 宮崎医科大学医学部看護学科  
〒889-1692 宮崎郡清武町大字木原5200番地

印刷所 (株)印刷センタークロダ  
〒880-0052 宮崎市大橋2丁目175番地

# The South Kyusyu Journal of Nursing

## Vol. 1, No. 1, 2003

---

### **[Articles]**

A study on the functions and the structure of .....Yuriko Ohkawa..... 1  
ICU nursing

Students learn "Therapeutic Interaction" through the.....Yachiyo Tsuchiya .....11  
practice of psychiatric and mental health nursing Hitomi Hukunaga  
-An evaluation of their description tendency based Yumi Nozawa  
upon their process records and analyses of the Akiko Furuie  
discussions-

Structure of health of mothers who have handicapped.....Nariko Akahoshi .....23  
children -Analysis of progress of mothers recognition-

What is brought into the patients infected with .....Hitomi Maeda .....37  
HIV/AIDS and the HIV/AIDS medical care system Kimiyo Nanke  
by HIV/AIDS coordinator nurses' Megumi Watanabe

A study on the meaning of participation .....Kyoko Sato .....47  
in the circle for childcare

### **[Brief Reports]**

The midwifery system in Ontario, Canada .....Riko Yamasaki .....57

Recovery from Pseudo-Self.....Tazuko Murakata .....63  
-Piterature review about child abuse-

### **[Communications]**

Palliative care in Australia.....Yachiyo Tuchiya.....71

Aged care in Australia.....Kurumi Tsuruta .....77  
-Focusing on visiting nursing-

Changing Nursing Education in Nepal .....Setsuko Murata .....81

---

**Miyazaki Medical College, School of Nursing**