

ISSN 1349-0664

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

第4巻

Volume 4

2007

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

巻 頭 言

石川看護雑誌は2004年3月すなわち平成15年度に、本学学部4年制の完成を期して創刊され、本巻で第4巻を迎えることとなった。この間に学内外の著者による多数の総説、原著、報告、資料を掲載してきている。第3巻第2号においては、大学院修士課程の完成と博士後期課程設立にあたって、大学院特集を組んだ。本学の発展に伴ってこの雑誌が進んできたことが明らかである。本巻には現在 JICA 事業として本学が遂行中の、中央アジア地域タジキスタン共和国における母子保健プロジェクト支援活動の特別報告を載せる。

本誌は学内外の査読者に依頼した査読制度を持ち、原著論文の質の基準を厳格に維持している。また国立情報研究所学術コンテンツや本学ホームページにも掲載して発信を行っている。本学を中心とする看護に関する研究活動を広く公開する役割を荷ってきた。

看護系大学の数はこの数年で急速に増加し、本年度は142校におよぶ。来年度にはさらに数校の新設が予定されている。看護の教育・研究が短大・専門学校中心から大学中心へと移行していることを示している。大学は高度の教育を行うとともに、研究を発展させる責務をもつ。またその研究が発信されて学の増幅をおこし、ひいては社会貢献に役立つことも期待されている。看護に関する研究は、これからますます幅の広がりや深さを増すものと考えられる。本誌がその一翼を荷って、さらなる発展のあることを期待する。

学 長 木 村 賛

石川看護雑誌

第4巻（2007年2月）

目 次

特別報告	タジキスタン共和国における母子保健プロジェクトの支援活動の実情 －わが国への研修員受け入れ事業を通して－	1
	金川克子, 山岸映子, 田村須賀子, 西村真実子, 大木秀一, 杵淵恵美子, 伴真由美, 浅見 洋, 曾根志穂, 梅山直子, 高窪美智子, 杉原敏雄, 田中 理, 吉村香代子	
報告		
	人口減少地域における在宅終末期医療の実態と住民の意識 －第1報：中能登町の場合－	11
	浅見 洋, 水島ゆかり, 金川克子, 浅見美千江, 桜井瑞彦, 松栄拡美, 吉田由紀江	
	A 県内の医療施設における災害対策の課題 －医療施設に所属する災害看護管理者への調査から－	19
	水島ゆかり, 林 一美	
	地域住民を対象とした認知症予防ボランティア育成の成果と今後の課題 －認知症予防ボランティア個人の変化から－	25
	細川淳子, 天津栄子, 佐藤弘美, 伊藤麻美子, 松平裕佳, 金川克子, 藤田茂美	
	人口減少地域における在宅終末期療養に関する住民の意識 －白山麓地域の場合－	33
	浅見美千江, 浅見 洋, 金川克子, 水島ゆかり, 田村幸恵, 橋本宏樹, 清水えり子	
	回想法で用いるプロンプトが認知症高齢者に及ぼす影響	39
	佐藤弘美, 天津栄子, 金川克子, 田高悦子, 酒井郁子, 細川淳子, 伊藤麻美子, 松平裕佳, 元尾サチ	
	石川県における助産師の就業状況から見た周産期ケアの現状	47
	杵淵恵美子, 米田昌代, 曾山小織, 山岸映子	
資料		
	成人女性の冷えの自覚とその要因についての検討	55
	今井美和, 赤祖父一知, 福西秀信	
短報		
	中国における看護教育の現状と課題	65
	康 鳳英	
発行規定		71
執筆要領		72
編集後記		75

Ishikawa Journal of Nursing
Volume 4 (February 2007)
Contents

Special Report

- Support for the Maternal and Child Health Project in the Republic of Tajikistan
— Participation through Trainee Program in Japan — 1
Katsuko KANAGAWA, Eiko YAMAGISHI, Sugako TAMURA, Mamiko NISHIMURA,
Syuichi OOKI, Emiko KINEFUCHI, Mayumi BAN, Hiroshi ASAMI, Shiho SONE,
Naoko UMEYAMA, Michiko TAKAKUBO, Toshio SUGIHARA, Satoshi TANAKA,
Kayoko YOSHIMURA

Reports

- The State and Resident Consciousness of Home End-of-Life Care in Depopulating Areas
— First Report: Nakanoto Town — 11
Hiroshi ASAMI, Yukari MIZUSHIMA, Katsuko KANAGAWA, Michie ASAMI,
Mizuhiko SAKURAI, Hiromi MATSUE, Yukike YOSHIDA
- Issues of Disaster Planning at Medical Facilities in Prefecture A
— A survey of Disaster Nursing Administrators — 19
Yukari MIZUSHIMA, Kazumi HAYASHI
- Achievements and Problems of Training Local Residents for Volunteer Dementia Prevention
Work: Post Training Changes in Volunteers 25
Junko HOSOKAWA, Eiko AMATSU, Hiromi SATO, Mamiko ITO,
Yuka MATSUDAIRA, Katsuko KANAGAWA, Sigemi FUJITA
- Residents' Opinion Survey about End-of-life Care at Home in Depopulating Areas:
The case of the Hakusanroku area 33
Michie ASAMI, Hiroshi ASAMI, Katsuko KANAGAWA, Yukari MIZUSHIMA,
Yukie TAMURA, Hiroki HASIMOTO, Eriko SHIMIZU
- Effect of Prompts Used in the Reminiscence Method on the Elderly with Dementia 39
Hiromi SATO, Eiko AMATSU, Katsuko KANAGAWA, Etsuko TADAKA, Ikuko SAKAI,
Junko HOSOKAWA, Mamiko ITO, Yuka MATSUDAIRA, Sachi MOTOO
- The Current Status of Perinatal Care in Ishikawa Prefecture: as Viewed by Employed Midwives 47
Emiko KINEFUCHI, Masayo YONEDA, Saori SOYAMA, Eiko YAMAGISHI

Material

- Subjective chills and their related factors in adult women 55
Miwa IMAI, Kazutomo AKASOFU, Hidenobu FUKUNISHI

Short Reports

- Current status and issues of Nursing Education in China 55
Kang FengYing

- Regulation 71
Instruction to Authors 72
The Editor's Notes 75

特別報告

タジキスタン共和国における母子保健プロジェクトの 支援活動の実情

－わが国への研修員受け入れ事業を通して－

金川克子 山岸映子 田村須賀子 西村真実子 大木秀一

杵淵恵美子 伴真由美 浅見 洋 曾根志穂 梅山直子

高窪美智子 杉原敏雄* 田中 理* 吉村香代子*

概 要

石川県立看護大学は JICA の依頼のもとに、タジキスタン共和国の母子保健の向上に資する目的で、2005 年から概ね 3 年間の予定で「母と子の健やか支援プロジェクト」の企画、運営を通して、支援活動に加わることになった。その一環として 2005 年 10 月から 12 月まで、タジキスタンより研修員 6 人を受け入れ、県内の他機関との協力のもとで、研修を実施した。

本旨は研修プログラムの企画、内容、評価等の実施状況と、研修のありかたについての考察についての報告である。

研修の目的はわが国における母子保健や公衆衛生活動の現状を理解するのみでなく、研修員がこれらの成果を生かして、自国での母子保健の改善や新しいプログラム開発に向けてのアクションプランを作成し、実践することが課せられている。

われわれもその目的に向けての研修のあり方の工夫が必要である。

キーワード タジキスタン、母子保健プロジェクト、研修事業、JICA

1. 支援活動の経緯

タジキスタン共和国（以下「タジキスタン」とする）は中央アジアに位置しており、母子保健や公衆衛生上の問題が多く指摘されている。

同国に対する開発援助に関し、日本政府は 1991 年から研修員の受け入れ及び専門家派遣を実施しており、1998 年には 5 年間で 500 人の研修員を受け入れることを表明し、2003 年までにそれを実施している。

2002 年 6 月、JICA (Japan International Cooperation Agency, 国際協力事業団。なお 2003 年 10 月以降は国際協力機構と称する) は安全確認調査団を派遣して同国に対する協力実施上の安全対策を確認した上で、2003 年 3 月にはプロジェクト形成調査団を派遣し、PRSP(Poverty Reduction Strategy Paper の略。貧困削減戦略ペーパー、各国が世界銀行と一緒に国の経済社会状況をつぶさに調査し、国ごとに戦略を打ち立てるもので開発

援助実施のうえで極めて重要な資料)に基づいて、(1) 水供給、(2) 保健医療、(3) 初等教育、及び(4) 職能教育の 4 分野を協力重点分野としている。

保健医療分野では、これまでに本邦研修、第三国研修、医療特別機材供与、無償資金協力を実施してきたが、今後もタジキスタン政府の開発方針に基づき、タジキスタンでの保健医療分野の改善に向けた自助努力を継続的に支援していく方向性にあるとされている。

このような経緯を背景に、2004 年に本邦研修実施の要請がタジキスタン政府から日本政府に提出されている。そこでタジキスタン母子保健分野に関し、問題点および課題などの抽出を行い、中長期的な協力の方向性をタジキスタン側と確認すること、また、短期的な協力内容を策定する目的で、JICA の依頼のもと、著者らが加わった調査団を形成し、タジキスタンへ 2005 年 3 月に赴いて、現地調査を行い、母子保健や公衆衛生の現状を把

* JICA 北陸

握した。

2. タジキスタン共和国の概要

タジキスタン共和国は中央アジアに位置し、面積 14 万 3000 km²、人口約 700 万人、国土の 90% が山岳地帯で、産業は農業（綿花・牧畜）やアルミニウム生産が主である。1991 年ソビエト連邦の崩壊に伴い独立したが、その直後から内戦が続き 1997 年ようやく和平が合意に達した。内戦による社会基盤の崩壊やその後も続く経済の低迷から、インフラ整備が遅れ失業率も高い。

保健医療分野においても、医療設備の破壊や老朽化が激しく、子どもや女性の栄養不良や感染症の蔓延、衛生設備や給水システムの不備、医薬品や人材の不足など問題が山積しており、2003 年の乳児死亡率は 92/出生千、5 歳未満児死亡率 118/出生千、妊産婦死亡率 45/出生 10 万（世界子ども白書 2005）と大変深刻な状況にある。

3. 支援活動の実際

タジキスタンの母子保健・公衆衛生の改善にむけた支援活動としてはさまざまな側面がある。たとえば、現地での支援（専門家への支援、現地の住民への支援）やわが国への研修員受け入れによる研修事業、資金調達、機材・物品の供与等がある。

JICA では 2005 年に、タジキスタン共和国国別研修「母と子のすこやか支援プロジェクト」を策定し、JICA 北陸、JICA タジキスタン連絡事務所、石川県立看護大学、石川県・同県国際交流協会・同県内施設が研修実施体制を組み、石川県立看護大学が研修内容の運営指導を行うことになった。

これを受けて、著者らはタジキスタンの母子保健・公衆衛生の改善に向けての取り組みの一方策としてタジキスタン共和国より研修員を受け入れ、あわせて研修プログラムのあり方について検討することを目的とする活動に取り組むことにした。

即ち、研修プログラムの企画・研修内容・評価方法、現地（タジキスタン）の母子保健・公衆衛生上の課題解決の成果等について明らかにすることにした。

1) 研修プログラムの企画・研修内容・評価方法

(1) 研修プログラムの企画

研修が自国で効果的に活用していくために、研修の企画に際しては研修目的、到達目標、研修方法・項目、研修参加者の資格要件、研修の実施体

制と運営、具体的なプログラム、研修の評価について、関係者の理解や意思統一を図るべく、研修のすすめかたについての検討会の実施や実施要領を作成した。

特に日本での研修希望者も多いが、タジキスタン当局の意志や希望を尊重しながら、研修後自国で研修の成果を効果的に活用・応用できるような立場や能力を具備した人材が研修員になるように、研修員候補者とした。

また、研修員が意欲的に、目的意識を十分に持って、研修会に参加するために、来日前に自国の母子保健の現状や問題点をまとめたカントリーレポートの作成を課することにした。

(2) 研修内容

内容は、日本の現状を理解・体験し、自国で活用が可能なことを意図し、講義・討議・演習・見学等を取り入れ、県内の社会資源の活用を図った。

研修は表 1 に示すものとした。即ち、講義・討議では日本の母子保健の歴史や保健医療体制、母子保健サービス（母子健康手帳を中心とした乳幼児・妊産婦健診や予防接種等）、PHC(健康教育、母乳栄養推進、カンガルーケア等)、リプロダクティブヘルス・ライツや地域看護診断、統計指標等について理解を深める。見学・意見交換は地域の保健医療機関等の協力(地域リソースの活用)を得て実施し、演習では乳児健診や母子健康手帳(カード)の検討、タジキスタン共和国における健康問題に対する健康教育の教材作成を行う。見学は新生児訪問とする。

(3) 評価方法

評価方法は以下の内容とする。

- ①研修内容がどの程度理解され、興味があり、役立つものであったかの評価である。特に言語の異なる地域からの研修員（タジキスタンではロシア語が公用語であり、タジク語が日常語）の場合、通訳をはさんでの伝達であり、コミュニケーションに時間を要する。
- ②研修プログラムの有効性についての評価は、研修員が試案した自国での改善や開発の方策（アクションプラン）の評価
- ③自国での母子保健・公衆衛生の改善や開発の方策への効果（事後評価）

研修員がそれぞれの地域での母子保健・公衆衛生の改善にどのように寄与し、その結果どのような効果が見られたかの評価であり、長期の評価である。

表1 研修の内容

主要研修項目	研修方法	研修項目
日本の母子保健の歴史と現状	講義	日本の母子保健の取り組みの歴史, 日本の母子保健行政および対策の現状, 日本における母子保健のマンパワーと保健医療体制, 地域看護診断, 石川県における母子保健医療の概要, 統計指標
	見学・意見交換	高度医療施設, クリニック, 助産院
母子保健サービス	講義・討議	保健所の機能と活動体制, 母子健康手帳, 乳幼児健診, 妊産婦健診, 予防接種, 自宅分娩について
	演習	母子健康手帳の検討, 乳児健診
	見学・意見交換	乳幼児健診 (3ヵ月・1歳6ヵ月・3歳健診), 妊産婦健診, 予防接種, 母親学級, 子育て教室, 家庭訪問
プライマリヘルスケア (PHC)	講義・討議	母乳栄養の推進, カンガルーケア, 病気と医薬品, 栄養改善
	講義・演習	PHCと母子保健, 健康教育・教材作成
リプロダクティブヘルス・ライツ	講義・討議	リプロダクティブヘルス・ライツの概要, 家族計画
子育て支援	講義	日本における子育て支援
	見学・意見交換	教育プラザ, 育児サークル, 保育園

現地での観察やモニタリング, 現地からの状況の把握等であり, 母子保健や公衆衛生上の指標等の量的な情報と質的な情報の把握である。

2) 本学における研修プログラムの実施成果

(1) 研修員

研修プログラムに参加した研修員は南部ハトロン州からの6人である。即ち, 州の保健局次長と2つの地区から地区中央病院長や産科医, 看護師長らであり, 自国での母子保健や公衆衛生活動に貢献できる人材である。

(2) 研修目的

研修の目的はタジキスタンにおけるミレニアム開発の目標である乳幼児死亡率の削減や妊産婦の健康改善に向け, 地域住民, 特に父親や母親の保健, 衛生, 予防の知識と意識が改善されるよう, プライマリーヘルスケアの原則に基づいた地域が形成されることを目標とした。

そのための到達目標として, ①研修員が母子保健における健康教育の必要性とその内容を理解し, 知識と技術が向上する。②研修員が母子保健に必要な実践的技術について修得する。③研修員が地域の母子保健活動の展開手法を学び, 当該地域における計画および実践ができるようになる。④研修員がメディカルハウス及びヘルスセンターのスタッフに母子保健活動に関する指導ができるようになることである。

(3) 研修時期と内容

2005年11月7日から12月24日までの研修日程であり, 表1に示した内容について研修を実施した。

3) 研修内容の評価

(1) 研修内容についての研修員の評価

研修員が研修内容をどの程度理解し, 興味があり, 役立つかの評価である。

JICA の研修コース評価(1—5点)による①母子保健に関する健康教育の必要性とその内容を理解し, 知識と技術を向上する, ②母子保健活動の展開手法を学び, 当該地域における計画及び実施ができるようになる, においていずれも研修参加以前は平均3点であったものが研修参加後は全員5点としている。

(2) アクションプランについての評価

アクションプランの主な内容は表2に示すように妊産婦や乳幼児の健診や健康教育の実施と, 主体的な住民参加を促すための母子健康手帳(最初はカード形式のものから)の導入についての計画である。これらは研修目的であるプライマリーヘルスケアの原則に基づいた地域母子保健活動体制の確立と地域づくりを目指すために当初から予定していた内容である。JICA の研修コース評価(1—5点)では, 研修員全員が研修目的について自国のまたは所属団体のニーズに適っている(5点)とし, 一番(複数)有益だった研修項目に, ほとんどの研修員がアクションプラン作成をあげており, 研修員たちが研修内容を十分理解できたもと考えられる。

表2 研修員の作成したアクションプラン

	ハトロロン州保健局	シャルトゥーズ&ダンガラ地区
目的	ハトロロン州における母子健康状態の改善	妊婦及び乳幼児の集団健診の実施
目標	新生児死亡率を 15%及び妊産婦死亡率を 20%削減	10 ヲ所のパイロットメディカルハウスにおける妊婦と乳幼児の 100%健診実施
期間	2006年1月1日～2007年12月31日まで	2006年1月1日～12月31日まで
内容	1. パイロット(シャルトゥーズとダンガラ) 地区での妊婦と乳幼児に対する集団健診と健康教育実施の支援 2. 州内の母子健康状態改善のための対策	1. 妊婦の集団健診と健康教育の実施 2. 乳幼児の集団健診と健康教育の実施

4) 現地での事後評価

(1) 自国での母子保健・公衆衛生の改善への効果(事後評価)

研修員がそれぞれの地区での母子保健・公衆衛生活動に、本学における研修の成果をどのように反映させているか、それは母子保健・公衆衛生の改善という目標のどの部分に寄与し、どのような効果がどれだけ期待できそうか、ということについて中長期的に評価する。

評価の視点は、①アクションプランの実施状況・取組状況と、②地区中央病院での組織的な取組の有無の二点である。

情報収集方法は、本大学の研修実施者2名(ここでは派遣研究者と呼称)が研修員が実践活動をしている国の所属機関に伺い、視察期間中の①研修員または所属機関スタッフからの報告、②派遣研究者による観察事項、③タジキスタン保健省と国際支援機関スタッフの意見、により把握する。なお国際支援機関とは、JICA 事務所を始め、WHO, UNICEF, 日本大使館のことをいう。派遣研究者は首都ドシャンベにおいて、これら各国国際支援機関事務所スタッフから意見を聞いて、ハトロロン州の現地視察に向かっている。各機関における情報提供者は表3のとおりである。

(2) 現地での事後評価

本学における研修成果を、自国の母子保健・公

衆衛生の活動に反映させたことと、それによりもたらされた効果について、派遣研究者2名による現地情報収集の概要については表4のとおりである。

これによりアクションプランの実施状況・取組状況としては、シャルトゥーズ地区では、本学における研修時見学した日本のものをモデルに、パイロットメディカルハウスで乳幼児健診、育児サロンを実施しており、本学における研修の成果が自国の母子保健・公衆衛生の活動に反映されていたことを確認している。健診、育児サロンに参加した母親たちの意見、またそれに対する病院医師らの対応状況の観察から、本学における研修の成果が住民にまでもたらされているということ、この後も普及していく可能性があることが推測できた。一方、ダンガラ地区では、2人の女性研修参加者を中心に、健康相談・家庭訪問などファミリーケアプログラムに取り組んでいることを確認した。

また、地区中央病院での組織的な取組状況としては、シャルトゥーズ地区は、地区中央病院長も研修参加者であり、3人の研修参加者が核となり、小児科医、貧血専門医、助産師・看護師など主要なスタッフによる活動として観察できた。これは、アクションプラン実践チームの役割・機能を果たしていく可能性があるかと期待できた。

一方、ダンガラ地区の病院長は本学における研修に参加しなかったが、病院長は研修参加者の報告を受け、研修参加者を中心にしたアクションプラ

表3 タジキスタン保健省と国際支援機関における情報提供者

機関名	情報提供者(視察時に応対した者の職位)
タジキスタン保健省	MCH Department Director, Deputy Minister of Health
WHO	MCH Expert, Immunization Officer
UNICEF	MCH Program Officer, Assistant Project Officer
日本大使館	臨時大使, 第一書記官

MCH: Maternal and Child Health

ンの取組を支援しているとのことだった。
 なお、健康教育・疾病予防(マラリア, HIV/AIDS, 下痢症, 貧血など)用のポスター・リーフレットを、地区中央病院, ヘルスセンター, メディカルハウスの壁前面に設置しているという状況, 育児サロ

ン会場の座布団とぬいぐるみ・おもちゃは、本学における研修の成果であったとの報告を受けたが、当地の文化としてもともとあったもののようにも考えられた。

表4 派遣研究者による現地情報収集の概要

	ハトロン州	シャルトゥーズ地区	ダンガラ地区
研修参加者職種	州保健局次長(小児科医)	地区中央病院院長(小児科医) 産婦人科医長(産婦人科医) 看護部長(看護師)	産婦人科医(産婦人科医) 看護師(助産師)
視察内容	研修参加者とその所属機関上司からのインタビュー 州立産科病院の視察	研修参加者からのインタビュー 地区中央病院, リプロダクティブヘルスセンター, パイロットメディカルハウス7カ所の視察	研修参加者とその所属機関上司からのインタビュー 地区中央病院, ファミリーケアセンターの視察
研修参加者からの報告	<ul style="list-style-type: none"> ・アクションプランを法制化した ・アクションプランの実現にあたり, 実践グループをスーパーバイズできるようにした ・予算が不足しているので保健局のスタッフと健康教育や健診の方法について話し合い, 課題について討論し, 各地区への支援方法を検討している ・正確な保健統計が集まらないのは, それが業務の評価・ペナルティが伴うものだからであると思う ・統計は統計として, 本当の実態を把握するためには, 各地区の関係者と信頼関係を形成してから, 把握していくしか, 今は方法がない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・帰国後すぐにパイロット メディカルハウス 10カ所を選んで, アクションプランを実施している ・本学で学んだ技術と知識をスタッフと共有した ・10カ所とも健診は1回ずつ終了しており, 次の段階の準備をしているところである ・パイロットメディカルハウスでは, 妊婦だけではなく, 他の住民にも関心がある人には受けさせている ・本学における研修のときに書いたノートが3冊になり, 何回も見直しながらアクションプランを進めている ・育児サロン会場の座布団とぬいぐるみ・おもちゃ, また身体測定時に児を宥めるために使うおもちゃは, 本学における研修時見学したことになった ・避妊具と鉄剤は無料で支給されている ・健診の効果として, わずかであるが自宅分娩が減り, 貧血症と妊娠合併症者の明確化が進んだ ・資金, 移動方法, 燃料が不足している 	<ul style="list-style-type: none"> ・本学における研修時に作成したアクションプランは, 非常に順調に取組み始めている (地区中央病院長)本学における研修内容とアクションプランについて, 他の医療スタッフたちと共に共有した ・健診, 育児サロン, 健康教育の重要性は十分に理解した ・2002年から病院を中心にファミリーケアを実施している. スタッフには8ヶ月の特別研修を受けてもらっている. 日常業務は3時間ごとに3期に分けられている. 1期は家庭訪問, 2期は外来, 3期は分娩と記録に充てている。 ・メディカルコンサルテーション, 助産, 健康教育, 家族計画を行う ・避妊具と鉄剤, 葉酸の錠剤は無料で支給されている ・資金, 移動方法, 燃料が不足している
所属機関上司からの報告	(州保健省局長) 40日間の研修日程は長い. 半分の日程を2回に分けて行けるようにならないか	<ul style="list-style-type: none"> ・育児サロン会場の座布団とぬいぐるみ・おもちゃ, また身体測定時に児を宥めるために使うおもちゃは, 本学における研修時見学したことになった ・避妊具と鉄剤は無料で支給されている ・健診の効果として, わずかであるが自宅分娩が減り, 貧血症と妊娠合併症者の明確化が進んだ ・資金, 移動方法, 燃料が不足している 	<ul style="list-style-type: none"> ・メディカルコンサルテーション, 助産, 健康教育, 家族計画を行う ・避妊具と鉄剤, 葉酸の錠剤は無料で支給されている ・資金, 移動方法, 燃料が不足している
派遣研究者による観察事項	<ul style="list-style-type: none"> ・健康教育用のポスターが, 壁のほぼ全面に掲示されている. リーフレットも, その場に設置され, 母親たちが自己学習できるコーナーにもなっているところもあった。 ・しかし利用する母子の様子については, 視察できなかった. 利用されているのかどうかも把握できなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康教育用のポスター・リーフレットの設置状況は左記に同じである。 ・育児サロンに集まった母親たちに, 派遣研究者のことを紹介し, また日本での本学における研修について語る ・参加者した母親たちの栄養自己管理に関する質問に, 医師たちが健康教育的に対応していた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康教育用のポスター・リーフレットの設置状況は左記に同じである。 ・母子健康手帳に準ずるカードが作成され活用されていた ・健康相談, 家庭訪問, 予防接種の記録と管理用に, 母子健康管理用カードを本学における研修後に独自で開発・作成し活用しつつあった
保健省・国際支援機関スタッフの意見	<ul style="list-style-type: none"> ・WHOもUNICEFも保健省に密接に協力している. たとえば技術支援としてスタッフのトレーニングと治療要領を作成するなどである. 協働プロジェクトとしては免疫, 母子保健, 栄養改善などがある。 ・州保健局の取組は遅く, 中々やれそうにない. やっていると書いていても信用できない。 ・正確な保健統計は, 国家・行政区で隠されてしまう。 ・帰国後, 自分たちは良い方法を学んできたので, 国内で報告会などを開催し, パンフレットも作成したいと, 資金援助が申し込まれている。 ・パイロットメディカルハウスでの健診や育児サロンは, 継続実施してもらい, また他の地区に波及できるように支援していくことは意義があり必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・WHOもUNICEFも保健省に密接に協力している. たとえば技術支援としてスタッフのトレーニングと治療要領を作成するなどである. 協働プロジェクトとしては免疫, 母子保健, 栄養改善などがある。 ・州保健局の取組は遅く, 中々やれそうにない. やっていると書いていても信用できない。 ・正確な保健統計は, 国家・行政区で隠されてしまう。 ・帰国後, 自分たちは良い方法を学んできたので, 国内で報告会などを開催し, パンフレットも作成したいと, 資金援助が申し込まれている。 ・パイロットメディカルハウスでの健診や育児サロンは, 継続実施してもらい, また他の地区に波及できるように支援していくことは意義があり必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・WHOもUNICEFも保健省に密接に協力している. たとえば技術支援としてスタッフのトレーニングと治療要領を作成するなどである. 協働プロジェクトとしては免疫, 母子保健, 栄養改善などがある。 ・州保健局の取組は遅く, 中々やれそうにない. やっていると書いていても信用できない。 ・正確な保健統計は, 国家・行政区で隠されてしまう。 ・帰国後, 自分たちは良い方法を学んできたので, 国内で報告会などを開催し, パンフレットも作成したいと, 資金援助が申し込まれている。 ・パイロットメディカルハウスでの健診や育児サロンは, 継続実施してもらい, また他の地区に波及できるように支援していくことは意義があり必要である。

4. 考察

1) タジキスタンの母子保健・公衆衛生の向上のための支援のあり方について

わが国はさまざまな方法で開発途上国に援助活動がなされている。

今回、JICA の提唱により、石川県立看護大学はタジキスタン共和国のミレニアム開発目標の一つである保健医療分野に協力する機会が与えられ、「母と子のすこやか支援プロジェクト」の運営指導を行うことになった。

現地の情報把握、タジキスタン政府との意見交換を目標として設置された調査団に加わり、2005年3月に現地へ赴いたのを始点として、2005年から概ね3年間タジキスタンからの研修員の研修事業を引き受けることになった。

2005年10月から12月の研修事業の企画・運営に際して、タジキスタン共和国の母子保健・公衆衛生の向上にむけた支援のあり方を検討する研究として取り組むことにした。また、タジキスタンに対する母子保健・公衆衛生の支援のありかたを通して、開発途上国の母子保健・公衆衛生の向上に活用できる方法の参考資料ともなればと考えている。

まず、自国の母子保健・公衆衛生活動は、自国の現状や地域のニーズをしっかりと捉え、その国のさまざまな資源を使って、その国やその地域の人々が解決の方策をさぐり、問題を解決していくことが必要である。そのことが可能になるように他者が支援することであり、われわれもそのことを認識しながら、効果的な支援をしていくことである。

有効な支援方法として、母子保健・公衆衛生の向上に関わることができるキーパーソンに対する研修事業も重要な支援方法のひとつと考えられる。

ケア提供者に対する教育プログラムの有効性に関する研究はいくつか報告がある。

たとえばデンマークでの認知症予防に向けた予防訪問について、ケア提供者に教育プログラムを組んだ自治体では、そうでない自治体に比べて、認知症の兆候が少ない結果を示していた。

われわれも母子保健・公衆衛生の向上にむけた支援として、研修事業あるいは教育プログラムの提供を位置づけし、そのための有効な研修事業を実践研究として意図したい。

2) 有効な研修プログラムの企画・運営・評価

(1) 研修プログラムに対する関係者の共通理解
有効な研修プログラムを企画・運営・評価する

ためには研修の目的や目標を明確にすると共に、関係者がそれらを共有し、共通した認識や理解が必要である。

今回は第1回目でもあり、研修プログラムの企画・運営についてタジキスタン共和国の現状把握や理解が十分でないこともあり、関係者間で認識や理解にやや異なりが見受けられており、第2回目に予定されている研修事業には生かしてゆきたい。

(2) 研修員の人選

限られた費用（コスト）と有効な成果（ベネフィット）の関連を考え、自国の母子保健・公衆衛生に貢献できる立場や能力をもった人材が研修参加者になることが重要である。

今回はタジキスタン全土よりもまずモデル地域（ハトロン州、ダンガラ地区とシャルトゥーズ地区）を設定して、そこで母子保健活動のモデルを作っていくとして、両地区のキーパーソンである人材を研修員に考えた。

また、地区でのモデル事業はポプレーションアプローチと考えられ、保健行政の政策に反映していくために、保健行政の責任ある立場の参加が重要であり、今回はハトロン州保健局長が加わった。

(3) 研修項目

研修項目には講義・演習・見学を織り交ぜ、研修の目的・目標にそった内容を包含したものであるが、ロシア語の通訳を介しての理解であり、理解にやや戸惑いがあったように思われる。また、研修員のニーズと研修項目に若干のずれがあったように感じられるとした反応も見られた。

言語やコミュニケーションの障害をどのように解決するか、また教材の作成の仕方の工夫も今後の課題である。

(4) 評価

評価の段階として、われわれは3つのステップを考え、まずわれわれが提示した研修内容の理解である。前述のように使用言語、生活習慣、文化、風土、保健医療体制、経済状況等さまざまな面で異なる背景を持った研修員が短期間で、研修内容を理解し、活用可能性を見極めることは困難であると考えられる。われわれとしては日本の現状や優れた現場に触れていただくことがよいと考えているが、研修員が自国での活用に参考にできる内容を網羅していくことが大切と考える。

自国での成果についての事後評価であるが、こ

れは JICA の本学における研修フォローアップ協力事業に伴い情報収集したものである。この本学における研修フォローアップ協力事業は、タジキスタンの母子保健の向上のために、地域母子保健の活動体制を形成して家庭における健康教育を推進していくこととしている。このため、参加研修参加者には、本学における研修の結果（アクションプラン）を帰国後に現場で実行し、保健知識の普及に尽力していくことが求められていた。

しかしながら、保健医療に対する考え方として、本来低コストでできる「家庭レベルの健康教育や病気予防」といった概念よりもコスト的負担の大きい「病院での治療」が根強いタジキスタンでは、本学における研修参加者の試みが多くの困難に遭遇することは必至である。このため、本学における研修に携わった者が現場状況に合わせて直接指導・助言を与え、また、新しい試みへの理解者を増やしていくための啓発活動（セミナーの開催等）を行うことは、研修の成果発現に大きな貢献となる。今後も限られた規模で真に母親と家族に手の届く協力を行っていくことをねらっていく。

事後評価として、本学における研修修了3ヵ月後に視察したが、この時期においては、両地区ともに研修参加者を中心にアクションプランに取り組み始めており、研修の成果として確認し、研修する側が伝えた事項の意義と内容は、研修参加者とその所属機関医療スタッフには伝わり浸透していたと考えられた。今後の課題としては、この国の母子保健・公衆衛生の改善に向けて、この地区の母子と住民の生活にどのくらい普及していくか、反映させられたか、という観点で効果測定する必

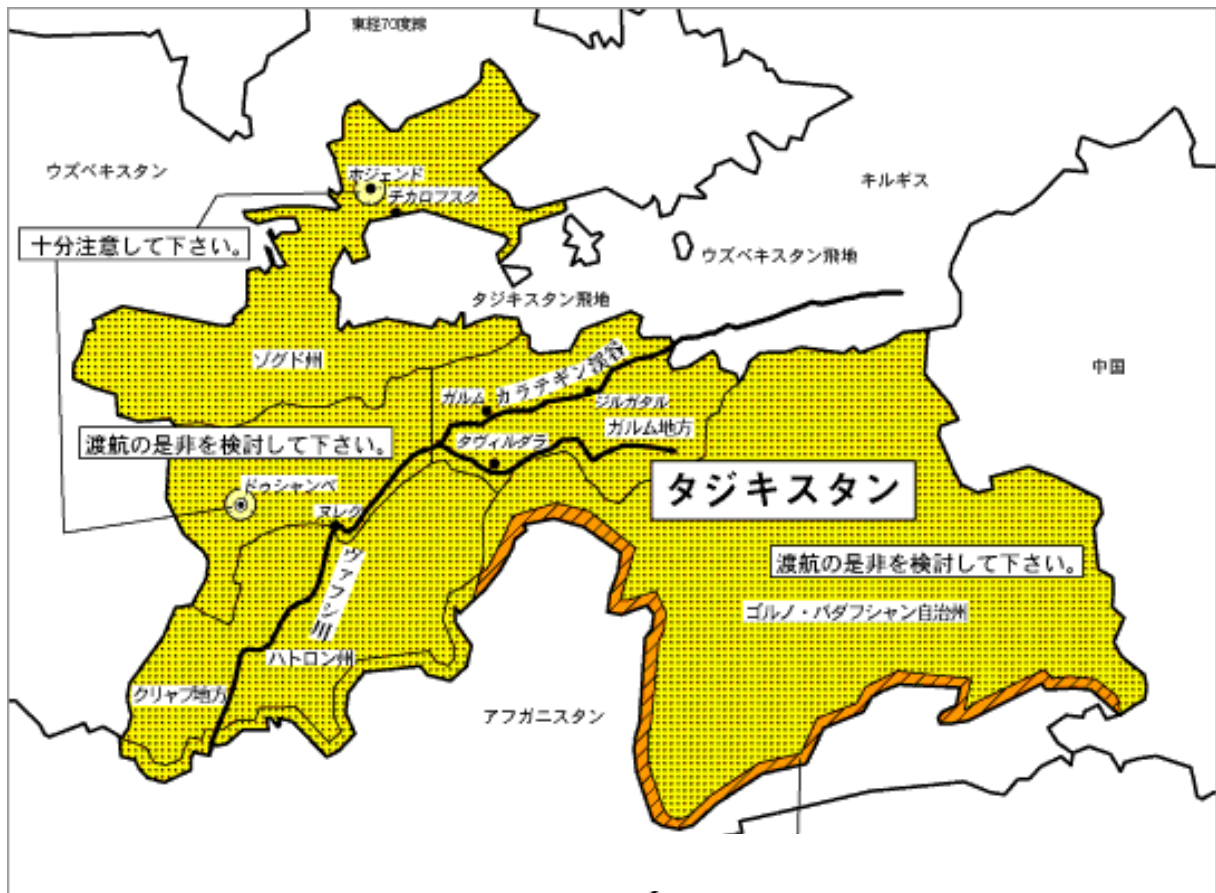
要がある。

しかし6ヵ月後、今年度研修参加者募集地区を現地 JICA スタッフが視察に回ったところ、地区中央病院長が本学における研修をしていない方の地区において、研修員(医師)1人が休暇に入り、看護師の研修参加者一人だけではどうにもならず、取り組みが滞っているとのことであった。

新たな取り組みを教育的に支援するときには、動機付けと継続の2面において重点的に関わる必要がある。その意味では、研修修了3ヵ月後の視察企画は、アクションプランのより多くのプログラムへの取り組み開始の契機となり、視察時に取り組み状況を認め、支持してきたことは研修参加者をはじめ現地医療スタッフへのエンパワーメントになったと考えられる。しかし継続を支えるということについては今後課題が残る。現地 JICA スタッフによる視察も含めて、継続的な働きかけ方法の検討が必要と考えられた。

5. まとめ

タジキスタン共和国の母子保健・公衆衛生の向上に向けた支援を、JICA の提唱により、石川県立看護大学が関係機関と実施体制を組んで 2005 年より 3 年間の計画で研修事業を行うことになった。2005 年 3 月の現地調査を経て 2005 年 10 月から 12 月まで具体的な研修事業を企画・運営・評価を行った。これらを通して、研修事業の意義や研修事業の企画・運営・評価のあり方について、2006 年 10 月に予定されている研修事業に生かしていくべく検討を行った。



タジキスタンの地図



カントリーレポート検討会



講義風景

Support for the Maternal and Child Health Project in the Republic of Tajikistan - Participation through Trainee Program in Japan -

Katsuko KANAGAWA, Eiko YAMAGISHI, Sugako TAMURA, Mamiko NISHIMURA,
Syuichi OOKI, Emiko KINEFUCHI, Mayumi BAN, Hiroshi ASAMI, Shiho SONE,
Naoko UMEYAMA, Michiko TAKAKUBO, Toshio SUGIHARA, Satoshi TANAKA,
Kayoko YOSHIMURA

Abstract

At the request of JICA, Ishikawa Prefectural Nursing University has participated in the planning, management and promotion of maternal and child health in Tajikistan. This document which describes the school's work is titled "Maternal and Child Health Support Project in the Republic of Tajikistan." The Project is scheduled to continue over a period of about 3 years beginning in 2005. As a part of the project, we are engaged in training in Japan 6 professionals (doctors and nurses) from Tajikistan. Several other institutions in Ishikawa Prefecture - our university's base - have co-operated with us from October to December 2005.

This report describes the plan and its contents. Included is an evaluation of the training program, together with suggested ways of how such training might be carried out in the future.

The Project aims not only at deepening trainees' comprehension of the actual state of maternal, child and public health in Japan. Rather, in addition, it requires these professional trainees to themselves formulate and execute action plans that will develop in the Republic of Tajikistan new programs which will significantly promote maternal, child and public health. Consequently, we must plan and manage our training so as to attain these stated Project goals.

Keywords Tajikistan, Maternal and Child Health Project, Training Program, JICA

報告

人口減少地域における在宅終末期医療の実態と住民の意識

— 第 1 報 : 中能登町の場合 —

浅見 洋 水島ゆかり 金川克子 浅見美千江*

桜井瑞彦** 松栄拓美*** 吉田由紀江****

概 要

本稿は、石川県中能登町における「在宅終末期医療の実態と住民の意識」に関する調査研究の中間報告である。中能登町における在宅死割合は近年減少傾向ではあるが、全国や石川県と比較すると在宅死割合の高い町である。また、住民の約4割が「終末期に最後まで療養したい場所」を「自宅」と回答している。そうした実態を支えている最大要因は「住み慣れた場所で、最期まで好きなように過ごしたい」という住民意識である。対して、「家族に囲まれて」や「出来るだけ長生きして」という伝統的死生観に依拠する在宅死希望は減少しつつある。こうした調査結果を踏まえると、地域中核病院をもたない中能登町で在宅終末期医療を充実させるためには、①在宅療養支援診療所の増加、②町内の診療所、訪問看護ステーション等の連携強化、③地域包括支援センターの在宅終末期医療に関する啓発活動と相談機能の強化が当面の課題となる。

キーワード 人口減少地帯、在宅終末期看護、死生観、在宅死、介護負担

1. はじめに

2005年7月29日、「第17回社会保障審議会医療保険部会」において、厚生労働省は配布資料「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」で、終末期医療における「医療費適正化の方向性(イメージ)」を提示した。そこには、「患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供」により「自宅等での死亡割合を4割」に引き上げることに伴って、2015年度には約2,000億円、2025年度には約5,000億円の医療給付費が削減できるとのイメージが描かれている。また、自宅等(自宅のみではなく、ケアハウス・グループホーム等多様な居住の場を想定)での死亡を4割に引き上げるために、①在宅医療提供体制の充実(往診・訪問診療に対応できる医師の確保、訪問看護サービスの普及等)、②地域における高齢者の多様な居住の場の整備が提言されている¹⁾。こうした在宅の終末期医療を推進する具体的施策として、2006年4月の診療報酬と介護報酬の改定では、24時間体制で患者を往診する「在宅療養支援診療所」の創設

や在宅でのターミナルケア加算などが盛り込まれた²⁾。

医療費抑制のために終末期医療を病院から在宅に誘導するという医療政策の背景になったのは、2004年度に実施された厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告」(以下「報告書」と略記)である。そこでは、対象となった一般住民5,000人中の59%(約6割)が「終末期を自宅で療養したい」と回答し、在宅終末期医療のニーズが高かったという調査結果と、病院から在宅医療への移行が医療費の抑制効果をもたらすという試算が公表されている。³⁾しかし、こうした報告やそれに基づく方針には、住環境の未整備、家族の負担増などの課題が多く、かつ地域差、特に人口減少地域における医療の現状把握、地域住民の死生観、地域の文化的変容の将来予測がほとんどなされていない。

それゆえ本報告では、まず石川県下の典型的な人口減少地域をモデルとして選び、既存の統計資料などによってその地域の在宅死の実態を把握することとした。次いでモデル地域で「死生観・在宅終末期療養についての意識」調査を実施し、それを厚生労働省の政策転換の根拠となった「終末期医療に関する調査」と比較検討しつつ考察した。

* (社)石川県医療在宅ケア事業団

** ビーハラ推進協議会

*** 中能登訪問看護ステーション

**** 中能登町役場

それによってモデル地域の在宅終末期医療の実態と住民の意識を把握し、さらにその地域の在宅終末期療養に関する課題に言及することとした。

2. 中能登町の概要と在宅死の推移

本報告の対象である鹿島郡中能登町は、平成2005年3月1日に鳥屋町、鹿島町、鹿西町が合併して誕生した新しい町である。能登半島のほぼ中央部に位置し、呂知地溝帯を中心とする平野部、その両側は東側に石動山、西側には眉丈山が連なる丘陵地からなる。史跡「石動山」や眉丈山の「雨の宮古墳群」など数多くの遺跡があり、能登文化発祥の地として、豊かな自然と文化遺産と歴史的伝統を保持する農村地域である。基幹産業は、農業のほか能登地域最大の織物産地であり、能登上布という特産品がある。繊維に関する地場産業はあるが、隣接する七尾市、羽咋市に職場をもつ人も少なくない。面積は89.36km²、合併直前の人口は20,192人(2005年2月28日現在)であったが、2006年10月1日現在では20,016人と176人減少している⁴⁾。また、2005年の人口動態統計では高齢化率は24.6%(全国19.5%)であった。

1998年の中能登町全体(旧鳥屋、鹿島、鹿西町の総計)の総死亡数は201人(男性:119人、女性:82人)、内在宅死は60人(男性37人、女性23人)であり、町全体の死亡数に対する在宅死割合は29.9%であった。それに比して2004年の総死亡数は214人(男性:123人、女性:91人)、内在宅死は36人(男性26人、女性10人)、在宅死割合は16.8%であった。在宅死割合は1996年:28.6%→1998年:29.9%→2000年:20.6%→2002年:21.0%→2004年:16.8%で推移しており、増減を繰り返しながらも全体的には減少傾向が続いている⁵⁾(表1)。

表1 中能登町における在宅死割合(%)

	中能登町	石川県	全国
1996	28.6	17.5	16.7
1997	26.7	15.5	16.1
1998	29.9	15.8	15.9
1999	19.1	14.6	15.0
2000	20.6	13.4	13.9
2001	19.2	13.8	13.5
2002	21.0	13.0	13.4
2003	15.3	12.9	13.0
2004	16.8	11.1	12.4

*文献5) 6) 7) より作成

石川県の在宅死亡割合は1996年:17.5%→2000年:13.4%→2004年:11.1%で推移しており⁶⁾、全国のそれは1996年:16.5%→2000年:13.9%→2004年:12.4%であって⁷⁾、中能登町は石川県全体や全国との比較ではかなり在宅死割合の高い町と言える。しかし、低落率が比較的大きく、在宅死割合の格差は減少しつつある⁶⁾。また、全国的にも石川県でも在宅死割合は戦後一貫してなだらかな減少傾向にある。この低落傾向は在宅医療の充実がその骨子であった2000年4月の介護保険の施行後もほとんど変化がない。そうした点で、介護保険の導入等の医療制度改革は全国的にも、地域的にも在宅死の増加にはほとんど寄与しなかったと言える。

男女の在宅死割合では、石川県全体では一貫して女性が男性より高い傾向が見いだされる。それに比して、中能登町では1999年のように女性が高い場合と2004年のように男性が高い場合が混在しており、男女の死亡割合に一定の傾向は見いだしがたい(表1)。

死因は2004年度では、悪性新生物が60件(28.0%)、心疾患31件(14.5%)、脳血管疾患31件(14.5%)、肺炎17件(7.9%)、その他(事故、自殺を含む)75件(35.1%)であり、全国の死亡統計(悪性新生物31.1%、心疾患15.5%、脳血管疾患12.5%)の割合と同じような傾向である^{6) 8)}。

本稿で示した中能登町の統計は合併以前の旧鳥屋、鹿島、鹿西の3町の統計を総合したものであるが、旧3町の死亡統計では個々の在宅死割合にほとんど差異を見いだすことができない⁹⁾。これは旧3町が近距離にあつて、合併以前からほぼ同じような医療環境、社会・文化的背景、住民意識をもった地域であったことを示している。

終末期医療と関連する医療福祉施設としては、2005年4月現在で町内に診療所9カ所(内在宅療養支援診療所1カ所)、訪問看護ステーション1カ所、居宅介護支援事業所3カ所、訪問介護事業所2カ所、地域包括支援センター1カ所、介護老人福祉施設1施設、介護老人保健施設1施設、デイサービスセンター4カ所、デイケア(短期入所施設併設)1カ所がある。地域中核病院は町内にはなく隣接の七尾市2カ所(公立能登総合病院434床、恵寿総合病院454床)と羽咋市(公立羽咋病院198床)にあり、町中心部からは車で20分~30分程度の距離にある(表2)。

表2 中能登町の医療福祉施設

医療機関・福祉機関	施設数
診療所	9
在宅療養支援診療所	1
訪問看護ステーション	1
居宅介護支援事業所	3
訪問介護事業所	2
地域包括支援センター	1

(2006年4月現在)

3. 死生観・在宅療養についての意識調査

3.1 調査方法

調査票「死生観・在宅療養についての意識調査」を作成し、中能登町の選挙人名簿から層化抽出法によって抽出した40歳代から70歳代の住民480名(各年代120名)を対象に、2006年7月に郵送調査を実施した。データ分析にはSPSS V13.0を使用し、単純集計した。

3.2 調査内容

調査項目の内容は大別して①対象の背景、健康状態、死別体験、②死生観(死に対する不安感と理想的な死)、③在宅療養について(自分が療養したい場所、家族を療養させたい場所、在宅死の可能性、在宅死の阻害要因、在宅死を可能にする要因)である。

3.3 倫理的配慮

本調査の開始に先立って、中能登町長、並びに同町の関係部署の同意を得た。また、調査対象の抽出は中能登町選挙管理委員会の許可を得て指定の場所で実施し、対象者の名簿と住所は調査終了時点で廃棄した。

調査用紙は無記名の選択式とし、調査対象者に対しては研究趣旨、方法、個人情報保護に加えて、質問紙の回答は本研究以外に使用しないこと、回答は自由意志によることを依頼書に明記した。

3.4 調査結果

(1) 対象者の属性

調査票の返送数は165通、回収率は34.4%であり、内163通を有効回答とした。回答者の内訳は男性66人(40.5%)、女性95人(58.3%)、不明2名(1.2%)であった。年代別では40代32人、50代43人、60代41人、70代47人であり、平均年齢は61.6歳(±11.4)であった。同居家族数は1人暮らしが14人(8.6%)、2人が42人(25.8%)、3-5人が80人(49.1%)、6人以上が27人(16.6%)であった。介護経験の有無については、全体では63人(38.7%)の人たちが「介護経験がある」と回答しており、60、70歳代では53.3%が「介護経験がある」としていた。また、身近な人々の臨終に立ち会った経験を持つ人は119人(73.0%)で、60、70歳代では85.2%に達していた。

(2) 療養したい場所とその理由

「あなた自身が、治る見込みのない病気で死期が迫っている場合」を想定した上で、「最後まで療養したい場所」を尋ねたところ、有効回答数158(無回答5)の中、自宅66人(41.8%)、病院41人(25.2%)、施設19人(11.7%)、わからない25人(15.8%)、その他7人(4.3%)という結果であった。その他の自由記述欄には「寂しくない場所」、「その時の家族の状況による」等の書き込みが見られた。

療養したい場所を自宅と答えた人に複数回答で「自宅希望の理由」を尋ねたところ、有効回答数66の中、「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」47人(71.2%)、「最後まで好きなように過ごしたいから」36人(54.5%)、「家族との時間を多くしたいから」26人(39.4%)、「病院では自分が望むように最後を迎えられないから」16人(24.2%)、「家族に看取られて最後を迎えたいから」14人(21.2%)、「家族や知人が自宅で最後を迎えていたから」8人(12.1%)の順であった(表3)。

表3 在宅希望の理由 (n=66)

	中能登町 n(%)	全国 %
住み慣れた場所で最後を迎えたいから	47(71.2)	62.4
最後まで好きなように過ごしたいから	36(54.5)	47.4
家族との時間を多くしたいから	26(39.4)	42.6
病院では自分が望むように最後を迎えられないから	16(24.2)	12.0
家族に看取られて最後を迎えたいから	14(21.2)	34.5
家族や知人が自宅で最後を迎えていたから	8(12.1)	5.8
その他	2(3.0)	1.2

「家族が、治る見込みのない病気で死期が迫っている場合」を想定した上で、「最後まで療養させたい場所」を訪ねたところ、回答数 155 の中、自宅 52 人 (33.5%)、病院 59 人 (38.1%)、施設 11 人 (7.1%)、わからない 27 人 (17.4%)、その他 6 人 (3.9%) という結果であった。「その他」には 40、50 代の 4 人が「本人の希望」、60 代で「ホスピス」、「その時に応じて」とい自由記述が見られた。

「自分自身が療養したい場所」は自宅、病院 (41.8%、25.2%) の順であったのに対して、「家族を療養させたい場所」は病院、自宅 (33.5%、38.1%) の順で逆転していた。「介護経験がない」人では逆転はなかったが、「介護経験のある」人では病院 (28 人)、自宅 (19 人) と大きく逆転していた。

(3) 在宅死の実現可能性と阻害要因

「自分、または家族が望めば、自宅で最後を迎えることは実現可能だと思いますか」という問いに対して、有効回答数 154 の中、①「可能だと思う」32 人 (20.8%)、②「どちらかというとも可能だと思う」22 人 (14.3%)、③「どちらともいえない」52 人 (33.8%)、④「どちらかというとも不

可能だと思う」36 人 (23.4%)、⑤「不可能だと思う」7 人 (4.5%) であった。

③、④、⑤と回答した 95 人に対して、その理由を複数回答で尋ねたところ、多い順に「緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れないから」46 人 (48.4%)、「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから」36 人 (37.3%)、「介護してくれる家族がいないから」34 人 (35.7%)、「経済的に負担が大きいから」28 人 (29.4%)、「24 時間相談にのってくれる機関がないから」25 人 (26.3%)、「訪問看護や訪問看護体制が整っていないから」22 人 (23.1%)、「往診してくれる医師がいないから」18 人 (18.9%) の順となった。「家族への迷惑・負担」感と「医療的な不安」を阻害要因と考える人が多く、訪問看護や往診医等の医療体制の不備を阻害要因とした回答はあまり多くなかった (表 4)。

阻害要因と回答者の年代、同居家族人数、介護経験等の有無について χ^2 検定を行ったところ、「介護者がいない」(p=0.018) という阻害理由と「同居家族人数」以外に有意差は見いだせなかった。

表 4 在宅療養が困難である理由(n=91)

理 由	当てはまる n (%)
緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れないから	46 (48.4)
自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから	36 (37.8)
介護してくれる家族がいないから	34 (35.7)
経済的に負担が大きいから	28 (29.4)
24 時間相談にのってくれる機関がないから	25 (26.3)
訪問看護や訪問看護体制が整っていないから	22 (23.1)
往診してくれる医師がいないから	18 (18.9)
自宅で最後を迎えるのは一般的でないから	6 (6.3)
わからない	5 (5.2)

表 5 在宅死を可能にする条件(n=155)

						%
	とても そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	やや そう思わない	思わない	不明
家族の理解と協力	72.4	16.6	7.4	0.6	0.6	2.5
往診医の支援	70.6	16.6	6.7	1.2	3.1	1.8
訪問看護・介護の整備	65.0	19.6	8.6	0.6	2.5	3.1
24 時間の相談機関	58.9	22.7	8.0	1.2	3.7	4.9
自治体等の経済的支援	57.7	24.5	8.0	0.6	5.5	3.7
住宅の整備	55.2	31.3	6.1	0.6	4.3	2.5
終末期ケアの教育	46.6	28.8	16.0	1.2	1.8	5.5
本人の強い意志	45.4	27.6	14.7	0.6	6.7	4.9
ボランティアの支援	28.8	29.4	27.0	1.8	8.0	4.9

(4) 在宅死を可能にする条件 (表5)

「自宅を最後を迎える事を可能にするためには、どのような条件が必要だと思いますか」(複数回答)という問いに対しては、全ての項目で「とてもそう思う」「ややそう思う」という回答(有効回答数155)が多かった。中でも「とてもそう思う」は「家族の理解と協力」118人(72.4%)、「往診してくれる医師の支援」115人(70.6%)、「訪問看護や訪問介護体制の整備」106人(65.0%)がかなり高い比率であった。対して「ボランティアの支援」47人(28.8%)、「本人の強い意志」74人(45.4%)、「終末期ケアの教育」76人(46.6%)という回答は半数に満たなかった。

(5) 理想的な死

「あなたは「理想的な死」とはどんな「死」だと思いますか」という設問には、「とてもそう思う」という回答は「長い闘病生活のない死」130人(79.8%)、「周囲に迷惑をかけない死」127人(77.9%)、「苦痛・恐怖の少ない死」112人(68.7%)、「あまりお金をかけない死」105人(64.4%)の順に多く、長く苦痛のともなう療養生活や家族の介護負担、経済負担に関して否定的に考える傾向が見られた。対して「自己決定による死」26人(16.0%)、「出来る限り長生きした後での死」31人(19.0%)、「家族や親しい人に囲まれての死」48人(29.4%)とする回答は少なく、自己決定、長命、家族に囲まれてなどといった事は、それほど強い理想的な死の条件とはなっていなかった(表6)。

4 考察

4.1 中能登町の在宅死の傾向について

中能登町の在宅死割合は1998年以前が25-30%、1999-2002年が20%前後、2003年以降

が15-17%と低落傾向にある。しかし、全国や石川県の在宅死割合と比較すると、中能登町は在宅での死亡割合の高い町といえる。

中能登町がこれまで在宅死亡割合の多い町であった一つの要因は、この地が典型的な農村地帯でありながら、能登地域の他市町村に比して人口減少の始まりが遅く、減少の度合いも緩やかであったということが考えられる。著しい過疎化が進みながらも、伝統的な地域文化、住民意識が根強く残る能登地域にあって、町内に居住し、七尾市や羽咋市など近隣の諸都市に職場を持つ、いわゆる都市近郊に類似した中能登町の社会的構造が伝統的な自宅での看取りを温存する要因の一つであったと思われる。

また、中能登町には総合病院がなく、医療依存度の高い患者は近隣や他の市町の地域中核病院に通院、入院せざるを得ないことと、看取りに積極的に取り組む訪問看護ステーションと訪問診療・往診に意欲的に取り組む医師の存在が、在宅死の割合を高く維持してきたと言える。

しかし、地域の医療者の努力では補いきれないほどに、人口減少、家族形態の変化、地域産業の衰退が急速にすすみ、住民の伝統的な死生観や看取りの意識が変化していると考えられる。地域がその文化的特色を失い、住民が全国的に進む均質化の波とグローバリゼーションに巻き込まれることによって、死亡場所の割合もまた全国的な傾向に近づいているのである。

4.2 在宅療養に関する希望について

本調査で「あなた自身が、治る見込みのない病気で死期が迫っている場合」という想定で、「あなたが最後まで療養したい場所を教えてください」という問いを立てた。その結果、自宅41.8%、病

表6 理想的な死(n=156)

	とても そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	やや そう思わない	そう 思わない	不明
長い闘病生活のない死	79.8	11.7	4.3	0.0	0.0	4.3
周囲に迷惑をかけない死	77.9	12.6	4.3	0.6	0.6	3.7
苦痛・恐怖の少ない死	68.7	18.4	6.7	0.6	1.2	4.3
あまりお金をかけない死	64.4	20.9	6.7	0.6	1.8	5.5
それまでの人生に悔いのない死	52.8	23.3	12.3	1.2	3.7	6.7
死ぬ準備を整えた後での死	36.8	25.2	23.3	1.2	8.6	4.9
家族や親しい人に囲まれての死	29.4	27.6	25.8	1.2	11.0	4.9
出来る限り長生きした後での死	19.0	23.9	30.7	3.1	19.6	3.7
自己決定による死	16.0	20.2	31.9	2.5	20.9	7.4

院 25.2%, 施設 11.7%という結果が得られた。

対して「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」では「医療費適正化の方向性」をイメージ化するための根拠として、①終末期を自宅等（医療機関以外の場所）で送ることを希望する国民の割合：約 6 割、②自宅等の死亡割合：約 2 割、が前提とされている。①の約 6 割という数値は、「自分が痛みを伴う末期状態（死期が 6 か月程度よりも短い期間）……」という緩和医療、医療依存度の高い終末期状態を想定した質問に影響を受けている。しかし、在宅での終末期療養者には脳血管疾患や老衰も多く、そうした患者は悪性新生物や心疾患ほどには緩和医療の必要性や医療依存度が高いとはいえない¹⁰⁾。また、「報告書」では、1998 年と 2003 年度の病院と自宅での療養希望の割合にほとんど変化がなかった。とすれば、この 5 年間の在宅死割合の低落の主因は、人々の終末期の療養場所の希望の変化にではなく、医療環境、社会・文化環境、産業構造等の外的変化に求めるべきであろう。

在宅療養を希望する理由としては、「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」、「最後まで好きなように過ごしたいから」の割合が「報告書」と同様、1, 2 位を占めた。これは報告書に比較してかなり高い割合である。また、「病院では自分が望むように最後を迎えられないから」(24.2%)という割合も、報告書(12.0%)のほぼ 2 倍であり、中能登の人々には「最後まで自分の住み慣れた場所で、自分の望むように、自由に気楽に過ごしたい」というニーズが強いと言える。

反面、「家族との時間を多くしたいから」「家族に看取られて最後を迎えたいから」という回答は「報告書」と比べて低かった。これは「家族に迷惑をかけたくない」という思いの反映、家族主義的な意識の反映と解するべきであろう。自分の望むようにという意識の中には、家族に迷惑をかけずに過ごしたいという思いも内包されているのである¹¹⁾。

自分自身が療養したい場所の希望と家族を最後まで療養させたい場所の希望が逆転し、家族の場合、病院が自宅を上回った。これは特に介護未経験者に比して、介護経験者の場合に顕著であった。介護経験者は看取りの体験や自分の高齢化によって介護困難感が増し、家族を看取ることを躊躇すると考えられる。家族の介護負担感を解消するためには、終末期医療と関わる社会的資源の充実と有効活用、家族への支援機能の強化が必要である。

また、若干回答項目に違いはあるが、「報告書」では「老人ホームに入所したい」ないしは「老人ホームに入所させたい」という回答がいずれも 0.7%であった。それに比して、本調査では「施設」と回答した人が、自分自身の場合 11.7%、家族の場合 7.1%であり、施設での終末期療養に肯定的な回答がかなり多く見られた。中能登町の場合、これまでも町内や近隣の自治体にある介護老人福祉施設で終末期を過ごした人がかなりおり、そうしたことが反映していると考えられる。

4. 3 在宅療養の実現可能性と阻害要因

在宅療養を可能にする条件は高い順から「家族の理解と協力」「往診医の支援」「訪問看護・介護の整備」であった。そして、在宅死を「可能」、あるいは「やや可能」と回答した人々を除いて、在宅死を不可能だと考える理由について問うたところ、「緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れないから」「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから」の順に多かった。緊急時対応に対する不安、痛みへの不安、家族に迷惑をかけるという思いが在宅終末期療養の阻害要因だと解される。

今回の調査結果から、①家族の理解と協力を在宅療養の可能条件としながら、家族に迷惑をかけたくない、②往診医や訪問看護を在宅療養の可能条件としながら、在宅で緩和医療や緊急時に対応可能な医療環境が整って欲しいと考えている人々が多くいることが明らかになった。こうした人々の思いは「介護負担に対する不安」の反映であると同時に、地域中核病院がなく、かつ 24 時間往診可能な在宅療養支援診療所が 1 ヶ所しかない「医療環境への不安」の現れである。だとすれば、在宅終末期療養の実現可能性を拡大するには、家族の負担を軽減するような支援体制の整備、在宅での終末期医療を担う在宅療養支援診療所の増加、終末期医療と関わる町内関係機関の相互連携の強化、町外の地域中核病院との連携強化などが必要と思われる。

4. 4 在宅での理想的な死の実現のために

中能登町住民の望む理想的な死は「長い闘病生活のない死」「周囲に迷惑をかけない死」「苦痛・恐怖の少ない死」「あまりお金をかけない死」であった。「あまりお金をかけない死」も「周囲に迷惑をかけない死」に含め得るとすれば、理想的な死は「苦痛の少ない安らかな死」と「周囲の人々に負担をかけない死」に大別できる。そうした理

理想的な在宅死の実現に近づけるためには、在宅終末期医療における緩和ケアの推進と人々の介護負担を軽減するような支援が不可欠である¹²⁾。

先の回答に比べると「自己決定による死」「出来る限り長生きした後での死」「家族や親しい人に囲まれての死」を理想的とする回答は多くなかった。それゆえ、本調査に基づいて考察する限り、日本の人口減少地帯の終末期医療では、自己決定を基本とするアメリカ流の生命倫理の原理はあまり有効ではない。自己決定よりも、周囲の人々への配慮や自然な在り方に身を委ねようとする日本人の心性に配慮するためには、相談機関や家族支援体制の整備が重要になる。また、長命で家族に囲まれて死を迎えるという日本古来の伝統的生死観は、病院での延命治療に対する否定的なイメージや高齢化、核家族化の進行によってこれからも衰退し続けるであろう。それゆえ、将来の在宅終末期医療では「延命」や「家族に囲まれて」ということより、周囲の人々に遠慮せずに「気楽に過ごすこと」と苦痛の少ない「安らかな死」の演出が望まれるのではないだろうか。

5 まとめ

中能登町はこれまで在宅死割合の高い町であり、その高さを支えてきたのは「住み慣れた場所で最期を迎えたい」、「最期まで好きなように過ごしたい」という住民のニーズである。しかし、こうしたニーズは「緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れないから」、「自宅では最後に痛み等に苦しむかもしれないから」という不安感と表裏一体である。在宅での自由さと家族に迷惑をかけるという思い、在宅での気楽さと医療への不安というアンビバレントなものの解消は、後者（家族の介護負担、緊急時の医療への不安）を軽減することによってのみ可能である。

医療への不安を解消するには、終末期医療と関わる医療資源の増加と有効活用、医療者の終末期医療に関する意識と技術の向上が求められる。地域中核病院をもたない中能登町の場合、在宅医療において充実すべき医療資源とは在宅療養支援診療所と訪問看護・介護関連の諸機能である。しかし、町内の在宅療養支援診療所は1カ所であり、不足感は否めない。それゆえ、在宅療養支援診療所の増加が期待されるが、その開設にはさまざまな克服すべき課題があり、2006年10月現在、全国の開設数は一般診療所の約1割に満たない¹³⁾。そのため、代替措置として、町内の全ての診療所、

訪問看護ステーション、訪問介護事業所が終末期医療に関して有機的な連携と協力体制を構築することを提案したい。

また、終末期医療における療養者、家族の不安は介護負担を筆頭に、治療に関すること、医療機関の選択や費用に関することなど多岐にわたる¹⁴⁾。現在の中能登町でそうした多岐にわたる支援機能、相談機能を、紹介機能を、中心的に、かつ包括的に担い得るのは地域包括支援センターだと思われる。それゆえ、地域包括支援センターには終末期医療に関する啓発活動と在宅療養者とその家族への支援機能、相談機能等の一層の充実を期待したい。

*本稿は平成18年度石川県立看護大学附属地域ケア総合センター「調査研究事業」の成果報告の一部である。

引用文献・注釈

- 1) 第17回社会保障審議会医療保険部会：資料1「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」。
2006. 8. 30, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>.
- 2) 厚生労働省保険局：「診療報酬の算定方法を定める件」等の改正等について（通知）。2006. 6. 1, 6-10, <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1a01.pdf>.
- 3) 厚生労働省医政局：終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について。
2004. 8. 20, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>.
- 4) 中能登町役場：中能登町ウェブサイト。2006. 10. 1, <http://www.town.nakanoto.ishikawa.jp/webapps/www/index.jsp>。
人口数等は中能登町役場鳥屋庁舎企画課公表したものであり、国勢調査等の数値とは異なる。
- 5) 石川県県民文化局県民交流課統計情報室：いしかわ統計指標ランド 統計ライブラリー。2006. 10. 5, <http://toukei.pref.ishikawa.jp/library/main.html>.
- 6) 石川県健康福祉部保健推進課：衛生統計年報 平成16年度 人口動態編。60-232, 2006.
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成17年度厚生統計要覧。38, 2006.
- 8) 厚生統計協会：厚生 の 指 標 国民衛生の動向。44-50, 2006.
- 9) 石川県県民文化局県民交流課統計情報室：平成15年 石川県統計書。石川県, 10-17, 2005.

- 10) 浅見洋：在宅療養の終末期患者が表出した死生観—訪問看護師への聞き取り調査を通して—。宗教研究, 369, 267-298, 2006.
- 11) 浅見洋：現代における氏のイメージ, 細見博志編：生と死を考える—「死生学入門」金沢大学講義集, 北國新聞出版局, 97-98, 2004.
- 12) 人見裕江, 中村陽子, 大澤源吾, 他3名：郡部の高齢者の在宅死に及ぼす要因。川崎医療福祉会誌, 10(1), 93, 2000.
- 13) 朝日新聞 (2006年10月22日付朝刊) の報道記事によれば, 全国の在宅支援療養所数の届け出数は9720カ所であり, 一般診療所の約1割である。
- 14) 早川富博, 都筑瑞夫, 池戸昌秋, 他3名：中山間部における在宅死の現況。日本農村医学会雑誌, 50(5), 688, 2002.
- (受付：2006年11月2日, 受理：2006年12月7日)

The State and Resident Consciousness of Home End-of-Life Care in Depopulating Areas

— First Report: Nakanoto Town —

Hiroshi ASAMI, Yukari MIZUSHIMA, Katsuko KANAGAWA
Michie ASAMI, Mizuhiko SAKURAI, Hiromi MATSUE, Yukike YOSHIDA

Abstract

This document is an interim report of a research study regarding “The State and Resident Consciousness of Home End-of-Life Care” in Nakanoto Town. Although the proportion of individuals dying at home in Nakanoto Town has declined in recent years, this village still has a high death-at-home ratio compared to the death-at-home ratios of Japan as a whole and of Ishikawa Prefecture. Approximately 40% of Nakanoto residents responded that they would like to receive care until the end of their life at home. The most prevalent reason given for this response was that they had grown accustomed to living there, and that they would like to continue living the way they please until their death. Desires to die at home that rely upon traditional views of life and death, such as “to be surrounded by family” or “to live as long as possible”, are waning. Based on these findings, it has been determined that the following three items need to be implemented immediately in order to enhance home end-of-life care in Nakanoto Town, which does not have a core medical center: (1) an increase in the number of home care support clinics; (2) reinforcement of the partnership between clinics in the village and home-visit nursing care stations; and (3) enhancement of educational activities and consultation capabilities related to home end-of-life care at comprehensive support centers in the area.

Keywords Depopulating areas, home end-of-life care, views of life and death, dying at home, the burden of nursing care

報告

A 県内の医療施設における災害対策の課題

— 医療施設に所属する災害看護管理者への調査から —

水島ゆかり 林 一美

概要

A 県内の医療施設に所属する災害看護管理者を対象者として調査を行い、A 県内の医療施設における災害対策の課題について分析を行った。その結果、A 県内の医療施設における災害対策の課題は、20 サブカテゴリ、さらに 7 カテゴリに分類された。特に、【災害教育・訓練に関する課題】【災害対策マニュアルに関する課題】は、対象者の半数以上が医療施設における災害対策の課題であると答えており、A 県内の医療施設における災害対策の課題として早急に対処すべき課題であると考えた。医療施設における災害対策の課題については、各医療施設が災害対策のための専門組織を設置した上で災害対策を進めると同時に、医療施設間をはじめとして行政機関やその他の関係機関とも連携を図りながら、A 県における災害対策の向上に努めていくことが必要であると考えた。

キーワード 医療施設, 災害対策, 看護師

1. はじめに

わが国では、毎年、自然災害により多くの尊い人命や財産が失われている¹⁾。近年では、平成16年には新潟県中越地震、平成17年には福岡県西方沖および宮城県沖を震源とする地震や台風、平成18年度には平成18年豪雪等により多くの人命が失われた。このような自然災害は、その発生を防ぐことはできないが、被害を軽減することは可能である。また、大規模な災害が発生すると、その影響は広い範囲に及ぶため、災害対策は地域全体で取り組んでいくことが重要であると考えた。

我々は、平成16年にA県内にある全医療施設に所属する看護管理者を対象者とした調査を行い^{2,3)}、医療施設の災害に備えた取り組みの実態や災害看護への認識等を把握した。その結果、医療施設の看護管理者は、今後の防災対策として、防災訓練の実施や既存の防災対策の見直し等が必要であると認識していることが明らかになった。

そして今回は、医療施設における災害対策として見直すべき課題をより明確にすることを目的として、A県内の医療施設に所属する災害看護に関する管理者（下線部を以下「災害看護管理者」とする）を対象として調査を行ったので報告する。

2. 方法

2. 1 対象者

A県看護協会が平成17年10月に行った災害看護管

理者を対象とした研修会に参加した看護師75名であった。

2. 2 調査方法と調査項目

平成17年10～11月に、独自に作成した調査用紙を用いて調査を行った。調査用紙は、前記の研修会において配布し、郵送にて回収した。調査項目は、①対象者の背景（所属する医療施設の設置主体・病床数、役職）、②医療施設における災害対策の課題であった。

2. 3 分析方法

対象者の背景は単純集計を、自由記載にて回答を求めた医療施設における災害対策の課題は共通性のある内容を整理・分類した。整理・分類手順は、まずは各対象者の回答から、1文章をデータとして抽出し、データ毎にカードを作成した。次に、各データの内容を吟味し、共通性のあるものを集めて小さいグループとして命名し（サブカテゴリ化）、さらに共通性のあるグループを集めて大きなグループとして命名した（カテゴリ化）。また、各サブカテゴリ・カテゴリ毎に、データの数を集計した。

2. 4 倫理的配慮

対象者に、本研究の趣旨および研究以外の目的では使用しない旨を文書にて説明し、調査に同意を得られた場合に回答・返送してもらった。調査用紙に

は、施設名および問合せ先の記入を任意にて依頼したが、公表にあたっては施設名等が特定されないように配慮した。

3. 結果

調査に回答が得られた者は42名で、回収率は56.0%であった。

3. 1 対象者の背景 (表1)

対象者が所属する医療施設の設置主体は、自治体19名 (45.2%)、医療法人15名 (35.7%)、その他7名 (16.7%)、無回答1名 (2.4%) であった。また、その病床数は、200床未満16名 (38.1%)、200~499床17名 (40.5%)、500床以上7名 (16.7%)、無回答2名 (4.7%) であった。

対象者の役職は、看護部長・総看護師長12名 (28.6%)、副看護部長4名 (9.5%)、看護師長19名 (45.2%)、その他5名 (11.9%)、無回答2名 (4.8%) であった。

表1 対象者の背景 (n=42)

		n(%)
医療施設の設置主体		
自治体	19	(45.2)
医療法人	15	(35.7)
その他	7	(16.7)
無回答	1	(2.4)
医療施設の病床数		
200床未満	16	(38.1)
200-499床	17	(40.5)
500床以上	7	(16.7)
無回答	2	(4.7)
役職		
看護部長・ 総看護師長	12	(28.6)
副看護部長	4	(9.5)
看護師長	19	(45.2)
その他	5	(11.9)
無回答	2	(4.8)

3. 2 医療施設における災害対策の課題 (表2)

医療施設における災害対策の課題について自由記載にて回答を求めたところ、対象者42名から計98データが得られた。そして、98データから医療施設における災害対策の課題を分析したところ、20サブカテゴリ、さらに7カテゴリに整理・分類された。データの数が多かったカテゴリから順に、以下に記述する。なお、以下本文中ではカテゴリを【 】、サブカテゴリを< >、記述内容を『 』で示す。

(1) 災害教育・訓練に関する課題

対象者の30名 (71.4%) は、『マニュアルに沿った実施訓練を積み重ねる』等の<実践的な災害訓練の実施>、『訓練の方法について、大掛かりなものばかりではなく、トリアージだけとか、三角巾の使い方とか、部分的なものの勉強会から始めようと思った』等の<部分的な災害教育・訓練の実施>、『災害を想定した研修の開催』等の<災害教育の実施>、『訓練は定期的を実施した方がよい』等の<定期的な災害訓練の実施>、『実践的な訓練ができていない』等の<災害訓練の問題点>を災害対策の課題であると回答していた。これらは、災害教育および訓練に関する課題や問題点であり、【災害教育・訓練に関する課題】と命名した。

(2) 災害対策マニュアルに関する課題

対象者のうち27名 (64.3%) は、『活字を並べたマニュアルでなく、具体的にイメージができて行動できるマニュアルを作らなければならない』等の<具体的な災害対策マニュアルの作成>、『災害対策マニュアルを見直し、行動レベルのマニュアルにする』等の<災害対策マニュアルの見直し>、『マニュアルの周知徹底』等の<災害対策マニュアルの周知>、『マニュアルはあるが、それで行動できる、使えるマニュアルではない』等の<災害対策マニュアルの問題点>を災害対策の課題であると回答していた。これらは、災害対策マニュアルに関する課題や問題点であり、【災害対策マニュアルに関する課題】と命名した。

(3) 災害対策専門組織に関する課題

対象者の9名 (21.4%) は、『災害対策委員会を立ち上げ、委員が中心となり、職員全員への周知徹底、災害に対する意識の向上を図ることが必要である』等の<災害対策専門組織の設置>、『災害看護の委員会を立ち上げる』等の<看護部門による災害対策専門組織の設置>を災害対策の課題であると回答していた。これらは、災害対策専門組織に関する課題であり、【災害対策専門組織に関する課題】と命名した。

(4) 職員の災害意識に関する課題

対象者の9名 (21.4%) は、『他部署を含めて、全体で研修を受け、危機感を明確にすること』等の<職員の災害意識の向上>、『全職員の危機的管理意識不足があり、情報の共有や周知がなされているとはいえない状況である』等の<職員の災害意識の問題点>を災害対策の課題であると回答していた。これらは、職員の災害意識に関する課題や問題点であり、【職員の災害意識に関する課題】と命名した。

表2 医療施設における災害対策の課題 (n=42)

カテゴリ n(%)	サブカテゴリ(n)	記述内容
災害教育・訓練に関する課題 30 (71.4%)	実践的な災害訓練の実施(10)	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルに沿った実施訓練を積み重ねる ・実用的な訓練が必要 ・防火訓練のみの実施を改め防災訓練の必要性 ・準備・訓練の必要性 ・実践に伴う訓練方法 等
	部分的な災害教育・訓練の実施(8)	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練の方法について、大掛かりなものばかりではなく、トリアージだけとか、三角巾の使い方とか、部分的なものも勉強から始めようと思った ・部分的にでも訓練していく ・今回の研修で、小さな訓練（トリアージタックの記載）もスタッフ教育および意識付けとして効果があると感じた ・トリアージや救急蘇生法等の訓練の計画 ・夜間における訓練の強化 等
	災害教育の実施(6)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害を想定した研修の開催 ・年間の教育計画に災害看護を取り入れた研修を行い、繰り返し繰り返し実践する ・職員への研修（教育）・周知徹底の必要性 ・災害看護に対する看護職者への教育の必要性 ・新人教育の中での時間と内容を再検討し、もっと内容あるものとする 等
	定期的な災害訓練の実施(3)	<ul style="list-style-type: none"> ・訓練は定期的の実施した方がよい ・1年1回では不可で、月単位で訓練する ・一つ一つの行動を繰り返し意識して体で覚える
	災害訓練の問題点(3)	<ul style="list-style-type: none"> ・実践的な訓練ができていない ・訓練は火災訓練が毎年行われるが、型どおりで実践力に乏しい ・大規模な災害訓練を年に1回他職種を含めて実行しているが、色々問題も出ている
災害対策マニュアルに関する課題 27 (64.3%)	具体的な災害対策マニュアルの作成(11)	<ul style="list-style-type: none"> ・活字を並べたマニュアルでなく、具体的にイメージができて行動できるマニュアルを作らなければならない ・わかりやすく行動しやすいマニュアル作りをする。 ・具体的な（行動できる）マニュアルの作成（病院の防災マニュアルは全然実践的でなく活用されていない） ・具体的な動きのマニュアルがないので、早急に検討が必要である ・動ける具体的なマニュアルの作成 等
	災害対策マニュアルの見直し(10)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害対策マニュアルを見直し、行動レベルのマニュアルにする ・マニュアルが実践で活用できるようにより具体化する ・マニュアルはあるが、実際に動けるレベルではないので、手直しが必要だと思った ・災害マニュアルをみんなが生かせるマニュアルにする ・マニュアルの見直しをして、片手に持って実施できる薄い冊子を作成する 等
	災害対策マニュアルの周知(3)	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルの周知徹底 ・平時のマニュアルの周知 ・マニュアルの周知
	災害対策マニュアルの問題点(3)	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルはあるが、それで行動できる、使えるマニュアルではない ・マニュアルはあるが、実際に訓練はしていない ・マニュアルはできていても実践がない
災害対策専門組織に関する課題 9 (21.4%)	災害対策専門組織の設置(7)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害対策委員会を立ち上げ、委員が中心となり、職員全員への周知徹底、災害に対する意識の向上を図ることが必要である ・災害対策委員会の立ち上げ ・委員会やプロジェクトの発足 ・災害対策室等の設置 ・委員会発足への働きかけ 等
	看護部門による災害対策専門組織の設置(2)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害看護の委員会を立ち上げる ・できたら、災害対策検討会を看護部が先駆けて立ち上げていきたい
職員の災害意識に関する課題 9 (21.4%)	職員の災害意識の向上(7)	<ul style="list-style-type: none"> ・他部署を含めて、全体で研修を受け、危機感を明確にすること ・日々少しずつ実技を取り入れ、職員全員が災害に対する意識を持っていく事が大切 ・災害教育を通して職員の意識昂揚 ・施設員全員（他部門含む）の意識改革の必要性 ・管理者の意識改革 等
	職員の災害意識の問題点(2)	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員の危機的管理意識不足があり、情報の共有や周知がなされているとはいえない状況である ・管理部門が無関心
災害時の必要物品に関する課題 4 (9.5%)	災害時の必要物品の整備(4)	<ul style="list-style-type: none"> ・必要物品の整理整頓（いつでも誰でもすぐ手に取れる場所、使える状態にする） ・備えとしての必要物品を、各フロア同じものを同じ場所に整備したらよい ・エアストレッチャーや非常袋の購入、内容の充実をしていきたい ・病院へかけつける時の必要物品
災害時の受入れ体制に関する課題 4 (9.5%)	災害時の受入れ体制の整備(2)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時の受入れ体制 ・災害発生時の急性期3日間の対応
	災害時の受入れ体制の問題点(2)	<ul style="list-style-type: none"> ・自院が災害を受けた時の対策が整備されていない ・救護要請には参加しているが、自院での被災者受入れの体制が整備されていない
その他の災害対策に関する課題 15 (35.7%)	その他の災害対策についての決意(6)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時自分達ができる事をきちんと出して、具体策を考える ・全く防災ということを組織的に検証・実践がされていないことから、まずは周知をし、実践を行うことを第一歩として今後検討していく ・病院での全体の取り組み、身近な所（病棟）などから始める ・まずはできるところからと思った ・看護部から全体へ発信 ・看護部からアクションを起こす
	その他の災害対策の見直し(4)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害に対する日頃からの備え ・現在の実践能力を見直しする必要がある ・連絡網の見直し ・夜間の救急体制の見直し
	その他の災害対策の問題点(3)	<ul style="list-style-type: none"> ・すべての職員が周知できる方法 ・200床以上の施設に寝たきり（寝返り不可）患者が常に100名前後いる ・実行に移せない
	災害対策における地域との連携(2)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の関係機関の危機管理への対応が、どのように取り組まれているか情報収集する ・地域の関係機関が一同に会し、地域の課題について話し合う場を設定する（自分達の機関の課題と限界）

(5) 災害時の必要物品に関する課題

対象者の4名(9.5%)は、『必要物品の整理整頓(いつでも誰でもすぐ手に取れる場所, 使える状態にする)』等の<災害時の必要物品の整備>を災害対策の課題であると回答していた。これは, 災害時の必要物品に関する課題であり, 【災害時の必要物品に関する課題】と命名した。

(6) 災害時の受入れ体制に関する課題

対象者の4名(9.5%)は、『災害時の受入れ体制』等の<災害時の受入れ体制の整備>, 『自院が災害を受けた時の対策が整備されていない』等の<災害時の受入れ体制の問題点>を災害対策の課題であると回答していた。これらは, 災害時の受入れ体制に関する課題や問題点であり, 【災害時の受入れ体制に関する課題】と命名した。

(7) その他の災害対策に関する課題

前記以外のその他の災害対策に関する課題としては, <その他の災害対策についての決意><その他の災害対策の見直し><その他の災害対策の問題点><災害対策における地域との連携>があった。

4. 考察

対象者が回答した医療施設における災害対策の課題は, 【災害教育・訓練に関する課題】 【災害対策マニュアルに関する課題】 【災害対策専門組織に関する課題】 【職員の災害意識に関する課題】 【災害時の必要物品に関する課題】 【災害時の受入れ体制に関する課題】 【その他の災害対策に関する課題】の7つのカテゴリに整理・分類された。

【災害教育・訓練に関する課題】は, 対象者の約7割が医療施設における災害対策の課題であると答えており, A県の医療施設における災害対策の課題として早急に対処すべき課題であると考えられる。災害教育・訓練は, 策定したマニュアルに従い, 毎年視点を変えた訓練を繰り返し行い, その精度を高めることが重要であるといわれている⁴⁾。しかし, A県内の医療施設においては, 9割以上は火災を想定した訓練を行っているものの, その他の災害についてはあまり実施されていないことが報告されている²⁾。また, サブカテゴリとしては, <実践的な災害訓練の実施><部分的な災害教育・訓練の実施><災害教育の実施><定期的な災害訓練の実施>等があった。このことから, 火災以外の災害についても, 部分的な災害教育・訓練から始めていってはどうかと考える。

【災害対策マニュアルに関する課題】は, 対象者の6割以上が医療施設における災害対策の課題であ

ると答えており, A県の医療施設における災害対策の課題として対処すべき課題であると考えられる。しかし, 平成16年に我々がA県内の全医療施設に所属する看護管理者を対象として行った調査²⁾では, A県内の医療施設のうち災害対策マニュアルを備えていたのは, 災害にあったことを想定したマニュアルでは約7割, 多数の被災者を受け入れることを想定したマニュアルでは約4割であった。寺師ら⁵⁾が行った災害拠点病院の看護部長を対象とした調査においても, 災害対策マニュアルが作成済みであったのは約7割, 作成中は約2割であり, 災害拠点病院であっても十分に備えられていない現状が窺われた。また, 災害対策マニュアルが備えられている医療施設においても, 災害時に生かされると答えた看護管理者は約4割であった²⁾。そのためか, 【災害対策マニュアルに関する課題】のサブカテゴリとしては, <具体的な災害対策マニュアルの作成><災害対策マニュアルの見直し>等があった。これらのことから, 各医療施設は, 災害対策マニュアルの作成・見直し・周知を行い, それに沿った災害教育・訓練を定期的・部分的に実施し, より実践的な内容になるよう見直しを行っていくことが必要であると考えられる。そして, 災害教育・訓練と災害対策マニュアルの見直しを繰り返し行っていくことで, 実際の災害時に活用できる実践的な災害対策マニュアルになっていくと考える。

【災害対策専門組織に関する課題】 【職員の災害意識に関する課題】は, 対象者の約2割が医療施設における災害対策の課題であると答えていた。平成16年に我々が行った調査³⁾では, 災害対策のための専門組織を設置している医療施設は約3割であり, 8施設中7施設に設置されていたという西上ら⁶⁾の調査結果に比べて, かなり低い値であった。平成8年に厚生省(現厚生労働省)健康政策局指導課⁷⁾は災害対策のための専門組織の必要性について述べているが, それを災害対策の課題としてあげていた者は約2割であり, 対象者らはその必要性を十分に認識していないようであった。しかし, 医療施設において継続的で一貫性のある災害対策を行う場合には, まずは専門組織を設置した上で, 専門組織を中心として災害対策マニュアルの作成・見直し・周知や災害教育・訓練の実施等に取り組むことが重要であると考えられる。そうすることで, それぞれの災害対策が一貫性のあるものとなり, 災害時に生かすことができると考える。

職員の災害意識については, 災害体験が少ない地域の看護職者は, 災害拠点病院に勤務していても, 災害対策マニュアルを読んでいなかったり, 研修を

受けたことがない等、災害に対して危機感が乏しいと報告されている⁸⁾。A県は、近年大きな災害は起こっておらず⁹⁾、災害への対応経験のある医療施設も少ない(約1割)²⁾ため、職員の災害に対する意識が低いのではないかと考えられる。しかし、医療施設における災害対策の課題としてあげられた災害対策のための専門組織を中心として、災害対策マニュアルの作成・見直し・周知や災害教育・訓練等を行うことで、その意識は高まると考えられる。

森下ら¹⁰⁾は、看護職の災害時の看護活動に関しての日頃からの取り組みの程度について調査を行い、今後の課題の一つとして災害に備えた地域内の組織ネットワークの形成に向けた取り組みが必要であると述べている。本調査において、＜災害対策における地域との連携＞を医療施設の災害対策の課題であると答えた者は少数であった。しかし、大規模な災害が発生すると、その影響は広い範囲に及ぶため、災害対策は地域全体で取り組んでいく必要がある。そのため、各医療施設が、災害対策のための専門組織を設置した上で災害対策を進めると同時に、医療施設間をはじめとして行政機関やその他の関係機関とも連携を図りながら、A県における災害対策の向上に努めていくことが必要であると考えられる。

5. まとめ

災害看護管理者を対象者として調査を行い、A県内の医療施設における災害対策の課題について分析を行ったところ、以下のことが明らかになった。

1. A県内の医療施設における災害対策の課題は、20サブカテゴリ、さらに7カテゴリ（【災害教育・訓練に関する課題】【災害対策マニュアルに関する課題】【災害対策専門組織に関する課題】【職員の災害意識に関する課題】【災害時の必要物品に関する課題】【災害時の受入れ体制に関する課題】【その他の災害対策に関する課題】）に分類された。
2. 【災害教育・訓練に関する課題】【災害対策マニュアルに関する課題】は、対象者の半数以上が医療施設における災害対策の課題であると答えており、A県内の医療施設における災害対策の課題として早急に対処すべき課題であると考えられる。
3. A県内の医療施設における災害対策の課題については、各医療施設が災害対策のための専門組織を設置した上で災害対策を進めると同時に、医療施設

間をはじめとして行政機関やその他の関係機関とも連携を図りながら、A県における災害対策の向上に努めていくことが必要であると考えられる。

謝 辞

本調査にご協力いただきました石川県看護協会および災害看護管理者研修会の参加者の皆様に深謝いたします。

なお、本論文は、日本災害看護学会第8回年次大会にて発表した内容に加筆・修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 内閣府(編)：防災白書(平成18年版)，株式会社セルコ，35，2006.
- 2) 林一美，水島ゆかり，木下幸子他1名：石川県における医療施設の災害に備えた取り組みと看護管理者の災害看護の認識に関する検討，石川看護雑誌，2，1-6，2005.
- 3) 水島ゆかり，林一美：医療施設の災害に備えた取り組みの実態と背景要因の検討—石川県内の医療施設に所属する看護管理者への調査から—，石川看護雑誌，3(2)，39-44，2006.
- 4) 石原哲(編著)：病院防災ガイドブック，真興交易(株)医書出版部，39，2001.
- 5) 寺師榮，丸山美津子，石井美恵子他4名：災害拠点病院における災害対策と災害看護に関する調査Ⅰ，日本救急看護学会雑誌，3(2)，75-89，2002.
- 6) 西上あゆみ，末原紀美代：病院看護婦への質問紙調査からみた災害看護に関する課題，日本災害看護学会誌，2(1)，34-44，2000.
- 7) 厚生省健康政策局指導課(監修)：21世紀の災害医療体制；災害にそなえる医療のあり方，へるす出版，50-52，1996.
- 8) 鎌田美千子，三澤寿美，青木実枝他3名：A県内の災害拠点病院に勤務する看護職者の災害発生時の支援活動に関する意識調査，日本災害看護学会誌，7(2)，2-9，2005.
- 9) 石川県：消防防災web，2006. 10. 5，<http://www.bousai.pref.ishikawa.jp/top.asp>
- 10) 森下安子，東郷淳子，加納川栄子他20名：A県における災害看護への取り組みに関する検討，日本災害看護学会誌，4(3)，22-32，2002.

(受付：2006年10月31日，受理：2006年12月8日)

Issues of Disaster Planning at Medical Facilities in Prefecture A —A survey of Disaster Nursing Administrators—

Yukari MIZUSHIMA, Kazumi HAYASHI

Abstract

A survey was conducted of nursing administrators at medical facilities of Prefecture A who specialized in disaster planning. Administrator opinions were sought regarding problems that might arise in the event of a disaster. Survey results were analyzed to gain insight into issues of disaster planning at medical facilities in the prefecture. The survey identified 20 items in disaster planning. Issues identified were further classified into seven categories. Over half of those surveyed specifically identified carrying out “disaster education and drills” and preparation of a “disaster planning manual” as critical tasks. Dealing with these issues is an urgent necessity. Each medical facility needs to set up a special committee to address to these issues. At the same time, it is essential for each medical facility to strive to improve disaster planning in cooperation with other facilities, administrative agencies and other organizations.

Keywords medical facilities, disaster planning , nurses

報告

地域住民を対象とした認知症予防ボランティア育成の 成果と今後の課題

—認知症予防ボランティア個人の変化から—

細川淳子 天津栄子 佐藤弘美 伊藤麻美子

松平裕佳 金川克子 藤田茂美*

概要

本研究は、地域住民を対象とした認知症予防ボランティア（以下、ボランティア）育成の成果と今後の課題を明らかにすることを目的とした。対象は、ボランティア3名であり、認知症予防ボランティアの会に参加してからの自己の変化について半構成面接を実施した。結果、1）認知症を継続して学習したことによる効果として、学習内容と実際の介護現象が結びついたり、親に対する態度の変化や、自分が認知症になった場合の対応を考える機会が出来ていた。2）クラブ活動の効果としては、個人の楽しみの場、新たな技能の習得、家族内役割の獲得、さらなる向上心などが示唆された。今後の課題としては、実際に認知症の方とかわることによる学習、介護者としての介護技術の習得、自分自身の認知症予防など個人に合わせたニーズへの対応と、意見や役割を強制せずにボランティアの主体性を尊重して関わっていくことが挙げられた。

キーワード 認知症, 予防, 地域住民, ボランティア

1. はじめに

我が国では2015年に戦後生まれの団魂の世代が65歳以上の年齢に到達し、認知症高齢者の数は250万人に達すると推計されている¹⁾。このときまでに総合的な認知症対策を進めていく必要がある。

われわれは地域で認知症予防活動の具体的な活動にかかわる人材を地域から発掘・育成し、認知症予防が必要な高齢者に対し、適切な認知症予防活動を継続・定着させていくことが重要であると考えた。そこで地域住民が認知症とその予防方法に関する学習を広め、認知症に対する偏見を克服し、相互に助け合う認知症予防のシステムを構築していくための認知症予防ボランティアの育成を開始した²⁾。本研究は、この認知症予防ボランティア育成を継続してきたことによる、認知症予防ボランティア個人の変化を明らかにし、これまでのボランティア育成の成果と今後の課題を検討することを目的として行った。

2. 研究方法

2.1 これまでの取り組み

平成15年12月から月に1回ずつ平成17年6月の時点で合計18回の認知症予防ボランティアの会（以下、いちご会）を開いてきた。（表1参照）いちご会の会員は、地域住民を対象に行った第1回痴呆予防講演会の出席者から募った者と、会員の勧誘によって参加している者である。会員数は46名、平均年齢は約65歳（30～80歳代）である。各回では認知症予防ボランティアを育成するために次の2つを実施している。1つはテキストを用い、研究者らが認知症に関する知識を提供した後、会員と質疑応答を行う形式の学習である。もう1つは、パソコン・絵手紙・童謡の3つのクラブを立ち上げ、クラブ毎に「認知症やボランティアについて」「クラブ活動内容について」話し合いながら進めていくクラブ活動である。

2.2 対象

研究者が各回のクラブ毎の話し合いの中で、個人の変化が特にありそうだと感じた会員を各クラブ1名ずつ計3名選出した。

*かほく市地域包括支援センター

2.3 データ収集方法

プライバシーの確保できる個室にて半構成面接を実施し、対象の同意を得て、テープに録音した。面接内容は、「いちご会にはじめて参加した頃と比べて、自分が変化したと思うことについてお話下

さい」「認知症についての捉え方や考え方がどのように変わったか教えて下さい」などである。尚、対象が各回の内容を思い出すのを助けるために、今までの会の簡単な内容を一覧（表1）にして示した。

表1 いちご会年表

		いちご会の歴史	特記事項	学習会	歌
平成15年	11月	第1回痴呆予防講演会	(Y先生) 痴呆予防ボランティアの募集		
	12月	第1回痴呆予防ボランティアの会	立ち上げ		
平成16年	2月	第2回痴呆予防ボランティアの会	会の名前が「いちご会」に決まる 「パソコン」「絵手紙と体操」「童謡」のクラブができる 学習本「やさしい痴呆性高齢者への介護とケア」を読み始める	大学スタッフ1: 痴呆について	
	3月	第3回いちご会	クラブ毎の話し合いがスタート （「今の私は痴呆をこんな風に思う」「ボランティアってどんな活動?」「どんなクラブにしていこうかあ」）	大学スタッフ2: 老年痴呆者への精神的対応の原則 1~5条	
	4月	第4回いちご会	前回話し合ったことの振り返り	大学スタッフ3:MOMO 6~10条	春の小川
	5月	第5回いちご会		大学スタッフ4:電池が切れるまで 11~15条	おぼろ月夜 肩たたき・鯉のぼり
	6月	第6回いちご会	いちご会規約について①	大学スタッフ5:ばあやのお話 16~20条	故郷
	7月	第7回いちご会	地域を基盤にした痴呆予防プログラムの体系化に関する研究発表 国際アルツハイマー病会議で報告することを発表	大学スタッフ1:自分の感受性くらい 脳血管性痴呆の高齢者への介護の原則1~3条	幸せなら手をたたこう たなばたさま
	8月	第8回いちご会	いちご会規約について②・会費について 各クラブの代表者決定	大学スタッフ2:一番いい人 4~7条	あめふり 故郷
	9月	第9回いちご会	開始時間9時30分になる。大海交流センターで実施 いちご会規約について③	大学スタッフ4: 8~10条	もみじ 赤とんぼ
	10月	第10回いちご会	会費3000円徴収、痴呆予防後援会の役割分担	大学スタッフ1: これまでの振り返り	村祭り
	11月	第11回いちご会	痴呆予防講演会準備、大海交流センターで実施 国際アルツハイマー会議でいちご会の活動を紹介 ポスター・標識やチラシの絵を描く	大学スタッフ5: 痴呆に伴う問題行動 徘徊・せん妄	故郷
	12月	第2回痴呆予防講演会 第12回いちご会 * 大海交流センターで打ち上げ	(H先生) ミニシンボでいちご会を紹介 痴呆予防講演会のお疲れさん会を実施		故郷
	平成17年	1月	第13回いちご会	新会員の入会。大海交流センターで実施 封筒づくり開始	大学スタッフ4:あなたへ 色情行為・不潔行動・夕暮れ症候群
2月		第14回いちご会	演習コーナー(HDS-R、看護大学出版物忘れチェック)	大学スタッフ2:	村の鍛冶屋
3月		第15回いちご会 * 第1回役員会 * お花見会実施(パソコン)	会計報告、いちご会規約について④完成	大学スタッフ1: 日常生活の基本動作の介護	おぼろ月夜
4月		第16回いちご会	大人のドリル(ごんぎつね・我が輩は猫である)	大学スタッフ5: 介護で注意を要する病的状態	
5月		第17回いちご会 * GH訪問(童謡)	自己の成長記録を書く 会計と会計監査が決まる	大学スタッフ4: 在宅介護の継続の問題	背比べ
6月		第18回いちご会	第3回認知症予防講演会ではO氏を呼ぶことに。7月2日;認知症タウンミーティングに17名参加	大学スタッフ6: 2冊目「新しい痴呆ケア」1と2	夏は来ぬ シャボン玉

2. 4 データ収集期間

平成 17 年 6～7 月

2. 5 データ分析方法

テープを逐語録に起こし、認知症に対する考え方や日頃の行動、態度など自己の変化について語られた部分を抽出した。抽出は 3 人の研究者がそれぞれに実施し、合意が得られた部分を記載した。また、その語りの要約をおこなった。

2. 6 倫理的配慮

対象者には研究の目的や方法を書面と口頭で説明し、面接を拒否しても不利益が生じないこと、話したくないことは話さなくて良いことなどを伝え、書面にて同意を得た。尚、本論文に記載する対象者の情報は対象者に提示し、掲載の許可を得た。

3. 結果

対象の概要を表 2 に示した。対象者 3 人の語りの主要部分を表 3～5 にそれぞれ示した。

A 氏は、いちご会での学習は納得できる場所が多く、その学習により、親の何度も繰り返される昔話を、脳が働いている状態と捉えて聞けるようになったこと、親から教えられることがあると気づいたことを一番の学びにあげた。また、クラブの代表は重荷に感じながらも、会の準備や後始

末を会員も行うように役員会で提案している。また、課外活動の希望をもっており、クラブ活動の絵てがみを更に学びに行きたいという意欲も話された(表 3)。

B 氏は、現在も姑の介護をしている。いちご会での学習によって現実の介護で何が起きているのかに気づき、姑の言動は仕方がないことと、思っやさしく出来るようになったが、イライラするときもある。今後はいちご会でストレスをためない介護方法を学ぶこと、会員の介護経験を聞きたいというニーズがある。クラブはパソコンクラブに入っており、パソコンが出来るようになり、夫から頼りにされるようになったり、自分自身もパソコンをしているとイライラしなくなったと語っていた(表 4)。

C 氏は、80 代ということもあり、自分自身の認知症予防のために話を聞きに来ていることを強調していた。その話を聞いて、認知症の方の心や付き合い方がわかるようになったと話された。また、いちご会以外で話を聞いたときにも、いちご会で聞いている内容に間違いのないと思うようになった。年長者として童謡クラブの代表を務めていたが、代表としての発言が出来ず、代表を交代して楽になったことも語っていた。童謡クラブでは歌のすばらしさを再認識すると共に童謡を歌っているときの子供のような心を今後もなくさないようにしていきたいということを語られた(表 5)。

表 2 対象の概要

	A 氏	B 氏	C 氏
年代	60 歳代	60 歳代	80 歳代
性別	女性	女性	女性
クラブ	絵てがみ	パソコン	童謡
参加状況	第 3～18 回のうち 13 回参加	第 6～18 回のうち 10 回参加	第 1～18 回のうち 14 回参加
語りの長さ	面接時間約 70 分/ 逐語録 A4-10 枚	面接時間約 60 分/ 逐語録 A4-7 枚	面接時間約 45 分/ 逐語録 A4-6 枚

表 3 A 氏 (60 歳代・女性・絵てがみクラブ) の代表的な語り

	逐語録から抜き出した自己の変化を語っている部分	変化の要約
①	いちご会に入って親が長生きしてくれてはが良かったけど、教えられて 65 になった私がお後を追って行っとなかなか思ったら、上手にできんけどもなんかやっぱ生んでくれた親が長生きしたおかげで自分が教えられることがいっぱいあるんかなって思っ。	親から教えられることがあると気づいた
②	(入院中の母が) 17・8 ころまで親元におっ、その自分の記憶に残ったことばかりしゃべる。それを聞かれるか聞かれんかっていうと他人やったらまあよきに計らって聞いとるけど親やったらこの勉強したおかげで、ああ一生懸命今きくと昔のこと思っだいて脳が働いとるんやな、働いとるんやなと、聞いてあげられる気持ち、今まで怒っったけど、話をゆっくり聞いてあげて、また、ふんそんな人と遊んでそんな遊び方して、昔そんなことしっったん、とっかって聞いてあげられることがすごくいちご会来て良かったと思っ。	学習により、入院中の母親の話を怒らずに、脳が働いていると捉えて聞いてあげられるようになった

③	会の中は、やっぱりあの本に先生方順番に話かけてくれるあれが一番私はもうそれしかない、あの1コマ1コマ、今日4ページ、来月4ページ、来月5ページあの1コマ1コマ言葉にもう 5個話しを聞けば4個までは納得 、納得、納得で私は今日まで聞いてきました。勉強会はまたもういっぺんも戻ってあとからおいでた人もおいでるから、1回戻って、あの～あらあらとD先生した時も、絶対にいいとあれは感じました。	本を用いた認知症の勉強内容に納得できた
④	お年寄り、病人、ボケた人が行動しとるかちょっと何時間でも私見たいがや、夢ねん。E県のFさんのところ小さいバス借りて、誰かに運転してってもらって。どういいう0歳から死を待つまでの 生活をどういう風にしておいでるんか見学、視察、何かで行きたいなあと思う 。G先生来て頂いたがいね、あれはもうまた来て、変わった話聞かいて欲しいなあ。行かれないからスライドで見るとちゅうのもいいし。	実際の介護現場を見学したいと思うようになった
⑤	(クラブの代表は) 役ちゅうだけでいいって最初決めただけどやっぱりなんとなく 重荷になる と思う。	クラブの代表を務めることは重荷に感じる
⑥	私、途中から会って来たけど、行ったらちゃんとお茶、ちゃんとテーブルきちつとなつとるが、先生方そういう風にして迎えんならんがかなって最初思ってたけど毎回これ大変なことやなって自分で感じとったとき、あーこれで今いいなら口出すことないし、口出すことないしって時に役員会で 私(準備や後片付けを会員もしよう)言ったんや 。役員会にいろんなことやっぱりいったほうが話し合いがいいんじゃないかなって思っ。	準備されたところに参加するのではなく、自分達でも準備や片付けをしていくよう提言した
⑦	私ら基礎習ってないからダメなんやと思うんや、私基礎習った人は1回習えば、あとで10回でも努力するげん。大事な仲いいお友達に頼んで 習いに行ってみようかと思たりしとるんやけど 。	(絵てがみを) 習いに行こうと思っている

表4 B氏(60歳代・女性・パソコンクラブ)の代表的な語り

	逐語録から抜き出した自己の変化を語っている部分	変化の要約
①	おばあちゃん(姑)をみとったら、ああ、こんなことになってくるがやなど 。で、こんな時はどんなようなんにしていったらいいがかな、こんなようにしていいかならんちゅう感じでもなかったけど、頭の中にそれ(習ったこと)が入とって、なんかあった時もそれがぼっと出てんね。ああこんなにしとらいいんか、そっかこんなことになるんやねって、徐々にこんなことになってきとるんかなあって、これ (学習会の本)読んで初めて気が付いた 。	姑の介護で何が起こっているかを学習して気づいた
②	あつ、こんなこと言うともだめやわ、 病気や、年や、仕方ないんやわって 思うげん。 思うんやけど、そんなのにやさしいがに言われる時と、自分がイライラとしてくる時とね 。	仕方がないんやと思っやさしく出来る時がある
③	介護の場でストレスをためない接し方を勉強したい 。人におばあちゃんの、あのその痴呆を認めてもらいたいってことじゃなくて、自分が常日頃どんなんにして対応したり、接したり、それを楽な気持ちでできるかちゅうことやね。	ストレスをためない接し方を勉強したい
④	私、H地区のほうから Iさん ておいでるやろ。あの 人としゃべってみたい なあって思うこともあるんやね。あの人は舅さんでないけど自分の親をみてきてるんやね。あの人がやったら、ちょっとは旦那さんの気兼ねもあるし、自分の親をみていく時に、お父さんに気兼ねして、 どんな世話の仕方しとったんかなあと思っ 。	介護経験のあるいちご会員に世話の仕方を聞きたい
⑤	今、うちの(夫)町内会の会長しとるもんで、そしたら口でやっばりふれて歩くってことできんげんね。そしたら前は鉛筆で、ペンで書いて、それをコピーして、回いとったんやけど、 パソコンできるんやったらそれしてくれって言われて 、それからちよつとずつ、でしとったら楽しいしね、いついつかまでにこれしといてくれって、こんながんこんなようなが作っおいてくれって言われたらね、よし頑張っやらんああって思っね。	パソコンが出来るようになり、夫から頼りにされるようになった
⑥	そんなんなつたら(パソコンしていたら)バカなことなんか イライラと全然考えんようになつて 。	パソコンをしていたらイライラしなくなった

表5 C氏(80歳代・女性・童謡クラブ)の代表的な語り

	逐語録から抜き出した自己の変化を語っている部分	変化の要約
①	第1回痴呆予防講演会のお話聞いて、何か、参加する意味は、これから 自分が痴呆になったら大変だな、少しでもお話聞きたいなあ と思って参加した。自分を守るために。	自分が認知症にならないためにお話を聞く
②	少しずつなんか、今の 痴呆の方の、心って言うかな 、あの、一緒に話しするっていうかな、 つきあい方？ そういう風なことが 少しずつ何かわかってきた ような気がするんですね。人のお話を、よく聞く、っていうかな、自分がもし痴呆になったら、そんなこと違うとか、それはダメとか言わないで、やさしく何事でも、あっそうか、あっそうやねって言って同調していただくようなつきあい方をさせていただいた方が、自分の心が和むし、そういう風に思っております。	認知症の方の心や付き合い方がわかるようになった
③	NHKでね、 バリデーションワーカーという人の話とか聞いたんです よね。その前から私は思っていましたけども、やっぱその患者さんに対して真心を込めて話し合うとか、その人が言ったことを、もしもあの違っていることでもそれが違うって言わないで、ああそうか、そうかって聞いてあげることがいいとあって。そういうお話を聞いて、ああやっぱり 聞いたことは間違いないなって思いました 。	いちご会での学習内容と他で聞く内容を比較し、聞いている内容に間違いはないと思った
④	歌、歌っていると、もう心がすっきりするね 。何でかね。楽しい歌をね。夕方ちょっと散歩をね、2、30分するんですけど、その時は人がいなかったら歌を歌ったり、手を大きく振ってみたりしてやってるんですよ。やっぱり 歌ってほんとすばらしい と思いますね。	歌のすばらしさを再度認識した
⑤	私聞くだけが好きなんで、意見は？って言われると、ちょっとしどろもどろになります。何か行っても自分の意見も言われなしダメかなって思ったり。いつも、そう思ってるんです。何か聞かれたらどうしようってそういう気持ちがあるんですよ。 (クラブの代表)代わって、あのなんかあの今日の行ったことって聞かれたらさきさと答えられないんや私は。だから何か楽です 。	クラブの代表としての発言がいきなり、代表を交代して楽になった
⑥	童謡歌うのは大好きで、すっきりするしね。 童謡が一番いいね。子どもの心になりますしね 。やわらかい心になってね、年いったらやっぱり そういう心がなくならないように 。ね、何事にも感謝していきたい。	童謡を歌っているときの子供のような心がなくならないようにしたい

4. 考察

4. 1 認知症に関する学習を活かす範囲の拡大

認知症は理解するのが難しい病気であるが、少しずつでも繰り返し学ぶことによって、それぞれの立場で次のような変化をもたらすことが出来たと考える。家族員に認知症の方をもつ者は、学習内容と実際の現象が結びつきやすくなり、対応が変化した。入院中の親に対する態度の変化がみられた。後期高齢者である自分が認知症になった場合の対応について考える機会を得た。

このように学習内容が自分や家族など自分の周囲の人たちに影響している。さらには、実際の認知症の人と関わりたいという意欲の向上につながっている。看護学の教育においても、はじめは机上の学習を行うが、机上の学習を終えた後には実際にクライアントとかかわる実習へと発展していくように、ボランティアも学習本や研究者らの解説などを聞き、学んだ内容を実際に認知症高齢者と触れ合うことや、介護現場を見学することで更に学びが深まり、ボランティアとしての実力をつけていくことが出来るだろうと考える。そのよ

うな机上の学習を活かす場をつくっていくことによって、今後は認知症に関する正しい知識や認知症予防の輪がボランティアの知人、友人、地域の人々へと広がっていくことが期待できる。厚生労働省は平成16年12月、「痴呆」から「認知症」へ呼称を改めた。これを機に、平成17年度を「認知症を知る1年」と位置づけ、認知症という病気の知識や、本人の気持ちや状態、望ましい接し方、地域として何ができるのかななどを自分の問題として捉える運動を進めている³⁾。いちご会会員が認知症の正しい知識を地域に広げる役割を担うことができるよう今後も学習を継続し、その内容を検討していく必要がある。

4. 2 ボランティアとしての自覚の芽生え

会の準備、後片付けという小さな事ではあるが、自分たちができることを自分たちで行っていく姿勢がみられるようになった。ボランティア活動の概念について岡本⁴⁾は、活動する側に関わる性格として自発性と主体性を挙げている。今回、ボランティアを育成する場合に、企画する方が準備しすぎる対応に気づかされた。しかし、過度に役割

を与えすぎると、「クラブの代表者が重荷」「代表を代わって楽になった」等と語っていることから負担感が増大することが予測される。今後は芽生えてきたボランティアとしての自覚を大切にしつつ、過度な役割を与えることなく、いかに自発性や主体性を高めるように対応するかが課題であると考えられる。

4. 3 楽しいこと・興味のあることへの力

それぞれがクラブ活動を通して、自分の興味のあること、または新しく何かを始めることができ、クラブ活動が楽しみの場になる、新たな技能の習得、家族内役割の獲得、向上心の芽生えなど自分にとってのプラスの効果を感じている。人はそれぞれ得意なこと不得意なことがあり、やりたいと思うことも違っている。そのため、全員が同じものを楽しむことは難しい。東京都老人総合研究所痴呆介入研究グループのこれまでの知見に基づき、八森⁵⁾は痴呆予防の3原則の1つとして「興味のある楽しいことをする」を挙げており、認知症予防の活動として、モチベーションを持ってもらうために重要なポイントであるといえる。いちご会でのクラブ活動の種類は3つと少ないが、複数のクラブがあり選択できることは重要なことだと考える。今後も会員のニーズに合わせて新たなクラブを作る、クラブ活動の中身を考えるなど工夫し、会員のモチベーションを高めていきたい。

5. まとめ

3人のいちご会会員へインタビューを行って、会員1人1人が様々な立場でいちご会に参加し、成長している過程が明らかとなった。今後も1人1人の持つニーズを把握しつつ、ボランティアの主体的な行動を尊重し、地域社会に役立つ活動を目指していきたい。

1. ボランティア育成の成果

1) 認知症を継続して学習したことによる効果：家族員に認知症の方をもつ人は、学習内容と実際の現象が結びつきやすくなっていた。また、親に対する態度の変化がみられ、自分が認知症になった場合の対応について考える機会となっていた。

2) クラブ活動の効果：個人の楽しみの場、新たな技能の習得、家族内役割の獲得、さらなる向上心などに有効であった。

2. 今後の課題

机上の学習以外の実際に認知症の方とかわることによる学習、介護者としての介護技術の習得、自分自身の認知症予防など皆それぞれのニーズをもっており、その個別のニーズにどのように対応していくかを考えていく必要がある。その際、意見や役割を強制せずに関わり、ボランティアが自発的かつ主体的に認知症予防の輪を地域に広げていく役割を担えるよう支援していくことが課題である。

謝辞

インタビューに応じていただいたいちご会会員の皆様に感謝いたします。尚、本研究は、石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究助成をうけて実施したものであり、この要旨は第6回日本認知症ケア学会大会で発表した。

引用文献

- 1) 高齢者介護研究会：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～, 51-52, 2003.
- 2) Eiko Amatsu, Hiromi Sato, Junko Hosokawa, et al. : Dementia prevention activities in an area Process of training of the volunteer by a local resident, 20th International Conference of Alzheimer's Disease, 237, 2004.
- 3) 池田武俊：介護保険法の改正と今後の認知症対策について、日本認知症ケア学会・第1回教育講演抄録, 4-5, 2005.
- 4) 岡本栄一：ボランティア活動の理念と性格, 三浦文夫他編 地域福祉事典. 中央法規, 325, 1997.
- 5) 八森淳：痴呆ケアのための地域ネットワークづくりⅢ. 痴呆症の予防・治療・ケアのための地域ネットワークづくり 青森地域医療研究会の取組み, 日本痴呆ケア学会誌, 216-225, 2003.

(受付：2006年11月10日, 受理：2006年12月15日)

Achievements and Problems of Training Local Residents for Volunteer Dementia Prevention Work: Post Training Changes in Volunteers

Junko HOSOKAWA, Eiko AMATSU, Hiromi SATO, Mamiko ITO,
Yuka MATSUDAIRA, Katsuko KANAGAWA, Sigemi FUJITA

Abstract

The purpose of this study was to identify achievements as well as future problems associated with training local residents to be dementia prevention volunteers. Three volunteers served as subjects. Semi-structured interviews were conducted with each subject with a focus on personal changes that they experienced following participation in a dementia prevention volunteers' meeting. The results were as follows: 1) Continued education about dementia had the effect of bringing greater understanding of the relationship between content learned in training and actual care giving; changed attitude toward parents; gave an opportunity to think about oneself as suffering from dementia. 2) Club activities became a place of personal enjoyment; one where new skills were acquired; ones that could lead to a new role to play in one's own family; the activities stimulated a desire for self-improvement. Issues to be addressed in the future included: need for more dementia patient contact-derived learning; acquisition of additional practical care giver skills; enhanced understanding of preventive measures against dementia as a problem for oneself; in interaction with volunteers, staff respect for volunteers' independence and avoidance of imposition of one's own opinions or role.

Keywords dementia, prevention, local inhabitants, volunteer

報告

人口減少地域における在宅終末期療養に関する住民の意識

— 白山麓地域の場合 —

浅見美千江* 浅見 洋 金川克子

水島ゆかり 田村幸恵 橋本宏樹** 清水えり子***

概 要

本研究では、白山麓地域における在宅終末期療養に関する住民の意識を明らかにすることを目的として、40歳代から70歳代の住民480名を対象に自記式質問用紙による郵送調査を行い、301名の有効回答を得た。

その結果、有効回答数の約4割が「最期まで療養したい場所」として「自宅」を選択し、「家族の理解と協力」、「往診してくれる医師の支援」、「訪問看護や訪問介護体制の整備」があれば、「自宅で最期を迎えることは実現可能である」と回答した。また、「理想的な死」は「周囲に迷惑をかけない死」、「長い闘病生活のない死」、「苦痛や恐怖のない死」と回答しており、できるだけ家族に負担をかけない穏やかな最期を望んでいた。

こうした調査結果から、白山麓地域の在宅終末期療養を充実させるためには、在宅終末期療養に関する家族の理解や関心を高める総合的支援、および24時間在宅ケア体制の整備、緩和ケアの推進が課題であることが示唆された。

キーワード 在宅終末期療養, 住民の意識, 人口減少地域, 自宅死, 理想の死

1. はじめに

わが国における高齢化率は2006年度に初めて20%を超え¹⁾、本格的な高齢化社会に入ったといえる。特に後期高齢者人口の増加は死亡者数の著しい増加を招き、2038年には死亡者数がピークの170万人に達すると予想されている¹⁾。それに伴い、「自分らしい最期をどこで迎えるか」が人々の大きな問いとなり、「自宅で最期を迎える」ことも一つの選択肢となってきている。

2005年厚生労働省は第17回社会保障審議会医療部会において、中長期の医療費適正化効果を目指す方策として「患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供により、自宅死等での死亡割合を4割に引き上げること」を具体的な指針の一つとした²⁾。

しかし、宮原ら³⁾が行った農村における在宅死調査では、在宅死亡率が高い町村には、在宅での看取りに熱心な医者がおり、訪問看護ステーションが設置されているところが大半であったとの報

告がある。また、筆者が2003年に訪問看護ステーション18施設を対象に実施した自宅死の概況調査では、自宅死の看取り数は訪問看護ステーションの規模の大きさではなく、むしろ地域の産業構造、交通の利便性、家族構成、医療機関や福祉施設の数、在宅医療に積極的な医師の存在、住民の看取りに対する意識が影響を与えていると考えられた⁴⁾。さらに、田宮ら⁵⁾の研究においては往診する医師の有無が在宅死と有意に関連していることや人見ら⁷⁾が郡部で行った在宅死調査では、在宅死割合の高い市町村は保健医療福祉サービス等の社会的支援が充実していたことが報告されている。

以上から、地域環境、医療・福祉環境、文化環境等が在宅死に何らかの影響を与えていると推測される。したがって、地域特性が考慮されていない印象を受ける厚生労働省の画一的な在宅終末期指針が、どのような地域においても妥当な指針と成り得るだろうかという疑問を持った。そこで、石川県内で典型的な人口減少地域⁷⁾である白山麓地域をモデルとして、在宅終末期療養に関する住民の意識を把握することを目的として郵送調査を

* (社) 石川県医療在宅ケア事業団

** 白山市国民健康保険吉野谷診療所

*** 白山ろく訪問看護ステーション

行うこととした。さらに、白山麓地域における在宅終末期療養の課題についても検討することとした。

2. 研究方法

2. 1 調査対象

調査対象は白山麓地域に在住する40歳代から70歳代までの480名（各年代120名）の住民であり、白山市住民台帳から無作為抽出した。

2. 2 調査項目

調査に用いた自記式質問用紙「死生観・在宅終末期療養についての意識」調査は既存の調査研究を参考に独自に作成したものであり、対象者の背景、死生観、在宅終末期療養に対する考えの3側面から構成した。

(1) 対象者の背景

年齢、性別、同居家族数、健康状態、介護経験、死別体験

(2) 死生観

「理想的な死」と考えられる8項目の「死」を設定し、それぞれの項目について「とても思う」「やや思う」「どちらともいえない」「ややそう思わない」「そう思わない」の5段階で尋ねた。

(3) 在宅終末期療養に関する考え

自分自身が治る見込みがない病気で死期が迫っている場合を想定し、「自分が最期まで療養したい場所」について「自宅」「病院」「施設」「わからない」から選択してもらい、「その他」は自由記載とした。次に、「自宅」と答えた人については、その理由を複数回答で尋ねた。

また、「自分または家族が望めば自宅で最期を迎えることは実現可能であるか」について、「可能だと思う」「どちらかというところだと思う」「どちらともいえない」「どちらかというところと不可能だと思う」「不可能だと思う」の5段階で尋ね、次に、「どちらともいえない」「どちらかというところと不可能だと思う」「不可能だと思う」と答えた人については、その理由を複数回答で尋ねた。さらに、「自宅で最期を迎えることを実現可能にするための条件」について、「とても思う」「やや思う」「どちらともいえない」「ややそう思わない」「そう思わない」の5段階で尋ねた。

2. 3 データ収集と分析

2006年7月に質問用紙を郵送したところ302名から返送があり、回収率は62.9%であった。うち全項目記載のなかった1名を除き、最終的に301名を有効回答数とした。

データ分析にはSPSS13.0を使用し、調査項目ごとに単純集計し、対象者の背景については χ^2 検定を行った。

3. 倫理的配慮

調査についてはあらかじめ白山市の関連部署に研究計画書および住民に郵送する調査書類を持参し、調査研究への協力と承諾を得た。また、対象者の住民台帳からの抽出については白山市住民基本台帳閲覧誓約書を提出し、指定された場所で作業を行った。調査対象者の調査への参加は自由意志であることや結果の公表に際しては本人が特定されないよう十分配慮し、目的以外に使用しないことを文書で伝え、同意した場合にのみ調査票を返送してもらうこととした。

4. 調査結果

4. 1 対象者の背景

有効回答数301名のうち、男性128名(42.5%)、女性173名(57.5%)で、年代別では40歳代86名(28.6%)、50歳代82名(27.2%)、60歳代68名(22.6%)、70歳代65名(21.6%)であり、平均年齢は58.1歳(±10.9)であった。同居家族数は1人暮らし6名(2.0%)、2人75名(24.9%)、3~5人144名(47.9%)、6人以上75名(24.9%)、無記入1名(0.3%)であった。

また、何らかの病気で定期的に受診している人147名(48.8%)、受診していない人154名(51.2%)であり、高齢になるほど受診している割合が高かった。

介護経験については、経験のある人118名(39.2%)、経験のない人181名(60.1%)、無記入2名(0.7%)で、女性が男性に比べ介護経験のある割合が高かった($P<0.001$)。

身近な人たちの臨終に立ち会った体験については、体験を持つ人228名(75.7%)、体験を持たない人は71名(23.6%)、無記入2名(0.7%)で、高齢になるほど臨終に立ち会った体験を持つ割合が高かった($P<0.001$)。

4. 2 理想的な死

「理想的な死」として、有効回答数301名のう

ち、「とてもそう思う」「ややそう思う」という回答は「周囲に迷惑をかけない死」277名(92.0%)、「長い闘病のない死」275名(91.3%)、「苦痛や恐怖のない死」255名(84.7%)、「あまりお金をかけない死」239名(79.4%)の順に多かった。それに比べ、「家族や親しい人に囲まれた死」176名(58.5%)、「死ぬ準備を整えた後での死」159名(52.8%)、「自己決定による死」86名(28.6%)、「できるだけ長生きをした後での死」80名(26.6%)という回答はそれほど多くなかった(表1)。

4. 3 最期まで療養したい場所とその理由

「自分が最期まで療養したい場所」として、有効回答数301名のうち、自宅118名(39.2%)、病院86名(28.6%)、施設21名(6.9%)、わからない58名(19.3%)、その他5名(1.7%)、無記入13名(4.3%)であった。「その他」の自由記述欄には「家族のいる場所」、「終末期専用の病院」、「どこでもよい」という記述があった。

また、「自宅」と回答した118名にその理由を尋ねたところ、「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」65名(55.1%)、「最期まで好きなように過ごしたいから」58名(49.2%)、「家族との時間を

多くしたいから」53名(44.9%)、「家族に看取られて最期を迎えたいから」30名(25.4%)の順に多かった(表2)。

4. 4 自宅で最期を迎える可能性

「自宅で最期を迎える可能性」として、有効回答数301名のうち、「可能だと思う」66名(21.9%)、「どちらかといえば可能と思う」67名(22.3%)であった。つまり、4割以上の人々が「自宅で最期を迎えることは可能である」と考えていた。

また、「どちらともいえない」72名(23.9%)、「どちらかといえば不可能と思う」54名(17.9%)、「不可能だと思う」27名(9.0%)、無記入15名(5.0%)であった。

次に、「どちらともいえない」「どちらかといえば不可能だと思う」「不可能だと思う」と回答した153名にその理由を複数回答で尋ねたところ、「緊急時に家族に迷惑をかけるかも知れないから」70名(45.8%)、「自宅では最期に痛み等に苦しむかもしれないから」50名(32.7%)、「介護してくれる家族がいないから」45名(29.4%)の順に多く、家族の介護負担と緩和医療への不安感が主な理由となっていた。「その他」の記述欄には、「家族にかかる負担が大きい」、「医師、看護師の体制が整っ

表1 理想的な死とは (n=301)

	n(%)					
	とても そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	ややそう 思わない	そう 思わない	無記入
長い闘病のない死	249(82.7)	26(8.6)	7(2.3)	0(0.0)	5(1.7)	14(4.7)
周囲に迷惑をかけない死	234(77.7)	43(14.3)	6(2.0)	0(0.0)	2(0.7)	16(5.3)
苦痛や恐怖のない死	204(67.8)	51(16.9)	22(7.3)	0(0.0)	7(2.3)	17(5.7)
あまりお金をかけない死	164(54.5)	75(24.9)	39(13.0)	3(1.0)	4(1.3)	16(5.3)
悔いのない死	133(44.2)	86(28.6)	48(15.9)	2(0.7)	10(3.3)	22(7.3)
家族や親しい人に囲まれての死	99(32.9)	77(25.6)	86(28.6)	8(2.7)	16(5.3)	15(4.9)
死ぬ準備を整えた後での死	76(25.2)	83(27.6)	78(25.9)	9(3.0)	35(11.6)	20(6.7)
自己決定による死	42(14.0)	44(14.6)	108(35.9)	7(2.3)	79(26.2)	21(7.0)
できるだけ長生きした後での死	33(11.0)	47(15.6)	123(41.0)	17(5.6)	64(21.2)	17(5.6)

表2 最期まで自宅で療養したい理由 (重複選択) (n=118)

理 由	白山麓地 n(%)	全 国 (%)
住み慣れた場所で最期を迎えたいから	65 (55.1)	62.4
最期まで好きなように過ごしたいから	58 (49.2)	47.4
家族との時間を多くしたいから	53 (44.9)	42.6
家族に看取られて最期を迎えたいから	30 (25.4)	34.5
病院では自分の望むように最期を迎えられないから	22 (18.6)	12.0
家族や知人が自宅で最期を迎えていたから	6 (5.1)	5.8
その他	2 (1.7)	1.2

ているかどうかの知識がない」,「家族に迷惑をかけたくない」などの記述があった(表3)。

4. 5 自宅で最期を迎える条件

「自宅で最期を迎える条件」として、有効回答数301名のうち、全項目において「とても思う」「やや思う」の割合が多かった。特に「家族の理解と協力」267名(88.7%),「往診してくれる医師の支援」264名(87.7%),「訪問看護や訪問介護体制の整備」252名(83.7%)の順が多かった。それに比べ、「ボランティアの支援」169名(56.2%)という回答はそれほど多くなかった(表4)。

5. 考察

5. 1 「理想的な死」について

白山麓地域の住民にとって「理想的な死」とは、家族の介護負担や犠牲を伴うかもしれない「家族に囲まれた死」や「出来るだけ長生きした後での死」ではなく、「周囲に迷惑をかけない死」、「長い闘病生活のない死」、「苦痛や恐怖のない死」など、

できるだけ家族に負担や迷惑をかけない、かつ苦痛や恐怖のない穏やかな死であった。福本ら⁸⁾の高齢者を対象にした研究においても、「どのような死を迎えたいか」の質問に「苦しまないであっさり」とが最も多かったと報告されている。

また、「自己決定による死」は家族関係の中で自らの死を捉えようとする日本人にとっては⁹⁾、自分自身の希望や責任だけで治療方法や死亡場所を選択することに慣れておらず、戸惑いを感じている様子が伺われた。

5. 2 最期まで療養したい場所とその理由

「最期まで療養したい場所」として「自宅」を選択した割合が4割であり、選択順位も「自宅」「病院」「施設・その他」の順であった。これに比べ、厚生労働省が2004年に実施した「終末期医療のあり方に関する意識調査」の一般国民に対する全国調査では、病院(38%),老人ホーム(25%),自宅(23%)の順であり、「自宅」を選択した割合は約2割であった。したがって、白山麓地域は全国的にも自宅での終末期療養に対するニーズの高い

表3 自宅で最期を迎えることが不可能であると思う理由(重複選択)(n=153)
n(%)

理由	当てはまる
緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれないから	70 (45.8)
自宅では最期に痛み等に苦しむかもしれないから	50 (32.7)
介護してくれる家族がいないから	45 (29.4)
経済的に負担が大きいため	34 (22.2)
往診してくれる医師がいないから	32 (20.9)
訪問看護や訪問介護体制が整っていないから	31 (20.3)
24時間相談にのってくれる機関がないから	30 (19.6)
自宅で最期を迎えるのは一般的でないから	11 (7.2)
その他	17 (11.1)
わからない	15 (9.8)

表4 自宅で最期を迎える条件(n=301)

条件	n (%)					
	とても そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	ややそう 思わない	そう 思わない	無記入
家族の理解と協力	221(73.4)	46(15.3)	24(8.0)	1(0.3)	4(1.3)	5(1.7)
往診医の支援	195(64.8)	69(22.9)	20(6.6)	2(0.7)	6(2.0)	9(3.0)
訪問看護・介護の整備	182(60.5)	70(23.2)	28(9.3)	3(1.0)	3(1.0)	15(5.0)
自治体の経済的支援	157(52.2)	78(25.9)	50(16.6)	1(0.3)	8(2.7)	7(2.3)
24時間の相談機関	139(46.2)	90(29.9)	45(14.9)	6(2.0)	6(2.0)	15(5.0)
住宅の整備	139(46.2)	85(28.2)	50(16.6)	4(1.3)	12(4.0)	11(3.7)
本人の強い意志	130(43.2)	79(26.2)	54(17.9)	7(2.3)	17(5.7)	14(4.7)
終末期ケアの教育	121(40.2)	98(32.6)	49(16.2)	3(1.0)	15(5.0)	15(5.0)
ボランティアの支援	64(21.3)	105(34.9)	96(31.9)	8(2.7)	18(5.9)	10(3.3)

地域であるといえる。また、「自宅」を選択した4割という数値は2005年厚生労働省が中長期の医療費適正化効果を目指す方策として「自宅死等の死亡割合を4割に引き上げる」という目標と重なる。この政策の背景になっている「終末期医療に関する調査等検討報告」では、「高齢者医療においては緊急時の対応や適切な在宅医療、介護サービスが整い、家族の負担等を軽減できるようになれば、病院、老人ホーム、自宅という一般国民の希望順位は変わることもあると思われる」¹⁰⁾と報告されている。

次に、「自宅」と回答した人々に「最期まで自宅で療養したい理由」について尋ねたところ、4割以上が「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」「最期まで好きなように過ごしたいから」「家族との時間を多くしたいから」を選択していた。つまり、白山麓地域の住民は自分自身の最期を日常生活の延長線上で迎えたいと望んでいるといえる。

また、「病院」と回答した約3割の人々はその理由として「自宅では家族が大変である」「介護する家族に負担がかかり申し訳ない」「あとの事も含めると病院のシステムが良いと思う」「病院にいれば何かの時に安心できる」など、家族の介護負担と緊急時の対応への不安感を記述していた。

この結果は、全国調査の「自宅では家族の介護への負担が大きいから」、「自宅では緊急時に家族へ迷惑をかけるかもしれないから」と共通していた。

5. 3 自宅で最期を迎える可能性と条件

「自宅で最期を迎えることの可能性」については、「可能だと思う」、「どちらかというところと可能だと思う」と回答した割合が4割以上であった。この4割という数値は「最期まで療養したい場所」として「自宅」を選択した4割と重なることから、療養場所として「自宅」を選択した人々は同時に、「自宅で最期を迎えることは実現可能である」と考えていたと思われる。

しかし、実現可能ならしめる条件として、「家族の理解と協力」、往診してくれる医師の支援、「訪問看護や訪問介護体制の整備」が必要であると回答した。特に「家族の理解と協力」については、約9割が必須条件としていた。服部ら¹¹⁾の研究では、高齢者医療は患者より家族の意向に重きを置かれることが多い。特に、家族による介護に依存するところの大きな在宅終末期療養の現場では、介護者である家族の意向が最も大きな影響力を持

つことはやむおえないことであると報告されている。

そのような意味において、「家族の理解と協力」をどのように得るかが自宅での終末期療養を可能にするための課題であり、この課題の中心的役割を担うのは総合相談支援事業等を業務とする地域包括支援センターであると考えられる。

また、「どちらともいえない」「どちらかというところと不可能だと思う」「不可能だと思う」と回答した人々の主な理由は、「家族の介護負担」「緩和医療への不安感」であった。

以上から、白山麓地域において在宅終末期療養体制を充実させるためには、地域包括支援センターを中心とした「在宅終末期療養に関する家族の理解や関心を高める総合的支援」、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションを中心とした「24時間在宅ケア体制の整備」、在宅終末期療養に携わる関連職種への「緩和ケアの知識と技術の推進」が課題であると思われた。また、こうした課題への取り組み次第では、「自宅で最期を迎えることが可能である」、「自宅で最期を迎えたい」と希望する住民が増加するものと考えられる。

6. まとめ

人口減少地域である白山麓地域における40歳代から70歳代の住民の約4割が「最期まで自宅で療養したい」と希望しており、「家族の理解と協力」、「往診してくれる医師の支援」、「訪問看護や訪問介護体制の整備」があれば、「自宅で最期を迎えることは実現可能である」と回答した。「自宅で最期を迎えることは実現可能である」と回答した約4割という数値は、2005年に厚生労働省が掲げた「自宅死等の死亡割合を4割に引き上げる」という目標と重なっていた。

また、人口減少地域である白山麓地域の在宅終末期療養の課題は、「在宅終末期療養に関する家族の理解や関心を高める総合的支援」、「24時間在宅ケア体制の整備」および「緩和ケアの知識と技術の推進」であると考えられた。

※本報告は笹川医学医療研究財団平成18年度在宅ホスピス緩和ケア研究助成の研究成果の一部である。

引用文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の全国将来推計人口（平成14年1月推計）。2006. 9. 10,

<http://www.ipss.go.jp/p-newest/j/newest02/newest02.asp>.

- 2) 第17回社会保障審議会医療保険部資料:資料1「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」. 2006. 8. 20, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>.
- 3) 宮原伸二, 人見裕江:農村における在宅死の多角的検討. 日本農村医学会雑誌.47(6),879-893,1999.
- 4) 浅見美千江:在宅死を看取る訪問看護師と医師の連携の実態—担当した同一事例の連携評価を比較して—.金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻看護領域看護学分野修士論文,29, 2004.
- 5) 田宮菜奈子, 荒記俊一, 七田恵子:ねたきり老人の在宅死に影響を及ぼす要因—往診医の存在, 年齢との関係を中心に—. 日本公衆衛生雑誌, 37(1),33-38,1990.
- 6) 人見裕江, 中村陽子, 大澤源吾:郡部の高齢者の在宅死に及ぼす要因. 川崎医療福祉学会誌,

10(1),87-95,2000.

- 7) 石川県県民文化局県民交流課統計情報室:石川県統計書 平成15年, 石川県,14-15,2005.
- 8) 福本恵, 榎本好子, 滝下幸栄:高齢者の終末期の看取りに関する研究(1報)—遺族に対する質問紙調査結果—. 京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 9(1),35-44,1999.
- 9) 浅見洋:ターミナルに関する意識とその日本思想史的背景.北陸宗教文化, (15), 11, 2003.
- 10) 厚生労働省医政局:終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—. 2006. 8. 1, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8a.html>.
- 11) 服部文子, 他5名:訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする因子の検討. 日本老年医学会雑誌, 38(3),399-404,2001.

(受付:2006年11月10日, 受理:2006年12月27日)

Residents' Opinion Survey about End-of-life Care at Home in Depopulating Areas: The case of the Hakusanroku area

Michie ASAMI, Hiroshi ASAMI, Katsuko KANAGAWA, Yukari MIZUSHIMA,
Yukie TAMURA, Hiroki HASIMOTO, Eriko SHIMIZU

Abstract

The current study aimed to survey residents' opinions regarding end-of-life home care in the Hakusanroku area. Self-report style questionnaires were mailed to 480 residents of age-range 40s to 70s. The number of valid responses obtained was 301.

Approximately 40% of valid respondents chose home as their preferred place to receive end-of-life care. They replied that dying at home would be a feasible option if the following conditions were met: Understanding and cooperation on the part of the family; support of physicians willing to make home visits; improvements in the home-visit nursing care system and its delivery. Their ideas regarding an "ideal death" included: a death that does not cause hardship to those around them; a death without a long struggle with disease; a death without pain or fear. These ideas indicated desire for a peaceful death which would place as little as possible burden on their family.

As suggested by survey results, implementation of the following tasks appears necessary for the enrichment of end-of-life home care in the Hakusanroku area: Comprehensive support to promote families' interest in and understanding of end-of-life home care; establishment of 24-hour home care systems, and implementation of palliative care.

Keywords home end-of-life care, the resident consciousness, depopulating areas, dying at home, ideal death

報告

回想法で用いるプロンプトが認知症高齢者に及ぼす影響

佐藤弘美 天津栄子 金川克子 田高悦子* 酒井郁子**

細川淳子 伊藤麻美子 松平裕佳 元尾サチ***

概要

回想法で用いるプロンプトが認知症高齢者におよぼす影響を分析した。グループ回想法 34 回の場面の参加者のプロンプトへの反応記録 169 シートの中から、特徴的な発言を取りだし、思考活動の高まりと対人交流の視点で分析した。音の刺激をもたらすプロンプトへの反応は、音を聞くことでさまざまな発言が得られた。食べ物のプロンプトへの反応は、食材を触って、その場で調理することで、日頃、食欲のあまりない参加者もじっくり味わうことを楽しんだ。ものを作る工程を回想するプロンプトへの反応は、梅干し作り、草鞋作りの工程を回想法の中で参加者が共に手を使って実体験し、そのもの作りにまつわる歌を口ずさむ参加者につられて、発言の少ない参加者も歌い始めることが何度もあった。回想法開始時に MMSE が 15 点以上の参加者はプロンプトを手がかりに自己の体験を話すなど、広がりのある回想が聞かれた。MMSE が 14 点以下の参加者は視覚情報だけでは回想にまつわる発言は少なかった。ただし、音を楽しむ、食べ物を味わう、香りを楽しむなど、五感刺激を手がかりとしたプロンプトへの感想を聞くことはできた。

キーワード 認知症高齢者, グループ回想法, プロンプト

1. はじめに

我々は過去 5 年間療養型病院において、認知症高齢者のグループ回想法を実施している。回想法は認知症ケアにおいて急速に展開され、いくつかの研修プログラムが実施されている¹⁾。回想法プログラムの有効性を見るために、1 つは認知症高齢者の表情分析からみた研究²⁾を行った。また、認知症高齢者のグループ回想法実施時の編集映像を作成し、家族やケアスタッフにその映像を見てもらい、その映像から認知症高齢者に回想法がもたらす有効性について発言してもらい、その内容を分析した³⁾。さらに、認知症高齢者に対する回想法の意義と有効性に関する海外文献の検討を行ってきた⁴⁾。松田ら⁵⁾は、150 回にわたる回想法の集団心理療法の中で痴呆（認知症）進行に応じた働きかけの工夫について報告している。平林ら⁶⁾は、グループケアプログラムとして回想法を認知症高齢者に実施し、セッションの場で対象者の持っている力が引き出された過程を明らかにしている。今回の研究では、回想法で用いるプロンプト（感覚＜五感＞を媒介とする材料、言語を媒

介とする材料）が認知症高齢者におよぼす影響を MMSE との関連で分析することが目的である。さらに、認知症の程度に応じたプロンプトの提示やアプローチ技法について検討する。

2. 研究方法

2. 1 グループ回想法の実施方法と対象

対象は、平成 13 年度から平成 17 年度のグループケアプログラムに参加しているメンバー 8 名である。

回想法開始時点で軽度～中等度の認知症であり、著しい視聴覚障害がない、毎回招待状による参加の確認を行っている。

グループケアプログラムは先行研究の方法²⁾に基づき、週 1 回、1 回 1 時間のセッションを連続 8 回実施した。プログラムの開催頻度については、1 年間の中で連続 8 回実施するプログラムが 2 クール（春期と秋期）と、連続して実施しない期間は 1 ヶ月に 1 回 1 時間のセッションを定期的に実施している。

2. 2 データ収集方法

データは、2004 年 5 月～2005 年 10 月に行われたグループ回想法（34 回）の場面の個人記録用紙である。回想法個人記録用紙は、3 名の老年看

* 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻

** 千葉大学大学院看護学系研究科

*** 内灘温泉病院

護の研究者（回想法のプログラム中は観察記録を担当する者）が、回想実施中に参加者の特徴的な言動や表情などについて、個人記録表（1名につきA5サイズ1シート）に記述した。

2.3 データ分析

グループ回想法参加者のプロンプトへの反応の記録（169シート）を、特徴的な発言（回想法で用いるプロンプトに対する対象の言動）と、思考活動の高まりと対人交流（プロンプトがもたらした反応）と、プロンプトの反応とMMSEとの関係について、2名の老年看護の研究者（回想法のプログラムの実施者と観察者）によって分析した。

2.4 倫理的配慮

グループ回想法への参加については、初回に認知症高齢者と家族へ研究の説明を行い、本人または家族から承諾を得た。更に、毎回の回想法時に招待状により本人への参加の意思を確認している。認知症高齢者のプライバシーの保護として、個人が特定されないようにデータ処理に配慮した。

3. 結果

回想法で用いられたプロンプトと参加者の反応について、4期（平成16年春・秋、平成17年春・秋）に分けて、テーマとそれに用いたプロンプトに対する参加者の特徴的な反応（主に本人の言動）を、認知障害の程度（Mini-Mental State Examination 以下 MMSE）との関連を重ねて

データを整理した。

3.1 対象の概要と回想法前後におけるMMSE得点

対象の概要は表1に示す。MMSE得点は、平成16年春・秋、平成17年春・秋の回想法開始前後1週間の得点を示す。MMSE得点との関連から分析した結果、セッションの前後でMMSE得点が改善した例9、不変4、悪化した例10であった。

3.2 回想法で用いるプロンプトに対する対象の言動（表2）

（1）平成16年春のプログラム 参加者A氏、D氏、F氏の反応

テーマ新緑の際のプロンプトとしての菖蒲を手にしたA氏は、湯の中に入れるものであること、五月に行くことであること、菖蒲湯に自分がよく入ったことを体験として話した。一方F氏は、カラスノエンドウを口にくわえて、スタッフが行ったまねをして吹こうとしたり、菖蒲を見てその名前を口にするのみであった。

郷土料理のテーマのすし桶や笹を見て、A氏はハンカチをご飯に見立てて笹で巻いて、すし桶の中に入れる仕草が見られた。D氏は押し寿司のサバは酢・砂糖・塩で味を整えると調理の仕方を説明した。F氏は、スタッフが押し寿司の作り方を尋ねると「はい」や「うん」の返事を返すのみであった。

テーマ・夏の風物のプロンプトのうちわや風鈴

表1 対象の概要と回想法前後におけるMMSE得点

対象	年齢 (H17.10 月現在)	主な疾患名	回想法開始 年/開始時 MMSE得点	平成16 年春前 MMSE	平成16 年春後 MMSE	平成16 年秋前 MMSE	平成16 年秋後 MMSE	平成17 年春前 MMSE	平成17 年春後 MMSE	平成17 年秋前 MMSE	平成17 年秋後 MMSE
A氏	90代前半	多発性脳梗塞、 認知症、高脂血症	平成14年 春前/24	19	25	23	24	17	25	23	17
B氏	90代前半	虚血性心疾患、糖尿 病Ⅱ型	平成16年 春前/21	21	22	19	19				
C氏	80代後半	糖尿病Ⅱ型、開放隅 角緑内障	平成13年 春前/16	22	26	25	20	22	23	19	22
D氏	80代前半	慢性心不全、左大腿 骨頸部骨折	平成15年 春前/15	19	19	23	20				
E氏	80代前半	糖尿病Ⅱ型、高血圧、 胆石症、認知症	平成17年 春前/15					15	18		
F氏	90代後半	高血圧、動脈硬化症、 右大腿骨頸部骨折	平成14年 春前/14	15	16	15	14	17	12	14	9
G氏	80代後半	関節リウマチ	平成13年 春前/12					14	13	11	11
H氏	90代前半	認知症、慢性腎不全	平成13年 春前/10	15	15	16	13	13	9	5	0

について、A氏は風鈴を手にして何度も音を鳴らして、「いい音がする」と発言した。うちわに書かれた蛍を見て、「小さいのが川におった」と話す。蚊とり線香や蚊帳をみて、D氏の反応は、「蚊帳は大きいね、みんな入るのが大変や」と周囲の状況と関連した発言が聞かれた。風鈴を手にしたF氏は嬉しそうな表情で、揺らして音を鳴らしていた。うちわに書かれた蛍を見て、蛍の歌をみんなと一緒に口ずさんだ。

お手伝いのテーマでは、A氏は小学校のころ縄をなってお金をもらったと全身で縄をなう仕草がみられた。D氏は買い物かごのプロンプトを見て、野菜を買って買い物かごに入れたと話した。手ぬぐい雑巾のプロンプトを見て、家中の板の間を何回も拭いたと話した。F氏はプロンプトへの反応は少なく、参加者の一人が二宮金次郎の歌を歌いだすと一緒に歌い出した。

テーマ・駄菓子ときのプロンプトがラムネであるときの反応として、A氏はラムネの栓をスタッフと一緒に開けるとときとても興味ある表情を示した。駄菓子のドロップの缶を見てD氏は「よく食べた。今はこんな売ってない」と話した。F氏は自らの発言は少なく、ラムネをみんなで飲むときにおいしそうにゆっくり飲んでいった。

(2) 平成16年秋のプログラム 参加者A氏、B氏、C氏、D氏、F氏、H氏の反応

テーマ・子育てでは、子どもがつづらに入っている写真を見て、「つづらの中で子どもが喜んでいった」。土間で縄をなっている写真を見て、お尻になった縄を敷いていくと解説してくれた。B氏は子育てのテーマを聞いて母乳があまり出なかったと話した。子どもがつづらに入っている写真を見て、「次郎物語みたい」と話した。子守歌を口ずさんだ。C氏は自分は母乳で育った。縄ないをしている写真を見て、自分も縄をなったと話した。でんでん太鼓のプロンプトを手にして、両手で鳴らしていた。D氏は写真のつづらを見て、「藁だから温かい、中には藁くずが入っていて温いから赤ちゃんはそこで寝てしまう」と話す。F氏はおんぶひもを見て「自分もおんぶしたよ」と話す。でんでん太鼓を手にとって鳴らした。参加者と子守歌を一緒に歌った。H氏は自分は母乳があまり出なかった。田んぼへ耕耘機に子どもを乗せていったと話した。

テーマ・山の幸について、A氏はプロンプトのあけびを見てあけびを見て「もうちょっとたないとお食べられん、まだ早い」と話した。B氏はあ

けびの実を食べると「甘い」と話す。いが付きの栗を見て「かわいい」と言う。C氏は柿を見て「水島の柿じゃないかね。家には柿の木が2・3本あった」と話した。D氏は「渋柿を食べたら便通が悪くなる」「柿は身体が冷える」と話した。F氏はくずの花の匂いをかいで「いい匂いするわ」と話した。H氏は「あけびは高いところにあり、木に登って取っていた。渋柿は食べると腹が痛くなる」と話した。

テーマ・縫い物、編み物、縄編みについて、A氏は実際にわらが出てくると、数本とって、縄をとって真剣な表情で縫い始めた「若いときは朝出かける前に縄ぬいをした」と話した。B氏はテーブルの上のススキを見て「俺は河原の枯れススキ」の歌を歌い出した。ぞうりやわらじを他の参加者が履いているのを見て、麦踏みを子どもの頃にした話を思い出して話した。C氏はわらを5~6本渡すと、膝の下に縄をはさんで、上手に縄を編んだ。わらを柔らかくするのに、わら打ちをする」と言い、「自分の家は大百姓だった」と苦笑した。D氏はわらじをはいてT町からM町まで歩いた話をする。藁の匂いをかぐと「懐かしい」との言葉が出た。F氏は縄編みは行わず、周囲の人が縄あみするのを見ていた。H氏は少しずつしっかりとわらをねじりながら、なわを作っていた。

(3) 平成17年春のプログラム 参加者A氏、C氏、E氏、F氏、G氏、H氏の反応

テーマ・子供の頃の遊びについて、A氏は何回もコマのひもを巻き直して、巻き直した段階でコマを回し、参加者から拍手され、笑顔が出る。お手玉の話題中もコマにひもを巻いていた。E氏は他の参加者がコマ回しに失敗した時に「今度はずっと上手になるね」と声をかける。参加者がお手玉の作り方を話すのをじっと聞いていた。F氏は「コマは木を削って、昔は自分の家で作った」と話した。G氏は、お手玉の縫い方について「舟形に縫う。4枚の布を合わせて舟形にするんや」と手真似で教えてくれた。H氏は、「お手玉を作ったことがある」「中に豆を入れたらよく鳴る」と話した。

テーマ・富山の薬売りについて、薬箱を開けて「いろんな薬が入るとる」、一つの薬を手にして「昔飲んだことあるよな気がする」と話した。C氏は薬箱を見て「桐の箱や。知っている薬の販売会社の名前を見て「大きい会社やよ」と言う。「効くか効かないかわからないけど、あると安心や」と話した。E氏は薬の袋を持って、隣の人に見せ

て「飲んだね」と話しかける。虫下しの袋に書いてある虫の絵を見て「怖いね」と話した。F氏は薬を見せられて「飲んだねえ」とうなずく。膏薬を貼ったときに「かぶれて赤くなったことがある」と話した。G氏は「富山の薬売りは全国回ると」「紙風船を子どもの遊びに置いていくんや」「越中富山のあんぼんたん,鼻くそ丸めてあんきんたん,それを飲む奴あんぼんたん」と話した。H氏は虫くだしの薬を手にして、「この薬を飲むと虫が下がっていくのがわかった」と話した。

テーマ・梅干しについて、A氏は「梅をとるのは男の仕事,梅干しを作るのは女の仕事」と話し、梅干しの実を手にした。C氏は「申年の梅は病気が去る」とリーダーが話すとき大きな声で笑う。梅干しを入れておく瓶を持って「思ったより重たい」と話した。E氏は梅作りの話で「これを塩につけて、瓶に入れて・・・」と手順について次々と話す。陰干しする理由は「天日に干したら小さくなってしまふでしょ」と話した。F氏は本物の梅が出てきたとき「あらあ」と発言し、しその実を口に入れて「おいしい」と話した。G氏は梅干しの歌の内容を聞いて、梅干しの作り方について色々説明する。「梅干しはなくてはならんもん,家の一つの道具,大事なもんや」と話した。H氏は梅干しを

昔つけたかと聞かれると「つけた,つけた,今もつけとる。」「梅干しは朝食べて夜は食べない」と話した。

(4) 平成17年秋のプログラム 参加者A氏, C氏, F氏, G氏, H氏の反応

テーマ・稲刈りについて、A氏は稲穂を手にして「たいがい長いね」,田んぼの写真を眺めて「はさがけしとる」と話す。「自分の田舎ではよく米がとれた」と話した。C氏は「稲刈りの後,はさがけを天気が良ければ2~3日していた」と話す。米俵を担ぐ時は、背中にしょってかつぐ仕草をした。F氏は、稲穂の匂いをかいで「ちょっと匂いがする」と言う。「昔は玄米を買い家で一升瓶に入れ精米した」と話す他者の発言をじっと聞いていた。G氏は「漁師の子やから稲刈りはせんかった」と話した。H氏は「昔は玄米を買い家で一升瓶に入れ精米した」「米は農協に出していた」と話した。

テーマ・新米について、A氏はお釜を手に取り「立派なお釜」と言いじっくり眺める。一升升を手に取り「きれいに削ってある」とじっと見ている。新米のおにぎりを一個おいしそうに食べる、隣のスタッフにもおにぎりを勧めた。C氏はご飯炊きの会話の中で「火吹き竹を使ってよくご飯を

表2 回想法で用いるプロンプトに対する対象の言動 ※各対象の括弧内の数字は回想法前後のMMSE得点を示す

期間	テーマ	プロンプト	A氏 (MMSE前19→後26)	D氏 (MMSE前19→後19)	F氏 (MMSE前15→後16)
平成16年春	新緑	菖蒲、カラスノエンドウ、写真(山、ツツジ)	「菖蒲を手にとって湯の中に入れる、5月にやる、よう入った」	体調不良で欠席	カラスノエンドウを口にくわえて自ら吹こうとする、菖蒲を見て「菖蒲やる」(匂いをかいで)「匂いがちよっとする」
	郷土料理	すし桶、笹、写真(じぶ煮、きやらぶき、鯖寿司)、山椒	ハンカチを笹に見立てて、すし桶の中にすしを作って入れた	「押し寿司の鯖は酢、砂糖、塩で味をととのえる」、「山椒はよく食べた」と言って、山椒を口に入れ最後まで味わっていた	スタッフが押し寿司の作り方を尋ねると「はい」や「うん」の返事を返すのみであった
	夏の風物	蚊帳、蚊取り線香、浴衣、うちわ、風鈴	風鈴を手渡すと、「風鈴や」と言って何度も揺らして「いい音がする」と言う。うちわに書かれた蛭を見て「小さいのが川におった」	蚊取り線香や蚊帳を見て「大きいね、みんな入るの大変や」「私の血はおいしくないよ」と笑顔で話す	風鈴を手にして、うれしそうなお表情で、風鈴を揺らして音を出している。うちわに書かれた蛭を見て蛭の歌をみんなと一緒に歌う
	お手伝い	ほうき、買い物かご、日本手ぬぐい、雑巾、おんぶひも	「小学校の時、縄をなってお金をもらうた」と全身で縄をなう仕草をする	紫色の買い物かごを見て「野菜ものを買って買い物かごに入れた」と話す。手ぬぐい雑巾を見て「家中の板の間を縦横に何回か拭いた」と言う	参加者の一人が二宮金次郎の歌を歌い出すと、一緒に口ずさむ
	駄菓子	駄菓子、ラムネ	ラムネの栓をスタッフと一緒に開けるとき、とても興味のある表情をする	ドロップスの缶を見て「よく食べた。今はこんな売ってない」と話す	ラムネをおいしそうに飲む

期間	テーマ	プロンプト	A氏 (MMSE前23-後24)	B氏 (MMSE前19-後19)	C氏 (MMSE前25-後20)	D氏 (MMSE前23-後20)	F氏 (MMSE前15-後14)	H氏 (MMSE前16-後18)
平成16年秋	子育て	おんぶひも、でんでん太鼓、子守歌、写真(土間での縄ない風景)	「つづらで、この中で子どもは喜んでった」、縄ないをしている女性の写真を見て、「おしりにあんた縄を敷いていく」と解説する	「母乳はあまり出なかった」子どもがつづらに入っている写真を見て「次郎物語みたい」と話す。子守歌を口ずさむ	「母乳で育った」、縄ないをしている女性の写真を見て、「縄をなつた」、でんでん太鼓を両手で鳴らす	写真のつづらを見て「藁だからあったかい、中には藁くずが入っている。ぬくいからその中で赤ちゃんは寝てしまふんや」と話す。	おんぶひもを見て「おんぶしたよ」と笑顔で言う。でんでん太鼓を手に持って鳴らす。参加者と子守歌と一緒に歌う	「自分は母乳はあまり出なかった」「田んぼへ耕耘機に子どもを乗せていった」
	山の幸	栗、あけび、柿、くずの花、写真(まつたけ)	あけびを見て「もうちょっとたないとお食べられん、まだ早い」	あけびの実を食べると「甘い」と話す。いが付きの栗を見て「あわい」と言う	柿を見て「水鳥の柿じゃないゆね。家には柿の木が2・3本あった」	「渋柿を食べたら便通が悪くなる」「柿は身体が冷える」と話す	くずの花の匂いをかいで「いい匂いするわ」	あけびは高いところにあり、木に登って取っていた。渋柿は食べるお腹が痛くなる」と話す
	縫い物、編み物、縄ない	わら(ぞうり、わらじ)、くけ台、編み針	実際にわらが出てくると、数本とって、縄をとて真剣な表情で作り始めた。「若いときは朝出かける前に縄ないをした」	テーブルの上のスキを見て「俺は河原の枯れスキ」の歌を歌い出す。ぞうりやわらじを他の参加者が履いているのを見て、麦踏み子ども頃にした話を思い出して話す	わらを5・6本度すと、膝の下に縄をはさんで、上手に縄をなっている。わらを柔らかくするの、わら打ちをする」と言う。「自分の家は百姓だった」と苦笑する	わらじをはいて4里は歩いた話をす。藁の匂いがかくと「懐かしい」と言葉が出る	縄ないは行わず、周囲の人が縄ないをするのを見ていた	少しずつしっかりわらわねじりながら、なわを作る

期間	テーマ	プロンプト	A氏 (MMSE前17-後25)	C氏 (MMSE前22-後23)	E氏 (MMSE前15-後18)	F氏 (MMSE前17-後12)	G氏 (MMSE前14-後13)	H氏 (MMSE前13-後9)
平成17年春	子供の頃の遊び	お手玉、コマ、ゴム跳びのゴム、メンコ	何回もコマのひもを巻き直して、巻き直した段階でコマを回し、参加者から拍手され、笑顔が出る。お手玉の話題中もコマにひもを巻いている	欠席	参加者がこま回しに失敗した時に「今度はもっと上手になるね」と声をかける。参加者がお手玉の作り方を話すのをじっと聞いている	「コマは木を削って、昔は自分の家で作った」と言う	お手玉の縫い方について「舟形に縫う。4枚の布を合わせて舟形にするんや」と手真似で教えてくれる	「お手玉を作ったことがある」「中に豆を入れたらよく鳴る」と話す
	富山の栗売り	栗箱、栗、紙風船	栗箱を開けて「いろんな栗が入ってる、一つの栗を手にして「昔飲んだことあるよな気がする」と話す	栗箱を見て「桐の箱や。知っている栗の販売会社の名前を見て「大きい会社やよ」と言う。「効くか効かないかわからないけど、あると安心や」と言う	栗の袋を持って、隣の人に見せて「飲んだね」と話しかける。虫下しの袋に書いてある虫の絵を見て「怖いね」と話す	栗を見せられて「飲んだねえ」とうなずく。膏薬を貼ったときに「かぶれて赤くなったことがある」と話す	「富山の栗売りは全国回るとる」「紙風船を子どもの遊びに置いていくんや」「越中富山のあんぼたん、鼻くそ丸めてあんきんたん、それを飲む奴あんぼたん」と話す	虫くだしの栗を手にして、「この栗を飲むと虫が下がっていくのがわかった」
	梅干しの話	梅、干しぎざ、しその葉、ピン、梅干しの歌、梅の一生の写真	「梅をとるのは男の仕事、梅干しを作るのは女の仕事」と話す。梅干しの実を手にする	「申年の梅は病気が去る」とリーダーが話すとき大きな声で笑う。梅干しを入れておく瓶を持って「思ったより重たい」と話す	梅作りの話で「これを塩につけて、瓶に入れて…」と手順について次々と話す。陰干しする理由は「天日に干したら小さくなくなってしまふでしょ」と話す	本物の梅が出てきたとき「あらあ」と発言し、しその実を口に入れて「おいしい」と言う	梅干しの歌の内容を聞いて、梅干しの作り方について色々説明する。「梅干しはなくてはならんもん、家の一つの道具、大事なもんや」と話す	梅干しを昔つけたかと聞かれると「つけた、つけた、今もつけとる。」「梅干しは朝食べて夜は食べない」と話す

期間	テーマ	プロンプト	A氏 (MMSE前23-後17)	C氏 (MMSE前19-後22)	F氏 (MMSE前14-後9)	G氏 (MMSE前11-後11)	H氏 (MMSE前5-後0)
平成17年秋	稲刈り	稲穂、農耕具の写真	「今日誕生日」と話す。稲穂を手にして「たいがい長いね」、田んぼの写真を見て「はさがけしとる」と話す。「自分の田舎ではよく米がとれた」と話す。	「稲刈りの後、はさがけが天気良かったら2,3日していた」と話す。米俵を担ぐ時は、背中にしよってかつぐ仕事をする	稲穂の匂いをかいで「ちょっと匂いがする」と言う。「昔は玄米を買い家で一升瓶に入れ精米した」と話す他者の発言をじっと聞いている	「漁師の子やから稲刈りはせんかった」と言う	「昔は玄米を買い家で一升瓶に入れ精米した」と話す
	新米	新米、お釜、一升ます	お釜を手に取り「立派なお釜」と言いじっくり眺める。一升升を手に取り「きれいに削ってある」とじっと見ている。新米のおにぎりを一個おいしそうに食べる。隣のスタッフにもおにぎりを勧める	ご飯炊きの会話の中で「火吹き竹を使ってよくご飯を炊いた」と話す。お釜のふたを手にとって「しっかりとしたふただな」と話す。新米のおにぎりを食べて「熱いけどおいしかった」と笑顔で話す	お釜を見て「よう炊いた」、新米を触って「おいしそうや」、お釜に米を入れて米を洗う実演をする。新米で作ったおにぎりを少しづつ食べる	「新米は柔らかくて艶気があるよ。」「お釜を見て「昔あんな釜に水を入れて、にごしがなくなるまで米をといだ、お釜のふたを見て「ふたが重たいほどご飯がおいしい、おにぎりを食べるときは「艶気があったうまい」と言った	「家では一升くらい炊いて10人分は食べた」と話す。お釜に入れたときの水は「手で測った」と話す。おにぎりを手に持ち「おいしい」と話す。「新米食べたら長生きする」と言われて笑顔がみられる

炊いた」と話す。お釜のふたを手にとって「しっかりしたふただな」と話す。新米のおにぎりを食べて「熱いけどおいしかった」と笑顔で話した。F氏はお釜を見て「よう炊いた」、新米を触って「おいしそうや」、お釜に米を入れて米を洗う実演をする。新米で作ったおにぎりを少しずつ食べた。G氏は「新米は柔らかくて艶気があるよ。」、お釜を見て「昔あんな釜に水を入れて、にごしがなくなるまで米をといだ」、お釜のふたを見て「ふたが重たいほどご飯がおいしい」、おにぎりを食べる時は「艶気があつてうまい」と話した。H氏は「家では一升くらい炊いて 10 人分は食べれた」と話す。お釜に入れたときの水は「手で測った」と話す。おにぎりを手に持ち「おいしい」と話す。「新米食べたら長生きする」と言われて笑顔がみられた。

3. 3 プロンプトがもたらした反応

(1) 音の刺激をもたらすプロンプトへの反応

夏の風物詩としての風鈴は、回想の部屋に静かに鳴り響き、参加者は口々に、いい音色、昔、家の軒先にあったなどの発言が聞かれた。

(2) 食べ物のプロンプトへの反応

稲穂を触って、新米を実際に炊いてその場で食べる回想の場面では、実家が村一番の百姓という発言があったり、新米のつやのよさ、寿命が延びるなどの発言が口々にでて、日頃食欲のない参加者もじっくり味わっていた。おにぎりを急いで食してむせが起こり、隣の参加者が背中をさすという行為が生まれた。

(3) ものを作る工程を回想するプロンプトへの反応

梅干し作り、押し寿司作り、保存食作り、草鞋作りの工程を回想法の中で参加者で共に手を使って実体験することは、そのもの作りにまつわる歌を口ずさむ参加者につられて、発言の少ない参加者も歌い始めることが何度もあった。

3. 4 プロンプトの反応と MMSE 得点との関係について

A, B, C, D, E 氏においては回想法開始時に MMSE が 15 点以上であり、F, G, H 氏は MMSE が 14 点以下であった。A~E 氏においては、プロンプトを手がかりに自己の体験を話すなど、広がりのある回想が聞かれた。F~H 氏においては、視覚情報だけでは回想にまつわる発言は少なかった。ただし、音を楽しむ、食べ物を味わう、香り

を楽しむなど、五感刺激を手がかりとしたプロンプトへの感想を聞くことはできた。

4. 考察

2年間の回想法での観察記録の分析から、プロンプトと MMSE 得点との関連、プロンプトに対する対象の言動、プロンプトがもたらした反応に関する考察を以下に述べる。

4. 1 プロンプトと MMSE 得点との関連

回想法開始時に MMSE が 15 点以上の参加者はプロンプトを手がかりに自己の体験を話すなど、

広がりのある回想が聞かれた。MMSE が 14 点以下の参加者は視覚情報だけでは回想にまつわる発言は少なかった。ただし、音を楽しむ、食べ物を味わう、香りを楽しむなど、五感刺激を手がかりとしたプロンプトへの感想を聞くことはできた。MMSE 得点では評価しきれない側面として、グループメンバー全員に合致したプロンプトを用意することは困難な点がある。一方、プロンプトによって引き出されたグループメンバーからの発言が、予期せぬ効果をもたらすこともある。

4. 2 季節を意識したプロンプトの提供

その時期、その季節に応じたプロンプトを提供することによって、参加者における季節あるいは時間の見当識のずれが、現実のものに近づいてくると考えられる。1回の回想法 60 分という時間の中で、参加者が五感を使って感じ取れるようなプロンプトの提供が思考を引き出すと考えられる。

4. 3 手続き記憶を意識したプロンプトの提供

子供の頃の遊び道具（たとえば男の子であればコマ、女の子はお手玉など）を手にするによって、遊んだときの仕草が自然に現れてくる。それが刺激となって、お手玉でどんな遊びをしたか、どこでだれと遊んだかなど、さまざまな記憶が想起され、プロンプトが手続き記憶を介して話をさらに広げていくと考えられる。

4. 4 認知度の障害の程度に応じたプロンプトの提供

障害の程度がさまざまなグループにおいて、まず認知度の障害の低い人になんらかの反応が得られるようなプロンプトを提供する。その人のプロンプトへの反応や話を、障害の高い人が見たり聞いたりすることで、障害の高い人でもなんらかの

反応が得られることがある。また、参加者の一人がテーマから派生して、歌を歌い始めたとき、認知度の障害が高い人がその歌に反応して歌い始めるということもよくある。このような場合、最初に歌われた歌がプロンプトそのものになっていると考えられる。グループ内で自然に発生するプロンプトもあり得ると考える。

認知度の障害の程度に応じて、グループ回想法のメンバーの状況を見ながら、回想法のリーダーは、テーマに応じたいくつかのプロンプトを準備し、どのプロンプトがこのグループで刺激として適切かを見極めながら提供していくことも重要である。

5. まとめ

今回の研究では、回想法で用いるプロンプトが認知症高齢者におよぼす影響を分析することが目的である。グループ回想法 34 回の場面の参加者のプロンプトへの反応記録 169 シートの中から、特徴的な発言を取りだし、分析した。

1. 回想法開始時に MMSE が 15 点以上の参加者はプロンプトを手がかりに自己の体験を話すなど、広がりのある回想が聞かれた。MMSE が 14 点以下の参加者は視覚情報だけでは回想にまつわる発言は少なかった。ただし、音を楽しむ、食べ物を味わう、香りを楽しむなど、五感刺激を手がかりとしたプロンプトへの感想を聞くことはできた。
2. 音の刺激をもたらすプロンプトへの反応は、夏の風物詩としての風鈴が回想の部屋に静かに鳴り響き、参加者は口々に、いい音色などの発言が聞かれた。
3. 食べ物のプロンプトへの反応としては、稲穂を触って、新米を実際に炊いてその場で食べる回想の場面で、実家が村一番の百姓という発言があったり、新米のつやのよさ、寿命が延びるなどの発言が口々にでて、日頃食欲のない参加者もじっくり味わっていた。おにぎりを急いで食してむせが起こり、隣の参加者が背中をさすという行為が生まれた。

4. ものを作る工程を回想するプロンプトへの反応：梅干し作り、押し寿司作り、保存食作り、草鞋作りの工程を回想法の中で参加者で共に手を使って実体験することは、そのもの作りにまつわる歌を口ずさむ参加者につられて、発言の少ない参加者も歌い始めることが何度もあった。

謝辞

本研究において、インタビューにご協力いただきました、高齢者とその家族の皆様、病院・施設のケアスタッフの皆様に関心から感謝申し上げます。

参考文献（引用文献）

- 1) 野村豊子：回想法；理論・実際・倫理，日本認知症ケア学会誌，5(1)，96-101，2006
- 2) 細川淳子，佐藤弘美，高道香織，他：痴呆性高齢者のグループ回想法実施時における表情の特徴，日本老年看護学会学会誌：81，2003.
- 3) 佐藤弘美，金川克子，天津栄子，他：認知症高齢者のグループ回想法場面の編集映像がもたらす家族やケアスタッフへの効果，日本老年看護学会誌，10(1)，105-115，2005.
- 4) 田高悦子，金川克子，天津栄子，他：認知症高齢者に対する回想法の意義と有効性－海外文献を通して－：日本老年看護学会誌，9(2)，56-63. 2005.
- 5) 松田修，黒川由紀子，齋藤正彦，他：回想法を中心とした痴呆性高齢者に対する集団心理療法痴呆の進行に応じた働きかけの工夫について：心理臨床学研究，19，566-577，2002.
- 6) 平林美保，水谷信子：痴呆性高齢者に対する新たなグループケアプログラムの開発－セッションの場で起きたこと，引き出されたカー：日本老年看護学会誌，7(2)，44-56，2003.

(受付：2006年11月10日，受理：2006年12月28日)

Effect of Prompts Used in the Reminiscence Method on the Elderly with Dementia

Hiromi SATO, Eiko AMATSU, Katsuko KANAGAWA, Etsuko TADAKA, Ikuko SAKAI,
Junko HOSOKAWA, Mamiko ITO, Yuka MATSUDAIRA, Sachi MOTOO

Abstract

The authors analyzed the effects of prompts presented to elders with dementia as a reminiscence method. Participants' characteristic remarks in response to prompts, obtained from 34 group reminiscence sessions, were selected from a total of 169 response records. Of those records, ones indicative of heightened thought activities and interpersonal communication were selected and analyzed. Participants made various comments in response to prompts which produced sound. Even participants who usually had little appetite enjoyed food tasting, touching ingredients and actually cooking on site. Reacting to prompts that reminded them of the process of making things, e.g. pickling Ume (Japanese plums) or straw sandals by hand, the group actually retraced the process by gesturing with their hands. Even subjects who usually spoke little began to sing repeatedly, in unison with others, songs associated with the making particular things. Participants, whose MMSE scores were 15 points or higher at the beginning of the group reminiscence therapy, spoke about their own experiences cued by prompts, itself a reflection of improved memory. Participants whose MMSE scores were below 14 points did not reminisce much in the presence of visual prompts. However, some comments were made in response to sensory stimuli such as listening to music, tasting food, enjoying fragrance, etc.

Keywords the elderly with dementia, group reminiscence method, prompts

報告

石川県における助産師の就業状況から見た周産期ケアの現状

杵淵恵美子 米田昌代 曾山小織 山岸映子

概要

本研究の目的は、石川県内の産婦人科医療施設における助産師の就業・業務および採用の状況から周産期ケアの現状を把握し、助産師の活用に関して検討することである。石川県内の産婦人科を標榜する医療施設に調査票を郵送し、回答が得られた20施設について診療所群と病院群に分けて比較分析した。その結果、診療所群に勤務する助産師数は少なく、病院群では助産師の20%が産婦人科以外の診療部門に配置されていた。診療所群、病院群どちらにおいても出産する女性は助産師からの十分な周産期ケアを受ける機会が少ないと考えられた。また、施設管理者は助産師の雇用を望み採用活動を行っていたが充足率は低かった。

診療所群と病院群間における助産師の偏在を是正し、安全で快適な周産期のケアを妊産婦に提供するためには、助産師養成数を増加させ量的確保を図ると共に、施設内で助産師が専門能力を発揮させるための診療・勤務体制の工夫と整備が必要であると考えられた。

キーワード 助産師, 就業状況, 周産期ケア, 診療所, 産婦人科

1. はじめに

厚生労働省は平成13年に21世紀の母子保健を提示するビジョンとして「健やか親子21」を策定し、取り組むべき課題の一つとして妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援をあげている。この課題の達成のために産科医療機関の安全性の確保、医療機関の連携、休日・夜間体制の整備、リスクに応じた分娩形態や助産師の活用によるチーム医療の採用などの具体的取り組みがなされている。しかし、全国的に、少子化による分娩数の減少や産婦人科医師の確保困難から産科診療を休止や中止する医療施設が増加傾向にあり、妊娠・出産に関する安全性と快適さが確保されているとは言い難い。

石川県においても平成14年以降金沢市、加賀市、羽咋市、能登町に所在する病院5施設で産科診療が休止されており、妊産婦が安心して出産できる場や相談相手となる専門家を得ることが困難になりつつある。また、妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保のためには、産婦人科医師とともに助産師は欠かせない職種の一つである。「健やか親子21」の中間評価(平成17年)¹⁾によれば産婦人科医師数は減少し不足となっており、助産師の施設間偏在も顕著化し、今後の重点項目の一つとして産婦人科医師や助産師等の産科医療を担う人材の確保があげられている。助産師の就業者数は近年わずかながら増加しているものの、看護師・保健

師の就業者数の増加と比較し極めて少ない²⁾。このようなことから、石川県内の産婦人科医療施設における助産師の就業・業務および採用の状況から周産期ケアの現状を把握し、助産師の活用に関して検討することを目的に調査を行った。

2. 研究方法

2. 1 調査期間および調査対象

平成17年10月から11月、産婦人科を標榜する石川県内の医療施設94カ所を対象とし調査票を郵送した。調査対象施設は病院一覧、電話帳、インターネット検索により抽出した。医療施設のうち、病院においては看護部長ならびに産科病棟の病棟師長、診療所では院長および看護師長に回答を依頼した。

2. 2 調査内容、分析方法

調査内容は、施設の属性、分娩件数、医療職者の人数、勤務体制、看護職者の担当ケア業務内容、助産師の採用状況などである。得られたデータは基本統計量の算出の他、ノンパラメトリック検定を行った。

2. 3 倫理的配慮

調査票には、得られたデータは統計的に処理し個人や施設が特定されないこと、データは研究の目的以外には使用しないことを明記した協力依頼

文を添付した。また、調査への協力は個人の自由な意思によるものとし、回答者ごとの郵送法による返送をもって協力の同意が得られたものとみなした。

3. 結果

3.1 施設の概要

調査対象とした94施設のうち34施設から回答が得られ(回収率36.2%)、そのうち、分娩を取り扱っている20施設を分析の対象とした。20施設それぞれの病床数は、20床未満2カ所、30床以上40床未満4カ所、100床以上300床未満7カ所、300床以上が7カ所であった(図1)。30床以上40床未満の施設4カ所は産婦人科系専門病院であったため、40床未満の施設合計6カ所を診療所群、100床以上の14施設を病院群と分類し比較検討した。各施設の所在地は金沢市6施設、加賀地域9施設、能登地域5施設であった(表1)。

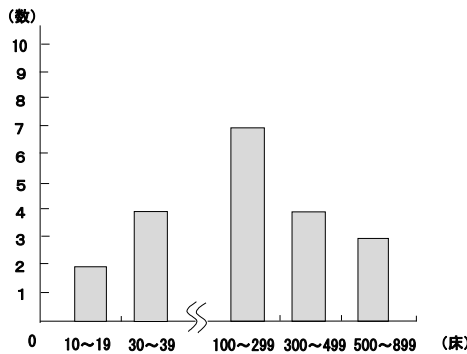


図1 病床数別施設数

3.2 分娩件数および常勤スタッフ数

過去5年間の年間平均分娩件数は診療所群424件、病院群186件であり、各施設の産婦人科医師数は診療所群・病院群ともに平均2人であった(表1)。産婦人科病棟の平均常勤看護職員数は、助産師数および准看護師数に有意な差がみられ($p<0.05, p<0.01$)、診療所群では助産師が有意に少なく、准看護師が有意に多かった(表1)。また、常勤医師・助産師一人が1年間に扱う平均分娩数は、診療所群の医師は226件、病院群の医師は134件、診療所群の助産師は88件、病院群の助産師は24件であり、助産師一人あたりの分娩件数には有意な差($p<0.05$)がみられた(表1)。

3.3 看護職員の勤務体制

産科を有する病棟の看護職員の勤務体制を比較すると、病院群ではすべての施設が三交代制をとっているのに対し、診療所群では三交代制の施設が20%であった。また、夜間勤務帯における助産師の配置をみると、診療所群においては助産師不在の夜間勤務帯がある施設が80%を占めていた。病院群ではオンコール体制をとっている施設が半数を占め、助産師が必ず配置されている施設は半数に満たなかった(表1)。

表1 対象施設の概要

N=20

		施設数(%)	
所在地	金沢市	6(30%)	
	加賀地域	9(45%)	
	能登地域	5(25%)	
過去5年間の年間平均分娩件数(件)	診療所群(n=6)	424.0±317.8	
	病院群(n=14)	186.4±104.3	
産婦人科病棟平均常勤スタッフ数(人)	診療所群(n=6)	2.0±0.6	
	産婦人科医師	2.0±0.6	2.1±2.5
	助産師	4.0±2.4	8.2±4.1 *
	看護師	7.5±4.9	11.2±8.4
	准看護師	8.5±0.8	1.2±1.5 **
1人あたり年間平均分娩件数(件)	診療所群(n=5)	226.7±133.7	
	産婦人科医師	226.7±133.7	134.2±91.1
	助産師	88.3±47.9	24.1±14.1 *
夜間の助産師配置	診療所群(n=5)	0(0%)	
	必ず1名助産師がいる	0(0%)	5(41.4%)
	助産師はオンコール体制	1(20.0%)	6(58.3%)
	助産師不在の夜間勤務帯がある	4(80.0%)	1(8.3%)

Mann-Whitney test * : $p<0.05$ ** : $p<0.01$

3. 4 病院群における病棟編成と助産師配置

病院群14施設の病棟編成は、産科あるいは産婦人科のみの施設は5カ所(38.5%)であり、他の診療科との混合病棟として編成されている施設が61.5%を占めていた(表2)。また、助産師を産婦人科病棟のみに配置しているのは3施設であり、その他の部署にも配置している施設が多くみられた。病院群全体で産科婦人科病棟以外に配置されている助産師の総数は30人であり、その配置先は産婦人科外来8人(26.7%)、小児科3名(10.0%)、その他19名(63.3%)となっていた。

表2 病院群における病棟編成

病棟編成	病院群(n=13)
産科	1(7.7%)
産婦人科	4(30.8%)
産婦人科と他科	8(61.5%)

3. 5 看護職員の産婦に対するケア業務の実施状況

分娩開始の診断、分娩進行状態の観察(内診を含む)、産痛緩和、産婦の夫や家族への支援、分娩介助の5項目について、助産師・看護師・准看護師それぞれの実施状況を確認した(表3)。病院群において助産師はすべての項目を実施しており、看護師や准看護師も、産痛緩和や産婦の夫や家族の支援を行っていた。しかし、助産師の業務である内診を含む分娩進行状態の観察を看護師が行っている施設が25.0%、分娩介助を行っている施設が

16.7%みられた。

診療所群においては、看護師・准看護師も産婦のケア業務を実施している施設の割合が高く、分娩開始の診断は看護師80.0%、准看護師60.0%、産痛の緩和と産婦の夫や家族への支援は看護師・准看護師ともに100%であった。また、内診を含む分娩進行状態の観察を看護師が行っている施設が80.0%、准看護師が行っている施設が60.0%、分娩介助を看護師・准看護師が行っている施設が60.0%みられた(表3)。

3. 6 助産師不足感、助産師増員により発展・拡大させたい業務および助産師採用理由

産婦人科を有する病棟の師長に対し、助産師数の不足を感じるかどうかを尋ねたところ「よくある・時々ある」と回答したのは、診療所群の師長で66.6%、病院群の師長では78.5%であった。助産師が増員された場合、発展や拡大させたい業務として病院群の師長の多くは助産師外来、女性外来、母乳外来を、診療所群の師長の多くは助産師外来、母乳外来をあげていた(表4)。

また、診療所群の院長および病院群の看護部長の回答による助産師採用の理由は、診療所群では「分娩管理の充実のため」5施設(83.3%)、「産婦人科ケアの向上・充実のため」4施設(66.7%)、「業務内容の拡大のため(女性外来)」(33.3%)であり、病院群では「退職者の補充のため」(35.7%)、「分娩管理の充実のため」(14.3%)、「産婦人科ケアの向上・充実のため」(7.1%)であった(表5)。

表3 看護職員の産婦ケアの実施状況

		診療所群(n=5)	病院群(n=12)
1. 分娩開始の診断	助産師	4(80.0%)	12(100%)
	看護師	4(80.0%)	2(16.6%)
	准看護師	3(60.0%)	0(0%)
2. 内診を含む分娩進行状態の観察	助産師	5(100%)	12(100%)
	看護師	4(80.0%)	3(25.0%)
	准看護師	3(60.0%)	0(0%)
3. 産痛緩和	助産師	5(100%)	12(100%)
	看護師	5(100%)	4(33.3%)
	准看護師	5(100%)	2(16.7%)
4. 産婦の夫や家族への支援	助産師	5(100%)	12(100%)
	看護師	5(100%)	8(66.7%)
	准看護師	5(100%)	2(16.7%)
5. 分娩介助	助産師	5(100%)	12(100%)
	看護師	3(60.0%)	2(16.7%)
	准看護師	3(60.0%)	0(0%)

表4 発展・拡大させたい業務

	診療所群(n=5)	病院群(n=11)
1. 助産師外来	4(80.0%)	7(63.6%)
2. 女性外来	0(0%)	7(63.6%)
3. 母乳外来	4(80.0%)	8(72.7%)
4. 不妊外来	1(20.0%)	2(18.2%)
5. 更年期外来	0(0%)	4(36.4%)
6. 思春期外来	1(20.0%)	4(36.4%)
7. 電話相談	2(40.0%)	3(27.3%)
8. カウンセリング	2(40.0%)	3(27.3%)
9. その他	1(20.0%)	1(9.1%)
		(複数回答)

表5 助産師採用の理由

	診療所群(n=6)	病院群(n=14)
1. 業務内容の拡大のため		
助産師外来	1(16.7%)	0(0%)
女性外来	2(33.3%)	0(0%)
母乳外来	1(16.7%)	0(0%)
不妊外来	1(16.7%)	0(0%)
2. 退職者の補充のため	1(16.7%)	5(35.7%)
3. 産婦人科ケアの向上・充実のため	4(66.7%)	1(7.1%)
4. 分娩管理の充実のため	5(83.3%)	2(14.3%)
		(複数回答)

3. 7 助産師採用活動と採用状況

診療所群の院長および病院群の看護部長に対し過去5年間の助産師の採用予定数と実際の採用数を尋ね、充足割合を確認した(図2)。病院群において採用予定数が確保できたのは平成16年度のみであり、それ以外の年度の充足率は50.0%~85.7%であった。診療所群では各年度とも充足率が低く、16.7%~42.9%に留まっていた。採用数が予定数に満たなかった理由は、各年度とも「応募者がなかった」が病院群において35.7%~50.0%、診療所群は33.3%~83.3%であった。

さらに、助産師採用・確保のための対策を尋ねたところ、診療所群・病院群とも多くの施設が助産師学校へ求人に出向くほか様々な対応を行って

いた(表6)。

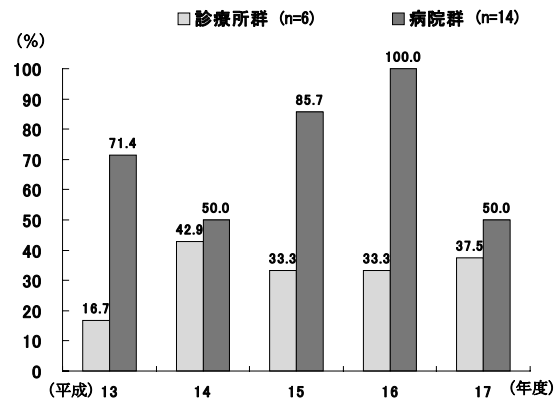


図2 診療所群, 病院群別助産師採用充足割合

表6 助産師採用・確保のための対策

	診療所群(n=6)	病院群(n=14)
対策を行ったことがある	4(66.7%)	5(35.7%)
対策を行ったことはない	2(33.3%)	4(28.6%)
無回答	0(0%)	5(35.7%)
対策内容	診療所群(n=4)	病院群(n=5)
1. 院内看護師に進学を勧める	2(50.0%)	4(80.0%)
2. 進学中は休職扱いとする	0(0%)	1(20.0%)
3. 進学者への奨学金制度を設ける	1(25.0%)	1(20.0%)
4. 退職者に再雇用の呼びかけ	1(25.0%)	1(20.0%)
5. ナースバンクへ登録する	2(50.0%)	2(40.0%)
6. 募集広告を出す	3(75.0%)	1(20.0%)
7. 助産師学校へ求人に出向く	3(75.0%)	4(80.0%)
8. 助産師学校へ求人票を送る	2(50.0%)	1(20.0%)
9. その他	0(0%)	1(20.0%)
		(複数回答)

4. 考察

平成16年度衛生行政報告³⁾によれば石川県内の病院・診療所に就業している助産師数は241人であり、本研究対象のうち病院群には110人、診療所群には24人が就業していた。また、平成16年の石川県の出生数は10,528人であり⁴⁾、本研究の対象施設での年間平均分娩数は5,148件であった。これらのことから、調査票の回収率は36.2%であるものの、石川県内の就業助産師の55.6%と全出生の48.9%が分析対象となっており、調査結果は石川県内の周産期ケアの現状をある程度示しているものと考えられる。

4. 1 診療所群における周産期ケアの現状

診療所群に勤務する助産師の絶対数は少なく、助産師一人あたりの年間平均分娩件数は、病院群と比較し約2.3倍になっていた。現在、患者の人数に対する看護職員の人数は医療法により定められているものの、分娩件数による助産師の必要数は定められていないため、診療所群における助産師数の不足がどれくらいかを明確にすることは困難である。しかし、平沢⁵⁾が助産師の必要数を助産師業務の実態や事故への対応などを加味して算出した結果では、助産師1人あたり年間分娩数は36.6件であるとしている。この試算と比較すると、診療所群に勤務する助産師が1年間に扱う分娩件数は2.4倍であり、妊産婦のケアが十分に行われているとは言い難い。

また、この助産師数の少なさが、看護師や准看護師による産婦ケアの実施という状況を生み出していると考えられる。産婦の分娩進行状態を把握する内診や、胎児の娩出手助けする分娩介助は助産師の業務と考えられており、看護師や准看護師によるこれらの行為は保健師助産師看護師法の違反となる。看護師や准看護師の養成教育では産婦に対するこれらの業務に関する教育内容は含まれておらず、医師や助産師以外が内診や分娩介助を行っている施設があることは、出産の安全性の面から憂慮すべき状況である。

さらに、助産師数の少なさは、勤務する助産師の業務が分娩介助業務に集中せざるを得ない状況を生み出し、一人の産婦に関わる時間も減少させ、満足のいく出産にするための安楽性にも悪影響を及ぼしていると考えられる。妊産婦に対しては、出産時以外にも定期健康診査時の保健指導や新生児のケア、産褥期の母乳育児への支援など、周産期の様々の場面でケアが必要とされているにもか

かわらず、これらのケアへの助産師の関わりもきわめて少ないと推測される。妊娠・分娩・産褥期を安全で快適に過ごすためのケアへ大きな影響が及んでいると言える。

4. 2 病院群における周産期ケアの現状

診療所群と比較し助産師の数は多く、1人あたりの年間分娩件数から見ると、平沢⁵⁾の試算による理想的助産師数より多く確保されていた。また、産婦のケア業務は助産師が担当し、看護師・准看護師が関わる割合は低く、助産師の専門業務として分担されていると推測された。しかし、病棟編成を見ると産科単独あるいは産婦人科の病棟は少なく、産婦人科と他科との混合病棟として編成している施設が61.5%に上った。日本助産師会による調査⁶⁾では、全国533病院の74.7%が産科以外に小児科・内科・外科・整形外科・救急などの混合病棟という結果もあり、石川県もそれに近い状況であった。

本来、妊産婦や健康な新生児のケアは、病気治療のために入院している患者とは独立して行われることが望ましく、混合病棟による様々な問題点が考えられる。特に、感染症で治療している成人や小児と同じ病棟内で、同一の看護職員によってケアされることによる院内感染の危険性、助産師が専門外の慣れない病気の重症患者と分娩進行中の産婦を同時に受け持った場合の事故や安全管理への懸念、高齢者や重症患者のケアが優先され、生死に関わらない妊産婦に対する不十分なケアなど、混合病棟化による弊害が指摘されている⁷⁾⁸⁾。

また、夜間勤務帯に助産師が必ず1名いるという施設は全体の約1/3であり、病棟助産師の平均人数は8人であった。施設によっては、夜間に分娩が開始し入院してきた産婦に対して、助産師による十分なケアが提供できていないと考えられる。

さらに、助産師を産婦人科病棟・産婦人科外来・小児科以外の診療部門に配置している施設があった。これは、混合病棟のため、産婦人科以外の患者のケアのために看護師や准看護師を配置し、助産師資格を持つ看護職であっても、すべてがその専門能力を発揮できる診療部門に配置されていない状況を示している。このような状況について産婦人科病棟師長の多くは助産師不足を感じ、助産師が増員されれば助産師外来や女性外来、母乳外来など、助産師の専門性を生かしたケアを提供したいと考えていた。診療所群と比較し分娩件数が少ない中で、妊婦や褥婦、思春期や更年期の一

般女性に対して助産師としての専門性を発揮するケアを提供したいと望んでいることが伺える。

4. 3 助産師の量的確保と活用

診療所群, 病院群どちらにおいても毎年助産師の採用活動を行っているものの, 充足できた年度はほとんどなく, ことに診療所群の充足率は低い。これは, 石川県内に助産師養成を目的とした教育機関がなく, 助産師の供給ができていないためと考えられる。大学学部教育の中での選択科目として助産師国家試験受験資格を満たす科目を提供している教育機関はあるものの, 受講者の人数制限があり卒業生が少ないこと, また, 卒業しても必ずしも助産師として就職するわけではなく, さらに石川県内に就職するとも限らない。卒業後, 助産師として石川県内に就職した卒業生は平成13年から平成16年まででわずか2名であり²⁾, 石川県内の産婦人科医療施設は助産師の供給を県外の養成施設に依存している状況である。このような状況は看護師・保健師の供給に関しては見られないことであり, 石川県内での助産師養成数を増加させることが急務であろう。

我が国の平成16年の出生数は約111万人であり, 出生場所別での構成割合は病院が51.8%, 診療所は47.0%である⁵⁾。一方, 平成16年末現在, 全国の就業助産師25,257人のうち69.4%が病院に勤務しており, 有床診療所に勤務している助産師は15.6%にすぎない³⁾。出生場所別の構成割合から見ると, 助産師の就業場所の割合は極めてバランスが悪い。石川県においても就業助産師の76.7%が病院に勤務し, 有床診療所の勤務者はわずか7.7%である³⁾。全国的に見られる助産師の勤務場所の偏りが, 石川県においては一層顕著な状況である。診療所の勤務は総合病院と比較し賃金の低さや昇給・退職金制度の不備などデメリットが指摘されているものの, 助産師自身にとってやりがいのある職場であることも数多く紹介されている⁹⁾。石川県内の診療所に助産師が少ない理由が待遇のみによるのかどうかは今後調査の必要があると考えられる。

診療所に就職する助産師を増加させるためには, 助産師養成数の増加の他, 診療所に勤務することのメリットを多くの助産師に伝えることも必要であると考えられる。加藤¹⁰⁾はメリットとして医師との信頼関係を持って働くことができ, 長期に就業できる職場環境であり, 学習機会が増加することをあげている。出産・育児のために退職した助

産師や, 助産師資格を持ちながら就業していない潜在助産師の診療所への再雇用を促すために, 診療所勤務のメリットを伝えていくことが必要であろう。

一方, 病院において助産師が専門性を発揮し, 妊娠・出産に関する安全性と快適さを妊産婦に提供するためには, 助産師が自立して活動できる部門を設けることが必要と考えられる。助産師外来や母乳外来などの開設により, 助産師が専門性を活かしてケアを提供できるであろう。また, 遠藤¹¹⁾は, 助産師の専門性を活かした母子ケアの提供方法として「院内助産院」を検討しており, 実際に取り組んでいる施設が全国に数カ所ある。産科医師と助産師が協働し, 正常妊産婦については助産師が自立してケアを行っていくことで, 妊娠・出産の安全の確保とともに妊産婦にとって満足のいく体験とすることが可能である。助産師数がある程度確保できている病院や, 混合病棟化により助産師を産婦人科以外の診療部門に配置している病院などは, 助産師を活用する方法として院内助産院の開設に取り組むことが周産期ケアの向上のために必要であると考えられる。

5. まとめ

石川県内の分娩を取り扱う産婦人科医療施設を対象に, 助産師の就業・業務および採用の状況を調査し, 以下のことが明らかとなった。

1. 40床未満の産科診療施設では, 勤務する助産師が一人平均年間88件の分娩を取り扱っており, 100床以上の施設に勤務する助産師の取扱件数の約2.3倍であった。また, 助産師不在の夜間勤務帯のある施設が80%に上った。
2. 看護師・准看護師による内診や分娩介助が行われていた施設が, 40床未満の産科診療施設で60%に上り, 100床以上の施設においても分娩介助を看護師が行っている施設が16.7%みられた。
3. 100床以上の診療施設においては産婦人科病棟を他科との混合病棟として編成している施設の割合が61%であった。また, 産婦人科病棟以外に配置されている助産師の総数は30人であり, そのうち産婦人科外来や小児科以外の診療部門に配置されている助産師の割合は63%であった。
4. 産科診療施設では助産師が充足されておらず, ことに40床未満の施設では分娩管理の充実のために助産師を必要としていたが充足率は低かった。すべての施設が毎年採用活動を行っているにもかかわらず, 管理者の希望する必要数

は満たされていなかった。

以上のことから、石川県内の妊産婦に対し出産に関する安全性と快適さを保証し、助産師の十分なケアを提供するためには、助産師養成数を増加させ量的確保を図るとともに、施設内で助産師の専門能力を發揮させるための診療・勤務体制の工夫や整備の必要があると考えられた。

謝辞

本研究にあたり、ご協力いただきました石川県内産婦人科医療施設の院長、看護部長、産婦人科病棟師長の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 厚生統計協会 編：図説 国民衛生の動向 2006, 厚生統計協会, 54-55, 2006.
- 2) 看護問題研究会 監修：平成17年 看護関係統計資料集, 日本看護協会出版会, 4-9, 2006.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部 編：平成16年度保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例), 厚生統計協会, 542-545, 2006.
- 4) 母子衛生研究会 編：母子保健の主なる統計—平成17年度刊行—, 母子保健事業団, 42-43, 2006.

- 5) 平沢美恵子：妊産婦と新生児に対する看護量からみた助産婦必要数の検討, 日本看護協会職能集会検討資料, 56-57, 1983.
- 6) 日本助産師会：産科病棟における混合化の実態調査に関する報告書, 平成15年度厚生労働省医療関係者養成確保対策費等補助金看護職員確保対策事業, 2003.
- 7) 堀内成子, 森明子, 恵美須文枝他：助産モデルの展開を阻む現実—病院に勤務する助産師から見たケアシステムの問題点—, 日本助産学会誌, 17(1), 47-53, 2003.
- 8) 堀内成子：貴重な出産体験を軽視しないで 混合化する産科病棟に専門家としての知恵を, 助産雑誌, 58(8), 698-703, 2004.
- 9) 河合蘭, 三宅はつえ, 天谷一美他：診療所に勤務する私たち 就職先としての賢い診療所の選び方, 助産雑誌, 60(8), 670-676, 2006.
- 10) 加藤尚美：診療所助産師の必要性を考える その活動実態調査から, 助産雑誌, 60(8), 664-669, 2006.
- 11) 遠藤俊子：病院・診療所における助産師の働き方, 助産雑誌, 60(4), 288-294, 2006.

(受付：2006年11月10日, 受理：2007年1月5日)

The Current Status of Perinatal Care in Ishikawa Prefecture: as Viewed by Employed Midwives

Emiko KINEFUCHI, Masayo YONEDA, Saori SOYAMA, Eiko YAMAGISHI

Abstract

This study aims to evaluate the current status of perinatal care at gynecological-obstetric facilities of Ishikawa Prefecture by means of a survey of midwives employed there, their practice, and their hiring situations. Findings of the study are expected to help evaluate the effectiveness of midwife utilization. Survey forms were mailed to medical facilities that claimed to provide gynecological-obstetric services in Ishikawa Prefecture. For comparative analysis, 20 responding facilities were divided into two groups, clinics and hospitals. The number of midwives at clinics were fewer than those at hospitals. Approximately 20% of the midwives at hospitals were assigned to departments other than gynecological-obstetrics. Thus it was suspected that women who gave birth either at hospitals or clinics may have had limited opportunities to receive sufficient perinatal care from midwives. While managers at these facilities were engaged in recruiting activities to hire more midwives, the rate of filling positions available was low. Measures to correct the skewed distribution of midwives at clinics and hospitals so as to offer safe and comfortable perinatal midwife care to expectant mothers include: Training a larger number of students of midwifery; promotion of inventive and improved clinical practice and institution of an employment system that will enable midwives practice their professional skills at their place of work.

Keywords Midwife, Employment, Perinatal care, Obstetrics and Gynecology Department, Clinic

資料

成人女性の冷えの自覚とその要因についての検討

今井美和 赤祖父一知* 福西秀信**

概要

この調査の目的は、成人女性の冷えの自覚の実態を把握し、冷えの自覚の要因を明確にし、冷えの予防策を考える際の基礎的データを得ることである。そこで、金沢市と神戸市の病院に勤務する20-60歳の女性470名を対象に、自己記入式質問紙調査を行い解析した。その結果、63.6%の女性が冷えを自覚していた。冷えを感じる身体部位は足や手、下肢などの末梢部が多く、外気温の低い冬や就寝前に感じるが多かった。冷え自覚群の54.8%が冷えに対して苦痛を感じ、肩こり、頭痛、むくみなどを合併している場合も多かった。冷えの自覚は、年齢とBMI (Body Mass Index) に関連しており、20代の若い女性ほど、あるいはBMIが低い痩せ型の女性ほど冷えを自覚していた。また、神戸市の女性の方が金沢市の女性よりも冷えを自覚する危険性が高いことが示唆された。一方、喫煙習慣、仕事形態、ダイエット経験、食事形態には関連が認められなかった。冷えを自覚しないようにするには、10代のうちから「冷え」に対する認識を深め、身近な問題として受け止め、日常生活形態を改善していくこと、また全年齢層を通じて痩せには「冷えを自覚する危険性」が存在することを認識することが重要であると考えられた。

キーワード 冷え, 女性, 自覚, 年齢, Body Mass Index

1. はじめに

日本の女性は、加齢に伴う内分泌環境の変動がみられる更年期、思春期のみならず総ての年齢層で高頻度に冷えを感じている¹⁻⁶⁾。冷えは寒冷刺激により知覚し⁷⁾、一般には寒冷地域⁸⁾、外気温の低い冬期^{3, 4, 6, 7, 9-11)}、就寝時^{3, 4)}に多く発症すると考えられている。しかし近年、職場、公共施設、一般家庭において冷房が普及し、温暖な地域でも夏期あるいは日中の冷えが問題になってきている^{6, 11, 12)}。さらに最近では、女性が喫煙することが多くなり、喫煙と冷えとの関連^{13, 14)}や、女性の社会進出による就労と冷えとの関連も注目されている⁸⁾。また、女性の痩せ願望や生活形態の多様化が進み、痩身、無理なダイエット、食生活の乱れ、それに伴う貧血や低血圧と冷えとの関連性が指摘されてきている^{8, 11, 12, 14-19)}。しかしながら、冷えは東洋人に好発し直接生命を脅かす病態でないこと、冷えは自覚的的症状であり客観的に評価することが難しいことなどから、冷えを科学的に捉える基礎的データが十分にそろっていない。

そこで今回、成人女性の冷えの自覚の実態を把握し、冷えの自覚の要因を明確にし、冷えの予防策を考える際の基礎的データを得ることを目的

* 金沢社会保険病院健康管理センター

** 慈恵会新須磨病院婦人科

に、冷えの自覚頻度、冷えの発生に関与が予想される地域差、年齢差、喫煙習慣、仕事形態、ダイエット経験、食事形態、BMI (Body Mass Index) と冷えの自覚との関連、さらに冷えを自覚しているものにおいては冷えを感じる身体部位、その苦痛程度、随伴症状、感じる季節、感じる時間帯と冷えへの対策の実態について、金沢市と神戸市の二つの病院に勤務する20-60歳の女性に対して冷えの自己記入式質問紙調査を行い解析した。

2. 調査方法

2. 1 対象・方法・場所・期間

金沢市のA病院女性職員278人、神戸市のB病院女性職員192人、計470人を対象とし、冷えに関する質問調査用紙を配布し、自己記入方式で調査した。実施場所は金沢市と神戸市の各病院内で、室温はいずれも平均25°Cに温度調整されていた。実施期間は2004年10月1-7日で、この期間の外気温は金沢市において平均気温19.3±1.7°C、最高気温23.1±3.4°C、最低気温15.7±1.3°C、神戸市において平均気温22.0±0.9°C、最高気温25.0±2.0°C、最低気温19.3±1.1°Cで、金沢市の方が神戸市と比較して、平均気温2.7°C、最高気温1.9°C、最低気温3.6°C低かった。平均相対湿度は金沢市において77.0±8.3%、神戸市に

において 68.7±7.1%で、金沢市の方が神戸市と比較して 8.3%高かった。(気象庁ホームページ <http://www.data.kishou.go.jp/etrn/index.html> 参照)。

2. 2 調査項目

調査項目は、(1)冷えの自覚、(2)地域、(3)年齢、(4)喫煙習慣、(5)仕事形態、(6)ダイエット経験、(7)食事形態、(8)BMIであった。

(1)冷えの自覚に関する質問は「あなたは冷え症だと思いますか」で、回答は「はい」あるいは「いいえ」とし、「はい」の場合を「冷え自覚群」、「いいえ」の場合を「非自覚群」の2群とした。

(2)地域は、日本海側の「金沢市」と瀬戸内側の「神戸市」の2群とした。この2つの地域の2000-2004年の過去5年分の気温を比較してみると、神戸市と比べて年間の平均気温は金沢市が1.9-2.1℃、平均2.0℃低く、月別の平均気温もすべての月で金沢市の方が低かった。2000-2004年の過去5年分の湿度を比較してみると、年間の平均相対湿度はいずれも金沢市の方が5-9%、平均6.8%高く、月別の平均相対湿度も2004年8月以外はすべて金沢市の方が高かった。(気象庁ホームページ参照)。

(3)年齢は、「20-29歳」、「30-49歳」、「50-60歳」の3群とした。この女性の年齢区分は、内分泌学的に性機能(卵巣機能)と副腎機能の双方を考慮してのことである。卵巣機能からみて、「20-29歳」は成熟期(性周期安定期)、「30-49歳」は成熟期後期(性周期不安定移行期)、「50-60歳」は更年期・閉経後初期であり、副腎機能からみて、「20-29歳」は20歳前後ピーク後の軽度下降期、「30-49歳」は安定期、「50-60歳」は再軽度下降安定期である²⁰⁻²²⁾。

(4)喫煙習慣は、現在煙草を吸う習慣がない場合を「吸わない」、吸う習慣がある場合を「吸う」の2群とし、過去の喫煙習慣については尋ねなかった。

(5)仕事形態に関しては、立って働く機会が多い場合を「立ち仕事」、座って仕事をするのが主になる場合を「座り仕事」の2群とした。

(6)ダイエット経験に関しては、過去あるいは現在においてその経験が「ない」と「ある」の2群とした。

(7)食事形態は、朝昼夕3回摂取する場合を「規則的」、それ以外の場合を「不規則」の2群とし

た。

(1)-(7)の各調査項目には選択肢を設け、該当するものを選んでもらった。

(8)BMIに関しては、身長と体重を空欄に記述する方法をとった。BMI値は、 $\text{体重(kg)} \div [\text{身長(m)}]^2$ の計算式から得た。BMI値が18.5未満を「痩せ(低体重)」、18.5以上25未満を「正常(普通体重)」、25以上を「肥満」の3群とした²³⁾。

冷え自覚群に対して、①冷えを感じる身体部位(複数回答)、②冷えの苦痛程度、③冷えの随伴症状(複数回答)、④冷えを感じる季節(複数回答)、⑤冷えを感じる時間帯(複数回答)、⑥冷えへの対策(複数回答)を調査した。①-⑤の項目は選択肢を設け、回答が選択肢にない場合は空欄に記述する方法、⑥の項目は空欄に記述する方法をとった。

2. 3 調査における倫理的配慮

調査用紙には協力依頼文を添付し、調査内容への回答は個人の判断に任せた。また、調査への参加は個人の意思による選択とした。調査用紙は無記名で調査用番号を付け匿名化を行い、プライバシーを保護した。

2. 4 分析方法

対象の属性の年齢と地域との関連については、単変量解析の分割表による χ^2 検定を行った。

冷えの自覚と各調査項目との関連については、まず単変量解析の分割表による χ^2 検定を行った。冷えの自覚とBMI値の関連についてはBMIの平均値を求めt検定も行った。さらに、冷えの自覚と年齢、冷えの自覚とBMI群の傾向性の有無を傾向検定であるCochran-Armitage検定で行った。この検定の説明変数は、年齢の場合には各群の中央値25、40、55.5とし、BMIの場合には各群の平均値17.8、20.7、26.6として、公式に当てはめ計算した。いずれも有意水準5%未満を有意差ありとした。

冷えの自覚に対する各調査項目の交絡因子の影響を除去するために、多変量解析として多項ロジスティック回帰分析を行った。この解析で利用した各調査項目の各群の変数を以下に列挙する。有意水準5%未満を有意差あり、20%未満を示唆される差ありとした。

目的変数

冷えの自覚：非自覚群(0)、自覚群(1)。

説明変数

地域：金沢市 (0), 神戸市 (1).
 年齢 30-49 歳:20-29 歳 (0), 30-49 歳 (1),
 50-60 歳 (0).
 年齢 50-60 歳:20-29 歳 (0), 30-49 歳 (0),
 50-60 歳 (1).
 喫煙習慣：吸わない (0), 吸う (1).
 仕事形態：立ち仕事 (0), 座り仕事 (1).
 ダイエット経験：ない (0), ある (1).
 食事形態：規則的 (0), 不規則 (1).
 BMI 正常：痩せ (0), 正常 (1), 肥満 (0).
 BMI 肥満：痩せ (0), 正常 (0), 肥満 (1).
 統計解析には Dr. SPSS II for Windows を使用
 した(ただし, Cochran-Armitage 検定は除く).
 冷え自覚群に対して行った①-⑥の項目は, そ

れぞれの回答に該当する人数を数え検討した.

3. 結果

3. 1 対象の属性

対象の年齢分布は, 470 人中 20-29 歳 219 人,
 30-49 歳 184 人, 50-60 歳 67 人で, その内訳
 は表 1 に示すとおりであった. χ^2 検定で年齢と
 地域の間有意差が認められ($p<0.05$), 金沢市と
 神戸市の間で年齢群に差がみられた.

3. 2 冷えの自覚頻度, 感じる身体部位, その
 苦痛程度, 随伴症状, 感じる季節, 感じる時間帯
 と冷えへの対策

冷えを自覚しているものの頻度は, 対象者全体
 の 63.6%であった(表 2).

表 1 金沢市と神戸市における年齢分布

年齢	人数	(%)*	金沢市		神戸市		χ^2 検定 P値
			人数	(%)*	人数	(%)*	
20-29歳	219	(46.6)	142	(51.1)	77	(40.1)	0.025
30-49歳	184	(39.1)	95	(34.2)	89	(46.4)	
50-60歳	67	(14.3)	41	(14.7)	26	(13.5)	
総数	470	(100.0)	278	(100.0)	192	(100.0)	

* , 総数における%

表 2 冷えの自覚と各調査項目 (n=470)

調査項目	総数	冷え自覚群		P値	多項ロジスティック回帰分析 (n=320)			
		人数	(%)*		調査項目	P値	オッズ比	95%信頼区間
冷えの自覚	470	171	(36.4)					
地域				χ^2 検定				
金沢市	278	105	(37.8)	0.452	地域	0.086	1.57	0.94-2.61
神戸市	192	66	(34.4)					
年齢				0.000				
20-29歳	219	58	(26.5)	Cochran-Armitage検定 <0.001	年齢30-49歳	0.002	0.41	0.24-0.72
30-49歳	184	74	(40.2)					
50-60歳	67	39	(58.2)					
喫煙習慣				0.852	喫煙習慣	0.881	0.95	0.49-1.86
吸わない	395	143	(36.2)					
吸う	75	28	(37.3)					
仕事形態				0.603	仕事形態	0.702	1.16	0.55-2.44
立ち仕事	411	147	(35.8)					
座り仕事	48	19	(39.6)					
未回答	11	5						
ダイエット経験				0.537	ダイエット経験	0.938	1.02	0.62-1.68
ない	235	90	(38.3)					
ある	228	81	(35.5)					
未回答	7	0						
食事形態				0.283	食事形態	0.549	1.22	0.64-2.32
規則的	359	137	(38.2)					
不規則	102	33	(32.4)					
未回答	9	1						
BMI群				0.008	BMI正常	0.106	0.59	0.31-1.12
痩せ	77	18	(23.4)					
正常	242	91	(37.6)					
肥満	19	11	(57.9)					
未回答	132	51		Cochran-Armitage検定 <0.01	BMI肥満	0.041	0.31	0.10-0.95
BMI値	338	120	(35.5)					
mean±SD		21.1±2.7	20.0±2.1	t検定 0.008				
未回答	132	51						

* , 調査項目あるいはその細目における%

冷えを感じる身体部位は表3に示すように、足(80.9%)、手(51.5%)、下肢(33.4%)に感じるものが多く、頭(0.3%)、胸(0.3%)、全身(1.7%)に感じるものは極めて少なかった。

表3 冷え自覚群における冷えを感じる身体部位(複数回答)(n=299)

身体部位	人数	(%)*
足	242	(80.9)
手	154	(51.5)
下肢	100	(33.4)
腰	25	(8.4)
腹	25	(8.4)
背中	19	(6.4)
首	17	(5.7)
上肢	15	(5.0)
肩	10	(3.3)
臀	8	(2.7)
顔面	7	(2.3)
全身	5	(1.7)
胸	1	(0.3)
頭	1	(0.3)
未回答	1	(0.3)

*、冷え自覚群における%

冷えの苦痛程度は表4に示すように、「苦になる」が48.5%と最も多く、「時々苦になる」、「治療したい」を合わせると54.8%がある程度の苦痛を感じていた。

表4 冷え自覚群における冷えの苦痛程度(n=299)

苦痛程度	人数	(%)*
苦になる	145	(48.5)
苦にならない	118	(39.5)
時々苦になる	12	(4.0)
治療したい	7	(2.3)
未回答	17	(5.7)

*、冷え自覚群における%

冷えの随伴症状は72.2%のものが有していた。その詳細は表5に示すように、肩こり(54.8%)、頭痛(29.4%)、むくみ(21.1%)、不眠(12.0%)が多かった。

表5 冷え自覚群における冷えの随伴症状(複数回答)(n=299)

随伴症状	人数	(%)*
有り	216	(72.2)
肩こり	164	(54.8)
頭痛	88	(29.4)
むくみ	63	(21.1)
不眠	36	(12.0)
めまい	25	(8.4)
のぼせ	18	(6.0)
しびれ感	17	(5.7)
耳鳴り	10	(3.3)
趾の無感覚と蒼白	1	(0.3)
膝関節痛	1	(0.3)
無し	83	(27.8)

*、冷え自覚群における%

冷えを感じる季節は、表6に示すように、冬が78.9%と圧倒的に多く、次に秋の27.8%、春の9.0%、夏の7.0%の順であった。冷えを感じる季節の組合せでみると、冬のみが47.8%と最も多く、次に一年中冷える(17.4%)、秋・冬(16.7%)、秋・冬・春(8.0%)、夏・冬(4.3%)、秋のみ(1.7%)、夏・秋・冬(1.3%)、夏のみ(1.3%)、冬・春(0.7%)、春のみ(0.3%)、未回答(0.3%)であった。

表6 冷え自覚群における冷えを感じる季節(複数回答)(n=299)

季節	人数	(%)*
冬	236	(78.9)
秋	83	(27.8)
春	27	(9.0)
夏	21	(7.0)
未回答	1	(0.3)

*、冷え自覚群における%

冷えを感じる時間帯は、表7に示すように、就寝前が全体の64.5%と最も多く、次に朝の24.4%、夕の19.4%の順であった。冷えを感じる時間帯の組合せでみると、就寝前のみが44.1%と最も高く、次が一日中(11.7%)、就寝前・朝(10.4%)、朝のみ(10.0%)、夕・就寝前(8.4%)、夕のみ(6.0%)、朝・夕(2.3%)、夕・就寝前・朝(1.7%)、昼・夕(1.0%)、昼のみ(1.0%)、寒い時(0.3%)、時々(0.3%)、未回答(2.7%)であった。

表7 冷え自覚群における冷えを感じる時間帯(複数回答)(n=299)

時間帯	人数	(%)*
就寝前	193	(64.5)
朝	73	(24.4)
夕	58	(19.4)
昼	6	(2.0)
寒い時	1	(0.3)
時々	1	(0.3)
未回答	8	(2.7)

*、冷え自覚群における%

冷えへの対策は、対策をとっているものは70.9%、とっていないものは10.7%であった(表8)。対策の詳細は、着衣の工夫が48.2%と最も多く、その中でも靴下やストッキングを履くという回答が36.1%と多かった。その他、入浴(23.1%)、保温器具の使用(15.4%)、マッサージ(5.4%)、掛物の使用(4.3%)、飲食物の摂取(4.0%)、空調調節(2.3%)、運動(2.3%)などの方法であった。

表8 冷え自覚群における冷えへの対策（複数回答）
(n=299)

対策	人数	(%)*
有り	212	(70.9)
着衣の工夫	144	(48.2)
・靴下等	108	(36.1)
・重ね着	21	(7.0)
・下着の工夫	14	(4.7)
・詳細不明	12	(4.0)
・手袋等	5	(1.7)
・腹巻	3	(1.0)
・サポーター	2	(0.7)
・薄着	1	(0.3)
入浴	69	(23.1)
・全身浴	52	(17.4)
・足浴	16	(5.4)
・半身浴	3	(1.0)
・手浴	2	(0.7)
・入浴剤使用	1	(0.3)
保温器具使用	46	(15.4)
・カイロ	21	(7.0)
・あんか	7	(2.3)
・電気毛布	6	(2.0)
・湯たんぽ	5	(1.7)
・暖房器具	3	(1.0)
・ホットカーペット	3	(1.0)
・布団乾燥機	2	(0.7)
・詳細不明	2	(0.7)
・こたつ	1	(0.3)
保温(詳細不明)	24	(8.0)
マッサージ	16	(5.4)
掛物類	13	(4.3)
・毛布	5	(1.7)
・掛物	4	(1.3)
・布団	4	(1.3)
・寝具の工夫	1	(0.3)
飲食物	12	(4.0)
・飲料水	7	(2.3)
・食品(サプリメントを含む)	6	(2.0)
空調調節	7	(2.3)
運動	7	(2.3)
汗を拭く	1	(0.3)
禁煙	1	(0.3)
お灸	1	(0.3)
無し	32	(10.7)
未回答	55	(18.4)

*、冷え自覚群における%

3. 3 冷えの自覚と地域、年齢、喫煙習慣、仕事形態、ダイエット経験、食事形態、BMI との関係

単変量解析では表2に示すように、地域別では、金沢市62.2%、神戸市65.6%で、両地域の間には有意差はなかった。

年齢群別の冷えを自覚しているものの頻度は、20-29歳で73.5%と最も高く、30-49歳は59.8%、50-60歳は41.8%と、年齢が高くなるに従って減少していた。 χ^2 検定で冷えの自覚と年齢の間には有意差が認められ(p<0.01)、年齢群によって冷えの自覚頻度に差があった。傾向検定でも有意差が認められ(p<0.001)、年齢群が下がるに

従って冷えの自覚頻度が高くなる傾向にあった。

喫煙習慣では、煙草を吸わないものの63.8%、吸うものの62.7%が冷えを自覚していたが、両者の間に有意差はなかった。

仕事形態では、主に立ち仕事をしているものの64.2%、主に座り仕事をしているものの60.4%に冷えを自覚し、両者の間に有意差はなかった。

ダイエット経験では、ダイエット経験のないものの61.7%、ダイエット経験のあるものの64.5%が冷えを自覚していたが、これらの間には有意差はなかった。

食事形態では、食事を規則的に摂取しているものの61.8%、不規則なものの67.6%が冷えを自覚していたが、両者の間に有意差はみられなかった。

BMI群では、痩せ群の76.6%、正常群の62.4%、肥満群の42.1%が冷えを自覚し、BMI群が痩せ群、正常群、肥満群になるに従って減少していた。 χ^2 検定で冷えの自覚とBMI群の間には有意差が認められ(p<0.01)、BMI群によって冷えの自覚頻度に差があった。傾向検定でも有意差が認められ(p<0.01)、BMI群が肥満群、正常群、痩せ群になるに従って冷えの自覚頻度が高くなる傾向にあった。また、t検定で冷え非自覚群と自覚群のBMIの平均値の間には有意差がみられ(p<0.01)、冷えを自覚しているものは自覚していないものと比較してBMIの値が低かった。

多項ロジスティック回帰分析（有効回答率68.1%）では表2に示すように、冷えの自覚は年齢、BMI、地域の項目において有意あるいは示唆される差がみられた。30-49歳と50-60歳は20-29歳と比較して冷えを自覚する危険性が有意に低く(p<0.01)、BMIの肥満群は痩せ群と比較して冷えを自覚する危険性が有意に低かった(p<0.05)。また有意差はないが、BMIの正常群は痩せ群と比較して冷えを自覚する危険性が低く(p<0.2)、神戸市は金沢市と比較して冷えを自覚する危険性が高かった(p<0.2)。他の項目ではこのような差は認められなかった。

4. 考察

本調査での冷えの自覚頻度は63.6%で、これまでに報告された各種年齢層の健常女性を対象にした冷えの自覚頻度38.4-67.0%の範囲内であった¹⁻⁶⁾。これらの報告の間に30%近くの差があるのは、調査対象の年齢の差異の他に、調査を実施した年月による違いや地域によって生じる様々な環境の違い、冷えの定義が一定しないことによって

生じる質問方法の相違によるものと考えられた。

医学大辞典では、「冷え症とは身体の特定の部位のみをとくに冷たく感じ、耐えがたい場合をいう。部位は腰部が最も多く、ついで足部が多い。寒冷期に多く発生する。その発生機転は自律神経失調による血管運動神経障害であり、該部の毛細管攣縮による血行障害の結果冷たく感じる。更年期障害の婦人によくみられる症状であるが、そのほか自律神経調節異常や心身症でもみられる。原因によりホルモン療法、自律神経調整薬などの薬物療法や心理療法などを行う。」とある²⁴⁾。「冷え症」の定義を明確化し、診断基準を作成することは、治療の適応や治療の効果判定を行う場合必要である。寺澤は、19項目からなる「冷え症」調査用問診票を366人(男性126人, 242人)に対し行い、危険率1%以下の症候を重要項目(3項目)、危険率5%以下の症候を参考項目(5項目)および付帯条項(6ヶ月以上に渡る症候の存在)からなる「冷え症」の診断基準を作成し、重要項目2項目以上、重要項目1項目に参考項目2項目以上、あるいは参考項目4項目以上を満たす者を冷え症とした²⁾。さらに「冷え症とは、通常の人が苦痛を感じない程度の温度環境下において、腰背部、手足末梢、両下肢、偏身、あるいは全身的に異常な感冷感を自覚し、この異常を一般的には年余にわたって持ち続ける病態をいう。多くの場合、この異常に関する病識を有する。」と定義した²⁾。坂口らは寺澤が考案した「冷え症」調査用問診票に5項目を付加し、153人(男性64人, 89人)に調査を行い、危険率0.01%以下の症候をA項目(6項目)、危険率1%以下の症候を参考項目(7項目)からなる「冷え症」の診断基準を作成し、A項目2項目以上、あるいはA項目1項目にB項目2項目以上を満たす者を冷え症とした²⁵⁾。さらに、「冷え症」を自覚している人における寺澤および自らの作成した診断基準の一致率を調査し、女性の場合はいずれも70%以上の一致率であったが、男性については寺澤の場合35.3%、坂口らの場合64.7%の一致率であったと報告している²⁵⁾。

冷えを感じる身体部位は圧倒的に足と手、下肢が多く、頭、胸は少なかった。1956年の九嶋らの報告によれば、腰部が最も多く、次に足部、下肢、手部、腹部、背、上肢、頭、首、胸である⁹⁾が、その後の報告では、腰部よりも四肢末梢の頻度が高くなっている^{3, 4, 9, 12)}。それは冷房の普及、服装の変化などの要因が大きいのではないかと推察される。体の末梢の部分に冷えの訴えが多いとい

うことは、冷えと血流との関係を示唆している²⁶⁾。岡田らは冷水負荷試験による皮膚温の回復率が低い、つまり末梢循環障害の程度が高い群は、手と足の両方の冷え症状を訴えるものが多いと報告している¹¹⁾。これは体内の臓器でも脳や肺などは血流も豊富なため温度が高く保たれているので、頭、胸では冷えを感じにくいものと考えられる。

冷えの苦痛程度については、54.8%が何らかの苦痛を感じており、これまでの報告と同様であった^{6, 27)}。多くの女性が苦痛に感じる冷えを訴えていることから、冷えの原因を究明し適切な予防策を講じることが求められている。

冷えの随伴症状では肩こり、頭痛、むくみ、不眠などの自律神経系の症状が多かった。これまでも、冷えによる肩こり、頭痛、不眠、睡眠不足、手足のしびれ、しもやけ、便秘、腰痛、倦怠感、疲労、ほてりなどは冷えの無い群に比べ多い傾向あるいは有意に高いと報告されている^{3, 9, 11, 12, 14, 19)}。さらに近年では、意欲の欠如、情緒の安定性、考えがまとまらない、気が散る、ストレスを多く感じるなどの精神状況と冷えとの関連が報告されている^{11, 14, 19)}。

冷えを感じる季節は冬、時間帯は就寝前に多く、これまでの報告と同様であった^{3, 4, 6, 7, 9, 10, 11)}。しかしながら、四季を通じて、あるいは一日を通じて冷え症に悩む女性も多く³⁾、今回の調査でも、それぞれ17.4%、11.7%に認められた。高取らは、1ヶ月の最高気温が20℃、最低気温が10℃あるいは平均気温15℃以下の時、中間温環境下でサーモグラフィ上躯幹最高温と四肢部最低温の格差が8℃以上あれば冷えを訴え、季節による気温の変化が冷え性発症の背景因子として重要であると報告している⁷⁾。さらに岡田らは、冷水負荷試験による皮膚温の回復率が低い(末梢循環障害の程度が高い)群では、冬以外の季節(春、夏、秋)に冷えを感じるものの割合が少ない傾向を示したと報告している¹¹⁾。本調査では冬にのみ冷えを自覚するものが47.8%存在し、冷え自覚群の約半数は末梢循環障害の程度が高いことが予想された。なお岡田らは、夏でも冷えを感じる者の割合は61%と高率であり¹¹⁾、定方らも、職場において冷えを感じる季節は冬の次は夏である⁶⁾と報告しているが、夏に冷えを感じるのは本調査では全体の7.0%とかなり低い頻度であった。この結果は、職場における冷房の温度設定が影響しているものと考えられた。

時間帯については、本調査では就寝前に最も多

く、次いで朝、夕、昼の順であった。この結果から、早朝体温が最低となり、日中体温が最高になるという日周期リズムに加えて、外気温が低下、活動量が低下することによって冷えを自覚するのではないかと考えられた。

冷えへの対策については、近藤らの報告では、生活上の工夫をしている頻度が 44.5%で、冷えの重症者でその頻度が高く³⁾、藤原らの報告では、冷暖房に気をつけるが 25%、厚着をするが 26%で、85%が何らかの積極的対策をとっており⁴⁾、定方らの報告では、衣類の調整、毎日入浴、寝床内保温用品使用、入浴剤、十分な睡眠などで、各年代で対策にばらつきがあり、若年者はカイロの使用、熟年者は栄養のバランスに気をつけるであった⁶⁾。本調査では 70%近くが冷えに対して何らかの対策をとっており、その中でも靴下やストッキングを履くという回答が多かった。宮本らによれば、ソックス着用の皮膚温の経時的変化に与える影響は、直接被覆されている足部よりも、直接被覆されていない手部にあらわれると報告している²⁸⁾。岡田らは冷水負荷試験による皮膚温の回復率が低い(末梢循環障害の程度が高い)群では冬に靴下を履いて寝ることが多いと報告している¹¹⁾。また、毎日飲酒している群では冷えの自覚割合が少なく¹⁸⁾、運動量が少ない群では冷えの自覚頻度が高いという報告もあり^{11,18)}、適度の飲酒や運動も冷えの改善に効果的であると推測される。

年齢別に冷えの自覚頻度を検討してみると、本調査では単変量解析の傾向検定および多変量解析でも 20 代の女性は他の年齢群の女性と比較して冷えを自覚するものが多かった。10 代から 20 代の若年健常女性を対象としたこれまでの報告では、50%前後が冷えを自覚しているが^{9,12,15,16,19,29,30)}、今回の調査では 73.5%で、これを大幅に上回っていた。これは、高尾らが 2003 年に女子大学生において実施した結果 58-73%に近い値であった¹⁴⁾。若年女性で冷えの自覚頻度が高い理由としては、最近の若年女性は一年を通して薄着をしていること¹⁹⁾、生活リズムが混乱していること、食生活の乱れ¹⁹⁾とそれによって引き起こされる貧血^{11,12,19)}、冷たい飲食物を好んで摂取すること、夏期に室内を長時間冷房で冷やしながらか生活すること^{6,12)}などが考えられる。冷えを自覚しないようにするには、10 代のうちから「冷え」に対する認識を深め、身近な問題として受け止め、日常生活形態を改善していくことが必要であると考えられた。30 代から 60 代の健常女性を対象とした

これまでの報告では、50-70%前後が冷えを自覚しているが^{7,31,32)}、これに比し今回の報告では、30-49 歳は 59.8%でこの範囲内、50-60 歳は 41.8%でこれをやや下回る結果であった。50-60 歳の女性については、工藤らの神奈川県都市部在住の 50 歳一般女性の冷えの頻度(42.9%)⁸⁾とほぼ一致していた。加齢に伴う冷えの自覚頻度の推移に関する従来の報告をみると、19 歳以下に高頻度に冷えが認められ、20 歳から 34 歳まで急に低下し、35 歳からまた上昇して 45 歳以後は 19 歳以下と同じくらいの高頻度になる¹⁾、あるいは更年期のみならず若年者にも冷えが認められ、発症の平均年齢は 19.3 歳と思春期後期に多い³⁾、一方各年齢層で 50%以上が冷えを自覚しており年齢による差はない⁴⁾、各年齢層いずれも 50%以上で特に思春期後期と青年期に著明である⁵⁾、また年齢層別では 20 代、30 代に多く 40 代からは徐々に減少する傾向を示す⁶⁾など各年齢層間の冷え自覚頻度の傾向は様々であった。今回単変量解析の傾向検定および多変量解析で冷えの自覚頻度は年齢群が高くなるとともに低下する傾向にあり、50 代では他の年齢群に比べむしろ低頻度であった。この理由として、冷えは卵巣機能低下によるエストロゲン減少という内分泌環境の変化のみによって増加する症状ではなく、内分泌学的には副腎性アンドロゲンに由来するエストロゲンがこれを補完している²⁰⁻²²⁾ことが一つの要因として考えられた。

冷えと BMI との関連については、これまでに、冷え症群では正常群と比べて体脂肪が低い傾向にあり、痩せ型である^{11,12,14-16)}、また冷えを訴えたものはそうでないものに比べて平均 BMI が低い^{8,11,17,19)}などの報告があり、今回の単変量解析の t 検定、傾向検定、多変量解析の結果も、肥満群、正常群、痩せ群になるに従って冷えの自覚頻度が高くなる傾向にあり、冷えを自覚しているものは自覚していないものと比較して BMI の値が低かった。なお、冷え自覚群と非自覚群の平均 BMI 値は、それぞれ 20.0、21.1 といずれも正常範囲内であるが、適正といわれる BMI 値=22²³⁾より小さく、冷え自覚群では痩せ傾向がより著明であるといえる。BMI が小さいということは、筋肉量も少なく、基礎代謝が減少し冷えが出現する。中橋らは痩身型では皮下脂肪が少ないため特に寒冷時に躯幹部の放熱が大きくなり、その結果躯幹部のコアの温度を一定に保とうとし、肥満型よりコアの働きが顕著となり、そのため四肢の血流が減少し

四肢末端の皮膚温が冷却されると報告している²⁶⁾。冷えを自覚しないようにするには、まず全年齢層を通じて痩せには「冷えを自覚する危険性」が存在することを認識することが重要であると考えられた。

冷えの自覚と地域差に関しては、土屋らは、神奈川県横浜と長野県佐久の高校生を対象に冷えの自覚頻度を調査したが有意差は認められなかった¹⁹⁾。工藤らは、神奈川県の都市部と長野県の農村部の50歳前後の女性を対象に冷えの自覚頻度を調査したところ、農村部で有意に冷えの頻度が高かったと報告している⁸⁾。今回単変量解析の χ^2 検定では金沢市と神戸市の間で有意差はなかったが、多変量解析で神戸市の女性の方が金沢市の女性より冷えを自覚する危険性が高いことが示唆された。年間を通じて平均気温は、金沢市の方が神戸市と比較して2℃ほど低いことから金沢市の方に冷えの自覚頻度が多いと予想されたが、現代日本の生活環境の状況からみて、国内における僅かな気温差は、冷えの自覚頻度にまで影響を及ぼさないものと考えられた。平均相対湿度は金沢市の方が神戸市と比較して6.8%高く、湿度差が金沢市と神戸市で冷えの自覚頻度に差が生じた一要因と考えられる。冷えの自覚と地域差に関する既存資料は極めて少なく、これからの調査が待たれるところである。

冷えの自覚と喫煙習慣においては、本調査と同様に大和ら¹²⁾や小川ら³³⁾も有意差はないと報告しているが、井奈波らは、冷え感のある女性は、喫煙率が冷え感のない女性と比較して有意差はないが高い傾向にあり¹³⁾、また高尾らも女子大学生において冷え症群で喫煙率が高い傾向にあった¹⁴⁾と報告している。今回の調査では、対象者の喫煙者数が75人と少ないこともあり、冷えの自覚と喫煙習慣との関連性を見だし得なかったものと考えられた。

冷えの自覚と仕事形態に関しては、今回主に立ち仕事、主に座り仕事と分類し調査したが、いずれも60%以上が冷えを自覚しており有意差はみられなかった。定方らは、15-77歳の女性では就労者、非就労者、学生の間、冷え症の程度の顕著な差異は認めなかったと報告している⁶⁾。一方、神奈川県の都市部の50歳の女性を常勤群、パートタイム就労群、就労していない群で調査した報告では、就労していない群で有意に冷えの自覚が高かったとしている⁸⁾。このことから、冷えの自覚は、どのような形態で仕事をしているかではな

く、仕事に就いているかいないかで検討する必要がある。

冷えの自覚とダイエット経験に関しても、今回有意差は認められなかった。土屋らは女子高校生の約半数はダイエット経験があり¹⁹⁾、大和らは女子大学生の約30%がダイエットの経験がある¹⁶⁾と報告している。本調査では48.5%がダイエット経験ありと回答していた。貧血と冷えが関連しているといういくつかの報告があり^{11,12,19)}、過度のダイエットによって貧血をきたし冷えを自覚する場合がありますので、ダイエットと冷えとの関連性については、単にダイエットをしているかどうかという質問ではなく、ダイエットの程度とダイエットによる貧血などの合併症の面からの調査が必要と考えられた。

冷えの自覚と食事形態に関しても、規則的に摂取しているものと不規則なものとの間に有意差はなかった。食生活に関しては、川越らは20-70代の男女のインターネット調査において不規則な食事をしている群で冷えの頻度が高い¹⁸⁾、また大和らは、冷え症者は1日3食の食事のいずれかを欠く欠食者がやや多い傾向にある¹⁶⁾、土屋らは食の不規則性、乏しい食の内容、食の偏りが冷えと関連している¹⁹⁾、高尾らは外食や店屋物を1日に2食以上、1回の食事を菓子パンなどで済ますという項目が冷えと関連している¹⁴⁾と報告しているが、羽根田らは我々の報告と同様に、1日3食を摂取しているものが大半を占め、冷え自覚群と無自覚群に差はなかったと報告している⁵⁾。今後は食の規則性ととも、食品の摂取頻度や嗜好状況に関する調査が望まれる。

5. まとめ

成人女性の63.6%が冷えを自覚していた。冷えを感じる身体部位は足や手、下肢などの末梢部が多く、外気温の低い冬や就寝前に感じるが多かった。冷え自覚群の54.8%が冷えに対して苦痛を感じ、肩こり、頭痛、むくみなどを合併している場合も多かった。

冷えの自覚は、年齢とBMIに関連しており、20代の若い女性ほど、あるいはBMIが低い痩せ型の女性ほど冷えを自覚していた。また、神戸市の女性の方が金沢市の女性よりも冷えを自覚する危険性が高いことが示唆された。一方、喫煙習慣、仕事形態、ダイエット経験、食事形態には関連が認められなかった。

冷えを自覚しないようにするには、10代のうち

から「冷え」に対しての認識を深め、身近な問題として受け止め、日常の生活形態を改善していくこと、また全年齢層を通じて痩せには「冷えを自覚する危険性」が存在することを認識することが重要であると考えられた。

謝辞

本調査にご協力いただきました対象者の皆様から心より感謝申し上げます。また集計にご協力をいただきました慈恵会新須磨病院システム脇早苗氏に厚くお礼申し上げます。

引用文献

- 1) 九嶋勝司, 齋藤忠朝: 所謂『冷え性』に就いて, 産婦人科の実際, 5(10), 603-608, 1956.
- 2) 寺澤捷年: 漢方医学における「冷え症」とその治療, 生薬学雑誌, 41(2), 85-96, 1987.
- 3) 近藤正彦, 岡村 靖: 冷え性の病態に関する統計的考察, 日本産婦人科学会雑誌, 39(11), 2000-2004, 1987.
- 4) 藤原素子, 細野剛良, 平田耕造: 冷え症の成因に関する基礎的研究, 体力研究, (91), 142-147, 1996.
- 5) 羽根田彩代, 水口直子, 幸 満季, 他: 各年代層からみた女性の冷えと生活との関係, 愛知母性衛生学会誌, (14), 23-32, 1996.
- 6) 定方美恵子, 佐藤 悦, 村山ヒサエ: 女性の冷え症の実態と冷房使用・食生活の関係 一年代的特徴を中心に, 新潟大学医療技術短期大学部紀要, 6(1), 47-58, 1997.
- 7) 高取明正, 奥田博之: 冷え性患者の皮膚表面温度分布の季節的变化について, Biomedical Thermology, 11(2), 99-102, 1991.
- 8) 工藤芳子, 藤脇伸一郎, 佐藤准子, 他: 日本の都市部と農村部における更年期症状発現の差異に関する検討, 日本更年期医学会雑誌, 13(1), 47-54, 2005.
- 9) 三浦友美, 交野好子, 住本和博, 他: 青年期女子の「冷え」の自覚とその要因に関する研究, 母性衛生, 42 (4), 784-789, 2001.
- 10) 妹尾 栄, 岡島真理子: サーモグラフィによる皮膚温と冷え症状との関連性, 日本助産学会誌, 10(2), 177-180, 1997.
- 11) 岡田睦美, 宇野充子, 永野英子, 他: 冷え性における冷水負荷サーモグラフィと循環器検診成績、生活習慣との関連, Biomedical Thermology, 24(3), 44-50, 2005.
- 12) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生における冷え症と身体状況及び生活環境との関連, 総合健診, 29(5), 878-884, 2002.
- 13) 井奈波良一, 栗山典子, 加藤明之: 女性の冷え感と血清脂質の関連, 民族衛生, 55(1), 51-55, 1989.
- 14) 高尾文子, 東真由果, 石井洋三: 大学生の冷え症に関する研究 一疲労および食生活との関連一, Biomedical Thermology, 24(3), 51-57, 2005.
- 15) 青峰正裕, 大和孝子: 若年女性冷え症者における心電図と身体状況の特徴, 心電図, 22(1): 10-15, 2002.
- 16) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生における冷え症と食習慣との関連, 総合健診, 30(3), 323-328, 2003.
- 17) 小島和暢, 志渡晃一, 藤井純子, 他: 若年女子の体重と自覚症状, 日本公衆衛生雑誌, 41(2), 126-130, 1994.
- 18) 川越宏文, 高橋健二, 川島 朗, 他: 冷えの実態調査 一基礎的データと疾患別の冷え頻度一, 診断と治療, 91(12), 2293-2296, 2003.
- 19) 土屋基, 鈴木勝彦, 井上忠夫, 他: 異なる気候条件下で暮らす女子高校生の「冷え性」と生活状況の検討, 民族衛生, 71(5), 207-218, 2005.
- 20) 赤祖父一知, 荒木克己, 西田悦郎: II 婦人科編 1 身体面 A. 内分泌環境, 産婦人科シリーズ37 中高年婦人の産婦人科, 南江堂, 32-44, 1984.
- 21) 赤祖父一知, 荒木克己, 西田悦郎: 加齢に伴う内分泌学的変化 一その他の内分泌系一, 産婦人科MOOK, 30, 65-73, 1985.
- 22) 赤祖父一知, 生水真紀夫: 閉経と内分泌変動, 臨床検査, 37(4), 349-354, 1993.
- 23) 松澤佑次, 井上修二, 池田義雄, 他: 新しい肥満の判定と肥満症の診断基準, 肥満研究, 6(1), 18-28, 2000.
- 24) 鈴木 肇: 医学大辞典(第18版限定版), 南山堂, 1717, 2001.
- 25) 坂口俊二, 川本正純, 藤川 治: 「冷え症」の定義の明確化に向けて 一「冷え症」調査用問診票(寺澤変法)の有用性の検討一, 関西鍼灸短期大学年報, 13, 58-63, 1998.
- 26) 中橋美智子: 体型別差異による皮膚温分布に関する研究(第2報) サーモグラフィによる皮膚温分布, 家政学雑誌, 30(8), 697-705, 1979.
- 27) 宮本教雄, 青木貴子, 武藤紀久, 他: 若年女性における四肢の冷え感と日常生活の関係, 日本衛生学雑誌, 49(6), 1004-1012, 1995.
- 28) 宮本教雄, 武藤紀久, 吉川 博: 冬期の暖房に対する四肢皮膚温の反応とソックスの影響, 日本衛生学雑誌, 42(6), 1045-1055, 1988.
- 29) 大和孝子, 青峰正裕: 女子大学生の冷え症者における心電図と身体所見 一冷え症の重症度との関連一,

- 総合健診, 30(6), 575-580, 2003.
- 30) 平田まり, 隈部敬子, 山本祐子: 女子大学生の月経痛に関連する生活習慣, CAMPUS HEALTH, 40(2), 79-84, 2003.
- 31) 高取明正: サーモグラフィによる冷え性の診断の確立, 日本産科婦人科学会雑誌, 44(5), 559-565, 1992.
- 32) 久米麻美子, 田中俊誠, 西谷雅史, 他: 更年期障害と冷え, 治療, 74(6), 1253-1258, 1992.
- 33) 小川 浩: 成人男子の紙巻たばこ喫煙と健康状態, 日本公衆衛生学会誌, 28(2), 91-99, 1981.
- (受付: 2006年9月28日, 受理: 2006年12月12日)

Subjective chills and their related factors in adult women

Miwa IMAI, Kazutomo AKASOFU, Hidenobu FUKUNISHI

Abstract

The objective of this study was to investigate subjective chills and their related factors in adult women, in order to obtain basic data for establishing preventive measures for chills. A self-administered questionnaire survey was administered to 470 women (age, 20-60 years) working at hospitals in the cities of Kobe and Kanazawa. Analysis of the results showed that 63.6% of women experienced subjective chills. Chills most commonly occurred at the peripheral parts of the body, such as the hands, feet and lower extremities, and most often occurred during periods of low outside temperatures in winter and at bedtime. 54.8% of the women suffering from chills reported distress from chills, and complications such as stiff shoulders, headaches and swelling were also common. Subjective chills were related to age and BMI (Body Mass Index), and were more common among younger women in their 20s and among underweight women with low BMI. In addition, it was suggested that women in Kobe City had a higher risk of subjective chills than those in Kanazawa City. Conversely, no relationships were observed for smoking habit, type of work, diet experience or eating habits. These findings suggest that to prevent subjective chills, it is important for women to deepen their understanding of chills from adolescence (10-19 years), accept chills as an immediate problem, improve everyday lifestyles, and recognize the underlying risk of subjective chills in underweight women across all age groups.

Keywords chills, women, awareness, age groups, Body Mass Index

短報

中国における看護教育の現状と課題

康 鳳英*

概要

中国における高等看護教育は、1983年から再建され、ここ20年間で、従来の単なる中等教育の体制から専門学校（中専）、専科（大専、準学士）、本科（学士）、修士、博士課程というさまざまなレベルの看護教育体制が構築されてきた。こうした体制の中で、教育機関のレベル別の比率、カリキュラムの編成、教育方法、看護教員の資質などさまざまな問題に直面しているのが現状である。2005~2010年衛生部中国看護事業発展概要により、中国における看護教育問題が明確にされ、それに対し、マクロ的な方向で看護教育の改革が推進されている。本論では中国における看護教育の現状と課題を多角的に紹介する。

キーワード 中国 看護教育 現状と課題

1. はじめに

中国では1983年に大学の看護教育制度が再建されて以来、看護教育は、従来の単なる中等教育の体制から専門学校（中専）、専科（大専、準学士）、本科（学士）、修士、博士というさまざまなレベルの看護教育体制が構築されてきた。これにより看護職全体の資質を高めるための基礎が定められた¹⁾。看護教育の改革は、ここ数年、ある程度の成果を遂げたが、社会からの看護人材への期待に十分応えていないと言え、中国の看護教育界は今までになく大きな転機に直面している。本論は、中国における看護教育の歴史的背景、体系、規模、カリキュラム編成、法的規定の内容を含む現状の紹介と直面している課題について述べる。

2. 看護教育の歴史的背景

中国における看護教育の歴史は、看護教育の初期の段階から、教育体系の整備と中断、再整備と中断、そしてさらに再整備という曲折的な過程を経ながら発展してきた。

初期の看護教育体制は、1888年に西洋からの伝道師により、診療所、病院、看護師の養成所が開設され、大都市から看護師教育が開始された。初期の大学の看護教育は、1920年にロックフェラー財団の支援により設立され、4年または5年課程の学士プログラムからスタートした²⁾。

しかし、1937年戦争勃発のため、このような系統的な看護教育は中断された³⁾。

新しい中国政権が誕生した1年後、第一回全国

* 中国山西医科大学第一医院看護部

日中笹川医学研究助成制度第29期研究者

衛生会議で、看護教育は学制2年の中級専門教育に定められ、学士と準学士の教育プログラムが閉鎖された。一方、中等専門学校は急速に発展し、1955年までの5年間で20ヶ所を超えた。しかし、1966年以降の10年間では、看護師教育は不必要であるとされ、多くの看護専門学校が閉鎖された。

その後、1977年には、中等看護教育体制が再建できるようになった。近年、社会と医療技術の進歩にともない、ますます大学卒の看護人材への期待が求められている。こうした社会の要請の中で、緊急かつ重要な課題として、看護職の地位及び看護教育の発展を求めて、1980年に大学教育の専科準学士プログラム、1983年には学士プログラムが再開された⁴⁾。その頃から、大学の看護教育は、発展と改革の推進段階に入ったと考えられる。看護大学の数は年々増え、2003年には255ヶ所となった。さらに1992年から修士課程が開設され、2004年からは博士課程も開設された。

ここ20年間で、中国の看護教育は急速な発展を遂げてきた。しかし、まだ先進国のレベルまで達しているとはいえない。現在の看護教育は、社会のニーズに応じた人材養成の体制がまだ確立しておらず、また、看護師不足など多くの課題がある。

3. 看護教育の現状

3. 1 教育体系

中国の看護教育体系は、中等看護専門学校教育、普通高等教育と成人看護教育という三つの領域からなる（図1）。

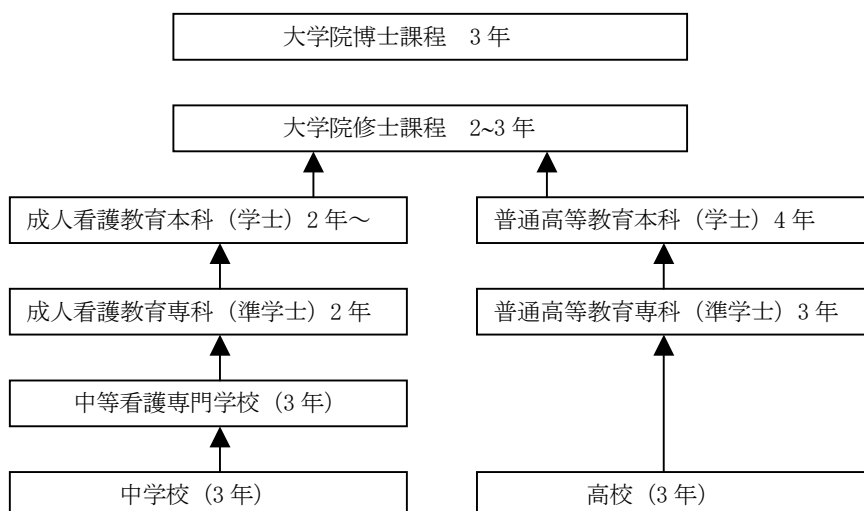


図1 中国の看護教育体系

中等看護専門学校は、中学校卒業以上を入学条件とする 3 年学制教育制度である。普通高等教育は、専科と本科教育からなり、高等学校卒業以上が入学条件である。専科あるいは本科の入学は全国高校専科・本科成績ラインにより決まる。

成人看護教育は、1987 年に始まり、在職看護師を対象に独学教育と在職教育の 2 種類の教育制度からなっている。就職した看護師は在職教育を受けるチャンスを得難いため、多くの中等看護専門学校を卒業した看護師及び高等教育専科を卒業した看護師は、成人看護教育の独学形式で準学士または学士の大学課程を学び、学歴を強化している。

最近では、現在の中等看護専門学校のプログラムでは不十分との意見もあり、3年のプログラムに 1 年間の教育を追加すること、および、学校入学の条件を中学卒から高校卒に引き上げることが提案されている⁵⁾。

修士課程は、1992 年から始まり 2000 年以降学生数が増えてきている。博士課程は、2004 年から開始され、上海第二軍医大学と中国協和医科大学の 2 ヶ所だけで開設されている。

3. 2 教育規模

中国における看護師高等教育の規模は、増加の一途を辿っている。2001 年には、中等看護専門学校が 388 ヶ所、高等教育専科（準学士）の開設大学が 192 ヶ所、本科（学士）の開設大学が 91 ヶ所、修士課程の開設大学 10 ヶ所であったが¹⁾⁵⁾、2003 年には、高等教育専科が 199 ヶ所、本科が 132 ヶ所、修士が 13 ヶ所に達した²⁾。同時に、免許を得た看護師の人数も年々増えている（表 1、表 2）。

看護師の高等教育における規模は拡大されているが、教育機関のレベル別にみた比率はバランスが良いとはいえない。また、本科の教育発展は速いが、教育の質は疑問視されている。修士教育の面でも、教育全体の規模と質ともに、さまざまな問題がある⁶⁾。

看護師の教育体系については、準学士と学士の教育を全面的に発展させ、中等看護専門学校の規模を適当な数に削減させると同時に、修士養成制度の促進と博士養成制度の探索という方向で改革方針が定められている¹⁾。

表 1 1996-2002 年の各教育機関別の入学者数⁵⁾

年	専門学校	準学士	学士	修士	合計
1996	57,010	1,916	476	7	59,409
1997	59,587	2,270	745	8	62,610
1998	64,836	3,546	957	28	69,367
1999	62,866	6,493	2,332	20	71,711
2000	65,125	15,622	4,454	77	85,278
2001	74,978	25,052	6,490	44	106,565
2002	102,397	31,095	7,793	52	141,377

表2 2001-2005年の免許取得看護師人数⁷⁾

2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
1,286,938	1,246,545	1,265,959	1,308,433	1,349,589

3. 3 看護教育カリキュラム編成

高等看護教育つまり大学における看護教育のカリキュラム編成は、80年代に再建されて以来、一般基礎、医学基礎、看護基礎、看護専門、実習からなるのが一般的である。しかし、カリキュラムの編成構造については、各科目の内容に対する議論がなされている。また、看護基礎教育の科目の中に、健康促進、疾病予防、豊かな人格形成の基盤となる人文学、社会学、行動学などに関わる科目が加えられてきたが、理論的な枠組みが明確ではなく、内容も古いものや重複等などがみられ、教科書編成の面でも不十分であるといった問題がある。

また、成人高等教育の中でも、専科と本科の各教育機関での内容が重なる部分が多い。看護実践の中で必要である問題解決能力、コミュニケーション能力、専門発展能力などの面での内容も不足しているという問題もある。

看護の専門としての特徴が十分に強調されておらず、独立的な看護課程体系と人材養成モデルがまだ形成されていないという問題が存在している⁸⁾。

3. 4 看護教育目標及び教育方法

看護教育目標から見ると、多くの大学では、専科は実践型人材を育成し、本科は看護教員と研究者を育成するとしているが、その目標に応じる教育内容と教育方法システムは、まだ形成されていない。また、教育活動の組織には、理論と実践の関連が不足している現象があり、授業方法は、学生中心ではなく、教員が一方的に教授するという注入型の授業スタイルである。さらに、専科、本科、修士の教育機関は、社会教育資源を十分に利用しておらず、地域との連携が不足しているという問題もある。

大学院の教育は、歩き始めたばかりであるが、看護を一つの学科としての位置づけ、修士養成目標と方法、指導者の質の充実という問題はますます注目されている。

国務院学位委員会の学位に関する規定では、看護学は二級学で、看護修士の養成は臨床実践型ではなく、科学研究型に属する。そのため大学院生には研究能力と研究の質が求められ、臨床看護実践が大切であるとされる看護修士の養成計画の中に

において、臨床看護実践と教育実践の内容は縮小せざるを得ない⁹⁾。臨床看護実践への教育養成目標の中では、看護スペシャリストが望まれているが、それに応じる人材養成体系が、まだ形成されていないのが現状である。

大学院修士の研究能力の養成の面でも、指導者の指導能力、研究能力、研究経費などの問題が、大学院生の研究能力の向上を難しくさせているといった現状がある。

3. 5 看護職員の資質

大学教員の学歴は、条件学歴が本科100%、修士80%以上に達している大学がごくわずかである。ほとんどの大学において、看護学は医師により教育され、本科においては、大専卒教員が教育にあっている。また、臨床実践指導は、臨床看護師により行われているが、教育意識が高いとはいえ、教育スキルにも問題があるといわれている。

大学院修士、博士課程の指導者らは、概して二種類の背景をもっている。一つは、長年に渡り臨床看護の仕事に従事し、豊富な臨床経験と高い役職を持っている人である。しかしながら、学歴などの条件の制限により、大学院生の指導者にはなり難い現状がある。もう一つは、80年代後期に大学及び大学院修士課程を卒業した人である。彼らは理論基礎知識に優れ、ディベロップメント的潜在力が期待されているが、臨床経験と研究経験が不足しているのが現実である。

3. 6 看護教育に関する法的規定

看護教育に関する法的規定は、看護師管理方法、教育法に基づいた教員資格条例、および高等教育法である。

1994年4月1日施行された看護師管理方法では、主に看護師免許資格認定制度が施行され、国家免許試験が年一回行われている。看護師は就職資格を取得するために、試験合格証が必要である。看護師就職資格取得後、就職登録の許可があたえられ、就職登録は二年ごとに行われている。登録をしない看護師は、看護職の従事が禁止されている。試験申し込みは、漢方看護と西洋看護の二種類に分けられている。試験の科目は、基礎看護学、内科看護学、外科看護学、産婦人科看護学、小児科看護学の五つ

の領域である。専門学校、専科卒の学生であれば、免許試験に合格すれば看護師就職資格を取得することができる。一方、本科以上を卒業の学生は、卒業1年後に、直接に看護師就職資格を取得することができる。

もう一つの法的規定は、1995年に公布された教育法に基づいた教員資格条例である。これは、教員資格の分類、試験、認定などについて具体的に規定するものである。看護大学の教員として、大学の教員資格を得ることが必要である。つまり、教員資格認定試験に合格しなければならない。

さらに、1999年1月1日に施行された高等教育法がある。ここでは、大学の教員と学生の権利と義務が規定されている。看護大学はこれらの法律に従わなければならない。

4. 看護教育面の課題

2005～2010年衛生部中国衛生事業発展概要により、中国における看護教育領域の中の問題が明確にされ、それに応じてマクロ的な対策方針が定められている。

2010年までに教育体制の調整を促進することになる。さまざまなレベルの看護教育機関の入学定員の割合は、中専（専門学校）は50%、専科（準学士）は30%、本科（学士）以上は20%に達することが目標とされている。

また、看護教育内容については、看護専門の特徴を活かし、看護基礎の課程の中に社会看護学、倫理看護学、人間関係とコミュニケーション、看護美学、看護マナーなど人文内容のカリキュラム編成の比重を増加させることと、専門知識のなかに看護の仕事と関係が密接である公衆衛生学の知識、リハビリテーション、高齢者保健と看護、精神看護などの内容を設置することを指定している。

さらに、看護師の能力の養成には、問題に対する分析能力、解決能力及びコミュニケーション能力、またチームグループの一員として他者との協調能力を重視することを強調している。

こういったマクロ的な対策方針に基づいて、各レベルの看護教育機関に対して、各教育目標に応じるカリキュラム編成構造や、教育方法、教員の養成、病院・地域との連携などそれぞれの領域において解決が迫られている。

看護臨床スペシャリストの養成という課題を解決しなければ、看護そのものの質を向上させることはできないと同時に、看護が科学的な専門職として認められないのではないかと考える。看護研

究は、国家あるいは患者・地域住民のニーズに応えなければ、その意義が問われる。さらに、国家からの看護領域組織と各看護学会、機関などからなる研究課題、研究方向、研究経費、研究情報の連携などの問題の解決に関する研究システムを樹立しなければ、看護の発展は望めないだろう。

これらの課題を解決するには、欧米のモデルを取り入れるだけではなく、教材や教科書も中国の文化にあったものが必要である。また情報システムの導入や分析能力を高めることで国際的交流が可能になることも期待される。

5. 考察

中国における看護教育の歴史は、幾多の曲折を経て、新たな時代を迎えた。看護の学校教育は大学化の傾向がうかがえ、大学院修士・博士課程の看護教育が展開され、看護の専門化、科学的レベルの高まりにより、看護の社会的位置はますます注目されると思われる。20年間の改革を通して、看護教育に関わる法律規定と体制の枠組みが整えられたが、これらの内容を充実することが、これからの改革の課題になる。看護教育の大学化の目的は、単に知的レベルに代表される学歴を高めるためだけではなく、看護対象に対する看護実践の能力と質を高めるためでもある。それゆえ、どのようなレベルの教育であっても、看護実践と結び付けなければならないであろう。先進国の経験を取り入れると同時に、国の看護ニーズに応えることが大切であると考えられる。

6. まとめ

中国における看護教育の現状と課題を振り返り、20年間の看護教育の成果とこれから解決すべき問題を明らかにした。直面している課題は多いが、看護教育領域の改革は進めなければならない。看護教育に関わる一員として、自らの力で努力し、看護教育の改革実践に参加する必要があると考えている。

謝辞

本論の作成においては、石川県立看護大学大学院研究科長の金川克子教授にご指導をいただきました。金川教授をはじめ本大学の教員および大学院生の皆様のご支援に心より深く感謝申し上げます。

引用文献：

- 1) 中華人民共和国衛生部：2005～2010年中国看護事業发展計画綱要.中国医院,9(9),26,2005.
- 2) 王启芬：我国の教育現状への振り返りと展望.現代護理報, 2005年11月1日
- 3) 趙桀剛, 羽山由美子, 青山ヒフミ：中国における看護教育の現状と看護教員の資質向上についての提言.大阪府立大学看護学部紀要,12,(1),123-125,2006.
- 4) 将文慧, 李小妹：我国における高等看護教育が直面している問題と対策.中国高等医学教育,(2),14-17, 2002.
- 5) 松尾恭子：中国における看護教育現状と将来－タイと中国の看護基礎教育－大分県立看護科学大学第6回看護国際フォーラム,Dr. Tassana BoontongとDr. Huaping Liuの講演から.看護科学研究, 6, 20-23, 2005.
- 6) 姜安丽：21世紀護理教育发展现状及我国護理教育面临的挑战和发展策略.解放军護理杂志,21(12),1-3,2004.
- 7) 中華人民共和国衛生部：2005年中国衛生事業发展情况公報, 2006. 4. 25, <http://www.moh.gov.cn/news/html/11872.htm>
- 8) 刘扬：我国高等護理教育的发展及改革方向.現代護理, 8,(3),227, 2002.
- 9) 沈宁, 牛学勝：我国護理学研究生教育亟待解决的几个問題.中華看護教育, 6(2),57-59,2004.

Current status and issues of Nursing Education in China

Kang FengYing

Abstract

Since 1983, higher nursing education is in the process of being restored in China. Over the last 20 years, various levels to the nursing education system have been formed, in place of a previously mere secondary education level. In particular: a Vocational School (mid-level specialization degree); a Professional School (advanced specialization degree); Nursing College (Bachelor's degree); Graduate School (Master's degree, Ph.D.) Various problems have arisen in the present context. For example: ones concerning the percentages at each different level of the educational organization; issues regarding curriculum formulation; choice of teaching methods; professional qualifications required of nursing instructors. These problems of nursing education in China were clearly described in the "Overview of the Development of the Nursing Project in China, 2005-2010," published by the Ministry of Health. The Overview describes the direction taken along which the Reform of Chinese Nursing Education is being carried out. This article is an introduction to the issues involved in reforming Chinese nursing education and describes its current status.

Keywords China, Nursing education, Present situation, Issue

石川看護雑誌発行規定

(趣旨)

第1条 この規定は、石川県立看護大学研究・紀要委員会規程に基づき、石川県立看護大学研究紀要委員会（以下「委員会」という。）の所掌事務のうち、研究活動の成果報告（学術雑誌（以下「本誌」という。））に関することを定める。

(名称)

第2条 本誌の名称は、和文名で石川看護雑誌、英文名で Ishikawa Journal of Nursing とする。

(委員会)

第3条 本誌の編集、発行に関する責任は、委員会が負い、この規定に定めるもののほか本誌の編集、発行に関する事項は委員会が別に定める。

(発行)

第4条 本誌は、原則として、毎年1回発行する。

2 本誌の製版は、A4版とする。

(投稿資格)

第5条 本誌に投稿できる者は、石川県立看護大学専任教員及び職員、若しくは委員会の承認を得た者とする。

2 第1著者として投稿できる論文の数は、1人1編とする。

(論文の内容・種類)

第6条 投稿論文の内容は、看護学の発展に寄与する学術的なものに限る。

2 種類は総説、原著、報告（事例報告、教育報告を含む。）、資料、その他とする。

3 既に他誌に公表されたもの若しくは公表予定のものは認めない。

(原稿)

第7条 原稿は、別に定める「執筆要領」に基づいて作成するものとする。

2 投稿後の原稿は委員会の指示又は承認があった場合のほか、これを訂正してはならない。

3 1編の紙幅は、本文、概要、注釈等を含めて、文字数で20,000字（写真、図表等は相当文字数に換算）以内とする。

(投稿手続)

第8条 投稿責任者は、原稿1部及び写し2部を別に定める投稿受付期間内に委員会の事務局担当者へ提出する。

2 前項の投稿受付期間を過ぎたものは、これを受理しない。

(採否)

第9条 原稿の採否は、査読を経て委員会が決定する。

2 査読は一論文について2名以上とし、委員会が依頼した査読者に相応しい本学の教員若しくは外部の有識者があたる。

3 倫理上問題のある研究方法をとっているもの、若しくは公表に不適切な内容を含むものは採用しない。

(配布)

第10条 本誌は、次に掲げるところに配布する。

(1) 本学専任教員及び投稿者

(2) 国立国会図書館、看護学関係の学術研究機関及び県内の医療関係諸機関

2 投稿者のうち希望する者に対して、当該投稿部分の別刷り30部を無償で交付するものとし、これを越える部数は投稿者が負担するものとする。

(附則)

1 この規定は、平成15年6月12日から施行する。

2 平成16年3月11日改訂。

「石川看護雑誌」執筆要領

(論文の体裁, 様式)

1. 原稿は, 原則として和文もしくは英文とし, 表紙に論文の種類(原著, 総説, 報告等)を明示する.
2. A4版で横書きを原則とし, 10 ページ(400 字原稿×50 枚相当)以内とする. 英文はこれと等量とする.
3. 基本的には①題目, ②著者名, ③概要, ④キーワード, ⑤前書き, ⑥本論, ⑦結び(あれば謝辞), ⑧引用, ⑨参考文献の順で構成し, 続いて⑩注記, ⑪付録などがあればその順で記載する. 和文の場合は, 最後の頁に 1) Title, 2) Name, 3) Abstract, 4) Key words を順に英文で付記する.
4. 原則として, 本要領に合致するようにワードプロセッサによってプリントアウトした原稿 3 部(2 部は査読用なので著者名のないもの)とフロッピーディスク(提出者名とファイルのソフト名を表書き)を提出する.
5. 原稿のフォントは, 原則として和文では「MS 明朝体」を用いる. また, 1 ページは, 和文横書きでは 44 字×47 行×1 段で上 32mm, 下 23mm, 左右 25mm ずつの余白を空ける. 本文の文字の大きさ(級数)は, 10 ポイントで印字する. 算用数字は原則半角とする. 英文原稿のフォントは「Century 体」(又はこれに類似したもの)を用い, 原則として印刷はシングルスペースで 1 段になる. その他は和文の書式に準じるものとする.
6. 横書きにおいて用いる句読点は, 全角の「,」及び「.」とする.
7. 本文, 図・表・写真とも 160mm×242mm の枠内に必ず収めること.

(題目と著者名)

1. 題目と著者名については, ①題目, ②著者名の順にそれぞれ 1 行空けて記述する.
2. 題目は, 級数を 16 ポイントとし, 左右中央に位置するように印字する. 和文題目のフォントは「ゴシック体(太字)」とし, 英文題目のフォントは「Century 体(太字)」とし, 単語は原則大文字はじまりとする.
3. 和文著者名は, 級数を 14 ポイントとし, 左右中央(縦書き論文に「MS 明朝体(太字)」で印字する. 英文著者名は, 級数を 14 ポイントとし, 「Century 体(太字)」で名, 姓の順序, 姓はすべて大文字とする. 本学教職員以外の著者名の所属を著者名の右肩に全角の「*」によって脚注表示する.
4. 脚注に示す著者の所属は, 級数を 8 ポイントとし, 第 1 ページの下段に本文から 1 行空けてラインを中央まで引き, その下に印字する. その際枠からはみ出さないよう注意する.

(概要・キーワード)

1. 著者名の次に和文の場合は 400 字以内の和文概要, 和語のキーワード 5 つ以内, 英文の場合は 250 語以内の英文概要と英語のキーワード 5 つ以内を記載する. ただし, 和文では, 最後の頁に英文概要 250 語以内と英語のキーワード 5 つ以内を掲載する. なお, 概要, キーワードは, 級数を 8.5 ポイントとし, 左右の枠から 3.5 字空き左右中央に印字する. また, 「キーワード」あるいは **Key words** は, 太字で強調する.
2. 著者名と概要との間は, 行間が 1 行空きになるように印字する.
3. キーワードは, 概要の下に一行空けて印字する. キーワードの下は, 1 行空きとする.

(本文)

1. 章の見出しは, 級数を 10 ポイントとし, 1. はじめに, 2. 方法, …のように全角算用数字を付し, 左右中央に「ゴシック体(太字)」で印字する. ただし, 謝辞, 参考文献・注記・付録には算用数字を付けないものとする.
2. 節の小見出しの級数は, 本文と同じく 10 ポイントとし, 左端から 1. 1, 1. 2…のように全角算用数字を付し, ゴシック体で印字する.
3. 項の見出しは, 級数を 10 ポイントとし, 左端から全角明朝体で (1), (2) …のように付して印字する.
4. 和文において改行する場合は, 文頭を 1 字下げる. 英文では文頭を 2 字下げる.

(図・表・写真)

1. いずれも単独で意味が十分通じるようにまとめ、それぞれできる限り簡潔なキャプション(説明文)を本文と同じ文体で付す。
2. 図・表は、原稿ではそれぞれ順序に従い本文の後に配置する。本文余白に挿入箇所を青で記入する。原図と異なる刷り上がり大きさを希望するときは明確に指定する。図・表中の文字の級数は8ポイント以上、表中の文字は明朝で印字することが望ましい。
3. 写真は、図の番号に含める。印画紙にプリントしたもの又は同等の画質にてプリントアウトしたものを別紙に貼付し、紙に著者名と番号を明記する。説明文は2の順序に含め本文の後に置く。
4. 図(以下写真を含む)の番号・タイトルは図の下に、表の番号・タイトルは上に、それぞれ左詰で記入し、級数は9ポイントで印字する。
5. 呼称は、それぞれ図1、図2…、表1、表2…とし、章ごとに番号を分けずに通し番号とする。
6. 挿入した図・表の大きさを記述部分の字数に換算して、総頁(10頁)を超えないようにする。
7. 印刷は全て白黒写真製版で行い、図、表はすべてモノクロに限る。

(数式等)

1. 極力簡単にまとめる。
2. 式は3字空けてから書き出す。
3. 式番号は、式の最後に右寄せにして記す。

(記号)

1. できる限り一般的なものを用い、最初に記した箇所でその定義を明らかにする。
2. まぎらわしいもの(大文字・小文字が同形のものや異字間で形が似通っているものなど)は、その区別を明瞭にする。特に、下付け又は上付けにすべきものは、はっきり示すこと。
3. ドイツ語、フランス語等の特殊文字はそのまま使用してよいが、ギリシア文字、アラビア文字等は可能な範囲でアルファベット化する。

(引用文献)

1. 引用、参考文献は、級数を9ポイントとする。
2. 引用又は参考とした文献名は、使用順に番号を振り、結論(あれば謝辞)の後に引用又は参考文献として番号順にまとめて掲げる。番号は半角とし、後ろを1字空ける。
3. 文献番号は、本文中又は引用した図・表のキャプションの最後に上付き半角数字で1), 2), 3), …のように明記しておく。同一文献の同一ページは同一番号とする。
4. 記載方法は、原則として以下のような形式とする。発行年は西暦とする。著者が複数の場合、和文、欧文ともに著者名の連記は3名までとし、最後尾に他○名とか、et al.などを付記する。

1) 単行本の場合

著(編)者名：書名。発行所名、(欧文には発行地)、引用最初頁—最後頁、発行年。の順。

和文例) 石川一郎：生と死の現在。学文堂，23-28，2003。

欧文例) Hockney, R. W. and Eastwood, J. W. : Computer Simulation Using Particles. McGraw International Book Co., Oxford, 21-28,1981. (書名单語は原則大文字はじまりとする)

2) 論文等の場合

著者名：論文名。雑誌名、巻号数、最初頁—最後頁、発行年。の順とする。

和文例) 石川一二三：訪問看護における医師と看護師の連携について。訪問看護展望，20(3)，21-18，1978。

欧文例) Akerman, M., Smith, J., Hopper, J.D., et al.: Sensitivity and specific of the fine aspiration cytology. Acta Cytol.34,21-56,1990. (単語は雑誌題名では原則大文字はじまり，英文論文題名では筆頭以外小文字はじまりとする)

3) 単行本の一部をなす論文等の場合

著者名：論文名。単行本編者名：書名。発行所名、(欧文では発行地名)、最初頁—最終頁、発行年。の順とする。

和文例) 杉本陽子：乳幼児期の健康。後閑容子，蝦名美智子，大西和子編：健康科学概論。ヌーヴェ

ルヒロカワ, 70-77, 2004.

欧文例) Grabiner, M.D.: Locomotion in healthy older adults. Allard, P., Cappozzo, A., Lundberg, A. et al. eds.: Three-dimensional Analysis of Human Locomotion. John Wiley & Sons, Chichester, 363-373, 1997. (書名单語は原則大文字はじまり)

(著作権)

1. 著作物の著作権は本誌に採用された時点から石川県立看護大学（以下「本大学」という）に帰属する。著者本人を除き本大学の許可なしにいかなる形式においても本誌の一部を複製することはできない。
2. 本大学はこれら著作物の全部または一部，ならびに翻訳，翻案，データベース化等の二次的著作物を，本大学のホームページ，本大学が認めたネットワーク媒体，その他の媒体において複製，出版（電子出版を含む），頒布ができる。

(附則)

1. この要領は，平成 15 年 8 月 1 日から施行する。
2. 平成 16 年 3 月 18 日改訂。

編集後記

この度、石川看護雑誌第4巻を刊行する運びとなった。第3巻第2号「大学院特集」を加えて5冊目になる。「石川看護雑誌」という名称は、本誌が本学の紀要的な役割を担うと同時に、紀要にとどまらない学術的な内容をもつようにと願って付けられた。そうした目的にふさわしい内容となるように、本誌は学内外の有識者に査読を依頼し、英文（要旨）は業者の校閲を要するなど、論文の質的基準を保持することに努めてきた。そのため、編集委員がこの雑誌に費やす労苦は並大抵のものではないが、今回も本雑誌、本学の研究看護研究の一層の発展を願い、心をこめて編集作業を行ってきた。

近年、看護系大学のみではなくて、看護系大学院が著しく増加しつつある。それにとともに、看護教育の充実とその基盤となる看護研究の深化、発展が求められている。またますます高度化する臨床現場においても、実用的でかつ実証的な看護研究の意義が高まっている。そうした現状において、本誌掲載の諸論文が看護教育や臨床現場に何らかのインパクトをもつならば、本誌の編集の労苦も報われようというものである。

また、本誌は本学ホームページ等からの入手も可能である。本学の他の情報ともども、読者による有効活用を期待したい。

本巻の編集は平成18年度「石川看護雑誌」編集委員会（浅見、大木、杵淵、前田）が担当した。また、長田図書館主任専門官、総務課の林主任専門官にもご助力を願った。さらに、査読の労をとってくださった学内外の諸氏の労にも心から感謝したい。

2007年2月

石川看護雑誌第4巻編集委員長 浅見 洋

石川看護雑誌
第4巻

ISSN 1349-0664

2007年3月

編集：石川県立看護大学 研究・紀要委員会

発行：石川県立看護大学

929-1212 石川県かほく市中沼ツ7-1

Tel. 076-281-8300 Fax. 076-281-8319

Home page: <http://www.ishikawa-nu.ac.jp/>

印刷：田中昭文堂印刷株式会社

Ishikawa Journal of Nursing ISSN 1349-0664

Volume 4

February 2007

Edited by Committee of Research, Ishikawa Prefectural
Nursing University

Published by Ishikawa Prefectural Nursing University

Tsu 7-1, Nakanuma, Kahoku City, Ishikawa 929-1212,
Japan

Printed by Tanaka & Shobundo Graphic Art co., ltd.

© 2007 Ishikawa Prefectural Nursing University. All rights
reserved.