

# 南九州看護研究誌

## 第3巻 第1号 2005年

### 【論文】

- 看護学生の職業同一性地位とストレス対処行動の経年的変化 .....土屋八千代 ..... 1
- 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者の悩み  
 -全国調査における自由記述の分析- .....加瀬田暢子・山田 美幸・岩本テルヨ .....11
- 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職者の課題  
 -特別養護老人ホームの全国調査から- .....山田 美幸・加瀬田暢子・岩本テルヨ .....23
- 産褥女性の日常生活身体活動量と不安・疲労の変化  
 -初産婦と経産婦の比較- .....永瀬つや子・村木 敏明・小松美穂子・加納 尚美 .....33
- 労働者におけるMultidimensional HLCと生活習慣の関連 .....五十嵐久人・飯島 純夫 .....43

### 【短報】

- 市町村における子育て支援事業の課題と展望  
 -保健師の子育てサークルへの関わりを通して-  
 .....長谷川珠代・佐藤 京子・鶴田 来美 .....53
- 看護実践における看護職者のキーパーソンに対する認識  
 -医療機関における実態調査から- .....赤星 成子・土屋八千代・内田 倫子 .....61

### 【海外レポート】

- オーストラリアにおけるケアする人たちへの取り組み .....長谷川珠代 .....69
- リトル東京サービスセンターにおける家庭内暴力への取り組み .....村方多鶴子 .....73

宮崎大学医学部看護学科



## 看護学生の職業同一性地位とストレス対処行動の経年的変化

### A Longitudinal Study of the Relationship between Occupational Identity Status and Stress-Coping in Nursing Students

土屋八千代<sup>\*1</sup>

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

#### Abstract

The purpose of this longitudinal study was to examine the relationship between occupational identity status and stress-coping of 118 students in two nursing colleges by questionnaire investigation.

The results were as follows :

Occupational identity status were changing with an advanced a school. Most of status was identity achiever, the next was moratorium, foreclosure, last was uncertainty. Proportion of identity achiever ; the first-year students were 55.9%, the second-year students were 44.9%, third-year students were 46.6% and the students before graduation were 62.7%.

Problem-focused coping was increasing with an advance through school, however, emotion-focused coping was not. It becomes as effectived for stress-management as the score of problem-focused coping and emotion-focused coping.

Students of Identity achiever were take up problem-focused coping, but no significant difference between occupational identity status and result of stress-coping at the before graduation.

**キーワード** : 職業同一性地位, ストレス対処行動, 看護学生, 縦断的調査法  
Occupational Identity Status, Stress-Coping, Nursing Students,  
Longitudinal Method

#### I. 序論

人間は誕生から死までの人生周期において様々なストレスに遭遇する。Selye<sup>1)</sup>の生物学的ストレスの考えを基盤にして、LazarusとFolkmanは環境からの要請が個人の対処能力を超えるとときにストレスとして評価されると考え、ストレス過程に認知的評価を取り入れ、ストレッサーを有害や喪失・脅威と評価するより挑戦と捉えた方が、その対処に意欲的で機能に優れ、より健康的であると述べている<sup>2,3)</sup>。Lazarusらの考えに因れば、同じストレッサーでも個人の対処能力を含んだ認知的評価によってストレスの意味が異なり、スト

レスはコントロールできることを意味する。看護学生はストレスフルな状況にあり心身共にストレスサインを呈していること<sup>4)-11)</sup>やストレスを正しく認知し対処方法を知ることによって肯定的に変化することが報告されており<sup>12)-15)</sup>、看護教員としては学生のストレス対処への支援は不可欠とも言える。

認知的評価に影響を及ぼす人的要因はコミットメントと信念であり、コミットメントはその人にとっての重要なもの、意義あるものを表し、信念は重要な結果の統制可能性や自己反応統制の期待感に関係している<sup>16)</sup>。よって学生の場合、看護職

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

を目指すという進路選択が看護職へのコミットメントや信念の表現の一つと考えられる。松下ら<sup>17)</sup>は「社会的現実や自分の能力・適性をふまえたうえで自分に向けた生き甲斐ある職業を選びつつあるという感覚」を職業同一性と定義している。以上より職業同一性の地位によって学業ストレスへの認知的評価は異なることが考えられるが、その発達段階を示す同一性地位の規定要因やその変化に関する報告はあるものの<sup>17)~26)</sup>、ストレス対処行動との関連を明らかにした報告はなかった。

著者は、看護学生のストレス耐性づくりへの支援について検討をしている。今回、職業同一性地位をストレスの認知的評価に影響を及ぼす要因の一つとして位置づけ、看護学生の職業同一性地位と大学生活に対するストレスへの対処行動との関係について、入学から卒業までの経年的変化を明らかにしたいと考え縦断調査を行った。

## II. 研究方法

### 1. 対象者

関東圏内の2カ所の看護短期大学に1998年度に入学した142名。両学長に趣旨を説明し協力の得られた大学で、同意が得られかつ入学時から卒業までの4回の調査に有効回答した118名の学生を解析対象とした。調査は1998年~2000年の各5月及び2001年2月に集合で実施。学生には、研究の趣旨、及び途中で不参加は自由意思で学業とは無関係であること、卒業までの縦断調査であること、研究参加に同意する者は調査表に学籍番号を記載する旨を毎回の調査時に説明した。

### 2. 調査項目

#### 1) 職業同一性地位

Marcia, J. E.<sup>27)</sup>の同一性地位を一部修正して4項目設定し、現在の自分にもっとも該当するものを一つ選択。設定項目は①看護職になることは自分で決めた。看護職に就きたいと強く考えている(同一性達成)、②将来の職業として看護職を考えているが、まだ決まっていない(モラトリアム)、③幼少からの希望や親の薦めもあって決めた。看護職に就きたいと思ってい

る(早期完了)、④将来看護職に就くかどうかわからない(拡散)から1択。

#### 2) 大学生生活に関わる出来事について

先行研究<sup>4)</sup>より抽出された4項目(学習関係、臨地実習関係、大学生生活関係、人間関係)に対して、①この1ヶ月で体験したストレスフルの度合いの順位づけ、②次にストレスフル第一位とした出来事に対する対処について、Lazarusの対処様式(66項目)<sup>28)</sup>を、かなり使用(3点)~使用せず(0点)の4段階評価で得点化。③対処行動の結果は、その出来事の受け止め方と適応及び意欲の3項目について、それぞれ3段階評価を行い、その合計を対処行動の効果の尺度とした。

#### 3) 進路調査

卒業直前のみ調査(就職、進学:助産師・保健師専攻、大学編入、その他)を行った。

## 3. データの分析

①3年間のデータを各個人毎にデータベース化した。②職業同一性、ストレス順位、ストレス対処行動、対処結果に関しては、各年度別に集計し比較検討した。③対処結果を、平均値を境に良好・平均・不良の3群として、対処行動との関係を検討した。④各年度の職業同一性地位別とストレス対処行動・対処結果の関連性を検討した。⑤対処行動はLazarusらの基準に従って採点し、問題中心型と情動中心型に分別した。問題中心型対処行動は、問題の解決を導く認知的ストラテジーとして28項目(直接行為、情報収集、認知的対処)より構成されている。情動中心型対処行動は、情動の調整を導く情動的ストラテジー38項目(直接行為、行為の抑制、認知的対処)より構成されている。これらの対処法を、使用したか否かは対処法の使用数(絶対的採点)、どの程度使用したかは頻度(相対的採点)により把握した。⑥統計的処理は5%有意水準で統計ソフトHALWINを使用し、比較検討は一元配置の分散分析を行った。

#### 4. 用語の説明

##### 1) 職業的同一性地位

職業的同一性の発達段階を示す。Marciaは危機の有無と傾倒の2つの基準を用いて地位の測定を行っているが、それを基にして中西ら<sup>29)</sup>が作成した「同一性地位に対する自己評価尺度」を一部修正し、次の4段階で示した。①同一性達成：職業選択や決定の時期の危機は過ぎており、選択・決定した職業に深く傾倒している。②モラトリアム：職業選択に関して危機の最中にあり、決心しようと努力している。③早期完了：多くは親の期待と一致する特定の職業に早くから深く傾倒している。④拡散：一定の職業への傾倒をもっていない。

##### 2) ストレス対処行動

ここではストレスをLazarusらの心理的ストレスとして捉える。ストレスに対する対処は、問題解決を主とする問題中心型と情動調整を主とする情動中心型の2ストラテジーに区分し、それぞれの行為はモード（直接行為、情報収集または行為の抑制、認知的対処）で表出される。今回はストレスを学業・実習・人間関係・生活とし、対処行動についてはLazarusの基準に従い、対処法の使用数（用いたか否か：

絶対的採点）と頻度（どの程度用いたか：相対的採点）を測定した。

##### 3) 対処結果（効果）

対処行動の結果、ストレッサーに対しての受け止め方や適応、意欲に対する得点が高い方が効果的であると判定する。ストレスの受け止め方は、「肯定的」、「変わらない」、「否定的」、ストレッサーへの適応は、「適応」、「変わらない」、「不適応」、意欲は、「ある」、「変わらない」、「ない」でそれぞれ3点、2点、1点の3段階評価を行い、その合計得点が高いほど効果的であるとした。

### III. 結果

#### 1. 対象者の背景

対象者は女性のみ118名であり、初年度調査時の平均年齢は18.6（±1.8）歳であった。

#### 2. 職業同一性地位の経年的変化

入学時から卒業直前までの経年的変化について図1に示した。職業同一性地位は学年進行とともに有意に変化し（ $p < 0.01$ ），その中で同一性達成が一番多く、1年次の66名（55.9%），2年次53名（44.9%），3年次55名（46.6%），卒業直前は

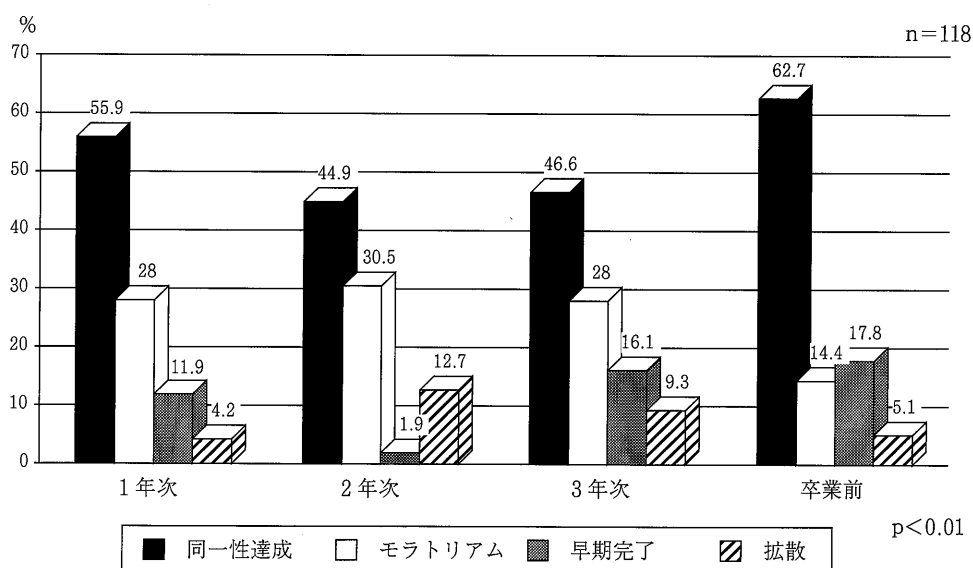


図1. 職業同一性地位の経年的変化

74名(62.7%)であった。モラトリアムは1・2・3年とも30%弱であったが、卒業直前には14%と低下した。早期完了は1・2年次12%であり、3年次16%、卒業直前は17.8%と増加した。拡散は全学年を通して最低値であったが、2年次に12.7%と増加し、卒業直前には5%になり入学時に近づいた。

### 3. ストレス対処行動の経年的変化

#### 1) ストレッサーの上位項目

1年次は人間関係51名(44.0%)、2年次は学習関係70名(59.3%)、3年次は臨地実習関係62名(52.5%)、卒業直前は学習関係87名(75.0%)であった。

#### 2) ストレス対処とその結果

##### (1) 対処行動の学年進行による変化

表1に示したように、問題中心型対処行動の使用数平均は19.8(±9.0)点で、すべてのモードの得点は学年進行とともに有意に増加した(p<0.001)。一方、情動中心型の使用数平均

は24.5(±6.2)点で、2年次が少なく卒業直前が多かった(p<0.001)。直接行為は3年次が多く(p<0.001)、行為の抑制(p<0.001)と認知的対処(p<0.01)は卒業直前が多かった。

問題中心型対処行動の使用頻度は35.7(±12.7)点で、最低は2年次、最高は卒業直前であった(p<0.001)。モードは直接行為(p<0.001)と情報収集(p<0.05)は同様の傾向を示したが、認知的対処のみ学年進行とともに有意に増加(p<0.001)した。一方、情動中心型は44.5(±12.8)点で、直接行為(p<0.001)及び行為の抑制と認知的対処(p<0.01)は2年次が少なく、卒業直前に有意に増加した(p<0.001)。

##### (2) 対処行動の結果

受け止め・適応・意欲の3項目の得点平均は6.95(±1.5)点で、2年次が低く3年次が最高(7.22±1.7)であったが、有意な差はなかった(p<0.06)。

表1. 対処行動の使用数と頻度

n=118

調査時期		1年次 mean±s.d	2年次 mean±s.d	3年次 mean±s.d	卒業前 mean±s.d	年次 変化	
使用数	問題中心	直接行為	4.3±1.7	4.5±1.6	4.8±1.7	5.3±1.5	***
		情報収集	6.3±2.1	6.3±2.0	6.6±2.1	7.2±1.9	***
		認知的対処	8.1±2.4	8.2±2.6	8.5±2.5	9.4±2.5	***
		総計	18.7±5.4	19.0±5.2	19.7±6.0	22.0±5.1	***
	情動中心	直接行為	6.1±1.8	6.1±1.8	7.4±2.3	7.2±1.9	***
		行為の抑制	14.3±3.7	13.3±4.1	13.8±4.6	15.9±4.8	***
		認知的対処	3.5±0.8	3.4±0.8	3.5±0.8	3.7±0.7	**
		総計	23.9±5.3	22.8±5.5	24.6±6.5	26.8±6.6	***
使用頻度	問題中心	直接行為	7.8±3.8	7.7±3.7	8.9±4.0	10.3±3.7	***
		情報収集	12.0±4.9	11.3±4.3	12.1±4.9	13.0±4.7	*
		認知的対処	13.7±5.2	14.0±5.8	14.9±5.5	16.5±5.7	***
		総計	34.3±12.8	33.0±11.9	35.8±12.7	39.8±12.4	***
	情動中心	直接行為	11.8±4.1	11.2±3.6	12.3±4.2	13.3±4.0	***
		行為の抑制	25.7±8.2	23.8±8.5	24.1±9.4	27.6±9.6	**
		認知的対処	7.1±2.7	6.2±2.4	6.7±2.4	7.4±2.2	**
		総計	45.6±12.1	41.2±11.3	43.1±13.0	48.3±13.5	***

問題中心型28項目(直接行為7, 情報収集9, 認知的対処12), 情動中心型38項目(直接行為11, 行為の抑制23, 認知的対処4), 年次変化の有無は時系列のある分散分析を用いた。

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

表2. 対処行動とその結果

n=471

対処法		対処結果	良好 (180) mean±s.d	平均 (226) mean±s.d	不良 (65) mean±s.d
使用数	問題中心	直接行為	5.2±1.4***	4.7±1.6	3.5±2.1
		情報収集	6.9±2.0***	6.6±2.0	5.7±2.1
		認知的対処	9.2±2.2***	8.5±2.4	7.0±3.2
		総計	21.3±4.9***	19.8±5.3	16.2±6.7
	情動中心	直接行為	6.8±2.1	6.8±1.9	6.1±2.4
		行為の抑制	14.0±4.3	14.6±4.5	14.4±4.2
		認知的対処	3.7±0.7***	3.5±0.7	3.0±1.1
		総計	24.5±6.0	24.9±6.1	23.5±6.8
使用頻度	問題中心	直接行為	10.1±3.5***	8.2±3.6	6.3±4.5
		情報収集	13.0±4.7***	11.9±4.6	10.3±4.7
		認知的対処	16.5±5.4***	14.2±5.5	11.8±5.4
		総計	39.8±12.1***	34.6±12.0	28.2±12.8
	情動中心	直接行為	12.9±4.3***	11.9±3.6	10.7±4.3
		行為の抑制	24.2±8.5	25.9±9.5	26.6±8.5
		認知的対処	7.7±2.4***	6.6±2.3	5.2±2.5
		総計	45.1±12.6	44.6±12.9	42.8±12.8

対処結果良好群 (8-9点), 平均群 (6-7点), 不良群 (3-5) 点に区分  
\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

表3. 職業同一性地位と対処行動

n=472 (各学年118)

対処法		職業同一性地位	同一性達成 n=248	モラトリアム n=119	早期完了 n=68	拡散 n=37
使用数	問題中心	直接行為	5.0±1.6*	4.6±1.7	4.6±1.5	4.1±1.9
		情報収集	6.8±2.0	6.5±2.2	6.4±2.0	6.4±2.0
		認知的対処	9.0±2.3**	8.3±2.8	8.1±2.4	7.5±3.2
		総計	20.6±5.3*	19.3±6.1	19.0±5.2	18.1±6.1
	情動中心	直接行為	6.8±2.05	6.8±2.4	6.4±1.9	6.6±2.0
		行為の抑制	14.3±4.3	14.3±5.0	14.2±4.0	14.7±4.1
		認知的対処	4.0±0.7*	3.4±0.9	3.5±0.7	3.2±1.1
		総計	24.7±5.9	24.5±7.2	24.1±5.4	24.5±6.2
使用頻度	問題中心	直接行為	9.3±4.0**	8.0±3.6	8.2±3.9	7.4±4.2
		情報収集	12.8±4.9*	11.5±4.6	11.2±4.4	11.3±4.1
		認知的対処	15.7±5.4**	13.7±5.8	13.9±5.3	13.4±6.2
		総計	38.1±12.7***	33.5±12.3	33.0±11.6	32.0±12.8
	情動中心	直接行為	12.6±3.9	12.0±4.2	11.3±3.7	11.5±4.4
		行為の抑制	25.5±8.7	25.0±9.9	24.5±9.0	26.7±8.6
		認知的対処	7.3±2.4***	6.2±2.4	6.7±2.5	5.5±2.6
		総計	45.6±12.3	43.5±14.1	42.7±12.0	43.8±12.7

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

## (3) 対処行動と結果の関係

対処結果の平均値を境にして3区分(良好群: 8~9点, 平均群: 6~7点, 不良群: 3~5点)し, 対処行動との関係を表2に示した。良好群では, 問題中心型対処行動の全てのモードにおいて, その使用数・頻度の得点が有意に高かった( $p<0.001$ )。情動中心型で有意であったのは, 認知的対処の使用数・頻度( $p<0.001$ )と直接行為の使用数のみであった( $p<0.001$ )。

## 4. 職業同一性地位とストレス対処及び結果との関係

## 1) 同一性地位と対処行動との関係

表3に示したように, 問題中心型対処行動の使用数・頻度が共に高いのは同一性達成, モラトリアム, 早期完了, 拡散の順であった( $p<0.001$ )。同一性達成群は, 問題中心型の使用数では情報収集のみ有意ではなかったが, 直接行為( $P<0.05$ ), 認知的対処( $P<0.01$ )及び全モードの使用頻度(直接行為 $p<0.01$ , 情報収集 $p<0.05$ , 認知的対処 $p<0.01$ )の得点が有意に高かった。一方, 情動中心型で使用数・頻度共に同一性達成群が有意に高かったのは認知的対処のみであった(使用数 $p<0.05$ , 頻度 $p<0.001$ )。

対処行動の結果との関係は表4に示したように, 同一性達成群7.2( $\pm 1.4$ )点, モラトリアム群6.7( $\pm 1.5$ )点, 早期完了群6.9( $\pm 1.4$ )点, 拡散群6.3( $\pm 1.7$ )点であった( $p<0.001$ )。これらを各年次ごとに見ると, 1・2年次では

早期完了群の得点が高い傾向にあり( $p<0.1$ ), 3年次では同一性達成群が高い( $p<0.01$ )が, 卒業直前になると殆ど差はなかった( $p<0.8$ )。

## 5. 同一性地位と進路との関係

卒業直前の進路調査では107名(90.7%)の回答があった。就職予定者は86名(80.4%), 保健師・助産師専攻予定者は6名(5.6%), 大学編入予定者は14名(13.1%), その他1名であった。就職予定者は, 同一性達成群58名(67.4%), モラトリアム群9名(10.5%), 早期完了群15名(17.4%), 拡散群4名(4.6%)であり, 大学編入予定者は, 同一性達成群6名(42.9%), モラトリアム群5名(35.7%)であった。

## IV. 考 察

## 1. 看護学生の職業同一性地位とストレス対処行動

今回の調査の結果, ①職業同一性地位は学年進行とともに変化する。同一性達成が最も多いが, 1年次に比べて2・3年次に低下し, 卒業直前には最高値を示す。②ストレス対処行動は, 問題中心型の使用数は学年進行とともに増加するが, 使用頻度は2年次が最低で卒業直前に最高値を示す。③情動中心型の使用数と頻度は, 2年次が最低で卒業直前に最高値を示す。④対処行動の効果は, 2年次が低く3年次が最高値を示すが, 有意な差はない。⑤対処行動と効果の関係では, 問題中心型の全モードと情動中心型の認知的対処は, 使用数・頻度共に効果的である。⑥職業同一性地位と対処行動との関係では, 同一性達成群は問題中心型対処行動の使用頻度が有意に高いが, 情動中心

表4. 職業同一性地位と対処結果

結果 同一性地位	総計 (n=471)	1年次 (n=118)	2年次 (n=117)	3年次 (n=118)	卒業前 (n=118)
同一性達成	(248) 7.2 $\pm$ 1.4	(66) 7.2 $\pm$ 1.5	(55) 7.0 $\pm$ 1.5	(55) 7.7 $\pm$ 1.5	(74) 6.9 $\pm$ 1.2
モラトリアム	(118) 6.7 $\pm$ 1.5	(33) 6.6 $\pm$ 1.3	(35) 6.5 $\pm$ 1.4	(33) 7.0 $\pm$ 1.7	(17) 6.6 $\pm$ 1.5
早期完了	(68) 6.9 $\pm$ 1.4	(14) 7.2 $\pm$ 1.1	(14) 7.1 $\pm$ 1.4	(19) 6.7 $\pm$ 1.7	(21) 6.8 $\pm$ 1.3
不 定	(37) 6.4 $\pm$ 1.7	(5) 6.8 $\pm$ 1.6	(15) 6.1 $\pm$ 1.7	(11) 6.2 $\pm$ 1.9	(6) 6.8 $\pm$ 1.1
F値/p	5.89***	16.2/0.18	2.09/0.10	4.16**	0.26/0.85

\*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

型では認知的対処のみ有意に多かった。⑦対処行動の結果は、同一性達成群が有意に効果的であったが、調査時期ごとに見ると、卒業直前には有意な差はなかった、等の特徴が見られた。

Marciaは、職業同一性の発達段階を、危機（個々人が自分にとって意義ある選択事項を積極的に試み、選択し、意志決定を行う一時期）の有無と傾倒（意志決定後に起こる人生の重要な領域に対する積極的関与）の2つの基準を用いて測定している<sup>27)</sup>。同一性達成とは、看護職になることを自己決定し、現在も看護職に傾倒していることを意味しており、このように課題に主体的に取り組み危機を経験しての達成はストレスに耐える力も強い。モラトリアムは、自己の課題として主体的に取り組んでいるが、未だ危機の最中にあり不安が大きい、しかし、自己選択と決定を重視しており外部からの影響を受けにくい。早期完了は、親の価値観で決め、自己の課題として主体的に取り組んでいないことを意味し、遂行量に比べて高い要求水準を持ち、現実対応が的確でないためストレスに弱い。拡散は、危機の経験の有無に拘わらず、一定の職業への傾倒を持っていないと定義されている。今回の調査対象は看護学生であり、看護職を目指して入学してきていることから、職業への傾倒はある（もしくはあった）と考えるが、入学時から一定数の拡散群が存在している。拡散の最も強い影響因子は、「自分に向いた仕事があるのか」という進路決定上の迷いがあることが指摘されている<sup>17)</sup>。以上、Marsiaの考えからすれば、危機を乗り越えての自己決定で、看護職を志している同一性達成群が望ましい学生像と言える。また、未だ危機の最中にあるモラトリアムの学生が、自己決定していく過程への支援が教育上重要となる。久川<sup>26)</sup>は、看護の学習と同一性達成は螺旋状の発達関係にあることを述べているが、いずれにしても、学生の職業同一性地位がどの位置にあるのかを見極めて、学生個々の職業同一性確立への支援が必要となる。

今回の結果、同一性達成の者は学年を通じて最多であったが、2・3年次に低下して卒業直前には1年次を上回っていた。安藤ら<sup>20)</sup>は、同一性形

成は2年次に低くなり3年次に戻ることで、波多野ら<sup>21)</sup>は職業同一性の3段階を、現実を知らない憧れの段階から現実を知っての失望の段階を経て、看護職への同一性が確立・安定していくと述べている。今回の対象者は、2年次に減少した同一性達成群は3年次には戻らず、卒業直前に最高値を示した。これは調査の時期による差、つまり3年次のストレスである臨地実習が終了しているか否かが結果に影響を及ぼしていると考えられる。調査は各年度の5月に実施しており、この時期は臨地実習が開始又は真っ最中である。彼らの同一性達成は、職業選択の自己決定において危機を体験した確固たるものではなく、入学後に現実の過大なストレスに直面したことで、迷いを生じ職業選択を再考しようとしている、つまり危機の最中にあるモラトリアム、あるいは危機を体験していない早期完了に近い状況であったと考えられる。1年次の5月ではまだ憧れが残っているが、その後から2年次の専門科目中心の授業、更には3年次には臨地実習で現実を直視しなければならない。この時期は、職業に対する失望や疑問が生じているのかもしれない。しかし、卒業直前の2月には臨地実習も終了し、既に進路は決定していることから職業同一性が確立・安定してくると言え、波多野ら<sup>21)</sup>の職業同一性の3段階と同様の経過を辿っている。また、進路調査で就職予定者のモラトリアム群は9名(10.5%)に比べ、大学編入予定者のモラトリアム群は5名(35.7%)と多かった。モラトリアムは、職業選択を自己の課題として主体的に取り組んでいるが未だ危機の最中にあり、不安は大きいと自己選択と決定を重視しており、外部の影響を受けにくいとされる。彼らは、在学中を通して危機の状況にあったわけであり、大学への編入は職業決定の結果として選択されたのか、または自己決定していくための手段の一つとして選択されたのか、これは編入生を受け入れる立場にある者としては更なる追究が必要であると考えられる。

## 2. 職業同一性地位と対処行動の経年的変化及びその結果

対処行動に関しては、問題中心型の対処行動の



使用数は学年進行とともに増加するが、使用頻度及び情動中心型の対処行動の使用数・頻度は2年次が最低で卒業直前が最高であった。すなわち、卒業直前には他の年次に比べて、問題中心型対処行動も情動中心型対処行動を使用する数も頻度も最多となる。これは学年進行とともに遭遇する種々の体験を乗り越えていく過程で、対処行動は獲得されていくこと、及び卒業直前には、就職・進学に加えて関塚ら<sup>11)</sup>の報告にある引越し等、それまでの学生生活で体験しなかった多くの課題への対応が求められることで、対処行動も多岐にわたること等が示唆される。また、対処行動とその結果の関係から見ると、問題中心の対処行動を使用するほど効果的であるが、情動中心の対処行動は認知的対処と直接行為の頻度以外では効果的ではないことが明らかとなった。問題中心型と情動中心型双方とも使用数・頻度は最低であった2年生は、対処結果の得点も低く有効なストレス対処ができていない。先行研究<sup>4)</sup>では、2年生は情動中心型が、3年生は情動中心型と問題中心型の両方が多く使用され、Lazarusの指摘のごとく両方の対処行動をとる方がストレス状況や感情好転には有効であることが報告されている。この先行研究は横断調査であることと対処行動は自由記載であったこと、及び卒業直前の調査はされていないが、今回の結果と同様の傾向であった。以上より、特に2年次から3年次にかけては、現実を知って失望の段階にいる学生が多いと推察されることから、個別的な支援体制が必要となる。更に、職業同一性達成の者は、問題中心の対処行動を多く用いており、対処結果の得点も高かったことから、ストレスに上手に対処できていることが明らかとなった。しかし、各学年での対処結果を見ると、同一性達成の者は3年次のみ対処結果の得点が有意に高いが、卒業直前には有意差はなかった。卒業直前には、問題解決型と情動調整型の両方の対処行動の得点が最高値であったことを鑑みれば、この時期になると対処行動選択に影響を及ぼす知識や体験が増加するために、ストレス対処に有効な多様な対処行動がとれるようになってきていることがわかる。また、ストレスによって対処行動は異

なることも考慮する必要がある。今回は3年次は臨地実習、卒業直前は学習関係(国家試験など)が第一のストレスであった。臨地実習では各クール毎に実習場所や指導者が替わり、毎回受け持ち患者の看護過程の展開、更に実習グループの学生間の人間関係もストレスとなる。このため、問題中心の対処行動で解決する課題がある反面、学生個々の努力のみでは対応できない問題もある。一方、学習関係、特に国家試験に関しては合格しなければならない必須の課題としてストレスは大きくても、学生個々の努力で対応できる課題でもあり、進路に関しても夢を持って自己選択していくことが可能である。今回は戦略としては問題中心型が効果的であることが判明したが、それぞれの対処行動のモード(直接行為、情報収集・行為の抑制、認知的対処)に設定された66項目について、各ストレスによって学生がどのような対処行動を採用し、どの対処行動が効果的であったのかについて項目毎に検討していくこと、及び職業同一性地位とストレス対処との関係については、卒後も含めて継続的に検討していく必要がある。

### 3. 研究の限界

Maciaのidentity statusに関する研究法は文章完成法または面接法によってなされるが、今回は調査表による自己申告であった。看護職の場合は単なる職業同一性ではなく専門家同一性で論じる必要があることも指摘されている<sup>30)</sup>。看護学生は看護職を目指して入学してきた者が多いことから、危機の体験を問わず職業への傾倒はある(もしくはあった)と考えられるが、面接法による確認が必要であった。また、対処行動に関する調査法について、Lazarusは自己報告に基づく測定法は方法の相違も含めて結果にバラツキが生じるが、結果においては他の測定法に劣るものではなく、バラツキを最小限に止めるために自己報告という1つの測定法だけを継続することの重要性を述べている<sup>31)</sup>。本研究では、4回の調査とも同様の質問紙で自己報告の形式を一貫したことは妥当と考える。しかし、対象校においてカリキュラムの内容と進行は類似であったが、縦断調査であったため

著者が研究の趣旨説明に毎回出向けなかったこと、及び3回目調査は、3年生が臨地実習のため集合調査ができず回答日が異なったこと、等が問題として残る。今後は、今回の結果を学生指導に還元しつつ、4年制大学生を含めて対象校や数を増やすこと、及び今回除外した休学や留年者、退学者についての検討も必要であると考えらる。

## V. 結論

1. 職業同一性地位は学年進行とともに変化する。各学年で同一性達成群が最多で、次いでモラトリアム、早期完了、拡散の順であった。同一性達成は、1年次の56%から2・3年次に低下するが、卒業直前には63%で最高値となった。

2. 問題中心型の対処行動は学年進行とともに増加するが、情動中心型の対処行動は2年次が最低で卒業直前が最高値を示した。対処行動の効果は、2年次が低く3年次が高かった。問題中心型の対処行動並びに情動中心型の認知的対処行動の得点が高いほど、対処行動の結果が効果的であった。

3. 職業同一性地位達成の者の対処行動は、問題中心型の使用数と頻度共に高く、かつ情動中心型の認知的対処の使用頻度も高かった。

4. 卒業直前には、同一性地位と対処行動の結果との関係はなかった。

## 文献

- 1) Selye H (杉靖三郎ら訳): 現代社会とストレス 原著改訂版, 15, 法政大学出版局, 1988
- 2) Lazarus RS., and Folkman S.: Stress Appraisal, and coping, 19, Springer, 1984
- 3) 前掲2), 32
- 4) 土屋八千代: 看護学生のストレス・コーピングとその要因, 日本看護学会誌, 2(1), 40-50, 1993
- 5) 大森美津子, 高木永子: 入学当初の短大女子学生のストレス・コーピングとその影響因子, 筑波医短大研報, 16, 81-94, 1995
- 6) 大森美津子, 田村由美, 高木永子: 看護基礎教育機関の新入女子学生のストレスに対するコーピング, 香医大看学誌, 1(1), 35-45, 1997
- 7) 河村一海, 西村真実子, 永川宅和: 看護学生のストレスコーピングと行動特性の関係, 金大医短紀要, 19, 123-125, 1995
- 8) 南 妙子, 田村綾子, 市原多香子, 他: 成人(青年期看護学生)のストレスとその対応方法, 徳島医短紀要, 5, 75-81, 1995
- 9) 田中静美, 日隈ふみ子, 木村祥子, 他: 看護短大生における問題対処行動の変化, 藍野学院紀要, 12, 47-52, 1998
- 10) 中村和代, 熊井照彦: 看護学生のストレスに関する要因分析, 看護教育, 37(3), 220-225, 1996
- 11) 関塚真美, 坂井明美, 島田啓子, 他: 卒業前看護学生の心理社会的ストレスの実態 心理社会的尺度と生理学的指標からの評価, 北陸公衆衛生学会誌, 30(1), 12-16, 2003
- 12) 土屋八千代: 看護大学生のストレス構造とマネジメント～行動変容をもたらす体験学習～, 日本大学大学院総合社会情報研究科紀要, 2, 241-250, 2001
- 13) 山崎裕美子, 安森由美, 佐伯恵子, 他: 看護学生に対するからだところの気づきプログラムの開発と評価, 大阪府立看護大紀要, 4(1), 23-38, 1998
- 14) 安森由美: 看護学生のストレス反応に対する自己統制法の効果, 大阪府立看護短大紀要, 10(1), 55-59, 1988
- 15) 河村一海, 西村真実子, 稲垣美智子: 看護学生の行動特性, 性格特性, ストレスコーピング 臨床実習前後における変化も含めて, タイプA, 11(1), 39-47, 2000
- 16) 前掲2), 80
- 17) 松下由美子, 木村 周: 看護学生の職業的同一性形成を規定する要因の検討, 教育相談研究, 31, 29-45, 1993
- 18) 松下由美子, 荒木美千子, 木村 周: 看護学生の職業同一性形成に関する研究—同一性地位面接による分析—, 神奈川県立衛生短期大学紀要, 26, 5-22, 1993

- 19) 松下由美子, 木村周: 看護学生の進路選択と職業同一性形成との関連, 進路指導研究, 17(2), 12-18, 1997
- 20) 安藤詳子, 内海 晃: 看護学生の自我同一性に関する研究—職業同一性形成を規程する教育要因, 日本看護研究学会雑誌, 18(3), 7-19, 1995
- 21) 波多野梗子, 小野寺社紀: 看護学生及び看護婦の職業的アイデンティティの変化, 日本看護研究学会雑誌, 16(4), 21-28, 1993
- 22) 渡邊順子, 江幡美智子, 入江晶子: 看護学生の職業意識と職業志向Ⅱ. 3年間における職業意識行動の変化, 名大医短紀要, 4, 21-30, 1992
- 23) 宮武陽子: 臨床実習における看護学生のアイデンティティストレス—経験が学生の個性化, 社会化に及ぼす影響, 香医大看護学誌, 1(1), 115-126, 1997
- 24) 前田明子: 看護学臨地実習における教師の指導行動と学生の看護職同一性形成の関連 指導に対する教師自身と学生の評価を用いて, 天使大学紀要, 2, 1-12, 2002
- 25) 山田敏久, 田中奈緒子, 吉村真理子: 大学生の自我同一性とストレス, CANPUS HEALTH, 36(1), 364-367, 2000
- 26) 久川洋子: 看護学生におけるアイデンティティ達成状況と学習行動の関連, 天使女子短期大学紀要, 18, 1-13, 1997
- 27) Marcia JE & Friedman ML: Ego identity status in college women, Journal of Personality, 38, 249-263, 1970
- 28) 前掲2), 328-333
- 29) 中西信男, 永野正憲, 古市裕一, 他: アイデンティティの心理, 217, 有斐閣選書, 1985
- 30) 鑓幹八郎, 山本 力, 宮下一博: アイデンティティ研究の展望Ⅰ, 166, ナカニシヤ出版, 1984
- 31) 前掲2), 346

# 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者の悩み

—全国調査における自由記述の分析—

## Concerns of nurses in providing terminal care in specialized nursing homes for the elderly :

—An analysis of free remarks about nurses' role on nation-wide survey—

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

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

### Abstract

The purpose of the present study was to gather data to improve the quality of terminal care by determining the concerns and opinions of nurses who provide terminal care at specialized nursing homes for the elderly in Japan. This qualitative study was conducted by administering a questionnaire to 159 nurses to elicit their opinions and concerns regarding the provision of terminal care in specialized nursing homes for the elderly. The results identified six general areas that nurses felt were important, namely: 1) concerns with the restrictive manner in which the system is administered; 2) difficulties related to collaborating with other healthcare professionals; 3) the need to provide terminal care that is centered around residents; 4) concerns related to acceptable levels of workload and responsibility; 5) concerns regarding the fact that the elderly were removed from the decision-making process; and, 6) difficulties associated with resolving emotions related to terminal care. These components are thought to reflect the complex problems associated with providing terminal care to the elderly. Consequently, in order to resolve these problems and improve the quality of terminal care, it will be necessary to improve facilities, increase the number of nurses, and strengthen working relationships among nursing homes and other medical institutions.

**キーワード** : 特別養護老人ホーム, ターミナルケア, 看護職者の悩み

Specialized nursing home for the elderly, Terminal care,  
Concerns of nurses

### I. 緒言

特別養護老人ホーム（以下、特養とする）は、「生活の場」として我が国の高齢社会を支える重要な施設である。現代の高齢者の増加や医療技術の発達に伴い、在宅で生活する高齢者も医療機器を使用する人が増えている。在宅と同様、特養でも医療ニーズの高い対象者が多いことが指摘されている<sup>1)</sup>。厚生労働省の平成14年の調査<sup>2)</sup>による

と、介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設のうち、死亡退所が最も多かったのは特養であり、その割合は66.3%であった。また、平成15年の介護報酬改定では、特養の入所待機者の入所を申し込み順ではなく、緊急度や必要度順に応じて進める優先入所の方向性も新たに示された。この優先入所により、特養はさらに重度者の施設として誘導されていくと言われ<sup>3)</sup>,

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

今後、ますます特養でのターミナルケアの需要が増すことが予想される。

特養のターミナルケアに関する研究はこれまでもなされてきている<sup>4)~7)</sup>。研究者らも特養でのターミナルケアを充実させるための要件について検討してきた。しかし、これらの先行研究において、ターミナルケアに携わる看護職者の率直で具体的な悩みや意見から、ターミナルケアを実践する上での問題を探っていく研究は見あたらなかった。

そこで、特養でのターミナルケアに携わる看護職者の悩みの構成要素を抽出することで、看護職者からみたターミナルケアの問題を検討し、ターミナルケアの質の向上への示唆を得ることを目的とし、本研究に取り組んだ。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

研究対象は、平成12年度版全国老人福祉施設名簿に掲載されている全特養4,469施設から、単純無作為抽出した1,000施設における看護職者の責任者、各1名である。

### 2. 調査方法・内容・期間及び倫理的配慮

対象となった特養の施設長に自己記入式質問紙を郵送し、看護職の責任者への配布を依頼した。調査は無記名で実施した。内容は、施設や職員の概要、ターミナルケアの対応や看護職の業務等の他、「ターミナルケアにおける看護職者の役割についての悩みや意見」という項目で自由記述を求めた。調査期間は平成14年11月～12月、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等を示した文書と返信用封筒を同封し、この趣旨に同意できる場合に個別に返送してもらった。

### 3. 分析方法

- 1) 記述文から悩みや意見を短文化する。
- 2) 短文を意味内容が類似しているもので分類し、内容をまとめすぎない程度に端的に文章表現する(小カテゴリー)。
- 3) 小カテゴリーの意味内容が類似しているもので分類し、内容を端的に表すネーミングをする

(中カテゴリー)。さらに、同様の方法で大カテゴリーを抽出する。

- 4) これらの分析過程においては、研究者間で話し合いながら合意したものを採用する。また原文の文脈から判断する。
- 5) 抽出されたカテゴリーから、特養でのターミナルケアにおける実践上の問題を検討する。

## III. 結果

433名の看護職者から回答が得られた(回収率43.3%)。自由記述欄に記載があったのは174名であり、このうち悩みや意見が具体的に記載してあったのは159名、記載に具体性がなかったものは15名であった。今回はこの159名の記述を分析対象とした。

### 1. 分析対象施設の概要

分析対象者が所属する施設の概要(表1)について、平均開設期間(n=144)は13.2±9.0年、入所者数(n=158)は30~280名の範囲で平均70.7±26.5名、入所者の平均年齢(n=138)は84.1±1.7才であった。調査時点でターミナル期にある入所者(n=138)は、1施設あたり2.4±2.4名であり、0名の施設も26.1%あった。

分析対象施設の職員の概要は表2の通りであった。法律上の人員規定枠でみた場合、87.4%(139施設)を占めた入所者数50~130名の施設の職員も参考として示した。

分析対象施設での全看護職者数(n=137)について、年代別では40才代が最も多く、39.1%を占めた。経験年数(n=137, 図1)については、

表1 分析対象施設の概要

	n	平均値±標準偏差
開設期間	144	13.2±9.0 (年)
入所者数	158	70.7±26.5 (名)
入所者の平均年齢	138	84.1±1.7 (才)
平均入所年数	127	4.1±1.3 (年)
ターミナル期にある入所者	138	2.4±2.4 (名)

注) n数にばらつきがあるのは、無効回答があるためである

所属施設での経験年数では3年未満が52.5%と最も多かったが、医療施設での経験年数及び看護職としての経験年数では10年以上が最も多く、それぞれ55.4%、71.7%であった。

ターミナルケアへの現在の対応（n=157，複数回答）は、「希望があれば最期まで施設で」が62.9%、「積極的に最期まで施設で」は8.2%であった。

表2 分析対象施設の職員の概要

単位：名

	職種	雇用形態	平均±標準偏差	法律上の人員規定
分析対象施設全体	看護師	常勤 (n=156)	1.7±1.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所者数30～50名未満では看護職員（看護師または准看護師）2名以上</li> <li>入所者数50～130名未満では3名以上</li> <li>入所者数130名以上では、130名を超え入所者50名に対し1名ずつ増加</li> </ul>
		非常勤 (n=156)	0.4±0.8	
	准看護師	常勤 (n=155)	2.1±1.3	
		非常勤 (n=154)	0.4±0.9	
入所者数50～130名未満の施設	看護師	常勤 (n=136)	1.6±1.3	
		非常勤 (n=136)	0.4±0.8	
	准看護師	常勤 (n=135)	2.2±1.3	
		非常勤 (n=135)	0.4±0.9	
分析対象施設全体	介護職	常勤 (n=139)	22.7±11.7	看護職員との総数であり、入所者3名に対し1名以上
入所者数50～130名未満の施設		非常勤 (n=139)	5.7±8.7	
		常勤 (n=122)	22.3±10.0	
		非常勤 (n=122)	5.2±6.3	
分析対象施設全体	医師	常勤 (n=152)	0.05±0.2	入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
入所者数50～130名未満の施設		非常勤 (n=152)	1.7±1.4	
		常勤 (n=133)	0.05±0.2	
		非常勤 (n=133)	1.7±1.5	

注1) n数にばらつきがあるのは、無効回答があるためである

注2) 看護職員及び介護職員は常勤換算法（各従業者の勤務時間の総数を常勤従事者が勤務すべき時間数で除すことで、常勤従事者の員数に換算する方法）で計算

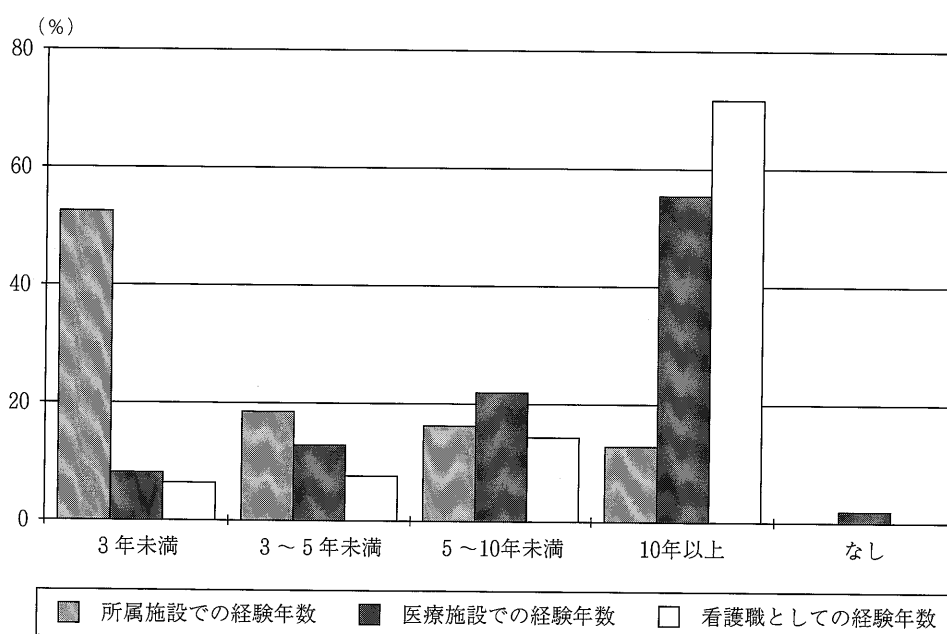


図1：分析対象施設の全看護職者の経験年数 (n=137)

## 2. 看護職者の悩みの構成要素

### 1) 分析のプロセス

記述文の分析過程の具体例を表3に示す。ここでは、短文数が最も多かった【制度による制約への悩み】を例に、分析プロセスを説明する。以下、文中では【大カテゴリー】、[中カテゴリー]、『小カテゴリー』、「短文」、「原文」で表す。

例えば、a「夜間急変時医師と連絡とれないことがある。家族に充分ターミナルケアについて話し合っているが末期状態になると病院への移送を希望されることがある。(入院の受け入れ先がない)」と記載されていた場合、3つの下線部をそれぞれ「夜間急変時、医師と連絡取れず」「最期は家族は病院を希望」「末期状態であるが入院先がない」と短文化した。「夜間急変時、医師と連絡取れず」は、bの「医師が緊急時の往診ができない」などと、“医師が常勤でないので緊急時のケアに支障がある”という意味で類似していると考え、『医師が常勤でないので緊急時が問題』と命名した。この『医師が常勤でないので緊急時が問題』は、cの『医師が常勤でない』などと、“医師が常勤でないことにより生じる問題”という意味で類似していると考え、[常勤の医師不在]と命名した。この[常勤の医師不在]は、cの[看護職者不在の時間帯]や[法律への不満]、dの[施設での限界]などと、“特養が生活の場であり、医師や看護職者の人員や設備の規定がされていることで、ターミナルケアを行う上で制限がある”という意味で類似していると考え、【制度による制約への悩み】と命名した。

### 2) 抽出された構成要素

以上のような分析を重ね、全部で短文451、小カテゴリー144、中カテゴリー30、大カテゴリー6つが抽出された(表4)。前述の【制度による制約への悩み】の他には、短文数が多い順に【関係者との連携困難による悩み】、【入所者主体のターミナルケアに対する願望】、【業務と責任への悩み】、【本人以外の意思による方針決定への悩み】、【ターミナルケアへの割りきれなさ】があった。抽出された各カテゴリーは、

特養でのターミナルケアにおける看護職者の悩みの構成要素として捉えられた。これらの構成要素について以下に述べる。

まず出現したのは、【制度による制約への悩み】であった。これは『医師が常勤でないので緊急時が問題』などの[常勤の医師不在]、『看護職者が夜間・休日に不在』などの[看護職者不在の時間帯]、『特養は生活の場であり、医療はできない』などの[施設での限界]などから構成されていた。この【制度による制約への悩み】は、『介護職の理解・経験が浅い』などの[介護職との連携困難]、『医師・医療機関の理解・協力が少ない』などの[医療機関との連携困難]など、【関係者との連携困難による悩み】と、内容的に重なる部分があると考えられた。また、【制度による制約への悩み】や【関係者との連携困難による悩み】は、『医師が不在で看護職者の判断・責任重大』などの[医師不在による負担]や『看護職者は多くの人をまとめる力が必要』などの[職場のリーダーとしての期待]、すなわち【業務と責任への悩み】とつながっていると考えられた。

【関係者との連携困難による悩み】は、【本人以外の意思による方針決定への悩み】とも関連していると考えられた。【関係者との連携困難による悩み】での『家族の意見が統一されていない』などの[家族との連携困難]や、『介護職の理解・経験が浅い』などの[介護職との連携困難]、『医師・医療機関の理解・協力が少ない』などの[医療機関との連携困難]が、“方針決定”のプロセスでの『家族は医療を希望』『家族の希望で施設で看取り』『入所者より家族の意見優先』などの[様々な家族の意見]や、『病院の協力ががないので入院』などの[施設の条件による制限]などとして関与していると考えられた。

ところで、このような【本人以外の意思による方針決定への悩み】は、その背景に【入所者主体のターミナルケアへの願望】があるからこそ表現されたと考えられた。そもそもこの願望がない人は、入所者以外の意思で方針が決まる

表3 記述文の分析過程の具体例

原 文	短 文	小カテゴリー	中カテゴリー	大カテゴリー
<p>a 夜間急変時医師と連絡とれないことがある。家族に充分ターミナルケアについて話し合っているが末期状態になると病院への移送を希望されることがある。(入院の受け入れ先がない)</p>	夜間急変時、医師と連絡取れず	医師が常勤でないので緊急時が問題	常勤の医師不在	制度による制約への悩み
	<p>b 嘱託医は車で20～30分位の所に開業しており、緊急時の速やかな往診が頼めないときがあり、家族との打ち合わせに説明し納得されたいという希望も古く、特にターミナル用の個室の準備も無いため、静養室を使っているが、家族で泊り込みなたいという希望がある場合、長椅子や布団、茶器等をセツトし、指導員、介護者と看護師で協力し、多くの方々を見送ってきで、医療的処置というより、心の通い合いで看取る、という感じで行っているが家族の方からも感謝されることが多い。ターミナル期に入院させてくれる病院はなく、老人(家族)の希望があっても入院できないのが現状です。</p>	<p>末期状態であるが入院先がない</p> <p>医師が緊急時の往診ができ</p> <p>個室がない</p> <p>心へのケアを</p> <p>入院できない状況がある</p>	<p>家族は医療を希望</p> <p>入院できない状況がある</p> <p>医師が常勤でないので緊急時が問題</p> <p>個室がない</p> <p>心のケアを</p> <p>入院できない状況がある</p>	<p>様々な家族の意見</p> <p>医療機関との連携困難</p> <p>常勤の医師不在</p> <p>設備の不足</p> <p>ターミナルケアの本質</p> <p>医療機関との連携困難</p>
<p>c 医師、看護師が夜間、休日不在な事。施設で終末を迎えたいという希望があるが現実には困難である。行政が医師や看護師の体制を考える必要があると思う。</p>	<p>医師が夜間や休日に不在</p> <p>看護師が夜間や休日に不在</p> <p>行政の体制見直しが必要</p> <p>特養なので医療行為ができ</p> <p>医療機器がない</p> <p>自然のままではよいか悩む</p> <p>上司は医療行為や機械の必要性は感じていない</p>	<p>医師が常勤でない</p> <p>看護職者が夜間・休日に不在</p> <p>法律・制度の見直し必要</p> <p>特養は生活の場であり、医療はできない</p> <p>医療機器がない</p> <p>死のあり方への疑問</p> <p>上司の意見とのくい違い</p>	<p>常勤の医師不在</p> <p>看護職者不在の時間帯</p> <p>法律への不満</p> <p>施設での限界</p> <p>施設での限界</p> <p>ターミナルケアへの疑問</p> <p>複数の人との連携困難</p>	<p>制度による制約への悩み</p> <p>制度による制約への悩み</p> <p>制度による制約への悩み</p> <p>制度による制約への悩み</p> <p>制度による制約への悩み</p> <p>ターミナルケアへの割りきれなさ</p> <p>関係者との連携困難による悩み</p>
	<p>d 特養のためか医療行為はほとんどできませぬ。ターミナルケアの時、せめて、酸素位、させてあげたいと思います、その機械もありませぬ。自然のままが良いのかどうかいまいまだに悩むところです。施設長さんやその他、上の人々もその必要性は感じてないようです。</p>	<p>特養なので医療行為ができ</p> <p>医療機器がない</p> <p>死のあり方への疑問</p> <p>上司の意見とのくい違い</p>	<p>施設での限界</p> <p>施設での限界</p> <p>ターミナルケアへの疑問</p>	<p>施設での限界</p> <p>施設での限界</p> <p>ターミナルケアへの疑問</p>



表4 カテゴリー一覧

小カテゴリー (短文数)	中カテゴリー	大カテゴリー	小カテゴリー (短文数)	中カテゴリー	大カテゴリー
医師が常勤でないので緊急時が問題(14)	常勤の医師不在	制度による制約への悩み	入所者・家族の思いを尊重(10)	入所者・家族の希望主体	入所者主体のターミナルケアに対する願望
医師が常勤でない(8)			入所者・家族・施設の話し合いを十分に(4)		
医師が不在で死亡時に問題(5)			施設でのターミナル希望が対象(3)		
施設では医療処置できず入院(4)			家族の希望に添えない(3)		
状態悪化時は病院へ(4)			入所者が主体(2)		
医師が常勤でないので毎日の医療処置ができない(1)			事前の入所者への意思確認はない(1)		
医師の常駐が必要(1)			入所者の意思が計画に組み込めない(1)		
看護職者が夜間・休日に不在(7)			入所者との関係に悩む(1)		
自宅待機によるストレス(7)			迷うときは家族に相談(1)		
看護職者の夜勤がないので夜間の対応が困難(4)			ターミナルケアの本質		
看護職者の夜勤がないので介護職が不安(4)	入所者は医療を希望しない(1)				
看護職者の夜勤がないので介護職に負担(4)	苦痛なく、安らかに(9)				
看護職者の夜勤が必要(2)	心のケアを(6)				
夜間体制の不安(1)	その人らしく、人間らしく(5)				
看護職者は自宅待機すらない(1)	疼痛緩和が困難(2)				
自宅待機は看護職者の定着率悪化(1)	最期は住み慣れた環境で(2)				
特養は生活の場であり、医療はできない(13)	温かい環境とケアで看取る(1)				
医療行為に限界がある(6)	褥瘡予防・保清を重視(1)				
施設でのターミナルケアに限界(3)	入所者と家族の関係	関係者との連携困難による悩み		入所者と家族の相互理解の少なさ(6)	本人以外の意思による方針決定
医療機器がない(2)			入所者と家族の関わりを大切に(2)		
施設での限界の見極めが必要(1)			医療処置を充実させたい(2)		
人員不足でケア・業務に支障(8)			できれば医療を受けさせたい(1)		
看護職者の人員不足(8)			ターミナルは自然なこと(2)		
看護職者人員不足で夜勤できない(3)			入所者は潜在的にターミナル状態(1)		
人員不足でコミュニケーションが不足(2)			入所者にとって看護職者は家族も同然(3)		
看護職者人員不足による不安(1)			入院による悪影響がある(1)		
看護職者の増員が必要(1)			コミュニケーションの時間が取れない(3)		
人員不足で医療行為ができない(1)			医療処置の増加(3)		
個室がない(5)	業務の煩雑さ	関係者との連携困難による悩み	特養での看護職者は大変(2)	本人以外の意思による方針決定	
個室が必要(2)			忙しくて介護職へ教育できない(2)		
環境改善希望(2)			業務に追われ、精神的ケアができない(1)		
建物の構造の問題(1)			看護職者はやらねばならないことが多い(1)		
環境調整が困難(1)			看護職者は夜勤できないので、日中の業務が大変(1)		
レントゲン設備が必要(1)			精神的緊張がづらい(1)		
法律・制度の見直し必要(4)			看護職者は医療処置中心(1)		
法律の不備への不満(2)			痴呆のため意思確認困難(10)		
家族の意見が統一されていない(10)			ターミナル期の入所者の意思確認は困難(4)		
家族との連携・協力必要(9)			医師が不在で看護職者の判断・責任重大(8)		
家族の理解・協力が不十分(8)	医師が不在のため、看護職者も配慮(1)				
家族との連絡調整が困難(5)	重要な判断	関係者との連携困難による悩み	入院すべきかの判断が困難(3)	本人以外の意思による方針決定	
介護職の理解・経験が浅い(6)			どの程度医療を加えるか迷う(2)		
介護職への教育が必要(5)			夜間自宅待機での判断・指示が難しい(2)		
介護職との連携が必要(5)			看護職者のアセスメント能力が必要(1)		
介護職との関係に悩み(3)			危篤時の家族への連絡に迷う(1)		
介護職は医療行為できない(2)			看護職者の高い能力が必要(4)		
介護職は死へ恐怖感を持っている(2)			看護職者の専門性が発揮できず残念(1)		
医療処置増加のため、介護職との協力が必要(2)			看護職者のターミナルケアに対する理解が重要(1)		
介護職の理解が必要(2)			看護職者は経済性も考慮(1)		
介護職への指導が難しい(1)			特に老人看護が重要(1)		
医師・医療機関の理解・協力が少ない(6)	職場のリーダーとしての期待	関係者との連携困難による悩み	看護職者は多くの人をまとめる力が必要(1)	本人以外の意思による方針決定	
入院できない状況がある(6)			看護職者はアセスメントとコーディネート(1)		
医師・医療機関との連携が必要(4)			看護職者の力量が介護職の協力を左右する(1)		
医療機関との調整が困難(2)			家族は医療を希望(7)		
医療者の認知の少なさ(1)			家族の希望で施設で看取り(7)		
医師間の連携の悪さ(1)			入所者より家族の意見優先(6)		
協力病院が遠いと連携も困難(1)			家族の意見で方針が決定(4)		
医療機関の協力の良さ(1)			家族は医療を希望しない(3)		
各職種との理解と連携が必要(9)			病院の協力がなくて入院(3)		
他職種・家族との連携・調整が大変(4)			夜間体制の問題で入院(2)		
職員の理解や余裕が不足(4)	施設の利用による制限	関係者との連携困難による悩み	病院が併設なので施設で看取り(1)	本人以外の意思による方針決定	
他職種・家族との連携が必要(2)			病院が併設でないで入院(1)		
看護職者の考え方が統一されていない(1)			医師側の要因で入院(5)		
上司の意見との食い違い(1)			家族より医師の意向で入院(1)		
職員教育が重要(1)			できるだけ施設で看取り(2)		
			できるだけ施設でターミナル期は病院(1)		
			死のあり方への疑問(11)		
			ターミナルケアそのものが難しい(5)		
			医療・延命処置への疑問(3)		
			ターミナルケアの時期の判断が難しい(1)		
	看護職者の無力感・葛藤・迷い(8)				
	ターミナルケアへの負の感情	本人以外の意思による方針決定	見守るのもストレス(2)	本人以外の意思による方針決定	
			医師・看護職者がいれば延命できたのに(1)		
	社会への怒り(1)		ターミナルケアへの割りきれなさ		

ことに、さほど抵抗を感じないと考えられるからである。この【入所者主体のターミナルケアに対する願望】は、『入所者・家族の思いを尊重』などの【入所者・家族の希望主体】や、『苦痛なく安らかに』などの【ターミナルケアの本質】、『入所者にとって看護職者は家族も同然』などの【入所者への思い入れ】などから構成されていた。また、【制度による制約への悩み】の【常勤の医師不在】などは、【入所者主体のターミナルケアへの願望】の【医療の力】などとも関連があった。このように看護職者は“入所者主体”としたいのにも関わらず、“本人以外の方針決定”され、“制度による制約”を受けるような現状が、『死のあり方への疑問』などの【ターミナルケアへの疑問】や、『看護職者の無力感・葛藤・迷い』などの【ターミナルケアへの負の感情】、すなわち【ターミナルケアへの割りきれなさ】へと結びついていると捉えられた。

【本人以外の方針決定への悩み】と同様、【業務と責任への悩み】も【入所者主体のターミナルケアに対する願望】があるからこそ浮かび上がった悩みと捉えられた。【業務と責任への悩み】での『コミュニケーションの時間が取れない』などの【業務の煩雑さ】や、『痴呆のため意思確認困難』などの【入所者理解の困難さ】が、“入所者主体”とは反していると考えられるからである。看護職者には【入所者主体のターミナルケアへの願望】があるのに、現実の業務ではそれがままならないことが浮き彫りとなった。

さらに、【関係者との連携困難による悩み】での【医療機関との連絡困難】や、【業務と責任への悩み】での【医師不在による負担】【重要な判断】などは、『医師・看護職者がいれば延命できたのに』という【ターミナルケアへの負の感情】や『医療・延命処置への疑問』という【ターミナルケアへの疑問】、すなわち【ターミナルケアへの割りきれなさ】と結びついていると捉えられた。

これらの構成要素のうち、【入所者主体のター

ミナルケアに対する願望】【業務と責任への悩み】【ターミナルケアへの割りきれなさ】は“主に看護観を反映したもの”と、【制度による制約への悩み】【関係者との連携困難による悩み】【本人以外の方針決定】は“主にケアの側面を反映したもの”として捉えられた(図2)。

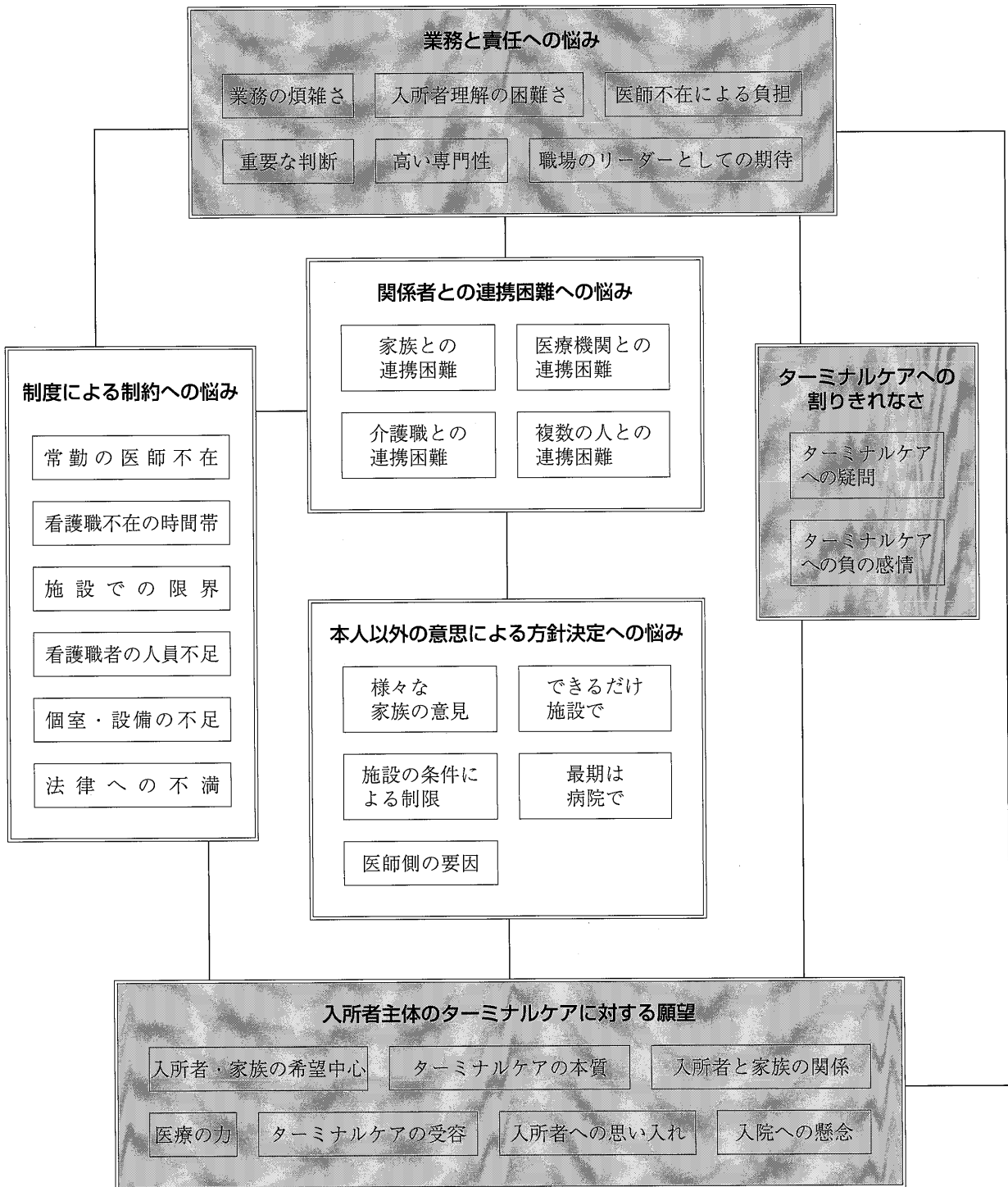
#### IV. 考 察

##### 1. 看護職者からみたターミナルケアの問題

特養でターミナルケアを行う看護職者が抱く悩みや意見を分析した結果、構成要素として【制度による制約への悩み】【関係者との連携困難による悩み】【入所者主体のターミナルケアに対する願望】【業務と責任への悩み】【本人以外の方針決定への悩み】【ターミナルケアへの割りきれなさ】が抽出された。これらは特養でのターミナルケアに関する看護職者の強い関心と、実践上の問題を内包していると考えられる。

今回、分析対象となった特養の入所者は、平均年齢が84.1±1.7才と後期高齢者が多く、平均入所年数も4.1±1.3年と長期に渡る。これは、一般的な医療機関と違い、特養の入所者が看護職者にとってつきあいが長く、その人の人生の重要なライフステージを共に生きていると思える人であることを示している。看護職者がその人の思いに添って、できるだけのことをしたいと考えるのは自然なことであろう。原は、特養で働く看護職者のやりがいについて、“入所者とのふれあいを大切にしていること”“最期までその人らしさを大切にしたい日常生活援助中心のケアが出来ること”など、入所者を中心としたものとして報告している<sup>9)</sup>。今回明らかになった“入所者主体のターミナルケアに対する願望”も、看護職者にとっては当然の思いといえよう。

一方で、この思いとは裏腹な“割りきれなさ”を抱えていることも、今回示された。これは林らの報告とも一致する<sup>9)</sup>。この割りきれなさは、看護職者のモチベーションを頭打ちにするのではないだろうか。特養の入所者は、宮原の報告<sup>10)</sup>が示すように、痴呆の人が多いの現実であろう。



□ で示された項目は大カテゴリーを、□ で示された項目は中カテゴリーを表す。

— は関連を表す。

■ は主に看護観を反映したものを、□ は主にケアの側面を反映したものを表す。

図2 特養でのターミナルケアにおける看護職者の悩みの構成要素

入所者の大部分が痴呆であるとすれば、入所者の言うことが日によって変わったり、前に言ったことを忘れていたりということは考えられる。毎日入所者と関わる看護職者にとっては、ある程度の意思疎通は図れても、入所者のターミナルケアに対する細かな、しかも重要な希望までは、「理解できた」という実感を得にくいのもかもしれない。看護職者が増やしたい業務として「入所者との会話・コミュニケーション」や「状態観察・把握」を挙げていた<sup>11)</sup>ことは、この現実を反映しているのではないだろうか。また、看取りの方針についても、入所者の意思を確認しにくい故に、決定が難しい。ターミナルケアに関わる人は、医師や介護職などの職員や家族など多数に及ぶ。これらの人々は、それぞれの立場から様々な意見を述べ合う。看護職は、医療チームとしては医師と、ケアチームとしては介護職と、入所者の“家族代わり”としては家族と、それぞれ関わりがあるので、自ずとその人たちをまとめるリーダーとなる場合が多い。施設の物理的条件を考慮する必要もあり、看取りの方針を決める際にも、看護職者に求められるものは大きい。面会にこない家族ほど無意味な医療を望む傾向にある<sup>12)</sup>とも言われる。入所者のことを最も親身に考えているはずの家族の意見が“入所者にとって良いこと”と思えないと、看護職者にとっては割り切れない思いが一層強まるのではないだろうか。また、痴呆が多い特養の入所者は入院を拒否され、通院を余儀なくされる場合もある<sup>13)</sup>。入所者に医療を受けてもらうため、然るべき医療機関に転院させようとしても、そうできない現状があるということである。その一方で、入院できたにしても、今度は環境の変化などによる痴呆の悪化という悪影響も生じる。看護職者にとって“入所者主体のターミナルケア”を行うことに対しての障害は多く、入所者から離れていくような思い、割りきれない思いが生じるのは避けがたいと考える。

特養は“身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な要介護者”<sup>14)</sup>を対象とし、医師の常駐は義務づけられていない。今回

対象となった施設でも、ほとんどの特養で医師は非常勤であった。看護職者は入所者100名の場合3人以上とされている<sup>14)</sup>が、今回の結果が示すように、実際は必要最低限に抑えられ、人員的に余裕のないことが伺える。医療処置が必要な入所者がいれば、看護職者は本来の看護ケアの時間が削られてしまうということになる。このことは、特養の看護職者がターミナルケアに関して時間を割いている業務の上位に“状態把握”“医療処置”がある<sup>11)</sup>ことから裏付けされている。また、ターミナル期間中の心身の問題で最も多かったのが食事摂取障害で、次いで呼吸器症状、喀痰喀出障害、発熱であったことや、医療機器やターミナル期用個室の所有がさほど多くはなかった現状<sup>15)</sup>からも、特養での医療処置に関して、必要性が高いわりに、それを実践するための資材に乏しい状況があることがわかる。宮原の調査<sup>10)</sup>によると、特養入所者の死亡疾患では、肺炎や心疾患、脳血管障害など、突然発症し、その対処次第では生命が脅かされるものが多かった。医師が非常勤で、特養にいる時間が限られていること、介護職は医療行為ができないことで、医療に関する緊急時の判断と処置が看護職者に委ねられることになる。これに、前述したような家族や医師・介護職など関係者との関わり方の複雑さ、入所者理解の困難さなども含めると、看護職者の業務の多様さ・煩雑さはかなりなものと思像できる。これらの、常勤の医師の不在、看護職者の人員不足、介護職が医療行為できないことなどから生じるターミナルケアの障害は、法律・制度が影響していると考える。しかし、この問題の解決は長期的・広範囲の視野から考える必要がある。まずは、看護職者が早期に着手できる解決策を検討することが先決ではないだろうか。

## 2. 看護職者からみたターミナルケア充実への方策

今回の結果では、約1/4の施設で調査時にターミナル期にある入所者がいなかった。また、積極的に施設で看取っている施設がほとんどなかった。しかし、その中でも今回の分析対象者は、ターミナルケアに対し、少なからず関心を抱いていた。

看護職者の経験年数でも、その施設での経験は浅いが、看護職としての経験、その中でも病院勤務の経験が豊富な人が多かった。このことは今後のターミナルケア充実に向けて、特養の看護職が力を持った集団であることを示している。

看護職者は、業務や専門的能力を持つ者としての責任に対する悩みを持っているが、これらの業務や専門的能力を充足させる方向での解決策の検討が必要である。そのためには、看護職者の人数を増やすことで看護職者1人に対する業務量を相対的に減らすこと、また、個室や必要な医療資材を整備することで、看護職者の能力が発揮できる環境を整えること、夜勤などの勤務体制を整えることなどが必要と考える。宮原は50名定員の施設の場合、看護職者の夜勤をするには7名が必要であると述べている<sup>16)</sup>。このような状態にするには、現状よりあと数名の増員が必要であるが、現在の報酬制度では、このような人数増加や設備投資が難しいのも事実であろう。人員増加や設備の整備ができないとすれば、在宅と同じように、“生活の場”である特養に訪問看護を導入することも1つの方法かもしれない。

ターミナルケアの質の向上には、看護職、介護職、医師が、ある程度ターミナルケアに対して共通した認識を持ち、統一したケアを提供することが不可欠である。そのためには、今よりもっとディスカッションが必要となるであろう。看護職者は介護職と医師の状況のどちらも把握しやすいため、この連絡調整役として適していると考えられる。また、看護職者の相棒的存在といえるのは介護職であろう。夜間のケアは介護職に委ねざるを得ず、このことが介護職に不安を与えているという現状が、今回示された。従って、緊急時の判断や対処を中心とする介護職への教育・指導や、介護職に夜間の具体的なケア内容を事前に示しておくことなども有効な手だてといえるのではないだろうか。しかし、このように具体的なケアを予測的に考えていくためには、看護職者の専門的能力の強化と共に、医師・医療機関との連携も重要である。医療面での十分なサポートがあればターミナルケアに対応できる<sup>17)</sup>とも言われている。まずは、看護職

者が専門的能力を高め、介護職や医師・医療機関とさらに協力・連携を深めることが、早期に着手できる解決策の1つと言えるのではないか。

今後は、常勤の医師の確保や看護職者の人員増加のために、施設経営者への働きかけも必要となろう。高柳は、特養でのターミナルケアについて、看護職者自身は施設内医療の必要性を感じていても、施設内の看護の位置づけが低く、医療的ケアの積極的対応が取りにくい現状があるのではないかと述べている<sup>18)</sup>。マンパワーとしての看護職者の人員が増大すれば、その施設内での発言力が増強できる可能性もあり、さらなる改善への発言も可能となろう。また、今後の特養は、ユニットケアの方への移行が見込まれ、それには従来型の人員では不足しているため、現在の基準以上の人員確保が必要であることが、すでに言われている<sup>19)</sup>。これにより、特養の職員増員が拡大していくことを期待しているが、従来型特養に対してもより一層の人員の保障を望みたい。

## V. 結 語

特養でのターミナルケアにおける看護職者の役割についての悩みや意見を分析したところ、【制度による制約への悩み】【関係者との連携困難による悩み】【入所者主体のターミナルケアに対する願望】【業務と責任への悩み】【本人以外の意思による方針決定への悩み】【ターミナルケアへの割りきれなさ】という6つの構成要素があることが明らかになった。これらは特養でのターミナルケアを実践する上での、看護職者から見た問題を反映していた。これらの問題を解決し、ターミナルケアの質の向上を図るためには、看護職者の人員増加や設備の充実が必要であるが、まずは、看護職者が専門的能力を高め、介護職や医師・医療機関との協力・連携をさらに強化することが必要となる。

ターミナルケアの充実を阻む問題については、看護職以外からの視点の分析も必要であると考えられる。また、この研究が質的研究であるが故に、分析結果に研究者らの主観が入った可能性がある。今後は、この結果の妥当性を検証し、特養での協

働者としての他職種が看護職者に期待しているものから、ターミナルケアの充実に必要な要件を考えていきたい。

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

## 引用文献

- 1) 菊池雅洋：特別養護老人ホームにおける医療ニーズの高い高齢者の受け入れの現況と課題，介護施設管理，8(3)，4-11，2003
- 2) 厚生労働省：平成14年介護サービス施設・事業所調査の概要，厚生労働省公式ホームページ，<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/serice02/gaiyou.thm>
- 3) 宮島 渡：重度化と個室・ユニットケアが推進されるこれからの特別養護老人ホームのあり方，介護施設管理，8(1)，56-62，2003
- 4) 野村京平，宮原伸二，人見裕江，他：特別養護老人ホームにおける死についての検討（第2報）－全国の特別養護老人ホームにおける実態調査から－，川崎医療福祉学会誌，8(1)，165-170，1998
- 5) 西村茂子，安達悦子，中西 準，他：特別養護老人ホームにおける「望ましい死」に関する研究（第1報）－旭川敬老園の過去5年間の実態調査から－，旭川荘研究年報，30(1)，12-17，1999
- 6) 西村茂子，宮原伸二：特別養護老人ホームにおける「望ましい死」に関する研究（第2報）－特養施設内死亡に対する心残りについて－，旭川荘研究年報，31(1)，46-51，2000
- 7) 石田 眞，石田委子，石田 強：特別養護老人ホームにおける死についての検討－15年間の実態調査－，公衆衛生，67(1)，78-81，2003
- 8) 原 敦子，小野幸子，林 幸子，他：G県の特別養護老人ホームに働く看護職者の“やりがい”（第2報），岐阜県立看護大学紀要，4(1)，39-44，2004
- 9) 林 幸子，小野幸子，坂田直美，他：特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態－その2 G県下CとT地区の看護職者を対象に－，岐阜県立看護大学紀要，4(1)，45-51，2004
- 10) 宮原伸二：特別養護老人ホームにおける死についての多角的検討，プライマリケア，22(1)，41-48，1999
- 11) 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者の役割と課題，南九州看護研究誌，2(1)，27-37，2004
- 12) 雨宮克彦，雨宮洋子：痴呆老人とターミナルケア－特別養護老人ホームでのターミナルケアの実際－，ターミナルケア，4，485-489，1994
- 13) 原 祐一，池田浩行：特別養護老人ホームにおける医療供給の現状と問題点，介護支援専門員，5(1)，70-72，2003
- 14) 国民の福祉の動向・厚生指標 臨時増刊，50(12)，230，財団法人 厚生統計協会，2003
- 15) 岩本テルヨ，山田美幸：特別養護老人ホームのターミナルケアの現況－全国調査による死亡を巡る状況－，日本公衆衛生雑誌 特別付録，50(10)，725，2003
- 16) 宮原伸二：特別養護老人ホームにおける介護職が行う「医療と介護の接点と思われる行為」の現状と課題，プライマリケア，24(1)，26-33，2001
- 17) 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会：特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究，医療経済研究機構公式ホームページ <http://www.ihep.jp/research/h14-5.htm>
- 18) 高柳智子：特別養護老人ホームにおける医療の現状，看護学雑誌，63(7)，694-697，1999
- 19) 長谷憲明：新介護報酬体系で介護保険施設経営はどう変わるか，介護施設管理，8(1)，15-24，2003

## 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける看護職者の課題

－特別養護老人ホームの全国調査から－

### The Nurses' task to solve Problems in providing Terminal Care in Specialized Nursing Home for the Elderly

－Analysis about nation-wide survey－

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

Miyuki Yamada<sup>※1</sup>・Nobuko Kaseda<sup>※1</sup>・Teruyo Iwamoto<sup>※1</sup>

#### Abstract

The aim of this study was to clarify the problems nurses face at specialized nursing homes for the elderly requiring terminal care. A questionnaire was sent to 800 specialized nursing homes for the elderly requiring care in Japan, and one person from each nursing home filled out the questionnaire and returned it to us by mail. The questionnaire dealt with issues such as professional backgrounds, terminal care, and nurses' opinions.

Valid responses were obtained from 231 nursing homes (return rate:28.9%). As the result, it was found that the attitude of nurses regarding the terminal care was positive. However, specialized nursing homes for the elderly have some problems to be solved: contact with family, the medical treatment system, understanding by other healthcare workers. They were accorded with contents of nursing discontent. It is necessary that the nurses adjust the medical treatment system, the night shift system, personnel allocation, the families' cooperation and other occupations to enhance quality of terminal care. And they have to lead and divide the works among the other employees.

**キーワード**：特別養護老人ホーム，ターミナルケア，看護職者の課題

Specialized nursing home for the elderly, Terminal care, Nurses of problem

#### I. 緒言

わが国は、高齢者の平均寿命の延長や少子化に伴い、平成7年には老年人口割合が14.5%となり、高齢社会の基準とされている14%を超えた<sup>1)</sup>。平成14年1月に発表された日本の将来推計人口では、老年人口割合は平成26年には25%台に達し、日本人口約4人に1人が65歳以上の人口になる<sup>2)</sup>と予想されている。このような老年人口増加の流れを受けて、平成12年4月には介護保険法のサービスが開始された。その中で特別養護老人ホーム（以下特養と略す）は、65歳以上の者であり、身体上

または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とする者であって、居宅において適切な介護を受けることが困難なものを入所させる施設である<sup>3)</sup>と記されている。そのため、特養は「生活の場」という位置づけにあり、ターミナルケアについての検討は十分に行われてこなかった。しかし、介護保険導入前の全国調査（平成10年）ではすでに、ターミナルケアを実施している施設は80.4%に及んでいた<sup>4)</sup>。平成14年に行った全国調査でも、90.4%の施設でターミナルケアを実施していた<sup>5)</sup>。

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

その中で特養のターミナルケアの実態は明らかにされている<sup>6)~8)</sup>が、「高齢社会の特養という大きな家庭を守り、支えていく看護師の役割は大きい<sup>9)</sup>とされているにもかかわらず、特養に勤務する看護職者のターミナルケアに関する考えを明らかにした研究は少ない<sup>10)~12)</sup>。

本研究では、特養に勤務する看護職者のターミナルケアに関する業務の現状や考えについて調査し、特養におけるターミナルケアのための看護職者の課題を明らかにすることを目的とした。

## II. 方法

### 1. 調査対象及び調査方法

対象は平成12年度版老人福祉施設名簿に記載されている特養をコード化し、乱数表を用いて無作為抽出した平成14年度の調査対象であった特養1,000施設の中から、さらに無作為抽出した（層別抽出）特養800施設に勤務する看護職者（1施設1名）である。方法は、自己記入式郵送質問紙調査を、平成15年11月から平成15年12月に行った。

なお、本研究における「ターミナル期」は死亡原因を特定せず、死亡前半と定義する。例えば施設退所3ヶ月後に死亡した場合は、入所期間中の3ヶ月をターミナル期とする。

### 2. 調査内容

#### 1) 看護職者の概要と勤務状況

性別、年齢、現在勤務している特養における勤務経験年数や医療施設における勤務経験年数、職務上の立場、1週間の平均勤務時間、平均超

過勤務時間、ターミナル期の入所者がいる場合の1週間の平均超過勤務時間、ターミナル期の入所者数、施設の定員数などについて、数値記入回答形式にて回答を求めた。

#### 2) ターミナルケアの現状

ターミナル期の入所者が急変した場合に発生した問題について医師、看護職者、介護職者、家族や環境に関する11の選択肢から複数回答を求めた。ターミナルケアの満足状況については、それぞれ「満足している」から「不満足である」の5段階評定法にて回答を得、「やや不満足である」「不満足である」と回答した看護職者にはその内容について、医療体制や職員、入所者、生活環境に関する9つの選択肢から複数回答形式にて回答を求めた。

#### 3) ターミナルケアにおける看護職者の考え

ターミナル期の入所者がいる場合の看護職者の夜勤・当直体制に対する考えについては「夜勤・当直すべきである」から「自宅待機すべきである」、「特に必要ない」までの6つの選択肢から、今後のターミナルケアの取り組みについての考えについては「積極的に取り組んでいきたい」から「今後、条件が整えば対応を考えていきたい」、「特に考えていない」までの7つの選択肢からそれぞれ単一回答形式にて回答を求めた。ターミナルケアを行うにあたり、看護職者が必要であると考える研修については、生活、医療、疾患、社会資源などに関する知識・技術について6つの選択肢から複数回答形式にて回答を求めた。更に、看護職者が行っている業務

表1 看護職者が行う業務

1. 医療的処置の一部	10. 移送先の病院への連絡・打ち合わせ
2. 日常生活の援助の一部	11. 他職種の教育
3. 状態観察・把握（バイタルサイン）	12. ボランティアの管理
4. リハビリテーション	13. ケア計画立案
5. 診療の介助	14. 勤務表の作成
6. 医療物品の管理	15. 記録（生活記録）
7. 療養環境の調整	16. 管理日誌
8. 医師との連絡調整	17. その他
9. 家族の意思確認と連絡調整	



17項目(表1)それぞれに対して「看護職者が行うべきであると考える業務」、「他職種に一部委譲してもよいと考える業務」、「すべて委譲してもよいと考える業務」の3項から単一回答形式にて回答を求めた。

### 3. 倫理的配慮

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

### 4. 分析

結果として得られたデータは単純集計後、前年度の全国調査において、ターミナルケアの取り組みが積極的な施設と消極的な施設間、および看護師と准看護師間の比較により、看護職者が行う業務や大事にしたいと考える業務に違いが見られたこと、また、リーダー的立場とスタッフ的立場によって、看護職者の意識に違いがみられたことから、特養におけるターミナルケアの不满内容、看護職者の夜勤・当直体制、入所者の状態が急変した場合に起こった問題、ターミナルケアを行うにあたり看護職者に必要であると考えられる研修、他職種に委譲してもよいと考えられる業務の各項目について、①看護師と准看護師、②リーダー的立場とスタッフ的立場、③今後のターミナルケアに積極的に取り組みたいと考える看護職者と消極的な看護職者の2者間でそれぞれ $\chi^2$ 検定Fisher直接法を用いて比較し、有意差5%未満とした。解析はSPSS11.5J, Exact Test7.0Jを使用した。

## Ⅲ. 結果

800人分を配布し231人から回答が得られ(回収率28.9%)、すべてを分析対象とした。

### 1. 看護職者の概要と勤務状況

回答があった看護職者(n=231)は女性98.3%、男性1.7%、平均年齢は47.8±8.0歳、看護師48.5

%、准看護師46.5%であり、現在勤務している特養における平均勤務年数は7.5±5.8年、医療施設における平均勤務年数は13.3年±8.6年であった。業務上の立場は「看護・介護両方を統括」8.2%、「看護職のリーダー」65.8%、「看護職のサブリーダー」5.6%、「スタッフの一員」16.9%であった。

看護職者の1週間の平均勤務時間は、40.9±4.6時間、1週間の平均超過勤務時間は2.9±3.0時間、ターミナル期の入所者がいるときの平均超過勤務時間は4.7±7.8時間であり、231施設中120施設に平均1.7人のターミナル期の入所者がいた。入所者平均定員数は68.8±25.2人で施設の規模は定員数30から230人に及んだ。日勤の平均看護職者数は、入所者定員数が50人未満の3施設では2人、50以上~130人未満の185施設では2.9人、130人以上の32施設では3.9人であった。

### 2. ターミナルケアの現状

#### 1) ターミナル期の入所者が急変した場合に起こった問題

ターミナル期の入所者の状態が急変した場合に起こった問題の上位(n=216、複数回答)は、「介護職者の技術や理解」59.3%、「医師との連絡調整」57.4%、「家族の協力と連絡調整」55.1%、「往診までの時間、医療機能」44.9%であり、以下図1に示すとおりである。

ターミナル期の入所者が急変した場合に起こった問題について、看護師・准看護師間、およびリーダー的立場とスタッフ的立場間を比較したところ有意差を認めなかったが、今後のターミナルケアに積極的な看護職者と消極的な看護職者間においては「往診までの時間、医療機能」について有意差(p<0.05)を認め、今後ターミナルケアに積極的に取り組みたいと考えている看護職者のほうが消極的な看護職者に比べて、より問題と考えていた。

#### 2) ターミナルケアの満足状況と不満内容

現在勤務している特養でのターミナルケアについて(n=225)看護職者の満足状況は「満足している」7.6%、「やや満足している」17.3%、「どちらでもない」24.9%、「やや不満であ

る」36.0%、「不満である」14.2%であった。

「やや不満である」「不満である」と回答した看護職者に不満を感じた内容について質問したところ (n=113, 複数回答), 「医療体制 (器材, 夜勤体制)」が62.8%, 「ターミナルケアにおける職員間の考え」が59.3%, 「生活環境の確保 (個室の確保)」が54.0%であった (図2)。

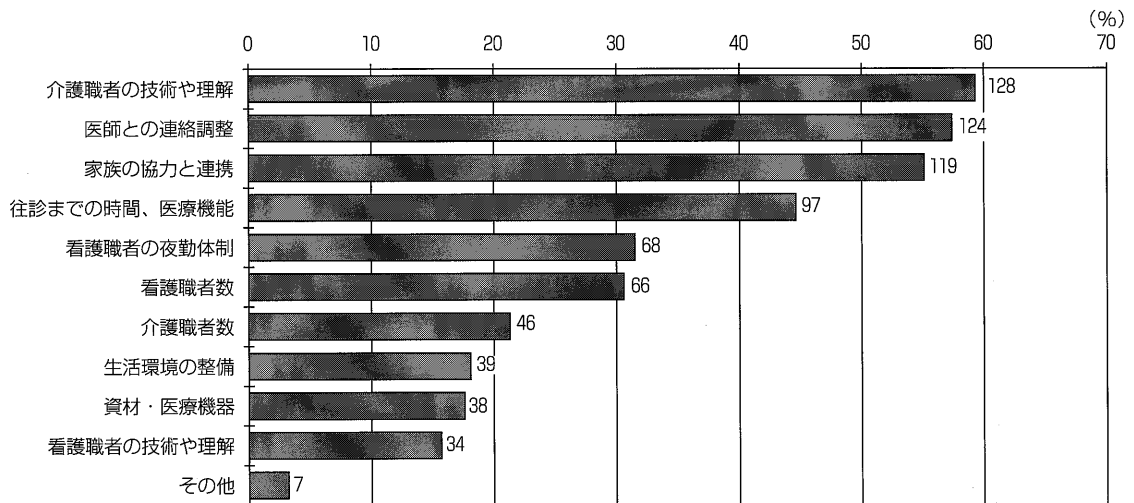
不満内容について看護師と准看護師間を比較したところ, 「入所者とのコミュニケーション」について看護師のほうがより不満を持っていた (p<0.01)。リーダー的立場とスタッフ的立場, 今後のターミナルケアに積極的な看護職者と消

極的な看護職者のそれぞれ2者間では有意差を認めなかった。

### 3. 特養におけるターミナルケアに対する看護職者の考え

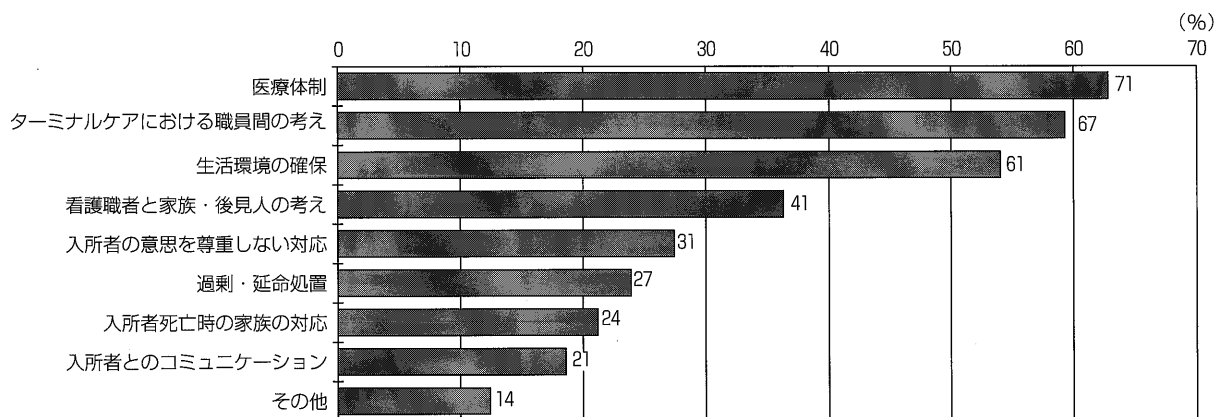
#### 1) 看護職者の夜勤・当直体制

ターミナル期の入所者がいる場合の看護職者の夜勤について (n=222), 「自宅待機 (オンコール) すべきである」と考える看護職者は40.1%, 「状況に応じて夜勤をすべきである」20.3%, 「状況に応じて宿直をすべきである」18.9%, 「夜勤・当直すべきである」13.1%, 「特に必要なし」5.4%, 「その他」2.3%であった。



図中の数値は実数 単位: 人

図1 ターミナル期の入所者の急変時に起こった問題 (複数回答, n=216)



図中の数値は実数 単位: 人

図2 看護職者が不満に思っている内容 (複数回答, n=113)

ターミナル期の入所者がいる場合の看護職者の夜勤についての考えを、看護師と准看護師、リーダー的立場とスタッフ的立場、今後のターミナルケアに積極的な看護職者と消極的な看護職者のそれぞれ2者間で比較したところ有意差は見られなかった。

2) 今後のターミナルケアの取り組み

看護職者は特養でのターミナルケアの取り組みについて (n=215), 「積極的に取り組んでいきたい」と考える看護職者は12.6%, 「希望があればターミナルケアに取り組んでいきたい」37.2%, 「死亡直前期を含め, 充実を図っていききたい」11.2%, 「死亡直前期の対応は困難であるが, それ以前の時期のターミナルケアについては, 充実を図って行きたい」20.9%, 「今後, 条件が整えば対応を考えて行きたい」16.3%, 「特に考えなし」1.4%, 「その他」0.5%であった。

3) 看護職者が必要であると考えられる研修

ターミナルケアを行うにあたり, 看護職者が必要であると考えられる研修は (n=214, 複数回答), 「医療処置に関する知識・技術」72.4%, 「生活援助に関する知識・技術」60.3%, 「保険(介護, 医療), 福祉(生活保障等)に関する知識」34.1%, 「解剖生理や疾患に関する知識・技術」30.8% 「社会資源に関する知識・技

術」26.2%であった。

看護師と准看護師を比較すると, 「解剖生理や疾患に関する知識」(p<0.05), 「社会資源に関する知識」(p<0.001) について有意差を認め, 看護師のほうがこれらの研修を必要であると考えていた。リーダー的立場とスタッフ的立場, 今後のターミナルケアに積極的な看護職者と消極的な看護職者のそれぞれ2者間で比較したところ, 有意差は認めなかった。

4) 看護職者が行うべき業務と委譲してもよいと考える業務

特養における業務について, 看護職者が行うべきであると考えている業務は (n=231), 「医師との連絡調整」88.7%, 「医療物品の管理」88.3%, 「診療の介助」77.1%であった。一部委譲してもよいと考える業務は, 「リハビリテーション」66.7%, 「ケア計画立案」64.1%, 「療養環境の調整」, 「状態観察・把握」がともに60.2%, 「家族の意思確認」54.5%, 「他職種の教育」53.7%であった。すべて委譲してもよいと考える業務は, 「ボランティアの管理」77.9%, 次いで「記録(生活記録)」33.8%, 「日常生活の援助の一部」33.3%であった(図3)。

看護職者が行うべき業務について, 看護師と准看護師間では「医療処置の一部」(p<0.05) において, スタッフ的立場とリーダー的立場で

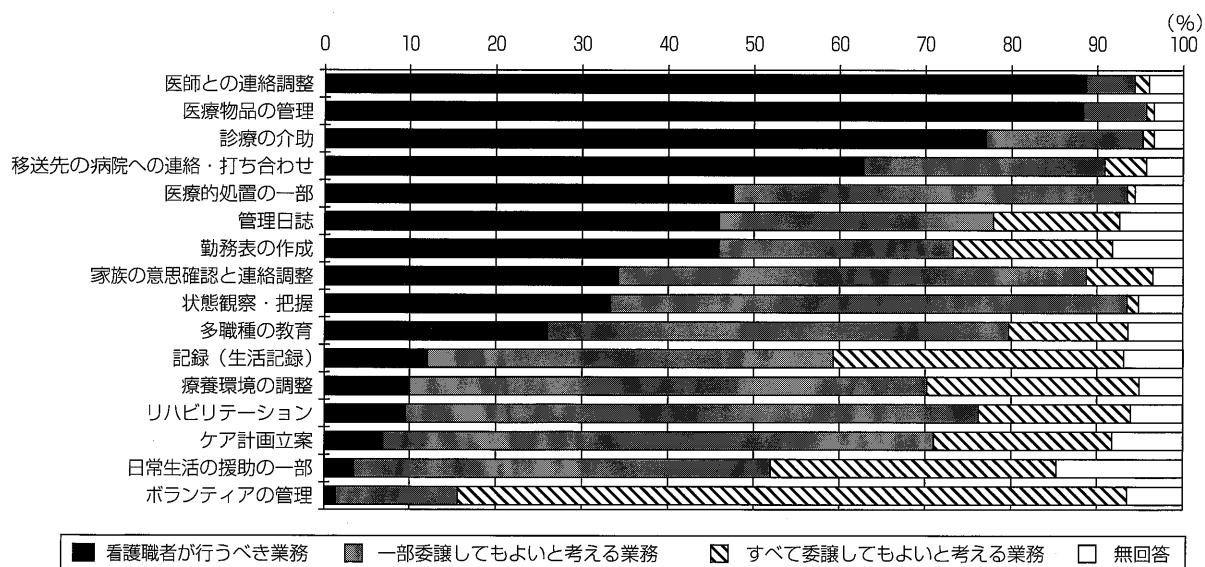


図3 看護職者が行うべきであると考えられる業務 (複数回答, n=231)

表2 看護職者が行うべきであると考えられる業務

項目	看護師 n=112		准看護師 n=108		有意差 p	リーダー的立場 n=184		スタッフ的立場 n=39		有意差 p	積極的取り組み n=152		消極的取り組み n=38		有意差 p
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
医療的処置の一部	45	42.5	60	58.8	*	81	46.8	24	63.2		85	51.8	21	58.3	
日常生活の援助の一部	4	4.3	4	4.3		6	3.8	2	5.9		8	5.1	0	0	
状態観察・把握	31	29.2	43	41.7		53	30.5	19	50.0	*	60	35.7	13	37.1	
リハビリテーション	10	9.5	12	11.7		16	9.2	5	13.9		18	10.8	2	5.7	
診療の介助	86	79.6	85	80.2		140	79.1	32	82.1		144	84.2	23	63.9	**
医療物品の管理	100	93.5	96	89.7		161	91.0	36	92.3		156	91.2	33	91.7	
療養環境の調整	9	8.4	13	12.6		16	9.1	5	13.9		18	10.7	3	8.6	
医師との連絡調整	97	90.7	99	93.4		164	93.2	34	87.2		160	94.1	33	91.7	
家族の意思確認と連絡調整	36	33.3	39	36.8		67	37.4	10	27.0		66	38.6	8	22.2	
移送先の病院への連絡・打ち合わせ	69	64.5	67	63.8		114	65.1	27	69.2		117	68.8	23	65.7	
他職種への教育	26	24.8	30	29.1		50	28.9	8	22.2		48	28.4	8	25.8	
ボランティアの管理	2	1.9	1	1.0		3	1.7	0	0		2	1.2	1	3.1	
ケア計画立案	8	7.8	6	5.9		12	7.1	4	10.8		14	8.5	1	3.1	
勤務表の作成	51	50.5	52	51.0		83	49.4	19	51.4		85	51.2	14	46.7	
記録（生活記録）	10	9.8	17	16.2		19	11.2	8	21.1		19	11.5	8	23.5	
管理日誌	46	45.5	57	54.3		85	50.0	18	48.6		80	48.5	18	54.5	
その他	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	

注：Fisher直接法による \*\*p<0.01 \*p<0.05

は「状態観察・把握」(p<0.05)において、今後のターミナルケアに積極的に取り組もうと考えている看護職者と消極的な看護職者では「診療の介助」(p<0.01)において有意差を認めた(表2)。

#### IV. 考察

##### 1. 「ターミナルケアの現状」からの課題

看護職者の平均年齢は47.4歳であり、勤務年数からみると病院勤務を経て特養に勤務していることがわかる。病院勤務において看護職者は、年齢、疾患などが異なるさまざまな対象にケアを行っている。そのため、その経験は特養におけるターミナルケアの医療処置など、身体に関わるケアに活かされることが期待できる。

今回、リーダー的立場をとっている看護職者は74%に及び、看護職者の担う責任はさらに重くなっていると考えられる。医師が不在の場合は、医療の知識を持った看護職者が中心となって、処置やケアの判断、他職種への指導を行わなければならない。そのため、特養において看護職者はリーダー

的立場にあり、その役割を果たすためには、今以上に高度な医学的知識や技術が要求される。

平成15年10月1日現在の老人福祉施設の総数は5083施設、その利用者・在所者は344,311人に及び<sup>13)</sup>、施設内で約3割の入所者が死亡している<sup>14)</sup>ことから考えると、今後施設内でのターミナルケアの必要性はますます増えていくと予想される。

今回の入所者では半数以上の施設にターミナル期の入所者がおり、平均入所者数は約1.7人であった。ターミナル期の入所者がいる場合、看護職者の超過勤務時間は、ターミナル期の入所者がいない時の1.5倍となっている。前年度の調査にてターミナル期の入所者がいる場合の看護職者の業務は、医療に関わる身体的ケアから精神的ケアまで多岐に及んでいた。ターミナル期の入所者がいる場合の看護職者の業務は増加していると考えられる。しかし、日勤で勤務する看護職者の数は、入所者が130人以上の施設でも3.9人であり、入所者の健康管理やケアを行うことから考えても、法で決められている特養の職員配置基準(医師は入所者に対し健康管理および療養上の指導を行うための人

数、介護職員及び看護職者の総数は常勤換算法で、入所者の数が3又は端数を増すごとに1以上とし、看護職者の数は入所者の数が30を超えない施設では1以上（以下省略）<sup>15)</sup>では、看護職者数は不足していると考えられる。そのため、ターミナルケアを行うことをふまえた人員配置が必要である。

ターミナル期の入所者の急変時には、「介護職者の技術や理解」、「医師との連絡調整」、「家族との連絡調整」、「往診までの時間、医療機能」などの問題が起こっていた。これは前年度の調査結果で明らかになった医療的処置を実施する中で看護職者が感じていた問題「家族との協力と連携」、「介護職員の理解」、「医師との連絡・連携」と同様の結果であった。入所者が急変した時には呼吸状態の悪化等の症状が出現し、医療処置が必要となるため、同様の結果になったと考えられる。

入所者の施設内死亡の死因順位は前年度の調査において老衰1位、心疾患2位、肺炎3位であったが、老衰のように徐々に身体が衰弱していくような場合は、事前に本人と家族に今後の方針を決めてもらい、医師との打ち合わせもできるが、入所者が急変した場合、家族や医師に連絡することに時間を要すると適切な処置が行われず、入所者の苦痛を増強させてしまう可能性がある。そのため、緊急時にも連絡が取りやすいように、日頃から家族や医師と連絡・連携をとっておくことは重要なことである。

特養でのターミナルケアに満足している看護職者は非常に少ない。前年度の調査において、看護職者が時間を費やしている業務は、「状態観察・把握」、「医療処置の介助」、「医師との連絡調整」であり、看護職者が大事だと考える業務や増やしたい業務が「入所者とのコミュニケーション」、「家族との連絡調整」であったことから、看護職者が行いたいと考えるケアと実際に時間を費やすケアが異なり、看護職者の思いにズレを生じさせているため、看護職者は特養におけるターミナルケアに満足していないと考えられる。今回看護職者が不満と考える内容は「医療体制（器材、夜勤体制）」が最も多かった。前述したように、医療

処置に対処できるような、人員配置や家族、他の職種と連携が取れていないことがひとつの原因と考えられる。また、特養ではさまざまな医療行為が行われており、前年度の調査において吸引器、酸素吸入器については90%、ネブライザー、心電図については40%以上の施設が所有している現状があったが、入所者が望むケアや医療処置を行うことができるように、今後も必要な機器は整備しておく必要があるであろう。

厚生労働省は平成13年に、入所者の尊厳を重視したケアを実現するための、個室・ユニットケアを特徴とする「新型特養」の整備の推進を打ち出した<sup>16)</sup>。入所者に安らかな死を迎えてもらうためには落ち着いた環境を提供し、家族や親しい人と満足の行く時間を過ごしてもらうことが必要である。そのため、看護職者は限られた施設内の中で、個室空間が確保できるように施設内の整備を行うことが必要である。

## 2. 「ターミナルケアに対する看護職者の考え」からの課題

看護職者は特養でのターミナルケアに対する取り組みについて、「積極的にターミナルケアに取り組んでいきたい」から「充実を図っていききたい」まで、約8割がターミナルケアに対して何らかの取り組みをしていきたいと考えていた。医療経済研究機構が全国の特養に行った調査<sup>17)</sup>では、看護職者の約5割が特養のターミナルケアについて「積極的に看取った方がよい」など肯定的な回答であり、今回の調査では特養のターミナルケアに対する看護職者の、より積極的な姿勢が示された。

前年度の全国調査の結果では、ターミナル期の入所者がいる場合の夜勤・当直体制の現状は、「自宅待機をしている（オンコール）」が75.8%であり、「夜勤をしている」と「当直をしている」をあわせると10.1%であった。しかし、今回の看護職者の考えは、「自宅待機すべきである」が40.1%であり、「状況に応じて夜勤をすべきである」、「状況に応じて宿直をすべきである」、「夜勤・当直をすべきである」をあわせると52.3%であった。看護職者は入所者のニーズにすぐに応じるこ

とができる夜勤や宿直などの体制を望んでいる。しかし、実際には自宅待機を行っており、その理由の一つとして、法で定められている職員配置基準では夜勤や当直体制を組むことが可能な看護職者数が確保できていないため、自宅待機で対応していると考ええる。そのため、看護職者の人員配置を考えるとともに、ターミナル期の入所者がいる場合の期間限定の夜勤を行うことも考慮していかなければならない。

看護職者の夜勤・宿直体制が整っていない中では、介護職者が処置を行わなければならない状況が出てくる。宮原<sup>18)</sup>の報告によると、医療の資格を有せず、医療の訓練を受けていない寮母が吸引、水分補給について100%実施しており、酸素吸入や救急蘇生についても50%以上実施している現状であった。医療に関する知識、技術が十分でない他の職種が医療行為を行うことは、入所者に危険が伴うことである。施設におけるターミナルケアは、職種ごとの役割に基づく十分な専門性が発揮され、施設のケアが集約されることが重要である<sup>19)</sup>といわれるように職種ごとの専門性を見直し、入所者が安心して最後を迎えられるように、医療に関わるケアは看護職者が、生活に関わるケアは介護職者が行い、職種間の連携をとって行くことが重要である。

また、看護職者は医学的な知識を持つ立場として、他職種のケアや処置の介助方法について教育、指導を行う役割を持つ。特にリーダーの立場である看護師は准看護師よりもさまざまな知識を必要と考えており、看護職者自身が必要であると考えている研修「医療処置に対する知識・技術」、「生活援助の知識・技術」、「保険や福祉の知識」についても、看護職者のみならず、施設内で他職種を交えた研修会を開くなど、職種間の知識の共有や理解を図っていく必要がある。

### 3. 「看護職者が行う業務」からの課題

特養に勤務する看護職者が、看護職者が行うべきであると考えている業務は「医師との連絡調整」、「医療物品の管理」、「診察の介助」など医療に関わるものであった。次に、一部委譲してもよいと

考える業務は、「リハビリテーション」、「ケア計画立案」、「療養環境の調整」、「状態観察・把握」などであり、身体に直接関わる業務と生活やケアを行うための調整に関わることが含まれている。看護職者がすべて委譲してもよいと考える業務は、「ボランティアの管理」、「記録」、「日常生活の援助の一部」など、より生活に関わるものであった。その中でも身体に直接関わらない調整については、看護職者の業務に限定されているものではない。医療処置とは直接的には関わらない業務であり、介護職者や生活相談員、事務職員など他の職種の関与が必要な業務と考えられる。特養における業務区分では、看護職者は状態観察、アセスメントが重要な業務、介護職は生活一般の指導、世話、リハビリ、福祉職は他施設、職種間の連絡調整が業務である<sup>20)</sup>といわれているように、看護職者は医療等に関わる業務、他職種は連絡調整を含む生活に関わることを業務として主に行うべきであろう。そのためにも、看護職者と他職種の行う業務の整理・調整が必要である。

## V. 結 語

今回、全国の特別養護老人ホームに勤務する看護職者を対象にターミナルケアに関する考えを調査し、検討した。その結果、看護職者は特養におけるターミナルケアに積極的に取り組んでいきたいと考えていた。しかし、入所者の急変時には医師や家族との連絡調整、医療体制の不備、他職種間の理解などの問題が発生しており、同時にそれは看護職者が持つ不満内容と一致していた。そのため、今後特養におけるターミナルケアを充実させるためには、夜勤体制や器材を含む医療体制や人員配置の整備、家族・他職種との密な連携が必要であるとともに、看護職者はリーダーの立場として特養という施設、対象の特徴をふまえた知識・技術の向上をはかり、看護職者は医療に関わる業務、介護職は生活に関わる業務というように他職種と業務を分担し、整理していく必要があることが示唆された。

本研究は特養に勤務する看護職者を対象とし質問紙によって調査を行った。看護職者のターミナ

ルケアに関する考えをより明らかにすることができたが、選択肢からの回答を求めたため、それ以外の看護職者の考えが反映されなかった可能性がある。また、今回は看護職者のみの検討であり、特養に勤務する他職種との考えの違いは明らかになっていない。そのため、今後は看護職者と他職種の考えをより明確にし、検討していく必要がある。

本研究は、平成15年度文部科学省科学研究費補助金（基盤研究(c)(2)研究課題番号14572249)の助成を受けて行った。

## 文 献

- 1) 井上郁編著, 山崎知子監修: 明解看護学双書 6 老人看護学, 28, 金芳堂, 2004
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ: <http://ipss.go.jp/>
- 3) 厚生統計協会: 国民福祉の動向・厚生 of 指標 臨時増刊号, 49(12), 188, 2002
- 4) 塚原貴子, 宮原伸二: 特別養護老人ホームにおけるターミナルケアの検討 全国の特別養護老人ホームの調査より, 川崎医療福祉学会誌, 11(1), 17-24, 2001
- 5) 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者の役割と課題, 南九州看護研究誌, 2(1), 27-37, 2004
- 6) 西村茂子, 安達悦子, 中西準他: 特別養護老人ホームにおける「望ましい死」に関する研究 (第1報) 旭川敬老園の過去5年間の実態調査から, 旭川荘研究年報, 30(1), 12-17, 1999
- 7) 石田 眞, 石田委子, 石田 強: 特別養護老人ホームにおける死についての検討 15年間の実態調査, 公衆衛生, 67(1), 78-81, 2003
- 8) 高柳智子: 特別養護老人ホームにおける医療の現状, 看護学雑誌, 63(7), 694-697, 1999
- 9) 小番裕子: 看取りの看護 特別養護老人ホームにおける看取りと看護の役割, 看護実践の科学, 28(9), 34-37, 2003
- 10) 小野幸子, 田中克子, 梅津美香他: G県の特別養護老人ホームにおける看取りの実態, 岐阜県立看護大学紀要, 1(1), 134-142, 2001
- 11) 原 敦子, 小野幸子, 林 幸子他: G県の特別養護老人ホームに働く看護職者の“やりがい” (第2報), 岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 39-44, 2004
- 12) 林 幸子, 小野幸子, 坂田直美他: 特別養護蕩尽ホームにおける死の看取りの実態—その2 G県下CとT地区の看護職者を対象に—, 岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 45-51, 2004
- 13) 厚生統計協会ホームページ: <http://hws-kyokai.or.jp/>
- 14) 医療経済研究機構ホームページ: <http://ihep.jp/reserch/h14-5.htm>
- 15) 社会福祉法規研究会: 社会福祉六法平成16年度版, 1990, 新日本法規出版株式会社, 2003
- 16) 東日本監査法人編: 新型特別養護老人ホーム個室化・ユニットケアへの転換, 12-14, 中央法規出版, 2002
- 17) 前掲 14)
- 18) 宮原伸二: 特別養護老人ホームにおける介護職が行う「医療と介護の接点と思われる行為」の現状と課題, プライマリ・ケア, 24(1), 26-33, 2001
- 19) 折腹実巳子: 【刻々と重度化する痴呆性高齢者の問題 ターミナルケアを実践するための知識】ターミナルケア実践のための体制づくり, 痴呆介護, 5(1), 56-59, 2004
- 20) 高田みつ子, 塩森継紀, 関根龍子: 多摩地区を含む東京地区の老人保健施設・特別養護老人ホームにおける看護職者の役割—実態の分析—, 杏林医会誌, 33(1), 46-47, 2002

# 産褥女性の日常生活身体活動量と不安・疲労の変化

—初産婦と経産婦の比較—

## Changes in Postpartum Daily Physical Activity, Fatigue and Anxiety

—Comparison between Primiparae and Multiparae—

永瀬つや子<sup>※1</sup>・村木 敏明<sup>※2</sup>・小松美穂子<sup>※3</sup>・加納 尚美<sup>※3</sup>

Tsuyako Nagase<sup>※1</sup>・Toshiaki Muraki<sup>※2</sup>・Mihoko Komatsu<sup>※3</sup>・Naomi Kanou<sup>※3</sup>

### Abstract

The purpose of this study was to compare six-week postpartum daily physical activity (DPA), and fatigue and anxiety between six primiparae and ten multiparae. The data collection was carried out with a watch-typed accelerometer (Actigraph) about DPA. DPA was categorized into six groups; sleep, baby care, chore, activities to herself such as toilet and bathing, activities to go outdoors, and others. Fatigue and anxiety were measured by means of interview using the reliable and valid test battery. The results showed that women slowly and gradually increased range of DPA in the period. However half of them first started activities to go outdoors in the two weeks after giving birth. Primiparae spent longer hours in activity of baby care than multiparae. Multiparae were more likely to have more DPA and fatigue significantly and longer hours in chore than primiparae due to their activities such as elder-child care. Both groups indicated significantly higher anxiety before giving birth. It suggests that primiparae need baby care advice in order to feel being supported and confident in baby care, while multiparae have need for help in taking care of elder child /children both before and after they have a newborn baby.

**キーワード** : アクチグラフ, 産褥, 活動量, 不安, 疲労

Actigraph, Postpartum, Daily physical activity, Anxiety, Fatigue

### I. 緒言

出産後女性は、妊娠前の状態に身体が変化すると同時に新生児への授乳やおむつ交換など新たな母親としての役割が加わり疲労や不安などが惹起される。この日常生活の変化が女性の心身状態に及ぼす影響は少なくない。

昭和17年に設けられた妊産婦手帳規定により交付された妊産婦手帳に「産後は徐々に動静を拡大して40日ぐらいで普通の生活に戻すこと」<sup>1)</sup>と記

載されている。また、古代より一種の産後の母体保護と育児のための習俗として出産後30日後の一定期間は産穢とその忌みとして産屋などで暮らし家事等の仕事の制限<sup>2)</sup>を行い、出産後すぐに普通の生活に戻らないような規定がある。

現在も産褥期の動静についての指導は昔同様、最初は育児と褥婦の休養を中心とした生活から徐々に生活範囲や行動を増やし、心身の状況に応じて産褥5週頃までに分娩前の生活に戻るよう「産褥

※1 宮崎大学医学部看護学科 臨床看護学講座

School of Nursing, Miyazaki Medical College, University of Miyazaki

※2 茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学科

Department of Occupational Therapy, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

※3 茨城県立医療大学保健医療学部看護学科

Department of Nursing, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences



期の生活動作のめやす<sup>3)</sup>が示されている。しかし、現代は核家族が増加し、カップルの中には産褥期の手伝いを得られず、早期に普通の生活にもどらざるえないケースがある。反面、電化製品や飲食産業の利用による生活の工夫により手伝いがいなくても身体への負担を軽減することが可能となっている。また、初産婦の場合、今まで新生児に接する機会がなく育児のすべてが新しい経験でありとまどいが多いケースがある。経産婦の場合、新生児の世話だけではなく上の子と新生児の関係を含めた新たな対応が加わる。

こうした現代生活の中で、出産後の女性とその家族が心身に無理なく新しい家族員である新生児を認め、それぞれの新しい役割をスムーズに受入れるには今まで以上に産褥期の変化の特徴を考慮した指導が必要だと考えられる。出産後女性の心身の影響について、睡眠や疲労、不安などに関する研究は散見される<sup>4)~8)</sup>。しかし、出産後の女性の動静について日常生活身体活動量（以下活動量）として定量的かつ客観的に検討された研究はほとんどされていない。

本研究は、現代女性は産褥期の日常生活をどのように過ごしているかを妊娠36週前後の妊娠後期と産褥1週（入院中）から産後6週までの日常生活のパターンを、初産婦と経産婦別に縦断的に活動量の観点から評価し、その間の心理・社会的機能との関連も検討することである。そして、現代生活に即した日常生活動作指導に関する新しい知見を得ることにある。

## II. 方法

### 1. 研究準備

研究開始前に2例の事例でプレテストを行い、日常生活身体活動量の測定や質問用紙について検討し、その結果をもとに修正を行った。

### 2. 倫理的配慮

研究協力者に対する倫理的配慮として、妊婦紹介を依頼した2ヶ所の協力病院の倫理委員会の許可と茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得た。研究者が協力病院の外来に赴き、条件に適合した

妊婦をスタッフより紹介を受けた後、文章と口頭により研究目的や方法を十分に説明し、不都合が生じた場合いつでも調査を中断してよいことを伝えるとともに、同意書にサインを得て研究を開始した。

### 3. 研究協力者

研究協力者の条件は茨城県南部に在住する正期産で経膈分娩予定の女性とした。研究協力女性は、2ヶ所の協力病院と研究者の知人から該当する女性の紹介を受けた。

出産前にインフォームドコンセントが得られた協力者は17名であったが、出産後連絡がとれず、その後データ収集ができなかった初産婦1名、産褥1週の活動量データ収集のみできなかった経産婦1名、産褥6週に測定機器の不具合で活動量データが収集できなかった初産婦が1名いた。

縦断研究であることから1回のみ活動量データが収集できなかった初産婦と経産婦の1名も加え、最終的に初産婦6名、経産婦10名の計16名であった。

### 4. 調査期間

調査は2003年3月～2004年1月に実施した。

### 5. データ収集方法

#### 1) データ収集手順

研究への参加に同意を得た後、研究者は妊娠35週前後に電話で都合を確認した後に個別に家庭訪問し、測定機器と質問紙を渡し、妊娠後期の活動量および活動時間、疲労・不安、育児や家事割合等のデータを収集した。回収時に調査方法等に関する確認を行い、疑問や不都合を調整した。

産褥1週目の入院中のデータ収集は、協力病院または協力女性から出産連絡を受けた後、産褥1日～2日目に病室訪問を行い、妊娠後期と同様内容のデータ収集を行った。

産褥2週～6週までは、協力女性と相談の上、毎週同じ曜日にデータ収集できるよう日程を調整した。測定用具は研究者が訪問し、収集する

とともに次回分の測定用具を渡し妊娠後期～産褥6週まで計7回のデータを収集した。

## 2) 活動量

活動量測定機器を非利き手に装着することにより測定した。産褥1週は、病院入院中を測定した。測定期間は入院期間と測定開始時期の関係上、1日半～3日間となった。産褥2週以後は、3日間測定した。同時に日常生活活動表に活動内容のチェックを依頼した。活動内容は6種類に分類し、記録を依頼した。即ち、1日の行動を(1)午睡を含む〔睡眠〕、(2)授乳、おむつ交換などの〔育児〕、(3)炊事、洗濯などの〔家事〕、(4)トイレ、入浴などを含め、協力者が自分自身のために自由に過ごせる〔自分自身〕のための活動、(5)〔外出〕、(6)〔その他〕とし、これは(1)から(5)の行動に含まれない日常生活行動と定義した。経産婦の場合、今回生まれた新生児の世話のみを育児とし、上の子の世話は家事とした。活動量は、各活動内容別に3日間の平均活動量を算出した。活動パターンは日常生活活動表に基づき、分毎に表される分析表に照らし合わせ抽出した。測定パラメータはMesor (平均活動量：活動時間と活動量；カウント/分；以下cpmとする)ならびにAmplitude (振幅：あてはめる余弦波の最大変動の1/2；以下活動幅とする)である。

## 3) 活動時間

活動時間は日常生活活動表へ〔睡眠〕、〔家事〕、〔自分自身〕、〔外出〕、〔その他〕の活動チェックをもとに求めた。測定時期ごとのデータから1日平均活動時間を算出した。

## 4) 疲労・不安、育児や家事割合等

自記式質問紙を測定機器装着時に記入を依頼した。

## 6. 測定

### 1) 活動量測定機器

機器は、ミニモーションロガー・アクチグラフ (Mini-motionlogger actigraph, 以下アクチグラフ；Ambulatory Monitoring Inc., Ardsley, New York, USA) を用いた。分析

に際して整合性を保つべく日常活動動作の項目は、開始時点において協力者に日常生活活動表へのチェックにより記録した。

アクチグラフは、人の活動量を測定協力者に心身の負担を強いることがなく定量的に測定可能な機器である。更に軽量で、簡便かつ継続的に計測可能な円筒の時計型 (直径26mm, 高さ10mm, 重さ11g) の機器である。万歩計のような腰の動きでとらえる機器と異なり、ピアゾ素子圧センサー (Piezo-electric beam sensor) が内蔵されたアクチグラフは、X-Y-Z軸の3方向への加速度圧が正確に計測され、睡眠や入浴を含め24時間を通して活動量が測定できる機器である。本研究は全般的な活動量の計測に適したゼロ交叉法 (Zero Crossing Mode) を採用した。

## 2) 疲労や不安、その他の測定用具

### (1) 疲労

疲労については、日本産業衛生協会、産業疲労研究会が提案した自覚症状調査表<sup>9)</sup>を用いた。自覚症状については、サブアイテムとして「Ⅰ. ねむけとだるさ (以下Ⅰ群)」と「Ⅱ. 注意集中の困難 (以下Ⅱ群)」, 「Ⅲ. 局在する身体違和感 (以下Ⅲ群)」の各10項目から構成され、合計30項目からなる。本尺度は、訴えによる主観的疲労感を測定する。疲労尺度は、「非常にあてはまる」から「あてはまる」, 「少しあてはまる」, 「あてはまらない」までのLikert法による4点尺度とした。

### (2) 不安

不安については、Spielbergerが開発し、中里らが日本語版に改訂した状態・特性不安検査 (State-Trait Anxiety Inventory, 以下STAI とする)<sup>10)</sup>を用いた。状態不安 (State Anxiety) と、特性不安 (Trait Anxiety) をそれぞれ20項目の質問をLikert法による4点尺度で評価する。両尺度とも得点範囲は20から80点である。得点の高いほど不安が強いことを表す。特性不安は協力者の性格としての不安を表わす尺度であり、大きな変化が少ない値であることから、協力者の負担を軽減するために妊娠後期と産褥

6週のみとした。産褥1週～5週までは状態不安のみとした。

### 3) 育児や家事割合等

育児は、〔授乳〕, 〔おむつ交換〕, 〔沐浴〕に関して「人にまかせている」から「人に手伝ってもらおうことが多い」, 「時々手伝ってもらおう」, 「自分でおこなう」までのLikert法による4点尺度で育児割合を測定した。

家事は〔炊事〕, 〔洗濯〕, 〔掃除〕, 〔買物〕に関して「人にまかせている」から「人に手伝ってもらおうことが多い」, 「時々手伝ってもらおう」, 「自分でおこなう」までのLikert法による4点尺度で家事割合を測定した。

その他、産後の手伝いの有無や体調、外出時間等に関して質問した。

## 7. 分析方法

測定パラメータは、Action 4 (Ambulatory Monitoring Inc., Ardsley, New York, USA) に組み込まれたアルゴリズムによりコサイナー分析により統計処理をした。更にExcel 2000を介して、StatViewJ-5.0 (SAS Institute Inc., USA) により解析を実行した。また、SPSS ver.11.0 for Windowsを使用して活動量と活動時間に関してはt検定を行い、疲労と不安に関しては、初産婦と経産婦との比較にはMann-WhitneyのU検定を行い、妊娠後期と産褥6週との比較にはWilcoxonの符号付順位を行った。有意水準は5%とした。

## Ⅲ. 結果

### 1. 研究協力者の背景

初産婦6名の年齢の範囲は22-38歳、平均29.8

歳(標準偏差; 以下SDとする: SD=5.9歳), 経産婦10名の年齢の範囲は23-40歳, 平均32.1歳(SD=5.4歳)であった。児の出生体重の範囲は、初産婦は2,534-3,746g, 平均2,944g (SD=384g), 経産婦は2,540-3,278g, 平均3,278g (SD=388g)であった。栄養方法については、初産婦は2名が母乳, 4名が混合栄養, 経産婦は8名が母乳, 2名が混合栄養であった。出産後の手伝いについては、初産婦1名と経産婦3名は産褥早期から夫以外の手伝いがいなかった。経産婦3名は食材の配達サービスを利用し、その利用者の内2名は、産後に夫以外の手伝いがいなかった。全ての協力者は正常経過の満期産で経膈分娩であった。母子ともに異状なく、出産後5日～7日の入院期間を経て退院した。

### 2. 活動量

妊娠後期から産褥6週までの初産婦と経産婦の活動量は平均活動量, 活動幅(表1)にて評価した。平均活動量は、妊娠後期に経産婦は初産婦より有意に(p=0.008)にカウント数が多かった。その後は有意差を認めなかったが、全測定時期とも経産婦のカウント数は多かった。出産後は初産婦と経産婦とも産褥2～3週から漸次増加傾向がみられた。

活動幅は、初産婦は退院後の産褥2週に1番少なく、その後徐々に増加した。経産婦は入院中の産褥1週に1番少なく、その後増加した。産褥1週は経産婦の活動幅は初産婦より有意(p=0.04)に少なかったが、退院後は初産婦より多くなっていった。

図1は代表的な育児, 家事等の各活動別の活動量を示したデータである。データに示すとおりほ

表1 妊娠後期～産褥6週までの活動量(平均値±標準偏差)

	妊娠後期	産褥1週	産褥2週	産褥3週	産褥4週	産褥5週	産褥6週
平均活動量	106.8±18.3	119.2±16.6	120.8±29.4	110.1±40.5	128.0±18.8	134.3±18.2	135.4±9.9
(カウント/分)	初産婦	経産婦	初産婦	経産婦	初産婦	経産婦	初産婦
	130.9±12.9	130.7±26.2	127.0±16.5	134.7±15.2	143.3±13.9	149.1±13.4	145.4±2.4
活動幅	81.5±21.4	70.8±10.2	61.4±15.0	63.0±20.6	74.8±19.8	85.0±10.2	82.6±9.9
(カウント/分)	初産婦	経産婦	初産婦	経産婦	初産婦	経産婦	初産婦
	92.8±9.6	57.9±11.6	72.1±17.0	80.3±12.9	84.4±19.2	91.1±14.0	91.7±14.1

注: t検定による \*p<0.05

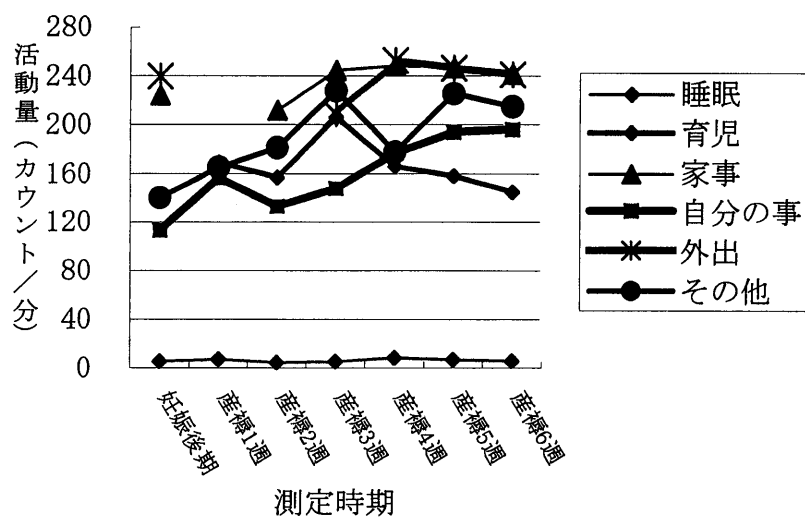


図1 妊娠後期～産褥6週までの各活動の活動量（代表例）

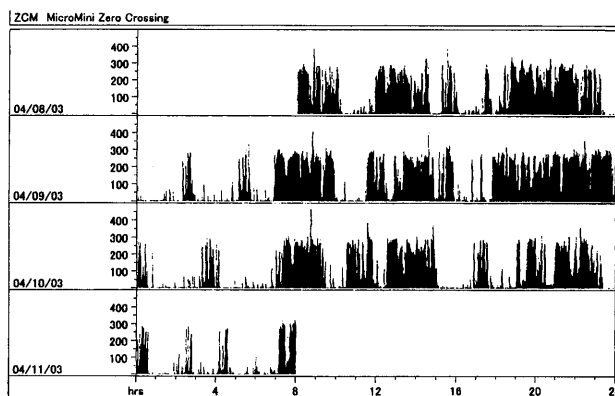


図2 産褥2週のアクチグラフ結果（代表例）

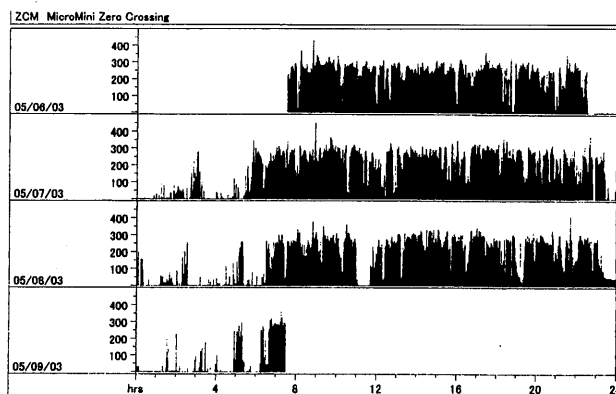


図3 産褥6週のアクチグラフ結果（代表例）

とんどのケースが全測定時期、家事と外出の活動量が他の活動量より有意 ( $p < 0.0001$ ) に高く、活動量の多い行為であった。

### 3. 活動パターンと活動時間

図2, 3は代表的な1事例の産褥2週, 6週のアクチグラフAction 4の結果である。活動量の継時的変化がグラフ化されている。活動中のグラフは連続して高くなり、睡眠中など体を休めている状態ではグラフ100以下となる。

産褥2週は夜間1時間半から3時間おきに育児での覚醒がみられた。昼間も午睡等で休んでいる時間が頻回に見られた。産褥経過に伴い夜間の覚醒間隔が伸び、午睡が減少していた。産褥6週では3~4時間おきの覚醒となり午睡がほとんど見られなくなってきた。

表2は、睡眠・育児・家事の1日の活動時間の変化である。睡眠時間は産褥1週(入院中)に初産婦と経産婦とも1番減少するが、産褥3週まで徐々に増加し、その後随時減少していた。

育児割合は初産婦と経産婦とも産褥2週からはとんどの方が自分でおこなっていた。経産婦は産褥2週から沐浴を含めた育児をすべて行っている方が4名いたが、初産婦は1名だった。育児時間は産褥1週より初産婦のほうが長時間行っていた。産褥6週では初産婦の育児時間は経産婦より有意 ( $p = 0.004$ ) に長かった(表2)。

家事の割合は初産婦と経産婦ともに産褥2週から徐々に増加し、産褥6週にはほとんどの方が「自分でおこなう」になっていた。初産婦と経産

婦とも産後の手伝いのいなかった初産婦1名と経産婦1名以外は産褥3週までは家事をほとんど人にまかせていた。産褥4週以後は急速に家事の割合が増加した。それに伴い家事時間も産褥3週から漸次増加していた。妊娠後期から産褥6週までのすべての時期で経産婦の家事時間は、初産婦と比較して2時間前後有意 ( $p = 0.03-0.001$ ) に長かった(表2)。

外出については、産褥2週に初産婦2名、経産婦6名の計8名が外出を行っていた。外出時間は医療機関に4日通った経産婦以外は1時間前後であった。産褥3週は初産婦4名、経産婦9名の計10名で1時間から4時間と個人差がでてきていた。産褥4週は初産婦4名、経産婦9名の計13名、産褥5週以後は全員外出し、時間はさらに個人による差が大きくなっていった。

### 4. 不安と疲労

状態不安は産褥1週~6週まで、ほとんど差はなかった。図4は状態不安と特性不安の平均値を妊娠後期と産褥6週で初産婦と経産婦別に比較した結果を示した。状態不安は、初産婦も経産婦も産褥6週と比較して妊娠後期に有意 ( $p < 0.05$ ) に高かった。特性不安は妊娠後期と産褥6週の間に初産婦、経産婦ともに差は見られなかった。

図5は疲労のサブアイテム別に妊娠後期と産褥6週で初産婦と経産婦別に比較した結果を表わした。経産婦は、妊娠後期にⅢ群の「局在する身体違和感」の得点が高く、初産婦と比較して有意差 ( $p < 0.05$ ) を認めた。その他のサブアイテムは

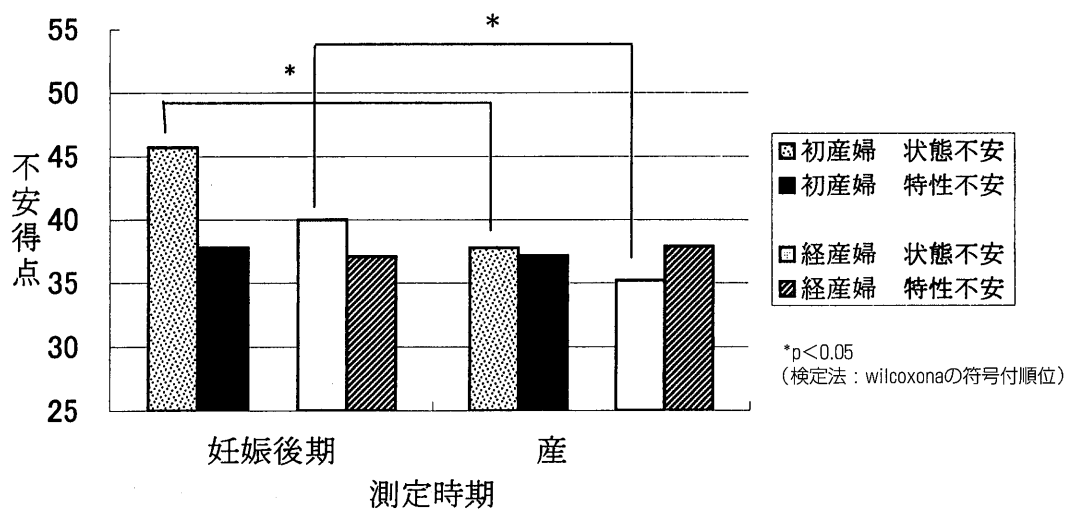
表2 妊娠後期~産褥6週までの1日の活動時間(平均値±標準偏差)

	妊娠後期	産褥1週	産褥2週	産褥3週	産褥4週	産褥5週	産褥6週
睡眠時間 (時間)							
初産婦	8.1±0.6	7.2±1.1	7.6±1.0	8.1±1.0	7.5±1.1	7.7±1.4	6.9±1.8
経産婦	8.9±1.1	7.6±1.6	8.1±1.5	8.3±1.1	7.4±1.2	6.9±0.7	7.2±1.1
育児時間 (時間)							
初産婦	—	7.6±3.2	8.0±2.0	7.7±2.3	7.2±2.1	6.9±1.7	7.2±1.4
経産婦	—	6.7±2.1	5.8±1.1	6.0±1.0	5.8±1.2	5.7±1.3	5.2±1.0
家事時間 (時間)							
初産婦	2.7±0.8	—	1.4±1.3	1.4±1.4	2.2±1.1	2.9±1.9	4.0±0.5
経産婦	6.4±1.6	—	3.8±1.5	3.6±1.2	4.5±0.9	5.1±1.7	5.5±1.2

注：育児は新生児の世話のため妊娠後期はデータなし。

産褥1週は入院中のため家事データなし。

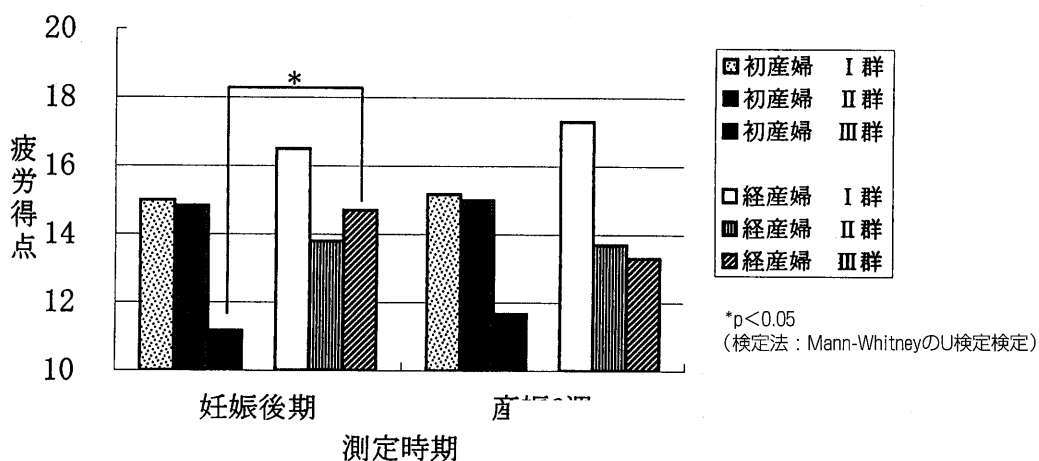
t検定による \* $p < 0.05$



	初産婦状態不安	初産婦特性不安	経産婦状態不安	経産婦特性不安
妊娠後期	45.7±10.9	37.8±3.3	40.0±6.6	37.1±8.1
産褥 6 週	37.8±7.1	37.2±6.4	35.2±7.5	37.9±5.7

図4 妊娠後期と産褥6週の状態不安と特性不安 (平均値±標準偏差)

注：範囲=20-80



	初産婦 I 群	初産婦 II 群	初産婦 III 群	経産婦 I 群	経産婦 II 群	経産婦 III 群
妊娠後期	15.0±1.7	14.8±4.5	11.2±1.0	16.5±4.4	13.8±3.9	14.7±2.8
産褥 6 週	15.2±2.5	15.0±4.2	11.7±1.6	17.3±4.6	13.7±5.4	13.3±2.4

図5 妊娠後期と産褥6週の疲労のサブアイテム (平均値±標準偏差)

注：範囲=10-40

妊娠後期と産褥6週の比較でも、初産婦と経産婦の比較でも差はなかった。しかし、各サブアイテムの平均得点は経産婦は初産婦よりⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群いずれも多かった。

#### IV. 考察

##### 1. 生活動作のめやすと実際の活動量の比較

初産婦、経産婦ともに質問紙による育児と家事の割合の変化、アクチグラフによる平均活動量、活動幅すべてにおいて産褥週数の経過とともにその値は漸次増加していた。産褥3週までは〔睡眠〕と〔育児〕の活動が1日の2/3を占め、休養を主体としている生活を行っていることが検証された。

産褥4週後に〔睡眠〕時間の減少と〔家事〕の時間の増加していることより、産褥3週の終わりに「床上げ」を行い、徐々に日常的家事を開始していることを示し「産褥の生活動作のめやす」が現代も適応していることが明らかになった。しかし、協力者の半数以上が短時間だが産褥2週より外出を開始し、産褥3週以後は外出者の人数や時間が徐々に増加しており、「産褥の生活動作のめやす」よりも早いペースで動き始めていた。

各活動の活動量を比較すると〔家事〕と〔外出〕は〔育児〕の活動量と比較して全員、全産褥期間とも有意に活動量が高くなっていった。また、〔家事〕と〔外出〕の活動時間と質問紙による活動割合は産褥経過とともに増加し、それに伴って活動量が増加している。本研究の予備的研究結果<sup>11)</sup>でも〔家事〕の活動量は他の活動量と比較して有意に高いことから活動量の変化に最も影響している活動であるといえる。言い替えれば、産褥早期から家事や外出時間が増えると活動量が急激に増加する原因となりえることが推察される。産褥早期から外出を行っている女性が半数以上いること、外出の活動量が育児等の活動量より有意に多いことから、産褥2～3週における無理をしない外出についての指導が必要と示唆される。

##### 2. 初産婦と経産婦の活動比較

初産婦と経産婦の活動を比較すると、平均活動量、活動幅からみた日常生活活動量にほとんど有

意な差はみられなかった。しかし、経産婦は産褥1週のみ初産婦より活動量が少ない傾向を示すが、退院後は初産婦より多い活動量で疲労の訴えも多く、ゆっくり休息できない傾向にあることが伺える。また、家事時間は初産婦と比較して妊娠後期から産褥6週まで平均で2時間前後有意に長くなっている。家事の割合変化は初産婦とほぼ同じだけ増加しているが、妊娠後期から経産婦の家事時間が2時間程長いことや江守の報告<sup>12)</sup>に経産婦は2時間ほど上の子どもの世話に要しているとあり、本研究と同じ結果となり、経産婦は平均して2時間ほど上の子の世話に時間をかけているといえる。これらのことから経産婦へは上の子の世話で初産婦より2時間ほど家事時間が長くなることで、自分自身の時間の減少などより疲労の蓄積した状態が持続していることであり、介入に関しての知見を示しているといえる。

加えて上の子の反応は、その子どもの年齢や発達段階、親や周りの人の対応で変わっていくが、特に幼児の場合、退行現象などをおこしやすく<sup>13, 14)</sup>、上の子への接し方は重要となる。今回の研究で経産婦は出産前も出産後も初産婦より明らかに2時間ほど上の子の世話に時間をかけていることが示された。このことは2時間ほどは必ず上の子のために時間をかける必要性を示唆している。本研究の協力者は出産後も継続して上の子へ関わっていたと考えられ、その結果上の子に著明な変化が観察されなかったことが推察される。

初産婦は、家事時間は有意に経産婦より少ないが、睡眠時間は経産婦より少なく、育児時間は多くなっている。江守<sup>12)</sup>も初産婦は授乳、子どもの世話に8時間16分、経産婦は5時間52分と2時間ほどの差があると報告していた。また初産婦は経産婦より「授乳の方法」や「児の保育状態」、「児の排泄」、「児の生活環境」、「児の沐浴」に関して有意に不安が高い<sup>15)</sup>。これは初産婦は経産婦と比較して初めての育児に関しての不安や育児技術の不慣れさから育児時間が増加し、睡眠時間が減少したことが考えられる。しかし、産褥4～5週頃には睡眠時間の増加や活動量の安定がみられ、新生児の扱いになれ、生活が落ち着いてきたことが

考えられる。

疲労や不安に関しては顕著な差はみられず、本研究では産褥1週から6週までその値はほとんど同じで大きな変化はなかった。睡眠時間は減少し、活動量が増加していることから疲労が強くなることも考えられる。産褥期の疲労は女性の精神状態、年齢、子供数、社会経済状況、分娩様式、分娩時間、新生児の栄養方法や健康状態等様々な要因がかかわっている<sup>16)</sup>。また、女性の睡眠パターンや抑鬱、ストレス、母乳の確立状況にも影響され、疲労のピークは産褥3週、その後6～9週で減少すると報告されている<sup>17)</sup>。

本研究で産褥3週までは初産婦と経産婦とも睡眠時間が増加し、家事時間や割合も少なく、活動量も増えてきていないことから、疲労の大きい産褥3週までは体を休め無理しないような生活を行っていたために疲労の変化が少なかったといえる。

不安に関しては初産婦と経産婦とも妊娠後期の状態不安が出産後に比べ有意に高く、出産後の変化はほとんどみられなかったことより、出産が終了するまでは自分の出産や新生児に関する不安が高いことが伺える。

産科領域で活動する助産師や看護師は妊娠後期においては、出産や新生児の健康状態に関する正しい情報を提供し不安の軽減につとめることが大切になる。産褥1週から6週においては家族が新しい家族員の受入れとその対応に慣れる時期であるとともに、妊娠分娩による心身の影響を癒す時期としての特徴を理解した上で、個人の状況に応じた生活動作指導が必要である。

特に初産婦には、産褥3週までは慣れない育児のため時間や活動量が増加するが、4-5週頃には慣れて生活の余裕がでてくることを示し、産褥3週ぐらいまでは無理して育児以外の活動を行うことを避けるような指導が必要となる。

経産婦には、どの母親も上の子の対応に2時間は必要としていることを示すとともに上の子に対する母親の愛情表現により上の子の行動や新生児の受け入れやに影響することを説明することが重要となる。また、上の子への世話などより活動量が多く疲労しやすい状況であるので、休養や夫な

どのサポートの重要性を強調する必要がある。

## V. 結語

これらの16名を対象にした調査から以下のことが明らかになった。

1. アクチグラフによる活動量の変化と質問紙による育児と家事の割合とも産褥経過とともに増加し、産褥女性は「産褥期の活動動作のめやす」にそった活動量の増加が見られた。しかし、外出に関しては産褥2週以後から半数以上の女性が行っており「産褥期の活動動作のめやす」より早期にはじめていた。
2. 初産婦は経産婦と比較して育児時間が多かった。
3. 経産婦は上の子の世話のために平均して2時間ほど時間を使用していた。そのため初産婦と比較して有意に家事時間が妊娠後期～産褥6週まで多かった。
4. 初産婦に対する保健指導としては、育児に関する不慣れさから育児時間が増加し、活動量の増加につながっていることや産褥4-5週頃にはなれてくることを示している。以上のことから安心してもらう介入が必要である。
5. 経産婦に関する保健指導として、上の子の世話は出産前と同じほど必要であること。上の子の対応に留意することは、上の子の新生児の受入れに影響があることを示す。また上の子と新生児の世話で家事量の増加があり疲労しやすい状況であるので退院後の生活動静について話し合い、疲労の少ない生活について考えていく必要がある。

## VI. 研究の限界

今回の研究は、初産婦6名、経産婦10名計16名と少ない人数であり、数量的処理には限界があった。しかし、出産後の回復過程の期間であり、新しい家族の受け入れや育児の大変な時期である産褥6週までを縦断的に研究を行っているために、研究協力者を得ることが難しく、人数を増やすことの困難さもあった。



## 謝 辞

本研究の実施にあたり、研究に快く参加してくださいました協力者、ならびにご家族に心から感謝いたします。また、協力者の方のご紹介ならびに出産報告の連絡をくださった椎名産婦人科椎名美博院長ならびスタッフの皆様、龍ヶ崎済生会病院産婦人科重光貞彦先生ならびにスタッフの皆様には厚く御礼申し上げます。本研究は茨城県立医療大学プロジェクト研究(0017)の助成を受けて行われた。

## 文 献

- 1) 鈴木美恵子：産後指導，青木靖子，加藤尚美，平澤美恵子（編）：第3版助産学大系，第10巻助産診断・技術Ⅳ，133，日本看護協会出版会，2002
- 2) 波平恵美子：民族宗教シリーズ，ケガレ，92-137，東京堂出版，1999
- 3) 今津ひとみ，加藤尚美，嶋崎千尋，他（編）：母性看護学2，産褥・新生児，71，医歯薬出版，2001
- 4) 亀井睦子，増子恵美，蛭田由美：産後の母親の不安の変化と要因（第1報）－STAIの結果から－，母性衛生，40(2)，325-331，1999
- 5) 渡辺 勉：産褥期感情障害に関する心理統計学的研究Ⅰ－いわゆるマタニティ・ブルーのピーク現象について－，聖マリアンナ医科大学雑誌，21，205-677，1993
- 6) 堀内成子，近藤潤子，小山真理子，他：妊婦および産婦の終夜睡眠－睡眠の主観的評価と睡眠ポリグラフ所見－，日本看護科学学会誌，10(2)，8-17，1990
- 7) 服部律子，中嶋律子：産褥早期から産後13ヶ月の母親の疲労に関する研究（第1報）－疲労の推移と関連する要因－，小児保健研究，59(6)，663-668，2000
- 8) Milligan RA, Lenz ER, Parks PL, Pugh LC, Kitzman H : Postpartum fatigue: Clarifying a concept, Sch Inq Nurs Pract, 10(3), 279-291, 1996
- 9) 吉竹 博：改訂産業疲労－自覚症状からのアプローチ－，17，労働科学研究所出版部，1978
- 10) 中里克治，水口公信：新しい不安尺度STAI 日本語版の作成－女性を対象とした成績，心身医学，22(2)，108-113，1982
- 11) 永瀬つや子，村木敏明，小松美穂子，他：出産後の女性の日常生活身体活動量と不安・疲労に関する予備的研究，茨城県立医療大学紀要，8，109-118，2003
- 12) 江守陽子：疲労度から保健指導を考える，ペリネイタルケア，14（新春増刊），122-133，1998
- 13) 昆野裕香，柳原真知子，神林玲子，他：退院後1週間以内の産婦の不安，母性衛生，43(2)，348-356，2002
- 14) 依田 明：きょうだいの研究，36-42，大日本図書，1995
- 15) 野澤美江子，安藤正子，遠藤俊子，他：第3子出産に関する縦断的研究－出産後1ヶ月における母親の育児－，母性衛生，40(4)，405-413，1999
- 16) Milligan RA, Pugh LC : Fatigue during the childbearing period, Annu Rev Nurs Res, 12, 33-49, 1994
- 17) Karen AW : Maternal fatigue in breast-feeding primiparae during the first nine weeks postpartum, J Hum Lact, 14(3), 219-221, 1998

## 労働者におけるMultidimensional HLCと生活習慣の関連

### Relationship between the Multidimensional HLC and Lifestyles in Male Workers

五十嵐久人<sup>※1</sup>・飯島 純夫<sup>※2</sup>

Hisato Igarashi<sup>※1</sup>・Sumio Iijima<sup>※2</sup>

#### Abstract

The relationship between the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC scale) and lifestyles about health was surveyed in a sample of male workers. The study subjects were 286 men (mean age 38.1±11.7), who completed a questionnaire regarding lifestyles and the MHLC.

The Cronbach alpha reliability of the MHLC scale, which was indicators of the internal consistency of the scale, was within the range of 0.53-0.73. Significant correlations were observed between Internal Health Locus Control (IHLC) and nonsmoking, taking meals regularly, and feeling of satisfaction of the life respectively. The higher the IHLC scores went, the more desirable health behaviors were observed. Relations between lifestyle and the scores of either Powerfull others Health Locus of Control (PHLC) or Chance Health Locus Control (CHLC) were not observed. For the internal consistency of PHLC was low, further examination of the question items is thought to be necessary. Examination of genetic factors might also be necessary for CHLC.

Although MHLC scales have potentials to be quite useful in the assessment of health behaviors, health behaviors are composed of many factors, and it is thought to be difficult to measure them only with MHLC.

**キーワード:** Health Locus of Control, 生活習慣, 保健行動, 労働者  
Health Locus of Control, Lifestyle, Health behavior, Worker

#### I. 緒言

現代社会は、生活習慣病を持ちながら生活する人も増え、多様な健康状態の人たちを包含している。さらに比較的若年層においても生活習慣病に罹る者が多くなっており、今後ますます増加することが予測される。生活習慣はさまざまな疾患の発症との関係が明らかになってきており、健康的な生活習慣を確立することは疾患の発症や進行予防で重要とされている。また、健康増進法でも、一次予防が重要視されており、個々が健康的な生活習慣を自ら確立できるよう健康に対する意識を

高め、生涯を通じた生活習慣の改善が求められている。

人々を適正な保健行動に導くことは、生活習慣病への危険因子を減らすことになり、生活習慣に働きかけ、望ましい行動への変容および維持を目指す教育は重要である。しかし、一旦形成された生活習慣を変えることは容易でない。予防的な保健行動に導くためには、単に個人の健康状態に焦点を当てたものでなく、個人の特性に応じた方法を用いる必要がある。そこで、本調査では、この個人の特性を把握するためHealth Locus of

※1 宮崎大学医学部看護学科 地域看護学講座

School of Nursing, Miyazaki Medical College, University of Miyazaki

※2 山梨大学大学院医学工学総合研究部 地域・老人看護学講座

Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering, University of Yamanashi

Control尺度（以下HLCと略す）を用いた。

HLCはRotter<sup>1)</sup>の社会学習理論に基づくLocus of Controlを保健行動に応用させたもので、内的統制傾向および外的統制傾向の下位尺度で構成されている。内的統制傾向は健康が自分自身の努力によって得られ、外的統制傾向は健康が自己の努力の及ばない運・運命・重要他者によって得られると信じる傾向である。渡辺のHLCと保健行動との関連をみた調査<sup>2)</sup>では内的統制傾向の者はセルフケア行動に適し、外的統制傾向の者はコンプライアンス行動が向いているとしている。しかし、Levenson<sup>3),4)</sup>によって外的統制傾向の複雑さが指摘され、その後、Wallston<sup>5)</sup>らによって、Multidimensional HLC尺度（以下MHLCと略す）が開発された。

国外では「喫煙」「Birth Control」「Weight Control」など<sup>6)</sup>の保健行動や生活習慣との関連をみた研究が数多く報告されている。近年の研究ではMHLCを用いたものが中心となっているが、HLCが優れているとする研究やMHLCのほうが優れているとする研究<sup>7)</sup>があるなど、結論は得られていない。国内でも、様々なHLCが開発され調査が行われているが、MHLCと保健行動や生活習慣との関連をみた研究は少ない。

本研究では、Wallstonらによって開発されたMHLCを用い、労働者を対象にして生活習慣との関連について検討し、健康教育での活用に向けた基礎資料を提供することを目的とした。

## II. 方法

### 1. 対象及び方法

対象はY県の製造業M社に勤務する定期健康診断受診者である自己記入式質問紙調査票を用を、定期健康診断受診時に配布した。協力への承諾が得られなかった者、自己回答が出来ない者を除き、その場で回収した。調査は、2000年5月から7月に行った。調査票が回収できた対象は、男性306名、女性21名の計327名である。MHLC尺度において、1項目でも回答に欠損があったサンプルは除外した。また、女性のサンプル数が少ないため除外し、最終的な分析は男性286名で行った。

### 2. 倫理的配慮

この調査は、対象者へ調査概要を説明し、同意が得られた者に対して調査票を配布した。調査は個人が特定されないよう、無記名式の調査用紙を用い、分析でにおいても数的に処理を行った。

### 3. 調査内容

分析対象者の特性は、「年齢」「婚姻状況」「同居家族の有無」「身長」「体重」「勤務内容」「労働時間」「主観的健康状態」「通院状況」「健康への関心」「生活満足度」とした。分析対象者の特徴を表1に示す。

表1 分析対象者の特性

		n=286	
		人数	%
平均年齢		38.1±11.7	
年齢	10代	10	3.5
	20代	65	22.7
	30代	93	32.5
	40代	57	20.0
	50代	54	18.9
	60代	7	2.5
身長 (cm)		169.8± 6.2	
体重 (kg)		67.2±10.4	
婚姻状況	既婚	199	69.6
	未婚	87	30.4
同居家族の有無	あり	231	80.8
	なし	55	19.2
勤務内容	製造	169	59.1
	事務	80	28.0
	その他	37	12.9
主観的健康状態 <sup>*1</sup>	健康群	240	83.9
	不健康群	46	16.1
通院状況 (調査現在)	通院している	58	20.3
	通院していない	228	79.7
健康への関心	ある	195	68.2
	ない	91	31.8
生活満足度 <sup>*2</sup>	満足群	180	62.9
	不満足群	106	37.1

※1 主観的健康状態は「健康である」「まあ健康である」を「健康群」「あまり健康でない」「健康でない」を「不健康群」とした。

※2 生活満足度は「満足」「まあ満足」を「満足群」「あまり満足でない」「不満足」を「不満足群」とした。

MHLCにはform A・B・Cがある。国外の研究ではform A・B共に広く使われているが、どちらが有効と結論付けた報告はされていない。form Cを用いた研究<sup>8)</sup>は、開発者のものを除き、見つけることはできなかった。

成人を対象としたMHLCを用いた調査として藤野らの<sup>9)~11)</sup>ものがあるが、どのformを用いたのか明記が無かったため、本調査では、form Aを用い、新たに日本語訳を作成することにした。

日本語訳にあたり、表現が曖昧なところについては大学の英語教員に訳の確認を依頼し、原文を再現するようにした。また、プレテストを行い、分かりにくい表現などに修正を加えた。MHLCを表2に示す。

MHLC formAはInternal HLC (IHLC), Powerful others HLC (PHLC), Chance HLC (CHLC)の下位尺度で構成されている。IHLCは、健康は自らの行動によって得られるという考えの尺度、PHLCは、健康は他者(例えば、医師、看護師、家族、友人など)によって得られるとい

う考えの尺度、CHLCは、健康は運・運命・偶然・幸運などによって得られるという考えの尺度であると説明することができる。各下位尺度には6つの質問、合計18項目で構成されている。回答は「全くそう思わない」から「全くそう思う」の6段階の評価で、この順に1~6点を与えた。各下位尺度のスコアの範囲は6~36点となる。

生活習慣はBreslow<sup>12)</sup>の7つの健康習慣を基に作成した。すなわち、①生活の規則性、②睡眠時間、③朝食の摂取、④食事の規則性、⑤栄養バランスへの配慮、⑥塩分摂取、⑦間食の有無、⑧飲酒、⑨喫煙、⑩運動習慣、の10項目である。また、BMI値を計算し、日本肥満学会の判定基準を基に18.5以上25未満を適正体重とした。本調査における、望ましい生活習慣、望ましくない生活習慣の分類は表3に示す。

#### 4. 分析方法

IHLC・PHLC・CHLCの内的整合性を確認するためにCronbachの $\alpha$ 信頼係数を用いた。分析

表2 MHLC

subscale	質問番号	内 容
IHLC	1	病気になったとき、いかに早く良くなるかは自分自身の行動次第である。
	6	自分が自分自身の健康をコントロールしている。
	8	病気になるとき、自分に責任がある。
	12	健康に影響を及ぼす主なものは、自分自身の行為である。
	13	自己管理を行えば、病気を避けることができる。
	17	正しい行動をとるなら、健康を保つことができる。
PHLC	3	主治医と定期的な関わりを持つことは、病気を回避するために最も良い方法である。
	5	体調が良くないときはいつでも、医学的に訓練された専門家に相談すべきである。
	7	病気になる、もしくは健康を保つことに、家族は非常に関係がある。
	10	健康に関する専門家が、健康をコントロールする。
	14	病気から回復するのは、たいてい、他者(例えば、医師、看護婦、家族、友人)が面倒をよく見てくれたということである。
18	健康に関して、医師がどうしたらよいか教えてくれたことをするだけである。	
CHLC	2	どんな対策をしても病気になるときはなるだろう。
	4	健康に影響を及ぼす多くの事は、偶然に起こる。
	9	どのくらい早く病気から回復するかは、運が大きく影響する。
	11	健康状態が良いということの大部分は幸運によるものである。
	15	どんなことをしても、病気になりそうである。
	16	健康であると運命付けられているなら、健康を保てるだろう。

表3 生活習慣の分類基準

	望ましくない生活習慣	望ましい生活習慣
生活の規則性	不規則である	規則正しい
睡眠時間	6時間以下、または9時間以上	7～8時間
朝食の摂取	時々食べる、または食べない	ほぼ毎日食べる
食事の規則性	不規則である	規則正しい
栄養のバランス	栄養のバランスを少しは考える、 または考えない	栄養のバランスを考える
塩分摂取	ひかえていない	ひかえている、または時々ひかえる
間食の有無	ほぼ毎日食べる	ほとんど食べない、または時々食べる
飲酒	お酒を毎日飲む	お酒を飲まない、または時々飲む
喫煙	過去に煙草を吸ったことがある、 または現在も煙草を吸っている。	煙草を吸ったことがない
運動習慣	週1回以下の運動	週2回以上の運動
肥満度	BMI<18.5、または25≤BMI	18.5≤BMI<25

Categoryは、望ましくない生活習慣=1、望ましい生活習慣=2とした。

表4 生活習慣の行動別割合

n=286

	望ましい生活習慣		望ましくない生活習慣	
	人数	%	人数	%
生活の規則性	152	53.1	134	46.9
睡眠時間	130	45.5	156	54.5
朝食の摂取	195	68.2	91	31.8
食事の規則性	158	55.2	128	44.8
栄養のバランスへの配慮	29	10.1	257	89.9
塩分摂取	164	57.3	122	42.7
間食の有無	266	93.0	20	7.0
飲酒	174	60.8	112	39.2
喫煙	97	33.9	189	66.1
運動習慣	46	16.1	240	83.9
BMI	151	53.1	135	46.9

対象者の特徴、及び生活習慣と各HLCとの関連を検討するためにSpearmanの順位相関係数を用いた。分析には、主に統計パッケージHALBAU for Windows Ver. 6.25を使用した。

## 5. 用語の定義

保健行動：「健康のあらゆる段階にみられる、健康保持、回復、増進を目的として人々が行うあらゆる行動」<sup>13)</sup>であり、自らの健康保持増進のために行う行動で、その行動が健康的か、あるいは、不健康的かを区別しない、あらゆる活動を意味する。

生活習慣：食生活、日々の運動習慣、喫煙といった個人的なことばかりではなく、社会的活動を含む幅広い概念であるが、本研究では、日常生活習慣を表す用語として用いる。

## Ⅲ. 結果

### 1. 調査対象者の生活習慣の特徴

生活習慣別の割合を表4に示す。「間食の有無」、「朝食の摂取」で望ましい生活習慣の割合が高い傾向が見られ、「栄養バランス」「喫煙」「運動習慣」といった項目で望ましい生活習慣の割合が低い傾向にあった。

調査対象者の特徴と生活習慣との関係を表5に示す。「朝食の摂取」においては「年齢」( $r=.238$   $p<.001$ ), 「婚姻状況」( $r=.297$   $p<.05$ ), 「同居家族の有無」( $r=.221$   $p<.01$ ), 「生活満足度」( $r=.276$   $p<.001$ ) との間の相関が高かった。「飲酒」においては「年齢」( $r=-.318$   $p<.001$ ), 「婚姻状況」( $r=-.192$   $p<.01$ ) と有意な負の相関が示された。「生活の規則性」では「健康への関心」( $r=.156$   $p<.01$ ), 「生活満足度」( $r=.220$   $p<.001$ ), 「食事の規則性」では「生活満足度」( $r=.276$   $p<.001$ ), 「塩分摂取」では「健康への関心」( $r=.183$   $p<.01$ ) との間の相関が高かった。

調査対象者の特徴間の関係を表6に示す。「年

齢」においては「婚姻状況」( $r=.469$   $p<.001$ ), 「通院状況」( $r=.210$   $p<.001$ ), 「健康への関心」( $r=.192$   $p<.01$ ) との間に相関が認められた。「婚姻状況」では「同居家族の有無」( $r=.350$   $p<.001$ ), 「主観的健康状態」では「通院状況」( $r=-.184$   $p<.01$ ), 「生活満足度」( $r=.205$   $p<.001$ ), 「通院状況」では「健康への関心」( $r=.155$   $p<.01$ ) の間に相関が認められた。

## 2. MHLCの信頼性

本研究に用いたMHLCの信頼性を検討するために、内的整合性についてCronbachの $\alpha$ 係数を用いた結果、男性ではIHLC: 0.66 PHLC: 0.53 CHLC: 0.73であった。

表5 分析対象者の特性と生活習慣の相関係数

	年齢	婚姻状況	同居家族の有無	主観的健康状態	通院状況	健康への関心	生活満足度
生活の規則性	.131 *	.136 *	.106	.085	.005	.156 **	.220 ***
睡眠時間	.148 *	.133 *	.120 *	.066	-.096	.048	.150 *
朝食の摂取	.238 ***	.297 ***	.221 **	.034	.073	.147 *	.165 **
食事の規則性	.150 *	.150 *	.123 *	.087	.025	.122 *	.276 ***
栄養のバランス	.099	.025	-.025	.043	.032	.076	.095
塩分摂取	.024	-.053	-.021	-.008	.088	.183 **	.095
間食の有無	.056	.000	.004	.029	-.015	.070	.055
飲酒	-.318 ***	-.192 **	-.063	-.067	.009	.086	-.082
喫煙	-.076	-.055	-.028	.007	.019	.082	.002
運動習慣	-.093	-.031	.038	.067	-.050	.036	.094
BMI	.014	-.033	.008	.133 *	-.032	-.011	.073

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

Categoryは次のとおり。

年齢 (10代=1、20代=2、30代=3、40代=4、50代=5、60代=6)、婚姻状況 (未婚=1、既婚=2)、同居家族の有無 (なし=1、あり=2)、主観的健康状態 (非健康群=1、健康群=2)、通院状況 (通院していない=1、通院している=2)、健康への関心 (なし=1、あり=2)、生活満足度 (不満足群=1、満足群=2)

表6 分析対象者の特性間の相関係数

	年齢	婚姻状況	同居家族の有無	主観的健康状態	通院状況	健康への関心	生活満足度
年齢	1.000	.469 ***	.098	.003	.210 ***	.192 **	.092
婚姻状況		1.000	.350 ***	.043	.034	.097	.130 *
同居家族の有無			1.000	.019	.043	-.030	.108
主観的健康状態				1.000	-.184 **	-.010	.205 ***
通院状況					1.000	.155 **	-.022
健康への関心						1.000	.069
生活満足度							1.000

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

また、各下位尺度のスコアの平均は、IHLC : 25.78±3.90, PHLC : 22.37±3.77, CHLC : 16.71±4.97であった。年代別にスコアに違いの有無を確認したが、有意な差は認められなかった。

### 3. MHLCとの相関 (表7)

生活習慣とIHLC・PHLC・CHLCスコアとの相関をSpearmanの順位相関係数を用いて検定を行った。

IHLCでは、「喫煙していない」( $r=.151$   $p<.01$ ), 「食事を規則正しくとる」( $r=.121$   $p<.05$ ) 「生活満足度」( $r=.159$   $p<.01$ )との間に有意な相関が認められた。PHLCでは、「同居家族あり」( $r=.122$   $p<.05$ )との間に有意な相関が認められた。また、有意ではないものの既婚者はPHLCのスコアが高くなる傾向がみられた ( $r=.111$   $p=.06$ )。CHLCとの間には有意な相関は認められなかった。

本調査で用いた生活習慣の得点を総計したもの (Total score) と各HLCスコアとの関係を見た

表7 生活習慣とMHLCとの相関係数

	IHLC	PHLC	CHLC
生活の規則性	.081	.015	-.038
睡眠時間	.029	-.016	-.066
朝食の摂取	.082	.064	-.061
食事の規則性	.121 *	.061	-.027
栄養のバランス	.044	.083	.009
塩分摂取	.019	.046	.076
間食の有無	.001	.003	-.039
飲酒	.026	.040	.012
喫煙	.161 **	.042	-.004
運動習慣	.043	-.061	-.018
BMI	-.021	-.043	.023
Total score	.157 **	.060	-.028
主観的健康状態	.044	-.027	-.059
通院状況	-.027	.043	.065
健康への関心	.005	.001	-.087
生活満足度	.159 **	.019	-.031
年齢	-.005	.109	.042
婚姻状況	.023	.108	-.047
同居家族の有無	.068	.122 *	-.017

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$

ところ、望ましい生活習慣が多い者ほどIHLCスコアが有意に高くなっていることが示された ( $r=.153$   $p<.01$ )。しかし、PHLC, CHLCについては有意な相関は認められなかった。

## IV. 考 察

### 1. 調査対象者の生活習慣

生活習慣の特徴として次のようなことが示された。

運動習慣と栄養バランスについて、望ましい生活習慣の割合が低く、習慣の獲得の難しさが伺える。栄養バランスを考えた食事が行われにくい理由として、生活習慣病などに対する危機意識が低いことや、栄養的な知識が十分でないため、あまり意識されていないのではないかと考えられる。

同居家族ありと回答した者ほど、朝食を毎日食べていることや、既婚者の方が「生活の規則性」「朝食の摂取」「食事の規則性」で、望ましい生活習慣の割合が多いことが示された。しかし、IHLCスコアとの関連が認められないことから、自発的な行動というよりは、食事の準備をする者がいるといったことが影響し、妻や家族のサポートによる受動的な習慣になっていると考えられる。また、生活への満足度において、「生活の規則性」「睡眠時間」「朝食の摂取」「食事の規則性」「婚姻状況」と関係が認められ、比較的身に付けやすい習慣であるとともに、妻によるサポートが生活の満足度を高くさせていると考える。

医療機関へ通院している者は、健康への関心が高いことが示され、自らの健康状態を意識する機会が増えることで、関心が高まったものと思われる。また、健康への関心は塩分摂取など一部の生活習慣と関係が認められ、自らが望ましい生活習慣を理解し、実行へ移すための重要な役割を持っていると考える。

### 2. 整合性の検討

MHLCは、既に米国を中心とした調査・研究で信頼性・妥当性の検証が幅広く行われている。

この調査で用いたMHLCの $\alpha$ 係数は、IHLC : 0.66 PHLC : 0.53 CHLC : 0.73となり、この尺度の開発者であるWallstonらの調査結果である

IHLC : 0.77 PHLC : 0.67 CHLC : 0.75と比較すると、全体的に低い値となった。IHLCとCHLCに関しては、 $\alpha$ 係数が0.6以上とある程度の内的整合性が得られているものと考えられたが、PHLCに関して $\alpha$ 係数が0.5前後と低い値を示し、内的整合性に問題があるものと判断された。

PHLCの $\alpha$ 係数が低い結果となったのは、医師や看護師、家族といった多様な対象を含む曖昧な表現が原因となっていると思われる。堀毛ら<sup>14)</sup>によれば、PHLCには、医師や看護師などの医療者をイメージして回答する者と家族や親類をイメージして回答する者で違いがあるとしている。本調査の対象者からも「家族は病気をしたときの経済的な助けになるが、医療関係者をイメージした場合、それほど影響しているとは思わない」といった意見が聞かれるなど、各人のイメージの違いが、PHLCの $\alpha$ 係数を低くした原因と考えられる。

### 3. MHLCと生活習慣の関連

#### 1) IHLC

IHLCと「生活満足度」「食事の規則性」「喫煙」で関連が認められた。これらは、他の生活習慣と比べると、比較的、自分の意志によってコントロールしやすい項目のように思われる。また、望ましい生活習慣の割合の増加とIHLCスコアに関連が認められ、内的統制傾向の高い者は、望ましい保健行動をとる傾向が認められる。その結果、生活満足度も高い傾向になったと考えられる。

渡辺ら<sup>15)</sup>の大学生の喫煙行動に関する調査では、内的統制傾向が強いほど喫煙に対して否定的態度をとることが認められたとしている。また、Jamesら<sup>16)</sup>の研究においても、非喫煙者は喫煙者より内的統制傾向であるとしており、本研究においても同様の結果が得られた。

HLCと保健行動との関連を見た研究のなかで関連があったとしたものは内的統制傾向が強い者ほど積極的な保健行動をとる<sup>17)~19)</sup>ことが報告されている。つまりセルフケア行動に適していると言うことになり、これを支持する結果が喫煙、生活満足度、食事の規則性で認められた。

本調査を通して、生活習慣に影響しているものとして、同居家族の有無や婚姻状況などが示されており、内的統制傾向の健康観だけでなく、家族等の周囲のサポートによる環境要因が整うことが実行へと移されるための条件ではないかと思われる。

また、健康への関心が高い者ほど、IHLCスコアが高く、望ましい生活習慣が増加するのではないかと予測されたが、関係は認められず、健康への関心は健康観、保健行動の実行とは独立した要因であると考えられる。

#### 2) PHLC

婚姻状況とは関係が認められず、同居家族がいる者ほどPHLCスコアが高く、実際に同居している家族の支えがあることで、健康に関して自己管理意識より、家族へ依存的な意識が生じているのではないかと考えられる。

現在、医療機関へ通院している者は、医療スタッフと接する機会が増えるため、スコアが高くなるのではないかと予想されたが、関係は認められなかった。これらのことから、PHLCスコアは医療関係者ではなく、家族の存在が強く影響するものと思われる。

#### 3) CHLC

本調査で、CHLCと生活習慣の間で有意な相関を示したのは認められなかった。藤野ら<sup>9)</sup>の調査でも、MHLCと健康行動、食行動との関連を見ているが、CHLCとの有意な関係は認められていない。

これは、各人が病気をどう捉えるかが影響していると思われる。病気を運・運命と受け止める者と、遺伝的な要因や環境要因によるものと受け止める者で状況が異なる。実際に、アンケートの回答現場で、運・運命とは遺伝的なものを含むのかといった質問が見られた。このように、CHLCにおいても、PHLCと同様に、多面性を有しているものと考えられる。

近年、多くのメディアから遺伝に関する情報を得られるようになったため、運・運命といった目に見えないもので構成される純粋な下位尺度と遺伝的な要因や環境要因による下位尺度を



分けて開発する必要があるかもしれない。今後、このような多面性の影響があるのかを含め検討していく必要がある。

#### 4. MHLC利用の検討

生活習慣は、それぞれの生活の中で少しずつ獲得されてきたもので、望ましい保健行動への変容を求めるのは難しい。しかし、生活習慣は多くの疾患との関連が認められており、各人が正確な知識を基に望ましい生活習慣および、予防行動を獲得しなければならない。そのためにも、個人の特性に応じた教育プログラムは有意義であろう。

本調査で用いたMHLCは、少なからず生活習慣と関係があることを示唆する結果となった。個人の信念といった特性を把握することで、生活習慣とその行動を実行に移す心理的要因の一部の理解を助けるものと考えられる。しかし、現段階の尺度では、PHLCの内的整合性が低いことや、CHLCにおいて遺伝的な要因をどのように扱っていくのかなど問題点も多い。

健康教育の場面への適応をみた中村ら<sup>20)</sup>の研究では、内的整合性の高い者ほど、運動習慣・食習慣の改善が認められており、教育場面での応用が期待できる。本調査からは、IHLCスコアの高い者は、望ましい生活習慣を多く獲得していることが示され、積極的な保健行動をとるものと考えられる。これは、セルフケア行動に適しているということになり、積極的に健康情報を提供していくことで、自己管理意識を向上させ、望ましい生活習慣へと変容が可能と思われる。

本調査からPHLCスコアには同居家族の有無が影響していることが示された。宗像<sup>13)</sup>は外的統制傾向の人は、周りからの支援（例えば家族の支援など）や環境条件を改善するといったプログラムならばうまく活用することができるとしている。これらのことから、PHLCスコアの高い者へは保健師、看護師、医師など健康に関する専門家を資源として積極的に利用することを促し、同時に、家族など身の回りの者に協力を得るなどして、本人を取り囲むようなサポート体制が有効ではないかと考える。その結果、行動の変容が認められた

時点で、自己の健康は、自らの行動によって、維持・増進できることを理解してもらえような教育プロセスが必要ではないだろうか。

生活習慣や健康観など、個々の特性に合わせた健康教育は望ましい生活習慣へ導くために有効で効率のよいものであると考える。しかし、すべての人にHLC尺度を用いた測定の必要は無い。本調査の時点では、各下位尺度のスコアが何点以上を高スコア、何点以下を低スコアとするといった基準がなく、相対的に判断するしかない。現時点でのHLCの利用方法として、これまでのような自己管理に重点をおいた教育で生活習慣が改善されない場合、HLCを用い、その特徴にあわせた教育を行うといった方法が良いのではないかと考えられる。また、Wallston<sup>6)</sup>は、HLCは、行動の変容に足らないものの解釈を拡大させるとしており、今までの教育に不適応な人にとって、その要因を把握するための有効な尺度の一つではないかと思われる。

#### V. 結語および今後の課題

本調査からMHLCを用いた保健行動予測に関する基礎データを収集し、以下のような結果および課題が得られた、

1. IHLCと生活習慣において、いくつかの項目で関係が認められた。また、望ましい生活習慣が多い者ほど、IHLCのスコアが高かった。
2. PHLCの内的整合性は低く、質問項目の再検討が必要である。また、CHLCとの相関は認められていないことから、下位尺度の多次元化が必要なのかについて再検討が必要である。
3. 下位尺度の特徴にあわせた健康教育を行うことで対象者の生活習慣、健康へ対する信念がどのように変化していくのか、縦断的な介入研究が必要である。
4. 今後、性差についても検討が必要である。

#### VI. 謝辞

御協力を頂いた諸先生方、ならびに調査に御協力いただいた保健師、労働者の皆様に紙面をお借りして、深く御礼申し上げます。

## 文 献

- 1) Rotter, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs, General and Applied*, **80**, 1-28, 1966
- 2) 渡辺正樹: Health Locus of Controlによる保健行動予測の試み, *東京大学教育学部紀要*, **25**, 298-307, 1985
- 3) Levenson H: Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control, *J Pers Assess*, **38**, 377-383, 1974
- 4) Levenson H: Multidimensional Locus of Control in prison inmates, *J Appl Soc Psychol*, **5**, 342-347, 1975
- 5) Wallston, K. A., Wallston, B. S., Devellis, R.: Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales, *Health Education Monographs*, **6**, 161-170, 1978
- 6) Wallston, B. S., Wallston, K. A.: Locus of Control and Health: Review of the Literature, *Health Education Monographs*, **6**, 107-117, 1978
- 7) Talbot F, Nouwen A, Gauthier J: Is Health Locus of Control A3-Factor or A2-Factor construct?, *Journal of Clinical Psychology*, September, **52**, 559-569, 1996
- 8) Wallston, K. A., Stein, M. J., Smith, C. A.,: Form C of the MHLC Scale: A Condition-Specific Measure of Locus of Control, *Journal of Personality Assessment*, **63**, 534-553, 1994
- 9) 藤野文代, 斎藤やよい, , 土屋尚義, 他: 老年期慢性疾患患者の健康行動に関する研究—生活の満足度・ソーシャルサポート・MHLCとの関連—, *東京女子医科大学看護短期大学研究紀要*, **10**, 61-68, 1989
- 10) 藤野文代, 飯島美代子, 金井和子: 慢性疾患患者の健康行動とMHLC—年代別・男女別比較—, *日本看護科学会誌*, **9**, 84-85, 1989
- 11) 藤野文代, 斎藤やよい, 米沢弘恵, 他: MHLCとPILに関する検討, *日本看護科学会誌*, **11**, 178-179, 1991
- 12) Breslow, L. and Enstrom, J. E.: Persistence of health habits and their relationship to mortality, *Prev. Med*, **9**: 469-483, 1980
- 13) 宗像恒次: 行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 1996
- 14) 堀毛裕子: 日本版Health Locus of Control尺度の作成, *健康心理学研究*, **4**, 1-7, 1991
- 15) 渡辺正樹: 大学生におけるHealth Locus of Controlと喫煙に関する態度・行動との関連, *学校保健研究*, **7**, 179, 1985
- 16) James, W. H., Woodruff, A. B., Werner, W.: Effect of internal and external control upon changes in smoking behavior, *J Consult Psychol*, **29**, 184-186, 1965
- 17) 吉田由美: Health Locus of Controlと健康の価値による予防的保健行動の予測—学童の場合—, *千葉県立衛生短期大学紀要*, **8**, 45-63, 1990
- 18) 吉田由美: 健康情報の収集行動とHealth Locus of Controlとの関連, *日本公衆衛生雑誌*, **42**, 69-77, 1996
- 19) Dabbs JM, Kirshct JP: "Internal Control" and the taking of influenza shots. *Psychol Rep*, **28**, 959-962, 1971
- 20) 中村裕之, 長瀬博文, 荻野景規, 他: 保健行動のモチベーション解析に基づいた職場の健康教育プログラムに関する研究, *産業医学ジャーナル*, **25**, 61-67, 2002

# 市町村における子育て支援事業の課題と展望

—保健師の子育てサークルへの関わりを通して—

## Issues and prospects in child-care support services in the community

—Through involvement of public health nurses in child-care groups—

長谷川珠代<sup>\*1</sup>・佐藤 京子<sup>\*1</sup>・鶴田 来美<sup>\*1</sup>

Tamayo Hasegawa<sup>\*1</sup>・Kyoko Sato<sup>\*1</sup>・Kurumi Tsuruta<sup>\*1</sup>

**キーワード**：子育てサークル，子育て支援，保健師，地域社会

Child-care group, Child-care support, Public health nurse, Community

### I. はじめに

我が国では，少子化や核家族化の進行，就労環境の変化，近隣関係の希薄化などを背景に，家庭や地域における子育ての力が著しく低下している。そして，孤立した育児や育児不安，育児負担感の増加が社会的な問題となっている現在，親の子育て力を高めるための支援，子育ての仲間づくり，交流を通して子育て負担感を軽減しようとする動きが各地で進められるようになった。

21世紀の我が国の母子保健が取り組む方向性を示した「健やか親子21」<sup>1)</sup>は，安心して子どもを産みゆとりを持って健やかに育てるための家庭や地域の環境づくりをテーマに掲げており，主要な4つの課題の中に「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」を掲げている。各自治体は，これらの基本方針を踏まえた上で，自治体独自の母子保健計画を策定しているが，その中で，子育てサークルの育成及び育児支援は重要な課題となっている。

本研究は，保健師が関わっている子育てサークルの実態や効果，子育てサークルの関わりにおける保健師の役割や課題を明らかにし，今後の子育て支援事業のあり方を検討することを目的に調査を実施した。「健やか親子21」の活動は，2001年

から2010年までの10年計画で進め，中間の2005年に実施状況を評価し必要な見直しを行うことになっている。本調査は，自治体が行う中間評価の基礎資料となりうると考える。

### II. 方法

宮崎県内の44市町村で，母子保健事業を担当している部署の保健師を対象に，子育てサークルに関する質問紙調査を実施した。調査期間は，2003年12月から2004年の1月までで，質問紙と調査の趣旨及び協力を依頼する文書を同封したうえで，各市町村の保健事業所管課に郵送し，母子保健事業を担当する保健師1名が回答するよう依頼した。なお，研究への参加については，質問紙が返送された場合に研究参加の同意が得られたものとした。

調査の内容は，各市町村の看護職者の数（病院勤務を除く），所属分野，保健師の考える子育てサークルの効果，子育てサークルにおける保健師の役割や，子育てサークルへの関わりにおける保健師の課題，子育てサークルの概要についてであった。

子育てサークルの効果については，研究者ら<sup>2)</sup>が子育てサークル参加者に対して参加の意味を尋ね，そこから得られた結果と，平成12年度健康調

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

査事業アンケート等<sup>3)~5)</sup>を基に、「保健師の考える育児サークルの良い効果」11項目、「保健師の考える育児サークルの良くない効果」5項目の質問を作成した。それぞれの項目について、①とてもある、②ややある、③わからない、④あまりない、⑤ない、の5段階の選択肢を与え、「とてもある」「ややある」の回答については、「あり」、「あまりない」「ない」の回答は、「なし」と捉えた。

子育てサークルにおける保健師の役割や、子育てサークルへの関わりにおける保健師の課題については、自由記載で回答を得た。記述された内容については、研究者間で解釈し、同じ意味を示すものをまとめ、それらを象徴するカテゴリー名をつけた。

### Ⅲ. 結果

44市町村に対し調査票を郵送し、41市町村から返送があった(回収率93.2%)。調査票の回答者は、全て各市町村の保健分野に所属しており、職位は、保健師、主任、係長等であった。回答者の勤務年数は5か月から27年、中央値は10年であった。

#### 1. 市町村における看護職者の配置状況

(表1, 表2)

各市町村の看護職者は総数414名、内訳は保健師239名、助産師29名、看護師146名であり雇用形態については63.3%が常勤、36.7%が非常勤であった。職種別では、保健師は97.9%が常勤であるのに対し、助産師は100%が非常勤、看護師は80.8%が非常勤であった。看護職の所属部署については、保健分野に保健師の72.2%、看護師の73.7%が、福祉分野に保健師の15.6%、看護師の5.3%が、その他の分野に保健師の12.2%、看護師の21.0%が所属していた。その他の分野の所属については、介護保険や国民健康保険に関する部署、住民課、福祉事務所や老人ホーム、学校教育課などが挙げられていた。なお、助産師については、全員が非常勤であるため、所属はなしであった。

#### 2. 保健師の考える子育てサークルの効果

(表3, 表4)

保健師が考える子育てサークルの良い効果については、11項目中9項目について、90%以上が効果ありと回答していた。そのなかでも、「情報交換の場として利用できる」と「親同士で友達ができる」については、100%が良い効果「あり」と回答していた。子育てそのものについての効果

表1. 市町村における看護職者の雇用形態

単位: 人 (%)

	職種内訳			計
	保健師	助産師	看護師	
常勤	234 (97.9)	0 (0)	28 (19.2)	262 (63.3)
非常勤	5 (2.1)	29 (100)	118 (80.8)	152 (36.7)
計	239 (100)	29 (100)	146 (100)	414 (100)

表2. 市町村における看護職者の所属分野

単位: 人 (%)

	職種別内訳			計
	保健師	助産師	看護師	
保健分野	166 (72.2)	0 (0)	14 (73.7)	180 (72.0)
福祉分野	36 (15.6)	0 (0)	1 (5.3)	37 (15.0)
その他	28 (12.2)	0 (0)	4 (21.0)	32 (13.0)
計	230 (100)	0 (0)	19 (100)	249 (100)

注) 無回答及び非常勤で所属分野のない者は除いた

表3. 保健師の考える子育てサークルの良い効果 n=41 単位：人 (%)

	あり	なし	わからない
1) 子育てに自信がつく	38 (92.7)	3 (7.3)	0 (0)
2) 子どもの遊ばせ方がうまくなる	38 (92.7)	3 (7.3)	0 (0)
3) 子どもを客観的にみられるようになる	38 (92.7)	3 (7.3)	0 (0)
4) 育児不安が解消する	40 (97.6)	1 (2.4)	0 (0)
5) 情報の交換や利用ができる	41 (100)	0 (0)	0 (0)
6) 親同士で友達ができる	41 (100)	0 (0)	0 (0)
7) 子どもがいきいきする	40 (97.6)	1 (2.4)	0 (0)
8) 子どもに友達ができる	39 (95.1)	2 (4.9)	0 (0)
9) 親の生活が充実する	38 (92.7)	1 (2.4)	2 (4.9)
10) 父親の育児参加がふえる	11 (26.8)	21 (51.2)	9 (22.0)
11) 親が地域や社会に関心をもつ	29 (70.7)	8 (19.5)	4 (9.8)

表4. 保健師の考える子育てサークルの良くない効果 n=41 単位：人 (%)

	あり	なし	わからない
1) 子どもを比較してストレスになる	23 (56.1)	13 (31.7)	5 (12.2)
2) 子ども同士のトラブルで気まづくなる	15 (36.6)	22 (53.7)	4 (9.8)
3) 親同士が気を使いすぎる	16 (39.0)	18 (43.9)	7 (17.1)
4) 親同士のいじめが生じる	4 (9.8)	27 (65.9)	10 (24.4)
5) サークル以外の人を排除しやすい	12 (29.3)	23 (56.1)	6 (14.6)

「子育てに自信がつく」「子どもの遊ばせ方がうまくなる」「子どもを客観的にみられるようになる」については、それぞれの7.3%が効果‘なし’、子どもを主体として捉えた効果「子どもがいきいきする」と「子どもに友達ができる」については、それぞれ、2.4%、4.9%が、効果‘なし’と回答していた。

良い効果‘なし’という回答が多かったのは「父親の育児参加がふえる」51.2%、次いで「親が地域や社会に関心をもつ」19.5%であった。

これとは逆に、保健師が考える子育てサークルの良くない効果については、「子どもを比較してストレスになる」56.1%が最も多く、次いで「親同士が気を使いすぎる」39.0%、「子ども同士のトラブルで気まづくなる」36.6%であった。

### 3. 保健師の子育てサークルへの関わり (表5)

今回の調査で回答が得られた41市町村のうち、保健師が子育てサークルに関わっていると回答したのは15市町村で、それぞれのサークルの数をあ

わせると34サークルであった。この34サークルの会員数、設立時期、サークルの開催頻度、活動場所、サークルの構成、設立のきっかけ、保健師の関わりの内容、保健師以外の援助者については、表5に示した。

保健師の関わっている子育てサークルの会員数の最小値5人、最大値55人で、10～19人の会員で構成されているサークルが44.1%で最も多かった。開催頻度は、月に1～2回が61.8%で最も多かった。月4回以上開催しているサークルは29.4%で、少ないところでは、年に2～3回程度開催のサークルも5.9%あった。活動場所としては保健所・保健センターが50%で、その他の場所では、公民館や児童館を利用していた。設立のきっかけは、母子保健事業を通してのものが38.2%、親の自主的活動によるものが32.4%で、保健師からの計画的な働きかけによるものは11.8%であった。

サークルの構成としては、多胎児や疾患児、障害児といった共通の課題を持つ親のサークルより、その他に含まれている不安や悩みを話し合うサー

表5. 保健師が関わっている子育てサークルの概要

		n=34 単位：人 (%)	
		人数	(%)
会員数	1～9	9	(26.5)
	10～19	15	(44.1)
	20～29	8	(23.5)
	30以上	2	(13.2)
設立年	平成9年以前	7	(20.6)
	平成10～11年	9	(26.5)
	平成12～13年	8	(23.5)
	平成14年以降	6	(17.6)
	不明	4	(11.8)
開催頻度	月1～2回	21	(61.8)
	月4回以上	10	(29.4)
	2～3/年	2	(5.9)
	不定期	1	(2.9)
活動場所	保健所・保健センター	17	(50.0)
	支援センター	4	(11.8)
	保育所	3	(8.8)
	その他	10	(29.4)
サークルの構成	多胎児	3	(8.8)
	疾患児	3	(8.8)
	障害児	2	(5.9)
	その他	26	(76.5)
設立のきっかけ (複数回答)	母子保健活動から	13	(38.2)
	親が自主的に	11	(32.4)
	保健以外の分野から	6	(17.6)
	保健師からの計画的な働きかけ	4	(11.8)
	その他	3	(8.8)
保健師の関わり (複数回答)	運営上の相談や援助	21	(61.8)
	自立へ向けての相談や援助	6	(17.6)
	リーダーへの研修	3	(8.8)
	講師派遣など	2	(5.9)
	その他	15	(44.1)
保健師以外の援助者 (複数回答)	保育士	12	(35.3)
	栄養士	11	(32.3)
	助産師	5	14.7
	社会教育関係者	5	(14.7)
	母子保健推進員	4	(11.8)
	看護師	3	(8.8)
	心理相談員	2	(5.9)
その他	10	(29.4)	

クルの方が多かった。

保健師の関わりとしては、運営上の相談や援助が61.8%、自立に向けての相談や援助が17.6%で、その他の44.1%には、場の提供や参加者の紹介などが挙げられていた。

保健師以外に関わっている職種としては、保育士35.3%、栄養士32.3%、助産師14.7%、社会教育関係者14.7%であった。その他としては、民生委員や食生活推進員、学生などが挙げられていた。

4. 子育てサークルにおける保健師の役割 (表6)

子育てサークルにおける保健師の役割については、22市町村から自由記載による回答が得られた。記述された内容を、研究者間で文節毎に解釈し、同じ意味のものを整理したところ、自主的な活動の支援、サークル内のコーディネーター、きっかけづくり、リーダーの育成と支援、情報の提供、相談の窓口、場の提供、関係する他機関との連携の8項目に分類され、さらに、前者の4項目は、サークル活動への「直接的な役割」、後者の4項目は、「間接的な役割」に分類された。

5. 子育てサークルへの関わりにおける保健師の課題 (表7)

子育てサークルへの関わりにおける保健師の課題については、21市町村から自由記載による回答が得られた。ニーズの把握や、親への教育・指導、自主性を重視した支援、リーダー育成やサークル同士の交流支援等の記述については、「保健師の関わる姿勢」、担当分野や関係組織との連携、時間と予算の確保、業務とサークル参加の調整に関する記述については、「業務環境の整備」に分類し、これらを「保健師の課題」と捉えた。また、乳幼児が少ない、親同士の交流の場がない、古い慣習にはまっているといった記述については、「地域社会の課題」と捉えた。

表6. 子育てサークルにおける保健師の役割

直接的な役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自主的な活動の支援</li> <li>• サークル内のコーディネイト</li> <li>• きっかけづくり</li> <li>• リーダーの育成と支援</li> </ul>
間接的な役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 情報の提供</li> <li>• 場の提供</li> <li>• 相談窓口</li> <li>• 関係する他機関との連携を取る</li> </ul>

注) 22市町村からの回答

表7. 子育てサークルへの関わりにおける保健師の課題

保健師の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ニーズの把握</li> <li>• 親への教育・指導</li> <li>• 自主性を重視した支援</li> <li>• リーダーの育成・サークル同士の交流支援</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 担当分野、関係組織との連携</li> <li>• 時間と予算の確保</li> <li>• 業務とサークル参加の調整</li> </ul>
地域社会の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 乳幼児が少ない</li> <li>• 親同士の交流の場がない</li> <li>• 古い慣習にはまっている</li> </ul>

注) 21市町村からの回答

## IV. 考察

### 1. 調査について

今回、宮崎県内44市町村の母子保健事業を担当している部署の保健師に対して、子育てサークルに関する質問紙調査を実施した結果、41市町村から回答を得た。各市町村の母子保健事業については、人口の構成や重点課題が異なるため、保健師の母子保健活動とまとめてしまうことに無理があるかもしれない。また、回答が得られていない3市町村の特性は不明であるとともに、代表者1名に回答を求めたこと、回答者の勤務年数のばらつきが大きいこと、自由記載の設問については、回答が得られた範囲での分析であることなどの理由から、回答をした市町村、保健師個人の意見に左右された結果及び考察を招いている可能性がある。しかしながら、回答が得られた41市町村は宮崎県における全市町村調査に相当し、また自由記載においても約半数から意見が得られたことは、本研究の目的である子育てサークルにおける保健師の役割や課題を明らかにし、今後の子育て支援事業のあり方を検討する上で大きな意味を持つと考えられる。

### 2. 子育てサークルの効果

子育てサークルの効果については、良い効果11項目、良くない効果5項目を設定し調査を行った。これらは、研究者らの先行研究から作成された項目であり、良い効果については、それが期待できる項目、良くない効果については、それらが懸念される項目になっている。

今回の調査でこれらの項目を用いたところ、良い効果については、11項目中9項目について、9割以上の保健師から効果ありという回答が得られた。すなわち、保健師は子育てサークルを、育児不安の解消や子育ての方法の学習、親や子ども同士の交流の場として効果があると位置づけていることが明らかになった。また、子育てサークルは、ひとつの活動の場ではあるが、この活動を通して親が地域や社会に関心をもつことにもつながると7割の保健師が認識していた。しかし、子育てサークルが父親の育児参加に果たす効果については、

5割以上が効果なしと回答しており、父親の育児参加に及ぼす影響は低いことが示された。子育てサークルの良くない効果については、約6割の保健師が、子どもを比較してストレスになる、約4割の保健師が、親同士が気を使いすぎるや子ども同士のトラブルで気まずくなると回答していた。

これらのことから、子育てサークルは、同じ世代の子を持つ親同士が、地域の中で友達を作りながら育児についての相談や情報交換を行い、友達関係を築いていく一方で、子ども同士を比較してそれがストレスとなったり、人間関係におけるトラブルが生じる場となりうる二面性を持っていることが示された。

父親の家事・育児参加については、母親の子育て不安の減少に影響すると言われているが<sup>6)</sup>、現在の子育てサークルは、父親の育児参加に対してあまり効果が期待できない現状がみられた。そのため、子育てサークルに父親の参加を促すこと、サークル活動の存在を知ってもらうことが今後必要と思われる。

### 3. 子育てサークルの運営と保健師の役割

保健師の子育てサークルへの関わりとしては、運営上の相談や援助が6割を占め、自立に向けての相談や援助は約2割、リーダーへの研修や講師派遣などは1割以下であった。保健師以外の援助者としては、保育士や栄養士がそれぞれ3割以上であり、子育てサークルに参加している親子にとって遊び方や接し方、離乳食指導などは、重要な関心事であり、必要性が高いことが示唆された。また、サークルを通して親同士が友達になり、話をしやすい環境を作るためには、保健師以外のさまざまな職種や、地域社会との交流に貢献できる援助者の参加が必要であり、サークル活動の運営と活性化に欠かせない存在と考える。

自由記載によって得られた子育てサークルにおける保健師の役割は、サークルへの直接的な役割と間接的な役割の二つに分類された。直接的な役割には、保健師は自主的な活動を支援し発展させていくために、サークルの立ち上げるきっかけ作りやコーディネートを行い、その中でリーダーを



育成していくことなどが含まれた。間接的な役割には、健診の場などでサークルの情報を提供していくことや、集まる場を提供すること、サークルからの相談に応じるなど、保健師が積極的に関わっていくのではなく、受容あるいは受け身的な関わりが示された。また、間接的な役割には、サークルに関係する他の機関と連携を取ることも示されており、サークル活動の運営に直接的に関わるのではなく、陰から順調な運営・発展のためサークルを取り巻く環境・体制を整える役割が示された。しかしこのような、地区組織化活動における、いわゆる黒子的な役割は、保健師活動として表現されにくく、他者との共有や理解が困難であることから<sup>7)</sup>、保健師活動の成果として評価項目を具体的に示していくことが今後の課題と考える。

#### 4. 地域における子育て支援事業の課題と展望

自由記載によって得られた子育てサークルに関わる上での課題については、保健師の課題と地域社会の課題の二つに分類された。保健師の課題については、さらに、関わる姿勢と業務環境の整備に分類され、関わる姿勢にはリーダーの育成や親への指導など教育的な関わり、メンバーのニーズ把握やプログラムの考案などサークルの一員として関わることや、自主性を重視した支援とその見極めなどが含まれた。Tuckman<sup>7)</sup>は、グループ発達段階を、第1期形成期、第2期波乱期、第3期規範形成期、第4期実行期と分類しているが、保健師はサークルの発達段階を評価し、段階に応じた課題を的確に捉え、活動を支援していく必要がある。また業務環境の整備においては、担当分野・関係機関との連携、時間と予算を確保する、業務とサークルへの参加を調整するなど、サークルを支援するための保健師自身の業務環境を整備することが課題である。

地域社会の課題には、少子化に伴う参加者の減少、親同士が交流するための場がない、地域に根付く古い慣習にとらわれているなどが含まれ、育児がしやすい環境に地域社会を育てていくことなどが挙げられていた。これは高齢化率の高い地区が多く存在する本研究の対象地域の背景を象徴し

ているものでもある。

今後、子育てサークルを含めた子育て支援事業を推進していくためには、母と子だけではなく父親の育児参加を促し、親子に対する活動を展開していくとともに、親が子どもとともに学び、成長できる環境を整えていく必要がある。「親同士が参加する場、育ちあう場」として、子育てサークルは効果があるが、それだけでは不十分であり、保健師はコミュニティ全体を育児しやすい環境に整えていくよう、保健事業の見直しをしていく必要がある。

少子高齢化や困難ケースの増加など地域社会のあり方が複雑化しており、本研究の対象となった市町村もこのような深刻な問題を抱えているものと思われる。育児しやすい地域づくり、次世代育成支援に向けての事業に進展するためには、もはや行政からの一方的な働きかけでは成り立たない。地域に存在する、住民自らの意志によって運営されているさまざまな組織活動が、世代や背景などを越えて協働していくことが必要不可欠である。Elizabeth. T. A.<sup>8)</sup>は、地域を導くためには保健師のパートナーシップ・アプローチが重要で、地域の立場から考え方や住民、資源を統合することによって機能する、と述べている。保健師は、地域住民の良きパートナーとなり、地域のネットワークを密にし、地域に根ざした活動を展開するとともに、資源をうまくコーディネートしていくことが、これからの子育て支援事業及び母子保健活動において重要と考える。

#### V. おわりに

宮崎県内44市町村で母子保健を担当している保健師を対象に質問紙調査を実施し、41の市町村から回答を得た。回収率は93.2%であった。

回答者は、保健分野に所属し、母子保健に関わる保健師で、勤務年数の中央値は10年であった。回答のあった市町村で雇用されている、病院勤務を除いた看護職者として、保健師は常勤がほとんどであり、助産師・看護師は非常勤が大部分を占めた。また、このうち72%が保健分野に所属し、15%は福祉分野に所属していた。

保健師は、子育てサークルの良い効果として情報の交換や利用ができる場、親同士の友達ができる場であることを捉えており、良くないと思われる効果には子どもを比較してストレスになる、親同士が気遣うなどがあった。

保健師が子育てサークルに関わっていたのは15市町村で、それぞれのサークルの数をあわせると34サークルであった。子育てサークルは10～19人のメンバーで構成され、保健所・保健センターで月に1～2回開催されているものが多かった。保健師はサークル運営上の相談や援助、自立に向けての相談や援助で関わっていた。

子育てサークルづくりにおける保健師の役割として、相談や情報提供の窓口などの間接的な役割と、きっかけづくりやリーダーの育成などの直接的な役割を認識していた。また子育てサークルに関わる上での保健師の課題として、サークルに関わる姿勢や業務環境の整備など保健師自身の課題と、サークルを育つための地域社会の課題が認識されていた。

これからの子育て支援活動は、母親だけではなく父親も含めた親子で育児しやすい環境づくりや、親子がともに学び成長して行ける環境づくりなど、育児を支える地域社会に発展させていくことが重要である。そのために保健師は住民の身近な良きパートナーとなり、地域に存在する様々な世代や目的が異なるサークル間の交流や他分野との連携を図ることで、地域のネットワークを密にしていくなき必要がある。

## 謝 辞

調査にご協力頂きました、市町村保健師の皆様 に深く感謝申し上げます。

(この調査は宮崎県政策セミナー事業の研究事業として実施された。)

## 文 献

- 1) 厚生省の指標 国民衛生の動向, 51(9), 90-91, 財団法人 厚生統計協会, 2004
- 2) 佐藤京子: 子育てサークル参加者における参加の意味の検討, 南九州看護研究誌, 1(1), 47-61, 2003
- 3) 宮崎県福祉保健部保健業務課: 宮崎健やか親子21資料編, 40, 2003
- 4) 宮崎市保健所: 宮崎市健やか親子21アンケート調査報告書, 22, 2002
- 5) 川井尚, 中村敬, 恒次欽也他: 乳幼児健康度調査成績と保健指導, 新版・乳幼児保健指導, 日本小児保健協会, 99-223, 2002
- 6) 本保恭子, 八重樫牧子: 母親の子育て不安と父親の家事・子育て参加との関連性に関する研究, 川崎医療福祉学会誌, 13(1), 1-13, 2003
- 7) 津村智恵子編著: 改訂地域看護学, 202-211, 中央法規, 2003
- 8) Elizabeth, T. A., Judith, M. F. 編集, 金川克子他監訳: コミュニティアズパートナー地域看護学の理論と実際, 71-88, 医学書院, 2002

# 看護実践における看護職者のキーパーソンに対する認識

—医療機関における実態調査から—

## The nurses' recognition about key-person on nursing practices

—The outline of investigation in a medical insutitution—

赤星 成子<sup>\*1</sup>・土屋八千代<sup>\*1</sup>・内田 倫子<sup>\*1</sup>

Nariko Akahoshi<sup>\*1</sup>・Yachiyo Tsuchiya<sup>\*1</sup>・Rinko Uchida<sup>\*1</sup>

**キーワード**：キーパーソン，看護職者の認識，意思決定，家族  
Key-person, Nurses' recognition, Decision, Family

### I. はじめに

看護は、対象の健康問題に取り組むことによつて、その人の持てる力が発揮できると共にQOLの改善，維持・向上をめざす。特に対象がターミナル期にある場合や小児，高齢者，脳血管障害や脳神経障害等を伴い意識障害や知的障害等が見られる対象の場合は，治療方針や看護方針に対する意思決定が困難な場合がある。そのような対象の場合は，本人に代わる者の意思表示やインフォームドコンセント（以下ICとする）が必要となり，家族やキーパーソンとなる人へのアプローチが不可欠となってくる。

患者本人に代わる代弁者の役割は，本人に最も身近となる家族のものに求められてきた。それは近親者であったり，配偶者であったりする。看護職者は通常，患者本人に代わる代弁者の役割をキーパーソンとして位置づけ，患者の基礎情報収集時に記載する事が多い。

キーパーソンという用語は看護学辞典には記載されておらず，カウンセリング辞典によると，生活基盤である所属集団で，本人をバックアップしていく中心となる人物のことをさし，キーパーソンの条件としては，本人からも信頼されており，

周囲の人間に対しても，影響力を持っている人，として定義されており<sup>1)</sup>，看護学辞典での重要他者の定義—「人が日常生活を営む上で若しくは何らかの困難や問題に対処していく上で，身体的・精神的・社会的にサポートしてくれる人的資源のうち，特に重要な影響を与えてくれる人をいう。それは最愛の人であったり，親・兄弟・友人・ボランティアであったりとさまざままで，一人の場合もあれば複数の場合もある。またそのときの状況や問題によってその人が認識する重要他者は異なり非固定的である」<sup>2)</sup>とほぼ同様な意味で使われている。本報告の中でも両者を類似語として位置づけることにした。

看護職者が看護実践の中で，どのようにキーパーソンを位置づけ，どのように関わりそして活用しているのかを1999年から2004年の過去5年間で，文献検討を行った。

文献を概観し整理すると，主に①「高齢者の退院へ向けての自己管理（セルフケア）へのサポートとキーパーソン（サポート資源としてのキーパーソン）に関連した研究」<sup>3)~5)</sup>が最も多く，ついで②「告知がなされていないがん患者を含むターミナル期にある患者とキーパーソンに関連する研

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

究」<sup>6)~7)</sup>、③「中途障害者・障害児を持つ親への危機介入とキーパーソンに関連する研究」<sup>8)~10)</sup>、④「ICを望むキーパーソンとしての家族の思いに関連する研究」<sup>11)~12)</sup>、⑤「代理的意思決定を支える家族に関する研究」<sup>13)</sup>、「意思決定を支える家族に関連する研究」<sup>14)</sup>、「代理的意思決定者に関わる医療者側の問題」<sup>15)</sup>、「家族が満足する意思決定過程に関連する研究」等<sup>16)</sup>が見られた。

これらの文献では、主に 患児に対してはその両親、成・老年者の患者に対しては身近にいる家族のものがキーパーソンとして捉えられていたが、看護実践におけるキーパーソンについて、看護職者の基準とすることに関してはほとんど触れられていなかった。

そこで、今回、看護職者は日ごろ臨床場面を通して、キーパーソンをどのように位置づけ、どのように捉えているのか、役割として何を望んでいるのか調査を行った。その結果、若干の知見を得たので報告する。

## II. 研究目的

看護実践におけるキーパーソンについての概念枠組みを構築し、理論枠を明らかにしていくために、看護職者は日ごろの看護実践の中で、キーパーソンをどのように位置づけ、どのように捉えているのか、誰にその役割を求めているのか等、仮説を導くことを目的とする。

## III. 研究方法

### 1. 研究対象

研究対象は、一医療施設の看護職者48人である。アンケートは各看護単位（各診療科16部所の病棟）毎に3通ずつ手渡しで配布し、後日回収する留め置き法により記入してもらった。配付時に、経験年数が偏らないように、例えば若手、中堅、ベテランの看護師3人をお願いしたいこととその中で家族への関わりを経験している看護師を入れて欲しいことを師長を通して依頼した。回収は、指定した日に直接出向き受け取った。有効回答数は46人で有効回収率は96パーセントであった。

### 2. 調査項目

調査項目は、対象者のプロフィールの項目（年齢、性別、婚姻の有無、看護師経験年数、所属する診療科）と以下の記述式で回答を求めた項目である。記述式の項目は、①「キーパーソンを考えるときの情報を取る対象」、②「情報を得る時の質問の仕方」、③「キーパーソンの役割」、④「キーパーソンを考えるときの基準にするもの」、⑤「家族の捉え方及び範囲」、⑥「看護実践の中で実際に関わった事例について」等であった。

### 3. 研究期間

研究期間は、平成15年9月から12月である。

### 4. 倫理的配慮

倫理的配慮としては、調査依頼時、得られた回答は集計及びカテゴリー化により処理されるため個人名は特定できないこと、調査以外の目的には使用しないこと、プライバシー及び秘密の保持等文書と口頭で説明し了解を得た。

### 5. データの分析方法

プロフィールに関しては、単純集計を行った。記述式回答に関しては、KJ法を参考に内容分析を行った。また、家族の中に置ける対象の役割の違いによって回答に差が見られるのかどうかについて、既婚者・未婚者間で比較を行った。

## IV. 結果

### 1. 対象のプロフィール

対象の性別は女性45人、男性1人の46人であった。年齢構成は20代が23人（51%）、30代が15人（32.6%）、40代が8人（18%）であった。婚姻の有無は、既婚者が18人（39%）、未婚者が26人（56%）と若干未婚者が多くなっていた。経験年数は、3年未満から20年未満までの幅があり、3年未満が7人（15%）、3から5年未満が14人（30%）、5～10年未満が6人（13%）、10～15年未満が6人（13%）、15～20年未満が9人（20%）、20年以上が4人（9%）で、3から5年未満が最も多くなっていた。診療科で見ると、外科系（手術

室, ICUを含む)が23人(50.0%), 内科系が13人(28.3%), その他(小児, 母性, 精神)が10人(21.7%)となっていた(表1)。

## 2. キーパーソンについて情報を得る対象

キーパーソンに対する質問では, キーパーソンを考える時の情報を得る対象として記述してもらった。「患者さん本人」が20人(40.8%), 「本人または家族」13人(26.5%)で, ほぼ9割が本人か家族から情報を得ていた。その他, 「入院時の同行者」「面会によく来る家族」「患者の面会者」「カルテからの情報」「術中の待機者」「術前訪問時に会う面会者」から情報をえていた(表2)。

## 3. キーパーソンの情報を得るときの質問の仕方

質問の仕方としては, 「家族に限らず本人が信頼を寄せる人」は9人(30.0%), 「悩みなどを相

談できる人」は7人(23.3%), 「同居者かあるいは身近に住んでいる人」は6人(20.0%), 「支えになる人」2人(6.7%), 「連絡が取れる人」その他, 「介護する人」, 「経済的に支えになる人」, 「人格形成に関わった人」「退院後の帰省先」など, それぞれ様々な質問の仕方によって情報を得ていた(表3)。

## 4. キーパーソンの役割

役割としては, 「闘病意欲を失わないような精神的支えになること」33人(73%)が6ないし7割を占めていた。その他, 「セルフケアへの援助をすること」4人(9%), 「患者の療養環境の調整をすること」4人(9%), 「患者の代弁者」3人(7%), 「経済面での支え」2人(4%)等をキーパーソンの役割として捉えていた(表4)。

表1. 対象のプロフィール

年齢構成	人数(%)
1. 20~29歳	23(50.0)
2. 30~39歳	15(32.6)
3. 40~49歳	8(17.4)
合計	46(100)
経験年数	人数(%)
1. 3年未満	9(19.6)
2. 3~4.9年	13(28.3)
3. 5~9.9年	6(13.0)
4. 10~14.9年	6(13.0)
5. 15~19.9年	8(17.4)
6. 20年以上	4( 8.7)
計	46(100)
所属部署	人数(%)
1. 外科系病棟	17(36.9)
2. ICU/CCU	3( 6.5)
3. 手術室	3( 6.5)
4. 内科系病棟	13(28.3)
5. 小児科	2( 4.3)
6. 産婦人科	3( 6.5)
7. 精神科	2( 4.3)
8. その他	3( 6.5)
合計	46(100)

表2. キーパーソンについて情報を得る対象

項目	延べ人数(%)
1. 患者さん本人	20(40.8)
2. 本人または家族	13(26.5)
3. 家族	5(10.2)
4. 入院時の同行者	4( 8.2)
5. 面会によく来る家族	2( 4.1)
7. カルテからの情報	2( 4.1)
6. 患者の面会者	1( 2.0)
8. 術中待機者	1( 2.0)
9. 術前訪問に会う面会者	1( 2.0)
合計	49(100)

表3. キーパーソンについて情報を得る質問の仕方

項目	人数(%)
1. 家族限らず患者が信頼を寄せる人	9(30.0)
2. 悩みなど相談にのれる人	7(23.3)
3. 同居者か身近に住んでいる人	6(20.0)
4. 連絡が取れる人	2( 6.7)
5. 支えになる人	2( 6.7)
6. 介護する人	1( 3.3)
7. 経済的支え	1( 3.3)
8. 退院後の帰省場所	1( 3.3)
9. 人格形成に関わった人	1( 3.3)
合計	30(100)

## 5. キーパーソンを考える時基準にすること

基準にすることとしては、「同居者であること」8人(18%)、「面会の頻度が多いこと」7人(16%)、「インフォーム・ドコンセント(I・C)を受けることができる人」4人(9%)、「配偶者」4人(9%)、「患者の理解者」3人(7%)、「直接的な日常生活での援助を行う者」3人(7%)、「入院時の患者に付き添ってくる同伴者」3人(7%)、その他、「法的な関係にある者」2人(4%)、「連絡が取れる人」2人(4%)、「肉親などの血縁関係者」2人(4%)となっており、血縁関係者は低くなっていた(表4)。

## 6. 家族の捉え方

家族の捉え方は、「心の安らぎ・支えてくれるもの」27人(60%)、「理解者・信頼できるもの」12人(27%)、「生活共同体・身近な社会集団」11人(24%)として捉えていた。また、家族員の範囲に関しては、「血縁関係にある人」25(56%)と捉えられる人が多く、その他「患者が必要としている人」15人(33%)「血縁はなくとも同居している人」9人(28%)としていた。「血縁関係にある人」では、「配偶者を含んだ血縁関係にある人」12人(27%)と「配偶者を含まない血縁関係にある人」13人(29%)と2つの捉え方をしており、配偶者の位置づけによって捉え方の違いが見られた(表4)。

## 7. キーパーソンとしての家族への介入事例

キーパーソンとしての家族への介入事例として上げられていたのは、主に「意識がなく本人の意思が確認できない患者」、「退院後セルフケアが必要な患者」、「自立への援助が必要な患者」等の事「ターミナル期の患者」、「退院後家族の協力体制の調整が必要な患者」、「術後の患者」の例が上げられていた。具体的な関わりとしては「家族ができるケアの提供への援助」、「意思決定や意思表示の代弁者」、「社会資源やサポートシステムの活用方法についての指導」、「家族の協力体制の調整」、「不安への対処」等の関わりがあげられていた(表4)。

## 8. 既婚者・未婚者間の各項目の比較

「家族の捉え方」「家族の範囲」「キーパーソンをとらえる時の基準」「キーパーソンの役割」について結婚の有無によって捉え方に差について比較した。「家族の捉え方」では既婚者は、家族を主に、「心の安らぎ、支えてくれるもの」7人(29.2%)、「理解者・信頼できるもの」6人(22.2%)、「生活共同体・身近な社会集団」6人(22.2%)として捉えているのに対し、未婚者は、「心の安らぎ、支えてくれるもの」18人(58.1%)であった。

「家族の範囲」については、既婚者・未婚者共にそれぞれ、10人(45.5%)、15人(58.1%)が血縁関係をあげていた。血縁関係の中では両者に違いが見られ、既婚者は「配偶者を含む」が6人(27.3%)未婚者は「配偶者を含まない」9人(31.0%)としていた。

「キーパーソンを考える時の基準」としては、既婚者は、「配偶者」4人(26.7%)、や「ICを受けられる事ができる人」3人(20.0%)を、一方未婚者は「同居者」6人(25.5%)、「面会の頻度」7人(29.7%)を基準にしていた。「キーパーソンの役割」としては既婚者・未婚者、両者共に「闘病意欲を失わないような精神的支え」13人(50.0%)、20人(47.6%)、「セルフケアへの援助」5人(19.2%)、12人(28.6%)、として捉えていた。その他、既婚者は「患者の代弁者」としての役割、未婚者は、「相談相手」「経済面での支え」として捉えていた(表4)。

## V. 考 察

### 1. 看護職者のキーパーソンについての捉え方

#### 1) 情報の取り方

情報を得る対象としては、9割が「患者さん本人」か「本人または家族」から直接情報を得ていた。質問の仕方は、キーパーソンを「家族に限らず本人が信頼を寄せる人」、「悩みを相談できる人」「支えになる人」、「同居者かあるいは身近にすんでいる人」、「連絡が取れる人」として質問をしていた。信頼を寄せることができ、なおかつ物理的・空間的にも患者さん本人

表4. 各カテゴリーの項目と既婚者・未婚者間の比較

キーパーソンの役割	延べ総数(%)	既婚(%)	未婚(%)
1. 闘病意欲を失わないような精神的支え	33(48.5)	13(50.0)	20(47.6)
2. セルフケアへの援助	17(25.0)	5(19.2)	12(28.6)
3. 患者の代弁者	7(10.3)	4(15.4)	3( 7.1)
4. 患者の療養環境の調整	4( 5.9)	2( 7.7)	2( 4.8)
5. 患者の支え(精神,身体,心理・社会)	3( 4.4)	2( 7.7)	1( 2.4)
6. 相談相手	2( 2.9)	0( 0.0)	2( 4.8)
7. 経済面での支え	2( 2.9)	0( 0.0)	2( 4.8)
合 計	68(100)	26(100)	42(100)

キーパーソンを考える時の基準	総数(%)	既婚(%)	未婚(%)
1. 同居者	8(20.5)	2(13.3)	6(25.0)
2. 面会の頻度	7(17.9)	0( 0.0)	7(29.2)
3. 理解者	4(10.3)	1( 6.7)	3(12.5)
4. 配偶者	4(10.3)	4(26.7)	0( 0.0)
5. インフォームドコンセントを受けられることができる人	4(10.3)	3(20.0)	1( 4.2)
6. 協力者(直接的援助者)	3( 7.7)	1( 6.7)	2( 8.3)
7. 入院時患者の同伴者	3( 7.7)	0( 0.0)	3(12.5)
8. 法的関係	2( 5.3)	1( 6.7)	1( 4.2)
9. 連絡が取れる人	2( 5.3)	1( 6.7)	1( 4.2)
10. 肉親(血縁関係)	2( 5.3)	2(13.3)	0( 0.0)
合 計	39(100)	15(100)	24(100)

家族の捉え方	延べ総数(%)	既婚(%)	未婚(%)
1. 心の安らぎ、支えてくれるもの	25(45.5)	7(29.2)	18(58.1)
4. 生活共同体・身近な社会集団	11(20.0)	6(25.0)	5(16.1)
2. 理解者・信頼できるもの	10(18.2)	6(25.0)	4(12.9)
3. 苦楽を共にするかけがえのないもの	9(16.4)	5(20.8)	4(12.9)
合 計	55(100)	24(100)	31(100)

家族の範囲	延べ総数(%)	既婚(%)	未婚(%)
1. 心の安らぎ、支えてくれるもの血縁関係	25(33.8)	10(31.3)	15(35.7)
2. 患者が必要としている人	15(20.3)	8(25.0)	7(16.7)
配偶者を含まない	13(17.6)	4(12.5)	9(21.4)
配偶者	12(16.2)	6(18.8)	6(14.3)
3. 血縁はなくても同居している人	9(12.2)	4(12.5)	5(11.9)
合 計	74(100)	32(100)	42(100)

の身近な存在として捉えていることがわかる。患者さん本人で直接解決できない問題を看護職者が抱えたとき、患者が信頼でき、患者の生活を身近に把握していて、現実的に看護職者が連絡を取ることができ、相談にのれる者としてのキーパーソンの要件をイメージすることができる。今回の結果に見られたこれらのキーパーソ

ンを把握するための要件は、「本人をバックアップしていく中心となる人物、本人からも信頼されており周囲の人間に対しても影響力を持っている人」<sup>1)</sup>の定義が包含する要件を十分に満たすものであるといえる。

## 2) 看護職者が基準とすること

キーパーソンを考えるときの基準として、10

項目に整理された中で、最も高くなっていた項目は、まず「同居者であること」と「面会の頻度」であった。患者と生活を共にし関わりを持ちやすいこと、患者のことを良く理解し知っていることが、優先的に考慮されていると考えられた。

次いで「ICを受けることができる人」が高くなっていたが、前2項目に比べて較差があった。このことから、「患者の代理的意思決定者としての基準」は、看護職者の認識としては比較的強く捉えられている事が伺える。また「血縁関係」は、「配偶者」に比べ低くなっていたことから、必ずしも血縁関係が重視されている訳ではないことが伺われた。これらのことから看護職者は、キーパーソンとしての生活の基盤を同じくする生活の視点での基準、現実的に関わりが可能かどうかの基準を優先的に捉えていることが考えられた。

### 3) キーパーソンの役割と看護場面での事例

キーパーソンの役割は、内容を分類すると「精神的支え」、「日常生活の援助」「経済面での援助」「患者の代弁者（代理的意思決定者）」の4側面で捉えられた。6～7割の看護職者が「闘病意欲を失わないような精神的支えになる人」として、キーパーソンの役割を捉えており、「日常生活の援助」「経済面での援助」「患者の代弁者（代理的意思決定者）」が極端に低くなっており、役割の認識の仕方に偏りが見られたことが特徴的であった。

一方、看護職者が、日ごろの看護実践の中で、キーパーソンとしての家族への介入事例として挙げているのは、「意識のない患者」、「退院後セルフケアが必要な患者」、「自立への援助が必要な患者」などであり、「意識のない患者」については、患者さんの代弁者、また直接的援助者としての役割を求めている。「退院後セルフケアが必要な患者」に対して看護職者は、患者の退院後の療養生活における直接的支援者としてキーパーソンを位置づけ、指導的な関わりを行っていた。

「日常生活への援助」、「患者の代弁者」とし

てのキーパーソンの役割についての看護職者の認識は、「精神的支え」に比較して顕著に低くなっていたが、実践場面ではこれらのことは逆転した結果になっていた。具体的な関わりの中では、キーパーソンを精神的サポーターとして認識したり活用したりすることは、形として見えない側面であり、それらの要因が現れた結果として考える事ができる。

これまでの先行研究においては、自立への援助など退院後サポート資源としてのキーパーソン、患者の代弁者、精神的支えとしてのキーパーソンとしての報告が見られ、キーパーソンに求める役割としては同様な項目が見られた。退院後サポート資源としては、佐藤らのキーパーソンである家族に説明し、励ましと助言を与えながら関わることで、高齢糖尿病患者の血糖コントロールに有効性があったこと<sup>3)</sup>の報告、また甲斐は患者の代弁者として、意思疎通の取れない老年性痴呆患者への介入の方向性を探るために、キーパーソンである娘との関わりが個別性のある看護の提供につながったこと<sup>17)</sup>、中嶋は、精神的支えとしてキーパーソンの存在が女性性喪失した女性の、プラス思考に影響を与えた要因として、それぞれ報告している<sup>18)</sup>。

以上のことより、キーパーソンの存在、あるいは活用は、対象によってその求める内容や役割が異なり、どのような内容を誰に求めていくのかを、更なる研究によって明らかにしていく必要があると考える。

## 2. 家族についての看護職者の捉え方

健康問題と家族との関わりについて、家族は、「患者とともに悩み、患者と共に闘い、家族として成長・発達する存在であること」が言われている<sup>19)</sup>、わが国においても家族との関わりは、家族を一つのシステムとして捉える家族看護学として、看護学の新しい領域として取り組まれるようになってきた。その中で、家族は「血縁関係であるいは情緒的または法的な関係によって結ばれた構成員からなる社会的な単位または集合体」として定義されている<sup>20)</sup>。



本調査での家族に対する捉え方は、「心の安らぎ・支えてくれるもの」、「理解者・信頼できるもの」「苦楽を共にするもの」「生活共同体」とし、心の拠り所や生活の基盤としての共同体として捉える傾向が見られた。養育や介護などのサポート機能、経済的機能などよりも情緒面でのサポート機能を高く求める傾向があることは、佐藤らの調査と同様であった<sup>3)</sup>。また、家族の捉え方とキーパーソンに期待する役割が、「精神的支え」、「心の安らぎ」、など情緒的な面での機能に重なる部分が見られた。

「家族の範囲」としては、血縁にこだわらない捉え方が見られ、家族の構成メンバーの捉らえ方に柔軟性が見られた。構成メンバーより役割に期待する捉え方が特徴としてうかがわれ、役割を重視する捉え方、血縁関係にこだわらない家族の捉え方が、今回の調査の特徴として見られた。これらのことは、関井らが述べているように、現代社会の家族形態の多様化と家族の中での構成員の貢献を暗黙に求めず、構成員の自由さと患者の意思を優先させた考えに基づくもの<sup>2)</sup>と考える事ができる。

### 3. 結婚の有無（既婚者・未婚者間）による捉え方の違い

「家族の捉え方」「家族の範囲」「キーパーソンを捉える時の基準」「キーパーソンの役割」について比較してみた。まず「家族の捉え方」においては、未婚者が一つの項目－「心の安らぎ・支えてくれるもの」という情緒的側面に偏って捕らえていたのに対し、既婚者では、項目間の偏りが少なく全項目（4項目）にバラつきが見られ、家族に心の安寧など情緒的側面だけでなく、生活共同体・社会集団として、家族を社会的位置づけからも捉えている事がわかる。

「家族の範囲」においても、血縁関係の捉え方に違いが見られた。既婚者は血縁関係に配偶者を含めているのに対し、未婚者では、配偶者を含まない捉え方が見られた。また、既婚者は、患者が必要としている人も家族の範疇に入れており、未婚者に比べて家族の捉え方に柔軟性が伺われた。

「キーパーソンを考えるときの基準」では、未婚者は、「肉親などの血縁関係」ではなく、「同居者」「面会の頻度」によっているのに対し、既婚者では「配偶者」が最も高くなっていった。「役割」においては看護職者が家族を捉えるようにキーパーソンの役割を「闘病意欲を失わないような精神的な支え」が第一にあげられ、次いで「セルフケアへの援助」が最も多く、両者に大きな違いは見られなかったが、既婚者では「患者の代弁者」としての役割が上げられその点での違いが見られた。

## VI. 結論

1. 看護職者は、キーパーソンについて、本人が家族から情報を得ており、キーパーソンについての情報の取り方に様々な視点が見られたが、概ね患者本人が「信頼を寄せる人」、「相談できる人」、「同居者・身近な者」という視点で捉えていた。
2. 看護職者は、キーパーソンの役割を、主に闘病意欲を失わないような精神的支えになる人として捉えていた。
3. 看護職者は、キーパーソンを考えるときの基準としては、同居者や面会の頻度、インフォームドコンセントに応じられる人として捉え、特に配偶者や血縁関係にこだわっていない事がわかった。
4. 看護職者の家族に対する捉らえ方は「心の安らぎ、支え」、「同居人」、「患者が必要とする人」など情緒的機能として捉える傾向が伺えた。
5. 看護職者のキーパーソン及び家族についての捉えかたに、結婚の有無が影響を及ぼしている事が示唆された。
6. 看護職者の家族の構成員に対する捉え方には、柔軟性が見られ、構成メンバーよりも役割に期待する考え方が特徴として見られた。また家族やキーパーソンの捉え方には、明確な違いは見られなかった。

## おわりに

以上、看護職者の中では、キーパーソンに期待するものと家族に期待するものとの明確な使い分けが整理されていないこと、看護職者の背景によっ

でもキーパーソンの捉え方に見解の違いが見られることなどから、キーパーソンの捉え方の再構築を看護の視点から、整理していく必要性を示唆する結果がえられたと考える。

これらの結果は、一施設における限られた人数の調査であり、これらの知見を元に、看護職者の看護実践におけるキーパーソンに対する認識について仮説を立て、概念枠組みを構築していくための理論枠を明らかにしていくために、今後も研究を継続して行っていきたいと考える。

## 文 献

- 1) 国分康孝編：カウンセリング辞典，115，1990，誠信書房
- 2) 日本看護協会編：見藤隆子監修，看護学辞典，2003年度版
- 3) 佐藤厚子：栄養バランス表を用いた糖尿病食事指導 高齢者在宅療養患者・家族への指導の効果，秋田桂城短期大学紀要，24(2)，51-59，2001
- 4) 清水太郎：気管切開患者にBiPAPを使用し在宅療養できた1症例，看護の研究，32，140-143，2001
- 5) 富久尾敬子：高齢者大腿骨頸部・転子部骨折患者の退院に対する家族の考え方の検討ーキーパーソンとの面接調査を通してー，整形外科看護，5(8)，936-941，2000
- 6) 西浦郁絵：在宅ターミナルケアを支える訪問看護実践の一考察 事例に見られる在宅ターミナルケアの諸相と看護，神戸市看護大学部紀要，23，23-32，2004
- 7) 山岡孝子：癌告知をされていない患者の家族（キーパーソン）との関わり，平田私立病院年報，18，29-32，2001
- 8) 高橋真粧美：90歳の患者と66歳の娘とのストーマケア習得に向けて 東海ストマリハビリテーション研究会誌，22(1)，23-25，2002
- 9) 太田和美：介護保険導入における脳血管障害患者の退院状況，新潟県立看護短期大学紀要，7，85-91，2001
- 10) 池邊理沙：後期高齢者のストーマケアの自立ー家族支援の下でー，東海ストマリハビリテーション研究会誌，23(1)，88-94，2003
- 11) 青山みどり：心臓手術患者の家族支援に関する研究ー家族の患者への思い，医療者への思い，ハートナーシング，17(3)，264-268，2004
- 12) 小川美裕子：小児がんの子どもを持つ家族への看護 在宅ターミナルを葛藤しながら意思決定した事例を通して，日本看護学会論文集，33回小児看護，94-96，2003
- 14) 内山明香：終末期患者の意思決定を支えるための情報収集について考える，聖隷浜松病院医学雑誌，3(1)，49-52，2003
- 15) 香川由美子：老人保健施設におけるターミナル事例に対する医療者の倫理的葛藤の分析と課題，日本看護医療学会雑誌，4(2)，2002
- 16) 相羽利昭：家族が捉えた意思決定の過程とその要因の探索，生命倫理，12(1)，84-91，2002
- 17) 甲斐由季子：膀胱全摘手術を受けた予後不良である痴呆老年患者への看護，Urological Nursing，9(4)，402-406，2004
- 18) 中嶋真澄：子宮摘出術を受けた患者の女性性喪失感についての意識調査 女性喪失感に影響を与える要因と事象の関係，日本看護学会論文集，33回成人看護Ⅱ，78-80，2003
- 19) 鈴木和子・渡辺裕子：事例に学ぶ家族看護学，9，2001，廣川書店
- 20) 鈴木和子：家族看護学の現状と課題，看護，臨時増刊号，143-145，2002
- 21) 関井恵子：現代の家族における人間関係，113-115，2000，医学書院

## オーストラリアにおけるケアする人たちへの取り組み

### Care for carers in Australia

長谷川珠代<sup>※1</sup>

Tamayo Hasegawa<sup>※1</sup>

#### I. はじめに

現在の日本は少子高齢社会が進み、高齢者が高齢者をケアする時代となり、乳幼児死亡率の低下は障害者の増加につながっている。また医療技術の進展や医療ニーズの多様化は従来医療施設でしか考えられなかった医療を在宅でも可能にできた。一方で核家族の増加などの社会的な構造変化に伴い、子育てや介護など人との関わりを基本とした営みにも変化を生じ、従来根付いていたケアをする人、ケアをされる人、という社会的な役割の枠組みは、日常の中で誰もがケアし、ケアされる存在へと変化している。

このような状況のなか、介護負担の増加、施設や家庭内での幼児・高齢者虐待、医療従事者のバーンアウトなどの問題が社会化している。またこれらの背景を受け、平成18年度からは介護予防の視点に立った、介護保険法の改正が施行される。このように現在の日本社会において、ケアされる者だけではなく、ケアする者へのケアの必要性が叫ばれ始めている。

今回は先進的に、国としてケアする人へのケアに、組織的に取り組んでいるオーストラリアにおいて、その背景と活動についての情報収集や意見交換等を実施することができたので、ここに報告する。

#### II. 国内外での介護者への取り組み

介護者への取り組みについては国内外ともに資料が少なく、まだまだ発展途上の分野であるといえる。しかしながらアメリカ、スウェーデン、オーストラリア、韓国などにおいて様々なプログラム

が実施されている。アメリカのワシントン大学病院では1986年から患者だけではなく、家族や医療スタッフも対象としたアートプログラムが提供され、スウェーデンでは介護も含めた高齢化問題に対して州議会や様々な研究所が共同で取り組んでいる。日本では1976年に設立された財団法人たんぼぼの家が、障害を持った人たちの芸術文化活動を支援する活動を推進するとともに、ケアする人のケアを介した成長や障害者の芸術文化活動におけるケアの意義を見いだしてきた。2002年には「ケアする人のケア」日米フォーラムを開催し注目を浴びている。

#### III. ケアラーズオーストラリアの概要

##### 1. 設立の背景

ケアラーズオーストラリアにおける介護者（ケアする人）の定義付けは、長期的な疾病、高齢、障害などをもった人たちを個人的に面倒見ている家族や友人としている。社会構造の変化などから介護者の定義は変化しており、昔は同居が必須条件であったが、現在は週に20時間介護をしていることが条件とされ、同居の必要はなくなっている。オーストラリア全土に、ケアする人は約200万人いるとされ、クウィーンズランド（以下、QLD）では介護者が45万人いるとされている。これは人口の18～20%を占める。またこれらの介護者は全国、QLDともに78%が就業年齢である。このような背景から、企業からCAへのアプローチも増えている。介護者の70%は女性であり、これには歴史的、社会的、伝統的な背景が関連している。

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

オーストラリアにおいてもスポットライトが当てられたのは最近のことで、彼らが経済的にも重要な位置にあると認識されたことから、介護者に対するケアへの関心が高まった。先に示した介護者の数のうち、50%は収入がある。しかし収入を得ていない50%の介護者が、現在無償で担っている介護を、公的資金で担った場合を計算すると1,903億A\$にもものぼる。この金額は国が、無償で介護している人たちへ経済的な依存しているという現状が示された結果、連邦政府が介護者を国として保障すべきであると考え、2週間おきに90A\$を支給するようになった。またフルタイムで介護に従事し無収入の場合、介護にどれだけの時間を要しているかなどの査定基準をクリアする必要があるが、障害年金や高齢者年金と同じく収入に応じた率で支給される介護者年金に申し込みが可能だったり、介護により一時休業する場合などは、連邦政府からの支給が受けられるなど、国としての保障がなされている。

## 2. ケアラーズオーストラリアについて

オーストラリアにおいて行政は3つのレベルに分類される。連邦政府レベル、州政府レベル、地方自治体レベルである。ケアラーズオーストラリア（以下、CA）は連邦政府と連携し、介護者の主張を反映した方針の決定などを行っている。CAに対して連邦政府から運営資金が支給され、実績に応じて各州の組織に分配される。CAと州ごとに設置されているケアラーズ組織との関係としては、CAの理事会に各州の代表者を一人ずつ選ぶ、ということのみであり、州ごとのケアラーズ組織とCAとの上下関係があるわけではない。各州組織は独自で理事会を持ち、それぞれの州政府と連携し、必要に応じて州の会議に参加しながら活動している。CA代表者と各州組織の責任者は定期的に一堂に会し、オーストラリア全土のケアする人に対するサービス資源とタスクの共有を行なう。様々な連携スタイルがありCAが先導して行う場合もあれば、州組織の活動がベースになって事業を行い、全国規模に広がる場合もある。責任者が一堂に会する場を持つことで、オーストラ

リア全土におけるリソースを共有し、組織同士が助け合っている。

CAと各州組織が共通して取り組んでいるプログラムや活動は様々あるが、現在は特にCarers Survices Australia（仮称）の検討や、介護者の権利擁護を法律化する動きが大きい。

Carers Survices Australia（仮称）は、独自で継続が困難なケアサービスに関連する民間組織などを連邦政府が買い取り、そこから支援を提供するというプロジェクトである。これを実施することでオーストラリアにおけるサービス資源が統合され、全国的に安定したサービスを提供することが出来る。

ケアする人の権利擁護のための新しい法律成立に向けた動きについては、各州組織がそれぞれの州政府に働きかけ、実際に西オーストラリアの州では法律成立にまで至っている。この法律が制定されれば、ケアする人に対する様々な問題に対する権利を保障する共通の足場となり、法律を成立させることで社会全体の認識を高めていくことができると考えている。また州や連邦政府において介護に関する担当部署が不明瞭であったものが、法的な動きなどを受けてどの部署もその必要性和対応を認識すると考えている。

また社会への啓蒙活動の一環として、オーストラリアでは10月の第2週をCarers Weekに設定されている。今年からこのケアラーズウィークに、州や地域ごとでケアしている人を雇っている雇用者を表彰する試みを始めた。表彰される内容はケアしている人に対して、労働時間が考慮されたり、ケアされている人が会社に来て良いなど、ケアの状況を十分に考慮し、ケアする人に優しい会社である。今年にはJonson&Jonson、銀行、Nursing Homeなど色々な業種が表彰された。現在、CQに対する企業からのスポンサーが少ないが、実際にオーストラリア全土において労働しながら介護をしている人は14,000人であり、企業への理解を求める者が多く、雇用主からもCAへアドバイスや相談の要請があるので、ケアする人の社会的地位が向上すれば全国的なスポンサーシップが展開できると考えている。

#### IV. ケアラースクイーンズランドについて

ケアラースクイーンズランド（以下、CQ）は、クウィーンズランド（QLD）におけるケアする人へのケアサービスを提供する総括組織で1989年に設立された。

CQリソースセンターは13人の常勤スタッフとコンピューター処理などのボランティアがおり、提供するサービスとして個人に合わせた情報の提供やカウンセリング、介護者に対するケアの訓練などを行っている。

##### 1. 情報の提供

オーストラリアで看護や介護などのサービスを提供している団体は、非政府組織、宗教団体、民間企業など多様であり、多くの団体が政府からの認可を受けている。情報量が多く、利用者に混乱をきたす場合があるため、CQで情報を整理し、介護者への説明や紹介を行っている。情報の説明などはフリーダイヤルで行っており、年間16,000件もの問い合わせがある。また情報の提供から、必要な人はカウンセリングに紹介するなど、専門家につなぎ対応する。

また大量に存在する情報の整理も大切な仕事で、サービスに関するデータベースを作成し、定期的にも実際に使用できるサービスなのかの確認も行っている。

##### 2. 地域開発

地域開発担当官は、地域と直接接し、彼らの抱える悩みや問題などをセンターに持ち帰り、代弁者となって政府に働きかけていく役割を担ったり、同じ悩みを持つ人たちのサポートグループや様々なワークショップを開催し、地域の開発に務めている。2000年QLDにある9カ所の事務所でショートステイのワークショップを実施し、カウンセラーが中心となり介護からくるストレスを解消するための講習や、美容やマッサージなどのリラックゼーションについての講習を行った。また現在CQが取り組んでいるプロジェクトとして、長年誰かを介護してきて現在は介護から手の離れたような先輩介護者が、新しく誰かの介護を始めた後輩介護

者に指導する訓練コースを展開している。将来的には認可コースを整えて、身近な人へのケアを職業として認めていけるような公的システムにしたいと考えている。この地域開発担当官はCQ独自のものであり、彼らの働きが評価された結果、他の州組織でも設置される動きになっている。

##### 3. カウンセリング

介護者のために専門のカウンセリングを行っている。電話相談や直接相談を行う。またワークショップを開き、グループカウンセリングも積極的に行っている。短期的なカウンセリングを何度も繰り返す場合が多い。介護者へのカウンセリングでは、相談者の悲しみを理解・受容することが大切であるが、一般的なカウンセリングでは理解されない場合が多いため、介護者への専門のカウンセリングは非常に必要とされている。また、カウンセリングに対しては政府からの資金援助もあり、政府も力を入れている。CA本部の調査で若年介護者に対するケアが十分でないために、正常な心理的発達がなされない、という報告が出されたことから、自己肯定や気持ちの表出などの訓練を組み込んだ、若年介護者に対する心理教育プログラムを実施している。

#### V. おわりに

今回オーストラリアにおいて、ケアする人たちへケアを提供する状況を視察することができ、一番強く心に残ったことは、先進的にケアする人たちへのケアを行っているオーストラリアも、10年前は今の日本と変わらない状況があったのだ、ということである。現在日本でもケアしている人たちへのケアの必要性はあらゆる場面で問われているが、歴史的、社会的、文化的な背景などから、『つらい、大変だ』などのマイナスな表現が表出しにくい社会があり、ケアする人を家族だけではなく医療スタッフにまで拡大して捉えたケアの実践や必要性についての研究はほとんどみられない。

しかしこれからの日本において、介護者の権利を擁護していくことが重要であり、そのためには小さい働きながら、ケアする人に対するケアを提

供していく活動を継続していくことに大きな意義を感じた。大変短い期間ではあったが、自分の取り組みがこれから日本で広がっていく、ケアする人達へのケアの第一歩であることを実感できる有意義なものであったと思う。

本報告は、平成16年度科学研究費補助金（若手研究(B) 課題番号16791439）により実施した。

## 文 献

- 1) 津村智恵子：地域看護学，28-30，中央法規，2003
- 2) 片田範子：看護師の業務と役割の模索 オーストラリアの場合，看護管理，13(11)，916-920，2003
- 3) 厚生指針 国民衛生の動向，51(9)，厚生統計協会，2004

## リトル東京サービスセンターにおける家庭内暴力への取り組み

Domestic Violence Counseling and Prevention  
in Little Tokyo Service Center村方多鶴子<sup>※1</sup>Tazuko Murakata<sup>※1</sup>

**キーワード**：配偶者間暴力，加害者プログラム，ステップハウス，子ども虐待  
Domestic violence, Batterer intervention program, Step house,  
Child abuse and neglect

## I. はじめに

日本では1990年代に入り，夫や恋人など親しい間柄における暴力（ドメスティック・バイオレンス，以下DVとする）に関する調査が行われるようになり，その実態が徐々に明らかになってきた。内閣府男女共同参画局が，2002年に全国の4,500人（有効回収数約3,200人）を対象に行った「配偶者からの暴力に関する調査<sup>1)</sup>」によれば，女性の20人に1人が配偶者などからの暴力によって命の危険を感じていた。また，女性の20人に1人の子どもが暴力を目撃し，女性の約40人に1人は自分と同様に，子どもも暴力を受けていた。直接暴力を受けた人だけでなく，DVを目撃して育った子どもも，その後の人生で情緒面に深刻な問題を抱えることが多いという研究結果<sup>2)</sup>も出ている。そのため，暴力がなく安心して生活できる環境を早急に整える必要がある。

日本では2001年に「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」，いわゆるDV防止法が制定され，DVは犯罪と規定された。警察庁が発表した2002年度のデータ<sup>3)</sup>によれば，配偶者による殺人，傷害並びに暴行事件の検挙数のうち，夫による傷害は95.8%，暴行は96.3%であるのに対し，殺人は60.9%であった。加害者は，妻に暴力を振るっても否認したり矮小化したりする

ことが多い<sup>4)</sup>ため，被害者が警察に相談を行っても，「保護命令制度の説明」「防犯指導」で終わる場合が圧倒的に多い<sup>5)</sup>。また，仮に夫がDVで検挙されたにしても，前科がなければ数週間で自宅に戻される。つまり，問題が解決されないまま，一旦外に助けを求めた女性が再び夫のいる自宅に戻れば，男性から更に酷い暴力を受けることとなる。そのため，暴力を受けている被害者のほうが自宅から逃げ，身体的・精神的・経済的に追い込まれた状況で隠れるように生活しなければならない。そして最悪の場合，女性が殺人を犯すという形で終結を迎えることになる。被害を受けていた女性のほうが加害者になってしまうのである。

アメリカでは，家庭内で暴力を振るって逮捕された場合，加害者は刑事処分か加害者プログラムを受けるように裁判所から命じられる<sup>6)</sup>。日本でも加害者対策が必要と考えられ始めているが，2004年のDV防止法改正においても，DV加害者への対策は盛り込まれなかった。

日本では，まだDV被害者支援が始まったばかりである。公的機関だけでなく民間の市民団体も相談機関やシェルターなど整備されつつあるが，資金や人員不足でまだ十分な支援ができていないと言えない。これから日本では，どのような支援が必要なのかを模索していた2003年に「DV加害

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

者プログラム研修会」が開催された。この研修は、アウェア (AWARE) がカリフォルニアでDV被害者・加害者支援を行っているカウンセラーとソーシャルワーカーを招き主催したものである。アウェアとは、女性のインストラクターが加害者プログラムを行っている日本の民間機関である。私は、その研修会でカリフォルニアにおけるDV被害者・加害者支援について学ぶことができ、その後運良く、その講師が所属しているリトル東京サービスセンター (Little Tokyo Service Center, 以下LTSCとする) を見学する機会を得たので、LTSCにおける家庭内暴力への取り組みについて報告する。

## II. アメリカにおける「Domestic Violence」

LTSCにおける暴力への取り組みについて紹介する前に、まず、「Domestic Violence」という言葉について定義する。「Domestic Violence」とは、元々、親子や夫婦など家庭内で起こる暴力を意味する。しかし日本では、1980年ごろに起きた子どもから親に対する暴力を「家庭内暴力」と呼んでいたため、その後日本に入ってきた「Domestic Violence」という言葉を、「家庭内暴力」とは区別して「パートナー間における暴力」、つまり「DV」と表現するようになった。そこで、本報告で以下に述べる「家庭内暴力」とは、アメリカで使用している広義の意味とする。

次に、南カリフォルニアにおける家庭内暴力支援体制について紹介する。南カリフォルニアの8つの州には、DV被害者とその子ども達のためのサポートネットワーク (Statewide California Coalition for Battered Women 以下SCCBWとする) がある。SCCBWは1976年に設立され、家庭内暴力介入プログラムのモデルを作成し、新しいシェルターの設立を援助している。また、家庭内暴力カウンセラー認定プログラム (Domestic Violence Counselor Certification Training) も行っている。これらの州で家庭内暴力の被害者・加害者への援助を行う人は全て、このプログラムを受けることが義務付けられている。このトレーニングは40時間 (8時間×5日間) で、カリキュ

ラムの内容は、家庭内暴力運動の歴史、家庭内暴力の原因と力動、女性の行為に対する暴力、加害者プログラム、家庭内暴力の法律上の問題、犯罪裁判システムや法律、カウンセリング技術、危機介入とカウンセリング、個人とグループカウンセリング、傾聴、倫理、カウンセラーとして自分自身の感情の取り扱い方、文化的能力 (資格・適性)、家庭内暴力と人種差別、性的差別観とホモ恐怖症、文化的要因と家庭内暴力の異文化間カウンセリング、家庭内暴力と障害、子どもに対する家庭内暴力の影響、暴力を目撃又は経験した子どもへの介入、10代の暴力、メンタルヘルス問題を持つ家庭内暴力被害者との関わり方など、様々な内容を含んでいる。また、訓練を受け、スタッフまたはボランティアとして携わりながら、104時間 (2時間×52週) のスーパービジョンまたはコンサルテーションを受けることも義務付けられている。

## III. LTSCの概要

まず、私が見学したLTSCの概要を説明する。多くの日本人がロサンゼルスに移り住むようになって、ダウンタウンにリトル東京という日本人街ができた。しかし、1970年ごろ、日本から移住してきた親子が母子心中を凶ったことを機に、一人の日系アメリカ人が日系家族に対するメンタル・ヘルス・サービスを目的として1979年にLTSCを設立し、1983年には社会福祉部が設立された。社会福祉部のスタッフは22名で、博士課程を卒業し、ソーシャルワーカーの資格を持っている。また、資金開発部 (Resource Development) には、サービスを提供するための資金を調達する専任のスタッフが4名いる。その他の部も併せるとスタッフは約50名で、その他にボランティアが一年間に延べ1,000人ほどいる。スタッフは日系アメリカ人や日本人に限らず、中国人や韓国人、台湾人などで構成されるようになったため、日系人を含めたアジアの人々に対して広くサービスを行うようになった。

社会福祉部で行っているサービスは、①一般サービス、②高齢者サービス、③サポートグループ、④トールフリーの電話相談などである。この一



般サービスの中に、「家庭内暴力に対するカウンセリングと予防 (DOMESTIC VIOLENCE COUNSELING AND PREVENTION) プログラム」がある。このプログラムは、コミュニティにおける①子ども虐待防止プログラム (Child Abuse and Neglect Education and Prevention and Outreach), ②暴力停止プログラム (Stop the Violence program), ③ステップハウスプログラム (Kosumosu Transitional Housing) の3つを含んでいる。今回私はこれらのプログラムの見学と情報収集を行ったので、日本での援助に役立つよう、その内容について以下に報告する。

#### IV. 子ども虐待防止プログラム

DVの家庭では、子どもも、暴力を受けたり目撃したりする場合も多い。そのため、被害を受けた子どもに対してどのような支援を行っているのか、見学を希望していた。しかし、アメリカでは児童保護局が子ども虐待に対して第一線で活動しているため、LTSCでは、Child Abuse & Neglect Education and Prevention and Outreach Program (CANEPOP, 以下ケインポップとする) というプログラムを行っている。このプログラムは、日系アメリカ人のコミュニティにおいて、子ども虐待を防止することに力を入れ、子育てワークショップ、サポートグループ、個別カウンセリング、個別の子育てセッション、ケースマネジメントなどのサービスを提供している。

まず、ワークショップとは、教会等で開催している子育て教室である。ワークショップに関する記事を載せた情報誌を地域に配布し、参加したい人が自由に参加できる。ワークショップの当初の目的は虐待防止であったが、実際に参加する人は、3歳以下の乳幼児がいる母親が多く、育児情報が求められているため、育児についての講義や話し合いなどが行われていた。

次に、サポートグループでは、シングルマザー、日本語を話す母親、国際結婚により異人種間の子どもがいる母親など、対象に応じて様々なプログラムが設定されている。取り上げる内容はワーク

ショップの内容とほとんど同じであるが、このメンバーは、クローズドグループで気心が知れた仲間であるため、ワークショップのときに比べ話が深まる傾向にある。私が見学したグループは、夫婦ともに日本人で、夫の転勤に伴い訪米し、1歳前後の第一子がいる人たちが多かった。子どもが病気をした時にどこの病院に連れて行けばいいのか、日本語が通じるスタッフがいるのかなど、母親同士の情報交換にもなっていた。異文化の中で知り合いもいなく、言葉も通じなく孤独になりやすいが、このようなグループがあることで、お互いにサポートしあい、育児ストレスの軽減につながっている。

カウンセリングには、母親との一対一のカウンセリング、親子カウンセリング、夫婦カウンセリングなどがある。

最後に、ケースマネジメントは、個々のケースに応じた対応を行っている。例えば、何か知りたい情報があればそれについて情報提供を行う。また、希望すれば通訳なども行っている。

#### V. 暴力停止プログラム

##### 1. DV加害者プログラム

アメリカでは、まずDV被害者に対する支援を開始した。しかし、シェルター同士のネットワーク形成後、一人の加害者から複数の被害者が出ていることが明らかになり、1985年ごろより加害者への対応が必要と考えられるようになってきた。DVで警察に通報され逮捕された加害者は、刑務所に入るか矯正プログラムを受けるかを選択しなければならないと法律で定められている。そこで、LTSCでは1996年にロサンゼルス保護監察局の認可を得て、日本語を話す加害者に対してDV加害者プログラムを開始した。最初はDV被害者支援を受けている人から情報を得て、直接加害者にこの教育プログラムに参加するよう呼びかけた。このプログラムは毎週2時間で、52週間(1年半)にわたり行われる。今回、私はこのプログラムに参加することができなかったが、ほとんどの男性は就労しているため、プログラムは平日の早朝(出勤前の時間)や土日に行われる。職場の上司

は、加害者がそのプログラムに参加できるよう、配慮することが義務付けられている。料金は、その人の年収により設定される。

このプログラムの目的は、加害者（men）が再び暴力のサイクルに陥らないように教育することである。プログラムを開始するに当たり、加害者は、自分の暴力に対して責任を取るという書面にサインを行い、参加する際に薬物やアルコールを飲まないことを約束する。また、スタッフが加害者のパートナーと連絡を取り合うことを説明し、もしパートナーに再び暴力を振るった場合には、直ちにスタッフに連絡が入るシステムになっている。

外部との連携では、加害者がプログラムに参加することが決定したら、保護監察局と裁判所、法務省に連絡し、スタッフは、加害者がプログラムに参加してどのように変化しているのか報告を行わなければならない。また、加害者も3ヶ月ごとに裁判所へ行き現状を報告し、最後に参加して学んだことを修了レポートとして提出することが義務付けられている。

このプログラムは1対1のカウンセリングではなく、同じような立場にいる人が少人数のグループで話し合いを行ったり、問題の解決方法を考えたりする。男性がプログラムで学ぶ重要なことは、①暴力を振るうことは犯罪であり、自分が暴力を選択したということ、②自分が選択をした暴力に責任を取ること、③暴力以外の選択方法があること、④暴力のない健康なコミュニケーションを持つためにはどうしたらいいかの4つである。その他に、DVの要因・種類、暴力のサイクル、力とコントロール、怒りのコントロール方法、効果的なストレスマネジメント技術、ジェンダーによる差別、日本とアメリカの文化の違い、そこから生じる男性としての役割、社会から期待されている役割などである。また、参加者は、コミュニケーション技術や相手を尊重した上で良い関係を築く方法を学ぶ。

## 2. DV被害者に対する援助

DV加害者支援と平行して被害者支援も行う。しかし、カップルカウンセリングは行わない。これは、被害者に危害が及ぶことを防止するためである。

被害者に対しては個別に面接をし、相談できる人がいるか、ボキャブラリー能力の程度、加害者の暴力の実態や育児に対する取り組みなどについて確認する。また、DVが収まっても終わりではないこと、緊急時の連絡先などを伝える。被害者が既に加害者と離れている場合には、加害者が脅かして訪問していないか3ヶ月ごとにチェックをし、一緒に暮らしている場合には、加害者が学んでいるプログラムの内容と加害者への対処の仕方を教える。

LTSCでは、客観的な関わりができるように、加害者支援と被害者支援に携わる人は別々になっている。そして双方の情報を突合せながら、暴力の危険がないか判断し、加害者の評価を行っていく。

## VI. ステップハウスプログラム

### 1. ステップハウスの概要

DV被害者が加害者の元から身内や友人宅などに逃げた場合、パートナーに居場所を突き止められ、周りの人にまで危害が及ぶ恐れがある。そこで、とりあえず安全に暮らせる場所として、シェルター（emergency house）が設置されている。日本におけるシェルターは、公的シェルターが各県に1箇所と民間シェルターがH14年11月1日現在で全国に35箇所<sup>7)</sup>と少ないことが問題となっている。民間シェルターがなかなか増えない理由として、セキュリティの問題、経済的支援や人材不足により維持管理が困難なことが挙げられる。また、シェルターの入居期間は2週間から1ヶ月程度という施設が多く、シェルターを出てすぐに自立して生活するには不十分であることも問題となっている。アメリカのシェルターも入居期間は日本とほぼ同じであるが、シェルターを出てすぐに自立することが困難な人のためにステップハウスが各地に設立されている。

LTSCでは、暴力的な関係から逃れ、自立した生活を送ろうと決心しているDV被害者のためのステップハウスとして、2003年にKOSUMOSU（コスモス）を設立した。コスモス（秋桜）は、日本人になじみの花で、一見か弱そうに見えるが、台風が来て倒れてもまた立ち上がる強さを持っていることから、パートナーの元から離れて再出発を考えている女性が暮らす家に、この名前がつけられたそうである。そのコスモスで自立のための長期プログラムが行われている。入居者は、身体的にも精神的にも安全な環境で、以下に述べるようなプログラムに参加する間一緒に生活し、お互いに助け合う中で、より健康的な生活を立て直す力を身につけていく。入居期間は原則として1年半だが、ケースバイケースで、2年間ほど入居していた人や仕事を見つけて9ヶ月で自立した人もいる。

ステップハウスに入居する人は、加害者からの暴力の危険性が高い人はほとんどいないということであるが、入居者の安全確保のため、住所は秘密である。私も見学をさせていただく前に、事務所で守秘義務のサインを求められた。入居者の安全を守りサービスを行うために、社会福祉部のスタッフ2人が9:30～17:30まで常駐し、18:00～9:00にはマネージャー（日本で言う管理人）が在宅している。スタッフはアジア人で、英語、韓国語、中国語、日本語などを話すことができ、それぞれの文化に精通している。

コスモスは、中級から高級住宅街に位置し、以前アメリカ人が住んでいた家を買取り、複数の家族が生活できるようにリフォームが行われていた。外から見る限り、普通の家と変わりなく、ステップハウスと気づかれることはない。通りに面したところに事務所があり、その奥に玄関があるため、来訪者があれば分かるようになっていた。玄関を入ると、1DKと2DKのアパート形式の部屋が全部で7世帯分あり、世帯ごとに、バス・トイレ、台所が備わっていた。私が見学した部屋は、2DKで大人用ベッドと2段ベッド、クローゼット、テーブルセットなども設置されていて、すぐに生活できるような状態であった。その他に、

事務所とマネージャーの部屋、カウンセリングルーム、コミュニティルームがあった。コミュニティルームにはテレビがあり、皆が集まりお茶を飲んだり、子どもたちが一緒に遊んだりできるほどの広さであった。以前はプールがあったそうだが、小学生以下の子どもが入居することが多いため、現在は埋め立てて滑り台などの遊具が設置されていた。また、アメリカは車社会のため、3台分の駐車場も備わっていた。6畳一間に一家族で生活し、バス・トイレ・食堂などは共有というところが大半である日本の公的シェルターとは雲泥の差がある。

## 2. 入居条件

コスモスへの入居条件として、①住む家がないこと、②低所得者、③暴力から逃れ、自立した生活をする確固たる意思があることが決められている。DVの場合、被害者がパートナーの元から逃れても、自分からパートナーに何度も連絡を取ったり、パートナーの元に戻ったりするケースも多いため、入居前に2～3回面接を行い、パートナーと別れる決心ができていのかどうかを厳しく査定される。また、シェルターの次の生活場所としてコスモスへの入居を希望する人が多いため、シェルターでの生活状況も確認される。人種に関しては特に制限はないが、スタッフがアジア人であることから当然アジアの人が多く、国際結婚や夫の仕事の関係でアメリカに居住することになった人、移民でアメリカに渡った人の子孫など、英語が流暢でない人が多い。

## 3. 生活のルール

入居に際して、暴力のない環境を保つために様々なルールがある。例えば、保護命令を取っていること、加害者と30日以上連絡を取っていないこと、このプログラムについて一切口外しないことなどである。その他にも、コスモスの住所は秘密にする、加害者とは連絡を取らない、加害者が連絡をすればと思われるところ（自分の家族や友人など）には絶対連絡をしない、他人に暴力を振るわない、アルコールと薬物の禁止、最初の6ヶ月間はコス

コスモスに部外者を呼ぶことや外泊は禁止、門限を守る、自分の目標に向かい努力をする、セッションや話し合いに参加するなどである。もし加害者に見つかったり、コスモス内で暴力を振るったりした場合には、カリフォルニア州法に基づいて24時間以内に退去することが決められている。かなり厳しいようにも思えるが、それは、そこに住んでいる他の人やスタッフの安全を考慮してのことである。

#### 4. 必須プログラム

プログラムにおける必須ミーティング・活動は、グループセラピー、入居者会議、ワークショップとセミナー、ミーティングの4つがある。

##### 1) グループセラピー

グループセラピーは女性のための自助グループで、臨床心理士がグループを進行する。テーマは、間接的に暴力の被害を受けた子どもにどのように関わっていけばいいのか、母親が自分の子供に暴力なしで躰をするにはどうすればいいのか、また子どもに暴力を振るってしまったらどうしたらいいのかなど様々で、それについて話し合う。これを隔週で行う。

##### 2) 入居者会議

例えば、住民の騒音、物の破損等、共同生活での問題について話し合う。隔週で行う。

##### 3) ワークショップとセミナー

キャリアプランニング、育児、財政計画、女性に関する問題、薬物依存、法律問題、精神衛生など、その時々トピックを取り上げ、それぞれの専門家を招いて学習を行う。

##### 4) ミーティング

個人の要望に迅速に対応するために、毎週1回スタッフと行う。DV被害者の多くは、常に虐げられていたため、問題解決がうまくできなかったり、自分の意見を表現することができなかったりする。そのため、問題をどう解決することができるかということについても話し合う。

#### 5. サービス内容

入居者へのサービスとして、ケアマネジメント、

カウンセリング、子どもへのケア、就職のためのカウンセリング、アドボカシー、ペアレンティング、自立のための訓練、エンパワメント、通訳、法的サービス、家を探す援助、金融計画、情報と照会が行われている。以下にその具体的内容を記す。

##### 1) ケアマネジメント

母親のためのプログラムで、その人のニーズに合わせて様々なことを行う。

##### 2) カウンセリング

感情面でのサポートのため、入居者は週に一度、最低10回は個人カウンセリングを受ける。

##### 3) 子どもへのケア

アメリカにおける他のステップハウスでは、子どもは12~13歳までしか入居を認めていないところが多いが、コスモスでは18歳(義務教育期間)まで入居可能である。

DVの家庭で成長した子どもは、暴力の被害を受けていたり、母親に無理やりコスモスに連れて来られたと思っている子どももいることから、子どもがストレスを溜め込まないように、母親がミーティングを行っている間に、子どものためのグループ活動を週に1回行う。活動内容は、絵画やカウンセリング、感情の処理を学ぶ活動など様々である。また、子どもにも母親とは別のカウンセラーがつき、母親に気兼ねをせず、素直に自分の悩みを相談できるようになっている。それにより、母親も自分自身の問題に集中できる。

子どもが就学している場合、コスモスから通学を行うことができるような手続きも行う。また、学校側にDVの被害者であることを説明しておき、もし父親が学校に子どもを捜しに来ても、子どものことは秘密にするように依頼することもある。

##### 4) 就職のためのカウンセリング

コスモスに入居する人は、ほとんどが専業主婦である。そのため、入居者が経済的に自立した生活を行えるようにサポートすることを目指し、週40時間、学校に通うか仕事に携わることが義務付けられている。そこで、仕事を見つけ

ることができるように、履歴書の書き方、面接技術、仕事を得やすくするためのスキルを指導する。今のアメリカでは、女性は比較的サービス業に就業しやすいということであるが、サービス業につく場合、ある程度の英会話能力が必要なため、就職の前に英語学校に通う人や職業訓練所に通う人もいる。そのための資金は、スタッフがインターネットなどを通して個人や企業、財団、虐待被害者のための援助団体などを探し出して活用する。入居者の中には、短期間で資格を取得できる医療補助職につく人が多いということである。

乳幼児がいる人のために、LTSCでは低所得者用の託児を行い、社会福祉プログラムとして託児費用の負担も行っている。また、車を持っていない人のために、託児施設まで子どもの送迎を行う政府基金もある。そのため、子どもがいても、母親は安心して仕事につくことができる。週40時間の通勤・通学が義務付けられていると最初に聞いた時は厳しいと感じたが、それができるような様々なサポート体制が整っていた。また、自分で働き収入を得ることで、エンパワメントできていくと感じた。

#### 5) アドボカシー

様々な方面において、支持、代弁、擁護などを行う。

#### 6) ペアレンティングクラス

夫から暴力を受けた母親は、自分の子どもを虐待するケースもある。そこで、子どもとの新しい関係を学べるようなペアレンティングクラスを紹介している。必要に応じて、子どものカウンセラーが母親にペアレンティングクラスに参加を求めることもある。

#### 7) 自立の訓練

それぞれの自立という目標に近づくように、先週行ったことや困ったことを振り返り、今週の計画を立てる。そして、自分をほめたり、自分自身に労いの言葉をかけたりする。これらの作業をスタッフとともに行うことで、自分の成長を感じ取れる。

#### 8) エンパワメント

自己評価を高め、自分の気持ちを表現できるように様々な援助を行う。また入居者同士が助け合うことがエンパワメントにつながる。

#### 9) 通訳

英語での日常会話はできるが、様々な手続きなどのために、電話でまたは直接込み入った内容について話をしなければならない場合に、スタッフが通訳を行う。最初は全面的にスタッフに頼っていた人も、スタッフの対応を見たり、語学学校に通い英語力をつけていくにつれ通訳が必要なくなる。

#### 10) 法的サービス

移民、離婚、財産分与、親権などについて専門家との法律相談を行うことを薦めている。政府からの基金があるため、無料で相談できる。

#### 11) 家を探す援助

アメリカでの住宅事情が分からない人も多いため、一緒にアパートを探したり、不動産屋との交渉なども行う。

#### 12) 金融計画

入居者は、専業主婦で自分の銀行口座を持っていない人や、生活保護を受けている人も多いため、銀行口座の開設の仕方、将来に向けた予算計画、貯金の方法などを専門家に学ぶ。また、アメリカでは様々な寄付金や基金があるため、それらをうまく活用する方法も指導している。例えば、緊急家賃・医療費などの基金として1年間に7,500ドル付与される。また、引越しのための基金などもある。

このコスモスでのプログラムを受けるにあたり、その人の収入に合わせて約3分の1を徴収する。その理由は、自立後には自分でアパート代を支払わなくてはならないため、その準備のためである。その代わりに、食べ物や衣類などの援助を受ける。

#### 13) 情報と照会

例えば、アメリカと日本では離婚の方法が異なるため、離婚に関する情報や、国際結婚をした人が離婚後にアメリカに住み続ける方法など、入居者のニーズに応じて様々な内容の情報を提

供または照会する。

## Ⅶ. おわりに

今回LTSCで行われている家庭内暴力への取り組みを見学し、アメリカでは資金と人材に恵まれていると強く感じた。アメリカでは、政府や州、郡、市から民間機関に資金が付与される。また、会社や個人からの寄付金も多い。そのため、スタッフに給料を支払うことができ、充実したサービスが提供できる。また、アメリカは慈善事業が盛んであるため、日用品や洋服なども請求して無料で手に入れることができる。一方、日本の民間DV被害者支援団体では、会員の会費を資金としてボランティアが細々と運営している現状である。最近では、県や市が民間団体に助成金を出すこともあるが、まだアメリカとは比べ物にならない。

しかし、アメリカでも長い年月をかけて少しずつ体制を作り上げてきたということである。今われわれにできることは、暴力の被害を受けている人が暴力から自由になり、安全に暮らすことができるような社会を作っていくことである。そのためには、日本における実態を調査し、対象のニーズに合った支援を築き上げていく必要がある。

本報告は、平成15年度科学研究費補助金萌芽研究（課題番号15659531）の助成を受けて行われたものである。

## 引用文献

- 1) 内閣府男女共同参画局：配偶者などからの暴力に関する調査（概要），1-22，2003
- 2) ダニエル・J・ソンキン，マイケル・ダーフィ（中野瑠美子訳）：脱暴力のプログラム，青木書店，25-39，2003
- 3) 女性に対する暴力に関する専門調査会：配偶者暴力防止法の施行状況などについて，男女共同参画会議，41-53，2003
- 4) 沼崎一郎：騙されずにバタラー（DV加害者）を見極められますか？—アメリカの教訓，アディクションと家族，18(3)，315-329，2001
- 5) 警察庁HP，<http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki18/taiou.pdf>
- 6) 前掲2)：71-82，2003
- 7) 前掲3)：70-71

## 編集後記

平成17年3月、本学看護学科の第1回生が卒業します。看護学科の設置に時間を要した本学において、第1回生の旅立ちは感慨深いものがあります。充分とはいえない教育環境ではありましたが、それ故に教員と学生との一体感がありました。これからは、卒業生が我々教員の教育・研究活動を評価していくことになるでしょう。本誌が、学生と教員、実践と知識の交流の場の一つとして、幅広く活用されることを願っています。

(鶴田)

## 研究誌委員

委員長 根本清次  
赤星成子  
鶴田来美  
大川百合子

## 南九州看護研究誌 第3巻 第1号

---

平成17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. 3, No. 1, 2005

---

### [Articles]

A Longitudinal Study of the Relationship between .....Yachiyo Tsuchiya..... 1  
Occupational Identity Status and Stress-Coping in  
Nursing Students

Concerns of nurses in providing terminal care.....Nobuko Kaseda.....11  
in specialized nursing homes for the elderly :  
Miyuki Yamada  
-An analysis of free remarks about nurses' role Teruyo Iwamoto  
on nation-wide survey-

The Nurses' task to solve Problems in providing.....Miyuki Yamada.....23  
Terminal Care in Specialized Nursing Home  
Nobuko Kaseda  
for the Elderly Teruyo Iwamoto  
-Analysis about nation-wide survey-

Changes in Postpartum Daily Physical Activity,.....Tsuyako Nagase.....33  
Fatigue and Anxiety  
Toshiaki Muraki  
-Comparison between Primiparae and Multiparae- Mihoko Komatsu  
Naomi Kanou

Relationship between the Multidimensional HLC.....Hisato Igarashi.....43  
and Lifestyles in Male Workers  
Sumio Iijima

### [Brief Reports]

Issues and prospects in child-care support services.....Tamayo Hasegawa.....53  
in the community  
Kyoko Sato  
-Through involvement of public health nurses Kurumi Tsuruta  
in child-care groups-

The nurses' recognition about key-person .....Nariko Akahoshi.....61  
on nursing practices  
Yachiyo Tsuchiya  
-The outline of investigation in a medical insutitution- Rinko Uchida

### [Communications]

Care for carers in Australia .....Tamayo Hasegawa.....69

Domestic Violence Counseling and Prevention .....Tazuko Murakata.....73  
in Little Tokyo Service Center