

沖縄県立看護大学

紀 要

第 19 号

原著論文

働く精神障害者のジェネラティビティとエージェンシー
－4人のライフヒストリー－

村上満子 …… 1

研究報告

精神障害者における折り合いの構造
－11人のライフヒストリー－

村上満子 …… 11

その他

(研究ノート)

日本語版早産児の親用在宅移行尺度 (Transition-to-Home: Premature Parent Scale) の開発
－予備調査による表面妥当性の検討－

上原和代、前田和子 …… 19

(文献検討)

がん患者の受診遅延を予防する介入方法：文献検討

大城真理子、神里みどり …… 25

看護職者による介護予防に関する国内文献の検討

山口初代、大湾明美、田場由紀、砂川ゆかり、赤星成子 …… 31

糖尿病性腎症をもつ患者と家族に関する文献検討－国内文献より－

名嘉みゆき、山本敬子 …… 39

国内文献にみる高齢者のリロケーションに関する研究の現状と課題

－リロケーションの理由とリロケーションダメージに着目して－

赤星成子、田場由紀、山口初代、砂川ゆかり …… 47

(資料)

「本学別科助産専攻修了生の就業の実態とその課題」

前田すぎの、中原芳子、峰岸まや子 …… 55

沖縄県立看護大学紀要投稿規程

…………… 61

編集後記

[原著論文]

働く精神障害者のジェネラティビティとエージェンシー － 4 人のライフヒストリー －

村上満子

抄 録

背景：障害者権利条約締結は精神障害者の雇用と自立に追い風となる。働いて自立するという精神障害者の挑戦への支援が求められている。

目的：研究協力者のライフヒストリーをもとに発達課題の特徴を明らかにし、支援の在り方を提示する。加えて、方法的な課題を見出す。

方法：関東の 2 法人で就労支援を利用する精神障害者 4 名を対象に半構造化面接を行った。インタビューデータを人の生き方の基本的な様相であるジェネラティビティ（他人への関心）とエージェンシー（行為遂行者のポテンシャル）の対テーマに、演繹的にコーディングする内容分析をした。

結果：エージェンシーの表現が最も多く、ジェネラティビティの 3 カテゴリーのうち「他人への配慮」の表現は各研究協力者で 1 箇所であった。

結論：働く精神障害者の発達課題の特徴は①「他人への配慮」は同じ苦しみを抱えた仲間への配慮として表現されていた。一方、②エージェンシーは発症後に多く出現し、社会復帰や仲間に関する表現が目立った。このような特徴から、次の 3 点を支援の在り方として提示する。①精神障害者を常に自分の可能性を追求する存在と見なすこと、②社会復帰を目指し、他人との関係性のなかで「できる」という実感や、③仲間との信頼関係が築けるような関わりを増やすことである。方法的には、カテゴリーの精練と語彙集作成が課題として明らかとなった。

キーワード：働くこと 精神障害者 ジェネラティビティ エージェンシー ライフヒストリー

1. 背景

障害者権利条約締結を受けて、平成 28 年 4 月に改正障害者雇用促進法が施行され、障害者に対する差別の禁止及び合理的配慮の提供義務、法定雇用率の引き上げ及び算定基礎に精神障害者を加える雇用義務化がはじまる。障害のある人も職業をもって自立できる、当たり前の社会を実現させることが目指されている。

平成 28 年の障害者雇用状況集計結果（厚生労働省）では、民間企業に雇用されている精神障害者は 42,028 人（対前年比 21.3%増）と実数ではわずかに 8.86%だが、伸び率は最も大きく可能性を秘めている。今後、企業に雇用義務を課すにあたり、精神障害者の地域生活への理解、医療機関と地域支援者との連携が鍵となる（独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター, 2012）。

精神障害者にとって働くということは、病気や障害を引き受けて社会復帰することである。働き続けるということは、病気や障害のないときよりも自らに向き合い、

心身の状態をコントロールして一日一日を積み重ねていくこと（星野, 1998; 野口, 2013; 大橋, 2006）である。つまり、精神障害者が働くということは、病気や障害のないときの発達課題に加えて病気と折り合うことへの挑戦でもある。

このような当事者の人生を理解するために、これまで、当事者の語りであるライフヒストリーの分析が行われてきた。分析には 2 つの立場があった。一つは、病いの経験を社会的プロセスとして理解する（Kleinman, 1988）方法であり、もう一つは、その人の病いの意味を現象学的存在論の立場から解釈する（Benner & Wrube, 1989）方法である。

前者の立場で北村（2004）は、病いの意味を創り出す過程が病いを得る前の、その人の生き方に影響を受けると指摘した。後者では田中（2000a, 2000b）が、看護における他者経験の一つの可能性として当事者にとっての病いの意味を明らかにした。ともに、ライフヒストリーの質的分析によって看護の対象理解に寄与した。

本論文では、これらの事例研究から得られた知見を、様々な状況にある精神障害者への支援に結実させること

を長期的展望としつつ、次の方法で発展させる。すなわち、人の生き方の基本的な様相をテーマとするライフヒストリーの内容分析から3つの成果を目指す。第一に、人の生き方の基本的な様相からみた働く精神障害者の発達課題の特徴を明らかにすることである。第二に、支援の在り方を提言することである。第三に、方法論的な課題を明らかにすることである。これらが本論文の目的である。

II. 概念枠組み

人の生き方の基本的な様相として他人への関心（ジェネラティヴィティ：“Generativity”）と行為遂行者のポテンシャル（エージェンシー：“Agency”）という対となる概念を想定した。この二つの概念は、アメリカの哲学者 Bakan (1966) の“Comunion”と“Agency”をもとに、“Comunion”を Erikson の“Generativity”（以下、ジェネラティヴィティ），“Agency”を McAdams (2001) の内容カテゴリーを行為遂行者のポテンシャルとして捉えなおし、想定したものである。

ジェネラティヴィティは、Erikson (1959) の造語である。Erikson のパーソナリティ発達理論には内容の豊かな体系化された発達段階がある (Stewart et al, 1988)。ジェネラティヴィティは主として次の世代を確立し、導くことへの関心である。「次世代」ということを自分の子どもへの関心だけではなく、利他的な関心や創造性への関心と解することができる。重要なのはジェネラティヴィティが健康的なパーソナリティの一段階であるということ、この段階の豊かさを獲得できない場合に人は退行して偽りの親密さを求め、対人関係における窮乏化が伴うということである。

本論文では、この言葉のもつ広がりを残すために、Erikson の『アイデンティティとライフサイクル』の訳者である西平直と中島由恵の用語解説に準拠して、ジェネラティヴィティとカタカナ表記にした。

Stewart ら (1988) はジェネラティヴィティを4つの内容カテゴリー (“Caring” “Productivity” “Need to be needed” “General concern”) として体系づけている。本論文では、そのうちの2つについて次のように捉えなおした。一つは“Productivity” というカテゴリーに関連する「次世代」を未来への希望や意欲と捉えなおし、Intentional action (意志行為) とした。もう一つは「次世代に対する継続的貢献への関心」である General concern を広く解して“Caring” (他人への配慮) に含めた。“Intentional action” を「未来への意欲」と捉える理由は行為の表現は何らかの未来の記述であり (Anscombe, 1963)、行為の原因 (目的、願望) は行為遂行者自身のうちにあるというアリストテレスの分析 (黒田, 1992) に基づいている。したがって、本論文ではジェネラティヴィティを Stewart ら (1988) のコーディング体系を3つのカテゴリー体系に捉えなおして用いる。

英語の agency という単語には代理店、取り次ぎ、仲介者、[政府の]機関などの意味があるが、哲学・社会学では行為者性や行為主体性という意味がある。Bakan (1966) は、人の生き方の基本的な二つの様相として、“Agency”と“Comunion”をあげている。この考え方はパーソナリティ心理学者の McAdams により、アメリカ人のパーソナリティ研究の基礎的な概念となっている。本論文では、McAdams (1988) の“Agency”を参考にしつつ、ジェネラティヴィティとの相対的視点として“Agency”を行為遂行者のポテンシャル、活力、潜在力、溜めとして用いる。このような“Agency”の概念は古代ギリシャの『徳』や『幸福』(菅, 2016)、プラトンの『徳』概念 (Plato, 1578) にもつながる。したがって、本論文では訳語を与えずにエージェンシーとカタカナ表記にした。なお、ジェネラティヴィティとエージェンシーという対概念の活用は Maruna (2001) の方法論に依拠している。

これら4つの概念およびカテゴリーを行為遂行者である「私」と他人、「私」と未来についてのイメージ図として描き出す (図1)。

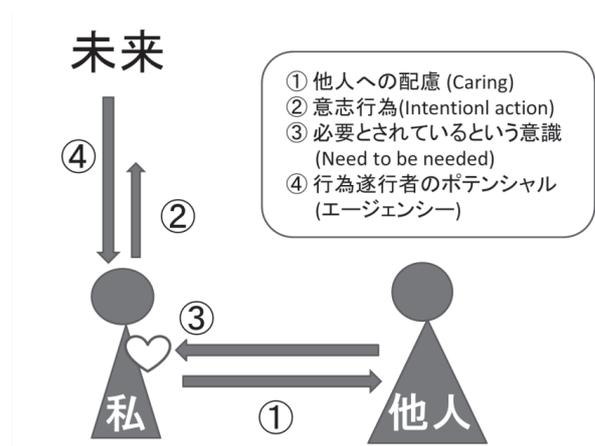


図1 行為遂行者「私」と他人および未来についてのイメージ

イメージには3つのポイントがある。第一に、他人との関係において①「他人への配慮：“Caring”」と③「必要とされているという意識：“Need to be needed”」のベクトルは対立関係にある。第二に、未来との関係において「未来への意欲」は人間としての能動性の源であり②「意志行為：“Intentional action”」で表わされる。これは、能動性の結果として受け取る④「行為遂行者のポテンシャル：エージェンシー」と逆方向のベクトルをもっている。第三に、③「必要とされているという意識」は他人からの求めを受ける構えのある状態であり感情で表わされる。

以上の概念枠組みをライフヒストリーという場に設定する。本論文では、ライフヒストリーを聞き手と語り手の相互行為に支えられた個人のライフについての口述の物語 (桜井, 2014) として捉える。ライフヒストリー法には解釈の客観性における課題 (江頭, 2009) のあるこ

とから、これを克服する方略の一つとしてカテゴリーへの演繹的コーディングである内容分析を用いる。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究協力者と選定方法

研究協力者は関東 2 県の 2 法人 (J, K) での就労支援を利用している精神障害者 4 名である。選定方法は J 法人では運営委員会にて研究計画を説明し、6 カ所の就労支援事業所施設長に研究協力が可能な利用者で、できるだけ異なるタイプの利用者 3 名の選定を依頼した (J 法人の就労支援利用者は就労移行と就労継続 A 型・B 型を合わせて約 160 名)。調査期間までに 2 名の利用者の同意が得られた。K 法人では、研究者が L 法人から紹介された研究協力者の 1 人が K 法人の地域活動支援センターを利用しており、その方に研究目的を説明し調査協力の同意が得られた。この研究協力者から K 法人で働く別の研究協力者の紹介を受け、その方の同意が得られたので研究協力者とした。

2. データ収集方法

調査期間は平成 25 年 10 月から 12 月であった。研究協力者には事前に調査説明書、同意書、インタビューガイドを郵送した。面接は各事業所の面談室にて約 1 時間の半構造化面接を実施した。内容は①子ども時代、②発症前後のこと、③支援施設に来てからのこと、④将来や人間関係についてである。研究協力者にはこれまでの人生を振り返って自由に語るように依頼した。この他に、研究協力者が自らの人生を語るために持参した闘病記や体験発表の原稿、インタビューのために自宅でまとめた文書や、出版されたブックレットを本人の許可を得て全体像を知るためのデータとした。

3. 内容分析

インタビュー内容の逐語録を繰り返し熟読し大筋を捉えた上で、研究協力者の発言ごとに区切りをつけて通し番号を付した。その後、次のジェネラティビティとエージェンシーへのコーディングを行った。

第一に、ジェネラティビティを成人期の心理社会的危機として捉えて、Stewart ら (1988) のコーディング体系を参考に語られる事象の思い入れ (preoccupation) を 3 つの内容カテゴリーにコーディングした。すなわち、①「他人への配慮」、②「意志行為」、③「必要とされているという意識」である。

①「他人への配慮」は、他人をいっそう良くしようとする配慮、又は当該の配慮に基づいて行われた行為の表現として採り出す。この場合には、他人が希望していることや必要としていることを前提とせず、自分だけの思い入れでよいと捉える。Seneca は『恩恵』を相手の正当な権利や要求を認めて行う義務から区別する。その Seneca の『恩恵』に相当する (小川, 2006)。次の②「意

志行為」は将来に向けた社会的行為への意志表明である。「・・・したい」という希望の表現として採り出す。最後の③「必要とされているという意識」は或る集団や組織に対して接近しようとする際に、あるいはその一員である場合に他人からの求めに気づき、それをどのように受け取るのかといった気持ち (affection) の表現として採り出す。

第二に、McAdams (2001) のコーディング体系を参考にしてエージェンシーを、課題や困難を乗り越える時の行為遂行者のポテンシャル、活力、潜在力、溜めとして捉える。具体的には社会的地位獲得への可能性の表現であり、夢、希望、目標、理想などによって導かれているという気分の表明である。これを「・・・できる」「・・・できた」という表現に着目して採り出す。

内容カテゴリーへのコーディングの実際は、例えば、次の B 氏の発言では、①をジェネラティビティの「必要とされているという意識」として、②をエージェンシーの表現として採り出すことができる。

「… (周囲から) 「免許取っておきなさいよ」なんて言われて、勉強始めましたら、それもまた、①ちょっとつらかったんですよね。それもあって、体調が、もう最悪になってしまって、とうとう入院ということに…自分に自信がつくんですね、旅に出ると。気分転換にもなりますし、行って帰ってくると、②自分になんかできることがあるような気がしてくる…」

なお、単位とした一発言のなかに、同じカテゴリーの表現が 2 つ入る場合にはダブルカウントとし、同様の文脈で同じ表現が複数の発言に見られる場合には、主要な発言のコーディングデータ番号のみをカウントした。

コーディングの信頼性と妥当性を高めるために、各研究協力者のコーディング結果ごと (4 回) と、研究協力者全員を統合したコーディング結果及び考察 (5 回) に対して、合計 9 回の西洋哲学倫理学の専門家によるスーパーヴァイズを受けた。

4. 倫理的配慮

研究協力者には、研究協力についてのインフォームドコンセントを行い、同意書に署名を得た上で調査を開始した。本研究は、研究協力者の所属する K 法人への研究計画書の届出 (2013 年 9 月 27 日)、J 法人運営委員会 (2013 年 9 月 30 日) での承認、研究者が以前所属していた大学の「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会での承認 (承認番号 93、2013 年 6 月 3 日) を得ている。また、個人が特定される可能性のある記録内容については、研究結果に影響しない範囲で改変した。

Ⅳ. 結果

1. 研究協力者と就労に関する背景

研究協力者と就労に関する背景を表 1 に示した。女性 1 名、男性 3 名の 4 名で、年齢は 30 代後半から 50 代前

表1 研究協力者と就労に関する背景

対象	診断名	年齢	性別	入院回数	発症前就労	精神変調及び発症年齢	現在の就労状況	現在の働き方
A氏	うつ病	50代前半	M	4	一般企業	30代半ばに発症、自殺未遂で初回入院	就労継続支援A型事業所	週5日、8時間/日
B氏	統合失調症	40代後半	F	1	一般企業	20代前半に兆候あり、20代後半で初回入院	一般企業（震災特別枠）の非常勤職員	週3日、5時間/日
C氏	統合失調症	30代後半	M	0	アルバイト	高校1年で対人恐怖症、20代後半で診断確定	就労継続支援A型事業所	週4日、6時間/日
D氏	統合失調症	30代後半	M	2	アルバイト	20代前半で神経症、30代後半に初回入院	NPO法人の非常勤職員	週4日、6時間/日

半で平均43歳であった。診断名は統合失調症3名、うつ病が1名であった。入院歴は2回以上が2名、1回が1名、入院歴のない者が1名であった。発症年齢は精神変調を含めると高校1年生から30歳半ばであった。

現在の就労状況は就労継続支援A型事業所での雇用が2名、一般企業の非常勤職員、NPO法人の非常勤職員が各1名であった。働き方は週3回の1日5時間から週5日の1日8時間であった。面接時間は65分から108分であり全員が1回の面接で終了した。1回あたりの平均面接時間は約83分であった。この面接で調子を崩す研究協力者はいなかった。

2. 研究協力者の病歴

A氏

30歳代半ばで婚約破談となり自殺未遂をする。搬送先の病院でうつ病と診断される。退院後は復職するが、一ヶ月程で体調を崩して再入院する。これを3回ほど繰り返す。何か続かない癖がついた感じと言う。友達のおすすめで保健所へ行き、そこで精神保健福祉センターを紹介されて1年間通う。センターから就労継続支援A型事業所を希望して就職し10年間働き続けている。眠剤のみの内服で数年前より主治医から一般就労を勧められている。

B氏

大学4年次に内定先での研修と卒論で統合失調症の兆しがあった。再就職と失恋で体調を崩して精神科に入院する。退院後よりデイケアや作業所に通い、当事者会への参加や障害者雇用サポートセンターに登録する。30代後半に母親が難病で要介護となる。この頃より薬の副作用に苦しむが、自ら調べた新薬への変更を主治医に申し出て副作用がなくなる。体調が回復した矢先に被災する。車椅子の母親を抱え人と関わらざるを得ず、社会に一步踏み出す。現在は障害者就労サポートセンター紹介の革工芸の会社で働いている。

C氏

高校1年生で対人恐怖症となり退学して単位制高校に入学する。一浪後、大学に進学する。幻聴出現により半

年遅れで卒業する。この年に精神科を受診する。週末の本屋の店番は3年続いたが、隠しカメラに怖さを感じて辞める。20代後半に希死念慮が出現し統合失調症を発症する。病院デイケアに数年と作業所に1年間通う。人に嫌われているという確信に近い思い込みに悩む。統合失調症発症後、30代前半にはじめて郵便局配達のパイトをする。その後3年間は何もできなかった。父親から働くように言われていたが自分でも働かなくてはいけないと思い、迷った末に就労継続支援A型事業所で働きはじめる。そこで4年間働いている。

D氏

独り暮らしの20代前半にカウンセリングで精神科受診を勧められて神経症と診断される。眠気が強く内服を中断する。国家試験に合格するが、就職できない状態になる。帰郷して主治医と出会い通院がはじまる。20代後半より徐々に活動的になる。30代前半に病名を知りたいと漢方外来で抗精神病薬を外したところ幻覚妄想状態となり精神科に入院する。一度再入院するが、その後はデイケアや地域活動支援センター、就労継続支援B型事業所、NPO法人の障害者枠などの福祉的就労を活用する。現在はNPO法人の非常勤職員、ピアサポーターとして活動している。

3. ジェネラティヴィティとエージェンシーへのコーディング

研究協力者ごとのコーディング結果を表2に示した。この表をもとに、ジェネラティヴィティとエージェンシーの関係性、および研究協力者間での比較検討のために四角形のレーダーチャート（図2）を作成した。これは人の生き方の基本的な様相を視覚的に表現する。コーディング例は、概念および内容カテゴリー、採り出す表現と共に研究協力者ごとに表2で示した全コーディングの約半数以上を抜粋して表3に示した。

コーディングされたデータは全部で87例であった。このうち、次の5例を除いて精神変調又は発症時以後のデータからコーディングされた。ジェネラティヴィティの「意志行為」にコーディングされたD氏51番、55番、56番と、エージェンシーにコーディングされたC氏7番とD氏44番である。

表2 ジェネラティビティとエージェンシーのコーディングデータ番号一覧

研究協力者	精神変調又は発症時	ジェネラティビティ			エージェンシー
		他人への配慮	意志行為	必要とされているという意識	
A氏	56	240(314)	84, 96, 133, 156, 206, 334	56, 59, 79(80, 84), 87, 98, 151(152), 170(171), 176(180), 249, 348(349, 351)	81, 92(93), 99, 145(144, 187), 154, 176, 189(185, 192, 196, 199), 186, 205, 208, 288, 303, 305
B氏	19	202	47, 47, 51, 117, 143, 213	26, 39, 55, 185, 205	26, 41, 42, 50(49), 194, 202, 206, 210
C氏	30	81	36, 70, 88, 94	34, 35, 40, 48	7, 60, 64, 66, 75, 135, 140
D氏	64	128	51, 55, 56, 128	64, 65, 67, 68, 79, 116, 119	44, 83, 85, 86, 99, 111(115), 119, 130, 134

ジェネラティビティの「他人への配慮」へのコーディングは各研究協力者1例ずつと少なく、エージェンシーへのコーディングが多かった。ジェネラティビティの「必要とされているという意識」とエージェンシーには正比例の関係がみられるが、これら2つと「他人への配慮」と「意志行為」は独立した関係にあった。「意志行為」はA氏とB氏が6つ、C氏とD氏は4つであった。

レーダーチャートは「他人への配慮」で鈍角となり、残りの「意志行為」、「必要とされているという意識」とエージェンシーで鋭角を形成するという全員が類似した形状を示した。研究協力者間ではA氏がジェネラティビティの「他人への配慮」を除く3カテゴリで最も多くコーディングされた。

コーディング内容は、最も少なかったジェネラティビティの「他人への配慮」では「やっぱり同じ病気で苦しんでいる人が居れば…」(A氏, 240)や「つらいときどうしたらいいのっていう人」(D氏, 128)といった

同じ苦しみを抱えた他人への配慮として表現されていた。病気や障害のない次世代に対する思い入れや、それに基づく行為についての表現はみられなかった。

最も多くコーディングされたエージェンシーのコーディング内容には次の2つの特徴のあることが分かった。一つは、「働く目標」(A氏, 208)、「技術の習得」(B氏, 202)、「少しずつ仕事をやって、ちょっと回復させよう」(D氏, 85)と考えること、薬の効果を実感すること(D氏, 111)などであり、仕事をして自立するという未来の表現である。

もう一つは友達という表現の多いことである。例えば、発症後に得た同じ病いを抱える友達との関係のよさ(A氏, 303)を実感すること、「友達の力」(C氏, 66)を得ることが自分を受け入れる「原動力になった」(C氏, 66)と語ることなどである。

V. 考察

1. 発症という分岐点を越えるもの

人の生き方の基本的な様相をテーマとするライフヒストリーの内容分析では多くのデータが精神変調又は発症時以後のデータからコーディングされた。このことは、精神変調又は発症時を一つの分岐点として着目する必要性のあることを示唆している。つまり、発症の兆しや発症後の語りは、そのなかった時代の語りと同様に扱うことができないということを意味する。

例えば、次のD氏の小学校時代の語り「…学校に行くと、集団生活に入ると、緊張とかあるんでしょうね」(D氏, 10)は、ジェネラティビティの「必要とされているという意識」にコーディングすることができない。その理由は2つある。1つは、子ども時代であること、もう一つは発症前の感情だからである。

しかし、大学受験のD氏の語り(D氏, 51, 55, 56)は、

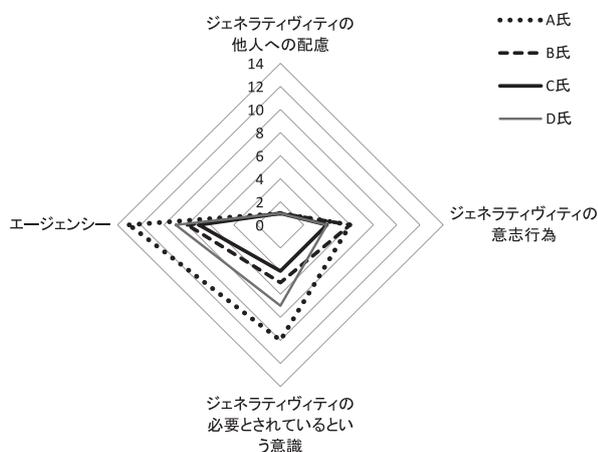


図2 ジェネラティビティとエージェンシーの関連性

表3 ジェネラティヴィティとエージェンシーのコーディング例

概念	カテゴリ	採り出す表現	コーディング例	研究協力者	データ番号		
ジェネラティヴィティ	他人への配慮 (Cairng)	他人をいっそう良い状態にもたらそうとする配慮、または、それにより行われた行為の表現。	やっぱり少しでも同じ病気で苦しんでる人が居れば、私の経験が役立てばいいなっていうことで…	A氏	240		
			…、それで1人でも元気な人が増えてくれたらいいな、とっていますね	B氏	202		
			ちょっとでも楽になってほしいなっていう気持ちがあるんで、	C氏	81		
	意志行為 (Intentional action)	未来への意欲、将来に向けた社会的行為への意志表明の表現。「…したい」という希望の表現。	…つらいときとかどうしたらいいのっていう人…をなんか癒やせないかっていう、…	D氏	128		
			行ってみよう、試してみよう…、焦らずやってみようっていうことから、取りあえず行ってみよう…	A氏	133		
			…やりたいって言えば…自分からこういう出版をやりたいって言えば、やらせてくれる…	A氏	156		
			…やれること、今やれることをやれたらなっていうふうには思ってるので	A氏	206		
			…何かしなくちゃなって、ちょっと気持ちを奮い立たせなくてはいけない…服用したいというふうに、併薬したいというふうに希望…	B氏	47・47		
			…私は回復したいとっていて、…	B氏	143		
			…もう一度そこ（単位制高校）でやり直してみようかなって…	C氏	36		
			…（今の仕事を）長く続けたいと思ってる…	C氏	70		
			…やっぱり自分の行きたい医療のほうの専門学校に行きました	D氏	56		
			…できれば患者さんを治療したいんですけど…	D氏	128		
			必要とされているという意識 (Need to be needed)	或る集団、組織に対して接近しようとする際に、あるいは、その一員である場合に、他人からの求めに気づき、それをどのように受け取るのかといった、気持ちの表現。	そこからちょっと私のほうが目標を持ってやってたもので、その自分の人生設計が崩れてしまったっていうことがあって、ちょっと変調を来してきたわけです。	A氏	56
					…全然雰囲気と同じ病院でも違って、すごくなんか楽しくて、入院したんですけど…	A氏	79
					…働いてるなっていうような感じがしたので。	A氏	151
					…ここ（事業所）に来たとき、…すごいとこだなと思って、こういう所があるんだと思って…	A氏	170
					…不安はありますけどね。環境とか社会については	A氏	348
…周囲が勧めたもんですから、…ちょっとつらかったんですけどね。	B氏	26					
明日になると、職場に自分の障害が全部ばれているんじゃないかっていう心配が、プレッシャーっていうのがあった	B氏	55					
病院では、…作業療法っていうのは、本当に気分転換になりましたね。…結構楽しくできた	B氏	205					
…誰かに会うんじゃないかかっていう怖さとか…	C氏	35					
（転校した高校で）…人からの視線っていうか、圧力にはまだ耐えられたんじゃないかな	C氏	40					
…なんかありのままの自分が出せない感じで、…いまいピンとこないな、しっくりこないっていう感じ	D氏	64					
…徐々にありのままの自分を出せるような感じに、…そっから本当に自分がなくなっていく感覚を止められず…	D氏	68					
外行っても、なんか面白くないんですけどね。感情があんまり、鈍くなったせいか、なんか面白くない、…なんか生き生きしない	D氏	79					
（…ファームで）自然からいろいろパワーもらえたのもあって、また回復してきて、…	D氏	116					
エージェンシー	行為遂行者のポテンシャル、活力、潜在力、溜め	社会的地位獲得への可能性の表現。夢、希望、目標、理想などによって導かれているという気分の表明。「…できる」「…できた」という表現。			…就労するためのいろんな軽作業とか体力作りとか、病気の勉強とか、そんなようなことをやる…	A氏	99
			眠剤だけなので、…先生もそんなに頼らなくても、…	A氏	145		
			…ここで働いてた人もすごくリーダーシップ…尊敬できるメンバーが居て、…	A氏	154		
			仲間とかできたりとか同僚とかできたことによって、だんだんと…なんか良くなってた	A氏	186		
			もう大丈夫だから、しろ、しろって言うんですけど、多少やりがいがあるので、そういうことを言ってますけどね。もう主治医も治ってると思ってます。緩解したと思ってますけどね。	A氏	189		
			…目標として、働く目標があったので、	A氏	208		
			人間関係はいいと、友達関係はいいと思います。…	A氏	303		
			（呼称が統合失調症に変わって）…人に言うことができるんじゃないかと思うようになりました、…	B氏	41		
			…自分でも、もうやれるんじゃないかな、っていうか、やらなくちゃいけないな、っていうふうに思うようになりました…	B氏	50		
			…（皮細工）技術の習得を、しっかりとやった上で、…	B氏	202		
			物を作るのが、もともと好きだった…	B氏	206		
			全校生徒の前での発表ですとか…当時（小学校の頃）は割とサラッとできたような気がします	C氏	7		
			…信頼できる人間関係っていうのか、素直に自分を出せる友達、受け入れてもらえる友達っていうのができてきて、だんだんなんか、自分はごく普通の人だったのかなって…	C氏	60		
			…で働けたことと、…の友達、…だけじゃないですけど、その作業所の友達であったりとか、そういう友達の力っていうのも大きいと思います（自分を受け入れられるようになる原動力になって）	C氏	66		
			…昔に比べればだいぶ自己主張もできるようになってきましたし、思ったことは何となく言えるようになってきた。人との信頼関係のある友達ができたりとか、仕事も少しは任せてもらえるようになってたり…	C氏	75		
			得意な科目にはなったんですけど、逆に、	D氏	44		
			…短い時間のパートの仕事始めまして、で、少しずつ仕事をやって、ちょっと回復させようと思って、…	D氏	85		
			…（薬が変わり増えたら）今度は活力とか意欲が出てきたんです	D氏	111		
			…やってみたら結構できて	D氏	119		
			…さらにその人とコミュニケーションできたら、…強みを生かして何かできないかな	D氏	130		
			…もっとできることがあるんじゃないかな…	D氏	134		

発症前になるが、ジェネラティヴィティの「意志行為」にコーディングすることができる。その理由として、一つは、青年期から大人への移行期にあたること、もう一つは「意志行為」が未来への行為を含むことが挙げられる。

また、発症前の子ども時代を語った C 氏の表現はエージェンシーにコーディングできる。それは、子ども時代のポテンシャル (C 氏, 7) が未来に向けての過去の財産となり、発症という分岐点を越えて発症後のポテンシャル (C 氏, 75) につながっているからである。

つまり、ジェネラティヴィティのうちの「意志行為」とエージェンシーは、行為遂行者の持ちものであり未来に向かって開かれているために、発症前後という分岐点を越えることができる。北村 (2004) の指摘する「病いの中に意味が創り出されていく過程が病いを得た時から始まる一方で、病いを得る以前の人生から影響を受ける」というのは、行為遂行者が発症前から持っていたものを使うという意味である。

したがって、行為遂行者は「発症という分岐点を越える」ことのできる持ちものを発症に先立って備えているために発症時からの回復が可能になると考えることができる。このように考えると、精神障害者の回復で課題となるのは回復した人が決して諦めなかった (Ahern & Fisher, 1999) ことから明らかなように行為遂行者が未来への希望をもつことである。

2. 回復者の語り

研究協力者全員が発症時より回復への希望を失わずに生きてきた。彼らは現在も心身の状態をコントロールしながら働き続けている。つまり、4 人の研究協力者は行為遂行者の持ちものを使って現在の状態まで回復した人たちである。

なかでも、発症前に一般企業での就労経験のある A 氏は、退院後よりデイケアなどの地域支援を受けながら働く意欲をもち続け、就労継続支援 A 型事業所にて 10 年間、悪化することなく就労を続けている。現在の週 5 日、一日 8 時間という働き方や内服状況、主治医の勧めからも、最も回復した人である。レーダーチャートではジェネラティヴィティの「他人への配慮」を除く 3 カテゴリーで最も多くコーディングされた。うつ病と統合失調症の違いはあるが、4 人のうち A 氏をリカバリーへの道 (Ragins, 2002) の先を行く人とみることができる。

回復という言葉には回復過程にあるという概念が含まれるため、精神疾患や精神障害があっても回復者である。回復 (リカバリー) は人々が完全な健康に戻るとか、失ったものすべてを取り戻すということではなく、それらがあってもなくてもよく生きることができるということの意味する (MHC, 1998)。したがって、回復者であってもつねに精神疾患や精神障害のある自分と折り合いをつけながらよく生きる努力が求められる。

3. 回復者の語りにみられる発達課題の特徴

人の生き方の基本的な様相を視覚的に表現する四角形のレーダーチャートは「他人への配慮」が極端に少なくエージェンシーやジェネラティヴィティの「必要とされているという意識」が多いという歪な形をしている。さらに研究協力者全員が類似した形をしていることから回復者の語りにみられる発達課題の特徴は次の 2 つである。一つは、ジェネラティヴィティの「他人への配慮」の表現が極端に少ないことである。その内容は、同じ病気で苦しむ仲間への配慮として表現されていた。もう一つは、エージェンシーの表現が多いことである。内容には、未来に向けられたベクトルは社会復帰に向かっているということや友達という表現が多くみられた。友達との出会いは人生のターニングポイント (田中, 2000a) になる。この場合の友達とは同じ苦しみをもつ仲間 (ピア) のことである。

このような回復者の語りにみられる発達課題は病気や障害と折り合いをつけて生きてきた人のパーソナリティ特性とも考えられる。

4. 能動性を発動させる準備が整うということ

これらの発達課題の特徴を抱える精神障害者への支援を見出すために、再び行為遂行者である「私」と他人、「私」と未来についてのイメージ図 (図 1) に戻る。

第一に、①「他人への配慮」よりも③「必要とされているという意識」に多くコーディングされたことから、他人をよくすることへと関心を向けることはできないが、他人からの求めを受け取る構えは整っていることがわかった。

第二に、未来との関係において、②「意志行為」よりも④エージェンシーに多くコーディングされたことから、能動性の結果としての受け取りの多さが示された。このことは、伊東 (2016) が指摘するようなりカバリーの実現に活用できる資源を探すという二者択一性、肯定的意味づけではなく、ポテンシャルとして未来に開かれているという意味でストレングスモデル (Rapp & Goscha, 2012) やストレングスアセスメント (栄, 2014) を理論的に支える。ポテンシャルとして未来に開かれているというのは、例えば、手を持っているから手仕事ができることである。

上記 2 つのことから、回復者の語りには他人と未来との関係において能動性を発動させる準備の整った状態が見出せる。

5. 精神障害者への支援の在り方

以上の考察から、次の 3 点を精神障害者への支援の在り方として提示する。第一に、支援者は、人間は常に自分の可能性を追求する存在であり、必ず回復に向かって動き出す可能性を秘めている、そう見なすことの重要

性を理解することである。Heidegger (1927) の被投的な投企 (Entwurf) の概念はその重要性を指摘している。支援者が先に諦めること、投げ出すことをしてはいけない。これの根拠は次の2点である。一つは、ジェネラティヴィティの「意志行為」とエージェンシーが行為遂行者の持ちものであり、未来に向かって開かれているために、発症に左右されないということである。もう一つは、他人および未来との関係から行為遂行者は能動性を発動させる準備の整った状態にあるということである。

第二に、社会復帰を目指し他人との関係性のなかで、本人のできるという実感を増やす支援をする。例えば、セルフケアは他人との関係をとおして社会とのつながりを目指すなかで獲得されるべきである。これの根拠は次の2点である。一つは、エージェンシーが発症後に多く表現され、その内容は未来、社会復帰に向かっていくということである。もう一つは、友達という表現の多くみられるということである。

第三に、仲間との信頼関係を築く支援をする。他人への配慮は、最初と同じ病いを抱える者への配慮となって表現されたことから、それが精神障害者にとって無理のないプロセスであると考えられる。精神障害者の他人との関係性の取り方には、回復過程の生活拡大の在り方にパターンがある (中井, 1998) ように何らかの規則性があるのかもしれない。

6. 本論文の限界と今後の課題

本論文の限界と今後の課題は次の4点である。一つは、人の生き方の基本的な様相の理論的根拠を Erikson とアメリカ人哲学者 Bakan (1966) の思考から得たことである。Erikson はジェネラティヴィティをルターやガンジー、フロイトなどのいくつかの世紀にわたり、またいくつかの大陸にまたがる人々の伝記から抽出している (Levinson, 1978)。島国という地理的文化的要素によって人の理想とする生き方が異なるとすれば、日本人のモデルは誰になるのだろうか。また、エージェンシーについても、アメリカ人のパーソナリティ研究が土台とされていることから日本人のパーソナリティに合致しない可能性がある。文化的な異なりがパーソナリティのどこまでに及ぶと考えるのか。これらの課題については、今後も探求を続け、内容カテゴリーの精練に生かす。

第二に、対象者が4人と少ないこと、働いている精神障害者であるということ、男性が3名で女性が1名であること、診断名が統合失調症3名、うつ病1名であることなどの課題が残る。今後は、一般人も含めて対象者を増やし多様な対象のライフヒストリーの比較検討を行うことで、より適切な支援方法を明らかにすることができよう。

第三に、内容分析におけるコーディングの信頼性が十分に確保できなかったことである。本研究の長期的展望には、独立した二名のコーダーによる語彙集を使った

コーディングと、一致率算出が可能な方法論の確立が含まれている。それに対して今回は、専門家によるスーパーヴァイズを繰り返し受けることで信頼性の確保に努めた。今後は、データマイニングや語彙分析も視野に入れて語彙集の作成を行う。なお、妥当性についてはスーパーヴァイズにより担保されたと考える。

第四に、他人への配慮に関心がもてない理由とこの発達課題を克服するための支援方法についての解明が残る。

VI. 結論

働く精神障害者の発達課題の特徴は、①「他人への配慮」が少なく、同じ苦しみを抱えた仲間への配慮として表現されていた。一方、②「行為遂行者のポテンシャル」は多くみられ、内容は社会復帰を目指すこと、仲間を得ることの表現が目立った。このような特徴から、次の3点を支援の在り方として提示する。①精神障害者を常に自分の可能性を追求する存在と見なすこと、②社会復帰を目指し他人との関係性のなかで「できる」という実感や、③仲間との信頼関係が築けるような関わりを増やすことである。今後の課題としては、①他人への配慮に関心がもてない理由と、この発達課題を克服するための支援方法についての解明、方法論的には、②対象者数を増やすことや、回復の様々な段階にある人、同年代の病気や障害のない人など選定基準を変えて比較検討すること、③内容カテゴリーの精練と語彙集作成が明らかとなった。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究協力者の皆様、ならびに職員の皆様にご心より感謝申し上げます。また、最後までご指導をいただきました東洋大学名誉教授の村上勝三先生にご心より感謝申し上げます。

本論文は、第24回日本精神保健看護学会にて発表した内容に加筆・修正を加えた。

引用文献

- Ahern, L. & Fisher, D.B. (1999/2004). 齋藤明子, 村上満子 (訳). 自分らしく街でくらす: 当事者 (わたしたち) のやり方 (p7). RAC 研究会.
- Ansombe, G.E.M. (1963/1984). 菅豊彦 (訳). インテンション (p6). 産業図書.
- Bakan, D. (1966). The duality of human existence: Isolation and communion in Western man. Beacon Press.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989/1999). 難波卓志 (訳). 現象学的人間論と看護. 医学書院.
- 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター (編). (2012). 概要. 資料シリーズ No.71 医療機関における精神障害者の就労支援の

- 実態についての調査研究 (pp5-6). 独立行政法人
高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合セ
ンター.
- Erikson, E. H. (1959/2013). 西平直, 中島由恵 (訳). ア
イデンティティとライフサイクル 初版. 誠信書房.
- 江頭説子. (2009). 社会学とオーラル・ヒストリー. 法
政大学大原社会問題研究所 (編). 人文社会学研究
とオーラル・ヒストリー (pp69-103). お茶の水書房.
- Heidegger, M. (1927/2013). 熊野純彦 (訳), 存在と時間
(三) (pp176-208). 岩波文庫.
- 星野文男. (1998). それぞれが能力を出し合えるよう
な職場に. やどかりブックレット編集委員会 (編).
精神障害者にとって働くこととは (pp13-33). や
どかり出版.
- 伊東香純. (2016). ストレングスモデルにおけるリカバ
リー概念の批判的検討. *Core Ethics*, 12, 1-11.
- 菅豊彦. (2016). アリストテレス「ニコマコス倫理学」
を読む: 幸福とは何か. 勁草書房.
- 北村育子. (2004). 病いの中に意味が創り出されていく
過程 - 精神障害・当事者の語りを通して, 構成要素
とその構造を明らかにする. 日本精神保健看護学会
誌, 13 (1), 34-44.
- Kleinman, A. (1988/1996). 江口重幸, 五木田紳, 上野豪
志 (訳). 病いの語り - 慢性の病いをめぐる臨床人
類学. 誠信書房.
- 黒田亘. (1992). 行為と規範 (p56). 勁草書房.
- Levinson, D. J. (1978/1992). 南博 (訳). ライフサイク
ルの心理学 (下) (pp236-237). 講談社学術文庫.
- Maruna, S. (2001/2011). 津富宏, 河野荘子 (監訳). 犯
罪からの離脱と「人生のやり直し」元犯罪者のナラ
ティブから学ぶ (pp74-75). 明石書店.
- McAdams, D.P. (2001). *Cording Autobiographical Episodes
for Themes of Agency and Communion*. Unpublished
manuscript, Northwestern University, Evanston, IL.
Retrieved from: [https://www.sesp.northwestern.edu/docs/
Agency_Communion01.pdf](https://www.sesp.northwestern.edu/docs/Agency_Communion01.pdf) (2014年6月18日現在).
- Mental Health Commission. (1998). *Blueprint for Mental
Health Services in New Zealand: How Things Need to
Be* (p1). Mental Health Commission.
- 中井久夫. (1998). 最終講義 分裂病私見 (pp96-97).
みすず書房.
- 野口智子. (2013). 周りの人に支えられ働き続ける. や
どかりブックレット編集委員会 (編). 私が選んだ
働き方 - 企業就労した人たちの経験 (pp31-39).
やどかり出版.
- 小川正廣. (2006). 解説. Seneca. 小川正廣 (訳). セネ
カ哲学全集 2 倫理論集 II 「リーベラーリスに寄せる
恩恵について」 (pp511-524). 岩波書店.
- 大橋千恵子. (2006). 働くことは安心・充実 一般事業所.
やどかりブックレット編集委員会 (編). 精神障害
者が働き続けるには (pp13-40). やどかり出版.
- Plato. (1578/1974). 藤沢令夫 (訳). プラトン全集 9
(pp298-299). 岩波書店.
- Ragins, M. (2002/2005). 前田ケイ (監訳). ビレッジか
ら学ぶ リカバリーへの道 精神の病から立ち直るこ
とを支援する. 金剛出版.
- Rapp, C.A. & Goscha, R.J. (2012/2014). 田中英樹 (監訳).
ストレングスモデル リカバリー志向の精神保健福
祉サービス (第3版). 金剛出版.
- 栄セツコ. (2014). 病いの経験に意味を見出すストレン
グスモデル. *精神科*, 25 (6), 614-617.
- 桜井厚. (2014). 現在社会学ライブラリー7 ライフス
トーリー論 (p6). 弘文堂.
- Stewart, A.J., Franz, C., & Layton, L. (1988). *The Changing
Self: Using Personal Documents to Study Lives*. *Journal
of Personality*, 56:1, 41-74.
- 田中美恵子. (2000a). ある精神障害・当事者にとつて
の病いの意味 - Sさんのライフヒストリーとその解
釈: ステイグマからの自己奪還と語り -. *聖路加看
護学会誌*, 14 (1), 1-20.
- 田中美恵子. (2000b). ある精神障害・当事者にとつて
の病いの意味 - 地域生活を送る Nさんのライフヒ
ストリーとその解釈 -. *看護研究*, 33 (1), 37-59.

Generativity and agency of working people with mental disabilities: Life histories of four persons

Mitsuko Murakami

Abstract

Background: The conclusion of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities promotes employment and independence of people with mental disabilities. Support is required to help them meet their challenges for working and becoming independent.

Objective: We clarify the characteristics of developmental issues based on the life histories of working people with mental disabilities and also present approaches to providing support, and then explicate methodological issues.

Methods: We conducted a semi-structured interview with four persons with mental disabilities who used job support at two corporations in the Kanto region. We used content analysis that deductively coded the interview data to the themes of the basic aspects of the ways that these individuals lived their lives: generativity (interest in others) and agency (potential of people who act).

Results: Agency expressions were most frequently found. Of three categories of generativity, each person gave one expression designated as “Caring”.

Conclusions: The characteristics of the developmental issues of working people with mental disabilities were (1) “Caring”, which was expressed as consideration for their peers with the same difficulties, while in contrast (2) agency expressions frequently appeared after the onset of diseases and the expressions about rehabilitation and their peers were noted. Based on these characteristics, we present the following three points as approaches to providing support: (1) we should always regard people with mental disabilities as those who pursue their own potential, (2) we should help them increase their opportunities for feeling “capable” in rehabilitation and in their relationships with others, and (3) we should help them promote connections in which they can establish reliable relationships with their peers. Methodologically, refining the content category and creating lexicons were identified as tasks.

Key words: working, people with mental disabilities, Generativity, Agency, life history

[研究報告]

精神障害者における折り合いの構造 － 11 人のライフヒストリー －

村上満子

抄 録

背景：折り合いの構造が明確になれば多様な折り合いのつけ方と支援ができる。

目的：①折り合いのつけ方の構造的特徴を明らかにし②折り合いの多様な選択肢と、支援方法を提示すること。

方法：11 人のライフヒストリーから折り合いのつけ方を抽出して折り合いの対象ごとに括り、それを要素と捉えて相互の関係性および具体例の質的分析から構造的特徴を明らかにした。

結果：折り合いの具体例は全部で 336 件あり、折り合う対象ごとに 8 要素に分類できた。折り合いの対象は自分と自分以外のもの到大別され行為遂行者には選択の余地がない。自分との折り合いは 5 要素（自分だけで折り合う、①健康と症状、②考え方、③社会的役割と、自分以外のものによつて折り合う、④社会的役割と⑤症状）あり、これに分類された具体例は、全体の 8 割以上を占めた。自分以外のものとの折り合いには⑥他人、⑦家族、⑧社会があった。折り合いの具体例には、不適切と思われるもの、病気を受け入れていないもの、時間をかけて折り合うものがあった。

結論：折り合いの構造的特徴は次の 5 点である。①与えられて引き受けるという成立基盤のあること。②他者よりも自分との折り合いに関心のあること。③折り合いは当面の折り合いであること。④病識に関係なく折り合えること。⑤折り合いの完遂は支援できること。以上より、折り合いの主體的側面を尊重しつつ完遂に向けた支援が求められる。

キーワード：精神障害者 折り合い 構造 ライフヒストリー

I. はじめに

精神障害者の発症後から始まる、社会復帰に向けての歩みは「病気との折り合いをつける」という営みを抜きにして語ることはできない。精神障害者のライフヒストリーから導き出される、病いの意味づけ（田中, 2000a, 2000b; 北村, 2004）や、セルフケアを拡大していくこと（梅野ら, 2009）は、それぞれの対象者が病気と上手くやっつけようとした、病気との折り合いの軌跡である。これまで、個々の多様な病気との折り合いのつけ方が、「自分らしく生きること」（瀬戸口ら, 2017）として概念化され、折り合いのプロセスが「自分はこれでいいと納得すること」（神宝ら, 2008）として解明されてきた。しかしながら、折り合いの構造と、その具体例については明らかにされていない。折り合いの成立基盤と、そこに立脚する各要素の関係性が明確になれば、折り合いの多様な選択肢と支援方法を提示することが可能である。

そこで、本論文の目的は次の 2 つである。すなわち、11 人の精神障害者のライフヒストリーをもとに、①病気との折り合いのつけ方の構造的特徴を明らかにし、②折り合いの多様な選択肢と支援方法を提示することである。

II. 概念枠組み

本論文では、病気と折り合うということ、「精神障害者が、病気からの回復や社会復帰を目指して、症状の改善や健康的に生活するように、心身を調整しようとする意志的、主體的な営み」と捉える。その営みには、考えや思いなし、意志行為（Anscombe, 1963）も含まれる。「・・・したい」という行為遂行者の目的や願望は、行為遂行者自身のうちにあるという、アリストテレスの分析（黒田, 1992）に基づく。

したがって、精神障害者が自分の病気と折り合いをつけることは、彼らが病気のある自分と折り合いをつけるだけではなく、自分以外の他人や社会との折り合いをつけることを意味することから、本論文のタイトルは「精神障害者における折り合いの構造」とする。

このような営みの構造を解明するために、個人のライフについての口述の物語（桜井, 2014）である、ライフヒストリーを「11 人の人生の振り返り」のインタビューデータとして用いる。ここでは、語られた内容が社会文化的、歴史的に言われているような、客観的事実と合致しているかどうかは問題ではない。聞き手が語り手のメッセージを受け取り、「折り合い」というライフヒストリーの断片化された集合体の、構造的な特徴に焦点が

あてられる。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象者と選定方法

対象者は関東2県の2法人（E, F）での就労支援を利用している精神障害者11名である。選定方法は、E法人では運営委員会にて研究計画を説明し6カ所の就労支援事業所施設長に研究協力が可能で出来るだけ異なるタイプと判断する利用者3名の選定を依頼した（E法人の就労支援利用者は就労移行と就労継続A型・B型を合わせて約160名）。調査期間までに3事業所で8名の利用者の同意が得られた。自らの人生を振り返って語ることでできる当事者に巡り合うことは容易ではなくF法人については次の選定方法を用いた。研究者がG法人から紹介された対象者の1人がF法人の地域活動支援センターを利用しており本人とF法人に研究計画を説明したところ調査協力の同意が得られた。この対象者は本研究のインタビューに答えた後にF法人の利用者2名を紹介した。その方々の同意が得られたので対象者とした。

2. データ収集方法

調査期間は平成25年10月から平成26年5月であった。対象者には、事前に調査説明書、同意書、インタビューガイドを郵送した。面接は、各事業所の面談室にて約1時間の半構造化面接を実施した。内容は、①子ども時代、②発症前後のこと、③事業所に来てからのこと、④将来や人間関係についてであり、対象者にはこれまでの人生を振り返って自由に語るように依頼した。この他に、対象者をよく知る事業所職員へのインタビュー内容や対象者が自らの人生を語るために持参した闘病記や体験発表の原稿、インタビューのために自宅でもとめた文書や出版されたブックレットを本人の許可を得て対象者の全体像を知るためのデータとした。また、対象者からの申し出があれば、複数回の面接を実施した。

3. 分析方法

人生の振り返りのインタビューデータである、ライフストーリーを「病気との折り合い」という視点で質的に分析した。具体的には、①逐語録を繰り返し読み、全体像を把握した後に、病気との折り合い状況を要約した。次に、②精神変調もしくは発症以後のすべての能動的行為を抜き出した。③折り合い状況の要約をもとに対象者から受け取ったメッセージやストーリーに基づき、考えられたこと、思ったこと、したいことなどを抜き出して行為に加え、折り合いの具体例のリストを作成した。④折り合いの具体例を、折り合いの対象ごとに括り、その括りを要素とした。⑤要素相互の関係性を考察して、折り合いの構造的特徴を明らかにした。

4. 研究の質の担保

分析のプロセスと考察については11人の対象者のうちE法人から3名、F法人から2名の合計5名と、E法人の3事業所職員7名が参加するE法人主催の研究報告・交流集会にて発表、意見を聴取した。事業所職員の職種は精神保健福祉士が6名、介護福祉士とケアマネージャー兼務が1名である。

5. 倫理的配慮

対象者には、研究協力についてのインフォームドコンセントを行い、同意書に署名を得た上で調査を開始した。本研究は対象者が登録しているE法人の運営委員会（2013年9月30日）での承認、F法人への研究計画書の届出（2013年9月27日）、研究者が以前所属していた大学の「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会での承認（承認番号93、2013年6月3日）を得ている。また、個人が特定される可能性のある記録内容については研究結果に影響しない範囲で改変した。

Ⅳ. 結果

1. 対象者と就労に関する背景（表1）

対象者は女性3名、男性8名の計11名で、年齢は20歳代後半から50歳、平均は約40歳であった。診断名は統合失調症9名、うつ病1名、うつ病とPMDD（月経前不快気分障害）が1名であり、入院歴は2回以上が4名、1回が5名、ない者が2名であった。発症年齢は精神変調を含めると小学生から30歳半ばであった。現在の就労状況は就労継続支援A型事業所での就労が3名、就労継続支援B型事業所での就労が5名、この他に福祉的就労のみ、福祉的就労と一般企業の非常勤、NPO法人の非常勤、就労準備のため地域活動支援センター利用が各1名であった。働き方は週3回の1日6時間から週5日の1日8時間であった。

なお、面接時間は45分から187分、1回で終了した者は9名、2回、3回が各1名であった。1回あたりの平均面接時間は約74分であった。面接後に体調を崩した者はいなかった。

2. 11名の折り合い状況の要約

P氏は、自分の病名を堂々と言う同僚と働くうちに、精神障害者への見方が変わった。通過点と思っていたが、事業所でやりがいを見つけた。今は、自信のないこと、コンプレックスのあること、人前で話すこと、コミュニケーション能力は一生の課題と思って、同じような悩みをもつ人や偏見をなくすために、何かできないかと思っている。

Q氏は、症状が不安定であり、自分の感覚や思考が信用できない。感情の乱高下も激しい。服薬コントロールに限界があり、仕事も思うようにできない。病気であることも引き受けられない。生活保護費の切り下げは、Q

表1 対象者と就労に関する背景

対象	性別	年齢	診断名	入院歴(回)	精神変調、又は発症と受療時期	現在の就労状況	現在の働き方
P氏	M	50代前半	うつ病	4	30代半ばに自殺未遂、初回入院、診断確定	就労継続支援A型事業所	週5日、8時間/日
Q氏	M	40代後半	統合失調症	2	小学低学年で不思議体験(離人症様)、中学3年時に、不眠症で精神科初診、20代後半で初回入院	就労継続支援B型事業所	週4日、3時間/日～週1日、2時間/日
R氏	F	40代後半	統合失調症	1	20代前半に兆候あり、20代後半で初回入院	一般企業(震災特別枠)非常勤職員	週3日、5時間/日
S氏	M	40代後半	統合失調症	3	小学生で自殺未遂、高校生でクリニック受診	就労継続支援B型事業所	週5日、2時間/日
T氏	M	40代後半	統合失調症	1	大学2年生の前期に幻聴出現、引きこもり徘徊にて精神科初診、20代後半のときに措置入院	就労継続支援A型事業所	週4日、7時間/日
U氏	F	40代前半	統合失調症	2	30代前半、出産1週間後に、産褥期の精神障害で初回入院、半年後に再入院	就労継続支援B型事業所+アルバイト	週4日、4時間+3時間/日
V氏	M	30代後半	統合失調症	0	高校生で対人恐怖症、20代後半で診断確定	就労継続支援A型事業所	週4日、6時間/日
W氏	M	30代後半	統合失調症	2	20代前半に神経症、30代前半で初回入院	NPO法人非常勤職員	週4日、6時間/日
X氏	M	30代前半	統合失調症	1	高校1年時に妄想、希死念慮あり、20歳頃にうつ病、2年後から2年間引きこもり、20代後半で診断確定	就労継続支援B型事業所	週3日、8時間/日
Y氏	F	30代前半	うつ病、PMDD	0	10代後半で精神科初診にてPMS、20歳頃でうつ病、20代前半でPMDDと診断確定	就労準備中	——
Z氏	M	20代後半	統合失調症	1	高校で友人に誤解され、6年ほど引きこもり、20代前半で幻聴ひどく初回入院	就労継続支援B型事業所	週4日、3時間/日

氏が事業所を卒業した後に描いている、老後の生活を不安にさせる。不当な切り下げに抗議することは、Q氏の生きるための闘いである。自分のための訴訟は、これまで折り合えなかった病気と折り合うことである。

7年間も薬の副作用である過食とダイエットに苦しんでいたR氏は、インターネットで新薬が出たのを知る。主治医に処方変更を申し出て、副作用を克服した。被災後も家族のために必死で人と関わり、震災をきっかけに社会に一步踏み出すことができた。今、病気の悩みについての語りはない。3年後には、習得中の革細工をリハビリテーションに活用したいと思っている。

対人トラブルで調子を崩すS氏は、両親からの虐待を病気になった理由と考えて、両親をうらみに思っていた。「過去は変えられるんだよ」と言われて、救われる。そう言ってくれた施設長を、「神様」と言って感謝する。S氏は、神様を見方にして、病気と折り合おうとしている。

T氏の病気との折り合いは、「仕事先読みし過ぎの不安を何とかやりくり」と表現される。不安の根源は両親だが、折り合いは両親への思いをどう断ち切るか、という作業である。予備校で無欠席であったこと、病気ながらも夜学に受かったことを自信にして、不安をやりくりしたいと考えている。

バリバリ仕事をしてきたU氏は、暇があると落ち着かない、空いた時間を何とか埋めることに心を砕いていた。子どもが、自分のせいで母親が病気になったと思わないように、病気のことを子どもには話していない。一日一日が精一杯我慢する毎日だが、病気になったことは、子どもに寂しい思いをせずすんで、よかったのかもしれないと思っている。そう思うことで、病気と折り合

うとしている。

V氏は、人の目が気になり、悪口を言われているのではないかと思う自分を、普通ではないと思っていた。彼は、素直に自分を出せる友達を得て、そういうことは、誰にでも起こることで、人と交流する機会がなかったから生じたことだと考えることができた。そうして、病気と折り合おうとしている。

順調に回復を実感してきたW氏は、病気で失ってしまった自信、病気で落ちてしまった感受性、病気後の言葉のまとまりにくさが悩みである。これから新たに身につけていく自信と、回復がすすんで感受性や言葉のまとまりにくさが改善することを期待することで、病気と折り合おうとしている。ピアサポーターとして強みを生かした自助グループを作りたいと思っている。

X氏は病気の悩みについて語らなかった。今は、興味のある分野での就職活動をはじめている。来年までに思うような結果が出なければ、分野を選ばずに仕事を探そうと考えている。

Y氏は小学校の頃からずっと月経痛に苦しんできた。つらくて消えてしまいたくなくなってしまう。震災は、家族の強い結束を崩して、本人の本来の能力を引き出すきっかけとなっている。家族の役に立つことは、自信にはつながっているが、自分を大事にすることができずにいる。人の役に立つことをして、病気と折り合おうとしている。

対人関係や極度に緊張してしまうことを悩む、Z氏は昔からそういう人見知りはあって、生まれつきのものだと思っている。今は、人に慣れることによってこれらの悩みが改善すると考えて、病気と折り合おうとしている。

表2 精神障害者における折り合いの構造と具体例

自分と折り合い(285)		自分以外のものによって(95)		自分以外のものとの折り合い(61)	
自分だけで(190)		④社会的役割(58)		⑥他人(19)	
①健康や症状(53)	②考え方(89)	③社会的役割(48)	⑤症状(37)	⑦家族(25)	⑧社会(7)
引きこもる(T,X,Y,Z)	治らない病気なのに一生付き合っているか(Q)	退職・辞表を出す(P,R,X)	入院(P,Q,R,S,U,W,X,Z)	昔からの友達には病気のことは言わない(P)	なるべく家に居ないようにする(P)
寝る、寝続ける(Q,T,W,X)	自分は病気で、治療を仕事にする(R)	退学(Q,T,V,Y)	精神保健福祉センターの準備コースに参加(P,T)	嫌な人とは付き合わない(P) 親、兄弟は無視して裁判に訴える(Q)	保護費を気にしたり、超えたら戻す(Q)
薬を多量に飲む(P,X,Y)	(息子のためには)病気に慣れて良かったのかなあと(U)	不登校(V)	地域活動支援センターに相談に行く(Q,Y)	病氣、障害、生活保護を隠している(Q)	生活保護費引き下げ反対を訴える(Q)
速く(死)に行く(X)	緊張したり、人見知りや生ませたきものと思う(Z)	資格取得したが、就職を断念(W)	役所で障害年金の申請をする(X)	聞こえないふりをする(Q)	被災して、一歩社会に踏み出す(R)
庭に薬を埋める(T)	自分のことで精一杯(U,Z)	資格取得を諦める(Z)	障害者雇用サービスに登録する(R)	行きつけのラーメン屋の店主と仲良くなる(O)	被災地に戻る(Y)
昼間の生活やめて夜起きてラジオ聴いたりテレビみる(Q)	誰にでも起こること(V)	勉強する(P,R,S,T)	半年間、市場の障害者枠で働く(W)	友達に電話会社を変更させて無料通話(Q)	避難所7カ所を転々とする(Y)
時間が空くと予定をどんどん入れる(U)	自分がおかしいだけ(X)	免許取得(R)	就労支援事業所の一年目は作業の時間だけ居る(X)	いじめっ子に反撃する(S)	地域のセンターには行かない(Y)
ダイエットと過食を繰り返す(R)	親が嫌でも責めてはいけないう(T)	就職活動(P,R,T,X)	就労支援事業所の二年目はミーティングに参加(X)	彼女と別れる(S)	住み込みで働く(T)
薬を飲みつつ何とかやる(X)	自分も他人(親)も、それぞれのキャラで生きている(T)	働く準備として体力をつける(P)	就労支援事業所の三年目はミーティングで同会(X)	自分で描いた蝶の絵を実習生にあげる(S)	自分なりに(息子のために)精一杯我慢する(U)
睡眠をとる(W,X,Z)	厳しく育てられたと受けとめる(S)	コンビニのバイトを週3回する(T)	就労支援事業所の四年目は会議や勉強会で意見を言う(X)	本当の気持ち伝える(T)	父親と話をしない、父親と確執がある(W,X)
散歩をする(T,X)	他の人とはちがう(Q)	短期のバイトをする(W)	自分の病気を認めてバリバリ働く利用者を見る(P)	就労支援事業所でいろいろな人(ピア、スタッフ)と接する(V)	病氣の母親や叔父の世話をする(Y)
同じ人たちの話を聞いてよかったことをやる(X)	自分を思ってくれる人と付き合う(R)	作業所の全国大会に参加(X)	オペレーターをする(T)	就労支援事業所で年上の人たちと話をする(X)	病氣の代表として弁護士と電話対応をする(Y)
日記やブログを書く(R,Y)	一人前になりたい(T)	携帯を使う(R)	週4回一日3時間、ミスしないように作業する(Z)	ピアサロンの仲間と症状について話す(Y)	家族の勧めで高校進学(Y)
スポーツで汗を流す、旅行などでリフレッシュ、カラオケで発散(W)	回復すればやれることが増えると思っっている(W)	パソコンで情報収集(R)	お寺の作業をする(W)	ピア以外の友達とあそび会わない(Y)	家族の勧めで高校進学(Y)
外に出て一人でリラックス(V)	次の目標は5年、そのうち不安とも慣れる(T)	パソコンを我慢する(Q)	就労支援事業所で10年働く(P)	約束をドタキャンする(Y)	(症状のあるとき)家族と部屋を別にする(Y)

注: ①から⑧は折り合いの要素、()内の数字は具体例の数、()内のローマ字は対象を指す。

3. 病気との折り合いの構造と具体例 (表 2)

1) 折り合いの 8 要素

折り合いの具体例は全部で 336 件あり、折り合う対象ごとに 8 つの要素に分類できた。表 2 に折り合いの構造と主な具体例を提示した。折り合いの対象は自分と自分以外のものとに大別される。自分との折り合いの具体例は 285 件あり、5 つの要素に分けることができた。一方、自分以外のものとの折り合いの具体例は 51 件あり、3 つの要素に分けることができた。自分との折り合いに分類された具体例は、全体の 8 割以上を占めた。

自分との折り合い (285 件) は、まず自分だけで折り合うもの (190 件) と自分以外のものをたよって折り合うもの (95 件) に分けられる。前者が 7 割近くを占めた。自分だけで折り合うものは 3 要素あり、①健康や症状との折り合い (53 件)、②考え方との折り合い (89 件)、③社会的役割との折り合い (48 件) であった。3 つのうち②考え方との折り合いが約半数を占めた。

一方、自分以外のものにたよって折り合うものは、④社会的役割との折り合い (58 件) と⑤症状との折り合い (37 件) の 2 要素であった。前者が 6 割以上を占めた。

自分以外のものとの折り合い (51 件) の 3 要素は、⑥他人との折り合い (19 件)、⑦家族との折り合い (25 件)、⑧社会との折り合い (7 件) であった。約半数が⑦家族との折り合いであった。⑥他人との折り合いと⑦家族との折り合いをまとめて、対人との折り合いとすれば、自分以外のものとの折り合いの 9 割近くを占めた。⑧社会との折り合いはわずかであった。

2) 要素の特徴

①健康や症状との折り合いでは、4 人が「引きこもる」や「寝る、寝続ける」という折り合いのつけ方をしていた。「薬を大量に飲む」という折り合いも 3 人あった。この他に、「遠くに死にに行く」もあり、自殺という選択をする状況もあった。「庭に薬を埋める」は病気と思えない場合であり、「昼間の生活をやめて夜起きてラジオ聴いたりテレビみる」は生活リズムを立て直すなかでの一つのプロセスであった。「時間が空くと予定をどんどん入れる」は U 氏の症状との折り合いのつけ方であった。「薬を飲みつつ何とかやる」人も居れば、きちんと服薬して副作用による「ダイエットと過食を繰り返す」人もいた。健康維持では、「睡眠をとる」が 3 名と多く、「散歩をする」も 2 名いた。「日記やブログを書く」ことや、個人的な気分転換の方法もあった。

自分以外のものをたよる、⑤症状との折り合いでは、7 人が「入院」、5 人が「受診」、「通院」、「デイケアに通う」、4 人が「転院」と多かった。この要素には医療機関の利用が入る。主治医との関係も含まれる。医療保護入院や措置入院などの強制的な入院は、本人の意志的、主体的な営みではないため「入院」には分類しなかった。

②考え方との折り合いでは、各自がそれぞれの折り合

いをしていて。例えば、Q 氏は「治らない病気なのに一生付き合っているか」、R 氏は「自分は病気で、治療を仕事にする」、U 氏は「(息子のために) 病気になって良かったのかなあ」、X 氏は「自分はおかしいだけ」と思うことで、病気と折り合いをつけていた。この他に、「自分を思ってくれる人と付き合う」、「親が嫌でも責めてはいけない」、「自分のことで精一杯」と思うことで、他人や家族、社会と折り合いをつけていた。また、未来の意志行為である「回復すればやれることが増える」、「一人前になりたい」などの目的や願望も入る。最も多様な折り合いである。

社会的役割との折り合いは、自分だけで折り合う場合と、自分以外のものにたよって折り合う場合とがあり、前者、自分だけで折り合う、③社会的役割との折り合いには、仕事や学業の中断や開始、一般就労と、そのための勉強や情報収集が入り、後者、自分以外のものにたよって折り合う、④社会的役割との折り合いには社会資源の利用が入る。③では、3 人が「退職・辞表を出す」、4 人が「退学」、「就職活動」、「勉強する」と多かった。④では、全員が「就労支援事業所に通う」、2 人が「精神保健福祉センターの就労準備コースに参加」、「地域活動支援センターに相談に行く」であった。

自分以外のものとの折り合いでは、自分との折り合いと異なり、折り合う対象がなければ、つまり、折り合う必要がなければ、具体例にあがってこない。例えば、⑥他人との折り合いでは、他人とのトラブルで調子を崩す S 氏や、他人に病気を隠している Q 氏の、⑦家族との折り合いと⑧社会との折り合いでは、震災で家族の結束が崩された Y 氏の具体例が多く入った。

V. 考察

1. 折り合いは受動的・能動的関係を成立基盤とする

折り合いをつける行為は行為遂行者の意志的、主体的な営みであるが、折り合う対象がなければ成立しない。折り合う対象という括りをすれば、自分との折り合い、他人との折り合い、家族との折り合い、社会との折り合いの 4 つに分類できる。自分、他人、家族、社会はいずれも与えられたものであり、行為遂行者が選択することができない。したがって、病気との折り合いは与えられたものを引き受けるという、受動的・能動的な関係を成立基盤としている。

このことから、精神障害者にとって発症以後の人生は引き受けざるをえない人生である。これを Heidegger (1927) の被投的な投企 (Entwurf) としての人間存在の在り方と重ねることができる。この成立基盤が明確にされなければ、「自分らしく生きる」(瀬戸口ら, 2017) ことも、「自分はこれでいい」と納得していくプロセスと解釈すること (神宝ら, 2008) も、精神障害者にとってどのような意味をもつのか、その本質を見失う。折り合いの構造的特徴の第一は、与えられて引き受けるという

成立基盤のあることである。

2. 病気との折り合いは自分との折り合いである

発症以降の能動的な行為や思いなしとして抽出された、病気との折り合いの 8 割以上が自分との折り合いをつけることであった。このことから、精神障害者にとって最大の関心事は、自分以外のもの、他人や家族、社会との折り合いにあるのではなく、自分との折り合いにあると考えられる。本論文の対象が、就労支援を受けていることを考え合わせれば、つまり、働くことのできる、より回復している人たちであっても、自分とどう折り合っていくのかが、精神障害者にとっての大仕事（中井、2017）になる。

「自分のことで精一杯」で、他人や社会への関心をもつ余裕がない。このような状況では、成人期の心理社会的危機であるジェネラティヴィティの課題（Erikson, 1959）は、一端は留保される。この発達課題の克服の在り方については今後の課題である。

3. 折り合いは当面の過渡的折り合いである

折り合いという行為には、「折り合いをつけること」と「折り合いを欠くこと」が含まれている。「折り合いを欠くこと」とは、「折り合っていないこと」、「折り合いがつかないこと」である。つまり、折り合いには折り合いをつけようとして折り合えないでいることが含まれる。したがって、折り合いは過渡的なものでよく、すべてが当面の折り合いである。もちろん、当面の折り合いで折り合いをつけることもできる。しかし、「庭に薬を埋める」、「薬を大量に飲む」、「昼間の生活をやめて夜起きてラジオ聴いたりテレビみる」、「遠くに死にに行く」などの折り合いも、不適切だが、折り合いのつけ方のひとつである。はじめから折り合いのついているものは折り合う必要はなく、表現されない。例えば、表 2 の家族との折り合いや社会との折り合いにあがっていない対象者は家族や社会と何らかの折り合いをつけている。

折り合いには当面の過渡的折り合いのあることで、与えられて引き受けるという折り合いの成立基盤がすべての人間に開かれていることがわかる。したがって、当面の過渡的折り合いを上手く使いながら、折り合いをつける営みを支援することが求められる。

4. 病気と関係なく、病気と折り合うことができる

病識と関係なく、病気と折り合うことができる。例えば、X 氏は「死に行かなきゃ、消えなきゃ」と出奔するが、途中で正気に戻って「自分がおかしいだけ」と帰ってくる。時々衝動的に死にたくなるが、「自分がおかしいだけ」と何とかやってきた。T 氏は、就職のために二度目の受験勉強をして大学に受かる。将来も見えてきたし、眠くなるから「薬は必要ない」と両親がもってきた薬を「庭に埋める」。T 氏が病気を受け入れられたのは、

「働かざるもの食うべからず」と言う、両親に対抗して「住み込みで働き」、仕事以外は「寝続ける」という辛い時期を経て、精神保健福祉センターで「自分の病気を受け入れたほうが楽に生きられる」と学んだことがきっかけだった。

病気を拒否している場合であっても、本人が主体的に取り組める、当面の折り合いを一緒に考えることや、提案することができる。

5. 折り合いの完遂

折り合いの完遂はある折り合いのつけ方の持続性による強化、もしくはいくつかの折り合いの発展的成長により達成できる。例えば、退院後すぐの T 氏は「コンビニのバイトを週 3 回する」ことで、自分のなかの社会的役割との折り合いをつけようとした。しかし、仕事以外は「寝続ける」、つらい生活を送ったために、この折り合いを続けることができなかった。10 年後、T 氏は自分のなかの「仕事先読み過ぎの不安」に対して、「(オペレーターを) 3 年やっていますけど、まだ不安を感じていますしね。とりあえず次の目標を 5 年にして、仕事を長く続けていきたいですね。そのうち不安にも慣れてくるんじゃないかと思って、期待しているところなんです」と言う。T 氏の「オペレーターをする」という折り合いは 3 年持続することで強化され、あと 2 年ほどで完遂すると実感されている。

一方、X 氏は、社会的役割に対して「作業の時間だけ居る」、「ミーティングに参加する」、「ミーティングで司会をする」といった折り合いのつけ方を経て、「会議や勉強会で意見を言う」に至る。これに 4 年を費やしている。X 氏の完遂は間近と言える。

折り合いのつけ方を持続可能性や回復の行動範囲拡大（中井、1998）の視点で見守り、評価することで、折り合いの完遂を支援することができる。

6. 本論文の限界と今後の課題

本論文の限界と今後の課題は、次の 3 点である。第一に、対象者が 11 人と少ないこと、就労支援を受ける回復段階にあること、男性が 8 名で女性が 3 名であること、多くが統合失調症であることなどの限界がある。今後は、性別や診断別、回復段階別に、対象者を募り、ライフヒストリーに基づく病気との折り合いのつけ方を比較検討することが課題である。

第二に、一端留保された、ジェネラティヴィティの発達課題を精神障害者はどのように克服しているのか、どのような支援が必要なのかを追究することが課題となる。

第三に、自分の考え方の折り合いのつけ方や、社会的役割と他人との折り合いのつけ方についての詳細な分析が課題として残されている。

VI. 結論

折り合いの構造的特徴は次の 5 点である。①与えられて引き受けるという成立基盤のあること。②他者よりも自分との折り合いに関心が寄せられていること。③折り合いは当面の折り合いであること。④病識に関係なく折り合えること。⑤折り合いの完遂は支援できること。以上より、折り合いの主眼的側面を尊重しつつ完遂に向けた支援が求められる。

謝辞

ご協力いただきました利用者の皆様、スタッフの皆様
に心より感謝申し上げます。

本論文は、平成 26 年度やどかり研究所報告・交流集会での報告内容をもとに、加筆・修正をした。

引用文献

- Anscombe, G.E.M. (1963/1984). 菅豊彦 (訳). インテンション (p.6). 産業図書.
- Erikson E. H. (1959/2013). 西平直, 中島由恵 (訳). アイデンティティとライフサイクル初版. 誠信書房.
- 江頭説子. (2009). 社会学とオーラル・ヒストリー. 法政大学大原社会問題研究所 (編). 人文社会学研究とオーラル・ヒストリー (pp69-103). お茶の水書房.
- Heidegger, M. (1927/2013). 熊野純彦 (訳), 存在と時間 (三) (pp.176-208). 岩波文庫.
- 北村育子. (2004). 病いの中に意味が創り出されていく過程—精神障害・当事者の語りを通して, 構成要素とその構造を明らかにする. 日本精神保健看護学会誌, 13 (1), 34-44.
- 黒田亘. (1992). 行為と規範 (p.56). 勁草書房.
- 中井久夫. (1998). 最終講義 分裂病私見 (pp.96-97). みすず書房.
- 中井久夫. (2017). 中井久夫集 1『働く患者——1964-1983』. みすず書房.
- 瀬戸口ひとみ, 糸嶺一郎, 朝倉千比呂, 鈴木英子. (2017). 統合失調症者の病いとの「折り合い」の概念分析. 日本保健福祉学会誌, 23 (2), 35-45.
- 神宝貴子, 國方弘子. (2008). デイケア・作業所に通所中の統合失調症患者が自己の生き方におりあいをつけるプロセス. 日本看護研究学会誌, 31 (5), 71-78.
- 田中美恵子. (2000a). ある精神障害・当事者にとっての病いの意味—Sさんのライフヒストリーとその解釈: ステイグマからの自己奪還と語り—. 聖路加看護学会誌, 14 (1), 1-20.

- 田中美恵子. (2000b). ある精神障害・当事者にとっての病いの意味—地域生活を送るNさんのライフヒストリーとその解釈—. 看護研究, 33 (1), 37-59.
- 梅野ヨシエ, 石原和子. (2009). 自己の病いとおりあいをつける過程のセルフケア拡大の要因—地域で生活する精神障がい者の語りから—. 日本精神科看護学会誌, 52 (2), 322-326.

Structure of “oriai” in persons with mental disorders: Life histories of 11 persons

Mitsuko Murakami

Abstract

Background: Clarifying the structure of oriai (coming to terms with an illness and society) may help in identifying various ways of and providing support for oriai.

Objectives: To clarify structural characteristics of oriai, and present various options and methods of providing support for oriai.

Methods: We extracted methods for oriai from life histories of 11 persons with mental disorders, and grouped the methods based on the subjects of oriai. Considering these groups as elements, we qualitatively analyzed the relationships among these elements and derived concrete examples to identify structural characteristics of oriai.

Results: There were 336 concrete examples of oriai, which were grouped into eight elements based on the subjects. The subjects of oriai were largely classified into those of the persons themselves and others; performers could not replace themselves or others based on their own will. There were five elements of oriai by oneself: (1) health and symptoms, (2) ways of thinking, (3) social roles, where oriai was performed by oneself, and (4) social roles and (5) symptoms with others' help. Concrete examples thus classified accounted for at least 80% of the total. Oriai with others involved (6) other persons, (7) family, and (8) society. Concrete examples of oriai comprised cases deemed inappropriate, who did not accept their illnesses, and who took a long time for oriai.

Conclusion: The structural characteristics of oriai comprised the following 5 points: (1) there is a base for oriai, i.e., having an illness and being part of the society, and accepting these; (2) there is more interest in oriai by oneself than with others; (3) oriai is an immediate behavior; (4) oriai is performed independent of insight into mental illness; and (5) completion of oriai can be supported. Therefore, support for the completion of oriai is required, while respecting the principal aspects of oriai.

Key words: peoples with mental disorders, oriai, structure, life histories

(研究ノート)

日本語版早産児の親用在宅移行尺度 (Transition-to-Home: Premature Parent Scale) の開発 – 予備調査による表面妥当性の検討 –

上原和代¹⁾ 前田和子²⁾

キーワード：早産児の親用在宅移行尺度、日本語版、表面妥当性、予備調査、アウトカム評価

Key words : Transition-to-Home: Premature Parent Scale, Japanese version, face validity, pretest, outcome assessment

I. はじめに

2010 年の診療報酬改定で新生児特定集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit 以下、NICU とする) に退院調整加算が新設されて以来、地域や施設毎に NICU からの退院支援の取り組みが進んでいる (東京都福祉保健局医療政策部, 2012; 新潟大学医歯学総合病院総合周産期母子医療センター, 2015)。一方で NICU からの退院支援に関する文献検討によると親子の愛着形成やファミリー・センタード・ケアの理念に基づく支援、退院の意思決定支援といった NICU 内で行われる看護の研究報告は多いが、施設を超えた職種間連携など NICU から在宅への移行期支援の研究報告が少ないことが指摘されている (久保ら, 2016)。平成 30 年 4 月に施行される障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律には、医療ケアが必要な子どもたちが地域で生活できるよう関連分野で連絡調整することが地方公共団体の役割として明記されており (社会保障審議会障害者部会, 2016)、NICU から在宅への移行支援が加速することが予想され、今後は在宅移行支援のアウトカム評価研究が必要である。

筆者は上述したアウトカム評価尺度として、国内外で唯一の NICU から退院した乳児の親の複雑な移行期の状況を測定する尺度 Transition Questionnaire (Kenner, 1994) (以下、TQ とする) を、開発者の承諾を得て翻訳し、沖縄県にある NICU から退院する乳児の親において日本語版 TQ (以下、JTQ とする) の信頼性を検討した。結果、JTQ の内的一貫性は高く (Cronbach's $\alpha = .89$)、退院後 1 週目と 1 か月目の総得点間に強い相関があり ($r = .83$, $p = .00$)、尺度の信頼性が確認できた (上原, 2016)。

この度、TQ の開発者らより世界規模の横断的調査を経て TQ を改定し Transition-to-Home : Premature Parent

Scale (以下、Transition-to-Home とする) を作成したとの知らせを受けた。筆者らは JTQ に代わる尺度の開発に向け、まずは日本語訳した Transition-to-Home の表面妥当性を検討するため NICU 看護の専門家と当事者の協力を得て予備調査を行った。表面妥当性は、質問項目の言い回しが適切か、日本の NICU から自宅への移行の状況へ適合するかについて主に検討した。

II. 研究方法

1. 尺度の概要

TQ は「情報ニーズ Informational Needs」6 項目、「ストレス・コーピング Stress and Coping」14 項目、「親子の役割発達 Parent-Child Role Development」9 項目、「悲嘆 Grief」4 項目、「社会相互作用 Social Interaction」3 項目の合計 36 項目、5 つの下位尺度をもつ多次元尺度である。回答方式は 5 ポイントリッカート尺度で、アンカーワードは 5 : strongly agree、4 : agree、3 : uncertain、2 : disagree、1 : strongly disagree、総得点の範囲は 36 ~ 180 点で、高得点ほど退院後の心配が少なく育児によく取り組んでいることを示す。Kenner らは TQ の質問項目の抽出のため、NICU 退院後 1 か月以内の乳児の家庭を訪問し、養育者へ退院後の心配事と取り組み状況について聞き取り調査をした (Kenner, et al, 1993)。また、米国、英国、カナダの NICU 看護に関する文献検討より内容妥当性が確認されており (McKim, et al, 1995)、TQ は NICU から退院した乳児の親に特化した尺度といえる。しかし、下位尺度の項目数にばらつきがあること、下位尺度の内部一貫性が低~中程度 (Cronbach's $\alpha = .57 \sim .74$) (Boykova, et al, 2013) とされるが量的調査の詳細が公表されていないこと、作成から 20 年が経過し現状とのずれが生じている可能性があること、米国と日本の保健・医療制度や NICU から自宅への移行の状況の違いなどが日本語版作成時の懸念事項であった。

Kenner の研究仲間である Boykova (2015) は、TQ の

1) 沖縄県立看護大学 看護学部

2) 千葉科学大学 看護学部

改定を目的に英語圏の国々で大規模な横断的調査を行い、Transition-To-Homeを開発した。開発過程ではまず、1980年から2014年に公表された文献から抽出された早産児の在宅移行期に関わる専門職による支援の項目をTQに追加し66項目とし、米国内11州とカナダに所在する新生児科医、臨床心理士、早産児の母親、早産児の親のオンライン・コミュニティの管理者、NICU看護の臨床家および研究者ら、計18人によるパネルレビューにて内容妥当性の評価を行った後、早産児の親のインターネット・コミュニティにてオンライン調査を行った。六大州にある英語圏13か国に居住するNICUを1年以内に退院した乳児の親704人から回答があり、探索的因子分析の結果、4因子、17項目で適合度が良く、累積寄与率は55%となった。下位尺度は「孤独 Isolation」5項目、「専門職の支援 Professional Support」5項目、「自信 Confidence」4項目、「心配 Worry」3項目の4つで、オリジナルのTQからは8項目が含まれた。内部一貫性は尺度全体 (Cronbach's $\alpha = .86$)、因子毎 (Cronbach's $\alpha = .77 \sim .86$) 共に高く、回答はTQ同様、5段階のリッカート尺度であった。なお、「孤独 Isolation」と「心配 Worry」はネガティブワードのため逆転項目として総得点および下位尺度得点が算出され総得点の範囲は17～85点、高得点ほど在宅移行の困難さが少ないと解釈される。また質問項目は、the Flesch-Kincaid reading ease 77.9、Flesch-Kincaid グレードレベル 4.6、SMOG (Simple Measure of Gobbledygook) インデックス 5.5で、英語を母語とする人の大多数が読みやすいと評価する文章である。

2. 翻訳過程

筆者らは2016年8月にバンクーバーで開催された第9回国際新生児看護学会 (The 9th Council of International Neonatal Nurses Conference) へ参加し、KennerへJTQの結果を報告し意見交換した (Uehara, et al, 2016)。その際、TQの改定を知り改訂版の日本語への翻訳について申し入れた。帰国後、Boykovaより日本語への翻訳許可を得、Transition-To-Homeの原版の送付を受けた (2016年8月23日、Eメール)。この尺度は前述のように平易な英語で表現されていたため、まずは筆者が日本語に訳した。翻訳支援は日本人で米国の複数のNICUに勤務する新生児ナースプラクティショナー (Neonatal Nurse Practitioner, 以下NNPとする) へ依頼した。彼女はKennerの研究仲間でもあり、JTQの翻訳の際にも協力を得た経緯がある。NNPの仲介で日本語と英語の両言語で開発者らと直接、Eメールでやり取りできたため、逆翻訳の手続きは不要であった。翻訳の際は、平易な日本語にすること、日本のNICUから自宅への移行の状況に合うよう留意した。

3. 研究参加者と募集方法

予備調査では、Transition-To-Homeの日本語訳の表面妥当性をNICU看護の専門家と当事者である早産児の親の両方の立場から検討することがねらいであった。関東と関西にある総合周産期母子医療センターのNICUに勤務し共同研究者である小児看護専門看護師各1名を仲介者として、同施設に勤務する新生児集中ケア認定看護師および小児看護専門看護師に調査への参加を依頼した。また1施設ではNICUを退院した親子のピアサポートグループの活動日に集まった早産児の母親へ調査への参加を呼びかけてもらった。なお、今回は表面妥当性の検討のため便宜的に参加者を選定し、参加者数は各10名程度とした。

4. 調査方法

調査は2016年9月に行った。日本語訳したTransition-To-Home 17項目と5段階リッカート尺度による回答欄をA4サイズ1枚に整えた調査票への回答に加えて、回答所要時間を測定するよう依頼した。回答完了後は、質問の量を、少ない1点、やや少ない2点、ふつう3点、やや多い4点、多い5点、質問項目の難易度を、簡単1点、やや簡単2点、ふつう3点、やや難しい4点、難しい5点の5段階で評価してもらい、教示文を含めて答えにくい項目や日本の状況に合わない箇所がある場合は調査票へ直接コメントを書き込んでもらった。なお、調査票は看護師用と親用を分けているが、いずれも無記名で、回答後は本人が封筒に入れたものを共同研究者に回収してもらい、まとめて筆者へ送付してもらった。開封は看護師の所属施設が特定されないようすべての返信を受けてから行った。

5. 分析方法

回答所要時間、質問の量と難易度は単純集計した。教示文と日本語訳した17の質問項目は調査票へ記入されたコメントを整理し、筆者とNNPで言い回しや日本の状況に適合する表現を再検討し、判断が難しいものは開発者へ問い合わせた。また、修正前後の日本語訳の読みやすさは、柴崎らがインターネット上で運営するリーダビリティ・リサーチ・ラボが提供するリーダビリティ測定ツール Ver.0.1の12学年用を用いて評価した。結果はレベル1～12で表示され、レベル1が小学1年生レベルに相当し、数値が高いほど読みにくい文章と評価される (柴崎ら, 2010)。また、今後行う本調査に向け、日本と英語圏を主とする海外の文化的差異に関する仮説を得るために母親の回答した尺度得点をTransition-To-Homeの開発時調査 (Boykova, 2015) の尺度得点と比較し考察した。

6. 倫理的配慮

本調査の主旨、参加の任意性、利益と不利益、個人情報保護の保護、途中辞退が可能であること、答えにくい項目

は空欄としてよいことを依頼文に明記し、調査票と一緒に配布してもらった。本調査を含む研究計画書は筆者の所属する施設の研究倫理審査委員会 (承認番号 16010) 及び、調査協力施設の倫理審査委員会等で承認を得た。

Ⅲ. 結果・考察

1. 調査票の回答状況

調査場所である 2 施設の NICU に勤務する小児看護専門看護師 3 人と新生児集中ケア認定看護師 4 人、ピアサポートの活動に参加した母親 7 人が調査へ参加した。日本語訳 Transition-To-Home の 17 項目への回答所要時間に記入のあった 13 人の平均所要時間は 3 分 12 秒 (SD152.3 秒、最小 1 分 12 秒、最大 10 分) であった。母親と看護師を比較したところ、母親のみの平均所要時間は 1 分 45 秒 (SD42.9 秒、最小 1 分 12 秒、最大 3 分) で看護師よりも短時間で回答を完了していた。

質問項目の量に回答した 14 人の平均値は 2.9 点で‘ふつう’であった。看護師の回答は‘やや少ない’から‘やや多い’までばらつきがあったが、母親は全員が‘ふつう’と回答した。質問項目の難易度に回答した 14 人の平均値は 2.9 点で‘ふつう’であった。‘やや難しい’と回答したのは母親 1 人、看護師 3 人の計 4 人で、‘難しい’と回答した者はいなかった。回答時の環境の違いはあるものの、概して看護師よりも母親の方が調査票への回答に抵抗が少ないようであった。

2. 質問項目の言い回しと日本の NICU から自宅への移行の状況への適合性

調査票への書き込み及び自由記述によるコメント数の合計は 35 件で 2 人の母親と 6 人の看護師から得られた。コメントの内訳は、質問項目 27 件、アンカーワード 3 件、タイトル 2 件に加えて、全体への意見 1 件と書式・体裁 2 件であった。

質問項目へのコメント 27 件中 18 件は、「専門職の支援 Professional Support」5 項目 (質問番号 6 ~ 10) について、「『専門職』はどういう人か?」「『医療機関』は入院していた病院のことか?」などであった。Transition-To-Home は NICU から自宅への移行期、すなわち退院後 12 か月以内の早産児の親向けに作成された質問紙である。日本の NICU から自宅への移行期にある乳児とその親に関わる医療機関や専門職は入院していた医療機関、居住地の市町村保健師、かかりつけ小児科、訪問看護・介護・リハビリテーション、児童デイサービスやレスパイトサービスを提供する施設など幅広い。そのため回答者は「専門職」とは誰を想定して回答すればよいか迷うようであった。Boykova (2015) は、第 2 因子を構成した 5 項目は退院後のヘルスケア専門職 (health care professionals : HPs) への親の認識を反映したと解釈し、因子名を「専門職の支援 Professional Support」とした。米国で HPs とはいえ主に医療機関で働く医師、看護師

(Nurse Practitioner、Nurse Midwife を含む)、各種療法士をさすことが多いが、開発者らによれば HPs の働く場所は特に規定していないとのことであった。日本では母子保健法に基づき、低体重児においては NICU 退院前から家族の居住する市町村の保健師と連携することも多いため、質問番号 6 ~ 9 の HPs の日本語表記は「専門職 (医師、看護師、保健師など)」に統一することとした。しかし、質問番号 10 「I have HPs who I can ask when I have questions about my baby (子どものことで疑問があればいつでもきける医療機関の窓口がある)」について、HPs の日本語表記を「医療機関の窓口」としたのは、日米の医療システムの違いによる。米国では‘自分の’プライマリケア医やファミリーナースプラクティショナーが医療の窓口で、患者が直接病院を受診するのはまれだが、日本においては患者や家族が希望する医療機関へ直接連絡したり、受診することが可能である。また日本では、入院していた NICU が退院後の早産児の親へ電話相談サービスを提供していることが多い (高垣ら, 2011 ; 加藤ら, 1997)。よって、質問番号 10 では HPs の日本語表記を人を示す「専門職」ではなく、組織を示す「医療機関」とした。なお、日本語版での表記や追記について開発者へ説明し、許可を得た。

質問項目に対するその他のコメントは主に日本語表現についてで、例えば質問番号 1 の I feel all alone を「私は孤立していると感じる」とするか「私は孤独である」とするか、質問番号 11 ~ 13 の caring for my baby を「子どもの世話」とするか「子どものケア」とするかなどであった。日本語訳の吟味においては、開発者の意図とその質問文の表現となった経緯や根拠を確認しながら検討した。例えば、上記の alone の日本語訳は「孤独」ではなく「孤立」を採用した。「孤独」は「他から離れている」という物理的な意味と「一人ぼっちでさみしい」という心理的な意味の両方に解釈可能である。開発者の意図および質問項目の文獻的な背景を確認すると、ここでの alone は子どもの感染症への罹患を恐れて自宅に引きこもる、人出の多い場所や時間帯を避けるなど、物理的な意味合いが強かった。よって、日本語訳は「他から離れてつながりや助けがない状態」を示す「孤立」を採用した。

その他、アンカーワードで用いられる agree は両親が回答しやすいよう「同意する」より柔らかい印象である「そう思う」を採用した。また、母親および看護師から質問項目自体の追加や削除の提案はなかった。17 項目の日本語訳と原版の対比を表 1 に示した。

3. 日本語訳 Transition-To-Home : Premature Parent Scale の読みやすさ

日本語リーダビリティ測定 Ver.0.1、12 学年用を用いて Transition-To-Home の日本語訳の修正前と修正後と比較した。結果、修正前に比べ修正後ではレベル 1 ~ 6

表1 Transition-To-Home: Premature Parent Scaleと予備調査後の日本語訳早産児の親用在宅移行尺度

No.	Transition-To-Home : Premature Parent Scale (Boykova, 2015)	日本語訳 早産児の親用在宅移行尺度(修正後)
1	I feel all alone.	私は孤立していると感じる。
2	I feel sad most of the time.	私は切ない思いにひたることが多い。
3	Nobody really understands how I feel.	私の気持ちを本当にわかってくれる人は周りにいない。
4	I feel I need counseling.	私は専門家のカウンセリングが必要だと思う。
5	I find it hard to share my feelings about my baby.	私は子どもへの自分の気持ちを他人に話しにくい。
6	My baby's HPs take time to answer my questions.	子どもに関わる専門職(医師、看護師、保健師など)は私の質問に十分な時間をとってくれない。
7	My baby's HPs take time to listen to me.	子どもに関わる専門職(医師、看護師、保健師など)は私の話を聞いてくれる。
8	HPs are supportive of my baby and me.	子どもに関わる専門職(医師、看護師、保健師など)は私と子どもを支援してくれる。
9	I trust the advice I get from my baby's HPs.	子どもに関わる専門職(医師、看護師、保健師など)からの助言を信頼している。
10	I have HPs who I can ask when I have questions about my baby.	子どものことで疑問があればいつでも聞ける医療機関の窓口がある。
11	I feel confident caring for my baby.	私は子どもの世話をするのに自信がある。
12	I feel comfortable caring for my baby at home.	私は自宅で子どもの世話をするのに不安はない。
13	I know how to take care of my baby (feeding, bathing, comforting, medications).	子どもの世話に必要なこと(授乳、お風呂、快適にすること、お薬など)を全てできる。
14	I know how to feed my baby.	子どもへの授乳方法(母乳、ミルク)をよくわかっている。
15	I am constantly checking to see if my baby is okay.	子どもの様子が心配で確認ばかりしている。
16	I have difficulty sleeping at night because I worry about my baby.	私は子どもが心配で夜眠れない。
17	I constantly fear that my baby might get sick.	私は子どもが病気になるってしまわないか絶えず心配になる。

HPs: health care professionals

Transition Questionnaire (Kenner, 1994)と同じ項目は、1、3、11、12、13、14、16、17である。

※本尺度の利用を希望する方は著者へお問い合わせください。

表2 Transition-To-Home : Premature Parent Scale 開発時調査と日本での予備調査の尺度得点の比較

調査		Factor1 Isolation	Factor2 Professional Support	Factor3 Confidence	Factor4 Worry	総得点
Boykova (2015) n=704	M	3.23	4.21	4.44	2.28	60.86
	SD	1.18	0.73	0.66	0.88	
上原 (2016) n=7	M	3.69	5.00	3.14	2.86	64.10
	SD	1.18	0.67	0.79	0.81	

までに含まれる割合が 5%増加し 97.0%となった。尺度の総文字数が判定条件である 800 文字以上に満たなかったため参考値ではあるが、予備調査により修正した調査票の日本語訳は小学校卒業レベルの読みやすさであると推測された。

4. 尺度得点にみる日本と海外の文化的差異

予備調査に参加した母親 7 人の尺度得点を用いて、Boykova (2015) による尺度開発時の英語圏各国の親の尺度得点と比較した (表 2)。結果、第 1 因子 Isolation、第 2 因子 Professional Support、第 4 因子 Worry の因子得点と総得点の平均値において日本の親の方が高かった。その理由は、Boykova (2015) のサンプルの 74.8%を占めた米国の NICU に比べ、日本の NICU からの乳児の退院時の週数は 2～3 週間遅く、退院時の体重は 200g ほど重いこと (上原, 2016) から推測された。つまり、早産児がより成熟した状態で退院した結果、子どもの体調に関する親の心配が少なく、海外に比べ日本の早産児の親の方が NICU から自宅への移行期に問題が少ない可能性があった。

一方、日本の平均得点が低かったのは第 3 因子 Confidence であった。この因子は授乳やお風呂など、子どもの世話に関する親の自信の程度を測定する。内閣府が行った平成 22 年度少子化社会に関する国際意識調査によれば、子育てを担う者は日本では「もっぱら妻」「主に妻」合わせて 67.2%であったのに対し、米国では「夫婦同程度」が 6 割を超える多数派であった。また、妻より夫の方が主に行っている育児内容として 5 割以上の親が回答した項目は、日本では「入浴」のみであったのに対し、米国では「日常生活上のしつけ」「家での遊び」「寝かしつけ」「散歩・屋外遊び」の 4 項目であった (吉田, 2011)。アメリカと比べて日本では子育てを含む性別役割分業に肯定的で、実態の上でも育児が母親に大きく偏っている。日本の母親においては育児とその責任を一人で抱え込んだ結果、自信が低くなる可能性が考えられた。予備調査においてはサンプル数が少なく推測の域を出ないが、今後の調査ではこれらの仮説が裏付けられるか、統計的に検証したい。

IV. 結論

今回、日本語訳した Transition-To-Home : Premature Parent Scale は NICU 看護の専門家と NICU を退院した早産児の母親の意見を基に、日本の NICU から自宅への移行期の状況を反映した表現に修正された。今後はこの尺度を用いて本調査を行い、移行期にある早産児の親への支援のアウトカム評価に利用できる日本語版の開発につなげたい。

謝辞

予備調査にご協力下さった早産児のご両親、新生児集中ケア認定看護師、小児看護専門看護師の皆様、仲介くださった各医療施設の共同研究者に感謝申し上げます。また、TQ の改定を一早くお知らせくださり日本語への翻訳を承諾くださった Dr.Boykova、Prof.Kenner、翻訳過程を支援下さいました Eklund さんへ感謝申し上げます。本研究の一部は JSPS 科研費 15K20742 (平成 27～29 年度) の助成を受けました。本研究の遂行にあたり開示すべき利益相反はありません。本尺度の利用を希望される方は著者へお問い合わせください。

文献

- Boykova M. (2015). Measuring Hospital-To-Home transition experienced by parents of premature infants: a methodological study, (Unpublished doctoral dissertation)
The University of Oklahoma health sciences center graduate college, Oklahoma, US.
- Boykova M., Kenner C., Ellerbee S. (2013). Postdischarge Care of the Newborn, Infant, and Families. Kenner C, Lott JW. Comprehensive NEONATAL NURSING CARE 5th.ed. (pp791-800). Springer.
- 加藤明美, 鳴川昭子. (1997). NICU における継続看護の実践 未熟児健診への参加と電話訪問の実施. Neonatal Care, 10 (9). 860-864.
- Kenner C., Flandermeyer A., Spangler L. (1993). Transition from Hospital to Home for Mothers and Babies. Neonatal Network, 12 (3), 73-77.
- McKim E., Kenner C., Flandermeyer A., Spangler L., Darling-Thornburg P., Spiering K., (1995). The transition to home for mothers of healthy and initially ill newborn

babies. *Midwifery*, 11, 184-194.

新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター、新潟県福祉保健部健康対策課. (2015). 新潟県 NICU 入院時退院調整ガイドブック. <http://www.pref.niigata.lg.jp/kenko/1356813753310.html> (2017 年 11 月 3 日現在)

日本語リーダビリティ測定 Ver.0.1 リーダビリティ・リサーチ・ラボ ホームページ <http://readability.nagaokaut.ac.jp/#> (2017 年 11 月 4 日現在)

柴崎秀子, 原信一郎. (2010). 12 学年を難易尺度とする日本語リーダビリティ判定式. *計量国語学*, 27(6), 215-232.

社会保障審議会障害者部会. (2016). 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律の公布及び一部の施行について.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000128839.html> (2017 年 11 月 3 日現在)

高垣美江, 塩路紗代. (2011). NICU を退院した児の家族が抱える不安 電話育児相談より. *日本看護学会論文集: 母性看護*, 41, 67-70.

東京都福祉保健局医療政策部. (2012). 東京都 NICU 退院支援モデル事業報告書～NICU 入院児の在宅移行支援の課題と今後の施策の方向性について. <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/kyuukyuu/syusankiiryo/nicutainshien.html> (2017 年 11 月 3 日現在)

上原和代. (2016). 日本語版親用退院準備性尺度 (Japanese Readiness Hospital Discharge Scale - Parent Form) の信頼性と妥当性-沖縄県の NICU から退院する乳児の親への応用可能性-, 沖縄県立看護大学大学院保健看護研究科、博士論文.

Uehara, K., Maeda, K. (2016). The reliability of a Japanese version of Kenner's Transition Questionnaire: A preliminary study. 8th International Neonatal Nursing conferences. in Vancouver, Canada. (Poster Presentation).

吉田千鶴 (2011). 第 3 部 第 3 章 育児. 第 4 部 調査票および単純集計結果. 内閣府政策統括官 (編). 平成 22 年度少子化社会に関する国際意識調査報告書 (pp131, 216-217) http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/cyousa22/kokusai/mokuji_pdf.html (2017 年 11 月 18 日現在)

(文献検討)

がん患者の受診遅延を予防する介入方法：文献検討

Intervention method to prevent the delay of help seeking behavior in cancer patients: Literature review

大城真理子¹⁾ 神里みどり²⁾

キーワード：がん患者、受診遅延、予防、介入

Key words : cancer patient, delay of help seeking behavior, prevention, intervention

I. はじめに

がんは日本人の死因の第 1 位であり、本邦では国を挙げて乳がんの早期発見・早期治療に関する取り組みが図られている(厚生労働省, 2017)。しかし、がん症状を自覚した、或いはがん検診で要精査の指摘を受けたにも関わらず、適切な時期に医療機関を受診せずに重症化に至る者の存在が先行研究で指摘されている(Unger-Saldana et al., 2009)。特に、乳がん患者については乳房症状の自覚から医療機関を受診するまでに 3 か月以上要した者は全体の約 3 割を占める実態がある(Facione, 1993)。このような受診遅延の問題は、症状の悪化のみならず、患者にとって心身の負担も大きく治療にかかる医療費も高くなるため、早期に医療機関への受診・治療に結びつける支援が重要となる(大城ら, 2015)。また、筆者らが実施した医師・看護師へのヒアリングからは、受診遅延者を早期受診に繋げる援助方法の確立を求める声が多く挙がり、受診遅延を予防する介入方法を構築することは、患者・医療者・医療費の面からも優先度の高い解決すべき問題である。

がん患者の受診遅延については、なぜ受診が遅延するのかといった関連要因を明らかにする研究が 2000 年代から数多くなされている(Smith et al., 2005)。筆者らも、これまで乳がん患者を対象に受診遅延の関連要因を明らかにする研究に取り組んできた(大城, 2017)。しかし、受診遅延を予防する介入方法の構築には至っていない。

近年、米国疾病予防管理センターにより乳がん検診・子宮頸がん検診・大腸がん検診の検診対象者の受診を促す介入方法の有効性に関する科学的根拠がレビューされ、手紙や電話などによる勧奨、パンフレットやニュースターなどによる介入、1対1の教育による身近な情

報提供が、がん検診受診率向上に有効であるというエビデンスが示されている(CDC, 2016)。しかし、受診遅延には、がんを疑いつつも不安や恐怖に対処できなかったことや、家族に負担をかけたくなかったこと等の背景が存在するため(大城, 2017)、がん検診受診を促す介入が受診遅延を予防する介入として適応可能か否かは定かではない。

そこで、本研究は文献検討の実施により、がん患者の受診遅延を予防する介入方法を整理することで、本邦における受診遅延を予防する看護介入の構築に向けた方略を明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

受診遅延とは、がんの症状や検診などで異常に気づいてから医療機関を受診するまでのインターバルにおける遅延とした。

III. 方法

1. 文献の抽出

国外における文献収集にあたり、ProQuest、PubMed、MEDLINE、CINAHL で検索を行い、MeSH タームは「neoplasms」「help seeking behavior」「delay」「intervention」を用いて AND 検索を行った。国内における文献収集については CiNii および医学中央雑誌 Web ver.5 を用い、「腫瘍」「受診遅延」「介入」を検索語とした。なお、検索語の選定については、受診遅延の定義を含め検討し精選した(大城ら, 2016)。対象年度は 1981 年～2017 年 5 月までとした。

文献の選定基準は、①英語または日本語で書かれた文献であること、②受診遅延を予防する介入に焦点を当てた研究であることとした。また、キーワードで検索された文献の引用文献の中から選定基準を満たしている文献を 2 次的に収集した。

1) Eötvös Loránd University

2) 沖縄県立看護大学

2. 文献選定

文献選定は妥当性を高めるため、著者2名で評価し検討した。また、対象文献についてゼミナールで検討した。

IV. 結果

検索の結果、ProQuest 671件、PubMed 5件、MEDLINE 11件、CINAHL 8件が検索された。国内文献の検索結果は、医中誌 Web および CiNii ともに存在しなかった。図1にPRISMAフローチャート (PRISMA, 2015) を基盤に実施した文献レビューの過程を示す。結果、695件が抽出され、そのうち、表題・要約・本文から、前述の採択基準により、対象文献4件を抽出した。さらに、追加の2次的収集で得られた2件を抽出し、計6件をレビューの対象とした。収集された文献の概要を表1に示す。

1. 出版年および国別比較

がん患者の受診遅延を予防する介入方法に関する文献は、全て2008年以降に出版されていた。国別の文献数は英国5件、インドネシア1件であった。日本の文献はなかった。

2. 研究対象

対象論文が焦点を当てたがん種は、がん全般に関する論文が2件、乳がんに関する論文が4件であった。その他のがん種に関する論文はなかった。

3. 研究の概要

6件の研究の内訳は、介入方法の構築に関する総説が1件、介入方法を検討した文献レビューが1件、研究プロトコルに関する論文が1件、介入研究が3件であった。本研究では、これらの論文を下記の2トピックに分類し、検討した。

1) 受診遅延を予防する介入方法を検討した研究

Burgessら(2008)は、がん領域において初めて受診遅延の介入方法に焦点を当てた研究に取り組んだ。この研究では、英国において若い女性よりも高齢女性の受診遅延が特徴的であることから、高齢女性の受診を促す介入方法をデザインすることを目的に文献検討を実施している。方法は4つの電子データベースを用いて①乳がん検診などの受診行動を促す介入研究、②効果的な行動変容を促す効果的な技法、の側面から文献レビューを行っている。その結果、冊子を用いた専門家によるフィードバックが有効な介入方法であると結論づけてい

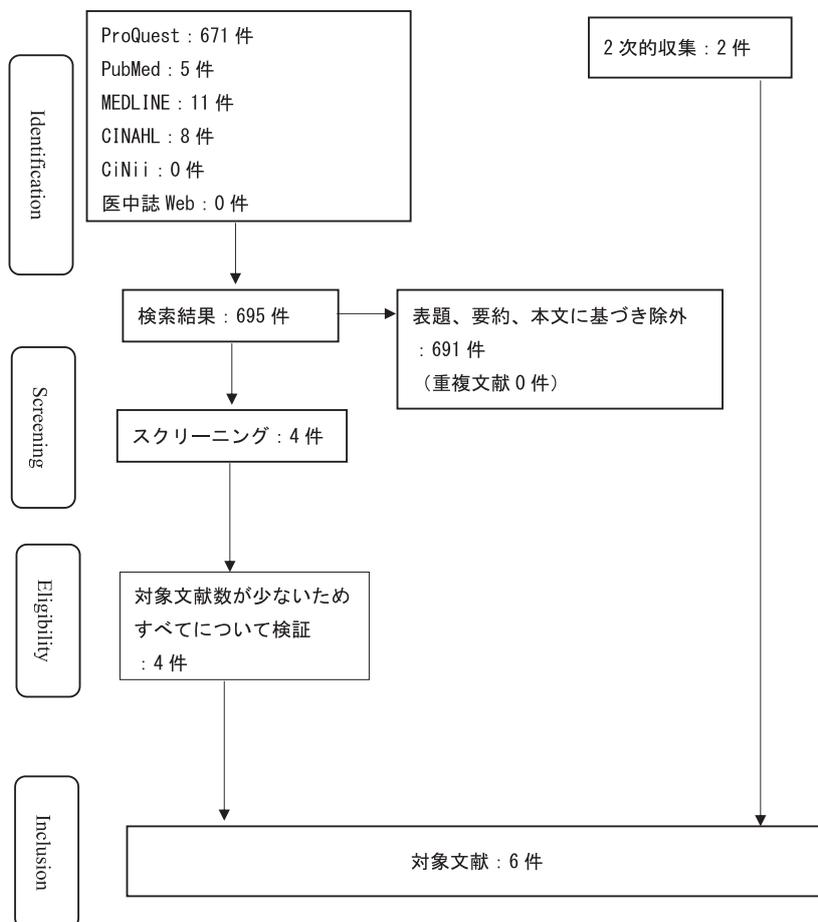


図1 文献選定のプロセス

表1. 対象文献の概要

著者 (発行年) 国名	研究の種類	がん種	研究実施の背景	研究目的	対象者	研究枠組み	介入内容	結果
Setyowibowo et al (2017) インドネシア	RCT* (baseline, 7日, 3ヶ月)	乳がん	乳がん患者の受診遅延はインドネシアで問題となっている。受診遅延の要因として知識不足やソーシャルサポートとの関連が挙げられる。	乳がん患者の受診遅延を減らすためのセルフヘルプ心理教育介入の効果を検証する。スタディプロトコルを示す。	n=106 乳がん患者	27人の乳がん患者への半構造化面接調査の結果と、5回の医療者(乳腫外科医師・看護師)に対するフォーカスグループインタビューの結果	介入群: 乳がんや早期受診の意義、コーピング方法、ソーシャルサポートを得る重要性に関して記述された冊子とDVD (8分、2名の乳がん患者の体験談を含む) を配布し7日間以内に見る。統制群: 通常ケア	本介入方法が有効であれば、受診遅延を減らすことができるかもしれない。
Forster et al (2014) 英国	介入前後 (Baseline, 1ヶ月)	乳がん	英国では乳がん患者の受診遅延者は高齢者が多く、知識不足が要因であったことが当てられた。介入を構築する必要性。乳がん検診受診を促す介入方法を参考に介入方法を構築。	介入が乳がんの知識、自信と意思を高め、受診に対するバリアを軽減することを評価する。	n=61 60歳以上の健康な女性	Information-Motivational-Behavioural Skills model: HIVの先行研究を参考	乳房の異常に気づいたらすぐに受診をするように促すステップカール、行動変容の技法を作成した冊子の提供と医療機関からの対象者の名前入りの受診勧奨	乳がんの知識、症状評価に対する自信が向上。受診の阻害要素であった医療機関に対する心理的距離が改善。
Kyle et al (2013) 英国	介入前後 (Baseline, 2週間, 6ヶ月)	がん全般	乳房の異常に気づいたら早期受診することがUKでは課題であり国を挙げてがんの普及に取り組んでいる。青年期からの知識の普及が有効。たばこコンタクトや紫外線予防剤において学校ベースの健康介入が有効。	学校ベースの教育介入が、がんに関する知識、受診遅延の可能性などにどのような変化をもたらすかを検証する。	n=422 11~17歳の青年期の学生	・ヘルスプロモーション ・The Andersen model of total patient delay	介入群: 3回の教育プログラム (がんの危険な症状、がんの心身・社会への影響、自分の健康について話をすることの重要性に関するがん専門家によるプレゼン、DVD視聴、冊子の提供) 統制群: 介入なし	介入群でがんの危険なサインについての知識が上昇。 受診の心理的バリアが減少。 乳房の異常に気づいて3~10日以内に受診すると回答した者は介入前後で変化なし (受診遅延の可能性)
Linsell et al (2009) 英国	RCT (baseline, 1ヶ月, 6ヶ月, 12ヶ月)	乳がん	受診遅延は高齢者に多く、その層の死亡率が高い。	放射線技師による冊子を用いたサポートと冊子のみの群、通常ケア群の乳がんの知識向上にもたらす効果を検証する。	n=867 67~70歳の乳がん検診を受診した女性	Model for understanding delayed presentation with breast cancer (Bish, 2005)	介入群: 冊子を用いて1対1の10分間の説明 (乳がんの知識や乳がんの異常に気づいた際の行動、受診の阻害要素などを) 統制群: 冊子のみの提供 通常ケア群	専門家による冊子を用いた10分の介入は、乳がんの知識や乳房の異常に気づいた際の早期受診の意思を高め、介入効果は12ヶ月持続する。
Austoker et al (2009) 英国	文献レビュー	がん全般	がんの診断に際して、がんの知識不足は受診遅延に繋がる。	がんに関する知識の向上と、早期受診を促す効果的な介入方法を調査する。	4つの電子データベースを用いて2000~2008年に発行された15文獻	—	—	テラワードによる情報提供の介入は一般的な情報提供よりもがんの知識を高める。 地域に対する介入、早期受診を促す介入については十分なエビデンスがない。
Burgess et al (2008) 英国	その他 (介入プロトコルを提示)	乳がん	乳がん患者の受診遅延は生存率を下げる。高齢女性は受診が遅延するリスクが高い。	乳がん症状を有する高齢女性の受診を促す心理教育介入をデザインする。	4つの電子データベースを用いて過去10年の先行文獻を検討	—	—	介入は受診遅延のリスクを減らす。 先行研究を踏まえ、行動変容の介入方法を組み込む。 65歳以上の女性には冊子を用いた専門家による介入方法がある。

*RCT (cluster-randomized controlled trial)

る。今後の課題としてこれらの介入方法を用いた RCT (Randomized Controlled Trial) を行い、受診遅延者を減らすことへの有効性についての検証が必要であるとしている。

Austoker ら (2009) は、英国の受診遅延の状況を踏まえ、受診遅延を予防するためには知識を向上することが重要であると述べ、がんに関する知識の向上と早期受診を促す効果的な介入方法に焦点を当てた調査を行っている。結果、知識の向上には対象に合わせた情報提供による介入が有効である可能性が示された。しかし、地域や集団に対する早期受診を促す介入については十分なエビデンスが存在しないと結論づけている。本文献レビューの限界として、介入研究の数が少ないことが挙げられている。

Setyowibowo ら (2017) による研究は、英国以外の国で初めて受診遅延を予防する介入方法を検討した論文である。インドネシアでは受診遅延の要因として知識不足やソーシャルサポートとの関連が示されている。本論文では、このようなインドネシアにおける受診遅延の背景を踏まえて、乳がん患者の受診遅延を予防する心理教育介入を用いた RCT の研究プロトコルを検討している。具体的な介入方法については 27 人の乳がん患者に対する半構造面接調査と、乳腺外科医師と看護師に対して実施した 5 回のフォーカスグループインタビューの結果を踏まえて構成している。乳房の症状を有して病院を初めて受診した女性 106 人を介入群と統制群に分類し、介入群には早期受診の意義や乳房の異常に気づいた際のコーピング方法、ソーシャルサポートを得ることの重要性などについて記された冊子および乳がんサバイバー 2 人が自らの体験を語った DVD を配布する。介入効果については最初に受診した日からがんが診断されるまでの日数や知識、不安や恐怖、QOL の程度で評価する。本研究は介入のプロトコルを示した論文であり、結果についての記述はされていない。

2) 受診を促進する知識向上に焦点を当てた介入研究

Linsell ら (2009) による研究は、Model for understanding delayed presentation (乳がん患者の受診遅延を理解するためのモデル) (Bish et al., 2005) を基盤に受診遅延を予防する介入方法を検証した最も古い研究である。この研究は英国の先行研究で明らかになった受診遅延のリスク要因である高齢、知識不足に焦点を当て、知識を高める介入方法の有効性について検証することを目的としている。具体的には 867 人の高齢女性を“冊子を用いた専門家による 1 対 1 の 10 分間のサポート介入群”、“冊子のみ提供群”、“通常ケア群”の 3 群に分類し、介入効果を検証した研究である。介入の手法は先の Burgess ら (2008) が文献レビューで示した方法を用いている。結果、専門家による冊子を用いた 10 分間の 1 回の介入が、12 ヶ月後においても、乳房の異常に気づいた際の受診

の意思を高め、知識の向上につながることを実証した。介入は、5 人の放射線技師と 3 人の心理学者が実施したが、介入者の違いで質にバラつきがないよう、お互いにチェックリストを用いたフィードバックを行うなど質の担保への工夫についても記述されていた。

Kyle ら (2013) は、受診遅延のプロセスをモデルで示した Total Patient Delay モデルとヘルスプロモーションを視座に、青年期からがんの知識を高め、がんの異常に気づいた際の早期受診を促す知識を提供する学校ベースの教育介入プログラムの有効性を検証した。研究は 11 歳から 17 歳までの学生 422 人を対象に介入群と統制群に分類し実施した。介入プログラムの内容は 3 回 (60 分 / 1 回) にわたるがん教育の専門家によるプレゼンテーションと DVD 視聴、冊子の提供である。その結果、介入後 6 ヶ月の評価において、がんに関する知識は向上し、「医師に自分の症状について話をする自信がない」、「医師が何か異常を見つけるのが怖い」など受診に対する心理的バリアが減少した。しかし、受診遅延の可能性を評価する乳房の異常に気づいてから受診までの時間については変化を認めなかった。

Forster ら (2014) による研究も英国で実施された研究である。先の Linsell ら (2009) が実施した専門家による介入は、医療機関にかかっていない者にとって介入の機会を得ることが難しい点を指摘したうえで、医療機関にかかっていない一般の高齢女性 61 人を対象に、知識の向上と早期受診を促す介入方法の検証を行った更に発展した研究である。介入方法は HIV など他領域で研究された健康行動変容の介入技法を取り入れ、PEP (Promoting early presentation) 介入と名付けられた。その内容は、乳房の異常に気づいたらすぐに医療機関への受診を促すことをメッセージとして掲げたステッカーの提供、HIV などの他領域で検証されている健康行動変容の技法を用いた冊子の提供、対象者の名前入りの乳がん検診の受診勧奨を実施した。結果、乳がんの知識や症状評価に対する自信が向上し、受診の阻害要因であった医療機関に対する心理的距離が縮まった。以上のことから、PEP 介入が有効な方法であることが検証された。

V. 考察

1. 研究の動向

がん患者の受診遅延を予防する介入方法に関する文献は 6 件のみであった。また、全て 2008 年以降に出版されたものであり、受診遅延を予防する介入方法に関する研究は、ここ数年で着手されていた。さらに、対象のがん種は、乳がんに関する論文が 4 件で、その他のがん種に関しては皆無であった。乳がんは症状の自覚によりがんを発見しやすいが (川上, 2009)、卵巣がんは症状が曖昧であることが受診遅延の要因の 1 つとされている (Evans et al., 2007)。また、肺がん患者ではスティグマや喫煙に対する自責の念が受診遅延の関連要因であり

(Carter-Harris et al., 2014)、がん種によっても受診遅延の関連要因は異なる。よって、より効果的な介入方法を構築するためにも、今後は乳がん以外のがん種についても検討する必要がある。

国別では英国を中心に研究がなされており、その他の国での研究蓄積は十分でなかった。介入方法に関する研究は英国、インドネシアともにそれぞれの国の受診遅延の背景要因を踏まえて研究が構築されていた。国の文化や保健医療システムの違いは受診行動に影響することがこれまでの研究で明らかになっており (Facione et al., 2000; 大城ら, 2015)、英国では高齢女性の知識の向上、インドネシアでは知識の向上とアジア諸国で特徴的な要因であるソーシャルサポートに焦点を当てていた。以上を踏まえて、本邦で活用可能な介入方法を構築するには、本邦の受診遅延の特徴や背景要因を反映する必要があると考える。

2. 研究内容

実際に RCT を実施した 3 つの研究 (Linsell et al., 2009; Kyle et al., 2013; Forster et al., 2014) の枠組みは、異常に気づいてから医療機関を受診するまでの遅延のプロセスに焦点を当てた① Andersen モデル、② Andersen モデルに実行意思を視座に加えて発展させた Model for understanding delayed presentation、③ヘルスプロモーションや行動変容を促す枠組みが用いられており、いずれも保健行動に関する枠組みが用いられていた。

研究は、すべて介入手法の評価を行うことを目的としており、対象は健康な女性や乳がん検診を受診した女性、学生と多様であった。介入は知識の向上や受診への意思を高めることを目的として、冊子の提供、専門家による介入、個々に見合った介入といった行動変容の技法が複数取り入れられていた。介入の回数は 1 回～3 回でその効果がどれくらい持続するのかについて評価がなされていた。結果、すべての研究で知識が向上し、ある一定の期間、介入効果が持続することが明らかになった。これらの RCT は標本数も 61～867 と十分な規模を有しており、妥当性は確保されていると考える。したがって、行動変容の技法は、受診を促す知識向上に際して有効であると考えられる。

3. 本研究の意義と限界

本邦で、まだ検討されていない受診遅延を予防する介入方法について検討し、示唆を得た点は本研究の意義であると考えられる。具体的には、介入方法として冊子の提供、専門家による介入、個々に見合った介入といった行動変容を促す技法を複数活用することが有効であることが示唆された。介入の内容については先行研究で英国の受診遅延の特徴である知識不足に介入する内容で構成されていたため、今後は本邦の実情に適するように介入の内容を吟味していく必要があると考える。これまでに本邦で

実施された研究からは、受診遅延の要因として、誰にも相談できない状況の存在も明らかになっていることから (Oshiro et al., 2017)、周りの者も含めた介入を行うことは意義があるかもしれない。

本研究の限界として、第 1 に、対象となった論文数が少なく、得られた知見について十分なエビデンスとは言い切れない点が挙げられる。受診遅延を予防するための介入方法については、検討され始めた段階であるため、今回、総説や介入プロトコルを検討した論文も含めた点は本研究の限界であると考えられる。

第 2 に、今回、検討した論文で実施された RCT は健康な女性や学生を対象に介入方法の検証を行っており、実際に遅延した患者を対象とするには至っていない。よって、実際に受診遅延の予防に有効であるか否かについては実践的な検証がなされておらず、今後、研究をデザインするにあたっては十分に留意しなければならないと考える。

第 3 に、今回検討した文献のほとんどが英国で実施された研究であったことである。受診遅延の問題は国の文化や保健医療システムを考慮することが重要である。今後は、さまざまな国や地域において受診遅延を予防する介入方法に関する研究を行い、より強固なエビデンスの構築を目指すことが求められる。

VI. 結論

6 件の文献を整理した結果、以下のことが明らかになった。

1. がん患者の受診遅延を予防する介入方法に関する研究は、ここ数年で着手され始めた段階にある。
2. 研究枠組みは全て保健行動に関する枠組みが用いられている。
3. 本邦におけるがん患者の受診遅延を予防する介入の内容は、がん種や本邦の受診遅延の背景要因を踏まえ構築する必要がある。
4. がん患者の受診遅延を予防する介入方法として、行動変容を促す技法を複数活用することは有効である可能性が高い。

謝辞

本研究は、一般財団法人 沖縄県看護学術振興財団の研究助成を受け実施致しました。謹んで感謝申し上げます。利益相反はない。

引用文献

- Austoker, J., Bankhead, C., Forbes, L. J., Atkins, L., Martin, F., Robb, K., Wardle J., Ramirez, A. J. (2009). Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review. *Br J Cancer*, 101 Suppl 2, S31-39. doi:10.1038/sj.bjc.6605388
- Burgess, C. C., Bish, A. M., Hunter, H. S., Salkovskis,

- P., Michell, M., Whelehan, P., & Ramirez, A. J. (2008). Promoting early presentation of breast cancer: development of a psycho-educational intervention. *Chronic Illn*, 4 (1), 13-27. doi:10.1177/1742395307084404
- Bish, A., Ramirez, A., Burgess, C., & Hunter, M. (2005). Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *J Psychosomatic Research*, 58 (4), 321-326. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.10.007
- Centers for Disease Control and Prevention: CDC. (2016) Increasing Cancer Screening Multicomponent Interventions <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/Cancer-Screening-Multicomponent-Interventions.pdf> (2017年5月26日現在)
- Carter-Harris, L., Hermann, C. P., Schreiber, J., Weaver, M. T., & Rawl, S. M. (2014). Lung cancer stigma predicts timing of medical help-seeking behavior. *Oncol Nurs Forum*, 41 (3), E203-210. doi: 10.1188/14.onf.e203-e210
- Evans, J., Ziebland, S., & McPherson, A. (2007). Minimizing delays in ovarian cancer diagnosis: an expansion of Andersen's model of 'total patient delay'. *Fam Pract*, 24 (1), 48-55. doi: 10.1093/fampra/cml063
- Facione NC. (1993) Delay versus help seeking for breast cancer symptoms: a critical review of the literature on patient and provider delay, *Soc Sci Med.*, 36 (12), 1521-1534.
- Facione, N. C., Giancarlo, C., & Chan, L. (2000). Perceived risk and help-seeking behavior for breast cancer. A Chinese-American perspective. *Cancer Nurs*, 23 (4), 258-267.
- Forster, A. S., Forbes, L. J., Abraham, C., Warburton, F. G., Douglas, E., & Ramirez, A. J. (2014). Promoting early presentation of breast cancer: a preliminary evaluation of a written intervention. *Chronic Illn*, 10 (1), 18-30. doi:10.1177/1742395313484071
- 厚生労働省. (2017) 政策レポート がん対策について. <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/24.html> (2017年5月26日現在)
- Kyle, R. G., Forbat, L., Rauchhaus, P., & Hubbard, G. (2013). Increased cancer awareness among British adolescents after a school-based educational intervention: a controlled before-and-after study with 6-month follow-up. *BMC Public Health*, 13, 190. doi:10.1186/1471-2458-13-190
- 川上憂子. (2009). あなたと乳がんとわたし 乳房の異常に気づいた時点から受診に至るまでのプロセス, *月刊ナーシング*, 29 (8), 54-63.
- Linsell, L., Forbes, L. J., Kapari, M., Burgess, C., Omar, L., Tucker, L., & Ramirez, A. J. (2009). A randomised controlled trial of an intervention to promote early presentation of breast cancer in older women: effect on breast cancer awareness. *Br J Cancer*, 101 Suppl 2, S40-48. doi:10.1038/sj.bjc.6605389
- 大城真理子, 神里みどり. (2015). 乳がんの受診遅延に関する文献検討. *沖縄県立看護大学紀要* (16), 109-116.
- 大城真理子, 神里みどり. (2016). 乳がん患者の受診遅延の概念分析. *日本看護科学学会誌* (36), 34-40.
- 大城真理子. (2017). 遅延群・非遅延群の比較による乳がん患者の受診遅延の関連要因 (沖縄県立看護大学博士論文)
- Oshiro M., Kamizato M. (2017). Patient's help-seeking experiences and delay in breast cancer: A qualitative study, *Japan Journal of Nursing Science*, 14, 1-10.
- PRISMA TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES. (2015). PRISMA Flow Diagram <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx> (2017年5月26日現在)
- Smith, L. K., Pope, C., & Botha, J. L. (2005). Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet*, 366 (9488), 825-831. doi:10.1016/s0140-6736 (05) 67030-4
- Setyowibowo, H., Sijbrandij, M., Iskandarsyah, A., Hunfeld, J. A. M., Sadarjoen, S. S., Badudu, D. F., Suardi D.R., Passchier, J. (2017). A protocol for a cluster-randomized controlled trial of a self-help psycho-education programme to reduce diagnosis delay in women with breast cancer symptoms in Indonesia. *BMC Cancer*, 17 (1), 284. doi:10.1186/s12885-017-3268-7
- Unger-Saldana, K., Infante-Castaneda, C. (2009). Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud Publica Mex*, 51 Suppl 2, s270-285.

(文献検討)

看護職者による介護予防に関する国内文献の検討

Reviewing body of literature in Japan: Care prevention by nursing profession

山口初代 大湾明美 田場由紀 砂川ゆかり 赤星成子

キーワード：看護職者 介護予防 高齢者

Key words : nursing profession care prevention the elderly

I . はじめに

超高齢社会を迎え、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築がめざされており、介護予防は、その構成要素のひとつとして位置づけられている (地域包括ケア研究会, 2013)。介護予防の取り組みは、標準化されたトップダウン型の行政ベクトルから、住民の主体性が尊重されたボトムアップ型の地域づくりベクトルへの発想の転換が求められた (厚生労働省, 2017)。したがって、これからの介護予防は、「専門職の必要とするケア」のみでなく、「当事者の希望するケア」をも実現することがめざされている。

介護予防は、2000 年の介護予防・生活支援事業で、行政用語として用いられた (介護保険制度史研究会, 2016)。要介護高齢者及びひとり暮らし高齢者を対象に、要介護状態に陥らないための施策であり (厚生省, 2000)、要介護状態の改善・重度化の予防 (三次予防) として始まった。しかし、介護予防の意味を巡り、松田 (2000) は、「介護の社会的支援を阻害するイメージがある」とし、曖昧な用語と指摘してきた。介護保険制度施行から 6 年を経た 2006 年、軽度の要介護認定者の増加の課題が浮き彫りになり、生活機能の低下が軽度である時期から早期発見・早期対応 (二次予防) を行う介護予防が施行された。さらに、2012 年、介護予防・日常生活支援総合事業 (厚生労働省) が導入され、三次予防から、二次予防、一次予防まで、切れ目なく総合的に展開することが求められている。特に、生活機能の維持・向上 (一次予防) が期待されている。このように、介護予防の意味は、三次予防に始まり、二次予防・一次予防へと広がってきた。

そのようななかで、厚生労働省老健局長の私的研究会

として設置された高齢者介護研究会 (2003) は、介護予防を進める視点を示した。研究会は、「社会参加、社会貢献、就労、生きがいつくり、健康づくりなどの活動は、介護予防につながるものである。介護予防の推進という観点からは、介護予防を広い概念として捉え、こうした様々な活動を社会全体の取組として進めていくことが必要である」としている。つまり、介護予防は、一次予防から三次予防までの包括的な概念に、介護予防につながる社会参加、社会貢献、就労、生きがいつくり、健康づくりの活動 (介護予防活動) を含めている。しかし、介護予防活動の参加状況は、高齢化の進展とは裏腹に目標値を大きく下回っている (厚生労働省, 2015)。その要因は明らかにされていないが、専門職者のエビデンスに基づく知識や技術重視の介護予防教室の開催など「専門職の必要とするケア」と「当事者の希望するケア」のミスマッチも考えられる。

ところで、地域包括ケアシステムの推進を目的とした機関として地域包括支援センターが設置され、介護予防の機能を担う専門職として、看護職者である保健師の配置がなされた。保健師は、介護予防のための効果的な対象者把握とその基盤となる住民とともに推進する地域づくり (岡本, 2006) の役割が期待されている。看護職者のほとんどは、患者と呼ばれる病者を対象に施設 (医療機関) で「診療の補助」と「療養上の世話」を役割としている。増大する要介護高齢者を施設医療だけでなく、地域の人々を介護予防で支える役割拡大をめざし、看護職者による介護予防の研究の現状を概観する必要があると考えた。

そこで、本稿では、ボトムアップ型の当事者の希望するケアの実践に向けた介護予防活動の研究課題を探るために、国内文献で看護職者による介護予防について整理することを目的とする。

II. 研究方法

1. 分析対象文献の選定

文献の抽出は、医学看護学文献情報データベースである医学中央雑誌 web 版 ver.5 を用いた。介護予防という用語が用いられた 2000 年から 2017 年 9 月までを検索の範囲とした。キーワードを「介護予防」とし、検索後 8,578 件で、タイトルに「介護予防」の文字が記載されており、「原著論文」と「抄録あり」の文献に絞り 483 件を分析対象文献に選定した。

2. データの収集と分析

介護予防に関する文献数の推移を把握するために、全文献 483 件を対象に介護保険法の見直しが行われている 6 年毎に、2000～2005 年（第 1 期）、2006～2011 年（第 2 期）、2012～2017 年（第 3 期）に区分し、整理した。全文献から看護文献 85 件を抽出し、抄録に「介護予防」の文字がない 2 件を除外し 83 件についても同様の時期区分で整理した。

次に、看護文献 83 件を精読し、研究目的を取りだした。「看護職者による介護予防についての研究はどこに焦点をあてているのだろうか」という観点で研究目的の記述を読み取り、コード化した。横田（1990）は、看護現象の構造について、対象、看護職者、対象と看護職者との関係の過程とし、看護研究もこれらの構造からなると述べている。看護職者の介護予防の研究は、看護研究の構造に照らして、どのような意味をもつかという観点で分析し、内容の類似するコードを集めサブカテゴリー化、カテゴリー化した。さらに、抽出されたカテゴリーのうち、介護予防活動の内容の記載のある 32 文献（表 1）を精読し、介護予防活動およびそれに関連すると思われる記述を取り出した。「看護職者による介護予防活動はどのような内容があるのだろうか」という観点でコード化した。そして、前述の介護予防につながる介護予防活動（「社会参加」、「社会貢献」、「就労」、「生きがいがづくり」、「健康づくり」）に照らしてカテゴリー化した。なお、データ分析にあたっては、研究メンバー間で討議し、合意が得られるまで繰り返し検討した。文中では、「」は記述内容、〈〉はコード、《》はサブカテゴリー、【】はカテゴリーで表示した。

III. 結果

1. 介護予防に関する文献数の推移

介護予防に関する文献数の推移を図 1 に示した。文献数は、72 件、250 件、161 件と山型に推移していた。介護保険制度施行（2000 年）から 5 年後の見直しの後、介護予防事業が施行された第 2 期の文献数は、第 1 期の約 3.5 倍、第 3 期の約 1.6 倍であった。

看護職者による介護予防に関する文献数の推移も、20 件、39 件、24 件と同様の傾向で、必ずしも増加傾向にはなかった。

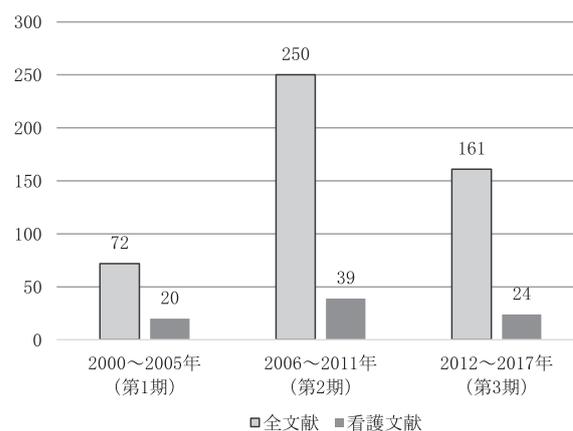


図 1 介護予防に関する文献数の推移

2. 研究目的からみた介護予防の研究

研究目的からみた看護職者の介護予防の研究は、【介護予防の対象理解に関する研究】、【介護予防の支援に関する研究】、【介護予防活動に関する研究】の 3 のカテゴリーと 15 のサブカテゴリーがあがった（表 2）。

【介護予防の対象理解に関する研究】には、《住民の健康づくりへの認識》、《当事者の活動へのニーズ》、《高齢者の心身機能と生活状況》の 3 サブカテゴリーがあがった。《住民の健康づくりへの認識》は、〈向老年期世代の身体・心理・社会的状況をふまえた老いの認識〉などであった。《当事者の活動へのニーズ》は、〈住民と関係専門職との協働による介護予防活動に対する住民ニーズ〉などであった。《高齢者の心身機能と生活状況》は、〈転倒の住環境リスク要因の検討〉などであった。介護予防の対象理解に関する研究は、介護予防の対象の健康づくりへの認識や活動へのニーズ、心身機能などの理解を研究目的としていた。

【介護予防の支援に関する研究】には、《看護職者がとらえた健康課題》、《看護職者の介護予防スクリーニング方法》、《支援方法の検討》、《看護職者の意図と支援内容》、《支援の効果》、《支援の課題》、《支援者の教育プログラム》、《看護職者の基盤（施策、組織、拠点、マニュアル）づくり》の 8 サブカテゴリーがあがった。《看護職者がとらえた健康課題》は、〈地域高齢者の介護予防に関する健康課題〉などであった。《看護職者の介護予防スクリーニング方法》は、〈閉じこもり状態となることを予防する必要がある者のスクリーニング〉などであった。《支援方法の検討》は、「A 町の住宅団地と農村地域に在住する一般高齢者の健康と外出及び社会活動状況を把握し、地域特性に合わせた介護予防を検討する」という〈地域特性を反映させたサービス提供方法〉などであった。《看護職者の意図と支援内容》は、「地域包括支援センター保健師の地域活動を推進するため、地域活動の展開方法に沿って、介護予防活動におけるセンター保健師の地域活動の視点を明らかにする」という〈介護予防に

表1. 介護予防活動の内容の記載のある看護文献

ID	著者名	発行年	文献名
3	姫野ら	2015	在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアプログラムの開発(第1報) フットケア方法習得のプロセスおよび介入内容の分析
4	早坂ら	2016	自主グループにおける高齢者リーダーの継続的な役割遂行に関する要因 介護予防(一次予防事業)の取り組みから
6	山下ら	2016	地域の介護予防活動の推進における保健師の役割について 高齢者サロンの世話役及び指導員の認識から
9	福山ら	2015	白癬の治療とケアによる在宅療養者の介護予防への試み
10	内山ら	2015	介護予防における高齢者の運動教室の身体的・心理的効果と運動継続への課題
11	姫野ら	2014	在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアプログラムの開発(第2報) 高齢者によるフットケアの効果の検討
13	西川ら	2014	ミニデイサービスに参加する独居女性高齢者の要介護リスクと主観的幸福感の関連 必要とされる介護予防プログラムの作成を目指して
18	松本ら	2013	介護予防事業参加者に対する笑いヨガの試み 笑いヨガプログラムの紹介と参加者評価
26	馬本ら	2012	介護予防プログラム参加者の転倒経験に関する変化と要因 2年間の転倒経験を縦断的に分析して
28	木下ら	2011	在宅高齢者の生活機能、転倒予防自己効力感と転倒との関連 介護予防プログラム参加者を対象とした調査から
29	川西ら	2012	はつらつ介護予防教室の参加回数と介護予防効果の関連
34	成田ら	2011	農村部の地域高齢者における介護予防事業の参加者と不参加者の特徴
35	半田ら	2011	高齢者の介護予防事業への継続参加を可能にしている要因 参加者へのインタビューを通して
41	内田ら	2010	地域住民ができる認知症予防法の関連因子 介護予防講習会の参加者の自己評価から
42	相原ら	2010	口腔体操と高齢者の嚥下機能、身体、精神的健康への効果 介護予防支援事業の取り組みから
49	鍋島ら	2009	地域における自立高齢者の介護予防を目的とした場への参加継続につながる要因とその効果
51	永井ら	2009	男性高齢者がとらえる通所型介護予防事業への参加の意味
54	笠井ら	2008	介護予防拠点施設を継続利用している高齢者の生活と施設における体験
56	先谷ら	2008	介護予防事業に参加している高齢者の自己効力感に関する研究 B体操事業に参加している高齢者に焦点を当てて
62	井出ら	2006	地域介護支援センターにおける介護予防事業としての、高齢者記憶トレーニング・プログラム(物忘れ予防教室)のこころみ
64	堀ら	2006	ケアハウス入居者に対する介護予防・生活自立支援を目的とした健康教室に関する研究
67	松岡	2005	後期高齢者の在宅生活における介護予防に関する検討 「ふれあい事業」への参加経緯を通して
68	田中ら	2005	前原市における介護予防事業の展開について リハビリ体操教室を中心に
69	森口ら	2004	M町における介護予防・生活支援事業の効果 主観的満足感(QOL)の測定から
70	中山ら	2005	多伎町における高齢者介護予防筋力向上トレーニングの効果 中間報告
71	小坂ら	2005	老人デイサービスセンターのぬいぐるみづくりアクティビティによる介護予防の試み
75	和島ら	2004	介護予防のための在宅虚弱高齢者に対する運動介入の効果 体力・セルフエフィカシー・主観的健康観・不安感
76	松岡	2004	後期高齢者のふれあい活動への参加経緯について 住民主体の介護予防活動を通して
79	串田ら	2003	東京都板橋区における介護予防活動の取り組み 転倒予防・尿失禁予防教室を中心に
81	望月	2003	介護予防・自立支援のためのパワーリハビリテーション 作業療法におけるパワーリハビリテーションの試み
83	河野ら	2002	地域高齢者における介護予防をめざした機能訓練事業の評価の試み
84	田高ら	2002	地域虚弱高齢者に対する介護予防 試行的研究

表2. 研究目的からみた介護予防の研究

ID	研究目的からみた介護予防の研究のコードの例	サブカテゴリー	カテゴリー	
31	向老年期世代の身体・心理・社会的状況をふまえた老いの認識	住民の健康づくりへの認識	介護予防の対象理解に関する研究	
6	高齢者サロンの世話役がもつ地域の健康課題についての認識			
63	住民と関係専門職との協働による介護予防活動に対する住民ニーズ			当事者の活動へのニーズ
55	男性の介護予防活動のニーズ把握			
36	転倒の住環境リスク要因の検討			高齢者の心身機能と生活状況
80	要介護状態に至るプロセスの特徴			
5	地域高齢者の介護予防に関する健康課題	看護職者がとらえた健康課題		介護予防の支援に関する研究
6	高齢者サロンの指導員がもつ地域の健康課題についての認識	看護職者の介護予防スクリーニング方法		
82	閉じこもり状態となることを予防する必要がある者のスクリーニング			
72	介護予防活動の対象発見方法	支援方法の検討		
66	地域特性を反映させたサービス提供方法			
56	主体性を持った介護予防事業への参加の支援を考察			
23	介護予防における保健師の地域活動の視点	看護職者の意図と支援内容		
61	文献からみた介護予防における保健師の活動内容			
11	介護予防の視点からフットケアの有効性の検証	支援の効果		
53	高齢者介護予防教室の介入による抑うつ気分および自尊感情の改善効果	支援の課題		
10	運動教室終了後も運動習慣形成に繋げるための課題			
5	介護予防事業の課題			
7	訪問看護師に対する高齢者総合的機能評価を活用した介護予防教育プログラム	支援者の教育プログラム		
44	看護学生における介護予防活動の企画・運営の教育効果	看護職者の基盤（施策、組織、拠点、マニュアル）づくり		
24	介護予防システムを推進する保健師の活動指標の開発			
15	当事者が希望する生活の実現のための関係職種 の体制づくり			
67	後期高齢者が自発的に参加している介護予防活動	住民が参加している活動	介護予防活動に関する研究	
75	在宅の虚弱高齢者が日常的に交流する場	住民が活動に参加する意味や思い		
51	男性高齢者がとらえる通所型介護予防事業への参加の意味			
6	高齢者サロンの世話役がもつサロン活動についての認識	住民が活動に参加する効果		
71	ぬいぐるみづくりアクティビティによる効果			
10	運動教室を経験した高齢者の身体的・心理的効果			
4	自主グループにおける高齢者リーダーの継続的な役割遂行を支えている要因	住民の活動継続の要因		
35	高齢者の介護予防事業への継続参加の背景と要因			

における保健師の地域活動の視点) などであった。《支援の効果》は、「高齢者自身が実施したフットケアによる足部の形態・機能および立位・歩行能力の変化を検討し、介護予防の視点からフットケアの有効性を検証する」という〈介護予防の視点からフットケアの有効性の検証〉などであった。《支援の課題》は、「介護予防のための運動教室を経験した高齢者の身体的・心理効果を明らかにするとともに、運動教室終了後も運動習慣形成に繋げるための課題について検討する資料を得る」という〈運動教室終了後も運動習慣形成に繋げるための課題〉などであった。《支援者の教育プログラム》は、〈訪問看護師に対する高齢者総合的機能評価を活用した介護予防教育プログラム〉などであった。《看護職者の基盤(施策、組織、拠点、マニュアル)づくり》は、〈当事者が希望する生活の実現のための関係職種の体制づくり〉などであった。介護予防の支援に関する研究は、看護職者である支援者に焦点を当て、健康課題の把握や支援方法やその工夫、支援内容、効果や課題を研究目的にしていた。

【介護予防活動に関する研究】には、《住民が参加している活動》、《住民が活動に参加する意味や思い》、《住民が活動に参加する効果》、《住民の活動継続の要因》の4サブカテゴリーがあった。《住民が参加している活動》は、「地域住民が主体となる介護予防活動に、後期高齢者が自発的に参加した経緯を明らかにする」という〈後期高齢者が自発的に参加している介護予防活動〉などであった。《住民が活動に参加する意味や思い》は、〈男性高齢者がとらえる通所型介護予防事業への参加の意味〉などであった。《住民が活動に参加する効果》は、「介護予防活動の一環として始めたぬいぐるみづくりアクティビティの介護予防効果について、精神状態、日常生活動

作能力、要介護度の変化、コミュニケーションの変化から明らかにする」という〈ぬいぐるみづくりアクティビティによる効果〉などであった。《住民の活動継続の要因》は、〈高齢者の介護予防事業への継続参加の背景と要因〉などを研究目的にしていた。

このように、介護予防活動に関する研究は、支援の対象である住民に焦点を当て、住民の参加している活動、活動の意味や思い、効果、継続の要因を研究目的にしていた。

3. 介護予防活動の内容からみた研究

介護予防活動の内容からみた研究は、【健康づくりに関する研究】、【生きがいがづくりに関する研究】の2のカテゴリーと5のサブカテゴリーがあがった(表3)。

【健康づくりに関する研究】には、《健康知識の学習》、《身体の機能訓練とメンテナンス》の2カテゴリーがあった。《健康知識の学習》は、「参加者一人ひとりが、自分の価値観・生活様式に応じたいきいきとした生活の方法が見つかるようになるための笑いと健康をテーマにした講演」という〈健康講演〉、〈認知症の知識の普及と啓発〉などであった。《身体の機能訓練とメンテナンス》は、「柔軟体操、筋力訓練の運動実施」という〈転倒予防運動〉などの介護予防活動の内容であった。

【生きがいがづくりに関する研究】には、《レクリエーション》、《外出》、《交流》の3カテゴリーがあった。《レクリエーション》は「ケアハウス入居者における七夕会」という〈季節行事〉などであった。《外出》は「介護予防拠点施設における屋外活動で買い物に行く」という〈買い物等の外出〉であった。《交流》は、「高齢者サロンにおけるおしゃべり」という〈談話〉などの介護予防活動の内容であった。

表3. 介護予防活動の内容からみた研究

ID	介護予防活動の内容のコードの例	サブカテゴリー	カテゴリー
64	健康講演	健康知識の学習	健康づくりに 関する研究
41	認知症の知識の普及と啓発の介護予防講習会		
79	転倒予防運動		
26・84	骨量・足趾力などの健康チェック	身体の機能訓練とメンテナンス	
79	尿失禁予防体操		
54・64	季節行事	レクリエーション	生きがいがづくりに 関する研究
35	お菓子づくり	外出	
54・64	買い物等の外出		
67	誕生会	交流	
6	談話		
76	会食		

このように、介護予防活動は、「生きがいがづくり」、「健康づくり」に偏り、「社会参加」、「社会貢献」、「就労」に関する研究は、今回の文献検討ではみつけられなかった。

IV. 考察

1. 看護職者による介護予防の研究の方向性

看護職による介護予防は、【介護予防の対象理解に関する研究】、【介護予防の支援に関する研究】、【介護予防活動に関する研究】の3つのカテゴリーがあがった。

【介護予防の対象理解に関する研究】は、介護予防の対象の健康づくりへの認識や活動へのニーズ把握、心身機能などの把握を研究目的としていた。呉地ら(2008)は、専門職者のニーズと当事者のニーズは必ずしも一致しないことを明らかにしている。本研究では、当然のことながら介護予防においても対象理解を入り口にし、「当事者の希望するケア」の実現をめざしている研究が取り組まれていたと考えられる。

【介護予防の支援に関する研究】は、看護職者である支援者に焦点を当て、健康課題の把握や支援方法やその工夫、支援内容、効果や課題を研究目的にしていた。芳賀(2016)は、地域特性に合わせた介護予防活動の進展のためには、介護予防活動の効果評価に加えプロセス評価の重要性を述べ、住民とともに課題解決を目指すアクションリサーチを提案している。本研究における介護予防の支援に関する研究では、地域特性に配慮し、住民とともに実践する研究よりむしろ、専門職による問題解決や介護予防の効果・評価を重視している研究がみられた。

【介護予防活動に関する研究】は、支援の対象である住民に焦点を当て、住民が参加している活動、活動の意味や思い、効果、継続の要因を研究目的にしていた。地域づくりや介護予防において、住民参加の重要性にふれているが、住民参加の位置づけや、参加の範囲、住民の役割等の具体的展開は曖昧である。大湾ら(2006)は、地域の課題、アセスメント、計画、実施、評価の全てのプロセスに住民が主体的に関わり、住民のニーズが尊重され、展開される住民参加のプロセスの実証的研究を報告している。また、地域事情の異なる2つの小離島をモデル島においても、住民組織づくり、地域の強み及び課題の把握を住民と専門職と協働で行うことで、住民による島に馴染む取り組みが行われていた(大湾ら,2017; 田場ら,2017)。介護予防活動に関する文献検討では、専門職が企画した活動に住民が参加するという住民参加であった。介護予防活動の活性化のためには、専門職が企画した活動だけでなく、活動の必要性、目的、方法などの企画の段階に住民が主体的に参加出来る研究を推進する必要があると考える。

2. 当事者の希望するケアの実現に向けた介護予防活動の研究課題

看護職者が行う介護予防活動は、【健康づくりに関す

る研究】と【生きがいがづくりに関する研究】が導かれ、介護予防活動の社会参加、社会貢献、就労についての研究は今回の文献検討ではみつけられなかった。

2000年の介護予防・生活支援事業では、配食や外出支援や生きがい活動支援通所事業などが示され、2006年の地域支援事業(厚生労働省)では、運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善プログラムが示されてきた。したがって、本研究において【健康づくりに関する研究】と【生きがいがづくりに関する研究】が導かれたと考える。

上野(2011)は、当事者を「問題を抱えた個人」ではなく、「ニーズの主人公」と定義した。石垣(2012)は、現役の専門職の多くは老年期を生きた経験をもたず、実体験がないため、老いに対する理解が乏しく、老年看護学に当事者学を考え方を取入れる必要性を述べた。大越(2005)は、介護予防に関する当事者のニーズは、社会参加、社会貢献、就労、生きがいがづくり、健康づくりなど幅広いことを報告している。つまり、当事者がニーズの主人公になるためには、専門職が必要とする健康づくりや生きがいがづくりだけでなく、当事者の希望するニーズを介護予防活動に組み入れる必要があると考える。

大湾ら(2003)は、離島における施設入所高齢者の生きがいがづくりに関するアクションリサーチにより、本人の生きがいがづくりだけでなく、家族関係の深まりや施設サービスにも影響するという波及効果を報告している。また、長嶺(2011)は、要介護高齢者の人と人とのつながりを目的とした主観的な外出ニーズという社会参加に焦点を当て、それを充足することでリハビリ意欲が高まり生活機能の保持につながることを報告している。そして、伊牟田ら(2015)は、要介護高齢者であっても社会貢献できる存在であり、要介護高齢者だからこそできる社会貢献があることを導いている。さらに、山口ら(2014)・坂東ら(2013)は、小離島において、修学旅行者を高齢者の自宅で預かり宿泊させる「民泊事業」に着目し、高齢者は男女ともに、現役時代に培ってきた能力・経験を活かし、働きたいときに無理なく楽しく働く生きがい就労をし、地域の活性化に役割を果たしていることを報告した。人生100年時代に働き方の戦略も求められ、高齢者の就労が介護予防につながることを推進している(秋山・前田,2013)。このように、高齢者の生きがいがづくり、社会参加、社会貢献、就労を手段として、高齢者の身体的、精神的、社会的な健康づくりの目的につながっていた。

看護は、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命としており(日本看護協会,2003)、看護職者の介護予防活動においても健康づくりを目的としている。国際生活機能分類(ICF)では、心身機能・構造、活動、参加の生活機能は相互に影響しあい、(上田,2005)、特に、活動と参加を重視した(大川,2004)。

したがって、看護職者の介護予防活動の研究課題は、

生きがいがづくり、社会参加、社会貢献、就労を視野に入れ活動の手段として位置づけることで、健康づくりの目的を達成していく方向性もあると考える(図2)。

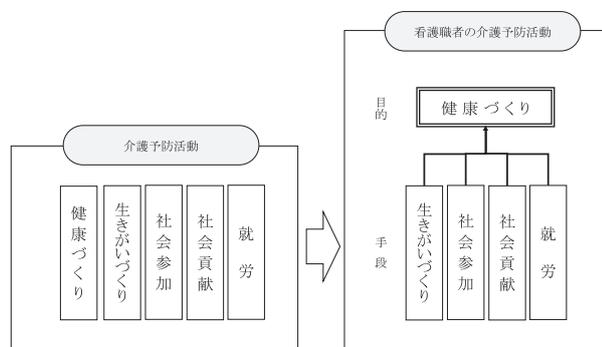


図2 看護職者による介予防活動の方向性

3. 本研究の意義と限界

本研究の意義は、看護職者の介予防活動の文献検討において社会参加、社会貢献、就労についての研究が無いことを整理したことである。しかし、分析対象文献を、「介予防」をキーワードにした国内の看護文献としており、今後は、社会参加、社会貢献、就労からみた介予防の文献検討が必要である。

V. まとめ

看護職者による介予防に関する国内文献は、【介予防の対象理解に関する研究】、【介予防の支援に関する研究】、【介予防活動に関する研究】があり、対象理解を入口とし、当事者の希望するケアの実現に向けた研究に取り組みれていたが、専門職が企画した活動に住民が参加する介予防活動であった。そして、看護職者の介予防活動の研究課題は、当事者の希望するニーズを介予防活動に組み入れ、健康づくりの目的の手段として生きがいがづくり、社会参加、社会貢献、就労を位置づけることである。

引用文献

秋山弘子, 前田展弘. (2013). 第4章 長寿時代の理想の生き方・老い方. 東大がつくった確かな未来視点を持つための高齢社会の教科書 (pp39-68). ベネッセコーポレーション.

坂東瑠美, 山口初代, 大湾明美, 佐久川政吉, 田場由紀, 前泊博美. (2013). 当事者の語りによる高齢者の“生きがい就労”の実態とニーズ 第2報—女性高齢者の場合—, 日本ルーラルナース学会第8回学術集会発表.

地域包括ケア研究会. (2013). 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点. www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf (2018年1月

11日現在).

芳賀博. (2016). 地域におけるアクションリサーチへの期待, 老年社会科学, 38 (3), 357-363.

伊牟田ゆかり, 大湾明美, 佐久川政吉, 田場由紀, 山口初代. (2015). 要介護高齢者の社会貢献の特徴, 老年看護学, 19 (2), 66-74.

石垣和子. (2012). “当事者学”に触れて見直す老年看護学, 老年看護学, 17 (1), 5-11.

介護保険制度史研究会. (2016). 介護保険制度史—基本構想から法施行まで—(初版), 社会保険研究所.

高齢者介護研究会. (2003). 2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～.

厚生労働省. (2006). 地域支援事業実施要綱. www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/dl/tp0313-1a-05_01.pdf (2018年1月11日現在).

厚生労働省. (2012). 平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護予防・日常生活支援総合事業の手引き. www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo.../dl/tebiki-1.pdf (2018年1月11日現在).

厚生労働省. (2015). 平成27年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査結果. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576.html> (2018年1月11日現在).

厚生労働省. (2017). 「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」の一部改正について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000074126.html> (2018年1月11日現在).

厚生省. (2000). 介護予防・生活支援事業の実施について. <http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/syakaifukushi/796.pdf> (2018年1月11日現在).

呉地祥友里, 大湾明美, 大川嶺子, 小川なお子, 佐久川政吉. (2008). 高齢者ニーズの捉え方—住民主体と利用者本位の「ずれ」—, 沖縄県立看護大学紀要, 9, 67-71.

松田正己. (2000). 生存科学より見た介護予防? とスピリチュアリティ, 生存科学, 11 (1), 25-32.

長嶺由利子. (2011). 要介護高齢者の外出ニーズを充足する支援の検討—人と人とのつながりを目的とした主観的な外出ニーズに焦点をあてて—, 沖縄県立看護大学保健看護学研究科修士論文.

日本看護協会. (2003). 看護者の倫理綱領. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> (2018年1月11日現在).

大湾明美, 佐久川政吉, 大川嶺子, 下地幸子, 富本博, 根原憲永. (2003). 離島における施設入所高齢者の生きがいがづくりに関する研究—「ふるさと訪問」事業化への取り組みのプロセスと事業評価・課題—, 沖

- 縄県立看護大学紀要, 4, 37-47.
- 大湾明美, 宮城重二, 佐久川政吉, 大川嶺子. (2006). 沖縄県一離島における住民参加の活動プロセス—住民参加のモデルとの比較—, 日本ルーラルナーシング学会誌, 1, 31-45.
- 大湾明美, 佐久川政吉, 田場由紀, 山口初代, 長堀智香子, 砂川ゆかり, 糸数仁美. (2017). 小離島の健康と介護の課題から捉えた地域包括ケアシステム構築の方向性 - 沖縄県の2つのモデル島での参加型アクションリサーチから -, 沖縄県立看護大学紀要, 18, 1-9.
- 岡本玲子. (2006). 健康な地域社会をつくる保健師の予防活動 介護予防と保健師の機能, 保健の科学, 48 (3), 169-174.
- 大川弥生. (2006). 介護保険サービスとリハビリテーション—ICF に立った自立支援の理念と技法—, 中央放棄出版.
- 大越扶貴. (2006). 介護予防に関する住民ニーズ, 日本在宅ケア学会誌, 9 (2), 31-37.
- 田場由紀, 大湾明美, 山口初代, 砂川ゆかり. (2017). 小離島における生活と介護の課題と高齢者が提案した解決策, 沖縄県立看護大学紀要, 18, 49-53.
- 上田敏. (2005). ICF (国際生活機能分類) の理解と活用—一人が「生きること」「生きることの困難 (障害)」をどうとらえるか, 萌文社.
- 上野千鶴子. (2011). ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ, 太田出版.
- 山口初代, 大湾明美, 佐久川政吉, 田場由紀, 榮口咲, 大川嶺子, 糸数仁美, 坂東瑠美, 前泊博美. (2014). 男性高齢者の“生きがい就労”の実態とニーズ—A島の当事者の語りから—, 沖縄県立看護大学紀要, 15, 43-51.
- 横田碧. (1990). 教育講演 症例研究と看護学—症例報告と症例研究の異同一, 日本看護研究学会雑誌, 13 (1), 53-56.

(文献検討)

糖尿病性腎症をもつ患者と家族に関する文献検討 －国内文献より－

名嘉みゆき¹⁾ 山本敬子²⁾

キーワード：糖尿病性腎症 家族 自己管理

Key words: diabetic nephropathy family self-management

I. はじめに

わが国では、社会環境や生活習慣の変化、高齢化の進行に伴い、生活習慣病が増加し、健康施策の中心的な対象疾患となっている（厚生労働省，2017a）。その中でも糖尿病の合併症である糖尿病性腎症は、新規の人工透析導入患者の総数に占める割合が 43.7% と最も多くなっている（日本透析医学会，2015 年）。2012 年から新たに、糖尿病透析予防指導管理料が診療報酬に設置されるなど重要な課題としてその対策が急がれており、糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを国レベルでも支援する観点から、糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定された（厚生労働省，2016）。糖尿病性腎症の第 5 期である透析療法期（糖尿病性腎症合同委員会，2013 年 12 月）においては、行動の制限や時間的拘束からくる身体的、精神的苦痛、QOL の低下による介護の必要性などから、患者とその家族の負担は計り知れない（厚生労働省，2017b）。

糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能である（厚生労働省，2016）。その治療においては初期の段階から生活の自己管理が求められる。しかし、患者が生涯にわたり自己管理を継続していくのは、容易ではなく支援体制が必要とされる。

糖尿病の療養生活において、自己管理を阻害する要因として、支援環境が広がらないことが挙げられており、糖尿病患者の治療に対するストレスや不安の軽減につながる有益な内容をもつソーシャルサポートネットワークの形成が必要とされている（村上ら，2009、筒井ら，2006）。患者にとって最も身近な支援環境は、生活を共にする家族である。鈴木（2013）は、家族との関係性が良好であることや自己効力感が高いほど家族支援を受けていると述べており、療養生活には家族が影響していることが明らかになっている。

糖尿病患者が、適切な血糖コントロールができずに糖尿病性腎症、ひいては透析導入に至る背景には、支援環境が広がらない家族関係にも原因があると考えられる。

家族へ視点を移すと、ほとんどの家族は、糖尿病を大変な病気であると認識しており、患者が糖尿病をもっていることに、迷惑と感じている家族ほど食事の配慮などの支援行動をとっていた（池田，1998）。また、加藤（2016）は、2 型糖尿病患者とスティグマに関する文献レビューにおいて、家族を重んじる文化においては、2 型糖尿病に対するスティグマは患者本人だけにとどまらず、家族全員を傷つけることになると考えられていると述べている。すなわち、糖尿病をもつということは、患者だけでなく家族におよぼす影響も大きいと言える。

糖尿病による合併症をもつ患者の家族は、患者が糖尿病になったことにより、身体的、精神的、社会的な負担を負い、家族本来の機能が発揮されなかったのではないかと推察する。そのため、家族による支援が十分ではないと考えられた。

糖尿病性腎症をもつ患者が、家族から受ける影響や家族が患者から受ける影響について検討することは、今後、家族を含めた糖尿病をもつ患者、糖尿病性腎症をもつ患者の看護を行っていく上で意義があると考えられる。

そこで、本論文では、糖尿病性腎症をもつ患者と家族に関する看護研究を概観し、その動向と研究の特徴を整理し、家族の特徴について明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 文献検索および選定方法（図 1）

医学中央雑誌 Web 版と Google Scholar を用いて過去 20 年間（1998 ～ 2017 年 9 月）に発表された文献を検索した。医学中央雑誌 Web 版では、「糖尿病性腎症」とその他のキーワードを掛け合わせて検索した。キーワード「糖尿病性腎症」277 件と「家族」、「家族シソーラス」でそれぞれ 65 件ずつ抽出された。この 65 件は一致しており、以降「家族」と統一して記述する。「妻」「配偶者」

1) 沖縄県立看護大学大学院博士前期課程

2) 沖縄県立看護大学

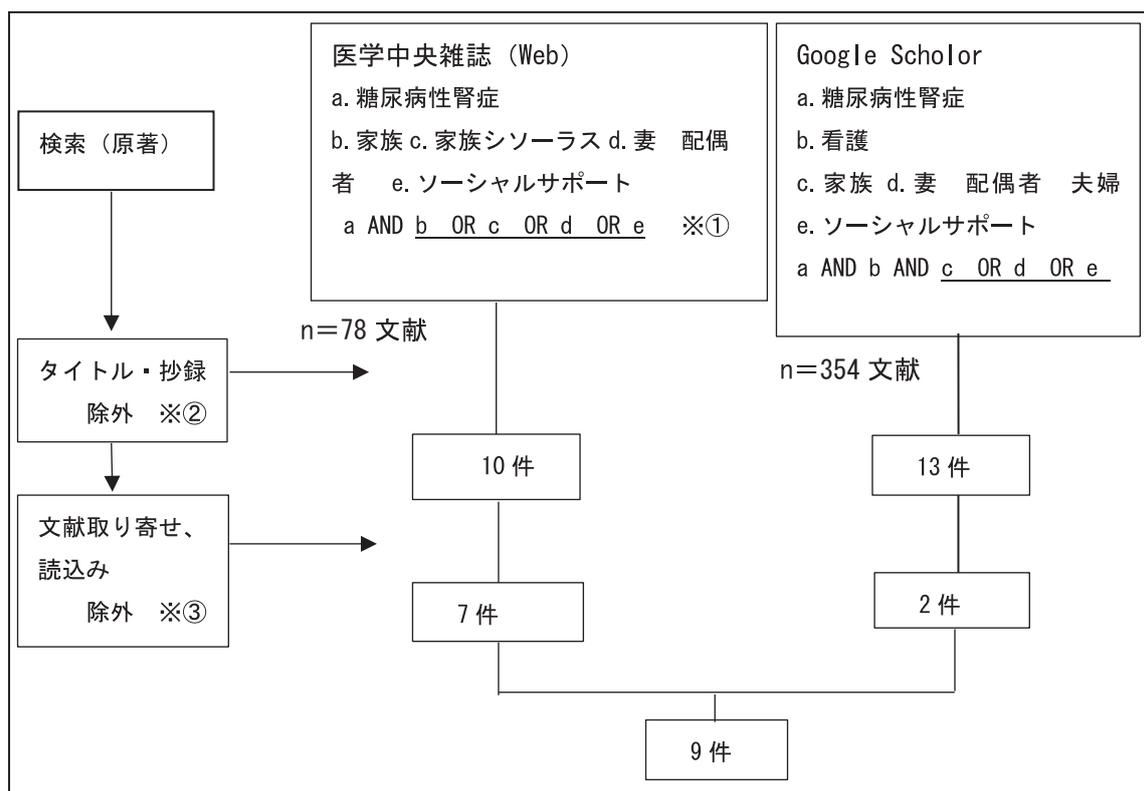


図1 文献検索手順

- ①各キーワードをすべての検索→さらに絞り込み検索 (看護 原著論文 1998～2017年)
- ②除外条件 (事例研究・一人暮らし・認知症・高齢者に焦点をあてた研究, 看護師に関する研究, 院内研究, 重複文献)
- ③文献を取り寄せ読み込み、家族に関連していない、対象が糖尿病性腎症患者ではない文献を除外

との検索結果の11件は全て除外条件 (図1-②) に従って除外した。「糖尿病性腎症」と「家族」の検索結果65件と、「ソーシャルサポート」との検索結果13件の文献のタイトルと抄録を読み込み、条件に従って除外した結果、前者で6件、後者で4件残った。Google Scholarでは、「糖尿病性腎症」「看護」と「家族」、「妻 配偶者」、「ソーシャルサポート」をそれぞれ組み合わせて検索した結果、354件抽出された。条件 (図1-②) に従って除外し、13件残った。前者の10件と合わせ23件の文献を取り寄せて読んだ。さらに条件 (図1-③) に従って除外した結果、前者で7件、後者で2件が残った。

2. 分析方法

選定した9件の文献を概観し、研究数の年次推移、タイトルと研究参加者、研究内容について概要を把握した。次に、研究内容の家族に関連する結果について記述している部分全体を取り出し、一覧表にして読み込み、その意味やキーワードなどから類似性にしたがい分類した。

次に、研究内容の家族に関連する結果について記述している部分全体を抽出し、一覧表にした。選定した文献の質的研究の7件で、記述のある研究参加者の語りの部分に絞って意味の読み取れる単位で抽出した。量的研究においては、家族に関連した結果の部分抽出し、質的研究の患者の語りの一覧表に加えた。これらの抽出した

結果を類似性、相似性を検討しながら分類してカテゴリ化した。

III. 結果

1. 文献の概要

文献検索を1998年から行った結果、2000年以前はみられず、2001年以降より抽出された。2007年までは3件で、2008年に2件、2012年から2015年までに連年1件ずつみられた。

タイトルに「家族」「ソーシャルサポート」の用語が用いられた論文は木本ら (2012)、野崎ら (2002) の2件であった。

研究参加者は、透析導入となるおそれのある保存期糖尿病性腎症患者、透析導入期にある糖尿病性腎症患者、腹膜透析から血液透析へ変更した糖尿病性腎症患者、透析を導入している糖尿病性腎症患者であった。1件においては、腹膜透析から血液透析へ変更した患者4名のうち1名のみが糖尿病性腎症患者であった。そのため、糖尿病性腎症の患者と限定できる結果のみ抽出した。

研究内容をみると、患者と家族の関連性に焦点を合わせた研究は1件 (野崎ら, 2002) のみであった。他の8件の文献は、患者の食事療法や受診態度、患者の意思決定、患者の病の受け止め、患者の病みの軌跡、患者の家

表1 患者の自己管理に影響している家族

タイトル・著者・公表年	対象・人数・性別・年齢	方法	目的	主な結果	家族に関する結果
2型糖尿病から透析導入となった患者の透析前の食事療法の特徴を踏まえて 石井	2型糖尿病から透析導入となった患者18名(男性10名、女性8名)年齢平均70歳(55~82歳)透析歴2~12か月	質的半構造化面接	徳島県の2型糖尿病患者から透析導入となった患者の透析前の食事体験を明らかにする	対象患者全員が家族と同居しており、家族とともに食事をすることを大切にしていた 透析前の食事療法は「守れなかった」「あまり守れなかった」が18名中、15名であった 食事摂取時間が5~15分と短かった 食事療法を意味づけることや食事療法の効果が実感することが意欲の維持・増進につながっていた	対象患者全員が、食事療法を通して家族の支えに感謝していた 「家族が気を使ってくれたのでよかった」「家族の協力で助けられた 夫・妻の協力があって工夫していた」「家族がしていたんでわからない」「家族がいつも助けてくれて感謝です」「食べることも家族に感謝です」 意欲の維持・増進にかかわる環境要因として一緒に取り組んだり、気にかけてくれる家族や身近な人の存在があった 「夫が食事を一緒に作ってくれる」「朝のメニューなんかは完璧」「タンパク制限もちゃんとしてくれる」「夫が同じでいって言うてくれて変な気がした」「夫が家族に同じものを食べるようにいってくれる」「夫は食べ物にうるさい」「それはカリウムが高いからダメだよとか私よりわかっている」「受診の時にはいつも夫も一緒に来てくれる」
保定期糖尿病腎症女性患者の食事療法継続のための意欲にかかわる要因 須森ら	通院中の保定期糖尿病腎症患者で、家族役割として調理を担当しており透析導入となるおそれのある45~70歳までの女性10名 年齢47~68歳	質的自記式質問調査と半構成的面接	保定期糖尿病腎症女性患者が食事療法を継続するため意欲にかかわる要因を明らかにする	食事療法を意味づけることや食事療法の効果が実感することが意欲の維持・増進につながっていた	
透析導入期の食事指導に対する思い 糖尿病腎症患者に焦点をあてて 石井ら	透析導入後6ヶ月~1年未満の透析施設に通院中の患者12名(男性4名女性8名)年齢59~84歳	質的半構成的面接	透析導入期における患者の食事指導に対する思いを明らかにする	透析導入時の食事指導を、患者は水分、塩分、リンについての制限と理解していた 食事指導に対する思いとして「自己管理へのコンプライアンス」「自己管理への否定」「自己管理への不安」などがあった 家族を含めた個別性を踏まえた透析食への説明や指導を行う重要性が明らかとなった	「自己管理へのコンプライアンス」では、家族の中で自分一人だけ食べられない高齢者から自己管理を否定する思いを語っていた。 「家族の協力」では、食事支援には家族が欠かせず、協力が必要であることを語っていた 「透析でしんどい時には家族が準備してくれる」「家族で分担して助かっている」
糖尿病性腎症患者の受診態度と性格特性の関係について 2000年 磯谷ら	インスリン非依存性糖尿病腎症により血液透析を必要とする外来通院中または入院している患者70名 継続者(37名男性18女性19)年齢63.7±8.7歳)中断者(男性21女性12)年齢62.0±8.6歳)	質的質問紙による面接調査	継続した受診ができるような患者教育の在り方の手掛かりを得ること	糖尿病性腎症患者の受診の中断には、治療内容、糖尿病教室の受講の時期が関係していた 糖尿病教室未受講の理由として、病院で糖尿病教室を開講していないということが46.8%であった	家族のいるもの全員が家族が治療に協力的であると答えていた 健康観のスケールのうち、「重要な他者のコントロール下にある」の項目が同居家族あり群でなし群より有意に高値を示した 65歳以上で「重要な他者のコントロール下にある」の項目が高く有意差がみられた

表2 患者の自己効力感に影響している家族

タイトル・著者・公表年	対象・人数・性別・年齢	方法	目的	主な結果	家族に関する結果
糖尿病性腎症を原疾患とする血液透析患者の自己効力感とソーシャルサポート 野崎ら	糖尿病性腎症から血液透析となった患者(以下透析群)33名(男性24名、女性9名)平均年齢60.3歳)と糖尿病で外来通院する患者(以下糖尿病群)217名(男性136名、女性81名)平均年齢63.4歳)	質的質問紙調査	透析群の健康行動に対する自己効力感とその関連要因を糖尿病群と比較検討する 透析群のソーシャルサポートの関連要因を明らかにする	外来通院する糖尿病群は透析群より健康行動に対する自己効力感が高かった 糖尿病群において、疾患に対する対処行動の積極性でセルフケアに関連する項目が、健康行動に対する統制感で病気に向き合うことに関連する項目が高かった 両群ともに自己効力感と年齢との間に正の相関関係が認められた	透析群患者のソーシャルサポートと自己効力感比較の強い正の相関があった 行動的サポート因子と自己効力感の相関係数が高い値を示した ソーシャルサポートと一身体重増加量の間で正の相関があった

族を思い描く現象に関する研究であった。その結果のなかで、患者の語りに家族に関する内容がみられた。

2. 家族に関連する結果

9件の文献の家族に関連する結果の内容を、類似性に従い分類した結果、「患者の自己管理に影響している家族」、「患者の自己効力感に影響している家族」、「患者の意思決定や生きる意欲に影響している家族」に分けられた。以上をマトリックス表（表1、表2、表3）に示す。

家族に関する患者の語りについて37のコードが抽出され、類似したコードを分類し15のサブカテゴリを抽出した。さらに、【家族の協力】【家族の中で自分の存在価値を確認する】【意思決定に関わる家族】【生きる意欲に関わる家族】【家族への感謝】【家族への気遣い】の6つのカテゴリに分類された。以下、カテゴリは【】、サブカテゴリは<>で示す。以上を表4に示す。

1) 患者の自己管理に影響している家族（表1参照）

患者の自己管理に影響している家族が抽出された文献は4件あった。糖尿病食から腎臓病食への移行に戸惑いや困難を感じながらも、病気を理解し、一緒に取り組んでくれる人、気にかけてくれる人の存在に支えられ食事療法を継続している患者がいた。家族の中で自分一人だけ食べられない葛藤から自己管理を否定する思いを語り、食事支援には家族の協力が必要であることを語る患者がいた。家族と同居している患者は、健康観スケールで「重要な他者のコントロール下にある」の項目が高値であった。

2) 患者の自己効力感に影響している家族

患者の自己効力感とソーシャルサポートの関連についての研究は、1件であった。自己効力感とソーシャルサポートが比較的強い正の相関関係にあり、その中でも行動的サポート因子の相関係数がより高い値を示していた。ソーシャルサポートと一日体重増加量との間では正の相関が認められた。

3) 患者の意思決定や生きる意欲に影響している家族(表3参照)

患者の意思決定や生きる意欲に影響している家族が抽出された文献は4件であった。患者は腹膜透析療法から血液透析療法へ変更する際の意思決定の過程で、家族を頼りにしていた。また、家族の支援に対し、一生懸命生きなければという使命感を感じ、家族に自身の存在価値を見出していた。

3. 患者の家族に関する語り

1) 【家族の協力】

患者は、<家族が食事療法について理解し、協力してくれる><家族へ疾患について話すことや透析を機に家族の協力を得られるようになった>と語っていた。また、家族は、タンパク質やカリウムを多く含む食物などについて患者よりも情報を持ち、食事の際に患者へ注意するなどしていた。同居家族がある患者は、重要な他者のコントロール下にあるという Powerful Health of Control Scale (PHLC) 値が同居家族のない群よりも高くなって

いた。患者は、<家族から注意を受けることにより、食事のコントロールを行っていた>。患者は、<ソーシャルサポートによる自己効力感の高まり>を得ていた。

2) 【家族の中で自分の存在価値を確認する】

患者は家族の反応から、<家族に必要とされている自分>を確認していた。一方で、<家族から必要とされていない、迷惑と思われている自分>と、存在価値のない人間として自分自身を映している患者がいた。

3) 【意思決定に関わる家族】

患者は、治療を腹膜透析から血液透析へ変更するとき、家族を<意思決定をするときの相談役>としていた。息子や仕事のために血液透析を受け入れる患者、夫と過ごす時間を持ちたくて腹膜透析を選択する患者、家族内での役割を考えて治療を考える患者など、家族は治療法を選択するときの<要因>となっていた。

4) 【生きる意欲に関わる家族】

糖尿病性腎症の患者は、自分を見る母親に思いを馳せ、しっかりしようと思い、母親を見送るという生きる支えを見つけていた。子どもに頼られているという実感をもつ患者は、子どものために生きようと思い、<家族のためにしっかり生きる>という生きる意欲につながっていた。妻を一番の頼りにする患者や母親へ話をすることで気を紛らわす患者にとって、<家族が拠り所>となっていた。

5) 【家族への感謝の気持ち】

患者は夫の気遣いにほっとするなど、<家族に気遣ってもらっているという気持ち>を持ち、<家族の協力で助けられているという気持ち>を持っていた。

6) 【家族への気遣い・負い目】

患者は、他の家族と同じものを食べれば、食事作りも楽であろうという<食事をつくる家族への遠慮>から血液透析療法を選択していた。

IV. 考察

対象期間において、キーワードで抽出された文献は9件で、2001年以降よりみられた。しかし、糖尿病性腎症をもつ患者とその家族に焦点を合わせた研究は1件のみであった。日本家族学会の設立が1994年、日本糖尿病教育・看護学会の設立が1996年で、どちらも設立から20年以上を経過している。新規に人工透析導入となる原疾患で最も多いのが糖尿病性腎症で、国をあげての対策が急がれている社会的背景などを考えると、文献数は少ないといえる。2型糖尿病患者と家族に関する文献は、医学中央雑誌 Web 版において、事例研究なども含めて60件以上みられる。その研究参加者をおおまかにみたところ、合併症をもつ患者を含めた研究もあり、特定の合併症に至った患者やその家族のみを研究参加者とした先行研究の少ないことがうかがえる。糖尿病性腎症から人工透析導入となる患者が急速に増加していることや糖尿病による合併症を有する患者が増加することが予

表3 患者の意思決定や生きざる意欲に影響している家族

タイトル・著者・公表年	対象・人数・性別・年齢	方法	目的	主な結果	家族に関する結果
成人期腹膜透析患者が血液透析併用療法へ変更する際の意志決定支援 山本ら 2014年	腎機能障害のため身体障害手帳1級を有し、腹膜透析(以下PDとする)の継続が困難な状態となり血液透析(以下HD)へ変更を体験している患者4名(糖尿病性腎症患者1名男性) 男性3名、女性1名 年齢20~65歳	質的記述 研究 半構造化 面接	PDの継続が困難な状態にある成人期患者の治療変更に関する意思決定支援を探求するための、HD併用を行う際の意思決定プロセスに焦点を当てて、支援方法の示唆を得る	PD患者の意思決定の根底には「生きるために腎代替療法を行うしかない」という心情がある 成人期PD患者は高いセルフコントロール能力を身につけ、PD限界を予測しHD併用を選択していた	HD併用について主に家族へ相談した 「自分の決断に、もうちょっと後押ししてもらおうに家族にいう」「決めるときに相談するのは家族」「家族に相談するところがいいんじゃないかって言われて、で決める」「家族が支えてくれて僕も一生懸命生きていかなくちゃって思うようになった」
透析導入期にある2型糖尿病患者が家族を思い描くという現象 木本ら 2012年	透析を導入して3年以内の成人2型糖尿病患者9名(男性5名、女性4名) 年齢40~70代	質的 非構造化 面接	透析導入期にある2型糖尿病患者が「家族を思い描く」という現象の意味を理解し、それを踏まえたケアを行うこと	患者は家族との関係にある自分を見つめ、糖尿病時代を振り返り、現在を見直そうとする家族に思いを抱く体験をしていた	患者は死を身近に感じながら家族が困らないように準備をしている。生きる力を失いながら、その気持ちを家族の中で持ち続ける。時には生きる価値のある自分として家族に映る自分の姿が浮かび上がる。時には価値のない自分として映る 自分を必要とする家族の姿を描ける瞬間、生きる目的を見つげることが出来る 「誰も、何も言わなくなったら、寂しいじゃない。死を待っているようで、食べ過ぎるよ、飲まんよって言われて初めて自分の存在感がある 自分のことを家族が心配してくれるから、そういうふうになんか言いたくないよ...迷惑やっという感じがいややっという感じがね伝わって通じないよ...」「..家族にはすごい悪いという気持ちがある 申し訳ない」「離婚して生活がむちゃくちゃになって..子供もむちゃくちゃになって..それは自分の身体においても徹底的なポイントやっだし、子供たちにも決定的な影響を与えた」「やっぱ頼られていると感ずるよね..その子らのために生きようと思ってる」
腹膜透析から血液透析への移行を決定した患者の病みの体験 久保ら 2008年	透析センターに通院中の患者で腹膜透析から血液透析に以降したのうち、経過が安定している患者3名 男性1名、女性2名 年齢67~81歳	質的 半構造化 面接	腹膜の機能低下や感染といった医学的理由により、腹膜透析から血液透析への移行を余儀なくされ、自ら治療の移行を決断した患者の病氣や治療をめぐる体験を理解する	家族の負担軽減になったことで血液透析に移行するという選択を納得していた 生きる手段として血液透析を受け入れていた 終わりのない血液透析に対して治療の重さと不安を抱えていた	仕事のため息子のために、生きる手段として血液透析を受け入れたのであろう 家族がいない間の留守番ができ、それを家族内での自分の役割であると感ずせていた 血液透析に通えば家族の負担も減るだろうから、移行して良かったと自腹膜透析の継続中に、夫とゆっくり過ごした時間は、何物にも代え難い大切な時間であった 「食べるものも家の衆と一緒にの物を食べれりゃ、いくらかでもお母さん、案ができてくれると思う」
透析療法期にある糖尿病患者の病の受け止めと援助の方向性 林ら 2004年	糖尿病性腎症により透析治療を受けている患者8名(男性6名、女性2名) 年齢48~75歳	質的 半構造化 面接	透析治療期にある糖尿病性腎症患者の病の受け止めの明らかにし、透析看護における援助の示唆を得る	患者が今後の自己像や生活の仕方を見出し、病へ取り組むための援助、患者が自己価値を取り戻し、自己肯定できるための援助、身体的自己に自身がもて、自己拡張へ向ける援助、実践的知識の自己拡張へ向ける援助の必要性が示唆された。	「母親はこんな自分を見るのは苦しいでしょう 自分の役目は母親を見送る(葬儀を出す)ことから始めよう そう思うと、母親に一生懸命になるように気持ちが向いていった」

表4 患者が家族から受けている影響

カテゴリ	サブカテゴリ
家族の協力	家族が食事療法について理解し協力する 家族へ話すことや透析を機に協力を得る 家族から注意を受けることにより食事コントロールを 行える ソーシャルサポートによる自己効力感の高まり
家族のなかで 自分の存在価値を確認	家族に必要とされている自分 家族から必要とされていない自分 家族から迷惑と思われている自分
意思決定に関わる家族	意思決定をするための相談役としての家族 意思決定に関わる要因としての家族
生きる意欲	家族のためにしっかり生きるという意欲 家族が精神的な拠り所となっている
自分自身の糖尿病歴を過去の 自分と家族をつなげて振り 返る	糖尿病が悪くなったポイントを確信 し振り返る
家族への感謝	家族に気を遣ってもらっている 家族の協力を助けられている

測される背景などから、今後研究数が増えていくことが考えられる。

検討した研究の中で、患者の療養生活に協力的な家族と患者の疾患に無関心、または糖尿病性腎症を患者の疾患ととらえ、協力的でない家族の二つの特徴がみられた。

協力的な家族は、主に患者の食事療法に関わり、自己管理が継続できるように支えていた。このような家族をもつ患者は、家族に感謝の気持ちを持っていた。正野ら(2015)は、慢性疾患患者が治療に積極的に取り組めずに悪化していく背景に、家族がシステムとして機能せずに悪循環が生じていることを指摘している。しかし、今回の文献検討で、糖尿病性腎症から透析の導入に至った患者の家族のなかには、悪循環が生じていず、支援環境として家族が機能しているケースもあることがわかった。

研究内容をみると、主に食事療法に関する自己管理の継続の面で、患者は家族から支えられていた。そのほとんどが食事療法への協力であった。患者の自己効力感、日常的に気分や服薬行動を気にかけて言葉をかける人や食事をとる人の存在によって高まるといえる。療養生活において、食事療法は最も基本的でかつ困難であり、家族から協力が得られることは、正の影響となって自己効力感が高まり、継続した自己管理につながると考える。

一方で、糖尿病であるがゆえに、家族と同じように食べられないことによる葛藤を抱えている患者もいた。食事療法負担度と背景の関係では、配偶者「あり」で負担感が高いことが示されており、血糖コントロール不良な患者の夫婦では、糖尿病とつきあうということを目障りと意味づける形態がとられていた(生田ら, 2004, 早川ら, 2004)。協力的でない家族の中では、患者は孤立することが考えられる。また、家族に存在価値のない人間として自分自身を映している患者は、自暴自棄になり、自己管理も適切に行えていないことが推察される。これらの結果は、「血糖コントロールが適切に行われずに糖尿病

性腎症に至った患者は、家族との関係性が良好でなく、支援環境が広がっていないのではないか」という仮説に当てはまる。その判断には、患者がどの時点で糖尿病と診断され腎症に至ったかなど、糖尿病の経過やその他の要因を加味する必要がある。しかし、患者の背景には、家族の中に悪循環が生じている可能性が高いと考えられる。

新規に透析導入となる基礎疾患で、最も多くなっているのが糖尿病性腎症である社会背景を鑑み、家族を含めた看護を行っていくうえで、家族が患者に与える影響や患者が家族に与える影響に焦点をあてた研究が重要となってくると考える。

V. 結論

1. キーワードで対象期間中に抽出された文献は、9件であった。その中で患者と家族の関連性に焦点を合わせた文献は1件のみであった。

2. 選定した文献から、家族に関連する結果を検討した結果、患者の自己管理に影響する家族、患者の自己効力感に影響する家族、患者の意思決定、生きる意欲に影響する家族が抽出された。

3. 抽出した家族に関する患者の語りは、37のコードと14のサブカテゴリ、6のカテゴリ【家族の協力】【家族への感謝】【家族への気遣いからくる負担】【家族の中で存在価値を確認する】【意思決定に関わる家族】【生きる意欲に関わる家族】に分類された。

4. 文献検討の結果、糖尿病性腎症をもつ患者の患者側からみた家族の特徴について概観することができた。家族が患者に与える影響や患者が家族に与える影響に焦点をあてた研究はなく、今後行っていく必要があるといえる。

引用文献

- 生田美智子, 佐藤栄子, 山守育雄, 近森清美, 峯田知子, 森早苗. (2015). 2型糖尿病患者の自己管理継続を目的とした家族同席の面接による家族介入プログラム試案の作成と評価. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 19 (1), 15-23.
- 池田京子, 西脇友子. (1998). 糖尿病患者の家族支援に関する研究 糖尿病患者家族の意識調査より. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 2 (2), 104-109.
- 石井俊, 坪井敬子. (2008). 透析導入期の食事指導に対する思い 糖尿病性腎症患者に焦点をあてて. 看護・保健学会誌, 8 (1), 231-240.
- 石井俊行. (2015). 2型糖尿病から透析導入となった患者の透析前の食事療法の実態 徳島県の特徴を踏まえて. インターナショナル Nursing Care Research, 14 (1), 89-98.
- 磯谷文衣, 工藤せい子, 山辺英彰, 斉藤洋子, 鳴海肇子. (2000). 糖尿病性腎症患者の受診態度と性格特性の

- 関係について. 日本看護研究学会雑誌, 23 (1), 73-82.
- 加藤明日香. (2016). 2 型糖尿病患者とスティグマに関する文献レビュー 医療分野の視点から. 医療と社会, 26 (2), 197-206.
- 木本未来, 稲垣道子. (2012). 透析導入時期にある 2 型糖尿病患者が家族を思い描くという現象. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16 (1), 23-30.
- 久保敷彰子, 水寄知子. (2008). 腹膜透析から血液透析へ移行を決断した患者の病みの体験. 長野看護大学紀要, 10, 11-19.
- 厚生労働省. (2017a). 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて.
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000170749.pdf> (2018 年 1 月 5 日現在).
- 厚生労働省. (2016). 平成 28 年 4 月 20 日 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定について. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000121900.pdf> (2018 年 1 月 5 日現在).
- 厚生労働省. (2017b). 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて.
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000170749.pdf> (2018 年 1 月 5 日現在).
- 厚生労働省. (2016). 平成 24 年 3 月 30 日 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000124788.pdf>
<https://www.dietitian.or.jp/trends/2017/45.html> (2018 年 1 月 5 日現在).
- 正野逸子, 鷹居樹八子, 戸井間充子, 藤本照代. (2015). 慢性疾患患者のいる家族の悪循環の要因. 日本看護福祉学会誌, 1 (2), 29-42.
- 鈴木千恵子. (2013). 2 型糖尿病患者の血糖コントロールに及ぼす家族支援と自己効力感について - 患者の性別に焦点を当てて -. ヒューマンケア研究学会誌, 5 (1), 41-46.
- 須森未枝子, 松下由美子, 旗持知恵子. (2013). 保存期糖尿病腎症患者の食事療法継続のための意欲にかかわる要因. 日本腎不全看護学会誌, 15 (2), 75-83.
- 筒井秀代, 押田芳治. (2006). 糖尿病患者に対するソーシャルサポートネットワークの在り方についての検討 - 2 型糖尿病患者に対する行動特性アンケート調査の結果から -. 糖尿病, 49 (6), 459-463.
- 糖尿病性腎症合同委員会. (2014). 学会合同で策定された「糖尿病性腎症病期分類 2014」.
<http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=46>.
- 日本透析医学会. (2015). 統計調査. 2015 年 (3) 導入患者の主要原疾患の割合推移. <http://docs.jsdt.or.jp/overview/> (2017 年 11 月 19 日現在).
- 野崎智恵子, 布佐真理子. (2002). 糖尿病性腎症を原疾患とする血液透析患者の自己効力感とソーシャルサポート 糖尿病患者の自己効力感との比較を通して. 東北大学医療技術短期大学部紀要, 1 (1), 77-84.
- 早川千絵, 稲垣美智子. (2004). 2 型糖尿病をもつ夫婦の携帯. 金沢大学つるま保健学会誌, 28 (1), 159-171.
- 林一美. (2004). 透析療法期にある糖尿病患者の病の受け止めと援助の方向性. 日本腎不全看護学会誌, 6 (2), 66-72.
- 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子. (2009). 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因. 日本看護研究学会雑誌, 32 (4), 29-38.
- 山本摂子, 片岡秋子. (2014). 成人期腹膜透析患者が血液透析併用療法へ変更する際の意味決定支援. 武蔵野大学看護学部紀要, 8, 31-39.
- 生田美智子, 佐藤栄子, 山守育雄, 近森清美, 峯田知子, 森早苗. (2015). 2 型糖尿病患者の自己管理継続を目的とした家族同席の面接による家族介入プログラム試案の作成と評価. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 19 (1), 15-23.
- 池田京子, 西脇友子. (1998). 糖尿病患者の家族支援に関する研究 糖尿病患者家族の意識調査より. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 2 (2), 104-109.
- 石井俊, 坪井敬子. (2008). 透析導入期の食事指導に対する思い 糖尿病性腎症患者に焦点をあてて. 看護・保健学会誌, 8 (1), 231-240.
- 石井俊行. (2015). 2 型糖尿病から透析導入となった患者の透析前の食事療法の実態 徳島県の特徴を踏まえて. インターナショナル Nursing Care Research, 14 (1), 89-98.
- 磯谷文衣, 工藤せい子, 山辺英彰, 齊藤洋子, 鳴海肇子. (2000). 糖尿病性腎症患者の受診態度と性格特性の関係について. 日本看護研究学会雑誌, 23 (1), 73-82.
- 加藤明日香. (2016). 2 型糖尿病患者とスティグマに関する文献レビュー 医療分野の視点から. 医療と社会, 26 (2), 197-206.
- 木本未来, 稲垣道子. (2012). 透析導入時期にある 2 型糖尿病患者が家族を思い描くという現象. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 16 (1), 23-30.
- 久保敷彰子, 水寄知子. (2008). 腹膜透析から血液透析へ移行を決断した患者の病みの体験. 長野看護大学紀要, 10, 11-19.
- 厚生労働省. (2017a). 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて.

- <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000170749.pdf> (2018年1月5日現在).
- 厚生労働省. (2016). 平成28年4月20日 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定について. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000121900.pdf> (2018年1月5日現在).
- 厚生労働省. (2017b). 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて.
- <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000170749.pdf> (2018年1月5日現在).
- 厚生労働省. (2016). 平成24年3月30日 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について.
- <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000124788.pdf>
<https://www.dietitian.or.jp/trends/2017/45.html> (2018年1月5日現在).
- 正野逸子, 鷹居樹八子, 戸井間充子, 藤本照代. (2015). 慢性疾患患者のいる家族の悪循環の要因. 日本看護福祉学会誌, 1 (2), 29-42.
- 鈴木千恵子. (2013). 2型糖尿病患者の血糖コントロールに及ぼす家族支援と自己効力感について - 患者の性別に焦点を当てて -. ヒューマンケア研究学会誌, 5 (1), 41-46.
- 須森未枝子, 松下由美子, 旗持知恵子. (2013). 保存期糖尿病腎症患者の食事療法継続のための意欲にかかわる要因. 日本腎不全看護学会誌, 15 (2), 75-83.
- 筒井秀代, 押田芳治. (2006). 糖尿病患者に対するソーシャルサポートネットワークの在り方についての検討 - 2型糖尿病患者に対する行動特性アンケート調査の結果から -. 糖尿病, 49 (6), 459-463.
- 糖尿病性腎症合同委員会. (2014). 学会合同で策定された「糖尿病性腎症病期分類2014」. <http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?page=article&storyid=46>.
- 日本透析医学会. (2015). 統計調査.2015年(3) 導入患者の主要原疾患の割合推移. <http://docs.jsdt.or.jp/overview/> (2017年11月19日現在).
- 野崎智恵子, 布佐真理子. (2002). 糖尿病性腎症を原疾患とする血液透析患者の自己効力感とソーシャルサポート 糖尿病患者の自己効力感との比較を通して. 東北大学医療技術短期大学部紀要, 1 (1), 77-84.
- 早川千絵, 稲垣美智子. (2004). 2型糖尿病をもつ夫婦の携帯. 金沢大学つるま保健学会誌, 28 (1), 159-171.
- 林一美. (2004). 透析療法期にある糖尿病患者の病の受け止めと援助の方向性. 日本腎不全看護学会誌, 6 (2), 66-72.
- 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子. (2009). 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因. 日本看護研究学会雑誌, 32 (4), 29-38.
- 山本摂子, 片岡秋子. (2014). 成人期腹膜透析患者が血液透析併用療法へ変更する際の意味決定支援. 武蔵野大学看護学部紀要, 8, 31-39.

(文献検討)

国内文献にみる高齢者のリロケーションに関する研究の現状と課題 －リロケーションの理由とリロケーションダメージに着目して－

The current situation and issues regarding relocation of the elderly people discussed in the academic paper in Japan: Focus on the reason of relocation and relocation damage

赤星成子 田場由紀 山口初代 砂川ゆかり

キーワード：リロケーション、高齢者、高齢者ケア、場、施設

Key words : relocation, elderly person, elder care, familiar place, nursing home

I. はじめに

わが国は、超高齢社会を見据え地域包括ケアシステムの構築を目指している。地域包括ケアシステムの構築は、可能な限り住み慣れた地域で住み遂げられるように医療、介護、介護予防、生活支援、住まいの5つの構成要素を示し、地域の実情に応じて、推進することである(厚生労働省, 2013)。

治療の場では、第4次医療法の改正に伴い在院日数の短縮化が図られた。医療機関では、早期退院に向け退院支援を推進する部署が設けられ、治療の終了と共に医療や介護度の高い高齢者は、退院先として、慢性期病院、介護施設や自宅だけでなく、有料老人ホームやグループホームなど多様な地域の生活の場など選択肢が広がった。介護度が重度化し独居や自宅での生活が困難になった高齢者は、介護サービスを受けるために住み慣れた生活の場を離れ、自宅から遠く離れた施設や子ども達の住む場所へとリロケーションを余儀なくされる。

瀬崎(2014)は、住み慣れた場所は、私たちのルーツを構成し、生活の営みを支える力となり、人間にとってのアイデンティの源であると述べている。また、旧来から「老梅は移すべからず」との慣用句があるように、高齢期を生きる人たちの生活は老梅のように根を下ろし、場になじみながらそれぞれの人生史を築いている。そして、要介護状態になっても、人は住み慣れた地域で可能な限り住み続けたいと願うものである。住み続けることは、稲葉(2011)が述べるように、つながりの中で生み出される価値としての社会関係資本(ソーシャルキャピタル)の中で営まれる生活を可能にする。

したがって、高齢者が社会的役割を持ち、生きがいを

持って社会参加できるような社会を目指すために、リロケーションに関わる現状を把握し、高齢者ケアの方向性について検討する必要があると考える。

本研究では、国内の文献によって、高齢者のリロケーションの理由とリロケーションダメージに着目して、研究の現状を整理し高齢者ケアの方向性について考察することを目的とする。

文献検討の視点は、①高齢者のリロケーションは、どのような理由があつてなされるのか。②リロケーションは、高齢者にどのようなダメージを与えるのだろうかである。

用語の操作的定義

1) リロケーション：住み慣れたこれまでの地域や生活空間、人との関係性の中での生活を離れ、新たな場所へと生活に移すことである。それは、生活空間の変化、対人環境の変化、自己の生活の変化を伴うものである。通常、「呼び寄せ」、「転居」、「移住」、「移転」、「リロケーション」の用語が使われている。

2) リロケーションダメージ：それまで暮らしてきた物的・人的環境から離れ、新たな環境での生活によって引き起こされる身体的・精神的・社会的な痛手のことである。

II. 研究方法

1. 分析対象文献の選定

研究対象となる国内論文の選定は、以下の手順で行った。文献検索のキーワードは、「看護」と「リロケーション」、「呼び寄せ」、「転居高齢者」である。データベースは、検索年の制限をせず、医学中央雑誌 Web 版 (Ver5) を用いた。「看護」と「リロケーション」で 42 件、「看護」と「呼び寄せ」で 22 件、「看護」と「転居高齢者」で 3

表 1. 分析対象文献の一覧

	著者	タイトル	研究の目的
1	水野敏子 (1999)	東京近郊に転入したいいわゆる「呼び寄せ老人」の介護者の負担感とその関連要因の分析	「呼び寄せ老人」の呼び寄せる前の状況と主介護者の負担感に影響する因子を明らかにすること
2	工藤禎子他 (2006)	都市部における高齢者の転居後の適応と関連要因	転居高齢者の適応の状況とその関連要因を明らかにすること
3	斎藤民 (2006)	高齢転居者に対する社会的孤立予防プログラムの実施とその評価の試み	社会的孤立から「閉じこもり」になる可能性が指摘される高齢転居者を対象にネットワークづくりと地域に関する情報の活用を目的として支援プログラムを開発・試行し、その有用性を検討すること
4	兎澤恵子 (2006)	高齢者の住環境移動による自尊感情の実態調査-呼び寄せ高齢者と地元高齢者の比較-	子どもの元へ住居を移動し、地域で生活を送っている「呼び寄せ高齢者」の自尊感情を地元高齢者との比較によって実態を明らかにすること
5	工藤禎子 (2008)	都市部に引っ越した要支援・要介護高齢者の生活変化と心身の状態	要支援・要介護高齢者の引っ越し前後の支援のあり方を検討するために、引っ越し後の要支援・要介護高齢者は、介護認定無しのものに比べ、生活変化、心情、健康状態、ソーシャルサポートおに関してどんな特徴があるかを明らかにすること
6	千葉和夫 (2011)	リロケーションダメージからの回復過程とレクリエーション活動支援との接続に関する考察-被災された高齢者の方-	被災しリロケーションを余儀なくされている高齢者が「自分らしく生きる」「自分の良さを見つけて生きる」ことにつなげるためにレクリエーション活動を通して支援を行うこと
7	中西一葉 (2012)	高齢患者の自宅退院における「予測内」、「予測を超える」ダメージリロケーション第四形態の存在とリスク要因	退院後に様々な要因で再入院する高齢患者の存在から、第4のリロケーション形態として「施設から家へ」という形態について明らかにすること
8	中西一葉 (2012)	高齢患者の自宅退院における「予測外」のダメージ リロケーション第四形態の存在と要因	高齢患者の自宅退院における「予測外」のダメージについて検討すること
9	中西一葉 (2013)	高齢患者自宅退院支援のツールに関する課題 リロケーション第四形態時のダメージ軽減を目的とした包括的システムの開発に向けて	高齢患者の自宅退院支援ツールについて検討すること
10	小松美砂他 (2013)	認知症高齢者の施設へのリロケーション 適応に関連する要因と早期介入	認知症高齢者の施設へのリロケーション時の適応に関連する要因を明らかにし、早期介入方法を提案すること
11	古田加代子 他 (2013)	女性主介護者からみた呼び寄せ介護の経験の特徴	本研究の目的は、離れて暮らしていた老親を呼び寄せ介護している女性主介護者の視点から、介護経験を検討しその特徴を明らかにすること
12	小松美砂他 (2013)	高齢者施設へのリロケーション時の適応課題と対処行動	高齢者施設への移転により生じる高齢者の適応課題と対処行動を明らかにすること
13	渡邊美保他 (2014)	リロケーションの概念分析	本研究では、リロケーションの概念分析を検討し、看護におけるリロケーションの活用の有用性を検討すること
14	古田加代子 他 (2015)	転居高齢者の要介護度悪化に関連する要因の検討	本研究は65歳以上で転居した高齢者の要介護度の悪化に、転居時の状況および転居後の生活変化がどのように関連するのかを明らかにすること
15	渡邊美保他 (2015)	災害後の高齢者のリロケーションケアに関する文献レビュー	本研究では、災害後の高齢者のリロケーションケアに関する文献レビューを行い、災害時の高齢者のリロケーションケアの示唆と今後の研究への展望を明らかにすること
16	小松美砂他 (2015)	日本における施設移転後の高齢者の適応	高齢者達のリロケーションに対する適応の特徴を明らかにすること
17	古田加代子 他 (2016)	転居高齢者の生活適応の経過に関連する要因 ライフ・ライン・メソッドを用いた検討	本研究は、都道府県の境界を越えて子どもとの近居または同居を目的として転居してきた高齢者を対象に、生活適応の経過と関連要因について明らかにすること

表2 高齢者のリロケーション文献に見る研究目的

ID	研究目的のコード	カテゴリー
14	転居した高齢者の要介護度の悪化	
8	自宅退院における「予測外」のダメージ	
12	移転により生じる高齢者の適応課題	
14	生活変化と介護度悪化の関連	リロケーション後の高齢者の心身機能低下
9	リロケーション第四形態時のダメージ	
7	再入院の患者と施設から家へのリロケーションダメージ	
1	呼び寄せ老人の呼び寄せる前の状況	
16	リロケーションに対する適応の特徴	
10	施設へのリロケーション時の適応に関連する要因	
17	転居した高齢者の生活適応の経過	転居高齢者の適応に関連する要因
17	生活適応の経過と関連要因	
2	適応と関連要因	
2	転居高齢者の適応の状況	
4	呼び寄せ高齢者と地域高齢者の自尊感情	呼び寄せ高齢者の自尊感情
1	介護者の負担感に影響する因子	呼び寄せ高齢者の介護
11	呼び寄せ高齢者介護の特徴	
9	包括的ケアシステムの開発にむけての支援ツール	
3	高齢転居者への閉じこもり予防支援	
5	要介護高齢者の引っ越し前後の支援のあり方	
5	要介護高齢者の引っ越し前後のソーシャルサポートの特徴	高齢者のリロケーションケアの方略
6	リロケーションダメージへの対処	
15	リロケーションケアの研究への展望	
15	災害時の高齢者のリロケーションケア	
13	リロケーション概念分析	リロケーション概念の有用性
13	リロケーション概念の活用	

注) 一論文に目的が複数ある場合はすべて記載した。

件、計 67 件の文献が検索された。67 件の文献から、テーマや内容が看護との関連や高齢者のリロケーションでないもの、本研究の目的に照らし内容が読み取れないもの、研究方法、結果や考察の詳細が読み取れない会議録、重複した文献を除き、計 17 件の文献を分析対象とした。

2. データの収集と分析

研究の概要を把握する為に、分析対象とした 17 の文献を、ID 番号、著者、論文のタイトル、研究目的で整理し、分析対象文献の一覧を作成、研究目的を本文から取り出し整理した (表 1)。

リロケーションの理由については、文献を精読しながら高齢者が住み慣れた場所を離れなければならない理由を本文から読み取り、コード化した。リロケーションダメージについては、生活の変化、困ったこと、身体的・精神的・社会的ダメージという側面から本文の結果から表現内容を読み取り整理した。量的研究でなされた文献からは、調査票の質問紙の項目に対する回答結果から読み取りコード化した。例えば、転居の理由、転居時の状況と転居後の要介護度悪化の有無、転居後の日常生活の変化、介護度の悪化の有無等の調査項目への回答から読み取りコード化した。それぞれコード化した内容は、質的・

帰納的に類似するコードを集めてカテゴリー化した。文中では、コードを< >、サブカテゴリーを<< >>、カテゴリーを【 】で表示する。

III. 結果

1. 研究目的から見た文献の概観

研究目的は、25 のコードから 6 つのカテゴリーに整理できた (表 2)。

【リロケーション後の高齢者の心身機能低下】は、<転居した高齢者の要介護度の悪化>、<自宅退院における「予測外」のダメージ>、<移転により生じる高齢者の適応課題>、<生活変化と介護度悪化の関連>などを目的としていた。【転居高齢者の適応に関連する要因】は、<リロケーションに対する適応の特徴>、<施設へのリロケーション時の適応に関連する要因>、<転居した高齢者の生活適応の経過>、<生活適応の経過と関連要因>を目的としていた。【呼び寄せ高齢者の自尊感情】は、<呼び寄せ高齢者と地域高齢者の自尊感情>、【呼び寄せ高齢者の介護】は、<介護者の負担感に影響する因子>、<呼び寄せ高齢者介護の特徴>を目的としていた。【高齢者のリロケーションケアの方略】は、<包括的ケアシステムの開発にむけての支援ツール>、<高齢

表3. 高齢者のリロケーションの理由

ID	高齢者のリロケーションの理由のコード	カテゴリー
17	病気で生活に対する不安、どちらかというとなかなか	生活をする上での不安
2	独居や老夫婦での暮らしが不安だったため転居した	
17	病気で生活に対する不安があり自ら希望したため転居した	
11	生活するうえで不安があったため転居した	
12	毎日の家事が困難であったため入所した	心身機能の低下
5	退院後介助が必要で仕方なく入所した	
1	歩行に介助が必要、生活の自立が困難になったため施設へ入所した	
12	自宅で生活ができず「ここにいるしかない」というあきらめの気持ちで施設入所した	
12	不安を感じる身体機能の低下があったため入所した	
3	身体機能の低下のため呼び寄せられた	
2	自分の病気や障害がきっかけで入所した	
5	子どもとの同居・近居のため転居した	
2	立ち退きなどの住宅事情があったため転居した	
14	退職で社会的役割を失ったため転居した	
2	仕事の都合で転居が必要になったため転居した	
2	配偶者などの離・死別があり転居した	
1	介護者が病気になったため入所した	
2	家の建築・購入のため転居した	自らの意思決定
13	やむを得ない理由：立ち退き、改築のため転居した	
11	転居することを自分が望んだ	
2	好きな場所に住もうと思ったため転居した	
2	通院や買い物の便利さを求めたため転居した	
2	知ってる場所だったため転居した	
8	本人の強い希望で自宅退院した	
7	夫の介護をしてきた経緯があり、自らの意思で自宅退院した	
7	本人の希望で自宅退院した	
1	入所によって活動範囲が広がり生活が豊かになると思って入所した	
7	本人と家族の強い希望で自宅退院した	
7	本人は退院への不安があるが家族の希望により自宅退院した	

*リロケーションを本文の言葉を用い「転居」、「退院」、「入所」と表現した。

転居者への閉じこもり予防支援>、<要介護高齢者の引越し前後の支援のあり方>、<要介護高齢者の引越し前後のソーシャルサポートの特徴>、<リロケーションダメージへの対処>などを目的としていた。【リロケーション概念の有用性】は、<リロケーション概念分析>、<リロケーション概念の活用>を検討し活用の示唆を得るための研究であった。

2. 高齢者のリロケーションの理由

リロケーションの理由は、30のコードから5つのカテゴリーに整理することができた(表3)。

【生活をする上での不安】は、<病気で生活に対する不安、どちらかというとなかなか>、<独居や老夫婦での暮らしが不安だったため転居した>などがあ

った。【心身機能の低下】は、<退院後介助が必要で仕方なく入所した>、<歩行に介助が必要、生活の自立が困難になったため施設へ入所した>などがあった。【社会的事情】は、<子どもとの同居・近居のため転居した>、<立ち退きなどの住宅事情があったため転居した>、<退職で社会的役割を失ったため転居した>などであった。【自らの意思決定】は、<転居することを自分が望んだ>、<好きな場所に住もうと思ったため転居した>、<通院や買い物の便利さを求めたため転居した>、<知っている場所だったため転居した>などがあった。【自宅退院への希望】は、<本人と家族の強い希望で自宅退院した>、<本人は退院への不安があるが家族の希望により自宅退院した>があ

った。リロケーションの意思決定は、転居先への求めがある

表 4. リロケーションが高齢者にもたらすダメージ

ID	リロケーションが高齢者にもたらすダメージのコード	サブカテゴリー	カテゴリー
1	施設入所で身体機能の低下 歩行状態 (独歩・杖歩行) から寝たきりが増えた		
8	入院することで身体能力と ADL の低下が見られた		
9	痛み、不眠、食欲低下などの身体症状が現れ頻繁な通院となる		
8	退院後の独居生活で急な活動量増加による患部の痛みが起こった		
8	自宅退院後、転倒による骨折で再入院した	環境の変化による身体症状の悪化	
8	食事の不適切な管理による食欲低下と脱水を起こした		
9	退院後服薬管理ができず病状が不安定になった		
9	病状が悪化し再入院となった		
13	転倒による骨折、再入院		身体的側面のダメージ
9	身体機能の低下：歩行状態：杖歩行・独歩が3割から1割に減。寝たきりが1.5割から3割に増えていた。		
9	呼吸苦、下肢筋力低下で外出困難で生活していく上での困難があった		
9	心不全増悪で活動の制限があった		
8	活動制限からくる生活への支障をきたした		
9	自宅退院後十分な食事がとれなくなった	身体症状の悪化からくる生活への支障	
9	症状の悪化で生活の乱れ、室内にゴミ散乱し不衛生な状態になった		
9	生活様式の変化 (量での生活) と症状悪化による生活の不具合があり体力が消耗した		
13	家事、買い物、メニューの選択、調理、御膳の準備や後片づけなど、慣れ親しんだ作業や日課が崩れた		
12	転居先の環境は事前に知らされていないかった		
15	自尊心の低下：「自分がてんでだめだ」、「自分が失敗者だ」	自尊心の低下	
15	自尊心の低下：転居が自己選択ではない、役割がもてない、後悔：自己受容が低い、友達：内面的なよりどころが持てない		
6	寂しい・気が滅入る		
6	いらいらしやすい、苦しい、辛いなどの感情が生じる	不安定な感情	
8	独居からくる精神的な不安感を持つ		
11	施設職員がケアで困ることがある：怒る、泣くなど興奮する		精神的側面のダメージ
8	精神的な不安からくる抑うつ状態になった		
11	無気力・無関心といった症状が出現する		
1	人との付き合いが減少した		
1	精神機能：中等度から重症が増えていた	精神活動の低下	
9	退院後、腰が痛い、体調が悪い、食欲がないことからくる不安を持った		
9	入退院を繰り返すことによる精神活動の不活発になった		
9	認知症悪化 (判断力が低下した)		
15	環境になじめない		
4	転居により「慣れている状況」から「慣れていない状況」に変化した		
2	住宅 (建物の構造) が使いにくい		
13	座席が決められていること、調理法が異なることでの心理的な負担感を！持った		
6	新しい生活になれない		
11	「ここが嫌だ」という施設生活を受け入れていない言動	なじめない環境	
2	周りの環境がわからず外に出ることが難しい		
13	施設での決まった生活は、スケジュールがあり、時間に追われ、施設の枠組みに押し込まれ自分のこれまでの生活との違いに違和感をもつ		
13	ケアハウスは年寄りの住む場所、「まだその世界に入れない」違和感や葛藤		
6	建物 (住宅) の構造が使いにくい		
11	「家に帰りたい」という帰宅願望がある		
12	以前行っていた家事を実施していない		
12	庭の手入れ・畑仕事をやめ実施していない		
12	地域活動を実施していない	役割・活動の喪失	社会的側面のダメージ
12	今まで行ってきた趣味をやめ実施していない		
12	今まで行ってきた散歩を実施することができなくなった		
13	今までしてきたことをしなくてよくなり戸惑いがある		
6	地域活動への参加が減った		
6	周りの環境がわからず家から外に出られなくなった		
6	親戚・友人との行き来が減った		
1	買い物からデイケア、通院、散歩へと外出先が変わった	活動範囲の縮小	
1	外出頻度は週1回以上が5.5割から4.5割へ減、週1回以下が5.2割から4.2割へ減った		
6	外出日数が少なくなった		
2	家族への気兼ねがある		
2	近所の人との付き合いに気を使う	他者への気づかい	
9	介護者である同居する夫への気づかい		
9	独居をサポートできる身内や知人がいないため生活への支障	独居生活での支障	
2	暮らしにお金がかかる	経済的負担	

積極的な意思決定、心身機能や生活への不安による消極的な意思決定、家族や関係者の希望、やむなき事情による決定があった。

3. リロケーションが高齢者にもたらすリロケーションダメージ

分析の結果、リロケーションダメージは、58のコード、11のサブカテゴリー、3のカテゴリーで構成された(表4)。3つのカテゴリーは、【身体的側面のダメージ】、【精神的側面のダメージ】、【社会的側面のダメージ】であった。

【身体的側面のダメージ】での《環境の変化による身体症状の悪化》は、〈施設入所で身体機能が低下し歩行状態は(独歩・杖歩行)から寝たきりが増えた〉、〈入院することで身体能力とADLの低下が見られた〉、〈痛み、不眠、食欲低下などの身体症状が現れ頻繁な通院となる〉など施設入所や入院することでの心身機能の低下があった。《身体症状の悪化からくる生活への支障》は、〈呼吸苦、下肢筋力低下で外出が困難で生活していく上での困難があった〉、〈心不全増悪で活動の制限があった〉、〈活動制限からくる生活への支障をきたした〉など、身体機能の低下が生活や活動へ影響を及ぼしていた。

【精神的側面のダメージ】での《自尊感情の低下》は、〈転居先の環境は事前に知らされていなかった〉こと、〈自尊感情の低下:「自分がでんでだめだ」、「自分が失敗者だ」〉と生きていく上での自信がそがれ、ネガティブな気持ちを持つにいたっていた。《不安定な感情》は、〈寂しい・気が滅入る〉、〈いらいらしやすい、苦しい・辛いなどの感情〉を生じさせていた。《精神活動の低下》は、〈精神的な不安からくる抑うつ状態〉、〈無気力・無関心といった症状〉を引き起こしていた。

【社会的側面のダメージ】での《なじめない環境》は、〈環境になじめない〉、〈転居により慣れている状況から慣れていない状況〉、〈住宅(建物の構造)が使いにくい〉、など環境になじめない気持ちを持っていた。《役割・活動の喪失》は、〈以前行っていた家事を実施していない〉、〈庭の手入れ・畑仕事をやめ実施していない〉、〈地域活動を実施していない〉など今まで行ってきた仕事や活動を失っていた。《活動範囲の縮小》は、〈周りの環境がわからずに家から外に出られなくなった〉、〈親戚・友人との行き来が減った〉など活動範囲が狭まっていた。《他者への気づかい》は、〈家族への気兼ねがある〉、〈近所の人との付き合いに気を使う〉など、周囲の人達へ気遣う生活を余儀なくさせられていた。《独居生活での支障》は、〈独居をサポートできる身内や知人がいない生活への支障〉を体験していた。《経済的負担》は、〈暮らしにお金がかかる〉ことに対する負担感を感じていた。

IV. 考察

1. 高齢者のリロケーションの理由とリロケーションダメージ

リロケーションの理由は、【生活をする上での不安】、【心身機能の低下】、【社会的事情】、【自ら意思決定】、【自宅退院への希望】があった。高齢者の場合、【自ら意思決定】、【自宅退院への希望】であっても、【生活をする上での不安】、【心身機能の低下】、【社会的事情】が高齢者のリロケーションの理由を左右しているように考えられた。

老年期の発達課題は、これまでの人生の受容と統合、それに対する絶望とのバランスを取りながら生きる(エリクソン著、朝永ら訳,1999)ことである。高齢者にとってのリロケーションは、長年生きてきた生活の場の、その連続性・個性・地域性・全体性が断たれ、新しい場所でそれをつなぎ直さなければならないことを意味する。それは人生の受容と統合に逆行しアイデンティの混乱を招きかねず、発達課題を克服しづらいものにしかねないと考えられる。

図1は、「リロケーションダメージ」のカテゴリーの空間配置によって構造化を試みたものである。それは、リロケーションによる環境の変化は【身体的側面のダメージ】、【社会的側面のダメージ】、【精神的側面のダメージ】を招き、とそれぞれが相互に関連しながら影響しあっていると考えられた。

リロケーションによって高齢者は、《環境の変化による身体症状の悪化》と《身体症状の悪化からくる生活の支障》という【身体的側面のダメージ】と、《活動範囲の縮小》、《独居生活での支障》、《経済的な負担》をもたらし、《なじめない環境》で《他者への気遣い》をしながら《役割・活動の喪失》など【社会的側面のダメージ】を体験していた。その結果として《不安定な感情》になり《自尊感情が低下》することで、《精神活動の低下》をもたらす【精神的側面のダメージ】をきたすという悪循環が考えられた。

人が場と共にある生活の中で活動や役割を喪失することは、自尊感情やその人らしさを剥奪させるものである。また人は家や地域という場の中で役割を担い所属感を持つこと、地域社会という場の中に自分自身の居場所や存在の意味を確認することで、自分自身のアイデンティが保て、安心して場に住み続けることができると言われている(園田,2002)。そのことは、大谷(2013)が場所と個人のアイデンティの観点から、「場所が自己アイデンティの内容を形成し、自尊心・自己効力感を維持する」と述べているように、住み慣れた場所や社会は、過去から現在につながる時間の中で、無意識の中に人が生きることを支え、その人の誇りや自信の源となることが考えられた。

2. 地域に根差した高齢者ケアの方向性

リロケーションの理由とリロケーションダメージの考

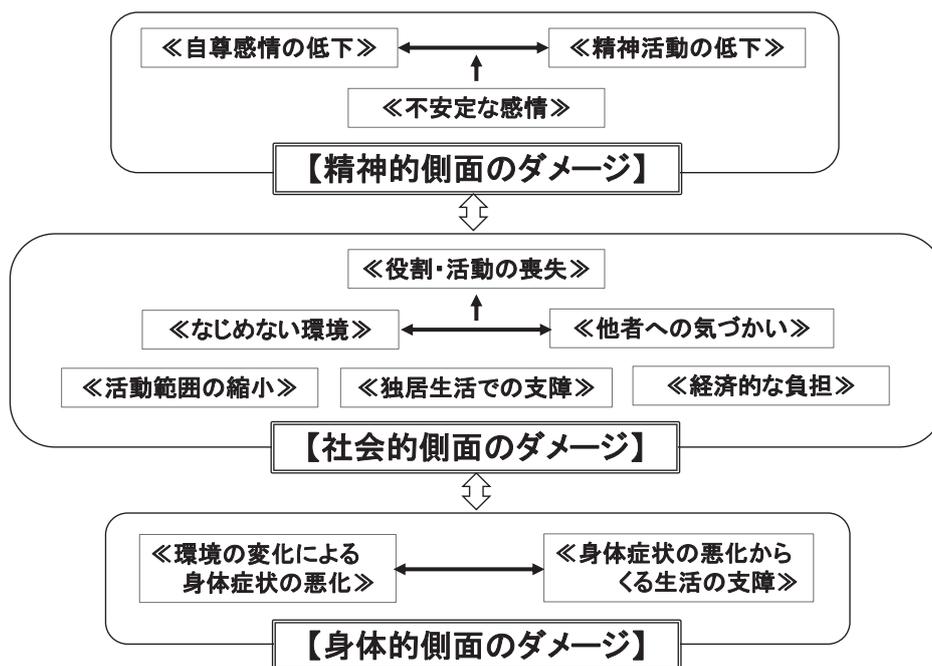


図 1. 高齢者のリロケーションダメージの構造

察から、示唆された課題は、住み慣れた場を離れることによる高齢者の発達課題、アイデンティティの揺らぎであった。

「人には重要な他者の死や別れを悼む喪が必要なように、アイデンティティを形成していた場所の喪失にも喪が必要」であり、「失われた環境の代替はない」と大谷 (2013) が述べるように、リロケーションは代替のきかないものを失わせる。最後まで住み慣れた場での生活を全うするために、場の持つ意味と住み慣れた地域が持つ力を捉え直す必要がある。

藤原 (2013) は「人間という生命体は『場所』(空間)の中で生まれ、生き、いろいろなものとの『関係』の中で『関係』と共に育ち、『時間』を堆積して『人生』を作り上げる。場所の上に関係を織り上げるのが生きることである。」としている。このような視点に立った時、高齢者のリロケーションは、住み慣れた場所の中での関係性を閉ざすことであり、堆積してきた時間やその上で紡いできたその人の歴史の連続性を絶つことでもある。しかし、要介護者であっても、生きがいや生きる力を取り戻す為に、その人の歴史を作ってきた場や人、出来事につなぎ合わせることは可能である。その実践事例として、大湾ら (2003) は、施設入所者で要介護高齢者を対象に、「生きているうちにふるさとの土を踏ませたい」と、「ふるさと訪問」に取り組んだ。要介護高齢者のふるさと訪問は、高齢者本人の生きがいにつながるだけでなく、瞬時ではあるが、家族、地域の人々との途切れた関係性を取り戻す効果があったと報告している。要介護状態になっても、連続している自分の過去とつながりを取り戻

すことは、生きがい、生きる力の源を取り戻すことでもある。

厚生労働省白書 (2016) の高齢者の意識調査によると、半数以上の高齢者が、住み慣れた自宅で人生の最期を迎えたいと希望していた。このことは、人は元来ひとり暮らしにであっても、要介護状態になっても、自宅で暮らし続けることを願うものであり、援助する者にとっては、そのような高齢者の思いに寄り添うケアが求められていることを意味する。また、稲葉 (2011) やカワチら (2013) は、当事者の持つ力、つながりの中での価値を新たな資源、社会関係資本 (ソーシャルキャピタル) としてその活用を提言している。

したがって、高齢者の医療や介護の重症度によるリロケーションは避けられずとも、高齢者の生活の場を高齢者が望む「自宅」を意識した高齢者ケアの方向性が求められていると考える。

V. 結論

1. 文献にみる高齢者のリロケーションの目的は、【リロケーション後の高齢者の心身機能の低下】、【転居高齢者の適応に関連する要因】、【呼び寄せ高齢者の自尊感情】、【呼び寄せ高齢者の介護】、【高齢者のリロケーションケアの方略】、【リロケーション概念の活用】であった。
2. 高齢者のリロケーションの理由は、【生活をする上での不安】、【心身機能の低下】、【社会的事情】、【自らの意思決定】、【自宅退院への希望】であった。
3. リロケーションダメージは、《身体活動の低下》、

〈身体症状の悪化からくる生活への支障〉の【身体的側面でのダメージ】、〈自尊感情の低下〉、〈不安定な感情〉、〈精神活動の低下〉の【精神的側面でのダメージ】、〈なじまない環境〉、〈活動範囲の縮小〉、〈他者への気づかい〉、〈役割の喪失〉、〈独居生活での支障〉、〈経済的負担〉の【社会的側面でのダメージ】があった。

4. リロケーションダメージは、3つの側面でのダメージが関連しあい高齢者の発達課題やアイデンティティの揺らぎをもたらすことが示唆された。超高齢社会では要介護高齢者の増加は避けられず、介護をめぐるリロケーションの減少は期待できない。したがって高齢者のリロケーションダメージにも着目した高齢者ケアの方向性が求められている。

文献

- エリクソン EH, エリクソン JM, キヴニク HQ. (1988/1999). 朝長正徳, 朝長梨枝子 (訳). 老年期; 生き生きしたかかわりあい. みすず書房.
- 稲葉陽二. (2011). ソーシャルキャピタル入門. 初版. 中公新書.
- カワチ I, 等々力秀美編. 藤原成一著. (2013). ソーシャルキャピタルと地域のカーブ球弧の伝統文化とウエル・ビーイング. 日本評論社. 197-212.
- 厚生労働省. (2013). 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律. law.e-gov.go.jp/htmldata/H25/H25HO112.html (平成 30 年 1 月 5 日).
- 厚生労働省. (2016). 平成 28 年版厚生労働白書—人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える—(本文). <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/> (平成 30 年 1 月 5 日).
- 工藤禎子他, 三国久美, 桑原ゆみ, 森田智子, 安田玲子. (2006). 都市部における高齢者の転居後の適応と関連要因. 日本地域看護学会誌, 8 (2), 14-20
- 小松美砂他, 濱畑章子, 佐藤光年. (2013). 認知症高齢者の施設へのリロケーション, 適応に関連する要因と早期介入. 日本認知症ケア学会誌, 12 (2), 504-509
- 小松美砂, 濱畑章子. (2013). 日本における施設移転後の高齢者の適応. Jpn. J. Health Behav. Sci. 29 (2), 50-59
- 中西一葉. (2012). 高齢患者の自宅退院における「予測内」、「予測を超える」ダメージ: リロケーション第四形態の存在とリスク要因. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌. 8 (1), 21-30.
- 中西一葉. (2012). 高齢患者の自宅退院における「予測外」のダメージ リロケーション第四形態の存在と要因. 北星学園大学院論集第 3 号, 39-54.
- 中西一葉. (2013). 高齢患者自宅退院支援のツールに関する課題 リロケーション第四形態時のダメージ軽減を目的とした包括的システムの開発に向けて. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 8 (1), 21-30.
- 大谷華. (2013). 場所と個人の情動的なつながり—場所愛着, 場所アイデンティティ, 場所感覚—. 環境心理学研究. 1 (1), 58-67.
- 大湾明美, 佐久川政吉, 大川嶺子, 下地幸子, 富本傳, 根原憲永. (2003). 離島における施設入所高齢者の生きがいづくりに関する研究. 沖縄県立看護大学紀要, 4, 37-47.
- 斎藤 民, 李賢情, 甲斐一郎. (2006). 高齢転居者に対する社会的孤立予防プログラムの実施とその評価の試み. 日本公衛誌, 53 (5), 338-346
- 水野敏子. (1999). 東京近郊に転入したいいわゆる「呼び寄せ老人」の介護者の負担感とその関連要因の分析. 老年看護学, 13 (1), 79-88
- 瀬崎譲廣. (2014). 「場所」の社会学. 山口大学大学院東アジア研究科, 博士論文.
- 園田美穂. (2002). 住区への愛着に関する文献検討. 九州大学心理学研究, 3, 188-196.
- 古田加代子他. (2013). 女性主介護者からみた呼び寄せ介護の経験の特徴, 日本在宅ケア学会誌, 17 (1), 59-67.
- 古田加代子, 輿水めぐみ, 流石ゆり子 (2016). 転居高齢者の生活適応の経過に関連する要因ライフ・ライン・メソッドを用いた検討. 愛知県立大学看護学部紀要. 22, 45-53
- 渡邊美保他. (2014). リロケーションの概念分析. 高知女子大学看護学会誌. 40 (1), 2-12
- 渡邊美保, 野嶋佐由美. (2015). 災害後の高齢者のリロケーションケアに関する文献レビュー. 高知女子大学看護学会誌. 40 (2), 105-116.

(資料)

本学別科助産専攻修了生の就業の実態とその課題

Employment status and related issues of those who have completed the midwifery program at the Okinawa Prefectural College of Nursing

前田すぎの¹⁾ 中原芳子²⁾ 峰岸まや子³⁾

キーワード：別科助産専攻修了生、就業実態

Key words : midwifery program completion、employment status

I. はじめに

沖縄県は全国一高い出生率を維持しているが、低出生体重児の出生率が依然として高い状況であり、母子保健医療の重要な課題となっている（沖縄県保健医療部健康長寿課, 2016）。その課題を解決するためには、より専門知識と技術を備えた助産師の養成が不可欠である。重ねて、県の周産期医療を担う助産師の確保も長年の課題であり（沖縄県福祉保健部健康増進課, 2011）、それらの解決を図るために本学の別科助産専攻は平成 20 年に設立され、試算上 5 年間の養成で県内の助産師不足が解消される予定だった。しかし、厚生労働省（2011）が示している「第七次看護職需給見通し」で県内の助産師はまだ不足であること、そして将来を見据えた確保が必要であるという結果が出ていることから、平成 25 年度以降も当分の間、別科助産専攻を継続するという事になった（前田, 2011、野口, 2011）。

当科設立以降、毎年 20 名の助産師を養成し、修了生のほとんどが助産師として就業しているが、その後の動向については調査されていないため、修了生がそのまま沖縄県内で助産師の資格を活かして仕事をしているのかが不明である。そこで今回、別科助産専攻修了生（1 期～7 期生）の現在の就業状況を明らかにし、本学別科助産専攻の改革の必要性と方向性を探るための資料作成を目的とした。

II. 研究方法

1. 研究協力者

本学別科助産専攻修了生（1 期～7 期生）133 名のうち、現住所が確認できた 123 名を対象とした。

2. データの収集

1 期～7 期までの修了生の代表者へ電話などを通して連絡を取り、研究協力依頼文をつけて研究の趣旨を伝えた。その後、代表者からラインや SNS 等で同期へ連絡し、研究協力の得られた同級生の現住所を確認してもらった。現住所が確認できた修了生に対して、平成 28 年 2 月～3 月に郵送による無記名の自記式質問紙調査を行った。調査項目は、研究協力者の属性、別科助産専攻修了時点の就業状況、現在（平成 28 年 2 月 1 日）の就業状況、別科助産専攻での助産師教育を発展させるための意見であった。また、質問紙回答の際、研究者からの問い合わせを了承した修了生に対して、回答記載内容に関する聞き取りを行った。

3. 分析方法（データの分析）

各調査で得られたデータについて、単純クロス集計を行った。自由記述で得られたデータについては、意味内容が類似しているものを集め、まとめた。

4. 倫理的配慮

研究協力者へアンケート調査票とともに研究協力依頼文書を添付して郵送した。調査票は無記名とし、参加は自由意志に基づくもので、拒否しても不利益を受けないことを文書にて説明し、質問紙の回答および返信をもって研究への同意とした。なお本研究は沖縄県立看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 15018）。

III. 結果

本学別科助産専攻修了生（1 期～7 期生）で現住所が確認できた 123 名にアンケート用紙を郵送し、100 名から回収された（有効回答率 81.3%）。

1. 回答者の属性（表 1）

100 名の修了期別内訳は、1 期生 12 名（12%）、2 期

1) 沖縄県立看護大学

2) 筑波大学附属病院

3) 母子保健研修センター助産師学校

生 17 名 (17%)、3 期生 16 名 (16%)、4 期生 13 名 (13%)、5 期生 16 名 (16%)、6 期生 14 名 (14%)、7 期生 12 名 (12%) であった。助産師経験年数は 4 年未満 58 名 (58%)、4 年以上 6 年未満 31 名 (31%)、6 年以上 8 年未満 7 名 (7%)、経験なし 4 名 (4%) であった。経験なしの理由は「産休・育休の取得」、「子育てのために夜勤のない看護師・保健師として勤務」であった。

表 1 回答者の属性 (n=100)

項目	人数	%
期生		
1 期生	12	12.0
2 期生	17	17.0
3 期生	16	16.0
4 期生	13	13.0
5 期生	16	16.0
6 期生	14	14.0
7 期生	12	12.0
助産師経験年数		
0 年 0 か月	4	4.0
1 か月以上 4 年未満	58	58.0
4 年以上 6 年未満	31	31.0
6 年以上 8 年未満	7	7.0

2. 別科助産専攻修了時点の就業状況

別科助産専攻修了時点の就職場所は「県内」91 名 (91%)、「県外」9 名 (9%)。就業場所は「病院」90 名 (90%)、「診療所」10 名 (10%)。採用職種は「看護師」28 名 (28%)、「助産師」69 名 (69%)、「看護師と助産師」3 名 (3%) であった。採用職種と職務内容をみても、助産師採用で助産師職務を行っているのは 61 名 (61%)、助産師採用で看護師と助産師職務を行っているのは 5 名 (5%)、助産師採用で看護師職務を行っているのは 3 名 (3%) であった (表 2)。助産師採用で看護師職務を行っている理由は「自身の希望で新人スーパーローテーション研修に参加し、10 か月間で内科・外科・脳神経外科をまわり看護師業務をした。入職した翌年の 2 月より産婦人科病棟で助産師業務をした。」「NICU 配属にて、未熟児の看護と母親への母乳育児支援を行った。」「NICU 配属」であった。携わっている助産業務内容 (複数回答) として「褥婦への直接的ケア」が 88 名 (88%) と最も多く、次いで、「褥婦の保健指導」86 名 (86%)、「分娩介助」81 名 (81%)、「新生児の観察とケア」79 名 (79%)、「妊婦の保健指導」69 名 (69%) であった。「その他」の内容は「切迫早産の安全管理などの妊婦管理」「婦人科のケア」「未熟児の看護とママへの母乳育児支援」「産

表 2 別科助産専攻修了時の採用職種と職務内容 (n=100)

職務内容	看護師	助産師	看護師と助産師	合計
採用職種				
看護師	13	10	5	28
助産師	3	61	5	69
看護師と助産師	0	1	2	3
合計	16	72	12	100

表 3 入職時の助産業務内容 (複数回答) (n=100)

助産業務内容	人数	%
褥婦への直接的ケア	88	88.0
褥婦の保健指導	86	86.0
分娩介助	81	81.0
新生児の観察とケア	79	79.0
妊婦の保健指導	69	69.0
家族計画指導	54	54.0
学級の運営	53	53.0
妊婦健診	40	40.0
乳幼児健診	11	11.0
性感染症に関する予防と支援	9	9.0
思春期の性教育	7	7.0
管理業務	4	4.0
新生児家庭訪問	2	2.0
中高年の性に関する健康障害の予防と生活上の支援	1	1.0
月経障害を持つ女性に対する支援	1	1.0
DV 被害者への支援	0	0.0
不妊症カップルへの支援	0	0.0
その他	12	12.0

科外来業務」「他科 (内科・外科・乳腺外来・整形外科) のケア」などであった (表 3)。

3. 現在 (平成 28 年 2 月 1 日) の就業状況

現在「就業している」のは 89 名 (89%)、「就業していない」のは 11 名 (11%) であった。「就業している」と回答した人の内訳は、「看護職 (助産師・看護師・保健師) として働いている」80 名 (80%)、「看護職以外として働いている」1 名 (1%)、「休職」8 名 (8%) であった。休職の内訳は「産休」2 名 (2%)、「育休」6 名 (6%) であった。

休職者 8 名を除いた就業者 81 名の就業状況の結果を以下に述べる。現在「県内」で働いているのは 71 名 (87.6%)、「県外」は 10 名 (12.3%) であった。現在の就業場所は「病院」61 名 (75.3%)、「診療所」17 名 (20.9%)、「行政機関」1 名 (1.2%)、「教育機関」1 名 (1.2%)「その他」1 名 (1.2%) であり、その他は保育園であった。採用職種は「看護師」19 名 (23.4%)、「助産師」55 名 (67.9%)、「看護師と助産師」6 名 (7.4%)、「保健師」1 名 (1.2%) であった。採用職種と職務内容をみてみ

ると、助産師採用で助産師業務を行っているのは 54 名 (66.6%)、助産師採用でその他の職務内容は 1 名 (1.2%) で看護教員であった。助産師採用で看護師業務や看護師と助産師業務を行っている人はいなかった (表 4)。看護師採用で助産師業務を行っている 7 名 (8.6%) の勤務場所は産科関連部署 (NICU) が 2 名 (28.5%)、産科関連部署以外 (外科、循環器内科、小児科外来) が 3 名 (42.8%)、保育園 1 名 (14.2%)、不明 1 名 (14.2%) であった。携わっている助産業務内容 (複数回答) として「褥婦への直接的ケア」71 名 (87.6%) と最も多く、次いで、「褥婦の保健指導」70 名 (86.4%)、「分娩介助」69 名 (85.1%)、「新生児の観察とケア」65 名 (80.2%)、「妊婦の保健指導」57 名 (70.3%) であった (表 5)。「その他」の内容は「GDM、HTLV-1 妊産褥婦への指導、カウンセリング」「婦人科の手術前後の観察とケア」「NICU での勤務」「予防接種の指導」「実習指導」などであった。

現在助産師業務を行っていない理由 (複数回答) で最も多かったのは「結婚・出産」10 名 (47.6%)、次に多かったのは「雇用側の都合」4 名 (19.0%)、「他の看護の分野に興味が出てきた」「職場の人間関係のトラブル」

表 4 現在の採用職種と職務内容 (n=81)

職務内容	看護師	助産師	看護師と助産師	保健師	その他	合計
採用職種						
看護師	7	7	5	0	0	19
助産師	0	54	0	0	1	55
看護師と助産師	0	0	5	0	1	6
保健師	0	0	0	1	0	1
合計	7	61	10	1	2	81

注釈) 現在とは平成 28 年 2 月 1 日時点をいう。

表 5 現在の助産業務内容 (複数回答) (n=81)

助産業務内容	人数	%
褥婦への直接的ケア	71	87.6
褥婦の保健指導	70	86.4
分娩介助	69	85.1
新生児の観察とケア	65	80.2
妊婦の保健指導	57	70.3
学級の運営	47	58.0
家族計画指導	45	55.5
妊婦健診	35	43.2
乳幼児健診	11	13.5
性感染症に関する予防と支援	9	11.1
思春期の性教育	7	8.6
管理業務	5	6.1
月経障害を持つ女性に対する支援	4	4.9
中高年の性に関する健康障害の予防と生活上の支援	2	2.4
不妊症カップルへの支援	1	1.2
新生児家庭訪問	0	0.0
DV 被害者への支援	0	0.0
その他	7	8.6

注釈) 現在とは平成 28 年 2 月 1 日時点をいう。

と答えたのがそれぞれ1名(4.7%)、その他5名(23.8%)であった。その他の理由は「夫の離島の転勤に伴い、障害のある子どもの保育園探しが困難だったため、主婦業に専念することにした」「家庭と仕事(助産師としての勤務)の両立がうまくいかず、部署異動をし勤務内容をパート看護師に変更した」「乳幼児を育てているので夜勤がある病棟勤務は難しい」「夫の転勤による沖縄からの転居のため。就職も考えていたが妊娠希望のためあきらめた。職場復帰もしづらいと・・・」であった。別科助産専攻修了後、産休・育休を取得したかどうかの問いに26名(26%)が「取得したことがある」と答えている。

4. 別科助産専攻修了時点と現在の就業場所の推移

修了時点で県内就職した91名中、現在県外で就職している人は5名、修了時点で県外就職した9名中、現在県内で就職している人は3名であった。質問紙回答の際、研究者からの問い合わせを了承した方への聞き取りの結果、県内就職から県外就職した理由が「子どもの大学進学のためにもっと収入が必要だったのが理由で、本当はそのまま県内で働いていたかった。県内で働いていた時の2倍の収入を得ているので、子どもが大学を卒業するまでは県外で働き、その後は沖縄に戻る予定である。」ということであった。また、県外から県内に戻っ

てきた方は「親の看病のために戻ってきた。別科を修了した後は沖縄県のために県内就職しないといけないということはわかっていたが、助産師として様々な経験をしたかったため県外での就職を選択した。沖縄県の方は県外に行っても戻ってくるというのがあると思うので、いつでもいいから帰ってきてという雰囲気があると良いと思うし、働く人の希望に合ったいろんな勤務形態があれば、助産師をやめないと思う。」ということであった。

5. 別科助産専攻での助産師教育を発展させるための意見(表6)

「学習内容のこと」「学習方法のこと」「学習環境のこと」「別科助産専攻修了後のあり方」「別科助産専攻の入学に関すること」の5つの項目があがった。「学習内容のこと」は“分娩等の知識・技術の向上に力を入れる”“母乳育児支援に力を入れる”“NCPRの資格取得”などであった。「学習方法のこと」は“自分たちで考え、行動する授業が増えると良い”“個人学習よりもグループ学習を多く取り入れる”などであった。「学習環境のこと」は実習施設の確保のことや別科助産専攻の入学学生の特徴をふまえた内容であった。「別科助産専攻修了後のあり方」は別科修了生の交流や情報交換を行いたいという内容であった。「別科助産専攻の入学に関すること」は入学要件に関する内容であった。

表6 今後の別科助産専攻での助産師教育を発展させるための提案・意見

項目	内容
学習内容のこと	<ul style="list-style-type: none"> ・分娩などの知識・技術の向上に力を入れる。フリースタイル分娩 ・もっと母乳育児支援に力を入れる ・NCPRの資格取得 ・地域での妊婦、褥婦の様子や思春期教育について ・骨盤ケアができると良い ・コミュニケーションスキルは大切 ・エコー技術をもっと時間をかける ・保健指導の授業や実践の充実 ・ウィメンズヘルスが充実していたことは助産師に対する考え方を改めさせられた
学習方法のこと	<ul style="list-style-type: none"> ・自分たちで考え、行動する授業が増えると良い ・個人学習よりもグループ学習を多く取り入れる ・自分の課題を見つけていけるような目標の持ち方や、事例を通して己をみつめるための視点を探せるような方法があると良い
学習環境のこと	<ul style="list-style-type: none"> ・実習施設の充実(施設数を増やし、各施設の負担軽減) ・20名定員を10名に減らし、実習施設の確保をする ・現場では助産師不足のため、助産実習が充実できないことが現実にある。人が増えれば学生の受け入れも増えてくる。 ・少ない人数で経験年数や働いてきた施設が違う人たちと一緒に勉強できてたくさん刺激ももらって学ぶことができる ・実習先の助産師の仕事に対する姿勢や熱意が少なからず影響する
別科助産専攻修了後のあり方	<ul style="list-style-type: none"> ・別科修了生(他の修了年の方々)の交流や情報交換
別科助産専攻の入学に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・施設推薦が5年から3年になったのは産科で働く看護師にとってとても良かった ・経験年数がたっている方がほとんど受験していることが推薦入試を受ける方が減っているのではないか。若い人が受けにくい現状もあるのではないか ・仕事を1年休職するという金銭的な問題が大きい。奨学金の提示もして欲しい ・沖縄のために助産師を増やしたいのなら県外の人でも沖縄で働いてもらうように伝えていくべき

IV. 考察

1. 助産師数について

1) 別科助産専攻修了生の就業者数

修了時と現在における県内就職率は約 90% である。この結果は就業率としては一般的には高い値だと考えたが、他府県、または全国との比較をしたうえで判断する必要がある。厚生労働省 (2011) が示している第七次看護職需給見通しによると、本県の平成 27 年の助産師供給数は 528 人 (受給率 91.5%) であり、平成 23 年から 57 人増加している。第六次看護職需給見通し (厚生労働省, 2005) で本県の平成 22 年の助産師供給数 310 人、受給率 73.5% だったことを見ても、本学別科助産専攻が本県の助産師不足に貢献していると言える。

今回のアンケートの結果、助産師採用後に産休・育休を取得した人は 26% であり、現在助産師業務を行っていない理由で最も多かったのは「結婚・出産」であった。別科助産専攻入学生の平均年齢が 30 歳前後であることを考えると、助産師として就業してから 10 年目頃までが厚生労働省 (2017) が示しているわが国の女性の年齢階級別就業率の M 字型カーブの底になる 30 ~ 39 歳にさしかかると言える。その後の就業率が M 字型カーブと同様に上昇するかどうか今後も調査を継続する必要があるが、就職後に結婚・出産時期と重なり、助産師としての業務に従事できない期間があることをふまえ、就業助産師数を維持するためには今後も助産師を養成し続ける必要がある。

2) 採用職種

助産師採用で助産師職務を行っているのは修了時点で 61% であり、現在は 66% であった。厚生労働省 (2011) が示している第七次看護職需給見通しによると、本県の平成 27 年の需給率は 91.5% であり全国 40 番目の充足率である。助産師の確保を目的に別科助産専攻が設立された経緯を考えると、助産師免許を取得した修了生が助産師採用で助産師職務を行える就業状況を整える必要がある。

全国的に産科医師の減少に伴い、分娩受け入れ件数の制限や産科病棟の混合化が進んでいることが問題になっている (福井, 2012)。日本看護協会 (2014) によると、2012 年の産科混合病棟は全体の 80.6% であり、産科と婦人科の混合病棟が 19.3%、産科と婦人科以外の混合病棟が 61.3% であった。また、産科単独病棟に勤務する看護職員に占める助産師の割合の中央値は 93.3% だが、産科と婦人科の混合病棟は 73.1%、婦人科以外の混合病棟の場合は 51.9% であり、他科との混合病棟では助産師の割合が少ないことが明らかになっている。他科との混合病棟は助産師業務よりも看護師業務が主になっており、そのために看護師採用が多くなっていることが推測される。本学別科助産専攻の修了生の 23 ~ 28% が看護師採用であるのは、そのことも要因として考えられる。

2. 助産師業務従事について

今回の結果から、病院と診療所に勤務している修了生の割合が 96.2% であった。別科助産専攻は設立して 8 年であることから、この数は妥当であると考えられる。修了時点の就業場所は病院 90%、診療所 10% であったが、現在の就業場所は病院 75.3%、診療所 20.9%、行政機関 1.2%、教育機関 1.2% と病院以外への活動の場が広がりつつあるのが見て取れる。今後、経験年数を重ねていけば活動の場の拡大が考えられる。

3. 助産業務内容について

入職時と現在行っている助産業務内容は、褥婦への直接的ケアと保健指導、分娩介助、新生児の観察とケア、妊婦の保健指導が上位であった。入職時と現在の助産業務内容が同じということは、保健師助産師看護師法第 3 条で定められている助産師業務を入職時から現在まで変わらず行っていると言える。今後、経験年数を重ねていくことによって病院以外への活動の場が広がれば、現在下位にある DV 被害者への支援や不妊症カップルへの支援、新生児家庭訪問などの助産師業務の拡大も考えられる。

4. 今後の課題

別科助産専攻での助産師教育を発展させるための提案・意見として、分娩介助の知識・技術、母乳育児支援、コミュニケーションスキル、エコー技術、保健指導の実践など、助産実践で使える技術に力を入れてほしいという意見が多かったのは、別科助産専攻が沖縄県内、離島・過疎地域で活躍する助産師を育成するという目的で開設されているためだと考える。また、2015 年から助産実践能力習熟段階 (クリニカルラダー) レベル III 認証制度によるアドバンス助産師が誕生している。その認定に必要な新生児蘇生法 (NCP) 資格取得や母乳育児支援、骨盤ケアといった資格に結びつく内容が含まれていることは、即実践力となる助産師を別科助産専攻で育成して欲しいという表れではないかと考える。

現在の産科領域では、産科医の不足と偏在、産科施設の減少と集約化、それに伴う産科の混合病棟化、出産年齢の高齢化に伴ったハイリスク妊産婦の増加、そして助産師不足と偏在、といった問題が挙げられる (日本助産実践能力推進協議会, 2015)。そのような中、社会から期待される助産師の役割として日本助産実践能力推進協議会 (2015) は「助産師が助産師本来の業務に専念すること」「助産師がすべての妊産婦と母子に助産ケアを提供するのだという信念をもつこと」「助産師が自身の助産実践能力を向上させること」「助産師が妊産婦とかかわるどのような場においても専門性を発揮すること」の 4 つを挙げている。

また、日本助産学会 (2017) においては助産師としての専門性を発揮し、より安全で質の高い助産ケアを行う

ために助産ガイドラインを改訂し、2016年に「エビデンスに基づくガイドライン—妊娠期・分娩期2016」を刊行した。別科助産専攻のカリキュラムの特徴は、より実践に近い状態での学習ができるように演習形態の学習方法を多く取り入れているところにあるのだが、これらの状況に鑑みると、ガイドラインに合致するような内容を精選することも今後の課題となると考える。

V 結論

1. 修了時と現在における県内就職率は約90%であるが、他府県との違いを確認する必要がある。
2. 県内の助産師不足を解消するためには、別科助産専攻修了生が助産師採用で助産師職務を行える就業状況を整える必要がある。
3. 現在助産師業務を行っていない理由の約半数が、結婚・出産であることから、女性特有の労働力率をふまえて、就業助産師数を維持するためには、今後も助産師を養成し続ける必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究協力者の皆さまに心より感謝いたします。なお、本研究は沖縄県立看護大学学長奨励研究費の助成を受けて実施したものである。本研究による利益相反は存在しない。

引用文献

- 福井トシ子. (2012). 日本における混合病棟の実態. 助産雑誌, 66 (8), 644-651
- 厚生労働省. (2017). 男女共同参画白書 (概要版) 平成 29 年度版. http://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/h29/gaiyou/html/honpen/bl_s00_01.html (2017 年 12 月 15 日現在).
- 厚生労働省. (2011). 第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告. http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/01/dl/tp0119-1_35.pdf (2016 年 6 月 25 日現在).
- 厚生労働省. (2005). 第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書 (概要). <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1226-5.html> (2017 年 12 月 15 日現在).
- 前田和子. (2011). インタビューコーナー 沖縄医報. http://www.okinawa.med.or.jp/old201402/activities/kaiho/kaiho_data/2011/201110/074.html (2016 年 6 月 25 日現在).
- 日本助産学会 ガイドライン委員会 (編). (2017). エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期 2016. 日本助産学会ガイドライン委員会
- 日本助産実践能力推進協議会 (編). (2015). 第 I 章 社会の変化と助産師への期待. 助産実践能力習熟段階 (クリニカルラダー) にもとづいた助産実践能力

育成のための教育プログラム (pp2-12). 医学書院
日本看護協会. (2013). より充実した母子のケアのために 産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き. メディカ出版

野口美和子. (2011). 退職記念誌 沖縄県立の看護大学への軌跡—沖縄県立看護大学設置の趣旨に沿った取組から— (pp44-46)

沖縄県保健医療部健康長寿課. (2016). 沖縄県の母子保健 平成 27 年度刊行. 沖縄県保健医療部健康長寿課.

沖縄県福祉保健部健康増進課. (2011). 沖縄県周産期保健医療体制整備計画. 沖縄県福祉保健部健康増進課.

1. 名称

本誌の名称は「沖縄県立看護大学紀要」(英文名: Journal of Okinawa Prefectural College of Nursing)とする。

2. 発刊の趣旨

看護学の発展および沖縄県立看護大学における研究活動の質向上に資することを目的とする。

3. 投稿者の資格

紀要投稿者は、原則として本学の①教職員、②非常勤講師、③大学院生、④大学院修了生、⑤研究生とする。筆頭著者は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。

4. 原稿の種類

投稿原稿の種類は、論壇、総説、原著、研究報告、短報、その他であり、それぞれの内容は以下の通りである。

論壇 Sounding Board

本学の教育及び保健看護領域に関する話題のうち、論議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

取り上げた主題について、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、今後の方向性を展望したもの。

原著論文 Original Article

看護学の知識の発展に貢献する独創的な論文であり、オリジナルなデータもしくは分析に基づいて得られた知見と実践への示唆が論理的に述べられているもの。

研究報告 Report

内容的に原著論文には及ばないが、研究の視点が独創的で研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

短報 Brief Report.

迅速に公表することで、他研究者や今後の看護学の発展に寄与する可能性があるかと判断したもの。例えばパイロットワークや小規模研究など。

その他 Other

萌芽的な視点を提示する「研究ノート」、調査の結果を共有する「資料」事例報告などがある。

5. 倫理的配慮

- 1 人および動物が対象である研究は、研究倫理審査委員会での承認、承認番号を明記する。
- 2 倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されている。
なお明記する際には施設や個人が特定されないように留意する。
- 3 当該研究遂行や論文作成に際して、研究助成、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞に記載している。

6. 原稿執筆の要領

- 1 原稿は原則として、コンピュータソフト（MS WORD 等）で作成する。
- 2 本文には頁数を入れ、さらに各頁の左端に行数を附す。
- 3 原稿の記載方法は下記に従う。

- (1) 原稿は A4 版横書き 40 字（全角）× 30 行、英文 80 字（半角）× 30 行を 1 頁とする。書体は、和文の場合「MS 明朝 10.5 ポイント」とし、英文は「Times New Roman 11.0 ポイント」とする。
- (2) 図（写真を含む）表は、本文とは別に作成し、本文右余白にそれぞれの挿入希望箇所を指定する。なお、図表は、そのまま製版が可能な水準のものとする。
- (3) 英数字や記号は半角で記述する。数字はアラビア数字で表記すること。数量の単位は原則として SI 単位に従い、記号で表す。
- (4) 図表のフォントは、「MS ゴシック 8 ポイント」以上で作成する。
- (5) 学名（微生物名など）はイタリック体で表す。

- 4 投稿原稿の 1 編は本文、文献、図表を含めて原則として下記の頁以内とする。これを超えるものについては受領しない場合がある。なお、図表は 1 つを 0.5 頁と数える。

論 壇：4 頁以内
総 説：20 頁以内
原著論文：20 頁以内
研究報告：20 頁以内
短 報：10 頁以内
そ の 他：12 頁以内

- 5 論文の構成：論文は下記の構成で作成する。

表紙、抄録（和文、英文）、本文、図表

- (1) 表紙：原稿の種類、表題、著者名、所属と連絡先（住所およびメールアドレス）、キーワード（日本語・英語それぞれ 5 個以内）、抄録文字数、本文頁数、図表の枚数を記す。

論文執筆者と所属機関の表示法（以下■は半角スペースを表す。）

苗字名前¹⁾， ■苗字名前²⁾。（執筆者は氏名のみを記述する。）

1) 沖縄県立看護大学， 2) ●▲大学

- (2) 抄録(abstract)：論壇、総説、原著論文、報告には、和文(600 字程度)および英文(300 語程度)の抄録を附す。英文抄録はダブルスペースで記載する。

抄録には、本文の内容を簡潔に整理する。

例：背景 (Background)、目的 (Objective)、研究デザイン (Design)、対象 (Subjects)、結果 (Results)、結論 (Conclusion)

英語表記の例：

- ・英語のタイトルは次のように記述する（最初の文字のみ大文字にする）。Parenting behaviors of young mothers on a remote island of Okinawa: A comparison with other mothers
- ・Key Words は、例のように固有名詞、略語以外は小文字で記述する。
semi structured interview, triangulation, action research, QOL, Nuremberg Code

- (3) 本文の構成は、以下に準ずる。

例：はじめに (Introduction)、研究方法 (Methods)、結果 (Results)、考察 (Discussion)、結論 (Conclusion)、謝辞 (Acknowledgement)、文献 (References)。本文構成を段階的に記述する場合、段階番号は、1. 2. 3. …とし、1. をさらに細分化する場合には 1) 2) 3) …とする。

- (4) 当該研究遂行や論文作成に際して、研究助成、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞に記載する。

6 文献の記載方法は下記に従う。

- (1) 本文中の文献の記載は、第 1 著者名と発行年次を括弧表示する。

例 (佐藤ら, 2009) (Jahana et al, 2011)

- (2) 文献リストの記載は、著者名のアルファベット順に列記し、同一著者の同年刊行の文献の場合は年号の後に a, b, …を附す。雑誌名は原則、和文は医学中央雑誌、英文は Index Medicus の採用する略語を用いる。いずれにも該当しないものは正式雑誌名を記載する。

7 文献リストの記載例 (■は半角スペースを示す。)

(1) 学術雑誌

- ① 学術誌収載論文の場合の基本

著者名. ■ (出版年). ■論文タイトル. ■収載誌名, ■巻 (号), ■開始頁 - 終了頁.

例

下中壽美, 井上松代, 玉城清子, 金城芳秀, 西平朋子, 賀数いづみ. (2009). 「妊婦ふれあい体験学習」が高校 1 年生女子のライフプラン、妊娠・出産・育児の認識度に及ぼす影響. 思春期, 27 (2), 194-203.

Saeki N, Komatsuzaki R, Chiwaki F, Yanagihara K, Sasaki H. (2015). A GSDMB enhancer-driven HSV thymidine kinase expressing vector for controlling occult peritoneal dissemination of gastric cancer cells. BMC-Cancer 15, 439.

- ② 著者 8 名以上の場合

著者 1, ■著者 2, ■著者 3, ■著者 4, ■著者 5, ■著者 6, …最終著者. ■ (出版年).

■巻論文タイトル. ■収載誌名, ■巻 (号), ■開始頁 - 終了頁.

例

永山さなえ, 比嘉綾子, 塩川明子, 平良久美子, 蔵根瑞枝, 當山裕子, 糸数公, 金城芳秀, 親川豊子, 仲宗根正. (2007). 若年妊産婦支援についての検討, 沖縄の小児保健, 34, 23-27.

Annk R, Eleme L, Hunai G, Fuka J, Doll L, Ikei E, Wiiki D, Mara K, Summer W, Barbar J, Quont E, Kestram A, Stem K, Fitman G, Zolgom A, Olsent A, Baloon T, Seracs, D. (2015). Transforming of idea to practice. BMC Palliat Care, 105, 1-6.

- ③ オンライン版で、DOI (Digital Object Identifier) のある場合

著者名. ■ (出版年). 論文タイトル. ■収載誌名. ■巻 (号). ■開始頁 - 終了頁. ■doi:DOI 番号

例

Akamine, I, Uza, M, Shinjo, M, Nakamori E. (2013). Development of competence scale for senior clinical nurses. JPN J NURS SCI, 10. 55-67. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00210.x.

(2) 書籍

① 書籍の基本：書籍全体の要約引用や引用が複数箇所の場合

著者名．■（出版年）．■書籍タイトル．■版名．■出版元．

例

上田礼子．（2006）．人間生涯発達学．改訂第2版増補版．三輪書店．

Brian S.（2013）．The Art of Skill and Nursing. 2nd edition. Forest.

② 書籍の一部引用

著者名．■（出版年）．■書籍タイトル（開始頁－終了頁）．■発売元．

例

山本敬子（編），中木高夫（看護診断 監修）．（2006）．エビデンスに基づく看護過程実践Q&A．
関連図で導く看護診断とケアプラン（pp10-15）．中央法規出版．

Waren G.（2014）．Learning and health（pp15-30）．Angel Book.

③ 編集本の一部引用（章著者表示有りの場合）

章著者名．■（出版年）．■章タイトル．■編者名．（編）．■書籍タイトル（pp 開始頁－終了頁）．
■発売元．

例

森元さおり．（2009）．ケアリング．岩本喜美子．（編）．事例を通してあなたの学びをふ
かめる実用書（pp47-71）．沖縄出版．

④ 編集本の一部引用（著者表示無し）

編者名（編）．■（出版年）．■章タイトル．■書籍タイトル（pp 開始頁－終了頁）．■発行元．

例

浅野かおる，奥野よしこ（編）．（2012）．第Ⅲ章 がん治療．根拠に基づく看護（pp164-167）．
げんき社．

⑤ 翻訳本の基本：翻訳本の要約引用や引用が複数箇所の場合

原著者名．■（原著出版年 / 翻訳書出版年）．■翻訳者名（訳）．■訳書タイトル．■発行元．

例

Barkauskas V.H. 他．（1994/1998）．花田妙子，山内豊明，中木高夫（監訳）．牛久保美津子，雄
西智恵美，嘉手苺英子，亀井智子，高橋広，田中美智子，花田妙子，濱崎勲重，本田良行，
本間照子，松田たみ子（訳）．ヘルス・フィジカルアセスメント下巻．日総研．

⑥ 翻訳本の一部引用

原著者名．■（原著出版年 / 翻訳書出版年）．■翻訳者名（訳）．■書籍タイトル．■版名．■（pp
開始頁－終了頁）．■発売元．

例

ホロウェイ I，ウィーラー S.（2002/2000）．野口美和子（監訳）．ナースのための質的
研究入門 研究方法から論文作成まで．第2版．（pp25-45）．医学書院．

⑦ ウェブサイト

出版元．■（出版年）．■タイトル．■URL（検索日）．

厚生労働省．（2008.）平成18年 国民健康・栄養調査結果の概要について．

www.mhlw.go.jp/houdou/2008/04/h0430-2.html（2009年7月15日現在）．

7. 投稿手続

- 1 投稿論文の内容は、他の出版物（国の内外を問わず）にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。アクセプトされた論文を他に投稿する等の重複投稿は禁止する。
- 2 他人の図表を転載する場合には、著作権の所有者より転載許可を受ける。
- 3 原稿投稿時は下記に従う。
 - (1) 全ての原稿（表紙、抄録、本文、図表）について、正本1部、副本2部および返送用封筒（筆頭著者宛を記入）1部を同封する。副本には著者名、所属、謝辞等、著者名が特定される事項を記載しない。図表は1つにつき1頁とし、写真の場合は全てオリジナルを揃えるのが好ましいが、オリジナル1部と高画質の複写2部でもよい。
 - (2) 投稿時に「提出前チェックリスト」で記載法の誤りや提出物等の確認し、提出する。
 - (3) 英文（タイトル・キーワードも含む）はすべて native check もしくは専門家による英文校正・校閲を受けている。
- 4 最終原稿投稿時は下記に従う。
 - (1) 原稿の採択ならびに掲載決定の通知を受けた場合には、期日までに下記を提出する。
 - ①全ての原稿（表紙、抄録、本文、図表）2部
 - ②電子ファイルの入ったメディア媒体1つ
 - ③著作権委譲にかかる承諾書
 - ④英文校正・校閲完了の証明書※転載許可書（著作権の所有者より転載許可を受けその旨を記したもの。所定の様式はない）
 - (2) 本文に附した頁数、行数の表記を消しておく。
 - (3) 電子ファイルは表紙、抄録（和文、英文）、本文、図（写真を含む）、表に分ける。必ず投稿前にファイル内の文字化け、画像の鮮明度などを確認する。メディア媒体には著者名、論文表題を記載する。
 - (4) 封筒の表に「沖縄県立看護大学紀要原稿」と朱書きした上で、「沖縄県立看護大学紀要編集専門部会」宛に提出する。

8. 投稿原稿の採否

原稿の採否は紀要編集専門部会が決定する。紀要編集専門部会は査読者を選定し、査読を依頼する。査読結果等により、原稿の種類、内容の加除、訂正を求められることがある。

9. 校正

投稿者による校正は再校までとし、校正に際して原稿の変更あるいは追加は認めない。

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。

その旨について、紀要編集専門部会が用意する著作権譲渡同意書に著者全員が署名して、最終原稿提出時に添付する。なお、投稿論文は電子情報開示されることを条件とする。

11. 公開

沖縄県立看護大学紀要は、大学ホームページにて公開するとともに、冊子体も作成する。

12. 投稿期間

投稿期間は、原則として 7 月 1 日から 10 月 31 日とする。

13. 諸経費およびその他の必要事項は別途定める。

(作成年：平成 11 年)

(第 1 次改訂年月：平成 15 年 1 月)

(第 2 次改訂年月：平成 15 年 5 月)

(第 3 次改訂年月：平成 19 年 3 月)

(第 4 次改訂年月：平成 21 年 7 月)

(第 5 次改訂年月：平成 25 年 4 月)

(第 6 次改訂年月：平成 26 年 7 月)

(第 7 次改訂年月：平成 28 年 7 月)

(第 8 次改訂年月：平成 29 年 7 月)

編集後記

沖縄県立看護大学紀要 19 号をお届けいたします。ご寄稿ならびに査読のご協力を頂いた皆様に感謝申し上げます。今年度は編集専門部会委員交代により新体制となり、昨年引き続き、投稿論文の質向上支援に尽力して参りました。今年度からペーパーレス化となり、さらに次年度から前期と後期の 2 期に分散して投稿も可能になりました。投稿資格をお持ちの皆様におかれましては、多くの論文が掲載できますようご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

平成 30 年 3 月 31 日

紀要編集専門部会 部会長 山本敬子

JOURNAL of
Okinawa Prefectural College of Nursing
No.19

Original Article

- Generativity and agency of working people with mental disabilities: Life histories of four persons
Mitsuko Murakami 1

Report

- Structure of “oriai” in persons with mental disorders: Life histories of 11 persons
Mitsuko Murakami 11

Other Research Note

- A pilot test to confirm the face validity about the Japanese version of Transition
- to - Home: Premature Parent Scale
Kazuyo Uehara, Kazuko Maeda 19

Literature review

- Intervention method to prevent the delay of help seeking behavior in cancer patients
Mariko Oshiro, Midori Kamizato 25

- Reviewing body of literature in Japan: Care prevention by nursing profession
Hatsuyo Yamaguchi, Akemi Ohwan, Yuki Taba, Yukari Sunagawa, Nariko Akahoshi 31

- Document review of patients and families with diabetic nephropathy
- from domestic literature -
Miyuki Naka, Keiko Yamamoto 39

- The current situation and issues regarding relocation of the elderly people
discussed in the academic paper in Japan: Focus on the reason of relocation
and relocation damage
Nariko Akahoshi, Yuki Taba, Hatsuyo Yamaguchi, Yukari Sunagawa 47

Sources/Information

- Employment status and related issues of those who have completed the midwifery program at
the Okinawa Prefectural College of Nursing
Sugino Maeda, Yoshiko Nakahara, Mayako Minegishi 55

- Criteria for Manuscripts 61
Postscript

March 2018