

沖縄県立看護大学

紀 要

第 5 号

論 壇

- Nursing Education and Research to Improve The Quality of Healthcare
Beverly M. HENRY 1

総 説

- 質的研究の看護学領域への展開
—社会調査方法論の視点から—
岡村純 3

原 著

- 沖縄県の精神障害者小規模作業所に関する研究（第1報）
—Y町精神障害者小規模作業所：コストとケア必要度の変化—
伊礼優 田場真由美 上門亜希子 吉本喜美江 神里利枝子 山根春美
下門トキコ 長浜初枝 16

報 告

- 看護学生の睡眠健康に関する研究（その2）
—全日制と定時制との比較—
石川りみ子 金城絹子 饒辺聖子 上江洲榮子 28
- 糖尿病性腎症の患者が透析（シャント手術）を受け入れるまでの看護者の関わり
上原綾子 嘉手苺英子 金城忍 35
- 「本島付随型」離島K島における生きがいづくりへの期待
—住民主体による高齢者「ふれあい広場」への取り組みから—
大川嶺子 大湾明美 呉地祥友里 小川なお子 佐久川政吉 43
- 離島における介護保険制度のケアマネジメントに関する研究
—沖縄県有人離島のケアマネジメントの実態から—
大湾明美 佐久川政吉 大川嶺子 吉川千恵子 伊藤幸子 村上恭子 垣花裕子 51
- 看護の概念形成を目的とした初期看護実習の展開方法
嘉手苺英子 上原綾子 名城一枝 大田貞子 金城忍 上江洲貴乃 安里葉子 59
- 遅発性パラフレニーが疑われる独居高齢者の支援
—訪問看護師の立場から—
田場真由美 當山富士子 伊礼優 66

文献紹介

- テレナーシング（遠隔看護）に必要な能力—4つの文献から—
前原なおみ 仲宗根洋子 新垣利香 吉川千恵子 73

研究業績一覧 80

学内共同研究、公開講演会および公開講座 90

沖縄県立看護大学紀要投稿規程 91

編集後記

2004年3月

Nursing Education and Research to Improve The Quality of Healthcare

Beverly M. HENRY, PhD, Hon DSc, FAAN.

Florence Nightingale's research epitomized quality of care research. This mighty founder of modern nursing and health services focused the power of her marvelous intellect on health systems, actions, and outcomes, especially morbidity and mortality. Nightingale's main concern was the health and safety of people in hospitals and communities. She recognized how patient safety was compromised through error and poor performance.

Today, it is evident that many errors are made in health organizations. Nursing is usually a component of the health organizations where errors occur¹. The recent publicity of error rates in the United States, Australia, the United Kingdom and Japan has brought the subject of medical error to the public's attention and shaken people's trust in the safety and security of its health systems. Health care quality is "the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health care outcomes and are consistent with professional knowledge"². How health systems perform determines the quality of people's health care³.

In the 21st century, quality improvement research will change health care⁴. New clinical measures and nursing research tools are needed in Japan to stay abreast of this change. For nursing education, Buerhaus and Norman⁵ recommend that information about quality improvement be integrated into the core curriculum, into all clinical courses and practicums, and into research courses. These authors further suggest that nurses be taught theories and methods of quality improvement and be required to evaluate how they improve the quality of their nursing care.

For changes like these in Okinawa, the faculty of Okinawa Prefectural College of Nursing should expect students to understand the system of health care delivery, demonstrate the ability to make improvements in care, recognize variation in care delivery processes, and institute change to improve performance. At OPCN, research courses should include scientific methods for quality improvement so that nurses can develop skill in quality measurement during their academic program.

Health systems throughout the world including those in Japan are getting more and more serious about quality improvement. Nurse educators and researchers, as a result, must seriously ask the following questions^{1,5}.

- Are we providing the training and background in quality improvement that nurses need now and in the future?
- In 5 years, will our graduates be prepared for an environment in which decisions about resource allocation are based largely on information about quality?
- Will OPCN graduates be able to implement quality improvement measures in nursing practice?
- Are our students prepared with quantitative skills to conduct systems analysis and to understand controllable versus non-controllable variation in health organizations?

Japan needs professional nurses well-prepared through bachelors and masters education to systematically improve the quality of health care. Every nurse needs information about quality related problems including avoidable errors, variations in practice, and the underuse or overuse of services. Professional and organizational leadership are needed to reorient error-ridden health systems and processes. Health system reorientation requires nurses' knowledge of error analysis and error reduction methods. It requires of nurses the ability to analyze processes to discern where errors are likely occurring, where variations are problematic, and where over or under use are affecting quality. Improved quality in a health system requires nurses who are competent in the methods of quality improvement including interdisciplinary teamwork for better performance in the provision of health related services. Participating in interdisciplinary studies and understanding variation in processes and outcomes is a necessary role for all professional nurses.

The importance of nursing in the development of quality improvement cannot be over-emphasized. With leaders committed to integrating quality improvement into nursing education, practice and research, the change that is needed in Okinawa and throughout Japan will be forthcoming.

References

- 1) Maddox P, Wakefield M, and Bull J: Patient safety and the need for professional and educational change. *Nursing Outlook*, 49(1): 8-13, 2001.
- 2) Lohr K: Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, DC, National Academy Press, 1990.
- 3) World Health Organization: World health report 2000 health systems: improving performance. Geneva, Switzerland, author, 2000.
- 4) Legnini M, Rosenberg L, Perry J, and Robertson, N: Where does performance measurement go from here? *Health Affairs*, 19(3): 173-177, 2000.
- 5) Buerhaus P and Norman L: It's time to require theory and methods of quality improvement in basic and graduate nursing education. *Nursing Outlook*, 49: 67-69, 2001.

総説

質的研究の看護学領域への展開

社会調査方法論の視点から

岡村 純¹⁾

人間を対象とする学問においては、近年、質的研究が世界的に注目されているが、その概念や評価基準について統一的な考え方が確立されていない。そこで、社会調査方法論の発展との関連において、看護学における質的研究についてその概念や評価枠組み、代表的な方法の特徴と使用にあたっての留意点を文献的に検討した。その結果、看護学領域における質的研究は、(1)その概念を 研究対象の一つひとつを事例として重視する、事例をその存在するコンテキストから切り離さない、事例を事例自身の表現する(あるいはした)テキストによって記述する、テキストの意味を研究者が研究対象の内面に入り込んで解釈し、理解する、と暫定的に設定でき、(2)看護実践の特性 患者や住民のひとり一人を大切に扱い、その表現する訴えや要望を受け止め、それらの表現の背景にある文化的あるいは地域社会的コンテキストを理解し、ケアや指導を実践し、患者や住民の満足度に基づいてそれらの実践を評価する と親和性が高く、(3)確実性：第三者がテキスト解釈を追体験でき、類似の事例を追試できる、信憑性：あるコンテキストにおけるテキスト解釈が信用できる、転用可能性：あるコンテキストにおいて得られたテキスト解釈が他のコンテキストに転用できる、現実との関連性：現場の問題の解決にその研究結果が関連する、から評価できることが明らかになった。

キーワード：質的研究、確実性、信憑性、転用可能性、現実との関連性

はじめに 質的データの分析から質的研究へ
グラウンデッド・セオリーやフォーカス・グループ・インタビューがいわば「流行」と化している日本の看護学領域^{1)、2)}だけでなく、人間を対象とする多くの学問においても量的研究の方法では扱えない研究上の問いの多いことが認識され、世界的に質的研究が注目されている³⁾。

日本の社会学、とくに社会調査方法論の領域においては、統計的調査法と事例的調査法との対比という形で、質的研究の意義や有効性が古くより論じられてきた⁴⁾。この論争のなかで、見田は質的データが有する固有の特徴として 追体験的な了解可能性、総合的・多次元的な把握、変化のプロセスや変化の方向性に関する動的な把握、を提示した⁵⁾が、この問題提起は質的研究の実践、展開へと必ずしも結びつかず、数量化理論の普及とともに、質的データを数量化して分析する量的研究が増えたと回顧されている⁶⁾。しかし、近年、質的研究における一つの方法であるフィールドワークに注目が集まっている⁷⁾。

そこで、本論においては、看護学領域における質的研究の実践とその展開を社会調査方法論の発展との関連において明らかにするため、本論における質的研究の概念設定、質的研究の評価枠組み、代表的な質的研究

方法の特徴と使用にあたっての留意点、の順に検討を進めた。

質的研究の概念

質的研究の概念をどう規定するかについては、研究者やその方法論的基盤、時代によって様々である⁸⁾ので、ア prioriに概念設定を行なうことは困難である。ここでは、主として社会学分野と看護学分野での文献をレビューすることによって、質的研究の新しい概念規定を試みたい。

1. 社会学における質的研究の概念 - 量対質論争から意味解釈法へ

日本の社会調査の分野では、見田が 質的データによって導かれた仮説を量的データによって実証する、量的データによって実証された統計的な関連を質的なデータによって了解する、という提案⁹⁾を行なったこともあり、「質的分析」の名のもとに、仮説を抽出できる質的データを収集できる質問紙法や指示的面接法の精緻化¹⁰⁾、質的データの統計的処理¹¹⁻¹²⁾に関心が向かうことになった。このような展開のなかで社会調査のテキストの多くは量的調査、統計的手法で占められる¹³⁾ようになり、質的調査は各手法ごとにまとめられることが多くなっている¹⁴⁻²⁴⁾。このような傾向はアメリカでも同様であり、例えば Babbie ER の SURVEY RESEARCH METHOD S²⁵⁾は量的調査研究しか扱っていないし、質的調査法に

1) 沖縄県立看護大学

関して日本語に翻訳されたものを含めて多く出版されている²⁶⁻³⁴⁾。なお、質的、量的の両方に目配りしているテキストもあり³⁵⁻³⁷⁾、例えば、事例的調査の活用法を個性記述的、全体関連分析方法、仮説の探索、調査内容の確認の予備的調査、統計的調査結果の確認手段、の三つにまとめている³⁸⁾が、個性記述的・全体関連分析方法が質的研究に該当する。

以上のように、社会学分野では、質的調査法は各手法をまとめて議論することが少ないので質的研究の概念は明確にはされていないが、意味解釈法（あるいは意味解釈的方法）として学問的地位を確立しており、高坂と与謝野は社会学における代表的な方法として意味解釈的方法、数理的方法、計量的方法の三つをとりあげ、質的研究に該当する意味解釈的方法に共通する特徴としてデータに密着する過程で理論を発見する、対象がことばを通して与えている「意味」を重視する、生活世界における対象者の体験や使用言語、知識をすくい取る³⁹⁾、をあげている。今田も社会学研究法を意味解釈法、統計帰納法、数理帰納法の三つに整理し、意味解釈法を、リアリティを把握するために個別の（特殊な）事例をとりあげ、その意味解釈によって現象の本質認識にせまる方法⁴⁰⁾としている。

日本以外でも、看護領域に近い分野での業績が多い社会学者の間では質的研究の評価は確立しており、グラウンデッド・セオリーで著名な Strauss AとCorbin Jは質的研究の特徴を統計的処理あるいは数量化のための手段によっては到達し得ない結果をもたらす、個人の生活、できごと、行動、さらには人々の相互行為、組織の機能、社会の変動を対象とする、様々な手段で収集されたデータから結果を導き出すために非数学的分析の手順をとる⁴¹⁾、と羅列している。ベルリンのアリス・サロモン応用科学大学看護管理学部で実証看護研究（質的研究）を担当する Flick Uは、ドイツ語圏での質的研究の発展の歴史、アメリカでの質的研究の歴史的展開を踏まえて、質的研究の学問的立場を具体的な事例を重視する、事例を時間的、地域的な特殊性のなかでとらえる、事例となる人々の表現や行為に立脚する、人々が生きている地域的なコンテキストと結びつけて理解する⁴²⁾、と規定している。

2. 看護学分野における質的研究の概念 - コンテキストを踏まえたデータ解釈

看護研究の領域では、Leininger MMが、質的研究法を研究する現象の特異的・文脈的・ゲシュタルト（全体構造）的特徴の属性・パターン・特質・意味を観察、記録、分析、解釈する方法および技術⁴³⁾として要約しており、Polit DFとHungler BPは、質的データの分析のなかで、質的研究を行為者自身が表現するままの経験を記述することを前提とする、複雑な人間と環境を全体論的にとらえる⁴⁴⁾、と簡単にまとめている。Patton

MQは、質的方法は深く掘り下げた自由面接、直接観察、書かれたドキュメント（調査票の自由記入、個人の日記、プログラムの実施記録を含む）という三種の種類のデータ収集より構成される⁴⁵⁾としている。以上、質的研究としてはいずれの概念も社会学分野に較べて部分的な規定であった。

1990年代後半に入ってから質的研究の隆盛とともに概念の明確化が進み、Holloway IとWheeler Sは質的研究の主な特徴として、対象とする環境のなかで生活する内部者としての視点を持つ、研究者が対象とする場と文化に溶けこみ、主体的にかかわる、データから理論的な枠組みを導き出す、できごとや行為を社会的コンテキストのなかで解釈して記述する、研究者と対象者とは基本的に対等な関係である、データの収集と分析の過程は相互に影響し、修正される⁴⁶⁾、という点をあげ、質的研究のガイドラインを明らかにしている。Pope CとMays Nも質的研究の特徴を社会現象をそれにかかわる人々の認識に基づいて解明する、自然のまま（人工的あるいは実験的ではなく）の場で人々を調査する、複数の異なる方法を併用したり、複合的な方法を用いる場合が多い⁴⁷⁾、としている。

看護研究のテキストにおいては、LoBiondo-Wood GとHaber Jが編集した『看護研究 方法、批判的評価、利用』のなかで、Cohen MZは質的研究の特徴として数量よりもテキスト（文字データ）を扱う、テキストの内容を分析する⁴⁸⁾、をあげ、Liher PRとMarcus MTは看護における質的研究は看護の科学と技を結びつける、人々の日常の場に研究者が参加するものである⁴⁹⁾としている。Norwood SLは質的研究のパラダイムとしてリアリティは流動的で、個人個人で異なり、ある与えられた状況やコンテキストにおいてのみ意味をもつ⁵⁰⁾、をあげている。いずれのテキストも技法あるいは研究的立場のみに偏っており、質的研究の概念としては不十分である。

なお、舟島は質的研究について質的データを扱う研究とし、質的データを手紙や日記などの個人ドキュメント、世間話やピラなどの社会状況に関する記録、参与観察や面接などの記録など、多次元的な要因が絡みながら顕現している具体的な事例記録に限定している⁵¹⁾が、統計学の進歩により質的データを数量的に扱うことも可能になっているので、「質的に扱う」を強調する必要がある。また、このような質的データと量的データの相互変換をもって両者を区別する必然性は消滅したという見解⁵²⁾も存在するが、たとえ比率尺度のデータをその分布から機械的に名義尺度のデータに変換しても、その名義尺度による分類に研究者が質的に異なる意味をもたせない限りにおいては、質的データとして扱っていることにはならないと考えられる。

3. 本論における質的研究の規定

以上の検討を踏まえて、本論では質的研究を 研究対象の一つひとつを事例として重視する、事例をその存在するコンテキストから切り離さない、事例を事例自身の表現する(あるいはした)テキストによって記述する、テキストの意味を研究者が研究対象の内面に入り込んで解釈し、理解する、という研究方法論として規定する。

質的研究の評価基準

1. 量的研究の再現性から質的研究の確実性へ

質的研究の概念と同様に、質的研究の質の評価や評価基準についても様々な考え方や見解があり⁵³⁾、量的研究の古典的な評価基準を厳密に適用すべきであるという意見から質的研究の概念に適合した新しい基準が必要であるとする議論まで幅が広い⁵⁴⁾。量的研究の古からの評価基準に信頼性と妥当性があるが、古典的な信頼性・同じ方法を用いれば全く同じデータがいつでも得られるという再現性については既に「ドンキホーテ的な信頼性」として排除⁵⁵⁾されており、Pope CとMays Nも質的研究の対象となった状況の再現が困難であったり、その状況が社会変動の影響を受けている場合には再現性は無意味である⁵⁶⁾としている。さらに、研究対象となった現象の測定や観察結果が時間的経過のなかで安定するという「通時的信頼性」は、質的研究の対象の多くが時間の経過とともに変化するという理由によって排除し、同一時点で異なる方法によるデータ収集を行なった場合にその結果が恒常的である、あるいは一貫性があるという「共時的信頼性」を提案している⁵⁷⁾。

共時的信頼性を高めるためには 研究対象の表現したテキストと研究者の解釈が識別できるようにデータの成立過程を明確にすること、データ収集やテキスト解釈の方法を明示すること、が要請され、このことによってテキストと研究手続きの「確実性 dependability」が検証される⁵⁸⁾。テキスト解釈の再現性を検証する実験的な試みも行なわれてはいる⁵⁵⁾が、質的研究が研究者個人の解釈と理解を前提とする限り、上記の条件が満たされることによって、読者がテキスト解釈を追体験でき、研究者が類似したコンテキストの事例を追試できるならば、質的研究として十分な評価は与えられると考えられる。

2. 量的研究の内的妥当性から質的研究の信憑性へ

量的研究で用いられる内的妥当性(測定あるいは観察された結果がコントロールされない交絡変数の影響を受けず、独立変数によってもたらされたと推定できる程度)の概念は、研究対象からそのコンテキストを切り離さない質的研究においては、コンテキストの影響を考慮したテキストの解釈がどれだけ信用できるかという「信憑性 credibility」に書き換えることができる。信憑性を高め

る一つの方向性は、テキスト解釈の信憑性を高めるためのトライアングレーション、分析的帰納、ピア・ディブリーフィングなど⁶⁰⁻⁶¹⁾である。

解釈の信憑性を高めるためのトライアングレーションには、「理論のトライアングレーション」があり、これは様々な理論的立場を並行して用いることによって様々な視点や仮説を考慮に入れたデータへのアプローチ、テキストの解釈を検討する方法である⁶²⁾。分析的帰納は、データからテキストを解釈する作業仮説を立て、この仮説にそれぞれの事例やデータがあてはまるかを検討し、仮説に否定的な事例があれば作業仮説を修正する、というプロセスを繰り返すことによって、テキスト解釈の信憑性を高める方法であり⁶³⁾、飛び離れた事例の検討⁶⁴⁾と呼ばれることもある。ピア・ディブリーフィングは、研究に直接関与していない人と当該の研究について定期的にミーティングをもつことによって、研究上の盲点を発見したり、テキスト解釈の問題点を指摘してもらう方法である⁶⁵⁾。

信憑性を高めるもう一つの方向性は、テキストそのものの信憑性を高めるためのトライアングレーション、面接状況のチェック、コミュニケーションによる妥当化などである⁶⁶⁾。テキストそのものの信憑性を高めるためのトライアングレーションには、「データのトライアングレーション」「調査者のトライアングレーション」「方法のトライアングレーション」があり、データのトライアングレーションはデータ収集を異なる時点や場所で行なったり、様々な人から収集する方法、調査者のトライアングレーションは研究者の個性から生じるデータの歪みを避けるために複数の観察者あるいは面接者を調査に参加させる方法である⁶⁷⁾。方法のトライアングレーションには方法内トライアングレーションと方法間トライアングレーションがあり、前者は同一方法内で違う視点からデータ収集を行なう方法(例えば、同一質問紙において同じ質問項目を複数の異なるワーディングで実施する)、後者は複数の異なる方法によるデータ収集(例えば、同じ質問項目を質問紙法と半構造化面接法で調査する)である⁶⁸⁾。

テキストの信憑性を高めるための面接状況のチェックはナラティブ・インタビューについて提案されたもので、ライフヒストリーに関する非指示的面接においては 語られた内容が正しいか、語られたことは(話者の)社会関係に関して適切か、語られたことは自己を誠実に表現したものであるか、のチェックが必要であり、面接対象者が具体的な面接状況において自分のものの見方に合わない表現を意識的あるいは無意識的にしてしまったことがないかが問われることになる⁶⁹⁾。ライフヒストリーにおける事実の検証の必要性については歴史学の分野でも以前より指摘されていた⁷⁰⁾ことである。コミュニケーションによる妥当化は、回答者による妥当化あるいはメンバーチェックとも呼ばれ⁷¹⁾、研究者の記述したテ

クストが正確かどうかを対象者自身に確認してもらう方法である⁷²⁾。なお、かつてはコミュニケーションによる妥当化を研究者の行なったテキスト解釈にまで拡張する議論もあったが、研究者の解釈が対象者の目に触れることは研究倫理上問題があるということで、実施されなくなっている⁷³⁾。

3. 量的研究の外的妥当性から質的研究の転用可能性へ
量的研究で用いられる外的妥当性（測定あるいは観察された結果が他の対象や状況に一般化できる程度）は、各サンプルのコンテキスト要因を無作為抽出によって捨象し一般化する概念であるので、事例からコンテキストを切り離さない点に意味のある質的研究では、あるコンテキストにおいて得られた解釈や理解が他のコンテキストにどの程度転用可能であるかという「転用可能性 transferability」⁷⁴⁻⁷⁵⁾ に置き換えざるを得ないと考えられる。

転用可能性を高める方法としてはグラウンデッド・セオリー法の継続的比較と Weber M の系譜を引く理念型形成があり、前者は研究者がテキストを解釈してすでにコード化・分類した結果を常に比較参照し、コード・分類の修正を行ないながらコンテキストの異なる他の事例のコード化・分類を継続することによって他のコンテキストへの転用可能性を検証する方法である⁷⁶⁾。理念型形成は Weber M の理念型の考え方に基いており、個々の事例を比較対照して複数の事例をまとめるタイプを構成し、このタイプを代表する純粋な事例（プロセス上の理念型）を見つけ出し、個々の事例をこのプロセス上の理念型と対比して系統的に理解し、タイプの再構成を行ない、個別事例のコンテキストを超えた構造（理念型）の理解を得る方法である⁷⁷⁾。

4. 看護研究に必要な「現実との関連性 relevance」

質的研究の評価基準には確実性、信憑性、転用可能性以外にも、確実性を「読者が研究者の思考を追跡できるか」あるいは「研究者は研究のプロセスを記録しているか」という視点から監査する「監査可能性 auditability」⁷⁸⁻⁷⁹⁾、ナラティブ・インタビューにおけるテキスト（データ）の信憑性を示す「真正性 authenticity」⁸⁰⁾、「得られた知見は当該の研究状況以外にも適用できるか」あるいは「研究結果は当該研究と関係しない対象にも意味があるか」というコンテキストの比較可能性を検討する「適合性 fittingness」⁸¹⁾ などが、また、確実性、監査可能性とほぼ同様の概念として、「確認可能性 confirmability」は、データとその出所となる資料が関連づけられ、解釈や結論がデータから直接導かれていることを読者が確かめられることである⁸²⁾。

これら以外の評価基準で、医療技術評価、看護研究の領域では「現実との関連性 relevance」（現場で実務に従事している人たちが直面している問題を解決するのに

その研究結果が関連しているか）が重要であるとされており⁸³⁾、Corbin J と Strauss A も理論形成の評価基準の一つとして「分析の結果得られた理論は（現実に対して）有意義であるか」という問いを立てている⁸⁴⁾。

5. 質的看護研究における評価基準

以上検討したように、質的研究の評価基準に様々な考え方があり、統一の見解は示されていないが、看護学領域におけるすべての質的研究には確実性 dependability、信憑性 credibility、転用可能性 transferability、現実との関連性 relevance が少なくとも必要であると考えられる。瀬島らは、質的研究の評価基準として 質的研究を用いた理由を説明しているか、適切な質的手法が選択されているか、倫理的配慮がされているか、対象者のクライテリアを示しているか、対象者を選ぶ過程を示しているか、具体的なプロセスが記述されているか、Validity を確保する努力がなされているか、データと解釈の区別が明確か、結論の導き方が明快か、を提案しており⁸⁵⁾、基準の とは確実性、基準 は信憑性、基準 は転用可能性に該当すると考えられる。

質的研究方法の特徴と留意点

1. 質的データの収集方法

質的データは口頭データ、視覚データ、ドキュメントデータに分類することができ、口頭データは半構造化面接、ナラティブ法、グループ・インタビューなどによって収集される。視覚データには参与観察によるデータ、写真データ、映像データなどがある。

(1) 半構造化面接

量的研究における面接は、面接者の技術やパーソナリティが面接結果に影響しないように、インタビュー・ガイドと質問紙が事前に指示されるので指示的面接と呼ばれ、質問紙が面接対象者の意識に一定の構造があることを前提として設計されるので構造化面接とも称されるのに対して、質的研究では面接の手続きが標準化されていないことが多く、面接者が臨機応変に質問を行なうことから非指示的面接、あるいは面接対象者の意識や行動様式の構造を前提としていないことから非構造化面接と呼ぶ⁸⁶⁾。半構造化面接はインタビュー・ガイドと質問紙（自由回答を求める質問）を用いる指示的面接と非指示的面接の中間的な形態ではあるが、完全な非指示的面接（自由面接）にデータの確実性を高めるために統制を一部加えるという点を考慮すると、非指示的面接の一種に分類することもできる。半構造化面接には、焦点面接法、問題中心面接、専門家面接、エスノグラフィック・インタビューなどがある。

焦点面接法は、本来は面接対象者に同一の刺激（ある映画やラジオ番組など）が与えられた後に、その刺激が対象者に及ぼした影響をインタビュー・ガイドに基づいて調査するメディア研究の方法であったが⁸⁷⁾、現在では

「一定のサンプルについて調査を行ない、その分析が終わった後に、さらにそのなかから有意的にサンプルを取り出し、面接手引によりながらより詳細に面接するもの」とされ、インタビュー・ガイドには仮説のあらましが書かれ、調査対象の主観的経験（ある状況に対する態度や情緒的反応）に焦点を合わせるとされている⁸⁸⁾。詳細なインタビュー・ガイドによってデータの確実性は確保されているが、映画やラジオ番組による刺激を用いた面接は半構造化面接としては特殊であり、純粋な形での適用はほとんどなされていない⁸⁹⁾。ただし、既存研究が少なく、作業仮説が立てにくい研究対象に対しては、一つの有効な方法であると考えられる。

問題中心面接は、研究対象とする特定の問題に関するキー・クエスチョンをインタビュー・ガイドで準備することによって、ナラティブが行き詰まったり、ナラティブの筋が研究のねらいからそれた場合に介入する面接で、面接前に簡単な質問紙調査を行ない、面接後記を必ずつけるところに特徴がある⁹⁰⁾。この方法は、ナラティブへの介入時期が面接者の恣意に委ねられることや事前の質問紙調査が調査対象者のナラティブに影響する可能性があることから、質的研究としての確実性は低いと考えられる。

専門家面接は、調査対象者を特定の実践の場における専門家グループの代表者に限定し、他の半構造化面接よりも指示的役割の強いインタビュー・ガイドを用いるもので、このガイドによって面接者が当該の問題についてある程度知っていることを対象者に認識させ、面接がわかり道にそれるのを防ぐ方法である⁹¹⁾。この面接は専門家個人の知識や経験を調査するものではなく、専門家としての知識（専門知）が対象となるので、面接対象者の代表性が問われることになり、サンプリングの方法によっては転用可能性の低くなることが考えられる。

エスノグラフィック・インタビューは、参与観察などのフィールドワークと組み合わせる面接法で、フィールドで発生する自然で日常的な会話を面接の形式に移行させるために、調査対象者に対してエスノグラフィーのための説明、とくに面接に関する説明（なぜ[面接という]特殊な形式で話をするのかを明らかにする）を行なうものである⁹²⁾。また、データの日常性を確保するために、面接対象者が回答できなかつたり、回答に詰まった場合には質問を打ち切る、掘り下げないことによって、対象者の日常的な表現を収集する手法がとられることもある⁹³⁾。エスノグラフィック・インタビューはフィールドワークと合わせて実施されるので、その評価を単独で行なうことは困難であると考えられる。

(2) ナラティブ法

ナラティブ法は、質問 - 回答形式の面接で面接対象者の主観的経験を十分に明らかにできるか、という疑いから出発しており、代表的なものにナラティブ・インタビューがある。ナラティブ・インタビューはライフヒストリー

研究で使われる方法で、面接者は最初のナラティブ生成質問で面接対象者に何を語るべきか焦点を絞らせ、語り始めを促し、ストーリーの終りの合図が出るまで口をはさまず、その後、あいまいな部分に関して追加的に質問を行なうものである⁹⁴⁾。

実際のライフヒストリー研究では、面接者の発語が非常に少なく、わずかな相槌や事実確認のための短い追加質問だけでナラティブの進行する「問わず語り型」だけでなく、面接者の質問によってナラティブの流れがつけられる「問いかけ語り型」⁹⁵⁾も実施されており、後者の質問は 導入的質問、 フォローアップ質問、 探索的質問（ナラティブのさらなる展開を促す）、 明確化質問、 直接的質問（語られなかったことについて面接の最後で質問する）、 間接的質問（直接には聞き難いことを他者についての意見や一般論として質問する）、 ストーリー化質問（対象者が意見を述べたことについて対象者の体験のストーリー化を促す）、 沈黙（対象者が連想や内省する時間を確保する）、 解釈的質問（話を繰り返すことによって意味を確認する）に分類される⁹⁶⁾。ナラティブ・インタビューには、すべての人々がナラティブを得意とするわけでないので対象者が限定されることや、ナラティブの信憑性を高めるためには面接の確実性だけでなく、別の方法による事実確認が必要とされることなどの問題点が考えられる。

(3) グループ・インタビュー

指示的面接における面接者と面接対象者の相互行為（質問 - 回答）は、日常的相互行為とかけ離れており、タブー視されるようなトピックに関する意見や態度を調査する場合には日常的な相互行為により近いグループによるディスカッションを利用するほうが適切であることが指摘されており、グループ・インタビューなどが用いられている⁹⁷⁾。フォーカス・グループ・インタビューは、具体的な状況に即したある特定のトピックに関して、選ばれた複数の個人によって行なわれる形式ばらないグループ・ディスカッションの方法であり、面接者が司会者として詳細なインタビューガイドを用いて特定のトピックについての面接対象者の理解や感情、考えを引き出すものである⁹⁸⁾。

フォーカス・グループ・インタビューの信憑性を高めるために、対象者の個別背景の検討、相互作用による対象者の考え方の変化についての記録、対象者の偏りの検討、対象者のドロップアウトの予防、面接者（司会者）による影響の除去、面接者（司会者）自身の経時的変化の検討が提案されており⁹⁹⁾、確実性を高めるためのインタビューガイドや逐語録・観察記録・分析ノートも公開されている¹⁰⁰⁾が、転用可能性の向上についてはグループダイナミックスの一回生起性・複雑性から困難が大きいと考えられる。なお、グループ・インタビューはフォーカス・グループ・インタビューとほぼ同義的に使用されるが、選ばれた個人あるいは複数の個

人による人工的なグループだけでなく、現実存在するグループも対象に含めるより広い概念であり、共同ナラティブは対象を家族に限定するグループ・インタビューである¹⁰¹⁾。

(4) 参与観察

参与観察は、調査者が調査地において現地の社会生活に参加しながら、対象者と同じような立場で現場に起こるできごとを観察し、直接観察できないできごと(過去に起こったことなど)に関しては対象者に面接する方法である¹⁰²⁾。参与観察は描写的観察(焦点を絞らない非特異的な描写を行ない、フィールドの複雑性を全体的に把握し、具体的な問いと視点を発展させる)、

焦点観察(研究上の問いに関連するプロセスや問題に視点を絞る)、選択的観察(焦点観察で見つけた典型的な行為やプロセスの証拠や実例を探す)の段階を踏み¹⁰³⁾、「観察者としての参与者」(観察者が調査を目的として当該のフィールドにいることは対象者に知られており、準メンバーとしての役割が与えられる)¹⁰⁴⁻¹⁰⁵⁾に徹して「ゴーイング・ネイティブ」(観察者がフィールドのなかに取り込まれ、フィールドで共有されている見方を鵜呑みにする)に陥らないことが必要とされる¹⁰⁶⁾。

参与観察の確実性を高めるためには「網羅的なフィールドノート」(その日一日にフィールドで起きたできごとをその順番どおりに時間を追って網羅的に記録する)¹⁰⁷⁾をつけることが重要で、観察の信憑性の向上には観察で見出された対象者の発言や活動が対象とするフィールドで一般的に観察できるかどうかをチェックすることで観察者の介入の影響を考慮することが提案されている¹⁰⁸⁾。参与観察には一般に長時間の観察が必要とされるが、看護職者が臨床現場で行なう場合には自らがフィールドの一員であるために、描写的観察の段階を短縮することはできる。しかし、逆に重要なできごとや活動を当たり前のこととして見逃してしまう危険性があることに留意する必要がある¹⁰⁹⁾。

なお、エスノグラフィー(民族誌的アプローチ)はフィールドワークとエスノグラフィック・インタビューを併用した方法で、前者の主要な手法は参与観察であるが、エスノグラフィーと関連して、フェミニストの立場に立つ研究者が、対象とする日常生活の場に参加、観察、面接を行ない、記録するという行為に基づき対象を分析、記述していく方法をフェミニスト・エスノグラフィー¹¹⁰⁾、女性の多い看護職の現場に女性の立場からアプローチする方法をフェミニスト・アプローチ¹¹¹⁾と呼ぶこともある。また、子どもの行為のように、変動するコンテキストに常に拘束され、道具や他者に媒介され短時間のうちに変化するマイクロジェネティック・データを収集するフィールドワークをマイクロ・エスノグラフィー¹¹²⁾と呼ぶこともある。

(5) 写真データの収集法

カメラを使用したデータ収集には、従来、写真をデー

タとして収集する方法(調査者による撮影と調査対象者からの収集を含む)と、写真を利用してデータを収集する方法があり、後者の代表例としては写真誘い出し面接があり、調査対象者に写真のテーマを指示して撮影させ、その写真をナラティブや質問への回答を引き出すきっかけとするものである¹¹³⁾。

フォトボイス photovoice は、住民が一定のテーマで写真を撮影し、その写真に「ボイス」(テキスト)を付けグループ・ディスカッションすることによって、課題を共有化し、解決方法を住民自らが発見するという参加型アクションリサーチアプローチ¹¹⁴⁾で、質的なコミュニティアセスメントとしての応用可能性が論じられている¹¹⁵⁾。写真データの問題点として写真に表現された被写体の偏りが指摘されている¹¹⁶⁾が、フォトボイスにおけるグループ・ディスカッションはある種のコミュニケーションによる妥当化であり、テキスト(ボイス)の信憑性が高められると考えられる。

(6) 映像データの収集法

AV機器を使用したデータ収集には、調査者が撮影によって映像データを収集する場合と既存の映像データ(映画、テレビ番組など)を利用する場合があり、前者の代表例としてはエスノメソドロジー、後者の代表例としては映画分析がある。エスノメソドロジーは日常生活において人々がお互いの行為を解釈し、意味づけ合う過程を対象とし、テレビ視聴場面や授業場面などの特定の社会的コンテキストを研究主題とすることが多く、このようなコンテキストにおける調査対象者の「ありのまま」の相互行為を捉えつけたビデオカメラで記録することになる¹¹⁷⁾。カメラの台数を増やすと調査対象者に影響が出るので、(方法のトライアングレーションとして)非参与観察を併用することによって、データの信憑性が高められる。

映画やテレビ番組は、フィクショナルな映像データとして、「ありのまま」が記録されることが稀な逸脱現象(体罰やいじめなど)を研究する場合に使用されることがあり¹¹⁸⁾、ハリウッド映画において描かれたアルコール依存症やベトナム戦争を映画分析した例¹¹⁹⁾がある。

(7) ドキュメントデータの収集法

ドキュメントデータは主として生活史研究と構築主義研究の領域で使用されており、前者の領域ではライフドキュメント(生活記録)と呼ばれ、自伝、伝記、自分史、日記、手紙、手帳、遺書、写真が含まれ、これらは調査対象者の内面を深く理解することを可能とする個人的記録であると同時に、社会生活への参加者としての社会的記録でもある¹²⁰⁾。これら以外にも、Plummer Kは「ゲリラ的ジャーナリズム」(記者が様々な生活の記録を注釈を加えず、読者に提供する)、「事実の文学」(作家が生活上の実際のできごとを調べて分析し、それらに文学的なストーリーを盛り込んで小説化する)、記録映画、個人の所有物(収集品など)、(研究者自身の個人的な経

験に関する)自己観察をあげている¹²¹⁾。ライフドキュメントデータの信憑性を示すためには、記録者の意図やバイアス、記録しだきごとと記録者の時間的・空間的關係などを検討する必要がある¹²²⁾。

構築主義では社会問題や逸脱にかかわる社会的カテゴリー(いじめ、不登校など)を主題とすることが多く、それらの問題やカテゴリーは、「客観的な状態」として存在するのではなく、苦情や異議を申し立てる個人やグループの活動によって構築されると考えるので、新聞記事や行政機関の内部資料、答申、記者会見での発表、意見広告、投書、調査報告書、研究論文などがドキュメントデータとなる¹²³⁾。

2. 質的データの解釈方法

質的研究においては、質的データ、調査対象者の表現したテキストの解釈が中心となる作業であり、その解釈方法として、大量のテキストを圧縮し、理論開発のためのコード化、カテゴリー化と、テキストをその時間的連続性を考慮して再構成するためのシーケンス分析がある。前者にはグラウンデッド・セオリー法における理論的コード化、テーマ的コード化、質的内容分析など、後者には会話分析、ナラティブ分析、客観的解釈学などがある。

(1) 理論的コード化(グラウンデッド・セオリー法)

グラウンデッド・セオリー法におけるデータ解釈は、サンプリング、データ収集と、同時並行的、相互規定的に進められ、データに基づいた理論の開発を目的としているので、理論的コード化と呼ばれることがある¹²⁴⁾。理論的コード化はオープン・コード化、軸足コード化、選択的コード化の三つのプロセスから構成され、同時並行的に実施はされるが、総体的にみれば分析の初期段階ではオープン・コード化が多く、最終段階では選択的コード化が多くなる¹²⁵⁾。

オープン・コード化は具体的なテキストを抽象的な概念の形で表現するためのコード化であり、テキストデータを文節ごとに分割し、意味の単位ごとに分類して、概念をつける、得られたいくつかの概念をまとめ、カテゴリーを形成して、より抽象度の高い名前をつける、カテゴリーの特性を抽出し、特性を連続線状となる次元上に位置づける(次元化)、という手順で実施される¹²⁶⁾。コード化にあたっては、基本的な問い-誰が、いつ、どこで、何を、どのように、どのくらい、なぜ、を常に立てることによって、テキストのより深い解釈が可能となる¹²⁷⁾。

軸足コード化は、オープン・コード化によって形成された諸カテゴリー間の関係を明らかにするために、研究上の問いに最も関連し、そのカテゴリーの内容をさらに掘り下げるための軸(足)となるカテゴリーを選び、軸足カテゴリーとその他のカテゴリーとの関係を、帰納的

な思考と演繹的な思考を繰り返すことによって明確化・確立することである¹²⁸⁾。軸足カテゴリーと関係づけられ、特定化されたものはサブカテゴリーと呼ばれるが、この軸足コード化にあたっては、原因となる条件 現象 コンテキスト 介在する条件 行動/相互行為の戦略 結果、というパラダイム・モデルが使用され、各カテゴリーはこのモデルの要素として位置づけられる¹²⁹⁾。

選択的コード化は、軸足コード化の抽象化レベルをさらに高めて諸カテゴリーを統合し、グラウンデッド・セオリーを生成するプロセスで、一つの中核となるカテゴリーを選択し、パラダイム・モデルを活用しながら中核カテゴリーの特性と次元を検討することによって、それ以外のカテゴリーを中核カテゴリーと関連させて統合し、中核カテゴリーとして記述された現象(ストーリー)の発生に関する理論を開発することである¹³⁰⁾。実際的には、ストーリー・ラインを明らかにする、パラダイム・モデルを用いて中核カテゴリーにサブカテゴリーを関係づける、それぞれの次元で諸カテゴリーを関係づける、テキストと照合して、での関係の妥当性を検討する、さらなる検討が必要なカテゴリーやパラダイム・モデルに足りないカテゴリーを埋める、というステップを行きつ戻りつする¹³¹⁾。コード化の最終段階では、ストーリー・ラインと諸カテゴリー間の関係を検証し、十分に発展していないカテゴリーを充実するために、理論的飽和(カテゴリーを生み出す新しいあるいは重要なテキストが存在しない、パラダイム・モデルのすべての要素においてカテゴリーが緻密である、諸カテゴリー間の関係が十分に精緻化され、妥当性が十分に検討されている)に到るまで限定的サンプリングを続け、理論を形成する¹³²⁾。

グラウンデッド・セオリー法については、理論的サンプリング(理論構築に重要であることがコード化の過程で証明されたカテゴリーを表現している現象をサンプリングする¹³³⁾)と理論的飽和によって転用可能性が高められ、概念、カテゴリーとコード化の過程が明示されることによって確実性があるという評価がある¹³⁴⁾。確実性に関しては質的調査を可能な限り言語化し、データの解釈過程において「より閃きやすい環境整備」をする¹³⁵⁾、データの質的分析の手法化・明示化という評価¹³⁶⁾もなされている。一方、この方法については批判も多く¹³⁷⁾、Flick Uは研究方法と「わざart」の境界が見えにくく、実行してみないと理解できないという問題点を指摘した¹³⁸⁾。この点に関してはグラウンデッド・セオリー法を用いた看護研究のプロセスの実際例¹³⁹⁾が公開されているのでほぼ解決されている。

日本においては質的研究としての確実性が研究手続きのマニュアル化として誤解され、細部まで再現することにこだわり過ぎている部分があるが、コード化の対象をどこまで広げるか、理論サンプリングをどこで終了させるか、理論的飽和を何で判断するかなど、研究者の独創

性や意思決定に任されている部分があり、一種の研究者によるトライアングレーションであるグループワークによる意思決定¹⁴⁰⁾や研究対象とする現象を狭く限定したスポット型グラウンデッド・セオリー¹⁴¹⁾など、研究者独自の試行を明示して研究を進める必要があると考えられる。グラウンデッド・セオリーがその対極に位置づけたランド・セオリーの代表格であるParsons Tの行為理論は、その後の体系的な社会理論の低迷によって再評価（「パーソンズ・ルネサンス」）され¹⁴²⁾、グラウンデッド・セオリー法の理論形成力が問われており、理論的感受性の高い研究者による応用が望まれている¹⁴³⁾。

(2) テーマ的コード化

テーマ的コード化は、理論的コード化の方法を基盤として社会集団の比較研究のために開発された方法で、事例研究を基本としており、ある集団における個々の事例の短い描写（面接での典型的発言、対象者の簡単な描写、対象者が語った中心的なテーマなど）を作成する、

最初の事例の分析から研究テーマに関するカテゴリーの構造（関連）図を作成する、この構造図を複数の事例で確認した後、残りすべての事例に適用できるように修正する、修正された構造図を別の集団の事例に適用し、対象となった諸集団間の類似点・相違点を検討する、という手順を踏む¹⁴⁴⁾。テーマ的コード化は特定のテーマに関して社会集団それぞれの特徴や個々の事例の特殊性を比較できる方法ではあるが、その転用可能性は低く、その研究から導き出された結論は対象とした社会集団に限定されると考えられる。

(3) 質的内容分析

内容分析はもともと新聞記事内容の量的分析から発展した方法¹⁴⁵⁻¹⁴⁶⁾で、既存の理論的モデルに由来するカテゴリーを用いて膨大なテキストデータを圧縮するという特徴があり、対象とする資料を定義し、適切なテキストを選択する、データ（資料）収集の状況を分析する、

資料の形式上の特徴を確認する、選択したテキストについて分析の方向性、解釈の対象を定義する、理論的モデルに基づいて研究上の問いを細分化し、定義する、

分析技法（要約的内容分析、説明的内容分析、構造化内容分析）を定義する、分析に用いられるテキストの単位を定義する、実際の分析を行なう、分析結果を細分化した問いと照合する、という手順で行なう¹⁴⁷⁾。

要約的内容分析は重要でないテキストや言い換えを削除し、同じ意味の言い換えを一つにまとめる技法、説明的内容分析はあいまいなテキストや矛盾するテキストを辞書の定義を活用したり、新しい定義をつくって「説明的な言い換え」を行なう技法、構造化内容分析はテキストをある次元で尺度化して構造化する技法である¹⁴⁸⁾。

質的内容分析は実際のデータからカテゴリーを生成するのではなく、既存の理論的モデルのカテゴリーを使用するので、テキストの解釈においてそのコンテキストが切り離される危険性が大きく、量的研究への志向性の強

さ¹⁴⁹⁾ゆえに、逆に質的研究としての信憑性が低下することが考えられる。

(4) 会話分析

会話分析は、日常的な会話がどのように行なわれているかという形式に焦点をあてる方法として開発されたが、カウンセリングにおける会話、医師と患者間や裁判などの特定のコンテキストにおける会話にも応用されており¹⁵⁰⁾、この分析の結果は看護職者 - 患者間、看護職者 - その他の保健医療職間の相互作用に変化をもたらすことが指摘されている¹⁵¹⁾。その手順は、会話の秩序を成り立たせていると考えられる一つあるいは一連の発話を特定する、この発話が見られる会話を収集する、この発話が相互行為としての会話にどのような秩序を与えているかを明らかにする、このような秩序を成り立たせるための制度的なコンテキストやより一般的なコンテキストを分析する、から成る¹⁵²⁾。

会話分析は、会話の形式面のみに注目するために、発話者の意思や主観的意図は捨象され、発話の個々の意味が会話全体の大きなコンテキストから切り離される危険性をもっていることに留意する必要がある、特定のコンテキストにおいて構築された社会関係（例えば、病棟での看護職者 - 患者間関係）の分析にのみ適用すべきであると考えられる。

(5) ナラティブ分析

ナラティブ分析には大きくは二つの立場があり、一つは即興の自伝的ナラティブは過去の経験を正確に再現したものであるという前提に立ち、テキストから即興の自伝的ナラティブを選び出す、ナラティブを分割し、その構成を記述する、ライフストーリー形成に優勢なプロセス・パターンを明らかにする、以上の手順を適用した他の事例と比較・対比する、という手順を示している¹⁵³⁾。これに対して、もう一つはナラティブには人生の主観的かつ社会的な構築を含んでいるという立場（構築主義）から、ナラティブとしてのライフストーリーと事実としてのライフヒストリーとを区別し、テキストから自伝的ナラティブを選び出す、選び出したナラティブからライフストーリーを再構成する、事実に基づいてライフヒストリーを再構成する、個々のテキストを分節化し、解釈的に分析する、ライフストーリーとライフヒストリーを比較対照する、という手続きをとっている¹⁵⁴⁻¹⁵⁵⁾。

前者のナラティブ分析では、ナラティブ・インタビューにおいて事実確認を欠く場合にはデータの信憑性が低下することが考えられ、後者の方法では個別の事例分析に多大の労力が費やされるために、比較する事例が限定される危険性があり、その場合には転用可能性が低下すると考えられる。

(6) 客観的解釈学

客観的解釈学は、発話や行為に対する当事者の「主観的意味」と「客観的意味」を基本的に区別し、テキスト

の分析を複数の研究者で「客観的に」行なうことに特徴があり、分析する発話や行為とその一般化レベル(個人・制度的なコンテキスト・人類一般など)を定義する、発話や行為が埋め込まれた外在的なコンテキストを分析する、発話や行為の客観的コンテキストを再構成する、発話や行為を行なうことによって当事者の役割が確立される過程を分析する、発話や行為の言語学的特徴を特定する、発話や行為が一般的なコミュニケーションの形式として他のコンテキストで使用されるかを検討する、発話や行為が使用される、より一般的な状況を解明する、一般的なコミュニケーションの形式と状況にかかわる仮説を他のテキストで検証する、という手順を踏む¹⁵⁶⁾。

客観的解釈学は、研究者によるトライアングレーションが前提とされ、信憑性が高められているが、テキストの分析に多大な時間がかかるために一事例の研究で終わってしまうことが多く、転用可能性の低下することが考えられる。また、方法論としては未確立で、各研究者のアート(技)としての部分が多く、確実性も現状では高くないと考えられる。

おわりに

質的研究は以上検討してきたように、その概念や評価方法について統一的な考え方が確立されていないが、文献の検討を踏まえて、研究対象の一つひとつを事例として重視する、事例をその存在するコンテキストから切り離さない、事例を事例自身の表現する(あるいはした)テキストによって記述する、テキストの意味を研究者が研究対象の内面に入り込んで解釈し、理解する、と暫定的に概念規定すると、人間を対象としたヒューマンサービスの領域、とりわけ看護領域の実践活動と親和性の高い研究方法であると言え、このことは Holloway I と Wheeler S も指摘している¹⁵⁷⁾。すなわち、臨床看護や地域看護の実践の場面においては、患者や住民のひとり一人を大切に扱い、その表現する訴えや要望を受け止め、それらの表現の背景にある文化的あるいは地域社会的コンテキストを理解し、ケアや指導を実践し、患者や住民の満足度に基づいてそれらの実践を評価する、からである。したがって、看護の日常的な実践は、本論で提案した確実性、信憑性、転用可能性、現実との関連性という四つの評価基準を満足するならば、質的研究として展開できる領域であると考えられる。もちろん、事例を重視するということは量的研究にもまして倫理的配慮¹⁵⁸⁾が重要なことは言うまでもないが、各方法において固有に必要な倫理的配慮について検討できなかった。

引用文献

1) 萱間真美、他：Grounded Theory Approach を用いた看護研究の実際 データを用いたコーディングの

- 実際 . 第20回日本看護科学学会学術集会講演集：348、2000.
- 2) 安梅勅江、他：看護研究におけるグループインタビュー法の活用 科学的根拠にもとづく質的研究法の展開 . 第21回日本看護科学学会学術集会講演集：377、2001.
- 3) Flick U：QUALITATIVE FORSCHUNG. 1995. 小田博志、他訳：質的研究入門 人間の科学 のための方法論. p3、春秋社、2002.
- 4) 奥田道大：データ蒐集の技法 () 事例的調査法 . 福武直、松原治郎編：社会調査法. 東京、有斐閣、p p77 - 80、1967.
- 5) 見田宗介：「質的」なデータ分析の方法論的な諸問題. 社会学評論、15(4)：79 - 80、1965.
- 6) 荻谷剛彦、他：研究理論と調査法 「質対量」論争を越えて(座談会). 北澤毅、古賀正義編：社会を読み解く技法 質的調査法への招待. 東京、福村出版、pp177 - 178、1997.
- 7) 佐藤郁哉：フィールドワーク 書を持って街へ出よう. 東京、新曜社、p22、1992.
- 8) Grbich C: Qualitative Research in Health An Introduction.1999.上田礼子、上田敏、今西康子訳：保健医療職のための質的研究入門. pp5-8、医学書院、2003.
- 9) 見田宗介：現代日本の精神構造. 東京、弘文堂、p 171、1965.
- 10) Lazarsfeld PF：QUALITATIVE ANALYSIS: Historical and Critical Essays. 1972. 西田春彦、他訳：質的分析法、岩波書店、1984.
- 11) Everitt BS:THE ANALYSIS OF CONTINGENCY TABLES. 1977、山内光哉監訳：質的データの解析 カイ二乗検定とその展開、新曜社、1980.
- 12) Upton GJG：The Analysis of Cross-tabulated Data. 1978. 池田央、他訳：アプトン 調査分類データの解析法. 朝倉書店、1980.
- 13) 川端亮：社会学調査の歴史 計量的方法を中心に. 高坂健次、厚東洋輔編：講座社会学1 理論と方法. 東京、東京大学出版会、pp263 - 264、1998.
- 14) 谷泰編：文化を読む：フィールドとテキストのあいだ. 京都、人文書院、1991.
- 15) 中野卓、桜井厚編：ライフヒストリーの社会学. 東京、弘文堂、1995.
- 16) 須藤健一編：フィールドワークを歩く 文科系研究者の知識と経験 . 京都、嵯峨野書院、1996.
- 17) 山田勇：フィールドワーク最前線 見る・聞く・歩く . 東京、弘文堂、1996.
- 18) 箕浦康子編：フィールドワークの技法と実際 マイクロ・エスノグラフィー入門 . 京都、ミネルヴァ書房、1999.
- 19) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプロー

- チ 質的実証研究の再生. 東京、弘文堂、1999.
- 20) 好井裕明、桜井厚編：フィールドワークの経験. 東京、せりか書房、2000.
- 21) 中村尚司、広岡博之：フィールドワークの新技法. 東京、日本評論社、2000.
- 22) 山中速人編：マルチメディアでフィールドワーク. 東京、有斐閣、2002.
- 23) 桜井厚：インタビューの社会学 ライフストーリーの聞き方. 東京、せりか書房、2002.
- 24) 佐藤郁哉：フィールドワークの技法 問いを育てる、仮説をきたえる. 東京、新曜社、2002.
- 25) Babbie ER：SURVEY RESEARCH METHODS (2nd). California, Wadsworth Publishing Co., 1997.
- 26) Schatzman L, Strauss AL：FIELD RESEARCH: Strategies for a Natural Sociology. 1973. 川合隆男監訳：フィールドリサーチ 現地調査の方法と調査者の戦略、慶應義塾大学出版会、1999.
- 27) Krippendorff K: CONTENT ANALYSIS: An Introduction to Its Methodology. 1980. 三上俊治、他訳：メッセージ分析の技法 「内容分析」への招待、勁草書房、1989.
- 28) Plummer K：Documents of Life. 1983. 原田勝弘、他監訳：生活記録の社会学 方法としての生活史研究案内、光生館、1991.
- 29) Maanen JV：TALES FROM THE FIELD:ON WRITING ETHNOGRAPHY. 1988. 森川渉訳：フィールドワークの物語 エスノグラフィーの文章作法、現代書館、1999.
- 30) Chenitz WC, Swanson JM：From Practice to Grounded Theory. 1986. 樋口康子、稲岡文昭監訳：グラウンデッド・セオリー 看護の質的研究のために、医学書院、1992.
- 31) Emerson RM, Fretz RI, Show LL：Writing Ethnographic Fieldnotes. 1995. 佐藤郁哉、他訳：方法としてのフィールドノート 現地取材から物語り作成まで. 新曜社、1998.
- 32) Vaughn S, Schumm JS, Sinagub JM：FOCUS GROUP INTERVIEWS IN EDUCATION AND PSYCHOLOGY. 1996. 井下理監訳：グループ・インタビューの方法. 慶應義塾大学出版会、1999.
- 33) Bertaux D:LES RECITS DE VIE:PERSPECTIVE ETHNOSOCIOLOGIQUE.1997.小林多寿子訳：ライフストーリー エスノ社会学的パースペクティブ、ミネルヴァ書房、2003.
- 34) Emerson RM(eds):Contemporary Field Research: Perspectives and Formulations (2nd). Illinois, Waveland Press,Inc., 2001.
- 35) 宝月誠、他：社会調査. 東京、有斐閣、1989.
- 36) 東京大学医学部保健社会学教室編：保健・医療・看護調査ハンドブック. 東京、東京大学出版会、1992.
- 37) 大谷信介、他編：社会調査へのアプローチ 論理と方法、京都、ミネルヴァ書房、1999.
- 38) 東京大学医学部保健社会学教室編：前掲、p25.
- 39) 高坂健次、与謝野有紀：社会学における方法. 高坂健次、厚東洋輔編：講座社会学1理論と方法. 東京、東京大学出版会、pp209 - 212、1998.
- 40) 今田高俊：リアリティと格闘する 社会学研究法の諸類型. 今田高俊編：社会学研究法・リアリティの捉え方. 東京、有斐閣、pp4 - 8、2000.
- 41) Strauss A, Corbin J：Basics of Qualitative Research:Grounded Theory Procedures and Techniques. 1990. 南裕子監訳：質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリーの技法と手順. pp11 - 12、医学書院、1999.
- 42) Flick U：前掲、pp11 - 19.
- 43) Leininger MM (eds)：Qualitative Research Methods in Nursing. 1985. 近藤潤子、伊藤和弘監訳：看護における質的研究. pp6 - 9、医学書院、1997.
- 44) Polit DF, Hungler BP：NURSING RESEARCH :Principles and Methods (3rd). 1987. 近藤潤子監訳：看護研究 原理と方法. P266、医学書院、1994.
- 45) Patton MQ：How to Use Qualitative Methods in Evaluation. p7, California, SAGE Publications, Inc., 1987.
- 46) Holloway I, Wheeler S：Qualitative Research for Nurses. 1996. 野口美和子監訳：ナースのための質的研究入門. pp3 - 9、医学書院、2000.
- 47) Pope C, Mays N (eds)：Qualitative Research in Health Care (2nd). 1999. 大滝純司監訳：質的研究実践ガイド 保健・医療サービス向上のために. pp11 - 12、医学書院、2001.
- 48) Cohen MZ：Introduction to Qualitative Research. In：LoBiondo-Wood G, Haber J(eds)：Nursing Research:Methods, Critical Appraisal, and Utilization (5th). Missouri, Mosby,Inc., p126, 2002.
- 49) Liher PR, Marcus MT：Qualitative Approaches to Research. In:LoBiondo-Wood G, Haber J (eds): Nursing Research:Methods, Critical Appraisal, and Utilization (5th). Missouri, Mosby, Inc., p140, 2002.
- 50) Norwood SL:Research | Strategies for advanced practice nurse. pp46 - 47, New Jersey, Prentice-Hall,Inc., 2000.
- 51) 舟島なおみ：質的研究への挑戦. P24、東京、医学書院、1999.
- 52) 高坂健次、与謝野有紀：前掲、p209.
- 53) Grbich C: 前掲、pp52 - 61.

- 54) Flick U : 前掲、pp271 - 293.
 55) Flick U : 前掲、p273.
 56) Pope C, Mays N (eds) : 前掲、pp89 - 90.
 57) Flick U : 前掲、p273.
 58) Flick U : 前掲、pp274 - 275.
 59) 瀬畠克之、阪本尚正 : 保健医療研究における質的研究の可能性 プロセスとしての質的分析の妥当性に関する検討 . 民族衛生、68 (付録) : 126 - 127、2002.
 60) Flick U : 前掲、pp284 - 285.
 61) Pope C, Mays N (eds) : 前掲、pp90 - 92.
 62) Flick U : 前掲、pp282.
 63) Flick U : pp283 - 284.
 64) Pope C, Mays N (eds) : 前掲、p92.
 65) Flick U : 前掲、p285.
 66) Flick U : 前掲、pp276 - 285.
 67) Flick U : 前掲、p282.
 68) Flick U : 前掲、pp282 - 283.
 69) Flick U : 前掲、pp276 - 277.
 70) 歴史学研究会編 : 事実の検証とオーラル・ヒストリー . 東京、青木書店、1988.
 71) Pope C, Mays N (eds) : 前掲、p91.
 72) Flick U : 前掲、pp277 - 278.
 73) Flick U : 前掲、p277.
 74) Holloway I, Wheeler S : 前掲、pp175 - 176.
 75) Flick U : 前掲、pp287 - 292.
 76) Flick U : 前掲、pp287 - 288.
 77) Flick U : 前掲、pp288 - 289.
 78) Speziale HJS : Evaluating Qualitative Research. In : LoBiondo-Wood G, Haber J (eds) : op.cit., p 168.
 79) Flick U : 前掲、pp285 - 286.
 80) Flick U : 前掲、pp276 - 277.
 81) Speziale HJS : op.cit., p168.
 82) Holloway I, Wheeler S : 前掲、p177.
 83) Pope C, Mays N (eds) : 前掲、pp90 - 93.
 84) Strauss A, Corbin J : 前掲、pp265 - 272.
 85) 瀬畠克之、他 : 質的研究の背景と課題 研究手法としての妥当性をめぐって . 日本公衛誌、48 (5) : 341 - 342、2001.
 86) 片桐隆嗣 : 質的調査の技法. 北澤毅、古賀正義編 : 前掲、pp24 - 25.
 87) Flick U : 前掲、p95.
 88) 濱嶋朗、他編 : 社会学小辞典 [新版]. 東京、有斐閣、p303、1997.
 89) Flick U : 前掲、pp101 - 102.
 90) Flick U : 前掲、pp109 - 113.
 91) Flick U : 前掲、pp114 - 115.
 92) Flick U : 前掲、pp115 - 117.
 93) 片桐隆嗣 : 前掲、pp27 - 28.
 94) Flick U : 前掲、pp123 - 131.
 95) 大出春江 : 『口述の生活史』作品化のプロセス. 中野卓、桜井厚編 : 前掲、pp87 - 89.
 96) 桜井厚 : 前掲、pp107 - 109.
 97) Flick U : 前掲、p143.
 98) Vaughn S, Schumm JS, Sinagub JM : 前掲、pp7 - 8.
 99) 安梅勅江 : ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 - 科学的根拠に基づく質的研究法の展開. pp35 - 37、東京、医歯薬出版、2001.
 100) 安梅勅江 : 前掲、pp84 - 111.
 101) Flick U : 前掲、pp147 - 157.
 102) 佐藤郁哉 (1992) : 前掲、pp129 - 132.
 103) Flick U : 前掲、p177.
 104) 佐藤郁哉 (1992) : 前掲、pp133 - 134.
 105) Holloway I, Wheeler S : 前掲、pp66 - 67.
 106) Flick U : 前掲、pp179 - 182.
 107) 佐藤郁哉 (1992) : 前掲、pp180 - 185.
 108) Flick U : 前掲、pp183 - 184.
 109) Holloway I, Wheeler S : 前掲、p65.
 110) 春日キスヨ : 介護の社会学. pp183 - 225、東京、岩波書店、2001.
 111) Holloway I, Wheeler S : 前掲、pp137 - 150.
 112) 箕浦康子 : フィールドワークと解釈的アプローチ. 箕浦康子編 : 前掲、p3.
 113) Flick U : 前掲、pp190 - 192.
 114) Wang CC, et al : Photovoice as a tool for participatory evaluation: The community's view of process and impact. Journal of Contemporary Health, 4(3) : 47 - 49, 1996.
 115) 岡村純、金城芳秀 : 沖縄県離島におけるPhotovoiceの試み 参加型 Needs Assessmentとしての応用 . 沖縄県立看護大学紀要、3 : 101 - 106、2002.
 116) Flick U : 前掲、pp192 - 193.
 117) 片桐隆嗣 : 前掲、pp34 - 35.
 118) 片桐隆嗣 : 前掲、p38.
 119) Flick U : 前掲、pp194 - 195.
 120) 片桐隆嗣 : 前掲、pp40 - 41.
 121) Plummer K : 前掲、pp23 - 54.
 122) Holloway I, Wheeler S : 前掲、pp69 - 71.
 123) 片桐隆嗣 : 前掲、pp41 - 42.
 124) Flick U : 前掲、p220.
 125) Flick U : 前掲、p220.
 126) Strauss A, Corbin J : 前掲、pp59 - 71.
 127) Strauss A, Corbin J : 前掲、pp77 - 81.
 128) Strauss A, Corbin J : 前掲、pp98 - 101.
 129) Strauss A, Corbin J : 前掲、pp101 - 110.
 130) Flick U : 前掲、pp227 - 228.
 131) Strauss A, Corbin J : 前掲、pp120 - 121.
 132) Strauss A, Corbin J : 前掲、pp196 - 197.

- 133) Strauss A, Corbin J: 前掲、pp184 - 187.
- 134) 儘田徹：社会学の質的調査研究法としてのグラウンデッド・セオリー・アプローチ. 保健医療社会学論集、9：50 - 51、1998.
- 135) 森岡崇：グラウンデッド・セオリーをめぐって（解説）. Strauss A, Corbin J: 前掲、pp277 - 279.
- 136) 水野節夫：調査研究プログラムとしてのデータ対話型理論の可能性（訳者解説）. Glaser BG, Strauss AL: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. 1967. 後藤隆、他訳：データ対話型理論の発見 - 調査からいかに理論をうみだすか. pp370 - 372、新曜社、1996.
- 137) Grbich C: 前掲、pp159 - 160.
- 138) Flick U: 前掲、p230.
- 139) 山本則子、他：グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス. 東京、文光堂、2002.
- 140) Flick U: 前掲、pp230 - 231.
- 141) 木下康仁：前掲、pp126 - 135.
- 142) 高城和義：パーソンズ 医療社会学の構想. pp5 - 6、東京、岩波書店、2002.
- 143) Grbich C: 前掲、pp160 - 161.
- 144) Flick U: 前掲、pp231 - 235.
- 145) Krippendorf K: 前掲、pp7 - 10.
- 146) Holloway I, Wheeler S: 前掲、p197.
- 147) Flick U: 前掲、pp237 - 238.
- 148) Flick U: 前掲、pp238 - 240.
- 149) Krippendorf K: 前掲、pp168 - 183.
- 150) Flick U: 前掲、p246.
- 151) Holloway I, Wheeler S: 前掲、p162.
- 152) Flick U: 前掲、pp247 - 249.
- 153) Flick U: 前掲、p252.
- 154) Bertaux D: 前掲、pp60 - 67.
- 155) Flick U: 前掲、pp253 - 254.
- 156) Flick U: 前掲、pp256 - 258.
- 157) Holloway I, Wheeler S: 前掲、p3.
- 158) Holloway I, Wheeler S: 前掲、pp41 - 53.

An Introduction of Qualitative Research to Nursing

- From The Viewpoint of Social Research Methodology -

Jun OKAMURA, M.H.S.¹⁾

In human sciences, much attention is now focused on qualitative research, but there is a diversity of definitions of *qualitative research* and its criteria. Then, in order to introduce qualitative research to nursing from the viewpoint of social research, literature reference discussion has been conducted.

The results of this discussion revealed that qualitative research in nursing should be considered as follows:

- 1) It can be defined expediently as the research, in which each subject is valued as a case, the case is not taken out of the context where it is present, the case is described by the text that each subject represents, and researchers interpret the meanings of the text in vivo code.
- 2) It is essentially similar to nursing practice, in which each client is importantly treated as an individual, the wants that each client presents are met, the cultural and community context of their wants is understood, caring and intervention is given, and their satisfaction with the practice is evaluated.
- 3) It can be evaluated from the standpoint of four criteria :
 - *dependability*, which means that any reader of the article can trace the process of the researcher's text interpretation and they can double-check similar cases for purposes of comparison;
 - *credibility*, which means that his/her interpretation of the text can be credited in a context;
 - *transferability*, which means that his/her interpretation of the text in a context can be transferred to another context; and
 - *relevance*, which means that its results can contribute to the solution of clinical problems.

Key words: qualitative research, dependability, credibility, transferability, relevance

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

原著

沖縄県の精神障害者小規模作業所に関する研究(第1報)

Y町精神障害者小規模作業所：コストとケア必要度の変化

伊礼 優¹⁾ 田場真由美¹⁾ 上門亜希子²⁾ 吉本喜美江²⁾
神里利枝子²⁾ 山根春美²⁾ 下門トキコ²⁾ 長浜初枝³⁾

近年、我が国の障害者基本法が改正され、精神障害者の「生活のしづらさ」が生活障害として認定された。従来の病院収容主義から社会参加への流れとなり、ノーマライゼーションは着実に進展している。精神障害者小規模作業所は障害者の社会参加を高める為の施策の1つであり、全国にその数は増えている。ノーマライゼーションの進展には地域の役割が大切であり、市町村への期待も大きい。しかし市町村の負担も拡大し、特に医療費や補助金等のコスト問題は深刻である。本研究の対象であるY町は、これまで精神障害者への地域活動としてデイケアや相談業務、家族会の支援を行ってきた。しかし、それに要した町の支出は僅かであり、その効果も十分に評価されていなかった。

2001年に家族会による作業所が設立され、町より110万円の補助金を受けて活動を続けている。その作業所の経過を踏まえ、コストと利用者の変化を調査し、設立の効果を図る事を目的とした。

研究方法

対象者は、沖縄県Y町の作業所を利用する24人である。コストに関しては国民健康保険料の支出に注目し、作業所の設立前後の比較を行った。利用者の変化に関しては、精神障害者ケアガイドライン検討委員会版ケアアセスメント票の「ケア必要度」を用いて、障害の変化を振り返り調査にて分析した。自由記載の欄には、利用者の変化の概要を作業指導員に依頼し、その文章からカテゴリーを抽出し作業所の役割を分析した。

結果及び結論

1. Y町における「精神及び行動の障害」に要する診療費は高額であり、更に医療費が増加する事も予想された。その為の検討や対策が非常に大切であると示唆された。
2. Y町は作業所の設立により、1年目で約260万円、2年目で約330万円の支出を削減し、医療費の抑制に効果を示していた。
3. 「ケア必要度」の改善には個人差があり、一概に精神障害という同じ疾患でも個別性を踏まえる重要性が示唆された。
4. 作業所の機能にリハビリテーションの効果があると示唆された。
5. 作業所のリハビリテーション機能の効果として、病状安定とケアの必要性の軽減が挙げられ、その他に現状の能力を維持する効果もあると示唆された。
6. 作業所の役割には就労の他、利用者が安心できる場所の提供であり、利用者にとって「憩いの場」であると示唆された。

キーワード：精神障害者、小規模作業所、コスト、ケア必要度、市町村

緒言

我が国の精神保健に関する法律は、明治初期までは法的規制が無く、精神病の治療は加持祈祷に頼っていた¹⁾。その後精神病患者監護法や精神病院法が制定されるも、病者を自宅牢に拘束する私宅監置を容認し、人権に配慮された法律とは言い難い。

終戦と同時に私宅監置を廃止した精神衛生法が制定され、適切な医療を提供する国の責務が成立した。精神衛生法は精神保健法へ改正され、1995年は「障害者プラン：ノーマライゼーション7ヶ年戦略」が発表された。同年「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律」(以下、

精神保健福祉法)が成立し、精神障害者の抱える「生活のしづらさ」が法律の上でも生活障害として正式に認定された。近年は「精神病院から社会参加へ」という急速の流れにあり、ノーマライゼーションは確実に進展している。

精神障害者小規模作業所(以下、作業所)は、障害者が地域で生活する為の拠点であり、精神保健法により社会復帰施設が法定化される以前から、就労に向けた地域の受け皿として重要な役割を担っていた²⁾。

作業所は法定化により増加を続け、2002年で全国に1,740ヶ所、沖縄にも44ヶ所の作業所が設立されている³⁾。地域社会のバリアフリーを促進する為にも作業所の充実が一層必要であり期待も高まる中、作業所が大都市に集中し、地方では運営も不安定という問題も指摘されている²⁾。

1) 沖縄県立看護大学
2) 与那城町役場
3) 与那城町あやはし作業所

本研究の対象である作業所は沖縄県Y町にあり、地理的には本島中部の東海岸に位置し、12の地区からなる人口13,000人の町である。近年は人口増加率も低下しており、町の標準財力指数0.318で沖縄県52市町村中21位、経営収支比率89.8で32位であり⁴⁾、財政力が豊かな町とは言い難い。作業所の運営は市町村からの補助金が大きく影響し、町の財政力が精神障害者の社会参加に関連してくる。Y町での精神障害者に関する活動には1985年から開始されたデイケアがあり、現在は月4回のペースで実施されている。その他に2001年に結成された家族会の支援や訪問による当事者支援が行われている。どちらの活動も経済的に余裕の無い町にとっては予算を捻出する事が難しく、活動に支障をきたしてきた。2002

年4月からは、従来都道府県の業務であった社会復帰施設等の利用相談も市町村に移管され、精神保健福祉施策に対して市町村の役割は増大している。精神障害者に関する研究は数多いが、作業所の運営費用に関する研究は全国的に少数であり、沖縄県でも伊良部町や西原町における作業所の報告⁵⁾⁶⁾があるが、その数は限られている。又、精神障害者ケアガイドライン検討委員会版ケアアセスメント票の「ケア必要度」を用いた研究は殆ど無く、この調査の意義は大きいと考える。

研究方法

1. 対象

本研究の対象は、沖縄県Y町の作業所である。Y町は

表1 ケア必要度の構成

1 自立生活能力

- a. 身のまわりのこと（パーソナルケア）
 - a-1) 必要な食事をとること（偏りすぎない充分な量の食事をとる）
 - a-2) 生活リズム（起床時間などの生活リズムが確立している）
 - a-3) 個人衛生・みだしなみ（洗面、整髪、入浴などを自主的におこなう）
 - a-4) 清掃やかたづけ、洗濯（必要に応じて清掃やかたづけができる）
 - a-5) 金銭管理（1ヶ月程度のやりくりが自分で出来る）
- b. 安全の管理
 - b-1) 火の始末（タバコ、こたつ、ストーブなどの火の始末ができる）
 - b-2) 大切な物の管理（めったに大切な物をなくしたり、忘れてしまわない）
- c.1 健康の管理
 - c-1) 服薬管理（適切に自分で管理している）
 - c-2) 身体健康の管理（必要な療養行動をとれる）
- d. 社会資源の利用
 - d-1) 交通機関の利用（バス・電車等の未知の路線を利用できる）
 - d-2) 公共機関・金融機関の利用（役所、郵便局、銀行などを利用できる）
 - d-3) 電話の利用（必要に応じて電話を使用できる）
- e. 対人関係（主に、家族以外との関係について評価）
 - e-1) 協調性（近所・仕事場・施設等で他者と大きなトラブルを起こさない）
 - e-2) 自発性（必要に応じて誰に対しても自分からはなせる）
 - e-3) とおり近所との付き合い（あいさつなど最低限の近所付き合い）
 - e-4) 友人等との付き合い（自分から友人をつくり継続してつきあう）
- f. 社会的役割・時間の活用
 - f-1) 自分なりの社会的役割をもつ（就労、作業所への通所などができる）
 - f-2) 趣味・空いた時間の過ごし方（趣味を持ち、自主的に行っている）

2 緊急時の対応

- g-1) 心配ごと（ストレスを受けた場合）の相談（自分で援助を求める）
- g-2) 悪化時の対処（誰かに相談したり医療機関を訪れる）

3 配慮が必要な社会行動

- h-1) 会話の不適切さ
- h-2) マナー（食堂や交通機関など公共の場所で常識的なマナーを配慮できない）
- h-3) 自殺ないし自傷の念慮や行為（自殺を口にするなど）
- h-4) その他社会的適応を妨げる行動

評価得点

自立	ほぼ自立	要支援		
		や時 援に 助 言	や強 援い 助 言	働強 き力 かな け
1	2	3	4	5

T福祉保健所(2001年I保健所等が統合)の管轄にあり、管内で把握されている精神障害者の千対患者数は29.17人で県平均20.00人と比較しても高い。その中でもY町の千対患者数は32.97人で管内でも上位を占めており、障害者対策が急がれる市町村である⁵⁾。

作業所はY町に住む精神障害者家族会によって2001年6月に設立され、3年目を迎えた小規模作業所である。現在、作業所に登録した24人の利用者が対象である。

2. 方法

1) Y町の保健師と住民課の職員に協力を依頼し、国民健康保険ネットを利用して、2000年(作業所設立以前)と2001年・2002年(作業所設立以後)のレセプトより診療費を算出。Y町の保健衛生課が作製した精神保健状況の資料を基に、作業所の設立前後の診療費、特に国民健康保険の変化に着目して市町村のコストを分析した。

2) 精神障害者ケアガイドライン検討委員会版ケアアセスメント票は、厚生労働省・障害保健福祉部が精神障害者のケアマネジメント導入の為、市町村職員でも気軽に障害者のアセスメントが出来るように開発されている⁷⁾。利用者の希望を明確にする項目とケアアセスメント票があり、保健師等の専門職が評価する「ケア必要度」も備えている。「ケア必要度」は表1に示すように"自立生活能力"と"緊急時の対応"、"配慮が必要な社会行動"の3領域の分類があり、合計24項目の質問内容で構成され、5段階評定で評価される。精神障害の場合、身体や知的障害と異なり病状の変化によって障害が変動する特徴があり、「ケア必要度」は障害の変化を測定する事が可能で、作業所の利用が病状安定に関連するかを判断する事が出来る。評価に関しては作業所設立から3年が経過した2003年9月に利用者の入所前を振り返り「ケア必要度」を測定し、同時に測定した入所後の「ケア必要度」と比較した。個人の主観性を排除する為の工夫として作業指導員1人と町保健師4人の共同作業で取り組み、作業所

の効果进行分析した。

3) 今回の調査では入所後の変化を記入する欄を設け、その欄には入所当時より関わりの深い作業指導員に対して利用者の変化を伺い、その文章からカテゴリーを抽出し作業所の役割の具体的特徴を分析した。尚、この調査項目も作業所が設立され3年が経過した時点での変化を調べている。

3. 期間

調査期間は2003年7月から9月であり、前半は調査の意義や調査方法を作業指導員や町保健師と検討し、後半は入所後の「ケア必要度」を振り返って測定し、その評価・分析を行った。

4. 倫理的配慮

調査の際、関係資料等は全て個人が確定されないようにイニシャルとし、資料の受け渡しも役場に直接出向く等、利用者のプライバシー保持に努めた。又、利用者への配慮として作業所に足を運び筆者の所属を明らかにし、研究の意義や目的を可能な限り説明を加えて調査の了解を得ている。

5. 分析方法

医療費に関してはY町の精神保健状況⁵⁾と国民健康保険ネットのレセプトから導き出された結果を参考にした。今回の調査は市町村の医療コストを中心に考えており、作業所利用者の中でも町の支出に関する国民健康保険加入者に注目している。まず町の精神障害者の状況を把握し、医療費による市町村財政の負担を考えた。次に個人の医療費を毎月ごと算出し、作業所設立の前後の違いを確認してその効果を検討した。

「ケア必要度」に関しては、利用者の平均年齢や平均利用期間の基本属性を確認し特徴を確認した。尚、平均の年齢や期間についてはt-検定を用いている。又、入所

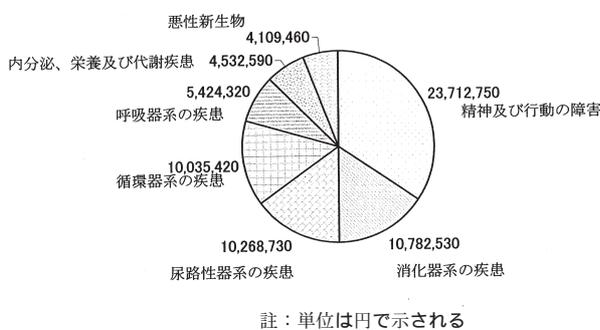


図1 国民健康保険・疾病分類別医療費の状況
一ヶ月分

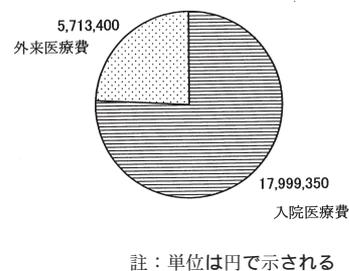


図2 国民健康保険・入院外来別医療費の状況
一ヶ月分

後の「ケア必要度」の得点の違いには Wilcoxon の符号付順位検定を用いて、病状や症状の変化を確認している。解析は、統計解析ソフトウェア S P S S Ver. 10.0J を使用した。

自由記載の欄には作業指導員や町保健師が利用者の変化を記入しているが、その内容を共同研究者でカテゴライズし、位置づけを検討して作業所の効果を推察した。

結 果

1. 図1にY町の国民健康保険の1ヶ月分の疾病分類別医療費の状況を示した。診療費の上位7項目の中でも、「精神及び行動の障害」に要する診療費は圧倒的に他の疾患より高額であった。図2は「精神及び行動の障害」

の診療費を入院別と外来に分類した資料である。入院医療費は外来医療費の約3.2倍のコストが掛かり、市町村の財政を圧迫している事が理解できる。

精神障害者の医療は入院や外来のみならず、病院デイケアという社会復帰に向けたリハビリテーションがあり、その医療費も増額されている。デイケアは細分化され、現在はデイナイトケア、ナイトケアとその種類も増えている。町保健師は2002年に常時作業所を利用している19人が病院デイケアを利用した場合、年間で30,823,480円の医療費が必要と算出し、作業所の設立は市町村の医療費削減に繋がると考えた。図3は町保健師の作製した資料を基に作業所とデイケア等に要するコストをグラフ化し比較したものであるが、デイケアのみならず高額なデ

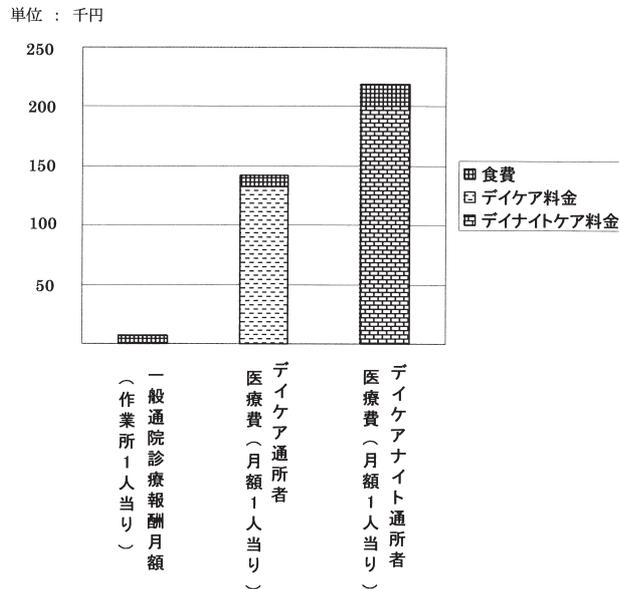


図3 作業所利用者とデイケアとデイナイトケアの医療費の差

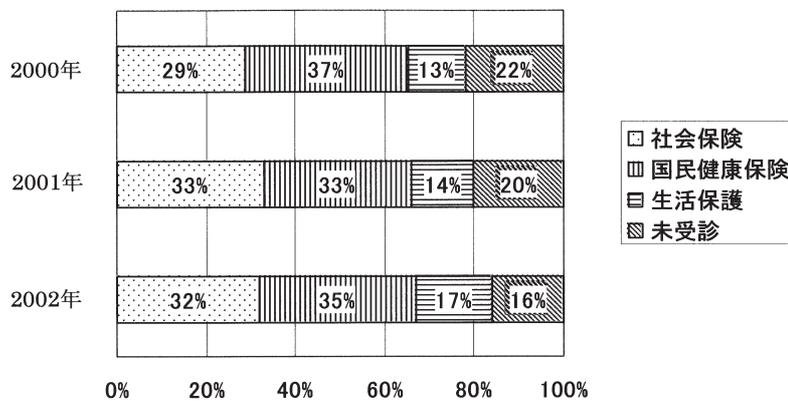


図4 利用者の保険の種類と比率

イナイトケアやナイトケアへの医療費の出費を考えると、市町村の支出は莫大になると推察される。

2. 町保健師は、作業所の設立により市町村の医療費抑制に結びつくかと推察していた。今回の調査では、その実態を明らかにするため作業所利用者の国民健康保険料の支出に着目し、図4に利用者の保険の種類と比率を示した。これは利用者24人の保険を月単位で算出し合計した

ものであるが、国民健康保険の比率が約4割で他の保険より上位に位置している。又、各保険の比率は作業所の設立前後に大きな変動は無い事が分かった。

図5は、作業所設立前後の国民健康保険料の支出総額を示している。施設利用者24人の中で国民健康保険に加入している利用者は11人で、設立前の2000年では総額10,486,460円の医療費を支出していた。しかし作業所が設立された2001年では6,742,670円の支出で、2002年で

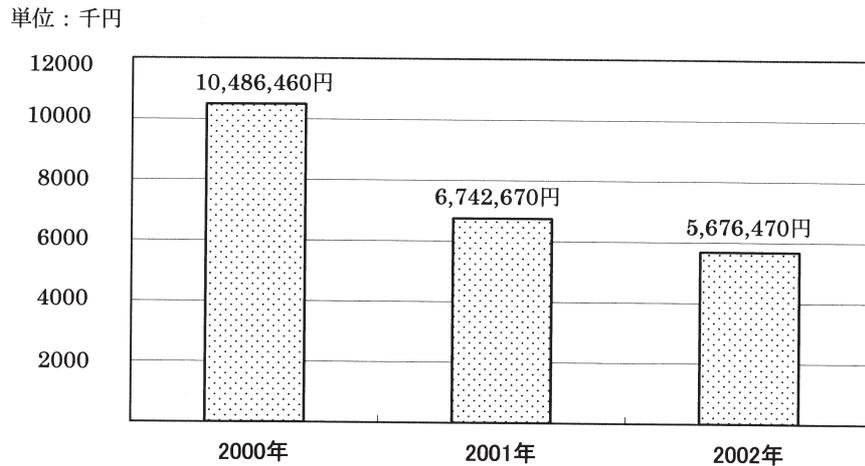


図5 国民健康保険利用者（精神障害者）の医療費の支出総額

表2 作業所利用者の平均年齢と利用期間

	n	平均年齢 (標準偏差)	t 値	有意差	利用期間 (標準偏差)	t 値	有意差
男性	19	43.79 (12.08)	-0.57	n.s	1.32 (0.74)	-0.96	n.s
女性	5	47.40 (14.15)			1.66 (0.55)		
全体	24	44.74 (12.53)			1.39 (0.70)		

t-検定 n.s.:not significant

表3 作業所の入所前と入所後の「ケア必要度」の違い

	自立生活能力得点	緊急時の対応	配慮が必要な社会行動	ケア必要度・総得点
Z	-2.27	-2.12	-1.00	-2.80
有意確立	0.002	0.003	0.317	0.005
有意差	**	*	n.s	**

* : 0.01 < p < 0.05 ** : 0.001 < p < 0.01 n.s.:not significant

Wilcoxon の符号付順位検定

は5,676,470円の支出となっており、設立から1年で約3,743,790円、2年では約4,809,990円の医療費を削減していた。国民健康保険の場合、市町村負担は7割であり、町の支出は設立の年で約2,620,653円、2年目で約3,366,993円の削減が明確になり、作業所の設立が医療費抑制に繋がっていると言える。

3. 作業所利用者の基本属性を表2に示した。平均年齢では男子43.79歳、女性47.40歳であり、平均利用期間では男性1.32年、女性1.66年であった。統計上の有意差は無いも男性が若く、女性は利用期間が長い傾向が分かった。

4. 「ケア必要度」の結果は以下のように分析された。

1) 今回は、作業所設立から入所前と入所後の「ケア必要度」の振り返り調査を行っており、利用者の得点の違いを表3に示した。尚、この調査では評価者の判断をより正確にする為、作業所への参加が継続している18人を対象とし、利用者の「ケア必要度」の信頼性が高まるように努めた。

「ケア必要度」の総得点に有意差が示され、入所後にケアの必要性が軽減し、病状が安定している事が分かった。その中でも"自立生活能力"と"緊急時の対応"の得点で有意差が示され、社会生活を営む為の自立性や、危機状態に陥らないストレスコーピングが作業所に通うことで向上したと言える。

"配慮が必要な社会行動"の得点には有意差は示されていないが、その理由として"配慮が必要な社会行動"の下位尺度である'会話の不適切さ'や'マナー'自傷ないし自傷の念慮や行為'では入所前からの自立度が高く、入所後と殆ど差がなかった事が挙げられる。

2) 「ケア必要度」の構成要素に1つである"自立生活能力"の下位尺度を詳細に分析し、結果を表4に示した。その中で'身のまわりのこと'、'対人関係'の項目で有意差が示され、作業所を利用する事で上記2項目の改善に繋がることが分かった。

更に'対人関係'の下位尺度を分析した結果は表5に示さ、自発性の項目が有意に改善されていた。

3) 図6は作業所を利用した期間と入所後の「ケア必要度」の得点差を示した散布図である。最高で15点の改

表4 “自立生活能力”の詳細

	Z	有意確立	有意差
身のまわりのこと	-1.99	0.046	*
安全管理	-0.56	0.577	n.s
健康の管理	-0.82	0.414	n.s
社会資源の利用	-1.63	0.102	n.s
対人関係	-2.12	0.027	*
社会的役割・時間の活用	-1.82	0.069	n.s

* : 0.01 < p < 0.05 n.s: not significant
Wilcoxon の符号付順位検定

表5 対人関係'の詳細

	Z	有意確立	有意差
隣近所との付き合い	-1.63	0.102	n.s
協調性	-1.06	0.109	n.s
自発性	-2.12	0.034	*
友人などとの付き合い	0.00	1.000	n.s

* : 0.01 < p < 0.05 n.s: not significant
Wilcoxon の符号付順位検定

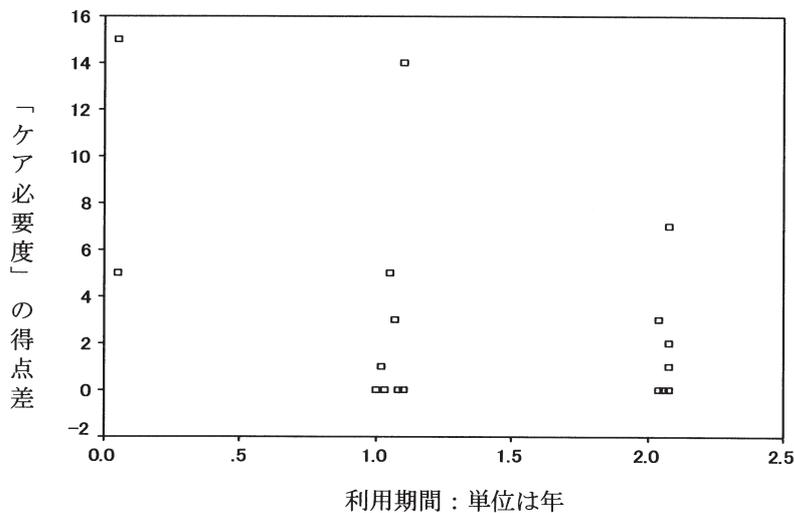


図6 利用期間と「ケア必要度の得点差」との関連

善があった利用者や、変化の無い利用者がある事が理解できる。しかもその変化は、入所後すぐに改善する場合や1年から2年かけて改善する場合があり、Spearmanの相関係数と用いても有意差は示されず、精神障害者の特徴を示していた。

入所後に「ケア必要度」に変化の無い利用者が7人存在するが、入所前の「ケア必要度」の平均得点が1.44であり、作業所を利用する以前から、ほぼ自立して生活できる利用者であった。

この散布図で注目すべきは、作業所を利用する全員の「ケアの必要度」の得点差が負の値を示していない事である。

5. この調査では作業指導員や町保健師に対して、自由記載として作業所へ入所してからの変化を伺っている。その記載を共同研究者と共にカテゴリーを抽出し、その結果を図7に示した。カテゴリーは、「居場所の確立」「生活リズムの確立」「社会性の確立」「コミュニケーションの確立」「対人関係の確立」「生き甲斐の獲得」「病状の安定」「入院の必要性の低下」に分類する事ができた。作業所へ参加する事によって、居場所や生活リズムの確立に繋がり、社会性や対人関係、コミュニケーションが拡大すると考えられる。又、それらの関係は相互に影響していると考えられ、その結果、生き甲斐を獲得し、病状が安定し入院する必要性が低下すると推察された。

考 察

1. 医療費の現状から

我が国の精神障害者施策は、疾患への理解不足のために収容主義が続き、長期入院という弊害を生んでいた。しかし1993年に障害者基本法の成立によって精神障害者がはじめて「障害者」として位置づけられ、1995年には障害者ノーマライゼーション7ヶ年戦略が策定され、同年に精神保健福祉法が成立した。これまで保健と福祉で別々に行われていた精神障害者施策が統合され、精神障害者の社会復帰対策は加速した。現在もその流れは進行中であり、2002年からは精神障害者保健福祉手帳や通院医療費公費負担に関する申請の業務や社会復帰施設の相談・助言が保健所から市町村に移管⁸⁾され、市町村における地域支援の役割が高まっている。同時に市町村の負担も増しているが⁹⁾、更に精神保健福祉法の成立により、これまで公費優先であった医療費が保険優先となり市町村の医療費の問題はより重大となっている。今回の調査結果でも「精神及び行動の障害」に要する町の支出は他の疾患を大きく上回り、何らかの検討が必要と思われる。沖縄県の国民健康保険団体連合会の医療費分析事業による4市町村をモデルとして作成された資料¹⁰⁾からも、年間1人あたり300~500万円を支払う医療費のうち77.63%が「精神及び行動の障害」によるものと示され、Y町のみならず他市町村でも深刻な問題として受け取る事が出来る。

我が国では「精神及び行動の障害」は高血圧性疾患について多く、年々増加を続けている。精神障害者のノーマライゼーションが進み、脱施設化が進行する中、通院治療を受ける患者も増加傾向を示している。2002年の沖縄県の精神障害者受療状況¹¹⁾を見ると、入院患者が2,451人に対して外来患者は25,681であり、入院患者数は変動が少ないのに比べて外来患者数は10年前の約2倍と急増している¹²⁾。入院医療費より外来医療費が低額にしても外来患者数の急激な伸びは、市町村の財政を圧迫し負担は増大している。更に外来医療の場合、リハビリテーションとしてデイケアやナイトケアが活発に行われており、予算の少ない市町村にとっては深刻な問題である。後藤¹³⁾は沖縄県の精神保健福祉の特徴を訪問看護や通院医療費公費負担などが高く、病床数の高さを繁栄していると報告しており、本県の病院依存が伺える。確かに精神障害者の社会参加に向けたリハビリテーションは大切であり、デイケアやナイトケアの存在を否定する考えは一切無い。しかし予算の少ない市町村にとっては深刻な問題で、精神保健福祉の施策が後退する可能性も秘めており、市町村の格差に繋がりがねない。その様な状況を踏まえて医療に掛かるコストを検討する事は大切と考える。

町保健師は訪問活動を続ける中で、地域で十分に適応できる障害者がデイケアやナイトケアを活用している状況を観察している。又、治療により病状が安定した患者

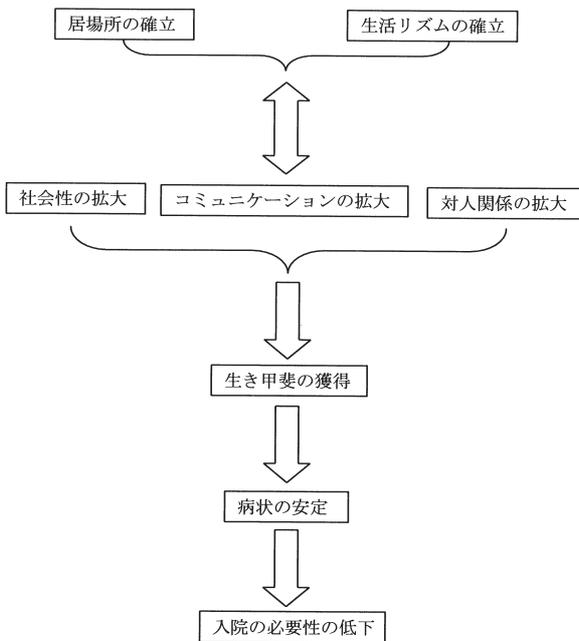


図7 作業所後の変化のカテゴリー

でも行き場が無く、生活リズムが崩れて再入院につながるケースも確認している。精神障害者の場合、医学的には入院治療の必要がないにも関わらず、地域の受け皿がない為に入院を強いられる（社会的入院）ケースがあり問題も多い。黒田¹⁴⁾は社会的入院について、障害者のノーマライゼーションを妨げるばかりでなく、不必要な医療費の増加に繋がると指摘している。同様に町保健師も医療費の増大ばかりでなく、障害者の社会参加を促す立場からも矛盾を感じ、作業所設立と同時にコスト削減の報告⁴⁾をして作業所の効果を訴えていた。今回の調査の結果でも、作業所設立から1年で約2,620,653円、2年目で約3,366,993円の市町村のコスト削減が明確になり、市町村からの補助金1,300,000円と比較しても作業所の設立の効果は十分に示された。

2. 「ケア必要度」の結果から

作業所は市町村の医療費削減が目的では無い。本来は障害者の就労目的や居場所の確保が役割であり、医療モデルでなく生活モデルに基づいた社会参加を目標としている。作業所による経済的効果も大切であるが、社会に参加する為の効果も必要とされている。調査では、精神障害者ケアガイドライン検討委員会版ケアアセスメント票の一部である「ケア必要度」を用いて利用者の病状や症状の変化を分析した。その結果から「ケア必要度」の総得点に有意差が示され、入所後にケアの必要性が軽減し、病状が安定している事が分かった。小山内¹⁵⁾は精神障害の中でも多くの比率を占める統合失調症について、慢性に経過し、あるいは再燃・再発を繰り返す場合が多いと述べており、同様な報告も数多い。Y町作業所の利用者も殆どが統合失調症の診断を受けており、病状が不安定になる要素を抱えながらも作業所の設立により病状の安定を図る事ができたと言える。蜂谷¹⁶⁾は精神の障害について、作業能力や人間関係の障害、および日常生活活動能力の障害があり、それらを生活障害と呼んでいる。しかし作業所の入所により「ケア必要度」が改善され障害が軽減した事は、作業所がリハビリテーションの役割を果たしているとも言える。リハビリテーションの語源は名誉や権利の回復と言われ、医療や福祉では「疾病やそれによる障害によって喪失、あるいは低下した機能や権利の回復」と言われている¹⁷⁾。

以上の事から、利用者は作業所に参加する事で病状の安定を図り、低下した機能や権利を回復し、疾病による障害を克服しつつあると考える。作業所について鈴木¹⁸⁾は、仕事を通して病気が生活、自助グループに意義を持ち、仕事をする現実感覚が社会的責任を認識すると述べている。Y町作業所でも作業の他に指導員や同僚を通して、多くの人間関係を学ぶ事が出来、共に会話をしたり、食事をする等の日常生活を営んでいる。Y町作業所の活動は社会参加に向けた効果的な活動を展開している事が伺える。

「ケア必要度」の中でも"自立生活能力"と"緊急時の対応"の得点で有意差が示され、社会生活を営む為の自立性や危機状態を回避するコーピングが向上していた。特に精神障害の場合、疾患がストレス脆弱性モデルで説明されるようにストレスとの関連が強い¹⁹⁾。コーピングは重要な課題の1つであり、「緊急時の対応」の項目に改善がみられた事は、対処能力が高まったと考える。阿保²⁰⁾は精神障害の捉え方を「危機の乗り越えにおいて多くの困難を抱えることから、結果的にももの見え方を核とする生活様式、あるいはその人自身の精神構造が状況と適合していない特異な状態に置かれる事態」としており、危機の乗り越えが障害を克服する事を示唆している。「緊急時の対応」の詳細には、心配ごとの相談や悪化時の対処についての下位尺度があり、利用者は作業所の入所によって誰かに相談する事が増える等、危機克服の能力が身につく、障害を克服しつつある事が理解できる。

唯一、得点に有意差の無かった"配慮が必要な社会行動"の項目については、その理由として入所前から'会話の不適切さ'や'マナー'、'自殺ないし自傷の念慮や行為'の下位尺度で自立度が高く、入所後の得点と殆ど差がなかった事が挙げられる。そもそも自傷他害の恐れのある人は治療が優先され、作業所に適応するとは考えにくい。逆に'会話の不適切さ'や'マナー'が、ある程度の自立した状態にあれば作業所を利用しやすいレベルにあると考えられ、保健師の自宅訪問の際、判断基準として活用する事が可能である。しかし作業所が社会復帰施設という役割を担っている事を踏まえると、'会話の不適切さ'や'マナー'の項目は作業所への入所により改善される可能性が高く、今後は上記2項目の自立度が低い人への呼びかけも作業所の課題と言える。

「ケア必要度」を詳細に分析した結果"自立生活能力"の項目で'身のまわりのこと'、'対人関係'の下位尺度に有意差が示されていた。作業所に参加することで生活リズムはもちろん、身だしなみ等の個人衛生が改善していると推察される。指導員の情報では賃金に関して厳しい意見がある等、金銭に関してもしっかりとおり、'身のまわりのこと'が自立している状況が理解できる。'対人関係'では特に自発性の項目が有意に改善されていた。山下²¹⁾の報告で精神障害者の特性の1つに、人付き合いを苦手とし、社会的な場面において適切な行動をとる能力が低下する事を挙げており、慢性化した人々は陰性症状により特に自発性が低下する。確かに統合失調症の場合その様な症状が多く見られ、臺²²⁾は「生活のしづらさ」という表現を用いている。作業所の利用により'対人関係'の項目が改善された事は、作業所は単に仕事の提供する場ではなく、利用者の対人的交流を深める場である事が改めて理解できる。角谷²³⁾の研究でもリハビリテーションプログラムにより対人交流の改善が示されており、作業所のもつリハビリテーション機能は対人交流の改善にも効果を示していた。

3. 利用期間と「ケア必要度」の関係から

作業所の利用期間と入所後の「ケア必要度」を示した散布図からは、利用者の「ケア必要度」の改善には個人差があり、その変化に要する期間もすぐに改善する場合や穏やかな場合があると分かった。坂田²⁴⁾は障害者自身のもつ対処技能や家族、専門家の支えといった防御因子の存在が病状に影響すると説明しており、作業所利用者の個人の気質や支援者の存在により障害レベルは左右される事が理解できる。一概に精神障害者という同じ疾患でも個別性を踏まえる重要性が伺える。

作業所へ入所後も「ケア必要度」の得点に変化の無い利用者が7人存在したが、入所前の平均得点が1.44であり、ほぼ自立した生活ができていたと推察された。

この散布図で注目すべきは、作業所を利用する全ての人々のケアの必要性が増加していない事であった。上田²⁵⁾は障害の構造を、疾患に始まり、機能・形態障害(心理・生理・解剖的な構造の損失)、能力障害(人間として通常とされる活動の減少)、社会的不利(機能・形態や能力障害により制限される不利)に分類し、その順序は一方向と説明している。中澤²⁶⁾は上田モデルを一部改正して精神障害の特徴を説明し、病状の悪化が機能・形態障害や能力障害、社会的不利に影響する場合と、社会的不利や能力障害により病状が悪化する関連を示し、病と障害が双方に影響を与えると述べている。中澤²⁶⁾の説明に基づくと、利用者全員のケアの必要性が増加していない理由として、病状の安定に加え能力障害が改善し、社会的不利を被る事が軽減したと言える。精神疾患の場合、病状安定や能力障害、社会的不利が相互に影響しあう困難な面をもつが、作業所の入所によりこれらはバランス良く解決している。この結果より、作業所の機能にはケアの必要度を増加させず、維持・向上する能力が備わっていたと推察された。

4. 入所後の変化のカテゴリー

作業指導員や町保健師に対して、自由記載として作業所へ入所してからの変化を調査し、「居場所の確立」「生活リズムの確立」「社会性の拡大」「コミュニケーションの拡大」「対人関係の拡大」「生き甲斐の獲得」「病状の安定」「入院の必要性の低下」という8項目のカテゴリーが抽出された。そのカテゴリーの関係を共同研究者で検討し、その結果を図7に示した。

村田²⁷⁾は社会復帰に向けて支援するデイケアの役割の中で「居場所の提供」の重要性を述べているが、今回の調査でも「居場所の確立」という変化がカテゴリーとして抽出された。利用者にとって作業所は単に作業をする場所では無く、自己の存在が保障される安心の場所である事が理解できる。

精神障害者にとって睡眠は大切なバロメーターであり、中井²⁸⁾も看護する上で睡眠の観察が重要であると述べている。カテゴリーには「生活リズムの確立」という項目

があり、利用者は作業所に通う事で規則的な生活をしている事が推察された。規則的な生活をする為には十分な睡眠が必要であり、日中の作業が熟睡をもたらしていると考えられる。

「社会性の拡大」「コミュニケーションの拡大」「対人関係の拡大」という3種類の変化のカテゴリーが抽出された事は、中澤²⁶⁾の説明する能力障害(人間として通常とされる活動の減少)が改善した事を示している。又、上記3つの変化は、生活技能の高まりと推察されるが、鈴木²⁹⁾も作業療法によって統合失調症の生活技能が高まると同様な結果を報告している。

「居場所の確立」や「生活リズムの確立」により「社会性の拡大」「コミュニケーションの拡大」「対人関係の拡大」に繋がる事が推察される。逆に「社会性の拡大」等が居場所や生活リズムの確立に影響しているとも推察される。作業所に入所する事により、これら相互の影響力が効果的に作用していると考えられる。

作業指導員は利用者の変化として「趣味を披露する場が増えた」「生き活きてきた」「父として自信が増した」等の記入しており、「生き甲斐の獲得」というカテゴリーが抽出された。その「生き甲斐の獲得」という変化は、上記の相互作用の結果と捉える事はできないだろうか。下地⁵⁾の研究では、作業所を利用する事で対人関係が回復し、自己実現を目指す例を報告しているが、生き甲斐とは生きる価値を認識する事であり、生活の質が向上していると考えられる。上田²⁵⁾は、リハビリテーションの課程を障害の軽減と潜在能力の開発・増進する事であり、最終目標を、最高のQOL(人生の質)であると説明している。山根³⁰⁾は、作業療法が対象者の健康部分に働きかけ改善を図り、個人のQOLを高める支援をする事であると報告しており、「生き甲斐の獲得」は作業所の支援が効果的であり、QOLが向上したと言える。

利用者の変化に「病状の安定」や「入院の必要性の低下」というカテゴリーが抽出されているが、それは上記で述べてきた効果の結果として捉える事ができる。

鈴木³⁰⁾は作業療法について、統合失調症の人々の幸福感を高め、ゆとりを生じさせるという点で重要な役割を述べている。入所後の変化のカテゴリーを鈴木の説明の基にまとめると、Y町作業所の利用者は作業所に入所した事で、居場所や生活リズムを確立し、ゆとりをもつ事が出来た。そして社会性やコミュニケーション、対人関係を拡大して、生き甲斐の獲得に結びつけ、幸福感を高めていると考えられる。その結果が病状の安定に結びつき、入院治療の必要性が低下したと捉えることが出来る。

以上の事からY町作業所の設立の効果は、コスト面のみで無く、利用者の障害や病状、生き甲斐の改善にまで影響を与えている事が示された。

結 論

1. 沖縄県Y町における「精神及び行動の障害」に要する診療費は高額であった。地域の受け皿が脆弱のために障害者の病状が悪化した場合、更に医療費が増加し、市町村の財源の圧迫に繋がってくる。その為の検討や対策は非常に大切であると示唆された。
2. Y町は精神障害者小規模作業所の設立により、1年目で約260万円、2年目で約330万円の支出を削減し、作業所の設立により医療費の抑制に効果を示していた。
3. 「ケア必要度」の改善には個人差があり、その変化に要する期間も違いがあると分かった。作業所で支援する場合、一概に精神障害という同じ疾患でも個別性を踏まえる重要性が示唆された。
4. Y町作業所を利用する事で病状の安定を図り、低下した機能や権利を回復し、疾病による障害を克服していた。これは作業所の機能にリハビリテーションの効果があると示唆された。
5. 作業所のリハビリテーション機能の効果として、病状安定とケアの必要性の軽減が挙げられる。中でも"自立生活能力"と"緊急時の対応"が改善され、生活する為に必要な身のまわりの事や、対人関係が改善され、自発性の高まりが示された。その他の効果としては、現状の能力を維持する機能がある事の示唆を得た。
6. 作業所の役割には就労の他、利用者が安心できる場所の提供である。それは生活リズムを確立し、生活する為の能力を高めていた。その結果、生き甲斐を獲得し病状が安定する理想的な流れが示された。作業所は利用者にとって、「憩いの場」であると示唆された。
7. 以上の結果Y町作業所の設立は、町の支出する医療費を削減し、利用者の障害を改善し、障害者が地域で生活する為の受け皿として十分な効果を示していた。これはノーマライゼーションの見地からも意義ある活動である事が示された。

謝 辞

本研究の遂行にあたり、多大な協力を頂きました与那城町の保健衛生課及び住民課の皆様、あやはし作業所の皆様及び関係者各位に対し深く感謝致します。

文 献

- 1) 保健福祉研究会：監；精神保健福祉法詳解. 中央法規, 東京, pp3 - 16, 2002
- 2) 日本精神保健福祉士協会：進藤 義夫, 佐々木敏明, 柏木 昭編；こらからの精神保健福祉. 東京: へるす出版, pp140 - 146, 2003
- 3) 沖縄県 福祉保健部 障害保健福祉課：平成14年度 障害者福祉の概要. pp150-167, 2002.
- 4) 与那城町 保健衛生課 平成14年度 与那城町の精神保健状況. 2002.
- 5) 下地久代他 伊礼部町における精神保健福祉活動の

- 評価. 第46回 保健婦（士）業務研究発表集録. 沖縄県環境保健予防課, 1998.
- 6) 宮里澄子 地域精神保健福祉活動の広がりをめざして - 精神デイケア活動から気付いたこと・見えてきたこと - 第48回 保健婦（士）業務研究発表収録. 沖縄県福祉保健部健康増進課, 2000.
- 7) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課：監；高橋清久、大島 巖編；ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方. pp228-311, 2001.
- 8) 竹島 正：これからの精神障害者地域生活支援と保健婦への期待. 生活教育, 11, pp7-12, 2001.
- 9) 地域精神保健看護研究会「でいごゼミ」 高めよう 沖縄の精神保健福祉 pp9-45, 2003.
- 10) 沖縄県国民健康保険団体連合会：保健活動を分析する ~平成13年度医療費分析事業~. pp90-97, 2001.
- 11) 沖縄県 福祉保健部 障害福祉保健課：平成14年度 障害福祉の概要. 2002.
- 12) 財団法人 沖縄県精神保健福祉協会：沖縄県における精神保健福祉の現状 平成13年. 2001.
- 13) 後藤雅博：地域資源のアセスメント 戦力分析・1. 公衆衛生 61, (1), pp514-517, 1997.
- 14) 黒田真代他：精神障害者のいわゆる「社会的入院」の背景に関する調査研究. 保健婦雑誌, 57,(11), pp 870-874. 2001.
- 15) 小山内隆生他：精神分裂病の生活能力と精神症状との関連. 弘前医短大紀要, 15, pp103-109, 1991.
- 16) 蜂谷英彦：精神障害試論 - 精神科リハビリテーションからの一提言. 臨床精神医学, 10, pp1653-1661
- 17) 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会 小坂憲司他編：精神保健福祉士養成セミナー 精神医学 第1巻 へるす出版 pp180-196, 1998.
- 18) 鈴木喜八郎：青森県における精神障害者の社会復帰対策. 弘前医短大紀要, 15, pp96-102, 1991.
- 19) 伊藤順一郎：統合失調症・分裂病とつき合う. 保健同人社, 2002.
- 20) 阿保順子：精神科看護の方法 患者理解と実践の手がかり. 医学書院 1994.
- 21) 山下千代：精神分裂病における社会的問題解決技能の検討. 慶應医学 77, (6), pp279-287, 2000.
- 22) 臺 弘：生活療法の復権. 精神医学, 26, pp803-815, 1984.
- 23) 角谷慶子：精神障害者のQOLの特徴とリハビリテーションプログラムによる治療介入後の変化. 京都府立医科大学誌 104, (12), pp1425-1434, 1995.
- 24) 坂田三允他：精神科看護とリハビリテーション. 医学書院, pp1-13, 2000.
- 25) 上田 敏：目でみるリハビリテーション医学. 東京大学出版, 1999.

- 26) 中澤政夫：「生活障害」の構造化の試み. 第3回精神障害者リハビリテーション研究会報告書, pp139-153, 1996.
- 27) 村田信夫：デイケアの治療的機能と回復過程の指標. 精神科治療学. 1, pp383-393. 1986.
- 28) 中井久夫：看護のための精神医学. 医学書院.2001.
- 29) 鈴木喜八郎：開放病棟に入院中の慢性精神分裂病の人々の生活技能. 弘前大学医療短期大学紀要. 23, pp127, 1997.
- 30) 山根 寛：精神障害と作業療法. 三輪書店. 1997.

Research on The Workshops for Mentally Handicapped Persons in Okinawa (1)

Masaru IREI, R.N., PSW. M.H.S.¹⁾ Mayumi TABA, R.N., P.H.N., H.B.¹⁾
Akiko UEZONO, R.N., P.H.N.²⁾ Kimie YOSHIZATO, R.N., P.H.N.²⁾
Rieko KAMIZATO, R.N., P.H.N.²⁾ Harumi YAMANE, R.N., P.H.N.²⁾
Tokiko SHIMOZYU.²⁾ Hatsue NAGAHAMA.³⁾

Abstract

Background

Normalization of mentally handicapped persons is proceeding steadily in Japan. The purpose of the workshops for handicapped persons is society reversion. The expectation of the workshops on handicapped persons is big but the burden of the municipalities is big, too. The problem of the cost is especially serious. Cost and change in the handicapped persons were examined by this research.

Methodology

Subjects were 24 people who use the workshops for mentally handicapped persons of Y-town. Health care costs were examined before and after the set up of the workshops. Change in the handicapped person was measured by "the necessity measure of care". Observed changes in handicapped persons were freely recorded by the job mentor and then analyzed by sorting into categories, the role of the workshop was there by analyzed.

Results and Conclusion

1. The medical expenses for treating mental disorders in Y-town were large. Future increases are cause for concern as well, and discussion is necessary.
2. Y-town reduced medical expenses by the establishment of the workshops.
3. There was an individual difference in improvement of the handicapped. As for mental disorders, the correspondence which is suitable for that person is important.
4. The workshops for handicapped persons had the function of rehabilitation.
5. Conditions became stable in the effect of the rehabilitation. Conditions didn't become worse additionally.
6. Providing a work role is a part of the workshops for handicapped person as well as a place where they can feel a sense of relaxation and belonging.

Key words : mentally handicapped person, need of care, municipalities. workshops for handicapped persons, cost

1) Okinawa Prefectural College of Nursing
2) Yonashiro-town Public office.
3) Yonashiro-town workshops for Mentally handicapped person.

報告

看護学生の睡眠健康に関する研究(その2)

- 全日制と定時制との比較 -

石川りみ子¹⁾ 金城絹子²⁾ 饒辺聖子³⁾ 上江洲榮子⁴⁾

研究目的：睡眠習慣や睡眠健康は生活習慣とも密接に関連することが明らかになっている。看護学生を対象に我々が行った睡眠と食習慣の実態調査においても看護学生の睡眠は質において問題のあることが示唆された。看護学生の中には全日制の3年課程と就労しながら勉学する進学課程の定時制がある。そこで、本研究は看護学生のなかで生活習慣の異なる全日制と定時制を対象に睡眠習慣と健康との関連で問題を明らかにし、対象の背景にあった生活指導の示唆を得る目的で行った。研究方法：対象者は、調査に同意の得られた県内の2施設の看護学校の学生314名(回答数309名・回収率98.4%)で、睡眠状態と食習慣についてアンケート調査を行った。データの分析は治療中の健康障害を有する者、性別の不明の者を除外した全日制群203名、定時制群59名を対象に行った。調査内容は、性別、年齢、睡眠習慣に関連した項目(12項目)、および白川らによる「睡眠健康危険度得点関連項目」である。

結果及び結論：

- 1) 定時制群の過半数が睡眠の量は不足していると回答し、居眠りの頻度も多かった。
- 2) 睡眠健康危険度得点の分析によると、定時制群は「中途覚醒」、「熟眠感がない」、「入眠潜時」が全日制群より有意に高く、睡眠の質についての問題が示唆された。

以上のことから、定時制群は全日制群と比較してより睡眠の質と量に問題を抱えていることが推察された。個人的な生活習慣のみでなく、年齢や就労からくる社会的役割の背景も考慮に入れて、睡眠健康の問題をとらえることが重要と考える。

キーワード：定時制看護学生 睡眠健康 睡眠習慣、睡眠障害

緒言

中高年以降増加する不眠などの睡眠障害は、その原因の多くが生活習慣に起因する¹⁻³⁾と考えられ、生活習慣は青年期から確立するといわれている。また、睡眠健康は加齢変化や性差、地域差によることも明らかにされ、地域差では精神的ストレスからの睡眠障害³⁾も指摘されている。看護学生の学生生活を見た場合、年間を通じて行われる臨地実習や国家試験への取り組み等、ストレスフルな学生生活を送っていることが予測され、我々が看護学生を対象に行った睡眠と食習慣の実態調査においても一般大学生との比較⁴⁾では、看護学生の睡眠は睡眠危険度得点が高く、睡眠の質についての問題が示唆された。しかし、看護学生を対象として睡眠健康を考えた場合、一般大学生のような全日制の3年課程と准看護師の免許を有し就労しながら勉学する進学課程の定時制がある。不規則な睡眠習慣等が学習能力の低下や集中力等を障害

すること⁵⁻⁷⁾や看護職を対象にした調査による睡眠問題の報告⁸⁾もあることから、背景の異なる学生の睡眠健康における問題は前回の報告⁴⁾と同様なのか明らかにすることは重要である。

そこで、本研究は看護学生のなかで全日制と定時制を対象に睡眠習慣と健康との関連で問題を明らかにし、生活指導の示唆を得ることを目的とした。

研究方法

対象者は、県内の2施設の看護学校の学生314名(回答数309名・回収率98.4%)で、そのうち、治療中の健康障害を有する者、性別の不明の者を除外し、特別の場合を除く過去一ヶ月間の睡眠状態と食習慣について、質問紙への自己記入法によるアンケート調査を行った。調査内容は、既報⁴⁾に準じる。「睡眠健康危険度得点関連項目」の得点化は白川ら^{1,3)}に従い、各質問項目の睡眠内容に問題があると考えられる反応を高得点とし、問題が全くない場合には、得点は0点とした。選択肢間の心理的距離は出来るだけ等間隔となるように設定し、得点の範囲は0点から3点の範囲である。この指標はアクチグラムによって裏付けられており、その信頼性は報告さ

- 1) 沖縄県立看護大学
- 2) 沖縄県立中央保健所
- 3) 沖縄県立中部病院
- 4) 琉球大学教育学部

表1 対象者の性別、年齢

性別	全日制群		定時制群	
	人数	%	人数	%
男性	17	8.4	4	6.8
女性	186	91.6	55	93.2
全体	203	100.0	59	100.0
年齢 各年代別	人数	%	人数	%
10 - 19歳	2	1.0	0	0.0
20 - 29歳	194	95.6	36	61.0
30 - 39歳	6	2.9	19	32.2
40 - 49歳	1	0.5	4	6.8
	203	100.0	59	100.0
平均年齢 ± SD	22.7 ± 3.0歳		29.2 ± 6.2歳	

表2 就寝・起床時刻

項目	全日制群 N=203	定時制群 N=59	t-検定
	平均値 ± SD	平均値 ± SD	
就寝時刻 (平日)	0 : 08 ± (61分)	0 : 03 ± (55分)	n.s.
就寝時刻 (休日)	1 : 07 ± (84分)	0 : 44 ± (74分)	*
起床時刻 (平日)	6 : 45 ± (45分)	6 : 53 ± (40分)	n.s.
起床時刻 (休日)	9 : 28 ± (100分)	8 : 50 ± (84分)	**

* p<0.05, ** p<0.01

れている^{9,10)}。調査は、平成13年国家試験が終了した2月下旬に、調査に同意の得られた学生に対して一斉に行った。全日制群の有効回答数は表1に示すとおり203名(男性17名、女性186名)で、定時制群の有効回答数は59名(男性4名、女性55名)であった。データの分析には統計解析用ソフトspssを用いて、全日制群と定時制群にわけて比較し、数量化可能な項目(就寝・起床時刻、睡眠時間、睡眠健康危険度得点関連項目)についてはt検定を、分布は²検定を行った。また、年齢による影響の有無を確認するため、有意差の認められた健康危険度得点項目については年齢との相関係数を求めた。

結果

平均年齢は全日制群22.7 ± 3.0歳、定時制群29.2 ± 6.2歳となり、有意(p<0.001)に定時制群の年齢が高かった。年齢階級でみると、全日制群は20歳代、30歳代

が95.6%、2.9%であることに對し、全日制群は61.0%、32.2%であった。

1. 睡眠習慣の比較

全日制群と定時制群の睡眠習慣について表2をみると、平日については、就寝時刻は両群とも午前0時台で有意差はなく、起床時刻についても午前6時台で同様であった。休日については就寝時刻が全日制群午前1時7分、定時制群0時44分(p<0.05)、起床時刻は全日制群午前9時29分、定時制群午前8時50分(p<0.01)と有意に定時制群は就寝時刻・起床時刻ともに早い時刻を示した。睡眠の量については表3に示すとおり、「睡眠時間は十分か」の問いでは、定時制群は過半数が不足していると回答し、「朝目覚めたときにだるい」と回答した人は全日制群28.6%に對し、定時制群は47.5%と半数近い比率を示した。また、定時制群の居眠りの頻度は「しょっちゅう」から「ときどき」を合わせると57.6%と過半数

表3 睡眠に関する項目

		全日制群 N=203		定時制群 N=59		χ^2 - 検定
		人 数	%	人 数	%	
1	睡眠時間は十分か					
	十分である	86	42.4	23	39.0	n.s.
	不足している	81	39.9	31	52.5	
	長すぎる	11	5.4	0	0.0	
	どちらともいえない	25	12.3	5	8.5	
2	昼間眠い					
	全く眠くない	10	4.9	1	1.7	n.s.
	時々眠い	183	90.1	53	89.8	
	我慢できないほど眠い	10	4.9	5	8.5	
3	居眠りの頻度					
	しょっちゅう	37	18.2	10	16.9	n.s.
	ときどき	80	39.4	24	40.7	
	たまに	68	33.5	16	27.1	
	ほとんどない	18	8.9	9	15.3	
4	朝目覚めたときの気分					
	大変よい	12	5.9	3	5.1	n.s.
	よい	58	28.6	15	25.4	
	ふつう	101	49.8	32	54.2	
	悪い	28	13.8	8	13.6	
	大変悪い	4	2.0	1	1.7	
5	朝目覚めたときだるい					
	ない	145	71.4	31	52.5	n.s.
	1～3日	46	22.7	24	40.7	
	4～7日	12	5.9	4	6.8	
	1週間の内					
6	寝つけなくて寝酒する					
	しょっちゅう	3	1.5	3	5.1	n.s.
	ときどき	8	3.9	4	6.8	
	たまに	25	12.3	10	16.9	
	ない	167	82.3	42	71.2	
7	睡眠時間はどのくらいか					
平日	4時間以内	6	3.0	0	0.0	t-検定 *
	5～6時間	121	59.6	29	49.2	
	7～8時間	75	36.9	30	50.8	
	9時間以上	1	0.5	0	0.0	
	平均時間	6時間20分	±57分	6時間36分	±52分	
休日	4時間以内	3	1.5	0	0.0	
	5～6時間	16	7.9	2	3.4	
	7～8時間	84	41.4	39	66.1	
	9時間以上	100	49.2	18	30.5	
		8時間35分	±98分	8時間17分	±68分	

0.10, * $p < 0.05$

表4 因子別健康危険度得点の比較

	全日制群 N=203	定時制群 N=203	t-検定
	平均値 ± SD	平均値 ± SD	
第1因子 (睡眠維持障害関連)	0.408 ± 0.379	0.654 ± 0.477	***
第2因子 (睡眠随伴症状関連)	0.339 ± 0.411	0.380 ± 0.477	n.s.
第3因子 (睡眠時無呼吸関連)	0.41 ± 0.544	0.322 ± 0.462	n.s.
第4因子 (起床困難関連)	0.663 ± 0.596	0.670 ± 0.562	n.s.
第5因子 (入眠障害関連)	0.495 ± 0.535	0.720 ± 0.574	**

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

表5 各項目毎の危険度得点の比較

因子	項目	全日制群 N=203	定時制群 N=59	t-検定
		平均値 ± SD	平均値 ± SD	
第1因子 (睡眠維持障害関連)	中途覚醒	0.338 ± 0.589	0.699 ± 0.708	***
	熟眠感	0.709 ± 0.621	0.903 ± 0.570	*
	夜間頻尿	0.085 ± 0.271	0.331 ± 0.526	***
	早朝覚醒	0.493 ± 0.685	0.644 ± 0.905	n.s.
第2因子 (睡眠随伴症状関連)	寝ぼけ	0.276 ± 0.624	0.271 ± 0.665	n.s.
	金縛り	0.301 ± 0.624	0.339 ± 0.734	n.s.
	恐怖性入眠時幻覚	0.498 ± 0.706	0.475 ± 0.653	n.s.
	むずむず脚・ 四肢運動異常	0.212 ± 0.562	0.356 ± 0.663	n.s.
	いびき	0.753 ± 0.961	0.559 ± 0.772	n.s.
第3因子 (睡眠時無呼吸関連)	睡眠時無呼吸	0.049 ± 0.311	0.085 ± 0.427	n.s.
第4因子 (起床困難関連)	起床困難	0.818 ± 0.676	0.881 ± 0.721	n.s.
	床離れ	0.507 ± 0.786	0.458 ± 0.678	n.s.
第5因子 (入眠障害関連)	睡眠薬	0.030 ± 0.197	0.034 ± 0.183	n.s.
	入眠潜時	0.966 ± 1.021	1.407 ± 1.100	**

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

を示した。また、定時制群は休日でも睡眠時間が7～8時間以内と答えた学生が7割を占めており、全日制群との比較でも睡眠時間が短い傾向（ $p=0.10$ ）がみられた。「寝つけなくて寝酒する」と答えた学生は全日制群は11人5.4%であったのに対し、定時制群は28.8%であった。

2. 睡眠健康危険度得点の比較

全日制群と定時制群の睡眠健康危険度得点を因子別にみると、表4に示すとおり、第1因子（ $p<0.001$ ）と第5因子（ $p<0.01$ ）において定時制群の危険度得点が有意に高い値を示した。項目別に比較すると、表5に示すとおり、第1因子については「中途覚醒」が定時制

群0.699、全日制群0.338 ($p<0.001$)、「熟眠感がない」は定時制群0.903、全日制群0.709 ($p<0.05$)、「夜間頻尿」は定時制群0.331、全日制群0.085 ($p<0.001$)となり有意に定時制群が高い値を示した。第5因子の「入眠潜時」も定時制群は1.407 ($p<0.01$)とかなり高い値を示していた。また、有意差は認められないが第1因子の「早朝覚醒」、第2因子の「むずむず脚・四肢運動異常」は定時制群が高い値を示した。両群間で有意差の認められた4項目、則ち「中途覚醒」、「熟眠感がない」、「夜間頻尿」、「入眠潜時」と年齢との関係については、有意な相関は認められなかった。

考 察

対象者の平均年齢は定時制群が29.2歳と有意に高かったが、その原因を年齢階級でみると、全日制群は30歳代が2.9%であることに對し、定時制群は32.2%と高比率であったことが影響している。先行研究の白川¹⁾は、睡眠・覚醒スケジュールや睡眠時間は各年齢階級によって異なるが、顕著に表れるのは60歳からで、20歳代から40歳代まではほぼ変化は認められないと田中同様の報告³⁾をしていることから、本研究の対象者においては年齢の影響を除外してよいと考える。定時制群の平均年齢が29.2歳であること、則ち、20歳代後半から30歳代の年代を考えた場合、学生という社会的役割のみでなく、その人の置かれている状況をヒトの発達の側面からも考慮して睡眠習慣をとらえることが重要である。ヒトの発達段階・発達課題において20歳代の後半から30歳代は結婚し家庭を築く年代でもある。定時制群について考えた場合、学生という役割と、主婦や夫といった家庭内の役割や就労等の社会的役割も視野に入れて、健康睡眠をとらえ、問題の背景を考えることも重要である。

全日制群と定時制群の睡眠習慣について比較すると、平日については、就寝時刻・起床時刻ともに両群とも有意差はなく、午前0時台と午前6時台であった。一方、休日については就寝時刻が全日制群午前1時7分、定時制群0時44分 ($p<0.05$)、起床時刻は全日制群午前9時29分、定時制群午前8時50分 ($p<0.01$)と有意に定時制群は就寝・起床時刻とも早い時間帯を示し、睡眠習慣については定時制群は全日制群と比較して、平日から規則正しく睡眠を取るよう心掛けていることが伺えた。ところが、睡眠の量についてみると、「睡眠時間は十分か」の問いでは、定時制群は過半数が不足していると回答し、「朝目覚めたときにだるい」と回答した人は全日制群28.6%に對し、定時制群は47.5%と半数近い比率を示し、居眠りの頻度は57.6%と過半数を示した。このことは、全日制群が休日には十分睡眠がとれるのに対して、定時制群は休日でも睡眠時間が7～8時間以内と答えた学生が7割を占めていることと全日制群と比較して睡眠時間が短い傾向 ($p=0.10$)があったことから、休日においても疲労回復に十分な睡眠がとれているとは

いえないことが推察された。このことは、全日制群が純粋に学生の身分であるのに対し、定時制群は、ほとんどが就労者であることと家庭内役割等があることが推察され、睡眠時間のみの比較だけではなく、社会的な活動状況も含めて疲労度や至適睡眠量をとらえることが必要と考える。調査を行った時期は国家試験に向けて本人・学校とも就労を制限し勉学に励んでいる時期であったが、これまでに身に付いた睡眠習慣は簡単に改まるものではなく、その影響は持続していたことが考えられる。また、睡眠時間を睡眠健康の観点から考えると、死亡率は、7～8時間では最も低く、6時間以下の短眠者、9時間以上の長眠者はともに暫時その死亡率は高くなり、5時間以下では7～8時間の1.5倍、4時間以下では2.3倍になるとの報告¹⁾もあることから、6時間以下の睡眠時間の者は問題を抱えているといえ、不足を補うよう心掛けることも必要と考える。

睡眠健康危険度得点からの分析では、定時制群は第1因子(睡眠維持障害関連)、第5因子(入眠障害関連)において全日制群より有意に高値を示した。第1因子と第5因子を項目別に比較すると、第1因子については定時制群が「中途覚醒」、「熟眠感がない」、「夜間頻尿」が有意に高く、「居眠りの頻度」は57.6%であったことから睡眠の質についても問題が示唆された。第5因子については「入眠潜時」が定時制群が有意に高く、また、「寝つけなくて寝酒する」と答えた学生も全日制群より定時制群が高い比率を示したことから、寝つきの悪さを意味している。これらの差についての年齢的な影響は、定時制群において年齢と4項目の相関は認められなかったことから、白川¹⁾田中ら³⁾の報告と類似する。また、有意差は認められないが第1因子の「早朝覚醒」、第2因子の「むずむず脚・四肢運動異常」は定時制群が高い値を示し、総じて定時制群がより睡眠についての問題を抱えていることが示唆された。睡眠の質をあらゆるものとして第2因子睡眠随伴症状関連では、「寝ぼけ」、「金縛り」、「恐怖性入眠時幻覚」の3項目も全日制群と近似の値を示しているが、我々が行った先行研究での一般大学生群との比較⁴⁾では、看護学生群が高い値を示し、不規則な睡眠習慣、睡眠不足、ストレスなどの問題が示唆されたことから、定時制群においても同様の問題を抱えているといえる。

以上のことから、看護学生、とりわけ定時制において睡眠の量と質に問題があることが示唆された。全日制とは異なり、自ら生活基盤を整えながら勉学する定時制にとって制約された時間の中で健康的な睡眠を得ることは、健康を維持し学習効果を高めるためにも重要なことといえる。就寝・起床時刻などの生活習慣においては心掛けていることが伺え、その習慣を継続するとともに、自己の睡眠・覚醒スケジュール¹⁾をとらえその睡眠パターンにあわせた睡眠習慣をつけることが求められる。また、高齢者を対象とした研究においては、睡眠健康の維持や

増進に昼食後の短時間の昼寝や夕方の散歩・適度の運動習慣が重要な役割を果たした^{12,13)}との報告や中途覚醒⁹⁾、夜間頻尿¹⁴⁾への効果の報告もあることから、自己の生活スタイルに合わせて実行可能な方法を取り入れることは重要と考える。

結 論

- 1) 定時制群の過半数が睡眠の量は不足していると回答し、居眠りの頻度も多かった。
- 2) 睡眠健康危険度得点の分析によると、定時制群は「中途覚醒」、「熟眠感がない」、「入眠潜時」が全日制群より有意に高く、睡眠の質についての問題が示唆された。

以上のことから、定時制群は全日制群と比較して睡眠の質と量に問題を抱えていることが推察された。個人的な生活習慣のみでなく、年齢や就労からくる社会的役割の背景も考慮に入れて、睡眠健康の問題をとらえ、個人に合った健康睡眠の習慣を勧めていくことが重要と考える。

謝 辞

本研究の遂行にあたり多大の協力を頂きました県内2施設の看護学校の学生の皆様および関係者各位に対し深く感謝致します。

文 献

- 1) 白川修一郎：老年者の生活習慣の実態調査とその時間生物学的改善法の開発 (1) 1. 厚生省厚生科学研究費 長寿科学総合研究 平成7年度研究報告, Vol. 3 老年疾病論: 252-258, 1996.
- 2) 白川修一郎, 他: 睡眠・覚醒障害の生活習慣指導 精神科治療の理論と技法—薬物療法と生物学的治療—, pp158-167, 星和書店, 東京, 1999.
- 3) 田中秀樹, 白川修一郎, 鍛冶恵, 高瀬美紀, 中島常夫, 亀井雄一: 生活・睡眠習慣と睡眠健康の加齢変化、性差、地域差についての検討 30歳から85歳を対象として. 老年精神医学雑誌, 10(3): 327-335, 1999.
- 4) 石川りみ子, 奥間裕美, 上江洲榮子, 伊芸美代子, 島田みつ子, 金城絹子, 饒辺聖子: 看護学生の睡眠健康と食習慣に関する研究. 沖縄県立看護大学紀要, 第4号: 15-26, 2003.
- 5) Bonnet MH. : Sleep deprivation. In : Kryger MH, Roth T, DementWC. (eds.) : Principals and practice of sleep medicine, WB.Saunders Co. Philadelphia : pp50-67, 1994.
- 6) Dinges, DF. : An overview of sleepiness and accidents. J Sleep Res, 4 : 4-14, 1995.
- 7) Feinberg I. : Effects of maturation and aging on slow wave sleep in man. In : Wauquire A., Dugovic C., Radulovacki.M. (eds.) : Slow Wave Sleep. Physiological, Phathophysiological and Functional Aspects. Raven Press, New York, pp31-48, 1989.
- 8) 早石修監修. 井上昌次郎編著: 快眠の科学; 夜勤労働者の睡眠問題. 朝倉書店, 東京, pp46-51, 2002.
- 9) 田中秀樹, 平良一彦, 荒川雅志, 渡久地洋樹, 知念尚子, 浦崎千佐江, 山本由華吏, 上江洲榮子, 白川修一郎: 不眠高齢者に対する短時間昼寝・軽運動による生活指導介入の試み. 老年精神医学雑誌, 11(10): 1139-1147, 2000.
- 10) Uezu E., et al : Aging Survey of sleep-health and lifestyle of the elderly in Okinawa. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 54 : 311-313, 2000.
- 11) 井上昌次郎: 睡眠の不思議. 講談社現代新書, 1997.
- 12) 田中秀樹, 平良一彦, 上江洲榮子, 荒川雅志, 山本由華吏, 白川修一郎: 高齢者の睡眠健康と生活習慣についての検討. 精神保健研究, 45 : 63-68, 1999.
- 13) 田中秀樹, 平良一彦, 上江洲榮子, 亀井雄一, 中島常夫, 荒川雅志, 知念尚子, 山本由華吏, 堀忠雄, 白川修一郎: 長寿県沖縄と大都市東京の高齢者の睡眠健康と生活習慣についての地域間比較による検討. 老年精神医学雑誌, 11(4): 425-433, 2000 .
- 14) 菅谷公男, 他: 高齢者夜間頻尿に対する運動療法の効果. デサントスポーツ科学, 23 : 28, 2000 .

Research on Nursing Students' Sleep-health: No.2

- Comparison Between Ordinary Nursing Students and Working Nursing Students -

Rimiko ISHIKAWA, R.N., M.H.S.¹⁾ Kinuko KINJO, P.H.N.²⁾

Seiko YOHEN, R.N., LL. B.³⁾ Eiko UEZU, Ph.D.⁴⁾

Purpose: It has been identified that sleeping habits and sleep-health are greatly related to eating habits and lifestyle. It was also suggested by our previous research, which focused on actual sleep and eating habits of the nursing students, and aimed at obtaining some suggestions in connection with health. There are 2 types of nursing students with different lifestyles between ordinary nursing students and working nursing students. For this reason the research focused on actual sleep habits aimed at obtaining some suggestions in connection with health.

Methods: A questionnaire which focused on the participants' sleeping conditions for the past one month was given to day students of two nursing schools. The investigation was carried out with the students who consented to participate. Out of a total of 314 students, 309 replied (a return rate of 98.4%). From this total, those students were eliminated who were undergoing medical treatment or those whose gender was not indicated. Number of the ordinary nursing students were 203, and working nursing students were 59. The contents of the investigation consisted of gender, age, 12 items related to sleep habits and lifestyle, as well as other relevant items from the questionnaire on sleep and health authored by Shirakawa and others.

Findings and Conclusion:

- 1) A majority of the working nursing students replied that they had insufficient sleep, and the frequency of dozing was high.
- 2) From an analysis of "sleep health risk scores", compared to ordinary nursing students, working nursing students' scores were higher in items of "awakening in the middle", "feeling of a lack of sleep", and "difficulty in initiating sleep". Thus the problems on sleeping quality of the working nursing students were brought out.

The above findings show that, it seemed the working nursing students had problems of sleep of quantity and quality and their sleeping problems were related to their eating habits. It was important that we should understand the problems from their sleep-health not only considering individual lifestyles but also social roles from gender and setting to work.

Key Words: Working nursing students, Sleep-health, Sleep habits, Sleep disturbance

- 1) Okinawa Prefectural College of Nursing
- 2) Okinawa Prefectural Chuo Health Center
- 3) Okinawa Prefectural Chubu Hospital
- 4) Faculty of Education, University of the Ryukyus

報告

糖尿病性腎症の患者が透析（シャント手術）を受け入れるまでの看護者の関わり

上原 綾子¹⁾ 嘉手苅英子¹⁾ 金城 忍¹⁾

本研究の目的は、糖尿病性腎症の患者が維持透析に伴うシャント手術を受け入れるまでの過程における看護者の関わりを明らかにすることである。研究対象は、筆頭研究者が過去にプライマリーナースとして関わった糖尿病性腎症患者1名との約40日間の看護過程である。患者本人及び病院看護部責任者の承諾を得て、入院カルテや看護記録、紹介病院からの資料などをもとにデータを収集した。

分析の方法としては、患者の状況と看護者及びその他の医療者との関わりがたどれるよう事実関係を経時的に記述する。シャント手術を受け入れるまでの過程の中で、患者の問題を把握したと思われる看護場面をプロセスレコードに起こし、看護過程の構造にそってたどり、その場面の意味を取り出す。次いで、記述した看護場面において把握した患者の問題を人間の健康のよい状態に照らして問題の性質を浮き彫りにし、記述する。最後に、記述した場面から手術を受け入れるまでの経過を患者の問題に注目して局面で区切り、局面毎に看護者や医療者の関わりの意味を取り出し、人間の健康のよい状態に照らして看護者がどのような関わりをしたといえるのかを考える。

その結果、患者は身体状況を正しく認識していない、即ち体と心が調和していない状態（体と心の対立）、医療者との間に検査処置に対する認識のズレが生じている状態（個と社会の対立）、心の葛藤（心の中の対立）の問題を持っていた。看護者及びその他の医療者はその問題（対立）が解決できるように問題の性質に合わせて働きかけていたことが分かった。

キーワード：糖尿病性腎症患者、透析導入、看護過程、受容過程

緒言

透析は慢性腎不全患者の腎臓に代わり、体液を浄化する事を目的とした治療法¹⁾であり、生活の質を向上させて社会復帰へと導く治療法でもある。しかし、透析は生涯にわたり頻回な治療を継続して受けなければならず、透析による時間的拘束、活動の制限、ボディイメージの変化、食生活の調整、経済的問題などによる日常生活の変化を余儀なくされる²⁾³⁾。そのため、慢性腎不全の患者へ透析導入が告知されることは、癌告知と同様の衝撃があるといわれ、透析を受け入れるまでの過程において否認、怒り、取引、抑鬱、受容といった悲嘆のプロセスが働いていることが指摘されている^{4)~6)}。そのため心理プロセスによる変化を踏まえ、適切な看護を提供することが大切だと言える⁷⁾⁸⁾。さらに慢性腎不全患者の精神的困難に対して、コンサルテーション・リエゾン精神医学やサイコネフロロジーに基づき専門的に関わるケースも出ている⁹⁾。

透析を導入した患者の原疾患を見てみると、1983年は慢性糸球体腎炎の割合が58.3%であったのに対し、糖尿病性腎症は15.6%であった。その後、糖尿病性腎症を原

疾患とした透析導入患者は急増し、2000年には36.6%になり慢性糸球体腎炎の32.5%を抜いて第1位となっている¹⁰⁾。また糖尿病性腎症患者の特徴として、視力障害、神経障害などの糖尿病合併症を併せもっていることが多く、その合併は精神症状を引き起こす身体的因子としても心理社会的因子としても作用することが報告されている¹¹⁾¹²⁾。

今回、主治医より維持透析の必要性から前腕内シャント造設術（以下シャント手術と略）を進められたが、手術を強く拒否した糖尿病性腎症の患者と出会った。その患者は、その後約40日間をかけて手術を受けることを承諾し、無事に手術を終えた。筆者らはこの患者への看護者の関わりを明らかにすることで、糖尿病性腎症の患者が透析をスムーズに受け入れていく上での看護者の働きかけが導き出されると考えた。

そこで、本研究では糖尿病性腎症の患者が維持透析に伴ったシャント手術を受け入れていく過程において、看護者がどのような関わりをしていたのかを明らかにすることを目的としている。

研究対象及び方法

1. 研究対象

研究対象は筆頭研究者がT総合病院の内科病棟でプライマリーナース¹³⁾（患者の入院期間中の看護計画・実施・

1) 沖縄県立看護大学

評価の責任をもつ看護者)として平成13年に関わった糖尿病性腎症の患者1名との約40日間の看護過程である。

2. 研究方法

1) データ収集

患者本人及び病院看護部責任者に研究目的を説明し、その承認を得て、平成14年9月に入院カルテや看護記録、紹介病院からの資料を閲覧し、データを収集した。また、これらの諸資料を手がかりに筆頭研究者が当時の状況を想起し記述した記録もデータとして取り上げた。

2) データ分析

(1) 諸資料をもとに、受け持ち時の患者紹介および、患者の状況と看護者およびその他の医療者の関わりを経時的に記述する。

(2) 患者がシャント手術を受け入れるまでの経過の中で、看護者が患者の問題を把握した看護場面について看護記録を手がかりに想起し、プロセスレコードに起こす。プロセスレコードを何度も読み返し、その看護場面がどのように始まってどのように進み、どのように終わったのかを看護過程の構造に沿ってたどる。記述された事実の意味内容を場面の文脈の中で考えながら看護場面の意味を取り出す。

(3) 記述した看護場面で把握した患者の問題とその性質を浮き彫りにし、人間の健康のよい状態に照らして記述する。

(4) 記述した看護場面から手術を受け入れるまでの経過を読み返し、患者の問題の変化に注目して局面で区切る。局面毎の看護者や医療者の関わりの意味を取り出し、人間の健康のよい状態に照らして看護者がどのような関わりをしたといえるのかを考える。

なお、分析対象として記述した記録は、共同研究者とともに事実関係に矛盾点がないかの吟味を繰り返しながら完成した。分析に際しては、スーパーバイザーを含めた共同研究者らと討議しながら進め、分析結果の信頼性と妥当性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

患者本人とT病院看護部責任者に研究目的を事前に口頭で説明し、患者の諸記録の閲覧に関して承諾を得た。研究論文の作成に際しては、プライバシーに関する記述を避け、分析する上で不可欠な事実に関しては看護過程の意味内容に影響を及ぼさない範囲で事実を一部改変し、個人が特定できないようにした。

4. 用語の概念規定

健康のよい状態：人間を「認識をもつ有機体が社会関係のなかで互につくりつくりされる諸過程の統一体¹⁴⁾」としてとらえ、統一体としての調和が保たれている状態をいう¹⁵⁾。

認識：「脳細胞の生理面・精神面の二重の働きを前提

に、精神面をまるごととらえた表現¹⁶⁾」であり、知・情・意を含んでいる。本論で記述した心は認識を指す。

対立：調和が乱れた状態をいう。人間には心の中、心と体、体の中、個と社会、社会関係内部の5つにおいて対立が生じうる¹⁷⁾。

結 果

1. 患者紹介

50代後半の糖尿病性腎症の患者(O氏)で慢性腎不全と診断されている。海外で建設関係の仕事をしてきたが、数年前に退職し入院時は無職であった。独り暮らしで、入院後は近くに住む親戚が身の回りの世話をしている。平成13年、呼吸苦と下肢浮腫が著明な慢性腎不全末期と診断され、緊急入院となった。数日後に精査加療目的にてT総合病院へ転院となった。

2. 手術の拒否から承諾までの患者の状況と看護者およびその他の医療者の関わり

入院当初よりO氏は慢性腎不全に対して保存的治療を望んでいたが、検査後の状態の悪化によって緊急透析導入となった。主治医は維持透析の必要性からシャント手術を進めるが、O氏は返答しなかった。

入院31日目、プライマリーナースはO氏の気持ちを確認しようと思った際、O氏が治療方針が納得できないことなどを理由にシャント手術を拒否し、考える時間を求めていることを知った。そこで、プライマリーナースはO氏の気持ちを主治医に伝えることを約束した。

翌日、プライマリーナースはO氏のシャント手術拒否の意思を主治医に報告した。主治医はO氏へ手術の必要性を再度伝えたが気持ちは変わらなかった。そこでO氏の希望に添って、予定されている検査及び処置は必要最小限にとどめ、本人が納得できるまで手術を延期する方針となった。同日、プライマリーナースはO氏が透析中に透析に関する指導を受けていたことを知り、治療方針の変更を透析室担当看護者へ伝えた。話し合いの結果、病棟と透析室でのO氏への透析に関する指導を一時中止し、看護者は傾聴して関わることとした看護計画を作成した。

シャント手術拒否から10日後、主治医が再度手術の説明をしたが、O氏は拒否をした。そこで主治医は指導医の助言を受けてカウンセリングを依頼し、O氏も受けることを決定した。プライマリーナースはカウンセリングの状況についてO氏へ問うことを避け、日頃の言動に注目しながら、関わった医療者から状況を聞くことで、O氏の気持ちを推測した。また、病棟看護者は社会資源の活用について家族から相談を受け、医療ソーシャルワーカー(MSW)と連絡を取り、家族への説明と手続きを依頼した。

同じ頃、チームカンファレンスの中でO氏に対する看護の方向性を検討していた。入院している部屋は同室者

との交流も少なく、新たな情報も得られにくい環境であったため、生活環境の変化をO氏へ進め、新たなサポートを探すことを決めた。そのとき、同じ疾患でシャント再建手術のため患者目的でA氏が隣の部屋へ入院してきた。A氏は透析歴が長く、透析に関しても肯定的な自己受容ができていたため、O氏の手術を受け入れる気持ちの後押しが期待された。O氏へは隣の部屋のベッドが空いている旨を伝え、意向を確認して移動した。部屋移動後、O氏は身体状態も安定していたこともあり、自主的に歩行練習をするなど活動的であった。さらにO氏は患者同士の交流の場となっているロビーへ出向き、A氏と話している姿が多く見られた。

入院59日目、主治医の手術の説明に対し、O氏は治療の必要性は了解したが、手術を決断するための時間を求めた。入院61日目、プライマリーナースはO氏の気持ちの変化していることを知り、直接尋ねたところ、自立を意識した発言があった。

入院68日目、プライマリーナースはO氏が主治医へシャント手術の承諾を伝えていたことを知った。その4日後、プライマリーナースは他の看護者よりO氏が今後の生活の変化も含めてシャント手術を承諾していたことを知った。

入院73日目、シャント拒否から48日後に無事に手術が行われた。

3. 看護者が患者の問題を把握した看護場面の意味

看護者が患者の問題を把握した看護場面を読み返し、どのように始まってどのように進みどのように終わったのかを看護過程の構造に沿ってたどり、看護場面の意味を取り出す。

取り上げた看護場面は入院31日目、医師より治療方針が説明された後、患者の気持ちが不安定になっていることを知った看護者が、直接その気持ちを確認しようと思っ

て関わった場面である。訪室した看護者が用件を終えた後、患者に気持ちを話すすきかけをつくると、患者は入院後体調が好転していることを話した。看護者が患者の言葉からその気持ちや考えを想像し、相づちを打ちながら聞いていると、患者は予定されている治療の必要性を納得しておらず、自分の意思に反して進められるのであれば治療を実力で中断するつもりでいることや、自分の意思とは無関係に医療者のペースで治療が進められ、納得できずに混乱していることを話した。看護者は患者の思いを当然と思い、そのような思いを抱かざるをえない

患者の立場を代弁し要望を尋ねた。患者は考える時間と医師との納得いくまでの話し合いを求めていること話した。看護者はその要望を了解したことを伝えて退室した。

この看護場面は、医師より継続的な透析とそのための手術が必要だと告げられた患者に看護者が意識的に関わり、患者の認識が浮き彫りになった場面である。それに

よって患者の問題が明らかになり、看護の方針が定まったことから、看護過程のターニングポイントとなった場面といえる。

4. 看護者が把握した患者の問題の性質とその意味

看護者が把握した患者の問題を人間の健康のよい状態に照らして問題の性質を浮き彫りにし、取り出した意味について記述する。

看護者が把握した患者の問題は、透析治療の必要性を納得していないこと、医療者に対する不満、頭の中の混乱の3つである。それぞれについて以下に記述する。

まず、入院後の治療により体調がよくなっているにもかかわらず透析が継続されるのは納得できない、当初の治療の見通しとも異なっている、透析以外の治療法もあるのではないかという思いである。これは維持透析の必要性を説明する主治医に対し、患者は身体の状態が好転していると自覚しているため、透析の必要性を納得していない状況といえる。身体状態を正しく認識されていない状況、即ち体と心が調和していない状態(体と心の対立)といえる。

次に、患者の意思とは無関係に医療者のペースで治療が進められている事への不満を訴えていることである。これは検査処置に対して、患者への配慮が不十分なまま行われたことによる医療者への不満、即ち患者と医療者との間に検査処置に対する認識のズレが生じている状態(個と社会の対立)といえる。

さらに、頭の中が混乱しているという思いである。保存的治療を望み、その治療を受けてきたが、検査後の状態の悪化により治療方針の変更を余儀なくされ、さらに手術をうけることの決断が迫られている状況といえる。自分自身の周りに起こっている出来事に対して、気持ちの整理がついていない状態、即ち心の葛藤がある状態(心の中の対立)といえる。

5. シャント手術拒否から承諾するまでの経過と看護者の関わりの意味

患者がシャント手術を拒否してから受け入れるまでの経過を読み返し、患者の問題に注目して局面で区切る。局面毎に関わりの意味を取り出し、人間の健康のよい状態に照らして看護者や医者がどのような関わりをしたといえるのかを考える。

患者がシャント手術を拒否してから受け入れるまでの経過は7つの局面に区切られた。

以下、局面毎にどのような関わりをしたといえるのかを考える。

局面において、看護者は患者の手術への強い拒否の気持ちを主治医へ報告し、主治医は患者へ手術の必要性を説明したが拒否されたため、手術は延期され、処置なども必要最小限になった。これらは、患者の意思を優先して医療者の進める治療を一時取りやめ、生命に関わる

治療についてのみ行ったといえる。主治医は維持透析が必要な状態と判断しているのに対して、患者は入院後の身体状態の好転を理由にその必要性を認めていない。これは患者の身体状態が正しく認識に反映されていない状態、即ち体と心が調和していない状態（体と心の対立）といえる。手術の必要性に関する医師の説明は、患者に体の状態を理解してもらうことによってその対立を解消しようとしたことであるが、患者の意思は変わらなかった。逆に患者と主治医との関係は手術の施行をめぐる悪化しかけたため、主治医は手術を延期した。これは患者の体と心の対立から生じた患者と医療者との関係の悪化（個と社会の対立）に対し、医療者の意見を一時取り下げることで対立を回避した関わりだといえる。

局面 において、看護師は患者が透析中に透析に関する指導を受けていたことを知り、関わった看護師へ患者がシャント手術を拒否していることを伝えた。話し合いの結果、病棟及び透析室においては透析指導を一時中止することを決定し、患者の訴えを傾聴していく看護計画を作成した。これは病棟以外で患者に関わる看護師にも患者の意思を伝えて共有し、無理に透析指導が進められることにより生じる恐れのある透析看護師と患者との関係の悪化（個と社会の対立）を患者への対応を統一することで未然に防いだ関わりといえる。

局面 において、主治医は再度手術の説明を行ったが患者が拒否したため、指導医に透析導入困難な患者に対するカウンセリングを勧められて依頼し、患者の承諾を得て実施した。これは主治医が患者の気持ちに変化がないことを知り、積極的に心に働きかける専門家からのアプローチを考え、実施したことといえる。主治医は患者の治療の必要性を納得していない状態（体と心の対立）に対して再度働きかけたが、患者の認識は変わらなかった。そこで、認識に積極的に働きかける専門家を新たに加えることによって、頭の中が混乱している状態（心の中の対立）を回避しようと働きかけた関わりだといえる。また看護師はカウンセリングについて患者に問うことを避け、患者の言動を観察しながら関わった医療者から状況を聞くことで患者の気持ちを推測し、看護計画に反映させた。これは患者と関係を良好に保ちながら（個と社会の対立が調和した状態）、患者の言動の観察及び情報収集から患者の気持ちを推測し、見守ることを看護の方向性として統一したことといえる。

局面 において、病棟看護師は家族より社会資源の活用について相談を受け、MSWと連絡を取り、家族への説明と手続きを依頼した。患者は今後透析治療を続けながら自宅で生活するために、社会資源の活用つまり社会的援助を受けながら、自立した生活を送ることが必要である。看護師が家族の求めに応じて専門家との連絡を取ったことは、患者の社会からの援助と自立した生活のバランスが取れ、スムーズに社会復帰が出来るように（個と社会の対立が調和した状態）準備した関わりであっ

たといえる。

局面 では看護師はチームカンファレンスにおいて、看護の方向性を検討し、専門家以外のサポートを捜すこととそのため生活環境の変化を促すことを決めた。その頃、透析について自己受容ができていた同病室患者がシャント手術目的にて入院してきた。看護師は患者へ部屋の移動を提案し承諾した結果、同病室と同じ部屋になった。その後看護師は患者の言動に注目して気持ちを推測し、看護計画に反映させた。これは看護師が部屋の移動により患者の生活環境を変え、同病室などから新しい刺激を受ける環境を作り、見守っていたといえる。看護師は、患者が部屋の移動を機に患者が新しい社会関係を作り出し、同病室などと話す機会をとおして患者の心の葛藤（心の中の対立）に何らかの変化を期待した関わりといえる。また、看護師は日頃の観察や情報収集によって患者の心の変化を間接的に見守り、その結果を看護計画に反映させていたといえる。

局面 において患者は主治医からの説明に対し、治療の必要性は了解したが、手術を決断するための時間を求めた。看護師は患者の気持ちに変化が生じていること知り、直接患者へ尋ねたところ、患者から自立を意識した言葉が聞かれた。これは、手術を受け入れる方向に気持ちが傾きかけている（心の中の対立が解消しつつある状態）ことを示しているといえる。さらにその後の自立を意識した発言から医療者はそれぞれの立場で患者の心の葛藤（心の中の対立）を把握し、患者との関係を良好に保ちながら（個と社会関係の対立を調和しながら）見守る関わりをしたといえる。

局面 において、看護師は手術を承諾したことを知った。さらに、患者が今後の生活についても考えた上で承諾したことを知った。看護師は患者が手術を承諾したことを知り、患者の詳しい状況を間接的に聞いて把握した。これは患者の心の葛藤（心の中の対立）が解消されたことを間接的に確認した関わりであったといえる。

以上に述べた7局面について看護師の関わりとその意味、そして健康の状態に照らしてどのような関わりであったかを記述し、次頁の表1に示した。

考 察

春木は透析導入前に疾病受容ができないグループについてキューラーロスのいう心理的機制が無意識に用いられる¹⁹⁾と述べている。また透析に対する否定的感情の中に、気持ちでは透析患者になりきれていないのに体の方は透析患者になってしまった状態が存在し、それを心と身体の解離がある現象¹⁹⁾と呼んでいる。本研究で取り上げた患者は、転院当時は保存的治療がされていたものの、急激な腎機能の悪化により血液透析導入を余儀なくされた。入院37日目に訴えたシャント手術拒否は、急を要する身体的理由から、疾病を受容できていないまま透析を導入された結果、現れたと考えられる。これは春木の言

う「心と身体の解離がある」といえ、健康のよい状態に照らすと、「体と心の対立」が進んだ状態と考えられる。つまり、患者が訴えたシャント手術拒否は透析に対する否定的感情であったといえる。また、そのような透析導入時の心理的变化への対応を福西²⁰⁾は「患者が周囲に依存し透析拒否を表明することが、崩れかかっている情緒面の安定化に寄与していることを理解する必要がある。」「医療スタッフは焦燥感を表面に出さずに患者の無理な言い分を時間をかけて聴くことが肝要である。」と述べている。今回、患者のシャント手術拒否に対して、看護師が患者の訴えを聞き、医療スタッフへその意思を伝えることで主治医により検査や処置が中止され、本人が納得できるまで時間的猶予が与えられた。看護師は患者の訴えを傾聴し、状況を見守っていた。これは透析導入時の心理的变化により発生した問題に対して、その性質に

あった対応であったと考えられる。

同様に多くの先行研究²¹⁻²⁵⁾でも、透析患者への看護は患者の心理的プロセスを考慮しながら発生した問題に対してアプローチが必要であることが述べられている。しかし、福西²⁶⁾は心理プロセスが実際の現場ではクリアカットな流れはなく、心理状態が錯綜していると述べていることから、発生する問題も様々である。そこで、患者の持つ複雑に絡み合った問題を明確にするためには、人間の健康の良い状態に照らして、どの部分がどのように問題なのか明らかにすることが必要であると考えられる。

透析室における標準看護計画²⁷⁾では、透析導入を否定する患者の看護について「透析治療を受け入れることができない。」「医療者や周囲に対して怒りをぶつける恐れがある。」「抑うつ状態に陥る恐れがある。」の3つを看護問題として取り上げている。

表1 シャント手術を受け入れるまでの経過と看護師等の関わりの意味

局面	‘患者の状況’及び‘看護師等の関わり’	関わりの意味	健康の良い状態から見てどのような関わりといえるか
	患者が手術に対する強い拒否を訴えたため、プライマリーナースは主治医へ報告した。主治医は手術の必要性を説明したが、患者は拒否した。主治医は手術を延期し、検査処置を必要最小限にした。	患者の意思を優先し、医療者の進める治療を一時取りやめ、生命に関わる治療についてのみ行った。	医師は患者に説明することで体の状態が正しく認識されていない状態(体と心の対立)を解消しようとしたが、逆に患者と医師との関係が悪化(個と社会の対立)しかけたため、医療者の意見を取り下げることで対立を回避した
	プライマリーナースは患者が透析中に指導を受けていた事を知り、透析担当看護師へシャント手術を拒否していることを伝えた。話し合いの結果、病棟と透析室において透析指導を一時中止し、患者の訴えを傾聴していく看護計画を作成した。	病棟以外で患者に関わる看護師にも患者の意思を伝えて情報を共有し、看護師の対心を統一することを決めた。	看護師と患者との関係が悪化(個と社会の対立)することを恐れ、看護師間で情報を共有し、対応を統一したことで未然に防いだ。
	主治医が再度手術について説明するが患者は手術を拒否した。主治医は指導医に、透析導入困難な患者に対するカウンセリングを勧められて依頼し、患者の承諾を得て実施した。プライマリーナースは言動を観察し、関わった医療者から患者の状況を聞くことで、患者の気持ちを推測し、看護計画に反映させた。	患者の気持ちに変化がないことを知り、積極的に心に働きかける専門家からのアプローチを考え、患者の承諾を経て実施した。看護師は観察や情報から患者の気持ちを推測し見守ることを看護チームで統一した。	医師は認識に働きかける専門家からの関わりを加えることによって、頭の中が混乱している状態(心の中の対立)に積極的に働きかけた。看護師は患者との関係を良好に保ちながら(個と社会の対立が調和した状態)、見守った。
	病棟看護師は家族より社会資源の活用に関する諸手続について相談を受け、MSWと連絡を取り、家族への説明と手続きを依頼した。	社会の中で自立できるように準備をした。	自宅での生活と治療の継続に困難な状況(個と社会の対立)が生じないように整えた。
	チームカンファレンスにおいて、看護の方向性を検討した結果、生活環境の変化を促し、専門家以外のサポートを捜すことを決めた。患者へ部屋の移動を提案し、同病患者と同じ部屋になった。移動後は、患者の行動や言動に注目して気持ちを推測しつつ、看護計画に反映させた。	生活環境を変え、同病者からのよい刺激を新しい受ける環境を作った。気持ちを推測して見守ることを看護チームで統一した。	社会関係を変えることで、心の葛藤(心の中の対立)に変化を期待した。
	主治医からの説明に対し、患者は治療の必要性を了解したが、決断するための時間を求めた。プライマリーナースは患者に気持ちを直接聞いたところ、患者から自立を意識した発言があった。	医師は患者が治療の必要性を了解した上で決断までの時間を求めていることを知り、看護師は自立を意識していることを知った。	医療者は患者が体の状態を正しく認識した上で、心の葛藤(心の中の対立)があることを知り、現状を見守った。
	プライマリーナースは患者が手術を承諾したことを知った。その後、患者がシャント手術をその後の生活の変化についても考えた上で、承諾したことを知った。	患者の気持ちの変化を医療者の情報から得ることで把握した。	心の葛藤(心の中の対立)が解消されたことを間接的に確認した。

この看護問題を人間の健康の良い状態に照らして考えてみると、3つの対立に焦点を当てていることが分かる。「透析治療を受け入れることができない」は、透析を必要とする体に気持ちが追いついていない「心と身体との対立」を示すと考えた。また、「医療者や周囲に対して怒りをぶつける恐れがある」は、患者が不安により周囲へ怒りをぶつけることで、その関係が悪化する恐れ、つまり「個と社会の対立」の恐れがあることを示すと考えた。「抑うつ状態に陥る恐れがある」は、患者の心の中の整理がつかない「心の中の対立」を示していると考えられる。それぞれの看護問題について看護目標や看護計画があげられているが、実際にはそれぞれが繋がりがあって問題として存在していると考えられる。

本研究で取り上げた患者は、透析導入に対する否定的感情を継続透析に向けたシャント手術を拒否する形で表現していた。看護者は意識的に関わることによって、シャント手術の拒否の理由を知り、患者の問題とその繋がりを把握することができたといえる。そのため、看護者は患者の言動から患者の気持ちを推測することで、その手術を受け入れるまでの経過から患者の変化を見守ることができたと考えられる。

透析やシャント手術を受け入れることは、医療者及び透析機器に依存しながら生きていくことを意味している。と同時に、透析を行うことによって自立した生活の可能性が広がることも意味している。看護者が患者の気持ちの変化を感じて尋ねたところ、患者より自立を意識した発言が聞かれ、数日後には手術後の生活の変化についても考えた上でシャント手術を承諾したことを知った。これは患者が自立した生活を目指してシャント手術を受け入れることを決断したのではないかと考えられる。依存しながらの自立した生活を営む、つまり個と社会の対立の調和に向かって判断しているといえ、患者が人間の健康のよい状態に向かってシャント手術を受け入れたと考えた。

結 語

糖尿病性腎症の患者がシャント手術を受け入れるまでの過程において、看護者は患者が抱えている問題（対立）を健康の良い状態に照らして浮き彫りにし、問題（対立）が解消できるよう問題の性質に合わせて働きかけていたことが分かった。糖尿病性腎症患者の透析導入に関しては、合併症などを考慮しながら行うため、様々な問題が複雑に絡み合っていることが考えられる。本研究で試みた人間の健康な状態に照らして患者の問題を浮き彫りにし働きかけることは、人間を全体的にとらえることであり、複雑化した問題の構造を明らかにする手段として有効であると考えた。

本研究は1事例を通して明らかにしているため、結果をすべての事例であてはまるとは言えない。今後、行動の指標として実践を重ねて研究を重ね、指針を導き出すことが課題であると考えられる。

謝 辞

本研究の遂行にあたり、諸資料を使うことを承諾してくださいましたO氏はじめT病院看護部の皆様に厚く御礼申し上げます。

本研究は平成14年度T総合病院院内看護発表会、2003年2月、東京都にて発表した。

文 献

- 1) 田村正枝：人工透析を受けている患者の心の状態。ナースによる心のケアハンドブック - 現象の理解と介入方法、東京、小学館、pp124-125、2000。
- 2) 富野康日己：透析患者のための臨床心理的アプローチ - 心のケアの実際 - . pp20-32、東京、文光堂、1999。
- 3) 坂本洋子：透析患者全般の心理的ケア。臨床看護、26(12)：pp1814-1819、2000。
- 4) 社団法人日本糖尿病学会編：糖尿病療養指導の手びき(改訂第2版)。東京、南江堂、pp18-30、2001。
- 5) 藤堂恵：透析導入期の心理的問題。腎と透析、53(6)：pp711-714、2002。
- 6) 春木繁一：透析患者の心とケア - サイコネフロジーの経験から <正編> . pp124-135、大阪、メディカ出版、1999。
- 7) 前掲書、2)、pp25。
- 8) 伊野恵子編：腎不全・透析における看護実践。東京、南江堂、pp23-159、2001。
- 9) 箭本綾：コンサルテーション・リエゾン精神医学研修報告 - 透析室訪問による透析患者への心理的援助の導入の試みについて - . 上智大学臨床心理研究、24：pp237-243、2001。
- 10) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況(2000年12月31日現在)。日本透析医学会雑誌、35(1)：pp1-28、2002。
- 11) 春木繁一：特殊(老年・糖尿病・小児)透析患者に接する医療スタッフの精神衛生 - 第42回日本透析医学会教育講演より - . 日本透析医学会雑誌、31(6)：pp975-984、1998。
- 12) 堀川直史、山崎友子、加茂登志子：糖尿病患者の透析導入前後とリエゾン精神医学。臨床透析、16(10)：pp1583-1590、2000。
- 13) 和田攻、南裕子、小峰光博編：看護大事典。東京、医学書院、pp2412、2002。
- 14) 薄井坦子：科学的看護論第3版、pp107、東京、日本看護協会出版会、2002。
- 15) 薄井坦子、小玉香津子：系統看護学講座 専門2基礎看護学2。東京、医学書院、pp88、1997。
- 16) 前掲書、14)、pp107。
- 17) 薄井坦子：[改訂版]看護学原論講義。pp123-159、東京、現代社、1999。
- 18) 前掲書、6)、pp129。

- 19) 前掲書、6)、pp129.
- 20) 福西勇夫：透析導入をはさんでの心理的变化．透析ケア、5(10)：pp34-37、1999.
- 21) 高杉能婦子：疾患が受け入れられないまま透析療法導入となった患者の看護．臨床看護、15(1)：pp42-47、1989.
- 22) 笠島美津子、吉川あい子、川原八千代、山本きよみ、吉田真澄：糖尿病性腎不全を伴った維持血液透析患者の看護．臨床看護、15(1)：pp30-36、1989.
- 23) 八木典子、斉藤允子、菅田恵美子：糖尿病性腎症患者の透析療法の実際．臨床看護、27(3)：pp309-313、2001.
- 24) 林優子、金尾直美、内田陽子：透析導入糖尿病患者のケア．臨床看護、27(3)：pp393-397、2001.
- 25) 大塚亜希子、林美智子、佐藤忠俊、山下淳一：糖尿病性腎症による末期透析患者の看護；患者・家族とのかかわりをとおして．臨床看護、29(2)：pp226-233、2003.
- 26) 前掲書、20)、35.
- 27) 関根幸夫、柚木尚登、高橋政弘、岸本香子、有地太、津島志保編：わかる！役立つ！ケアが変わる！透析室標準看護計画50．大阪、メディカ出版、pp16-19、2002.

A Process of The Work of Nurses Who Helped a Patient with Diabetic Nephropathy to Accept Starting Hemodialysis Treatment

Ayako UEHARA, R.N.,M.H.S.¹⁾ . Eiko KADEKARU R.N.,D.N.S.¹⁾
Shinobu KINJO R.N.,M.S.N.¹⁾

The purpose of this paper is to study the process of how the nurse helps the diabetic nephropathy patient to accept treatment. The subject is a patient with diabetic nephropathy who had been under the nursing process developed by a primary nurse who was one of our research members, for about 40 days.

First of all, we sought consent from the patient and the director of nursing in T hospital to admit clinical chart; nursing records, psychological analysis reports, and documents obtained from the hospital where the patient received his first treatment. We described the facts chronologically to show the relationship between the patient and the healthcare staff. In particular, after the scene which represented his problem had been shown by the process record, the significant nursing process was discussed. Finally, we considered the nursing process comparing the healthy human being with the patient with concern to the patient acceptance process in the treatment.

A result of this study shows that the problems of the patient are found out in the relationship between the patient and the others, between body condition and understanding, and between conflicted recognitions. The health care team seems to have finally convinced the patient to accept the treatment through intervention as a whole and each problem the patient has.

Key words: diabetic nephropathy patient, Starting Hemodialysis Treatment, Nursing Process, Acceptance Process

1) *Okinawa Prefectural College of Nursing*

報告

「本島付随型」離島K島における生きがいづくりへの期待

- 住民主体による高齢者「ふれあい広場」への取り組みから -

大川嶺子¹⁾ 大湾明美¹⁾ 呉地祥友里¹⁾

小川なお子¹⁾ 佐久川政吉¹⁾

本研究の目的は、住民主体の地域づくりのモデル島として関わっているK島において、高齢者の生きがいづくり活動「ふれあい広場」誕生までの経過から、利便性の高い離島における生きがいづくりについて考察することである。対象地域は、本島南部のC村に属し、C村から船舶で15分の距離にある「神の島」として知られるK島。対象は、住民主体活動を行っているワーキンググループメンバー、平成14年2月現在、K島に住居登録している65歳以上の全高齢者110人中、「K島高齢者介護意識等調査」の有効回答者91名。平成15年2月現在、K島に住居登録している65歳以上の全高齢者115人中、「K島高齢者ニーズ調査」の有効回答者83人。方法は、平成14年9月～平成15年7月まで、月1～2回開催されたワーキンググループ討議全17回中、高齢者の生きがいづくり活動「ふれあい広場」誕生に関連すると考えられる12回の討議内容の検討。「K島高齢者介護意識等調査」から、生きがいづくりに関連する11問を抽出。「K島高齢者ニーズ調査」から生きがい作りに関する項目として「高齢者活動」の項目6問を抽出。平成14年3月から15年7月の高齢者の生きがいづくり活動「ふれあい広場」誕生までの経過について、上記2つの調査とグループ討議を検討した。

結果および考察：1) 神事を生きがいづくりに積極的に活用することの重要性が示唆された。2) 介護の支え手の乏しいK島では、地理的利便性を生かし「郷友会」を介護マンパワーとして活用することで、高齢者の生きがいづくり展開の可能性があると考える。3) 住民主体活動としてのグループ討議は、個々人の「高齢者ニーズ調査」結果を基礎にし、ニーズに基づいた「ふれあい広場」活動の準備、実現に繋がった。4) 高齢者の生きがい作りの場として誕生した「ふれあい広場」は、島内の交流の拠点にとどまらず、利便性を生かして島外施設入所者の生きがいづくりの場、郷友会など島外生活者のふれあいの場など、島外との交流の拠点としての展開を期待したい。

キーワード： 生きがい、離島、高齢者、住民主体

【はじめに】

沖縄県の離島は、厳しい社会的および自然条件などによる人口の流出や少子化に伴う人口減少、および高齢化が深刻な問題となっている¹⁾。また離島は、残された自然や人と人との交流の暖かさが、ストレスの多い都会人にとっての「癒しの空間」としての役割が注目を集めており、離島の有利性に着目した取り組みが推進されている²⁾。「離島振興法」では、我が国の276離島が類型化されている³⁾が、「沖縄振興開発特別措置法」で指定された沖縄の有人離島39カ所は類型化されていない。我々は、地域特性を生かした地域づくり支援を目的として、沖縄県の有人離島のうち架橋による陸路確保のある島や無人島を除く28島を行政区との関連で4タイプに類型化した⁴⁾。

その一つ「本島付随型」離島は、宮古島または沖縄本島の市町村に属し、主な島に近接している離島である。沖縄県の離島は広い海域に点在していることが特徴の一

つであるが、本島から近距離にあり利便性が高い「本島付随型」離島も5島ある。その5島は、人口規模が小さいこと、高齢化率が高いこと、介護保険サービスの基盤整備が乏しいことなどが特徴であり⁵⁾、利便性に関係なく高齢者支援体制の整備が急がれる。高齢者支援体制は、介護保険法施行に伴い、要介護認定者のための介護サービスの基盤整備に重点が置かれてきた。しかし、8割以上の高齢者は自立高齢者であり、自立高齢者の健康づくりや生きがいづくりは、重要な課題である。また在宅高齢者のみでなく、島を離れた施設入所高齢者の生きがいづくりとして、住民主体活動の中で実施されている一時帰省「ふるさと訪問」は、家族や地域の生きがいづくりにも繋がる事が報告されている⁶⁾。同様に住民主体による高齢者「ふれあい広場」への取り組みも住民全体の生きがいづくりへの展開が期待できると考える。本研究の目的は、住民主体の地域づくりのモデル島として介入しているK島における、高齢者の生きがいづくり活動「ふれあい広場」誕生までの取り組みから、利便性があり、人口規模が小さく、高齢化率が高い「本島付随型」

1) 沖縄県立看護大学

の地域での生きがいづくりを考えることである。

【対象および方法】

対象地域：

K島は沖縄本島南部C村から5.3km、船舶で15分の距離にあり、定期船が1日6往復し、日常的に本島と往来可能で利便性がある。伝統的に男性は漁業、女性は農業を中心に営んできた。人口247人、65歳以上の高齢者は110人、高齢化率44.5%と離島平均19.3%を上回っている（平成12年3月末現在）。人口構成上の特徴は、20代～50代の女性が総人口の8.5%と極端に少ないことである。K島は女性が神事を司る「神の島」として知られるが、女性の減少により神事の継承も危ぶまれている。島民の交流は、月に1～2回の神事が主で、婦人会、青年会などの団体はなく、老人会活動も活発ではない。島内の活動団体は、郷友会や島民有志で組織した「K島振興会」がある。平成14年度に住民主体の地域づくりへ向け、沖縄県の介入により島民によるワーキンググループが結成され活動している。

介護保険サービスは、訪問系サービス、福祉用具の貸与・購入費の支給で、通所系や短期入所系サービス、施設サービスはない。介護予防・地域支え合い事業は、配食サービス、月1回のミニデイサービスがある。

対象：

K島ワーキンググループメンバーで27人の島民、村役場職員、県や大学関係者
平成14年2月現在、K島に住民登録している65歳以上の全高齢者110人中、「K島高齢者介護意識等調査票」により面接調査の可能な有効回答者91人
平成15年2月現在、K島に住民登録している65歳以上の全高齢者115人中、「K島高齢者ニーズ調査票」により面接調査の可能な有効回答者83人

方法：

平成14年9月～平成15年7月まで、月1～2回開催されたワーキンググループ討議（以下、「グループ討議」と略）は17回であった。高齢者の生きがいづくり活動「ふれあい広場」誕生に関連すると考えられる議題を報告者らで選択し、17回中12回のグループ討議内容を検討した。

「K島高齢者介護意識等調査票」を作成し、個別訪問により面接調査を行った。調査項目は、島への愛着、介護意識等、健康状態・日常生活、人的ネットワークに関することで26問設定した。この調査項目から、生きがいづくりに関連する項目として島への愛着から「生活の満足度」「神事の継承」、介護意識等から「介護の場」「人生最期の居住」、健康状態・日常生活から「生活自立度」「一番の楽しみ」、人的ネットワークから「島民の知人の範囲」「隣人との往来頻度」「隣人への支援意識」「買い物・用事の依頼」「買い物・用事の依

頼受け」を抽出した。

「高齢者ニーズ調査票」は、グループ討議で検討された内容で調査項目が作成された。調査項目は7項目で、高齢者の活動、日常の食事、日常の運動、サービス提供のしくみ、緊急時支援体制、生きがい、高齢者サービス評価で31問であった。この調査項目から、生きがいづくりに関する項目として「高齢者の活動」を抽出した。

「K島高齢者介護意識等調査」時の平成14年3月から平成15年7月まで、時間軸で調査結果に基づくグループ討議内容、高齢者ニーズ調査結果を交え、高齢者の生きがいづくり活動「ふれあい広場」誕生までの経過を検討した。

倫理的配慮は、ワーキンググループを組織した時点で、討議内容は記録され、公開されることへの了解が討議メンバーから得られている。また、調査結果は数的処理を行い個人が特定できないよう配慮した。

【結果】

「ふれあい広場」誕生までの経過を情報収集、高齢者ニーズ確認、実施計画作りおよび実施の4段階に分類した（図1）。

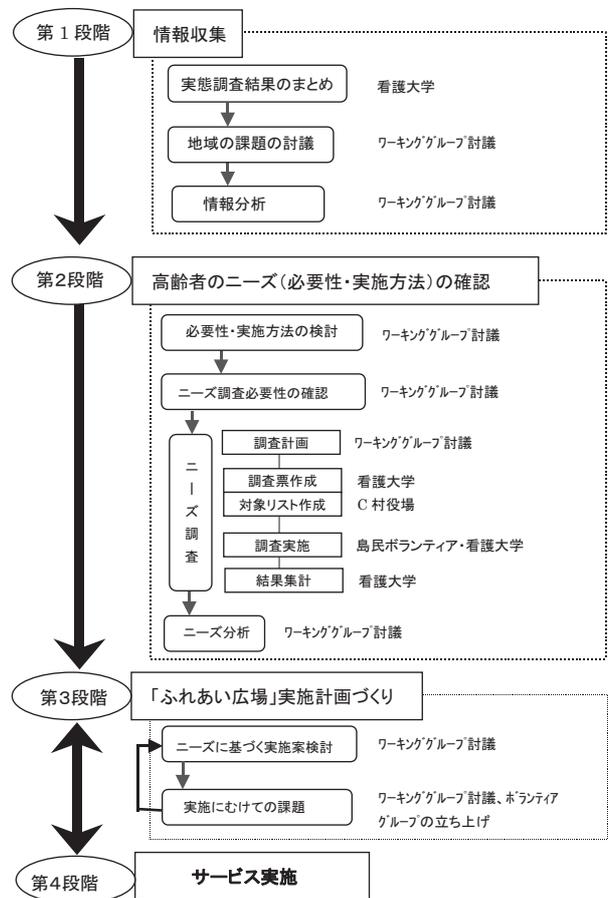


図1 「ふれあい広場」誕生までの経過

第1段階 情報収集：「高齢者介護意識調査」の結果と、グループ討議で情報収集した。

1) 「高齢者介護意識調査」結果概要：(表1)

有効回答者91人中、男性は34人、女性は57人であった。年齢は前期高齢者45人(49.5%)、後期高齢者46人(50.5%)。世帯構成は単身者26人(28.6%)、老人のみ世帯46

人(50.5%)であった。性別では、女性の後期高齢者が多く(P<0.05)、世帯構成は、女性が単身世帯で有意に男性に比べ高かった(P<0.05)。

(1) 島への愛着

島の生活の満足度は、男性27人(79.4%)、女性46人(80.7%)が「満足」「やや満足」と答え、高齢者の約8

表1 対象者の概要と介護意識等

N=91

		男性 N=34(%)	女性 N=57(%)	計(%)		
対象者の概要	年 齢	65～74才	22 (64.7)	23 (40.4)	45 (49.5)	*
		74才以上	12 (35.3)	34 (59.6)	46 (50.5)	
	世 帯	単身	5 (14.7)	21 (36.8)	26 (28.6)	*
		老人のみ	23 (67.6)	23 (40.4)	46 (50.5)	
他世代と同居		5 (14.7)	12 (21.1)	17 (18.7)		
島への愛着	島の生活の満足度	満足・やや満足	27 (79.4)	46 (80.7)	73 (80.2)	
		その他 ¹⁾	7 (20.6)	11 (19.3)	18 (19.8)	
	神事の継承	若い世代に引き継いでほしい	20 (58.8)	45 (78.9)	65 (71.4)	
		若い世代に引き継いでほしくない	2 (5.9)	4 (7.0)	6 (6.6)	
わからない		6 (17.6)	6 (10.5)	12 (13.2)		
その他		6 (17.6)	2 (3.5)	8 (8.8)		
介護意識等	介護を受けたい場	在宅希望	30 (88.2)	48 (84.2)	78 (85.7)	
		施設希望・子どもと同居	4 (11.8)	8 (14.0)	12 (13.2)	
		わからない	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (1.1)	
	人生最後の居住	島で過ごしたい	32 (94.1)	51 (89.5)	83 (91.2)	
島外施設・病院		1 (2.9)	6 (10.5)	7 (7.7)		
その他・無回答		1 (2.9)	2 (3.5)	3 (3.3)		
健康状態・日常生活	生活の自立度	自立(杖なしで外出)	31 (91.2)	27 (47.4)	58 (63.7)	***
		杖等で外出	3 (8.8)	25 (43.9)	28 (30.8)	
		一人では外出できない	0 (0.0)	4 (7.0)	4 (4.4)	
		ねたり起きたり	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (1.1)	
	一番の楽しみ	働くこと	12 (35.3)	4 (7.0)	16 (17.6)	
		家族と話す	2 (5.9)	11 (19.3)	13 (14.3)	
		ミニデイサービス	0 (0.0)	12 (21.1)	12 (13.2)	
		知人とおしゃべり	3 (8.8)	8 (14.0)	11 (12.1)	
		テレビ・新聞	2 (5.9)	9 (15.8)	11 (12.1)	
		つり・潜り	5 (14.7)	1 (1.8)	6 (6.6)	
その他 ²⁾	10 (29.4)	12 (21.1)	22 (24.2)			
人的ネットワーク	知人の範囲	島民ほとんど知っている	32 (94.1)	56 (98.2)	88 (96.7)	
		その他 ³⁾	2 (5.9)	1 (1.8)	3 (3.3)	
	近隣との往来頻度	毎日・時々行き来する	21 (61.8)	41 (71.9)	62 (68.1)	
		あまり・ほとんど行き来しない	13 (38.2)	16 (28.1)	29 (31.9)	
	隣人への支援意識	自宅を訪ねる・電話をする	22 (64.7)	39 (68.4)	61 (67.0)	
		その他 ⁴⁾	12 (35.3)	18 (31.6)	30 (33.0)	
買い物・用事の依頼	頼める	9 (26.5)	15 (26.3)	24 (26.4)		
	頼めない	25 (73.5)	42 (73.7)	67 (73.6)		
買い物・用事の依頼受け	受ける	20 (58.8)	17 (29.8)	37 (40.7)		
	受けない	14 (41.2)	40 (70.2)	54 (59.3)		

「その他」としてまとめたもの

1) 普通、やや不満、不満

3) 自分の班と隣の班まで、自分の班だけ、あまり知らない

2) ゲートボール、酒を飲む、趣味の活動、特になし、その他

4) 親戚知人に聞く、気になるがそのまま様子を見る

* p<0.05 *** p<0.01

割が島の生活に満足していた。神事の継承は、「若い世代に引き継いでほしい」が男性20人(58.8%)、女性45人(78.9%)で有意差はなかったが女性に高い傾向がみられた。

(2) 介護意識等

介護が必要になった場合の介護の場と、人生最期の居留意識を検討した。介護の場は、全高齢者で78人(85.7%)が「在宅」を希望し、人生最期の居住地は83人(91.2%)が「島で過ごしたい」と希望していた。

(3) 健康状態・日常生活

生活の自立度では、「自立」58人(63.7%)、「杖等で外出」28人(30.8%)であるが、性別では女性の自立度が男性に比べ有意に低かった($P<0.01$)。一番の楽しみでは、男性は「働くこと」であり、女性は「家族との話す」「ミニデイサービス」「知人とのおしゃべり」など他者との交流が最も多かった。

(4) 人的ネットワーク

人的ネットワークは、地域における人と人とのつながりを表すものであるが、人と人とのつながりの広さをみる項目、島民の知人の範囲では、88人(96.7%)が「ほとんど知っている」状況であり、隣人との往来頻度では、「毎日・時々往来する」62人(68.1%)、「あまり・ほとんど

ど往来なし」が29人(31.9%)であった。隣人への支援意識として「近所の人を2～3日見かけないとき」の行動では、「自宅を訪ねる・電話をする」61人(67.0%)で、約7割が隣人に対する積極的な支援意識を持っていた。買い物や用事の家族以外への依頼は、「頼める」24人(26.2%)、買い物や用事の家族以外からの依頼受けでは、「依頼を受ける」37人(40.7%)であった。

2) ワーキンググループ討議：

(1) ワーキンググループ活動の概要

沖縄県は「離島・過疎地域支援事業」の本島付随型のモデル地区としてK島を指定した。報告者らの介入により平成14年9月、ワーキンググループを誕生させた。メンバー構成は、区長や役場職員と相談し本人の了解を得て決定した。住民主体の地域づくりを目的に月1～2回会議を開催している。議事録を残すこと、前回会議内容の確認をすること、全島民に情報公開することなどが特徴である。

(2) グループ討議内容

第1回目のグループ討議は、ワーキンググループの目的確認の後、実態調査結果を島民と共有することから始まった。高齢者の生活の満足度の高さ、神事継承の希望、介護意識は在宅希望で人生最期の居留意識も生まれ島で

表2 高齢者の活動

		計	計%
活動希望 (n=83)	あり	62	74.7
	なし	18	21.6
	わからない・その他	3	3.6
活動回数 (n=62)	毎日	5	8.1
	週3日	6	9.7
	週2日	13	21.0
	週1日	22	35.5
	わからない	6	9.7
	その他	10	16.1
活動時間帯 (n=62)	9時～16時頃	0	0.0
	10時～15時頃	3	4.8
	10時～12時頃	5	8.1
	13時～15時頃	45	72.6
	わからない	3	4.8
	その他	6	9.7
活動場所 (n=62)	集落から近いA施設	32	51.6
	集落から離れている設備の整ったB施設	22	35.5
	その他	8	12.9
活動内容 (n=62)複数回答	軽い運動をする	42	67.7
	おしゃべりをする	40	64.5
	お茶や菓子を飲食する	33	53.2
	ゲームをする	30	48.4
	一緒に食事をする	30	48.4
	カラオケを歌う	29	46.8
	ゲートボールなど運動をする	24	38.7
車での送迎 (n=62)	是非必要	9	14.5
	あると便利	9	14.5
	歩けるのでいらない	39	62.9
	その他	5	8.1

あること等の調査結果が確認された。地域の課題への具体策の糸口としてグループ討議では、隣人の往来頻度に関心を持った。近所づきあいで「あまり・ほとんど行き来しない」が3割以上いることから、高齢者の互いの家を訪問することへの遠慮と孤独感の訴えなどが話題となり、生きがいづくりのために高齢者が気軽に集まれ、若い世代とも交流できる場所「ふれあい広場」が提案された。また、日常生活自立度から外出困難な高齢者に対する送迎の実施可能性についても検討された。月に1度実施されているミニデイサービスの開催回数増加での対応が検討された。

第2段階 高齢者ニーズの確認：具体的実施計画づくりのために「高齢者ニーズ調査」を実施し、高齢者のニーズを把握した。

1) 「高齢者ニーズ調査」前のグループ討議：グループ討議は、「ふれあい広場」の具体的実施に向け計画づくりに着手した。しかし、実施計画づくりも、高齢者ニーズに基づく必要性があることが話題となり、全高齢者のニーズ調査を実施することが決まった。調査計画として、調査票作成は大学教員、対象リスト作成は村役場、調査実施は、ワーキングメンバー中心の島民ボランティアと大学教員などの役割分担、調査内容の検討、整理、確認などが行われた。

2) 「高齢者ニーズ調査」結果概要：(表2)

有効回答者83人中男性は31人、女性は52人であった。ニーズ調査の7項目中、高齢者の活動について検討した。高齢者の活動参加希望は、「参加希望あり」62人(74.7%)、「参加希望なし」18人(21.6%)、「わからない・その他」3人(3.6%)であった。参加希望あり62人の活動希望回数は、週1回は22人(35.5%)、週2回は13人(21.0%)が希望していた。活動時間帯は、13時～15時の2時間程度を45人(72.6%)が希望。活動場所は、集落に近い老朽化したA施設を32人(51.6%)が希望し、設備の整ったB施設希望者は22人(35.5%)であった。活動内容は、「軽い運動」「おしゃべり」「お茶」や「ゲーム」など多岐にわたっていた。送迎は「是非必要」9人、「あると便利」9人で18人(29.0%)が希望していた。

3) 「高齢者ニーズ調査」後のグループ討議

高齢者ニーズ調査の結果、7割の高齢者が活動の場を希望していることを確認し、「ふれあい広場」の必要性と方法を確認した。マンパワーの確保、場所の整備・確保、活動費用、活動日、活動内容等の調整が検討課題としてあがった。

第3段階 実施計画づくり：高齢者ニーズ調査に基づきグループ討議で「ふれあい広場」実施計画づくりを行った。

1) グループ討議での「ふれあい広場」実施案作成：グループ討議では、希望場所の整備方法、週1回程度の

場所利用の可能性、活動に要する費用や予算、送迎車の確保などのハード面の整備、および「ふれあい広場」で活動を推進するマンパワーの確保が討議された。希望場所の暑さ対策、小中学校の車を利用しての送迎等についても検討された。

2) ボランティアグループの結成：予算措置のない「ふれあい広場」活動推進のマンパワー確保のためにボランティアが必要となり、ワーキンググループが中心となって、島民に呼びかけボランティアグループが結成された。

第4段階 実施：平成15年7月ボランティアグループは「ふれあい広場」を開始した。活動場所、頻度、時間帯、活動内容等、確認された高齢者のニーズに基づいて実施している。島外で生活する漁師の島内出身者(K島郷友会メンバー)は、「ふれあい広場」の存在を知り、実施日には、ボランティアとして定期的に参加している。また、活動2ヶ月後、ワーキンググループ代表者らは、村役場の村長および介護予防活動関係部課長へ、「ふれあい広場」活動開始の経過と必要性を報告し、行政での予算措置等への配慮を依頼した。村は、その趣旨と実績を理解し事業化を約束した。

【考察】

1 K島の地域特性と対象特性

女性を介して神事が継承される「神の島」K島において、女性は神事継承に積極的であった。しかし、人口構成で20代～50代の女性人口が少なく、後期高齢者の女性が多く、日常生活自立度で女性の自立度は男性と比較して有意に低く、「杖などで外出」が多かった。K島の特性として、地理的な利便性の一方で、介護の担い手として期待される女性人口の少なさによる島内での介護力の弱さや各種団体活動基盤の弱さなどがあった。しかし、高齢者の生活の満足度は高く、全国比でK島の高齢者の生きがい感が高い⁷⁾、伝統行事に携わる者は生きがい感が高い⁸⁾という報告もあり、K島のアイデンティティの根幹とも思われる神事を生きがいづくりに積極的に活用することの重要性が示唆された。

2 介護意識と人的ネットワーク

高齢者の8割以上は島の生活に満足し、介護を受ける場は「在宅」、人生最期の居住地としてはK島を希望していた。この希望実現の可能性を探るため、人的ネットワークとして「知人の範囲」「近隣との往来頻度」「隣人への支援意識」の3項目で、直接的に何かをするのではないが、情緒的なつながりを表す「情緒的サポート」について検討し、「買い物・用事の依頼」「買い物・用事の依頼受け」の2項目で、直接的な支援を表す「手段的なサポート」について検討した。島の人口サイズから島民の知人の範囲は9割以上と高く、近隣との往来頻度や隣

人への支援意識も約7割と高いことから、高齢者相互の安否確認など情緒的サポートの可能性が示唆された。しかし、買い物・用事の依頼授受は3～4割と低く、手段的サポートの期待は困難のように思われた。K島は、他の沖縄県離島のソーシャルネットワークと比較し⁹⁾、島民の知人の範囲の高さや情緒的サポートの可能性は同様であったが、手段的サポートは低かった。手段的サポートは、加齢に伴い低下するとの報告¹⁰⁾もあり、K島の後期高齢者率の高さが手段的サポートに影響していると考えられる。K島においても、人生の最期を迎えるための高齢者の役割として情緒的サポートは期待できると推察された。しかし、介護を必要とする高齢者が人生の最期を在宅で迎えるためには、直接介護の担い手は重要であり、高齢者間の情緒的サポートのみでは問題解決しない。特に介護者として社会的に期待される若年層の乏しいK島で、高齢者の希望実現は厳しい状況とも思われる。しかし、地理的利便性と郷友会を加えた「K島振興会」を活かし、戦略的に郷友会を介護マンパワーとして活用することで展開の可能性があると考えられる。

3 住民主体活動としてのグループ討議の役割

沖縄県の介入で「本島付随型」離島のモデル地区になったK島では、住民主体活動をめざし島の代表者、役場職員、県、報告者らで構成するワーキンググループが結成された。グループ討議は、月1～2回定期的に開催され、討議内容は通信発行で全島民に情報公開されている。グループメンバーは高齢者介護意識調査結果の共有から、3割以上の高齢者が「あまり・ほとんど行き来しない」ことに着目した。高齢者の日々の生活を思い起こし、孤独感の解消、仲間づくりの必要性を導き、交流の場「ふれあい広場」提案に至った。グループ討議での検討は、「高齢者ニーズ調査」結果を基礎にし、「ふれあい広場」の準備、実現に繋がった。

「離島・過疎地域支援事業」の先行モデル島でも、高齢者実態とニーズに基づくサービス誕生という同様の手法でサービスが開始されている¹¹⁾。高齢者の生活に根ざした手作りのサービスを、住民のワーキンググループを中心に展開することは、K島でも可能であった。この手法は、離島における住民主体の地域づくり活動には有効であることが示唆された。

4 生きがいづくりから地域づくりへ

在宅高齢者の生きがいづくりには、家族、友人、地域とのつながり重要であること¹²⁾、施設入所者の生きがいとして家族、友人が最も多くなっている¹³⁾ことなどの報告がある。高齢者にとってなじみの関係の維持が生きがいにつながることは報告されており、これまで相互交流の場の乏しかったK島において気軽に集まれる場「ふれあい広場」は、K島の在宅高齢者の生きがいにつながると考える。また、社会的な役割を担うことが生きがい

に繋がるという報告もあることから¹⁴⁾、「ふれあい広場」での自立高齢者の自主的な活動を促し、支えていくことも重要である。

この活動開始に向け、ボランティアグループが結成され、休会中の老人会活動も再開し、地域の組織基盤もできつつある。K島の本島との利便性の高さは、人の動きの活性化の可能性に繋がる。高齢者の生きがいづくりの場として誕生した「ふれあい広場」には、友人、家族、地域との交流の場、子ども世代、孫世代との交流の場、文化継承の場としての島内の交流拠点に留まらず、利便性を活かした島外施設入所者の生きがいづくりの場、郷友会など島外生活者のふれあいの場など、島外との交流の拠点としての展開を期待したい。

引用文献

- 1) 沖縄県:沖縄県高齢者離島・過疎地域支援計画 - 波照間島をモデルとして -, 57-76, 2001
- 2) 離島振興基本方針:総務省・農林水産省・国土交通省告示第2号, 1, 2003
- 3) 離島振興ハンドブック, 1-5, 1996
- 4) 沖縄県:沖縄県高齢者離島・過疎地域支援計画 - 波照間島をモデルとして -, 3, 2001
- 5) 大川嶺子・大湾明美・佐久川政吉・吉川智恵子・伊藤幸子・宮城重二:沖縄県有人離島における地域ケアシステム構築に関する研究(第13報) - 「本島付随型」離島の高齢者保健福祉の特徴 -, 民族衛生, 68(付録), 60-61, 2002
- 6) 下地幸子・大湾明美・佐久川政吉・大川嶺子・安里恵子:離島における施設入所高齢者の生きがいづくり(第7報) - 要介護高齢者が沖縄本島から竹富島にふるさと訪問した事例 -, 第20回看護研究集録, 85-88, 2002
- 7) 奥古田孝夫・赤嶺依子・具志堅美智子:沖縄における地域高齢者の self-esteem(自尊感情)とその関連要因についての検討, 医学と生物学, 144(5), 147-151, 2002
- 8) 豊里武彦:高齢者の主観的幸福感および健康状態と唾液中免疫関連物質に関する心身医学的研究 - 久高島における実地調査研究 -, 平成13年度修士論文, 2001
- 9) 大川嶺子・大湾明美・仲間富佐江・吉川千恵子・塚本恵・佐久川政吉・金城利香・伊藤幸子・上田礼子:沖縄県有人離島における地域ケアシステム構築に関する研究(第2報) - ソーシャル・ネットワークに関する波照間島民の意識 -, 民族衛生, 66(付録), 94-95, 2000
- 10) 河合千恵子・下仲順子:老年期におけるソーシャル・サポートの授受, 老年社会学, 14, 1992
- 11) 村上恭子・大湾明美・佐久川政吉:沖縄県有人離島における地域ケアシステム構築に関する研究(第9

- 報) - 波照間島における生きがいサービス1年間の現状と課題 - , 第18回沖縄県看護研究学会講演集, 89-92, 2002
- 12) 松田晋哉・筒井由香・高島洋子: 地域高齢者の生きがい形成に関連する要因の重要度の分析, 日本公衆衛生学会誌, 45(8): 704-712, 1998
- 13) 山下昭美・近藤享子・田中隆・門奈丈之・揖場和子・木下迪男: 施設高齢者の生きがい感とQOLとの関連について, 厚生指標, 48(4): 12-19, 2001
- 14) 板垣恵子・渡辺喜勝: 現代社会を生きる人々の生きがい, 東北大学医療技術短期大学部紀要, 9(2): 257-266

An Expectation to The Action for Fulfillment of Life in K Island, an "Adjacent-to-Main-Island Type" Isolated Island

- Organizing of "Fureai Hiroba" for Elderly by Inhabitant Centered Activities -

Mineko OKAWA, R.N.,P.H.N., M.N., Akemi OHWAN, R.N.,P.H.N., M.N.,
Sayuri KURECHI, R.N., P.H.N., M.N., Naoko OGAWA, R.N., P.H.N., M.H.S.,
Masayoshi SAKUGAWA, R.N., P.H.N., M.N.

The authors are supporting the inhabitant centered community organization in K Island. The purpose of this research is to discuss about fulfillment of life of the people in the adjacent island with high convenience with mainland Okinawa. Subject area K Island, which is known as an island of gods, belongs to C Village in the southern region of main island of Okinawa. Subjects are: the members of the inhabitant centered working group; the 91 elderly, out of 110 who were more than 65 years old and had resident registration in K Island at February 2002 and replied with valid answers to "K Island Home Care Consciousness Investigation"; the 83 elderly, out of 115 who were more than 65 years old and had resident registration in K Island at February 2003 and replied with valid answers to "K Island Elderly Needs Investigation". The study design is: examination of 12 discussions of the working group, out of 17 of them, that were held once or twice a month in the period from September 2002 to July 2003; selecting the 11 questionnaires which were related with fulfillment of life from "K Island Home Care Consciousness Investigation"; selecting the 6 questionnaires which are related with fulfillment of life from "K Island Elderly Needs Investigation"; examining the two investigations and 12 discussions about the process of creating "Fureai Hiroba" in the period of March 2002 to July 2003.

Result and Conclusions: 1) Turning the god events to good account for the activities of fulfillment of life is important. 2) Because of the high convenience with the main island, turning the "K Kyoyuukai"; peoples group who once lived in K Island and now live in main island of Okinawa, to good account for the manpower of Kaigo; 3) The working group discussions as an inhabitant centered activity were based on the results of a needs investigation, and created "Fureai Hiroba" which met the individual needs of elderly; 4) "Fureai Hiroba" was born through an action for fulfillment of life of the elderly. This is not only expected as a place of exchange for the people in the island, but also the fulfillment of life for the institutionalized elderly in the main island and the exchange with the people living outside of the island such as "K Kyoyuukai" members.

Key word: fulfillment of life, isolated island, elderly, inhabitant centered

報告

離島における介護保険制度のケアマネジメントに関する研究

- 沖縄県有人離島のケアマネジメントの実態から -

大湾明美¹⁾ 佐久川政吉¹⁾ 大川嶺子¹⁾ 吉川千恵子¹⁾

伊藤幸子²⁾ 村上恭子³⁾ 垣花裕子⁴⁾

本研究の目的は、地理的条件や人口規模等から介護保険制度運用の狭間にある離島におけるケアマネジメントの実態を明らかにし、離島におけるケアマネジメントの課題を検討することである。対象は、「沖縄振興開発特別措置法」に基づく39島中、架橋で陸路が確保されている島や無人島を除く28島である。方法は、「高齢者の実態把握及び基盤整備等調査票」にケアマネジメントの配置形態についての項目を作成し、全離島の市町村介護保険担当職員に送付し回答を依頼した。28島中、離島のケアマネジメントの類型により選定した2島(A島・B島)については、地区踏査やケアマネージャーとの面接を実施した。

結果及び考察：1) 沖縄県の28有人離島のケアマネジメントは4タイプに類型化された。島内にケアマネージャーが常駐し、ケアマネジメントを実施している「島内完結型」、島外にケアマネジメントを依頼する「島外参入型」、ケアマネジメントが選択可能な都市地区と類似した「一般型」、自己作成や島内にケアマネジメント対象者が存在せず不要「その他」であった。4タイプの分布状況は、人口規模3,000人以下の小さい多くの島々で「島外参入型」が実施されていた。2) 「島内完結型」A島のケアマネジメントは、ケアマネージャーを選択することは困難であるが、常駐しているためケアマネジメント必要時にはいつでも容易に利用することが可能であった。また、診療所看護師との兼務で医療情報も含めた保健医療福祉の総合的ニーズへの対応の可能性が示唆された。3) 「島外参入型」B島のケアマネジメントは、天候などに左右され計画的な来島が困難であった。その結果、アセスメントやサービス計画に先行してサービス提供が優先していた。介護保険制度のめざす十分なアセスメントに基づく計画的なサービス提供につながらなかった。4) 生活を援助するケアマネジメントには、地域的観点を持ち、生活を全体的に捉え、個別的で継続的な視点が求められる。離島のケアマネジメントの課題は、島内での複数のケアマネージャーの確保であり、「島外参入型」は「島内完結型」より、介護保険制度のケアマネジメントには課題が多く、克服する努力がより求められると推察された。

キーワード：離島、要介護高齢者、介護保険制度、ケアマネジメント、ケアマネージャー

緒言

介護保険法は、保健医療福祉分野を変革するキーワードの一つに介護サービス利用時のケアマネジメントを義務づけた。我が国の介護保険制度に導入されたケアマネジメントは、モデルとしたイギリスのコミュニティケア法や、コミュニティソーシャルワークの考え方、ケアマネジメントの過程などの影響を受けているといわれている^{1) 2)}。一方、既に導入されていた「ケアマネジメント」の類似概念として「ケースマネジメント」「ケアコーディネーション」等もあり、白澤³⁾は、介護保険制度に先立ち、これらの概念は我が国ではほぼ同義語であると提言していた。また、医療機関や保健機関では「ケアプラン」、「看護過程」等の類似用語が活用されていた。用語混乱の危惧から、介護保険制度では「居宅介護サービス計画」

(ケアマネジメント)とし、その機能を担う職種として、介護支援専門員(ケアマネージャー)が誕生した。

ケアマネジメントの概念定義は、1980年代から全米ソーシャルワーカー協会や全国社会福祉協議会等で検討された。白澤⁴⁾は「ケアマネジメントは新しい援助の概念であり定義は定着していない」と述べ、「対象者の社会生活上での複数のニーズを充足させるため適切な社会資源と結びつける手続きの総体」と定義し、ケアマネジメントの構成要素として対象者、社会資源、ケアマネージャー、ケアマネジメントの過程の4つをあげている。このような状況から、本報ではケアマネジメントとは、介護保険法の制度上のケアマネージャーが行うケアマネジメントとした。

ここ数年、介護保険制度のケアマネジメントに関する研究は多く、ケアマネジメントの構成要素を基本にケアマネージャーに求められる知識、技術に関する様々な報告がある^{5)~8)}。しかし、これらの研究は、ケアマネジメントの4構成要素の基盤があることが前提に、ケアマネジメント方法論・技術論が論じられている。

1) 沖縄県立看護大学

2) 聖隷クリストファー大学

3) はてるま居宅介護支援事業所

4) オリブ山居宅介護支援事業所

沖縄県の多くの離島では、ケアマネジメントの構成要素、特にケアマネジャーの確保が困難な状況で技術論や方法論以前の問題がある。採算性などから、今後も自由競争による民間参入は期待できず、高齢者の選択権行使の困難な多数の島々がある。そのため、離島のケアマネジメントは、従来とは異なる新たな展開が求められる。離島の高齢者であっても、介護保険制度の理念に基づくサービスを受ける権利を有する。地理的条件や人口規模などから一般的な制度運用の狭間にある離島における有効なケアマネジメントのあり方を検討することは重要と考える。

そこで、今回の研究は、ケアマネジャー確保の困難な離島におけるケアマネジメントの実態を明らかにし、離島におけるケアマネジメントの課題を検討することを目的とする。

研究方法

1. 対象

「沖縄振興開発特別措置法」に基づく39島中、架橋で陸路が確保されている島や無人島を除く28島。

2. 方法

平成13年1月、全離島ごとに「高齢者の実態把握及び基盤整備等調査票」にケアマネジメントの配置形態の項目を作成し、離島を有する市町村の介護保険担当職員に送付し、島ごとの状況について回答を依頼した。回収後、データの不足点や疑問点などは担当職員に電話、ファックスで確認した。28島中、離島のケアマネジメントの類型により選定した2島（A島・B島）については、介護を取り巻く地域特性などを把握するため地区踏査を行い、ケアマネジメントの現状を把握するためケアマネジャーと直接面接した。

結果

1. 28島の介護保険サービスとケアマネジメントの実態

1) 28島の介護保険サービスの実施状況

28島の介護保険サービス実施状況を施設サービス、在宅サービスで検討した（表1）。島内に特別養護老人ホーム等の介護保険施設が存在する島は9島で、19島の要介護高齢者は、島外で施設サービスを受けていた。在宅サービスの島内供給体制の実態は、供給体制の整備が高いサービスは、訪問介護26島（92.9%）、訪問看護23島（82.1%）、居宅療養管理指導21島（75.0%）であった。供給体制の低いサービスは、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護は1島（3.6%）、短期入所療養介護2島（7.1%）、通所リハビリテーション3島（10.7%）であった。

2) 28島のケアマネジメントの実態

(1) ケアマネジメントの類型化

離島のケアマネジメントについて、ケアマネジャーの配置形態を軸に分類した（図1）。島内にケアマネジャーが存在しケアマネジメントを実施しているタイプ「島内完結型」、島内にケアマネジャー不在で島外にケアマネジメントを依頼する「島外参入型」、複数のケアマネジャーが存在し島内外で競争の原理によりケアマネジメントが選択可能な都市地区と類似した「一般型」、介護保険対象者が少なく自己作成の対応や、要支援、要介護認定者が島外の施設に入所し島内にケアマネジメント対象者が存在せず不要など「その他」の4タイプであった。

(2) 4タイプの分布状況

「島内完結型」は、久米島、座間味島、多良間島、波照間島の4島で、沖縄本島や宮古島、石垣島から距離や

表1 介護保険サービスの実施状況

サービスの種類	施設サービス			在宅サービス											
	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	訪問介護（ホームヘルプ）	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	通所介護（デイサービス）	通所リハビリテーション（デイケア）	短期入所生活介護（ショートステイ）	短期入所療養介護（ショートステイ）	痴呆対応型共同生活介護	居宅療養管理指導	福祉用具貸与	特定施設入所者生活介護
有人離島	9	2	2	26	3	23	21	16	3	9	2	1	21	19	1
%	32.1	7.1	7.1	92.9	10.7	82.1	75.0	57.1	10.7	32.1	7.1	3.6	75.0	67.9	3.6

（平成12年10月末現在）

交通等の理由で日帰りの困難な島であった(図1)。ケアマネジャーの所属形態は、久米島は複数の指定居宅介護支援事業所、座間味島は村役場採用、多良間島は多良間村社会福祉協議会、波照間島は沖縄県立八重山病院付属波照間診療所に開設した「はてるま居宅介護支援事業所」であった。「島外参入型」17島は、沖縄本島等との距離や交通に関係なく人口規模3,000人以下の小さい多くの島々で実施されていた。その方法は、沖縄本島や石垣島にある一カ所の指定居宅介護支援事業所と役場(保険者)が交通費や宿泊費などを負担する委託契約により、日帰りや1泊2日でケアマネジャーが島に出張しケアマネジメントを実施していた。「一般型」4島は、伊江島、宮古島、伊良部島、石垣島であり、人口5,000人以上で、比較的人口規模が大きく介護保険制度が求める利用者の選択権行使が可能なタイプであった。「その他」3島は、自己作成の北大東島、在宅サービス利用なしの水納島と大神島であった。

の島で、石垣島から南西へ42kmの位置にある。町役場は町内になく石垣島に住所を置く。石垣島との交通は船便が片道約60分で一日3往復、9人乗りの小型飛行機が約15分で一日1往復している。しかし、波の荒い自然条件で、わずかな波風でも欠航となることが多い。人口は、昭和35年の国勢調査では1,422人であったが、少子高齢化の影響を受け過疎化が進行し平成12年3月末現在の人口は559人、高齢化率37.0%であった。

A島は、介護保険施行当初から、島内の診療所看護師がケアマネジャーの資格を取得し、親病院の協力で居宅介護支援事業所の指定を受け、島内のケアマネジメントを担当していた。島外からのケアマネジャーの参入はなく診療所の看護師業務とケアマネジメント業務を兼務し、在宅の要支援・要介護認定者全員のケアマネジメントを行っていた。ケアマネジャーを選択することは困難であるが、常駐しているためケアマネジメント必要時にはいつでも容易に利用することが可能である。介護保険施行2年後の平成14年3月末現在、島内供給可能な介護保険サービスは、施設サービスはなく、在宅サービスは診療所を中心に行う居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリ、登録ヘルパーによる訪問介護の訪問系サービスと福祉用具の貸与・購入、住宅改修のサービスのみ

2. 「島内完結型」A島・「島外参入型」B島の事例比較

1) 「島内完結型」A島の事例

A島は7つの有人離島を持つ竹富町にあり日本最南端

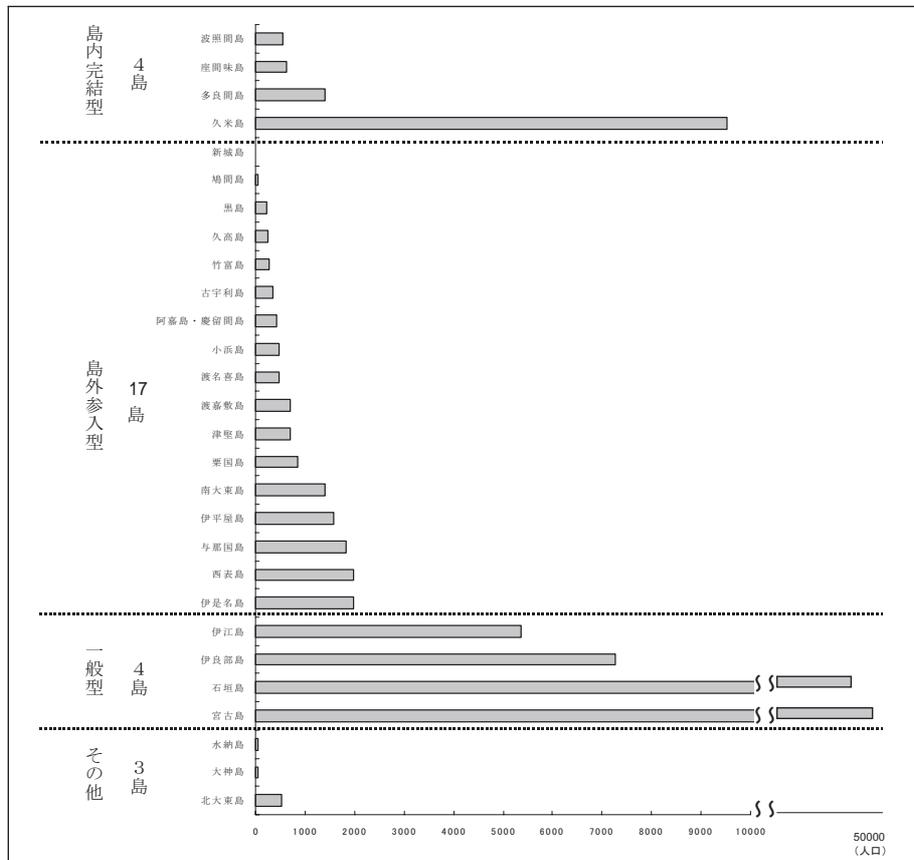


図1 離島のケアマネジメント方法の類型化と分布状況

で7項目のサービスがあり、通所系、短期入所系サービスは存在しない(表2)。介護保険制度施行2年後のケアマネジメントは、制度施行時と同様の形態であった。

2) 「島外参入型」B島の事例

B島は、那覇市の北西約60kmに位置し東シナ海に浮かび一島1村を形成している。交通は船便が那覇市泊港から片道約2時間30分で一日1往復、9人乗りの小型飛行機が約30分で一日6往復している。運行は天候に左右されることが多く、小型飛行機の就航率は87.6%である(平成13年度、琉球エアコミューターによる調査)。人口は、復帰直後の昭和47年1,687人いたが、平成12年3月末人口は856人、高齢化率は39.5%であった。

B島は、介護保険施行当初から保険者(役場)が沖縄本島にある特定の居宅介護支援事業所に交通費や宿泊等を支払う委託契約を行い、その居宅介護支援事業所の特定(居宅介護支援事業所のB島担当者)のケアマネージャーが月1回~2回程度不定期に島を訪れ、全要介護認定者のケアマネジメントを行っていた。沖縄本島内の居宅介

護支援事業所での業務調整や天候などに左右され、計画的な定期訪問は実施されていなかった。島内での活動時間は1泊2日で約8時間、日帰りで約6時間であり、介護保険制度のケアマネジメントのプロセス(ケース発見、要介護認定、アセスメント、サービス担当者会議、居宅介護サービス計画作成、利用者の承諾、サービス提供、モニタリング、再アセスメント)を踏むことが容易でない。特に、問題になることは、介護保険サービス事業所によるサービス提供後、居宅サービス計画を作成する後手のケアマネジメントになることである。介護保険施行2年後の平成14年3月末現在、島内にある介護保険サービスとして、施設サービスは、小規模の介護老人福祉施設がある(表3)。在宅サービスは、介護老人福祉施設による短期入所生活介護、通所介護、社会福祉協議会による訪問介護、診療所の居宅療養管理指導、工務店の住宅改修、訪問看護、福祉用具購入、福祉用具レンタル等、訪問系、通所系、短期入所系などのサービスが9項目あった。介護保険施行2年間で役場が委託契約を結ぶ居宅介

表2 A島の介護保険サービス供給体制

サービスの種類		島内供給可能性の有無	内 容 等
施設サービス	介護老人福祉施設	×	利用時は飛行機や船舶で石垣島、西表島、沖縄本島まで移動する。移動経費は自己負担。
	介護老人保健施設	×	
	介護療養型病床群	×	
在宅	訪問介護		希望すれば14人の登録ヘルパーが島内に存在し、訪問介護することが可能。
	訪問入浴介護	×	島内にはないため、利用時は、島外の石垣等まで移動するか、親戚等の家に泊まるしかないと現実的には困難なことが多い。
	訪問看護		島内の診療所は介護保険制度施行時、「みなし指定」を受け、訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導は提供可能。
	訪問リハビリ		
	居宅療養管理指導		
通所系	通所介護	×	島内にはなく、日帰り介護は不可能で、利用時は島外の石垣等まで移動するか、親戚等の家に泊まるしかないと現実的には困難なことが多い。
	通所リハビリ	×	島内にはないため、利用時は、島外の石垣等まで移動するか、親戚等の家に泊まるしかないと現実的には困難なことが多い。
短期入所系	短期入所生活介護	×	利用時は飛行機や船舶で石垣島、西表島、沖縄本島まで移動する。移動経費は自己負担。
	短期入所療養介護	×	
福祉用具等	福祉用具の貸与		島内に指定事業所は存在しないが、希望すれば石垣島等からの貸与が可能。
	福祉用具の購入		
	住宅改修		
その他	痴呆対応型共同生活介護	×	利用時は飛行機や船舶で石垣島、沖縄本島まで移動する。移動経費は自己負担。
	特定施設入所者生活介護	×	
ケアマネジメント			島内の診療所看護師がケアマネジメントの資格を取得し、親病院との提携で居宅介護支援事業所の指定を受け、希望すれば島内の介護認定者全員のケアマネジメント提供可能。

平成14年3月末現在

表3 B島の介護保険サービス供給体制

サービスの種類		島内供給可能性の有無	内 容 等
施設サービス	介護老人福祉施設		
	介護老人保健施設	×	島内に小規模特別養護老人ホームが平成10年12月に開設。30床の入所サービス利用者ほぼ全員が島内出身。
	介護療養型病床群	×	
在宅サービス	訪問介護		希望すれば8人の登録ヘルパーが島内に存在し、訪問介護することが可能。
	訪問入浴介護	×	島内にはない。入浴は通所介護時に利用可能。
	訪問看護		
	訪問リハビリ		島内の診療所は介護保険制度施行時、「みなし指定」を受け、訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導は提供可能。実際には、訪問看護については、村役場から委託を受けた居宅介護支援事業所のもつ訪問看護ステーションが2週間に1回程度不定期にサービスを提供。
	居宅療養管理指導		
	通所介護		島内の介護老人福祉施設で利用可能。
	通所リハビリ	×	島内にはなく、飛行機、船舶の状況から日帰り介護は可能。
	短期入所生活介護		島内の介護老人福祉施設で利用可能。
	短期入所療養介護	×	利用時は飛行機や船舶で沖縄本島等まで移動する。移動経費は自己負担。
	福祉用具の貸与		島内に指定事業所は存在しないが、希望すれば沖縄本島等からの貸与・購入が可能。
	福祉用具の購入		
	住宅改修		島内に指定事業所は存在し、希望すれば利用可能。
	その他	痴呆対応型共同生活介護	×
	特定施設入所者生活介護	×	
ケアマネジメント		×	島外の居宅介護支援事業所1ヶ所と村役場が交通費、宿泊費等を支払うという委託契約をしい利用可能。希望すれば島内の介護認定者全員は特定のケアマネジャーによるケアマネジメントの提供が可能。

平成14年3月末現在

介護支援事業所の変更はあったが、現在も特定（一ヶ所）の居宅介護支援事業所との契約によるケアマネジメントが実施されていた。

考 察

1. 沖縄県離島の介護保険サービスとケアマネジメントの現状

長寿県として注目されている沖縄県は、介護保険制度施行時、介護保険料基準額が全国一高いことが話題となっていた。高齢者一人当たり介護給付費の都道府県比較で施設サービス、在宅サービスともに全国一であると報告された⁹⁾。その要因として、後期高齢者率や要介護認定率の高さ、高齢者10万人当たりの特別養護老人ホーム等の介護施設が全国平均の約2倍あること、通所系サービスの利用頻度の高さなどがあげられている¹⁰⁾。我々の先行研究によると、沖縄県全体と比較して離島は、更に後期高齢者率、要介護認定率が高く、施設サービス利用者の割合が高く、在宅サービスの利用は低かった¹¹⁾。

離島に特別養護老人ホーム等の介護施設が存在する島は9島で、19島の要介護認定者が施設サービスを利用する際、島を離れ島外で施設サービスを利用する。一度島を離れると、二度と生まれ島に戻ることはほとんどなく、望郷の念を抱きつつ人生を終える現状がある¹²⁾。島に戻れない要因は、高齢化に伴う家族介護力の低下、在宅サービスの基盤整備の低さによる社会的な介護力の弱さ等が推察される。また、離島の在宅サービス利用の低さは、沖縄本島で利用頻度の高い通所系サービスの基盤整備が不十分であることや、在宅サービスの種類が少ないことなどにより希望するサービスが利用できない状況も影響していると考えられる。

介護保険制度下でのケアマネジメントは、利用者への選択による自由競争の原理を活用することである。しかし、沖縄の離島においては、このタイプは「一般型」タイプの島に限定されていた。介護保険制度の理念である個人の尊重、利用者本位、自己決定などの実現に向け、介護保険制度の鍵として位置づけられているケアマネジメン

トは、沖縄の離島においては、ケアマネジャー確保に苦慮しているため、ケアマネジャーを自由に選択できない状況であり、制度の理念実現は困難であると考えられる。しかし、保険者やサービス事業所は、介護保険制度運用の義務化されたケアマネジメント実施に向け、多様な努力や工夫を行っていた。日帰りの困難な離島では、ケアマネジャーを「島内完結型」タイプとして、島内で確保していた。また、島内でケアマネジャー確保が困難な人口規模の小さい多くの離島では、島外からケアマネジメントを購入する「島外参入型」タイプで対応していた。保険者は、ケアマネジャーの確保のための役場採用、船賃やレンタカー代などの交通費や宿泊費などの旅費を負担し、島外の一ヶ所の居宅介護支援事業所と委託契約するなどの自己努力をしていた。サービス事業者は、採算性のない離島町村へのケアマネジャー派遣を協力していた。離島町村における介護保険制度のケアマネジメントは、保険者負担の増幅とサービス事業者の事業理念に支えられていることが推察される。

2. 2島の地域特性と介護保険サービスの実施状況

2島の共通点は地理的条件、交通手段、人口の推移、高齢化率の比較では、地理的条件が厳しく、交通が不便で、少子高齢化に伴う人口減少は、離島の抱える島チャビ（離島苦）であった。沖縄県離島では航空路線を持つ島は9島で（離島関係資料平成12年1月より）、対象の2島は本島から遠く離れた島であり航空路線があった。高齢化率は沖縄県離島平均19.3%に比べ、A島37.0%、B島39.5%と高齢化が進展していた。特にB島は、沖縄県の有人離島の中でも高齢化率が高く¹³⁾、高齢化自治体の1995年調査では全国でも第4位の位置にあった（日本の高齢化自治体より）。

2島の相違点は、島内供給可能な介護保険サービスの入所施設の有無であった。小規模特別養護老人ホームを有するB島は、その施設を基盤とした通所介護サービスと短期入所生活介護サービスが整備されていたことが、入所施設を島内に持たないA島との相違であった。訪問系サービスが整備されていたのは、2島に県立診療所があり診療所の居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリがみなし指定されていたことによる。また、訪問介護を供給可能にしたのは、沖縄県が介護保険制度施行直前に離島地域ホームヘルパー研修事業の開催¹⁴⁾が対象島2島でも開講され功を奏していた。一方、施設サービスは、有人離島28島中、入所施設を島内に有する島は9島で、いずれの島も介護施設で通所介護サービスと短期入所生活介護サービスが整備されていた¹⁵⁾。2島の比較でも介護施設の有無が在宅介護サービス整備に影響していると考えられた。離島における在宅サービス推進には拠点となりうる施設整備は重要であることが示唆された。しかし、人口規模の小さい島に介護老人福祉施設を有することが介護保険料の高さに影響している（沖縄県介護保険事業状況報告、平成14年3月分より）という報告

もあり、離島の介護保険施設整備は、人口規模や島民のニーズも十分に吟味し、介護老人福祉施設に限定せず、様々な拠点づくりが必要と考える。

3. A島とB島のケアマネジメントの特徴

A島は「島内完結型」であり、診療所看護師兼務のケアマネジャーが常駐し必要に応じてケアマネジメントが実施されていた。地域での生活者として視点と同時に診療所看護師としての医療情報も有したケアマネジャーの実施するケアマネジメントは、保健医療福祉の総合的ニーズへの対応の可能性が推察される。このことは、今後の高齢者介護に求められる「小規模・多機能・地域密着型」¹⁶⁾にも馴染む方向性であると考えられる。

B島は「島外参入型」であり、地域での共通の生活経験がなく地域情報の少ないケアマネジャーが天候や沖縄本島内の業務に左右され不定期に島に訪問してケアマネジメントを実施していた。そのような状況でのケアマネジメントは、サービス提供が優先され、サービス計画が逆転していた。介護保険制度のケアマネジメントは十分なアセスメントに基づく計画的なサービス提供が求められている。天候に影響を受ける船や飛行機での移動による時間制限されたケアマネジメントは、地域や対象のニーズ把握にも影響し、計画性や緊急性、継続性等に応じることが困難にしていることが推察される。

結 論

沖縄県の有人離島28島において、沖縄県離島の介護保険サービスとケアマネジメントの実態について調査し、また、2島のケアマネジメントを事例として比較し、次のような結果を得た。

1. 沖縄県の28有人離島のケアマネジメントは4タイプに類型化された。島内にケアマネジャーが常駐し、ケアマネジメントを実施しているタイプ「島内完結型」、島外のケアマネジャーにケアマネジメントを依頼する「島外参入型」、ケアマネジメントが選択可能な都市地区と類似した「一般型」、自己作成や、島内にケアマネジメント対象者が存在せず不要など「その他」であった。4タイプの分布状況では、人口規模の小さい島々で「島外参入型」が多かった。

2. 2島の共通点は、沖縄本島や石垣島などの主な島から遠方にあり交通手段も不便な地理的特性や高齢化率の高さ、利用者はケアマネジャーを選択することが困難であること等であった。相違点は、介護保険サービス供給拠点の有無やケアマネジメントの実態であった。「島内完結型」のA島は、ケアマネジメントをタイミングよく利用することが可能であり、「島外参入型」のB島は、ケアマネジメントが天候などに左右され、ケアマネジャーによるアセスメントやニーズ把握よりサービス提供が優先されていた。

3. 生活を援助するケアマネジメントには、「生活の全体性・個別性・継続性・地域的観点を持つ」ことが求

められている¹⁷⁾。生活上での自立を支え、自己決定に基づく生活の質を高めるためには、ケアマネージャーが選択可能になると同時に、天候と時間に左右されないケアマネジメントが求められる。そのため、離島のケアマネジメントの課題は、島内での複数のケアマネージャーの確保であり、「島外参入型」は、「島内完結型」より介護保険制度のケアマネジメントには課題が多く、克服の努力がより求められると推察された。

本研究は、平成13年度、フランスベット・メディカルホームケア研究・助成財団より助成を受けて作成した報告書の一部を再構成し、加筆訂正を加えたものである。

文献

- 1) 白澤政和：コミュニティ・ケアマネジメントが介護の世界を変革し得るか - 介護保険制度におけるケアマネジメントの意義と課題，月刊総合ケア，9(12)：14-20, 1999.
- 2) 小田兼三：世紀を越えてソーシャルワーク研究の課題，ソーシャルワーク研究，25(4)：280-286, 2000.
- 3) 白澤政和：ケアマネージャー養成テキストブック，中央法規，2，1996.
- 4) 白澤政和：ケースマネジメントの理論と実際，中央法規，10-18, 1992.
- 5) 竹内孝仁：コミュニティケアを展開する - 介護保険時代に求められるコミュニティケアの課題と展望 - ，月刊総合ケア，9(11)：16-23, 1999.
- 6) 鎌田ケイ子：変貌する医療をめぐる(3) - 介護保険と介護支援専門員の役割 - ，Medic 34(1)：20-22, 1999.
- 7) 国光登志子：介護保険制度におけるケアマネジメントの展開と要点-介護保険制度における在宅介護支援センターのケアマネジメント機能-，月刊総合ケア，9(2)：74-78, 1999.
- 8) 大森弥：ケアプラン ケアマネージャーに求められるもの - 介護保険制度とケアマネジメント - ，月刊総合ケア，10(5)：14-19, 2000.
- 9) 池田省三：あなたのまちの受給額、受給率を調べてみよう，月刊介護保険，71：62-63, 2002.
- 10) 池田省三：給付費の地域格差を生んだ3つの要因，月刊介護保険，70：62-63, 2001.
- 11) 大川嶺子，他：沖縄県有人離島における地域ケアシステム構築に関する研究(第4報) - 28島有人離島の介護保険サービスの実態 - ，第66回日本民族衛生学会講演集，124-125, 2001.
- 12) 平成10年度沖縄県衛生統計年報：死亡の場所別にみた死亡数及び死亡数の総数に対する割合，77，1998.
- 13) 沖縄県高齢者離島・過疎地域支援計画 - 波照間島をモデルにして - ，沖縄県，59, 2002.
- 14) 平成11年度沖縄県在宅福祉推進等事業-緊急離島地域ホームヘルパー養成研修事業報告書，沖縄県，4，2001.
- 15) 前掲書13) 71.
- 16) 2015年の高齢者介護 - 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて - ，高齢者介護研究会,17-20,2003.
- 17) 白澤政和：前掲書3) 17-20.

A Study about Care Management in The Long-Term Care Insurance Systems

- The Actual Conditions in Isolated Islands -

Akemi OHWAN, R.N., P.H.N., M.N.¹⁾,

Masayoshi SAKUGAWA, R.N., P.H.N., M.S.N.¹⁾,

Mineko OKAWA, R.N., P.H.N., M.N.¹⁾, Chieko YOSHIKAWA, R.N., P.H.N.¹⁾,

Sachiko ITOU, R.N., P.H.N., B.H.²⁾, Kyouko MURAKAMI, R.N.,

Yuko KAKINOHANA, R.N.⁴⁾

The purpose of this study is to determine the real conditions of the care management for the Yo-Kaigo elderly in isolated islands, and to investigate the tasks of the care management in these islands. The study subjects are the 28 islands that are inhabited and not connected with another island out of the 39 islands which are designated by "Okinawa Special Measures for Promotion and Development". The study design is distributing of questionnaires "The Actual Conditions of Elderly and Infrastructures", which includes a questionnaire about the distribution of care management, to the all isolated island persons in charge of municipalities. We selected two islands, island A and B, by the types of care management, and we implemented interview and survey of the two islands.

Result and conclusions: 1) The way of distribution of care management in 28 islands were divided into 4 types. The types were "Completed-in-Island Type" that a care manager living in the island, "From-out-of-Island Type" that the care management was from outside of island, "Usual Type" that inhabitants could choose care management, or "Others Type" that no care management because of no Yo-Kaigo elderly or care managing for oneself. "From-out-of-Island Type" was implemented in many little islands that populations were less than 3,000. 2) In the "Completed-in-Island Type" island-A, the inhabitants could not select care manager but could use care management whenever they needed. It is because the care manager in island-A was also the nurse in the island clinic that she was expected to fulfill the medical, health and welfare comprehensive needs. 3) In the "From-out-of-Island Type" island-B, The Long-Term Care Insurance Services were provided beforehand of an assessment and a care management, because of the difficulty of the sea transportation which was influenced by the weather. The services on the "From-out-of-Island Type" care management were not based on satisfactory assessments nor advanced plans, at which The Long-Term Care Insurance Systems aim. 4) The community point of view is needed, the comprehension of person's life as a whole, and the individual and continuous view of care giving in a care management for supporting daily life. The task of the care management in isolated islands was to secure more than two care managers. We conjectured the "From-out-of-Island Type" islands had more problems to be solved than the "Completed-in-Island Type" islands, and need more effort to overcome the difficulties.

Keywords: isolated island, Yo-Kaigo Elderly, The Long-Term Care Insurance Systems, care management, care manager

-
- 1) Okinawa Prefectural College of Nursing
 - 2) Seirei Christopher College
 - 3) Hateruma Kyotaku-Kaigo-Shien-Jigyousho
(supporter of Kaigo at home)
 - 4) Olive Mountain Kyotaku-Kaigo-Shien-Jigyousho
(supporter of Kaigo at home)

報告

看護の概念形成を目的とした初期看護実習の展開方法

嘉手苅英子¹⁾ 上原綾子¹⁾ 名城一枝¹⁾ 大田貞子¹⁾

金城 忍¹⁾ 上江洲貴乃¹⁾ 安里葉子¹⁾

本稿は、看護学の基幹概念を学び終えた1年次前期の最終の週に行っている基礎看護実習の展開方法について論述した。基礎看護実習は、看護の概念の広がりや深まりを目的とした初期看護実習で、看護実践の行なわれている場での3日間の実習と2日間の学内での振り返り学習および報告会で構成されている。今年度、実習目的にそって実習施設を8施設から16施設に増やした。その結果、あらゆる健康状態と発達段階にある人々を対象とし、様々な生活の場で生老病死に関わるといふ看護実践の特徴がより浮き彫りになった。実習は、実習目的と学生の学習段階を考慮し、観察が深まりかかわりが発展するよう同一施設に配置している。実習後の振り返り学習と実習報告会は、学びの共有と論理能力を鍛えることを目的としている。振り返り学習は数名毎のグループワークで行い、実習で印象に残った場面をカードに記入し、場面の意味を読み取って場面間のつながりを考え、全員のカードを構造図に表している。全過程を通して看護に関する間接的体験を増やし体験の中の共通性や相異性に注目していくことから、看護の概念の広がりや深まりが期待できる。また、このワークでは帰納的思考と演繹的思考を意識的に働かせることが求められる。実習は学生が5感を通して現場からの刺激を直接受け取る体験をするという特徴がある。学生の学習段階と現場での対象者の状況を考慮して、双方にとって安全で効果的な体験ができるためには、施設側と教育側の調整と協力が不可欠である。

キーワード：初期看護実習、教育方法、看護の概念、体験の共有、論理能力

1. はじめに

看護基礎教育では、専門科目を学ぶ前あるいは学び始めた段階で行う実習が広く実施されている。実習の目的としては、看護の対象や生活の場、看護活動を理解することや、コミュニケーションの学習、専門教育への動機付け、職業人としての態度の向上など様々である。入学後の早い段階に病院等で行う実習は、アーリー・エクスポージャー（早期体験学習）として、平成7年に当時の文部省が示した21世紀の医療者の育成に関する施策¹⁾の中でも示されており、医学・歯学・薬学教育に導入すべきカリキュラム改善、教育方法の改善として推奨されている。早期体験学習の展開方法については、各大学でさまざまな取り組みが行なわれている²⁾。

本学では早期体験実習に相当するものとして、看護学の基幹概念を学び終えた1年次前期の最後の週に行っている基礎看護実習の科目がある。この実習は、具体的な看護現象を通して看護の対象や活動の場の広がりや看護の概念を理解することを目的としている。つまり、実習を通して、「いろいろ看護がある」という広がりや、「現象はいろいろ違うけれど本質は同じ」という深まりの2方向の学習を含んでいる。開学5年目を迎えた今年度(平成15年)、これまでの基礎看護実習を振り返って実

習の必要性を再確認した上で、展開方法を見直した。基礎看護実習は80名の学生が同じ期間に一齐に行う実習である。80名が数名前後のグループに分かれてそれぞれ異なる施設で3日間実習し、その後の2日間は学内でのまとめと実習報告会を行っている。今年度の見直しで従来と比べて大きく異なった点として、実習施設が新しく8か所増えて16か所になったことがあげられる。これはこの実習がなぜ必要なのかを問い返す中で、看護の概念の広がりや深まりという実習の目的がより明確になり、実習施設を増やす必要性が確認できたからである。その結果、従来からフィールドとしていた肢体不自由児施設および重度心身障害児(者)施設や介護老人福祉施設、総合病院の外来、訪問看護ステーションなどの他、新たに離島の3施設(病院、介護老人福祉施設、自治体)や助産所、緩和ケア病棟、検診センター、宅老所などが加わった。

今年度の実習を終えた段階で、看護の概念形成を目的とした初期看護実習の展開方法が定まり、今後の課題が明らかになった。看護学教育において看護実習は重要な授業形態であり、その展開方法の検討は看護学教育上意義があると考えられる。そこで本稿では今年度の実習を振り返り、本学における基礎看護実習の展開方法とその特徴について論述する。

なお、論文中に取り上げた記録については、論文の趣

1) 沖縄県立看護大学

旨と記録の取り上げ方を説明した上で個々の学生の承諾を得た。

2. 教育目的からみた実習施設の位置づけ

基礎看護実習は、「看護実践の場に臨み、看護を必要としている人々の様子やそれを支えている人々の働きを観察し、看護の行なわれている場や対象の広がりおよび看護とは何かを、具体的な事実を通して理解する」ことを目的とし、実習施設はこれに照らして選択している。今年度の実習施設16か所がこの目的からみて、それぞれどのように位置づけられるのかをみってみる。

表1は、各実習施設が担っている主な看護の機能を示したものである。例えば、助産所は助産師が助産または妊婦、じょく婦もしくは新生児の保健指導をなすことを目的に開業した施設である（医療法2条および保健法3条より）。実際には、助産を中心とした活動の中で、生まれてくる児の父親や同胞など家族への指導・教育、思春期や青年期を対象とした性教育なども行なっている。妊娠分娩に留まらず、家族関係の形成や人間の尊重など次の世代を育むための営みをさまざまな形で支援していることから、その活動に含まれる主な看護の機能を「次の世代を育む営みを支える」と捉えた。検診センターでは、職場や地域検診、個人の健康診断が中心に行なわ

れ、疾病の早期発見や健康の保持・増進を担っている。そこで、その活動が担っている主な看護の機能を、「現在の健康状態を把握し、生活の見直しや受療行動を支援する」ととらえた。同様に、他施設の活動の特徴についても、その施設が担っている主な看護の機能は何かという観点から捉え、表現した。このように実習施設の主な看護の機能を概観すると、看護が生活の様々な場で人間の生老病死の諸側面に関わる仕事であることがわかる。

次に、各々の実習施設がどのような人々を対象としているのかをしてみる。図1は、各実習施設が対象としている人々の発達段階（ライフステージ）と健康の段階を示したものである。図の横軸はその施設が対象としている人々の発達段階を、たて軸は健康の段階を示しており、実習施設毎に該当する範囲を矢印で表した。健康の段階は、発達段階に応じた「その年齢の健康な状態」から「死」までを連続線上でとらえている。例えば、肢体不自由児施設は小児期にあるこどもを対象としており、そのこども達は何らかの障害をもち療育を必要としている。そこで、対象とする健康の段階は、全体の中から「その年齢の健康な段階」と「死の脅かしが前面に出ている段階」を除いたところだと判断し、図中に施設の種類と矢印を記入した。他の施設についても同様に判断し記入した結果が図1である。図1において太字で示した実習施設は、今年度が

表1 実習施設が担っている主な看護の機能

施設の区分	施設の種類	主な看護の機能
医療関連施設	助産院	次の世代を育む営みを支える
	検診センター	現在の健康状態を把握し、生活の見直しや受療行動を援助する
	病院	医療を受けている人々の回復過程を援助する
	緩和ケア病棟	終末期にある人々がその人らしく生をまっとうできるよう、家族と共に支える
小児関連施設	肢体不自由児施設	障害をもって生きる子供の成長と生活を支える
	重度心身障害児(者)施設	
老年関連施設	老人保健施設	自立した生活が困難な老人の、その人らしい生き方を生活の場で支える
	痴呆老人対応グループホーム	
	特別養護老人ホーム	
	養護老人ホーム	
	宅老所	
訪問看護施設	訪問看護ステーション	障害を持ち在宅で生活する人々を支える
自治体	町役場	地域および、地域で生活する人々の健康を守る

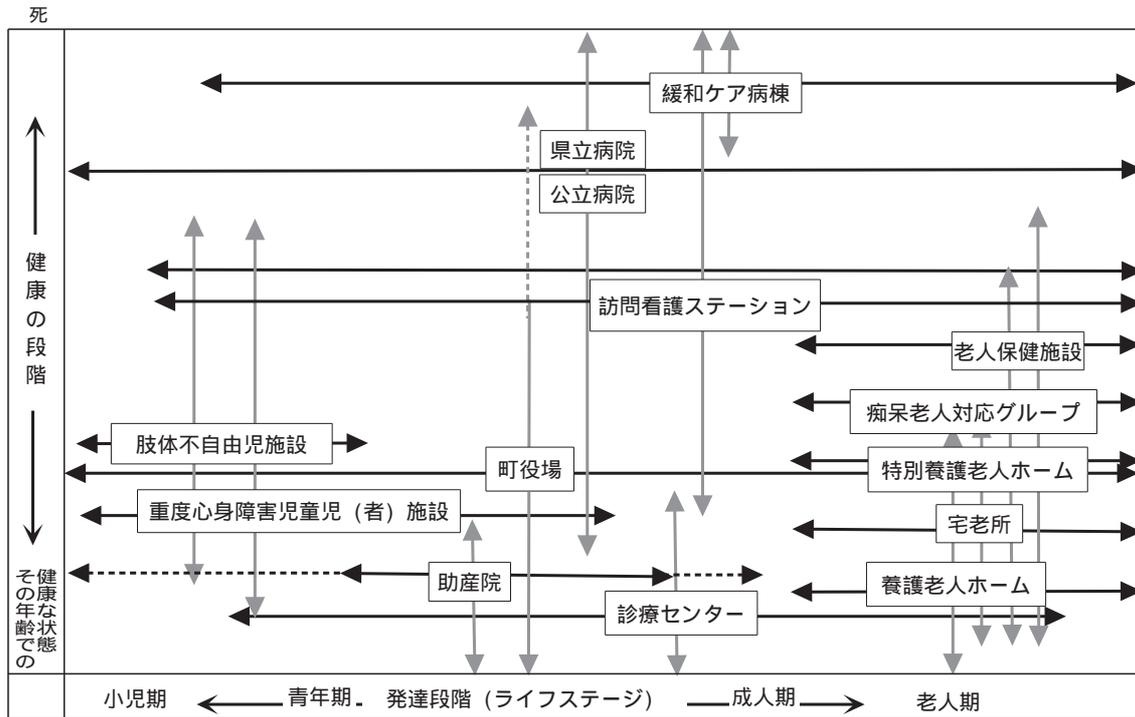


図1. 実習施設毎の対象の発達段階と健康の段階

←→ 対象としている範囲
太字は平成15年度からの実習施設

ら実習フィールドに加えたもので、16施設揃ったところで、胎児・新生児期から高齢者まで、そして健康な状態からターミナル期にある人までと、発達段階と健康の段階をほぼ網羅しており、看護があらゆる人々を対象としていることがわかる。現在の実習施設だけでは不十分な領域は、思春期から青年期、壮年期の、健康な人々を対象とした看護活動である。これに相当する施設としては小中高校の保健室や産業保健領域の保健管理室などがあり、初期看護実習の段階でどこまで広げていけるのかを含めて今後の検討課題である。

3. 同一施設への実習配置とそのねらい

これらの実習施設で、学生達は2～13名のグループに分かれて3日間同じ施設で実習を行なう。学生数のばらつきは施設の受け入れ可能人数によるものである。学生が実習でどのような体験をするかは実習施設の種類によって異なる。例えば、介護老人福祉施設や肢体不自由児施設など生活の場である施設では日常生活に関するケア体験が多く、医療機関では診療に伴う体験が多い。検診センターや町役場や助産院では、保健指導や健康教育に関する活動の見学や参加の機会が他施設に比べて圧倒的に多い。看護現象の多様性に直接触れる機会を広げるという観点からは、個々の学生が複数の施設で実習をする方法が望ましい。それにもかかわらず同じ施設に配置しているのは、同一の施設で実習することによって観察の深まりやかかわりの発展を期待しているからである。

初期看護実習の段階の学生は現場での体験がほとんどないことから、現場の様々な状況を目にした時にまずはその表面に注目する傾向があり、看護者の意図や看護者と対象者の相互関係をとらえることが容易ではない。例えば、体の動きの不自由な老人を見てすぐに手を貸してしまい施設のスタッフに見守るようにと助言を受けたり、忙しく動いている外来の看護師を見て、事務的なことをしているだけと見えたりなどである。援助を受けているだけと思っていた対象が別の場面では逆に他者を手助けしているのに気づくなどして、集団の中の相互関係や人間の能力が表面に見えているものだけではないとわかることがある。このように、部分から全体へそして事実の表面からその意味へと見え方が変化することは、看護の対象や看護状況の内部構造が見えてくることを意味しており、観察が深まったことを示している。

もうひとつはかかわりの発展である。かかわりの手段である対象とのコミュニケーションは、初期段階の実習において多くの学生が困難と感ずることのひとつである。始めは断片的な会話で終わっていた学生が、なぜ会話が続かないのかを振り返り自分の関心で話を進めていたことに気づくことがよくある。その後、対象の関心事に注目し、それを話題にしたことで楽しいと思える会話ができるようになったというようなかかわりの変化が、実習期間中に生じる。これらの出来事は、対象の状況を見ながら相互関係を成立させ発展させるためには、かかわりを重ねることのできる時間と機会が必要であることを示唆

している。

4. '実習体験の共有'と'論理能力を高める'を目的とした振り返り学習と実習報告会

3日間の実習に引き続く2日間、実習体験をもとに学内で振り返り学習および実習報告会を行っている。その目的の1つは、'実習での学びの共有'である。学生は、実習で現実の看護実践のごく一部分に接するに過ぎない。また、同じような場面に遭遇しても学生によって注目する事実は異なり、感じたり考えたりすることは同じではない。そこで、互いに学んだことを共有することによって間接的な体験を広げることができ、思考を深めることができると考える。振り返り学習および全体報告会の2つ目の目的は、'論理能力を高める'ことである。実習での学びを共有するために自分の体験を想起・再構成して表現したり、他者の表現からその内容を汲み取ったりして体験の意味を考えるプロセスでは、帰納的思考と演繹的思考が意識的に繰り返される。これは庄司が述べている認識の発展のありかた、すなわち、認識ののぼりおり³⁾を駆使することであり、論理能力を高めることになると考える。

振り返り学習は、2～3施設の学生で構成する5～7人のグループで行っている。まず、実習で印象に残った看護場面を、その状況が読み手に描けるよう場面のプロセスにそってカードに記述する。1つのカードには1場面を書き、できるだけ違うタイプの場面を選んで1人3枚作成する。全員でカードを読み上げながらその状況を思い描き、記述が不十分な場合は必要に応じて加筆修正してカードを完成する。カードは約8cm×10cmの大きさ

で、その中に読める大きさの文字で記入する。限られた文字数で記述するには情報を取捨選択しなければならず、その場면을構成している不可欠な事実が何かを考えると求められる。カードには氏名と場面の他に、その場面が印象に残った理由といつ体験したかを記入し、場面を吟味する時の手がかりにしている。看護場면을記述したカードの例を図2に示す。

この場面は町役場で実習した学生(上江洲希)の体験である。「60代～80代の高齢者の方を対象にして、老人福祉センターで行われている操体法を高齢者の方と一緒に体験することができた。操体法の踊りの中で輪になることがあった。踊りの中で隣の人と手をつなぎ、上にあげる動作があったが、私の隣のおばあちゃんは、小柄な

カードの記入方法

氏名(実習施設、実習何日目)
理由: この場面がなぜ印象に残ったか
場面: 場面の状況を読み手が思い描けるよう、状況のプロセスに沿って記述する

上江洲 希 (**町役場・2日目・午後)
理由: 肌と肌が触れ合ったことで、相手の気持ちが伝わってきたから
場面: 60代～80代の高齢者の方を対象にして、老人福祉センターで行われている操体法を高齢者の方と一緒に体験することができた。操体法の踊りの中で輪になることがあった。踊りの中で隣の人と手をつなぎ、上にあげる動作があったが、私の隣のおばあちゃんは、小柄なのに、私は手をひっぱられているように感じた。このことから、おばあちゃんが張り切って操体法に参加し、楽しんでいるように唇をたし、私も逆におばあちゃんから元気をもらったので、楽しんで何事にも取り組む姿勢は相手にまで影響を与えるとわかった。

図2. 看護場面のカードと記入例(図3の網掛けで示したカード)

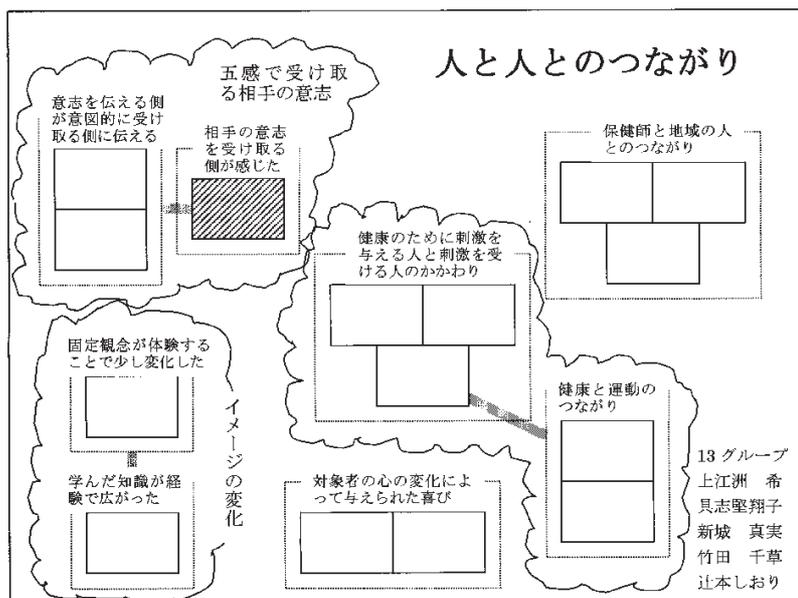


図3. 構造図の例(検診センター・町役場グループ)

図中の □ はカードを表す
■のカードを図2に示す

のに、私は手をひっぱられているように感じた。このことから、おばあちゃんが張り切って操体法に参加し、楽しんでいるように思え、私も逆に、おばあちゃんから元気をもらったので、楽しんで何事にも取り組む姿勢は相手にまで影響を与えるとわかった。」この場面で学生は、一緒に体を動かしている時に、つないでいた手の動かし方から相手の気持ちを感じ取っている。さらにそれだけでなく、その気持ちを感じ取った自分も同じ気持ちになったことから、人間の思いが行動を介して他者に伝わって影響を与えたとの理解を深めている。このように状況を想起し、読み手が描けるように記述することによって、書き手は自分の体験の意味を確認し、読み手は間接的な体験を広げることができる。

すべてのカードが完成したら、それぞれの場面の意味を読み取り、意味が似ているカードをグループにし、似た性質を文に表してそのグループの表札とする。何層かのグループができるまでこれを繰り返した後、体験全体のつながりを考えながら模造紙に全てのカードを配置する。そして、カードやグループ間の関係を枠や線で表しながら、構造図を作成する。構造図を見渡して体験全体から学んだ内容を考え、それを大表札として表記したところで構造図の完成となる。

図3は、検診センターと町役場の実習グループが完成した構造図の概略である⁴⁾。図中の四角は個別場面を記述したカードを示している。実際の構造図ではいくつかの絵が挿入されている。このグループの大見出しは「人と人とのつながり」で、大表札につながる表札のキーワードは「関わり、イメージの変化、健康」などであった。この2つの実習施設では、学生自身や保健師、その他の医療者と対象者との関係から学ぶ機会が多くみられた。対象者のほとんどが健康な人で、コミュニケーションを介した保健指導や教育の場面に多く立ち会っており、その体験が表札や大表札に反映されていた。その他のグループの大表札には、「人と人とのつながり」のように人間関係に焦点が当たっているものの他、「患者の意思を尊重しサポートしていく看護（訪問看護ステーション・緩和ケア病棟・助産院グループ）」などのように対象者の主体性に注目したもの、「先入観をもちず対象者を観察し、洞察力を働かせ対応することが大切!!（介護老人福祉施設グループ）」などのように観察の重要性を強調したものの、「安心と尊厳のある生活のお手伝い（宅老所・痴呆老人対応グループホームグループ）」のように看護の働きに注目したものなどがあつた。大表札の背後にはいずれもそれを導き出した学生の直接的な体験があり、強調点の相違にはどのような体験をしたのかが反映されていると思われた。

実習報告はこれらの構造図を用いてグループ毎に行なつた。実習報告会を通して学生は間接的な体験を広げ、他との比較において自分が観察したり体験したりした事実の特徴を知り、さらに看護現象に共通する性質に注目し

ていた。例えば、対象者とのコミュニケーションの難しさや重要性については、多くのグループが発表の中で言及していた。その具体的な出来事は、言語障害のための聞き取りにくさや勘違いによる誤解、表現技術の未熟さなど、様々であった。実習報告会終了後のレポートには、「出来事は違うが大切なことは同じ」や「同じ出来事だけれどその意味は違う」という相反する記述が見られた。これは、論理的思考を働かせることによって看護現象の中の類似性や相異性が見えてきたことであり、看護現象を構造的に見つめ始めたことを意味している。

構造図を作成する方法は、事実に語らせながらその中の「似た感じ」に注目して事実間の関係を見出そうとするKJ法⁵⁾に似ている。KJ法では事実を拾い上げたり意味内容を読み取ったりする際に、何らかの概念枠組みに照らすということをおこなってしない。それに対して振り返り学習の場合は、看護者として何を学んだのかという観点から場面の意味内容を読み取るところに違いがある。

創造力開発の方法として、ラベルを用いて知識の発信・交流と生産を目的としたラベルワークという方法（技術）が林によって開発され⁶⁾、看護教育の分野でも関心が持たれてきている。石塚ら⁷⁾⁸⁾は基礎看護学実習の毎日の記録と実習終了後のまとめにこのラベルワークを取り入れ、学生同士の学び合いと体験の意味づけを促すことができたとの報告をしている。実習という授業形態は体験を中心としているので、体験のみにとどめずいかにその意味をつかませるかが課題となっており、教育方法上の工夫が求められている。

5. 初期看護実習における実習指導者の役割

初期看護実習において実習指導者は、学生が体験できる機会、中でもできるだけ当事者としてかかわる機会をつくるという役割を担っている。実習の大きな特徴として、学生が五感を通して現場からの刺激を受け取れることがある。基礎看護実習は、基本的には見学実習であるが、常識的な判断や行動で対処できる状況や、スタッフや指導者の見守りの中で実施が可能なケア行動については、できるだけ体験することを期待している。学生の力量に見合った体験ができるためには、教育目的や学習段階を施設側の指導者に明確に伝えるための事前調整が不可欠である。先に見たように、実習フィールドとなった施設はそれぞれ設置目的や対象、活動が異なり日課も様々である。それぞれの施設で実習の目的・目標を実現するためにどのような体験ができるかを検討し、実習内容や日程を施設毎に違うものにしていく。体験の種類や方法は施設の状況や実習指導教員の参加の条件によって決められている。例えば、安定した状態の対象者で日常的に繰り返されるケアについては、スタッフの視野の下で段階的に実施させてもらえるようにし、そのような状況設定が困難な場合は見学に留めるなどである。また、実習の開始時間については、施設の業務に支障が少なく実習する

学生にとっても効果的である時刻を検討し、7時30分から9時30分までの間に設定し、各々異なる実習日程となっている。

次に、かかわりの当事者になれるよう学生を後押しすることについて述べる。臨地実習は、看護援助が対象と看護者との相互作用の上に進んでいることを実感できる学習である。相互作用を成立させ発展させるには、学生自身が対象とかかわる当事者としてその場に臨む必要がある。そこで、学生が当事者となれるような状況をつくり、機会を捉えて一歩が踏み出せるよう後押しをしたりすることは指導者の主な役割のひとつである。当事者としての体験は、学生に目的意識をもって人と関わることの実感を与える。

以下は、肢体不自由児施設で実習をした学生（古賀千晶）が実習2日目に初めて昼食の介助をした場面である。これはカードに記述された場面の1つである。「今日の昼食のメニューはNさんの大好きなチキンが入っていました。Nさんの今日の体調はあまりよくないようでしたが、夏ばてしないためにチキン、水分補給のためにお茶だけは摂取させるようにしました。チキンは私が口元までもっていきNさんが噛み切って食べました。お茶も私が口元までコップを持っていかなければならなかった。チキンの時とは違い、どれくらいずつ飲ませたらよいのかなど分からないことが多かったので、「どうしよう」と言ってとまどっていると「どうしようでは困るんだよ。明日まではNの担当だからちゃんとできないと困る」と言われ頑張らなくて、飲み終わった後「やればできるんだよ」とほめられ、とてもうれしかったし、自信もつきました。」記述された状況から、初めての食事介助の場面で学生の困った様子と介助し終えた後の達成感、そして学生を見守っているNさんの心遣いが伝わってくる。学生は担当としてその場を任されたことからどう判断し行動したらよいかを迫られ、当事者であったからこそ得られる学びをしている。この食事介助の場面に至るまでに、施設側の指導者は初期実習の段階の学生で対応できる対象者をあらかじめ選定していた。そして、実習指導教員は食事介助の前に、その日の対象者の体調とメニューからどのような食事介助を目指すのかを確認していた。さらに、食事場面にはスタッフや指導者も同席しており、その視野の中に学生が入った状態で実習が進められ、学生だけでは対応困難な場合に備えていた。このような準備の下で先の体験がなされていたのである。自然発生的な体験に委ねるのではなく、学生の学習段階と対象者の状況を考慮して双方にとって安全で効果的な体験ができるためには、施設側と教師との調整と協力が不可欠である。

6. おわりに

基礎看護実習の目的としている看護の概念形成は、看護基礎教育の全過程を通して深められていくものであ

る。さらに、卒後も経験を重ねる中で看護に関する概念の外延を広げ内包をより豊かにしていく。そこで、体験からの学び方を学ぶことが必要だと考え、基礎看護実習では現場での実習体験だけでなく体験の意味を読み取る学習も同様に重視してきた。基礎看護実習の後、学生は看護基本技術の学習を経て基礎看護実習で入院患者を受持ち、その患者の看護過程を展開する臨地実習を行なう。実習では学んだ看護実践方法論を実践に適用する体験をして、その後の学内演習で自己の看護体験から実践方法論を改めて確認する学習を行なう。学習段階にそって目標は異なるが、実践と理論との往復を繰り返しながら進めていくという教育の展開方法の骨子は同じである。

本稿では実習を立案指導した教員の立場から展開方法について論述した。看護学教育上の意義を検討するためには学生が何を学んだのかという観点から実習方法を評価する必要があり、今後の課題である。

文献

- 1) 文部省編：平成7年度わが国の文教施策 新しい大学像を求めて - 進む高等教育の改革 - 第2部第4章 第3節医学教育等の改善・充実と医療技術者の養成、1996
- 2) 駒沢伸泰、飯塚徳重、筒井秀作、川崎富夫、杉原勝子、松澤佑次、門田守人：早期臨床体験が医学生に与える影響とその意義について - 患者 - 医師関係に対する医学生のさまざまな探求も含めて -、医学教育、34(3)：193-198、2003
- 3) 庄司和晃：仮説実験授業と認識の理論 - 三段階連関理論の創造 -、季節社、1981
- 4) 沖縄県立看護大学基礎看護編：平成15年度基礎看護実習 ~実習を終えて~、2003
- 5) 川喜多二郎、牧島真一：問題解決学 KJ法ワークブック、講談社、1983
- 6) 林義樹：『ラベルワーク』のコンセプトと『ラベル図考』の普遍的な母型手続き、日本創造学会論文誌、VOL. 5：1-21、2001
- 7) 夏目みつ子、大石弘子、佐藤道子、石塚淳子：ラベル思考を用いた実習事後指導の検討 - 直接的経験を反省的経験に -、日本看護学会論文集（看護教育）、29：82-84、1998
- 8) 石塚淳子、佐藤道子、夏目みつ子：「臨床の知」を育てる臨床実習指導-ラベルワークを用いた基礎看護学実習の展開-、看護教育、42(2)：104-109、2001

The Educational Method of Early Exposure in Nursing to Promote Formation of Nursing Concept

Eiko KADEKARU, R.N., D.N.S.,¹⁾ Ayako UEHARA, R.N., M.H.S.,¹⁾

Kazue NASHIRO, R.N., M.N.S.,¹⁾ Sadako OTA, R.N., L.L.B.,¹⁾

Shinobu KINJO, R.N.,M.S.N.,¹⁾ Takano UEZU, R.N., B.N.S.,¹⁾

Yoko ASATO, R.N., M.N.S.¹⁾

This report describes the way of developing Fundamental Nursing Laboratory I. This lab is the earliest clinical practice in the curriculum and takes place after studying general ideas of nursing at the end of the first semester. The aims of this laboratory are to deepen and enlarge students' understanding of the nursing concept. The laboratory consists of a three-day practice and two-day group work to review previous experience.

In this year, practice fields are increased to 16 from 8 in order to achieve these aims. Therefore, it makes clear that nursing subjects are all people who are at any health or developmental stage.

The purposes of the two-day retrospective Session are the sharing of experiences of practice and the improvement of logical thinking. Retrospective Sessions are based on working with small groups. First of all, the students make cards by filling out their experiences of which students' have been impressed. Secondly, students think of the meaning of each card and relevance of each card. Finally all cards are shown in a structural chart. Through the whole process, it is expected that students comprehend nursing concepts by paying attention to the similarities and differences. Studying this way requires students to consider inductive and deductive reasoning. At the practice site, students can learn by stimulating the five senses, in order to secure safe by and comfort for students and patients, we should consider students readiness and the situation of patients and have to coordinate and cooperate with the teachers and the staff on site.

key words:early exposure in nursing, educational method, nursing idea, logical thinking, share experience

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

遅発性パラフレニーが疑われる独居高齢者の支援

訪問看護師の立場から

田場 真由美¹⁾ 當山 富士子¹⁾ 伊礼 優¹⁾

背景：遅発性パラフレニーの先行研究は、医師の研究等は見られるが看護職による報告は見当たらない。今後の遅発性パラフレニーの看護の一助となると考える。

目的：遅発性パラフレニーが疑われる独居高齢者との関わりで貴重な体験を分析・検討し幾つかの示唆を得たので報告する。

研究デザイン：事例研究

対象：T 81歳 女性 独居。

支援期間：1999年1月～2000年2月。

方法：1) 訪問看護記録等を看護職者数人で支援経過を中心に分析・検討した。

2) 介護保険制度の介護認定調査の問題行動の項目(7群)での評価。

倫理的配慮：Tの娘に説明し同意を得、事例紹介にあたっては一部修正を加えた。

結果：第 期：筆者は幻覚妄想状態の訴えを傾聴し続けた。約2ヶ月後外来受診となる。

第 期：Tの幻覚妄想状態は継続しながらも筆者に相談を始めた。関わって6ヶ月、Tが室内に上がるように勧めた。

第 期：Tの幻覚妄想状態の訴えが多くなった。Tは心臓発作を起こし後、受け入れは良好で通帳の名義変更の相談も受けた。

第 期：Tの幻覚妄想状態は変化なく、風邪症状と高血糖があり受診介助と訪問回数を増やし対応。しかし、Tは急変し永眠した。

1. 結論：本対象において以下のことが確認できた。1) 遅発性パラフレニー(疑)の対象は周りとのトラブルを起こしやすくラボールの確立が難しい。2) 忍耐強い傾聴と共感的対応がより良い結果をもたらした。3) 遅発性パラフレニー(疑)の支援は、社会的孤独の予防、薬物療法と可能なら難聴や視力障害の改善に向けた環境調整が有効である。4) 支援者の対応が継続できた背景に、利用者との契約による有料サービス、開所間もない訪問看護ステーションで様々な要求があった。

キーワード：独居高齢者、訪問看護、関わり、遅発性パラフレニー

緒言

1955年、イギリスの Roth¹⁾ は「遅発性パラフレニーの臨床的特徴は、妄想(及び幻覚)を主徴し、記憶力などの認識機能が保持され、思考障害や情意障害、人格の崩れが目立たない、いわゆるパラフレニーやパラノイアの病像をとるものである。病的体験に支配されない限りは社会的機能低下が目立たず、孤立状況のもとで慢性に経過すると、周囲からは気づかれず、見過ごされやすく、発症年齢は普通60歳以後と言われ、女性に多く、難聴、社会的孤立状況、病前性格異常、脳器質病変、更年期の性ホルモンの変化との関連が指摘されてきた一群である。」と述べている。

我が国の遅発性パラフレニーの先行研究報告は、木戸²⁾ や竹中³⁾、一宮・尾籠⁴⁾ の臨床症状に関する研究や

芦刈・浅井の老年期幻覚・妄想状態とリスクファクターに関する研究⁵⁾、古茶の治療と家族指導の研究⁶⁾がある。その他老年期精神障害に関する研究の中で、遅発性パラフレニーにふれている報告も多くみられる。遅発性パラフレニーの看護に関する看護職の報告は殆ど見当たらない。

筆者は、開所当初から独立型の訪問看護ステーション(以下、ステーションと略す)に、管理者として5年間勤務した。当時は、開所時の基盤作りの時期で運営、広報、利用者の確保と看護の質の向上等、様々な課題が山積している時期であった。今回の対象は、このような背景の中、“幻覚妄想の独居高齢者”として関わってきたが、ここでは、“遅発性パラフレニーの疑われる独居高齢者”としての関わりの一例として考察したい。

1) 沖縄県立看護大学

研究方法

1. 対象 T 81歳 女性 独居。
2. 支援期間 1999年1月～2000年2月。
3. 方法
 - 1) 訪問看護記録の既存資料を基に看護職者数人で支援経過を中心に分析・検討した。
 - 2) 対象の問題行動の評価については、介護保険制度の介護認定調査の問題行動の項目（7群）を使用し評価した¹²⁾。

倫理的配慮 研究の目的をTの娘に十分に説明し同意を得た。尚、プライバシー保護のため事例紹介にあたっては骨子に支障がない程度に筆者の方で修正を加えた。

結果

1. 対象の背景

尋常小学校を卒業。先の大戦で両親や同胞を失ない、30歳で結婚し1男5女を出産した。軍用地となった父親名義の遺産を相続し多額の富を得た。これまで、金銭や財産問題で隣人や親戚トラブルが続発し現在は近所や親戚、子供たちと疎遠となっている。支援開始時の状態は下記のとおりである。

1) 家族構成

第1子は幼児期に病死した。娘達は結婚し、村外で生活している。長年連れ添った夫は9年前に死別。その後、第2子のA子に幻覚妄想的な発言が頻発しトラブルが生じるようになった。さらに、3年前に精神を患っていた長男が自宅で自殺し、Tの幻覚妄想状態はさらに悪化した。現在のキーパーソンである第4子のB子は、週に1回程度、夜間または休日に食品を届けるため、短時間であるがT宅に顔を出している。C子、D子の関わりははっきりしない。(図1)

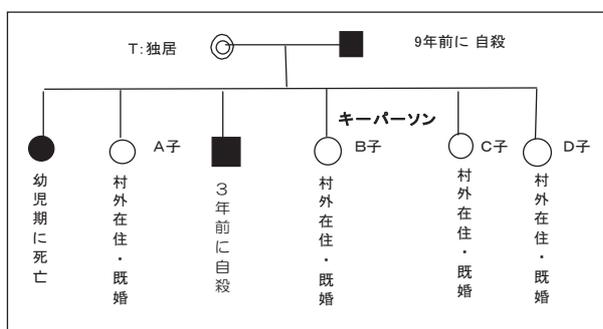


図1 家族構成

2) 心身の状態

身長は低く小太りである。

ADL：介助なしでは外出しない(障害老人自立度A1)¹³⁾。

身体疾患：虚血性心疾患、糖尿病、高血圧。

精神状態：日常生活に支障を来すような幻覚妄想症状の言動がみられる。室内は散乱しているが訪問者の人物誤認も殆どなく、調理や火の始末も出来る(痴呆老人の日常生活自立度では)¹⁴⁾。

3) 住居の様子

トタン屋根で仏間と台所の小さな一軒家である。台所は、Tが唯一生活している場である。家屋の正面を取り囲むようにトタン屋根付きブロック囲いがある。その出入り口は、異様な程の頑丈な鉄格子の扉があり外出時に必ず施錠される。その囲いは土間作りで窓は一カ所しかない。さらに、母屋の玄関には、内外から頑丈な施錠が掛かっている。出入り口となっている掃き出し口の側には悪臭のする生活污水が入ったタライがある。ベッド横のポータブルトイレは便汚染が著明で換気も悪く、室内は常に悪臭が充満している。室内は暗く入り口近くにはベッドとテーブルが置かれている。ベッドの上には種々の袋が積まれており、重要な書類等はその中に隠されている。日中、Tはベッドに腰掛け小窓から訪問者を監視するかのよう覗いている。仏間は、殆ど閉め切られており、雨漏りを受水するためタライが無造作に置かれている。浴室には、全自動の洗濯機、汚水が貯まっている浴槽、奥に洋式トイレがある。浴室に下着や上着等の衣類が干されている。家庭菜園では、季節の野菜を栽培している。(図2)

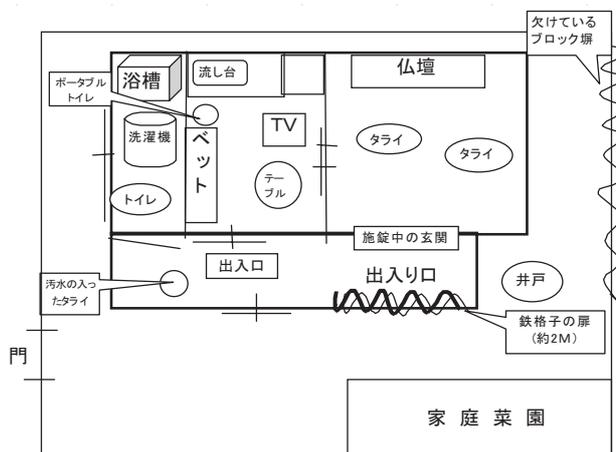


図2 住居の様子

2. 訪問看護開始までTの経過 (保健師による情報から)

Tは60歳の頃、生活習慣病で頻繁に入院を繰り返していたが、被害妄想等の訴えはみられなかった。70歳の時、夫が母屋の仏間で自殺。その後から「娘が財産を奪い取った」「屋根の上に悪霊がいる」等の奇妙な被害的な言動が出始めた。娘たちは何かと世話をしていたが、A子に対する妄想が出現し悪化してきた。そのため、娘

等は精神科入院を計画、外来受診を勧めたが本人が拒否した為、入院はあきらめた。76歳の時、B子が訪問介護を申請し、開始したが訪問介護員がTの承諾なしに家事援助を行ったと憤慨し中止となった。78歳の時には、精神科入院中の息子が外泊し仏間で自殺。幻覚妄想はさらに悪化した。その間、保健師が保健所の精神科嘱託医による相談を計画したが実施には至らなかった。その後、下痢症で入院治療の後、老人保健施設へ入所したが施設の職員とトラブルを起し退所となった。Tは「無理矢理施設に入所させた」とキーパーソンであるB子や関係者の訪問を拒否。困惑した娘は、「安否の確認と内服管理をしてほしい」と保健師に相談。その後、筆者らのステーションへ紹介となった。

3. 支援の経過

訪問看護開始時に必要な主治医の指示書は以前通院していた内科クリニックに家族が代理受診し発行してもらった。B子からの契約内容は「医療・内服管理継続」「療養生活の指導・援助」を2週間に1回の訪問看護で行うということであった。

1999年1月から2000年2月の約13ヶ月の支援の経過を「支援目標」を中心に下記のように4期に分類できた(表1)。

第 期 1999年1月から3月。内科外来受診するまで。

第 期 1999年3月から6月。

Tから室内に上がるように勧められケアがで

きるようになった時期。

第 期 1999年6月から11月。入浴介助ができるようになった時期。

第 期 1999年12月から2000年2月。心身を見守り観察する時期。

第 期：外来受診につなげる(1999年1月～1999年3月)

初回訪問時、Tは、「夫の親戚が土地を盗もうとしている」「屋根の上に泥棒がいる」と訴えてきた。Tは、ふけだらけの髪に乾燥した肌、薄汚れた衣服を何枚も重ね着し長期にわたり入浴や洗髪をしていないことが一見できた。血圧は正常で血糖値は高血糖であった。Tの自覚症状は手足のしびれのみで気にしていた。「屋根裏の泥棒のせい」と言い、「屋根の上に泥棒がいるので夜は眠れない」との訴えも度々あった。訪問を重ねていくうちに、筆者の顔を覚えたのかTの表情が筆者を受け入れ始めたのか和らいできた。訪問開始から2ヶ月後、筆者が内科外来受診を勧めるとTは自ら入浴や更衣を済ませ訪問看護師を待っており、内科外来受診に素直に同行した。ある日、夕方に訪問した時に、Tは農作物に散水中で立位や歩行も安定していた。さらに筆者に対して「どうして夕方から訪問するのか？子ども小さいのに...大変だよ。早く帰りなさい。自分は大丈夫だよ。」と気遣いも垣間見ることができた。

筆者は、Tのこれまで周囲とトラブルが絶えなかったことからTの幻覚妄想に振り回されないかという不安が

表1 Tの状態と看護師の支援

	第I期('99年1月～3月) 外来受診に向けて	第II期('99年3月～6月) 室内に入る	第III期('99年6月～11月) 入浴介助	第IV期('99年12月～'00年2月) 見守る
T	(Tの言動・状態) <変化> ・「夫の親類が財産を盗もうとしている」 ・「屋根の上に泥棒がいる」 ・手足がしびれる ・外来受診	(Tの言動・状態) <変化> ・「泥棒が扇風機を使うので電気代がかかる」 ・「近所の方が電話を切っている」 ・体調がよくなる。 ・生活の困りごとを口にする	(Tの言動・状態) <変化> ・「通帳がない。娘達が取っている」 ・「死んだ人が私を殺す会議をしているのか」 ・「あんたもお金を取るうとしているのか」 ・預金通帳の名義変更依頼 ・心臓発作の体験	(Tの言動・状態) <変化> ・「屋根裏の泥棒がクーラーをかけるので風邪をひいている」 ・風邪症状と高血糖を繰り返す
看護師	(看護師の支援) ・入口に腰掛けて傾聴 ・血圧、血糖値測定のみ施行 ・定時薬の箱詰 ・面接時の緊張が和らぐ ・住環境や身の周りの事が気に成り出す	(看護師の支援) ・電話故障の手配 ・灯油配達 ・肩もみをする ・湿布薬塗布の調整 ・初めて部屋に入る ・住環境をよくした	(看護師の支援) ・一時訪問を控える ・内服の指導をする ・台所や浴室の片付け・洗濯をする ・活動のスペースが広がる ・血圧・血糖測定の実施と助言 ・ケアの広がり ・訪問介護の再導入を意識する	(看護師の支援) ・外来受診の勧め ・介助 ・具体的な療養の助言を行う ・訪問看護の回数を増やす ・訪問介護の再導入を保留する ・訪問毎に娘に報告 ・外来受診介助

ら「訪問継続」の困難さを痛感していた。ステーションの事例検討においてもスタッフからはTの訪問は中止が良いと意見も上がった程であった。管理者であった筆者は一旦引き受けた責任も重なり、ステーションが継続支援できない時は誰がTを支援するのか、支援困難事例のTの受け持ちを担当することとなった。訪問は先に述べたような契約内容を基本に、2週間に1回で約45分間、掃き出し口に腰掛け、症状観察やコミュニケーション、2週間の定時薬の箱詰、血糖値測定の内容を遂行しつつ、Tの話にただ傾聴を継続しラポール形成のみを心掛けた。筆者もTと同様に次第に訪問時の緊張が和らぎ負担も徐々に軽くなっていった。筆者は、内科外来受診後、汚れた衣服や居間の奥にある便で汚染されたポータブルトイレや掃き出し口に置かれた悪臭のする生活污水等の環境が気になり出した。

第 期：室内に上がる（1999年3月～1999年6月）

Tは、暖かくなると活気がでて家庭菜園ができるようになり、室内も次第に片付いてきた。しかし、幻覚妄想の「泥棒が扇風機を使うので電気代がかかる」、「近所の人々が電話を切っている」等の訴えは続いていた。Tは、生活上での困った電話の故障、灯油の配達、行政からの文書等の事柄を相談し始め、筆者はその困りごとを丁寧に対応するように努力した。関わり初めて6ヶ月、Tは筆者に初めて肩もみや湿布薬塗布をするよう言い、室内に上がるように勧めた。その時、筆者はTが信頼を寄せていると判断し、住環境を良くしたいと考えるようになってきた。

第 期：入浴介助（1999年6月～1999年11月）

Tは、軍用地の土地代が入金される時期になると、「通帳がない。娘達が取っている」「死んだ人が私を殺す

会議をしている」等の金銭に関する訴えが多くなってきた。真夏の訪問に、「あなたは暑い中、何故仕事をしているのか？」「私のお金を目当てにしているのか。もう来なくてもいい」と批判的な言動がみられた。その後、トラブル防止の為にしばらく訪問を控えることにした。約1ヶ月後の訪問では、「死ぬかと思う」程の心臓発作を体験した」と不安を訴えた。医療受診を勧めたが、良くなったからと拒否し受診しなかった。Tは第 期と同様に室内へと上がるよう勧め、「自分名義の通帳お金がない。娘達が取ったみたいだ」と再度訴え、預金通帳の名義変更をしてほしいという金銭の相談を初めて受けた。しかし、筆者が通帳の名義変更は困難であることを伝えるとすんなりと受け入れて納得してくれた。この頃から、時々、隣室との戸が開けられ仏間の様子を見る事ができた。Tは「(仏間)は屋根に泥棒が住んでるから雨漏りがする」「この部屋には悪霊が住んでいる」と筆者に何度も説明した。10月頃から筆者の活動できるスペースも広がり、汚れきっている台所やポータブルトイレ、浴室の掃除や入浴介助、洗濯が計画通りスムーズにできた。この頃より、筆者は、訪問介護の再導入ができないものかと思案するようになった。

対象の問題行動を介護保険制度の介護認定調査の問題行動の項目¹⁴⁾を使用し評価した結果、幻覚妄想に関する項目が「ある」で、徘徊等の問題行動はみられなかった。(表2)

第 期：見守る（1999年12月～2000年2月）

Tは、寒くなると「寒いから、お風呂はいいさ。」と入浴介助を拒んだ。屋根裏に住む泥棒への被害妄想は継続していた。焦らずに暖かい春まで観察中心の訪問継続する事とした。しかし、Tは1月中旬より風邪症状と高血糖、頭痛が持続し、筆者は内科外来受診介助を行い主

表2 第三期における介護認定調査からみた問題行動

問題行動	評価
1. 物を盗られたなどと被害的になることが	ある
2. 作話をし周囲に言いふらすことが	ある
3. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	ある
4. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	ない
5. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	ない
6. 暴言や暴行が	ある
7. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	ある
8. 大声をだすことが	ない
9. 助言や介護に抵抗することが	ない
10. 目的もなく動き回ることが	ない
11. 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	ない
12. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	ない
13. 1人で外に出たがり目が離せないことが	ない
14. いろいろなものを集めたり、無断でもってこることが	ない
15. 火の始末や火元の管理ができないことが	ない
16. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	ない
17. 不潔な行為を行うことが	ない
18. 食べられないものを口に入れることが	ない
19. 周囲が迷惑している性的行動が	ない

出典：介護保険制度の介護認定調査(7群)より

評価の判断基準

ない：その行動が、過去1ヶ月間に一度も現れたことがない場合または、現れない場合をいう。

ときどきある：少なくとも1ヶ月間に1回以上の頻度で現れる場合をいう。

ある：少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいう。

治医の指示を再確認、症状観察と内服管理を中心に週3回の訪問看護を行い、B子に訪問時の様子を電話で報告をしていった。しかし、その甲斐もなく2000年2月訪問した娘が意識不明になっているTを発見、翌日に救急病院で永眠した。

考 察

娘からの契約内容「医療・内服管理継続」「療養生活の指導・援助」も遂行できた。ラポール形成ができ、支援も広がりがみられるようになったが、筆者は、この支援に何らかの疑問を感じていた。そのため、筆者が大学に着任した後、精神科医師、保健師数人で事例検討を行った。

1. 遅発性パラフレニーの疑いと適切な支援

筆者は、対象の支援を行う中、精神科専門医の診断の必要性を感じつつ、ラポール形成に時間が掛かり専門医の診察の支援を積極的に行わず、専門医の診断や治療に繋がるができなかった。事例検討の中で、精神科医から「遅発性パラフレニー」ではないか指摘された。対象の問題行動を「介護保険制度の介護認定調査の問題行動の項目(7群)」で評価すると生活の質は低く不潔で掃除がされていないこと等は気になるが、独居生活は可能で生活能力もあり徘徊や記憶の低下もなく、「痴呆性老人の日常生活自立度」で痴呆症は疑われないと判断された。

芦刈、浅井⁴⁾は、「遅発パラフレニーのリスクファクターとしては、女性例が多く、社会的孤立、妄想性や分裂病質性の病前性格、発症時の身体的および身体的な契機、難聴などの諸要因があげられる。数多くのリスクファクターの中でも喪失体験となるライフイベントの存在と、過敏な人格反応が最も重視すべきであると考えられる。」と報告している。このことから対象は、女性で、若い頃から財産等の問題で隣近所や親戚とのトラブルがあり、70歳で夫が自殺するという喪失体験と独居生活という社会的孤立等から遅発パラフレニーが疑われる。さらに、小澤⁵⁾や一宮・尾籠⁶⁾は、「遅発性パラフレニーにみられる被害妄想で『幻の同居人』がある。自宅に知らない人たちが住み込んで様々な方法で自分を苦しめる。」と述べている。本対象も「屋根に泥棒が住んでいる」「隣の部屋には悪霊がいる」「薬は屋根の上の泥棒に盗られた」など「幻の同居人」がいることを頻りに訴えていた。これらのことから本事例が遅発性パラフレニーの疑いがあるものと推察できる。

また、治療に関し芦刈、浅井⁴⁾は、「遅発パラフレニーは、薬物による改善例もある」と報告し、古茶⁹⁾は、「治療は薬物療法と環境調整を組み合わせる。可能なら難聴や視力障害の改善も含まれる。孤独状況の解消に向けた環境調整は慢性妄想型で有効である」と述べている。支援中にこれらの知識を持ち合わせていたならば主治医

や保健師との調整で精神科治療につなげる事ができたのではないかと悔やまれる。

振り返ると、本事例は屋根裏や仏間の悪霊と同居し、テレビや隣家から金銭トラブルの幻視・幻聴があり、他人が侵入してくることを防ぐための頑丈な鉄格子とその鍵、内外から施錠されている玄関、2人の家族が自殺した仏間を開けないこと、日中ベッドに腰掛け小窓から監視している姿勢などからも伺えるように常に独りで不安を抱えていたものと推察できる。これらの不安や社会的孤立を和らげるという視点が解っていたならば、現在、疎遠になっている娘達に積極的に働き掛けを行っていたならば少しでも安心感が持てるようになったのではないかと考える。ケースによっては薬物療法が有効な場合もあるということから早期に専門機関へ繋ぐことが必要であったと考えられる。

2. 傾聴と共感的な対応

筆者は、ラポール形成を優先し第 期から第 期の約6ヶ月間の長い期間、訪問時に事例が許可する場に腰掛け、対象の幻覚妄想状態を否定することなく傾聴し、共感的対応をした。ラポールについて木戸¹⁵⁾は、「患者との関わりあいにおいては、何よりもまずその言葉に耳を傾け、聴く、と同時に、言語外の意味を推しはかり、言葉を越えた直接的な心の触れあいによって、心情を共にし、共感的に理解することが必要で、それが治療的対人関係成立の要諦である。共感的な理解者になることによってよい治療関係が成立するし、心情を共にしてくれる人がそこにいるという体験が患者の心に安らぎを与える。」と述べている。また、萱間¹⁹⁾の精神分裂病に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術の分析の中で「熟練看護職の看護技術は、7つに大分類される。(中略) その中で、関係性を創る技術の一つに『味方だと伝える』信頼関係を構築する最初の段階では、ケースの味方だということを言語的にもケースの話を尊重しようとする態度からも伝えようとする」と述べ、熟練看護職の関係性を創る看護技術の重要性を示唆している。筆者は、看護の基本でもある傾聴と共感的な対応でラポールが形成され支援を行うことができた。このような事例では、“あせらず”傾聴し、共感的な対応に関わり続けることが大切であることが再確認できた。

3. 公的支援者としての保健師と訪問看護ステーションの看護師

本対象の支援を振り返ると、対象から批判的言動を受けながら悪臭のする環境、気分不良にもなりながら忍耐強さをも要求されながらの訪問が何故、継続できたのだろうか？ そのことは、訪問看護制度が利用者との契約に基づいて提供される有料訪問サービスであることで、自分の技量が即、看護の質と判断されることもあると考えられる。

もし、同様な対象を筆者が公的支援者としての保健師であったなら、この関わりはどうなっていたらどうか？このような悪臭のする劣悪な環境の訪問は極力さげ経過観察になっていたのではないかと振り返る。対象の理解や疾患理解も深まらず、信頼関係は築けなかったのではないかと推察する。公的サービスと契約による有料サービスではおのずと違いがでるものと考えられる。筆者の場合、開所間もない独立型の訪問看護ステーションであったことや筆者が管理者であったこと、利用者の確保や看護の質の向上を目指していたこと等の重い責任があり、そのため、このような難しい対象の支援が継続できたのではないかと考えられる。

結 論

今回、遅発性パラフレニーが疑われる独居高齢者への支援について訪問看護師の立場から分析検討した。その結果、下記のことを明らかにした。

1. 遅発性パラフレニー（疑）の対象は、周りとのトラブルを起こしやすくラポールの確立が難しい事が確認できた。
2. 忍耐強い傾聴と共感的な対応がラポールの形成により良い結果をもたらした。
3. 遅発性パラフレニー（疑）の支援は、社会的孤独を防ぐこと、薬物療法と可能なら難聴や視力障害の改善に向けた環境調整が有効であると確認できた。
4. 支援者の傾聴と共感的姿勢が継続できた背景に、開所間もない訪問看護ステーションであったことや管理者としての責任や利用者の確保、看護の質の向上が要求されていた時期であり、利用者との契約による有料サービスであったこと等が上げられる。

謝 辞

本研究の分析・検討にご助言をいただきました獨協大学名誉教授 佐々木雄司氏をはじめ県内保健師の自主研究会「でいごゼミ」の皆様へ感謝申し上げます。

引用文献

- 1) Roth M: The natural history of mental disorder in old age. J Ment Sci 101 : 281-301、1955.
- 2) 木戸又三:老年期の幻覚臨床. 精神医学、27(7) : 825-829、1998
- 3) 竹中星郎: 老年期精神障害E, 精神分裂病, 老年期特有の妄想・幻覚状態. 松下正明: 臨床精神医学講座12 老年期精神障害. 東京、中山書店、p108-109、1998.
- 4) 一宮 厚、尾籠晃司: 老年期精神障害A, 分類・原因. 松下正明: 臨床精神医学講座12 老年期精神障害. 東京、中山書店、p108-109、1998.
- 5) 芦刈伊世子、浅井昌弘: 老年期幻覚・妄想状態とリス

クファクタ - . 臨床精神医学、28(10) : 1205-1212、1999

- 6) 古茶 大樹: 老年期の統合失調症. 精神科治療学、18(6) : 681-686、2003.
- 7) 小林聡幸、加藤敏: 老年期の幻覚妄想の心理社会的側面. 精神科治療学、18(6) : 667-674、2003.
- 8) 小澤 勲: 高齢期妄想性障害と社会病理. 老年精神医学雑誌、14(4) : 443-448、2003.
- 9) 福谷祐賢他: 老年期の感覚機能と精神障害. 老年精神医学雑誌、9(7) : 1998.
- 10) 朝田 隆: 老年期精神障害D, 症候. 松下正明: 臨床精神医学講座12 老年期精神障害. 東京、中山書店、p156-157、1998.
- 11) 須貝佑一: 老年期精神医療の状況. こころの科学、96 : 38-50、2001.
- 12) 厚生労働省老健局 老人保健課: 認定調査員テキスト、p118、2003.
- 13) 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知: 「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) 判定基準」1991年11月18日
- 14) 厚生省大臣官房老人保健福祉局長通知: 「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」1993年10月26日
- 15) 木戸幸聖: 臨床におけるコミュニケーション よりよい治療関係のために. p201-202、東京. 創元社、1983.
- 16) 萱間真美: 精神分裂病に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術 - 保健婦、訪問看護婦のケア実践の分析. 看護研究、32(1) : 53-76、1999.

参考文献

- 17) ハロルド・I・カプラン、ベンジャミン・J・サドック: 臨床精神医学ハンドブック DSM - 診断基準による診療の手引き. 1999. 融道男、岩脇淳: 臨床精神医学ハンドブック DSM - 診断基準による診療の手引き. p97-100、メディカル・サイエンス・インターナショナル、1999.
- 18) 川越博美: 訪問看護の質の向上をめざして. 保健の科学、43(6) : 471-474、2001.
- 19) Joyce Zerwekh. 萱間真美、玉置夕起子訳: 家族の自助能力をさせる基礎作りとしての訪問ケア 家族を見つける. 信頼関係を構築する、そして強さを育む、看護研究、32(1) : 15-23、1999.
- 20) 安藤 進: 老化とはなにか. 柴田 博: サクセスフル・エンジグ. 東京. 株式会社ワールドプランニング. p101-111、1998.
- 21) 山崎摩耶: 総論. 川村佐和子、島内節: 訪問看護管理マニュアル. 東京、日本看護協会出版、p2、2002.
- 22) 前掲書21)、p8、2002.

Support of Elderly People Living Alone with The Late Paraphrenia Condition

- From The Position of The Visiting Nurse -

Mayumi TABA, P.H.N., R.N., H.B.¹⁾ Fujiko TOYAMA, P.H.N., R.N., D.H.S.¹⁾

Masaru IREI, R.N., P.S.W., M.H.Sc.¹⁾

Background : Previous research on late paraphrenia by doctors can be found but reports relevant to nursing work can not be found. This report is considered from the viewpoint of nursing aid for future late paraphrenia.

Objective : To report on an analysis of an examination of a precious experience by the relations with elderly people living alone with late paraphrenia and to make some suggestions based on this case.

Design: Case study.

Subject: 81 years old, female, elderly person living alone.

Period of providing home care services: From Jan. 1999 to Feb. 2000.

Method : 1) The materials used for the analysis are the visit nursing records and the minutes.

2) Evaluation of the items (seven groups) of problem action of care authorization and investigation of public nursing care insurance.

Ethical Considerations : We showed and explained Mrs. T the research purpose fully, and got her agreement. As there was no hindrance in the main point, we added modification by the case introduction for privacy protection.

Results: First period: The author kept listening to the situation of the hallucination delusion condition. The patient went to outpatient department with visiting nurse for about two months rest.

Second period: Her hallucination delusion condition persisted. Mrs. T began consultation with us. It continued for six months, and it was suggested that Mrs. T come out from her room.

Third period: Mrs. T hallucination paranoia condition worsened. Mrs. T had a heart attack. After that, reception was good, and the consultation of the transfer of ownership of the bankbook was taken, as well.

Fourth period: She had hallucination delusion condition and cold symptoms, hyperglycemia and went to outpatient department with visiting nurse . Visiting nurse increased the duration and frequency of visiting times. However, T changed suddenly and died.

Conclusion: In this case. 1)The person suspected of late paraphernalia has difficulfy of establishing good relations with others, and tends to cause trouble with the surroundings that leads to lack of rapport. 2)It was patience and listening and sympathy-correspondence that brought about the better result. 3)Support of the suspected late paraphrenia patient should come in the from of social isolation prevention, medication, and effective environmental adjustment towards the improvement of hardness of hearing and eyesight obstacles, if possible. 4) The background which led to continued correspondence of support required the fee for service contract with the user, and various demands at the home nursing station soon after opening.

Key words: elderly people living alone, hallucination delusion condition, visiting nursing, care, late paraphrenia

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

文献紹介

テレナーシング (遠隔看護) に必要な能力

- 4つの文献から -

前原なおみ¹⁾ 仲宗根洋子¹⁾ 新垣利香¹⁾ 吉川千恵子¹⁾

背景：テレナーシングは、1995年頃から欧米において看護活動の技法の一つとして研究され、外来看護や在宅看護の分野で患者・家族のケアに応用され、入院や在院日数を半減し、タイムリーな援助が提供できるなど効果をあげている。日本においては医療・保険制度、診療報酬体系の相違もあり開発途上にある。

目的：テレナーシングに関する4つの文献から、テレナーシングの概念、世界の看護活動の現状を把握し、必要な能力を考える。

対象：テレナーシングに関する文献 D. Kathy Milholland:TELENURSING, TELEHEALTH Nursing and Technology Advance Together Margaret L Larson-Dabn : Tel-eNurse Practice A Practice Model for Role Expansion Margaret L. Larson-Dabn : Tel-eNurse Practice Quality of care and Patient Outcomes Diane L. Huber, Kathleen Blanchfield : Telephone Nursing Interventions in Ambulatory Care

結果および結論：1998年、ICNは新しい概念としてテレナーシングを定義し、看護への応用、コスト効果などをあげてテレナーシングへの関心を喚起している。テレナーシングの技術を看護に活用するには実践、研究、教育、管理の4つの柱がある。安全で質の高いテレナーシングは、看護師の専門的知識と経験、クリティカルシンキング技術、人間関係を確立するためのコミュニケーションとケアリングアプローチを行う能力が必要である。これらの能力は大学教育または継続教育をとおして得られる。Tel-eNurse Practice Model (TNPM) が2000年に発表され、テレナーシング実践に活用されている。

テレナーシングは国家の政策として予算化し活動している国もあるが、我が国の看護教育では情報通信を介しての看護師のケア提供技術は体系化されていない。今後、テレナーシングの実践にむけての研究および大学教育・継続教育が必要であると考えられる。

キーワード：テレナーシング、能力、教育、実践、研究

はじめに

テレナーシングは1998年にICN (International Council of Nurses)¹⁾により定義された新しい概念である。海外においてはテレナーシングが導入され、ケアの質の向上、継続看護、コスト効果などの報告がなされている^{1) - 3)}。また、テレナーシングに必要な教育として大学教育、継続教育の必要性も報告されている。しかし、我が国においては医療・保険制度、診療報酬体系の相違もあり未だテレナーシングは開発途上にある。IT革命の波は看護の分野にも影響を及ぼし、「いつでも、どこでも、誰にでも」必要な時に人々が看護サービスを受けられる基盤整備が求められている。我が国は、高齢化社会を迎え、がんや循環器疾患をはじめとする慢性疾患中心の疾病構造の変化、医療技術の進歩による医療の高度化、長期入院などが医療費を増加させており、その打開策として在院日数の短縮化が進み、在宅看護に移行されつつある。特に、島嶼県である沖縄においては、離島・

僻地に住む人々が必要な看護サービスをいつでも受けられるテレナーシングの技術開発は急務であると考えられる。しかし、看護活動では情報通信を介しての看護師のケア提供技術は体系化されていない。

本稿ではテレナーシングに関する4つの文献から、テレナーシングの概念と活動の現状を知り、テレナーシングに必要なとされる能力について述べられた点を抽出し考察する。

テレナーシングに関する文献的検討

文献1 - D. Kathy Milholland : TELENURSING, TELEHEALTH Nursing and Technology Advance Together¹⁾

ICNの報告 看護とテクノロジーの発展

ICNでは「TELENURSING, TELEHEALTH」¹⁾を2000年に発行しており、専門職としてのテレナーシングの将来と看護の中でテレコミュニケーション技術の使用方法という観点から見解をまとめている。ここでは用語の定義および概念、テレナースに必要なとされる能力と教育、

1) 沖縄県立看護大学

質の保証、パートナーシップ、成功の重大な要因、テレナーシングの課題について述べる。

1) 用語の定義および概念

ICN¹⁾に掲げられたテレコミュニケーションとヘルスケア提供の専門用語の定義および概念を以下に記す。

(1) テレコミュニケーション (telecommunications) とは、声、データ、映像などの情報伝達で、電話、ケーブルテレビ、ファクシミリ、衛星通信、および電子メールなどを用いたコミュニケーションである。

(2) テレヘルス (telehealth) とは、双方向の電信手段により離れた場所へ健康 (ヘルス) サービスを提供する為にコミュニケーション技術を利用することである。

(3) テレメディスン (telemedicine) とは、患者ケアの際、音響、ビデオ、データや画像情報を表現するのに使用されてきた伝統的な用語で、遠隔地からテレコミュニケーションを介して、医療技術や医療情報を提供することである。

(4) テレナーシング (telenursing) とは、看護師が提供するテレヘルスの一部で、情報通信を介したケア技術である。

2) 必要とされる能力と教育

テレヘルスの技術を看護に活用するには実践、研究、教育、管理の4つの柱がある。安全で質の高いテレナーシングを行うには、看護師は特別な技術に優れなければならない。ANA (American Nurses Association) とアメリカの特別な看護組織はこれらの能力を明確にしている。テレヘルス技術は看護師が看護技術を提供するため、アセスメント、看護診断、看護計画、実践、評価をする1つの道具であり、テレコミュニケーションはテレナーシングに影響を及ぼすとされている。ANAはテレコミュニケーション技術を有効に使用する看護師の能力について以下の10項目をあげている。

- ・患者の紹介、アセスメント、診断、計画、実践、評価をするためにテレヘルスを看護の実践に統合する
- ・患者が看護に参加できる治療関係を確立する
- ・患者・看護師の関係を最大限にするためのコミュニケーション技術をアセスメントする
- ・看護の対象にあわせてテレヘルスの技術の適切さをアセスメントする
- ・テレナーシングは患者のニーズを満たしているかを判断・評価し計画の修正を行う
- ・患者にはテレヘルスの選択ができることを確実に説明する
- ・患者のニーズを満たすために、コンサルテーションの提供・使用、他職種との共同作業に参加する
- ・プライバシーの守秘、インフォームドコンセント、情報の安全性に関する方針はテレヘルス活用時に用いられる
- ・テレヘルスの実践の結果、改善が必要であれば、看護の修正を行う

・情報システムの中にテレヘルスの構成、過程、結果を統合し記載する

これらの能力は大学教育または継続的な教育をとoshいで得られるものである。

大学教育では授業や演習・実習でテレコミュニケーション技術の使用方法を学び、将来のプラクティショナーを養成する。

継続教育ではテレナーシングに関する教育方法として、文献やセミナー、ワークショップ、遠隔教育、インターネットなどを用いて行われる。

3) テレナーシングの基準と質の保証

基準は幅広く使用され、多様な意味を有している。技術的基準とはテレコミュニケーションではハードウェアとソフトウェアの部分をさし、専門職者に要求されることは基礎的知識、技術、必要な能力について検討されていることである。

実践の基準は特定の患者、健康をとりあげ改善方向に向かって実践の枠組みづくりを行いテレナーシングの質の向上と利用者の意志決定の為に使用されるものである。その代表に議定書 (プロトコル) がある。

プロトコルは、特定の活動をするときに従う手順について文章化した計画書のこと、誰が、いつ、それを行うのか、手順や使用される機器などを書き記したものである。

テレナーシングの質の保証に関して文献ではあまり関心が寄せられてない。プログラムが成長していくと質の保証に関心が寄せられるものと考えられており、研究者はテレナーシングの質の保証を探求すべきである。テレナーシングの質を保証する方法について以下のとおり記述されている。

- ・仕事のために適切な機器を選択し、常時メンテナンスを確実にする
- ・機器を使用する全ての人を教育する
- ・患者に自宅または職場に装備されている機器について教育し、その教育方法を評価する
- ・それぞれのテレナーシング技法に関するプロトコルを作成し、それに伴う人的、技術的課題についてもカバーする
- ・実践を最も良いテクノロジーに応用するため、能力のあるスタッフの雇用を援助する
- ・プログラムがどのように機能しているかについて、定期的な評価を行い必要に応じて修正する

4) パートナーシップ

テレコミュニケーションでは、情報を一つの場所から他の場所へ移動する技術が必要である。またテレナーシングでは、他の医療者、情報・医療機器販売業者、サービス提供者等とのパートナーシップが必要になる。これらのテレナーシングプログラムの構成要素はデータの提示、保存、修正などを行うための技術、機器、手順が含まれ単独では実践できない。

テレナーシングのプログラムを使用するときにはパートナーシップが重要である。プログラム管理、看護技術、健康教育、遠隔教育の技術、機器、規則、手順等、実践の適応に関して他職種と共同作業することにより、提供する看護ケアは充実する。

5) 成功の重大な要因

WHOは、全ての人に医療が行き渡るよう各国で情報やコミュニケーション技術の評価を奨励していくことを表明している。テレナーシングプログラムはヘルスケアニードから引き出されており技術からではない。テレナーシングの成功に影響を及ぼす条件をあげると、

- ・テレナーシングと関連したプログラムを国の健康システムに取り入れる
- ・全ての企画やプログラムの実践において広範囲に渡る教育と促進する活動が必要である
- ・ヘルスケアシステムとテレナーシングの長期的展望を検討する
- ・必要な人材の開発を計画的に行う などである。

6) 各国のテレナーシングの活動

テレナーシングは時間や距離及び一定の障害を克服し看護ケアを提供する1つの手段であり、これまでも電話を介した活動などを行ってきたが、Tel-eNurse Practice Model (以下：TNPM) の考えに基づいては行っていない。これは個人・家族、集団、地域などの対象に新しい介入方法として看護や医療を提供する方法といえる。看護への応用範囲も糖尿病、高血圧、高脂血症、動脈硬化などの生活習慣病から痴呆症、精神疾患、エイズ、妊産婦、乳幼児の子育てまで広範囲にわたっている。

アメリカ、イギリスでは訪問看護に応用し、デンマークでは腰痛外来ナースが患者に定期的に電話連絡を行ない、在院日数を半減しコスト削減に効果をもたらしている。またアイスランドでは、育児について困っている母親に電話でケアを提供し、精神的苦痛を軽減している。スウェーデン、イタリア、イスラエル、シンガポールなどでは看護師詰所から電話によるケアを行っているなどの報告がある¹⁾。

7) テレナーシングの課題

テレナーシングの課題は倫理面、規則、安全、評価などである。特に倫理的課題として次のようなことがあげられる。

テレナーシングで得られたプライバシーや情報の守秘、情報システムの保全、アクセスの問題、文化的相違による倫理観の違い、各国で倫理について看護規定を評価する必要性、患者の同意、テレナーシングが国境を越えたときに倫理的相違をどのように適応させるか、などである。

文献2 Margaret L Larson-Dabn : Tel-eNurse Practice A Practice Model for Role Expansion²⁾
TNPMの概念及び教育実践への活用

Margaret L Larson-Dabn は、TNPM を2000年に発表

し、看護師が電話で遭遇する複雑な看護過程の中でガイドや提示に役立つことを明らかにした。モデルの応用は、看護管理者が看護師の資質の同定や看護実践の基準、質、成果の測定道具の開発のガイドとなるとしている。電話での看護ケアの提供のプロセスは包括的なアセスメント、看護計画、他職種と共同で行う看護ケアの展開、健康教育、成果の評価などが含まれる。

テレナースの実践の基準として、 プロトコール、アルゴリズム、ガイドラインの使用 患者のニードを総合的にアセスメントする 緊急性の優先の決定 計画の立案 成果の評価がある。

TNPM で重要な概念は人、看護師、健康を軸にしていることである。電話をかけてくる人は、情報や支援を必要とする患者、介護者、家族または友人などで様々な背景があり、問題を持っている。テレナースは臨床知識、経験、クリティカルシンキング技術、標準プロトコールやガイドライン、資源を活用し電話をかけてきた人に良好な健康レベルの為の支援を行う。また、テレナースは人間関係を確立するためのコミュニケーション能力とケアリングアプローチができる専門性がなければならない。テレナースは、患者の健康がQOL、精神、身体、そして霊的なものに影響を及ぼすことを認識しなければならない。テレナースの実践は個人、家族、特定の集団へ看護を提供する1つの方法である。その過程はアセスメントの統合、優先度の決定、他職種との連携のとれたケアプラン、成果の評価などが含まれる。TNPM はテレナースの6つの領域と、看護・人・健康との関連を1つに統合している (図1)。

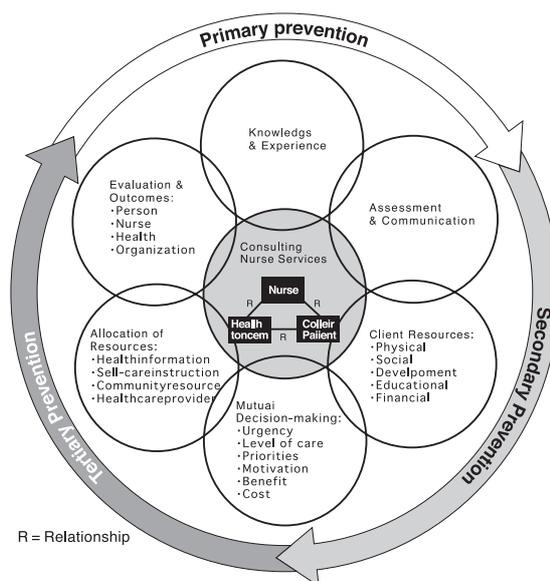


図1 遠隔看護実践モデル (文献²⁾³⁾ より引用

(1) Knowledge and Experience 知識と経験

テレナースは臨床経験や知識をもち、ヘルスケアを提供する方法・資源・アクセスの方法を知り、電話をかけてきた人に、質の高いケア、対費用効果のある看護ケアの提供と適切な資源を紹介する。

(2) Assessment and communication アセスメントとコミュニケーション

テレナースは電話をかけてきた患者とコミュニケーションを行い、健康問題に関してアセスメントする能力をもちている。適切に短時間で患者から必要な情報を収集し緊急性の判断をする。次に、テレナースは適切なプロトコルの選択、症状を判断するためにデータを統合・分析しクリティカルシンキング技術を実践する。標準化されたプロトコルやガイドラインまたはアルゴリズムを使用することはテレナースの実践に大きな信頼性を加える。

(3) Client Resources 患者の資源

アセスメント最後の部分は患者に必要な資源の決定である。ヘルスケアサービスの障害となりえる患者の身体的・社会的・発達段階・教育・学歴などの要素を念頭におき、電話をかけてきた人と共に一番良い結果が得られるように資源の決定と看護計画を立案する。

(4) Mutual decision making 意志決定の共有

相互の意志決定において、看護師と電話をかけて来た人は緊急性、優先度、動機、利益、必要な看護レベル、必要な資源、費用について考え決定する。

(5) Allocation of resource 資源の配分

看護師は適切な看護レベルの紹介や、プライマリケア提供者と患者の信頼関係を確立できるよう援助する。また、自己管理の方法、健康に関する情報の提供、必要ならすぐアクセスできる地域の資源への紹介を行う。

(6) Evaluation of Outcomes 評価と成果

評価と成果の管理は、提供されたサービスの効果を評価するのに必要である。また、フォローアップの電話は、看護介入の効果や患者の状況、新しいニード、自己管理、テレフォンサービスへの満足度の評価に使用される。

次に外側の輪について説明する。テレナースは継続看護のどの部分においても患者へ看護介入することで患者の健康の保持増進と疾病予防を援助することができる。第1次予防、第2次予防、第3次予防があり、患者の必要な健康のレベルによって援助が変わる。

テレナーシングを実践する際、概念枠組みとして用いられる TNPM は包括的なアセスメントや患者中心の看護、即ち人間・看護・健康の関係を含んでいる。テレナースは電話をかけた人に対して親切で包括的なケアや自己管理に関する情報を提供し、他の重要な医療従事者とパートナーシップを強化し健康行動の変容を起こさせ、健康が増進するよう資源を提供する。

ヘルスケアを提供するシステムの視点から TNPM は、標準看護の設定、訓練や能力評価、看護技術の向上、成果の管理、研究へ活用できる。これは健康と予防を重視

し、継続看護の中でテレナースを患者にとって健康の資源の1つとしている。また、テレナースをアート（芸術）と定義している。

テレナースは多くの難問に立ち向かうために強いリーダーシップが求められ、新しく急激に成長している。看護師、管理者、地域の人々はテレナースの役割について教育されなければならない。

文献3 - Margaret L. Larson-Dabn : Tel-eNurse Practice Quality of care and Patient Outcomes³⁾

質を評価するためのチェックリストの活用

この論文では、テレナースの需要が伸びテレナーシングが患者の意志決定や、時間的問題、保健行動の変容などの成果に影響を与えてきた歴史的背景を紹介し、テレナーシングの基準化は、テレナースの定義づけ、質を評価する指標の検証、患者への成果の査定に必要であると述べている。

テレナースの質の評価と患者に対する看護師の感性を評価するために開発されたチェックリストを紹介している。さらに、質の保証と看護の活動の向上およびチェックリストの評価を目的とし、チェックリストを用いて記録の検討を行っている。

研究の対象となったのは medical call center に勤務し、Health Consultant Nurses の経験が5年以上の看護師5人である。この Consultant Nurses は TNPM のテレナーシングの実践をしており、具体的な活動は電話でのトリアージ、健康に関する情報や医師、社会資源の紹介、実践的支援などである。

研究方法は5人の看護師それぞれに対し、電話でのトリアージを行ったケースから10件を無作為抽出し、チェックリストを用いて得られた記録を検討するというものである。電話の日時は自動記録されるため、看護師は患者名、電話者と患者の関係、問題の内容、症状とその対応、看護ケアへの同意の確認などを記録する。質の指標と患者への成果について調べた結果、処置と継続看護、アセスメントとクリティカルシンキングのそれぞれに有意差を認めた。また、質の指標と健康への成果を調べた結果、アセスメントは有意差は認められなかったが、following advice は有意に関連していることがわかった。質の指標と関連性が予測された、アセスメント・クリティカルシンキング・患者への成果・健康・following advice に関連性が認められなかったが、これは記録で情報が十分に得られていないことや患者に対する看護師の感性への成果が確立していないことが要因と考えられた。このように記録を評価することは、提供した看護で改善すべき課題を見つけることができたことと述べ、今後は、効果的に成果を評価できる follow-up call の基準を作成することや、成果の定義を検討すること、テレナースの介入に関して研究することが必要であると述べている。

文献4 - Diane L. Huber, Kathleen Blanchfield :

Telephone Nursing Interventions in Ambulatory

Care⁵⁾

外来での応用

アメリカにおけるテレナーシングの実践は、外来看護において重要な看護活動になりつつあるが、現在どのような看護介入や電話相談が実践されているか、そして患者への成果（アウトカム）との関連性については明らかにされていない。そのため看護介入を行う上でどの程度の時間や労力が必要とされるかなど、テレナーシングの看護管理や資源の適用に関する十分な情報がない現状である。このような背景から、本研究は小児外来と成人外来センターにおいて看護記録やテレナーシングチェックリスト（質問紙）を用いて、看護診断と介入を検討し、テレナーシングによる看護介入のナースの役割を明確にする目的で行われた。看護介入を表現するために、NANDA, NIC を含む標準看護用語の概念、理論が用いられ、調査手法は、exploratory/descriptive であった。データは、外来での対応時に記載されたチェックリストや外来の看護記録から収集された。チェックリストの内容は、小児用の項目とアセスメント、既往歴、内服薬名、電話対応時間、初回電話日、電話相談の理由、看護診断、検査の手順、フォローアップで構成され、また、質問は

電話対応時の看護診断 電話対応時の看護介入

電話対応時間であった。電話対応時の看護診断の実際は、小児において33件/54 (61%) は無記名、5件/54 (9%) は知識不足、16件/54 (30%) は、医学診断や症状であった。成人では、43%は、健康維持に関するもの、18%は疼痛に関するもの、16%は薬に関する知識不足、8%はNANDAの診断、7%は健康行動に関するものであった。看護介入は、危機介入、セルフケア、内服薬管理、ヘルスシステムガイダンス、栄養管理、精神的サポート、疼痛管理、患者教育の8つに分類され小児では、ヘルスシステムガイダンス (29件/54)、患者教育 (22件/54) が多く、成人では、セルフケア (109件/152)、内服薬管理 (56件/152) が多かった。電話による対応時間は、小児、成人とも殆どのケースにおいて、10分以下と短時間の対応であった。電話相談者は小児では、母親であり、成人では患者もしくはその娘であった。看護師は、テレナーシングによって危機介入だけではなく、情報提供、ガイダンス、患者教育を行い効果的な介入を行っていた。

考 察

テレナーシングは、継続看護に関連して看護の役割が拡大していく中で、看護師が電話をよく活用するようになり、この10年間で繁栄してきた。文献によると1990年代ではテレナースにアクセスし、健康に関する情報やアドバイスを得ることが増加している。この必要性や機会がテレナースサービスを拡大することになった。

テレナースによる看護ケアは電話が出会いの重要な出発点であり、看護の過程や予防サイクルの全てに相互に関係する。テレナースは色々なヘルスケアの場のなかで、

電話をコミュニケーションの1つとして個人、家族、または特別な集団に対して行われる看護提供の過程である。

電話を使った看護の重要な構成要素は、臨床知識や経験の応用、アセスメント（初期症状、プロトコルから導かれた症状など）、コミュニケーション（効果的傾聴、言語の使用能力）、患者の資源評価と看護計画（患者の身体的、社会的、発達、教育、経済面から）、意志決定の共有（緊急性、ケアのレベル、優先順位、動機、費用）、資源の配分・実践（健康情報、自己管理、地域資源、医療従事者）、成果・評価（個人、ナース、健康、組織）などである。このことは、現在どこでも保健看護を展開している看護過程の構成要素と同じであるが、電話という情報手段を使用して声によるコミュニケーションで限られた時間で瞬時に判断し看護を提供していくことに大きな特徴がある。したがって、看護行為の標準を向上させるためにはプロトコルを使用することが必要であると考えられる。

さらにテレナーシングは新しい看護活動の方法であり、看護基礎教育および継続教育が必須で患者教育、地域の人々の教育も必要であると考えられる。このことによって身近な電話が保健医療分野で有効に活用され、健康の保持増進、疾病予防、疾病の回復、悪化防止に貢献でき、文献にあるように我が国においても将来コスト効果に寄与できる活動が期待できる。

大きな課題は、組織的にケアを導くためにプロトコルの作成と、テレナース実践をしながら研究・教育を開発していくことにテレナースの成功がかかっているといえる。

テレナーシングによる看護師の役割は、健康への自己管理と在宅療養の自己管理を支援することにある。「電話」という手段を用い、対象の多様なニーズに応じ、適切にテレナーシングを行うためには、短時間で、必要な情報を収集し、アセスメント、問題解決を行う能力が必要とされる。さらにテレナーシングによる看護活動は、ヘルスシステムガイダンス、セルフケア支援、また患者教育、精神的サポートなど多様に実践していくことが求められる。また、患者の療養を支援していくためには、看護介入は家族への働きかけなど家族を含めた援助が重要である。そこで、テレナースに求められる能力として、医学や看護の専門的知識・技術だけではなく、コミュニケーション能力、カウンセリング技術、豊かな臨床経験が必要である。

日本においては、テレナーシングの研究や実践教育は発展途上である。今後は、大学教育機関等での専門職者養成が求められると考える。

まとめ

- 1 テレナーシングは多くの国で急速に広がっているが、日本は未だ開発途上にあり看護への応用が急がれる。
- 2 テレヘルス技術を看護に活用するための4つの柱は

実践、研究、教育、管理である。

- 3) テレヘルス技術は、看護師が看護技術の提供のために、アセスメント、看護診断、看護計画、実践、評価する道具の一つであり、テレコミュニケーションがテレナーシングに影響を及ぼす。
- 4) テレコミュニケーション技術を有効に使用する看護師の能力について10項目が述べられている。
- 5) テレナーシングは新しい看護活動の方法で、その能力は、大学教育と継続的な教育をとおして得られる。その為には、教育プログラムの開発が必要である。

文献

- 1) D. Kathy Milholland : TELENURSING, TELE HEALTH Nursing and Technology Advance Together Together, 1-27, 2000.
- 2) Margaret L Larson-Dabn : Tel-eNurse Practice A Practice Model for Role Expansion : JONA, 30(11), 519-523, 2000
- 3) Margaret L. Larson-Dabn : Tel-eNurse Practice Quality of care and Patient Outcomes : JONA, 31(3), 145-153, 2001
- 4) 川口孝泰：新しい看護のパラダイムを拓く遠隔看護（telenursing）その意義と世界の動向，看護研究，Vol.34(4)，277-282，2001
- 5) Diane L. Huber, Kathleen Blanchfield : Telephone Nursing Interventions in Ambulatory Care : JONA, 29(3), 38-44, 1999
- 6) Deborah F. Tate, Elizabeth H. Jackvony, Rena R. Wing: Effects of Internet Behavioral Counseling on Weight Loss in Adults at Risk for Type 2 Diabetes, JAMA, 289(14), 1833-1835, 2003
- 7) 財団法人 厚生統計協会 編：国民福祉の動向・厚生生の指標 臨時増刊，厚生統計協会，49(12), 2002
- 8) 財団法人 厚生統計協会 編：国民衛生の動向・厚生生の指標 臨時増刊，厚生統計協会，49(9), 2002
- 9) 日本看護協会 編：平成14年版 看護白書，日本看護協会出版会，2002

Competencies Required for Telenursing

- From 4 Literatures on Telenursing -

Naomi MAEHARA¹⁾ Yoko NAKASONE¹⁾

Rika ARAKAKI¹⁾ Chieko YOSHIKAWA¹⁾

Background: Telenursing has been studied as one of nursing activities in the West since 1995, and it is applied to care of patients and families in ambulatory nursing care or home health care. Telenursing helps reduce the number of hospitalizations and length of hospital stay and provide timely support for patients. Telenursing in Japan is in a developmental stage with its unique health care systems including the insurance and remuneration systems.

Purpose: The purpose of this study is to grasp the concept of telenursing and the current telenursing activities practice world wide, and to consider required competencies.

Design: Integrated literature of telenursing at home and abroad. D. Kathy Milholland : TELENURSING, TELEHEALTH Nursing and Technology Advance Together Margaret L Larson-Dabn : Tel-eNurse Practice A Practice Model for Role Expansion Margaret L. Larson-Dabn : Tel-eNurse Practice Quality of care and Patient Outcomes Diane L. Huber, Kathleen Blanchfield : Telephone Nursing Interventions in Ambulatory Care

Results and Conclusion: In 1998, ICN defined telenursing as a new concept, and stimulated interest in telehealth for its application to nursing and for cost effectiveness. There are four domains of nursing for the application of telehealth technologies: practice, research, education and administration. To use telenursing optimally and safely, nurses must become competent with clinical knowledge, experience, communication skills, competencies to practice of critical thinking and caring approach for establishing a relationship with caller.

These competencies may be acquired through academic or continuing education. The tel- eNurse Practice Model (TNPM) was announced in 2000, is a theoretical framework telephone nurses can use to telenurse practice.

Although there are several countries that address telenursing as a national policy and provide financial support, the level of care is not systematized in the nursing activities of Japan.

In conclusion, telenursing research and education are required for future telenursing practice.

Key words: telenursing, competency, education, practice, research

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

研究業績一覧 (2003年1月～2003年12月)

著書

- 1) 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編著: 助産学大系第3版1-4, 7-9, 11-12巻, 第3版第1刷, 東京, 日本看護協会出版会, 2003.
- 2) 伊礼優, 下地ヨシ子: 市町村における精神保健福祉業務に関する調査, 當山富士子編「高めよう 沖縄の精神保健福祉」, 沖縄, 地域精神保健看護研究会「でいごゼミ」, p9-46, 2003.
- 3) 加藤尚美: 助産診断・技術学 : 第4章基礎助産技術, P59-90, P150-201, 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編著「助産学大系7巻」, 第3版1刷, 東京, 日本看護協会出版会, 2003.
- 4) 加藤尚美: 助産診断・技術学 : 第3章 褥婦の助産技術とケア, P81-149, 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編著「助産学大系8巻」第3版1刷, 東京, 日本看護協会出版会, 2003.
- 5) 雨森良彦, 松本八重子, 小林拓郎, 加藤尚美編著: 新版看護学全書 第34巻 母性看護学2, 妊婦・産婦・褥婦・新生児の異常と看護, p415-456, 第2版, 東京, メヂカルフレンド社, 2003.
- 6) キャロル・ガービッチ, 上田礼子 (監訳), 上田敏, 今西康子: 保健医療職のための質的研究入門, p1-240, 東京, 医学書院, 2003.
- 7) 金城芳秀: 頻度, 疫学指標, 縣俊彦編著「EBMのための臨床疫学」初版 東京, 中外医学社, p101-111, 2003.
- 8) 田場真由美, 真喜志美千子: 現地教育に関すること 地域精神保健看護夏期セミナー, 當山富士子編「高めよう 沖縄の精神保健福祉」, 沖縄, 地域精神保健看護研究会「でいごゼミ」, p47-86, 2003.
- 9) 當山富士子編: 高めよう 沖縄の精神保健福祉, 沖縄, 地域精神保健看護研究会「でいごゼミ」, 2003.
- 10) 當山富士子, 大川嶺子, 比嘉ミヨ子: 現地教育に関すること 地域精神保健福祉看護研究会, 當山富士子編「高めよう 沖縄の精神保健福祉」, 沖縄, 地域精神保健看護研究会「でいごゼミ」, p87-104, 2003.
- 11) 宮城航一編: 「ホスピス入門」, 全143頁, 沖縄, 琉球新報社, 2003.
- 12) 宮城航一著: 「がん治療の現状と末期がん, 終末期の判断」, 宮城航一編「ホスピス入門」, p15-29, 沖縄, 琉球新報社, 2003.
- 13) 山口栄鉄, 新川右好編訳, ジョージ・スミス原著: 琉球と琉球の人々～琉球王国訪問記(1850年10月.), 全138頁, 沖縄, 沖縄タイムス社, 2003.
- 14) Yamaguchi E., Arakawa Y.: Edited with Notes: Ryukyu and the Ryukyuan, p1-128, Okinawa, English Institute of Japanese Studies, 2003.

(Republication of Lewchew and the Lewchewans, Being a Narrative of a Visit to Lewchew or Loo Choo, in October, 1850, by George Smith, D. D., London, 1853.)

研究論文

- 1) 安達久美子, 高田昌代, 岡永真由美, 安積陽子, 加藤尚美, 岡本喜代子: 助産師による助産ケア内容の適正化に関する検討 - 分娩期の快適さと安全性のケアの検討 -, 助産師, 57(4) : 30-34, 2003.
- 2) 石川りみ子, 奥間裕美, 上江洲榮子, 伊芸美代子, 島田みつ子, 金城絹子, 饒辺聖子: 看護学生の睡眠健康と食習慣に関する研究, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 15-26, 2003.
- 3) Ishibashi A., Ueda R.: Resilience in adolescents with cancer, 民族衛生69(6) : 220-232 2003.
- 4) 伊藤幸子, 吉川千恵子, 石川りみ子, 仲宗根洋子, 金城利香, 前原なおみ, 赤嶺伊都子, 比嘉かおり, 比嘉恵枝: 沖縄県立看護大学における成人保健看護方法の授業展開 - 成人保健看護方法の枠組みと授業内容 -, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 125-140, 2003.
- 5) 井上松代, 玉城清子, 西平朋子, 賀数いづみ, 加藤尚美: 助産師の実践能力に関する自己評価, 母性衛生, 44(1) : 57-63, 2003.
- 6) 上江洲榮子, 奥間裕美, 名城一枝, 金城忍, 嘉手苺英子, 垣花シゲ, 国吉緑, 真栄城勉, 平良一彦, 田中秀樹, 白川修一郎: 沖縄県の大学生の睡眠健康と食習慣(1) - 2000年の調査結果の全体像 -, 琉球大学教育学部紀要, 63 : 263-273, 2003.
- 7) 大城浩二, 小橋川久光, 小林稔, 宮城政也: 「中学生の体育授業に対する対処行動尺度の検討」九州スポーツ心理学研究, 15(1) : 20-22, 2003.
- 8) 大田貞子, 名城一枝, 金城忍, 嘉手苺英子: 看護基礎教育における手袋装着による採血の試み, 日本感染看護学会誌, 2(1) : 49-53, 2003.
- 9) Omine C.: Distress of Stationing Public Health Nurses to Remote Islands in Okinawa, Okinawa Health Sector Human Resources Experiences since the mid-1940 's and their Applications to International Health Final Report, 290-312, 2003.
- 10) 大嶺千枝子: 琉球政府立看護学校の琉球大學委託の実態と制度及び修了者の果たした役割を探る, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 27-36, 2003.
- 11) 大嶺千枝子, 仲里幸子, 川崎道子, 牧内忍, 神里千鶴子, 与那嶺尚子: 沖縄県の保健師駐在制度の継続を可能にした要因を探る(第一報) 保健師の人事管理を中心に, 第34回沖縄県公衆衛生学会誌 : 20-26,

- 2003.
- 12) 大湾明美, 佐久川政吉, 大川嶺子, 下地幸子, 富本傳, 根原憲永: 離島における施設入所高齢者の生きがいづくりに関する研究 - 「ふるさと訪問」事業化への取り組みのプロセスと事業評価・課題 -, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 37-47, 2003.
 - 13) 岡永真由美, 高田昌代, 安達久美子, 安積陽子, 加藤尚美, 岡本喜代子: 助産師による助産ケア内容の適正化に関する検討 - 妊娠期の快適さと安全性のケアの検討 - : 助産師, 57(3) : 23-29, 2003.
 - 14) 賀数いづみ, 加藤尚美, 金城忠雄: 低出生体重児の出生要因とリスクに関する研究 - 沖縄県A病院で出生した低出生体重児の分析 -, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 48-56, 2003.
 - 15) 加藤尚美: 助産師の自己効力感 (Self-Efficacy) および仕事の満足感に関する研究, 母性衛生, 44(1) : 134-140, 2003.
 - 16) 加藤尚美, 玉城清子, 賀数いづみ, 井上松代, 西平朋子: 助産婦の卒後教育のニーズに関する研究, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 57-65, 2003.
 - 17) 川崎道子: 離島住民の生活習慣と主観的健康感との関連, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 94-99, 2003.
 - 18) 河田聡子, 上田礼子: 文化間看護に必要な知識 小児保健看護分野の文献検討 , 沖縄の小児保健, 30 : 689-691, 2003.
 - 19) Kitamura Y., Ueda R.: Concerns and Self-perception of Siblings of Children with Special Needs and their Wishes to attend Sibling Support Projects - Community Based Survey -, Proceedings of 2 nd World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine-ISPRM, Monduzzi Editore : 807-810, 2003.
 - 20) 金城利香, 前原なおみ, 大湾明美, 吉川千恵子, 伊藤幸子: 看護職者からみた沖縄県内のターミナル期看護の現状と課題, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 101-108, 2003.
 - 21) 小橋川久光, 小林稔, 大城浩二, 宮城政也: 「中学生の日常生活行動尺度の作成」九州スポーツ心理学研究, 15(1) : 5-7, 2003.
 - 22) 小橋川久光, 小林稔, 宮城政也: 「スポーツフローへの逆U字曲線のあてはめ (仮説モデル)」琉球大学教育学部紀要, 63 : 101-106, 2003.
 - 23) 小林稔, 高倉実, 神谷章平, 小橋川久光, 宮城政也: 「健常大学生を対象とした手掌部低周波電気刺激とストレス反応について」九州体育・スポーツ学研究, 17(1) : 35-40, 2003.
 - 24) 佐久川政吉, 大湾明美, 村上恭子, 大川嶺子, 伊藤幸子: 沖縄県一離島における介護保険サービスに関する研究 - H島における要介護高齢者の在宅サービス2年間の実態, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 110-117, 2003.
 - 25) 新城正紀, 川南勝彦, 簗輪眞澄, 坂田清美, 永井正規: 難病患者における保健福祉サービスの利用状況とその在り方に関する検討, 厚生の指標, 50(2) : 17-25, 2003.
 - 26) 田場真由美, 當山富士子: 重症脊髄損傷者の在宅におけるケアマネージメント - ニーズに合わせることの重要性 -, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 66 - 73, 2003.
 - 27) 玉城清子, 賀数いづみ, 井上松代, 西平朋子, 加藤尚美, 園生陽子: IBLによる褥婦・新生児の学習 - 助産コース専攻学生への応用 -, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 74-77, 2003.
 - 28) 東野妙子, 原愛由美, 久保田和香, 岩見祐子, 園生陽子: マニュアルを活用した「出産体験の振り返り」の分析, 聖母女子短期大学紀要, 16 : 13-24, 2003.
 - 29) 當山富士子, 戸田圓二郎, 田場真由美: へき地山村に居住する独居高齢者の"生活の術" 参与観察で把握した生活実態から -, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 79 - 85, 2003.
 - 30) 仲宗根洋子, 伊藤幸子, 赤嶺伊都子, 石川りみ子, 吉川千恵子: 「手術時手洗い」演習の方法と結果の評価 - べたんチェックスタンプ法 (簡易細菌検査法) を取入れて -, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 86 - 93, 2003.
 - 31) Henry B.: Nursing education for health development and the Japan International Cooperation Agency (JICA), 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 1-3, 2003.
 - 32) Henry B., Ueda R., Shinjo M. and Yoshikawa C.: Health education for nurse in Japan to combat child abuse, Nursing & Health Sciences, 5 (3): 199-206, 2003.
 - 33) Henry B., 上田礼子監訳, 與那嶺敦翻訳: 国際保健看護 - 看護におけるグローバルな展望と広い世界観の重要性, 看護実践の科学, 28 (10) : 68-70, 2003.
 - 34) Henry B., 上田礼子監訳, 與那嶺敦翻訳: 国際保健看護 - 世界 世界保健 疾病, 看護実践の科学, 28 (11) : 68-70, 2003.
 - 35) Henry B., 上田礼子監訳, 與那嶺敦翻訳: 国際保健看護 - 世界 保健機関 (WHO) WHO 指定研究協力センター WHO 看護・助産専門家諮問部会, 看護実践の科学, 28(12) : 68-70, 2003.
 - 36) Henry B., 上田礼子監訳, 與那嶺敦翻訳: 国際保健看護 - 国際看護師協会 (ICN) 国際協力機構 (JICA) 世界銀行ロックフェラー財団 UNICEF UNIFEM, 看護実践の科学, 28(13) : 61-63, 2003.
 - 37) 宮城航一: 「境界型糖尿病 (IFG) 例の検診結果と2型糖尿病予防の検討」沖縄県医師会報, 39(11) : 966-971, 2003.
 - 38) 宮城政也, 大城一子, 河田聡子, 伊礼優, 高倉実, 小林稔: 高校生における精神的健康とオプティミズム

- について, 琉球大学教育学部紀, 63 : 117-123, 2003.
- 39) 宮城政也, 小橋川久光, 小林稔, 大城浩二 : 「児童の日常生活行動及び身体活動と抑うつについて」九州スポーツ心理学研究, 15(1) : 10-12, 2003.
- 40) 宮城裕子, 宮城航一 : NICUの看護 重症脳障害の病態生理とバルビツレート療法, 低体温療法の看護, 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 4-14, 2003.
- 41) 山口栄鉄 : ガゼット論説の琉球処分批判, 國學院法学, 41(1) : 60-67, 2003.
- 42) 山口栄鉄 : 琉球処分時の国際論調 ~ 「聞け, 今ひとつの声」, 明治政府を叩くジャパン・ガゼット紙, 世界に拓く沖縄研究 : 160-171, 2003.
- 43) Yamaguchi S. : Nursing and Culture 1: a discursive reading of the literature, NEU, 4 winter: 18-23, 2003.
- 44) 与那嶺尚子, 上田礼子, 河田聡子, 吳地祥友里 : 「子どもへの不適切な関わり (マルトリートメント)」に対する市町村保健師の認識, 沖縄県公衆衛生学会誌, 10 : 15-19, 2003.

学会発表

- 1) 赤嶺伊都子, 新城正紀 : 単独世帯高齢者に対するソーシャルサポートのあり方に関する検討, 第13回日本疫学会学術総会 (福岡), 2003, 1.
- 2) 安達久美子, 高田昌代, 岡永真由美, 安積陽子, 加藤尚美, 岡本喜代子 : 助産師による妊産褥婦および新生児の快適さと安全性のケアの検討 (第一報) - 産婦の快適さと安全性を確保するためのケア -, 第17回日本助産学会学術集会 (沖縄), 2003, 3.
- 3) 安積陽子, 高田昌代, 岡永真由美, 安達久美子, 加藤尚美, 岡本喜代子 : 助産師による妊産褥婦および新生児の快適さと安全性のケアの検討 (第二報) - 褥婦および新生児の快適さと安全性を確保するためのケア -, 第17回日本助産学会学術集会 (沖縄), 2003, 3.
- 4) 新垣紀子, 大湾明美, 佐久川政吉, 上里利恵子 : 高齢者の住宅確保に関する研究 - 都市地区における宅地建物取引業者の実態調査 -, 沖縄地域福祉学会第9回研究活動発表会 (沖縄), 2003, 3.
- 5) 新垣利香, 石川りみ子, 前原なおみ : 成人保健看護における看護過程演習の学習効果 (第1報) - 模擬患者を用いた看護過程演習からみえてくるもの -, 第13回日本看護学教育学会学術集会 (長野市), 2003, 8.
- 6) 井上松代, 菊谷愛子, 園生陽子 : 母乳育児継続に影響する要因について, 第44回日本母性衛生学会 (栃木), 2003, 10.
- 7) 石川りみ子, 前原なおみ, 新垣利香 : 成人保健看護における看護過程演習の臨床実習への学習効果 - 臨床実習への役立ちの2年間の比較 -, 第23回日本看護科学学会学術集会 (三重県津市), 2003, 12.
- 8) 石田晃造, 鈴木智恵, 金城芳秀, 玉城英彦 : 遠隔学習システムにおける疫学講義の展開について - スーパーコース・ジャパンでの取り組み. 第12回日本健康教育学会 (那覇市), 2003, 6.
- 9) 井村修, 譜久山民子, 伊波輝美, 稲田隆司, 砂川恵正, 宮城雅也, 上原真理子, 永山秀子, 比嘉佑一郎, 銘苅良光, 安里葉子, 新垣米子, 島袋裕美, 儀間由香利, 與那嶺明子, 城間みち子, 仲里幸子 : 行動チェックリストによる被虐待経験のスクリーニングに関する研究 第35回沖縄県公衆衛生学会 (那覇市), 2003, 10.
- 10) 伊礼優, 當山富士子, 田場真由美, 大川嶺子 : 市町村における「精神保健福祉業務」委譲後の現状 - 沖縄県市町村の職員を対象として -, 第23回日本社会精神医学会 (岩手), 2003, 3.
- 11) 伊礼優, 石津宏, 與古田孝夫 : 「精神科看護従事者の職務満足度とその関連要因に関する研究」 - とくに心理的側面と臨床能力との関連から -, 第44回日本心身医学学会 (沖縄), 2003, 5.
- 12) 伊礼優 : 精神科看護の質の向上とマンパワーの確保, 第9回沖縄精神科看護学会シンポジウム, 2003, 10.
- 13) Willcox B.J., Willcox D.C., Suzuki M. : Defining Cardiovascular Health in a Large Population-based Study of Exceptional Survivors, Second Asia Pacific Scientific Forum, American Heart Association (Honolulu, USA), 2003, 6.
- 14) Willcox B.J., Willcox D.C., Suzuki M. : Keys to Successful Aging: Lessons in Personal Health Promotion from a 28-year Population-Based Study of Centenarians in Okinawa, Japan, International on Health Promotion, Health Evaluation Association Conference (Atlanto, USA), 2003, 10.
- 15) Willcox B.J., Todoriki H., Willcox D.C., Suzuki M., Yano K., et al. : Early Life Caloric Restriction and Exceptional Survival in Okinawa: 50 Years of Population Data. (accepted for Hot Poster section), 56th Annual Scientific Meeting, Gerontological Society of America (San Diego, USA), 2003, 11.
- 16) 上江洲榮子, 名城一枝, 棚原節子, 嘉手苅英子, 安里葉子, 新垣利香, 神里千鶴子, 国吉緑, 大城勝, 鶴飼光子, 上江洲香代子, 菊池佑二 : 海外旅行による睡眠 - 覚醒リズムの乱れと血液流動性, 第10回日本ヘモレオロジー学会 (兵庫), 2003, 11.
- 17) Ueda R., Henry B., Yoshikawa C., Shinjo M., Okamura J. : Educating Competent Nurse Leaders for International Health, 2003 Conference of the International Council of Nurses (ICN) (Geneva, Switzerland), 2003, 6.
- 18) 上原綾子 : 糖尿病性腎症の患者が透析 (シャント手術) を受け入れるまでの看護師の関わり, 国家公務員共済組合連合会虎の門病院院内看護発表会 (東京),

- 2003, 2.
- 19) 大川嶺子, 呉地祥友里, 小川なお子, 大湾明美, 佐久川政吉: 沖縄県K島における高齢者の生きがいづくりに関する研究(第2報) - 高齢者「ふれあい広場」への取り組み -, 第68回日本民族衛生学会総会(熊本), 2003, 11. (第68回日本民族衛生学会講演集, 48-49, 2003.)
 - 20) 大川嶺子, 大湾明美, 佐久川政吉, 呉地祥友里, 小川なお子, 宮城秀雄, 石川喜代子: 沖縄県K島における住民主体の地域づくりに関する研究(第1報) - 施設入所者の「ふるさと訪問」から「逆デイサービス」展開への期待 -, 第34回日本看護学会・老年看護(宮崎), 2003, 9.
 - 21) 大川嶺子, 佐久川政吉, 大湾明美, 呉地祥友里, 伊藤幸子: 離島T村における住民主体の地域ケアシステム構築に関する研究(第1報) - ソーシャルネットワーク及び主観的健康観, 生活満足度について -, 日本老年看護学会第8回学術集会(兵庫), 2003, 11.
 - 22) 大城浩二, 小橋川久光, 小林稔, 宮城政也: 中学生の体育授業に対する対処行動尺度の検討, 九州スポーツ心理学第15回大会(福岡), 2003, 3.
 - 23) 大田貞子, 名城一枝, 金城忍, 嘉手苺英子: 手袋装着による採血実習の試み, 第3回日本感染看護学会学術集会(東京), 2003, 1.
 - 24) 大嶺千枝子, 仲里幸子: 本土復帰前の沖縄における看護関係法と本土法の比較, 日本看護歴史学会, 第17回大会(青森), 2003, 5.
 - 25) Omine Chieko, Sachiko Nakazato: The Historical Study on the Himeyuri "Princess Lilly" Student Nurse Corps, American Association for the History of Nursing 20th Annual Conference, Sep 19-21, (Milwaukee, Wisconsin) 2003, 9.
 - 26) 大嶺光孝, 川端淳子, 當山富士子, 田場真由美, 伊礼優: 地域精神保健看護活動における"連携"(その3) 市町村保健師と他機関の場合, 第62回日本公衆衛生学会(京都), 2003, 10.
 - 27) 大湾明美: 「離島・過疎地域支援事業のモデル地区からの報告」平成14年度沖縄県離島・過疎地域支援事業研修会第 部シンポジウム コーディネーター, 沖縄県福祉保健部主催(沖縄県庁講堂: 那覇市), 2003, 3.
 - 28) 大湾明美, 佐久川政吉: 高齢者の賃貸住宅確保の関する貸し手側の条件 - U市の宅地建物取引業者の実態調査 -, 第34回日本看護学会・老年看護(宮崎), 2003, 9.
 - 29) 大湾明美, 佐久川政吉, 屋良部美枝, 村上恭子, 保多盛信旦: 沖縄県H島における住民主体の地域ケアシステム構築の評価(第1報) - ボランティアによる「ゴミだし」サービスに焦点を当てて -, 日本島嶼学会 2003年次香川大会(香川), 2003, 9.
 - 30) 大湾明美, 佐久川政吉, 屋良部美枝, 村上恭子, 保多盛信旦: 沖縄県有人離島における地域ケアシステム構築に関する研究(第14報) - H島の高齢者世帯の「ゴミだし」実態調査より -, 第35回沖縄県公衆衛生学会(沖縄), 2003, 10.
 - 31) 大湾明美: 「コミュニティケアとは何か?」第8回全国ケアワーカー大集会 in 沖縄・名護第3セッション コメンテーター(沖縄), 2003, 10.
 - 32) 大湾明美, 佐久川政吉, 小川なお子: 介護老人福祉施設の生きがいづくりの一考察 - 「ふるさと訪問」の施設ケアへの波及効果 -, 日本老年看護学会第8回学術集会(兵庫), 2003, 11.
 - 33) Oka, and Ueda R.: The Simplified Japanese Self-Perception Scale of Young Adults (SJS-PSY A) to identify risk cases, XX Pacific Science Congress "Science & Technology for Healthy Environment"(Bangkok), 17-21, 2003, 3.
 - 34) 小川なお子, 牧内忍, 大湾明美: 沖縄県有人離島における保健・医療・福祉サービスの基盤整備状況 - 介護・福祉サービスの実態(介護保険制度施行時との比較) -, 第68回日本民族衛生学会総会(熊本), 2003, 11. (第68回日本民族衛生学会講演集: 52-53)
 - 35) 賀数いづみ, 玉城清子, 加藤尚美, 上田礼子: 若年妊婦の胎児への愛着, 第22回日本思春期学会(京都), 2003, 8.
 - 36) 賀数いづみ, 玉城清子, 井上松代, 西平朋子, 山城五月, 園生陽子, 加藤尚美: 性感染症に関する意識調査 - 講演終了後のアンケートから -, 第44回日本母性衛生学会(栃木), 2003, 10.
 - 37) 嘉手苺英子, 金城忍, 名城一枝: 採血技術の本番チェックがもたらす看護技術教育上の効果, 第23回日本看護科学学会学術集会(三重), 2003, 12.
 - 38) 川崎道子, 仲里幸子, 大嶺千枝子, 牧内忍, 呉地祥友里, 富里好幸, 栄幸枝, 棚原まり子: 渡嘉敷村における乳幼児を持つ親の子育ての現状と支援ネットワークづくり, 平成15年度沖縄県小児保健学会(沖縄), 2003, 6.
 - 39) 川崎道子, 大嶺千枝子, 牧内忍: 離島における子育ての現状 父親の子育てへの関わりを中心にして, 第68回日本民族衛生学会(熊本), 2003, 11. (第68回日本民族衛生学会講演集, 106-107)
 - 40) 川崎道子, 仲里幸子, 大嶺千枝子, 牧内忍, 呉地祥友里, 金城芳秀, 岡村純: 渡嘉敷村における「子育て支援ネットワークづくり」の基盤整備に関する研究, 平成14年度沖縄県立看護大学学内共同研究発表(那覇市), 2003, 5.
 - 41) 河田聡子, 与那嶺尚子, 上田礼子: 国際結婚による子育て - 沖縄県の場合 -, 第10回多文化間精神医学会(東京), 2003, 3, 14・15.
 - 42) 河田聡子, 与那嶺尚子, 上田礼子: 保育施設におけ

- る外国人の親を持つ子どもの現状 - 沖縄県の場合 -, 日本保育学会第56回大会 (静岡), 2003, 5.
- 43) 河田聡子, 与那嶺尚子, 上田礼子: 沖縄県における県外出身者の子育て, 小児保健学会 (沖縄), 2003, 6.
- 44) Kitamura Y., Ueda R., Tokui A.: Japanese Parents Needs with Mentally Retarded Children and their Siblings and Support Systems for Siblings, 第16回アジア知的障害会議 (つくば市), 2003, 8.
- 45) 北村弥生, 上田礼子: 知的障害児の同胞の自己概念と意識 養護学校, 就学前通所施設に通う子どもの同胞を対象とした調査, 日本心理学会第67回大会 (東京), 2003, 9.13-15.
- 46) 北村弥生, 上田礼子: 知的障害児の親の自己概念と健全な子どもへの対応, 日本心理学会第67回大会, 2003, 9.
- 47) 北村弥生, 上田礼子: Concerns and Self-perception of Siblings of Children with Special Needs-A community based Survey. 社会学会 (東京), 2003, 1.
- 48) 金城忍, 嘉手苺英子, 名城一枝: 実習記録からみた基礎看護見学実習における学生の学びと意義, 第23回日本看護科学学会学術集会 (三重), 2003, 12.
- 49) 金城利香, 大湾明美: 多良間島における「産婦人科巡回診療」システムの検証, 沖縄地域福祉学会第9回研究活動発表会 (沖縄), 2003, 3.
- 50) 金城芳秀, 国吉秀樹, 小川寿美子: ケースメソッドによる保健職者の専門性に関する実践的研究. 第62回日本公衆衛生学会 (京都市), 2003, 10.
- 51) Gulzar L. & Henry B.: Interorganizational collaboration among health care NGO's, The 10th Canadian Conference on International Health (Canadian Society for International Health主催) (Ottawa, Canada), 2003, 10.
- 52) Gulzar L. & Henry B.: Interorganizational collaboration among community-based health care organizations serving women in Pakistan, The American Public Health Association meeting (San Francisco), 2003, 11.
- 53) 呉地祥友里, 田爪正氣, 横山久美: 訪問看護師の手洗いの実態と手指の細菌汚染調査, 第6回日本地域看護学会 (神奈川), 2003, 6.
- 54) 呉地祥友里, 大湾明美, 佐久川政吉, 大川嶺子, 小川なお子: 離島T町における施設入所高齢者の「生きがいづくり事業」の評価 - 3年間の「ふるさと訪問」希望調査から -, 第34回日本看護学会・老年看護 (宮崎), 2003, 9.
- 55) 呉地祥友里, 大川嶺子, 小川なお子, 大湾明美, 佐久川政吉: 沖縄県K島における住民主体の地域づくりに関する研究 (第1報) - ワーキンググループ討議内容とニーズ調査における高齢者ニーズの「ずれ」 -, 第68回日本民族衛生学会総会 (熊本), 2003, 11. (第68回日本民族衛生学会講演集, 46-47, 2003.)
- 56) 小橋川久光, 小林稔, 大城浩二, 宮城政也: 「中学生の日常生活行動尺度の作成」九州スポーツ心理学会第15回大会 (福岡), 2003, 3.
- 57) 小橋川久光, 小林実, 宮城政也: 「小学生の体育授業に対する対処行動能力尺度の検討」沖縄心理学会第26回大会 (琉球大学: 西原町), 2003, 3.
- 58) 小林実, 高倉実, 宮城政也, 小橋川久光: 「ライフスタイルがメンタルヘルスに及ぼす影響」第2回琉球大学サイエンスフォーラム (宜野湾市), 2003, 10.
- 59) 佐久川政吉, 大湾明美, 川崎道子, 牧内忍: 離島T村における住民主体の地域ケアシステム構築に関する研究 (第3報) - 島外に施設入所している高齢者のふるさと訪問の希望と実施 -, 日本島嶼学会2003年次香川大会 (香川), 2003, 9.
- 60) 佐久川政吉, 大湾明美, 大川嶺子, 呉地祥友里, 伊藤幸子: 離島T村における住民主体の地域ケアシステム構築に関する研究 (第2報) - ボランティア及び介護に関する意識 -, 日本老年看護学会第8回学術集会 (兵庫), 2003, 11.
- 61) 下地幸子, 大湾明美, 佐久川政吉, 大川嶺子, 安里恵子: 離島における施設入所高齢者の生きがいづくり (第7報) - 要介護高齢者が沖縄本島から竹富島にふるさと訪問した事例 -, 第20回沖縄県看護研究学会 (沖縄), 2003, 2.
- 62) 新城正紀, 赤嶺伊都子, 田中英夫: COPDおよびぜんそく関連症状と喫煙期間, 第13回 日本疫学会学術総会 (福岡), 2003, 1.
- 63) Shinjo M., Akamine I., Hideo Tanaka: Cigarette smoking and COPD in Okinawa, Japan, 4TH International Conference on Advances in Pulmonary Rehabilitation and Management of Chronic Respiratory Failure (Stresa, Italy), 2003, 3.
- 64) 鈴木智恵, 石田晃造, 金城芳秀, 玉城英彦: インターネットを用いた社会医学生涯学習システムのニーズについて - 北海道保健所管内の保健師を対象として. 第12回日本健康教育学会 (那覇市), 2003, 6.
- 65) 高倉実, 宮城政也: 思春期ヘルスリスク行動に関する質問項目の信頼性について, 日本健康教育学会第12回大会 (那覇市), 2003, 6.
- 66) 高倉実, 宮城政也, 小林実, 上地勝, 和気則江, 與古田孝夫: 高校生の学校ストレスへのDemand-Control-Support Modelの適用, 日本学校保健学会50回記念大会 (神戸市), 2003, 11.
- 67) 玉城清子, 賀数いづみ, 井上松代, 西平朋子, 加藤尚美, 園生陽子: IBLによる褥婦・新生児の学習 - 助産コース専攻学生への応用 -, 第17回日本助産学会学術集会 (沖縄), 2003, 3.

- 68) 玉城清子, 賀数いづみ, 加藤尚美, 上田礼子, 吉本佐和子: 若年妊婦とその家族の妊娠に対する意識, 第44回日本母性衛生学会 (栃木), 2003, 10.
- 69) 知念真樹, 系数公, 伊礼壬紀夫, 金城芳秀: 沖縄県北部地域におけるコンビニ世代の食生活調査結果から健康づくり事業への展開, 第62回日本公衆衛生学会 (京都市), 2003, 10.
- 70) 當山富士子, 田場真由美, 伊礼優他: 地域精神保健看護活動における"連携" (その1) - 病院と地域の場合 -, 第62回日本公衆衛生学会 (京都), 2003, 10.
- 71) 渡久山朝裕: 生涯発達臨床の視点から心の危機を考える その2縦断的検討 心理臨床家の心の危機, アイデンティティ形成について, 自主シンポジウム, 日本心理臨床学会第22回大会 (京都文教大学: 京都市), 2003, 9.
- 72) 渡久山朝裕: 沖縄いのちの電話の活動から, 沖縄県における自殺の現状と予防対策, 公開シンポジウム, 沖縄精神神経学会 (沖縄コンベンションセンター: 宜野湾市), 2003, 2.
- 73) 渡久山朝裕, 加藤尚美: 入学試験別及び入学試験成績と入学後の学内成績との関連に関する研究, 平成14年度共同研究成果報告会 (沖縄県立看護大学: 那覇市), 2003, 5.
- 74) 渡久山朝裕, 平松幸三: 米軍飛行場周辺に住む幼児達の航空機イメージに関する研究 描画に現れた心理状態の分析, 日本心理学会第67回大会 (東京大学: 文京区), 2003, 9.
- 75) 富盛雅, 比嘉かおり, 金城芳秀, 玉城英彦: 日本映画における能動喫煙および受動喫煙シーンの分析, 第62回日本公衆衛生学会 (京都市), 2003, 10.
- 76) 仲宗根洋子, 吉川千恵子, 新垣利香, 前原なおみ: 離島におけるテレナース技術開発に関する研究 その2 - K島におけるパイロットスタディ -, 第68回日本民族衛生学会総会 (熊本市), 2003, 11.
- 77) 名城一枝, 嘉手苺英子: 基礎看護実習を楽しいと思えた学生の実習体験の共通性, 第23回日本看護科学学会学術集会 (三重), 2003, 12.
- 78) 比嘉明子, 森田ゆかり, 當山富士子, 田場真由美, 伊礼優: 地域精神保健看護活動 における"連携" (その2) 市町村・学校の場合, 第62回日本公衆衛生学会 (京都), 2003, 10.
- 79) Hiramatsu K., Tokuyama T., Matsui T., Miyakita T., Osada Y., Yamamoto T.: The Okinawa study: effect of chronic aircraft noise exposure on memory of school children, 8th International Conference on Noise as a Public Health Problem (Rotterdam, The Netherlands), 2003, 7.
- 80) 平松幸三, 松井利仁, 山本剛夫, 伊藤昭好, 宮北隆志, 與座朝義, 渡久山朝裕, 箕浦一哉, 松野朝之, 上原隆, 長田泰公: 航空機騒音の健康影響に関する疫学調査 沖縄県調査の概要, 日本音響学会2003年秋季研究発表会 (大同工業大学: 名古屋市), 2003, 9.
- 81) Henry B., Kato N., and Tamashiro K.: Nursing Research for Quality Improvement using Outcomes Measurement, 2003 Conference of the International Council of Nurses (ICN) (Geneva, Switzerland), 2003, 6.
- 82) 藤村真弓, 金城芳秀, 石川ちえみ: 長期入院児のきょうだいに対する支援システムの構築 面接2事例を通して把握したきょうだいのニード, 第13回日本小児看護学会 (千葉), 2003.
- 83) 藤村真弓, 金城芳秀, 石川ちえみ, 下地和子: 長期入院児のきょうだいのニードと支援システム, 第34回日本看護学会 小児看護 (滋賀), 2003.
- 84) 本庄森, 大湾明美, 佐久川政吉, 大川嶺子: 高齢者のニーズを優先した生きがいデイサービスの取り組み - 波照間島における実践から -, 沖縄地域福祉学会第9回研究活動発表会 (沖縄), 2003, 3.
- 85) 前原なおみ, 石川りみ子, 新垣利香: 成人保健看護における看護過程演習の学習効果 (第2報) - 看護過程構成要素間の関連性の検討 -, 第13回日本看護学教育学会学術集会 (長野市), 2003, 8.
- 86) 前原なおみ, 伊藤幸子, 吉川千恵子, 石川りみ子: ターミナル期看護における看護者のストレス介入研究 - アクションリサーチを用いて -, 第23回日本看護科学学会学術集会, (三重県津市), 2003, 12.
- 87) 牧内忍, 大嶺千枝子, 川崎道子, 呉地祥友里, 岡村純, 仲里幸子, 新里真美子: K町における乳幼児のう蝕について, 平成15年度沖縄県小児保健学会 (沖縄), 2003, 5.
- 88) 牧内忍, 小川なお子, 川崎道子, 大湾明美: 沖縄県有人離島における保健・医療・福祉サービスの基盤整備状況 - 保健・医療サービスの実態 (介護保険制度施行時との比較) -, 第68回日本民族衛生学会 (熊本), 2003, 11. (第68回日本民族衛生学会講演集, 50-51, 2003.)
- 89) 松田めぐみ, 大湾明美, 佐久川政吉: 過疎地域における独居自立高齢者の移動手段と閉じこもり・食生活との関係 - 今帰仁村の事例を通して -, 沖縄地域福祉学会第9回研究活動発表会 (沖縄), 2003, 3.
- 90) 宮城航一, 川満智恵子, 宮城裕子, 大城喜一郎: 「境界型糖尿病例の検診結果と2型糖尿病予防の検討」 (浦添市), 2003, 6, 8. (抄録: 沖縄医学会雑誌 42(1): 97, 2003.)
- 91) 宮城政也, 小橋川久光, 小林稔, 大城浩二: 「児童の日常生活行動及び身体活動と抑うつについて」九州スポーツ心理学会第15回大会 (福岡), 2003, 3.
- 92) 宮城政也, 高倉実, 大城一子: 「高校生における精神的健康とオプティミズムについて」日本健康教育学会第12回大会 (那覇市), 2003, 6.

- 93) 宮城政也, 高倉実, 伊礼優, 河田聡子, 大城一子 : 「大学新入生のストレス反応の変化と性格特性について - オプティミズムの視点から - 」日本健康心理学会第16回大会 (大阪), 2003, 11.
- 94) 宮城裕子, 富田みずの, 大城喜一郎, 宮城航一 : 「若年層における健康度変化」第26回日本プライマリケア学会 (札幌市), 2003, 6, 21. (抄録: プライマリケア 26(suppl):242, 2003.)
- 95) 村上恭子, 大湾明美, 佐久川政吉, 大川嶺子, 宮里愛子 : 沖縄県有人離島における地域ケアシステム構築に関する研究 (第9報) - 波照間島における生きがいデイサービス1年間の現状と課題 -, 第20回沖縄県看護研究学会(沖縄), 2003, 2.
- 96) 山口栄鉄 : 下田開港150周年記念シンポジウム 開国 ~ 歴史を開いた港町, 函館, 横浜, 浦賀, 那覇, 下田, ; 那覇代表パネリスト (下田市民文化会館), 2003, 11.
- 97) 吉川千恵子, 玉城清子, 上田礼子 : 沖縄県立看護大学における国際保健看護教育のあり方に関する研究, 第20回看護研究学会 (浦添市), 2003, 2. (第20回看護研究学会集録, 121-124, 2003.)
- 98) 吉川千恵子, Henry B., 金城芳秀, 比嘉かおり, 伊藤幸子 : 沖縄県の離島におけるテレナーシング技術開発に関する研究 - 久米島をモデルとして -, 平成14年度沖縄県立看護大学学内共同研究発表 (那覇市), 2003, 5.
- 99) 吉川千恵子 : 平成14年度沖縄県離島・過疎地域支援事業研修会 第 部シンポジウム ~ 島の持つ可能性、豊かさ、新しさの発信 ~ 「沖縄県離島における遠隔看護システムの構築」シンポジスト, 沖縄県福祉保健部主催 (沖縄県庁講堂 : 那覇市), 2003, 3.
- 100) 吉川千恵子, 仲宗根洋子 : 離島におけるテレナーシング技術に関する研究 (その1) K島をモデルにしたプロトコルの作成, 第68回日本民族衛生学会 (熊本) : 54-55, 2003, 11.
- and Longevity Seminar (Mahaina Hotel: Motobu, Okinawa), 2003, 2.
- 7) Willcox D.C., Willcox B.J., Suzuki M. : The Okinawa Centenarian Study: Recent Findings, Pacific Health Research Institute: 6th Meeting of International Centenarian Studies Consortium (University of Hawaii: Honolulu, USA), 2003, 4.
- 8) Willcox D.C., Willcox B.J., Suzuki M. : The World's Longest Lived People: Why Okinawans?, 1st International Okinawa Studies Meeting (East-West Center: University of Hawaii: Honolulu, USA), 2003, 9.
- 9) 大嶺千枝子 : 「Case Method : Distress of Stationing Public Health Nurse to Remote Islands in Okinawa」 国別特設・島嶼地域保健行政コース研修 (沖縄国際センター : 沖縄), 2003, 1.
- 10) 大嶺千枝子, 川崎道子 : 「公衆衛生看護教育」・「公衆衛生看護行政」 国別特設・島嶼地域保健行政コース研修 (沖縄), 2003, 1.
- 11) 大嶺千枝子 : 「公衆衛生看護活動の実際」 ポリピア、パラグアイ国別特設地域・保健指導者コース研修会, 沖縄県看護協会 (沖縄), 2003, 2.
- 12) 大嶺千枝子 : 「すこやかな暮らしを支える人々」 第5回看大祭・ミニ講義, 2003.
- 13) 大嶺千枝子 : 「知的障害者が安心して健やかに生活できる支援体制を考える」・「市町村合併と保健師活動」 第52回保健師研究発表会指導助言 - 福祉保健部健康増進課 (沖縄), 2003, 8.
- 14) 大嶺千枝子 : 「看護サービス提供論・地域保健看護活動」 認定看護管理者ファーストレベル教育研修会, 沖縄県看護協会 (沖縄), 2003, 11.
- 15) 大嶺千枝子 : 「看護教育制度」平成15年度沖縄県看護教育養成講習会 (沖縄), 2003, 12.
- 16) 大湾明美 : 「社会資源の活用について」平成14年度介護支援専門員現任研修 (沖縄), 2003, 2.
- 17) 大湾明美 : 「浦添市における新たな戦略としての地域福祉を考える」地域福祉シンポジウムパネラー (沖縄), 2003, 5.
- 18) 大湾明美 : 「介護予防事業の総論」平成15年度介護予防指導者養成研修 講師 (沖縄), 2003, 8.
- 19) 大湾明美 : 「看護学教育方法領域別看護学論・老年看護学」平成15年度沖縄県看護教員養成講習会 (沖縄), 2003, 9.
- 20) 大湾明美 : 「自己決定を支える看護のあり方」平成15年度沖縄県訪問看護ステーション連絡協議会基調講演 講師 (沖縄), 2003, 10.
- 21) 岡村純 : 「沖縄県離島における高齢者保健福祉の課題」 農業土木学会 (那覇市), 2003, 7.
- 23) 岡村純 : 「家族経営協定で魅力ある農業 農村女性の願いと家族経営協定」 南部地区家族経営協定

講演, 研修会・講習会

- 1) 安里葉子 : 乳幼児の事故と応急処置, 那覇市育児講座 (赤平保育所 : 那覇市), 2003, 8.
- 2) 石川りみ子 : 「看護過程」赤十字病院看護部院内 (沖縄), 2003, 1.
- 3) 石川りみ子, 前原なおみ : 「看護過程・看護診断」 沖縄赤十字病院看護部院内研修会 (沖縄), 2003, 6.
- 4) 石川りみ子 : 「実習指導の原理」・「実習指導の評価」 沖縄県保健婦助産婦看護婦実習指導者講習会 (沖縄), 2003, 7.
- 5) 石川りみ子 : 「看護教育評価」平成15年度沖縄県看護教育養成講習会 (沖縄), 2003, 10.
- 6) Willcox D.C., Willcox B.J., Suzuki M. : The Okinawa Program Food Pyramid: Guidelines for Healthy Eating, The Okinawa Program Health

- 研修会 (南風原町), 2003, 7.
- 23) 岡村純: 「地域活性化・農業は女性の能力発揮から 農村女性研究30年の成果を踏まえて」 北部地区男女共同参画研修会 (名護市), 2003, 10.
- 24) 岡村純: 「高齢者の生きがい農業と役割」 都市・農山漁村いきいきシニア活動促進事業意見交換会 (宜野座村), 2003, 11.
- 25) 岡村純: 「家族農業経営のあり方 農村女性研究30年の成果を踏まえて」 農業・農村男女共同参画チャレンジ支援事業 (名護市), 2003, 12.
- 26) 小川なお子: 「シニア体験」 バリアフリー住宅改修フォローアップ研修会 講師 (沖縄), 2003, 8.
- 27) 佐久川政吉: 「高齢者への理解を深める」 第13回金武町健康福祉まつり講演 講師 (沖縄), 2003, 11.
- 28) 園生陽子, 川満恵子: 母親学級指導者研修 - 出産教育を中心に -, 日本助産師会沖縄県支部研修会, 2003, 12.
- 29) 渡久山朝裕: 「面接の基本及び深め方」 沖縄県在宅介護支援センター基礎研修会, 沖縄県社会福祉協議会主催 (沖縄県総合福祉センター), 2003, 7.
- 30) 渡久山朝裕: 「心の健康」 ハーモニー講座 (連続4回), 浦添市ハーモニーセンター主催 (浦添市), 2003, 8.
- 31) 渡久山朝裕: 電話相談研修スタッフ養成講座 (連続4回), 沖縄いのちの電話運営委員会主催 (沖縄県立看護大学), 2003, 8 ~ 11.
- 32) 渡久山朝裕: 「面接技法 相談活動を通して」 那覇市市民介護相談員フォローアップ研修 (連続2回), 那覇市健康福祉部チャージゅー課主催 (那覇市総合福祉センター), 2003, 9 ~ 10.
- 33) Henry B.: 「Health systems analysis in small Pacific Island Nations」 JICA島嶼地域保健行政コース (沖縄), 2003, 1.
- 34) Henry B.: 「Public health services and competency requirements」 JICA島嶼地域保健行政コース (沖縄), 2003, 1.
- 35) Henry B.: 「Public health systems and competency requirements in Pacific Island Nations」 JICA島嶼地域保健行政コース (沖縄), 2003, 1.
- 36) Henry B.: 「Human resources development for community health administration: Learning models and program design」 JICA島嶼地域保健行政コース (沖縄), 2003, 1.
- 37) Henry B.: 「Human resources development for community health administration: Program implementation and evaluation」 JICA島嶼地域保健行政コース (沖縄), 2003, 1.
- 38) 宮城航一: 「臨床看護研究の実践と発表」 沖縄県看護協会研修会 (南風原) 2003, 7.
- 39) 宮城航一: 「生活習慣病の病態生理と対策」 沖縄県立看護大学疾病学教室主催第1回健康増進プログラム講演 (那覇市), 2003, 7, 16.
- 40) 宮城航一: 「全人医療と福音」 福音と医療懇話会総会講演 (那覇市), 2003, 10.
- 41) 宮城航一: 「がん治療の現状と末期がん, 終末期の判断」 第2回ホスピス入門講座 (那覇市), 2003, 11.
- 42) 宮城航一: ホスピス入門講座 (連続13回の講座), 沖縄県立看護大学疾病学教室・ホスピスを考える会の共催 (那覇市), 2003, 11 ~ 2004, 2.
- 43) 宮城政也: 「スポーツ選手のメンタルヘルスについて」 TOTO 助成による地域総合型スポーツクラブに関する講演会 (今帰仁村), 2003, 10.
- 44) 宮城政也: 「思春期の子どもを持つ親のための子育て講座 - ストレスマネジメント教育の視点から -」 那覇市平成15年度国庫補助事業 (那覇市), 2003, 10.
- 45) 宮城政也: 「ストレスマネジメント教育とは」 糸満小学校PTA教育講演 (糸満市), 2003, 11.
- 46) 宮城政也: 「スポーツメンタルトレーニングとは」 北山高等学校教育講演 (今帰仁村), 2003, 12.
- 47) 宮城政也: 「スポーツメンタルトレーニングセミナー」 首里高等学校教育講演 (那覇市), 2003, 12.
- 48) 山口栄鉄: 「アジアの中の沖縄 ~ そのメンタリティー」 連続公開講座, 第五回, 沖縄県立看護大学, 2003, 1.
- 49) 山口栄鉄: 「琉球王朝の終焉」 東京沖縄クラブ, 2003, 4.
- 50) 山口栄鉄: 「青い目が見た世界遺産 ~ ペリー来琉記」 那覇市教育委員会 (真地公民館: 沖縄), 2003, 11.

V その他

- 1) 稲垣美紀, 河田聡子, 宮東美奈子: 特集米国における心臓ケアの現状, 心疾患患者の心理社会的側面へのケア, ハートナーシング, 16(6): 88-93, 東京, メディカ出版, 2003.
- 2) 江幡智栄, 河田聡子, 水野知穂: 特集米国における心臓ケアの現状, 米国のマグネットホスピタル・メイヨ メディカルセンターの概要, ハートナーシング, 16(6): 60-65, 東京, メディカ出版, 2003.
- 3) 岡村純: 学生の教育環境づくりとFD 活動 学生も利用可能なFD教材を中心に, 大学と学生, 465: 15-21, 2003, 7.
- 4) 岡村純: 中山間地域の持続的発展を確保するための上流域と下流域のネットワーク型社会の形成, 人文・社会科学振興のためのプロジェクト研究事業ワークショップ 人文・社会科学振興に関する提案集 (日本学術振興会): 303-305, 2003, 9.
- 5) 加藤尚美: 沖縄の母子保健の一端, 日本助産学会誌 16(2), 巻頭言, 2003, 2.
- 6) 加藤尚美: 異文化と助産活動, 日本助産学会誌16(3): 30-31, 2003, 3.

- 7) 加藤尚美：専門職大学院（助産学）設置申請に寄せて、全国助産師教育協議会ニュースレター，41，2003，10.
- 8) 玉城清子：ICN大会に参加して"Building Excellence Through Evidence "助産師，57(4)：48-49，2003.
- 9) アンドレア・シュライナー，山城五月訳：専門職と看護のリーダーシップ，日本助産学会誌，17(1)：64-67，2003，6.
- 10) 山城五月：海外文献紹介What Sexually Transmitted Disease Screening Method Dose the Adolescent Prefer? (Archives Pediatric & Adolescent Medicine, 156(6)：588-591，2002掲載) 助産師：34-35，57(8)，2003.
- 11) 河田聡子，上田礼子：文化間看護に必要な知識 - 小児保健看護分野の文献検討 - ，沖縄の小児保健第30号：27 - 31，2003.
- 12) 河田聡子：海外看護研修2002レポート，木村看護協会振興財団：1 - 3，2003.
- 13) 河田聡子，与那嶺尚子，上田礼子：国際結婚による子育て，こころと文化，Vol2(1)：202-203，多文化間精神医学会，2003.
- 14) 川崎道子，仲里幸子，大嶺千枝子，牧内忍，呉地祥友里，金城芳秀，岡村純：渡嘉敷村における「子育て支援ネットワークづくり」の基盤整備に関する研究，平成14年度沖縄県立看護大学学内共同研究報告書，2003，3.
- 15) 川南勝彦，簗輪眞澄，坂田清美，新城正紀，永井正規，他：難病患者の地域ベース・追跡（コホート）研究に関する追跡結果，厚生労働科学研究費補助金特定疾患対策研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班 平成14年度総括・分担研究報告書：91-98，2003，3.
- 16) 金城芳秀，柏樹悦郎：元気の出るケースメソッド，第62回日本公衆衛生学会自由集会（京都市），2003，10.
- 17) Kooker B., 上田礼子監訳，山口智美抄訳：21世紀における看護の課題 新たな可能性 ，看護教育，44(6)：474-477，2003.
- 18) 砂川みのり，牧内忍，岡村純：離島の高齢者が在宅で療養できる条件 沖縄本島北部の離島を事例として ，中山間地域における持続発展型農村経営の方法に関する研究 平成14年度～16年度科学研究費補助金（基盤研究（A）(1)）14年度成果報告書：192-199，2003，3.
- 19) 平良セツ子，新城正紀，簗輪眞澄：全身性エリテマトーデス患者のQOL 臨床症状との関連 ，厚生労働省科学研究難治性疾患克服研究事業 特定疾患の疫学に関する研究 平成15年度第2回総会（東京），2003，12.
- 20) 高田昌代，岡本喜代子，加藤尚美：助産師による助産ケア内容の適正化に関する検討：平成14年度厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書(10/11) 主任研究者 青野敏博，2003.
- 21) 渡久山朝裕：「心の危機を支える」 まるごとじんぶん塾「太陽かんかん610」（テレビ番組出演），NHK沖縄放送局，2003，3.
- 22) 渡久山朝裕，城間博子：第2部資料編（電話相談データ分析資料），沖縄いのちの電話運営委員会，2002年度自殺予防いのちの電話公開講演会記録，2003，3.
- 23) 渡久山朝裕：「エイズカウンセリング」，いとあやし（ラジオ番組出演），琉球放送，2003，12.
- 24) 長濱梨恵，牧内忍，岡村純：基本健康診査受診者の保健指導効果 離島地域における脳梗塞発症予防のための生活習慣の改善 ，中山間地域における持続発展型農村経営の方法に関する研究 平成14年度～16年度科学研究費補助金（基盤研究（A）(1)）14年度成果報告書：200-207，2003，3.
- 25) Poon L., Curb D., Willcox D.C., et al. (Eds.). Proceedings of the 6th Meeting of the International Centenarian Consortium (ICC) on April 27-April 29, 2003. Honolulu, HI (On-line at <http://www.geron.uga.edu/hawaii.html>).
- 26) Henry B.: Monitoring the surface of health science and chunking information for nursing (編集者まえがき)，沖縄県立看護大学シンセサイザー，2(1)，2003.
- 27) Henry B.: 看護のリーダーシップを育てる大学教育の役割（講演録），看護管理，13(3)：192-195，2003
- 28) Henry B.: Strong leadership by midwives for women's health (抄録)，日本助産学会誌第17回日本助産学会学術集會集録，16(3)：36-37，2003.
- 29) Henry B., 與那嶺敦訳：看護のリーダーシップと大学教育，沖縄県立看護大学広報誌かせかけ，4，2003，6.
- 30) Henry B.: Japanese and English for leadership in nursing (編集者まえがき)，沖縄県立看護大学シンセサイザー，2(2)，2003.
- 31) 前原なおみ，伊藤幸子，吉川千恵子，石川りみ子：ターミナル期看護における看護者のストレスとケアとの関連 - ストレス介入の試み - ，平成14年度笹川医学医療研究財団：1-10，2003，2.
- 32) 眞崎直子，坂田清美，新城正紀，簗輪眞澄：追跡研究における特定疾患患者の公的保健福祉サービスの利用の考察，厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班平成15年度第2回総会（東京），2003，12.
- 33) 松田智大，永井正規，新城正紀，三徳和子，簗輪眞澄：大規模コホートにおいてのパーキンソン病患者のQOL に関わる要因の検証，厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班平成15年度第2回総会（東京），2003，12.

- 34) 三徳和子, 永井正規, 新城正紀, 眞崎直子, 平良セツ子, 簀輪眞澄: 筋萎縮性側索硬化症患者の疫学調査臨床調査個人票を利用した研究, 厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班平成15年度第2回総会(東京), 2003, 12.
- 35) 宮城政也: 「九州スポーツ心理学会参加者報告」九州スポーツ心理学会会報(健康と競技の心理)4号, 2003, 11.
- 36) 山口栄鉄: ペリー来航150年沖縄にとってのアメリカとは, 琉球新報朝刊, 2003, 5.27,28,30.
- 37) 山口栄鉄: 書評 日本開国への途 上・下巻, 琉球新報朝刊, 2003, 6, 2.
- 8) 山口栄鉄: ペリー来航150周年記念紙上座談会, どう築く新世紀の琉米関係、翁長那覇市長、宮里女史の鼎談、琉球新報朝刊, 2003, 7, 19.
- 39) 吉川千恵子, 金城芳秀, 比嘉かおり, 伊藤幸子, Henry B.: 離島におけるテレナーシング技術開発に関する研究 - 久米島をモデルとして -, 平成14年度沖縄県立看護大学学内共同研究報告書, 2003, 3.
- 40) 吉永浩, 牧内忍, 岡村純: ボディメカニクスを応用した農作業姿勢の改善 - 離島地域における変形性筋骨格系疾患予防の試み -, 中山間地域における持続発展型農村経営の方法に関する研究 平成14年度~16年度科学研究費補助金(基盤研究(A)(1))14年度成果報告書 :145-150, 2003, 3.

2002年研究業績追加分

学術論文

- 1) 上田礼子, 吉川千恵子: 子ども虐待に関するワークショップ, 看護教育, 43(8):686-691, 2002.
- 2) 岡村純, 上田礼子, 河田聡子: 中年親の子育て評価と評価に関わる要因, 沖縄の小児保健,29:15-25,2002.

学会発表

- 1) 大川嶺子: 精神科看護の質の向上と卒後教育, 第8回沖縄精神科看護学会シンポジウム(浦添市), 2002, 10.

その他

- 1) 飯塚俊子, 大村紘一, 川南勝彦, 簀輪眞澄, 坂田清美, 新城正紀, 永井正規, 他: 神経難病患者のQOLに関するコホート研究 - 難病患者の地域ベース・追跡(コホート)研究 -, 厚生科学研究特定疾患対策研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班 平成13年度研究業績集 主任研究者 稲葉裕:191-195, 2002.
- 2) 尾形由起子, 眞崎直子, 山室照子, 山本慶子, 吉村皓子, 王丸才恵子, 久保山留美子, 宇治光治, 鬼木弥生, 松本初子, 財津裕一, 川南勝彦, 簀輪眞澄, 坂田清美, 新城正紀, 永井正規, 他: 筋萎縮性側索硬化症の主観的QOLについて - 難病患者の地域ベース・追跡(コホート)研究 -, 厚生科学研究特定疾患対策研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班 平成13年度研究業績集 主任研究者 稲葉裕:208-211, 2002.
- 3) 川南勝彦, 簀輪眞澄, 坂田清美, 新城正紀, 永井正規, 他: 難病患者の地域ベース・追跡(コホート)研究に関する追跡結果, 厚生科学研究特定疾患対策研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班 平成13年度研究業績集 主任研究者 稲葉裕:177-184, 2002.
- 4) 川南勝彦, 簀輪眞澄, 坂田清美, 新城正紀, 永井正3

規, 他: 臨床調査個人票を用いた解析例: パーキンソン病 - 難病患者の地域ベース・追跡(コホート)研究 -, 厚生科学研究特定疾患対策研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班 平成13年度研究業績集 主任研究者 稲葉裕:185-190, 2002.

- 5) 嶋村清志, 勝田美代子, 川南勝彦, 簀輪眞澄, 坂田清美, 新城正紀, 永井正規, 他: パーキンソン病患者のQOLについて - 難病患者の地域ベース・追跡(コホート)研究 -, 厚生科学研究特定疾患対策研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班 平成13年度研究業績集 主任研究者 稲葉裕:196-199, 2002.

- 6) 田中恵美, 寺尾充宏, 久間美智子, 川南勝彦, 簀輪眞澄, 坂田清美, 新城正紀, 永井正規, 他: 神経難病患者のQOLに関するコホート研究 - 難病患者の地域ベース・追跡(コホート)研究 -, 厚生科学研究特定疾患対策研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班 平成13年度研究業績集 主任研究者 稲葉裕:200-203, 2002.

- 7) 眞崎直子, 山室照子, 山本慶子, 吉村皓子, 王丸才恵子, 久保山留美子, 宇治光治, 鬼木弥生, 松本初子, 財津裕一, 尾形由起子, 平野彰一, 川南勝彦, 簀輪眞澄, 坂田清美, 新城正紀, 永井正規, 他: 脊髄小脳変性症の主観的QOLについて - 難病患者の地域ベース・追跡(コホート)研究 -, 厚生科学研究特定疾患対策研究事業 特定疾患の疫学に関する研究班 平成13年度研究業績集 主任研究者 稲葉裕:204-207, 2002.

学内共同研究 (平成15年度)

- 1) 沖縄県民の精神的健康とオプティミズムについて
大学生を中心に
・研究代表者：宮城政也
・共同研究者：伊礼優, 河田聡子
- 2) Tele-Nurse Practice 技法を用いた自己管理支援に
関する研究 2型糖尿病患者に応用して
・研究代表者：仲宗根洋子
・共同研究者：前原なおみ, 新垣利香,
吉川千恵子, 田場真由美, 上原綾子
- 3) 若者の予防接種に対する認識度調査
高校生・大学生を対象として
・研究代表者：井上松代
・共同研究者：加藤尚美, 山城五月, 新城正紀,
石橋朝紀子

公開講演会, および公開講座

・ 沖縄県立看護大学 シンポジウム
ナーシングリーダーシップ

1) シンポジウム・教育講演

2002年11月1日 (金)

テーマ：「21世紀のナーシングリーダーシップ」

シンポジウム

テーマ：「日本の病院・地域におけるリーダーシ
ップ」

* 日本の医療保健政策と看護のリーダーシップ

シンポジスト：久常節子 (慶應義塾大学教授)

* 看護管理者 (エグゼクティブナース) のリー
ダーシップ

シンポジスト：永池京子 (浦添総合病院副院長)

* 地域におけるリーダーシップのあり方

シンポジスト：山下美根子 (埼玉県立大学教授)

教育講演

テーマ：「看護のリーダーシップと大学教育」

講 師：ピバリー・ヘンリー (沖縄県立看護大学
教授・イリノイ大学シカゴ校名誉教授)

2) 卒業記念講演会 (第1回生)

2003年3月7日 (金)

テーマ：「Emerging Opportunities for
Nursing in the 21th Century」
21世紀における看護の課題
新たな可能性

講 師：Dr.Barbara Molina Kooker
(ハワイ大学看護学部長)

3) 開学4周年記念講演会

2003年5月17日 (土)

テーマ：「Distance Education」

看護学における遠隔教育

講 師：Dr.Kathleen B. Cox (イーストキャロラ
イナ大学大学院)

・ F D (能力開発) セミナー

2003年11月19日 (水)

テーマ「A Post-Professional Perspective :
Taking Account of Culture」

講 師：Dr.Suzanne Goopy

・ 連続公開講座 (5回連続)

2003年9月17日 (水) ~ 2004年1月14日 (水)

テーマ：「人の一生とメンタルヘルス ストレス
とともに生きる」

第1回「お産への準備と適応 あなただけのお産体験
へ、からだところの能力全開！」

講師：園生陽子 (本学母性保健看護助教授)

第2回「小中高生のメンタルマネージメント」

講師：宮城政也 (本学保健体育講師)

第3回「戦争によるPTSDとトラウマ」

講師：當山富士子 (本学精神保健看護教授)

第4回「中高年期の適応とメンタルマネージメント」

講師：田場真由美 (本学精神保健看護助手)

伊礼優 (本学精神保健看護助手)

第5回「人間関係におけるストレスと癒し」

講師：渡久山朝裕 (本学臨床心理学講師)

沖縄県立看護大学紀要投稿規程（2003. 5 改訂）

1. 投稿者の資格

紀要投稿者は、原則として本学の教職員（旧教職員を含む）、非常勤講師及び紀要編集委員会（以下、委員会）が執筆を依頼した者とする。筆頭著者は原則として投稿資格を有する者とする。投稿資格を有する者は学外の研究者を連名投稿者にすることができる。

2. 投稿の種類

原稿の種類は論壇、総説、原著、報告、研究ノート、資料、その他であり、未公刊のものに限る。また著書は原稿にその何れかを明記しなければならない。なお、投稿原稿は返却しない。

3. 原稿の採否

原稿の採否は委員会により決定する。原稿は委員会委員ならびに委員会より委任された者によって査読され、内容の加除、訂正を求められることがある。また倫理上問題があると委員会が判断した原稿は受理されない。

4. 校正

投稿者による校正は再校までとし、校正に際して原文の変更あるいは追加は原則として認めない。

5. 原稿作成上の留意点

1) 原稿は和文または英文とする。原稿（本文、図、表、写真などすべて）は正1部、副（コピー）1部と、原稿を保存した3.5インチフロッピーディスク（保存形式を明記）を添付して提出する。

2) 原稿はA4版にて和文40字（全角）×30行、英文80字（半角）×30行を1ページとする。和文の場合であっても、英数字、度量衡の単位、外国人名はすべて半角（1バイト、ASCコード）に統一する。例えば、 m^2 、kgなど機種に依存する特殊記号は使用しない。また、カタカナは必ず全角文字（2バイト）とし、半角文字（1バイト）では表記しない。すなわち、「ナース」ではなく「ナース」である。イタリック体ギリシャ文字など特別な字体、記号はそのつど明瞭に指定する。

3) 投稿論文の種類（制限枚数：図表は1点、0.5枚として数える）

論壇 Sounding Board（2枚）：本学の教育、保健看護領域に関わる話題のうち、議論が交わされつつあるものについて今後の方向性を指し示すような著述や提言

総説 Review Article（20枚）：とりあげた主題について、内外の諸研究を幅広く概観し、その主題についてのこ

れまでの動向、進歩を示し、今後の方向を展望したものの。

原著 Original Article（20枚）：テーマが明確で独創性に富み、新しい知見や理解が論理的に示されているもの。研究論文として形式が整い、研究としての意義が認められるもの。

報告 Report（10枚）には次にものが含まれる。

(1) 調査報告：調査・実験などで得られたデータをまとめ、本学の教育、保健看護領域の発展に寄与するもの。

(2) 事例報告：事例を用いた分析が保健看護領域の展開に寄与するもの。

(3) 実践報告：保健看護領域の臨床、ないし教育に関する手技・技術や実践の方法に関するもの。

研究ノート Research Note（10枚）：萌芽的研究、追試的研究、研究情報（文献レビューもこれに含める）など

資料 Sources/Information：調査・実践などで得られたデータや資料そのものに利用価値をもち、とくに仮説検定の意図をもたずに示したもの。

その他 Other：上記のカテゴリーに分類することが難しいが、委員会により掲載が妥当と認められたもの。

4) 図、表および写真は、図1、表1、写真1などの番号で区別し、本文とは別に一括する。

5) 文献の記載

本文中に引用した順に番号を付し、本文の引用個所の肩に1)、1～4)など番号で示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に列記する。

雑誌の引用の場合

著者名（著者は全員を列挙する）：表題名、雑誌名、巻（号）：頁-頁、西暦年次。

<例>

1) 天野洋子、上田礼子、桜井あや子、安里葉子：中学生の対処行動に関する研究 - 悩みや困ったことのある場合 - . 沖縄県立看護大学紀要、1(1):1-8, 2000.

2) Imai S, Nakazawa M and Toyosato A: Effects of Rp-8-Br-cGMPS, a selective inhibitor of activation of cyclic GMP-dependent protein kinase by cyclic GMP, on relation of the rat aortic smooth muscle induced by nitroglycerin and nitro-prusside. Journal of Okinawa Prefectural College of Nursing, 1(1):23-27, 2000.

単行本を引用する場合

著者名：書名（版）．頁-頁、出版地、出版社（発行所）、西暦年次．

<例>

3) 上田礼子：ライフサイクルと保健活動の実践
- 周産期・乳児期・小児期 - ． pp184-186、東京、
出版科学研究所、1985．

4) Pope C and Mays N eds.: Qualitative research in health care (2nd)． pp59-74, London, BMJ books, 2000．

分担執筆の本の分担箇所を引用する場合

分担著者名：分担箇所のタイトル．編集者名：書籍のタイトル．出版地、出版社、引用した頁、出版年．

<例>

5) Sedwick RP, Boder E: Ataxia-telangiectasia. In: Vinken PJ, Bruyn GW (eds) : Handbook of clinical neurology, vol 14. Amsterdam, North-Holland, pp267-339, 1972.

訳本を引用する場合

原著者名：書名（版）．発行年次、訳者名：書名．頁、発行所、西暦年次．

<例>

6) Bailar JC , Mosteller F eds.: Medical uses of statistics. 1986. 津谷喜一郎、折笠秀樹監訳：医学統計学の活用. pp125-141、サイエンティスト社、1995．

上記のいづれにも該当しない引用文献の記載方法については紀要編集委員会が協議し書式を決定するものとする．

沖縄県立看護大学紀要の英文の略称を「J of OP CN」とする．英文で論文を書き沖縄県立看護大学紀要を引用する場合にはこの略称を使用のこと．

6) 原著論文の本文構成は、緒言(Introduction)、研究方法(Materials and Methods)、結果(Results)、考察(Discussion)、結論(Conclusion)、謝辞(Acknowledgment)、文献(References)とする。また あるいは で段階的に段落を記述する場合、段落番号は、1. 2. 3. . . .とし、1. をさらに細分する場合は1) 2) 3) . . .とする。

7) 投稿原稿には英文（300語程度）および和文（600字程度）抄録が必要である。ただし、論壇は除く。抄録は表題、著者名、所属、キーワード（5個以内）、抄録本文とする。抄録本文（Abstract）は背景(Background)、目的(Objective)、研究デザイン(Design)、対象(Subjects)、結果(Results)、

結論（Conclusion）などが分かるように簡潔にまとめる。

8) 英文抄録は次の要領でまとめること。

(1)英語のタイトルは次のように記述すること。

<例>

Nursing Education for Health Development and The Japan International Cooperation Agency (JICA)

(2)著者の書き方は次のように記述すること。

<例>

Yuko MIYAGI, R.N., Koichi MIYAGI, M.D., Dr. Med. Sci.

(3)Key Wordsの書き方は、固有名詞以外は小文字で記述すること。

<例>

enterogenous cyst, spinal cyst, electron microscopy, magnetic resonance imaging, carcinoembryonic antigen

9) 掲載論文の条件

人および動物を研究対象とする場合は、研究対象に対する倫理的配慮がなされ、そのことを論文中に明記すること。

10) なお投稿論文は電子情報開示されることを了解の上寄稿することを条件とする。

6. 諸経費について

別途に定める。

編集後記

沖縄県立看護大学紀要も第5号が発刊されることになりました。来年度は大学院が開設されるので、投稿論文も多くなることを期待しますが、本号については10篇の論文で、原著は1篇のみと寂しい状況です。

残念なことに最後まで制限字数（原稿枚数）が守られなかった論文もありました。ルールを守るということは大学人のエチケットに属することです。投稿者の誠意を求めたいと思います。また論文の査読にも多少の問題を感じています。査読者には、査読した論文をよりよいものにするために専門家としてのアドバイスを投稿者にかえずという、仲間を育てる姿勢を持ってほしいと考えます。今回、テーマによって一部学外に査読者を求めましたが、学外の査読者を積極的に導入する、あるいは最終的に紀要委員会での採択権を強めるなど、査読システムの検討が今後の課題と考えます。

多少、苦言を呈してしまいましたが小さな組織であるからこそフェアな精神が求められていることを自覚して欲しいと思います。諸先生方の研究が今後とも発展しますようにお祈りします。

紀要編集委員会
委員長 宮城 航一

紀要編集委員会

委員長 宮城 航一

編集長 園生 陽子

石橋 朝紀子

渡久山 朝裕

D.Craig Willcox

赤嶺 伊都子

比嘉 かおり

沖縄県立看護大学紀要第5号

発行日 平成16年3月

発行者 沖縄県立看護大学
〒902-0076 沖縄県那覇市与儀1-24-1
Tel : 098-833-8800
Fax : 098-833-5133

印刷 株式会社 国際印刷
〒901-0147 那覇市宮城1丁目13番9号
Tel : 098-857-3385

JOURNAL of Okinawa Prefectural College of Nursing

No.5

CONTENTS

Sounding Board

- Nursing Education and Research to Improve The Quality of Healthcare
Beverly M. HENRY 1

Review Article

- An Introduction of Qualitative Research to Nursing
– From The Viewpoint of Social Research Methodology–
Jun OKAMURA 3

Original Article

- Research on The Workshops for Mentally Handicapped Persons in Okinawa (1)
Masaru IREI, Mayumi TABA, Akiko UEZONO, Kimie YOSHIZATO,
Rieko KAMIZATO, Harumi YAMANE, Tokiko SHIMOZYU,
Hatsue NAGAHAMA. 16

Reports

- Research on Nursing Students' Sleep-health: No.2
– Comparison Between Ordinary Nursing Students and Working Nursing Students–
Rimiko ISHIKAWA, Kinuko KINJO, Seiko YOHEI, Eiko UEZU. 28
- A Process of The Work of Nurses Who Helped a Patient with Diabetic Nephropathy to
Accept Starting Hemodialysis Treatment
Ayako UEHARA, Eiko KADEKARU, Shinobu KINJO. 35
- An Expectation to The Action for Fulfillment of Life in K Island,
an "Adjacent-to-Main-Island Type" Isolated Island –Organizing of "Fureai Hiroba"
for Elderly by Inhabitant Centered Activities–
Mineko OKAWA, Akemi OHWAN, Sayuri KURECHI, Naoko OGAWA,
Masayoshi SAKUGAWA. 43
- A Study about Care Management in The Long-Term Care Insurance Systems
–The Actual Conditions in Isolated Islands–
Akemi OHWAN, Masayoshi SAKUGAWA, Mineko OKAWA,
Chieko YOSHIKAWA, Sachiko ITOU, Kyouko MURAKAMI,
Yuko KAKINOHANA. 51
- The Educational Method of Early Exposure in Nursing to Promote Formation of
Nursing Concept
Eiko KADEKARU, Ayako UEHARA, Kazue NASHIRO, Sadako OTA,
Ssinobu KINJO, Takano UEZU, Yoko ASATO. 59
- Support of Elderly People Living Alone with The Late Paraphrenia Condition
–From The Position of The Visiting Nurse–
Mayumi TABA, Fujiko TOYAMA, Masaru IREI. 66

New Sources

- Competencies Required for Telenursing– From 4 Literatures on Telenursing–
Naomi MAEHARA, Yoko NAKASONE, Rika ARAKAKI,
Chieko YOSHIKAWA. 73
- List of Works, Joint Projects, Public Forum 80
- Criteria for Manuscripts 90
- Postscript 91

March 2004