

南九州看護研究誌

第8巻 第1号 2010年

[原著]

- 一般病院看護師の自殺未遂患者及び家族への看護ケアにおける阻害要因の検討
岩切 幸子・白石 裕子..... 1
- 重度障害児・者のケアにおける母親の看護師との“行き違い”に関する認識
藤井みよ子・草場ヒフミ.....13

[研究報告]

- 「誰もが安心して暮らせる街づくり」のためにケアする人々が求める支援
長谷川珠代.....23

[資料]

- 新人男性看護師の経験 - 2年目新人男性看護師の語りから -
緒方 昭子・内柱 明子・土屋八千代.....33

[その他]

- JICA地域別研修「中東地域女性の健康支援を含む母子保健方策」のまとめ (2007年～2009年)
永瀬つや子・草場ヒフミ・兵頭 慶子
 蒲原 真澄・長谷川珠代・鶴田 来美.....41
- がん看護研究会の発足とその経緯
土屋八千代・奥 祥子・緒方 昭子
 内田 倫子・矢野 朋実・竹山ゆみ子
 野末 明希.....49
- 宮崎大学医学部附属病院遺伝カウンセリング部における
 遺伝カウンセリングの実践と看護職の役割
野間口千香穂・永瀬つや子・長谷川珠代
 水畑喜代子・藤井加那子・山口 昌俊
 布井 博幸・板井孝彦郎.....55
- アメリカにおけるケアする人の現状とアートを用いたケア
長谷川珠代.....63

一般病院看護師の自殺未遂患者及び 家族への看護ケアにおける阻害要因の検討

Disincentives for General Hospital Nurses to Provide Nursing Care for Patients Recovering from Suicide Attempts and Their Families

岩切 幸子¹⁾・白石 裕子²⁾

Sachiko Iwakiri · Yuko Shiraishi

Abstract

Objectives : We surveyed disincentives for general hospital nurses to provide nursing care to suicide-attempt survivors and their families and used the data to assess nursing care effectiveness.

Methods : Data from the literature and from focus group interviews with 12 nurses from 2 general hospitals (A and B). were used to generate questionnaire items. After preliminary testing on 17 general hospital nurses, a 45-item questionnaire was created. The survey participants were 345 nurses from B general hospital. Responses from 272 nurses were analyzed.

Results : Six factors (35 items) were extracted from a factor analysis : I, “Nurses’ evasive mentality and attitude,” II, “Inadequate nursing system and lack of support for staff,” III, “Negative emotions from feeling incapable of providing effective nursing care,” IV, “Hesitation in actively providing nursing interventions,” V, “Lack of confidence through insufficient education in nursing suicidal patients,” and VI, “Lack of active communication between members.” Cronbach’s alpha for all items was 0.862, indicating reliability. Regarding correlations between factors, Factor I had strong correlations with Factor IV and V. Factor IV and V had strong correlations. Regarding score comparison between different-background groups, nurses with administrative titles showed low scores in Factor I when comparing with nurses without. Nurses without previous experience working in psychiatric hospitals had higher Factor I scores and lower Factor II scores when comparing with those with. Nurses with previous experience in caring for suicidal patients had lower scores for Factors I and III than those without. Nurses with previous training in care for suicidal patients had lower Factor I scores and higher Factor II scores.

Conclusions : Six factors were identified as disincentives for nurses to provide nursing care for suicide-attempt survivors and their families. These data can be used to develop education programs for students and clinical nurses to support effective nursing care for suicidal patients.

1) 県立宮崎病院

Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital

2) 宮崎大学医学部看護学科 地域・精神看護学講座

School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

要 旨

目的：独自に作成した質問紙を用い、一般病院看護師の自殺未遂患者及び家族に対するケアにおける阻害要因を明らかにし、自殺未遂患者及び家族への看護ケアについて検討する。

方法：2病院の看護師各6名を対象にフォーカス・グループ・インタビュー（FGI）を行なった。FGIと既存文献から45項目の質問紙を作成し、272名を対象に調査した。

結果：因子分析で <看護師の回避的な感情と態度>、<看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>、<ケアの無効力感到起因した陰性感情>、<積極的看護介入へのためらい>、<自殺ケアの学習不足に関連した不安感>、<チームメンバー間での積極的検討の欠如>の6因子35項目が抽出された。全体のクロンバック係数は0.862で、一定の信頼性を確認できた。因子 と 、因子 と 、因子 と で高い相関が認められた。管理職、自殺ケア経験のある人、研修経験のある人は因子 の得点が有意に低かった。

結論：6因子が自殺未遂患者及び家族の看護ケアの阻害要因として確認された。これらの阻害要因に注目し、多職種との連携や具体的な自殺ケア教育プログラムの基礎資料として活用できるものとする。

キーワード：一般病院看護師、自殺未遂患者及び家族、質問紙調査、自殺ケア阻害要因
general hospital nurses, suicide-attempt survivors and their families,
questionnaire survey, disincentive on suicidal care

I. 緒言

WHOの推計によると(2008)、2008年には世界中で100万人が自殺により死亡しており、これは40秒に一人の割合になる。さらに、一人の自殺既遂者に対し20人の未遂者が存在していることも報告されている。このような世界的なレベルでの自殺率の上昇(過去50年間で60%以上)傾向を受け、国連は自殺予防を精神保健の重要課題ととらえて、1996年に自殺予防のガイドラインを発表した。わが国では、厚生労働省の統計によると(2002)、平成10年(1998)には3万人を超え、その後も横ばいの状態を示しており、平成18年(2006)に「自殺対策基本法」が公布された。

自殺は環境因、精神障害、問題を抱えやすい性格傾向、家族負因などが複雑に関係しあって自殺につながることや(高橋, 2004, 2006)、死にゆく人だけの問題にとどまらず最低でも周囲の5人が深刻な影響を受ける(高橋ら, 2006)。このような現状の中、一般病棟でも自殺未遂患者及び家族をケアする機会が増加している。しかし、行俊ら(2004)は、「死にたいと言う患者に対して看護師自らの中で怖くて逃げたいという思いがあり、希死念慮のある患者と向き合えない現状がある。」

と述べており、また、福田ら(2006)は「知識不足や技術不足を感じていること、自殺企図の経緯や希死念慮の有無について患者と話し合うなどのコミュニケーションに困難を感じ、自分の対応が患者を傷つけるのではないかという不安や葛藤を抱えながら患者と関わっている看護師が多い。」など自殺未遂患者及び家族に対する看護ケアの困難性を報告している。

筆者も困難性を感じる看護場面を体験している。また、近藤(2006)は、「何とか患者の希望をかなえてあげたいという看護師の思いと、患者の反応によって行動化への不安を膨らませ、患者にとっての将来の目的が見出せなくなる感覚が、さまざまな場面で拮抗し、身動きが取れなくなってしまっている葛藤状態に置かれていること。」と述べている。

自殺のケアの内容に関する研究では、「有効なコミュニケーションは自殺未遂患者に対してもっとも効果的な治療的介入であるが、94.8%の看護師が自殺未遂者のケアについての教育を受けていない。」(Sun et al., 2005)と報告されているように、実際自殺未遂患者や家族へのケアに関する研修や教育の機会も少ない。これらのことが自殺

のケアを困難にしている一要因と考えられ検討する必要がある。また、一般病院においても看護師の自殺未遂患者や家族へのケアを阻害してしまう要因になっているのではないかと推測される。さらに看護師の自殺に関わる看護研究の文献は、自殺率が高まってきた2000年以降、精神科領域(寺岡ら, 2004; 折山ら, 2008)や救命救急場面(福田ら, 2006; 山田, 2006)が主であり、一般病棟でも増加してきているがまだ少ない現状である(福山, 2004)。

そこで今回、独自に作成した質問紙を用い、一般病院看護師の自殺未遂患者及び家族に対するケアにおける阻害要因を明らかにし、自殺未遂患者及び家族への看護ケアについて検討することを目的として研究を行った。

II. 方法

1. 調査対象

フォーカス・グループ・インタビューの調査対象者は、A病院(病床数426床)では、総看護部長に本研究の趣旨について文書と口頭で説明し同意が得られた後、自殺未遂患者及び家族の看護経験のある看護師を選定していただき、その対象者に対しても本研究の趣旨について文書と口頭で説明し同意が得られた6名とした。B病院(病床数630床)でも、総看護部長に同意を得た後、研究者自らが自殺未遂患者及び家族の看護経験のある看護師を選定し、同意の得られた6名とした(計12名)。

質問紙調査は、自殺未遂患者及び家族への看護ケアの経験の有無に関わらず、フォーカス・グループ・インタビューを行ったB病院の看護師345名とし、経験の有無に限らず質問項目に対し回答を得た。

2. 調査期間

フォーカス・グループ・インタビューは平成20年5～6月に、質問紙調査は平成20年10月に実施した。

3. データ収集と分析方法

1) 質問紙の作成

(1) 質問紙の項目作成のためのフォーカス・グループ・インタビュー

先行研究からフォーカス・グループ・インタビューガイドを作成し、「自殺未遂患者に対してどのような感情を抱いていますか。」「自殺未遂患者及び家族のケアで困難と感じていることは何ですか。」等を含む6題の質問項目にそって、フォーカス・グループ・インタビューを行った。フォーカス・グループ・インタビュー対象者の看護師経験年数は、A病院では2～22年(平均13.3±7.15年)、B病院では10～25年(平均18.2±6.37年)であった。インタビューの時間は、A病院60分、B病院75分であった。

(2) 質問項目の精選

フォーカス・グループ・インタビューの内容を逐語録に起こしA病院69、B病院198の切片化したデータが得られた。看護師が自殺未遂患者及び家族に対するケアの阻害要因と考えていることに焦点を当てオープンコーディングを行った。次に、質問項目に書き換え125文を選択した後、類似コードをまとめ61項目抽出した(表1)。また、自殺の看護ケアの困難性に関する先行研究を概観し、自殺の看護ケアの阻害要因と考えられる項目を選定し、看護師個人の要因、施設要因、自殺ケア独自の要因などの枠組みとして作成後、各枠組みと照らし合わせ偏りのないように35項目の質問紙を作成した(図1)。さらに、既存文献からの「自殺未遂患者に接した時無力感を抱いてしまう」、「自殺未遂患者及び家族に接した時負担感を感じてしまう」等の15項目を加え50項目の質問紙を作成した。50項目の質問紙で一般病棟看護師17名にプレテストを実施し、質問項目の意味が捉えにくいと指摘された5項目を削除し、45項目に絞り込んだ。

2) 質問紙調査

質問紙調査項目として、属性は「年齢」、「性別」、「職位」、「教育背景」、「看護師経験年数」、「勤務場所」、「精神科病院で勤務した経験」、「一般病院で自殺未遂患者及び家族の看護ケアをした経験」、「自殺に関する研修を受けた経験・回数」で構成

表 1. 生データから得られた質問項目の抽出例

生データ	オープンコーディング	質問項目
核信的なっていうかその、話ができない空気を持ってらっしゃる	自殺に対する核心に迫る話が聞けない	自殺に関して直接的に話を聞く事は難しい
看護師の声、看護師の言い方が悪かったのかもかもしれない	言葉かけに対する自己批判	看護師自身の言葉の内容について自分を責める
ふいにこう患者さんのなんでしょう、気持ちがころっと変わって、なんか飛び降りようとした	自殺行動の前兆が理解困難	自殺行動の前触れが解らない
救命しないといけないんだけど、あの、複雑な気持ちになります、それが何なのかちょっとわからない	救命への葛藤	自殺未遂患者の救命に対してジレンマがあると思う
精神科ならねえ、なんとか管理できるけど、一般病棟で見るとっていうのは、どこからでもできますもんね、死のうと思えば	一般病棟での対応困難	自殺未遂患者は一般病棟では対応が難しいと思う
確実に死ぬる方法、を選ぶべきじゃないかな、思ったりもします。冷たい言い方ももしれないけど	頻回な自殺未遂に対するケアの無意味さ	自殺未遂を繰り返すことに対して看護ケアに虚しさを感じる
自殺っていうこうイベントっていうか、そういう行動がなっていうかな、悲惨な状況っていうか、そういうイメージがあるからかな	自殺は悲惨なイメージ	自殺に関して悲惨なイメージを持っていると思う
とっつきにくかったり、しゃべってくれなかったり、なんか殻がありますよね。	患者へのコミュニケーション困難	自殺未遂患者への声掛けは難しいと思う
言っではいけない言葉とかを言ってしまうんじゃないかな、っていう感覚がある	適切な言葉かけの自信がない	自殺未遂患者への適切な言葉かけに自信がないと思う
精神的な面に対する、知識だったり技術だったりっていうのが、自信を持ってない	精神面に関する知識・技術の自信がない	自殺未遂患者の心理的側面に関する知識・技術に自信がないと思う
なんでそんな他愛も無い事で死を選ぶの？っていう事があるじゃないですか	自殺者に関する否定的感情	自殺未遂患者に対して否定的感情があると思う

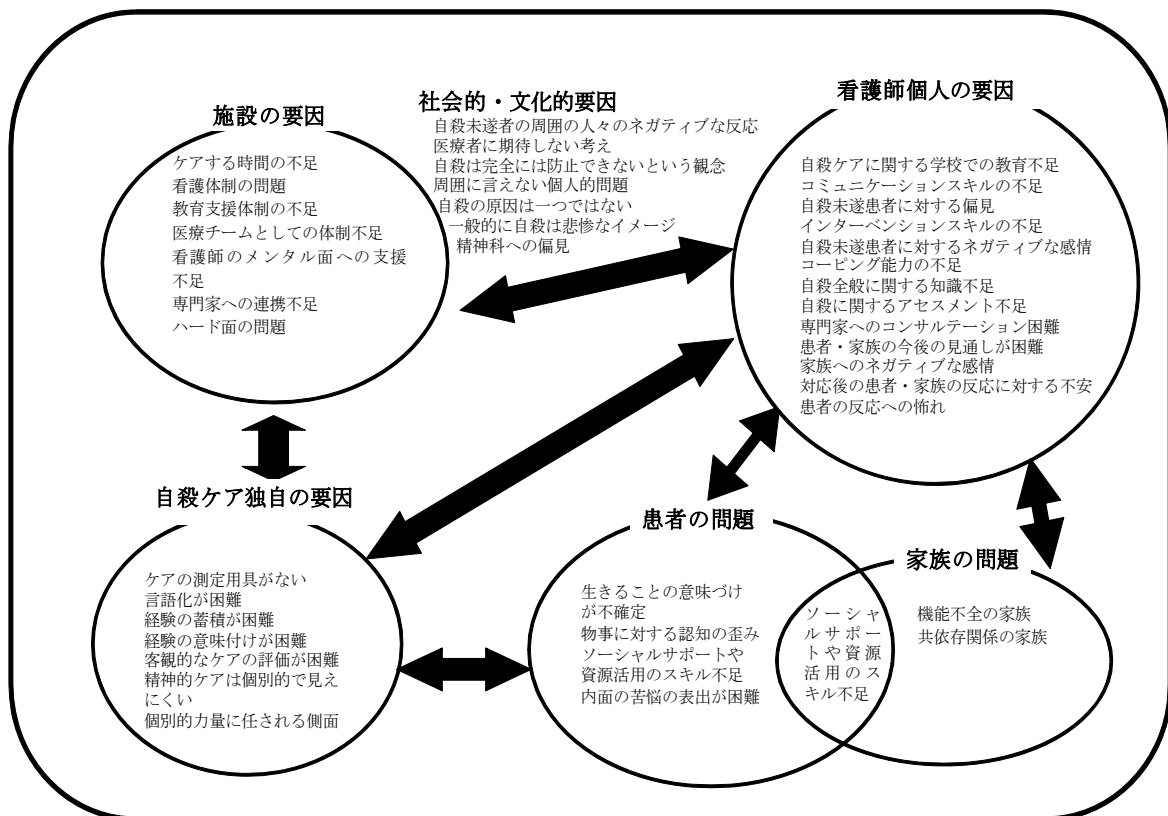


図1 阻害要因に関する質問項目の概念枠組み

した。

質問項目は、プレテスト後5項目を削除した阻害要因に関する45項目で、「全くそう」5点、「ややそう」4点、「どちらでもない」3点、「やや違う」2点、「全く違う」1点の5段階とした。さらに45項目のうち8項目を逆転項目とし、「全くそう」1点から「全く違う」5点として得点化した。

分析は、スピアマンの順位相関係数の算出による項目分析(I-I相関)を行った。の結果残った項目で因子分析を行った。因子抽出法に主因子法(プロマックス回転)を用いた。因子数決定は、スクリープロット基準にて固有値1.0以上、項目選定の基準は因子負荷量が0.3以上とした。統計的解析にはSPSS. Ver. 15を使用した。因子分析で得られた因子について、クロンバック係数の算出を行い、下位尺度の内的整合性を検討し、信頼性を確認した。因子間の相関はスピアマンの順位相関係数を用いた。各属性と因子得点の比較は、Mann-WhitneyのU検定を用いた。

4. 用語の定義

自殺未遂患者及び家族への看護ケアの阻害要因とは、自殺未遂患者及び家族に対し、看護師が積極的なアプローチへの関わりが困難であると感じている様々な側面の要因とする。

5. 倫理的配慮

本研究は、宮崎大学医学部の倫理委員会および、一般病院の承認を受けて実施した。フォーカス・グループ・インタビューでは、文書を用いて口頭で本研究の趣旨について説明し、調査協力依頼書への対象者の署名を以って同意を得たものとして実施した。質問紙調査では、本研究の趣旨、研究の参加は自由意思で強制ではないこと、データは個人の特定ができないように処理すること、研究の成果は学会発表や論文として公表することなどを説明した文書を質問紙に添付し、質問紙の回収を以って同意が得られたものとした。

III. 結果

1. 質問紙調査

345名に質問紙調査を行い、回収数295名(回収率85.5%)、有効回答数272名(有効回答率92.2%)であった。対象者の背景は、年齢は30~40歳未満で96名(35.3%)と最も多く、一般病院で自殺未遂患者及び家族の看護ケアをした経験は、「ある」は180名(66.2%)であり、「なし」が92名(33.8%)であった。自殺に関する研修を受けた経験は「ある」が38名(14.0%)で、「なし」234名(86.0%)であった(表2)。

表2. 質問紙調査における対象の属性 N=272

属性項目	分類	N	%
年齢	30歳未満	65	23.9
	30~40歳未満	96	35.3
	40~50歳未満	75	27.6
	50歳以上	36	13.2
性別	男性	8	2.9
	女性	264	97.1
職位	管理職	21	7.7
	非管理職	251	92.3
教育背景	准看護師課程	18	6.6
	衛生看護専攻科	38	14
	3年制専門学校	178	65.4
	4年制大学	38	14
看護師経験年数	1年未満	6	2.2
	1~3年未満	14	5.1
	3~5年未満	21	7.7
	5~10年未満	57	21
	10~20年未満	82	30.1
	20年以上	92	33.8
精神科病院勤務経験	ある	48	17.6
	なし	224	82.4
自殺ケア経験	ある	180	66.2
	なし	92	33.8
自殺ケア研修経験	ある	38	14
	なし	234	86
自殺ケア研修回数	1回	17	6.3
	2回	11	4
	3回	7	2.6
	4回	2	0.7
	5回	1	0.4
	6回	1	0.4

表3. 因子分析の結果

因子名	因子負荷量					
	因子	因子	因子	因子	因子	因子
【看護師の回避的な感情と態度】 α係数=0.82						
6. 自殺未遂患者の家族に自殺に状況に関して聞く事は不安である	.815	.069	.257	.326	.234	-.090
5. 自殺未遂患者に対して自殺の状況に関して聞く事は怖い	.669	.058	.216	.404	.135	-.116
7. 自殺未遂患者への言葉かけに自信がない	.661	.164	.240	.347	.485	-.037
13. 自殺未遂患者に接した時怖いと感じる	.656	.158	.435	.509	.246	-.272
14. 自殺を話題にするとかえって自殺の可能性を高めてしまうと思う	.526	.111	.397	.522	.136	-.255
9. 自殺未遂患者の家族への声掛けは難しい	.518	.227	.263	.311	.449	-.021
16. 家族に精神科について説明するのは難しい	.464	.221	.366	.386	.461	-.048
17. 自殺未遂患者に接した時ネガティブな感情を持ってしまう	.444	.238	.408	.385	.273	-.063
固有値 6.921 寄与率 19.775 累積寄与率 19.775						
【看護体制の不備とスタッフへのサポート不足】 α係数=0.78						
45. 現在の看護体制では自殺ケアは難しい	.151	.818	.255	.279	.206	.045
44. 自殺未遂患者への精神的ケアをするための時間が足りない	.075	.745	.141	.218	.258	.021
42. 自殺未遂患者のケアをするスタッフへのメンタルケアは不足している	.034	.594	.158	.286	.359	-.098
43. 自殺に関するケアは言語化して伝達することが難しい	.159	.564	.206	.349	.397	-.107
3. 自殺未遂患者に生命の安全を完全に守ることは難しい	.133	.527	.191	.094	.163	-.179
4. 自殺未遂患者のケアは一般病棟では対応が難しい	.271	.427	.286	.338	.099	-.069
20. 看護師は適切なサポートがないとバーンアウトを引き起こす危険性を生じると思う	.043	.388	.009	.138	.220	-.087
27. 自殺未遂患者の精神的ケアを専門家へ繋げるシステムが十分ではない	-.025	.366	.270	.025	.260	.050
固有値 2.921 寄与率 8.345 累積寄与率 28.119						
【ケアの無効力感に起因した陰性感情】 α係数=0.72						
28. 自殺未遂患者及び家族に接した時怒りを感じる	.197	.112	.710	.198	-.009	.024
19. 自殺未遂患者に接した時イライラする	.269	.187	.675	.195	.029	.038
21. 自殺未遂患者及び家族のケアをした時敵意を持ってしまう	.244	.083	.641	.128	-.012	.006
8. 自殺未遂患者の言葉に振り回されていると感じる	.418	.348	.534	.255	.213	-.289
11. 自殺未遂患者を救命することは無駄だと感じる	.102	.281	.405	.236	-.165	.065
10. 自殺未遂患者に接した時無力感を抱いてしまう	.358	.207	.376	.217	.202	-.127
固有値 2.526 寄与率 7.216 累積寄与率 35.355						
【積極的看護介入へのためらい】 α係数=0.72						
31. 死にたい気持ちがあるかどうかについては尋ねにくい	.373	.173	.116	.628	.305	-.220
34. 希死念慮に強い患者の心理状態は感情の表出がないので分からない	.389	.197	.265	.625	.318	-.021
22. 自殺未遂患者の家族問題に深く入りこむ事は難しい	.248	.317	.197	.560	.377	.149
33. 自殺未遂患者の担当になると負担を感じる	.501	.270	.316	.503	.381	-.216
12. 自殺未遂を繰り返す患者への看護ケアに虚しさを感じる	.223	.353	.346	.461	.016	.103
35. 自殺をしないという約束をしてもらうことは難しい	.282	.221	.112	.449	.427	-.039
30. 自殺企図について自分から話したがいなければ聞かない方がよい	.185	.114	.109	.445	.066	-.053
固有値 1.925 寄与率 5.499 累積寄与率 40.835						
【自殺ケアの学習不足に関連した不安感】 α係数=0.62						
25. 自殺未遂患者及び家族に関するケアに対して勉強不足を感じる	.199	.230	.013	.197	.638	-.033
24. 自殺未遂患者のケアをどうしたら良いか分からず不安を感じる	.407	.330	.139	.428	.629	-.046
40. 自殺未遂患者の死にたいというサインを見落とさないのは難しい	.247	.325	.192	.383	.402	-.166
固有値 1.644 寄与率 4.696 累積寄与率 45.531						
【チームメンバー間での積極的検討の欠如】 α係数=0.59						
29. 自殺未遂患者及び家族のカンファレンスを積極的に持つ	-.038	-.054	-.002	.012	-.067	.649
32. チームメンバー間で自分の関わりの振り返りができる	-.055	-.072	-.051	-.007	.024	.541
2. 自殺者のケアについてはスタッフ間で一貫性を持って行う	-.002	.057	.204	-.091	.045	.490
固有値 1.273 寄与率 3.638 累積寄与率 49.169						

2. 質問紙の分析

1) 項目分析

45項目のI-I相関, スピアマンの順位相関係数 $r < .30$ 以下で有意な相関のない項目を抽出した結果9項目を除外した。

2) 因子分析 (探索的因子分析)

項目分析後の36項目で主因子法・プロマックス回転, 固有値1.0以上で6因子が抽出された。因子負荷量が0.35未満となった1項目は削除され6因子35項目となった。

因子1は項目6.「自殺未遂患者の家族に自殺の状況に関して聞くことは不安である。」, 項目5.「自殺未遂患者に対して自殺の状況に関して聞くことは怖い。」など8項目で構成され<看護師の回避的な感情と態度>と命名した。因子2は, 項目45.「現在の看護体制では自殺ケアは難しい。」, 項目44.「自殺未遂患者への精神的ケアをするための時間が足りない。」など8項目で構成され, <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>と命名した。因子3は, 項目28.「自殺未遂患者及び家族に接した時怒りを感じる。」, 項目19.「自殺未遂患者に接したときイライラする。」など6項目で構成され, <ケアへの無効力感に起因した陰性感情>と命名した。因子4は, 項目31.「死にたい気持ちがあるかどうかについては尋ねにくい。」, 項目34.「希死念慮の強い患者の心理状態は感情の表出がないので分からない。」など7項目で構成され, <積極的看護ケア介入へのためらい>と命名した。因子5は, 項目25.「自殺未遂患者及び家族に関するケアに対して勉強不足を感じる。」など3項目で構成され, <自殺ケアの学習不足に関連した不安感>と命名した。因子6は, 項目29.「自殺未遂患者及び家族のカンファレンスを積極的に持つ。」など3項目で構成され, <チームメンバー間の積極的検討の欠如>と命名した(表3)。

3) 信頼性の検討

因子全体のクロンバックの α 係数は0.86であった。各因子では0.59~0.82の範囲にあった。因子1~6は0.7以上であり一定の基準が満たされた。

表4. 因子間の相関係数

	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
因子1	1.000	.186	.365*	.535*	.506*	-.035
因子2	.186	1.000	.221	.335*	.388*	-.094
因子3	.365*	.221	1.000	.311*	.215	.089
因子4	.535*	.335*	.311*	1.000	.519*	-.034
因子5	.506*	.388*	.215	.519*	1.000	-.040
因子6	-.035	-.094	.089	-.034	-.040	1.000

Spearmanの相関係数 * $r > 0.3$

因子1 <看護師の回避的な感情と態度>
 因子2 <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>
 因子3 <ケアへの無効力感に起因した陰性感情>
 因子4 <積極的看護ケア介入へのためらい>
 因子5 <自殺ケアの学習不足に関連した不安感>
 因子6 <メンバー間での積極的検討の欠如>

4) 因子間の相関の検討

因子1と因子2 ($r = .535$), 因子1と因子5 ($r = .506$), 因子3と因子4 ($r = .519$)に, 高い相関があった(表4)。

3. 各因子得点と属性との比較(表5)

1) 職位

管理職は非管理職と比べて, 因子1 <看護師の回避的な感情>で有意に得点が低かった。

2) 精神科病院で勤務した経験の有無

精神科勤務経験なしの人はありの人に比べて, 因子1 <看護師の回避的な感情>で有意に得点が高く, 因子2 <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>で有意に低かった。

3) 自殺に関するケア経験の有無

自殺に関するケア経験ありの人はなしの人に比べて, 因子1 <看護師の回避的な感情>と因子3 <ケアへの無効力感に起因した陰性感情>の得点が有意に低かった。

4) 自殺に関する研修の有無

自殺に関する研修の経験ありの人はなしの人に比べて, 因子1 <看護師の回避的な感情>で有意に得点が低く, 因子2 <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>で高かった。

表5. 各因子得点と属性との比較

因子	平均ランク	順位和	有意差	
職位	管理職	89.79	1885.50	0.004*
	非管理職	140.41	35242.50	
	管理職	145.41	3061.50	0.572
	非管理職	135.72	34066.50	
	管理職	162.90	3421.00	0.108
	非管理職	134.29	33707.00	
	管理職	128.76	27.4.00	0.638
	非管理職	137.15	34424.00	
	管理職	108.29	2274.00	0.084
	非管理職	138.89	34854.00	
	管理職	139.88	2937.50	0.835
	非管理職	136.22	34190.50	
精神科病院で勤務した経験	あり	111.15	5335.00	0.014*
	なし	141.93	31793.00	
	あり	163.60	7853.00	0.008*
	なし	130.69	29275.00	
	あり	139.36	6689.50	0.78
	なし	135.85	30438.50	
	あり	138.39	6642.50	0.854
	なし	136.10	30485.50	
	あり	123.52	5929.00	0.203
	なし	139.28	31199.00	
	あり	124.68	5984.50	0.244
	なし	139.03	31143.50	
自殺ケア経験	あり	125.91	22663.00	0.002*
	なし	157.23	14465.00	
	あり	140.92	25365.50	0.194
	なし	127.85	11762.50	
	あり	129.77	23358.50	0.048*
	なし	149.67	13769.50	
	あり	138.15	24866.50	0.628
	なし	133.28	12261.50	
	あり	133.45	24020.50	0.365
	なし	142.47	13107.50	
	あり	141.74	25513.00	0.119
	なし	126.25	11615.00	
自殺に関する研修	あり	106.21	4036.00	0.010*
	なし	141.42	33092.00	
	あり	162.11	6160.00	0.030*
	なし	132.34	30968.00	
	あり	133.72	5081.50	0.814
	なし	136.95	32046.50	
	あり	138.84	5276.00	0.843
	なし	136.12	31852.00	
	あり	120.47	4578.00	0.171
	なし	139.10	32550.00	
	あり	113.82	4325.00	0.052
	なし	140.18	32803.00	

Mann-Whitney *p<0.05

IV. 考察

1. 自殺未遂患者や家族への看護ケアの阻害要因

自殺未遂患者や家族への看護ケアの阻害因子として抽出された因子 <看護師の回避的な感情と態度>, 因子 <ケアへの無効力感に起因した陰性感情>, 因子 <積極的看護ケア介入へのためらい> は, 対応後の患者と家族の反応に対する不安や, 今後の見通しが困難であること, インターベンションスキル不足などの看護師個人の阻害要因を現している。また自殺未遂者の周囲の人々のネガティブな反応, 自殺は完全には防止できないという観念など社会的・文化的要因もあいまって, 自殺について直接的に聞くことへの不安や, 自殺を話題にすることで自殺の可能性を高めてしまうのではないかという恐れを抱きやすい状況を形成していることがうかがえる。しかし, 高橋(1999)は, 「自殺について話すことは一般的に危険ではない。むしろ, 言葉にして自分の感情を明らかにできるようにすることによって, その人が混乱した状態から少しでも脱することが可能になったり, その人の苦悩を周囲の人に気づいてもらえるきっかけになったりする。」と述べている。また, Sunら(2006)は, 「介入状況において批判的ではない態度は相互作用の行為を促進させ, 逆に批判的態度においては, 強いられた不自然な行為となりケアの障害になっている。批判的態度がベースとなると, 患者に対して否定的考えや感情を抱いてしまう。」と報告している。以上のような報告から看護師は, 自殺について問うことは, 次の自殺を未然に防止することにつながるという視点を持つことが重要であると考え。しかし, 日本においては自殺の現状や予防についての記載はあるものの, 具体的なインターベンションスキルについて説明されたものはほとんど見られない状況であり(川野, 2007; 佐藤, 2008), 今後の課題であると考え。

因子 <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足> は, 自殺未遂患者及び家族の看護ケアに要する時間不足やスタッフへのメンタルケアの不足など施設の物理的かつ人的要因の問題を現している。折山ら(2008)は, 「患者の自殺や自殺企図

に直面した看護師の9.4%がPTSDハイリスク状態であり、PTSD要因としてサポートの有無の認識に係り性が認められた。看護師の支援として、病棟スタッフをはじめとするサポートが必要で、更に客観的で中立的立場からの当該看護師や看護チームを支援（相談）可能な援助者が必要であることが示唆された。」と述べている。この指摘は、看護師の働く環境の状況によっては、その後の看護職としてのアイデンティティにも影響を及ぼし、「看護師は適切なサポートがないとバーンアウトを引き起こす危険性が生じると思う」という本研究の質問項目に匹敵し、自殺未遂患者及び家族へのケアに関する阻害要因の一つと考えられる。

因子 <自殺ケアの学習不足に関連した不安感> は、因子 <看護師の回避的な感情と態度> 因子 <積極的看護ケア介入へのためらい> との因子間の相関が高いことを踏まえると、学習不足から生じる不安感が回避的な態度や介入へのためらいに関連し、自殺未遂患者及び家族へのケアの悪循環を引き起こしていると考えられる。一戸ら(2007)は、「一般病院では自殺予防に関する研修はほとんどなされておらず、安全委員会レベルで自殺事故直後に事例検討が行われた施設は13%に留まっており、自殺事故予防のためには、自殺者や自殺行動について特化した学習の機会を持つことが必要である。」と提言している。

因子 <チームメンバー間での積極的検討の欠如> は、スタッフ間での関わりの振り返りができていないことや、ケアの一貫性の欠如が阻害要因として挙げられる。福山(2004)は、「一般病棟の看護師にとって重要なのは、自殺の危険の予測やサインに気づいたとき、その内容を精神科看護師や精神科医師につなぎ、交渉、調整する力を強化することである。そのためには、自殺予防のリスクマネジメントの検討会をもち、患者の情報を共有し、自殺未遂や自殺事例の検討をしながら、自殺予防のリスクマネジメントに必要な基本的知識、対処方法、かかわりの基本について学ぶ姿勢が大切である。」と述べている。

阻害要因に関する概念枠組みと因子分析の結果の関連性についてみると、因子分析の因子は

「看護師の要因」と「施設の要因」に収斂されており、この要因が自殺未遂患者及び家族へのケアの阻害要因として重要であることが確認された。しかし、今回の調査対象が看護師だったことから、患者や家族の問題、社会的・文化的要因については質問項目として採用されなかった可能性がある。今後、自殺未遂患者や家族からのデータを収集することで、調査内容の精度をあげていく必要があると考える。

2. 阻害要因に関連した自殺未遂患者及び家族へのケアの検討

自殺未遂患者や家族への看護ケアの阻害因子として抽出された因子、から、自殺未遂患者及び家族へのケアに関する知識不足やスキル不足を補うことのできる看護の基礎教育や、臨床での具体的な教育内容の検討をして行く必要があると言える。また、因子から、教育内容は、例えば褥創ケアのような測定用具がなく、客観的なケアの評価がしにくいなどの自殺ケア独自の阻害要因に焦点を当て検討していく必要がある。因子から、一般病棟でも自殺未遂患者や家族に接する機会が増えていることを考慮すると、精神科医師、臨床心理士、リエゾン看護師等との連携をいつでもとることのできる体制作りの検討が望まれる。因子から、チームメンバー間での話し合いができる体制作りとして、ファシリテーターの人材育成も重要な課題であると考えられる。

次に、各属性と因子得点の比較から、精神科病院での勤務、自殺に関するケアの経験や研修経験があるほど、<看護師の回避的な感情や態度>の得点は低く、<看護体制の不備とスタッフへのサポート>の得点は高かった。折山ら(2008)は、患者の自殺に対する看護師の受けとめ方について、「自殺に直面した看護師は直面していない看護師に比べ、自殺防止は可能であるという過去の経験が今の自分の力となり、救える命を救えることにつながる。」と述べており、経験の重要性を裏付けている。しかし、経験年数の長短に関わらず、自殺ケア独自の阻害要因であるケアの意味付けや言語化が困難であることなどを理解した上で、スタッ

フへの適切なスーパーヴァイズを行う必要があると考える。自殺予防の観点からも、自殺の危険の高い人を最初に発見する機会の多い人（ゲートキーパー）である一般の医療関係者に向けての知識を普及させて行くことは重要である。

V. 結語

今回の研究では、看護師の自殺未遂患者及び家族への看護ケアの阻害要因を明らかにするために、独自の質問紙を用いて調査検討を行なった。

1. 自殺未遂患者や家族への看護ケアの阻害要因として、因子 <看護師の回避的な感情と態度>、因子 <看護体制の不備とスタッフへのサポート不足>、因子 <ケアの無効力感に起因した陰性感情>、因子 <積極的看護介入へのためらい>、因子 <自殺ケアの学習不足に関連した不安感>、因子 <チームメンバー間での積極的検討の欠如>の6因子が抽出された。
2. 因子 は因子 ・因子 と高い相関があった。
3. 各属性と因子得点の比較では、精神科病院での勤務経験、自殺に関する研修経験のある方が、因子 の得点が低く、因子 の得点は高かった。また、自殺に関するケア経験のあるほうが、因子 と因子 の得点が低かった。

これらの阻害要因に注目し、一般病院看護師を対象に具体的な教育プログラムの基礎資料として活用して行くことは重要である。また、多職種との連携をも視野に入れることも示唆された。

今回の研究は、1病院272名の看護師から導き出された質問紙調査の結果であり、病院の特性がデータに反映された可能性があるため、さまざまな特性や地域性を持った病院を対象に調査し、自殺未遂患者及び家族への看護ケアの阻害要因を検証して行く必要がある。

謝辞

本研究にご協力頂きました病院、看護部、看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、宮崎大学大学院医学系研究科へ提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

文献

- 福田紀子, 石川崇子, 久保まゆみ他(2006):救命救急センターに入院している自殺企図患者に対する看護師の認識や態度, 日本看護学会誌, 15(2), 15-24
- 福山なおみ(2004):自殺予防における看護師の役割, こころの科学118, 51-55, 日本評論社, 東京
- 一戸真子, 岩下覚, 釜英介他(2007):病院内における自殺予防, 患者安全推進ジャーナル, 17巻
- 行俊可愛, 岩崎壮登, 土井静香他(2004):自殺のアセスメントツールの作成と評価, 日本精神科看護学会誌, 47(2), 273-277
- 自殺予防に向けての提言(2002):<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1218-3a.html>, [2008-7-2現在]
- 川野雅資(2007):精神看護学 精神臨床看護学, ヌーヴェルヒロカワ, 262-266
- 近藤千佳子(2006):退院困難事例に積極的にアプローチできない看護師の思い, 第2回精神科リハビリテーション看護, 274-278
- 折山早苗, 渡辺久美(2008):患者の自殺・自殺企図に直面した精神科看護師のトラウマティック・ストレスとその関連要因, 日本看護研究学会雑誌, 31(5), 49-62
- 佐藤壺三(2008):精神障害をもつ人の看護, 59-60, メジカルフレンド社, 東京
- Sun, F-K., Long, A. Boore, J. et al(2005): Suicide : a literature review and its implications for nursing practice in Taiwan, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12, 447-455
- Sun, F-K., Long, A. Boore, J. et al(2006): Patients and nurses' perceptions of ward environmental factor and support systems in the care of suicidal patients, Journal of Clinical Nursing 15, 83-92
- 高橋祥友(1999):自殺の危険, 32, 金剛出版, 東京
- 高橋祥友(2004):自殺予防, こころの科学, 11-18, 日本評論社, 東京
- 高橋祥友(2006):自殺のリスクマネジメント, 5-6, 医学書院, 東京
- 高橋祥友, 福間祥(2006):自殺のポストベンション遺された人々への心のケア, 11, 医学書院, 東京
- 寺岡征太郎, 柴田真紀(2004):患者の自殺に直面した看護師の対処行動の分析 - 精神科看護師がインタビューで語った内容から -, 日本精神保健看護学会

誌, 13(1), 53-62

World Health Organization: Mental health, WHO
Suicide prevention (SUPRE). htm, [2008-7-19現在]

山田朋樹(2006): 救命救急センターでの自殺企図者への
アプローチ, 看護技術, 2, 52-56

重度障害児・者のケアにおける母親の看護師との “行き違い”に関する認識

Research on Misunderstandings Mothers Recognize between Themselves and Nurses in Caregiving for the Seriously Disabled

藤井 みよ子¹⁾・草場 ヒフミ²⁾

Miyoko Fujii · Hifumi Kusaba

Abstract

The purpose of this research is to clarify “misunderstandings in caregiving” that occurs between mothers that raise the seriously disabled and nurses that provide care for those. For analysis, this research targeted 45 mothers of the seriously disabled that use temporary care in Prefecture A. In this analysis, mothers showed negative emotional responses in having misunderstandings in caregiving between nurses and themselves. Mothers recognized misunderstandings more in terms of “care that provides mental and physical comfort” than “care that sustains life”. Also, there was shown to be a close correlation between how much misunderstanding there is in caregiving and how much mothers evaluate the communication manner of a nurse. Since it is suggested that it is stressful experiences for a mother to have the misunderstandings on caregiving, it is essential for nurses to communicate well with the mother about her own ways of caregiving which she has developed in the process of raising her child.

要 旨

本研究は、重度障害児・者を養育している母親と看護師の間に起きる“ケア上の行き違い”について明らかにすることを目的とした。重度障害児・者を在宅で養育し、ショートステイを利用している母親45名を分析対象者とした。分析の結果、母親は看護師との“ケア上の行き違い”において、ネガティブな情動反応を示していた。“ケア上の行き違い”があると認識しているケア項目は、「生命を維持するケア」に比べ、「心身の快適さを維持するケア」に高く認められた。また、“ケア上の行き違い”は「看護師のコミュニケーション姿勢に対する母親の評価」に有力な相関がみられた。“ケア上の行き違い”は母親のストレスフルな体験となることから、看護師は母親が養育の過程で培ってきた個別的な子どもの見方やケアについて、よく確かめ合うコミュニケーションをしていくことが重要であることが示唆された。

キーワード：重度障害児・者，ケア上の行き違い，母親，コミュニケーション
the seriously disabled, misunderstanding in caregiving,
mother, communication

¹⁾ 鹿児島純心女子大学看護栄養学部看護学科 成人看護学講座
Department of Adult Nursing, School of Nursing, Kagoshima Immaculate Heart University
²⁾ 宮崎大学医学部看護学科 小児・母性（助産専攻）看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

I. 緒言

労働省保健福祉部「平成18年身体障害児・者実態調査」(労働省援護局障害保健福祉部 2002)によると、身体障害児・者の63.9%には1・2級の重い障害があり、その70%以上が在宅で生活し、医療や様々な在宅支援制度を活用している。在宅支援の一つにショートステイ(短期入所)がある。これは、在宅で身体障害児・者を介護している保護者等が、一時的に家庭における介護を行うことが困難となった場合に、実施施設に短期入所させることにより医学的管理のもとに必要な介護を行い、健康の保持と家庭の福祉向上を図ることを目的とするもので、入所期間は7日以内とされている。平成18年身体障害児・者実態調査(厚生労働省障害福祉部, 2007)によると、身体障害児・者の22.8%が利用した経験をもっている。

障害児・者の在宅での養育は、母親が中心的な役割を担っていることが多い。障害の重度化に伴い医療的ケアも増え、母親の心身への負担は大きく、母親への支援は看護師の重要な役割になっている。母親が心身の安定を保ち、子どもと共に成長し、子どものケアに満足しながら養育行動を続けられるよう援助していくことが求められている(久野ら, 2006; 牛尾, 1998; 野村ら, 2002; 松岡ら, 2002)。

しかし、重度障害児・者の看護において、看護師は親との相互作用に困難感や葛藤をもっていること、家族へのケアは難しいと認識していることが報告されている(横山, 2004; 及川ら, 2005; 川村ら, 2002; 大日向ら, 1996; 小室, 2006; 玉井ら, 2002)。前田ら(2006)は、障害児を養育している親と看護師双方に看護師に期待する役割を尋ね、看護師は医療的ケアを、家族は子どもを大切に扱うことや個性を認めるなどのアドヴォカシー(倫理的態度)を最上位にあげていた。在宅で養育する親は、日々の介護の中で子どもの観察力を養い、専門的な知識・技術を身につけており(野村ら, 2002)、それらは養育していく自信や力となっている。家族は、子どもが尊重され個別的なケアを得るためには、医療者と知識、ケア技術、日々の生活などについての情報の共有が必要であると認

識しており、そのための情報交換を望んでいることが報告されている(村木, 2003; 永山ら, 2006)。

看護目標達成理論を開発したKingは、クライアントの健康状態をより良い方向に導いていく(目標達成)ためのプロセスを、看護師とクライアントの相互行為の中で目標を設定し、手段を共に探求して、それらに対して同意して実行することとして示している。この相互行為は、看護師とクライアントがお互いに相手を知覚し状況を判断していくコミュニケーションを通して図られ、お互いに相手を正確に認識できるようになると、その相互行為は深まると述べている(King, 1981/杉森訳, 1985)。

重度の障害を持つ人のケアにおいては、言葉によるコミュニケーションの制限や環境の変化による健康問題が生じやすいという特徴から、ケアの継続はより重要となる。そのため、ショートステイや医療の場において、母親と看護師はケアの目標や手段を一致させることが必要となる。しかし、これまで研究や実践場面の観察から、重度の障害をもつ人の母親の、子どものケアにおける看護師との相互行為について検討されたものは見出せなかった。

そこで、本研究は重度障害児・者を養育している母親が認識している、看護師との相互行為におけるケア方針やケア方法についての不一致である“行き違い”を説明し、看護への示唆を得ることを目的とするものである。今回は、母親と看護師との間のケア上におきる“行き違い”を、ケアの内容とその程度で説明し、併せて母親と看護師のコミュニケーションとの関連を検討する。

研究枠組はKingの目標達成理論を参考とし、母親が子どものケアにおいて、看護師との間にケア方針や方法にずれを認識している場合を“ケア上の行き違い”とし、行き違いに影響を及ぼす要因を母親のネガティブな気持ち、母親のコミュニケーション姿勢と看護師のコミュニケーション姿勢に対する母親の評価とした(図1)。

尚、“ケア上の行き違い”とは、重度障害児・者のためによりケアを行うという目標を目指す母親と看護師の間に、ケアにおける方法や方針などに

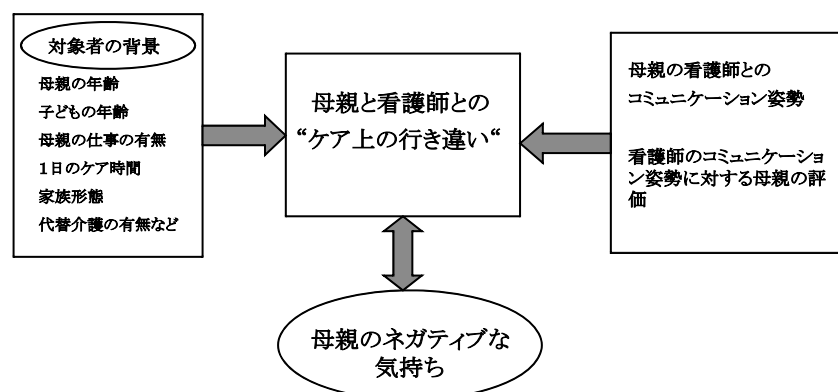


図1. 研究枠組み

意見の相違が発生することと操作的に定義した。

II. 方法

1. 対象者

対象は、重度障害児・者を在宅で養育し、A県内の肢体不自由児施設（1施設）、病院（2病院）のショートステイを利用し、本研究の趣旨についての了解が得られ、調査協力依頼に対して同意を得ることができた母親である。対象の条件としては、母親が養育している重度障害児・者は在宅で生活をしている、母親が主たる養育者である、重度障害児・者の年齢の制限はしないとした。

2. 調査方法ならびに調査時期

無記名による自己記入式の質問紙を使用した。調査依頼は母親がショートステイ来所時に行い、本研究の趣旨について説明して質問紙を配布した。回収は返信用封筒で郵送してもらう方法で実施した。データ収集期間は2007年9月～2007年12月である。

3. 調査内容

1) 対象者の属性

母親の年齢、母親の就業の有無、1日のケア時間、重度障害児・者の年齢、性別、障害の程度、意思表示の程度、医療的ケアの有無、同胞の有無、ショートステイの利用頻度、家族構成、父親の同居の有無など。

2) 母親と看護師との間のケアにおける行き違い (以下:「ケア上の行き違い」とする)

重度障害児・者の看護において、ショートステイなど医療の場で行われるケアから、母親との間にケアの方針や方法で行き違いを起こしやすいと考えるケアの9項目を選び、質問紙を作成した。ケア内容は、前田ら(2006)の子どもの日常生活ケアを参考にし、さらにショートステイにおける看護経験者らの体験を合わせて選定した。項目ごとにケアの行き違いの体験について「全くない」、「ほとんどない」、「時々ある」、「よくある」、「いつもある」に1～5点を配した。

3) 行き違い時の母親のネガティブな気持ち (以下:「母親のネガティブな気持ち」とする)

“ケア上の行き違い”が生じた時の母親のネガティブな気持ちについて、宮本(1995)の違和感での感情を参考にし、5項目よりなる質問紙を作成した。ネガティブな気持ちの程度について「全くない」、「少しある」、「かなりある」、「非常にある」に1～4点を配した。

4) 母親と看護師とのコミュニケーション

子どものケアについて、母親はケアの方針や方法について話すようにしている、看護師からショートステイ利用時の様子を聞くようにしているなど、能動的に看護師とコミュニケーションをとろうとする「母親のコミュニケーション姿勢」3項目、看護師は母親に子どもの様子や行ったケアについて報告する、母親のケア方針を尊重するなど看護師のコミュニケーション姿勢を評価するなど「看護師のコミュニケーション姿勢に対する母親の評価」3項目の計6項目よりなる質問紙を作成した。看護師とのコミュニケーションの頻度について

「全くしない」、「ほとんどしない」、「時々する」、「よくする」、「いつもする」に1～5点を配した。

4. 倫理的配慮

本研究は、宮崎大学医学部医の倫理委員会およびA県内において肢体不自由児のショートステイを行っている施設の承諾を受けて実施した。対象者に対しては、ショートステイの入所時に文書を用いて口頭で本研究の趣旨について説明を行い、無記名の質問紙と返信用封筒を手渡した。質問紙の表紙には同意を表明する文章を付記し、郵送による回収をもって、調査協力の依頼に対して同意を得られたものとした。その他、母親と障害児・者の精神的負担への影響を考え、ショートステイ入所時の看護師との連絡調整等が終わった時点で、本研究の趣旨について母親に説明を行う配慮をした。

5. 分析方法

対象者の背景、ケア上の行き違い、母親のネガティブな気持ち、母親と看護師とのコミュニケーションの関係についてはSpearmanの順位相関係数、2群間の比較はMann-WhitneyのU検定Wilcoxonの符号付き順位検定、3群間以上の比較はKruskal-wallisの検定、質問紙の構造については因子分析を用いた。統計ソフトはSPSS Ver. 11.0を使用した。有意確率は5%未満を有意差ありとした。

III. 結果

配布数は65部で、回収数は46部(回収率70.8%)、有効回答数は45部(有効回答率97.8%)であった。

1. 対象者の背景

母親と養育している子どもの背景は表1に示す通りである。母親の年齢は30～70歳代であり、平均年齢は44.7歳(SD=9.5)であった。就業者は14名(31.1%)で就業率は低かった。障害児・者の年齢は1～40歳で、平均年齢は15.8歳(SD=10.2)、性別は男23名(51.1%)、女22名(48.9%)であった。障害者手帳は全員が保持しており、1級所持

表1. 対象者の背景

項目	n = 45		
	人数	%	
母親の年齢	30歳代	19	42.2
	40歳代	12	26.7
	50歳代	11	24.4
	60歳代	2	4.4
	70歳代	1	2.2
母親の仕事	有	14	32.6
	無	31	67.4
子どもの性別	男	23	51.1
	女	22	48.9
子どもの年齢	1～10歳	15	33.4
	11～20歳	19	42.2
	21～30歳	6	13.3
	31～40歳	5	11.1
障害の程度	1級	42	93.3
	2級	2	4.4
	3級	1	2.2
ショートステイの利用頻度	1～2/月	11	24.4
	3～4/月	4	8.9
	5～6/月	4	8.9
	7～8/月	6	13.3
	9/月	2	4.4
	年に数回	13	28.9
	その他	3	6.7
	未記入	2	4.4
家族形態	核家族	39	86.7
	拡大家族	6	13.3

者が42名(93.3%)であった。医療的ケアは、吸引が24名(53.3%)、経管栄養が19名(42.2%)、内服が42名(93.3%)に有り、医療的ケアのある障害の重い児・者が多かった。ショートステイの利用は、年に数回が13名(28.9%)、月に1～2回が11名(24.4%)、月に7～8回が6名(13.3%)であり、利用頻度は多様であった。

2. “ケア上の行き違い”について

“ケア上の行き違い”質問項目の構造を見るために因子分析(主因子法、固有値1.0以上、バリマックス回転)を行い2因子が得られた(累積寄与率76.98%)(表2)。第1因子は衣類や掛物の調整、身体の清潔、排泄、遊び、体調不良時の対応に関するケアで、因子負荷量が高く、障害児の

表 2. ケア上の行き違いの因子分析 n=45

項目	因子負荷量		
	因子	因子	共通性
[心身の快適さを維持するための基本的ケア]			
衣類や掛け物の調整について	0.683	0.485	0.702
身体の清潔について	0.842	0.290	0.793
排泄について	0.778	0.435	0.795
遊びについて	0.813	0.301	0.751
体調不良時の対応について	0.842	0.131	0.726
[生命を維持するための基本的ケア]			
食事について	0.326	0.834	0.803
水分補給について	0.255	0.915	0.903
体位について	0.408	0.739	0.712
薬について	0.206	0.838	0.745
固有値	5.714	1.214	
寄与率	63.5	13.5	

表 3. ケア上の行き違い項目得点 n=45

行き違いケア	平均値	S D
衣類や掛け物の調整について	2.3	1.0
遊びについて	2.3	1.0
心身の快適さを維持するための基本的ケア	2.3	0.8
体調不良時の対応について	2.3	0.8
身体の清潔について	2.2	0.9
排泄について	2.1	0.9
合計	2.3	0.9
生命を維持するための基本的ケア	2.2	0.8
食事について	2.2	0.8
体位について	2.2	0.9
水分補給について	2.0	0.8
薬について	1.9	0.8
合計	2.1	0.8
合計得点	19.6	6.3

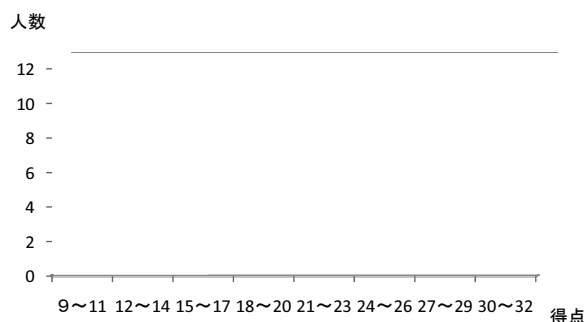


図 2. ケア上の行き違いの個人別得点

ケアにおいて安寧や心地よさに関わる基本的なケアであると考えられ、「心身の快適さを維持するための基本的ケア」と命名した。Cronbachの α 係数は0.91だった。第2因子は食事、水分の補給、体位の保持、服薬に関するケアで、障害児のケアにおいて生命維持に関わる基本的なケアであると考えられ、「生命を維持するための基本的ケア」と命名した。Cronbachの α 係数は0.90であった。

ケア上の行き違いの9項目の総得点は9～32の範囲(図2)で、39名(86.6%)が行き違いを経験していた。平均総得点は19.6(SD=6.3)であった。2因子別の平均得点は、「生命を維持するための基本的ケア」が2.1(SD=0.8)、「心身の快適さを維持するための基本的ケア」が2.3(SD=0.9)であり(表3)、後者に多くのケア上の行き違い体験をしていた($Z=5.23, p<0.000$)。

3. “ケア上の行き違い”を体験した時の母親のネガティブな気持ち

看護師との間にケア上の行き違いを認識した時の母親のネガティブな情動5項目のCronbachの α 係数は0.93であり、一貫性が認められた。ネガティブな気持ちの平均得点は10.2(SD=4.2)で、項目毎の平均得点は高い順に、不満は2.2(SD=0.9)、失望は2.1(SD=1.0)、悲しみは2.0(SD=1.0)、情けなさは2.0(SD=1.0)、怒りは2.0(SD=0.9)であった。

4. 母親と看護師とのコミュニケーション

母親が認識している看護師とのコミュニケーション6項目の因子分析(主因子法、固有値1.0以上、バリマックス回転)を行い、2因子であることを確認した(累積寄与率78.71%)。「母親のコミュニケーション姿勢」のCronbachの α 係数は0.87、「看護師のコミュニケーション姿勢に対する母親の評価」のCronbachの α 係数は0.82であった。「母親のコミュニケーション姿勢」と「看護師のコミュニケーション姿勢に対する母親の評価」との関連はspearmanの順位相関係数 $r=0.411(p<0.01)$ であり、正のやや強い関連が認められた。因子別の平均得点は、「母親のコミュニケーション姿勢」が10.4(SD=2.7)、「看護師のコミュニケーション姿勢に対する母親の評価」が10.9

(SD = 2.5) であった。項目の得点が最も高かったのは、看護師はケアの様子について報告してくれる4.2, 最も低かったのは、看護師はケアについての話し合いの時間をとってくれる3.2であった(表4)。

5. “ケア上の行き違い” と各変数との関係

1) 属性との関係

母親と養育を受けている重度障害児・者の属性、ショートステイの利用頻度との間には有意な関連は認められなかった。

2) 「母親のネガティブな気持ち」との関係

“ケア上の行き違い” と母親のネガティブな気持ちとの関連をSpearmanの順位相関で分析し、「生命を維持するための基本的ケア」との間に弱い正の相関 ($r=0.341, p<0.05$), 「心身が快適さを維持するための基本的ケア」との間にやや強い正の相関 ($r=0.497, p<0.01$) を認めた(表5)。

3) 看護師とのコミュニケーションとの関係

“ケア上の行き違い” と母親と看護師とのコミュ

ニケーションとの関連をSpearmanの順位相関で分析した。「心身の快適さを維持するための基本的ケア」において、「母親のコミュニケーション姿勢」との間に負の弱い相関 ($r=-0.355, p<0.05$), 「看護師のコミュニケーション姿勢に対する母親の評価」との間に負のやや強い相関 ($r=-0.542, p<0.01$) が認められた。「生命を維持するための基本的ケア」においては、有意な関連は認められなかった(表5)。

IV. 考察

1. “母親が認識する看護師との間に生じる” ケア上の行き違い”

重度障害児・者を在宅で育てる母親の多くは、看護師との間に、子どものケアにおいて何らかの行き違い体験をしていた。行き違いを生じるケア内容は2つの因子で説明され、1つは身体の清潔、排泄、遊びなど心身を快適に維持するケア、他の1つは水分補給、食事、服薬などの生命を維持するためのケアであり、ケアの行き違いは心身の快

表4. 母親と看護師のコミュニケーション項目得点

項目	n=45	
	平均値	S D
母親のコミュニケーション姿勢		
ショートステイ利用中の子どもケアの様子について聞くようにしている	3.6	1.0
自分のケアのやり方や方針について看護師に話すようにしている	3.4	1.0
子どものケアについて看護師と話し合う時間をとるように心がけている	3.3	1.0
合計得点	10.4	2.7
看護師のコミュニケーション姿勢に対する母親の評価		
看護師はショートステイ利用中の子どもケアの様子について報告してくれる	4.2	0.9
看護師はわたしのケアのやり方や方針を尊重し、取り入れてくれる	3.5	0.9
看護師は子どものケアについて話し合いの時間をとってくれる	3.2	1.1
合計得点	10.9	2.5
合計総得点	21.2	4.4

表5. ケア上の行き違いと母親のネガティブな気持ち, 母親のコミュニケーション姿勢, 看護師のコミュニケーション姿勢に対する母親の評価との相関 (Spearman) n=45

	母親のネガティブな気持ち	母親のコミュニケーション姿勢	看護師のコミュニケーション姿勢
心身の快適さを維持するための基本的ケア	.497**	-.355*	-.542**
生命を維持するための基本的ケア	.341*	-.151	-.253

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

適さを維持するためのケアにより高く認められた。ショートステイは時間単位や数日の短い期間のみ子どもを看護する場である。重度の障害をもつ人は環境の変化によって呼吸障害や脱水などで健康を悪化させやすく、排痰や飲水などのケアは熟練した技を必要とすることが多い。そのため、看護師は生命維持のケアに含まれる食事や服薬などについては家族と情報を共有する傾向にあり、看護師のケアの優先度を高くする割合も高いと思われる。一方、心身の快適さを維持するためのケアは、遊びや衣類などのケアなど、生命を維持するためのケアに比べ、ケアを行う人の価値や信念に影響されやすく、より個別的といえる。また、人的パワーによってケアの質も変化しやすいことが予測できる。そのため、母親は心身の快適さを維持するためのケアにより多く“ケア上の行き違い”を体験していたと推測された。

ケアにおいて行き違いが生じた時、母親は不満や怒り、失望、悲しみや情けなさなどつらい感情を自分自身や他者に向けており、ストレスフルな状態を表していた。情動は出来事や周囲の状況を正しく知覚することや手掛かりを制限し、相互作用を阻害する要因となる (King, 1985)。ケアにおける行き違いがあった時に生じるネガティブな気持ちは、現象への知覚を歪め相互作用を困難にする。看護師は行き違いが生じた時の母親の気持ちを適切に受け止めることが重要で、その行為が相互作用の中断や停滞を防ぐことにつながると思われる。

2. ケア上の行き違いと母親と看護師とのコミュニケーション

「看護師のコミュニケーション姿勢に対する母親の評価」は、障害のあるわが子のケアを行う母親に対して、そのケアを尊重し、ケアについて話し合いをしようとする看護師のコミュニケーション姿勢である。看護師とのコミュニケーション姿勢を高く評価している母親は、心身の快適さを維持するための基本的ケアにおける行き違いは低い傾向を示した。このことは、母親のケアのやり方を尊重し、ケアについて話し合う時間をとり、看

護ケアに取り入れていこうという姿勢、及びショートステイなどで障害児・者の様子をきちんと伝えられる看護師のコミュニケーション姿勢の重要性を示唆している。親とヘルスケア専門家との関係について、Ballingら (2001) は、ヘルスケアの専門家は親が持っている子どもに対する知識に協力的になることが重要であり、それはヘルスケアの専門家への信頼につながると述べている。母親は障害児・者を育てるという長い過程において、自分のケアの方法を培っていくが、それがBallingらの言う親が持っている子どもに対する知識であると考えられる。

「母親のコミュニケーション姿勢」は、母親の看護師とのコミュニケーション姿勢であり、どのような姿勢を持って行っているかを自己評価するものである。看護師とのコミュニケーションを能動的に取るうとする姿勢を高く持っている母親ほど、心身の快適さを維持するための基本的ケアにおけるケア上の行き違いは低くなる傾向を示した。

ケア上の行き違いを少なくするための方策として、母親と看護師とのコミュニケーションが明らかになった。これは、本研究の研究枠組みであるキングの相互行為のプロセス (King, 1981/杉森 訳, 1985; Doornbos, 2007) における知覚の一致・不一致とコミュニケーションとの関連を説明している。コミュニケーションの内容について本研究では、母親は看護師と子どものケアの様子を共有することに比べ、ケアの方針や方法について話し合うことは少なく、自分のケア方針を尊重されているとの認識も低い傾向にあった。母親と看護師との相互行為において、コミュニケーションを維持していく責任をもつ看護師は、母親は養育の過程で培ってきた個別的な子どもの見方やケアの方法を持っていること、それは子どものケアにとって重要であり尊重されることを望んでいることを理解する必要がある。看護師はBallingら (2001) の言う、親が持っている子どもに対する知識や技術について母親と話し合うことや、それらを理解し尊重すること、また子どもにとって極めて大事な看護ケアであるとのメッセージを伝え共有することを通して、母親とのケア上の行き違いを少な

くする介入の可能性が示唆された。

V. 本研究の限界と課題

本調査は、特定の地域の1施設、2病院のショートステイを利用する母親45名から導き出されたものであり、施設の特性や地域性などがデータに反映された可能性がある。また、対象者の養育している障害児・者の年齢を制限しなかったことから、1歳から40歳と幅が広く、母親の年齢幅も広がった。本研究においては、ケア上の行き違いには母親や子どもの年齢、ショートステイの利用頻度との関連は認められなかったが、施設や対象者を増やしていき、年齢を考慮した分析が今後必要になると考える。

V. 結語

今回の調査対象者はA県内の肢体不自由児施設(1施設)、病院(2病院)のショートステイを利用しながら、重度の障害をもつ児・者を在宅で養育している母親45名を対象に調査を行い、以下のことが明らかになった。

1. 日常的に行われる看護ケアの方法や方針において、86.7%の母親が看護師との間にケア上の行き違いを体験していた。
2. ケア上の行き違いは因子分析によって、2つの因子「生命を維持するための基本的ケア」と「心身の快適さを維持するための基本的ケア」が見いだされ、母親は「心身の快適さを維持するための基本的ケア」の方に有意に多くケア上の行き違いを体験していた。
3. ケア上の行き違いにおいて、母親は不満、怒り、悲しみ、失望、情けなさのようなネガティブな情動を体験していた。
4. 母親と看護師とのコミュニケーションは、ケア上の行き違いの程度に影響しており、看護師のコミュニケーション姿勢を高く評価している母親の方に「ケア上の行き違い」は少なかった。

謝辞

調査にご協力いただいたお母様方、関係者の皆様方に深く感謝いたします。

本論文は宮崎大学医系研究科に平成19年度に提出した修士論文の一部である。

文献

- Balling, K. & McCubbin, M. (2001): Hospitalized Children With Chronic Illness. *Journal of Pediatric Nursing*, 16 (2), 110-119.
- Doornbos, MM. (2007): King's Conceptual System and Family Health Theory in the Families of Adults With Persistent Mental Illness An Evolving Conceptualization, Christina Leibold Sieloff, Maureen A. Frey (Eds): *Middle Range Theory Development Using King's Conceptual System*, 37, Springer Publishing Company.
- King, IM. (1981)/杉森みどり (1985): キング看護理論, 73-97, 175-177, 医学書院, 東京
- 久野典子, 山口桂子, 森田チエ子 (2006): 在宅で重症心身障害児を養育する母親の養育負担とそれに影響を与える要因, *日本看護研究学会誌*, 29(5), 59-69
- 川村和子, 豊田ゆかり, 西嶋志津江, 他 (2002): 重度心身障害児の親が体験した医療者とのかわり, *愛媛県立医療技術短期大学紀要*, 第15号, 73-79
- 小室佳文 (2006): 小児リハビリテーションと医療茨城県立医療大学附属病院患者の分析から, *看護師の役割*, *小児看護*, 29(8), 959-964
- 厚生労働省; 平成18年身体障害児・者実態調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/index.html> [2009-12-25現在]
- 前田和子, 沼口知恵子, 服部満生子, 他 (2006): 茨城県の障害児を看護する看護師に期待される役割と能力, *茨城県立医療大学紀要*, 49-49
- 松岡治子, 竹内一夫, 竹内政夫 (2002): 障害児をもつ母親のソーシャルサポートと抑うつとの関係について, *日本女性心身医学会雑誌*, 7(1), 46-54
- 宮本真巳 (1995): 「違和感」と援助者アイデンティティ, 9-10, 日本看護協会出版会, 東京
- 村木英子 (2003): 発達障害がある子どもと家族のケア; 看護師の立場から, *小児看護*, 26(12), 1659-1661
- 野村美千江, 豊田ゆかり, 西嶋志津江, 他 (2002):

在宅重症心身障害児の親が経験する育児上の難
題, 愛媛県立医療技術短期大学紀要, 65-71

永山瑞江, 櫻木みゆき, 渡邊葉子 (2006): 「ショ
トステイ」今後の方向性 ~ 「家族の思い」・[看
護師の思い]を分析して~, 第51回全国肢体不
自由児療育研究大会抄録, 全国肢体不自由児施
設運営協議会, 81

大日向輝美, 木原キヨ子 (1996): 幼児期のダウ
ン症児を持つ母親の体験, 小児保健研究, 55(6),
713-720

及川郁子, 森秀子, 青木主税, 他 (2005): 発達に
障害のある子どもの看護, 83, メジカルフレ
ンド社, 東京

玉井真理子 (2002): 親を傷つけることなかれ, 助
産婦雑誌, 56(5), 18-21

牛尾禮子 (1998): 重度心身障害児をもつ母親の人
間的成長過程についての研究, 小児保健研究,
57 (1), 63-70

横山由美 (2004): ダウン症候群の子どもをもつ母
親が前向きに育児・療育に取り組めるようにな
る要因と援助, 聖路加看護大学紀要, 30, 39-47

「誰もが安心して暮らせる街づくり」のために ケアする人々が求める支援

Support for Caregivers to Improve Community Environment

長谷川珠代

Tamayo Hasegawa

要 旨

本研究は「誰もが安心して暮らせる街づくり」のためにケアする人が求める支援を明らかにし、その実現に向けた必要な支援の検討を目的に実施した。ヘルスケア・アートプログラムの一環として「誰もが安心して暮らせる街づくり」に対するグループワークを取り入れたプログラムを実施し、各参加者から示された意見をデータとして分析した。参加者は26名で、「誰もが安心して暮らせる街づくり」のためにケアする人が求める支援として、『人的社会環境の改善』『物理的環境の整備』『自分を発展させるきっかけづくり』『一緒に向上していくための仲間づくり』『健康の維持』の5つが抽出された。『人的社会環境の改善』には教育環境や福祉サービスや行政の協力などが示され、『物理的環境の整備』には道路の改善や訓練施設増加などが示された。『自分を発展させるきっかけづくり』には趣味や自分の時間の確保が示され、『一緒に向上していくための仲間づくり』には人材育成や協力者確保、『健康の維持』には健康診査や運動の必要性が示された。誰もが安心して暮らせる街づくり実現に向けたケアする人々に必要な支援として、ケアする人が自分自身のことを考えられ、自分の意見を表出できる機会を提供する支援と、安全で安楽な物理的環境と様々な分野が協力し合える協力体制を含めた地域ケアシステムの構築が重要である。

キーワード：ケアする人、障がい児・者、家族、ヘルスケア、地域づくり

caregiver, disabled children and people, family, healthcare, city planning

I. はじめに

我が国の在宅で生活している障がい児・者の数は年々増加しており、2006年厚生労働省が実施した身体障害児実態調査によれば、在宅で生活している身体障害児の数はおよそ93,100人と推計される（厚生統計協会，2009）。障がい児・者、特に障がい児が在宅で生活するためには、家族や専門職などの「ケアする人」による生活支援や医療的な支援が必要であり、障がい児数の増加に伴って

増加している。

国の障がい者対策として2003年に「障害者基本計画」が制定され、2006年には障がいの有無、程度にかかわらず、障がい児・者が有する能力に応じて自立した社会生活を営めることを目指した「障害者自立支援法」が制定された。それに伴い、障がい児・者の在宅生活が推進され、当事者や家族も自宅での生活を希望する傾向にあることから、在宅における生活支援や社会支援に対するニーズ

は大きく、その内容には日常生活面だけではなく医療的行為も含まれるため、ケアする人々の負担は大きい。このことから、療養生活の継続には本人を対象にするだけの支援ではなく、本人を支える家族や専門職のような「ケアする人」を対象にした支援も非常に重要であると考え。全国的に見ると、奈良県にある財団法人たんぼの家や、各県で福祉作業所などが中心につくる当事者グループによってケアする人を対象とした様々なケアの実施や、2008年A県では障がい児のレスパイト利用に関する調査の実施など、ケアする人々に対する支援が意識されつつある。ケアする人が行政の提供するサービスを利用するためには様々な条件と手続きが必要で、提供されているサービスと利用者の間には「利用しにくさ」という「ずれ」が生じている現状がある。

また行政が提供するサービスの利用に対する考え方は、病気の予防と重症化を防ぐところにあり、健康の維持や増進を目的とした支援は少ない。ケアする人は基本的に「健康」とみなされる場合が多く、「病気」や「障害」を前提としたサービスは活用しにくい現状がある。ケアする人のケアは医療や福祉のように「できないもの・足りないものに対する提供」ではなく、ケアする人がもっている「できる力」を伸ばし、日々の介護などによって疲弊している自分自身をケアしていけるような内容が望ましいと考えている。そのため、非営利的な、行政サービスだけに頼らない、ボランティアなどによる継続的な支援をシステムティックに提供できる地域の体制づくり、つまり『街づくり』が必要であると考え。筆者はケアにアートを取り入れた「ケアする人のためのヘルスケア・アートプログラム」を2004年より実践しており、ケアする人とボランティアが、地域の様々な資源や情報を選択・活用しながら自らをケアする活動を企画・運営していくための地域ケアシステムの構築と稼働を目指している。

今回はその一環として、様々な立場で障がい児・者への支援を行っている人、つまり「ケアする人」を対象とした意見交換会を開催し、『誰もが安心して暮らせる街づくり』に関する意見を得た。そ

こで本研究はケアする人から示された意見から、『誰もが安心して暮らせる街づくり』のためにケアする人が求める支援を明らかにし、そこから必要な支援を検討することを目的に実施した。

II. 方法

1. 対象

本研究では「ケアする人」を、特に地域で障がい児・者のケアに関わる人々、すなわち家族、ボランティア、専門職など全てを含む人々と定義した。『誰もが安心して暮らせる街づくり』に対して、これまでの経験などを基に障がい児・者との関わりが多く、ケアする人が求めている支援について様々な角度から意見も述べられるとして、地域で障がい児・者に関わる機会の多い障がい児・者団体の会員などを対象とした。地域で健康づくりを目的とした活動をしているNPO法人協力のもと、A県子ども療育ネットワークなどに参加しており、障がい児・者のケアを通してつながりがある、障がい児・者団体理事や会員、障がい児・者施設運営者、専門職者などに研究協力依頼書と説明書を送付し、参加を依頼した。

2. データの収集方法

2008年3月にヘルスケア・アートプログラムとして、グループワークを取り入れたプログラムを行った。グループワークは、はじめに『障害の有無にかかわらず、誰もが安心して暮らせる街にするためには』というテーマで、各参加者に10枚ずつアイディアカード（以後、カードという）を記入してもらった。カードを記入する際は『 』のために する』のように、目的と行動を明記する書き方に統一した。個人ワーク終了後、5～6人で1つのグループをつくり、グループごとに各自のアイディアについて話し合った。最後に各グループで出された意見を発表し、全体で深めた。

本研究ではグループで話し合う前の、各参加者がカードに記載した内容をデータとした。

3. 分析方法

各参加者が個人でカードに記載した内容、すな

わちグループで話し合う前の内容をデータとした。はじめに各カードに示されたアイデアを端的に表す内容に置き換え、コードとした。その後、コードに示されている内容を表す名前をつけラベルとした。ラベルを類似点と相違点で分類し、その内容を示す名前をつけ、最終的に『誰もが安心して暮らせる街づくり』にケアする人々が求めている要素を表すカテゴリーを抽出した。

4. 倫理的配慮

実施に先立ち、説明書を基に研究の目的と方法を口頭で説明し、同意書にて研究参加への同意を得た。倫理的配慮として、参加者が自由に意見を述べられるよう所属や役職を示さず参加できるようにした。またデータを分析する際は個人が特定されないようIDでを使用した。研究への参加に対する同意はいつでも撤回できること、研究に対する質問等がいつでも行えることを説明し、研究者の連絡先を明記した説明書を配布した。

III. 結果

参加者は26名（男性7名、女性19名）、平均年齢37.4歳（20～67歳）、所属は障がい児・者団体理事や会員、障がい児・者施設の運営者、理学療法士や訪問看護ステーション看護師などの専門職、学生であった（表1）。参加者から示されたカードは全部で168枚、一人あたり平均6.5枚であった。

表1. 参加者の背景 単位：人

人数		26 (男性6 女性20)
年齢階級別人数	20歳代	9
	30歳代	2
	40歳代	4
	50歳代	6
	60歳代以上	1
	不明	4
平均年齢（歳）		38.3
所属	障がい児・者団体会員	6
	施設運営者	3
	保護者	3
	専門職者	5
	学生	9

最終的に導き出された『誰もが安心して暮らせる街づくり』にケアする人々が求めている要素を表すカテゴリーは、『人的社会環境の改善』『物理的環境の整備』『自分を発展させるきっかけづくり』『一緒に向上していくための仲間づくり』『健康の維持』の5つであった。

1. 人的社会環境の改善（表2）

『人的社会環境の改善』に分類されたカードは53枚で、最も多くの意見が示された。人的社会環境の改善には「福祉制度が整う」「知識を普及する」「情報を得られる」「相談できる」「連携がとれる」「教育環境が整う」「行政と協働できる」「社会制度が整う」「職場環境が整う」という9つのラベルが含まれ、社会的環境の中でも、人が関わることで改善できる内容、政治的側面も含めた人の考えや判断が影響を与える内容で構成されている。「福祉制度が整う」には、助成が受けられる、福祉用具を開発・確保するなどの項目が含まれ、経済的安定や介護負担軽減のための対策や制度を求める意見が示された。「知識を普及する」には障害に対する理解を深めるために情報を発信していくという意見が示され、「情報を得られる」には経験者の語りや海外福祉先進国の情報など、自分の知識を増やし、経験に生かせる情報を得るという意見が示された。「相談できる」には、いつでも相談が出来る窓口や体制の必要性が示され、「連携がとれる」や「教育環境が整う」、「行政と協働できる」、「職場環境が整う」には当事者と医療・福祉・教育・地域など様々な分野が一緒に活動できる体制づくりを求める意見が示されていた。また「社会制度が整う」には医療制度や就職など、社会や行政の制度整備や理解を求める意見が示された。

2. 物理的環境の整備（表3）

『物理的環境の整備』に分類されたカードは44枚であり、「地域の環境が整う」「施設がある」「公共施設が整う」「住環境が整う」という4つのラベルが含まれた。このカテゴリーは社会的環境の中でも、特に施設や設備などのハード面に視点

表2. ケアする人が求める支援カテゴリー『人的社会環境の改善』

データ	ラベル (数)	カテゴリー
1 経済負担を軽減するため行政が補助金を出す	福祉制度が整う(16)	人的社会環境の改善
2 トレーニングセンターを開設するために助成金申請する		
3 福祉先進国へ行く為に助成金を申請する		
4 息抜きのために温泉無料券を配る		
5 両者の負担を軽減するためにバリアフリー化に補助する		
6 障害のある人達が外出を楽しめるように福祉車両の助成をする		
7 お金の心配をしなくていいように補助をいっぱいもらえる		
8 在宅で生活するためにニーズにあったサービスを提供する		
9 介護者がリフレッシュする時間を確保するために介護の代わりが頼める仕組みを充実させる		
10 車に乗れない人の為に移送サービスを充実する		
11 介護負担を軽減するため介護用品の種類を増やす		
12 トイレ介助を楽にするために介助用具の開発をする		
13 生活介助用品などの開発と普及を進めるためのプロ集団をつくる		
14 医療ケアの必要な子供が外に出られるように訪問看護を在宅以外でも利用できるようにする		
15 介護負担を減らし、安全に暮らすために福祉用具を開発・利用する		
16 障がい児・者と一緒に海で遊べるように船の設備を開発する		
17 就労の機会を増やすために社会体験の場を増やす		
18 生まれた地域でより楽しく生活するために理解者をたくさん作る		
19 障害という意識をなくすためにキャンペーンをする		
20 知識を深める為に介護に触れ合える機会を増やす		
21 暮らしやすい街づくりのために当事者が発信できる又は発信の仕方の研修会をする		
22 他者の協力を得る為に教育現場での指導を行い関心・理解を深めていく	情報を得られる(7)	
23 不安をできるだけ小さくする為に情報を得る手段を考える		
24 食事を一人でも摂れるように自助具などの貸し出しをもっと広める		
25 介護の経験を伝えることにより効率的な介護の実現を進める為にチーム作りをする		
26 福祉国家のあり様を知るために海外に行く		
27 不安や分からないことを減らすために経験者から話を聴く		
28 治療方法などを知るためにホームページに医療機関の紹介を詳しく載せる		
29 介護が苦にならないようにするために介護機器について知る	相談できる(6)	
30 介護に困った時に介護の立場に立って相談ができる場所(行政でなく)を作る		
31 悩みを相談できるようにするため電話相談事業を設置する		
32 介護で困った時に相談できるように24時間対応の窓口を作る		
33 悩みを話す相手を作るために無料で電話出来る所を設置する		
34 緊急時のためにコール施設を整備する		
35 気軽に相談できるように相談センター、担当者を設置・配置する		
36 重症児も在宅で生活するために関係機関のネットワークを作る	連携ができる(6)	
37 安心して生活するために緊急の時の連絡先を決めておく		
38 障害のある当事者団体との連帯を深める		
39 新しいことを始めるためにその道に明るい人の応援がある		
40 安心して暮らせるように医療・福祉・教育の連携を図る		
41 地域の中で障害児が暮らしやすくなる為に地域連携を行政・地域・学校などが協力する	教育環境が整う(5)	
42 障害児も普通学校に通うようにするために学校での専門教師の配置をする		
43 障害児も普通学校に通うようにするために学校での医療体制を整える		
44 勉強をするための学校を整える		
45 介護について理解を深める為に義務教育年限中に介護体験学習を必須にする		
46 学校生活を安全・安心にするために看護師を学校に配置する	行政と協働できる(3)	
47 経済的な支援の必要性を行政に働きかける		
48 施設運営のため行政担当者とディスカッションする		
49 引きこもりを防止するために行政からの働きかけを充実させる	社会制度が整う(3)	
50 安心して暮らすために医療費の負担を軽減する		
51 安心して暮らすために仕事や年金を保証する		
52 生活を充実するために安定した収入を得られる仕事をする	職場環境を整える(1)	
53 家族が協力して介護できるように仕事の時間を短くする		

表3. ケアする人が求める支援カテゴリー『物理的環境の整備』

データ	ラベル (数)	カテゴリー
1 どこへでも出かけられるように全ての道・お店がバリアフリーである	バリアフリー(21)	物理的環境の整備
2 心が穏やかなるようにきれいな街にする		
3 車イスの子どもと一緒に外食する食べるためにテーブル席を移動タイプにする		
4 一人でも安心して外出できるよう歩道をすべてバリアフリーにする		
5 気軽に買い物するために店の駐車場にスムーズに車をとめられるようにする		
6 車イスで移動するために道路をバリアフリーにする		
7 外出を多くするために街中をバリアフリーにする		
8 温泉に行くために出入り口をバリアフリーにする		
9 皆一緒に暮らすためバリアフリーにする		
10 車椅子で独りでも出掛けられるように道路をバリアフリーにする		
11 自由に旅をするために行きやすい手段を探す調べる		
12 車イスでの移動が容易になるように歩道や車道の傾斜, 段差を少なくする		
13 車いすで外出するために車への積降しの負担を軽くする仕組みを考案する		
14 自由に外出するために周囲の環境を整備する		
15 楽しく過ごすためには積極的に外出していく		
16 自分を知ってもらうため地域に出る		
17 外出しやすくするために道路・歩道を整備する(段差・ゴミ・障害物)		
18 自由に選択できる様に同じ施設や店を複数作る		
19 皆が自由に外出出来る様スロープやエレベーターを整備する		
20 人との関わりを増やすためコミュニティゾーン(広場, 場所)を身近な所に設置する		
21 外食して楽しむためにバリアフリーの店を増やす		
22 おいしいものを食べる為に近くに新鮮な物を求められる店(人)がある	施設がある(15)	
23 安心して働くために子供を障害の制限なしで預かってくれる所を作る		
24 働くために子供を預ける場所を作る		
25 緊急時に対応できるように小児病院を増加させる		
26 介護者がレスパイトや急な用事でいつでも利用できるショートステイ施設の数を増やす		
27 障害児の家族をレスパイトさせるために受け入れ施設を増やす		
28 健康に暮らすため病院を増やし整える		
29 育児負担を軽減するために保育園等を増やす		
30 療育充実させるためにK学園方式の施設を開設する		
31 安心して出歩けるために車イスのトレーニング施設を開設する		
32 良好な介護を継続するために介護者がレスパイトするための施設を増やす		
33 互いにゆっくりできるようレスパイトの場(センター等)を作る		
34 介護する家族がレスパイトするためにショートステイ先を増やす		
35 療育に関する専門機関がつかれるように運動する		
36 リハビリするために療育施設を増設する		
37 公園や遊園地で無理なく楽しむために, 車イスごと乗れるカートを備える	公共施設が整う(6)	
38 ドライブ中にオムツ交換をするために身障トイレに簡易ベッドを設置する		
39 公共の交通機関を使って旅行するために駅にエレベーターを設置する		
40 雨の日のために役所や店の入り口にカーポートを設置してもらう		
41 親子で遊べるようにするために公園・公民館または安全な遊具等身近なところに配置する	住環境が整う(2)	
42 外に出るときは公共の乗り物等を利用する		
43 介護の必要な人が家の中で自由に動けるよう大きな家を持てる		
44 子育てのため田舎に住む		

をおいた内容で構成されている。「地域の環境が整う」には道路や店などのバリアフリー化を求める意見が示され、障がいの有無、車いすの利用があっても外出できる、外出したいと思えるような環境づくりが求められた。特に「公共施設が整う」では、役所や駅などの公共施設におけるバリアフ

リー化や雨天時にも利用しやすい環境づくりを求める意見が示された。「施設がある」には専門の療養施設やレスパイト施設、保育園、病院など、様々な施設が自由によりニーズに合わせて利用できる体制を求める意見が示された。「住環境が整う」では、介護のしやすい住宅内の環境や、新鮮

なものが買うことのできるお店などの生活環境を
求める意見が示された。

3. 自分を発展させるきっかけづくり (表4)

『自分を発展させるきっかけづくり』に分類されたカードは34枚であり、「集まる場がある」「時間をつくる」「趣味をもつ」「学習できる」という4つのラベルが含まれた。このカテゴリーは『誰もが安心して暮らせる街づくり』に求める支援として、対象者自身の変化や行動を起こすために必要な要素を示す内容で構成されている。「集まる場がある」には、交流会や講演会、定期的なイベントなど人が集まる機会を求める意見が示された。

「時間をつくる」には対象者であるケアする人々自身が楽しむ時間、自分自身について考え、振り返る時間をもつことが大切であることが示された。「趣味をもつ」にはカラオケや音楽など日常生活の中に気持ちの切り替えが出来るような工夫が必要であることが示された。「学習できる」には様々な技術や知識などを学習する機会を求める意見が示された。

4. 一緒に向上できる仲間づくり (表5)

『一緒に向上できる仲間づくり』に分類されたカードは27枚であり、「地域がつながる」「仲間ができる」「意思を表示できる」「人材を確保する」

表4. ケアする人が求める支援カテゴリー『自分を発展させるきっかけづくり』

データ	ラベル (数)	カテゴリー
1 相談できるように集まる場所がある	集まる場がある(13)	自分を発展させるきっかけづくり
2 近所の人の顔を知るためにお茶会を開く		
3 様々な人と出会うために家族会や交流会を開く機会を作る		
4 介護に関する情報を広めるため行政で講演会を開く		
5 ご近所が仲良くなる為に皆で一緒に楽しめる催しがある		
6 良い仕事ができるように愚痴をこぼせる場がある		
7 レスパイトを促進するために非日常的企画を定期的開催する		
8 困っていること(悩み)を共有するために参加しやすい集まりを定期的にする		
9 息抜きできる場を作るために街でお茶会などを開催する		
10 他人との情報交換・共有をするために集まる機会を作る		
11 街中の人が顔見知りなれるように夏祭りを開いて楽しむ		
12 情報交換するために集まる機会を作る		
13 仲良くなるために行動を共にする(海・山・etc)		
14 障害児の母が自分の人生も充実させるために母自身の人生を考える機会を持ってもらうようにする	時間をつくる(9)	
15 日々のイライラを解消するためにおいしいものを食べに行く		
16 心にゆとりを持つために自由な時間を持てるようにする		
17 心安らかに介護するために心にゆとりを持てるよう自分の時間を作って遊べるようにする		
18 気分転換するために自分の時間を確保する		
19 より良い介護をするために介護者は気分転換をする		
20 家事を減らすためにお惣菜を買う		
21 好かれるため自分をキレイに見せる	趣味をもつ(7)	
22 子どもの笑顔を見るために娘を一日数回抱きしめる		
23 ストレスを軽減するためにいい音楽を聴く		
24 小さな幸せを感じるために植物を栽培する		
25 お花見をするために家の周りに色々な花木を植える		
26 笑うために落語を聞く		
27 思い切り大声で歌う為にカラオケルームを利用する		
28 ストレスをためないよう時々カラオケに行く	学習できる(5)	
29 介護する人が心身共に健康であり続けるために趣味等を持つ		
30 出来るだけ負担の少ない介護になるようにそのスキルを学習する		
31 行政担当者にも障害に関する理解を深めてもらう為の勉強会などを企画する		
32 スキルアップのため研修に参加する		
33 理解をしてもらう為に勉強会(セミナー)を沢山行方(開く)		
34 理解するために沢山の知識を身につける		

表5. ケアする人が求める支援カテゴリー『一緒に向上できる仲間づくり』

データ	ラベル (数)	カテゴリー
1 隣近所全体が見てくれるつながりのある街にする	地域がつながる(13)	一緒に向上できる仲間づくり
2 困った時に助けてくれる近所を気軽に作る		
3 心豊かにするために人と人を大切に作る		
4 連携するために人と人を継いでゆく		
5 楽しく生活するために多くの人との出会いを大切に作る		
6 戦争の不安をなくすために世界中の人が手をつなぐ		
7 地域医療を充実させるため特定の医療機関だけでなく協力体制を整える		
8 常時介助で自由な外出ができない状況の改善の為、協力チームを作る		
9 いつまでも健康でいる為に見守る人たちがたくさんいる		
10 街の人間関係を良好にするために街で会う人みんなにあいさつや会話をする		
11 外に出る機会が増えるようにするためにいろんなサークルを作る		
12 皆が過ごしやすくするため困っている人を見かけたら自分から声をかける		
13 介護負担を軽減するために地域・家族で介護を分担する		
14 生きる希望を失わない為に話し合える仲間作りをする		
15 孤立しないためにいつでも話し合える仲間を作る		
16 実現するために仲間の力を結束する		
17 情報を共有・交換するため自助グループを活性化させる		
18 より良い方法を見つける為に言い合える仲間と酒がある		
19 ストレス発散するために相談等出来る仲間を増やす		
20 ケアするために意志を表現する	意思を表示できる(3)	
21 街の中で危険な場所や不便な場所をなくすために介護者や本人・家族に対して定期的にアンケートやインタビュー等を実施する		
22 子供のため自分を変える		
23 買物がしやすいようにお店にサポートする人を配置してもらう	人材を確保する(2)	
24 食事をゆっくりするために多くの人で介護する	人を育てる(2)	
25 療育に関するスペシャリストを育てる人材育成機関をつくる		
26 介護の負担を減らすために街の人がボランティアで介護の手伝える支援体制を作る	家族で話し合える(1)	
27 介護の負担が家族の一人にかからないように話し合いや団らんの場を持つ		

表6. ケアする人が求める支援カテゴリー『健康の維持』

データ	ラベル (数)	カテゴリー
1 子供をケアするために体力を健康維持する	身体を動かす(6)	健康の維持
2 自己浄化するために森林浴もしくは散策を週2回はする		
3 介護者の気分転換を図るために自宅等で軽い体操をしたりカラオケをする		
4 同じ姿勢を取り続ける時間を少なくするために活動プログラムをつくる		
5 介護を必要とする人が笑顔で暮らせるために心身の健康をサポートする		
6 健康にいる為には介護者が体力づくりをする		
7 健康に暮らすために介護者のための健診を定期的にする	健診を受ける(3)	
8 健康を保つため月一回健康診断する		
9 介護をする人が体調管理を行えるよう無料で健診を受けられる		

「人を育てる」「家族で話し合える」という6つのラベルが含まれた。このカテゴリーには、人と人の関係、特に人と人、関係者同士、心と心などの「つながり」を示す内容で構成されている。「地域がつながる」には地域の人々が声を掛け合い、協力し合える関係づくり、「仲間ができる」には話し合える、気持ちが共有できる、近しい友人・知人のような人間関係を必要とする意見が示された。

「意思を表示できる」にはアンケートの実施や自分自身がしっかり意見を伝えるような体制の必要性が示された。「人材を確保する」や「人を育てる」には、協力し合える人材、理解し合える人材を地域や社会で育成、確保することの大切さを示す意見であった。「家族で話し合える」には家族内で協力できる体制の必要性が示されていた。

5. 健康の維持 (表6)

『健康の維持』に分類されたカードは9枚であり、「身体を動かす」「健診をうける」という2つのラベルが含まれた。このカテゴリーには、特に身体的健康状態の管理に視点をおいた健康づくりの必要性を示す内容で構成されている。「身体を動かす」には運動を自宅内外で実施できること、森林浴など身体を動かして健康を高めること、維持することが示された。「健診をうける」には、介護をしながらも定期的な健康診査を受けやすい体制整備の必要性が示された。

IV. 考察

1. 対象について

本研究の対象者は平均年齢37.4歳で、年齢幅は20代から60代と幅広い年齢層の対象を得ることができた。また地域の健康づくり活動や障がい児や家族の余暇活動を行っているNPO法人代表の協力の下、日頃の活動の中で関わりのある方々に参加協力依頼を行った結果、地域で積極的に活動している方々の参加があった。今回学生以外の対象者は、家族に障がい児・者のいる方々であったことから、家族として当事者の視点に立った意見と、対象者自身の「ケアする人」としての意見を多角的に得ることができたと考える。

2. 『誰もが安心して暮らせる街づくり』のためにケアする人が求める支援

今回、カードに示された「 のために」という目的を示す内容を重視して分析した結果、本研究における『誰もが安心して暮らせる街づくり』のためにケアする人が求めている支援を表すカテゴリーとして、『人的社会環境の改善』『物理的環境の整備』『自分自身を発展させるきっかけづくり』『一緒に向上できる仲間づくり』『健康の維持』の5つを抽出することができた。本研究で示されたカテゴリーの内容と、厚生労働省の障害者ケアガイドラインにおいて障害者自身のニーズとして示される8領域（生活基盤 健康 日常生活活動 家族支援 コミュニケーションスキル 社会生活技能 社会参加 教育や就労）は類似してい

た。このことから障がい児・者のニーズを満たす支援が、ケアする人の支援につながることを示唆された。日本における医療や福祉の現状として、ケアする人は基本的に「健康」とみなされる場合が多く、「病気」や「障害」を前提としたサービスは活用しにくい状況にある。しかし求める支援の類似性を考えると、障がい児・者などの「ケアを受ける人々」と、彼らに関わる家族や専門職など「ケアする人」を共に支援できる体制や制度、支援内容を検討していくことは『誰もが安心して暮らせる街づくり』実現に向けて重要であると考ええる。

ケアする人が求めている支援のうち、『人的社会環境の改善』『物理的環境の整備』については障がいの有無にかかわらず、当事者からもケアする人からも求められる内容であり、地域や社会に求められている支援が示されていた。また『自分自身を発展させるきっかけづくり』『一緒に向上できる仲間づくり』『健康の維持』には、特にケアする人自身に対する支援として求めている内容が示されていた。これは「ケアする人」を対象におこなった結果得られたものであり、より「ケアする人」が求めている特徴的な支援を示していると考えられる。以上のことより『誰もが安心して暮らせる街づくり』実現に向けて必要な支援として、ケアする人々に必要な支援と地域社会に必要な支援の2つを検討する。

3. 『誰もが安心して暮らせる街づくり』のために必要な支援

1) ケアする人々に必要な支援

『自分自身を発展させるきっかけづくり』には実に様々な内容が示された。素敵な音楽を聴いたり、美味しいものを食べたり、おしゃべりをする機会、ガーデニングやオシャレをして人と会うことなど、ケアする人が自分自身を楽しむ機会や時間が求められていた。

「ケアする人」の中で、特に障がい児の保護者など、日常生活の中により多くのケアに携わる場合、ケアする人にとってケアは日常化、生活と一体化している場合が多く、ケアする人自身がちょっ

とした楽しみを考え、実行する機会をもつことさえ難しい現実がある。このことからケアする人に対する支援には、一方的に何かを与えるような受動的なものや、型にはまったものではないものが必要であると考え。支援を受けることを通して、やりがいや楽しさ、解放感、充実感などの『心地よさ』をケアする人自身が主体的に、積極的に感じられるような柔軟なものが必要で、ケアする人が「自分」に戻れる機会を提供していくことが重要であると考え。その一つとして、アートを用いた支援を提案したい。「アート」は答えがなく自由な自己表現の手段である。また、製作過程を通して楽しさや解放感、一体感などが得られるものであり、アートを通して参加者が時間や思いを共有することで仲間作りや自分自身を見つめる場にもつながる可能性を秘めている。筆者はアートをヘルスケアに用いた、ヘルスケア・アートプログラムを実践し、参加者へのリフレッシュ効果、ネットワーク効果を検証している(長谷川, 2007)。また、アメリカや韓国、オーストラリアなど様々な国において、アートを用いたケアする人のケアは効果をあげている(リン・ケイブル, 2003)。今後、アートをケアする人の支援に用いることは、『誰もが安心して暮らせる街づくり』の実現に向けた効果的な支援になると考える。

また、『自分自身を発展させるきっかけづくり』や『一緒に向上できる仲間づくり』では、当事者が意見を示せる体制や環境が求められていた。荒賀(2004)は、障がい児に対する支援活動として、グループを支援していく必要性を述べ、同じような障がい児をもつ親同士、子ども同士が、仲間づくりができる場になり社会参加を促すことができると述べている。安梅(2004)はグループインタビューの効果をもとに、日常生活の延長上として「現実」の情報に接近することができ、様々な情報を引き出すことができることと述べており、今回のプログラムにおいても参加者が1つのテーマを一緒に考え、共有するなど、活動そのもの楽しさを感じることができ、年齢や立場が異なっても意見を伝え合うことができている。このことから、今回のような意見交換会や研修会などのような「場」

や意見を出し合い、行動につながるような「仲間」をつくっていくこと、定期的なアンケートを実施するなど、ケアする人々の声を聞く姿勢・体制が重要であり、声を発していけるようケアする人々自身をエンパワーメントすることの必要性が示唆された。

ケアする人々が求める支援は多岐にわたっていることが示された。その多様なニーズに応えていくためには、柔軟な発想と対応が可能な地域のボランティアやNPO法人、民間事業所などによる自由で、身近な、自分達らしさが反映された支援が必要で、これらの活動が継続し、より発展していくためには地域全体の様々な活動を包括的に理解することができる行政との連携が必要であると考え。

2) 地域社会に必要な支援

人的社会環境の改善に示された「福祉制度が整う」には経済的安定や家族の介護負担軽減を意識した意見と、「連携がとれる」や「教育環境が整う」、「行政と協働できる」、「職場環境が整う」のように医療・福祉・教育・地域など様々な分野が共に行動できる体制の必要性が示された。つまり誰もが安心して暮らせる街づくりを実現するためには、当事者と行政、他機関をつなぐコーディネイト役割を担うという支援が必要であることが示唆された。また物理的環境の整備には、公共施設や道路などハード面の改善を求める意見が示された。2003年に障害者基本法や障害者福祉法が制定され、ノーマライゼーションの考えが広く社会に浸透しており、建築などの現場においても誰もが使いやすいデザイン、すなわちユニバーサルデザインが意識されている。宮崎市では2003年、国の健康づくりプランである「健康日本21」に基づく「健康宮崎市市民プラン」を策定している。その中の「すべての人が安心して出かけられるまちづくり」では、地域の役割としてお互いが支えあえる環境づくり、行政の役割として施設や歩道のバリアフリー化を推進することが示されている(宮崎市, 2003)。しかし2008年の中間評価における達成度では、建築物のバリアフリー基準の適合率は83.3%であり、目標の90%以上には達していな

い(宮崎市, 2008)。今回示された意見の中では車いす使用や障がいがあっても歩く動作が円滑にでき、家族や専門職が安心して活動していくためには、公共施設や設備、道路などの整備の重要性が示された。これらは障がいの有無にかかわらず必要で、社会で取り組むべき支援であり、その支援を担うのは地域の政策をつかさどる自治体であると考えられる。しかし、これらの実現に向けてケアする人やケアする人を取り巻く地域住民一人ひとりの意識が、その必要性を政策に訴えていくことが重要であり、人々の声を政策に反映させ、改善に向けて共に活動していけるような地域システムの構築が最も重要であると考えられる。

4. 研究の限界と展望

本研究におけるデータの分析は、筆者が単独で行ったものであり、抽出された結果には研究者の主観による偏りが生じた可能性がある。そのため、今後、研究における妥当性と信頼性を確保するためには複数の研究者による検討を重ねていき、より多くの「ケアする人」の意見を反映させた結果を得るなど研究を重ねて一般化していく必要がある。

V. おわりに

ケアする人のためのヘルスケア・アートプログラムの一環として、様々な立場で障がい児・者への支援を行っているケアする人を対象に、グループワークを取り入れた意見交換会を開催した。そこで得られた意見から『誰もが安心して暮らせる街づくり』にケアする人が求める支援を分析し、『誰もが安心して暮らせる街づくり』の実現に向けて必要な支援を検討した。その結果、26名の参加者から168のアイデアが示され、『誰もが安心して暮らせる街づくり』に求める支援として『人的社会環境の改善』『物理的環境の整備』『自分を

発展させるきっかけづくり』『一緒に向上できる仲間づくり』『健康の維持』という5つのカテゴリーが抽出された。

『誰もが安心して暮らせる街づくり』の実現に向けて必要な支援として、大きくケアする人々自身に対する支援と地域社会に必要な支援の2つが示唆された。家族や専門職を含めた全てのケアする人々自身に対する支援として、彼らの意見を社会に示せるような意見交換会や研修会などの「場」や「仲間」づくり、自分自身の時間や健康を考えられる「きっかけ」づくりの必要性が示された。また地域社会に必要な支援として、特に医療・福祉・教育・地域など様々な分野が協働で支える体制と施設や道路のバリアフリー化などハード面の整備を含めた、地域システムの構築が重要であることが示唆された。

引用文献

- 荒賀直子編集 (2004) : 地域看護学.jp, 295-301, インターメディカル, 東京
- 厚生省の指標 国民衛生の動向 (2009), 108-109, 財団法人 厚生統計協会, 東京
- 宮崎市健康福祉部保健総務課 (2003) : 健康みやざき市民プラン, 45-46, 宮崎市
- 宮崎市健康管理部保健総務課 (2008) : 健康みやざき市民プラン中間評価&見直し, 70-71, 宮崎市
- 宮崎県障害福祉課 (2008) : 重症心身障がい児(者)の療育に関するアンケート調査報告書, 宮崎県
- 長谷川珠代 (2007) : ケアする人を支えるヘルスケア・アートプログラムの開発と地域ケアシステムの構築 平成16年~平成18年度科学研究費補助金 若手研究(B) 報告書, 宮崎大学
- リン・ケイブル編集 (2003) : ケアする人のためのケア 日米における草の根的率先活動, アーツ・イン・ヘルス学会, Washington, DC
- 安梅勅江著 (2004) : ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法, 1-12, 医歯薬出版株式会社, 東京

新人男性看護師の経験

－ 2 年目新人男性看護師の語りから －

Experience of New Male Nurses for One Year : Based on Their Narratives

緒方 昭子¹⁾・内柱 明子²⁾・土屋八千代¹⁾

Shoko Ogata・Akiko Naityuu・Yachiyo Tsuchiya

要 旨

新人看護師の離職率が高くさらに男性は働きにくいと考えられる中で、1年間就業した男性看護師の経験を分析し、1年間仕事を継続できた要因を明らかにすることを目的に、平成19年4月に新規採用され、始めて看護師として働いた男性看護師5名に半構成面接を行い、質的帰納的分析を行った結果【男性看護師であること】【女性看護師への負担感とジレンマ】【先輩男性看護師の存在】【看護の喜び】【これからの目標】の категория が抽出された。新人男性看護師は女性患者に拒否される経験を通してショックを受けたり、女性看護師に申し訳ないという思いを抱くなどの男性ならではの経験と、男性として家庭を守るという性役割をもち仕事をしてきた。そして看護師として、1年間の業務の中で患者の言葉や目標とする先輩看護師の存在で仕事のやりがいを感じていた。

キーワード：男性看護師，新人看護師，女性患者の拒否

male nurse, new nurse, denial of woman patient

I. はじめに

平成19年度看護関係統計資料集の就業者数による男性看護師数は、平成10年14,885人、以後2年ごとに前年度数の約20%前後の増加を示し、その数は平成18年には31,594人と平成10年の約2倍に増加しているが、看護師総数のわずか3.9%でしかない(日本看護協会, 2008)。また、男性看護師をキーワードとし医中誌で検索した結果は68件と少なく、その中で、男性看護師は女性患者から女性看護師へのケアの交代を希望されている状況があることが述べられている(大山, 2006; 井手, 2003; 橋本, 2005)。また看護教育では、男性看

護者と看護の持つイメージとの接点が少ない現状や、男性にとっては共同しにくい職場となっていることが述べられている(合田, 2004)。男性看護師の業務については、性役割、性別役割分業からの影響を受けている(明野, 2004)ことや、女性看護師との関係においては、社会的認知度に起因する劣勢を補おうとして孤立回避するために意図的、積極的に行動していることが述べられ(松田, 2004)、管理者からは、男性的な考えかたがケアに加わることによって業務が活性化されるなど男性性を期待していることが報告されている(袴田, 2003)。これらのことから、少数者集団で

¹⁾ 宮崎大学医学部看護学科 成人・老年看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

²⁾ 宮崎大学医学部附属病院
University of Miyazaki Hospital

ある男性看護師の女性看護師とは異なる状況が明確となった。

新人看護師の離職の原因の一つにリアリティショックが取り上げられている(横土, 2000)。さらに新人男性看護師は女性看護師とは異なる環境で、新人看護師としての体験をすることが考えられる。そのため、新人男性看護師が就業後1年間に経験したことや仕事を続けることに影響した要因について、彼らの語りから明らかにする必要があると考えた。これらから得られたものを基に男性看護師のサポート体制を整えることで、新人男性看護師の働きやすい環境を調整することにつながり、男性看護師数の増加が見込めると思われる。男性看護師の存在により、職場の活性化が図れ快適な職場環境となることで、看護師の離職防止の一助となり看護の質を保證することにつながると思われる。

そこで今回、就業後1年が経過した男性看護師の語りを通して、新人男性看護師の経験を知り、男性看護師が働き続けていくことに影響すると思われる要因を明らかにすることを目的に研究を行った。

II. 研究方法

1. 研究対象

A県内の200床以上の3病院に、平成19年4月に看護師として初めて就職し1年が経過した男性看護師 5名

2. 対象者選定

研究者が学生時代を知っている男性看護師と、その看護師から紹介を受けた同僚の2年目男性看護師に、研究の趣旨を説明し研究協力を依頼し同意を得た。

3. 研究期間

平成20年5月1日～6月10日

4. データの収集方法

プライバシーの確保できる場所で、一人30～60分程の半構造化面接を行い、ICレコーダに録音し逐語録を作成した。

< 質問内容 >

- ・看護師を目指した理由
- ・仕事を辞めたいと思ったことがあるか、あればその原因と今まで続けられた理由は何だと思うか
- ・女性が多い職場で働いて思うこと
- ・看護という仕事をどう考えるか学生時代と同じか
- ・1年たって思うこと

5. 分析方法

男性看護師に特有の経験を抽出するために、先行研究の男性が性差や少数派としての困難を乗り越える過程や、男性看護師の職業経験から抽出された概念を参考にし、研究者間で話し合いながら逐語録から男性ならではの経験と思われるものを抽出しコード化した。次にコードのそれぞれを意味類似性に従いカテゴリー化しサブカテゴリーとして名称をつけ、さらに意味類似性に従いカテゴリー化し名称を付けた。

6. 倫理的配慮

同意が得られた後、所属施設の管理者に研究の趣旨を説明し承諾を得た。

研究対象者に研究内容を書いた研究依頼書を用い以下の内容を説明し、同意書を交わした。プライバシーの確保を行う。会話をICレコーダに録音する。途中で断ってもよい。インタビューに答えなければ答えなくもよい。終了後のデータは確実に処分する。結果を公表する。その際個人および施設が特定されないように配慮する。

III. 結果

1. 研究対象者の概要

対象の年齢は23歳から30歳であり、5名のうち2名は社会人経験後に看護師という明確な目標を持ち看護学校に進学し勤務していた。1名は高校時代から看護師志望で看護系大学に進学し勤務していた。残りの2名は進路決定時点では看護師という明確な目標をもたずに、医療系の仕事という漠然とした進路選択により看護学校に進学し勤務していた。

それぞれの勤務病棟は、循環器内科病棟、一般内科病棟、腎・泌尿器科病棟、感覚器疾患病棟、整形外科病棟であったがインタビューの返答の中では病棟による業務内容の差は見られなかった。看護師を辞めたいと思ったことがあると答えた対象は2名であった。

2. 分析の結果

逐語録から124のコード、17のサブカテゴリー、5のカテゴリーが抽出された。以下に分析内容を示す。【 】はカテゴリー、< > はサブカテゴリー、『 』は対象者の発言を示す。

新人男性看護師は就職後1年の間に、当初は学生時代には経験のなかった女性患者に拒否されるなどの【男性看護師であること】で仕事のやりにくさを感じ、【女性看護師への負担感とジレンマ】を持ちながら仕事をしており、【男性先輩看護師の存在】により支えられていた。1年目の後半頃からケアを通して【看護の喜び】を感じるようになり、理想とする先輩看護師の存在で、【これからの目標】を持つようになっており、1年間で自己成長を果たしていることが確認された。

1) 【男性看護師であること】

<男性はいやと拒否された> <男性だから断られショック> <女性患者という配慮がなく怒られた> <女性患者に対するやりにくさがある> <人数・時間の関係で女性患者にケアを行うことがある> <女性患者に対する自分の対応策> <男として家庭を守るために仕事をするという責任> の7つのサブカテゴリーで構成された。

女性患者のケアの際、『男性はちょっと・・・』『男性はいや』と断られ<男性はいやと拒否された> <男性だから断られショック> を受けており、また自分に直接ではなく、女性患者から病棟スタッフに苦情があり、女性の先輩看護師に『配慮が無いと怒られた。』と<女性患者という配慮がなく怒られた> 経験をして、『女性患者さんに清拭しようとして旦那さんに怒られた。』など<女性患者に対するやりにくさ> を感じていた。その後は『女性患者のケアはやめて、状態把握だけする。』など自分で意識し看護業務を分担するなど<女性

患者に対する自分の対応策> を考えていたが、『夜勤の時とか、処置で手が足りない時とか、仕方ない時もあります。』と女性患者の気持ちを尊重したくても、自分ではどうすることもできない状況があり、<人数・時間の関係で女性患者にケアを行うことがある> と女性患者に対して申し訳ない気持ちを持ちながら業務を行っていた。

2) 【女性看護師への負担感とジレンマ】

<女性患者のケアを女性看護師に変わらなければならないジレンマ> <ケアを変わってもらう女性看護師に負担感を感じる> の2つのカテゴリーで構成された。

『女性(看護師)は変わってもらうってことはないですよー』と女性看護師との違いを感じ、『男性はいやと言う人にはじめから男性の受け持ちをつけない。』など病棟で約束事を決めており『やりたくてもできないんですよね・・・患者さんが一番ですから』と、<女性患者のケアを女性看護師に変わらなければならないジレンマ> があることが語られた。その中でもケアを代わってもらう際の女性看護師の態度で、『いやなんだな』と感じたり、逆に態度に問題なくスムーズに引き受けてもらっても、『その人にも迷惑かける、時間が無くて申し訳ない。』という思いを持ち、<ケアを変わってもらう女性看護師に負担感を感じる> という状況も見られた。新人男性看護師は、このように同じ新人でも女性看護師であれば経験しないと思われることを経験しており、仕方がないことと考え1年間業務を行ってきたことが明らかとなった。

3) 【男性先輩看護師の存在】

<男性同士の支え> <先輩が分かってくれる> <職場の(男性看護師の)会の存在> の3つのサブカテゴリーで構成された。

失敗や困ったことがあると相談に乗ってもらえる。『いるといないでは全然違う。』と<男性同士の支え> <先輩が分かってくれる> など男性の先輩や同僚看護師がいて救われたことを全員が語り、『すごいですよ・・・、自分はあの先輩がいなかったら・・・』と男性先輩看護師に対し感謝し、また尊敬できる先輩として認め、『この先輩でも同

じ経験をしているのかと思うと安心して・・・』と、信頼する先輩も、はじめは同じように女性患者に拒否されていたことを知り安心していった。同時に、病棟に男性看護師がいない同僚が辞めたいと言っていた。すでに辞めた同僚もあり、『自分もそう(男性一人)だったらわからない(辞めたかもしれない)。』と自分以外の男性看護師の存在の重要性を語った。また、『病院で野球したりとか飲み会とかでいろいろ話します。』と、少数である男性看護師のスポーツチームや飲み会などのサークル等で話をすることで支えられ、職場全体での男性看護師の結束が見られた。少数派である男性看護師にとっては、職場全体でのスポーツチームなどは意義のある組織であることが確認された。

4) 【看護の喜び】

<患者に認められ感謝される> <看護観を語る> <看護の仕事のやりがいを感じる> の3つのサブカテゴリーで構成された。

『前は、他の人呼んできてって言われていたんですけど、最近は君呼んでと言われるようになったんですよ。』『患者さんに元気をもらえる。ありがとうとかちっちゃなことでも。』と<患者に認められ感謝される>喜びを笑顔で語った。就職から1年間を振り返り、『今できることは患者さんの手伝いかな。』『患者さんが元のおりにならなくてもその時に近い状態まで戻してあげたい。』などの看護観を語り、学生時代はわからなかったが<看護観を語る>ようになり、『やってよかったー』『やりがいのある仕事になってきた。』『この仕事続けていきたいと思います。』など、当初やめたいと思っていたりあまりやりがいを感じていなかった新人男性看護師が、<看護の仕事にやりがいを感じる>ようになり、『業務もスムーズに回りだした・・・』『1年目のフォローは責任がある・・・』『初心忘るべからずですよ』と1年たち自分を客観的に振り返っていた。

5) 【これからの目標】

<3~5年の目標を持つ> <理想の看護師像がある> の2つのサブカテゴリーで構成された。

『先輩も3年は続けないと何もわからないって、3年たったらそこから面白くなるって言う

んで・・・』『4,5年目くらいの人は違う』と先輩たちから聞いたことや先輩たちを見て自分との違いを感じ、<3~5年の目標を持つ>ようになっていたことが語られた。<理想の看護師像がある>では、『自分で医師と連携取れるようになりたい。』『やっぱ上の人は動きも違います。見る目も違う。』など、先輩看護師を評価し目標としていた。

IV. 考察

新人男性看護師達は3ないし4年間の看護教育の中で看護について学び、その後臨床で実践する中で、思い通りにできない経験などを通し、漠然としていた職業意識も明確となり自己成長を果たしていた。社会人経験後に看護師になった2名は、2名とも就職後に結婚していた。仕事を続ける要因には男性として家族を支えるという男性の性役割が大きく影響すると考えられる。

勤務病棟はそれぞれ異なっていたが、近年男性看護師も一般病棟に多く配置されるようになっており(井手, 2003)、今回も病棟による業務内容の差は見られず、新人男性看護師は皆同様の経験をしていた。

1. 男性看護師であること

男性看護師は、学生時代には同意が得られる女性患者を中心にケアを行っているため、拒否された経験を持たず、はじめて女性患者に拒否されショックを受けたと思われる。看護師教育においては、教育者の意識改革や教育内容、教育方法の見直し工夫が必要と述べられている(合田, 2004)。男子看護学生に対しては、女性患者は男性看護師のケアを拒否する状況があるという事実を伝え、それに対して男性看護師自身に対する準備や、女性患者への配慮の方法についての指導が必要と思われる。また、将来看護師として勤務することを前提として、就職後に戸惑わないように女性患者の受け持ちやケアのあり方等について、実習施設側との調整が必要だと思われる。同じ新人でも女性看護師には無い、女性患者の配慮不足に対する先輩看護師からの叱責については、先輩看護師が新

人男性看護師に対して配慮を行うべきであり、患者や家族が男性看護師を受け入れられるように準備・調整を行う必要がある。先行研究でも、女性患者のほとんどが男性看護師のケアを変わってほしいと答えていることが報告されている（大山，2006）。職場全体としては協働する女性看護師に対し、男性看護師が女性患者に受け入れられにくい現状を伝えること、また男性看護師に対する指導方法について教育していくことが必要である。新人男性看護師は、自分が拒否や叱責される苦痛だけではなく、夜勤帯などどうしようもない時に女性患者に対して、『いやだろうな』と思いつながら自分がケアを行うという精神的負担も生じていた。また、新人男性看護師は『結婚したので、責任も・・・』『生活があるから・・・』と発言しており、＜男として家庭を守るために仕事をするという責任＞という点が男性の性役割の特徴であり、仕事を続けることに影響していると考えられる。男性看護師は女性に比べると仕事を継続しやすい立場にあると考えられ、施設においてはその継続できるメリットを活かすことが必要だと思われる。

日赤の歴史において、戦前から看護の仕事を意識的に女性の仕事として社会に認知させてきた経緯があることが述べられており（安部，2007）、現在もそのまま認識されていると思われる。このことから考えると、いったん形成された認識を変えるには相当な時間とそれなりの対策が必要である。そのためには、国や看護協会などの大きな組織で計画的に男性看護師の認知度を高める取り組みが必要であり、男性看護師が女性患者から受け入れられるように看護職集団として取り組んで行く必要がある。

2. 女性看護師への負担感とジレンマ

新人男性看護師は、ケアを代わってもらう女性看護師に対してもやや拒否的な対応に傷つき、また女性看護師に対し申し訳なさを負担感を感じていた。先行研究では男性看護師と勤務経験のある看護師数は54.8%であり、約3割が男性看護師と働いて困ったこととして女性患者のケアをあげていることが報告されている（貝沼，2008）。この

ように約半数の女性看護師が男性看護師と勤務経験がないことやケアが変わることを困ったことと捉えていることから、男性看護師の現状を理解できていないと考えられ、女性看護師に対する教育の必要性和男性看護師が働きやすい人的環境の調整の必要性が示唆される。現状では病棟や施設での取り組みが不足していると思われる。女性患者に対し、施設や病棟単位で男性看護師が勤務していることをピーアールし、各施設で患者に対し男性看護師の認知度を高め、特に女性患者が男性看護師のケアを受け入れられるような工夫や対応、そのシステム作りが求められる。

3. 男性先輩看護師の存在

特に新人看護師においてはリアリティショックも取り上げられておりそのサポートも必要であるが、その上に男性看護師の場合は前述のように患者の拒否や先輩からの叱責など女性看護師とは異なると思われる経験をしていることから、特に少数集団である男性看護師にとっては分かり合えサポートしてくれる同性の先輩看護師の存在は重要である。そのため新人男性看護師を受け入れる各病棟には、同性の先輩看護師および同僚の男性看護師を配置することが求められる。また、施設全体で男性看護師間の連携がはかれるようなサークル活動等の支援体制が望まれる。

4. 看護の喜び

先行研究で、患者の36.7%が男性看護師を必要としないと答えており、男性看護師に看護を受けた経験の有無と必要性に対する認識に有意差があり、信頼関係により性差の壁は改善されることが報告されている（大山，2006）。今回の研究対象者達は、患者からの指名や言葉かけにより自信を得、やりがいを感じていた。信頼関係を結ぶためには女性患者と男性看護師の接点を持つ機会が必要となる。新人で技術に慣れない時期には女性患者のケアは避け、技術の経験を重ねた後に女性看護師との共同作業などで、女性患者との接点を持つように計画的に調整していくことが必要と思われる。男性看護師に対しては、現状のラダー教

育にこれらの男性特有の計画を取り入れることが必要だと考えられる。

なんとなく看護師になったという男性看護師も、辞めたかった気持ちも変化し、自分の看護観を持つようになっていた。先行研究で自己の意思決定を貫徹するためには、看護や看護職への理解を深め、看護職選択に対する内的要因を明確にすることが重要と述べられている(松田, 2004)。新人男性看護師達は、1年間の勤務を通して看護を理解し自分なりの目標を持てるようになり、看護の喜びやりがいを得ていたと思われる。キャリアを積むことで専門職として役割意識が強くなり、性差を意識しなくなっていくと述べられている(田中, 2007)。新人男性看護師は1年間で、男性としての小集団であるつらさより患者の反応や感謝の言葉により、看護師としての意識が高まりやりがいを感じるようになったと思われ、これが1年間継続できた要因の一つと考えられる。

5. これからの目標

一般的に仕事に慣れやりがいを感じるようになるのは3年目頃であると言われている。ベナーは2,3年働いたレベルを一人前レベルと呼び、それ以降を中堅レベルと捉えており、中堅は状況を局面の視点ではなく、全体として捉え、確立に導かれて実践を行っているとして述べている(Benner, 2006)。新人男性看護師は、『自分で医師と連携を取るようになりたい。』と答えており、3~5年目の一人前レベルや中堅レベルの看護師の行動を見て自分との違いを感じ、目標とすることができている。新人に対しては看護師のモデルとなる中堅看護師の影響が大きいので、性別を問わずロールモデルとなりうる中堅看護師、ベテラン看護師の存在が各病棟に必要である。

以上の1から5の新人男性看護師の体験を基に、男性看護師に対する指導や男性看護師のみに対するラダー方式での教育、女性看護師に対する男性看護師の立場の理解に関する教育と業務の調整、ならびに病棟・施設単位で男性看護師の認知度を上げ、女性患者に拒否されない、患者から男性看護師の支持が得られるように働きかけていくこと

が求められる。そのためには男性看護師が女性患者に拒否されないような勤務体制の配慮がなされ、女性看護師とのケアの交替がスムーズにできるような、働きやすい環境を調整していくことが求められる。男性看護師が働きやすい環境が整うことで、女性が大多数の看護職の職場に男性的考え方が取り入れられ、職場の活性化が図れることで職場ストレス等が減少し、看護職全体の離職防止につながるものと思われる。

V. おわりに

新人男性看護師は、自分ではどうすることもできない性差の問題を抱えジレンマを抱きながら仕事をしていたが、男性先輩看護師の存在により支えられ、また先輩看護師の姿を見て自分の目標を持ち、患者から感謝されることで看護のよこびやりがいを感じるようになり、1年間の多くの経験により自己成長していた。患者から感謝の言葉を受けたことや自分自身の目標を持てたこと、また男性としての家庭での役割と責任が看護師として仕事を続けることに影響したと思われる。男性看護師の社会的認知度は低い現状であり、本人だけでは解決できない問題もあるため、今後は病棟や施設単位、看護協会などの取り組みを通して男性看護師の社会的認知度を上げることが望まれる。また、教育機関でも女性看護師が男性看護師の現状を理解し、男性看護師と協働できるような教育を行うことをめざしていきたい。

文献

- 明野伸次：男性看護師に対する業務評価や役割期待に関する文献的考察，北海道医療大学看護福祉学部紀要，11，95-100，2004
- 阿部オリエ：日本赤十字社における看護婦像の構築過程，日本看護歴史学会誌，20，22-32，2007
- 阿部幹佳：精神病院で就業する看護者の資格と性別の実態 - 一般病院との比較から - ，宮城大学看護学部紀要，9(1)，51-57，2006
- Benner (井部俊子)：ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ，21-24，医学書院，2006
- 藤野美代子，岡本時重，城山博子他：看護師の職務満足度に関する要因，第34回日本看護学会論文集，看護管理，130-132，2003

- 合田典子, 大室律子, 西山智春他: 男女共同参画社会における看護教育, 岡山大学医学部保健学科紀要, 15, 39-49, 2004
- 橋本恒弘, 山中美子他: 男性看護師のケアに対する女性患者の感じ方に関する調査, 社会保険医学雑誌, 43(2), 49-54, 2005
- 袴田将嗣, 岩田浩子: 一般病棟における男性看護師の役割に対する管理者の意識の検討, 第34回日本看護学会論文集, 看護管理, 408-410, 2003
- 井手彩, 池嶋未加代, 濱田安岐子, 他: 一般病棟における男性看護師のイメージに関する調査, 共済医療, 52(3), 264-249, 2003
- 貝沼純, 斉藤美代, 佐藤尚子, 他: 女性看護師が男性看護師に期待する職務・役割に関する調査研究, 福島県立医科大学看護学部紀要, 10, 23-30, 2008
- 小竹友子, 福田直子, 福本弘子他: 新人看護師のストレス調査, 第34回日本看護学会論文集, 看護管理, 45-47, 2003
- 松田安弘, 定広和香子, 舟島なをみ他: 男性看護師の職業経験の解明, 看護教育学研究, 13(1), 9-22, 2004
- 中島すま子, 副島和美: 看護師の自己教育力と職場での対人関係の関連 - 新人から卒後4年目への変化 -, 第34回日本看護学会論文集 看護管理, 181-183, 2003
- 日本看護協会出版会編集: 平成19年看護関係統計資料集, 日本看護協会出版会, 8-12, 2008
- 大山裕介, 戸北正和, 小川信子, 他: 男性看護師に対する女性患者の認知度とニーズに関する研究, 保健学研究, 19(1), 13-19, 2006
- 榊原香織, 牧野有里子, 宮島いづみ他: 新人看護師のストレス要因とコーピング - 1・2年目看護師による面接調査 -, 第34回日本看護学会論文集, 看護管理, 142-144, 2003
- 田中芳雄: 男性看護師が性差や少数派としての困難を乗り越えていく過程, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 32, 9-14, 2007
- 山田美幸, 前田ひとみ, 津田紀子他: 新卒看護師の離職防止に向けた支援の検討 - 就職3ヶ月の悩みと6ヶ月の困ったことの分析 - 南九州看護研究誌, 6(1), 47-54, 2008
- 横土由美子: プリセプターシップを受けた新卒者の内面に関する研究, 第31回日本看護学会論文集, 看護総合, 79-81, 2000

JICA地域別研修「中東地域女性の健康支援を含む 母子保健方策」のまとめ

2007年～2009年

Review of JICA Area Focused Training in Women's Health and Child Health Support for the Middle East Countries

— Starting from 2007 through 2009 —

永瀬つや子¹⁾, 草場ヒフミ¹⁾, 兵頭 慶子¹⁾, 蒲原 真澄²⁾, 長谷川珠代²⁾, 鶴田 来美²⁾

Tsuyako Nagase, Hifumi Kusaba, Keiko Hyodo, Masumi Kamohara,
Tamayo Hasegawa, Kurumi Tsuruta

I. はじめに

宮崎大学医学部看護学科では、2007年から2009年まで独立行政法人国際協力機構 (Japan International Cooperation Agency: JICA) の地域別研修「中東地域女性の健康支援を含む母子保健方策」を実施した。看護学科において初めて外国人を対象とした研修を行うということで検討を要する様々な問題はあったが、JICA九州および宮崎大学国際連携センターからの支援と、生殖発達医学講座産婦人科学分野、社会医学講座英語分野、附属病院、看護学科教職員の協力を得て無事3年間の研修を終えることができた。3年間に4カ国から14名の研修員を受け入れ、研修員から有益で活用できる内容であると高い評価を得ることができた。

研修を開始するにあたり、看護学科に実行委員会を設けた。コースリーダーは青年海外協力隊での活動経験をもつ永瀬が担い、看護学科長及び関連講座から選出した4名の実行委員で組織し、研修の内容やプログラムについての企画運営にあたった。研修のコースリーダーはJICAと宮崎大学との連絡調整の窓口及び研修協力機関との交渉、教育プログラムの作成、講師等との調整の役割を担

当した。そこで、3年間の研修のまとめと研修を実施するにあたってのコースリーダーの課題について報告する。

II. 研修の概要と変更点

1. 研修の到達目標

研修の設立背景や目的は表1の研修の概要の通りである。研修の到達目標は、講義や見学等を通して、下記の3点とした。

- 1) 日本で実施している母子保健や女性の健康支援のためのサービスの仕組みや政策について理解する。
- 2) 母子保健を支える地域住人や利用可能な専門家の活動について理解を深める。
- 3) 女性を暴力から守り自律的に自らの健康管理に参加するためのサービスやサポートを学び、自国でできる体制づくりを考えることができる。

2. 研修割当対象国と定員

研修の受け入れ対象国は中近東諸国であり、1年目と2年目はアフガニスタン、シリア、ヨルダンの4カ国で定員5名、3年目は研修参加要請

¹⁾ 宮崎大学医学部看護学科 小児・母性 (助産専攻) 看護学講座

²⁾ 宮崎大学医学部看護学科 地域・精神看護学講座

School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

表 1 研修の概要

コースタイトル (和文)	「中東地域女性の健康支援を含む母子保健方策」
コースタイトル (英文)	“Women’s Health and Maternal and Child Health Support for the Middle East Countries”
研修年	平成21年度
割当対象国	アフガニスタン, ヨルダン, シリア, イエメンの4カ国
本邦受入期間	来日から帰国日まで
技術研修期間	宮崎大学での研修初日から最終日まで (6/23-7/22)
定員	6名
参加資格要件	(1) 所定の手続きに基づき、自国政府から推薦がある者 (2) 看護師, 助産師, 保健師またはヘルスワーカー等の資格を持ち、当該分野において5年以上の経験を有する者。 (3) 25歳以上45歳以下の者。当該分野で教育やリーダー的役割を担っている者。 (4) 英語で研修を行うに十分な語学力を有する者。 (5) 心身ともに健康な者、妊娠していない者。 (6) 軍隊に所属していない者。
コース設立の背景	中東諸国においては、貧困、栄養不良、安全な水や衛生施設のアクセスが悪いことによる感染症の多発、または保健医療システムの不備にて医療施設や保健医療関係の人材不足やリファラルシステムが機能しないなどの問題が重なり乳幼児死亡率や妊産婦死亡率が高い現状がある。また、女性の地位が低く教育や保健医療サービスを受ける機会が男性より乏しい。女性に対する暴力や、安全な避妊法を選択できず、望まない妊娠も多く、虐げられた生活を送らざるをえない状況にある。 2000年9月、国連においてミレニアム開発目標が発表された。8つのミレニアム開発目標のうち、2つは母子保健に関わる目標であり、乳幼児死亡率の低下と妊産婦健康状態の改善が掲げられている。また、ミレニアム開発目標の中にジェンダー平等推進と女性の地位向上が掲げられている。以上により、中東諸国においては、女性が自律的に健康管理できるようサポートし、母子保健環境を改善する必要性が非常に高いと言える。
目的	対象諸国における母子保健環境を改善するため、女性が自律的に自らの健康管理に参加し、わが国の地域社会の資源を活用しながら女性の健康及び子供や家族の健康を改善できる体制やサービスづくりの基礎を理解することができる。
研修到達目標	(1) 日本で実施している母子保健や女性の健康支援のためのサービスの仕組みや政策について理解する。 (2) 母子保健を支える地域住人や利用可能な専門家の活動について理解を深める。 (3) 女性を暴力から守り自律的に自らの健康管理に参加するためのサービスやサポートを学び、自国でできる体制づくりを考えることができる。
宿泊施設	グリーンリッチホテル宮崎 URL http://www.greenhotels.co.jp/miyazaki/index.php 〒880-0805 宮崎市橘通東1丁目5-8 (宮崎市役所東側) TEL 0985-26-7411・FAX 0985-26-7532
研修実施体制	本研修コースは、宮崎大学医学部看護学科が中心となり、関係機関等の協力のもとに計画、実施する。(コースリーダー：宮崎大学医学部看護学科 永瀬つや子)

があったイエメンを加えた5カ国で定員6名であった。

3. 参加資格要件

参加資格には看護職以外に医師を加えた。これは、ヨルダン以外の受け入れ対象国は、看護師や助産師の大学での教育が始まったばかりであり看護職から研修に参加できるだけの語学力を有している者が少ないこと、医師が母子保健政策の担当者として活動していることが多いためである。また、研修員の学びを深めるためには、研修の内容を理解できるだけの語学力と研修意欲が必要となることから、JICA側の対応として3年目は応募

者に対して各国のJICA職員による面接が行われ、語学力や研修意欲の確認を行い推薦の優先順位がつけられるようになった。

III. 研修員について (表2)

1. 1年目

アフガニスタンから保健省所属で母子保健を担当する公衆衛生の担当医師と病院勤務の産婦人科医師の2名、シリアから保健省所属でJICAプロジェクトのカウンターパートの産婦人科医師1名、ヨルダンから保健省所属で母子保健担当の助産師1名の計4名の応募があり、全員受け入れた。全員女性で、年齢は31~41歳であった。

表2 研修対象国と研修員の職種

	2007年 (定員 5名)			2008年 (定員 5名)			2009年 (定員 6名)			合計
	医師	助産師	看護師	医師	助産師	看護師	医師	助産師	看護師	
アフガニスタン	2	0	0	2	0	0	0	0	2	6
シリア	1	0	0	1	0	0	0	0	1	3
ヨルダン	0	1	0	0	0	1	0	1	1	4
イエメン							1	0	0	1
合計	3	1	0	3	0	1	1	1	4	14
研修員合計	4			4			6			

写真1 2007年度 研修員 ピアカウンセリング
ピアカウンセリングに参加した学生写真2 2008年度研修員 妊産婦のエクササイズ
助産専攻学生と一緒にエクササイズ

2. 2年目

2年目は5名の応募があったが、1名は体調不良による辞退となり4名の受け入れであった。アフガニスタンから保健省所属で地方都市の母子保健を担当する公衆衛生担当医師2名、シリアからNGO所属でJICAプロジェクトのカウンターパートの産婦人科医師1名、ヨルダンから保健省所属で地域の母子病院の看護部長1名で全員女性であった。年齢は30～43歳であった。

3. 3年目

3年目は7名の応募があり、研修員の背景や英語能力から6名を受け入れた。アフガニスタンから保健省所属で小児病院の看護部長2名、シリアから保健省所属で小児科の認定看護師でもある看護教員1名、ヨルダンから保健省所属で女性虐待を担当する公衆衛生専門の看護師1名、地方病院の産婦人科医師の助産師1名、イエメンから保健省所属で母子保健を担当する小児科医師1名であつた。

写真3 2009年度研修員 上田助産院
母と子のつどいに参加した母子

た。アフガニスタンからの研修員2名は男性で他の国の参加者は女性で、年齢は23～41歳であった。

IV. 研修項目と内容について

研修項目は表3の通りに9つの項目に対する研修内容と担当機関や施設設定して研修を組み立てた。各年度でプログラム評価を行い、研修内容と

表3 研修項目・内容と担当機関および施設 2009年

研修項目	内 容	担当機関および施設
母子保健行政の現状	<ul style="list-style-type: none"> 日本の保健・医療システム 日本の母子保健医療 母子保健事業の歴史、母子健康手帳 愛育班や母子保健推進員の活動 	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎県小林保健所 小児・母性（助産専攻）看護学講座
地域における母子保健活動（1）	<ul style="list-style-type: none"> 地域母子保健対策 すこやか親子21 乳幼児健診 	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎県健康増進課 宮崎市健康増進課
地域における母子保健活動（2）	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民の育児サポートや育児サークル 地域の専門家（助産師等）の活動（助産所見学を含む） 女性の研究・就労支援 女性の保育支援や乳幼児の健康支援 	<ul style="list-style-type: none"> NPO法人ドロップインセンター 日本助産師会宮崎支部 “か母ちゃっ子くらぶ” 上田助産院 清花Athenaサポート室（宮崎大学） くすの木保育園
周産期医療システム及び日本の医療	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎大学を中心とした周産期医療体制 リファラルシステム（他の産科施設との連携と緊急搬送システムを含む） 周産期医療の実際（NICU見学、妊婦健診、ハイリスク妊娠の管理等） 日本の医療と看護 	<ul style="list-style-type: none"> 生殖発達医学講座産婦人科分野 宮崎大学医学部附属病院産婦人科病棟・外来 総合周産期母子医療センター 宮崎大学医学部附属病院 看護部
母子保健・女性の健康支援をサポートする人材育成	<ul style="list-style-type: none"> 母子保健に関する人材育成 助産師教育の現場 人材をサポートする組織（専門職団体の役割） 	<ul style="list-style-type: none"> 小児・母性（助産専攻）看護学講座 日本助産師会宮崎支部 宮崎県看護協会
女性の健康支援	<ul style="list-style-type: none"> 女性の生涯を通しての健康支援（思春期～更年期） 乳がん予防（ピンクリボン活動）および女性のセルフケア（子宮がん検診や健やかな妊娠推進事業） 女性のための健康相談事業（家族計画、避妊相談、HIV/AIDS検査や相談を含む） 健診事業と禁煙外来 女性外来 妊産褥婦へのエクササイズ 性感染症 	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎県立看護大学 宮崎県健康増進課 宮崎県中央保健所 宮崎県健康づくり協会 宮崎大学附属病院 九州OKJ事務局 野田産婦人科医院 小児・母性（助産専攻）看護学講座
女性や子どもへの暴力	<ul style="list-style-type: none"> 女性への虐待 児童虐待 児童虐待児の支援施設 	<ul style="list-style-type: none"> NPO法人ハートスペースM 宮崎県立看護大学 つばみの寮（乳児院）
思春期教育	<ul style="list-style-type: none"> ピアカウンセリング ピアカウンセリングの実際（大学生） 助産師による中学生対象への性教育 性教育教材作成 	<ul style="list-style-type: none"> 熊本大学 宮崎大学医学部看護学科ピアカウンセリング担当学生 宮崎市立生目南中学校 “か母ちゃっ子くらぶ”
Job reportおよびファイナルレポート作成及び発表	<ul style="list-style-type: none"> 自国での母子保健システムと活動 研修で学んだことの知識のまとめ アクションプラン作成 その他（日本・宮崎の文化） 	<ul style="list-style-type: none"> 宮崎大学 社会医学講座英語分野 宮崎大学医学部English for Nursing Purpose (ENP) 学生等

時間を修正した。

研修スケジュールは、1年目は研修時間を基本的に10時～17時までと設定し、昼休憩1時間とした。宮崎県で実施している関連事業の理解のために18講義と21の事業や施設の見学を実施した。しかし、研修員にとっては時間のゆとりがないスケジュールとなっていたため、2年目には、研修員が参加や実施できる内容を増やすために、見学や演習を充実させるように組み立て、研修項目を大幅に整理し、講義時間を減らした。

2009年度のスケジュールは表4の通りであった。英語科との連携のもと日本文化の体験や学生と交流できる機会を増やし、15講義、18事業（施設の見学や演習も含め）とし、研修時間は9時30分～15時30分で昼休憩を11時30分～13時30分の2時間を基本とした。

研修内容に関しては全体的に研修員から高評価を得た。研修員の課題や関心には違いがあったが、共通して関心が高いものや母国においても活用可能と評価された研修は、「日本の保健医療」、「周

表4 研修スケジュール

月/日			午前	午後 1	午後 2	形式
6/15	月		来日			
6/16-19			JICA九州 プリーフィング, 日本語研修, ジェネラルオリエンテーション			
6/20	土		JICA九州をチェックアウト	移動 (北九州 宮崎) 宮崎での生活準備		
6/23	火	1	表敬訪問 (宮崎大学)	研修に対する期待や目的の確認		訪問
6/24	水	2	Job Report 発表 準備	Job Report 発表	Welcome Party	報告・討論
6/25	木	3	宮崎の周産期医療システム	日本の保健医療システム		講義
6/26	金	4	日本の保健医療の復習	日本の母子保健の歴史		講義
6/27	土		休日			
6/28	日		休日			
6/29	月	5	宮崎の母子保健	妊婦・褥婦の運動療法		講義・演習
6/30	火	6	日本助産師会・か母ちゃっ子クラブ活動	か母ちゃっ子クラブの教材紹介と作成		講義・演習
7/1	水	7	STIと予防法	助産教育の実際	ENP学生宮崎大学附属病院	講義・見学
7/2	木	8	女性の生涯通しての健康支援	総合周産期母子医療センターと産婦人科病棟・外来		講義・見学
7/3	金	9	ピア教育とピアカウンセリング			講義
7/4	土	10	大学生による大学生を対象としたピアカウンセリング 研修員と学生の意見交換			演習・見学
7/5	日		休日			
7/6	月	11	県保健所・禁煙サポート外来	EMP学生との討議 (研修員の国と日本の保健医療の比較)		見学・討議
7/7	火	12	宮崎大学附属病院PET-CT	宮崎市 1歳半児健康診査		見学
7/8	水	13	上田助産院	助産院での地域の子育て支援と意見交換		見学
7/9	木		振り替え休日			
7/10	金	14	くすの木保育園・女性支援活動	生日南中学校 性教育思春期教育		見学
7/11	土		休日			
7/12	日		休日			
7/13	月	15	ぴんくりボン (乳がん予防)	看護協会	ENP日本文化紹介	講義・見学
7/14	火	16	Domestic Violence (DV)	NPOによるDVサポートの現状		講義
7/15	水	17	母子保健に関する人材育成	宮崎大学附属病院 (感染症対策と手術室)		講義・見学
7/16	木	18	児童虐待	こどもらんど (ドロップインセンター) の活動		講義・見学
7/17	金	19	つばみの寮 (乳児院) の活動	女性外来		見学・講義
7/18	土		休日			
7/19	日		休日			
7/20	月	20	宮崎の妊娠・出産・子育て文化と歴史探索 (日南地域)			見学
7/21	火	21	ファイナルレポート作成準備	表敬訪問 (県庁)		討論・訪問
7/22	水	22	ファイナルレポート発表会	評価会 閉講式	Farewell Party	発表・討論

産期医療システム」, 「女性の生涯を通しての健康支援」, 「性感染症」, 「乳がん予防」, 「母子保健の人材育成」, 「女性への暴力」, 「児童虐待」, 「ピアカウンセリング」であった。演習や見学に関しては、「助産師会の活動と性教育教材作成」, 「妊産褥婦の運動療法」, 「ピアカウンセリング」, 「助産所の活動」, 「看護協会」, 「乳児院」であった。

V. コースリーダーとして研修を効果的に行う上での課題

研修に関しては、JICA九州による講義資料の英訳を含めての支援と財団法人日本国際協力センター (Japan International Cooperation Center : JICE) から通訳を兼ねた研修監理員の助力、県健康増進課を含めた様々な機関の協力を得た。3年間研修を実施し、年度ごとに評価し研修内容を充実させることはできたと考えるがイスラム圏を

対象とした研修を行う上での課題があった。特にコースリーダーとして研修員が効果的に研修に参加し学びの多い研修とするための課題として以下の4つがあった。

1. 日本で女性支援が必要となった背景と研修内容との関連性の提示

日本では経済の発展とともに若者が親もとから離れた地域で生活することが増え、親からの手助けを受けにくくなってきている。また、少子化の影響で身近で子育てをしている友人を得ることができず、孤立した状態で子育てをしている女性が増えてきている。子育て中の女性が社会復帰をしたいと考えても、保育所の不足問題を始めとしたサポートの不足で復帰できずにいる問題があり、女性支援を考えた場合大きな課題となっている。一方、研修員の国では、女性たちの周りに親や姉妹等子育て支援をしてくれるサポーターが存在するなど、社会システムや家族制度等の違いから、日本における子育て支援や女性への健康支援が研修員の国の状況とかけ離れているものがあり、自分の国で活用できるものではないという意見があった。しかし、途上国でも経済が発展し若者が親もとを離れた場所で職を求めると、日本と同じように問題がおきてきている。また、女性は若年結婚や妊娠、両親が働きに出ている間幼い兄弟の面倒をみるために教育を受ける機会を奪われている現状がある。これらの問題との関連性や日本の社会の変化や家族機能の減退等からくる女性支援の必要性とそのため支援内容について研修早期にガイダンスを行い、近代化することでの女性支援の新たな課題について示す必要があった。

講義において、戦後から現在までの日本の社会状況と女性の立場の変化とそれに沿った制度や支援がどのように整えられたのか、またその成果はどうだったのかなど、問題に取り組んでいった過程を加えることが必要であった。

2. 男女間の性問題に関してタブーのある社会への性教育に関するアプローチへの配慮

イスラム教では婚姻関係以外での性的関係は認

められていたため、性教育を公の場で通常行われることは少ない。そのため研修員の中には、イスラム社会で必要のない性教育を研修に組み込み、活用できないという意見もあった。しかし、12歳前後で結婚を強いられ若年妊娠や夫が避妊に協力してくれず望まない妊娠を繰り返すなどの問題もあり、女性の健康支援を考えると重要な内容となる。性教育の基本は自分の体や心が大切であることを知るとともに他人の体や心も大切であることを知ることにある。日本での性教育のアプローチもお互いを大事にし、自分自身の存在に自信を持つという命の教育となっており、イスラム社会でも問題はないといえる。性教育に関するアプローチに関しては、イスラム社会での男女の性関係の特徴を配慮して、性教育や性関係に焦点を当てるのではなく命の教育として人の尊厳や命の大切さ、家族のつながりを強調する必要があった。また、夫婦に対して望まない妊娠を防ぐための取り組みも必要であった。

3. 実現可能なアクションプラン作成のための支援

研修員の個々の能力は高いが、自国における身近な問題を分析し、問題を焦点化し現状を改善するための実施可能なアクションプランの作成には困難があった。アクションプランを作成した経験のない研修員もあり、作成に苦労していた。日本で学んだことを自国で活かすためにも、実現可能なアクションプランを作成するための支援は大切となる。しかし、今年度までの日程ではアクションプランについて研修員同士で議論する時間を十分組み込んでいなかった。研修員は中近東諸国からの参加者で宗教や文化様式も似通っている。能力のある研修員同士がお互いの国や職場の問題について意見交換しながらのアクションプランを作成できると、自分達だけでは発見できなかった問題や解決策を見つけ出すことができる可能性がある。研修期間中に研修員同士でお互いの問題について討議し、その意見を活かしてアクションプラン作成ができる時間が必要であった。また、研修員によっては自分の意見をまとめることが苦手な場合もあり、意見を批判として受け取りお互いの

関係が悪化することも考えられる。研修員同士で学びを深め、意見交換しながら協力してアクションプランを作成するためのファシリテーション能力がより求められる。

4. 宮崎の地域性や文化の理解を促し、生活を快適にするためのスケジュールの工夫

研修員は日本で研修を行うことを楽しみにしているとともに、自国とは生活様式の違う場での生活に困難を感じていた。特に宮崎は公共交通機関が不便であることや英語の標識や英語を話せる人も少ないため研修員だけで行動するのは容易ではなかった。また、肉類は特別な屠殺方法で供されたハラールミートでなければ食さないことや豚肉やアルコールを使用した食品は食べない等食に対するタブーもあり、食事に関しての苦勞があった。研修スケジュールの中にはハラールミートを販売している店を含めた市内視察や研修員が宮崎に到着した時点で生活を支援する目的で、学生ボランティ

アと一緒に生活に必要な物品や食料を購入するなどの工夫を行っていたが、研修員が生活に慣れるためには十分ではなかった。今まで研修後期に計画していた宮崎の歴史や文化を知るための旅行や講義を研修早期に入れ、宮崎に対する興味や理解を促し研修員自身が少しでも宮崎を出歩き、生活を楽しむことができる工夫が必要であった。

VI. おわりに

この研修は宮崎県で母子保健や女性支援のために活動している施設や機関のおかげで、無事3年間の研修を終了することができました。ご多忙中にも関わらず快く研修を引き受けてくださった関連機関や施設の担当の諸先生方や職員の方々に深く感謝いたします。

現在、研修が更新できるよう申請している最中であります。研修が採択された場合引き続きご支援・ご協力をお願い申し上げます。

がん看護研究会の発足とその経緯

The Start and the Progress of Miyazaki Association of Cancer Nursing

土屋八千代, 奥 祥子, 緒方昭子, 内田倫子, 矢野朋実, 竹山ゆみ子, 野末明希

Yachiyo Tsuchiya, Shoko Oku, Shoko Ogata, Rinko Uchida,
Tomomi Yano, Yumiko Takeyama, Aki Nozue

キーワード：がんプロフェッショナル養成, がん看護専門看護師, がん看護研究会
cancer professional training, Certified Nurse Specialist in cancer nursing,
Miyazaki Association of Cancer Nursing

I. 発足の背景

平成19年4月1日『がん対策基本法』が施行された。この法律は、これまでのがん対策がそれなりの成果を収めてきたものの、死亡の第一位に“がん”が位置づくこと、生涯のうち日本人の2人に1人ががんに罹患し、3人に1人が死亡（10年後は3人に2人が罹患し、2人に1人が死亡）すると言われていること、がんは遺伝子の異常が蓄積していくことで発症する細胞の病気であり、加齢によって発症リスクが増大することから高齢社会の日本にとっては驚異的存在であること、等々、がんが国民の生命や健康を脅かしていることから、がん対策の一層の充実を図るために『がん対策』に関する基本理念、国・地方公共団体・医療保険者・国民及び医師等の責務と、がん対策に関する計画の策定について定めたものである。この基本法に則り、『がん対策推進基本計画』が策定され、全体目標として、1) がんによる死亡者の減少、2) すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上として治療初期段階から緩和ケアの実施が掲げられている。これらの目標を実現するための分野別個別目標として、がん医療の充実、医療機関の整備、がん医療に

関する相談支援及び情報提供、がん登録、がんの予防、がんの早期発見、がん研究が提示された。

このがん医療充実の一環として“がん専門家養成”を2007年から「がんプロフェッショナル養成プラン」で実施されることになり、宮崎県では宮崎大学医学部において取り組みが開始された。また、医療機関の整備に関しては、各都道府県に拠点病院を配置し、がん医療水準の質の均等化や向上を図る体制の整備が実施された。宮崎県ではがん診療に係わる医療圏域を4ブロック設定し、拠点病院を（県北医療圏：県立延岡病院、県中央医療圏：宮崎大学医学部附属病院、県立宮崎病院、県南医療圏：県立日南病院、県西医療圏：国立病院機構都城病院）を定めている。

このような社会の要請に対応しようとする国の施策推進の中で、著者の所属する宮崎大学医学部のがん医療に対する責務は大きさを増すこととなった。特に著者の専門分野である看護において、大学院修士課程におけるがん専門看護師コースの開設と、大学人としての地域連携のもとでの地域貢献は必須の責務となった。そこでその双方の目的達成の一助として『がん看護研究会』を立ち上げ

ることとした。

今回は、本会の趣旨を周知して頂くとともに更なる発展につなげるために、本会発足から今日までの活動を報告する。

II. 活動経緯

1. 研究会の目的・事業

本会は、大学院修士課程専門看護（がん看護）のPRと学生確保を図ることと、県下の看護職者とともに“がん看護”に関する情報と学びを共有しがん看護の質の向上に寄与する、という2つの目的を基盤として、会員制による運営として平成20年3月に、賛同会員91名で発足した。発足会では、会の趣旨の説明、会の目的・事業（がん看護に関する講演会、研究会、学習会等の開催、がん看護に関する情報交換、その他、本会の目的を達成するために必要な事項）が説明され承認を得た。表1に『がん看護研究会』の会則を示した。会長は発起人の土屋八千代（宮崎大学医学部教授）が推薦・承認され、事務局は宮崎大学医学部成人・老年看護学講座に置くこととした。

その後会長講演では『がん看護のこれから』と

して、日本人の死亡の変化とがん対策基本法・がん対策推進基本計画及びがん看護としての緩和ケアについて看護師の死生観の確立とともに最近学んだこととして「考え方の変換：ターミナルにおける死は自然なプロセスであること」が紹介された。

2. 活動内容

1) 発足から1年

発足は平成19年度とし、平成20年度の活動は表2に示すように講演を5回（うち1回は参加奨励）、シンポジウムを1回、総会と事例検討会を1回行った。平成19～20年度の会員は医療機関の看護師を中心に105名であった。以下、それぞれの内容の概略を紹介する。

(1) 平成20年度活動報告

【講演】

『がん看護における倫理的判断のポイント：コミュニケーション・スキルとメンタル・サポートを中心に』

・期日：平成20年5月24日（土）

・講師：板井孝彦氏（宮崎大学医学部社会医学講座 生命・医療倫理学分野准教授）

表1 がん看護研究会 会則

<p>第一条（名称） 本会は、がん看護研究会と称する。</p> <p>第二条（目的） 本会は、宮崎県内の看護職者とともにがん看護について専門的な知識・技術を学び合い、県内のがん患者や家族のQOL(生活の質・生命の質)の向上に努めるとともに、看護の質の向上を目的とする。</p> <p>第三条（事業） 本会は、前条の目的を達成するために次の事業を行う。 1. がん看護に関する講演会、研究会、学習会等の開催 2. がん看護に関連する情報交換 3. その他、本会の目的を達成するために必要な事項</p> <p>第四条（会員） 本会は、本会の目的に賛同する個人や団体の自由な参加による個人会員および賛助会員により構成される。 1. 個人会員 がん看護に関心のあるもの 2. 賛助会員 がん看護に関心のある団体または法人</p> <p>第五条（特別会員） 本会には、特別会員を置くことができる。特別会員とは、本会の運営上必要と思われる者のうち、総会で承認されたものをいう。</p> <p>第六条（事務局） 本会の事務局は、宮崎大学医学部成人・老年看護学講座（〒889-1692宮崎郡清武町大字木原5200番地）に置く。</p> <p>第七条（役員） 本会に次の役員を置く。 会長 1名 事務局 若干名 監事 2名</p>	<p>第八条（役員の仕事） 役員は、次の職務を行う。 1. 会長は、本会を代表し会務を総括する。 2. 事務局は、本会の総務・会計を担当する。 3. 監事は、本会の会計を監査する。</p> <p>第九条（役員の仕事） 役員の仕事は、2年間とし再任を妨げない。</p> <p>第十条（総会） 総会は、通常年一回、会長がこれを招集する。 会計報告・会計監査は、総会で行う。 必要事項については、出席者の過半数をもって決する。</p> <p>第十一条（経費） 本会の経費は、年会費・寄付金・参加費・その他の収入をもってこれにあてる。</p> <p>第十二条（会計） 会員は、決められた会費を納入する。 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり翌年の3月31日に終わる。</p> <p>第十三条（会則の変更） 本会の会則の変更は、総会の承認を得ることを必要とする。</p> <p>付則 本会則は、平成20年3月29日より施行する。</p> <p>がん看護研究会会則施行細則 第一条（年会費） 本会会員の年会費は2,000円とする。ただし特別会員は会費の納入を必要としない。 付則 本細則は、平成20年3月29日より施行する。</p>
--	---

表2 19-20年度 がん看護研究会 事業報告

開催日		テーマ	講師	参加総数 (内会員数)	備考
3月29日 (土)	第1回	がん看護のこれから	宮崎大学医学部教授 土屋八千代 氏	72(72)	
5月24日 (土)	第2回	がん看護における倫理的判断のポイント	宮崎大学医学部 生命倫理学分野准教授 板井孝彦 氏	96(82)	
7月26日 (土)	第3回	医療機関における緩和ケアチームの活動 の実際とそれぞれの役割	座長：土屋八千代 氏 宮崎大学医学部附属病院 緩和ケアチーム医師 田中信彦 氏 槇英 俊 氏 看護師長 柚木崎智子 氏	69(58)	
9月20日 (土)					台風接近の ため中止し がんプロと 共催
10月31日 (金) 17:15~19:30	第4回	第3回がん看護プロフェッショナル教育 セミナーと共催 「終末期ケア」「がん専門看護師の活動 と養成課程における実習指導のあり方」	横浜市民病院 がん看護専門看護師 小迫富美恵 氏	52(24)	
11月29日 (土)					窪寺先生の 講演に変更
12月20日 (土)	第5回	スピリチュアルケア	元・淀川キリスト教病院チャプレン 聖学院大学大学院教授 窪寺俊之 氏	45(38)	
12月19日 (木) 17:00~18:30		複視眼的視野を持つ国際医療人の育成プ ログラムと共催 講演会 「サイモントン療法 - がんと心の関係 - 」	NPO法人サイモントンジャパン 副理事長 サイモントン療法トレーナー 川畑伸子 氏	91(17)	
2月20日 (金) 18:00~19:00		第4回がんプロフェッショナル教育セミ ナー「がん看護における事例検討の意義 と手法」	独立行政法人 国立病院機構 九州がんセンターがん専門看護師 高山良子 氏	36(17)	参加奨励
3月28日 (土)	第6回	事例報告 講義「倫理的問題を抱える事例の分析」 総会	事例報告者： 国立病院機構都城病院看護師 今井理沙 氏 講義・事例解説： 宮崎大学医学部教授 土屋八千代 氏	21(20)	

・概要：がん看護をめぐる法律やガイドラインに関する基本的な理解を元に、がん看護において「倫理的」とは、どういうことかを考えること、それには同情と共感の違いを理解し自分が独善に陥っていないかを一歩立ち止まって考え、自分の判断を他のスタッフと共有するチームができること、であると説明された。またがん告知と「個人情報保護法」をめぐる倫理的問題のポイントとして、まず患者の自己情報コントロール権を重視することとして、重要文書とコミュニケーション・スキルを紹介され、事例検討を行った。

『第3回がん看護プロフェッショナル教育セミナーとの共催：終末期ケア，がん専門看護師の活動と養成課程における実習指導の在り方』

・期日：平成20年10月31日（金）

・講師：小迫富美恵氏（横浜市民病院がん看護専門看護師）

・概要：死にゆく患者の心理プロセスとトータルペインについて紹介され、スピリチュアルにおける看護の役割、がん患者を支える看護師の基本姿勢・基本的技術及び看護師自身の感情を自覚することの重要性について述べられた。次に、がん看護専門看護師の活動と実習指導の在り方に

ついて、自施設の実践活動について紹介された。

『スピリチュアルケア』

- ・ 期日：平成20年12月20日（土）
- ・ 講師：窪寺俊之氏（聖学院大学大学院教授，元淀川キリスト教病院チャプレン）
- ・ 概要：現代医療における全人的医療の必要性，スピリチュアルの理解と援助方法について具体的な事例をもとに紹介された。

英語科による『平成20年度「質の高い大学教育推進プログラム」(教育GP)との共催：サイモントン療法』

- ・ 期日：平成20年12月19日（木）
- ・ 講師：川畑伸子氏（NPO法人サイモントンジャパン副理事長，サイモントン療法認定トレーナー）
- ・ 概要：サイモントン療法は，考え方・信念，生きる姿勢，感情を健全なものに改善していくことを目指して，健康へアプローチするための認知行動療法と，自己治癒力やイメージ療法を核として取り入れ，患者・家族の癒しの過程に役立てようとしている。これらはがん患者に有効な思考（がんを癒す大きな力は真の自分を受け入れること＝自分の本性に戻る）であること及びその実践について紹介された。

『第4回がんプロフェッショナル教育セミナーに参加奨励：がん看護における事例検討の意義と手法』

- ・ 期日：平成21年2月20日（金）
- ・ 講師：高山良子氏（九州がんセンター がん専門看護師）
- ・ 概要：専門看護師の6つの役割から，事例検討の意義，約束事，構造，戦略，進め方，及び事例分析手法としての倫理モデル，渡辺式家族アセスメントモデルの活用，デスカンファレンスについて紹介された。

『事例検討会と総会』

- ・ 期日：平成21年3月28日（土）
- ・ 講師：土屋八千代氏，今井理沙氏（国立病院機

構 都城病院看護師）

- ・ 概要：最初に今井氏が倫理の4分割表を活用して実践で展開した「事例」を報告，次に土屋氏が『倫理的問題を抱える事例の分析』として，倫理の原則及びJonsenらの医学における倫理的決定の実践的アプローチモデルの紹介と事例検討の進め方について講義及び報告事例を解説された。

【シンポジウム】

『医療機関における緩和ケアチームの活動の実際とそれぞれの役割』

- ・ 期日：平成20年7月26日（土）
- ・ 座長：土屋八千代氏（がん看護研究会会長）
- ・ 講師：田中信彦氏（宮崎大学医学部病態解析医学講座助教），榎英俊氏（古賀総合病院医師），柚木崎智子氏（宮崎大学医学部附属病院看護師長）
- ・ 概要：座長より緩和医療の変遷からがん対策基本法に至る経緯が紹介され，今回のシンポジウムの趣旨が述べられた。田中氏は，宮崎大学医学部附属病院の緩和ケアチームリーダー及び麻酔科医としての立場から，緩和ケアチームの組織化と疼痛管理について概説された。次いで榎氏は緩和ケアチームの精神科医としての役割とその実際について紹介，患者の余命を考えれば1日は私たちの1日とは異なると述べられた。柚木崎氏は緩和ケアチームにおける看護師の役割と活動の実際を紹介された。

平成21年3月28日の定例会で事例検討後に総会を行い，平成20年度の活動報告及び平成21年度の研修会予定を報告し承認が得られた。

(2) 平成20年度事業評価

平成19年度末に発足した研究会は，予定された研修会に加えてがんプロフェッショナル養成プランの教育セミナーや英語科による教育GP（質の高い大学教育推進プログラム）との共催による講

表3 21年度 がん看護研究会 事業計画

開催日	研修内容・テーマ	講師	参加総数 (内会員数)	備考
5/16 (土)	がん性疼痛マネジメント - 医師の立場 - - 看護師の立場 -	宮崎大学医学部附属病院緩和ケアチーム 医師 田中信彦 氏 独立行政法人 国立病院機構都城病院 がん性疼痛看護認定看護師 児玉みゆき 氏	35 (35)	
7/18 (土)	がん化学療法中の看護 がん看護の実際 (外来における看護実践 報告会)	がん化学療法認定看護師 柴田舞子 氏 潤和会記念病院看護師長 中武恵美 氏	38 (35)	
1/23(土)	第1回がんプロフェッショナル教育セミナーとの共催 講演会 「サイモントン療法と理論と実践」	NPO法人サイモントンジャパン副理事長 サイモントン療法認定トレーナー 川畑伸子 氏		
2/6 (土)	第2回がんプロフェッショナル教育セミナーとの共催 講演会 「がん患者コンサルテーション、患者、 家族への相談支援活動」	独立行政法人 国立病院機構 九州がんセンター がん専門看護師 高山良子 氏		
3/27 (土)	講演 「リンパ浮腫の理論と実際」	医療法人倫生会三州病院緩和ケア病棟医長 横山晶子 氏		

演会が追加される等、実り多い年であった。またこの活動の目的基盤は、平成21年度開講予定の大学院修士課程専門看護コース（がん看護）のPRと学生確保に置いていたので、その一環として平成20年度宮崎大学教育戦略経費に「がん医療従事者の育成とがん専門看護師コース実施体制の強化」プロジェクトとして申請し、下田和哉教授（内科学講座消化器血液学分野）の協力を得て100万円の助成金を獲得したことで、活動に勢いがついたと考える。このような全体気運の盛り上がり大学院のPRと地域貢献の推進につながり、結果としてがん看護研究会の目標達成に寄与した。研究会では毎回参加者に評価を行ってもらい、概ね5段階評価の5～4と高い評価を得ることができた。しかしながら、会員も100名を超えることになったが、毎回の出席者が漸次減少傾向にあることが課題として残った。

2) 平成21年度の進行状況

平成21年度は表3に示す計画で進んでいる。平成21年度は11月に日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集會を引きうけていたこともあり、がん看護研究会講演は前期に2回しか企画できなかった。第1回は平成21年5月16日（土）は『がん性疼痛マネジメント』として附属病院の麻酔科医で

緩和ケアチームの田中信彦氏の講義を実施、痛みの理解と疼痛管理について学びが深まった。その後国立病院機構都城病院がん性疼痛看護認定看護師の児玉みゆき氏から、認定看護師の活動の実際と疼痛マネジメントについて紹介された。第2回は平成21年7月18日（土）に『がん化学療法中の看護について』がん化学療法看護認定看護師の柴田舞子氏の講義と、潤和会記念病院の中武恵美氏から外来における看護実践についての報告があった。

今後予定されている講演会については表3に示した通りであり、現在はその準備を行っている。また平成21年度より大学院修士課程専門看護コース（がん看護）が2名の学生を受け入れて進行しており、院生もがん看護研究会の主要な一員として活躍していることも評価できる。

III. 今後の課題

大学院修士課程に関しては、がん看護専攻の学生（平成22年度第2回生）も確保でき、今年度は日本看護系大学協議会専門看護師教育課程審査委員会への申請年度になり、その準備に看護学科教員は一層の尽力が必要となる。がん看護研究会の発足により、がん専門看護師養成のPRはもとより、がん看護に関連する多くの方々を講師に招聘

できたこと、宮崎県下の看護職者とのコミュニケーションが深まったこと等、研究会の目的達成に加えて多くの収穫があった。一方、研究会への参加会員が固定化されつつあることや、参加人数が少ないことが課題として検討を要すると考えている。今年度は進行中であるが、次年度に向けて会員の意見を参考に、会員参加の研究会となるように、がん看護に関する実践報告や研究活動を推進・支援をしていく方向で検討したい。

参考文献・資料

小林仁(2007)：がん対策基本法の意義とがん医療の在り方～立法過程からみた現状と課題～，立法と調査 No. 265, 55-69

がん対策基本法：<http://law.e-gov.jp/announce/H18H0098.html> [2009-12-22現在]

がん対策推進基本計画：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf> [2009-12-22現在]

宮崎県がん対策推進計画：<http://www.pref.miyazaki.lg.jp/parts/000099525.pdf> [2009-12-22現在]

がん看護研究会資料 平成19年度～21年度分

宮崎大学医学部附属病院遺伝カウンセリング部における 遺伝カウンセリングの実践と看護職の役割

Practice of Genetic Counseling and the Role of the Nurse in Department of Genetic Counseling Service, University of Miyazaki Hospital

野間口千香穂¹⁾²⁾, 永瀬つや子¹⁾²⁾, 長谷川珠代¹⁾³⁾, 水畑喜代子¹⁾²⁾,
藤井加那子¹⁾²⁾, 山口昌俊¹⁾⁴⁾, 布井博幸¹⁾⁵⁾, 板井孝壱郎¹⁾⁶⁾

Chikaho Nomaguchi, Tsuyako Nagase, Tamayo Hasegawa, Kiyoko Mizuhata,
Kanakano Fujii, Masatoshi Yamaguchi, Hiroyuki Nunoi, Koichiro Itai

キーワード：遺伝カウンセリング，遺伝看護実践，看護職の役割

genetic counseling, practice of genetic nursing, role of the nurse

はじめに

ゲノム解析技術の急速な発展は、医学研究へ、さらに医療現場の知識として広がり、ゲノム解析で得られた遺伝学的情報はすでに染色体異常を伴う疾患や筋ジストロフィーなどの神経・筋疾患、家族性腫瘍など種々の遺伝性疾患の診断、治療、予防に活用されている。また、薬剤感受性に遺伝学的情報を活用するオーダーメイド医療も可能となりつつある。そして、最近ではエピジェネティックと呼ばれる遺伝子の塩基配列に変化をきたすことなく、塩基のアセチル化などの修飾を受けることによって遺伝子の発現が変わる現象が発見されており、受精から老化、がんやその他の疾患にも関連していることが報告され、注目されている。このようなゲノム解析技術の発展は、今後人々への健康に大きく貢献することが期待されており、一般社会においても「ゲノム」「遺伝子治療」「オー

ダーメイド医療」のような遺伝医療に関連した言葉に対する認知度が高まりつつある。しかし、遺伝学的情報は、生涯変化しない、未来を予測し得る、血縁者と共有するといった特性をもつため、新たな倫理的問題が提起され、慎重な対応を求められる。また、遺伝に関連する健康問題は人のライフサイクルを通して生じ、患者の終生のQOLに影響し、患者の治療やケアのみならず家族を含めた広範かつ長期的な生活支援を必要とする特性をもちあわせている。

このような背景のもと、近年、多くの病院で遺伝相談の窓口が開設され（いでんネットHP）、看護職には地域や病院施設内で新たな看護アセスメントの視点が求められるようになっている（飯野、2006）。また国内外での有資格者に対する遺伝看護教育プログラムの検討（守田、2006；Burke、2006）や遺伝看護実践に関するワークショップが

¹⁾ 医学部附属病院遺伝カウンセリング部

¹⁾ Department of Genetic Counseling Service, University of Miyazaki Hospital

²⁾ 医学部看護学科 小児・母性（助産専攻）看護学講座

³⁾ 医学部看護学科 地域・精神看護学講座

²⁾³⁾ School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

⁴⁾ 医学部 生殖発達医学講座 産婦人科学分野

⁵⁾ 医学部 生殖発達医学講座 小児科学分野

⁶⁾ 医学部 社会医学講座 生命・医療倫理学分野

⁴⁾⁵⁾⁶⁾ School of Medicine, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

盛んに行われている（日本遺伝看護学会HP）。

本学医学部附属病院でも2004年8月に「遺伝性疾患の患者様もしくはその関係者の疑問・不安を解決することをめざして」遺伝カウンセリング部が開設された。遺伝カウンセリング部では遺伝カウンセリングの実践とともに、地域の拠点機関としての役割を果たすべく臨床遺伝専門医、看護師、倫理専門家、各診療科の医師、さらに地域の保健師とともに定例会として遺伝カンファレンスを行っている。本稿では、遺伝カウンセリング部の現状と看護職の役割を中心に報告する。

I. 遺伝カウンセリング部の概要

本学医学部附属病院の遺伝カウンセリング部は、臨床遺伝専門医を含む医師、看護師、倫理専門家により構成されている。2009年10月現在では、遺伝カウンセリング部専任の職員はなく、全てのスタッフが医学部の講座に所属しており、遺伝カウンセリング部スタッフとの兼任である。看護職は医学部看護学科教員5名が担っており、それぞれの専門領域は小児看護学、母性看護学、地域看護学である。そのため各人の臨床経験を生かして、成人期遺伝カウンセリング、出生前遺伝カウンセリングや小児期遺伝カウンセリングを担当し、継続的にクライアントに対応できるようにしている。

1. 遺伝カウンセリングの流れ

遺伝カウンセリング部の診療は完全予約制で、クライアントからの電話予約あるいは各診療科か

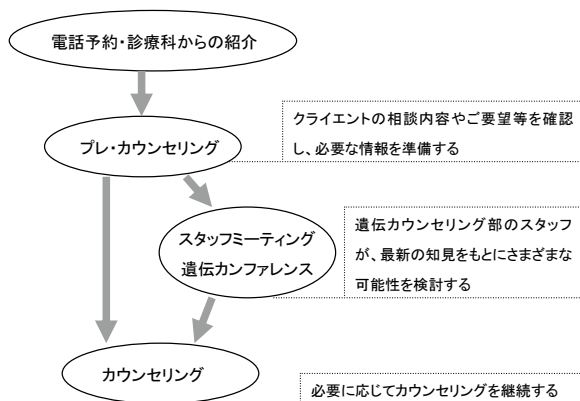


図1 遺伝カウンセリングの流れ

らのコンサルテーションによって開始される。カウンセリングの実際の流れは図1のとおりであり、原則としてはじめにプレ・カウンセリングを行って、それをもとにその事例に関する遺伝カウンセリングの方法および内容について検討し、スタッフ間の情報の共有、役割の調整を行っている。カウンセリングでは、まず遺伝カウンセリングの説明、カウンセリングの目的の明確化、家系図の聴取と作成を行う。その後、遺伝や染色体の説明、クライアントの目的に沿った情報提供がなされる。この間にクライアントの理解や受け入れ状態の確認、場合によっては選択肢の提供とそれぞれのリスクとベネフィットに関する検討をクライアントとともにいき、意思決定の支援を行っている。そして必要に応じて患者・家族会など社会資源に関する情報提供や紹介を行っている。これらのプロセスは、1回のカウンセリングでなされる場合もあれば、数回にわたる場合もある。

2. 遺伝カンファレンス

遺伝カンファレンスは、遺伝カウンセリングの症例検討を行うこととスタッフや関係者の学習の機会とすることを目的として毎月1回行っている。参加者は遺伝カウンセリング部のスタッフのほかに、各診療科の医師、附属病院看護師、地域の保健師である。症例検討では、匿名化した事例の報告および問題点の整理や意見交換を行っている。その際に扱われる問題は、医学的な問題だけでなく、心理的・倫理的・社会的問題も含まれる。そのため、場合によっては臨床心理士、検査部検査技師、医療ソーシャルワーカーも参加している。また、各診療科の医師による遺伝性疾患や遺伝子検査に関するミニレクチャーやスタッフによる関連学会の動向など情報提供を行うことで、カウンセリングに必要な知識の学習や最新の知見に関する情報交換を行っている。これまでは、保健所保健師による県内の遺伝相談に関する現状報告や外部講師による遺伝医療や遺伝子検査の最新の知見に関するレクチャーも開催した。

3. 開設から2008年度までの遺伝カウンセリングの現状

遺伝カウンセリング部は前述のとおりスタッフすべてが兼任であり、月・金の午後に診療時間としてあてているが、クライアントからの電話予約や各診療科からの紹介によって、その都度クライアントと遺伝カウンセリングの時間調整を行っている。開設当初より年を経る毎に扱っているカウンセリング実施件数の増加がみられている(図2)。これまでカウンセリングを行った事例では、疾患としては染色体異常、神経難病、がん、難聴など

があり、カウンセリングの目的はクライアント自身あるいは子どもの疾患の診断のために遺伝子検査を考慮している場合、妊娠や出産に関する相談として羊水検査を考慮している、あるいは他院からの紹介による羊水検査の結果に関する説明を希望している場合、染色体異常の子どもをもつ親からの相談、また遺伝性疾患をもつ親からの子どもへの影響に関する相談、同胞に遺伝性疾患がある場合の次世代への影響に関する相談などがあった。このように遺伝カウンセリングを必要とするクライアントの疾患やその目的は多岐にわたっている。

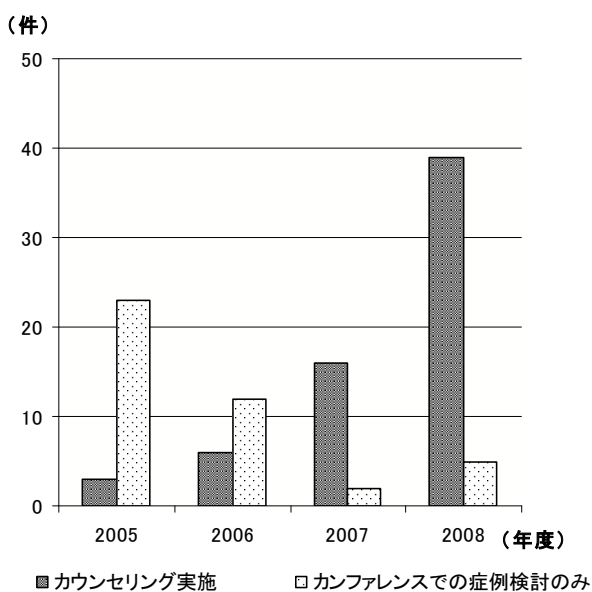


図2 遺伝カウンセリング件数の推移

II. 遺伝カウンセリング部における看護職の役割

遺伝カウンセリング部開設当初は、看護職スタッフは遺伝学に関する知識や遺伝カウンセリング技術の習得が十分であるとは言えない状況であった。しかし、それぞれ専門領域における実践家としての経験を有しており、障害を持つ子どもや家族の看護や遺伝相談への対応の経験をもっていた。また遺伝カウンセリングセミナーに参加したり、看護スタッフ間で遺伝に関する学習会を行い知識や技術の習得、ならびに意見交換を密にすることで経験不足を補う努力を行ってきた。

遺伝カウンセリングにおける看護職の役割として、私たちは主に以下のことを念頭に行っている。

(1) 医師と協働して、クライアントの遺伝的リス

表1 遺伝カウンセリングにおける看護実践

項目	内容
情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ・遺伝カウンセリングの目的や期待 ・受診に至るまでの経緯 ・クライアント自身の思い ・親やきょうだい、配偶者や子どもの病気や障害、死別の体験 ・家族や夫婦でつくりあげてきた価値
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・クライアントの価値観や意思決定に対する影響要因に関するアセスメント ・フォローアップの方法に関するアセスメント
情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の説明を補足する ・必要に応じて医師に再度説明を求める ・クライアントが必要とする場合には、患者会や手記などの紹介ならびにMSWなど社会資源に関する調整を行う
カウンセリングとケア	<ul style="list-style-type: none"> ・カウンセリングの場の緊張をほぐす ・クライアントの様子を観察し、医師への質問等を援助する ・理解度の確認とクライアントのニーズに応えているか確認する ・意思決定後の心理的反応のフォロー ・育児や療養に伴う体験に対するフォローアップ ・クライアントと家族の関係調整

クのアセスメントに必要な情報を収集する, (2) クライアントの遺伝学的情報の理解を助ける, (3) クライアントが提供された情報やおかれた状況に対処できるように支援する, (4) 遺伝学的検査や症状管理についてクライアントの意志決定を支援する, (5) クライアントが抱える問題を共有し, 心理的サポートを行うとともに社会的資源, 心理的資源の紹介を行う, である。そのための具体的な看護実践の内容を表1に示す。

1. 遺伝カウンセリングの実際

次の事例を通して, 遺伝カウンセリングの実際と看護実践について紹介する。

1) 事例紹介

多発性内分泌腫瘍症 (MEN) が疑われた
60代男性A氏

A氏は, 妻と大学生の息子1人の3人家族。同胞がMEN の確定診断を受けていた。その同胞の子どもは遺伝子検査を行っており, 陰性であった。

カウンセリングを行うに当たってスタッフミーティングを行い, A氏が遺伝子検査のリスクとベネフィットを理解し, 納得して検査に関する決定ができるように支援することと, また息子への説明等A氏がかかえる家族間の課題があるようであればその対処を支援することが遺伝カウンセリングとしては必要であることを確認し, 開始した。

2) 1回目カウンセリング

1回目のカウンセリングでは, 腫瘍と遺伝子との関係, 遺伝子診断を行う際のリスクとベネフィット, お子さんが同じ疾患を発生する可能性について説明することと, お子さんへの対応に関するA氏の考えを確かめることを行った。A氏の疾患や遺伝, 検査に対する認識について確認したところ, 遺伝子診断は行いたいというはっきりとした意思は持っていたが, 「臓器ごとにDNAがあり, 自分は副腎のDNAに問題があると思っている」, 「妹の子どもがそうでなかったから, 自分の子どもが遺伝子を引き継いでいる可能性はほとんどないだろう」と遺伝に関する

理解が不十分であり, 時々A氏の理解や認識が混乱していることがあった。そのため, A氏の認識を確認しながら, 繰り返し説明を行った。また, 「息子には自分の病名を知らせたくない。下手に説明すると子どもが心配する」「自分が子どもと同じような症状が出ないか見守っていききたい。将来を考えるとと言わないほうがいい」と強い思いを表現していた。「でも, 妻はおしゃべりだし, 妻から伝わる可能性があるから, そのことは心配だ」と語り, 妻とともに話し合う機会をもつ必要があると考えられた。遺伝子検査をすることやお子さんへの説明について妻と話し合ったことがあるのかを尋ねながら, 妻への説明が必要であれば行う用意があること, またお子さんへの説明については日を改めて考えることを提案し, A氏からの妻と同席したカウンセリングの希望があったため, 2回目の予約を行って終了した。

3) 2回目カウンセリング

2回目のカウンセリングでは, A氏の妻にMEN に関する情報提供を行うとともに, お子さんが遺伝子検査を受けることのリスクとベネフィットを中心に説明を行った。

A氏も妻も「息子には病気のことは伝えないほうがいい」, 「息子の検査をするなら, 何かの理由をつけて検査することができないか」という反応が聞かれた。ともにお子さんの遺伝的リスクは認識しているが, そのことを本人に告げることは避けたいと考えていたため, 一般的には16歳以上になると自分で判断できるとされており, 検査については本人の意思のもとに行うように扱われていることを説明した。その後, 妻は「大学生だから, 大丈夫」, 「私なら伝える」とA氏に向かって話すと, 次第にA氏は無言になっていった。そこで, 両者に対して, 「私たちはA氏の希望や考えを尊重して, どのようにすることがいいのか一緒に考えたいと思っている」ことを伝えると, 妻は「息子に考えを聞いてみるものいいね」とA氏に対する態度が柔らかくなり, A氏からは「息子に話せる方向で考えてみたい」との発言が聞かれて, その態度が

変化した。

4) 本事例における看護の役割

看護師はクライアントの表情や発言を観察し、クライアントの遺伝学的情報の理解を助けるために、受け止め方を確認する声かけを行うとともに必要に応じて医師への質問を援助することを行った。また、遺伝学的情報を家族でどのように共有するかをクライアントが前向きに考えていけるように、クライアントがお子さんに病気や遺伝子検査を伝えること、自分の病気について思っていることを表現できるようカウンセリングの場の緊張を和らげるようにした。

2回目のカウンセリングでは、初めはクライアントも妻も「子どもには病気のことは伝えない」と考えていたが、カウンセリングを進めていく中で妻は「自分だったら伝える」と変化していった。ここには同じ親であっても疾患をもつクライアントとそうでない妻との思いに違いがあらわれていると考えられた。看護師は「A氏の希望や意見を尊重して、どうしたらいいかを一緒に考えている」と声をかけて、カウンセリングがクライアントの意思が尊重される場であることを妻にもクライアントにも伝えた。ここでは、「子どもには余計な心配をかけたくない」というクライアントの親としての思いと、「自分のせいで負担をかける」という遺伝性疾患をもつ患者としての罪責感や孤独感などの苦痛を共有し、心理的サポートを行った。と同時にカウンセリングがクライアント中心であり、尊重される場であることを伝えることが、夫婦

が子どもへの情報提供について話し合えるような調整につながり、クライアントの自律的な意思決定の支援につながったと考えられた。

III. 今後の課題

1. 遺伝カウンセリングにおける看護実践

今後の課題の1つめは、看護スタッフの遺伝看護実践に必要な知識とスキルの学習の継続である。国際遺伝看護学会 (International Society of Nurses in Genetics, ISONG) は、遺伝看護実践の4つの本質的特性 (ISONG, 2006/溝口監訳, 2009) を述べている (表2)。遺伝カウンセリングは、遺伝看護実践の場であり、クライアントの主観的な体験に関心を寄せつつ、客観的なデータと統合して、クライアントの自律的な意思決定を支えるとともにケア関係を築くことが求められる。そのためには遺伝学的情報がもたらす家族間への影響についての視点は重要である。

前述の事例のMEN は3つの病型に分かれるが、いずれも常染色体優性遺伝の形式をとり、米国臨床がん学会では本症においては遺伝子検査が家族に対する標準的な医療であると位置づけている (GENEReviews日本語版)。患者の遺伝子変異を特定することは、家系内の保因者には甲状腺髄様がんを予防するための予防的甲状腺全摘術を考慮でき、患者の遺伝子検査と次世代の遺伝子検査はがん予防の観点から重要であるとされている。しかし、本事例にあったように家族内で遺伝学的情報を共有することによりためらいを感じるクライアントも多い。また、血友病のようなX連鎖性の疾

表2 遺伝看護実践の特性 (ISONG, 2006/溝口監訳, 2009より引用)

1	遺伝学とゲノム学に関連した医療問題の発見のために、クライアントの健康および病気に対する反応など、人間のあらゆる体験に注目する
2	以下において、遺伝学的知識を看護ケア過程、教育、研究に適用する ・健康教育、健康促進、維持、回復、それらの能力の最適化、病気・けがの予防、苦痛の軽減、安らかな死 ・遺伝学的問題や遺伝子疾患、可能な遺伝子技術とサービスの使用に際し、十分な説明をした上での意思決定 ・複雑な医療制度への関与
3	クライアントの主観的な体験の理解から得られた知識と客観的なデータを統合する。クライアントの体験とは、遺伝学的問題や、遺伝学的要因があり、障害や病的状態を引き起こす慢性疾患をかかえている、もしくはその危険性があることである
4	健康と回復を促進し、遺伝的問題、疾患の易罹患性、形態異常に関して、倫理的、法的、社会的問題を考慮に入れ、クライアントとのケア関係を築く

患の場合、保因者である女性が義父母に対して子どもの病気に関することについて話すことをためらうケースも報告されている(藤井, 2006)。血友病について話すことは、X連鎖性の疾患であることを話すことでもあり、家族が誤った知識や不十分な知識しか持っていない場合には、周囲の理解が得られにくくなることもある。しかし、家族内で疾患に関する正しい知識を共有することは、病気に対して適切な時期に適切に対処できるという医学的恩恵を受けることにつながるという側面ももっている。

家族内で遺伝学的情報を共有することは、家族成員のそれぞれの立場における様々な感情を生じさせ、家族内に葛藤をもたらす。クライアントが何らかの意思決定を必要とする場合、このような家族への影響はクライアントの意思決定に大きく影響する。これらの影響は疾患の特性や家族の状況によってそれぞれ異なることが考えられ、遺伝カウンセリングを行う看護職者はクライアントの家族内に起きている影響とクライアントの心理的負担に注意深く関心を払いながら、自律した意思決定ができるように支援するスキルが求められる。また、ここには遺伝学的情報は誰のものなのか、この遺伝カウンセリングは誰の利益のためにあるのかという倫理的な問題も存在する。

現在、遺伝カウンセリング部では看護スタッフそれぞれの専門性と経験に合わせて担当するケースを決定し、最善のサービスを提供できるように努力しているが、今後も遺伝カウンセリングで経験する看護現象に関する意見交換を行って、遺伝学的情報を扱うことに関連する倫理的感受性を高めるとともに遺伝カウンセリングのスキルアップに努めていくことが必要である。

2. 遺伝看護実践としての看護の連携

今後の課題の2つめには、看護の連携とフォローアップ体制があげられる。遺伝医療の発展とともに、すべての看護者は遺伝医療の提供と遺伝学的情報の管理にかかわることになる。クライアントの看護ニーズは必ずしも遺伝カウンセリングの場だけにあるのではなく、疾患に伴う体調管理など

直接的看護ケアを必要とする場合もある。しかし、遺伝カウンセリング部での看護実践に対する院内の看護職の認識は必ずしも十分とは言えない。このことは、遺伝カウンセリング部の看護のスタッフを医学部看護学科教員のみで担っていることもその一因となっていることが考えられる。今後は、遺伝に関する知識や健康問題について広く認知されるように看護職への働きかけとともに、病院看護師も含めて遺伝カウンセリングへの対応が可能となるような体制づくりが求められる。

クライアントのニーズに応じて遺伝カウンセリング後の心理的サポートや健康支援、情報提供を検討する必要があるが、そのための連携の体制は整っていないのが現状である。クライアントが当院の入院患者や外来通院患者の場合には、前述のような取り組みとして病院看護師と協働することで、そのことが可能となると考えられるが、クライアントが遺伝カウンセリングにだけ来院する場合は、その後のフォローアップのニーズを把握することは難しい。現在は病院外来看護師が電話予約の受付窓口を担当している。ここでは受付だけを行うことになっているため、容易に遺伝カウンセリング部のスタッフに直接連絡できないことがフォローアップの難しさの一因にもなっている。今後はクライアントを中心とした病院内外での連携のあり方についての検討が必要である。

おわりに

わが国の遺伝子医療(遺伝学的検査および遺伝カウンセリング、等)の充実・発展と向上を目的とした「全国遺伝子医療部門連絡会議」には2008年11月22日現在で本学も含めて73の医療機関が加盟している(全国遺伝子医療部門連絡会議HP)。また、平成20年の診療報酬改定によって遺伝子検査に付随する遺伝カウンセリングにとどまっていたものの遺伝カウンセリング加算が保険収載された。このように遺伝医療が通常の診療として拡大する中、遺伝カウンセリングの重要性も高まっている。今後も遺伝カウンセリングの実践を通して看護職が遺伝医療の中で担うべき役割やあり方について考えていきたい。

なお、本稿で紹介した事例は同意を得て公開した。また、本稿の内容の一部は第31回遺伝カウンセリング学会で発表した。

引用文献

Burke, S., Kirk, M. (2006) : Genetics education in the nursing profession : literature review, *Journal of Advanced Nursing* 54(2) : 228-237

GENEReviews 日本語版 (Multiple Endocrine Neoplasia Type2) : <http://grj.umin.jp/> [2009-12-15現在]

藤井智恵子, 芳野 信 (2006) : 血友病A家系における血縁者間の遺伝情報交換の問題点, *日本遺伝看護学会誌* 4(1), 36-42

いでんネット (臨床遺伝医学情報網) HP, <http://idenet.kuhp.kyoto-u.ac.jp/w/> [2009-12-15現在]

飯野英親 (2006) : 遺伝看護の役割と課題, *小児看護* 29(2), 141-144

International Society of Nurses in Genetics (2006) 溝口満子監訳 (2009) : 遺伝/ゲノム看護 : 実践の範囲と基準, *日本遺伝看護学会*, 10-11

守田美奈子, 安藤広子, 溝口満子他 (2006) : 一般看護職を対象とする遺伝看護教育プログラムの実施と評価, *日本遺伝看護学会誌* 4(1), 1-15

日本遺伝看護学会 HP : <http://idenkang.umin.ne.jp/> [2009-12-15現在]

全国遺伝子医療部門連絡会議 HP : <http://www.idenshiiryoubumon.org/index.html> [2009-12-15現在]

アメリカにおけるケアする人の現状とアートを用いたケア

The Present State of Caregivers in the United States and the Care Using Art

長谷川珠代

Tamayo Hasegawa

キーワード：ケアする人，アート，インフォーマルケア，家族，ヘルスケア
caregivers, the art, informal care, family, healthcare

I. はじめに

我が国は現在，老年人口が22.1%を超える超高齢化社会であり，65歳以上の死亡率は国際的にみても男性，女性ともに低く，多くの高齢者が地域社会の中で自立または介護を受けながら生活をしている（国民衛生の動向，2009）。また平成18年に厚生労働省が実施した身体障害児実態調査によると在宅の身体障がい児数はおよそ931,000人であり，平成17年に厚生労働省が実施した知的障害児（者）基礎調査によると知的障がい児（者）数はおよそ419,000人であると推計され，年々増加している（国民衛生の動向，2009）。2007年の障害者自立支援法施行，2006年改正介護保険法成立など法的な社会変化や動向を受け，地域で看護や介護などの「ケア」を受けながら自立した生活の継続を目指す方々が増加している。同時に介護家族やボランティア，医療や保健，福祉の専門職などケアを提供する「ケアする人々」も増加している。

筆者は2005年から地域で生活する障害児と家族，ケアスタッフを対象にアートを用いたヘルスケアプログラムを実践し，ケアする人とケアされる人とがアートを通して楽しさを共有できることを確認してきた。日本において，アートをケアに取り入れる活動は様々な個人・団体が行っており，アート・ミーツ・ケア学会が設立されている。アメリカ

力をはじめとする諸外国においては，アートは患者へのケアには勿論，医療従事者を中心とした専門職に対するケアや研修にも取り入れられており効果が認められている。

今回は，ケアする人々へのケアおよびアートを用いたケアを先駆的に実践しているアメリカにおいて，実践者達と意見交換および実践活動の視察を行ったので報告する。なお，英語使用圏における「ケアする人」の表現には，caregiversやcarersなど国や地域，対象によって様々な単語が用いられている。今回研修を行ったアメリカにおいては，全てのケアする人々に対してcaregiversという言葉が使用されていたため，本報告ではアメリカにおけるケアする人をcaregiversと表記する。

II. アメリカにおけるケアする人（caregivers）を取り巻く現状

1. アメリカにおけるinformal caregiversの現状

ケアにはインフォーマルケアとフォーマルケアの2種類存在する。インフォーマルケアを提供するinformal caregiversは，主に家族や兄弟など身近な存在であるが，有給でインフォーマルケアを提供する「専門補助員」と言われる看護師補助

員や在宅看護補助員もいる。ケアの大部分は家族や専門補助員などinformal caregiversが担っている現状がある。2007年アメリカにおけるinformal caregiversは5200万人以上と推計され、そのうち4400万人以上は費用を支払われない、家族や無償ボランティアを含めたinformal caregiversが高齢者や地域で生活することに障害のある大人に対してケアを提供している。

Family Caregiver Allianceによると、2007年全てのinformal caregiversの背景として、人種はAsian-American 16%、African-American 21%、Latino 16%、White 21%であり、2世代目以上の人々、つまりアメリカで生まれ、長年生活している人々である。年齢は35~64歳であり、3分の1は65歳以上である。ケアに関わる時間は週に8時間以上であり、5人に1人は1週間に40時間以上を費やしている。また42%は20分程度で移動できる距離に住んでいるが、15%は4~7時間かけて介護に通っている現状がある。また全てのinformal caregiversのうち17~24%はケアを受ける人の友人か隣人であり、65歳以上の高齢者の22%は夫もしくは妻のケアをしている。インフォーマルなケアの内容として、女性はケアに携わる時間の50%以上をおむつ交換など直接的なケアに費やしており、男性はパソコンによる文書作成や買い物の代行など間接的なケアを担うなど、男性と女性で担っているケアに違いがある。

informal caregiversによるケアの費用対効果として、2006年インフォーマルなケアの社会的な価値は\$306billion以上と推測され、informal caregiversが担っているケアをformal caregiversが提供した場合、少なくとも毎年\$257billionが必要とされる。インフォーマルなケアに対して、毎年必要と考えられる費用はケアハウス（施設）の場合\$92billion、在宅の場合\$32billionである。

informal caregiversの25~34%は就職しており、そのうち50%は社会的な仕事と介護という2つの仕事を担っているため身体的な負担が多く、疲れている現状がある。また48%は1日中ケアを行っており、ケアする時にケアの対象者を抱えてはいけないうこと等が法的に決められているが、実

際は行ってしまっているため身体的な負担が増加している。informal caregiversの多くは糖尿病や心疾患など何らかの身体的な問題を抱えている場合が多い。しかし介護があるために病院に行く事ができない、処方箋をもらうお金がないなどの問題があるため、多くのinformal caregiversが鬱病にかかっており、そのうち1/4~1/2は重篤な鬱病で、薬物やアルコール中毒、重篤な慢性疾患に罹患してしまう現状がある。

2. アメリカにおけるformal caregiversの現状

formal caregiversである病院やホスピスで働く看護師や医師など専門職も、常にバーンアウトを起こしやすい状況にある。専門職を新しく雇い、十分に働けるようになるまで育てるためには多くのコストを必要するため、専門職ができるだけ継続して勤務できる状況を整えることが望ましい。そのため託児所や銀行、クリーニング施設など職場の福利厚生を整備すること、専門職に対してもバーンアウトを起こさないためのケアを提供していくことが重要となっている。専門職に対するケアの内容としては研究や勉強会などの研修的な要素と、リラックスやリフレッシュを目的とした活動要素を両方行うことが必要である。参加者が体を動かして実践できる様々な活動をactivityと呼び、そのプログラムにはアートや運動、ピアサポート、カウンセリング、ヨガなど様々な内容が含まれる。その中から“自分をケアする方法を選び、見つけていく”ことで、自分の健康やストレスを意識して管理することができ、専門職が離職せずに働き続けるために有効である。

3. caregiversに対するケア

インフォーマルとフォーマルどちらのcaregiversに対するケアに共通して必要とされるポイントとして、1. ケアに対する支払いを増やすこと、2. 自信につなげるための教育や技術的なサポート、3. 健康チェック、4. 社会的なサポート、5. ストレスを軽減する活動、の5つである。特にcaregiversに提供されるアートや運動などのactivityにおいて、7つの“R”が大切とされて

いる。それは、1. Respite (自分の時間をもつこと) 2. Retreat (リラックスする時間をもつこと) 3. Rage (怒りなどの感情をぶちまけること) 4. Religion/Meditation (宗教など) 5. Recreation (楽しさを提供でき、簡単に実施できるもの。キルトなどのように介護をしている間に行う事もできる内容) 6. Renewal (新たな気持ちになれるもの) 7. Remember/Grieving (ケアする対象が亡くなった場合なども、その人を忘れないこと) である。caregiversをケアしていく際には、彼らが自分自身の気持ちを表現できることが最も重要である。

III. Georgetown University School of Medicineにおけるプログラム

Georgetown University School of Medicineではアートを教育に取り入れられていた。学生に対する教育方法として医学部学生向けのメディケアプログラムや、教育内容として小児病棟でアートをを用いたケアに関する講義が開催されている。今回は、医学部学生向けのメディケアプログラムの概要と小児病棟でアートをを用いたケアを行うための講義内容と実践について紹介する。

1. 医学部学生向けのメディケアプログラム

先に述べたようにアメリカにおいても多くのcaregiversが身体的、精神的なストレスを感じており、病気やバーンアウトを起こして離職するなどの現状が見られている。そこで医療の専門職となる学生達に対してアートをを用いた“メディケアプログラム”を提供し、自分たちの健康やストレスをコントロールし、自分自身を意識的にケアすることの重要性を伝えることを目的に活動している。プログラムは、学生を3つのグループに分けグループごとに3つの段階で進めていく。第1段階目として『話し合い』を行う。自分達のストレスが何なのかを学生同士が話し合う事で、自分が解決したいと思っている事をチェックする自己スクリーニングを行う。第2段階として様々なアートプログラムを経験する。第3段階としてメディテーション(思想)を行う。メディテーション

プログラムは、様々な方法を使って自分の内面変化を見つめるフィジカルプログラムや体の状態を整えていくボディメディスン等がある。この講義を受講し、学生自身が経験する事で、患者や家族へ活用する事ができる。3段階を2時間で行うが、これらを通して感情を表出し、アートをを用いたアクティビティで深く考える内容や気持ちを表現する内容を実践することでストレスと向き合い、自分自身の感情と向き合うことができるようになる。

このメディケアプログラム活動は講義としての活動ではなく、学生への支援として行っている。2002年に研究費補助を獲得して実践しており、研究費補助が終了した後もカリキュラムを継続して行っている。医学生に行った効果として、ストレスが減る、よく眠れる、勉強への意欲が増す、不安が減る等のポジティブな効果が得られている。

2. 小児病棟におけるアート療法

アートをケアに用いる『Art for Children in Hospitals』という講義は選択科目として開催されている。講義は全8回の講義で、講義と小児病棟における様々なアート手法の実践を行い、最終回には学生がアートをを用いたケアについてプレゼンテーションする。プレゼンテーションと小論文が評価の対象となる(表1)。

この講義における課題(目標)は3つで、1. 療養を必要とする患児の心理的ニーズを明らかにする、2. 病気や療養によるストレスに対する患児のコーピングに有効的なアートについて話し合う、3. 治療者として解決方法にアートをを用いる方法を個人で3つ見いだすことである。第3回以

表1. 『Art for Children in Hospitals』講義プログラム

第1回	病棟で患児にアートを提供することに関する講義
第2回	小児病棟および一般的な小児の生活について講義
第3回	演習: Music (音楽を用いた活動)
第4回	演習: Story Telling (物語や詩を用いた活動)
第5回	演習: Visual Art (視覚的な方法を用いたアート活動)
第6回	演習: Art Integration (アートによる自己洞察法)
第7回	演習: Dance & Movement (ダンスを用いた活動)
第8回	プレゼンテーションと小論文提出

降の演習については、はじめに各講師（アーティスト）より実施する内容と心理的な目的、セラピーとしてアートを用いる際の説明、および、アートを一緒に行う患児の基本情報等について導入を行う。その後、ベッドサイドに移動し、講師が個人または集団に対して行うのか判断し、学生に説明を行った後、アートを実践する。各演習の終了後、経験したことについて、実践した気持ちやケアおよびアート視点から意見を話し合う。小児病棟におけるアート実践の際は、化学療法を受けている患児が大勢いるため、感染に最も留意されている。その一つとして学生が先の開いたオープントウの靴で実践に参加することは禁止されているが、その他の約束事は原則的に行われていない。

次に、第3回目となるmusicの実践演習に参加したので、その様子を報告する。

2008年前期の受講生は6名で、はじめに学生、講師であるmusicianおよび講義のコーディネーターが小児病棟に集合し、演習を実践する際の注意事項等を説明した。説明の開始に先立ち、学生一人が一つずつ楽器を持ってセッションを行った。これは言葉や名前などではなく、音を通して“感じること”で演習や実践への気持ちを高めることを目的としていた。病院において患児は多くの電子音に囲まれて過ごしている。しかし家庭で生活をする子どもたちは、自然が奏でる様々な音に囲まれていることを考えると、自然な音を通して子どもは色々なことを豊かに感じる機会をつくるのが大切であるという内容が説明され、演習で用いる楽器は自然の素材でできたシンプルなものであり、木で作られたマラカスや小さな木琴、太鼓、ギター、蛙型の民族楽器などであった。各学生は受け持ち患児を決め、当日の状態やどんな音楽を希望しているかなどの確認を通して信頼関係を構築していた。基本的に対象である患児の意思を尊重して実施するため、アートプログラムの実践を予定していたとしても、当日患児が希望しないのであれば実施はしない。何かを行う際には、必ず患児からの同意が必要である。各病室の訪問時間は10～15分程度であり、今回は3か月～15歳まで5名の対象に音楽を用いたセラピーを行った。は

じめは泣いていた子どもも、音楽を始めてしばらくすると泣きやみ、音の出る方向を見て笑う、SpO₂が100%に上昇するなどの変化が見られた。3歳の女の子は、はじめはテレビアニメに夢中になっていて、視線はアニメに釘付けのまま渡された消毒済みのマラカスを振っていた。途中から学生達と会話をしながら音楽に参加するようになり、「他の楽器を演奏してみたい」などの希望を学生に伝える様子が見られた。また、ベッドサイドに座っている母親たちも楽器を渡すと、楽しそうに参加し、次第に学生も患児も母親も笑顔になっていた。

ナースステーションにいるスタッフ達も時折病室をのぞき、患児の笑顔を見て微笑んでいる姿や、近くに来なくても音のするほうへ視線を向け、リズムをとりながら仕事をする等、病棟全体がアートプログラムを意識して、一体化している様子が見られた。このように音楽の場合は、演奏に参加していなくても、広い範囲の人々が耳で聞いて楽しむことができ、他の病室の患児が覗きに来て患児同士の交流ができるなどの広がりもみられた。

受講している学生に講義を選択した理由を質問すると、他の講義と違って色々なことを実践でき、自分のケア技術につながるという答えが返ってきた。学生たちは病棟にいる患児を『病気の子』ではなく『子ども』として接しており、病気に罹患している前に一人の子どもであることを理解することが小児看護においては大切である、と講義のコーディネーターであるJudy Rolling氏は語っていた。

IV. 日本で看護職者に対するケアにアートをを用いる有効性

今回の研修を通してケアする人々に対するケアには、専門の有無を問わず、お互いが語り合うことが大切であり、自分自身でストレスを軽減できる手段を持てるように支援することが重要であることが分かった。その一つとして、自分の気持ちを自由に表現することができる、手段としてのアートが効果的に用いられているアメリカの現状を知ることができた。アートは視覚的なものだけではなく、様々な方法が有効であり、自分に合った方法を選ぶことでケアする人々が自己の内面を見つ

め、自分自身の気持ちに気づくことができる。つまり、ケアする人々に対するケアは、何かを提供することだけではなく、ケアする人々が自分に合った方法を選び、自分自身でケアする活動ができるように支援することが重要であると考え。ここではケアする人の中でも特に看護職者に焦点を当て、日本でケアする人のケアにアートを用いる有効性について考えたい。

宮崎県看護協会が実施した2009年新卒者看護職員調査において、約半数の新卒者が仕事を面白いと思ったことがなく、仕事をやめたいと思ったという結果が報告されていた。看護職、特に新卒者の場合、初めて経験する看護や疾患などを学習、理解しながら、業務内容や手順など覚えるなど、「やらなければならないこと」の多さと「自分ができること」のバランスを取ることが難しく精神的に緊張状態が続く。さらに就業時間が不規則で、初めのうちは十分な睡眠などの休息を効率よく取ることが難しく、身体的な疲労も大きい。しかし、彼らがそれらの不安や困難を乗り越えられた大きな要因として、アドバイスをくれる先輩や思いを語り合える同僚の存在が示されていた。つまり職場において信頼できる人間関係があることが、看護職のバーンアウトや離職を減らす手立てとなると言えよう。信頼できる職場の人間関係の構築を促すためにはお互いが語り合えることが大切であり、その「きっかけ」をつくる手段としてアートは有効ではないかと考える。アートの持つ効果として、制作過程や作品に「答え」が存在しないことで生まれる、自由さ、語りやすさ、柔らかな雰囲気、空間がある。職位や年齢などを考えず自由な空間のなかで、一緒に創作活動することを通して、参加者は自分自身を表現することができ、且つお互いの作品に対する思いを共有し、制作を通して、その人の持つ個性や良さを知る機会にもなると考える。また看護職は様々な背景を持つ、色々な人々と接する職業である。アートを自分自身のケアとして経験することは、看護者のもつ豊かな感性を伸ばし、コミュニケーションをとる手段や入院環境を明るくする手段として活用することにもつながり、より良い看護の提供にもつながると

考える。

このことは学生の教育においても同じことが言えるのではないだろうか。大学で看護職を目指す学生達は、その目的の中に専門職の養成という内容も含まれるため、多くの試験や課題、実習などが課せられている。その中で「本当に医療職に就けるのだろうか」「卒業できるのだろうか」などの不安を示す学生も多く、学生の中には自分の思いを伝えることや、人と話をする、自分を表現することが苦手という学生が多く存在する。今回の研修を通して、アートをを用いた活動を体験することが、これからケアの担い手となる看護学生が様々な不安や課題を乗り越え、社会に出て色々な背景をもつ人々と積極的に接することができる実践者になるための支援としても有効であると考え。

V. おわりに

今回の研修を通してアメリカにおける care-givers の状況、ケアにアートをを用いた様々な実践プログラムを視察することができた。Care-givers のケアには、お互いが語り合うことが大切であり、自分自身の気持ちを表現する手段としてアートをを用いることが効果的であること、自分自身で自分のストレスを軽減できる手段を持てるよう支援することが重要であることが分かった。

現在社会は誰もがケアし、ケアされる時代であり、多くの人々が少なからず1つや2つのストレスにさらされている現状がある。アートという手段を用いて、今後も人々の身体的、精神的な健康増進に働きかけ、地域社会全体が活性化できるよう活動を継続していく必要性を強く感じる事ができた。

本報告は平成19年度科学研究費補助金（若手研究（B）課題番号19791762）により実施した。

文献

- 厚生統計協会（2009）：国民衛生の動向，39-59，財団法人 厚生統計協会，東京
- リン・ケイブル編集（2003）：ケアする人のためのケア 日米における草の根的率先活動，アーツ・イン・ヘルス学会，Washington, DC

研究誌投稿規定

2008年6月24日改正

宮崎大学医学部看護学科教員の研究活動の活性化並びに研究情報の共有化を図り、教育活動へ還元することを目的として、研究誌を刊行する。

1. 投稿資格

投稿資格者は、宮崎大学医学部看護学科の専任教員、また専任教員が含まれる共同研究者、その他、研究誌委員会（以下、委員会）が投稿を依頼または認めた者とする。

2. 原稿の種類及び内容

1) 原稿の種類は次の5分類とする。

- a. 総説：特定のテーマについて、1つまたはそれ以上の学問分野における内外の諸研究を概観し、そのテーマについて、これまでの動向、発展を示し、今後の方向性を示したもの。
- b. 原著：独創性と知見に新しさがあり、研究としての意義が認められること。及び、研究目的、方法、結果、考察など論文としての形式が整い、主張が明確に示されているもの。
- c. 研究報告：内容的に原著には及ばないが、学術的発展に寄与すると判断されることから、研究としての意義があると認められるもの。
- d. 資料：研究結果に意義があり資料的価値が高く、今後研究として期待できるもの。教育活動の実践報告等を含む。
- e. その他：海外研修レポート、主催した地域貢献等の紹介等々、研究誌委員会が認めたもの。

2) 上記は、他誌に発表されていないものとする。重複投稿は禁止する。

3) 原稿は和文または英文とする。

3. 倫理的配慮

人および動物が対象の研究は、倫理的な配慮について、その旨を本文中に明記すること。

4. 原稿等の提出および受理

1) 投稿を希望するものは、投稿責任者と仮題を記入の上、指定された期日までに研究誌委員会に提出すること。

2) 原稿（図表等を含む）の提出は原本1部と著者名及び所属、謝辞他投稿者を特定できるような事項を外してコピーした査読用原稿2部を原稿締切日までに委員会に提出すること。

3) 投稿原稿の採択が決定したときには、投稿最終原稿とMS-DOSテキストファイルに変換し、記録した3.5インチのフロッピー・ディスクを提出する。なお、原稿を記録したフロッピー・ディスクには、著者名、使用機種名、使用ソフト名、保存ファイル名を明記する。

4) 原稿等を提出する際には、コピーを手元に保管しておくこと。

5) 提出時には別に定めるチェックリストを用いて原稿の点検・確認を行い、原稿に添付する。

5. 査読並びに採択

1) 原稿の採否は、査読を経て決定される。

2) 原稿の査読は、2名の査読者によって2回まで行うことを原則とするが、原稿の種類を変更した場合はこの限りではない。ただし、「e. その他」は原則として査読は行わない。なお、査読者の名前は公表しない。

3) 査読者間の意見に差異が著しい場合は、委員会は、査読者間の調整を行うことができる。

6. 著者校正

原則として、著者による校正は2回までとする。校正の際の加筆・変更は原則として認めない。

7. 原稿執筆要領

1) 原稿規定枚数および抄録等の規定頁数は、要旨、図、表、写真等を含め、下記の表に規定する。ただし、投稿者からの申し出により、委員会が認めた場合は規定枚数を超えることができる。

表 原稿の規定枚数ならびに形式

註； は添付するもの、- は添付しなくてよいもの

原稿種類	枚数(字数) 以内 和文の場合	枚数(words) 以内 英文の場合	抄 録		備 考
			和文 (400字程度)	英文 (300words程度)	
総説	8(12,000)	10(3,000)			
原著	10(16,000)	13(4,000)			
研究報告	8(12,000)	10(3,000)			抄録は和英どちらかの一方
資料	7(10,000)	8(2,500)		-	抄録は本文が英文の場合は英文で可
その他	7(10,000)	8(2,500)	-	-	ランニングタイトルは記載自由

2) 原稿の形式

- 原稿は、A4判の用紙を用いて、左右余白25 mm、上下余白25 mmをとり、ワープロで作成する。
- 和文原稿は40字×40行(1,600字)とし、文字のフォントは明朝、サイズは10.5ポイントとする。英文原稿では、文字のフォントはTimes New Roman、サイズは11ポイントとし、1枚当たり30行(300~360words)とし、適切な行間をあげる。
- 図表等は、1点につき400字に数える。
- 原稿には、頁番号を付与する。
- 表紙には、表題・著者名・所属(講座まで)・キーワード(5語以内)を日本語および英語(小文字)で記載する。また、ランニングタイトルと原稿の種類および図・表・写真の数を記す。

3) 本文

- 原則として、. 緒言(はじめに)、. 方法、. 結果、. 考察、. 結語(おわりに)の順とする。
- 漢字は必要ある場合を除き当用漢字を用い、仮名は現代仮名づかい、送り仮名を用い、楷書で記述する。
- 英数字は半角とし、数字は算用数字、度量衡の単位はm, cm, g, mg, ml, 等を用いる。
- 字体をイタリックにするところはその下に線を引くこと。
- 外国人名、地名および適当な訳語のない外国語は原語もしくは片仮名で記載すること。

4) 図、表、写真

- 図・表・写真はそのまま印刷できる明瞭なものとする。
- 表の罫線は横線のみとする。
- 図・表・写真は余白に図1, 表1, 写真1等の番号とタイトルおよび著者名をつけ、図・表・写真の縮小率を一括して明記したものを本文とは別に添付すること。
- 図・表・写真の挿入については、本文中の欄外余白に挿入場所を赤字で指定する。

5) 文献

- 本文中に著者名、発行年を括弧表示する。
- 文献は著者名のアルファベット順に列記する。
- 文献の記載は、下記の記載形式にしたがうこととする。
- 著者名は3名を超える場合は3名を記載し、それ以上は「他」と省略する。

【雑誌】著者名(西暦発行年):論文表題,雑誌名,巻(号),始頁 終頁

山田太郎,看護花子,宮崎ひむか,他(2002):社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴,南九州看護研究誌,1(1),32-38

Yamada, T., Kango H., Miyazaki H. et al (2002): Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, The South Kyusyu Journal of Nursing, 1(1), 32-38

【単行本】

- 著者名(西暦発行年):書名,始頁 終頁,出版社名,発行地
研究太郎(1995):看護基礎科学入門,23-52,研究会出版,東京
- 著者名(西暦発行年):表題,編集者名(編),書名,始頁 終頁,出版社名,発行地
研究花子(1998):不眠の看護,日本太郎,看護花子(編):臨床看護学,123-146,研究会出版,東京
- Kimura, H. (1996): An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H. et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York

【翻訳本】著者名（原書西暦発行年）／訳者名（訳本西暦発行年）：書名，頁，出版社名，発行地
Fawcett, J. (1993) / 太田喜久子，筒井真優美 (2001)：看護理論の分析と評価，169，廣川書店，
東京

8. 著作権

著作権は研究誌委員会に帰属する。ただし，本誌に掲載された著作の著者が掲載著作を利用する限りにおいては研究誌委員会の許可を必要としないものとする。

9. 著者負担費用

別刷及び図・表・写真の作成に要する経費については，著者負担とする。

附則

この規定の改正は，2003年9月17日から施行する。

この規定の改正は，2004年8月19日から施行する。

この規定の改正は，2005年6月20日から施行する。

この規定の改正は，2006年5月16日から施行する。

この規定の改正は，2008年6月24日から施行する。

編集後記

政権交代以降、日本中が様々な変化に覆われて、大学も期待と不安が入り交じった時を迎えています。そのような社会の流れにあっても、宮崎大学医学部看護学科では今年度よりプリンス・オブ・ソクラ大学看護学部との国際交流が開始され、看護教育や研究に新たな視点を発見する機会を得られるようになりました。また本学看護学科教員が中心となって、がん看護研究会、日本健康運動看護学会の設立がなされ、看護学科から地域へ、人々の健康に寄与する実践的なそして学術的な発信をしています。そして、来年度には設立10周年を迎えます。これまでの看護学科の歩みを感じるとともに、継承していく一員としての責務の重さを感じます。

本号では2編の原著を初めとして、8編の論文を掲載することができました。内容も研究や実践、教育、社会貢献と多様で、修士課程修了生の論文も掲載することができ、本学科の歩みを感じることができる号となりました。投稿して下さった皆様と査読して下さった皆様に深く感謝申し上げます。今後も南九州看護研究誌のさらなる充実に向けて、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

(野間口)

研究誌委員

委員長 鶴田来美
野間口千香穂
竹山ゆみ子

南九州看護研究誌 第8巻 第1号

平成22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. 8, No. 1, 2010

【Original Articles】

Disincentives for General Hospital Nurses to Sachiko Iwakiri..... 1
Provide Nursing Care for Patients Recovering from
Suicide Attempts and Their Families Yuko Shiraiishi

Research on Misunderstandings Mothers Recognize Miyoko Fujii.....13
between Themselves and Nurses in Caregiving
for the Seriously Disabled Hifumi Kusaba

【Research Report】

Support for Caregivers to Improve Community Environment ...Tamayo Hasegawa.....23

【Material】

Experience of New Male Nurses for One Year : Shoko Ogata.....33
Based on Their Narratives Akiko Naityuu
Yachiyo Tsyuchiya

【Others】

Review of JICA Area Focused Training in Tsuyako Nagase.....41
Women's Health and Child Health Support for
the Middle East Countries Hifumi Kusaba
Keiko Hyodo
- Starting from 2007 through 2009 - Masumi Kamohara
Tamayo Hasegawa
Kurumi Tsuruta

The Start and the Progress of Yachiyo Tsuchiya.....49
Miyazaki Association of Cancer Nursing Shoko Oku
Shoko Ogata
Rinko Uchida
Tomomi Yano
Yumiko Takeyama
Aki Nozue

Practice of Genetic Counseling and the Role of Chikaho Nomaguchi.....55
the Nurse in Department of Genetic Counseling
Service, University of Miyazaki Hospital Tsuyako Nagase
Tamayo Hasegawa
Kiyoko Mizuhata
Kanako Fujii
Masatoshi Yamaguchi
Hiroyuki Nunoi
Koichiro Itai

The Present State of Caregivers in the United States Tamayo Hasegawa.....63
and the Care Using Art