

研究紀要

第18号

(2004年度)

静岡県立大学短期大学部

家族介護者による介護工夫とその関連要因	今福 恵子 深江 久代 渡邊 輝美 福興 知恵	(1)
看護師養成3年課程における「看護技術の習得状況」の実態(1) — 学生へのアンケート調査から —	大場みゆき 荒谷喜代美 斎藤 了 片川 智子 金城やす子 塚本 康子 小川 亜矢	(13)
看護師養成3年課程における「看護技術の習得状況」の実態(2) — 学生への面接調査から —	片川 智子 塚本 康子 金城やす子 荒谷喜代美 大場みゆき 斎藤 了 小川 亜矢	(23)
医療保育士からみた看護師との連携の現状と課題 —多職種チームによる効果的な連携を図るために—	金城やす子 松平 千佳	(35)
川崎病におけるCD14のプロモーター領域の単一塩基多型(C(-260) → T) 解析	竹下誠一郎 高林 文代 吉田 直樹	(45)
臨地実習における看護学生の「他職種との連携」に関する学習の実態 (第2報)	長澤 利枝 馬場 志乃 前野真由美	(51)
看護におけるコミュニケーション技術向上のためのカウンセリング的アプローチ —共感的理解によるラボール形成の試み—	永野ひろ子	(61)
Enpathic Understanding Scale:Study of Development of a Self Evaluation Form —From the Micro counseling Point of View—	永野ひろ子	(69)
ロイ適応モデルを用いた看護過程の展開 ～思考過程がわかるアセスメントシートの作成～	永野ひろ子 安富 沙織	(83)
がん告知を受けた患者・家族の家族機能に関する調査 —FFFS日本語版Iによる家族機能の評価から—	馬場 志乃 塚本 康子	(99)
東海地震防災対策からみた災害弱者世帯の看護ニーズ	牧野 典子 高林ふみ代	(107)

- ビデオ教材の活用について
－自作ビデオ作成の試み－ 海老名和子 (115)
- 高齢者の歯ブラシの消耗度について 田中丸治宣 (121)
- Matrix Metalloproteinases研究の経緯と新しい展開 吉田 直樹 高林ふみ代
竹下誠一郎 (131)
- 移動制約者の旅行についての研究 井上 桜 (145)
- 支援費制度の実績検証と自己決定支援に関する検討 岩田 香織 (157)
- 高齢者虐待問題における専門援助機関の設置に関する考察
－ソーシャルワーク実践と地域ネットワークの活用－ 江原 勝幸 (171)
- 障害児育児ストレス認知尺度の因子不变性 岡田 節子 種子田 綾
新田 収 中嶋 和夫 (183)
- 痴呆性高齢者のQOLと介護者の介護負担感の関係 木林身江子 (191)
- イギリスにおけるホスピス・ボランティアの教育・訓練に関する研究 佐々木隆志 (201)
- ホームヘルパー養成研修受講生の職業アイデンティティに関する調査研究
～ある実習生の学びを通して考える～ 土切ゆかり 岩田 香織 (211)
- ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティ形成と専門倫理と価値の問題
～ある実習生の学びを通して考える～ 松平 千佳 (221)
- フランスの総合型スポーツクラブの組織と経営分析 溝口 紀子 (231)
- 性格特性からみた女性の独立意識 三田 英二 (245)
- イギリスにおける高齢者施設の現状
－ ロス・ワイルド・ナーシング・ホームから － 三富 道子 (251)

Annual Report
of
University of Shizuoka, Shizuoka College
(Shizuoka Kenritsu Daigaku Tanki Daigakubu)

No.18

2004

IMAFUKU Keiko, FUKAE Hisayo, WATANABE Terumi, FUKUYO Chie Divisible Factors Relevant to Family Nursing	(1)
OBA Miyuki, ARATANI Kiyomi, SAITO Ryo, KAKAKAWA Satoko, KINJY Yasuko TSUKAMOTO Yasuko, OGAWA Aya Research on Student's Mastery of Nursing Skills in the Three-year Associate Degree Curriculum, Part 1: A Questionnaire Survey	(13)
KATAKAWA Satoko, TSUKAMOTO Yasuko, KINJYO Yasuko, ARATANI Kiyomi OBA Miyuki, SAITO Ryo, OGAWA Aya Research on Student's Mastery of Nursing Skills in the Three-year Associate Degree Curriculum, Part 2 : an Interview Survey	(23)
KINJYO Yasuko, MATSUDAIRA Chika The Conditions and Issues of Team Work Performed by Nursing Staff and Medical Child Care Staff - To Plan an Effective Team Work Performance by Plural Occupation Group -	(35)
TAKESHITA Seiichiro, TAKABAYASHI Fumiyo, YOSHIDA Naoki C (-260) →T polymorphism in the promoter of CD 14 gene in Kawasaki disease	(45)
NAGASAWA Rie, BABA Sino, MAENO Mayumi The student's Learning about Cooperation of the Nurse and Other Profession in Clinical nursing Practice (the second Report)	(51)
NAGANO Hiroko Counseling Approach : Improving Communication Skills in Building Rapport Through Empathic Understanding	(61)
NAGANO Hiroko Empathic Understanding Scale Study of the Development of a Self Evaluation Form -From the Micro counseling Point of View-	(69)
NAGANO Hiroko , YASUTOMI Saori Development for the Nursing Process Using the Roy Adaptation Model: Format Discussion Showing the Thought Process	(83)
BABA Shino, TSUKAMOTO Yasuko Research on family function of patient receiving notification of cancer and family -From the evaluation of the family function by the FFFS Japanese version I-	(99)
MAKINO Tsuneko, TAKABAYASHI Fumiyo Care Needs for Elderly and Disabled People on Disaster Preparedness of TOKAI Earthquake	(107)
EBINA Kazuko A Study on Use of Visual Aids -An Approach to Make Films-	(115)

TANAKAMARU Harunobu The Study of Toothbrush Wear on Elderly People	(121)
YOSHIDA Naoki, TAKABAYASHI Fumiyo, TAKESHITA Seiichiro An Outline of the Past Research and the Outlook for the Matrix Metalloproteinases ..	(131)
INOUE Sakura A Study of People Whose Mobility are Restricted	(145)
IWATA Kaori The Results Verification of The Assistance Benefits System and a Study of Self Decision Support.....	(157)
EBARA Katsuyuki A Study on Founding Adult Protective Services on Elder Abuse and Neglect —Utilizing Social Work Practice and Community Coalitions—	(171)
OKADA Setsuko, TANEDA Aya, NITTA Osamu, NAKAJIMA kazuo Factorial Invariance of the Parenting Strain Index for Parents with Disabled Children	(183)
KIBAYASHI Mieko The Relationship between the QOL of People with Senile Dementia And Caregiver Burden	(191)
SASAKI Takashi An Investigation Into the Hospice Volunteer Training in Great Britain	(201)
TSUCHIKIRI Yukari, IWATA Kaori Investigation Research on Professional Identity of Participants of Home Helper Training	(211)
MATSUDAIRA Chika The Formation of the Identity as a Social Worker and the Issue of Professional Ethics and Values. ~A Study through an Experience of a trainee~ ..	(221)
MIZOGUCHI Noriko L'analyse d'un club sportif de france	(231)
MITA Eiji Women's Awareness of Independence Examined from Viewpoint of Personality Traits ..	(245)
MITOMI Michiko The present condition of care home for older people — A report from Ross Wyld Nursing Home —	(251)

第18-W号 目 次 2004年

(<http://sizcol.u-shizuoka-ken.ac.jp/~kiyou/>)

1. 高等学校における理数科目の履修状況および基礎概念の学習度調査（2004年4月） …… 原田 茂治
2. 知的障害児施設におけるTEACCHメソッドの導入について ……………… 岩田 香織、高畠 裕子
3. 知的障害者に対する成年後見制度の運用について ……………… 岩田 香織
4. 災害弱者援助における地域ネットワークの活用 ……………… 江原 勝幸
5. 第3段階実習報告会講評 ……………… 川村 邦彦
6. 看護学生の達成動機に関する研究
—学年別達成動機の因子構造の比較：5年間の調査から— ……………… 坂本 知子
7. 歯科衛生士の労働環境についての研究
—卒業生就業実態調査の比較検討から— ……………… 鈴木 温子
8. 効果的な刷掃について —隣接面— ……………… 田島 瞳子、中村 和美
9. 静岡県における中途視覚障害者へのリハビリテーションに関する考察 ……………… 立花 明彦
10. 青年期における女性の自己形成 ……………… 三田 英二
11. 高齢者のデイサービスセンターにおける介護プログラムに関する一考察 … 川島貴美江、山田美津子
12. アメリカの歯科衛生士養成における感染予防教育について ……………… 山本 智美
13. 日系人の高齢者施設における介護の現状II
— ブラジル・サンパウロ州 さくらホーム、イペランジャーホームの調査より — … 渡邊 薫

Annual Report (Web Edition)
of
University of Shizuoka, Shizuoka College
(Shizuoka Kenritsu Daigaku Tanki Daigakubu)

URL : <http://sizcol.u-shizuoka-ken.ac.jp/~kiyou/>

No.18-W

2004

1. HARADA Shigeharu

The investigation on the completion degree of high school courses in science and mathematics and on the understanding level of their basic concepts (April, 2004)

2. IWATA Kaori, TAKAHATA Hiroko

The Inroduction of the TEACCH Method in the Facility of Children with Mental Retardation

3. IWATA Kaori

The Operation of the Adult Guardianship System for Persons with Difficultties

4. EBARA Katsuyuki

Utilizing area network systems for helping vulnerable people to disasters

5. KAWAMURA Kunihiko

A Review for the Students' Reports on the Third-stage Fieldwork

6. SAKAMOTO Tomoko

Studies on the achievement motive of nursing students

—The comparison between factorial structures of school year achievement motive in the investigation for 5 years—

7. SUZUKI Atsuko

A Study about Labor Circumstances of Dental Hygienests

—From Comparison Examination of a Survey—

8. TAJIMA Mutsuko, NAKAMURA Kazumi

A Study on the Effective Toothbrushing-Proximal surface

9. TACHIBANA Akehiko

Study of Rehabilitation for Persons Who Have Become Visually-Impired in Their Adulthood in Shizuoka

10. MITA Eiji

Women's Self-Formation in Adolescence

11. KAWASHIMA Kimie, YAMADA Mitsuko

A Study on Nursing care program of the elderly in Day Service Center

12. YAMAMOTO Tomomi

Infection control on dental hygienest education in America

13. WATANABE Kaoru

The Present Condition of Nursing Home Care for Japanese Immigrants II

—A Report of two cases in BRAZIL : SAKURA HOME and IPELANDIA HOME—

Published
by
University of Shizuoka, Shizuoka College
(Shizuoka Kenritsu Daigaku Tanki Daigakubu)
2-2-1 Oshika, Shizuoka-shi, Shizuoka-ken, 422-8021 Japan
Phone 054-202-2600
Fax 054-202-2612
March 7, 2005

家族介護者による介護工夫とその関連要因

Divisible Factors Relevant to Family Nursing

今福 恵子

深江 久代

渡邊 輝美

福與 知恵

IMAFUKU,Keiko FUKAE,Hisayo WATANABE,Terumi FUKUYO,Tomoe

要旨

本研究は家族介護者（以下介護者とする）の介護工夫とその関連要因について検討した。その結果、介護工夫を行っている介護者は、療養者の要介護度が高い人に多く、また長期間介護している人に多いことが明らかになり、介護負担感の軽減につながると考えられた。また、訪問看護師の技術指導は介護者の精神的健康の支援にも関わるが、今回の研究により介護工夫にもつながり、介護者が効率的に介護を行うための一助となることが示唆された。

Key words：介護工夫、訪問看護師、介護者、介護負担感

I 緒言

わが国においては、平成12年に全人口の6人に1人であった高齢者が、平成37年には全人口の3人に1人になると予想されるなど、急速に高齢化が進展している。こうした中、寝たきりや痴呆の高齢者が急速に増加する一方で、核家族の進展などによる家族の介護機能の変化などが起こっており、高齢者介護問題は老後の最大の不安要因になっている¹⁾。また、現在医療現場では技術革新を受けた複雑化・高度化の一方で、在院日数は短縮化の一途をたどり、サービス提供体制も、入院医療から在宅医療推進へのシステム構築が急務とされている²⁾。サービス提供において、訪問看護師は要介護者の看護のみでなく、介護者の健康も考えながら在宅療養が継続できるよう、技術教育等の情報提供をすることが求められるが、訪問看護師の看護方法の難易度においては、「利用者・家族教育」が一位であり³⁾、介護者の介護能力の向上には困難を伴うことが予想される。しかし介護者が介護の過程で技術指導を受け、また介護者自ら情報収集し介護工夫をすることで介護能力の向上につながり、介護の効率化が図れると考える。介護者研究においては、介護の負担感⁴⁾や介護者の介護継続意思⁵⁾や介護に対する肯定感⁶⁾などの研究がなされているが、介護工夫に関する研究はされていない。

そこで本研究では、介護者による介護工夫とその関連要因を分析することを目的に研究を行った。

II 用語の定義

介護工夫：介護工夫とは様々な意味を含んでおり、療養者を介護している介護者が、衣服や物品などを工夫したり、住宅改修をして介護しやすい状態にしたり、介護者自身が時間の使い方を工夫したり、サービスの活用をするなどして介護をより効率的に行えるようにすることである。

III 研究方法

1. 対象、方法

S市中部地区にある、病院の訪問看護室や訪問看護ステーションを利用している200名の在宅療養者（以下療養者とする）を介護している介護者に対して調査を行った。訪問看護室・訪問看護ステーションに質問紙をもっていき、質問紙は訪問看護師から直接介護者に手渡し、回答は返信用封筒に入れて介護者に送付していただくように依頼した。なお、介護者が視力低下等で記入が困難であったり、文章理解力が乏しい場合には、訪問看護師が直接介護者から聞き取りするよう依頼した。200名中160名から返送があり、回収率は73.3%であった。

2. 調査項目

1) 基本属性

療養者・介護者の属性として、性別・年齢・職業の有無・家族構成・経済状況・療養者の要介護度・介護年数について質問した。

2) 介護負担感

介護負担感については中谷・東條（1989）が作成した介護負担感⁴⁾を使用した。項目ごとに「まったくあてはまらない」から「非常にあてはまる」まで4件法の選択肢を設け、順に1点から4点を与えた。尺度得点は、すべて単純加算によって算出した。

3) 燃えつき、抑うつ

燃えつきについては、家族介護MBI⁷⁾を用いた。項目ごとに「まったくあてはまらない」から「非常にあてはまる」まで5件法の選択肢を設け、順に1点から5点を与えた。尺度得点は、すべて単純加算によって算出した。

抑うつについては、Radloff (1977) が開発した Center for Epidemiologic Studies Depression Scale の日本版（矢富・Liang・Krause・Akiyama,1993）の短縮版を用いた。項目ごとに「そういうことはほとんどなかった」から「たいていそうだった」まで4件法の選択肢を設け、順に1点から3点を与えた。尺度得点は、すべて単純加算によって算出した。

4) 介護工夫

介護の工夫については、いろいろと自分なりの工夫をしたことがあるかについて、「よく工夫している」から「工夫していない」まで4件法の選択肢を設け、回答を求めた。さらに実際にどのような工夫をしているかについて、自由回答で記述してもらった。

5) 訪問看護師の技術指導

訪問看護師の技術指導については、日頃行っている介護技術内容の①清拭・歩行・移動・食事介助、②入浴介助、③経管栄養・胃瘻の注入、④排泄介助（おむつ交換）、⑤排泄介助（浣腸・摘便）、⑥痰をとる（吸引含む）、⑦体位交換、⑧ガーゼ交換、⑨人工呼吸器・カテーテル管理、⑩体温・脈拍・血圧測定、⑪薬の管理、⑫介護サービス手続き、⑬急変時の対応についての13項目について回答を求めた。「充分教えてもらっている」「教えてもらっている」「ほとんど教えてもらっていない」「教えてもらっていない」までの4件法により回答を求めた。必要なない介護内容については「必要としない」の欄を設け、0点とした。

3. 集計及び分析方法

SPSS ver.10を用いて単純集計と、介護工夫と燃えつき、抑うつ、介護年数、介護度、介護負担感、訪問看護師の技術指導看の有無による得点の平均値の差異をt検定によって検討し、介護工夫の関連について分析した。

4. 倫理的配慮

文書により訪問看護室や訪問看護ステーションから調査の同意を得ていること、調査の参加は自由意志により決定できること、また結果を処理する上で守秘義務を守ることを書面にて説明した。

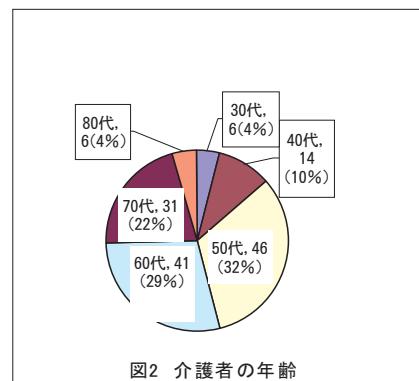
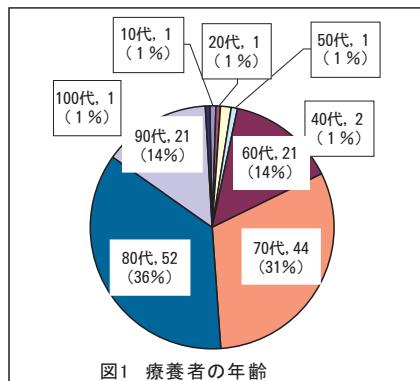
IV 研究結果

1. 集計対象の属性等の分布

統計解析には回収調査票160票のうち有効回答として144名を分析対象者とした（分析対象者割合90.0%）。

療養者の年齢は、80代が最も多く、52名（36.1%）であった。次は70代の44名（30.5%）であった。平均年齢は78.6歳であった（図1）。

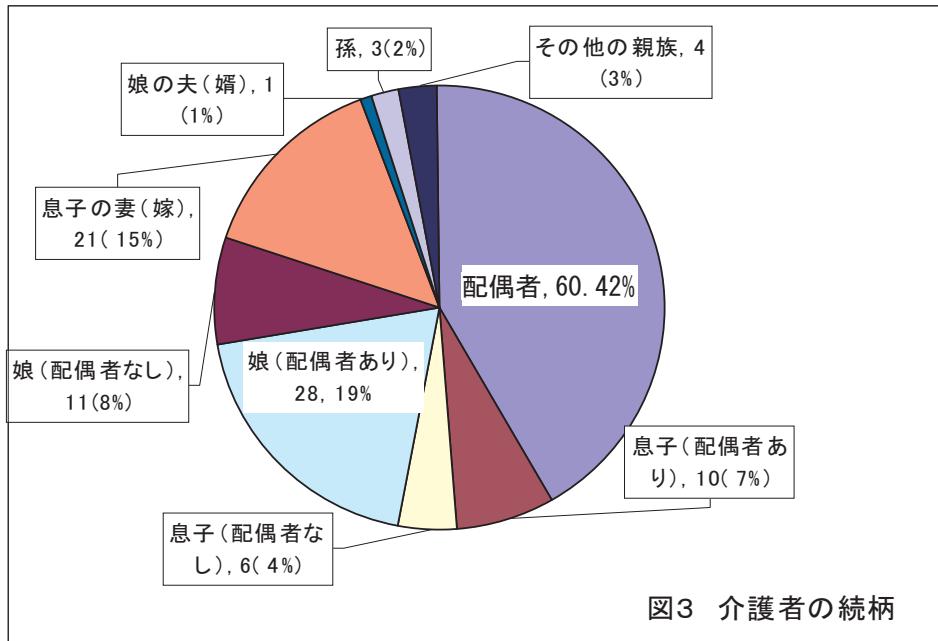
療養者の性別は、男性63名（43.8%）女性81名（56.3%）であった。



介護者の年齢は、60代が最も多く41名（28.5%）であった。次は50代で46名（31.9%）、70代で31名（21.5%）であり、平均年齢は61.0歳であった（図2）。

介護者の性別は、男性32名（22.2%）女性112名（77.8%）であった。

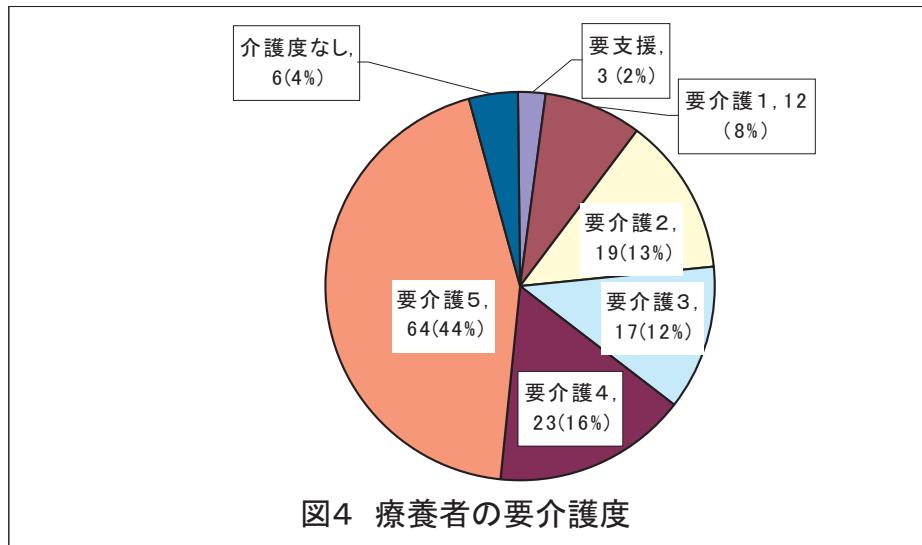
介護者の続柄は、「配偶者」60名（41.7%）、「配偶者ありの娘」28名（19.4%）、「嫁」21名（14.6%）、「配偶者なしの娘」11名（7.6%）であった。「その他の親族」と答えた4名（2.8%）は全員が母親であった（図3）。



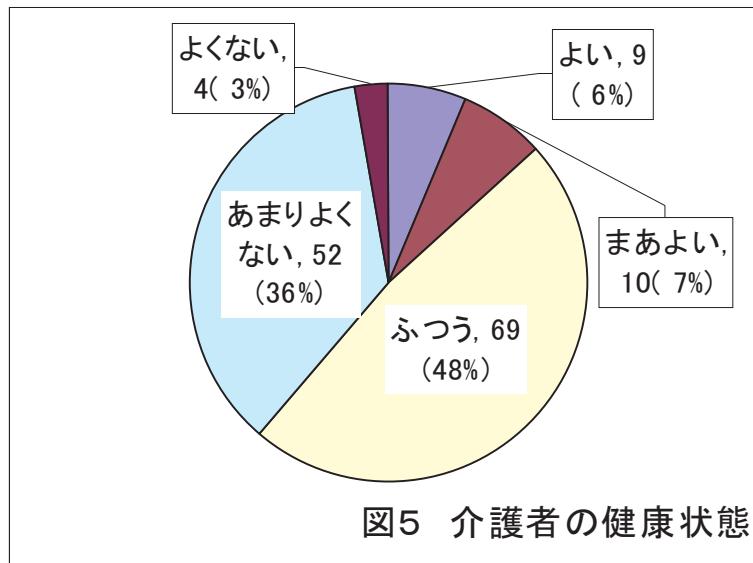
家族の人数は、「2人」が43名（29.9%）と最も多く、次に多いのが「3人」（30%）、「4人」（19.4%）であった。

経済状況は、「普通」が最も多く、107名（70.1%）で、次に多いのが「やや困窮」で24名（16.7%）であった。

介護度別では「要介護5」が64名（44.4%）と最も多く、次が「要介護4」で23名（15.9%）であった。「介護度なし」が6名（4.2%）いたが、これは介護保険の対象年齢に達せず、医療保険での訪問看護サービスをうけているためであった（図4）。



介護者の健康状態は「普通」と答えた人が69名（47.9%）と一番多く、次に多いのが「あまりよくない」で52名（36.1%）であった（図5）。



介護年数で、最も多いのが3～5年で38名（26.4%）であった。次が1～2年が31名（21.5%）、6～10年が26名（18.1%）、1年未満が21名（14.6%）であった。11～15年が7名（4.9%）、16～20年が3名（2.1%）、21年～27年が2名（1.4%）であった。また23名（16%）が不明であった。平均介護年数は4.34年で、最高は27年で妻が介護者であった。

介護負担感の合計得点は、16～20点が51名（35.4%）と一番多く、次に多いのが21～25点で38名（26.4%）、11～15点で34名（23.6%）であった。すべての項目に「非常にあてはまる」「あてはまる」と回答した最高32点の人が2名いた（表1）。

表1 介護負担感得点

得点(点)	人数(人)	割合(%)
1～5	0	0
6～10	2	1.4
11～15	34	23.6
16～20	51	35.4
21～25	38	26.4
26～30	16	11.1
31～32	3	2.1
合計	144	100

介護工夫については、「たまにしている」が58名（40.3%）と一番多く、次が「よくしている」が43名（29.9%）であった。約70%は「よく工夫している」「たまに工夫している」と答え、介護工夫をしていた（図6）。また、自由回答から「尿カテーテルなどのズボンの工夫、両脇直しをしている」「経管栄養のパックを吊るすレールを天井に取り付けた」など様々な工夫がされていた（表2）。

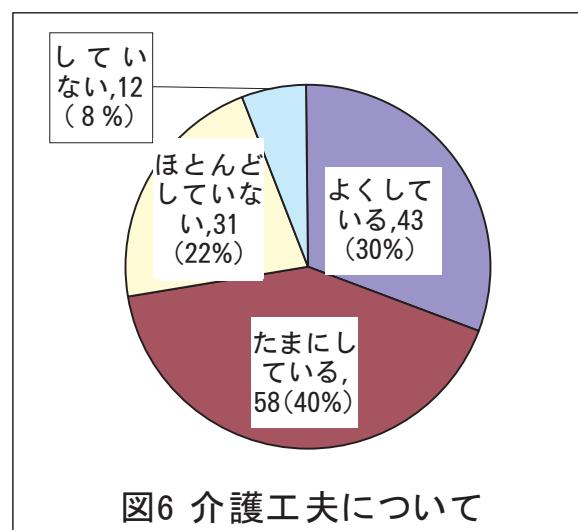


表2 介護工夫についての自由回答

- ・身体をふく時に蒸しタオルを発泡スチロールに入れておくと、さめなくて良い。
- ・尿カテーテルなどのズボンの工夫、両脇直しをしている。
- ・ベッドのサイドに物品を取りやすくするため、自分で作り柵を作った。
- ・口腔清拭をお茶でしている。
- ・経管栄養のパックを吊るすレールを天井に取り付けた。
- ・15 cmの巾位のT字帶用の物を作つて着用させ、歩行やお風呂の際、背中のT字部分をしっかりと持って介護する。
- ・お茶など飲み物にはトロメリソと使ってむせないようにする。
- ・麻痺側の足が重ならないように枕を入れたりしている。
- ・腹膜透析をやつたため、カテーテルが入つていて、その先に接続部がある。30 cm位のカテーテルが出てるので、そのカテーテルを3つぐらいに巻いてガーゼをして止めている。
- ・寝巻きの袖をつつ袖にし、脇下を大きめにあけると、体温を測る時や着替えをするとき楽になった。
- ・ペット用のおしつこシートの利用。大きさがいろいろあり吸収力もよくいろいろ便利である。
- ・オムツはずし防止の腹帯を使用している。
- ・褥創予防の枕を使用している。
- ・水虫予防補助具を使用している。
- ・ベッドの上の布団が落ちやすいので、下と横に紐をつけて布団が落ちないようにしている。
- ・嚥下不良のため食事の大部分はフードプロセッサーなどで液状にしているが、味覚を楽しんでもらうため、極めて少量ずつの材料を口に入れている。
- ・浴衣・パジャマ等、着替えしやすく袖を大きくしている。
- ・毎日の状態を1日単位の表にしている。食事、体温、尿、便、血圧、脈拍、吸引等(時間、量、回数等)
- ・寝たままでおむつ交換をするのではなく、車椅子に乗せトイレに連れて行き、排出させる。簡易トイレを使用したりする。
- ・自分自身の生活の仕方を工夫するように心がけている。食事の時間の取り方など、おばあちゃんが一番に食事をとり、その後私たちがゆっくり食事できるようにするなど時間の取り方を工夫している。
- ・1人で排泄が出来る様トイレを改良した。
- ・ポータブルトイレを置き、使いやすいよう手すりをつけた。・着替え、食卓上の配置、洗面所周り、風呂場の設備、トイレの設備を工夫した。
- ・ベッドや車椅子にベルをつけて、すぐに対応できるようにしている。

2. 療養者の要介護度と介護工夫との関連

要介護度は介護時間等に関係し、より重度になると介護内容や時間も増える。そのため、療養者の要介護度と介護工夫との関連についてt検定を行った。

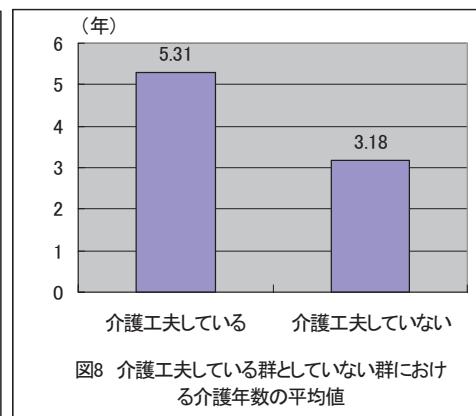
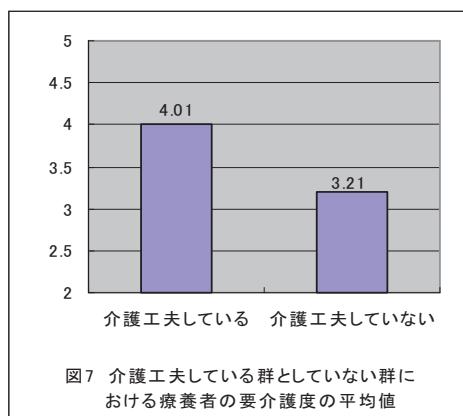
統計処理の際には、介護工夫については「よく工夫している」「たまに工夫している」を合わせて介護工夫している群とし、「ほとんどしていない」「していない」を合わせて介護工夫していない群とした。また、介護度について医療保険で介護度がつかない場合は療養者の状態により、要介護5として点数化した。

その結果、介護工夫をしている群の方がしていない群に比べ療養者の要介護度の平均値が有意に高かった（図7）。（ $t=3.066, df=142, p<.01$ ）

3. 介護年数と介護工夫との関連

介護年数が長いと、介護疲れから様々なストレスを感じることもあるが、介護のコツをつかみ、手際よく介護を行うことができると考え、介護年数と介護工夫との関連についてt検定を行った。

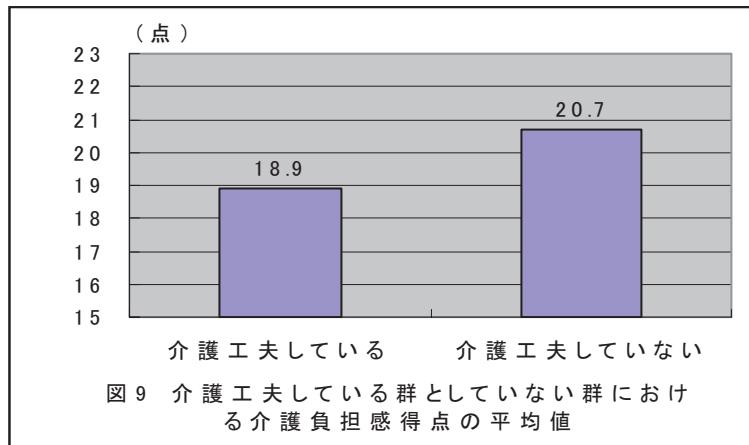
その結果、介護工夫をしている群の方がしていない群に比べ、介護年数の平均値が有意に高かった（図8）。（ $t=2.014, df=120, p<.05$ ）



4. 介護工夫と抑うつ、燃えつき、介護負担感についての関連

介護工夫をしていることは、介護者が前向きに介護をとらえているのではないかと考え、介護工夫と抑うつ、燃えつき、介護負担感との関連についてt検定を行った。

その結果、介護工夫と抑うつ、燃えつきについて有意な差はみられなかった。しかし、介護工夫と介護負担感において、介護工夫をしていない群の方がしている群に比べ、介護負担感得点の平均値が有意に高かった（図9）。（ $t=-1.897, df=141, p<.10$ ）



5. 訪問看護師の技術指導と介護工夫との関連

訪問看護師は、療養者に対する看護をしながら、介護者への技術指導も行っている。そこで、訪問看護師の技術指導13項目と介護工夫との関連についてt検定を行った。

その結果、以下の10項目について、介護工夫をしている群の方がしていない群に比べ、訪問看護師の技術指導点数の平均値が有意に高かった。

- ①「清拭・歩行・移動・食事介助」($t=2.269, df=137, p<.05$)
- ②「経管栄養・胃瘻の注入」($t=2.184, df=142, p<.05$)
- ③「排泄介助(おむつ交換)」($t=2.907, df=142, p<.01$)
- ④「排泄介助(浣腸・摘便)」($t=-2.059, df=142, p<.05$)
- ⑤「痰をとる(吸引含む)」($t=2.097, df=142, p<.05$)
- ⑥「体位交換」($t=2.471, df=142, p<.05$)
- ⑦「人工呼吸器・尿カテーテルなどの管理」($t=-1.891, df=142, p<.10$)
- ⑧「薬の管理」($t=-2.507, df=142, p<.05$)
- ⑨「介護サービス手続きなど」($t=2.102, df=142, p<.05$)
- ⑩「急変時の対応」($t=2.111, df=142, p<.05$)

V 考察

1) 介護工夫について

介護は毎日続き、義務的な拘束感が強く、見返りの少ない、身体的・精神的に負担の大きい事態である⁸⁾。さらに介護期間が長いほど介護負担感が増悪する⁹⁾という報告もある。

このような介護者の負担が減り、よりよい在宅療養生活を送るために、介護を効率的に行うこ

とが求められるが、今回の研究により、約70%の介護者が何らかの介護工夫をしていることが明らかになった。また、介護工夫の内容について、自由回答から食事や排泄、衣類の着脱について、介護者独自で介護しやすいように、さらにあまりお金をかけずに工夫をしていることがわかった。「身体をふく時に蒸しタオルを発泡スチロールに入れておくと、さめなくて良い」「寝巻きの袖をつつ袖にし、脇下を大きめにあけると、体温を測る時や着替えをするとき楽になった」など、自由回答にあるように、介護者が療養者の状態を把握し、家庭にある物品を工夫することで介護を効率的に行うことができ、また介護者にあったペースで介護を行うことができると考える。

2) 介護工夫の関連要因について

介護工夫を行っている介護者は、療養者の要介護度が高い人に多く、また長期間介護している人に多いことが明らかになった。要介護度が高いということは、介護者が清拭や排泄など介護する回数や時間も増え、介護をしていく中で、徐々に介護にも慣れ自分でやりやすい方法を考えたりするのではないかと考える。また、介護工夫をすることにより、介護負担感の、軽減につながる傾向があることがわかった。介護負担感尺度には、「手がまわらない」「外出できない」「自由な時間がない」という項目がある。介護者が介護工夫をすることで介護が効率的に行うことができ、時間配分のペースや時間的余裕が生まれ、その結果介護者の介護負担感の軽減につながったのではないかと考える。

さらに、訪問看護師の技術指導13項目のうち10項目について、介護工夫との関連があることがわかった。鳥居らの研究によると訪問看護師は訪問によって<ケアを代行・補助する><情報を提供する>という内容がある¹⁰⁾。療養者の状況を観察し、介護者の介護方法を尊重しながら、訪問看護師はケアの代行・補助時に、よりやりやすい介護方法の情報を提供していると考える。

有意な差がみられなかった3項目は、「入浴介助」「ガーゼ交換」「体温・脈拍・血圧測定」であったが、これらの技術について、「入浴介助」は訪問入浴サービスの活用やヘルパーの援助により、介護者による工夫がいらないことも考えられる。また、「ガーゼ交換」や「体温・脈拍・血圧測定」に関しては、療養者に即した方法も必要になってくる場合もあるが、指導された技術をきちんと行うことも求められるため工夫までいたらなかったのではないかと考える。

訪問看護師の技術指導に関する先行研究において、介護者の燃えつきを低減させることができた¹¹⁾。訪問看護師の技術指導は介護者の精神的健康の支援にも関わるが、今回の研究により、訪問看護師の技術指導は介護工夫にもつながり、介護者が効率的に介護を行うための一助となることが示唆された。

今回の研究では、どのような状況から介護工夫をするようになったのか、介護工夫のプロセスについては調べていないため、今後の課題にしたい。

VII 結論

介護者の介護工夫とその関連要因として以下のことが明らかになった。

1. 約70%の介護者が、食事・排泄・移動等について介護工夫をしている。
2. 介護工夫を行っている介護者は、療養者の要介護度が高い人に多く、また長期間介護している人に多い。
3. 介護者が介護工夫をすることで、介護負担感が軽減する傾向がある。
4. 「おむつ交換」「清拭・歩行・移動・食事の介助」「経管栄養・胃瘻の注入」「浣腸・摘便」「吸引」「体位交換」「薬の管理」、「人工呼吸器やカテーテルの管理」について、訪問看護師の技術指導を受けていると介護者が介護工夫をしている傾向がある。

引用・参考文献

- 1) 国民衛生の動向, 財団法人厚生統計協会, (2004)
- 2) 財団法人日本訪問看護振興財団, 訪問看護白書—訪問看護10年の歩みとこれからの訪問看護一, 日本看護協会出版会, (2002)
- 3) 島内節, 木村恵子, 龜井智子, 藤谷久美子, 内田恵美子, 川越博美, 佐々木朋子, 福島道子, 高階恵美子, 丸山美知子, 訪問看護業務内容の難易度順位からみた看護の構造と利用可能性, 日本地域看護学会誌, (2) No.1, 17-24, (2000)
- 4) 中谷陽明, 東條光雅, 家族介護者の受けける負担-負担感の測定と要因分析-, 社会老年学, (29) 27-36 (1989)
- 5) 岸恵美子, 神山幸枝, 土屋紀子, 渡邊亮一, 在宅要介護高齢者の介護者の介護継続意志に関する要因の分析, 自治医大看護短大紀要, 11-22, (1999)
- 6) 斎藤恵美子, 国崎ちはる, 金川克子, 家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討, 日本公衆衛生雑誌, (48) 180-189 (2001)
- 7) 中谷陽明, 在宅障害老人を介護する家族の燃えつき-Maslach Burnout Inventory-適用の試み, 社会老年学, (1992)
- 8) 西川正之, 援助とサポートの社会心理学, 北大路書房, 26-37 (2000)
- 9) 杉原陽子, 杉澤秀博, 中谷陽明, 在宅要介護老人の主介護者のストレスに関する介護期間の影響, 日本公衆衛生雑誌, (45) 320-335 (1998)
- 10) 鳥居英子, 飯田澄美子, 家族介護者にとっての訪問看護婦の訪問の意味, 家族看護学研究, Vol. 4, No. 1, (1998)
- 11) 今福恵子, 深江久代, 小川亜矢, 訪問看護師の情報的サポートと介護者の燃えつきとの関係, 静岡県立大学短期大学部研究紀要第17号, 21-32 (2003)
- 12) 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨薰, 中谷陽明, 柴田博, 在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果, 心理学研究, (69), No. 6, 486-493 (1999)
- 13) 大内尉義・村嶋幸代, 退院支援—東大病院医療社会福祉部の実践からー, 杏林書院, 2002
- 14) 木下由美子, 在宅看護論第三版, 医歯薬出版, 2000
- 15) 山本則子, 家族介護とジェンダー, 家族看護学研究, (6) No. 2, 158-163 (2001)

(2004年11月4日受理)

看護師養成 3 年課程における「看護技術の習得状況」の実態(1) — 学生へのアンケート調査から —

Research on Student's Mastery of Nursing Skills in the Three-year Associate Degree Curriculum, Part 1: A Questionnaire Survey.

大場みゆき^{*1}
Miyuki Oba

荒谷喜代美^{*1}
Kiyomi Aratani

斎藤 了^{*2}
Ryo Saito

片川 智子^{*1}
Satoko Katakawa 金城やす子^{*1}
Yasuko Kinjyo 塚本 康子^{*1}
Yasuko Tsukamoto 小川 亜矢^{*2}
Aya Ogawa

* 1 静岡県立大学短期大学部 看護学科「在り方検討会」1 グループ

* 2 前 静岡県立大学短期大学部 看護学科 同上

Iはじめに

社会の変化とそれに伴う看護の機能の拡大によって、看護師養成は専門学校から大学への移行を提言¹⁾され、看護系大学が急増している。このような状況で看護基礎教育について検討する必要性が出てきたことから、2002年3月に文部科学省から「看護学教育の在り方に関する検討会」報告書として「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」²⁾が提出された。検討会は「看護学教育の在り方を検討し、本教育が真に国民のニーズに対応する教育内容と実施体制の中で発展する方策を探すこと」を目的とし、この中では「看護学の教育内容のコアである技術学習項目」や臨地実習指導体制等について提示した。そして「臨地実習に臨む全学生について、当該実習の到達目標に沿い、それぞれの到達度を含めて、事前の習得レベルの確認と実習終了時の到達レベルを確認することが必須である。今後は、実習開始前と終了後に評価する体制を構築すべきである。」と提言した。

これを受け、当校 看護学科に同年4月より「在り方委員会」が設置され、教員全体で今後の教育についての検討が行われることになった。そして、「在り方委員会」から具体的な検討項目が4つ出され、教員が4つのグループに分かれ、2年間に渡って検討を行った。筆者らの1グループでは「看護技術の習得状況」をテーマにし、検討することになった。

この2年間には、当学科が平成9年に移設されたことにより遅れていたカリキュラム改正が実施されている。また当校の臨地実習の指導体制は、6人程度のグループを1教員が責任をもって行っている。そのため、この検討に際しては当校のカリキュラムの変更や前述のグループ活動による教員の意識変化の影響についても視野に入れる必要があろう。今回、この活動の一部を報告したいと考える。

本研究の目的は、1) 看護師養成 3 年課程における卒業前「看護技術の習得状況」の実態を経験の有無、習得レベルから明らかにすること、2) 学生の「看護技術の習得状況」と履修項目・教員の意識との関わりについて検討することにある。

ここでの「看護技術」とは、「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」において示されている「実践力を育成する基本的な技術である『看護基本技術』」a～mまでの13技術学習項目（報告書中の表2）に含まれるものとする。

II方法

1. 習得状況に関するアンケート調査

1) 調査方法：当校、看護師養成3年課程の卒業年次学生各60名を対象とし、臨地実習がすべて終了した12月初旬に、臨地実習での看護技術の実施状況についての質問紙調査を行った。質問紙は教室で配布し、その場で回収した。

カリキュラム改正が実施されたことから、学生の年次別の特徴を超えて傾向を捉えるために調査は2年間に渡って実施した。調査項目は13技術学習項目を基にした85細項目とし、回答は区分1～5；1(実施も見学もしていない), 2(見学した), 3(経験したが出来ない), 4(手助けがあれば出来る), 5(一人でできる)の5段階とした。また習得状況の実態を知る目的であるため、学生の詳細なプロフィールは調査しなかった。

2) 調査期間：第一回は平成14年12月9日、第二回は平成15年12月18日。

3) 倫理的配慮：質問紙は学生の負担にならない量や内容を考えて作成した。また調査に際しては、調査の主旨や回答は個人の自由意思であること、授業評価には全く関係ないこと、結果は統計処理されて個人のプライバシーは守られることを十分に説明して配布し、無記名とした。

2. 教員の意識に関するアンケート調査

1) 調査方法：平成14～15年度、臨地実習の指導に関わった当校、看護学科教員20名を対象として、臨地実習での看護技術の指導に関する意識がこの2年間で変化したか、学生に関して気付いた点についての質問紙調査を行った。用紙はメールで説明後に配布し、回収は各自で封筒に入れ指定場所に投函とした。

2) 調査期間：平成16年4月22日～5月21日

3) 倫理的配慮：質問紙は回答への負担を考慮して作成し、調査の主旨・自由参加であること・個人のプライバシーは守られることを明記し、無記名とした。

3. 分析方法

統計ソフトSPSS Ver.10.0J、Excelを使用し、記述統計、一元配置分散分析等を行なった。当校のカリキュラムは平成13年度新入生から変更されたため、14年度卒業生と15年度卒業生では臨地実習の内容が違っている。具体的なカリキュラムの変更点を表1・2に示した。

表1 年次別、履修単位比較表

年 度	卒 業 に 必 要 な 総単位数 (前年比)	一 般 教 養 科 目 (学科共通科目を含む)	専 門 科 目		
			専門基礎	専 門	臨地実習
14年度	111	21	26	41	23
15年度	104 (-7)	17 (-4)	25(-1)	39(-2)	23

表2 年次別、臨地実習(履修単位)比較表

年度/領域	基 礎	成 人	精 神	母 性	小 児	地域・老人	そ の 他	計
14年度	3	8	2	3	3	3	1(総合実習)	23
15年度 (前年比)	3	6 (-2)	2	2 (-1)	2 (-1)	4 (+1)	2(各論前実習) 2(継続実習)	23

* 総合実習は研究活動、継続実習は施設から在宅への看護実践の学習を主とする。

1) 技術の習得状況について

- (1) 年次別の違い：カリキュラムの違いによって分布に差があるかを、一元配置分散分析によって確認する。
- (2) 経験率：各技術を経験した学生の割合を経験率とし、各項目の経験者の割合について、分類別（13技術学習項目ごと）に検討する。
- (3) 経験内容：前述の報告書に統いて、2003年3月には厚生労働省から「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書³⁾が出され、その中の技術学習項目ごとの「臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準」が示された。水準1～3として助言・指導により学生が単独で可能なものの、指導・監督のもとで実施できるもの、原則として看護師や医師の実施を見学するものに分類されている（資料1参照）。そこで、この水準と調査結果とを比較して検討する。

2) 教員の意識に関するアンケートについて

年次別に差が見られた項目と教員へのアンケート結果、カリキュラムの変更内容についての関連性を検討する。

III結果

1. 習得状況に関するアンケート調査

表3は、2年間の調査を評価の区別別にまとめたものである。

- 1) 年次別の違い：平成14・15年度別に一元配置の分散分析を行った結果、有意差が見られたものは5項目（ $p < 0.05$ ）；病室整備等、食生活支援、入浴介助、衣生活支援、注射法であった。他の80項目については、年次別の差は見られなかった。項目別に内訳を見ると、病室整備等では14年と比べて区分1（なし）が3.6%から0%となり、区分4（手助けで出来る）が減少して区分5（一人でできる）が67%から87%へと増加した。食生活支援では経験率32.8%が61.1%に増加した。入浴介助では区分3（経験したが出来ない）が3.6%から24.1%へと増加した一方で、区分4（69%）と区分5（23.6%）は約10%減少した。衣生活支援では区分4が18.2%から42.6%へ増加し、区分5は78.2%から51.9%へと減少した。注射法では経験率34.5%が22.3%へと減少した。
- 2) 経験率：年次別の差が5項目と少なかったことから、2年間をまとめてひとつの集団として分析することとした。85項目のうち経験率が50%を超えた項目は、44項目（51.8%）であった。経験者の割合を分類別（13技術学習項目ごと）に見ると、含まれる細項目の全てが経験率50%を超えていたものは3項目；環境調整、活動・休息援助、清潔・衣生活援助であった。経験率の低いものの中では区分1（実施も見学もしていない）の割合が多かった学習項目は救命救急処置で、その他の細項目としては失禁ケア、排尿困難時の援助、ストーマ造設者のケア、包帯法、輸血の管理、リスクマネジメント、指圧、スパイロメーター、検査時の援助－胃カメラ、気管支鏡、骨髄穿刺の11項目であった。
- 3) 経験内容：習得度の区分に沿ってみると、区分5が多い学習項目は環境調整、入浴介助を除く清潔・衣生活援助であった。これ以外で区分5が50%以上あった細項目は、食事介助、バイタルサインの観察、身体計測、パルスオキシメーターの4項目であった。また区分4（手助けがあれば出来る）が50%以上あったのは「歩行介助・移動の介助、移送」、

表3-1 卒業前における看護技術の習得状況(平成14・15年度)

区分: 1(実施も見学もしていない)、2(見学した)、
3(経験したが出来ない)、4(手助けがあれば出来る)、5(一人でできる)

n=109(14年度54人、15年度55人)

学習項目	なし		見学		経験率	経験						水準 2.4.5			
	1		2			3		4		5					
	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%				
環境調整	2.0	1.9	0.0	0.0	98.2	0.0	0.0	22.0	20.6	83.0	77.6	4.79	0.41	5	
ベットメーキング	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	5.0	4.6	104.0	95.4	4.95	0.21	5	
リネン交換	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	14.0	13.0	94.0	87.0	4.87	0.34	5	
食事介助	1.0	0.9	4.0	3.7	95.4	1.0	0.9	32.0	29.4	71.0	65.1	4.67	0.49	5	
事務援助	17.0	15.6	55.0	50.5	34.0	9.0	8.3	19.0	17.4	9.0	8.3	4.00	0.71	4	
食生活支援	21.0	19.8	34.0	32.1	48.1	14.0	13.2	30.0	28.3	7.0	6.6	3.86	0.63	5	
体液・電解質バランスのアセスメント	12	11.1	3	2.8	86.2	18	16.7	49	45.4	26	24.1	4.09	0.69	5	
排泄援助	自然排尿・排便援助	10.0	9.2	11.0	10.1	80.7	12.0	11.0	45.0	41.3	31.0	28.4	4.22	0.67	5
	便器・尿器の使い方	27.0	25.0	14.0	13.0	62.0	10.0	9.3	36.0	33.3	21.0	19.4	4.16	0.67	5
	摘便	10.0	9.2	84.0	77.1	13.8	5.0	4.6	10.0	9.2	0.0	0.0	3.67	0.49	4
	オムツ交換	1.0	0.9	14.0	13.0	86.1	3.0	2.8	42.0	38.9	48.0	44.4	4.48	0.56	5
	失禁ケア	65.0	59.6	9.0	8.3	32.1	8.0	7.3	18.0	16.5	9.0	8.3	4.03	0.71	5
	膀胱内留置カテーテル法	6.0	5.5	85.0	78.0	16.5	12.0	11.0	6.0	5.5	0.0	0.0	3.33	0.49	4
	浣腸	38.0	34.9	56.0	51.4	11.1	5.0	4.6	7.0	3.7	3.0	2.8	3.87	0.74	4
	導尿	35.0	34.1	62.0	56.9	11.1	5.0	4.6	4.0	3.7	3.0	2.8	3.83	0.83	4
	排尿困難時の援助	80.0	73.4	11.0	10.1	16.5	5.0	4.6	12.0	11.0	1.0	0.9	3.78	0.55	5
	ストーマ造設者のケア	70.0	64.2	29.0	26.6	9.2	4.0	3.7	4.0	3.7	2.0	1.8	3.80	0.79	4
創傷管理	包帯法	58.0	53.7	19.0	17.6	28.8	6.0	5.6	19.0	17.6	6.0	5.6	4.00	0.63	4
	創傷処置	11.0	10.1	63.0	57.8	32.1	17.0	15.6	17.0	15.6	1.0	0.9	3.54	0.56	4
	褥創アセスメント	15.0	13.9	25.0	23.1	63.0	23.0	21.3	30.0	27.8	15.0	13.9	3.88	0.74	—
	褥創処置	12.0	11.0	72.0	66.1	22.9	8.0	7.3	17.0	15.6	0.0	0.0	3.68	0.48	—
	褥創予防ケア	5.0	4.6	36.0	33.0	62.4	12.0	11.0	35.0	32.1	21.0	19.3	4.13	0.69	5
活動・休息援助	歩行介助・移動の介助、移送	0.0	0.0	1.0	0.9	99.1	4.0	3.7	69.0	63.3	35.0	32.1	4.29	0.53	5
	関節可動域訓練	17.0	15.6	13.0	11.9	72.5	15.0	13.8	45.0	41.3	19.0	17.4	4.05	0.66	4
	廃用症候群予防	23.0	21.3	12.0	11.1	67.5	23.0	21.3	38.0	35.1	12.0	11.1	3.85	0.68	5
	位体交換	1.0	0.9	2.0	1.8	97.2	7.0	6.4	52.0	47.7	47.0	43.1	4.38	0.61	5
	入眠・睡眠の援助	45.0	41.3	3.0	2.8	56.0	9.0	8.3	27.0	24.8	25.0	22.9	4.26	0.70	5
	安静	13.0	12.3	14.0	13.2	74.4	8.0	7.5	24.0	22.6	47.0	44.3	4.49	0.68	5
清潔・衣生活援助	入浴介助	3.0	2.8	1.0	0.9	96.3	14.0	12.8	70.0	64.2	21.0	19.3	4.07	0.58	5
	陰部ケア	3.0	2.8	18.0	16.5	80.7	6.0	5.5	41.0	37.8	41.0	37.8	4.40	0.62	5
	足浴	2.0	1.8	1.0	0.9	97.2	0.0	0.0	6.0	5.5	100.0	91.7	4.94	0.23	5
	手浴	13.0	11.9	3.0	2.8	85.3	0.0	0.0	5.0	4.6	88.0	80.7	4.95	0.23	5
	清拭	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	1.0	0.9	11.0	10.1	97.0	89.0	4.88	0.35	5
	洗髪	6.0	5.5	1.0	0.9	93.6	4.0	3.7	43.0	39.4	55.0	50.5	4.50	0.58	5
	口腔ケア	10.0	9.2	6.0	5.5	85.3	5.0	4.6	23.0	21.1	65.0	59.6	4.65	0.58	5
	整容	4.0	3.7	2.0	1.8	94.5	2.0	1.8	11.0	10.1	90.0	82.6	4.85	0.41	5
	寝衣交換など衣生活支援	2.0	1.8	1.0	0.9	97.2	2.0	1.8	33.0	30.3	71.0	65.1	4.65	0.52	5
与薬	経口薬の与薬方法	9.0	8.3	41.0	38.0	53.7	5.0	4.6	24.0	22.2	29.0	26.9	4.41	0.65	5
	外用薬の与薬方法	17.0	15.9	34.0	31.8	52.4	8.0	7.5	26.0	24.3	22.0	20.6	4.25	0.69	5
	皮下・皮内・筋肉内・静脈注射の方法	11.0	10.1	67.0	61.5	28.4	16.0	14.7	13.0	11.9	2.0	1.8	3.55	0.62	4
	点滴静脈内注射の管理	8.0	7.3	63.0	57.8	34.9	15.0	13.8	20.0	18.3	3.0	2.8	3.68	0.62	4
	中心静脈栄養の管理	34.0	31.2	56.0	51.4	17.4	10.0	9.2	7.0	6.4	2.0	1.8	3.58	0.69	4
	輸血の管理	68.0	62.4	38.0	34.9	2.8	3.0	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	3.00	0.00	2

注)水準とは「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書で提示された水準1~3をここでの区分に置き換えたもの

表3-2 卒業前における看護技術の習得状況(平成14・15年度)

学習項目	なし		見学		経験率 %	経験						M	SD	水準 2,4,5					
	1		2			3		4		5									
	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%								
呼吸・循環をととのえる	O ₂ 療法—カヌラ、マスク、ニップ	15.0	13.8	58.0	53.2	32.9	14.0	12.8	20.0	18.3	2.0	1.8	3.67	0.63	5				
	一気管内挿管	36.0	33.0	72.0	66.1	0.9	1.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	4.00	0.00	2				
	吸引—鼻腔	18.0	16.7	77.0	71.3	12.1	3.0	2.8	6.0	5.6	4.0	3.7	4.08	0.76	5				
	一口腔	22.0	20.2	73.0	67.0	12.9	3.0	2.8	7.0	6.4	4.0	3.7	4.07	0.73	5				
	一気管内吸引	30.0	27.5	69.0	63.3	9.2	5.0	4.6	3.0	2.8	2.0	1.8	3.70	0.73	4				
	気管内加湿法(ネプライザー)	21.0	19.3	29.0	26.6	54.2	5.0	4.6	28.0	25.7	26.0	23.9	4.36	0.64	5				
	体位ドレナージ	26.0	23.9	31.0	28.4	47.7	22.0	20.2	24.0	22.0	6.0	5.5	3.69	0.67	4				
	胸腔ドレーン管理	37.0	33.9	36.0	33.0	33.0	15.0	13.8	19.0	17.4	2.0	1.8	3.64	0.59	2				
	体温調整	6.0	5.6	10.0	9.3	85.2	14.0	13.0	39.0	36.1	39.0	36.1	4.27	0.71	5				
救命救急処置	意識レベルの把握	42.0	38.5	10.0	9.2	52.3	11.0	10.1	34.0	31.2	12.0	11.0	4.02	0.64	5				
	気道確保	61.0	56.0	21.0	19.3	24.8	4.0	3.7	13.0	11.9	10.0	9.2	4.22	0.70	2				
	人工呼吸	73.0	67.0	16.0	14.7	18.3	2.0	1.8	11.0	10.1	7.0	6.4	4.25	0.64	2				
	閉鎖式心マッサージ	88.0	80.7	3.0	2.8	16.5	2.0	1.8	10.0	9.2	6.0	5.5	4.22	0.65	2				
	止血	58.0	53.2	26.0	23.9	23.0	10.0	9.2	10.0	9.2	5.0	4.6	3.80	0.76	2				
安全管理	療養生活の安全確保	10.0	9.3	9.0	8.3	82.4	13.0	12.0	37.0	34.3	39.0	36.1	4.29	0.71	5				
	転倒・転落予防	1.0	0.9	6.0	5.5	93.6	9.0	8.3	50.0	45.9	43.0	39.4	4.33	0.63	5				
	医療事故予防	28.0	25.7	24.0	22.0	52.2	6.0	5.5	37.0	33.9	14.0	12.8	4.14	0.58	5				
	リスクマネジメント	52.0	50.0	16.0	15.4	34.5	7.0	6.7	25.0	24.0	4.0	3.8	3.92	0.55	5				
安全確保	体位保持	5.0	4.6	8.0	7.3	88.0	12.0	11.0	54.0	49.5	30.0	27.5	4.19	0.64	5				
	電法等身体安楽促進ケア	20.0	18.5	6.0	5.6	76.0	6.0	5.6	33.0	30.6	43.0	39.8	4.45	0.63	5				
	リラクセーション	33.0	30.6	7.0	6.5	62.9	5.0	4.6	35.0	32.4	28.0	25.9	4.34	0.61	5				
	指圧	61.0	56.0	5.0	4.6	39.4	6.0	5.5	14.0	12.8	23.0	21.1	4.40	0.73	—				
	マッサージ	26.0	23.9	7.0	6.4	69.7	12.0	11.0	27.0	24.8	37.0	33.9	4.33	0.74	—				
症状生体機能管理	バイタルサインの観察	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	7.0	6.4	102.0	93.6	4.94	0.25	5				
	身体計測	0.0	0.0	2.0	1.8	98.1	5.0	4.6	25.0	22.9	77.0	70.6	4.67	0.56	5				
	ドレーン管理(胸腔ドレーン以外)	21.0	19.6	39.0	36.4	43.9	20.0	18.7	23.0	21.5	4.0	3.7	3.66	0.64	—				
	検体の採取と扱い方—採血	15.0	13.8	62.0	56.9	29.4	9.0	8.3	17.0	15.6	6.0	5.5	3.91	0.69	4				
	検体の採取と扱い方—採尿	34.0	31.2	43.0	39.4	29.3	7.0	6.4	14.0	12.8	11.0	10.1	4.13	0.75	5				
	検体の採取と扱い方—採尿・尿検査	33.0	30.3	40.0	36.7	33.1	10.0	9.2	16.0	14.7	10.0	9.2	4.00	0.76	5				
	検体の採取と扱い方—血糖測定	16.0	14.7	33.0	30.3	55.0	6.0	5.5	23.0	21.1	31.0	28.4	4.42	0.67	4				
	検査時の援助—心電図モニター	25.0	22.9	56.0	51.4	25.7	11.0	10.1	14.0	12.8	3.0	2.8	3.71	0.66	5				
	検査時の援助—パルスオキシメータ	4.0	3.7	11.0	10.1	86.2	0.0	0.0	7.0	6.4	87.0	79.8	4.93	0.26	5				
	検査時の援助—スパイロメータの使用	71.0	66.4	21.0	19.6	14.0	7.0	6.5	6.0	5.6	2.0	1.9	3.67	0.72	5				
感染予防	検査時の援助—胃カメラ	85.0	78.0	24.0	22.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	4				
	検査時の援助—一気管支鏡	76.0	69.7	32.0	29.4	0.9	1.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	3.00	0.00	4				
	検査時の援助—腰椎穿刺	44.0	40.4	63.0	57.8	1.8	2.0	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	3.00	0.00	4				
	検査時の援助—骨髓穿刺	70.0	64.2	38.0	34.9	0.9	1.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	3.00	0.00	—				
	スタンダードプロセション(標準予防策)	22.0	20.2	19.0	17.4	62.5	10.0	9.2	26.0	23.9	32.0	29.4	4.32	0.72	5				
	器具の洗浄	29.0	26.6	32.0	29.4	44.0	4.0	3.7	25.0	22.9	19.0	17.4	4.31	0.62	—				
	器具の消毒	30.0	27.5	37.0	33.9	38.6	10.0	9.2	27.0	24.8	5.0	4.6	3.88	0.59	—				
	無菌操作	15.0	13.8	29.0	26.6	59.6	13.0	11.9	38.0	34.9	14.0	12.8	4.02	0.65	4				
	医療廃棄物管理	23.0	21.1	26.0	23.9	55.0	13.0	11.9	22.0	20.2	25.0	22.9	4.20	0.78	5				

(注)水準欄の—は、該当項目がないことを意味する

入浴介助の2項目であった。

「技術教育のあり方」で示された「看護技術の水準」(資料1参照)と照らし合わせると、水準5(単独で可能)で経験者の平均値が4に達していない項目は7項目;食生活支援、排尿困難時の援助、廃用症候群予防、酸素療法、リスクマネジメント、心電図モニター、スパイロメータの使用であった。また水準5で経験率が50%に達していないものは11項目;食生活支援、失禁ケア、排尿困難時の援助、酸素療法、鼻腔吸引、口腔吸引、リスクマネジメント、採尿・尿検査、心電図モニター、スパイロメータの使用であった。水準4(指導・監督のもとで実施)で経験率が50%に達していないものは17項目;経管栄養法、摘便、膀胱内留置カテーテル、浣腸、導尿、ストーマ造設者のケア、包帯法、創傷処置、皮下・皮内・筋肉内・静脈注射の方法、点滴静脈内注射の管理、中心静脈栄養の管理、気管内の吸引、体位ドレナージ、採血、検査時の援助—胃カメラ、気管支鏡、腰椎穿刺であった。

2. 教員の意識に関するアンケート調査

- 1) プロフィール:質問紙の回収数15(回収率75.0%)で、対象の年齢は31~60(平均46.2)歳であった。教員経験年数は、5年未満5名、5~10年未満2名、10年以上8名であった。主に指導する領域として、各領域(表2参照)2~3名ずつであった。職位は、科目担当者8名、助手6名であった。
- 2) 教員の意識:「在り方委員会が設置されることによって、あなたが学生への指導(学内・臨地を問わず)において工夫や改善をしたことがありましたか。」への問い合わせには、あると答えた者が14人(93.3%)、時期としては平成14年5月頃~5名、平成14年9月頃~6名、平成15年5月頃~2名、不明1名であった。指導の内容では、①主に看護技術に関する12名、②その他2名であった。また「指導する上で前年度と比べて学生に何か違いがあると思いましたか。」の問い合わせには、あると答えた者10名(66.7%)、ないとした者4名(26.7%)であった。あるとした内容は、技術に関して6名(40.0%)、その他が4名(26.7%)であった。表4・5は、教員へのアンケートの概要をまとめたものである。

表4 看護技術に関する教員の指導上の工夫・改善内容

指導上の工夫・改善内容（延べ人数）
①技術体験の場を増やす（5） ・臨床指導者に技術項目リストを提示する等して協力を依頼し、見学や実施の機会を広げるよう心掛けた。臨床と連携をとり、調整して学ぶ機会を学生に提供した。 ・教員自身がこれまで以上に機会を捉えるよう意識した。実習が3週間から2週間にになって学ぶ機会が少なくなったので、機会をのがさないように気を配った。
②学生の意識化を図る（4） ・領域独自（基礎・成人・小児）に技術項目リストを作成し、学生と一緒に確認する等して、どのような技術が学習できるかを意識付けた。 ・まだ実施していない技術について、積極的に臨むように促した。
③より積極的な指導の工夫（5） ・受け持ち患者から学ぶことが出来る看護技術について、ひとり一人の学生に目標として示し、それに基づいて指導、評価した。 ・どの領域も講義していないような摘便・褥創の処置などの内容を講義に入れた。 ・実習で受持つ対象者の選定を、技術の提供ができる人に変えた。 ・これまで以上に目的・根拠を考えた実施ができるような指導を心掛けた。 ・解剖生理を踏まえて、学生に考えさせる指導を行った。
④その他（2） ・実習で体験できそうである事柄に関して事前オリエンテーションで提示し、実習中も多くのこと（見学にとどまる事が多い）をその場で提供していった。 ・実習記録の取扱い、守秘義務に関するここと。

*一部に、委員会設置以前にすでに実施していたと記載された内容を含む。

表5 教員からみた前年度の学生との違い

主に看護技術に関するこ	そ の 他
<ul style="list-style-type: none"> ・基本的なフィジカルアセスメントを、余り抵抗なく行っていると感じた。それ以前は、身体的なアセスメントの指導（実施させること）に時間を要することも多かったと感じる。 ・バイタル測定（体温、脈拍、血圧）に関しては、実習初期においても以前よりスムーズに行えるようになったと思う。 ・バイタルの取り方が正しくできるようになった。 ・バイタルサインの測定に関してとまどいが少ない。口腔ケアや舌刺激に対して積極的であるし、少しのアドバイスがあれば自分でできる。 ・実際に行なえそうな事を事前にオリエンテーションしておくことで事前学習を行っていた。ただし、意欲は学生の個人差があり、最低限の体験で良いと思っている学生は、積極性に欠けると感じている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各論前実習で教員から密な指導をうけてきたためか、自分で考えようとせず、ほんのささいなことでも教員にきいてきた。（具体的なことは忘れてしまったが） ・新カリキュラムに影響というより年々、学生の生活体験の少なさを感じている。 ・文献検索の仕方がわからない学生が目立った。 ・ケース・レポートの書き方に戸惑う学生が増えた。（2名） ・情報収集のしかたがうまくなかった。 ・看護過程の根本的な指導が少なくなった。 ・実習単位（週数）が増えたことで、看護過程の学習が深められ、より具体的に指導でき、学生の力もついたと思う。

IV 考察

年次別で違いがみられた項目が全体の約6%と少なかったことは、臨地実習の内容が変わり実際に技術を習得する機会がやや減った一方で、指導する教員が意識して関わったことの結果と推察される。そのため経験率でみた時、病室整備等、食生活支援のような経験し易い項目は学生の意識が高まって平均値が高くなり、入浴介助、注射法のように一定の時間がないと体験する機会の得られにくいものは低くなつたと考えられる。

経験率を他校での調査⁴⁾と比較すると、技術項目が異なっているため全体での評価は出来なかつたが、同じ項目で当校が低いものが幾つかみられた。当校での結果と他校の経験率を具体的にみると、浣腸11.1(%・当校)⇒42.7(他校)、導尿11.1⇒25.3、点滴の管理34.9⇒64～85(項目が細分化されている為)、吸引；鼻腔12.1、口腔12.9⇒42.7(鼻・口腔合わせて)、体位ドレナージ47.7⇒64であった。

経験率が50%に満たない項目が半数近くみられたこと、この中には食生活支援、失禁ケア、リスクマネジメント等の基本的で重要な項目が含まれていたこと、他の調査結果との比較で低い項目もいくつかあったことから、臨地ばかりでなく学内も含めた実習のあり方について検討していく必要があると思われる。しかしながら、失禁ケア、排尿困難時の援助、リスクマネジメント等の項目は漠然として明瞭さに欠け、具体的な技術の実践と結びつけにくい面があった。他校での看護技術チェックリストを使用しての感想⁵⁾からも「評価基準のあいまいさ、項目分類のわかりにくさ」等が欠点として学生から揚げられており、評価しづらかったことが経験率を下げてしまったことも考えられる。今後チェックリストを作成する際には、項目の記述をわかり易くするなど学生の実践をそのまま反映させる工夫が必要になると思われる。

経験内容をみると、経験率の高い環境調整、活動・休息援助、清潔・衣生活援助は平均値が水準に近い到達レベルになっており、他校での調査結果⁴⁾と同様であった。また水準4,5であっても経験率が50%に満たない項目が各10項目以上あったことについては、現状ではこれらの項目の習得を卒後の新人研修に委ねていることを意味しており、実際に体験する機会を得ることが難しい項目がある等の状況はあるものの、到達レベル向上のためにどう改善していくか、具体策が求められることになると思われる。個々の教員では経験率を引き上げる努力がすでに行われていることがアンケート結果から伺えるが、さらに踏み込んで当学科として倫理上の問題を含め、経験率を向上させるシステム作りの方策について検討していく必要があろう。

また、調査結果の比較・検討に使用した水準は、一定の基準を示してはいるものの、個々の患者の病状等によって技術の難易度が変わってしまうという側面には触れられていない。臨地で指導する時には、こうした点も考慮しなければならず、報告書で示された水準を基に具体的な指導場面での議論が必要になるのではないかと思われる。

教員のアンケートからは、学科全体での取り組みが個々の教員の技術への意識を高め、指導にも良い影響を与えたことが示唆された。学生の変化については、こうした教員の指導とカリキュラム改正によって「フィジカルアセスメント」の科目が入ったこともバイタルサイン測定がスムーズに行えるようになったことに繋がっていると考えられる。学生に関しては「生活体験の少なさ」等、社会の変化に伴う学生全体に関わる記載もみられ、指導についても学科での検討以前にこうした変化に合わせて改善を試みていたとの記述があった。学生自体の変化にどのように対応していくか、技術習得への大きな課題のひとつと思われる。また今回の教員への調査では、対象が限定されたことから回答にバイアスがかかってしまった面があり、個々の教

員の工夫がすべて反映されているとは言えない。しかし個々の教員が指導を工夫していることがわかり、今後も具体的な指導内容を共有していくことが学生の習得レベル向上に役立つと思われる。

また検討会が「今後は、実習開始前と終了後に評価する体制を構築すべきである。」³⁾と提言していることから、継続的に技術の習得度を確認していくことが教員の責務として求められ、そのためのシステムをどのように作っていくのか、予算等も含めた検討が早急な課題となろう。

まとめ

1. 卒業前学生の技術修得について、カリキュラムが異なる2年間での差がみられたのは全体の約6%と少なく、教員が意識して関わったことの結果と推察された。
2. 85項目の技術のうち経験率が50%に満たないものが半数近く、厚労省の報告書において到達水準が高い項目でも経験率50%未満のものが10項目以上あったことから、臨地での体験をどのように増やしていくのか、倫理上の問題を含めた検討が必要と考えられた。
3. 到達度を評価する看護技術チェックリストを作成する際は、項目の記述をわかり易くするなど学生の実践をそのまま反映させる工夫が必要と考えられた。
4. 技術の修得度を継続的に確認していくためのシステム作りが必要であり、予算等を含めた検討が早急に求められている。

謝辞

卒業を控えての慌しい時期に協力していただいた学生の皆さん、忙しい業務の中で回答して頂いた教員の皆様に深くお礼を申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 看護行政研究会 監修：平成14年度 看護六法，p 932～934，新日本法規，2002.
- 2) 文部科学省：「看護学教育の在り方に関する検討会」報告書『看護実践能力の育成の充実に向けて』，2002.
- 3) 厚生労働省：「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書，2003.
- 4) 中俣直美・奥祥子・緒方重光：成人看護学における技術教育についての検討，鹿児島大学医学部保健学科紀要10号，p 43～50，2000.
- 5) 叶谷由佳・小泉仁子他：臨地実習における各領域共通の看護技術チェックリスト導入の試み，看護教育，44（12），p 1030～1039，2003.
- 6) 竹尾恵子・亀岡智美：看護基礎教育課程における看護技術教育の展開と課題　—国立看護大学校における実際を一例として—，看護展望，28（4），2003.
- 7) 厚生労働省：「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書，2003.
- 8) 村本淳子・森和夫：看護婦の職業能力と養成カリキュラムの課題　—看護職に求められる職業能力の実態調査から—，産業教育学研究，28（2），p 9～16，1998.

資料 1

臨地実習において看護学生が行う基本的な看護技術の水準

※※「看護学教育の在り方に關する検討会報告書(平成14年3月26日)」に一部項目を追加した。

看護師養成 3 年課程における「看護技術の習得状況」の実態(2) — 学生への面接調査から —

Research on Student's Mastery of Nursing Skills in the Three-year
Associate Degree Curriculum , Part 2 : an Interview Survey

片川 智子^{*1} 金城やす子^{*1} 塚本 康子^{*1} 小川 亜矢^{*2}
Satoko KATAKAWA Yasuko KINJYO Yasuko TSUKAMOTO Aya OGAWA
荒谷喜代美^{*1} 大場みゆき^{*1} 齊藤 了^{*2}
Kiyomi ARATANI Miyuki OBA Ryo SAITO

* 1 静岡県立大学短期大学部 看護学科「在り方検討会」1 グループ
* 2 前 静岡県立大学短期大学部 同上

はじめに

先の「看護師養成 3 年課程における『看護技術の習得状況』の実態(1) - 学生へのアンケート調査から -」で述べたとおり、2002年3月に文部科学省から提出された報告書「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」¹⁾ を受けて、2002年4月、本学看護学科に「在り方委員会」が設置された。筆者らのグループは「学生の看護技術の習得状況」について検討することになった。検討を進めるにあたっては二つのテーマを設けた。ひとつは「看護師養成 3 年課程における『看護技術の習得状況』(1) - 学生へのアンケート調査から -」で、看護技術の習得状況の実態を、経験の有無、習得レベルから明らかにすることだった。もうひとつのテーマは、ここに報告する「看護師養成 3 年課程における看護技術の習得状況の実態(2) - 学生の面接調査から -」である。

文部科学省による報告書「大学における看護実践能力の育成と充実に向けて」では、看護基本技術の学習項目が挙げられ、学習に際しては「単にその技術に関する知識や手順ばかりではなく、技術施行の対象となる人の状況を確実に受け止め、対象のニーズを総体的に配慮した上で、その技術を施行することを実地に学ぶことが大切となる」²⁾ と述べている。対象者への説明やその反応、対象者の立場からの気持ち・思い、希望を確実にとらえた看護の方法を学習する必要性が示され、本グループでも看護技術教育について、「看護技術を身につけること同時に、個別的な対象一人一人の目的を達成するために、何が必要かを多角的に分析・判断し実践していく能力を身につけること」と認識した。

本学第一看護学科学生は、臨地実習においてこれらの能力をどのように習得しているであろうか。今回の研究は、看護学生の臨地実習における看護技術習得状況の経年的変化をとらえることを目的とした。

I 研究方法

1. 調査対象：2002年に第1看護学科2年に在籍する学生で、調査の主旨を提示し、調査協力に同意を得た6名。
2. 方 法：半構成的面接法による聞き取り調査。

1) 面接は2002年3月、文部科学省より報告された「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」に示された「看護基本技術を支える態度や行為の構成要素」(報告書表3)³⁾を考慮しながら行った。

面接内容は許可を得てテープに録音し、逐語録に起こした。

2) 面接は学生1人ずつ個別に行った。

3) 面接の内容を構成要素に基づいて整理・分析した。

4) 分析は筆者ら7名が共通認識できるまで行った。

3. 調査時期：時期を次の3期とした。すなわち2年次の基礎看護実習終了後の12月、3年次では臨地実習が5月から開始され12月に終了するが、その中間である7月と終了後の12月である。以下のとおりである。

1期=2年次の基礎看護実習（2002年9月）終了後の2002年12月

2期=3年次の2003年7月

3期=3年次の全実習終了後の2003年12月

4. 調査項目：調査した看護技術は「清潔」「食事」「体位変換」に関する技術とした。

5. 倫理的配慮：研究目的と方法を書面で提示し、協力の得られた6名の学生に対し、再び研究の目的と方法を説明した。また個人の評価とは無関係であること、プライバシーは守られることを説明し、同意を得た。

II 結 果

ここでは学生に最も頻回に行われていた「清潔に関する看護技術」について取り上げる。「看護基本技術を支える態度や行為の構成要素」にある項目に基づきながら整理・分析した結果を、特に「知識と判断」「実施と評価」について述べていくことにする。

事例1

1期

基礎看護実習では72歳 胃癌 閉塞性黄疸でPTCD施行中、院内の歩行が可能な男性を受け持った。清拭は4回実施したという。

清拭の必要性は「前回の清拭より期間が開き、行われていなかったから」「足は落屑があり、気持ちが悪いと言っていたから」という実施状況や患者の訴えから判断した。閉塞性黄疸やPTCDなど疾患や身体的状況をふまえた判断には至っていない。

実施は看護師から「自分でできる人なので、絞ったタオルを渡すといいよ」と教えてもらい、「カーテンの外側に立って、体を拭くことは患者さんに任せて、絞ったタオルを手渡した」という。「プライバシーの保護」と考えてカーテン越しで行っているため、施行中の患者の様子を伺うことはなく、観察の機会としての視点はない。その際の安全への注意も払われていない。しかし、足の搔痒感に対しては自分の経験で心地よかった方法を活用し、「足部をお湯につけて膝の後ろをタオルで暖めた」「学内実習で学んだタオルの絞り加減に注意した」と工夫がみられている。評価は「患者が気持ちいいと言ってくれた」のでよかったとしている。

2期

成人看護慢性期実習において72歳 肥満症で入院し、息切れ、発汗、膝と腰の痛みを伴った

女性を受け持った。患者は動くと息ぎれがするので、1日のほとんどをベッド上で過ごしていた。清拭とシャワー浴を実施したという。

清拭の必要性は「発汗がすごくて、話をしてるだけで汗が出てきちゃう人だった」「肥満であんまり動かない人だったんで、褥瘡が考えられた」「消費エネルギーを高める指示が出てたので、シャワー浴の方がよかったですけど、あんまりすすめると嫌がるので清拭にした」ことから判断した。身体的状況や治療方針がふまえられてきている。

実施は「できるところは自分で拭いてもらひながら行った」「垢すりが好きだというので、大丈夫か聞きながらゴシゴシ拭いた」「わきの下の汗がすごいのに患者は簡単に拭くのでもう一度拭いたり、拭きにくい部位は私が拭いた」と、患者の状況に応じながら実施している。しかし、患者に皮下出血（原因不明）があったというが、ゴシゴシ拭いたという行為の矛盾には気づいていなかった。実施後は、状態の観察から呼吸、血圧、サチュレーションの変化をとらえ、しばらく安静にして休息をとるように指導している。

評価は1期同様に「気持ちよかったです」が基準で、実施後の状態の変化と技術の関連までは考えられていない。

3期

成人看護総合実習において 89歳 心筋梗塞による心不全で発作後9日目の女性を受け持った。酸素療法中で、実習1週目はベッド上安静、最終日にポータブルトイレ使用が可能になった。清拭はほとんど毎日実施し、計7～8回経験したという。

清拭の必要性は「今の病状は安静が必要で自分で体を拭けない」「オムツを使用してたから陰部洗浄を行わなければならない」「バルーンカテーテルを挿入してたから、感染を起こさないようにする必要があった」「1度の褥瘡があって清潔にしなくちゃと思った」「皮膚の垢があり、なんかちょっと清潔っぽくない体臭がする感じがした。顔がきれいに拭かれていない感じがした」ことから判断している。体力の消耗が少ない方法として清拭を選んだ。感染予防、褥瘡予防、清潔感の充足（爽快感）、全身の観察の場として清拭の目的をとらえている。

実施では「まず清拭ができる状態か確認して患者の同意を得た」「汚れていた部分はしっかり拭いた。特に陰部はボトルを使って洗浄した」「難聴があったので声をかける時は肩を叩いて知らせた」「お湯の温度に気をつけて、刺激を与えないようにした」と、安静を必要とした患者の状況に応じた工夫や、安全への注意が払われている。さらに「突然何かをしたらびっくりするだろうと思って、心の準備っていうか、今から何をするってことを伝えるようにした」「以前、患者さんがオムツに排便している今まで、先に清拭をされていたことがあって、そういう時は陰部洗浄をしてから体を拭いた方が気持ちいいだろうって思って、手順を変えた」「大部屋に移ってからは、恥ずかしい部分を洗う時は周囲に聞こえないように耳元で話した」など、患者の立場を思いやった配慮がみられている。

評価は患者の満足感と、実施前後の状態の比較や技術の適時性から、目的に適った清拭であったかを振りかえっている。

学生は清拭時にだまって退室した家族を見つめる患者に気づき、家族へ患者の気持ちを伝えたい」と話していた。

分析のまとめ

1期での清拭の判断は、清拭の実施状況や患者の訴えから行われ、黄疸やPTCDなどの身体

的状況をふまえた判断には至らなかった。しかし2・3期になると病態や身体的状況にも目を向け、判断の視点が拡大している。実施もカーテン越しにタオルを渡した清拭から、患者の状況に応じた工夫や配慮ができるようになった。

学生はほとんどの実習で清拭（入浴）の経験を積んだといい、経験量の多さがみられた。面接調査では、患者とのかかわりから気づいた患者の思いや状況に応じながら清拭を実施した様子がよく表現されており、学生の患者の言動の意味や気持ちをとらえる能力に注目した。この学生の場合、ただ経験を繰り返したわけではなく、とらえた患者の思いや状況を受け止め、それに対応した方法を自分で考えて、行為化する経験を積み重ねてきていることが推測された。

最後に話した「患者の満足感につながるような清拭でありたい」とは、臨地実習において自分で考えて実践してきたという実感であり、経験から得た清拭に対する自分なりの考え方を示している。

事例2

1期

基礎看護実習では85歳 直腸癌の男性患者を受け持った。放射線治療中で、肛門部の保清を必要としていたという。

清潔の援助は「肛門部の保清でウォシュレットを使用しているが、水圧で痛みがあるのではないか」「肛門部に浸出液がありティッシュを当てているが貼りついで不潔」ということから、殿部洗浄の必要性を判断した。肛門部の状態には着眼しているが、病態や放射線治療などをふまえた判断は述べていない。

実施では「最初、患者さんの自立を考えて洗浄ボトルを用いたが、具体的な説明ができず、患者さん一人では無理なことがわかつてウォシュレットの方法に戻した」という。患者の状況に応じた方法を考えようとしたが、具体的方法までは考えられず、十分な説明もできなかつたようである。浸出液に対してはティッシュをガーゼに換えて、患者に指導できた。

2期

小児看護実習において 2歳3ヶ月 アトピー性皮膚炎でアレルギー負荷試験の目的で入院した女児を受け持った。清潔の援助では入浴を実施した。

入浴の必要性は「皮膚に湿疹があるので感染が起こらないように」「入浴し気持ちよくなつて満足感が得られるように」ということから判断した。「患児は初めての入浴で不安が強く、イライラすると身体を搔くので、気持ちよくなつて搔く行為ができるだけ減らせるようにと思った」という。病態に着眼した判断になってきている。しかし患児の入浴は、皮膚ケアの必要性から母親への指導の場でもあった。そこまではとらえていない。

実施は「最初はどうやっていいのかわからない」ので指導者と一緒に行った。「大きなお風呂で勝手もわからず、洗うことで精一杯で声かけもできなかった」という。子ども自身も入浴を嫌がった。そこで、母親から「家庭での入浴の仕方」を聞いて、同じような方法や雰囲気で入浴できれば「子どもも喜んでくれる」と考えた。さらに長湯は搔痒感が増すため、「湯船で数を数えて」時間的配慮をした。「自分でできるところは自分でするように声をかけたり褒めたりした」と、患児の発達に応じた工夫もみられている。安全面では転倒、転落事故の予防として、患児に適した大きさの浴槽や脱衣場所を選んでいる。

3期

成人看護慢性期実習において83歳 3回目の脳梗塞で右半身麻痺、失語、意識レベルの低下を伴い、自分では体位変換ができない女性を受け持った。バルーンカテーテルを挿入し、オムツを使用していた。リハビリが開始になり、1日1回の車椅子移動とS Tによる週1回の訓練が行われていたという。

清拭の必要性は「褥瘡予防」「刺激を与え覚醒を促す」目的で判断した。観察の必要性やバルーン挿入による感染の危険性などをふまえた判断は述べられなかったが、「患者さんは入浴などで疲労すると呼吸が荒くなることがあるので、器械浴（入浴）の翌日は陰部洗浄と手・足浴などの部分清拭にした」とその時々の患者の状態を考慮している。

実施では、「患者さんへの負担を考えて短時間で行うために、物品の不足がないようにした」「教員が来たらすぐ始められるようにタイミングを図って準備をした」と安全安楽への配慮がみられた。意識レベルの低い患者への対応として「清拭の説明をしたが、理解してもらえているか難しい状況」だったので、「驚かないようにタオルを健側に当て、暖かさを感じてもらってから体を拭いた」という。清拭は「湯の温度、タオルの絞り方、拭く順序に注意してやった」が、「教員から熱布清拭や乾布清拭についても指導してもらい、より効果的な方法について学んだ」と述べていた。

分析のまとめ

清潔援助の必要性は、1期では学生の目に見えた患者の状況から判断していたが、2・3期になると病態やその時々の身体的状況ふまえた判断をするようになってきている。看護技術も1期は患者にとってよい方法になるように意識はもっているが、具体的にどうしたらよいのかわからなかったという状況であった。しかし、患者の状態を理解し、対応の工夫をしたり、安楽に配慮したかわりなどができるようになった。患者だけではなく、家族への配慮など患者を取り巻く周囲をも配慮したかわりができるようになっている。経験を繰り返しながら、知識を活用し、患者の状況に応じた具体的行動が実践できるような学習の積み重ねができていた。

事例3

1期

基礎看護実習では78歳、誤嚥性肺炎の診断で入院した男性を受け持った。痴呆が軽度あり、難聴もある。微熱が続いているが、座位は可能な状態であった。

実習では清拭と足浴を4回実施したという。それは、病棟で決められていた清潔ケアの日程通りに実施しただけで、目的や必要性については認識していない。

実施はアセスメントが不十分なまま行っている。まず看護師とともに清拭を行ったが、看護師が行った清拭には、学内実習で行った方法と臨床の場で行われている方法とでは差が大きいこと、方法がとても事務的で簡略化されているという問題意識を持った。しかし看護師に倣って実施した。学生なりに他の方法も考えてはいたが行動化できず、また指導者からそれを引き出してももらえず、実施には至らなかった。そういう状態で実施したために、実施後の評価も不十分なまま終わっている。ケアに対する不足感・不十分感が残ったまま実習が終了しているが、感情だけが残り、それが学習課題として自覚されないままであった。

2期

成人看護急性期実習において 68歳 大腸がんで手術後の男性を受け持った。

清拭は術後の血行促進の必要性から判断しているが、呼吸状態、創部の状態、体動の制限な

どの術後における清潔の必要性については判断していない。

実施は、最初に行った清拭がICUという特殊性の強い実習場所であったために緊張感が強く、戸惑いながら看護師の真似をしながら半身だけ行った。看護師の行うケアは全く初めて目にする方法であり、看護師の指示通りに動くだけしかなかったという。それでも患者に合わせて手を暖めようとしたら、看護師から「しなくていい」と否定され、清拭は実施しているが自ら行ったという認識がもてず、評価につなげることもできなかった。しかし、患者が一般病棟に戻ってからは、患者の身体変化や家族への配慮をしながら清拭できている。

ただ、評価がまだ不十分で、清拭の目的に合わせた評価には至っていないかった。それでも「術後の血行促進とか、爽快感のため、精神的に大切」「奥さんが毎日のようにお見舞いに来られたんで、一部奥さんも一緒に拭いてもらって」というように、着実に患者の身体面や社会的側面に対するアセスメントはできるようになってきている。

3期

成人看護総合実習で 80歳代、心不全と診断された女性を受け持った。

清拭の必要性は、呼吸困難や疼痛のある患者に対して、疼痛と心不全からの呼吸困難をふまえて判断している。疼痛には事前に与薬をして疼痛の軽減を図ったり、呼吸困難についても清拭による影響を考慮しながら工夫するというように個別性をふまえた判断と実施がなされている。さらに患者の症状が軽快すると、患者の意見や自立性を尊重し、その方法も患者に合わせて工夫した。実施後も清拭による影響はなかったか、患者の反応を見ながら評価もしている。呼吸困難には手早くすることや、酸素チューブの確認、疼痛については事前に与薬することや、手技、観察、また自立度に合わせて手技を工夫するなど、患者の個別性だけでなく患者のその時の状態に合わせて工夫する姿勢がみられている。

分析のまとめ

援助の必要性を明解にするというアセスメント能力が未熟な時期は、ただ「実施する」ことに終始していた。また、臨床の場で初めて直面する患者や看護師に対してだけでなく、学内実習とのギャップからも戸惑いが生じている。援助した後でも不足感・不十分感だけが残っており、感情だけでなく客観的に評価をしていく必要性、それが学生にとっての学習課題だという提示の必要性が認められた。特に初めて体験するICUのような緊張する臨床場面では、看護師からの指導はあっても、学生個々に合わせた指導には至らず、緊張度の高い場面での実習の困難さが露呈されている。「患者に合わせる」という応用力をどう学ばせていくか、今後の課題だといえる。しかし、一般病棟のように繰り返しの学習が可能であれば、学生の緊張感は少しづつ溶け、患者に対するアセスメントも的確になっていく。その結果、患者の状態に合わせた工夫も可能になり、実習が終了する時には、手技や観察、自立度を考慮するなど、ケアにも様々な工夫がなされるようになっていた。学生個々におけるその時期の学習課程を配慮しながら指導していくことが必要と考えられた。

事例 4

1期

基礎看護実習では84歳 イレウスの診断で入院している女性を受け持った。自分で体動は可能だが、車イスで移動。マーケンチューブ挿入中、義歯を使用している。実習では清拭を2回、洗髪を1回実施したという。

清潔の必要性は「皮膚が乾燥していたんですよ。お風呂に入っていたいなかったし、洗髪も入院してから1度もしていなかったので」と皮膚の乾燥や病棟での決めごと、洗髪していないことなどを考慮して判断している。しかし、イレウスやマーゲンチューブ、脱水傾向など身体的状況をふまえた判断には至っていない。また、清拭では看護師が学校で教えられた方法と違う方法で行っていたので「頭が真っ白」になり、洗髪では「殆ど先生がやってくれたという感じだった」。学内で学んだ方法と、現場との違いに戸惑いを見せている。「ベット上に座ってやりました。一応柵を立てて、患者さんに手を持っていてもらったりとか、倒れないようにそばにいたりとか」という安全面への配慮はしていた。

看護師の「初めからタオルの絞り方が違うと言われたり、汗をかく部位は何回か拭いた方が良いと言われた」「もっと積極的にやるようにとか」という助言は、方法論として受け止めているが、患者の身体的状況をふまえた方法としての学びにつながっているかは疑問である。看護師の行った方法については、拭き方やタオルの扱いなどに疑問を感じ、問題意識を持っているが、それは批判に終始し個に対する工夫という視点はみられない。

2期

成人看護慢性期実習において66歳 急速進行性糸球体腎炎の患者を受け持った。脳梗塞で右片麻痺。糖尿病も合併。常に倦怠感を訴えていた。ADLはほとんど全介助。清拭は5, 6回実施したという。

清拭の必要性については「易感染性だったので清潔は必要」「疲労感があるので爽快感も得ることができる」と判断しているが、身体的状況の脳梗塞による片麻痺や疾患の背景にある事柄を考慮した必要性については述べなかった。実施では、「初めは要領が悪くて体位変換の回数が多くなって疲労感を与えててしまったけど、終わりの頃は工夫して1回の体位でできることを増やしたり」した。また「貧血があるし低栄養状態でアルブミンも下がっている」易感染状態、「褥創はこすらないように洗う、ドレッシングとかしてました」と、患者の病態と実際の援助をつなげる視点が見えている。しかし、「どんな清拭の方法が一番良かったのか、自分で答えは出されていないのですよ」と、評価が十分なされていない状況が見える。患者に対する説明は不十分ではあるが、湯の温度など安全・安楽の工夫という配慮はみられている。

3期

成人看護総合実習において85歳 心筋梗塞、脳梗塞、心不全と診断された女性を受け持った。退院間近。全身清拭、シャワー浴、足浴、手浴を実施した。

清拭の必要性は「寝衣交換の時のボタンはめはリハビリになる」「清潔を毎日保つことは大切」、足浴は「足が冷たいので循環をよくするため」と判断した。麻痺のある患者の日常生活がリハビリにつながると判断し、また自立性も考慮しながら実施している。シャワーは寒かったので素早くとか、実践の中から環境への配慮や保温についての工夫など、次に生かしていく工夫点も挙げられている。またその日の健康状態をふまえて清潔の方法を考えるという工夫も見られている。ただ手浴については、その必要性や自立度を考慮した援助にはつながっていないし、右麻痺があることを安全面から配慮し工夫したというまでには至らなかったようである。しかし、患者の退院に向けて家族に現在の患者の自立度について情報提供するなど、意図的な指導はしていないが退院生活を想定した援助につなげている。

分析のまとめ

清潔援助の判断は、1期では皮膚の乾燥や洗髪していないことなど、目に見えている状況か

らの判断にとどまり、イレウスやマーゲンチューブ挿入中、脱水傾向など病態をふまえたアセスメントには至っていない。学生自身もその判断の未熟さに気付いていない。

2, 3期になると、疾患から予測される易感染性や麻痺があることへの工夫を見いだすなど、徐々にアセスメントが深まっている。技術の展開は、1期の段階では学内で学んだことと臨床の場での実際とでは差が大きく、戸惑いを見せている。また臨床の看護に対して問題意識を持つが、批判程度にとどまり学習課題へと発展していない。問題意識をどう発展させるか、教育方法の検討が必要といえるだろう。実践面では実習が進むにつれて行動化し、アセスメントに基づく実践へつなげ、安全・安楽、自立度、環境への配慮など考慮するようになっている。ただ、行った結果の評価が不十分という印象が強く、評価の必要性に対する認識の不十分さが気になる。繰り返し実践していても、学びにつなげる、あるいは学びの積み重ねにはなかなかならないのではないかと考えられた。

事例 5

1期

基礎看護実習では 39歳 脳腫瘍後、クモ膜下出血で腓骨神経麻痺があったが、日常生活は何でも自分でできる男性を受け持った。

清潔の援助は「血液循環をよくする」ためと、「すべて自分でできる人だった」「他にすることがなかった」ことから足浴を判断した。「足浴は腓骨神経麻痺にも効果的」と考えていたが、その根拠や患者の疾患、その他の身体的状況をふまえた判断については述べなかった。

足浴は椅子に座って行った。方法に関しては「バケツが小さすぎたため、足が片方しか入れなかつた」「お湯に足を浸して蒸らしましょうと言ったがもういいと言ったので、ビニールで蒸らすことはしなかった」という。安全安楽面では「湯の温度を測ったりして冷めないように」注意をしている。手順や方法は「患者さんと相談しながら実施した」というが、評価では「授業で習ったとおりにはいかなかった」といい、相談しながら実施した内容については述べていない。

2期

老年看護実習において77歳 痴呆と糖尿病でオムツを使用し、車椅子移動の女性を受け持った。

入浴の必要性は「今日は入浴日だった」「週2回の入浴日に入らないと次回にとばされてしまう」「清潔を保つには週2回は必要だと思った」ことから判断している。実習施設のやり方に目が向けられ、痴呆、高齢、糖尿病、オムツ使用などの疾患や身体的状況をふまえた判断には至っていない。

実施は「バイタルを測定して入れるかどうか決めて」行ったが、それ以外の患者の状況に応じた具体的な方法に関する説明はない。「頭の洗い方とか体の洗い方は授業でやったので実践した」「集団で入って流れ作業のような感じだった」という。「入浴用の椅子の操作を間違える患者さんがお湯に浸かったりするので注意した」と、安全に対する配慮がみられる一方、「入浴後の水分補給は時間でまとめて行われるので、それに合わせて入浴介助した」「順番なので脱衣所で裸で待ってもらった」「先週入浴していないからといって、今回時間をかけて洗うということはできない」という。安全安楽に対する意識を持っているようであったが、学生は「流れ作業的なものがあるので個別性は難しい」ととらえていた。

3期

成人看護急性期実習において74歳 膀胱癌手術直後の男性を受け持った。

清拭の必要性は「術後の感染を防ぐ」「足浴は血液循環を改善できる」とから判断している。足浴については「長時間の手術で下肢に血栓ができる恐れがあった」ことも関連させていく。しかし疾患や年齢、臥床生活、術後の不快感などをふまえた判断は述べていない。

実施は教員と一緒に「物品を忘れた」ことや「チューブが抜けないように」指導を受けた。その後「ベッド転落を予防するため、ベッド柵の確認」をしたり、「チューブが入っていたので、抜去やねじれがないか一本一本確認した」という。評価では「なるべく熱いお湯を用意したかったんですが60°Cしかなくて」と、自分の考える準備ができなかったことを述べているが、そのために工夫した様子はなかった。患者が訴えた「家族の前での清拭は困る」「着る物は自分で選びたい」という気持ちに対する対応ができていた。

分析のまとめ

学生は、清潔の援助=血液循環という意識から清拭や足浴を判断するこだわりが強く、その人にとってなぜ援助が必要なのか個別に判断するのではなく、一般的な判断にとどまっていた。基礎学力や得られた情報と知識を統合して自分自身で判断していくことが十分にできていない。そのため、2期の老人施設での実習では、施設の現状をそのままとらえ、学生自身のアセスメントがみえなかった。また、過度に緊張すると不安が強くなり、スムーズな実践ができない。3期の最終実習でも必要物品の準備に教員の指導が必要な場面がみられた。チューブやベッド柵の確認は行ったが、学生自身が情報のアセスメントから必要な援助としてとらえて計画した行為ではなく、指導を受けて気づくことができた。学生は積み重ねていく学習ではなく、その時々にはじめて実習をするという取り組み方をしているようであった。その患者の清拭の意味をとらえ、状況に合わせた方法を考えるというより、入浴や清拭という行為に意識が集中してしまい、技術を積み重ねていく学習効果が十分ではなかった。経験が「経験した」にとどまり、何を考える必要があったのか、どのようにすればよかったのかなど、評価をとおして学生が理解していくけるような学習が積まれていないと考えられた。

事例6

1期

基礎看護実習では 84歳 脳梗塞で右不全麻痺、ペースメーカーを挿入した女性を受け持った。日常生活行動は、車椅子に移乗する時に注意を払う程度で自立していた。週2回の入浴以外は清拭2回 足浴2回を実施したという。

清拭の必要性は、患者の「お風呂が大好きで入りたい」という言葉と「週2回では自分も不快である」という思いから判断している。右不全麻痺などの身体的状況をふまえた判断には至っていない。

実施は「1回目に患者を何度も起こしたり寝かしたり」して無駄な動きがあり、「患者さんに疲れた様子がみられた」経験から、「無駄な動きをしない効率を考えるようになった」という。しかしその後の清拭で、座位が可能で柵につかまれば立てた患者の着がえを臥床位のまま実施したため、「逆に大変だった」という結果になった。臥位という状況から考えると、1回目のように患者の身体を何度も動かすことになったと推測する。「無駄な動き」に気づきながらも、どのようにしたら「効率的」なのか、具体的な方法はとらえていなかった。1回目の評

価が適切にできていたか疑問が残る。

2期

小児看護実習において 1歳8ヶ月 肝芽腫、次に1歳4ヶ月 白血病の2名を受け持った。2名とも化学療法を行っていたという。

清拭の必要性は、「すごく汗をかきやすい子で、寝衣が汗でぐっしょりになっていた」「子どもは自分で清拭はできない」「発熱していた」「倦怠感があった」ことから判断している。身体的状況には目を向けていたが、疾患や治療に伴う易感染性や出血傾向などと関連させた判断は述べていない。しかし、実施では「血小板が少なくなったんですよ。だからあんまり強く拭かないようにしたんです」と身体的状況への対応がみられた。「子どもはじっとしていないから、おもちゃを使って気を引いたりした」「押さえつけて無理にやろうとしないで、遊んでいる間にやってしまうようにした」「点滴が抜けないように服の着せ方を教えてもらってやった」など、小児の特性に対応した安全安楽への配慮がみられた。評価は「子どもの援助は難しい」で括っている。

3期

訪問看護実習において 80歳 女性の自宅を訪問し、看護師と清拭を1回行った。患者は脳出血の後、寝たきりで自力では手足を動かせない。目を閉じている状態でコミュニケーションはとれなかったという。看護師が週2回の訪問で清拭をしていた。

清拭の必要性は「訪問前にカルテを見てどんな患者さんか調べたけど、看護師から今日は清拭をやろうねって言われて、それを一緒にやるって感じでした」と、自分で判断する状況ではなかったという。反面、患者にとっての清拭の意味ではなく「娘さん一人で入浴はできないので、清拭をしている」と認識しているところがあった。また、寝たきりから生じる問題と清潔の関連や、脳出血・麻痺をふまえた判断について述べることはなく、訪問前に得た情報を活用して清拭の必要性を判断しているようにはみえなかった。

実施は看護師のやることを見学し、学生は「そういうことしかできなかっただんで」体位の保持をしたという。「いつもより声をかけるようにした」配慮がみられていた。面接でいくつかの質問をしたが、患者にとっての清拭の目的（清潔の保持、血行促進、体を動かす機会など）をどの程度考えられたか判断できる情報は得られなかった。

分析のまとめ

学生が3期で経験した清潔援助は、2期の小児看護実習以後見学の1回のみだった。他は自立度の高い患者の受け持ちで、清拭の実施はなかったという。つまり、3期は経験の積み重ねがなく、唯一の機会となったこの実習も見学という特性から、主体的な行動はとれなかった。面接で「何を考え、どのような行動をしたか」質問しても、答えようがないという様子であった。面接には看護技術の習得状況を明らかにする目的があったが、3期の状況をとらえることはできなかった。しかし1期から2期では、「お風呂が好き」ということから判断した清拭の必要性が、身体的状況や小児の特性をふまえた判断になってきた。「効率が悪かった」技術も安全安楽に配慮できるようになってきた。3期は見学となつたが、得た情報からアセスメントする機会がなかったわけではない。3期の実習期間において、2期までに習得した技術をさらに発達させたり、残された課題に取り組めるような継続的な学習環境が教員によって提供できたら、技術の習得はもっと高められたのではないかと考えた。

III 考 察

学生の看護技術の習得状況は経年的には個人差があった。

1期は基礎看護実習の段階である。この時期の清潔援助を見出す知識と判断力は、清拭（入浴）の実施間隔や患者の訴え、皮膚の状態など目に見える状況から判断することが多い。実施も患者の状況に合わせて工夫や応用をするというより、学習した方法やその場で教えられた手順で実施している。そのため、学校と臨床での技術の違いが大きいと戸惑い、「頭が真っ白」になる。また教員、指導者、患者とのかかわりや慣れない環境から緊張を高める学生がみられた。

2・3期は各論実習の前半・後半の時期であるが、この時期になると患者の発達特性や個別性への理解が深まり、援助の必要性の判断は目に見える状況からだけではなく、患者の疾患や症状との関連から理解するようになっている。しかしこの頃になると、正確な知識に基づいた判断をしている学生から、知識との関連が不十分なまま終わっている学生との差が生じていた。

実施の場面では患者の反応を見ながら、その状況に応じた方法で技術を調整するようになっている。特に患者の気持ちや思い、考え、希望を受け止めるようになった学生たちの技術は、安全安楽の確保ができ、清拭が自立してできる段階に変化していた。評価についても実施した成果や影響に目を向けてきている。

学生にみられた技術の経年的変化は、経験を重ねながら、学内で学んだ知識・技術・態度の統合が図られて、習得に至る学習過程を表わしていた。同時に、学生が主体的行動をとりにくい施設の実習では、施設の方法をそのまま看護としてとらえようとしたり、自分で判断する意識がもてない現状も表わしていた。3期になっても患者の状況に応じた看護の方法が不十分だったと思われる事例では、その時々の到達度評価がないために、学生の体験が意味づけされず、次にどうしたらよいのかわからないまま経過していると推測された。事例6にみるように、継続的な学習環境がなかったために、習得状況が判断できない指導上の問題も明らかになった。

臨地実習は、看護の方法を「知る」「わかる」段階から「使う」「実践できる」段階に到達させるための過程⁴⁾と考えられている。この「実践できる」という到達目標を達成するために、教員は学生の行動と学習状況の把握を行い、教員間で連携した指導にあたる必要がある。

安酸は「学生とともにつくる臨地実習教育」⁵⁾の中で、学生がその技術を実施することができるという自信や意欲を「自己効力」とし、それは学生が自分で行動し、達成できたという成功体験や、ほめられたり評価される体験により高められることを述べている。つまり、学生の不全感や不満感を補う「ほめる」「評価する」という指導方法の必要性を示唆している。今回の調査では、学生の看護技術は患者の状況をとらえて、その状況に応じた技術に近づいている傾向があった。患者の立場からの気持ちや思いをとらえた援助の方法を考えている学生もいた。一方で教員の指導が「やりっぱなし」になって、自己効力を高められなかった学生もいたことは否めない。

教員には、面接調査で学生が語ったような「今、ここで何を体験し、そこから何を感じているか」を臨地実習の中で感じ取り、そこから意味のある実践を導き、学生が自分で行動し、成功体験を重ねられる指導が求められている。それが筆者らが考える個別的な対象一人一人の目的を達するために、何が必要かを判断・実施できる技術の習得になるのではないかと考えた。

おわりに

今回の調査は学生からの聞き取りだけである。その技術を客観的に分析した結果ではなく、そこに本研究の限界がある。しかしながら、学生は実習状況を自分の言葉で語り、学生なりの感想を述べていたことから、分析の意義はあったと思われる。さらに客観性を持たせた分析をしていくことを課題としたい。また、学生には年齢・性別・社会的活動などの様々な背景があり、それが技術に影響していると思われるが今回は分析しなかった。これらの検討を含め、調査で得た結果を次の教育方法に展開できるよう早急に取り組んでいきたい。

本研究を行うにあたり、ご協力いただきました学生の皆様に深くお礼申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 文部科学省：「看護学教育の在り方に関する検討会」報告書 『看護実践能力の育成の充実に向けて』 2002
- 2) 前掲 1) P.16 3) 前掲 1) P.18 4) 前掲 1) P.20
- 5) 安酸史子：学生とともにつくる臨地実習教育－経験型実習教育の考え方と実際－，
看護教育，41（10）2000
- 6) 厚生労働省：「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」報告書， 2003
- 7) 安酸史子：経験型実習教育の考え方， Quality Nursing , 5 (8) 568–575, 1999
- 8) 吉村恵美子：「経験」を教材化した臨地実習－足浴の場面の教材化を通して考える－，
看護教育，41（10）2000
- 9) 大原美香：実感的に納得した理解を促す教育技法， Quality Nursing , 5(7) 514–519,
1999
- 10) 藤本悦子：生活援助技術教育において‘ふりかえり思考’を育成する意味，
Quality Nursing, 5 (7) 508–513, 1999

(2004年11月4日受理)

医療保育士からみた看護師との連携の現状と課題

The Conditions and Issues of Team Work Performed by Nursing Staff and
Medical Child Care Staff

- To Plan an Effective Team Work Performance by Plural Occupation Group -

金城やす子^{*1}

松平 千佳^{*2}

Yasuko Kinjo

Chika Matsudaira

* 1 静岡県立大学短期大学部 看護学科

* 2 静岡県立大学短期大学部 社会福祉学科

I はじめに

健康障害をもつ子どもたちが、入院という環境の変化や不安・苦痛を伴う治療や処置を受けることは身体的な面だけではなく、精神的な面に及ぼす影響も大きい。本郷^①は小児がん治療経験のある子どもたちのP T S Dの問題を指摘し、小児病棟に医療職ではない子どものための職種を導入する意義を説明している。また、谷川^②は「入院していなければ、しているはずの経験ができる配慮、いわゆる入院環境のノーマライズ化をすることが重要」と、病気の子どもへの支援について述べている。厚生労働省も小児医療における療養環境の改善を目的に、保育士による発達支援に対し診療報酬費の算定を導入するようになった。入院している子どもたちにとって、健常児以上に遊びの提供が重要だとされ、保育士が積極的に医療の分野に関わることが求められている。健康障害をもつこどもたちにとって保育士という専門職種の導入は、健康回復に大きく影響することが考えられるが、医療者の意識の問題や経済性、職種間連携の調整など、さまざまな要因により保育士の導入が思うように進んでいない状況がみられる。それぞれの専門職が、子どもを中心としてどのように連携を図ることが小児医療の向上、療養環境改善につながるのか、そして子どもたちのQ O Lの向上に寄与するのかを考えしていくことが必須だと感じる。

小児病棟に勤務する医療保育士に対し、業務内容や医療の場で仕事をすることについて、看護師との連携、業務遂行のための必要な知識や教育など聞き取り調査をおこなった。調査からは単数配置の問題や業務が個に任せられていること、業務の評価がシステムとして行われず、保育士としての存在そのものに不安を感じている現状などが明らかにされた。特に、医療チームの職種間連携の難しさを指摘する意見が多く聞かれ、スムーズな連携を図るために保育士から積極的にコミュニケーションをもつ努力をしている状況が明らかになり、チームの連携をスムーズにするための方法を検討することの必要性を痛感した。

そこで、看護師との連携の現状と今後に向けた取り組みなどについて、聞き取り調査の内容をまとめ、特に多職種によるチーム医療の連携について考察したので報告する。

II 研究方法

1. 研究期間

平成16年2月～10月

調査期間

- (1)予備調査（アンケート）期間：平成16年2月～3月
- (2)聞き取り調査 : 平成16年7月～8月

2. 研究対象

(1)予備調査

平成16年日本医療保育学会第1回中部ブロック研修会参加の医療保育士 6名

(2)聞き取り調査

S県内の総合病院小児病棟（5施設）で病棟保育士として勤務する保育士 14名

S県内の小児専門病院（1施設）で病棟保育士として勤務する保育士 4名

3. 調査方法および調査内容

(1)予備調査

平成16年日本医療保育学会第1回中部ブロック研修会参加の医療保育士を対象として調査用紙を配布、郵送法による回収を行った。

医療保育士経験年数、採用職種、雇用条件などのほか、業務内容や卒後教育としての必要な内容などを調査項目とした。調査項目は、聞き取り調査のための予備調査とした。

(2)半構成面接法による聞き取り調査

予備調査の結果から、聞き取り調査の項目を①保育士の関わりによる子どもの変化②医療保育士として必要な知識 ③看護師との連携における問題 ④サポート体制 ⑤その他とした。項目にそって半構成的に面接を行った。

4. 研究の倫理上の配慮

研究対象者には、事前に聞き取り調査（アンケート調査を含めて）の可否について文書で依頼・承諾を頂き、さらに調査日時、場所について意向を確認し調整した。調査当日には研究の目的・方法・データの処理・結果の報告などについて文書で説明、同意書に署名を頂き、さらに口頭により結果の使用について、個人が特定されないような配慮等について追加説明し了解を得た。

5. 概念枠組み

多職種チーム

菊池^③が定義する「対人援助サービスを行う多職種チームとは、分野の異なる専門職が、クライエント（対象）およびその家族などのもつニーズなどを明確にしたうえで共有し、そのニーズを充足するためにそれぞれの専門職に割り当てられた役割を他の専門職と協働・連携しながら果たしていく少人数集団」としていることから、小児病棟での職種間の連携を多職種間によるチームとして仕事をするものと定義した。

III 結果

1. 医療保育士の概要

① 年齢

20才代：1人
30才代：4人
40才代：6人
50才代：7人

② 医療保育士としての経験年数

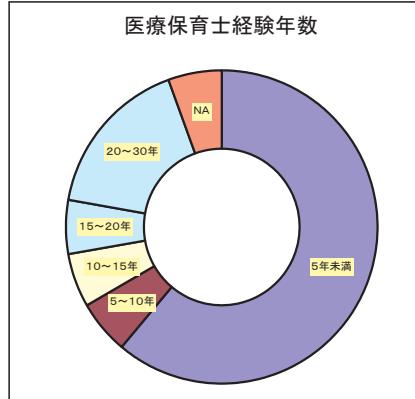
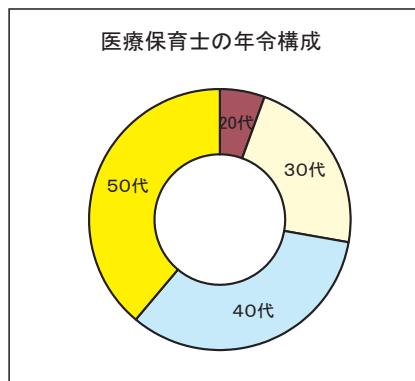
5年未満	11人
5～10年	1人
10～15年	1人
15～30年	1人
20～30年	3人
N A	1人

③ 常勤・非常勤の別

常勤	10人
非常勤およびパート	8人

④ 採用時の職種

保育士	14名
(14名のうち9名は保育所・ 保育園兼務)	
事務職	3名
看護助手	1名



2. 聞き取り内容の結果

聞き取りの内容を、調査者の記入したメモ（一部テープに録音）にそって逐語録を起こし、“II 研究方法－3. 調査方法および調査内容の(2)”の聞き取り調査項目ごとに分類した。さらに、『③看護師との連携における問題』に分類された内容を、1つの意味単位の文章とし、それぞれを1データとした。総データ数は54であり、内容を表1のようにカテゴリー11、コアカテゴリー4にまとめた。

表1 看護師との連携における現状

コアカテゴリー	カテゴリー	内 容
看護が先、保育は後という考え方（子ども不在）が強い	看護が先、保育は後という考え方のため子ども不在になりやすい	処置のカンファが多く、子ども不在のカンファになりやすい
		遊びに対してはお任せという意識が強い
		保育に関してカンファをしようとしても忙しいと流されてしまう
		看護が先、保育は後回しという意識が看護師には強い
	看護師はとにかく忙しい	看護師はとにかく忙しいので、無事にすめばいいという考えが強い
		遊びに対してお任せという意識が看護師に強い
		保育士に、スタッフと協力して仕事をするという意識が少なくなってきた
職種間の専門性に対する理解が不十分	保育士は看護師の助手という意識が看護師に強い	看護師の保育士に対する見方が単にお手伝いさんという見方
		朝は看護助手の仕事をしている
		保育スケジュールにそって仕事を行っていても、看護師にいわれるままに仕事をしている
	職種が違いお互いの業務内容を十分に理解できない	個別の保育をしていると、看護師から一人だけにかかわり、一人の部屋に入り浸っている、何をしているかわからない、といわれる
		看護師から個室の子どもに関わるようにいわれたことがあるが、プレイルームにいると、他の子をおいて個室に行くことが難しい
		看護師はずっと残っているので時間で帰るのは申し訳ない
		看護師は看護師であり、保育士ではないので保育士として何をしようとしているのか、言葉で言わない限り理解してもらえない
		対象としての子どもの見方が看護師と保育士では違う
	対象としての子どもの見方が看護師と保育士では違う	個別の保育に対して、その子にとって大事な時間だから、と思い関わったが、看護師とは見方が違うということを感じた
		看護師は受け持ちの子にはかかわろうとする
		看護師は食事やおやつなど、自分の受け持ちの子だけ声をかけ見極めようとする。保育士は全員の子どもに気をつけ、関わろうとする

看護方針によって保育計画が変更される	子どもの看護方針がころころ変わる
	看護業務のために保育計画が変更されることが多い
	子どもの様子を聞いたり、質問しても看護師により答えが違う戸惑う
コミュニケーション不足のため情報収集が不十分	共有できる記録がないため子どもの様子を伝えられない
	自分が関わった子どもの様子をどのように伝えるのか、報告はするが記録は保育記録のみ、看護師や他の職種と共有する記録はない
	保育日誌はついているが、看護記録として保育士のかかわりをどうしたらよいか悩んでいる
申し送りの廃止や看護師との連携がとれず、情報収集が十分にできない	子どもの状態をカルテみて判断するのは難しいのでカンファにいれてほしい
	申し送りが廃止されたので子どもの情報収集や保育計画のためにはノートやメモ、カルテ、ワークシートを見て判断するしかない
	看護師は交代制勤務なのでプライマリーナースとなかなか話ができない
スタッフナースとの話し合いが十分にできず、連携が取りにくい	看護師との関係が難しいということがわかるし、難しくなる
	今は看護師長からの情報や相談によって仕事をしている
	個別の保育を行っている間、看護師がプレイルームを見ていてくれるといいけど、それは無理
看護師との連携の摸索	保育士からは看護師に保育の様子をなかなか言えない
	申し送りを活用して保育計画を立案
	朝の申し送りで行動スケジュールを説明し 協力を依頼するので業務がスムーズにできる
情報交換を積極的に行う	時間的な問題はトラブルがおきやすいので申し送りで確認している
	子どもに対応した時の様子や気になることなどは 看護師にその都度報告している
	受け持ち看護師には相談しているようにしている

V 考察

小児看護の現場は、医療の高度化や疾病の重症化・重複化、それに伴う業務の煩雑化のため多くの時間が診療の補助業務に割かれ、子どもと向き合う時間が極端に減少してきている。及川⁴⁾はすでに50年前に、忙しさのあまり小児病棟で置き去りにされている子どもの看護のために医療保育士の導入をすすめている。その経過からも、全人的な看護、対象を考慮した関わりを実践し、子どものための看護が提供できる環境の整備が求められ続けている事がわかる。医療保育士の導入は、子どもの成長発達、健康回復に必要な措置であり、看護師と協働して子どもの看護を発展させること、入院により子どもを社会から孤立させないためにも保育という視点が大切であることを感じる。入院中にいかに子どもたちの日常性を維持するかが退院後の生活への適応に影響するとも言われている。小児医療が多くの職種の連携により、より効果的な医療・看護の提供ができるることはすでに周知のことである。

多職種によるチームとして協力・連携を図り業務を行うことが必要不可欠な状況であるにもかかわらず、実際の医療現場では対象である子どもたちに対し、調査結果からもわかるように円滑なチームアプローチが行われていないのではないかと危惧される。その原因には職種間の専門性の理解不足やコミュニケーション不足などの問題も大きいと感じる。

1. 対象の理解や対応の違いが医療チームの連携におよぼす影響

「看護師は食事やおやつなど、自分の受け持ちの子だけに声をかけ見極めようとする。保育士は全員の子どもに気をつけ、関わろうとする」「処置のカンファが多く、子ども不在のカンファになりやすい」という、調査結果からもわかるように、対象をどのように捉えて対応するのか、職種により援助の視点が異なっている。医療・看護では、疾病や障害の部分に焦点を当て対応することが多く、病気や障害のある子どもの日常性の維持は、病態が落ち着いた後の回復過程や慢性疾患において対応されはじめることが多い。そのため「看護師はとにかく忙しいので、無事にすめばいいという考えが強い」と、とらえられており、そのことが業務中心、子ども不在という状況を作り出しているようにも感じる。逆に、児童福祉の立場をもつ保育士の対応は、生活や環境に焦点が当てられ援助や実際の関わりが行われている。それぞれの専門性の違いが、対象理解にも影響していることが理解できる。「個別の保育に対して、その子にとって大事な時間だから、と思い関わったが、看護師とは見方が違うということを感じた」と、お互いの業務内容が理解できず、子どもにとってどのように関わることが良いのかという視点がなおざりにされている。チームという意識ではなく、個々がそれぞれの専門のもとに個別に関わっているという状況である。職種間の専門性の違いから、同じ視点で関わりをもつことは難しい面があるが、対象としての子どもの存在を意識し、チームとしてどのように関わることが重要であるのかを検討していくことが大切ではないかと感じる。

2. 職種間の専門性に対する理解が不十分

小児病棟の職種として医師、看護師は主要なメンバーとして存在しているが、子どもに関わる職種としては検査技師、レントゲン技師、薬剤師、また学校教師など多くの職種が専門性を生かした関わりを展開している。なかでも保育士は子どもの日常生活援助を中心に、最も密着した関わりを持っている。しかし、子どもに関わるそれぞれの職種の位置づけや業務が不明確であり、専門性が相互に認識されておらず、チーム医療の連携を妨げているのではないかと感じる。「遊びに対してはお任せという意識が強い」「看護師は看護師であり、保育士ではないので保育士として何をしようとしているのか、言葉で言わない限り理解してもらえない。」など、相互の専門性の理解や職務内容が理解されないことによる意見も聞かれていた。特に、医療という現場に医療職以外の職種がかかわろうとする場合の問題も大きいのではないかと感じる。

看護師は、看護基礎教育において他職種との連携について教育され、常にチームで仕事をする意味や他職種との連携の必要性については十分に理解していると思われる。しかし、それは必要性の理解であり、連携をどのように実践するのかという具体的な方法を学ぶ機会にはなっていない。実習においても連携を目的に展開されることではなく、看護実践の必要性から他職種の存在を意識する程度である。同じように、保育士教育においても看護やその他の医療職との連携を意識し、実習を組み立てたり、相互の専門性を理解して関わるというカリキュラムが用意されているわけではない。職種の存在について学ぶ機会は用意されるが、他職種との連携や

チームアプローチの方法を学ぶためにデザインされた実習が行なわれていることは少ない。そのことが他職種との連携、チーム医療の連携に問題を生じていると思われる。

小児看護の現場ではイニシアチブを取る職種として看護師が存在し、保育・養育は小児看護の一部とした考えが根強い。「看護業務のために保育計画を変更させられる」「看護が先、保育は後回しという意識が看護師に多い」「保育スケジュールにそって仕事を行っていても、看護師にいわれるままに仕事をしている」など、保育士の業務が看護師の指示により行われている現状がある。一つの原因として保育士の看護部所属という組織に起因するもの、さらに、採用職種が看護助手という位置づけもあり、立場的にも看護師の指導のもとに業務が組み立てられているのではないかと考える。

チームとして、それぞれの専門性を理解した関わりが重要であると感じる。鳥飼⁵⁾が、チーム医療の要素として「専門性志向性」「患者指向」「職種構成指向」「協働指向」を上げているが、対等な立場で尊敬しあい、協力して業務を行う“協働”意識をよりたかめることができること、こどもたちのQOL向上に向けた職種間の連携に繋がるのではないかと思う。“指示される”“命令される”という組織における上下関係の連携から、相互の職種の持つ専門性を高め、“お互いを尊重できる連携”を実践することが、こどもたちの生活を充実させ、より健康回復への援助につながるものと思う。

3. コミュニケーション不足による相互理解の不足

チーム医療の成立には、それぞれが持つ知識や情報が自由に交換が必要とされる。現状では「保育士からは看護師に保育の様子をなかなか言えない」「看護師は交代制勤務なのでプライマリーナースとなかなか話ができない」など、コミュニケーションが制限され、子どもの必要な情報が共有できていない状況がある。それぞれの職種がもつ多くの情報が、チームの情報として活用されず、チームとしての作業、チームそのものの発達にも影響しかねない状況である。

オートン⁶⁾は、チームとして成功する条件は①オープンで効果的なコミュニケーション ②メンバーの関与 ③明確に定義された目標 ④信頼であると述べている。自由に、そしてお互いの専門性を高めるためのコミュニケーションが、子どもたちの入院目標の達成に大きく関与していることを意識しなくてはならない。十分にコミュニケーションが図れることが、相互の信頼を高めることにもつながり、より情報の共有が可能になるものと思われる。

調査では「とにかく看護師に信頼されることが大切」「看護師にも、子どもにも信頼されること」という意見が聞かれた。職種をお互いに認め合うとき、そこにはおのずと信頼関係が成立し、お互いを尊重し、高め合う関係性が生まれる。

コミュニケーション手段の一つとしての記録では、保育士は「看護師や他の職種と共有する記録がない。」「看護記録として保育士のかかわりをどうしたらよいのか」など、実践した保育・看護の記録がチームで共有できていない現状を話していた。医療保育士として、より専門性を志向するためにも子どもに行った保育の実践と、子どもの変化を含めた評価が記録されることが必要であり、記録を通して他職種との関わり、相互理解につなげることも必要ではないか感じる。そのためには、職種間で共有できる、より理解しやすい記録の工夫、利用しやすい工夫が必須ではないかと思う。

4. 相互の専門性を理解するためのカリキュラムの不足

保育士をはじめとする福祉専門職が、看護やその他の医療系の職務の目的や職務内容を学ぶカリキュラムは、現状の基礎教育の中ではほとんど設定されていない。それと同時に看護の基礎教育においても、福祉職について学ぶ機会は少なく、保育については小児看護学において日常生活援助を短時間学ぶにすぎない。特に発達に合わせた遊びを展開するカリキュラムや児童福祉の視点で対象を理解することは十分ではないと感じる。基礎教育において相互の専門性や職域を理解するカリキュラムが構築されることが、チームとしての連携を強化する事にもつながると思う。すべての職種についてのカリキュラムの構築は不可能であるが、医療のチームとして関わる職種については、その専門性や職域について学ぶ機会を持つことが大切である。さらに、チームアプローチの方法をどう学ぶのかについても今後検討していかなくてはならないだろうと思う。

チームの連携を考え、職種間の専門性の理解の必要性を述べてきたが、それぞれの職種が“なぜ存在するのか” “誰のために存在するのか”を考えた場合、「子どものために」「子どもとともに」という意識がチーム全体の目標になれば、職種間の連携はスムーズになるのではないかと感じる。個人の自己満足のため、個人の業務範囲を守るため、などの個人の偏った意識から”チームのため” ”子どものため” という意識の変革、向上が必要かもしれない。

VI おわりに

医療保育士と看護師との連携の現状として、聞き取り調査の内容をまとめ、チーム医療について考えた。職種の違いが業務上の上下関係になっているような感じも受け、連携を難しくしている面もあると思う。しかし、子どもにとって必要なかかわりをさまざまな職種が専門性を発揮して行うことの重要性を前向きに考えていきたいと思う。

今回は、保育士からの一方的な聞き取り調査であり、医療チームとして看護師をはじめとする多職種が連携についてどのように考え、実践しているのかはわからない。また、保育士も経験年数や雇用条件、またそれが所属する医療施設の環境などの違いがあり、属性を考慮したものではなく、あくまでも個々の保育士の意見をまとめにすぎない。しかし、医療保育士がおかれている現状についてはかなり積極的に発言されており、チーム連携について考えることはできた。今後はさまざまな職種が感じている連携上の問題を明確にし、チームアプローチの方法を検討できればと考えている。

また、今後は、診療報酬制度導入が影響する問題、経済性を重視しすぎるためにおこる医療保育士導入の問題について検討していくことが必要だとする意見もだされた。医療保育士の業務範囲が病棟から外来、病院全体へと拡大され、保育士を必要とする子どもたちに十分な関わりがもてなくなる可能性や、専任の保育士という扱いから保育所との兼務となったり、非常勤やパート（短時間）採用など雇用条件の多様化などの問題も出てくるのではないかと思う。

医療保育士を、医療チームのメンバーとして子どもの生活、発達支援に積極的に関わる専門職種としての存在を確立していくために、より専門性の強化と効果的な連携、チームアプローチの方法について継続的に研究をすすめていきたい。

謝辞

忙しい業務をされている医療保育士の皆さんに、貴重な時間をお借りして調査にご協力頂きましたことを感謝申し上げます。

VII 引用・参考文献

- 1) 本郷輝明：小児がん治療医からのチャイルドライフスペシャリストへの期待；日本チャイルドライフスペシャリスト研究会第2回カンファレンス特別講演 2002
- 2) 谷川弘治：病気の子どもと家族の支援；全国病弱教育研究会第9回大会抄録集 2004
- 3) 菊池 一郎：チームアプローチの方法の検討；日本社会福祉誌 1999
- 4) 及川郁子：病棟保育士の活動 病棟保育士の活動を連載するにあたり；小児看護 24(3) P 386 2001
- 5) 鳥飼香：総合精神保健システムを目指して：総合的チーム医療の構築；ナースデータ 19(9) P 5~9 1998
- 6) デボラ・アンタイーオートン：医療施設におけるチーム作り、インターナショナルナーシングレビュー22(5) P 54~58 1999
- 7) 飯村直子：チーム医療の実践；インターナショナルナーシングレビュー22(5) P 44~48 1999
- 8) 楠木野裕美：遊びのパートナーシップ；小児看護 27(3) P 303~312 2004
- 9) 羽山由美子：ヘルスケアにおける協働の時代；インターナショナルナーシングレビュー22(5) P 49~53 1999

(2004年11月4日受理)

川崎病におけるCD 14のプロモーター領域の単一塩基多型 (C (-260) → T) 解析

C (-260) →T polymorphism in the promoter of CD 14 gene in Kawasaki disease.

竹下誠一郎

高林 文代

吉田 直樹

Seiichiro Takeshita Fumiyo Takabayashi Naoki Yoshida

静岡県立大学短期大学部
University of Shizuoka, Junior college

Summary

Recent studies have demonstrated that the T allele at position -260 of the CD 14 (lipopolysaccharide receptor) promoter is a risk factor for myocardial infarction. Kawasaki disease (KD) is an infantile systemic vasculitis that might cause angina pectoris and myocardial infarction. To investigate a possible association between the C (-260) →T polymorphism in the promoter of CD 14 gene and the onset of KD, we examined the genotype frequencies in 60 patients with KD and 68 controls, by using polymerase chain reaction (PCR) and restriction fragment assay. The frequencies of T allele and T/T homozygotes tended to be higher ($P=0.022$ and $P=0.046$, respectively) in KD patients than in controls. Therefore, there is a weak relationship between C (-260) → T polymorphism in the promoter of CD 14 gene and the increased susceptibility to KD.

要旨

最近の報告では、lipopolysaccharideの受容体であるCD 14のプロモーター領域の-260番目のT allele（対立遺伝子）が心筋梗塞の危険因子であると報告されている。川崎病（KD）は小児特有の全身性血管炎であり、狭心症や心筋梗塞などの心臓後遺症を残す可能性のある疾患である。CD 14プロモーター領域のC (-260) → T の単一塩基多型（変異）とKD発症の関連性を検討するために、KD患児群60人とコントロール群68人の遺伝子型をpolymerase chain reaction (PCR)とrestriction fragment assayで決定した。KD群におけるT alleleとT/T homozygotes（ホモ接合体）の頻度は、コントロール群に比較して高い傾向が認められた（ $P=0.022$ と $P=0.046$ ）。従って、CD 14プロモーター領域のC (-260) → T の1塩基多型とKD罹患感受性の間には、弱いながらも相関関係があることが判明した。

なお、本研究は平成16年度静岡県立大学学長特別研究費助成を受けて実施された。

Introduction

Recent studies have suggested that inflammation is an important factor in the initiation and development of atherosclerosis [1]. However, the underlying causes of this inflammatory response remain uncertain. Endotoxin (lipopolysaccharide), derived from the cell wall of gram-negative bacteria, is suggested to play possible roles in initiation and development of atherosclerosis [2]. CD 14 is one of the key receptors for endotoxin and expressed on many types of cells. Recent reports revealed that the C (-260) → T polymorphism in the gene encoding the CD 14 receptor is associated with increased risk of myocardial infarction [3-5]. These data are intriguing because microorganism-initiated inflammation has been implicated to play a role in coronary artery disease [6].

Kawasaki disease (KD) is an acute febrile illness that predominantly affects infants and children [7]. This disease is characterized as one type of systemic vasculitis which may have coronary artery involvement [8]. Although the etiology remains unknown, KD is widely believed to be caused by certain infectious agents. The percentages of patients with incidences of KD among siblings and those with recurrences are higher than general nationwide incidence of KD [9], suggesting possible involvement of the hereditary factors in the epidemiology of KD. Linkage of different genetic markers (class I and class II MHC antigens, Immunoglobulin allotypes) with KD has been sought, but only weak associations have been found [10, 11]. The aim of the present study is to investigate a possible association between the C (-260) → T polymorphism in the promoter of CD 14 gene and the onset of KD.

Patients and methods

We studied 60 patients with KD (aged 5 months to 10 years; median 26 months; male/female = 37/23) and 68 children (controls, aged 6 months to 14 years; median 23 months; male/female = 38/30). Controls included 30 healthy children and 38 patients with other acute febrile diseases. None of controls had the past history of KD. Informed consent was obtained from the parents of all patients and controls. All KD patients were hospitalized at the National Defense Medical College Hospital. The present study was approved by the institutional ethical review committee. The KD patients were enrolled within 7 days of the onset of illness, with day 1 defined as the first day of fever. All KD patients met the diagnostic criteria for KD established by the Japanese Kawasaki Disease Research Committee and were typical cases which fulfilled requirement of the criteria. All of whole blood samples were stored at -80°C until DNA was isolated by standard method.

CD 14 promoter gene-specific primers were prepared: 5' primer (5'-CTAAGGCAC TGAGGATCATCC-3') and 3' primer (5'-CATGGTCGATAAGTCTTCCG-3'). Polymerase chain reaction (PCR) was performed at a total volume of 50 μl (100-200 ng of genomic DNA, 1 U of Taq

polymerase, 50 pmol of each primer, 200 pmol of each dNTP and 1.5 mmol Mg²⁺). PCR consisted of 1 cycle of 15 minutes at 85°C and 4.5 minutes at 94°C; 42 cycles of 30 seconds at 94°C, 1 minute at 55°C, 1 minute at 72°C; and 7 minutes at 72°C. PCR products (4 μl) was cleaved in appropriate buffer with 8 U of *HaeIII* restriction enzyme. The DNA fragments were separated by electrophoresis through polyacrylamide gels, and the gels were viewed by UV transillumination. Digestion of the PCR products yielded bands of 418 bp in T/T homozygotes, 263 and 155 bp in C/C homozygotes, and all 3 bands in the C/T heterozygotes (Fig. 1).

Statistical analysis

The frequency of the alleles and genotypes in both group were compared by chi-square test. A value < 0.05 was considered significant. The relationships between the CD 14 genotype and the clinical inflammatory parameters were tested by 1-way ANOVA.

Results

The distributions and frequencies of alleles and genotypes of polymorphism in the CD 14 promoter in KD patients and controls are shown in Table 1. The frequency of T allele was significantly higher in KD patients than in controls (62.5% vs. 47.8%, P=0.022). The frequency of T/T genotype was also significantly higher in KD patients than in controls (40.0% vs. 20.6%, P=0.046). There was no significant association between the CD 14 genotype and the clinical inflammatory parameters such as Creactive protein (CRP), WBC counts or erythrocyte sedimentation rate (ESR) (data not shown).

Discussion

The present study demonstrated that the frequencies of T allele and T/T homozygotes were tended to be higher (P=0.022 and P=0.046, respectively) in KD patients than in controls. Although both P values were statistically significant (P<0.05), it does not necessarily mean that the present results indicate a strong association between C (-260) → T polymorphism in the promoter of CD 14 gene and the increased risk for KD onset. The previous reports demonstrated a statistically strong relationship (P<0.001) between C (-260) → T polymorphism in the promoter of CD 14 gene and the increased risk for myocardial infarction in European countries and Japan [3-5]. On the other hand, Zee *et al.* reported that C (-260) → T polymorphism in the promoter of CD 14 gene was not associated with risks for myocardial infarction in the United States [12]. These incompatible results might be induced by ethnic/racial differences.

Reportedly, endotoxin accelerates atherosclerosis in animal models [13]. Furthermore, the promoter polymorphism in the CD 14 gene is associated with

increased carotid atherosclerosis in smokers [14]. Therefore, it is suggested that C (-260) → T polymorphism in the CD 14 promoter is associated not only with myocardial infarction but also with other atherosclerotic diseases. However, C (-260) → T polymorphism in the CD 14 promoter is not associated with an increased risk for ischemic cerebrovascular disease in Japan [15].

The levels of circulating soluble CD 14 are reported to increase in the acute phase of KD [16], and peripheral counts of CD 14-positive monocytes/macrophages and neutrophils increase in KD [17, 18]. In the present study, there was a weak association between C (-260) → T polymorphism in the promoter of CD 14 gene and the increased susceptibility to KD. Therefore, CD 14 receptor may be concerned with the etiology and pathogenesis of KD. To elucidate the role of CD 14 gene in KD, further studies will be needed in the future.

References

1. Ross R. Atherosclerosis—an inflammatory disease. *N Engl J Med.* 1999;340:115-26.
2. Liao W. Endotoxin: possible roles in initiation and development of atherosclerosis. *J Lab Clin Med.* 1996;128:452-60.
3. Unkelbach K, Gardemann A, Kostrzewa M, Philipp M, Tillmanns H, Haberbosch W. A new promoter polymorphism in the gene of lipopolysaccharide receptor CD 14 is associated with expired myocardial infarction in patients with low atherosclerotic risk profile. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 1999;19:932-8.
4. Hubacek JA, Rothe G, Pit'ha J, Skodova Z, Stanek V, Poledne R, Schmitz G. C (-260) → T polymorphism in the promoter of the CD 14 monocyte receptor gene as a risk factor for myocardial infarction. *Circulation.* 1999;99:3218-20.
5. Shimada K, Watanabe Y, Mokuno H, Iwama Y, Daida H, Yamaguchi H. Common polymorphism in the promoter of the CD 14 monocyte receptor gene is associated with acute myocardial infarction in Japanese men. *Am J Cardiol.* 2000;86:682-4.
6. Kane JP, Havel RJ. Polymorphism of the lipopolysaccharide receptor (CD 14) and myocardial infarction. New evidence for a role of gram-negative bacterial infection? *Circulation.* 1999;99:3210-2.
7. Kawasaki T, Kosaki F, Okawa S et al. A new infantile acute febrile mucocutaneus lymph node syndrome (MLNS) prevailing in Japan. *Pediatrics.* 1974;54: 271-6.
8. Kato H, Koike S, Yamamoto M et al. Coronary aneurysms in infants and young children with acute febrile mucocutaneus lymph node syndrome. *J Pediatr.* 1975;86:892-8.
9. Yanagawa H, Nakamura Y, Yashiro M, Ojima T, Tanihara S, Oki I, Zhang T. Results of the nationwide epidemiologic survey of Kawasaki disease in 1995 and 1996 in Japan. *Pediatrics.* 1998;102:E 65.
10. Kato S, Kimura M, Tsuji K, Kusakawa S, Asai T, Juji T, Kawasaki T. HLA antigens in Kawasaki disease. *Pediatrics.* 1978;61:252-255.

11. Shulman ST, Melish M, Inoue O, Kato H, Tomita S. Immunoglobulin allotypic markers in Kawasaki disease. *J Pediatr.* 1993;122:84-86.
12. Zee RY, Lindpaintner K, Struk B, Hennekens CH, Ridker PM. A prospective evaluation of the CD 14 C (-260) T gene polymorphism and the risk of myocardial infarction. *Atherosclerosis.* 2001;154:699-702.
13. Lehr HA, Sagban TA, Ihling C, Zahringer U, Hungerer KD, Blumrich M, Reifenberg K, Bhakdi S. Immunopathogenesis of atherosclerosis: endotoxin accelerates atherosclerosis in rabbits on hypercholesterolemic diet. *Circulation.* 2001;104:914-20.
14. Risley P, Jerrard-Dunne P, Sitzer M, Buehler A, von Kegler S, Markus HS. Carotid Atherosclerosis Progression Study. Promoter polymorphism in the endotoxin receptor (CD 14) is associated with increased carotid atherosclerosis only in smokers: the Carotid Atherosclerosis Progression Study (CAPS). *Stroke.* 2003;34:600-4.
15. Ito D, Murata M, Tanahashi N, Sato H, Sonoda A, Saito I, Watanabe K, Fukuuchi Y. Polymorphism in the promoter of lipopolysaccharide receptor CD 14 and ischemic cerebrovascular disease. *Stroke.* 2000;31:2661-4.
16. Takeshita S, Nakatani K, Tsujimoto H, Kawamura Y, Kawase H, Sekine I. Increased levels of circulating soluble CD 14 in Kawasaki disease. *Clin Exp Immunol.* 2000;119:376-81.
17. Katayama K, Matsubara T, Fujiwara M, Koga M, Furukawa S. CD 14+CD 16+ monocyte subpopulation in Kawasaki disease. *Clin Exp Immunol.* 2000;121:566-70.
18. Takeshita S, Nakatani K, Kawase H, Seki S, Yamamoto M, Sekine I, Yoshioka S. The role of bacterial lipopolysaccharide-bound neutrophils in the pathogenesis of Kawasaki disease. *J Infect Dis.* 1999;179:508-12.

(2004年10月14日受理)

Fig.1 CD14/-260 genotype analysis by restriction fragment assay.

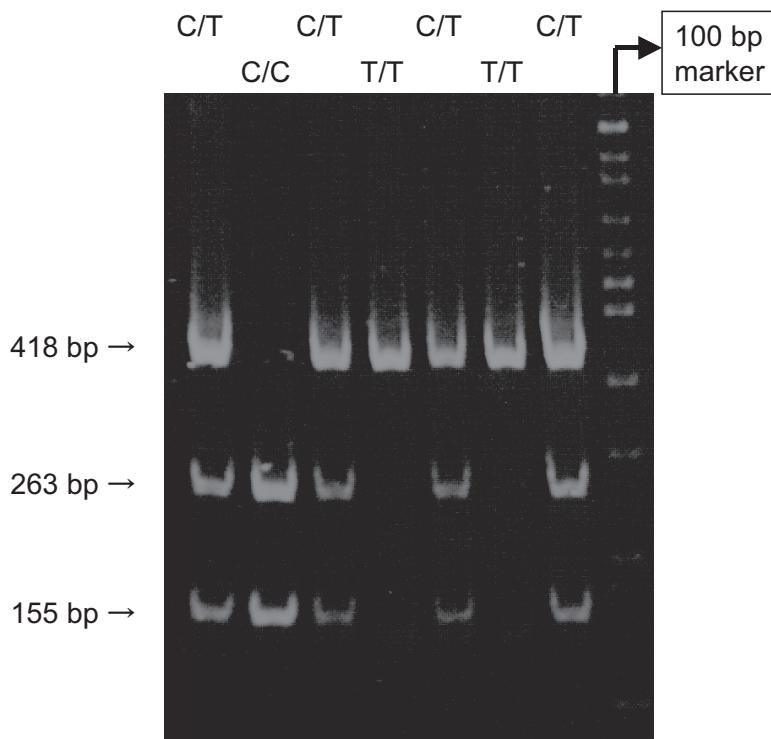


Table 1. Alleles and genotypes of the CD14 promoter polymorphism in KD patients and controls

	KD patients (n=60)	Controls (n=68)	P values
Allele			
T	75 (62.5%)	65 (47.8%)	P=0.022
C	45 (37.5%)	71 (52.2%)	
Genotype			
T/T	24 (40.0%)	14 (20.6%)	P=0.046
C/T	27 (45.0%)	37 (54.4%)	
C/C	9 (15.0%)	17 (25.0%)	

臨地実習における看護学生の 「他職種との連携」に関する学習の実態（第2報）

The student's Learning about Cooperation of the Nurse and Other Profession
in Clinical nursing Practice (the second Report)

長澤 利枝

馬場 志乃

前野真由美

Rie NAGASAWA

Sino BABA

Mayumi MAENO

I. はじめに

近年、医療の高度化や在院日数の短縮化に伴い、患者及び家族の抱える問題の解決のために、多くの専門職が協働して行うチーム医療の重要性がクローズアップされている。これに伴い、医療・福祉の現場において、“インター・プロフェッショナル・ワーキング”（以下IPWと略す）の必要性が指摘されるようになってきた。^{1) 2) 3)} 看護学教育の立場からIPW教育の実践について考えた場合、現状において一番効果的な方法は、やはり臨地実習における教育である。これは、本短期大学部看護学科においても「『他職種との連携』の重要性を学ぶ」として、各領域の実習目標の中に掲げられているが、実際に看護学生が臨地実習を通じてそれをどの程度学びとっているのか、具体的にどのような場面を通じて学びとっているのかについては、実態が充分に明らかにされていないのではないかと考えた。

そこで、平成13年度に本短期大学部看護学科3年生を対象とした調査研究⁴⁾を実施した。その結果、「他職種との連携に対する意識」についてはほぼ明らかになったが、「他職種との連携の重要性を学んだ実習経験」については、十分明らかにすることができなかった。

そのため、平成14年度に「学生達が臨地実習のどのような経験・場面を通じて、他職種との連携の必要性を実感したか」ということを中心に調査研究を行った。今回の論文は、その結果をまとめたものである。

II. 研究目的

本研究は、臨地実習における看護学生の「他職種との連携の重要性を学んだ実習経験」についての実態を明らかにすることにより、「他職種との連携」に対する効果的教育方法検討のための一資料とすることを目的とする。

なお、本研究においては、“他職種”を「医療関連専門職（医師、MSW、栄養士、薬剤師、PT・OT等のリハビリ職、事務職員等）」と定義した。

III. 研究方法

1. 研究対象

本短期大学部第一看護学科（看護師養成3年課程）3年生のうち、調査に同意が得られた計58名の学生。

2. 調査期間

平成13年12月

3. 調査方法

平成13年度第一看護学科3年生における、臨地実習「基礎看護実習」「成人看護実習Ⅰ」「成人看護実習Ⅱ」「成人看護実習Ⅲ」「小児看護実習」「母性看護実習」「老人看護実習」「訪問看護実習」「保健所・市町村実習」「精神看護実習」全てが終了する週の最終日に、質問紙調査を実施した。

4. 調査内容

質問紙において以下の項目を調査した。

- 1) 看護職と他職種との連携の必要性を感じた実習
- 2) 連携の必要性を感じた他職種（複数回答）
- 3) 看護職と他職種との連携の必要性を感じた場面
- 4) 看護職と他職種との連携の必要性を感じた経験・場面の内容（自由記述）

5. 分析方法

- 1) 調査内容1)～3)については、SPSS統計ソフトを用いた単純集計及びクロス集計により分析した。
- 2) 調査内容4)（自由記述）については、文脈の中で捉えた特性を抽出しそれらを比較検討して、共通性・類似性を分析・整理した。

IV. 結果

1. 看護職と他職種との連携の必要性を感じた実習

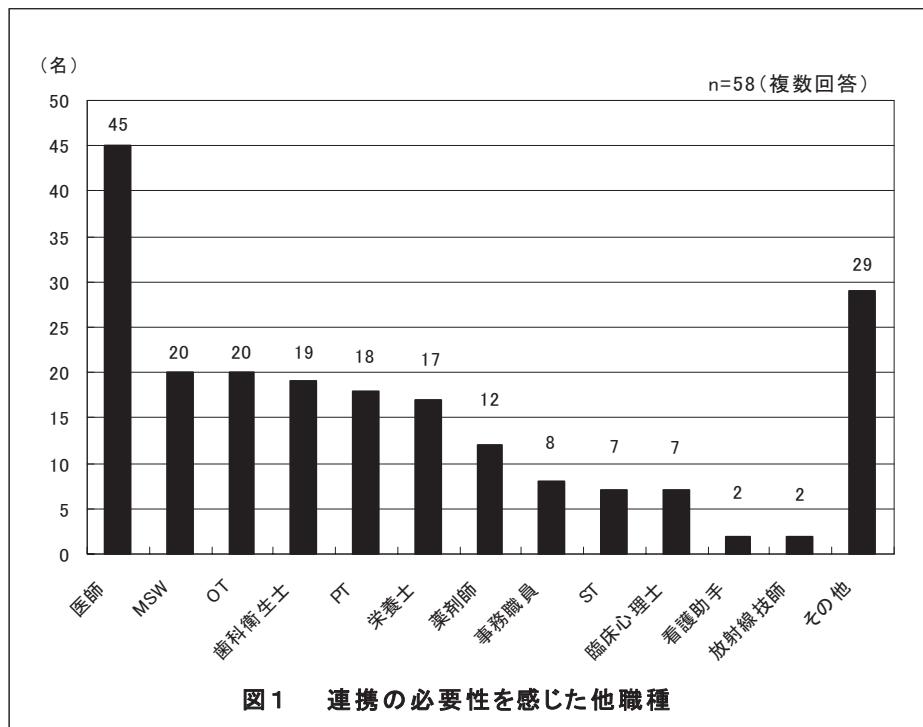
最も多かったのは「訪問看護実習」31名（53.4%）であり、以下「保健所・市町村実習」13名（22.4%）、「精神看護実習」5名（8.6%）、「成人看護実習Ⅲ」4名（6.9%）、「老人看護実習」2名（3.4%）、「小児看護実習」1名（1.7%）の順になっていた。

「基礎看護実習」「成人看護実習Ⅰ」「成人看護実習Ⅱ」「母性看護実習」の4つについては、取り上げた学生はいなかった。

2. 連携の必要性を感じた他職種

※ 図1, 表1参照

最も多かったのは「医師」45名であり、以下「その他」29名、「MSW（医療社会福祉士）」「OT」各20名、「歯科衛生士」19名、「PT」18名、「栄養士」17名、「薬剤師」12名、「事務職員」8名、「ST（言語療法士）」「臨床心理士」各7名、「看護助手」「放射線技師」各2名の順になっていた。



「その他」に記入されていた職種は、「ケアマネージャー」16名、「ホームヘルパー」11名、「介護福祉士」10名、「MSW」4名、「保育士」「訪問入浴業者」2名、「HOT（在宅酸素療法）業者」「福祉器具業者」「PSW（精神保健福祉士）」「運動指導員」各1名であった。

また、連携の必要性を感じた“実習”と連携の必要性を感じた「他職種」との間で有意差が認められたものは、“訪問看護実習”と「医師」「PT」「その他」、“保健所・市町村実習”と「栄養士」であった。

表1 実習別・連携の必要性を感じた他職種 ※ 複数回答, * p < 0.05

実習の種類	医師	PT	OT	栄養士	MSW	歯科衛生士	薬剤師	ST	事務職員	看護助手	臨床心理士	放射線技師	その他
訪問看護実習	29 *	15 *	12	8	14	10	7	4	7	2	3	1	19 *
老人看護実習	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
成人看護実習	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
保健所・市町村実習	9	1	1	9 *	2	9	2	3	1	0	4	0	5
成人看護実習Ⅱ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
小児看護実習	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
精神看護実習	2	1	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1
成人看護実習Ⅲ	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1
母性看護実習	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
基礎看護実習	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	44	18	18	17	19	19	11	7	8	2	7	2	27

3. 看護職と他職種との連携の必要性を感じた場面 ※表2・3参照

最も多かったのは「看護職の言動を見て」34名（58.6%）であり、以下「患者・家族から話を聞いて」6名（10.3%）、「他職種から話を聞いて」「その他」各5名（8.6%）、「他職種の言動を見て」4名（6.9%）の順になっていた。

そして、連携の必要性を感じた“場面”と連携の必要性を感じた「他職種」との間で有意差が認められたものは、“看護職の言動を見て”と「医師」「その他」であった。また、連携の必要性を感じた“場面”と連携の必要性を感じた「実習」との間で有意差が認められたものは、“看護職の言動を見て”と「訪問看護実習」であった。

表2 場面別・連携の必要性を感じた他職種

※ 複数回答, * p < 0.05

場 面	医 師	PT	OT	栄 養 士	MSW	歯 科 衛 生 士	薬 剤 師	ST	事 務 職 員	看 护 助 手	臨 床 心 理 士	放 射 線 技 師	そ の 他
看護師の言動を見て	31 *	11	11	11	14	12	8	6	6	2	4	1	18 *
患者・家族から話を聞いて	5	3	2	2	2	2	1	0	1	0	2	0	3
他職種から話を聞いて	1	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
他職種の言動を見て	2	0	0	3	0	3	1	0	0	0	1	1	1
そ の 他	4	2	3	1	1	1	1	1	0	0	0	0	2
合 計	43	17	18	17	18	18	12	7	7	2	7	2	26

表3 場面別・連携の必要性を感じた実習

※ n = 54, * p < 0.05

場 面	基 礎 看 護 実 習	成 人 看 護 実 習 I	成 人 看 護 実 習 II	成 人 看 護 実 習 III	小 児 看 護 実 習	母 性 看 護 実 習	老 人 看 護 実 習	訪 問 看 護 実 習	保 健 所 ・ 市 役 所 実 習	精 神 看 護 実 習	合 計
看護師の言動を見て	0	0	0	0	1	0	0	23 *	7	3	34
患者・家族から話を聞いて	0	0	0	2	0	0	0	4	0	0	6
他職種から話を聞いて	0	0	0	1	0	0	2	1	1	0	5
他職種の言動を見て	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	4
そ の 他	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	5
合 計	0	0	0	4	1	0	2	29	13	5	54

4. 看護職と他職種との連携の必要性を感じた経験・場面の内容

1) 連携の必要性を感じた場面状況 ※表4参照

場面状況についての記入内容は、全部で6項目に分類され、最も多かったのは、「看護職の話を聞いて または 行動を見て」21名（36.2%）であった。

表4 連携の必要性を感じた場面状況

n=58

連携の必要性を感じた場面状況の分類		回答数 (%)
A	看護職の話を聞いて または 行動を見て	21 (36.2)
B	患者・家族の様子を見て または 話を聞いて	7 (12.1)
C	看護職と他職種の連携の実態を見て	6 (10.3)
D	患者に対する多職種による援助の様子を見て	6 (10.3)
E	多職種による治療・ケアに関する方針・計画等についての検討の様子を見て	2 (3.4)
F	患者に対する専門職による説明・指導の様子を見て	2 (3.4)
無回答		14 (24.1)

2) 連携の必要理由及び連携内容 ※表5参照

連携の必要理由及び連携内容についての記入内容は、全部で14項目に分類され、最も多かったのは、「情報交換・情報の共有化が必要」13名（22.4%）であった。

表5 連携の必要理由 & 連携内容

n=58

連携の必要性を感じた場面状況の分類		回答数 (%)
a	情報交換・情報の共有化が必要	☆ 13 (22.4)
b	社会復帰や地域での生活へ向けた、多職種による協力体制作りが必要	☆ 5 (8.6)
c	地域の利用者個々のニーズに応じた、多職種によるサービス提供が必要	5 (8.6)
d	専門職による指導が効果的	☆ 3 (5.2)
e	一職種による援助での不足部分を、多職種連携の援助によって補っていくことが必要	3 (5.2)
f	一つの援助にも、多角的視点からの判断が必要	2 (3.4)
g	専門職からの説明が必要	☆ 2 (3.4)
h	看護職による患者・家族ー他職種間の調整が必要	☆ 2 (3.4)
i	各種社会資源の活用が必要	2 (3.4)
j	患者に関する情報の正確・迅速な伝達が必要	☆ 1 (1.7)
k	他職種による援助だけでなく、看護職が連携して援助するとより効果的	1 (1.7)
l	専門職としての役割分担が必要	☆ 1 (1.7)
m	病院ー地域社会との連携が必要	☆ 1 (1.7)
n	ボランティアの導入が必要	☆ 1 (1.7)
無回答		16 (27.6)

V. 考察

1. 看護職と他職種との連携の必要性を感じた実習

調査結果を全体的に捉えた場合、「訪問看護実習」を取り上げた学生が特に多い。在宅療養の現場において、患者・家族のQOLを尊重しつつ継続的な援助を提供していくためには、各種社会資源を活用しながら、看護師以外にも医師、介護職、リハビリ職等の多職種が密に関わる必要がある。実習中において、実際にその様子を学生達が直接見聞きする機会も多いため、連携の必要性をより強く実感することができたということが考えられる。

2. 連携の必要性を感じた他職種 ※ 図1, 表1参照

「医師」が第1位となった要因は、平成13年度の調査結果と同様に、実習施設（病院、老人保健施設等）における実習を通じて、学生達が最も接する機会が多く、ナースステーション等にて看護職との関わりが多く見られる他職種であることが考えられる。また、訪問看護実習と「医師」との間で有意差が見られたことから、訪問看護実習を通じて、在宅療養における医師一看護職間の連携の重要性を、多くの学生達が学びとったことが推察できる。

また、平成13年度の調査結果と同様に、「OT」「PT」「栄養士」の順位が高いのは成人看護実習Ⅰ、成人看護実習Ⅱ、成人看護実習Ⅲ、老人看護実習等で、多くの学生が担当患者のリハビリテーション場面に接したり、栄養士による栄養指導の見学を行っていたことが要因となったと考えられる。その一方で、同様に「放射線技師」の順位が低かったのは、実習を通じて学生達が検査部門の他職種と直接接する機会や、看護職と検査部門の他職種との関わりの場面に接する機会がかなり少なかったことが、要因となったと考えられる。

一方、「MSW」「歯科衛生士」の順位が高かったのは、訪問看護実習や保健所・市町村実習を通じて、患者の施設ー在宅間のスムーズな移行のためにMSWの役割が重要であることや、在宅療養や集団検診等における歯科衛生士の各種指導が必要であることを、多くの学生達が実感したためではないかと考える。

さらに、訪問看護実習の場面において、「その他」の職種との連携の必要性を感じたと記入した学生達が多かったのは、学生達が施設内から地域へとケア実践現場の広がりを理解していくことで、医療に関連した様々な職種の存在に改めて気付いたためではないかと考える。

3. 看護職と他職種との連携の必要性を感じた場面 ※表2・3参照

「看護職の言動を見て」の場面が第1位となった要因としては、学生達が看護実習として臨地実習に臨んでいることが前提にあり、看護の実践者としての看護職の各種言動に、常に注目しているためではないかということが考えられる。「看護職の言動を見て」の場面と訪問看護実習との間で有意差が見られたことは、看護職の判断力・実践力等がより高く必要とされる訪問看護の場面において、多くの学生達が他職種との連携の必要性を実感していたことが考えられる。また、「看護職の言動を見て」の場面と医師との間で有意差が見られたことから、看護職が最も多く関わる機会が多いと考えられる医師とのやり取りの場面を通じて、多くの学生達が医師との連携の必要性を実感していたことが推察できる。

次に、「患者・家族から話を聞いて」の場面が第2位となっている要因としては、学生達が実習の中で、担当患者やその家族と接する機会が多いため、患者・家族の医療職者側への要望

等を聞く機会があり、それを通じて患者・家族側に立って現状を考えながら、他職種との連携の必要性を実感する経験を得ていると考えられる。

また、「他職種から話を聞いて」や「他職種の言動を見て」の場面を選択した学生が少なかったことから、学生達が実習中に他職種と直接関わったり、他職種の言動を見る機会が看護職に比べて少ないことや、学生自身がそれらに着目する度合いが低い傾向にあることが窺われた。

これらのことから、学生達が他職種に対して連携の必要性を感じるのは、臨地実習の中で、その他職種と直接的にどれだけ関わる機会があったか、または、その他職種と看護職の関わりの様子をどれだけ見る機会があったかということと、大きく関連していることが窺われた。

4. 看護職と他職種との連携の必要性を感じた経験・場面の内容

1) 連携の必要性を感じた場面状況 ※表4参照

「A.看護職の話を聞いて または 行動を見て」が最も多かった理由としては、他職種との連携の必要性を感じた場面における「看護職の言動を見て」の場面が、第一位となつた理由と同様のことが考えられる。

全体的傾向として、看護職や他職種が実際に援助・検討等をしている場面を見たという直接的経験や、看護職から現場での実体験に関する話を聞いてという場面状況を示していた学生達が多かった。このことから、学生達がこれらのことを行ったことが、他職種との連携の必要性を実感する学習機会につながったということが考えられる。

2) 連携の必要理由及び連携内容 ※表5参照

今回の調査結果において分類された14項目中9項目は、平成13年度の調査結果に示されていたものとほぼ同様の内容（表5中に☆印で提示）であった。中でも、今回の調査結果で最も多かった「a. 情報交換・情報の共有化が必要」は、平成13年度の調査結果においても、特に多く見られたことが示されている。aの重要性を挙げた学生達が多かったのは、施設内（病院、老人保健施設、公的機関等）及び施設外（訪問看護等）における全ての実習を通じて、各種場面・状況の中で、この項目に関する重要性を実感する機会が最も多いためではないかということが考えられる。

一方、14項目中の残り5項目は、一職種のみでなく多職種で援助していくことの重要性や効果について述べられているものが多く、学生達の"チーム医療"に対する意識の高まりが窺われる。

安酸⁵⁾ ⁶⁾ ⁷⁾ は、経験型実習教育を展開していくために教師に求められる能力の中に、状況判断能力を挙げ、その必要性を述べている。臨地実習における様々な状況・場面の中で、個々の学習目的に合致した、最も効果的な時、場所、方法を選択し実践していくことは、確かに個々の教師の状況判断能力に大きく左右されている。最も効果的な機会・タイミングを捉え、すかさず学習機会の提供へと結びつけていくことができれば、大きな学習成果が得られ、逆に、その最適な機会・タイミングを逃せば、十分な学習成果が得られないことにつながることは、容易に予測される。その際、この最適な機会・タイミングをいかにキャッチできるかが、個々の教師の状況判断能力にかかっているのだと考える。

「他職種との連携」学習においても、教師の状況判断能力は重要なポイントとなっている。今回の調査結果では、学生達が臨地実習の中で、どれだけ直接的に他職種と関わる機会があったか、看護職と他職種との関わりの様子をどれだけ見る機会があったかということが、「他職種との連携」の必要性・重要性の実感につながったことが窺われた。平成13年度の調査結果でも、意図的に他職種と接する機会を設ける等の実習方法上の工夫が、学生達の「他職種との連携」の必要性・重要性の理解につながったことが示唆されている。

実習場所は様々であっても、それぞれの現場において、看護職と他職種との様々な関わりは存在している。最近の医療・福祉の動向からも、一職種だけでは対応できない問題は増大し、その何らかの影響が各現場において現れてきている。このような現場において、「他職種との連携」学習のための最適な機会・タイミングをキャッチし、学習機会の提供へと結びつけていくことができるかどうかは、実習担当教員各々の意識や実践にかかっていると言っても過言ではない。しかし、その一方で、実習担当教員各々の活動だけでは限界もあり、より効果的学習へ向けて、実習の目的・方法を含めた全体的構成等についても検討していく必要があるのではないかと考える。

VII. おわりに

今回の研究により、看護学生達が他職種に対して連携の必要性を実感するのは、臨地実習の中で、他職種と直接的にどれだけ関わる機会があったか、または、他職種と看護職の関わりの様子をどれだけ見る機会があったかということと大きく関連していることが示唆された。

また、これに関しては、平成13年度の調査結果においても示唆された、学生達が経験する実習内容・方法（他職種による講義を設定したり、多職種による合同カンファレンスへの参加を促す等、意図的に他職種と接する機会を提供しているかどうか）からの影響も大きいことが窺われる。

多職種による“チーム医療”的必要性は、今後様々な現場において、ますます高まっていくことが予測される。同時に、“チーム医療”が円滑に行われていくためには、様々な問題・課題が存在していることも指摘されている。^{8) 9) 10)} このような状況の中で、時代の要請に応える医療福祉職者の育成を目指した、IPW教育の必要性はますます高まっていくことが予測され、今後も引き続き、IPW教育のための効果的教育方法検討に関する研究の意義は大きいと考える。

また、平成13年度の研究及び今回の研究において、「他職種との連携」学習のために、学生達にとって具体的にどのような教育方法が効果的だったかに関しては調査されていないため、今後の課題としていきたい。

VIII. 引用・参考文献

1. 池川清子・田村由美・工藤佳子：今、世界が向かうインタープロフェッショナル・ワークとは；21世紀型ヘルスケアのための専門職種間連携への道。第1部：Inter-professionalとは何か；用語の定義および英国における発展経過，Quality Nursing, 4 (11), 75,

1998.

2. 池川清子・田村由美・工藤佳子：今，世界が向かうインタープロフェッショナル・ワークとは；21世紀型ヘルスケアのための専門職種間連携への道。第3部：世界の Inter-professional 教育と実践の動向；ヨーロッパにおける Inter-professional 教育の推進と課題。Quality Nursing, 5 (3), 53-58, 1999.
3. 吉本照子：インタープロフェッショナル・ワークの現状と課題；インターパロフェッショナル・ワークによる専門職の役割遂行。Quality Nursing, 7 (9), 4-11, 2001. 27-33, 2001.
4. 長澤利枝・伊東志乃・前野真由美・良知雅美・牧野典子：臨地実習における看護学生の「他職種との連携」に関する学習の実態（第1報）。静岡県立大学短期大学部研究紀要, 第16号, 99-108, 2003.
5. 安酸史子：経験型実習教育の考え方。Quality Nursing, 5 (8), 4-12, 1999.
6. 安酸史子：経験型の実習教育の提案。看護教育, 38 (11), 902-913, 1997.
7. 安酸史子：授業としての臨地実習～学生の経験を教材化する力をつけるために。看護管理, 6 (11), 790-793, 1996.
8. 細田満和子：医療における患者と諸従事者への提言—「チーム医療」の社会学・序説一。ソシオロゴス, No.24, 79-95, 1996.
9. 細田満和子：病院における医療従事者の組織認識—「チーム医療」の理念と認識一。現代社会理論研究, No.10, 253-265, 2000.
10. 細田満和子：「チーム医療」とは何か～それぞれの医療従事者の視点から。保健医療社会学論集, No.12, 88-101, 2001.
11. 大津律子：インターパロフェッショナル・ワークの現状と課題；看護学教育におけるインターパロフェッショナル・ワーク教育。Quality Nursing, 7 (9), 12-17, 2001.
12. 長澤利枝：患者の問題解決へ向けた他職種とのかかわりにおける看護職の発言及び行動の特性。看護管理, 11 (1), 47-52, 2001.

(2004年11月4日受理)

看護におけるコミュニケーション技術向上のための カウンセリング的アプローチ ～共感的理解によるラポール形成の試み～

Counseling Approach : Improving Communication Skills in Building Rapport
Through Empathic Understanding

永野ひろ子

Hiroko Nagano, R.N, M.A

静岡県立大学短期大学部
Shizuoka Prefectural University, Junior College Division,

要約

患者一看護師関係において、話し手（患者）の発話を促進するためには、共感的理解尺度を構成している受容的態度の技術が重要であるが、その受容的態度のスキルが看護師の患者に対するラポール形成に有効であるかどうかを、この実験では実証的に試みた。

方法：コミュニケーションクラスに出席している40名の看護の学生を対象とし、話し手の役と聴き手の役を交替で行い擬似カウンセリングを行う。場面は2場面である。（1）話し手は聴き手の背部に向かって話す。（2）話し手はボディランゲージのみを使用し聴き手と対面し話す。このロールプレイの後で、学生にアンケートに答えてもらい、聞き手に向かって話し手が話すためには何が大切なのかをまとめた結果、最も効果的な状況は話し手が聞き手に対面して、うなずき、適度なアイコンタクト、または顔の表情（例：ほほえみ）があったときであった。これらのスキルは受容的態度の技術の中に含まれているものである。それは先行研究（永野）で明らかにした共感的理解尺度を構成している最も重要な技術である。このことにより、話し手（患者）の発話を促進させるのに共感的理解の受容的態度の技術がラポール形成において有効であることが実証された。

Keyword : 共感的理解、受容的態度、マイクロカウンセリング、

ABSTRACT

In this experiment, the author endeavored to prove whether using skills contained in the Acceptance Attitude Factor of the Empathic Understanding Scale, are effective in building rapport between nurses and patients. These Skills are very important in encouraging a speaker (patient) to converse Method : Subjects were 40 nursing students enrolled in Communication Skills classes.

They participated in role-plays, alternating the rolls of speaker and listener in two role-play situations.

(1)The speaker talked to the listener facing the listener's back.

(2)The speaker talked to the listener while he responded with only body language.

After the role-plays, subjects responded to a questionnaire to determine what they thought would be the best situation for a speaker to talk to a listener.

Responses revealed the subjects believed that the most effective communication situation would be when the listener faces the speaker using nodding and appropriate eye contact and facial expressions (i.e. smiling). These are the skills contained in the Empathic Understanding Scale's Acceptance Attitude Factor and they were practically proven by this experiment to be effective in improving rapport between a listener (nurse) and a speaker (patient).

key words: Empathic Understanding Scale, Acceptance Attitude, Microcounseling

はじめに

現代医療における看護の現場では、技術の進歩の陰で治療を受ける人の、人間としての感情や思考および生き方等が置き去りにされているように見受けられ、看護の中での対人関係におけるコミュニケーション技術や共感をともなう援助の重要性が年々高まってきている。

看護は、医療的援助を求めてくる人々に対して、対人関係技術、人間と環境との関係を調整する援助技術、および原理・原則に基づいた看護技術を適用させてケアを進めていくことである。これらのケアを対人関係の観点からみると、病院や施設だけではなく在宅および地域においても、看護者が患者に寄り添い、彼らの人生に深く思いを向け、その人の生きざまそのものを支えていくということから非常に大切である。それゆえ対人関係におけるミュニケーション、特に共感についての学びは看護に携わるものにとってはきわめて重要なものである。看護の基礎教育の中ではこれらの技術はコミュニケーション技術の中に位置づけられており、全てを学び習得するためには授業だけでは充分な時間数が取れないのが現状である。今回の試みは、コミュニケーション技術の授業において、話し手（クライエント）の発話を促進するのに有効なスキルを実証的に明らかにしたので、その結果を報告する。

目的

カウンセリング体験を通して、共感における受容的態度および感情と意味の反映的態度、発話促進的態度、確認的態度が、対人援助におけるラポールの形成の基礎となる重要な技術であることを学ぶ。

方法

コミュニケーション授業は、看護技術の授業全体の4時間を当てている。対象は看護学科の学生で、学生はカウンセラー役とクライエント役を交代で行い擬似カウンセリングを行う。場面は3場面とし次の通りである。

- (1) 話し手は背部に向かって話す。
- (2) 話し手は無言の状態に対して話す（表情は可能）。
- (3) 話し手は言語・表情が可能な状態に対して話す。

分析：ミニカウンセリング後の面接実習の振り返り表（聴き役）、面接実習の振り返り表（話し手）の内容分析する。

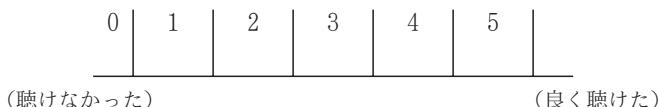
結果

面接実習の聴き役の背面・正面の状態では、「聴けなかった」を0とし、もう一方の端を「良

面接実習の振り返り表 (聞き役)

実習で聞き役をして

(1) 相手の話を聞くことが出来たか？



(2) あなたの気持ちは、どのように動いていきましたか？（例：最初はイライラしたが、中頃では少し落ち着いた。最後は相手に同情した。）

(3) あなたは話しを聞いているとき、何を一番大切にしていましたか？

- ① 問題の解決
- ② 相手の話の状況判断に努めた
- ③ 相手の気持ちを理解しようとした
- ④ 相手に同情した
- ⑤ 相手に何かを分かってほしかった
- ⑥ 相手に対する批判、反発
- ⑦ その他

(4) 話し手の話題のどこに関心が湧いて聴いていましたか？（具体的に）

(5) 聴き役をして感じたこと、その他の印象を自由に述べてください。

面接実習の振り返り表 (話し手)

実習で話してをして

(1) 相手に良く話せたか？



(2) あなたが話しをしていて、聴き役の反応がどういうときに嬉しいと思いましたか？

(3) 聴き役のどのような言葉が助けになったと思いますか？

(4) 聴き役のどのような反応があったときにいやだと思いましたか？

(5) 話し始めたときと、話し終わったときと比べて、あなたの気持ちに変化がありましたか？あったときはどのような変化でしたか？

(6) 話し手をして感じた印象を自由に述べてください。

く聽けた」を5とした結果、以下の通りだった。

「背面」	0	1	2	3	4	5
(1)	0	16%	19%	24%	22%	19%

- (2)・話し手の内容に対して、質問したい気持ちでイライラしてきた。
 •最初は相手の表情が気になった
 •話し手の内容に集中できない
 •相手の表情が見えないので聞く気がしなくなった。
 (3) 3 : 57%, 2 : 30%, 4 : 5%, 5 : 5%, 1 : 3%
 (4)・話し手と共に話題(洋服について、バイトについて、進路について)。
 •話し手が困っている(髪の毛が傷む、体重が増えたこと等)こと。
 •話し手が気になっていること。
 (5)・話し手の表情が見えないので気持ちが伝わってこない。
 •自分の気持ちを相手に伝えることができないため違和感が残る。
 •表情が見えないため相手が何を伝えたいかがわからない。

「正面」	0	1	2	3	4	5
(1)	0	0	0	22%	27%	51%

- (2)・表情が見えるため相手のうれしいきもちが伝わってきた。
 •目を合わせて話を聞くことができたのでたのしかった。
 (3) 3 : 75%, 2 : 19%, 1 : 3%, 4 : 3%
 (4)・共通な話題(アルバイトについて等)について。
 •身近な話題。
 (5)・相手の表情が見えると感情が良く伝わってくる。
 •表情が見えると会話に集中しやすくなる。
 •話し手の表情に応答することで楽に話をきくことができる。
 •相手の話を聞くときは、相手の表情をみることが重要だと思った。
 次に、面接実習の話し手を同様の方法で行った結果は以下の通りであった。

「背面」	0	1	2	3	4	5
(1)	19%	27%	22%	19%	3%	0%

- (2)・頷き、肩がうごくときに話を聞いてくれているんだと思った。
 •聞き手の応答がないと話していることに自信がなくなって気分が沈んでくる。
 •応答がないので話が進まない。
 •応答がないと一方的な話となりつまらない。

- (3) • 助けにならない。
 - 不安になる。
 - 話が続かない。
- (4) • 相手の反応が気になる。
 - 不安で話せなくなる。
- (5) • 応答がないと話すのに苦痛になった。
 - 相手の反応がないと聴いてもらっているのか不安になる。
 - 話が続かなくて困った。
 - 聴いてくれていないような気がして話す気になれなかつた。
- (6) • 相手の反応を確認できないことが不安になりあせってしまう。
 - 相手に自分の気持ちが伝わっているかどうかわからないことで不安になる。
 - 本当に聴いてくれているのか話をすることに不安になる。
 - 聴き手の応答がないと虚しく無視された感じがする。

「正面」	0	1	2	3	4	5
(1)	0	3%	3%	27%	40%	27%

- (2) • 相づちをうってくれるとき。
 - 頷くとき。
 - 笑顔をしてもらえたとき。
 - 真剣な目で聴いてくれたとき。
 - 視線を合わせて聴いてくれるとき。
- (3) • 表情や相づちがあって聴いてくれていることがわかつた。
- (4) • 無表情。
 - 目線をそらしたとき。
 - 疲れを感じさせるような表情のとき。
 - 応答がないといき。
- (5) • 頷きがあると聴いてくれていると感じる。
 - 相手の目を見たり、表情がわかると話しが楽しくできる。
- (6) • アイコンタクト、頷きで話をしっかり聴いてもらえてると感じる。
 - 顔の表情で相手の気持ちがわかり話しが進んだ。
 - アイコンタクトで相手が自分に関心があることがわかる。
 - アイコンタクトで話の内容が伝わっているかがわかる。

考察

『傾聴』とは他者が話していることを「聴く」過程である。これは人間関係の全ての領域で重要であるが特に看護の医療現場では共感をともなう傾聴は看護ケアの中でも特に大切な要素である。これには、単に相手の言っていることばとその内容だけではなく、コミュニケーションのさまざまな側面に注目することが含まれ、その中にはクライエントが身体を用いて自分自身

を表現するボディ・ランゲージ、すなわち、顔の表情、ジェスチャーの使用、身体の姿勢と動き、保健医療専門職との距離、カウンセラーとの接触がある。

今回、話し手の会話を促進するにはどのような聴き手の態度・行動が影響するのか、聴き手が話し手に対してとる背面の状態と正面向きの状態を比較してみた。その結果、話し手が良く話せたのは正面向きで約60%を占めており、一方良く聞くことができたは約70%とほぼ同じ割合であった。これは、話し手は聴き手の態度・行動に影響され、また逆に聴き手も話し手によって影響されることを示している。次に、話し手の発話を最も促進させる聴き手の態度・行動に注目してみると、(1)頷き、(2)適度なアイコンタクト、(3)相づち、(4)笑顔であった。これらコミュニケーションの非言語的側面のすべては、話し手に対して自分に関心を示してくれている、自分の話をしっかり聴いてもらえていたりを感じたということからも、言葉以上に心の状態を理解し伝えることの可能性がある。また、これはクライエントを尊重しているということを意識し、また自分が理解されているという気持ちをクライエントに伝えるようになる。これらコミュニケーションの非言語的側面のすべては、クライエントが話している言葉以上に心の状態を理解することができる。しかし、ボディランゲージは、その時の状況、関係の性質、個人のスタイル、好み、ボディランゲージを「使用している」人の性格など、広範囲にわたる要素に大きく左右されていることも明らかである。

バーナード (Philip Burnard)は、傾聴のレベルと行動的側面について以下のようなものを呈示している。

傾聴のレベル

1. 言語的側面：言葉、語句、比喩など。
2. パラ言語的側面：タイミング、音量、音調、アクセント、「ウーンとアー」、流暢さなど。
3. 非言語的側面：顔の表情、ジェスチャーの使用、触れる、姿勢、保健医療専門職と接する時の距離、身体の動き、アイコンタクトなど。

傾聴の行動的側面

- 1) クライエントの正面に座る。
- 2) 開放的な姿勢を維持する。
- 3) クライエントの方へ身体を傾ける。
- 4) クライエントと適切にアイコンタクトを取る。
- 5) リラックスする。

クライエントとの『アイコンタクト』は適度になされる必要があり、目安としては保健医療専門職が用いるアイコンタクトと、クライエントが用いるアイコンタクトの回数が大体一致することが望ましい。また、保健医療専門職は全体として『リラックス』して傾聴することが大切である (1997)。

先行研究 (永野) では、看護の臨床の場における患者一看護師関係における共感度を測定する「共感的理解」尺度を確立した。これは、看護師が患者に援助（清拭、排泄、注射等）の技術を用いてかかわるとき、その関係において第一にラポールの確立が必須である。このラポールの確立の基礎となるものが看護師の患者の病気に対する取り組み方を共感的に傾聴する態度、すなわち「共感的理解」である。共感的理解の態度は、クライエントが話す事柄、感情および情動を確認しながら理解し、その捉えた相手の問題を確かめていくことである。言いかえれば、

肝心な点は、看護師という他人が客観的にクライエントの「私的世界」を理解することである。この「共感的理解」尺度は、受容的態度、感情と意味の反映的態度、発話促進的態度、確認的態度の要素で構成されている（2000）。「受容的態度の因子」は、共に看護師がクライエントに対して無条件に容認し、しかも暖かい態度で接する。「感情と意味の反映的的態度」は、クライエントの「私的世界」を理解できるように、クライエントの情緒・情動を聞き取り、認知することである。「発話促進的態度の因子」は、看護師はクライエントをよりよく知りたい、もっとよりよく理解したいという、開かれた質問や閉ざされた質問によってクライエントは安心し自由な気持ちになり、クライエントが自分自身を自由に表現することを励ますことになる。「確認的態度の因子」は、看護師は、捉えたクライエントの問題を自分なりの言葉で言い返す。さらに、看護師として、クライエントが自分の問題をどの程度まで自己認識しているかを確認していくことである。これらの態度的要素を身につけることにより、看護師はクライエントの「私的世界」であるクライエントの絶えず移り変わる感情、すなわち、恐れ、怒り、優しさ、繊細さ、困惑した感情のもつ意味を理解していくことが可能になるのである。

今回、カウンセリング体験学習を通して得られた受容的態度の技術、すなわち傾き、適度なアイコンタクト、笑顔、相づちは、クライエントの絶えず揺れ動く感情の流れの中で、看護師に対してかたくなに拒み続けている。だが、看護師の見せかけのない真実な受容的態度を示し続けることによって、クライエント自身の心を開かせていくのである。そして、クライエントは気兼ねのない自由な気分になって、最終的には自分のかかえるいろいろな問題や悩みを何でも話すことになるのではないかと考える。

結論

カウンセリング的体験学習を通して、援助者が傾聴するときの受容的態度、すなわち、傾き、適度なアイコンタクト、相づち、笑顔は、対人援助におけるクライエントの発話を促進するのに重要な機能であることが認識できた。

今後の課題

今回はカウンセリング的体験学習を通して、看護学生を対象としたものである。今後は広範囲な対象に拡大し一般化を図ることである。

謝辞

本研究をすすめるにあたり、御協力いただいた多くの皆様方に心より感謝申し上げる。なお、御協力いただいた皆様方には、全員口頭による充分な説明をし同意を得ている。本研究は平成15年度静岡県立大学教員研究費補助金を受けて実施した。

引用・参考文献

- Allen E.Ivey : *Introduction to Micro counseling*,1971. 1978. /福原真知子訳、マイクロカウンセリングイクロカウンセリング、川島書店,pp 21-79,1985.
- C.R.Rogers:Theory of Personality and Therapy,1965. /伊東博編訳：パーソナリティ理論、岩崎学術社, pp 107-109,1967.
- Carl.R.Rogers : *A Way of Being*,1985. /畠瀬直子監訳：人間尊重の心理学、第1版、創元社, pp 128-152, 1984.
- Carl.R.Rogers : *On Interpersonal Relationships*,/1965./畠瀬稔編訳、人間関係論、岩崎学術出版社, 1967.
- Carl.R.Rogers : *Becoming A Person*,1965./村山正治編訳：人間論、岩崎学術出版社, 1967.
- 小代聖香、看護婦の認知する共感の構造と過程、日本看護科学雑誌,1989,Vol. 9,No 2, pp 1-13.
- Philip Burnard, Effective Communication Skills for Health Professionals, Stanley Thornes,1997.
- Janice M. Morse, Gwen Anderson, Joan L.Bottorff,Olive Yonge, Beverley O Breien, Shirley M.Solberg, Kathleen Hunter Macilveen, Exploring Empathy: A Conceptual Fit For Nursing Practice?, Winter,Journal of Nursing Scholarship,1992,Vol.24,No.4, pp.273-279.
- Joyce Travelbee : *Interpersonal Aspects of Nursing*, 3 rded,1971./長谷川浩訳：人間対人間の看護、第1版、医学書院, pp 4-25,1974.
- Hiroko Nagano, Empathic Understanding : Constructing an Evaluation Scale from the Micro counseling Approach, *Nursing & Health Sciences* (2000) 2,pp 17-27.
- 永野ひろ子、共感的理解に関する研究：カウンセラークライエント間における基礎的実験による一考察、*Tokiwa Journal of Human Science* No.5 Feb.1997,pp 101-117.

(2004年11月4日受理)

Empathic Understanding Scale Study of the Development of a Self Evaluation Form – From the Micro counseling Point of View –

永野ひろ子

Hiroko Nagano, R.N, M.A

静岡県立大学短期大学部
Shizuoka Prefectural University,Junior College Division,

ABSTRACT

The purpose is to establish a "self-evaluation Empathic Understanding Scale" measuring empathy in the clinical nursing situation.

Subjects were 433 nursing students, who completed communication skills classes, attended a 2-3 week practicum and agreed to participate by informed consent. Data collection used the Empathic Understanding self-evaluation scale, during the first week of and a week after the practicum. The evaluation method was similar to that of the previous study, subjects received instruction and watched a micro counseling video. The Likert Scale was used and Principal Factor method performed factor analysis.

Before and after the practicum four factors were extracted showing the same factor construction as the previous study and when compared, the factor construction before the practicum was similar, but after the practicum was not. Factors constructing the two evaluation scales were similar validating the Empathic Understanding self evaluation as effective for clinical nurses to measure their empathy toward patients.

Key words: Empathic Understanding Scale, Evaluation by others,
Likert Scale, Micro counseling Method, Self Evaluation.

Introduction:

The Purpose of this study is to establish an Empathic Understanding Self Evaluation scale, which measures the degree of empathy a nursing student demonstrates in the nurse/patient relationship in the clinical nursing situation. As nurses care for their patients, it is first necessary for the nurse to establish a relationship with the patient and often he /she is asked to take the role of a counselor with the patient. The quality of nursing will increase or decrease depending

on how much a nurse will work with his/her patient or is willing to be involved standing by as a supportive person. The patient, the object of nursing, is a valuable human being to be cared for. How the nurse views the patient and his/her understanding of the patient's value is what determines how the nurse speaks to his/her patient.

Nursing is usually practiced in relationship to others whether directly or indirectly. According to Travelbee's concept, she explained that from the relationship point of view, nursing is the process of human relationships, an ongoing experience of relationship between the nurse and another individual who needs support. Through that relationship, the nurse will affect the person receiving support and the receiver also influences the nurse. It is a process of activity or change. (1971)

Since both the caregiver and the receiver have different life experiences and have their own thoughts and ideas, the fact is that there are barriers and differences in their thinking. However, on the other hand, their approach toward one another is based on the common ground of nursing and they both influence one another as individuals. The nurse endeavors to prevent the patient's sickness or to help that patient face a serious illness. In order to do this the nurse must aim at interrelationship with the patient. Therefore, for a nurse to advance with his/her patient toward a common goal, the nurse must understand the problems of people (patients) who are different from him/her.

In order to really understand a patient, it is necessary for the nurse to possess empathic understanding, which is an attitude of willingness to comprehend from the patient's point of view, how he perceives and copes with his illness.

In previous research, (Nursing and Health Science, Vol.2, No.1, March 2000, pp 17-27) this author established the Empathic Understanding Scale (EUS) based on the micro counseling method. This scale requires an evaluator to complete the evaluation and is aimed at aiding the nurse in building the empathic understanding necessary to establish a nurse /patient relationship. In the previous study internal consistency is already proven between the EES emotional empathy scale and the EUS. However, practically speaking, there are varied clinical nursing situations and the EUS needed to be evaluated with regard to this as to whether it was a reliable test battery that would be versatile enough with few restrictions. So, as the result of factor analysis, two extra factors were identified.

The results were different from the previous study results in which four factors were extracted in the factor construction. The result of three-way analysis of variance among the evaluators testing time frame, and question items shows significance. The elements analyzed were: the evaluator, the testing time frame and the question items. Each element was analyzed by three-way analysis of variance for main effect, two-way interaction and three-way interaction. The main effect and two-way interaction of each element were significant (probability was less than 0.0001),

probability was less than 0.4227.

In considering these results, the author considered the differences shown in the evaluator's perception of the student's behavior. Therefore, based on the need for the evaluators to have consistent training and the fact that it is extremely difficult to introduce an evaluator into the clinical nursing situation, etc. this study is aimed at establishing a self-evaluation of the Empathic Understanding Scale for the nurse, using the question items from the previous study.

Review of Literature

For thirty years, the nursing profession has adopted the concept of client-centered therapy as reported by Rogers. Nursing researchers in Europe and North America have been studying the elements of empathy, endeavoring to measure those elements in order to be able to use them in the nursing field. However, the study of the methods needed to apply empathic understanding to the clinical nursing situation, and measuring its effect is still being researched. Therefore, in the interrelationship between patients and the nurses this author thinks there is a need to try to extract the elements of the nurse's empathy toward the patient and to be able to measure the degree of empathy. A previous study, Nagano 2000, has established that the Empathic Understanding Scale, EUS, (for Japanese) and the Emotional Empathy Scale, EES, are internally consistent. The Emotional Empathy Scale was established by Mehrabian and Epstein in 1972 and consists of 33 question items. That scale was translated in 1998 by Kato and Takagi and adjusted to fit Japanese feelings and daily life conditions. The Emotional Empathy Scale consists of 3 subscales; 1) emotional warmth, 2) emotional coldness and 3) emotionally not influenced, and 25 question items and this EES measures and scales the observer's emotional response as he observes the emotional reactions of others. The three subscales are 1) emotional warmth, 2) emotional coldness and 3) emotionally not influenced.

In counseling, Carl R. Rogers considers empathic understanding a very significant concept because the counselor's attitude is very important. "The state of empathy or being empathic, is to perceive the internal frame of reference of another with accuracy and with the emotional components and meanings which pertain thereto as if one were the person, but without ever losing the 'as if' condition" (Rogers 1967). According to Rogers, empathic understanding happens when the counselor, as an individual, captures the client's feelings, emotions and thoughts through the client's words and behavior. Then, based on the counselor's own experiences, thoughts, feelings and ideas, he/she communicates to the client those feelings that were verbally expressed by the client. Empathic understanding is based on the counselor's point of view from his own experiences and perceptions and how much he can really understand the client's point of view. When the counselor responds to what he understood from the

client, he confirms the client's internal emotions and feelings, which cause him to feel he is close to the client. Rogers emphasizes, that it is important for the counselor to never lose his own identity. However, he sees empathic understanding as the primary, basic condition from which a counselor approaches a client.

Regarding empathy, Janice M. Morse 1992 and others examined the elements constructing empathy through Psychology and nursing and pointed out four elements, moral, emotional, cognitive and behavioral. Moral elements include an attitude of acceptance and a friendly attitude or an interest in others based on sympathy or a welfare mentality. Emotional elements refer to the nurse's personal ability to understand the patient's emotions and feelings. This appears at an early toddler age and hits its peak in adulthood and keeps developing throughout a person's life. Cognitive elements include the ability to understand, judge, analyze and discern what the patient feels now. Behavioral elements are the nurse's ability to communicate his or her interest about the patient. Morse tried to measure empathy so that these four elements of empathy would be used in nursing and she studied behaviors that prompts empathic communication between patients and nurses and developed an empathy training program etc. However, none of these reached an effective conclusion. Regarding this, Morse and others pointed out that there is no usable, effective empathy scale between the patient and nurse. In order to obtain such a scale, she stated first that there is a need to make clear how to communicate emotional and moral empathy between patients and nurses.

Alligood, M.R. 1992, uses the Layton Empathy Test and the Hogan Scale to measure two types of empathy and compares and examines them. The Layton Empathy Test score shows the degree of empathy of a person who has received training. The Hogan scale measures basic empathy. This test score shows the degree of a person's natural empathy from the heart.

On the other hand, Shotai 1989, suggest three construction elements regarding empathy; the person who receives empathy, the person who shows empathy and the interaction of both. Included in those construction elements are the nurses interest toward the patient, an active attitude toward caring, and the degree of care offered by the nurse, age, years of experience, mental capacity, and similar experiences.

Ivey reported empathy is necessary to respond to a client's emotions. (Ivey, A.E. 1971, 1978) The counselor is not looking at the client's cognitive side, but responds to feelings and emotions. The counselor needs to understand both emotions which appear outwardly and those which occur inwardly. In order to understand the client, the counselor must pay attention to the client's expression of feelings, and listen to how the client is communicating through the context of what he expresses verbally. After the counselor listens to his client, he must communicate or reflect back to the client the emotions and feelings which he understood from the client. According to the client's response, the counselor can judge whether or not he has correctly understood

the client.

To develop empathy, reflection of the client's emotions and feelings is most important. The reflection of feelings, which brings correct understanding of the world of a person's emotions and feelings, is the basis of helping all human beings. Nurses often take a counselor's role with their patients using empathic understanding to gain understanding, from the patient's point of view, of how they fight against and cope with their illnesses. However, since empathy is a subjective cognition of an individual's feelings and emotions, it is therefore a very difficult concept to grasp.

Understanding the importance of empathy in the nurse/patient relationship, nurses need to be trained in how to counsel with empathy to be effective. Novice nurses or nurses without counseling experience are often unable to express the behaviors, which convey empathic understanding. Microcounseling is a systematic approach to training, which facilitates helpers to become more effective. As Ivey, who developed the Microcounseling approach explained, it is an effective way to understand human feelings and emotions. This is considered to be the same as the empathic understanding approach developed by Rogers, and is very similar to the process of entering a client's internal frame of reference. Therefore, the questionnaire items selected for this study were chosen from the counseling technique explanation stated in Ivey's Micro counseling approach. This Micro counseling method is the counselor training method developed by Ivey and his co-workers for teaching counselors to counsel with empathic understanding. This method involves the counselor (1) observing a model counseling session, (2) listening to an explanation of the counseling skills to be used, (3) practicing a role-play of a counseling session using the learned skills, (4) receiving feed-back from the micro counseling instructor, (5) repeating the role-play using the feedback, and (6) exchanging roles to practice the role-play again.

As Travelbee stated, quoted in the introduction, "nursing is the process of human relationships, an ongoing experience of relationship, between the nurse and another individual who needs support". The purpose of the nurse's support skills (hygiene, toileting, how to administer injections etc.,), toward the patient in the clinical nursing situation is; 1) to build relationships between nurses and patients who need support and care in a way that their hearts can affect each other, 2) to promote the patient's healing and recovery, and 3) to improve his quality of life and provide him opportunity to live a meaningful life filled with human dignity and significance. Therefore, it is necessary for nurses who are involved with patients, as they use support skills, to first think about how to form rapport in their relationships. For that reason, as the nurse attempts to understand from the patient's point of view how he copes with his illness, it is imperative that he/she possesses empathic understanding.

Purpose

This research is to establish a reliable and valid self-evaluation scale, which will measure the nurse's degree of empathy toward his/her patient in the clinical nursing setting. The result of previous research in which subjects were evaluated by a third party evaluator in clinical settings using three way analysis of variance among the three elements 1) evaluator, 2) time frame, 3) question items shows, the main effect for the evaluator and two way interaction among the three elements is significant because $P < .0001$. Three way interaction shows that probability was less than or equal to 0.4227. This means that each evaluator has his/her own cognitive perspective and perceives the evaluation items differently. This showed the EUS needed to be improved making it more valid and reliable and evaluators needed to be trained to evaluate consistently. However, even if they were trained, it is very difficult for a third party to evaluate a nurses empathic understanding skills in the clinical setting, thus a self evaluation form needed to be developed to evaluate the nurse's ability to show empathic understanding. This study was conducted for that purpose.

Method:

Subjects for this study were 433 nursing students, 205 (2001) and 228 (2002), ages 20-24, who completed communication skills classes and were in a 2-3 week practicum in psychiatric nursing. They were in five facilities located in Shizuoka, Chiba, Mie and Wakayama Prefectures. Data was collected during two years, May through December of 2001 and September through December 2002 by using the "self-evaluation EUS" containing 21 items that were corrected to more appropriate expressions for self-evaluation and a micro-counseling video for subjects to observe.

Procedure:

A sample was taken one week prior to students beginning the practicum and one week after they completed it.

A Likert scale using a 10-centimeter horizontal line numbered 0 at one end and 10 at the other was marked after each item. After the self-evaluation, points were calculated using the ratio scale based on the scale construction method.

The Evaluation Method was a self-evaluation system. Subjects listened to 30 minutes instruction about the EUS self evaluation scale and then viewed a 30-minute micro counseling VTR before beginning the practicum. To complete the self-evaluation, the subjects judged their own behavior and actions as to how well they expressed empathic understanding. If empathic understanding was expressed through the subject's behavior and attitude appropriately, subjects marked on the line closer to

10. If behavior and attitude were inappropriate, the subject marked closer to 0 on the line. Using the EUS questionnaire beginning with item #1, the subjects avoided looking at previous question items or evaluations. If some items are difficult to evaluate, the subjects checked to see if their behavior and attitudes were similar to the examples of behavior, statements or questions given in the question items. The subject made sure that no question items were skipped on the answer sheet.

Factor analysis was based on the principal factor analysis method, and validity of construction concepts was examined by comparison of the previous study.

Result:

In this study, in order to examine whether four factors, which have the same construction as the EUS evaluated by others, could be extracted, factor analysis was performed using Principal Factor Analysis, Varimax Rolling Method. A "self-evaluation EUS" scale containing 21 question items was used and the data collected before and after the practicum during 2001 and 2002 was analyzed. As a result, four factors were extracted which contained the same four-factor construction as in the EUS evaluated by others. (Table 1) and (Table 2)

Table-1 EUS Self-Evaluation Factor Analysis (2001・2002)

Item	Factor	1	2	3	4
		Acceptance Attitude	Reflective Attitude Regarding Emotions and Meaning	Verbalization Prompting Attitude	Confirmation Attitude
(2001)		Contribution Ratio 0.174(17.4%)	Contribution Ratio 0.129(12.9%)	Contribution Ratio 0.109(10.9%)	Contribution Ratio 0.90(9.0%)
PreQ 6		.757			
PreQ 20		.699			
PreQ 10		.680			
PreQ 4		.679			
PreQ 14		.670			
PreQ 16		.551			
PreQ 11		.398			
PreQ 21		.367			
PreQ 1			.731		
PreQ 2			.686		
PreQ 8			.631		
PreQ 13			.629		
PreQ 9			.572		
PreQ 18			.566		
PreQ 7				.766	
PreQ 3				.633	
PreQ 5				.496	
PreQ 15				.486	
PreQ 19					.660
PreQ 17					.577
PreQ 12					.488
(2002)					
PreQ 6		.782			
PreQ 10		.733			
PreQ 20		.652			
PreQ 4		.609			
PreQ 16		.579			
PreQ 14		.528			
PreQ 17		.444			
PreQ 1			.655		
PreQ 9			.616		
PreQ 13			.554		
PreQ 18			.529		
PreQ 8			.527		
PreQ 12			.487		
PreQ 2			.454		
PreQ 7				.725	
PreQ 3				.702	
PreQ 5				.523	
PreQ 11				.378	
PreQ 15					.561
PreQ 19					.444
PreQ 21					.442

Method of Extraction of the Factors: Principle Factor Analysis Method

Table-2 EUS Self-Evaluation Factor Analysis (2001, 2002)

Item \ Factor	1	2	3	4
(2001)	.779			
PostQ 13	.751			
PostQ 9	.704			
PostQ 8	.668			
PostQ 18	.598			
PostQ 1	.560			
PostQ 19	.426			
PostQ 11	.342			
PostQ 21		.755		
PostQ 4		.709		
PostQ 10		.668		
PostQ 6		.651		
PostQ 14		.569		
PostQ 2		.522		
PostQ 16			.753	
PostQ 7			.735	
PostQ 3			.519	
PostQ 12			.515	
PostQ 15			.472	
PostQ 5				.769
PostQ 17				.585
PostQ 20				
(2002)				
PostQ 10	.849			
PostQ 6	.822			
PostQ 20	.744			
PostQ 14	.722			
PostQ 4	.722			
PostQ 16	.683			
PostQ 17	.657			
PostQ 2	.556			
PostQ 11	.344			
PostQ 9		.739		
PostQ 8		.687		
PostQ 13		.609		
PostQ 1		.502		
PostQ 18		.489		
PostQ 5		.407		
PostQ 19			.715	
PostQ 15			.637	
PostQ 12			.577	
PostQ 21			.402	
PostQ 3				.752
PostQ 7				.576

Method of Extraction of the Factors: Principle Factor Analysis Method

The results of factor analysis of the "EUS self-evaluation" before the practicum are: first factor 17.4%, second factor 12.9%, third factor 10.9% and fourth factor 9%. The contribution ratio of the four factors is 50%.

In the comparison of the correlation of the EUS evaluated by others and the "EUS self-evaluation" before the practicum, the factors were examined to determine whether each factor construction contains the same question items. Comparison of the correlation between the evaluations from each study collected before the practicum shows that the factors contain almost the same question items. Therefore, the factor constructions are similar to those extracted in the previous study. However, there was no similarity in the data extracted after the practicum.

Changes in factor construction occurring in this study are as follows: items 10 and 11 in factor 2 and item 16 in factor 3 changed to factor 1. Item 21 was added to factor 1. Item 17 in factor 3 changed to factor 4 and item 15 in factor 3 changed to factor 3 (in this study it was renamed Verbalization Prompting Attitude). Thus, the names of the factors were renewed according to the items, which constructed the factors. (Table 3)

Table-3 EUS Comparison between: Evaluation by others and Self-Evaluation

Question items	Evaluated by others	Self Evaluation	Changes
Item 21	—	a	A new Question item,21 is added in this Study
Item 4	a	a	
Item 6	a	a	
Item 14	a	a	
Item 20	a	a	
Item 10	c	a	c to a
Item 16	r	a	r to a
Item 11	c	a	c to a
Item 17	r	c	r to c
Item 12	c	c	
Item 19	c	c	
Item 1	r	r	
Item 2	r	r	
Item 8	r	r	
Item 9	r	r	
Item 13	r	r	
Item 18	r	r	
Item 5	v	v	
Item 15	r	v	r to v
Item 3	v	v	
Item 7	v	v	

Acceptance attitude factor (a)

Reflective attitude regarding emotions and meaning factor (r)

Verbalization prompting attitude factor (v)

Confirmation attitude factor (c)

Pre-practicum: Result of self-evaluation factor construction change.

Discussion:

The result of the analysis completed on the data which was collected in clinical settings before the practicum showed that the factor construction was almost the same as the factor construction from the previous study using the EUS evaluated by others. As table 3 shows, question items 10, 11, 15, 16, and 17, have been redistributed among the factors. However, the factors are still constructed with the same question items. This means the degree of empathy measured under controlled conditions (role-play, instruction, viewing the Micro counseling video and feedback) using the EUS evaluated by others and the degree of empathy measured by using the "EUS self-evaluation" in the actual clinical situation are the same. This shows that the EUS self-evaluation before the practicum has the same construction concept as the EUS evaluated by others and is therefore considered valid and reliable.

For each extracted factor, new appropriate names were considered according to which question items constructed each factor. Factor names are: Factor 1 "Acceptance Attitude Factor", Factor 2 "Reflective Attitude Regarding Emotions and Meaning Factor", Factor 3 "Verbalization Prompting Attitude Factor" and Factor 4 "Cognitive Attitude Factor". The definition and explanation of the attitudes of each factor are as follows: Factor 1, "Acceptance Attitude" means that each client is accepted unconditionally and positively as one unique valuable person in spite of his emotional attitude, for example, anger, fear, confusion and feeling rejected or rejection attitude. The client experiences his/her own personal fear or insecurity. As the counselor begins to establish a personal relationship with his client in the first interview, the counselor needs to relate to the client with a friendly, considerate, warm attitude without fear. The counselor should deal with each session as if this were his very first time to counsel and a very new experience in his counseling practice. In so doing, the counselor is able to give each client his undivided attention.

The meaning of the second factor, "Reflective Attitude Regarding Emotions and Meaning Factor" is that the counselor is sensitive to the client's verbal and non-verbal communication and this factor is especially expressed when focusing on verbal communication. It also means that the counselor understands the meaning of the client's constantly changing feelings and emotions that are fear, anger, sorrow, joy and confusion.

The third factor, "Verbalization Prompting Attitude Factor" means that the counselor will ask open and closed questions in an effort to understand the client more fully. That helps each client to feel secure and free and encourages him or her to express themselves freely. At that time the counselor accepts the flow of his own emotions and expresses them freely and openly allowing the counselor to relate to the client with a sincere, pure attitude without emotional barriers.

Factor 4, "Cognitive Attitude Factor" means the counselor will give sufficient attention to all aspects of the client's attitudes and behaviors. The counselor will give

attention to the client's verbal and non-verbal communication especially to what the client speaks vaguely or unconsciously and be able to understand those emotions. Then the counselor will reflect back to the client in the counselors own words, the client's thoughts.

The corporate affect of using these four factors is that the counselor is able to enter the client's internal frame of reference or his private world. In order for nurses and patients to establish a relationship the nurses need to express a high degree of empathy toward their patients. If in the clinical setting the nurse establishes the type of relationship that is described in these factor definitions, then he/she has expressed the highest level of empathy toward her patient.

Conclusion:

Due to the inconvenience and difficulties associated with introducing a third party evaluator into the clinical situation with a patient, the aim of this study was to establish a self-evaluation scale that would allow nurses to evaluate their own empathic understanding. The factors constructing the scale of the pre-practicum EUS self-evaluation and the EUS evaluated by others were found to be very similar, thus validating the EUS self-evaluation as an effective tool to measure empathic understanding. Therefore, this valid, reliable self-evaluation scale became usable for measuring a nurse's degree of empathy toward a patient, in the clinical setting, without input from a third party. Giving careful attention to the EUS scale scores, nurses can gain understanding of how effectively they empathize with their patients. In fact, as nurses endeavor to establish relationships and to communicate with patients in the clinical setting, this contributes to the nurse creating rapport with his/her patients.

However, the degree of self-esteem affects the accurate evaluation of a nurse's empathic understanding when using the EUS self-evaluation to measure his/her degree of empathy toward patients. Rosenberg stated, regarding self-esteem, that it is not the comparison of your self to others but it is one's own emotional perception of his evaluation of himself. (1965) Therefore, nurses need to be trained for the purpose of improving their self-esteem so that they can more accurately measure their degree of empathy toward patients. For further study, there is a need to develop training programs to improve an evaluator's self-esteem.

Also, in previous studies the evaluators received more extensive training in order to evaluate the degree of a nurse's empathic understanding, which improved the evaluator's empathic understanding. This training was not included in this study for EUS self-evaluation.

The Communication Training Model (Table 4) was developed by the author to improve nurses' communication skills. This is a model to be used to improve

communication skills by using the items of the EUS scale to improve empathy. This Table contains four Skills Factors which are: Factor 1, "Acceptance Attitude Skills", Factor 2, "Reflective Attitude Regarding Emotions and Meaning Skills", Factor 3, "Verbalization Prompting Attitude Skills" and Factor 4, "Cognitive Attitude Skills". The effectiveness of micro training to improve these skills has been proven previously. (Figure.1) Skills were improved by micro-counseling training (instruction, feedback, role-play) resulting in increased empathic understanding attitude and leading to improved communication skills from the nurse toward his/her patient. (Table 4)

REFERENCES

- Albert Mehrabian, and Norman Epstein. A Measure of Emotional Empathy, Journal of Personality, 1972, 40: 525-545.
- Itou. H. Personality Riron, Tokyo: Iwasaki Gakujutsu Shuppansha, 1965(Original Title: Rogers C.R. Theory of Personality and Therapy, 1965)
- Fukuhara M. Maikurokaunsering, Tokyo: Kawashima Shoten, 1985. (Original Title: Ivey, A.E. Introduction to Micro counseling, 1978).
- Janice M. Morse, Gwen Anderson, Joan L.Bottorff, Olive Yonge, Beverley O Breien, Shirley M. Solberg, Kathleen
- Ginger W. Evans, Dorothy L. Will, Martha R. Alligood, Mike O'Neil , EMPATHY: A STUDY OF TWO TYPES, Mental Health Nursing, 19, pp 453-461, 1998.
- Hunter Macilveen, Exploring Empathy: A Conceptual Fit For Nursing Practice?, Winter, Journal of Nursing Scholarship, 1992, Vol.24,No.4, pp 273-279.
- Nagano. H. Empathic Understanding Constructing an valuation Scale from the Micro counseling Approach, Nursing & Health Sciences, 2000, 2: 17-27.
- Nagano. H. Kyoukantekirikai ni kansuru kenkyuu: kaunsera - kuraiento kan ni okeru kisotekizittken ni yoru itikousatsu, Tokiwa: Journal of Human Science, 1997,5 Feb: 101-117.
- Hasegawa. H. Ningen tai Ningen no Kango, Tokyou: Igakushoin 1974.(Original Title: Travelbee, J. Interpersonal Aspects of Nursing, 3 rd. ed, 1971.)
- Hatase M. Ningen Kankeiron, Tokyo: Iwasaki Gakujutsu Shuppansha, 1967. (Original Title: Rogers C.R. On Interpersonal Relationships, 1965.)
- Hatase N. Ningen Soncho no Shinrigaku, Osaka: Sougensa, 1984.(Original Title: Rogers C. R. A Way of Being, 1980)
- Katou T. and Takagi H. Jyoudouteki Kyoukansei Shakudo. In: Shinri Shakudo File. Compiled by Hori H, Yamamoto M. and Matsui Y. Tokyo: Kakiuchi Shuppan, 1980; 322-326.
- Murayama M. Ningenron, Tokyo: Iwasaki Gakujutsu Shuppansha. 1967. (OriginalTitle: Rogers C.R. On Becoming A Person, 1965.)

(2004年11月 4 日受理)

ロイ適応モデルを用いた看護過程の展開 ～思考過程がわかるアセスメントシートの作成～

Development for the Nursing Process Using the Roy Adaptation Model:
Format Discussion Showing the Thought Process

永野ひろ子¹⁾

安富 沙織²⁾

Hiroko Nagano, R.N, M.A Saori Yasutomi

1)静岡県立大学短期大学部 Shizuoka Prefectural University,Junior College Division

2)元静岡県立大学短期大学部

要約

看護は看護の対象の健康上の問題をアセスメントし計画、実践するなかで患者の健康状態を改善することを目的としており、それは問題解決技法（看護過程）を通して行われる。

本研究の目的は、ロイ適応モデルに基づき看護学生の看護における問題解決能力を促進するのに有効なアセスメントシートを作成することにある。

方法は、黒田（2001）による「ロイ看護理論の事例へ適用」を検討・修正しアセスメントシートとして作成した（表一第一段階アセスメント・第二段階アセスメント）。学生には事前に事例をわたしておき、これを使って事例の健康上の問題をアセスメント、看護診断を行う。その結果、学生は事例の健康回復に影響している因子の分析について、このアセスメントシート（表一第一段階アセスメント・第二段階アセスメント）を使うことで、よりスムースな看護診断ができることが示唆された。今回は事例を通して試みたものであるが、今後、事例数を増やし、さらには看護の臨床の場で検証していくことである。

Key Word : the nursing process, the Roy Nursing Theory, a nursing diagnosis.

Abstract

The purpose of nursing is for a nurse to assess a patient's physical problems, make nursing plans, care for the patient and in that process, try to improve the patient's health condition. Usually, that is accomplished using problem-solving skills(the Nursing process). The purpose of this study is to develop an effective assessment sheet, based on the Roy Adaptation Model, to reinforce a nursing student's problem solving skills.

Method : The author examined and adjusted the Roy Nursing Theory (Kuroda 2001) and developed an assessment sheet (chart:first stage assessment and second stage assessment). First, the students were given samples containing patient information, which they used to assess the patient's physical problem. They used the newly developed assessment sheet to analyze which factors affected the patient's health

situation. They recorded their evaluations on the assessment sheet and then made a nursingdiagnosis.

Using the sample information and the assessment sheet in a future study, the author plans to increase the number of sample cases and plans to use professional clinical situations to further test the assessment sheet.

はじめに

看護は、人間の健康と健康状態の改善をはかることを目的にしており、また、専門職の育成という立場において、看護の教育では、臨床の多くの場で未知の課題に遭遇するときに必要な、自ら解決していくことのできる能力（創造力、判断力、問題解決力）の育成を目指している。そして学生は、基礎的な知識と創造性をもって主体的に行動し、看護の発展に貢献できることを期待される。この主体的な行動に影響すると考えられる判断力は、分析的・科学的思考力を育成することによって一層高まるものと考える。このように自己を含めて世界を対象化してとらえる分析的・科学的思考は、その事実に即して考える合理的思考、情報を組織化して導く能力などとして判断力を高めるのに有効なものと思われる。今回、看護学生の思考・分析力を高めるのに、ロイの看護理論を用いた書式の検討を図り、その有効性を試みたので報告する。

目的

ロイ看護理論を用いて、看護学生の思考力・分析力を高めるのに有効な書式の検討を行う。

方法

看護過程は、1. 看護過程の定義、2. ロイ看護理論を用いての看護過程の展開、3. ペーパーペイシエントの事例検討で授業を構成している。

対象は看護の学生40名。刺激材料：記録用紙（患者プロフィール、第一段階アセスメント・第二段階アセスメント：生理的様式／自己概念様式／役割機能様式／相互依存様式、関連図）は、黒田（2001）による「ロイ看護理論の事例へ適用」に基づき検討・修正したもの（資料：患者プロフィール、第一段階アセスメント・第二段階アセスメント）を、事例を通して学内実習で検証した。

学内実習は個人学習とグループ学習を取り入れた。事例紹介：91歳女性、左大腿骨頸部骨折のため観血的整復固定術の目的で入院した。患者は初めての入院で難聴が強くコミュニケーションが困難であった。現在、スピードトラクションで患肢の安静を保っている。患者は「ここは病院だったの？」「身体の向きを変えようと思うんだけど痛くてねー」また、「手術はしたくないです！怖いです！」と訴えている。体温：37.5度、脈拍：84回、呼吸：24回、血圧：220/80、血液データ：WBC；8000/ mm^3 、RBC； $435 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、HB；13.3 g/dl、Hct；37.8%、PLT； $19.2 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、TPL；7.8 g/dl、ALB；3.9/g/dl、Cre；0.6 mg/dl、Na；138 mEq/L、K；2.6 mEq/L、Cl；9 mEq/L、CLP；0.3 mg/dl、尿量；500 ml/日で濃縮尿、また、入院直後は大量の下痢便があった。食事の摂取状況は約全体の20～30%程度でほとんど水分はとらな

第一段階アセスメント・ 第二段階アセスメント

<生理的様式 一 酸素化の看護アセスメント>

静岡県立大学短期大学部

2001.12

学生氏名（ S・O データ）		非効果的行動の判断	焦点・関連 刺激（影響因子の分析）	看護診断の明確化
O:血圧:220／80mmHg O:脈拍：84 回／分（不整なし） O:呼吸：24 回／分 O:体温:37.5 度	<p>老人の正常値から最高血圧値がやや高値を示し、環境の変化による影響と慢性的の高血圧が考えられる。</p> <p>成人の脈拍数の範囲内にあり不整脈も見られず適応している。</p> <p>成人の正常値範囲内にあり努力呼吸もみられない。</p> <p>老化現象により皮膚の熱伝導が小さく一般的に体温は低めであることから、正常値より高く非効果的な状態</p>	<p>骨折による痛みから筋肉の緊張に伴い交感神経を刺激し、その結果アドレナリンの分泌が促進されて代謝の亢進：体温の上昇や高血圧を引き起こしている。</p> <p>環境の変化、老年期による血管抵抗や痛みおよび手術に対する不安による血圧の上昇が考えられる。</p> <p>下痢の状態や安静による身体活動の制限およびカテーテル留置による不安、苦痛から交感神経を刺激し代謝の亢進による血圧の上昇や発熱が考えられる。</p>	<p>焦點・関連 刺激（影響因子の分析）</p> <p>痛みや身体活動の制限による血圧の上昇</p>	<p>看護診断の明確化</p>

第一段階アセスメント 酸素ニーズに関する行動をS・O情報から記述する。

酸素不足を表す行動がもっとも重要な情報である。
低酸素症に対するバイタルサインの変化：呼吸困難、咳嗽、咯血、皮膚色、検査データ
換気（胸部の外観、呼吸音、検査結果）、循環（末梢循環、脈拍、血圧、心音）

第二段階アセスメント 確認した行動の原因（焦点刺激）、あるいはその行動に影響する因子（関連刺激）を査定する。これには対処機制、環境状況、情緒的・心理的な変化、病氣の状態、統合体としての呼吸器系や心血管系の機能不全がある。
また外気温の変化、運動、失血、酸素喪失、二酸化炭素の取り込み過剰等から査定する。

第一段階アセスメント・第二段階アセスメント

＜生理的様式－栄養の看護アセスメント＞

S・O・データ	非効果的行動の判断	焦点・関連 刺激 (影響因子の分析)	看護診断の明確化
O: 年齢：91歳 O: 体温：37.5度 下痢便	自力での経口摂取は可能であることから効果的行動だが、摂取量が2～3割であることや必要なカローリーがとれないため非効果的行動である。 $TP: 6.5 \sim 8.0 \text{ g} / \text{dl}$, $\text{Na}: 138 \text{ mEq} / \text{l}$, $Cl: 102 \sim 108 \text{ mEq} / \text{l}$ は K を除き正常範囲内である。	老年期で臥位が多い安静な状態をとつていると代謝率が下がり食物摂取に対するニードが低下する。 老人は温中枢機能の低下により口渴感が生じにくく水分摂取量が減少する。 下痢を恐れて意識的に水分摂取を制限する傾向にある。また、低 K 血は下痢による腎からの排泄促進によるものと考えられる。	水分摂取不足による脱水になる恐れ。
経口摂取で全体の2～3割、水分は促さないと飲まない。	水分量は食物から 100～300ml、残りの 900～700ml を各種の飲料水から補給しなければならず、非効果的行動である。		
O: $TP: 7.8 \text{ g} / \text{dl}$, $\text{Na}: 138 \text{ mgE} / \text{l}$, $Cl: 94 \text{ mgE} / \text{l}$, $K: 2.6 \text{ mgE} / \text{l}$	皮膚は乾燥し弾力性の低下が認められ非効果的行動。		
O: スピードトラクションで患肢の安静をとっている。 バルーンカテーテルの留置状態。			
O: 食事のときは 90 度ベッドの挙上はできる。 S: 何でこんなに痛いんでしようね！ 手術はしたくないです！			
		<u>便秘</u> <u>診断</u>	
		食欲不振 水分摂取不足 低 K	

第一段階アセスメント

一九〇〇

第二段階アセスメント する。消化器系の構造・
とる対処方法をアセスメー
必要なカロリー、口腔の状

第一段階アセスメント・第二段階アセスメント

2001.12

静岡県立大学短期大学部

学生氏名（
）

＜生理的様式　一　排泄の看護アセスメント＞

S・O データ	非効果的行動の判断	焦点・関連 剌激（影響因子の分析）	看護診断の明確化
O: 下利便がある。 尿量：500ml／日 濃縮尿 O: 水分は促さないと飲まない 食事摂取量は全体の2割～3割	尿量は成人の正常範囲から少なく非効果的で、濃縮尿は尿量が少ないためである。 Na 正常値：136～147mEq／l 効果的 K 正常値：3.4～4.7mEq／l 非効果的 Cl 正常値：102～108mEq／l 非効果的 クレアチニン：0.6mg／dl 尿素窒素：15mg／dl クレアチニン／尿素窒素値0.6／15=25	K牽引中であり水分摂取をすることで排泄時の痛みが伴うのではないかと不安が生じ、水分を取らないことから脱水傾向となる。	不安、恐怖から自律神経失調性に関連し水分摂取不足による脱水、電解質の異常。
O: S:	尿量は成人の正常範囲から少なく非効果的で、濃縮尿は尿量が少ないと飲まない。水分は促さないと飲まない。食事摂取量は全体の2割～3割 Na 正常値：136～147mEq／l 効果的 K 正常値：3.4～4.7mEq／l 非効果的 Cl 正常値：102～108mEq／l 非効果的 クレアチニン：0.6mg／dl 尿素窒素：15mg／dl クレアチニン／尿素窒素値0.6／15=25 なんでこんなに痛いんでしよう 痛みさえなければ何ともないんだ けどね！ バルーカテールを留置している。 スピードトラクションで患肢を牽引、固定している。	尿量減少 脱水傾向 電解質の以上	下痢によりKとNaが喪失する。
		仮 診 断	

第一段階アセスメント 排泄のニーズに関する行動を

S・O情報から記述する。

便の性状、腸音、痛み、糞便の検査値、尿の性状、痛み、尿の検査値 等を観察し、記述する。

第二段階アセスメント

第一段階アセスメントで明らかになつた行動に影響している因子をみる。

①身体の構造や機能を維持する因子、②排泄物の性状に影響を及ぼす因子、③行動変容や維持に影響を及ぼす対処機制に関する因子

便の場合：疾患過程、食事内容と量、飲水量、蠕動運動、通常の排便状態、ストレス、環境、薬物、痛み、

治療や検査、排便経路の変更

尿の場合：疾病過程、飲水量、体液と電解質のバランス、通常の排尿状態、ストレス、環境、排尿経路の変更

第一段階アセスメント・第二段階アセスメント

<生理的様式－活動と休息の看護アセスメント>

		学生氏名（ ）	看護診断の明確化
		焦點・関連 創傷（影響因子の分析）	治療に関連した患肢の安静による活動量の低下。
S: 身体の向きを変えようと思うんだ けど痛くでね！	非効果的行動の判断 身体を自由に動かすことができない ことから非効果的行動である。	左大腿部頸部骨折による痛みとスピード トラクションによる患肢の安静による、身体可動性が障害されている。	
O: スピードトラクションで患肢の安 静をはかる。 排泄はバルーンカテーテルが留置 されている。	自己排尿は可能だがトイレでの排泄 ができないことから非効果的行動であ る。		
		仮 診 断 活動量の低下 精神的苦痛	

第一段階アセスメント

(1)運動レベルの妥当性を判断し、喫用性症候群の有無
を明らかにする。①身体運動の種類と量、②運動機能の状態(筋肉)、関節の可動性、姿勢
(2)休息ニーズに関する活動を観察し、記述する。毎日の休息の量と質、睡眠パターン、
睡眠不足の徵候

第二段階アセスメント

第一段階アセスメントでその人によって運動ニーズ
が十分満たされているかどうかをみた後で、その行動に影響している因子から
査定する。①筋骨格系組織の構造や機能の障害、②床上安静、③身体活動を制限され
る病気、④心理状態、⑤環境
休息と睡眠は主な影響因子から査定する。①身体
の状態、②現在の心理的な状態、③睡眠習慣と環境

静岡県立大学短期大学部 2001.12

第一段階アセスメント・第二段階アセスメント

<生理的様式 一 保護の看護アセスメント>

静岡県立大学短期大学部 2001.12

S・O データ	非効果的行動の判断	焦点・関連 剤激 (影響因子の分析)	看護診断の明確化
O: 皮膚は乾燥し弾力性の低下がみられる。 O: 水分は促さないと飲まない。 体温: 37.5 度。 O: 左大腿骨頸部骨折による床上安静とスピードラック牽引による身体活動の制限。 O: 下痢状態 尿量 500ml／日 濃縮尿 O: 白血球数 8000 O: 食事摂取量は全体の 20~30% S: 0	水分の摂取不足と加齢のため皮膚の乾燥及び弹性の低下を認める。 高齢者の一日の水分量は 900~700ml であるが食事と飲水から摂取されていないことから非効果的行動。 安静による身体活動の制限は活動意欲を低下させることから非効果的である。	真皮のコラーゲンの進行性減少に伴い真皮の萎縮がおこり皮膚の強度が低下する。 発熱による体温調節中枢の興奮は発汗中枢を刺激して発汗を促進させ、体内水分も失われる。 渴きに対する感受性の低下に伴い水分を欲しない。また、体動が不自由なため、あるいは尿が近くならないようにと飲水を制限する。	水分摂取不足とスピードラック牽引による皮膚の清潔が保ちにくい。

仮 診 断
清潔が保たれにくく、
皮膚の乾燥

第一段階アセスメント 清潔ニーズに関する行動を S、O 情報から記述する。

皮膚の状態：発赤、発疹、腫脹、水泡、びらん、潰瘍、外傷、術創、乾燥、搔痒感
粘膜の状態（目、口腔、鼻腔、陰部）：出血斑、横染、色素沈着、
皮膚温：冷感、熱感（部位）爪：爪床色、形状
毛髪頭皮の変化、アレルギー症状、検査データ等を観察する

第二段階アセスメント 第一段階アセスメントでその人によって清潔ニーズが十分満たされているかどうかをみた後で、その行動に影響している因子から査定する。
 ①身体活動を制限される病態生理的因子 ②治療関連因子
 床上安静 ③環境 ④心理状態 ⑤セルフケア能力 ⑥清潔習慣と清潔に関する価値観等から査定する。

第一段階アセスメント・ 第二段階アセスメント

<自己概念様式の看護アセスメント>

2001.12

静岡県立大学短期大学部

学生氏名（
）

S・O データ	非効果的行動の判断	焦点・関連 剌激（影響因子の分析）	看護診断の明確化
身体的自己 S : 何でこんなに痛いんでしょうね！ 痛みさえなければ何ともないん だけどね！ 身体の向きを変えようと思うん だけど痛くてね！ 手術はしたくないです！怖いです！	91歳の高齢から疾患の理解度に影響を与えている。 今回が初めての入院・手術の体験であり不安や恐怖が大きい。	91歳の高齢から疾患の理解度に影響を与えている。 今回が初めての入院・手術の体験であり不安や恐怖が大きい。	

仮診断

不安や恐怖がある
疾患の理解が低い

第一段階アセスメント 患者の身体的自己と人格的自己から特にその人のボディイメージ、自己価値あるいは価値観について資料に基づき（自己概念様式のアセスメント）、患者の自己概念活動に関連した行動を観察し記述する。

第二段階アセスメント 第一段階アセスメントと同様に、患者の自己概念行動に関連したデータ（主観・客観）の非効果的な行動について、資料に基づき影響因子を査定する。

い。患肢の安静を図るために、バルーンカテーテルの留置とベッドを食事時のみ90度にすることが可能であった。

分析：第一段階・第二段階アセスメントの生理的様式と自己概念様式に書かれた内容を質的に分析する。

結果

生理的様式の(1)酸素化の看護アセスメントについて、第一段階アセスメントの酸素ニーズに関する行動を主観的情報（以下Sと呼ぶ）と客観的情報（以下Oと呼ぶ）から捉える。第二段階アセスメントを第一段階で確認した非効果的行動の原因（焦点刺激）、および影響因子（関連刺激）から査定する。(2)栄養の看護アセスメントについて、(1)と同様に栄養ニーズに関する行動を捉え、栄養の摂取と同化作用に関わる刺激について査定する。(3)排泄の看護アセスメントは、排泄のニーズに関する行動を捉え、これらの行動に影響している因子を査定する。(4)保護の看護アセスメントでは清潔ニーズに関する行動を捉えその人のセルフケア能力とその行動に影響している因子を査定する。(5)活動と休息の看護アセスメントでは活動状態と廃用性症候群の有無、および休息ニーズに関する行動を捉え、その行動に影響している影響因子を査定する。自己概念様式の看護アセスメントについて、人格的自己と身体的自己からその人の自己概念に関連した行動を捉え、その影響因子を査定する。これら学生の生理的様式の(1)酸素化の看護アセスメント、(2)栄養の看護アセスメント、(3)排泄の看護アセスメント、(4)活動と休息の看護アセスメント、(5)保護の看護アセスメント、および自己概念様式の第一段階および第二段階アセスメントの結果は、以下の表に示した。

考察

看護過程は、クライエントの健康に関する諸問題のうち看護として解決しなければならない問題をアセスメントし問題解決にあたる系統的アプローチの方法である。ロイ適応モデルは、看護の本質と看護過程の枠組みが論理的に開発されていることから、この問題解決に必要な観察力、独創性、判断力を養い、思考・分析力を高めるものと考える。今回、目的に従い書式の検討について、<生理的様式-酸素化の看護アセスメント>で例示すると、第一段階アセスメントでは、注目すべき酸素ニーズに関する行動を（S・Oデータ）欄に記載した後、それぞれのデータを標準値と比較・検討し、（非効果的行動の判断）の欄に記載、その結果、非効果的な行動を（仮診断）として抽出する。第二段階アセスメントにおいては、仮診断された非効果的な行動の原因となる因子（焦点刺激）、あるいはこれらの行動に影響を与える因子（関連刺激：環境状況、情緒・心理的な変化、病気の状態、および治療内容）から分析・解釈をする。この過程を通して、仮診断された非効果的行動に最も強く関連している因子を確定して（看護診断の明確化）の欄に記載する。これらの第一段階アセスメント・第二段階アセスメントのプロセスにおいて最も思考力を高めるのに有効と思われる点は、抽出した仮診断が第二段階アセスメントで影響因子との分析をする際にどの程度、量的にも質的にも深められたかによるものと考える。これは、またその後の（看護診断の明確化）にも影響を及ぼすものである。

一方、学生の思考内容を分析した結果は、表に示したとおりで生理的様式（酸素化・栄養・排泄・活動と休息・保護）の看護アセスメント、すなわち身体的側面に関するアセスメントは、それらの各様式に関連した重要な項目について、適確な判断に基づき適切な思考と分析ができるものと思われる。しかし、心理・社会的側面である（自己概念様式・役割機能様式・相互依存様式）の看護アセスメントに関しては、事例の情報提供の仕方にも影響していると思われるが充分な分析とはいえない。心理アセスメントに関しては、今後、看護過程の授業においても臨床心理学的知識をよりよく導入し、事例の情報の提供および書式の検討が必要と思われる。

結論

今回、目的に基づきロイ看護理論を用いた書式の検討を試みた結果、生理的様式に関する看護アセスメントを高めるのに有効であった。自己概念・役割機能・相互依存様式は充分にアセスメントするには至らなかった。今後の課題としたい。

謝辞

本研究をすすめるにあたり、ご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げる。

なお、ご協力いただいた皆様には口頭による説明をし同意を得ている。本研究は平成15年度静岡県立大学教員研究費補助金を受けて実施した。

文献

- (1)小田正枝編集、ロイ適応モデル 看護過程と記録の実際、廣川書店、1999.
- (2)黒田祐子、黒田祐子の実践に活かす理論セミナー、学研メディカル出版、2001.
- (3)Heather A Andrews・Sister Callista Roy; Essentials of the Roy Adaptation Model, 1986, / 松木光子監訳、ロイ適応看護論入門、医学書院、1992.
- (4)ロイ適応モデルによる看護実践ガイドー診断・介入・評価ー、江本愛子、江本久枝、大竹芳子、山田淳子、メヂカルフレンド社、1998.
- (5)Joan M. Seo-Cho; Nursing Process Manual : Assessment Tool for the Roy Adaptation Model, 1999, / 野呂レナルド・柴田理恵、ロイ適応モデルに基づく看護アセスメントツール、医学書院、2002.
- (6)小田正枝編集、ロイ適応モデル 看護過程と記録の実際、廣川書店、1999.
- (7)Sister Callista Roy; INTRODUCTION NURSING An Adaptation Model, Second Edition, 1984, / 松木光子監訳、ロイ適応看護モデル序説、へるす出版、1993.

(2004年11月4日受理)

患者プロフィール

実習病棟	学生番号	学生氏名																																																						
患者氏名（読みで記入）：	性別：男 女	年齢：歳																																																						
職業：	保険の種類：																																																							
入院日：	身長：	cm ／ 体重：kg																																																						
診断名：	現病歴（日常生活を含めて、入院までの経過と受け持ちまでの軽過）既往歴：																																																							
主訴：																																																								
検査所見 等：	今回の入院について、医師または看護婦の説明内容 (疾病、治療について)とその受け止め方																																																							
治療方針・内容：																																																								
<p><感覚></p> <table> <tr><td>視覚障害</td><td>：無・有</td><td>眼鏡・コンタクトレンズ</td><td><神経学的機能></td></tr> <tr><td>聴覚障害</td><td>：無・有</td><td>補聴器</td><td>意識レベル：清明</td></tr> <tr><td>嗅覚障害</td><td>：無・有</td><td></td><td>清明でない、(程度)</td></tr> <tr><td>味覚障害</td><td>：無・有</td><td></td><td>見当識レベル：清明</td></tr> <tr><td>終末感</td><td>：無・有</td><td>痛みの性質</td><td>コミュニケーション障害：無・有</td></tr> <tr><td></td><td>：無・有</td><td>程度（鎮痛剤使用の有無）</td><td>コミュニケーション手段：言語・書字・手話</td></tr> </table> <p>口腔 :</p> <table> <tr><td>義歯</td><td>○女性 □男性</td><td>◎本人</td></tr> <tr><td></td><td>同居者は（記入）</td><td>死には黒歯り</td></tr> </table> <p><皮膚の状態></p> <table> <tr><td>発赤</td><td>：無・有</td><td>(部位・程度)</td></tr> <tr><td>発疹</td><td>：無・有</td><td>(部位・程度)</td></tr> <tr><td>皮膚異常</td><td>：無・有</td><td>冷感・熱感</td></tr> <tr><td>乾燥</td><td>：無・有</td><td>(部位)</td></tr> <tr><td>搔痒感</td><td>：無・有</td><td>(部位)</td></tr> <tr><td>爪床色異常</td><td>：無・有</td><td></td></tr> <tr><td>爪形異常</td><td>：無・有</td><td></td></tr> <tr><td>毛髪・頭皮の変化</td><td>：無・有</td><td></td></tr> </table>			視覚障害	：無・有	眼鏡・コンタクトレンズ	<神経学的機能>	聴覚障害	：無・有	補聴器	意識レベル：清明	嗅覚障害	：無・有		清明でない、(程度)	味覚障害	：無・有		見当識レベル：清明	終末感	：無・有	痛みの性質	コミュニケーション障害：無・有		：無・有	程度（鎮痛剤使用の有無）	コミュニケーション手段：言語・書字・手話	義歯	○女性 □男性	◎本人		同居者は（記入）	死には黒歯り	発赤	：無・有	(部位・程度)	発疹	：無・有	(部位・程度)	皮膚異常	：無・有	冷感・熱感	乾燥	：無・有	(部位)	搔痒感	：無・有	(部位)	爪床色異常	：無・有		爪形異常	：無・有		毛髪・頭皮の変化	：無・有	
視覚障害	：無・有	眼鏡・コンタクトレンズ	<神経学的機能>																																																					
聴覚障害	：無・有	補聴器	意識レベル：清明																																																					
嗅覚障害	：無・有		清明でない、(程度)																																																					
味覚障害	：無・有		見当識レベル：清明																																																					
終末感	：無・有	痛みの性質	コミュニケーション障害：無・有																																																					
	：無・有	程度（鎮痛剤使用の有無）	コミュニケーション手段：言語・書字・手話																																																					
義歯	○女性 □男性	◎本人																																																						
	同居者は（記入）	死には黒歯り																																																						
発赤	：無・有	(部位・程度)																																																						
発疹	：無・有	(部位・程度)																																																						
皮膚異常	：無・有	冷感・熱感																																																						
乾燥	：無・有	(部位)																																																						
搔痒感	：無・有	(部位)																																																						
爪床色異常	：無・有																																																							
爪形異常	：無・有																																																							
毛髪・頭皮の変化	：無・有																																																							

静岡県立大学短期大学部 2001.12

第一段階アセスメント ・ 第二段階アセスメント			
静岡県立大学短期大学部 2001.12 学生氏名 ()			
S・Oデータ	非効果的行動の判断	焦点・関連 刺激（影響因子の分析）	看護診断の明確化
<p><u>仮診断</u></p>			

第一段階アセスメント 酸素ニーズに関する行動をS・O情報から記述する。

酸素不足を表す行動がもっとも重要な情報である。

低酸素症に対するバイタルサインの変化：呼吸困難、咳嗽、咯血、皮膚色、検査データ

換気（胸部の外観、呼吸音、検査結果）、循環（末梢循環、脈拍、血圧、心音）

第二段階アセスメント 確認した行動の原因（焦点刺激）、あるいはその行動

に影響する因子（関連刺激）を査定する。これには対処機制、環境状況、情緒的・心理的な変化、病気の状態、統合体としての呼吸器系や心血管系の機能不全がある。

また外気温の変化、運動、失血、酸素喪失、二酸化炭素の取り込み過剰等から査定する。

第一段階アセスメント・第二段階アセスメント

静岡県立大学短期大学部 2001.12

<生理的様式 — 栄養の看護アセスメント>

学生氏名()

S・Oデータ	非効果的行動の判断	焦点・関連 刺激(影響因子の分析)	看護診断の明確化
	<u>仮診断</u>		

第一段階アセスメント 栄養ニーズに関する行動をS・O情報から記述する。

食欲と口渴、身長と体重、食事パターン、口腔の状態、疼痛、食事摂取方法、味覚と嗅覚 等を観察する。

第二段階アセスメント 栄養の摂取と同化作用に関わる刺激についてアセスメントする。

消化器系の構造・機能、調節を維持する身体の適応能力、行動を維持・変更するためによる対処方法をアセスメントする。ホメオスタシス、病気の経過、知識、認識、信念、薬物、必要なカロリー、口腔の状態、食事の状態、体重に関する関心

第一段階アセスメント・第二段階アセスメント

静岡県立大学短期大学部 2001.12

<生理的様式 — 排泄の看護アセスメント>

学生氏名()

S・Oデータ	非効果的行動の判断	焦点・関連 刺激(影響因子の分析)	看護診断の明確化
	<u>仮診断</u>		

第一段階アセスメント 排泄のニーズに関する行動を

S・O情報から記述する。

便の性状、腸音、痛み、糞便の検査値、

尿の性状、痛み、尿の検査値 等を観察し、記述する。

第二段階アセスメント 第一段階アセスメントで明らかになった行動に影響している因子をみる。

①身体の構造や機能を維持する因子、②排泄物の性状に影響を及ぼす因子、③行動変容や維持に影響を及ぼす対処機制に関する因子

便の場合：疾患過程、食事内容と量、飲水量、蠕動運動、通常の排便状態、ストレス、環境、薬物、痛み、治療や検査、排便経路の変更

尿の場合：疾病過程、飲水量、体液と電解質のバランス、通常の排尿状態、ストレス、環境、排尿経路の変更

第一段階アセスメント ・ 第二段階アセスメント			
<生理的様式 — 保護の看護アセスメント>		静岡県立大学短期大学部 2001.12 学生氏名 ()	
S・Oデータ	非効果的行動の判断	焦点・関連 刺激 (影響因子の分析)	看護診断の明確化
	<u>仮 診 断</u>		

第一段階アセスメント 清潔ニーズに関する行動をS、O情報から記述する。
 皮膚の状態：発赤、発疹、腫脹、水泡、びらん、潰瘍、外傷、術創、乾燥、搔痒感
 粘膜の状態（目、口腔、鼻腔、陰部、臀部）：出血斑、横染、色素沈着、
 皮膚温：冷感、熱感（部位） 爪：爪床色、形状
 毛髪頭皮の変化、アレルギー症状、検査データ等を観察する

第二段階アセスメント 第一段階アセスメントでその人によって清潔ニーズが十分満たされているかどうかをみた後で、その行動に影響している因子から査定する。①身体活動を制限される病態生理的因素 ②治療関連因子による床上安静 ③環境 ④心理状態 ⑤セルフケア能力 ⑥清潔習慣と清潔に関する価値観等から査定する。

第一段階アセスメント ・ 第二段階アセスメント			
<生理的様式 — 活動と休息の看護アセスメント>		静岡県立大学短期大学部 2001.12 学生氏名 ()	
S・Oデータ	非効果的行動の判断	焦点・関連 刺激 (影響因子の分析)	看護診断の明確化
	<u>仮 診 断</u>		

第一段階アセスメント (1)運動レベルの妥当性を判断し、廃用性症候群の有無を明らかにする。①身体運動の種類と量、②運動機能の状態（筋肉）、関節の可動性、姿勢
 (2)休息ニーズに関する活動を観察し、記述する。毎日の休息の量と質、睡眠パターン、睡眠不足の徵候

第二段階アセスメント 第一段階アセスメントでその人によって運動ニーズが十分満たされているかどうかをみた後で、その行動に影響している因子から査定する。①筋骨格系組織の構造や機能の障害、②床上安静、③身体活動を制限される病気、④心理状態、⑤環境 休息と睡眠は主な影響因子から査定する。①身体の状態、②現在の心理的な状態、③睡眠習慣と環境

第一段階アセスメント・第二段階アセスメント

静岡県立大学短期大学部 2001.12

<自己概念様式の看護アセスメント>

S・O データ	非効果的行動の判断	焦点・関連 刺激(影響因子の分析)	看護診断の明確化
	<u>仮診断</u>		

第一段階アセスメント 患者の身体的自己と人格的自己から特にその人のボディイメージ、自己価値あるいは価値観について資料に基づき(自己概念様式のアセスメント)、患者の自己概念活動に関連した行動を観察し記述する。

第二段階アセスメント 第一段階アセスメントと同様に、患者の自己概念行動に関連したデータ(主観・客観)の非効果的な行動について、資料に基づき影響因子を査定する。

第一段階アセスメント・第二段階アセスメント

静岡県立大学短期大学部 2001.12

<役割機能様式の看護アセスメント>

S・O データ	非効果的行動の判断	焦点・関連 刺激(影響因子の分析)	看護診断の明確化
	<u>仮診断</u>		

第一段階アセスメント 患者の年齢、発達段階および発達課題、適応の結果の非効果的結果について資料(役割機能様式のアセスメント)に基づき、患者の役割機能の行動を観察し記述する。

第二段階アセスメント 第一段階アセスメントと同様に、患者の役割機能に関連したデータ(主観・客観)、特に非効果的な行動について、影響を与えている刺激をアセスメントする。

第一段階アセスメント・第二段階アセスメント

静岡県立大学短期大学部 2001.12

<相互依存様式の看護アセスメント>

学生氏名()

S・O データ	非効果的行動の判断	焦点・関連 刺激(影響因子の分析)	看護診断の明確化
	<u>仮 診 断</u>		

第一段階アセスメント 患者の生活で最も大切な人（重要他者）や患者のニーズを満たすために寄与する人々やグループおよび動物等のサポートシステム（職場の同僚、友人、先生など）が重要な関心事である。

第二段階アセスメント 第一段階アセスメントと同様に、とりわけ患者の重要他者との関係について以下に示す刺激をアセスメントする。①関係をもつことへの期待とニードに対する気づき、②自己および他者の養育能力、③自己および他者の自己尊敬のレベル、④自己および他者の相互作用スキル、⑤所在、近接、⑥友情についての知識、⑦発達課題あるいは発達段階

関連図（看護診断の統合化と優先順位の決定）

関連図の
書き方

→ (やじるし)
因果関係を示す

(四角で囲む)
看護診断

がん告知を受けた患者・家族の家族機能に関する調査 －FFFS日本語版Iによる家族機能の評価から－

Research on family function of patient receiving notification of cancer and family
-From the evaluation of the family function by the FFFS Japanese version I-

馬場 志乃

塚本 康子

Shino BABA

Yasuko TSUKAMOTO

I. はじめに

我が国は、医療財源の抑制に伴う在院日数の短縮化や、高度医療の充実による慢性疾患患者の増加によって、在宅で医療を受けている患者が増えている。従来は病院で治療を受けていたがん患者が外来通院での治療が可能となり、在宅でターミナル期を過ごしたいと願う患者の希望にも応えられるようになってきた。そういう中でがんを告知された家族は、患者の苦痛を受け止め、介護や投薬や病状管理といった医療スタッフの役割をも期待され、情緒的身体的にも大きな影響を受けている。

米国のLaiznerらは急性期及び治療期のがん患者の家族は、移動、処置の介助、投薬、病状管理といった医療スタッフに準ずる役割を果たし、介護負担が大きい¹⁾と報告している。また、わが国の本田らも、がん患者家族は情緒的身体的に診断や治療から大きな影響を受けている²⁾、と報告している。いずれもがんと闘う患者をとおして、家族機能が変化していくことを示唆している。

先行研究では家族機能に関しては、家族機能に求められるもの³⁾、乳幼児の育児に関するこ^{と⁴⁾}

と⁴⁾、精神科領域ではアルコール依存症、摂食障害、精神分裂病などの家族機能の問題^{5)~10)}、さらに在宅療養や高齢者に関する介護負担の問題^{11)~13)}、乳ガン患者夫婦では夫婦関係¹⁴⁾、死別後の精神的健康度と家族機能¹⁵⁾などの報告がある。しかしこれらの中には、治療中のがん患者の家族機能を検証している報告はみあたらない。

そこで、今回は入院あるいは外来で治療を受けているがん患者の家族機能について定量的に測定し、家族機能の実態を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査場所および対象

公立のA総合病院病棟および外来。

- 1) がん告知され治療目的で入院している患者の家族（以下入院家族）。
- 2) 外来て治療を受けているがん患者の家族（以下通院家族）。

家族とは、患者と同居中の夫もしくは妻とした。

2. 調査期間

2003年2月～6月。

3. 方法

自記式質問票によるアンケート調査。回収は郵送及び留置。

本研究では、FFFS日本語版Iを用いた。

FFFS日本語版Iは、家族看護学の研究者Feethamが開発した、親子や夫婦関係を測定する「家族と個々の家族成員との関係」、知人や身内のように家族との相互関係が強い人々との関係や活動を測定する「家族とサブシステムとの関係」、学校や仕事などの居住外での家族構成員の活動を測定する「家族と社会との関係」の3分野から家族機能を測定するFFFS (Feetham Family Functioning Survey)を、日本の法橋氏が翻訳し日本語版Iとして開発した質問紙である。27項目で構成され、回答選択肢型の25項目には、「a. 現在どの程度ありますか」、「b. どの程度あると望ましいですか」、「c. あなたにとってどの程度重要ですか」という質問に対しリッカートスケールで回答し、それぞれをa得点、b得点、c得点としている。d得点は、a得点とb得点の差の絶対値を指す。このd得点が0から離れるほど家族機能が十分機能していないことを示す。c得点は家族機能に対する価値を示している。d得点とc得点が高い項目は臨床的な介入が必要であるとされている。27項目のうち2項目は、「現在の生活において最も困っていること」「現在の生活において一番の助け」の自由回答型の質問である。

4. 倫理的配慮

研究の趣旨を調査場所の病院長と看護部長に文章および口頭で説明し承諾を得た。対象者は看護師長に選定を依頼し、対象者には書面および口頭にて調査の目的、方法、内容、所要時間、秘密厳守、プライバシーの保護、中途止の自由を説明し、同意を得た人を対象とした。調査票の回収をもって承諾を得ることを説明した。

5. 分析方法

SPSSV.10にて集計。単純集計の後、平均値の差の比較にはt検定および一元配置分散分析によるF検定を行った。

III. 結果

1. 対象の属性

回収率は、入院家族37名中26名から回収(回収率70.2%)、通院家族40名中22名から回収(回収率55.0%)であった。疾患名は、表1のとおりである。告知を受けた時期については表2のとおり、半年以内が入院家族では、19名(73.1%)、通院家族では、9名(40.9%)であった。家族の年齢は、入

表1 対象の疾患名

入院家族	通院家族
肺がん・卵巣がん・大腸がん：各3名、S状結腸がん・肝臓がん・咽頭がん・食道がん・多発性骨髄腫・白血病：各2名、胃がん・乳がん・子宮がん・耳下腺がん・咽頭がん：各1名	乳がん：6名、大腸がん4名、結腸がん：3名、子宮がん・脳腫瘍：各2名、胃がん・肺がん・卵巣がん・前立腺がん・膀胱がん：各1名

院家族では25～72歳で平均年齢54.2歳、通院家族では、42～75歳で平均年齢は58.1歳であった。患者の平均年齢は、入院家族では56.8歳、通院家族では58.8歳であった。同居人数では、入院家族、通院家族ともに2～7人で、それぞれ平均同居人數は、3.9人、3.6人であった。回答者の性別は、入院家族では男性8人、女性18人、通院家族では男女ともに11人であった。

表2 医師からの病名告知時期

	入院家族 (n=26)	通院家族 (n=22)
半年以内	19 (73.1%)	9 (40.9%)
半年～1年末満	1 (3.8%)	3 (13.6%)
1年～2年末満	1 (3.8%)	2 (9.1%)
2年～3年末満	1 (3.8%)	1 (4.6%)
3年～4年末満	1 (3.8%)	1 (4.6%)
4年～5年末満	1 (3.8%)	2 (9.1%)
5年以上	2 (7.7%)	2 (9.1%)
無回答	0	2 (9.1%)

2. FFFS日本語版 I の項目別の得点結果

入院家族の得点結果は、表3のとおりであった。介入が必要とされる c 得点が高いのは、「配偶者と過ごす時間」、「結婚生活に対する満足感」、「配偶者に関心事や心配事を相談すること」、「配偶者からの精神的サポート」であった。通院家族の得点結果は、表4のとおりで、c 得点は、「配偶者と過ごす時間」、「配偶者に関心事や心配事を相談すること」、「結婚生活に対する満足感」、「医療機関にかかったり、健康相談を受けること」で高かった。a 得点と b 得点との差の絶対値である d 得点は、それが高いと家族機能が十分機能していないとされている。入院家族の d 得点は、表5のとおり「配偶者が仕事（家事を含む）を休むこと」が3.22と最も高く、次いで「余暇や娯楽の時間」、「医療機関にかかったり健康相談を受けること」、「性生活に対する満足感」、「育児や家事などに対する配偶者の協力」が高くなっている。通院家族の d 得点では、「体調が悪いとき」が1.55と最も高く、次いで「余暇や娯楽の時間」、「配偶者が仕事（家事を含む）を休むこと」、「医療機関にかかったり、健康相談を受けること」が高い傾向を示している。

次に d 得点の差を見ていくと、表5に見るように入院家族と通院家族では、「配偶者と過ごす時間」、「育児や家事などに対する配偶者の協力」、「配偶者が仕事（家事を含む）を休むこと」、「性生活に対する満足感」の4項目で、入院家族に有意に高かった。次に d 得点の合計の平均を分野別で見ると、入院家族と通院家族に「家族と社会との関係」の分野においてここも入院家族が有意に高かった。(表6)

3. 自由回答型質問に対する回答内容

自由回答型の「現在の生活において最も困っていること」に対する回答では、表7のとおり入院家族、通院家族ともに、「患者に関すること」が最も多く、患者の予後や病状、治療・予後に対する不安に関することが記載されていた。次いで医療費の加算により支払いの負担といった「経済に関するこ」とがあがっていた。また、「現在において一番の助け」に対する回答では、表8のとおり入院家族、通院家族ともに家族や子供の存在、家族の笑顔や協力といった「子供や家族に関するこ」とが最も多く記載されていた。

表3 がん入院家族のFFFS日本語版Ⅰの項目別得点

がん入院家族(n=26)

項目	平均(±標準偏差)		
	a. 現在どの程度ありますか (a.得点)	b. どの程度あると望ましいですか (b.得点)	c. あなたにとってどの程度重要ですか (c.得点)
1. 知人に関心事や心配事を相談すること	3.54 (±1.82)	3.72 (±1.59)	4.33 (±2.01)
2. 身内(配偶者は含まない)に関心事や心配事を相談すること	4.58 (±2.06)	4.54 (±2.02)	5.32 (±1.95)
3. 配偶者と過ごす時間	4.76 (±2.11)	6.04 (±1.17)	6.38 (±1.02)
4. 配偶者に関心事や心配事を相談すること	5.08 (±2.04)	5.28 (±1.72)	5.73 (±1.66)
5. 近所の人や同僚と過ごす時間	2.68 (±1.65)	3.52 (±1.58)	3.50 (±1.56)
6. 余暇や娛樂の時間	2.96 (±1.59)	4.72 (±1.06)	5.04 (±1.31)
7. 育児や家事などに対する配偶者の協力	3.37 (±2.14)	4.50 (±1.56)	4.75 (±1.67)
8. 育児や家事などに対する身内(配偶者は含まない)の協力	4.04 (±2.03)	4.52 (±1.75)	5.00 (±1.38)
9. 医療機関にかかったり、健康相談を受けること	3.83 (±2.01)	3.17 (±1.55)	5.24 (±1.51)
10. 育児や家事などに対する知人の協力	1.83 (±1.24)	2.39 (±1.44)	2.48 (±1.47)
11. 子どもに関する心配事	3.42 (±2.52)	2.42 (±1.91)	3.50 (±2.59)
12. 子どもと過ごす時間	2.54 (±1.86)	3.29 (±2.33)	3.54 (±2.45)
13. 子どもが保育所、幼稚園、学校などを休むこと	1.43 (±1.08)	1.00 (±0.00)	2.43 (±2.27)
14. 配偶者との意見の対立	2.56 (±1.83)	2.16 (±1.40)	3.75 (±2.15)
15. 体調が悪いとき	2.60 (±1.50)	1.36 (±0.76)	4.46 (±2.20)
16. 家事(料理、掃除、洗濯、庭の手入れなど)をする時間	4.24 (±1.51)	4.12 (±1.42)	4.65 (±1.16)
17. 仕事(家事を含む)を休むこと	2.80 (±2.04)	3.08 (±1.52)	4.24 (±1.88)
18. 配偶者が仕事(家事を含む)を休むこと	5.12 (±2.47)	2.48 (±1.68)	4.52 (±2.19)
19. 知人からの精神的サポート	2.96 (±1.70)	3.85 (±1.71)	3.84 (±1.72)
20. 身内(配偶者は含まない)からの精神的サポート	3.96 (±1.97)	4.52 (±1.96)	4.77 (±1.90)
21. 配偶者からの精神的サポート	5.08 (±1.85)	5.56 (±1.47)	5.54 (±1.39)
22. 日課(家事を含む)が邪魔されること	4.04 (±1.86)	2.77 (±1.53)	4.08 (±1.63)
23. 配偶者の日課(家事を含む)が邪魔されること	2.88 (±2.09)	2.15 (±1.26)	3.28 (±2.07)
24. 結婚生活に対する満足感	4.64 (±1.89)	5.58 (±1.77)	5.88 (±1.24)
25. 性生活に対する満足感	1.96 (±1.83)	3.23 (±2.02)	3.39 (±2.15)

表4 がん通院家族のFFFS日本語版Ⅰの項目別得点

がん通院家族(n=22)

項目	平均(±標準偏差)		
	a. 現在どの程度ありますか (a.得点)	b. どの程度あると望ましいですか (b.得点)	c. あなたにとってどの程度重要ですか (c.得点)
1. 知人に関心事や心配事を相談すること	2.67 (±1.68)	3.19 (±1.75)	3.91 (±2.04)
2. 身内(配偶者は含まない)に関心事や心配事を相談すること	3.24 (±2.19)	4.00 (±2.16)	4.27 (±2.21)
3. 配偶者と過ごす時間	5.64 (±1.56)	5.59 (±1.53)	5.64 (±1.71)
4. 配偶者に関心事や心配事を相談すること	4.41 (±2.30)	4.95 (±1.96)	4.95 (±1.96)
5. 近所の人や同僚と過ごす時間	2.91 (±1.63)	3.68 (±1.59)	3.86 (±1.73)
6. 余暇や娯楽の時間	3.24 (±1.64)	4.33 (±1.53)	4.24 (±1.55)
7. 育児や家事などに対する配偶者の協力	4.15 (±2.13)	4.35 (±2.06)	4.35 (±1.90)
8. 育児や家事などに対する身内(配偶者は含まない)の協力	3.00 (±1.89)	3.53 (±1.61)	4.00 (±1.49)
9. 医療機関にかかったり、健康相談を受けること	4.05 (±2.33)	3.75 (±2.27)	4.45 (±2.06)
10. 育児や家事などに対する知人の協力	1.74 (±1.28)	2.11 (±1.59)	2.21 (±1.78)
11. 子どもに関する心配事	1.86 (±1.59)	1.43 (±1.21)	2.00 (±1.87)
12. 子どもと過ごす時間	1.76 (±1.45)	2.00 (±1.64)	2.00 (±1.73)
13. 子どもが保育所、幼稚園、学校などを休むこと	1.05 (±0.22)	1.00 (±0.00)	1.24 (±1.09)
14. 配偶者との意見の対立	2.77 (±1.60)	2.52 (±1.17)	3.43 (±2.06)
15. 体調が悪いとき	3.50 (±2.22)	1.95 (±1.43)	4.23 (±2.02)
16. 家事(料理、掃除、洗濯、庭の手入れなど)をする時間	3.77 (±1.74)	3.68 (±1.21)	3.77 (±1.48)
17. 仕事(家事を含む)を休むこと	2.81 (±1.75)	3.24 (±1.87)	3.86 (±1.98)
18. 配偶者が仕事(家事を含む)を休むこと	2.59 (±2.04)	2.45 (±1.79)	3.95 (±2.33)
19. 知人からの精神的サポート	2.41 (±2.20)	2.82 (±2.22)	3.05 (±2.20)
20. 身内(配偶者は含まない)からの精神的サポート	2.95 (±2.01)	3.57 (±1.94)	3.76 (±2.12)
21. 配偶者からの精神的サポート	3.50 (±2.06)	4.23 (±2.02)	4.23 (±1.97)
22. 日課(家事を含む)が邪魔されること	1.95 (±1.53)	2.18 (±1.30)	2.82 (±1.79)
23. 配偶者の日課(家事を含む)が邪魔されること	1.95 (±1.43)	1.91 (±1.23)	2.86 (±1.78)
24. 結婚生活に対する満足感	4.50 (±1.77)	4.82 (±1.79)	4.82 (±1.79)
25. 性生活に対する満足感	2.29 (±1.71)	2.33 (±1.65)	2.33 (±1.59)

表5 がん入院家族とがん通院家族の項目別d得点の一覧

項目	d得点の平均(±標準偏差)	がん入院家族 (n=26)	がん通院家族 (n=22)
	がん入院家族 (n=26)		
1. 知人に関心事や心配事を相談すること	0.92 (±0.88)	1.10 (±1.37)	
2. 身内(配偶者は含まない)に関心事や心配事を相談すること	0.71 (±1.23)	0.71 (±1.10)	
3. 配偶者と過ごす時間	1.44 (±2.04)	0.23 (±0.61)	*
4. 配偶者に関心事や心配事を相談すること	0.60 (±0.76)	0.55 (±1.01)	
5. 近所の人や同僚と過ごす時間	1.00 (±1.19)	0.77 (±1.23)	
6. 余暇や娯楽の時間	1.76 (±1.54)	1.48 (±1.78)	
7. 育児や家事などに対する配偶者の協力	1.61 (±1.73)	0.40 (±0.88)	*
8. 育児や家事などに対する身内(配偶者は含まない)の協力	0.96 (±1.07)	0.89 (±1.41)	
9. 医療機関にかかったり、健康相談を受けること	1.67 (±1.83)	1.20 (±1.88)	
10. 育児や家事などに対する知人の協力	0.70 (±0.97)	0.37 (±1.21)	
11. 子どもに関する心配事	1.08 (±1.86)	0.43 (±1.12)	
12. 子どもと過ごす時間	0.75 (±1.22)	0.24 (±0.77)	
13. 子どもが保育所、幼稚園、学校などを休むこと	0.43 (±1.08)	4.76 E-02 (±0.22)	
14. 配偶者との意見の対立	0.79 (±1.56)	0.52 (±0.81)	
15. 体調が悪いとき	1.24 (±1.48)	1.55 (±2.22)	
16. 家事(料理、掃除、洗濯、庭の手入れなど)をする時間	1.16 (±1.31)	1.00 (±1.31)	
17. 仕事(家事を含む)を休むこと	1.48 (±1.53)	0.71 (±1.42)	
18. 配偶者が仕事(家事を含む)を休むこと	3.22 (±2.24)	1.20 (±1.74)	*
19. 知人からの精神的サポート	1.00 (±1.08)	0.68 (±1.17)	
20. 身内(配偶者は含まない)からの精神的サポート	0.64 (±0.81)	0.62 (±1.24)	
21. 配偶者からの精神的サポート	0.64 (±1.04)	0.73 (±1.16)	
22. 日課(家事を含む)が邪魔されること	1.28 (±1.77)	0.59 (±1.10)	
23. 配偶者の日課(家事を含む)が邪魔されること	0.92 (±1.58)	0.23 (±0.61)	
24. 結婚生活に対する満足感	0.92 (±1.53)	0.50 (±0.74)	
25. 性生活に対する満足感	1.64 (±1.87)	0.14 (±0.36)	*

* : p<0.01

表6 分野別の差

項目	がん入院家族	がん通院家族
3. 配偶者と過ごす時間		
4. 配偶者に関心事や心配事を相談すること		
7. 育児や家事などに対する配偶者の協力		
14. 配偶者との意見の対立		
21. 配偶者からの精神的サポート		
24. 結婚生活に対する満足感		
25. 性生活に対する満足感		
6. 余暇や娯楽の時間		
12. 子どもと過ごす時間		
16. 家事(料理、掃除、洗濯、庭の手入れなど)をする時間		
1. 知人に関心事や心配事を相談すること		
8. 育児や家事などに対する身内(配偶者は含まない)の協力		
10. 育児や家事などに対する知人の協力		
19. 知人からの精神的サポート		
20. 身内(配偶者は含まない)からの精神的サポート		
2. 身内(配偶者は含まない)に関心事や心配事を相談すること		
9. 医療機関にかかったり、健康相談を受けること		
11. 子どもに関する心配事		
15. 体調が悪いとき		
17. 仕事(家事を含む)を休むこと		
18. 配偶者が仕事(家事を含む)を休むこと		
13. 子どもが保育所、幼稚園、学校などを休むこと		
22. 日課(家事を含む)が邪魔されること		
23. 配偶者の日課(家事を含む)が邪魔されること		

* : p<0.05

表7 現在の生活において最も困っていること
(複数回答)

がん入院家族 (n=17)	患者に関すること (9)	・主人の病状の変化、患者の精神不安定 ・夫が病気になってしまったこと ・妻の病気入院 ・夫が病気になったので回復するまで心配、C型肝炎に対する医薬品がないのでそれが一番の心配など
	経済的なこと (4)	・金 ・収入 ・入院費により出費が多いこと ・主人が現在入院中なのでお金のことが大変
	自分に関すること(3)	・自分の時間をほしい ・自分の時間がほしい ・自分の健康
	仕事(家事を含む) に関すること (3)	・家事との両立 ・子供が小さいことで配偶者の入院の元での家事と仕事(忙しい)の両立、寝る時間が少ない ・子育て家事仕事の負担で自分で不安、患者の介護に要する時間が少ない
	その他	・心無き人の病気に対する噂話、そっと見守ってほしいとおもっているのに、何かと口をはさむこと ・患者と食事がとれること
がん通院家族 (n=10)	患者に関すること (6)	・主人の病気に対して ・主人に早く元気になってほしい ・夫の病気(がん) 再発の不安 ・妻の病気のことが心配 ・病気に対して日常生活でアドバイスしても素直にきいてくれないなど
	経済的なこと (2)	・医療費がもう少し安めとなってほしい ・医療費の問題はかなりきつい
	自分に関すること(2)	・私自身病 ・私自身の病気
	仕事に関すること (1)	・仕事終了時間が不規則なこと

表8 現在の生活において一番の助け
(複数回答)

がん入院家族 (n=17)	子供や家族に関する こと(10)	・子供がいること ・家族のサポート ・家族の笑顔、娘 ・家族の協力 ・親、夫婦が揃っていること、孫娘と遊ぶこと、家族の思いやりなど
	身内や知人に関する こと(4)	・身内のサポート ・主人のことでいろいろと知人に相談して助けてくれること ・友人 ・近所の人のサポート
	自分に関すること(2)	・精神的サポート ・仲間との習い事、旅行、スポーツ
	医療スタッフに関する こと(2)	・病院の先生の親切な処置を本当にありがたい ・病院のスタッフの明るい言葉
	その他	・金 ・人の気持ち ・やさしさ
がん通院家族 (n=10)	子供や家族に関する こと(5)	・相談にのってくれる家族 ・娘に手伝ってもらっている ・家族 ・妻の助 力 ・良い嫁にめぐり合えてよかったです
	経済的なこと(3)	・医療費のこと ・保険 ・お金のこと
	自分に関すること(2)	・心のサポート、ゆっくり休みたいです

IV. 考察

家族機能の得点化により、がん入院家族は、仕事を休んだり性生活や育児や家事の協力を得られない状況であったり、余暇や娯楽時間を使しむことができにくく、また医療機関にかかってたり健康相談を受けることもできにくい傾向にあることが示された。一方、がん通院家族では、配偶者が仕事を休む状況で、自己の体調が悪くても、がん入院家族と同様、余暇や娯楽の時間が持てず、医療機関にかかってたり健康相談を受けることができにくい傾向にあることがわかった。d得点の差を見ると、特に通院家族に比べて入院家族では、体調が悪いとき、仕事を休むこと、子どもが保育所、幼稚園、学校などを休むこと、日課(家事を含む)が邪魔されることなど、「家族と社会との関係」の分野に有意な差で高かった。特にd得点では、育児や家事などに対する配偶者の協力、余暇や娯楽の時間、性生活に対する満足感の「家族と個々の家族構成員との関係」の分野で高く、「家族個々の家族構成員との関係」、「家族と社会との関係」に介入の必要が認められる。同様の調査をがん以外で入院中の家族にも行ったが、今回はその詳細は述べなかった。しかし、比較をしてみるとがん入院家族と同じ傾向の家族機能を示してお

り、入院という現象が特に家族機能に影響を及ぼしている事実が示されている。

以上のことから、家族が入院するという家族にとっての危機状況が、家族機能を低下させていることが示された。入院が家族機能に影響を及ぼし、特に夫婦の関係に影響を及ぼしているという事実が明らかにされた。また、がん入院家族はさらに仕事を休めなかつたり、余暇の時間がとれないといった、家族の健康をも脅かしている状況が示された。

今回、治療中のがん患者の家族機能を、FFFS日本語版Ⅰを用いて調査し、がんで治療している家族の家族機能の特徴を明らかにした。家族を家族機能という視点で捉えていくこと、つまり家族内構成員との関係だけを捉えるのではなく、家族とサブシステムや家族と社会との関係という視点で家族機能を捉えていく必要性が認められた。さらに家族機能が維持できるような働きかけが必要といえる。今回の調査対象は、夫婦間での家族機能の分析を行ったが、今後は家族成員の続柄の特性を踏まえた上での分析をしていくこと、家族看護にどう発展させていくかを課題として取組んでいきたい。

謝辞

最後に本調査にご協力いただいた患者様ご家族の皆様、病院スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。また、FFFS日本語版Ⅰと貴重な資料をお送り下さり、ご教示いただいた法橋尚宏先生に厚くお礼申し上げます。

文献

- 1) Laizner AM,etc:Need of family caregivers of persons with cancer A review. Seminars in Oncology Nursing,Vol 9,No 2,114-120,1993
- 2) 本田彰子他：がん患者の家族の思いに関する研究－診断機から治療期における家族の思いの構造化－、日本がん看護学会誌11巻1号、49-58、1997
- 3) 豊田久美子他：家族の機能と家族看護に求められるもの－教育期の家族を中心として－、京都大学医療技術短期大学部紀要、第15号、73-79、1995
- 4) 和田紀子：家族機能と幼児の行動および父母の育児問題、小児保健研究、第58巻第1号、49-57、1999
- 5) 貞木隆志他：円環モデルによる家族機能のアセスメント、精神科診断学、8巻2号、125-135、1997
- 6) 西川京子他：家族機能度を与える家族システムのきずな・かじとり因子の計量的研究－アルコール依存症者とその妻に対する質問紙調査の結果から－、家族療法研究、15巻2号、105-116、1998
- 7) 大田垣洋子他：摂食障害患者の家族機能についての検討、精神医学、43巻8号、849-854、2001
- 8) 上原徹他：摂食障害の家族教室－家族の心理状態および家族機能との関連－、心身医学、第41巻第3号、189-197
- 9) 中屋優美子他：神経性無食欲症患者の家族関係の分析－家族システム理論に基づく家族構造図をもとに－、日本看護学会 第30回成人看護Ⅱ、167-169、1999

- 10) 牧尾一彦他：医療機関における精神分裂病家族教室の効果－生活者としての家族機能に焦点を当てて－、精神医学第43巻8号、841-847、2001
- 11) 佐藤忍他：在宅酸素療法患者とその主介護者の家族機能、日本胸部疾患学会雑誌35巻10号、1054-1059、1997
- 12) 結城美智子：在宅要介護高齢者の介護者家族に関する研究－介護者の家族・身内との関わり、介護負担感および家族機能特性による家族類型－、保健の科学、第38巻第8号、555-560、1996
- 13) 豊田久美子他：高齢者の入院が家族に及ぼす影響、京都大学医療技術短期大学部紀要、第17号、25-31、1997
- 14) 井上真一他：乳がん患者夫妻における不安・抑うつと家族機能に関する臨床的検討、精神神経学雑誌、103巻11号、999、2001
- 15) 坂口幸弘他：家族機能認知に基づくし死別後の適応・不適応家族の検討、心身医学、第39巻第7号、525-532、1999
- 16) 戸木クレイグヒル滋子、池田優利子：日本語版Feetham家族機能検査の検討、小児保健研究、54巻5号、616-620、1995
- 17) 法橋尚宏、前田美穂、杉下知子：FFFS (Fetham家族機能調査) 日本語版Ⅰの開発とその有効性の検討、家族看護学研究、第6巻1号、2-10、2000
- 18) 鈴木和子・渡辺裕子：家族看護学－理論と実践第2版－、日本看護協会出版会、1999
- 19) 杉下知子：家族看護学入門、メジカルフレンド社、2000
- 20) 森山美知子：ファミリーナーシングプラクティス家族看護の理論と実践、医学書院、2001
- 21) 茂木千明：健康な家族機能に対する評価－セラピストと家族の比較－、家族心理学研究、15巻2号、109-123、2001
- 22) 佐伯俊成他：Family Assessment Device(FAD)日本語版における回答反応－Social desirabilityの影響と家族成員間のスコアの相違－、精神科診断学10巻1号、75-82、1999
- 23) 長嶺敬彦：身体化現象と家族機能に関する研究－家族機能の社会科学的考察－、月刊地域医学3、322-330、1989
- 24) 加藤美紀子他：家族機能を引き出すことに焦点を当てた援助、日本看護学会 第30回成人看護Ⅱ、63-65、1999

(2004年11月4日受理)

東海地震防災対策からみた災害弱者世帯の看護ニーズ

Care Needs for Elderly and Disabled People on Disaster Preparedness
of TOKAI Earthquake

牧野典子 高林ふみ代

Tsuneko MAKINO Fumiyo TAKABAYASHI

要 旨

東海地震が起こる可能性が高い地域を対象にした、防災対策に関する質問紙調査を行った。調査対象者1,110名の中で、大地震の犠牲者となる可能性が高い災害弱者を抱える世帯の回答者592名に焦点を絞り、防災対策上の問題点を明らかにした。その結果から、災害弱者を抱える世帯の抱える健康上の問題点を明らかにし、問題点から推測できる看護ニーズを検討した。以下にその概要を示す。

新潟中越地震は、災害弱者以外の人々にさえ健康上の問題を突きつけた。40代や50代の復旧の中心となる人々が、無理な姿勢での休息や睡眠、不眠不休の労働、ストレスの蓄積などによって、主として循環器系の健康障害を発生させている。健康問題は、災害弱者世帯と比較した「災害弱者不在世帯」についても検討されるべきで、健康障害の危険性が0ではない以上、支援が必要がある。そこで、災害弱者でない人々であっても災害時において抱える健康への支援は必要と考え、「健康障害危険度1」とした。そして、災害弱者を一人抱える世帯は「危険度2」、複数抱える世帯は「危険度3」、現在すでに要介護者を抱える世帯は「危険度4」、要介護者と災害弱者とを抱える世帯は「危険度5」とし、各グループに推測される看護ニーズについて取り上げた。

1. 災害弱者がいる世帯は、対象住民の5割近くある。1世帯に複数人、あるいは要介護者に加えて存在する家族は、災害時の救援支援体制を近隣や知人と共に考えなければならない。
2. 災害弱者のいる世帯を4段階に分け、健康障害が発生する危険度別に対策状況を見た結果、高いグループであっても対策が進んでいないことがわかり、阪神淡路大震災と同様の窒息や圧死による犠牲者がいる可能性がある。
3. 水や食糧の備蓄が比較的進んでいるのは、危険度5グループであった。水の確保は、新潟中越地震で発生している肺梗塞や脳梗塞の予防にもなるため、十分な水の確保が必要である。
4. 家族間の連絡体制や協力体制は、危険度5グループは比較的進んでいるが、4グループは対策ができていない。どのような背景があるのかを解明する必要がある。
5. 地域防災組織との連携への関心は、危険度5グループに関心が高い傾向が見られている。

防災組織への加入だけに止まっている世帯が多くみられるので、連携の対策を考えた活動に参加できるようにする必要がある。災害時の救助や心身へのケアなど、家族と地域の連携でケアを行う訓練は大切である。

I. はじめに

新潟中越大地震による犠牲者は、その多くが災害弱者と呼ばれる高齢者や身体的機能低下を普段から来している人々である。被災地ではないが、筆者らが行った調査¹⁾では、40～69歳代の住民の5割以上、70歳代以上の6割以上が高血圧の治療中で、その他にも日常内服している薬のほとんどは、循環器系疾患、血液疾患の治療薬であった。被災時では、治療薬が被災直後直ぐには手に入らず、被災者は血圧のコントロールが不十分な状態で災害の処理を行わなければならない。調査の対象地域の住民が被災した場合、高齢者や40～60歳代の人々は、新潟の被災者と同様かそれ以上の健康問題を発症する可能性が高いと考えなければならない。

またこれら以外にも、高齢者や子供達が陥りやすい健康問題に、建物や家具の転倒、ガラスの破片による怪我などの外傷や、つらい出来事による心の外傷である心的外傷後ストレス症候群などがある。これらの病気や外傷になりやすいのは、反射能力や適応能力が低下している高齢者、日頃から薬の力で体調をコントロールしている人々、そして子供達である。一般的に、高齢者の身体機能は「30歳を100%とした場合、腎肺機能が70歳で60%に落ち」²⁾、「体力テストは70歳で50～70%に低下する」³⁾。高齢者の身体機能は個人差が大きいと言われているが、骨折してベッド上に安静臥床した場合、高齢者の身体的な機能が急激に低下することはよく知られている。また、環境の悪化による影響を強く受け易いのが高齢者と子供である。子供は、被災したりつらい出来事に遭遇した場合、親のその出来事を受け止めている感情に影響を受けやすい。親の感情をとともに受けとめてしまいストレスを受ける。そして、成長に影響を受けやすい存在である。傷つきやすい子供の心的外傷を軽減できるのは、大人であり親である。ことをよく知って訓練を受けておくことも、防災対策なのである。

東海地震の災害について考えてみれば、今は災害の静穏期であり、災害に備えて準備をする時期である。新潟中越地震は災害弱者以外の人々の命さえ奪ってしまったが、それは休息の場が確保できないために起こっていることである。無理な姿勢での休息や睡眠、不眠不休の労働、ストレスの蓄積による健康障害への影響の大きさを考えて、休息の場を確保できるように対策を立てておかなくてはならない。避難所や食料、水を個人レベルで確保しておく必要があることを教えているのではないだろうか。被災地にならなかった地域の住民の責任は、近々発生が予測される東海地震のために、被災地の教訓を生かした備えをすることである。このように、新潟の被災地からの映像を見て、改めて対策の必要性を考えているのは私だけではないだろう。しかし、このような意識の高まりは、地震発生から日が経つに従って、わずかずつではあるが低下傾向を示す。

そこで、本研究は、防災対策についての質問紙調査の結果から、住民にどのような健康問題が発生する可能性が高いかを知って、過去の被災地の研究結果や新潟中越地震の教訓などを参考にして、看護ニーズを明らかにして、意識が高まっているこの時期に住民に対策上の提案を行うものである。

II. 調査方法

1. 対象

調査の対象：O町内の町内会A、B、Cの住民1,110世帯（回収率65.3%）である。質問紙調査は、各戸に組長を通じて回覧板で配布し、世帯の一人が代表して無記名で回答したものを組長が回収した。組長への説明は、組長会議の際に調査目的を説明し、調査を強制しないこと、協力者のみからの回収をお願いした。

2. 時期：2003年10月～12月

3. 質問紙の概要

質問紙の内容は、①回答者の背景について、②防災対策の準備状況、③自主防災活動への参加状況、④組織加入意識、⑤近隣住民との交流について、⑥災害時に優先的に支援を要する家族（災害弱者）の存在、⑦薬物治療者の災害時対策についてなど、⑧同報無線の聞き取り、⑨聴覚障害者の存在など合計27項目で、独自に作成した。

4. 分析の方法

防災の実態と回答者の背景との関連について、SPSSソフトを使用し統計処理した。有意水準は5%，1%とした。

III. 結果の整理

1. 災害弱者世帯

ここで、災害弱者とは「70歳以上の老人」、「3歳以下の子供」、「4歳から小学生」、「日常生活に介護を必要とする者」をいう。災害弱者が存在する世帯は502（49.0%，無回答35）で、町内会別の割合は表1のように、AとB町内会は5割以上の世帯に災害弱者が存在していた。

表1 町内会別の災害弱者世帯

災害弱者の有無	A町内会	B町内会	C町内会	合計
あり	126（52.5%）	168（50.1%）	208（46.3%）	502（100%）
なし	114（47.5%）	167（49.9%）	241（53.7%）	522（100%）
合計	240（100%）	335（100%）	449（100%）	1024（100%）

災害弱者が存在する世帯は、複数の子供がいる場合と要介護者と子供が居る場合で、被災時の支援必要度が異なる。そこで、災害弱者の数と推測ケア度から支援度を決定した。災害弱者が存在しない世帯も「健康障害危険度1」とし、高齢者か子供か1人存在する世帯は「危険度2」、高齢者か子供が複数存在する世帯は「危険度3」、要介護者が存在する世帯は「危険度4」、要介護者と他に高齢者か子供が存在する世帯は「危険度5」とし、家族のなかで健康障害が起りやすい危険度を示した。

町内会別にみた災害弱者の割合を再度示したのが表2である。災害弱者が存在する世帯は、

Aの方がB町内会より多かったが、B町内会は「危険度5」世帯の割合が他より高い。要介護者の世話をしている者が、さらにもう一人の幼児か高齢者の安全を確保しなければならない。介護者が若い者であれば、夫と共に災害弱者の安全を守ることができる可能性があるが、介護者が高齢者である可能性が強い。いずれにしても、災害時に自分と家族の安全をどのように確保するのかについて、家族以外の支援者を巻き込んで対策を立てておかなくてはならないと考える。

表2 町内会別の健康障害危険度

健康障害の危険性	A町内会	B町内会	C町内会	合計
危険度1	114 (47.5%)	167 (49.9%)	241 (53.7%)	522 (100%)
危険度2	93 (38.8%)	111 (33.1%)	142 (31.6%)	346 (100%)
危険度3	17 (7.1%)	30 (9.0%)	33 (7.3%)	80 (100%)
危険度4	9 (3.8%)	11 (3.3%)	17 (3.8%)	37 (100%)
危険度5	7 (2.9%)	16 (4.8%)	16 (3.6%)	39 (100%)
合計	240 (100%)	335 (100%)	449 (100%)	1024 (100%)

2. 災害弱者世帯の安全対策

災害弱者世帯の危険度による、寝室の安全準備について表3に示した。危険度1グループと3グループは対策していない割合が4割と最も高いが、危険度2グループと4グループ、5グループは一部対策をしている割合が最も高い。大部分対策済みの割合が最も高いグループは危険度5で、このグループは7割以上が何らかの対策をしている。しかし、要介護者が居る危険度4のグループを始め、3グループや1グループは4割以上が未対策である。睡眠中に家具の転倒が起こり圧死した者が多かった阪神淡路大震災と同じ被害者を出す可能性が高い。また、4グループが未対策率、一部対策率が高く、大部分対策した率が非常に低いのは問題である。

表3 危険度別の寝室安全対策

健康障害の危険性	寝ている部屋の転倒防止対策			合計
	していない	一部対策済み	大部分対策済み	
危険度1	213 (41.4%)	193 (37.5%)	108 (21.0%)	514 (100%)
危険度2	123 (35.9%)	159 (46.4%)	61 (17.8%)	343 (100%)
危険度3	32 (41.0%)	25 (32.1%)	21 (26.9%)	78 (100%)
危険度4	16 (44.4%)	17 (47.2%)	3 (8.3%)	36 (100%)
危険度5	11 (28.9%)	15 (39.5%)	12 (31.6%)	38 (100%)
合計	395 (39.1%)	409 (40.5%)	205 (20.3%)	1009 (100%)

ガラス飛散防止についての対策は、どのグループも未対策で、9割以上である。特に危険度4グループは100%未対策で、5グループも対策しているのは1人であり100%未対策に近い。新潟中越地震は、豪雪地帯であったための対策によって倒壊家屋が比較的少なかったと言われている。しかし、一時帰宅した避難地区の住民が見たものは、家屋の中のガラスの破片と本棚や家具等の転倒した物で足の踏み場もない部屋であった。家を後にしたときより余震によって散らかりガラスの破片によって危険性を増していた。要介護者は、危険を自分で避けることができない人々である。介護者である家族は、危険防止を責任持って行う必要があると考える。

3. 水、食料の備蓄

水や食料の備蓄は、行っていない傾向が強く、3日以上の備蓄を行っている率は更に低く26.0%にすぎない。危険度5グループは15(38.5%)世帯が3日分以上の水を備蓄しており、グループ内の実施率としては高い方であった。

地震災害時の断水は、水道管の被害によってよく発生する現象である。水不足は、生命維持に関わるので、個人レベルで備えておく最も重要なものである。水の用途は飲み水が第一であるが、その他に調理用、清潔用、トイレ用など大変幅広い。生活の必需物資である。

4. 家族間の協力体制

家族間で連絡方法や避難方法等について話し合って決めている世帯は319(31.7%)世帯にすぎない。7割近い世帯はそのような対策をとっていない。その傾向が強いのが危険度4のグループである。73.0%が対策がない。反対に5グループは実施率が40.5%、未実施率は59.5%と、最も実施率が高い。グループ格差が出る背景には何があるのかを追求する必要がある。

5. 防災組織との協力

災害弱者が複数存在する危険度3以上のグループは、町内の協力体制がなければ救出や生活の建て直しが不可能である。日頃の町内でのコミュニケーションによって、多くの人が命を救われている。田中は⁴⁾、昭和58年5月26日正午に青森県沖に発生したM7.7の日本海中部地震の特別養護老人ホームの火事災害時の研究から「相互のコミュニケーションが緊急時に重要な役割を果たしている」と述べている。歩ける老人が車椅子の老人を手助けすることによって、多くの老人の命を守ることができた。老人同士の協力体制がなければ、98名の老人を23名の職員だけで助け出すことはできなかつた。入居者相互の助け合いの心を普段から育てる努力をしていた成果が、緊急時に発揮されたと言うことである。

日頃のコミュニケーションには、近所のヨコのつながりと、仕事上や自主防災などの縦のつながりとがある。縦は組織として機能するために必要な、責任者と一般職員と入所者の関係である。両方のコミュニケーションが大切で、平常時のタテ、ヨコの社会関係的資源が、緊急時における対応を円滑にするのである。

地域の自主防災組織にどの程度関心があり、活動に参加しているかを関心度としてまとめ、自主防災に加入している場合は「関心度2」、さらに訓練にも参加している場合は「関心度3」と訓練参加が年に複数回ある場合は加算して「関心度4」「関心度5」として、災害弱者の世帯について変化を見た。しかし、災害弱者の世帯ランクでの大きな変化はなかった。約33%の世帯が自主防災に加入し年1回の防災訓練活動に参加している「関心度3」を示している。強

いて言えば、危険度5のグループに関心度5の割合が多い。複数の防災活動に参加している事実から、組織の役割を持った人々がこのグループ内にいるのではないかと推測する。

6. 近所づきあい

ヨコのコミュニケーションを深め、人間関係を作っていくためには近所の人々との関係が重要である。近所づきあいのランクは挨拶程度の「つきあい度2」、立ち話をする程度を「つきあい度3」、留守を頼むほどの強い関係は「つきあい度4」として、危険度別にその特徴を見た。表4によれば、全体のヨコの関係はつきあい度2か3に止まっている。危険度4は積極的な近所づきあいではなく、危険度1か2程度の関係を作っている。危険度5は近所づきあいが密な世帯が多く、つきあい度4の割合が高い。

表4 危険度別の近所づきあい

健康障害の危険性	近所づきあいの程度				合計
	つきあい度1	つきあい度2	つきあい度3	つきあい度4	
危険度1	16 (3.1%)	192 (37.1%)	205 (39.7%)	104 (20.1%)	517 (100%)
危険度2	5 (1.5%)	120 (35.7%)	137 (40.8%)	74 (22.0%)	336 (100%)
危険度3		22 (28.2%)	40 (51.3%)	16 (20.5%)	78 (100%)
危険度4	2 (5.6%)	13 (36.1%)	16 (44.4%)	5 (13.9%)	36 (100%)
危険度5	1 (2.6%)	6 (15.4%)	18 (46.2%)	14 (35.9%)	39 (100%)
合計	24 (2.4%)	353 (35.1%)	416 (41.4%)	213 (21.2%)	1006 (100%)

7. 地震発生時の緊急対応行動

地震が発生してから揺れがおさまるまでの「とっさの行動」には、静止型と行動型があり、行動型の中に子供や老人を保護しようとする「保護行動」がある⁵⁾。災害弱者の生命を守る行動をとったあと、揺れがおさまったときに更に安全な場所に移動する場合がある。そのときに、どこが危険でどこが安全であるのかについて、正確な情報を入手し、情報を分析する能力が必要である。しかし、突然の被災に分析能力は著しく低下しており、正確な判断ができにくい傾向にあることを指摘されている。

このようなときに大切なことは、正確な情報入手と頼りになるリーダーとの連絡である。どの程度の規模であるのか、被害状況はどこにどの程度発生しているのか、道路は寸断されていないか、など、移動する場合の重要な情報である。今回の質問には、情報入手手段に何を選択するのかを第3位まで回答してもらった。1位はテレビ、2位はラジオ、3位は近所の人からであった。これらの情報が手にはいるようにすることは大切であるが、その地域の避難勧告に重要な情報源は、同報無線である。特に津波の避難勧告は一刻を争うため重要である。広報車や同報無線の情報に注意を払っておく必要がある。テレビ・ラジオは、広く広域の人々に情報を流すけれど、その地域の情報を正確に入手できる同報無線や広報車による情報入手の方法を常日頃から活用し訓練しておく必要がある。

地震の事例ではないが、航空機事故（大韓航空機火災事故、1980）における日本人乗客の避難行動から、三隅と佐古が⁶⁾「避難誘導行動の脱出経路と脱出方法の明確な指示が乗客を安心させ、不適応行動を回避できた。的確な行動へと誘導することができた」と述べている。緊急時にリーダーになる可能性がある者は、発言と指示の出し方、リーダーシップ行動の訓練を受けておくことが大切である。訓練によって、被誘導者の情緒的安定を図りながら的確な誘導が行えるようになるのである。

IV. 考察

1. 災害弱者と家族の被害

災害弱者を抱える世帯が約5割ある。その内、明らかに家族以外の人の手が必要な世帯は、危険度4と危険度5の76(7.4%)世帯である。この世帯を支える支援ネットワークづくりが緊急の課題である。

また、支援される者も支援する者も自らの身の安全対策が不十分であることが明らかになった。阪神淡路大震災は3,651人の犠牲者を出したが、その死因は外傷性窒息を含めた窒息である。1,967人(53.9%)が窒息であった。そして、次が胸部や全身の圧挫傷456人(12.5%)、熱傷444人(12.2%)であった⁷⁾。この地震による犠牲者で多くの人々が、病院に輸送されてもなくなるケースがあった。それが挫滅症候群である。重い物で圧迫されていた筋肉が急に物を取り除かれたことによって破壊された細胞からミオグロビン、カリウムが血液中にたくさん排泄されて腎不全をきたすために、患者はショック状態を起こし重篤な状態となって死亡する人が多かったのである。

物の下敷きになっていて助けられた人は、十分に注意して救命装置を用意し、点滴などを行なながら搬送する必要がある。多くの人がこのような状態であった場合、対応しきれないのは予測できることである。災害弱者を支援する家族が、第1に自らの安全対策をしなくてはならない。

医療者は、各自が自分の身を守るということが何故必要なのかを、災害弱者を抱える家族にわかりやすく説明することが大切である。

2. ガラスでけがをした場合

ガラス飛散防止対策の実施率は、非常に低かった。ガラスによるけがは、トリアージ訓練で判定すれば緑である。軽傷と判断されて病院に行って消毒を受けることはできない。病院に搬送される人は重症例だけである。ガラスによるけがの部位は、足が多い。夜の暗い環境で踏んでしまったり、履き物を履かずして室内を歩いてガラスを踏むことが多い。ガラスでけがをした場合は、水で洗い流し、破片をとることである。完全に除去しないと感染する原因になるからである。家庭にある消毒薬でよいので、破片を除去した後に消毒しておき、出血があるようならガーゼを当てておく。病院ではなく自分で対処する範囲のけがであるため、処置方法を知っておく必要がある。

足にけがをした場合、避難するのに不自由になり、歩行機能が低下する。高齢者の場合、歩行しなくなった筋肉は毎日徐々に筋力が落ちていき、それが転倒の可能性を大きくする。ちょっとしたけがが、寝たきりになるきっかけになることがあるため、ガラスの飛散を防止する事は

大切である。

3. 水分不足や下肢の運動不足による静脈血栓

脳梗塞が朝に発生しやすいことはよく知られている。それは、寝ている間の汗や水分不足による脱水が一つの原因になっている。十分な水分補給が大切である。また、新潟中越地震では車で寝泊まりしている人々の運動不足による静脈血栓が問題になっている。静脈血栓は心臓に運ばれると、肺の血管をつまらせて、肺梗塞という命に関わる病気につながる。下肢の運動と水分の補給が十分できるように備蓄を行い、休息の場を確保するために親戚や他の地域の人々も巻き込んだ対策を立てておく必要があると考える。

引用・参考文献

- 1) 牧野典子他：地震防災対策における地域住民の看護ニーズ，静岡県立大学短期大学部研究紀要第16号, pp.109-112, 2003
- 2) 氏家幸子監修：A. 成人看護学原論, 廣川書店, p.24, 2003
- 3) 厚生統計協会編：国民衛生の動向・厚生の指標 臨時増刊, 第51巻 9号, 通巻794号, 2003
- 4) 田中重好：災害下の社会的弱者の保護（田中二郎他著『災害と人間行動』）東海大学出版会, pp.122-127, 1986
- 5) 林春男：地震時の緊急対応行動（田中二郎他著『災害と人間行動』），東海大学出版会, pp.32-39, 1986
- 6) 安倍北夫：災害心理学序説, サイエンス社, 1982
- 7) 鵜飼卓他編：事例から学ぶ災害医療, 南江堂, pp.35-48, 1995

(2004年11月4日受理)

ビデオ教材の活用について —自作ビデオ作成の試み—

A Study on Use of Visual Aids
—An Approach to Make Films—

海老名 和 子

EBINA Kazuko

Iはじめに

現在、大学や教育課程の向上、改善を手助けすることを目的に自己点検・自己評価が実施されている。⁽¹⁾ 平成14年度の本学の自己点検・自己評価では、大学の責務の二本柱のうちの一つである教育活動について行われ、平成15年度にも研究と併せ教育について自己点検・自己評価が行われた。大学では従来研究に重点が置かれていた傾向にあったが、昨今の少子化問題、学生の質の低下等大学を取り巻く環境の変化に伴い、大学における教育の質が大学選別のポイントになってくると考えられている。⁽²⁾ また大学において特に教育の実を向上させるためには、まず教員が自らの教育に対して授業の改善を行うことが必須である⁽³⁾といわれている。そして医療・福祉の専門教育を行う本学では、限られた時間数の中で、学生に専門的技術も習得させなければならないのである。そのためには、かなり効果的な授業展開をしていかねばならない。

筆者の担当科目である予防的歯石除去実習では、各項目ごとに講義、基礎実習、(マニキン実習)、相互実習を行うという流れで授業を実施している。そして相互実習では、当然学生が患者役となるわけだが、二十歳前後の学生の口腔内状況は、健康な状態がほとんどである。そのため本来は病的な状況下で行う処置であるが学生は、臨床の場面で歯科衛生士が患者に行う処置を具体的にイメージしにくいと考えられる。したがって講義時にビデオ等の視聴覚メディアを利用することにより、学生は抽象的な概念から具体的把握が得られるのである。また現在はスケーリングなどの数mm単位の操作については、講義時に市販の操作ビデオを学生に見せており、しかし市販のビデオといっても歯科衛生士の専門的操作のビデオは、ほとんど皆無なのが現状である。そのため学生に少しでも講義の段階で操作、手順等の理解を深めてもらい効率的な授業を展開することを目的に自作ビデオを作成することとした。また併せて学生に視聴覚教材についての意識調査を実施し、今後の視聴覚教材の利用について検討したので報告する。

II 方法

1 自作ビデオ作成

・ビデオ内容

今回は、説明に多くの時間を費やしている相互実習のガイダンスに使用するビデオを作成することとした。この相互実習ガイダンスは、予防的歯石除去実習だけではなく歯科衛生学科の他の授業での相互実習においても基本となるものである。制作したのは以下の項目である。

- (1)相互実習での実習動作（滅菌物の取り扱い動作、相互実習準備動作、相互実習後の片づけ動作、患者誘導・術者とアシスタントの動作）
- (2)共同動作（術者のスリーウェイシリング操作、アシスタントのバキューム操作）

・ビデオの活用

前期終了前9月に配付資料の説明後にビデオを見せる。その後教員のデモンストレーションを行い、相互で実習動作のロールプレイン、共同動作は、模型上で操作実習を行った。

2 アンケート調査

時期：平成16年1月

対象：歯科衛生学科1年生39人

学生の視聴覚教材についての意識を把握し、今後の授業の参考にするために無記名方式で「視聴覚教材について」のアンケート調査を実施した。

III 結果

学生へのアンケート調査の結果について

予防的歯石除去実習の講義では、資料（一部記述式）、教科書、板書を主に利用している。そして一部ビデオ、スライドを活用している。この現状を踏まえて、「講義で実習のイメージが分かるか」という質問に対しては、分かるが39%、だいたいわかるが49%であり、おむね理解できているようである（図1参照）。

次に「視聴覚教材の利用について」の質問では、沢山利用して欲しいと回答したのは31%で、最も多かったのは適度に利用して欲しい66%であった（図2参照）。また学生の「好きな視聴覚教材」の質問では、ビデオをあげた学生が最も多く36.1%であり、ついでスライドが22.2%、CCDカメラが16.7%、パワーポイント、OHPが共に11.1%であった（図3参照）。そして「視聴覚教材の効果について」の問では効果的と回答した学生が多かったのはCCDカメラ72%で、次に効果的が多かったのはビデオ55%であった（図4参照）。

図1講義で実習のイメージが分かるか

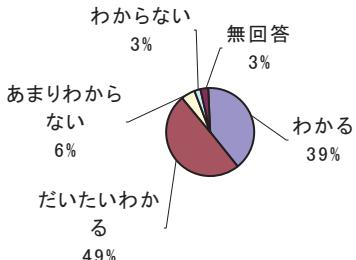


図2視聴覚教材の利用について

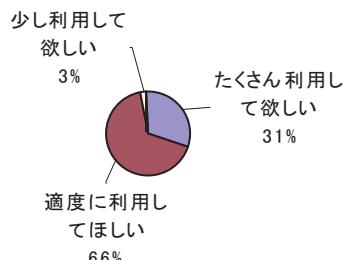


図3好きな視聴覚教材

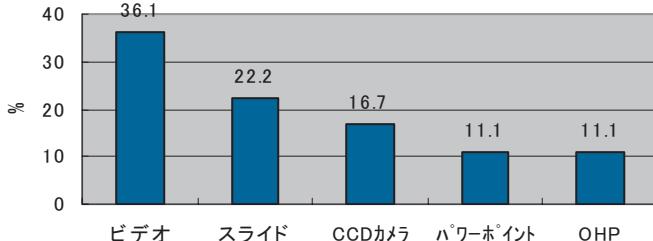
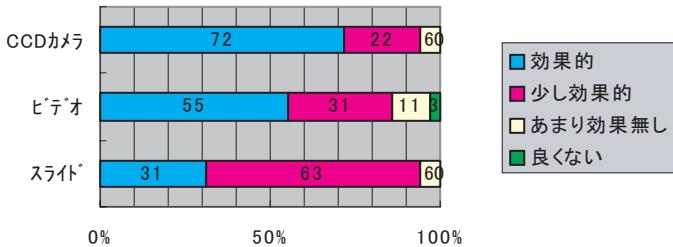


図4視覚教材の効果について



IV 考察

現在の予防的歯石除去実習の授業展開は、まず講義では当日の講義内容（一部を記述する）プリントを配布し、それを説明する形式で行っている。またビデオ、スライドのある項目についてはそれらも活用している。

その次の段階である基礎実習、模型（マニキン）実習では、実習のプリントを配布し説明した後、デモンストレーションを行い実習を開始する。デモンストレーションは、実習に参加する

教員の人数によるが通常教員一人に対し学生が10～15人である。その後学生の操作実習になり、教員が机間巡視して個別に学生指導をしていく。

今回のアンケート調査結果から、学生が視聴覚教材の利用についての意識が分かった。まず視聴覚教材の利用頻度については、66%と半数以上の学生が多く利用して欲しいというよりは、むしろ理解が深まるように適度に利用して欲しいと考えていることが分かった。

視聴覚教材について伊藤は、学生の知的興味や学習意欲を呼び覚ます映像メディアの利用は、動機付けとして効果的であると述べている。⁽³⁾ またビデオ等を活用して授業を行ったことで、目指す職業の役割が学べ学習意欲が湧いたり、ビデオにより理想的なものを具体的にイメージできた⁽⁴⁾との報告や、さまざまなメディアを活かすることで学習の相乗効果が生じる⁽⁵⁾との報告がある。これらの報告からも視聴覚教材を利用することは、学生にとって有効であると考える。また学生の回答から好きな視聴覚教材は、ビデオが一番多くで36.1%であり、次いでスライド22.2%、CCDカメラ16.7%であった。現在使用している市販ビデオは、臨床の場面での操作を見る所以ができるので臨場感があり臨床での操作の意義等を含めて明確化することができると言える。

また学生が効果的な視聴覚教材と考えているものは、CCDカメラが72%と最も高く次いでビデオが55%であった。そして効果がない、あまり効果がないと回答した割合が高かった視聴覚教材は、ビデオである。これは教員のビデオの利用方法により、効果的にもなるし効果がなく意味のないものになってしまふということである。つまりいくら教育効果が見込まれる教材だからといって闇雲に利用すればよいというわけではないということである。視聴覚教材は、効果的な場面に適切なものを利用していくことが重要である。そして教員はいつ、なにを、どのようにみせるかという詳細な教授計画を立てる必要があるということである。また与えられた教材は適切であったか、学習者はきちんと理解できたのかなどは、常にフィードバックしていかねばならない。また伊藤は、視聴覚教材の欠点として表現方法が稚拙だったり、的確でないと何が言いたいのかわからない。そして伝えるべき事が伝わらない。また学生もわかった気になるがその実わかっていないということがあると述べている⁽³⁾。これらの欠点を踏まえて教師の指導や図書、文献などの言語的情報の手助けを借り、問題を抽出し整理、再構築し自らの言葉で表現しようとしていく訓練が必要である。

Vまとめ

今回は、予防的歯石除去実習の相互実習ガイダンス時に使用する自作ビデオの作成を試みた。このビデオの効果については具体的に調査はしなかったが、学生の視聴覚教材についてのアンケートを実施した。その結果現状では、学生のほとんどがある程度のイメージを持つことができていた。視聴覚教材を利用することは学生に有効であるが、効率的に使われていたかどうかは定かではない。そしてさまざまな視聴覚教材を利用することは、学生にとって有効であることを念頭に入れつつ、効果的な場面に適切なものを利用し見せていくことが大切であることがわかった。そのためにも今後教員は、適切な教材作成、入念な授業計画、説明能力の向上等学生が、授業目的を達成できるように努力して行かねばならない。今後も続けて視聴覚教材については検討し、自作の教材も作成し授業に取り入れていくつもりである。

VI引用参考文献

1. 喜多村和之訳、ケルズ著、『大学評価の理論と実際』、東信堂、1998,10
2. 静岡県立大学短期大学部自己点検・自己評価委員会、『平成14年度静岡県立大学短期大学部「自己点検・自己評価」報告書』、静岡県立大学短期大学部、2003, 4
3. 伊藤敏朗著、「大学図書館における視聴覚サービス論と映像メディアの特性」日本図書館協会刊、『現代の図書館』 Vol.32.No 3、pp 29-32、1994. 9
4. 池本悦子他、「学生がケースカンファレンスを主とした授業をおこなって」、看護展望Vol.58.No.10、pp 106-110、医学書院、2000,10
5. 木村由美著、『「急性期看護」のビデオを用いた授業評価』、神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録、26号、pp.118-125、2003,3

(2004年11月 4 日受理)

高齢者の歯ブラシの消耗度について

The Study of Toothbrush Wear on Elderly People

田中丸 治 宣

TANAKAMARU Harunobu

I. 緒 言

口腔清掃にとって、ブラッシングは不可欠のものであり、歯ブラシはそのために用いられる最も基本となる器具である。歯ブラシは口腔内で使用することにより、歯ブラシ線維が消耗（損耗）するが、歯ブラシの消耗には種々の要因が影響することが知られている。歯ブラシ線維が損耗した歯ブラシを用いてブラッシングを行った場合には、清掃効果が減少するばかりでなく歯牙周囲の軟組織に損傷を与える危険性がある。そのため口腔衛生指導特にブラッシング指導を行う際には、歯ブラシを交換すべき間隔についても、具体的に指導することが必要である。しかし、歯ブラシの消耗については、個人差があり、特に高齢者においてはブラッシング習慣や口腔内の状況が多様なため個人差が大きいと考えられるが、高齢者が使用した歯ブラシの消耗については、未だ明らかにされていない。そこでこの点を解明する目的で本研究を企画し、今回は1か月間使用による、歯ブラシの消耗状態を明らかにすることを目的に調査を行った。

II. 調査対象及び方法

1. 調査対象

本研究では、障害老人の日常生活自立度判定基準のランクJ及びAとみなされる者、すなわち屋内での日常生活では介助を必要とせず、自立がおおむねできている65歳以上の高齢者を調査対象とした。横浜市シルバー人材センター登録者、静岡市ラジオ体操連盟加入者及び静岡市生涯教育（おもと大学）受講者並びに施設入所者として養護老人ホームA（横浜市）の入所者に調査への協力を依頼し、了承が得られたものを調査対象とした。

調査対象の年齢及び年齢区分別例数は表1、2に示すとおりである。

表1 調査対象例数及び年齢

例 数	79人
平均 年 齡	73.2歳
標準 偏 差	5.6歳
最 低 年 齡	65歳
最 高 年 齡	87歳

表2 調査対象の年齢区別人数

年齢区分	人 数
65～69歳	21
70～74歳	28
75～79歳	20
80歳以上	10

2. 調査方法

調査対象に、原則として1か月間隔で、ブラッシングの指導及び口腔診査を行った。その際に後述する3種類の中から、症例毎に1種類の歯ブラシを配布し、日常のブラッシングにおいて調査期間中は指定の歯ブラシを使用するよう指示した。そして次回調査時に、約1か月使用した歯ブラシを回収し、この歯ブラシを調査資料とした。

本調査において用いた歯ブラシは、ハンドル部及び植毛部（ヘッド部）が標準的な形態であり、主に植毛部の大きさが異なる3種類の歯ブラシ（G・U・M歯ブラシ#211、#311及び#411）（図1、図2）である。これらの各歯ブラシの植毛部の大きさ（長さ）は#211が2.45cm、#311が2.95cm、#411が3.15cmである。

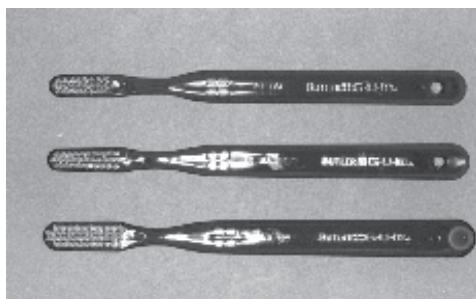


図1 本研究で用いた歯ブラシ
<上から#211、#311及び#411>

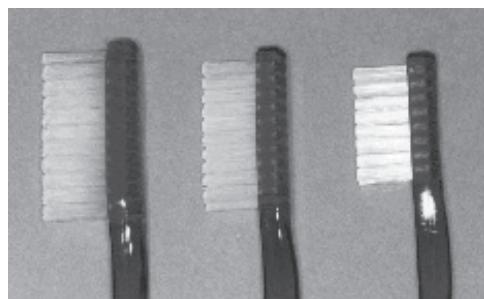


図2 本研究で用いた歯ブラシの植毛部
<右から#211、#311及び#411>

各対象への歯ブラシの指定に際しては、予備調査のデータをもとに対象への指定歯ブラシの配分が、年齢及び歯牙の残存状態について可及的に同等になるよう配慮した。しかし調査期間における対象の脱落や、資料の回収ができなかった症例があるため、最終的に各歯ブラシの数は同等ではなく、配分に幾分偏りが生じた。

また、歯ブラシの消耗度と口腔状態の関係を調査するために、調査時に行った口腔診査の記録を使用した。口腔診査にあたっては、静岡市ラジオ体操連盟加入者及び静岡市生涯教育（おもと大学）受講者については静岡県立大学短期大学部歯科衛生学科臨床基礎実習室の歯科用チェアを用いて水平位にて行い、その他の対象者については座位にて十分な照明のもとで行った。さらに、対象症例の歯磨きの状況（毎日の歯ブラシ回数など）については、調査時に行ったアンケート調査を用いた。

回収した資料の歯ブラシを肉眼的に審査し、歯ブラシ植毛部の消耗度を以下の基準により、

4つに分類した。

すなわち、歯ブラシ植毛部の消耗度の判定基準は、

消耗度A：刷毛にはほとんど乱れがなく、刷毛束としては乱れのないもの

消耗度B：刷毛に乱れはあるが、刷毛束としては乱れがほとんど認められないもの

消耗度C：刷毛に乱れがあり、刷毛束の乱れが認められるもの

(刷毛束の乱れが一部に限局しているものを含む)

消耗度D：刷毛に乱れがあり、刷毛束の乱れが著明なもの

とした。

III. 調査結果

1. 歯ブラシ植毛部消耗度分類の状況

1) 全対象の歯ブラシ植毛部消耗度

全対象の歯ブラシ植毛部を消耗度により分類した結果は、表3に示すとおりであった。

表3 全対象の歯ブラシ消耗度

消耗度	例数 (%)
消耗度 A	13 (16.5)
消耗度 B	28 (35.4)
消耗度 C	25 (31.6)
消耗度 D	13 (16.5)
計	79 (100)

すなわち、総数79例のうち、消耗度Aと判定されたものは13例(16.5%)、消耗度Bと判定されたものは28例(35.4%)、消耗度Cと判定されたものは25例(31.6%)、消耗度Dと判定されたものは13例(16.5%)であった。

2) 歯ブラシ種類別植毛部消耗度

3種類の歯ブラシそれぞれにおける消耗度の状況は、表4に示すとおりであった。

表4 歯ブラシ種類別消耗度

歯ブラシ	消耗度 A	消耗度 B	消耗度 C	消耗度 D	計 例数
	例数 (%)	例数 (%)	例数 (%)	例数 (%)	
#211	3 (11.1)	5 (18.5)	11 (40.7)	8 (29.6)	27
#311	4 (17.4)	9 (39.1)	7 (30.4)	3 (13.0)	23
#411	6 (20.7)	14 (48.3)	7 (24.1)	2 (6.9)	29
計	13 (16.5)	28 (35.4)	25 (31.6)	13 (16.5)	79

3) 対象の性別による歯ブラシ植毛部消耗度

歯ブラシの消耗度を、対象の性別により集計した結果は、表5のとおりであった。

表5 対象の性別歯ブラシ消耗度

性別 \ 消耗度	消耗度A	消耗度B	消耗度C	消耗度D	計 例数
	例数 (%)	例数 (%)	例数 (%)	例数 (%)	
男性	6 (15.4)	15 (38.5)	10 (25.6)	8 (20.5)	39
女性	7 (17.5)	13 (32.5)	15 (37.5)	5 (12.5)	40
計	13 (16.5)	28 (35.4)	25 (31.6)	13 (16.5)	79

4) 対象の年齢区分別歯ブラシ植毛部消耗度

歯ブラシの消耗度を、対象を年齢により5歳毎に区分した年齢区分（表2参照）により集計した結果は、表6のとおりであった。

表6 対象の年齢区分別歯ブラシ消耗度

年齢区分 \ 消耗度	消耗度A	消耗度B	消耗度C	消耗度D	計 例数
	例数 (%)	例数 (%)	例数 (%)	例数 (%)	
65~69歳	2 (9.5)	5 (23.8)	10 (47.6)	4 (19.0)	21
70~74歳	4 (14.3)	10 (35.7)	9 (32.1)	5 (17.9)	28
75~79歳	3 (15.0)	7 (35.0)	6 (30.3)	4 (20.0)	20
80歳以上	4 (40.0)	6 (60.0)	0 (0)	0 (0)	10
計	13 (16.5)	28 (35.4)	25 (31.6)	13 (16.5)	79

5) 歯磨き回数別歯ブラシ植毛部消耗度

調査対象に対するアンケート調査に基づき、毎日の歯磨き回数により歯ブラシ消耗度を分類した結果は、表7に示すとおりであった。

表7 歯磨き回数と歯ブラシ消耗度

歯磨き \ 消耗度	消耗度A	消耗度B	消耗度C	消耗度D	計 例数
	例数 (%)	例数 (%)	例数 (%)	例数 (%)	
毎日はしない	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0)	0 (0)	2
毎日1回	4 (14.8)	9 (33.3)	9 (33.3)	5 (18.5)	27
毎日2回	5 (15.6)	9 (28.1)	13 (40.6)	5 (15.6)	32
毎日3回以上	3 (16.7)	9 (50.0)	3 (16.7)	3 (16.7)	18
計	13 (16.5)	28 (35.4)	25 (31.6)	13 (16.5)	79

6) 残存歯数別歯ブラシ植毛部消耗度

調査対象の残存歯数により歯ブラシ消耗度を分類した結果は、表8に示すとおりであった。

表8 残存歯数と歯ブラシ消耗度

消耗度 ＼ 残存歯数	消耗度A		消耗度B		消耗度C		消耗度D		計 例数
	例数	(%)	例数	(%)	例数	(%)	例数	(%)	
1～9歯	6	(37.5)	7	(43.8)	3	(18.8)	0	(0)	16
10～19歯	4	(22.2)	6	(33.3)	5	(27.8)	3	(16.7)	18
20～28歯	3	(6.7)	15	(33.3)	17	(37.8)	10	(22.2)	45
計	13	(16.5)	28	(35.4)	25	(31.6)	13	(16.5)	79

2. 各消耗度と判定した歯ブラシの実例

本研究において、資料とした歯ブラシの未使用のもの及び各消耗度と判定された歯ブラシの植毛部の写真を以下に示す。

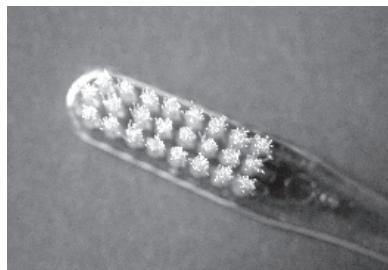


図3 未使用歯ブラシの植毛部
(#211)

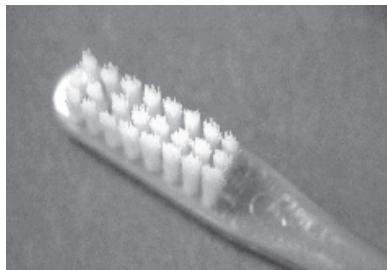


図4 消耗度Aの歯ブラシ (#211)
<女性, 84歳>

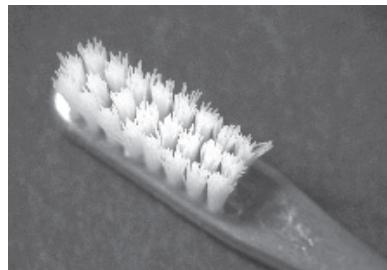


図5 消耗度Bの歯ブラシ (#211)
<女性, 71歳>



図6 消耗度Cの歯ブラシ (#211)
<男性, 72歳>

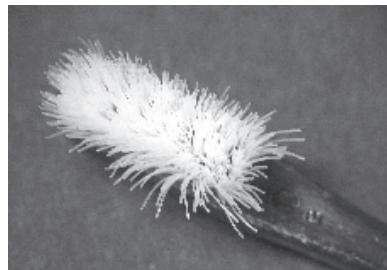


図7 消耗度Dの歯ブラシ (#211)
<女性, 76歳>

IV. 考 察

1. 症例全体の歯ブラシ消耗について

今回の調査において約1か月使用した歯ブラシの消耗程度を4段階に分類した結果は、表3及び図8に示すとおりであった。

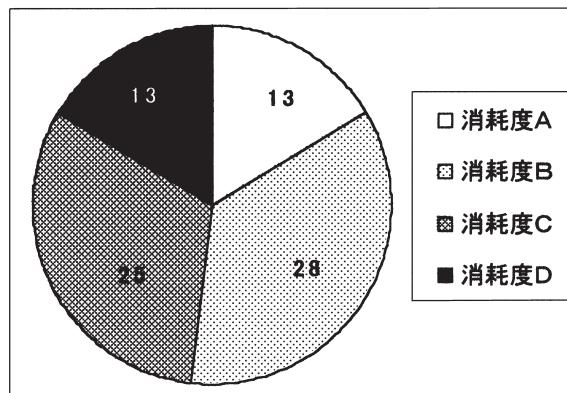


図8 全対象の歯ブラシ消耗度

本調査においては、肉眼的に歯ブラシ植毛部の消耗度を分類したが、症例によって大きな差異が認められた。本調査の対象の中には1か月の間に、6本の歯ブラシを消耗度Dにまで、消耗させてしまう者もいた。本調査で用いた消耗度分類では、消耗度A及び消耗度Bは直ちに歯ブラシを交換する必要がないと思われる消耗程度であり、消耗度C及び消耗度Dはこのまま継続して使用すると十分な刷掃効果が期待できないばかりでなく、歯牙周囲の歯齦に対して為害作用を有すると考えられる程度の消耗度と思われる。全対象の約1か月間使用した歯ブラシ消耗度をみると、消耗度A及び消耗度Bが51.9%、消耗度C及び消耗度Dが48.1%であった。

2. 歯ブラシ消耗に関する要因について

1) 歯ブラシの種類について

本調査で用いた3種類の歯ブラシそれぞれにおける消耗度の状況は、表4及び図9示すとおりであった。

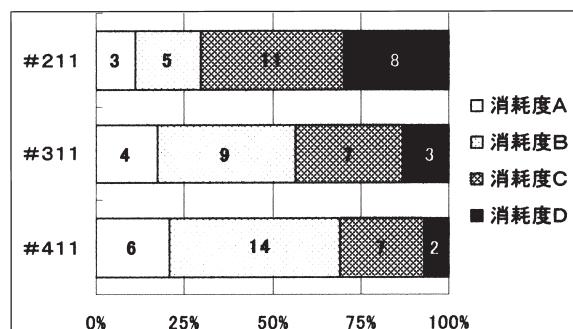


図9 歯ブラシ種類別消耗度

本調査において用いた歯ブラシは、ハンドル部及び植毛部は標準的な形態であるが、植毛部の大きさが異なる3種類の歯ブラシであり、各歯ブラシの植毛部の大きさは#211が2.45cm、#311が2.95cm、#411が3.15cmである。結果をみると植毛部の大きさが小さいほど、消耗度が大きいものの割合が大きくなる傾向が認められた。歯ブラシの植毛部は、大きすぎると操作性が悪くなると考えられているが、本調査において、植毛部が長くなると消耗度が低くなる傾向がみられたことは、高齢者にとっては、今回使用した歯ブラシの範囲では、植毛部の大きな歯ブラシの操作性の悪さを反映しているものと考えられる。

2) 性別及び年齢と歯ブラシ消耗度について

本調査における歯ブラシ消耗度を、対象の性別及び年齢区分により集計した結果は、表5、図10及び表6、図11に示すとおりであった。

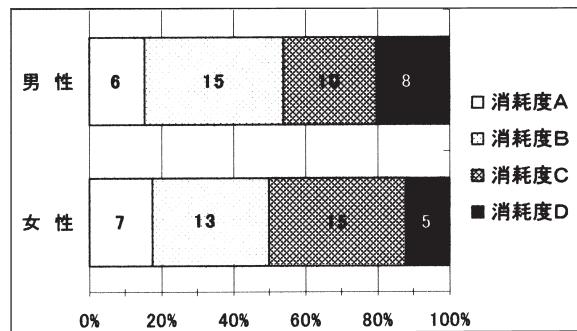


図10 性別と歯ブラシ消耗度

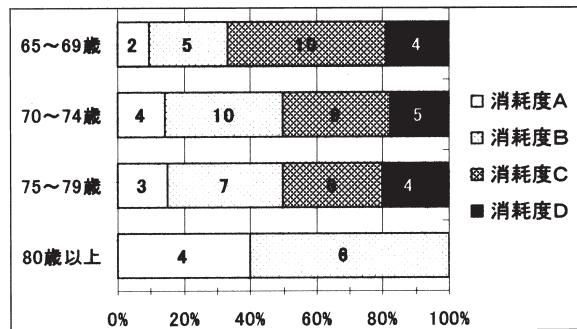


図11 年齢と歯ブラシ消耗度

本調査の結果では、歯ブラシの消耗度は使用者の性別により差がほとんど認められなかつた。しかし、使用者者の年齢が高くなるにしたがって、歯ブラシの消耗度は低くなる傾向が認められた。症例数は少ないが、特に80歳以上の対象群ではすべての症例で、消耗度Bまでにとどまっていた。これは本研究の対象の年齢では、年齢が進むにつれて、口腔内での歯ブラシ操作が不適格になり、歯ブラシの消耗が少なくなるものと考えられる。

3) 歯磨き回数と歯ブラシ消耗度について

本調査における歯ブラシ消耗度を対象の日常の歯磨き回数別で集計した結果は、表8及び図12に示すとおりであった。

本調査の結果では、歯ブラシの消耗度は毎日1回以上歯磨きを行うものでは、歯磨き回数と歯ブラシの消耗度との間に明確な傾向は認められなかった。これは、植毛部の消耗には、歯磨きの回数だけでなく、ブラッシングを行う時間の長さ、歯ブラシ時にかかる刷掃圧、歯ブラシの操作方法などが関与している事を示唆しているものと思われる。

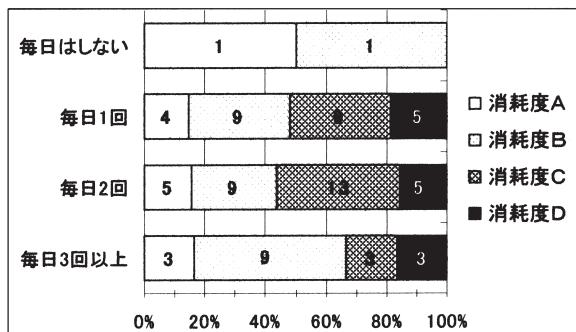


図12 歯磨き回数と歯ブラシ消耗度

4) 残存歯数と歯ブラシ消耗度について

本調査における歯ブラシ消耗度を対象の残存歯数 1～9歯、10～19歯及び20～28歯の3区分別で集計した結果は、表8及び図13に示すとおりであった。

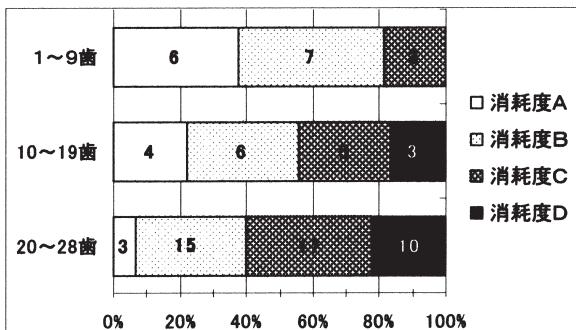


図13 残存歯数と歯ブラシ消耗度

本調査の結果では、歯ブラシの消耗度は残存歯数が多い者の方が、歯ブラシの消耗度が高くなる傾向が認められた。症例数は少ないが、特に残存歯数が10歯未満の対象群では、消耗度が低かった。この要因として、口腔内の残存歯数が少ないと、歯ブラシの操作が難しく、適確に歯ブラシの植毛部を歯牙に当てることが困難な場合が多いことが考えられる。

V. 結 論

日常生活においてほぼ自立している高齢者を対象に、ほぼ1か月使用した歯ブラシを回収し、その植毛部の消耗程度を調査し、以下の結論を得た。

1. 本調査においては、症例によって歯ブラシの消耗度に大きな差異が認められた。全対象の約1か月間使用した歯ブラシ消耗度をみると、直ちに歯ブラシを交換する必要がないと思われる消耗度である消耗度A及び消耗度Bが51.9%、このまま継続して使用すると十分な刷掃効果が期待できないばかりでなく、歯齦に対して為害作用を有すると考えられる消耗度C及び消耗度Dが48.1%であった。
2. 本調査においては、植毛部の大きさが小さいほど、消耗度が大きいものの割合が大きくなる傾向が認められた。
3. 歯ブラシの消耗度は使用する者の性別により差がほとんど認められなかった。しかし、使用者の年齢が高くなるにしたがって、歯ブラシの消耗度は低くなる傾向が認められた。また歯ブラシの消耗度は残存歯数が多い者の方が、歯ブラシの消耗度は高い傾向が認められた。
4. 歯ブラシの消耗度は毎日1回以上歯磨きを行うものでは、歯磨き回数と歯ブラシの消耗度との間に明確な傾向は認められなかった。

参考文献

- 1) 黒岩 勝：適正な歯磨きの指導をどうするか 歯ブラシの損耗による磨き方の診断. 歯界展望、64（1）：109～121、1983.
- 2) 稲田芳樹：Scrubbing法における歯ブラシ線維の損耗に関する研究－特に歯磨き圧を考慮して－. 日本歯周病学会会誌、27（2）：352～368、1985.
- 3) 堀田正人、青野正男：歯ブラシの損耗に関する研究－刷掃方向の影響について－. 日本歯科保存学雑誌、35（2）：595～601、1992.
- 4) 堀田正人、青野正男：歯ブラシの損耗に関する研究－刷掃面の影響について－. 日本歯科保存学雑誌、36（1）：281～286、1993.
- 5) 堀田正人、傍縞弘朗、青野正男：歯ブラシの損耗に関する研究－歯磨剤の影響について－. 日本歯科保存学雑誌、36（4）：1217～1221、1993.
- 6) 小澤晶子、天野葉子：歯科衛生科学生の使用している歯ブラシの損耗について. 鶴見大学紀要、(34)：173～187、1997.
- 7) 寺西義浩、上野雅俊、今井久夫：Bass法における歯ブラシ線維の損耗に関する研究. 日本歯科保存学雑誌、40（3）：781～792、1997.
- 8) 神田 浩、上野雅俊、今井久夫：ローリング法における歯ブラシ線維の損耗に関する研究. 日本歯周病学会会誌、39（4）：443～455、1997.
- 9) 堀田正人、今出昌一、中島 裕、関根一郎：歯間ブラシの植毛部の損耗測定. 日本歯科保存学雑誌、41（3）：560～564、1998.

（2004年11月4日受理）

Matrix Metalloproteinases研究の経緯と新しい展開

The Past Research and Outlook for the Matrix Metalloproteinases

吉田 直樹

高林ふみ代

竹下誠一郎

Naoki Yoshida Fumiyo Takabayashi Seiichiro Takeshita

はじめに

1960年代初頭、オタマジャクシがカエルに変態する際の、尾ひれに、コラーゲンを分解吸収する活性が発見された。それ以前には、嫌気性細菌である *Clostridium histolyticum* が產生する菌体外コラゲナーゼ（コラーゲン分解酵素）のみが知られていたので、脊椎動物がコラゲナーゼを有する最初の報告であった¹⁾。

その後、ヒトの組織中にも、コラゲナーゼ活性が検出された。ヒト組織としては、歯周炎患者の手術組織片が最初である²⁾。さらには、好中球にも、コラゲナーゼが存在することが明らかにされた³⁾。

細胞外マトリックスは、コラーゲン、フィブロネクチン、エラスチン、ラミニン、プロテオグリカン等から成り立っている。コラーゲンを分解するコラゲナーゼに続いて、種々の細胞外マトリックスを分解することができる金属イオン要求性プロテアーゼ：matrix metalloproteinases (MMPs)が、次々と発見され、その性質が研究されてきた。現在まで、20種類を越えるMMPsが報告されている⁴⁾（図1）。

MMPsは、生理性な発生、組織の再構築において大切な役割をしており、その活性が組織由来の阻害物質（インヒビター）によって精密に調節されていることが明らかにされてきた⁵⁾。また、その調節の異常と病的な状態を結び付ける報告が数多くなされてきた⁶⁾。

本稿では、これまでに行われてきたMMPsに関する様々な研究の中で、特に、活性化に関する研究、活性の阻害に関する研究、構造に関する研究、クローニングに関する研究における重要な発見を概観し、さらに、近年、MMPsが細胞外マトリックスあるいは細胞外マトリックス以外の基質を切断した際に生じる産物が、細胞増殖、アポトーシス、細胞移動に影響を与えることが数多く報告されている⁷⁾ことから、今後のMMPs研究に関する展望を行う（表1、表2）。

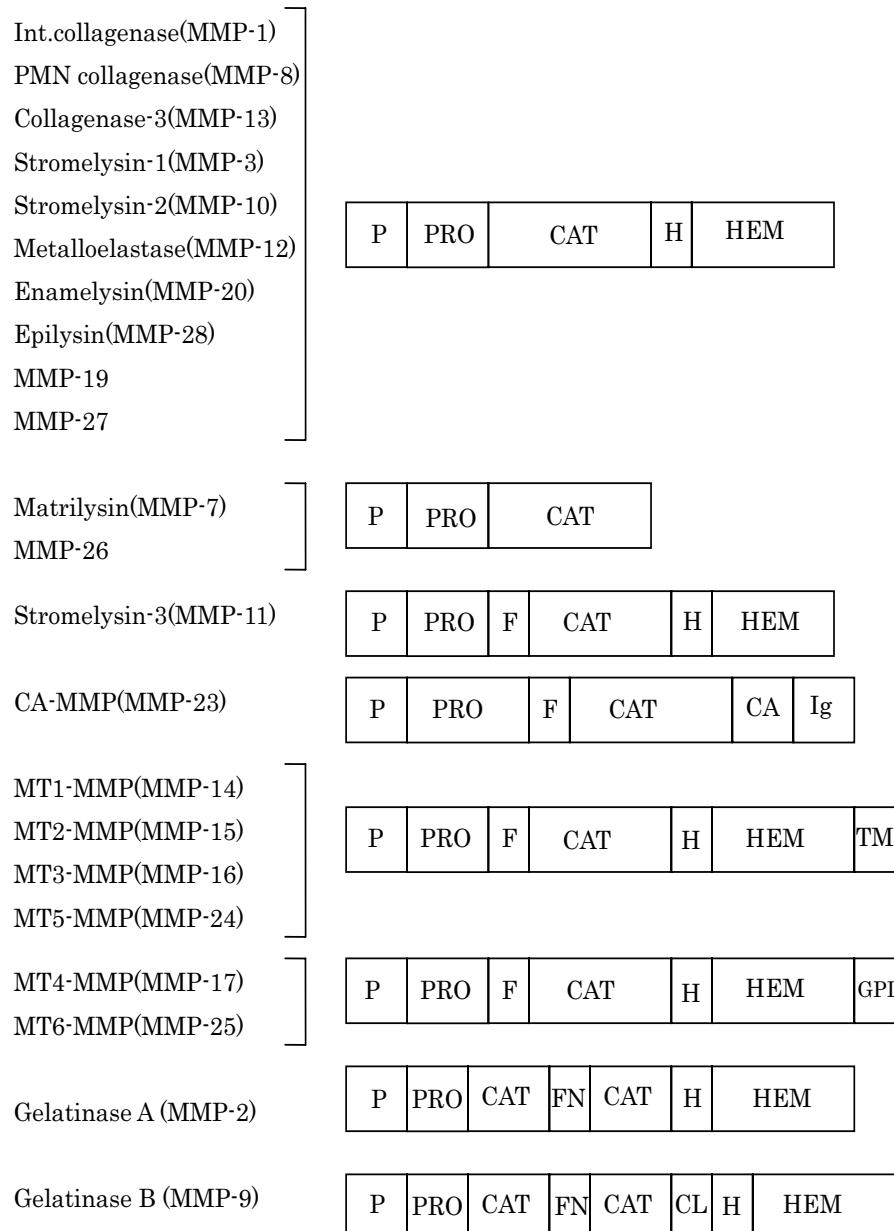


図1 MMP ファミリーのドメイン構造（文献4より引用）

CA, システインアレイ；CAT, 活性ドメイン；CL, コラーゲン様ドメイン；F, フューリンによって切断される配列；FN, フィプロネクチン様繰返し配列；GPI, グリコシル・ホスファチジルイノシトール結合シグナル；H, ヒンジ・ドメイン；HEM, ヘモベキシン・ドメイン；Ig, イムノグロブリン様ドメイン；P, リーダー・配列；PRO, プロ・ドメイン；TM, 膜貫通ドメイン

表1 MMPsの基質(細胞外マトリックス成分)(文献7の表を改変)

MMP	細胞外マトリックスである基質
コラゲナーゼ群	
MMP-1/Collagenase-1	Collagen I/II/III/VII/X, gelatin, entactin, aggrecan, tenascin
MMP-8/Collagenase-2	
MMP-13/Collagenase-3	
ゼラチナーゼ群	
MMP-2/Gelatinase A	Gelatin, elastin, fibronectin, collagenI/IV/V/VII/X/XI, laminin, aggrecan, vitronectin
MMP-9/Gelatinase B	
ストロメリシン群	
MMP-3/Stromelysin-1	Proteoglycans, laminin, fibronectin, gelatin, collagenIII/IV/V/VII/X/XI, fibrin/fibrinogen, entactin, tenascin, vitronectin
MMP-10/Stromelysin-2	
MMP-11/Stromelysin-3	Laminin, fibronectin, aggrecan
最小ドメイン	
MMP-7/Matrilysin	Proteoglycans, laminin, fibronectin, gelatin, collagenIII/IV/V/VII/X/XI, fibrin/fibrinogen, entactin, tenascin, vitronectin
MMP-26/Matrilysin-2/Endometase	Gelatin, collagenIV, fibronectin, fibrinogen
膜結合型	
MMP-14/MT1-MMP	Gelatin, fibronectin, vitronectin, collagen, aggrecan
MMP-15/MT2-MMP	
MMP-16/MT3-MMP	
MMP-24/MT5-MMP	
MMP-17/MT4-MMP	Gelatin
MMP-25/MT6-MMP	Gelatin, collagenIV, fibrin, fibronectin, Laminin-1
MMP-23	Gelatin
その他のMMPs	
MMP-12/Metalloelastase	Elastin, fibronectin, fibrin/fibrinogen, laminin, proteoglycan
MMP-19/RASI	Gelatin, tenascin, fibronectin, collagenIV, laminin, entactin, fibrin/fibrinogen, aggrecan, COMP
MMP-20/Enamelysin	Amelogenin, Aggrecan, COMP
<u>MMP-28/Epilysin</u>	

表2 MMPsの基質(細胞外マトリックス成分ではないもの)(文献7の表を改変)

MMP	通例とは異なる基質	切断の結果生じた働きを持った産物
コラゲナーゼ群		
MMP-1/Collagenase-1	Perlecan IGFBP-2,3 α 1-antichymotrypsin α 1-proteinase inhibitor Pro-MMP-1,2 Pro-TNF α	Bioavailable FGF Bioavailable IGF Inactive serpin Inactive serpin MMP-1,2 Bioavailable TNF α
MMP-8/Collagenase-2	α 1-proteinase inhibitor Pro-MMP-8	Inactive serpin MMP-8
MMP-13/Collagenase-3	α 1-antichymotrypsin Pro-MMP-9,13	Inactive serpin MMP-9,13
ゼラチナーゼ群		
MMP-2/Gelatinase A	Decorin Pro-TGF- β 2 Pro-IL1- β MCP-3 IGFBP-3/5 Pro-TNF α FGF-R1 Pro-MMP-1,2,13	Bioavailable TGF β TGF- β 2 active IL1- β inactive chemoattractant Bioavailable IGF TNF α Bioavailable FGF-R1 ectodomain MMP-1,2,13
MMP-9/Gelatinase B	Unknown Pro-TGF- β 2 Pro-IL1- β Cell-surface bound IL-2Ra Plasminogen α 1-proteinase inhibitor Pro-TNF α	Bioavailable VEGF TGF- β 2 IL1- β Release of IL-2R α Angiostatin Inactive serpin TNF α
ストロメリシン群		
MMP-3/Stromelysin-1	Perlecan Decorin Pro-HB-EGF Pro-IL1- β Plasminogen E-cadherin IGFBP-3 α 1-antichymotrypsin α 1-proteinase inhibitor Pro-MMP-1,3,7,8,9,13 Pro-TNF α	Bioavailable FGF Bioavailable TGF β HB-EGF IL1- β Angiostatin Bioactive E-cadherin ectodomain Bioavailable IGF Inactive serpin Inactive serpin MMP-1,3,7,8,9,13 Bioavailable TNF α
MMP-10/Stromelysin-2	Pro-MMP-1,8,10	MMP-1,8,10
MMP-11/Stromelysin-3	α 1-proteinase inhibitor IGFBP-1	Inactive serpin Bioavailable IGF
最小ドメイン		
MMP-7/Matrilysin	Pro- α -defensin Decorin Cell surface bound Fas-L B4 integrin E-cadherin Plasminogen Pro-TNF α Pro-MMP-2,7	α -Defensin Bioavailable TGF- β Active soluble Fas-L Inactive soluble Fas-L Release of B4 integrin Bioactive E-cadherin ectodomain Angiostatin Bioavailable TNF α MMP-2,7
MMP-26/Matrilysin-2/Endometase	α 1-proteinase inhibitor MMP-9	Inactive serpin Pro-MMP-9
膜結合型		
MMP-14/MT1-MMP	Pro-MMP-2,13 Cell surface bound CD44 Cell surface bound tissue transglutaminase(tTG) Cell surface bound tTG	MMP-2,13 Release of CD44 Release of tTG
MMP-15/MT2-MMP	Cell surface bound tTG	Release of tTG
MMP-16/MT3-MMP	Pro-MMP-2 Cell surface bound tTG	MMP-2 Release of tTG
MMP-24/MT5-MMP	Pro-MMP-2	MMP-2
MMP-17/MT4-MMP	Pro-MMP-2	MMP-2
MMP-25/MT6-MMP	Pro-MMP-2	MMP-2
MMP-23		
その他のMMPs		
MMP-12/Metalloelastase	Plasminogen	Angiostatin
MMP-19/RAS1		
MMP-20/Enamelysin		
MMP-28/Epilysin		

MMPsの活性化

MMPsは、潜在型酵素として產生される特徴を持つ。潜在型酵素が、活性型酵素に活性化されるメカニズムに関してNagaseらのグループが詳細に研究し報告している⁸⁾。プラスミンや、カリクレインによってMMP-1は潜在型（分子量52,000）から活性型（分子量43,000）に変換するが、活性は完全に活性化されたものに比して15%である。MMP-1が完全に活性化されるには、さらに、ストロメリシン-1（MMP-3）によって、Gln 80-Phe 81の結合が切断されることが必要であった。そうして得られた活性型MMP-1の分子量は41,000であった。

MMP-2の活性化に関しては、不明な部分があったが、後に、MMP-1、MMP-3等とは、全く異なる形式で行われていることが報告された。Seikiらのグループは、細胞膜に固定された、新規のMMPをクローニングした。MT 1-MMP (MMP-14)である。MMP-14は細胞表面で潜在型MMP-2を活性化できることが明らかになった⁹⁾。Itohらは、この活性化のメカニズムがMMP-14、TIMP-2、MMP-2の3種類の分子による細胞表面における、非常に統合された相互作用であることを示した¹⁰⁾。

さらに、新しいMMPの活性化の方式が発見された。Arg-Arg-Lys-Argの配列がストロメリシン-3 (MMP-11) のプロペプチドの後ろに存在し、その配列は、プロホルモン転換酵素であるfurinによって特異的に切断される配列であった。つまり、MMP-11は細胞内で活性化され、活性型が分泌される方式をとるのである¹¹⁾。同様の配列と活性化の方式が、MT-MMPs (膜型MMPs)においても存在することが明らかにされた。そして、この、細胞内でMT-MMPsが活性化されるということは、MMP-2の活性化の一連の流れの中で、最初の反応と考えられる¹⁰⁾。

MMP活性の阻害について

MMPの活性は内在性のインヒビターによって調節されている。始めにファイブロblast・アンチ・コラゲナーゼとして精製された¹²⁾。後に、それを、1985年に他のグループが配列を決定した時に、以前に報告されていたEPA (erythroid-potentiating factor)と、同一のものであることが、明らかになった¹³⁾。現在ではTIMPs (tissue inhibitors of metalloproteinases)の中の、TIMP-1として知られている。TIMPsは、活性化されたMMPsの触媒部位のZnイオンと1:1の複合体を形成することによって活性を阻害する。この、MMP-TIMPの相互作用の詳細はしばらく、謎であったが、Wolfram BodeのグループがMMP-3の活性部位とTIMP-1との複合体の結晶構造を解析した¹⁴⁾。驚くべきことに、これら二つのタンパク分子間の接触部位は、TIMP-1のアミノ末端の最初の5つのアミノ酸がMMP-3の活性部位に基質のように結合している部分に限定していた。

活性型MMPsとそのインヒビターの量のバランスがタンパク分解活性を調節しているという考え方には魅力的であるが、実際のMMP-TIMPの関係はそれほど単純なものではないようである。TIMP-2は阻害活性に加えて、潜在型MMP-2に結合することができる¹⁵⁾。そして、その結合が、MMP-2の活性化に必須のものである。TIMP-1は、また、潜在型ゼラチナーゼB (MMP-9)のカルボキシル末端領域に結合して、MMP-3によるMMP-9の活性化を防いでいる¹⁶⁾。TIMP-1においては、erythroid-potentiating activityに加えて、その他の増殖促進活性も確認されている¹⁷⁾。TIMPsはMMPsの活性と関連付けられて評価されてきたが、

複雑な生化学系における、多機能分子であることが明らかになってきた。生化学的な過程におけるTIMPsの数多くの効果は、MMPs活性の阻害では説明できない。TIMPsのMMP阻害以外の機能に関しては、これから解明を待つところが多い。

構造に関して

MMPsの様々なドメインの構造と働きについて、1990年代を通して研究者の精力が注がれた。第一回MMPsゴードン会議において、Agouron PharmaceuticalsのKrystof Appeltが提示したMMP-3の活性部位の結晶構造を「三次元めがね」で観察したことは、最も重要なものの1つといえる。

1994年のヒトコラゲナーゼ活性ドメインの結晶構造の発表が、多くの構造解析の報告の最初であった¹⁸⁾が、その後の報告も、ほとんどが合成MMPインヒビターを含んでいるものである。それは、MMPの酵素活性の機構を明らかにしていくことにつながるものだからである。MMPsの活性ドメインは五つの β シートと三つの α ヘリックスから成り、球状のトポロジーを形成している。それは、MMPファミリーのメンバー間でよく保存されている。基質が結合する溝は、狭くなり輪郭のはっきりとしたポケットとなっている。そして、このポケットを形成しているアミノ酸残基の違いが、それぞれのMMPの個性となっている。

しかし、MMPファミリーのメンバーの基質特異性は、活性ドメインの特性だけで決まるのではない。それは、他のドメインの影響を強く受ける。例をあげると、Gill Murphyのグループは、MMP-1のコラーゲンに対する基質特異性には、カルボキシ末端のヘモペキシン・ドメインが関与していることを、(MMP-3との) ドメイン交換実験によって、示した¹⁹⁾。

Hiroseらは、好中球コラゲナーゼ(MMP-8)のドメイン交換実験によって同様の結果を得た²⁰⁾。ヘモペキシン・ドメインの四枚羽根、 β プロペラ構造は、1995年に明らかにされた²¹⁾。MMP活性に対する様々なドメインの関与を調べる研究は、活発である。MMPsの中でも最も複雑なもの一つであり、プロペプチド、活性ドメイン、ヘモペキシンドメイン、三つのフィブロネクチン様ドメインからなる、全長プロMMP-2の構造は、1999年にKarl Tryggvasonのグループが発表した²²⁾。興味あることに、フィブロネクチン様ドメインは、活性ドメインの途中に挿入されているのであるが、活性ドメイン全体の立体構造には、変化を与えていないということが示された。

MMPsのクローニング

1980年代半ば、遺伝子クローニングは、技術的にはまだまだ旧式であったが、だんだん一般的なものとなってきていた。そのような中で、ほぼ同時期に数種類のMMPsのクローニングが報告された(ラット・トランジン、ヒトおよびラビット・コラゲナーゼ、ヒト・ストロメリシン)^{23) 24) 25) 26)}。最初にMMPの全長cDNAが、(それはトランジンであったのだが) クローニングされたとき、「形質転換誘導」遺伝子として同定されたものであり、MMPとして知られていたのではなかった。しかし、そのシークエンスをヒト・コラゲナーゼと比較してみると、その正体が明らかにされ、その次の研究によって、ヒト・ストロメリシンとの相同性が確認された²⁶⁾。そして、トランジン/ストロメリシン-1の発現がマウス皮膚ガン発症モデルにおいて

て、腫瘍の発達と関連があるという発見が、MMPsとガンとの間に強い関連があるという考え方を促進した²⁷⁾。

その後、新しいMMPファミリーのメンバーを探す方法として、シークエンスの類似性が利用され、さらに多くのMMPのcDNAがクローニングされた。遺伝子ファミリーの概念が明らかになり始め、それを支持しうる遺伝子クローンが、報告された。1987年には、トランジン-1(MMP-3)とトランジン-2(ストロメリシン-2/MMP-10)の遺伝子が比較され、非常に類似していることが明らかになった²⁸⁾。他のMMPファミリーのメンバーと同様、これらの遺伝子も長さ約10 kbで、10個のエクソンと11個のイントロンを含み、第11染色体q22.23のクラスター(現在では、MMPs-1,-3,-7,-8,-10,-12,-13,-20,-27の遺伝子がそこにあることがわかっている)に存在することが確認された²⁹⁾。しかし、ファミリーは多様性を示している。例えば、ゼラチナーゼである、MMP-2とMMP-9はフィブロネクチン様反復配列をコードする三つの余分のエクソンを含み、MMP-2は第16染色体にMMP-9は第20染色体にそれぞれ局在している³⁰⁾。

1990年にNicky Partridgeはラット・間質型コラゲナーゼのクローニングを行ったのであるが、これは、ファミリーにおける謎とも言えるものであった³¹⁾。これまでの類似性に対して、このラットの遺伝子は、ヒトおよびラビットのコラゲナーゼ-1(間質型コラゲナーゼ)とは、非常にわずかな一致しか、認められなかったのである。いったい、このラットのコラゲナーゼは、何であるのか?それは、1994になって、明らかになった。Carlos Lopez-OtinのグループによってヒトMMP-13遺伝子がクローニングされ、それが、ラット/マウス・間質型コラゲナーゼと圧倒的な類似性があったのである³²⁾。もう一つのヒトコラゲナーゼ(コラゲナーゼ-3=MMP-13)が発見されたことによって、げっ歯類とヒトのコラゲナーゼの間に存在していた食い違いが解決されたのであった。2001年には、ヒトMMP-1(コラゲナーゼ-1)に対するげっ歯類における相同物と考えられるものがクローニングされた³³⁾。しかし、アミノ酸レベルでの相同性がわずか58%であることから、それが、マウスにおける、ヒトMMP-1の相同物であったとしても、どうも遠縁である。

次に、われわれのMMPファミリーに関する認識を大きく変えたのは、Motoharu Seikiのグループによる、膜結合型MMPであるMT 1-MMP(MMP-14)のクローニングであった³⁴⁾。その後、続けざまに、数種の膜結合型MMPsが発見された。六つのMT-MMPsのうち、MT 1-MMP(MMP-14), MT 2-MMP(MMP-15), MT 3-MMP(MMP-16), MT 5-MMP(MMP-24)³⁴⁾の四つは、細胞表面に膜貫通ドメインによって固定されている。一方、MT 4-MMP(MMP-17)^{35) 36)}とMT 6-MMP(MMP-25)³⁷⁾は、細胞膜に対して、グリコシル・ホスファチジルイノシトール(GPI)アンカーによって固定されていることが明らかにされ、ファミリーは、またもや、分岐した。

次に、分子の進化に関してであるが、MMPファミリーのメンバーのシークエンスと構造に関する広範囲にわたる分析から、活性ドメインとヘモペキシン様ドメインが会合して、マルチドメイン酵素になったのは、進化の過程の初期におこっていることが示された。MMP-7やMMP-26のようなシンプルな酵素が、大きな複雑な酵素から生じてきたという可能性が高いようだ²⁹⁾。

MMPsに切断された結果生じた産物の生物学的重要性

matrix metalloproteinases (MMPs)の機能として以前から考えられてきたものは、間質や、基底膜に存在する、コラーゲン、フィブロネクチン、エラスチン、ラミニン、プロテオグリカン・コアプロテインを基質として分解することによって、細胞外マトリックスの構成成分の再構築や、分解に関与するというものであった。

近年、通例とは異なる基質と、基質が切断された結果生じる産物、結果として起こってくる細胞の機能への影響が注目されてきている¹⁾。

MMPsの基質が切断された結果が、細胞増殖に影響を与えることがわかつてきたり。

ひとつのメカニズムは、マトリックススタンパクを切断することによって、そこに結合している増殖因子 (growth factor) を解き放つというものである。fibroblast growth factor (FGF) やtransforming growth factor- β (TGF- β) は、細胞外マトリックス成分に強固に結合しているが、MMP-1 やMMP-3 がプロテオグリカン・ペールカンを切断することによってFGFを解き放つ³⁸⁾。同様に、MMP-2 やMMP-3 やMMP-7 がデコリンを切断することによってTGF- β を解き放つ³⁹⁾。

その他、MMPsは、growth factorに結合している非マトリックススタンパクも切断する。Insulin-like growth factor-binding proteins (IGF-BP) がMMPsによって分解されることによって、活性型IGFリガンドが生じる^{40) 41) 42)}。

また、Heparin-binding epidermal growth factor (HB-EGF) は、膜結合型の増殖因子であるが、MMP-3 によって膜から遊離される⁴³⁾。

MMPsは、直接growth factorの活性化も行う。MMP-2 とMMP-9 は、proTGF- β 2を切断することによって活性型のTGF- β 2を生じる⁴⁴⁾。MMP-2 とMMP-3 とMMP-9 は、IL-1 β の前駆体を、切断することによって活性型IL-1 β に変換する⁴⁵⁾。

MMP-9 がTリンパ球表面のIL-2 receptor type- α を分解することによってIL-2 依存性の細胞増殖を抑制することが報告されている⁴⁶⁾。

さらには、MMP-2 が、FGF receptor type I を細胞表面から、遊離することができることも報告されている⁴⁷⁾。

また、MMPsの基質が切断された結果として、アポトーシスの調節へも関与していることがわかつてきたり。

基底膜には、細胞のサバイバルシグナルが含まれており、MMPsによる基底膜の分解によって細胞のサバイバルシグナルが無くなってしまうことが、乳腺の退縮時のアポトーシスにおいて重要と考えられる⁴⁸⁾。また、細胞死誘導物質を直接に切断することによっても、影響を受ける。MMP-7 は、細胞膜に結合しているFas ligandを可溶性の活性型Fas ligandに変える⁴⁹⁾。

また、ある種の化学療法剤においては、膜結合型のligandとreceptorの相互作用が重要であると考えられている⁵⁰⁾。理由としては、ある種のcell lineでは、MMP-7 によって細胞表面のFas ligandが取り除かれてしまうと、化学療法剤に対して、耐性になってしまふことがわかつたからである。

これらのことから、MMPsは、種々の基質を切断することによって、細胞増殖とアポトーシスの間のバランスを調節することができると考えられる。

また、MMPsが基質を切断した結果として、細胞の移動にも影響を与えることが、明らかにされてきた。

MMPsが細胞外マトリックスを分解することは、直接的に、細胞-マトリックスの接着を調節できると考えられる。それは、接着部位を除去したり、結合部位を露出させることによるものである。

MMP-2がlaminin-5を切断することによってケラチノサイトの移動を引き起こす⁵¹⁾。また、MT 1-MMPがlaminin-5を切断することによって様々な細胞の移動を可能にする⁵²⁾。

MMPsは、さらに、直接、細胞-細胞接着に関与するレセプターや、細胞-マトリックス接着に関与するレセプターを切断することによっても、接着や移動の制御に関わっている。たとえば、MMP-7は、 β 4インテグリンを分解することが報告されているし⁵³⁾、MMPsによるE-カドヘリンの除去も示されている^{54) 55)}。MMP-3とMMP-7による、E-カドヘリンの切断は、接着結合を途絶えさせただけでなく、ドミナント-ネガティブ細胞外領域断片を遊離することによって細胞移動とコラーゲンゲル内への侵入を促進することがわかった⁵⁵⁾。

細胞移動は化学走化因子によっても起こるが、ここにも、MMPsが関与している。MMP-9は、長管骨の発達における、VEGF (vascular endothelial growth factor)の遊離を引き起こし、その、VEGFが骨芽細胞集積のための化学走化因子となるわけである⁵⁶⁾。

また、MMPsは、化学走化反応を失わせる役割もする。例えば、MMP-2は、monocyte chemoattractant protein-3 (MCP-3)を分解、不活化して、化学走化性と炎症反応を減じるということが明らかにされた⁵⁷⁾。

今後の展望

20種類を越えるMMPsが存在し、それぞれのMMPsにいくつもの基質（それは細胞外マトリックス成分であるものもあれば、細胞外マトリックス成分以外のものもある）が存在する。生理的な発生や、組織の再構築の過程において、数多くの酵素と基質が実際に生体内で反応し、恒常性が保たれている。

数多くの重要な事実が発見された中、生理的な発生や、組織の再構築の過程における、どの時期にどのMMPsがどれだけの量が発現され、その後どのくらいの時間で、どこで、どれだけの潜在型のMMPsが何によって活性化されているのか、数多くある中のどの基質をどれだけの量だけ切断しているのか。さらに、その切断の結果生じた産物が、次に、どのような効果を与えていているのか。実際に起こっていることの解明に、興味が持たれるところである。

同様に、病的な状況下では、正常時とはどのように異なっているのか。今後、詳細に明らかにされていくと思われる。

in vitroで、MMPsが基質のタンパクを分解できるということとは別に、in situで、の解明は、まだまだ、充分であるとはいえない。in situでの遺伝子発現、タンパク産生、のみならず、様々な酵素が、様々なactivatorによって活性化され、様々な基質を分解しているところを捉え、さらには、分解産物が機能している様子も捉え、その量までもが測定できることが、今後、可能になっていくのであろう。

文献

- 1) 永井 裕：コラーゲン研究のあゆみ、コラーゲン代謝と疾患、永井裕、藤本大三郎編、講

- 談社, 東京, 1982, 6-8.
- 2) Fullmer,H.M. and Gibson,W.:Collagenolytic activity in gingivae of man.Nature 209:728-729,1966.
 - 3) Lazarus,G.S.,Brown,R.S.,Daniels,J.D. and Fullmer,H.M.:Human granulocyte collagenase.Science 159:1483-1484,1968.
 - 4) Brinckerhoff,C.E. and Matrisian,L.M.:Matrix metalloproteinases:a tail of a frog that became a prince.Nat.Rev.Mol.Cell.Biol.3:207-214,2002.
 - 5) Woessner,J.F.,Jr.:Matrix metalloproteinases and their inhibitors in connective tissue remodeling.FASEB J.5:2145-2154,1991.
 - 6) Birkedal-Hansen,H.,Moore,W.G.,Bodden,M.K.,Windsor,L.J.,Birkedal-Hansen,B., DeCarlo,A. and Engler,J.A.:Matrix metalloproteinases:a review. Crit.Rev.Oral.Biol.Med.4:197-250,1993.
 - 7) McCawley,L.J. and Matrisian,L.M.:Matrix metalloproteinases:they're not just for matrix anymore!Curr.Opin.Cell.Biol.13:534-540,2001.
 - 8) Suzuki,K.,Enghlid,J.J.,Morodomi,T.,Salvesen,G. and Nagase,H.:Mechanisms of activation of tissue procollagenase by matrix metalloproteinase 3 (stromelysin).Biochemistry 29:10261-10270,1990.
 - 9) Sato,H.,Takino,Y.,Okada,Y.,Cao,J.,Shinagawa,A.,Yamamoto,E. and Seiki,M.:A matrix metalloproteinase expressed on the surface of invasive tumour cells.Nature 370:61-65,1994.
 - 10) Itoh,Y.,Takamura,A.,Ito,N.,Maru,Y.,Sato,H.,Suenaga,N.,Aoki,T. and Seiki,M.: Homophilic complex formation of MT 1-MMP facilitates proMMP-2 activation on the cell surface and promotes tumor cell invasion.EMBO J.20:4782-4793,2001.
 - 11) Pei,D. and Weiss,S.J.:Furin-dependent intracellular activation of the human stromelysin-3 zymogen.Nature 375:244-247,1995.
 - 12) Welgus,H.G.,Stricklin,G.P.,Eisen,A.Z.,Bauer,E.A.,Cooney,R.V. and Jefrey,J.J.:A specific inhibitor of vertebrate collagenase produced by human skin fibroblasts.J.Biol.Chem.254:1938-1943,1979.
 - 13) Docherty,A.J.P.,Lyons,A.,Smitn,B.J.,Write,E.M.,Stephans,P.E.,Harris,T.J.R., Murphy,G. and Reynolds,J.J.:Sequence of human tissue inhibitor of metalloproteinases and its identity to erythroid-potentiating activity.Nature 318:66-69,1985.
 - 14) Gomis-Ruth,F.X.,Maskos,K.,Betz,M.,Bergner,A.,Huber,R.,Suzuki,K., Yoshida,N.,Nagase,H.,Brew,K.,Bourenkov,G.P.,Bartunik,H. and Bode,W.: Mechanism of inhibition of the human matrix metalloproteinase stromelysin-1 by TIMP-1.Nature 389:77-81,1997.
 - 15) Goldberg,G.I.,Marmer,B.L.,Grant,G.A.,Eisen,A.Z.,Wilhelm,S. and He,C.S.:Human 72-kilodalton type IV collagenase forms a complex with a tissue inhibitor of metalloproteinases designated TIMP-2.Proc.Natl.Acad.Sci.USA 86:8207-8211, 1989.

- 16) Goldberg,G.I.,Strongin,A.,Collier,I.E.,Genrich,L.T. and Marmer,B.L.:Interaction of 92-kDa type IV collagenase with the tissue inhibitor of metalloproteinases prevents dimerization,complex formation with interstitial collagenase, and activation of the proenzyme with stromelysin.J.Biol.Chem.267:4583-4591,1992.
- 17) Hayakawa,T.,Yamashita,K.,Tanzawa,K.,Uchijima,E. and Iwata,K.: Growth-promoting activity of tissue inhibitor of metalloproteinases-1(TIMP-1) for a wide range of cells.FEBS Lett.298:29-32,1992.
- 18) Lovejoy,B.,Cleasby,A.,Hassell,A.M.,Longley,K.,Luther,M.A.,Weigl,D., McGeehan,G.,McElroy,A.B.,Drewry,D.,Lambert,M.H. et al.:Structure of the catalytic domain of fibroblast collagenase complexed with an inhibitor. Science 263:375-377,1994.
- 19) Murphy,G.,Allan,J.A.,Willenbrock,F.,Cockett,M.I.,O'Connell,J.P. and Docherty,A.J.P.:The role of the C-terminal domain in collagenase and stromelysin specificity.J.Biol.Chem.267:9612-9618,1992.
- 20) Hirose,T.,Patterson,C.,Pourmotabbed,T.,Mainardi,C.L. and Hasty,K.A.: Structure-function relationship of human neutrophil collagenase:identification of regions responsible for substrate specificity and general proteinase activity. Proc.Natl.Acad.Sci.USA 90:2569-2573,1993.
- 21) Bode,W. and Maskos,K.:Structural basis of the matrix metalloproteinases and their physiological inhibitors,the tissue inhibitors of metalloproteinases. Biol.Chem.384:863-872,2003.
- 22) Morgunova,E.,Tuuttila,A.,Bergmann,U.,Isupov,M.,Lindqvist,Y.,Schneider,G. and Tryggvason,K.:Structure of human pro-matrix metalloproteinase-2:activation mechanism revealed.Science 284:1667-1670,1999.
- 23) Gross,R.H.,Sheldon,L.A.,Fletcher,C.F. and Brinckerhoff,C.E.:Isolation of a collagenase cDNA clone and measurement of changing collagenase mRNA levels during induction in rabbit synovial fibroblasts.Proc.Natl.Acad.Sci.USA 81:1981-1985,1984.
- 24) Matrisian,L.M.,Glaichenhaus,N.,Gesnel,M.C. and Breathnach,R.:Epidermal growth factor and oncogenes induce transcription of the same cellular mRNA in rat fibroblasts.EMBO J.4:1435-1440,1985.
- 25) Goldberg,G.I.,Wilhelm,S.M.,Kronberger,A.,Bauer,E.A.,Grant,G.A. and Eisen,A.Z.: Human fibroblast collagenase.Complete primary structure and homology to an oncogene transformation-induced rat protein.J.Biol.Chem.261:6600-6605,1986.
- 26) Whitham,S.E.,Murphy,G.,Angel,P.,Rahmsdorf,H.J.,Smith,B.J.,Lyons,A., Harris,T.J.,Reynolds,J.J.,Herrlich,P. and Docherty,A.J.P.:Comparison of human stromelysin and collagenase by cloning and sequence analysis.Biochem.J.240: 913-916,1986.
- 27) Matrisian,L.M.,Bowden,G.T.,Krieg,P.,Furstenberger,G.,Briand,J.P.,Leroy,P. and Breathnach,R.:The mRNA coding for the secreted protease transin is expressed

- more abundantly in malignant than in benign tumors. Proc.Natl.Acad.Sci.USA 83:9413-9417,1986.
- 28) Breathnach,R.,Matrisian,L.M.,Gesnel,M.C.,Staub,A. and Leroy,P.:Sequence coding for part of oncogene-induced transin are highly conserved in a related ratgene. Nucleic Acids Res.15:1139-1151,1987.
- 29) Massova,I.,Kotra,L.P.,Fridman,R. and Mobashery,S.:Matrix metalloproteinases: structures, evolution, and diversification. FASEB J.12:1075-1095,1998.
- 30) Collier,I.E.,Bruns,G.A.P., Goldberg,G.I. and Gerhard,D.S.:On the structure and chromosome location of the 72- and 92-kDa human type IV collagenase genes. Genomics 9:429-434,1991.
- 31) Quinn,C.O.,Scott,D.K.,Brinckerhoff,C.E.,Matrisian,L.M.,Jeffrey,J.J. and Partridge,N.C.:Rat collagenase.Cloning, amino acid sequence comparison, and parathyroid hormone regulation in osteoblastic cells. J.Biol.Chem.265: 22342-22347,1990.
- 32) Freije,J.M.,Diez-Itza,I.,Balbin,M.,Sanchez,L.M.,Blasco,R.,Tolivia,J. and Lopez-Otin,C.:Molecular cloning and expression of collagenase-3,a novel human matrix metalloproteinase produced by breast cartinomas. J.Biol.Chem.269:16766-16773,1994.
- 33) Balbin,M.Fueyo,A.,Knauper,V.,Lopez,J.M.,Alvarez,J.,Sanchez,L.M.,Quesada,V., Bordallo,J.,Murphy,G. and Lopez-Otin,C.:Identification and enzymatic characterization of two diverging murine counterparts of human interstitial collagenase(MMP-1) expressed at sites of embryo implantation. J.Biol.Chem.276:10253-10262,2001.
- 34) Llano,E.,Pendas,A.M.,Freije,J.P.,Nakano,A.,Knauper,V.,Murphy,G. and Lopez-Otin,C.:Identification and characterization of human MT 5-MMP,a new membrane-bound activator of progelatinase A overexpressed in brain tumors. Cancer Res.59:2570-2576,1999.
- 35) Puente,X.S.,Pendas,A.M.,Llano,E.,Velasco,G. and Lopez-Otin,C.:Molecular cloning of a novel membrane-type matrix metalloproteinase from a human breast cartinoma. Cancer Res.56:944-949,1996.
- 36) Itoh,Y.,Kajita,M.,Kinoh,H.,Mori,H.,Okada,A. and Seiki,M.:Membrane type 4 matrix metalloproteinase(MT 4-MMP, MMP-17) is a glycosylphosphatidylinositol-anchored proteinase. J.Biol.Chem.274:34260-34266,1999.
- 37) Velasco,G.,Cal,S.,Merlos-Suarez,A.,Ferrando,A.A.,Alvarez,S.,Nakano,A., Arribas,J. and Lopez-Otin,C.:Human MT 6-matrix metalloproteinase: identification,progelatinase A activation, and expression in brain tumors. Cancer Res.60:877-882,2000.
- 38) Whitelock,J.M.,Murdoch,A.D.,Iozzo,R.V. and Underwood,P.A.:The degradation of human endothelial cell-derived perlecan and release of boud basic fibroblast growth factor by stromelysin,collagenase,plasmin, and heparanases. J.Biol.Chem.

- 271:10079-10086,1996.
- 39) Imai,K.,Hiramatsu,A.,Fukushima,D.,Pierschbacher,M.D. and Okada,Y.: Degradation of decorin by matrix metalloproteinases:identification of the cleavage sites,kinetic analysis and transforming growth factor-beta 1 release.Biochem.J.322:809-814,1997.
- 40) Fowlkes,J.L.,Enghild,J.J.,Suzuki,K. and Nagase,H.:Matrix metalloproteinases degrade insulin-like growth factor-binding protein-3 in dermal fibroblast cultures.J.Biol.Chem.269:25742-25746,1994.
- 41) Fowlkes,J.L.,Suzuki,K.,Nagase,H. and Thrailkill,K.M.:Proteolysis of insulin-like growth factor binding protein-3 during rat pregnancy:a role for matrix metalloproteinases.Endocrinology.135:2810-2813,1994.
- 42) Thrailkill,K.M,Quarles,L.D., Nagase,H., Suzuki,K.,Serra,D.M. and Fowlkes,J.L.: Characterization of insulin-like growth factor binding protein-5-degrading proteases produced throughout murine osteoblast differentiation.Endocrinology.136:3527-3533,1995.
- 43) Suzuki,M.,Raab,G.,Moses,M.A.,Fernandez,C.A. and Klagsbrun,M.:Matrix metalloproteinase-3 releases active heparin-binding EGF-like growth factor by cleavage at a specific juxtamembrane site.J.Biol.Chem.272:31730-31737,1997.
- 44) Yu,Q. and Stamenkovic,I.:Cell surface-localized matrix metalloproteinase-9 proteolytically activates TGF- β and promotes tumor invasion and angiogenesis.Genes Dev.14:163-176,2000.
- 45) Schonbeck,U.,Mach,F. and Libby,P.:Generation of biologically active IL-1 β by matrix metalloproteinases:a novel caspase-1-independent pathway of IL-1 β processing.J.Immunol.161:3340-3346,1998.
- 46) Sheu,B.C.,Hsu,S.M.,Ho,H.N.,Lien,H.C.,Huang,S.C. and Lin,R.H.:A novel role of metalloproteinases in cancer-mediated immunosuppression.Cancer Res.61:237-242,2001.
- 47) Levi,E.,Fridman,R.,Miao,H.Q.,Ma,Y.S.,Yayon.A. and Vlodavsky,I.: Matrix metalloproteinase 2 releases active soluble ectodomain of fibroblast growth factor receptor 1.Proc.Natl.Acad.Sci.U.S.A.93:7069-7074,1996.
- 48) Alexander,C.M.,Howard,E.W.,Bissell,M.J. and Werb,Z.:Rescue of mammary epithelial cell apoptosis and entactin degradation by a tissue inhibitor of metalloproteinases-1 transgene.J.Cell.Biol.135:1669-1677,1996.
- 49) Kayagaki,N.,Kawasaki,A.,Ebata,T.,Ohmoto,H.,Ikeda,S.,Inoue,S.,Yoshino,K., Okumura,K. and Yagita,H.:Metalloproteinase-mediated release of human Fas ligand.J.Exp.Med.182:1777-1783,1995.
- 50) Mitiades,N.,Yu,W.,Poulaki,V.,Tsokos,M. and Stamenkovic,I.: Matrix metalloproteinase-7-mediated cleavage of Fas ligand protects tumor cells from chemotherapeutic drug cytotoxicity.Cancer Res.61:577-581,2001.
- 51) Giannelli,G.,Falk-Marzillier,J.,Schiraldi,O.,Stetler-Stevenson,W.G. and

- Quaranta,V.:Induction of cell migration by matrix metalloproteinase-2 cleavage of laminin-5.Science.277:225-228,1997.
- 52) Koshikawa,N.,Giannelli,G.,Cirulli,V.,Miyazaki,K. and Quaranta,V.:Role of cell surface metalloproteinase MT 1-MMP in epithelial cell migration over laminin-5.J.Cell.Biol.148:615-624,2000.
- 53) Von Bredow,D.C.,Nagle,R.B.,Bowden,G.T. and Cress,A.E.:Cleavage of $\beta 4$ integrin by matrilysin.Exp.Cell.Res.236:341-345,1997.
- 54) Lochter,A.,Galosy,S.,Muschler,J.,Freedman,N.,Werb,Z. and Bissell,M.J.:Matrix metalloproteinase stromelysin-1 triggers a cascade of molecular alterations that leads to stable epithelial-to-mesenchymal conversion and a premalignant phenotype in mammary epithelial cells.J.Cell.Biol.139:1861-1872,1997.
- 55) Noe,V.,Fingleton,B.,Jacobs,K.,Crawford,H.C.,Vermeulen,S.,Steelant,W.,Bruynell,E.,Matrisian,L.M. and MareelmM.:Release of an invasion promoter E-cadherin fragment by matrilysin and stromelysin-1.J.Cell.Sci.114:111-118,2001.
- 56) Engsig,M.T.,Chen.Q.J.,Vu,T.H.,Pedersen,A.C.,Therkidsen,B.,Lund,L.R.,Henriksen,K.,Lenhard,T.,Foged,N.T.,Werb,Z. and Delaisse,J.M.:Matrix metalloproteinase-9 and vascular endothelial growth factor are essential for osteoclast recruitment into developing long bones.J.Cell.Biol.151:879-890,2000.
- 57) McQuibban,G.A.,Gong,J.H.,Tam,E.M.,McCulloch,C.A.,Clark-Lewis,I. and Overall,C.M.:Inflammation dampened by gelatinase A cleavage of monocyte chemoattractant protein-3.Science.289:1202-1206,2000.

(2004年11月4日受理)

移動制約者の旅行についての研究

A Study of People Whose Mobility are Restricted

井上 桜

INOUE Sakura

1. はじめに

観光ユニバーサルデザインセミナーが2004年9月に千葉の京成ホテルで開催された。テーマは「Tourism for all」。誰もが旅行できる環境づくりということについて、ユニバーサルデザインを切り口に講演、パネルディスカッションが行われた。この中で「観光ユニバーサルデザインは、人間生活を中心に据えて、ハード、ソフトおよびその関係性を解明し、ユニバーサルデザインを総合的に具体化するにふさわしい分野と言える。つまり、移動、行楽、宿泊など、トータルに物事を捉えられる。」ということが提示された。¹⁾

10数年前、ある高齢者の旅に付き添った。その方は「死ぬまでに一度故郷へ帰りたい」と希望し、末期の癌を患いながらの旅であった。故郷の松阪までたどり着いたものの、入りたかった温泉は大浴場であり、介助をお願い出来る男性の従業員はいなかったため、家族風呂で入浴し、念願の伊勢参りには行くことが出来なかった。当時の私には歩くこともままならない、高齢者とどのように伊勢参りすればいいのか見当がつかなかったのである。移動制約者は、旅そのものを楽しむ前に移動方法のバリアに直面することとなる。

このように、旅行することは、年齢、病気の有無、障害の有無などにより、未だ多くのバリアが存在する。移動制約者の外出頻度が制約されているという状況は、三星らの研究によっても明らかにされている。²⁾ 年齢とともに、移動制約される人が増加するという状況は、移動制約者は決してマイノリティではないことを表している。「移動制約者」とは移動が困難な妊産婦、小児、障害者、高齢者などを意味する。³⁾ 移動が困難な状況にある者については「交通困難者」、「交通障害者」などの用語もあるが、今回は「移動制約者」で統一する。「ユニバーサルデザイン」と「バリアフリー」という用語は対比されることが多いが、ここでは、言葉の意味を問うのではなく、移動制約されている人が旅行や外出を楽しむことに視点を置き、検討されるべき課題について考えてみたい。

また、移動制約者の旅行について考えるには外出するための手段が必要である。筆者はこの10年間、移送サービスの問題に関わり続けてきた。日本では、移動制約者と言われる高齢者、障害者、妊産婦、小児が外出や旅行を行うことが、簡単には出来ない。それは日本の文化として、旅館や温泉は外観や雰囲気が重視されていることや、外出する手段に対する情報や利用し

やすい具体的な手段が、必要な人の手に入り難い状況にあるからである。⁴⁾

本研究では、これらの移動するための情報や手段といったことに着目し、移動制約者が快適に旅行出来るように、旅行と移動制約者を結びつけるものについて検討する。

2. 研究の目的

研究の目的は旅行先である旅館や観光地がどのようにバリアフリー化されているかと言うことに加えて、目的地までの手段や、目的地と手段の連携や情報のあり方を移動制約者の視点に立って、課題を提示することを目的としている。

3. 研究方法

研究方法として、東海4県市町村へのアンケート調査と東海4県の宿泊の実地調査、また車椅子利用者との日帰り調査を実施した。

アンケート調査は高齢者や障害者の外出のための車のサービスである移送サービスと、旅の窓口について実施した。回収率は72%だった。移送サービスについては各市町村がどのような移送サービスを行っているか、介護保険での移送サービスと介護保険以外の移送サービスについて調査した。旅の窓口については、それぞれの市町村で外出についての情報提供を行う窓口の有無と旅の窓口と移送手段との連携について調査した。

宿泊の実地調査は東海4県の旅館各2施設づつ、計8施設を対象に実施した。8施設はすべてがバリアフリーの宿としては、旅行ガイドで評価されている施設を選択した。実際にバリアフリー室に宿泊し、そこでの対応や宿の状況についての体験とアンケート調査を行った。アンケート調査は利用頻度、従業員教育、情報提供の方法などの項目を設定した。

日帰り調査は、車椅子の協力者と東海4県の地下鉄、電車を利用し、実際に車椅子で鉄道の移動を試みた。駅構内での移動、駅から外への移動について駅員、観光センター職員に対して実際の旅行を想定した質問を実施した。

4. 実地調査

実地調査は2003年4月に車椅子利用者の協力者との日帰りの調査と、9月から11月にかけて東海4県の宿泊調査を実施した。

(1) 日帰り調査

日帰り調査については車椅子利用者の協力者と東海4県の電車で電車内外の状態、駅構内の状態、駅員や観光センターの職員の対応、観光センターの機能などについて実地調査した。静岡から名古屋、三重、岐阜、名古屋、静岡というスケジュールで実施した。協力者がよく利用する東静岡駅からだったので、駅員と協力者の関係も出来ており、車椅子操作から、ホームと電車の間へのスロープの取り付けも大変スムーズであった。しかし、駅員の話によると、電車によって車椅子の乗れる場所が異なっており、例えばトイレ付きの電車があっても、同じ時間に到着する電車のトイレの位置が何両目であるかどうかということが、駅員でもわかり難いという話であった。列車の中の座席やトイレの位置については列車の種類ごとに「列車編成席番表」(ジェー・アール・アール発行)⁵⁾という本から知ることは出来るが、これらのことが予め知りたい場合は時間に余裕をもって乗降する駅に尋ねなければならない。

車椅子の利用者の場合、乗降については予定を駅に伝えておくことにより、駅員がスロープを持ち、ホームで待機してくれることになっている。⁶⁾ 今回、岐阜県の高山本線については、電車内に入るのに階段があり、スロープではなく、完全に駅員の人力で乗降を行うことになった。降りたホームから改札口までが階段の場合、駅員の人力か、手動式の昇降機、階段に備え付けの昇降機というようにいくつかの対応方法がある。昇降機については慣れていないと、利用する側の体調に影響する。今回も上下に大きくゆれる昇降機に、協力者は体調が悪くなるということがあった。また、新幹線の個室については帰りに利用したが、個室のすぐそばにトイレがあり、臭いが気になり食事は出来なかった。個室のそばのトイレは配慮された結果なのかもしれないが、新幹線の個室ではなく、車内の車椅子用の座席に車椅子を固定していた方が快適な旅が出来たのではないかと思った。それでも、駅構内や電車内では今回の日帰り調査ではほぼ安全で不便なく利用することが出来た。JR西日本が作成している「バリアフリーガイド」は駅構内の施設について丁寧に説明している。このように駅構内について丁寧に書かれている資料は他にもいくつかある。

ただし、駅から一步外へ出ようと名古屋駅で観光センターに問い合わせた時、車椅子利用者の移動についての情報は、観光センター職員はもっていなかった。駅で駅員に問い合わせても駅から外のことはわからないと答えられてしまった。駅から駅までだけでなく、目的地まで、少なくとも次の点へつながる「線」の情報の必要性を感じた。

(2) 宿泊調査

宿泊調査は先に行った東海4県の市町村アンケートから移送サービスが行われている地域ということと、バリアフリーの温泉旅館があるところという2つの条件で探したもの、現実には難しく、移送サービスがあまり行われていない地域も結果として宿泊調査地になっている。4県のそれぞれの温泉旅館は旅行ガイドでバリアフリーの宿として高い評価を得ているものを選んだ。

温泉旅館、あるいは温泉のある宿を選んだのには、筆者の付き添った旅の経験で「温泉に行きたい」という障害のある方が多かったということからである。しかし、温泉は大浴場であり、さらに雰囲気を大切にしてつくられているので、バリアフリーであるところは少ない。「江戸の旅文化」の中で神崎は「温泉宿にしろ旅籠にしろ、大浴場の設備が不可欠となった。」と述べているように、温泉は大浴場があるというスタイルが昔から定番になっている。⁷⁾ 当然、障害をもっていても、高齢であっても、温泉と言えば、小さな家族風呂を想像するのではなく、大風呂にゆっくり入るということを考えても不思議ではない。だからと言って、すべてをバリアフリーにするのでは温泉の雰囲気が損なわれてしまう恐れがある。そこで大切なのが、ソフトのバリアフリーということで「人の介助のもとに入浴できる」という可能性である。今回の調査では、従業員の対応なども重要なポイントとして考えた。

温泉のある宿のバリアフリールームに宿泊し、体験をするとともに、担当者から聞き取りを行い、アンケート調査も実施した。さらに、旅館と付近の駅や町並みといったことにも着目し、宿泊場所だけでなく、それらのつながりについても調べた。

1) 岐阜県

岐阜県は下呂温泉と高山温泉に宿泊した。下呂温泉は昔ながらの温泉であり、駅から町について部分的にバリアフリーになっているものの、駅前などは段差だらけであるため、旅

館の送迎車での移動が主となる。

また、駅前観光センターでは高齢者、障害者向けのパンフレットがあったものの、10年前のものが残り1部あるだけであった。旅館についても従業員にバリアフリールームの説明を求めたが、答えることが出来なかった。

高山温泉は、町づくりからバリアフリーに取り組まれていた。人に優しい観光の町づくりのいくつかを紹介する。駅前の観光センターにはパソコン端末が設置され、障害者向けに丁寧な観光案内が出来るようになっている。(写真1)

また、駅から続く町並みはバリアフリーやタウンモビリティ⁸⁾の取組みがなされている。

(写真2)

宿泊したバリアフリーの宿は、大浴場に車椅子ごと入浴できる機械が設置されている。バリアフリールームは宿泊者が多いため、利用出来なかつたが、「コントラストルーム」ということで視覚障害者にも優しい色彩に配慮した部屋づくりを目指している。また従業員教育にも力を入れている。宿泊中も高齢者や障害者に対しての従業員の心配りを見る機会が何度かあった。

2) 三重県

三重県では、榎原温泉と伊賀上野の温泉に宿泊した。榎原温泉では車椅子で入浴できる露天風呂があり、従業員も丁寧にバリアフリールームの説明を行ってくれた。室内はかなり広く、電動ベッドであり、食事も部屋で大きなテーブルに運んできてくれた。車椅子のまま部屋で食事をとることが出来る。部屋のお風呂も風呂の高さに合わせたボードが備え付けられていて、部屋のお風呂でもバリアフリーが体験できるようになっていた。駅前は小さな駅であり、温泉まではかなり距離があるため、送迎バスの利用となる。車椅子で乗降出来る送迎車もあるということであった。

伊賀上野は宿泊した宿よりも町づくりのあり方に注目した。伊賀上野駅は決してバリアフリーになっていないのだが、駅前の観光案内所の職員が大変丁寧で、福祉マップを広げて説明をしてくれた。また、町並みを歩くと至る所に「まちかど観光案内所」という看板を発見

(写真1)



(写真2)



した。（写真3）商店街が協力して観光の町づくりをしているのが窺える。上野市コミュニティバスもあり、1回100円で乗車出来る低床バスである。松尾芭蕉にまつわる記念館が点在しているので、バスを利用しながら、観光案内所を利用しながら、観光を楽しめるようになっていた。（写真4）

(写真3)



(写真4)



3) 静岡県

静岡では伊豆長岡と熱海に宿泊した。伊豆長岡ではバリアフリールームに宿泊し、女将の話を聞く機会があった。「バリアについては旅館をつくる時に考えてしまったが、全てをバリアフリーにしてしまえば、旅館ではなく、病院のような施設になってしまうと考え、従業員の教育になるべく力を入れて、バリアになってしまいう部分は従業員の対応でカバー出来るようにしたい」ということであった。大浴場はバリアフリーではないが、家族風呂があり、シャワーチェアも設置されていた。従業員の対応が気持ちの良い旅館であった。

熱海はバリアフリールームに宿泊したものの、居室はバリアフリーではなく、従業員の対応も悪く、他の宿で当然のようにされていた入浴時間についての説明や食事についての説明もなかった。大浴場もバリアフリーではなかった。熱海は町が坂道と小さな道の組み合わせであり、自動車の利用がなければ、高齢者の移動は難しい。駅前も特にバリアフリーにはなっていない。

4) 愛知県

愛知県では足助町と伊良湖岬に宿泊した。足助町は特別バリアフリーということではないが、福祉センターの中に宿泊施設がある。すべて、部屋の雰囲気の異なる広々した空間になっている。従業員の対応が良く、食事でも高齢者向けのメニューがセットされており、花を飾

る心配りや、心地よい空間づくりが出来ており、おもてなしの心のある宿であった。高齢者自らがパンやソーセージをつくる工房が併設されていて、高齢者が活き活きと仕事をしている姿が印象的であった。近くに駅はないため、最寄駅からはバスで1時間ほどかかる。

伊良湖岬でははじめての国民宿舎の宿であった。古いということもあり、完全にはバリアフリーにはなっていないが、食堂前の部屋であり、移動には配慮されていた。従業員の対応も丁寧であった。岬であるため、宿までのアクセスは自動車となる。

5. アンケート調査

(1) 東海4県のアンケート調査

6月に東海4県市町村に対し、アンケートを実施した。内容は移送サービスと旅の窓口についてであった。介護保険の移送サービスについてはこの1年間は特に改正が多かったため、アンケートを郵送してからの市町村の問い合わせの多さに、市町村の現場が移送サービスについてはかなり神経を使っていることが窺えた。どの地域のコメントからも言えるが、移送サービスの必要性を訴えるもの、現場の混乱を訴えるもの、法制度がはっきりしない中でのコメントに神経をつかっているものなどがそのほとんどであった。

アンケート結果の概要を説明する。

介護タクシーの実施状況については、介護タクシーの比較的多くある愛知、岐阜は介護タクシー以外の移送サービスがなく、介護タクシーがほとんどない三重では、その逆に介護タクシー以外の移送サービスがあるという結果が出た。静岡、岐阜、では、介護タクシーも介護保険以外の移送サービスもない地域が比較的多く存在することが明らかになった。

地域性もあるが、介護保険以外の移送サービスの実施形態は様々であり、地域独自での移送サービスが多く行われていることが結果から窺える。また、住民への移送サービスの情報提供については「流していない」と、「未回答」が多いのは三重、岐阜であった。外出や旅の相談窓口についてはどの県も「ある」と「ない」が半々で存在している。外出について移送サービスの団体との連携の有無については三重県を除く地域が半数をこえて「無し」と答えている。

(2) 旅館へのアンケート調査

今回宿泊した8施設のうち、6施設から回答があった。回答のなかった1施設については女将から直接、アンケート内容について話を聞かせていただいた。バリアフリーの部屋の利用は多いところと少ないところの差が大きかった。従業員教育については行っていないところが4ヶ所あった。予約時に客の身体状況を聞いていないところが2ヶ所あった。宿からの情報提供は行っていないところが4施設あり、旅館のPRについても行っているものの、本やインターネットが主であり、観光センターにはPRしていないことがわかった。今回宿泊した宿はガイドブックで評価の高いバリアフリーの宿であったが、従業員の対応で旅は楽しくもつまらなくなる。建物の評価がいくら高くても、従業員の対応でこんなに差があるものかを感じることが多かった。建物のバリアフリーということ以上に従業員の対応が、旅の楽しさを決める物差しになることを実感した。

6. 考察と課題

(1) 情報のバリアと「点」だけのバリアフリー

移動制約者が外出しようとする時、鉄道の場合、駅から外へ出る手段が必ずしも用意されてはいない。その場で情報を得ようとしても駅、観光センターでは資料の提供すらのぞめないところもある。駅のバリアフリーはその場所の「点」のバリアフリーだけでなく、次につながる「線」としてのバリアフリーも想定されなければならないのではないだろうか。そのための情報発信場所について検討の必要がある。これらは、旅館のアンケートでも明らかにされている。旅館はバリアフリー室を持っていても、そこからの客の足についての情報はほとんどない。それぞれが「点」としての機能ではなく、「線」も考えられるような情報提供のあり方が求められるのではないだろうか。最近、インターネットを利用した情報提供は多くあるが、高齢者や障害のある方々が必ずしもインターネットを使用できるとは限らない。インターネットだけに頼るのではなく、やはり気軽に利用出来る情報のあり方については考えなければならない。

三重県には「伊勢志摩バリアフリーセンター」があり、障害のある当事者が関わり、地元の観光施設などを評価している。そこで集めた情報を「パーソナルバリアフリー基準」をもとに提供している。この基準はさまざまな障害をもつ人たちと検討して作成したもので、人の数だけ障害の種類があるので、情報を提供し、「行けるかどうか、必要であれば手伝ってもらうかどうか」を個人に判断してもらうことにより、利用者の満足度をあげようとするものである。施設内の状況だけでなく、行きたいところに行く為の方法を提示している。事前情報の大切さを考えると、このような情報発信拠点の必要性を強く感じる。

(2) まちづくりとしてのバリアフリー

今回、宿泊調査した高山市⁹⁾と伊賀上野市はまちづくりとしてバリアフリーに取り組んでいる地域であった。特に高山市は駅から商店街、宿泊施設と繋がりをもって、人に優しい地域づくりを目指していた。

このことは、今回の研究の主要なテーマである「目的地と手段の連携」ということにおいて、重要なポイントである。駅や宿泊施設が、個々に連携をとろうとしても必要であるが、市が政策として取り組むことにより、一環したサービスが提供されるのではないだろうかと考えた。何より、旅で困った時に旅館で尋ねても、駅で尋ねても返事が帰ってくると言う安心感があった。町並みや建物がバリアフリーということだけでなく、そこに関わる人の意識の高さが窺えた。

(3) 地域独自の移送サービスの必要性

東海4県のアンケートからいくつかのことが明らかにされた。

- i. それぞれの地域独自の移送サービスが多様な形で行われている。
- ii. 移送サービスが全く行われていない地域がある。過疎として行われていない場合とそれ以外に、市町村の考え方により、行われていない場合がある。
- iii. 移送サービスの情報の提供方法は様々である。また、情報として流していない地域も多く存在する。
- iv. 外出のための相談窓口は設けられていないところが多い。また、業者との連携もはかれていない地域が多い。

移送サービスや外出の窓口についての取り扱いについては、市町村によりかなり違いがある。2004年3月、「介護輸送に係る法的取り扱いについて」という厚生労働省、国土交通省共同のコメントが発表された。今まで、法律上、取り扱いがグレーゾーンと言っていた移送サービスに一定の方向性が確認されることとなった。¹⁰⁾ 賛否両論あるかと思うが、高齢者や障害者の移送サービスである「スペシャルトランSPORTサービス」（通称STS）が、注目され続けた結果、今回のコメントにたどり着いたことは、今後の高齢者や障害者の外出には大きな意味をもつものであっただろう。2004年3月「第16回移送サービス研究協議会」はこの話題で持ちきりだった。

アンケート内容からもわかるように多くの市町村は独自の移送サービスを行っており、今回の解釈の統一により、例えば有限会社や法人格を持たない小さなボランティア団体などは、これらからはずされてしまうことになる。地域の独自性ということを考えれば、また多くの人の外出の手段ということを考えれば、これらの地域独自の移送サービスについては市町村の意見を添えるなど、何らかの形で残していくいかと考える。今まで両省ともグレーゾーンできた結果が混乱を生むことになるのであれば、それくらいの柔軟性は必要なのではないだろうか。

（4）ソフト面でのバリアフリー

今回、旅館にアンケートをとった際、「旅館としての外観を保つためにはすべてをバリアフリーにすることは出来ない」と回答がよせられた。そこで、旅館などの雰囲気をサービスのひとつとして位置づけているところでは、従業員の教育がバリアフリーに欠かせないものとなる。すべてがバリアフリーでなくとも、人的な面でバリアフリーが実践されている旅館は、安心して宿泊することが可能となってくる。

千葉県の京成ホテルは従業員教育に力を入れている。¹¹⁾ 従業員に対して「ユニバーサルサービス研修会」を毎年実施している。実際に車椅子の利用者を講師とし、様々な体験型の研修を行っている。その京成ホテルは「お客様はハードを求めているのではなく、ホテルのサービスを求めている」ということに気がついて、研修をはじめたという事であった。

今回、バリアフリーの宿でバリアフリールームに宿泊しながらも、感じたのはさりげない気遣いや、笑顔、温かい言葉などであった。建物などのハード面はガイドブックで評価を得ている施設ばかりである。しかし、そこには大きな差があった。旅というのは人ととの出会いから広がる世界であり、それはどんな人にも平等に感じられることではないだろうか。伊賀上野市の観光センターで、駅周辺はバリアフリーということに関して言えば不便だったにも関わらず、従業員の丁寧な対応でどれだけ気持ちよく市内を散策できただろうか。熱海の宿泊施設でバリアフリーだったにも関わらず、従業員の対応にどれだけ心が冷えてしまっただろうか。ソフト面でのバリアフリーが実は移動制約者だけでなく、私たち自身にとっても旅の重要な要素であることが、実地調査からも垣間見ることが出来る。

いくつかの課題を提示したが、今回、旅行会社については、アンケートを実施するに至らなかった。旅行会社は独自に高齢者や障害者に向けての旅行の企画をしているが、それらも含めて、移動制約者が外出しやすい環境にあることは必要なことであり、今後の研究の課題したい。

7. おわりに

移動制約者と、移動制約されていない者との旅の意味は同じである。癒しであり、非日常であり、楽しみであり、意外性のもつ素晴らしい旅であることがあると考える。しかし、旅することについての方法や、それにまつわる困難さは移動制約者でない私たちには計り知れないものがあり、このこと抜きに移動制約者の旅が成り立たないのも事実である。

今回、移動制約者の旅ということで、旅行の手段に着眼したのは、旅行するために移動制約者が実際の外出場面で多くの不利益を被っているからであった。「移動制約者」と言うと何か私たち自身と違う人たちという感覚があるかもしれないが、自分が老いた時、足が弱くなり、目も見え難くなり、身体的、精神的な多くの症状が現われるかもしれないことを考えれば、なぜ移動手段に着眼するかということは理解出来るのではないだろうか。

今の私たちは旅での意外性を楽しむことが出来る。非日常や旅先での予想外の出来事に驚いたり、考えたりしながらも旅を最後まで自分で続けることが出来るだろう。それは最低限の情報を得ることが出来、移動できるような環境にあるからである。旅の意味は移動制約者も移動制約者とされていないものも同じだと最初に述べた。しかし、移動制約者についてはこの最低限の情報を得ることも、環境もないである。ある日突然、私が車椅子の利用者になった時、私は今の住居からどのように駅まで行けばいいのかすらわからない。

幾人もの移動制約者と呼ばれる人との外出の経験をして、旅先での出来事や風景、温泉の湯のやわらかさ、故郷への想いにふれ、旅の醍醐味を味わうことがあった。介護者である私が出来ることは、最低限の情報の提供とお手伝いでしかない。どんなに用意していっても私たちが普通に旅をする以上のハピニングが、必ずといっていいほどついてまわる。

旅の文化を考えるに当たって、今はまだ移動制約者の人たち個人が、旅の文化にふれるためには移動手段の問題が必ずある。寝たきりの状態になっても人は「故郷に帰りたい」、「お墓参りをしたい」、「花が見たい」、「温泉に入りたい」と旅を求める。旅はどんな人にとっても旅であり、それは人として当然の権利である。¹²⁾ 自分で情報を得る力がなくなっていても、動くことが出来なくても、旅が出来る環境を整えていくことが、私には旅の文化を考えていく上で重要なことであるように思えてならない。それはすべてがバリアフリーになり、すべての情報が開示され、何も障害がなくなるということではない。旅行に行く時、私たちが自然に時刻表を見て、列車に乗るような当たり前の情報を得る権利や、私たちが駅まで歩いていくのと同じように駅まで行く手段がわかることがある。それは特別なことなく、人として当たり前の権利である。

最近では、車椅子の利用者自らが旅行ガイドを作成したり、必要な情報を集めるという活動も行われてきている。当事者自身の活動が必要であるとすれば、人間はいずれ老いていくものであり、私たちが私たち自身の老後の旅のために、情報を集めること、考えることは当事者として自らに必要な活動であると考えている。

民俗学者の宮本常一は「いったい進歩というのは何であろうか。」「失われるものがすべて不要であり、時代おくれのものであっただろうか。」と著書「民俗学の旅」の中で記している。移動制約者の旅について考えてきたが、建物などをバリアフリーにすることが、移動制約者の旅を「旅」にするのではなく、すべてを新しく綺麗に手をいれることにより、私たちだけでなく、移動制約されている人たちにとって求めている「旅」も失われることになるかもしれない。一人ひとりが旅に求める意味、その本質が何であるのか、私たちは常に考えていかなければならぬだろう。

最後に日本旅館のバリアフリーの宿への宿泊は、1名では宿泊が難しいこともあった。その為、両親の協力を得て、宿泊が可能となった。協力してくれた両親に感謝をしたい。

本研究は「旅の文化研究所 第10回公募研究プロジェクト」「移動制約者による旅行のあり方についての研究－旅館と移動手段の関連性を求めて－」により進められた研究成果の一部である。

(注)

- 1) 2004年9月に開催された観光ユニバーサルセミナーの基調講演で東洋大学工学部教授 高橋儀平氏が示した。
- 2) 秋山哲男・三星昭宏編『講座高齢社会の技術6 移動と交通』日本評論社, 1996年, 9~31頁。
- 3) 同上. 9~36頁.
- 4) 井上桜「高齢者、障害者の移送サービスの現状と課題」(『静岡県立大学短期大学部研究紀要』vol.14-2,2000年) 241頁に情報提供の必要性やサービス利用者を取り巻く機関の連携の必要性について述べている。
- 5) JR線について列車の種類ごとに車内構造が掲載されている。春夏・秋冬と年2回ごと発行されている。
- 6) 事前に予定を知らせておくことはスムーズな旅行のために必要なことであるが、途中で気が変わって予定を変更する場合、自分だけの変更では済まない。
- 7) 神崎宣武『江戸の旅文化』岩波新書, 2004年, 240頁.
- 8) 電動スクーターなどで商店街を移動することが出来る。電動スクーターの貸し出し場所があり、商店街の中を無理なく買い物することが出来る。日本にも広島などいくつかのタウンモビリティがある。
- 9) 2003年7月「福祉のまちづくり学会」が岐阜県高山市で開催され、講演の中で市長が「福祉のまちづくり」を政策として行っていると話した。
- 10) 移送サービスは日本では1970年代に始まったと言われているが、ボランティアが主流で行われていたサービスであったことや、介護保険制度が導入されてからは介護保険の事業所が移送サービスを行ってきた実態があり、道路運送法との関係から国土交通省と厚生労働省の意見の食い違いが問題となっていた。
- 11) 2003年、2004年「福祉のまちづくり学会」で秋元昭臣氏がホテルでの取り組みについて発表している。2004年の観光ユニバーサルデザインセミナーでは京成ホテルが会場となり、実際のバリアフリールームの見学も行われた
- 12) 権利としての交通ということでは交通権という考え方がある。交通権とは「国民の交通する権利」であり、日本国憲法の22条、25条、13条などに関連する人権を集合した新しい人権である。交通権学会は交通権憲章として、第1条に「平等性の原則」を掲げ、「人はだれでも平等に交通権を有し、交通権を保障される」としている。

参考文献

- ・秋山哲男・三星昭宏『講座高齢社会の技術 6 移動と交通』日本評論社, 1996年.
- ・アクセシビリティ研究会『情報アクセシビリティとユニバーサルデザイン』アスキー, 2003年.
- ・石川ミカ『車いすのリアル』大和書房, 2003年.
- ・神崎宣武『江戸の旅文化』岩波新書, 2004年.
- ・川内美彦『バリアフル・ニッポン』現代書館, 1996年
- ・草薙威一郎『障害者旅行ハンドブック』学苑社, 1995年.
- ・交通権学会『交通権憲章』日本経済評論社, 1999年.
- ・ジャー・アール・アール『列車編成席番表』ジャー・アール・アール, 2003年.
- ・社団法人日本旅行業協会『バリアフリー旅行ハンドブック』2001年.
- ・社団法人日本旅行業協会『バリアフリー旅行について』2000年.
- ・タウンモビリティ推進研究会『タウンモビリティと賑わいまちづくり』学芸出版社, 1999年.
- ・高萩徳宗『バリアフリーの旅を創る』実業之日本社, 2000年
- ・塚本義次『車いすの旅行ガイド』風媒社, 2001年.
- ・東京ハンディキャブ連絡会『全国移送サービス実施団体実態調査報告書』東京ハンディキャブ連絡会, 1999年.
- ・バリアフリーを考える会『お年寄りと家族のための愛知安心おでかけガイド』メイツ出版, 2001年.
- ・宮本常一『民俗学の旅』文藝春秋, 1978年.

(2004年11月4日受理)

支援費制度の実績検証と自己決定支援に関する検討

The Results Verification of The Assistance Benefits System and
a Study of Self Decision Support

岩田 香織

Kaori Iwata

I はじめに

平成15年4月に支援費制度が導入され、障害者福祉サービスの多くは、長く続いた措置制度から、利用者自身が必要なサービスを選定する仕組みに切り替わった。

さらに障害者保健福祉政策については検討、審議が継続されており、今後の大きな政策体系、制度の転換が予測される。これら一連の動向は、平成16年2月に社会保障審議会障害者部会において「ライフステージ等に応じたサービス提供の在り方、ケアマネジメントの在り方、雇用政策等との連携、財源の在り方等、支援費制度や精神保健福祉施策など障害者施策の体系や制度の在り方に関する事項」が審議事項として設定され、平成16年度に入り、本格的な論議がなされている経緯からも伺うことができる。

社会保障審議会障害者部会の中間とりまとめは平成16年7月に公表され¹⁾、基本的な方向性として、「地域での自立した生活を支援するため、障害者基本計画に示された自己選択と自己決定の下、保健医療・福祉だけではなく、就労、教育、住まいなども含め、幅広く自立と社会参加を進める」とこと、「現行の障害者保健福祉施策は、障害種別や年齢により支援費制度、措置制度、精神保健福祉施策、医療保険制度などが組合わさっているがー（略）ー基本的に三障害共通の枠組みとすべき」とこと、「国民一人ひとりが『障害』の問題を自分に関係のある問題であるとの認識に立って、広く議論が行われること」が挙げられている。

三障害共通の枠組みについては、厚生労働省が平成16年10月8日、障害者政策の改革試案をまとめ、中で「障害者サービス法（仮称）」の制定を打ち出した。これにより、障害種別毎に分かれ、原則として相互利用ができない現行の仕組みを改め、同時に支援費制度の対象外になっている精神障害も含めた、地域生活支援サービスの構築を目指すとしている。同時に、平成17年の介護保険制度改革論議では、身体・知的・精神の障害者も介護保険の範疇に含めることが懸案の一つとなっており、この新法制定の草案が地均しの役割を負っているとも考えられる。

こうした中、「ノーマライゼーションの実現」、「自己決定、自己選択の尊重」、「自立と社会参加の促進」をうたい、鳴り物入りで開始された支援費制度は、特に財政面での行き詰まりが強調され、早々と軌道修正が表明されている。

支援費制度では、財政面だけではなく、支給申請から支給決定までの仕組みと運用、バウチャー

制度への切り替えの検証、ケアマネジメントに関する課題、社会福祉の意義や理念と市場原理との両立等、種々の問題が多く指摘されており、その多くは課題が洗い出されたという段階で、現時点では総括が十分なされたとは言い難い。支援費制度の抱える種々の課題には、今後の福祉サービスのあり方をうらない、同時にソーシャルワークの本質に迫る問題が少なくないのである。

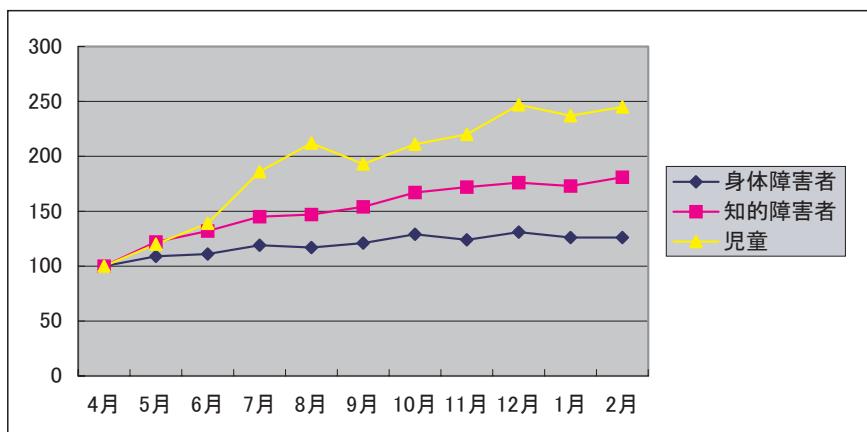
本論では、施行後1年間の支援費制度の状況を概観し、支援費制度に一定の評価を与えられている実績について検証する。統いて、特に自己決定に関わる課題を整理し、筆者の主要な関心事である知的障害者の生活支援という観点から、その機能を検討したい。

II 支援費制度の実績と課題

平成15年4月の制度導入以来、新たなサービス利用の伸び、需要の掘り起こし、サービスを事業、利用の両面から伸展したという一定の評価が与えられている。特に知的障害者や障害児の在宅支援サービスは著しい伸びを示している。これまで利用が進んでいなかった分野であるだけに、新制度導入を機に利用者がサービスを求め始めた結果であろう。(図1・2)

【図1 ホームヘルプサービス事業費実績】

※平成15年4月を100とした場合の指数 児童 100→245／ 知的障害者 100→181／ 身体障害者 100→126



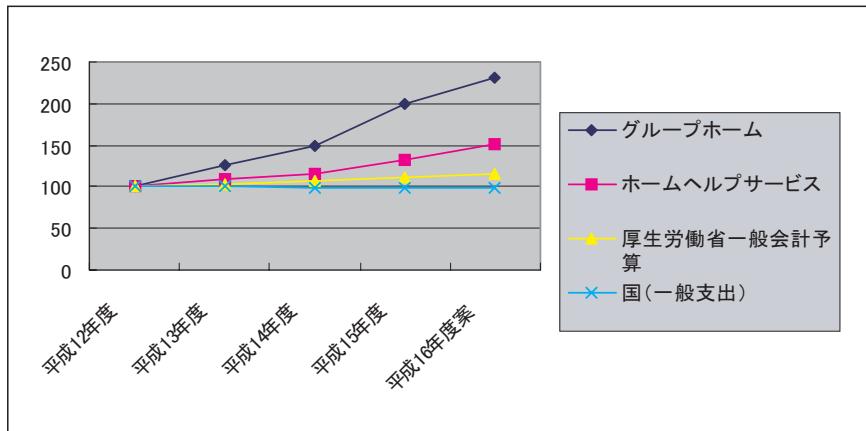
その一方で、利用者の急増により財源は逼迫し、平成16年度の国の在宅サービス補助金は当初予算で約170億円不足する見通しが出されている。ⁱⁱ⁾ これは2年連続の100億円を超える財源不足であり、何故このような事態が放置されているのか疑問を抱かせる。

本項では、見直し論議が盛んな支援費制度の現状に鑑み、制度上の課題を整理したいと思う。
(1)財政危機という課題

政策段階で支援費制度の財政安定に関わる問題には、制度発足当時から幾つかの課題があった。まず制度導入に先立って、サービス必要量の把握は必ずしも十分ではなかった。予算の裏付けにはニーズ調査が必須と考えられるが、少なくとも公式には全国規模の調査が行われず、

【図2 ホームヘルプサービスおよびグループホームの予算額】

※平成12年度を100とした場合の指数 グループホーム 100→232.1／ ホームヘルプサービス 100→150.1／
厚生労働省一般会計予算 100→115.9 ／国（一般支出） 100→99



（図1・2出典「支援費制度施行状況等の調査結果」厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課）

計画の見通しが不十分であったと言える。障害者基本計画においても、市町村の障害者基本計画策定のうち、数値目標を設定しているのは全体の36.7%に過ぎないのが現状である。ⁱⁱⁱ⁾

正確な統計調査が困難な上、制度導入後利用者の支給申請が積み上がってくるにつれて増加するサービス量に対応して、支援費を調整するシステムが不備であったと言わざるを得ない。サービス量の増減に対応するシステムを持っていないため、予算超過分について、現状では財源確保の目処は確定していない。財源の不足は、制度導入の初年度も同様で、約128億円の不足という結果を招いている。^{iv)} 安定的な財源が確保されていない状況では、今後のサービス利用の伸びに確実かつ効率的に対応することは困難である。

調整という観点から見ると、予算区分について課題があることは、相當に明白であったのに、平成16年度の当初予算の組立ては財源確保を放棄した印象すらある。平成16年度予算は平成15年度中に決められており、事実上支援費制度導入の初年度にあたる平成15年度1年間の実績に基づくことはできないわけだが、実績見通しという点からも、前年度とは異なる調整の仕組みを検討する必要があったのではないか。支援費導入の目的、意義を考えれば、既に平成15年度当初予算の構成からして大きな不備があったわけで、その反省にたっていないと見えるのである。

平成16年度予算では、施設訓練等支援費に大幅な予算が充てられており、しかもこれが義務経費であることから、実績に対して国は1/2の補助を行わなければならない。一方、地域生活支援という意義からして第一義的であり、また今後増加が見込まれる居宅生活支援費については、当初予算が施設訓練等支援費に比して低く押さえられている上に、裁量的経費であるため国の補助は担保されておらず、義務経費とのやりとりもできない仕組みとなっている。（表1）

【表1 平成16年度支援費関係予算】

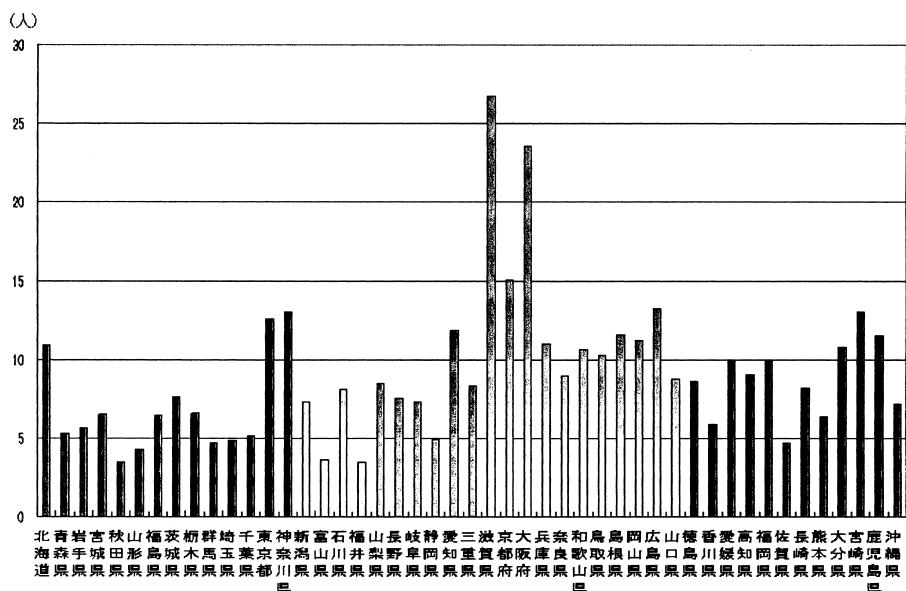
施設訓練等支援費（入所）	2,253億円	65%
施設訓練等支援費（通所）	618億円	18%
居宅生活支援費	602億円	17%

地域格差が大きいことも課題の一つである。（図3・4）ある程度の需要が見込める地域では新規に立ち上ったものも含めて事業所の運営が可能である。しかし、全国的に見れば、利用者側にたった場合の契約の主体性や自由を保障されるほどの選択の余地を有しているかと言う点には疑問が残る。

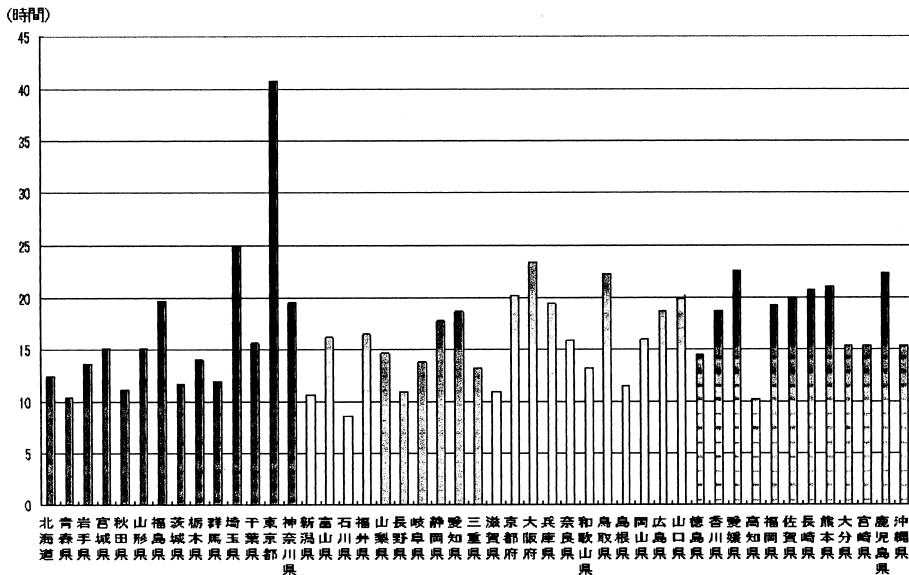
支援費制度において、サービス利用については利用者（障害者自身）と事業者の契約という形態に移行し、行政の公的責任と役割は、措置制度におけるサービス調整および提供から、サービスの基盤整備と支援費支給を中心とするものとして改めて強調されるべきである。

財源を安定させるために、厚生労働省では介護保険の統合を選択肢の一つとして検討を進めている。介護保険との統合を正当化する理由として、種々のリーズナブルな事項も挙げられているが、これまで税を充当してきた支援費を、保険制度に切り替え、被保険者の対象年齢を下げて保険料を徴収することで、支え手を一気に増やすと同時に、財源の確保をしようという意図は明白である。^{v)}

【図3 人口1万人当たりの支援費ホームヘルプサービス支給決定者数（平成15年4月）】



【図4 支援費ホームヘルプサービス一人当たり平均利用時間数（平成15年4月）】



(図3・4 出典「支援費制度施行状況等の調査結果」厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課)

しかし介護保険制度が、その実態として、家族中の個人を含んで設計されていること^{vii)}、要介護度認定によって上限が予め設定されており、サービスの利用抑制が効きやすいシステムであることと、障害者の自立支援とは両立しうるのか、慎重な検討が必要だろう。

財政問題は、数字として目に見えやすい危機感を私達に与える。このまま放置し得ない重大な課題であるが、そもそも「障害者の自己決定の尊重」、「利用者本位のサービス提供」を理念とした、契約によるサービス利用という新しい枠組みを、何故このような脆弱な財政基盤のもとにスタートさせたのだろうか。導入早々の財政破綻という現実の前に、制度の枠組みと実績を基に理念の具体化を検証することが全く説得力を失っており、ともすれば財政問題に収斂しがちである現状には疑問が生じる。障害者福祉サービスの将来像は財政課題を乗り越えることのみで語られるべきものではないだろう。基盤整備と費用供給の公的責任、契約に基づく利用者（障害者自身）の権利構築の課題は、財政問題とは別に考察されなければならないと考える。

(2)障害の程度を判定するという課題

厚生労働省の説明する支援費制度の基本的仕組みは以下の通りである。^{viii)}

- ①障害者サービスの利用について支援費の支給を希望する者は、必要に応じて適切なサービスの選択のための相談支援を市町村等から受け、市町村に対し支援費の支給申請を行う。
- ②市町村は、支給を行うと認めるときは、申請を行った者に対して支援費の支給決定を行う。
- ③支援費の支給決定を受けた者は、都道府県知事に指定を受けた指定業者又は施設との契約により、障害者サービスを利用する。
- ④障害者サービスを利用したときは

- ・本人及び扶養義務者は、指定業者又は施設に対し、障害者福祉サービスの利用に要する費用のうち本人及び扶養義務者の負担能力の応じて定められた利用者負担額を支払う。
- ・市町村は、障害者福祉サービスに要する費用の全体額から利用者負担額を控除した額を支援費として支給する。(ただし、当該支援費を指定業者又は施設が代理受領する方式をとる。)

このように、利用者は先ず希望するサービスを決定し、サービスの種類毎に申請を行う仕組みである。申請に応じるのは市町村^{vii)}であり、支給決定は、原則的に利用者と自治体(市町村)間の直接の交渉を経て決定される。

支援費の支給の際に、市町村は厚生労働省令で定める事項(身体障害者福祉法施行規則第9条の3、知的障害者福祉法施行規則第8条、児童福祉法施行規則第21条)を勘案するとされている。(表2)

勘案事項は、支給決定の際の支給量を見積もる目安として用いられているが、支給量決定の客観的判定の基準という質のものではない。「要介護度」を判定する認定基準を創出し、申請者個々人に対し、本来目に見えない介護の手間を含めた介護状態を「要介護度」として決定している介護保険制度と比較すれば、その客観化の手順はかなり大まかであると言えよう。

さらに、例えば介護保険における要介護調査、要介護基準時間、要介護認定審査会等の第三者的判定を担保する制度を持たず、障害者と自治体の交渉によって支給量が決定されているのである。そのため障害者の交渉力と自治体の行政裁量の綱引きとなり、地域間格差の一つの要因ともなっている。事実、支援費制度事業運営にかかる自治体からの要望には「支援決定基準の策定」が挙げられている。^{ix)}

また、障害者側からすれば、本来障害の程度、状況、サービス利用の必要性から、そして「利用者本位」を掲げる支援費制度の下では当然の権利として要請出来得るはずの支給申請が、障害者の情報収集力、自己主張力、交渉力に委ねられるというのは、甚だ納得しがたい。支援費制度は、こうした交渉事が自らの力で可能な障害者のためだけに発足したのではない。判断力、コミュニケーション力、生活力において、決定的に弱点をもつ障害者も事実存在しており、その弱さがまさに障害のなせる業ということもあるのである。こうした障害者の抱えるナインズな問題に目を向けることなく、三障害(身体障害、知的障害、精神障害)を統合の論議がなされることは、無神経きわまりないと言うべきであろう。

また、支援費制度ではケアマネジメントが自治体担当者、サービス提供者、また制度の運用

【表2 支援費制度における勘案事項】

障害の種類及び程度その他心身の状況
介護を行う者の状況(介護を行う者がいる場合に支援費の支給を行わないという意味ではない)
居宅生活支援費等の受給の状況
施設訓練等支援費の受給の状況
居宅支援及び施設支援以外の保健医療サービス又は福祉サービス等の利用の状況
利用に関する意向の具体的な内容
置かれている環境
指定居宅(施設)支援の提供体制の整備の状況(サービスの基盤整備は重要な課題であり、支援費導入の趣旨を勘案し、都道府県、市町村はニーズを踏まえた基盤整備に向けてより一層取り組む必要がある。)

「支援費制度の概要について」厚生労働省

に関わる援助者が共通して身につけるべき手法としてのみ位置づけられた。^{x)} ケアマネジメントに関する検討は、支援費制度に先立ち盛んに行われており、1998年「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」においても、「ケアマネジメント手法によるサービス提供手法の確立」の必要性が指摘されている。

当事者間、研究者間でも1997年の「今後の障害者保健福祉施策のあり方について」以降、2000年の社会福祉法等改正、介護保険制度発足、そして2003年の支援費制度導入まで、論議を呼んでいるところである。特に身体障害者へのケアマネジメントに関しては、制度としてケアマネジメントに対する反発といった論調が強い。^{xi)}

しかし、知的障害者の中には、支援費制度自体を理解し得ない者もあり、必要なサービスを見極め、行政と交渉し、ニーズを充足すると同時に不利益を被らないよう配慮しながら事業者との契約を行う、こうした一連の作業に、その障害の程度に応じて何らかの支援を要するのが一般的である。

筆者は、介護保険制度におけるケアマネージャーが行っているケアマネジメントをそのまま適用できるとは考えておらず、むしろサービスの組み合わせに終始するようなケアマネジメントが、本当に生活支援をなし得るのか疑問を持っている。しかし、知的障害者の場合、本人の望む日常生活を実現するための支援として、中期的、長期的な見通しのもとにケアマネジメントを行う役割が必要ではないかと考える。その意味でのケアマネジメントでは、短期的に社会資源を組み合わせるのではなく、本人の意向を汲み、あるいは意向の表明に基づいて、生活環境を整え調整すること、時にはサービスの改善、開発といった機能を視野に入れる必要がある。

現行の支援費制度では対象外になっている精神障害者の生活支援も、やはり何らかの支援を要するものであろう。精神疾患という病を抱えて生活を維持するということだけでも、医療的、福祉的サポートは欠かすことが出来ない。ましてや複雑な手続きを経た制度利用については尚更のことである。

このように考えると、制度、サービス、社会福祉援助の基本理念での共通基盤はあるにしても、現実的には、異なるニーズ、現状が浮き彫りになる。手法、技術といったところで共通して用いることが出来るものもあるうし、連携、ネットワークといった共通課題を見いだすこと也可能である。必要なのは、差異と共通項を整理し、その上で必要な制度設計を検討することではないだろうか。

国は、障害者から24時間・365日のニーズが突きつけられかねない状況で上限を設定しにくいサービス支給の基準、明らかに天井が設定される財源、利用者の料金負担の3つバランスをとるという困難な作業に着手している。その中で、支援費制度の財政破綻という現実が繰り返し強調され、財政およびサービスの基盤整備、費用供給という公的責任は、介護保険との統合に集約されている感がある。

障害者個々人に対応するケアマネジメントは、担う者の専門性を含めて相当に難しい課題に直面することとなり、ともすれば制度上の戦略の中で給付管理と既存の社会資源の組み合わせに利用される危険性もあると考えられる。^{xii)}

III 知的障害者生活支援としての支援費制度

これまでサービス利用が事実上制限されてきた知的障害者の関係者にとって、より幅広いサービスを求める当事者団体の一部では、介護保険との統合も歓迎する向きもある。^㉙

しかし、支援費制度が「障害者の自立」、「自己決定」を理念に掲げた制度であるならば、その実績、実践から検証し、現実的に知的障害者にとって、その理念はどう具体化されたかを考察する必要がある。

この点について、前述の通り支援費制度においては制度設計の建前を保障するだけの現実が追いついていないという課題がある。これまで福祉サービスは、既に起こっている生活問題が、社会問題のレベルまで顕在化しない限り制度改革、サービス整備の重い腰はあがらない、という批判の声は少なくなかった。実際、知的障害者に対するサービスの具体的な内容は、法の枠外における一部の当事者の自助努力を除き、専ら政策に委ねられており、サービスを規定する法律がてきてはじめて、該当する要求を顕在化できるという状況に置かれていた。

しかし昨今の障害者福祉サービスの大きな転換は、「利用者本位」を掲げながら、事実上、利用者、当事者を置き去りにして、急激な改革路線が推し進められている。誰のための改革かと、疑問を抱かせるほどのスピードである。

例えば、筆者は経験的に、入所施設を利用する知的障害者の保護者の間に施設を支持する意向が決して少なくないと感じている。国は障害者施策の基本方向を、障害の種別を問わず「地域生活支援」と打ち出しており、宮城県の「施設解体宣言」、国立コロニーの解体等、これに追随する動きが見られる。そして知的障害者自身が、地域生活のために、主体的に利用したいサービスを選び、契約することを勧められている。

しかし、知的障害者の親にとって、永く抱えてきた「親亡き後の不安」を解消するほどのインパクト、現実味をもって地域生活への移行が受け止められているのかは疑問である。サービス整備は、未だその緒に就いたばかりで、保護者に取っては脆弱なものに受け止められるのである。

制度、政策の理念を支持するための基盤整理についての課題だけでなく、ミクロレベルのソーシャルワークの関心からいえば、援助者（ワーカー）が、これら「自立」、「自己決定」、「権利」についてどう捉え、援助実践（ソーシャルワークに）に反映しているかという、援助の本質に迫る問題を考えさせられる。

本項では、支援費制度利用の実践を通して、利用者の権利、および自己決定支援に関するソーシャルワーク上の課題について、考察を行いたい。

(1) 「契約に基づく権利」の実現

支援費制度の導入によって、障害者福祉サービスは障害者自身が利用者としてサービスの選定を行うこととなった。これは社会福祉基礎構改革の流れの中で、社会福祉領域へ市場原理的競争原理を導入し、事業者が競争に勝ち抜くために利用者に選ばれるようなサービスを提供するようになる（であろう）という実験を、介護保険制度に統じて障害者福祉サービスにおいて行った、いわば支援費制度はその試金石となった訳である。

実際、支援費制度が導入され、サービス利用契約時には「契約書」、「重要事項説明書」、「サービス利用説明書」等が当事者間で取り交わされ、サービスや設備の内容、利用料の金額や支払方法、苦情申し立てに関する方法等が事前に説明されるなど、形式上一般的なサービス契約と

遙色ない対応がとられるようになった。

しかし、筆者の後見活動を通して実感したところによると、形式は整っていても、事実上その施設サービスしか選択の余地はないということが少なくない。一例を挙げると、筆者が後見人に選任されている被後見人（知的障害者／以下利用者本人）に関して、家庭の事情により、急遽利用者本人の生活について、具体的にはその日の夜からどこに寝泊まりするかという対応に迫られたことがあった。利用者本人の居住地（町）には入所施設等ショートステイを実施しているサービス事業所がないことから、他市の施設にショートステイの依頼を行った。

利用者本人に関わる援助者、代理人である後見人が、自宅での単身の生活は困難であると判断し、本人がそれまで足を運んだこともない市に所在する施設へのショートステイを利用する以外、現実的な選択肢はなかった（ように感じた）。せめても居住地から近い、という理由で施設を選んだが、その時利用者本人は住み慣れた町、家での生活を望んでいた。しかし、それを叶えるサービスの不在という現実の前で、周囲の判断により、利用者本人は、馴染みのない、知る人のない、希望もしていない、施設で生活を余儀なくされたのである。

施設におけるサービス利用契約の手続きに関して、施設、後見人双方に問題はなく、契約成立によって当然当事者間には権利・義務が生じた。しかし、支援費制度の理念に照らすとき、この現実とのギャップが痛感させられたのである。

大石は「人権と権利」に関する解説の中で、権利概念に関する有力説として「権利とは義務の発生、不発生を選択できることである」という見解にふれている。³⁰⁾ すなわち「福祉サービスに対するニーズは厳然とあるのに、福祉サービスが絶対的に不足している状況に置いては－(略)－形として『契約』(当事者間の合意)によって権利と義務が設定されたとしても、そこで設定されたものは『権利』ではない」と指摘している。

当時の筆者の後見人としての心情としては、「この機会を逃したら今日ショートステイを利用できないかもしれない（サービスそのものを受けられない）」、「今夜からの寝泊まり、食事の面倒を見てくれる所がなかったら、どうしよう。」という危機感であり、契約にあたっては、率直に言えば安堵感が大きかったのである。後見活動の見通し外の出来事であり、短期的な対応と考えてのことではあったが、衣食住に関する基本的な関心事に縛られ、QOLといった観点は甚だ薄かったことに、反省を迫られる。

支援費制度においては、利用者にとって「契約による権利」が明確化され、利用者本位のサービス提供によって、障害者の「生活支援」、「自立と社会参加」の促進が図られるとしている。しかし、その実態は前提となる「契約自由の原則」が保障されておらず、このままでは支援費制度の理念はまさに「絵に描いた餅」という状況にある。

特に、「相手方選択の自由」、「契約内容決定の自由」が実際には機能していないという場合に、本来契約によって生じるはずの当事者間の権利－義務関係は成立し得ているのだろうか。

選択性を保障するために不可欠な基盤整備の課題については、前述の通り公的責任として再構築が必要と考えるが、さらに、「契約に基づく権利」の実現、および保障といった観点から支援の在り方を検討する必要があろう。

知的障害者の場合、その能力に照らして、「契約」を合法的に成立せしめる意味でも、契約に基づく権利を保障し、擁護するという意味でも、成年後見制度や福祉サービス利用援助事業等の権利擁護システムの確立が不可欠である。

筆者は特に成年後見制度における後見活動に、ソーシャルワークを「視点」及び「手法」と

して機能させるという観点で取り組んでいる。そのことで、地域生活支援における個人に焦点をあてた援助と、利用者自身の権利主体、生活主体としての生活実現を図ることの、双方の両立が、後見活動において可能ではないかとの仮説にたっている。このとき、「契約に基づく権利」の実現が、一つのメルクマールとなるのではないかと考える。

支援費制度では、外的形に福祉サービス利用が利用者の権利として位置づけられるという点において、措置制度と比較して相当に明確であると言えよう。そこで、契約に基づく権利の保障、擁護が、法的手続き上の問題として、同時に、実態としてなし得るかということが、知的障害者福祉制度・施策、及び実際のサービス、援助に対する、評価のハードルとなるのではないだろうか。

(2)自己決定支援に関わる課題

自己決定の尊重は、ソーシャルワークの基本であり、援助者の倫理の基盤でもある。^{iv)} 知的障害者支援にあっては、彼らの判断力、認識力、記憶力、コミュニケーション能力等の、障害の程度と個性のバラエティを、どう理解し、その理解をいかに対応に反映するかが、援助者としての重要な課題となる。また、こうした知的障害者の障害特性が支援費制度にあっては顕著な問題として表面化するわけである。どちらにおいても共通するのは、ソーシャルワークにおける長年の、同時に今日的な課題として「自己決定支援」という問題である。

自己決定権は、自己に関わる事柄を決定する際に第三者から「干渉」を受けない権利である。改めて「契約」という行為を考えると、市場経済の中で市民の自由な取引が認められ、一定条件の下で国家による干渉のない契約社会が構成される中で、契約についての理解力を有する市民が主流を形成した。そして、判断能力不十分とされた人達が排除され続けていたという現実に直面する。

支援費制度では、これまで市場経済の埒外とされ、それ故に厳密な裁断から大目に見られていた知的障害者も、契約の当事者となった。契約を十全に成立させるためには、判断能力に障害を有する人たちへは当然、特別の配慮がなされなければならない。ここで、「干渉の禁止」と、「援助の保障」がいかに両立するのか、という課題に常に直面するのである。

この課題に一つの示唆を与えるのは、「自己決定」と「判断能力」とのバランスである。ソーシャルワークは従来、利用者の自己決定権に、必ずしも慎重な態度で臨んできたわけではない。必要に迫られて、というような事情はあるにせよ、施設入所の際、あるいは金銭管理の場面で、無権代理の横行は珍しいことではなかった。その反省にたち、援助の方向性を考えるとき、自己決定に関する干渉を出来る限り排し、援助を尽くしたと言えるかどうかが問われることになると考える。その上で、最終的な手段として代行決定を保障する。その際、代行に関しては一定の手続きを経ること、代行行為とその決定内容が、第三者的評価のもとにさらされることが必要である。これは、利用者のプライバシーの問題から、その具体的な内容をオープンにすべきということではない。妥当な機関、第三者の評価に耐え得るような、代理決定のあり方を模索すべきではないか。

この知的障害者の自己決定支援、自立支援を考えるとき、こうしたシステム構築の課題と同時に、ミクロソーシャルワークの関連で言えば、パターナリズムへの批判に、ソーシャルワークはどう回答するか、という課題がある。

確かに自分のことは自己決定に委ねるべきであり、これまでの知的障害者援助では、あまり

に無神経に「本人のため」という思いこみによって、本人にとって最適なことを他者が決定すると言う、本来出来得ないことが行われてきたように思う。

勿論、その人にとって何が最善の利益か、何が必要かを考え、模索するという姿勢をソーシャルワークが放棄すべきではない。その試行錯誤こそ、ソーシャルワークの本質であるとも言えよう。

しかし、自己決定支援という、基本的な人権に迫る援助を求められたとき、これまで社会福祉援助が、援助側がなした援助については饒舌でありながら、一方、効果測定や評価には、極めて無頓着であった、という問題を乗り越えなければならないと考える。

社会人として、成人としての当然の権利を保障するソーシャルワークの有り様とは、どのようなものであろうか。個人レベルにおいて、環境との関連において、社会との関連において、知的障害の現実をどう理解し、自己決定援助を含めた援助を実現するか、ソーシャルワークの力量が問われるところであろう。

社会福祉基礎構造改革の急激な流れの中で、種々の福祉サービスが契約に制度に移行している。知的障害者の自己決定支援のあり方を検討することは、すなわち、これまで制度・施策、あるいは社会状況の変化に対応し、「手入れ」を繰り返してきた社会福祉援助が、政策に付随して翻弄されるものとして存在するのか、第一義的に利用者本人ありきで、本人と環境との調整機能として独自性を發揮しうるか、考察することになるのではないか。

筆者は、知的障害者の要望が「家族と一緒に住みたい」、「町で暮らしたい」、「自分の知らないところで自分のことを決めないで欲しい」等、極めて当然で且つシンプルであるという現実に直面することがある。その要望ですら実現し得ない社会福祉援助の現実に対する厳肅な反省から、今後を展望する必要があると考える。

IV 今後の課題

今後の支援費制度の行方には、大きな転換が予測されることも含めて予断が許さない状況であるし、どのような改正、改革がなされたとしても、新しい障害者福祉制度・施策、サービスを創出する過渡期にあることは変わりない。これからも制度・施策を実証的に検証し、評価することが課題の一つとなろう。適切な検証、評価から、利用者本人（障害者自身）にとって真に必要な制度・施策、サービスの有り様が提起できると考えるからである。

今ひとつ課題は、実際に知的障害者に対し、直接的対人援助としてソーシャルワークを提供する際の問題である。社会保障審議会障害者部会で検討されている今後の障害保健福祉施策において、「ケアマネジメント等の在り方」は①総合的なケアマネジメントの制度化、②チームアプローチと透明性、中立性の確保およびエンパワメントに基づくセルフケアマネジメント、③権利擁護、が挙げられている。

知的障害者の生活支援においては、援助者がエンパワメント、アドヴォカシーといった役割、機能をどれだけ果たせるか、という課題がある。さらに、援助者がソーシャルワークとして機能するとき、知的障害者のセルフケアマネジメントが成立し得るのか、制度的ケアマネジメントとセルフケアマネジメントの関連等、未だ実体的には不明瞭な論点ではなるが、今後の課題として挙げておきたい。

[註]

- i) 社会保障審議会障害者部会「今後の障害保健福祉施策について（中間的取りまとめ）」、平成16年7月13日
- ii) 厚生労働省は平成16年6月時点で、平成15年11月～平成16年2月実績に基づき、平成16年度に必要な補助金の試算を行い、当初予算の約602億円から、見通しを770億円に修正した。
- iii) 「障害者施策に関する計画の策定等の状況について」（内閣府、平成15年3月末現在）によれば、市町村における障害者計画のうち数値目標を設定しているのは全体の36.7%。

	障害者計画策定	数値目標あり	精神障害施策の記述あり
市	98.7%	57.0%	96.2%
町村	89.5%	30.7%	87.5%

- iv) 報道によれば、厚生労働省障害福祉課では2年連続の財源不足に対し、「2年連続の流用はきわめて困難で、制度上補正予算も難しい」との見解を示している。（平成16年6月22日付朝日新聞記事）
- v) 平成16年10月29日、厚生労働省は社会保障審議会介護保険部会において、被保険者を20歳以上のすべての国民に拡大した場合の保険料の試算を示した。これは増加の一途をたどっている介護保険のサービス給付に対し、支え手を増やすことで財源を安定させることを狙いとしているが。同時に被保険者の年齢を引き下げることで、疾病、年齢、障害に関係なく制度の対象にしようというこのであり、支援費制度との統合が視野に入れられている。

[20歳以上から介護保険利用を集めた場合の厚生労働省試算]

	06～08年度	09～11年度	12～14年度
・現行のまま 制度改正を行わない場合	4,300円	5,100円	6,000円
給付費抑制等の制度改正を行った場合	3,900円	4,400円	4,900円
・ケース1 20～39歳の保険料を半額にした場合	1,700円	2,000円	2,300円
40歳以上	3,400円	4,000円	4,600円
・ケース2 20歳以上すべて同額にした場合	2,800円	3,300円	3,900円

※金額は月額。20～64歳の保険料は事業主が国が1/2負担。65歳以上は全国平均額で、実際は市町村により異なる。

- vi) 介護保険制度については平成17年度の見直しに向けて検討が進められており、①「介護」から「介護+予防」へ、「身体ケア」から「身体+痴呆ケア」へ、「家族同居」から「家族+独居」へ、とモデル変換の必要が指摘されている。（「介護保険制度の見直しに関する意見」、社会保障審議会介護保険部会、平成16年7月30日）しかし介護制度は、生活における「介護問題」に対応する社会保険の仕組みであり、障害者の自立を保障するための個々人に対応する仕組みとの整合性については、介護保険でいうところの「家族+独居」モデルとは別の議論になるのではないだろうか。
- vii) 厚生労働省資料「支援費制度の概要について」、『支援費制度法令通知集平成15年度版』、障害者福祉研究会監、中央法規、2003

viii) 支援費制度のおける国、都道府県、市町村の役割は以下の通りである。

国－ 制度の枠組みを示し制度が円滑に行えるように都道府県及び市町村への支援を行なう（社会福祉法第6条、75条、78条等）、費用の負担

都道府県－市町村において制度が円滑に行えるよう必要な支援を行うとともに事業者の指定、及び指導または監督を行う（社会福祉法第6条、75条等）、費用の負担

市町村－ 地域住民に身近な行政主体として障害者に対する支援体制の整備に努めるとともに、利用者本位のきめ細やかな対応により支援費の支給決定を行う。（社会福祉法第6条、75条等）

ix) 「支援費制度の事業運営上の工夫に係る地方自治体からの提案について」、厚生労働省、2003年4月

x) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部「知的障害者ケアガイドライン」、2002年4月
また、障害者ケアマネジメント従事者養成研修においても、ケアマネジメントを「手法」として位置づけている。『平成13年度東京都障害者ケアマネジメント従事者養成テキスト／身体・知的障害者編』東京都障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会、2001年

xi) 一例を挙げれば、介護保険導入の2000年の日本社会福祉学会大会・自由研究発表プログラムでは、「高齢者保健福祉分野」のみならず、「方法・技術分野」「障害児者福祉分野」において幾つかのケアマネジメントに関する研究発表がなされた。「方法・技術分野」では、横須賀俊司氏（鳥取大学教育地域科学部）が「障害者ケアマネジメントについて考える」と題して、身体障害者について、「ケアマネジメントはあってもいい」、問題は「誰がそれを担うことがいいのか」であるとし、セルフマネジメント、障害者ケアマネージャーを強調している。

xii) 障害者ケアマネジメント従事者養成研修は国から市町村のレベルまで段階的に実施されており、3万人強の受講者を輩出している一方、「現場に持ち帰って使用するまでには至っていない」という指摘もある。（谷口明広：「支援費制度を基本にして個人支援が通常化した一年」、『社会福祉研究第89号』、鉄道弘済会、2004年、p.94-95）研修内容や体制の是非、実践への反映等実態はきわめて不明確な現状にありながら、この養成研修が障害者ケアマネジメント体制の本格導入の布石となっているのである。

xiii) 全日本手をつなぐ育成会は第202回理事会において「知的障害者福祉の安定と発展のために介護保険制度との統合は〈必然〉」とする意見書を決議した。中で「介護保険との統合には多くの課題が解決されるべき」としながら、社会保障審議会障害者部会の報告に基本的賛同の態度を表明している。

xiv) 大石剛一郎：「人権と権利」、『権利擁護』、中央法規出版、2002、p.30-33

xv) 「ソーシャルワーカーの倫理綱領」（日本ソーシャルワーカー協会、1986年）では、「人々が何事も自分の力で選び、責任を持って進むべき方向を決めていくことを支援する」「人には自分で考え、決定していく力と可能性に対する確信」を宣言している。この倫理綱領は1993年に日本社会福祉士会が採択している。

[参考文献]

- 1) 水本浩：『契約法』，有斐閣，1995年
- 2) 茨木尚子：「当事者のエンパワメントを支える支援とは」，『社会福祉研究第80号』，鉄道弘済会，2001，p.95-101
- 3) 権利擁護研究会編：『ソーシャルワークと権利擁護"契約"時代の利用者支援を考える』，中央法規出版，2001
- 4) 大島巖・奥野英子・中野敏子：『障害者福祉とソーシャルワーク』，有斐閣，2001
- 5) 中野敏子：「障害者の権利擁護とケアマネジメント－『本人』という呼称との関連から」，『ソーシャルワーク研究Vol.29 No.3』，相川書房，2003，p.26-33
- 6) 中野敏子：「支援費制度と知的障害のある人への生活支援－ケアマネジメントの行方－」，『社会福祉研究第90卷』，鉄道弘済会，2004，p.63-69

(2004年11月4日受理)

高齢者虐待問題における専門援助機関の設置に関する考察 —ソーシャルワーク実践と地域ネットワークの活用—

A Study on Founding Adult Protective Services for Elder Abuse and Neglect
—Utilizing Social Work Practice and Community Coalitions—

江原 勝幸

Katsuyuki Ebara

I. はじめに

高齢者の虐待問題に対する行政及び研究者・実践者等の対応や対策が遅れている。我が国で高齢者の虐待問題がはじめて表面化したのは、1987年に出版された『老人虐待』であるⁱ。その中で金子は、臨床経験、調査、文献等により高齢者虐待の問題や対策を多角的に捉え、老人虐待防止法や老化防止研究機構などの総合的な国家的対策を提言しているⁱⁱ。1980年代後半といえば、アメリカでは各州が高齢者虐待問題の対策法が制定され、その実施機関である「成人保護サービス」(Adult Protective Services, 以後APS) の設置及び虐待の「通報制度」を設定した時期である。しかし、1990年までは、我が国の高齢者虐待に関する出版物3冊・研究論文1本ⁱⁱⁱということから、この問題に対する研究者や実践者の非常に消極的な姿勢が伺える。また、国は高齢者施策の中心は要介護問題とし、高齢者虐待を問題視する取り組みはさらに遅れた。厚生省が設置した高齢者介護対策本部は、高齢者介護・自立支援システム研究会を開催し、その検討結果「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」を1994年に報告書としてまとめた。その中で、多岐にわたる高齢者介護問題の一つに、家族による介護放棄や虐待の問題を取り上げている^{iv}。しかし、新介護システム（介護保険制度）の構築が趣旨であり、高齢者虐待が問題として公式文章に記載されたとはいえ、多様な問題の一つとして指摘されたに過ぎない。文献検索による高齢者虐待に関する先行研究レビューによれば、1990年代前半に徐々に増加し、1995年から2000年の間には、研究報告集29冊、書籍7冊、研究論文95本と増加した^v。児童虐待の分野と比較すれば格段に遅れているとはいえる、このことは、高齢者虐待が決して放つておけない社会問題という認識を研究者や実践者が示しているといえよう。

国は、深刻な児童虐待問題に対処するために、「児童虐待防止等に関する法律」を2000年に立法化し、「児童虐待」問題に特化して対応した。既存の児童福祉法による被虐待時の児童養護施設等の措置入所は可能であり（同法第25条の2「福祉事務所長の採るべき措置」、26条「児童相談所長の採るべき措置」、27条「都道府県の採るべき措置」）、被虐待児童の発見による福祉事務所や児童相談所への通告も規定されている（同法第25条1項「要保護児童発見者の通告義務」）。このように既存の児童福祉法によって被虐待児の通告や保護が可能であったが、児童虐待問題の深刻さを重視し、虐待の早期発見や防止に対する特定法を制定した。さらに国は、

ストーカー行為による事件などの問題の多発を背景に、配偶者の暴力問題に対し迅速な対応を迫られていた。各関係諸団体の積極的な働きかけにより、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」が制定される。高齢者の介護をめぐる殺人事件や無理心中など虐待問題に直接関与するマスコミ報道が続く中、高齢者虐待に対する保護・援助の法律をいまだ制定されていない。既存の老人福祉法に老人ホーム等への措置入所の規定はあるが（同法第10条の3「支援体制の整備等」及び第11条「老人ホームへの入所等」）、被虐待高齢者の保護に結びつけるのは困難である。

近年、虐待援助の根拠となる高齢者虐待防止法制定化を望む声は非常に大きくなってきている。研究者や実践者は2003年8月に「日本高齢者虐待防止学会」を発足させ、「高齢者虐待防止法」の制定を一つの活動目的として積極的に取り組んでいる。2004年5月には「高齢社会をよくする女性の会」が高齢者虐待ゼロ社会をめざす提言を、同年6月には自民党「高齢者虐待問題検討会」が虐待問題対応の要望書を坂口厚生労働大臣に提出した。また、厚生労働省の補助事業で行なわれた我が国初めての全国調査「家庭内における高齢者虐待に関する調査」が2004年4月に発表されている。超党派の国会議員による議員立法という形の法制化が2005年に行なわれるという^{vi}。そこで、本論は、高齢者虐待問題に先駆的・実践的なアメリカの高齢者虐待に対する取り組みを検証し、被虐待者援助に必要なソーシャルワーク及びネットワーク支援活動を考察することで、我が国に求められる国家的虐待支援の体制や方法を提示することを目的とする。

II. アメリカにおける高齢者虐待

1. 国家的対応の遅れと問題認識の低さ

1960年代に入り、医療的に説明のつきにくい怪我や傷で病院や診療所に運び込まれる児童の増加から、医療関係者が児童の身体的虐待を指摘し始めた。1960年代後半には、家族や親類などから虐待を受ける児童の多さが社会問題化した^{vii}。1970年代初頭、連邦及び州政府は児童虐待に関する法律を早急に作り、児童虐待の専門保護機関（Child Protective Services、以後CPS）を設置することでこの問題に即座に対応した。州政府管轄の保健・福祉・教育等の出先機関である社会サービス機関（Social Services Agency）に置かれるCPSは、児童虐待に関する通報を24時間体制で受理し、他の関連機関と連携を取りながら虐待の援助・保護活動を積極的・専門的に行う第一線の行政機関である。児童虐待防止法の制定から現在に至るまで、CPS主導の事後的な援助や保護活動だけでなく、予防や啓蒙活動などの児童虐待防止対策に国を挙げて本格的に取り組んでいる。

児童と同様、高齢者に対する虐待は、誰かが虐待の事実を明らかにし、何らかの介入が行われない限り、表面化することなく家庭という密室で虐待が繰り返される傾向にある。児童虐待と同じように法的な援助・保護手段の必要性は非常に高いが、高齢者虐待対策の先進国であるアメリカにおいてもその虐待問題の対応は遅れ、十分とはいえない。高齢者虐待（Elder Abuse）という言葉が初めて米国議会で公式に報告されたのは、1978年の配偶者虐待問題小委員会公聴会であった^{viii}。児童虐待に次いで社会的問題となった家庭内暴力や配偶者に対する虐待の調査研究を進めるうちに、高齢者世帯の配偶者にも虐待・被虐待の関係があることが明らかになった。つまり、最初から高齢者に対する虐待が問題視されたのではなく、たまたま配偶

者暴力問題の審議から高齢者への虐待問題が表面化したのである。このことからも、アメリカにおける高齢者虐待は、即座に法的な対応をみせた児童虐待と比較すると、研究者や議員の対処は非常に遅れたといえる。

勿論、実践者の間では高齢者虐待に対して、個人（又はチーム）レベルの援助は行われていたが、若者中心文化に移行した1960年代以降のアメリカでは、一般市民のこの問題に対する関心は極めて薄かったと言えよう。高齢者虐待の専門的研究活動の萌芽は、1979年に行われたボストン市の本格的な虐待実態調査にみられる^{ix}。この調査で在宅高齢者の虐待問題の深刻さが浮き彫りになり、研究者の間で高齢者虐待に対してさまざまな論議が行われるようになった。1981年の米国下院高齢者対策特別委員会「高齢者虐待：隠された問題の検証」(Elder Abuse: An Examination of a Hidden Problem) では、65歳以上の者の25人に1人は中度から重度の虐待被害を受けており、6件中5件はどこへも通報されずに放置されていると報告された^x。1990年の同委員会「高齢者虐待：10年間の恥辱と怠慢」(Elder Abuse: A Decade of Shame and Inaction) では、全国的な高齢者虐待の増加を指摘し、20人に1人の高齢者が虐待の被害にあっていると指摘した。また、CPSには虐待3件中2件の通報があるのに対し、APSには虐待8件中1件の通報しか行われていない点も明らかになった^{xi}。このことは、一般的な高齢者虐待に対する問題意識の低さを如実に表しているといえよう。

2. 各州の法的高齢者虐待対策と高齢アメリカ人法の規定

ボストン市の調査以来、本格的な虐待調査や研究が進められ、高齢者虐待問題に対応する法整備の声は高まった。児童虐待保護法の制定に従い、ネブラスカ州とノースカロライナ州は1973年に高齢者虐待保護法を制定している^{xii}。だが、大半の州は一般市民の高齢者虐待に対する反応の低さなどから法律の制定は遅れた。だが問題を放置しておくには限界があり、現在50全ての州と3自治区で高齢者虐待法が整備されている。ただし、通報義務制度や専門相談機関の設置を実施していない州もあり、州によって法律の内容は相当異なる点は課題として残る。

州独自の高齢者虐待法制定で一応の対応が見られたが、連邦政府は児童虐待の場合と異なり、高齢アメリカ人法 (Older Americans Act) の中のタイトルVIII (第8章) に基づく高齢者虐待防止プログラムに高齢者虐待の定義と一部の市民教育活動予算について明記してあるにすぎなかった。複雑な要因から起こるといわれる虐待問題に、定義明示と啓蒙費で単発的に対応するだけでは不十分であり、教育、予防、相談、援助、保護、アフターケアにいたる総合的な取り組みが欠かせない。研究者・実践者の切実な声に耳を傾けた議員は、連邦議会により1992年に高齢アメリカ人法を改正し、国家的な包括的・具体的支援プログラムの設置を承認することとなった。2000年に改正されたタイトルVII (第7章) 「社会的に弱い立場にある高齢者の権利擁護事業」(Vulnerable Elder Rights Protection) では、在宅や施設で虐待されている高齢者の人権を守るシステム的アプローチを規定している^{xiii}。具体的には、施設入所利用者のオンブズマン制度 (Ombudsman Programs, 第2条)、在宅生活者の虐待・ネグレクト・経済的搾取の保護制度 (Programs for the Prevention of Elder Abuse, Neglect, and Exploitation, 第3条)、人権及び法的援助開発制度 (State Elder Rights and Legal Assistance Development, 第4条) に予算執行を認めている。その予算額は1993年度の\$2.9 millionから2003年度の\$17.68 millionと10年間で6倍に増加したとはいえ、国家プログラムの虐待関連予算としては少ないという指摘がある^{xiv}。その理由の一つとして、アメリカ政府や国

民はエイジズム（Ageism）－高齢者に対する差別や偏見－の影響が虐待を受けている高齢者に強い^{xx}ことが考えられる。高齢者虐待の先進国と言われているアメリカでさえ十分な対応が国家レベルとして十分なものではない点に注目する必要があろう。

3. カリフォルニア州高齢者虐待法の概要と特徴

州によって内容が異なるため、カリフォルニア州を一例に高齢者虐待法と相談援助機関APSについて論を進める。カリフォルニア州の場合、高齢者の虐待法（the Welfare and Institution Code sections 15600-15650）^{xi}は1980年代初期に成立した。全米でも比較的早期に法的対応を行った州のひとつと言える。特徴としては、まず法律で身体的・精神的・経済的虐待及びネグレクトについて定義がなされている。高齢アメリカ人法では規定されていないが、自らの生命・生活維持に関してNeglect（放任）する「自己ネグレクト」（Self Neglect）も虐待の一つの種類であると明記されている点が特徴である。次に、高齢者だけでなく、精神障害や発達遅滞のために他者への依存性が高い成人（Dependent Adults）も含めた法律である点も注意したい。法律で、18歳以上の全ての成人に関する虐待を援助していくというのではない。基本的として、自分にふりかかる虐待に対し、解決に必要な判断や行動が自ら行なえること市民に前提として求めている。恋人や夫の身体的暴力などに被害を受けている成人にこの法律を用いて援助・保護の介入は行わない。自分ひとりで解決することが困難な場合でも、成人として警察やドメスティック・バイオレンスの適切な相談援助機関に必要な支援を求めることができるとみなした法的解釈である。ただし成人の中でも、障害などで警察や適切な機関との連絡・援助を求めるに問題がある者に限って「依存性の高い成人」として法的に保護しようというものである。65歳以上の高齢者の場合、依存性が高い・低いは一切問わず、全ての高齢者がこの法律の対象者となることも高齢者虐待の普遍性を表わしている。

カリフォルニア州をはじめ全米各州の虐待法の大きな特徴として、虐待ケースの発掘や援助に不可欠なAPSへの「通報制度」を設けている点がある。しかし、通報する虐待の種類や通報者の範囲は各州で相当異なる点も注意が必要である。例えば、医師が患者の身体的な虐待の疑った場合、ある州ではAPSへの通報は「任意」であるのに対して、他州では「義務」づけられる。多くの州では高齢者に対する医療・保健・福祉などの専門職従事者に通報を義務付けているが、児童虐待のように、通報義務を一般市民にも課している州は極わずかである。カリフォルニア州の場合、高齢者及び依存性の高い成人を対象として専門的技術を持って援助を行う従事者は、業務上虐待の可能性を見たり、聞いたりした場合、APSに電話で通報しなければならない。その後2日間以内（within 2 working days）に規定の書式に必要な事項を記載した報告書を提出する必要がある。これを怠った場合、罰則規定が設けられている。ただし、通報義務の虐待の種類は身体的虐待（及び性的虐待）に限定されおり、それ以外の虐待は「報告してもよい」というあいまいな表現で法律に明記されている（must report physical abuse and may report all other types of abuse and neglect）。また、一般市民を含め、虐待の疑いで通報した場合でも、民法上又は刑法上の責務から保護される（ただし、虚偽のケースは除く）。筆者のソーシャルワーク修士課程におけるサンタクララ郡APS実習経験（1年間）では、心理的虐待、経済的な虐待、ネグレクトなどの方が報告数は多かった。身体的虐待以外は、報告をするように奨励（recommended）されているが、通報者の自由意思によって行われる。ただしAPSは、虐待の種類を問わず通報のあったケースについて必ず援助活動を検討しなけ

ればならないと法律に明記されている。

4. APSソーシャルワークの機能と役割

APSソーシャルワーカーの機能や役割を、サンタクララ郡のAPSの実際例（1996年－1997年）で取り上げてみよう。当時、サンタクララ郡全体の人口は約165万人、高齢化率は10.2%であった³⁹。そのAPSは、18歳以上64歳未満の依存性の高い成人を取り扱うユニットと65歳以上の被虐待者の問題を取り扱うユニットで構成されている。合計で16名のソーシャルワーカーが勤務し（各ユニット8名）、各ユニットにスーパーバイザーが1名置かれている。全てのソーシャルワーカーはソーシャルワーク修士（MSW）の学位を有し、ソーシャルワーク博士（DSW）の学位保有者が1名、臨床ソーシャルワーカー（Certified Clinical Social Worker）の資格を有する者（MSWを保有し、2年以上のソーシャルワーク実務の経験を経た後、州の行う資格試験合格によって認定される）は1名であった（スーパーバイザーは2名とも臨床ソーシャルワーカーの資格保持）。一般的にアメリカでソーシャルワークの業務に従事する場合は、MSWが最低限必要である。ソーシャルワーク学士（BSW）は事務的な作業などが中心になり、相談援助実践の前段階の学位としてとらえられているが、虐待という深刻で複雑な問題を取り扱う同郡APSソーシャルワーカーが全員MSW以上というのも当然かもしれない。サンタクララ郡の場合、民族的に多様な地域であり、スペイン語、中国語、ベトナム語を母国語とするソーシャルワーカーを配置し、言語的な配慮もなされている。

虐待の報告は電話で24時間（ただしワーカーの勤務時間以外は留守録音）受け付けている。その日当番のソーシャルワーカーがインテークワーカーとして通報を受け、必要な情報を聞き出しながら対応する。その際、話しの内容から緊急的かつ深刻な身体的虐待やネグレクトのケースであると判断された場合、即座に警察に連絡をとり、緊急介入するよう手続きが取られる。それ以外の場合、スーパーバイザーに虐待ケースとして報告する。スーパーバイザーはユニットの各ソーシャルワーカーの取り扱いケース数や言語・人種的なことを考慮し、通報ケースを割りふる。通報ケースを引き受けたワーカーは通報者と電話連絡を取り、可能な限り複数回の被虐待者や通報者と面接を行い、虐待の状況を調査しなければならない。その結果、虐待されていると認められる場合で、被虐待者が援助を望む場合にはじめてソーシャルワーカーの担当ケースとして本格的に取り扱われる。虐待が認められる場合でも、被虐待者が援助を望まない場合、被虐待者の判断能力が正常な場合は援助活動を行わない。その本人の自主選択を最大限に尊重する理由からである。精神的疾病、知的障害、痴呆など正常な判断ができないと評価された場合、適切な機関への連絡を行うことが優先される。そこでまず法的な手続き、施設入所・通所、医療処置などを行い、その上で他機関から虐待の相談援助が求められれば、必要な機関・組織と協働して援助介入を行うこともある。APSワーカー一人あたりの最大担当ケース数は月に36件以内と規定されている点も注意すべきである。複雑で様々な要素から引き起こされる虐待問題を取り扱う援助者は、一般的のソーシャルワーク業務よりも労力を必要とし、ストレスをためやすい⁴⁰。サンタクララ郡においてもAPSソーシャルワーカーの担当ケース数が他分野ワーカーの担当ケース数よりも低く抑えられている。この点は、虐待という特殊な問題を取り扱う業務の困難さや専門性の高さを示している。

APSソーシャルワーカーには家庭内虐待の強制的な介入権限は与えられていない。それは警察や司法が取り扱う問題であり、ソーシャルワーカーは援助利用者の生活問題改善の支持・

支援役を行うのにすぎない。ケースによってはソーシャルワーカーが強力に介入することもあるが、虐待を受けているといつても、生活の主体者は誰かを常に念頭に置いて援助活動を行わなければならない。市民生活の公的な虐待援助システムの中核として虐待の通報を義務化し、その通報を受ける専門機関があり、その援助を専門に行うソーシャルワーカーが存在するという制度上の仕組みは高齢者の虐待問題改善に大きなメリットがある。訪問や電話での調査により、被虐待者がAPSクライエントとなれば、アセスメント及び援助計画の策定をクライエント（及び家族等）と共に行なう。そして実際の介入は、直接APSソーシャルワーカーが調停者（Mediator）、交渉者（Negotiator）、指導者（Educator）などの役割を単独で担うケースもあるが、大半は必要なサービスに被虐待者（及び家族等）を結びつける仲介者（Broker）又は調整（Coordinator）などの役割で機能する。つまり、ケースのマネジメントが主な仕事であり、ケースマネジャーとしての必要な援助を被虐待者（及び家族等）と他機関・団体の専門職者に提供する。

5. ケースマネジメントを用いたネットワーク支援の活用

虐待通報後のAPSのソーシャルワークが効果的であるためには、地域の社会資源との連携や協働が欠かせない。虐待援助への困難さは、虐待の原因が多用で、複雑であることがいえる。単に虐待者との人間関係や生活・介護の依存度との関係だけをみて援助すれば問題は改善するわけではない。被虐待者自身の身体的・心理的・社会的・経済的な様々な要因が複合的に作用している場合が多く、その介護者・家族や援助者、それを取り囲む地域・環境の3相システムを考慮した問題解決のアプローチが求められる。APSは、保健・医療・福祉の行政緒機関及び民間団体・組織との関係だけでなく、警察、司法、雇用、教育などの社会資源とのネットワーク・システムを構築している。スーパーバイザーは定期的な地域援助ネットワーク代表者会議を定期的に開催し、協力機関としての関係を保つために、情報交換や意見交換を行なっている。その広域の地域援助ネットワークは、多様な対応を求められる虐待援助に非常に有効である。

APSワーカーは、困難事例の場合など、必要な他専門職者との検討会議を開催し、協働チームによる問題解決方法を活用する。地域を基盤とする在宅の被虐待者援助は、限られたチームでの調整ではなく、オープンシステム（Open System）と呼ぶ広く開放されたチームでの活動が必要である。APSは強制的権限を持たないため、虐待といった深刻で複雑な状態から高齢者を守り、適切な支援を実施するためには様々な多専門職機関との協働が欠かせない。それは単に、援助に必要な社会資源の活用といった第一義的な側面だけでなく、高齢者の早期発見・早期予防、啓蒙・教育活動、必要な社会資源の開発アクション、アドボカシーなどの様々な側面に影響を与える。他機関の専門職はAPSに非常に協力的で、虐待という難しい対応において互いの役割や機能を明確化し、問題解決に向けて連携している。それは、APSが高齢者の虐待を専門的に取り扱う公的な行政機関として理解され、虐待問題に特化したソーシャルワーカーの必要性を認識していることが大きいと思われる。

ネットワーク・システムは形式的に存在しているだけでは不十分である。市民に対する高齢者虐待問題の啓蒙や教育活動を積極的に行うことによって、虐待を引き起こす土壤・環境を少しでも減らすことは必要である。そしてなにより虐待の早期発見が援助活動の最も有効で最も効果的な方法となるため、家族や隣人及び医療・保健・福祉に従事する生活援助者が虐待問題を早期に発見し、できるだけ深刻化する前にAPSへ報告するように周知徹底することが大切で

ある。しかし、現実では、虐待の問題はなかなか早期には表面化せず、深刻になってはじめて周囲が気付くケースが圧倒的に多い。虐待のシグナルをいかに速くキャッチできるかが問われるため、高齢者のサービス提供を行なう者に高齢者虐待の問題についてAPSは研修・教育活動にイニシアチブをとる。実際に問題を発見できる能力や地域でのネットワーク援助の必要性などを事例検討や講座がAPSで開催される。このようにAPSソーシャルワーカーは自らの専門領域と能力の限界を自覚し、家族機能・能力や関連する援助機関のサービスやマンパワーを最大限活用して援助活動に役立てなくてはならない。専門的知識や技術を駆使して、必要な援助者・機関・サービス・プログラムなど地域資源をネットワーク化し、適切にマネジメントできる能力が求められる。

以上、アメリカにおける高齢者の虐待援助に対するソーシャルワークや地域ネットワークの有効性を指摘した。次章では、先駆的・実践的なアメリカ及び構造的問題を抱える我が国の児童虐待の取り組みを基に、求められる高齢者虐待援助の対応について考察する。

III. 高齢者虐待の制度的対策と専門的援助の必要性

1. 虐待援助専門機関の設置

児童相談所は、通報受理、調査、保護、指導、援助、フォローアップと虐待援助の全てをこなす単一機関の総合的システムである。しかし、相談件数の多さや問題の複雑さに対する児童福祉司の人数不足、必要とされる専門性基準の低さ、親権に対する法的強制力の弱さなど問題も多い³⁶。厚生労働省は、児童虐待防止法施行から3年間125件の虐待死亡ケース中、児童相談所が関与していて命を落す被虐待児は24ケースを報告した³⁷。高齢者虐待防止法が制定されようという中、児童虐待の法律や制度を準用はあまりにも短絡的である。有効な虐待保護・援助となるように、必要な制度・システムの検討を十分に行なわなければならない。

都道府県に設置されている高齢者総合相談センターや市町村に設置されている在宅介護支援センターなど既存の相談援助機関を高齢者虐待の相談機関に活用する方法が論じられている³⁸。確かに効率がよいが、生活・介護相談という形で設置されているに過ぎず、APSのように虐待問題を取り扱う専門機関に求められている役割や機能は期待できない。社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」が報告書として2004年7月末に出されたが、在宅介護支援センターの再編・統合案として、虐待の対応を含めた総合的マネジメント中核機関「地域包括支援センター（仮称）」の創設を提示した。児童虐待の児童相談所のような包括的な相談機関では対応困難さが露呈しているように、虐待問題を他の一般的な生活・介護相談と含めて取り扱うのは非常に危険である。高齢者虐待の対応にはAPSのような専門機関を設置し、社会福祉士有資格のソーシャルワーカーや経験に富んだスーパーバイザーが配置されるべきである。高齢者虐待の保護・援助に関する根拠法が未整備の中、神奈川県横須賀市健康福祉センター「高齢者虐待防止ネットワーク事業」³⁹や神奈川県大和市保健所「高齢者虐待防止SOSネットワーク」⁴⁰をはじめ、金沢市、豊島区、世田谷区など先駆的な取り組みで虐待援助の実績をあげている。地域に根付いた活動であり、虐待援助に不可欠な多職種間の連携や協働が実践されている。しかし、保健・医療・福祉の分野ですら縦割り構造の中でチームアプローチを導入することが困難であり、多様な専門職や即時性のある対応が求められる高齢者虐待には、その中核となる専門援助機関設置が不可欠である。その専門機関が虐待通報を受理・調査

し、その後は適切な支援を地域のネットワークを活用する方法が有効であろう。

2. 虐待援助を専門とするソーシャルワーカーの配置

まず市町村に虐待を専門的に取り扱う機関を設置することを強調する。市町村の人口や高齢化率などから一概に言えないが、現存する制度を最大限に活用することを考えれば、都道府県及び市には義務必置され、全国に1225箇所のぼる福祉事務所内に¹⁰通報機関と位置付けることが現実的である。福祉事務所には、ソーシャルワーカーである現業員及び高齢者福祉を専門に扱う老人福祉指導主事が置かれている。しかし、ソーシャルワーク援助の教育を受けていない一般行政職員が、役所内で配置異動される現業員や老人福祉指導主事では虐待問題を取り扱うには能力・資質不足である。虐待の相談援助を行うには最低限「社会福祉士」の国家資格を有し、相談援助活動経験者が望ましい。しかし、福祉事務所における査察指導員の1.7%、現業員の2.0%しか社会福祉士資格を保有していないのが現状である。さらに、文系大学卒業者なら通常問題なく資格任用され、「三科目主事」と呼ばれる形骸化した社会福祉主事ですら有資格保有率が査察指導員74.4%・現業員74.6%に過ぎず¹¹、命に関わる問題にも発展しかねない虐待援助を担当する専門職の専門性を軽視してはならない。

その問題を踏まえ、高齢者の虐待防止法では、福祉事務所内に高齢者虐待の専門ソーシャルワーカーを設置し、インタークからアセスメント・援助計画策定・介入・モニタリング・評価及びアフターケアを総合的に行える資質を備えた人材を確保する。他機関との連携や地域ネットワークの活用も必要であり、個別援助技術だけでなくジェネリックな援助技術やマネジメント能力も要求される。児童相談所の相談員がさまざまな児童問題のケースを抱え、時間や労力もかかる深刻な虐待問題に対応できない¹²のであれば、やはりカリフォルニア州の例のようにワーカー一人当たりのケース数を制限する必要が出てくるであろう。

3. 専門職や住民の通報制度の導入

保健・医療・福祉等の専門従事者に通報を義務化する制度も必要である。2004年に改正された児童虐待防止法では、児童の福祉に職務上関係のある者に早期発見の努力義務と児童虐待の疑いを発見した者の通告義務を明示している（同法第5条「児童虐待の早期発見等」、第6条「児童虐待に係る通告」）。しかし、通告義務違反に対する罰則規定は設けていない。高齢者の虐待防止法では、通報義務に反する行為をした場合の罰則規定が必要であり、通報義務の対象職種を何に規定するかもポイントとなる。少なくともカリフォルニア州の法律のように、医療・保険・福祉に従事する専門職者（医師、歯科医師、看護師、保健師、リハビリテーション専門職、歯科衛生士など医療・保健の専門職及びホームヘルパー、介護福祉士、ソーシャルワーカー、介護支援専門員など福祉の専門職）には義務化すべきである。その他一般的な地域住民には通報を促す努力義務を明文化する。そうすることで、虐待に対する住民や社会の認識を高める効果が期待できる。新たに制定された法律に努力義務があることをアピールするだけでなく、社会教育・啓蒙活動を積極的に展開し、虐待の予防や早期発見に役立てることが重要である。ただ、密室で行なわれる虐待問題を発見するキーパーソンとなるのは、在宅の直接援助活動を行うホームヘルパーや地域に根付いた生活問題を把握する民生委員であろう。早期発見が早期解決につながるという原則に従えば、ホームヘルパーや民生委員が虐待のシグナルを早期に察知できる力量が求められる。しかし、ホームヘルパーの養成に虐待問題を個別に取り扱う単元は1級へ

ルパーでも設けられていない。さらに、民生委員にいたっては民間のボランティア的要素が強く、ほとんど専門的な訓練を経ずに委任される。このような現状では早期に虐待問題を発見するのは困難であろう。専門職への通報義務化に伴い、虐待問題の総合的な学習機会を提供する必要性があり、虐待の定義や兆候などの学習プログラムの設定は今後の課題である。

4. 虐待防止研究機構の設置

通報機関の設置、専門援助者の配備、報告義務化制度、秘守義務や免責規定など、高齢者虐待対策支援は包括的に行われる必要がある。市町村独自の状況によってネットワーク・システムを柔軟的に運用すべき点もあるが、法律の中で必要な機関や制度は全国的・普遍的に設置すべきである。そして様々な情報を一括的に集約し、その情報を分析・考察することで虐待の予防・援助・啓蒙活動に役立てる国家レベルの情報集約センター的機能を持った調査・研究機関が必要になる。行政機関内に設置すると柔軟性に欠け、実質的な対応で機能しないため、アメリカの全米高齢者虐待センター（National Center on Elder Abuse, NCEA）のように研究・調査の財政支援を受けた第三機関を設置する必要がある。NCEAは、高齢者虐待に関する理解を市民や援助者に広め、高齢者の権利擁護のために必要な行動指針を発信する情報提供・調査研究機関である。全米弁護士会、高齢者法律協会、デラウェア大学高齢者虐待研究所、全米APS協会、全米高齢者虐待防止委員会などの協力により、多彩な活動を行なっている。全米のAPSからオンラインで集まってくる情報や研究者の研究報告等を活用し、1) 虐待の定義を規定し、市民に提供し、虐待の予防や早期発見などに必要な情報を提供する、2) 高齢者の生活に関連するサービスを提供する機関・団体に所属する専門職者に虐待の兆候や早期対応などに必要な情報を提供する、3) APSに従事するソーシャルワーカーやスーパーバイザーなどに虐待の発見や介入などに必要な情報を提供する、4) 虐待問題をテーマとする研究者に統計・調査・報告書などの情報を提供する³⁴。2001年には第1回全米高齢者虐待対策サミットを開催し、全米高齢者虐待防止行動計画が出され、2002年にはそれが行動指針として明示された。このような第3的研究教育機関を設けることによって、市民への教育・啓蒙は勿論、虐待という発見や介入が難しい問題の専門職への訓練に役立つ。先ほど挙げたソーシャルワーカーのケース数制限の問題や虐待の共通定義・兆候などの学習プログラムへの課題は、虐待防止研究機構が責任を持って対応する。

VI. おわりに

以上、アメリカで行われている高齢者虐待の援助システムを見直し、専門機関のソーシャルワークや地域ネットワーク支援により、我が国の高齢者が虐待という暴力や搾取から守られるための制度的・方法的な方向性を示した。

アメリカの場合、公的な援助機関APSが設置され、通報制度も全ての州に取り入れられていることは評価できるが、予算や意識の面で高齢者に関する虐待問題の対応は十分とはいえない点を指摘した。我が国の場合、ようやく実践者や研究者の間で問題意識が高まり、虐待防止法を制定する動きに繋がった。それに対し児童虐待の場合、法律による児童虐待の予防、相談援助、保護、予後に至る行政主導のシステム的援助ネットワークが確立している。しかし、行政の縦割り的トップダウン組織の閉塞性、他機関との形式化した連携・関係、相談援助専門職

の膨大な担当ケース数や専門性など我が国の児童虐待援助のシステムは構造的問題を抱えている。その児童虐待対策の問題や課題をよく検討し、これから求められる高齢者虐待に対する取り組みを論議する必要がある。それには、産官民学の協働による地域福祉推進の生活支援システムでなければならない。安易に既存の行政主導システムに追加的に高齢者虐待援助が取り組まれるとしたら、虐待援助に不可欠な柔軟性・連携性に欠けた、中身の薄い形だけのシステムになる危険性が非常に高いことを最後に強調しておきたい。

[注]

- i 中田知恵海（2004）「高齢者が高齢者を支援する－高齢者虐待問題から－」鉄道弘済会『社会福祉研究』第89号、p. 24.
- ii 金子喜彦（1987）『老人虐待』星和書店、p. 268-286.
- iii 多々良紀夫（2003）「高齢者の虐待について－アメリカと日本の取り組みの現状－」老年社会学会『老年社会学』第25巻第3号、p. 346.
- iv 厚生省高齢者介護対策本部事務局監（1995）『新たな高齢者介護システムの構築を目指して－高齢者介護・自立支援システム研究会報告書－』ぎょうせい、p. 11.
- v 前掲 iii)
- vi 多々良紀夫（2004）「高齢者虐待防止法への期待」福祉新聞社『福祉新聞』第2208号、
- vii Schene, P. & Ward F. S. (1998). The Relevance of the Child Protection Experience. Public Welfare, Spring 1998, 16.
- viii 多々良紀夫（1994）『老人虐待』筒井書房、p. 3.
- ix Shapiro, J. P. (1992, January 3). The Elderly are not Children. U.S. News & World Report, 26-28.
- x U.S. Congress, House Selected Committee on Aging. (1981). Elder Abuse: An Examination of a Hidden Problem. (Committee Publication No. 99-19). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- xi U.S. Congress, House Selected Committee on Aging. (1990). Elder Abuse: A Decade of Shame and Inaction. (Committee Publication No. 101-752). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- xii Meagher, M. S. (1993). Legal and Legislative Dimensions. In Byers, B. & Hendricks, J. E. (Ed.), Adult Protective Services: Research and Practice. (p. 93). Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- xiii Congressional Record.(2001). Older Americans Act of 1965 (as Amended in 2001), Sec. 701 -762 (p. 110-126). Washington, DC: Government Printing Office.
- xiv 前掲 iii) p. 342.
- xv Novak, M. (1997). Issues in Aging: An Introduction to Gerontology. p. 3-21, New York: Longman.
- xvi West. (1986). West's Annotated California Codes: Welfare and Institutions Code Section 5000 to 9999. (pp. 780-785). St. Paul: West Publishing.
- xvii U.S.Census Bureau (1997) 「California Quick Facts」

- <<http://quickfacts.census.gov/cgi-bin/county?cnty=06085>> (1998/05/15アクセス)
- xviii Blunt, A. P. (1933). Financial Exploitation of the Incapacitated: Investigation and Remedies. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, (5) 1, p.19-32.
- xix 才村眞理 (2003)「児童虐待防止法における自治体ソーシャルワークに関する一考察」、日本社会福祉学会『社会福祉学』第43号第号、p. 33-44.
- xx 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課 (2001)『平成12年度 児童相談所における児童虐待処理件数報告』
- xxi 高橋美岐子ほか (2000)「高齢者虐待問題と専門職の課題に関する考察」『日本赤十字秋田短期大学紀要』第5号、p. 7-9.
- xxii 小林篤子 (2004)『高齢者虐待－実態と防止策』中央公論新社、p. 207-211.
- xxiii 山田由紀・関根佳代子 (2001)「高齢者虐待防止SOSネットワークシステムの取り組み」地域保健研究会『月刊 地域保健』32 (9)、P. 55-64.
- xxiv 厚生統計協会編 (2004)『国民の福祉の動向』第51巻第12号、厚生統計協会、p. 63.
- xxv 生活保護制度の在り方に関する専門委員会 (2004)「相談体制の在り方について」<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0224-761.html>> (2005/01/05アクセス)
- xxvi 吉村定教 (2004)「岸和田市における児童虐待事件を二度とおこさないために」『福祉のひろば』04-7, p. 20-21.
- xxvii National Center on Elder Abuse (2004)「The Source of Information and Assistance on Elder Abuse」<<http://www.elderabusecenter.org/default.cfm>> (2004/11/03アクセス)

(2004年11月4日受理)

障害児育児ストレス認知尺度の因子不变性

Factorial Invariance of the Parenting Strain Index for Parents with Disabled Children

岡田節子^{*1} 種子田 綾^{*2} 新田 収^{*3} 中嶋和夫^{*4}

Setsuko Okada Aya Taneda Osamu Nitta kazuo Nakajima

*1: 静岡県立大学短期大学部社会福祉学科 University of Shizuoka College

*2: 静岡県社会福祉協議会 Sizuoka Council of Social Welfare

*3: 東京都立保健科学大学保健科学部 Tokyo Metropolitan University of Health Sciences

*4: 岡山県立大学保健福祉学部 Faculty of Health and Welfare Science, Okayama

Prefectural University

要旨: 本研究は、「障害児育児ストレス認知尺度」の交差妥当性をねらいに、その因子モデルの因子不变性の検討を行った。調査対象は、S県とT県の肢体不自由養護学校に在籍する児童・生徒534人の母親とした。調査内容は児の特性（性、年齢、障害）、母親の基本属性（年齢、児の数、家族構成）、障害児育児ストレス認知尺度で構成した。前記ストレス認知尺度の因子モデルは、児に対する拒否感情、育児そのものに対する否定感情、社会的役割活動に関する制限感、育児に伴う経済的逼迫感の4因子を一次因子、育児の負担感を二次因子とする二次因子モデルとした。仮定した因子モデルの因子不变性を同時因子分析で検討した結果、前記モデルはすべてのパラメータを等値拘束したステップにおいても、データに適合した。この結果は、障害児育児ストレス認知尺度が強固な因子不变性を備えていることを支持する結果と解釈できた。

Key word : 育児、負担感、同時因子分析

Abstract : The purpose of this study was to evaluate the factorial invariance of the Parenting Strain Index for parents with disabled children to ascertain the cross-validation of this scale. Five hundred thirty-four mothers in Shizuoka prefecture and Tokyo Metropolitan whose children attend special education school for the disabled participated in this study. The questionnaire of mother consisted of age and the number of children, family structure and Parenting Strain Index for parents with disabled children. The questionnaire of children consisted of gender, age and a kind of disability. The second-order factor model was adopted for a factorial structure model, with "negative emotions to children", "limitation on social activities", "negative emotions to parenting" and "financial constraints" as first-order factors, and "parenting strain" as a second-order factor. By using the confirmatory simultaneous factor analysis, the second-order factorial model was found to be the most suitable for our data. Results suggested the factorial invariance of Parenting Strain Index for parents with disabled children and thus supported the cross-validation of this scale.

Key Words : Parenting, Strain, Simultaneous factor analysis

I 緒言

1970年代以降、障害児や慢性疾患児等の母親を対象として育児関連のストレスを測定するための尺度¹⁻¹⁶⁾が開発されてきた。しかし統計学的には、その大部分が内容的妥当性（探索的因子分析による因子の抽出）の検討にとどまり、構成概念妥当性を因子モデルとの関連、すなわち測定概念と測定値の関係について詳細に吟味した研究は乏しい状況となっている¹⁷⁾。そのため、たとえば従前の育児に関するストレス測定尺度¹⁻¹⁶⁾の下位概念（因子）は、調査項目や標本の違いに依拠して、尺度間において共通性が乏しい結果となっていた。さらに、ストレスに関連する諸概念、たとえば母親のストレス認知（育児肯定感や否定感）と健康や適応状況を意味するストレス反応を区別した尺度開発的重要性が指摘¹⁸⁾されているにもかかわらず、そうした内容はほとんど皆無となっていた。以上の点を背景に、著者らは育児に関するネガティブなストレス認知、すなわち育児負担感の基本内容を、児に対する拒否感情、養育そのものに対する否定感情、自身の社会的役割活動に関する制限感、養育に伴う経済的逼迫感の4因子で構成した「障害児育児ストレス認知尺度」を開発し、確証的因子分析によって構成概念妥当性を検討してきた¹⁹⁾。在宅障害児の育児環境の整備が課題となっている今日の状況を勘案するなら、「障害児育児ストレス認知尺度」の因子不変性factorial invariance²⁰⁾を、尺度開発時の標本とは異なる標本において重ねて検討することは、障害児の母親等の育児負担感の関連要因を解明するための重要な前提となろう。

本研究は、「障害児育児ストレス認知尺度」の交差妥当化をねらいに、その因子モデルの強固さ（因子不変性）を、同時因子分析simultaneous factor analysis²¹⁾を用いて検討することを目的とした。

II 方法

調査は、S県内およびT県内の肢体不自由養護学校に在籍する児童・生徒の母親のうち、調査に同意が得られた534人の母親を対象に行った。調査内容は児の特性（性、年齢、肢体不自由の有無と程度）、母親の基本属性（年齢、児の数、家族構成）、育児負担感とした。

肢体不自由の有無ならびにその程度は、身体障害者手帳からの抜粋を母親に依頼した。育児負担感は「障害児育児ストレス認知尺度」で測定した。この尺度は、著者等がこれまで行った研究^{17, 19)}ならびに欧米の研究¹⁸⁾を基礎に、育児負担感を「育児に随伴する否定的感情」と定義し、その下位概念は「児に対する拒否感情（4項目）」、「育児そのものに対する否定感情（4項目）」、「社会的役割活動に関する制限感（4項目）」、「育児に伴う経済的逼迫感（4項目）」の4因子計16項目で構成されている。

統計解析では、前記4因子を一次因子、障害児育児の負担感を二次因子とする因子モデルの適合度を、S県とT県（地域区分）の2群のデータに対し、同時因子分析で検討した。同時因子分析による因子不変性の強度は、第1ステップは等値条件なし、第2ステップは一次因子の因子負荷量を等値制約（λ）、第3ステップは（第2ステップに加えて）二次因子の因子負荷量を等値制約（γ）、第4ステップは（第3ステップに加えて）二次因子の分散を等値制約

(ϕ)、第5ステップは(第4ステップに加えて)観測変数の誤差分散を等値制約(ε)、第6ステップは(第5ステップに加えて)一次因子の誤差分散を等値制約(ζ)する6つの条件下で観察した。適合度は、サンプル数と観測変数の数を勘案し、GFI(Goodness-of-Fit Index)、TLI、RMSEA(Root Mean Square Rrror of Approximation)で判断した。一般的に、GFIとTLIは0.9以上、RMSEAは0.08以下であれば、そのモデルがデータをよく説明していると判断されている。なお、このときのパラメータの推定は最尤法で行った。統計解析ソフトは「AMOS ver 4.0」を用いた。

本研究では、最終的には回答が490人の母親から得られたが、児の性、年齢、肢体不自由、母親の年齢、家族構成、育児負担感の回答に欠損値を有さない449人(S県204人、T県245人)のデータを解析に用いた。

III 結果

1. 母親と児の属性に関する分布

母親と児の属性に関する分布は表1に示した。母親の年齢分布は、平均41.9歳(標準偏差5.57)、範囲27-60歳であった。母親の年齢は、S県とT県で統計学的な有意差が認められなかった。児の数は、平均2.2人(標準偏差0.84)、範囲1-6人であった。児の数は、S県とT県で統計学的な有意差が認められなかった。家族構成は、「夫婦と子ども」が309人(68.8%)、「夫婦と子どもと親」が102人(22.7%)、「一人親と子ども」が32人(7.1%)、「その他」が6人

表1 対象者の属性分布

		全サンプル(n=449)	S県サンプル(n=204)	T県サンプル(n=245)
母親の年齢		41.9歳 (SD [†] =5.57) (範囲27-60歳)	41.7歳 (SD [†] =5.03) (範囲27-58歳)	42.1歳 (SD [†] =5.98) (範囲27-60歳)
児の数(平均)		2.2人 (SD=0.84) (範囲1-6人)	2.2人 (SD=0.89) (範囲1-6人)	2.1人 (SD=0.80) (範囲1-5人)
家族構成 *	夫婦と子ども	309人 (68.8 %)	120人 (58.8 %)	189人 (77.1 %)
	一人親と子ども	32人 (7.1 %)	13人 (6.4 %)	19人 (7.8 %)
	夫婦と子どもと親	102人 (22.7 %)	67人 (32.8 %)	35人 (14.3 %)
	その他	6人 (1.3 %)	4人 (2 %)	2人 (0.8 %)
児の性別 *	男児	259人 (57.7 %)	107人 (52.5 %)	152人 (62.0 %)
	女児	190人 (42.3 %)	97人 (47.5 %)	93人 (38.0 %)
児の年齢		12.7歳 (SD [†] =3.47) (範囲6-18歳)	12.9歳 (SD [†] =3.43) (範囲6-18歳)	12.6歳 (SD=3.49) (範囲6-18歳)
肢体不自由	1級	303人 (67.5 %)	142人 (69.6 %)	161人 (65.7 %)
	2級	117人 (26.1 %)	46人 (22.5 %)	71人 (29.0 %)
	3級	16人 (3.6 %)	10人 (4.9 %)	6人 (2.4 %)
	4級	7人 (1.6 %)	2人 (1.0 %)	5人 (2.0 %)
	5級	5人 (1.1 %)	3人 (1.5 %)	2人 (0.8 %)
	6級	1人 (0.2 %)	1人 (0.5 %)	0人 (0.0 %)

[†]標準偏差

*p<0.01

(1.3%) であった。T県及びS県ともに「夫婦と子どもと親」世帯が多い傾向を示していた。

児の性別分布は、男児が259人(57.7%)、女児が190人(42.3%)であった。T県はS県に比べて男児が多い傾向にあった。児の年齢分布は、平均12.7歳(標準偏差3.47)、範囲7-18歳であった。児の年齢は、S県とT県で統計学的な有意差が認められなかった。身体障害者手帳の程度は、1級が303人(67.5%)、2級が117人(26.1%)、3級が16人(3.6%)、4級が7人(1.6%)、5級が5人(1.1%)、6級が1人(0.2%)で、S県とT県で統計学的にそれぞれの発現頻度に差は認められなかった。

2. 育児負担感に関する回答と因子モデルのデータへの適合性

育児負担感の回答分布は表2に示した。このS県204人とT県245人の標本に対し、同時因子分析を試みた(表3)。結果は第6ステップに於ける適合度が、統計学的許容水準を満たしていた。このときの標準解は図1に示した。

表2 育児負担感の回答分布(n=449)

質問項目	まったくない	たまにある	時々ある	しばしばある	いつもある
X _{6.1} 子育てのために社会的が役割果たせず、不安になる	123(27.4)	179(39.9)	99(22.0)	36(8.0)	12(2.7)
X _{6.2} 子育てに追われ、家族や親族との関係がせんだん疎遠になると感じる	183(40.8)	159(35.4)	57(12.7)	31(6.9)	19(4.2)
X _{6.3} 子育てのために自己の自由な時間がない	42(9.4)	129(28.7)	95(21.2)	108(24.1)	75(16.7)
X _{6.4} 子育てのために、趣味や学習などの個人的な活動へ支障をきたしている	71(15.8)	125(27.8)	77(17.1)	89(19.8)	87(19.4)
X _{6.5} 子どもを見るのがイヤイライする	168(37.4)	209(46.5)	42(9.4)	25(5.6)	5(1.1)
X _{6.6} 適切に子育てしているのかかわらず、報われていないと感じる	139(31.0)	190(42.3)	73(16.3)	30(6.7)	17(3.8)
X _{6.7} 子どもの言動にどうしても理解に苦しむときがある	122(27.2)	199(44.3)	71(15.8)	41(9.1)	16(3.6)
X _{6.8} 子どもに対して、我を忘れてしまったり頭を血かいてるときがある	178(39.6)	197(43.9)	38(8.5)	31(6.9)	5(1.1)
X _{6.9} 子育てのために貯蓄してやお金まで使ひ将来の生活に不安を感じる	156(34.7)	146(32.5)	58(12.9)	34(7.6)	55(12.2)
X _{6.10} 子育てに必要な費用が家計を圧迫していると感じる	135(30.1)	147(32.7)	67(14.7)	56(12.5)	44(9.8)
X _{6.11} 子育てにかかる費用のため、余裕のある生活ができないなったと感じる	155(34.5)	147(32.7)	65(14.5)	44(9.8)	38(8.5)
X _{6.12} 子どもの子育てには費用のかかりすぎると思う	92(20.5)	174(38.8)	79(17.6)	61(13.6)	43(9.6)
X _{6.13} 子育てによって自分の健康が損なわれるような危険性を感じる	89(19.8)	165(36.7)	81(18.0)	62(13.8)	52(11.6)
X _{6.14} 子育てそのものに苦難を感じる	151(33.6)	227(50.6)	47(10.5)	18(4.0)	6(1.3)
X _{6.15} 子育てがいつまでも続くのか、不安になる	93(20.7)	187(41.6)	54(12.0)	51(11.4)	64(14.3)
X _{6.16} 子育てに疲れて、育児を放棄するなるときがある	142(31.6)	213(47.4)	57(12.7)	24(5.3)	13(2.9)

名(%)

表3 多母集団同時解析の各ステップにおける適合度(n=449)

ステップ	等価制約	CFI	TLI	RMSEA
第1ステップ	制約なし	0.914	0.897	0.061
第2ステップ	λ	0.912	0.901	0.060
第3ステップ	λ, γ	0.912	0.902	0.060
第4ステップ	λ, γ, ϕ	0.911	0.901	0.060
第5ステップ	$\lambda, \gamma, \phi, \varepsilon$	0.909	0.906	0.059
第6ステップ	$\lambda, \gamma, \phi, \varepsilon, \zeta$	0.909	0.907	0.058

λ :一次因子の因子負荷量

γ :二次因子の因子負荷量

ϕ :二次因子の分散

ε :観測変数の誤差分散

ζ :一次因子の誤差分散

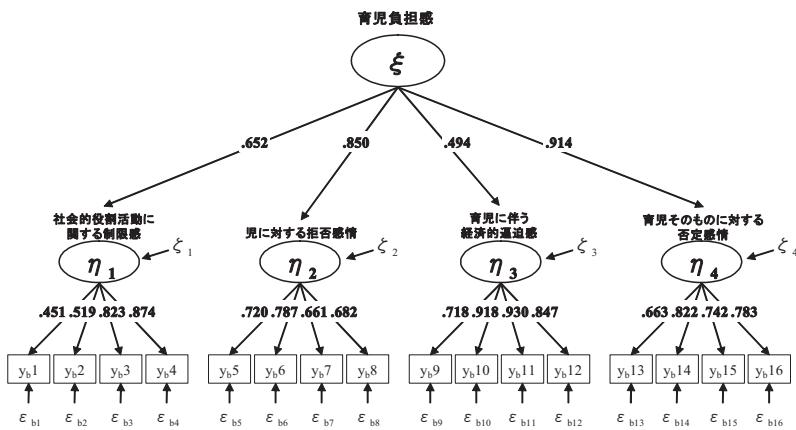


図1 学齢肢体不自由児の母親の育儿負担感の因子モデル
(CFI=0.909, TLI=0.907, RMSEA=0.058)

IV. 考察

本研究は、「障害児育児ストレス認知尺度」の交差妥当化をねらいとして、その因子モデルの因子不变性を、同時因子分析を用いて検討することを目的に行った。

その結果、「児に対する拒否感情」、「育児そのものに対する否定感情」、「社会的役割活動に関する制限感」、「育児に伴う経済的逼迫感」の4因子を一次因子、育児負担感を二次因子とする因子モデルはデータに適合した。特に、同時因子分析においては、因子負荷量及び残差分散等のすべてを同値拘束した最も一般性の高いモデル（第6ステップ）において、CFI、TLI、RMSEAの適合度指標が統計学的な水準を満たすことが明らかになった。通常、複数の集団に同一のモデルを当てはめても同一の解が得られることは難しく、パラメータの同値拘束を加えると、全体としてはモデルの適合度は低下する。本研究の結果も同様の傾向を示したが、「障害児育児ストレス認知尺度」の因子モデルのデータへの適合度は、統計学的に許容範囲にあった。このことは、前記因子モデルの強固さ、すなわち因子不变性を裏付けるものと言えよう。視点を変えるなら、前記の結果は本研究で用いた「障害児育児ストレス認知尺度」が4因子を含むものの、それらが概念的には一次元性の因子として見なせること、つまり内部構造（因子モデル）の側面における構成概念妥当性が支持されたことを意味している。本研究の統計解析が多母集団に対する同時的な構造方程式モデリングの適用であったことを考慮するなら、その因子構造の強固性は否定できないものと言えよう。

従来の研究では、育児負担感には児の特性や家族の人口学的な属性、あるいは社会支援や対処が関連している²²⁻²⁹⁾ことが指摘されている。しかしそれら研究は負担感に関する測定尺度に十分な吟味を行っていないこと、また関連性についても希薄化が避けられない統計学的手法を採用しており、今後に問題を残していた。今後さらに、追跡的なデータを基礎にした因子の安定性や信頼性が検討される必要はあるものの、本研究の成果は、「障害児育児ストレス認知尺度」がその問題を克服できる可能性が高い尺度として位置づけられることを示していると言えよう。

文献

- 1) Holroyd J: The Questionnaire on resources and stress: An instrument to measure family response to handicapped family member. *Journal of Community Psychology* 2:92-94, 1974.
- 2) 植村勝彦・新美明夫：心身障害児をもつ母親のストレスについて—ストレス尺度の構造—. *特殊教育学研究* 18(4): 59-67, 1981.
- 3) 小椋たみ子、西信高、稻浪正充：障害児を持つ母親の心的ストレスに関する研究（II）. *島根大学教育学部紀要（人文・社会科学）* 14: 57-74, 1980.
- 4) Friedrich WN and Friedrich MT: Psychological assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. *American Journal of mental Deficiency* 85: 551-553, 1981.
- 5) 中塚善次郎：障害児を持つ母親のストレスの構造. *和歌山大学教育学部紀要（教育科学）* 33: 27-40, 1984.
- 6) Salisbury CL: Adaptation of the questionnaire on resources and stress-short form. *American Journal of Mental Deficiency* 90(4): 456-459, 1986.
- 7) 稲浪正充、小椋たみ子、西信高他：4 QRS簡易型の検討. *島根大学教育学部紀要（人文・社会科学）*, 22(1), 61-71, 1988.
- 8) Konstantareas MM, Homatidis S and Plowright CMS: Assessing resources and stress in parents of severely dysfunctional children through the Clarke modification of Holroys's Questionnaire on Resources and Stress. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 22(2): 217-239, 1992.
- 9) 田中正博：障害児を育てる母親のストレスと家族機能. *特殊教育学研究* 34(3): 23-32, 1996.
- 10) Hauenstein EJ, Marvin RS and Snyder AL, et al: Stress in parents of children with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 12(1): 18-23, 1989.
- 11) Cutrona CE: Causal attribution and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology* 92: 161-172, 1983.
- 12) Cutrona CE: Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology* 93: 378-390, 1984.
- 13) 佐藤達哉、菅原ますみ、戸田まり他：育児に関連するストレスと抑うつ重症度との関連. *心理学研究* 64(6): 409-416, 1994.
- 14) 加藤道代、津田千鶴：宮城県大和町における0歳児を持つ母親の育児ストレスに関わる要因の検討. *小児保健研究* 57(3): 433-440, 1998.
- 15) Glidden LM and Floyd FJ: Disaggregating parental depression and family stress in assessing families of children with developmental disabilities: A multisample analysis. *American Journal on Mental Retardation* 102(3): 250-266, 1997.
- 16) Blacher J, Shapiro J and Lopez S, et al.: Depression in Latina mothers of children with mental retardation: A neglected concern. *American Journal of mental Retardation* 101: 483-496, 1997.
- 17) 中嶋和夫、齋藤友介、岡田節子：母親の育児負担感に関する尺度化. 厚生の指標

- 46(3):11-18, 1999.
- 18) Glidden LM: What we do not know about families with children who have developmental disabilities: Questionnaire on Resources and Stress as a case study. American Journal on Mental Retardation 97(5): 481-495, 1993.
- 19) 種子田綾・矢嶋裕樹・桐野匡史・中嶋和夫：障害児の問題行動と育児負担感の関係.東京保健科学、7 (2)、79-87、2004.
- 20) 犬野裕：グラフィカル多変量解析：目で見る共分散構造分析、現代数学社、東京、1997.
- 21) Joreskog, KG.: Simultaneous factor analysis in several populations. Psychometrika, 36(4), 409-426, 1971.
- 22) 蓬郷さなえ・中塚善次郎・藤居真路：発達障害児をもつ母親のストレス要因（I）－子どもの年齢、性別、障害別要因の検討－.鳴門教育大学学校教育研究センター紀要. 1,39-47,1987.
- 23) 新美明夫・植村勝彦：学齢期心身障害児をもつ父母のストレス.特殊教育学研究. 23 (3) ,23-34,1985.
- 24) Holroyd J, McArthur D. : Mental retardation and stress on the parents: a contrast between Down's syndrome and childhood autism. Am J Ment Defic. 1976 Jan;80(4):431-6.
- 25) Beckman PJ. : Influence of selected child characteristics on stress in families of handicapped infants. Am J Ment Defic. 1983 Sep;88(2):150-6.
- 26) Minnes PM. : Family resources and stress associated with having a mentally retarded child. Am J Ment Retard. 1988 Sep;93(2):184-92.
- 27) Sloper P, Knussen C, Turner S, Cunningham C. : Factors related to stress and satisfaction with life in families of children with Down's syndrome. J Child Psychol Psychiatry. 1991 May;32(4):655-76.
- 28) Stores R, Stores G, Fellows B, Buckley S. : Daytime behaviour problems and maternal stress in children with Down's syndrome, their siblings, and non-intellectually disabled and other intellectually disabled peers.
- 29) Baker BL, Blacher J, Crnic KA, Edelbrock C. : Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. Am J Ment Retard. 2002 Nov;107(6):433-44.

(2004年11月4日受理)

190

岡田 節子

種子田 綾

新田 収

中嶋 和夫

痴呆性高齢者の QOL と介護者の介護負担感の関係

The Relationship between the QOL of People with
Senile Dementia And Caregiver Burden

木林身江子

Mieko Kibayashi

I. 研究目的

痴呆性高齢者の生活の質 (Quality of Life : 以下QOLと略す) については、現在のところ概念、またその概念を構成する要素、評価方法等に関して明確には定義されていない。したがって、痴呆性高齢者のQOL評価は、記憶、見当識、判断力などの認知機能の評価や日常生活動作能力 (ADL) の評価、精神症状や行動障害などの周辺症状といった機能評価の総合を参考にして行われている。この中には痴呆性高齢者の主觀は含まれていないという問題があるが、痴呆の症状や進行の具合、体調、その他の要因によりそれを適切に把握し評価することは困難を呈するものであると考えられる。しかし、そうであっても痴呆性高齢者のケアにおいてQOLへの配慮は最も重視されるべきものであり、客観的評価による理解はケアの方法や組み立ての選択、痴呆性高齢者の介護者に対する支援を行おうとする際にも重要であると考えられる。

また、痴呆性高齢者の多くは在宅で生活しているという現状があり、その介護者は身体的にも精神的にも「介護疲れ」の状態に陥っていることが予想される。当然、「介護疲れ」の状態は介護者の生活の質に大きく影響すると共に、在宅生活を送る痴呆性高齢者のQOLにも多大な影響を及ぼしているのではないかと予想される。

したがって今後、在宅介護の継続を支援し、痴呆性高齢者のQOLの維持・向上に向けた援助を行うにあたっては、介護者の負担感を定量的に把握していくとともに痴呆性高齢者のQOLに関する理解が重要な視点となると考えられる。

そこで本研究では、通所リハビリテーション施設（デイケア）に通う在宅生活を送る痴呆性高齢者のQOLを「主観的幸福感」という尺度で評価し、その他のQOL関連因子との関係を評価することを試みる。また、あわせて介護者の負担感と痴呆性高齢者のQOLが互いに及ぼす関係について調査・分析し、これから痴呆性高齢者の在宅介護サービスの在り方、そして具体的なアプローチ手段について考察することを目的とする。

II. 研究方法

1) 調査対象 :

K町内の病院併設の通所リハビリテーション（デイケア）施設に通所している痴呆性高齢者28人、及びその介護者28人を対象とした。

2) 調査期間 : 平成15年2月10日～平成15年3月14日

3) 調査方法 :

通所リハビリテーション（デイケア）施設職員の協力を得て、調査に同意が得られた調査可能な利用者に対しては職員が直接インタビューを行い、介護者（家族）に対しては職員と研究者で分担し直接インタビューを行った。

4) 調査内容 :

痴呆性高齢者に関しては、以下について調査を行った。

1. 主観的幸福感

この評価尺度には、PGCモラールスケールを用いた。これは、健康に関連したQOLのある一面に焦点をあてたものであるが、臨床的にも比較的よく使われている。この尺度は、ロートン（Lawton,M.P.,1972）らが、「満足感をもっている」「安定した居場所がある」「老いていく自分を受容している」という側面を測るスケールとして開発したものである。11項目の質問からなり、得点が高いほど主観的幸福感が高いことを表す。⁽¹⁾

2. 認知機能

痴呆症状には、「中核症状」である精神機能障害（記憶障害、見当識障害、失語、失行、失認、実行機能障害、人格変化など）と、その中核症状が背景となり周囲の状況に対する事実誤認、勘違い、身体の状況（感染、脱水など）、心理状態などをもとに起こる精神症状（せん妄・易怒性など）や行動障害（徘徊・異食など）といった「周辺症状」とに分けられる。そして、これら中核症状や周辺症状によって徐々に「生活障害」が出現することになる。それらの症状のなかで、痴呆の診断や経過の観察のために重要なのは、記憶、見当識、判断力などの認知機能の評価である。⁽¹⁾ 認知機能評価は、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を使用した。これに関しては対象者の負担を考慮し、介護保険認定・更新調査時の最新結果を利用することにした。

3. 日常生活動作能力

日常生活動作能力（ADL）は、移動能力、入浴、着脱衣、食事、排泄など自分自身が身の回りのことができるかどうか、生活の基本になる行為の評価で、これによって大まかな生活パターンをつかむことができる。この評価尺度には、痴呆性老人日常生活自立度判定基準を用いた。

次に介護者に関しては、以下について調査を行った。

1. 周辺症状（問題行動）

介護上最も問題となるのが、精神症状や行動障害などの周辺症状であると考えられ、問題行動を経時的に評価することによって、介護者の介護負担をより身近に把握できる。この調

査では、痴呆行動障害尺度（Dementia Behavior Disturbance Scale；DBD）を用いた。これは28の問題行動を含む評価尺度で、0点（ない）から4点（いつもある）の点数をつけ問題行動の程度を評価する。得点が高いほど問題行動が多いことを表す。⁽¹⁾ この調査は介護者へのインタビューによって回答を得た。

2. 介護者（家族）の負担感

介護者の負担感については、Zarit介護負担尺度日本語版（Zarit Caregiver Burden Interview：以下ZBI）を用いた。介護負担という概念を最初に定義したのはZaritである。彼は介護負担を「親族を介護した結果、介護者が冗長的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」と定義した。この定義に基づき、身体的負担、心理的負担、経済的困難などを総括し、介護負担として測定することが可能な尺度を作成したのである。この尺度は、すでに統計的な信頼性、妥当性について検証されたものであり、22項目の質問から構成されている。第1～21問までは、さまざまな場面における介護の負担感に関する質問であり、それぞれ、0点（思わない）から4点（いつも思う）までの5段階で点数化し、また、第22問の質問は全体として介護がどの位大変であるかを0点（全く負担ではない）から4点（非常に大きな負担である）までの5段階から選択させるものとなっている。したがって得点が高いほど負担感が大きいことを表している。⁽²⁾

III. 結果

1) ①痴呆性高齢者の属性

利用者の性別は女性が全体の8割を占めている。年齢は80歳以上が全体の6割を超えている。また、改定版長谷川式簡易知能評価の結果からは、全体の約4割が高度の知能低下を示している。（表1-1～表1-4）

②介護者の属性

介護者は女性が多く20人（71.4%）であった。年齢は50歳代が11人（39.3%）と最も多く、70歳以上が8人（28.6%）であった。続柄は嫁11人（39.3%）と子9人（32.1%）で全体の約7割を占めていた。（表2-1～表2-3）

表1-1.

性別 (人)

男	5
女	23
合計	28

表1-2.

年齢 (人)

60～69歳	0
70～79歳	9
80歳以上	19
合計	28

表1-3.

痴呆性老人日常生活
自立度 (人)

I	5
II a	1
II b	11
III a	4
III b	3
IV	3
M	1
合計	28

表1-4.

改定版長谷川式簡易知能
評価 (人)

21～30点	4
11～20点	12
10点以下	12
合計	28

表2-1. 性別 (人)

男	8
女	20
合計	28

表2-2. 年齢 (人)

40歳未満	1
40~49歳	3
50~59歳	11
60~69歳	5
70~79歳	6
80歳以上	2
合計	28

表2-3. 続柄 (人)

夫	4
妻	2
嫁	11
兄弟姉妹	1
子	9
孫嫁	1
合計	28

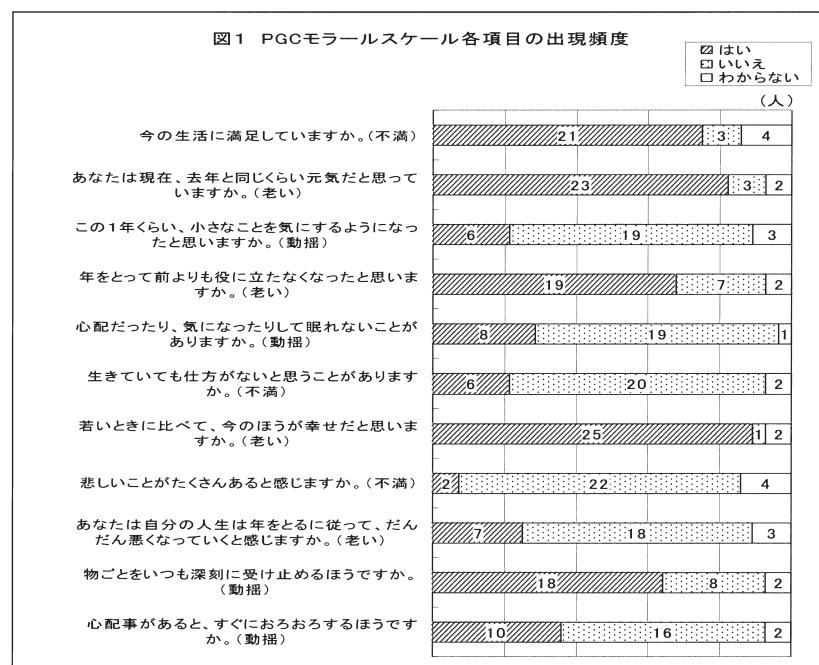
2) 主観的幸福感

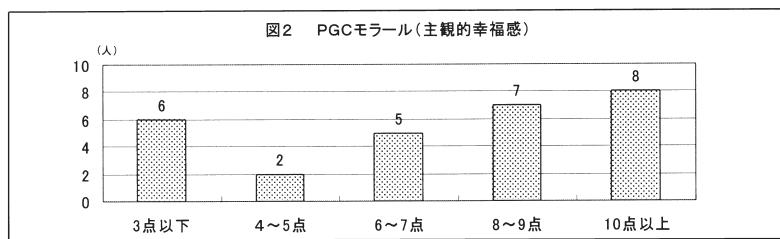
総得点は0点から11点まで分散しているが、平均点は7.1点であった。

項目別の出現頻度をみると、「若いときに比べて、今のほうが幸せだと思いますか（古い）」という質問に対し、全体の約9割が「はい」と答えている。また、「今の生活に満足していますか（不満）」「あなたは現在、去年と同じくらい元気だと思っていますか（古い）」「生きても仕がないと思うことがありますか（不満）」「悲しいことがたくさんあると感じますか（不満）」という質問に対しては、全体の7割以上の利用者が質問に対し明るい見方をしていた。また、「年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか（古い）」「物ごとをいつも深刻に受け止めるほうですか（動搖）」という質問については悲観的な考え方のほうが多いかった。

（図1, 2）

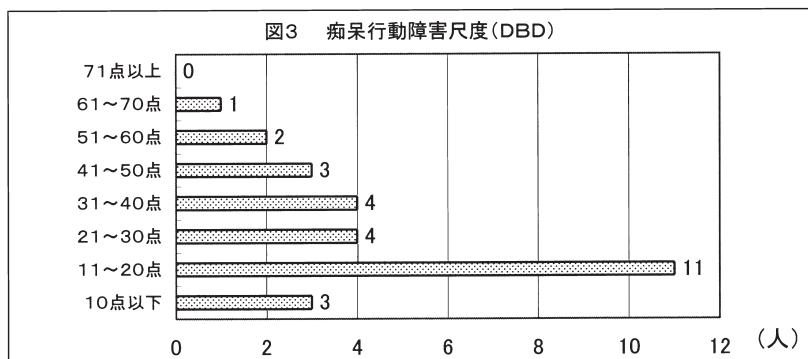
図1 PGCモラールスケール各項目の出現頻度





2) 周辺症状(問題行動)

介護上障害になる周辺症状(問題行動)の程度は、4点から65点まで分散している。平均は26点であり、現在の問題行動の程度は比較的低い状態であると推測される。また、その内容は「同じことを何度も何度も聞く」「よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする」「日常的な物事に関心を示さない」の3項目は、「よくある」「常に」と答えた介護者が多かった。(図3、4)



3) 介護者の負担感

介護者の負担感について、「よく思う」「いつも思う」の出現頻度が高かった項目は、質問8の「被介護者はあなたに頼っていると思いますか」(「よく思う」5人(17.9%)、「いつも思う」15人(53.6%))、つづいて質問7「被介護者が将来どうなるのか不安になることがありますか」(それぞれ7人(25%)、8人(28.6%))、質問14「被介護者はあなただけが頼りというふうに見えますか」(それぞれ5人(17.9%)、8人(28.6%))、質問3「介護の他に、家事や仕事などもこなしていかなければならずストレスだなと思うことがありますか」、そして質問17「介護が始まって以来、自分の思いどおりの生活ができなくなったと思うことがありますか」(両質問共にそれぞれ6人(21.4%)、4人(14.3%))であった。(図5)

介護負担感についての全体的な自己評価は、「世間並みの負担だと思う」と答えた介護者は15人で全体の53.6%であった。また、「かなり負担だと思う」と答えた介護者は8人(28.6%)で、介護負担尺度平均得点は50.9点であった。(表3)

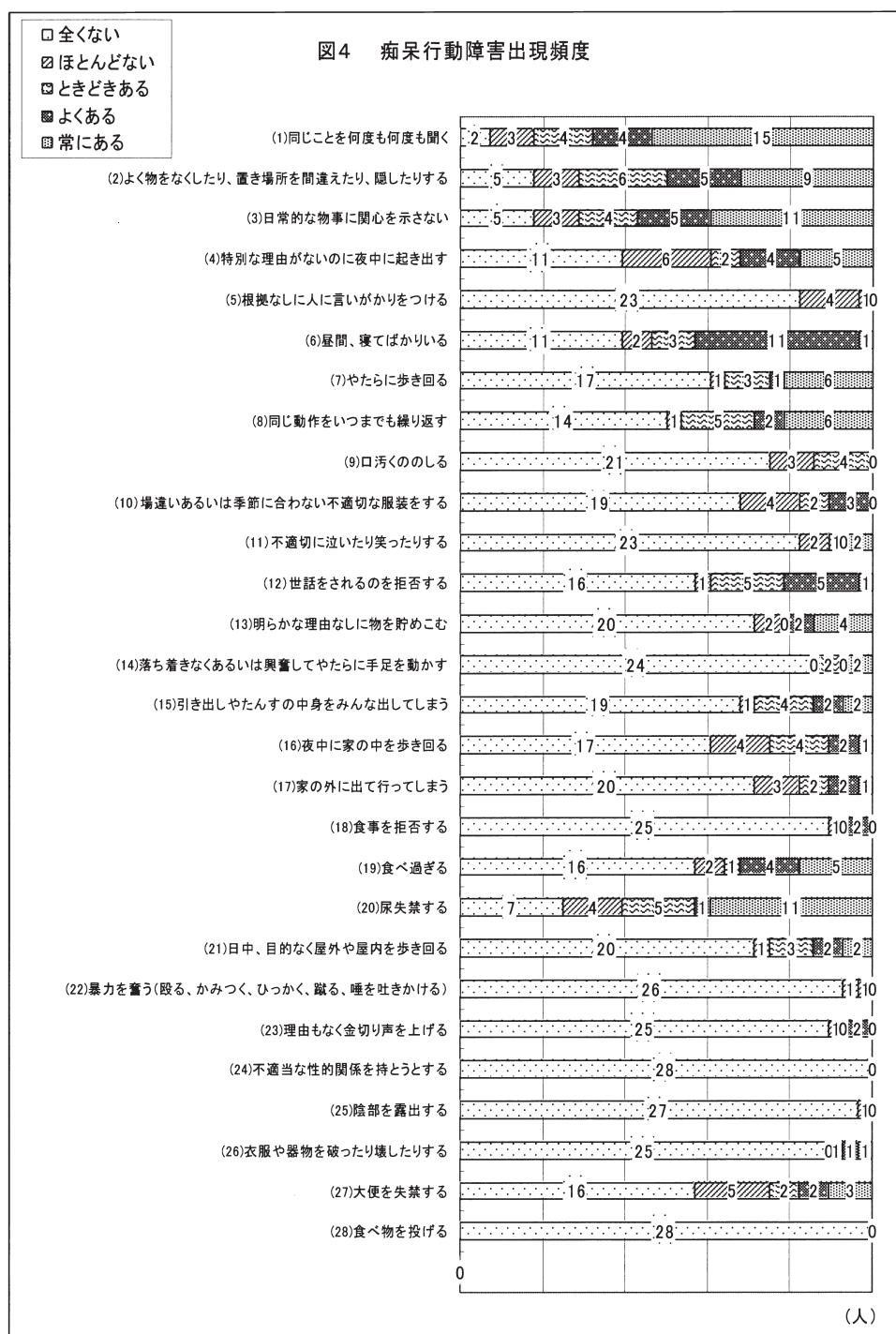


図5 介護負担尺度 各項目の出現頻度

□思わない
▨たまに思う
▨時々思う
▨よく思う
▨いつも思う

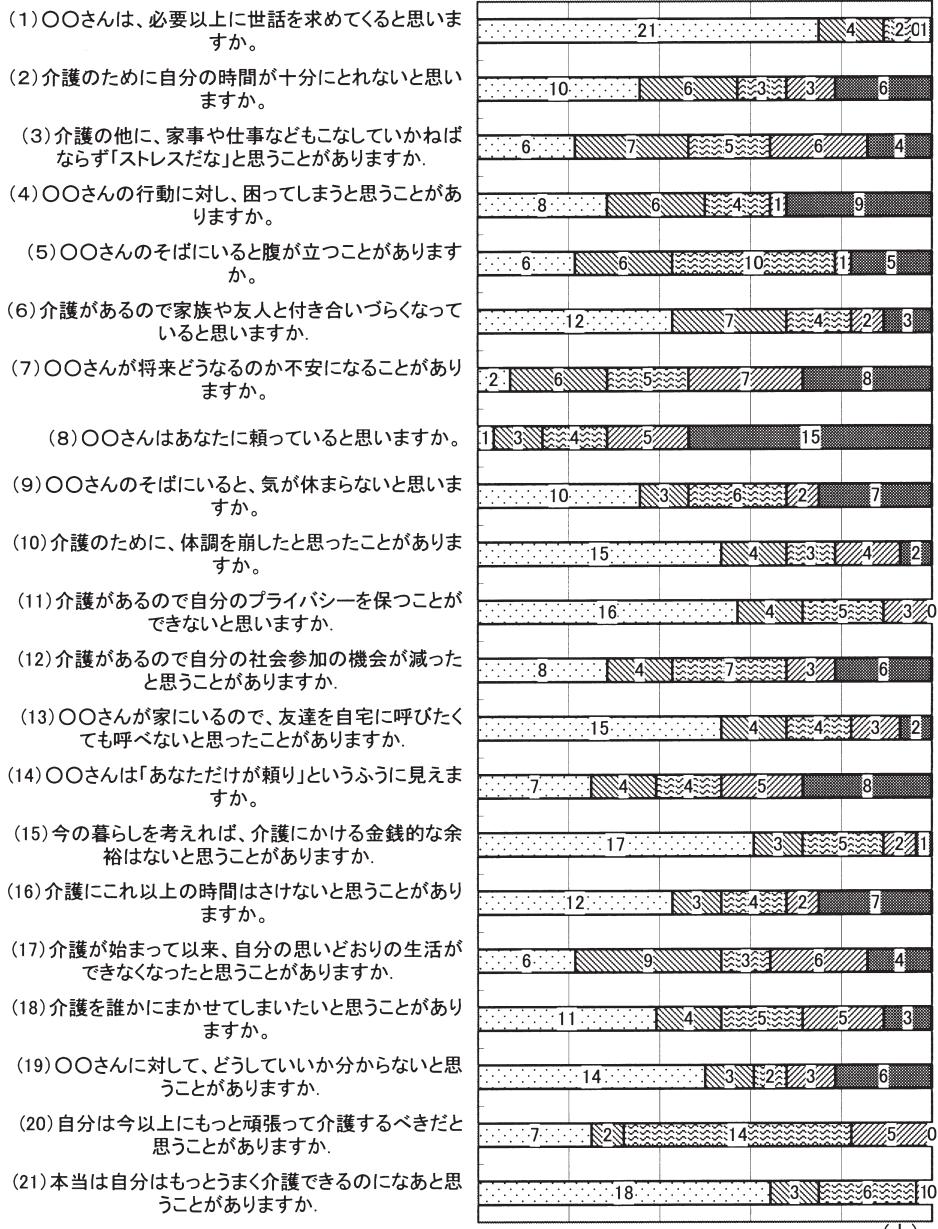


表3 Zarit 介護負担尺度 自己評価

	人数 (%)	介護負担尺度平均得点(点)
全く負担ではない	0	0
多少負担	5 (17.9)	19.4
世間並みの負担だと思う	15 (53.6)	30.6
かなり負担だと思う	8 (28.6)	50.9
非常に大きな負担である	0	0

IV. 考察

本研究では、痴呆性高齢者のQOLに関し、「満足感」「安定した居場所」「老いの受容」という側面に焦点をあてて評価をする「主観的幸福感」をとりあげ、その他の客観的なQOL構成因子である「認知機能」「日常生活動作能力」「周辺症状（問題行動）」、そして介護者の「介護負担感」との関係を評価した。

その結果、痴呆性高齢者の「主観的幸福感」と「周辺症状（問題行動）」との間にはやや相関がみられたが、「認知機能」「日常生活動作能力」、そして介護者の「介護負担感」はいずれも主観的幸福感に強く影響を与えるものではなかった。

（「主観的幸福感」との相関：「認知機能」 $r = 0.122$ 、「日常生活自立度」 $r = 0.189$ 、「周辺症状」 $r = 0.273$ 、「介護負担感」 $r = 0.170$ ）

「主観的幸福感」調査項目の中では「若いときに比べて、今のはうが幸せだと思う」「今の生活に満足している」「現在、去年と同じくらい元気だと思う」「生きていっても仕方がないと思うことはない」「悲しいことがたくさんあるとは感じない」と答える者が多く、現在の状態や生活に対して悲観的な見方をする者は少数であった。

また、平均得点が7.1点であることは比較的高得点であったといえる。しかし、基本的にこれは主観的な概念であり、ある程度痴呆が進行した高齢者にこの概念をあてはめることができるのであろうかという問題が残る。

さらにこの面接調査の際、自由回答として「今、一番の楽しみはありますか」という問い合わせをしている。その結果は「ある」と答えた者が23人で全体の82.1%であった。その“楽しみ”の中身は「デイケアに通うこと」と答えた者が最も多く、その他、「家族と仲良く過ごすこと」「食事をすること」「寝ること」「テレビをみること」「歌を歌うこと」「晩酌をすること」「子や孫と話したり、出かけたりすること」などさまざまであった。楽しみの中身は人それぞれであるが、「楽しみがある」と答えられることが「主観的幸福感」に大きく影響する因子ではないかと思われた。よって、通所ケア施設においては痴呆性高齢者の個々の喜びや楽しみを支える手段として、それぞれの能力、ペース、意欲にあった環境を用意し、働きかけていくことがその人の幸福感、満足感に少なからず影響を与えていくもの思われる。

したがって、痴呆性高齢者の生活を活性化しQOLをよりよいものにするためには集団に対するアプローチに加え、痴呆ケアの原点である個別のサービスメニューがなくてはならないと考える。そして、その個に合わせたサービス、対応は痴呆性高齢者の不安を軽減し、心理的安定につながることによって「周辺症状」の出現が減少し、結果的に「主観的幸福感」が増すのではないかと考えることができる。しかし痴呆性高齢者のQOLについてはまだ一般的にコン

センサスが得られた概念、評価法はなく今後論議が必要である。

次に介護者の負担感と痴呆性高齢者の「認知機能」「日常生活動作能力」「周辺症状（問題行動）」「主観的幸福感」との間にも正の相関がみられた。特に介護者の負担感に与える影響が大きいものは「周辺症状（問題行動）」と「日常生活動作能力」であることが分かった。これは黒木らの研究結果⁴⁾と共通していた。（「介護負担感」との相関：「認知機能」r 0.357、「日常生活自立度」r 0.530、「周辺症状」r 0.714、「主観的幸福感」r 0.170）

また、多くの介護者は被介護者に頼られているということを実感しており、そのことによる身体的・精神的重圧感、閉塞感を感じている。また、介護の他に、家事や仕事などもこなしていかなければならないことへの身体的ストレス、自分自身で自由になる時間がもてない、自分の思いどおりの生活ができなくなったことに対する不満、心理的ストレスが介護負担感につながっていると考えられる。

さらに、長期介護にもかかわらず被介護者の状態は良くならず次第に進行していくこと、そして介護生活がいつまで続くのかといった見通しのなさ、介護者自身が自分の健康に自信がなくなり不安を抱いているということが介護者との面接から伺い知ることができた。そして介護者は、家庭生活を維持するために今現在できることを介護者なりの限界まで精一杯行っており、余裕を残してはいない生活の現状がみえてきた。介護者が負担感を自覚することなく介護生活に奮闘し、負担感を実感するのはその負担がかなり大きくなつてからのようなである。介護負担感の自己評価では「世間並み」と答えた介護者が53.1%と最も多かった。しかし、これは他の介護者の在宅介護の状況を知る機会がないことから自分と比較することが難しく、控えめな評価をする傾向にあるのではないかと思われた。

痴呆性高齢者の在宅介護を継続する上で、最も問題となる精神症状や行動障害などの痴呆の周辺症状の種類や頻度について、ケアスタッフが定期的に評価することも必要である。そうすることによって介護者の「介護負担」をより身近に把握し、対応方法の相談・指導や福祉サービスの導入、保健・医療との連携などによる介護負担の軽減を適時に図ることが可能になると考えられる。また、痴呆の経過中、ADLが低下した時期には介護者の量的な介護負担が増えていることを予想して援助する必要がある。さらに、それに伴い「介護負担感」を増大することから介護者の苦労話を聞いてアドバイスをするなどの精神的ケアに十分時間をとる必要がある。東京の「呆け老人をかかえる家族の会」会員に対して行われたアンケート⁸⁾では、「在宅で介護を続ける上で支えになったこと」の共通する回答はサービス利用の多寡ではなく「必要なときに話しかけてもらえる相手がいること」であったという。介護保険が始まって以来、このような時間を確保することは困難な現状であると思われるが、通所ケアのケアスタッフはこのような対応が可能な立場にいることを認識する必要があると考える。

V. 今後の課題

在宅介護サービスにおいては、痴呆性高齢者だけでなく援助する家族・介護者を含めた双方にとってより質の高い生活の実現をめざしていかなければならない。すなわち、痴呆性高齢者のQOLを維持向上させ、なおかつ介護者のニーズを満たすことによって安定した在宅生活を維持していくという視点をもって在宅介護を実践・支援することが求められている。そのためには、QOL評価と個別の対応が必要であり、福祉・保健・医療それぞれの役割分担を明確に

すること、そして家族を含めた地域の役割についての具体的検討を進めることが今後の課題であると考える。

〈引用文献〉

- (1) 小澤利男、江藤文夫、高橋龍太郎編著 「高齢者の生活機能評価ガイド」 医歯薬出版 1999年
- (2) 荒井由美子：Zarit介護負担スケール日本語版の応用. 医学のあゆみ186:930—931, 1998年

〈参考文献〉

- 1) 一番ヶ瀬康子監修、馬場純子著 「痴呆性高齢者の在宅介護—その基礎知識と社会的介護への連携—」 一橋出版 2002年
- 2) 亀山正邦監修 「別冊総合ケア『健康寿命』と生活の質」 医歯薬出版 2001年
- 3) 亀田典佳他 9名 「バーンアウト・スケールを用いた老年者介護の家族負担度の検討(第3報)：アルツハイマー型老年痴呆における痴呆問題行動・身体障害度と家族負担度の関連」 『日本老年医学会雑誌』38巻3号, pp 382~387 2001年
- 4) 黒木辰朗、浜田博文、窪田正大 「痴呆老人のQOLに関する検討」 鹿児島大学医学部保健学科紀要11巻2号, pp 175~184. 2001年
- 5) 財団法人長寿科学振興財団 「特集—痴呆ケアはいま」『Aging & Health』No.21 第11巻第1号 2002年
- 6) 竹内孝仁著 「TAKEUCHI実践ケア学 通所ケア学」1999年 医歯薬出版
- 7) 痴呆性高齢者の長期介護の影響要因調査研究委員会「痴呆性高齢者の長期介護の影響要因調査研究報告書」2001年
- 8) 新名理恵、矢富直美、本間 昭、坂田成輝「痴呆老人の介護者のストレスと負担感に関する心理学的研究」『東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告書：老年期痴呆の基礎と臨床』1989年
- 9) 山根信子監修 「高齢者のヘルスマネジメント第2巻 生活行動のアセスメント」 中央法規出版 1998年
- 10) 和気純子著 「高齢者を介護する家族」 川島書店 1999年

(2004年11月4日受理)

イギリスにおけるホスピス・ボランティアの 教育・訓練に関する研究

An Investigation Into the Hospice Volunteer Training in Great Britain

佐々木 隆志

Takashi SASAKI

はじめに

筆者はこれまで高齢者の終末ケア研究を進めてきた。日本における「終末ケア」研究は、ターミナルケアと同義語で使用されている場合が多く、これまでの筆者の研究から、「ターミナル」研究は、がん患者に対するケアの取り組みが中心である。一方「終末ケア」研究では、社会福祉分野からの研究が多くみられ、近年では近藤らの研究⁽¹⁾でみられるように、在宅の終末期ケア研究が進められている。筆者は、岡村理論の社会福祉先行研究である社会福祉固有の視点から⁽²⁾、終末ケア研究を発展させたいと考えている。終末ケアを実践させるためには従来のマンパワーの専門性の発揮に加えて、ボランティアが終末ケア場面で大きな役割を担っていることが理解できる。⁽³⁾

ホスピスにおける最大の役割・機能は、その人が最後まで人間らしく生活できることへの援助である。そのため、ホスピスケアにおける患者のニーズは身体的、精神的、社会的、宗教的側面があげられる。筆者の仮説は、これら4つのニーズを満たすためには、医療、福祉専門職の連携とボランティアの役割が期待されるのではないかと考えている。ホスピスで利用者は、死が近くなれば、残された日々をその人らしい生活をくりたいと強く望むのである。しかし、そのようなニーズを把握することは極めて難しい状況におかれている場合が多いと思われる。そのため死を前にした患者は不安、動搖、怒りなど精神状態が不安定になることがある。これらの患者の精神的不安に関する研究、がん患者の死に向う態度の研究として、Cicery Saunders研究⁽⁴⁾やElisabeth Kübler-Ross研究⁽⁵⁾がある。これらのさまざまなニーズに対して、医療の守備範囲を超えた関わりが必要であり、治療（Cure）中心から介護（Care）へと、援助が転換されなければならない。イギリスのホスピスに見られるようなボランティア活動の一部として、患者のベットサイドで聖書を読み隣人になることや、ベットサイドに座り話し相手になることなど大きな意義がある。

これまで海外のホスピスに関する研究は数多くみられるが、そのホスピスにおけるボランティアの活動状況に関する先行研究は、あまりみられない現状にある。日本のホスピスの始まりは、1981年聖隸三方原病院のホスピスであり、イギリスでは既に周知のように1967年にSt Christopher's Hospiceがディムシシリ・ソンダースにより開設され、開設当初よりボラ

ンティアを受け入れている。ホスピスケアにおけるボランティアの教育・訓練システムを考察するときその実践形態を整理すると実践モデルとして「1, 院内病棟型ホスピス、2, 院内独立型ホスピス、3, 単独型ホスピス、4, 緩和ケアチーム、5, 診療所による在宅ホスピスケア、6, 病院による在宅ホスピスケア、7, がん専門病院による在宅ケア等である」⁽⁶⁾ が考えられる。イギリスではホスピスは独立型ホスピスが中心であり、そこで本研究では、イギリスのホスピスにおけるボランティアの教育・訓練について考察してみる。

1、研究目的及び方法

本研究の目的は、ホスピスケアについてボランティアがどのように関わっているか、その活動内容及びボランティアの教育・訓練システムについて日本とイギリスの実態を考察することにある。対象施設は、イギリスのホスピス3ヶ所であり、本研究は日本のホスピスボランティアの現状は割愛し、イギリスの3施設に限定し考察する。これまでの筆者の研究から、ホスピスケアにおいては、医療専門従事者以外に、ボランティアが患者の精神的支えとなっていることが部分的に明らかになっている。本研究はイギリスのホスピスにおいて、ボランティアがホスピスケアにどのように関わり、その活動内容及びボランティアに対してどのような教育・訓練（トレーニング）を行っているかを明らかにすることを目的とする。研究対象施設は、イギリスのホスピスボランティアを積極的に受け入れているマイルドメイ・ミッションホスピス、セントジョーンズ・ホスピス、セントクリストファー・ホスピスの3施設を抽出した。研究方法は上記の研究目的達成のため、2002年8月5日より8月23日まで及び2003年12月23日より2004年1月4日までの2回に渡り現地イギリスのホスピス3施設を訪問し、ボランティア・コーディネーターと面接し、調査項目にそってインタビューを行い、ホスピスボランティア関連資料の収集を行い考察した。調査項目は、病床数、ボランティアの受入れの有無、ボランティアの活動内容、ボランティアの週人数と時間、ボランティアの受入れ過程、ボランティアの教育・訓練状況、ボランティアとスタッフと連携状況、ボランティアの保険加入及びボランティアの倫理的配慮等である。それぞれのボランティアの活動状況は、ホスピスの設置形態や地域との連携、ホスピス・ホームケア及びホスピスの設立過程等により異なり、今日までの発展及びホスピスの特色等も併せて考察した。

2、イギリスにおけるホスピスボランティア

ホスピスに従事しているスタッフは、ボランティアの役割について、「単に通常の業務の補助的な役割を超えて、ボランティアの活動そのものが地域社会との連携及び、社会との隔離感をなくす役割を果たしていると高く評価している。」⁽⁷⁾ イギリスの多くの施設はボランティアのコーディネーター等の職員を配置し、相談体制を整えている点に特徴をみることができる。ボランティアとスタッフは、必ず連携をとることになっており、(day to day basis)、多くのボランティアはワードマネージャー (word manager) と呼ばれるスタッフと連携している。スタッフとボランティアは教育・研修センターの掲示板や、ボランティアマガジンにより両者の理解を深めることを意図している。上記はセントクリストファー・ホスピスの一部であるが、他施設のホスピスの状況はかなり異なる。例えば、マイルドメイ・ミッションホスピス

でのボランティアはフレンドリーな面をかなり要求されている。そのため患者とボランティアが一緒に映画へ出かけたり、昼食はスタッフ患者ボランティアで顔を合わせとっている。このホスピスは1988年バプテスト教会により開設しており、患者の多くは同性愛者やHIV感染者である。ここでは教育・訓練システムとして、ホスピス・オーガナイザーがボランティアに話しており、年4～5回のワークショップが開かれている。これらのワークショップはホスピス理解のため、一般の人々にも参加を呼びかけている。

以下3つのホスピスのボランティアの状況について考察する。

(1) マイルドメイ・ミッションホスピスのボランティア

このホスピスは入所部門で30ベットからなり、1つの病棟に6ベット、その他の病棟にはそれぞれ12ベットあり全てシングルルームである。中にはいくつかバスルームが付いた部屋がある。ここでのボランティアの活動内容は、メディカルケア以外全ての部門で活動している。活動場所として、「チャリティショップ、患者が病院へ通院する際の付き添い、患者の代わりに買物へ行くこと、患者の話し相手、患者と共に外出、映画鑑賞、死亡届を出す際に患者の家族や親戚に同伴すること、プレイグループ（保育室）における保育活動、デイケアスタッフの手伝い、募金集め」等である。この施設へ入所している方は、家族や親戚等身寄りのない難民なども多く入所しており、その話し相手等もボランティアが行っている。

①ボランティアの受入プロセス

このホスピスでボランティアを希望する者は、ニュースレター等による募集広告を見て応募する。その後、正式な面接を約90分程受け、その5日後位に再度面接を行う。前者の面接では、ボランティアの参加理由、ボランティアのイメージの言語化や、過去のボランティアの体験等を中心に行う。後者の面接では、ボランティアのガイドラインにそって必要な情報を伝える。これまで約80%が面接をパスし、ボランティアの活動に入っている。

②ボランティア受入後のトレーニング

このホスピスでは、ボランティアの人々のために、年に4～5回のワークショップが開催されている。このホスピスではボランティアと患者の家庭的な生活面を重視しており、食事を共にしたり、食後に全員でクイズを行ったりしている。これから述べる他の2施設と異なり、特に家庭的な側面を持っているのが特徴であり、「その精神的な支えとなっているのがボランティアである」とボランティア・オーガナイザーは強調している。ボランティアのトレーニング部門では、デイケア部門の社会的活動領域で、音楽やクイズなど患者とコミュニケーションを図れる活動を中心に活動している。

③ボランティア活動の実態

このホスピスではボランティアが毎日50～60名活動している。一日の活動時間はさまざまであり、2時間程度から7～8時間活動する者もいる。規則的なシフトは特に設けられていない、(unstructured volunteer) 1週間につき平均して3～4時間活動する者が多い。年齢層では、17歳から70歳代までであるが、その大半は20～30歳代で無職の男性同性愛者がほとんどである。ボランティアの15～20%は学生やフルタイムの医療関係者である。ここでの平均ボランティアの期間は約18ヶ月である。このホスピス部門は、入所部門、デイケア部門、教育部門、リハビリテーション部門の4部門がありそれぞれのセクションでボランティアが活動している。

(2) セントジョーンズ・ホスピスのボランティア

このホスピスは、入所部門、デイケア部門、ホームケア部門の三部門からなっており、それぞれの部所でボランティアが活動している。このホスピスでは、ボランティアは患者とフレンドリーに接することを大切にし、主な活動として「食事の世話、患者の買い物、患者の話し相手、部屋に花を飾る、チャリティショップの担当、募金や基金集め」等である。

①ボランティアの受入プロセス

ボランティアを希望する者は「資料1」で示すように「ボランティアスタッフ申込書」に必要事項を記入し提出する。その後、ホスピス・オーガナイザーよりインタビューを受ける。それらのインタビューをパスした者が週一回実施されるボランティア導入コースに参加する。一度に参加する人数は4人程度であり、このコースは2~3ヶ月間実施される。このコースの内容は、ホスピスボランティア活動の参加、また、ボランティアとして必要な避難誘導や患者の搬出などの訓練や、ボランティアとスタッフとの連携について学習する。基本的にはこのコースを終了しなければボランティアに入れず、実際にはコース中に不採用となる者もいる。このホスピスは1856年に開設しているが、開設当初は患者の家族や友人がボランティアとして活動しており、1980年代以降、一般市民のボランティア活動が活発になりボランティアのためのワークショップも開催されるようになっている。

②ボランティア受入後のトレーニング

前者のコースを終了しボランティアの活動に入るが、ボランティアはボランティア・オーガナイザーの指導のもとで活動することになる。ボランティアは活動に入る前にオーガナイザーの事務室を訪問し連絡調整をはかる。オーガナイザーのオフィスには掲示板があり、そこから自分のネームバッジをはずし自分の胸に付けボランティア活動に入る。月に一度ボランティアだけのセミナーが開催されている。このホスピスでは雑誌「ケア」を発行しておりボランティア活動の啓蒙誌としての役割を持ち、さらにボランティアはその雑誌を読み学習する。また、毎月ワークショップが開催され、オーガナイザーが特に重要な事項は手紙でボランティアに知らせている。このようにこのホスピスではボランティアとオーガナイザーが協働して、ボランティアのトレーニングに取り組んでいる。

③ボランティア活動の実態

このホスピスにはボランティアが115名登録しており、1日8~10名の者が活動している。1日の活動時間は約3時間であり、日程表によって規則的に動いている。月曜日の時間帯をみてみると「(朝) AM 10:00~PM 1:30、(昼) PM 1:30 PM~PM 4:30、(夜) PM 5:00~PM 7:00」3シフト制となっている。年齢層では40~60歳代が多く退職した看護師や医師など社会人、学生などである。ここでのボランティアの平均活動年数は8~9年であり、5年以上活動を継続している者も多い。また、一時的なボランティアの活動としてホスピススタッフと同席のもとで実践される、「マッサージ、アロマセラピー、タイチ(Taichi)、リフレクソロジー」などがある。これらのボランティアの活動は患者に直接関わる場面が多い為、医療スタッフと連携を取りながら進められている。

(資料1)

ボランティア申込用紙の一部

「セントジョーンズホスピス」

(1856年、政府登録認可団体)

VOLUNTEER STAFF APPLICATION

Name: _____

Date of Birth:

Address:

Tel No:

(home)

(work)

Educational qualifications:

Training courses/

Workshops

attended:

Work

experience: (Please give brief details of employment in reverse chronological order)

Voluntary

Work

experience:

Skills/

interests:

Languages

spoken:

You may already have experience of being in a 'caring' role, if so, please specify:

Have you any special personal qualities which you feel might benefit your work as an

Hospice Volunteer?:

Please state briefly why you would like to work as a Volunteer at St.John's Hospice:

Availability for work: _____ (days)

(times)

Are you a car owner: YES/NO

Would you be willing to use your car in connection with your work here, ie escorting patients to /from our Day Centre, for hospital visits etc.: YES/NO

(3) セント・クリストファー・ホスピス

セント・クリストファー・ホスピス（イギリス、ロンドン市）におけるボランティア活動は、イギリスの国内外において常に高く評価されている。このホスピスではボランティアは開設当初より活動ってきており、その活動の成果は、患者や患者の家族へのケアおよびホスピスの経営など実際に数多くの部所で実践されてきている。セント・クリストファーのホスピスボランティアは、施設に入所している方々と地域社会との連携の役割も担っている。

このホスピスでは現在、800名近いボランティアが登録しており当ホスピスの内外にて働いており、そのうち300名以上は「募金用売店 (Retail Shops for Fundraising)」で活動している。このホスピスではボランティアは全ての分野で活動しており、「悲しみの部屋 (The Pilgrim Room)」、運転代行、苦痛緩和ケア、各病棟、家庭医療サービス、デイケア、ソーシャルワーク、ホスピスショップ (Hospice Shop)」、所属の牧師、学習センター、厨房、フラーーアレンジメント、家事一般、図書館、理学療法、募金活動などである。またその他にも経営管理面や事務の補助等でも活動している。

①ボランティア受入プロセス

このホスピスでボランティアを希望する場合は2つの導入過程からなる。第一は、ホスピスボランティアを希望する者は、ボランティア等が活動している実際の活動場面、ホスピス概要のビデオを見、その後、ボランティア希望者がホスピス・サービスコーディネーターへ質問する方法である。第二に、ビデオを見て興味を持ったボランティア希望者に「申込書」(VOLUNTEER APPLICATION FORM)に、どの部所でボランティアを希望するか等、以下の必要事項を記載し施設へ提出する。[CAPACITY IN WHICH YOU WISH TO VOLUNTEER、AVAILABILITY、HEALTH INFORMATION、SOCIAL INTERESTS / ACTIVITIES、REFERENCES、SIGNATURE]

この2段階を経てボランティアを希望する者と最低一回以上の面接を行う。この面接では、ホスピスボランティアについて種々の視点から話し合われる。ボランティアが積極的にホスピスケアの中で、その活動をするためにはその主体性を尊重し、ゆとりと安心を持って活動できることが重要であり、活動の日程や活動時間、活動内容も含め、ボランティア実践に発展できるような種々の配慮を行っている。また、ボランティアサービスの受け手の尊厳を守り、施設入所者がその人らしい生活を過ごすことができるよう、個別的な生活の質の維持向上を図っている。

②ボランティア受入後のトレーニング

ボランティア受入後のトレーニングについては、大別して2つのプログラムがある。第1は、年2回新しいボランティアの人々のための「導入教育」である。このプログラムでは、異なる宗教の理解を深めることを目的として“spirituality conference”なども行っている。また、2001年の国際ボランティア年 (International Year of Volunteer) では「ホステル」についてのカンファレンスを行っている。ワークショップでは、「実際的な研究会」と「チームワークの実践」の2領域から構成されている。インダクションデイでは、施設の概要の理解、患者の理解、ボランティアの基本的心構えに関する研修等である。さらに、ホスピスの基本的理念についてはワークショップでの演習形式により実施されており、一般のボランティア以外の人々の参加も可能である。その年により、社会の動向をみたテーマを設定して研修を行っている。第2は、年4回のカンファレンスであり、ここでは毎回3時間ずつ学習し、その内容は

ホスピスケアを支えるボランティアの活動場面を網羅するように設定されている。こうしたトレーニングは年間を通じてホスピス敷地内にある教育・研修センターがそのナショナルセンター的な機能を持ち、定期的に実施しており海外からの参加者もあり、年々新規プログラム⁽⁸⁾も追加されてきている。例えば、悲しみの部屋と呼ばれるホスピス入所部門の2階では、コーヒーショップがありそこで活動するボランティアに対するトレーニングもあれば、ドライバーのためのトレーニングもある。患者の介護に関するトレーニング、フルタイムの専門職（医療職）のトレーニングと何ら変わりなく行われている。募金用売店で活動するボランティアのためにも、最近トレーニングプログラムが提供され多くの方が参加している。

これらトレーニングプログラムのよりよい成果は、ホスピス友の会の役員、医師、ソーシャルワーカー、理学療法士、牧師、ケータリングサービス・スタッフなどセント・クリストファー・ホスピススタッフの全面的な支援のなかでこのプログラムは機能しているといえる。2001年7月及び8月に「ただのボランティア」と題したセミナーを2回開催している。この題はボランティアを実践している仲間からこのテーマが付けられ、その活動に参加している人のなかには、日常生活の延長線上にある「自然のなかでのボランティア」といった自己を謙遜した意味がかなり含められている。

③ボランティア活動の実態

現在このホスピスで活動する800名のボランティアのうち、フルタイムボランティア77名（週5日活動）、パートタイムボランティア723名である。このパートタイムボランティアのほとんどは週一回活動（一日平均4時間程度）であり、なかには一年間に二度だけチャペルサービスのために来るボランティアもいる。このホスピスでは、開設当初よりボランティアを受け入れており、その活動内容も広範囲に及び地域社会のなかで機能している。ボランティアの活動内容では、12のチャリティショップがあり、スタッフと共にボランティアも働いている。ボランティア活動 work on a word（病室、病棟部門でのボランティア）、administration（経営・管理部門でのボランティア）、fund raising（募金、基金等の集めのボランティア）、患者の送迎（外来部門やホームケア部門でのボランティア）、ベットサイドでの読書など（主に家族や友人により行われる）。

ボランティアの活動形態は主に2つあり、9:30～13:00と17:00～20:00である。前者は、auxiliary careに関する活動が主でありスタッフの補助的な役割である。後者の時間では、患者と茶を飲んだりする寛ぎの時間のボランティアである。13:00～17:00の間のボランティアは主にワークショップでのボランティアや教育・研修センター売店のホスピス棟2階のピルグリムルーム部屋でのレジのボランティアである。このホスピスのボランティア活動の歴史は長く、現在のホスピスボランティア・オーガナイザーはこのホスピスが開設した1967年以降3代目の方であり、ホスピスケアを支えるうえでボランティアは確実にホスピスケアと一体となり、患者の精神的支えとなっていることが理解できる。

3、ホスピスボランティアの役割と機能

本研究からホスピスボランティアを支える要素として、その施設のスタッフの理解と協働が何よりも重要であることが確認された。さらにそのボランティアとの関連での地域社会との連携も活動を継続発展させるための重要な点である。また、いずれのホスピスに共通しているこ

とは、ホスピスボランティアに対して保険に加入している点であり、どのホスピスも常にガイドラインを示し、それに沿って行動することが重要であるとそれぞれのボランティア担当者は指摘している。セント・クリストファーホスピスでボランティア活動中実際に起きた事故例では、「コーヒーを入れる際の熱湯のやけど」「転倒」「車の移動による事故」「接触によるけが」等がある。このホスピスでは、患者とボランティアのみの状況下で事故が起きてしまうと、大きな責任問題になるので常にスタッフがその場にいるようにしている。

ホスピスボランティアは、その人（患者）が最後までその人らしい人生を過ごせるために、精神的なケア、身体的なケアを実践している。この活動がセント・クリストファーホスピスボランティアの言葉に代表されるような「ただのボランティア」、即ち、英国民の日常生活の中にそのボランティア活動が位置付いていることに筆者は大きな意義を見つけ、さらに日本のボランティア活動の発展の要因を涵養したのである。

おわりに

イギリスのホスピスにおけるボランティアの教育・訓練に関して、ホスピス内にボランティアコーディネーター（coordinator）または、オーガナイザー（organizer）等の職員を配置しボランティアの関係調整をはかっている点に特徴がある。今回の調査研究から以下のことが示唆される。①ホスピスの機能や形態により、その受入過程が異なること。②ホスピスボランティアは活動受入前に何らかの訓練を課しており、そのプログラム学習の有無が、活動後の意識の中に変化が生じてくること。③どのホスピスでもホスピス入所者とボランティアが直接的、間接的にフレンドリーな関係のなかで、入所者の精神的負担を軽減していること。④ボランティアの年齢層は40歳代から70歳代と幅広い層であり、多くのボランティアは、自己の職務を終えた夕方の時間帯及び休日等を利用して活動している。

今回の研究から、ホスピスに入所している末期のがん患者と、ボランティアがゲームを楽しんだり談話している様子は多くの示唆を与えてくれる。ボランティアコーディネーターの一人は、次のように述べている。「ホスピス内では利用者は精神的にも弱くなりがちです。担当の医師や看護師等に話せない多くのことがボランティアスタッフには、その分話しやすい利点があります。それは、ボランティアと利用者の関係が信頼されていることが前提であります。」この言葉の裏には前述したように、セント・クリストファーホスピスで開催された「ただのボランティア」のテーマに代表されるように、そのホスピスボランティアの理念に「よく隣人になること」の意味が包括されていると思われる。つまり、ホスピスボランティア導入段階では、そのホスピスの機能 利用者理解を含め、そのホスピスボランティア理念の学習の重視こそがその教育・訓練の要であるといえる。

尚、本稿においては日本のホスピスボランティアの現状については割愛した。「平成13年度 笹川医学医療研究財団」の助成では、日本の病院ボランティアの調査を一部実施した。日本では、1974年から日本病院ボランティア協会により、病院におけるボランティア運動の先導的な役割を担っている。

今後は、ホスピスボランティアの財政面及び基金・政府からの援助等を分析していく予定である。

〔脚注〕

- (1)宮田和明・近藤克則・樋口京子編『在宅高齢者の終末期ケア』中央法規出版,2004年,7月.
- (2)岡村重夫『社会福祉原論』全国社会福祉協議会、1990年,pp 68~69.
岡村がいう「社会福祉固有の視点」とは、「・・・そこに立つことによって、いろいろの生活困難の中から、これこそが社会福祉問題であることを発見し、把えることのできる基本的な視角ないし立地点とでもいべきものである。つまり社会福祉固有の対象領域ないし社会福祉問題を、他の社会問題から弁別して認識するためには、まず、その認識を可能にするような原理なり立場がなくてはならないであろう。」とし、さらにこの社会福祉固有の視点は、「単に対象把握のための原理であるばかりでなく、同時に社会福祉的援助の原理でもある」という点であると述べている。
- (3)日本病院ボランティア編『病院ボランティア やさしさのこころとかたち』中央法規出版,2001年,p 183-p 198.
日本における一般病棟ボランティア及びホスピス病棟における施設名、ボランティアの名称、所在地及び活動内容について本書は詳しく述べている。
- (4)Shirley du Boulay, "Cicely Saunders The Founder of the Modern Hospice Movement" Hodder and Stoughto,1989.
- (5)Elisabeth Kübler-Ross "On Death and Dying" New-York, The Macmillan Publishing Company.1969.
- (6)ターミナルケア編集委員会/編「V 1.実践モデル」『ターミナルケア・緩和ケア白書』
ターミナルケアVol. 8 6月号別冊、三輪書店、1998年6月,pp 54~95を参照のこと。
- (7)St.Christopher's Hospice "St.Christopher's Hospice Annual Review 1994-1995"
1995.p 19.
- (8)St.Christopher's Hospice "Education & Training Programme 2004". St.Christopher's Hospice,2003.

〔参考文献〕

- (1)St.Christopher's Hospice information 編 " St Christopher's Annual Review 1998 "
- (2)St.John's Hospice "The Carer The Newsletter of St.John's Hospice."ISSUE 3, St.John's Hospice,2001.
- (3)HOSPITAL OF ST JOHN & ST ELIZABETH "ANNUAL REPORT & ACCOUNTS"
for the year ended 31 December, 2000.
- (4)ST.JOHN'S HOSPICE at the Hospital of St.John and St.Elizabeth "THE CARER
THE NEWSLETTER OF ST.JOHN'S HOSPICE"
- (5)Takashi SASAKI "An Investigative Study of End-stage Care In Japan-From the perspective of International Comparison-"中央法規出版株式会社, 1999, Feb.
(平成10年度文部科学省科学研究費補助金「研究成果公開促進費特定学術図書」助成,
[No.1016008])
- (6)Takashi SASAKI "Study of general Issues Involved in Special Nursing Homes for the Elderly in Japan" "Japanese Journal of Social Services" Japanese Society for

The Study of Social Welfare,pp 153-164,Number 2, (日本社会福祉学会, 英文機関紙, JJSS) may 2000.

- (7)河野友信編『現代のエスプリターミナルケアの周辺1999/1』No.378,至文堂,1999年.
(8)佐々木隆志「終末ケアに関するシシリー・ソンダース研究についての考察」1997年3月、
弘前学院短期大学,生活福祉論集,創刊号,1-5頁.
(9)佐々木隆志『日本における終末ケアの探究』中央法規出版,1997年.
(平成8年度文部科学省科学研究費補助金「研究成果公開促進費」助成, [No.82036])
(10)佐々木隆志「セントクリストファーホスピスにおけるケアの一考察」
『青森中央短期大学研究紀要』1993年,p 8~14.
(11)筒井のり子『ボランティアコーディネーターーその理論と実際』
大阪ボランティア協会,1992年.
(12)社会福祉法人 大阪ボランティア協会編『基礎から学ぶボランティアの理論と実際』,
1997年.

[謝辞と今後の予定]

本研究を全面的に支援して下さった「平成13年度笹川医学医療研究財団」「平成15年度笹川医学医療研究財団」また、同調査に協力下さったイギリスのホスピスコーディネーターの方々に深謝申し上げます。ありがとうございました。今後この研究成果を私共の教育・研究活動に生かしていく予定である。さらに筆者が現在研究を進めている、平成16年度文部科学省補助金（科研費）研究課題「高齢者の終末ケアに関するケアマネジメントの研究」(c)(2)（課題番号16530391）の中でさらに研究発展させ、その研究成果を一般市民へ広く公開する予定である。

※本研究は「平成13年度笹川医学医療研究財団」「平成15年度笹川医学医療研究財団」の研究成果報告書を一部訂正加筆しまとめたものである。

(佐々木隆志/ささきたかし/静岡県立大学短期大学部、教授)

(2004年11月4日受理)

訪問介護員養成研修受講生の職業アイデンティティに関する調査研究

Investigation Research on Professional Identity of Participants
of Home Helper Training

土切ゆかり 岩田 香織

Yukari Tsuchikiri Kaori Iwata

I 問題の所在と研究目的

訪問介護員（以下ホームヘルパーとする※）の「質」と「量」をともに確保しようという課題は、介護保険制度施行後ますますその解決が求められているところである。さらに、障害者自らがサービス内容を選び契約する介護保険制度の考え方を取り入れた「支援費制度」においても、在宅生活の実現、あるいは維持の要としてホームヘルプサービスは非常に重要視されるとともに、重大な問題のひとつとなっている。支援費制度導入を目前にした平成15年1月には、厚生労働省で一ヶ月あたりの上限設定が検討された経緯もあり¹⁾、障害者団体等、当事者は強い危惧感を抱き、大きな抗議行動に発展したことは記憶に新しい。

介護保険法では、訪問介護は「介護福祉士その他政令で定める者」が行うと規定されており（第7条6項）、ホームヘルプサービスには「介護福祉士」有資格者、もしくは「訪問介護養成研修の課程を修了した者」が従事することがうたわれている。

これは、訪問介護（以下ホームヘルプサービスとする※）の質をこうした規定によって担保しようとする意図の表れと考えられる。訪問介護員養成研修の受講が義務づけられたことにより、ホームヘルプサービスに必要な介護の知識、技術等を習得する機会を確保しようというわけである。

そこで、現行の訪問介護員養成研修（ホームヘルパー養成研修）が実際に、一定のスキルを身につけたホームヘルパーの創出という機能、役割を果たしているかという点が重要になる。

筆者は平成13年度に訪問介護員養成研修2級課程受講者の研修の理解と、介護意識に関する調査を行った。²⁾ その結果、研修終了時にほとんどの受講者は研修に満足しており、研修内容の各分野に対する主観的理解度は高かったが、その後のホームヘルプサービスについては、その活動開始時期、態度を保留しており、研修の受講が必ずしもホームヘルパーとしての積極的なサービス提供に結びついていない傾向を指摘した。

また、2級課程の受講者に、どのようなサービス内容を希望するかについて、研修開講時と終了時に同一のアンケートを実施した結果、有意な差はみられなかった。受講者は研修終了時にホームヘルプサービスの必要性、重要性を理解したしながら、その一方で重介護や障害者介護を敬遠する、或いは家事援助を希望する理由として主婦業の延長と捉えているといった回

答がみられた。

こうした調査結果から、訪問介護員養成研修が受講者に対して、積極的、主体的にホームヘルプサービスに取り組むという姿勢の涵養、また介護サービスに対する価値観や意識の変容という効果を十分にあげていないのではないかという疑問を感じた。

養成研修の目的は介護の知識、技術を習得したホームヘルパーの輩出にある。受講者が研修の受講に達成感、満足感を得ても、そのことがホームヘルプサービスの必要性や重要性の総論的な理解に止まり、習得した介護の知識、技術が実践的な活動、即ち実際のホームヘルプサービスに活かされないのであれば、養成研修が十分その役割を果たし得ているとは言えないであろう。

そこで、以上のような実態を踏まえ、養成研修の成果を受講者の「ホームヘルプサービス」や「介護」に関する興味、関心、学習意欲等の個人的な満足にとどめず、職業選択に至る認識の社会化、職業的自己同一性（アイデンティティ）の獲得という側面からも考察することを目的として調査研究を実施した。

前述の通り、2級課程の受講者については、研修の前後において就業等に関する有意な意識変化がみられなかったため、1年以上のホームヘルパーとしての活動経験を有する者を対象とした1級課程の受講者と比較することで、訪問介護員養成研修受講と職業アイデンティティの関係について調査することとした。

訪問介護員養成研修の特質は、「訪問介護（ホームヘルプサービス）」に特化した専門研修という点である。その意味での研修の受講は、ホームヘルプサービスに従事するための職業的準備にあてられるものと考えられる。研修が特定の職業、ホームヘルプサービスを前提にしていることを、受講者自身、事前に認識した上で、自ら受講を決定しており、その意味で受講は職業選択に準ずるものといえる。

本研究では、ホームヘルパーの専門職としての確立、職業的社会化が必要であるとの観点から、養成研修の受講を職業的準備と位置づけ、研修受講者の職業アイデンティティに関する調査研究を行うこととした。主に、職業アイデンティティの構造を明確化するための質問調査を実施した。

こうしたアイデンティティーやその発達については、看護学生や看護師、歯科衛生士等の専門職について多くの先行研究が存在し、職業に対する認識の変容や、学習意欲や関心が教育、養成を通じて社会化していく過程などが報告されている。^{3) 4) 5) 6) 7)}

また、職業アイデンティティーの問題を、青年期の発達課題としての自我同一性達成との関連で考察した研究もみられる。^{8) 9) 10)}

しかし、ホームヘルパーを対象にしたものについては、就業意識に関する調査が散見される他はいまだ職業的社会化を一貫して考察した研究がみられないのが現状である。これは比較的簡便に用いることのできる職業アイデンティティ尺度が確立していないことにも因ると考えられる。その意味で、本研究において職業アイデンティティについてその構造を探るとともに、養成研修との関連で考察することは意義があると考える。

今回は、受講者の年齢層を勘案し、青年期自我同一性との関連を持ち込むことはなじまないと判断し、主として看護学生、看護師を対象にした調査で用いられた職業アイデンティティに関する質問項目に基づいて調査、検討を行った。

- ※ 介護保険制度における呼称は「訪問介護員」であるが、厚生労働省「訪問介護員養成研修テキスト作成指針」での介護保険制度以外のカリキュラム上の表記等が「ホームヘルパー」で統一されていること、および一般的な使用頻度、定着度を勘案し、本論文中では原則的にホームヘルパー、ホームヘルプサービスを使用する。

II 研究方法

① 調査対象

K市在宅福祉公社の実施する訪問介護員養成研修の平成13年度、平成14年度の1級課程受講者合計120名を対象に調査を実施した。

受講者は、2級課程修了者で、終了後1年以上のホームヘルパー活動の経験を有する者とされており、原則としてK市内居宅サービス事業者に所属するホームヘルパーが対象となっている。

また比較群として同じくK市在宅福祉公社の実施する訪問介護員養成研修2級課程平成13年度受講者159名を対象に調査を行った。

養成研修の運営方法は、地域や主催者により多様であり、本研究の対象者が必ずしも養成研修受講生の全体像を代表しているとは明言できない。

しかし、平成8年度より実施されているホームヘルパー養成研修新カリキュラムにある研修の目的、受講者対象に則っていること、対面式の講義、実技、および実習が実施されており、受講者が研修に対する所属意識を比較的維持しやすいこと等の点から、調査対象として大きな逸脱はないと判断した。

② 調査方法

研修閉校時に質問紙を配布し、受講者が自記式によって回答を記入後、研修担当職員に提出するという方法を採った。一部受講者は持ち帰り、後日調査者宛に郵送した。

1級過程受講者120名中回答者は114名であり、回収率は95%であった。

2級過程受講者159名中回答者は154名であり、回答率は96.8%であった。

③ 調査項目

主として日本の先行研究のうち1) 比較的簡単に用いることができる尺度であること、2) 現在既に専門職に従事している者と、その養成課程にある者を比較検討してその発達的变化を考察した実績があること、3) ホームヘルパーを対象にした場合でも齟齬が生じないこと、を勘案して25の質問を作成した。(質問項目参照)

それぞれの質問に対して、「5. 非常にそう思う」、「4. そう思う」、「3. どちらともいえない」、「2. そう思わない」、「1. 絶対そう思わない」の5件法によって評価を求めた。

質問項目は1級受講者、2級受講者に対し同一のものを用いた。

④ 分析の手続き

職業アイデンティティーの構造を明確化するために、因子分析による解釈を行った。その手続きは、統計ソフトSPSSを用いて1級過程受講者の結果について1) 因子抽出法の決定、2) 因子数の決定、3) 回転法の決定、4) 因子名の検討、5) 因子負荷及び因子間の相関の検討、の一連の統計分析を実施した。

研修の課題を検討するに際して、職業アイデンティティーという視点から考察するためには、

尺度として精査することが必要となるため、先行研究の実績に基づき、職業アイデンティティーの構造を明らかにすることを中心に行った。

【質問項目】

1. ホームヘルパーの仕事を長く続けたい
2. 私はホームヘルパーとして医師や看護婦から信頼されるようになる
3. 新聞やテレビのホームヘルパーに関する記事を気をつけてみるようになっている
4. ホームヘルパーの仕事は私に向いている
5. もう一度職業を選ぶとしたらまたホームヘルパーの仕事を選ぶ
6. 高校生にホームヘルパーになりたいと相談されたら勧める
7. ホームヘルパーの仕事を通して人間的に成長できる
8. 私はホームヘルパーの仲間から信頼されるようになる
9. ホームヘルパーの仕事を社会の人がもっと理解して高い評価を与えるべきだ
10. ホームヘルパーの仕事に誇りを持っている
11. ホームヘルパーの仕事は社会に役立つ仕事であるからもっと多くの人がなるべきだ
12. 私はホームヘルパーとして利用者やその家族から信頼されるようになる
13. 少し給料が安いとしてもホームヘルパーの仕事は良い仕事である
14. もっとホームヘルプサービスの勉強がしたい
15. ホームヘルパーの仕事を選んだことに満足している
16. ホームヘルパーは職業集団に属するべきである
17. ホームヘルパーによる社会的な事件が起こるととても気になる
18. ホームヘルパーとして仕事をすることに自信がある
19. もっとホームヘルパーとしての技術を磨きたい
20. 私の子どもがホームヘルパーになりたいと言ったら勧める
21. ホームヘルパーの仕事は私の能力を活かせる
22. ホームヘルプサービスに生き甲斐を感じる
23. ホームヘルパーは時間を割いてでも研修やセミナーに参加して勉強すべきだ
24. 利用者にもっとよいホームヘルプサービスを提供したい
25. ホームヘルパーは買ってでも介護関係の雑誌を読むべきである

III 調査結果

① 調査対象者の基本属性

[1級課程受講者]

回答者114名のうち、女性103名（90.3%）、男性11名（9.6%）であった。

また年齢層は、20代11名（9.7%）、30代18名（15.8%）、40代38名（33.3%）、50代39名（34.2%）、60代以上8名（7.0%）であった。

[2級課程受講者]

回答者154名のうち、女性132名（85.7%）、男性17名（11.0%）、不明5名（3.2%）であった。

また年齢層は、20代9名（5.8%）、30代26名（16.9%）、40代55名（35.7%）、50代50名（32.5%）、60代以上14名（9.0%）であった。

② ヘルパー活動経験

1級課程の回答者全員が、1年以上のホームヘルパーの活動経験を有しており、その内容は家事援助・身体介助、または身体介助のホームヘルプサービスであり、家事援助サービスのみを提供しているものはいなかった。

2級課程の回答者のうち、ヘルパー活動中は24名（15.6%）、休止中3名（1.9%）、未経験124名（80.5%）、不明3名（1.9%）であった。

③ 職業アイデンティティ尺度の因子分析

1級課程受講者の職業アイデンティティに関する設問25項目について、得られた回答を統計的に処理し、因子分析を試みた。検討の結果、因子抽出法は「重みなし最小二乗法」を採用した。

その後、斜交回転（プロマックス回転）を行い分散の合計値を算出し、その結果抽出後の負荷量平方和の累積%が50%をこえることを基準に因子数の決定を検討した。同時に因子のスクリープロットを参照した。

検討の結果、因子数を6とし、再度因子分析（重みなし最小二乗法による因子抽出・プロマックス回転）を実施し、因子パターンを確認した。（表1）

さらに、1級課程受講者の結果より検討した因子数を用いて、2級課程受講者の結果についても因子分析を行い、因子パターンを確認した。（表2）

④ 因子名の検討

因子名について検討の結果、第1因子を「ホームヘルパーとしての自尊感情」、第2因子を「職業への自己関与」、第3因子を「充足感・向上心」、第4因子を「職業規律」、第5因子を「ホームヘルプサービスに対する肯定的イメージ」、第6因子を「職業への帰属感」とした。

しかし、質問項目、因子数、因子構造については、さらに検証を重ねて精査する必要があり、今回の因子名を仮に設定するにとどめる。

【表1】1級受講者結果(パターン行列)

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
項目 2	.698	-.329	.107	.003	-.002	.007
項目 4	.581	.387	-.143	-.009	-.110	.169
項目 8	.714	.008	-.151	.008	.006	.008
項目 12	.827	-.127	.008	.003	.004	-.120
項目 18	.843	.006	.005	-.004	.003	-.006
項目 21	.535	.228	.007	-.006	-.003	.007
項目 1	.125	.501	.289	-.149	-.002	.005
項目 5	.007	.535	-.007	.004	-.003	.254
項目 6	-.129	.733	.001	.008	.009	-.007
項目 13	.185	.624	-.008	.308	-.005	-.189
項目 20	-.378	.979	-.009	-.009	.002	-.007
項目 22	.163	.509	.188	.004	.009	.006
項目 14	.005	.002	.828	.008	-.108	-.010
項目 15	.004	.271	.541	-.008	.128	.001
項目 19	.002	.006	.740	-.003	.008	.008
項目 11	.207	.007	-.196	.614	.117	.005
項目 16	.240	-.006	.191	.482	-.003	.003
項目 23	-.003	.003	.154	.489	-.005	.420
項目 25	-.154	.006	.124	.589	-.005	.175
項目 9	-.001	-.001	-.119	.219	.720	-.006
項目 10	.224	.009	.009	-.126	.584	-.133
項目 24	-.001	.002	.424	.159	.616	-.105
項目 3	.008	-.005	-.008	.134	-.005	.669
項目 7	.001	.110	-.166	-.199	.499	.521
項目 17	-.174	-.150	.277	.114	.348	.620

因子抽出法：重み付最小二乗

回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

7回の反復で回転が収束

【表2】2級受講者結果(パターン行列)

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
項目2	.618	.181	-.001	.106	-.005	-.157
項目8	.839	-.001	-.005	-.002	-.001	.272
項目12	.737	-.001	-.002	-.132	.006	.008
項目1	-.002	.645	.267	.004	-.005	-.234
項目5	-.124	.800	-.000	-.009	.260	-.005
項目22	-.005	.607	.008	.232	-.002	.007
項目14	-.001	.004	.697	-.005	-.002	.004
項目15	-.009	.301	.508	-.228	.003	.229
項目19	.003	.005	.756	.002	-.128	.000
項目23	.007	.107	-.118	.564	-.007	.239
項目25	-.003	.007	.007	.646	-.007	.004
項目10	.139	-.006	.423	-.122	.741	.003
項目17	.002	-.182	.167	.159	.318	.650
項目3	-.102	-.002	.001	.375	.279	-.005
項目4	.226	.181	-.161	.006	.008	-.009
項目6	-.002	.185	-.176	-.118	.331	-.001
項目7	.103	.007	.390	-.007	.193	-.009
項目9	.197	-.147	.285	.189	.337	-.179
項目11	-.122	-.137	.221	.106	.167	.290
項目13	.010	-.004	-.006	.007	.005	.435
項目16	-.005	-.003	.202	.112	.002	.428
項目18	.152	.392	.007	-.003	-.003	.104
項目20	-.005	.113	-.010	.128	.335	.180
項目21	.261	.450	-.000	.007	-.103	.220
項目24	-.005	.005	.386	.131	-.166	.002

因子抽出法：重み付最小二乗

回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

9回の反復で回転が収束

IV 考察

本研究では、看護、看護学生を対象とした同種の調査研究をもとに、質問項目を作成し、訪問介護員養成研修1級課程受講者の職業アイデンティティの因子構造を確認した。

波多野ら⁶⁾は看護師および看護学生を対象とした調査により、看護職アイデンティティ尺度として、①職業的自己関与、②職業への肯定的イメージ、③職業人としての自己向上、④職業人としての自尊、の4因子にわたる12項目を報告している。こうした看護職に関する先行研究結果と、今回確認した1級課程受講者の因子構造は、大きく異なるものではなかった。このことは、看護や介護といった直接的な対人ケア援助の専門職に共通する職業アイデンティティー、職業意識が形成される可能性を示唆するものと考えられる。

実際、訪問介護員養成研修や介護福祉士養成に看護師、保健師が講師、教員として関わっていることは珍しいことではない。また、介護は特定の職業が専有するものではなく、在宅高齢者、障害者の介護（介助）には、家族のインフォーマルな介護も含め、看護職、介護職等複数の職種の連携、協働が不可欠な場合も多い。

こうした現実に鑑みれば、「看護」と「介護」は隣接領域の職業として位置付けられ、特に在宅介護においては関係が深い。それらの共通基盤が明確化されることは、「協働」が求められる現場の実践にも有意義に作用すると期待される。

「協働」には、共通性と同時に、介護にかかわる各種の独自性、独立性が明確化されることも非常に重要な課題である。今回の調査により、職業アイデンティティ構造に看護職との共通性が見出すことができたが、介護の実践の場にあってホームヘルパーは主体的に独自の役割を果たすこと期待される。

専門職として確立するためには、従事者がその役割を自覚するとともに、態度、価値観、行動を内在化する経過が必要となる。職業に従事し、それを継続することを通して、職業アイデンティティを発達、深化する過程が大きな関わりを持つのである。その意味からも研修修了者がその後ホームヘルパーとして活動することの意義は大きいと考えられる。

介護保険制度の発足等の状況に牽引され、ホームヘルプサービスが今日のように社会的関心を集めるようにになった反面、ホームヘルパーの社会的地位、待遇が追いついていないという面がある。このことが、研修受講者をしてホームヘルプサービスに従事することを躊躇させる要因であることが考えられる。こうしたホームヘルプサービスをとりまく関連要因と、アイデンティティ達成因子や、獲得されたアイデンティティの保持、アイデンティティ得点の高低に関する検討を進めることが今後の課題である。

また、訪問介護員養成研修の諸相と職業アイデンティティの関連について検討するため、比較群として、2級課程の受講者合計154名に、同一の質問項目による調査を実施した。職業アイデンティティに関する得られた回答について、因子分析を試みた結果、明らかな因子構造を検証することはできなかった。（表2）

1級課程受講者の結果と比較した場合、2級課程受講者が研修を通して明確な職業アイデンティティを形成するに至らなかったことを示唆する結果であった。

1級課程と、2級課程では、研修内容、時間数に開きがある。ホームヘルパー養成研修カリキュラムでは、2級課程130時間、1級課程230時間（2級と併せて360時間）となっている。今回の調査対象では、週2回対面式講義、実技指導に通って受講する形態で、1級課程は約6ヶ月、2級課程で約4ヶ月の研修期間を要す。

また、1級受講者は原則として2級を終了しているものに限定される。

可能性の一つとして、職業アイデンティティの形成、獲得には、2級課程相当の期間では不十分である、ということが考えられる。基準的な看護師の養成期間が3年間、介護福祉士が2年間、であることを考えても、ホームヘルパーの養成期間は相対的に短期間であることが指摘できる。

では、1級課程の期間、時間数で受講者が職業意識、アイデンティティの獲得を成しているかと言えば、1級課程の受講者が既にホームヘルプ活動を経験している（ホームヘルパーとして働いている）ことを勘案しなくてはならないであろう。つまり、既に個人で差異はあるにしても、職業アイデンティティを確立している、あるいはしつつある者が対象となっている訳である。

訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修については、その内容、時間数等に様々な課題が指摘されているが、最長の時間数、多岐にわたる研修内容を要する1級課程であっても、既にホームヘルパーである者が受講者であればこそ、職業アイデンティティに至っているという可能性が否定できない。

養成期間とアイデンティティ達成の関連については松下ら¹¹⁾が看護学生について、短大生・専門学生の方が、4年生大学生よりも同一性達成が高いことを報告している。これは、養成期間が長い4年制大学の場合、大学卒業後に臨床看護師の他、助産師、保健師、研究・教育職等の進路選択の可能性が開けており、在学中に習得した知識、技術を専門職として活かせる自己の可能性を追求する余地があるためと指摘されている。

准看護師を除き、看護師養成では、学生が養成期間前に職業としての看護師を経験していることはありえない。その点からも、1級課程訪問介護員養成研修では既に職業ヘルパー経験者を対象としていることは特徴的である。そのため相当に短期間での職業アイデンティティの達成が可能であると考える。そして研修終了後の選択肢をホームヘルパーに絞り込む、つまりヘルパーとしての同一性以外に選択の余地を持たせにくい研修と言えるのではないだろうか。

主として看護師養成の先行研究を参考に考察を行ったが、両者の養成のあり方の根本的な相違についてもさらに検討を進めなければならないであろう。ホームヘルパー養成研修自体が抱える課題の明確化、抜本的な改正の必要性も感じられた。

V 今後の課題

今回は因子分析により、職業アイデンティティの因子構造の確認を行ったが、さらに研究を進めるためには、今回用いた質問項目を尺度として精査することが必要となる。今後は、今回の結果によりいっそう仮定を明確化した上で検証的因子分析、複数回の調査による妥当性、信頼性の検討を行いたい。

その上で、ホームヘルパーの専門性と養成研修のあり方についてさらに考察を進め、専門職養成のための研修に必要とされる用件について明らかにしたい。

追記：本調査の実施に関しては、K市在宅福祉公社人材開発センターの多大なご理解とご協力を得て実施することができた。厚く御礼申し上げます。また、研究の途中経過について、第10回日本介護福祉学会において発表を行った。

[註・引用文献]

- 1) 平成15年1月9日、厚生労働省が支援費制度においてホームヘルプサービスに上限を設けることを検討している旨の表明があり、障害者団体による一連の抗議行動が起こった。マスコミでも翌日からこの問題は新聞記事や社説で取り上げられたが、概ね厚生労働省の主張に意義を呈し、障害者団体の抗議を支持する内容であった。
- 平成15年1月10日毎日新聞「行政が決めていた障害者福祉サービスを4月から障害者自身が選べるように改める『支援費制度』について、厚生労働省が身体・知的障害者受けるホームヘルプサービスの時間数などに『上限』を設ける検討を始めていることがわかった。・・・(略) ・・・制度導入目前の大きな方針転換に障害者団体は強く反発している。」
- 平成15年1月16日毎日新聞「〈障害者支援費上限〉身障者ら1000人が厚労省前で抗議」
- 平成15年1月16日読売新聞「障害者千人『ホームヘルプ補助金上限』に抗議行動」
- 平成15年1月23日毎日新聞社説「障害者支援費 厚労省は障害者の声を聞け」
- 平成15年1月24日朝日新聞社説「障害者支援費一地域福祉の名が泣く」
- 2) 岩田香織：訪問介護員の専門性に関する考察－訪問介護員養成研修受講生に対する介護意識調査を通して－. 日本女子大人間社会研究科紀要, 8:1-9 (2002)
- 3) 江田節子：歯科衛生士学科学生の学習への態度と職業意識に関する調査. 日本歯科衛生士会学術雑誌, 25 (2), 14-19 (1996)
- 4) 土屋友幸、高阪利美、山田ゆかり他：歯科衛生士専門学生における職業同一性について－同一学年での追跡調査－. 愛知学院大学私学雑誌, 31 (3), 307-312 (1997)
- 5) 鎌田みゆき、大塚真理子、長谷川真美他：看護学生の学習及び専門職業的態度に関する考察 (第2報). 埼玉県立衛生短期大学紀要, 16, 45-52 (1991)
- 6) 波多野梗子、小野寺杜紀：看護学生及び看護婦の職業的アイデンティティーの変化. 日本看護研究学会雑誌, 16 (4), 21-28 (1993)
- 7) 阿部裕子、山田由子、松下由美子：看護学生の自尊感情及び職業同一性に対する臨床実習の影響. 日本看護研究学会雑誌, 20 (2), 64-65 (1997)
- 8) 園田雅代：女子大学生における自我同一性研究－理論的考察と実証的検証－. 玉川大学部紀要, 21, 319-368 (1980)
- 9) 中西信夫：職業の同一性地位に関する研究. 大阪大学人間科学部創設10周年記念論集, 395-453 (1983)
- 10) 中西信夫：職業の同一性を拡散した学生たちの背景. 青年心理, 49, 14-20 (1985)
- 11) 松下由美子、木村周：看護学生の職業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)

(2004年11月4日受理)

ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティ形成と 専門倫理と価値の問題 ～ある実習生の学びを通して考える～

The Formation of the Identity as a Social Worker and the Issue of
Professional Ethics and Values.

～a study through an experience of a trainee～

松平 千佳

Matsudaira Chika

価値

ソーシャルワークは人道主義と民主主義思想に根付いて発展しているため、ソーシャルワーカーの価値はすべての人間が平等であること、価値があること、尊厳があること、という信念に基づいている。1世紀以上前になるソーシャルワークの始まりから現在まで、ソーシャルワーク実践は人間のニーズの充足と人間の発達に焦点を当ててきた。人権と社会正義はソーシャルワークアクションの動機となり正当性になる。ソーシャルワーク専門職は社会的抱合を促進するため、不利益な状態にある者と連帯し、貧困を軽減し、傷つき迫害されている人を解放する。ソーシャルワークの価値は、各国のソーシャルワーク専門職の、国別のあるいは国際倫理綱領において具体化されている。(2000年モントリオールで開催された国際ソーシャルワーカー連盟の大会において採択された「ソーシャルワークの定義」の中から価値の部分を抜粋)

はじめに

前稿において筆者は、ソーシャルワーク教育において専門価値と倫理の学習がなぜ必要なのかを証明するための試みを不十分ながらおこなった。¹ その試みの過程で特に注目したことは、「倫理は理想的な行為の仕方であるから個人を拘束できる」という倫理の定義だった。² ここ2・3ヶ月の間にも福祉施設内で起きた入所者に対する虐待行為のいくつかが報道されている。島根県にある特別養護老人ホームでは、男性介護職員が痴呆症状のある80歳代の男性入所者にバケツをかぶせ、大声で怒鳴り、乱暴にトイレに連れて行くという虐待行為が発覚した。また、埼玉県にある児童養護施設では施設長と数人の職員が日常的に入所児童に対し、「施設から出て行け」「嫌だったら退寮すれば」などの暴言を浴びせていましたことが判明したのである。このような福祉援助者による不適切な虐待行為の理由を説明する際に、上記した倫理の定義を用い

1 抜稿 (2004) 「ソーシャルワーク教育における専門倫理と価値の問題」『静岡県立大学短期大学部研究紀要第17号』

2 肥後政平 (1962) 「倫理における理想性」『倫理学年報1号』 pp.191-pp.193

3 肥後政平op.cit p.194

ると、福祉援助者としての「私」を拘束するはずの倫理が欠如している結果、このような事件が起きると考えることができる。専門倫理の欠如によって「倫理は良心の声として人を内から働き内から動かす」³ という内的な活動が福祉施設で働いている「私」には起きて、虐待という行為が発生する妥当性が見出せるのである。「私」はいわゆる「感覚が麻痺している」状態であり、福祉援助者によって引き起こされてきた知的障害者や養護児童に対する虐待（精神・身体・性的）、搾取（無償労働や年金などの不正使い込み、横領など）、疎外（仲間と集ったり社会参加の機会を奪うこと、価値ある人間として扱わない行為）などはこの様な倫理なき状態から生まれていると考えられる。

筆者は、ソーシャルワーク教育における価値や倫理の問題の位置づけに関心をもち、いかに効果的にソーシャルワーカーに必要な倫理や価値が習得できるのか、その方法について研究してきたが、このような問題の視点は要約すると「ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティをいかに形成するのか」という問題に置き換えられる。「ソーシャルワーカー」＝「私」という強い同一性を持ち続けるためには、ソーシャルワークの倫理と価値を「私」が理解し、「私」が実践の中で具現化するという学びがどこかで必要なのである。

本稿では、社会福祉援助技術現場実習をソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを形成するための学習機会として位置づけ、ある実習生の学びを通してどのようにソーシャルワークの倫理や価値が学生の中に形成されていくのかについて考えていく。

I. ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティの問題

社会福祉援助技術現場実習を履修した一人の実習生の体験をもとに、彼女の中に芽生え、確固たる理念へと発展していくソーシャルワークの価値と倫理について考える。なるべく、実習生の書いた報告内容を忠実に彼女の表現どおりたどりたいと考える。なぜなら、その文章には非常に率直に、クライエントの人権に対する疑問、自分の中にある偏見に対する気づき、あるいは権利擁護を実践することの難しさが綴られており、ナラティブ・アプローチの重要性に気づかせられるからである。

（1）前期実習〔重症心身障害児施設〕

これから紹介する学生は、前期実習で重症心身障害児に出会うまで、障害を持つ人々と触れ合う経験がほとんどなかった学生である。障害のある人々、それも重症心身障害児施設において実習をおこなうことが決まってからの彼女の気持ちを考えていく。

はじめの戸惑い

事前学習の時間に、重症心身障害児施設の職員が外部講師として来てくださった。講義の内容は非常に衝撃的で、自分で歩くことも話すことも排泄することもできない、という入所者のあまりにも自分とかけ離れた姿にショックを受けた。それでも「仕事は楽しい」という講師の言葉に、ぜひ重症心身障害児施設に行ってみたいという気持ちになった。しかし、いざ決まってみると素直に喜べない自分がいた。重症心身障害児ってどんな人たちなの？ どんな状態なの？ という疑問が頭の中をぐるぐるとかけ巡り、想像しようとしてもこれっぽっちもできなかった。彼らの姿は、私の考える「人間」の枠を飛び越えてしまっており、同じ人間というより宇宙人にでも会いに行くような気持ちだった、と言った方がいい

いかもしれない。

この実習生が、大きな不安に包まれていたことが伺える文章である。「私の考える人間の枠を飛び越えてしまっている」という表現は非常に率直で、当時の彼女の限界を表現しているが、彼女の「人」に対する一つの価値基準が現れているのである。つまり、歩くこと、話すこと、自分で排泄が処理できること、これらが「人」であり、そうでない場合の「人」をどのようにとらえて良いのか、彼女は自分の価値基準にチャレンジすることに不安を覚えているのである。そのことについて彼女は以下のように振り返っている。

戸惑いの理由

それでも、この実習で何かを感じ、学びとることができるとする漠然とした自信があった。未知の世界との遭遇は、不安である反面、今まで気づかなかった何かに気づかせてくれるだろうという期待を持っていた。でも、やっぱり不安で仕方がなかった。心の中にわだかまりがあり、大きな漠然とした不安を感じていた。その時は自分でも原因がわからなかつたが、今考えるとそれは、「重症心身障害児を目の前にした時、彼らを自分は受け入れられるのだろうか、拒絶してしまうのではないか」という不安。私には、その自信がなかったのだと思う。

講義の中で繰り返し教えられた「受容」の原則。この原則がソーシャルワーカーにとっていかに重要であるか、知識としてのみではあっても理解しているからこそ、実習生は「受容」できないかもしれない自分に大きな戸惑いを感じているのである。「自分は福祉援助者としてふさわしくないのではないか」と、不安を抱えたまま始まった実習であるが、彼女は実際に重症心身障害児の人々に会ってどのように感じたのだろうか。次を内容を考察していく。

実習が始まって

そのような思いを抱いて始まった実習。初めはやはり戸惑いと失敗の連続だった。利用者の側に寄って行ったものの、私の膝をなめてくる利用者、よだれを垂らして「あーあー」と叫んでいる利用者を目の前にして、私は何をどう接すれば良いのか全くわからなかつた。何て話しかければ良いのかも分からぬし、なんとか話しかけたところで私の不安や不信感が私から周りからあふれ出でていたことだろう。それ以上に独自の世界を形成している利用者にとって私の存在が邪魔になるのではないかと思い、利用者と積極的に関わる事にためらいを感じていた。また、食事・排泄・入浴、生活の全てに介助が必要な利用者に対して、介護技術のない私は何もすることが出来ないのではないかと、この実習の意義を見失ってしまった。学校では介護技術などほとんど学んでいないのに、毎日毎日繰り返し行なわれる介助に、私は一体何を学びに来たのだろうと。

視覚的な驚きとともに、「彼らにとって私の存在は邪魔なのではないか」という疑問とためらい。しかし、この「邪魔なのではないか」「自分には何もできない」という謙虚な目線からこそ、対象者理解と援助者としての自分に対する自己覚知がはじまると考える。ソーシャルワーカーになるための実習において、事前に介護技術を学習する必要があるかどうかという議論があるが、この場合は実習生に介護技術がなかったからこそ、実習生は自分には何ができるのだ

ろうと真摯に考えることができたし、自分とクライアントの関係性を探し出そうと探求する姿勢を持つことができたのではないかと考える。では、実習生は何をきっかけに自分の限界を打ち破っていったのだろうか。彼女は実務を通してどのように成長したのだろうか。

転機～職員からのアドバイス～

そのような私の様子を見て、職員の方が「障害者だからといって何も特別な事はないよ」と声をかけてくださった。初めはその意味がよくわからなかったが、その言葉でふっきる事ができた。時間がたつにつれ漠然とだが分かってきた。自分の中に戸惑いや偏見があつたこと、そして知的にも身体的にも重い障害を持っているからといって私と同じように趣味や感情を持つ一人の人間であること。そのことに気づいた時、「障害者としての利用者」というひとくくりの枠組みから、一人ひとり「別の人」として捉えることができた。その後の実習では、利用者の方と一緒に歌をうたったり、本を読んだりと、余暇の時間も私自身が楽しんで取り組む事ができるようになった。実習を重ね、一緒に生活をするにつれて、利用者の笑顔がもっと見たいと思うようになり、一つでも多く楽しい事や嬉しい事を共有できるように関わりを持とうと努力したつもりだ。

職員からの助言をきっかけに実習生は、「私は彼らに何かしてあげなければならない」とか「私は援助の方法を学びに来ているのだ」という気構えや気負いかから開放され、同じ「人」として同じ時間と空間を共有することを楽しもう、という気持ちに変わった。「〇〇をしてあげる」のではなく、「一緒に歌う」「一緒に本を読む」「一緒に食べる」などさまざまな生活場面を共有するというこの行為こそが、クライエントの個の尊厳を認めたり、すべての人間が平等であることへの気づきにつながっていくのだと考える。前期実習を振り返って実習生は大きく分けて2つのことを学んだと述べている。

前期実習における学び①

たった二週間ではあったが、私は援助者としてとても大切なことを学ぶことができた。何より施設で暮らす利用者にとって、ここは訓練・リハビリの場ではなく、生活の場であること。私たちは仕事として利用者と関わっているが、利用者にとっては私たちは生活の一部であること。私はこの2つを今回の実習で強く感じた。生活の主役はもちろん利用者自身であり、それを支えるのが職員である。職員が考え方をすればするほど、利用者の生活は豊かになるが、反対のことも起きる。つまり、職員が中心となった施設のあり方が生まれるかも知れない。そのことを援助者は強く自覚しなければならない。

ソーシャルワーカーには常にクライアントの最善の利益を考え援助実践する責務がある。このことを実習生は実習体験を通して理解したのである。

前期実習における学び②

実習当初、介助が必要な利用者に対して、何も出来ない自分に戸惑い、そのことばかりに目が行ってしまった。介護技術がない自分はここにいても意味がないと思った。でも、今は介護技術だけが援助の全てではないと今はっきり言う事が出来る。真の援助とは、もつ

と深いところに根づいているのではないだろうか。相手を思いやる気持ち、愛しいと思う気持ちがなければ、いくら介護技術があっても援助などできるはずがない。心を持った人間を相手に援助する以上、援助する側も心を持っていなければ相手の心に響く援助は出来ないと思う。確かに、おむつ交換や食事介助も彼らの生活を支える上で大切な援助だが、ただマニュアル通りに行なうのでは福祉と言う事が出来ない。時には、傍に居て話を聞いてあげる、ただ微笑む、ただ抱きしめる、それだけで何にも勝る援助になるのではないか。私はそういう援助ができる援助者になりたいと思う。

これはソーシャルワーカーはスペシャリストであるべきが、それともジェネラリストであるべきかという問題への投げかけになるが、実習生は体験としてスペシャリストである前に、ワーカーに求められるジェネラリストとして当然持つべき姿勢や考えがあるのではないかと提起しているのである。

筆者もまさしく同じことを考える。スペシャル（特別）な援助を目指す福祉援助者は、結局のところクライアント不在の単なる技術提供者になる可能性が高いように考える。

（2）後期実習について〔知的障害者入所更正施設〕

重度の障害を持つ人々の出会いを通して、ソーシャルワーカーとして守るべき価値や倫理に少し近づいたこの実習生は、知識と体験の一致によって明らかに実力をつけ、福祉援助者を目指す自分自身に対し自信を持つようになっていた。そのようにソーシャルワーカーとしてのアイデンティティを形成している過程の途中、後期実習を体験する。

後期実習に対する期待と実習テーマ

前期実習において重症心身障害児施設で実習をやり遂げることが出来た事が自信となり、後期実習は余裕を持って迎える事ができた。前期実習で思ってもみなかった感動を得られた事で、今回の実習でもまた利用者から多くの感動や喜びを得ることが出来るだろうと思っていた。また利用者や尊敬出来る職員との出会いは、これから先ずっと社会福祉の道を歩んでいくための大きな力になる。実習はこの仕事の魅力を再確認できる場であり、実習は私にとって、自分はこの道に向いているのか確かめる確認の場でもあった。私が実習前に立てたテーマは2つ。1つ目は、入所者の「個の尊厳」を施設はどうのように考慮しているのか、また入所者が一人の「人」として尊重される為には施設はどうあるべきか、というもの。2つ目は、入所者が社会の一員として生活するために、本人・家族・地域に対してどのように働きかければよいのか考察する、というものであった。いかなる理由があっても知的障害者だから、施設入所者だからといって、差別されたり、「個の尊厳」が侵されることは許されない、また人間として生きる以上誰もが社会の一員として生活を営むべきだ、という私自身の学びからこのテーマを設定した。

明らかに前期実習と比較すると、実習に取り組む姿勢も、計画した実習内容やテーマにも変化が見られる。より具体的で実習の目的も明確化されている。また、前期実習で体得したクライアントと福祉援助者の理想的な関係性のイメージを土台に、よりいっそう、障害を持つ人々

(不利益な状態に有る者) の人権や尊厳をどのようにして守るべきなのか、というソーシャルワークの普遍的な価値と倫理に挑戦していることが分かる。この実習生は、自分の中に障害者に対する差別や人権侵害は決して許されないものであるとの認識が育ったと考えている。しかし、後期実習の中で彼女はソーシャルワーカーとして発展途上である自分を知ることになるのである。

後期実習における学び①

しかし、実際に私の中にあった価値観はまだこれらのものとかけ離れていることに実習を通して気づかされる。私が実習を行なった施設はユニット方式で入所者全員に個室が用意されていた。今まで行った施設の中で全員に個室が用意されている所なんてなかったし、それが望ましいとは思いながらも施設側の都合で相部屋は仕方ないとと思っていたので、とても驚いてしまった。さらに、同じ法人が建てたグループホームを見学させてもらったのだが、私の想像とはるかに違っておりもっと驚かされた。私はグループホームと聞いて、きっと障害の軽い人たちが入所しているのだろうと勝手に思いこんでいた。だって障害の重い人たちだったら、自立した生活は困難だろうし、職員も大変でやっていけないはず…。だけど実際は、決して障害が軽いと言えない人たちばかりで、「こんな家に私も住みたい」と思う程、素敵な環境で生活していた。そこで私は気づいた。利用者一人ひとりを尊重すべきだと考えているのに、なぜ私はこのように驚くのだろう。施設側の当然ともいえる取り組みに驚きを感じる自分にすごく矛盾を感じた。私の中に「ここは施設なのだから仕方がない」とか、「職員の都合を考えると少しの我慢は仕方ない」などという考えがまだあったのだと思う。

実習生は、障害を持ち施設で暮らす人々を社会的に抱合していくためにソーシャルワーカーが持たなければならない価値基準に直面し、実践の難しさを改めて感じているのである。

後期実習における学び② ～スピリチュアルな体験～

もう一つ、私の価値観を変えた出来事がある。それは休憩時間のこと。私は自分の部屋で横になって休んでいた。すると利用者の人たちで結成しているプラスバンドの練習の音が聞こえてきた。練習していたのは「世界に一つだけの花」で、初めはただすごいなぁとぼんやり聞いていたのだが、その歌詞と演奏と演奏している彼らの顔を思い浮かべていると、実感として「みんなここで生きてるんだ！」とひらめいたのだ。施設という非社会的に感じられる場所で生活していても、みんなちゃんと生きてるし、「俺は生きているぞ！」というメッセージを一人ひとりが発信してるんだと強く感じることができた。それまで私は、漠然と「一人ひとりはかけがえのない人間である」と思っていたけど、実際には一人ひとりが発している「私は生きているぞ！」というメッセージに気づいていなかったのだと思う。そして上手に言えないけれど、彼らの「生」について考えた時、自然と自分の「生」についても考えさせられた。そして私は、見栄とか世間體とか、すごいやっかいなものをたくさん背負って生きてているんだなぁと思った。そう感じたら自分の存在も素直に受け入れる事が出来たような気がする。どんな人間だって、生きている、ただそれだけで価値のあることなんだなあと心から感じた瞬間だった。

実習生が体感したこのような感覚をどのように説明すればよいのだろうか。スピリチュアルな体験とは実習生誰もができる体験だけではないし、そのような体験がソーシャルワーカーのアイデンティティ形成にどのように影響を与えるのか、さらに研究していく必要がある。しかし、ソーシャルワークとスピリチュアリティに関する研究を進めているEdward R.Candaは、「人間の実在の普遍的、根源的意味にかかわり、それは、意味や目的、そして自己と他者と絶対者にかかわる道徳的な枠組みの探求である。この意味において、スピリチュアリティは、宗教的な様式を表現しているが、一方で、宗教から独立したものとしても理解されうる。」とスピリチュアリティを定義しており、また、「スピリチュアルというのは、人間の味の探求であり、自己、他者、すべてを包括するユニバーサルなもの、そして究極的な実在、の間にある諸関係を道徳的に実現させるものである。もっともそれは神学的、無神論的、その他いかなる方法であろうとも可能性ある」と述べている。⁴

石井十次やマザーテレサなど、先駆的で独創的な偉大な功績を残した人間の足跡を調べると、そこには例えば鈴木大拙氏が言うように、惰性、感性、意欲、知性といった心理学的な働きでは説明できないエネルギー、つまりスピリチュアリティ⁵を感じるのである。この実習生も、知識や学問で説明しようがないひらめきを実習の場で体験したのであり、その体験を通してソーシャルワーカーに求められる「生きていることに価値があり、一人ひとりかけがえのない存在である」という価値を自分の中に取り入れたことができたのである。⁶

私の目指す援助

両方の実習とも専門的な援助について考えてきたが、私の出した結論は意外に簡単なものであった。それは援助者が「生きる」ことに敏感でなければならない、ということである。相手は人間であり、どんな重度の障害を持つ人であっても今を生きているというメッセージを発している。それを援助者はしっかりとキャッチできなければならない。また人は、今という区切られた時間の中で生きているのではなく、過去・現在・未来とつながった連續した時間の中を生きている。だから援助者として向き合ったとき、今だけでなく、過去や未来全てをひっくるめて考えることが大切だと思う。そして相手の「生」を考えるために、自分の「生」についてもしっかりと受けとめる必要がある。自分を疎かにする人に他人の生を考える事は難しいのではないだろうか。援助者として、どんな生き方であっても「生きる」事に価値を感じ、大切に思える援助者であたいと思う。

結びにかえて

以上、ある実習生の体験を通して、ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティがどのように形成されていくのか簡潔にではあるが考えてきた。ここでは、スーパーヴィジョンや事後

4 Canda,E&Furman(1999)Spiritual Diversity in Social Work Practice,New York:Haworth Press.
p.37,p.43-44

5 鈴木大拙 (1972)『日本的精神』岩波書店 p.14

6 実習生がこの時間いた歌の歌詞の一部を紹介する。「そうさ、僕らは、世界に一つだけの花、ひとりひとり違う種を持つ、その花を咲かせることだけに一生懸命なればいい」(世界で1つだけの花) 槙原敬之作詞作曲

学習、また実習先の種別に関して全く言及していない。あくまで実習生の実習現場における体験を忠実にたどったのである。もちろん、この実習の学びを支えた他の要因も存在するのだが、仕事を通じて（ソーシャルワークがおこなわれている現場に身を置くことによって）ソーシャルワークの基本的理念に接近できている自分自身を自覚し、そこにより近いアイデンティティを認めるようになっていくプロセスを考えることの本稿は焦点を当てたのである。

ソーシャルワークは攻撃を受けやすく抑圧されている人々に恒久的に援助をおこなう。そして、同時に人間一人ひとりの幸福と社会正義を追求するための試みは、ソーシャルワーク専門職の豊かな価値に基盤を持ち初めて可能になると考える。ソーシャルワークがその歴史を通して果たしてきた使命は、主に何が正義で何が不正なのか、また社会の中で人間がどのような権利を持っているのか、あるいは互いに対する責任は何なのか、という集約的な信念に（排他的な形ではなく）規定してきた。⁷ 「何が正義で何が不正なのか」という問題はますます複雑になる様相である。しかし、攻撃を受けやすく社会から疎外されやすい人々の側に立てば、ソーシャルワーカーがなすべきことは見えてくるのではないだろうか。

少々、本論から外れるが「人権」という観点でソーシャルワーカーの役割を考えてみたいと思う。なぜなら日本においてもようやく「権利擁護」がソーシャルワーカーの役割であるという認識でさまざまな見直しがおこなわれているが、どのようにクライエントの「人権」が擁護されているのか、社会福祉援助技術現場実習において学ぶことにはまだ課題が多いと感じるからである。「世界人権宣言」を使って考えていく。

国連は2次世界大戦後まづ、全力をあげて世界人権宣言を作り上げた。それは人権の尊重と平和の間には切れない深い関係があるという認識から生まれた行動である。一人一人の人間がもつ固有性や尊厳は、決して譲ることのできない権利であると承認することが、世界における自由、正義及び平和の基礎になると、人権の共通基準として1948年に採択された国際宣言が世界人権宣言なのである。第1条には次のように書かれている。

すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利に基づいて平等である。人間は、理性と良心を受けられており、互いに同胞の精神を持って行動しなければならない。（世界人権宣言第1条）

世界大戦という大きな惨事を経験した結果生まれた宣言であることを意識して読むと、その内容の持つ祈りが重く切実に伝わってくる。また、1行目ではすべての人間のもつ自由、尊厳と権利が宣言されているが、2行目では、「しなければならない」という強い表現で、我々の責任が強調されていることに目を向ける。私たちの責任とは何なのか。それは互いに同胞の精神を持って行動すること、それが良心と理性をもつ私たちの責任なのである。ともすれば社会的に排除されたり、一市民としてもつ当然の権利が侵害されたりする可能性のある人々を社会に内包し、その権利を守ることがわれわれの責任であるとの考えに基づいたとき、ソーシャルワークの倫理や価値がなんら特別なものではないこと、しかし同時にクライエントの「権利擁護」こそがソーシャルワーカーの達成課題であることが見えてくるはずである。

7 Frederic G.Reamer(1995)Social work Values&Ethics p.5

人権や権利という言葉は決して飾っておくようなものではなく、実習生の気づきにあるように、自分自身がかけがえのない固有性を持っているという自覚が、目の前にいる人もまた尊厳と権利を持つ人間なのだという気づきにつながるのである。そして、良心と理性を持つ私の責任を自覚し、同胞として私は何をするべきなのか考え方行動し、これを日々の営みの中で繰り返し蓄積していくこと、これが結果として、クライアントの権利を擁護する自然な援助や支援につながっていくのであろう。ソーシャルワーカーとしてのアイデンティティの形成は、本稿に登場した実習生のような気づきや学びをどのように学習の中に取り込んでいくことができるのか、という課題を示しているのである。

(2004年11月4日受理)

フランスの総合型スポーツクラブの組織と経営分析

L'analyse d'un club sportif de france

溝口 紀子

Noriko MIZOGUCHI

静岡県立大学短期大学部

抄録

1995 年より、文部科学省では、総合型スポーツクラブに対する積極的な取り組みを開始した。1998 年 5 月にスポーツ振興くじ(TOTO)法が成立し、2001 年より TOTO が開始され、くじの収益金は強化育成費、幅広い年齢層が利用できる地域スポーツクラブの設置や指導養成などに助成されている。しかし、実際には、総合型スポーツクラブ事業を始めて 3 年間の補助期間が終了すると、一切の金銭援助は打ち切られてしまい、クラブ運営、経営に困難を強いられている場合も少なくはない。そこで本研究は、1978 年より総合型スポーツクラブとして独立採算方式で活動しているフランス、オルレアン市最大のスポーツクラブ、US オルレアン連合の柔道クラブの組織、経営分析をすることで、総合型スポーツクラブにおける具体的でかつ効果的な資金運用、経営の取り組み提示していくことを目的にした。調査内容は、2003 年 9 月から 2004 年 5 月フランス、オルレアン市にて、クラブ経営についての口頭質問、および文献調査を行った。US オルレアンクラブは、スポーツ種目ごとに独立採算で運営している。中でも US オルレアンクラブ連合の中で最大の規模の柔道クラブは、フランス最多の有段者数を生かし、クラブの会員費を捻出する一方で、市などの公共団体による補助金の収入が 72% を占めていた。これは毎年、市から健康教育普及事業として補助金受けているためである。さらに、特徴的なのは、オフィシャルサプライヤー係わり方として、物資提供、宿泊援助等、新聞社、放送局等、法人の職業特徴をいかした様々なサポートシステムを確立させていた。今後の資金調達のためには、毎年多額の補助金を受けるため、健康教育普及事業として地域の健康、スポーツ教育のサポートを担うクラブ活動を行い、実績を作り上げていくことが、クラブ運営上の課題となっている。

1. INTRODUCTION

Le judo est créé en 1882 à Tokyo par Jigoro Kano dans le temple bouddhique Eisho-ji, c'est aussi le début de Kodokan. En 1964, le Judo est définitivement reconnu comme sport olympique, Jeux Olympiques de Tokyo. Aujourd'hui, la Fédération Française de Judo et Disciplines Associées, désignée ci-après par « FFJDA », est 3ème fédération française avec 580000 licenciés et le judo est un sport pratiqué par toutes les catégories sociales et à tout âge dans près de 260 pays au monde.

A Orléans, en juillet 1978, presque 100 ans après de la création de Judo du Kodokan, l'Union Sportive Judo est née de la fusion du Central Judo Club et de l'Union Sportive Orléans Kodokan. Ce n'est que le début de l'U.S.Orléans Judo-Jujitsu, désignée ci-après par « USOJJ », qui a connu des succès sportifs de très haut niveau en équipes et en individuel.

Tous les pratiquants le savent, le judo est beaucoup plus qu'un sport, une discipline fondée sur des valeurs : solidarité, rigueur, contrôle de soi, respect de l'adversaire, imagination. Aujourd'hui l'USOJJ est une véritable entreprise proche des réalités économiques de la région. Depuis sa création, l'USOJJ a une stratégie reposant sur 3 idées force.

1. Performance
 2. Innovation
 3. Formation.

1.1. Performance

Avec plus de 500 adhérents et les managers du club haut gradés, l'USOJJ a donné naissance à une lignée de grands champions suivants:

- ❖ **Champion olympique**
 - ❖ Marc Alexandre (Séoul-1988)
 - Dominique Brun (Séoul-1988)
 - Cathy Arnaud (Séoul-1988)
 - Laetitia Meignan (Barcelone-1992)
 - Stéphane Trainneau (Atlanta-1996, Sydney-2000)
 - Céline Lebrun (Sydney-2000)
 - Frédérique Jossinet (athnes-2004)
 - ▲ Fabien Canu (1987 et 1989)
 - ▲ Dominique Brun (1986)
 - ▲ Cathy Arnaud (1987 et 1989)
 - ▲ Céline Lebrun(2001)
 - **Médaillés olympiques**
 - ▲ **Champions du monde**

I.2. Innovation

- ◆ dans la pédagogie et les méthodes d'apprentissage.
 - ◆ encore dans la manière de positionner le club comme un véritable acteur économique de la région.

Ainsi dès 1984, l'USQJL créait son premier club d'entreprises partenaires

C'est aussi la création de compétitions inédites, très spectaculaires, aptes à apporter au judo une autre dimension médiatique.

1.3 Formation

A l'USOJJ, la formation s'adresse aux grands champions mais aussi aux jeunes qui trouvent dans cette discipline un équilibre, un élan vital et de nouvelles motivations avec les définitions des deux vocations :

- ◆ être un club de haut niveau visant l'excellence
 - ◆ rester un club ouvert à tous, de 7 à 77 ans

En 1989, conscient de sa responsabilité en matière de formation de la personne, l'USOJJ a

fondé l'école technique de Judo Loiret-Orléans, L'objectif de cette école est la permission aux jeunes Judokas de poursuivre leur progression tout en leur permettant de suivre des études adaptées aux besoins et aux possibilités de chacun et d'acquérir ainsi une qualification professionnelle. Cette initiative unique en France porte déjà ses fruits avec des contrats d'embauche et des résultats sportifs éloquents.

2. PRÉSENTATION GÉNÉRALE

2.1. Présentation générale du club de l'USOJJ.

- ◆ **Nom** UNION SPORTIVE ORLEANNAISE JUDO-JUJITSU
- ◆ **Siège social** Dojo Jean-Claude ROUSSEAU
- ◆ **Adress** Rue Fernand Pelloutier 45000 ORLEANS
- ◆ **Président** Frédéric SANCHIS
- ◆ **Objet** la pratique du judo, du jujitsu, du kendo, des disciplines régies par la FFJDA et des activité physiques, sportives et culturelles en relation avec les disciplines fondamentales.
- ◆ **Caractéristique** le plus grand nombre de ceintures noires en France et le plus grand Dojo d'Europe.
- ◆ **Résultat** 3 médaillés d'argent au Championnat du Monde en 2003. La victoire de Champoin de France par équipe féminine et masculine.

2.2. Organisation de la structure

2.2.1. Nombre d'installation

L'USOJJ dispose de 4 salles d'entraînement sur Orléans :

- ◆ Dojo Jean-Claude Rousseau* Rue Fernand Pelloutier
- ◆ Palais des Sports 14, rue Eugène Vignat (3ème et 4ème étage)
- ◆ Salle Saint Euverte 2, place du Champ Saint Marc
- ◆ Dojo Jean Jaurès(Patinoire) boulevard Jean-Jaurès(2ème étage)

*Le Dojo Jean-Claude Rousseau inauguré en février 2001 est aujourd'hui le plus grand Dojo d'Europe(1100 de tatami). L'utilisation, du matériel de musculation, du sauna, de la pharmacie et du matériel vidé est accessible à tous les licenciés du Club avec autorisation des enseignants présents(règlement intérieur art.10).

2.2.2. Répartition des adhérents

Selon la FFJDA, les jeunes de 8 à 14 ans qui représentent plus de 50% de licenciés et le pic de pratique concerne les enfants âgés de 8 ans où le nombre de licenciés atteint près de 10% de la population totale, soit 1 Français sur 12. D'un côté, l'USOJJ, le nombre de licenciés nés en 1996 et 1997 atteint plus de 20 % de la population totale mais on se remarque un peu moins de 50% des adhérents moins de 14 ans. La caractéristique de la population de licenciés

d'USOJJ, c'est le nombre de licenciés seniors. Il atteint environ 40% de la population totale.

De l'autre côté, quant à la répartition des adhérents par dojo, le nombre d'adhérents du Dojo Jean-Claude Rousseau marque 341, soit 67,8% d'adhérents d'USOJJ. Parce que les adhérents des minimes et cadets non débutants et tous adhérents juniors et seniors qui comptent 237 judokas s'entraînent dans le Dojo Jean-Claude Rousseau où est le plus grand Dojo d'Europe ayant 1100 de tatami et 8 surfaces de compétition avec Olivier DEPIERRE qui est chargé du directeur technique et François Cosson pour les loisirs et les débutants.

En ce qui concerne les catégories pour, Pré-Poussins, Poussins, Benjamins, Minimes et Cadet, on se remarque que chaque dojo a au minimum 2 cours par semaine. Mais, quant aux Juniors et Seniors, le Dojo Jean-Claude Rousseau est le lieu unique où ils s'entraînent.

Graphique 1: Répartition des adhérents par catégories d'âge

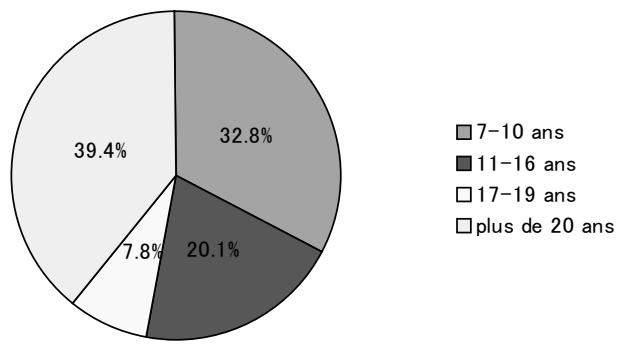


Tableau 1 : Répartition d'âge et du dojo des adhérents au 05/02/2004

Catégories	Année de Naissance	JC Rousseau	Palais des Sports	St Euverte	Jean-Jaurès	Total Général	Taux
Pré-Poussins	1997/1996	24	16	37	32	109	32.8%
Poussins	1995/1994	11	17	19	9	56	
Benjamins	1993/1992	13	9	4	9	35	20.1%
Minimes	1991/1990	25	2	4	2	33	
Cadet	1989/1988	31	0	2	0	33	
Juniors	1987/1986/1985	39	0	0	0	39	7.8%
Senior	Avant 1994	198	0	0	0	198	39.4%
Total Général		341	44	66	52	503	100.0%
Taux		67.8%	8.7%	13.1%	10.3%	100.0%	

Tableau 2 : Nombre de licences ceintures noires dan l'USOJJ**La saison 2002/2003**

Grade	Garçons	Filles	Total
1er dan	42	21	63
2e dan	23	5	28
3e dan	14	7	21
4e dan	13	4	17
5e dan	13	2	15
6e dan	3	0	3
7e dan	4	0	4
Total	112	39	151

La saison 2003/2004 au 05/02/04

Grade	Garçons	Filles	Total
1er dan	40	17	57
2e dan	15	3	18
3e dan	13	6	19
4e dan	11	4	15
5e dan	11	2	13
6e dan	2	0	2
7e dan	4	0	4
Total	96	32	128*

*Renouvellements :118 et Nouvelles :10

Tableau 3 : Différents horaires des cours Saison 2003-2004

Dojo Jean-Claude Rousseau*		
Lundi	17h30-18h45	Pré-Poussins
	18h00-19h30	Minimes/Cadet
	19h30-20h30	Taiso
	19h30-21h00	Jujitsu
Mardi	17h30-19h00	Poussins/Benjamins
	19h30-21h00	Juniors/Senior
Mercredi	9h30-10h30	Pré-Poussins
	10h45-11h45	5ans révolus
	15h00-16h30	Minimes/Cadet
Jeudi	17h30-19h00	Poussins
	19h30-21h00	Jujitsu
Vendredi	17h30-19h00	Benjamins/Minimes/Cadet
	19h30-21h00	Juniors/Senior*

Palais des Sports		
Lundi	17h30-19h00	Benjamins/**Minimes/Cadet
Mardi	17h30-19h00	Pré-Poussins
Mercredi	9h30-11h00	Poussins(95)
	11h00-12h00	5ans révolus
	14h00-15h30	Benjamins/**Minimes/Cadet
	16h00-17h30	Poussins(94)
	17h30-19h00	Pré-Poussins
Vendredi	17h30-19h00	Poussins(94)
Samedi	14h00-15h30	Poussins(95)

Salle Saint Euverte		
Lundi	17h30-19h00	Pré-Poussins/Poussins
Mardi	17h45-19h15	Benjamins/**Minimes/Cadet
Mercredi	10h15-11h45	Pré-Poussins/Poussins
Jeudi	17h45-19h15	Benjamins/**Minimes/Cadet
Vendredi	17h30-18h30	5ans révolus

Dojo Jean Jaurès		
Lundi	17h30-19h00	Benjamins/**Minimes/Cadet
Mardi	17h30-19h00	Poussins
Mercredi	9h30-10h30	Pré-Poussins
	10h45-11h45	5ans révolus
	14h00-15h30	Benjamins/**Minimes/Cadet
	17h30-19h00	Poussins
Vendredi	17h30-18h30	Pré-Poussins

* Judo Confirmés et Loisir/Débutants

** débutants

*** débutants de préférence

Tableau 4 : Répartition des cours par semaine.

* 2 cours pour Confirmés et 2 cours pour Loisir/Débutants

Catégories	5 ans révolus	Pré-Poussi- ns	Poussins	Benjamins	Minimes	Cadet	Juniors	Seniors	Jujitsu	Taiso	Total
JC Rousseau	1	2	2	2	3	3	4*	4*	2	1	24
Palais des Sports	1	2	2	2	2	2	—	—	—	—	11
St Euverte	1	2	2	2	2	2	—	—	—	—	11
Jean-Jaurès	1	2	4	2	2	2	—	—	—	—	13
Total Général	4	8	10	8	9	9	4	4	2	1	59

3. ACTIVITÉS DU CLUB

3.1. Objet du club

L'USOJJ a pour objet la pratique du judo, du jujitsu, du kendo, des disciplines régies par la FFJDA et des activités physiques, sportives et culturelles en relation avec les disciplines fondamentales (selon l'article 1 des statuts).

3.2. Activité sportive de l'organisation

3.2.1. Moyens d'actions du club

Selon l'article 2 des statuts, moyens d'actions du club sont :

1. L'organisation de cours, de séances d'entraînement de préparation physique.
2. La participation à des compétitions officielles reconnues par la FFJDA et des rencontres amicales en accord avec la FFJDA.
3. La promotion d'athlètes de haut niveau.
4. L'organisation de stage et d'activités visant à favoriser la pratique sportive et l'épanouissement de ses membres sur les plans physique et moral.
5. Le développement de l'association par la promotion médiatique, la publication de documents écrits ou audiovisuels, l'organisation de réunions et de séminaires et de tout moyen légal.

3.2.2. Analyse

Analyse N°1 « L'organisation de cours, de séances d'entraînement de préparation physique » : Judo est la discipline qu'on peut commencer à n'importe quel âge et l'USOJJ ouvert à tous. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, l'USOJJ organise environ de 60 cours par semaine en 4 Dojo pour les pratiquants âgés de 5 ans et plus. Il a également tous les licenciés à leur disposition des appareils de musculation et un sauna avec autorisation des enseignants présents.

Analyse N°2 « La participation à des compétitions officielles reconnues par la FFJDA et des rencontres amicales en accord avec la FFJDA. » : Les pratiquants de USOJJ participent à plusieurs compétitions nationales et internationales. L'USOJJ organise le tournois des jeunes de l'USO et de moins de 23 ans en respectant les règles éthiques,

déontologiques et de fonctionnement de la FFJDA et plus généralement du Comité National Olympique et Sportif Français.

Analyse N°3 « La promotion d'athlètes de haut niveau. » : Bien sûr la promotion d'athlètes de haut niveau est son activité du club. L'USOJJ compte plusieurs de grandes champions et remporte bon nombre de titre de Champion de France et Coupe d'Europe par équipe. La performance est un des trois stratégies plus importantes de l'USOJJ. En 2003, les Judokas haut-niveau de l'USOJJ ont remporté 3 médaillés d'argent au Championnat du Monde à Osaka et la victoire de Champion de France par équipe féminine et masculine en 2004.

Analyse N°4 « L'organisation de stage et d'activités visant à favoriser la pratique sportive et l'épanouissement de ses membres sur les plans physique et moral. » : Bien qu'il est un sport de combat individuel, Judo est un sport se pratiqué en groupe parce qu'il est comme un loisir tout d'abord. L'USOJJ organise les stages omnisports pendant les vacances scolaires. En 2003, le Stage de la Toussaint en Octobre compte 80 participants pour les pratiquants des débutants prépoussin, poussins et benjamins et le Stage de Noël en Décembre compte 85 pour les pratiquants des débutants prépoussins, poussins, benjamins et minimes-cadets.

Analyse N°5 « Le développement de l'association par la promotion médiatique, la publication de documents écrits ou audiovisuels, l'organisation de réunions et de séminaire et de tout moyens légaux. » : L'innovation est un des trois stratégies plus importantes de l'USOJJ ainsi que la performance et la formation. Depuis sa création, l'USOJJ n'a cessé de développer l'esprit de l'innovation. Cet esprit crée des compétitions inédites, très spectaculaires, apte à apporter au judo une autre dimension médiatique. Nombre de ceux qui, aujourd'hui, participent à la médiatisation du judo en France sont issus de l'USOJJ.

4. FINANCEMENT

Les ressources de l'USOJJ (selon l'article 22 des statuts) sont :

- ◆ Les cotisations, droits d'entrée et souscriptions de ses membres.
- ◆ Les subventions et aides financières, matérielles et en personnel, attribuées par les collectivités et organismes publics ou privés.
- ◆ Les recettes propres réalisées à l'occasion des manifestations qu'elle organise.
- ◆ Tout produit autorisé par la loi.

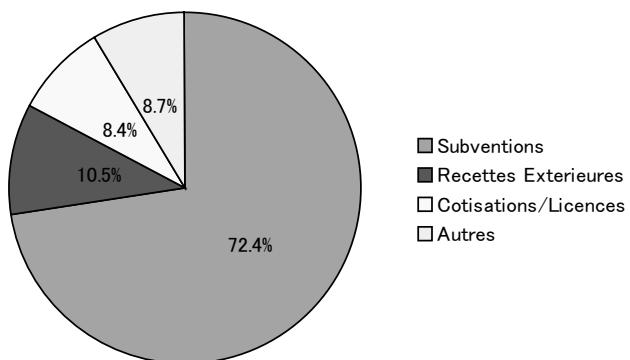
4.1. Recettes du club

4.1.1. Documents sur les recettes en 2003

Tableau 5 : Cotisation pour la saison 2003-2004

Catégorie	Cotisation annuelle	Frais d'inscription	Licence fédérale	Total annuel
5 ans révolus	107€			159€
Pré-poussin	122€	24€		174€
Poussin/Benjamin/Minime/cadet/Junior/Sénior	137€		28€	189€
Tarif famille à partir de 2 pers.	188€	32€		220€ + 28€ × nbr de pers.
TAÏSO	67 € pour un cours			95€

Graphique 2 : Détail des recettes 2003



Graphique 3 : Détail des recettes par secteur 2003

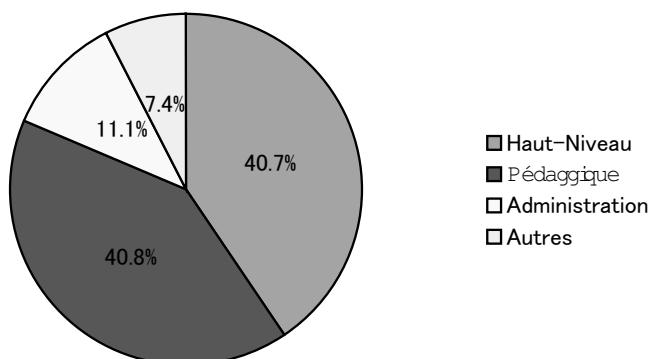
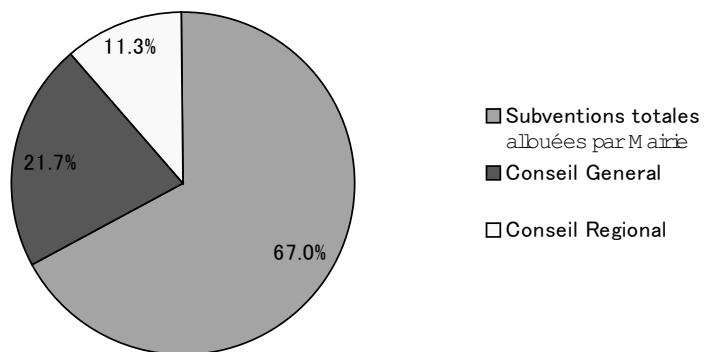
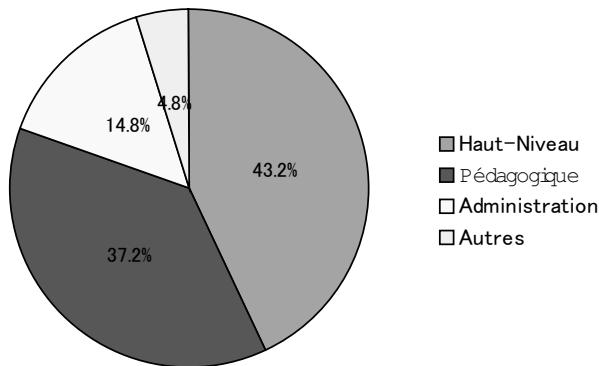


Tableau 6 :Détail des subventions en 2003

Subventions (€)	Total
Mairie	243918.0€
Conseil General	118684.4€
Mairie(prestations de service)	106007.2€
Conseil Regional	62126.4€
Mairie Personnel	17150.0€
Total	547886.1€

Graphique 4 : Détail des subventions 2003

Graphique 5 : Détail des subventions par secteur 2003



4.1.2 Analyse sur les recettes

Pour la FFJDA, la recette sur les cotisations/licences est la ressource plus importante. Il représente 70 % des ressources de la FFJDA. Mais pour l'USOJJ, c'est moins de 10% des ressources. Ce sont les subventions allouées par collectivités territoriales qui est la ressource plus importante pour l'USOJJ. Elles atteignent 72.4% (=2003, 76.3% en 2004) de la recette totale, soit 547886.1euros (=2003, 574900.3 euros en 2004). Particulièrement, les subventions totales alloués par mairie (Mairie, prestations de service et Mairie Personnel), soit 48.5% (=2003, 49.7% en 2004) de la recette totale et soit 367075euros (=2003, 378500euros en 2004), sont les ressources plus importantes pour l'USOJJ.

4.2. Dépenses du club

4.2.1. Analyse sur les dépenses

Le montant total des dépenses sur le secteur haut-niveau et pédagogique atteignent plus de 75%. Ils sont les secteur principaux de l'USOJJ. De l'autre côté, quant au total des frais de personnel et département sportif, ils représentent plus de trois quarts des dépenses. Particulièrement, le total des frais de personnel et département sportif sur le secteur haut-niveau et pédagogique, par cela seul, se montent à 64.9% des dépenses (=2003, 64.8% en 2004). Il faut souligner que plus de tiers du budget se dépense pour le frais de personnel et le département sportif sur le secteur haut-niveau. Ce n'est pas trop beaucoup ? Non, parce que la performance est un des trois stratégies plus importantes et la promotion d'athlètes de haut niveau est une des moyens d'actions du club. Aujourd'hui, l'USOJJ a connu des succès sportifs de très haut niveau en équipes et en individuel. En effet, l'USOJJ a remporté 3 médaillés d'argent au Championnat du Monde à Osaka et la victoire de Champoin de France par équipe féminine et masculine en 2004. Particulièrement, 6 titulaires pour les Jeux Olympiques d'Athènes sont judokas de l'USOJJ. Cela montre que les dépenses sur le secteur haut-niveau de l'USOJJ ont le rôle de se dépenser pour Équipe de France de judo.

5. PARTENAIRES

5.1. Partenaires et ses types de relations

L'USOJJ est une véritable entreprise proche des réalités économiques de la région. Animés du même idéal, l'USOJJ et ses partenaires partagent lauriers, victoires et succès. Tous les pratiquants savent que le judo est une discipline fondée sur des plusieurs de valeurs. C'est beaucoup plus qu'un sport.

Les partenaires peuvent classer des types de relation économique, prestation et politique.

L'USOJJ est très dépendant de ses partenaires sur finance. Environ 80% des recettes de l'USOJJ, soit environ de 600000 euros, sont occupés par les sponsors et par les subventions allouées par les collectivités territoriales. Quelques partenaires sont relatifs à la prestation. Les uns supportent des équipement, les autres diffusent à la radio. Les Dojos sont financés par la Ville d'Orléans. Donc l'USOJJ respecte politique des collectivités territoriales, mais, en ce qui concerne le développement du club, l'USOJJ est très autonome parce que selon l'article 10 des statuts, « L'association est administrée par un comité directeur. »

5.2. Présentation générale de la ville d'Orléans

Orléans, préfecture du Loiret où situe entre les plaines céréalier de Beauce, les champs verdoyants du Gâtinais, la forêt d'Orléans et les étangs de la Sologne, est reconnue pour son dynamisme économique, scientifique et universitaire, ainsi que pour son attrait historique, culturel et touristique.

Selon le palmarès publié par le magazine l'Entreprise, Orléans se classe au troisième rang des 35 grandes villes les plus attractives pour les entreprises et a été classée par le magazine "Le Point" de janvier 2002, 2ème ville de France pour le dynamisme économique et la qualité de vie.

Avec une croissance démographique de + 7,4 %, Aujourd'hui, la ville d'Orléans est le 5e plus forte croissance démographique nationale et le 18e agglomération française pour sa population active. D'après l'estimation en 2002, la population d'Orléans compte 115753 personnes (dont 55 807 de population active) et la population agglomération (elle est constituée de 20 communes regroupées au sein d'une Communauté d'agglomération depuis 1999) compte 269957 personnes (dont 130352 de population active).

Dans la ville d'Orléans, 59 équipements sportifs (19 gymnases, 7 piscines, 5 golfs 18 trous, 2 centres hippiques, 20 stades et 6 plans d'eau) sont remarqués. Et Orléans compte plus de 20 000 adhérents dans ses 168 clubs ou sections, pratiquant plus de 60 disciplines dans de très nombreux équipements. La politique sportive est une des celles importantes d'Orléans selon le site de la ville d'Orléans, « Avec 17% de la population orléanaise licencié, l'objectif de la ville est que, demain, un orléanais sur cinq pratique une des soixante disciplines sportives enseignées



dans les clubs. La Ville d'Orléans consacre à cet effet, entre 5 et 6% de son budget de fonctionnement au sport».

Tableau 7 : Nombres de la population d'Orléans

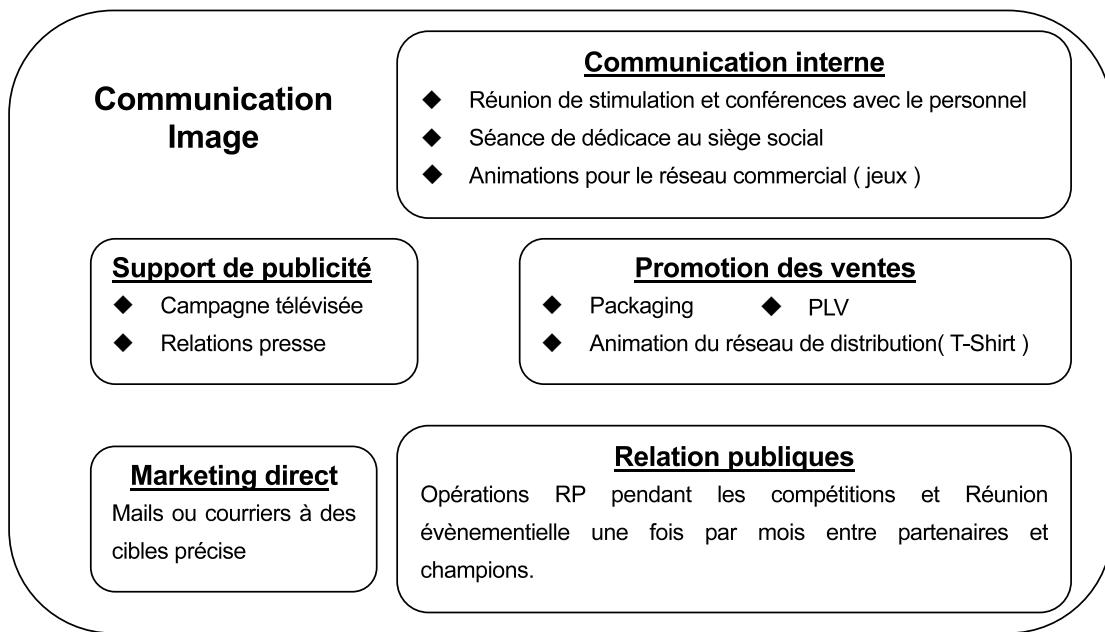
	Orléans	Agglomération
population	115753	269957
population active	55 807	130352

<http://www.ville-orleans.fr/html/fr/demographie>

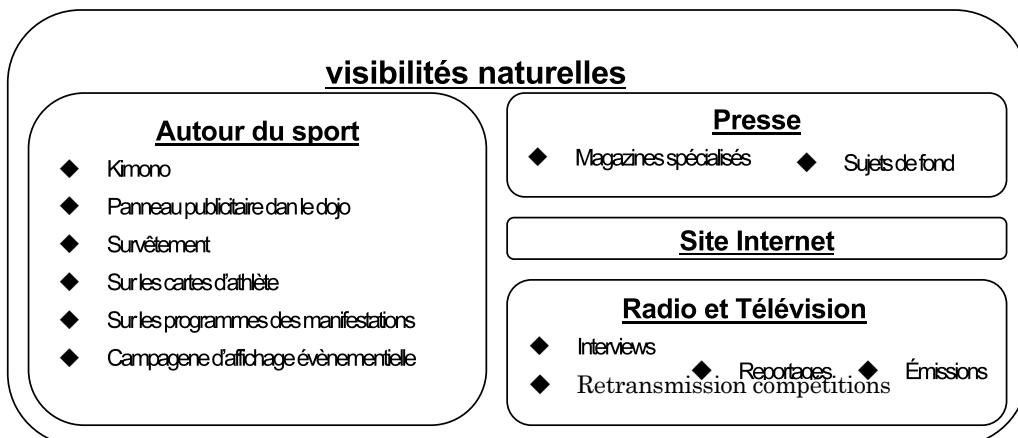
5.2. Communication Image et ses visibilités naturelles

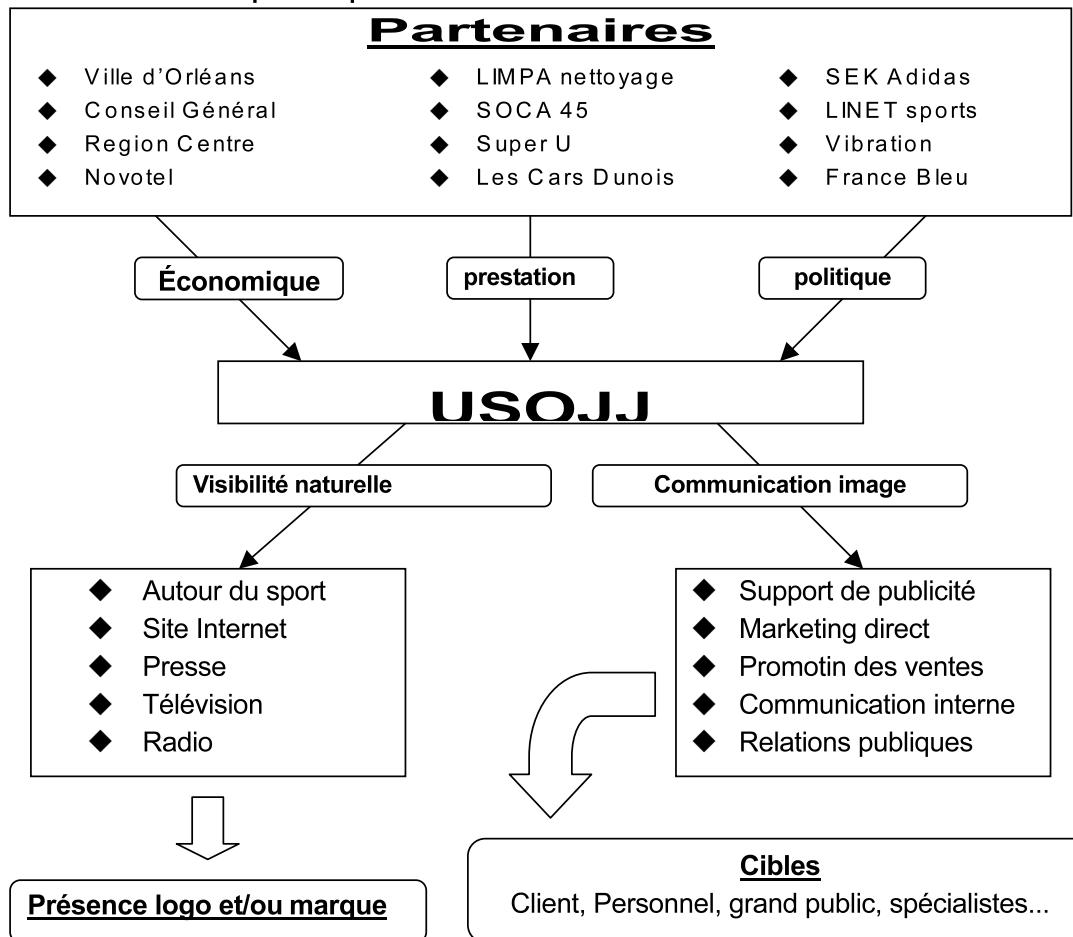
L'USOJJ a des images de communication pour clients, personnel, grand public et spécialistes et il crée des visibilités naturelles avec la présence sur logo et/ou marque.

Shéma 1 :communication de l'image de l'uso JJ



Shéma 2:Visibilité naturelle créée par présence sur logo et marque



Shéma 3:Interets pour les partenaires

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1.. BAYEUX Patrick, PIAU Jean Clubs sportifs et collectivités territoriales:les outils de la contractualisation,CNFPT et Edition Revue EPS, 1997
2. Editions des JOURNAUX OFFICUELS ,Schéma de services collectives du sport ,2002
3. Editions des JOURNAUX OFFICUELS Sport de haut niveau et argent,2002
4. GASPARINI William,L'organisation sportive, Edition Revue EPS, 2003
5. MIÈGE Colin Les organizations sportives et l'europe, INSEP 2000
6. VASSEUR Claude Démaeche-qualite et organaisations sportives,INSEP 2003

(2004年11月 4 日受理)

性格特性からみた女性の独立意識

Women's Awareness of Independence Examined from Viewpoint of Personality Traits

三田 英二

Eiji MITA

I. 問題

本研究は、女性の自己形成を検討する一環として、独立意識を性格特性からどのように説明できるかを検討することが目的である。

従来の自己形成理論は男性中心に構築されてきたもので、女性の発達過程に適合しない（高橋・柏木, 1995）、特にEriksonの自我同一性理論は女性になじまない（山本, 1988；桑原, 1990；三枚, 1998）と指摘されている。

伊藤（1992）は、自己受容にも社会規範による評価次元（自分自身を社会的に“良い”と評価する受容）と、個人的基準による感覚次元（自分で自分のことを“好き”と感じられる受容）という2つの自己受容のスタイルがあるとし、この観点から自己受容を中学生・高校生・大学生を対象に発達的な検討を行った。その結果、全体的な自己受容の発達過程として、男性は中学から高校段階にかけて高い自己受容を維持するが大学で低下し、女性は中学から高校では自己受容のレベルは低いが大学で自己受容は高まる結果を得た。そして、男女とも高校から大学への移行期に大きく変化し、男性は受容→自己否定化、女性は自己否定→受容化という逆傾向を示すという自己受容発達において性差があることを指摘した。そして、自己受容のスタイルによる性格の分化過程は、男性は直線的であり、女性は複雑な過程を示すことを示唆している。

多少概念的には異なるが、中学1年から大学4年まで自我同一性形成という発達的観点から検討した田端（1980）も、男女とも高校2年生まで同一性得点は下降傾向を示すが、その後は異なった形成過程を示し、男性においては自我同一性達成を目指して真しぐらに進むのに対し、女性は男性のような直線的な自我同一性達成を目指した姿が見られないと述べている。

山本・松井・山成（1982）は、性差の観点から、男性の場合、自己の内面的な資質と自己評価が強く結びついていること、女性は対人的な側面や社会的属性などの自己の外面的側面が重要なものとなっていることを示した。

従来の心理発達理論は、依存から独立を目指す発達過程が主流であった。このような発達過程は、安定した児童期から思春期に至ると、いわゆる疾風怒濤といわれる青年期を迎える。この段階に入ると自己嫌悪に陥り、その結果、自己の内面的な資質の充実を図るために自己の再構成を迫られる。このため、いったんは児童期の自己を否定する。そして、再生していく自己を

徐々に社会に馴染ませていきながら、自己確立をなしていくという、V字型の発達過程を示すことを意味している。これに対し、女性はV字型の発達過程を示さず、自己の内面的資質よりも対人的な側面や社会的属性を重視するため、複雑な過程を歩むことになる。このことは、男性の発達は現存の理論から導き出される過程と生態的にも一致することが多いが、女性はそうではないことを示唆する。

このように女性の自己形成過程は男性とは異なる。また、上述のように、従来の自己形成理論は、男性中心に構築されてきたという指摘がある。では、自己形成上重要な女性の独立意識とはどのようなものなのか、検討していく必要がある。

ところで、性格とは、社会適応を考える上で重要な概念である。「一般に人の行動の背後にあって、特徴的な行動の仕方、考え方を生み出し続けている態度の総体」（教育心理学新辞典第8版、金子書房、1978）と定義される。いわば、現実場面でどのような行動をとるかということは、個人の性格特性がどのような状態にあるかに依存すると考えられてきている。

本研究では、この現実場面での行動の内的準拠枠となる性格を説明変数とし、独立意識にどのような影響を与えてくるか、また、女性の独立意識は性格特性からどのように説明できるかを検討することが目的である。

II. 方法

1. 調査対象者

青年期の終焉は延長されてきているという指摘がある。このため、調査対象者は、女子学生90名（平均年齢19.18歳、SD=.76、range 18-21）だけではなく、本来の区分でいけば成人期前期にあたる女性73名（平均年齢25.12歳、SD=1.96、range 22-29）も含めた計163名とした。全体での平均年齢は、21.86歳（SD=3.29）である。

2. 用具

（1）独立意識の測定

加藤・高木（1980）の独立意識尺度を用いた。分析にあたっては三田（2003）が因子分析した結果を用いる。第1因子「自己決断力」（項目4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 35, 36）、第2因子「親への依存」（項目20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 33）、第3因子「時間的展望の拡散（「展望拡散」と略記）」（項目3, 13, 14）、第4因子「反抗期心理」（項目28, 30, 31, 37）、第5因子「自信の欠如による親への服従（「親への服従」と略記）」（項目17, 18, 26, 29, 34）の5因子が抽出されている。

（2）性格特性の測定

市販されているYG性格検査を用いた。

III. 結果

三田（2003）が行った独立意識尺度の因子分析で抽出されている5因子を目的変数とし、YG性格検査の12の下位因子を説明変数として、重回帰分析を行った。重回帰式で得られた標

準偏回帰係数を重相関係数、決定係数とともにTable 1に示す。

分散分析の結果は、目的変数「親への依存」で有意傾向にとどまったが、その他の目的変数では、すべて有意であった。

標準偏回帰係数が有意であった説明変数は、「自己決断力」を目的変数としたとき、「劣等感大」($t=-4.537, p<.001$)、「非協調的」($t=-2.823, p<.01$)、「攻撃的」($t=2.394, p<.05$)、「思考的外向」($t=-2.456, p<.05$)であった。同様に、目的変数「親への依存」では、「非協調的」($t=2.017, p<.05$)、また「のんき」($t=1.953, p<.10$)、「社会的外向」($t=-1.718, p<.10$)では有意傾向が見られた。目的変数「展望拡散」では、「抑うつ性大」($t=2.787, p<.01$)、「主観的」($t=-2.681, p<.01$)、有意傾向が見られたのは、「神経質」($t=1.839, p<.10$)であった。目的変数「反抗期心理」では、「攻撃的」($t=3.183, p<.005$)、「活動的」($t=-2.971, p<.005$)、「のんき」($t=2.201, p<.05$)が有意であった。目的変数「親への服従」で有意な説明変数となったのは、「神経質」($T=2.002, P<.05$)、「のんき」($t=-2.310, p<.05$)、有意傾向が見られたのは「攻撃的」($t=-1.956, p<.10$)であった。

Table 1 重回帰分析結果

	自己決断力	親への依存	展望拡散	反抗期心理	親への服従
D 抑うつ性大	.143	-.173	.358 **	-.082	-.049
C 気分変化大	-.116	-.028	-.141	-.026	.126
I 劣等感大	-.505 ***	.162	.145	.107	.168
N 神経質	-.010	.164	.223 +	-.035	.260 *
O 主観的	-.021	.019	-.262 **	.151	.125
Co 非協調的	-.223 **	-.214 *	.106	.001	.021
Ag 攻撃的	.182 *	.013	.028	.293 ***	-.178 +
G 活動的	.158 +	.107	-.063	-.291 ***	.136
R のんき	.017	.213 +	-.019	.225 *	-.233 *
T 思考的外向	-.226 *	-.112	.133	.012	.178
A 支配性大	-.021	-.122	-.050	.025	.034
S 社会的外向	-.022	-.216 +	-.114	-.035	-.016
重相関係数	.686 ***	.347 +	.584 ***	.482 ***	.494 ***
決定係数	.470	.121	.341	.232	.244

+…10%水準 *…5%水準 **…1%水準 ***…0.5%水準 ****…0.1%水準で有意

IV. 考察

5つの目的変数ごと、順次、検討していく。

1. 「自己決断力」

「劣等感」が弱いこと、「協調的」であること、「攻撃的」で「活動的」、そして「思考的内向」であることが「自己決断力」を支える結果となった。

「劣等感」の弱さは、社会適応の良好さを示す指標である。また、下位尺度の「攻撃的」について、辻岡（2000）は、「愛想の悪いことを表し、気が短い、正しいと思うことは人にかまわざ実行する、人の意見を聞かないなど攻撃的な性質。この性格は情緒不安定（D・C・I・N）と結合すると社会的不適応を起こす。一方情緒安定と結合すると社会的にも活躍する社会的活動性となる。」（p. 7）と述べている。本研究は、社会的活動性と解釈できる結果を示した。「思考的内向」は、熟慮的、自己洞察的な思考形態を意味する。

「自己決断力」は、社会適応がよく、活動的、他者との協調性もあるとき、衝動的にではなく、十分によく考えられるときに発揮されるものと考えられる。決して独りよがりになれるものではないと思われる。あるいは、劣等感の弱さに起因しているため、他者との相対的な比較をしなくなったときに、自己決断力が発揮されるとも考えられる。

2. 「親への依存」

この因子は、重相関係数有意傾向にとどまった。また、同様に標準偏回帰係数も有意傾向のものが含まれるため、留保付きの解釈と考えてもらいたい。

社会性の低下、協調性がある、気軽に対人接触できることが、親に依存する要因となっている。

すなわち、親との関係は良好であり、それほど深刻ではないが、対人接触を避けたいときに親に依存するという行動に出るのでないだろうか。また、親に依存するためには、日頃より、親との関係を良好にしておくことが重要な要素になるものと思われる。

3. 「時間的展望の拡散」

抑うつ感が強く、神経質になっており、物事を客観的に見ることができるとときに、将来に対する不安が喚起される。客観的な視点があるということが、将来展望への不安を駆り立てる原因となっているものと思われる。

4. 「反抗期心理」

活動性が低下しているが、攻撃的というよりは、「愛想」(辻岡、2000) が悪く、衝動的な気分になっている、ということが反抗的な態度の原因となっている。

第2反抗期は、自己確立のために喚起される大人社会や権威に対する反抗心と従来いわれてきている。しかし、本研究の結果は、思うように活動することができず、気分がイライラしているときに衝動的に人に当たってしまうという内容となった。心理的に自立するためというより、その場しのぎの気分解消のためになされているものかもしれない。青年期心性の変化を示すものと思われるが、男性との比較を行っていないため、女性特有の現象か否かは確定できない。

5. 「自信の欠如による親への服従」

親に依存することと、服従することでは大分異なる要因から構成されている。この「親への服従」因子では、神経質さ、攻撃性の低さ、そして熟慮さが予測因となった。特に、「のんき」は「親への依存」因子では正の予測因であるのに対し、この「親への服従」因子では負の予測因となった。同様に、説明変数「非協調的」因子は、「親への依存」では、協調的な関係にあるときに依存するという結果を示したが、「親への服従」因子では、有意な説明変数とはならなかった。

衝動的で協調的なときは親に依存するが、熟慮しすぎ神経質になり、活力が低下しているときに親へ服従してしまう原因となるものと思われる。

6.まとめ

独立意識尺度の因子分析の結果は、概ね、親との関係を示す因子と同一性形成に関係する因子とに分かれている。親との関係を示す因子として、「自己決断力」、「親への依存」、「親への服従」が挙げられ、同一性形成を示す因子は、重複するが「自己決断力」、「展望拡散」、「反抗期心理」となる。依存から自立を目指す従来の心理発達過程から考えれば、「自己決断力」因子は、社会適応の良好さを示す性格特性が予測因となり、「親への依存」因子や「親への服従」因子は、不適応状態を示す性格特性がその予測因になるものと考えられる。

しかし、本研究の結果は、「親への服従」因子では、内的不適応状態を示す性格特性がその予測因となっているものの、「親への依存」因子では、必ずしも不適応状態を示す性格特性がその予測因となっているわけではなかった。

「親への依存」因子の予測因となった「非協調的」は、「自己決断力」の予測因ともなっている。親に依存する中で、自己決断力を増していきながら心理的自立を目指すことを示していることが推測される。男性との比較を行っていないため、女性特有の独立意識のあり方とは断言できないが、他者から分離した形で自律的に独立を目指す独立意識のあり方ではないことが考えられる。相互協調的な対人関係を維持しながらも自律的な行動がとれることを目指した独立意識ではないだろうか。相互協調的な故に、かなり熟慮した上で自己決断をするという、ある意味、単純ではない複雑な独立意識があるように思われる。

同一性関連の因子では、「自己決断力」因子は、「非協調的」因子が負の予測因となっており、他者から分離した形で「自己決断」しているのではないことを示している。「展望拡散」因子では、内的不適応状態で冷静さがあると将来への不安が高まるという従来の指摘と一致する結果と思われる。しかし、「反抗期心理」の予測因となった性格特性からは、気分が沈んでいるときに衝動的に攻撃性を発揮しているという、自立への渴望といった従来の知見からかけ離れた性格特性であった。ただ、このことは、親との依存関係があるために為されることなのかもしれないし、他者との関係を重視しながら自己決断するため、他者への配慮がストレスとして感じられたときに起こる現象なのかもしれない。

<引用文献>

- 伊藤美奈子 1992 自己受容と性格特性の関連についての一考察 心理学研究, 63, 205-208.
- 加藤隆勝・高木秀明 1980 青年期における独立意識の発達と自己概念との関係 教育心理学研究, 28, 336-340.
- 桑原知子 1990 青年期の女性の自己同一性 氏原寛・東山弘子・岡田康伸(共編) 現代青年心理学—男の立場と女の状況— 培風館 55-74
- 三枚奈穂 1998 成人女性における自我同一性の感覚について—相互協調的・相互独立的自己感との関連から— 教育心理学研究, 46, 229-239.
- 三田英二 2003 独立意識からみた女性の自己の発達 青年心理学研究, 15, 1-15.

高橋恵子・柏木恵子 1995 発達心理学とフェミニズム 柏木恵子・高橋恵子（編著）発達
心理学とフェミニズム ミネルヴァ書房 1-16

田端純一郎 1980 簡易尺度による自我同一性の研究－青年期の性差、女性の特質を中心に－
臨床教育心理学研究, 6, 12-16.

辻岡美延 2000 新性格検査法－YG性格検査応用・研究手引－ 日本心理テスト研究所

牛島義友他（編）1978 教育心理学新辞典 金子書房

山本真理子・松井豊・山成由紀子 1982 認知された自己の諸側面の構造 教育心理学研究,
30, 64-68.

山本里花 1988 女子学生の自我同一性に関する研究－自我の二指向性の観点から－ 教育心
理学研究, 36, 238-248.

(2004年10月28日受理)

イギリスにおける高齢者施設の現状 — ロス・ワイルド・ナーシングホームから —

The present condition of care home for older people
— A report from Ross Wyld Nursing Home —

三富 道子

Michiko MITOMI

はじめに

イギリスにおける高齢者介護の問題は、わが国同様高齢者人口の増加とともに、大きな社会問題としてとらえられている。中でも「介護の質」をめぐる論議は盛んであり、とりわけ高齢化の進展に伴う痴呆¹⁾高齢者の増加とともに、その「介護の質」については、新しく提起された課題である。こうした「介護の質」を担保するためにイギリスでは、施設登録に関する1984年法、全国介護基準に関する2000年法の法制化をしている。筆者は、2004年8月にロンドン市内の高齢者入所施設の実態を知るために、施設内部の見学と聞き取り調査をおこなったので、その内容をここに報告する。

1. 施設の特徴

今回訪問調査を実施したのは、フォー・シーズン・ヘルスケア (FOUR SEASON HEALTH CARE) が所有する高齢者ケアホームの1つ、ロス・ワイルド・ナーシングホーム (Ross Wyld Nursing Home)²⁾ である。

フォー・シーズン・ヘルスケアは、イングランド、スコットランド、北アイルランドとマン島で300近くのケアホームを運営し、イギリス全土に医療・福祉サービスを展開する最大の会社の一つである(図1)。この会社は、1980年代後半に設立され、現在15,000人以上の介護者(Carers, Care Workers)と19,000人以上の職員を雇用している。提供するサービスの種類は、次のようなものがある。

①高齢者ケア

- 300施設のケアホーム
- 病院から家に戻るまでの中間施設
- 緩和ケアやターミナルケア

②特別なケア

- リハビリセンター 4施設と4つのリハビリ病院
- 青年から成人の精神疾患
- アルコール・薬物依存症

- ・脳障害のリハビリテーション
- ・摂食障害
- ・知的障害
- ・身体障害

③その他のサービス

- ・保育園
- ・看護サービス —— 全ての年齢層に対する看護・介護事業所
デイケア
ナイトケア
1泊
入浴・シャワー浴
配食
レスパイトケア
家事
- ・退職者村



図1 フォー・シーズン・ヘルスケア関連施設の場所

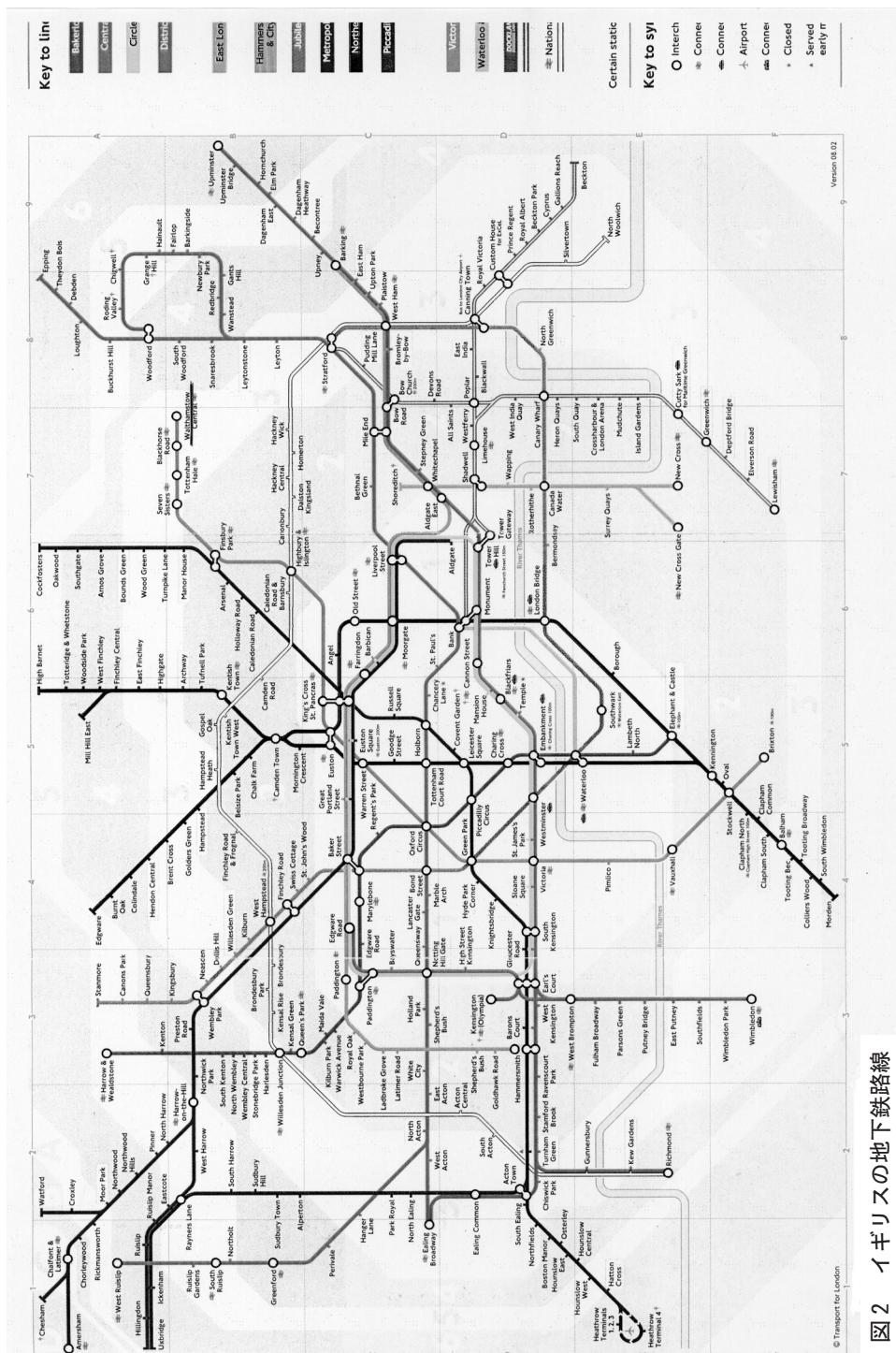


図2 イギリスの地下鉄路線

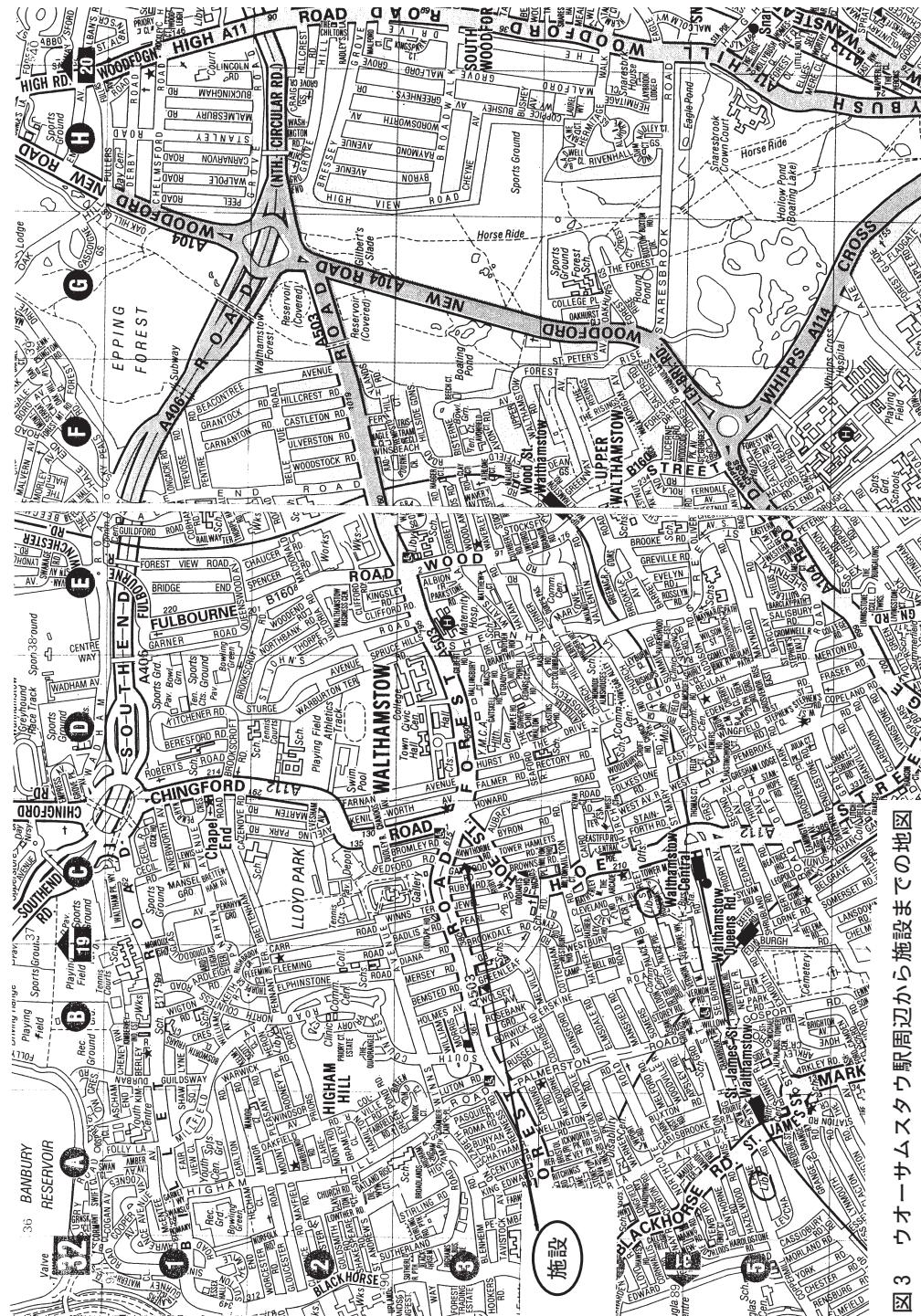


図3 ウォーサムスタウ駅周辺から施設までの地図



図4 ロス・ワイルド・ナーシングホームの外観

同じく後側には手入れされた庭があり（図4）、施設の正面には、広い駐車場がある。施設は、全室個室で日本の例からするとトイレ、バス共用の集合体のイメージである。廊下は狭く、大人2人が並列して歩くだけで一杯であり、ストレッチャー走行時には、前後にしか人はつくことができない。廊下には、額に入った小さな絵がいくつか掛けられている。

1階は、身体障害者の入居者に利用しやすく造られている。この階には、喫煙者用、非喫煙者用の2つのラウンジ、食堂（写真1）がある。食堂には、窓が多く明るく、カーテンも濃いブルーで統一され、いくつかの小さな絵が飾られている。テーブルは、最大4人までの小テーブルが配置され、テーブルクロスはカーテンの色と統一されている。テーブルの上には、造花ながら花が必ず飾られる。食事ごとにテーブルクロスと花は、片付けられる。

この階には、この他にホームのマネージャー室、事務室、洗濯室、調理室がある。2階以上へは、2機のエレベーターと階段で連結している。

2階は、個別介護が必要な高齢者用である。ベッドルーム、ラウンジ、アクティビティールーム（写真2）、バスルームがある。浴槽は、リフト式浴槽（写真3）であり、トイレは普通のタイプである。個室のベッドルーム全室にテレビがしつらえてある。部屋によっては、バスルーム付のタイプもある。写真4、5は、このタイプの部屋で、写真5にある白いドアの奥がバスルームになっている。各部屋のベッドは、入居者の身体状況に合わせたものが使用されている。写真4のベッドは、家庭用のベッドに柵が取り付けられただけのものである。ベッドカバーやシーツは、個人でそれぞれ異なり、カラフルである。写真6のベッドは、重度障害者（胸椎損傷）の部屋である。このベッドは、医療用の油圧式昇降型で、ベッドの高さも介護者が介護しやすいように、高い位置に設定されている。また、エアーマットも使用されている。また、この部屋は、特別な手洗い設備やペーパータオルなど、入居者の介護に合わせた仕様になっている。ベッ

ロス・ワイルド・ナーシングホームは、1984年の施設登録法の下、1995年3月1日に登録された高齢者の入居施設³⁾である。

ロンドン市内の東に位置し、地下鉄ヴィクトリアラインの終点ウォーサムスタウ（Walthamstow）駅（図2）から、徒歩10分程（図3）の住宅街の中にある。道路を挟んだ正面には、よく整備されたロイド公園があり、徒歩5分の所には市役所がある。外観は、周囲の街並みと同じ様なレンガ造りの3階建てで、建物の一方の側面と



写真1 1階食堂



写真2 アクティビティールーム



写真3 2階バスルーム

ドの壁には、体位変換の時間やその他の介護時間など記載されたスケジュール表が張ってあった。しかし、ベッド上での生活が殆どであるこの入居者であっても、窓の外がいつも眺められるようにベッドが配置され、窓際には鉢植えの植物が置かれていた。

3階は、痴呆高齢者専用の階である。見学時に、マネージャーからこの階は「うるさい」とと「洗ってはいるが臭いがする」と説明を受けた。全体の構造は2階と大きな違いはないが、エレベーターや階段につながる場所に、介護職員の部屋が設置されている。個人記録のファイルが保管され、入居者が外に出ないように一種の見守り室の役割を果たしている。入居者は、この部屋への出入りは自由である。階に入るとすぐ尿のアンモニア臭がした。今回の訪問時間が、午後1時であったためか、徘徊をしている入居者や大きな声をあげる入居者も見られず、1、2階の様子と大きなかわりは感じられなかった。

この階には、個室のベッドルーム、食堂、ラウンジ、トイレ、シャワールームがある。ベッドルームは、写真7、8、9の様に個性豊かである。写真7の部屋は、個人の所有物が多数置かれている。女性の部屋でもあるためか、花を生けた花瓶が3つ、壁には宗教画やカードで飾られている。見学時の注意点は、「物に触ること」「場所を変えること」は絶対しないようにすることであった。その理由は、入居者がちゃんと覚えているからと言うことである。写真9は、この写真に写っている男性の部屋である。この部屋は、窓がなくラウンジの前にある。この施設で会った入居者の中で、唯一の黒人であった。部屋はシンプルであるが、自身の写真や絵が飾られている。

食堂（写真10）は、1階よりも狭い。ベッドルームと同じ明るいカーテンがかけられている。テーブルは、1階のものと同じであるがテーブルクロスは、小花がプリントされたレース風ではあるものの、ビニール製である。シャワールーム（写真11）は、トイレと同じように個室になっており、シャワールーム内には介護用のシャワーチェアが配置されている。シャワールームは、使用しないときには施錠（写真12）されている。ラウンジ（写真13、14）は、入り口から壁に沿って一人用の椅子が並べられ、生花や絵、写真が飾られている。また、大型テレビやオーディオも設置されている。ここの人々は静かであるものの、ぬいぐるみを抱いたり、突然立ち上がったりされる方もいた。

3階から1階につながる階段の入り口には、ナンバーキーにより施錠されている。



写真4、5 2階ベッドルーム



写真6 重度障害者用ベッドルーム



写真7 3階
(痴呆高齢者用)ベッドルーム

2. 入居者、職員、運営上の特色

総入居者数は54名である。その内訳は、65歳以上の痴呆高齢者22名、高齢者及びその他の者25名、身体障害者7名である。その殆どが白人である。身体障害者が少ないとためか、この施設での車椅子使用者はいない。

職員の総数49名で、うち有資格者8名、常勤者38名、ボランティア職員2名である。2004年3月4日に実施されたインスペクション・レポートによると介護職員35名、看護資格者7名の計42名である。また、NVQ (National Vocational Qualification) Level 2⁴⁾ は0名である。今回の聞き取り調査では、介護職員数だけではなく、マネージャーを含む全ての職員の人数を調査したため、報告書とは若干人数に差がある。しかし、有資格者についてはNVQLevel 2について質問したが、看護資格者を含めた回答であった。1名については、どの資格であるのか不明であるが、聞き取り調査の結果からすると看護資格者と思われる。

職員は、そろいのユニホームを着用し、胸にフルネームと業種、看護師 (Nurse)、あるいは介護者 (Carer) と書かれた名札をつけている。看護師及び介護者の殆どがアフリカ系の黒人であり、3階の介護者はスペイン系であった。また、マネージャーはインド系であった。

2000年の全国介護基準では、基準27の職員の充足、基準28の資格では、次のように謳っている。

基準27. 1 職員数そして、技術資格を有する職員や非資格職員は、利用者のニーズを評価し、施設の大きさや構造及び目的に合わせて充当すること。

基準28. 1 NVQLevel 2 または同等以上をもつ介護職員が最低50%比率に2005年までに到達すること。(後略)。

今回の訪問が2004年8月26日から考えると、有資格者数は極端に少なく、50%の比率に2005年までに到達するには、限界を感じざるを得ない。この是非についてここで問うつもりはないものの、実態は、無資格者が殆どの介護を担っていると言える。勤務体制は、1階と2階が午前に2名の看護師と7名の介護者、午後は2名の看護師と5名の介護者である。3階は、昼間3人の介護者、夜間は2名の介護者である。

全国介護基準の基準3 ニーズ、アセスメントについては、個々の入居者全員にケアプランが作成されていた。初回は、施設に利用者と家族に来てもらい実施している。この施設で使用しているアセスメントとケアプランの様式には、以下の項目が立てられている。

- プロフィールとアセスメント



写真8 3階
(痴呆高齢者用)ベッドルーム



写真9 3階
(痴呆高齢者用)ベッドルーム



写真10 3階食堂

- ・ケアプランの指針
- ・ケアプラン
- ・移動方法のアセスメント
- ・水分不足のアセスメント
- ・失禁のアセスメント
- ・体重
- ・着衣
- ・身体の特徴
- ・抑制のための同意
- ・社会的活動
- ・消化器
- ・生活歴
- ・死亡のチェックリスト
- ・引受人関係書類
- ・関係委員会
- ・毎日の記録



写真11
3階シャワー室



写真12 シャワー室ドアの施錠

これらが、入居者1人につき一冊のファイルに顔写真付で用意されている。

この施設の大きな特徴のひとつに、痴呆高齢者専用の階があることである。この階の介護者に施設として特別な訓練は行なっていないし、資格も求めていない。マネージャーは、この点について次のように言う。「看護師がいるということと今までの介護の経験から、介護者はだいたい痴呆症の介護について理解している。」痴呆高齢者用の特別なアクティビティーは、エイジ・コンサーン⁵⁾ (Age Concern) に委託している。ただし、費用がかかるため、回数は不定期である。2階の入居者に対しては、アクティビティールームで読書やbingo大会など実施している。

利用者からの苦情については、マネージャーが本部の上司に、毎週報告しなければならないし、苦情処理の記録がきちんとファイリングされマネージャー室に保管されている。

マネージャーに2000年法の今後の取り組みの方針を聞くと、「2000年法は終了し、2004年4月からは行動規範 (Code of Practice) に変更した。」との回答であった。これは、2002年9月GSCC (General Social Care Council) が「ソーシャルケアワーカーのための行動規範及びソーシャルケアワーカーの雇用主のための行動規範」(Code of for Social Care Workers and Code of Practice for Employers) と称するものである。その内容は、2000年法の基準を実施するためにソーシャルケアワーカーや雇用主に、具体的な方法を提示している。これにより質の高いソーシャルケアを求めるものである。

3. 日本との違いと共通すること

最も大きな違いは、施設の立地場所である。住宅街の中にあり、地域生活の延長線上にある。地下鉄や国営鉄道の駅まで徒歩10分、市役所にも近い利便性の高い場所にあることである。外観も日本の施設のように一目瞭然とした外観ではなく、街並みと一体化している。施設という案内板がなければ、殆ど気づかず通り過ぎてしまう。筆者は、今回の調査中同じ様な外観を持つ個人アパートを施設と見間違った経験を持つ。それほど、日本の施設と趣を異にする。室

内も、壁紙やカーテンなど明るい色調で、廊下、ラウンジにいくつもの絵が飾られている。それらは、仰々しいものではなく、家庭で飾られるような実にかわいらしいものである。またラウンジの花瓶にいけられた生花は、日本の施設に見られるような来客者向けではなく、文字通り入居者のためのものである。ベッドひとつをとっても、家庭の中でごく一般的に使われている物が多い。日本のように、木製ではあるものの極めて病院風のベッドやシーツとは、明らかに異なる。これらは、もちろん文化の違いの影響はあるが、個々の生活という視点で位置づけられているように思われる。

痴呆高齢者の階も同様である。ラウンジの入居者は、写真13、14の様にそれぞれくつろいで椅子に座っている。花瓶の花、壁の絵、写真など見る限り、異食行為や収集癖など痴呆の周辺症状とは無縁のように思われる。個人部屋についてもしかりである。介護職員は、22人に対し昼間3人しか配置されていないし、入居者の側にいつもついているわけでもない。徘徊や絶えず何かを訴えている人も見ることはなかった。この施設では、日本で言われるユニットケアやグループホームに相当するものは行なってはいない。廊下が狭いことや22人の入居者しかいないということが、比較的小さなグループとして成立していると思われる。少なくとも、筆者が今まで体験してきた日本の施設に比較すると、狭い廊下の両側にいくつかの部屋があり、こぢんまりとした印象が強い。臭いも尿臭はあるものの、それ以外の複合した臭いはなかった。

職員については、大きな違いがある。イギリスでは、介護職のための養成制度はない。2000年法ではじめて国家資格としてNVQLevel 2が義務付けられたものの、それ以前は介護職員の資格は問われていない。この施設においても2004年にインスペクション・レポートが実施されたにも関わらず、その実態は看護師以外、何の訓練もされていない無資格職員である。あわせてこうした職種を担っているのは、エスニシティーでもあるアフリカ系黒人が殆どである。介護職員は、非専門労働者として位置づけられている表れといえる。

日本との共通性は、職員のユニホームである。最近では日本の施設で生活にユニホームはなじまないと廃止す施設もあるが、いまだ施設職員用のユニホームを身に着けている施設は少なくない。また、痴呆高齢者の階のシャワー室の施錠と階下に続くドアの施錠である。すなわち、入居者は、自由に階下へ行くことは許されず、限られた3階の空間にとどめられたままであることである。最後の共通性は、ケープランの用紙の中にある拘束の同意書である。この施設の目標に「権利、尊厳を尊重したサービスの提供」を掲げているにもかかわらず、同意書の存在は拘束をする可能性があることを示している。日本でも拘束禁止にはなっているものの、同意書があれば拘束を実施している施設があることと全く同じであるといえる。

おわりに

今回報告したものは、イギリス全土に医療、福祉サービス事業を展開する企業フォー・シー



写真13、14 3階ラウンジ

ズン・ヘルスケアの高齢者用入居型施設の1つである。実際の施設を見学や聞き取り調査することで明らかになったものがいくつかある。そのひとつは、イギリスの施設は立地場所も含めそのサービス全体が家庭生活や地域生活の延長線上にあることである。いまひとつは、介護職員には無資格者が多く、訓練されていない点である。今後は、これらのこととを含め介護職が専門職になるための国家資格取得制度や事業主による訓練制度にどのようなものがあるか、継続作業を続けたいと考えている。

〔本研究は平成16年度科学研究費補助金（基盤研究C課題番号：16530392）の助成を受けた成果の一部である。〕

[注]

- 1) 「痴呆」という呼称ないし表現が蔑視的な意味合いを持つといわれ、この用語の見直しが検討されている。現時点では正式な呼称が決まっていないため本稿では、「痴呆」と言う用語をそのまま用いる。
- 2) この施設は、施設パンフレットには、Ross Wyld Care Homeと記載されているが、インスペクション・レポートではRoss Wyld Nursing Homeと記載されていたためこちらを使用した。
- 3) 入居ケア施設（Residential Care Home）とナーシングホーム（Nursing Home）入居型の成人用ケア施設には、入居ケア施設とナーシングホームの2種類がある。ケア施設（Care Home）は両方の施設を意味する。入居ケア施設はなんらかの障害により、パーソナルケア（衣類着脱、入浴、排泄、薬の服用などの世話）の必要な成人を介助し、食事と住居を提供する。たいていが、個室で、痴呆性高齢者専用の施設もある。ナーシングホームは、高齢者や慢性病などが理由で看護ケアを必要とする成人を受け入れ、食事と住居を提供する。たいていが個室。24時間対応で各施設の状況に応じて決められた数の看護婦が配置されなければならない。
矢部久美子著『ケアを監視する 英国リポート』、筒井書房、2000年、28～29ページ。
- 4) NVQは1986年の政府白書『教育と訓練』（Education and Training—Working Together, 1986）後に設置され、すべての職業技術レベルを認定し、企業や個人の競争力を高め、就労機会の競争力を高め、就労機会の開拓をめざす制度として位置づけられた。認定機関は国家職業資格協議会（The National Council for Vocational Qualification）で、もっとも基礎的とされるレベル1から専門的レベル5まで分類されている。有資格ソーシャルワーカーは教員 看護師とともにレベル4に位置づけられる。
田端光美著『イギリス地域福祉』、有斐閣、2003年、99～100ページ。
- 5) 高齢者関連の、歴史ある全国的な民間非営利組織として代表的なのは、エイジ・コンサーン（Age Concern）イングランドである。全国各地にこの組織の会員となっている同名の支部がありそれぞれ独自の活動をしている。
矢部久美子著『ケアを監視する 英国リポート』、筒井書房、2000年、32ページ。

（2004年11月4日受理）

執筆者一覧表

荒 谷 喜代美	本学教授	基礎看護学
井 上 桜子	本学講師	社会福祉学
今 福 恵子	本学助手	老年・地域看護学
岩 田 香織	本学助手	社会福祉学
江 原 勝幸	本学助教授	地域福祉学
海老名 和子	本学講師	歯科衛生学
大 場 みゆき	本学助手	基礎看護学
岡 田 節子	本学教授	リハビリテーション学
小 川 亜矢	本学助手	老年・地域看護学
片 川 智子	本学助手	小児看護学
木 林 身江子	本学助手	介護福祉学
金 城 やす子	本学講師	小児看護学
齊 藤 了	前本学助手	成人看護学
佐々木 隆志	本学教授	老人福祉論
高 林 ふみ代	本学助教授	看護学、薬理学
竹 下 誠一郎	本学教授	看護学、小児科学
田中丸 治宣	本学教授	歯科学
塚 本 康子	本学助教授	成人看護学
土 切 ゆかり	本学非常勤助手	介護福祉学
長 澤 利枝	本学助手	看護学
永 野 ひろ子	本学講師	看護学
馬 場 志乃	本学助手	成人看護学
深 江 久代	本学教授	老年・地域看護学
福 與 知恵	本学助手	老年・地域看護学
前 野 真由美	元本学助手	成人看護学
牧 野 典子	本学助教授	看護学
松 平 千佳	本学講師	ソーシャルワーク
三 田 英二	本学助教授	心理学
溝 口 紀子	本学助手	スポーツ社会学
三 富 道子	本学助教授	介護福祉学
安 富 沙織	元本学助手	看護学
吉 田 直樹	本学助教授	歯科学
渡 辺 輝美	本学講師	老年・地域看護学

業 績 一 覧

各学科ごと50音順に掲載。
(2004年1月～12月)

一般教育等

氏名	著書・論文名	記載誌名(発行所・年月日)	備考
鶴橋 俊宏	『女子文壇』消息文に於ける女学生ことば	『言語文化研究』第3号、13-20、静岡県立大学短期大学部静岡言語文化学会、2004年3月	単著
	『藪の鶯』淨書原稿追遡朱書きについて 1	『言語文化研究』第3号、13-20、静岡県立大学短期大学部静岡言語文化学会、2004年3月	共著
中山 徹	「政治の美学化とその不満——優生思想時代の芸術作品(II)」	『言語文化研究』第3号、13-20、静岡県立大学短期大学部静岡言語文化学会、2004年3月	単著
	(翻訳) ジョアン・コブチエク 『〈女〉なんていないと想像してごらん——倫理と昇華』	河出書房新社、2004年7月	共訳
	「『ユリシーズ』は二度死ぬ」	『英語青年』第150巻第7号、416-418、研究社、2004年10月	単著
	(翻訳) スラヴォイ・ジジェク『操り人形と小人——キリスト教の倒錯的な核』	青土社、2004年11月	個人訳
原田 茂治 野嶋 秀子	「米飯の老化熱とテクスチャーとの関係」	『日本食品科学工学会誌』、51巻12号、665-671(2004年12月)	共著

看護学科

氏名	著書・論文名	記載誌名(発行所・年月日)	備考
今福恵子	「介護者による介護工夫についての関連要因」	『日本地域看護学会第7回学術集会講演集』p.154、日本地域看護学会、平成16年6月	共著
	「難病患者における災害準備の課題」	『日本難病看護学会誌』VOL.9 NO.1 p.43、日本難病看護学会、2004.7	共著
大場みゆき	「基礎看護技術：学内実習における準備と片付けについての一考察」	『看護教育』、45(6), p 464-469, 2004年6月	共著
高林ふみ代	Accumulation of 8-oxo-2'-deoxyguanosine (as a biomarker of oxidative DNA damage) in the tissues of aged hamsters and change of antioxidant enzyme activities after a single administration of N-nitrosobis(2-oxopropyl)amine	Gerontology 50: 57-63.2004	共著

氏名	著書・論文名	記載誌名(発行所・年月日)	備考
高林ふみ代	Inhibitory effect of green tea catechins in combination with sucralfate on <i>Helicobacter pylori</i> infection in Mongolian gerbils Effect of black tea aqueous non-dialysate on <i>Helicobacter pylori</i> infection in Mongolian gerbils Suppressive effect of green tea catechins on morphologic and functional regression of the brain in aged mice with accelerated senescence (SAMP 10) Suppression of 8-Oxo-2'-deoxyguanosine Formation and Carcinogenesis Induced by N-Nitrosobis(2-oxopropyl)amine in Hamsters by Esculetin and Esculin Effect of green tea catechins on oxidative DNA damage of hamster pancreas and liver induced by N-Nitrosobis(2-oxopropyl)amine and/or oxidized soybean oil. Inhibitory effect of esculin onoxidative DNA damage and carcinogenesis induced by N-nitrosobis(2-oxopropyl)amine in hamster pancreas.	J. Gasteroenterology 39: 61-63. 2004 Environmental Health and Preventive Medicine. 9(4): 176-180. 2004 Experimental Gerontology 39: 1027-1034. 2004 Free Radical Research. 38(8), 839-846. 2004 Biofactors. 21(1-4), 335-337. 2004 Biofactors. 22(1-4), 83-85. 2004	共著 共著 共著 共著 共著 共著
塚本 康子	「看護学生の死についての態度構造」 「家族を看取った看護師のがんに対する態度構造」 「アメリカ合衆国-カリフォルニア州のがん看護事情」 「人工肛門造設患者（オストメイト）の退院後の生活でのトラブルを探る－アンケート調査から」 「低出生体重児を出産した母の育児に対する態度構造分析」	『鹿児島大学医学部保健学科紀要』第14巻、13-19、2004年3月 『静岡県立大学短期大学部紀要』17-W号、2004年8月 『季刊ナースアイ』Vol.17 No. 2、96-101、2004年7月 『第21回日本ストーマリハビリテーション学会集録』、2004年2月 『第35回日本看護学会抄録集－小児看護』2004年9月	共著 共著 単著 共著 共著

氏名	著書・論文名	記載誌名(発行所・年月日)	備考
塚本康子	「閉鎖式輸液回路の交換頻度の検討」 「意識障害のある患者への背面開放端座位の有効性—開眼反応と瞬目回数に注目して—」 「転倒・転落事故防止への取り組み—新人のシミュレーション体験からの学び」 「グローバリゼーションと日本の看護界の動向」 「がん患者が緩和ケア病棟を選択する要因」 「看護大学生の死についての態度構造の縦断的研究」	『第35回日本看護学会抄録集－成人看護I』、2004年10月 『第35回日本看護学会抄録集－成人看護I』、2004年10月 『第35回日本看護学会抄録集－看護管理』、2004年10月 『季刊ナースアイ』 Vol.17.No.4、4-9、2004年12月 『第24回日本看護科学学会学術集会講演集』、471、2004年12月 『第24回日本看護科学学会学術集会講演集』、288、2004年12月	共著 共著 共著 単著 共著 共著
深江久代	「介護者による介護工夫についての関連要因」 「2004年版保健師国家試験問題一解答と解説—」 「難病患者における災害準備の課題」 「保健師のスキルがいかされた『おらが村いのちの教育研究会』」 「こんな難病相談・支援センターが欲しい 静岡県内のとりくみ・中間報告」	『日本地域看護学会第7回学術集会講演集』 p 154 2004年6月12日 医学書院、p 43 - 52、p 147 - 150、p 181-182 2004年6月15日 『日本難病看護学会誌』 Vol.9 No.1 p 43 2004年7月 『保健師ジャーナル』 Vol.60 No.8 p 746-750 2004年8月10日 『全国難病センター研究会第2回研究大会報告集』 p 56-60 2004年8月25日	共著 共著 共著 共著 共著
馬場志乃	「がん患者が緩和ケア病棟を選択する要因」	『第24回日本看護科学学会学術集会講演集』、p.471、2004.12	共著
牧野典子	「看護職のキャリア形成に関する研究—看護学生の職業選択動機に関する調査の分析—」 「クリティカルパス適応患者の外来指導に対する意識—看護師と患者の意識調査—」	『現代社会学部論集 第9号』 pp 137-148、愛知淑徳大学、2004年3月3日 『第34回日本看護学会論文集－看護管理－』 pp 417-419、日本看護協会、2004年3月29日	共著 共著
吉浜文洋	「精神医療・看護と社会防衛の関係を整理する——看護の現場からみた新法」 「2004年診療報酬改正で何がどう変わったか」	『精神看護』 vol.7 no.1 p 65-74 2004年1月 『精神科看護』 vol.31 no.5 p 44-49 2004年5月	単著 単著

氏名	著書・論文名	記載誌名(発行所・年月日)	備考
吉浜 文洋	「急性期・慢性期のパス」 「第1章 <総論>精神科医療・看護の現状」 「第7章 診療報酬の改定と精神科医療・看護」 「思春期・・・体と心の変化の時期を乗り切る」 「オリエンテーショングループの役割と意義——グループ活動における参加患者の発言記録の検討から」 「行動制限最小化の意味を改めて問い合わせ直す——『精神病床検討会』『改革ビジョン』の提言もふまえて」	『精神看護エクスペール2 看護記録とクリニカルパス』 p.99-114 中山書店 2004年5月 『精神科看護白書2004⇒2005』 p.13-40、157-168 精神看護出版 2004年6月 『静岡県立大学公開講座要旨集』 p.99-104 2004年10月 『日本精神科看護学会誌』 vol.47 no.2 p.249-252, 2004年12月 『精神科看護』 vol.31 no.12 p.10-16 2004年12月	単著 共著 単著 共著 単著
渡邊輝美	「日常生活における一人暮らし世帯と二人暮らし世帯の生活の困難点の比較」 「インターネットによる介護技術の遠隔学習の推進 その1—ヘルパーの介護技術の研修ニーズ調査—」 「インターネットによる介護技術の遠隔学習の推進 その2—ビデオ学習の効果—」 「失語症と片麻痺のある患者さんの看護」 「e-専門家スキルアップ講座プログラムDVD」	『日本地域看護学会第7回学術集会講演集』 p.92 2004.6.12 『第24回日本看護科学学会学術集会講演集』 p.502 2004.12.5 『第24回日本看護科学学会学術集会講演集』 p.503 2004.12.5 『クリニカルスタディ』 25(14):p.4-10 2004.12 『慶應義塾大学SFC研究所e-ケアコンソーシアム』 2004.12	共著 共著 共著 単著 共著

歯科衛生学科

氏名	著書・論文名	記載誌名(発行所・年月日)	備考
藤原愛子	「第二乳臼歯経験歯数と食品摂取との関係」 『健康と社会』 『築く 介護の福祉 —より良く生きるために—』	『日本歯科医療管理学会雑誌』 第38巻第4号、pp 279-284、2004年2月25日 医歯薬出版、pp 67-71、2004年3月25日 久美、pp 43-57、2004年8月9日	単著 共著 共著
鈴木温子	「歯科衛生士教育のあり方に関する研究」	常葉学園大学大学院国際言語文化研究科 国際教育専攻修士論文 2004年3月	単著

氏名	著書・論文名	記載誌名(発行所・年月日)	備考
鈴木 温子	「これから歯科衛生士教育が目指すものー短大教育のなかのキャリア発達をふまえてー」	静岡県立大学短期大学部特別研究報告 2004年3月	単著

社会福祉学科

氏名	著書・論文名	記載誌名(発行所・年月日)	備考
漁田 俊子	『改訂 保育者のための乳幼児心理学』 「Effects of environmental context manipulated in combination of place and task on free recall.」 「手がかり負荷が背景色文脈依存再認へおよぼす影響」 「符号化反復における文脈の多様性が自由再生におよぼす効果」	理想書林・p.1-236・2004年4月 Memory, 12, (3), p.376-384・2004年5月 日本認知心理学会第2回大会発表論文集・p. 105・2004年5月 日本心理学会第68回大会発表論文集・p. 820・2004年9月	共著 共著 共著 共著
石野 育子	「居宅生活援助教育に関する研究(1) -複数領域連携による授業運営の試みー」	『第11回日本介護福祉教育学会山形大会発表抄録集』, p 76-77、(第11回日本介護福祉教育学会実行委員会、2004年7月)	共著
井上 桜	『介護の実践』	pp 131-143、久美(株)、2004年11月	共著
今井 朋実	「居宅生活援助教育に関する研究(1) -複数領域連携による授業運営の試みー」	『第11回日本介護福祉教育学会山形大会発表抄録集』, p 76-77、(第11回日本介護福祉教育学会実行委員会、2004年7月)	共著
今泉 利	「保育士養成に関する一考察ー新保育士養成教育課程及び男性保育者の視点からー」 『改訂 子どもの福祉』 保育内容シリーズ①『健康』 『教育方法論』	東海大学短期大学部生活科学研究所『所報』第17号、pp 5-10、2004年3月 建白社、松本峰雄編 第3章pp 25-31、第6章pp 91-104、2004年5月 一藝社、谷田貝公昭編 第4章pp 53-64、2004年9月 一藝社、林 邦雄編 第9章pp 89-98、2004年10月	単著 共著 共著 共著
江原 勝幸	「オーストラリアの医療福祉」	住居広士編 日本ケアワーク研究所監修『医療介護とは何かー医療と介護の共同保険時代ー』 pp. 236 - 239、金原出版、2004年6月30日	共著

氏名	著書・論文名	記載誌名(発行所・年月日)	備考
江原 勝幸	「アメリカ社会福祉の光と陰」	W. Andrew Achenbaumほか『新版 アメリカ社会保障の光と陰－マネジドケアから介護とNPOまで－』 pp. 113 - 124、大学教育出版、2004年8月10日	共著
岡田 節子	「介護福祉施設高齢者の機能状態の経年変化」 「母親の養育ストレスと父親の支援に関する調査研究」 「社会福祉施設における第三者評価の視点」 「父親の育児サポートに対する母親の認知に関する韓日比較研究」	静岡県社会福祉協議会、pp 1-59、2004.1. J.Inst.Nat.Vol.22.No 2,pp 55-65、2004.3 (韓国啓明大学自然科学研究所研究論集) 静岡県老施協特養部会講演録pp 1-17., 2004.9. Korean Journal of Social Welfare、Vol..56.No 4,pp 215-230.	共著 共著 単著 共著
奥田 都子	『介護福祉のための家政学』 「在宅福祉分野における家政学者のリーダーシップ－福祉人材の養成とエンパワーメントに向けて－」 「居宅生活援助教育に関する研究（1）－複数領域連携による授業運営の試み－」 事典項目「介護福祉士養成と家政学」「家庭雑誌と婦人雑誌」「大正デモクラシーと女性」「ライフコースの多様化」	中川英子編、建帛社、pp 2-7、pp 14-19、2004年3月 『家政学原論研究』38号、pp 7-13、日本家政学会家政学原論部会、2004年6月 『第11回日本介護福祉教育学会山形大会発表抄録集』、pp 76-77、(第11回日本介護福祉教育学会実行委員会、2004年7月) 『新版 家政学事典』p 12、p 33、p 35、p 70、朝倉書店、2004年7月	共著 単著 共著 単著
佐々木隆志	「第16章 健全育成に関する問題と福祉」 「高齢者福祉サービスと福祉用具の展開に関する研究」	下田正・岡村順一・栗田喜勝編『実践子ども家庭福祉論』pp 254～265、中央法規出版、2004年3月。 『環境と経営』第10巻、第2号、pp 67～73、静岡産業大学経営研究科、2004年12月。	共著 単著
立花 明彦	「『点字入門2002年版－中途失明者の点字学習のために』発行について」 「第3章 もしもの時に備えて」	『中途失明者の個に応じた最適点字サイズ評価と点字触読指導プログラム及び教材の開発』pp 35-42 (独立行政法人国立特殊教育総合研究所・2004年3月) 「東海地震に備えて～視覚障害者の防災対策～」pp 19-32 (N P O 法人静岡県ボランティア協会・2004年3月)	共著 共著

氏名	著書・論文名	記載誌名(発行所・年月日)	備考
松平千佳	「オクタヴィア・ヒルの社会改良觀—ソーシャルワークの起源としての地区訪問活動を中心に—」	「キリスト教社会福祉学研究」36号、2004年1月31日	単著
	「ソーシャルワーク教育における専門倫理と価値の問題」	「静岡県立大学短期大学部紀要」第17号、2004年3月	単著
	「短期大学部における学習支援の現状と課題—パーソナリティ・ディスオーダーに対するソーシャルワーク事例を通して」	「静岡県立大学短期大学部紀要」17-w号、2004年3月	単著
	特別連載寄稿 第1回「人権侵害～今、現場で何が起こっているのか～」	「福祉みえ」三重県社会福祉協議会、2004年10月8日	単著
	特別連載寄稿 第2回 「権利擁護と世界人権宣言」	「福祉みえ」三重県社会福祉協議会、2004年11月10日	単著
	特別連載寄稿 第3回 「なぜ人権侵害は起きてしまうのか」	「福祉みえ」三重県社会福祉協議会、2004年12月10日	単著
	特別連載寄稿 最終回 「社会福祉と理想」	「福祉みえ」三重県社会福祉協議会、2004年12月22日	単著
三田英二	「独立意識からみた女性の自己の発達」へのコメントに対するリプライ	「青年心理学研究」第16号pp 46-51、2004年12月	単著
	性格特性と女性の独立意識の関係(1)－青年期と成人期前期との比較－	日本パーソナリティ心理学会第13回大会発表論文集、pp 154-156 2004年9月	単著
	性格特性と女性の独立意識の関係(2)	日本教育心理学会第46回総会発表論文集、p 647、2004年10月	単著
宮本悟	資料：社会保障運動（2003年）	『日本労働年鑑』第74集、pp.272-282、大原社会問題研究所、2004年6月	単著
宮脇長谷子	ピアノ三重奏「ジプシー風」Hob X V-25 ハイドン	東京学芸大学音楽科同窓会主催「ふれあいコンサート」6月26日 於) 東京学芸大学芸術館ホール	
	ピアノ独奏「4つのマズルカ」O P 24 ショパン	クリスマスコンサート 12月26日 於) 静岡音楽館AOI 8 F ホール	

編集方針

「静岡県立大学短期大学部研究紀要規定」及び「静岡県立大学短期大学部研究紀要規定に関する細則」に準拠して【研究紀要】第18号を編集した。

静岡県立大学短期大学部研究紀要 第18号

2005年3月7日発行

編集・発行：静岡県立大学短期大学部

〒422-8021 静岡県静岡市小鹿2丁目2番地1号

(電話) 054-202-2600 (代表)

(FAX) 054-202-2612

(FAX) 054-202-2620 (附属図書館)

代表者：学長 廣部雅昭

編集委員会

委員長 鈴木温子 (歯科衛生学科)

委員 鶴橋俊宏 (一般教育等)

委員 渡邊輝美 (看護学科)

委員 奥田都子 (社会福祉学科)

印刷所：(有)橋本印刷所

〒422-8046 静岡市中島390番地

(電話) 054-286-3336

(FAX) 054-286-3343
