

# 南九州看護研究誌

## 第4巻 第1号 2006年

### 【特別寄稿】

個人情報保護法と臨地実習 ..... 土屋八千代 ..... 1

### 【論文】

中学生のセルフケア行動と親のセルフケア支援に対する認識との関連  
 ..... 野間口千香穂・草場ヒフミ・藤丸 千尋  
 藤井加那子 ..... 13

### 【短報】

特別養護老人ホームのターミナルケアにおける介護職者と  
 医師の看護職者に対する期待  
 ..... 加瀬田暢子・山田 美幸・岩本テルヨ ..... 23

九州圏内の精神医療施設における日常的な安全配慮  
 ..... 内田 倫子・土屋八千代・安藤 一博  
 及川 朋実・山田美由紀 ..... 29

九州圏内の精神医療施設における医療事故防止に関する研究  
 ー患者の異動時におけるスタッフの安全配慮行動ー  
 ..... 及川 朋実・土屋八千代・古家 明子  
 内田 倫子・山田美由紀 ..... 35

九州圏内の精神閉鎖病棟における行動制限時の安全配慮  
 ..... 山田美由紀・土屋八千代・安藤 一博  
 内田 倫子・及川 朋実 ..... 41

宮崎大学医学部看護学科





## 個人情報保護法と臨地実習

### Act on the Protection of Personal Information and Nursing Practice

土屋八千代<sup>\*1</sup>

Yachiyo Tsuchiya<sup>\*1</sup>

#### I. はじめに

近年のIT (Information Technology) 化による個人情報の有効活用と擁護を目的とした『個人情報保護法』が2003年に制定、2005年4月より施行された。この法律では5,000件を超える個人情報を取り扱う事業者が義務規定の対象となり、臨地実習の受け入れ機関である医療機関等はその範疇となる。法が制定され施行に至るには通常1年を要するが、今回は2年の準備期間が用意された。それは法施行に伴う種々の準備には時間を要するであろうとの配慮が背景にあったためである。医療分野では高度の慎重を要する個人情報を保有しており、現在インフォームド・コンセントの理念のもと、患者の権利の尊重と自己決定権の支援のために情報開示推進の方向にある。しかし、医療機関は特に個人情報の適正かつ厳格な取り扱いが求められる一方、医療従事者以外に学生や面会人、アウトソーシングによる多種の委託業者など、多様な関係者が出入りする基本的にはフリーアクセスの場所であり、情報保護に関しては非常に脆弱性が高いと言わざるを得ない。

このような場で臨地実習を展開する看護基礎教育においては、患者と学生の権利利益を考慮した関わりが必要となり、このため教員始め学生個々が個人情報保護法を理解した上で、患者の情報を適切に取り扱うことが求められることになる。

そこで今回は、情報開示に向けての歴史的変遷を辿り、法制定に至った経緯及び法の理念と条文を概観し、看護基礎教育における個人情報の取り扱いについて検討する。

#### II. 情報開示に向けての歴史的変遷

個人情報保護に関する歴史的変遷について、中央大学の堀部氏の資料<sup>1)</sup>及びその他の資料をもとに概説する。情報化社会の進展はプライバシー・個人情報侵害の問題を提起した。プライバシー権が最初に提唱されたのは米国で、1890年Samuel D. WarrenとLouis D. Brandeisが論文「プライバシーへの権利 (The Right to Privacy)」で、マスメディアが取り上げる私的な事柄を法的に保護する必要性を論じた。その後、プライバシー権は「ひとりにしておかれる権利 (right to be let alone)」として理解されてきた。

日本では「三島由紀夫事件」の判決(1964年9月)で、東京地方裁判所はマスコミの発達との関係でプライバシー権を認めることの必要性を論じ、「私生活をみだりに公開されないという法的保障ないし権利」であると定義した。その後1960年代以降におけるコンピューター化、及び1980年代以降のネットワーク情報化社会との関わりで議論されるようになり、「ひとりにしておかれる権利」から「自己情報コントロール権」へと発展した。以上の経緯を堀部は5期に区分(①プライバシー権認識・制度化提唱期(1950~1970年代中葉)、②プライバシー権制度化提唱・実現期(1970年代中葉~1980年代以降)、③行政機関個人情報保護法検討制定・個人情報保護ガイドライン策定・都道府県個人情報保護制度化期(1980年代中葉以降)、④個人情報保護基本法制提案・議論期(1999年以降)、⑤個人情報保護法の運用期(2005年以降)している。

<sup>\*1</sup> 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

日本の個人情報保護法は、1980年のOECD (Organization for Economic Co-operation and Development: 経済協力開発機構) の「プライバシー保護と個人データの国際流通についてのガイドラインに関する理事会勧告」を受け、8原則(①目的明確化の原則、②利用制限の原則、③収集制限の原則、④データ内容の原則、⑤安全保護の原則、⑥公開の原則、⑦個人参加の原則、⑧責任の原則)を基盤としている。変遷の中で医療関係を抽出すると、1994年にはWHOで「患者の権利に関する宣言」が採択され、1995年には世界医師会が「患者の権利に関するリスボン宣言」に「情報に関する権利」項目を追加した。同年日本の厚生省は「インフォームド・コンセントのあり方に関する検討会」を開催し、1996年に診療情報開示のガイドラインの作成に取り組んだ。1999年には日本医師会は医師が守るべき最小限基準として「診療情報開示指針」を作成、2000年1月から効力発効とした。2002年には厚生労働省は「診療情報の提供等に関する指針」を作成し、2003年「個人情報保護法」制定に対して、2004年12月に「医療・介護職関係事業者における個人情報の適

切な取り扱いのためのガイドライン」を作成した。看護職関連を見てみると、日本看護協会は1998年に「看護記録開示に関する検討プロジェクト」を発足させ、開示を前提とした看護記録に関する指針を作成することや情報開示に関する教育の実施について提言を行った。1999年にはプロジェクトの提言を受けて「看護記録の開示に関するガイドライン」を作成、2005年1月には「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」を作成した。このようにそれぞれの関係機関では個人情報の保護や情報開示に向けての準備がなされてきた。以上の経緯を表1にまとめた。

### Ⅲ. 個人情報保護法解釈<sup>2)~6)</sup>

個人情報保護法は関連4法(①行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律、②独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律、③情報公開・個人情報保護審査会設置法、④行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律等の施行に伴う関係法律整備等に関する法律)と同時に2003年5月に成立し、2005年4月に施行された。

表1 情報開示に向けての歴史的変遷

年代	主な出来事
1994年	• WHO「患者の権利の促進に関する宣言」
1995年	• 世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」(情報に関する権利を追加) • 日本厚生省「インフォームド・コンセントのあり方に関する検討会」
1995~96年	• 医療情報公開・開示を求める市民運動、カルテ開示を進める医師の会
1996年	• 厚生省「診療情報開示のガイドライン」作成への取り組み
1997年	• 医療法改正 医療関係者の責務にI・Cを追加 • 厚生省「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」 (98年、診療記録の開示義務と患者の開示請求権の法制化提言)
1998年	• 日本看護協会「看護記録開示に関する検討プロジェクト」発足
1999年	• 日本医師会「診療情報開示指針」作成(2004年1月より効力発効) • 日本看護協会「看護記録の開示に関するガイドライン」作成
2002年	• 厚生労働省「診療情報の提供等に関する指針」作成(2003年実施)
2003年	• 個人情報保護法制定(2005年実施)
2004年12月	• 厚生労働省「医療・介護職関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」 • ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針(2001.3) • 遺伝子治療臨床研究に関する指針(2002.3) • 疫学研究に関する倫理指針(2002.6) • 臨床研究に関する倫理指針(2003.7) } (2004.12.28に全部改正)
2005年1月	• 日本看護協会「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」

### 1) 個人情報保護法の枠組

個人情報保護法は個人情報の有用性に配慮しつつ、個人の権利利益を保護する目的で、個人情報を定義し、それを保護するための枠組み規程として、国・地方公共団体の責務、個人情報取扱事業者の義務、民間団体による保護の推進及び罰則規定より構成されている。

＜個人情報＞とは、生存する個人に関する情報で、氏名や生年月日、その他記述等により特定の個人が識別可能な情報を指す。

＜個人情報データベース等＞とは特定の個人情報をコンピュータ等を用いて検索可能なように体系的に構成された情報の集合体を言う。

＜個人情報取扱事業者＞とは、個人情報データベース等を事業の用に供している者（国、地方公共団体等のほか、取り扱う個人情報が6ヶ月以内に5,000件を超えない場合等の一定の者を除く）であり、看護教育における臨地実習の対象施設はこ

の事業者該当する。

### 2) 個人情報取扱事業者の義務

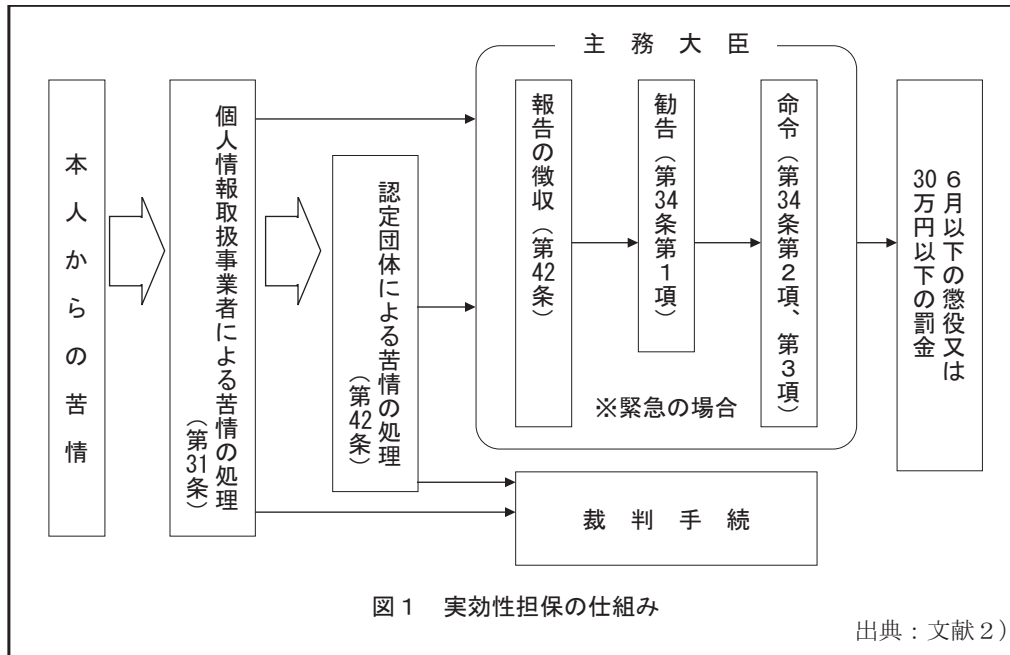
同法は前述したOECD 8原則を基盤として個人情報取扱事業者の義務が規定されている。8原則と対比する保護法の条文を表2に示した。事業者の義務として、①その個人情報の利用目的をできる限り特定しなければならない（法第15条1項）、②本人の同意を得ずに、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて利用してはならない（法第16条1項）、適用外として法令に基づく場合、人の生命・身体・財産の保護、公衆衛生の向上、法令の定める事務の遂行（法第16条3項）、③偽りその他不正な手段で情報を取得してはならない（法第17条）、④取得に際し利用目的を公表している場合を除き、速やかにその利用目的を通知・公表しなければならない（法第18条）、⑤利用目的の達成に必要な範囲内においてデータ内容の最新性・正確性を確保しなければならない（法第19条）、

表2 OECD 8原則と個人情報取扱事業者の義務規定の対応

OECD 8原則		個人情報取扱事業者の義務
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 目的明確化の原則 収集目的を明確にし、データ利用は収集目的に合致すべき</li> <li>● 利用制限の原則 データ主体の同意がある場合、法律の規定による場合以外は目的以外に利用してはならない</li> </ul>	⇒	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用目的をできる限り特定しなければならない（法第15条）</li> <li>● 利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱ってはならない（法第16条）</li> <li>● 本人の同意を得ずに第三者に提供してはならない（法第23条）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 収集制限の原則 適法・公正な手段により、かつ情報主体に通知又は同意を得て収集されるべき</li> </ul>	⇒	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 偽りその他不正の手段により取得してはならない（法第17条）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● データ内容の原則 利用目的に沿ったもので、かつ、正確、完全、最新であるべき</li> </ul>	⇒	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 正確かつ最新の内容に保つよう努めなければならない（法第19条）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 安全保護の原則 合理的安全保障措置により、紛失・破壊・使用・修正・開示等から保護すべき</li> </ul>	⇒	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 安全管理のために必要な措置を講じなければならない（法第20条）</li> <li>● 従業員・委託先に対する必要な監督を行わなければならない（法第21.22条）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 公開の原則 データ収集の実施方針等を公開し、データの存在、利用目的、管理者等を明示すべき</li> <li>● 個人参加の原則 自己に関するデータの所在及び内容を確認させ、又は意義申し立てを保証すべし</li> </ul>	⇒	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 取得したときは利用目的を通知又は公表しなければならない（法第18条）</li> <li>● 利用目的等を本人の知り得る状態に置かねばならない（法第24条）</li> <li>● 本人の求めに応じて保有個人データを開示しなければならない（法第25条）</li> <li>● 本人の求めに応じて訂正等を行わなければならない（法第26条）</li> <li>● 本人の求めに応じて利用停止等を行わなければならない（法第27条）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 責任の原則 管理者は諸原則実施の責任を有する</li> </ul>	⇒	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 苦情の適切かつ迅速な処理に努めなければならない（法第31条）</li> </ul>

表3 個人情報保護法第23条（第三者提供の制限）例外規定

1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。



⑥個人データの漏洩、滅失、棄損の防止その他安全管理のために必要な措置を講じなければならない（法第20条）、従業員の監督（法第21条）、委託先の監督（法第22条）、⑦本人の同意を得ないで個人データを第三者に提供してはならない（法第23条）、例外規定（表3）、⑧利用目的等を本人が知り得る状態に置かねばならない（法第24条）、⑨本人の求めに応じて保有個人データを開示しなければならない（法第25条）、⑩本人の求めに応じて訂正等を行わなければならない（法第26条）、⑪本人の求めに応じて利用停止等を行わなければならない（法第27条）、⑫利用目的を通知しない場合（法第24条3項）、一部若しくは全部開示しない場合（法第25条2項）、個人データ内容の訂正もしくは訂正しなかった場合（法第26条2項）は、本人にその理由を説明するよう努めなければならない、とされている。

### 3) 個人情報開示の枠組

個人情報とは生存する個人の情報を、本人からの開示の求めに応じて開示（法第25条）、訂正（法第26条）しなければならない。但し、①本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれのある場合、②当該個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合、③他の法令に違反することとなる場合、は一部若しくは全部の開示を拒みうることになる。本人の理解度を含め本人の権利利益のみならず関係者の権利を含めての状況判断が求められることになる。また、事業者は開示の求めに応じて手続きを定め、本人が容易かつ的確に開示が求められるように、情報の提供その他本人の利便を考慮した適切な措置をとらねばならない（法第29条1.2項）、開示の求めは政令で定める代理人によってすることもできる（法第29条3項）とき



れている。

#### 4) 苦情処理及び実効性担保の仕組み

個人情報取扱事業者は、個人情報の取り扱いに関する苦情の適切かつ迅速な処理に努めなければならない(法第31条)とされ、目的達成のための必要な体制を整備(法第31条2項)し、主務大臣へ報告(法第32条)する。主務大臣は個人情報取扱事業者への助言(法第33条)及び違反した場合には必要な措置をとるように勧告及び命令(法第34条)ができるとされ、法第37条以降には民間団体による個人情報保護の推進に関する規程、及び法第50条以降には保護法の適用除外例及び法第56条以降罰則規定が設けられている。個人情報保護法の実効性担保の仕組みについては図1に示した。

#### IV. 医療分野における個人情報の取り扱いについて<sup>6)~13)</sup>

前述したように個人情報に関して医療は特異な分野と言える。医療分野における個人情報(診療情報)の提供等に関する取り組みの多くは1999年代には公表されている。主なものは、①国立大学附属病院における診療情報の提供に関する指針(国立大学附属病院長会議常置委員会)、②国立病院・療養所・高度専門医療センターにおける診療情報の提供に関する指針(国立病院等診療情報提供推進検討会議)、③診療情報の提供に関する指針(日本医師会)、④診療情報の提供等に関する指針(厚生労働省)、⑤医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン(厚生労働省)である。厚生労働省は医療従事者を対象に『診療情報の提供等に関する指針(2003年9月)(以下、指針と略)』を公表し、その周知と遵守を要請し、更に2004年12月24日『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン(以下、ガイドラインと略)』を公表した。ここではこの2つを基盤として、医療・介護分野における特定事項について紹介する。

##### 1) ガイドラインの対象範囲

(1) 事業者の範囲は、①病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション等の患者に対し直接

医療を提供する事業者(以下、医療機関等)、②介護保険法に規定する居宅サービス事業、居宅介護支援事業及び介護保険施設を営む事業、老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業及び老人福祉施設を営む事業その他高齢者福祉サービス事業を行う者(以下、介護関係事業者)である。

(2) ガイドラインの対象となる個人に関する情報は、氏名、性別、生年月日等個人を識別する情報に限られず、個人の身体、財産、職種、肩書き等の属性に関して、事実、判断、評価を表すすべての情報であり、評価情報、公刊物等によって公にされている情報や、映像、音声による情報も含まれ、暗号化されているか否かを問わない。死者に対する情報が同時に遺族等の生存する個人に関する情報である場合には、当該生存する個人に関する情報となる。ガイドラインは、医療・介護関係事業者が保有する医療・介護関係個人情報を対象とするものであり、診療録等の形態に整理されていない場合でも個人情報に該当する。つまり、個人情報保護法では死者の情報は個人情報に含まれていないが、ガイドラインでは対象にされ保護されることになる、及び正式な書類ではない記録物や簡単なメモ類も対象とされるのである。医療機関等における個人情報は、診療録、処方箋、手術記録、助産録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係わる入院期間中の診療経過の要約、調剤録等が該当する。介護関係事業者における場合は、ケアプラン、介護サービス提供にかかわる計画、提供したサービス内容等の記録、事故の状況等の記録等である。

(3) ガイドラインでは診療録の特異性に鑑み個人情報の匿名化について説明している。つまり、当該情報に含まれる氏名、生年月日、住所等、個人を識別する情報を取り除くことで、特定の個人を識別できないようにすることを個人情報の匿名化という。顔写真については、一般的には目の部分にマスクングすることで特定の個人を識別できないと考えられている。必要な場合には、その人と関わりのない符号又は番号を付すこともある。匿名化に当たっては、当該情報の利用目的や利用者等を勘案した処理を行う必要があり、あわせて

本人の同意を得る等の対応も考慮する必要がある。院内での情報共有の場合は本人の同意は必要ないが、学会発表等では上記のルールに従わなくてはならないことになる。

(4) 家族等への病状説明について、保護法では個人データは本人の同意なしには第三者への提供は禁止されている。医療分野においては、病態によっては治療等を行う場合に本人のみでなく家族の同意が必要な場合があること、及び意識不明や重度の痴呆がある場合本人の同意を得るのが困難である。家族の同意に関しては患者の利用目的の達成に必要であれば問題はないので、その場合の家族の範囲を本人に確認しておく必要がある。また、本人の同意を得るのが困難な場合は保護法第15条3項の2（生命・身体・財産の保護）に該当するので、本人の家族であることを確認し、治療実施に必要な範囲での個人情報の提供・取得を行う。当然本人の意識が回復した際には、提供した相手とその内容について本人に説明を行い同意を得ることが必要となる。

## 2) 医療・介護関係事業者の責務等

(1) 利用目的の特定及び制限等（保護法第15～19条、）等：患者・利用者がそれぞれの事業者が個人情報を提供するの、当該個人情報を患者・利用者に対する医療・介護サービスの提供、医療・介護保険事務、入退院等の病棟管理などに利用するためである。（第一次利用目的：患者への医事

の提供に必要な利用目的）これら以外の目的（表4の2項）で個人情報を利用する場合は、患者・利用者から個人情報を取得する際に明確に当該利用目的を公表等（院内掲示等）の措置で周知しておかなければならない。利用目的による制限の例外として同意を必要としない具体的な例は表5に示した。

個人情報取得に際しては利用目的を通知・公表しなければならないが（保護法第18条）、その利用目的の公表方法として院内や事業所内等への掲示、ホームページへの掲載、受付での説明や当該掲示への注意の勧告、希望時には内容記載の書面の交付等を実施し、周知することが必要となる。また、個人情報の適正取得（保護法第17条）に関しては真に必要な範囲を本人から直接取得する他、第三者提供について本人の同意を得た者から取得することが原則である。但し、本人以外の家族等から取得することが診療上又は適切な介護サービスの提供にやむを得ない場合はこの限りではない。また、親の同意なく、十分な判断能力を有していない子どもから家族の個人情報を取得してはならない。但し、当該子どもの診療上、家族の個人情報が必要な場合で家族から取得が困難な場合はこの限りではない。

個人情報の最新性・正確性（保護法第19条）に関して、適正な医療・介護サービスを提供すると

表4 医療・介護関係事業者の通常の業務で想定される利用目的

<p>1. 患者への医療の提供に必要な利用目的</p> <p>1) 医療機関等の内部での利用に係わる事例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 当該医療機関等が患者等に提供する医療サービス</li> <li>• 医療保険事務</li> <li>• 患者に係わる医療機関等の管理運営業務</li> </ul> <p>2) 他の事業者等への情報提供を伴う事例 (略)</p> <p>2. 上記以外の目的</p> <p>1) 医療機関等の内部での利用に係わる事例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医療機関等の管理運営業務のうち 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料 医療機関等の内部において行われる学生の実習への協力 医療機関等の内部において行われる症例研究</li> </ul> <p>2) 他の事業者等への情報提供を伴う事例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医療機関等の管理運営業務のうち 外部監査機関への情報提供</li> </ul>
---

表5 利用目的による制限の例外として同意を必要としない具体的な例

(医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン, 厚生労働省, 2004)

<p>①法令に基づく場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医療法に基づく立ち入り検査</li> <li>• 介護保険法に基づく不正受給者に係る市町村への通知</li> <li>• 児童虐待の防止等に関する法律に基づく児童虐待に係わる通告等, 法令に基づいて個人情報を利用する場合</li> </ul> <p>②人の生命・身体・財産の保護に必要であって本人の同意を得るのが困難なとき</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 意識不明の身元不明の患者について関係機関へ照会する場合</li> <li>• 意識不明の患者の病状や重度の痴呆性の高齢者の状況を家族等に説明する場合</li> </ul> <p>③公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進に特に必要がある場合であって, 本人の同意を得るのが困難なとき</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健康増進に基づく地域がん登録事業による国又は地方公共団体への情報提供</li> <li>• がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供</li> <li>• 児童虐待事例についての関係機関との情報交換</li> <li>• 医療安全のための院内で発生した医療事故等に関する国・地方公共団体又は第三者機関等への情報提供のうち氏名等の情報が含まれる場合</li> </ul> <p>④国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受け者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要があるが、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 国が実施する統計報告調整法の規程に基づく統計報告の徴集及び統計法第8条に基づく指定統計以外の統計調査に協力する場合</li> </ul>
---

いう利用目的の達成のために必要な範囲において、個人データを正確かつ最新の内容に保つよう努めなければならない。このために、施設内で具体的なルール策定や研修の開催などが望ましい、とされている。

(2) 安全管理措置, 従業員の監督及び委託先の監督 (保護法第20条~22条)

医療・介護関係者が取り扱う個人情報は特に慎重に取り扱う必要のある重要情報である。事業者は個人データの漏洩, 滅失や棄損をした場合に、本人が被る権利利益の侵害の大きさと医療機関が有するリスクを考慮して防止措置を講じること、及び安全措置の遵守において従業員の監督義務が課せられている。安全措置としての取り組み例として、①個人情報保護に関する規程の整備, 公表, ②個人情報保護推進のための組織体制等の整備, ③個人データ漏洩等の問題が生じた場合等における報告連絡体制の整備, ④雇用契約時における個人情報保護に関する規程の整備, ⑤従業員に対する教育研究の実施, ⑥物理的安全管理措置 (入退館(室)管理の実施, 盗難等に対する予防対策の実施, 機器・装置等の固定など物理的な保護), ⑦

技術的安全管理措置 (盗難・紛失防止のため情報システムに、アクセス管理・記録保存, ファイアウォールの設置), ⑧個人データの保存, ⑨不要となった個人データの廃棄・消去, があげられている。検査や診療報酬請求等に係わる事務で個人データの一部又は全部を委託する場合も、安全管理措置を遵守させるよう必要かつ適切な監督をしなければならない。最後に、医療機関等での受付の呼び出しや、病室での患者の名札の掲示などについては、医療安全と患者のプライバシーとの関係を考慮して、患者の希望に応じて一定の配慮をすることが望ましい、とされている。

(3) 個人データの第三者提供 (保護法第23条)

個人データは保護法第23条1項の例外規定 (表5) 以外は、本人の同意なしには第三者へ提供してはならない。本人の同意を得る必要のある具体例として、①民間保険会社からの照会, ②職場からの照会, ③学校などからの紹介, ④マーケティング等を目的とする会社等からの照会, である。また、患者の傷病の回復等を含めた患者への医療の提供に必要であり、かつ個人情報の利用目的として院内掲示等により明示されている場合は、原則として黙示による同意が得られているものと考



えられている。同一事業内で情報交換する場合は第三者に該当しないが、事業所内部の研修の場合も、具体的な利用方法を含め、あらためて本人の同意を得るか、個人が特定できないよう匿名化する必要がある。その他留意事項として、医療事故などマスコミへ公表する場合は匿名化と本人又は家族の同意を得るよう努めなければならない。

(4) 個人データの開示 (保護法第25条)

原則として本人からの求めに応じて、書面の交付による方法等により遅滞なく当該保有個人データを開示しなければならない。本人以外に診療記

録の開示を求め得る者として指針で示された該当者を表6に示した。指針によれば図2に示したように、診療情報の提供は患者にとって理解しやすいように、懇切丁寧に診療情報を提供する用努めること、及び提供は口頭による説明、説明文書の交付、診療記録の開示等具体的な状況に即して適切に行わなければならないとしている。診療中の提供内容は表7に示したが、『精神病患者の保護及び精神保健ケア改善のための原則 (1991年国連)』<sup>12)</sup> 『ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言 (1994年WHOヨーロッパ会議)』<sup>13)</sup>における

表6 本人以外に診療記録の開示を求め得る者  
(診療情報の提供等に関する指針, 厚生労働省, 2003年)

- ①法定代理人, 但し, 満15歳以上の未成年者については疾病の内容によっては患者本人のみの請求を認めることができる
- ②診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人
- ③患者本人から代理権を与えられた親族及びこれに準じる者
- ④患者が成人で判断能力に懐疑がある場合は, 現実に患者の世話をしている親族及びこれに準じる者

<診療情報の提供等に関するガイドライン>

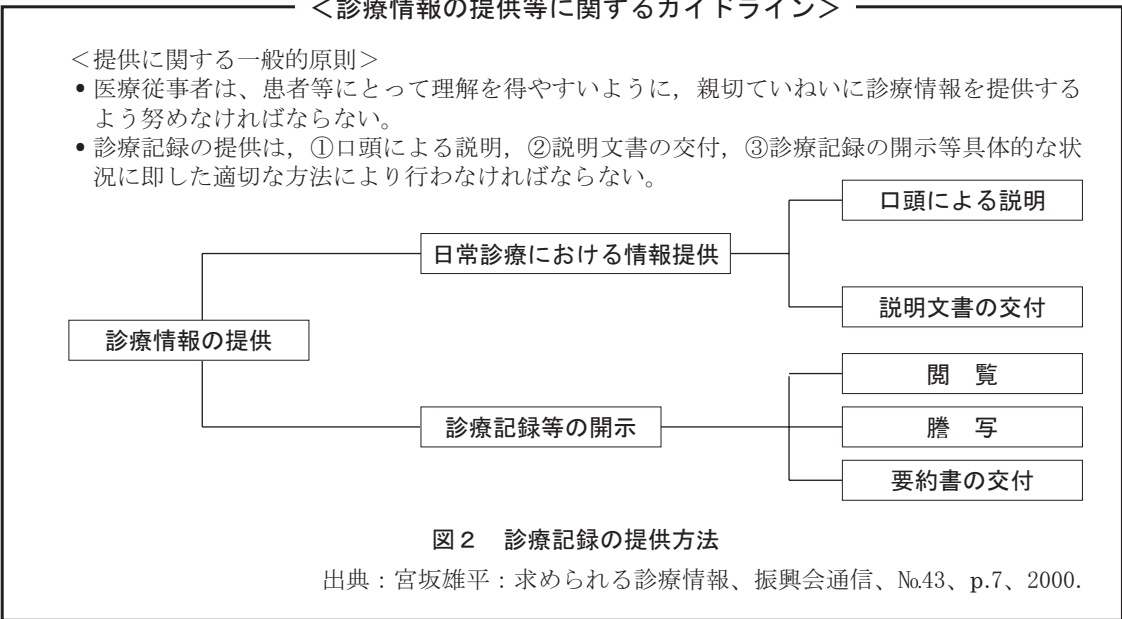


表7 診療情報提供の内容  
(診療情報の提供等に関する指針, 厚生労働省, 2003年)

- ①現在の症状及び診断病名
- ②予後
- ③処置及び治療方針
- ④処方する薬剤について、薬剤名、服用方法、効能及び特に注意を要する副作用
- ⑤代替的治療法がある場合には、その内容及び利害得失
- ⑥手術や侵襲的な検査を行う場合には、その概要、危険性、実施しない場合の危険性及び合併症の有無
- ⑦治療目的以外に、臨床試験や研究などの他の目的も有する場合には、その旨及び目的の内容

内容を踏襲している。また、患者が「知らないでほしい希望」を表明した場合には、これを尊重しなければならない、としている。ガイドラインでは開示の例外は保護法第25条に準じており、具体例として、情報を提供した関係者の同意を得ずに患者に開示することにより関係性が悪化する場合や患者に理解力がなく治療効果に悪影響を及ぼす場合などを上げており、個々の事例への適応については個別具体的に慎重に判断することが必要であり、「診療情報の提供等に関する指針」の内容にも配慮する必要がある、としている。指針では遺族に対する診療情報の提供に関して、患者が死亡した際には遅滞なく、遺族に対して、死亡に至るまでの診療経過、死亡原因等についての診療情報を提供しなければならない、但し、開示を求める者の範囲は、患者の配偶者、子、父母及びこれに準じる者としている。患者の同意を得ずに患者以外の者に対して診療情報の提供を行うことは、医療従事者の守秘義務に違反することが指針には明記されている。

## V. 看護教育における臨床実習での個人情報の取り扱い

日本看護協会は2000年に『看護記録の開示に関するガイドライン』を公表し、その改定版を『看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針（以下、看護記録指針と略）』<sup>14)</sup>として2005年1月に公表した。本看護記録指針は基本的には厚生労働省のガイドラインを遵守し、指針によって具体化が図られている。ここでは今までに説明をしなかった部分と看護特有の部分について概説する。

### 1) 看護記録指針作成の目的

これは看護者が専門職として社会的責任を果たすために必要な、看護記録及び診療情報の取り扱いに関する基本的な考えを示すものである。目的としては、①診療情報の提供の目的と看護者の役割（患者の権利の尊重、患者の自己決定権の支援、患者と医療従事者のコミュニケーションの充実）を明確にする。②診療情報の提供における看護者の主体的役割を示す。③診療記録開示のための目的に適う看護記録のあり方を示す、④看護記録を

含めた診療情報等の個人情報の保護に関する基本的な考え方を示す、の4つが掲げられている。

看護記録とは看護実践の一連の過程を記録したものを指し、本看護記録指針で取り扱う範囲として、診療情報の提供及び取り扱いに関する看護者の責務、看護記録の開示、診療記録開示の目的に適う看護記録のあり方、看護記録及び診療情報の取り扱いに関する看護管理者の責務、看護記録及び診療情報の取り扱いに関する基礎教育のあり方、診療記録のIT化について記述されている。

#### (1) 診療情報提供に関する看護者の責務

診療情報提供に関する看護者の基本的責務は、患者の知る権利及び自己決定権を尊重し擁護すること、自己の実施する看護について説明することであり、このことは医療法（第1条4項）及び日本看護協会の看護者の倫理綱領にも記されている。また、看護実践においては、看護計画立案・実施・評価に至る一連の過程の中で、可能な限り患者に情報を提供して患者の選択肢を提示することが求められる。診療情報の取り扱いに関する守秘義務の遵守は、助産師は医療法第72条と刑法第134条、保健師・看護師・准看護師は保健師助産師看護師法（以下保助看法と略）第42条2項及び法第44条3項に規定されており、違反した場合には刑事責任が問われる。看護記録の開示の方法は、①看護記録の閲覧、②看護記録の写しの交付、③看護記録を要約した書類（サマリー）の交付である。開示方法等に関しては前述したガイドライン及び指針に準じた施設内規定に従って行われるので、ここでは略す。

#### 2) 看護記録及び診療情報の取り扱いに関する基礎教育のあり方

看護記録には①看護実践の明示、②提供するケアの根拠の明示、③情報交換の手段、④患者や診療の経過、看護実践と結果に関する情報提供、⑤施設の要件や診療報酬上の要件を明示、⑥法的証拠、等の意義がある。看護記録に関する記載や保存の義務について助産録以外は保助看法に規定はない。しかし、看護記録は医療法施行規則第21条の5及び第22条の3（最終改正平成16年7月厚生労働省令）、保険医療機関及び保険医療担当規則



第9条（最終改正平成16年7月厚生労働省令）、基本診療の施設基準等及び届出に関する手続きの取り扱いについて（平成12年3月）によって、必要な記録とされている。基礎教育では看護記録や患者の個人情報の取り扱いに関して学生指導が必要とされる。看護学生が作成した実習記録の管理責任は看護教育者及び学生が負うが、情報の流出は実習施設責任者にまでおおよぶ場合があることを考慮して、カリキュラムや実習配置、実習環境の整備等の検討が必要となる。

学生への教育は、診療情報開示の目的に合う看護記録のあり方に関する理解を深めることが第一であり、具体的には①守秘義務などの倫理教育、②臨地実習前の教育の徹底、行為（技術）提供の説明責任と提供する技術の習熟（看護師が行うと同程度の安全性の保証）、③患者の同意（書）、④看護学生の行為の違法性阻却証明（免許を有しない学生の看護行為は法的には、患者の同意、目的の正当性、手段の相当性が証明されれば違法行為とならない。）⑤実習中の個人情報の取り扱い規定の作成等である。

看護学生の実習記録に関しては公的な看護記録とは異なるので、原則として開示の必要はないと考えられるが、場合によっては開示しなければならないことも踏まえた指導が必要となる。現時点では実習記録の扱いは各教育機関に任されているが、今後は実習施設との取り決めなどを検討

する必要がある。実習記録の取り扱いに関して看護協会が示す主な留意点について表8に示した。

特に、看護教育機関では、①学生への実習への協力は患者・利用者にとっては第一の利用目的ではないことを踏まえること、ガイドラインでは学生の実習への協力は、患者・利用者への医療・介護サービスの提供に必要な利用目的以外の利用として通常の業務の想定される目的の範疇となっているが、学生が患者・利用者の個人情報を使用することを施設で掲示し、本人への通知、及び受け持ち決定後は利用目的の追加を本人に通知し同意を得ることが必要となる。医療従事者は患者・利用者の同意を得ずに学生に情報を提供することは守秘義務違反となる。②看護業務は法的には独占業務であり、無資格者の学生が実習で看護行為を行うには違法性阻却事由の保証が必要であること、を認識する必要がある。このためには＜患者の同意書が不可欠＞であること、及び提供される看護行為（看護技術）の＜根拠説明と安全性の保証＞に責任を持つことの2点が重要となる。

### 3) 成人・老年看護学臨地実習における個人情報の取り扱いについて

当講座では、臨地実習前に「臨地実習における個人情報の取り扱い」<sup>15)</sup>についてオリエンテーションを実施している。内容としては、①個人情報保護法制定の背景、②情報開示に向けての歴史的変遷、③個人情報保護法の解釈、④診療情報の提供等に

表8 実習記録の取り扱いに関する主な留意点

(看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針、日本看護協会)

- |   |
|---|
| <p>①記録用紙は、個人を特定する情報（住所、氏名、生年月日、病院、病棟名、家族歴や遺伝情報等）を可能な限り記載しないようなフォーマットにする。</p> <p>②不必要な情報・不確実な情報は記述しない。</p> <p>③診療記録及び実習記録は安易に複写しない。</p> <p>④カンファレンスの資料等に利用するために複写した場合は、担当の看護教育者がシュレッダーにかける等適切に処分する。</p> <p>⑤個人が特定される可能性がある実習記録等の院外への持ち出しは原則として禁止する。やむを得ず院外に持ち出す際にはルールに則る（紛失・散逸の防止に努める。ファイル等で管理し、第三者の目に触れることがないようにする。）</p> <p>⑥実習目的以外に利用しない。</p> <p>⑦実習記録の作成にパソコン等の電子媒体を使用した場合には、ハードディスクや機体にデータが残ることを考慮し、個人所有の電子媒体の使用は避ける。</p> <p>⑧実習終了後、不必要となった記録物やメモ類はシュレッダーにかける、電子媒体は内容を消去する等の処分を行う。</p> <p>⑨実習終了後の実習記録は、看護教育者が適切に保管・管理し、看護学生が必要な際はこれを閲覧させることが望ましい。実習記録を学生が保管する場合は、その取り扱いを適切に行う。</p> |
|---|

表9 看護学実習における個人情報の取り扱いに関するガイドライン作成の際の検討すべき項目

(日本看護系大学協議会、看護実践能力検討委員会)

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>①臨地実習ガイダンスにおける人権尊重の理念と個人情報保護の周知（個人情報に関わる法・ガイドライン、等）</li> <li>②大学と病院等実習施設との協定</li> <li>③看護学生実習を受け入れている施設であることの実習受け入れ施設による公示</li> <li>④利用者の個人情報の取得ならびに取り扱う場所の特定</li> <li>⑤臨地で指導する教員のリストの作成</li> <li>⑥個人情報を取り扱うことに関する利用者への説明と同意</li> <li>⑦利用者の個人情報へのアクセスの方法（紙媒体の場合、電子媒体の場合）</li> <li>⑧利用者の個人情報の転記の制限（コピーの禁止等）</li> <li>⑨知り得た利用者個人情報の匿名性の確保</li> <li>⑩知り得た利用者個人情報の漏洩防止</li> <li>⑪看護学実習記録（紙記録物、パソコン、保存媒体等）の持ち運び（含データ転送の制限と保管場所の限定）</li> <li>⑫大学内等における学習活動（カンファレンス、レポート作成・指導）での利用者個人情報の取り扱い</li> <li>⑬実習終了後の看護学実習に関わる記録の保管と破棄</li> </ul> |
|---|

関するガイドラインの解釈、⑤看護記録の法的位置づけ、⑥学生の臨地実習と法的責任、⑦実習記録の書き方と取り扱い等である。また成人・老年看護学臨地実習で使用する看護記録においては書式を統一し、看護実践者には必要な情報と短期間の学生の看護過程には不要な情報が区別できるよう工夫している。2～3週間の実習期間に学生が受け持ちとして担当する患者は1名であることから、学生の実習記録上に個人を特定するような情報は不要であることを徹底して指導している。例えば、受け持ち患者のプロフィールシートに記載されているが、実質的な記入は不要とするなどである。実習中のメモ用紙及びパソコンの記録は実習終了後に消去を依頼している。終了レポートでは個人が特定できる情報がないことを確認し、保管の責任を説明し実習記録は学生の学びの経過を示すものとして返却を原則としている。しかし、診療情報の取り扱いについてはルールが確立しているが、実習記録の取り扱いについては不十分である。成人・老年看護学臨地実習は3分野（急性・慢性・老年）を有することから、実習部署や施設を複数包含しかつ担当指導者・教員が多数となることから、今後はこれら関係者間での調整・連携を進めていくことが課題である。

## VI. おわりに

2005年3月に実施した全国の基礎教育機関における臨地実習における個人情報取り扱いに関する

調査では、対象校の7割が実習記録を学生に返却しており、その割合は4年制課程が多かった（ $P<0.05$ ）。返却理由は「学生の権利、学習効果を高める」であり、反対に返却しない理由は「統一見解がない、学生の管理・保管が不十分」であった。この結果から言えることは、少なくとも実習記録は学生の学習記録であることを教員は認識していること、となれば所有権は学生にある。しかし、その学習の基盤となっているのは患者の個人情報であることもまた事実であることを考えれば、いかに記録させ、いかに活用させるかが重要であり、活用が十分に出来れば不必要な保管には意味がなくなるのではないかと考えられる。

日本看護系大学協議会が「看護学実習は、利用者に対する利益面と学生の学習面とを同時に達成させようとする特質を持つため、個人情報の取り扱いに関しても、利用者への利益を最大にし、学生の学習が最大になることが期待される方法で検討されなければならない。」<sup>16)</sup>とし、ガイドラインを作成する際に検討すべき13項目（表9）を上げている。この中で当校では臨地実習指導者・教員や情報への個人情報アクセス（電子カルテ）については病院でのルールに従い、その他情報を取り扱う場、匿名化、漏洩防止、学習活動における取り扱い、保管等については学科及び各看護学領域で検討されてきた。今後は、病院等実習施設としての公示の確認、大学との協定、学生が個人情報を取得並びに取り扱う場所の特定と確保等を検討



していく必要がある。また大学側としては、個人情報保護の周知、実習記録のさせ方と保管・管理について（実習後も含めて）、患者・利用者への説明と同意の内容等を再検討し、実習施設との協定（ルール）を文章をもって策定することが早急の課題と考える。

最後に、教育効果を考慮すれば学生の個々の成長過程に関する情報は、指導者間で共有する必要性は高い。しかし、今後は学生にとって第一次利用目的に該当する情報とは何か、どこまで提供するかについては十分検討し、学生への通知を含めての対応が必要となろう。

## 文 献

- 1) 堀部政男：個人情報保護法の考え方, [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/gijyutu/gijyutu1/shiryu/006/04080202/003](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/gijyutu/gijyutu1/shiryu/006/04080202/003).
- 2) 内閣府：個人情報保護法, [http://www:kantei.go.jp/jp/it/privacy/houseika/hourituan/030307houan.html](http://www.kantei.go.jp/jp/it/privacy/houseika/hourituan/030307houan.html)
- 3) 内閣府国民生活局：個人情報の保護に関する法律, 2005年
- 4) 総務省：国の個人情報保護のしくみ, 2005年
- 5) 稲葉澄人：看護と個人の情報の保護, *NurseData*, 26(3), 5-12, 2005
- 6) 診療情報の提供等に関するガイドラインの比較, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0325-4d.html>
- 7) 国立大学附属病院長会議常置委員会：国立大学附属病院における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドラインについて, 2005年2月
- 8) 日本医師会：診療情報の提供に関する指針（第2版）, 2002年10月
- 9) 厚生労働省：診療情報の提供等に関する指針, 2003年
- 10) 厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン, 2004年12月
- 11) 日本病院協会 病院のあり方委員会：個人情報保護法に関するQ&A, 2005年3月
- 12) 国際連合総会：精神病者の保護及び精神保健ケア改善のための原則, 1991
- 13) 世界保健機関ヨーロッパ会議：ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言, 1994
- 14) 日本看護協会：看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針, 2005年1月
- 15) 土屋八千代：臨地実習における個人情報の取り扱い方, *NurseData*, 26(3), 24-29, 2005
- 16) 日本看護系大学協議会看護実践能力検討委員会：看護学実習における個人情報取り扱いに関するガイドライン作成のために, 2005

## 中学生のセルフケア行動と親のセルフケア支援に対する認識との関連

### Relationship between Early Adolescent's Self-Care Performance and Parental Support

野間口千香穂<sup>\*1</sup>・草場ヒフミ<sup>\*1</sup>・藤丸 千尋<sup>\*2</sup>・藤井加那子<sup>\*1</sup>

Chikaho Nomaguchi<sup>\*1</sup>・Hifumi Kusaba<sup>\*1</sup>・Chihiro Fujimaru<sup>\*2</sup>・Kanakano Fujii<sup>\*1</sup>

#### Abstract

The purpose of this study were (a) to examine early adolescent's self-care performance, (b) to examine perceived parental support to the early adolescent's self-care performance, and (c) to examine relationships between early adolescent's self-care performance and their parental support. The study sample was included 347 adolescents (12 to 14 years old) in classroom settings of two junior high schools. Data was collected by the adolescents completing a self-reported questionnaire. The findings are as follows: (1) early adolescent's self-care performance decreased as age increased, (2) early adolescent's self-care performance differs by gender, (3) early adolescents wished for and were given moderate parental support their self-care performance, and (4) the more support adolescents were given by their mothers, the higher their self-care performance became ( $r=0.334$ ,  $p<0.001$ ). Findings suggest that health care professions should consider the results of this study when planning self-care educational programs for early adolescents and their parents.

キーワード：セルフケア，思春期早期，親の支援

Self-care, Early adolescents, Parental support

#### I. 緒言

中学生は養育者からの自立という発達課題の中で、健康と健康ケアの責任を学ぶ時期にあり、セルフケアの課題は、セルフケア実践、健康に関する意思決定、健康増進行動の発達にある。中学校に入学すると、子どもの生活は学校で過ごす時間や仲間と過ごす時間が増加し、親の監督は少しずつ減少する。セルフケアにおいても親の関与が減少していき、子ども自身が行うことが増加していくことが考えられる。このセルフケアの移行は、子どもにとっては徐々に親から自律性をもつようになることを意味し、親にとっては子どもに対するコントロールを徐々に手放していくことを意味

する。このような思春期の自立の過程では親子の葛藤が増大し、これは思春期早期である中学生の時期におこるが、同時に子どもは親との密接な関係や親に対する尊敬や信頼を感じ続けている<sup>1)</sup>ことが報告されている。思春期早期では、親は行動の規範を示すこと、価値をしみこませること、そして情緒的サポートを提供することにおいて重要な役割を果たし、ライフスタイルにおいては子どもの仲間より親に類似していることが多い<sup>2)</sup>とされ、親の支援のあり方は中学生のセルフケアにとって重要である。しかし、中学生のセルフケア研究において、親の支援に対する子どもの認識やそれらと子どものセルフケア行動との関連を検討した

※1 宮崎大学医学部看護学科 小児・母性看護学（助産専攻）講座  
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

※2 久留米大学医学部看護学科  
Kurume University School of Nursing



ものは少なく、あまり明らかにされていない。

そこで本研究では、Oremセルフケア理論を基盤に研究枠組みを作成し、1) 中学生のセルフケア行動の特徴を明らかにする、2) 中学生が認識するセルフケアに関する親の支援を明らかにする、3) 中学生のセルフケアに対する親からの支援の認識とセルフケア行動との関連を明らかにすることを目的とした。

## II. 方法

### 1. 対象者

A県内で同じ市内の2中学校に通う中学1年生と中学2年生586名を対象とした。そのうち回収されたのは350名(回収率60.0%)、有効回答は347名であった。

### 2. 測定用具

調査には、属性、健康状態5項目、セルフケア行動30項目、親のセルフケア支援の認知4項目(父母別)からなる無記名自記式質問紙を用いた。

セルフケア行動質問紙は、The Children's Self-Care Performance Questionnaire (CSPQ Moore, 1993)<sup>3)</sup>の日本語版として開発された36項目から成る質問紙( $\alpha = 0.772$ )<sup>4)</sup>から、質問項目の中で相関の著しく低い項目を削除し、30項目に修正して用いた。「いつもする」～「全然しない」の5段階尺度を用い、得点範囲は30～150で、得点が高いほどセルフケア行動が高くなるように配点し、得点化した。健康に関する主観的評価は健康認識について「健康でない」「少し健康」「多少健康」「かなり健康」「非常に健康」の5段階尺度で質問し、健康満足度は「満足でない」「少し満足」「多少満足」「かなり満足」「非常に満足」の5段階尺度で質問した。中学生のセルフケアに対する親の支援の認識については、中学生が認識した現在の親のセルフケア支援および期待に関する項目であり、研究者によって家庭生活での4項目の支援行動を選択し、父母別に中学生が認識している支援の現状と期待の程度について、「たくさんある」～「ほとんどない」の5段階尺度で質問し、得点化した。得点範囲は4～20で、得点が

高くなるほど、中学生が認識している支援が高くなるように配点した。

### 3. データ収集方法

2004年12月～2005年1月の期間に、教育委員会に協力を依頼し、協力が得られた中学校2校で中学校教師から中学生に質問紙を配布して、回収は郵送するように依頼した。しかし、質問紙の回収は、1校は郵送によって回収する方法、もう1校は中学校教師がその場で回収する方法となった。各校の回収率は郵送による回収を行った中学校では40%、その場で回収した中学校では95%であった。

### 4. データ分析方法

SPSSver.11.0J for Windowsを用い、統計処理を行った。学年、性別における家族構成の関連をみるために $\chi^2$ 検定を行い、学年、性別における健康認識、健康満足度との関連を検討するためにt検定を行った。セルフケアの構造を確認するためにセルフケア行動30項目については因子分析を行い、その後、各因子を合成変数として、属性との関連を見るためにt検定を用いて比較した。また親の支援認識については、属性との関連を見るためにt検定を用いて比較し、中学生のセルフケア行動との関連の分析にはPearsonの積率相関係数を用いた。今回の調査結果では、各測定用具による得点分布は正規分布に近似していたためt検定を用いた。

### 5. 倫理的配慮

質問紙は無記名として、研究の参加は自由であること、個人が特定されないように分析すること、また研究で得られたデータは研究以外の目的では使用しないことを紙面上で説明し、質問紙の回収によって、同意を得られたものとした。

## III. 結果

### 1. 対象者の属性

分析対象となったのは、中学1年生170人と中学2年生177人、合計347人である。性別および学

表1 対象者の属性

1. 学年別・性別の構成 (人)					
	1年生	2年生	合計		
男子	83 (48.8)	83 (46.9)	166 (47.8)		
女子	87 (51.2)	94 (53.1)	181 (52.2)		
	170 (49.0)	177 (55.0)	347 (100.0)		
( ) 内は%					
2. 家族構成 (人)					
	総数(n=347)	1年(n=170)	2年(n=177)	男子(n=166)	女子(n=181)
核家族	293 (84.4)	141 (82.9)	152 (85.9)	140 (84.3)	153 (84.5)
拡大家族	53 (15.2)	28 (16.5)	25 (14.1)	26 (15.6)	27 (14.9)
NA	1 (0.3)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)
片親同居	64 (18.4)	26 (15.3)	38 (21.5)	23 (13.9)	41 (22.7)
* *p<0.05 ( ) 内は%					
3. 学校の欠席 (人)					
	総数(n=347)	1年(n=170)	2年(n=177)	男子(n=166)	女子(n=181)
なし	173 (49.9)	87 (51.2)	86 (48.6)	85 (51.2)	88 (48.6)
1日~10日未満	161 (46.4)	78 (45.9)	83 (46.9)	77 (46.4)	84 (46.4)
10日以上	10 (2.9)	4 (2.4)	6 (3.4)	3 (1.8)	7 (3.9)
NA	3 (0.9)	1 (0.6)	2 (1.1)	1 (0.6)	2 (1.1)
( ) 内は%					
4. 健康認識と満足度 (平均値)					
	総数	1年	2年	男子	女子
健康認識	3.7 (0.98)	3.7 (0.94)	3.7 (1.02)	3.8 (0.95)	3.6 (1.00)
健康満足度	3.4 (1.17)	3.4 (1.17)	3.4 (1.17)	3.5 (1.16)	3.3 (1.17)
* *p<0.05 ( ) 内はSD					

年別の構成比、ならびに家族構成、健康状態を表1に示した。家族構成では核家族293人(84.4%)、祖父母との同居の拡大家族53人(15.2%)であった。また片親のみの同居家族は64人(18.4%)であり、特に男子と比較して女子は父親と同居していない割合が多かった( $\chi^2=6.236$ ,  $p<0.05$ )。健康状態・健康についての認識では、健康認識において男子と比較して女子の方が低かった( $t=2.149$ ,  $p<0.05$ )。

## 2. 中学生のセルフケア行動

### 1) セルフケア行動の構造

セルフケア行動の30項目について、主成分分析

で固有値1以上を基準とし、斜交プロマックス回転を用いて因子分析を行った結果、表2に示すような9つの因子が抽出され、累積寄与率は58.0%となった。この9つの因子の質問項目を解釈し、以下のとおり命名した。因子1は用心深さや身を守るための行動が含まれており、自ら危険を避けようとする行動であり〔危険回避〕とし、因子2は学校でのルールを守ることや社会的規則に従う行動が含まれており、規範にそって行動したり、権威者の指示を守るといった行動であり〔社会的規範の遵守〕とし、因子3は、調子が悪いときやけがをしたときの対処など積極的に病気を予防する行動であり〔病気予防〕とし、因子4は飲酒と喫



表2 セルフケア行動30項目の因子分析の結果 (主成分分析-プロマックス回転)

因子名・質問項目 [全体: $\alpha$ 係数=0.835]	平均値	SD	因子負荷量									共通性
			因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7	因子8	因子9	
<b>因子1 &lt;危険回避&gt;</b>												
12 道を渡る前に左右を確かめる	3.3	1.42	0.793	-0.085	-0.038	-0.025	0.032	0.116	-0.074	-0.137	0.054	0.617
20 家族に行き先を言う	3.6	1.30	0.694	0.110	0.032	0.021	0.033	-0.230	-0.119	0.064	-0.057	0.531
13 知らない人には用心する	4.0	1.20	0.617	0.090	0.123	0.047	-0.204	0.044	-0.034	0.033	-0.014	0.461
18 家の決まりを守る	3.7	1.07	0.614	0.203	0.016	-0.041	-0.033	-0.041	0.089	0.052	-0.123	0.499
14 車に乗ったときはシートベルトをする	3.9	1.34	0.490	0.118	0.104	-0.010	-0.154	-0.176	0.021	-0.024	0.070	0.321
<b>因子2 &lt;社会的規範の遵守&gt;</b>												
15 学校では提出物を時間どおりに提出する	3.9	1.15	0.041	0.804	-0.068	0.010	0.170	0.040	-0.048	-0.018	0.048	0.727
21 宿題は全部する	4.2	1.08	0.044	0.780	-0.028	0.105	0.104	-0.044	-0.059	0.057	0.035	0.734
19 学校の規則を守る	4.1	0.98	0.297	0.512	0.002	0.140	-0.122	0.119	0.141	0.034	-0.053	0.614
10 安全に自転車に乗る	4.1	1.16	0.129	0.412	0.065	0.026	0.179	0.144	-0.006	-0.111	-0.094	0.356
24 医師の言うことをきく	4.2	0.88	0.046	0.370	0.322	-0.202	0.037	0.145	0.199	-0.188	0.149	0.537
<b>因子3 &lt;病気予防&gt;</b>												
29 身体の調子が悪いときは無理な活動はしない	3.3	1.25	0.118	-0.125	0.739	0.064	-0.167	0.011	-0.124	-0.021	-0.014	0.516
27 切り傷やけがをしたところをよく洗ったり消毒したりする	3.9	1.14	-0.082	-0.060	0.645	0.079	0.345	-0.096	-0.029	0.141	0.005	0.606
25 気分の悪いとき親に言う	3.9	1.22	-0.025	0.305	0.625	-0.064	-0.030	-0.067	-0.007	-0.047	0.008	0.560
28 明るさに気をつけて本を読む	3.5	1.22	0.162	-0.133	0.577	0.041	0.166	0.101	-0.044	0.187	-0.073	0.556
<b>因子4 &lt;非行的逸脱回避&gt;</b>												
11 酒を飲む*	4.8	0.69	-0.012	0.105	0.029	0.806	0.203	0.019	-0.024	-0.052	0.028	0.744
30 煙草を吸う*	4.9	0.49	-0.063	0.196	0.085	0.751	-0.070	-0.088	0.045	0.018	0.108	0.717
22 他の子どもをいじめる*	4.5	0.83	0.355	-0.283	-0.104	0.491	0.092	0.233	0.074	-0.089	0.008	0.496
<b>因子5 &lt;基本的生活習慣&gt;</b>												
26 歯をみがく	4.5	0.86	-0.205	0.220	-0.063	0.151	0.858	-0.040	-0.059	-0.104	-0.033	0.651
23 食事の前に手を洗う	3.9	1.18	0.033	0.070	0.130	-0.038	0.611	0.071	0.098	-0.082	-0.120	0.500
6 バランスよく栄養がとれる食事をする	3.7	1.03	0.185	-0.105	0.007	0.001	0.340	-0.081	0.207	0.215	0.210	0.467
<b>因子6 &lt;生活習慣リスク回避&gt;</b>												
7 アメなど甘い物をよく食べる*	2.7	1.07	-0.185	-0.021	0.127	0.173	-0.302	0.754	0.049	0.017	-0.029	0.636
8 食べ過ぎる*	3.1	1.05	-0.084	0.051	-0.025	-0.052	0.196	0.661	-0.121	0.028	-0.117	0.510
17 お金をもらおうとすぐ使う*	3.3	1.20	0.217	0.185	-0.205	-0.172	0.066	0.517	-0.072	0.103	0.135	0.475
<b>因子7 &lt;運動&gt;</b>												
1 毎日運動をする	3.8	1.27	-0.065	-0.070	-0.176	-0.036	0.046	-0.006	0.872	0.076	-0.037	0.729
16 スポーツやゲームをみんなで する	3.9	1.10	-0.039	0.036	0.016	0.084	-0.010	-0.120	0.839	-0.031	-0.047	0.702
<b>因子8 &lt;活動と休息の調整&gt;</b>												
2 夜、少なくとも8時間以上は 眠る	3.0	1.20	0.065	-0.113	0.096	-0.067	-0.114	-0.048	0.046	0.859	-0.037	0.700
3 遅くまで起きているので、次 の日学校で疲れる*	3.3	1.20	-0.163	0.069	0.083	-0.051	0.052	0.322	0.016	0.621	0.136	0.599
4 カフェインの入ったものを飲 む(コーヒー、紅茶など)*	3.4	1.29	-0.051	0.377	-0.181	0.150	-0.139	-0.007	-0.059	0.478	-0.149	0.450
<b>因子9 &lt;規則的な食事&gt;</b>												
5 昼食は食べない*	4.3	1.31	-0.128	-0.014	0.038	0.089	-0.121	0.028	-0.035	-0.084	0.874	0.698
9 朝食を食べない*	4.2	1.29	0.098	0.061	-0.082	0.040	0.013	-0.118	-0.052	0.081	0.778	0.692
	固有値		6.110	1.849	1.764	1.706	1.366	1.303	1.240	1.048	1.014	
	因子寄与率		20.366	6.163	5.881	5.688	4.555	4.343	4.132	3.493	3.379	
	累積寄与率		20.366	26.529	32.410	38.098	42.653	46.996	51.128	54.621	58.000	

\*逆転項目

表3 中学生のセルフケア行動：学年別・性別比較

	全体 (n=347)		学年別				差の検定	性別				差の検定
	平均	SD	1年生(n=170)		2年生(n=177)			男子(n=166)		女子(n=181)		
			平均	SD	平均	SD		平均	SD	平均	SD	
因子1 危険回避	18.4	4.30	18.4	4.42	18.5	4.20	n.s.	17.8	4.70	19.0	3.83	**
因子2 社会的規範の遵守	20.5	3.85	21.2	3.62	19.9	3.97	**	20.1	4.37	20.9	3.26	*
因子3 病気予防	14.6	3.41	15.0	3.24	14.2	3.53	*	14.3	3.50	14.9	3.31	n.s.
因子4 非行的逸脱回避	14.2	1.52	14.4	1.19	13.9	1.76	*	14.0	1.70	14.3	1.32	n.s.
因子5 基本的な生活習慣	12.1	2.21	12.2	2.20	12.0	2.23	n.s.	11.9	2.32	12.4	2.09	n.s.
因子6 生活習慣リスク回避	9.1	2.30	9.6	2.29	8.6	2.18	***	9.2	2.51	9.0	2.08	n.s.
因子7 運動	7.7	2.03	7.8	2.03	7.7	2.04	n.s.	8.5	1.63	7.1	2.14	***
因子8 活動と休息の調整	9.6	2.58	10.1	2.52	9.2	2.56	**	10.1	2.64	9.2	2.47	**
因子9 規則的な食事	8.5	2.20	8.5	2.29	8.5	2.12	n.s.	8.6	2.04	8.4	2.34	n.s.
全体	114.7	14.15	117.1	13.55	112.5	14.38	**	114.3	15.63	115.2	12.67	n.s.

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$  n.s. = no significance

煙、いじめに関する行動が含まれており、これらは法律で禁止されていることをすることなど反社会的な行動であり〔非行的逸脱回避〕とした。因子5は〔基本的な生活習慣〕、因子6は〔生活習慣リスク回避〕、因子7は〔運動〕、因子8は〔活動と休息の調整〕、因子9は〔規則的な食事〕とした。セルフケア行動30項目の質問紙におけるクロンバック $\alpha$ は0.835であった。各因子のクロンバック $\alpha$ は0.437～0.779であった。

## 2) セルフケア行動得点の学年別、性別の検討

セルフケア行動質問紙では、「いつもする」「ほとんどする」「たまにする」「ほとんどしない」「全然しない」の5段階尺度で質問し、得点が高いほどセルフケア実施が高くなるように配点した。今回の調査での中学生のセルフケア行動全体の得点は、55～143点の範囲で、平均114.7 (SD=14.15)であった。

学年別と性別によるセルフケア行動の全体と各因子の得点を表3に示した。中学生のセルフケア行動全体の得点の平均値は、1年生が2年生に比べて有意に高かった ( $t=3.10$ ,  $p < 0.01$ )。また因子別にみると、〔社会的規範の遵守〕 ( $t=3.224$ ,  $p < 0.01$ )、〔病気予防〕 ( $t=2.138$ ,  $p < 0.05$ )、〔非行的逸脱回避〕 ( $t=2.57$ ,  $p < 0.05$ )、〔生活習慣リスク回避〕 ( $t=4.133$ ,  $p < 0.001$ )、〔活動と休息の調整〕 ( $t=3.475$ ,  $p < 0.01$ ) については有意差がみられ、1年生の得点が高かった。性別では中学生男子と女子のセルフケア全体の得点の平均値は、有意差は見られなかった。しかし、〔危険

回避〕 ( $t=2.677$ ,  $p < 0.01$ )、〔社会的規範の遵守〕 ( $t=2.046$ ,  $p < 0.05$ ) は男子に比べて女子のほうが有意に高く、〔運動〕 ( $t=6.911$ ,  $p < 0.001$ ) と〔活動と休息〕 ( $t=3.012$ ,  $p < 0.01$ ) では、女子に比べて男子のほうが有意に高かった。

## 3. 中学生が認識するセルフケアにおける親の支援

家庭生活でのセルフケア支援4項目について、父親と母親の「現在の支援の程度」および「支援を期待する程度」を「たくさんある」「かなりある」「多少ある」「少しある」「ほとんどない」の5段階尺度で質問した。回答は「たくさん」あるほど高くなるように配点した。

親の支援に対する認識については、「現在の支援の程度」は母親に対して平均12.7 (SD=3.81)、父親に対して平均10.3 (SD=4.11) であった(表4)。親の支援に対する「現在の支援の程度」と「支援を期待する程度」について父親と母親とで比較すると、どちらも父親と比較して母親の支援に対する認識が高かった ( $t=12.69$ ,  $p < 0.001$ ,  $t=9.69$ ,  $p < 0.001$ )。また、「期待する支援の程度」は、母親に対して平均11.7 (SD=3.97)、父親に対して平均10.1 (SD=4.10) であり、父親に受けている支援と期待する支援の程度には有意な差はなかったが、母親に受けている支援の程度が期待する支援の程度より有意に高かった ( $t=6.01$ ,  $p < 0.001$ )。さらに親に対する「現在の支援の程度」では母親と父親に対する認識には有意な強い正の相関 ( $r=0.659$ ,  $p < 0.001$ ) を認め、

表4 親からの支援に対する中学生の認識：母親・父親比較

		平均	SD	差の検定	
母親からの支援 (全体) (n=335)	現在	12.7	3.81	***	***
	期待	11.7	3.97		
父親からの支援 (全体) (n=306)	現在	10.3	4.11	***	***
	期待	10.1	4.10		

\*\*\*p<0.001

表5 親からの支援に対する中学生の認識：学年別・性別比較

		全体 (n=335)		学年別				性別					
		平均	SD	1年生 (n=163)		2年生 (n=172)		男子 (n=160)		女子 (n=175)		差の検定	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	差の検定	
母親	あなたに、バランスの良い食事をとるように言うこと	現在 3.3	1.20	3.3	1.18	3.3	1.21	n.s.	3.2	1.22	3.3	1.17	n.s.
		期待 3.0	1.21	3.0	1.23	3.0	1.20	n.s.	3.1	1.21	3.0	1.22	n.s.
	あなたに、十分に睡眠をとるように言うこと	現在 3.2	1.27	3.1	1.31	3.2	1.24	n.s.	3.1	1.25	3.2	1.29	n.s.
		期待 2.8	1.27	2.8	1.32	2.8	1.22	n.s.	2.8	1.19	2.8	1.34	n.s.
	あなたと学校生活で困っていることを話すこと	現在 2.8	1.42	2.8	1.43	2.9	1.42	n.s.	2.6	1.42	3.0	1.39	**
		期待 2.6	1.39	2.2	1.25	2.1	1.32	n.s.	2.4	1.35	2.8	1.42	*
	あなたの身体の調子について知ること	現在 3.4	1.32	3.4	1.39	3.4	1.26	n.s.	3.3	1.29	3.5	1.34	n.s.
		期待 3.1	1.36	3.2	1.42	3.1	1.32	n.s.	3.1	1.34	3.2	1.39	n.s.
	支援認識全体	現在 12.7	3.81	12.7	3.94	12.7	3.77	n.s.	12.2	3.93	13.1	3.74	*
		期待 11.7	3.97	11.7	4.21	11.4	3.77	n.s.	11.4	3.81	11.7	4.16	n.s.

		全体 (n=306)		学年別				性別					
		平均	SD	1年生 (n=154)		2年生 (n=152)		男子 (n=154)		女子 (n=152)		差の検定	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	差の検定	
父親	あなたに、バランスの良い食事をとるように言うこと	現在 2.6	1.34	2.6	1.34	2.6	1.34	n.s.	2.6	1.41	2.6	1.27	n.s.
		期待 2.7	1.29	2.7	1.28	2.7	1.30	n.s.	2.7	1.31	2.6	1.27	n.s.
	あなたに、十分に睡眠をとるように言うこと	現在 2.8	1.34	2.8	1.38	2.8	1.31	n.s.	2.8	1.33	2.8	1.36	n.s.
		期待 2.6	1.30	2.6	1.33	2.5	1.28	n.s.	2.6	1.27	2.5	1.34	n.s.
	あなたと学校生活で困っていることを話すこと	現在 2.2	1.28	2.2	1.25	2.1	1.32	n.s.	2.2	1.25	2.1	1.32	n.s.
		期待 2.1	1.23	2.2	1.25	2.1	1.22	n.s.	2.2	1.21	2.1	1.27	n.s.
	あなたの身体の調子について知ること	現在 2.7	1.36	2.8	1.40	2.7	1.32	n.s.	2.9	1.34	2.6	1.37	n.s.
		期待 2.7	1.37	2.7	1.39	2.6	1.34	n.s.	2.7	1.36	2.7	1.39	n.s.
	支援認識全体	現在 10.3	4.11	10.4	4.23	10.2	3.96	n.s.	10.5	4.09	10.1	4.10	n.s.
		期待 10.1	4.10	10.3	4.18	9.9	3.98	n.s.	10.2	3.87	10.0	4.30	n.s.

\*p<0.05    \*\*p<0.01    n.s. = no significance

「期待する支援の程度」でも同様であった (r=0.780, p<0.001)。

親の支援に対する認識を学年別に比較すると、中学1年生と2年生では有意差はなかった。性別による比較では、母親からの支援全体および「学校生活で困っていることを話すこと」に対する「現在の支援の程度」(t=3.031, p<0.01)と「支援を期待する程度」(t=2.078, p<0.05)は男子に比べて女子のほうが有意に高かった(表5)。

4. 親の支援認識とセルフケア行動

親の支援に対する認識と中学生のセルフケア行

動との関連をみるために、家庭生活での親のセルフケア支援4項目の父親と母親のそれぞれの総和と中学生のセルフケア行動の相関係数を求めた。

セルフケア行動全体の得点との有意な相関を認めたのは、「現在の支援の程度」における母親 r=0.334 (p<0.001), 父親 r=0.171 (p<0.01), また「支援を期待する程度」における母親 r=0.203 (p<0.001), 父親 r=0.183 (p<0.001)であり、母親に弱い正の相関が認められた。

また学年別、性別毎にセルフケア行動の因子毎の相関は表6に示した。有意な相関があるのは男女ともに〔危険回避〕, 〔社会的規範の遵守〕, 〔病



表6 親からの支援に対する中学生の認識：学年別・性別比較

		因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7	因子8	因子9	全体
		危険回避	社会的規範の遵守	病氣予防	非行的逸脱回避	基本的生活習慣	生活習慣リスク回避	運動	活動と休息の調整	規則的な食事	
学年別	母親の支援 (現在)	0.234 **	0.330 ***	0.343 ***	0.111	0.360 ***	-0.153	0.118	0.074	0.092	0.332 ***
	母親の支援 (期待)	0.200 *	0.241 **	0.250 **	0.084	0.182 *	-0.187 *	0.084	0.095	-0.022	0.219 **
	父親の支援 (現在)	0.120	0.163 *	0.160 *	-0.036	0.191 *	-0.156	0.062	0.104	0.118	0.169 *
	父親の支援 (期待)	0.175 *	0.217 **	0.175 *	0.094	0.208 **	-0.085	0.066	0.128	0.068	0.229 **
学年別	母親の支援 (現在)	0.299 ***	0.275 ***	0.348 ***	0.249 ***	0.173 *	0.059	-0.031	0.099	0.120	0.347 ***
	母親の支援 (期待)	0.231 **	0.133	0.254 **	0.062	-0.004	-0.022	-0.013	0.044	0.029	0.182 *
	父親の支援 (現在)	0.201 *	0.095	0.138	0.038	0.130	-0.055	0.116	0.055	0.048	0.169 *
	父親の支援 (期待)	0.236 **	0.021	0.178 *	0.004	0.043	-0.041	0.106	-0.031	-0.013	0.127
性別	母親の支援 (現在)	0.229 **	0.347 ***	0.395 ***	0.112	0.255 ***	-0.117	0.110	0.089	0.135 **	0.329 ***
	母親の支援 (期待)	0.227 **	0.258 ***	0.255 ***	0.003	0.104	-0.176 **	0.057	0.084	0.025	0.208 ***
	父親の支援 (現在)	0.154 *	0.224 **	0.136	-0.038	0.133	-0.175 **	-0.001	0.028	0.112	0.146 *
	父親の支援 (期待)	0.186 *	0.186 *	0.121	0.004	0.100	-0.102	0.041	0.038	0.062	0.152 *
性別	母親の支援 (現在)	0.288 ***	0.215 **	0.278 ***	0.263 ***	0.259 ***	0.035	0.074	0.120	0.090	0.342 ***
	母親の支援 (期待)	0.199 **	0.113	0.249 ***	0.158 *	0.078	-0.022	0.051	0.081	-0.014	0.202 **
	父親の支援 (現在)	0.182 *	0.027	0.174 *	0.082	0.208 **	-0.019	0.131	0.129	0.061	0.208 **
	父親の支援 (期待)	0.240 **	0.057	0.241 **	0.113	0.164 *	-0.002	0.116	0.073	0.004	0.228 **

\* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

気予防), [基本的生活習慣] に集中しており, 特に母親の「現在の支援の程度」とは正の弱い相関があった。

#### IV. 考察

##### 1. 中学1, 2年生のセルフケア行動の特徴

セルフケア全体の得点範囲は30~150点であり, 今回の調査による平均は114.7であることから, 今回調査を行った中学1, 2年生は概ねセルフケアを自ら行っていると考えていた。中学生は思春期早期にあたり, 彼らの生活する社会的文脈は大きく変容し, 生活場面では親とともに過ごすことが少なくなる。今回の結果は子どものセルフケアが自立していることを示しており, 思春期の発達段階に一致する。

今回の調査では中学1年生と2年生とを比較すると2年生のほうが1年生よりセルフケア得点が低くなっていた。Orem<sup>5)</sup>によるとセルフケアは学習された行動であり, 子どもは成長するにつれてより適切なスキルを学習し, 発達させるとされている。しかし, 9歳から18歳の思春期の子どもを対象とした研究<sup>6)</sup>では年齢があがるとともにセルフケアが低下したことや思春期中期の子どもを

対象とした研究<sup>7)</sup>でも安全のためのセルフケアは年齢とともに低下したことが報告されており, 思春期のセルフケアは年齢の増加に伴ってその実施が必ずしも高くないことが認められている。総務庁の調査<sup>8)</sup>によると中学生は小学生と比較すると規範意識が低いことが報告されている。また, 小中高生の喫煙行動に関する調査<sup>9) 10)</sup>では, 年齢があがるとともに喫煙率が高くなることが報告されている。今回の調査で中学1年生より中学2年生が低いということから, セルフケアにおいて社会的規範や好ましい生活習慣を守るということを積極的に行わなくなることが中学2年生頃から出現することが示唆された。また, 今回調査を行った中学生では, セルフケア行動の中でも特に[社会的規範の遵守][生活習慣リスク回避][活動と休息の調整]が低くなっていた。これらのセルフケア行動は仲間との活動に関連する行動が多く, 仲間集団による影響を受けやすいとされる中学生においては低くなりやすいことが考えられる。

また, 男女別ではセルフケア行動全体では有意な差は認められなかったが, [危険回避][社会的規範の遵守][運動][活動と休息]については, 有意な差を認めた。女子では男子に比べて, 危険を

回避する行動や社会的規範を遵守する行動をとっており、男子では女子より積極的に運動を行い、活動と休息の調整を行っているという特徴があった。思春期では性差によるセルフケアの差がみられる<sup>11)</sup>ことはこれまでも報告されており、思春期中期の子どもを対象とした調査と同様の結果であった。中学生の健康教育においては、これらの特徴をふまえたプログラムを検討する必要があることが示唆された。

## 2. 親からの支援に対する中学生の認識とセルフケア行動との関連

中学生が認識しているセルフケアに関する親からの支援の程度では得点範囲が4～20であり、今回の調査では平均10.1～12.7と中学生は親に支援を「多少」受けるとともに支援を「多少」期待しており、親からの支援を中程度以上は受けていると認識していた。今回調査項目とした「バランスの良い食事をとるように言うこと」「十分に睡眠をとるように言うこと」「学校で困っていることを話すこと」「身体の調子について知ること」のセルフケア支援4項目については、中学生の認識によると、父親より母親からの支援が多いと認識していることから、母親が主に子どものセルフケア支援を行っており、母親からのセルフケア支援が多い家庭では両親ともに支援していることが示唆された。また「身体の調子について知ること」が最も支援を受けていると認識しており、支援を期待している項目であった。このことは、中学生では体調を判断したり、それに合わせた対処を行うことについては、まだ十分にできないと感じており、親に身体の調子について気遣ってもらうことについて期待していることが考えられた。

中学生が認識している親の支援の程度と期待の程度は、中学1年生と2年生とでは大きな差はなく、性別では女子のほうが男子よりも支援を多く受け、支援を期待していた。中学生では女子の方が男子より母親との会話が<sup>12)</sup>多く、女子の方が男子よりサポートを多く受けている認識している<sup>13)</sup>ということが知られており、今回の調査でも「学校で困っていることを話すこと」は男子に比べて

女子の方が高く、中学生の母娘関係が親密であることを示していた。

母親からの支援と中学生のセルフケア行動は正の弱い相関があり、母親からの支援を多く受けていると認識している中学生ほど自立してセルフケアを行っている傾向があった。セルフケアの支援4項目は日常生活の基本的な項目であり、これらの支援を多く受けている中学生は幼少の頃から親の支援が多かったことが予測され、そのためにセルフケア行動が高くなっていることが考えられる。また中学生は父親からよりも母親から多くの支援を受けて、母親の支援に対しては期待する支援より多くの支援を受けていると認識しているが、今回の調査では、中学生の母親からの現在の支援に対する認識は、「多少」あるというものであり、期待する支援より多い現在の支援について、中学生は必ずしも必要以上の支援であるとは認識していないと考えられる。これらのことから中学生のセルフケアにとって、中学生自身が母親から「支援してもらっている」と感じる程度の支援が必要であることが示唆された。

セルフケア行動のなかでも〔危険回避〕、〔社会的規範の遵守〕、〔病氣予防〕、〔基本的な生活習慣〕では、親の支援との相関が強い傾向にあった。自分の身を守り、社会的規範に従って行動することには社会的価値が反映されることであり、子どもの場合は親の価値として反映されていることが多い。親からの支援が多いことで〔危険回避〕、〔社会的規範の遵守〕のセルフケア行動が高くなることから、中学生のセルフケア行動には親の価値が反映されると同時に親の価値による規範に従って中学生が行動していることが考えられる。また中学生では、体調が悪いときの対処や病気を予防する行動や基本的な生活習慣についても親の支援に従っていることが考えられた。

セルフケア行動のうち〔運動〕、〔活動と休息の調整〕では親の支援との関連はみられず、〔生活習慣リスク回避〕〔規則的な食事〕ではほとんど関連がみられなかった。運動することや活動では、学校生活が中心となる中学生にとって、自分で判断できることとして行動していると考えられる。

また中学生の生活習慣は親の生活習慣との関連がある<sup>14)</sup><sup>15)</sup>ことが報告されており、中学生が好ましい生活習慣をとることには、親から支援されることよりも親の生活行動のあり方が影響することが考えられる。

思春期の健康には親の養育態度が影響する<sup>16)</sup><sup>17)</sup>とされており、中学生のセルフケア行動は、親の態度とともに親からの支援行動にも影響されることが今回の研究から示唆された。これらのことから、健康教育を行う際の中学生の親に対するアプローチとしては、中学生であっても親の支援を必要としていること、特に身体の調子について気遣うことを子どもが期待していることをふまえて子どもへの支援をしていくことが望ましいことを親に伝えていくことが重要であることが示唆された。

## V. 結 語

今回の研究で、以下のことが明らかになった。

1. 中学生は概ね自立してセルフケア行動を行っており、中学2年生のほうが1年生よりも全体的なセルフケア行動が低かった。
2. セルフケア行動は部分的に男女差が見られ、〔危険回避〕〔社会的規範の遵守〕セルフケアは女子が高く、〔運動〕〔活動と休息の調整〕は男子が高かった。
3. 中学生は、セルフケアにおける親の支援を「多少」受けていると認識しており、「多少」期待していた。
4. 母親からのセルフケア支援を多く受けていると認識している中学生ほど、セルフケア行動を自立して行っていた。

今回の研究は標本数が少なく、調査対象とした地域も限られ、質問紙の回収に偏りも生じたため、必ずしも一般化できない。今後は、標本数を増やして中学生のセルフケアとして検証をするとともに、親の支援を低く認識していて、しかもセルフケア行動も低い中学生の要因を明らかにしていくことが課題である。

## 謝 辞

本研究にご協力下さいました中学生ならびに保

護者の方々に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は平成14年度～平成15年度科学研究費補助金（基盤研究(C)(2)）による助成を受けて行ったものであり、本研究の一部は第52回日本小児保健学会にて発表した。

## 文 献

- 1) L. J. Crockett, A. C. Petersen : Adolescent Development : Health Risks and Opportunities for Health Promotion, S. C. Millstein, A. C. Petersen, & E. O. Nightingale ed. : Promoting the Health of Adolescents, p22, Oxford University Press, 1993
- 2) 再掲1), p22
- 3) J. B. Moore : Predictors of Children's Self-Care Performance : Testing the Theory of Self-Care Deficit, Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 7(3), 199-217, 1993
- 4) 草場ヒフミ : 思春期ネフローゼ症候群患児のセルフケアに関する研究, 平成9年度～平成11年度科学研究費補助金（基盤研究(C)(2)）研究成果報告書, 2000
- 5) D. E. Orem (小野寺杜紀訳) : オレム看護論看護実践における基本概念, 医学書院, p200, 1995
- 6) 再掲3)
- 7) A. McCaleb, V. V. Cull : Sociocultural Influences and Self-Care Practices of Middle Adolescents, Journal of Pediatric Nursing, 15(1), 30-45, 2000
- 8) 藤田英典 : 小中学生の問題行動・逸脱規範の特徴とその関連要因 (第1章), 総務庁青少年対策本部編 : 低年齢少年の価値観等に関する調査, p173, 大蔵省印刷局, 2000
- 9) 川畑徹朗, 島井哲志, 西岡伸紀 : 小・中学生の喫煙行動とセルフエスティームとの関係, 日本公衆衛生誌, 45(1), 15-25, 1998
- 10) 尾崎米厚, 鈴木健二, 和田清他 : わが国の中高生の喫煙行動に関する全国調査, 厚生指標, 51(1), 23-30, 2004
- 11) 再掲7)



- 12) 中山貴美子, 藤内修二, 北山秋雄: 親子・友人関係が中学生の主観的健康度に及ぼす影響—思春期の子供を持つ親へのアプローチに向けて—, 小児保健研究, **56**(1), 61-68, 1997
- 13) 服部隆志, 島田修: 中学生の両親のサポートとストレスに関する研究 (I) —親サポート尺度・ストレス尺度の作成—, 川崎医療福祉学会誌, **13**(2), 271-281, 2003
- 14) 玉貫良二, 坂井温子: 健康意識調査からみた親と子の生活習慣の関係について, 公衆衛生, **66**(10), 782-786, 2002
- 15) 新行内美穂, 石岡和広, 上畑勝他: 保護者のライフスタイルとその子の健康行動との関連について, 学校保健研究, **39**, 355-363, 1997
- 16) 再掲12)
- 17) 赤尾泰子, 木村汎: 青年期の子どもが認知した親の支援行動の研究—子どもの親への発話と学業成績との関係, 家族社会学研究, **8**, 125-137, 1996

## 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける 介護職者と医師の看護職者に対する期待

### The Expectations of Nurses from Care Workers and Doctors in Providing Terminal Care in Specialized Nursing Homes for the Elderly

加瀬田暢子<sup>\*1</sup>・山田 美幸<sup>\*1</sup>・岩本テルヨ<sup>\*2</sup>

Nobuko Kaseda<sup>\*1</sup>・Miyuki Yamada<sup>\*1</sup>・Teruyo Iwamoto<sup>\*2</sup>

キーワード：特別養護老人ホーム，ターミナルケア，看護職者への期待，介護職者と医師  
Specialized nursing home for the elderly, Terminal care, The expectation on  
nurses, Care workers and doctors

#### I. はじめに

我が国の65才以上人口は18.5%を超え，今後も上昇が予測されている<sup>1)</sup>。特別養護老人ホーム（以下，特養）は高齢者の生活を支える施設として重要である。特養の在所者のうち要介護度4又は5の人が57%以上，死亡退所が66.3%であり，共に養護老人ホームより多い<sup>2)</sup>ことから，特養が「生活の場」であるとはいえ，ターミナルケアを含んだ施設である事は否めない。

我々はこれまで特養でのターミナルケアにおける看護職者の役割を中心に検討してきた。その結果，看護職者が介護職者や医師との連携を必要としつつも困難を感じている現状が浮き彫りとなった<sup>3)~5)</sup>。ターミナルケアの充実に向けての連携をより深めていくためには，介護職者及び医師がターミナルケアをどう捉え，看護に何を期待しているのかを看護職者が把握し，これらの他職種と協働することが不可欠といえよう。先行研究では，看護職者から介護職者への期待<sup>6)</sup>はあるが，その逆，あるいは医師を含めて検討したものは見あたらない。そこで，特養でのターミナルケアに関して，看護職者，介護職者，医師間の連携を深めるため

に，他職種から看護職者に向けられた期待を明らかにすることを目的として本研究に取り組んだ。

#### II. 研究方法

##### 1. 対象

平成12年度版全国老人福祉施設名簿に掲載されている4,469施設の特養から無作為抽出した800施設の介護職者の責任者及び医師，それぞれ1名を調査対象とした。施設の概要について，介護職者の責任者には，施設全体の介護職者の実数を年代別，経験年数別に回答してもらった。医師は回答者自身が対象となった。そして，回答のあった介護職者217名（回収率27.1%），医師119名（回収率14.9%）のうち，施設の概要が不明な者は除外し，最終的に介護職者199名（有効回答率91.7%），医師117名（有効回答率98.3%）を本研究の解析対象とした。

##### 2. 調査期間

平成15年11月～12月に実施した。

※1 宮崎大学医学部看護学科 基礎看護学講座  
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki  
※2 熊本大学医学部保健学科 看護学専攻  
School of Health Sciences, Kumamoto University

### 3. 調査方法及び倫理的配慮

調査の趣旨やプライバシーの保護、調査結果は目的以外には使用しないこと、調査協力は自由意思であることなどを明記した文書と、無記名の自記式質問紙及び返信用封筒を各特養の代表者に郵送し、対象者への配布を依頼した。返信は同意の得られた人から個別にもらった。

### 4. 調査内容

ターミナルケアについての基本的な考え方を把握するため、介護職者と医師に対して、「ターミナルケアの今後の対応」、「主に看護職者が行うべきとする業務」、及び前年度の調査<sup>3)</sup>で看護職者側から課題としてあがった『『看護職者の夜勤』に対する考え』について調査した。また、介護職者に対しては、「所属施設での全介護職者の概要」、「看護職者との連携で感じる問題」について調査した。医師に対しては、ほとんどの施設で1名の非常勤であるという前年度の調査結果<sup>3)</sup>を考慮し、今回は「回答者自身の属性」を尋ねた。なお、特養は「生活の場」であり、医療を行うことが前提ではない。しかしターミナルケアが行われる場合、医療機器は不可欠であるため、導入される医療機器は医師の治療方針と密接な関係があると考えた。そこで、医師に対しては「ターミナルケアで必要とする設備・医療用機器」について調査した。

なお、本研究では「ターミナル期」を、死亡原因を特定せず「死亡前半年」とし、「ターミナルケア」は、特定の意味に限定せず調査を行った。

### 5. 分析

介護職者と医師の間に「看護職者の夜勤に対する考え」、「主に看護職者が行うべきとする業務」に違いがあるか、 $\chi^2$  検定を行い、5%未満を有意差ありとした。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象が所属する施設の概要 (表1・2)

対象者の所属施設の概要について、介護職者は年代と経験年数を表1、医師は年齢、経験年数、専門領域を表2に示した。介護職者は29才以下が

43.1%で、経験年数は5年未満が63.5%であった。医師の平均年齢は56.7±13.5才、特養での平均経験年数は8.1±7.3年で、70.1%が内科医であった。

### 2. ターミナルケアの今後の対応

ターミナルケアの今後の対応に関して、介護職者及び医師は、「積極的に取り組みたい」23.6%、3.4%、「希望があれば取り組みたい」42.7%、61.5%、「(死亡直前期を含め)充実を図っていききたい」11.6%、2.6%、「死亡直前期以前では充実を図りたい」14.1%、6.8%、「条件を整えば対応を考えたい」6.5%、14.5%、「特に考えていない」1.0%、1.7%、「その他」1.0%、6.0%であった。

### 3. 介護職者が看護職者との連携において感じる問題 (図1)

介護職者が看護職者との連携で感じる問題について複数回答を求めたところ、多かったのは「夜

表1 対象施設における介護職者の背景

施設数n=199		
割合		
年代	29才以下	43.1(%)
	30才代	20.3(%)
	40才代	20.0(%)
	50才代	14.8(%)
	60才以上	1.9(%)
介護職者としての経験年数	1年未満	16.5(%)
	1～3年未満	26.1(%)
	3～5年未満	20.9(%)
	5～10年未満	21.2(%)
	10年以上	15.3(%)

注：介護職者数の総数からの割合で算出した

表2 対象施設における医師の背景

施設数n=117		
平均±SD		
年齢	56.7±13.5(才)	
特養での経験年数	8.1±7.3(年)	
割合		
専門領域	内科	70.1(%)
	外科	17.1(%)
	内科・外科	6.8(%)
	その他	6.0(%)



間処置の連絡調整」74.9%、「急変時の対応（特に夜間）」71.9%であった。「医療処置の教育指導」は26.1%、「看護職者の指導力」は23.6%であった。

#### 4. 医師がターミナル期で必要とする設備・医療用機器（図2）

医師がターミナル期で必要とする設備・医療用機器について複数回答を求めたところ、「ターミナル期用部屋」が79.5%と最も多く、次いで「吸引器」「酸素吸入用機器」が共に65.0%であった。

#### 5. 看護職者の夜勤に対する考え（表3）並びに主に看護職者が行うべきとする業務（表4）

看護職者の夜勤に対する考えについて複数回答で求めたところ、「夜勤・宿直すべき」「（状況に応じ）夜勤すべき」は、介護職者が医師より有意に多く（ $p < .05$ ）、「自宅待機すべき」は医師の方が有意に多かった（ $p < .01$ ）。また、主に看護職者が行うべきとする業務を複数回答で求めたところ、介護職者の方が医師より有意に多かったのは「医療処置」「他職種との連絡調整」「移送先との連絡」（ $p < .001$ ）、「医師との連絡調整」「他職種への教育」（ $p < .01$ ）、「死亡場所の決定」（ $p < .05$ ）であり、「入所者との会話（ $p < .001$ ）」「日常生活援助（ $p < .01$ ）」では医師の方が有意に多かった。

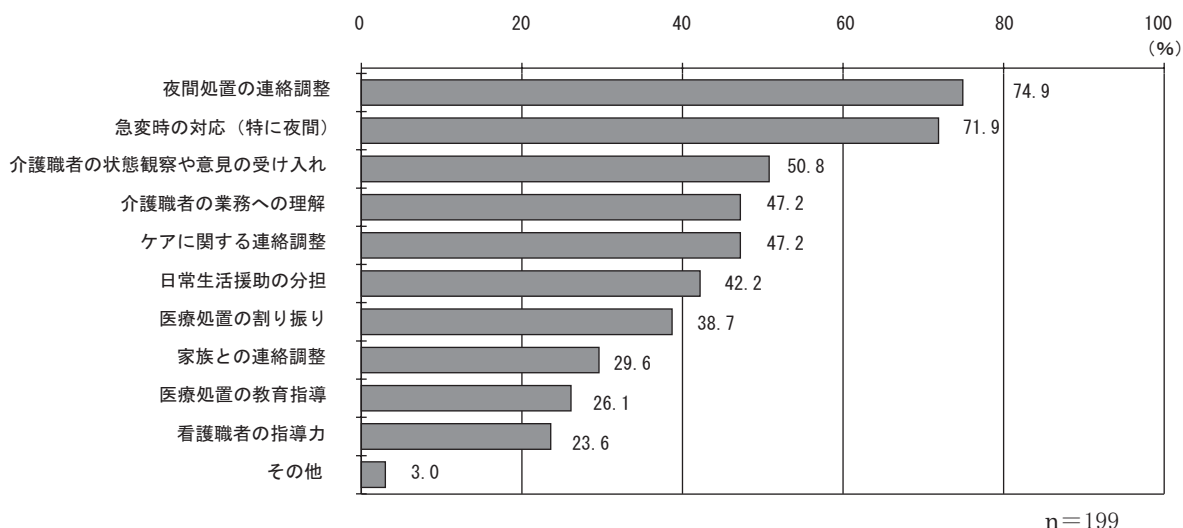


図1 介護職者が看護職者との連携で感じる問題（複数回答）

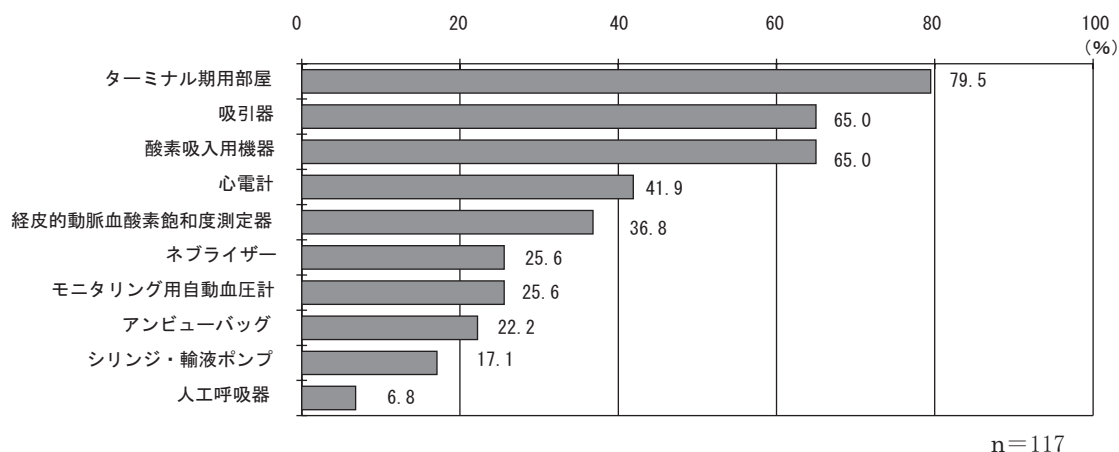


図2 医師がターミナル期で必要とする設備・医療用機器（複数回答）

表3 看護職者の夜勤に対する考え

単位：人 (%) (複数回答)

	介護職者(n=191)	医師(n=115)	有意差	$\chi^2$ 値
夜勤・宿直すべき	45 (23.6)	13 (11.3)	*	5.251
(状況に応じ) 夜勤すべき	68 (35.6)	24 (20.9)	*	5.33
(状況に応じ) 宿直すべき	48 (25.1)	22 (19.1)	n・s	1.046
自宅待機すべき	53 (27.7)	53 (46.1)	**	7.27
特に必要ない	11 ( 5.8)	7 ( 6.1)	n・s	0.008

注：無回答者は除く \* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 n・sはnot significantの略

表4 主に看護職者が行うべきとする業務

単位：人 (%) (複数回答)

	介護職者(n=197)	医師(n=114)	有意差	$\chi^2$ 値
医療処置	167 (84.8)	71 (62.3)	***	13.011
日常生活援助	36 (18.3)	44 (38.6)	**	10.122
状態観察・把握	154 (78.2)	92 (80.7)	n・s	0.191
入所者との会話	63 (32.0)	66 (57.9)	***	13.552
療養環境の調整	64 (32.5)	50 (43.9)	n・s	2.753
医師との連絡調整	180 (91.4)	83 (72.8)	**	11.771
他職種との連絡調整	127 (64.5)	43 (37.7)	***	14.372
入所者の意思確認	49 (24.9)	24 (21.1)	n・s	0.408
家族の意思確認	103 (52.3)	65 (57.0)	n・s	0.446
他職種への教育	71 (36.0)	19 (16.7)	**	9.597
移送先への連絡	99 (50.3)	24 (21.1)	***	18.572
死亡場所の決定	26 (13.2)	5 ( 4.4)	*	4.825

注：無回答者は除く \* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 n・sはnot significantの略

#### IV. 考 察

解析対象とした介護職者が所属する施設における全介護職者の年齢構成は、29才以下が43.1%を占め、経験年数も5年未満が63.5%であった。このことから、特養のターミナルケアを行う介護職者が若くて経験の浅い人が多いことがわかる。一方、医師は特養での経験年数ではばらつきがあるものの、平均年齢が56.7才でベテランといえよう。

##### 1. ターミナルケアに関する介護職者の考え

介護職者のターミナルケアの今後の対応では、「希望があれば取り組みたい」が42.7%と最も多く、次いで「積極的に取り組みたい」(23.6%)であった。ここから、介護職者はターミナルケアに対して、入所者を主体とし、前向きに捉えていることが伺える。看護職者との連携の問題では、7割以上の介護職者が「夜間処置の連絡調整」や「(特に夜間の)急変時の対応」をあげ、半数以上

が「状態観察や意見の受け入れ」を問題としていた。柴田らは、介護職者と看護職者が互いに責任が曖昧なまま医療行為を行っている可能性を指摘している<sup>7)</sup>。介護職者が、夜間・急変時の連携や状態観察・意見の受け入れが問題と捉えているのは、このように責任が曖昧なまま医療行為を行うことで、十分なコミュニケーションがとれていないこともあると考えられる。

##### 2. ターミナルケアに関する医師の考え

医師のターミナルケアの今後の対応としては、介護職者同様「希望があれば取り組みたい」が61.5%と最も多かったが、「積極的に取り組みたい」がわずか3.4%であった。ここから、医師はターミナルケアを入所者の希望を主体に、いわば受け身の姿勢でいることが伺える。また、80%以上がターミナル期用部屋を、65.0%が吸引器、酸素吸入用機器を必要とし、シリンジ・輸液ポン

は17.1%、人工呼吸器を必要とする人は6.8%であった。シリンジ・輸液ポンプや人工呼吸器は、持続点滴や延命処置を意味し、入所者にとって苦痛を伴うものである。つまり、特養の医師は、ターミナルケアは入所者が望めば静かな環境で、苦痛が少ない状態ですごす方が望ましいとしていることを示唆していると考えられる。

### 3. 両職種の看護職者への期待

看護職者の夜勤は「自宅待機」が多いのが現状であることはすでに報告した<sup>3)5)</sup>。これには、法律の人員規定、介護職者の医療行為や業務範囲などの問題が絡んでいるが、ターミナルケアを充実させるための重要な検討課題である。そのため今回、介護職者及び医師の看護職者の夜勤に対する考え方について調査した。その結果、「夜勤・宿直すべき」、「(状況に応じ)夜勤すべき」は介護職者の方が、「自宅待機すべき」は医師の方が有意に多かった。看護職者の夜勤をより進めたいという介護職者の思いは、夜間や急変時の医療処置の問題と関連していると考えられる。一方医師は、比較的穏やかなターミナルケアを指向しているため、現状維持という考え方が優勢しているといえよう。これには、特養では緊急時の医療行為は可能だがその医療保険請求は特養からはできないこと、またターミナルケアの場合、請求可能なものは少ない<sup>8)</sup>ことも遠因としてあるかもしれない。つまり、今以上の医療処置やそれに伴う看護職者の夜勤を必要としていないということである。

主に看護職者が行うべきとする業務については、介護職者・医師共に「医療処置」、「状態把握」、「医師連絡」が高かった。また、介護職者が医師より有意に高かったのは、この「医療処置」の他、「医師との連絡調整」、「他職種との連絡調整」、「移送先への連絡」であった。ターミナルケアでの他職種との連絡調整や移送先への連絡には、医療面での情報交換も多く含まれると考えられ、介護職者には困難な場合が多いことが予測される。これらから、介護職者が医療処置に関する業務を看護職者に期待していることが推測できる。しかし、「他職種への教育」を看護職者が行うべきと

する介護職者は4割に満たなかった。これは、看護職者との連携上の問題の質問で「医療処置の教育指導」、「看護職者の教育力」を問題とする人が少なかったことと関連があると考えられ、介護職者の看護職者に対する「医療処置に関する教育」への期待は高いとは言い難い。介護職者の立場からは、医療処置に関しては自分たちへの教育よりも、看護職者が対応することを望んでいるとも言えよう。法律的に介護職者による医療行為を認める見解がない現状を鑑みると、やはり看護職者が特養での医療行為に責任を持てるような方向で改善を図ることが重要である。安田らは介護職者の立場から、介護職者が医療処置を行うためのシステム作りが必要と述べている<sup>9)</sup>。しかし、このシステムの整備以前に、まずは、前述した医療行為に関する責任範囲の明確化と、今以上のディスカッションを行うことが重要なのではないだろうか。医療行為が確実に実行されるためには、各看護職者の「最終的な責任は自分にあるという自覚」<sup>10)</sup>も改めて問われるだろう。また、「日常生活援助」、「入所者との会話」では医師の方が介護職者より有意に多かった。これは、医師が特別に日常生活援助や入所者との会話を看護職者に期待しているというよりむしろ、介護職者もこれらの業務を行っていることによる「看護職者への期待」意識の薄さを示していると思われる。「死亡場所の決定」では介護職者の方が医師より有意に多かったが、値としてはどちらも高くはない。これは両職種共に、「死亡場所の決定は入所者や家族の意向を優先すべき」と考えていることを示しているのではないか。

以上により、看護職者に対する期待として、医師からは現状以上のものは特に示されず、介護職者からは医療処置とそれに関する夜勤への期待が見られた。特養の介護職者は経験の浅い人が多いため、看護職者は自らの責任で入所者への医療処置が確実に実行されるように、介護職者に対し、より一層のディスカッションや具体的ケア内容の提示をしていく必要があると考える。



## V. おわりに

今回、特養でのターミナルケアに関して介護職者と医師の立場から看護職者へ向けられた期待について検討し、以下のことが明らかになった。

- 1) 介護職者と医師は共に、看護職者に「医療処置」「状態観察・把握」「医師との連絡調整」を期待している。
- 2) 介護職者は看護職者に「医療処置に関する教育・指導」というより「医療処置」を期待している。
- 3) 看護職者の夜勤に関しては、介護職者は夜勤推進、医師は自宅待機という考えであり、両者の見解が異なる。

本研究の限界は、介護職者の回答者の特性が十分把握できていないこと、回収率の低さから、介護職者、医師の見解が十分に反映できていない可能性があることである。今後は、より具体的な現状やそれに伴う問題点を探るために、質的な研究も課題であると考えます。

本研究は平成15年度科学研究費補助金（基盤研究(C)(2)課題番号14572249)の助成を受けて行った。

## 文 献

- 1) 国民衛生の動向 臨時増刊, 50(9), 35-36, 財団法人 厚生統計協会, 2003
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部編 財団法人 厚生統計協会: 平成14年介護サービス施設・事業所調査, 49-50, 2004
- 3) 山田美幸, 岩本テルヨ: 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の役割と課題, 南九州看護研究誌, 2(1), 27-37, 2004
- 4) 加瀬田暢子, 山田美幸, 岩本テルヨ: 特別養護老人ホームでのターミナルケアに携わる看護職の悩み—全国調査における自由記述の分析—, 南九州看護研究誌, 3(1), 11-21, 2005
- 5) 山田美幸, 加瀬田暢子, 岩本テルヨ: 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職の課題—特別養護老人ホームの全国調査から—, 南九州看護研究誌, 3(1), 23-31, 2005
- 6) 高柳智子: 特別養護老人ホームの看護婦が介護職に期待する医療知識と協働, 看護展望, 26(5), 608-611, 2001
- 7) 柴田(田上)明日香, 西田真寿美, 浅井さおり, 他: 高齢者の介護施設における看護職・介護職の連携・協働に関する認識, 老年看護学, 7(2), 116-126, 2003
- 8) 池田浩行, 原祐一, 堀口裕正, 他: 現実に死を迎える場所である介護保険施設に制度的担保を, GPnet, 48(9), 25-29, 2001
- 9) 安田真美, 山村江美子, 小林朋美他: 看護・介護の専門性と協働に関する研究—施設に従事する看護師と介護福祉士の面接調査より—, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 12, 89-97, 2004
- 10) 石井享子: ルポ看護と介護—連携と協働への示唆—, 日本看護協会出版会, 161, 1997

## 九州圏内の精神医療施設における日常的な安全配慮

A Study of Daily Safety Care for Mental Disorders  
in the Psychiatric Hospital within Kyushu Area内田 倫子<sup>\*1</sup>・土屋八千代<sup>\*1</sup>・安藤 一博<sup>\*2</sup>・及川 朋実<sup>\*1</sup>・山田美由紀<sup>\*1</sup>Rinko Uchida<sup>\*1</sup>・Yachiyo Tuchiya<sup>\*1</sup>・Kazuhiro Ando<sup>\*2</sup>  
Tomomi Oikawa<sup>\*1</sup>・Miyuki Yamada<sup>\*1</sup>キーワード：安全配慮，精神医療施設，看護師  
Safety care, Psychiatric hospital, Nurses

## I. はじめに

今日、医療・看護事故に関する報告、報道は増加の一途をたどり、精神医療の領域においても、入院患者が自殺した、他の患者を殺傷したなどの事故報告が後を絶たない。医療に対する国民の期待が高まれば高まるほど、一方では、医療事故についてはその責任を厳しく追及されてきている現状にある<sup>1)</sup>。特に精神科の特殊性としては、患者自身が引き起こした事故であっても、医療者が社会的責任を問われるというリスクがある。そこで、精神科看護では、隔離・拘束という状況下であっても患者の安全と人権擁護の両者を考え保障しながら、また、患者の自主性や自由度の拡大を行いながら、事故を回避し、いかに安全を確保していくかということが重要な責務となる。

特に、自傷他害の危険性を有した対象に対して、事故回避には専門的能力を有するであろう精神科領域での調査で得られた結果は、事故回避に必要な観察の視点とアセスメント能力の検討の基礎資料として、精神医療のみならず高齢者医療・介護の場面はもちろんのこと一般的な臨床の場での事故防止のためにも有用と考えられる。そのためには流動的な臨床の場で、危険の高い患者の安全をどのようにして確保するのか、あるいは確保され

ているのかの実態を分析し、事故を未然に防ぐために必要な日常的な安全配慮（以下、日常安全配慮と略）と、それに影響する要因を明らかにして臨床の場に還元していくことが重要と考え、山梨県下での全数調査を行った<sup>2)</sup>。しかし、それ以後の精神医療安全配慮や事故防止についての研究や報告はほとんどされていない状況にある。

そこで、先行研究<sup>2)</sup>を基に、全国の精神医療施設に勤務する看護職を対象に調査を行い、今回は、著者らが勤務する場所のある九州圏内（沖縄を含む）の精神病院での日常安全配慮の実態を明らかにした。

## II. 方法

## 1. 対象者

九州圏内の精神医療施設100床以上の施設規模の病棟に勤務するスタッフから師長までの看護職1,180名。

## 2. 調査の方法と時期

病院要覧<sup>3)</sup>から、層化無作為標本抽出法で抽出した全国精神医療施設に趣旨を同封し、郵送により看護部長へ調査協力依頼した。参加協力のあった施設に調査表を郵送し、返送は個別封筒で各施

※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 宮崎大学医学部看護学科 地域・精神看護学講座  
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

設一斉回収とした。今回は九州圏内の精神医療施設79施設を対象に調査協力依頼し、参加協力のあった29施設を調査対象とした。調査は2005年2月に実施した。

### 3. 調査項目と収集方法

- 1) 対象者の属性：年齢，性別，所属，職位
- 2) 日常安全配慮の測定項目（以下，日常安全配慮事項とする）と回答の方法

(1) 日常安全配慮事項：土屋らの研究<sup>2)</sup>による精神医療領域で看護職が係わった医療過誤判例の分析から得られた13項目の質問紙を用いた。その13項目の内容は，有資格者看護レベルの項目として，個々の患者の看護記録の記載（以下，看護記録と略），個々の患者の看護の報告（以下，看護報告と略），個々の患者の日常生活の観察（以下，日常生活の観察と略），患者の訴えの傾聴（以下，訴えの傾聴と略），必要な患者情報の共有化（以下，情報共有と略），薬物の確実な投与（以下，薬物確実投与と略），病棟内の整理整頓（以下，病棟内整理整頓と略）の7項目，専門職看護レベル項目として，職場の人間関係の調整（以下，職場人間関係と略），薬物の副作用出現時の対処（以下，副作用への対処と略），日頃の患者の変化の観察と記録（以下，変化の観察・記録と略），看護計画の立案（以下，計画立案と略），看護実践を評価し記録に残すこと（以下，実践評価・記録と略），カンファレンスの開催（以下，カンファレンスと略）の6項目。

(2) 回答の方法：いつもしている（5点），大体している（4点），時々している（3点），少しはしている（2点），していない（1点）の5段階で，調査時期の3ヶ月位の状況を目安に行動レベルで回答を求め得点化した。

### 4. 用語の説明

先行研究<sup>2)</sup>に準じて，以下のように設定した。

- 1) 安全配慮：看護職が入院中の患者の安全確保のために注意したり行動したりすること

- 2) 有資格者レベル：ステージ1，2（ベナーの分類；初心者と新人レベル）で，精神の専門的知識を要せずとも職業人としての義務と責任感に基づく安全配慮の範囲を指す。精神科勤務年数の少ない者でも実施可能な範囲の項目を設定。
- 3) 専門職レベル：ステージ3以上（ベナーの分類；一人前，中堅，達人レベル）で，安全配慮に関する危険性の予測と回避に伴う精神の専門的知識と技術を要する安全配慮の範囲を指す。精神科勤務年数が比較的多い者が実施しうる範囲の項目設定。

### 5. データの分析方法

属性及び日常安全配慮事項は単純集計を行い，統計処理は5%有意水準で，日常安全配慮事項と性別との比較についてはt検定，職位・所属との比較については一元配置分散分析を行った。統計処理には統計パッケージソフトHALWINを使用した。

### 6. 倫理的配慮

倫理的配慮としては，調査は無記名で行い，個人の調査表は個別封筒で回収した。また，調査依頼時に，得られた回答は集計により統計的に処理されること，調査以外の目的には使用しないこと，個人はもとより所属施設のプライバシー及び秘密の保持等の文章説明で了承を得た。

## Ⅲ. 結果

回収部数は計1,124部で，有効部数1,086部（有効回収率は92.0%）を解析した。

### 1. 対象者の属性

年齢及び性別については，図1に示したように女性が808名（74.4%），男性が278名（25.6%），年齢構成では40歳代が最多で375名（34.6%），60歳以上が18名（1.7%）と最低であった。職位別ではスタッフが864名で80.2%を占め，主任・副師長が120名（11.2%），病棟師長92名（8.6%），所属は閉鎖病棟が628名（58.5%），部分開放病棟が313名（29.2%），開放病棟が103名（9.6%），個別対応

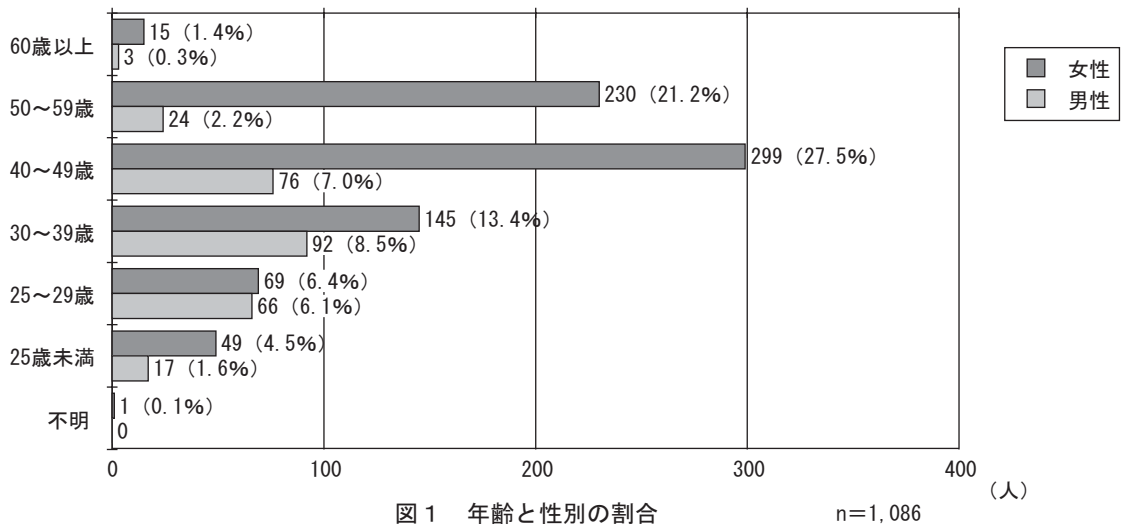


図1 年齢と性別の割合

n=1,086

病棟29名(2.7%)であった。

## 2. 日常安全配慮事項

表1に示したように、平均点の最も高いのは有資格者項目の「薬物确实投与」4.7(±0.8)点であり、反対に、最も低いのは専門職項目の「計画立案」「実践評価・記録」3.8(±1.1)点であった。有資格者項目の平均点の幅は3.9～4.7点であり、「病棟内整理整頓」3.9(±0.8)点以外は全て4.0点代と全体的に高かったが、専門者項目は相対的に低かった。

## 3. 属性と日常安全配慮事項との比較(表2)

- 1) 性別：男性より女性の方が有意に高く、8項目で有意な差がみられた。
- 2) 職位：主任・副師長が有意に高く、一方、病棟師長が最低値を示した。項目別に見ると、スタッフは「看護記録」「薬物确实投与」「計画立案」「実践評価・記録」が有意に高く( $p<0.001$ )、主任・副師長は「変化の観察・記録」( $p<0.001$ )「看護報告」「カンファレンス」( $p<0.01$ )が有意に高かった。病棟師長は「情報共有」( $p<0.01$ )「職場人間関係」( $p<0.001$ )は有意に高かったが、「看護記録」「薬物确实投与」「変化の観察・記録」「計画立案」「実践評価・記録」については最低値を示していた。

- 3) 所属：今回個別対応病棟は29名と少なく比較の対象からは除いた。総計として病棟間での有意な差は認められなかったが、項目別にみると、閉鎖病棟では「看護記録」( $p<0.001$ )「看護報告」「日常生活の観察」( $p<0.01$ )が有意に高く、開放病棟では「変化の観察・記録」が有意に高かった( $p<0.05$ )。

## IV. 考察

薬物の确实投与が最高点であったことは、先行研究<sup>2)</sup>でも同じ結果であり、精神科における薬物投与の重要性を示していることが窺えた。しかし、薬物の副作用出現時の対処は、薬物确实投与と同じように重要で投与毎に行わなければならないものであるが、その実施度は4.1点、つまり10回のうち6～7回程度とやや低い値である。副作用への対処は、主に医師や、対処能力があると考えられる主任・副師長が関わっていることによるものではないかと推察されるが、今後経験年数との関係を含め検討していく必要がある。

専門職項目は全体的に有資格者項目より実施度が低かったが、これは、専門職者項目は、ベナーの分類でステージ3～5の一人前、中堅、達人レベル<sup>4)</sup>の、安全配慮に関する危険性の予測と回避に伴う精神の専門的知識と技術を要し勤務年数が比較的多い看護職が実施しうるものとして設定している。一方、有資格者項目は、初心者と新人レ



表1 日常安全配慮事項の平均点

項目	平均点数
○1 個々の患者の看護記録の記載(看護記録)	4.3±1.0
○2 個々の患者の看護の報告(看護報告)	4.4±0.7
○3 個々の患者の日常生活の観察(日常生活の観察)	4.5±0.7
○4 患者の訴えの傾聴(訴えの傾聴)	4.5±0.6
○5 必要な患者情報の共有化(情報共有)	4.5±0.6
○6 薬物の確実な投与(薬物確実投与)	4.7±0.8
○7 病棟内の整理整頓(病棟内整理整頓)	3.9±0.8
●8 職場の人間関係の調整(職場人間関係)	3.9±1.0
●9 薬物の副作用出現時の対処(副作用への対処)	4.1±1.0
●10 日頃の患者の変化の観察と記録(変化の観察・記録)	4.4±0.8
●11 看護計画の立案(計画立案)	3.8±1.1
●12 看護実践を評価し記録に残すこと(実践評価・記録)	3.8±1.1
●13 カンファレンスの開催(カンファレンス)	3.9±1.0
総計	54.2±6.9

○有資格者項目 ●専門職項目

表2 属性別日常安全配慮事項

項目	属性 性別 n=1,086		属性 職位 n=1,075			属性 所属 n=1,044		
	女性 n=808	男性 n=278	スタッフ n=863	主任・副部長 n=120	病棟師長 n=92	開放病棟 n=103	部分開放 n=313	閉鎖病棟 n=628
○看護記録	4.3±0.9*	4.1±1.1	4.4±0.8***	4.2±1.0	3.0±1.3	4.3±1.0	4.1±1.1	4.4±0.9***
○看護報告	4.5±0.7***	4.3±0.8	4.4±0.7	4.5±0.7**	4.2±1.0	4.4±0.6	4.3±0.8	4.5±0.7**
○日常生活の観察	4.5±0.6*	4.4±0.7	4.5±0.6	4.5±0.7	4.4±0.9	4.5±0.6	4.4±0.8	4.6±0.6**
○訴えの傾聴	4.5±0.6	4.4±0.6	4.4±0.6	4.5±0.6	4.5±0.7	4.6±0.5	4.5±0.6	4.5±0.6
○情報共有	4.5±0.6***	4.3±0.7	4.4±0.7	4.5±0.6	4.7±0.6**	4.5±0.6*	4.4±0.7	4.5±0.6*
○薬物確実投与	4.7±0.8	4.7±0.6	4.8±0.5***	4.8±0.6	3.4±1.6	4.7±0.8	4.7±0.8	4.7±0.8
○病棟内整理整頓	4.0±0.8***	3.8±0.8	4.0±0.8	4.0±0.8	3.8±1.1	4.0±0.7	4.0±0.8	4.0±0.8
●職場人間関係	3.9±1.0	3.9±1.0	3.8±1.0	4.1±0.7	4.4±0.7***	4.0±0.9	3.9±0.9	3.9±1.0
●副作用への対処	4.1±1.0	4.1±1.0	4.1±1.0	4.2±0.8	4.1±1.2	4.2±1.0	4.1±1.0	4.2±0.9
●変化の観察・記録	4.4±0.8	4.4±0.8	4.4±0.7	4.5±0.7***	3.8±1.3	4.5±0.7*	4.3±0.9	4.4±0.8
●計画立案	3.8±1.1**	3.6±1.2	3.9±1.0***	3.7±1.1	2.7±1.4	3.9±1.0	3.7±1.2	3.8±1.1
●実践評価・記録	3.8±1.0**	3.6±1.2	3.9±1.0***	3.8±1.1	2.6±1.3	3.9±1.0	3.7±1.1	3.8±1.0
●カンファレンス	4.0±1.0***	3.7±1.1	3.8±1.1	4.1±1.0**	4.1±0.9	4.0±0.9	3.9±1.1	3.9±1.0
総計	54.6±6.9**	53.2±6.8	54.7±6.4	55.1±6.1***	49.0±9.2	54.9±6.5	53.6±7.1	54.7±6.7

○有資格者項目 ●専門職項目

\* p&lt;0.05

\*\* p&lt;0.01

\*\*\* p&lt;0.001

ベルの経験の少ない看護職でも実施可能な項目として設定しているものであり、全員が対象となる。そのことから考えると、病棟内の環境整備である整理・整頓は、誰もが実施しなければならない項目であるが、実施度3.9点、つまりは2回に1回という実施頻度であり、意外にされていない状況であるといえる。

また、患者看護での情報の共有はされているが、

計画を立案し実践評価を記録に残すことは少ない状況にあり、情報共有が看護過程に生かされていない、つまり計画的な看護が実施されていないという現状が推察される。

性別については、先行研究<sup>2)</sup>では関係性はみられなかったが、今回の結果では男性に比べ女性が報告や情報共有、カンファレンスなどの実施度が高かった。今後全国のデータを基に分析をしてい

く必要がある。

職位間では、管理的立場にある病棟師長は、日々患者に直接関わる看護業務についてはその機会が少なく、情報の共有や職場人間関係の調整などの調整的な役割をとる機会が多い。スタッフは、看護記録や計画立案、評価・記録、薬物の確実投与などの患者への看護の実践が多い。その中間的立場にある主任・副師長は、報告や日常の変化の観察・記録、カンファレンスの開催などの実践の場での責任者の役割をとることが多い。という業務の特徴をあらわしており、各職位による役割の特徴がでていた。

特に、患者ケアを行う看護の直接実践者であるスタッフは、カンファレンスの開催や情報の共有に関して、他の職位に比して行われていない傾向にあった。カンファレンスは、専門職者としての力量を形成していく場をつくり、それを専門職者としての成長、発展の基盤として位置づけ、「患者中心の看護を、より効果的に継続し、実践するために必要不可欠なものである。また看護者の成長につながる教育の場であり、チーム間の集団思考による相互研鑽の場である」<sup>5)</sup>とされている。カンファレンスで主体的に情報を共有し他者の意見を求めることが、日常的な看護の質を高めることとなり、事故防止のために重要であることから、スタッフは、その充実を主体性をもって取り組んでいく必要があり、管理的立場にある者は、それを支援するシステムづくりや具体的な対応策が必要であると考ええる。

所属については、先行研究<sup>2)</sup>では薬物の確実投与の他は開放病棟の点が高く有意な差がみられていたが、今回の結果では、総計においては有意な差がなく、患者の看護記録の記載や報告、日常生活の観察については閉鎖病棟での点が高く有意な差がみられていた。「精神科における観察では、患者の外に表された行動を中心に観察し、その背景にある精神機能を判断することを余儀なくされる。」<sup>6)</sup>とある。閉鎖病棟の患者は、その精神障害の重篤な状態から自己管理ができないため医療者側の管理下にあり観察に重点がおかれる。それで、閉鎖病棟では、他の病棟と比較すると、個々の患

者の看護記録や報告、日常生活の観察の点が高かったのではないかと考える。一方、開放病棟では、患者の状態として、常時監視下に置くという状況ではなく、ある程度の自己管理ができるため行動の自由がある。そのため日々の日常生活行動での観察が必要であり、日頃の患者の変化の観察と記録の点が高かったのではないかと考える。

## V. おわりに

今回の調査では、先行研究<sup>2)</sup>と同じ傾向を示した箇所と、違った結果になった箇所があった。今回の結果を、精神医療施設の特徴と見るか、地域の特徴とみるかは、全国の結果からみていかなくはならないと考える。今後は、経験年数や他の項目との比較検討をすすめていく。

本研究は、平成16年度科学研究費補助金（基盤C16592203）の助成を受けて実施した。

## 文 献

- 1) 深谷翼：高齢者精神医療の事故と法的諸問題－医療訴訟最近の動向；とくに医療事故(医療過誤)、因果関係と期待権について－，老年精神医学雑誌，14(6)，748-753，2003
- 2) 土屋八千代，野澤由美，内藤さゆり他：入院中の精神障害者への安全配慮に関する研究－山梨県下の精神病院に勤務する看護職の実態と課題－，山梨県立看護大学紀要，3(1)，1-15，2001
- 3) 医療施設政策研究会編：病院要覧 2003-2004年版，医学書院，2003
- 4) パトリシア ベナー著，井部俊子，井村真澄，上泉和子訳：ベナー看護論，医学書院，1992
- 5) 日野原重明，永井敏枝，中西睦子他編集：看護・医学辞典 第5版，医学書院，170，1992
- 6) 佐藤壹三監修：新体系看護学 第33巻 精神看護学② 精神障害をもつ人の看護，メヂカルフレンド社，43，2002
- 7) 土屋八千代，福永ひとみ：精神医療における看護職者に求められる注意義務－医療過誤判例及び新聞記事の分析から－，山梨県立看護大学

紀要, 2(1), 9-22, 2000

- 8) 南良武：遅れている精神科医療事故対策と責任, 日本精神科病院協会雑誌, 24(3), 85, 2005
- 9) 上瀬大樹, 津田均, 綱島浩一：現場の医療事故を防ぐ, 精神科, 3(6), 549-555, 2003
- 10) 加納佳代子：患者と共有する医療をつくり出す「安全管理」とはなにか, 精神科看護, 30(12), 10-16, 2003

# 九州圏内の精神医療施設における医療事故防止に関する研究 —患者の異動時におけるスタッフの安全配慮行動—

## A Study on Prevention of Medical Accidents in Psychiatric Ward within Kyushu Area

—Nursing staff's safety care for patients on admission and discharge—

及川 朋実<sup>\*1</sup>・土屋八千代<sup>\*1</sup>・古家 明子<sup>\*1</sup>・内田 倫子<sup>\*1</sup>・山田美由紀<sup>\*1</sup>

Tomomi Oikawa<sup>\*1</sup>・Yachiyo Tsuchiya<sup>\*1</sup>・Akiko Furuie<sup>\*1</sup>・Rinko Uchida<sup>\*1</sup>・Miyuki Yamada<sup>\*1</sup>

キーワード：安全配慮，異動時，精神科病棟，精神障害者，医療事故防止  
Safety care, Admission and discharge, Psychiatric ward,  
People with mentally ill, Prevention of medical accidents

### I. はじめに

近年の医療環境は，診断・治療技術の進歩による複雑化かつ高度化，業務の高密度化，入院期間の短縮や看護職の勤務体制の変化によっておこる患者が確かに本人であることの確認の困難さ，対象の高齢化，業務遂行形態の一貫作業から分業形態へのシフトというように変化している。これらは医療事故につながる要因をはらんでいる<sup>1)</sup>。最高裁判所のまとめによると，医事関係訴訟事件の新受件数も年々増加傾向にあり，平成15年には年間1000件を突破した。精神医療の領域でも医事関係訴訟事件の件数は増加してきている<sup>2)</sup>。また，医療過誤にまで至らないヒヤリ・ハット事例ではその殆どが病室およびナースステーションで起き，当事者の殆どが看護師であるとの報告<sup>3)</sup>もあり，事故防止のための対策が看護師に，より一層求められている。精神医療過誤に関する判例では，精神医療は，開放化推進の方向にあり，その判断は主治医の裁量権が尊重され，看護職には実施上の安全配慮，つまり事故発生の予見と回避義務及び事故発生後の迅速で的確な対応が求められている<sup>4)</sup>。土屋らは安全配慮に関わるアセスメントに繋がる項目を，事故防止の視点から明らかにした

上で，山梨県下の精神医療施設に勤務する看護職の精神障害者に対する安全配慮について実態を調査し，事故を未然に防ぐために必要な安全配慮とそれに影響する要因を明らかにした<sup>5)</sup>。

精神科病棟に入院・転入してくる対象は一般に環境に適応しにくいと言われており，不安を募らせ心身共に不安定な状態であることが多く，また，危険物の持ち込みもされやすい。医療施設を退院あるいは転出するということは医療者の24時間の管理下から離れて，新しい人や場との関係をつくり広げていく時であるが，それまでの関係がまったく絶たれてしまう可能性も高く，不安定な状態に陥り易い時でもある。これら患者の異動時は，事故防止に対する配慮が特に必要とされる時期だといえる。このような時に，看護職者は安全確保と事故防止のためにどのような配慮を行っているのだろうか。山梨県で行われた土屋らの調査と同様の方法で，今回，全国の精神科病棟を有する精神医療施設の看護師を対象に，日頃の業務の中で入院中の患者の安全確保と事故防止のためにどのような配慮をしながら行動しているのか調査を行った。その分析過程の1段階として本稿ではまず，筆者らが所属する九州圏内（沖縄県を含む8県）

※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



の精神医療施設に勤務する看護職のうち24時間患者と接することとなるスタッフを対象として、患者の異動時の安全配慮の実態を明らかにすることを目的として分析を行ったので報告する。

## II. 方法

### 1. 対象

九州圏内の精神医療施設に勤務する看護職者のうち非管理職であるスタッフ。

### 2. 方法

「病院要覧2003-2004 (医学書院)」に記載されている精神科病棟を有する病院の中から層化無作為標本抽出法で抽出した、九州圏内79施設の代表を通して調査への協力を依頼し、参加協力のあった29施設1180名に調査票を送付した。各施設毎にとりまとめ、郵送により返送してもらった。

### 3. データ収集方法

調査項目は、①属性(年齢、性別、職種、看護および精神科の経験年数、所属、職位、施設全体の規模)、②患者の異動(入院・退院、転入・転出)時にとっている行動について13の項目を設け、調査時期の3ヶ月ぐらいの状況を目安に行動レベルで、いつもしている(5点)～していない(1点)の5段階で回答を求め得点化した。

13の項目については、精神の専門的知識を要せずとも職業人としての義務と責任感に基づく安全配慮の範囲で、精神科勤務年数の少ない者でも実施可能な範囲の項目7項目(以下、有資格者項目)と、安全配慮に関する危険性の予測と回避に伴う精神の専門的知識と技術を要する安全配慮の範囲で、精神科勤務年数が比較的多い者が実施しうる範囲の項目6項目(以下、専門職項目)を設けた(表1)。これらはベナーの言う技能修得に関するステージをもとに設定した<sup>6)</sup>。

### 4. データ分析方法

職位で「スタッフ」と回答したもののみをデータとし、患者の異動時の安全配慮について全体的傾向および属性との関連を検討した。統計的処理

は5%有意水準で、患者の異動時にとっている行動13項目と属性のうち職種についてはt検定を、年齢、所属については一元配置の分散分析を行った。統計プログラムパッケージHALWINを使用した。

### 5. 倫理的配慮

調査依頼にあたっては、調査の趣旨やプライバシーの保護、回答は本研究の目的以外には使用しないこと等を明記した説明文および封筒を調査票に添付し、この趣旨に承諾できる場合に自己にて調査票を記入し、封筒に入れ密封して提出するよう依頼した。調査票および封筒は無記名とした。

## III. 結果

調査票回収部数は1,124部(回収率95.3%)で、有効回答部数は1,086部(有効回答率96.6%)であった。このうち、スタッフの有効回答863名分を解析対象とした。

### 1. 対象者の属性

対象者は女性が651名(75.4%)、男性が212名(24.6%)であった。年齢構成では25歳未満が66名(7.6%)、25~29歳131名(15.2%)、30歳代200名(23.2%)、40歳代が258名(29.9%)、50歳代192名(22.2%)、60歳以上が16名(1.9%)であった。職種別では、看護師480名(55.6%)、准看護師383名(44.4%)であった。所属別では、開放病棟79名(9.3%)、部分開放病棟248名(29.1%)、閉鎖病棟505名(59.3%)、個別対応病棟19名(2.2%)で、閉鎖病棟が約6割を占めていた。

### 2. 全体的傾向(表1)

「患者の異動に伴う安全配慮」13項目の合計点は55.1点であった。各項目ごとに平均得点をみると、得点の高い項目は、「医師の指示事項の確認(以下、指示確認と略す)」の4.7(±0.7)点、「情報(特に自殺念慮や企図、他害事件等)収集(以下、情報収集と略す)」の4.6(±0.6)点、「所持品・持参品のチェック(以下、チェックと略す)」の4.6(±0.8)点、「自傷他害に関する情

表 1 総平均および年齢別平均値

項 目	総平均 (N=863)	年 齢			
		～29 歳 (N=197)	30～39 歳 (N=200)	40～49 歳 (N=258)	50 歳～ (N=208)
○入院生活全般のオリエンテーション	4.2±1.0	4.2±1.1	4.2±0.9	4.2±1.0	4.2±1.0
○入院・転入当日の過ごし方についての説明	4.1±1.0	4.0±1.1	4.1±0.8	4.1±1.0	4.2±1.0
○所持品・持参品のチェック	4.6±0.8	4.6±0.8	4.6±0.6	4.5±0.8	4.5±0.8
○担当職員・受け持ち看護師の紹介	4.1±1.1	4.1±1.2	4.0±1.2	4.2±1.1	4.1±1.1
○医師の指示事項の確認	4.7±0.7	4.6±0.7	4.7±0.6	4.7±0.7	4.6±0.7
○情報（特に自殺念慮や企図,他害事件等）収集	4.6±0.6	4.6±0.7	4.6±0.6	4.7±0.6	4.6±0.6
○自傷他害に関する情報の医療チーム間での共有	4.5±0.7	4.5±0.8	4.5±0.7	4.6±0.7	4.6±0.7
●患者の状況に応じた入院病室の検討	4.2±1.0	4.3±1.0	4.3±0.9	4.2±1.0	4.2±0.9
●入院・転入に対する患者自身の受けとめ方への配慮	4.2±0.8	4.1±0.9	4.2±0.7	4.3±0.8	4.4±0.7**
●退院・転出に対する患者自身の受けとめ方への配慮	4.2±0.8	4.1±0.9	4.2±0.7	4.2±0.8	4.3±0.8
●サマリーへの安全配慮に関する情報の記載	4.1±1.0	4.0±1.1	4.2±0.8	4.1±1.0	4.1±0.9
●サマリーの関係部署への送付	4.1±1.2	4.0±1.3	4.3±0.9	4.1±1.2	4.2±1.1
●異動に伴う患者行動の変化を予測した観察	4.2±0.9	4.1±1.0	4.1±0.8	4.2±0.8	4.3±0.8*
合 計	55.1±8.9	54.5±9.7	55.9±6.9	54.8±9.5	55.4±9.1

○有資格者項目 ●専門職項目 Significant at \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

報の医療チーム間での共有（以下、情報共有と略す）」の4.5（±0.7）点、等であった。反対に得点の低い項目は、「担当職員・受け持ち看護師の紹介（以下、受け持ち紹介と略す）」4.1（±1.1）点、「サマリーへの安全配慮に関する情報の記載（以下、サマリー記載と略す）」4.1（±1.0）点、「入院・転入当日の過ごし方についての説明（以下、当日の過ごし方の説明と略す）」4.1（±1.0）点等であった。

### 3. 属性別特徴

#### 1) 年齢（表1）

合計でみると30～39歳が55.9点と最高で、次いで50歳以上、40～49歳、29歳以下の順であったが有意な差は認められなかった。29歳以下では、「患者の状況に応じた入院病室の検討（以下、病室検討と略す）」、「チェック」を除く全ての項目で平均点を下回っていた。

有資格者項目では、「情報共有」は年齢が高くなるほど平均点も高くなった。「チェック」では50歳以上の得点が最も低かった。

専門職項目では、「入院・転入に対する患者自身の受けとめ方への配慮（以下、入院の受けとめ

と略す）」、「退院・転出に対する患者自身の受けとめ方への配慮（以下、退院の受けとめと略す）」、「異動に伴う患者行動の変化を予測した観察（以下、予測観察と略す）」の3項目で年齢が高くなるほど得点も高く、「入院の受けとめ」（ $p<0.01$ ）、「予測観察」（ $p<0.05$ ）では有意差が認められた。

#### 2) 職種（表2）

看護師か准看護師かの職種の違いとの関連をみると、合計では看護師の方が高かった。

有資格者項目においては、7項目とも看護師の方が得点が高く、特に「入院生活全般のオリエンテーション（以下、オリエンテーションと略す）」、「チェック」、「指示確認」の3項目では有意に高かった（ $p<0.05$ ）。

専門職項目では、「病室検討」、「サマリー記載」、「サマリーの関係部署への送付（以下、サマリー送付と略す）」の3項目では看護師の方が得点が高く、特に「サマリー送付」では有意差が認められた（ $p<0.01$ ）。一方、「入院の受けとめ」、「退院の受けとめ」、「予測観察」の3項目は准看護師の方が得点が高かった。

## 3) 所属 (表2)

所属している病棟には、開放病棟、部分開放病棟、閉鎖病棟、個別対応病棟があったが、個別対応病棟に関しては19名 (2.2%) と今回の対象者の中ではその割合が低く、他の3病棟に組み込むことも困難であったため、個別対応病棟を除く3つの病棟に所属する者を対象とした。

合計では部分開放病棟、開放病棟、閉鎖病棟の順に得点が高くなっており、有意な差が認められた。

有資格者項目について、閉鎖病棟では「チェック」、「受け持ち紹介」、「情報収集」、「情報共有」の4項目で最も得点が高く、「受け持ち紹介」以外の3項目で有意差が認められた ( $p < 0.05$ )。

専門職項目については、全6項目とも開放病棟の平均値が最も高く、部分開放病棟は全項目最も低かった。

## IV. 考 察

患者の異動時の安全配慮について、「指示確認」、「情報収集」、「チェック」、「情報共有」は得点が高く、「受け持ち紹介」、「サマリー記載」、「当日の過ごし方の説明」は低いという全体的傾向がみられたが、これは山梨県下の全精神医療施設の病

棟に勤務する看護職を対象に行った土屋らの調査結果<sup>5)</sup>と同様であった。得点の低かった3つの項目が異動時にほぼ限定された事柄であるのに対し、得点の高かった4項目については異動時に限らず日々行っているであろう事柄でそれが異動時にも反映されているのではないかと考えられる。「受け持ち紹介」は、患者と信頼関係を築いていく第一歩であり、精神科に限らず看護職者としては基本となる事柄である。入院経験のある精神障害者は入院中に人間関係で困った経験から、「こんなときはこの人に相談できる」というように受け持ち看護師をはっきりわかるようにしてほしいと述べている<sup>7)</sup>。不安を隠せず顔をこわばらせて入院してくる患者に、自分の担当を明確にしておくことは、安心につながり、それは事故発生を防ぐことにつながっていくと考える。また、「情報収集」、「情報共有」は得点が高かったが、「サマリー記載」は低かった。サマリーの目的は、計画し、実践した看護がその患者にとって適切であったか否かを評価し、また、残された問題点や継続して行う看護、実践した指導についてを記入して、院内の看護者間や、地域の保健師、他の施設の看護者等に看護を伝達して、継続することである<sup>8)</sup>。入院中の療養状況についてサマリーを記載し、退院・転

表2 職種・所属別の平均値

項目	職 種		所 属		
	看護師 (N=480)	准看護師 (N=383)	開放病棟 (N=79)	部分開放病棟 (N=248)	閉鎖病棟 (N=505)
○入院生活全般のオリエンテーション	4.3±0.9*	4.1±1.1	4.3±0.8	4.1±1.0	4.2±1.0
○入院・転入当日の過ごし方についての説明	4.1±0.9	4.1±1.0	4.2±0.9	4.0±1.0	4.1±1.0
○所持品・持参品のチェック	4.6±0.7*	4.5±0.8	4.4±0.8	4.5±0.9	4.6±0.7*
○担当職員・受け持ち看護師の紹介	4.1±1.1	4.1±1.1	4.1±1.0	4.0±1.2	4.1±1.1
○医師の指示事項の確認	4.7±0.6*	4.6±0.8	4.8±0.5	4.6±0.8	4.7±0.7
○情報 (特に自殺念慮や企図,他害事件等) 収集	4.6±0.6	4.6±0.6	4.6±0.7	4.6±0.7	4.7±0.6*
○自傷他害に関する情報の医療チーム間での共有	4.6±0.7	4.5±0.8	4.5±0.7	4.5±0.8	4.6±0.7*
●患者の状況に応じた入院病室の検討	4.3±0.9	4.2±1.0	4.3±0.8	4.2±1.0	4.3±1.0
●入院・転入に対する患者自身の受けとめ方への配慮	4.2±0.7	4.3±0.8	4.4±0.7	4.2±0.8	4.3±0.7
●退院・転出に対する患者自身の受けとめ方への配慮	4.2±0.8	4.2±0.9	4.3±0.7	4.1±0.9	4.2±0.8
●サマリーへの安全配慮に関する情報の記載	4.2±0.9	4.0±1.1	4.3±0.7	4.0±1.1	4.1±1.0
●サマリーの関係部署への送付	4.3±1.1**	4.0±1.3	4.3±1.0	4.1±1.2	4.2±1.2
●異動に伴う患者行動の変化を予測した観察	4.2±0.8	4.2±0.9	4.2±0.7	4.1±0.9	4.2±0.8
合 計	55.6±8.2	54.5±9.7	55.6±7.9	54.1±10.1	55.8±8.3*

○有資格者項目 ●専門職項目 Significant at \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

出先に申し送っていくことは、その患者に適した看護を早期に提供できることだけでなく、申し送られた内容を元に安全配慮を行うことによって事故発生を未然に防ぐことにつながる。リスクマネジメントは「組織横断的」とであると鮎沢は述べている<sup>9)</sup>。「臨床の看護婦はより実践的であり経験や勘による習熟度は増しても、それを記録したり評価していくことに不慣れである」<sup>5)</sup>とも言われており、サマリーを記載し、他部門や地域を患者をとりまく1つのチームとして考え情報を共有していくという体制を組織横断的に構築していく必要があるのではないだろうか。

年齢との関係について、本結果では29歳以下が最も得点が低く、13項目中11の項目で平均点を下回っていた。山梨県での調査でも最も若い層が最も得点が低かった<sup>5)</sup>。専門職項目である「入院の受けとめ」、「退院の受けとめ」、「予測観察」では有意差も認め、年齢が高くなるほど得点も高くなっていたことから、患者異動時の安全配慮については、事故予防に看護職者が必要とするアセスメント能力を早いうちから育成していく系統的な教育が必要であると考えられる。

職種との関係について、山梨県での調査では全項目看護師の方が有意に得点が高いという結果が出ているが<sup>5)</sup>、本結果では、有資格者項目では全項目看護師の方が得点が高かったものの、専門職項目では「入院の受けとめ」、「退院の受けとめ」、「予測観察」の3項目では准看護師の方が高かった。これら3つの項目は、安全配慮に関する危険性の予測と回避に伴う精神の専門的知識と技術を要する安全配慮の範囲で精神科勤務年数が比較的多い者が実施する範囲の項目として設けたものであり、精神的に不安定になりやすい精神障害を持つ患者の看護において大変重要な項目である。これらの項目で看護師の方が得点が低いということは、専門職としての自覚が不足しているとも考え得る。これが全般的にあてはまることなのか、地域特性なのかは今回の研究のみではわからないが、看護師はこの結果を真摯に受け止め専門職としての在り方を考える必要があるだろう。

所属との関係について、有資格者項目では「チェッ

ク」、「情報収集」、「情報共有」の3項目で閉鎖病棟が有意に得点が高かった。これは、閉鎖病棟という特性上、特に状態が安定していない患者を対象としているためこれらの項目に対する閉鎖病棟の看護師の意識が高いのであろうと考える。

## V. おわりに

今回、九州圏下の精神医療施設における患者の異動時の安全配慮について調査を行い、看護職者の行動レベルでの実態が明らかになった。今回は極一部の属性との関連をみたが、その他の属性、特に経験年数などは安全配慮という行動にかなりの影響を及ぼす可能性も考えられる。また、医療は地域差があると言われており、実際、山梨県と九州全体とは同様の傾向も見られれば、異なった結果もあった。今後は、既に収集している全国を対象としたデータの分析を行い、経験年数との関連や患者の異動時以外の安全配慮に関する行動や職場状況との関連について検討していきたい。

「臨床におけるマネジメントプロセスは、まずカンファレンスの場で情報収集し、リスクを把握する。マネジメントする者は、この患者の、いまの状況・状態から予測されるリスクについての情報交換が十分されるようにしなければならない。この時点でチームメンバーは事故の再発を防止するという視点で情報を共有することになる」<sup>10)</sup>と成嶋は述べており、情報収集と情報共有、リスクをアセスメントする能力が求められている。今回の結果からも教育の必要性が示唆されたが、全国調査を行った上で、精神科領域における事故予防に必要なアセスメント能力をいかに育成していくか検討していく必要があるだろう。

本研究は平成16年度科学研究費補助金（基盤研究C 16592203）の助成を受けて実施した。

## 文 献

- 1) 日本看護協会リスクマネジメント検討委員会：組織でとりくむ医療事故防止 - 看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン, <http://www.nurse.or.jp/senmon/riskmanagement/index.html>, 1999.



- 2) 最高裁判所医事関係訴訟委員会, <http://courtdomino2.courts.go.jp/home.nsf>
- 3) 厚生労働省 医療安全対策ネットワーク整備事業(ヒヤリ・ハット事例収集等事業), <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/1/syukei12/code01a.html>
- 4) 土屋八千代, 福永ひとみ: 精神医療における看護職者に求められる注意義務—医療過誤判例及び新聞記事の分析から—, 山梨県立看護大学紀要, 2(1), 9-22, 2000.
- 5) 土屋八千代, 野澤由美, 内藤さゆり, 他: 入院中の精神障害者への安全配慮に関する研究—山梨県下の精神病院に勤務する看護職の実態と課題—, 山梨県立看護大学紀要, 3, 1-15, 2001.
- 6) P.ベナー (井部俊子ら訳): ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー—, 10-27, 医学書院, 1992.
- 7) 金山千夜子: 当事者の要望を取り入れて「病棟案内」をリニューアル, 精神科看護, 30(11), 11, 2003.
- 8) 社団法人日本看護協会中央ナースセンター看護業務サポートデスク, <http://www.nurse.or.jp/tools/support/kiroku/index.html>
- 9) 鮎沢純子: 医療事故防止とリスクマネジメント—リスクマネジメントとリスクマネージャーの基本的考え方, 精神科看護, 28(8), 11, 2001.
- 10) 成嶋澄子: 病院の守りから患者の安全と人権の保証へ, 精神科看護, 28(8), 37, 2001.

## 九州圏内の精神閉鎖病棟における行動制限時の安全配慮

A Study on Safety Care when Restriction of Activity  
at Psychiatric Closed Ward within Kyushu Area山田美由紀<sup>\*1</sup>・土屋八千代<sup>\*1</sup>・安藤 一博<sup>\*2</sup>・内田 倫子<sup>\*1</sup>・及川 朋実<sup>\*1</sup>Miyuki Yamada<sup>\*1</sup>・Yachiyo Tuchiya<sup>\*1</sup>・Kazuhiro Ando<sup>\*2</sup>Rinko Uchida<sup>\*1</sup>・Tomomi Oikawa<sup>\*1</sup>

キーワード：安全配慮，精神科閉鎖病棟，行動制限

Safety care, Psychiatric closed ward, Restriction of activity

## I. はじめに

近年，医療安全は社会的関心の1つであり，医療政策において重要課題と位置づけられ，2001年厚生労働省は「医療安全対策検討会議」を設置した<sup>1)</sup>。

精神医療施設においても安全確保が重要課題であることは例外ではないが，病態の特殊性ゆえに自傷他害や転倒，転落，誤嚥，窒息などの危険性は高く，安全確保のために行動制限（隔離・身体的拘束）が必要となることがある。また，行動制限は精神症状改善のために必要な場合もあるが同時に患者の自立性への介入でもあり人権侵害にもなりかねない。精神医療施設の従事者は1995年に改正（2002年一部改正）された「精神保健福祉法」の目的を遵守し，人権擁護とともに開放化推進にともなう事故を未然に防ぐ責務がある。患者の内面を医療の対象とするため患者の自傷他害の危険性を予見することは容易ではないが，過去の判例より看護職には事故発生の予見と回避義務及び迅速かつ的確な対応が求められている<sup>2)</sup>。

行動制限が必要となる患者は自傷他害の危険性が著しく，自己コントロール困難な精神状態を呈している。また，精神科領域において医療事故関連事象の発生は隔離室使用中，抑制中の頻度が高いと報告されている<sup>3)</sup>。そのため，看護職には専

門的知識に基づいた安全配慮に関するアセスメント能力が求められるが，臨床現場ではいかに実践しているのであろうか。

土屋らは山梨県下の精神医療施設における研究で，看護職が実践している安全配慮の概要を明らかにした<sup>4)</sup>。研究者らは同様の研究手法で全国調査を実施した。本稿では，そのうち研究者らが勤務している九州圏内の精神医療施設を分析対象とし，事故の頻度が高いと言われている閉鎖病棟において人権擁護しながら事故を未然に防ぐために実践されている安全配慮の実態を明らかにすることを目的とした。

## II. 方法

## 1. 対象者

九州圏内（沖縄を含む）にある精神医療施設，閉鎖病棟に勤務する看護職者。

## 2. 調査の方法

「病院要覧」<sup>5)</sup>から層化無作為標本抽出した全国の精神医療施設を対象に調査を行い，その中から九州圏内の施設を解析対象とした。79施設の看護部長へ調査協力依頼をし，参加表明のあった29施設，1,180名へ調査票を配布した。回収方法は調査票を個別封筒に入れ各施設で一斉回収し返送

※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 宮崎大学医学部看護学科 地域・精神看護学講座  
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

してもらった。調査は2004年2月に実施した。

定を各測定項目と性別、職位別について行い、有意差は5%有意水準とした。

### 3. データ収集方法

調査項目は属性（年齢、性別、所属、職位）と行動制限時の安全配慮事項11項目とした。この11項目は、先行研究<sup>4)</sup>同様、ベナーの技術習熟ステージを参考に、有資格者レベル：精神の専門的知識を要せずとも職業人としての義務と責務感に基づく安全配慮の範囲7項目、専門職レベル：危険の予測と回避に伴う精神の専門的知識と技術を要する安全配慮の範囲4項目で構成した（表1参照）。これら11項目について、調査時期の3ヶ月くらいの状況を目安に、いつもしている（5点）～していない（1点）の5段階での行動レベルで回答を求めた。

### 4. データ分析方法

- 1) 属性及び各項目について単純集計を行った。
- 2) 統計プログラムパッケージHALWINを使用した。正規分布を示していなかったためノンパラメトリックな手法のクラスカル-ウォリス検

### 5. 倫理的配慮

対象者に研究趣旨、得られた回答は目的以外には使用しないこと、統計的処理をするため個人、所属施設が特定されないことを文書にて説明し、調査票は各自で個別封筒に入れ密封することを依頼し回収した。

## Ⅲ. 結果

九州圏内の精神医療施設からの回収部数は1,124部、有効回収部数は1,086部（92.0%）であった。そのうち所属が明確であった1,072部中、閉鎖病棟に勤務している看護職628名（58.6%）を解析対象とした。

### 1. 対象者の属性

年齢構成は図1に示したように、40歳代が最多で60歳代が最少であるが、20歳代～50歳代の年齢層は概ね均等であった。女性は40歳代が最多であり、男性は30歳代が最多であった。性別は女性が

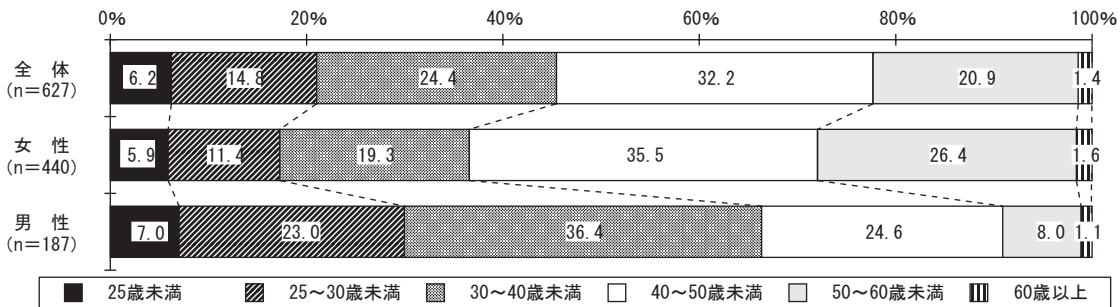


図1 年齢と性別の割合

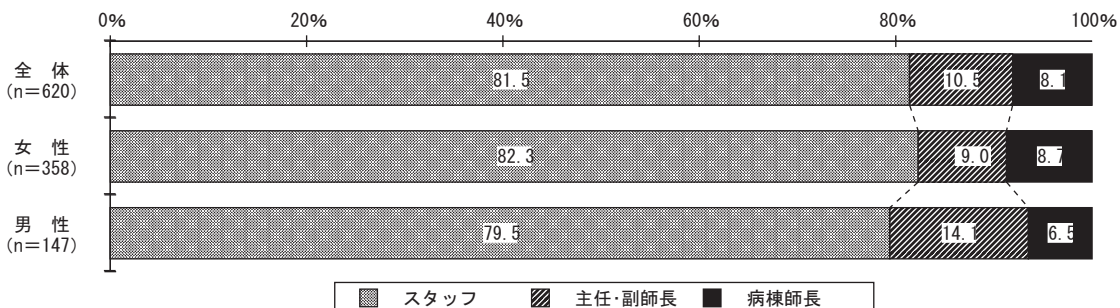


図2 職位と性別の割合

441名 (70.2%)、男性が187名 (29.8%) であった。職位は図2に示したとおりであり、性別における有意差は認められなかった。

## 2. 行動制限時の安全配慮について (表1参照)

### 1) 全体的傾向

平均値が高い項目は「指示通りの行動制限の実施 (以下, 指示通りの実施と略す)」の4.7 (±0.6) 点, 「水分・食事・排泄・睡眠等の身体管理 (以下, 身体管理と略す)」の4.6 (±0.7) 点, 「法規項目 (制限理由, 日時等) の看護日誌への記録 (以下, 法規項目の記録と略す)」の4.6 (±0.9) 点, 「保護室の危険物・物品の管理 (以下, 危険物管理と略す)」の4.6 (±0.9) 点であった。有資格者項目の中では「行動制限時の指定医へ診察の要請 (以下, 診察の要請と略す)」の4.3 (±1.1) 点が低値を示した。専門職項目は総体的に有資格者項目よりも低値を示し, 最低値は「行動制限の必要性・方法についての検討 (以下, 制限の検討と略す)」の4.2 (±0.8) 点であった。

### 2) 性別比較

総計では男性の方が有意ではないが高値, 有意に高値を示したのは「制限の検討」であった ( $p < 0.05$ )。一方, 女性では「頻回な訪室での観察 (以下, 頻回な訪室観察と略す)」のみが有意に高値を示した ( $p < 0.05$ )。

### 3) 職位別比較

総計は主任・副師長が有意ではないが高かった。項目別にみると, 有資格者項目では「法規項目の記録」 ( $p < 0.05$ ), 「身体管理」, 「危険物管理」 ( $p < 0.01$ ) で病棟師長が有意に低値を示した。専門職項目では「上記8で検討した内容と経過の記録 (以下, 検討内容の記録と略す)」で主任・副師長が有意に高値を示した ( $p < 0.01$ )。一方, 病棟師長は「制限の検討」で有意に高値を示した ( $p < 0.05$ )。病棟師長の平均値は総体的に低く, 最低値は「検討内容の記録」の3.8 (±1.3) 点であった。

表1 各項目と性別, 職位別比較

項目	総平均	性別 n=628		職位 n=620		
		女性	男性	スタッフ	主任・副師長	病棟師長
○1 行動制限時の指定医への診察の要請 (診察の要請)	4.3±1.1	4.3±1.2	4.5±1.0	4.3±1.1	4.5±1.0	4.4±1.0
○2 指示通りの行動制限 (指示通りの実施)	4.7±0.6	4.7±0.7	4.8±0.6	4.7±0.6	4.8±0.4	4.5±1.0
○3 法規項目 (制限理由, 日時等) の看護日誌への記録実施 (法規項目の記録)	4.6±0.9	4.5±0.9	4.7±0.8	4.6±0.8	4.7±0.8	4.1±1.4*
○4 水分・食事・排泄・睡眠等の身体管理 (身体管理)	4.6±0.7	4.6±0.6	4.6±0.7	4.7±0.5	4.7±0.6	4.1±0.6**
○5 頻回な訪室での観察 (頻回な訪室観察)	4.5±0.7	4.5±0.7*	4.4±0.8	4.5±0.3	4.6±0.6	4.1±1.2
○6 保護室の危険物・物品の管理 (危険物管理)	4.6±0.9	4.5±1.0	4.7±0.6	4.6±0.8	4.6±0.7	3.9±1.5**
○7 保護室の衛生面の配慮 (衛生面配慮)	4.4±0.9	4.3±1.0	4.4±0.7	4.3±0.9	4.4±0.8	4.0±1.4
●8 行動制限の必要性・方法についての検討 (制限の検討)	4.2±0.8	4.2±0.9	4.2±0.7*	4.2±0.9	4.3±0.8	4.5±0.8*
●9 上記8で検討した内容と経過の記録 (検討内容の記録)	4.3±0.9	4.3±1.0	4.3±0.8	4.2±0.9	4.6±0.7**	3.8±1.3
●10 患者への説明と受け止め方への配慮 (患者へのIC・配慮)	4.3±0.8	4.3±0.8	4.3±0.8	4.3±0.8	4.3±0.9	4.3±0.9
●11 精神・身体的な2次障害を予測した観察 (予測観察)	4.3±0.8	4.3±0.8	4.3±0.8	4.3±0.8	4.5±0.6	4.2±1.1
総計	47.4±7.7	47.1±8.0	48.1±7.2	47.6±7.4	48.2±7.6	44.1±10.4

○有資格者項目 ●専門職項目

Significant at \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$



#### IV. 考 察

「指示通りの実施」と「法規定項目の記録」の総平均は高値を示しており、山梨県での調査結果同様<sup>4)</sup>、法規定を遵守されていることが伺える。一方「制限の検討」の総平均は最低値を示した。行動制限の実施は患者の基本的な人権の侵害にもなりかねないため、適切な判断のもとに行わなければならない。判例からは行動制限の判断は医師の裁量権が尊重され、開放か閉鎖の是非が問われることは少なく、実施者の事故発生の予見と回避義務及び事故発生後の迅速で的確な対応が問われている<sup>2)</sup>。看護職は24時間患者の観察をすることができるため、変化を捉え行動制限の内容を検討していくことが重要である。この項目は病棟師長で有意に高値を示していたことから、行動制限の検討を行う際には病棟師長が先導していることが伺えるが、病棟師長だけでなく全看護職が行動制限の必要性や適正について検討する必要があると考える。

「検討内容の記録」は病棟師長では最低値を示したが、主任・副師長で有意に高いことから記録は主任・副師長がしていることが推測される。しかし、総平均で低値を示していることから、全体的に記録がなされていないことも推測される。成嶋は、リスクマネジメントプロセスはカンファレンスで情報収集しリスクを把握することであると述べている<sup>6)</sup>。行動制限について検討した内容を情報として事故を予見し回避する視点でアセスメントできると、個々の患者のみならず他患者の事故予防にもつながると考えるため、全看護職間で情報共有するためにも検討結果やその経過を記録に残すことが必要であると考えられる。

総体的に主任・副師長の平均値が山梨県での調査同様<sup>4)</sup>高かったことから、行動制限時の安全配慮において実質的なリーダーは主任・副師長が担っていると推測される。一方、病棟師長では「法規定項目の記録」「身体管理」「危険物管理」において有意に低値を示し、平均値は総体的に低かったが、これは行動制限に関わる質問の多くが患者への直接的なケアに関する項目であったためと考える。また、総平均値では専門職項目が総体的に低

値を示した。山梨県での調査結果では患者の安全確保のための行動は経験による差が明らかであり<sup>4)</sup>、スタッフが他職位より専門職項目において得点が低いのは当然の結果ではあるが、今結果では職位による役割があることが伺えた。本稿では触れていないが本調査では事故発生に関連した病棟管理に関する質問もあるため、今後それらとの関連を分析し、各職位の役割や連携について検討する必要がある。

有資格者項目の中では「衛生面配慮」が「診察の要請」の次に低い項目であった。隔離室に居る間はその場所が患者の居住空間であり、その居住空間の環境整備は看護の基本であるともいえる。日本看護協会が提出した業務基準には、患者にとって安全で安心感を与える雰囲気や患者の力を発揮できるような環境が患者の回復や自立に多大な影響を与えるため、精神科領域の看護師は病院環境を整えていく必要があると記されている<sup>7)</sup>。患者の権利を擁護することだけでなく、適切な治療環境の提供から考えてもこの項目はもっと実践度を高める必要があると考える。

性別では本結果において「頻回な訪室観察」では女性の方が、「制限の検討」では男性の方が有意に高値を示しており、山梨県下の調査<sup>4)</sup>とは異なった結果であった。性別における職位分布において男性、女性の比率に偏りは生じていないことから、結果に職位による影響は受けていないと考える。本稿では本研究の一部のみの結果であるためこの結果だけで性別の行動特性として捉えることはできないが、今後、他項目の性別差や地域差について検討していく必要があると考える。

#### V. おわりに

本稿では九州圏内の閉鎖病棟の看護職が行動制限時の安全配慮をいかに実践しているか行動レベルでの実態が明らかになった。医療従事者として人権擁護と安全確保のために法規定を遵守し事故防止の責務を果たしていること、また、主任・副師長が患者の直接ケアにおいてはリーダー的役割を果たしていることがわかった。職位によって役割があるのは当然であるが、その具体的な役割や

いかに連携をとっているかまでは明確になっていない。アセスメント能力には経験が影響しているのは当然であるが、今回は職位での比較のみで経験年数と比較検討していないため、今後検討し明確にしていきたい。また、本結果は山梨県下での調査結果と同様、あるいは異なる傾向がみられた。全数調査とはいえ1県での調査結果と九州圏内8県での調査結果を単純比較することはできないが、地域性についても考慮し全国調査の分析において比較検討が必要である。

土屋らは臨床現場では人権尊重と安全確保とのジレンマが存在していると述べている<sup>2)</sup>。また、伊藤は現場ではリスクを少なくすると治療効果や安全確保が低下するというトレードオフ関係があると考えられているが、「いかにリスクを少なくするか」の問いは、「治療・安全を担保しながらいかにリスクを最小限にするのか」と問うべきであると述べている<sup>3) 8)</sup>。人権、安全、適切な治療を同時に確保することが質の高い医療、看護といえる。質の高い看護の提供のためにもアセスメント能力の育成は必要であり、今後全国調査の分析結果を基に検討していく必要がある。

本研究は平成16年度科学研究費補助金（基盤研究(C)(2)研究課題番号16592203)の助成を受けて行った。

## 文 献

- 1) 厚生労働省 医療安全対策検討会議, 医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防ぐために～医療安全対策検討会議報告書, 2002, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/i-anzen/3/kongo/02.html>
- 2) 土屋八千代, 福永ひとみ: 精神医療施設における看護職者に求められる注意義務～医療過誤判例及び新聞記事の分析から～, 山梨県立看護大学紀要, 2(1), 9 - 22, 2000
- 3) 伊藤弘人: 精神医療における安全管理, 保健医療科学, 51(4), 222 - 225, 2002
- 4) 土屋八千代, 野沢由美, 内藤さゆり, 他: 入院中の精神障害者への安全配慮に関する研究～山梨県下の精神病院に勤務する看護職の実態と課題～, 山梨県立看護大学紀要, 3, 1 - 15, 2001
- 5) 医療施設政策研究会編, 病院要覧2003 - 2004年版, 医学書院, 2003
- 6) 成嶋澄子: 病院の守りから患者の安全と人権の保証へ, 精神科看護, 28(8), 36 - 37, 2001
- 7) 日本看護協会: 精神科看護領域の看護業務基準 第2版, 1999
- 8) 伊藤弘人: 精神科医療の質とその向上, 保健医療科学, 53(1), 21-25, 2004

## 編集後記

本年度看護学科では、大学の法人化・統合といった大学変革の大きなうねりの中で、講座編成やカリキュラムの見直し等々、さまざまな検討が行われてきました。さらに、4月からは大学院修士課程が開設されスタートを切りました。教員は昼間の学部の講義を終え、夜間の大学院の講義にと時間に追われる毎日で、目まぐるしいスケジュールをこなしながらの一年だったと思います。

研究誌の原稿に着手できないような状況の中にあって、当初は応募の篇数が少なく懸念しておりましたが、皆様方のご協力のお陰で意欲作が寄せられ、研究誌の編集も支障なく進めることができましたことを深くお礼申し上げます。また、査読に関わっていただきました教員の皆様にも、この場をお借りして感謝申し上げます。

これからも研究誌が、教員の皆様の教育・研究の成果を発信していく源として大いに活用されますよう、研究誌委員一同願っております。 (赤星)

## 研究誌委員

委員長 根本清次  
古家明子  
赤星成子

---

## 南九州看護研究誌 第4巻 第1号

---

平成18年3月15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. 4, No. 1, 2006

---

### **[Invited Contribution]**

Act on Protection of Personal Information .....Yachiyo Tsuchiya..... 1  
and Nursing Practice

### **[Articles]**

Relationship between Early Adolescent's Self-Care .....Chikaho Nomaguchi.....13  
Performance and Parental Support  
Hifumi Kusaba  
Chihiro Fujimaru  
Kanakano Fujii

### **[Brief Reports]**

The Expectations of Nurses from Care Workers .....Nobuko Kaseda.....23  
and Doctors in Providing Terminal Care in  
Miyuki Yamada  
Specialized Nursing Homes for the Elderly  
Teruyo Iwamoto

A Study of Daily Safety Care for Medical Disorders .....Rinko Uchida.....29  
in Psychiatric Hospital within Kyushu Area  
Yachiyo Tsuchiya  
Kazuhiro Ando  
Tomomi Oikawa  
Miyuki Yamada

A Study on Prevention of Medical Accidents .....Tomomi Oikawa.....35  
in Psychiatric Ward within Kyushu Area  
Yachiyo Tsuchiya  
—Nursing Staff's Safety Care for Patients  
Akiko Furuie  
on Admission and Discharge—  
Rinko Uchida  
Miyuki Yamada

A Study of Daily Safety Care when Restriction .....Miyuki Yamada.....41  
of Activity at Psychiatric Closed Ward  
Yachiyo Tsuchiya  
Kazuhiro Ando  
Tomomi Oikawa  
Rinko Uchida  
Miyuki Yamada