

南九州看護研究誌

第2巻 第1号 2004年

【特別寄稿】

老年期の精神保健 三山 吉夫 1

【論文】

病院勤務看護職者の休養行動とその関連因子に関する研究 土屋八千代 5

住民からみた保健師の訪問支援 長谷川珠代 17

特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題 山田 美幸 27
岩本テルヨ

【短報】

心肺蘇生演習における学生の行動の分析 及川 朋実 39
村田 節子
古家 明子
土屋八千代

Condom準備携帯とその意識—実態調査から— 山崎 鯉子 45
大石 時子

子どもの入院に付き添うことについての親の考え 53
草場ヒフミ・鶴田 来美・野間口千香穂・村方多鶴子
山田 美幸・中富 利香・内村 章子・金丸 幸子

【研修レポート】

米国とカナダのダイレクトエントリー助産教育 大石 時子 59

アメリカにおける臓器移植医療・看護の実際
—南カリフォルニア地区の場合— 古家 明子 63

老年期の精神保健

Mental Health in Old Age

三山 吉夫^{※1}

Yoshio Mitsuyama^{※1}

I. 高齢社会

わが国は平均寿命のみならず、いわゆる自立可能な健康寿命（表1）の平均年齢も世界一の長寿国となり、その背景が各国から注目されている。その理由としては、国民の生活習慣とくに食生活と健康への関心の高さがあげられている。しかしながら、高齢者のQOLもわが国が世界一であるかとなると必ずしもそうではない。わが国では、寝たきり高齢者が多いこと、要介護者が多いことも先進諸外国から注目されている。少子高齢化が進み、わが国の総人口がピークになる2005年には、家族による介護・扶養能力は世界最低になるとさえいわれている。また、2025年には、75歳以上の後期高齢者が全人口の59.6%に達するとされている（総務庁報告）。この時代には要介護者が714.1万人、100歳以上の長寿者は168,000人に達するといわれ、寝たきりの高齢者は269.7万人、痴呆高

表1. 主な国の健康寿命

日本	74.5	(1)
オーストラリア	73.2	(2)
フランス	73.1	(3)
米国	70.0	(24)
韓国	62.3	(81)
中国	62.3	(82)
ロシア	61.3	(92)
インド	53.2	(135)
エチオピア	33.5	(182)
シエネラ	25.9	(191)

（資料：朝日新聞，2000.6）

表2. 少子高齢化

	2000年	2025年
日本の人口	1億2,745万人	1億2,009万人 （総人口が2005年でピークとなる。家族による介護・扶養能力は世界最低となる）
高齢人口の占める75歳以上の割合	39.1%	59.6%
100歳以上の長寿者	12,000人	168,000人
要介護高齢者	292.91万人	714.1万人
寝たきり高齢者		269.7万人
痴呆高齢者		398.6万人
老人医療費	11.3兆円	28.3兆円

（資料：総務庁報告，2002）

齢者が389.6万人に達し、老人医療費は28.3兆円に及ぶようになるとされる（表2）。老年期を前期老年期（65～75歳）、中期老年期（76～85歳）、後期老年期（86歳以後）にわけることがある。高齢者の健康に関する調査によれば、75歳までの前期高齢者で医療サービスを受けている者は少ないが、今後益々社会問題となるのは、人口動態でもその割合が増える86歳以後の後期高齢者の保健・福祉がこれからの課題となる。

II. 精神老化の背景

老化は、誰にでも起こってくる現象で、脳の老化は精神老化の原因となるが個人差が大である。加齢とともに脳重量は減少し、80代になると本来の脳重（1,300～1,400g）から100gは減少するが、脳重の減少と精神機能の間に厳密な相関はない。ただし、脳重が1,000g以下になると精神機能は明

※1 宮崎大学医学部名誉教授
Miyazaki Medical College, University of Miyazaki
大悟病院老年期精神疾患センター
Psychiatric Center for the Elderly, Daigo Hospital

らかに低下する。脳の老化にともなってみられる病理学的所見には、神経細胞の脱落、老人斑（アミロイド沈着）や神経原線維変化（磷酸化タウ蛋白の沈着）の出現である。これらの病変は、近年アルツハイマー型痴呆の原因として、その発現過程の研究のテーマとなっている。その他の脳の病変としては、アミロイドが血管壁に沈着するアミロイドアンギオパチー（高齢者の脳出血の原因の一つとなる）、レビー小体（神経細胞内に広範囲に沈着して痴呆の原因となる）などがある。脳内の動脈硬化性病変も加齢とともに頻度が高くなる。高齢になるほど精神老化の病理学的背景は複雑となる。

Ⅲ. 老年期の精神障害

1. うつ病¹⁾

人は不安の存在といわれるが、高齢者の抱える不安は若年者よりも持続的で頻度が高い。総務庁資料（1998）によれば、老後に不安を感じている者は、成人の80%にも及ぶとある。不安の内容としては病気(54%)、経済に関する不安(42%)があげられ、現代社会は「経済が豊かで社会が活力に満ちているとは思われない」(83%)、「福祉が充実して誰もが安心して暮らせるとは思わない」(80%)とされる。一般国民の要望としては、公的年金の充実(50%)、老人医療の確保(40%)、自己負担は現状で給付内容の見直し(36%)などがあげられている。このような状況は、今後少子高齢化が進むなかで益々深刻化することが予測される。老年期の精神障害として最も頻度が高いのは、うつ病である。うつ病はプライマリーケアの10%にみられるとされ、生涯罹患率（一人の人が生涯に罹患する率）は、女：25%、男：13%とされる。実際、うつ病で通院加療を受けている者の割合は加齢とともに増加し、25～34歳では0.8%が75～84歳では3.8%、85歳以上では4.6%に達する。わが国では自殺者数が年間3万人を超えている状況が5年間続いている。とくに60代以上の自殺者が多いことに注目する必要がある。交通事故死が年間1万人以下の時代に自殺者が3万人を超している事実は、老年期の精神保健への対応が貧

弱であることを示している。自殺の動機として、健康問題(40%)、経済・生活問題(25%)が大半を占めていることから、わが国における高齢者の福祉環境の質の低さが指摘される。

高齢者の自殺の原因として、うつ病が最も多いが、その他には慢性脳疾患（痴呆のはじまりも含まれる²⁾）、アルコール依存症、急性錯乱状態などがあげられる。高齢者のうつ病は、若年者のうつ病ほど症状がはっきりしないことが多く、なんとなく元気がない、身体の不調にこだわる、食欲・睡眠の障害等があっても加齢ともなうものと家族が判断したり、精神科受診への抵抗や診断への恥じらいなどが早期対応の遅れとなったりする。他方、医師側にもうつ病に関する知識不足、診断能力の不足、治療可能であるという認識の不足等が対応の失敗、さらには自殺にいたらしめることになる。精神療法家の養成、専門医との連携システムの不備などが今後の課題となる。

2. 痴呆³⁾

うつ病の次に高齢者の精神障害で問題となるのは痴呆である。痴呆性老人の割合は加齢とともに増加する。厚生省調査班による報告では、痴呆性老人の頻度は、65歳以上で1985年には6.3%であったが、2010年には7.9%、2020年には8.6%、2030年には9.9%に達するとされる。

痴呆の中核症状に記憶障害がある。加齢とともに記憶力は低下するが、痴呆の初期症状としての記憶障害が年齢相応か痴呆の初期症状かの鑑別は必ずしも容易ではない。物の置き場所を忘れる、換語困難のために名前や物の呼称に失敗したり、時に置き場所、約束を忘れることがあっても、それまでしてきた複雑な仕事を遂行したり、込み入った社会生活に適應していく上で明らかな支障はなく、親しい友人や同僚にも気づかれない程度の記憶障害は年齢相応とされる。他方、アルツハイマー型痴呆に発展するかもしれない状態としては、記憶障害があつて、家族が「あれっ」と感じる場面が多くなったり、同じことを何回も言ったり、物のしまい忘れが目立ったりすることに加えて、それまで示していた関心、興味、意欲が減退してく

る状況などがあげられる。現在わが国の痴呆性老人の数は、170万人とされているが、2035年には300万から400万人に達するともいわれている。痴呆の原因疾患として最も頻度が高いのはアルツハイマー型痴呆（43%）、次いで脳血管型痴呆（30%）で、残りがその他とされる。アルツハイマー型痴呆の定型的な臨床経過は、物忘れの記憶障害にはじまり、失見当識、判断力低下とともに着衣がうまくできない、洗面、食事、排泄等の行為障害（失行症）や方向・場所の認知障害（空間認知障害）等の神経心理症状を経て高度痴呆の状態となる。MRIや脳血流シンチ（SPECT）が診断に役立つこともあるが、早期の診断は生活能力と精神機能の評価による。髄液中のアミロイド、タウ蛋白、ユビキチン蛋白の測定も検討されているが、まだ一般化にはいたっていない。発症からの経過は、7～10年である。病理所見では、脳重量が減少し、脳全体が萎縮しているが、側頭葉とくに海馬およびその周辺領域での萎縮がめだつ。組織学的には、神経細胞の脱落に加えて、アミロイド沈着の老人斑、異常リン酸化タウ蛋白沈着による神経原線維変化が主な病変である。これらの病変は、80歳以後になると、生理的にも見られる所見であるが、痴呆高齢者の脳にはその程度が強い。ただし、後期高齢者では、これらの所見について生理的変化と病的変化の線引きをどのようにおこなうかについては議論の余地がある。これらの病変が高度であるにもかかわらず生前には痴呆が明らかでなかった症例やその逆の症例も稀ならず存在することから、後期高齢者のアルツハイマー型痴呆の病理所見が一様でないことは明らかである。アルツハイマー型痴呆の危険因子としては、家族歴、頭部外傷、アポリポ蛋白E4/4型、ホモシスチン血症、高脂血症等が報告されているが、いずれも決定的な因子とはされていない。アルツハイマー型痴呆の発症は複合要因によるものとされる。アルツハイマー型痴呆と診断されてからの生命予後は、健常者の余命よりも短く、65歳の発病例では67%の短縮、90歳時の発病例では39%に短縮され、60～70代前半の発病での平均余命は7～10年、90代では3年以下とされる⁴⁾。アル

ツハイマー型痴呆では、アセチルコリン系のニューロンが障害され、脳内でのアセチルコリン活性が低下している。脳内のアセチルコリンの分解を抑制することによって脳内アセチルコリン活性を高めようとする治療が、近年おこなわれるようになった⁵⁾。塩酸ドネペジルは、その代表的な薬剤で、わが国でも広く用いられている。ただこの薬剤は、残存する神経細胞の活性を維持することを目的とするもので、アルツハイマー型痴呆そのものの予防や記憶障害を中心とする中核症状の改善を目的とするものではなく、病気の進行を遅らせることが主な目的とされている。同種の薬剤は、諸外国でも開発され使用されている。治療の新しい試みとして、アミロイドに対する抗体を作成し、免疫療法に発展させようとする報告がある。近い将来、痴呆の中核症状（記憶障害、判断力低下、失見当識等）そのものが治療される時代がくることも期待される。

アルツハイマー型痴呆に次いで痴呆の原因として頻度が高いのが、脳血管型痴呆である⁶⁾。高血圧症、糖尿病、心臓病、高脂血症、高尿酸血症等の脳血管や脳血流に影響をおよぼすような危険因子が長期間存在すると、脳出血、脳梗塞、脳虚血状態を起こし、多発性の病変が存在して痴呆化した状態が脳血管型痴呆である。脳血管型痴呆の病理像は、脳内動脈の硬化性病変とラクナと呼ばれる小梗塞が脳に広く分布（多発小梗塞）することである。脳血管型痴呆の危険因子は、いわゆる生活習慣病と呼ばれるもので、高齢者にいたるまでの生活習慣の改善によって予防が可能である部分も多い。近年の国民の健康意識の向上とともに、今後脳血管型痴呆の頻度は減少することが予測され、高齢者の痴呆の原因としては、脳に加齢に関係があるアルツハイマー型痴呆の割合がさらに増加することが予測される。生前の診断にMRIやSPECTが有効である。

痴呆の予防には、心身のバランスがとれた生活習慣が望ましいことはいうまでもない。適当な社会への参加は、脳を活性化する。規則的な運動は身体機能を維持するためにも必要であり、寝たきりから痴呆化への進展予防にもなる。バランスの

とれた栄養の摂取は、脳を保護するためのすべての基本でもある。近年開発されている薬物による治療も、これらの日常生活への配慮の有無が効果を左右する。

高齢者の介護問題では、介護者の精神保健の問題が大きな課題となる^{7), 8)}。厚生省(2001)の報告によると、在宅介護にあたっている介護者で精神的負担を訴える頻度は64.4%と高く、被介護者に憎しみの感情を抱いたことがある者は68.3%に達し、被介護者に虐待経験のある者は45.9%とある。高齢者の介護に関する社会的資源としては、家族、ボランティア、訪問介護、施設入所等がある。成年後見制度の理解と普及も急がれる課題である⁹⁾。これらの資源が高齢者の目線で効果的に機能するには、地域ぐるみの介護サポートネットワークが必要とされる。看病に疲れたという遺書を残して高齢者夫婦が無理心中したという社会記事が報道されるようでは、わが国が福祉国家と呼ばれるには程遠い状況とされる。介護者の精神保健に関連がある現象に高齢者の虐待問題がある。被害者は80代の女性が多く、被害者も加害者も女性が多い。虐待の内容としては、世話の放棄、身体的虐待、経済的虐待が多いとされる。加害者は、息子、息子の妻、娘の順に多く、主たる介護者になる者が同時に加害者になりやすいという構図がある。孫から「早く死ね」と言われて食事が与えられなかったり、「昔叩かれた恨み」と言って体位変換をしなかったり、脅し、侮辱、金銭的・物質的搾取、性的虐待などが報告されている。介護者の心のケアには、介護者のストレス(不安、罪悪感、喪失感、無力感、閉塞感、孤立感等)を被

介護者と同程度に対応する体制づくりが必要とされる。国連高齢化世界(1991)では、高齢社会の目標として自立、参加、ケア、自己実現、尊厳が提唱された。尊厳死協会も設立されている。人生を終えるまで人間としての尊厳が保障される社会こそが福祉社会と呼べるであろう。

本稿は日本看護学会老年看護(2003.9, 宮崎)での講演内容に加筆したものである。

文 献

- 1) 三山吉夫：高齢化社会での老年期うつ病，精神医学，43：601-605，2001
- 2) 三山吉夫：痴呆の前駆症状としてのうつ状態，老年精神医学，11：1398-1402，2000
- 3) 三山吉夫：老年期痴呆の病態と対応，九州神経精神医学，47：1-5，2001
- 4) Ron Brookmeyer, et al.: Survival following a diagnosis of Alzheimer disease, Arch Neurol 289：963-968，2003
- 5) Van Gool WA, et al.: Cholinesterase inhibitors for Alzheimer disease, JAMA 289：2359-2361，2003
- 6) 三山吉夫：脳血管型痴呆の病態と診断，臨床精神医学，30：245-251，2001
- 7) 畑田けい子，ほか：在宅痴呆老人の介護者の精神健康について，九州神経精神医学，41：45-53，1995
- 8) 今井幸充：高齢者の精神障害を支える家族，臨床精神医学，27：257-263，1998
- 9) 三山吉夫：痴呆と意思能力，治療，80：1713-1716，1998

病院勤務看護職者の休養行動とその関連因子に関する研究

Research on the Refreshment Activities of Nurses Employed at Hospitals

土屋八千代^{※1}

Yachiyo Tsuchiya^{※1}

Abstract

Although the necessity for conversion to the active refreshment from passive refreshment was pointed out, there are few reports of the practice which was conscious of active refreshment.

The purpose of this study is to clarify the related factors with the refreshment action in daily life of nurses employed at hospitals by questionnaire investigation.

The sample analysis was done with 577 nurses who were working at 9 hospitals (including 4 psychiatric ones) in the Kanto district.

The results were as follows :

1. Although enforcement of a time element was 50-60 percent, implementation of social participation was extremely low.
2. Refreshment Action was little practiced between 20 years old and 30 years old, and there was that age becomes high.
3. The stress highly ranking were nursing business, the working system, education and study inside the hospital, and relation the bosses.
4. The factors relevant to Refreshment Action were about the age, form of marriage, living with her/his family, department of examination and treatment, a subjective health status and human support outside.

It was in a negative relation with the stress degree though it was not significantly differentt.

キーワード : 休養行動, 看護職者, 関連因子, 人的サポート, ストレス

Refreshment Action, Nurse, Related Factors, Human Support, Stress

I. 序 論

健康づくりの3本柱は運動・栄養・休養であると言われているが、栄養や運動に比べて休養に関する施策や体系化は遅れていた。この理由として岩崎は、休養の持つ意味が休む=怠けると考えられたことや、休養行動は生活行動や環境などが複合的相互関係にあるので説明が困難であることを述べ、生命科学としての体系づくりの必要性を指摘している¹⁾。休養に関する研究は、昭和63年度

及び平成元年度の厚生科学研究に始まり、平成5年度に厚生省で休養指針の策定が検討され、翌年に公表された²⁾。この指針は生活リズム・時間的要素・空間的要素・社会的要素の4本柱から構成されており、個人の生き方に積極的に取り入れていこうとする意識の変換が、休養実践の効果を上げる基本であると説明されている。このように休養は単なる疲労回復のための『休』から、潜在的能力を高め健康増進を図っていく能動的な休養と

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

しての『養』への転換が必要とされるに至った^{3)~6)}。先行調査では、休養を十分に取っている者はとっていない者に比べてストレス度が有意に低いこと⁷⁾、実践指導を通して休養のイメージが休むや疲労回復から積極的休養へ転換したこと⁸⁾、ストレスには保養が効果的であること⁹⁾等が報告されており、その中で特に『養』の部分を意識しての実施が少ない現状が指摘されている。

さて、ここで他者の健康を担う立場にある看護職者自身のことについて考えてみる。産業16分野の女性4,700人対象の調査では、月間残業時間は看護職では10時間以下が56%を占め31時間以上は4%と少ないものの、職場ストレスとして仕事量が多すぎる(35.8%)、責任範囲が大きい(38.5%)等他の職種より高い割合を示していた¹⁰⁾。また、看護師は病床100床あたり1975年(23.5人)から1996年(41.8人)と倍増しているものの、アメリカ(1975年65.6人→1996年197人)など先進諸国に比べると最低であり、人口1万人対比でも病床数は多く看護師数は少ない¹¹⁾。このような状況下で看護職者は夜勤や複雑な人間関係等から心身共に過重な負担を強いられ、身体的不調やBurnoutに陥る者も多いことが報告されている^{12)~14)}。職場ストレスに対して積極的休養の必要性が指摘されているが¹⁵⁾、特に看護職者には疲労回復の休行動と共に健康の潜在能力を高める養行動が重要である。このため看護職者自身の健康確保の一助としての休養行動の位置づけや、その促進について検討する必要があると考えるが、看護職者の休養についての報告は少ない。その中で、富永¹⁶⁾は仕事上のストレスと健康管理との関係を調査し、休養不十分な者は労働意欲の低下や慢性疲労の訴え率が高いこと等を報告している。しかし、この調査は休養を休養指針に示された個別の内容を問うのではなく、「休養の取り方」の一問でとり扱っていた。

そこで、今回は休養指針に示された項目を一部選択修正し「休養」行動として捉え、看護職者の『休』行動と『養』行動の実態とその行動に関連する因子を明らかにする目的で、病院勤務者を対象に調査を行った。

II. 研究目的

1. 病院勤務看護職者の日常生活における『休』行動と『養』行動の実態を明らかにする。
2. 『休』行動及び『養』行動と属性、業務上のストレス度、主観的健康感、職場内及び職場外の人的サポートとの関連を明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象者

関東地区の医療施設(精神科4施設、一般科5施設)に勤務中の看護職者。事前に各施設の看護部長に趣旨を説明した依頼書を郵送し調査協力を確認した。了承のあった施設に調査票と封筒を郵送、調査票は無記名とし記入後各自で封印し看護部で一括返送とした。調査の対象はスタッフから師長を含み、各年代(精神科は性別)を均等配分の旨を伝え、その選考は対象者の同意を前提として看護部長に一任した。調査は1998年11月~1999年1月に実施した。

2. 調査内容

1) 属性

性別、年齢、婚姻形態と同居家族の有無、職種、勤務年数、職位、所属診療科、週休。

2) 休養項目

休養指針は13項目で構成されているが、原案者である野崎^{3)~5)}の説明を参考にして『休』行動として6項目、『養』行動として4項目選択、行動レベルの表記に修正した(表1)。これらの項目に対して、日頃の生活行動に「非常によく該当する(4点)」、「該当する(3点)」、「普通(2点)」、「あまり該当しない(1点)」、「全く該当しない(0点)」までの5段階で回答を求め得点化した。

3) 関連因子

① ストレス度

ストレッサーは質問紙作成にあたって、看護師10名に聞き取り調査を行い神郡¹⁷⁾を参考に10項目(看護業務自体、夜勤・超過勤務などの勤務体制、患者・家族との関係、医師との関係、上司との関係、同僚との関係、他職種との関係、

表1. 休養行動項目

休 の 要 素	生活にリズムを (生活リズム)	①仕事と休養のバランスをとる ②熟眠できる工夫をしている ③入浴でリラックスできる ④時には旅行にでかける
	ゆとりの時間で実りある休養を (時間的要素)	⑤1日30分自分の時間をもつ ⑥自分にあった趣味や生きがいづくりをしている
養 の 要 素	生活の中にオアシスを (空間的要素)	⑦楽しい食事空間の工夫をしている ⑧自然との触れあいを大切にしている
	出会いときずなで豊かな人生を (社会的要素)	⑨家族との語らいの時間を持っている ⑩ボランティアなど地域・社会活動へ参加する

(厚生統計協会編：国民衛生の動向，p.92，厚生統計協会，1997，一部修正)

職場の物理的環境，院内教育・看護研究，自分の生活や家族)を設定し，ストレスの度合いについて「非常にストレスである（4点）」，「ストレスである（3点）」，「普通（2点）」，「あまりストレスではない（1点）」，「ストレスではない（0点）」までの5段階で回答を求め得点化した。

② 主観的健康感

現在の健康状態について，「非常によい（4点）」，「まあよい（3点）」，「あまりよくない（2点）」，「全くよくない（1点）」から選択し得点化した。

③ サポート

職場内と職場外での人(仲間，相談できる友人，自分の考えや行動の支持者，安心できる人の4項目)の存在が，「いつもいる（4点）」，「時々いる（3点）」，「あまりいない（2点）」，「全くいない（1点）」から選択し得点化した。

3. 分析方法

①測定項目の集計と分布の確認，正規分布でない場合はノンパラメトリック分析におけるMann-WhitneyのU検定で確認。②休養行動と属性との関連は一元配置の分散分析を行い，有意差が認められた場合多重比較（Bonferroniの不等式の利用による方法）で確認した。③休養行動と関連因子との関連は，それぞれの関連因子の平均値を境

にして2群として正規分布でない場合はU検定，正規分布の場合は一元配置の分散分析を行った。④属性および関連因子の影響度を確認するために休養行動を基準変数として，属性との関係は数量化理論I類による分析，関連因子については重回帰分析（stepwise methods）を行った。いずれも有意水準5%で，パッケージソフトはHALWINを使用した。

4. 用語の定義

1) 休養行動

厚生労働省の休養指針は，生活リズム要素，時間的要素，空間的要素，社会的要素の13項目で構成されている。休と養は明瞭に切り離せるものではないが，生理的疲労回復「休むこと」により得られた時間に，健康の潜在能力を高め生活の質を向上させる「養うこと」の内容が伴ったものとされる⁵⁾ことから，先行する生活リズムと時間的要素を『休』，能動性を求められる空間的要素と社会的要素を『養』とし，ともに日常生活の中における行動として捉えた。

2) ストレス度

ストレッサーに対して負荷と感ずる認知的評価の度合いを指す。ここでのストレスはLazarusとFolkman¹⁸⁾の心理的ストレスを意味する。彼らはSelye¹⁹⁾の生物的ストレスの考えを基に，人間と環境の関係を重視し，その人の危機に対

応する方策を超えたり、安寧な生活が脅かされた状態にさらされた場合を心理的ストレスと定義し、評価に影響を与える要因として、コミットメントや信念などの個人的要因や社会的ネットワークを上げている。彼らの考えによれば、ストレスを規定するのは人間の主観的な受け止めであり、ストレスはコントロール可能であることを意味すると同時に、ストレスの度合いも環境との関係で影響を受けることを意味している。著者らの先行研究でも、ストレスの認知には人間関係や健康状態等が影響することが確認されている^{20)~23)}。今回はストレス対処として休養行動を採用するのではないかと考え、ストレスサーとして看護業務や職場の人間関係等に関する項目を設定し、5段階評価の総和と休養行動との関係を見た。

IV. 研究結果

配布数は670部で、有効回収577部（一般科382、精神科195、有効回収率：85.2%）を解析対象とした。

1. 対象者の属性

女性が534名（92.5%）、男性43名（7.5%）、年齢階級別では572名の回答で20歳代257名（44.9%）、30歳代126名（22.0%）、40歳代105名（18.4%）、50歳代63名（11.0%）、60歳以上21名（3.7%）であった。婚姻形態では286名（49.8%）が未婚で、既婚は241名（42%）、その他は離婚や死別であった。家族との同居は344名（59.9%）で、そのうち子供を有する者が205名、親との同居が158名であった。職種は看護師が444名（77.1%）、准看護師が92名（16%）、助産師（5.9%）で、職位はスタッフ443名（77.3%）、主任・副師長65名（11.3%）、師長・部長65名（11.3%）で、病棟勤務者466名（81.9%）で他は外来や手術室、透析室等であった。経験年数は10.9（±9.6）年、勤続年数は6.4（±7.2）年であった。週休2日が328名（58.1%）、1日が53名（9.4%）、その他184名（32.6%）であった。

2. 休養行動の尺度構成と信頼性の検討

休養行動指標は、因子分析で回転前の因子負荷量は1因子（因子負荷量の2乗和3.0、寄与率30.9%）、バリマックス回転後では2因子までが負荷量1以上であった。主成分分析では、累積寄与率49.49%で第2成分までが固有値が1以上であり、cronbachの α 信頼性係数は0.81であった。次に休養行動と養行動別に同様に分析した結果、固有値1以上は第1成分のみであり、それぞれ寄与率は42.5%、55.8%、 α 信頼性係数は0.72、0.73であった。

3. 休養行動の実施状況

10項目の分布は正規近似であったが、『休』行動（24点満点）は15~20点で中央よりも後ろに、『養』行動（16点満点）は5~10点でピークを示し中央よりも前に偏った分布であった。各項目の実施状況について、日頃の生活行動によく該当する（4点）と該当する（3点）を合せて実施群とし、あまり該当しない（1点）と全く該当しない（0点）を合せて実施しない群として、それぞれの割合を図1に示した。＜実施群＞の割合が＜実施しない群＞よりも多かったのは9項目で、実施の割合が50%を越えていた項目は、“1日30分自分の時間をもつ（以下、時間の確保と略）”66.5%、次に“入浴でリラックスできる（以下、入浴と略）”54.9%、“自分にあった趣味や生きがいづくり（以下、趣味と略）”53.6%、“時には旅行に出かける（以下、旅行と略）”53%、“家族との語らいの時間を持っている（以下、家族と略）”50.9%であった。一方、“社会活動への参加”の割合は12.5%と少なかった。次に年齢別にみた実施状況を図2に示した。実施は若年層で低く年齢が高くなるほど高くなり、“旅行”と“時間の確保”以外で有意な差が認められた（ $p < 0.01 \sim 0.001$ ）。

4. 関連因子

ストレス度総点は正規分布を示し、平均値は19.8（±6.8）点であり、看護業務、夜勤や超過勤務などの勤務体制、院内教育・看護研究、上司

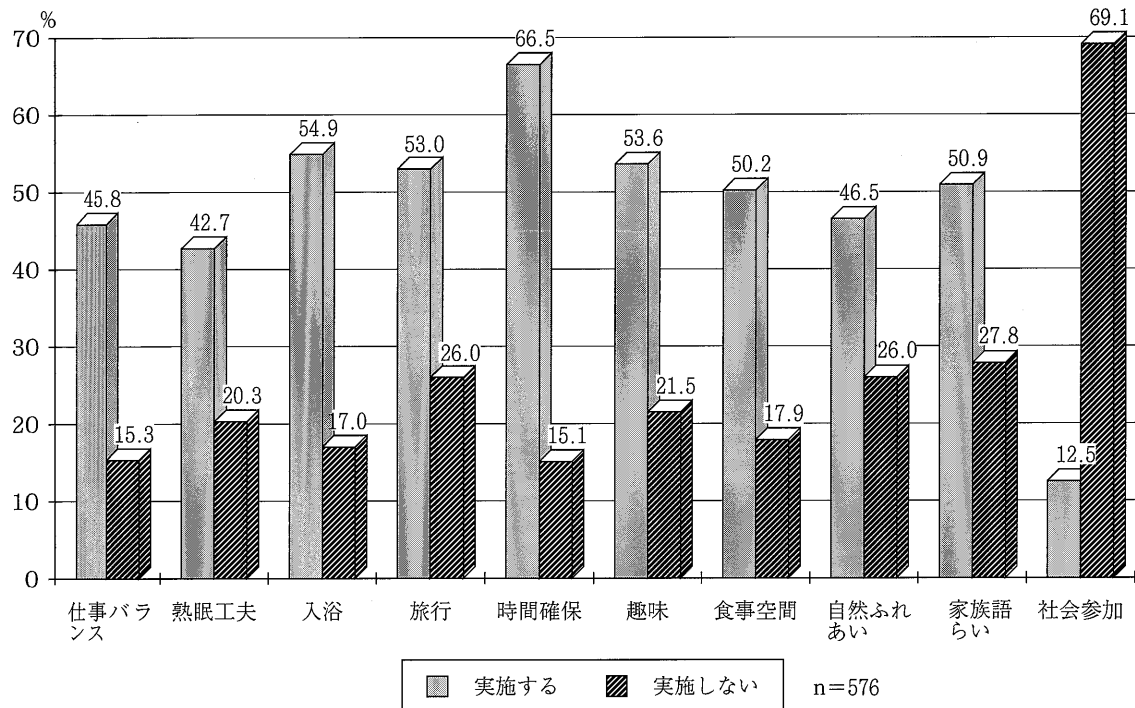
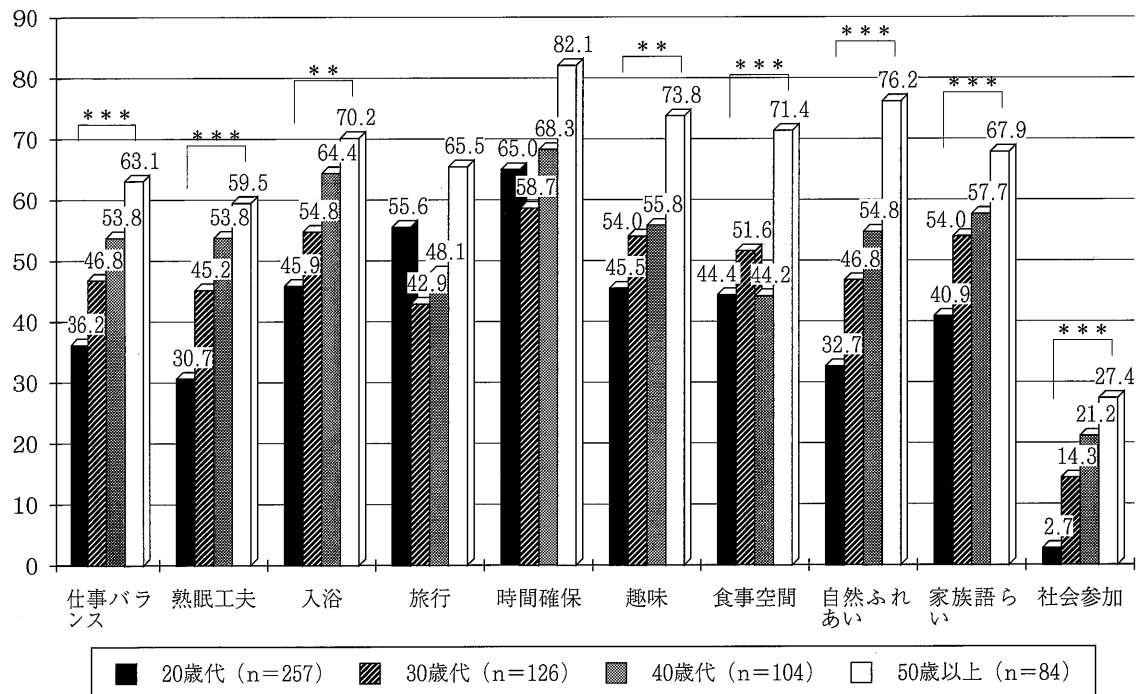


図1. 休養行動



** P<0.01
*** P<0.001

図2. 年齢別に見た休養行動の実施割合

との関係が上位を占めていた。主観的健康感は正規近似を示し平均値は2.8 (±0.6) であり、非常によい者は49名 (8.5%), まあよいが361名 (62.8%) であり、まったくよくないと回答した

者は11名 (1.9%) であった。職場内サポートの平均値は12.1 (±2.8), 職場外サポートの平均値は13.7 (±2.7) であり, それぞれの項目で<悪いともない>と回答した割合は, 何でも言える仲間

(職場内34.9%，職場外58.4%)，相談できる友人(職場内35.5%，職場外59.4%)，支持者(職場内32.8%，職場外56.1%)，安心できる人の存在(職場内25%，職場外59.6%)であり，全項目において職場内よりも職場外サポートの方が多かった。

5. 休養行動と属性及び関連因子の関係

1) 属性との関係

表2に示したように、『休』行動は女性よりも男性の方が高く(p<0.05)，『休』『養』行動共に年齢が高くなるほど有意に高くなり，50歳以上が最高値を示した(p<0.001)。対比較では20歳代と50歳以上，30歳代と50歳以上，20歳代と40歳代で有意差が認められた(p<0.001)。「養」行動でも20歳代と30歳代・40歳・50歳代，

30歳代と50歳以上の間に有意差が認められた(p<0.001)。婚姻形態別では『休』行動には有意差はないが，『養』行動において離婚や既婚者が有意に高く(p<0.0001)，対比較では未婚者と既婚や離婚者間に有意差が認められた(p<0.001)。同居家族を有する者は，『休』行動には差は認められないが『養』行動は有意に低かった(P<0.001)。その中で子供を有する者は『休』行動が低い(p<0.05)反面『養』行動は高く(p<0.01)，親と同居の者は『休』『養』行動共に有意に低かった(p<0.05~0.001)。職種別では少数の助産師を除いて，看護師と准看護師とを比較したが有意差はなかった。職位別では『休』行動に差はなく，『養』行動は主任・副師長が有意に高かった(p<0.001)。対比較では主任・副師長と師長には有意差はなく，

表2. 休養行動と属性との関係

基準変数		休 行 動		養 行 動	
項目-カテゴリー		mean±sd		mean±sd	
性別	女性	14.6±4.4	* }	7.9±3.5	
	男性	16.6±3.2		8.9±3.7	
年齢	20歳代	14.1±4.1	* *** *** ***	6.8±3.2	*** *** *** ***
	30歳代	1.43±4.5		8.2±3.5	
	40歳代	15.5±4.5		9.0±3.0	
	50歳以上	16.9±4.0		9.8±3.5	
婚姻	未婚	14.6±3.9		6.6±3.1	*** ***
	既婚	14.7±4.7		9.3±3.3	
	離婚	16.5±4.3		9.7±3.3	
	死別	14.8±5.5		7.0±3.8	
同居	あり	14.7±4.3		6.3±3.3	***
	なし	15.0±4.4		9.1±3.2	
子供	あり	14.5±4.8	* }	9.5±3.2	**
	なし	15.6±3.5		8.5±3.0	
親	あり	14.4±3.9	* }	8.4±2.9	***
	なし	15.4±4.7		9.7±3.3	
職位	スタッフ	14.6±4.4		2.6±3.5	*** **
	主任・副師長	15.4±3.8		9.3±3.0	
	師長	15.7±4.6		9.1±3.6	
科別	一般科	14.4±4.2	* }	7.6±3.4	***
	精神科	15.6±4.5		8.7±3.6	

注：一元配置の分散分析(対比較はBonferroniの方法5%水準:0.0083採用)

n=571(子供・親は同居者のみn=343)

*significant at p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

スタッフとの間に有意差が認められた ($p < 0.01$)。所属別では『養』行動のみ、外来や手術室に比べて病棟勤務者が有意に低かった ($p < 0.05$)。また、一般科よりも精神科勤務者の方が『休』『養』行動共に有意に高かった ($P < 0.05 \sim 0.001$)。週休との関係はなかった。

以上の属性に関して、その影響度を確認する

ために数量化理論 I 類で解析を行った結果を表 3 に示した。偏相関係数が 0.2 以上であったのは、『休』行動では年齢 0.25, 『養』行動では婚姻 0.20, 同居の家族 0.24 で、他の属性の偏相関は小さかった。また、重相関係数 (2 乗 = 多重決定係数) は、『休』行動 0.33 (0.11), 『養』行動 0.48 ((0.23) とそれほど大きくはなかった。

表 3. 休養行動と属性

項目-カテゴリー	休 行 動			養 行 動		
	重み数量	単相関	偏相関	重み数量	単相関	偏相関
1) 性別		0.10204	0.08080		0.05612	0.02514
女性	-0.10100			-0.02302		
男性	1.31297			0.29920		
2) 年齢		0.21529	0.24560		0.27043	0.18495
20歳代	-1.09633			-0.40347		
30歳代	-0.15894			-0.12933		
40歳代	1.14996			0.04728		
50歳代	2.06350			1.20935		
60歳代	2.64720			2.21064		
3) 婚姻		0.06901	0.11421		0.33762	0.20069
未婚	0.25676			-0.49981		
既婚	-0.38108			0.58059		
離婚	1.30764			1.31409		
死別	-2.16865			-2.94830		
4) 家族同居		0.02839	0.12518		0.38228	0.23718
無し	-0.99658			-1.42572		
有り	0.68477			0.97964		
5) 子ども同居		0.12023	0.17685		0.15036	0.08528
無し	1.00662			-0.34612		
有り	-0.67763			0.23300		
6) 親同居		0.11950	0.17635		-0.19971	0.15755
無し	0.76111			0.48918		
有り	-0.89117			-0.57278		
5) 職位		0.04585	0.08455		0.12792	0.08137
スタッフ	-0.11614			-0.08116		
主任・副師長	1.00893			0.71906		
師長	-0.26948			-0.20625		
6) 診療科		0.11991	0.05449		0.11556	0.00063
一般科	-0.07886			-0.00141		
精神科	0.16303			0.00291		
重相関係数 (2 乗)	0.328880 (0.10811)			0.48375 (0.23402)		
平均予測誤差	4.10928			3.05414		

注：数量化理論 I 類による分析

2) 関連因子との関係

関連因子はそれぞれの平均値を境にして2群として、休養行動との関連性を検討した結果を表4に示した。『休』『養』行動共に職場内及び職場外サポート、主観的健康感に有意差が認められた ($p<0.05\sim0.001$)。ストレス度が高い群は休養行動の実施が低い傾向にあるものの有意ではなかった ($p<0.06\sim0.09$)。また、職場内・外のサポートを項目別に見ると、『休』行動では職場内の友人や支持者、『養』行動では職場外の仲間や友人については有意な差は認められなかった。次に重回帰分析(逐次選択法: stepwise methods)の結果を表5に示した。『休』行動では主観的健康感、職場外サポートに ($p<0.001$)、『養』行動では主観的健康感

($p<0.001$)と職場内及び職場外サポート ($p<0.01\sim0.05$)に有意差が認められた。ストレス度は『休』『養』行動共に負を示したが有意ではなかった。重相関係数(2乗)は『休』行動0.29(0.08)、『養』行動0.28(0.07)と小さかった。

V. 考 察

1. 病院勤務看護職者の休養行動の実態

休養の『休』は生理的な心身の疲労からの回復で時間的な要素を、休養の『養』は健康の潜在的能力を高め充実感のある自己実現を意味し、生活の質を高める行動的な要素が含まれる。特に『養』の部分は文化的背景や社会的条件が影響するが、主として個人の考え方に依拠し、最終的にはその

表4. 休養行動と関連因子

変数	休 行 動				養 行 動			
	n	順位和	U統計量	Z値(p)	n	順位和	U統計量	Z値(p)
職場内サポート (0-12)	332	87499	32221	3.235 (**)	332	87559	32281	3.206 (**)
(13-16)	231	71266	44470		231	71207	44411	
職場外サポート (0-13)	222	54963	30210	4.450 (***)	222	54977	30224	4.446 (***)
(14-16)	349	108343	47268		349	108329	47254	
	n	平均値	標準偏差	F値(p)	n	平均値	標準偏差	F値(p)
主観的健康感 (0-2)	165	13.5	4.62	20.34 (***)	165	7.10	3.62	14.40 (***)
(3-4)	409	15.3	4.13		409	8.32	3.40	
ストレス度 (0-20)	290	15.1	4.54	3.532 (0.06)	290	8.21	3.57	2.867 (0.09)
(21-40)	281	14.4	4.16		281	7.71	3.46	

注：職場内及び職場外サポートはMann-WhitneyのU検定、主観的健康感とストレス度は一元配置の分散分析で解析。 **significant at $p<0.01$ *** $p<0.001$

表5. 休養行動と関連因子

変 数	休 行 動				養 行 動			
	偏回帰(標準誤差)	標準偏回帰	F値(p値)	偏相関	偏回帰(標準誤差)	標準偏回帰	F値(p値)	偏相関
主観的健康感	1.287 (0.297)	0.180	18.79 (0.00002)	0.1817	0.923 (0.241)	0.160	14.71 (0.0001)	0.1614
職場外サポート	0.285 (0.071)	0.172	15.99 (0.00007)	0.1681	0.169 (0.058)	0.127	8.58 (0.0035)	0.1240
職場内サポート	0.107 (0.067)	0.069	2.55 (0.1115)	0.0679	0.138 (0.054)	0.110	6.43 (0.0115)	0.1075
ストレス度	-0.038 (0.027)	-0.059	2.02 (0.155)	-0.0605	-0.036 (0.022)	-0.070	2.79 (0.0954)	-0.0710
重相関係数(2乗)	0.291 (0.0849)				0.276 (0.0761)			
自由度調整済重相関係数	0.280 (0.0782)				0.263 (0.0693)			
自由度再調整済重相関係数	0.268 (0.0716)				0.250 (0.0626)			
F値(p値)	12.75 (0.0000)				11.32 (0.0000)			

注：重回帰分析 stepwise methods (F out=2)

個人の生き方そのものである。生活の満足には豊かさの質としてのゆとりが求められ、実感できるバロメーターは文化的ゆとり・空間的ゆとり・時間的ゆとりであり、中でもわが国に最も必要なのは“時間的ゆとり”であると言われる²⁰⁾。今回の調査では、全体的傾向としては生活リズムや時間的要素、空間的要素は、約半数の者が日常生活の中に取り入れていた。調査対象者が交代勤務を主とする病棟勤務であることから、「時間的要素」の不足を予測したが、6割以上が自分の時間を確保出来ていた。しかし、全体を通して実施が5割以下の項目も多いこと、20～30歳代の者の実施度が総じて低いこと、また出会いと絆で豊かな人生を目指そうとする社会的要素である“社会参加”の取り入れが極端に少ないこと等が、今回の対象者の特徴と言える。

これらより、休養に関する看護職者の全体的傾向は把握できたが、これが現代社会の勤労者一般の特性か、或いは看護集団の傾向であるのかについては他職種との比較が必要と考える。しかし、原野¹⁵⁾も職場のストレス対策として、連続休暇の取得の促進で静養より「動養」を勧めているように、実質的には質の高い『養』の部分の実践の前提となるものは時間の確保である。今回、時間的要素の2項目の実施度は5～6割で他の要素に比べて高かったことから、『養』の実践は可能な状況と考える。但し、今回は週休との関係はなかったが、時間の確保として直接的な影響を及ぼす休暇などの取り方については今回の調査では確認できていないので、今後検討していきたい。

2. 休養行動の関連因子

ここでは休養行動を促進或いは阻害する因子について検討する。設定した因子の中では、年齢、婚姻形態、同居の家族、職位、診療科、主観的健康感、職場内及び職場外サポートが影響することが示唆された。年齢が高くなるほど休養行動得点が高くなっているが、これは市民対象の健康意識調査「年齢上昇と共に満足のいく休養をとっている比率は増加した」²¹⁾と一致する。しかし、看護職者対象の「36歳以上のベテラン層は十分な休養、

栄養のバランス、適度な運動を心がけている」¹⁶⁾と報告されているが、今回の結果では30歳代の者の休養行動は高いとは言えなかった。これは心がけていることと実際の行動は同じではないことを示唆するものであろう。この年代は職場における中核的存在であり、更には結婚し育児を担いはじめる年代であることが影響しているのか、更なる検討が必要である。また、同居家族を有する者は『休』行動に差はないが『養』行動が有意に低かった。『休』行動では子供や親と同居する者は低いが、『養』行動では子供と同居、親と同居していない者が有意に高かった。これらの結果を総合すると、同居家族を有すると時間的要素は制約されるが、子供と過ごす時間そのものが『養』行動に結びつくことを示唆していると捉えられる。大西²²⁾は仕事ストレスの高い者は育児感情がネガティブであると報告しているが、今回の結果から子供は『休』行動を制約しても『養』行動は阻害しないことが示唆されたので、子供との関わりで『養』行動を促進し、ストレス緩和を図り育児感情をポジティブに転換させることも可能と考える。職位については休行動には差はなかったが、養行動では職位が高くなるほど実施度が高かった。職位は年齢と相関するが、養行動のみ有意差があったことから、養行動を上手に実施するには、職位が有する要素を探究することも必要である。また、診療科別では精神科勤務の方が休養行動は有意に高かったが、これには精神科看護の特性や、対象とする患者の特徴が影響していることが推察される。しかし、職位や診療科は、数量化I類による分析では偏相関が低かったことから、休養行動に及ぼす影響は少ないと言える。

次に関連因子との関係について検討する。休養行動は職場外サポートと関連しており、仕事を離れた場所での支持者や安心できる人の存在が、休養行動の促進につながるということがわかった。折津らは、「休養のとれている者はストレス度が低い、ストレス度が高くなるに従い休養を希望する」⁷⁾と報告しているが、今回の結果でも、ストレス度が低い群は休養行動の実施が高い傾向を示しており、重回帰分析でもストレス度のF値は2以上の

負の関係にあった。以上から、ストレス度は休養行動が促進されることで緩和されることが推察される。また、自分が健康であると実感する主観的健康感に関しても、休養行動と密接に関係していたことから、これらストレス度や主観的健康感とは休養行動とは相互に関係しあい、双方向的関係にあることが推察できる。

以上より、日常生活の中に『休』『養』行動を積極的に取り入れていくことは、看護職者の健康確保の一助として有効と考えられる。特に、20～30歳代の看護職者は業務や生活の見直しを行い、『休』『養』行動の取り入れには年長者や上司から学ぶことや、職場外の人的サポートを活用することを勧める。尚、今回の調査では、多忙な臨床それ自体のストレスに加えて上司との関係が上位のストレス要因となっていたが、概して上司は年長者でもあることから、上司自身がストレス要因となる存在であることを自覚して、より若年者の手本となる姿勢が求められるとも言えよう。

VI. 結論

1. 看護職者の休養行動の特徴は、『休』行動としての“時間的要素”はある程度実施されていたが、『養』行動である“社会的要素”の社会参加が極端に少なかった。
2. 『休』『養』行動は年齢が高くなるほど実施度が高い反面、20～30歳代は総じて低かった。同居の家族を有する者は実施度が低い反面、子供を有する者の『養』行動は高かった。
3. ストレス度の高い項目は、看護業務、勤務体制、院内教育・研究と上司の関係であった。
4. 『休』『養』行動に関連する属性は、年齢、婚姻形態、同居の家族、職位、診療科であったが、職位や診療科の影響度は小さい。関連因子は主観的健康感、職場内及び職場外の人的サポートであり、ストレス度とは負の関係が示されたが有意ではなかった。

VII. 研究の限界

今回使用した尺度の基となっている休養指針は行動レベルの表現ではないことから、提案者の文

献を参考にして項目を選択修正して使用し、尺度構成と信頼性の検討を行った。因子分析では回転前因子負荷量は1因子で寄与率は30.9%であり、バリマックス回転後では因子負荷量の2乗和が1以上は2因子で寄与率は第1因子20.6%、第2因子10.4%であった。主成分分析でも信頼係数($\alpha = 0.8$)は高くなるが第2主成分となることから、『休』と『養』に二分して検討した結果、各々主成分は1でありcronbachの α 信頼性係数も0.7以上であった。以上から、今回の『休』『養』行動の区分はほぼ妥当とも考えるが、野崎が指摘するように、休む(時間)に対応して休養となるための『養』が期待されるといった関係にあり分離しがたいこと、特に指標の入浴や旅行などは『養』の要素が大きいと考えられる。今後は『休』『養』行動の構成要素の見直しを含めて、直接的要素である休暇などの時間の確保を含め、『養』行動促進因子の探究や、具体的な職場ストレスとの関連について検討していく必要がある。また、対象者選択においては、郵送による依頼で施設の看護部長に一任せざるを得ない状況であったことから、個々の対象者の意思がどのように守られたか、選択はどのようになされたのか等が不明であることが、今回の調査の限界と考える。

謝辞

本研究にご協力いただいた医療施設の看護職の皆様に感謝致します。

文献

- 1) 岩崎輝男, 岩崎恵美子: 休養のすすめ, 30-34, 財団法人日本ウエルネス協会, 1990
- 2) 厚生統計協会編: 国民衛生の動向, 92-97, 厚生統計協会, 1997
- 3) 野崎貞彦: 新しい健康生活の創造, 公衆衛生情報, 24(8), 30-33, 1994
- 4) 野崎貞彦: 健康づくりのための休養, 公衆衛生, 58(12), 861-864, 1994
- 5) 野崎貞彦: 健康づくりにおける休養のあり方について, ストレス科学, 13(1), 1-9, 1998
- 6) 野原忠博: 休養と健康, 保健の科学, 38(2),

- 76-81, 1996
- 7) 折津政江, 野崎貞彦: 休養必要性の評価に関する研究—ストレス・健康習慣との関連から—, 日大医誌, **56**(3), 143-156, 1997
- 8) 松原 悟, 岩根久夫, 友松英二, 他: 健康づくり技法開発に関する研究, 東京都健康推進財団研究年報 (1994), 17-34, 1995
- 9) 太田尋城, 石川和子, 前田 清: ストレス対策としての健康保養地プログラムの効果, ストレス科学, **13**(1), 29-36, 1998
- 10) 及川しほ: 女性労働者の職場ストレスと疲労, 上畑鉄之丞編: 日本の産業労働者のストレスと健康総合調査報告その2, 71-82, 1993
- 11) 看護問題研究会監修, 日本看護協会出版会編集: 平成13年看護関係統計資料集, p.21-25, 2001
- 12) 影山隆之, 森 俊夫: 病院勤務看護職者の精神衛生, 産業医学, **33**, 31-44, 1991
- 13) 稲岡文昭, 松野かほる, 宮里和子: 看護職にみられるBurn Outとその要因に関する研究, 看護, **36**(4), 81-104, 1984
- 14) 稲岡文昭, 川野雅資, 宗像恒次, 他: 看護者のBURN OUTと社会的環境および行動特性との関連についての研究, 日本看護科学会誌, **6**(3), 50-60, 1986
- 15) 原野 悟: 職場ストレスと積極的休養の確保との関連, 労働の科学, **52**(1), 12-26, 1997
- 16) 富永幸江: 看護者の仕事上のストレスと健康管理との関係, 神奈川県立看護大学校看護教育研究集録, **23**, 268-274, 1998
- 17) 神郡 博: 看護職とストレス, 看護実践の科学, **22**(5), 27-31, 1997
- 18) Richard S. Lazarus and Susan Folkman: Stress, Appraisal, and Coping 19, Springer, 1984
- 19) Selye H (杉靖三郎ほか訳): 現代社会とストレス, 原著改訂版, **9**, 法政大学出版局, 1988
- 20) 杉澤あつ子, 上畑鉄之丞, 何類, 他: 中年期男性労働者における精神健康と労働環境, 保健習慣, 産業医学, **35**(1), p.7-18, 1993
- 21) 土屋八千代: 看護学生のストレス・コーピングとその要因, 日本看護学会誌, **2**(1), 40-50, 1993
- 22) 上畑鉄之丞, 関谷栄子, 阿部真雄, 他: 日本の産業労働者のストレスと健康総合調査報告その1, 1-116, ストレス疾患労災研究会, 1991
- 23) 上畑鉄之丞, 関谷栄子, 阿部真雄, 他: 日本の産業労働者のストレスと健康総合調査報告その2, 1-104, ストレス疾患労災研究会, 1993
- 24) 前掲1), 73
- 25) 的場恒孝, 中川経子, 石竹達也, 他: 市民の健康意識と日常保健行動, 日本公衆衛生誌, **4**, 330-340, 1994
- 26) 大西由希子: 看護職の子育てと仕事ストレス, 日本助産学会誌, **12**(3), 200-203, 1999

住民からみた保健師の訪問支援

Residents' Recognitions about Home Visiting by Public Health Nurses

長谷川珠代^{※1}

Tamayo Hasegawa^{※1}

Abstract

The purpose of this research was to consider the effective support from public health nurses in the view point of residents.

The subjects of this survey were residents who had the continuous support from public health nurses in 2002, and who could reply to interview. The survey examined with semi-structured interview that focused on the relation with public health nurses at resident's home. The subjects of the analysis were 9 residents who agreed to tape-record the interview. The date were classified and named several times to definite the recognition of resident's about home visiting by public health nurses.

The recognitions of residents about home visiting by public health nurses were extracted to 15 categories. These indicated the knowledge of care, skill, attitude, and visiting style. [Improvement of the home environment] [Information collection] [Coordination with organizations concerned] [Informational offer] [Intervention in a problem] and [Technical offer] showed knowledge and skills about care. [Existence of the public health nurse] [Confidential relation] [Attitude of public health nurse] [Sympathetic attitudes] showed attitudes. [Time of intervention] [Support period] [Visiting frequency] [Length of stay] [Continuation of support] showed the visiting styles. The attitudes were directly linked with trust of resident's for the public health nurse. The attitudes were based on the knowledge and skills about care and the visiting styles. The residents wanted public health nurse to have [Sympathetic attitudes] strongly, and thought [Informational offer] was not enough to understand. For the effective support by public health nurses, to make clear the standard of home visiting styles, and to improve the communication skills, especially to strengthen the attitudes are very important.

キーワード : 住民, 保健師, 訪問支援, カテゴリー, 態度

Resident, Public health nurse, Home visiting, Categories, Attitude

I. 緒言

現在日本は65歳以上の老年人口の割合が年々増加し、寝たきりや痴呆の高齢者が急速に増加する一方で、核家族化の進展による家族の介護機能の変化等が起き高齢者の介護問題は老後の最大の不安要因となっている。このような社会情勢に対応

するべく様々な医療保健対策が取り込まれ1983年には老人保健法, 1994年に地域保健法, 2000年度には介護保険が施行された。法の改正・制定に伴い家庭訪問という手段を用いて住民にサービスを提供する職種が地域に増えた。医療や介護保険で訪問看護ステーションから派遣される訪問看護師,

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

ケアマネージャー、ヘルパー、リハビリテーション担当の理学療法士など様々な職種が直接ケアやサービスコーディネイトを行なっている。

保健師による訪問指導は法的に位置づけられ、地域住民の健康の保持及び増進、福祉の向上を目的とした保健事業を市町村が主体となって実施している。地域保健法では国・県・市町村で働く保健師の役割がそれぞれ規定され¹⁾、役割の分担や各機関の関係が明確になった。なかでも市町村保健師は2000年の就業保健師における割合が56.1%に上り、社会的ニーズが年々増してきている²⁾。特に介護保険制度導入により市町村保健師の訪問指導件数や対象が変化したことや、住民に生活の質を求める志向が高まっているという社会背景もこれまで以上に質の高い支援を必要とされている要因の一つである。

このように住民に対して家庭訪問やコーディネイトの役割を担う職種が複数地域に存在しているなかで保健師による訪問支援を見直すことは、より効果的で対象者のニーズに即した介入をしていくために重要になってくる。保健師の活動に関する文献は岡本^{3)~5)}や島内^{6)~8)}、村嶋⁹⁾、Joyce V Zerwekh^{10)~13)}など数多くあるが、対象者が保健師による支援を生活の中でどのように認識しているのか、という受け手の視点から研究したものはみられない。そこで本研究では保健師の訪問支援をうけている住民の立場から保健師活動に関する研究を行なうことにした。

本研究では保健師がより効果的な支援を行なう方向性を検討していくために、保健師の支援に対する住民（以下、対象者とする）の認識を明らかにすることを目的とする。

II. 方法

1. 対象

N市保健師は基本的に地区分担制をとっており、同時期に複数の保健師が一世帯に関わることはない。そこでN市保健師から2001年に継続支援の目的を持って訪問した住民の紹介を受けた。その中でインタビューによる調査が可能な17名のうち緊急の入院、施設入所になった2名を除いた15名を

本研究の対象とした。対象者に関する基本情報（名前、年齢、疾患名、介護の状況、支援経過等）は調査前に保健師から収集した。

2. データの収集方法

1) 対象者へのアプローチ

対象者へは電話にて研究主旨、方法の説明を行ない、了承が得られた者に対して調査実施日時の調整を行った。

2) 倫理的配慮

面接の開始に先立ち、調査で知り得た情報の秘密は厳守され研究目的以外では用いられないこと、また保健師への報告は調査時の対象者の状況のみに留めること、この調査への回答が保健師の支援に影響を与えることはないことを対象者に説明した。また身体的負担などを考慮し、面接は対象者の自宅で行ない、体調の確認をしながら行なった。

3) 調査期間

2002年2月から3月までの2ヶ月間

4) 面接

面接は対象者の自宅にて行った。1名についてはR大学病院での診療待ち時間を利用し外来の待合室にて実施した。面接時間は30~90分で平均60分であった。

面接は半構成的面接法で行ない、対象者の健康状態、日常生活、現在抱えている問題等や保健師が関わって改善したこと、保健師の対応についてなど、これまでの対象者と保健師の関わりが語りやすい質問をした。

3. データ分析方法

本人の了承を得て面接内容が録音できた9名を分析の対象とした。調査時の様子などはフィールドノートに記載し、後に録音した会話は逐語録とプロセスレコードを作成しデータとした。データから対象者の言葉で保健師に関して述べている部分を全て抜き出してコード化し、同じ内容・意味を示すコードの分類（クラスタリング）と名前付けの作業を繰り返し行ない、対象者の訪問活動に対する捉え方をカテゴリーとして導き出した。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の背景

対象者の背景と保健師の関わりは表1に示す通りである。対象者は男5名、女4名の計9名で、年齢は56～79歳で平均66.6歳であった。5名は独居であり、4名は家族と同居していた。現病歴は脳血管疾患、糖尿病、高血圧などの生活習慣病に罹患している方が多く、全部で13疾患もの多岐にわたった。また9名中5名は経済的な問題を抱えていた。

保健師の支援目的は健康管理、環境整備、介護支援等であり、対象者とは短くて5ヶ月、長い者は5年8ヶ月間で関わっていた。

2. 対象者からみた訪問支援を示す15のカテゴリー

対象者から得られたデータのクラスタリングを繰り返し行ない、検討を重ねた結果、最終的に保健師の訪問支援に対する対象者の認識を示す15のカテゴリーが作成された（表2参照）。

【在宅医療・生活環境の整備】には「受診体制」、住宅改修や車椅子の支給など「サービスの導入」、病院で一日中そばにいてくれた等「病院での付き添い」という内容を含む。病院受診など医療に関して介入、調整しながら公的サービスの導入等を通じて在宅生活の継続のために住環境や医療体制を整えていることを示していた。

【介入時期】では対象者が保健師の介入（支援

表1. 対象者の背景と保健師の関わり

	性別	年齢	同居家族	経済状況	疾患	ADL	保健師の関わり	
							支援年数	支援目的
事例1	男	57	介護が必要な弟と二人暮らし	問題なし	・胃潰瘍	自立	2年	①健康管理、環境整備、医療機関の確保等（弟がダウン症候群で、介護を必要とする）
事例2	女	56	独居	問題あり	・喘息 ・慢性気管支炎	J1	1年	①安全に快適な生活ができる ②緊急時の対応がスムーズにできる ③支援者を広げ精神的サポートをする
事例3	女	79	独居	問題あり	・右無眼球症 ・左角膜白斑による視力低下 ・脳梗塞	J2	4年	①機能維持及び生活空間の拡大 ②介護負担の軽減（調査実施の直前まで夫の介護を行っていた）
事例4	男	66	独居	問題なし	・糖尿病 ・高血圧 ・アルコール性肝機能障害	J1	1年	①血糖コントロール ②閉じこもり予防 ③介護保険導入に向けて
事例5	女	77	独居	問題あり	・子宮ガン（20年前） ・手術後の感染症による後遺症	C1	6年	①在宅で安心した生活が送れるように支援する
事例6	男	63	老親、息子、妻と4人暮らし	問題あり	・脳出血 ・肺気腫	J2	2年	①介護保険サービス導入 ②健康管理（再発予防）
事例7	男	60	次男と二人暮らし	問題あり	・脳出血 ・糖尿病 ・高血圧	A1	—	—（情報なし）
事例8	男	65	寝たきりの妻と二人暮らし	問題なし	・リウマチ	自立	4年	①介護状況の確認 ②介護者の健康管理・相談相手・励まし
事例9	女	—	寝たきりの夫と二人暮らし	問題なし	・胃潰瘍	自立	6年	①本人の慰労（寝たきりの夫を自宅で介護している）

表2. カテゴリーの作成

ラベル	ラベルのクラスタリング	サブカテゴリー	カテゴリー
(1)受診体制 (2)サービスを導入する (3)適切な介入時期 (4)1～6年の関わり (5)訪問する間隔は3/W～1/Y (6)日常生活の状況について情報を収集する (7)1回の訪問における滞在時間は15～60分 (8)身体の状態について情報を収集する (9)助けになっている (10)保健師は家事手伝いではない (11)忘れた頃に訪問がある (12)電話でいつでも連絡を取る (13)人間的な部分に関する印象を持つ (14)会って話したい (15)何でも話し、相談する (16)気持ちを理解し、共感する (17)他職種との調整をする (18)十分に話を聞く (19)体調に合わせて関わる	(1)受診体制 (2)サービスを導入する (34)病院での付き添い	在宅医療・生活環境の整備	【在宅医療・生活環境の整備】
	(3)適切な介入時期 (31)介入の時期は様々である	個別支援の介入時期	【介入時期】
	(4)1～6年の関わり (35)同じ担当者が長い期間で関わる安心感 (40)担当交代の不安	支援の中で築かれる安心感がある →担当が交代する不安がある	【支援期間】
	(5)訪問する間隔は3/W～1/Y (12)電話でいつでも連絡を取る (19)体調に合わせて関わる (27)気軽な援助がある (42)連絡すればすぐに来る (11)忘れた頃に訪問がある	訪問する間隔は3/W～2/Y いつでも連絡が取れる →訪問間隔があいている	【訪問頻度】
	(6)日常生活の状況について情報を収集する (8)身体の状態について情報を収集する (28)家族の問題を相談する (30)経済的な相談	支援に必要な情報の収集	【情報の収集】
	(7)1回の訪問における滞在時間は15～60分 (18)十分に話を聞く	滞在時間	【滞在時間】
	(9)助けになっている (39)必要な存在である (44)距離を感じる	存在を身近に感じる →存在に距離を感じる	【保健師の存在】
	(10)保健師は家事手伝いではない (24)保健師だからできる支援である (32)尊敬する	活動への信頼	【信頼関係】
	(13)人間的な部分に関する印象を持つ	→保健師の態度	【保健師の態度】
	(20)保健師について説明が不足している (21)状況の説明がある (22)精神的な支えである (23)問題が解決、状況が改善した (24)保健師だからできる支援である (25)支援の目的が分からない (26)問題に対して助言する (27)気軽な援助がある (28)家族の問題を相談する (29)現在の支援の継続を望む (30)経済的な相談 (31)介入の時期は様々である (7)1回の訪問における滞在時間は15～60分 (18)十分に話を聞く (32)尊敬する (33)内服の指導 (34)病院での付き添い (35)同じ担当者が長い期間で関わる安心感 (36)血圧測定 (37)問題の未解決 (38)状況の説明が欲しい (39)必要な存在である (40)担当交代の不安 (41)事業を通して関わる (42)連絡すればすぐに来る (43)交流の機会を作る (44)距離を感じる (45)コミュニケーションが少ない	(14)会って話したい (29)現在の支援の継続を望む	訪問支援の継続
(15)何でも話し、相談する (16)気持ちを理解し、共感する (22)精神的な支えである (45)コミュニケーションが少ない		話を傾聴し、理解を示す →情緒的サポートが少ない	【共感的な姿勢】
(17)他職種との調整をする (41)事業を通して関わる (43)交流の機会を作る		関係機関との調整	【関係機関との調整】
(20)保健師の役割について説明が不足している (25)支援の目的が分からない (38)状況の説明が欲しい (21)説明がある		説明が不足している →説明がある	【情報の提供】
(23)問題が解決、状況が改善した (37)問題の未解決		→問題の解決 →問題の未解決	【問題への介入】
(26)問題に対して助言する (33)内服の指導 (36)血圧測定		技術の提供・指導	【技術の提供・指導】

開始) 場面や、感じた気持ちを示していた。これには保健師にめぐり会えた、来て欲しいときに訪問に来た、という内容を含む「適切な介入時期」や「介入の時期は様々である」などが含まれた。

【支援期間】には「支援期間の中で築かれる安心感がある」と「担当が交代する不安がある」のサブカテゴリーが含まれていた。表2に示すように前者には「1～6年の関わり」、「同じ担当者が長い期間関わる安心感」という内容が含まれ、後者には「担当が交代する不安」が含まれていた。これらが示すように比較的長い期間を通して支援することで安心感が築かれると同時に、そのことが担当者の交代への不安を増強させる一端を担っているという側面が示されていた。

【訪問頻度】では「いつでも連絡が取れる」と「訪問間隔があいている」「訪問する間隔は週3回～年1回である」という3つのサブカテゴリーが含まれていた。これらは保健師が訪問する頻度を捉えたものであり、同じ頻度で訪問されていてもその認識は利用者によって異なった。

【情報の収集】には「日常生活の状況について情報を収集する」「身体の状態について情報を収集する」「家族の問題を相談する」「経済的な相談」のような内容が含まれた。これは保健師が対象者や家族の生活を中心として、多角的な視点から支援に必要な情報を収集していることを示していた。

【滞在時間】では「1回の訪問における滞在時間は15～60分である」「十分に話を聞く」などの内容が含まれ、保健師が滞在時間の長さは利用者の状況に合わせて変化し、訪問ごとに十分に話を聞いてもらっていると認識していた。

【保健師の存在】というカテゴリーには「存在を身近に感じる」と「存在に距離を感じる」というサブカテゴリーが含まれていた。前者には「助けになっている」「必要な存在である」という内容が含まれ、後者には「距離を感じる」という内容が含まれた。これは保健師が対象者にとってどのような存在であるか、ということを示し、身近さと距離感という相反する側面がみられた。

【信頼関係】には「保健師は家事手伝いではない」「保健師だからできる仕事である」「尊敬する」

などの内容が含まれた。対象者は保健師の活動内容について、問題の解決や気持ちを十分に聴く姿勢などを通して信頼できると認識していることが示されていた。

【保健師の態度】では「人間的な部分に関する印象を持つ」という内容で示され、これは明るい、親しみやすい、賑やかであるなどのように、保健師の性格や印象、支援における態度を認識していることが示された。

【訪問支援の継続】では「会って話がしたい」「現在の支援の継続を望む」という内容が含まれ、対象者が現支援継続の期待を認識していることが示された。

【共感的な姿勢】には「話を傾聴し理解を示す」と「情緒的サポートが少ない」というサブカテゴリーが含まれていた。前者は「何でも話し、相談する」「気持ちを理解し、共感する」「精神的な支えである」などの内容が含まれ、後者には「コミュニケーションが少ない」という内容が含まれた。このカテゴリーを構成する一次コードは最も高い頻度で利用者から抽出され、保健師が話に耳を傾け、訴えに理解を示し共感する関わりがある反面、コミュニケーションが少ないと認識されていた。このカテゴリーを示す内容は最も多く抽出され、対象者は保健師の共感的な態度を強く認識していた。

【関係機関との調整】では「他職種と調整する」「事業を通して関わる」「交流の機会を作る」という内容が含まれ、対象に関わる他機関と調整・協働しながら支援していることが認識されていた。

【情報の提供】には「説明がある」と「説明が不足している」との相反するサブカテゴリーが含まれていた。後者には「保健師の役割についての説明が不足している」「支援の目的が分からない」「状況の説明が欲しい」などの内容が含まれ、保健師の情報についても説明を求めていることを示していた。

【問題への介入結果】には「問題の解決」と「問題の未解決」というサブカテゴリーが含まれていた。「問題の解決」には経済的な負担が少ない状態での問題が解決やサービスが充足したこと

が含まれた。「問題の未解決」には、依頼しているけど解決されない、解決をあきらめているなどの一次コードがみられ、問題の未解決は利用者のあきらめにつながることを示された。

【技術の提供・指導】では「問題に対して助言する」「内服指導」「血圧測定」などの内容が含まれ、保健師が指導、助言といった看護技術の提供をしていることを示していた。

3. 対象者からみた訪問支援を示すカテゴリーの相互関係

対象者からみた訪問支援に関する15のカテゴリーは、看護における知識・技術、態度および訪問形

式で考えることができた(図1参照)。看護の知識・技術には【在宅医療・生活環境の整備】【支援に必要な情報の収集】【問題への介入結果】

【関係機関との調整】【情報の提供】【技術の提供・指導】という6つのカテゴリーが含まれ、態度には【保健師の存在】【信頼関係】【保健師の態度】【共感的な姿勢】という4つのカテゴリーが含まれた。また訪問形式には【個別支援の介入時期】【長い支援期間】【訪問頻度】【滞在時間】というカテゴリーが含まれた。これら看護の知識・技術、態度および訪問形式を示すカテゴリーは相互に強く関連していた。

態度と看護の知識・技術に分類されたそれぞれ

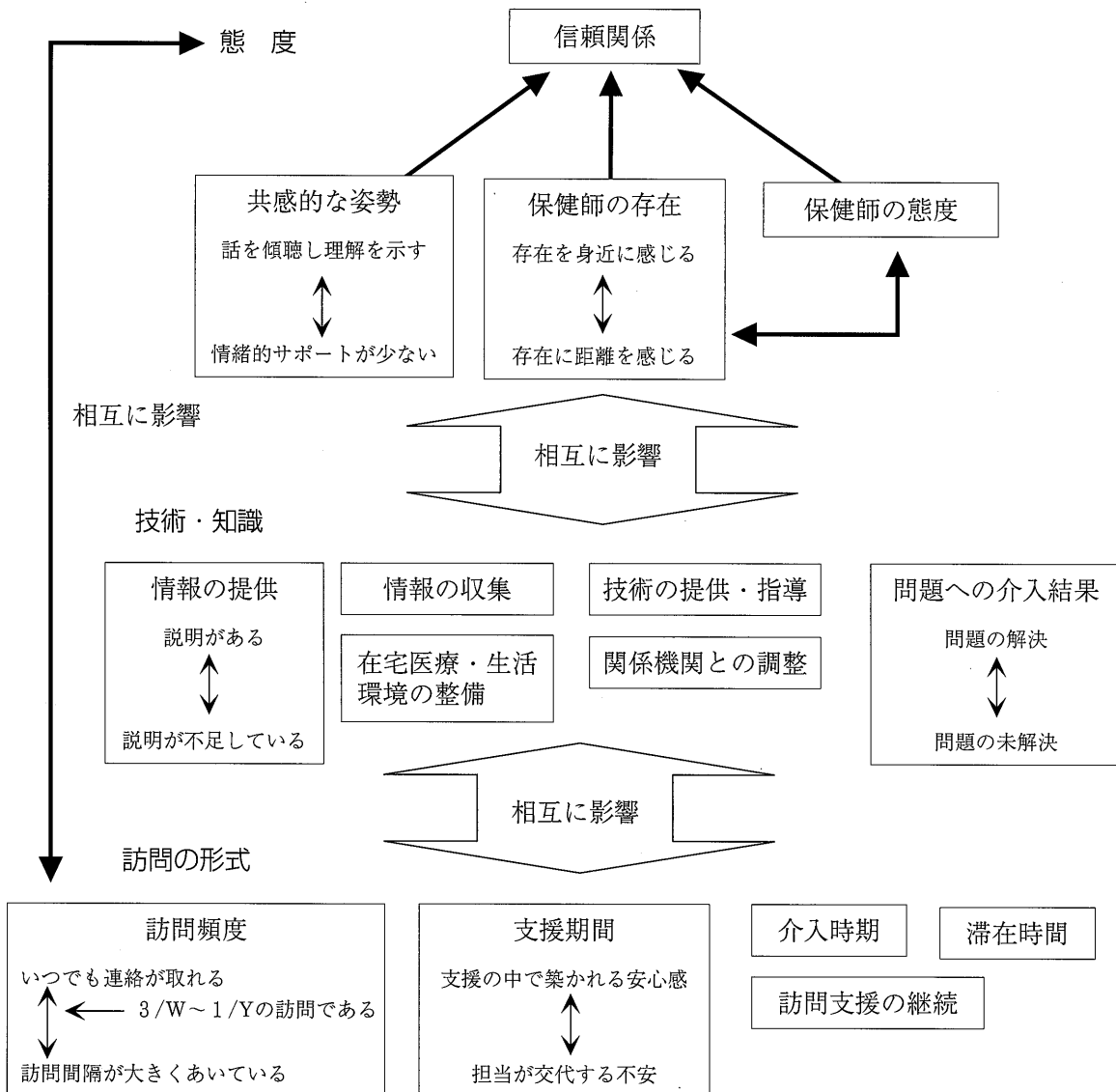


図1. 対象者からみた保健師の訪問支援を示すカテゴリーの相互関係

の категорияは、対象者の満足、自立という支援の充実を高めるために特に関連し合っており、さらに看護の知識・技術を用いた活動が効果的に行なわれるためには訪問の形式が適切であることが関連していた。

IV. 考察

1. 対象者からみた保健師の訪問支援

対象者が認識する保健師の訪問支援は15のカテゴリで示され、対象者は様々な角度から訪問支援を認識していた。なかでも【支援期間】【訪問頻度】【保健師の存在】【問題への介入】【情報の提供】という5つのカテゴリーは対象者の立場から保健師の訪問支援をみた本研究の特徴的なカテゴリーである。

【支援期間】には保健師が関わる中で親しさや安心、信頼を抱くが、担当の交代時に強い不安を感じるという感情が示された。支援期間に関して Zerwekh, Jは、ゆっくりと時間をかけて支援を進めることによって信頼を築き、時間をかけて家庭の中に居続けること、目にみえる実践的なことをしていくことが信頼関係を築く、と述べている¹⁰⁻¹³⁾。しかし保健師交代の際に直面する対象者の不安について示された文献はみられない。対象者にとって保健師が交代するという事は大きな転機であり、強い不安につながる。そのことに考慮し、担当交代時の対策を講じていく必要性が示唆された。【訪問頻度】では対象者によって異なる認識が示されていた。訪問の間隔について鈴木ら¹⁴⁾は、訪問の間隔が空くことは新たな問題の発生や問題発見の遅延に通じ、在宅療養の継続に関わると述べている。【支援期間】や【訪問頻度】などに対する対象者の認識に影響を及ぼす要因を明らかにし、各対象者に行っている訪問支援形式のあり方が適切であるかを評価していくことが必要である。そのための訪問基準の設定については今後の課題としたい。

【保健師の存在】には対象者が保健師を体のことや生活のことなどを含めて相談でき身近であると感じている反面、問題が起きては距離感を感じすぐに相談できないことが示された。対象者にとっ

ての保健師の存在を述べた文献は見られず、先に示した交代に伴う不安と同様、本研究の特徴から明らかになったと考えられる。これには家族状況や身体的な状態など対象者側の要因だけではなく、保健師の訪問回数や支援期間、関係機関との連携などの要因も強く影響していると考えられる。

【問題への介入】では保健師が対象に合わせた工夫をして問題に取り組み、その解決が保健師の活動に対する信頼を高めることが示された。一方で問題の未解決が繰り返されることや解決までに長い時間を要することが対象者の諦めを促し信頼の低下につながっていると考えられた。Zerwekh, J¹⁰⁾⁻¹³⁾は保健師活動のための家族提供ケアモデルで、開放的な姿勢や柔軟性によって問題の解決を行なうことは熟練保健師の実践能力であると述べており、支援の対象が問題を解決する方法を会得するための努力もそれに含まれている。鈴木¹⁴⁾は問題解決を対象者の生活の場の相違に関わらず看護職に求められる普遍的な行動としての要素を持つと述べている。保健師の問題解決能力が熟練するには経験を重ねることが大切ではあり、それを段階的に発展させていく必要性が示唆された。

【情報の提供】では対象者が問題の進展状況や関係機関の連携など支援に関する説明を求めており、保健師の基本的な役割や仕事内容についても理解したいと感じていることが示された。岡本¹⁵⁾の研究ではケアマネジメント項目において専門家への代弁やサービス利用による変化の説明は、対象者から低い評価を受けている。また日本看護協会が入院患者を対象に行なった調査において、看護師の説明を80.9%の割合で信頼できたとする一方、3.5%が知りたい内容の説明が含まれないなどの不満を示していた結果にも類似している¹⁶⁾。平山ら¹⁷⁾は保健師が自分の立場と支援の目的を相手に理解できるように自己紹介と訪問目的の説明をすることは家庭訪問における面接関係確立のため第一にするべきものであると述べ、鈴木ら¹⁴⁾は訪問家族との問題の共有はアセスメントを的確に行なうために必要不可欠な行動としている。【情報の提供】は潜在、顕在する問題への理解を深め、

対象者自身が主体的に問題解決に取り組む姿勢を支持するためにも重要である。

【共感的な姿勢】は最も多くの内容が示され、対象者に強く認識されていた。保健師が話に耳を傾け、相槌を打ち、対象者の言葉で気持ちを投げ返すこと、また対象者とともに涙を流し、怒りを表すなど何らかの形で共感を表現することで、対象者は自分の気持ちを十分に理解し共感されているという実感を持っていた。これに関して見藤¹⁸⁾は、共感する能力が面接やグループワークを通して高まると述べ、高度な教育を受けるほど人の話を判断、価値観なしに聞くことができなくなる傾向があるため看護教育が高度化することで共感する心が失われぬよう注意していかなければならないと述べている。相手の感じている深い感情を言葉で相手に返すことができることは共感レベル7、相手が認識していない感情を感じ言葉で返せることは共感レベル8とされ、対象者は保健師に高いレベルでの共感を求めていた。以上のことから今後実施される研修においても積極的に共感的な姿勢の向上を意識した内容を取り入れていく必要がある。

2. 対象者の認識を示す15のカテゴリーの相互関係

対象者の認識を示す各カテゴリーは相互に強く関連し合っており、カテゴリー全体をとらえて対象者の訪問支援への認識とする必要がある。得られた15のカテゴリーはさらに看護の技術・知識、態度および訪問の形式を示していた。看護の知識・技術・態度は看護活動を有効に展開するための基本的な能力とされ、基礎教育でもこれらの面からのカリキュラム構成がなされている。知識や技術に関してはある程度明確にされているが、態度の側面は個人の価値観やパーソナリティ、日常的なあり方が関わっていくため教育にも困難があると指摘されている¹⁹⁾。効果的な支援を行なうためには、適切な訪問形式を基盤の上に看護の知識・技術、態度を用いた活動が展開され、対象者との信頼関係を高める必要がある。

3. 研究の限界と今後の課題について

本研究は保健師の訪問支援を対象者の側から見ているが、その調査対象は保健師からの紹介であり、保健師が対象者を選択する時点で偏りが生じている可能性が考えられる。しかし医療従事者に課せられている守秘義務や、対象者抱える複雑な背景などを考慮するとインタビューで行なう調査には限界がある。

また本研究で得られた結果が、成人だけではなく母子や精神疾患という他の種別においても同様に認識されているか、訪問頻度や支援期間、滞在時間等の訪問形式に関する基準の設定、様々な研修プログラムの開発、さらに保健師の背景（経験年数など）との関連については今後の研究課題としたい。

V. 結語

対象者は保健師による訪問支援を、【在宅医療・生活環境の整備】【介入時期】【支援期間】【訪問頻度】【情報の収集】【滞在時間】【保健師の存在】【活動への信頼感】【保健師の態度】【訪問支援の継続】【共感的な姿勢】【関係機関との調整】【情報の提供】【問題への介入結果】【技術の提供・指導】の15の側面で捉えていることが明らかになった。

【支援期間】における担当保健師交代に伴う不安、【保健師の存在】における保健師への距離感が示された。また【共感的な姿勢】を示す内容は最も高い頻度で挙げられ、利用者に強く捉えられている支援の内容であり、これの強化には【情報の提供】に示された利用者への説明が重要であると考えられた。対象者が支援に対する信頼を高め、効果的な支援を行なうためには【共感的な姿勢】の強化が必要であり、そのためには保健師が自己の内面性を高める研修等を導入していく必要がある。また【訪問頻度】【支援の期間】【滞在時間】など訪問形式の基準を明確にし、評価することも重要である。

謝 辞

本研究の調査に対し多大な御協力を賜った住民の皆様および、支援対象の方々を紹介し研究を支え励ましてくださったN市健康推進課保健師の皆様に厚く感謝申し上げます。

また御助言、御指導いただいた琉球大学地域看護学教室の先生方に御礼申し上げます。

(本研究は、琉球大学大学院保健学研究科における修士学位論文の一部に加筆・修正したものである。)

引用文献

- 1) 平山朝子, 宮地文子, 北山三津子, 他: 公衆衛生看護学総論 1, 41-50, 日本看護協会出版会, 1999
- 2) 厚生統計協会: 国民衛生の動向, 79-114, 厚生省の指標, 1998
- 3) 岡本玲子, 長畑多代, 関戸妙子, 他: 保健婦・士が把握するニーズの特徴—情報収集項目の分析と介護保険制度における役割の考察—, 神戸大学医学部保健学科紀要, 第16巻, 11-20, 2000
- 4) 岡本玲子: 行政保健婦・士によるケアマネジメントの効果と介護保険との連動—質評価質問紙による全国調査の結果より—, 神戸大学医学部保健学科紀要, 第16巻, 39-50, 2000
- 5) 岡本玲子: ケアマネジメントの質を評価するアウトカムの尺度開発—内容分類と信頼性・妥当性の検討—, お茶の水医学雑誌, 46(4), 25-37, 1998
- 6) 島内 節, 内田陽子: 在宅ケア効果の評価方法とケアの質改善方法アメリカ合衆国メディケアで義務化されているケア効果の評価方法(OASIS)とケアの質改善(OBQI), 訪問看護と介護, 6(1), 49-56, 2001
- 7) 島内 節: 健康と生活援助に関する地域看護の概念枠組みと研究—在宅ケアを中心に—, 日本看護科学会誌, J. Jpn. Acad. Nurs. Sci., 15(1), 1-7, 1995
- 8) 島内 節, 季羽倭文子, 内田恵美子, 他: 在宅ケアのアウトカム研究 ケアの質管理プログラムの開発, 看護研究, 30(5), 29-46, 1997
- 9) 村嶋幸代, 金 曾任, 福井小紀子, 他: ホームにおけるアウトカムについて, 看護研究, 30(5), 3-28, 1997
- 10) Joyce V. Zerwekh: A Family Caregiving Model For Public Health Nursing, Nursing Outlook, 1991
- 11) Joyce V. Zerwekh, R. N., C. S., Ed. D. (齊藤恵美子): 保健婦活動のための家族ケア提供モデル, 看護研究, 32巻, 25-32, 1999
- 12) Joyce V. Zerwekh, R. N., C. S., Ed. D. (萱間真美): 家族の自助能力を支える基礎作りとしての訪問ケア, 看護研究, 32巻, 15-24, 1999
- 13) Joyce V. Zerwekh, R. N., C. S., Ed. D.: Lay-ing the Groundwork for Family Self-Help Locating Families, Building Trust, and Building Strength, Public Health Nursing, 9巻, 15-21
- 14) 鈴木恵子, 他: 在宅看護場面における看護職の行動に関する研究—保健婦とクライアントの相互行為に焦点をあてて—, 看護教育学研究, 11(2), 12-25, 2002
- 15) 岡本玲子: 利用者と行政保健婦双方によるケアマネジメント結果の質的評価,
- 16) 週刊保健衛生ニュース: 社会保険実務研究所, 第1118号, 平成13年8月13日
- 17) 平山朝子, 亀山美知子, 平塚朝子, 他: 公衆衛生看護学総論 2, 日本看護協会出版会, 14-15, 1999
- 18) 見藤隆子: シリーズ看護の原点人を育てる看護教育, 医学書院, 189-224, 234-246, 1987
- 19) 野川とも江: 看護学全書15在宅看護論, メジカルフレンド社, 98-124, 2001

特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題

The Roles of Nurses and Problems of the Terminal Care in Specialized Nursing Home for the Elderly

山田 美幸^{※1}・岩本テルヨ^{※1}

Miyuki Yamada^{※1}・Teruyo Iwamoto^{※1}

Abstract

The aim of this study is to clarify the roles of nurses at specialized nursing homes for the elderly requiring terminal care and to identify factors that can enrich terminal care. A questionnaire was sent to 1,000 specialized nursing homes for the elderly requiring care in Japan, and one person from each nursing home filled out the questionnaire and returned it to us by mail. The questionnaire dealt with issues such as facilities, employees, terminal care, and nursing duties.

Valid responses were obtained from 433 nursing homes (return rate:43.3%). In nursing homes with residents in the terminal stage of their illness, nursing duties greatly varied: "performing medical procedures", "assisting daily living activity", "contacting and educating other workers" and "contacting family members". Of these, nurses spent most of their time providing life-saving physical care. The results showed that nurses were on call for nighttime emergencies and had a very limited amount of time for collaborating with other workers. Furthermore, the results showed that nurses wanted to provide psychological care and physical care that would suit the needs of residents and their family members. Therefore, in order to enrich terminal care in the future and to provide care that nurses can agree on, it will be necessary to resolve issues related to work systems, personnel arrangements, and medical systems.

キーワード：特別養護老人ホーム，ターミナルケア，看護師の役割

Specialized nursing home for the elderly, Terminal care, The roles of nurses

I. 緒言

現在わが国は、出生率の低下と中高年層の死亡率の低下によって老年人口が増加し、高齢社会を迎えた。そして、高齢者が健康で安心して生涯を送れるよう、福祉の充実を図るための様々な施策が打ち出された。その中のひとつが平成12年から実施された介護保険制度である。介護保険制度は、高齢者の介護・自立支援を支え、在宅ケアに視点を置いたものであるが、施設ケアの特別養護老人ホーム（以下特養と略す）は65歳以上の者であって、身体上または精神上著しい障害があるために

常時の介護を必要とし、居宅において適切な介護を受けることが困難なものを入所させる施設である¹⁾。平成12年の施設数は4,462、定員数は約30万にのぼり、さらに、平成16年度までに36万人分を整備することとなっている。また、平成14年度から入所者の尊厳を重視したケアを実現するため全個室化、ユニットケアを特徴とした「新型特養」の整備を進めつつある²⁾。

介護保険導入前の全国調査³⁾（1998年）によると、ターミナルケアを実施している施設は、「積極的に実施している」施設及び「入所者や家族か

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

らの希望があれば実施している」施設をあわせると80.4%に及んでおり、特養の入所者の高齢化、重度化はますます進み、ターミナルケアを実施する施設が増え、今後、特養における医療の果たす役割は大幅に増大する⁴⁾と予想されていた。

以上のように、特養の高齢化、重度化は進行すると考えられ、ターミナルケアの需要は多いと推測される。ターミナルケアは、医療的な処置から精神的なケアと幅広く、看護職の関わりが非常に重要である。現在までのターミナルケアに関する調査内容は、特養でのターミナルケアの必要性や医療的処置が行われる現状が多い⁵⁾⁻¹¹⁾。看護職の役割に関しては、特養の日常の看護について、一部の地区に限定して調査したものや看護職の専門性について調査したものであり、ターミナルケアに関する看護職の役割を明らかにしたものは少ない¹²⁾⁻¹⁵⁾。

介護保険が導入され、サービスが「措置」から「利用者選択」と変わった今、入所者の尊厳を重視し、入所者のニーズに応じられるよう、施設内でのよりよいターミナルケアを検討する必要がある。

II. 研究目的

特養でのターミナルケアにおける看護職の役割およびターミナルケアを充実させるための課題を明らかにする。

III. 方法

1. 調査対象及び調査方法

対象は平成12年度版全国老人福祉施設名簿に記載されている特養をコード化し、乱数表を用いて無作為抽出した特養1,000施設の看護職の責任者各1名である。方法は自己記入式郵送質問紙調査であり、期間は平成14年11月から平成15年2月である。

なお、本研究においては、「ターミナル期」は死亡原因を特定せず、死亡前半と定義する。例えば、施設退所3ヶ月後に死亡した場合は、入所中の3ヶ月間をターミナル期とする。

2. 調査内容

質問紙の内容は、施設および職員の概要とター

ミナルケアの対応や行われている医療処置、看護職が行っている業務などについてであり、主な項目は以下のとおりである。

1) 施設の概要

施設の開設年数、入所者数、入所者の平均年齢、平均入所年数、現在ターミナル期にあると思われる入所者数

2) 職員の概要

施設に勤務する各職種の常勤、非常勤の職員数と看護職の年代ごとの人数、特養や医療施設での勤務年数ごとの看護職の人数

3) 入所者の死亡状況

年ごとの入所者の死亡数とその中で施設内で死亡した者の人数

1), 2), 3) については、数値記入回答形式で回答を求めた。

4) ターミナルケアに関する施設の対応

現在のターミナルケアに対する施設の対応について、「積極的に最後まで看取りを行う」「希望があれば最後まで看取る」「死亡直前期を含め、極力最後までケアを行う」「死亡直前期には病院等に移す」「特にターミナルケアは行っていない」「その他」の6つの選択肢を作成し、その中から複数回答形式で回答を求めた。また、今後の取り組みについても現在の取り組みに対応する6つの選択肢に「条件が整えば対応を考えていきたい」を加えた7つを選択肢とし複数回答を求めた。

5) ターミナル期の入所者がいる場合の看護職の業務とその意識

吉田¹⁴⁾らが使用した業務リストを基に作成したターミナルにおける看護職の業務13項目(表1)について複数回答形式にて回答を求めた。また、「時間を費やしている業務」「大事だと考える業務」「もっと増やしたい業務」それぞれについて看護職の業務13項目を用いて、1位から5位の順位回答形式にて回答を求めた。

ターミナル期の入所者の状態変化があった場合の医療的指示の変更・実施は、「看護職の判断で実施後、医師に報告」「医師に連絡をして指示を受ける」「医師とのプロトコールを作成

表1 看護師が行っている業務 13項目

1. 医療処置（注射，与薬，褥瘡処置等）
2. 日常生活の援助（食事，排泄，清潔等）
3. 状態観察・把握
4. ターミナル期にある入所者との会話・コミュニケーション
5. 療養環境の調整（個室，あるいは看護師詰所の近い部屋等への転室等）
6. 医師との連絡調整（病院へ移る時期，容態変化時往診依頼等）
7. 他職種との連絡調整・打ち合わせ（特に夜間・休日の処置・状態観察等）
8. ターミナル期にある入所者の意思確認
9. 家族の意思確認と連絡調整
10. 他職種への教育
11. 移送（転院）先の病院への連絡打ち合わせ
12. 死亡場所の決定
13. その他

（吉田千鶴子他：特別養護老人ホームにおける看護職員の専門性に関する研究－看護と介護に関する調査－，岩手県立大学看護学部紀要，2，121-134，2000，業務リスト2を一部改変）

しているので，それに基づき行う」「予測を持って指示受けをしているので，それに基づいて行う」「医師から任せられているので実施した後，報告する」「その他」の6つの選択肢から複数回答にて回答を得た。他職種が医療的処置を実施する際の教育指導の有無とその教育実施者については，単一回答形式を用いた。

6) ターミナル期の医療的処置に関する打ち合わせ，看護職の勤務

夜間の勤務体制は「自宅待機」「夜勤」など5つの選択肢から単一回答形式にて回答を得た。医療的処置に関わる打ち合わせを行う間隔は，「ほぼ毎日」から「打ち合わせをしていない」まで頻度を9つの選択肢に分け，打ち合わせを行っている場合は，さらに1回の平均的打ち合わせ時間を「30分以内」から「90分以上」までの4つの選択肢中から単一回答形式にて回答を求めた。

3. 倫理的配慮

調査依頼は調査の主旨を説明し，プライバシーの侵害にならないように無記名とした。また，調査結果は目的以外に使用しないことを明記した説明文を同封し，この主旨に承諾できる場合には調査票を記入し，返信用封筒で返送を依頼した。

4. データ分析

結果として得られたデータは単純集計後，特養の全国調査³⁾で，ターミナルケアの取り組みと看護職の配置によって，施設の現状に違いが見られたことから，看護職のうち常勤，非常勤の看護師が不在である准看護師のみの施設と常勤，非常勤の看護師のみ，または看護師と准看護師がともに勤務している施設に分類した。さらに現在のターミナルケアの対応について「積極的に最後まで看取りを行う」「希望があれば最後まで看取る」「死亡直前期を含め，極力最後までケアを行う」をターミナルケアに積極的な施設，「死亡直前期には病院に移す」「特にターミナルケアは行っていない」と回答があった施設をターミナルケアに消極的な施設と分類し，看護職の配置と看護職が実施する業務，およびターミナルケアに対する施設の方針と看護職の業務の関係を見るために， χ^2 検定，Fisher直接法を行った。有意水準は両側5%未満。統計ソフトSPSS11.0J，Exact Tests7.0xJを使用して統計処理を行った。

IV. 結果

433施設から回答が得られた（回収率43.3%）。

1. 施設の実態

1) 施設の概要

平均開設期間は13.5±9.0年で，病院を併設

している施設が52施設 (12.1%)、老健施設を併設している施設は31施設 (7.2%) であった。平均入所者数は 67.0 ± 24.8 人であり、入所者の平均年齢は 84.0 ± 1.9 歳、その内入所者の平均年齢が85歳以上の施設は130施設 (30.0%) に及んだ。入所者の平均入所年数は 4.1 ± 1.4 年、調査時点でターミナル期の入所者がいる施設は233施設 (51.5%)、ターミナル期の平均入所者数は 2.1 ± 2.7 人、10人以上のターミナル期にある入所者を持つ施設は13施設 (2.9%) であった。

2) 職員の概要

常勤の医師、看護師、准看護師、介護職員、生活相談員の1施設あたりの平均職員数は表2に示した。医師の非常勤は平均 1.5 ± 1.2 人で、1週間に 1.7 ± 1.1 回勤務をしていた。看護師の非常勤は 0.3 ± 0.7 人、非常勤の准看護師は 0.4 ± 0.8 人であった。看護職の中で准看護師のみが勤務している施設は、99施設 (22.9%) であった。

ケアに携わる看護職の年代別の平均人数、現在の特養での勤務年数ごとの看護職の平均人数、医療施設 (病院等) での勤務経験年数ごとの平均人数は、表3に示すとおりである。

3) 入所者の死亡状況

入所者の死亡者数の平均は平成13年 ($n=363$) 10.3 ± 5.9 人 (うち施設内死亡者 4.3 ± 5.2 人)、平成12年 ($n=348$) 9.8 ± 5.8 人 (うち施設内死亡者 4.2 ± 5.0 人)、平成11年 ($n=292$) 10.2 ± 6.1 人 (うち施設内死亡者 4.2 ± 5.4 人)、平成10年 ($n=269$) 9.8 ± 6.6 人 (うち施設内死亡者 4.0 ± 5.4 人)、平成9年 ($n=258$) 9.4 ± 6.2 人 (うち施設内死亡者は 4.3 ± 6.0 人) であった。

4) ターミナルケアの実施状況

施設内におけるターミナルケアについて、「積極的に最後まで施設内で看取りを行うようにしている」は37施設 (8.5%)、「希望があれば最後まで施設内で看取りを行うようにしている」が276施設 (63.7%)、「死亡直前期を含め、極力最後まで施設内でケアを行うようにしている」が79施設 (18.2%)、「死亡直前期にはできる限り速やかに病院に移すようにしている」が

表2 1施設あたりの職員の概要 (常勤)

	n=433	
	平均値±標準偏差 (人)	最大値 (人)
医師	0.1 ± 0.2	2
看護師	1.5 ± 1.4	10
准看護師	2.1 ± 1.4	10
介護職員	21.9 ± 10.5	78
生活相談員	1.5 ± 1.0	7
機能訓練指導員	0.5 ± 0.6	5

注：最小値はすべて0人

表3 1施設あたりの看護職の概要

項目	n=433	
	平均値±標準偏差 (人)	
看護職の年代別平均人数	20歳代	0.5 ± 1.0
	30歳代	0.9 ± 1.0
	40歳代	1.6 ± 1.3
	50歳代	1.0 ± 1.1
	60歳以上	0.2 ± 0.6
現施設での勤務年数	1年未満	1.0 ± 1.3
	1年～3年未満	1.2 ± 1.4
	3年～5年未満	0.8 ± 1.8
	5年～10年未満	0.7 ± 1.1
	10年以上	0.7 ± 1.5
医療施設での勤務経験	1年未満	0.1 ± 0.3
	1年～3年未満	0.3 ± 0.6
	3年～5年未満	0.5 ± 0.8
	5年～10年未満	1.0 ± 1.1
	10年以上	2.2 ± 1.8
勤務経験なし	0.1 ± 0.3	

118施設 (27.3%)、「特にターミナルケアということ意識した対応は行っていない」は56施設 (12.9%) であった。

今後の対応は「希望があればターミナルケアに取り組んで生きたい」という施設が202施設 (46.7%) で一番多かった。「特に考えていない施設」は18施設 (4.2%) であった。現在ターミナルケアを行っている施設に「今後条件が整えば対応を考えて行きたい」施設の86施設 (19.9%) を加えると、今後施設は、何らかの形でターミナルケアを行う方針であった (図1)。看護師のいる施設と准看護師のみの施設でターミナルケアの対応を比較したところ有意差は見られなかった。

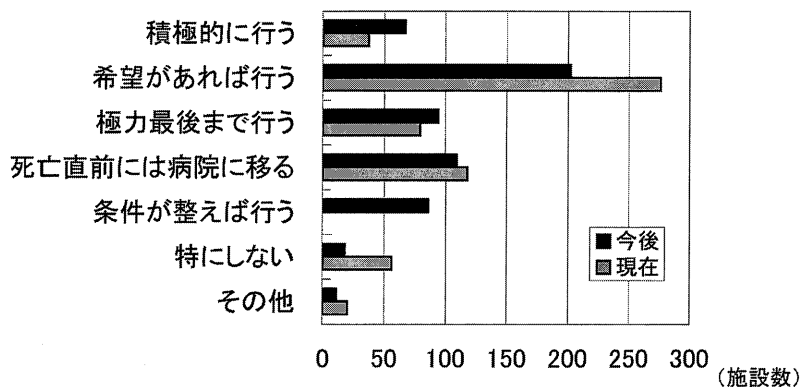


図1 ターミナルケアの対応

2. 特養における看護職の業務

1) ターミナルケアに関する看護職の業務

ターミナル期の入所者に対して看護職が行っている業務13項目の複数回答の結果は、「状態観察・把握」が400施設 (92.4%), 「医師との連絡調整」が384施設 (88.7%), 「医療処置」が383施設 (88.5%), 「他職種との連絡調整・打ち合わせ」が372施設 (85.9%), 「ターミナル期にある入所者との会話・コミュニケーション」が352施設 (81.3%), 「家族の意思確認と連絡調整」が348施設 (80.4%), 「日常生活の援助」が321施設 (74.1%), 「療養環境の調整」が314施設 (72.5%), 「移送先の病院への連絡・打ち合わせ」297施設 (68.6%) 「他職種への教育」286施設 (66.1%), 「ターミナル期にある入所者の意思確認」が218施設 (50.3%) の施設で行われていた。質問項目としてあげた13項目のうち, 11項目が5割を超えていた。

業務の中で最も時間を費やしている業務, 大事だと考える業務, もっと増やしたい業務に1位から5位までの順位をつけてもらったところ, 1位から5位までに順位がついていた時間を費やしている業務は「状態観察・把握」285施設 (65.8%), 「医療処置」249施設 (57.5%), 「日常生活の援助」200施設 (46.2%), 「医師との連絡調整」198施設 (45.7%), 「他職種との連絡調整・打ち合わせ」170施設 (39.3%) の順であった。大事だと考える業務は, 「状態観察・把握」268施設 (61.9%), 「ターミナル期にあ

る入所者とのコミュニケーション」210施設 (48.5%), 「家族の意思確認と連絡調整」134施設 (30.9%), 「医師との連絡調整」186施設 (43.0%), 「日常生活の援助」155施設 (35.8%) の順であった。もっと増やしたい業務は, 「ターミナル期にある入所者とのコミュニケーション」222施設 (51.3%), 「状態観察・把握」161施設 (37.2%), 「日常生活の援助」159施設 (36.7%), 「家族の意思確認と連絡調整」144施設 (33.3%), 「他職種との連絡調整・打ち合わせ」128施設 (29.6%) の順であった (図2)。

ターミナル期の入所者に状態変化があった場合, 医療的処置の変更・実施については「医師に連絡し, 指示を受ける」が371施設 (85.7%), 「看護職の判断で実施 (変更) し, すぐに医師に報告する」178施設 (41.1%), 「予測を持って指示受けしている」170施設 (39.3%), 「医師から任せられている」170施設 (39.3%), 「実施 (変更) した後, 医師に報告する」53施設 (12.2%) 「医師とのプロトコルを作成している」32施設 (7.4%) であった。

看護職以外の職種が医療的処置を実施するに際して, 何らかの教育・指導を行っている施設は342施設 (79.0%) であり, それを行っている者は看護師が76.9%, 医師が13.2%であった。

2) ターミナルケアに関する看護職の勤務体制

ターミナル期のある入所者がいるときの看護職の夜勤体制は, 「自宅待機している (オンコール)」

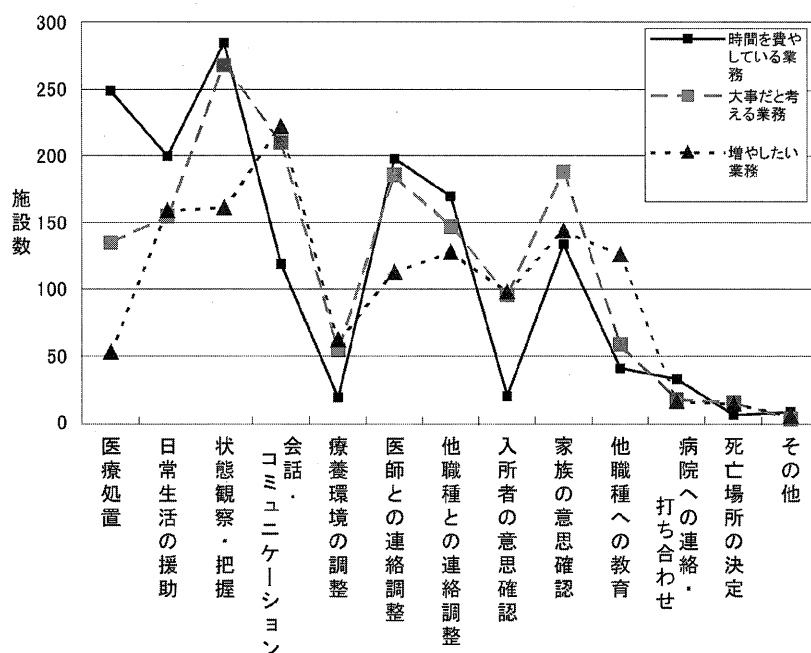


図2 時間を費やしている業務, 大事だと考える業務, もっと増やしたい業務

が328施設 (75.8%), 「特にしていない」が52施設 (12.0%), 「夜勤している」, 「宿直している」がそれぞれ22施設 (5.1%)であった。

ターミナル期の入所者の医療的処置に関する医師と看護職の定期的な打ち合わせは、必要時に行っている施設が160施設 (37.0%), ほぼ毎日行っている施設が96施設 (22.2%), 1週間に2~3回程度行っている施設が76施設 (17.6%), 1週間に1回程度行っている施設が32施設 (7.4%)であった。19施設 (3.2%)は定期的な打ち合わせを行っていない。定期的な打ち合わせを行っている施設が打ち合わせに費やす時間は、30分以内が86.0%, 30分~60分が12%, 60分~90分は1.2%であった。

3) 看護職の配置における業務の比較

看護師のいる施設と准看護師のみの施設において看護職が行っている業務13項目を比較したところ, 「日常生活の援助」($P<0.01$), 「ターミナル期にある入所者との会話・コミュニケーション」, 「他職種への教育」, 「移送先の病院への連絡・打ち合わせ」($P<0.05$)において有意差を認め, 看護師がいる施設のほうが上記の業務を行っていた。

看護業務の中で時間を費やしている業務, 大

事だと考える業務, もっと増やしたい業務の1位から5位の順位がついていたものを看護師のいる施設と准看護師のみの施設で比較したところ, 時間を費やしている業務は, 「医療処置」, 「日常生活の援助」において有意差 ($P<0.05$)を認め, 看護師がいる施設のほうが時間を費やしていた。大事だと考える業務は, 「日常生活の援助」($P<0.01$), 「家族の意思確認と連絡調整」, 「状態観察・把握」($P<0.05$)において有意差を認め, 看護師のいる施設のほうがより大事だと考えていた。もっと増やしたい業務は, 「ターミナル期にある入所者との会話・コミュニケーション」, 「家族の意思確認と連絡調整」において有意差 ($P<0.05$)を認め, 看護師がいる施設のほうがもっと増やしたいと考えていた (表4)。

入所者の状態変化があった場合の医療的処置の変更・実施は, 看護師がいる施設のほうが, 准看護師のみの施設よりも「看護職の判断で実施 (変更) し, すぐに医師に報告する」が有意に多かった ($P<0.05$)。

4) ターミナルケアの取り組みにおける看護職の業務の比較

ターミナルケアに積極的に取り組んでいる施

設とターミナルケアに消極的な施設で最も時間を費やしている業務、大事だと考える業務、もっと増やしたい業務の3つの業務を比較したところ、時間を費やしている業務は、「医療処置」

「日常生活の援助」「状態観察・把握」で有意差(P<0.05)を認め、ターミナルケアに積極的に取り組んでいる施設のほうが時間を費やしていた。「移送先の病院への連絡・打ち合わせ」で

表4 時間を費やしている業務、大事だと考える業務、もっと増やしたい業務と看護職の配置の関係

項目	時間を費やしている業務			大事だと考える業務			増やしたい業務		
	n=99 准看護師 のみの施設	n=316 看護師の いる施設	有意差 (P)	n=99 准看護師 のみの施設	n=316 看護師の いる施設	有意差 (P)	n=99 准看護師 のみの施設	n=316 看護師の いる施設	有意差 (P)
	%	%		%	%		%	%	
医療処置	49 (49.5)	194 (61.4)	*	32 (32.3)	100 (31.6)		10 (10.1)	41 (13.0)	
日常生活の援助	37 (37.4)	158 (50.0)	*	20 (20.2)	131 (41.5)	**	30 (30.3)	125 (39.6)	
状態観察・把握	59 (59.6)	221 (69.9)		51 (51.5)	209 (66.1)	*	32 (32.3)	125 (39.6)	
入所者との会話・コミュニケーション	26 (26.3)	90 (28.5)		41 (41.4)	164 (51.9)		41 (41.4)	176 (55.7)	*
療養環境の調整	4 (4.0)	15 (4.7)		13 (13.1)	40 (12.7)		12 (12.1)	49 (15.5)	
医師との連絡調整	43 (43.4)	151 (47.8)		44 (44.4)	139 (44.0)		28 (28.3)	83 (26.3)	
他職種との連絡調整・打ち合わせ	39 (39.4)	128 (40.5)		35 (35.4)	109 (34.5)		30 (30.3)	97 (30.7)	
入所者の意思確認	4 (4.0)	14 (4.4)		15 (15.2)	77 (24.4)		18 (18.2)	79 (25.0)	
家族の意思確認と連絡	26 (26.3)	107 (33.9)		34 (34.3)	149 (47.2)	*	24 (24.2)	116 (36.7)	*
他職種への教育	10 (10.1)	30 (9.5)		15 (15.2)	44 (13.9)		28 (28.3)	97 (30.7)	
移送先の病院への連絡・打ち合わせ	4 (4.0)	29 (9.2)		3 (3.0)	15 (4.7)		2 (2.0)	14 (4.4)	
死亡場所の決定	0 (0.0)	6 (1.9)		3 (3.0)	11 (3.5)		2 (2.2)	12 (3.8)	
その他	1 (1.0)	6 (1.9)		0 (0.0)	3 (0.9)		1 (10.0)	4 (1.3)	

注：χ²検定による *P<0.05, **P<0.01

表5 時間を費やしている業務、大事だと考える業務、もっと増やしたい業務とターミナルケアの取り組みの関係

項目	時間を費やしている業務			大事だと考える業務			増やしたい業務		
	n=258 ターミナルケア に積極的な施設	n=118 ターミナルケア に消極的な施設	有意差 (P)	n=258 ターミナルケア に積極的な施設	n=118 ターミナルケア に消極的な施設	有意差 (P)	n=258 ターミナルケア に積極的な施設	n=118 ターミナルケア に消極的な施設	有意差 (P)
	%	%		%	%		%	%	
医療処置	161 (62.4)	58 (49.6)	*	84 (32.6)	34 (28.8)		33 (12.8)	13 (11.0)	
日常生活の援助	132 (51.2)	44 (37.3)	*	102 (39.5)	37 (31.4)		111 (43.0)	29 (24.6)	**
状態観察・把握	183 (70.9)	68 (57.6)	*	172 (66.7)	63 (53.4)	*	100 (38.8)	37 (31.4)	
入所者との会話・コミュニケーション	76 (29.5)	28 (23.7)		136 (52.7)	50 (42.4)		143 (55.4)	53 (44.9)	
療養環境の調整	10 (3.9)	6 (5.7)		35 (13.6)	14 (11.9)		38 (14.7)	15 (12.7)	
医師との連絡調整	128 (49.6)	46 (39.0)		117 (45.3)	45 (38.1)		71 (27.5)	32 (27.1)	
他職種との連絡調整・打ち合わせ	108 (41.9)	40 (33.9)		96 (37.2)	30 (25.4)	*	78 (30.2)	28 (23.7)	
入所者の意思確認	11 (4.3)	4 (3.4)		65 (25.2)	17 (14.4)	*	66 (25.6)	21 (17.8)	
家族の意思確認と連絡	87 (33.7)	29 (24.6)		125 (48.4)	38 (32.2)	**	92 (35.7)	35 (29.7)	
他職種への教育	22 (8.5)	10 (8.5)		33 (12.8)	18 (15.3)		80 (31.0)	25 (21.2)	
移送先の病院への連絡・打ち合わせ	15 (5.8)	17 (14.4)	**	4 (1.6)	9 (7.6)	**	9 (3.5)	7 (5.9)	
死亡場所の決定	0 (0.0)	3 (2.5)		14 (5.4)	1 (0.8)	*	9 (3.5)	5 (4.2)	
その他	8 (2.1)	0 (0.0)		2 (0.8)	1 (0.8)		4 (1.6)	1 (0.8)	

注：χ²検定による * P<0.05, ** P<0.01

も有意差 ($P<0.01$) を認めたが、ターミナルケアに消極的な施設のほうが時間を費やしていた。大事だと考える業務では、「状態観察・把握」「他職種との連絡調整・打ち合わせ」「ターミナル期にある入所者の意思確認」「死亡場所の決定」($P<0.05$)「家族の意思確認と連絡調整」で有意差 ($P<0.01$) を認め、ターミナルケアに積極的な施設のほうが大事だと考えていた。「移送先の病院への連絡・打ち合わせ」は、有意差 ($P<0.01$) を認め、ターミナルケアに消極的な施設のほうが大事だと考えていた。もっと増やしたい業務では、「日常生活の援助」において有意差 ($P<0.01$) を認め、ターミナルケアに積極的な施設のほうがより増やしたいと考えていた (表5)。

V. 考察

1. 特養のターミナルケアの実態

特養に関する宮原¹⁰⁾の全国調査では、回収率33.0%、塚原³⁾の調査では、37.5%であった。今回の調査では、43.3%の回収率であるため、より有効な回答が得られていると考える。

特養入所者の平均年齢は、人見¹¹⁾らが行った調査では、 82.3 ± 2.0 歳であったが、本調査の平均年齢は 84.0 ± 1.9 歳であり、入所者の平均年齢が85歳以上の施設は30.0%に及ぶことから、明らかに特養が高齢化に移行しつつある。

現在、ターミナル期の入所者がいる施設は5割以上にのぼり、さらに今後ターミナル期の入所者を受け入れようと考えている施設もある。また、西村⁷⁾の調査では特養の職員の81.1%が「看取りの場」として認めていた。塚原³⁾らの報告でも、特養でのターミナルケアは約8割の施設で実施されていた。本調査では、「積極的に最後まで施設内で看取りを行うようにしている」「希望があれば最後まで施設内で看取りを行うようにしている」「死亡直前期を含め、極力最後まで施設内でケアを行うようにしている」を合わせると90.4%の施設で実施しており、高い結果となっている。これらのことから、特養の位置づけが生活の場としながらも、入所者の生活の終焉には死があり、特養

は入所者の最後の場所としての役割を担っている。その点から考えると、看護職は後期高齢者の特徴をふまえたケアを行うための能力が必要であり、施設での重要なケアとしてターミナルケアを考えていくことが大切だと考える。

ターミナル期の入所者がいるときの看護職の夜勤体制は、自宅待機 (オンコール) が多く、夜勤・宿直は少数であった。宮原¹⁰⁾の調査では、ターミナルケアを実施している施設では、62%が待機体制をとっていた。看護職は通常の勤務を終了した後も入所者のケアに対する責任を担っている。現在看護職の人員は法定基準を基に配置され、看護職の数は、入所者の数が50を超えて130を超えない特養にあっては、常勤換算方法で、3以上¹⁷⁾となっており、本研究の職員数から見ても、夜勤を行うには人員が不足し困難な状態である。また、施設内では、医師、看護職が不在のまま他職種によって医療的処置が行われることもある¹⁶⁾。しかし、それは入所者にとっては安全や安楽が保障された状況ではない。早急に連絡や連携を取り、対処することで危険は回避されるが、ターミナルケアを行うには、より専門的な知識や技術が必要であることから考えると、医療的処置に関わるのは医師や看護職が適切である。本調査では医療的処置を実施するに際して、79%の施設で他職種の教育・指導を行っており、その役割を担うのは看護職が多かった。医師や看護職が不在の場合、介護職から多くの情報を得る。その場合、介護職は十分な知識や技術力を備えていることが必要である。そのため、看護職は他職種への教育・指導の役割を担っている。

特養で死を迎える場合には、適切な医療的処置を受ける必要が生じてくる。また、緊急を要する場合もある。入所者の状態が変化した場合、看護職は「医師に連絡し、指示を受ける」割合が多い。看護職はケアのために医師へ連絡をとり、対処しなければならない。しかし、入所者の医療的処置のために医師と定期的な打ち合わせを毎日行っている施設は少なく、さらに打ち合わせに費やす時間も30分以内と短い。入所者の状態変化が起こった場合でも、すぐに対応できるようにするために

は打ち合わせ時間が不足していると考えられる。また、ターミナル期の入所者の状態変化が起こった場合、その対処は、准看護師のみの施設よりも、看護師がいる施設のほうが、「看護師の判断で実施し、すぐに医師に報告する」が有意に多かった。看護師のいる施設は、看護師の判断によって入所者の状態変化に対処しなければならない場合があり、状況を判断できる能力が求められているといえる。

このように、夜間や緊急のケアを行うためには、看護職の人員不足からその一部を介護職に移譲しなければならない現状がある。また、医師の不在時には、看護職が連絡を取り、医療的処置を行なっている。ターミナル期の入所者に対しては、生活のニーズのみでなく、医療的なニーズへの対応も必要である。そこから考えると、看護職の夜勤体制や他職種への教育の時間、連絡・調整ができる時間を確保できるように人員の増員、人員配置の検討が望まれる。

特養の看護職は、医療施設で10年以上の勤務経験を経て現在の施設に勤務している者が多いが、現在勤務している施設での経験は浅い。医療施設での経験は、施設でターミナルケアを行うにあたり、医療的処置に対する知識、技術力として活かされると考えられる。しかし、現施設での経験不足や他の施設での経験は、医療施設の考え方、施設間の方針や他職種との意識の違いに対するギャップを感じる可能性がある。小野ら¹⁸⁾によると看取りの経験の中で7割近くの看護職がジレンマを感じており、その内容のひとつが「ターミナルケアにおける職員間の考え方の相違」であった。ターミナルケアでは、ケアや施設の方針など意思の統一、共有が重要である。また、看護職がケアにおいて病院と施設とのギャップや職員間の考え方の相違によるジレンマを感じることは、看護職の業務に対する意欲低下につながり、ターミナルケアの質の向上にも影響を与える。今後、このような施設間や職種間での隔たりを埋めるように、ケアの方針を他職種とともに検討し、共有できる体制作りが必要である。

2. 看護職の役割

看護職が入所者のターミナル期に行っている業務は、入所者に直接関わる「医療処置」や「日常生活の援助」から家族や環境に関わることなど多岐に及んでいる。それに関して、吉田ら¹⁴⁾は岩手県内の特養で働く看護職に業務の実態を調査した。その結果、看護職が時間を最も費やしている業務は、「日常的な医療処置」であった。さらに、大事だと考える業務は、「健康状態の把握」「会話やコミュニケーション」、増やしたい業務では、「会話やコミュニケーション」「日常生活の援助」であった。

本調査では、時間を費やしている業務は「医療処置」よりも「状態観察・把握」であり、増やしたい業務でも、「状態観察・把握」のほうが多かった。施設内で死亡した入所者に関わった職員に対する調査⁷⁾で、職員が持つ心残りの理由が「苦痛に心残りがある」「もっと何とかならないだろうか」という内容であった。看護職はターミナルケアの1つとして、入所者の苦痛が軽減し、安楽に最後を迎えることを目標としている。そのために十分な「状態の観察・把握」の時間を必要とし、さらに多くの情報を得て、ターミナルケアを行うためのひとつの判断材料にしたいと考えているのであろう。

「家族の意思確認と連絡調整」は、大事かつ増やしたい業務であった。看護職は入所者のケアをするにあたって、家族を重要な存在として捉えている。その意味は入所者の支えとなる家族の存在と考えられるが、もうひとつは介護保険導入による契約がもたらす入所者の権利と施設の義務に係っていると推測される。そのため、看護職は、「家族の意思確認と連絡調整」を一方では精神的ケアとして、もう一方では家族と施設の意見の相違を避けるための調整役として、この業務を大事かつ増やしたいと考えている。しかし、看護職が行う調整の一部は、介護保険に関わる専門職に依頼するなど施設内での役割を再度検討する必要がある。

ターミナル期の入所者のケアは、准看護師のみの施設よりも看護師のいる施設のほうが「医療処

置」や「日常生活の援助」のような身体的ケアに時間を費やしており、今後は家族や入所者のニーズを考えたケアを行いたいと考える傾向にあった。これはターミナルケアのような急な判断を要するような医療的処置が伴うケアは准看護師よりも看護師が行う傾向にあるが、ターミナルケアには入所者や家族の意思を尊重しケアを行うことがより大事であると認識していると考ええる。

ターミナルケアに積極的な施設の看護職は、入所者に直接関わるケアに時間を費やしており、今後も入所者の日常生活に関わるケアを増やしたいと考えている。しかし、大事だと考えているのは、入所者や家族の意思を尊重したケアであり、この入所者や家族の意思を尊重したケアを大事だと思う看護職の希望と必然的に身体的ケアに時間を費やさなければならないという現実、看護職に自信を喪失させ、ケアの質の向上を阻む可能性がある。

一方、ターミナルケアに消極的な施設の看護職は、「移送先の病院と連絡・調整」を大事だと考え、時間を費やしていた。看護職は移送先の病院との連絡・調整を通して、入所者の移送先が決定し、スムーズに転院ができるように望み、実際でも看護職が希望している業務に時間を費やすことができている。これは看護職の希望と現実が一致していると考えられ、ターミナルケアに積極的な施設の看護職に比べると、自信を喪失させることは少ないであろう。しかし、このようにターミナルケアに対する取り組みによって、看護職が重点をおくケアに違いがある。これはともすると、施設間でのケアの差を生み出す可能性がある。

3. 今後の課題

特養でのターミナルケアにおける看護職者の業務は、入所者の生命に関わる「状態観察・把握」「医療処置」、処置を行うための「医師との連絡調整」になど身体的ケアに重点を置いたものであったが、看護職者は「入所者とのコミュニケーション」や「意思確認」、「家族の意思確認」など精神的ケアやより入所者や家族の希望に添ったケアをしたいと望んでいた。そして、ターミナル期の入

所者に対応するために、夜間は自宅待機を行い、医師不在の場合、看護職の判断による医療的処置を行っていた。そのため、特養でのターミナルケアの質を保证するためには、看護職は専門的知識や技術力、およびその知識を基にした指導力や判断力が必要である。それとともに、夜勤体制の整備や看護職の人員不足の解消、および看護職員配置の整備が課題であることが明らかになった。

老人福祉法に基づいて特養は入所者の「生活の場」であるが、ライフサイクルの終焉である「死」を含めた「生活の場」という考えには至っていなかった。そのため、施設を設置する目的の違いから、老人保健施設や介護療養型医療施設と比べると医療色は薄いものとして映り、入所者の要介護度を考慮した人員配置ではなかった。また、ターミナルケアの取り組みに応じた人員の配置ではなかった。介護保険が導入され、新たに設備や運営に関しての見直しがされている今、ターミナルケアが充実できるよう、看護職の増員や配置、整備を望む。

IV. 結 語

今回、特養におけるターミナルケアの実態の中で、看護職の役割を中心に検討した。その結果、看護職員は少ない人員の中で、医療的処置や日常生活の援助などの入所者に直接関わる業務のみでなく、他職種との連携や家族との連絡調整のように間接的な業務など、多岐に及んでいた。今後、特養のターミナルケアを充実させるためには、看護職の勤務体制や人員配置、質の向上、医療体制などの問題を検討していく必要がある。また、今回の調査は看護職を対象に行った調査のため、特養の看護職者の実態やターミナルケアに対する考えは明らかになったが、他職種の実態や考えは明らかになっていない。特養におけるターミナルケアの質の向上を図るために、他職種の実態や考えをふまえて検討し、必要な要件を明らかにしていきたい。

(本研究は、平成14年度文部科学省科学研究費補助金の助成を受けて行った。)

文 献

- 1) 児島美都子, 葛西 修編: 標準看護学講座 社会制度と生活者の健康 社会福祉, 155, 金原出版, 2001
- 2) 国民の福祉の動向・厚生省の指標 臨時増刊, 49(12), 財団法人 厚生統計協会, 2002
- 3) 塚原貴子, 宮原伸二: 特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの検討 全国の特別養護老人ホームの調査より, 川崎医療福祉学会誌, 11(1), 17-24, 2001
- 4) 宮原伸二: 特別養護老人ホームにおける常勤医配置がもたらす医療福祉的效果, 川崎医療福祉学会誌, 11(1), 9-15, 2001
- 5) 石田 眞, 石田委子, 石田 強: 特別養護老人ホームにおける死についての検討 15年間の実態調査, 公衆衛生, 67(1), 78-81, 2003
- 6) 西村茂子, 安達悦子, 中西準他: 特別養護老人ホームにおける「望ましい死」に関する研究(第1報) 旭川敬老園の過去5年間の実態調査から, 旭川荘研究年報, 30(1), 12-17, 1999
- 7) 西村茂子, 宮原伸二: 特別養護老人ホームにおける「望ましい死」に関する研究(第2報) 特養施設内死亡に対する心残りについて, 旭川荘研究年報, 31(1), 46-51, 2000
- 8) 高柳智子, 川西千恵美, 田澤賢次: 特別養護老人ホームにおける医療の現状, 日本看護研究学会雑誌, 21(3), 377, 1998
- 9) 高柳智子: 特別養護老人ホームにおける医療の現状, 看護学雑誌, 63(7), 694-697, 1999
- 10) 宮原伸二: 特別養護老人ホームにおける死についての多角的検討, プライマリ・ケア, 22(1), 41-48, 1999
- 11) 人見裕江, 塚原貴子, 清田玲子他: 特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの実態, 日本看護研究学会雑誌, 21(3), 386, 1998
- 12) 高田みつ子, 塩森継紀, 関根龍子: 多摩地区を含む東京地区の老人保健施設・特別養護老人ホームにおける看護職の役割 実態の分析, 杏林医学会雑誌, 33(1), 46-47, 2002
- 13) 杉山せつ子, 三木喜美子, 宮地由紀他: 特別養護老人ホームにおける看護の実態調査 S県下特別養護老人ホームの看護職と寮母職の協力・連携, 看護展望, 27(12), 1392-1395, 2002
- 14) 吉田千鶴子, 千田睦美, 石川みち子他: 特別養護老人ホームにおける看護職員の専門性に関する研究—看護と介護に関する調査—, 岩手県立大学看護学部紀要, 2, 121-134, 2000
- 15) 岩本テルヨ, 田中愛子: 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割 医療的処置を巡って, 死の臨床, 25(2), 176, 2002
- 16) 宮原伸二: 特別養護老人ホームにおける介護職が行う「医療と介護の接点と思われる行為」の現状と課題, プライマリ・ケア, 24(1), 26-33, 2001
- 17) 老人保健福祉法制研究会監修: 老人六法(平成12年版), 444, 中央法規出版株式会社, 2000
- 18) 小野幸子, 田中克子, 梅津美香他: G県の特別養護老人ホームにおける看取りの実態, 岐阜県立看護大学紀要, 1(1), 134-142, 2001

心肺蘇生演習における学生の行動の分析

Analysis of students' behaviors on the resuscitation exercise

及川 朋実^{*1}・村田 節子^{*1}・古家 明子^{*1}・土屋八千代^{*1}

Tomomi Oikawa^{*1}・Setsuko Murata^{*1}・Akiko Furuie^{*1}・Yachiyo Tsuchiya^{*1}

キーワード：心肺脳蘇生法，看護基礎教育，学内演習

Cardiopulmonary cerebral resuscitation, Fundamental nursing education, Laboratory exercise

I. はじめに

平成14年3月、「看護学教育の在り方に関する検討会」は学士課程での看護実践能力の育成に欠くことのできない学習内容として基本技術学習項目を13項目に整理した。その1項目として「救命救急処置技術」も挙げられている。桑村らは、急性期実習で学生が体験した看護技術内容の実態を調査し、救命救急技術を体験した学生は極少数であったことを報告している¹⁾。これは、臨地実習で体験する機会が殆どない救命救急処置技術は特に学内演習で確実に修得していく必要があることを示しているといえよう。

救命救急技術教育に関する研究には次のようなものがある。①記録付き救急蘇生訓練人形と蘇生訓練用生体シミュレーターを用いて学内演習における心肺脳蘇生技術の修得状況を明らかにした太田らの研究²⁾，②「救命救急看護」学内実習の評価をする中で実習機材・教官の質・実習デザイン・事前学習・実習時期を実習効果をあげることできた要因として挙げた内田らの研究³⁾，③救急蘇生活動に対し学生がどのような反応パターンを示すのか心理・生理学的側面，また速さと正確さの側面から分析した西沢らの研究⁴⁾，④心肺蘇生教授方法の1つとしてself-instructionが有効であることを追究したDaviesらの研究⁵⁾である。これらは、蘇生できたか否かということや演習後のレポート分析といった視点からの研究であり、学

生の行動1つ1つを分析して今後の指導に生かすということに視点を当てた救命救急技術教育に関する研究は見当たらない。

今回、4年制看護大学3年次の成人・老年看護援助論Ⅵの演習時に、心肺蘇生法を実施し、学生の行動をビデオで撮影した。そのビデオを元に、救急蘇生法の手順に沿って学生の行動を分析したので、ここに報告する。

II. 方法

1. 研究目的

心肺蘇生法実施時の学生の行動を分析することにより、学生の行動の傾向に基づいた救命救急処置技術教育方法の示唆を得る。

2. 研究対象

A大学看護学科3年次学生64名中、ビデオ撮影依頼に応じた6組12名の学生。学生には、学生自身が自己評価できるようにするため、また教育方法を考えるための研究で使用するためにビデオ撮影する旨を始めに口頭で説明している。

3. データ収集の方法

平成15年6月、「成人・老年看護援助論Ⅵ（成人・老年臨床看護技術）」の演習時に、一次救命処置トレーニング人形レサシアンを使用し学生2人1組で心肺蘇生法を実施。その一連の流れを、

*1 宮崎大学医学部看護学科 臨床看護学講座
School of Nursing, Miyazaki Medical College, University of Miyazaki

固定式および移動式のビデオテープレコーダーで撮影した。学習課題は、BLSを確実に実施することができることであり、今時の目標は、BLSの一連の流れを知り実施することができることである。

演習では、はじめに2名の教員がデモンストレーションを行った。病棟で夜勤のラウンド中に意識・呼吸・脈拍がない患者を発見する設定。患者には右手末梢から静脈内持続点滴、および尿道カテーテルが挿入されている。学生がBLSについてどこまで理解しているのか把握するために、学生に対して状況設定について説明を行う以外には、演習開始時に技術や手順に関して特に口頭で説明は行っていない。デモンストレーション終了後、学生が1組ずつ皆の前で心肺蘇生法を実施した。数組終了する時々に教員が説明を加えていった。

4. 分析方法

- 1) BLSおよびACLSの手順⁶⁾、および教員の説明内容を書き出す
- 2) 2台のビデオカメラで撮影したテープを見ながら、心肺蘇生法に関係があると考えられる学生の行動を文章化する
- 3) 2)で文章化したものが、1)の手順のどれに相当するのか検討する
- 4) 3)を元に、心肺蘇生法実施にあたり重要な点をチェック事項として挙げる
- 5) 4)にチェックし、一覧を作成する

5. 用語の定義

BLS : Basic Life Supportの略。一次救命処置。胸骨圧迫式マッサージおよび呼吸吹き込み人工呼吸により、有効な循環を回復させようとする行為。人工呼吸補助器具や一般用フェイスシールドを使用する場合もある。

ACLS : Advanced Cardiovascular Life Supportの略。二次救命処置。一次救命処置に加え、さらに高度な気道確保と換気の技術、電氣的除細動、経静脈的あるいは経気道的薬剤投与を用いて、生体の自発的な循環を回復させようとする行為。

心肺蘇生 : 心拍を再開させようとする行為を総称して言う。

III. 結果

結果は表1に示した通りである。「意識の確認」「人・物集め」「気道確保」「呼吸の確認」「換気」「脈拍の確認」「胸骨圧迫式心マッサージ」「マスク換気」「再評価」の9項目についてそれぞれチェック事項を設け、学生の行動を一覧に示した。

<意識の確認>

意識の確認を行う行動をとった学生は1人もいなかった。状態報告をする際に「意識がない」と報告した学生が1人いたが、実際に意識を確認する行動はとっていなかった。

<人・物集め>

すべての学生が、状態報告をして人・物を集める行動をとっていた。しかし、状態報告に関しては、呼吸と脈拍に関する報告ばかりで意識の有無に関する報告を行っていたのは1名のみであった。

<気道確保>

途中で教員が説明を加える前は、殆どの学生が気道確保の手技をとっていなかったが、途中で教員が気道確保の必要性や手技について説明を加えた後は、全ての学生が実施していた。

<呼吸の確認>

殆どの学生が呼吸の確認を意図していると考えられる行動をとっていた。

<換気、マスク換気>

1人の学生以外は皆、自分の手元を見ながら換気を行っていた。マスクの当て方に関しては、上下・裏表逆に当てたり、マスクだけを押さえて顔に密着させようとしたり、指先でマスクと患者の顎をつまむように押さえていたり、と様々であった。

<脈拍の確認>

脈拍の確認をする行動をほぼ全員の学生がとっていた。末梢動脈が触れなければ、より大きな動脈で確認するという行動もとっていた。

<胸骨圧迫式心マッサージ>

全ての学生が心マッサージを行っていた。圧迫場所の確認については1人の学生が行った後は全員が行っていた。圧迫時の力の方向に関して、始

めの3組の学生は心マッサージ実施者がベッド上に上がって行っており垂直方向に力がかかっていた。後半3組の学生は、実施者の移動はなく患者を手前に引き寄せて心マッサージを行っており斜めから力がかかっていた。

<再評価>

人工呼吸と心マッサージを行った後に脈拍を確認して再評価を行う行動をとっていた学生は6組中2組であった。

IV. 考察

心肺蘇生の手順として挙げた「意識の確認」～「再評価」の各項目について、結果を元に教員の説明と学生の行動との関係、教育方法のあり方などについて考察を加えたい。

1. 意識の確認

今回の演習では他の学生が見ている中で実施することによる緊張感や羞恥心などが影響している可能性も考えられるが、誰一人として意識の確認を行うことができなかつたということは、意識確認に関する認識が欠如していることが考えられる。意識を確認することの重要性、心肺蘇生時にはまず意識の確認を行うことを説明し、演習の時点から意識確認を習慣付けていく必要がある。

2. 人・物集め

心肺蘇生が必要な場面における状態報告では、その場にいないスタッフに、患者の状態をイメージさせ必要な治療・処置を考えることのできるような情報を報告しなければならない。第一発見者は、経験が浅いほどその場の状態に動揺して頭が混乱してしまいがちである。そのためにも、最低限必要な報告すべき事項を、演習時から教員が示していかなければならない。特に今回は、意識の有無に関する報告は殆どなかったが、成人の場合、意識がない患者を発見したら直ちに人を集めねばならず、意識の確認と報告の重要性を特に意識付けていかなければならないだろう。

3. 気道確保

全ての学生が枕をはずすという行動をとっており、これが気道確保を意図して行った行動なのか否かは判断しかねるが、教員の説明の前後で明らかに説明後の学生は下顎挙上法を実施できていた。気道確保について学生がどれほど意識しているのかはこの結果からは何とも言えないが、いずれにしろ気道を開放する方法である下顎挙上法についてはきちんとその方法についてデモンストレーションすることにより学生に気道確保の必要性について意識付けすることができると考えられる。

4. 呼吸の確認

ほとんどの学生が呼吸の確認に必要な「(胸の動きを)見て、(呼吸を)聞いて、(呼気を)感じて」という3点の行動は形としてはとれており、呼吸の確認については習慣付いていると考えられる。その行動の形が、果たして「見て、聞いて、感じて」という意識で行うことができているかということについて学生に確認しながら、確実な技術修得のための教育を行っていく必要があるだろう。

5. 換気、マスク換気

換気時、確実に肺に送気されているか確認するために胸郭の動きを見ることが絶対的に必要であるが、1人の学生以外は皆、自分の手元を見ながら換気を行っている状態であった。これは、「マスクで鼻と口を十分に覆う」ことができないため、マスクの当て方に注意が集中してしまうことが原因の1つと考えられる。マスクの当て方に関しては結果でも述べたように様々であった。今まで実際にマスクを手にとったり、患者に使用したりする経験がないためだと思われる。また、換気時に十分に気道を開放する行動をとっているかという点について、教員の説明以後ようやく殆どの学生が実施できるようになったことから、「マスクを使って空気を送り込む」という行動ばかりに意識が集中しがちであることが考えられる。手馴れぬ技術を行う時はどうしてもその部分に気がとられ、全体が見えなくなるものである。「換気」に関し

では、まず気道確保を確実に修得させた上で、鼻と口を十分に覆う方法を部分的に指導し修得させる必要があるのではないだろうか。

6. 脈拍の確認

脈拍を確認するという行為は全員行っていたが、ここで注目すべきことは、脈拍の確認に加え輸液や尿量を確認する学生がいたことである。これは体の循環動態を確認するという、脈拍を確認することの意味をきちんと捉えられていたからこそ行うことのできた行為であると考えられる。今後この「脈拍の確認」における教育においては、その意味するところを考えさせ部分でなく全体として考えることができるような指導が求められる。

7. 胸骨圧迫式心マッサージ

全ての学生が心マッサージを行っており、場所の確認もほぼ全員行っていた。今後は本当に適切な部分を圧迫することができているのか確認していくことが必要である。圧迫時の力の方向に関して、始めの3組の学生は心マッサージ実施者がベッド上に上がって行っていたので垂直方向に力をかけることができていたが、後半3組の学生は教員の説明にも関わらず、斜めから力をかけている状態であった。後半3組は、ベッドに上がることなく患者を手前に引き寄せて心マッサージを行っていたのだが、これは垂直に力をかけるために患者との距離を近づけようとしてとった行動の結果で、実施者本人は垂直に力がかかっているかと思いつながら実施していたのかもしれない。垂直に力がかかっているかどうかは周りが見て指摘していかなば本人にはわかりづらい。どのようにすればより効果的に心マッサージを行うことができるのか、実施者と観察者がお互いに意見を交換し合い考えていけるような場を作っていくことも必要であろう。

8. 再評価

多くの学生が再評価をすることなく延々と人工呼吸および心マッサージを続けていた。心拍が再開したにも関わらず心マッサージを続けたり、呼吸しているのに人工呼吸を続けたりすることによ

て患者にどのような影響を及ぼすかということを生徒自ら考えられるように、生理学的側面からの教育が必要かもしれない。とかく、救急蘇生の演習や講習では、確認や評価を行わずに人工呼吸そのものや心マッサージをすること自体を訓練の目的としている者が多い⁶⁾と言われており、再評価を一連の流れにきちんと組み込んで心肺蘇生演習を行っていく必要がある。

V. おわりに

看護技術教育を効果的に行うためには、学生の行動の特徴を捉えることが不可欠である。学生の行動を分析し心肺蘇生法実施時の学生の傾向を捉えた今回の結果は、救命救急処置技術教育を効果的に展開していくに当たり、十分に参考にすることができるだろう。

今回は、各学生の過去の心肺蘇生法の経験について考慮していないこと、また、学生が何を考えながら行動をとっていたのかという学生の認識を確認せずに研究者の推測で学生の行動の意味を判断したことなどから結果を一般化していくには限界がある。

今後は、今回得られた指導のヒントを参考に、学生の行動と認識を合わせて分析し、効果的な救命救急技術の教育方法について追究していきたい。

引用文献

- 1) 桑村由美, 田村綾子, 市原多香子, 他: 成人・老人看護(急性期)実習における看護技術内容の検討, 日本看護学教育学会誌, 13, 120, 2003.
- 2) 太田和美, 岡村典子, 布施幸子, 他: 看護基礎教育における2年次学生の心肺脳蘇生法技術修得に関する検討, 新潟県立看護短期大学紀要, 6, 103-112, 2000.
- 3) 内田宏美, 稲本 俊: 心肺蘇生法の学内実習の取り組みと学習効果 効果的な「救命救急看護」学内実習をめざした授業紹介, 看護教育, 38(1), 46-50, 1997.
- 4) 西沢義子, 早川三野雄: 救急蘇生活動における認知スタイル別教育方法の研究—実習初期の学生に対する心肺蘇生法の指導方法に関する検

-
- 討一, 日本看護研究学会雑誌, 19(1), 53-60, 1996.
- 5) N. Davies, D. Gould: Updating cardiopulmonary resuscitation skills: a study to examine the efficacy of self-instruction on nurse's competence, Journal of Clinical Nursing, 9, 400-410, 2000.
- 6) ACLSを広める会編: ACLSインストラクターズ・ハンドブック 指導法編, 第3版, 10-12, 2002.

コンドーム準備携帯とその意識－実態調査から－

A Study on Condom-Carrying Practices and Awareness

山崎 鯉子^{*1}・大石 時子^{*1}

Riko Yamasaki^{*1}・Tokiko Oishi^{*1}

キーワード：性行動，避妊，性教育，コンドーム

Sexual behavior, Contraception, Sex education, Condom

I. はじめに

近年，中学・高校生などを対象とした性教育が学校教育の中で行われている。しかし我が国では20歳未満の人工妊娠中絶実施率や死産率が増加してきている¹⁾。また，HIV（ヒト免疫不全ウイルス）やクラミジアなどの性行為感染症も増加してきている²⁾。

若年者は性感染症や避妊方法などの知識は性教育などを通じて学んではいる。しかし，若年者のコンドーム使用率の減少，膣外射精の増加³⁾より，性感染症や避妊の予防の知識が実際の性行動へと結び付けができていないと思われる。若年者の主な避妊方法はコンドームであるが，「めんどくさい」や「コンドームを準備していなかったから」⁴⁾という理由から必ずしも毎回きちんとコンドーム使用ができていないことが伺われる。コンドーム使用を規定する要因には避妊やSTD（性行為感染症）の知識，コンドームを使う技術的自信，どの程度危険性を感じているか，コンドームに対する文化的態度，性別役割行動，相手との交際の種類や程度などがあることが先行研究によって示されてきた^{4,5)}。その1つにコンドームを使用できるよう準備携帯しているか否かが要因として関連していることが指摘されている^{4,5)}。しかし，今までのわが国における性教育研究では，若年者のコンドーム使用の有無についての調査は行われてきたが，若年者がコンドームを準備携帯している

か否かの実態や準備携帯することの必要性の若年者の意識について調査した研究は少なく実態はあまり知られていない。そこで今回小規模ではあるが，若年者におけるコンドーム準備携帯の実態と意識に焦点をあてて調査を行った。

なお，本研究においてコンドーム準備携帯とは，コンドームを購入するなどして前もって用意し，いつでもすぐにコンドームを使用できるよう携帯したり，引出しの中に準備しておくなどの行動を指す。

II. 目的

本研究は，若年者のコンドーム準備携帯の実態とコンドーム準備携帯に対する必要性の意識を明らかにし，今後コンドーム準備携帯に向けての指導を考えることを目的とする。

III. 研究方法

調査対象は，M市で開催された避妊と人工妊娠中絶に関する分科会参加者に調査の趣旨を説明し，同意が得られた35名に質問紙を配布した。回収率は100%であった。

調査内容は，男性用コンドームを準備携帯することについて自作の質問紙を用いて分科会終了後に調査を行った。調査項目は，①コンドーム準備携帯の実態について，②コンドームを準備携帯する必要性の意識について，③コンドームを準備携

* 1 宮崎大学医学部看護学科 臨床看護学講座
School of Nursing, Miyazaki Medical College, University of Miyazaki

帯していない時に性交の機会があった場合の対応についてである。プライバシーの尊重に配慮し無記名とした。データの処理・分析は、統計パッケージSPSSを用い、 χ^2 検定を行った。有意確率5%未満を有意差とした。

IV. 結果

1. 属性

対象者の性別は、女性28名、男性7名であった。年齢別では16～18歳14名、19～24歳17名、25歳以上4名であった。女性28名の年齢構成は16～18歳11名、19～24歳15名、25歳以上2名であった。男性7名の年齢構成は16～18歳3名、19～24歳2名、25歳以上2名であり、男女の比率がアンバランスではあるが、女性は19～24歳、男性は16～18歳が多かった(表1)。

現在の性交相手人数は、0人14名(40.0%)、1人17名(48.6%)、2人以上4名(11.4%)であった。性交相手人数を性別との関係でみると、男性の28.6%は2人以上の相手を持ち女性では7.1%であったのとを比べると有意差は認めなかったが差がみられた。また性交相手の人数と年齢の関係では、年齢が若いほど性交相手が0人の割合

表1. 対象者の人数(年齢別・性別) (%)

	女性	男性	合計
年齢			
16～18歳	11名 (39.3)	3名 (42.9)	14名 (40.0)
19～24歳	15名 (53.6)	2名 (28.5)	17名 (48.6)
25歳以上	2名 (7.1)	2名 (28.6)	4名 (11.4)
合計	28名 (100)	7名 (100)	35名 (100)

が高く、性交相手が2人以上いる人の年齢別割合は25歳以上が一番高かった(表2)。

2. コンドーム準備携帯の実態

「コンドームを準備携帯している」と回答した者は11名31.4%、「コンドームを準備携帯していない」と回答した者は24名68.6%であった(表3)。

性別で比較してみると、「コンドームを準備携帯している」割合は、女性の32.1%、男性の28.6%であった。「コンドームを準備携帯している」と回答したのは、女性の方が男性より多かった。性別では有意な差は認められなかったが、男女とも携帯していない者が多かった。

年齢別で比較してみると、「コンドームを準備携帯している」割合は、16～18歳では20%、19～24歳では31.3%、25歳以上では44.4%であり、年齢が上がるにつれて携帯は多くなる傾向を示した。各年齢群別では、準備携帯していない者がいずれも多く、有意差は認めなかったが、年齢が若くなるほど準備携帯していない傾向であった。

現在の性交相手人数で比較してみると、現在の性交相手が0人、2人以上は全員コンドームを準備携帯しておらず、携帯していたのは性交相手1人のみであったことになる。コンドーム準備携帯について現在性交相手がいる者間で比較し、性交相手1人と性交相手2人以上との間で有意な差が認められた($P<0.05$)。

3. コンドームを準備携帯する必要性の意識

「コンドームを準備携帯する必要性の意識がある」と回答した者は12名34.3%、「コンドームを

表2. 性別・年齢・性交相手人数 (%)

現在の性交相手人数	0人	1人	2人以上	合計
性別				
女性	11名 (39.3)	15名 (53.6)	2名 (7.1)	28名 (100)
男性	3名 (42.8)	2名 (28.6)	2名 (28.6)	7名 (100)
年齢				
16～18歳	5名 (50.0)	4名 (40.0)	1名 (10.0)	10名 (100)
19～24歳	7名 (43.8)	8名 (50.0)	1名 (6.2)	16名 (100)
25歳以上	2名 (22.2)	5名 (55.6)	2名 (22.2)	9名 (100)
合計	14名 (40.0)	17名 (48.6)	4名 (11.4)	35名 (100)

準備携帯する必要性の意識がない」と回答した者は23名65.7%であった（表4）。

性別で比較してみると、「コンドームを準備携帯する必要性の意識がある」割合は、女性の32.1%、男性の42.9%であった。女性の方がコンドームを準備携帯する必要性の意識が低かったが、性別では有意な差は認められなかった。

年齢別で比較してみると、「コンドームを準備携帯する必要性の意識がある」割合は、16～18歳では30%、19～24歳では25%、25歳以上では55.6%であった。年齢別では有意な差は認められなかったが、16～18歳、19～24歳はコンドーム準備携帯の必要性の意識が低く、25歳以上は逆に意識は高かった。

現在の性交相手人数で比較してみると、「コンドームを準備携帯する必要性の意識がある」割合は、性交相手が0人では28.6%、1人では41.2%、2人以上では25%であった。特に現在の性交相手が0人、2人以上は、コンドーム準備携帯の必要性の意識がない方があるに比べ多かった。「コンドーム準備携帯の意識がある」と回答した者のうち、性交相手1人が他の0人、2人以上に比べ高かった。

4. コンドームを準備携帯していない場合の性交機会時の対応

コンドームを準備携帯していない時に性交の機会があった場合の対応について複数回答者32名を

表3. コンドーム準備携帯の実態 (%)

	コンドーム携帯			χ ² 値
	している	していない	合計	
全体	11名 (31.4)	24名 (68.6)	35名 (100)	
女性	9名 (32.1)	19名 (67.9)	28名 (100)	.03
男性	2名 (28.6)	5名 (71.4)	7名 (100)	
16～18歳	2名 (20.0)	8名 (80.0)	10名 (100)	1.3
19～24歳	5名 (31.3)	11名 (68.7)	16名 (100)	
25歳以上	4名 (44.4)	5名 (55.6)	9名 (100)	
現在の性交相手				5.4*
0人	0	14名 (100)	14名 (100)	
1人	11名 (64.7)	6名 (35.3)	17名 (100)	
2人以上	0	4名 (100)	4名 (100)	

注) Fisherの直接確立 *P<0.05

表4. コンドーム準備携帯する必要性の意識 (%)

	コンドーム携帯の必要性の意識			χ ² 値
	ある	ない	合計	
全体	12名 (34.3)	23名 (65.7)	35名 (100)	
女性	9名 (32.1)	19名 (67.9)	28名 (100)	0.2
男性	3名 (42.9)	4名 (57.1)	7名 (100)	
16～18歳	3名 (30.0)	7名 (70.0)	10名 (100)	2.5
19～24歳	4名 (25.0)	12名 (75.0)	16名 (100)	
25歳以上	5名 (55.6)	4名 (44.4)	9名 (100)	
現在の性交相手				0.7
0人	4名 (28.6)	10名 (71.4)	14名 (100)	
1人	7名 (41.2)	10名 (58.8)	17名 (100)	
2人以上	1名 (25.0)	3名 (75.0)	4名 (100)	

表5. コンドームを準備携帯していない場合の性交機会時の対応 (%)

	性交しない	コンドームなしで性交 ／膣外射精	合 計	χ^2 値
全体	24名 (75.0)	8名 (25.0)	32名 (100)	
女性	21名 (84.0)	4名 (16.0)	25名 (100)	4.9*
男性	3名 (42.9)	4名 (57.1)	7名 (100)	
16～18歳	9名 (90.0)	1名 (10.0)	10名 (100)	3.9
19～24歳	11名 (78.6)	3名 (21.4)	14名 (100)	
25歳以上	4名 (50.0)	4名 (50.0)	8名 (100)	
現在の性交相手0人	11名 (84.6)	2名 (15.4)	13名 (100)	1.9
現在の性交相手1人	11名 (73.3)	4名 (26.7)	15名 (100)	
現在の性交相手2人以上	2名 (50.0)	2名 (50.0)	4名 (100)	
コンドーム携帯している	8名 (72.7)	3名 (27.3)	11名 (100)	0.05
コンドーム携帯していない	16名 (76.2)	5名 (23.8)	21名 (100)	
コンドーム携帯意識あり	7名 (63.6)	4名 (36.4)	11名 (100)	1.1
コンドーム携帯意識なし	17名 (81.0)	4名 (19.0)	21名 (100)	

注) Fisherの直接確立 * $P < 0.05$

検討した。「性交しない」と回答した人は24名75%、「コンドームなしで性交する・膣外射精」と回答した人は8名25%であった(表5)。

性別で割合を比較してみると、「性交しない」と回答した女性は84.0%、男性は42.9%であった。女性の「性交しない」と回答した人が男性より圧倒的に多く、また、「コンドームなしで性交する・膣外射精」と回答した人は女性16.0%、男性57.1%であった。コンドームを準備携帯していない時の性交の有無では性別によって有意な差が認められた($P < 0.05$)。

年齢別で比較してみると、16～18歳では90.0%、19～24歳では78.6%、25歳以上では50.0%が「性交しない」と回答した。「コンドームなしで性交する・膣外射精」と回答したのは、各年齢群の年齢が高くなるほど割合は多かったが、年齢別では有意な差は認められなかった。

現在の性交相手人数で比較してみると、現在の性交相手が0人では84.6%、1人では73.3%、2人以上では50.0%が「性交しない」と回答した。現在の性交相手人数が増えるほど、「コンドームなしで性交する・膣外射精」が明らかに多かったが、性交相手人数別では有意な差は認められなかった。

コンドーム準備携帯の実態で比較してみると、

コンドームを準備携帯していた人の72.7%、コンドームを準備携帯していなかった人の76.2%が「性交しない」と回答した。コンドームを準備携帯していなかった者は、「性交しない」と回答した者が多かったが、コンドーム準備携帯の有無では有意な差は認められなかった。

コンドームを準備携帯する必要性の意識で比較してみると、コンドーム準備携帯の必要性の意識があった者の63.6%、コンドーム準備携帯の必要性の意識がなかった者の81.0%が「性交しない」と回答した。コンドーム準備携帯の必要性の意識がない者の方が「性交しない」と回答したのが多かったが、コンドーム準備携帯の必要性の意識の有無では有意な差は認められなかった。

V. 考 察

1. コンドーム準備携帯と必要性の意識

本調査結果では68.6%の者はコンドームを準備携帯しておらず、また、65.7%はコンドーム準備携帯の必要性の意識がなかった。女性の32.1%、男性の28.6%がコンドームを準備携帯していた。また、女性の32.1%、男性の42.9%がコンドームを準備携帯する必要性の意識があった。男性の方が女性よりコンドーム準備携帯する意識の必要性はやや高いが、実際には女性の方がやや男性より

多くコンドームを準備携帯していた。五十嵐⁵⁾の調査ではコンドーム用意携帯行動は男性の得点が高かった。また、Sacco⁶⁾らの調査でも「コンドームを携帯している」「保管している」のは男性の得点が高く、2つの調査結果は本調査と逆の結果であった。本調査の男性は7名と対象者の数が少なく、一般的な比較は無理であるが、年齢は16～18歳3名、19～24歳2名、25歳以上2名であったので、特に年齢の影響はないと思われる。性交相手人数は0人3名、1人2名、2人以上2名であった。本調査の男性がコンドームを携帯していない傾向にあったことは、性交相手が現在いない人が3名いたことと、2人以上の相手がいる人はコンドームを携帯していない傾向がみられた事との関連性が推測できる。徐⁷⁾の調査では「コンドームを用意する」は男性としての役割期待・役割認知がもたれていた。本調査でもコンドーム携帯の必要性の意識は女性に比して男性の方が高かった。このことから、男性はコンドーム準備携帯することに対して役割認知はもっているが、そのことが実際にコンドームを準備携帯するという行動化へ結びついているとは限らないと推測できる。家坂⁸⁾が我が国の性教育で欠けているのは、「男性から男性への性教育」であると指摘しているように、特に男性に対して、いつでもすぐにコンドームを使用できるようにコンドームを準備携帯するよう行動変容に向けての指導が必要であると考えらる。

2. コンドーム準備携帯意識・行動と年齢

年齢が16～18歳の80%、19～24歳の68.7%がコンドームを準備携帯していなかった。また、16～18歳の70%、19～24歳の75%はコンドームを準備携帯する必要性の意識も低かった。このことは、高年齢になるにつれ妊娠することでの影響を身近に感じやすいからではないかと考えられる。また、年齢が高くなるに従い社会的背景やパートナーとの関係性などが影響してくると推測できる。性の情報が氾濫している現在において、正しい性に関する知識を与える対象は、若年者は勿論、それ以後の年齢層にも必要であることが明らかになった。

このことから性に関してもっとオープンに語れるようにすべての年齢層の男女の意識を変え、性教育内容を検討し、若いうちからコンドームを準備携帯する行動化・習慣化へと結びつきができるようにしていく必要があると考える。

3. コンドーム使用意識の男女間の差

コンドームを準備携帯していない時に性交の機会があった場合、「性交しない」と回答した女性は84%、男性は「性交しない」と回答した者より「コンドームなしで性交する・膣外射精」と回答した者が多く、性別間での有意差が認められた。男女間におけるコンドーム使用に関する必要性の意識のずれが生じており、男性はコンドームを使用せず性交を行う可能性が女性より高いと思われる。コンドーム使用に関する意識調査^{9)~11)}では、「コンドームをなるべく使いたくない」と答えるものは男性の方に多かった。これに対し、「コンドームの使用を嫌がる男性は、相手のことを大切に考えていない」「性感染症予防のためにコンドームを使用すべき」と考えているのは男性に比し女性に多く、女性はコンドーム使用を望んでいる。宮原¹²⁾もコンドーム使用に対する意識と実際の行動にはギャップがあることを挙げている。また、「コンドームを買うのは恥ずかしい」「コンドーム使用を自分では言い出せない」女性が多く¹¹⁾、Myers¹³⁾の調査でも、性交時にコンドームを使用しなかった理由の中で「コンドーム使用について話すことができなかった」と回答したのは、女性に多かった。このことは伝統的な性別役割の上では、コンドームを携帯しコンドームの使用を求める女性は、男性から否定的評価を受けることを心配して言い出せないと考える。女性は自分で性交時にコンドーム使用を意思表示し、コンドーム使用の交渉能力を高めていくことが重要である。コンドームを準備携帯していない場合の性交機会があった場合、女性の84%が「性交しない」と回答しており、コンドーム使用の意識はあるが、実際に行動できるためには、女性が意思表示できることと、男性の意識改革が必要であると考えらる。

4. コンドーム準備携帯意識と性行動

コンドームを準備携帯していない時に性交機会があった場合の対応で、コンドームを準備携帯していた者の中で「コンドームなしで性交する・膣外射精」と回答した者が27.3%いた。また、コンドームを準備携帯する必要性の意識がある者の中で「コンドームなしで性交する・膣外射精」と回答した者が36.4%いた。日本性教育協会の調査⁴⁾でも約3割の中・高・大学生が膣外射精で避妊していると回答していた。コンドームを準備携帯する行動ができており、必要性が認識できていても3割以上の者が実際はコンドームを使用せず、膣外射精で避妊ができると思っている。膣外射精が避妊法だと誤った理解をしていると推測できる。これは、正しい避妊方法についての知識が乏しく、性交時にコンドーム使用の行動化へと結びつきができないと考えられる。

現在の性交相手人数が2人以上の群は、コンドームを準備携帯しておらず、コンドームを準備携帯する必要性の意識も一番低かった。この群はコンドームを準備携帯していない時に性交機会があった場合の対応につき、50%が「コンドームなしで性交する・膣外射精」と回答しており他の性交人数の群と比べて一番高かった。コンドーム準備携帯と性交相手人数の間には有意差が認められ、家坂⁸⁾、張谷ら¹⁴⁾の「性交相手が多いとコンドーム使用ができていない」と、同様の結果が得られた。このことは、コンドームなしで不特定多数の相手と性交を行った結果としての望まない妊娠、人工妊娠中絶、性行為感染症などの増加となって現れてきている。性交相手が複数になるほど相手とのカジュアルな関係が多く、自己防衛、他者防衛の意識が低くなり、その上避妊や性行為感染症予防の必要性が理解できていないと性の問題は大きくなっていく。

以上本調査結果から、コンドームを準備携帯する事に対する性別役割の認識の違いがみられ、コンドームを準備携帯していたのは女性に多かったが、女性がコンドーム使用に関する交渉ができるかどうかは明らかにできなかった。性行動に関するジェンダー意識の調査¹⁰⁾によると、「男性に求

められたら女性はセックスに応じるべき」「女性に求められたら男性はセックスに応じるべき」「セックスは男性が主導権を握るべき」「女性がセックスを求めたりセックスについて話をするのはしたくない」は男性に多く、「恋人が嫌がるのならセックスを強要すべきではない」「セックスするかどうかは自分自身で決めるべきである」は女性に多かったと報告している。性というプライベートな領域において性別による力関係が平等でない状況下で、男性パートナーと性交をするかどうか女性自身が自己決定を行い、コンドーム使用の交渉をしていけるようにするための検討が今後必要となる。性的自己決定能力をどう捉えるかがある。自己決定ということととてもいい意味に聞こえるが、性的自己決定にはいわば逆の自己決定もあるということである¹⁵⁾。つまり、「性交をする」「性交をしない」ことは、その人にとってどう影響するかを含めて判断することが自己決定能力と考える。交渉能力とは、性に関する正しい知識、YES、NOとはっきり言える自己主張力、或いは、妊娠や性行為感染等に対して自分で解決できる問題処理能力であると考えられる。本調査結果では、年齢が若く、性交相手人数が複数な者ほどコンドームを準備携帯しておらず、また、コンドームを準備携帯する意識が低かった。早い時期から正しい避妊に関する知識を提供し、コンドームを準備し携帯する意識付けを行い、自ら性的な自己決定を主張できる能力を高めていくような指導が必要である。男女間におけるコンドーム使用に関する必要性の意識のずれが生じており、男性はコンドームを使用せず性交を行う可能性が女性より高いと思われる。以上、これらの結果を基礎にして、今後は特に、男性や性交相手が複数者に対して正しい避妊方法の知識を与え、避妊方法をパートナーと一緒に選択していく能力を持てるようなコンドーム準備携帯に向けての指導プログラム作成について追求していきたい。

VI. まとめ

今回のコンドームを準備し携帯することについての実態調査では、女性に比して男性は、コンド-

ムを準備携帯する必要性の意識は高いが、行動化へと結びつきができていないことが示された。また、コンドームを携帯していない時に性交の機会があったら、コンドームなしで性交を行うと回答した男性は女性より有意に多かった。これらより男性に対しての意識・行動変容のための働きかけが重要であると考え。また、年齢が若いほどコンドームを準備携帯する行動化、意識化が低く、早期からコンドームを準備携帯していく必要性を性教育の中に取り入れていくべきことが示唆された。特に性交相手人数が複数者はコンドーム携帯行動・意識ともに特に低く、コンドームなしで性交するとの回答も最も多く、この層に対しての働きかけが特に必要である。しかし、今回の調査では対象人数が少なかつたため、この結果を普遍化するためには特に男性の対象者数を増やした継続的な調査が必要である。また本研究の対象は、すでに避妊行動などに関心を持ち性のフォーラムに参加した者であって、一般の人々より意識が高いことが予想されることから、今後は一般を対象に更に対象者数の多い調査を行う必要があると考える。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査に快くご協力いただいた皆様に深く感謝申し上げます。また本論文作成にあたり、御指導いただいた母性看護学教授長川先生に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向2002年 49(9), 57-59, 2002
- 2) 熊本悦明, 塚本泰司, 利部輝雄他：日本における性感染症 (STD) サーベランスー2001年度調査報告一, 日本性感染症会誌, 13(2), 147-167, 2002
- 3) 若者の性行動：http://member.nifty.ne.jp/m-suga/index.html
- 4) 日本性教育協会 (編)：「若者の性」白書一第5回・青少年の性行動全国調査報告一, 177-207, 小学館, 2001
- 5) Myers T., Clement C.: Condom use and

attitudes among heterosexual college students. *Canadian Journal of Public Health*, 85, 51-55, 1994

- 6) Wight D. Impediments to safer heterosexual sex: a review of research with young people. *AIDS Care*, 4, 11-21, 1992
- 7) 五十嵐哲也：高校生及び大学生のHIV感染予防行動を規定する要因, 学校保健研究, 44, 207-214, 2002
- 8) William P. S., Richard L. R., Karla T. et al: Gender differences in AIDS-relevant condom attitudes and condom use, *AIDS Education and Prevention*, 5(4), 311-326, 1993
- 9) 徐 淑子：仮想ペア・データを利用したHIV/AIDS, 性感染症, 望まない妊娠の予防行動における性差の検討, 日本保健医療行動科学会年報, 14, 167-189, 1999
- 10) 家坂清子：若年女性における性感染症とその予防啓発, 治療, 84(7), 37-41, 2002
- 11) 剣 陽子, 山本美江子, 松田晋哉：北九州市内の高校3校における性意識・性行動調査, 日本衛生学雑誌, 56(4), 664-672, 2002
- 12) 剣 陽子：北九州近郊地域における高校生の性行動・性意識調査から, *Quality Nursing*, 8(11), 5-12, 2002
- 13) 剣 陽子：北九州近郊における大学生の性行動と性に関するジェンダー意識調査, *思春期学*, 21(1), 95-104, 2003
- 14) 宮原春美, 久保田健二, 安日泰子：大学生のAIDSに対する知識と意識および性行動, *思春期学*, 14, 267-271, 1996
- 15) Ted M., Connie C.: Condom use and attitudes among heterosexual college students, *Canadian Journal of Public Health*, 85(1), 51-55, 1994
- 16) 張谷秀章, 堀口祐子, 高安ツギ子他：HIV感染予防からみた大学生の性行動, *CAMPUS HEALTH*, 38(2), 405-408, 2002
- 17) 藤井誠二：未成年者の売春をどう考えるか, *Sexual Rights Project (編)：買売春解体新書*, 129-161, つげ書房新社, 2001

子どもの入院に付き添うことについての親の考え

Parents' thoughts about attending on hospitalized children

草場ヒフミ^{*1}・鶴田 来美^{*2}・野間口千香穂^{*1}・村方多鶴子^{*1}
山田 美幸^{*3}・中富 利香^{*1}・内村 章子^{*4}・金丸 幸子^{*4}

Hifumi Kusaba^{*1}・Kurumi Tsuruta^{*2}・Chikaho Nomaguchi^{*1}・Tazuko Murakata^{*1}
Miyuki Yamada^{*3}・Rika Nakatomi^{*1}・Shoko Uchimura^{*4}・Sachiko Kanemaru^{*4}

キーワード：入院児，親，付き添い

Hospitalized children, Parents, Care attendance

I. はじめに

入院児への家族付き添いについては、患児の利益を第一に考えることは当然であるが、同時に付き添う家族が受ける影響^{1)~4)}を理解し、子どもと家族の考えを尊重することが重要となる^{5,6,7)}。わが国においては、1954年に完全看護が発足、1958年の基準看護を経て、1994年に新看護体制が導入されて付き添い看護の廃止に至った。導入に際し、厚生省は「家族による付き添いであっても病院看護師による看護の代替えまたは看護力を補充することがあってはならない」と通達している。

子どもの入院においては、子どもの発達特性などから家族が付き添うことがある。付き添いについての考えは施設よって異なり、「原則として一律に付き添いが必要」から、「原則として家族の付き添いは認めない」まで幅広いが、「原則として家族の付き添いは必要としないが、子どもの状況や子どもと家族の希望によって許可する」という方針で運営されている病棟が多い⁸⁾。

核家族の増加、付き添うことによる家族への影響、家族が付き添うための整備が整えられていない施設が多い中で、入院児の家族は付き添うこと

についてどのように考え、選択するのであろうか。家族が付き添う理由については、1981年に乳児から高齢者までの入院患者に付き添う家族を対象に調査されている⁸⁾。その後、家族の付き添い状況や付き添い希望等に関する報告は見られるが^{1,9)}、付き添いについての意識については少なく、事例報告などにみられるだけである。

本研究では入院児に付き添っている親の付き添い理由、付き添い中の生活に関する質問紙調査を実施し、付き添いに関する親の考えを検討し、現状と問題を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査対象

宮崎県内の200床以上の公立病院及び小児の病院8施設に入院中の子どもに付き添う家族に実施した。調査方法は自己記入式質問紙法であり、調査票は調査目的を記載した依頼文とともに、各施設の看護部を通して家族に手渡してもらった。回答は無記名とし、回収は直接家族からの郵送法とし、一施設のみ留め置きとした。留め置き回収においては、回答者が回収箱に直接入れる方法とし

※1 宮崎大学医学部看護学科 臨床看護学講座
School of Nursing, Miyazaki Medical College, University of Miyazaki
※2 宮崎大学医学部看護学科 地域看護学講座
School of Nursing, Miyazaki Medical College, University of Miyazaki
※3 宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座
School of Nursing, Miyazaki Medical College, University of Miyazaki
※4 元宮崎大学医学部附属病院
Formerly, Dpt of of Nursing, Miyazaki Medical College Hospital

た。施設への発送数108, 回答数64, 回収率は59%であった。調査時期は平成15年3月から5月である。

2. 調査内容

次の項目を含む調査票を作成し用いた。

- 1) 入院児と家族に関する内容は、年齢、入院期間、付き添い期間、家族構成、付き添い中のきょうだいの養育者と生活場所、付き添い者の生活、疲労の程度である。
- 2) 付き添い者については、年齢、入院児との関係、付き添い中の生活、疲労の程度である。
- 3) 付き添いに対する考えと付き添う理由については、先行文献⁸⁾を参考に作成した。付き添いについての考えは3つの選択肢、理由は10の選択肢を設け、それぞれに当てはまるものすべてを選んでもらうようにした。

3. 分析対象と方法

回答のあったもの64家族のうち、回答に一部不備がある5家族を除き、59家族を分析対象とした。付き添い理由と関連要因との比較は χ^2 検定を行い、危険率5%未満を有意の差があるものとした。

Ⅲ. 結果

1. 対象者とその背景

1) 入院患児と付き添い者 (表1)

入院している子どもの年齢は3歳以下が42名(71.2%)であった。主な付き添い者は57家族が母親、1家族が父親であった。主な付き添い者の年齢は、31~40歳31名(52.5%)、21~30歳が21名(35.6%)であった。過去に付き添いの経験は34名(57.6%)に認められた。付き添い期間は、入院期間と同じであった。10日以内が37名(62.7%)と過半数を占めていたが、3か月以上の長期の付き添いも9名(15.3%)に認められた。付き添い者の交代がほとんどないと回答した人は36名(61.0%)であった。

2) 家族の状況 (表2)

家族構成は、48家族(81.4%)が核家族であった。入院児にきょうだいがある家族は42家族

表1 入院児と付き添い状況

	n=59	n (%)
入院児の年齢	1歳未満	17 (28.8)
	1歳~3歳	25 (42.4)
	4歳~6歳	9 (15.3)
	小学生	6 (10.2)
	中学生	2 (3.4)
主な付き添い者	母親	57 (96.6)
	父親	1 (1.7)
	その他	1 (1.7)
記載者の年齢 (主な付き添い者)	20歳以下	1 (1.7)
	21~30歳	21 (35.6)
	31~40歳	31 (52.5)
	41~50歳	5 (8.5)
	51~60歳	1 (1.7)
付き添い経験の有無	有	34 (57.6)
	無	25 (42.4)
入院、付き添い期間	10日以内	37 (62.7)
	11日~30日	8 (13.6)
	1ヶ月~3ヶ月未満	5 (8.5)
	3ヶ月~6ヶ月未満	4 (6.8)
	6ヶ月~1年未満	4 (6.8)
	1年以上	1 (1.7)
付き添い者の交代	ほとんど毎日交代	8 (13.6)
	週に2~3回交代	2 (3.4)
	週に1回交代	6 (10.2)
	ほとんど交代しない	36 (61.0)
	その他	7 (11.9)

表2 家族

	n (%)	
家族構成 n=59	核家族	48 (81.4)
	その他	9 (15.3)
	不明	2 (3.4)
きょうだいの有無 n=59	有	42 (71.2)
	無	17 (28.8)
きょうだいの世話 (複数回答) n=42	別居している祖父母	28 (68.3)
	片方の親	25 (61.0)
	同居している祖父母	4 (9.8)
	その他	6 (14.6)
きょうだいの生活の場 (複数回答) n=42	祖父母宅	19 (46.3)
	自宅	24 (58.5)
	その他	1 (2.4)

(71.2%)であり、人数は1人から5人、平均1.7人であった。付き添い期間中きょうだいの世話をする人は、別居している祖父母28名(68.3%)、付き添っていない親25名(61.0%)が多かった。また、主たる生活の場では、約半数の子どもが祖父母宅や知人の家など自宅以外で生活していた。

3) 付き添い者の食事と睡眠 (表3)

付き添い時の睡眠の場所は(複数回答)、主として子どものベッドのそば33名(55.9%)、子どものベッドで添い寝30名(50.8%)であった。毎日の食事を手に入れる方法は(複数回答)、弁当などを購入51名(86.4%)、家から持参25名(42.4%)、子どもの残りを食べる20名(33.9%)であった。有料で病院が提供されている人は2名(3.4%)であった。70%の家族は複数の方法を組み合わせていた。

4) 付き添い者の疲労 (表4)

疲労度が少ないと回答した人が32名(54.2%)、かなり疲れる、非常に疲れる、身体をこわしたと疲労を強く感じている人が27名(45.8%)に認められた。疲労を緩和するために、半数の人

表3 睡眠と食事 (複数回答)

		n=59	n (%)
睡眠	子どものベッドのそば	33	(55.9)
	子どものベッドで添い寝	30	(50.8)
	その他	4	(6.8)
食事	弁当などを購入	51	(86.4)
	家から持参	25	(42.4)
	子どもの残りを食べる	20	(33.9)
	病院内の食堂	7	(11.9)
	病院外の食堂	3	(5.1)
	有料で病院が提供	2	(3.4)
	その他	6	(10.2)

表4 付き添い者の疲労

	n=59	n (%)
あまり疲れない	2	(3.4)
少し疲れる	30	(50.8)
かなり疲れる	14	(23.7)
非常に疲れる	9	(15.3)
健康を害した	4	(6.8)

が何らかの方法をとっていた。その方法には、ビタミン剤やドリンク剤を飲む、ストレッチ・体操・階段の利用などの運動、眠る・横になるなどの休息、食事に気をつける、家族に電話する、売店などに行き気晴らしをする、本を読むなどであった。

2. 家族が子どもに付き添う理由

1) 付き添うことについての考え

付き添いに対する考えでは、「子どもの状況によって付き添いは認めるべきである」が59名(100%)すべてが賛同していた。「保護者が希望する場合は認めるべきである」は37名(62.7%)、「原則的にしないようにすべき」はいなかった。

2) 付き添う理由 (表5)

付き添いの理由を表5に示した(複数回答)。「子どものことが心配だから」51名(86.4%)、「誰かが付くのは当然だから」38名(64.4%)が多く半数以上に認められた。次いで、「子どもの病状が重いため」19名(32.2%)、「病院の看護だけでは世話が不十分と思ったから」16名(27.1%)、「医師・看護師に言われたため」16名(27.1%)、「退院後の世話や訓練のしかたを身につけるため」8名(13.6%)、「母乳で育てているため」7名(11.9%)となっていた。

理由10項目の回答数は平均2.78 (SD=1.26)であり、51名(83.6%)が複数の理由を選択していた。

3) 付き添う理由に関連する要因 (表5)

付き添う理由には入院児の年齢群(0歳, 1歳から3歳, 4歳以上)による違いはなかったが、「母乳で育てているから」は0歳児にのみ、「子どもが希望したから」は4歳以上にのみ認められた。入院児のきょうだいの有無でみると、「病院の看護だけでは不十分」にのみ相違が認められ、きょうだいがいない家族が多かった。

表5 付き添う理由ときょうだいの有無との関係

付き添う理由		きょうだいの有無		カイ2乗検定	
		無 n=17 n (%)	有 n=42 n (%)	χ ² 値	P値
子どものことが心配	n=59 n (%) 51 (86.4)	15 (88.2)	36 (85.7)	0.066	—
誰かがつくのは当然	38 (64.4)	13 (76.5)	25 (59.5)	1.516	—
子どもの病状が重い	19 (32.2)	7 (41.2)	12 (28.6)	0.881	—
病院看護だけでは不十分	16 (27.1)	9 (52.9)	7 (16.7)	8.057	**
医師、看護師に言われた	16 (27.1)	3 (17.6)	13 (31.0)	1.084	—
退院後の世話等を学ぶ	8 (13.6)	3 (17.6)	5 (11.9)	0.340	—
母乳で育てている	7 (11.9)	1 (5.9)	6 (14.3)	0.817	—
家が遠く面会が不便	4 (6.8)	2 (11.8)	2 (4.8)	0.939	—
子どもが希望したから	3 (5.1)	0	3 (7.1)	1.279	—
他の患者等への気がね	2 (3.4)	0	2 (4.8)	0.838	—

**p<0.01

IV. 考 察

1. 付き添い者の生活

主たる付き添い者は母親であり、ほとんど交代者のいない状況で付き添いが続けられていた。食事については、少数であるが病院が食事を準備する方法がとられていたが、大半は売店で購入する、子どもの残りを食べるなどであった。睡眠場所は子どものベッドで添い寝あるいはそばのベッドで寝るが大半を占めていた。これらのことは、調査対象児の年齢や入院期間にかかわらず同じ傾向であり、付き添う家族の基本的生活が整えられていないことが推測され、さらに、付き添い者の約半数に疲労を強く感じているとの回答があることから、心身の安定への影響が懸念された。これら付き添っている家族の生活は、1992年に舟島¹⁰⁾らの全国調査と同じ傾向にあり、10年を経過した現在も付き添う家族の生活環境は変化しておらず、生活を整える整備はすすんでいない状況にあることが推測された。

2. 付き添いが家族に与えている影響

本調査の対象家族においては、きょうだいがいる家族は71.2%、その平均は1.7名であった。親が付き添っている期間、他のきょうだいの世話は付き添っていない親と別居している祖父母によ

てなされていた。きょうだいの主たる生活の場所が祖父母宅が半数を占めており、家族成員が病院と自宅の2か所に別れるだけでなく、3か所に別れて生活を営むことになっていた。きょうだいの年齢が小さい場合、自宅を離れ祖父母宅で生活することが多いと言われているが、本調査においても同様の傾向が認められ、別居している祖父母を含めた拡大家族を巻き込み、家族の役割や家族関係の変化を余儀なくされることを示していた。

3. 付き添うことについての親の考え

親の付き添いについての考えは、「子どもの状況によって決められるべき」100%、「保護者の希望により」62.7%であり、医療者に子どもの状況と親の希望を考慮してもらうことを望んでいた。特に子どもの状況は全員に認められ、付き添う親の共通した考えであると考えられた。付き添いに関する病棟方針に関して、前田ら⁵⁾が東京都内の100床以上の病院を対象として調査した報告では、「ある条件（年齢、症状、ケア）によって」59.4%、「希望により」21.9%、「一律に許可しない」6.3%、「原則として一律付き添い」6.3%であった。「ある条件によって」、次いで「希望により」が高い割合を占めており、わが国の病棟の方針は親の付き添いについての考えを、ある程度は反映

していると考えられた。

付き添いの理由として、付き添い者の86%が「子どものことが心配」、32%が「子どもの病状が重い」をあげ、入院児の年齢、付き添い期間、きょうだいの有無にかかわらず高い割合を示していた。1981年の日本看護協会の報告では⁸⁾、「心配だから」が基準病院で79%であった。この報告は、新看護制度導入以前における調査であり、全年齢集団を対象者としたものではあるが、入院する家族の付き添う理由として「心配だから」は、最も基本的な理由の1つであると考えられた。「子どものことが心配」、「病状が重いから」は、「退院後の世話や訓練を学ぶ」、「母乳で育てている」、「子どもが希望したから」の理由を含め、親が付き添いを希望していることを伺わせる選択肢であると考えられた。

「誰かがつくのは当然」は64.4%にみられ、特に1歳から3歳では76.0%と高かった。これは、前述の日本看護協会⁸⁾の調査の22%に比べて、著しく高い割合を示し、他の年齢群と異なる特徴を示していた。宇野ら⁹⁾は外来と入院患児の母親を対象に付き添い希望が53.5%であり、特に3歳未満の子どもの母親は76.0%であったことを報告している。子どもの養育の責任を担っている親には、幼児期における子どもと親の関係の重要性の認識、社会的規範などから、入院する子どもと共にいることは当たり前のこととして受け止められやすいと考えられた。

付き添う理由「病院の看護だけでは不十分」は27.1%に認められ、きょうだいがいる親に比べきょうだいがいない親に多かった。前述の宇野ら⁹⁾の報告によれば、付き添いが可能な親は希望する親の60%であり、きょうだいの世話が付き添いを困難にしている最も大きな理由であった。付き添っている期間、親はきょうだいの養育に関して調整が求められるため、きょうだいがいない場合に比べ付き添いがしやすい状況にあり、病院における子どもの看護を補完するとする理由が多くなったのではないかと考えられた。

付き添っている理由の「医療者に言われたから」が27.1%に認められた。入院児の特徴として、子

どもの年齢が高い、きょうだいがいる家族に多い傾向が認められた。本研究対象者のきょうだいがいる家族において、その半数が祖父母宅など自宅以外にきょうだいを預けている。また年齢においては、年齢が低い子どもほど付き添うことを当然としている親が多い。駒田ら¹⁾は、小児がんの子どもの付き添い経験をした母親の30%が、付き添わない体制であれば子どもだけ入院させると考えていたことを報告している。これらのことから、「医療者に言われたから」と回答した親に、付き添いを望んでいないあるいは付き添い上の困難のあるものが多いことが示唆された。

V. まとめ

宮崎県内の病院に入院中の子どもに付き添う家族に自記式質問紙調査を行い、以下の結果が得られた。

- 1) 親が付き添っている時期、入院児のきょうだいの約半数は同居していない祖父母に世話を受けていた。
- 2) 母親が主たる付き添い者であり、多くは交代をすることなく一人で付き添いを継続していた。付き添い者の半数に疲労が認められた。
- 3) 付き添いの有無の決定には、親は子どもの状況と親の希望の考慮を望んでいた。
- 4) 付き添っている理由では、「子どもへの心配」「誰かがつくのは当然」が60%以上に、「子どもの病状が重い」「病院の看護だけでは不十分」「医療者に言われたから」が20%以上に認められた。付き添う理由において、「病院の看護だけでは不十分」と解答した人の割合は、入院児にきょうだいのいない家族に多く認められた。

謝 辞

本調査にご協力頂きましたご家族、病棟の皆様にお礼を申し上げます。

(本研究は、平成14年度宮崎県宮崎政策セミナー事業の助成を受け実施したものである。)

文 献

- 1) 駒松仁子, 井上ふさ子, 小田原良子, 他: 小児がんの子どもと家族の実態調査 (第二報) - 付き添いが家族に及ぼす影響について -, 小児保健研究, 50(4), 521-525, 1991
- 2) 太田にわ, 小野ツル子, 太田武夫, 他: 小児の母親付添による入院が家族に及ぼす影響 - 一家に残された同胞の精神面への影響 -, 岡山大学医療技術短期大学紀要, 3, 55-61, 1992
- 3) 鳥居央子, 杉下知子: 母親付き添い入院児のきょうだいに現れる問題 - 家族への援助を考える -, 家族看護学研究, 4(1), 18-23, 1998
- 4) 太田にわ, 草刈淳子: 子どもの入院に母親が付添うことによる家計費への影響, 看護管理, 7(12), 924-929, 1997
- 5) 前田美穂, 法橋尚宏, 杉下知子: 入院患児への家族の付き添いに関する実態調査 - 東京都内の病床数100床以上の病院を対象として -, 家族看護学研究, 5(2), 94-100, 2000
- 6) 中野綾美: 小児医療への家族の参加を支援する看護, 及川郁子 (監修), 村田恵子編 (著): 小児看護学叢書 3 病と共に生きる子どもの看護, 114, メヂカルフレンド社, 2000
- 7) 日本看護協会 小児領域の看護業務基準作成ワーキンググループ: 小児看護領域の看護業務基準, 日本看護協会, 1999
- 8) 日本看護協会普及開発部編; 日本看護協会調査研究報告 17 付き添い看護調査, 55-56, 日本看護協会, 1981
- 9) 宇野久仁子, 阿部雅章, 他: 小児病棟に付き添い入院についての検討 - 母親に対するアンケート調査より -, 小児保健研究, 56(6), 790-793, 1997
- 10) 舟島なをみ, 片田範子, 及川郁代, 他: 小児が入院する病棟における面会と付き添いの現状分析 - 全国483病院の実態調査による -, 小児看護, 134-137, 1992

米国とカナダのダイレクトエントリー助産教育

Direct-Entry Midwifery Education Programs in the United States and Canada

大石 時子^{※1}

Tokiko Oishi^{※1}

I. はじめに

日本では看護教育の4年制大学化に伴い、助産教育は看護教育と保健師教育を必修として修めた上での残りの時間で履修する選択のコースとなった。そのため4年生大学での選択の助産課程は、時間的な制約があり、学生も教員も過密なカリキュラムを短時間でこなさなければならず、法で定められた10例の分娩介助実習を終了できずに卒業し助産師になる例が少なからずあるのが実状である¹⁾。このような現状に対し、日本の助産師の質の低下を防ぎ、複雑化する現代社会のニーズに対応できる助産師を育てるためには教育をどのように改善すべきなのかの論議が高まりつつある²⁾。この度、在外研究員等派遣旅費により、2003年3月、カナダのUniversity of British Columbia (以下UBC)と米国のState University of New Yorkを訪れDirect entry制度と呼ばれる4年生大学での助産教育を調査した。いろいろな制度を違にする外国の教育制度がそのまま日本に適用できるとは考えられないが、4年生大学の看護学科が100を越えたという新しい状況に直面している日本で、助産教育をどのように行うべきかについて、少しでも参考になればと考え、ここに報告します。

II. University of British Columbiaの助産教育

UBCはカナダの3大州のひとつであるブリティッシュコロンビア州(以下BC州)の首都バンクーバー市にある。1908年創立で芸術、ビジネス、科

学、医学部などほとんどの学部のあるカナダで3番目に大きい総合大学である。そのUBCに、2002年9月、助産課程が新たに開講された。これはBC州での助産業務が1999年から州の母子保健行政の一部として公式に認められたことを受けて助産教育の正式な機関を設ける必要があったためである。

助産課程は1学年10人定員で医学部のFamily Practice(家族全体の主治医になる医師を養成する)学科に属し、看護学とは特に関係がない(看護学部は別に存在する)。これはDirect-entry制度と呼ばれ、日本の看護教育を前提にした助産教育とは異なっている。現在、英国では助産教育機関の半数が、米国ではState University of New Yorkが、またDenmark, New Zealandとオランダでは全数の助産教育機関がDirect-entryだと言われている。

UBCの助産課程は、オランダとデンマークの助産教育をモデルにして、オンタリオ州の助産師協会が規定した助産と助産教育の原則にのっとり、1994年から実施されたマックマスター大学のカリキュラムを踏襲している。オンタリオ州助産協会の助産教育の原則を表1に示した。カリキュラムは、人間の成長と発達、移行期としての妊娠、分娩、そして効果的なケアという3本の柱を中心に組み立てられている³⁾。

実習は3年目から行われるが4年間で講義時間と実習時間とが半々であるという。助産の資格を取得するために学生が経験しなければならない分

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

表1. 助産教育の原則 (オンタリオ州助産師協会教育委員会¹⁾)

以下の助産教育の原則は、自立し自律した助産職を確立していくための原理である

- * 正常妊娠出産に焦点をあてる
- * 臨床学習と理論的学習の統合
- * 学生中心で主体的な学習を強調する様々な学習モデル
- * 批判的・分析的な思考の強調
- * 臨床実習期間を通じた継続ケア
- * 様々な実践場所や実践モデルを経験する
- * 地域における健康、健康教育、健康を推進し予防するケア、家族中心のケア、およびインフォームドコンセントの強調
- * 助産師の国際的定義とオンタリオ州助産協会の助産ケアの原則に基づいたカリキュラム
- * 助産教育への多様なルートを用意する
- * ヘルスケアチームの確固たる一員として、また主要なケア提供者として行動できるための教育
- * 研究、政策、助産教育を理解できる、自立し自律した職業人として行動できるための教育
- * 継続して自ら進んで学習する必要性の強調
- * 助産の教育者は現代に見合った臨床実践能力を維持すること

(訳は著者)

娩介助は60例、そのうち40例は主要な直接介助を任せた例でなければならないとともに30例は妊娠期からの継続ケースとしての経験でなければならない。これらの規定はブリティッシュコロンビア州と助産師協会がとり決めているが、ブリティッシュコロンビア州をはじめとするカナダの主要な3州、オンタリオ州、ケベック州はほぼ同じ規定を持つと聞いた。

このようにカナダの助産教育の特徴は日本に比べ分娩介助例数をはじめとして実習の量が圧倒的に多いことである。特に日本の4年制大学における選択コースとしての助産課程とは比較にもならない。このような助産教育の充実がカナダの助産師の非常に専門的な業務のありかたと関連している。カナダの助産師は妊婦の健診を家庭や病院で行い妊娠中から分娩期、産褥期を通して一貫して自分の患者として診察しケアする。異常がない限り医師の診察を介す必要はない。病院での分娩介助だけでなく、BC州の母子保健政策の一環として1年間に助産師が介助しなければならない家庭分娩と病院出産の数が規定されている。家庭での分娩介助となれば助産師の自立度の高い臨床能力が要求される。毎年、これらの要件を満たさなければ資格継続ができない、という厳しさである。

Ⅲ. ニューヨーク州立大学修士課程での助産教育

State University of New York (ニューヨーク州立大学) ではCollege of health related professions (医療関係職) という学部には修士課程としての助産課程がある。看護学部は別にあり、組織を異にしている。この助産課程にはナースの資格を持って入学してくる学生とナースの資格のない学生との両者が助産師になれるカリキュラムを用意している。

米国では今まで最も一般的な助産師の資格は日本と同じように看護師の資格を前提にした、いわゆるNurse-Midwifeと呼ばれる資格であったが、1995年から、ニューヨーク州ではナースの資格がなくても助産師として認められる法律 (Professional Midwifery Practice Act) が成立した。これを受けて1996年からニューヨーク州立大学ではナースの資格を持った学生のための助産課程に加えて、ナースの資格を持たない学生のためのカリキュラムを開発しナースの資格を持たない学生の入学を許可した。一般的に米国ではナースミッドワيفの教育は4年制の大学で看護学を学習した後の大学院修士課程で行われているのでニューヨーク州立大学でも従来の助産課程は修士課程であったので、新たなdirect entryの助産課程も修士課程である。従っていろいろな分野の学

士が入学してくることになる。

ただし、ナースの資格のない学生は、大学で解剖学、生理学、細菌学、発達心理学、統計学、社会学、栄養学などの科目の単位を履修していることが条件である。そして看護学で習得する技術で助産に必要と考えられる技術を演習すること (Basic Health Skills)、また看護学で履修する医学的知識の学習のためのIntegrated medical scienceというクラスが、ナースの資格を持って入学する学生とは別に必修となっている。他の助産学の科目は両者で全く同じである。両タイプの助産学生のための修士号 (Master of Science) 修得のための50単位の内訳を表2に示した。

ナースの資格を持った入学生と持たない入学生のその後の学習効果を研究したそうだが、ナースの資格を持たないからといって有資格者に劣るというような傾向はなく、到達度に相違はなかった

という。

IV. おわりに

アメリカとカナダの助産教育を調査して感じることは、助産教育の背景に、助産師の業務実践をより自立した専門性の高い地平で行いたいという強い意志があり、そのような職業人を養成するために意識的な教育を行っている、ということと、なぜそのように専門性と自立度が高くなければならないかという理由は、女性の安全で自然な出産がしたいというニーズに応えるためであるという、はっきりとした哲学に裏打ちされているということである。

4年制大学で選択コースとしての助産教育が行われるようになってから、質の低下が心配されている日本の助産師であるが、女性たちの妊娠出産をめぐるニーズは世界のどこでも基本は同じであ

表2. ニューヨーク州立大学大学院助産課程⁵⁾

科 目	単位数	備 考
薬学	3	
産科薬物治療学	1	
女性のヘルスアセスメント	3	
女性のプライマリヘルスケア	3	
健康な女性の婦人科学	3	
妊娠期のケア	4	
分娩期のケア	6	
新生児学	3	
産褥のケア	1	
医学的産科的合併症	3	
総合実習	4	
基礎的教育学	3	
リーダーシップダイナミックス	2	
職業としての助産業務	2	
研究1	3	
研究2	3	
健康政策とコミュニティアセスメント	3	} どちらか1科目選択
女性健康政策の国際比較	3	
合 計	50	
基礎的健康技術	3	non-nurseの学生のみ必修
総合医療科学1	3	non-nurseの学生のみ必修
総合医療科学2	3	non-nurseの学生のみ必修
合 計	59	

ろう。その女性たちのニーズに応えうる助産師を育成していく教育のあり方が論議されるべきあり、ダイレクトエントリーの4年制大学教育や4年制大学で看護を学んだ後の修士課程での助産教育などさまざまな選択肢を検討すべきである。本調査の資料もその一助になれば幸いである。

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くださった皆様に感謝いたします。

文 献

- 1) 全国助産師教育協議会：看護大学における助産師教育の実際，平成14年度事業活動報告書，24-31，5月，2003
- 2) 全国助産師教育協議会，日本助産師会，日本助産学会：助産師教育の在り方に関する助産師専門職三団体の見解，10月，2003
- 3) 山崎鯉子，カナダ・オンタリオ州の助産制度，南九州看護研究誌，1(1)，57-61
- 4) Association of Ontario Midwives Education Committee：Midwifery Education in Ontario, Dec. 1988
- 5) <http://www.downstate.edu>

アメリカにおける臓器移植医療・看護の実際

～南カリフォルニア地区の場合～

The actual Organ trans-plantation of U.S.A

～Case of Southern California area～

古家 明子^{※1}

Akiko Furuie^{※1}

I. はじめに

臓器移植医療において世界一の移植件数及び移植医療システムが整備されているのは、欧米諸国を眺めてもアメリカである。世界からその技術を学ぼうと多くの医師が留学し、また看護師も研修に訪れている。日本においては、脳死移植法が制定され数年が経過しているが、脳死者からの臓器移植は停滞している状況である。日本では先端医療と称される分野の中にこの移植医療は位置付けられてはいる。しかし実際には、ある特定の施設でのみ「生体からの臓器移植」が実施されているのみある。今回、実際にアメリカにおける臓器移植医療・看護の実際を詳細に知り授業に役立てたいと考えアメリカ西海岸にある病院・移植ネットワークを訪問し知見を得たので報告する。

余談ながら、渡米時期にアメリカがイラクを攻撃するという情報がマスコミを賑わした、外務省の出している渡米は警告2のレベルの時期であった。3月14日不安を胸に成田を飛び立ち、銃を手にした警察や陸軍の人たちが多く配備されたLos Angeles空港に降り立った時は、安堵の気持ちと「本当に戦争になるかもしれない」と不安が脳裏を過った。

II. アメリカの移植医療システム

アメリカでは全米移植協会（UNOS）は全米の移植待機者リストを有し、ドナー出現時の臓器分配及び移植待機者リストから対象者を選定する組織団体である。渡米した3月の時点で移植待機者

は約8万人と知らされた。臓器移植希望者はUNOSに登録され、臓器を待つ。登録に重要な役割を果たしているのが移植待機者側のコーディネーター（Recipient coordinator）である。また、臓器提供者側にもこのコーディネーター（Donator coordinator）が重要な役割を果たしている。このコーディネーターの詳細については後述する。

日本では臓器移植に関しては、個人もしくは特定の人たちによる「移植を推進するための会」は存在しているが、移植希望者をどのようにすれば移植が可能かと思し、移植基金を募っているのが現状である。日本の臓器移植ネットワークが日本全体の移植希望者のリストを持っており、アメリカのUNOSと同じ様な役割を行っているように見えるが、組織構成に大きな違いがある。日本の臓器移植ネットワークの場合、医師や法律家などが主である。一方、UNOSの場合、医師は勿論だが移植コーディネーター、移植を受ける／受けた患者・家族及び選ばれた一般市民が組織構成に加わっている。

全国に散らばっている下部組織からドナーの出現があった場合、即座に待機リストから適合者をピックアップし、適合性が合えば直ちに臓器をその場へ直ちに手配する。一人の健康であったドナーからは640もの命や部位が救われると言われている。

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

Ⅲ. 南カリフォルニア地区

UNOSの下部組織は全米で52ヶ所、カリフォルニア州では、州都サクラメントとサンフランシスコ、ロサンジェルスにその組織がある。今回訪問したMeticは南カリフォルニア地区（ロサンジェルス郡・オレンジ郡・ヴェンチュラ郡・リバーサイド郡）の5つ郡を包括している。この5つの郡は人口約1,800万人、250の移植が可能な病院がある。南カリフォルニア地区のドナーになってしまう原因は、最も多いのがガンクライム、その次に心臓系疾患、その次が脳血管系疾患である。

3月の時点で全米で8万人、この地域では4,500人が移植待機者として、自分の移植の日を待っているのである。この4,500人のHLAはすべてMeticに保管されている。ドナーが出現した場合、移植待機者のリストから優先度の高い人のHLAの検査を行うと同時に、法律上とUNOSの規約に乗っ取り2名の医師が、移植への適応についてドナーの判定を実施する。この判定にあたった2名の医師の許可が下りると、初めて移植待機者へは移植コーディネーターが、ドナーサイドにはドナーコーディネーターが動き始める。特にドナーコーディネーターは、前述した2名の医師の許可後、ドナーの家族に臓器提供の確認を取り、家族が「YES」と答えた場合はメディカルヒストリーを聴取する。

コーディネーターは病院側、ドナー側の2種類に分かれている。現在南カリフォルニア地区では168名のコーディネーターが活躍している。この内9名は臓器の振り分けに当たり、45名はドナーの家族と話す役割をする。また、病院に属しているコーディネーターは臓器の振り分けは、心臓、肝臓、肺であり病院外部のコーディネーターは、腎臓・膵臓・小腸の振り分けを行い、必要な地域まで臓器を安全に輸送出来るようパッキングも実施する。これらコーディネーターの人々は全て看護師の資格を持ち臨床を経験した後、コーディネーター試験を受け合格した人たちである。ここにはやはり、看護ケアの担い手は看護師である、だからこそ移植医療のケアには看護師が最もふさわしいという意図が明確になっていた。つまりコーデ

ネーターの質を保つことが前提となっている。残念なことに日本において臓器移植コーディネーターは数えるほどしか存在しない、また看護師がコーディネーターになっているのは1度耳にしたことはあるが、増加しているという話しは聞かない。

Ⅳ. One legacy

St. Vincent病院のすぐ側にまた、Meticに近いビルにこれはある。One legacyとはドナーの受け入れを行っている組織である。ドナー出現時にドナーの家族と話しをしたり、励ましたりとドナー及び家族を包括したケアを実施する組織である。具体的には、ドナーが出現し移植手術に至った場合、ドナー側の家族へのケアや臓器を移植した2日後、およそ患者がレシピエントチェックした頃を見計らい「Thank you card」を送るという。

ドナー側のコーディネーターはドナーが臓器を提供すると申し出てくれないと何も始まらない。レシピエント側コーディネーターは臓器提供があり始まる。同じコーディネーターであってもドナー側になるか、レシピエント側になるかで気持ちは大きく違くと話してくれた。またアメリカならではの痛感したのは、ドナーと同じ人種のコーディネーターが説明・説得すると同意率が上がるというのだ。2年前には人種間の移植は46%でしかなかったがドナーと同じ人種がコーディネーションにあたると70%に上昇した。残念ながら、日本人のコーディネーターはおらず米国籍の日本人医師がコーディネーションに当たっていると言う。

One legacyのような組織を編成するには、チーム編成が困難と話された。ドナー側のコーディネーターが1人で臓器のパック・書類の作成等およそ28時間かかる。組織を運営して行くにあたり大きな人件費が必要となり、また個の負担も大きくなる。一番の問題であると、責任者は渋い顔で話しをしていた。今年333例の腎臓移植を予定しており、多忙だと話していた。

V. UCLA Medical Center

Westwood地区に広大なキャンパスがあり、学生街の洒落た町でもあり観光ガイドブックに紹介されているためか、多くの観光客が訪れる大学である。

南カリフォルニア地区で最も盛んに臓器移植が実施されている病院である。

また、日本から臓器移植目的に渡米する人を数多く受け入れている病院でもある。

今回移植医療の現場を知る1つの方法として、手術室及びICUの見学をした。手術室の看護部門のCoordinatorであるGinny Brouhton, RN, CNORの案内のもと手術室へ入室した。1つの手術室ではタイミング良く世界的に有名な心臓移植医Dr. Lackが心臓移植の最中であった。日本では「密室の手術」などと手術を揶揄されるが、非常に開放的かつ明るく手術室内を案内してもらえることができた。手術部のフロアの一室に子供の手術への緊張を軽減する試みとして「アニマルセラピー」として滅菌された子犬（どのように滅菌したかを聞きそびれてしまったが）が元気に子供と遊んでいた。手術部門の責任者からは、「この療法は成果があるのよ、子供が落ち着くの」と笑顔で話されていた。

アメリカの医療制度はしばしば雑誌やニュースなどにとりあげられ、日本の国民保険制度との違いは周知の事実であろう。移植医療の場合、特に日本人の場合は全く保険も何もない状況なので、すべて自費である。

集中治療室へと向かった。移植患者のみを受け入れるICUである。ベッドは10床、平均滞在日数は1.5日と短い。肝臓移植でも心臓移植でも1日、その後は一般病室3～5日で退院となる。厳密にいうと退院ではなく病院の側のホテルへの転床である。そこで日常生活を拡大しながら病院外来へと通院するのである。

ICUのデレクターが「日本から3歳の子供が心臓移植で海を渡ってきたのだけれど、心臓が見つかる前に状態が悪くなり亡くなった。とても残念に思う。」と話してくれた。子供の心臓はなかなか成人に比べると提供者が少ないのが現状である。

日本でも移植のドナーになるにはある年齢に達していなければならない、子供の脳死基準も検討途中である。一体いつになれば、日本で心臓やその他臓器の移植が日常的に行われるようになるのだろうか。そんな疑問が頭の中で渦巻いていた。

VI. 南カリフォルニア大学病院

(USC: University of Southern California)

移植・免疫学教授であるDr. IWAKIのご好意でドナーとレシピエントのHLA適応試験の実際を見学することができた。

臓器移植希望の日本人はどのように入院してくるかそのプロセスについて説明があった。移植希望者は、日本の病院からの紹介ではなく、全く個人的な繋がりでも渡米し移植手術を受けるということであった。但し受け入れ前には、状態の詳細、および検査データ、家族サポートそして費用についての調査・説明が行われる。UCLAのところでも記載したが全てが自己負担であること、病院にかかる費用の他にホテルに滞在し、訪問看護を受けたり、特に日本人の場合は通訳が必要となるため、莫大な金額が必要となる。金銭面がクリアでき無事日本へ帰国しても1ヶ月に1度は日本の病院を受診し、採血をしてそのデータをアメリカの主治医に送付しなければならないことや、免疫抑制剤の関係から1年に少なくとも1度は渡米しなければならない、移植を受けてからのほうが長い、イバラの道かもしれないと話されていた。

VII. UCSF University hospital

L. A.から空路40分、サンフランシスコの街は戦争反対のパレードがあり、なかなか市内に入っていくことが難しかった。UCSFは街の真中に大きな敷地を持ち、そこでも学生デモが行われていた。時期がら、そのような状況で、病院の見学が延期となり、残念ながら病院内に入ることは出来なかった。しかし、そこにいた人たちにドナーカードを持っているか否かのインタビューができた。救命救急士5人（30歳から40歳まで）のうち4名がドナーの登録をしていた。一般人では、40代から50代は登録をされておらず、20歳から30歳にか

けての登録数は20名中18名であった。また、日系アメリカ人は(20歳から40歳まで)10名中8名、中国系アメリカ人(30歳から50歳まで)5名は全員登録していなかった。残念だったのは、救急救命士のなかに登録方法が分からないという人がいたことだ。また、学生の中には登録のシールがDMVから届いていることを知らない人もいた。最も驚くべきことは「私の知ったことではない」と豪語していた人がいたことであった。

日本のドナーカードは、今はひっそりとコンビニエンスストアの隅などに置いてあり目立たない。また、そのカードは自由に持っていき記載できるカードである。気が付かない人はそのままであろうし、気が付いて見たとしても所持するか否かは本人に任されている。アメリカの場合、運転免許証をとるとDMV(Department of Motor Vehicles)から運転免許証と一緒にimportant instructionという欄にDONORと書いてあるピンクの円形のシールがついてくる。これはドナーになる意志のある人はピンクのシールを運転免許証に貼れば自動的にドナーとなる。ドナーになるきっかけの一つであるドナーカードの配布方法にもこれだけの違いがあるのは驚きである。

カリフォルニア州では、ドナーの数を増やすべく運転免許を取る17歳の学生たちやスクールプログラムを持つ中高生の両親などに移植教育(ドナーになるということは・・・というテーマで)を実施し始めた。日本は、テレビで骨髄移植のコマーシャルが放送されている。しかし学校教育などでは全くなされていない。ここに小さいながらも日米の差を感じる。

VIII. おわりに

今回の研修を通して、南カリフォルニア地区の移植医療の実態や、移植医療施設の見学を行った。移植を行っている医療施設・移植に対する医療体制及び突発的ではあったがドナーカードに関する意識を垣間見ることができた。アメリカは、小さな問題を抱えながらも確実に移植医療・看護は進歩していると感じる。医療費の側面から見ると、富める者は移植医療を受けられ、貧しい者は受けられない、まるで映画「ジョンQ」と同じと感じられる。日本では臓器移植法案が可決して以来、20数例しか移植が行われていない。日本の医療技術は世界的に高いと評価されている。しかし、法案が通り優れた技術を持った人間がいても、今の状況では渡米して高いお金を払い手術する方法しか選択できない人たちもいる。移植医療の矛盾や不可解さはいつになったら解決するのだろうか。そうことをしみじみと考えさせられた研修であった。先端医療看護においては、UNOSの資料を用いて学生に移植が今どのような状況にあるのか知ってもらい、移植医療が成り立つためには、ドナーとレシピエントの存在が欠かせないことを伝えると同時に、誰かが死ななければ誰かが生きられないという現実を伝えることが、最も難しいことだと考える。しかし、移植の良し悪しは学生がこれから考えることである。ドナーカードにしても同様、学生がこの授業から未来への課題を見出す一助となればと思う。

編集後記

平成15年10月に宮崎医科大学と宮崎大学が統合し、今回の南九州看護研究誌は宮崎大学医学部看護学科の研究誌となりました。看護学科は開設されて3年目を迎え、後期からは1回生の専門領域看護学実習が始まりました。教員のひとり一人が、講義と実習で多忙な中、果たして十分な研究活動ができるのか、第1巻同様充実した研究誌を発行できるだろうか多少の心配はありましたが、研究誌委員の心配をよそに今回も意欲作が出揃いました。また発行に伴う作業も予定通りに進行し、研究誌委員のメンバー全員ほっとしているところです。

看護学科は平成17年度大学院設置にむけて大きな課題を抱えています。本研究誌が教員の研究活動を促進するとともに日常の努力の成果を報告しやすいものとなることを願っています。
(鶴田)

研究誌委員

委員長 土屋 八千代
赤星 成子
大石 時子
鶴田 来美

南九州看護研究誌 第2巻 第1号

平成16年3月1日発行

発行所 宮崎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
〒880-0022 宮崎市大橋2丁目175番地

The South Kyusyu Journal of Nursing

Vol. 2, No. 1, 2004

[Invited Contribution]

Mental Health in Old AgeYoshio Mitsuyama 1

[Articles]

Research on the Refreshment Activities ofYachiyo Tsuchiya 5
Nurses Employed at Hospitals

Residents' Recognitions about Home VisitingTamayo Hasegawa17
by Public Health Nurses

The Roles of Nurses and Problems of the TerminalMiyuki Yamada27
Care in Specialized Nursing Home for the Elderly Teruyo Iwamoto

[Brief Reports]

Analysis of students' behaviorsTomomi Oikawa39
on the resuscitation exercise Setsuko Murata
Akiko Furuie
Yachiyo Tsuchiya

A Study on Condom-Carrying Practices and Awareness...Riko Yamasaki45
Tokiko Oishi

Parents' thoughts about attending on hospitalized children53
Hifumi Kusaba · kurumi Tsuruta · Chikaho Nomaguchi · Tazuko Murakata
Miyuki Yamada · Rika Nakatomi · Shoko Uchimura · Sachiko Kanemaru

[Communications]

Direct-Entry Midwifery Education ProgramsTokiko Oishi59
in the United States and Canada

The actual Organ trans-plantation of U.S.AAkiko Furuie63
-Case of Southern California area-