

ISSN 1882-9880

自治医科大学看護学ジャーナル

Jichi Medical University Journal of Nursing

第5巻



2007

お知らせ

本誌「自治医科大学看護学ジャーナル」は、2003年創刊の「自治医科大学看護学部紀要」を名称変更し継承したものである。

これまで、「自治医科大学看護学部紀要」は、2003年度の第1巻より2006年度の第4巻まで発刊された。「自治医科大学看護学ジャーナル」の巻数も、「自治医科大学看護学部紀要」の巻数を継承することとしたため、2007年度版として、第5巻よりスタートすることとした。

本誌の英文名は、「自治医科大学看護学部紀要」の英文名「Jichi Medical University Journal of Nursing」をそのまま継承した。

なお、ISSNは1882-9880に変更となり、投稿規程も若干の変更を加えた。

2008年3月31日

自治医科大学看護学ジャーナル編集委員会

目 次

原 著

- 分娩時のモニタリングとケアの可視化の試み
—臨床プロセスチャートとアルゴリズム表記法を用いて—
成田 伸・岡本美香子・大原良子
段ノ上秀雄・水流聰子 3

- 重症心身障害のある子どもを育てる父親の体験
田中美央 15

報 告

- 視覚障害を有する高齢者への看護援助の現状と課題
—病院に勤務する看護職者を対象とした実態調査から—
永盛るみ子・池田浩子・水戸美津子 25

看護学領域共同研究報告

- 離床動作援助のための基礎研究
基礎看護学領域 35

- へき地における災害対策体制づくりにかかる看護職の活動方法に関する研究
地域看護学領域 39

- 精神障害者の家族成員における介護経験に関する研究
—都市部と農村部における社会文化的要因の計量疫学的研究—
精神看護学領域 47

- 下野市周辺における地域助産師による育児支援活動
へき地で乳児を育てる母親の健康ニーズ
—へき地中核病院小児科外来受診乳児の母親調査—
母性看護学領域 51

- 栃木県における小児看護の課題
—学校生活に焦点をあてて—
小児看護学領域 53

生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を担う家族の体験 へき地におけるCNSの役割と機能に関する基礎調査 —へき地における医療・看護の現状把握とCNSの必要性と課題の検討— 成人看護学領域	59
視覚障害を有する高齢者への看護援助の現状と課題 —病院に勤務する看護職者を対象とした実態調査から— 老年看護学領域	63
投稿規程	65
編集後記	67

原 著

分娩時のモニタリングとケアの可視化の試み —臨床プロセスチャートとアルゴリズム表記法を用いて—

成田 伸¹⁾, 岡本美香子²⁾, 大原良子¹⁾, 段ノ上秀雄³⁾, 水流聰子³⁾

要旨：助産師による分娩時のモニタリングとケアがどのような情報・知識・判断・行為によって展開されているか可視化する試みを行った。水流らが開発したアルゴリズム表記法と飯塚らが開発した臨床プロセスチャートを用い、助産師による分娩時のモニタリングとケアがどのような情報・知識・判断で展開されているか可視化する検討を行い、その結果を臨床プロセスチャートとして示し、臨床事例で検証した。2006年1月1日から3月20日の期間に開発した臨床プロセスチャートをA病院産科病棟の60ケースに適用した結果、ルートからの離脱はなく、主要なルートと平行して進行させるべきユニットの存在が明らかとなった。今回の試みはまだ途中経過にあり、十分な検証が行なえているとはいえない。しかしこのような試みは、分娩の質安全保障を実現するために、助産師の高度看護（助産）実践を、ベストプラクティスとして構造的に共有できるように再設計し、質安全保障にとって必須である「分娩実践プロセスの標準化」につながる重要な試みであると考える。

キーワード：分娩時のモニタリングとケア、助産師、アルゴリズム表記法、臨床プロセスチャート

I. はじめに

我々は、熟練した助産師が持続的なモニタリング状況下で産婦と胎児の情報収集の方法として、より侵襲性のない／低い方法を用い、またそれらのモニタリングとケアが同時発生している傾向があることを報告した¹⁾。より侵襲性のない／低い情報収集の方法や静かな実践プロセスを用いていたために、産婦と助産師の間にどのようなことが起こっているのかを理解することが難しい状況にあり、その可視化は大きな課題となっている。

水流ら²⁾は、高度看護実践を支援する思考ナビゲートシステムの開発を行なっている。その開発過程において看護ケアを、看護職一般が実践するスタンダードケアと、より高い専門性を持つプロ

グラムドケアに大別した³⁾。その中で助産師による分娩時のケアはプログラムドケアに位置づけられている。アルゴリズム表記法は、プログラムドケアが検討される過程で、高度な看護ケアの展開で用いられる情報・知識、判断ロジックを明確化するツールとして開発された。水流らは、個々のプログラムドケアにおいて、このアルゴリズムを明確化し電子的に展開できるシステムとして準備することで、「経験年数の少ない看護師もエキスパートナースの思考プロセスがナビゲートされ、高度ケアの質保証がより容易になる」⁴⁾と述べている。

プログラムドケアのアルゴリズム表記法を用いた可視化作業の先駆的な試みとして、「がん性疼痛マネジメントプログラムドケア」がある。渡邊ら⁵⁾は、文献検討とがん専門看護師・緩和ケア専門医・臨床薬剤師からの情報から仮のアルゴリズムを開発し、その開発過程で専門家の確認作業、

¹⁾ 自治医科大学看護学部

²⁾ 東京大学大学院医学系研究科

³⁾ 東京大学大学院工学系研究科

事例への適用を繰り返し行なうことで、アルゴリズムの妥当性を高める作業を行なっている。

水流は上記の開発と同時に飯塚らと共に「患者状態適応型パスシステム」^⑥を開発している。「臨床プロセスチャート」は、「患者状態適応型パス」を具現化するツールとして開発され、ユニット（分岐・結合のある思考プロセスの意味あるかたまり）の連結からなる臨床経路の俯瞰図である。ユニット間の移動の条件はユニット移行ロジックとして示される。この開発過程において「臨床プロセスチャート」はユニット間の関係性を示すものとして開発された。水流はアルゴリズム表記法で可視化したケアプログラムを「臨床プロセスチャート」に組み込むことで、チーム医療の実現を目指している。

本研究の目的は、助産師による分娩時のモニタリングとケアがどのような情報・知識・判断・行為によって展開されているか可視化する作業を行なうことである。本報告においては、水流らが開発したアルゴリズム表記法を用い、助産師による分娩時のモニタリングとケアがどのような情報・知識・判断で展開されているか可視化する試みを行い、その結果を臨床プロセスチャートとして示し、臨床事例で検証し、その結果を報告する。

II. 研究方法

本研究においては1. 助産師による分娩時モニタリングとケアの可視化作業、2. 作成された臨床プロセスチャートの一次的な検証作業、の2段階の研究を行う。先に渡邊ら^⑦の「がん性疼痛マネジメントプログラムドケア」の検証作業を紹介した。今回の臨床プロセスチャートの開発・検証は渡邊らの手順に則り、文献検討、臨床経験の長い熟練した助産師・助産学研究者・看護情報専門家等からの情報から仮の臨床プロセスチャートを開発し、その開発過程で専門家の確認作業、事例への適用を行なう。

1. 助産師による分娩時モニタリングとケアの可視化作業

1) 検討方法

①助産師による分娩時のモニタリングとケアの明確化：水流ら^⑧が高度看護実践の可視化を目的に開発したアルゴリズム表記法を用い、文献検討と熟練助産師・助産学研究者・看護情報学研究者間の討議により、助産師による分娩時のモニタリン

グとケアがどのような情報・知識・判断・行為で展開されているかの構造化を試みる。

②構造モデルからのアルゴリズムの抽出：①で検討した結果から、判断に関する重要なアルゴリズム部分を抽出する。
 ③実践プロセスの可視化作業：②で作成したこのアルゴリズムがどのように実践プロセスに組み込まれているか、いくべきか、について、検証・検討した。方法論として、まず、医療チームで共有できるように、実践プロセスをチーム医療の質安全保障を実現するために開発された臨床プロセスチャートを用いて、可視化する。

2) 研究期間 2005年4月～2005年12月

2. 作成された臨床プロセスチャートの一次的な検証作業

1) 調査方法

作成された臨床プロセスチャートを用いて、検証調査を実施する。適用事例は二次救急レベルで対応可能な経産分娩と帝王切開の臨床事例である。周産期二次救急レベルのA総合病院産科病棟管理者の同意を得、研究者がナースステーション内で診療録を閲覧、その場で情報を作成した臨床プロセスチャート上にコード化して転記し、データとする。

2) データの分析方法

今回開発した臨床プロセスチャートの臨床事例での検証作業は、飯塚らに則って行なう。

飯塚らは「患者状態適応型パス」において6疾患のパスが作成された段階での検証作業を報告している^⑨。飯塚らの検証作業には15病院が参加し協力した。協力病院では、ユニット移行ロジックのリストを参考にしながら、移行したユニットとその移行日を、既存のカルテから抽出し、調査票に記載した。飯塚らは第1次の初期共通分析として、離脱のチェック（該当するユニットやルートがないなど）、カバー率（当該プロセスチャート上に乗っている割合）、滞在日数（当該ユニットに留まっている日数）、経路パターン（入院から退院までの、ユニット移行の変遷のパターン分析）、離脱のタイプ（離脱理由の分析）の分析を行っている。飯塚らはこれらのデータの分析結果を、個々の臨床プロセスチャートの修正及び臨床プロセスチャート自体の検討につなげている。

そこで今回の検証作業においては収集したデー

タから、離脱のチェック、カバー率、滞在日数(分娩の特性上経過が早いので時間単位で検討する)、経路パターン、離脱のタイプについての情報を取り集め、質的に分析する。

3) 検証期間 2006年1月1日～3月20日であった。

4) 倫理的配慮：調査の実施には産科病棟管理者の同意を得る。また診療録の閲覧はナースステーション内で行い、転記の際にコード化することで、分娩日時等の個人を特定する情報を除外することで、病棟外に個人情報が漏出しないように配慮し、また研究の発表において個人が特定できないように配慮する。

III. 結果

1. 助産師による分娩時モニタリングとケアの可視化作業

助産学¹⁰⁾・産科学¹¹⁾のテキストを含む文献検討と研究者間の討議により、助産師による分娩時のモニタリングとケアがどのような情報・知識・判断・行為で展開されているかの構造化を試みた。

図1は水流らが開発したアルゴリズム表記法を用いて示した分娩期のモニタリングとケアの構造

である。また、分娩期全体のモニタリングとケアを俯瞰するものとして、分娩期のプロセスチャートを開発した（図2）。図2では臨床プロセスチャートの記載方法に則り¹²⁾、分娩期における「入院」から「産褥管理への移行」までを示している。

図1は、同じ研究メンバーで行った先行研究¹³⁾において明らかにされた助産師が行う分娩時の「モニタリングケア」の仮分類と助産師による分娩時の「モニタリングケア」の特性に基づいて作成された。先行研究では助産師のモニタリングという行為を「モニタリングケア」と称している。先行研究の仮分類は分娩時チャートを素材とした研究者間の討議により作成されたものである。先行研究においては、助産師の「モニタリングケア」の目的を「胎児のWellnessの保証」「産婦の安全の保証」「分娩進行状態の把握」「産婦の身体的・心理的頑張り度の把握」の4つに大別した。本図においては分娩中の観察のまとめの名称にそれぞれの項目を適用した。そのためモニタリングの目的を示す名称の文尾の「把握」「保証」を削除した「胎児の医学的状態」「産婦の医学的状態」「分娩進行状態」を用いた。

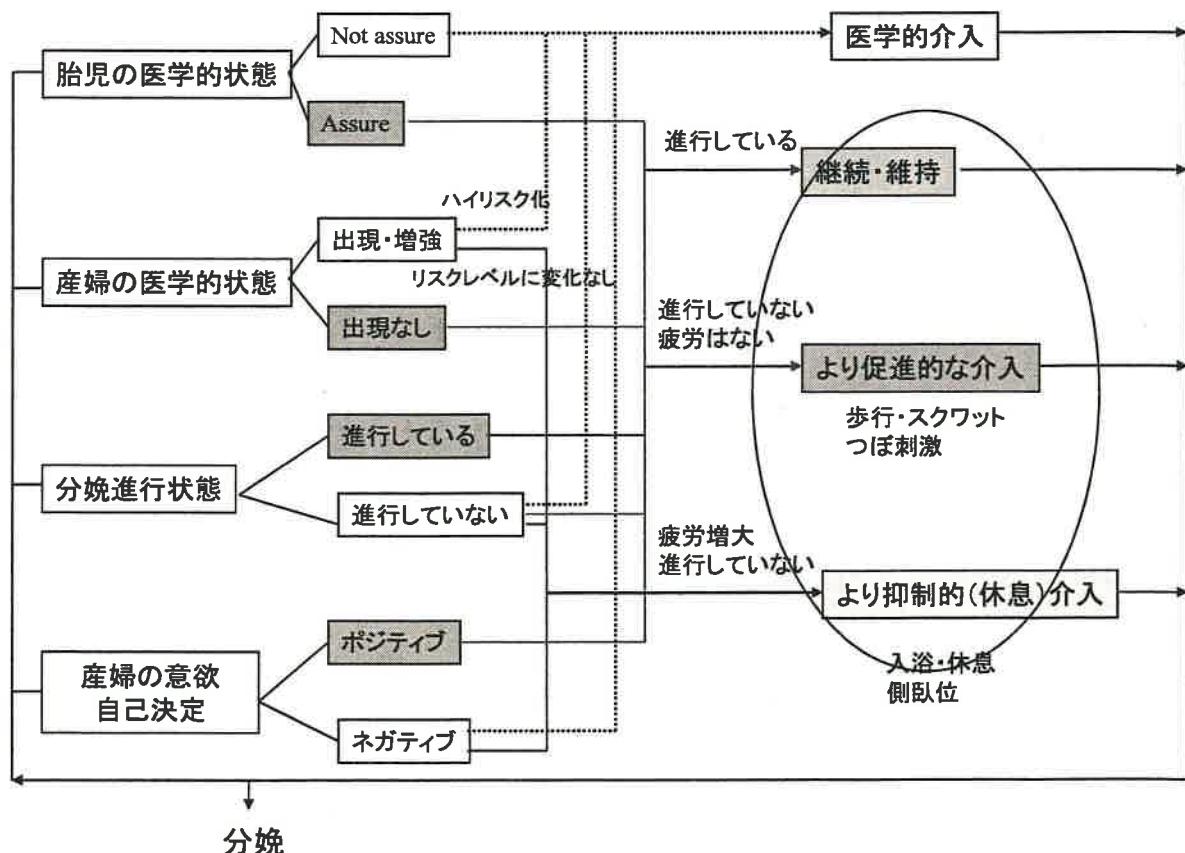


図1 分娩期のモニタリングとケアのアルゴリズム

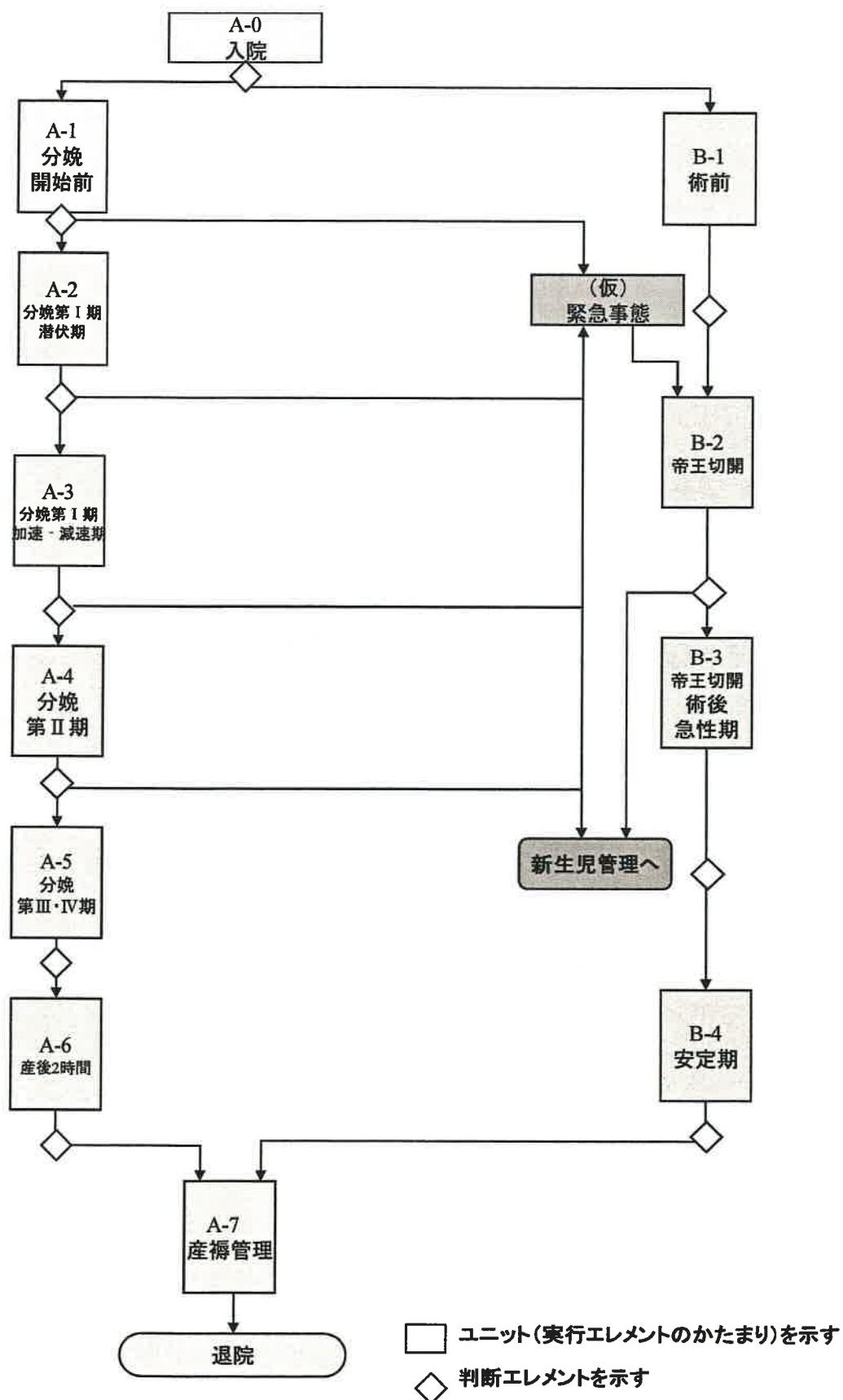


図2 分娩期の臨床プロセスチャート

また、「産婦の身体的・心理的頑張り度」は今回の研究にあたって「産婦の意欲・自己決定」のように名称を大きく変更している。「産婦の身体的・心理的頑張り度の把握」は内容として「分娩進行に関する産婦の思いに関する情報の収集」「産婦の心身の疲労に関する情報の収集」「産婦の頑張り度に関連した家族の訴えに関する情報の収集」を含んでいる。観察項目は産婦の状態に対するものであり、産婦の主体性は分娩経過全体の中で埋没する可能性もあった。本研究においてはその点についてさらに検討され、最近の臨床実践における妊娠中からのバースプランの作成や産婦の希望する出産方法の推進といったインフォームドコンセントの取り組みの状況から、このような名称の変更を行った。

また同様に先行研究においては助産師による「モニタリングケア」の特性として、「モニタリングケア」が観察→判断→介入→観察→判断→介入という、循環し重なり合うような行為の連続であることが示唆された。そこで図1においては、それぞれの観察の結果、「Not Assure」か「Assure」か、「出現・増強」(ハイリスク化)か「出現なし」(リスクレベルに変化なし)か、「進行している」か「進行していない」か、「ポジティブ」か「ネガティブ」か、を判断する。それらの判断が統合されて、(分娩が全体として)「進行している」と判断された場合は「継続・維持」の介入、「進行していないが、疲労はない」と判断された場合は歩行・スクワット・つぼ刺激など分娩を進行させるような「より促進的な介入」、「疲労が増大し、(分娩も)進行していない」と判断された場合は、入浴・休息・側臥位のような休息を促すような「より抑制的(休息)介入」が行われる。胎児の状態が「Not Assure」と判断されたり、産婦の状態がハイリスク化したと判断されたりした場合は「医学的介入」が考慮される。このように適切な介入が行われるとその結果について、再度観察が行われ、同じサイクルが繰り返されると考えた。図1は以上の流れを、水流らが開発したアルゴリズム表記法を用いて示した分娩期のモニタリングとケア行為の構造として示している。

図2に示した分娩期のプロセスチャートでは、四角は実行エレメント（どのような介入を行なうかを示す）としての各ユニットを示し、ひし形はユニット間を移動するための判断エレメント（ユ

ニット間の移行の判断を示す）を示している。分娩期の臨床プロセスチャートでは、経産分娩（以下、経産と略す場合もある）の経路としてA-0の「入院」からA-7の「産褥管理」まで連なるAのユニットの流れが示され、B-1からB-3として帝王切開（以下、帝切あるいはCSと略す場合もある）の流れが、新生児の救急事態に対応する「新生児管理へ」のユニット、それ以外の緊急事態への対応を記録する「(仮)緊急事態」のユニットが示されている。今回の分娩期の臨床プロセスチャートにおいて、各ユニットのまとめは、助産学・産科学での分娩期のわけ方の定義に則り、A-2は分娩開始から潜伏期の終了まで、A-3は加速・減速期を、A-4は分娩第Ⅱ期を、A-5は分娩第Ⅲ・Ⅳ期を、A-6は第Ⅳ期が終了して産褥期へ移行することを示している。

各ユニットの臨床概要を示したものとしてユニットシートがある。ユニットシート¹⁴⁾には想定した患者（本研究の場合分娩経過中の母子に相当するがこのまま患者という用語を用いる）状態・介入（患者状態に対応した条件付指示・医行為・ケア行為群）・目標状態と目標状態に達したことを示す達成条件・次のユニットに移行するときの移行条件と移行先ユニット等の基準が示されている。ユニット間の移行には移行ロジックを設定した。図3にA-2「分娩第Ⅰ期潜伏期」のユニットシートを示した。各ユニットはそれぞれ同様のユニットシートを有している。

先に図1で示したアルゴリズム表記法で示した分娩期のモニタリングとケアのアルゴリズムは、ユニットシートの患者状態と条件付指示に相当している。アルゴリズム表記法によって示された図は、患者の状態と介入との関係がユニットシートのように一面的ではなく、多面的に関係して進行する様子を表すものとなっている。図1は、分娩期の臨床プロセスチャートにおける分娩第1期ユニットの一部である「潜伏期」「加速・減速期」の双方において使用可能な具体的なケアの展開のアルゴリズムに相当すると想定しているが、その検証は今回行っていない。

2. 作成された臨床プロセスチャートの一次的な検証作業

作成された臨床プロセスチャート（図2）、ユニットシート（図3）を用いて、検証調査を実施し

た。病棟管理者の同意が得られ、検証作業を実施した。検証作業は研究者の一人が調査期間内に産科病棟のナースステーション内で行った。

期間内のA病院産科病棟での分娩総数は312件（帝王切開率27.9%）であり、そのうち経産分娩41例、帝王切開分娩19例の60例に臨床プロセスチャートを適用した。適用率は経産分娩への適応が15.2%（経産分娩総数に対する割合）、帝王切開への適用が21.8%（帝王切開分娩総数に対する割合）であり、帝王切開の事例への適用率のほうが高かった。作成された臨床プロセスチャートを経産分娩の1事例に適用した結果を図4に、経産分娩から緊急帝王切開へ移行した1事例に適用した結果を図5に示した。また、各ユニット間の移動の様子を示す例として、経産分娩の最初の4事例を表1に、帝王切開の最初の4事例を表2に示した。表2の枠内の数字は各々の事例がそのユニットに入った時間（IN）と出た時間（OUT）を24時間換算して示したもので、（ ）内の数字は、A-2あるいはB-1に入った時間を示した。

60例のうち臨床プロセスチャートのユニットから明らかに離脱したケースはなくカバー率は100%であった。滞在日数は経産分娩ケースで3時間15分から70時間30分（平均15時間17.8分）、帝王切開ケースでは23時間55分から71時間55分（平均43時間14.0分）であった。プロセスチャートの終了を初回歩行としているため、帝王切開で初回歩行が1日目であることの影響を受け、帝王切開の場合のほうがかなり長くなっている。帝王切開で滞在時間が最大（71時間55.0分）になったケースは緊急帝王切開のケースであった。図4、5に示したように分娩期の臨床プロセスチャートにおいては経路パターンとして、入院A-0からAのルートを順調に辿り産褥管理に移行するパターンと入院後予定帝王切開ではA-0から、緊急帝王切開の場合はA-1からA-4のいずれかの時点でBのルートに移行し、手術終了後経過が安定してA-7の産褥管理で終了するパターンとがあった。帝王切開の19例中経産分娩からの移行のケースは9例（60例中15%，帝王切開適用事例の47.4%）であった。分

yy/mm/dd(月) CP A-1 分娩第Ⅰ期 潜伏期		ID 46666 生年月日 yy/mm/dd 氏名 * * * * XX歳 女 48kg 入院日付 yy/mm/dd(月) 3病棟 陣痛室1																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">治す(治療)</th> <th colspan="2">患者状態</th> <th>条件付き指示</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>処置</td> <td>陣痛の観察 胎児心拍の観察 バイタルサインを測定する 内診 産筋膜のマッサージ・温電法をする</td> <td>胎児心拍数 ED, L/D, P/D 徐脈 頻脈 variability(D)減少・消失 蘇生 BTB検査 体温 脈拍 血圧 出血 陣痛周期 6分以上</td> <td>E/D L/D, P/D 徐脈 頻脈 variability(D)減少・消失 蘇生 BTB検査 体温 脈拍 血圧 出血 陣痛周期 6分以上</td> <td>仰位実換(側臥位), CTGによる観察 蘇生投与SI/mn, マスク, CTGによる観察 蘇生投与GU/mn, マスク, CTGによる観察 CTGによる観察, C/Sのダブルセットアップ CTGによる観察, C/Sのダブルセットアップ 蘇生ユニットを通知 陣痛の体温測定, 希望時クリーリング, 陰毛剥離出血の注意 隣回の血圧測定 休息ケア 促進ケア</td> </tr> <tr> <td>点滴・注射</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>内服</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>輸血</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リハ</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 情報を得る・理解する(教育) 分娩進行状況の説明/呼吸法の指導/ 分娩促進の方法の指導 </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 生活する(ケア) 清拭/シャワー浴 CTG 内診 BTB検査 脈拍 超音波 </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 調整する(調整) 食事 自食(産褥食) 安静度 自由/病棟内歩行 抑制 </td> <td> <table border="1"> <thead> <tr> <th>予定期</th> <th>達成日</th> <th>目標状態</th> <th>客観的判断基準</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>患者状態</td> <td></td> <td>分娩進行がみられる</td> <td>子宮口開大4cm以上, 陣痛周期3~6分, 痛作40~70秒</td> </tr> <tr> <td>理解度</td> <td></td> <td>分娩進行に対して冷静に対応できる</td> <td></td> </tr> <tr> <td>自己管理</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 移行ロジック 子宮口開大4cm以上, 陣痛周期3~6分, 痛作40~70秒 Dr.のC/S決定時 上記以外 </td> <td> A-3 B-2 A-2ことどまる </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 編集 </td> <td colspan="2"> 参照 </td> <td> ユニット移行 </td> <td> ユニット適応の可否 </td> </tr> </tbody> </table>				治す(治療)		患者状態		条件付き指示	処置	陣痛の観察 胎児心拍の観察 バイタルサインを測定する 内診 産筋膜のマッサージ・温電法をする	胎児心拍数 ED, L/D, P/D 徐脈 頻脈 variability(D)減少・消失 蘇生 BTB検査 体温 脈拍 血圧 出血 陣痛周期 6分以上	E/D L/D, P/D 徐脈 頻脈 variability(D)減少・消失 蘇生 BTB検査 体温 脈拍 血圧 出血 陣痛周期 6分以上	仰位実換(側臥位), CTGによる観察 蘇生投与SI/mn, マスク, CTGによる観察 蘇生投与GU/mn, マスク, CTGによる観察 CTGによる観察, C/Sのダブルセットアップ CTGによる観察, C/Sのダブルセットアップ 蘇生ユニットを通知 陣痛の体温測定, 希望時クリーリング, 陰毛剥離出血の注意 隣回の血圧測定 休息ケア 促進ケア	点滴・注射					内服					輸血					リハ					情報を得る・理解する(教育) 分娩進行状況の説明/呼吸法の指導/ 分娩促進の方法の指導					生活する(ケア) 清拭/シャワー浴 CTG 内診 BTB検査 脈拍 超音波					調整する(調整) 食事 自食(産褥食) 安静度 自由/病棟内歩行 抑制				<table border="1"> <thead> <tr> <th>予定期</th> <th>達成日</th> <th>目標状態</th> <th>客観的判断基準</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>患者状態</td> <td></td> <td>分娩進行がみられる</td> <td>子宮口開大4cm以上, 陣痛周期3~6分, 痛作40~70秒</td> </tr> <tr> <td>理解度</td> <td></td> <td>分娩進行に対して冷静に対応できる</td> <td></td> </tr> <tr> <td>自己管理</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	予定期	達成日	目標状態	客観的判断基準	患者状態		分娩進行がみられる	子宮口開大4cm以上, 陣痛周期3~6分, 痛作40~70秒	理解度		分娩進行に対して冷静に対応できる		自己管理				移行ロジック 子宮口開大4cm以上, 陣痛周期3~6分, 痛作40~70秒 Dr.のC/S決定時 上記以外				A-3 B-2 A-2ことどまる	編集		参照		ユニット移行	ユニット適応の可否
治す(治療)		患者状態		条件付き指示																																																																							
処置	陣痛の観察 胎児心拍の観察 バイタルサインを測定する 内診 産筋膜のマッサージ・温電法をする	胎児心拍数 ED, L/D, P/D 徐脈 頻脈 variability(D)減少・消失 蘇生 BTB検査 体温 脈拍 血圧 出血 陣痛周期 6分以上	E/D L/D, P/D 徐脈 頻脈 variability(D)減少・消失 蘇生 BTB検査 体温 脈拍 血圧 出血 陣痛周期 6分以上	仰位実換(側臥位), CTGによる観察 蘇生投与SI/mn, マスク, CTGによる観察 蘇生投与GU/mn, マスク, CTGによる観察 CTGによる観察, C/Sのダブルセットアップ CTGによる観察, C/Sのダブルセットアップ 蘇生ユニットを通知 陣痛の体温測定, 希望時クリーリング, 陰毛剥離出血の注意 隣回の血圧測定 休息ケア 促進ケア																																																																							
点滴・注射																																																																											
内服																																																																											
輸血																																																																											
リハ																																																																											
情報を得る・理解する(教育) 分娩進行状況の説明/呼吸法の指導/ 分娩促進の方法の指導																																																																											
生活する(ケア) 清拭/シャワー浴 CTG 内診 BTB検査 脈拍 超音波																																																																											
調整する(調整) 食事 自食(産褥食) 安静度 自由/病棟内歩行 抑制				<table border="1"> <thead> <tr> <th>予定期</th> <th>達成日</th> <th>目標状態</th> <th>客観的判断基準</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>患者状態</td> <td></td> <td>分娩進行がみられる</td> <td>子宮口開大4cm以上, 陣痛周期3~6分, 痛作40~70秒</td> </tr> <tr> <td>理解度</td> <td></td> <td>分娩進行に対して冷静に対応できる</td> <td></td> </tr> <tr> <td>自己管理</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	予定期	達成日	目標状態	客観的判断基準	患者状態		分娩進行がみられる	子宮口開大4cm以上, 陣痛周期3~6分, 痛作40~70秒	理解度		分娩進行に対して冷静に対応できる		自己管理																																																										
予定期	達成日	目標状態	客観的判断基準																																																																								
患者状態		分娩進行がみられる	子宮口開大4cm以上, 陣痛周期3~6分, 痛作40~70秒																																																																								
理解度		分娩進行に対して冷静に対応できる																																																																									
自己管理																																																																											
移行ロジック 子宮口開大4cm以上, 陣痛周期3~6分, 痛作40~70秒 Dr.のC/S決定時 上記以外				A-3 B-2 A-2ことどまる																																																																							
編集		参照		ユニット移行	ユニット適応の可否																																																																						

図3 分娩第Ⅰ期潜伏期のユニットシート

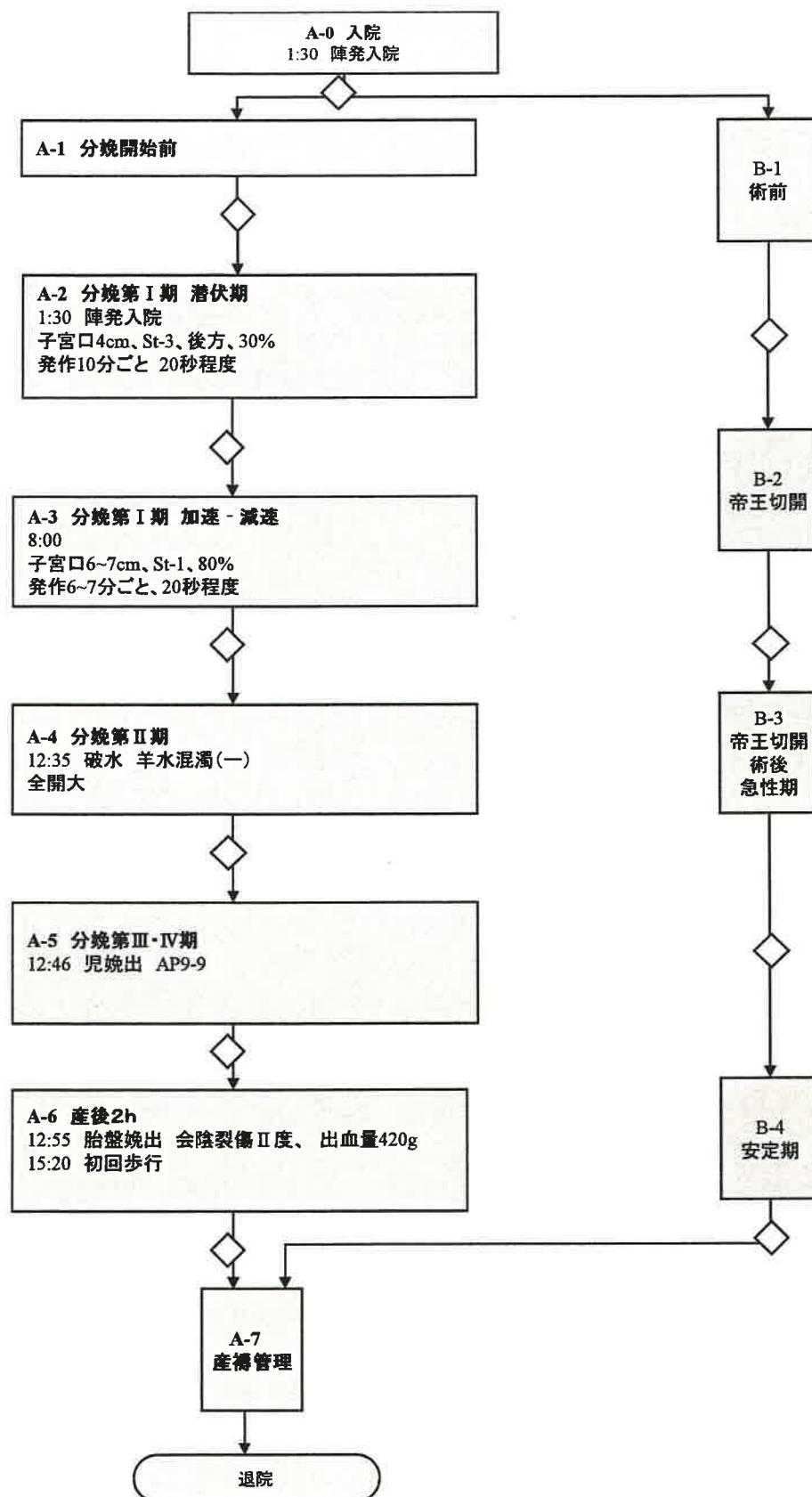


図4 分娩期の臨床プロセスチャートの経験分娩事例への適用

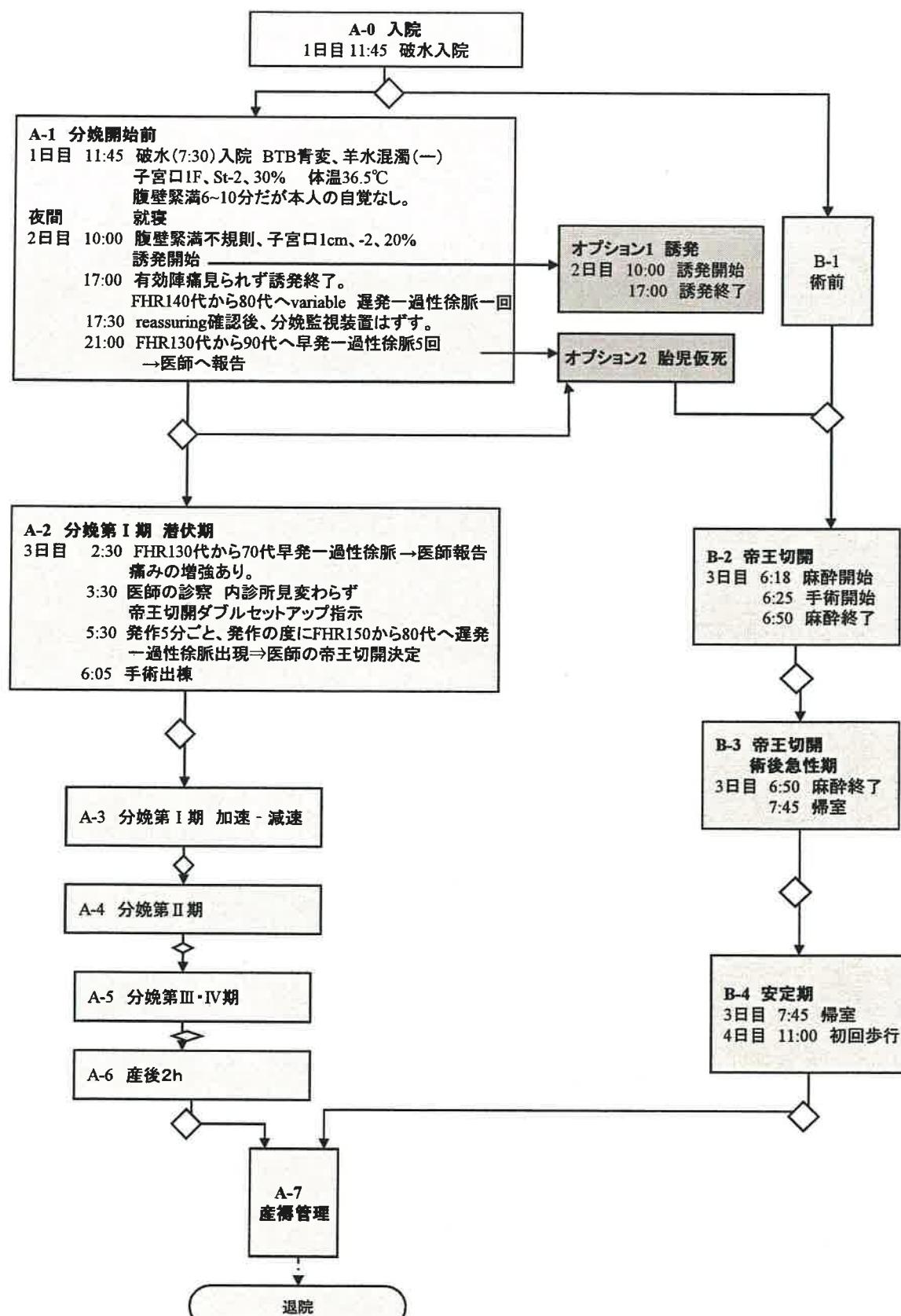


図5 分娩期の臨床プロセスチャートの帝王切開事例への適用
(経腔分娩経過中に緊急で帝王切開に移行した1ケースを示す)

婉経数における緊急帝王切開率は今回調査していない。

ルートからの離脱とはいえないが、A-0からA-7で示された経腔分娩の主要なルートと平行して進行させるべきユニットの存在が明らかとなった。図5や表1に「追加が必要となった平行ユニット」と記してあるものであり、「破水」「弛緩出血」「誘発分娩」「胎児仮死リスクの発生」等であった。

IV. 考察

我々が全国44病院を対象に行った研究¹⁵⁾において「チャート上に記録された観察の回数」の記載

を依頼したところ、「観察は記録されていないのでカウントできない」という断り書きが散見された。特に助産師が産婦に持続的に付き添ってケアしていると報告した施設にその傾向がみられた。産婦に持続的に付き添うことはWHOが示した59か条においても推奨されている望ましいケアであり、そのようなケアの提供と紙を用いた記録のシステムが共生しにくいといえる。また「はじめに」でも述べたように、熟練（エキスパート）助産師の実践が、より侵襲性のない／低い情報収集の方法や静かな実践プロセスであるために、産婦と助産師の間にどのようなことが起こっているのかを

表1 臨床プロセスチャートの経腔分娩事例への適用結果（一部）

ユニット	ケースNo.	1	2	3	4
A-0 入院	IN	1:30(2:00)	15:00(0:30)	19:40	21:40(0:40)
A-1 分娩開始前	IN			19:40	
	OUT			0:30(0:00)	
A-2 分娩第Ⅰ期 潜伏期	IN	23:30(0:00)	14:30(0:00)	0:30(0:00)	21:00(0:00)
	OUT	8:00(8:30)	16:10(1:40)	1:15(0:45)	21:40(0:40)
A-3 分娩第Ⅰ期 加速～減速期	IN	8:00(8:30)	16:10(1:40)	1:15(0:46)	21:40(0:40)
	OUT	12:35(13:05)	17:30(3:00)	3:00(2:30)	1:20(3:20)
A-4 分娩第Ⅱ期	IN	12:35(13:05)	17:30(3:00)	3:00(2:30)	1:20(3:20)
	OUT	12:46(13:16)	17:43(3:13)	3:49(3:29)	1:39(4:39)
A-5 分娩第Ⅲ・Ⅳ期	IN	12:46(13:17)	17:43(3:13)	3:49(3:19)	1:39(4:39)
	OUT	12:55(13:25)	17:50(3:50)	3:55(3:25)	1:43(4:43)
A-6 分娩後2時間（初回歩行まで）	IN	12:55(13:25)	17:50(3:51)	3:55(3:25)	1:43(4:43)
	OUT	15:20(15:50)	20:30(6:00)	8:30(8:00)	5:40(8:40)
追加が必要となった平行ユニット		破水	弛緩出血	破水・創出血	破水・胎児仮死のリスク

* 「IN」はユニットに入った時間、「OUT」はユニットを出た時間を示す。

** 枠内の数字は24時間換算にした時間を、（ ）内の数字は分娩開始（A-2）に入った時点を0:00とした経過時間を示す

表2 臨床プロセスチャートの帝王切開事例への適用結果（一部）

ユニット	ケースNo.	8	9	10	18
A-0 入院		11:00(0:00)		11:00(0:00)	11:00(0:00)
B-1 術前		11:00(0:00)	8:30(0:00)	11:00(0:00)	11:00(0:00)
		11:15(0:15)	13:30(5:00)	15:00(4:00)	12:40(1:40)
B-2 C/S		11:15(0:15)	13:30(5:00)	15:00(4:00)	12:40(1:40)
		12:10(0:55)	15:40(7:10)	16:15(5:15)	13:40(2:40)
B-3 術後急性期		12:10(0:55)	15:40(7:10)	16:15(5:15)	13:40(2:40)
		12:45(0:30)	16:00(7:30)	16:50(5:50)	14:00(3:00)
B-4 安定期		12:45(0:30)	16:00(7:30)	16:50(5:50)	14:00(3:00)
		36:45(24:55)	37:30(29:00)	37:00(26:00)	39:30(27:20)

* 「IN」はユニットに入った時間、「OUT」はユニットを出た時間を示す。

** 枠内の数字は24時間換算にした時間を、（ ）内の数字は手術開始（B-1）に入った時点を0:00とした経過時間を示す

理解することが難しい状況にあり、その可視化は大きな課題となっている。今回我々が開発した分娩時モニタリングとケアのアルゴリズム、分娩期の臨床プロセスチャート、ユニットシートは、その試みの一つとして有意義であると考えている。

図1のアルゴリズム表記法で示した分娩期のモニタリングとケアのアルゴリズムは、ユニットシートの患者状態と条件付指示に相当していると考えている。先に述べたように、このアルゴリズムにおいては、患者の状態と介入との関係が一面的ではなく、多面的に関係して進行する様子を表すものとなっている。分娩期の臨床プロセスチャートにおける分娩第1期ユニットの一部である「潜伏期」「加速・減速期」の双方において使用可能な具体的なケアの展開のアルゴリズムに相当すると想定しているが、その検証は今回行っていないため、今後検討する必要がある。また、図1内に用いた用語の精選も今後さらに進める必要がある。

開発した分娩期の臨床プロセスチャートの臨床事例における検証作業について考察する。飯塚ら¹⁶⁾は、「患者状態適応型パス」の検証作業として、離脱のチェック、カバー率、滞在日数、経路パターン、離脱のタイプを検討している。紹介されている前立腺全摘除を例に取ると、9病院137例に対する適用による検証結果では、2つの経路パターンが明らかとなったこと、4件の離脱ケースがあったことが報告された¹⁷⁾。離脱の理由の分析の結果、ユニットの順序が異なることによる離脱とカテーテル再留置のままの退院のケースが判明し、臨床プロセスチャートの修正が行われている。また複数の病院が参加したため、滞在日数の比較により病院のケアの差を評価することが可能であることが明らかとなったと報告している。

開発した分娩期の臨床プロセスチャートを60例の臨床事例に適用した結果では、ユニットの流れからの明らかな離脱ではなく、カバー率は100%であった。また滞在時間は経腔分娩自体の経過の多様性から、大きな幅を持っていた。今回の分娩期の臨床プロセスチャートにおいて、各ユニットのまとめりは、助産学・産科学の分娩期の定義に則り作成されている。今回の検証においてユニットの主要なルートからの逸脱がなかったのは、各ユニットの定義と順序性が学問的な定義に則っていたため、ある意味当然の帰結といえる。しかし結果に示したような追加が必要となった平行ユニッ

トは、分娩の多様な進行をパス内でカバーするために重要な修正作業となる。それらの修正の結果から、水流らが当初目標とした「経験年数の少ない看護師もエキスパートナースの思考プロセスがナビゲートされ、高度ケアの質保証がより容易になる」¹⁸⁾とシステムの開発につながるものと考える。

図1から図3に示したものは高度な助産実践を可視化するための試みであったが、先に述べたように特に図1のアルゴリズムにおいてその検証は今後の大きな課題である。水流らは雑誌『看護研究』2005年12月号の「高度専門看護実践の可視化とアルゴリズムの抽出」の特集において、がん性疼痛マネジメントに加えて、「術後せん妄」¹⁹⁾「透析自己管理教育」²⁰⁾「糖尿病自己管理教育」²¹⁾の3状況についてのアルゴリズム案を報告している。いずれの研究も複雑で高度な看護状況への看護実践の可視化を試みており、文献や臨床経験からのアルゴリズムの抽出に留まっており、実用化へはまだ課題が多いことを報告している²²⁾。今回はこれらの研究から一歩進み、臨床事例での検証を行なっており、先駆的な試みといえる。

今回の検証作業は1病院の限られた期間内の臨床事例への適用であり、この検証結果から導き出された修正を行ない、さらに多数の事例を適用して精選していく必要があり、開発途中の段階にある。しかし、このような高度看護実践の可視化の試みは、助産実践の質安全保証や改善に重要な試みと考え、今後とも検討を重ねる必要性が十分あると考える。

V. おわりに

助産師による分娩時のモニタリングとケアがどのような情報・知識・判断・行為によって展開されているか可視化する試みとして、水流らが開発したアルゴリズム表記法を用い、助産師による分娩時のモニタリングとケアがどのような情報・知識・判断で展開されているか可視化する試みを行い、その結果を臨床プロセスチャートとして示し、臨床事例で検証した。今回の試みはまだ途中経過にあり、十分な検証が行なえているとはいえない。しかしこのような試みは、分娩の質安全保障を実現するために、エキスパート助産師の高度看護(助産)実践を、ベストプラクティスとして構造的に共有できるように再設計し、質安全保障にと

って必須である「分娩実践プロセスの標準化」につながる重要な試みであると考える。今後とも継続的に取り組んでいきたいと考えている。

本研究は、文部科学科研「熟練助産師の技としての分娩時モニタリングケアの構造化とその検証」(基盤研究(c)(2), 2004, No.16592221) (研究代表者 成田 伸) 及び厚生労働科研「保健・医療・福祉領域の安全質保証に貢献する看護マスターの統合質管理システムと高度専門看護実践を支援するシステム開発研究(17-医療-一般-026)」(主任研究者:水流聰子; 2005-07) の助成を受け実施した。

文 献

- 1) 村上睦子: 助産婦が行なうモニタリングケアおよびサポートイブケアの構造化と助産婦の臨床能力の明文化の試み. 2000年助産学会委託研究報告書, 2001年6月.
- 2) 水流聰子, 中西睦子, 渡邊千登世, 内山真木子, 佐藤エキ子: 高度専門看護実践のサブシステムライブラリーへの展開. 看護管理, 15(7):555-561, 2005.
- 3) 水流聰子, 中西睦子, 川村佐和子, 石垣恭子, 宇都由美子, 井上真奈美, 坂本すが, 村上睦子, 佐藤エキ子, 飯塚悦功, 棟近雅彦: 高度専門看護実践における知識の可視化研究. 看護研究, 38(7):523-532, 2005.
- 4) 文献2) 再掲
- 5) 渡邊千登世, 水流聰子, 中西睦子, 内山真木子, 佐藤エキ子, 段ノ上秀雄: 高度看護実践「がん性疼痛マネジメントプログラムドケア」の解説. 看護研究, 38(7):13-21, 2005.
- 6) 飯塚悦功, 棟近雅彦, 水流聰子監修: 患者状態適応型パス [事例集2005年度版]. 日本規格協会, 2005.
- 7) 文献5) 再掲
- 8) 文献5) 再掲
- 9) 飯塚悦功(主任研究者), 棟近雅彦・水流聰子(分担研究者): 患者状態適応型クリティカルパスシステム開発研究. 厚生労働科学研費補助金, 医療技術評価総合研究事業, 平成16年度総括研究報告書, 2005年3月.
- 10) 武谷雄二, 前原澄子編: 助産学講座6助産診断・技術学Ⅱ. 第3版, 2003.
- 11) 坂元正一, 水野正彦, 武谷雄二監修: [改訂版] プリンシップル産科婦人科学2. 第2版, メジカルビュー社, 2004.
- 12) 文献6) 再掲
- 13) 成田伸他: 熟練助産師の技としての分娩時モニタリングケアの構造化とその検証. 平成16~17年度科学研究費助成金, 基盤研究(c)(2)研究成果報告書, 2006.
- 14) 文献6) 再掲
- 15) 成田伸, 水流聰子, 村上睦子, 坂梨薰, 斎藤いずみ, 河口真奈美, 中西睦子: 緊急帝王切開発生に関する因子の分析. 母性衛生, 42(1):117-125, 2001.
- 16) 文献9) 再掲
- 17) 文献9) 再掲
- 18) 文献3) 再掲
- 19) 綿貫成明, 竹内登美子, 松田好美, 寺内英真: 術後せん妄のアセスメントおよびケアのアルゴリズム(案)開発. 看護研究, 38(7):23-38, 2005.
- 20) 岡美智代, 神谷千鶴, 佐川美枝子, 山名栄子: 疾病の自己管理支援プログラム—透析自己管理教育プログラムのアルゴリズム. 看護研究, 38(7):39-57, 2005.
- 21) 河口てる子, 東めぐみ, 横山悦子, 中西睦子, 水流聰子: 糖尿病自己管理教育(食事療法)の高度専門看護実践アルゴリズム試案—「認知と行動」に依拠するアルゴリズムは可能か. 看護研究, 38(7):59-72, 2005.
- 22) 文献3) 再掲

Original Article

Structural Visualization of Monitoring and Caring during Labor and Delivery —Using Clinical Process Chart and Algorithm Notion Method—

Shin NARITA^a, Mikako OKAMOTO^b, Ryoko OHARA^a,
Hideo DANNOUE^c, Satoko TSURU^c

Abstract

Structural visualization was implemented on nurse-midwife's care during labor and delivery requiring highly-specialized practice of nursing and midwifery. With knowledge from our former researches, literature review, algorithm notion method developed by Tsuru et al., and clinical process chart developed by Iizuka et al., we made a set of algorithm and the clinical process chart of monitoring and caring process by the nurse-midwife. And we verified that they could be applied to clinical 60 cases. Those were cases at the maternity ward in a certain hospital from Jan.1st to Mar. 20th in 2006. As the results, no cases were off the roots of the clinical process chart, but we found other units additionally to be developed. So, further revision is required into the details of the process chart and the algorithm of nurse-midwifery activities during labor and delivery. Nevertheless it is thought that visualization of nursing and midwifery practice and the thinking processes of nurse-midwives, which have not been expressly stated previously, can be regarded as a foundation for more advanced nursing care throughout the profession.

Key words : monitoring and caring during labor and delivery, nurse-midwife, the algorithm notion method, the clinical process chart

^a Jichi Medical University, School of Nursing, Tochigi, Japan;

^b School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan

^c School of Engineering, The University of Tokyo, Tokyo, Japan

原 著

重症心身障害のある子どもを育てる父親の体験

田中美央

要旨：本研究の目的は、重症心身障害のある子どもを在宅で育てる父親が、育児に際してどのような体験をしているのかを明らかにすることである。父親3名に半構成的面接を実施し、内容を質的記述的に分析し、体験の類似しているものを共通性として記述した。父親の体験の共通性として【ショックと現状の克服】、【命を守る】、【妻の負担を軽減するために育児の役割や責任を調整する】、【育児と仕事のバランスをとる】、【父親としての自分を模索する】、【家族と育児の喜びを共有する】という6つの体験が明らかになった。これまで、障害児の父親は困難が生じても他者に相談せず、夫婦で育児を抱え込むことが多いことが報告されており、この点は、問題を家庭内にとどめておこうとする男性特有のコーピング行動¹⁾であることも指摘されている。今回の研究では、父親は自らの感情に向き合うことで困難を乗り越える体験をしていることが見出された。父親自身が困難に向き合い、自分なりの育児の姿勢をつくっていく過程そのものが、父親としての自信や自負につながっており、その後の柔軟な育児の姿勢につながっていると考えられた。父親の思いも理解しながら、父親が自己の感情と向き合えるように支援することが重要と考えられた。さらに父親は、母親とは異なる視点で、自分なりに育児の方策を見出したり、子どもの反応を捉えながら関わっており、父親自身の子どもの捉え方や、気づきを支える支援が重要と考えられた。

キーワード：重症心身障害児 (child with severe motor and intellectual disabilities), 父親 (father), 育児 (parenting), 体験 (Experience)

I. はじめに

周産期・新生児医療の進歩によって、高度の医療ケアを必要としながらも家庭で生活する子どもが増加³⁾しており、その支援が課題となっている。現在、わが国の重症心身障害児（者）は約36550人と推定され、その約7割にあたる25200人が在宅で生活している⁴⁾。さらにこうした子どもの約半数が、家族だけに支えられている実態⁵⁾があり、家族の介護負担が大きいことが指摘されている。重度の障害をもつ子どもの育児では、長期的な健康管理や世話への家族の負担⁶⁾が大きく、食事や入浴、移動などの世話による介護者の肉体的疲労は大きい。また、子どもの健康や発達、就学、将

来への不安⁷⁾など、身体的な負担のみならず、精神的な負担も大きい状況がある。特に、主たる介護者である母親は、子どもから離れて自由な時間をもつことが難しいため、社会からの孤立感も感じやすく⁸⁾、育児の燃えつきや抑うつ状態に陥りやすいことが報告されている。

このような状況の中でも、母親は父親からのサポートがあることで、抑うつが軽減される⁹⁾ことや、育児への意欲が高まる¹⁰⁾ことが報告されており、夫婦が協力して育児を行なうことの重要性が指摘されている。これまで、障害のある子どもの父親は、仕事の変更¹¹⁾や、役割を担う¹²⁾という側面から育児に関わっていることは報告されている。しかし、育児の負担の大きい、重度の障害をもつ子どもの父親がどのように育児を行なってきたの

か、その体験を明らかにした研究は見当たらない。父親と母親が協力して育児を行ない、家族として地域生活を営むための支援を検討していく上で、父親の育児体験を理解することは重要である。そこで、本研究では重症心身障害をもつ子どもの父親が、育児に際してどのような体験をしているのか明らかにするため、それぞれの父親の体験の共通性を記述し理解することを目的とした。

II. 研究方法

研究対象者：重症心身障害のある子どもを家庭で育てている父親3名で、以下の条件を満たした父親。

- 1) 大島分類1（「肢体不自由と精神遅滞とが重複しており、しかもそのいずれもが重度である状態」（大島、1971））に分類される重症心身障害のある子どもをもつ父親。
- 2) 子どもはインタビュー時点において就学しており、かつ就学直後でない。
- 3) 子どもは出生時より神経学的後遺症を残すと予測されており中途障害ではない。
- 4) 子どもの病状が現在安定していること、研究参加が心身の負担にならないこと、の2点を重症心身障害児の医療に携わってきた医師若しくは看護師が判断した父親。
- 5) 研究協力に関して文書による同意が得られる。

データ収集方法：半構成的面接

データ収集期間：2006年8月～10月

分析方法：インタビュー後、録音した内容を逐語録におこす。研究目的に照らし合わせながら個々の体験を質的に分析する。さらに、父親としてのあり方に変化をもたらした重要な類似している体験を見出す。

信頼性と妥当性：データ収集、分析・解釈の過程で適時、小児看護の専門家よりスーパーバイズを受けた。

倫理的配慮：子どもの主治医または担当看護師に対して研究の主旨の説明を口頭および文書で行った。

次に研究の対象となる父親へ文書と口頭によって説明を行い、データは目的以外に使用しないこと、研究への参加や面接の中止は自由であること、いかなる不利益も生じないこと、プライバシーに配慮し個人が特定されるような固有名詞は使用しないこと、及びデータの管理について、文書による承諾を得た父親のみを対象とした。なお、本研究は自治医科大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

III. 研究結果

対象者は3名で、年齢は40歳代から50歳代であった。子どもの年齢は小学生、中学生、高校生が1名ずつであった。3名の父親の子どもの人数は、2名が子ども1人で、1名は子ども3人であった。子どもの在宅期間は5年から17年であった。子どもの医療状況は、在宅人工呼吸器装着1名、気管切開2名、吸引、経管栄養は全員が行っていた。一回の面接は約100分、回数は1回ずつで、それぞれ希望される場所である対象者の自宅で面接を行い、同意を得た上でICレコーダーに録音した。

3名の研究対象者それぞれの類似している体験から、以下の6つの体験の共通性が見出された。対象者の体験の共通性として、【ショックと現状の克服】、【命を守る】、【妻の負担を軽減するために育児の役割や責任を調整する】、【育児と仕事のバランスをとる】、【父親としての自分を模索する】、【家族と育児の喜びを共有する】があげられた。父親の育児では、子どもの生命を守り、母親がやりやすいように調整したり、仕事と育児のバランスをとりながら、家族が喜びをもちながら一緒に生活していくこと、またその過程で父親としての自分を模索することが3名に共通する体験であった。

記述内の【】部分は対象者の体験としての意味の単位であり、「」部分は対象者の口述の語りを引用したもの、その中の（）は研究者が説明を補足したものである。

【ショックと現状の克服】

【ショックと現状の克服】という体験は、父親が子どもの出生時の様子や、将来のことに対するときに衝撃をうけながらも、同時に客観的に自分の感情や現実の状況を見極めていくとする体験であった。Aさんは、子どもが生まれたとき、深刻そうに話す医師から一人で説明を聞いた。「(仮死産だったので) これはもう絶対、何か問題が起きます」と言われ、「仮死産」という言葉から起こりうる状況を深刻に考えながら「ああっ」「これは現実なんだろうか」と感じたという。Dさんも、保育器に入っている子どもを見ながら「どうなるか分からない」と毎日感じていたという。「かわいそうなぐらいのいろんなチューブを刺してね。(中略) もう、色がね、健康色じゃなかつたですから」、「本当に毎日、いつどうなるか分からなくなるから、まあある程度は覚悟はしておくようになると(医師から言っていた)。」と話し、その状況に「私ががっくりきてしまった」と、Dさん自身が衝撃を感じていたことを語っていた。

しかし、父親はショックの中にあっても、冷静に状況を見極めようとしていた。Aさんは、「頭の中では深刻に聞いている自分と、深刻に聞いていて自分に気づいて考えられている自分がいて、不思議だった。深刻になればなるほど、冷静になれた。なんかこういうの、テレビのシチュエーションでよく深刻に、先生がしゃべっている風景があるじゃないですか。まさしく、そう。」と話していた。一方Iさんは、徐々に子どもの状態が不安定になり、医師から診断を告げられ「歩いたり、食べたりできない」ことを聞いてショックを受けたが、その状況を受け入れながら聞いたという。「ショックはショックだったですよ。病名聞いて(中略) まあそういう状況は状況なので、まあ素直に受け入れられるというか。ショックはショックだったけど、そんなにまあがっかりもしていない。生きのびてよかったなという思いが前向きだったですね、強かったですね」と話していた。父親は、自分自身も衝撃をうけており、それでも客観的に状況を見極めながら、「逆に、愛してやんないきや(Dさん)」、「しっかりせにや(Aさん)」など前向きに状況を克服しようとしていた。

【命を守る】

【命を守る】という体験は、在宅での育児が始

まってから、子どもの命を守り、できるだけ身体の安定を図るという体験であった。細やかな配慮の必要な育児を理解し、父親は育児の大変さを実感していた。2名の父親は子どもの世話の大変さを、病院を退院して家に帰ってから実感しており、1名の父親は大変ではあったが退院前から予測していた範囲内の大変さであったと感じていた。

子どもの退院後に育児の大変さを実感したAさんは、「一日中(子どもに)食べさせている感じ。2、3時間かかる食べさせて、食べて寝たかと思うともう食べる時間になる」と、毎日毎日生きていくために食べるということの大変さを語っていた。また、父親は、夜も筋緊張が強くて子どもの呼吸が苦しくなったり、発汗が多く着替えが頻繁だったり、吐いたりするため眠れないことも多かった。「やっぱり夜中目が覚めましてね、何回も。夜中に、起こして抱いてですね、姿勢をあれした(整えて緊張しないように抱えていた)」と、Dさんの場合は、母親が抱っこして過ごすことが多かったものの、父親自身も睡眠不足の日々を送っていたという。また、父親は障害をもつ子どもの体調管理の難しさや、きょうだいとの違いも実感した。「いつも体調の面を見たり(中略) 最初は健常者の子どもというような考え方で見たものだから、体温が38度8分、ありや、おかしいなとか思うんだけど、うちの子にしては、別段問題ない。最初はわからなかったですね」と、子どもの体調を自分なりに把握しながら安定が図れるように関わっていた。さらに、子どもの命への危機感から、特に子どもが幼少期で体調が安定しなかった頃は、「いつ急に状態が変わるかわらなかった」と感じ、「この子を現状維持で、生きてもらえるかということで、できるだけ長生きさせてやろう、そのためには病気しないようにさせよう」とDさんは考えていたという。子どもが「現状維持して、生きる」ことはDさんにとって、育児の上で最も大切にしていることであった。

予測していた育児であったことを話していたIさんは、「病院にいても家にいてもやることは同じ」と話し、家でも病院と同じリズムで生活を送ろうとしていた。「病院でも別段、まあそういう生活になっていますから。別段ね」と、Iさんは、病院の生活を意識しながら、また父親の生活時間も考慮して、子どもと朝に入浴するリズムになるように時間を調整していた。

この体験を通じて、父親は母親にかかる負担や時間的拘束、睡眠不足の状況を認識し、「よくがんばってくれている」(Dさん)、「母親には逃げ場がない状況」(Aさん)であることを理解していた。

【妻の負担を軽減するために育児の役割や責任を調整する】

この体験では、妻の負担感を軽減するために、育児の役割や責任を父親が調整する体験が含まれていた。父親は、子どもの育児に追われる妻の負担や責任を軽減するために、役割分担をしたり、通学や病院に通う移動を手伝う、親の集まる機会には一緒に参加する、判断が必要なときには一緒に決める、など実際に育児を担う役割と責任を負っていた。Aさんは、「子どもを育てる上での分担は当たり前。障害をもっている子どもなんぞ、オムツ替えたり、吸引したり、ご飯をあげたり、どちらか近くにいるものがやるという感じ。普通にしています。」と、育児のパターンや生活リズムに「当たり前」に体で馴染んでいくこと、しだいにそれが「普通」の生活になることを話していた。

また、母親自身の負担を軽減する体験では、子どもの側にいることが多くストレスを発散しにくい母親のために、育児から解放される機会をつくり、話を聞くなど、妻への心情的な配慮も行っていた。Dさんは、「自分より、もっと奥さんのほうがつらいんだって自分でも分かる。だって四六時中付き合っているわけだから、子どもと。奥さんには逃げ場がない。」と妻の負担を理解し、「年に一回ぐらいは、上げ膳据膳じやないけど、(旅行をして)気分転換して欲しい」と話した。母親の負担の軽減を考える姿勢は、3名の父親に共通しており、父親は個々の状況に合わせて家族で育児を担うための方策を見いだしていた。

【仕事と育児のバランスをとる】

父親は、【妻がやりやすいように調整する】ことと並行して、【仕事と育児のバランスをとる】体験をしていた。父親3名の職種は、公務員または会社員であった。父親全員が、職場から転勤や勤務地、勤務時間の配慮をしてもらっていると感じていた。このうち一人の父親は、育児のために職場の介護時間を活用していた。職場からの理解はあるものの、父親は仕事を全うすることができない葛藤を感じており、さらに、育児の負担を理

解している分、妻に任せきりにすることへの申し訳なさも感じていた。そのため、それぞれが仕事への新たな価値を取り入れたり、意味づけたりしながら、仕事を続けていた。

Aさんは「自分は仕事人間じゃなくなった。仕事の方は、遠い目で見始めた」と話している。「(仕事のことは)これまで自分のジレンマとは葛藤してきただろうよね。いまだに葛藤はしているけどね、それは仕事をしていく限りは続くことだと思うけど、昔ほど思わない」と、仕事に重きを置いていた考え方から、仕事を「遠い目」で見るよう考え方を変えるように努めてきたことを話していた。この変化は、常に葛藤を伴うもので、Aさんは現在もその葛藤と折り合いをつけながら仕事に向かっていた。

また、転勤の可能性のある仕事に就いていた父親2名は、障害のある子どもの医療・学校や今あるサポート環境を考えると、家族で引っ越すことは難しいという理由から、転勤を断ったり、希望を出さない経験があった。Dさんは、「(転勤や、勤務地に関しては) こういう子を抱えているから、ということで、逆にハンデを俺がね、もっているから負担をかけないように、会社は受け取ってくれていた。まあ仕事は実際大変で、仕事時間的にはなかなかね、自分で調整しなくちゃいけないし、その辺が辛かったですね」と話していた。また、「仕事なんか責任もたされていたから余計、自分だけあれするわけには(場を離れる)訳にはいかないでしょう。」と、会社から転勤しないように配慮をしてもらう分、取り組んでいる仕事に大きな責任を感じたり、育児のために時間を調整することの辛さがあったことを話していた。一方、Iさんは外回りの仕事が多く「(時間的にも)融通がきく職場で助かっている」「結構みんなで、後で仕事をやってくれたり、そうしてくれているんで結構助かっています。」と周囲の理解を得ながら仕事を続けられている部分もあると感じており、こうした職場環境の理解があることで育児とのバランスをとりながら仕事ができると感じていた。

しかし、家に帰って、筋緊張で夜眠れない子どもを抱えながら「どうしようもない」と思うことで、自分の気持ちを納得させている場合もあった。「嫌になっちゃうじゃないですか、男としてはさ。ただでさえ仕事で疲れてれば家で手伝うことだってすごく大変だし、夜眠れない、(中略)これっ

てどうしようもないですよね。」と話し、仕方がないこととして捉えることで、自分を納得させようとしていた。

父親は、仕事と育児への葛藤を感じながらも、子どもの頑張りや仕事以上に大切なことに価値を置くことで、その状況を乗り越えようとしていた。Dさんは、「子どもは、俺以上の苦しさをもつてゐるのによくここまでやっているなって、俺がこんなで愚痴なんか言えねえ」と、子どもの乗り越えてきた苦しさと比較することで、自分を励ました。またAさんは、仕事で落ち込んだときにも子どもから教えてもらったことを支えに乗り越えたり、自分や周囲の仕事の姿勢を考える時に、子どもの生きる姿勢が影響していることを語っていた。「これだけがんばっている子どもを見て、一番がんばっているのはうちの〇〇（子ども）なんです。これを見れば、逆に教えられて、たまに落ち込んだときにも（中略）子どもがこれだけ生きているの。一生懸命にやっているのに（職場の同僚を見ていても）何をアマちゃんなどと言っているのか、という感じで思います。」と話していた。さらに、Aさんは、「家族中心」に考える価値観をもつようになったと話していた。「家族と一緒に生活していくことのほうが、もう…かけかがえがないことだから、それを中心に考えるようになった。達観するようになってくる。そのままやっていたら、（家庭も仕事も）共倒れしちゃうじゃないですか。」と、仕事と育児の葛藤をもち続けながら、父親は「かけがえのないもの」として家族や育児の時間に最も価値をおくように考え方の重みづけを変えていた。

【父親としての自分を模索する】

父親は【父親としての自分を模索する】体験をしていた。これは、子どもの障害に向き合う過程で生じていた体験であった。

子どもの障害を告げられた時、Dさんは「どういうふうに育てていったらしいのか」と、育てていくことへの先行きの見えない心情を語っていた。「先々のまともな話は聞かないですからね。（中略）（脳の障害によって、成長過程で獲得していく機能について）これもだめか、あれもだめか（という説明を医師から聞く），そうするとこの子はもう寝たつきりで親の手を借りないと、とても生きていけないんだとか思って。」と話し、「どう

いうふうに育てていったらしいのか」と、上のきょうだいとは違う、予測のつかない育児に、父親として戸惑いを感じたという。

また、Aさんは「父親としてどのように関わるか」と、迷いながら過ごしていたことを語っていた。子どもの障害を自覚していく過程をAさんは、「人間の嫌なところ、きれいごとじゃないところ」を自覚していく過程だと話していた。「（子どもが障害をもつことについて）だんだん自覚していくんだよね、自分がね。その自覚していく過程がいやらしい、口に出すとやらしい、よわいところ、人間の嫌なところ、きれいごとじゃないところ」と、Aさんは本をとおして「障害者」への偏見と正面から向き合い自覚したという。その経験は、子どもと向き合っていく姿勢にもつながっていました。「人間の嫌なところ見ないですごすと、逆に克服できないじゃないですか。障害者だと思われると、やなとこ、やなとこ、見せられるじゃないですか」と、Aさんは障害への偏見を知ることで「克服」しようとを考えていた。Aさん同様に、2名の父親が障害のある子どもに関する本や手記の中から、父親としての精神状態や子どもとの向き合い方に触れ、自分の心情と重ね合わせる体験をしていた。Aさんは、「一人仲間がいる、いるんだな、偉い先生（作家）でもこんなに葛藤しているんだな。偉い先生でもそう考えることは似たようなもんなんだし、あんま変わらないんだな」、「子どもとこういうふうに向き合うのか」と話し、他の人の体験を踏まえて、新たに自分の姿勢を考える過程があったことを語っていた。父親同士で話す機会がなかったことを、1名の父親は次のように話していた。「障害者同士のお父さんは話すわけでもないから分からない。話し合いもしない、男連中は。だから、そういう本で、お父さんたちはそういうふうに（中略）いろいろ葛藤するんだなというのと、いろんなそういう人がいるんだなという感じですよ。ああ、なるほどなと感じる」と、父親は同じ状況の父親が葛藤していることを知ることで、自分の状況の理解に役立てていた。

この過程を1名の父親は、「自分で解消してきた」と話していた。「僕はもう自意識が強いから自分で解消してきたって思っているし（中略）、（人に）弱みをあんまりいうと、分かった分かった、なんて言われたくないんだよね。分かった、といわれる」と、『おめえふざけんな』の世界で、そういう

ところで、自分の大変さを分かってもらつたってしようがないじゃんという感じだから。」と、自分が納得したり理解したりする方法で、困難を乗り越えることの自負心や自意識をもっていることを語っていた。親としての自分を模索する過程では、それぞれの父親が、障害に対する偏見や葛藤に直面しつつ、自分なりに子どもと向き合う姿勢をつくりだしていた。

【家族と育児の喜びを共有する】

これまでの過程をとおして、父親は【家族と育児の喜びを共有する】体験をしていた。父親は、子どもなりの幸せや成長などを実感しながら、「(子どもの) 楽しみの幅が広がるように」と、子どもの可能性を信じ、引き出すようなかかわりを行なっていた。Iさんは、「環境、いろいろな環境に慣らしてやりたい。(中略) 家からドンドン出してみて、その辺の環境に慣れるようにですね、まあ子どもに対しては。目が見えないから連れて行つたってつまんないとか、そういうんじゃなくて、どんどん連れて歩いてやって、環境に対応できるような体づくりもしてあげたい。」と子どもが体で経験できるものを増やすことで、楽しい体験を引き出したり、「体づくり」もできるようなかかわりを意図していた。Dさんにおいても、毎年家族で旅行に出かけ「自分の体で体験させてやる」ことを大切にしていた。父親はこのように、子どもが感じて「体験できること」や「人とかかわること」で「楽しみの幅が広がる」ことを大切にしていた。2名の父親は、子どもの表現する反応を読みとりながら、体で感じることができ経験を増やせるようにかかわっていた。また、1名の父親は、子どもが好き嫌いをはっきり表出するために、嫌いな刺激を受けると筋緊張が強くなり呼吸状態も悪化してしまう、などの難しさを感じながら、子どもが好きなことの経験が増やせるようにかかわることを大切にしていた。

さらに、「(子どもが大好きなことを)一緒に騒いで、楽しんでいる」など、子どもの楽しみを家族全体で共有し、子どもの反応を見ながら楽しみの機会を多くもつような環境をつくっていた。「みんなに協力を頼んで地域に出て行くというより、子どもの好きなことを(家族で)一緒に行って、他の人とも同じように付き合って、好きなことを伸ばしてあげたいという気持ち」をもつてい

ることをAさんは話しており、社会とのつながりをもつことで、子どもが好きなことを感じる部分を伸ばしてあげたいと考えていた。さらに「友達もできるし、そういうつながりもまたストレスの発散になっている」と、子どもが好きなことを伸ばす中で、自然に生じる他の人のつながりによって自分自身もストレスを発散できることを語っていた。

父親は、子どもと共に過ごす中から、親として子どもの喜ぶことや、好きなことを見出していく。「親としての自覚は一緒に暮らして、本当に家族のきずなができるもので、最初のころは、この子に対してどんなことが幸せなのかも分からぬ。」とAさんは話していた。そして、これまでの育児を振り返り、Dさんは「大変さの部分はあったのかもしれないけど、やれることをやった。」と話し、Aさんは「子どもの成長につなげて、明るいキャラクターになって今生活しているのは、親のわれわれがそういうふうに育ててきた自負が、そういう教育方針があるから」と、子どもの現在の成長を実感しながら、育ててきた自分自身への自負も感じていた。

IV. 考察

1. 父親の育児体験と困難への向き合い方

これまで、障害をもつ子どもの育児について親が困難を感じた場合、母親は支援者や仲間に相談する¹³⁾ことが多く、そのことが母親のwell beingに関係している¹⁴⁾と報告されている。一方、父親の場合には困難が生じても妻や仲間に相談せず、誰にも本音を言えずに感情を抑制し、孤立することが多いこと¹⁵⁾、夫婦間で育児を抱え込む傾向があることが報告されている¹⁶⁾。しかし今回の研究では、父親は自らの感情に向き合う体験をしていることが読み取れた。2名の父親は本を通じて他の父親の思いを知ったり、自分の感情を客観的に理解したりする機会を得ていた。父親は感情を表現する場や機会は少なかったが、自分の感情を直接誰かに表現するだけではなく、自分の感情と向き合うという方法で、困難な状況を乗り越えようとしていた。さらに、誰にも本音を知られたくないという思いをもっている場合もあったため、母親とは異なる支援のアプローチが求められると考えられた。

また、本研究では父親は困難に直面するものの、

困難に向き合うことで自分なりの育児の姿勢をつくっていくということが読み取れた。困難や危機的状況では、父親は母親同様にショックを受け葛藤していたが、同時に父親は状況を客観的に見極めようと努め、自身の問題として乗り越えようとしていた。そして、困難や危機的状況を乗り越える体験そのものが父親としての自信や自負にもつながっていた。その父親の姿勢は、母親がやりやすいように調整したり、仕事と育児のバランスをとったり、家族のあり方を考慮しながら、柔軟な育児の姿勢をつくっていくことにつながっていると考えられた。父親が、いかに困難を乗り越えるかは、父親自身が現実を認識し、育児に向きあう力を見出すために重要である。父親自身が自分の感情と向き合い、傷つき葛藤していることを理解しながら、障害をもつ子どもの親として、また母親の支援者としての役割を果たす存在だけでなく、一人の人間として自己実現を考えられるように支援していくことが求められる。父親への支援には、自分の本音や感情を知られたくない思いも理解しながら関わること、また父親としての判断、価値を尊重すること、決断を支えるケアが重要であると考えられた。

2. 父親が子どもと向き合う姿勢

これまで、重度の障害をもつ子どもの父親の育児についてふれられた研究は少ないが、濱田¹⁷⁾が1事例を調査した結果を報告しており、「父親と母親との体験には、児へのかかわりの違いがあった」ことを報告している。父親は子どもの医療的なケアや訓練など、いわゆる療育といわれるケアについては分からぬことが多い、母親と比べると知識と経験の差がみられ、その点が子どもへの関わりにも影響していたと述べている。本研究では、母親と父親のかかわりの違いを目的にはしていないが、父親は自分なりの姿勢で子どもに関わっているという側面が読み取れた。ひとつめに、父親は子どもの生命への危機感を持っており、体調の安定とその子どもなりの元気な過ごし方を大切にしながら、子どもが元気でいてくれること、生命を守ることに価値を置いていることが見出された。父親は母親とは異なる視点で子どもの体調を把握していくが、相互に補完し合いながら、父親なりの子どもの体調を判断する基準をもつたり、安定させるための方策を見出したりしていた。ふたつ

めに、3名の父親は子どもの反応や意思を読み取り、子どもがさらに楽しめるように、いろいろな経験ができるようにかかわっていることが読み取れた。父親は、子どもなりの幸せや成長などを実感しながら、子どもの楽しみの幅が広がるように、または子どもの可能性を信じ、子どもの成長を引き出すようなかかわりを行なっていた。父親は、自分が抱っこすることで筋緊張が和らぐことや、子どもの笑顔などから、子どもの変化や成長に気づいていた。子どもからの反応は、父親にとってかかわりの張り合いや喜びとなり、家族と育児の喜びを共有する体験へつながっていた。この点は母親を対象とした先行研究¹⁸⁾と同様の結果であり、父親においても、子どもの反応や成長を自らが捉えるような支援が重要と考えられた。

父親の子どもへのかかわりは、時期や子どもの捉え方、父親の心理状況や、子どもの状況などによっても変化することが予測され、親の子どもの捉え方やかかわりの変化を理解し、予測し、関わることが大切と考えられた。また、育児の方策や楽しみを父親自らが捉えるための支援が重要と考えられた。

V. おわりに

本稿では、重症心身障害のある子どもを在宅で育てる3名の父親が体験した共通性から、以下の6つの体験を見出した。父親の体験の共通性として【ショックと現状の克服】、【命を守る】、【妻がやりやすいように調整する】、【育児と仕事のバランスをとる】、【父親としての自分を模索する】、【家族と育児の喜びを共有する】があげられた。今回の研究では、父親は自らの感情に向き合うことで困難を乗り越える体験をしていることが見出された。父親自身が困難に向き合い、自分なりの育児の姿勢をつくっていく過程そのものが、父親としての自信や自負につながっており、その後の柔軟な育児の姿勢につながっていると考えられた。さらに父親は、母親とは異なる視点で、自分なりに育児の方策を見出したり、子どもの反応を捉えながら関わっており、父親自身の子どもの捉え方や、気づきを支える支援が重要と考えられた。

しかし、対象者が3名と少なく、在宅での育児期間や、サポート及び社会資源の状況も異なることなどによりいくつかの限界がある。さらに、個別の体験からの共通性を見出したために、結果が

まとまりとして非常に大きく、今後精錬させていく必要がある。今後、父親の心理状況、母親との関係性、子どもの年齢や、サポート及び社会資源の状況による体験の違いを検討していく必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただいたお父様方に心よりお礼申し上げます。また研究の場をご提供いただきました施設スタッフの皆様に謹んで感謝の意を表します。

なお本研究は、平成18-19年度 文部科学省科学研究費補助金（若手研究（B）課題番号18791737）を受けて実施した研究の一部である。

文 献

- 1) Schilling.F.,Schinke.P.,Kirkhan,A.:Coping With A Handicapped Child :Difference between Mothers and Fathers,Social Science&Medicine, 21(8):857-863,1985.
- 2) Schilling.F.,Schinke.P.,Kirkhan,A.:Coping With A Handicapped Child :Difference between Mothers and Fathers, Social Science&Medicine, s21(8):857-863,1985.
- 3) 平山義人：重症心身障害児（者）の総論と実態. 発達障害医学の進歩19;1-6, 2007.
- 4) 岡田喜篤：重症心身障害児の歴史. 小児看護, 24(9);1082-1089, 2001.
- 5) 平山義人：重症心身障害児（者）の総論と実態. 発達障害医学の進歩19;1-6, 2007.
- 6) 山脇明美, 村島幸代：重症心身障害児（者）における在宅支援サービスの利用に関する研究. 日本公衆衛生誌, 45(6);499-511, 1997.
- 7) 山口里美, 高田谷久美子：在宅重症心身障害児（者）の介護者の精神的健康度と介護負担感を含む関連因子の検討. 山梨大学看護学会誌, 4(1);41-48, 2005.
- 8) 柴田美央；重症心身障害のある子どもを育てる母親の子どもへの認識, 2002年聖路加看護大学修士論文, 2002.
- 9) 松岡治子, 竹内一夫：障害児をもつ母親のソーシャルサポートと抑うつとの関連について, 日本女性心身医学会誌, 7(1);46-54, 2002.
- 10) 前掲書8
- 11) 泊裕子, 石川清美, 長谷川桂子：障害児をもつ家族に関する研究, 滋賀看護学術研究会誌 1(1);24-34,1996.
- 12) 藤本幹, 八田達夫, 鎌倉淑子：重症心身障害児を育てる両親の育児観の分析と家族援助のあり方についての考察. 作業療法20;445-456, 2001.
- 13) 泊裕子, 石川清美, 長谷川桂子：障害児をもつ家族に関する研究, 滋賀看護学術研究会誌 1(1);24-34, 1996.
- 14) Krauss, N.W. : Child-related stress and parenting stress:Similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities.American Journal on Mental Retardation, 97;393-404, 1996.
- 15) 平野美幸：脳性麻痺の子どもをもつ父親の意識と行動の変容, 日本小児看護学会誌, 13(1);18-23, 2004.
- 16) 泊裕子, 石川清美, 長谷川桂子：障害児をもつ家族に関する研究, 滋賀看護学術研究会誌 1(1);24-34, 1996.
- 17) 濱田祐子：障害のある子どもをもつ家族の養育体験－父親と母親の体験の違い－, 家族看護学研究, 9(2);35, 2003.
- 18) 柴田美央：重症心身障害児のある子どもから育児の力を見出す母親の体験. 平成17年度新潟県立看護大学学長特別研究 ; 70-77, 2006.

Original Article

Experience of the father who finds power of child care from child with severe motor and intellectual disabilities

Mio Tanaka

Abstract

The objective of this study was to clarify the experience that fathers have in in-home childcare of children with severe mental and physical disability. A semi-structured interview was conducted on 3 fathers, and the results were analyzed by a qualitative descriptive method. Similar experiences were described as common elements. There were 6 types of common experiences of fathers: "shock and overcoming present condition," "protecting the child's life," "making arrangements so that things are easier for my wife," "balancing work and childcare," "coming to terms with one's role as a father," and "sharing the joy of childcare with my family." It has been reported that in many cases fathers of disabled children do not consult a third-party even if a difficulty occurs, and the parents take childcare upon themselves. The attempt to keep problems within their families indicates a coping method²⁾ that is characteristic of men. Our study showed that difficulties were overcome by fathers as they faced their own emotions. Fathers gained confidence and self-pride through facing difficulties and creating their own approach to childcare. It was thought that such a process leads to flexible approaches to childcare. It was considered important to understanding the thinking of fathers and to support them in facing their emotions. Furthermore, using different viewpoints from the mothers, fathers discovered their own measures for childcare and interacted with their children as they responded to children's reactions. An assistance was thought important in helping fathers gain understanding and awareness of their children.

報 告

視覚障害を有する高齢者への看護援助の現状と課題 —病院に勤務する看護職者を対象とした実態調査から—

永盛るみ子¹⁾, 池田浩子²⁾, 水戸美津子³⁾

A report of situation and issues of nursing care to the aged with disturbance of vision Investigation in regard to hospital nurses

Rumiko NAGAMORI, Hiroko IKEDA, Mitsuko MITO

抄録：本研究は視覚障害を有する高齢者への看護援助の現状を明らかにし、課題を考察することを目的とした。病院に勤務する看護職者を対象に、自記式無記名質問紙を使用し郵送留置き法で調査を実施した。その結果、視覚障害を有する高齢者への直接看護援助は全30質問項目中、「内服薬を必要に応じてナースステーション管理している」などの15項目の内容で60%以上の者が実施していた。一方、看護援助環境調整では全24質問項目中、30%以上の者が実施していた内容は、「ベッドネームは明瞭に大きな文字で表示」等の僅か2項目であり、17項目で80%以上の者が実施していなかった。また、看護職者は、「熱い汁物に指をつけそうになった」、「障害物に気づかずに転倒してしまった」、「三方活栓のふたをオーバーテーブルに置いていた時に患者が薬と間違えそうになった」など、食事、接触・転倒、与薬等の場面でヒヤリ・ハットを経験している現状が明らかになった。本研究から、看護基礎教育における視覚障害を有する高齢者への看護援助の学習内容の確立と卒後教育の一環として研修を実施する必要性がある。

キーワード：高齢者、視覚障害、看護職者、看護援助、病院

I. はじめに

65歳以上の有訴者率は43の調査項目中¹⁾、「目のかすみ」が第5位、「物を見づらい」は第10位である。また、18歳以上の視覚障害者数は301,000人おり、その内65歳以上は192,000人で63.8%を占めている²⁾。加齢に伴う心身機能が低下している高齢者にとって、視覚機能の低下（以下、視覚障害とする）は、周囲（社会）との交流の機会を減少させ社会的・精神的な発達を妨げるとともに、転倒や交通事故などの生命の危機に関わるアクシデントを増加させる。田中³⁾は高齢者の生理機能低下のうち「とくに視力・聴力などの感覚器系機能の

¹⁾ 自治医科大学 看護学部 老年看護学

²⁾ 自治医科大学 看護学部 老年看護学

³⁾ 自治医科大学 看護学部 老年看護学

¹⁾ Gerotological Nursing, School of Nursing, Jichi Medical University

²⁾ Gerontological Nursing, School of Nursing, Jichi Medical University

³⁾ Gerontological Nursing, School of Nursing, Jichi Medical University

低下はコミュニケーションにも影響を与える。そのため、入院などの生活環境の変化がストレス要因になることが多く、健康の維持や回復に大きな影響を及ぼす」と述べている。

これまで、視覚障害を有する高齢者への看護援助に関する研究は、照井⁴⁾らの独居で失明した高齢女性の自立についての研究や、安藤⁵⁾らの緑内障患者とその家族を対象とした研究、高橋⁶⁾のロービジョンネットワークに登録している医療機関を対象として、どのような職種がロービジョンケアを担っているのかに焦点を当てた研究、井出⁷⁾の臨床の看護師を対象に光環境調整をどのように認識し工夫しているのかを明らかにした研究等があるが、病院に勤務する看護職を対象とし視覚障害を有する高齢者への看護援助の実態を調査した研究は見当たらなかった。

入院している高齢者も視覚障害を有していることが多いが、治療対象である疾患に伴う看護が中心となりやすく、視覚障害への配慮を欠くことが多いのが現状のようである。しかし、視覚障害に配慮した看護援助は、治療対象である疾患の治癒のみならず、高齢者の心身の回復及びQOLを高め、最期まで、その人らしさを活かしながら生きることをも支える援助として重要である。

そこで、今後も増加することが予測される視覚障害を有する高齢者への看護援助について、現状を明らかにし今後の課題を考察する。

II. 研究目的

本研究は病院に勤務する看護職者の視覚障害を有する高齢者への看護援助について現状を明らかにし、今後の課題を考察することを目的とした。

III. 研究方法

1. 対象

本研究は実態調査であるため、対象が可能な限り限定された範囲にならないよう、全国で300床以上を有する産科・婦人科・小児科・精神科の専門病院を除いた病院をリストアップした。しかし、全ての病院ごとに調査依頼、承諾を得ることは困難性が伴うため、全国に連携病院を有する病院の看護職を統括している看護管理職者に研究の趣旨・倫理的配慮等を説明、研究協力を依頼した。加えて、連携病院だけでは、実態調査結果にバイアスがかかる可能があるため、連携病院の所在し

ない都道府県で同条件（300床以上産科・婦人科・小児科・精神科の専門病院を除く）の病院をリストアップした。その結果、17都道府県の37病院に調査協力依頼をすることができ、全ての病院から調査協力の同意を得ることができた。従って、調査対象は、17都道府県で病床数300床以上を有し、研究協力の同意が得られた37病院に勤務する看護職者である。（産科・婦人科・小児科・精神科病棟に勤務する看護職者を除く）

2. データ収集方法

1) 視覚障害を有する高齢者への看護援助に関する文献等を参考に研究者らが作成した、自記式無記名の質問紙を用いた郵送留め置き法である。回収には個別返信用封筒を使用した。

尚、質問紙は、眼科病棟に勤務する看護職者にプレテストを実施し、質問項目等を再検討し、質問紙の妥当性を高めた。

2) 質問紙は対象の概要（性別・年齢・職種・職位・身内に視覚障害者がおり日常生活上で視覚障害に配慮した経験の有無）、視覚障害を有する高齢者への直接看護援助に関する30質問項目、視覚障害を有する高齢者への看護援助環境調整に関する24質問項目、及び「視覚障害を有する高齢者を援助する時に特に注意していること」、「視覚障害を有する高齢者を援助する時にヒヤリ・ハットしたこと」の自由記載項目で構成した。

3) 調査期間は平成19年3月～4月

3. 分析方法

数量的な分析はSPSS 12.0j for Windowsを用いて、質問項目毎に記述統計を実施した。次に年齢階級別・職位別・身内に視覚障害のあるがおり日常生活上の援助経験の有無と全ての質問項目との関連性は χ^2 検定を実施し、有意水準をP≤0.05及びP≤0.01とした。自由記載項目は「視覚障害を有する高齢者を看護している時、特に注意していること」及び「ヒヤリ・ハット経験」に該当する部分（一文）を抽出し、質的帰納的に類似性からカテゴリー化を行った。カテゴリー化にあたっては共同研究者らで検討を重ね信頼性を高めた。

IV. 倫理的配慮

研究協力を依頼する病院の看護管理者に、研究の趣旨を書面と口頭で説明し、研究協力の同意が

得られた病院の看護職者を研究対象とした。看護職者へは研究の趣旨及び質問紙調査への協力は自由意志であること、調査へ協力しないことで一切の不利益を被らないこと、質問紙への回答をもって研究協力の同意が得られたこととする等の倫理的配慮を記載した研究協力依頼書を質問紙に添付した。さらに、質問紙は自記式無記名質問紙で回収は個別返信封筒を使用した。

V. 用語の定義

本研究において視覚障害とは、視覚の種々な機能障害（視力、視野、光覚、色覚、眼球運動等）を総称したものとし、このような障害を有している者を視覚障害者とする。

VI. 結果

質問紙の総配布数は1852部、回収は1103部（回収率59.6%）であった。この内、記載内容が不明なものを除いた、940部を最終分析対象とした。有効回答率は85.2%であった。

1. 対象の概要

女性889名（94.6%）、男性51名（5.4%）。年齢は20歳～29歳が305名（32.4%）、30歳～39歳が294名（31.3%）、40歳～49歳が213名（22.7%）、50歳以上が105名（11.2%）であった。職種は、看護師732名（78.0%）、准看護師199名（21.0%）その他9名（0.9%）であった。職位は師長、主任、副主任等の管理職が175名（18.6%）、スタッフは754名（80.2%）であった。臨床での経験年数は10年未満が444名（47.2%）、10年以上は476名（50.6%）であった。身内に視覚障害者がおり、日常生活上で視覚障害に配慮した経験の有る看護職者は175名（18.6%）、配慮した経験のない看護職者が636名（67.7%）であった。勤務病棟は、眼科病棟（混合病棟を含む）が32（3.4%）、療養病棟等の高齢者が主として入院している病棟が122（13.0%）、その他が786（83.6%）であった。（表1）

表1 対象の概要

		(n=940)	
	項目	人数	%
性別	女性	889	94.6
	男性	51	5.4
年齢	20～29歳	305	32.4
	30～39歳	294	31.3
	40～49歳	213	22.7
	50歳以上	105	11.2
	NA	23	2.4
職種	看護師	732	78.0
	准看護師	199	21.0
	保健師	6	0.6
	助産師	3	0.3
職位	管理職	175	18.6
	スタッフ	754	80.2
	NA	11	1.2
臨床での経験年数	10年未満	444	47.2
	10年以上	476	50.6
	NA	20	2.1
身内の視覚障害者への日常生活上の配慮	あり	175	18.6
	なし	636	67.7
	NA	129	13.7
勤務病棟	眼科病棟	32	3.4
	療養病床等	122	13.0
	その他	786	83.6

2. 視覚障害を有する高齢者への直接看護援助

視覚障害を有する高齢者への直接看護援助（全30質問項目）で、60%以上の者が実施していた内容は15項目であった。中でも「内服薬を必要に応じてナースステーション管理をしている」、「内服薬は必要に応じて服薬を確認している」は98%以上の者が実施していた。（表2）

一方、直接看護援助で80%以上の者が実施していない内容は「退院指導などで高齢者会・家族会の紹介をしていない」、「入院時にベッドのストッパーの位置と一緒に確認していない」であった。（表3）

次に職位別の直接看護援助では「必要に応じてMSWや視覚障害を対象とした日常生活用具の紹介をしている」、「食事援助時、必要に応じてクロックポジションなどを活用している」などの4項目で有意差があり、管理職の者が有意に実施していた。経験年数別では13項目で有意差があった。経験年数10年以上の者が有意に実施していた内容は、「同室者の紹介は必ず新入院患者および同室者の名前を告げて紹介している」、「食事援助時、必要に応じてクロックポジションなどを活用して

いる」等の11項目であった。また、経験年数10年未満の者が有意に実施していた内容は「訪室時、必ず氏名を名乗る」、「退室時は必ず退室することを説明している」の2項目であった。さらに、11項目については、身内に視覚障害者がおり日常生活上で視覚障害に配慮した経験の有る者が有意に実施していた。（表4）

3. 視覚障害を有する高齢者への看護援助環境調整

視覚障害を有する高齢者への看護援助環境調整（全24質問項目）では、実施している者が少なく、30%以上の者が実施していた内容は「ベッドネームは明瞭に大きな文字で表示」、「ベッドの位置は高齢者の視覚障害の程度を考慮している」のみであった。（表5）17質問項目については80%以上の者が実施しておらず、中でも「食事の時に多色のランチョンマットなどの常備をしてない」、「ベッドと床の区別ができる工夫をしていない」等の7項目では、90%以上の者が実施してなかった。（表6）

表2 視覚障害を有する高齢者への直接看護援助で60%以上の者が実施している内容 (n=940)

質問内容	人数 (%)
・内服薬を必要に応じてナースステーション管理をしている	926 (98.5)
・内服薬は必要に応じて服薬の確認をしている	925 (98.4)
・食事内容に応じて箸、スプーン、フォーク等の工夫をしている	815 (86.7)
・自己管理薬は必要に応じ分包するなどで飲み残しを防止している	814 (82.6)
・ナースコールの場所や使用方法を本人と確認している	808 (86.0)
・障害の程度に応じて食事内容を説明している	782 (83.2)
・点眼は必ず見守りのうえで実施している	738 (78.5)
・障害の程度に応じて外部環境の変化等を説明している	639 (68.0)
・退室時には必ず退出することを説明している	626 (66.6)
・入院案内時に浴室等の場所を説明し共に確認している	625 (66.5)
・障害の程度に応じて整容の援助を実施している	612 (65.1)
・オーバーテーブルの位置を共に確認して調節している	593 (63.1)
・障害の程度に応じて折々に意識して時間を伝えている	578 (61.5)
・現在の視力について本人に確認している	567 (60.3)
・ベッドの高さを本人と共に確認し調整している	566 (60.2)

表3 視覚障害を有する高齢者への直接看護援助で80%以上の者が実施していない内容 (n=940)

質問内容	人数 (%)
・退院指導などで高齢者会、家族会の紹介はしていない	778 (82.8)
・入院時にベッドのストッパーの位置と一緒に確認していない	791 (84.1)

視覚障害を有する高齢者への看護援助の現状と課題

表4 職位別・経験年数別・身内に視覚障害者の有無による視覚障害を有する高齢者への直接看護援助の実施割合

質問項目	職位	経験年数	視覚障害者の 有無（身内）
必要に応じてMSWや視覚障害を対象とした日常生活道具の紹介をしている	管理職 *	10年未満	いる *
	スタッフ	10年以上	いない
同室者の紹介は必ず新入院患者及び同室者の名前を告げて紹介している	管理職 *	10年未満	いる
	スタッフ	10年以上 **	いない
食事援助時、必要に応じてクロックポジションなどを活用している	管理職 *	10年未満	いる
	スタッフ	10年以上 *	いない
現在の視力について本人に確認している	管理職 *	10年未満	いる *
	スタッフ	10年以上	いない
訪室時、必ず氏名を名乗る	管理職	10年未満 **	いる *
	スタッフ	10年以上	いない
退室時は必ず退室することを説明している	管理職	10年未満 **	いる **
	スタッフ	10年以上	いない
ナースコールの場所や使用方法を本人と確認している	管理職	10年未満	いる
	スタッフ	10年以上 *	いない
障害の程度に応じて整容の援助を実施している	管理職	10年未満	いる
	スタッフ	10年以上 *	いない
障害に応じて病棟内で歩行訓練を実施している	管理職	10年未満	いる *
	スタッフ	10年以上 *	いない
障害の程度に応じて折々に意識して時間を伝えている	管理職	10年未満	いる
	スタッフ	10年以上 *	いない
高齢者の視力などに応じて必要時トイレ内のレバー・トイレットペーパーの位置を本人と確認する	管理職	10年未満	いる
	スタッフ	10年以上 *	いない
浴室のお湯の出し方、手すりの位置などをともに確認している	管理職	10年未満	いる
	スタッフ	10年以上 *	いない
食事内容に応じて箸・スプーン、フォーク等の工夫をしている	管理職	10年未満	いる
	スタッフ	10年以上 *	いない
配膳の時、お茶・味噌汁などの汁物の量を説明している	管理職	10年未満	いる *
	スタッフ	10年以上 *	いない
自己管理薬は必要に応じ分包するなどで飲み残しを防止している	管理職	10年未満	いる *
	スタッフ	10年以上 *	いない
退院指導などで高齢者会・家族会の紹介をしている	管理職	10年未満	いる *
	スタッフ	10年以上	いない
高齢者の視力などに応じて点眼方法の工夫など指導をしている	管理職	10年未満	いる *
	スタッフ	10年以上	いない
点眼は必ず見守りのうえで実施している	管理職	10年未満	いる *
	スタッフ	10年以上	いない

* p ≤0.05 ** p ≤0.01

表5 視覚障害を有する高齢者への看護援助環境調整で30%以上の者が実施している内容 (n=940)

質問内容	人数 (%)
・ベッドネームは明瞭に大きな文字で表示	402 (42.8)
・ベッドの位置は高齢者の視覚障害の程度を考慮している	307 (32.7)

次に、職位別の看護援助環境調整では、「枕灯は照明の調節ができるようになっている」、「食器の色は視覚障害に合わせて変更できる」の2項目で有意差があり、スタッフが有意に実施していた。経験年数別では、「薬袋は表示の文字の大きさを変えるなど工夫している」、「電動ベッドのコントローラーの表示は判りやすいように色テープなどで工夫している」など3項目で有意差があり、経験年数10年未満の者が有意に実施していた。さらに、「ベッドと床の境界の区別がつくようにベッ

ドの足の色を変えるなど工夫している」の項目では、身内に視覚障害者がおり日常生活上で配慮した経験のある者が有意に実施していた。(表7)

4. 視覚障害を有する高齢者を看護している時、特に注意していること（自由記載）

質問紙940部のうち、記載のあった361部を対象とし、「視覚障害を有する高齢者を看護している時、特に注意していること」の1内容を1カードに転記したカードの総枚数は706枚であった。内

表6 視覚障害を有する高齢者への看護援助環境調整で80%以上の者が実施していない内容 (n=940)

質問内容	人数 (%)
・食事の時に多色のランチョンマットなどの常備をしていない	899 (95.6)
・ベッドと床の区別ができる工夫をしていない	895 (95.2)
・ベッド柵の色を変えるなど判別しやすそうな工夫をしていない	878 (93.4)
・テレビのリモコンを見やすくする工夫をしていない	873 (92.9)
・文字の大きさや色を変えた説明書や同意書の常備をしていない	868 (92.3)
・洗面台の蛇口の表示を見やすく大きな文字等に変更していない	865 (92.0)
・床頭台やロッカー等の取っ手を判別しやすい色・形に工夫していない	862 (91.7)
・視覚障害者用の杖を病棟に常備していない	843 (89.7)
・病棟内の廊下の角は判別しやすいよう色・素材などで工夫していない	841 (89.5)
・電動ベッドのコントローラーの表示を色テープなどで工夫していない	835 (88.8)
・病棟内で使用する食器は障害に合わせて変更はできない	835 (88.8)
・病棟内に老眼鏡又は拡大鏡を常備していない	833 (88.6)
・障害にあわせたパンフレット類を準備していない	823 (87.6)
・ネームバンドの文字を大きな文字にしていない	809 (86.1)
・浴室内の手すりを判別しやすいような色にしていない	807 (85.9)
・点滴の氏名の文字を大きくしていない	805 (85.6)
・掲示物は文字などの色をえていない	762 (81.1)

表7 職位別・経験年数別・身内に視覚障害者の有無による視覚障害を有する高齢者への看護援助環境調整の実施割合

質問項目	職位	経験年数	視覚障害者の有無（身内）
枕灯は照明の調整ができるようになっている	管理職	10年未満	いる
	スタッフ *	10年以上	いない
食器の色は視覚障害に合わせて変更できる	管理職	10年未満	いる
	スタッフ *	10年以上	いない
薬袋は表示の文字の大きさを変えるなど工夫している	管理職	10年未満 **	いる
	スタッフ	10年以上	いない
電動ベッドのコントローラーの表示は判りやすいように色テープなどで工夫している	管理職	10年未満 *	いる
	スタッフ	10年以上	いない
ベッドネームは明瞭に大きな文字で表示している	管理職	10年未満 *	いる
	スタッフ	10年以上	いない
ベッドと床の境界がつくようにベッドの足の色を変えるなど工夫している	管理職	10年未満	いる *
	スタッフ	10年以上	いない

* p ≤ 0.05 ** p ≤ 0.01

容の類似性から、〈声のかけ方〉、〈物品や環境に関する説明〉、〈援助する時の説明〉、〈食事に関する説明〉、〈食事の援助の工夫〉、〈ナースコール活用の徹底〉、〈リアリティオリエンテーション〉、〈視覚機能の本人との確認〉、〈服薬自立への工夫〉、〈文字などの工夫〉、〈家族と協力する工夫〉、〈環境の工夫〉、〈安全への配慮〉、〈視覚障害の状態に

合わせた物品の配置〉〈ベッドサイドの整理整頓〉、〈付き添い〉、〈支える〉、〈詳細な説明と誘導〉、〈見守り〉、〈その他〉の20のカテゴリーに分類した。さらに、強い類似性から、【十分な説明】236枚、【日常生活援助での細やかな配慮】195枚、【転倒・転落予防】191枚、【移動・移乗時の援助】62枚の4つの大カテゴリーとした。(表8)

表8 視覚障害を有する高齢者を看護している時に注意していること（自由記載） (総枚数706枚)

大カテゴリー	カテゴリー	主な記述例
十分な説明 (236枚)	声のかけ方 (102枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・忙しくても話しかける ・訪室時は声をかけて、声のトーンを落とす
	物品や環境に関する説明 (55枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・物の場所を細かく話す ・物を移動させたときは声をかけ承認を得る ・周囲の状況がわかるように説明する
	援助する時の説明 (44枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護行為前には目的を含め必ず声をかける ・本人に確認しながら声をかけケアを行う
	食事に関する説明 (35枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・食器の位置、食事内容の説明 ・配膳時の食器の配置説明と確認
日常生活援助での細やかな援助 (195枚)	食事の援助の工夫 (50枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・食器はすべり止めマットなどの工夫 ・スプーンを持たせる ・食事内容を季節がわかるように説明する
	ナースコール活用の徹底 (34枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・ナースコールを実際に押せるか確認 ・臥床時にはナースコールの位置を確認
	リアリティオリエンテーション (18枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・季節の変化を伝える ・挨拶に季節や時間、行事などを交える ・窓から見えるものを伝える
	視覚機能の本人との確認 (14枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・視野範囲を確認する ・一番見えやすい色を確認する
	服薬自立への工夫 (13枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の色分け ・色の違うポーチで自己管理できるよう工夫
	文字などの工夫 (7枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・説明文は文字を大きくする ・マジックで太く大きく書く
	家族と協力する工夫 (5枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・説明を家族と一緒に聞いてもらう ・食事のセッティングを家族と相談して援助
	その他 (54枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・心配りと頻回の訪室でサインを早めにキャッチ
転倒・転落予防 (191枚)	環境の工夫 (72枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・段差をなくす ・夜間のトイレは足元を照らす工夫
	安全への配慮 (66枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・車椅子のブレーキは必ずかける ・狭い場所での足元注意
	視覚障害の状態に合わせた物品の配置 (12枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・物品配置の配慮 ・車椅子、テレビ等を見やすい位置に配置
	ベッドサイドの整理整頓 (41枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドサイドの環境整備に配慮 ・床の落下物や水滴の有無に注意
移動・移乗時の援助 (62枚)	付き添い (29枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行や援助時に必ず付き添う
	支える (16枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・支えとなるよう腕をつかんで歩行を支える
	詳細な説明と誘導 (11枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・足元に注意して誘導する
	見守り (6枚)	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行状態の確認、夜は歩行時見守る

5. 視覚障害を有する高齢者を看護している時のヒヤリ・ハット経験（自由記載）

質問紙940部のうち、記載のあった115部を対象とし、「ヒヤリ・ハット経験」に該当する部分を抽出し、1内容を1カードに転記したカードの総枚数は127枚であった。この質問項目は、ヒヤリ・ハット経験を記載してもらうことを意図していたが、記載には、ヒヤリ・ハットとアクシデントの両方の内容があったため、本研究では両方を含めて分析した。その結果、記載内容の類似性からヒヤリ・ハットを経験した、【食事場面】53枚、

【接触・転倒場面】36枚、【与薬場面】12枚、【その他】26枚に分類した。

- (1) 【食事場面】；主な記載内容は、「熱い汁に指をつけそうになった」、「食事の時、普通にセッティングしたら半分だけ残していて、初めて視野狭窄に気がついた」「食器をトレイにのせていても片面のものしか摂取しておらず、確認すると半側空間無視であった」等であった。
- (2) 【接触・転倒場面】；主な記載内容は、「下膳車のトレーが固定されていて、収納できずにバランスを崩し転倒」、「障害物に気づかずにつぶつぶになってしまった」等であった。

表9 視覚障害を有する高齢者看護でのヒヤリ・ハット経験（自由記載） (総枚数127枚)

カテゴリー	主な記述例
食事場面 (53枚)	熱い汁物に指をつけそうになった
	汁物について注意せずにこぼしてしまった
	調味料、パックの破損、病衣汚染
	汁物やお茶の置いてある位置がわからずこぼしてしまった
	お茶などの熱い物をさわったり、こぼしたりして火傷（軽い）の症状になった
	食事の時、普通にセッティングしたら半分だけ残っていて、初めて視野狭窄に気がついた
	食器の配置を覚えることを忘れて、食べ残しがあった
	内容を説明していない食事が手つかずのままだった
	視野狭窄のある患者の配膳時、何種類の副食があるのかを説明し忘れ、下膳時、左半分の副食に手をつけていなかった
	食器をトレイにのせていても片面のものしか摂食しておらず、確認すると半側空間無視であった
接觸・転倒場面 (36枚)	視野狭窄側に食器を置いたままで食事がすんでいないことに途中で気がつき、食器の場所をまわした
	下膳車のトレー入れが固定されていて、収納できずにバランスを崩し転倒
	障害物に気づかず転倒してしまった
	歩行時視力の低下した側の角にぶつかってしまう
与薬場面 (12枚)	視力低下により歩行時に頭や身体を打撲したりすることがありヒヤッとした
	内服飲み忘れ、飲み残しがあった
	内服を落として探せず服薬できていなかった
	内服出来ずに薬がおちていた（ベッドメーキング時に見つける）
	座薬を渡したが説明が上手く伝わっておらず飲んでしまった
	点滴ルートの位置がわからず抜去された
	三方活栓のふたをオーバーテーブルに置いていた時に患者が薬と間違えそうになった
	新規の患者の視力低下を知らずに、配薬し飲み忘れそうになった（他のチームのN.S.が配薬）
その他 (26枚)	病棟内に視力障害の患者が無断で点字シールをあちらこちらに貼っていたのを知らずに、テープの剥がし忘れと思い（不思議だと思いながら）剥がして捨てた（点字シールを見たことがなかったので、ピンとこなかった。後で患者の申し出があり気がついた）
	視力低下を忘れてトランクファの時見守りでよいと思い誘導を忘れた
	トイレに行くつもりでナースステーションに入ったりと方向や位置関係がわからなくなつた
	ケア後ナースコールを手元に戻さずベッドサイドを離れた（大声を出していたので訪室するとナースコールがなく不安で大声を出していた）

してしまった」、「歩行時視力の低下した側の角にぶつかってしまう」等であった。

- (3) 【与薬場面】；主な記載内容は、「内服を落として探せずに服薬できていなかった」、「座薬を渡したが説明が上手く伝わっておらず飲んでしまった」、「点滴ルートの位置がわからず抜去された」や「三方活栓のふたをオーバーテーブルに置いている時に患者が薬と間違えそうになつた」等であった。
- (4) 【その他】；主な記載内容は「病棟内に視力障害の患者が点字シールをあちこちに貼っていたのを知らずに、テープの剥がし忘れと思い剥がして捨てた」、「ケア後ナースコールを手元に戻さずベッドを離れた。(大声を出していたので訪室するとナースコールがなく不安で大声を出していた)」、「トイレに行くつもりでナースステーションに入ったりと方向や位置関係がわからなくなつた」等であった。(表9)

VII. 考察

1. 視覚障害を有する高齢者への看護援助の展開

高齢者は加齢に伴い心身機能の変化や重複した疾患を有することが多くなり、変化する心身状態に折り合いをつけながら、最期まで、その人らしく自律した生活が困難となることが多い。特に、視覚に障害を生じると生活の質は著しく低下し、転倒などの事故も生じやすくなる。そのため、視覚障害を有しやすい高齢者への看護援助は重要であり、十分な検討が必要とされる看護の分野である。

本研究の結果から病院に勤務する看護職者は、視覚障害を有する高齢者への直接看護援助として、基本的な日常生活援助は比較的実施していることがわかった。しかし、『文字の大きさや色の工夫』、『杖や老眼鏡・拡大鏡などの自助具常備』など、より一人一人の視覚障害に合わせ、現存視覚機能を活かし自律を支える具体的な援助はほとんど実施していなかった。これらのことから、病院に勤務する看護職者には、視覚障害者の援助に必要な色彩の活用や自助具などの知識が不足している現状が推測される。従って、看護職者は、視覚障害に関する確かな知識に基づく基本的日常生活援助を実施し、自律支援につながる看護を展開する必要がある。

2. 視覚障害を有する高齢者への直接看護援助と実践経験

看護援助は、科学的根拠に基づいた理論・技術等の習得と実践経験の積み重ねから導き出されるものである。井出⁸⁾は、「看護師は経験を重ねて行く中で、自分の体験や先輩からの学び、看護の対象者からの訴えや行動によって視覚機能の理解や光環境調整の認識をおこなっていた」と述べている。本研究でも、視覚障害を有する高齢者への直接看護援助は、視覚障害者への実践経験が関係しており、管理職、経験年数10年以上の者が実施している割合は有意に高かった。しかし、看護援助環境調整では文字の工夫や色彩の活用等は、経験年数10年未満の者及びスタッフの実施の割合が有意に高いという結果であった。さらに、直接看護援助の「訪室時、必ず氏名を名乗る」、「退室時は必ず退室することを説明している」は、経験年数10年未満の者が実施している割合が有意に高かった。このことから、経験年数10年未満の者及びスタッフは看護援助に詳細で豊かな発想で工夫を行なっていることがわかった。

以上のことから、看護職者は、視覚障害を有する高齢者への看護援助の実践経験を積むとともに文献や研修などから、常に看護援助に関する確かな知識を習得した上で、豊かな発想での工夫が必要である。現状では、看護基礎教育及び卒後教育において、高齢者の視覚障害に関する教育は十分とは言えない。主な老年看護学の書籍を見ても、加齢に伴い変化する視覚機能についての記載はあるものの、視覚障害を有する高齢者への具体的な看護援助の記載は、ほとんどないのが実情である。従って、看護基礎教育における視覚障害を有する高齢者への看護援助の学習内容が不十分であることが推測される。

3. 視覚障害を有する高齢者の入院生活のリスクマネジメント

病院に勤務する看護職者は、食事、与薬、接觸・転倒等の場面でヒヤリ・ハットを経験していた。ヒヤリ・ハットの内容から、看護職者が視覚障害及び高齢者の下肢筋力の低下や体型の変化等による歩行機能低下等の身体機能特性を十分に理解していないため、入院生活環境の調整が適切に実施されていないことが明らかになった。従って、看護職者は視覚障害と高齢者の身体機能特性など

の確かな知識を習得し『高齢者』を理解したうえで、エビデンスを基盤とした視覚障害を有する高齢者の入院生活環境のリスクマネジメントを適切かつ迅速に実施し、入院生活環境の調整について共有し徹底する必要がある。

VII. 結論

1. 視覚障害を有する高齢者への直接看護援助では、全30質問項目中、60%以上の者が実施していた内容は15項目の内容であり、そのうち80%以上の者が実施していた内容は2項目であった。さらに、職位別、経験年数別、身内に視覚障害者がおり日常生活上で視覚障害に配慮した経験の有無で直接看護援助の実施に有意差があった。
2. 視覚障害を有する高齢者への看護援助環境調整では、全24質問項目中、30%以上の者が実施していた内容は2項目のみであった。80%以上の者が実施していなかった内容は17項目あり、その内、90%以上の者が実施していなかった内容が7項目あった。さらに、職位別、経験年数別、身内に視覚障害者がおり日常生活上で視覚障害に配慮した経験の有無で看護援助環境調整の実施に有意差があった。
3. 視覚障害を有する高齢者を看護している時、特に注意していることは、記載内容から20のカテゴリーに分けられ、さらに、強い類似性から【十分な説明】、【日常生活援助での細やかな配慮】、【転倒・転落予防】、【移動・移乗時の援助】4つのカテゴリーとした。
4. 視覚障害を有する高齢者を看護している時のヒヤリ・ハットの経験は、記載内容から【食事場面】、【接觸・転倒場面】、【与薬場面】、【その他】に分類され、食事場面でのヒヤリ・ハット経験が最も多いうことがわかった。
5. 病院に勤務する看護職者は、視覚障害に関する確かな知識に基づく基本的日常生活援助を実施し、ロービジョンケアを展開する必要がある。
6. 病院に勤務する看護職者は実践経験を積むとともに、文献や研修などから、常に視覚障害を有する高齢者への看護援助に関する確かな知識を習得した上に、豊かな発想での工夫が必要である。
7. 病院に勤務する看護職者は、視覚障害と高齢

者の身体機能特性などの確かな知識を習得し『高齢者』を理解したうえで、エビデンスを基盤とした視覚障害を有する高齢者の入院生活環境のリスクマネジメントを適切かつ迅速に実施し、入院生活環境の調整について共有し徹底する必要がある。

IX. 研究の限界と今後の課題

本研究は限定した看護職者を対象に行なった調査であり、この結果が視覚障害を有する高齢者への看護援助の現状として十分ではない。しかし、本研究から看護基礎教育における視覚障害を有する高齢者への看護援助に関する学習内容の確立と卒後教育の一環として、病院に勤務する看護職者を対象とした研修の必要性が考えられた。

謝 辞

本研究の趣旨を理解し研究協力にご同意下さった病院の看護管理者及び回答にご協力下さった、看護職者の皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 財団法人 厚生統計協会編集：国民衛生の動向・厚生の指標 臨時増刊・第54巻第9号
財団法人 厚生統計協会, 428, 2007.
- 2) 財団法人 厚生統計協会編集：国民の福祉の動向・厚生の指標 臨時増刊・第54巻第12号
財団法人 厚生統計協会, 260, 2007.
- 3) 田中マキコ：老年看護学，医学芸術社(東京);246-247, 2006.
- 4) 照井美穂, 伊藤文, 林範恵, 松田ひとみ, 清水実重, 宮島直子：ひとり暮らし全盲女性高齢者の自立性についての検討. 日本看護研究学界雑誌, 20(3);364, 1997.
- 5) 安藤麻貴, 中口節子, 石山光枝：緑内障患者家族の視野障害体験の反応—擬似体験器を利用して—. 眼科ケア2(3);69-75, 2000.
- 6) 高橋広：ロービジョンケアの担い手—看護職の役割. 臨床眼科, 58(3);274-278, 2004.
- 7) 井出生会：高齢者への光環境調整に対する看護師の認識と行動. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録32;239-244, 2007.
- 8) 前掲誌 7):243

看護學領域共同研究報告

研究課題：離床動作援助のための基礎研究

共同研究組織：基礎看護学領域

代表者 大久保祐子（看護学部 助教授）

分担者 真砂 涼子（看護学部 助教授）

里光やよい（看護学部 講師）

川上 勝（看護学部 助手）

宇城 令（看護学部 助手）

I はじめに

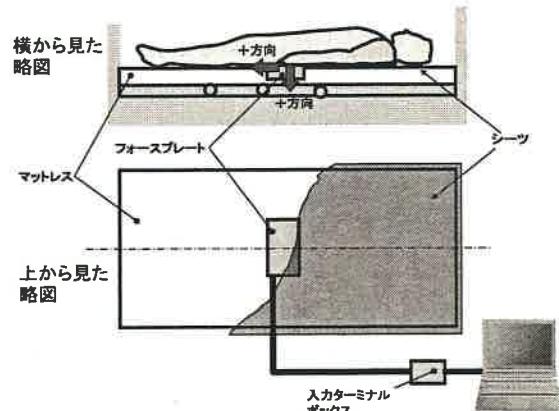
臥床して身体を休めることと起きて活動することは人の基本動作である。臥位から半座位または座位、座位から立位への体位変換は、離床動作の基本である。離床動作時には皮膚や関節可動域、筋力などを考慮して援助を受ける人に対して無理のない離床動作支援が重要である。また、離床動作支援は援助する側の腰痛などの問題を引き起こすことが知られている。これらのことから、援助を受ける側・援助する側の両方ともに効果的な離床動作支援のための看護技術開発が必要であると考える。

離床動作の第一歩である臥位から座位への体位変換を行う場合、電動ギャッチベッドを利用した起きあがりが一般的に行われている。電動ギャッチベッドを利用した起きあがりでは、マットレスと身体が接触する部分に力がかかり、その力は褥瘡・褥瘡ポケット形成の原因の一つとされている（大浦, 2001）。そこでギャッチベッドを利用した座位への体位変換後は必ず「背抜き」をして、身体とマットレスとの接触部にかかる力を除去する必要がある（小長谷, 2001）ことが知られている。身体とマットレスとの接触部分にかかる力は、起きあがり動作時だけでなく、その後ギャッチベッドを動かさずに起こし続けている状態でも継続していることが推測される。また、特に、半座位のリクライニング姿勢で経管栄養を滴下したり、日中を過ごす患者など、半座位の姿勢を維持している状態ではベッド足下へのずり落ちてしまうことが多い。このとき、半座位の維持により体の重さがかかることに加え、呼吸や体動などにより身体とマットレスとの接触部分にかかる力がより増大する可能性が危惧される。しかし、ずり落ちによる身体への影響の実態は明らかになっておらず、対策を立てるには至っていない。そこで本研究では、呼吸や頭を動かすといった人の何げない動きによりマットレス接触部にどのように力がかかっ

ているのか基礎研究を行った。

II 研究方法**1. 測定環境**(1)室内環境：室温： $23.0 \pm 1.0^{\circ}\text{C}$ 。湿度 $45 \pm 5\%$ 。

(2)寝具条件：ベッドはKA-523A（パラマウントベッド社製）、マットレスはKE-551（パラマウントベッド社製）を使用した。身体に近い部位で力を測定するために、マットレスカバーを取り除き、平織り綿シーツ1枚で覆った。

(3)測定装置：センサー部にひずみゲージ式2軸金属製フォースプレート（以下、フォースプレート）を用い、入力ターミナルPCD-300A（共和電業）を介してコンピュータへ記録した。フォースプレートの大きさは、長さ110mm×横幅400mm×高さ23mmであり、測定装置は精度硬質板上において、垂直方向 $R^2=0.9953$ 、水平方向 $R^2=0.9257$ であった。フォースプレートの位置は、ギャッチベッドで背上げ・膝上げ時に屈曲部にあたらない腰ボトム上の位置を選定し、マットレスをフォースプレートの高さ分切り出し、表面がマットレスと同じ高さになるように埋め込み設置した。マットレスに埋め込んだ状態での測定精度は、垂直方向 $R^2=0.9848$ 、水平方向 $R^2=0.7959$ である。測定時の装置の位置や使用方法を図1に示す。**図1 測定装置****2. 測定対象**

(1)対象者：成人女性1人 BMI=19.0。

(2)測定方法：電動ギャッチベッド機構により【膝上げ】 - 【背上げ】 - 【膝下げをしながらの背上げ】を行い、背上げ角度70度（最大角度）・膝上げ角度10度とした。その後、深

呼吸をする(条件①),頭を起こし戻す(条件②)の2つの動作条件で測定を行った。

3. 分析方法

被験者の身体の特徴や着衣の状態などによる状態変数の統一が困難なことと、今回作成したフォースプレートの測定精度が十分高くないことを考慮し、力変化の傾向をずれ力と関係の深い水平力の変化に注目して事例検討をした。条件①では吸気と呼気による力の最大値と最小値、条件②では頭を起こす前・起こしている時・戻した時の力の最大値と最小値の傾向を比較した。

III 結果

1. 深呼吸による影響(条件①)

水平臥位からギャッチベッドで起こし、深呼吸を繰り返す際フォースプレートにかかる水平力・垂直力の測定例を図2に示す。

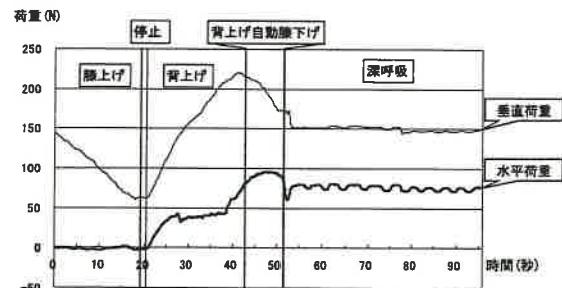


図2 呼吸運動時の荷重計測例

呼吸の呼気・吸気毎の最大値、最小値は図3のようであった。図中で山になっている部分は吸気時であり、足側への水平力の上昇がみられた。

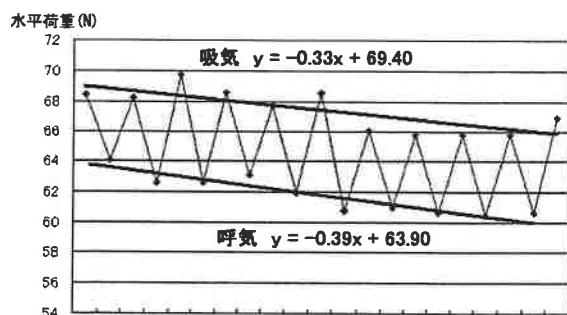


図3 呼吸運動時水平力変動の様子

吸気は1吸気毎に、 $y = -0.33x + 69.40$ (N)の減少、呼気は1呼気毎に、 $y = -0.39x + 63.90$ (N)の減少が観察された。呼気と吸気間の変動の絶対値は、 $y = -0.00x + 5.65$ (N)で、約5.6Nの力が呼吸を繰り返す毎に水平力として加わっていた。

2. 頭を起こす影響(条件②)

ギャッチベッドで半座位になった状態から、2秒程度頭を起こし、その後頭を戻す動作でのフォールプレートにかかる水平力・垂直力の測定例を図4に示す。

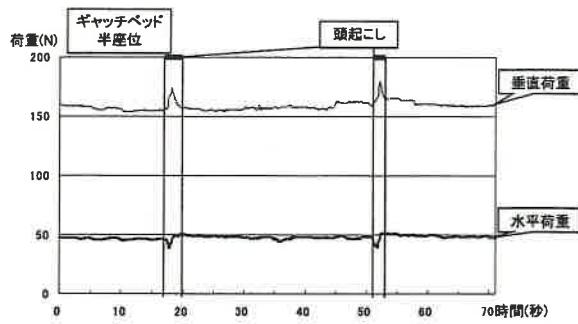


図4 頭起こし運動時の荷重計測例

この測定例では、2回頭起こし動作を行っているが、それぞれ頭起こし直前最大水平力-頭起こし中最小水平力-頭戻し直後最大水平力は図5のように、46.70N-38.75N-50.02N, 48.86N-39.75N-52.00Nであった。

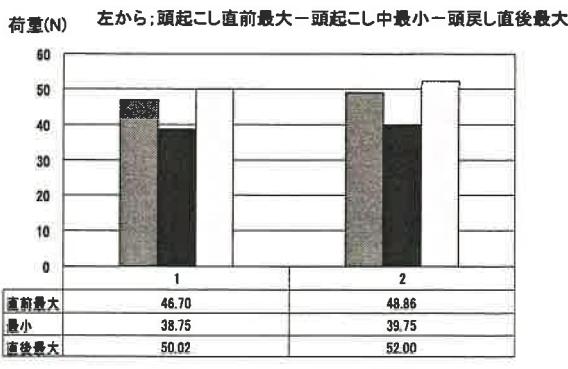


図5 各回の水平力変動

IV 考察

1. 深呼吸による影響

呼吸運動によって水平力は、吸気で足側への力の上昇が観察された。吸気では横隔膜が下がり腹部がふくらむとともに胸郭が拡張し、上体が斜め上を向くような動きに自然となるので、ベッドと接触していた頭背部でマットレスを押す方向に力がかかり、その結果として臀部の接触部では足下方向にかかる力が大きくなったと考えられる。

深呼吸の呼気と吸気により、それぞれ約5.6Nの力、すなわち約570g重の力が臀部にかかっていた。この実験の角度条件はギャッチベッド頭側最大角

度70度－膝10度で、座位に近い半座位であった。このことは座位に近い半座位では継続時に深呼吸をしているだけでも体とマットレスとの間にずれ力が生じ、褥瘡の危険要因となることを示している。ギャッチベッドを使用した仰臥位からの半座位では30度以上は拳上しないことが推奨されている（真田，2007）。本研究で得られた結果から、呼吸状態が悪く肩呼吸をしているような患者が褥瘡リスクもある場合には、十分な注意が必要だと考えられる。

また身体のずり落ちを防止するために下肢を拳上してもずれ力はかかっていることが確認された。下肢を拳上することで安心することなく、半座位でいる間は隨時ポジショニングに留意することが必要だと考えられる。

2. 頭を起こす影響

周囲を見るために頭を起こしてまた休む動作は、覚醒している患者ではしばしば見られる動作である。今回の測定例で特徴的のは、頭を起こす前の水平力よりも、頭をベッドに戻した直後の水平力が大きくなっていることである。ずれ力を軽減するために、自力で体動できない患者にはギャッチベッドで半座位をとった直後に背抜きをすることが推奨されているが、今回の測定では頭だけを起こしても背抜きのような水平力の軽減は見られなかった。

ギャッチベッドを使用して半座位をとっている患者の健康状態を考えると、頭を起こして周囲を見た後でゆっくり静かに頭をマットレスに戻す筋力が維持できず、疲労して頭を戻すケースが考えられる。頭だけを起こし、その後勢いのある頭の戻し方をすれば、今回の測定例以上に大きな水平力が容易にかかると考えられ、疲労しやすい人はほど水平力が高くなるリスクがあると考えられる。

V おわりに

健康状態が低下し、体力が弱った患者のQOLを考え、覚醒している時間の外部との接触環境を整える一つの方法としてギャッチベッドは使用されるが、本研究の結果から呼吸状態が粗く、頭を静かに下ろす体力がない場合は、半座位を継続することにより臀部接触面にずれ力がかかり、褥瘡のリスクが高まるといえる。

そこでギャッチベッドによる半座位の姿勢を続

ける場合は、臀部接触面にずれ力がかかっていることを十分に認識し、患者の栄養状態、臀部の皮膚および皮下組織の弾力性、半座位の継続時間などを管理し、褥瘡の徵候としての発赤が生じていないか注意深く観察することが必要であると考える。座位でいる必要がある場合は可能であればベッド上の半座位ではなく、椅子などに下肢を下ろして座る方が望ましいといえる。

なお、本研究では、測定機器の精度が十分でないとともに、被験者の身体特性による差を含んでいると考えられる。測定機器の精度の向上と、測定例を増やして一般化することが今後の課題である。

文 献

- 1) 大浦武彦：わかりやすい褥瘡予防・治療ガイド—褥瘡になりやすい人、なりにくい人。照林社, 2001.
- 2) 小長谷百絵：摩擦・ずれ防止—ベッド拳上時の摩擦・ずれについて。EBナーシング 1(3); 14-20, 2001.
- 3) 堀章：新訂 目でみるからだのメカニズム。医学書院, 26, 2000.
- 4) 真田弘美、須釜淳子(編)：実践に基づく最新褥瘡看護技術。照林社, 2007.

研究課題：へき地における災害対策体制づくりにかかる看護職の活動方法に関する研究

共同研究組織：地域看護学領域

代表者	春山 早苗（看護学部 教授）
分担者	篠澤 優子（看護学部 教授） 鈴木久美子（看護学部 講師） 佐藤 幸子（看護学部 助手） 舟迫 香（看護学部 助手） 青木さぎ里（看護学部 助手） 塩ノ谷朱美（大学院看護学研究科1年） 島田 裕子（大学院看護学研究科1年）

I はじめに

災害対策体制づくりにかかる地域看護活動においては、災害発生時を想定した地域診断のための情報収集を行い、地域の実情に合わせた備えの必要性を判断し、その必要性に応じて平常時から活動していくことが必要となる。特に、へき地においては地理的状況や地域資源の整備状況から災害発生時の対応に困難が生じる可能性が高い地域も多く、災害対策体制づくりのために平常時から看護活動を展開していくことは重要となる。しかし、災害対策体制の不備や看護職の意識の欠如など平常時からの災害対策体制づくりにかかる看護活動が展開されていない現状も見受けられる¹⁾。

本研究の目的は、へき地で働く看護職の災害対策に関わる活動実態を調べ、へき地における災害に備えた平常時の体制づくりにおける看護職の活

動方法と課題を明らかにすることである。ここでいう看護職とは、市町村保健師、並びに、診療所看護師をいう。

II 研究方法

1. 対象

被災経験のない4地域の看護職、並びに、被災経験のある1地域の看護職。研究対象地域並びに研究対象者の概要を表1に示す。

2. 調査項目

災害対策に関わる看護活動について①活動の対象②活動の意図③活動方法④活動対象の反応、並びに、災害対策に関わる看護活動の現状に対する⑤自己評価。被災経験のある1地域の看護職に対しては、被災前の災害対策に関わる看護活動についての①～⑤。

3. 調査方法

2. 調査項目について面接により聴取する。
(倫理的配慮)

研究対象者に調査の趣旨・目的を説明し、個人が特定できるような表記はいかなる場合にも用いないことの約束、調査への協力は自由意思であることを口頭で説明し、同意を得た。

4. 分析方法

先行研究^{2)～4)}よりへき地において特徴的な平常時の対応を視点とし(表2)，調査項目①～⑤

表1 研究対象地域並びに研究対象者の概要

地域	被災経験のない地域				被災経験のある地域
	a	b	c	d	
地域特性	山間地の村であったが平成17年4月に近隣市町村と合併し30万人以上の市の一部となった	山間地の村、9割以上を山林が占め、集落は散在している、雨量が多い	山村・豪雪地域の村、9割以上を山林が占め、20以上の集落が散在している	山間地の村、大部分を山林が占め、50以上の集落が散在している	丘陵地帯に囲まれた盆地のある町であったが、被災後、近隣市町村と合併し約30万人の市の一部となった豪雪地域
人口	2,000人弱	約1,300人	2,000人弱	約4,500人	約7,000人
高齢化率	約35%	約40%	約30%	約40%	約30%
被災経験の有無	なし	小規模の台風被害や山林火災はあるが大きな被災経験はない	小規模の水害はあるが大きな被災経験はない	100年以上前には水害による大被害をうけたことがあるが近年ではない	大地震による被災有り
市町村保健師数、診療所看護師数	地区担当保健師 2人 看護師1人	村保健師2人 看護師3人	村保健師1人 看護師2人	村保健師2人 診療所3ヶ所に看護師各1人	町保健師4人 看護師1人
研究対象者職種	市(旧村)保健師	診療所看護師	村保健師	村保健師	町保健師

表2 分析の視点

A. 地域内の医療体制に応じた災害時の対応の検討の有無
B. 地域の孤立しやすさ、並びに、災害弱地域の把握の有無
C. 地域の特徴から想定される災害の規模や被災者の特徴の検討の有無
D. B, Cに対する災害時の対応の検討の有無
E. 搬送体制の現状に応じた災害時の対応の検討の有無
F. 高齢者への対応体制の現状に応じた災害時の対応の検討の有無
G. 防災マニュアル等における市町村保健師並びに診療所看護師の災害発生時の役割の明確化
H. 災害時における市町村と診療所を含む医療機関との連携体制の検討の有無
I. 災害時における地域の保健医療福祉等関係機関の連携体制の検討の有無
J. 災害発生に備えた住民の健康管理力・セルフケア力を高めていくための働きかけの有無
K. 災害発生時の高齢者への支援における民生委員や地区内の住民との協力体制づくり
L. 災害に関する看護活動に関連した看護職の自己啓発の有無
M. A～L以外の災害対策に関わる看護活動の有無
N. 所属自治体の災害対策に対する意識

の内容について地域ごとに整理する。また、被災経験のない4地域については各視点の実施の有無に影響していることを、被災経験のある1地域については各視点の実施状況の災害発生時の対応への影響並びに課題（災害発生時の対応に影響した平常時から必要だと考えられること）を分析する。

III 研究結果

1. 被災経験のない地域における平常時災害対策体制にかかわる看護活動（表3）

「A. 地域内の医療体制に応じた災害時の対応の検討」は3地域で一部実施されていた。「B. 地域の孤立しやすさ、並びに、災害弱地域の把握」は4地域全てで把握されていたが「C. 地域の特徴から想定される災害の規模や被災者の特徴の検討」は1地域のみであり、「D. B, Cに対する災害時の対応の検討」は1地域で実施、1地域で一部実施であった。「E. 搬送体制の現状に応じた災害時の対応の検討」は1地域で、「F. 高齢者への対応体制の現状に応じた災害時の対応の検討」は2地域で一部実施されていた。「G. 防災マニュアル等における市町村保健師並びに診療所看護師の災害発生時の役割の明確化」は1地域のみであった。「H. 災害時における市町村と診療所を含む医療機関との連携体制の検討」は全ての地域で実施されていなかった。「I. 災害時における地域の保健医療福祉等関係機関の連携体制の検討」は2地域で一部実施されていた。「J. 災害発生に備えた住民の健康管理力・セルフケア力を高めていくための働きかけ」は1地域で実施、1地域で一部実施、「K. 災害発生時の高齢者へ

の支援における民生委員や地区内の住民との協力体制づくり」は1地域で実施されていた。「L. 災害に関する看護活動に関連した看護職の自己啓発」「M. A～L以外の災害対策に関わる看護活動」は1地域のみで実施されていた。「N. 所属自治体の災害対策に対する意識」が高かったのは1地域のみであった。

平常時災害対策体制づくりにかかわる看護活動の実施の有無に影響していると考えられることは、地域内関係者との災害対策について話し合う場や機会の有無（a, b, c）、保健師の意識（c）、自治体の意識と当該自治体の協議事項となっているかどうか（a, b, c）、住民の意識（c）、大規模災害による被災経験の有無（b, c）、合併による変化や保健師の定着状況等保健活動体制（a, b）、他地域の被災経験から学ぼうとする意識の有無（a, c）があった。

2. 被災経験のある地域における平常時災害対策体制にかかわる看護活動（表4）

「A. 地域内の医療体制に応じた災害時の対応の検討」「G. 防災マニュアル等における市町村保健師並びに診療所看護師の災害発生時の役割の明確化」「H. 災害時における市町村と診療所を含む医療機関との連携体制の検討」「I. 災害時における地域の保健医療福祉等関係機関の連携体制の検討」は、年1回程度であるが保健医療福祉関係者間で検討されており、その活動体制（マニュアル）に沿った行動が災害発生時にとれていた。「C. 地域の特徴から想定される災害の規模や被災者の特徴の検討」「D. B, Cに対する災害時

表3 被災経験のない地域における平常時災害対策体制にかかる看護活動

●：実施 ▲：一部実施又は実施の予定あり、必要性の意識あり

地域分析項目	a	b	c	d
A. 地域内の医療体制に応じた災害時の対応の検討の有無	▲ 避難所での保健活動が円滑にできるよう備蓄物品等の確認を開始。	▲ 村防災計画に医療救護体制が明示。が、一般的で、地域状況に応じた検討や保健福祉部署が担当である医療救護班の派遣要請の必要性の判断の具体的な検討は未実施。診療所は医薬品や衛生材料の備蓄の役割があるが村の財政規模が小さいことや役場職員の（災害に備える）意識が低いために予算要求をしても優先順位が低い。	▲ 災害時の必要物品の整備はされており、定期的に確認している。	—
B. 地域の孤立しやすさ、並びに、災害弱地域の把握の有無	● 将来、大地震が起こるとされる地域内にある。風水害時、急斜面崩壊危険区域、地すべり防止区域という災害危険区域がある。	● 将来、大地震が起こるとされる地域内にあり地震被害が想定されている。多くの山地災害危険箇所がある。	● 村防災計画に示されているので災害危険箇所は把握。	● 将来、大地震が起こるとされる地域内にある。急斜面の森林が多く地震や豪雨以外でも土砂災害が起こりやすい。土砂災害が起こると道路が寸断され、各集落が孤立する可能性あり。
C. 地域の特徴から想定される災害の規模や被災者の特徴の検討の有無	—	▲ 生活圏が広域化し昼間の留守家庭が増加、防災力の低下の一因に。年間10万人以上の観光客に対する防災対策の確立急務。村防災計画に災害弱者安全確保計画が示され保健福祉担当部署等がリストアップや誘導・情報伝達体制等を整備することになっているが未整備。	—	—
D. B, Cに対する災害時の対応の検討の有無	▲ 災害危険区域があるため、災害対応力を高める必要がある、という意識あり。特に地震発生を想定して保健師活動のマニュアル作成、訓練準備を開始。	— 河川改修や山林保全、道路改良等のハード面の検討はされているが、孤立しやすい地域の検討とそれに応じた対応、被災者の特徴等に応じた検討はされていない。	— 村民の状況は把握しているが災害時要支援者のリストアップはされていない。治療食が必要な人への提供業者のリストアップ、連絡体制の整備ができていない。	● 災害発生により集落が孤立した場合の対応として各集落の民生委員が住民の健康状態を把握できるよう民生委員への働きかけをしている。
E. 搬送体制の現状に応じた災害時の対応の検討の有無	—	▲ 村防災計画に搬送体制が明示。が、ヘリの要請判断は村長・総務部署、傷病者等の搬送体制担当は保健福祉の部署となっているが連携体制等の検討は未実施。	—	—
F. 高齢者への対応体制の現状に応じた災害時の対応の検討の有無	▲ 地域保健業務関連会議で被災経験のある地域の対応を参考に要援護者の安否確認、他の住民の安否確認、健康調査の実施方法と支援について検討。他地域の対応例は発災時の活動的具体的検討に役だっている。	▲ 高齢化率が高く、高齢化進行による災害弱者の増加を想定し、地域防災力を高める必要性は意識。一部の老人会を対象とした救急時対応訓練の健康教育がなされ、今後村内の老人会に広げていく予定。	— 村消防団などの防災組織の活動状況は把握。地区別の連絡網の整備状況は未確認。	—
G. 市町村保健師並びに診療所看護師の災害発生時の役割の明確化	● 保健師、市関係職員による地域保健業務に関する会議で、特に地震発生時を想定して市保健師の役割を確認し、活動計画を立て、マニュアルを作成し、訓練準備を開始。	— 村防災計画に活動体制が示され保健福祉の部署が医療防疫と救助医療を担当することになっているが保健師や診療所看護職の役割は具体的に示されていない。	— 村職員の中で保健師や診療所看護師の役割は不明確。村防災計画はあるが保健師活動のマニュアルはなく、健康調査票や避難所引継ぎ書等の記録物も未整備。	—

*ゴシック体：平常時災害対策体制づくりにかかる看護活動の実施の有無に影響していると考えられること

表3 被災経験のない地域における平常時災害対策体制にかかわる看護活動(つづき)

●: 実施 ▲: 一部実施又は実施の予定あり、必要性の意識あり

地域分析項目	a	b	c	d
H. 災害時における市町村と診療所を含む医療機関との連携体制の検討の有無	—	—	—	—
I. 災害時における地域内関係機関の連携体制の検討の有無	▲	—	▲	—
J. 災害発生に備えた住民の健康管理力・セルフケア力を高めていくための働きかけの有無	—	●	▲	—
K. 災害発生時の高齢者への支援における民生委員や地区内の住民との協力体制づくり	—	—	—	●
L. 災害に関する看護活動に関連した看護職の自己啓発の有無	—	●	—	—
M. A～L以外の災害対策に関わる看護活動の有無	●	—	—	—
N. 所属自治体の災害対策に対する意識	●	—	—	—

*ゴシック体:平常時災害対策体制づくりにかかわる看護活動の実施の有無に影響していると考えられること

表4 被災経験のある地域における平常時災害対策体制にかかる看護活動

●:実施 ▲:一部実施又は必要性の意識あり *災害対策としてではなく日常的な活動や活動体制で災害発生時の対応に役だったこと

地域分析項目	活動内容	災害発生時の対応への影響と課題 *ゴシック体:課題
A. 地域内の医療体制に応じた災害時の対応の検討の有無	● 災害時の対応について年1回程度、診療所医師・看護師、福祉分野職員、町保健師で対策を検討、初動期からの活動体制(マニュアル)が確立。	・検討していた活動体制(マニュアル)に沿って初動期から行動がとれた。
B.	—	
C. 地域の特徴から想定される災害の規模や被災者の特徴の検討の有無	* *住民の健康問題の把握。	・高血圧の管理という多くの住民のニーズに合わせた避難所活動の実施。
D. B, Cに対する災害時の対応の検討の有無	*	・ハイリスク者リストは要医療者の確保と継続支援に役立った。ハイリスク者リストがあったため派遣チームもそれを基にすぐに活動できた。 ・ニーズ調査については他地域の災害時に使用した様式が役に立った。 ・要介護者のいる世帯、独居高齢者、高齢者世帯の安否確認とニーズ調査は町保健師、介護支援専門員、ヘルパー、保健所保健師(応援保健師含む)、看護師、消防団員により二人チームで実施。世帯が示されている地図があると良かった。
E.	—	
F.	—	
G. 市町村保健師並びに診療所看護師の災害発生時の役割の明確化	● 災害時の避難場所や対応について年1回程度、診療所医師・看護師、福祉分野職員、町保健師で対策を検討、初動期からの活動体制(マニュアル)が確立。町保健師や診療所看護師の役割を確認し関係者間で共通認識をもっていた。	・検討していた活動体制(マニュアル)に沿った行動がとれた。指示命令系統のトップが診療所医師であったことは迅速かつ円滑な活動につながった。
H. 災害時における市町村と診療所を含む医療機関との連携体制の検討の有無	● 災害時の避難場所や対応について年1回程度、診療所医師・看護師、福祉分野職員、町保健師で対策を検討、初動期からの活動体制(マニュアル)が確立。 *介護老人福祉施設と日頃から連携した活動をしていた。 *日常的に診療所との連携がとれていた。 *在宅介護支援センターが町直営であった。	・検討していた活動体制(マニュアル)に沿った行動がとれた。 ・在宅療養が困難な高齢者等を円滑に緊急入所させることができた。 ・医療依存度が高く安否確認の優先順位が高い人を容易にリストアップできた。 ・在宅介護支援センターの要介護世帯、独居高齢者、高齢者世帯のリストが容易に入手でき、安否確認・ニーズ調査等迅速に対応できた。
I. 災害時における地域内関係機関の連携体制の検討の有無	—	
J. 災害発生に備えた住民の健康管理力・セルフケア力を高めていくための働きかけの有無	—	・住民が力をあわせ水を確保。 ・常備薬を持ち出せなかった者が多かった(災害時の住民自身の服薬管理)。
K. 災害発生時の高齢者への支援における民生委員や地区内の住民との協力体制づくり	*	・派遣チームによる要介護者のいる世帯への訪問について住民の受け入れがスムーズだった。
L. 災害に関する看護活動に関連した看護職の自己啓発の有無	▲ 他地域の災害発生時における応援保健師の経験があった。	・必要な活動をイメージしやすかった。
M. A～L以外の災害対策に関わる看護活動の有無	—	・ミルクや紙おむつ等の生活用品の備蓄も必要であった。
N. 所属自治体の災害対策に対する意識	● 県内や他地域における災害発生から災害対策に対する意識が、特に保健医療福祉関係者の間では高まっていた。	

の対応の検討」については、災害に備えるという意識はなかったが、日常業務における住民の健康問題の把握、基本健康診査結果からハイリスク者リストを作成していたことが、災害発生時に要医療者の医療の確保と継続支援に役立ち、また派遣保健師に迅速に活動してもらうことにも役立っていた。また、「H. 災害時における市町村と診療所を含む医療機関との連携体制の検討」「I. 災害時における地域の保健医療福祉等関係機関の連携体制の検討」に関しても災害対策ということではなく日頃からの保健医療福祉等関係機関との連携した活動が災害発生時の活動を円滑にしていた。さらに、「L. 災害に関する看護活動に関連した看護職の自己啓発」についても意識的に実施されていたわけではないが、災害が発生した他地域への応援保健師の経験があり、それが災害発生時の活動に役立っていた。「K. 災害発生時の高齢者への支援における民生委員や地区内の住民との協力体制づくり」は実施されていなかったが、保健師の活動が日頃から住民に理解されていたことにより、住民が派遣チームの訪問をスムーズに受け入れていた。「N. 所属自治体の災害対策に対する意識」は他地域における災害発生から身近な問題と災害対策の必要性が意識化され平常時から取り組まれていた。「B. 地域の孤立しやすさ、並びに、災害弱地域の把握」「E. 搬送体制の現状に応じた災害時の対応の検討」「F. 高齢者への対応体制の現状に応じた災害時の対応の検討」「J. 災害発生に備えた住民の健康管理力・セルフケア力を高めていくための働きかけ」「M. A～L以外の災害対策に関わる看護活動」は実施されていなかった。

平常時から必要だと考えられることには、「ニーズ調査様式の整備」「要介護者のいる世帯、独居高齢者、高齢者世帯のリストアップと世帯が示されている地図の整備」「医療依存度が高く安否確認の優先順位が高い住民のリストアップ」「災害発生時に住民が力をあわせられるようにしておくこと」「災害発生時を意識した住民自身の服薬管理」「災害発生時に向けた生活用品の備え」があった。

IV 考察

1. へき地における災害に備えた平常時の体制づくりにおける看護職の活動方法

1) 地域内の保健医療福祉等関係者と話し合いの機会をもつ

本研究結果から、へき地において平常時災害対策体制にかかる看護活動を展開するための条件として、地域内の保健医療福祉等関係者との話し合いの機会が必須であることが示唆された。市町村防災計画やマニュアルがあっても、その内容の理解や具体的な検討のための話し合いがなされていないと形だけのものとなり、災害発生時に活用できるものにはならない。地域eのように例え年1回程度であっても話し合いの機会をもち具体的な検討がなされていたことが災害発生時役に立っていた。話し合いの機会のもち方としては、【既存の会議の場を活用する】(a), 【他地域の発災等による関心の高まりを契機に話し合う】(c), 【保健所主導で話し合いの機会をもつ】(c) が考えられる。

2) 日頃からの保健師活動において、住民の援助ニーズを明確にしておくことや保健医療福祉等関係者との連携した活動を展開しておくこと、住民に保健師活動を浸透させておくこと

平常時から災害発生時に支援の必要となる人をリストアップしておくことは重要であるが、本研究結果から、災害対策ということだけではなく、日頃から保健師活動において、住民の援助ニーズを明確にし、保健医療福祉等関係者との連携した活動を展開し、住民に保健師活動を浸透させ理解されていることが、災害発生時の活動を迅速かつ的確に進めていくことに影響することが示唆された。へき地においては、当該地域内に地域資源が少ないこともしばしばあり、地域内の診療所や福祉関係者との連携は必須であると考える。

3) 保健医療福祉関係者と協働してキーパーソンとなる住民や地区組織に働きかけ、災害に備えた住民との共同体制や住民のセルフケア力を高めていく

経験していない災害に対する住民の意識を高めていくことは容易なことではないが、本研究結果から、保健医療福祉関係者が協力し合って、第一にキーパーソンとなる住民や地区組織に働きかけることによって、住民の災害対策に対する意識を高め、住民との共同体制や住民のセルフケア力を高められる可能性が示唆された。具体的には【町村保健師と診療所看護師の協働活動】(b), 【老人会や民生委員、消防団への働きかけ】(b, c,

d) が考えられる。また、へき地においては当該地域の医療機関が少なく日頃から医療へのアクセスが悪いことが災害発生時には助長される可能性があることから、住民のセルフケア力として服薬管理力を高めておくことが重要であることが示唆された (b, e)。

2. へき地における災害に備えた平常時の体制づくりにおける看護活動の課題

平常時災害対策体制づくりにかかわる看護活動の実施の有無に影響していると考えられることから、どこの地域にも共通するが、災害対策は未知の出来事に備えるという意識化されにくいことに加え、へき地の小規模町村では財政規模が小さく、また保健師等の専門職の定着が悪いことも影響して、自治体職員の意識が低い傾向や当該自治体で取り組まなければならない協議事項に挙がりにくいうことが示唆され、このような状況に看護職がいかに対応して災害対策体制づくりにかかわる活動を展開していくかが課題であると考える。

V おわりに

本研究では山間地域で働く5地域のみの看護職を対象とし、主に自然災害発生における災害対策に関わる看護活動を調査した。今後は離島や豪雪地帯等で働く看護職を対象としてへき地の地域的特性を考慮すると共に、自然災害の種別も考慮して、本研究結果の検証を重ねる必要がある。

文 献

- 1) 春山早苗, 篠澤侃子, 岸恵美子, 鈴木久美子, 田中幸子 (2004) : へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割—へき地診療所の健康危機管理に関わる活動の現状と認識からー, 厚生労働科学研究費補助金 (がん予防等健康科学総合研究事業) 地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究 平成15年度総括・分担研究報告書, 109-128.
- 2) 春山早苗, 鈴木久美子, 佐藤幸子, 岸恵美子, 篠澤侃子, 錦織正子, 松永敏子, 藤本真一, 牛尾裕子, 宮崎美砂子 (2004) : へき地診療所看護職の健康危機管理に関わる活動の現状と認識, 日本公衆衛生雑誌, 51(10), 398.
- 3) 春山早苗, 佐藤幸子, 鈴木久美子, 舟迫香, 岸恵美子, 篠澤侃子, 錦織正子, 松永敏子, 藤本真一, 牛尾裕子, 宮崎美砂子 (2005) : へき地の健康危機管理体制づくりにおける保健所保健師の機能・役割, 日本公衆衛生雑誌, 52(8), 453.
- 4) 春山早苗 (2005) : 地域の健康危機管理における保健所保健師の活動指針, 厚生労働科学研究費補助金 (健康科学総合研究事業) 地域の健康危機管理における保健所保健師の機能・役割に関する実証的研究 平成14~16年度 総合研究報告書 (別冊), 23-25.

研究課題：精神障害者の家族成員における介護経験に関する研究

—都市部と農村部における社会文化的要因の計量疫学的研究—

共同研究組織：精神看護学領域

代表者 半澤 節子（看護学部 助教授）

分担者 永井 優子（看護学部 教授）

佐藤勢津子（看護学部 助手）

田中 京子（看護学部 助手）

I はじめに

先行研究では、精神障害者家族の介護負担感は、患者の症状、障害の程度、家族の病状認知、対処技能、専門的・非専門的な支援などとの関連が明らかにされている。また、共同研究者らによる継続研究により、(1)家族が抱く病態イメージは社会的転帰に影響を及ぼすこと、(2)都市部と離島部では病態イメージの抱き方は異なること、(3)家族成員の統柄により介護負担感の深刻さに及ぼす要因に相違がみられ、とりわけ母親の介護負担感と対処技能の関連が明らかになったこと、(4)介護意識などの社会的生活規範は、疾患や障害の理解度、対処技能、介護負担感に影響すること、(5)このような関連は、都市部と農村部では相違がみられたことが明らかになっている。しかし、家族システムの交互作用的特徴である家族機能について評価し、それが主な介護者となりやすい「母親」における介護負担感やソーシャルサポートとの関連について、わが国で検討された報告がみられていない。

II 研究方法

1. 目的

- 1) 精神障害者の中でも深刻な病状経過を呈しやすい統合失調症患者と同居する母親を対象とし、同居していない家族や友人というソーシャルサポート、母親と同居家族内における家族機能、介護負担感との関連を検討する。
- 2) 母親が生活者としてより良いQOLを獲得できるための地域精神保健サービスのビジョンと具体策を分析・抽出し、精神保健看護従事者の対応マニュアル作成の基礎的資料とする。

2. 方法

- 1) 調査対象地域については、地域家族会などと

の連携があり調査協力可能であること、高齢化過疎化、流出人口の著しさ、家族離散の進行など社会文化的要因を勘案し、都市部（東京都）と農村部（長崎県、新潟県）において調査を行う。

- 2) 地域家族会を直接訪問し、所定の基準に従って研究協力依頼を行い、調査の同意を得られた患者と家族成員（母親）について、信頼性・妥当性の確立した標準化尺度及び人口統計学的属性に関する自記式質問紙調査を行う。データの分析は、計量疫学的方法により統計的に処理する。

3. 調査期間

平成18年4月から平成18年12月まで

4. 倫理的配慮

調査対象者の同意を得る方法は、精神障害者家族を対象に、所定の様式により研究概要を説明し、研究協力を依頼し、文書により同意を得るものとする。なお、本研究は、長崎大学医学部倫理委員会により承認の得られた継続研究（課題「精神障害者の家族成員における介護負担感の変容プロセスと精神保健専門職者の課題」）の一環であり、「疫学的研究に関する倫理指針」に基づき行われ、研究参加に伴う自由意思の尊重、研究によって生じる個人の利益、不利益についての説明を保障し、プライバシーの保持を厳守するものである。

III 研究結果

1. 対象者の基本的属性

患者の属性をみると、患者の性別は男性が71.2%を占めていた。患者の平均年齢は34.8歳で、合計入院回数は、「なし」25.0%、「1回」26.9%で両者を併せると過半数を占めた。合計入院期間は、「1年未満」の入院経験のある人は48.1%と最も多かった。現在入院している患者は17.6%であった。過去1年間の社会生活状況は、「特に日中の役割はなく時々外出する」が28.0%と最も多く、次いで「作業所、デイケア通所」が26.0%を占めたが、日頃決まった通所場所を持たない患者が6割を越えていた。日常生活上のケアの必要度は、「時に応じて援助を必要とする」は74.5%、「常に援助を必要とする」は11.7%であった。母親の属性をみると、母親の平均年齢は62.8歳で、家族構成は

「患者と両親の3人家族」が43.4%を占め、次いで、「患者と両親ときょうだいの4人以上の家族」が22.6%であった。患者と一緒に過ごす時間は、「5時間以上」が71.2%と最も多く、介護代替者の有無では、「あり」が73.1%を占めていた。これらの患者や母親の属性のうち、介護負担感の平均値に有意な差をみた要因は「現在入院している」(P=0.001)のみであった。

2. 介護負担感尺度などの項目ごとの度数分布

介護負担感の総得点の平均値は13.3 (7.8 SD)で、尺度を構成する項目では、「ご本人の行動に対し、『困ってしまうなあ』と思うことがある」は平均値2.1 (1.0 SD)であり、介護負担感を構成する項目のうち最も平均値が大きかった。度数分布でみると42.4%の人がこの項目について「いつも思う」「よく思う」と回答し、次いで「どう対処していいかわからない」34.1%、「そばにいると気が休まらない」30.9%であった。「世話をだれかに任せてしまいたい」は14.0%であった。

家族内外の支援の総得点は41.1 (8.7 SD)で、下位尺度は「社会的接觸」8.8 (2.5 SD), 「実際的支援」15.4 (4.2 SD), 「心理的支援」13.9 (3.2 SD), 「緊急時の支援」4.2 (1.4 SD), 「専門家の支援」7.9 (2.2 SD) であった。家族内外の支援状況の項目ごとに「いつも」「たびたび」のいずれかに回答した人の割合、もしくは「2人以上いる」と回答した人の割合は、「同居していない家族や友人に会いに行く」など「社会的接觸」に関する項目は61.6%, 「私が病気になったとき看病してくれる人がいる」など「実際的支援」に関する項目は64.1%, 「私が不安や心配ごとを抱えたとき、私の要求をかなえてくれる人をすぐ探せる」などの「心理的支援」に関する項目は42.1%であった。「ご本人に何か緊急に対処しなければならないことがおこったとき、必ず私たち家族を支援してくれると思える親族や友人がいる」などの「緊急時の支援」に関する項目は「2人以上いる」と回答した人は30.6%で、「ご本人が何かまずいこと、もしくは危険なことをしそうな状況で、自分はどうしたらいいかについて、精神保健の専門家から情報を得ることがある」などの「専門家の支援」は「ほとんどいつもあり」と回答した人は22.6%であった。

家族機能の総得点の平均値は25.2 (6.8 SD)で、

尺度を構成する項目について「よくあてはまる」「だいたいあてはまる」を回答した人の割合は、「家族で行動を計画するのは難しい」73.6%, 「お互いにうまくいっていない」71.2%, 「心配ごとについて話し合うのを避けている」69.8%, 「物事を決めるには問題を生じやすい」67.9%, 「話し合うのを避けている」「気持ちをお互いに話し合えない」60.4%であった。

介護意識の総得点は18.0 (5.5 SD)で、尺度を構成する項目について「そう思う」「ややそう思う」と回答した人の割合は、「本人は家族以外の人に世話をしてもらうことに抵抗がありそう」69.3%, 「本人が他人に家の中に入られるのを好まない」65.6%, 「親戚や近所にどう思われるのか気になる」63.8%であった。これらの項目の平均値(2.2)は、他の項目に比べて小さく、本人、親戚や近所といった人々による家族介護意識が大きいと母親は認知していることを示唆した。

3. 用いた評価尺度と介護負担感との関連

介護負担感と有意な関連をみた要因は、家族内外の支援の総得点 (P=0.006), 社会的接觸 (P=0.011), 実際的な支援 (P<0.0001), 心理的な支援 (P<0.0001), 家族機能 (P<0.0001) であった。介護意識の総得点は介護負担感との有意な関与をみなかったものの、尺度を構成する項目のうち「本人が他人に家の中に入られるのを好まない」(P=0.008), 「本人は、家族以外の人に世話をしてもらうことに抵抗がありそう」(P=0.006) の2項目のみ有意な関与が認められた。

介護負担感、家族内外の支援の下位尺度、家族機能は、すべての項目間で相互に関連を認めた。

母親の介護負担感に対して有意な関連性が認められたすべての変数を独立変数とし、介護負担感を従属変数とした重回帰分析(ステップワイズ法)の結果、「現在入院しているか否か」「家族内外の支援」の下位尺度の「社会的接觸」「実際的な支援」「心理的な支援」、家族機能総得点、介護意識を構成する尺度のうち「本人が他人に家の中に入られるのを好まない」「本人は、家族以外の人に世話をしてもらうことに抵抗がありそう」を独立変数とし、介護負担感に有意に独立した影響を示したのは、「現在入院しているか否か」($\beta = -0.432$, P=0.001), 実際的な支援 ($\beta = -0.412$, P=0.001) であった。

IV おわりに

本研究の結果から、統合失調症患者の母親は、家族内外からの実際的な支援を得られていないこと、患者の病状が悪化して入院している状況は、最も介護負担感の深刻さを決定づける要因となっていた。また、患者による母親への過度な介護要求を母親が認知しやすい状況や、母親自身の社会的接觸が乏しく、友人や親戚による心理的支援が乏しく、家族がうまく機能していない状況は、母親の介護負担感を増大しやすいことを示唆した。

しかしながら、どのような実際的な支援を提供することが母親の介護負担感を軽減できるのかについては何ら明らかにしていない。家族内外の支援が確保できず、家族機能も不良な母親に対して、どのような実際的な支援が母親の介護負担感を軽減するのかについて、今後、介入研究が期待される。また、母親の家族内外の支援を乏しくしやすい状況の理解については、統合失調症患者の病理に由來した母親の過剰な家族介護意識によって母親が周囲の支援を求めようとしないという説明も推察し得るもの、母親自身の精神疾患に対する個人的、知覚的ステигマの影響も視野に入れた家族介護意識の検討も課題となる。

なお、本研究の一部は、平成19年3月に、神奈川県横浜市で行われた「第26回日本社会精神医学会」において、「統合失調症患者と同居する母親の介護負担感に関連する要因－家族内外の支援状況及び家族機能との関連（新潟の調査結果から）」と題して発表した。

**研究課題：下野市周辺における地域助産師による
育児支援活動**

共同研究組織：母性看護学領域

代表者 成田 伸（看護学部 教授）

分担者 大原 良子（看護学部 助教授）

黒田 裕子（看護学部 講師）

岡本美香子（看護学部 助手）

石井 貴子（看護学部 助手）

藤川 智子

（地域助産師 藤川赤ちゃん相談室）

I はじめに

急速な少子化・核家族化の進行の中で、子育てに不安を持つ母親、孤立する母親等が急増し、助産師の関わりが期待されている。自治医科大学が所在する下野市では、地域で活動する助産師が育児支援活動を行っており、その活動について母性看護学研究室として継続的に調査研究活動を行ってきた。平成17年度には活動の概要をまとめ、共同研究費報告として報告した。

本報告においては、平成18年度に実施した下野市において地域助産師が共同して行っている子育て支援活動の参加者に対する調査について、その実施の経緯を報告する。

II 研究方法

1. 目的

下野市において地域助産師が主催している子育て支援活動について、参加者に対する調査を行い、活動の今後の方向性について検討すること。

2. 方法

1) 対象者：下野市を中心に活動している地域助産師が周辺地域在住の母子を対象に行っている育児サロンの平成16～18年度の過去3年間参加者で住所が把握できている母親

2) 育児サロンの概要

育児サロンは、日本助産師会栃木県支部に所属する地域助産師が主催するもので、平成12年に開始された。対象者は下野市在住の1歳までの乳児と母親である。月1回町内の会場を借り、参加費を500円と低料金に設定している。広報は、行政広報だけでなく、会員が行う新生児訪問や乳幼児健診の際での紹介もある。特に育児不安の強い母親や子育てが難しいのではと推測された場合に、

積極的に紹介している。サロンでは、遊びの教室、乳児体操、ベビーマッサージ教室などのほかに、助産師・栄養士・保育士による育児相談、母乳相談、母親の身体の相談、離乳食教室等を行っている。

当該の育児サロンは専門職である助産師が主催していることが特徴である。また栄養士、保育士などの他の専門職も参加しており、普段個人としての活動が多い地域助産師にとって、助産師間、他の専門職との情報交換の場となっており、参加している母子に対する支援について話し合うほかに、それぞれの専門性から新しい知識や技術を獲得する機会となっている。

3) 調査方法：自作アンケートを作成し、郵送法にて配布。回答後は、郵送してもらう。

4) アンケートの内容

アンケートの内容には、育児サロンへの参加者の基礎的情報、参加状況、参加に関する意見、特に専門家である助産師が主催していることへの評価、また育児サロンへの参加と育児不安との関係を問うものを含んだ。

3. 調査期間：平成19年1～4月

4. 倫理的配慮

地域助産師から提供を受けた参加者の住所は、今回の調査に関してのみに使用を限定し、使用後は破棄した。郵送したアンケートには、調査の趣旨と共に、記入はボランティアであり無記名の返信と説明し、返送してきたことを持つて同意を得たと判断した。

III 研究進行の経過

研究方法に示したとおり、平成18年度内では、アンケートの作成と作成したアンケートの郵送による配布を行った。配布数は159であった。平成19年3月現在、回収中である。

IV 今後の課題

今回の調査の結果は、平成19年度第6回自治医科大学シンポジウムにおいて報告すると共に、平成19年度10月に開催される第48回日本母性衛生学会において発表する予定である。

研究課題：へき地で乳児を育てる母親の健康ニーズ

—へき地中核病院小児科外来受診乳児の母親調査—

共同研究組織：母性看護学領域

代表者 成田 伸（看護学部 教授）

分担者 大原 良子（看護学部 助教授）

黒田 裕子（看護学部 講師）

岡本美香子（看護学部 助手）

石井 貴子（看護学部 助手）

I はじめに

日本においては、都市と地方の地域格差は、医療、保健、福祉の分野において様々な広がりの進行が懸念されている。今回の調査は、山間地、へき地における乳児を育てる母親の健康ニーズや居住環境等についてアンケート調査を行い、その実態とニーズを把握し、今後の課題を明らかにすることを目的とする。

II 研究方法

山間地、へき地で中核病院としての役割を果たしている病院の小児科外来に1ヵ月健診または乳児健診で受診した出産後の母子を対象者として、アンケート調査を行う。

平成18年度は文献検索を行いそれに基づきアンケートの作成を行なう。また調査病院に調査協力依頼を行い、同意を得る。

調査方法は、自己記入式のアンケートを作成し1ヵ月健診または乳児診を受診した児の母親に質問紙を配布し記入を依頼する。研究同意は説明文読了の後の自己記入式質問紙の回収をもって同意とみなす。質問紙の回収方法は留め置き法とする。回収されたアンケート用紙を“Microsoft Excel 2003”（Microsoft社）にデータ・ベース表を作成し、データの分析処理には統計ソフト“SPSS 14.0J for Windows”（エス・ピー・エス・エス株式会社）を使用する。

III 研究結果

1. 平成19年1月、文献検討の後アンケートを作成した。
2. 平成19年2月乳児を子育て中の母親5人にプレテスト施行した。回答には10～15分程度を要した。
3. 同2月へき地中核病院であるA病院看護部長、

外来スタッフに研究説明依頼を行なった。また病院長への研究依頼を行い、後日承諾を得た。

4. 平成19年2月26日からアンケート配布を開始した。配布は毎週水曜日乳児健診時、外来スタッフから主に新生児1ヵ月健診の母親に手渡しで依頼していただいた。母親が依頼文を読了後、記載・投函をもって同意とした。回収は留め置き法とした。密封式の回収箱を外来待合室の一角に据え置きました。

5. 100部配布を目標とした。回収は月1回を目標に行なったが現在進行中である。途中経過はその都度まとめ適時発表することとした。

6. 同3月1回目の回収時18部配布し、13部回収（回収率72%）であった。

IV 考察及び今後の課題

平成18年度は、本研究における調査実施が始まったばかりである。平成19年度には回収を行い結果について検討を行っていく予定である。今回の調査では、山間地、へき地で乳児を育てる母親からの要望として、育児環境や医療機関への便利性の改善などが予想される。

今回の結果と先行研究（島田三恵子他：産後1ヶ月間の母子の心配事と子育て支援のニーズに関する全国調査、2001）等とを比較し、へき地で乳児を育てる母親の育児環境と健康ニーズについて明らかにしていきたい。

研究課題：栃木県における小児看護の課題

—学校生活に焦点をあてて—

共同研究組織：小児看護学領域

代表者 川口 千鶴（看護学部 教授）

分担者 横山 由美（看護学部 講師）

田中（柴田）美央（看護学部 助手）

池田真由美（看護学部 助手）

I はじめに

近年、医療技術・医療機器の進歩や社会の考え方の変化により、病院や施設から在宅で生活する慢性的な病気や障害を持つ子どもたちが増えている。また、病気や障害を持ちながら普通学校への通学を希望する親も多くなり、呼吸器を装着しながらなど医療的配慮を必要とする子どもの普通学校への通学も見られるようになってきた。さらに、2007年4月から学校教育法の改正により、盲・聾・養護学校が障害の種類別がなくなり特別支援学校に変わったとともに、特別支援学校と普通学校の重籍も始まったり、通級学級なども始まっている。そのような中で、普通学校では、これまでより医療的な処置が必要であったり、発達障害であったりと様々な疾患や障害を持つ子どもたちが在籍するようになるのではないかと考える。

そこで、栃木県の公立小学校および中学校における、慢性的な病気や障害を持つ児童・生徒の在籍状況やその児童・生徒の健康についての養護教諭の認識を調査し、慢性的な病気や障害を持つ児童・生徒の現状と支援における課題を明らかにすることを目的として調査を行った。

II 研究方法

1. 調査対象

栃木県内の全公立普通小学校（以下小学校とする）418校および公立普通中学校（以下中学校とする）168校に勤務する養護教諭（1校につき1名）586名。

2. データ収集方法

1) 期間：2007年2月～3月。

2) 方法：アンケート調査。アンケート用紙は、これまでの先行研究や研究者らの経験から独自に作成し、プレテストを現行の養護教諭（他県）2名に行った。

アンケートは、養護教諭宛に調査票お

よび説明文を同封し送付した。アンケートの回収は、無記名、個別郵送回収とし、アンケートの回収をもって、研究への同意とした。

3. 分析方法

基本統計量の算出および自由記載については内容分析を行った。

4. 倫理的配慮

調査の趣旨、目的、調査への協力は自由意思であること、研究以外には使用しないこと、学会およびシンポジウムで発表することなどを記載した調査協力への依頼文書を添付してアンケートを郵送し、アンケートの返送をもって調査協力に同意とした。

III 研究結果

小学校151名（回収率36.1%）、中学校61名（回収率36.3%）の回答を得た。

1. 対象者の勤務する学校規模

1) 小学校

児童数：6名から945名、平均226.6名／校

2) 中学校

生徒数：8名から639名、平均234.5名／校

2. 対象者の背景

1) 免許

(1)養護教諭以外の教員免許の有無

小学校では、有が21名（13.9%）、無が126名（83.4%）、無回答が4名であり、8割以上の人気が養護教諭意外の教員免許を持っていなかった。また、中学校では、有が10名（16.4%）、無が47名（77.0%）、無回答が4名であり、8割弱の人気が養護教諭以外の教員免許を持っていなかった。

(2)看護師免許の有無

小学校では、有が32名（21.2%）、無が116名（76.8%）、無回答が3名であり、8割弱の人人が看護師の免許を持っていなかった。また、中学校では、有が20名（32.8%）、無が38名（62.3%）、無回答が3名であり、約6割の人が看護師免許を持っていなかった。

小学校で93名（61.6%）、中学校で28名

(45.9%) の人が養護教諭のみの免許であった。

2) 養護教諭の経験年数

養護教諭の経験年数は、小学校で1年から40年、平均19.7年 (SD10.5) であり、中学校で1年から39年、平均22.6年 (SD 8.9) であり、経験年数に幅はあるものの、平均としては約20年と長い経験を持っていることがわかった。

3. 慢性的な病気を持つ子どもの在籍状況

1) 各慢性疾患の子どもが在籍している学校数

慢性疾患を小児慢性特定治療研究事業で分類している疾患群(11群)で、在籍している子どもの有無を聞いたところ、表1の結果であった。

2) 慢性疾患の子どもの割合

回答のあった慢性疾患の子どもの数を回答のあった学校の全児童・生徒数を母数として割合みると小学校・中学校ともに慢性呼吸器疾患が一番多く、次いで慢性心疾患であった。

4. 学校生活管理指導票

学校生活管理指導票を提出している児童・生徒が在籍していると回答があったのは、小学校では99校 (65.6%)、中学校では46校 (75.4%) であった。

5. 身体障害者手帳

身体障害者手帳を持っている児童・生徒が在籍していると回答があったのは、小学校では22校 (14.6%)、中学校では6校 (9.8%) であった。

6. 療育手帳

療育手帳を持っている児童・生徒が在籍していると回答があったのは、小学校では22校 (14.6%)、中学校では8校 (13.1%) であった。

7. 発達障害の診断を受けている児童・生徒

発達障害の診断を受けている児童・生徒が在籍

表1 学校における慢性疾患児の在籍している学校数 校(%)

疾患別	小学校数 n=151	中学校数 n=61
慢性呼吸器疾患	96 (63.6)	42 (68.9)
慢性心疾患	75 (49.7)	29 (47.5)
神経・筋疾患	63 (41.7)	26 (42.6)
慢性腎疾患	22 (14.6)	18 (29.5)
内分泌疾患	19 (12.6)	5 (8.2)
糖尿病	12 (7.9)	8 (13.1)
悪性新生物	9 (6.0)	1 (1.6)
血友病等血液・免疫疾患	8 (5.3)	3 (4.9)
膠原病	8 (5.3)	5 (8.2)
先天性代謝異常	4 (2.6)	2 (3.3)
慢性消化器疾患	2 (1.3)	4 (6.6)

表2 慢性疾患を持つ子どもの割合 %

慢性疾患別	小学校 n=33995	中学校 n=13837
慢性呼吸器疾患	4.4	3.1
慢性心疾患	1.0	1.2
神経・筋疾患	0.4	0.4
慢性腎疾患	0.0	0.2
糖尿病	0.0	0.1
内分泌疾患	0.1	0.1
膠原病	0.0	0.0
慢性消化器疾患	0.1	0.1
血友病等血液・免疫疾患	0.0	0.0
先天性代謝異常	0.0	0.0
悪性新生物	0.0	0.0

していると回答があったのは、小学校では92校(60.9%)、中学校では27校(44.3%)であった。

8. 気になる児童・生徒

診断を受けていないが気になる児童・生徒が在籍していると回答があったのは、小学校では109校(72.2%)、中学校では39校(63.9%)であった。また、回答のあった学校に在籍する全児童・生徒数を母数にして、回答のあった気になる児童・生徒の割合は、小学校で2.8%(607名)、中学校で1.7%(230名)であった。

9. 特別な配慮をしている児童・生徒

特別な配慮を必要としている児童・生徒の在籍状況は表4の通りであり、小学校と中学校で同じ

ような割合であった。

配慮の種類では、小学校・中学校ともに、「健康観察」も最も多く、次いで「担任へのサポート」、「急変時の対応」であった。

10. 養護教諭が特別配慮を必要とする子どもに配慮を行う上で連携を取っている職種

連携を取っている職種で最も多かったのは、小学校・中学校共に「主治医」であった。また2番目に多かったのは、小学校では「校医」、中学校では「他校の養護教諭」、3番目に多かったのは、小学校・中学校ともに「学内の教員」であった。その他に中学校では「スクールカウンセラー」に4割以上の方が連携を取っていた。

表3 特別な配慮をしている児童・生徒の在籍状況 校(%)

	小学校	中学校
特別な配慮が必要な児童・生徒が在籍	80 (53.0)	36 (59.0)
小学校n=151 中学校n=61		
配慮の種類 (複数回答)		
小学校n=80	49 (61.3)	24 (66.7)
中学校n=36	11 (13.8)	5 (13.9)
健康観察	34 (42.5)	15 (41.7)
医療処置	17 (21.3)	10 (27.8)
担任へのサポート	32 (40.0)	14 (38.9)
担任以外へのサポート	13	9
急変時の対応		
その他		
配慮が必要な時 (複数回答)	日頃	27 (75.0)
小学校n=80	54 (67.5)	
中学校n=36	40 (50.0)	17 (47.2)
特別な時		

表4 連携を取っている職種 名(%)

職種	小学校 n=151	中学校 n=61
主治医	72 (47.7)	31 (51.0)
看護師	7 (4.6)	4 (0.7)
ソーシャルワーカー	2 (1.3)	3 (5.0)
保健師	29 (19.2)	17 (27.9)
他校の養護教諭	29 (19.2)	27 (44.3)
訪問看護ステーション看護師	1 (0.7)	0 (0.0)
社会福祉協議会コーディネーター	3 (2.0)	5 (8.2)
児童相談所	13 (21.3)	18 (11.9)
大学教員	3 (2.0)	1 (1.6)
校医	66 (43.7)	26 (42.6)
スクールカウンセラー	17 (11.3)	26 (42.6)
学校薬剤師	23 (15.2)	8 (13.1)
学校歯科医	23 (15.2)	8 (13.1)
学内の教員	60 (40.0)	27 (44.3)
栄養士	17 (11.3)	8 (13.1)
栄養教諭	2 (1.3)	2 (3.3)
その他	14 (9.3)	5 (8.2)

11. 連携を取るまでの問題点

「ある」と回答したのが小学校で30名、中学校で16名であった。困難の内容は自由記載で求め、回答が得られたのは小学校で30名、中学校で15名であった。

小学校では、「時間がない」、「直接話しができない、家族を通してのため、詳細がわかり難いあるいはズレがある」、「保護者の理解・同意が得られない」、「関係機関が学校現場に理解を示さない」他が挙げられていた。

中学校では、「連携先が忙しいあるいは時間制約がある」、「連携を取るための保護者の了解が得られ難い」「連携の取り方がわからない」「精神科に関しては情報がシャットアウトされてしまう」他が挙げられていた。

12. 連携あるいは相談の必要性を感じた職種

連携あるいは相談の必要性を感じた職種では、最も多かったのは、小学校・中学校共に「病院の主治医」であり、次いで「校医」であった。また、3番目に多かったのは小学校では「他校の養護教諭」であるが、中学校では「スクールカウンセラー」であった。中学校では「訪問看護師」への連携や相談の必要性を感じた人はいなかった。

IV 考察

1. 子どもの現状と養護教諭の認識

特別な配慮が必要な児童・生徒が在籍していると回答があったのは小学校・中学校で約5割～6割であるが、慢性疾患の子どもがいると回答した割合よりも低く、慢性疾患や障害を持つ子どもがいることと、特別な配慮を必要としている子どもがいることとは養護教諭の認識が異なることがわかった。また、特別な配慮の種類では、「健康観察」が小学校・中学校ともに一番多く約6～7割であり、「医療処置」は小学校・中学校とも約1割、「急変時の対応」は小学校・中学校とも約4割であった。このことから、養護教諭は医療的な行為のみを特別な配慮として認識いるのではないことが伺えた。これらのことから、特別な配慮として「健康観察」と回答している養護教諭が多い中、特別な配慮をする子ども（「健康観察」を行っている子ども）がいると回答した養護教諭が、慢性疾患や障害を持つ子どもがいると回答した養護教諭よりも少ないことから、今後さらに慢性疾患や障害の子どもの学校における健康管理の程度や種類について、詳しく調査していくことが必要であると考える。

また、発達障害の診断を受けている児童・生徒や診断がついていないが気になる子どもが在籍し

表5 連携や相談の必要性を感じた職種

名(%)

職種	小学校 n=151	中学校 n=61
病院の主治医	101 (66.9)	40 (65.6)
病院の看護師	20 (13.2)	8 (13.1)
病院のソーシャルワーカー	11 (7.3)	6 (9.8)
市町村・県の保健師	52 (34.4)	27 (44.3)
他校の養護教諭	72 (47.7)	30 (49.2)
訪問看護師	9 (6.0)	0 (0.0)
社会福祉協議会のコーディネーター	18 (11.9)	8 (13.1)
児童相談所	54 (35.8)	21 (34.4)
大学の教員	12 (7.9)	2 (3.3)
スクールカウンセラー	68 (45.0)	33 (54.1)
校医	82 (54.3)	36 (59.0)
学校薬剤師	43 (28.5)	13 (21.3)
学校歯科医師	44 (29.1)	14 (23.0)
校内の教員	84 (55.6)	36 (59.0)
学校栄養士	45 (29.8)	16 (26.2)
栄養教諭	21 (13.9)	3 (4.9)

ていると回答した養護教諭がそれぞれ小学校で約6割と7割、中学校で約4割と6割で、慢性疾患や障害を持つ子どもから発達障害、さらには診断がないが気になる子どもなど、子どもの状態も多様であり、養護教諭には幅広い能力が求められている現状であることがわかった。

今回養護教諭の教員免許や看護師免許の有無による困りごとおよび問題に差はなかったが、本調査後に学校教育法の改正により、特別支援教育が施行されていることから、児童・生徒の疾病の種類や重症度も変化していることが考えられるため、医療的配慮のある子どもについての養護教諭の関わりについてはさらなる調査が必要であると考える。

2. 慢性疾患や障害を持つ子どもを支援していくための連携

養護教諭が連携を取っているあるいは必要であると感じている職種は医師（主治医・校医）が一番多く、子どもの身体的状態に対しての情報を必要としているのではないかと考える。しかしながら、病院の看護師と連携を取ったことがあると回答した養護教諭は、小学校・中学校とも1割に満たなく、また市町村・県の保健師と実際に連携を取っていると回答した養護教諭は小学校で約2割、中学校で約3割であった。連携の必要性を感じた職種として病院の看護師は小学校・中学校とも約1割、市町村・県の保健師は小学校で約3割、中学校で約4割と、ともに実際の連携よりも多いことから、希望はあるが連携が取れていない状況であることがわかった。医師だけではなく、看護職とも連携をとれるような体制を作っていくことが必要であると考える。

また、学内の教員との連絡を取っていると回答した養護教諭が小学校・中学校ともに4割にとどまっているため、児童・生徒の健康管理を学校全体でどのように行っているのかを、今後さらに調査していくことが必要であると考える。

中学校では、カウンセラーとの連携が小学校と比較して多いことがわかった。しかしながら、カウンセラーとの連携では、相談者である生徒のプライバシーの保護などの関係により、養護教諭からの一方向的な連絡になるという問題も挙げられており、双方向での連携の取り方について今後検討が必要である。

今回の調査では、連携を取るための問題点として「保護者の理解・同意が得られない」を小学校・中学校とともに挙げられていたが、山田ら²⁾によっても医療と教育の連携のキーパーソンになっているのは保護者であり、保護者から必要な情報が正しく学校に伝わるよう、専門的な立場から保護者への指導を行うことが必要であると述べられていることからも、保護者に対して、学校と連携をとっていくことの重要性を伝えていくことが重要であると考える。

3. 小児看護の課題

小学生・中学生では一日の大半を学校で過ごすため、言うまでもなく学校という場においての健康管理は重要である。公立の普通小学校・中学校に通う子どもの身体状況が多様になり、養護教諭および教員に望まれる対応も幅が広くなると牧野¹⁾が述べているのと同様な結果が本調査でも得られた。このような中で、医療的配慮を児童・生徒に対して実行する際に、養護教諭や教員が不安なくできるような支援体制を整えていくことが必要である。支援体制として、栃木県内では保健福祉センター、医療系の大学・学部、小児専門病院（2箇所）がその中核的な役割を担えるのではないかと考える。また、地区毎の養護教諭の集まりやとちぎ小児看護研究会、とちぎ思春期研究会など専門職の集まりや勉強会・研修会と連携をとりながら支援体制を整えていくことが必要である。今後、さらに栃木県内にある資源について調査を進めるとともに、養護教諭自身が持つ資質と子どもへの支援の関係性についても調査を行い、支援を行う機関同士の連携や支援体制について検討をしていくことが小児看護の課題であると考える。

V おわりに

学校教育法改正による、特別支援教育施行直前に、栃木県内全公立の普通小学校・中学校の慢性疾患および障害を持つ子どもの現状と養護教諭が行う特別な配慮の現状について調査を行った。回収率が低く、栃木県内全体を表しているとは言えないが、慢性疾患や身体的な障害を持つ子どもと同様に、発達障害の子どもや診断がないが気になる子どもがいるという現状が明らかになった。また、養護教諭が連携を取っている職種としては医師が一番多いが、看護師・保健師に対し

ては必要性を感じている割合より実際に連携を取っている割合が低く、より連携が取れる体制作りが必要である。今後、特別支援教育が施行され始めたことにより、普通小学校・中学校に通学する児童・生徒の状況はさらに多様化することが予測されるため、養護教諭および教員への医療的側面からの支援体制を整えていくことが、今後的小児看護の課題であると考える。

謝辞

アンケートにご協力くださいました栃木県内の公立小学校・中学校に勤務する養護教諭の皆様に深く感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 牧野節子：保健室からの発信. 小児科, 48(8); 1179-1186, 2007.
- 2) 山田紀子, 武智麻里, 小田慈：慢性疾患を持つ児童・生徒の学校生活における医療と教育の連携. 小児保健研究, 66(4); 537-544, 2007.
- 3) 岡本啓子, 松嶋紀子：養護教諭と地域保健機関の連携に影響を及ぼす要因の検討. 学校保健研究, 48; 209-218, 2006.
- 4) 森田光子：養護教諭から見た学校での医療的ケア. 学校保健研究, 43; 373-379, 2001.

研究課題：生命の危機状態にある患者に代わり
延命治療の意思決定を担う家族の体験

共同研究組織：成人看護学領域

代表者 中村 美鈴（看護学部 教授）
分担者 水野 照美（看護学部 助教授）
山本 洋子（看護学部 講師）
内海 香子（看護学部 講師）
清水 玲子（看護学部 講師）
村上 礼子（看護学部 助手）
棚橋 美紀（看護学部 助手）

I はじめに

生命の危機状態にある患者の代理として家族が担う延命治療の意思決定は、医学的判断と患者の命に対する家族の思いの間で困難を極めることが推察され、家族の重責は計り知れない。わが国では救急医療での延命治療の選択に関する統一されたガイドラインはなく、日本文化には医師の裁量に任せるパターナリズムが存在すると言われ、家族が延命治療の意思決定へ主体的に参加することを妨げる可能性も否めない。現代医療の基本理念といえるnarrative based medicineの概念から、本研究では、生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を行った家族の体験を明らかにし、看護援助を検討することを目的とする。

II 研究方法

1) 対象

生命の危機状態に陥った患者に代わり延命治療の意思決定を行った家族員で、延命治療の意思決定後1年半以上経過し、延命治療の意思決定場面を想起し語ることができ、研究参加の同意が得られた者とする。なお、対象の選定はネットワークサンプリングにて行う。

2) データ収集期間

平成19年2月21日～3月31日

3) データ収集方法

非構成的面接法を用い、対象者の希望する日時・場所にて1回40分程度の面接を行う。対象の許可を得て録音または筆記し、速やかに逐語録を作成し、これを分析資料とする。

4) 分析方法

質的帰納的分析

5) 倫理的配慮

対象に研究の趣旨、自由意思による参加と途中

辞退による不利益はないことの保証、個人情報の保護を文書と口頭で説明し同意を得る。

本研究は自治医科大学倫理審査委員会の承認を得た。

III 結果

対象4名の面接内容を分析した結果、生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を行った家族の体験として、《衝撃と困惑の直中で一人の家族に決断が委ねられる》、《奇跡的回復を信じて生命徵候を探り続ける》、《医師の説明と医療者の動きや表情から患者の病状と経過を推しはかる》、《器械に生かされている家族を目前に生の意味を問い合わせ難渋する》、《決断の是非を自問自答する》、《自らの決断を非難されないか気にかかる》、《人々に支えられる》、の7つのカテゴリが明らかとなった。

IV 考察

生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を行った家族は、衝撃や混乱の中で患者の病状や経過について得た情報をもとに家族なりに解釈し推し量っており、医療者とのコミュニケーションは不十分と言えた。また、延命治療の意思決定は一人の家族員が担うこととなり、決断後も他の家族員と体験を十分に共有できず決断の是非を自問自答しており、意思決定役割を担った家族員への過重負担が推察された。救急医療の現場で延命治療と人間の尊厳との狭間で決断を迫られ苦悩する家族への支援は必要不可欠と考える。

以上の結果と考察から、生命の危機状態にある患者に代わり延命治療の意思決定を行った家族への看護として、1) 患者の症状や徵候の即時的な把握と適切な解釈の支援、2) 医療者とのコミュニケーションを促進する支援、3) 家族員の協働および意思決定プロセスへの参加を促進する支援、4) 危機的な状況にある患者・家族の苦悩に寄り添い尊厳を守る支援、5) 延命治療の意思決定に関与した体験の振り返り・分かち合いを促進する支援、の必要性が示唆された。

研究課題：へき地におけるCNSの役割と機能に関する基礎調査

—へき地における医療・看護の現状把握とCNSの必要性と課題の検討—

共同研究組織：成人看護学領域

代表者 中村 美鈴（看護学部 教授）
 分担者 水野 照美（看護学部 助教授）
 山本 洋子（看護学部 講師）
 内海 香子（看護学部 講師）
 清水 玲子（看護学部 講師）
 村上 礼子（看護学部 助手）
 棚橋 美紀（看護学部 助手）

I はじめに

当看護学研究科の教育課程は、より高度な専門的知識や技術の獲得に加えて、高度な判断力・応用能力および調整能力といった高い看護実践能力を育成強化することを念頭に置いたものである。さらに、本学の設置理念である「へき地等における医療の確保向上及び地域住民の福祉の増進」という観点から、「高度先進医療機関での実習」以外に「へき地を含めた地域での実習」を取り入れている。

成人看護学領域では、健康危機状況にある患者とその家族を全人的に捉え、苦惱・苦痛を緩和し、危機的状況からの回復を専門的に支援できる看護師の育成を目指している。そこで、本研究は、急激な健康状態の悪化をきたした患者と患者に付き添ってきた家族、そのような患者・家族に関わった看護師の視点から、へき地における医療・看護の現状を把握し、へき地におけるCNS（専門看護師）の必要性と課題を検討することを目的として行った。

II 研究方法

【方法】対象は、急激に健康状態の悪化をきたした患者と患者に付き添ってきた家族、急激に健康状態の悪化をきたした患者と家族に関わった経験のある看護師で、その時の場面を想起し語ることができ、研究参加の同意が得られた者とした。データ収集方法は半構成的質問による面接法を用い、対象者の希望する日時・場所にて面接を行った。患者および家族への面接内容は、急激に健康状態の悪化をきたした時から入院するあるいは診察後帰宅するまでに受けた医療・看護に対する思いや

考えを中心とした。また、看護師への面接内容は、急激に健康状態の悪化をきたした患者が来院してから入院あるいは診察後帰宅するまでに提供された医療・看護に対しての思いや考え方を中心とした。それらの面接内容は対象者の許可を得て録音または筆記し、速やかに逐語録を作成し分析資料とし、質的帰納的に分析した。

【倫理的配慮】対象に研究の趣旨、自由意思による参加と途中辞退による不利益はないことの保証、個人情報の保護を文書と口頭で説明し同意を得た。

III 研究結果

患者4名、家族3名、看護師4名の面接内容を分析した。

患者への面接データの分析結果から、『救急車を呼ぶと騒ぎになるのが嫌だった』、『家に帰つてからの不安がある』などが抽出された。

家族への面接データの分析結果からは、『看護師が頼り』、『医師と看護師の言うことが違うのでどうしていいかわからない』、『救急車は近所を騒がせてしまうので民間の車があればよい』、『病院を含む地域の環境はプライバシーがない』、『救急車で来たのにすぐみてくれない』、『療養環境が整っていないから自宅に戻るのは心配』などがあがった。

看護師への面接データの分析結果からは、『患者と家族に対しては処置や検査のタイミングをみて声をかける』、『家族専用の待機室がないので、柔軟に対応する』、『（医師と）家族との話し合いが十分されていないときに対応に困る』、『退院時の不安などを表出する患者はあまりいない』などが抽出された。

IV 考察

本研究の結果から、患者・家族の医療・看護に対する思いや考えに地域特有の近隣との関係性が影響していることが示唆された。また、看護師においては、他職種と患者・家族の関係調整や限られた設備などの看護を提供する場の環境が十分整っていない状況が示唆された。

V おわりに

今回、患者、家族、看護師数名の面接結果から、へき地における医療・看護の現状が見えてきた。今後は、今回得られたデータの分析結果を再検討

するとともに、必要に応じて対象者数を増やし、
へき地におけるCNSの必要性と課題を明らかにし
ていく。

研究課題：視覚障害を有する高齢者への看護援助
の現状と課題

—病院に勤務する看護職者を対象とした
実態調査から—

共同研究組織：老年看護学領域

附属病院眼科・総合診療部

代表者 水戸美津子（看護学部 教授）

分担者 永盛るみ子（看護学部 講師）

池田 浩子（看護学部 助手）

鈴木 洋子（看護部 看護師）

I はじめに

視覚機能低下（以下、視覚障害とする）を有する高齢者にとって、住み慣れた自宅から離れた入院生活は、コミュニケーションの成立を困難にし、また、転倒や誤嚥などのアクシデントを増加させることが予測できる。病院における視覚障害を有する高齢者への看護援助は、治療の対象である疾患の治癒のみならずQOLを高め、最期までその人らしく生きることを支える援助としても重要である。しかし、これまで病院に勤務する看護職者を対象とした、視覚障害を有する高齢者への看護援助の現状を明らかにした研究は見当たらない。そこで、本研究は病院に勤務する看護職者の視覚障害を有する高齢者への看護援助の現状を明らかにし、今後の課題を考察することを目的としている。

II 研究方法

1. 対象

17都道府県の病床数300床以上を有する病院に勤務する看護職者

2. データ収集方法

1) 研究者が作成した、自記式無記名の質問紙を用いた郵送留め置き法。回収には個別返信用封筒を使用した。尚、質問紙はプレテストを実施、質問内容を検討し妥当性を高めた。

2) 質問項目は、対象の概要、視覚障害を有する高齢者への直接看護援助（全30項目）、看護援助環境に関する項目（全24項目）、「視覚障害を有する高齢者を援助している時、特に注意していること」、「視覚障害を有する高齢者を援助する時にヒヤリ・ハットしたこと」の自由記載で構成した。

3) 調査期間は平成19年3月～4月

3. 分析方法

量的な分析はSPSS 12.0 J for Windowsを用いて統計処理を行い、自由記載項目は質問項目に該当する1文を抽出し、類似性からカテゴリー化を行った。

III 倫理的配慮

研究協力を依頼する病院の看護管理者に、予め研究の趣旨を書面と口頭で説明し、研究協力の同意が得られた病院を研究対象とした。看護職者へは、研究の主旨及び研究参加は自由意志であること等の倫理的配慮を記載した研究協力依頼書を質問紙に添付した。

IV 結果

質問紙の総配布数は1852部、回収は1103部（回収率59.6%）で、記載内容が不明なものなどを除いた940部を最終分析対象とした。有効回答率は85.2%であった。視覚障害を有する高齢者への直接看護援助で、60%以上の者が実施していた内容は、「内服薬は必要に応じてステーション管理している」等の15項目であった。看護援助環境では実施している者が少なく、30%以上の者が実施していた内容は、「ベッドネームは明瞭で大きな文字で表示」他の2項目であった。また、直接看護援助及び看護援助環境ともに、職位、経験年数、身内に視覚障害者がおり日常生活上で視覚障害に配慮した経験の有無で実施している内容に有意差があった。さらに、看護職者が視覚障害を有する高齢者を援助している時に特に注意していることは、十分な説明や転倒・転落予防などであった。また、ヒヤリ・ハットは、食事、接触・転倒、与薬などの場面で経験しており、その中でも、食事場面での経験が最も多かった。

V 今後の課題

調査結果の分析・考察をすすめ、視覚障害のある高齢者への看護援助の現状を明らかにし、課題について考察を行っていく予定である。

投稿規程

1. 投稿資格

投稿できる筆頭著者は、自治医科大学看護学部の教員、自治医科大学大学院看護学研究科院生、研究生、学校法人自治医科大学に所属し、かつ看護職にある者、その他編集委員会が適当と認めた者とする。なお、筆頭著者以外については、この限りではない。

2. 原稿の内容

原稿の内容は、看護学およびそれに関連するものとし、原則として未発表のものとする。

3. 原稿の種類

原稿の種類は、総説、原著、短報、報告、資料、その他編集委員会が適当と認めたものとする。

4. 投稿原稿の採否

投稿原稿の採否は、1編につき3名の査読者による査読を行い、査読者の意見に基づいて編集委員会で決定する。

5. 投稿要領

1) 原稿の長さ

総説、原著、報告、資料は刷り上がり12ページ以内（図・表・写真を含む）、短報は6ページ以内とする。刷り上がり1ページは、和文原稿ではA4判タイプ用紙で約1枚、欧文原稿ではA4判タイプ用紙で約2枚に相当する。なお、上記の枚数を超過した場合、その超過した部分にかかる費用は著者の負担とする。

2) 原稿の様式

原稿は、ワードプロセッサを用いて作成し、A4判の用紙を用いて44字×45行で印字する。英文の場合は、A4判ダブルスペースとする。原稿は、原則として新かなづかいとし、常用漢字を用いる。句読点は、全角文字の「、(カンマ)。(マル)」を、英字・数字は半角文字を用いる。単位や略語は、慣用のものを用いる。外国人名や適当な日本語訳のない術語などは原綴を用いる。

3) 原稿の形式

原稿の1枚目には、希望する原稿の種類、表題、英文表題、著者名、英文著者名、所属機関名、英文所属機関名、5語程度のキーワードを記載する。2枚目には、400字程度の和文抄録をつける。原著を希望する場合は、これに加えて250words程度の英文抄録をつける。英文抄録は、著者の責任においてネイティブチェックを受けること。

4) 原稿の構成

原稿の構成は、原則として次のとおりとする。

I. はじめに

II. 研究方法

III. 研究結果

IV. 考察

V. おわりに

文献

5) 図、表および写真

図、表および写真には、図1、表1、写真1などの通し番号、ならびに表題をつけ、本文とは別に一括し、原稿の欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。図、表および写真は、原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。なお、カラー写真を掲載する場合、その費用は著者負担とする。

6) 倫理的配慮

論文の内容が倫理的配慮を必要とする場合は、「研究方法」の項で倫理的配慮をどのように行ったのかを記載する。

7) 文献の記載様式

- (1) 文献は、本文の引用箇所の肩に¹⁾, ^{1~5)}などの番号で示し、本文の最後に一括して引用番号順に記載する。文献の著者は、省略せずに全員を記載する。
- (2) 雑誌名は、原則として省略しないこととするが、省略する場合は、和文のものは日本医学雑誌略名表(日本医学図書館編)、英文のものはIndex Medicus所蔵のものにしたがう。
- (3) 文献の記載方法は、次の例にしたがう。

① 雑誌の場合

著者名：論文題名、雑誌名、巻数（号数）；頁一頁、発行年（西暦）。

例：1) 緒方泰子、橋本廸生、乙坂佳代：在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担。日本公衆衛生雑誌、47(4):307-319, 2000.

2) Stoner M.H., Magilvy J.K., Schultz P.R. : Community analysis in community health nursing practice : GENESIS model. Public Health Nursing, 9(4):223-227, 1992.

② 単行本の場合

著者名：論文題名、編集者名、書名、発行所（発行地）、頁一頁、発行年（西暦）。

例：1) 岸 良範、佐藤俊一、平野かよ子：ケアへの出発。医学書院（東京），71-75, 1994.

2) Davis E.R. : Total Quality Management for Home Care. Aspen Publishers(Maryland), 32-36, 1994.

- (4) 特殊な報告書、投稿中原稿、私信など一般的に入手不可能な資料、およびインターネットのホームページは、原則として引用文献としては認められない。

6. 投稿原稿の提出

投稿にあたっては、原稿および図表を4部提出する。また、査読完了後の最終原稿には、フロッピィディスクを添付する。

7. 校正

著者の校正は初校のみとし、それ以降の校正は編集委員会において行う。

8. 別刷

別刷は30部までは無料とする。それ以上の部数が必要な場合の費用は、著者の負担とする。

9. 掲載原稿の著作権

本誌に掲載された原稿の著作権は、自治医科大学看護学部に帰属する。

編集後記

「自治医科大学看護学部紀要」から「自治医科大学看護学ジャーナル」に名称が変わり、初めての発刊となります。また、看護学領域共同研究報告を掲載するようになります。二年目となります。このように変化していくところもありますが、表紙やレイアウトなどは第4巻までのスタイルを大切に残し、自治医科大学看護学部発の雑誌として歴史を重ねているところです。

平成19年度、本大学は大学院看護学研究科の完成年度を迎えます。これにあわせ、第5巻から投稿資格を大学院看護学研究科院生にも広げています。さらに多くの方々にご投稿いただけることを願っております。

第5巻の編集・発刊にあたり、投稿者・査読者・編集委員ほか多くの方々のご協力を頂き厚くお礼申し上げます。お忙しい中、本巻の投稿原稿の査読を担当いただいた方々（編集委員を除く）は下記の通りです。深く感謝申し上げます。

(編集委員会副委員長；水野照美)

査読協力者

岩永秀子、川口千鶴、半澤節子、山本洋子（五十音順）

紀要編集委員会

委員長	竹田津文俊	(自治医科大学 看護学部 疾病と病態)
副委員長	水野 照美	(自治医科大学 看護学部 成人看護学)
委 員	大塚公一郎	(自治医科大学 看護学部 心理学)
	真砂 涼子	(自治医科大学 看護学部 基礎看護学)
	黒田 裕子	(自治医科大学 看護学部 母性看護学)
	永盛るみ子	(自治医科大学 看護学部 老年看護学)
	関森みゆき	(自治医科大学 看護学部 小児看護学)
編集担当	石倭ユリ子	(自治医科大学 大学事務部 看護総務課)

自治医科大学看護学ジャーナル 第5巻

平成20（2008）年3月31日発行

発 行 者 自治医科大学看護学部
学部長 水戸 美津子
編集責任者 自治医科大学看護学部編集委員会
委員長 竹田津 文俊
発 行 所 自治医科大学看護学部
栃木県下野市薬師寺3311-159
電話 0285 (44) 2111(代)
印 刷 所 (株)松井ピ・テ・オ・印刷
栃木県宇都宮市陽東5-9-21
電話 028 (662) 2511(代)