

原著

児童虐待防止活動における専門職者の教育的ニーズ - 沖縄県離島の場合 -

山城五月¹⁾ 前田和子¹⁾ 上田礼子²⁾ 沼口知恵子³⁾
盛島幸子⁴⁾ 池原和子⁴⁾ 仲宗根美佐子⁵⁾

要 約

【目的】本研究の目的は、沖縄県A島の児童虐待防止活動に関わる関係職種の教育的ニーズを明らかにし、教育プログラム開発の基礎資料とすることである。

【対象と方法】対象は、沖縄県A島の児童虐待症例に出会う可能性のある病院看護師、保健福祉職員、保育士、母子保健推進員、民生委員・児童委員の計576名である。方法は留置法による自記式質問紙法で、記述統計及び質的内容分析法により職種別分析を行った。

【結果】有効回答数323名であった。対象は経験年数及び年齢に幅があった。児童虐待に高い関心のある者の割合は保健師・福祉職の100%から看護師の50%まで差があった。虐待に関する就職後の教育・研修の経験は、職種により違いがあった。虐待、または疑い親子との関わりでの困難に関する自由記載ではコミュニケーション、親と連絡がとれない、関わり方等があげられた。各職種が考えた彼らに必要な能力は、アセスメント、コミュニケーション、連絡・調整、支援・ケア方法、知識、対人関係・人間性の6項目に分類できた。また、各職種が求める支援は組織内外からの相談・助言・スーパーバイズや、他機関・他職種の積極的関与、資源の充実、連絡体制・連携体制の構築、情報提供、法的権限の強化等であった。

【結論】関係職種の教育的ニーズから共通性の高い教育内容として効果的コミュニケーション、アセスメント、他機関・他職種との連携、情報共有の必要性が示唆された。

キーワード：児童虐待防止活動、専門職者、教育的ニーズ、沖縄県離島

はじめに

平成17年度に全国の児童相談所に対応した児童虐待相談件数は34,472件で、統計を取り始めた平成2年度の約30倍に増加している¹⁾。これは、児童虐待が社会問題として取り上げられ児童虐待に関する国民の関心が高まってきたこと、平成12年に「児童虐待の防止に関する法律」が施行され法的に通告義務が課せられたこと、さらに平成16年の同法改正により疑わしいものも通告義務の対象になったことなどが増加要因として考えられている^{1~2)}。これまで表に出てこなかった者が顕在化したという点では、早期発見、早期介入につながる可能性があり、児童虐待防止に一步前進といえる。しかし、現代の少子化で子どもの数が減ってきているにもかかわらず、虐待を受けている、あるいは虐待の疑いがあるという子どもが増えつづけているという点では、件数の増加を問題視し、児童虐待の予防に努めなければならない。児童虐待件数の増加が深刻な米国では、近年、子どもを守るために、既に起きている虐待を発見することよりも潜在的虐待を予測すること、つまり虐待の発生を未然に防ぐことへ力

点が置かれている³⁾。

厚生労働省(2004)は、児童虐待防止対策の強化の必要性を強調し、「発生予防」「早期発見・早期対応」「保護・支援」の具体的な取り組みの方向性を示している⁴⁾。しかし、現場では対応に追われ、関係職種の実践力が必ずしも相応であるとはいえない現状がある。このような対策の強化も、関係職種の実践力が備わっていなければ虐待防止の実効をあげにくい。実際に、児童虐待防止法施行後の約4年間(H12.11.20~H16.12.31)で虐待による死亡は全国で202件発生しており、その内の81.2%は児童相談所や関係機関などが何らかの形で関与していたケースであった^{5~6)}。

沖縄県児童虐待問題緊急対策検討委員会の調査⁷⁾では、児童虐待対応の中心的機関である児童相談所の業務遂行上の困難点について「業務量」(人手不足、担当ケース数の多さ)や「ケースの対応」(個々のケースの複雑さ、保護者との信頼関係形成の難しさ、親からの反発や攻撃で精神面の負担増)の他に「職員の技量・研修」(経験不足、実務経験のある職員が少ない、新任研修の不足、時間的余裕がなく外部専門的研修に参加できない)の問題が報告されている。1人で多くの業務を担い、実務経験や研修などの学習機会も少ないまま内容の重い業務を任されていることがうかがえる。他方、平成17年の児童福祉法の改正で、市町村が予防的に虐待に関わる役割が強調されるようになった。つまり、市町村担当課の

- 1) 沖縄県立看護大学
- 2) 沖縄県立看護大学大学院
- 3) 茨城県立医療大学
- 4) 宮古福祉保健所
- 5) 宮古市役所

関係者も、初期対応に関するスキル（技能）を持っていなければならなかった。平成17年度の沖縄県における児童虐待相談処理件数をみると、児童相談所が受けた児童虐待相談処理件数451件に対し市町村では528件と77件も多く、平成18年度においては児童相談所が364件と減少しているのに対し市町村は563件と増加し、児童相談所との差が200件にもなっている^{2),8)}。児童相談所の後方支援がすぐに受けられる本島に対し、離島においては、診断のために本島の児童相談所が対応するまでの期間の長期化が課題となっている。一方、市町村が予防的対応をするためには、離島での教育プログラムを通じて、児童虐待防止活動における関係職者の技術力向上（スキルアップ）と自立した実践力を有する人材の育成が課題である。教育プログラムの作成には、関係職者の教育的ニーズの把握が先決である。教育的ニーズとは、関係職者が必要とする教育内容と方法である。

・研究目的

本研究の目的は、沖縄県A島に勤務し、児童虐待防止活動を担う各種専門職者を含む関係者を対象とした教育プログラム開発の基礎資料とするために、彼らの教育的ニーズを把握することである。

・研究方法

対象は、沖縄県A島の児童虐待症例に出会う可能性のある病院看護師（助産師含む）42名、市役所健康増進課職員14名、市役所児童家庭課職員7名、福祉保健所職員5名、保育士334名、母子保健推進員53名、民生委員・児童委員121名の計576名である。データ収集は、職場毎の留置法による自記式質問紙法で、質問紙の内容は、基本属性、虐待についての関心、児童虐待に関する教育・研修とその効果、虐待のある親子、または疑いのある親子と関わった経験、児童虐待防止に必要な関係職者の能力、および支援等である。分析方法は、SPSS統計ソフトを

表1 基本属性

	病院看護師	保健師	福祉職員	保育士	母子保健推進員	民生委員 児童委員
回収数 (%)	38 (90.5)	12 (70.6)	8 (88.9)	206 (61.7)	36 (67.9)	23 (31.5)
現職経験年数						
平均	16.6年	12.6年	7.75年	16.77年	4.03年	4.97年
標準偏差	8.87	10.54	13.04	9.34	4.55	4.92
最小値	1	2	0	0	0	0
最大値	32	30	39	33	22	22
年齢						
20代	—	—	—	48 (23.3)	0	0
30代	—	—	—	19 (9.2)	8 (22.2)	0
40代	—	—	—	50 (24.3)	15 (41.7)	2 (8.7)
50代	—	—	—	60 (29.1)	9 (25.0)	7 (30.4)
60代	—	—	—	27 (13.1)	4 (11.1)	10 (43.5)
70代	—	—	—	0	0	4 (17.4)
最終学歴						
義務教育	0	0	0	0	1 (2.8)	6 (26.1)
高校	0	0	4 (50.0)	10 (4.9)	11 (30.6)	10 (43.5)
専門学校	33 (86.8)	7 (58.3)	1 (12.5)	57 (27.7)	10 (27.8)	3 (13.0)
短期大学	2 (5.3)	1 (8.3)	1 (12.5)	133 (64.6)	11 (30.6)	2 (8.7)
大学	3 (7.9)	4 (33.3)	2 (25.0)	5 (2.4)	2 (5.6)	1 (4.3)

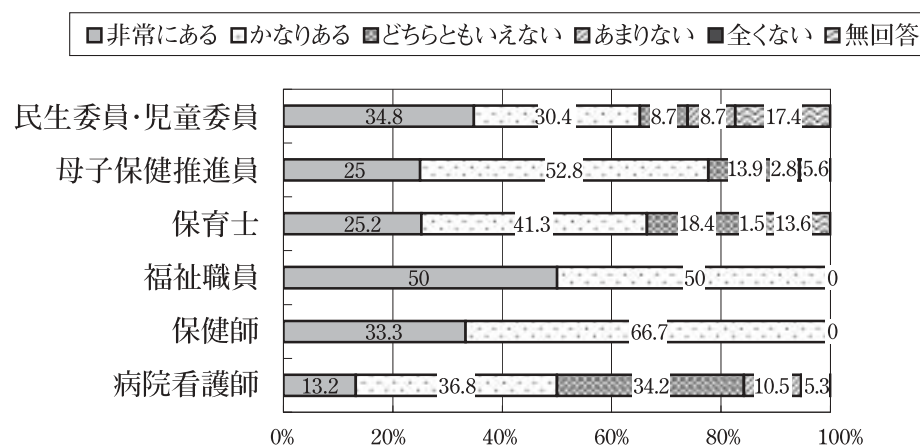


図1 児童虐待についての関心

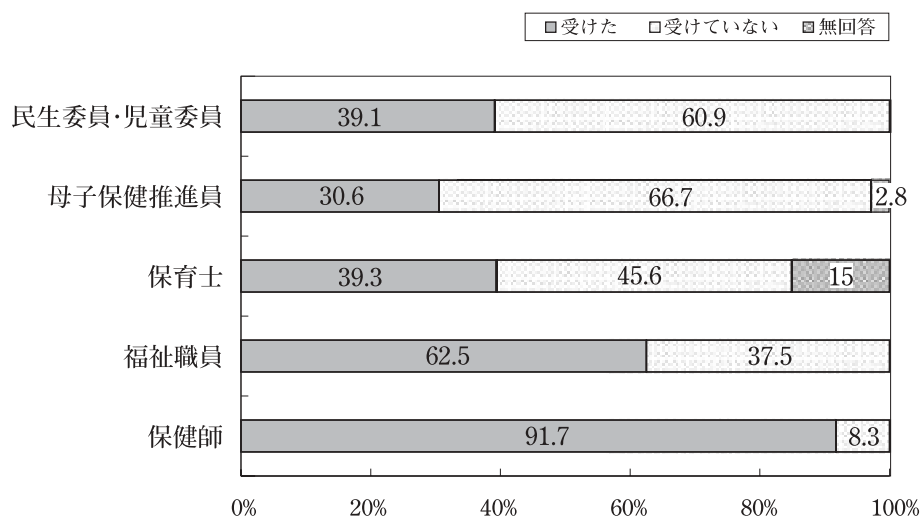


図2 就職後の教育・研修

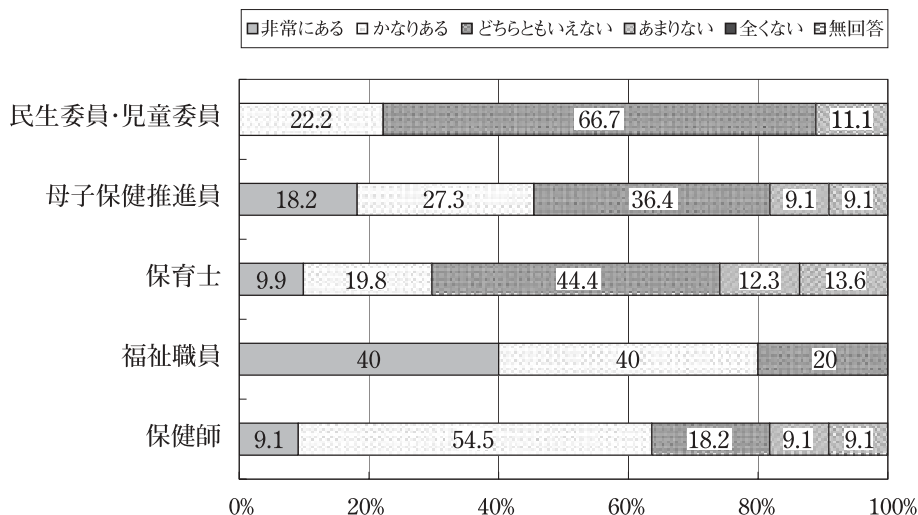


図3 就職後の教育・研修が役だったか

使用し記述統計を行った。自由記述は、キーワードを抽出し、文脈から類似性のあるものを分類し整理した。調査期間は平成18年2月 - 平成18年10月である。倫理的配慮として、質問紙とともに研究趣旨、同意の条件等を記した研究協力依頼文書を各対象者に配布し、調査協力は任意であり、断っても不利益がないこと、質問紙は無記名であること、記入した質問紙は厳重に保管され、研究終了後速やかに破棄されること、記入された質問紙および調査データや集計結果は研究目的以外に使用しないことを約束して実施した。同意は文書で得た。その際、署名はイニシャルや記号などでよいこととした。

・ 結果

回収率は56.1%であった。有効回答のあった合計323

名を分析対象とした。市健康増進課職員、市児童家庭課職員、福祉保健所職員の職種別内訳は、保健師12名(市健康増進課の保健師9名、福祉保健所の保健師3名)、福祉職員8名(市児童家庭課職員は児童相談員2名、女性相談員1名、事務職3名であり、福祉保健所職員はケースワーカー1名、事務職1名)であった。

1. 基本属性

経験年数は、1年未満から30年以上まで幅広く、ばらつきがあった。把握できた職種の年齢は、20代 - 70代と年齢層も広く、民生委員・児童委員は70代の者もあった。最終学歴は、短大、専門学校が最も多く、義務教育や高校、大学など、同じ職種でも教育的背景が異なっていた(表1)

表2 虐待がある、または疑いがある親子との関わりで困難に感じたこと - 自由記載 -

病院看護師(2名)	保健師(8名)	福祉職員(4名)
<ul style="list-style-type: none"> ・母子・家族とのコミュニケーション(2) ・帰宅後、再度虐待をしないような取り組み(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・親に会えない、連絡が取れない(3) ・電話もなく、訪問してもほとんど不在(1) ・予約しても連絡なくキャンセルされること多い(1) ・最初の関わり方(1) ・断られた後の次回の関わり方(1) ・母親の精神状態が不安定で、医療へ結びつけたいと思ったが、自覚無く難しかった(1) ・児相が母子分離の必要性を話しても、母親が児を施設にいれると死ぬと言われ、分離できない状況になった(1) ・母親の被虐待児への気持ちの変化(良い方向へ)を促すこと(1) ・性的虐待被害者はもう大人であるが、自殺未遂を繰り返している(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭訪問して本人へ虐待であることを認識させること(1) ・事実確認ができなかったこと(1) ・母親が相談するも、離婚・別居するなどに対し、意志が弱い(1) ・所長権限で強制的に一時保護して子どもの安全を確保しつつ、その親と対応せねばならないこと(1)
保育士(10名)	母子保健推進員(2名)	民生委員・児童委員(1名)
<ul style="list-style-type: none"> ・同じ事の繰り返しで、改善がされていない(1) ・コミュニケーションが取れない(親子が地域の人ではなく他県からきた人、母親が話を聞く耳をもたない、話を聞こうとしない)(3) ・親との信頼関係の構築(1) ・保育所の行事に親子参加せず(1) ・親が子どもと一緒に遊ばないこと(1) ・スキンシップをもっていないこと(1) ・パニック時の対応(1) ・問題行為のある被虐待児への対応(1) ・母親がうつ病で心にうきずみがあった(1) ・父親からの虐待があっても母親の気持ち父親にあり、なかなか分かれる、家を与えることができなかった(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・まわりの判断と本当の姿はわからない(1) ・直接どこまで踏み込んで話ができるのか(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・事実確認(1)

()は回答数

2. 虐待についての関心

児童虐待に「非常に」及び「かなり」関心があると答えた者は、保健師、福祉職員は100%だったが、他の職種では母子保健推進員77.8%、保育士66.5%、民生委員・児童委員65.2%の順に関心の割合が低くなり、病院看護師は50%であった(図1)。

3. 児童虐待に関する教育・研修とその効果

病院看護師を除く各職種の就職後の教育・研修を受けた経験では、保健師が91.7%(12名中11名)と最も多く、次いで福祉職員62.5%(8名中5名)、保育士、母子保健推進員、民生委員・児童委員は4割弱であり、職種による違いがあった(図2)。また教育・研修を受けた者の内、その教育・研修が「非常に」及び「かなり」役だった者は、福祉職員8割、保健師6割、母子保健推進員4割で、保育士、民生委員・児童委員は2割-3割のみであった(図3)。役だった理由は「研修内容を実践で活かすこと

ができた、新しい知識を得ることができた、また知識を得ることで関心が高まった」という記載が多かった。逆に役立たなかった者の理由は、「身近に虐待事例がない」ことを76%(50名中38名)が記載していた。

4. 虐待がある親子、または疑いのある親子と関わった経験

虐待がある親子、または疑いのある親子と関わった経験のある者は、病院看護師5名(13.2%)、保健師8名(66.7%)、福祉職員5名(62.5%)、保育士16名(7.8%)、母子保健推進員2名(5.6%)、民生委員・児童委員1名(4.3%)であった。親子との関わりの中での困難に関する自由記述の結果は表2のとおりであった。「母子・家族とのコミュニケーション、再発防止、親と連絡がとれない・親と会えない、初回の関わり方、支援拒否後の関わり方、(精神状態が不安定な親、虐待の認識がない親、意志が弱い親、母子分離を否定する親)との関わり方、

表3 職種別 必要と考える能力 - 自由記載 -

	病院看護師(11名)	保健師(12名)	福祉職員(8名)	保育士(96名)	母子保健推進員(25名)	民生委員・児童委員(16名)
アセスメント	観察力(2) 情報収集(1) 判断力(1)	観察力(1) アセスメント(質問力)(1) 虐待リスクをキャッチ(1)	判断力(1) 児童の精神状態の把握(1) 地域の実態把握(1)	観察力(11) 早期発見(1) 家庭環境の把握(3) 判断力(2) 虐待を見抜く、見極める力(2) 心理状態の把握(2)	子どもたちに目配り(1) 地域の情報(1) 担当地区の把握(1) (虐待)親子を見極める力(1)	観察力(1) 虐待の早期発見(2) 判断力(対応レベル)(1)
コミュニケーション	コミュニケーション(3) カウンセリング(1)	コミュニケーション(4) 面接(2) カウンセリング(1)	コミュニケーション(1)	コミュニケーション(11) カウンセリング(1) 傾聴(5) 雰囲気作り(環境設定)(4)	コミュニケーション(4) 傾聴(5) 雰囲気作り(3)	傾聴(1) 反省や理解させる説得力(1) 相談(3)
連絡・調整	連絡・報告(1)	関係機関との連携(2) 他機関との連絡・調整(2) コーディネート力(1)	関係機関との連携(1) 対人折衝能力(1)	関係機関との連携(2) 関係機関への連絡(1) 連絡網の把握(1)		関係機関との連携(2) 関係機関への連絡(3)
支援・ケア方法	母子との接し方(1)	個別支援(1) 支援力(1) 対応能力(2)	必要な時に必要な援助ができる(1) 対応能力(1)	精神的・心理的ケア(1) 育児支援(1) 援助方法(1) 対処方法(2) 親への接し方(1) 対応、ケア能力(2)	親の手助け(1) 問題があれば声をかける(1) 秘密を守る(1)	安全第一、迅速な対応(1) 他人に別格なく接する(1) 児童の保護(1) 対応能力(1)
知識	児童虐待支援の知識(1) 子どもの心理(1) 法律・行政手続きの理解(1) 市町村ネットワークを知ること(1) 病院の取り組み(1) 資源の把握(1)	虐待に関する知識(1)	虐待に関する知識(3) 法律・行政手続きの知識(1)	虐待の知識・専門知識(9) 心理学(1)	専門的知識(1) 専門能力(1) (法律の)専門的知識(1)	専門的な知識(1) 心理学の知識(1) 関係法律の知識(1)
対人関係・人間性		信頼関係の構築(1)		信頼関係(8) 人間関係(1) 人間性(2)	信頼関係(2) 親と親しくなる(2) 地域との交流(3)	
その他	主体的学習能力(1)	自己認識(1)	主体的学習能力(1)	主体的学習能力(4)	主体的学習能力(1)	モデル(一生懸命に生きる姿を示す)(1)

一時保護した後の親の対応、養育的問題、被虐待児への対応、事実確認など」があげられた。

5. 児童虐待防止に必要な関係職者の能力

各職種が考えた彼らに必要な能力は、[アセスメント][コミュニケーション][連絡・調整][支援・ケア方法][知識][対人関係・人間性]の6項目に分類できた(表3)

[アセスメント]に関するキーワードでは、子どもの様子や親子の様子から虐待のサインを見逃さないという予防的視点での「観察」や「虐待を見抜く、見極める力」があげられた。また「判断力」は、虐待であるかの的確

な判断力、関係機関との連携の仕方の判断力、どこまで介入すべきかの判断力、状況の的確な判断力、どう対応していくかの判断力であった。[コミュニケーション]では、子どもだけでなく、保護者とのコミュニケーションがあげられた。また、じっくり話を聴くなどの「傾聴」や話しやすい「雰囲気づくり」があげられた。[連絡・調整]では、主に外部の関係機関との連絡・調整や連携であった。[支援・ケア方法]については、「支援力」や「対応能力」等であった。[知識]では、児童虐待の知識以外に、法律・行政手続き、心理学についてであり、[対人関係・人間性]では、「信頼関係」「母子、親との接し方」等であった。

6. 児童虐待防止に必要な関係職者の支援

児童虐待の問題にとりくむために、各職種が求める支援についての自由記述では「組織内外からの相談・助言・スーパーバイズ」や、児童相談所や警察の他、行政機関、教育機関、医療機関など「他機関、他職種の積極的関与」、相談場所の設置や人員配置などの「資源の充実」、各関係機関との「連絡体制・連携体制の構築」、「情報提供」、「法的権限の強化」に関する記載があった(表4)。

・考 察

対象者の特徴として、まず成人学習者であることが前提にある。向後は、成人学習者の特徴として、「自己決定性、目標指向、実用重視、人生経験からの確信があり、成人教育にあたってはこうした特徴を考慮して教育をデザインする必要がある」と述べている⁹⁾。また、学習形態(仕事、家事、育児などが生活の中心)も念頭におかなければならない。本調査対象は、新人からベテランまで経験の差がある、年齢層にも幅がある、また、専門的

表4 職種別 必要と考える支援 - 自由記載 -

職種	必要と考える支援
病院看護師 (9名)	家族・近隣者の支援(3) 相談できる場(1) 早めの通報(1) 保健所・市町村・児相の断続的、積極的関わり(3) 相談窓口を一つに(1) 関係機関の情報提供、資源活用できるような情報(1) 上司・医師・SW(2)
保健師 (12名)	児童相談所(3) 福祉保健所、児童家庭課、児童福祉課(2) 保健所の保健師の援助(1) 関係機関(警察、児相)の援助(1) 心理士(1) 虐待ネットワークの速やかで責任ある対応(1) 同僚の理解(2) 上司からの助言(2) 助言者・スーパーバイザー(1) 児相(スーパーバイズ、助言、研修会)(1) リーダーの明確化(2) 関係機関の役割の明確化(2) 人的資源の充実(家庭相談員の常勤化)(2) 担当課の積極的関与(連絡会議、事例検討会)(3) 強制力の発動(1) 親戚、近隣の援助(1) 保健師に前向きな取り組みを(1)
福祉職員 (8名)	関係機関からの援助、連携(3) 他機関(保健センター、警察、臨床心理士)の支援(2) 上司の支援(1) 地域の体制づくり(1) 相談窓口の充実(1) 地域への周知徹底(1)
民生委員・ 児童委員 (11名)	各関係機関からの指導、援助(2) 手続き上の問題(児童相談所、社会福祉協議会) (1) 宗教者へは内面的、良心の問題(1) 研修会、講習会の開催(1) 一時預かり場所の設置(1) 事例検討会の実施(児童家庭課が中心となって) (1) 社会福祉協議会(2) 児童相談所(4) 社協、児相、市児童家庭課との連絡(2) 家族の支援(1)

つづき

職種	必要と考える支援
職種 保育士 (68名)	児童相談所(26) 市児童家庭課(11) 警察(3) 保健師(6) 地域の行政機関の支援(12) 専門医(1) 児童虐待に取り組む専門家の配置(2) 子育てに関する相談員の配置(1) 関係機関(病院や児相)と保育園との連携体制(3) 上司の理解(1) 祖父母(家族)・近隣者の支援(3) 地域との連携(1) 専門家のアドバイス(4) 心理学者のアドバイス(1) 相談体制、相談場所の設置(4) 情報提供(1) 保育士の現状把握(1) 子育て支援(1) 民生委員(2) 民生委員、児童委員、婦人会による個別訪問など (1) 民生委員、児童委員などによる地域の親・子どもの把握 (2) 保育園全体での取り組み(4)
母子保健推進員 (18名)	行政に連絡の取りやすい体制をつくってほしい(1) 市、地域、行政との連携(1) 推進員同士のチームワーク、情報提供(1) 保健師との連絡(1) 保健師の訪問(1) 近隣との交流(1) 保健センターにオープンスペースの設置(1) 講習会などの開催(1) 関係機関の援助(1) 市役所(1) 民生委員・児童委員(3) 児童相談所(4) 専門医(1) 学校や教育事務所(1) 地域の保健課職員(1) 法的な立場の人の積極性(1) 地域を支える人材の育成(1) カウンセラー、保健師のアドバイス(1)

()は回答数

な教育内容の違いだけでなく、同じ職種でも異なる教育的背景をもつ職員構成であることから、個別性が高いことが推測される。職種別の能力基準を設定し、個別の能力レベルにあわせて選択できる教育内容と学習方法の工夫が必要である。

児童虐待に関する関心では、病院看護師の割合が最も低く5割のみであった。これは、前田の看護職者を対象とした先行調査¹⁰⁾の6割よりも低い結果であった。国民の関心の高さが児童虐待相談件数増加の要因にもなっているように、児童虐待防止に関わる専門職者の関心の高さは、虐待リスク者発見の増加要因にもなりうる。児童虐待に関心をもつことは児童虐待防止活動の第一歩となることを教育し、看護職者に限らず、専門職者一人ひとりの関心を高めることは重要である。

離島という地理的条件から学習機会が少ないと予想していたが、少なくとも4割弱は、児童虐待の学習機会を得ていた。しかし、保健福祉職以外の教育・研修はまだ十分とはいえない。どの関係職種も児童虐待に遭遇し、対応する必要があることから、現任教育で児童虐待の学習機会を増やし、全員に学習機会がもてることも必要である。安価で好きな時間に学習できるという面では、インターネットの積極的な活用も取り入れるべきであろう。また、将来的には、自立して人材確保ができるように地元の指導者の育成も必要であると考えられる。研修の効果についての自由記載からは、実用的な教育内容と模擬事例を使い疑似体験できる実践との関連が必要であることが示唆された。

虐待が社会問題として取り上げられるようになったのは最近のことであり、経験年数があっても、虐待事例に関わった経験や、教育経験が豊富とは限らない。難しい事例に対応できるような技術強化(スキルアップ)が必要である。例えば、連絡がとれない親への対応はどうしたらいいのか。拒否されたあとの介入はどうしたらいいのか。虐待には、虐待以外のいろいろな問題が重なっていることが多く、対応の仕方も様々である。事例や体験に基づく事例検討の機会も必要である。

関係職者が実践に必要と考える能力で共通性の高い事

柄は、[アセスメント][コミュニケーション][連絡・調整][支援・ケア方法][知識][対人関係・人間性]に分類でき、関係職者の回答がほとんどの項目に一つ以上あった。関係機関の特徴とその役割¹¹⁾から、[支援・ケア方法]では職種による違いが若干みられたが、それ以外の項目では類似した回答であった。特に[アセスメント]については、共通して虐待の早期発見の視点で捉えられていた。‘何か変’と気づいたら虐待のアセスメントをすることは重要であるが、その時点では既に虐待が起こっている可能性がある。虐待につながる可能性のある親子を対象としたリスクアセスメントが虐待の発生を予防する上では重要だと考える¹²⁾。奥山は、「疑いが子どもを救う分岐点である」と述べており¹³⁾、虐待は誰にでも起こりうるものであることを意識し、虐待の予防的スクリーニング・アセスメントが大切である。

全職種が他機関、他職種の支援を必要と考えていた。児童虐待は子ども自身の特徴、親の要因、家庭の状況等その要因も複数からなることが多く、一個人、一機関で対応しきれるものではない¹⁴⁾。しかし、お互いの必要性を感じながらも、なかなか実現の難しいのが連携ではないだろうか。畑下は、保健師を対象とした先行研究の中で「虐待問題は、対象のプライバシー保護や情報の取り扱いに厳重な注意を要する問題であり、保健・医療・福祉の縦割り行政においては、ほかの健康問題と異なり機関や職種間の連携が機能しがたい」と述べている¹⁵⁾。なぜ連携が必要なのか、どのような連携が必要なのか、関係機関の共通認識のもとで役割分担をし、連携体制をつくる必要がある。また、連携を成功する一つの鍵としてお互いの情報共有は不可欠である。英国のHM Governmentは、情報共有の重要な理由の一つに、多くの深刻な事例検討における重要因子として「情報を記録せず、共有せず、あるいは共有された情報の重要性を理解せず、明らかな、または疑いのある虐待やネグレクトに関して適切な行動をとらないこと」を述べている¹⁶⁾。それゆえ、情報共有が虐待の発生予防、あるいは再発や重症化の防止につなげるために重要であることや取り扱い上の規則について学ぶ必要がある。

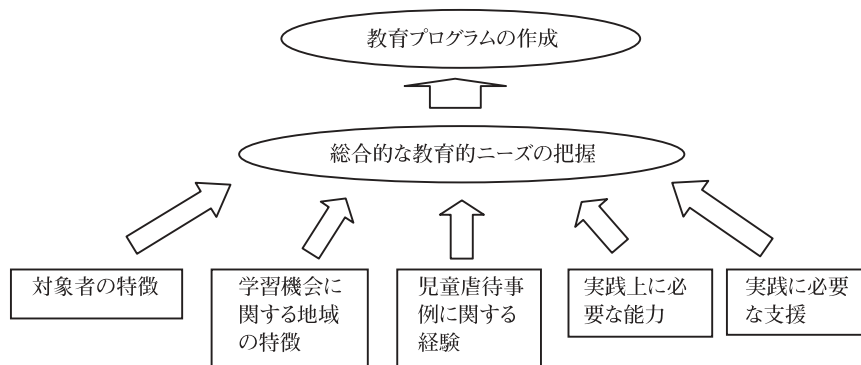


図4 教育プログラム作成までのプロセス

教育プログラム作成までのプロセスは図4に示すとおりである。関係職者の教育的ニーズの把握は、[対象者の特徴][学習機会に関する地域の特徴][児童虐待事例に関する経験][実践上に必要な能力][実践に必要な支援]を総合的に捉えることが必要である。関係職者の教育的ニーズから共通性の高い教育内容として、(1)効果的コミュニケーション、(2)アセスメント(子どもの成長発達、生育歴、社会的背景の面などのリスクアセスメント含む)、(3)他機関、他職種との連携、(4)情報共有、の必要性が示唆された。

結論

対象者の特徴を理解し、各職種に共通して必要な能力、専門職固有に必要な能力を身につけるような教育内容の検討が必要である。

インターネットの活用や、学習教材の作成など、離島においても学習できる方法の検討が必要である。

児童虐待事例の経験を活かし、支援困難だった事例などの模擬事例を作成し、ロールプレイによる疑似体験や支援方法についてのディスカッションなどを取り入れることが必要である。

限られた人材での連携、協力、チームアプローチの重要性を理解し、その能力を身につけることも必要である。

研究の限界：本調査では教育機関(学校)が対象に入っていない。教育内容については、関係職者の教育ニーズから導き出したものであり、社会のニーズと照合し、最終的に教育プログラムを作成する必要がある。

謝辞

本調査にご協力下さった、各関係機関の施設長および関係職種の皆様方に心より感謝申し上げます。(本調査は、平成17-19年度科学研究費補助金交付を受けて実施した「Child Abuse防止のアクションリサーチ」の一部であり、第71回日本民族衛生学会で一部、第12回聖路加看護学会で一部を発表した。)

文献

1. 厚生労働省：平成17年度 児童相談所における児童虐待相談対応件数等(平成17年度社会福祉行政業務報告(福祉行政報告例)【平成18年10月6日公表】より抜粋)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv10/index.html>
2. 沖縄県福祉保健部：福祉保健行政の概要. 131、2006
3. Barri L. Adams : Assessment of Child Abuse Risk Factors by Advanced Practice Nurses, Pediatric Nursing, 31(6) : 498-502、2005
4. 厚生労働省：児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について(平成16年)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv-01.html>
5. 厚生労働省：児童虐待防止対策の現状と取組について
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv02/pdf/data.pdf>
6. 厚生労働省：児童虐待による死亡事例の検証結果等について「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」第1次報告(平成17年)
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/04/h0428-2.html>
7. 沖縄県児童虐待問題緊急対策検討委員会：児童虐待防止に向けての緊急提言 ~未来を担うおきなわの子どもたちのために~、10、平成17年9月
8. 琉球新報：市町村への相談急増 児童虐待での役割拡大、2007年6月13日
9. 向後千春：成人教育の特質によってeラーニングをデザインするための予備的な考察、大学教育学会第27回大会発表要旨集録、85-86、2005
10. 前田和子、山城五月、下中壽美、上田礼子、原健太郎、宮澤純子：児童虐待に関わる周産期病棟・NICU看護職者にもとめられるコンピテンシー - 沖縄県看護職者の経験と認識 -、沖縄県立看護大学紀要第8号、39-47、2007
11. 沖縄県：子どもの虐待に対応する関係機関のための手引き~よりよい連携を目指して~、5-4、2003
12. Department of Health, Home Office, Department for Education and Employment : Working Together to Safeguard Children. 1999. 松本伊智朗、屋代通子訳：子ども保護のためのワーキングトゥギャザー 児童虐待対応のイギリス政府ガイドライン. 56 - 60、医学書院、2002
13. 奥山真紀子：子ども虐待を疑う症状・サイン、看護学雑誌, 65(11) : 1033、2001
14. 庄司順一：子ども虐待の理解と対応 子どもを虐待から守るために、140-141、東京、(株)フレーベル館、2007
15. 畑下博世、笠松隆洋、鈴木美砂子、平尾恭子：虐待への保健師の介入実態と研修の必要性に関する検討、保健師ジャーナル、60(11) : 1098-1104、2004
16. HM Government: What to do if you 're worried a child is being abused. Every Child Matters. 56-61. 2006

Educational Needs of Professionals in Child Abuse Prevention: One of Okinawa Islands in Japan

Satsuki Yamashiro¹⁾, Kazuko Maeda¹⁾, Reiko Ueda¹⁾, Chieko Numaguchi²⁾
Sachiko Morishima³⁾, Kazuko Ikehara³⁾, Misako Nakasone⁴⁾

[Background] Due to amendment of the child abuse prevention law and child welfare law, the role of professionals in relation to child abuse prevention has expanded and diversified. Therefore, education to enhance of knowledge and skills is required.

[Object] The purpose of this study was to clarify educational needs of professionals in relation to child abuse prevention activity in an island in Okinawa, and to obtain basic material of the education program development.

[Methods] A total of 323 professionals volunteered to participate (nurses, public health nurses, welfare staff, maternity and child health promoter, and social workers). Participants completed questionnaires. The data was analyzed by using descriptive statistics and content analysis techniques.

[Results] There were a wide range of ages and working experiences, and educational backgrounds in participants. All of the public health and welfare professionals reported interest in child abuse prevention, yet only half of the hospital nurses in the pediatric and the ambulant units did so. Educational and training experience after employment showed differences depending on the occupation. The difficulties in taking care of abusive parents and their children were in the items 'communication', 'out of contact with parents', and 'how to deal with'. The competencies participants perceived to be required in their practice consisted of 6 items such as 'assessment', 'communications', 'referral/coordination', 'caring and support', 'knowledge', and 'interpersonal relationship/humanity'. Also, supports needed were 'consultation, advice and supervision from the inside and outside of the organization', 'positive participation of multiagencies and any other professionals', 'sufficient resources', 'systems for the referral and 'working together', 'information sharing', and 'strength of privilege'.

[Conclusion] This study suggests that effective communication, assessment, working together with other organizations and occupations, and information sharing are required as educational contents for professionals.

Key words : Child abuse prevention activity, Professional, Educational needs, Okinawa

1)Okinawa Prefectural College of Nursing

2)Ibaraki Prefectural University of Health Science

3)Okinawa Prefectural Miyako Health Center

4)Miyako City Hall

報告

小離島における「在宅死」の実現要因から探る看護職者の役割機能 - 南大東島の在宅ターミナルケアの支援者たちの支援内容から -

大湾明美¹⁾ 坂東瑠美²⁾ 佐久川政吉¹⁾ 呉地祥友里¹⁾ 上原綾子¹⁾

要 約

【目的】 保健医療福祉の基盤整備の弱い小離島において、過去の在宅ターミナルケアに関わった支援者たちの支援内容から、「在宅死」の実現要因を探り、看護職者の役割機能をみいだすことである。

【方法】 対象は、沖縄県南大東島で2000年～2006年(7年間)に在宅ターミナルケアを受けた8事例の支援者たちである。方法は、事例を確定し、保健師記録を基礎に支援者たちに支援内容について面接を行った。支援内容は支援者毎に整理し、その代表的な内容を表示し(小分類)、看護の役割機能である「直接ケアによる支援的役割機能(直接ケア)」、調整的役割機能(調整)、「教育・指導的役割機能(教育)」、「相談・支持的役割機能(相談)」の4つで大分類した。

【結果】 小離島における「在宅死」の実現要因は、行政を含め島の保健・医療・福祉の専門職による参加型で支援すること 専門職以外の島民の参加や島外の専門性を活用すること 専門職はニーズ重視のサービスを提供すること 医師の医療技術指導の下で専門職は柔軟な発想で多機能に支援すること 専門職間の双方向での調整や相談、必要時に教育が行われること 看護職の看護の4つの役割機能(「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」)の発揮であった。

【結論】 小離島における在宅ターミナルケアの実現に向けた看護職者の役割は、看護職の看護の4つの役割機能を発揮することであり、特に「調整役」が求められていることが示唆された。

キーワード：離島、在宅死、在宅ターミナルケア、看護職

はじめに

我が国の死亡場所は、「自宅」は12.2%であり、沖縄県は13.0%¹⁾である。一方、高齢者が希望する死亡場所は89.1%が「自宅」を希望している²⁾。このことは「自宅(在宅)死」の困難性を語り、同時に高齢者の尊厳を支えるケアと乖離した結果といえる。

在宅死を実現するための条件として、本人・家族の希望があり、医療者側の条件として、往診する医師の確保や24時間の医療体制等、保健医療福祉サービスの充実^{3)~7)}等について多く報告されている。しかし、伝統宗教的意識が強い沖縄の人口規模の小さい小離島においては、本人と家族が「在宅死」を希望しても、保健医療福祉の基盤整備の脆弱さのゆえに、医療者側の条件が整わずその実現を困難にしている現状がある⁸⁾。

ところが、在宅死を実現するための医療者側の条件を満たしていない小離島で、在宅ターミナルケアを受け在宅死した事例が存在していた。

そこで、今回の研究目的として、一小離島において過去の在宅ターミナルケアの実際に関わった支援者たちの支援内容から、「在宅死」の実現要因を探り、看護職者の役割機能をみいだすこととした。

対象と方法

1. 対象

沖縄県南大東島の2000年～2006年(7年間)の死亡総数52人中、島内死は19人であった。そのうち医師から「ターミナルケース」と診断され、在宅でケアを受けた全8事例の在宅ターミナルケアに関わった支援者たちである。

支援者たちとは、保健医療福祉の専門職だけでなく、ターミナルケースと診断された後、ケア提供者として保健師記録に記載されていた者とした。

2. 方法

対象事例は、共同研究者である現職の保健師と、住民基本台帳、人口動態調査報告、保健師記録から確定した。保健師記録に記載された支援者は、診療所医師3名、保健師2名、役場福祉担当職員2名、介護支援専門員1名、ヘルパー3名、デイサービス担当准看護師2名、診療所准看護師1名の計14名であった。支援者たちには、個別に電話で研究の趣旨と目的、及び面接対象となった経過を口頭で説明し、研究協力を依頼した。また、公表時には、対象事例の特定が出来ないよう事例の特徴を損ねない範囲で加工することを約束した。全員から合意が得られ、面接日程及び面接場所は、支援者の要望に応じた。主な面接場所は、支援者たちの職場で仕事を終了した後、1対象事例毎に1時間以内を原則に半構成の面接を実施し

1) 沖縄県立看護大学

2) 南大東村役場

た。一人の支援者が複数の対象事例に関わっている場合、また支援者の急な要件で面接内容が完了しない場合には、次の面接日程を予約した。

面接方法は、研究者が、保健師記録から把握された対象事例の概要（名前、住所、在宅死の状況等）について話題提供し、支援者に対象事例について支援状況を語ってもらった。

既に転勤した診療所医師3名については、面接日程調整が出来ず、電話により、保健師記録の内容を確認し、医師の支援内容とした。

面接調査期間は、2007年3月～2007年6月末であった。

3. 分析

支援内容は、事例毎に具体的な内容を抽出した後、専門職毎に支援内容を整理し、その代表的な内容を表示し（小分類）、「直接ケアによる支援的役割機能（直接ケア）」、「調整的役割機能（調整）」、「教育・指導的役割機能（教育）」、「相談・支持的役割機能（相談）」の役割に照らして大分類した⁹⁾。大分類に上記4つの役割を用いたのは、本研究が看護職の役割を探ることを目的としているため看護の役割機能を用いた。

4. 倫理的配慮

対象の支援者たちには、前述のとおり研究の趣旨を説明し、研究協力の同意を得て面接した。また、対象事例（ターミナルケース）には、対象が特定されないよう、かつ研究結果に影響がないよう配慮した。特に、具体的事例紹介に活用する対象事例には、事例の妻及び息子夫婦に研究の趣旨を説明し、事実確認を含め研究協力を依頼し、合意を得た。

結果

1. 南大東島の概要と保健・医療・福祉

南大東島は、1900年八丈島からの開拓団により開拓が

表1 南大東島の介護保険サービス

サービスの種類		2000年	2003年	2005年
施設	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	×	×	×
居宅	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)	×	×	×
	福祉用具貸与	○	○	○
	居宅介護福祉用具購入費等	○	○	○
	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)	×	×	×
	居宅療養管理指導	×	×	×
居宅介護住宅改修費	○	○	○	
居宅介護支援 島内	×	×	×	
居宅介護支援 島外	○	○	○	

開始され100年余の歴史を持つ、サトウキビ産業の盛んな島である。島の人口は1,350人、高齢化率22.4%である(2007年8月末住民基本台帳調べ)。沖縄本島との距離は、空路360km、海路392kmであり、交通は、空路2便/1日、海路6～8便/月で、沖縄本島からの距離や交通アクセスの条件から離島の中でも絶海の孤島である。救急時には、自衛隊の急患空輸で沖縄本島の病院に搬送されるが、天候の影響を大きく受ける。

南大東島の保健・医療・福祉のマンパワーは、県立診療所があり、医師1名と准看護師1名が常駐し、役場には保健師2名が常駐している。介護保険サービス提供者として、准看護師4名と登録ヘルパー4名がいる。介護保険サービスは、過去5年間ほぼ変化がない(表1)。2005年現在、施設介護サービスはなく、居宅サービスでは、訪問介護、訪問看護、通所介護、福祉用具貸与などは利用可能であるが、短期入所サービスはなく、居宅介護支援は島外から介護支援専門員が1～2回/月来島し実施し

表2 ターミナルケースの概要と支援者たち

ターミナルケースの概要						家族以外の支援者たち											
ID	年齢	性別	家族構成	主疾患	在宅期間	死亡場所	保健		医療		福祉(行政)			その他			
							保健師	医師	診療所	看護師	ヘルパー	准看護師	介護士	担当	役場	民生委員	知人・隣人
1	87	男	妻と二人	慢性閉塞性肺疾患	3ヶ月	在宅	○	○			○			○			
2	80	男	妻・息子と三人	咽頭癌・大腸癌	10ヶ月	在宅	○	○	○		○	○	○				
3	78	女	夫・息子家族	肺癌	4ヶ月	在宅	○	○			○	○	○				
4	85	男	妻・息子夫婦	骨髄異形成症候群	10ヶ月	在宅	○	○	○	○	○	○	○				○
5	82	男	一人暮らし	肺癌	6ヶ月	病院	○	○			○	○	○				○
6	76	男	息子と二人	顎癌・脳卒中	5ヶ月	在宅	○	○			○	○	○				○
7	72	男	妻と二人	胃癌	1ヶ月	在宅	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8	88	男	孫娘と二人	胃癌・肝転移	16日	在宅	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

ている。

2. ターミナルケースの概要と支援者たち

ターミナルケースの概要と支援者たちは表2のとおりであった。全員が高齢者で男7人、女1人。家族構成は「一人暮らし」1人、「妻と二人」2人、「その他」5人。主疾患は「癌」6人で、在宅期間は「1ヶ月未満」から「10ヶ月」であった。死亡場所は一人暮らしの事例5を除き「在宅」であった。事例5は島で最期を迎える体制を支援者たちで調整していたが、本人が死ぬ前に長く離れていた妻に会うことを希望し、自衛隊急患空輸で妻の入院している沖縄本島の病院に搬送され、1週間後に同病院で死亡していた。

在宅ターミナルケアに関わった支援者たちは、保健・医療・福祉(行政を含む)の専門職、「その他」の支援

者として民生委員や知人・友人・隣人、島外の専門職などであった。全事例の支援者は保健師、診療所医師及び役場福祉担当であった。また、事例4から保健師がターミナルケアに参加を依頼した「その他」の支援者たちが加わっていた。支援者として保健・医療・福祉のフォーマルな専門職だけでなく、その他のインフォーマルな人びとを加えて在宅ターミナルケアが実現していた。

3. 保健・医療・福祉の専門職の支援内容

1) 事例毎の支援内容

事例毎の保健・医療・福祉の専門職の支援内容は、表3で示すとおりであった。具体的な支援内容を島独自の新規サービスに繋がった事例4で紹介する(図1)。

表3 事例毎の具体的な支援内容

ID	診療所医師	保健師	役場福祉担当	介護支援専門員	ヘルパー	デイサービス担当(准看護師)	診療所准看護師
1	医療症状の管理	介護家族のサポート 酸素管理・バイタル管理 腹式呼吸機能訓練の実施・指導 ヘルパーに病態や体位交換の指導 介護支援のコーディネート 死後の処置	福祉用具導入(自費)		身体介護(軽度生活支援事業)		
2	医療症状の管理	介護家族のサポート 介護保険認定調査 気切や胃瘻の観察ケア 家族への指導 褥瘡の観察 おむつ交換や吸引・ネブライザーの施行 バイタル管理	福祉用具導入(自費) 介護保険手続き	住宅改修 医師往診導入 気切や胃瘻の観察ケア ヘルパー導入検討		死後の処置	医師往診の補助 (気切・胃ろうの交換時)
3	医療症状の管理	咳・褥瘡の症状観察及び処置 在宅でのバイタル管理 デイサービス利用に向けての調整 デイサービス現場での一般状態の観察 福祉職の相談窓口 体位交換や排泄ケア 家族への介護指導	介護保険手続き 介護支援専門員への情報提供 家族と保健師の橋渡し	福祉用具の導入 デイサービスの計画 診療所や社協、保健師との情報交換		通所介護 通所介護現場の調整 介護支援専門員への現状報告 死後の処置	
4	医療症状の管理 センターへの往診 福祉職への医療技術指導 専門職者へ病状や方針の情報提供	介護家族のサポート・健康管理 本土家族の相談窓口 介護保険の説明 福祉職の相談窓口 医療福祉との連絡調整 短期入所施行時はデイサービスの看護業務対応 医療面のサポート(家庭訪問・施設訪問)	介護保険手続き 介護支援専門員との連絡調整 サービス提供先との連絡調整 村長への働きかけ	福祉用具の導入 デイサービスの計画 短期入所の資源開発・調整 保健医療福祉のコーディネート	身体介護 短期入所施設内介護	身体介護 短期入所対応への調整 短期入所時の抗生剤点滴の管理 短期入所時の症状管理 死後の処置	医師往診の補助
5	医療症状の管理 看護職への点滴管理の指導 福祉職への医療技術指導	病状の把握 医療福祉との連絡調整 家族の相談窓口 福祉スタッフの相談窓口と医療面のサポート 短期入所施行時はデイサービス時の看護業務対応 福祉職への伝染予防指導	介護支援専門員との連絡調整 サービス提供先との連絡調整 行政と介護支援専門員の架け橋	住宅改修 デイサービスの計画 家族間の調整 ケア体制構築に奮闘 短期入所施設内ケア(吸引・排泄)	家事援助 身体介護 病状観察し報告 短期入所施設内ケア(体位交換・排泄)	身体介護 短期入所のケア調整 短期入所施設内ケア 夜間の病状管理 家族への連絡調整 家族への状態報告	
6	検査受診の勧め、処方 医療症状の管理	療養生活管理と見守り支援 介護家族のサポート 他者との交流や介人のきっかけ作り 受診勧奨 介護保険導入の検討 介護支援専門員に同行訪問を依頼	介護支援専門員との連絡調整	介護保険制度の説明 サービス計画(実施に至らず)		ヘルパー導入の勧め 介護用具の導入 状況把握	
7	医療症状の管理	病状の把握 介護家族のサポート (緊急で)短期入所導入時、夜間の施設内ケア ヘルパー導入までの身体介護と家事援助 医療福祉との連絡調整	介護支援専門員との連絡調整 介護保険手続き ケースの金銭工面 介護ベッドの導入	ヘルパーの導入	介護支援専門員との調整 身体介護 家事援助 島外家族との調整 金銭工面	ヘルパーへの介助指導	保健福祉に情報提供 医師への助言 ヘルパーや家族に介助方法指導 流動食の検討と実施 死後の処置
8	医療症状の管理	病状の把握 介護家族のサポート 家族の介護体制調整 医療福祉との連絡調整 インフォーマルサポートとの調整	介護ベッドの導入 介護保険手続き	ヘルパーの導入	介護支援専門員に連絡 身体介護 家族間の連絡調整 死後の処置		保健福祉に情報提供 医療症状の管理 内服方法の検討 死後の処置

表4-1 専門職毎の具体的支援内容

支援者	具体的支援内容	小分類	大分類
医師	医療症状の管理 検査受診の勧め、処方	訪問診療業務	直接ケア
	福祉職への医療技術指導 准看護師への点滴管理等の指導	コメディカル教育	教育
保健師	バイタル管理 病状の把握 療養生活管理と見守り 体位交換や排泄ケア おむつ交換 腹式呼吸機能訓練の実施・指導 酸素管理 気切の観察ケア 褥瘡の観察 褥瘡の症状観察及び処置 咳の症状観察及び処置 ネブライザーの施行 吸引 胃瘻の観察ケア 死後の処置	医療処置的行為	直接ケア
	ヘルパー導入までの身体介護と家事援助 デイサービス事業所内での直接ケア デイサービス現場での一般状態の観察 短期入所時等は看護業務対応 緊急で短期入所導入時の夜間の施設内ケア	他のサービスでの直接ケア	
	介護家族のサポート 家族の相談窓口 デイサービス等の職員の相談窓口 医療面の相談	家族ケアの相談 福祉専門職の相談	相談
	介護支援のコーディネート 島外家族との調整 介護体制調整（家族の支援体制やサービス導入調整） 医療福祉との連絡調整	家族介護の調整	
	介護支援専門員に同行訪問を依頼 デイサービス利用に向けての調整 医療福祉との連絡調整 インフォーマルサポート調整 役場・介護支援専門員と介護保険導入の検討 受診勧奨	在宅ケア関係者との調整	調整
	他者との交流や介入のきっかけ作り 家族の健康管理 家族への介護指導 家族に介護保険の説明	本人・家族教育	教育
	ヘルパーに病態や体位交換の指導 デイサービス提供者への感染予防指導	支援者の教育	
	福祉用具導入（自費） 介護ベッドの導入 介護保険手続き 家族と保健師の橋渡し ケアマネへの情報提供 ケアマネとの連絡調整 社協との連絡調整 村行政への働きかけ 行政とケアマネの架け橋 ケースの金銭工面	福祉行政 在宅ケア関係者との調整	直接ケア 調整

表4-2 専門職毎の具体的支援内容

支援者	具体的支援内容	小分類	大分類
介護支援専門員	住宅改修 医師往診導入 ヘルパー導入検討 ヘルパーの導入 デイサービスの計画 介護保険制度の説明 サービス計画（実施に至らず） 診療所や社協、保健師との情報交換 家族間の調整 保健医療福祉のコーディネート ケア体制構築に奮闘	ケアマネジメント	調整
	気切や胃瘻の観察ケア ショートで施設内ケア（吸引・排泄） ヘルパーに助言	医療処置的行為 支援者の教育	直接ケア 教育
ヘルパー	身体介護 家事援助 ショートで施設内ケア（体位交換・排泄） 死後の処置	介護 他のサービスでの直接ケア	直接ケア
	島外家族との調整 家族間の連絡調整 病状観察し報告 ケアマネとの調整 ケアマネに連絡 金銭工面	家族介護の調整 在宅ケア関係者との調整	調整
准看護師 (デイサービス)	通所介護 身体介護 状況把握 介護用具の導入 死後の処置 ショート時の抗生剤点滴の管理 ショート時の症状管理 ショートで施設内ケア 夜間の病状管理	デイサービス 他のサービスでの直接ケア	直接ケア
	家族への連絡調整 家族への状態報告 通所介護現場の調整 ケアマネへの現状報告 ショート対応への調整 ショートスタッフ調整	家族介護の調整 在宅ケア関係者との調整	調整
	ヘルパー導入の勧め ヘルパーへの介助指導	本人・家族教育 支援者の教育	教育
	医師往診の補助 流動食の検討と実施 死後の処置 医療症状の管理 内服方法の検討 保健福祉に情報提供 医師への相談助言 家族に介助方法指導 ヘルパーに介助方法指導	関係者調整 専門職の相談 家族教育 支援者の教育	相談 教育

< 事例 4 >

85歳の男性で妻と二人暮らし。平成15年7月に骨髄異形成症・急性心筋梗塞・心不全で島外の病院へ急患搬送され入院した。本人が島に帰りたく強く希望したため、妻は息子夫婦と相談し、本人の意思を尊重し島に帰ることになった。退院に伴い介護のために、本土から息子夫婦が島に転入し、療養生活と息子夫婦同居による介護生活が同時にスタートした。

息子夫婦が一時的に島外に出ることになり、「島で短期間預かってほしい」と短期入所を希望した。島には、高齢者生活福祉センターで自立高齢者を対象とした短期入居の事業はあるが、介護保険の短期入所サービスはなく、要介護高齢者は対象外であり、受け入れたことがなかった。しかし、この事例をきっかけに専門職者は島独自の短期入所サービスを誕生させ、この事例の短期入所を可能にした。

役場福祉担当と介護支援専門員は、事例のニーズにあわせて高齢者生活福祉センターで短期入所ができるように村長へ働きかけた。村長は、介護保険サービスの対象ではないが、センターで24時間のケアができるような体制をつくることに合意し、その準備が始まった。

センターで要介護者の短期入所が開始されたことで、診療所医師は自宅同様に生活福祉センターに往診した。また、点滴管理などデイサービスの准看護師やヘルパーに対し医療技術指導を行い、医療面からサポートした。死亡までの半年間で7回、島独自の短期入所を利用したが、日中はヘルパーが施設内ケアを行い、夜勤は主にデイサービスの准看護師が交替で対応した。その間のデイサービスでの看護業務は、保健師が担当していた。つまり、短期入所のニーズが発生したため、島独自の短期入所サービスを提供するために、それぞれのルチーン業務の枠を超えた役割を担っていた。医師がコメディカルや

福祉職に医療技術を指導し、訪問介護担当のヘルパーは日中の短期入所のケア、日中のデイサービス担当の准看護師は夜勤の短期入所のケア、保健師はデイサービスの看護業務を担っていた。

2) 専門職ごとの支援内容

8事例について保健・医療・福祉の専門職毎の支援内容は、表4-1、表4-2で示すとおりであった。

医師の支援内容は、“医療症状の管理”などの「訪問診療業務」と、“福祉職への医療技術指導”、“准看護師への点滴管理などの指導”の「コメディカル教育」の2つに小分類でき、<直接ケア>と<教育>に大分類できた。

保健師の支援内容は、“バイタル管理”や“病状の把握”などの「医療処置的行為」と、“ヘルパー導入までの身体介護と家事援助”や、“緊急で短期入所導入時の夜間の施設内ケア”など「他のサービスでの直接ケア」に小分類され、この内容は<直接ケア>とした。

“介護家族のサポート”などの「家族ケアの相談」、「デイサービスなどの職員の相談窓口」などの「福祉専門職の相談」を<相談>に大分類、「家族介護の調整」と「在宅ケア関係者との調整」を<調整>に大分類、「本人・家族教育」と「支援者の教育」が<教育>に大分類できた。

4. 在宅ターミナルケアの支援者たちの役割

在宅ターミナルケアに関わった支援者たちの支援内容

を小分類と大分類で整理した(図2)。特記すべき役割として、医師はコメディカル教育、保健師は「他のサービスでの直接ケア」と「福祉専門職の相談」、「支援者の教育」、診療所准看護師は「福祉専門職の相談」と「支援者の教育」、看護師の資格を持つ介護支援専門員は「医療処置的行為」と「支援者の教育」、デイの准看護師は「他のサービスでの直接ケア」と「支援者への教育」、ヘルパーは「他のサービスでの直接ケア」が挙げた。医師以外の支援者たちの共通は、「在宅ケア関係者との調整」が双方向で行われていた。

それぞれの支援者たちは、在宅ターミナルケアという非日常的な役割を担うために「調整」をとりつつ「直接ケア」を実施し、必要に応じて双方向で「相談」や「教育」が実施されていた。特に、保健師と診療所の准看護師は、「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」の4つの機能を活かした看護実践を展開していた。

・考察

1. 南大東島の「在宅死」の実現要因

在宅ターミナルケア成立の条件として、医療者側は「24時間ケア、学際的なチームケア、医師の往診や看護師の訪問看護が可能、及び緊急時の入院施設の確保が可能であること」¹⁰⁾があげられている。しかし、その条件を満たすことの困難な南大東島で、在宅ターミナルケアが実現していたことは、医療者側の条件は代替え可能であり必要十分条件ではないといえる。

在宅ターミナルケアが実現した南大東島の8事例の結

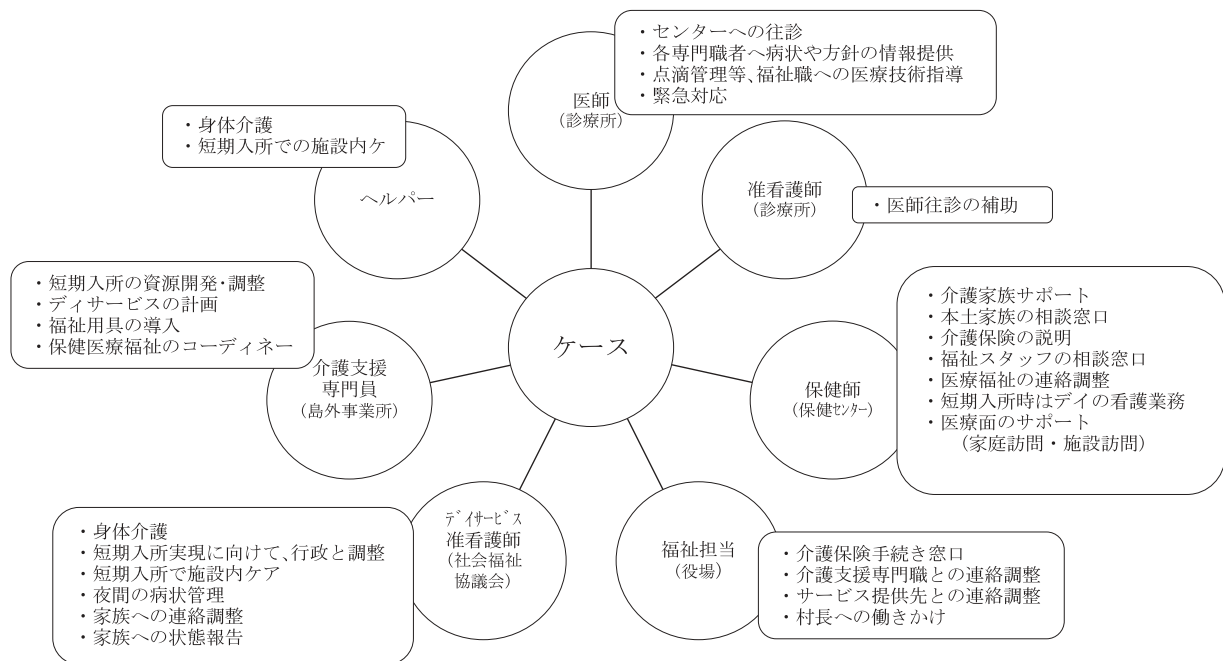


図1 事例4の具体的支援内容

果は、島の保健・医療・福祉の専門職が関与し、特に保健師、診療所医師、役場福祉担当は全事例に関わっていたこと。保健師が保健・医療・福祉の専門職以外の人びとや島外の専門職をケアの提供者にしていたこと。

対象のニーズ発生時、独自のサービスを誕生させていたこと。医師の医療技術の指導もあり、保健・医療・福祉の専門職がそのニーズを満たすために、ルチーン業務の枠を超えた役割を担っていたこと。関係者との「調整」がなされ、必要な「直接ケア」、「相談」、「教育」が機能していたこと。保健師と診療所の准看護師が「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」を実践していたことであった。支援者たちは、在宅ターミナルケア成立の条件の整わない離島で、「ないものねだり」をせず創意工夫を行い「あるもので勝負」で「在宅死」を実現していた。

つまり、小離島における「在宅死」の実現要因は、行政を含め島の保健・医療・福祉の専門職による全員参加型での支援 専門職以外の島民の参加や島外の専門性の活用 専門職はニーズ重視のサービス提供の姿勢 医師の医療技術指導の下での専門職の柔軟な発想による多機能な支援 専門職間の双方向の「調整」、「相談」、「教育」 看護職の看護の4つの役割機能の発揮であると考えられた。

島嶼県の沖縄県には40の指定された有人離島があるが、架橋で陸路が確保されている島を除くと27島になる。その島々は人口4万人以上の石垣島や宮古島から人口6人の新城島まで様々である。そこで沖縄県人口の約1割が

暮らし、特に高齢化が進行している。小離島において、保健・医療・福祉の基盤整備や介護保険サービスの供給体制は、脆弱であるが、人口100人以上の島には診療所があり医師と看護師または准看護師が配置され、保健師は、全市町村に確保され、離島であっても無保健師地区はない¹¹⁾。

離島における保健・医療・福祉の基盤整備や介護保険サービスの供給体制は、今後も容易ではない。在宅の介護保険サービスの供給体制を介護保険施行時と3年後で比較して、ほとんど変化がなく減少している島さえある結果から明らかである(図3)。そのため、基盤整備の弱さという不利性の克服をめざすことは得策ではないと考える。南大東島の事例は、診療所の医師と准看護師、保健師が確保されているという有利性が活かされたことで、在宅ターミナルケアが島で実現していたのである。

沖縄県の離島は、診療所に医師と看護師が常駐していること、保健師が配置されていることから、在宅ターミナルケアは多くの島で実現する可能性が高いことが示唆された。

2. 小離島における在宅ターミナルケア実現のための看護職者の役割機能

南大東島の在宅ターミナルケアは、本人とその取り巻く家族の在宅死のニーズをかなえるために、いのちと生活を守る行政の柔軟な対応、医師の医療症状の管理とコメディカル教育、看護職(保健師、看護師、准看護師)の看護の4つの役割機能(「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」)

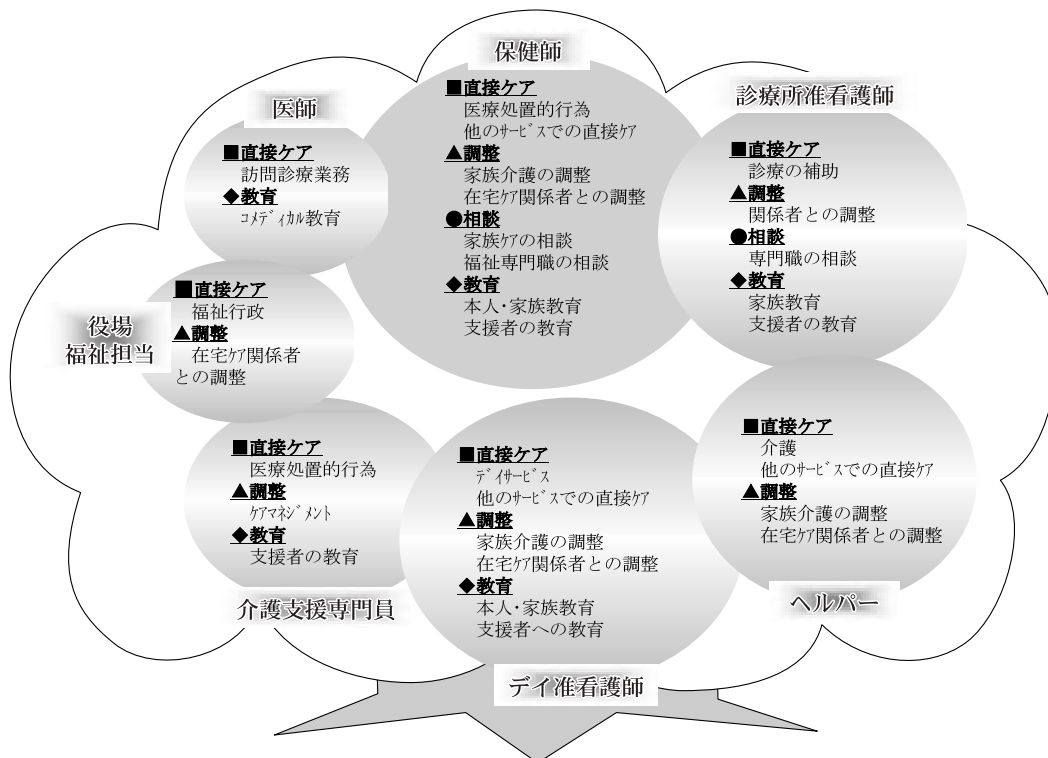


図2 在宅ターミナルケアの支援者たちの役割

「教育」)の実践が根幹にあった(図4)。そして、島の保健医療福祉の支援者たちとの調整、知人や隣人などの互助の発揮、島外の専門職の活用がなされていた。その調整役(つなぎ役)は看護職が役割を担っていた。

重介護で介護力のない癌末期の老夫婦世帯の事例でも、看護の4つの役割機能の発揮により在宅ターミナルケアが展開され在宅死が実現していた¹²⁾。看護職からみた沖縄県内のターミナル期看護の現状と課題において、在宅ターミナルケアを提供する訪問看護ステーションで

は、現状の工夫点は主治医や家族との「連携」、課題は「調整的役割機能」の強化と「介護支援体制」の充実をあげていた¹³⁾。また、訪問看護師が認識する在宅ターミナルケアで看護職に必要な実践能力として、苦痛を緩和する力や希望を支える力に、「調整する力」が加わっていた¹⁴⁾。

在宅ターミナルケア実現のための看護職者の役割機能として、看護の4つの役割機能を発揮することが重要であることを、小離島の実践でも裏づけていた。

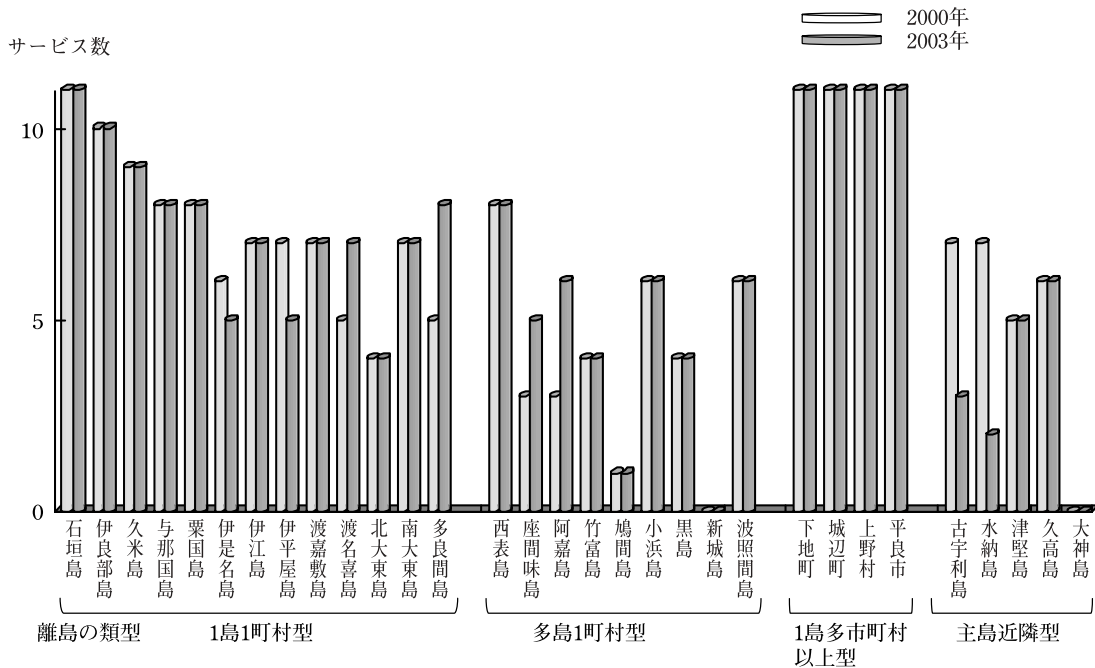


図3 27島の介護保険サービス(在宅)の供給体制 - 介護保険施行時(2000年)と3年後(2003年)の比較 -

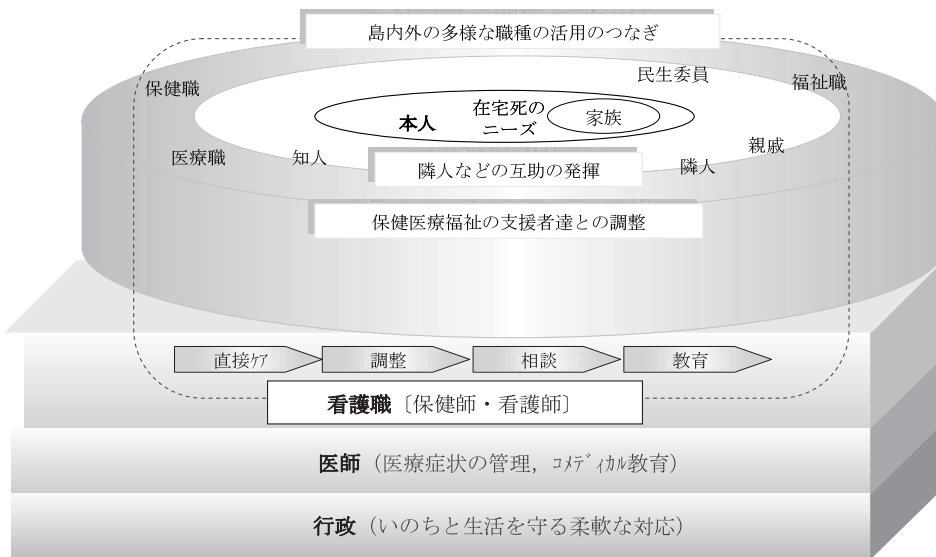


図4 小離島における在宅ターミナルケア実現のための看護職の役割

3. 本研究の限界と課題

本研究は、平成12年～18年（過去7年間）の保健師記録を基に支援者たちを把握し、面接により支援内容を確認した。そのため、保健師記録や過去の記憶による面接内容の信憑性には限界がある。また、保健師記録を基礎にしたことで、保健師の役割が多くあがった。しかし、訪問看護ステーションのない島で在宅ターミナルケアを実施するために、保健師が情報を集約している環境にあると考えた。

既存統計から離島での「在宅死」の把握は困難である。今後、離島の在宅死の把握及び在宅ターミナルケアの実態を把握し、小離島における在宅ターミナルケアのシステム化を図りたいと考える。

結論

南大東島で過去7年間に在宅でケアを受けた全8事例の在宅ターミナルケアに関わった支援者たちに、保健師記録を基礎に支援内容に関する面接を行った。その結果、南大東島における在宅ターミナルケアに関わった支援者たちの支援内容から、小離島における「在宅死」の実現要因として以下のことが明らかになった。

- 1) 島の保健・医療・福祉の専門職が関与し、特に保健師、診療所医師、役場福祉担当は全事例に関わっていた。
- 2) 保健師が保健・医療・福祉の専門職以外の人びとや島外の専門職をケアの提供者にしていた。
- 3) 対象のニーズ発生時、独自のサービスを誕生させていた。
- 4) 医師の医療技術の指導もあり、保健・医療・福祉の専門職がそのニーズを満たすために、ルチーン業務の枠を超え柔軟で多機能な役割を担っていた。
- 5) 関係者との「調整」がなされ、必要な「直接ケア」、「相談」、「教育」が機能していた。
- 6) 保健師と診療所の准看護師が「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」を実践していた。

小離島における在宅ターミナルケアの実現に向けた看護職の役割は、看護の4つの役割機能（「直接ケア」、「調整」、「相談」、「教育」）を発揮することであり、特に「調整役」が求められていることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました南大東島の在宅ターミナルケアに関わった保健・医療・福祉の専門職及び専門職以外の人びとや島外の専門職に深く感謝いたします。

文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態統計年報：死亡の場所別にみた都道府県別死亡数・構成割合，2006
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態統計：平成7年度人口動態社会経済面調査，1995

- 3) 高木照幸：在宅ターミナルケアの成立条件，日本在宅ケア学会誌，1(1)：67-71，1998
- 4) 人見裕江，中村陽子，他：郡部の高齢者の在宅死に及ぼす影響要因，川崎医療福祉学会誌，10(1)：87-95，2000
- 5) 服部文子，上村和正，他：訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする因子の検討，日本老年医学会雑誌，38(3)：399-404，2001
- 6) 浅見美千江，浅見洋，金川克子，他：人口減少地域における在宅終末期療養に関する住民の意識 - 白山麓地域の場合 - ，石川看護雑誌，4：33-38，2007
- 7) 宮田述子，安江悦子，他：山村過疎地域における高齢者の看取りと医療福祉サービス，岐阜医療科学大学紀要，1：131-140，2007
- 8) 近藤功行：終末期ケアと伝統的宗教儀礼の関わり - 琉球列島における調査研究 - ，日本公衛誌，39(10)：799-807，1992
- 9) 井上幸子・平山朝子・他編集：看護学大系第1巻看護とは(1)第2版，28-36，東京，日本看護協会出版会，2000
- 10) 川越厚：家での看取りのための条件，川越厚：在宅ホスピスケアを始める人のために，東京，医学書院，12-19，1996
- 11) 大湾明美・宮城重二・他：沖縄県有人離島の類型化と高齢者の地域ケアシステム構築の方向性，沖縄県立看護大学紀要，6：40-49，2005
- 12) 大湾明美・照屋守一・他：在宅ターミナルケア実現への援助 - 在宅療養のための相談調整から訪問看護の展開 - ，臨床看護，25(9)：1311-1318，1999
- 13) 金城利香・前原なおみ・大湾明美・他：看護職者からみた沖縄県内のターミナル期看護の現状 - ホスピスケアと在宅ターミナルケアの比較 - ，平成12年度笹川医学医療研究財団研究報告書，2001
- 14) 松村ちづか：在宅ターミナルで看護師に必要な実践能力 - 必要な看護実践能力の内容と課題 - ，埼玉県立大学紀要，6：61-66，2004

The factors which make “ dying at home ” possible in a little isolated island: From the practices of end of life care at home, in Minamidaitou Island

Akemi Ohwan¹⁾, Rumi Bando²⁾, Masayoshi Sakugawa¹⁾,
Sayuri Kurechi¹⁾, Ayako Uehara¹⁾

Abstract

【Objective】 The purposes of this study are to search for the factors which make “ dying at home ” possible and to find the nurse ’ s roles in end of life care at home, by analyzing the practices of care givers who took parts in end of life care in a little isolated island with poor infrastructures for health and welfare.

【Methods】 Subjects are the care givers who took parts in end of life care at home for eight cases in Minamidaitou Island in seven years, from 2000 to 2006. Methods are confirming cases of end of life care and interviewing the care givers about details of the practices based on the records of public health nurses. Classified the practices of each care giver, and indicated the representative ways of care of each practice(small categories), and grouping them according to the four-nursing-role-functions, which are “ Supportive role function by direct care(Direct care) ” , “ Coordinative role function(Coordination) ” , “ Consultative/supportive role function(Consultation) ” and “ Educative/directive role function(Education) ” .

【Results and discussions】 The factors which make the “ dying at home ” possible were supports by the all health, medical and welfare professionals in island, including the staff of municipality, attendance of non-professional habitant in island and good use of out-of-island professionals, attitude of the professional which attaches importance to the needs of each case, professional multifunctional practices by flexible ideas under the medical doctor ’ s technical guidance, bidirectional “ Coordination ” , “ Consultation ” and “ Education ” between professionals. full usage of the four-nursing-role-functions.

The nurse ’ s roles in end of life care at home, which make “ dying at home ” possible, is making full usage of the four-nursing-role-functions (“ Direct care ” , “ Coordination ” , Consultation ” and “ Education ”). It was suggested that “ Coordination ” was the especially needed role-function.

Key words : isolated island, dying at home, end of life care at home, nurse

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

2) Minamidaito-village Public office

報告

助産技術教育へOSCE(客観的臨床能力試験)の導入

玉城清子¹⁾ 賀数いづみ¹⁾ 井上松代¹⁾ 西平朋子¹⁾ 下中壽美¹⁾ 前田和子¹⁾

要約

法的に助産師は正常な妊産婦及び新生児に対し自己の責任範囲で診断とケアができる。しかし看護教育の大学化に伴い、助産師教育機関も大部分が大学の統合カリキュラムで行われ、科目および実習の単位数が少ない現状にある。少ない時間数で学習効果を上げるためには教育方法の改善が必要である。「助産診断・技術学Ⅰ」は妊産婦および新生児の健康状態を診断し、それにもとづく援助方法を学習する助産師コースの重要な科目である。

今回、我々は助産師の教育改善を図る目的で「助産診断・技術学Ⅰ」にOSCE(Objective Structured Clinical Examination 客観的臨床能力試験)を取り入れた授業を行った。学生からは、臨場感あるOSCEの課題に取り組んだことが、臨床実習で役立ったとのコメントが得られた。OSCEの助産師教育への導入は、効果的な教育方向の1つであることが示唆された。

キーワード：助産診断・技術学Ⅰ、助産師、OSCE、課題シート、評価マニュアル

はじめに

助産師は、正常に経過している産婦の分娩介助および妊婦・褥婦・新生児のケアが自己の責任の下でできる。母子のケアを助産師が責任を持ってできるためには、妊産婦・新生児に関し十分な知識と技術が必要である。しかし、看護教育の大学化に伴い、助産師教育も大部分が大学の統合カリキュラムで行われるようになり、科目および実習単位数が少ない現状にある¹⁾。

助産師業務の中核をなす分娩介助では、母児の健康状態のアセスメント、分娩経過の診断と予測ができる能力、産婦への適切なケアの提供が求められる。時として助産師の判断の誤りは母児の健康に重大な影響を及ぼすことがあるため、助産師学生といえども助産に必要な知識と技術を伴った臨床能力が求められる。昨年、一部の実習施設より助産学生としての知識・技術の到達状況が低いことが指摘され、本学における助産師教育の質改善が迫られた。助産師教育の中で臨床実習の占める割合は大きい。しかし、少ない教員数では昼夜問わず行なわれる実習指導を行なうことは不可能である。短期間で分娩介助実習の課題を到達するためには助産学生自身が臨床能力をつけ、自ら必要時臨床指導者から助言を得ることが求められる。

OSCEとは、臨床的に必要な技能や態度を養う目的で開発された教育法で、客観的に同一条件下でひとりひとりの能力を評価するもので²⁾、医歯学系大学の卒前教育で広がりつつあり³⁾、また看護教育への導入も始まっている⁴⁾⁵⁾。今回、助産学生の臨床能力の向上を目的として、助産師に必要な診断とケアを学習する重要科目である「助産診断・技術学Ⅰ」にOSCE(Objective

Structured Clinical Examination 客観的臨床能力試験)を取り入れたので報告する。

・助産診断・技術学 の講義内容

「助産診断・技術学Ⅰ」は3単元90時間の演習科目であり、助産師に必要な診断と援助技術を学ぶ科目である。科目の到達目標は2つあり、1つはマタニティサイクルの助産診断と援助ができること、もう1つは助産師として新生児のアセスメントと援助ができることである。授業内容は、妊婦の健康診査と保健指導、出産準備教育、産婦の健康診査と保健指導、褥婦・新生児の健康診査と保健指導、ハイリスク妊産婦及びハイリスク新生児のヘルスアセスメントと看護の5単元から構成されている(表1)。そのうち助産師が対象とするのは正常に経過している妊産婦・新生児である。そこで「妊婦の健康診査と保健指導」、「出産準備教育」、「産婦の健康診査とケア」、「褥婦・新生児の健康診査と保健指導」の4単元では演習を中心に行い、各単元終了時にOSCEによる評価を行なった。以下に4つの単元の演習内容と演習終了後のOSCEによる評価法の一部を報告する。

・助産診断・技術学 におけるOSCEの実施

助産診断・技術学Ⅰの科目開始時、本年度からOSCEを取り入れることを学生に周知させた。同時にOSCEの方法も知らせた。なお学生へOSCEの結果を客観的に見てもらうために学生の同意を得てビデオや写真の撮影を行った。OSCEの課題終了毎に各評価者が評価シートを用いて、できた点やできていなかった点、改善した方がよいと感じた点を学生へフィードバックした。以下に各単元のOSCEによる評価の一部を示す。

1) 沖縄県立看護大学

玉城他：助産技術教育へOSCE（客観的臨床能力試験）の導入

表1 助産診断・技術学 I の授業内容

単元	内 容	方法
妊婦の健康診査と保健指導	助産診断・技術学の概念、助産診断の概要 妊婦健康診査の助産技術 妊娠期に必要な保健指導 Presentation: 保健指導用パンフレット	講義・演習 演習
	OSCE 1 1) 妊婦の健康診査 I (子宮底長測定、浮腫のチェック) 2) 妊婦の健康診査 II (レオポルド触診、児心音聴取、分娩監視装置装着) 3) NST判読とリーダーへの報告 4) 貧血に対する食事指導	OSCE
出産準備教育	出産準備教育(理論編) 出産準備教育(実技編) 出産準備教育教材作成 Presentation: 保健指導案	講義 演習
	OSCE 2 1) 入院の時期 2) 分娩第1期(前半)の援助 3) 分娩第1期(後半)の援助 4) 分娩第1期(全開大)の援助	OSCE
産婦の健康診査とケア	分娩進行にかかわる診断技法 産婦の分娩への適応状態の診断 Presentation: 分娩期の助産過程 子宮口全開前後のケア 児娩出助時のアセスメントと援助	演習
	OSCE 3 1) 分娩進行のアセスメント 2) 分娩介助物品の準備 3) 産婦の準備(外陰部洗浄～清潔野の作成)	OSCE
褥婦・新生児の健康診査と保健指導	正常経過にある褥婦のアセスメントと援助 Presentation: じょく婦のケアプラン、保健指導案 正常経過にある新生児のアセスメントと援助 Presentation: 新生児に関する保健指導案	演習
	OSCE 4 1) 産後の復古 2) 乳房の観察と授乳指導 3) 新生児のバイタルサイン測定 4) 新生児の生理的变化	OSCE
ハイリスク妊産褥婦及びハイリスク新生児のヘルスアセスメントと看護	ハイリスク妊婦のヘルスアセスメントと看護 ハイリスク産婦のヘルスアセスメントと看護 異常褥婦のヘルスアセスメントと看護 合併症を持つ妊産褥婦のアセスメントと援助	講義
	正常経過からの逸脱、治療を要する新生児及びハイリスク新生児のアセスメントと援助	講義

<p>あなたは、産婦人科外来担当の助産師です。妊娠 39 週 5 日の与儀春美さんを受け持ちます。NST の指示があり、モニター室であなたが、分娩監視装置を装着します。</p> <p><与儀春美さんの情報></p> <p>28 歳、初産、身長 160cm、非妊時体重 53kg、これまでの経過は特に問題なし。本日すでに分かっている結果は、BP 126/66mmHg、Wt60kg (1 週間前より 400g 増)、尿タンパク (-)、尿糖 (-)、先週の健診で EFBW : 3260g、第 2 頭位 (37 週から第 2 頭位)、児心音 148bpm/分、胎動良好でした。</p> <p><<課題>></p> <p>与儀さんは、先にモニター室に案内されてベッドに横になっています。そこへあなたが入ってきて、分娩監視装置を装着し、NST を実施します。実施時は、行っている手技について声を出して何をしているのか分かるようにしてください。すべての課題指定時間は 8 分以内です。</p>
--

図1 妊婦の健康診査 課題シート

評価ポイント	2	1	0
1 対人関係・コミュニケーションの基本的能力			
2 妊婦への配慮(不必要な露出を最小限にしているか、診察台での仰臥位や起き上がり時の安全や不快症状の有無、手技実施前の声かけなど)			
3 レオポルド触診の知識とアセスメント能力			
4 児心音聴取についての知識とアセスメント能力			
5 分娩監視装置装着・NST実施についての知識とアセスメント能力			
1 自然に挨拶・自己紹介を行い安心感をもてる雰囲気だったか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 先に、所要時間の大きな説明と排尿を済ませているか確認したか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 技術前に対象者への声かけを行いながら実施したか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 妊婦への配慮: 不必要な露出を最小限にしていたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 妊婦への配慮: 診察台での仰臥位低血圧症候群を考えた姿勢をとっていたか(上体を約30度挙上する)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 妊婦の右側に立ち、頭の方に向き、軽く両膝をたてさせてレオポルド触診を実施したか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 触診第1段法: 子宮底部に両手を密着させ、声を出して、硬さや形の確認、臀部・小部分(足)を推定したか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 触診第2段法: 腹部の左右に両手をあてて、上側から下側に手を移動させながら、左右交互に腹部を押し(片方の手は支え)、声を出して硬さや形の確認、右側臍縁線上中央当りに児背を推定したか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 右側臍縁線上中央で、ドップラーを用い、児心音聴取を行った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 分娩監視装置: 電源を入れたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ベルトを2本腹部に巻き、ドップラートランスデューサーと陣痛計をベルトで固定したか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 記録用紙送りボタンを押し、スタート(3cm/分)させたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 児心音の表示があるか確認していたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 腹部触診し子宮収縮がない状態を確認してゼロ設定したか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 装着中、細かいことに気を配り、常に声かけ、不快感の有無を確認していたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ボーナス: 装着中に何かあった場合(気分不良やトイレ)に、どのように連絡するかを具体的に説明しておいたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*レオポルド触診は、第2段法までの実施でよいことを伝えてください。 *ベッドはフラットにしておいて、学生に調整させるようにして下さい。			

図2 妊婦健康診査と保健指導 評価シート

<p>産婦の情報</p> <p>仲村夏美さん 26歳 初産婦 妊娠39週5日 妊婦経過特に異常ありません。</p> <p>あなたは入院時から仲村さんを受け持ち援助を行っています。分娩開始から8時間経過、分娩経過は順調です。</p> <p>現在の所見は子宮口8cm、展退80%、St±0、陣痛周期3分毎、陣痛発作60秒、未破水</p> <p>内診後は、アクティブチェアに座って1人で過ごしています。発作時、努責感が強く、ずっといきています。</p> <p>課題</p> <ol style="list-style-type: none"> 呼吸法・産痛緩和法を用いて、いきみをのがす援助を行ってください。 なぜこの時期にいきていけないのか説明して下さい。 <p>(試験時間 10分)</p>
--

図3 出産準備教育 課題シート

1. 妊娠期の健康診査と保健指導

「妊娠期の健康診査と保健指導」では、まず既習内容の確認を本学教員作成の自己学習ノート(ALOHA note)を用いて行った。その後、助産師として必要な妊婦健診法の学内実習と妊婦保健指導内容の抽出とパンフレット作成を行った。

この単位では4項目をOSCEで評価した。そのうちのひとつである妊婦健康診査「妊婦の健康診査(レオポルド触診や胎児心音聴取、分娩監視装置の装着)」について行ったOSCEによる評価法について記述する。学生は課題シート(図1)で分娩監視装置を装着することが求められている。分娩監視装置のトランスデューサーは



写真1. 呼吸法・産痛緩和法の実践場面

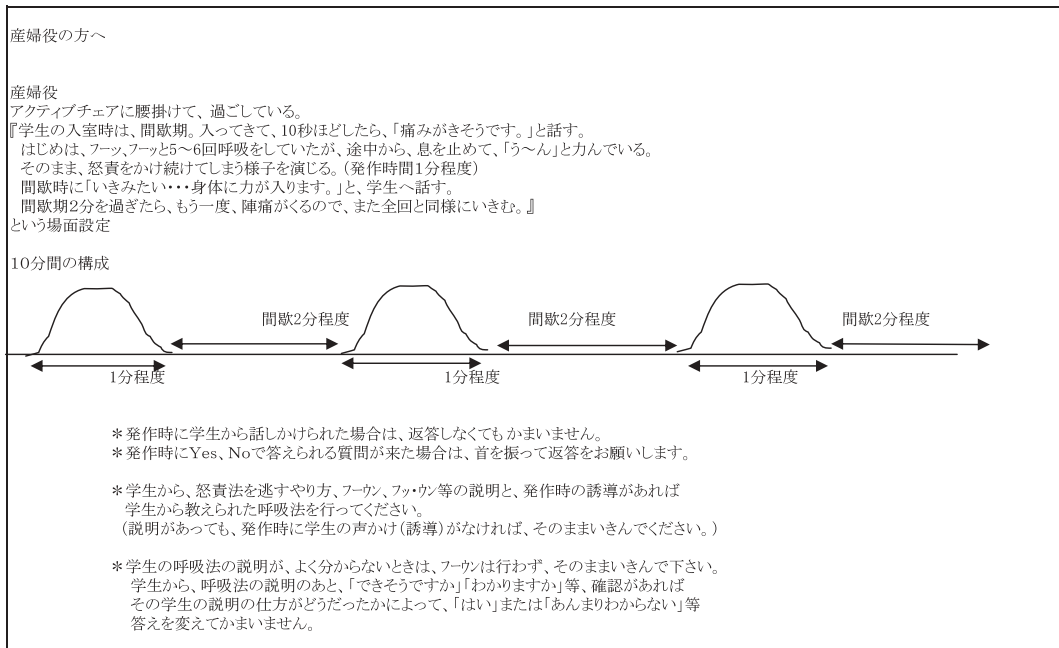


図4 出産準備教育 産婦役シナリオ

児心音が明瞭に聴取される部位に装着しなければならない。そのために学生はレオポルド触診で胎児の背肩甲部位の場所を探し出す必要がある。また、対象は妊娠末期であることから仰臥位低血圧症候群に留意しながら課題に取り組む必要がある。学生の実践状況の評価は評価シート（図2）によって行なわれた。

ここでの課題はレオポルド触診や胎児心音聴取、分娩監視装置の装着であった。しかし、学生は妊婦役へ挨拶もできない、視線を合わせない、声かけもせずすぐに行動に移る等、助産技術以前の看護者としての基本的態度ができてないことが明らかとなった。初めてのOSCEに

よる評価であったため妊婦の健康診査は再試験の者も数人いた。臨床場面設定により助産技術のみでなく対象者との関わり方についても次回の評価項目に含めることが必要となった。

2. 出産準備教育

出産準備教育は理論の学習、現在病院で実践されているマタニティビクス、呼吸法、リラックス法の学内実習が行われた。その後、出産準備教育指導で使用するパンフレット内容の検討と作成が行われた。OSCEでは入院時期の指導、分娩第1期（前半）の援助、分娩第1期

評価ポイント	2	1	0
1. 分娩第1期後半、怒責感が出てきた産婦への援助の確認 1) 怒責感を逃すために呼吸法をもちいた援助ができるかどうか 2) 長く怒責しすぎるとはいけない事を産婦へうまく伝えられるかどうか			
1. きちんと名前を呼んで話しかけることができた		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 産婦の顔を見て話しかけることができた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 優しい言葉・あたたかい言葉をかけることができた。 （産婦を否定するような言葉は使用していない。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 産婦の状況に合わせて、適切な呼吸法を説明できた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 陣痛発作時、産婦が呼吸できるような声をかけて一緒に実施した。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 産痛緩和法を実施できた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 怒責による胎児への影響について説明した。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 怒責による産婦への影響について説明した。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 産婦に合ったケアを行うために努力していた。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計		／	15

図5 出産準備教育 評価シート

受け持ち産婦の努責感が増強し、陣痛発作時に胎胞がみえ、肛門が膨開しています。分娩介助の準備をして清潔野を作成して下さい。

* 産婦に声かけをして下さい。

(制限時間 12分)

図6 産婦の健康診査とケア OSCE 3 課題シート

目標	2	1	0
1. 外陰部洗浄ができる			
2. 直接介助者の準備(ガウン着用・手袋装着)ができる			
3. 清潔野の作成ができる			
1. 外陰部洗浄することを産婦に告げた。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 洗浄液の温度を事前に直接確認した		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 洗浄の順序(上から下、中央から外側)を遵守した		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 洗浄中、綿花を適切に取り扱った		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 消毒範囲が十分であった		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 導尿の実施をしようとしたら今回は実施しなくてよいことを告げる			
6. 外陰部洗浄後ガウンを着用した(介助者の準備)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ガウン着用後、滅菌手袋を適切に装着した		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 清潔野を作成した (産婦の準備)			
1) 腰下シートから敷いた		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 自分の清潔を保持した方法で清潔野を作成した		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 足袋、腹部覆いシートで効果的に清潔野を確保できた		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 清潔野の保持のための産婦への声かけができた		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 時間内に実施できた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 外陰部洗浄後のシート・汚水受けを適切に片づけた		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
合計		/ 14	

図7 産婦の健康診査とケア 評価シート

(後半)の援助、分娩第2期(子宮口全開大)の援助の4項目を評価した。ここでは、そのうちの分娩第1期(後半)の援助について記述する。課題は図3に示すように陣痛が2~3分間隔で発来、子宮口8~9cm開大、先進部も座骨棘付近まで下降し努責感がある産婦の援助である。この時期に努責を行うと子宮頸部の浮腫や頸管裂傷の要因になったり、円滑な分娩進行を妨げたりする。そのため、この時期には産痛緩和と努責を逃す援助が求められる。努責を逃す方法として呼吸法があり、学生にはそれを指導するための知識と技術が要求される。場面設

定に臨場感をもたせるために教員が模擬産婦になった(写真1)。また、模擬産婦の態度が学生毎に異なるようシナリオ(図4)を作成し、演じてもらった。評価は図5に示すように「陣痛発作時に産婦が、呼吸法ができるよう声をかけて一緒に実施した」や「産痛緩和法が実施できた」などであり、呼吸法については実施の有無で、また産痛緩和法については呼吸法と合わせて行うことができれば高い評価が得られ、実施しなかった者は評価が低くなるよう設定した。

この課題が達成できた学生もいたが、できていない者もいた。できていない学生は、呼吸法の知識はあるが適切な言葉で説明することや産婦が実践できるようリードしていない、状況把握が不十分で一方的な説明になっている等があった。また、臨地実習を前提とした出産準備教育の学習であるにも関わらず、指導内容を十分理解していない学生もいた。OSCEで評価されることにより学生は理解不足や実践力不足への気づきがみられた。また教員はOSCEにより学生個々の課題が可視化できた。

3. 産婦の健康診査とケア

産婦の健康診査とケアの単元では、分娩進行に関わる診断技法と産婦の分娩への適応状態の診断をグループ学習した。OSCEでは分娩進行のアセスメント、分娩介助物品の準備、産婦の準備(外陰部洗浄~清潔野の作成)の3項目を評価した。そのうち産婦の準備の項目について記述する。産婦は課題シート(図6)に示すように陣痛発作時、陰門から胎胞が見え肛門も膨開し、分娩が近い状況である。分娩を清潔な環境で行わせるために産婦の外陰部を洗浄することと清潔野の作成が今回のOSCEの課題であった。評価シート(図7)にある洗浄の順序や範囲、ガウンや滅菌手袋の着用、清潔野の作成ができることが求められている。分娩が切迫している状況の中、制限時間内で準備することが課題であった。すべての学

与儀春美さん 28歳 初産婦です。本日は産褥2日目です。妊娠中は特に異常なく経過し、38週5日で2996gの女児を出産しました。春美さんは母児同室で授乳を行っています。これまでほとんど赤ちゃんを抱っこした経験のない春美さん。「おっぱいをうまく赤ちゃんに含ませることができません」と不安そうです。そんな与儀さんに対して授乳指導を行うことになりました。

<課題>

授乳時の姿勢、抱き方、乳頭の含ませかた、はずし方について説明を行ってください。

観察した所見や説明内容については口頭で述べてください。

(制限時間: 10分)

図8 乳房の観察と授乳指導 課題シート

生が必要物品の準備、外陰部洗浄・清潔野の作成を制限時間内に終了することができた。

4. 褥婦・新生児の健康診査と保健指導

褥婦・新生児の健康診査と保健指導の単元では、褥婦の身体的・心理的・社会的変化やケアの理解、新生児に関する生理的特徴やケアの理解、またペーパーベシエントを用いての産褥期ケアプランの立案、褥婦への保健指導内容を抽出し、発表及び討論を行い知識の共有をはかった。この単元で学習した4項目をOSCEで評価したが、そのうち臨床で頻繁に遭遇する、ぎこちない抱き方で、緊張感に満ち、不安そうな初産婦の「乳房の観察と授乳指導」の課題について記述する（図8）。ここでは授乳指導に必要な知識や技術を評価した。この課題は母性保健看護実習での既習内容であり、乳房の状態や授乳時の基本的なアセスメント及び援助はスムーズであった。OSCEを重ねることで対象へのあいさつや声かけなどの基本的な態度を注意される学生はいなかった。

・今後の課題

我々は助産診断・技術学 の授業にOSCEを取り入れるにあたり、勉強会や課題検討会、OSCEの実践経験者からコメントを得て、試行錯誤で開始した。4回のOSCE実施前には、それぞれの課題設定や評価シート・評価マニュアルの検討会を行った。それでも実施後反省すべき点が多々あった。以下に各単元での反省と課題について述べる。

第1回目のOSCEの妊婦健康診査・保健指導では、評価項目として挙がらなかったコミュニケーション技術や説明・同意を得ずに行動しようとする等看護者としての態度が問題となった。助産師は妊産婦に寄り添う者であることから、対象者との人間関係形成は重要である。今後は、妊産褥婦と接する状況設定を提示し、コミュニケーション技術の評価項目を加え、コミュニケーションが適切にとれるような方法が検討課題である。

出産準備教育と産婦の健康診査とケアの単元は、分娩第1期から分娩終了までの分娩進行状態および産婦や胎児の健康状態をアセスメントしケアを行うものであった。産婦役を設定することにより呼吸法やマッサージ等を取り入れ臨場感のあるケアができていた。

褥婦・新生児の健康診査と保健指導の単元の「乳房の観察と授乳指導」の課題は全員が達成できていた。これは母性の講義・実習での既習内容で、イメージしやすい課題であったと考える。しかし、今回は提示しなかった産後の復古の課題で会陰縫合部の観察を悪露が付着した状態で行っている学生もあり、既習内容でも確実にできていないことが把握された。

今後は、学生の臨床能力向上につながる客観的臨床能力評価のために、科目の到達目標に適合する演習内容の精選と共に、OSCE課題を構造化する必要がある。そし

て評価の視点を明確にした評価マニュアルの作成、模擬患者のシナリオ作成等さらに検討工夫することによって、教育と臨床実習とのギャップを少なくし効果的な実習に繋がれるようにすることが課題である。

おわりに

OSCEを取り入れての授業構成は今年度が初めてであり、客観的評価はできていない。しかし、教員は授業や演習の結果をOSCEで評価することにより学生個々の到達状況および特徴が把握でき、それらを臨地実習指導に活かすことができた。また、学生からは、臨場感あるOSCEの課題に取り組んだことが、臨地実習で役立ったとのコメントが得られた。OSCEの助産師教育への導入は、効果的な教育方向の1つであることが示唆された。

文 献

- 1) 江幡芳枝 黒田緑、小田切房子、熊澤美奈子、渡邊典子：全国助産師教育協議会調査
大学・短大専攻科・専門学校における助産師教育の実態と分娩介助・継続事例実習指針〔その1〕カリキュラム単位数および助産学実習の比較、助産雑誌、61(3)、226-232、2007.
- 2) 緒方哲朗：客観的臨床能力試験：OSCEについて、
<http://www.dent.kyushu-u.ac.jp/gakubu/syllabus/osce.html>
- 3) 笹川貴代他：栄養学連携教育における効果的教育法の確立
～OSCE評価方式を用いた客観的対人面接試験の導入
[http:// dietitian.or.jp/topics0312.24-them.html](http://dietitian.or.jp/topics0312.24-them.html).
- 4) 浅川和美：全領域でのOSCE(客観的臨床能力試験)による技術修得度の評価、看護展望、31(2)、75-81、2006.
- 5) 大学和子他：看護技術における模擬患者(SP)を導入した客観的臨床能力試験(OSCE)の実践報告、看護教育、43(10)、845-846、2002)
- 6) 日本医学教育学会 医学医療教育用語辞典編集委員会(編集)：医学医療教育用語辞典、照林社、2003.

Introduction of OSCE (Objective Structured Clinical Examination) on Midwifery Skilled Education

Kiyoko Tamashiro, R.N., R.N.M.,M.P.H. Izumi Kakazu, R.N., R.N.M., M.S.
Matsuyo Inoue, R.N., R.N.M, M.S. Tomoko Nishihira, R.N., R.N.M, B.S.
Hisami Shimonaka, R.N., R.N.M., B.S. Kazuko Meda, R.N., R.N.M., P.H.N., PhD.

Abstract

Midwives are allowed to diagnose and treat normal pregnant women, women giving birth, post partum women and newborns. Nursing education is being increasingly offered at the college or university level. The majority of midwifery education has been offered in nursing college as part of an integrated program. Because of the minimum credits in midwifery education, we have to improve educational methods regarding midwifery education. “ Diagnosis and Practice of Midwifery ” is an important subject in the midwifery program at our school. Students learn how to diagnose and care for maternity women and infants from that subject. We have introduced OSCE (Objective Structured Clinical Examination) into “ Diagnosis and Practice Midwifery ” . Since problems on OSCE are undertaken in a clinical setting, midwifery students evaluated OSCE as useful for clinical practice. OSCE may be useful to improve midwifery education.

Key words: Diagnosis and Practice of Midwifery , midwife, OSCE, Problem sheet, Evaluation manual

報告

呼吸障害を有する慢性呼吸器疾患患者と後遺症を有する脳卒中患者のQOL

石川りみ子¹⁾ 牧志久美子²⁾ 玉井なおみ¹⁾

要 約

【背景】慢性呼吸器疾患や脳卒中などの機能障害を有する慢性疾患患者は生涯にわたって症状をコントロールし、合併症や機能低下を予防するよう、在宅においても健康管理を行うことが求められる。しかし、呼吸困難などの呼吸機能障害または麻痺などの運動機能障害は、活動量の低下や社会との交流の減少をもたらす、生活の質(QOL)の低下をもたらす。

【目的】本研究は在宅療養している呼吸困難を有する慢性呼吸器疾患患者と麻痺を有する脳卒中患者のQOLを比較し、障害に応じた看護支援の資料とすることを目的とする。方法は、同意の得られた50歳から79歳までの通院中の患者に対しSF-36を用いてQOLのアンケート調査を行った。

【結果及び結論】対象者は、慢性呼吸器疾患患者41人平均年齢69.8歳と脳卒中患者24人62.7歳であった。慢性呼吸器疾患患者は呼吸困難により、脳卒中患者は片麻痺によって日常生活上の身体機能に同程度の影響を受けていたが、普段の仕事や活動ができないという日常役割機能(身体)と体の痛みについては脳卒中患者が低く、このことは、慢性呼吸器疾患患者は、普段から呼吸状態に合わせて仕事・活動を行っているのに対し、脳卒中患者は麻痺と痛みから、思う程も活動ができないことを示唆していた。しかし、全体的健康感は慢性呼吸器疾患患者が低かったことから、健康意識の低さが示唆された。

キーワード：呼吸障害、脳卒中後遺症、慢性呼吸器疾患患者、脳卒中患者、QOL

はじめに

脳卒中は、わが国において有病率の高い疾患である。脳卒中は救命されても後遺症として麻痺、失語症、機能障害を残すことが多く、それらは認知症やねたきりを招き¹⁻⁴⁾、患者のQOL(quality of life、以下QOLと略)や社会的活動にも影響を及ぼす要因となっている。

一方、慢性呼吸器疾患には進行性、非可逆性の経過をとるものが多く、その中で多数を占めるCOPD(慢性閉塞性肺疾患：chronic obstructive pulmonary disease、以下COPDと略)は75歳から79歳の死因の第6位を占めており⁵⁾、WHOは2020年、世界の死亡原因の第4位まで増加するとの予想を示した⁶⁾。慢性呼吸器疾患患者の主症状の呼吸困難は、患者にとって最も苦痛をもたらす症状であり、患者のADL(activity of daily living、以下ADLと略)やQOLを障害する最大の原因とされている。

今日、治癒困難な慢性疾患を対象として医療行為を行う目的は、生命予後を改善させることのみならず、QOLを改善させることにある⁷⁾。QOLは一般に経済状態、職業や住居などの要因が関与する包括的概念であるといわれているが⁷⁾、健康や疾病との関係を目的とする場合には、健康関連QOL(health-related quality of life：HRQOL)を用いることが米国では一般的であり⁸⁾、現在では、Medical Outcome Study(MOSと略) Short-Form Health Survey(以下SF-36と略)が臨床応用に最も多く使用されている⁹⁾。我が国においても福原らが日本人の健

康観に適合するか、計量心理学的な信頼性と妥当性を検証¹⁰⁾した。また、国際的な研究においても健康状態を測定していく上でより一般化することに貢献した¹¹⁾。HRQOLは症状(symptom)、身体的機能(functional capacity)、精神心理状態(psychological status)、社会と関わり合う機能(social interaction)などの構成要素からなっている⁷⁾。

労作時の呼吸困難により日常生活の活動が制限されている慢性呼吸器疾患患者は、病気や症状に対する不満や不安、予後に対する悲観など心理面への影響は大きく生活の質(QOL)に影響を及ぼす¹²⁾。同様、麻痺などの後遺症を有した脳卒中患者は身体面の不自由さから、活動量が低下し、社会との交流が減少し、QOL低下に影響を及ぼす。障害を有する患者にとって、いかにその人らしくよりよく生きるかという生活の質(QOL)の向上はとても重要である。それは、生涯にわたって症状をコントロールし、合併症や機能低下を予防するよう健康管理を継続することとも関連する。QOLは障害の種類や程度にも影響を受ける。障害がどのようにQOLに関連しているか明らかにすることは、それぞれにあったQOLの支援につながる。これまで、難病や慢性疾患患者のQOLについての研究は多いが、比較した報告は少ない。

そこで、本研究は慢性疾患の中で、疾患に伴う機能障害が社会活動やQOL低下に強い影響を及ぼす呼吸器疾患患者と脳卒中に焦点をあて、在宅で療養している呼吸困難を有する慢性呼吸器疾患患者と麻痺を有する脳卒中患者を対象にQOLを比較し、機能障害に応じた看護支

1) 沖縄県立看護大学

2) 虎の門病院

援の資料を得ることを目的とした。

．研究方法

1．調査対象者

調査対象者は、QOLが年齢に影響を受けるため、50歳から79歳までの県内の総合病院に通院する慢性呼吸器疾患患者と脳卒中患者で、調査に同意が得られた者とした。

慢性呼吸器疾患患者は、呼吸困難を有する慢性閉塞性肺疾患あるいは間質性肺炎、肺結核後遺症患者などの慢性呼吸器疾患患者とし、肺がんは予後との関係で、気管支喘息のみは発作時以外平常の活動が可能なことから、QOLへの影響を考慮し対象から除外した。脳卒中患者は、麻痺などの後遺症を有し、リハビリテーション治療を受けている患者で、意思の疎通が可能な者とした。

2．調査方法

調査期間は、慢性呼吸器疾患患者は平成12年1月から平成12年6月、脳卒中患者は平成17年8月から10月である。調査方法は、調査票を用いて外来などの病院内または自宅訪問など患者の望む場所で、筆者らが個別に聞き取り調査を行い、離島などは一部郵送法で行った。

倫理的配慮として、調査に際し、患者に調査の概要を口頭または文書で説明し、同意の得られた患者及び家族に対し行った。本人から得にくい診療に関する情報は主治医に確認後カルテから補足する旨本人の了解を得た。外来での面接の場所は患者のプライバシーを配慮しながら、患者の希望に添って選定した。得られたデータは本研究にのみ使用することを説明し、データは個人が特定されないように統計処理し、万全の留意を払った。

調査内容は、(1)基本属性(性別、年齢、配偶者の有無、同居家族数、職業の有無、経済状況、趣味の有無、医療福祉サービス利用状況)(2)身体的状況(診断名、併存疾患の有無、罹病期間、呼吸状態または麻痺などの症状)(3)QOLである。

3．分析方法

1) 調査項目のツールとカテゴリー化

QOLについては、WareのSF-36を用いた^{8,9,13)}。SF-36は8つの下位尺度、すなわち身体機能(physical functioning: PF)、日常役割機能(身体)(role-functioning/physical: RP)、体の痛み(bodily pain: BP)、全体的健康感(general health perceptions: GH)、社会生活機能(social functioning: SF)、活力(vitality: VT)、日

表1 基本属性

項 目	カテゴリー	慢性呼吸器疾患患者 (n=41)	脳卒中患者 (n=24)	χ ² 検定
		人数(%)、平均±SD	人数(%)、平均±SD	
1 性別	男 性	27 (65.9)	15 (62.5)	
	女 性	14 (34.1)	9 (37.5)	
2 年齢	平均年齢	69.8 ±6.6歳	62.7 ±8.3歳	
	50歳代	4 (9.8)	10 (41.7)	
	60歳代	16 (39.0)	7 (29.2)	
	70歳代	21 (51.2)	7 (29.2)	
3 配偶者	有 り	29 (70.7)	18 (75.0)	
	な し	12 (29.3)	6 (25.0)	
4 同居家族数		3.2 ±2.0人	3.8 ±1.8人	
5 職 業	有 り	6 (14.6)	1 (4.2)	
	な し	35 (85.4)	23 (95.8)	
6 経済状況	ゆとりがある	13 (32.5)	2 (8.3)	†
	かろうじて間に合う	18 (45.0)	16 (66.7)	
	苦しい	9 (22.5)	6 (25.0)	
7 趣 味	有 り	28 (70.0)	12 (50.0)	†
	な し	12 (30.0)	12 (50.0)	
8 視 力	余り見えない	5 (12.2)	6 (25.0)	
	まあまあ見える	12 (29.3)	5 (20.8)	
	普通に見える	24 (58.5)	13 (54.2)	
9 医療福祉 サービス 利用状況	訪問看護	4 (9.8)	1 (4.2)	
	訪問介護	2 (4.9)	2 (8.3)	
	通所系サービス	4 (9.8)	9 (37.5)	

† p<0.10

常役割機能(精神)(role-functioning /emotional : RE)、心の健康(mental health : MH)からなる多次元心理計量尺度である。それぞれの下位尺度は、決まったスコアリング・プログラムによって100点満点の連続変数スケール¹⁴⁾に換算される。調査票にはSF-36日本語版マニュアルVersion 1.2⁹⁾を使用した。

呼吸困難の重症度判定はHugh-Jonesの呼吸困難の5段階分類を用いた。呼吸困難を有する者を対象としているため、最も程度の軽い「同年齢の健康者と同様の労作ができる」に該当する者は除外し、「同年齢の健康者と同様の労作はできるが、階段の昇降は健康者並みにできない」を2とし、最も程度の重い「会話、着物の着脱にも息切れがする」を5で表した(表3)。麻痺の程度は、Brunnstrom¹⁵⁾の回復段階を用いて ~ を重度、~ を軽度に分類¹⁶⁾した。経済状態は「苦しい」1点から「ゆとりがある」3点の範囲で点数化した。

2) 分析方法

データ解析について、検定は、質的変数は²検定(Fisher直接法)、量的変数はt-検定(母平均の差・両側検定)を行った。QOLについては、SF-36下位尺度8項目の平均値、中央値、範囲を算出し、慢性呼吸器疾患患者

群と脳卒中患者群間のQOLの比較を行い、検定はt-検定を行った。解析は統計解析ソフトSPSS 11.0J for Windowsで行い、有意水準の判定をp 0.05とした。

・ 結 果

1. 対象者の特徴

1) 基本属性

調査対象者は表1に示すとおり、慢性呼吸器疾患患者は41人で男性27人(65.9%)、女性14人(34.1%)であった。脳卒中患者は24人で男性15人(62.5%)、女性9人(37.5%)でどちらもほぼ6:4の割合で男性が多かった。平均年齢は、慢性呼吸器疾患患者は69.8±6.6歳、脳卒中患者は62.7±8.3歳と慢性呼吸器疾患患者の年齢が高かった。年代別の比率をみると、最も多い年代は慢性呼吸器疾患患者が70歳代で21人(51.2%)、脳卒中は50歳代の10人(41.7%)であった。慢性呼吸器疾患患者の50歳代は4人(9.8%)であった。配偶者「有り」は両群とも7割程度で、同居家族数は平均して慢性呼吸器疾患患者は3.2±2.0人、脳卒中患者は3.8±1.8人であった。

職業「有り」の者は、慢性呼吸器疾患患者は6人(14.6%)、脳卒中患者は1人(4.2%)で、慢性呼吸器疾患患者が多かったが有意差はみられなかった。経済状況では、

表2 身体的状況

項 目	慢性呼吸器疾患患者 (n=41)		脳卒中患者 (n=24)	
	カテゴリー	人数 (%)、平均±SD	カテゴリー	人数 (%)、平均±SD
1 診断名(複数回答)	COPD	30 (73.2)	脳出血	10 (41.7)
	肺気腫	16 (39.0)	脳梗塞	12 (50.0)
	慢性気管支炎	5 (12.2)	くも膜下出血	2 (8.3)
	慢性気管支炎	1 (2.4)		
	肺結核後遺症	15 (36.6)		
	気管支拡張症	5 (12.2)		
	間質性肺炎	4 (9.8)		
	喘息	27 (65.9)		
	肺炎・気管支炎	31 (75.6)		
2 併存疾患(複数回答)	循環器疾患	24 (58.5)	循環器疾患	8 (33.3) *
	消化器疾患	20 (48.8)	消化器疾患	2 (8.3) *
	泌尿器疾患	11 (26.8)	泌尿器疾患	1 (4.2) *
	栄養代謝疾患	6 (14.6)	栄養代謝疾患	1 (4.2)
3 罹病期間		13.6 ±12.7 (0.1-54.4)年		2.9 ±3.6(0.6-16.7)年 ***

* p<0.05, *** <0.001

「ゆとりがある」と回答した者は慢性呼吸器疾患患者13人(32.5%)、脳卒中患者は2人(8.3%)と慢性呼吸器疾患患者が多い傾向にあった($P<0.10$)。趣味について「あり」の者は、慢性呼吸器疾患患者28人(70.0%)、脳卒中患者は12人(50.0%)と慢性呼吸器疾患患者が多い傾向にあった($P<0.10$)。医療福祉サービスの利用状況は、利用者は少なく、4割近くの脳卒中患者が通所系サービスを利用していた。

2) 身体的状況

入院時の診断名については複数回答とした。表2に示すとおり、慢性呼吸器疾患ではCOPDが30人(73.2%) (肺気腫39.0%)と最も多く、肺結核後遺症15人(36.6%)、気管支拡張症5人(12.2%)、間質性肺炎4人(9.8%)であった。急性憎悪の原因は肺炎・気管支炎等の感染が31人(75.6%)と最も多く、次に喘息発作27人(65.9%)で、両方の併発も多かった。

脳卒中患者については、脳出血10人(41.7%)、脳梗塞12人(50.0%)とほぼ同数であったが、くも膜下出血は2人と極端に少なかった。

併存疾患については慢性呼吸器疾患患者のほぼ半数の患者が循環器疾患と消化器疾患を有し、脳卒中と比較して循環器疾患、消化器疾患、泌尿器疾患が有意に多かった。罹病期間については、慢性呼吸器疾患患者が13.6年と有意に長かった($P<0.001$)。

3) 呼吸状態または麻痺など高次脳機能障害

慢性呼吸器疾患患者の呼吸状態は表3に示すとおりである。Hugh-Jonesによる呼吸困難の分類での平均は3.4であった。すなわち「休みながらでなければ50m以上歩けない」は19人(46.3%)と最も多く、「会話・着物の着脱にも息切れがする」の重度の呼吸困難は3人(7.3%)、「平地でさえ健康者並に歩けない」を合わせると全体の82.9%と高比率を占めていた。パルスオキシメータで測定した酸素飽和度(SpO_2)の平均値は 95.3 ± 1.9 でその範囲は91%から99%であった。咳、痰などの呼吸器症状を平均2.7有しており、多い者は6つの症状を有していた。在宅酸素療法(HOT)を受けている患者は21人(51.2%)と半数を占めていた。

脳卒中患者の麻痺の程度、症状を表4に示した。麻痺側は左右ほぼ同数であった。麻痺の程度は、重度が上肢13人(54.2%)、手指14人(58.3%)、下肢11人(45.8%)で約半数が重度であった。失語症は6人(25.0%)であった。

2. 慢性呼吸器疾患患者と脳卒中患者のQOLの比較

1) 慢性呼吸器疾患患者と脳卒中とのSF-36下位尺度の比較(表5)

慢性呼吸器疾患患者の平均年齢が69.8歳、脳卒中患者が62.7歳ということから、福原らが調査した日本人一般集団60~69歳群¹¹⁾を比較群として、両患者群とのQOLの比較を行った。SF-36下位尺度の身体機能(PF)の一般

表3 慢性呼吸器疾患患者の呼吸状態

n=41

項目	得点	カテゴリー	人数(%)、平均±SD <範囲>
1 Hugh-Jonesによる呼吸困難の分類 ^{a)}	2	同年齢の健康者と同様の労作ができるが、坂、階段の昇降は健康者並みにできない	7 (17.1)
	3	平地でさえ健康者並には歩けないが、自分のペースなら1km以上歩ける	12 (29.3)
	4	休みながらでなければ50m以上歩けない	19 (46.3)
	5	会話、着物の着脱にも息切れがする。息切れのため外出できない	3 (7.3)
			3.4 ± 0.9 <2-5>
2 血液中酸素飽和度	SpO_2 (%)		95.3 ± 1.9 <91-99>
3 呼吸器症状数			2.7 ± 1.5 <0-6>
4 HOT	受けている		21 (51.2)
	受けてない		20 (48.8)

a) Hugh-Jonesによる呼吸分類の2以上を調査対象とした。

表4 脳卒中患者の麻痺症状等 n=24

項目	カテゴリー	人数 (%)	
1 麻痺側	左側	13 (54.2)	
	右側	10 (41.7)	
	不明	1 (4.1)	
2 麻痺の程度	上肢	重度	13 (54.2)
		軽度	7 (29.2)
		なし	4 (16.7)
	手指	重度	14 (58.3)
		軽度	7 (29.2)
		なし	3 (12.5)
	下肢	重度	11 (45.8)
		軽度	9 (37.5)
		なし	4 (16.7)
3 失語症	あり	6 (25.0)	
	なし	18 (75.0)	

集団81.8 ± 17.4と比較すると、両群とも慢性呼吸器疾患患者42.2 ± 25.4、脳卒中患者46.7 ± 29.1と極端に低値を示した。関連して、日常役割機能(身体)(RP)は両群ともに低かったが、脳卒中患者は極端に低く、慢性呼吸器疾患患者より有意に低かった(p<.05)。全体的健康感(GH)は慢性呼吸器疾患患者が有意に低く(p<.05)、活力(VT)は両群とも低かった。慢性呼吸器疾患患者の体の痛み(BP)、日常役割機能(精神)(RE)、心の健康(MH)は一般集団と差がなかったが、脳卒中患者は低い値を示していた(p<.05、p<.10、p<.10)。社会生活機能(SF)は両群とも一般集団より低く、有意差は認められなかったが、脳卒中患者が慢性呼吸器疾患患者より低い値を示した。

2) 慢性呼吸器疾患患者と脳卒中患者のSF-36下位尺度と項目の相関関係(表6)

慢性呼吸器疾患患者のSF-36下位尺度と項目との相関係数をみてみると、慢性呼吸器疾患患者では年齢が全体

的健康感(GH)(=.417)(p<.01)と有意に相関し全体的健康感が高齢であるほど高かった。社会生活機能(SF)は仕事がない者が高かった(=-.313)(p<.05)。喫煙指数は心の健康(=-.352)(p<.05)と負の相関を示した。呼吸状態についてHOTはすべての下位尺度と相関せず、呼吸困難の程度(Hugh-Jones)は、呼吸困難の程度の強い者ほど身体機能(PF)とつよい負の相関を示した(=-.725)(p<.01)。呼吸器症状数は、身体機能(PF)(=-.426)(p<.01)、体の痛み(=-.380)(p<.05)、全体的健康感(=-.428)(p<.05)と負の相関を示した。泌尿器疾患の併存は活力(VT)(=-.330)(p<.05)と心の健康(=-.405)(p<.01)とに負の相関を示した。

脳卒中患者については、仕事を持つ者は日常役割機能(身体)(RP)(=.416)(p<.05)と有意に相関していた。麻痺は体の痛み以外のすべての下位尺度と相関していた。特に上肢の麻痺は、身体機能(PF)(=-.436)(p<.05)、日常役割機能(身体)(RP)(=-.436)(p<.05)、全体的健康感(GH)(=-.419)(p<.05)、活力(VT)(=-.635)(p<.01)、社会役割機能(SF)(=-.649)(p<.01)の5つの下位尺度とかなり負の相関を示した。手指の麻痺は、日常役割機能(身体)(RP)、活力(VT)に加え、社会役割機能(SF)(=-.574)(p<.01)、心の健康(=-.456)(p<.05)の4つの下位尺度とかなりの負の相関を示した。下肢麻痺は上肢麻痺とほぼ同様で、身体機能(PF)、日常役割機能(身体)(RP)、活力(VT)、社会役割機能(SF)の4つの下位尺度と負の相関を示した。

・考察

1. 対象者の特徴

脳卒中患者の発症からの期間は平均2.9 ± 3.6年であった。上田^{17,18)}は、下肢ではほぼ半年前後、上肢は10ヶ月、手指は1年2ヶ月が平均的なプラトー(回復の限界)の時期と述べており、調査対象者はプラトーに達し麻痺が安定した状況といえる。一方、慢性呼吸器疾患患者は発症から13年余と圧倒的に長く、多くが長期間病気と共存した生活を送っている。

仕事の有無をみてみると、脳卒中患者は50歳代が10人

表5 SF-36 下位尺度の一般集団、慢性呼吸器疾患患者及び脳卒中患者との比較

下位尺度(項目)	(N)	一般集団 60~69歳		慢性呼吸器疾患患者 (n=41)		脳卒中患者 (n=24)		t-検定
		平均値 ± 標準偏差(中央値)	(85.0)	平均値 ± 標準偏差(中央値)	平均値 ± 標準偏差(中央値)			
身体機能:PF	553	81.8 ± 17.4	(85.0)	42.2 ± 25.4	(40.0)	46.7 ± 29.1	(47.7)	n.s.
日常役割機能(身体):RP	556	76.3 ± 35.6	(100.0)	58.5 ± 45.3	(75.0)	34.4 ± 33.6	(25.0)	*
体の痛み:BP	556	71.3 ± 22.9	(72.0)	76.4 ± 23.6	(72.0)	59.0 ± 29.4	(56.5)	*
全体的健康感:GH	548	60.9 ± 20.9	(62.0)	46.7 ± 21.8	(42.0)	58.8 ± 25.5	(61.0)	*
活力:VT	548	66.4 ± 21.0	(70.0)	57.0 ± 18.0	(55.0)	56.5 ± 23.8	(52.5)	n.s.
社会生活機能:SF	556	86.1 ± 19.3	(100.0)	77.7 ± 26.0	(87.5)	66.7 ± 33.8	(75.0)	n.s.
日常役割機能(精神):RE	556	78.6 ± 36.5	(100.0)	75.6 ± 40.8	(100.0)	55.6 ± 45.8	(66.7)	†
心の健康:MH	547	74.6 ± 19.4	(80.0)	75.4 ± 20.0	(80.0)	64.3 ± 25.9	(62.0)	†

† p<.010, * p<.005

(41.7%)いたが、現在仕事に就いている者は1人(4.2%)と少なく、病気が就労状況に影響を及ぼしている。ライフサイクルから考えると、仕事は生活の中で欠かせないものであり、人生の目標達成において重要な位置を占める。壮年期では、家庭の経済を支える重要な役割を担っている場合が多く、発病によって、経済的にも苦しい状況に追い込まれることが予測される。事実、経済状況は6人(25%)が苦しいと回答しており、かろうじて間に合うを加えると9割を超える人がゆとりのない生活を送っていた。

脳卒中患者に対しては、仕事復帰が可能な者に対して、仕事の内容を踏まえつつ実現出来るよう関係職種との連携のもと、身体機能の維持向上のために的確に目標設定されたりハビリ訓練の継続およびバリアフリーの環境調整、職場への理解を求める積極的な関わりが重要となる。

慢性呼吸器疾患患者は、50歳代が4人(9.8%)であったが、6人(14.6%)が職業をもっており、脳卒中患者と比

較すると、経済状況は「ゆとりがある」と回答した者は13人(32.5%)で慢性呼吸器疾患患者が多い傾向にあった(P<0.10)。脳卒中患者は突然の発症で、職を失い、経済的にも困窮している状況が予測された。

趣味をもつ者は、脳卒中患者は12人(50%)であったが、慢性呼吸器疾患患者は28人(70%)で、慢性呼吸器疾患患者が多い傾向にあった(P<0.10)。慢性呼吸器疾患患者はHOTをうけている者が約半数いたが、障害された呼吸機能の範囲で趣味を楽しんでいるといえる。

併存疾患については、慢性呼吸器疾患患者が循環器疾患、消化器疾患、泌尿器疾患を多く有していた。長期療養、高齢、抵抗力の低下によるものが考えられた。

2. 慢性呼吸器疾患患者と脳卒中患者のQOLの比較

慢性呼吸器疾患患者のQOLについてみると、身体機能(PF)は脳卒中患者とほぼ同程度に極度に低く、活力(VT)も脳卒中患者同様低かったが、体の痛み

表6 基本項目とSF-36下位尺度との相関係数

項 目		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
慢性呼吸器疾患患者	1 性 別 男=1 女=2	.114	.051	.181	.057	.209	.052	-.138	-.094
	2 年 齢	-.102	.137	.190	.417 **	.206	.166	.183	.058
	3 仕 事 なし=1 あり=2	-.132	-.272	-.103	-.270	-.181	-.313 *	-.092	-.002
	4 喫煙指数 本/日×年数	.015	-.159	.057	.090	-.141	-.199	-.306	-.352 *
	5 呼吸状態								
	HOT うけている=1 うけてない=2	-.226	-.086	.052	-.009	.066	-.181	-.267	.050
	Hugh-Jones 2~5 ^{a)}	-.725 **	-.177	-.259	.006	-.128	-.015	.122	.090
呼吸器症状数	-.426 **	-.098	-.380 *	-.428 **	-.195	-.171	-.199	-.194	
6 慢性気管支炎 あり=1 なし=0	.116	.179	.006	.054	.022	-.330 *	.102	.011	
7 泌尿器疾患 あり=1 なし=0	-.097	.131	-.167	.008	-.330 *	-.199	.093	-.405 **	
脳卒中患者	1 性 別 男=1 女=2	-.151	.302	-.110	.053	-.085	-.098	.128	.316
	2 年 齢	-.385	-.237	-.059	.021	-.031	-.262	-.318	-.092
	3 仕 事 なし=1 あり=2	.317	.416 *	.297	.277	.344	.211	.207	.294
	4 麻痺側 左=1 右=2	-.061	-.321	-.241	-.141	-.082	-.072	-.489 *	.224
	5 上肢麻痺 なし=0 軽度=1 重度=2	-.436 *	-.436 *	-.351	-.419 *	-.635 **	-.649 **	-.329	-.338
	6 手指麻痺 なし=0 軽度=1 重度=2	-.390	-.543 **	-.358	-.404	-.685 **	-.574 **	-.234	-.456 *
	7 下肢麻痺 なし=0 軽度=1 重度=2	-.480 *	-.457 *	-.232	-.333	-.462 *	-.437 *	.056	-.229
	8 視力 あまり見えない=2 まあまあ見える=3 よく見える=4	.527 **	.278	.113	.480 *	.488 *	.275	.123	.340
	9 泌尿器疾患 あり=1 なし=0	.317	.416 *	.297	.151	.166	.211	.207	.063

* p<0.05, ** p<0.01 (Pearsonの積率相関係数)

Hugh-Jonesのa)カテゴリーは表3参照

(BP)、日常役割機能(精神)(RE)、心の健康(MH)は一般集団とほぼ同程度の値を示し、脳卒中患者より高い傾向を示した($P<0.05$ 、 $P<0.10$ 、 $P<0.10$)。慢性呼吸器疾患患者は仕事や趣味を持つ者、経済状況ではゆとりのある者の比率が高かったことから、それらが影響し、生活に張りを与え心の健康(MH)の得点が維持されていると考える。

QOLの身体機能(PF)をみると、慢性呼吸器疾患患者、脳卒中患者ともにその値は40点台で、一般集団の80点台と比較するとかなりの低値を示している。身体機能を低くしている要因の一つに、慢性呼吸器疾患患者は呼吸状態があり、Hugh-Jonesと呼吸器症状数が身体機能(PF)と強く相関していた。Hugh-Jonesの平均は3.4であり、このことはすなわち「平地でさえ健康者並みに歩けない」から「休みながらでなければ50m以上歩けない」の呼吸状態であり、咳や痰、息切れのために活動が制限されていることを意味する。

一方、脳卒中患者は約半数が重度の麻痺を有しており、麻痺は身体機能にかなり相関していたことから、QOLの関連要因といえる。また、体の痛みが慢性呼吸器疾患患者より有意に低かったことから、麻痺や拘縮等による痛みのためQOLが低くなったと考えられる。脳卒中患者は入院治療を受けて退院後にストレスは増大し、3ヶ月後では減少し活動も増えることが、コーピング行動の経時的変化で報告されている¹⁹⁾。

脳卒中患者のQOLは、一般集団と比較して全体的健康感以外の7つの下位尺度すべてにおいて低かった。脳卒中患者が麻痺を有して在宅生活を送る場合、自分の思いどおりに動けないことで、様々な面に影響をうけることが予測される。上肢・手指・下肢の麻痺は、部位や程度によって、日常生活活動をかなり制限し、それはQOLの身体機能(PF)に大きな影響を及ぼし、また、日常役割機能(身体)(RP)にも影響する。上肢や手指の機能が障害されると手を使った作業が困難になり、下肢の機能が障害されると移動動作が困難になる。移動動作の制限は今まで持っていた社会的役割や趣味などにおいても自由な活動が制限される。すなわち、脳卒中発作後は屋内外で身体的活動を伴う趣味は困難になり、人との交流に影響を受ける。脳卒中患者は、一般集団より社会生活機能(SF)がかなり低得点だったことから、その影響が推察された。職場復帰の視点からみると、重度の下肢麻痺を有する者にとって、動き回ることが多い仕事への復帰は難しくなる。宇高ら²⁰⁾は、脳卒中患者におけるQOLを低下する因子として、就業していないことを挙げている。麻痺は脳卒中患者の身体活動のみでなく、生活全般にわたって多大な影響を及ぼすと考える。

慢性呼吸器疾患患者のQOLをみると、相関係数が有意であったことから、身体機能(PF)はHugh-Jonesや呼吸器症状数などの呼吸機能が影響し、低くなったと推察する。HOTを受けている者は半数いたが、

HOTはどの下位尺度とも相関せず、HOTがQOLに影響を及ぼしているとはいえない。趣味を有する者は70%いたことから、一般的にHOTをしているから趣味が続けられないということではなく、対象者の中には庭いじりや、釣りをする者、山歩きをして倒木の幹や枝を拾い集め、置物を工作することを趣味とする者もいた。HOTをしていても、全身状態を整えて、咳・痰などの呼吸器症状を管理し、呼吸リハビリによって自己の呼吸状態にあった活動を行うことは可能である。

併存疾患をみると、慢性呼吸器疾患患者は脳卒中患者と比較して、泌尿器疾患の合併症が多かった。慢性呼吸器疾患患者の増悪因子として、泌尿器疾患の併存の報告²¹⁾があることから、膀胱炎や腎臓疾患などの泌尿器疾患の予防は重要といえる。膀胱炎等感染症は発熱を伴い体力を消耗するばかりでなく、痰喀出を妨げ呼吸機能の急性増悪を招く要因となり得る。泌尿器疾患は、活力(VT)や心の健康(MH)とも有意に相関していたことから、老人特有の尿失禁や膀胱炎症状にも目を向け、上気道感染のみならず尿路感染予防に努めることは、QOLの維持又は向上につながると考える。循環器疾患や消化器疾患は、QOLのどの下位尺度とも相関がみられなかった。今後も症例数を集積する必要がある。

罹病期間とQOLとは両群とも相関係数で有意差がなかった。このことから、罹病期間が問題ではなく患者・家族が呼吸機能悪化のリスク要因を理解し、療養生活を営んでいるかが問題となる。特に、高齢者が多かったことから、本人のセルフケア能力のみでなく、それを支援する家族を含めたサポートシステムが重要である。普段から呼吸機能にみあった日常生活活動の維持や、呼吸管理および栄養管理を日頃から行えるよう支援するとともに、前駆症状を早期に察知し、早期治療・早期回復が得られるような支援を行うことがQOLを維持又は向上する上で重要と考える。

全体的健康感をみると、慢性呼吸器疾患患者は、脳卒中患者より有意に低かった($P<0.05$)。HOTをうけているCOPD患者の5年生存率は40~50%であるとの報告²²⁾や、年々悪くなるような気がするとの患者の言葉を反映しているといえる。また、喫煙指数が高い者は、心の健康(MH)が低いことから、早期から本人のみでなく家族を巻き込んだ禁煙指導は重要である。生命予後が明るいとはいえない慢性呼吸器疾患患者であるが、心の健康(MH)、社会役割機能(SF)、日常役割機能(精神)(RE)は一般集団に近いことから、人生の最後まで、その人らしく社会の一員として生活し、QOLが維持できるよう支援する看護の役割は大きい。

脳卒中患者については、上肢・手指・下肢ともに麻痺が重度の者は、社会生活機能(SF)の得点が有意に低くなっていた²³⁾。麻痺等の改善は早期リハビリが必須とされているが、退院後にストレスは増大し、3ヶ月後では減少して活動も増えるという脳卒中患者のストレス

認知評価とコーピング行動の先行研究から¹⁹⁾、退院後は、患者自ら積極的に行動を起こすような精神面への働きかけが重要となる。麻痺等の改善に向けてリハビリ効果が得られるよう患者の心理行動面の経時的変化をふまえた援助が求められる。予後として、麻痺の程度によって、仕事や対人交流への影響が大きいことから、麻痺の程度に応じた社会復帰への取り組みを行うことがQOLの向上につながると考える。

結 論

慢性呼吸器疾患患者と脳卒中患者の障害からくる特徴を把握し、QOLの比較を行った結果以下の知見が得られた。

1. 慢性呼吸器疾患患者、脳卒中患者ともにQOLの身体機能(PF)は極度に低値を示し、慢性呼吸器疾患患者はHugh-Jonesと呼吸器症状数が、脳卒中患者は麻痺の程度が強く関連していた。
2. 脳卒中患者のQOLは、一般集団と比較して全体的健康感以外の7つの下位尺度すべてにおいて低く、麻痺は社会的役割や日常の諸活動を妨げ、社会生活機能(SF)にも影響していた。麻痺は身体機能および活動のみでなく、生活全般にわたって多大な影響を及ぼすことが示唆され、麻痺の程度に応じた社会復帰への取り組みを行うことがQOLの向上につながると考える。
3. 慢性呼吸器疾患患者は心の健康(MH)が一般集団とほぼ同値で脳卒中患者より高い傾向を示し、仕事や趣味、経済状況の関連が示唆された。また、喫煙指数が高い者は、心の健康(MH)が低かった。
4. 慢性呼吸器疾患患者は、泌尿器疾患の併存が活力(VT)や心の健康(MH)とも関連し、増悪要因であることが示唆された。上気道感染のみならず尿路感染予防に努めることは、QOLの維持、向上につながる。
5. 慢性呼吸器疾患患者は、生命予後の悪い患者も含まれており、脳卒中患者より全体的健康感が低かった。しかし、心の健康(MH)、社会役割機能(SF)、日常役割機能(精神)(RE)は一般集団に近いことから、人生の最後まで社会の一員として生活し、QOLが維持、向上するよう支援することは重要である。

謝 辞

本研究の遂行にあたり多大の協力を頂きました沖縄県立中部病院、同県立那覇病院、那覇市立病院、沖縄赤十字病院、沖縄リハビリテーションセンター病院の関係者各位および調査にご協力くださった患者・家族の皆様に対し深く感謝致します。

文 献

- 1) 中村桂子, 荒記俊一, 二木 立, 林 泰史, 新美まや, 戸倉直実: 脳血管疾患患者の自宅復帰に及ぼす社会生活因子の影響, 公衆衛生, 53(6): 427 - 432,

1989.

- 2) 中西範幸, 西垣千春, 新庄文明, 黒田研二, 高鳥毛敏雄, 西 信雄, 多田羅浩三: 脳卒中退院患者の特性に関する研究, 日本公衛誌, 36(4): 229 - 236, 1989
- 3) 多田羅浩三, 新庄文明, 藤林千春, 黒田研二, 朝倉新太郎, 大國美智子, 水田 茂, 多田照男: 在宅ねたきり患者の疾病、診療、介護の特性に関する研究, 日本公衛誌, 34: 605 ~ 613, 1987.
- 4) 福山市医師会地域保健委員会: 在宅「ねたきり老人」の実態調査 第4版, 広島医学, 36: 1332 - 1347, 1983.
- 5) 厚生統計協会: 国民衛生の動向 厚生指標, 臨時増刊 49(9): 406-407, 2002.
- 6) NHLBI/WHO Workshop Summary: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med, 163: 1256-1276, 2001.
- 7) 西村浩一, 月野光博, 羽白高: 呼吸器疾患における健康関連quality of lifeとその評価, 呼吸, 18(3): 214-223, 1999.
- 8) 福原俊一: MOS Short-Form 36-Item Health Survey: 新しい患者立脚型健康指標, 厚生指標, 46(4): 40-45, 1999.
- 9) Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care 30(6): 473-483, 1992.
- 10) Shunichi Fukuhara, Seiji Bito, Joseph Green, et al: Translation, Adaptation, and Validation of the SF-36 Health Survey for Use in Japan. J Clin Epidemiol 51(11): 1037-1044, 1998.
- 11) 福原俊一, 鈴鴨よしみ, 尾藤誠司: SF-36日本語版マニュアル(Ver.1.2), 東京,(財)パブリックヘルスリサーチセンター, 2001.
- 12) 西村浩一: COPDにおけるhealth-related quality of lifeとその評価方法について. THE LUNG perspectives 4(4): 57(405)-60(408), 1996.
- 13) Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S, et al: The Medical Outcomes Study: an application of methods for monitoring the results of medical care. JAMA 262(7): 925-930, 1989.
- 14) Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al: SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. pp6:1-6:22 pp10:16-10:17, Quality Metric, Inc.-Lincoln, Rhode Island The Health Assessment Lab -Boston, Massachusetts, 2000.
- 15) Brunnstrom S: Movement therapy in hemiplegia, Harper & Row, New York, 1970 (佐久間穠爾、松村稔訳: 片麻痺の運動療法, 38 - 62, 東京, 医歯薬出版,

1979.

- 16) 二木 立：脳卒中患者の障害の構造の研究，第1報 第3報，総合リハ，11:465 - 652，1983.
- 17) 上田敏：目でみる脳卒中リハビリテーション(第4刷)．東京大学出版会，63 - 64，1987.
- 18) 杉沢秀博：地域在住の脳卒中後遺症患者の療養生活の変化 3年間の追跡調査，財団法人 笹川医学医療研究財団，平成5年度研究業績年報，9(1)：145 - 151，1993.
- 19) 小西かおる：脳血管障害患者における障害によるストレスの認知的評価に関する研究 - 退院時、退院後2週間、退院後3ヶ月における経時変化 -、日本地域看護学会誌、3(1)：P59 - 67 2001.
- 20) 宇高不可思、澤田秀幸、亀山正邦：脳血管障害患者におけるQuality of Lifeの評価の試み．臨床評価，19(3)：405 - 412 1991.
- 21) 石川りみ子：呼吸困難を有する慢性呼吸器疾患患者の在宅療養継続とQOLに関する研究，お茶の水医学雑誌，53(1・2)：P1 - 22 2005.
- 22) 陳 和夫、大井元晴：慢性呼吸不全患者の肺生理学的特性，木村謙太郎、石原亨介編 在宅酸素療法包括呼吸ケアをめざして，東京，医学書院，p19，1997.
- 23) 牧志久美子、石川りみ子、玉井なおみ、謝花美佐子、宮城とも、大出明美：在宅で生活を送る脳卒中患者のQOLに影響を与える因子、第37回日本看護学会論文集 - 成人看護 - ，日本看護協会，p365-367，2006.

Study about the QOL of a Patient with Chronic Respiratory Disease and Cerebrovascular Disease

Rimiko ISHIKAWA, R.N., M.H.S.,D.N.S.,¹⁾ Kumiko MAKISHI, R.N., P.H.N., B.N.,²⁾
Naomi TAMAI, R.N., P.H.N., M.H.S.¹⁾

【Background】 Over their life, the chronic patient such as chronic respiratory disease (CRD) or cerebrovascular accident (CVA) need to do the health care of their own for prevent a complication and functional decline at home setting. However, the disorder such as dyspnea and paralysis reduce activity, sociability, and quality of life (QOL).

【Purpose and Methods】 The purpose of this study is to obtain a suggestion of the nursing support that accepted disorder by comparing the QOL of a patient with CVA and CRD at home setting. We performed a questionnaire about the QOL using SF-36 for outpatients from age 50 to 79 years.

【Results and Conclusion】 41 CRD patients (average age 69.8) and 24 CVA patients (average age 62.7) completed the questionnaires. The CRD patient by dyspnea and the CVA patient by hemiplegia came under similar extreme influence of a body function in their life. However, CVA patient was lower than CRD patient about a daily life role function (a body) and a bodily pain. It was suggested that CRD patient can do activity to respiratory status, but CVA patient was not activity than CRD patient for hemiplegia and pain. However, in the general health perception, CRD patient was lower than CVA patient. It was suggested that CRD patient of health awareness was low than CVA patient of it.

Key words: Respiratory disorder, Aftereffects of CVA, CVA patient, CRD patient, QOL

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

2) Toranomom Hospital

報告

看護師の手掌および鼻腔における薬剤耐性菌の検出頻度

仲宗根洋子¹⁾

名渡山智子¹⁾

要 約

患者に直接的なケアを行い、患者と接する時間の最も長い看護師の皮膚と鼻腔に付着定着している薬剤耐性菌の検出頻度について把握し、病院感染予防対策確立の一助とすることを目的に本調査を行った。病院の内科系、外科系病棟に勤務する看護師50人の手掌および鼻腔から材料を採取し、薬剤耐性菌を分離した。結果として、手掌からはStaphylococcus spp. 15株、Micrococcus 3株、Klebsiella 4株、ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌6株の28株、鼻腔からはStaphylococcus spp. 17株、Micrococcus 2株、Serratia 5株、Klebsiella 2株の26株が検出された。また、看護師2人(4%)の手掌と、4人(8%)の鼻腔からMRSAが検出された。看護師から患者への薬剤耐性菌の交差感染を防ぐために、手指衛生や手袋着用などの基本的な病院感染予防対策の確立が重要である。

キーワード：看護師、病院感染予防対策、薬剤耐性菌、

はじめに

近年、ヒトの健常皮膚や鼻腔に付着または定着し、抗菌薬に耐性化した細菌が起因する病院感染が大きな問題となっている。特に、Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)については、医療従事者と患者間の交差感染による病院感染の起因菌として重視されており、医療従事者の皮膚や鼻腔からのMRSA検出頻度について、検討結果が報告されている¹⁾。その報告によると、S.aureusは健常者の皮膚や鼻腔において20~30%の検出率を示すが、医療従事者の場合、その5%以上がMRSAであることが明らかとされており¹⁾、手指衛生や手袋着用など基本的な病院感染予防対策確立の重要性が示されている。

一方、Coagulase-negative staphylococci (CNS)、Corynebacterium spp.、Acinetobacter spp.など、MRSA以外の薬剤に耐性化した皮膚常在菌が病棟内で伝播し集団感染を起因した場合の報告がされている²⁻⁴⁾。しかし、医療従事者の皮膚や鼻腔に付着、定着している薬剤耐性菌の検出頻度については、MRSA以外はほとんど報告されていない。

今回、われわれは、患者に直接的なケアを行い、患者と接する時間の最も長い看護師の皮膚と鼻腔に付着、定着している薬剤耐性菌の検出頻度について把握し、病院感染予防対策確立の一助とすることを目的に本調査を行った。

研究方法

1. 材料採取と検体処理

平成13年8月14日から平成13年9月12日までに、A施設の病院の内科系および外科系病棟に勤務する看護師50人に対し、勤務終了時の病棟の手洗い場にて手を洗う前の

右手掌全体と鼻前庭より、生理食塩液で湿らせた滅菌綿棒で材料を採取し、それぞれ5mlの生理食塩液入り試験管に入れて10秒間攪拌し、検体を作成した。

滅菌シャーレに5mlの検体全量を入れ、8連結チップで96穴(以下、穴をWellと表示する)プレートの全てのWellに50μlづつ分注した。また、滅菌シャーレに残った検体から100μlをBrain Heart Infusion Agar (Brain Heart Infusion Agar; BHIA) にまき、コンラージ棒で広げ乾燥させた。検体を分注した96穴プレートとBHIAを37度で24時間培養した。

2. 薬剤耐性菌の検出(図1)

96Wellのマイクロプレートに、2倍濃度のHeart Infusion Broth (Heart Infusion Broth; HIB) 50μlで薬剤2段階希釈液を作成し、検体50μlを接種後、37度で24時間培養して薬剤感受性テストを行った。薬剤感受性テストには、メチシリン(DMPPC)、アンピシリン(ABPC)、テトラサイクリン(TC)、セフジニール(CFDN)、エリスロマイシン(EM)の5種類の薬剤を用い、National Committee for Clinical Laboratory Standardsの標準法⁵⁾により、最小発育阻止濃度(Minimum Inhibitory Concentration; MIC)を求めた。薬剤耐性の基準とした薬

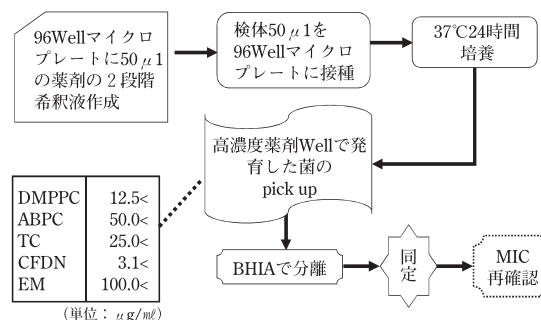


図1 薬剤耐性菌検出法

1) 沖縄県立看護大学

剤濃度は、DMPPC 12.5 µg/ml以上、ABPC 50 µg/ml以上、TC 25 µg/ml以上、CFDN 3.13 µg/ml以上、EM 100 µg/ml以上とし(5、5種類の薬剤のうち、どれか1種類以上の薬剤に発育した細菌を薬剤耐性菌として分離し同定した。

MICは、肉眼的に菌発育が観察されない最小薬剤濃度を終末点としてMICを定義した。菌発育については、直径1mm以上の沈殿、直径1mm以下で2個以上あるものを発育陽性として判定した。直径1mm以下の沈殿1個の場合は再検し、同じ現象がみられたときは、その薬剤濃度をMICとした。薬剤耐性菌の分離・同定については、細菌が発育した菌液5 µlをBHIAに画線接種し、37度で24時間培養し、発育したコロニーの数・形態・グラム染色性からグラム陽性球菌、その他を識別した。

3. PBP2' の検出

薬剤耐性菌として分離された*S.aureus*について、PBP2' の産生の有無を確認するために、ラテックス凝集反応によるPBP2' 検出用キット(デンカ生研)を用いて検討した。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究の目的と趣旨を施設長および看護部長に文書で依頼し、対象者には直接説明し同意を得た。データは研究終了後に破棄し、一切個人を特定できる情報を漏らすことのないようにし、施設と関係各位に不利益が生じないようにした。また調査施設の院内感染予防対策の確立に寄与するよう調査結果については責

表1 検出部位別薬剤耐性菌の検出状況

菌種	株数	
	手掌	鼻腔
<i>Staphylococcus</i> spp.	15	17
<i>Micrococcus</i>	3	2
<i>Klebsiella</i>	4	2
<i>Serratia</i>	0	5
ブドウ糖非発酵 GNR	6	0

表2 薬剤耐性ブドウ球菌の検出状況

菌種	株数	
	手掌	鼻腔
<i>S. aureus</i>	2	4
CNS	13	13

任者に報告した(資料1)。

結果

1. 薬剤耐性菌の検出状況

細菌が増殖した高濃度薬剤入り培地からは殆どの場合1~2種類の菌が分離された。表1に分離した菌種と株数を示してある様に、手掌からは*Staphylococcus* spp.15株、*Micrococcus* 3株、*Klebsiella* 4株、ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌6株の28株、鼻腔からは*Staphylococcus* spp.17株、*Micrococcus* 2株、*Serratia* 5株、*Klebsiella* 2株の26株が検出された。これは、対象とした看護師50人のうち、薬剤耐性化した*Staphylococcus* spp.を手掌に保有している看護師が30%存在するという状況である。*Micrococcus*、*Klebsiella*、ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌についても同様に、手掌に保有している看護師の割合は6%、8%、12%であった。また、薬剤耐性化した*Staphylococcus* spp.を鼻腔に保有している看護師の割合は34%、*Micrococcus*は4%、*Serratia*は4%、*Klebsiella*は10%であった。

2. 薬剤耐性*Staphylococcus* spp.の検出状況

薬剤耐性*Staphylococcus* spp.の検出状況については表2に示した。手掌から分離された*Staphylococcus* spp.15株のうち、*S.aureus*は2株、CNSは13株であった。また鼻腔から分離された*Staphylococcus* spp.17株のうち、*S.aureus*は4株、CNSは13株であった。手掌と鼻腔から分離された全ての*S.aureus*からは、PBP2' 検出用キットを用いた検出法により、*mecA*遺伝子の産物であるPBP2' が検出されMRSAと同定された。今回の調査では、50名中4名(8%)の鼻腔からMRSAが検出された。

3. *Staphylococcus* spp.以外の薬剤耐性菌のMIC

手掌と鼻腔から分離した*Staphylococcus* spp.以外の薬剤耐性菌は、*Klebsiella*・*Serratia*・ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌であった。表3-1に手掌から分離した*Klebsiella*と*Staphylococcus* spp.のMICを示した。また、表3-2に鼻腔から分離した*Serratia*、*Staphylococcus* spp.のMICを示した。

考察

従来常在菌の耐性化については得られた検体から多数のコロニーを分離、同定してからその菌の薬剤感受性を調べ、耐性菌が発見されると、常在菌の耐性化として報告されてきたが、今回の方法は、得られた検体を先ず薬剤入り、培地で培養することによって感受性菌を除き、発育した耐性菌1コロニーあるいは小数のコロニーのみを分離、同定し耐性菌を発見した。このことより集団を全体としてみるので見逃しを少なくし、時間、日数を節約した。

今回の調査では、手掌、鼻腔より*Staphylococcus* spp.、

表3-1 手から分離した *Klebsiella* と *Staphylococcus spp.* のMIC

MIC ($\mu\text{g/ml}$)	<i>Klebsiella</i>					<i>Staphylococcus spp.</i>				
	AB PC	DM PPC	CF DN	TC	EM	AB PC	DM PPC	CF DN	TC	EM
3.13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.25	0	0	1	1	0	1	1	2	7+M2	0
12.5	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
25	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
50	0	0	0	0	0	5	1	1	1	1
100	2	1	0	0	0	1	0	2	0	0
100<	1	3	3	0	4	6+M2	9+M2	7+M2	5	12+M2
合計	4	4	4	2	4	15	14(1)	15	15	15

() は判定不能
M: MRSA

表3-2 鼻腔から分離した *Staphylococcus spp.* と *Serratia* のMIC

MIC ($\mu\text{g/ml}$)	<i>Staphylococcus spp.</i>					<i>Serratia</i>				
	AB PC	DM PPC	CF DN	TC	EM	AB PC	DM PPC	CF DN	TC	EM
3.13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.25	0	2	5+M1	4	1	1	0	0	0	0
12.5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
50	2	0	0	1	0	0	0	1	1	0
100	1	1+M1	1	1+M1	0	0	0	2	0	0
100<	9+M4	8+M3	7+M3	8+M3	11+M4	5	5	0	5	5
合計	17	16(1)	17	17	16(1)	5	5	5	5	5

() は判定不能
M: MRSA

Micrococcusなど、皮膚常在細菌として焦点が当てられる細菌以外に、薬剤に耐性化した*Klebsiella*、*Serratia*が検出された。*Klebsiella*、*Serratia* は*Enterobacter* とともにKESグループと呼ばれ、これらの60%は尿路感染、10%は呼吸器感染、10%は傷口や膿瘍から検出される⁶⁾。特に、*Klebsiella*は広く自然界に存在し、健康人には無害であるが、病院感染起因菌として検出される⁷⁾。また、*Serratia*も同様であり、病院感染において重要な細菌である。

本調査では、日勤が終了し、病棟の手洗い場にて手を洗う前の手から付着した検体採取を実施している。このような状況で*Klebsiella*や*Serratia*が検出されたことから、病因感染において重要で薬剤に耐性化した細菌が病院内に広がっており、看護ケアによる患者と看護師の接触により、このような細菌が看護師の手掌や鼻腔に付着することが予測される。また、手洗いを行った後も*Klebsiella*や*Serratia*が手掌に存在する可能性のあることを示唆している。今後、看護師が媒介者となり、薬剤耐性化した*Klebsiella*や*Serratia*を患者へ広げる可能性が考えられるため、適切な手指衛生の方法に関する検討を行うとともに、手袋を適切に使用し、伝播経路の遮断による感染予防に努める必要がある。

さらに、同一患者の看護ケアにおいては、身体の各部位での感染症が引き起こされることを防ぐために、身体の各部位への細菌の広がりを防ぐことが重要である⁸⁾。従って、*Klebsiella*や*Serratia*の身体の各部位への広がりを防ぐためにも、適切に手指衛生および手袋着用を実施することが重要であると考えられる。

手掌と鼻腔から材料を採取した看護師50人中、4人

(8%)の鼻腔からMRSAが検出されたが、これは垣花らの報告¹⁾と比べた場合、特に検出率が高い状況ではなかった。一方、手掌からMRSAが検出された報告は少ないが、本調査では看護師2人の手掌からMRSAが分離された。これは、看護師の手を介した患者へのMRSA伝搬の可能性を示すものであり、手指衛生や手袋着用の重要性を実感として認識させる結果であるといえる。その他*Klebsiella*、*Serratia*、ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌は院内感染において決して無視する事の出来ない細菌であり、その薬剤耐性化は、今後の院内感染対策において注目すべきものと思われる。

皮膚や鼻腔に付着、定着している細菌は、通常は病原性の弱い菌である。しかし、病院においては侵襲的な処置が頻繁に行われ、感染防御機能の低下した患者が多く存在するため、重要な病院感染起因菌となる可能性が高いことに注意が必要であり、薬剤耐性菌の場合、病院感染起因後の治療を困難にするため、その伝播を防ぐことはさらに重要である。

結論

病院の内科系、外科系病棟に勤務する看護師50人の手掌および鼻腔から材料を採取し、薬剤耐性菌の検出頻度について調査した。

1. 手掌からは*Staphylococcus spp.*15株、*Micrococcus* 3株、*Klebsiella* 4株、ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌6株の28株、鼻腔からは*Staphylococcus spp.*17株、*Micrococcus* 2株、*Serratia* 5株、*Klebsiella* 2株の26株が検出された。
2. 看護師2人(4%)の手掌と、4人(8%)の鼻腔からMRSAが検出された。

資料1

調査協力への御礼と結果報告

病院看護部長
様

今回手と鼻腔に付着した菌の薬剤耐性菌保有率について調べ感染対策を考える資料とする目的で調査のご協力をさせていただき厚く御礼申し上げます。遅くなりましたが調査の結果を報告いたします。

調査の結果次のようになりました。

全調査対象者において、鼻粘膜から分離した菌と人数は、MRSAが4名、セラチア4名、クレブシエラが2名、手からはMRSA2名、クレブシエラ4名、またブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌が6名でした。全調査対象者の12名の手と13名の鼻粘膜から、MR-CNSが分離されました。医療者の鼻腔・手からの耐性菌検出率は約50～55%、非医療者10名で、鼻腔40%、手20%でした。

今回の調査で、50名中4名(8%)の鼻粘膜からMRSAを分離しましたが、他の報告と比較した場合、分離率が特に高いものではありません。また2名の手からMRSAを分離したことは、手による菌の伝搬が起こる可能性を示すものです。その他クレブシエラ・セラチア・ブドウ糖非発酵グラム陰性桿菌は、通常病原性はありませんが、日和見感染症として免疫抵抗力の低下した患者において無視できない細菌です。手洗いや鼻腔の手入れを意識することが必須だと考えます。

平成14年1月9日
仲宗根 洋子

文 献

- 1) 垣花シゲ, 植村恵美子, 岩永正明: 病棟看護婦の鼻腔内細菌叢について, 環境感染, 13(4): 234-237, 1998.
- 2) Rabaud C, Mauuary G: Infection and/or colonization by methicillin-resistant Staphylococcus epidermidis (MRSE), Pathol Biol, 49: 812-814, 2001.
- 3) Pitcher D, Johnson A, Allerberger F, Woodford N, George R: An investigation of nosocomial infection with Corynebacterium jeikeium in surgical patients using a ribosomal RNA gene probe, Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 9: 643-648, 1990.
- 4) Go ES, Urban C, Burns J, Kreiswirth B, Eisner W, Mariano N, Mosinka-Snipas K, Rahal JJ: Clinical and molecular epidemiology of acinetobacter infections sensitive only to polymyxin B and sulbactam, Lancet, 344: 1329-1332, 1994.
- 5) National Committee for Clinical Laboratory Standards: Methods for dilution antimicrobial susceptibility tests for bacteria that grow aerobically, 5th ed. 20 (2), Approved standard M7-M5, 2001.
- 6) 吉田眞一, 柳 雄介 編集: 戸田新細菌学 32版, pp 570, 東京, 南山堂, 2004.
- 7) Podschun R, Ullmann U: Klebsiella spp. as nosocomial pathogens: epidemiology, taxonomy, typing methods, and pathogen city factors, Clin Microbiol Rev, 11: 589-603, 1998.
- 8) 林 滋子: 院内感染予防に対する考え方の変容, 臨床看護, 21 (2): 183-188, 1995.

The distribution of antibiotic resistant bacteria isolated from hand and nasal cavity of nurses.

Yoko NAKASONE, R.N.,P.H.N.,M.H.Sc.,¹⁾ Tomoko NADOYAMA,R.N.,P.H.N.,D.M.Sc.¹⁾

Abstract

In order to know the distribution of antibiotic resistant bacteria isolated from hand and nasal cavity of health care worker, we sampled by hand and nasal cavity swabs from 50 nurses.

Fifteen of Staphylococcus spp.strains , 3 of Micrococcus strains , 4 of Klebsiella strains and 6 of glucose non fermentation gram negative rod were isolated from samples of hand swab. Seventeen of Staphylococcus spp.strains , 2 of Micrococcus strains , 2 of Klebsiella strains and 5 of Serratia strains were isolated from the samples of nasal cavity swab. Two of nurses carry MRSA on the hand and 4 of nurses carry MRSA in the nasal cavity.

Key words: Hospital infection control. Antibiotic resistant bacteria.

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

沖縄県一離島における高齢者の外出支援の特徴 - T島の「ボランティア移送サービス」事例 -

佐久川政吉¹⁾ 大湾明美¹⁾

要 約

【研究目的】 T島における高齢者の外出支援としてのボランティア移送サービスの特徴、及び高齢者と移送ボランティアの特徴を明らかにし、互助機能の高さを活かしたボランティア活動の拡大化について考察する。

【研究方法】 対象地域は、1島1村型のT島。対象者は、ボランティア移送サービスを「今すぐ利用希望」とした高齢者と実際に利用した高齢者、及び移送ボランティアである。データとして、ワーキング会議資料及び議事録、移送等ニーズ調査結果等を用いた。事例調査として、高齢者と移送ボランティアに関き取り調査を行い、質的帰納的に内容分析を行った。

【結果及び考察】 1) ボランティア移送サービスの特徴として、利用対象者、利用目的、利用方法等において、高齢者にとって利便性があった。2) 過去のニーズ調査において、「今すぐ利用希望」とした高齢者は26人で、その内5人が実際に利用し、その他に「希望なし」4人も利用していた。年齢、性別、世帯構成、サービス利用の有無、主観的健康観、日常生活状況、外出頻度には関係なく利用していた。利用したい場所は港を中心に診療所、役場、郵便局が加わっていた。3) 移送ボランティアとして、ワーキングメンバー5人に加え、住民2人が登録し、高齢者のニーズに応じて、臨機応変に対応していた。職業では自営業が多く、全員が地域活動歴を有していた。4) 互助機能の高さを活かしたボランティア活動の拡大化として、ボランティア移送サービスをきっかけに、ワーキングメンバー以外の住民の参加がみられたことは、今後もボランティア活動が拡大していく可能性を示唆していた。専門職者は、住民の力が発揮出来るような基盤整備や、当事者のニーズと活動を繋ぐマネジメント機能を強化していく必要がある。

キーワード：離島、高齢者、移送サービス、ボランティア、住民主体

はじめに

外出は高齢者の自立生活の指標になるが、離島では移動手段が乏しく、その選択肢が限られている。報告者らは先にアクションリサーチとして、住民主体の地域ケア(生きがい型デイサービス、ゴミだしボランティア等)を誕生させたH島の結果を受け¹⁾、T島においても知人の範囲が広く、隣人との交流が活発で支援意識が高い²⁾という互助機能の高さを活かした住民主体の活動を2年間(平成15年4月から平成17年3月)支援した。そこで最も話題となったのは、高齢者の外出支援として誕生したボランティア移送サービスである。区長や老人クラブ会長等の地区組織の代表で構成したワーキンググループは、個別のニーズをきっかけに複数のニーズの確認・検討を繰り返し、ボランティア移送サービスを誕生させた。このようなニーズ把握からサービス誕生に至る形成プロセスにおいて、住民の意識変化や行動活性化の可能性が示唆された³⁾。

介護保険制度施行以来、創意工夫による外出支援サービスの実践は少なくない⁴⁾。しかし、従来の行政による法定サービスを基本としたものに留まり⁵⁾、地域資源を活かしたボランティア等によるユニークな活動に関する研究はみあたらない。住民の「ニーズ」や「思い」から出発したボランティア活動は、地域ケアにおいて重要視

される一方で⁶⁾、その責任性や継続性が課題となり⁷⁾⁸⁾、拡大化が懸念される。

そこで、T島において住民主体で実施されているボランティア移送サービス(高齢者が必要時、登録された移送ボランティアに電話で依頼し、外出先への送迎を無償で利用可能なサービス)の運営形態や高齢者の利用実態、移送ボランティアの特徴を明らかにすることは、今後のボランティア活動の拡大化に示唆を与えると考える。

以上のような背景を踏まえ、本研究においては、T島における高齢者の外出支援としてのボランティア移送サービスの特徴、及び高齢者と移送ボランティアの特徴を明らかにし、互助機能の高さを活かしたボランティア活動の拡大化について考察することを目的とする。

研究方法

1. 対象

対象地域はT島で、総人口約700人、老年人口約200人(高齢化率約28%)の1島1村で、港や診療所、役場等の公共機関が集中しているT地区と、離れているS地区がある(両区間は4.5km)。島内の交通機関としては、民宿の送迎バスと村委託の有償バスがある。

対象は、移送等のニーズ調査において、「今すぐ利用希望」と回答した高齢者、及び実際にボランティア移送サービスを利用した高齢者、移送ボランティア名簿に登録された者(以下「移送ボランティア」と略)である。

1) 沖縄県立看護大学

2. 方法

1) 研究期間：ボランティア移送サービスが実施された平成16年8月1日から、報告者らの介入が終了した平成17年3月31日までの8ヶ月間である。

2) データ収集：第1段階として、平成16年度のワーキング会議資料、議事録(8回分)、移送ニーズ等調査結果(回収率70.8%、調査項目：外出頻度、不便に感じる事、利用したい場所、利用希望料金等)、ボランティア移送サービス利用者名簿、移送ボランティア運行日誌からデータを収集した。ボランティア移送サービスについては、運営主体、サービス提供者、利用対象者、利用目的、利用方法等であった。利用者については、居住地区、年齢、性別、世帯構成、利用サービス、主観的健康観、日常生活状況、外出頻度であった。移送ボランティアについては、年齢、性別、居住地区、地域活動歴、ワーキングメンバー、ボランティア登録年月、ボランティア実働回数であった。報告者は毎月のワーキング会議に参加し、会議資料や議事録作成、調査結果の集計・検討に関わった。データへの疑問が生じた際には、資料を管理しているワーキング委員長に確認した。

第2段階として、事例調査を実施し、ボランティア移送サービスを利用した高齢者4人と移送ボランティア3人に対し、半構成的面接及び電話での聞き取り調査を行った。調査項目は、ボランティア移送サービスの実施前後の状況、ボランティア移送サービスの利用や依頼を受けるまでの経過、改善点等であった。

3) 分析方法：データをボランティア移送サービス及び高齢者、移送ボランティアに分類し、それぞれの概要を整理し内容分析を行った。さらに聞き取りした事例のボランティア移送サービスの影響等についての分析を行った。

4) 倫理的配慮：既存資料については、介入時に研究データとしての使用許可をワーキングメンバー及び役場担当者から得た。対象への面接または電話での聞き取り調査時には、研究の趣旨を口頭で説明した上で、同意の得られた者に対して調査を行った。対象に関する個人情報については、研究結果に支障を来さない範囲で修正を加えた。

結果

1. ボランティア移送サービスの特徴

ボランティア移送サービスについて、市町村で一般的に実施されている法定サービス(外出支援サービス事業)と比較した(表1)。ボランティア移送サービスの場合、ワーキンググループが運営主体となり移送ボランティアがサービスを提供し、行政による予算措置はない。その内容として、利用対象者は高齢者と障害者で、利用目的は限定せず、利用時間は必要時、移送ボランティアが対応可能であれば即利用可能である。利用範囲も島内であれば制限されず、必要時何回でも利用可能であった。

表1 ボランティア移送サービスと
外出支援サービス事業との比較

	ボランティア移送サービス	外出支援サービス事業
運営主体	ワーキンググループ	市町村
サービス提供者	移送ボランティア	委託先(社会福祉法人等)
予算措置	なし	あり(補助金)
利用対象者	高齢者、障害者	60歳以上外出介助を要し、車椅子、ストレッチャー等を必要とする方
利用目的	限定しない	通院・入退院の送迎
利用時間	即利用可	月～金:朝9時～17時
利用範囲	制限なし(島内)	市町村内及び隣接市町村
利用回数	必要時何回でも可	月2回まで
利用方法	利用希望者が移送ボランティアに直接電話をかける	利用希望者が数日前に委託先に直接電話をかける
利用者負担	なし	あり(片道200円)
使用車両	自家用者 (ボランティア保険加入)	リフト付福祉車両

利用方法の実態として、利用希望者が移送ボランティアに直接電話をかけ依頼する方法で開始したが、実際には、高齢者が直接来て依頼する、家族が電話で依頼するか直接訪ねて来て依頼するパターンもみられた。それに対し移送ボランティアは、依頼方法に関係なく、高齢者や家族の依頼に臨機応変に対応していた。また、利用者負担はなく、自家用車(ボランティア保険加入)を活用していた。

2. 高齢者の特徴

1) 高齢者の概要

ボランティア移送サービス実施前の移送等ニーズ調査において、「今すぐ利用希望」の高齢者は26人(T地区16人、S地区10人)であった(表2)。その内、実際に利用したのは5人(事例1,2,17,18,19)で、その他に「希望なし」の4人(事例27,28,29,30)も利用していた。この9人の利用回数は、事例17が最も多く17回、その他は1~3回であった。年齢は60代から90代で、性別に関係なく利用していた。世帯構成では単身世帯と老人世帯に加え、同居世帯の高齢者も利用し、介護保険や在宅福祉のサービス利用の有無に関係なく利用していた。主観的健康観は「健康」と「不健康」に分かれていたが、日常生活状況は1人を除き「生活自立」であった。外出頻度は「ほとんど毎日」だけでなく、「週2~3回」、「月2~3回」、「月1回」、「ほとんど外出しない」もいた。「歩行可だが荷物あり時不便」と「外出先までの歩行が不便」に加え、「出かけることに不便なし」の高齢者も希望していた。利用したい場所としては、港を中心に、S地区においては診療所、役場、郵便局の3ヶ所が加わっていた。利用料金については、無料だけでなく有料を希望している高齢者もみられた。「今すぐ利用希望」した高齢者26人中、ニーズ調査の半年後で2人が、入院や施設入所のために島外に移動していた(事例25,26)。

表2 高齢者の概要及びボランティア移送サービス希望状況

N=30

希望地区	事例回数	年齢	性別	世帯構成	利用サービス	主観的健康観	日常生活状況	外出頻度	不便に感じる事	利用したい場所	利用希望料金	
T地区 (16人) 「今すぐ利用希望」群 (26人)	1	1	80代	女性	単身	生きデイ,配食	健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	歩行可だが荷物あり時不便	港	300円
	2	1	80代	女性	老人	なし	不健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	歩行可だが荷物あり時不便	港	100円
	3		80代	男性	同居	なし	不健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	歩行可だが荷物あり時不便	港	無料
	4		70代	女性	同居	生きデイ	不健康	J(生活自立)	週2~3回	歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所	その他
	5		80代	女性	単身	デイ	健康	J(生活自立)	ほとんど外出しない	外出先までの歩行不可	港	無料
	6		70代	女性	老人	生きデイ				歩行可だが荷物あり時不便	港	
	7		70代	女性	老人	デイ,ヘルプ,配食	不健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所	100円
	8		70代	女性	単身	生きデイ,配食	不健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	出かけることに不便なし	港	300円
	9		70代	女性	老人	生きデイ	健康	J(生活自立)	月1回	出かけることに不便なし	港	300円
	10		80代	女性	老人	生きデイ	健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	出かけることに不便なし	港	100円
	11		70代	男性	老人	なし	健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	出かけることに不便なし	港, 診療所, 役場, 郵便局	300円
	12		80代	女性	老人	生きデイ	不健康	J(生活自立)	ほとんど外出しない	外出先までの歩行不可		100円
	13		80代	女性	単身	デイ,配食	健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	歩行可だが荷物あり時不便	港	100円
	14		90代	女性	単身	デイ,配食				歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所, 役場, 郵便局	無料
	15		80代	女性	単身	デイ,ヘルプ,配食	不健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	外出先までの歩行不可	港, 役場, 郵便局	無料
	16		80代	女性	単身	デイ	不健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	歩行可だが荷物あり時不便	港	100円
17	17	70代	女性	単身	デイ,ヘルプ,配食				外出先までの歩行不可	港, 診療所, 役場, 郵便局	無料	
18	1	60代	男性	単身	なし	不健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所, 役場, 郵便局	200円	
19	3	80代	女性	単身	配食	健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	外出先までの歩行不可	港, 診療所, 役場, 郵便局	無料	
20		70代	男性	老人	なし	不健康	A(準寝たきり)	月2~3回	歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所, 役場, 郵便局	100円	
21		80代	女性	老人	なし	健康	J(生活自立)		歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所, 役場, 郵便局	100円	
22		70代	女性	同居	なし	不健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所, 役場, 郵便局	200円	
23		80代	男性	老人	なし				歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所, 役場, 郵便局	200円	
24		80代	女性	老人	生きデイ				歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所	200円	
25		90代	女性	老人	デイ	健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所, 役場, 郵便局	無料	
26		80代	女性	単身	デイ,ヘルプ,配食	不健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	歩行可だが荷物あり時不便	港, 診療所, 役場, 郵便局, 農協	無料	
27	2	80代	女性	単身	なし	不健康						
28	1	70代	女性	老人	なし	健康	J(生活自立)	ほとんど毎日	出かけることに不便なし	港, 診療所	200円	
29	2	70代	男性	同居								
30	1	70代	女性	同居								

ボランティア移送サービス利用者

2) 高齢者の事例

(1) 事例17: ボランティア移送サービスの利用が最も多かった事例

70代の女性、単身世帯の要介護高齢者で、持病のため診療所を受診することが多く、デイサービスやホームヘルプサービス、配食サービスを利用していた。公共機関から離れているS地区在住のため、買物等の用事以外は他者に送迎を依頼するしかない状況であった。しかし、島外出身で子供はなく、近隣に親戚もいないため、T地区や島外への外出時には、主にボランティアAに依頼し

ていた。その方法としては、ボランティアAの商店に立ち寄り直接依頼していたが、ボランティアAの都合が悪い時は、ボランティアBまたはCに依頼することもあった。送迎はボランティア移送サービス実施以前から依頼していた経過があり、実施後も大きな変化はなかった。事例17は冬場になり体調を崩し、島外の病院に入院した。その後、一時的に帰島し利用したが、再度入院のため島外に出ていた。

(2) 事例1: ボランティア移送サービス誕生のきっかけになった事例

80代の女性、単身世帯で高血圧症がある。生きがいデイサービスと配食サービスを利用して。ワーキング会議には老人会長の立場で参加し、ボランティア移送サービス誕生のきっかけとなる発言をしていた。島外への外出時、荷物がある場合は、港（自宅から約500m）まで一輪車に載せ運搬していた。しかし、夏場や体調不良時には運搬が出来なくて困ることがあった。ボランティア移送サービス開始後、「お願いしたい時もあったが、ボランティアが忙しいと思って、遠慮して出来なかった」、「勇気を出してお願いした時、ボランティアの都合が悪くて断られた」との理由で、サービス利用までには至らなかった。その後、「2月に島外に出なければいけない用事があり、運ぶ荷物が多かったのをお願いした。その時はタイミングが合って利用できた」と、初めての利用経験を語った。さらに、「一度も使ったことがなかったから遠慮したり、よくわからなかった。体も段々弱ってきて元気な時ばかりではないから、これからも必要な時は利用したい」と、今後の利用継続について語った。

3. 移送ボランティアの特徴

1) 移送ボランティアの概要

移送ボランティアは、30代から70代で、男性2人、女性5人で、S地区2人、T地区5人であった。地域活動歴として、全員がリーダーとして日頃から地域活動を行い、それにボランティア移送サービスが付加されていた。ワーキングメンバーの5人に加え、公募や口コミによって住民2人が登録し、8ヶ月間継続していた。職業は自営業が4人、残りは主婦や退職者であった。高齢者から依頼があり、対応した移送ボランティアは5人（事例A,B,C,D,E）であり、実働回数は、ボランティアAの22回が最も多く、その他は0~3回であった。

移送ボランティア5人がメンバーであるワーキンググループにおいて、毎月の利用実績を踏まえながら、利用者掘り起こしのための広報方法の検討（口コミ、ポスター掲示、ボランティア車両へのマグネット貼用の検討等）、サービス実施により生じる課題（移送ボランティアへの連絡方法、荷物の移送、停留所設置の是非等）について検討を重ねていた。

2) 移送ボランティアの事例

(1) 事例A：依頼の多かった移送ボランティア

30代の女性で、S地区の民生委員でワーキングメンバーである。自宅は自営業（商店）であり、日頃は店番をしている。S地区はT地区に比べ利用者が多く、移送ボランティアとしてもう一人（60代の男性）が登録されていたが、事例Aに依頼が集中していた。事例Aはボランティア移送サービス前後の変化について、「送迎のお手伝いは昔からやっていたこと。サービスが出来たからといって、お年寄りや私の意識は変化していない」と語った。高齢者からの依頼が多いことについて、「店だから入りやすいことと、年下だから頼みやすいのではないかと

語る一方で、「困るのは一人で店番をしている時で、代りがいないので対応できないこともある」と、高齢者の依頼に応じられない現状があることも語った。移送ボランティア時の工夫として、「郵便局や役場には連れて行き、合間に自分の用事を済ませる。診療所の場合は時間がかかるので、終わりそうな時間を聞いて、一旦戻ってから迎えに来る」と語った。

(2) 事例F：高齢者の移送ボランティア

70代の女性で、ワーキンググループの中心メンバーである。過去の保健福祉職としての地域活動の実績に加え、退職後は介護者の会を立ち上げ、リーダーとして関わった経験があった。T地区における高齢者の状況について、「移送サービス利用の声かけをしているが、家族の車があるからと断られる」、「一輪車で港に向かっている事例1に会った時、お願いすればいいのにと声をかけたが、遠慮して利用しなかった」と語った。

考 察

1. ボランティア移送サービスの特徴

外出支援として、利用対象者、利用目的、利用回数等において、高齢者の視点で利便性があるのは、行政や専門職主導による法定サービスではなく、法定外で実施されているボランティア移送サービスである。それを可能にしている要因には、T島における互助機能の高さを基盤として、高齢者のニーズに沿って住民が主体的にサービスを運営していることが考えられる。さらに、法定外サービスであることによって、制度上の制限が少なく、高齢者のニーズを優先した臨機応変の運営を可能にしていることが推察された。渡辺が、「主体形成とは、常に地域社会のなかで、隣人や他人との関係のなかにおいて生活する相互の関係のあり方をいうものであり、いくら公的サービスが充実しても、地域社会での豊かな交流の形成を支援することなしには成立しない⁹⁾」と述べているように、地域において法定サービスを導入しても、住民の互助機能の高さを活かしたボランティア移送サービスのような運営を展開しなければ、高齢者の生活に密着したサービスにはなりにくいと考えられる。

2. 高齢者と移送ボランティアの特徴

「今すぐ利用希望」の高齢者は、日常生活は自立しているにもかかわらず、ボランティア移送サービスを利用して。高齢者は徒歩可能な範囲の用事については、自力で済ませていると思われるが、距離のある港や診療所、役場等には、生活自立度や同居者の有無等に関係なく、外出支援が必要であることが示唆された。また、利用回数については、事例17が他の高齢者と比較して多かった。要介護状態や身近に家族等がない場合、ボランティア移送サービスの存在は、外出支援としてより重要であると考えられる。

事例1のようにニーズはあっても、サービス利用まで

に時間を要したことは、高齢者によっては、ボランティアに直接依頼する方法では遠慮しやすいこと、また気軽に利用するまでには浸透していないことが考えられる。今後、高齢者の利便性を向上させていくためには、ボランティア移送サービスのシステムについて再検討することも必要である。

ボランティア移送サービスを「今すぐ利用希望」したが、実際には利用していない高齢者が存在したことは、自力で外出することが出来たか、または家族・親戚で対応出来たことによって、サービス利用までは至らなかったことが推察される。しかし、高齢者にとって、身近に利用可能なボランティア移送サービスがあることは、家族・親戚で対応出来ない時のセーフティネットとして意義があると考えられる。日頃は家族・親戚で対応可能でも、状況によっては対応出来ない時がある。そのような時に、地域に利用可能なサービスが存在することは、高齢者の選択肢が増え、安心感にも繋がると思われる。

「今すぐ利用希望」した高齢者26人中2人が、入院や施設入所のために島外に移動していたことは、高齢者の身体状況等は急速に変化することもあるため、必要な人に、必要な時にサービスが行き届くようなシステムが重要であることを示唆している。

ニーズ調査時には把握出来なかった高齢者が利用していた。このことは、調査時に不在で希望が確認出来なかったことや、ボランティア移送サービスが実働していなかったため、ニーズとして浮かび上がってこなかったことも考えられる。ニーズは必ずしも顕在化しないため、サービスが実働することによって、必要な高齢者まで情報が届くことになり、潜在化していたニーズが掘り起こされ、サービス利用に繋がっていったと考えられる。ワーキンググループにおいては、サービスの利用実績の確認や課題についての検討を繰り返していた。ボランティア活動は、それを見守り支える存在があることによって、継続化が可能になり、その責任性も強化されていく。T島においては、ワーキンググループが存在することによって、ボランティア移送サービスが継続し、住民が移送ボランティアとして責任を持って活動を展開していることが示唆された。

移送ボランティアを個人レベルでみると、事例Aに依頼が集中していた。その背景には、S地区の利用者が多いことに加え、事例Aの過去から培ってきた地域における活動が相乗効果を生み出し、突出した実働実績になっていたと推察する。事例Aは民生委員として若い頃から高齢者のニーズに応じてボランティアを実践してきた経緯があり、新たにボランティア移送サービスが実施されたからといって、力んでいる様子はみられない。ボランティア移送サービスが地域のシステムとして位置づけられることによって、今まで以上に支援意識が強化され、責任性や継続性が伴ってくると思われる。また事例Aの特徴として、自営業に加え主婦業や民生委員の役割も担

い、さらに高齢者の依頼に応じて多機能に活動している。離島は小規模のため実働可能な人材に限られ、高齢者のニーズ別に対応する程、量的には多くはないことから、個々のニーズに応じて機能別に人材を確保することは困難である。そのような現状では、事例Aのような多機能な人材を多く育成していくことが重要である。

移送ボランティアとして70代の事例Fが登録している。報告者らが介入前にT島において実施した全住民対象の介護・ボランティア等の意識調査において、「ボランティア活動を行いたい」と回答した者は、全体では44.7%（非高齢者群38.5%、高齢者群55.1%）であり、住民の半数近く、特に高齢者においてはボランティア活動の意思があることが確認され、高齢者はサービスの受け手としてだけではなく、支え手（ボランティア）としての役割を担う可能性があることを示唆していた¹⁰⁾。役割喪失が多くなる¹¹⁾とされている高齢者にとって、受け手だけではなく、支え手にもなり得ることは、高齢者の自助や互助の活性化にも繋がっていくことが予測される。また支え手としてサービスを提供した高齢者が、将来サービスが必要になった時には、過去にサービスを提供したことがあるため、自らが利用する立場になった時に利用しやすいのではないかと考える。

3. 互助機能の高さを活かしたボランティア活動の拡大化

ワーキングメンバーの5人は、自らが移送ボランティアとして登録すると共に、他の住民にも呼びかけ、ボランティア仲間として巻き込んでいた。報告者らの介入前から家族や親戚、近隣同士の、老人クラブ等の各地区組織ごとの互助機能はあったが¹²⁾、地域全体で捉えた場合は、各々縦割りになっており、横の連携は十分ではなかった。ワーキンググループの開催が、各地区組織の代表が一同に揃う機会になり、定期的に会議を重ねていくことで、メンバーや各地区組織間の連携が生じた。さらに、ボランティア移送サービスをきっかけに、ワーキングメンバー以外の住民が参加したことは、互助機能の高さを活かしたボランティア活動として拡大化したと考える。

移送ボランティアのメンバーは、全員が地域活動歴を有し、リーダーとしての役割を果たしてきていたため、地域活動の基盤整備が出来ていたと考える。住民の力量形成に着目している井伊は、「住民はもともと力を持っている存在として捉え、その力を発揮できなくしている種々の条件を整える。すなわち、適切な体験を増やし、体験を意識化する場を提供し継続していくこと」¹³⁾が、専門職者の役割であることを述べている。専門職者は住民の力が発揮出来るような基盤整備や、当事者のニーズと活動を繋いでいくマネジメント機能を強化していくことが重要である。

今後の課題として、移送ボランティアの多機能化だけでなく、対象の拡大が必要になってくる。つまり、高齢者のみを対象とするのではなく、障害者等の外出支援が

必要な人にも積極的にアプローチしていく必要がある。互助機能の高さを活かし、個別ニーズにも対応可能な、地域密着型の活動を展開出来る人材の育成を促進していくことが重要である。

結 論

本研究においては、T島における高齢者の外出支援としてのボランティア移送サービスの特徴、及び高齢者と移送ボランティアの特徴を明らかにし、互助機能の高さを活かしたボランティア活動の拡大化について考察した。

移送ボランティアの特徴として、利用対象者、利用目的、利用方法等において、高齢者にとって利便性があった。過去のニーズ調査において、「今すぐ利用希望」した高齢者は26人で、その内5人が実際に利用し、それ以外に希望していなかった4人も利用していた。年齢、性別、世帯構成、サービス利用の有無、主観的健康観、日常生活状況、外出頻度には関係なく利用していた。利用したい場所は、港を中心に診療所、役場、郵便局が加わっていた。移送ボランティアとして、ワーキングメンバー5人に加え、住民2人が登録し、高齢者のニーズに応じ、臨機応変に対応していた。職業では自営業が多く、全員が地域活動歴を有していた。互助機能の高さを活かしたボランティア活動の拡大化として、ボランティア移送サービスをきっかけに、ワーキングメンバー以外の住民の参加がみられたことは、今後もボランティア活動が拡大していく可能性を示唆していた。専門職者は、住民の力が発揮出来るような基盤整備や、当事者のニーズと活動を繋ぐマネジメント機能を強化していく必要がある。

謝 辞

本研究をまとめるに際し、ご協力をいただいたT島の高齢者及びワーキングメンバー、移送ボランティア、役場担当者に感謝致します。

文 献

- 1)大湾明美, 宮城重二, 佐久川政吉, 大川嶺子: 沖縄県有人離島の類型化と高齢者の地域ケアシステム構築の方向性, 沖縄県立看護大学紀要, 6, 40-49, 2005.
- 2)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回学術集会抄録集, 88, 2003.
- 3)佐久川政吉, 大湾明美, 大川嶺子, 牧内忍, 川崎道子: 沖縄県離島のモデル地域における地域ケアシステム構築に関するアクションリサーチ - 住民主体の移送サービスの形成プロセス, 沖縄県立看護大学紀要, 6, 58-63, 2005.
- 4)井上由美子: 協生の福祉 - もうひとつの援助技術論, 初版, 明石書店, 95-97, 2004.
- 5)藤井直人: 高齢者・障害者の通院手段の現状と課題, リハビリテーション工学研究, 20, 36-39, 1999.
- 6)木原孝久: 住民流ボランティアの極意, 保健婦雑誌, 53(1), 862-871, 1997.
- 7)福原啓子: 市民によるボランティアの育成と活動の実際, 公衆衛生, 63(12), 869-872, 1999.
- 8)兼間道子: ボランティア活動における無報酬と有償活動, 公衆衛生, 63(12), 869-872, 1999.
- 9)渡辺洋一: エンパワメントを志向したソーシャルワークに関する一考察 - 社会福祉の固有性の視点から, ソーシャルワーク研究, 21(2), 100-107, 1995.
- 10)前掲書2), 88.
- 11)山中康裕: 健やかな老い 老年期の喪失体験, 老年精神医学雑誌, 12(3), 259-262, 2001.
- 12)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回学術集会抄録集, 87, 2003.
- 13)井伊久美子: 住民の力量形成地域におけるケアのパラダイムシフト, 看護研究, 29(6), 465-471, 1996.

Characteristics of Support Provided for Elders to Go Out on an Isolated Island: Voluntary Transfer Service on T Island

Masayoshi SAKUGAWA, R.N., P.H.N., M.N.¹⁾ Akemi OHWAN, R.N., P.H.N., D.H.Sc.¹⁾

Abstract

【Objective】 To identify the characteristics of a voluntary transfer service for elders and of elders using and volunteers providing the service, and ultimately to determine an expansion of volunteer activities to make best use of the high level of mutual assistance available on T Island.

【Methods】 The target region was a one island-one municipality type isolated island. Subjects were elders who requested use of the “ immediate voluntary transfer service ”, elders who actually used the voluntary transfer service, and volunteers who provided the service. The data examined were meeting documents and records of working group meetings, and the results of our “ research of needs for transfer service ”. Interviews were carried out with the elders and volunteers, and qualitative and inductive data analysis was carried out.

【Results and Discussion】 1) Characteristics were determined for the users of the service, the purposes of the service, and the ways in which using the service facilitated convenience for the elders. 2) Five of the 26 elders who requested immediate use of the service used it. Four other elders who did not specify their needs for using the transfer service also used the service. Service users did not differ in terms of age, gender, household structure, use of Long-term Care Insurance Services, subjective health, daily living conditions or frequency of going out. The destinations of the transfer service were the harbor, clinic, municipality office and post office; necessary places for the elders to visit. 3) Five members of the working group and 2 other inhabitants registered as volunteers of the transfer service. They provided a flexible service to meet the needs of elders. Many of the volunteers were self-employed, and all had experience of community activities. 4) The expansion of volunteer transfer activities made possible by the 2 other volunteers joining the working group members appeared to make the best use of the high level of mutual assistance available on the island. Health professionals need to work on creating a base for volunteer inhabitants to offer their knowledge and skills fully, and to reinforce management functions, enabling those interested in resident initiative activities to volunteer.

Key words: isolated island, elder, transfer service, volunteer, resident initiative activity

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

研究ノート

育児不安・育児ストレスの測定尺度開発に関する文献検討 (1983年～2007年)

川崎道子¹⁾ 宮地文子²⁾ 佐々木明子³⁾

要約

文献検索サイトの医学中央雑誌Web ver.4、JDream、CINAHL with Full Textで1980年以後今日までの「育児不安・育児ストレス」に関する国内外の文献のうち、測定尺度の開発に関する文献を抽出して、測定尺度の方法を考察した。

医学中央雑誌Web ver.4に掲載された「育児不安」の1キーワードで原著論文は230件、「育児ストレス」204件、両者の重複19件、計453件が、JDreamには「育児不安」106件、「育児ストレス」33件、計139件が、CINAHL with Full Textには「Parenting stress」のキーワードで211件がヒットした。

育児不安・ストレスの測定は、身体疲労、不安・抑うつ、ストレス等の測定尺度が使用・応用され、その信頼性と妥当性、簡便性が様々な立場から追究されている。近年はストレス理論の影響を受けて「育児不安」よりむしろ「育児ストレス」の概念にもとづく論文が多くなっている。また、わが国では、欧米に比較して一般乳幼児の母親を対象にした論文が多く、欧米とは社会・文化的背景の違いがみられる。

キーワード：育児不安 育児ストレス 測定尺度 原著論文

はじめに

わが国で1951年に創刊された保健師専門誌保健師ジャーナル(旧保健師雑誌)に、「育児不安」をテーマにした実践報告が¹⁾が初めて掲載されたのは1976年である。1970年代は、コインロッカーに殺害された嬰兒遺棄など、多発する子ども殺害・虐待が母子関係の病理「育児ノイローゼ」としてマスコミで問題になり、戦後の混乱期を経た経済発展に伴う都市化・核家族化の中で、従来「家事・育児は女性の役割」とされてきた母親の育児環境について社会の関心が向けられた²⁾。以来、女性の社会進出・高齢化・少子化の進行により伝統的な育児環境は急速に変化し、今日の「健やか親子21」においても、多様な環境下で育児をしている母親の負担や心配ごと・不安等に対する地域社会による育児支援体制を充実することの重要性がますます強調され、そのエビデンスが求められている。

ところで、「育児不安」の概念とその測定尺度に関する国内の先行文献は、1980年頃から母子保健や精神保健、保育分野で、マタニティ・ブルー、育児不安、育児ストレス等多様な切り口で多数報告されているが、その測定尺度が標準化されていると言いがたい現状がみられる。

本稿では、「育児不安」の概念とその測定尺度に関する学術研究の動向と標準化に関する論点を把握する目的で、1980年以後今日までの「育児不安・育児ストレス」

に関する国内外の文献のうち、その測定尺度の開発に関する文献を抽出して、測定尺度の考え方と方法、関連要因の検討課題を考察した。

研究方法

1. 対象文献の選定

文献検索サイトのうち医学中央雑誌Web ver.4、JDream、CINAHL with Full Textで以下の検索を実施した。

医学中央雑誌Web ver.4に掲載された1983～2007.9.13.のデータから「育児不安」または「育児ストレス」の1キーワードで原著論文を検索した。JDreamに掲載された1983～2007.9.13.のデータから同様の検索をした。CINAHL with Full Textの1983～2007.9.16.に掲載されたデータから「Parenting stress」のキーワードでAllied Health, Accreditationを条件に検索した。

2. 分析方法

はじめに、医学中央雑誌Web ver.4(1983～2007.9.13.)とJDream(1983～2007.9.13.)、CINAHL with Full Text(1983～2007.9.16.)検索された文献数から、「育児不安」「育児ストレス」「Parenting stress」に関する原著文献件数を概観した。

つぎに、医学中央雑誌Web ver.4(1983～2007.9.13.)で検索された原著論文453件とCINAHL with Full Text(1983～2007.9.16.)で検索された原著論文211件について、文献の表題から研究の動向を概観した。

さらに、医学中央雑誌における原著文献のうち、育児不安または育児ストレスの測定尺度の開発を意図した文

1) 沖縄県立看護大学

2) 日本赤十字九州国際看護大学

3) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科
総合保健看護学専攻

献37件を選び、測定の意図、尺度の構造、関連要因の検討、他の研究者による使用・応用の状況を分析した。

・結果

1．国内外における「育児不安」「育児ストレス」に関する原著論文の概況

医学中央雑誌Web ver.4（1983～2007.9.13.）の検索では、「育児不安」230件、「育児ストレス」204件が各々単独で、「育児不安」と「育児ストレス」の重複19件、計453件がヒットした。JDream（1983～2007.9.13）では、「育児不安」106件、「育児ストレス」33件、計139件がヒットした。なお、JDream でヒットした文献の多くは、医学中央雑誌Web ver.4でヒットした文献に含まれていた。CINAHL with Full Text（1983～2007.9.16）では、「Parenting stress」のキーワードでAllied Health, Accreditation計211件がヒットし、「Parenting anxiety」はヒット0件、「Childcare stress」,「Childcare anxiety」各0件であった。

2．国内文献の動向

国内の学術研究の動向は、JDream に比してヒット件数の多い医学中央雑誌における「育児不安」「育児ストレス」の各キーワードでヒットした原著論文について、その表題を分析した。

分析対象文献の母親の属性を推定・分類した結果を表1に示した。最も多いのは一般乳幼児または学童（小中高校生を含む）の母親258件、総件数の57%で、つぎにハイリスク児の母親120件、26.5%、妊産婦・就労等の母親75件、16.5%であった。また、一般の母親では乳幼児の母親が最も多く、文献総件453件中179件、総件数の約40%を占め、乳児または幼児に限定すると各1割弱である。ハイリスク児の母親では未熟児の母親、障害児の母親、虐待児の母親は各々6～7%で、件数は比較的少ないが病児や多胎児の母親を対象の論文もみられた。妊産婦またはハイリスク母親に着眼した論文では、産婦7.9%、妊婦4%、片親等3.1%、就労1.5%である。論文のキーワードでは、「育児不安」をキーワードにした論

表1 医学中央雑誌におけるキーワード「育児不安」または「育児ストレス」の原著論文件数(1983年～2007年9月)

キーワード	総件数	一般乳幼児・学童等の母親を対象					ハイリスク児の母親を対象					妊産婦またはリスク母親を対象					
		乳幼児等	乳児	幼児	学童等	(小計)	未熟児	病児	障害児	多胎児	虐待児	(小計)	妊婦	産婦	就労	リスク親	(小計)
育児不安	230	87	23	17	1	(128)	29	12	1	3	12	(57)	14	24	2	5	(46)
育児ストレス	204	79	14	17	6	(116)	4	12	26	6	12	(60)	4	12	4	8	(28)
重複	19	13	1			(14)				1	2	(3)			1	1	(2)
件数	453	179	38	34	7	(258)	33	24	27	10	26	(120)	18	36	7	14	(75)
%	100.0	39.5	8.4	7.5	1.5	(57.0)	7.3	5.3	6.0	2.2	5.7	(26.5)	4.0	7.9	1.5	3.1	(16.5)

注) 医中誌 web ver.4, 2007.9.13.

注) リスク母親: 片親・単身赴任・外国人など

表2 医学中央雑誌におけるキーワード「育児不安」または「育児ストレス」原著論文の年次件数(1983年～2007年9月)

西暦年	総件数			一般乳幼児・学童等母親			ハイリスク児母親			妊産婦またはリスク母親		
	育児不安	育児ストレス	重複	育児不安	育児ストレス	重複	育児不安	育児ストレス	重複	育児不安	育児ストレス	重複
2007.9.	13	20	2	6	13	1	5	5	1	2	2	
2006	21	54	10	12	25	7	5	21	1	4	8	2
2005	20	30	5	10	16	4	6	9	1	4	5	
2004	20	25	1	8	12	1	9	8		3	5	
2003	30	26	1	19	16	1	9	6		2	4	
2002	14	14		7	9		4	4		3	1	
2001	14	12		8	8		1	2		5	2	
2000	19	5		8	5		8			3		
1999	13	9		9	7			1		4	1	
1998	5	4		3	4		2					
1997	6	4		3			1	4		2		
1996	10			7			3					
1995	4			3						1		
1994	14	1		9	1		2			3		
1993	4			1						3		
1992	2			1						1		
1991												
1990												
1989	6			3			1			2		
1988	3			3								
1987	2			2								
1986	6			3			1			2		
1985	4			3						1		
～ 1984												
計	230	204	19	128	116	14	57	60	3	45	28	2
合計		453			258			120			75	
%		100.0			56.9			26.5			16.6	

注) 医中誌 web ver.4, 2007.9.13.

表3 CINAHLにおけるキーワード「parenting stress」原著論文の年次別件数(1990年~2007年9月)

西暦年	総件数	乳幼児・学童等の母親対象				ハイリスク児の母親対象						産婦・就労・リスク母親対象			
		乳幼児等	乳児	幼児	学童等	未熟児	病児	障害児	多胎児	虐待児	その他	産婦	就労	リスク親	祖父母他
2007.9.	15	2		2			3	3		1	1			2	1
2006	32	6	1	2			7	8		3		2		2	1
2005	29	2	1	1			5	13		2				5	
2004	23	5	2	1	1	1	4	5	1		1	1		1	
2003	22	2	1				8	7				1	2		1
2002	23	3	1				6	7		1		1	2		2
2001	16	2	1	1			2	2		1			7		
2000	7	1					3	2							1
1999	15	3					2	4	3			1	2		
1998	8						1	1	2			1	2		
1997	4		1				2			1					
1996	2		1	1											
1995	3	1					1	1							
1994	5						1						2		2
1993	1						1								
1992	3								1				1		
1991	2	2													
1990	1							1							
計	211	29	9	8	1	5	48	55	1	10	2	6	1	28	8
%	100.0	13.7	4.3	3.8	0.5	2.4	22.7	26.1	0.5	4.7	0.9	2.8	0.5	13.3	3.8
合計	211		47					121						43	
%	100.0		22.3					57.3						20.4	

注1) 検索条件: 基本検索, Allied Health, Accreditation

注2) リスク親: 片親, 若年母親, 障害母親, ホームレス, 低所得, 短期移民他

文は一般乳幼児・学童等の母親が、「育児ストレス」をキーワードにした論文はハイリスク児の母親が多い。

年次的傾向(表2)では、2000年以後、とくに最近5年間に多い。その傾向は「育児不安」「育児ストレス」のいずれにもみられるが、「育児不安」をキーワードの論文は20年以上前からあるのに対し、「育児ストレス」をキーワードの論文は2000年以後が多く、一般乳幼児・学童、ハイリスク児、妊産婦またはハイリスクの母親いずれも同様である。

3. 海外論文の傾向

CINAHL with Full Textでキーワード「Parenting stress」, Allied Health, Accreditation でヒットした原著論文総数211件(表3)は、年次的にみると最近5年間の論文が総数の約60%を占めている。論文の表題から推定される対象は、ハイリスク児の母親を対象にした論文が総論文中57.3%と最多で、その内訳は障害児(26.1%)と病児(22.7%)の母親が大多数を占め、虐待児(4.7%)、未熟児(2.4%)である。一方、一般乳幼児・学童等の母親、産婦・就労・リスク母親を対象の論文は各22.3%、20.4%である。国内文献(医学中央雑誌)と比較してハイリスク児の母親や、片親・若年・障害・低所得・移民等の社会的リスクの高い母親に関する論文が多い傾向にある。また、祖父母を対象にした論文もみられた。

4. 「育児不安」「育児ストレス」測定尺度開発に関する文献

検索した文献から「育児不安」「育児ストレス」測定尺度の開発を論じた論文を選び、測定尺度の構成、関連

要因、他の研究者による応用状況の概要を表4に示した。

1) 牧野³⁾(1983)は、「育児不安は、育児行為の中で一時的あるいは瞬時的に生じる疑問や心配事ではなく、持続し、蓄積された不安の状態」と定義し、越河⁴⁾が産業疲労測定に考案した「蓄積的疲労兆候調査票」を参考に「育児不安尺度」を作成した。この尺度は、育児に関する不安徴候の特性を、一般疲労感、一般的気力の低下、イライラの状態、育児不安徴候、育児意欲の低下の5群に分類し、各群にポジティブ、ネガティブの両項目を含めた計14項目を4件法で測定する。総得点は正規分布に近似し、上位と下位25%タイルの両群間で各項目の育児不安出現率に有意差があるとして、尺度の有効性を認めた。また、育児不安は母親が家族以外の人と話す機会・近所づきあい・社会活動・趣味の時間・夫との会話量と関連があり、母親の年齢・母親の職業・家族形態・子ども数・父子の遊びとは関連がないとした。牧野の尺度は、近年もしばしば使用され⁵⁻⁹⁾、尺度開発に応用されている¹⁰⁻¹¹⁾。

2) 久田¹²⁾(1990)は、産婦の育児ストレスを測定する「Childcare Stress Scale」19項目を作成し、ZungのSDSとの関連を認めた。

3) 佐藤¹³⁾(1994)は、Lazarus & Folkman(1984)の心理的ストレスの認知的評価モデルを参考に、「子ども関連ストレス」すなわち子どもについての素朴な評価(脅威・危険の知覚)に基づくネガティブな経験、「母親関連育児ストレス」すなわち母親がストレスフルと評価した事態(子どもの発熱や人見知りなど)への対処可能性とサポートへの期待等を期待した上での事態への否定的な評価・ネガティブな経験で構成する「育児関連ストレ

川崎他：育児不安・育児ストレスの測定尺度開発に関する文献検討（1983年～2007年）

表4 育児不安・育児ストレス測定尺度の開発に関する文献一覧

著者	誌名	掲載年	尺度名・対象	概要	評価・関連要因の検討	使用・応用状況
1. 牧野 ⁹⁾	家庭教育研究所紀要	1983	育児不安尺度(自作) 3歳児の母 364名	越河 ⁴⁾ の産業疲労測定「器物的疲労徴候調査票」を応用 5群14項目(一般的疲労2項目 一般的気力低下2項目 イライラ状態2項目 育児不安徴候4項目 育児意欲低下4 項目)で、各群にポジティブ項目とネガティブ項目を含む4 件法で測定。 正規分布に近似し上位・下位各25%タイル群間の比較(χ^2 検定)で有効性を認めた。	家族以外の人と話す機会・近所づきあ い・社会活動・趣味の時間・夫との会 話量と関連があり、母の年齢・家族形 態・子ども数・母の職業・父子の遊び とは関連がない。	加藤 ⁵⁾ (1998)、喜多 ⁶⁾ (2001) 嘉数 ⁷⁾ (2003)、岡本 ⁸⁾ (2003) 木村 ⁹⁾ (2006)他に使用され、田 中 ¹⁰⁾ (1997)、八幡 ¹¹⁾ (1999)に 応用
2. 久田 ¹²⁾	社会心理学研究	1990	Childcare Stress Scale(自作) 産後1ヶ月検診の産婦 186名	19項目を作成。ない(0点)～とてもある(3点)で測定。 夫婦関係・ZungのSDS測定結果との関連を検討した。	産後抑うつと関連を認めた。 夫のサポート効果は低ストレス群にの み有効	
3. 佐藤 ¹³⁾	心理学研究	1994	育児関連ストレス質問 紙(自作) 6ヶ月児の母 825名	子ども関連育児ストレス14項目、母親関連育児ストレス14 項目、計28項目。全く悩んでいない～非常に悩んでいるの 4段階評価。 ZungのSDS測定結果と中程度の関連を認めた。	子ども関連育児ストレスが母親関連育 児ストレスに影響し、それが抑うつ重 症度に影響するというモデルの妥当性 を検証した。	吉田 ¹⁴⁾ (2004)、今村 ¹⁵⁾ (2004)、 堀田 ¹⁶⁾ (2005)に使用
4. 岡野 ¹⁷⁾	精神科診断学 精神医学	1996 1991	日本版エジンバラ産 後うつ病自己評価票 (EPDS) 産婦編・妊産 115名	過去7日間の感じを10項目で測定、いつもと同様こできた (0点)～まったくできなかった(3点)の4件法で測定。 1987年にCoxら ¹⁸⁾ が開発した産後うつ病のスクリーニング を目的に開発し、臨床的有効性が検証され、欧米を中心に11 か国語に翻訳されている。 信頼性は再テスト法による順位相関係数0.92、Cronbach の α 係数0.78、妥当性は区分点を8/9とした場合の鋭敏度 0.75、特異度0.93で臨床的に有効とした。	岡野は、彼の先行研究 ¹⁹⁾ で、産後抑う つの出現頻度(正常群2.5～マタニティ ブルー群4.8%)で欧米より低く、分娩 様式、出産回数、妊娠合併症、母親の 年齢と関連は認められないと報告。	村田 ²⁰⁾ (1995)他に使用
5. 佐々木 ²¹⁾	鳴門教育大 学研究紀要	1991	Child-Rearing Burnout(自作) 1歳6ヶ月と3歳児 健診で、母親264名	彼の「養育態度測定調査」から、育児によるバーン・アウ トをスクリーニングする測定尺度を作成。因子分析により構 造化・標準化し、①不安・気分変化7項目、②身体的な疲労 と不安及び気分の変化7項目、③人づきあい4項目、④家族 関係4項目、⑤子育ての不安・心配3項目、⑥子育てと子ど もへの感情5項目、⑦新しいことへの意欲3項目、計33項 目を抽出	育児ノイローゼ、育児不安との関連を 検討の予定。	田中 ¹⁰⁾ (1997)が応用
6. 田中昭夫 ¹⁰⁾	乳幼児教育 研究	1997	育児不安尺度(自作) 幼児の母 660名	牧野 ⁹⁾ の5項目と佐々木のChild-Rearing Burnout 10項目 計15項目から因子分析により10項目を選択し、4段階評価 α 係数0.88、折半法による信頼度0.88、各項目と全項目 間の相関係数0.32-0.73で、内部一貫性と妥当性を認めた。	身体的疲労、精神的疲労、夫や家族へ の否定的感情と中程度の有意な正の相 関、重回帰分析から夫以外の人からの 実体的・情緒的サポートが育児不安軽 減に作用している。	興石 ²²⁾ (2002)が使用し、期待感・ 予期不安尺度、自己注目尺度、対 処不能感尺度、強迫症状質問紙、 自己感情尺度、乳児の気質尺度の 測定結果との関連を検討。原口 ²³⁾ 他(2005)に使用
7. 八幡 ¹¹⁾	日本公衆衛 生誌	1999	育児不安尺度(自作) 2-3歳児2,302世帯 の母親	牧野 ⁹⁾ の14項目を①育児をすることのゆとり、②母親の時 間のゆとり、③母親が子どもに対するゆとりの3概念に構 成、一部改訂し、多次元尺度法により8項目を選定。 α 係数 0.77、各項目間の相関係数0.46-0.77で妥当性と信頼性を認 めた。	母親の属性・従来指摘されている要因 とは弱い関連がみられた。 繰り返し指摘されている要因のみで は、育児不安のほとんどの部分が説明 されないとした。	
8. 奈良岡 ²⁴⁾	小児保健研 究	1999	日本版 Parenting Stress Index(PSI) 乳幼児健診の母 1,109名	101項目の質問紙、米国 Abidin RIR ²⁵⁾ (1983)が開発、病児 の親のストレス測定に広く使用されている。 日本版では、因子分析から78項目15下位尺度(子どもの 特徴に関わるストレス7項目、親自身に関わるストレス8項 目。4又は5段階評価で、 α 係数は全項目で0.94、下位尺 度0.64-0.86、検査・再検査の各総得点相関係数0.83で、内 部統一性と安定性を認めた。	相墨 ²⁶⁾ は3年間の比較から、地域母子 保健事業の成果と課題を指摘。	
9. 中島 ²⁷⁾	厚生指標	1999	育児負担感指標 (自作)	Lazarus ストレス理論から母親の児に対するネガティブな 感情と育児に伴う社会活動の制限に関する内容を測定。前者 8項目、後者5項目、計13項目を、最近1か月の状況をリ カート5件法で測定。 標本をランダムに2群に分割し、一方において因子構造モ デルを理論的に暫定し、他方においてその適合度を評価する ことで構成概念の妥当性を確認、 α 係数0.82。	2次因子の育児継続意思に対する重相 関係数0.385で許容範囲内にある。	藤田 ²⁸⁾ に引用
10. 川井 ²⁹⁾	日本子ども 家庭総合研 究所紀要	1999	子ども総研式・育児 支援質問紙(自作)	1994年から育児困難感のプロフィール評価尺度を検討し、 0歳児、1歳児、2歳児、3～6歳児ごとに、育児困難感I(自 身のなさ、とまどい)、育児困難感II(ネガティブ・攻撃的 感情)と、支援アセスメント(育児、妊娠・出産、父親、家 庭機能、母子関係、母と父の心、子の特徴)項目を設定し、 因子分析の妥当性を検討、各領域の項目群の α 係数0.8以上 を採択した。		渡部 ³⁰⁾ (2004)他に使用
11. 清水 ³⁰⁾	ストレス科 学	2001	育児ストレス尺度 (自作) 0～6歳児の母 625 名	40項目:Lazarus ストレス理論のネガティブな感情に焦点 をあて、1～2次調査で抽出。4段階評価 因子分析で8因子、33項目、 α 係数0.92が妥当と認めた。	育児信念と関連がある。 村上 ³⁰⁾ は、夫の協力等母親の身近な因 子に比し遊び場、就労等社会環境要因 の関連が大きい。	村上 ³⁰⁾ (2005)清水 ³⁰⁾ (2007)が 応用
12. 藤田 ³⁰⁾	日本公衆衛 生誌	2002	育児負担感尺度 (自作)	中島 ²⁷⁾ の育児負担感指標における社会的活動制限認知4項 目、否定的感情認知7項目、大日方 ³¹⁾ の母親役割受容6項 目計17項目で4段階評価。	精神的健康度(GHQ-12) ³²⁾ 、支援ネッ トワーク得点(宗像) ³³⁾ との関連を分 析し、育児否定的感情の認知とサポー トの認知が関連する。	
13. 田中満 由美 ³⁷⁾	母性衛生	2003	疲労度(自作) 幼児の母 127名	75項目:越河 ³⁾ の81項目から專業主婦にそぐわない6項目 を削除	主観的ストレスと正の関連、 子どもに当たる、夫の協力と関連。	原口 ²³⁾ が使用

ス質問紙」28項目を、4件法で測定し、ZungのSDSと中程度の関連を認めた。

育児関連ストレスは、子ども関連ストレスが母親関連育児ストレスに影響し、それが抑うつ重症度に影響するというモデルの妥当性を支持するとした。また、子ども関連ストレス測定項目は子どもの発達段階を考慮する必要性を指摘した。佐藤の尺度は、吉田¹⁴⁾(2004)、今村¹⁵⁾(2004)、堀田¹⁶⁾(2005)に使用されている。

4)岡野¹⁷⁾(1996)は、1987年にCox¹⁸⁾(1987)らが産後うつ病スクリーニング・テストとして開発したエジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)の「日本版(JEPDS)」を作成した。EPDSは英米で臨床的有効性が検証され、欧米を中心に11か国語に翻訳され、過去7日間の感じ10項目を、4件法で評価する。JEPDSは、カットオフ・ポイントを8/9に設定した場合、鋭敏度は0.75、特異度は0.93で他の区分点より高値を示し、日本の母子精神保健の臨床での有用としている。信頼性は再テスト法による順位相関係数0.92、Cronbachの係数0.78である。実際にJEPDSを用いた実践報告²⁰⁾は多数みられる。

5)佐々木²¹⁾(1991)は、彼の先行研究から育児ノイローゼ・育児不安・育児ストレス等による親のパフォーマンス・チェックを目的に「Child Rearing Burnout」測定尺度を作成した。因子分析による構造化・標準化により、不安・気分変化7項目、身体的な疲労と不安及び気分の変化7項目、人づきあい4項目、家族関係4項目、子育ての不安・心配3項目、子育てと子どもへの感情5項目、新しいことへの意欲3項目、計33項目を抽出した。

6)田中昭夫¹⁰⁾(1997)は、心理ストレス理論(Lazarus,1990)に基づき、育児不安は育児に対する脅威的・否定的評価(子どもの育てにくさの評価)の結果生じるとして、牧野³⁾の育児不安尺度5項目と佐々木²¹⁾Child Rearing Burnout尺度10項目の計15項目の「育児不安尺度」を再構成し妥当性を検討した。因子分析の結果、2因子すなわち育児不安因子10項目、子どもへの否定的感情因子5項目を構造化し、信頼性・妥当性を認めた。また、育児不安尺度は身体疲労、精神疲労、夫や家族への否定的感情と中程度の有意な正の相関を、日常的混乱と比較的低い正の相関を認めた。田中の尺度は、興石²²⁾原口²³⁾他により育児不安関連要因検討の研究に使用されている。

7)八幡⁹⁾(1999)は、国内で使用されている育児不安尺度は計量的検討がないことを指摘し、牧野³⁾の育児不安尺度を育児をすることのゆとり、母親の時間のゆとり、母親が子どもに対するゆとりの3概念に再構成・改訂した「育児不安尺度」を、多次元尺度法により8項目を抽出、係数0.77、各項目間の相関係数0.46-0.77で妥当性と信頼性を認めた。また、従来から繰り返し指摘されている要因のみでは育児不安のほとんどの部分が説明できないとして、幅広い育児不安の要因を包括的に

検討する必要性を指摘した。

8)奈良間²⁴⁾(1999)は、米国のAbidin RR²⁵⁾(1983)が開発、病児の親のストレス測定に広く使用されているParenting Stress Index(PSI)101項目を日本の乳幼児健診来所者を対象に吟味し、子どもの特徴に関わるストレスに関する下位尺度7、親自身に関わるストレスに関する下位尺度8で構成する計78項目の「日本版Parenting Stress Index(JPSI)」を作成した。その係数は全項目で0.94、下位尺度0.64-0.86、検査・再検査の各総得点相関係数0.83で、内部統一性と安定性を認めた。

9)中島²⁷⁾(1999)は、Lazarusのストレス理論から、母親の児に対するネガティブな感情8項目、社会活動の制限8項目、計13項目の「育児負担感指標」を設定、リカート5件法の尺度で、標本をランダムに2分割し、因子構造モデルの暫定と評価、係数による妥当性と信頼性を認めた。同様に清水²⁹⁾(2001)も、Lazarusのストレス理論から、育児に対するネガティブな感情に焦点を当てた「育児ストレス尺度」の開発を試みている。また、その応用を試みた報告^{30,31)}もみられる。

10)川井³²⁾(1999)は、1994年から育児困難感のプロフィール評価尺度を検討し、「子ども総研式・育児支援質問紙」を作成した。0歳児、1歳児、2歳児、3~6歳児ごとに育児困難感(自信のなさ、とまどい)育児困難感(ネガティブ・攻撃的感情)と、支援アセスメント(育児、妊娠・出産、母子関係、母親と父親の心、子の特徴)の測定項目を設定し、因子分析と各領域の項目群の係数から、信頼性と妥当性を認めた。

11)藤田²⁸⁾(2002)は、中島²⁷⁾の育児負担感指標における社会的活動制限認知4項目、否定的感情認知7項目、大日方³⁴⁾の母親役割受容6項目の計17項目からなる4件法の「育児負担感尺度」を作成し、母親の精神的健康度および支援ネットワークとの関連を検討した。ソーシャルサポートの認知は、ストレス反応と育児負担感と負の関連性を示した。

12)田中満由美³⁷⁾(2003)は、越河⁴⁾の「蓄積的疲労徴候インデックス(CFSI)」の81項目から主婦にそぐわない6項目を削除して、幼児の母親の疲労度と夫等の育児支援、社会資源利用との関連を検討した。

・考 察

1. 育児不安に関する国内外の研究の動向

今回の文献検討から、育児不安に関する研究は国内外に共通して近年はストレス理論の影響を受けて「育児不安」よりむしろ「育児ストレス」の概念を理論枠組みにした論文が多くなっている。また、国内外の文献の特徴をみると、わが国では一般乳幼児の母親を対象にした論文が多いのに比して、欧米では、障害児・病児・未熟児等のハイリスク児の母親を対象にした論文、片親・若年・障害・低所得・移民等の社会的リスクの高い母親に関する論文が多いことが判明した。このことは、わが国

一般の母親における育児不安・育児ストレス研究における海外引用文献の少ないことと関連しており、わが国と他国における育児を取りまく社会・文化的背景や保健医療体制の違いに起因していると考えられる。

2. 育児不安・育児ストレスの測定に関する研究の動向
わが国における育児不安・育児ストレスの測定には、身体疲労、不安・抑うつ、ストレス等の測定尺度が使用または応用されているが、その信頼性と妥当性、簡便化については、いまだ様々な立場から議論と追究がなされている現状が把握された。その方向性は、測定尺度に育児不安・育児ストレスに関連する要因の測定を含めるのか、測定目的を育児不安・育児ストレスの強い母親のスクリーニングに置くのか、育児不安・育児ストレスの強い母親に対する具体的支援に置くのか等、尺度開発の目的によって異なると考えられる。さらに、海外で開発された測定尺度の応用例が少ないのは、前述した国内外の研究対象および研究目的の違い、国内での標準化における社会文化的背景の検討課題によると考えられる。

以上、育児不安・育児ストレスの測定にあたっては、その目的を明確にして、最適な測定尺度を応用して尺度開発をすすめる必要があると考える。

文 献

- 1) 伊藤ひで子、岩永牟保：育児不安が強い母親に対する訪問援助活動、保健婦雑誌、32(12)：26-30、1976
- 2) 川井尚、庄司順一：「育児不安」これまでとこれから、子ども家庭福祉情報、10：39-42、1995
- 3) 牧野カツ子：乳幼児をもつ母親の生活と不安、家庭教育研究所紀要、3、34-56、1983
- 4) 越河六郎：蓄積的疲労徴候調査について、労働の科学、30(2)：20-25、1970
- 5) 加藤道代、津田千鶴：宮城県大和町における0歳児を持つ母親の育児ストレスに関わる要因の検討、小児保健研究、57(3)：433-440、1998
- 6) 喜多淳子、田中恵子、坂間伊津子：育児期の母親の自己状態、育児不安、及び自己評価(第1報)、母性衛生、42(4)：806-819、2001
- 7) 嘉数朝子、服部章吾、玉城三枝子、他21名：沖縄県の3～5か月児を持つ母親の育児不安、沖縄の小児保健、30、3-9、2003
- 8) 岡本絹子：親子クラブに属する母親の育児状況と育児不安、川崎医療福祉学会誌、1(2)：325-332、2003
- 9) 木村汎、上原あゆみ：幼稚園児の母親を対象とした育児不安の研究、厚生指針、53(13)：1-7、2006
- 10) 田中昭夫：幼児を保育する母親の育児不安に関する研究、乳幼児教育学研究、6、57-64、1997
- 11) 八幡裕一郎、畑栄一、佐藤千枝子、岩永俊博：育児不安に関する要因の検討、日本公衛誌、46(7)、521-

- 531、1999
- 12) 久田満、箕口雅博、千田茂博、丹羽郁夫：育児ストレスと産後抑うつ症 ソーシャル・サポートとしての夫婦親密性のもつストレス緩和効果の検討、社会心理学研究、6(1)：42-51、1990
- 13) 佐藤達哉、菅原ますみ、戸田まり、島悟、北村俊則：育児に関連するストレスとその抑うつ重症度との関連、心理学研究、64(6)：409-416、1994
- 14) 吉田三紀：小児気管支喘息児を育てる母親のストレスとソーシャルサポート、小児保健研究、63(2)：230-238、2004
- 15) 今村祐子、高橋道子：外国人母親の精神的健康に育児ストレスとソーシャルサポートが与える影響、東京学芸大学紀要、55、53-64、2004
- 16) 堀田法子、山口孝子：6ヶ月児をもつ母親の精神状態に関する研究(第1報) - 不安、抑うつと育児ストレスとの関連から一、小児保健研究64(1)：3-10、2005
- 17) 岡野貞治、村田真理子、増地聡子、玉木領司、他3名：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)の信頼性と妥当性、精神科診断学、7(4)：525-533、1996
- 18) Cox,J.L., Holden,J.M.. & Sagovsky, R.: Detection of postnatal depression: development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150、782-786、1987
- 19) 岡野貞治、野村純一、越川法子、土居通哉、辰沼利彦：Maternity Bluesと産後うつ病の比較文化的研究、精神医学、33(10)：1051-1058、1991
- 20) 村田真理子、増地聡子、玉木領司、岡野貞治：産後母子精神保健に関する研究 三重県下保健所におけるEFDPを用いた産後うつ病の実態調査、日本公衛誌、42(10)：913、1995
- 21) 佐々木保行、高梨一彦、本郷一夫：母親のChild Rearing Burnoutに関する基礎的研究、鳴門教育大学研究紀要、6、273-283、1991
- 22) 興石薫：育児不安に影響を与える要因についての縦断的研究 予期不安尺度と期待感尺度の作成、小児保健研究、61(4)：686-691、2002
- 23) 原口由紀子、松浦治代、矢倉紀子、佐々木くみ子、笠置綱清：母親の個人としての生き方志向と育児不安との関連、小児保健研究、64(2)：265-271、2005
- 24) 奈良間美保、兼松百合子、荒木暁子、丸光恵、他4名：日本版Parenting Stress Index (PSI)の信頼性・妥当性の検討、小児保健研究、58(5)、610-616、1999
- 25) Abidin RR.: Parenting Stress index manual. 1st ed Pediatric Psychology Press 1983
- 26) 相墨生恵、荒木暁子、兼松百合子、横澤せい子、他2名：岩手県における育児ストレスの変化とそれに関わる要因 3年前の調査と比較して一、岩手県立大学

看護学部紀要 5、1-12、2003

- 27)中島和夫、斉藤友介、岡田節子：母親の育児負担感に関する尺度化、厚生指標、46(3)、11-17、1999
- 28)藤田大輔、金岡緑：乳幼児を持つ母親の精神的健康に及ぼすソーシャルサポートの影響、日本公衛誌、49(4)、305-313、2002
- 29)清水嘉子：育児環境の認知に焦点をあてた育児ストレス尺度の妥当性に関する研究、ストレス科学、16(3)、176-186、2001
- 30)村上京子、飯野英親、塚原正人、辻野久美子：乳幼児を持つ母親の育児ストレスに関する要因の分析、小児保健研究、64(3)、425-431、2005
- 31)清水嘉子：母親の心理的育児ストレスとその対処尿中ストレスホルモンの関係、母性衛生、48(1)、35-47、2007
- 32)川井尚、庄司順一、千賀悠子：子ども総研式・育児支援質問紙(試案)の臨床的有用性に関する研究、日本子ども総合研究所紀要、36、117-135、1999
- 33)渡部月子、星旦二：4カ月児をもつ母親の育児不安を規定する要因に関する研究、日本地域看護学会誌、6(2)、47-54、2004
- 34)大日方雅美：母性の研究、東京、川島書店、1992
- 35)福西勇夫：日本版General Health Questionnaire (GHQ12)のcut-off point、心理臨床3(3)、228-234、1990
- 36)Munakata, T. : Psycho-Social Influence on Self-Care of The Hemodialysis Patient. Social Science and Medicine、16(13)、1253-1264、1982
- 37)田中満由美、倉岡千恵：乳幼児を抱える専業主婦の疲労度に関する研究 ストレス・育児行動・ソーシャルサポートに焦点をあてて、母性衛生、44(2)、281-288、2003

The Literature Review on the Development of measurement scales of Parenting-Anxiety & Parenting-Stress from 1983 to 2007

Michiko Kawasaki,R.N.,P.H.N.,R.N.M.,M.N.,¹⁾ Fumiko Miyaji,R.N.,P.H.N.,Ph.D.,²⁾
Akiko Sasaki,R.N.,P.H.N.,Ph.D.³⁾

1)Okinawa Prefectural College of Nursing

2)The Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

3)Division of Comprehensive Health Nursing Sciences, Graduate School
of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University

Key words : Parenting-Anxiety Parenting-Stress Measuring-standers Original -papers

資料

看護学生における感染症対策の課題

本学学生の感染予防意識調査から

玉井なおみ¹⁾ 大川嶺子¹⁾ 嘉手苅英子¹⁾

要 約

【背景】近年、院内感染予防の観点から医療機関で勤務するスタッフの予防接種が推奨・実施され、その施設で実習をする学生へも予防接種を受けることが求められている。学生が感染症から自らを守り、自らが感染源となることを防ぐためにも防御に有効な抗体価を獲得することは必要である。本学では感染症予防に関する特別講義の開催や抗体価陰性者への個別指導で予防接種の推奨に取り組んでいるが、感染予防に関する学生の意識は充分把握できていない。

【目的】本学学部学生の感染予防に関する意識調査を行い、本学における感染症対策の課題を明らかにすることを目的とした。

【結果および結論】1. 小児感染症の罹患歴と抗体価陽性率は必ずしも一致していなかった。

2. 学生が予防接種で困っている点として最も多かった項目は「費用が高い」「受診に時間がかかる」であった。

3. 学生は自他の感染予防のために予防接種が必要であると認識し、また計画的に受けたいと考えており、学生の感染予防に関する意識は高かった。

4. 学生の感染症の症状や感染経路についての知識は学年差もみられたが、全体としては充分とは言えなかった。

以上のことから、抗体検査・予防接種の費用・時間・場所・医療施設との連携など、実施する条件整備が必要である。また、これまでの感染予防の意識を高める教育に加え、感染症症状や感染経路について、学生の学習段階に沿って早期から実施する必要がある。

キーワード：看護学生、感染症対策、抗体、予防接種

緒 言

近年、院内感染予防の観点から医療機関で勤務するスタッフの予防接種が推奨・実施され¹⁻⁴⁾、医療機関で実習する看護学生もまた医療従事者と同様に抗体価陰性者には予防接種が求められている⁵⁻⁹⁾。病院や在宅等の実習を行う看護教育では学生が関わる対象の健康状態も多様であることから、感染症から学生を守り、学生自らが感染源となることを防ぐためにも防御に有効な抗体価を獲得することは必要である。

本学の抗体価の把握・予防接種推奨の変遷は、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎およびB型肝炎の抗体価を平成12年度より学生の自己申告で把握に努めたが、申告内容が曖昧との問題があり、平成14年度より学内で抗体検査を実施してきた。平成17年度には実習施設からの抗体価および予防接種実施状況の提出要請を期に「抗体検査・予防接種実施状況調査票」を導入し、抗体価の把握および予防接種の推奨に努めている。しかし、入学後からの取り組みでは必要な予防接種が実習までに間に合わない等の問題もあり、平成18年度からは入学前の抗体検査および予防接種を文書で推奨している。また、感染症予防に関する特別講義の開催や抗体価陰性者への個別指導で予防接種の推奨等感染予防の意識づけに取り組んでいるが、学生の意識は充分把握できていない。そこで本研

究は、本学学部学生の感染予防に関する意識調査を行い、本学における感染症対策の課題を明らかにすることを目的とした。

研究方法

1 対象および方法

本学学部学生1～4年次321名(休学者を除く)を対象に自作調査紙を学年毎に配布、回収箱で回収した。統計解析にはSPSSを用いた。

2 調査期間

平成18年10月～11月

3 調査内容

調査対象とした感染症は麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎(以下、小児感染症と記す)、B型肝炎、インフルエンザである。

調査内容は基本属性、小児感染症罹患歴の有無、抗体価の状況(陽性・陰性・不明)、抗体価陰性者の予防接種実施状況(小児感染症は入学後予防接種を終えたものを「接種済」、B型肝炎は入学後3回接種終了者を「接種完了」、1～2回接種終了者を「接種途中」とした)、予防接種で困っている点、予防接種の意識(「健康被害の防止」や「他者への感染防止」など肯定的質問5項目、「自己管理を行えば必要ない」や「病院実習以外では

1) 沖縄県立看護大学

必要ない」など否定的質問5項目で各項目「非常に思う」から「全く思わない」の5件法)、感染症症状の知識の有無(症状を「知っている」と回答した割合を算出)、感染経路の知識(感染経路を正確に選択した正解者数を算出)について調査した。

4 倫理的配慮

本研究の目的・内容、研究への参加は自由であり、調査データは学術目的以外には使用しないことや、無記名とすることを書面で説明、また科目の成績評価と関連がないことを口頭および書面で説明し、調査用紙の提出をもって同意とした。調査用紙の回収にあたっては、対象者の心理的圧力にならないよう閉鎖式の回収箱を設置し回収した。

なお、調査に先立ち本学の倫理審査委員会の承認を得た。

結果

本学学部学生1～4年次で休学者を除く321名中296名からの回答を得た(回収率92.2%)。在学生数に占める調査回答者の割合は各学年ともに90%以上を占めた(表1)。

1) 小児感染症罹患歴の有無(表2)

罹患歴「あり」が最も多かった小児感染症は、水痘209名(70.6%)、次いで流行性耳下腺炎149名(50.3%)、風疹134名(45.3%)、最も少ないのは麻疹102名(34.5%)であった。

2) 抗体価状況および予防接種実施状況(表3)

抗体検査で抗体価が陽性と回答した者は、小児感染症では全体で50～70%であり、その中で風疹が75.3%と陽性率が高かった。B型肝炎では陽性者は全体で6.1%であった。

次に、抗体価陰性者について予防接種実施状況を学年別で比較すると、小児感染症では1年次が49.3%であり、2年次以降は90%以上が予防接種を実施していた。B型肝炎では3回接種が完了した者は、1年次が35.8%と最も多かった。1～2回の接種途中の者は全体で62.3%であった。

3) 予防接種で困っている点(表4)

予防接種で困っている点(複数回答)は全学年を通して「費用が高い」が最も多く84.0～95.9%、次いで「受診に時間がかかる」が約50%であった。学年別で特徴的な点は、3年次において「実習と重なるので行けない」

表1 対象者の属性

	1年次 数 (%)	2年次 数 (%)	3年次 数 (%)	4年次 数 (%)	合計 数 (%)
学生総数	80 (100.0)	82 (100.0)	78 (100.0)	81 (100.0)	321 (100.0)
回答者数					
男性	11 (13.8)	14 (17.1)	11 (14.1)	8 (9.9)	44 (13.7)
女性	63 (78.8)	58 (70.7)	62 (79.5)	65 (80.2)	248 (77.3)
無回答	1 (1.3)	2 (2.4)	1 (1.3)	0 (0.0)	4 (1.2)
合計	75 (93.8)	74 (90.2)	74 (94.9)	73 (90.1)	296 (92.2)

表2 小児感染症罹患歴の有無

	1年次 n=75 数 (%)	2年次 n=74 数 (%)	3年次 n=74 数 (%)	4年次 n=73 数 (%)	合計 n=296 数 (%)
麻疹					
あり	35 (46.7)	27 (36.5)	19 (25.7)	21 (28.8)	102 (34.5)
なし	20 (26.7)	15 (20.3)	22 (29.7)	23 (31.5)	80 (27.0)
不明	20 (26.7)	32 (43.2)	32 (43.2)	29 (39.7)	113 (38.2)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (0.3)
風疹					
あり	31 (41.3)	38 (51.4)	29 (39.2)	36 (49.3)	134 (45.3)
なし	16 (21.3)	9 (12.2)	17 (23.0)	17 (23.3)	59 (19.9)
不明	28 (37.3)	27 (36.5)	28 (37.8)	20 (27.4)	103 (34.8)
水痘					
あり	54 (72.0)	51 (68.9)	55 (74.3)	29 (67.1)	209 (70.6)
なし	12 (16.0)	7 (9.5)	7 (9.5)	13 (17.8)	39 (13.2)
不明	9 (12.0)	16 (21.6)	12 (16.2)	11 (15.1)	48 (16.2)
流行性耳下腺炎					
あり	38 (50.7)	39 (52.7)	36 (48.6)	36 (49.3)	149 (50.3)
なし	27 (36.0)	21 (28.4)	23 (31.1)	27 (37.0)	98 (33.1)
不明	10 (13.3)	14 (18.9)	15 (20.3)	10 (13.7)	49 (16.6)

表3 抗体価状況および予防接種実施状況

		1年次 n=75 数 (%)	2年次 n=74 数 (%)	3年次 n=74 数 (%)	4年次 n=73 数 (%)	合計 n=296 数 (%)
抗体価状況						
麻疹	陽性	50 (66.7)	40 (54.1)	42 (56.8)	32 (43.8)	164 (55.4)
	陰性	19 (25.3)	31 (41.9)	30 (40.5)	39 (53.4)	119 (40.2)
	不明	6 (8.0)	3 (4.1)	2 (2.7)	2 (2.7)	13 (4.4)
風疹	陽性	60 (80.0)	56 (75.7)	53 (71.6)	54 (74.0)	223 (75.3)
	陰性	10 (13.3)	16 (21.6)	16 (21.6)	17 (23.3)	59 (19.9)
	不明	5 (6.7)	2 (2.7)	5 (6.8)	2 (2.7)	14 (4.7)
水痘	陽性	55 (73.3)	39 (52.7)	44 (59.5)	35 (47.9)	173 (58.4)
	陰性	18 (24.0)	31 (41.9)	26 (35.1)	38 (52.1)	113 (38.2)
	不明	2 (2.7)	4 (5.4)	3 (4.1)	0 (0.0)	9 (3.0)
	無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (0.3)
流行性耳下腺炎	陽性	50 (66.7)	41 (55.4)	29 (39.2)	29 (39.7)	149 (50.3)
	陰性	22 (29.3)	32 (43.2)	42 (56.8)	43 (58.9)	139 (47.0)
	不明	3 (4.0)	1 (1.4)	3 (4.1)	1 (1.4)	8 (2.7)
B型肝炎	陽性	5 (6.7)	9 (12.2)	3 (4.1)	1 (1.4)	18 (6.1)
	陰性	67 (89.3)	65 (87.8)	70 (94.6)	71 (97.3)	273 (92.2)
	不明	3 (4.0)	0 (0.0)	1 (1.4)	1 (1.4)	5 (1.7)
抗体価陰性者の予防接種実施状況						
小児感染症	接種済	34 (49.3)	103 (93.6)	104 (91.2)	130 (94.9)	371 (86.3)
	未接種	24 (34.8)	7 (6.4)	8 (7.0)	7 (5.1)	46 (10.7)
	接種不明	11 (15.9)	0 (0.0)	2 (1.8)	0 (0.0)	13 (3.0)
	陰性者計	69 (100.0)	110 (100.0)	114 (100.0)	137 (100.0)	430 (100.0)
B型肝炎	接種完了 ^a	24 (35.8)	14 (21.5)	17 (24.3)	23 (32.4)	78 (28.6)
	接種途中 ^b	32 (47.8)	48 (73.8)	52 (74.3)	38 (53.8)	170 (62.3)
	未接種	8 (11.9)	2 (3.1)	1 (1.4)	10 (14.1)	21 (7.7)
	接種不明	3 (4.5)	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.5)
	陰性者計	67 (100.0)	65 (100.0)	70 (100.0)	71 (100.0)	273 (100.0)

a: B型肝炎予防接種を3回接種を終了した者 b: B型肝炎予防接種を1~2回接種を終了した者

表4 予防接種で困っている点

	(複数回答)				
	1年次 n=75 数 (%)	2年次 n=74 数 (%)	3年次 n=74 数 (%)	4年次 n=73 数 (%)	合計 n=296 数 (%)
費用が高い	63 (84.0)	65 (87.8)	71 (95.9)	67 (91.8)	266 (89.9)
受診に時間がかかる	35 (46.7)	40 (54.1)	36 (48.6)	40 (54.8)	151 (51.0)
実習と重なるので行けない	3 (4.0)	14 (18.9)	33 (44.6)	18 (24.7)	68 (23.0)
副作用が心配	12 (16.0)	13 (17.6)	18 (24.3)	8 (11.0)	51 (17.2)
注射が嫌いで受けたくない	7 (9.3)	7 (9.5)	5 (6.8)	1 (1.4)	20 (6.8)
その他	1 (1.3)	3 (4.1)	8 (10.8)	8 (11.0)	20 (6.8)
困っていない	7 (9.3)	5 (6.8)	2 (2.7)	1 (1.4)	15 (5.1)
受け方が分からない	1 (1.3)	2 (2.7)	1 (1.4)	2 (2.7)	6 (2.0)
無回答	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)

44.6%、「副作用が心配」24.3%の回答が他の学年より多かった。

4) 予防接種の意識 (図1-1,1-2)

肯定的質問では5項目ともに、「非常に思う」から「思う」の回答が80~90%であった。その中で、「非常に思う」の回答が多かった項目は「他者への感染防止」

198名(66.9%)、次いで「健康被害の防止」160名(54.1%)であった。

否定的質問では5項目ともに「非常に思う」から「思う」の回答が10~30%、その中で「実習施設が求めるので受ける」で「非常に思う」から「思う」の回答が30%であった。

玉井他：看護学生における感染症対策の課題

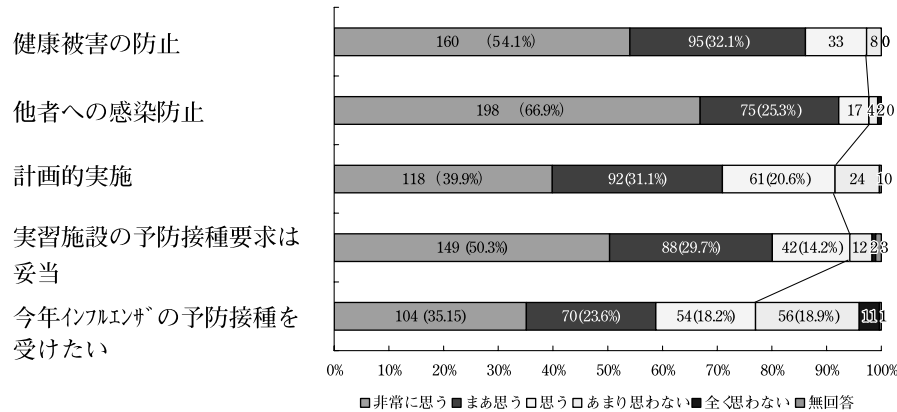


図1-1 予防接種の意識：肯定的質問

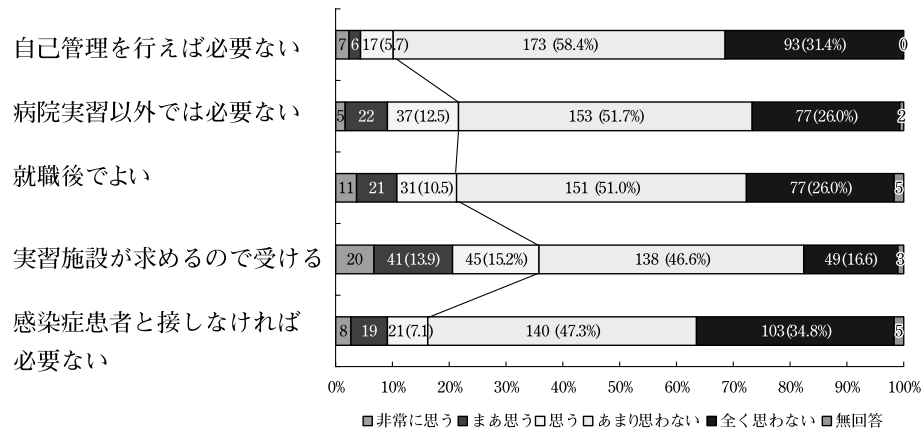


図1-2 予防接種の意識：否定的質問

表5 感染症の症状の知識および感染経路正解者数

	1年次 n=75	2年次 n=74	3年次 n=74	4年次 n=73	合計 n=296
	数 (%)	数 (%)	数 (%)	数 (%)	数 (%)
感染症の症状「知っている」の回答数					
麻疹	25 (33.3)	23 (31.1)	59 (79.7)	53 (72.6)	160 (54.1)
風疹	23 (30.7)	23 (31.1)	59 (79.7)	49 (67.1)	154 (52.0)
水痘	65 (86.7)	60 (81.1)	66 (89.2)	63 (86.3)	254 (85.8)
流行性耳下腺炎	57 (76.0)	66 (89.2)	71 (95.9)	64 (87.7)	258 (87.2)
B型肝炎	6 (8.0)	41 (55.4)	32 (43.2)	50 (68.5)	129 (43.6)
インフルエンザ	71 (94.7)	69 (93.2)	73 (98.6)	70 (95.9)	283 (95.6)
感染経路正解者数					
麻疹	29 (38.7)	22 (29.3)	26 (35.1)	25 (34.3)	102 (34.5)
風疹	6 (8.0)	18 (24.3)	30 (40.5)	26 (35.6)	80 (27.0)
水痘	4 (5.3)	4 (5.4)	3 (4.1)	5 (6.8)	16 (5.4)
流行性耳下腺炎	7 (9.3)	18 (24.3)	25 (33.8)	28 (38.4)	78 (26.4)
B型肝炎	38 (50.7)	61 (82.4)	56 (75.7)	71 (97.3)	226 (76.4)
インフルエンザ	11 (14.7)	31 (41.9)	47 (63.5)	44 (60.3)	133 (44.9)

5) 感染症の知識(表5)

感染症の症状について「知っている」の回答数が最も多いものはインフルエンザ283名(95.6%)であり、次いで流行性耳下腺炎258名(87.2%)、水痘254名(85.8%)であった。これら3種類の感染症は学年別でも「知っている」の回答数は殆ど差がなく70~90%であった。麻疹、風疹、B型肝炎ではそれぞれ約50%が「知っている」と回答しているが、学年別でみると、麻疹、風疹では3・4年次が約70%であるのに対し1・2年次が30%と半数以下であり、B型肝炎においては2~4年次が43~68%であるのに対し1年次が8.0%と他学年に比べて低かった。

感染経路正解者数が最も多いのはB型肝炎226名(76.4%)であり、最も少ないのは水痘16名(5.4%)であった。学年別でもB型肝炎が最も多く1年次が38名(50.7%)であるが2~4年次は75.7~97.3%と高い割合であった。一方、水痘は全学年ともに3~5名(約5%)であった。

・考 察

予防接種は、各種の感染症に対する免疫を持たない感受性者あるいは免疫のブースター効果を目的とする者を対象に行われる¹⁰⁾ものである。予防接種したにもかかわらず抗体価が得られない一次性ワクチン効果不全(Primary Vaccine Failure: PVF)や、ブースター効果が減少している現在、予防接種後に抗体が得られたにもかかわらずその後抗体が低下してその感染症に感染、発病する二次性ワクチン効果不全(Secondary Vaccine Failure: SVF)の問題や^{2, 6, 11)}、小児感染症の罹患歴や予防接種歴は幼児期の曖昧な記憶などから、罹患歴、予防接種歴の有無は抗体保有者と一致しないことがある。本研究においても、小児感染症の罹患歴と抗体価陽性率は必ずしも一致しておらず、抗体検査で抗体価を把握することが必要である。また、抗体価陽性者は麻疹・水痘・流行性耳下腺炎は5割であるのに対し風疹の陽性者が7割と最も高い。風疹ワクチンの定期接種は1977年8月から1995年4月までは女子中学生に、それ以降2003年9月までは中学生男女が対象となっており、本学学生の殆どがこの時期の接種対象者に含まれており、このことが抗体価陽性率をあげている背景にあるものと考えられる。

抗体価陰性者における予防接種実施状況は、小児感染症で2年次以上は90%が接種済みであるのに対し、3回の接種が終了するまでに時間を要するB型肝炎では50.70%が接種途中(1~2回接種者)であった。その中で入学後半年の1年次が他の学年より接種完了者が多かったことは、入学前からの予防接種推奨の取組みの成果と推察される。

学生が予防接種で困っている点として最も多かった項目は「費用が高い」266名(89.9%)であり、全学年で84

~95%と高い割合であった。次に多かった項目は「受診に時間がかかる」であり151名(51.0%)であり、各学年ともに約半数を占めた。学年で特徴的な点は3年次が「実習と重なるので行けない」33名(44.6%)と他の学年より多く、これは3年次の実習期間が最も長いことが要因と考えられる。このことから予防接種を受けるにあたり実習との兼ね合いが問題の一つとしてあげられ、実習開始前までに予防接種を終了することが望まれる。しかし、本学では1年次の7月より実習が開始されることから、それまでに全ての予防接種を終了することは難しく、入学後早期より計画的な接種について教育が必要と考えられる。

感染予防については、学生は自他の感染予防のために予防接種が必要であると認識し、また計画的に受けたいと考えていた。また予防接種は病院以外の実習でも、感染症患者と接する機会が少なくても、感染予防の一つとして必要であると認識していた。その中で、「実習施設が求めるので受ける」で「非常に思う」から「思う」の回答が30%あり、実習施設からの要請が予防接種を後押しする要因の一つとなっていることが示唆された。以上のことから、学生の感染予防に関する予防接種の意識は高いものと言える。本学では「職業人としての感染予防」として特別講義を開催し、感染予防の意識付けを図っており、予防接種の意識の高さの背景に教育の効果があるものと推察される。しかし、感染症の症状や感染経路についての知識は学年による違いもみられるものの、全体としては充分とは言えず、感染予防の教育は、入学後早期から学生の学習段階に沿って実施する必要がある。

・まとめ

1. 小児感染症の罹患歴と抗体価陽性率は必ずしも一致していなかった。
2. 学生が予防接種で困っている点として最も多かった項目は「費用が高い」「受診に時間がかかる」であった。
3. 学生は自他の感染予防のために予防接種が必要であると認識し、また計画的に受けたいと考えており、学生の感染予防に関する意識は高かった。
4. 学生の感染症の症状や感染経路についての知識は学年差もみられたが、全体としては充分とは言えなかった。

・本学の課題

1. 一次性ワクチン効果不全や二次性ワクチン効果不全、または罹患歴や予防接種歴の記憶の曖昧さなどにより、小児感染症では抗体検査で抗体価を把握することが重要である。
2. 抗体検査・予防接種の費用・時間・場所・医療施設との連携など、実施する条件整備が必要である。
3. 感染予防の教育は、必要な予防接種を実習開始前に

終了することを動機付けるためにも、入学後早期から学生の学習段階に沿って実施する必要がある。

4. これまでの感染予防の意識を高める教育に加え、感染症症状や感染経路についての教育も強化する必要がある。

文 献

- 1) 日本看護協会：感染管理に関するガイドブック
改訂版：79-83，東京，日本看護協会出版会，2004
- 2) 田代隆良，浦田秀子，岡田純也，岩永喜久子，徳永瑞子，松本正：看護学生における風疹，麻疹，水痘，ムンプス感染防止対策 抗体価測定とワクチン接種 - ，感染症学雑誌，78（5）：398-403，2004
- 3) Elizabeth A, Ofelia C, eds.: Guideline for Infection Control in Healthcare Personnel. 1998. 向野賢治，久保田邦典，訳：医療従事者の感染対策のためのCDCガイドライン，インフェクションコントロール，13-26，メディカ出版，1999
- 4) 中村伸枝，岡田忍，石垣和子：看護学部における感染症対策，千葉大学看護学部紀要，28号：59-63，2006
- 5) 岡田忍，中村伸枝，村上弘之：看護学生の臨床実習における感染予防対策 その2 抗体検査と予防について，看護教育，47（12）：1137-1140，2006
- 6) 村上弘之，岡田忍：看護学生の臨床実習における感染予防対策 その1 看護学生の免疫獲得状況からみた一提言，看護教育，47（10）：900-904，2006
- 7) 寺田喜平，新妻隆広，片岡直樹，二木芳人：我が国の看護大学および短期大学の看護学生における院内感染対策について ワクチンによって予防可能な疾患に関するアンケート調査 ，環境感染，15（2）：173-177，2000
- 8) 木戸久美子，林隆，丹佳子，中村仁志，芳原達也：看護系短期大学および看護系大学の臨地実習感染症対策に関する実態調査，学校保健研究，47：334-342，2005
- 9) 望月好子，飛田美穂：本学におけるウイルス感染症および結核予防対策（第3報） 小児期感染症・B型肝炎抗原抗体の保有状況およびツベルクリン反応結果と過去3年間における感染症予防対策を振り返って ，東海大学短期大学紀要，36号：51-57，2002
- 10) 岡部信彦，多屋響子 監修：予防接種に関するQ&A 2006（平成18年）：46-55，62-76，細菌製剤協会，2006
- 11) 渡辺弘美，鷲山さちえ，村山より子，白井雅美，守屋治代，伊藤景一，高山幹子，田中朱美，立元敬子，石塚尚子，肥塚直美，荒井純子，橋本しおり，近藤光子，大友陽子，戸塚恭一：麻疹抗体獲得の年代的推移 成人麻疹の問題点 ，CAMPUS HEALTH，41（2）：51-55，2004

資料

高齢者ニーズの捉え方 - 住民主体と利用者本位の「ずれ」 -

呉地祥友里¹⁾ 大湾明美¹⁾ 大川嶺子¹⁾ 小川なお子²⁾ 佐久川政吉¹⁾

要 約

【研究の目的】 地域における「高齢者ニーズ」の捉え方を明らかにするために、高齢者が自ら求めるニーズと高齢者に必要と思われるニーズを比較し、利用者本位の意味について考察することである。

【対象と方法】 対象地域は、沖縄本島南部のK島で、対象は、グループ討議のメンバーによる討議内容と65歳以上の全高齢者のニーズ調査(高齢者112人のうち、回答者83人)の結果である。

方法は、グループ討議の検討として、高齢者ニーズに関する内容が討議された7回分を抽出し、討議内容を整理分析した。その内容から調査票を作成し、高齢者ニーズ調査を実施した。調査内容から 高齢者の活動 日常の食生活 日常的な運動 緊急時(台風時)の援助体制について、高齢者が自ら求めるニーズと高齢者に必要と思われるニーズを比較した。

【結果と考察】 高齢者が自ら求めるニーズと高齢者に必要と思われるニーズは、「高齢者の活動」、「日常の食生活」、「日常的な運動」、「緊急時の支援体制」においてずれていた。高齢者が自ら求めるニーズとして、高齢者の活動は身近な場所で短時間、日常の食生活は自立、日常的な運動は日常生活の中で実践、緊急時の支援体制は長年の経験を活かした対応をしていた。

住民主体は必ずしも利用者本位ではない。利用者本位のサービス提供のためには、住民主体に感わされることなく、高齢者自身の具体的なニーズ把握に努めることが重要である。

キーワード：高齢者 ニーズ 住民主体 利用者本位 地域づくり

はじめに

高齢者の社会保障制度の始まりは、昭和38年、老人福祉法を制定し、救貧福祉を目的に老人の心身の健康の保持及び生活の安定のために措置によって保障をしたことである¹⁾。急速な高齢化と経済成長の陰り等の社会情勢を受け、昭和57年に制定された老人保健法では、基本的理念で国民の自助努力義務を明文化した²⁾。拍車のかかる少子高齢化社会、国民の介護不安等を背景にして、平成9年には、社会保障構造改革の第一歩として介護保険制度が制定され、長く続いた措置による高齢者サービスは、個人の尊重に基づく利用者本位での選択によるサービス利用を可能にした³⁾。

さらに、社会保障の歴史的変遷の影響もあり、地域づくりの方法論も国民の努力義務と住民ニーズの多様性を鑑み、行政主導から住民主体⁴⁾⁵⁾に転換することが求められている。

しかし過去の歴史と複雑なサービスから高齢者が選択権の行使に至るには困難があり、利用者本位によるサービス提供は急務の課題である。利用者本位のサービス提供は、高齢者が自ら求めるニーズ把握が最優先であると考える。

K島では、平成14年9月から「介護が必要になっても暮らし続けられる地域づくり」をめざして、住民代表で組織されたワーキンググループによる住民主体の地域づくり活動をしている。ワーキンググループでは、高齢者に必要と思われるニーズについて、定期的に討議(以下、「グループ討議」とする)されている。

そこで、今回の研究目的として、地域における「高齢者ニーズ」の捉え方を明らかにするために、高齢者が自ら求めるニーズと高齢者に必要と思われるニーズを比較し、利用者本位の意味について考察する。

研究方法

1. 対象

対象地域は、沖縄本島南部から船で約15分に位置するK島で、人口277人、高齢化率41.5%である。

対象はグループ討議のメンバーによる討議内容と65歳以上の全高齢者によるニーズ調査である。グループ討議のメンバーは、島の高齢者、島の代表者(村議員、区長など)、保健医療福祉関係者(ホームヘルパー、診療所医師、看護師)、その他学校長などの島内在住者27人であった。高齢者ニーズ調査は、K島に住居登録されている65歳以上の高齢者112人のうち、回答者83人であった。

1) 沖縄県立看護大学

2) 元沖縄県立看護大学

2. 方法

1) グループ討議の検討

平成14年9月～平成15年3月までに開催されたグループ討議は9回であった。毎回の会議は、グループの理解を得て録音した。報告者らは、テープから逐次録を起こし、高齢者ニーズに関する内容が討議された7回分を抽出し、討議内容を整理分析した。

2) 高齢者ニーズ調査の検討

平成15年3月1～2日(2日間)で個別訪問し、調査票による面接聞き取り調査を行った。調査票は、逐語録からグループ討議の内容を整理し作成したものであり、調査内容は、高齢者の活動 日常の食事 日常的な運動 緊急時(台風時)の援助体制 生きがい 高齢者サービス提供のしくみ 高齢者サービス評価の7項目32題とした。

3. 分析

7つの高齢者ニーズ調査項目からグループ討議で具体的に討議された4つの項目(、)、の15題を抽出し、高齢者に必要と思われるニーズと高齢者が自ら求めるニーズを比較した。また報告者らの先行研究で、K島の在宅高齢者の日常生活自立度は男性の9割が「自立」であったが、女性は「自立」4割、「杖などでの歩行」が4割⁶⁾と日常生活自立度に差異がみられたため、高齢者ニーズへの影響を予測し、高齢者が自ら求めるニーズの男女の比較を行った(検定)。

4. 倫理的配慮

報告者らは住民主体の地域づくりを支援する立場としてK島と情報を共有し、情報公開の許可を得た。グループ討議は内容のみを題材にし、高齢者ニーズ調査結果は、個人が特定できないよう配慮した。

. 結果

1. グループ討議で捉えた高齢者に必要と思われるニーズ

グループ討議で捉えた高齢者に必要と思われるニーズは、調査票作成に使用した7項目であった(表1)。高齢者の活動については、島には老人クラブ等の高齢者の組織がなく、高齢者が気楽に集まれる活動場所が必要である。活動時間帯は、一人暮らしの高齢者のために一緒に昼食もできるように昼食をはさんで4～5時間。活動場所は、設備の整ったB施設で、送迎サービスも必要である。

日常的な食生活については、高齢者単身世帯や夫婦のみの世帯が多いため欠食や、食事の調達が困難であり支援が必要である。日常的な運動については、杖歩行の女性が多く、転倒予防のための運動が必要である。緊急時(台風時)の支援体制については、老朽化した住宅に住む世帯が多いことから、台風接近前の家屋の戸締まりや避難場所の確保、台風接近時の見回り、台風襲来後の片付けのために人的な支援組織をつくる必要がある。

高齢者の生きがいについては、高齢者の生きがいわからないので生きがい感について聞く必要がある。サービス提供のしくみについては、誰からサービスを受けたいのかを明らかにする必要がある。高齢者サービスの評価については、配食サービスやホームヘルプサービスの利用者数が減少している現状から、配食サービスを利用しない理由、要介護認定を受けていて、ホームヘルプサービスを受けない理由を確認する必要がある。

2. 高齢者ニーズ調査で捉えた高齢者が自ら求めるニーズ

高齢者ニーズ調査(以下、「ニーズ調査」とする)は、対象者115人中、有効回答数は83人(72.2%)、男性31人(37.3%)、女性52人(62.7%)、調査不可能者32人(不在5人、施設や病院に入所10人、調査拒否・その他・不明17人)であった。年齢は75.83±7.39歳であった。

高齢者が自ら求めるニーズは以下の4つであった。

表1 グループ討議で捉えた高齢者に必要と思われるニーズ

項目	具体的内容
① 高齢者の活動	・ 高齢者が気楽に集まれる活動場所が必要 ・ 活動時間帯は昼食をはさむ4～5時間 ・ 活動場所は施設が整備されたB施設 ・ 車の送迎が必要
② 日常の食生活	・ 欠食や、食事の調達が困難であり支援が必要
③ 日常的な運動	・ 杖歩行の女性が多く、転倒予防のための運動が必要
④ 緊急時(台風時)の支援体制	・ 緊急時(台風時)の避難先の確保や人的な支援組織が必要
⑤ 生きがい	・ 高齢者の生きがいの把握
⑥ サービス提供のしくみ	・ 高齢者のサービス提供者の把握
⑦ 高齢者サービス評価	・ 配食サービスやホームヘルプサービスを利用しない理由の把握

表2 高齢者ニーズ調査

		男性	%	女性	%	計	%	
高齢者の活動	参加希望 (n=83)	あり	21	67.7	41	78.8	62	74.7
		なし	8	25.8	10	19.2	18	21.6
		わからない・その他	2	6.5	1	1.9	3	3.6
	活動回数 (n=62)	毎日	2	9.5	3	7.3	5	8.1
		週3日	1	4.8	5	12.2	6	9.7
		週2日	3	14.3	10	24.4	13	21.0
		週1日	6	28.6	16	39.0	22	35.5
		わからない	4	19.0	2	4.9	6	9.7
		その他	5	23.8	5	12.2	10	16.1
	活動時間帯 (n=62)	9時～16時頃	0	0.0	0	0.0	0	0.0
		10時～15時頃	0	0.0	3	7.3	3	4.8
		10時～12時頃	2	9.5	3	7.3	5	8.1
		13時～15時頃	14	66.7	31	75.6	45	72.6
		わからない	3	14.3	0	0.0	3	4.8
		その他	2	9.5	4	9.8	6	9.7
	活動内容(ありの人数) (n=62)複数回答	一緒に食事をする	7	33.3	23	56.1	30	48.4
		おしゃべりをする	9	42.9	31	75.6	40	64.5
		カラオケを歌う	7	33.3	22	53.7	29	46.8
		軽い運動をする	9	29.0	33	63.5	42	67.7
		お茶や菓子を飲食する	7	33.3	26	63.4	33	53.2
ゲームをする		6	28.6	24	58.5	30	48.4	
ゲートボールなど運動をする		8	38.1	16	39.0	24	38.7	
活動場所 (n=62)	A施設	8	12.9	24	38.7	32	51.6	
	B施設	7	11.3	15	24.2	22	35.5	
	その他	6	9.7	2	3.2	8	12.9	
車での送迎 (n=62)	是非必要	1	1.6	8	12.9	9	14.5	
	あると便利	5	8.1	4	6.5	9	14.5	
	歩けるのでいらぬ	14	22.6	25	40.3	39	62.9	
	その他	1	1.6	4	6.5	5	8.1	
日常の食生活	朝食 (n=83)	毎日食べる	31	100	48	92.3	79	95.2
		時々食べない	0	0.0	1	1.9	1	1.2
		ほとんど食べない	0	0.0	3	5.8	3	3.6
	昼食 (n=83)	毎日食べる	30	96.8	52	100	82	98.8
		時々食べない	1	3.2	0	0.0	1	1.2
		ほとんど食べない	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	夕食 (n=83)	毎日食べる	31	100	52	100	83	100.0
		時々食べない	0	0.0	0	0.0	0	0.0
		ほとんど食べない	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	食料品を買う人 (n=83)	自分自身	10	32.3	31	59.6	41	49.4
		同居の家族	18	58.1	11	21.2	29	34.9
		別居の家族	3	9.7	8	15.4	11	13.3
その他		0	0.0	2	3.8	2	2.4	
食料品を買う回数 (n=83)	毎日	5	16.1	12	23.1	17	20.5	
	週に2～3回	10	32.3	20	38.5	30	36.1	
	週に1回	7	22.6	10	19.2	17	20.5	
	月に2回	9	29.0	10	19.2	19	22.9	
食事を作る人 (n=83)	自分自身	7	22.6	41	78.8	48	57.8	
	同居の家族	24	77.4	9	17.3	33	39.8	
	ホームヘルパー	0	0.0	2	3.8	2	2.4	
日常的な運動	リハビリ教室に通っている (n=83)	はい	2	6.5	20	38.5	22	26.5
		いいえ	29	93.5	32	61.5	61	73.5
	転倒予防運動の必要性 (n=82)	必要	27	87.1	49	96.1	76	92.7
		必要ない			0	0.0	0	0.0
		わからない	3	9.7	2	3.9	5	5.1
		その他	1	3.2	0	0.0	1	1.2
	何か運動をしているか (n=82)	している	19	61.3	34	66.7	53	64.6
		していない	12	38.7	17	33.3	29	35.4
	運動の内容(ありの人数) (n=53)複数回答	体操・球技	6	31.6	13	38.2	19	35.8
		散歩・歩く	5	26.3	14	41.2	19	35.8
施設等のリハビリ		0	0.0	5	14.7	5	9.4	
仕事		3	15.8	1	2.9	4	7.5	
釣り・潜り		3	15.8	0	0.0	3	5.7	
畑作業		3	15.8	4	11.8	7	13.2	
自転車		2	10.5	3	8.8	5	9.4	
台風で困ったことは (n=83)	ある	13	41.9	18	34.6	31	37.3	
	ない	18	58.1	34	65.4	52	62.7	
	困ったときの対応 (n=31)	自分で対応	9	69.2	11	61.1	20	64.5
		周囲の支援	1	7.7	4	22.2	5	16.1
その他		3	23.1	1	5.6	4	12.9	
支援体制の	不明	0	0.0	2	11.1	2	6.5	

*:p<0.05 **:p<0.01 ***:p<0.001

高齢者の活動：活動への参加希望者は62人(74.7%)であった(表2)。活動回数は週に1回22人(35.5%)が最も多く、活動時間帯は13時～15時を45人(72.6%)が希望していた。活動内容は「軽い運動をする」、「おしゃべりをする」、「一緒に食事をする」などであった。活動場所として、集落はずれにある整備されたB施設より集落内にあるA施設を多く希望していた。また、A施設を活動場所として希望しているのは女性が男性と比較して有意に高かった($p < 0.05$)。車での送迎の必要者は「是非必要」と「あると便利」を加えて約3割であった。

日常の食生活：朝昼夕3食摂取している人が95%以上であった。食料品を買ってくる人は、自分自身又は同居家族が8割以上、週に1回以上買い物に行く人も約8割であった。食事づくりは自分自身もしくは同居の家族が作っていた。買い物や食事づくりは、女性が男性と比較して有意に高かった($p < 0.01$ 、 $p < 0.001$)。

日常的な運動：島内で行われているリハビリ教室の参加者は22人(26.5%)であり、女性が多く利用していた($p < 0.01$)。転倒予防のための運動が必要と思っている人は、性別に関係なく約9割で、具体的に運動している高齢者は6割いた。

緊急時(台風時)の支援体制：台風時、困ったことがある人は31人(37.3%)であった。困ったときの対応は、自分での対応、家族や親戚・隣人が支援していた。

3. グループ討議による高齢者ニーズとニーズ調査による高齢者ニーズとの比較

グループ討議で捉えた高齢者ニーズと高齢者ニーズ調査によってとらえた高齢者ニーズを比較した(表3)。

高齢者の活動：共通点は、高齢者同士のふれあい活動の必要性、その際の移動サービスの必要性であった。相違点(「ずれ」)は、グループ討議では活動時間は昼食をはさむ4～5時間を設定していたが、ニーズ調査では午後の2時間(13時～15時)を希望していた。また、活動場所にも「ずれ」があり、高齢者は設備の整った集落はずれのB施設より、部落内のA施設がよいと答えていた。

日常の食生活：グループ討議では、単身世帯や老夫婦世帯が多く欠食や食料の調達に困っていると認識して

いた。しかし、ニーズ調査では、欠食はなく、食料調達にも困難はなく、「ずれ」がみられた。

日常的な運動：グループ討議では、杖歩行の女性が多く転倒予防のための運動の必要性があると討議された。ニーズ調査では、リハビリ教室利用者は約4分の1であるが、体操や散歩、釣りなどの運動はしており、転倒予防の運動の意識を持ち実践していた。

緊急時(台風時)の支援体制：グループ討議では、老朽化した住宅に住む高齢者も多く、避難先の確保や人的な支援組織を作る必要があるという内容であった。しかし、ニーズ調査では、台風で困ったことのある高齢者は約4割いたが、自分での対応や周囲の支援での対応などで処理し、その支援体制を希望していなかった。

・考 察

1. 住民主体(「グループ討議」と利用者本位(「高齢者ニーズ調査」)の「ずれ」

高齢者に必要と思われるニーズは、住民主体で課題解決するためのグループ討議の内容であり、高齢者が自ら求めるニーズは、利用者本位のサービスにつなげるための高齢者ニーズ調査の結果であった。双方の「ずれ」は以下の4つの項目にみられた。

1) 高齢者の活動

K島の特徴として、高齢者は単身や老夫婦世帯が約8割で、「お互いの自宅を訪問しあう習慣がない」ということが明らかになっている⁶⁾。そのためグループ討議では、高齢者の食事管理や閉じこもり防止のために、昼食をはさむ4～5時間に高齢者同士で気軽に集まれる場や活動が必要ととらえた。しかし高齢者は、日中長時間一緒に活動するのではなく、昼食後の2時間程度を希望していた。

活動場所は、設備が整った集落から遠いB施設よりも自宅や集落から近いA施設を希望していた。特に、女性がA施設を希望する割合が高かった。女性は約4割の女性が杖等で外出していることから⁶⁾、移動の便利な場所を希望したと考えられた。

2) 日常の食生活

グループ討議では食料調達の困難さを理由に高齢者の

表3 グループ討議による高齢者ニーズとニーズ調査による高齢者ニーズとの比較

	グループ討議による高齢者ニーズ	ニーズ調査による高齢者ニーズ
① 高齢者の活動	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が気楽に集まれる活動場所が必要 ・活動時間帯は昼食をはさむ4～5時間 ・活動場所は施設が整備されたB施設 ・車の送迎が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が気楽に集まれる活動場所が必要 ・活動時間は午後の2時間(13時～15時) ・活動場所は部落内のA施設 ・車の送迎が必要
② 日常の食生活	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者単身世帯や夫婦のみの世帯が多いため、欠食や、食事の調達が困難であり支援が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・欠食の多い状況はなく、3食摂取されている。 ・食料調達が出来ない状況はなく、困難さはない
③ 日常的な運動	<ul style="list-style-type: none"> ・杖歩行の女性が多く、転倒予防のための運動が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・運動の必要性の意識は高く実践している
④ 緊急時(台風時)の支援体制	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時(台風時)の避難先の確保や人的な支援組織が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・自己努力と周囲の支援で対応可能

欠食を危惧していたが、高齢者は規則正しく欠食なく、食料調達を困難と捉えていなかった。食事が規則正しく高齢者のリズムで行われていることが、上記の昼食をくださった活動を希望しない理由に繋がっていることも推察される。しかし、女性の役割としての家事が実施されているが、女性のADL機能が低い実態があり、日常の食生活に関する潜在化したニーズも否定できないと考える。また、高齢者の栄養状態や食事の偏りについては不明であり医学的調査や栄養調査も検討していく必要がある。

3) 日常的な運動

グループ討議では、転倒予防のための運動(リハビリテーション)が必要であるが島内で行われているリハビリ教室の参加者は島の高齢者全体の26.5%であることから、高齢者は運動の必要性を理解していないのではないかととらえていた。

しかし、高齢者は、「転倒予防運動は必要がある」と思っており、生活のなかに運動を取り入れていた。その内容は、体操、散歩、釣りなど生活に密着したものであった。転倒予防を目的とした「リハビリ教室」というサービスではなく、日常生活で運動を取り入れることによる転倒予防が、K島の高齢者には馴染むことが示唆された。

4) 緊急時(台風時)の支援体制

グループ討議では、台風襲来時に人的な支援組織をつくる必要があるという内容であった。ニーズ調査では、高齢者は台風時に困ったことがあるが、困ったときの対応は、自分で解決する、又は周囲の人や家族・親戚が支援しており、避難先や見回り、人的な支援組織づくりのニーズはなかった。

台風襲来の多い地域で、長く生活をしていると、その対応方法は経験的に積み上げられ自らできること(自助)、関係者に依頼すること(互助)が区別され機能していることが推察された。しかし、家屋の老朽化と加齢は重なりあい、それに伴う危険は避けられない。超高齢化の進行するK島において、危機管理のあり方について、グループ討議で深めることが求められる。

2. 利用者本位の意味

住民主体でつくられたワーキンググループのグループ討議の内容は、メンバーのほとんどが島の在住者であることから、島の高齢者のニーズを的確に把握していると考えられた。しかし、高齢者ニーズ調査の結果では、共通点もあったが、多くは「ずれ」がみられた。つまり、高齢者が自ら求めるニーズと高齢者に必要と思われるニーズは、例えば島民による住民主体のグループ討議内容であつてもずれていることが明らかになった。

地域づくりは、専門職主導のサービスから住民主体のサービスに移行しつつあるが、最終的には、ニーズオリエンテッド「どのようなことでお困りですか」という高

齢者本人への確認が必要である⁷⁾ことが確認された。

・ 結 論

K島の住民主体のワーキンググループのグループ討議内容の分析と全高齢者のニーズ調査を行った。住民主体のグループ討議内容を高齢者に必要と思われるニーズとし、高齢者のニーズ調査の結果を高齢者が自ら求めるニーズとした。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 高齢者に必要と思われるニーズと高齢者が自ら求めるニーズとは、「高齢者の活動」、「日常の食生活」、「日常的な運動」、「緊急時の支援体制」においてずれていた。高齢者が自ら求めるニーズとして、高齢者の活動は身近な場所で短時間、日常の食生活は自立、日常的な運動は日常生活の中で実践、緊急時の支援体制は長年の経験を活かした対応をしていた。

2. 住民主体は必ずしも利用者本位ではない。利用者本位のサービス提供のためには、住民主体に惑わされることなく、高齢者自身の具体的なニーズ把握に努めることが重要である。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、多くの関係者に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 老人福祉関係法令研究会：老人福祉関係法令通知集<平成14年版>、東京、第一法規出版株式会社、pp2,2002.
- 2) 老人保健法関係法令研究会：老人保健法関係法令通知集<平成14年版>、pp24-25、東京、第一法規出版株式会社、2002.
- 3) 老人福祉関係法令研究会：老人福祉関係法令通知集<平成14年版>、pp83-84、東京、第一法規出版株式会社、2002.
- 4) 佐々木峯子：【住民主体の健康づくり活動の支援技術】住民主体の活動が健康な地域をつくる 健康な住民も病気や障害を持った住民もみんなで健康になる、地域保健、34(4)、：5-21,2003.
- 5) 石川敏弘：ヘルスプロモーションの理解・石川敏弘 榎本真幸：ケースメソッドで学ぶヘルスプロモーションの政策開発 - 政策化・施策化のセンスと技術 -、東京、株式会社ライフ・サイエンス・センター：3-19,2001.
- 6) 大川嶺子、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8報) - 久高島における在宅高齢者の現状と介護意識 -、日本島嶼学会年報、5：28-30,2002.
- 7) 白澤政和監修：利用者ニーズに基づくケアプランの手引き - 星座理論を使って -、pp9 - 11、東京、中央法規出版株式会社、2000.

沖縄県立看護大学紀要投稿規程（2007. 3 改訂）

1. 投稿者の資格

紀要投稿者は、本学の教職員（旧教職員を含む）、非常勤講師、大学院生・研究生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、未公開のものに限る。また著者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が委任した者が査読し、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しない。

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、写真などを含む）は正1部、副（コピー）2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、?、?、? 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-」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1つをA4、0.5頁と数える）

論壇Sounding Board（2頁）：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頁）：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。

原著 Original Article（20頁）：テーマが明瞭で獨創性に富み、新しい知見や理解が倫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ているもの。

報告 Report（10頁）には次のものが含まれる。

- (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頁）：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（10頁）：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示したもの。

その他 Other（10頁）：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

本文中の引用順に番号を付し、本文の引用箇所（右肩に1)、1~4) など上付1/4サイズの文字で番号を示し、本文原稿の最後に一括して引用番号順に列記する。

q 雑誌の引用の場合

著者名（著者は全員を列挙する）：表題、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 kinases 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

w 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
一周産期・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). 59-74, London, BMJ books, 2000.

e 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, 267-
339, 1972.

r 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 . 125-141、サイエンティスト社、1995.

上記のいず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。

沖縄県立看護大学紀要の英文の略称は「J of
OPCN」とする。英文による沖縄県立看護大学紀要
を引用の際にはこの略称を使用のこと。

- 6) 原著論文の本文構成は、Iはじめに(Introduction)、
II研究方法(Materials and Methods)、III結果(Res
ults)、IV考察(Discussion)、V結論(Conclusion)、

謝辞(Acknowledgment)、文献(References)とする。
またIIあるいはIII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) 論壇を除く全ての投稿原稿には英文(300語程度)
および和文(600字程度)抄録を付ける。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
わ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) 著者の記述は以下の通り。

<例>

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

(3) Key Wordsは、固有名詞以外は小文字で記述す
る。

<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) 著作権

著作権は沖縄県立看護大学に帰属し、掲載後は本
学の承諾なしに他誌に掲載することを禁ずる。また、
本学紀要編集委員会が用意する著作権譲渡同意書に
著者全員が自筆署名して、最終原稿提出時に添付す
ること。

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. 諸経費およびその他の必要事項は別途定める。

編 集 後 記

沖縄県立看護大学紀要9号が発刊されることになりました。本号は原著1、報告5、研究ノート1、資料2、計9編の論文が記載されています。紀要への投稿は皆様の研究成果発表の1つの場として多いに活用していただき、さらなる研究向上に発展することを期待するものです。平成20年は沖縄県立看護大学創立10年そして紀要も10号と記念の年になりますので、多くの投稿論文を期待すると共にさらに充実した紀要にしたいと考えております。なお、第1号から第8号まで紀要編集委員会として論文などの編集を行なって参りましたが、今年度全委員会の編成があり紀要編集委員会は研究・研修委員会の紀要編集専門部会とし機能することになりました。

平成20年3月

紀要編集専門部会

部会長 安谷屋 均

紀要編集専門部会

部会長 安谷屋 均

副部会長 金城 芳 秀

大 湾 明 美

玉 城 清 子

名渡山 智 子

事務局 仲井真 美 幸

沖縄県立看護大学紀要第9号

発行日 平成20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

印刷所 (有) ドリーム印刷

〒901-1117 沖縄県南風原町字津嘉山1537-6

Tel：098-889-2784

児童虐待防止活動における専門職者の教育的ニーズ
- 沖縄県離島の場合 -

山城五月 前田和子 上田礼子 沼口知恵子
盛島幸子 池原和子 仲宗根美佐子

小離島における「在宅死」の実現要因から探る
看護職者の役割機能

- 南大東島の在宅ターミナルケアの支援者たちの支援内容から -

大湾明美 坂東瑠美 佐久川政吉 呉地祥友里 上原綾子

助産技術教育へOSCE（客観的臨床能力試験）の導入

玉城清子 賀数いづみ 井上松代 西平朋子 下中壽美 前田和子

呼吸障害を有する慢性呼吸器疾患患者と
後遺症を有する脳卒中患者のQOL

石川りみ子 牧志久美子 玉井なおみ

看護師の手掌および鼻腔における薬剤耐性菌の検出頻度

仲宗根洋子 名渡山智子

沖縄県一離島における高齢者の外出支援の特徴
- T島の「ボランティア移送サービス」事例 -

佐久川政吉 大湾明美

育児不安・育児ストレスの測定尺度開発に関する文献検討
(1983年～2007年)

川崎道子 宮地文子 佐々木明子

看護学生における感染症対策の課題

本学学生の感染予防意識調査から

玉井なおみ 大川嶺子 嘉手苺英子

高 齢 者 ニ ー ズ の 捉 え 方

- 住民主体と利用者本位の「ずれ」 -

呉地祥友里 大湾明美 大川嶺子 小川なお子 佐久川政吉

JOURNAL

of
Okinawa Prefectural College of Nursing

No.9

Original Articles

- Educational Needs of Professionals in Child Abuse Prevention: One of Okinawa Islands in Japan
Satsuki Yamashiro, Kazuko Maeda, Reiko Ueda, Chieko Numaguchi, Sachiko Morishima,
Kazuko Ikehara, Misako Nakasone 1

Report

- Nursing Role Functions Derived from Caregiver Practices that Enable “Dying at Home”
on a Small Isolated Island: End of Life Care at Home, on Minamidaitou Island
Akemi Ohwan, Rumi Bandou, Masayoshi Sakugawa, Sayuri Kurechi, Ayako Uehara,11

- Introduction of OSCE (Objective Structured Clinical Examination) on Midwifery Skilled Education
Kiyoko Tamashiro, Izumi Kakazu, Matsuyo Inoue, Tomoko Nishihira,,
Hisami Shimonaka,, Kazuko Maeda21

- Study about the QOL of a Patient with Chronic Respiratory Disease and Cerebrovascular Disease
Rimiko Ishikawa, Kumiko Makishi, Naomi Tamai29

- The distribution of antibiotic resistant bacteria isolated from hand and nasal cavity of nurses.
Yoko Nasone, Tomoko Nadoyama39

- Characteristics of Support Provided for Elders to Go Out on an Isolated Island: Voluntary Transfer
Service on T Island
Masayoshi Sakugawa, Akemi Ohwan45

Research Notes

- The Literature Review on the Development of measurement scales of Parenting-Anxiety &
Parenting-Stress ? from 1983 to 2007 ?
Michiko Kawasaki, Fumiko Miyaji, Akiko Sasaki53

Sources/Information

- The Problem of Infection Control of Nursing Students - questionnaire survey for nursing students of
our college -
Naomi Tamai, Mineko Okawa, Eiko Kadokaru61

- How to Identify Elders' Needs—Gaps in Needs of Residents' Group and Elders
Sayuri Kurechi67

- Criteria for Manuscripts73

- Postscript75

March 2008

沖縄県立看護大学

紀 要

第 9 号

原著

- 児童虐待防止活動における専門職者の教育的ニーズ
—沖縄県離島の場合—
山城五月 前田和子 上田礼子 沼口知恵子 盛島幸子
池原和子 仲宗根美佐子……………1

報告

- 小離島における「在宅死」の実現要因から探る看護職者の役割機能
—南大東島の在宅ターミナルケアの支援者たちの支援内容から—
大湾明美 坂東瑠美 佐久川政吉 呉地祥友里 上原綾子……………11

- 助産技術教育へOSCE（客観的臨床能力試験）の導入
玉城清子 賀数いづみ 井上松代 西平朋子 下中壽美 前田和子……………21

- 呼吸障害を有する慢性呼吸器疾患患者と後遺症を有する脳卒中患者のQOL
石川りみ子 牧志久美子 玉井なおみ……………29

- 看護師の手掌および鼻腔における薬剤耐性菌の検出頻度
仲宗根洋子 名渡山智子……………39

- 沖縄県一離島における高齢者の外出支援の特徴
—T島の「ボランティア移送サービス」事例—
佐久川政吉 大湾明美……………45

研究ノート

- 育児不安・育児ストレスの測定尺度開発に関する文献検討（1983年～2007年）
川崎道子 宮地文子 佐々木明子……………53

資料

- 看護学生における感染症対策の課題
—本学学生の感染予防意識調査から—
玉井なおみ 大川嶺子 嘉手苺英子……………61

- 高齢者ニーズの捉え方
—住民主体と利用者本位の「ずれ」—
呉地祥友里 大湾明美 大川嶺子 小川なお子 佐久川政吉……………67

- 沖縄県立看護大学紀要投稿規程……………73
編集後記……………75

2008年3月