

紀 要

第 13 号

総説

- がん看護実践に活用可能な補完代替療法の効果と安全性のエビデンスに関する文献検討
相原優子 神里みどり 謝花小百合 玉井なおみ 塚原ゆかり
濱田香純 佐伯香織 吉澤龍太 山本弥生 清水かおり…………… 1

原著

- 島しょに居住するHOT患者の在宅での療養状況および伝統的な行事とQOLとの関連
石川りみ子 宮城裕子 伊牟田ゆかり 平良孝美…………… 17

報告

- 沖縄県内の断酒会に参加しているアルコール依存症者の自殺に対する意識および態度に関する研究
宇良俊二 當山富士子 田場真由美 高原美鈴 金城芳秀…………… 31
- 沖縄県における保健師駐在制のメリット・デメリットおよび継承すべき能力
川崎道子 永吉ルリ子 牧内忍 大屋記子 宮地文子…………… 39
- 患者による院内暴力に対する看護師の状況判断と対処行動
－A病院の看護師16名への面接調査から－
仲宗根房子 池田明子…………… 49
- 「健康自主管理プログラム」における看護学生の主観的体験
－プログラム終了後の面接データから－
高橋幸子 伊良波理絵 宮里智子 金城忍 嘉手苺英子…………… 61
- 終末期がん患者の献体の意思を支えるための看取りから死別に至るまでの家族ケア
謝花小百合 神里みどり…………… 73
- 要介護高齢者の社会への参加ニーズとその特性
田場由紀 大湾明美 伊牟田ゆかり 糸数仁美 呉地祥友里 野口美和子…………… 83

研究ノート

- 沖縄における精神科医療の黎明
當山富士子 高原美鈴…………… 93
- 終末期がん患者の家族ケアとしての死後のケアに関する文献検討
謝花小百合 神里みどり…………… 105

資料

- 沖縄県における看護師学校養成所の推移
－第二次世界大戦終了後～2009年まで－
嘉手苺英子 金城忍 高橋幸子…………… 115

- 沖縄県立看護大学紀要投稿規程…………… 123

- 編集後記…………… 125

総説

がん看護実践に活用可能な補完代替療法の効果と安全性のエビデンスに関する文献検討

相原優子¹ 神里みどり² 謝花小百合¹ 玉井なおみ³ 塚原ゆかり⁴
濱田香純⁵ 佐伯香織³ 吉澤龍太⁶ 山本弥生⁷ 清水かおり⁸

【目的】：がん看護実践で活用可能な補完代替療法 (Complementary and Alternative Medicine, 以下CAMとする) を選出し、それらの効果と安全性のエビデンスについて、文献を用いて検討する。

【方法】：アロマセラピー/マッサージ、音楽/音楽療法、アートセラピー、呼吸法/リラクゼーション法、タッピングタッチの5つについて、がん領域のCAMのガイドライン、Cochrane Database Systematic Review、米国がん看護学会のシステマティックレビュー、および医学中央雑誌・CINAHL・MEDLINEにより検索された過去5年間の研究論文を用いて、効果と安全性に関する記述レビューを行った。

【結果】：ガイドラインでは、どのCAMも実践に強く推奨されるには至っていなかったが、小規模な研究や質的研究では、痛みや倦怠感などの症状の改善や、不安の軽減やコミュニケーションの促進などの心理社会的効果が報告されていた。また、安全性について、アロマセラピー/マッサージと音楽/音楽療法は、ガイドラインに実施時の注意点が示されており、音楽/音楽療法、アートセラピー、呼吸法/リラクゼーション法は、患者の好みへの配慮や実施者に訓練が必要であることが指摘されていた。

【結論】：今回選出した5種類のCAMは、有用な看護介入となる可能性が高く、簡便な方法を考案し、注意点を守り、患者の反応を見ながら実施することで、安全も保証できると考えられた。

キーワード：がん看護、補完代替療法、効果、安全性

I. はじめに

近年、近代西洋医学の限界を補い、患者のQOLに貢献する手段として、補完代替療法 (Complementary and Alternative Medicine, 以下CAMとする) への関心が高まっている¹⁾。特に、がん看護の領域では、がんとがんの治療による患者の苦痛が大きいため、症状の緩和やリラ

クゼーションを図る手段としてCAMの活用に期待がもたれている²⁾。日本のホスピス・緩和ケア病棟の看護師に対する調査でも、多くの看護師がCAMを学びたいと望んでいることが報告されている³⁾が、日本の看護教育の中でCAMが取り上げられることは少なく、講師の人数も少ないため、臨床で働く看護師がCAMについて学ぶ機会は少ない。また、急性期から終末期までの患者を対象とする一般病棟で、通常のケアに加えてCAMを実践することも難しい現状がある。さらに、CAMはホリスティックな看護実践の手段となり、症状の改善や癒しに有用であると考えられているものの⁴⁾⁵⁾、効果や安全性はまだ十分に検証されておらず、がん患者のケアに取り入れる際には注意が必要である。

¹ 元沖縄県立看護大学大学院博士後期課程

² 沖縄県立看護大学

³ 沖縄県立看護大学大学院博士後期課程

⁴ 元沖縄県立看護大学大学院博士前期課程

⁵ 沖縄県立看護大学大学院博士前期課程

⁶ 那覇市立病院

⁷ 元沖縄県立看護大学

⁸ 名桜大学人間健康学部看護学科

そこで我々は、がん看護実践で広く活用できる安全で簡便かつ効果的なCAMの継続教育プログラムを開発することにした。今回は、プログラムに取り入れるCAMを選定するために、がん看護実践で活用可能と思われるCAMを選出し、それらの効果と安全性のエビデンスについて、文献を用いて検討する。

II. 研究方法

1. CAMの選定基準

継続教育プログラムの目的は、一般病棟を含めたがん看護実践の場に、患者の心身の苦痛を緩和する手段としてのCAMの普及を図ることである。そのため、CAMの選定基準を、(1)がんやがんの治療による心身の苦痛やQOLの改善に効果が期待できるもの、(2)がん患者に実施する際の安全が保証できるもの、(3)特別な修練を必要とせず、臨床で看護師が簡便に使用できるものとした。

2. CAMの選出と文献レビュー

CAMの選出と文献の収集は、次の方法で行った。まず、がん領域のCAMに関するガイドラインのうち入手可能なものを使用した。次に、Cochran Database Systematic Review (以下、Cochran Reviewとする)と、米国がん看護学会 (Oncology Nursing Society, 以下、ONSとする) による Putting Evidence into Practice Project (以下、PEP Projectとする) のシステマティックレビューの中から、CAMを取り上げている論文を収集した。また、医学中央雑誌 Web 第4版と CINAHL、MEDLINE をデータベースとし、補完代替療法/Complementary and alternative therapy、補完代替医療/Complementary and alternative medicine、統合医療/Integrative medicine、がん/Cancer/Oncology、看護/Nursing、研究/Research をキーワードとして、過去5年間 (2005年1月1日～2010年4月7日) の文献検索を行った。CAMの選出には、

過去のCAMに関する実践報告⁶⁾やガイドブック⁷⁾、書籍⁸⁾も使用し、CAMの選出後は、各CAMの名称もキーワードに加えて、医学中央雑誌、CINAHL、MEDLINEによる再検索を行った。選出したCAMの一つは、論文数が少なかつたため、文献レビューには参考として開発者の著書⁹⁾も使用した。

文献レビューは、CAMの種類ごとに、効果と安全性のエビデンスについて記述レビューを行った。まず、ガイドラインとシステマティックレビューに示されている各CAMの効果と安全性のエビデンスおよび、実践への推奨度とその理由を記述した。次に、それらの結果に照らしながら、質的研究や事例検討なども含めた過去5年間の研究論文で報告されている効果と安全性に関する結果を記述した。

III. 結果

1. 選出したCAMと記述レビューに使用した文献数

選出したCAMは、アロマセラピーおよびマッサージ、音楽および音楽療法、アートセラピー、呼吸法およびリラクゼーション法、タッピングタッチの5種類であった。使用したガイドラインは、(1)Ernstらによる The desktop guide to complementary and alternative medicine 2nd.ed.¹⁰⁾、(2)Society for Integrative Oncologyによる Integrative Oncology Practice Guidelines¹¹⁾、(3)日本緩和医療学会によるがん補完代替医療ガイドライン第1版¹²⁾、(4)米国がん学会による Complete guide to complementary & alternative cancer therapies¹³⁾、の4つであった。このうち(1)は、がんに特定したものではなかったが、文献レビューには、がんに関わる内容のみ使用した。また、Cochran Review から5件¹⁴⁻¹⁸⁾、ONS PEP Project から7件¹⁹⁻²⁵⁾の論文と、過去5年間の研究論文を合計39件²⁶⁻⁶⁴⁾ (国内論文32件、英語論文7件) 使用した。記述レビューに使用した文献の数は、

CAMと文献の種類別に表1に示した。

2. 各CAMの効果と安全性のエビデンス

次に、CAMの種類ごとに結果を述べていくが、ガイドラインとシステマティックレビューの結果は表2と表3に一括して示した。過去5年間の研究論文の結果は、CAMの種類ごとに表4～表8に示した。

1) アロマセラピーおよびマッサージのエビデンス

(表2、表3、表4)

ガイドラインでは、心理的 well-being¹⁰⁾、痛み¹¹⁻¹³⁾・不安^{11) 13)}・抑うつ¹¹⁾・倦怠感¹¹⁾の軽減、QOLの改善¹³⁾やリラクゼーション効果¹²⁾が期待できるとされていた。しかし、無作為化比較試験(Randomized Control Trial, 以下RCTとする)や比較対照試験が少なく、サンプル数も少ないこと、短期的効果しか検証されていないことから、実践に強く推奨されるには至っていなかった¹¹⁻¹³⁾。Cochrane Review¹⁶⁾と最近の文献レビュー²⁶⁻³⁰⁾でも同様の結果が示されていた。ONS PEP Projectでは、睡眠障害¹⁹⁾、倦怠感²⁰⁾、化学療法による嘔気・嘔吐²¹⁾、抑うつ²³⁾、不安²⁴⁾、便秘²⁵⁾

に対する効果が検討されており、不安の軽減を目的としたマッサージは、実践に推奨できるとされていた²⁴⁾。しかし、その他の症状については、研究数が少なく、研究の質が低いという理由で、実践に推奨されるには至っていなかった。過去5年間の研究は、対照群のない小規模な介入研究が多く、一時的な倦怠感や痛みの軽減^{31) 36) 37) 38) 40)}、不安やストレスの軽減^{32) 34)}、睡眠状態の改善³⁹⁾、リラクゼーション効果^{32) 35)}や心地よさが生じること³³⁾などが報告されていた。RCTや比較対照試験も行われており、化学療法による遷延性嘔気へのマッサージの効果が報告されていた⁴³⁾が、不安や倦怠感に対するアロマセラピーの効果は、症状の軽減がみられたものの、対照群との間に有意差が認められないという結果であった^{41) 42)}。質的に評価した介入研究や質的研究では、痛みの捉え方を変化させたり⁴⁴⁾、化学療法に向かう居心地の悪さからの逃避という意味をもたらしたり⁴⁵⁾、アロマセラピーやマッサージがケアリングのツールとなること^{46) 47)}が報告されていた。また、看護師の意識調査では、アロマセラピーが、非言語的コミュニケーションの手段として高く評価されていた⁴⁹⁾。

表1. 選出したCAMと記述レビューに使用した文献の数

CAM	ガイドライン	システマティックレビュー		過去5年間の研究論文						
		Cochrane Review *	ONS PEP Project †	システマティックレビュー	記述レビュー	実態調査	事例検討	質的研究	介入研究 ‡	比較試験 / RCT
アロマセラピー／マッサージ	4	1	6	0	5	1	1	2	12	3
音楽／音楽療法	4	4	2	0	2	1	3	1	2	1
アートセラピー	2	0	3	0	0	0	1	2	0	0
呼吸法／リラクゼーション法	3	1	5	1	3¶	0	0	0	0	0
タッピングタッチ §	0	0	0	0	0	0	0	1**	2	0

* Cochrane Database Systematic Review

† Oncology Nursing Society Putting Evidence into Practice Project によるシステマティックレビュー

‡ コントロール群のない介入研究

§ これらの他に参考として開発者の著書1冊も使用した

¶ 3件のうち1件はサブストラクション

** 意図的タッチに関する研究

表2. ガイドラインにおけるがんに特化したCAMの効果と安全性のエビデンス

著者 (発行年)	方 法	CAM*	効 果	安 全 性	推 奨 度
Ernst E et al. ¹⁰⁾ (2006)	Medline, Embase, Amed, the Cochrane Database of Systematic Reviews, Natural Standard, Natural Medicines Comprehensive Databaseにより検索. 2005年5月までの文献を使用. 無作為化比較試験と比較試験を用いてシステマティックレビューとメタ分析を行った後、研究不足を考慮して対照群のない研究や報告も含めて検討.	アロマ	短期的な心理的 well-being に有益	精油の注意点、アロマセラピーの禁忌を記載	記載なし
		音 楽	QOL や気分障害の改善に有効という報告がある一方、治療の苦痛や不安に効果はなかったという報告がある	深刻な問題はないが、90dBを超えると聴覚障害を引き起こす	記載なし
Deng GE et al. ¹¹⁾ (2007)	The Society for Integrative Oncology によるガイドライン. Medline manuscript と textbook chapter により検索. 2007年5月までの文献を使用. Cohen と Eisenberg による安全性と効果のエビデンスレベルを用いて推奨度を判定.	アロマ	マッサージは不安、痛み、倦怠感、抑うつに軽減に有効	マッサージの注意点を記載	効果のエビデンスはあるが、安全性のエビデンスが不十分
		音 楽	有用だが、RCTでの検証は難しい	記載なし	安全性のエビデンスはあるが効果のエビデンスが不十分
		ア ー ト	効果を示すデータは少ない	患者に関心があれば副作用はほとんどない	安全性のエビデンスはあるが、効果のエビデンスが不十分
		呼吸法	不安や抑うつ、緊張、怒り、倦怠感に有効. 睡眠状態の改善には薬物より長続きする	副作用はなく安価である	安全性のエビデンスはあるが効果のエビデンスが不十分
日本緩和 医療学会 ¹²⁾ (2009)	Cochrane Library と Ovid Medline から9件をレビューに採用. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) を用いて推奨度を設定. アロマは2005年5月までの文献、音楽は2006年2月までの文献、呼吸法は2005年9月までの文献をそれぞれ使用.	アロマ	疼痛緩和効果とリラクセーション誘導効果がある	精油とマッサージの注意点を記載	行うように勧められるだけの根拠が明確ではない
		音 楽	疼痛、悪心・嘔吐、倦怠感、便秘、不安感、うつ、抗がん剤の副作用、QOLの改善について研究されている	副作用の報告はないが、希望しない音楽は不快感を増す	行うように勧められるだけの根拠が明確ではない
		呼吸法	恐怖反応や不安反応の改善、ストレス軽減、化学療法の副作用の軽減が期待される	副作用の報告はない	行うように勧められるだけの根拠がない
American Cancer Society ¹³⁾ (2009)	米国がん学会による患者を対象としたCAMの使用に関するガイドブック. 医学雑誌に公表されている研究論文のピアレビューによる科学的エビデンスを基に、各CAMに関する客観的な情報を提供. 2008年までの文献をWebサイト上の情報も含めて使用.	アロマ	アロマセラピーはQOLを高める可能性があり、マッサージは痛み、不安を軽減できる可能性がある	精油の注意点を記載	大規模で質の高い複数の研究で長期的効果を確かめることが必要
		音 楽	痛み、化学療法の副作用の軽減、ストレス軽減、well-being の感覚を増す	訓練されていない者による実施はストレスや不快感を増す	記載なし
		ア ー ト	感情のコントロールにおいて有用と考えられる	熟練したセラピストが行えば安全	科学的な研究が必要
		呼吸法	呼吸法はリラクセーションとストレス軽減に役立つ可能性がある	熟練したプラクティショナーによって実施される限り安全	記載なし

* 「アロマ」はアロマセラピー/マッサージ、「音楽」は音楽/音楽療法、「アート」はアートセラピー、「呼吸法」は呼吸法/リラクセーション法を指す. タッピングタッチは、取り上げられていない.

表 3. Cochrane Review* および ONS PEP Project † のシステマティックレビューにおける
がんに特化した CAM の効果と安全性のエビデンス

文献	著者(発表年)	方 法	CAM ‡	効 果	安全性
Cochrane Review*	Cepeda MS et al. ¹⁴⁾ (2006)	がんの痛みを含むあらゆるタイプの痛みに対する音楽の効果を評価している RCT を使用.	音 楽	痛みを軽減したり、オピオイドの要求量を減らすことができるが、大規模試験が少なく、臨床的意義は不明確.	記載なし
	Bausewein C et al. ¹⁵⁾ (2007)	Web サイトやテキストブックも用いて2007年6月までの文献を検索し、進行がん、COPD などによる呼吸困難改善のための非薬理的、非侵襲的介入に関する RCT と CCT を使用. メタ分析は実施せず. 47の研究と2532名のデータを採用.	音 楽	気晴らしの音楽は呼吸困難の改善に有効であるががん患者を対象とした研究が少ない.	記載なし
			呼吸法	呼吸-リラクゼーショントレーニングの呼吸困難軽減効果は、データ不足により判断できない.	
	Fellowes D et al. ¹⁶⁾ (2008)	がん患者にアロマセラピーやマッサージを用いた RCT や介入前後の比較研究で、信頼性と妥当性が確認された測定ツールで身体的・心理的負担の程度や QOL を評価しているものを検索. 8つの RCT を含む10件の論文を使用.	アロマ	短期的な心理的 well-being に有益. 身体症状にも有効である可能性があるが、長期的な研究、大規模試験が必要.	記載なし
	Maratos AS et al. ¹⁷⁾ (2008)	がん患者を含む抑うつ症状のある人への音楽療法の効果を評価している RCT を検索. 5つの研究を使用. メタ分析は実施せず.	音 楽	抑うつ症状のある人の気分の改善効果が報告されているが、質の高い研究が必要.	記載なし
	Bradt J et al. ¹⁸⁾ (2010)	進行性の予後不良性疾患で緩和ケアを受けている患者や、予後2年以内と診断された人への音楽を用いた介入を評価している RCT、準 RCT を検索. 5つの研究と175名のデータを使用.	音 楽	QOL における効果を示唆されているが、バイアスの影響が考えられる. 質の高い更なる研究が必要.	記載なし
ONS PEP Project †	Page MS et al. ¹⁹⁾ (2006)	がん患者の睡眠障害の改善に関する文献レビュー.	アロマ	アロマセラピー、マッサージ、表現療法、リラクゼーション法などの睡眠改善効果が複数の研究で報告されているが、強く推奨できるものはない. がん患者の睡眠障害は研究領域として未熟.	記載なし
			アートの		
			呼吸法		
	Mitchell SA et al. ²⁰⁾ (2007)	治療中、治療後のがん患者の倦怠感の予防とマネジメントに関する文献レビュー.	アロマ	マッサージは、倦怠感の予防や管理に有効と報告されている. アロマセラピーと倦怠感の研究はあるが、小規模で比較試験もない.	記載なし
			アートの	表現型執筆と倦怠感の研究はあるが、小規模で比較試験もない.	
			呼吸法	漸進的筋弛緩法、呼吸法とヨガのポジショニングの組み合わせなどが、倦怠感の予防や管理に有効と報告されている.	
	Tipton JM et al. ²¹⁾ (2007)	化学療法による嘔気・嘔吐のマネジメントに関する文献レビュー. 1988~2005年の文献を検索.	アロマ	化学療法による嘔気・嘔吐に対するアロマセラピーやマッサージの効果は確定できない.	記載なし
			音 楽	化学療法による嘔気・嘔吐に対して、薬物療法と組み合わせたとき、効果が期待できる.	
	DiSalvo EM et al. ²²⁾ (2008)	がんによる呼吸困難改善に関する文献レビュー. メタ分析1件と統合レビュー1件を含む22の研究を使用.	呼吸法	薬物療法との併用により、呼吸困難感、情緒的・身体的 well-being、Performance Status の有意な改善が報告されているが、推奨できるだけのデータがない.	記載なし
	Fulcher CD et al. ²³⁾ (2008)	がん患者の抑うつに関する文献レビュー. 2001~2006年の文献を中心に検索. 9つのシステマティックレビューやメタ分析を使用し、ONS Weight-of-Evidence によりエビデンスの強さを検討.	アロマ	マッサージの不安軽減効果が報告されているが、質の高い研究が必要. 抑うつとアロマセラピーの研究は、がん患者に特定したものが無い.	記載なし
			呼吸法	リラクゼーション法は、がん患者の抑うつ症状をマネジメントするために期待できる方法として推奨できる.	
	Sheldon LK et al. ²⁴⁾ (2008)	がん患者の不安に関する文献レビュー. 不安の予防や治療に焦点をあてて、2002~2007年の文献を中心に1987~2007年まで拡大して検索.	アロマ	マッサージはがん患者の不安の軽減が期待できる介入である.	記載なし
音 楽			がん患者の不安に対する音楽、アートの効果は、研究の質の低さなどから確定できない.		
アートの					
Wooley M et al. ²⁵⁾ (2008)	がん患者の便秘に関する文献レビュー. Cochrane Library を含むデータベースで2007年6月までの文献を検索.	呼吸法	リラクゼーション呼吸法が幹細胞移植後の患者の不安を軽減したと報告されているが、小規模な研究であり、効果は確定できない.	記載なし	
			アロマ	がん患者の便秘に対するアロマセラピーやマッサージの効果のみた研究はない.	記載なし

* Cochrane Database Systematic Review を指す

† Oncology Nursing Society Putting Evidence into Practice Project によるシステマティックレビューを指す

‡ 「アロマ」はアロマセラピー/マッサージ、「音楽」は音楽/音楽療法、「アートの」はアートセラピー、「呼吸法」は呼吸法/リラクゼーション法を指す. タッピングタッチは取り上げられていない.

表 4. 過去 5 年間の研究論文におけるがんに特化したアロマセラピー/マッサージの効果と安全性のエビデンス

論文の種類	著者	方法	効果	安全性
記述レビュー	長谷川久巳 ²⁶⁾ (2005)	1990～2004年のがん性疼痛とマッサージに関する臨床研究 6 件を使用。	マッサージ直後の鎮痛効果は期待できるが長時間の効果は期待できない。	記載なし
	Coe AB et al. ²⁷⁾ (2005)	1999～2005年のがんとボディワークに関する論文 29 件を使用。	多くの研究で、ボディワークは症状マネジメントと QOL の改善に有効と報告されている。	マッサージの注意点を記載
	van der Watt G et al. ²⁸⁾ (2008)	がん患者を含む不安・抑うつとアロマセラピーに関するシステマティックレビューや研究論文を使用。	良質な研究の不足により効果のエビデンスは乏しいが、メンタルケアにおける精油の可能性を研究する意義はある。	記載なし
	高橋奈津子 ²⁹⁾ (2008)	Cochrane Review (2004) の結果を解説。	研究不足により、効果は確定できない。不安を一時的に軽減できる可能性はある。	記載なし
	川原由佳里 他 ³⁰⁾ (2009)	1982～2008年のがん患者を含むタッチ/マッサージに関する国内外の文献 18 件を使用。	がん患者へのハンドマッサージやフットマッサージは、実施しない場合よりも安楽、症状緩和の効果が高い。厳密な研究が必要。	記載なし
介入研究	中村水穂 他 ³¹⁾ (2005)	終末期患者 10 名に 2 週間アロママッサージを行い、心理尺度で評価。	介入後、倦怠感尺度の POMS の「緊張・不安」、「抑うつ・落ち込み」、「怒り・敵意」、「疲労」得点が有意に低下し、「活気」得点が有意に上昇。	記載なし
	大川明子 他 ³²⁾ (2005)	がん患者 19 名に芳香療法を含めた介入を行い、生理学的指標、心理尺度などで前後で評価。	不安を減少し、Y-G 性格テストで平凡・普通型と安定積極型の人ではリラクセーション効果がある。	記載なし
	杉原亜希子 他 ³³⁾ (2005)	健常者 7 名に精油の有無による 2 種類の手浴を行い、生理学的指標、心理尺度などで前後で評価。患者 1 名にも介入し評価。	健常者は両群とも介入後に倦怠感得点が低下し心地よさが上昇したが、実験群で長く持続。患者の介入前後の得点に差はなかったが、気持ちいいなどの発言あり。	記載なし
	梅田久美子 他 ³⁴⁾ (2006)	乳がん術後患者 25 名に精油を用いたリンパマッサージを行い、生理学的指標、心理尺度で前後で評価。	68% の人で介入後の唾液アミラーゼ濃度が低下。全員が香りがよかったと報告。この介入を通して患者同士の交流もみられた。	記載なし
	気田妙子 他 ³⁵⁾ (2006)	絶食中の 1 名に 1 週間精油を用いた足浴を行い、心理尺度などで評価。	リラックス状態の増加、気分の落ち込みの改善、活力・活気の上昇がみとめられた。	長時間臥床してられないときがある
	八木橋幸子 他 ³⁶⁾ (2007)	放射線療法中の 6 名に週 1 回アロママッサージを行い、心理尺度などで評価。	総合倦怠感と身体的倦怠感得点が介入後に有意に低下した。介入中、自ら思いを語り出す患者もいた。	記載なし
	原田美佐子 他 ³⁷⁾ (2007)	倦怠感のある終末期患者 10 名に上肢のアロママッサージを行い、心理尺度などで評価。	介入後、総合倦怠感、身体的倦怠感、認知的倦怠感の得点が有意に低下した。	記載なし
	三島千昭 他 ³⁸⁾ (2007)	疼痛コントロール中の 11 名にアロママッサージを行い心理尺度等で評価。	82% の人で直後に疼痛得点が低下し、64% の人で 4 時間後まで持続。倦怠感得点は 82% が直後に低下。	記載なし
	石毛明子 他 ³⁹⁾ (2008)	倦怠感のある 12 名にアロママッサージを行い、睡眠状態を質問紙で評価。	気持ちの面での効果と入眠・睡眠維持や睡眠感に継続的な効果がみられた。	匂いがダメな人もいた
	室伏利佳子 他 ⁴⁰⁾ (2009)	入院中の 7 名にアロママッサージを行い、心理尺度などで前後で評価。	全ての介入で、介入中や直後に患者は眠りにつき、倦怠感軽減効果もみとめられた。香りで草原をイメージしたり、自宅の花壇を思い出す人もいた。	記載なし
RCT	Kyle G ⁴¹⁾ (2006)	緩和ケアを受けている 34 名を精油とマッサージの有無で 3 群に分け、心理尺度で評価。	精油を用いた群の方が不安の低下が大きかったが、有意差はなかった。	記載なし
比較試験(クロスオーバー試験)	宮内貴子 他 ⁴²⁾ (2007)	倦怠感のある 34 名に精油の有無による 2 種類の足浴を行い、心理尺度などで評価。	両群とも倦怠感得点に有意な改善がみられたが、群間に有意差はなかった。	継続を希望しない人もいた
比較試験	新田紀枝 他 ⁴³⁾ (2008)	化学療法中の 24 名(対照群 21 名)に足浴とマッサージを行い、嘔気程度を VAS で評価。	2 群間で遷延性嘔気の出現率に差はなかったが、実験群の 80% 以上で介入後の VAS 値が有意に低下。	記載なし
介入研究(質的に評価)	平原直子 ⁴⁴⁾ (2006)	疼痛コントロール中の 1 名に週 4～5 回マッサージと対話による介入を行い、質的に評価。	【自己開放や自己洞察】を促して【痛みへの肯定化】へと変化させるきっかけとなった。	記載なし
	Billhult A et al. ⁴⁵⁾ (2007)	化学療法中の 10 名に抗がん剤投与のたびにマッサージを行い、質的に評価。	【化学療法に向かう居心地の悪さからの逃避】という意味が見出された。	記載なし
質的研究	Nelson JP ⁴⁶⁾ (2006)	アロマ/マッサージを含む CAM を用いているホスピスのエスノグラフィ。	ホスピスにはケアリングの文化があり、CAM を通して寄り添うことが well-being に重要だった。	記載なし
	山中愛子 他 ⁴⁷⁾ (2009)	終末期がん患者にアロママッサージを行っている看護師 10 名に面接。	セラピスト看護師はマッサージをしながらケアリング行動をとっていた。	記載なし
事例検討	宇野真理子 ⁴⁸⁾ (2008)	アロママッサージと芳香浴を行った下肢リンパ浮腫のある終末期患者について報告。	下肢リンパ浮腫の改善にはあまり効果がなかったが、リラクセーション効果が得られた。病室の不快感臭いを消す効果もあった。	記載なし
実態調査	宮内貴子 他 ⁴⁹⁾ (2005)	ホスピス、緩和ケア病棟 87 施設の看護師への質問紙調査。	51.7% にアロマセラピーの実施経験があり、そのほとんどがリラクセーション効果を報告。コミュニケーションを円滑にする手段としても高く評価。	費用、技術の統一困難などの問題がある

安全性については、ガイドラインと最近の文献レビューで、精油やマッサージによる有害作用の指摘があり、禁忌事項も示されていた。精油による頭痛や嘔気、アレルギー反応、光毒性や発がん性、品質や副作用に注意が必要なことが指摘されていた^{10) 12) 13)}。また、禁忌事項として、妊婦、感染症、血栓症、静脈瘤、皮膚損傷、術後、循環障害がある人へのアロマセラピーの実施¹⁰⁾と、出血傾向がある人、がんの病変部、リンパ節の浸潤部位、解剖学的に歪んだ部位へのマッサージの実施^{11) 12) 27)}、精油の経口投与¹⁰⁾が挙げられていた。過去5年間の研究論文では、マッサージの際に同

一体位を長時間続ける負担³⁵⁾や費用の負担⁴⁹⁾、患者の好みへの配慮が必要であること^{39) 42)}が指摘されていた。

2) 音楽および音楽療法のエビデンス

(表2、表3、表5)

ガイドラインでは、QOLや気分障害の改善¹⁰⁾、痛みや化学療法の副作用の軽減¹³⁾、ストレスの軽減やwell-beingに役立つ¹³⁾としているものもあったが、効果のエビデンスが十分でないことから、実践に強く推奨されるには至っていなかった^{11) 12)}。Cochrane ReviewとONS PEP Projectでも同様

表5. 過去5年間の研究論文におけるがんに特化した音楽/音楽療法の効果と安全性のエビデンス

論文の種類	著者	方法	効果	安全性
記述レビュー	花出正美 ⁵⁰⁾ (2007)	嘔気・嘔吐のケアに関するONS PEP Projectのシステムティックレビューと2005～2007年の国内外の論文7件を使用.	薬理学的方法と組み合わせると嘔気・嘔吐の軽減に効果がある可能性がある.	記載なし
	渡邊眞理 他 ⁵¹⁾ (2007)	化学療法による嘔気・嘔吐のケアに関する1995～2006年の国内外の文献7件を使用.	1件でリラクゼーション技法に音楽療法を併用しており、嘔気・嘔吐の明らかな減少はなかったが、セルフケア能力や対処能力の向上がみられた.	安価で副作用もない
介入研究	大川明子 他 ³²⁾ (2005)	がん患者19名に音楽療法を含めた介入を実施し、生理学的指標、心理尺度などで前後で評価.	不安が減少した. Y-G性格テストで平凡・普通型と安定積極型の人では、リラクゼーション効果がある.	記載なし
	濱野由美子 他 ⁵²⁾ (2009)	外来化学療法中の16名に個別に作成したMDによる介入を行い、生理学的指標、心理尺度などで前後で評価.	介入後の血圧・脈拍は僅かに減少し、唾液アミラーゼ値は介入前より有意に上昇、不安得点は有意に低下. 看護師と患者の会話が増えた.	記載なし
比較研究	中俣裕子 他 ⁵³⁾ (2006)	人工呼吸器装着中の患者13名に音楽を用い、介入以前の患者23名の自己抜管率と比較.	介入以前の自己抜管率17%に対し、介入群は7%であった. ほとんどの人が気が紛れたと答えた.	不快に感じた人もいた
質的研究	Nelson Jp ⁴⁶⁾ (2006)	音楽を含むCAMを用いているホスピスのエスノグラフィ.	ホスピスにはケアリングの文化があり、CAMを通して寄り添うことが患者と家族のwell-beingにとって重要であった.	記載なし
事例検討	大沼幸子 ⁵⁴⁾ (2005)	ヒーリング音楽を用いた化学療法中のケースについて報告.	気分転換、振り返り、元気の回復をもたらした.	記載なし
	西原佳世 他 ⁵⁵⁾ (2006)	個別音楽療法を計画した終末期がん患者について報告.	ミニコンサートでリクエスト曲の演奏に涙を流し、嬉しかったと話した.	記載なし
	大沼未希 他 ⁵⁶⁾ (2008)	音楽療法士が介入した終末期がん患者について報告.	不安の解消、コミュニケーションの活発化、QOLの向上などがみられた.	記載なし
実態調査	前田のぞみ 他 ⁵⁷⁾ (2007)	ホスピス・緩和ケア病棟の看護師長87名、音楽担当者34名に質問紙調査を実施.	看護師長は、回想やコミュニケーションの促進に予想以上の効果を感じていた.	記載なし

に、痛み¹⁴⁾、呼吸困難¹⁵⁾、抑うつ¹⁷⁾、QOL¹⁸⁾、化学療法による嘔気²¹⁾、不安²⁴⁾の改善に有効という報告はあるものの、効果は確定できないとされていた。このうち化学療法による嘔気については、薬物療法との併用により効果が期待できるとされていた²¹⁾。過去5年間の研究は、小規模な介入研究と質的研究や事例検討、スタッフに対する意識調査などであり、不安やストレスの軽減^{32) 52) 56)}、リラクセーション効果³²⁾、気を紛らわす効果や気分転換^{53) 54)}、振り返りや回想の促進^{54) 57)}、患者・家族・看護師間のコミュニケーションの促進^{52) 56) 57)}などが報告されていた。

安全性については、ガイドラインに、副作用の報告や深刻な問題はないとされていたが、90dBを超える音楽は聴覚障害を引き起こす恐れがある¹⁰⁾という記載や、実施者に訓練が必要なこと¹³⁾、患者の好みへの配慮が必要であること^{11) 12)}が指摘されていた。過去5年間の研究では、不快に感じる人がいたという報告があった⁵³⁾。

3) アートセラピーのエビデンス

(表2、表3、表6)

ガイドラインでは、感情のコントロールに有用¹³⁾とするものもあったが、科学的な研究やがん患者を対象とした研究の不足によって、実践に強く推奨されるには至っていなかった^{11) 13)}。ONS PEP Projectでは、睡眠障害¹⁹⁾、倦怠感²⁰⁾、不安²⁴⁾に対するアートセラピーや表現療法 (expressive

therapy)、表現型執筆 (expressive writing) の効果が検討されていたが、研究の質が低いことや有意な結果が得られていないことから、効果は確定できないとされていた^{19) 20) 24)}。過去5年間の研究は、質的研究2件と事例検討1件であったが、楽しみや笑いをもたらしたり⁵⁹⁾、スタッフと患者の相互作用の促進や⁵⁸⁾、ケアリングのツールとなること⁴⁶⁾が報告されていた。

安全性については、音楽と同様に、実施者への訓練¹³⁾や患者の好みへの配慮¹¹⁾が必要であることが、ガイドラインで指摘されていた。

4) 呼吸法およびリラクセーション法のエビデンス (表2、表3、表7)

今回、我々は、簡便に用いるものとして呼吸法を選出したが、呼吸法に限った文献が見当たらなかったため、エビデンスの検討には、呼吸法を含めているリラクセーション法に関する文献を使用した。

ガイドラインでは、不安・抑うつ・緊張・怒り・倦怠感・睡眠障害の改善¹¹⁾や、恐怖反応・不安反応の軽減¹²⁾、化学療法の副作用の軽減¹²⁾、リラクセーション¹³⁾やストレス軽減^{12) 13)}に効果が期待できるとされていたが、科学的エビデンスの不足により、実践に強く推奨されるには至っていなかった^{11) 12)}。Cochrane ReviewとONS PEP Projectでは、呼吸困難^{15) 22)}、睡眠障害¹⁹⁾、倦怠感²⁰⁾、抑うつ²³⁾、不安²⁴⁾に対する効果が検討されていたが、

表6. 過去5年間の研究論文におけるがんに特化したアートセラピーの効果と安全性のエビデンス

論文の種類	著者	方法	効果	安全性
質的研究	Nelson JP ⁴⁶⁾ (2006)	アートを含むCAMを用いているホスピスのエスノグラフィ.	ホスピスにはケアリングの文化があり、CAMを通して寄り添うことが患者と家族の well-being にとって重要であった.	記載なし
	Suter E et al. ⁵⁸⁾ (2007)	アートのプリントで病室を飾るボランティアプログラムを質的に評価.	アートは病院環境に個性を加え、スタッフと患者の相互作用を促進し、ポジティブな気晴らしを与える.	記載なし
事例検討	赤松薫 ⁵⁹⁾ (2007)	粘土細工を実施した化学療法中の終末期患者のケースについて報告.	趣味を生かした活動が入院生活に楽しみや笑いをもたらした. 前向きな発言も見られた.	記載なし

抑うつをマネジメントする方法として推奨できるとされていた²³⁾以外は、研究数が少ないことや研究の質が低いことから、有効性は確定できないとされていた。過去5年間の研究は、3件の文献レビューであり、セルフケア能力や対処能力の向上が報告されていると述べているもの⁵¹⁾、がん患者のセルフコントロール方法としての可能性がある⁶⁰⁾と述べているもの⁶⁰⁾があった。

安全性については、ガイドラインでも過去5年

間の研究論文でも、有害作用や副作用の報告はない^{11) 12) 51) 60)}と記載されていたが、実施者の訓練の必要性を指摘しているもの¹³⁾もあった。

5) タッピングタッチの効果と安全性

(表2、表3、表8)

タッピングタッチは、1999年に臨床心理士の中川一郎氏が開発した比較的新しい方法であるため、ガイドラインやシステマティックレビューでは取

表7. 過去5年間の研究論文におけるがんに特化した呼吸法/リラクゼーション法の効果と安全性のエビデンス

論文の種類	著者	方法	効果	安全性
システマティックレビュー	Smith JE et al. ⁶⁰⁾ (2005)	2004年5月までのRCT3つと臨床試験7つを使用.	気分や睡眠の質の改善、ストレス軽減など心理学的側面に肯定的な結果がみられる. セルフコントロール方法としての可能性がある.	副作用は報告されていない
記述レビュー	近藤由香 他 ⁶¹⁾ (2006)	過去8年間のがん患者を含めた国内の研究論文11件と抄録21件を使用.	健康者、がん患者を含めた研究のほとんどで、症状の改善、リラックス感などの効果が示唆されていた.	記載なし
	渡邊眞理 他 ⁵¹⁾ (2007)	がん化学療法による悪心・嘔吐における過去10年間の7つの研究を使用.	悪心・嘔吐の明らかな減少はみられないが、患者のセルフケア能力や対処能力の向上がみとめられた.	安価で副作用もない
サブストラクショナル	森下利子 他 ⁶²⁾ (2007)	過去11年間のがんに特化した国内の実証的研究12件を使用.	苦痛症状の緩和を目的とした介入を行い、生体反応、症状の程度、QOL、主観的評価などの指標を用いて評価されている.	記載なし

表8. 過去5年間の研究論文および開発者の著書におけるがんに特化したタッピングタッチの効果と安全性のエビデンス

論文の種類	著者	方法	効果	安全性
質的研究	Nelson JP ⁶⁶⁾ (2006)*	タッチを含むCAMを用いているホスピスのエスノグラフィ.	ホスピスにはケアリングの文化があり、CAMを通して寄り添うことが患者と家族のwell-beingにとって重要であった.	記載なし
介入研究	元田美江 ⁶³⁾ (2007)	強いがん性疼痛がみられる患者1名に介入し、痛みスケールで介入の前後で評価.	精神的、身体的な疼痛緩和効果がみられた. 患者と看護師の信頼関係の構築にもつながった.	記載なし
	田原愛 他 ⁶⁴⁾ (2008)	がん性疼痛のある患者10名に介入し、痛みや不安の3段階スケールなどで介入の前後で評価.	不安などの否定的感情が減少し、心地よさなどの肯定的感情が増加した.	否定的な感想はなかった
開発者の著書 (参考) †	有田秀穂、中川一郎 ⁹⁾ (2009)	研修参加者の感想やケアの専門分野で用いたときの反応を記述. また、心理テストや神経生理測定などを用いた研究の結果も記載.	リラックスする、プラス思考になる、大切にされた感じがする、リフレッシュする、疲れや痛みの軽減、場が和やかになる、会話が増えるなどの効果がみられた.	副作用がないこと、お金がかからず、器物などを必要としないことなどを考慮して開発した.

* 意図的タッチに関する文献

† この本に示されている研究の対象者はがん患者に特化しておらず、参考として記載した

り上げられておらず、過去5年間の研究論文も2件と限られていた。そのため、エビデンスの検討には、タッピングタッチの一要素である意図的タッチに関する論文1件と開発者の著書も参考として使用した。

開発者の著書⁹⁾には、がんのために緩和ケアを受けている患者、筋ジストロフィーの患者、ベトナムの障害児に用いた際の反応や、心理尺度による評価の他、セミナー受講者の感想や、健常者を対象とした神経生理測定などの研究結果を示しながら、タッピングタッチの効果が説明されていた。それらは、がんに特化したものではないが、①不安や緊張感が減りリラックスする、大切にされた感じがするなどの精神的効果、②体の疲れや痛みが軽減するなどの身体的効果、③場が和やかになり交流が深まる、親しみがわき安心や信頼感を感じるなどの人間関係における効果であった。

がん患者を対象とした2件の研究は、小規模な介入研究であり、精神的・身体的な痛みの緩和⁶³⁾や、不安の軽減と心地よさ⁶⁴⁾、患者と看護師の信頼関係の構築につながったこと⁶³⁾などが報告されていた。意図的タッチに関する研究⁶⁵⁾では、タッチを含むケアの実践がケアリングのツールとなっていることが報告されていた。

安全性については、開発者の著書⁹⁾に、副作用のないシンプルな方法を開発したと書かれており、過去5年間の研究論文でも、実施後に否定的な感想はなかったと報告されていた⁶⁴⁾。

IV. 考 察

今回、がん看護実践で活用可能な5種類のCAMを選出し、文献レビューを行って効果と安全性のエビデンスを検討した。ガイドラインでは、どのCAMも実践に強く推奨されるには至っていなかったが、その主な理由は、研究数の不足とRCTのような質の高い研究の不足であった。西洋医学の治療のガイドラインは、効果と安全性を検証した複数の厳密なRCTの結果に基づいて作

成されている。CAMのガイドラインも同様に、RCTの結果を重視して実践への推奨度が決定されるため、研究が蓄積されていない現在、ほとんどのCAMが推奨できるレベルに達していないのは当然のことと考える。また、CAMはホリスティックなアプローチであるため、RCTでの評価が困難であることも原因の一つと考えられる。大塚⁶⁵⁾は、「RCTは、個体差を考慮せず、生体に同等に効くことを求められる対症療法的薬物や治療法を評価するには有効であるが、個体差の違いこそを重視して治療する伝統医学やCAMにそのままRCTをあてはめて評価しようとするのには、あきらかに限界や無理があることになる」と述べ、「ホリスティックなアプローチによるヒーリングアートとしての価値も視野においてCAMを評価したい」と述べている。今回のレビューにおいても、小規模な研究や質的研究では、どのCAMも、何らかの身体的効果や心理社会的な効果が認められていた。それらを概観すると、アロマセラピーやマッサージには、一時的にせよ、苦痛症状や不安を軽減する効果と、セラピストによるケアリングの効果が期待でき、音楽やアートセラピーには、主に心理的な効果が期待できると考えられる。また、呼吸法やリラクゼーション法には、苦痛症状の緩和や対処能力の向上など、セルフコントロールのための介入として期待でき、タッピングタッチは、実施者との触れ合いを通じた人間関係における効果も期待できると考えられる。これらのCAMを臨床に導入する際には、簡便な方法の考案が必要であるため、先行研究で報告されている効果がそのまま得られるとは限らないが、安全性が保証されれば、試してみる価値は高いと考える。また、CAMの評価がRCTで困難であるならば、小規模な研究や質的研究の積み重ねによってエビデンスを構築する努力が必要である。CAMの実践により期待できる効果には、看護師との相互作用により生じるものもある。そのためにも、安全性が保証できるCAMを実際の患者に適用して、

質的研究手法も用いながら効果を検証していくことが重要と考える。

安全性については、ガイドラインに注意点が示されていた。アロマセラピーやマッサージは、実施する上での注意点や禁忌が細かく指摘されており、音楽やアートセラピーは、患者の好みに配慮することが必要とされていた。これらの注意点を守って実施することで、患者の安全性は保証できると考える。また、音楽、アートセラピー、呼吸法は、実施者に訓練が必要であることも指摘されていたが、簡便な方法を考案し、看護師という資格を持った者が実施するのであれば、短期間の訓練でも問題はないと考える。マッサージやタッチなどは、CAMが話題に上る以前から、看護師がケアに用いてきた方法でもある⁵⁾。患者の反応をみながら実施することで、問題は生じないと考える。しかし、最近の研究論文をみると、安全性に関する結果が報告されていないことが多かった。ガイドラインでは、安全性に関するエビデンスの不足によって、実践に推奨できない場合もあったことから、今後は、効果だけでなく安全性についても必ず評価を行い、結果を公表していくことが必要と考える。

以上のことから、今回選出した5種類のCAMは、がん看護実践において有用な手段となる可能性が高く、簡便な方法を考案して看護師が実施することで、患者の安全も保証できると考えられた。

V. 結 論

がん看護実践で活用可能な5種類のCAMを選出し、効果と安全性のエビデンスを文献を用いて検討した。アロマセラピー／マッサージ、音楽／音楽療法、アートセラピー、呼吸法／リラクゼーション法、タッピングタッチという5種類のCAMはどれも、研究数の不足や研究の質が低いという理由で、実践に強く推奨されるには至っていなかった。CAMはホリスティックなアプローチであり、RCTで効果を検証するのは難しいが、

小規模な研究や質的研究では、苦痛症状の軽減や心理社会的効果が示されており、がん看護実践に有用と考えられた。また、ガイドラインに示されている注意点を守り、患者の好みに配慮し、患者の反応を評価しながら看護師が実施することで、安全性も保証できると考えられた。

なお、本研究は科研費（研究代表者：神里みどり：「エビデンスに基づいたがん看護援助に関する補完代替療法の教育プログラムの開発」21592778）の助成を受けたものである。

文 献

- 1) 渥美和彦 (2003) : 21世紀の医療は統合医療になる, 看護, 55(4), 4-13.
- 2) 嶺岸秀子 (2006) : 補完・代替療法を求める人への支援, 近藤まゆみ, 嶺岸秀子編著, がんサバイバーシップがんとともに生きる人びとへの看護ケア, 65-70, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 3) 新田紀枝, 川端京子 (2007) : 看護における補完代替医療の現状と問題点 ホスピス・緩和ケア病棟に勤務する看護師の補完代替医療の習得と実施に関する調査から, 日本補完代替医療学会誌, 4(1), 23-31.
- 4) Springhouse Corporation (2003) / 池川清子, 江川幸二訳 (2005) : ナースのための補完・代替療法ガイドブック 原著第2版, 3-18, MCメディカ, 大阪.
- 5) Snyder M, Lindquist R (1998) / 野島良子, 富川孝子監訳 (1999) : 心とからだの調和を生むケア 看護に使う28の補助的/代替的療法, へるす出版, 東京.
- 6) Horrigan BJ (2001) : リージョンズ病院がホリスティック・ケアを提供する看護ユニットを開設, オルタナティブ・メディシン, 5(1), 38-39.
- 7) Macmillan Cancer Relief (2002): Directory of Complementary Therapy Service in UK

- Cancer Care Public and Voluntary Sectors, Macmillan Cancer Relief, UK.
- 8) Hermione Elliott (1993)／林サダオ訳 (1993)：がんのセルフヒーリング 生きる意志ががんを癒す，創元社，大阪。
- 9) 有田秀穂，中川一郎 (2009)：「セロトニン脳」健康法 呼吸，日光，タッピングタッチの驚くべき効果，講談社＋α新書，東京。
- 10) Ernst E, Pittler MH, Wider B ed. (2006)：The desktop guide to complementary and alternative medicine：An evidence-based approach (2nd ed.)，Mosby Elsevier，Philadelphia.
- 11) Deng GE, Cassileth BR, Cohen L, Gubili J, Johnstone PAS, Kumar N, Vickers A, Society for Integrative Oncology Executive Committee (2007)：Integrative oncology practice guidelines, Journal of the Society for Integrative Oncology, 5(2), 65-84.
- 12) 日本緩和医療学会 (2009)：がん補完代替医療ガイドライン (第1版)，日本緩和医療学会，東京。
- 13) American Cancer Society (2009)：Complete guide to complementary & alternative cancer therapies (2nd ed.)，American Cancer Society, Atlanta.
- 14) Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H (2006)：Music for pain relief, Cochrane Database Systematic Review.
- 15) Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I (2008)：Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases, Cochrane Database Systematic Review.
- 16) Fellowes D, Barnes K, Wilkinson SS (2008)：Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer, Cochrane Database Systematic Review.
- 17) Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ (2008)：Music therapy for depression, Cochrane Database Systematic Review.
- 18) Bradt J, Dileo C (2010)：Music therapy for end-of-life care, Cochrane Database Systematic Review.
- 19) Page MS, Berger AM, Johnson LB (2006)：Putting evidence into practice：Evidence-based interventions for sleep-wake disturbances, Clinical Journal of Oncology Nursing, 10(6), 753-767.
- 20) Mitchell SA, Beck SL, Hood LE, Moore K, Tanner ER (2006)：Putting evidence into practice: Evidence-based interventions for fatigue during and following cancer and treatment, Clinical Journal of Oncology Nursing, 11(1), 99-113.
- 21) Tipton JM, McDaniel RW, Barbour L, Johnston MP, Kayne M, LeRoy P, Ripple ML (2007)：Putting evidence into practice：Evidence-based interventions to prevent, manage, and treat chemotherapy-induced nausea and vomiting, Clinical Journal of Oncology Nursing, 11(1), 69-78.
- 22) DiSalvo WM, Joyce MM, Tyson LB, Culkin AE, Mackay K (2008)：Putting evidence into practice：Evidence-based interventions for cancer-related dyspnea, Clinical Journal of Oncology Nursing, 12(2), 341-352.
- 23) Fulcher CD, Badger T, Gunter AK, Marrs JA, Reese JM (2008)：Putting evidence into practice：Interventions for depression, Clinical Journal of Oncology Nursing, 12(1), 131-140.
- 24) Sheldon LK, Swanson S, Dole A, Marsh K, Summers J (2008)：Putting evidence

- into practice : Evidence-based interventions for anxiety, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(5), 789-797.
- 25) Woolery M, Bisanz A, Lyons HF, Gaido L, Yenulevich M, Fulton S, McMillan SC (2008) : Putting evidence into practice : Evidence-based interventions for the prevention and management of constipation in patients with cancer, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 317-337.
- 26) 長谷川久巳 (2005) : エビデンスに基づくがん疼痛マネジメント 看護ケアのエビデンス マッサージ, *EB NURSING*, 5(2), 166-169.
- 27) Coe AB, Anthony ML (2005) : Understanding bodywork for the patient with cancer, *Clinical Journal of Oncology Nursing* 9(6), 733-742.
- 28) van der Watt G, Janca A (2008) : Aromatherapy in nursing and mental health care, *A Journal for the Australian Nursing Profession*, 30(1), 69-75.
- 29) 高橋奈津子 (2008) : 最新研究レビューの要点 アロマセラピーはがん患者の症状緩和に有効か?, *ナーシング・トゥデイ*, 23(11), 47.
- 30) 川原由佳里, 奥田清子 (2009) : 看護におけるタッチ/マッサージの研究 文献レビュー, *日本看護技術学会誌*, 8(3), 91-100.
- 31) 中村水穂, 井上愛子, 大谷真穂, 益田しのぶ, 奥村志津子 (2005) : ターミナル期にある患者のストレスに対するアロマセラピーの有効性の検討, *日本看護学会論文集看護総合*, 36, 103-105.
- 32) 大川明子, 浦川加代子, 井村香積, 佐藤英佐子, 吉岡一実, 大西和子 (2005) : 看護ケアの一手段としての代替・相補療法に関する研究 リラクゼーションカプセルの効果, *三重看護学誌*, 7, 53-58.
- 33) 杉原亜希子, 神里みどり, 相原優子 (2005) : 精油による手浴と前腕マッサージが倦怠感とバイタルサインに及ぼす影響 健常者とがん患者を対象にして, *看護技術*, 51(7), 637-640.
- 34) 梅田久美子, 安藤詳子 (2006) . 乳癌術後のアロママッサージ効果の一考察 唾液中のアミラーゼ濃度測定. *日本看護学会論文集看護総合*, 37, 185-187.
- 35) 気田妙子, 原田昌子, 力石一子, 澤田和子, 横山裕子 (2006) : 告知をうけたがん患者のアロマセラピー足浴の心理的効果, *十和田市立中央病院研究誌*, 19(1), 23-28.
- 36) 八木橋幸子, 松浦真喜子, 広田勝 (2007) : 放射線療法を受けるがん患者の倦怠感に対するアロママッサージの効果, *日本看護学会論文集成人看護II*, 37, 395-397.
- 37) 原田美佐子, 多田和子, 岡田正恵, 吉岡光子 (2007) : 終末期女性癌患者の倦怠感に対するアロマセラピーハンドマッサージの効果, *日本看護学会論文集成人看護II*, 37, 95-97.
- 38) 三島千昭, 松本江美子, 久保恵子, 青木厚子, 橋本伸之 (2007) : 疼痛・倦怠感を自覚した悪性骨軟部腫瘍患者への症状緩和を試みて 10分間のアロマセラピーマッサージの効果を検討する, *日本看護学会論文集看護総合*, 38, 103-105.
- 39) 石毛明子, 河野麻美 (2008) : 倦怠感のある患者のリラクゼーション効果についての検討 アロママッサージを実施して, *旭中央病院医報*, 30, 52-54.
- 40) 室伏利圭子, 佐藤正美, 長瀬雅子, 堀口ゆかり (2009) : がん患者の倦怠感緩和を目的としたアロママッサージの効果, *東海大学健康科学部紀要*, 14, 99-105.
- 41) Kyle G (2006) : Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients : Results of a pilot study, *Complementary Therapies in Clinical Practice* 12, 148-15.

- 42) 宮内貴子, 伊藤友美, 佐々木輝美, 田村恵子, 近藤百合子, 山本美和, 伊藤真実子, 瀬戸ひとみ, 山勢博彰 (2007): 終末期がん患者の倦怠感に対するアロマセラピーを使用した足浴の効果, *がん看護*, 12(7), 745-748.
- 43) 新田紀枝, 阿曾洋子, 葉山有香, 中平三枝子, 沼波勢津子 (2008): がん化学療法による遷延性嘔気に対する足浴後マッサージの効果, *がん看護*, 13(1), 84-89.
- 44) 平原直子 (2006): 全人的苦痛を抱えるがん患者に対する「マッサージと対話」の効果 患者の「痛みの意味」の変化を中心に, *高知女子大学紀要*, 55, 51-59.
- 45) Billhult A, Victorin ES, Bergbom I (2007): The experience of massage during chemotherapy treatment in breast cancer patients, *Clinical Nursing Research* 16(2), 85-102.
- 46) Nelson JP (2006): Being in Tune With Life: Complementary therapy-use and well-being in residential hospice residents, *Journal of Holistic Nursing* 24(3), 152-161.
- 47) 山中愛子, 神里みどり (2009): アロママッサージにより終末期がん患者との間にもたらされるセラピスト看護師の相互作用, *日本がん看護学会誌*, 23(1), 61-69.
- 48) 宇野真理子 (2008): 一般病棟での緩和ケアに関する一考察 ターミナル患者の症状緩和を目的としたアロマケアの事例を通して, *岐阜赤十字病院医学雑誌*, 20(1), 17-24.
- 49) 宮内貴子, 小原弘之, 末廣洋子 (2005): ホスピス・緩和ケア病棟におけるアロマセラピーの現状, *がん看護*, 10(5), 448-452.
- 50) 花出正美 (2007): 嘔気・嘔吐のある患者へのがん看護ケア, *緩和ケア*, 17(6), 515-519.
- 51) 渡邊眞理, 佐久間ゆみ (2007): がん化学療法看護のエビデンスとEBP がん化学療法の有害事象に対する看護ケア コントロールが困難ながん化学療法による悪心・嘔吐に対するケア, *EB NURSING*, 7(2), 154-160.
- 52) 濱野由美子, 那須久美子, 六波羅英子, 谷未帆, 川原歩 (2009): 外来がん化学療法患者の音楽療法による緩和ケアの評価, *済生*, 85(4), 55-58.
- 53) 中俣裕子, 赤塚笑美子, 高野佳織, 小柳直子 (2006): 食道癌術後で人工呼吸器装着患者のストレス軽減に向けた療養環境改善の取り組み BGMとして1/f ゆらぎの音楽を使用して, *日本看護学会論文集 成人看護 I*, 36, 59-61.
- 54) 大沼幸子 (2005): 化学療法中のがん患者の希望を支える 心理療法的介入と音楽, *臨床死生学*, 10(1), 69-76.
- 55) 西原佳世, 宮廻幸枝 (2006): 緩和ケア病棟における個別音楽療法 限られたかかわりを通して, *ホスピスケアと在宅ケア*, 14(1), 47-49.
- 56) 大沼未希, 吉田美代子, 黒田美智子, 吉田満美子, 牧野孝俊, 横山英一, 川村博司, 加藤滉, 加藤佳子 (2008): 音楽療法士による心理的アプローチが苦痛緩和に有用であったがん終末期の1症例, *三友堂病院医学雑誌*, 9(1), 35-38.
- 57) 前田のぞみ, 末永和之, 佐野隆信, 平岡恵子, 今井佳子 (2007): 日本のホスピス・緩和ケア病棟における音楽療法の現状分析 全国緩和ケア承認施設アンケート結果より. *緩和ケア*, 17(5), 463-469.
- 58) Suter E, Baylin D (2007): Choosing art as a complement to healing, *Applied Nursing Research*, 20, 32-38.
- 59) 赤松薫 (2007): 終末期患者の希望を支える看護 粘土細工を勧めてみて, *看護教育*, 48(8), 711-713.
- 60) Smith JE, Richardson J, Hoffman C (2005): Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 52(3), 307-314.
- 61) 近藤由香, 小坂橋喜久代 (2006): 1997~

- 2004年のリラクセーション研究の文献レビュー
適用分野と主な効果を中心に, 日本看護技術学
会誌, 5(1), 69-76.
- 62) 森下利子, 吉田亜紀子 (2007): 我が国にお
けるがん患者に対するリラクセーション介入研
究の検討 サブストラクションによる分析を通
して, 高知女子大学看護学会誌, 32(1), 85-93.
- 63) 元田美江 (2007): 転移性皮膚癌による癌性
疼痛の強い患者への援助 タッピング・タッチ
を用いて, 奈良県立三室病院看護学雑誌, 23,
42-45.
- 64) 田原愛, 笠井瑞穂, 渋谷ひとみ, 藤本ルリ子,
林亜裕美, 中村真弓 (2008): 癌性疼痛患者へ
のタッピング・タッチ導入を試みて, 函館五稜
郭病院医誌, 16, 47-49.
- 65) 大塚晃志郎 (2002): 補完・代替医療 (CAM)
と統合医療のおよそ5年間にわたる世界の動き
とCAMを評価するにあたっての問題点を考察
する, オルタナティブ・メディシン, 6(1), 67-
72.

Effect and safety of complementary and alternative medicine at the oncology nursing practice : Literature review

Yuko Aihara, RN, PHN, DNS c Midori Kamizato, RN, PHN, DNS c
Sayuri Jahana, RN, DNS c Naomi Tamai, RN, PHN, MHS c
Yukari Tsukahara, RN, PHN, MNS c Kasumi Hamada, RN
Kaori Saeki, RN, PHN, MNS c Ryuta Yoshizawa, RN, PHN, MNS c
Yayoi Yamamoto, RN, PHN Kaori Shimizu, RN, PHN, MHS c

Abstract

Purpose: This paper describes a literature review conducted effect and safety of selective Complementary and Alternative Medicine (CAM) for easy to use at the oncology nursing practice.

Methods: ICHUSHI (Japanese database), MEDLINE , and CINAHL were searched from January 1, 2005 to April 7, 2010 using selected CAM terms which were aromatherapy/massage, music/music therapy, art therapy, breathing/relaxation and tapping touch. And guideline of CAM, Cochrane Database Systematic Review, and systematic review from Oncology Nursing Society were used to consider their effect and safety, too.

Results: The selective CAM was not recommended into practice strongly in guidelines. However, it was showed to effect of reducing patient's symptoms such as pain or fatigue and psychosocial effect such as reducing anxiety or promoting communication in small sample studies or qualitative studies. Guidelines included of caution for use aromatherapy/massage and music therapy. And it indicated that music/music therapy, art therapy, and breathing/relaxation need to be select by patient's preference or using by trained therapists.

Conclusion: These selective CAM can be useful and keep patient's safety at the oncology nursing practice, if we follows safety methods and skilled in practice settings.

Key word: oncology nursing, complementary and alternative medicine, effect, safety

原著

島しょに居住するHOT患者の在宅での療養状況 および伝統的な行事とQOLとの関連

石川りみ子¹ 宮城裕子¹ 伊牟田ゆかり¹ 平良孝美²

【目的】 離島に居住し在宅酸素療法（以下HOTと略す）を行っている患者の在宅での療養状況ならびに伝統的な行事とQOLとの関連を明らかにし、在宅療養支援の示唆を得ることを目的とする。

【方法】 対象者は離島に居住するHOT患者で意思疎通が可能な者とし、質問紙を用いて聞き取り調査を行った。

【結果】 調査に協力の得られた対象者は男性9人女性7人の16人で、平均年齢68.1歳であった。配偶者を有していたのは5割であったが、子供が近くに住む者は約7割で8割が家族からの支援を得ていた。重度の呼吸困難の者が多く、酸素吸入の流量の多さは外出の妨げの要因となっていた。一方、伝統的な行事には楽しみや誇りをもたらすものと先祖供養に関するものがあつた。また、先祖供養と体調との関係を半数があると捉えていた。

【結論】 1. HOT患者の在宅療養には家族の支援が大きく関与し、家族の存在や患者との関わりはQOLの向上に重要であることが示唆された。家族の結びつきの強さは島嶼の特徴として捉えられた。2. 息切れなどの症状はQOLを低下させる要因であり、呼吸困難予防のための対処法を習得し自己管理できるよう専門職による療養支援を行うことはQOLを高める上でも必須と考える。3. 務めや感謝の気持ちで行う先祖供養は患者の療養においてQOLを高める要因であることが示唆された。また、先祖供養の参加の有無は心理面への影響が考えられ、必要に応じて精神面への支援が求められた。

キーワード：島しょ、在宅酸素療法（HOT）、療養状況、伝統的な行事、QOL

I. はじめに

慢性呼吸器疾患患者、特に在宅酸素療法（以下HOTと略する）患者は常に医療機関との連携のもと、日頃から家族とともに健康管理を行うことが重要である。また、島しょにおいては高齢化が顕著¹⁾で、独居又は高齢者夫婦の世帯も少なくなく、患者を取り巻く支援体制も十分とはいえない。

先行研究²⁾で人口5万人余のA島に居住するHOT患者の、在宅における自己管理行動の現状とQOLとについて調査し、HOT患者の在宅での療養状況は、呼吸困難の程度が強く、酸素療法及び服薬療法の重要性を認識しているものの、栄養管理、風邪・症状コントロールなどの自己管理行

動は十分とはいえずQOLは低く、離島におけるHOT患者の在宅療養の課題が浮かび上がった。一方、急性増悪による再入院を防ぎ家族に囲まれ住み慣れた住居環境で療養生活を送ることは、患者のQOLに影響し心の健康を高くする³⁾という報告もあることから、患者及び家族が障害された身体機能を理解し、在宅療養においてセルフケア能力とQOLを高めることは重要と考える。QOLは社会活動も指標の一つとされているが、HOT患者の日頃の活動範囲を見ると、月一回の外来通院以外は家庭内にとどまっている者が多く、QOLは高いとはいえない状況であった²⁾。QOLは社会活動もその指標の一つとされ、その地域の伝統文化や慣習は、その人の生き方や価値観にも深く関わっている。伝統文化が色濃く残る離島において、伝統的な慣習や行事への参加は在宅療養

¹ 沖縄県立看護大学

² 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

の有り様並びにQOLにも影響すると考える。

そこで、本研究は、離島に居住しHOTを行っている患者の在宅での療養状況とQOLとの関連を明らかにするとともに、伝統的な行事への参加と意味づけがどのようにQOLに影響するかについてQOLの下位概念で検討し、在宅療養支援の示唆を得ることを目的とした。

なお、伝統的な行事とは古くからその集団・社会に受け継がれ伝えられている⁴⁾諸行事のこととする。

II. 研究方法

1. 調査対象者

調査対象者は、島しょに居住し島内のB総合病院の外来、または訪問診療など継続治療を必要とするHOT患者で、意思疎通が可能なことを条件とし、調査に同意が得られた者を対象とした。但し、気管支喘息のみの者は発作時以外平常の活動が可能なことから対象から除外した。

2. 調査方法

調査期間は、平成21年10月～平成22年3月までである。調査方法は、I島の総合病院責任者に研究への参加協力可能な患者の紹介を依頼し、承諾を得て行った。調査は、外来などの病院内または自宅訪問など、患者の望む場所で調査票に基づいて聞き取り調査を行った。

調査内容は、①基本属性（性別、年齢、配偶者、同居家族数、職業、経済状況、趣味、喫煙など）、②呼吸状態、③在宅での療養状況、④地域・伝統的な行事への参加と意味づけ、⑤QOLである。調査項目について、QOLはWareのSF-36を用いた^{5~9)}。SF-36は8つの下位尺度からなる多次元心理計量尺度である（資料1参照）。それぞれの下位尺度は、決まったスコアリング・プログラムによって100点満点の連続変数スケール⁸⁾に換算される。調査票にはSF-36 Version 2日本語版マニュアル⁹⁾を使用した。

呼吸困難の重症度判定はHugh-Jonesの呼吸困難の5段階分類を用いた。最も程度の軽い「同年齢の健康者と同様の労作ができる」を1とし、最も程度の重い「会話、着物の着脱にも息切れがする」を5で表した（表2）。経済状態は「苦しい」1点から「ゆとりがある」3点の範囲で点数化した。

3. 倫理的配慮

調査に際し、医療機関の施設責任者に文書による対象者紹介の同意を得た。その後、条件を満たす患者に文書および口答による目的、方法の説明を行い、研究参加の同意が得られた患者を対象に聞き取り調査を行った。調査を外来で行う場合は、患者のプライバシーを配慮して面談室でまたは患者の希望する処置室で行った。得られたデータは学術目的で使用することを約束し、個人が特定されないように統計処理しデータ管理を厳重に行った。診断に関する項目で本人が記憶していない場合は、医療機関で確認する旨の了解を得た。なお、本研究は本学の研究倫理審査において承認を得ている。

4. 分析方法

データ解析について、検定は、質的変数は χ^2 検定（Fisher直接法）、量的変数はt検定（母平均の差・両側検定）を行った。QOLについては、SF-36下位尺度8項目の平均値、中央値を算出し、国民標準値および福原ら¹⁰⁾が調査した日本人一般集団値との比較を行った。国民標準値は50を一般集団の値とした標準値で、50以上だと一般集団より高く、50以下だと低いことを表す。さらに、療養状況、伝統的な行事とQOLとの関連を検討するため、SF-36下位尺度と患者の特徴、療養状況および伝統的な行事の各項目の相関係数を求めた。解析は統計解析ソフトSPSS 13.0 J for Windowsで行い、有意水準の判定を $p \leq 0.05$ とした。

SF-36下位尺度	
下位尺度	項目
身体機能 (physical functioning:PF)	1. 激しい活動 2. 適度の活動 3. 少し重い物 4. 階段を数階 5. 階段を一階 6. 体を曲げる 7. 1キロメートル以上歩く 8. 数百メートル歩く 9. 百メートル歩く 10. 入浴・着替え
日常役割機能(身体) (role-functioning/physical:RP)	11. 普段の活動時間減少 12. 普段の活動不可能 13. 普段の活動内容によって不可能 14. 普段の活動が難しい
体の痛み (bodily pain:BP)	15. 痛みの程度 16. 痛みによる生活の制限
全体的健康感 (general health perceptions:GH)	17. 健康状態の評価 18. 病気になりやすい 19. 人並みに健康 20. 健康は悪くなる 21. 健康状態は非常に良い
活力 (vitality:VT)	22. 元気いっぱい 23. 活力にあふれていた 24. 疲れ果てていた 25. 疲れを感じた
社会生活機能 (social functioning:SF)	26. つきあいの減少 27. つきあいをする時間の減少
日常役割機能(精神) (role-functioning/emotional:RE)	28. 普段の活動時間をへらした 29. 普段の活動が思ったほどできなかった 30. 普段の活動が集中してできなかった
心の健康 (mental health:MH)	31. 神経質 32. おちこみ 33. 穏やかな気分 34. ゆうつな気分 35. 楽しい気分

福原俊一、鈴嶋よしみ編著：健康関連QOL SF-36V2, p92 図9-1より引用

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の特徴

1) 基本属性

調査対象者は表1に示すとおり、16人で男性9人(56.3%)、女性7人(43.7%)、平均年齢は68.1±15.3歳であった。配偶者がいる者は8人(50.0%)、同居家族数の平均は2.7±1.5人、独居は3人

(18.8%)であった。子供が近くに住む者は11人(68.8%)であった。経済状況では、ぎりぎりと呼び答えた者は6人(40.0%)、苦しいは3人(20.0%)で6割は経済的な問題を抱えていた。職業を有している者1人(6.3%)、趣味をもっている者12人(75.0%)、喫煙経験のある者は8人(50.0%)であった。

表1 基本属性

n=16

項 目	カテゴリー	人数 (%)	平均±SD (範囲)
1 性 別	男 性	9 (56.3)	
	女 性	7 (43.7)	
2 平均年齢 各年代別	全 体		68.1±15.3歳 (33~90歳)
	50歳代以下	3 (18.8)	
	60歳代	3 (18.8)	
	70歳代	8 (49.9)	
	80歳代以上	2 (12.5)	
3 配偶者	あ り	8 (50.0)	
	な し	8 (50.0)	
4 同居家族数	平均		2.7±1.5人 (1~6人)
	独居	3 (18.8)	
	2人	7 (43.7)	
	3人	1 (6.3)	
	4人	3 (18.7)	
	5人以上	2 (12.5)	
5 子供が近くに居住	は い	11 (68.8)	
	い い え	5 (31.2)	
6 現在の職業	あ り	1 (6.3)	
	な し	15 (93.7)	
7 経済状況 ^{a)}	苦しい	3 (20.0)	
	ぎりぎり・何とか間に合う	6 (40.0)	
	ゆとり	6 (40.0)	
	欠損値	1	
8 趣 味	あ り	12 (75.0)	
	な し	4 (25.0)	
9 喫煙経験	あ り	8 (50.0)	
	な し	8 (50.0)	
喫煙年数 (有り8人のみ)			36.0±16.5年 (10~64年)

SD：標準偏差 a) 欠損値が存在する (無回答および不明)

2) 療養と呼吸状態
 療養と呼吸状態に関することを表2に示す。診断名については複数回答とした。肺気腫が8人(50.0%)と最も多く、喘息を合併している者は4人(25.0%)であった。罹病期間については平均7.1±8.5年で最長は37年、入院回数は平均4.9±4.5回で最多は17回であった。呼吸状態については、Hugh-Jonesの呼吸困難の程度分類では平均が3.8±1.0であった。すなわち「休みながらでな

ければ50m以上歩けない」は10人(62.2%)と最も多く、「会話・着物の着脱にも息切れがする」の重度の呼吸困難3人(18.8%)とを合わせると全体の81.2%と高比率であった。酸素の吸入量は平均1.9±1.0L/分、パルスオキシメータで測定した酸素飽和度(SpO₂)の平均値は96.7±2.1でその範囲は93%から100%であった。呼吸器症状は痰が最も多く9人(56.3%)、息切れ8人(50.0%)でほか咳、食欲不振、倦怠感があった。

表2 療養と呼吸状態

n=16

項目	得点	カテゴリー	人数 (%)	平均±SD (範囲)
1 診断名 (複数回答)				
		肺気腫	8 (50.0)	
		肺高血圧症	3 (18.8)	
		慢性気管支炎	2 (12.5)	
		気管支拡張症	2 (12.5)	
		肺結核後遺症	2 (12.5)	
		心不全	2 (12.5)	
		間質性肺炎	1 (6.3)	
		喘息 ^(注)	4 (25.0)	
2 罹病期間				7.1±8.5年 (0.1~37年)
3 入院回数				4.9±4.5回 (1~17回)
4 Hugh-Jonesによる呼吸困難の分類				
	1	同年齢の健康者と同様の労作ができ、歩行、階段の昇降も健康者並みにできる	0 (0)	
	2	同年齢の健康者と同様の労作ができるが、坂、階段の昇降は健康者並みにできない	3 (18.8)	
	3	平地でさえ健康者並には歩けないが、自分のペースなら1km以上歩ける	0 (0)	
	4	休みながらでなければ50m以上歩けない	10 (62.4)	
	5	会話、着物の着脱にも息切れがする。息切れのため外出できない	3 (18.8)	
5 症状 (重複回答)				3.8±1.0
		痰	9 (56.3)	
		息切れ	8 (50.0)	
		咳	6 (37.5)	
		食欲不振	6 (37.5)	
		倦怠感	4 (25.0)	
6 血液中酸素飽和度	SpO ₂ (%)			96.7±2.1 (93~100)
7 HOT流量	O ₂ /L			1.9±1.0 (0.5~5)
8 HOT年数				4.3±3.3 (0.5~12)

SD : 標準偏差

2. 在宅での療養における支援状況

対象者の療養の支援状況を表3に示す。支援者で最も多い者は家族で13人(81.3%)、次いで看護師4人(25.0%)、医師4人(25.0%)であった。親戚、近隣・友人からの支援は3人(18.8%)、2人(12.5%)であった。支援者がいずれかいる者は15人(93.7%)でほとんどが支援者はいると回答していた。医療福祉サービスの活用については用具の貸与が4人(25.0%)、訪問介護2人(12.5%)、訪問看護、訪問診療が各1人(6.3%)で、看護師、医師を支援者と回答した者は医療福祉サービスのいずれかを利用していった。緊急時の対応は、家族による自家用車等での病院搬送が14人(87.5%)でそのうち子供が7人(43.8%)と最も多かった。救急車による搬送は8人(50.0%)であった。緊

急時に朝まで待つ者はいなかった。緊急時に訪問看護を活用する者は独居の者であった。

3. 地域活動並びに伝統的な行事への参加とその意味づけ

地域活動について表4に示す。地域活動の内容としては、老人会、婦人会、ゲートボール等があがったが、参加の状況は、「参加しない」14人(93.3%)とほとんどが地域活動に参加していなかった。参加する意味について、楽しみ、地域との交流、健康になるなどがあがった。しかし、意味を感じないと回答した者も6人いた。

伝統的な行事の内容については、地域の祭り、清明祭、盆、爬龍船、獅子舞などがあがり、参加状況は、「参加しない」が11人(73.3%)とほとん

表3 在宅療養での支援状況

n = 16

カテゴリー	項目	人数 (%)	
1 在宅療養の支援者 (重複回答)	非専門職	家族	13 (81.3)
		親戚	3 (18.8)
		近隣・友人	2 (12.5)
	専門職 ^{注)}	看護師	4 (25.0)
		医師	4 (25.0)
		介護福祉士	3 (18.8)
		いずれかの支援のある者	15 (93.8)
	2 医療福祉サービスの活用 (重複回答)	用具貸与(車椅子・ベッド)	4 (25.0)
訪問介護		2 (12.5)	
訪問看護		1 (6.3)	
訪問診療		1 (6.3)	
通院送迎		1 (6.3)	
3 緊急時の対応 (重複回答)	自家用車等による病院搬送	14 (87.5)	
	家族	子供	7 (43.8)
		配偶者	4 (25.0)
		親	2 (12.5)
	親戚		1 (6.3)
		介護福祉士	1 (6.3)
	救急車による搬送	8 (50.0)	
	訪問診療	0 (0)	
	訪問看護	1 (6.3)	
	朝まで待つ	0 (0)	

注) はいと回答した者は医療福祉サービスのいずれかを活用

どが参加していなかったが、「内容を選んで参加する」3人(20%)、「ほとんど参加する」1人(6.7%)と地域活動よりは参加する者が増えていた。伝統的な行事に参加する意味については受け継がれたもの、供養、故人との交流、楽しみ、誇りなどがあがった。しかし、意味を感じないと回答した人も4人いた。

先祖供養の行事については15人(93.8%)とほとんどが「大事」と回答していた。供養する意味については故人・先祖へのお礼、感謝、故人が喜ぶ、故人との交流、ご加護、供養、務め、責任、習慣などがあがった。「先祖に守られていると思うか」については「とても思う」、「まあまあ思う」を併せると15人(93.8%)とほとんどが守られていると回答していた。しかし、供養と体調との関係については「思う」と回答した人は8人

(50.0%)であった。

4. HOT患者のQOLと基本属性、療養状況ならびに伝統的な行事との関連

対象者のQOLを、HOT患者のSF-36下位尺度得点(100点)と国民標準値による得点をみると(表5)、下位尺度は体の痛みを除いてすべてにおいて低かったが、福原らが調査した日本人一般集団70~80歳群の得点の標準値と比較すると、身体機能(PF)は 15.14 ± 22.12 と極端に低く、全体的健康感(GH) 40.55 ± 11.76 、活力(VT) 45.63 ± 14.47 、社会生活機能(SF) 44.41 ± 15.14 、心の健康(MH) 44.94 ± 16.07 の5項目が低かった。

対象者のQOLの関連要因を、SF-36下位尺度と療養状況と関連する各項目との相関係数で、有意差のあった項目を表6に示した。身体機能

表4 地域活動並びに伝統行事への参加とその意味づけ

n=16

カテゴリー	項目	得点	人数 (%)
1 地域活動への参加 ^{a)}	①ほとんど参加する	3	0 (0)
	②内容を選んで参加する	2	1 (6.7)
	③参加しない	1	14 (93.3)
	欠損値		1
2 伝統行事への参加 ^{a)}	①ほとんど参加する	3	1 (6.7)
	②内容を選んで参加する	2	3 (20.0)
	③参加しない	1	11 (73.3)
	欠損値		1
3 ご先祖供養の行事は大事か	①はい	2	15 (93.8)
	②いいえ	1	1 (6.2)
4 ご先祖に守られていると思うか	①とても思う	4	8 (50.0)
	②まあまあ思う	3	7 (43.8)
	③あまり思わない	2	1 (6.3)
	④全然思わない	1	0 (0)
5 体調とご先祖供養は関係すると思うか	①とても思う	4	6 (37.5)
	②まあまあ思う	3	2 (12.5)
	③あまり思わない	2	3 (18.8)
	④全然思わない	1	5 (31.3)

a) 欠損値が存在する(無回答および不明)

表5 HOT患者のSF-36 下位尺度得点及び国民標準値に基づいた得点の標準値

下位尺度 (項目) 国民標準値 (50)	HOT 患者下位尺度得点 (0~100) (n=14)		HOT 患者の得点の標準値 (50を国民標準値とする) (n=14)		一般集団 (70~80歳) の得点の標準値 ^{注1)} (50を国民標準値とする) (n=423)	
	平均値 ±S.D.	(中央値)	平均値 ±S.D.	(中央値)	平均値 ±S.D.	(中央値)
身体機能(10) (PF: physical functioning)	37.50 ±29.98	(27.50)	15.14 ±22.12	(7.60)	37.9 ±17.0	(44.6)
日常役割機能(身体)(4) (RP: role-physical)	79.46 ±24.07	(90.63)	45.04 ±13.14	(51.13)	42.4 ±14.8	(46.0)
体の痛み(2) (BP: bodily pain)	78.29 ±31.07	(100.0)	51.81 ±13.75	(61.42)	46.9 ±11.0	(45.5)
全体的健康感(5) (GH: general health perception)	46.57 ±21.75	(50.00)	40.55 ±11.76	(42.41)	47.0 ±11.3	(46.2)
活力(4) (VT: vitality)	53.13 ±29.39	(62.50)	45.63 ±14.47	(50.24)	49.4 ±10.6	(50.2)
社会生活機能(2) (SF: social functioning)	75.89 ±28.78	(75.00)	44.41 ±15.14	(43.94)	48.5 ±11.8	(57.1)
日常役割機能(精神)(3) (RE: role-emotional)	83.33 ±26.55	(91.67)	48.06 ±13.54	(52.31)	44.8 ±14.3	(52.3)
心の健康(5) (MH: mental health)	62.14 ±30.24	(65.00)	44.94 ±16.07	(46.45)	50.9 ±10.0	(51.7)

注1) 福原俊一、鈴嶋よしみ編著：健康関連QOL尺度 SF-36V2 日本語版マニュアル. p121より引用

表6 HOT患者の基本属性、療養状況、先祖供養に関する項目とSF-36下位尺度との相関係数

項目	n = 14							
	身体機能 PF	日常役割 機能(身体) RP	体の痛み BP	全体的 健康感 GH	活 力 VT	社会生活 機 能 SF	日常役割 機能(精神) RE	心の健康 MH
1 基本属性								
配偶者 ^{a)}	.574*	.711**	.317	.382	.510	.483	.329	.386
子ども近くに居住 ^{a)}	.437	.382	.022	.338	.595*	.644*	.340	.367
趣味 ^{a)}	.575*	.335	.159	-.005	.349	.448	.360	.345
2 身体的状態								
呼吸状態								
息切れ ^{a)}	-.482	-.539*	-.496	-.266	-.205	-.354	.140	-.172
だるさ ^{a)}	-.328	-.505	-.634*	-.296	-.454	-.448	.154	-.236
Hugh-Jones ^{b)}	-.929**	-.505	-.388	-.198	-.411	-.528	-.097	-.170
酸素流量	-.498	-.583*	-.506	-.237	-.234	-.752**	.391	-.178
3 支援状況								
支援者								
家族 ^{a)}	.283	.464	.038	.060	.315	.105	.598*	.345
親戚 ^{a)}	-.177	-.519	-.583*	-.352	-.586*	-.381	.199	-.450
友人 ^{a)}	-.035	-.299	-.113	-.138	-.631*	.171	-.598*	-.626*
介護福祉士 ^{a)}	-.212	-.244	.296	.135	-.225	.171	-.665**	-.520
4 先祖供養								
務め ^{a)}	.889**	.462	.379	.260	.442	.297	.227	.201
感謝 ^{a)}	-.039	.539*	.302	.470	.411	.110	.340	.636*

a) あり：1, なし：0 または はい：1, いいえ：0

b) 1~5 表2の4に表示

*p<0.05, ***P<0.01

(PF) は配偶者、趣味と正の相関を、Hugh-Jones とに負の相関を示した。日常役割機能 (身体) (RP) は配偶者と正の相関を、息切れ、酸素流量とに負の相関を示した。体の痛み (BP) はだるさと負の相関を示した。活力 (VT) は子供が近くに居住と正の相関を、支援者親戚・友人とに負の相関を示した。社会生活機能 (SF) は子供が近くに居住と正の相関を、酸素流量と負の相関を示した。日常役割機能 (精神) (RE) は支援者家族と正の相関を、支援者友人・介護福祉士とに負の相関を示した。心の健康 (MH) は支援者友人とに負の相関を示した。

伝統的な行事への参加については相関は認められず、先祖供養の意味について、身体機能 (PF) は務めと、日常役割機能 (身体) (RP) は感謝と正の相関を示し、感謝は心の健康 (MH) ととも正の相関を示した。意味を感じないと回答した者との相関はいずれも認められなかった。

IV. 考 察

1. HOT患者の療養状況とQOLとの関連

HOT患者の療養状況とQOLとの関連を考察するに当たり、QOLの指標を健康関連QOLであるSF-36を用いることは、症状、身体的機能、精神心理的状态、社会との関わり合う機能などの構成要素が包含されていること、また、健康関連QOLの中でも国際的にも妥当性信頼性が検証されている指標であることから¹⁰⁾、その下位尺度を用いて分析考察することは妥当であると考えられる。HOT患者の療養状況については、対象者の症状を含む身体的、社会的、環境的特徴ならびに支援状況から項目を取り出し、その中でSF-36下位尺度と有意に相関する項目の分析を行った。例数は少ないが有意差検定からの分析は関連要因への示唆が得られる一方法と考える。

調査対象者は独居が2割弱、配偶者を有していたのは5割と先行研究の7割より少なく、同居家族数は本島の平均3.4人より少ない2.7人であった

ことから患者を取り巻く支援状況はより厳しいことが推察された。しかし、子供が近くに住む者の割合は7割と多く、支援者が家族の者は8割いたことから、近くに住む子供からの支援が推察された。家族からの支援は本島都市部と比較しやや多かったとする先行研究¹¹⁾もあることから、家族同士の結びつきの強さは離島の特徴の一つといえ、在宅療養において家族は支援者としての役割を果たしていたといえる。経済状況では、「ぎりぎり」と「苦しい」をあわせると6割余が経済的な問題を抱えており、壮年期の対象者もいたことから年金受給のない壮年層の経済的負担は大きいことが推察される。事実、有職者は一人で、壮年期に限らず薬剤費や在宅酸素療法に係る費用⁹⁾への負担感もつよいことから、経費節約から外出時の酸素吸入の中断がないか、注意深く患者の声に耳を傾けることは重要である。経済的問題については経済的困窮を表す保護世帯率が離島における4つの医療圏の中で一番高かった¹¹⁾ことから、その問題の深刻さが伺える。経済状況はQOLと関連があるとの報告があるが^{3, 12)}、本研究の分析では関連は見いだせなかった。

呼吸状態について重度の呼吸困難は約8割の高比率を占めており、日常では呼吸状態をコントロールしながら生活を送っているといえる。酸素吸入量の平均は1.9L/分で、最大5L/分の者もあり、外出に際しては酸素ボンベの消費を気にしていた。酸素吸入の流量はQOLの下位尺度の社会生活機能 (SF) ととも負の相関を示していたことから、流量の多さは外出の妨げになっていることが推察された。対象者の酸素飽和度 (SpO₂) の平均値は96.7%と良好であったが、肺気腫が50%もいることから労作時の呼吸困難が誘発されやすく、痰の貯留も6割近くいたことから呼吸困難を悪化させる要因となり得る。また、息切れ、だるさなどの症状は、日常役割機能 (身体) (RP)、体の痛み (BP)、活力 (VT)、全体的健康感 (GH) と有意に負の相関を示していた。それらの症状は資料

1より、容易に疲れを生じさせ、普段の身体活動を困難にし、健康状態は悪いと認識することに繋がる。そのように、呼吸状態からくる症状は呼吸困難が強くなればQOLは明らかに低下し¹³⁾、病気や症状に対する不満や不安、予後に対する悲観など心理面への影響が予測される^{14,5)}ことから、呼吸困難の予防法や出現時の対処法を習得し症状コントロールすることはQOLを高める上でも必須といえる。しかし、療養における支援者として医師、看護師をあげた者は25%と少なく、また、訪問看護や訪問診療、訪問介護など医療福祉サービスを活用している者であったことから、外来において症状コントロールなどに対する療養支援が得られているとは言い難い。QOLを高めるためにも外来での症状コントロールや呼吸困難予防のための療養支援が必要と考える。身体機能 (PF) は呼吸困難の程度とも強い負の相関を示しており、呼吸状態が不良だと対象者は日常の中で息切れ等を伴い、それによって日頃の身体活動を困難にすると考える。酸素流量の多い対象者も同様で、安静時には酸素飽和度 (SpO₂) は良好でも、活動に伴う酸素不足が普段の活動を困難にし、対象者のQOLを低下させることに繋がる。趣味も身体機能 (PF) と正の相関を示していたことから、身体機能 (PF) が高い者は趣味が行え、趣味を行えることは身体機能 (PF) が高いことの両者が考えられるが、いずれにしても趣味が行えるよう支援をすることはQOLを高めることに繋がる。

配偶者の有無は身体機能 (PF) と日常役割機能 (身体) (RP) と正の相関を示していたことから身体機能面からの活動について、配偶者の支援は大きいと考える。また、「子どもが近くに居住」は活力 (VT) や社会生活機能 (SF) と正の相関を示しており、近くに居住する子どもとの交流が容易であること、さらに、支援者が「家族」は日常役割機能 (精神) (RE) ととも正の相関を示していたことから、家族の存在や患者との関わりはQOLの向上において重要であることが示唆され

た。逆に支援者が「友人」や「介護福祉士」は、日常役割機能 (精神) (RE) と負の相関を示しており、家族の療養支援が得られない者に対する検討とともに家族が身近にいない患者への支援についての検討が求められた。

2. 伝統的な行事とQOLとの関連

地域活動については、ほとんどが参加していなかったが、伝統的な行事については4人に1人が参加していた。その内容については、地域の祭り、清明祭、盆、爬龍船、獅子舞などがあり、その意味を受け継がれたもの、供養、故人との交流、楽しみ、誇りなどがあがり、伝統的な行事には楽しみや誇りをもたらすものと先祖供養に関するものの二つの意味づけがあった。普段の地域活動への参加はためらうが、伝統的な行事への参加は可能なら参加したいという意思が推察される。伝統行事の中の先祖供養の行事についてはほとんどが「大事」と回答しその意味を故人・先祖へのお礼、感謝、故人が喜ぶ、故人との交流、ご加護、供養、務め、責任、習慣など様々な価値観があがった。故人との繋がりを死後も大事にし、またはそれを務めと捉え保ち続けようとする沖縄の文化を反映しているといえる。沖縄文化の祖先崇拜には不死・不滅のマブイ (霊) の精神文化があり、祖先崇拜の基本行動に「感謝」があると又吉は述べている¹⁵⁾。「先祖に守られていると思うか」については、ほとんどが守られていると回答していた。故人・先祖とは子孫を守り繁栄させてくれる関係であり¹⁶⁾、伝統行事は地域の慣習として縷々伝わる今日においても形骸化せず、その信念・信条が息づいていることが推察された。

供養と体調との関係については「思う」と回答した人は8人 (50.0%) で、先祖供養が大事とする比率と比較し激減していた。体調と供養との関係については、供養が不足すると体調が崩れるとの考えに基づく。そのため、故人・先祖は守られるが罰を与える存在ではないとの考え¹⁶⁾からき

たものと推察される。しかし、半数が先祖供養は体調と関係があると回答していたことから、そのような考えをもつ者にとっては、先祖供養の実施の有無は心理面への影響¹⁾が予測された。

先祖供養の意味について、務めは身体機能(PF)と感謝は日常役割機能(身体)(RP)と正の相関を示し、先祖供養の意味づけはQOLに影響していた。務めと捉えている者は身体機能(PF)が高く、感謝と捉えている者は日常の中で活動をさほど制限することなく生活している。また、感謝は心の健康(MH)とも正の相関を示していたことから、感謝の心で先祖供養することは心の健康も高くし、先祖供養は患者のQOLを高める要因であることが示唆された。

V. 結 論

慢性呼吸器疾患患者の特徴を把握し、療養状況ならびに伝統的な行事とQOLとの関連を分析した結果、以下の知見が得られた。

1. HOT患者の在宅療養には家族の支援が大きく関与し、家族の存在や患者との関わりはQOLにも影響していることが示唆された。支援に見られる家族の結びつきの強さは島嶼の特徴と捉えられた。
2. 重度の呼吸困難の者が多く、酸素吸入の流量の多さは外出の妨げになっていることが推察された。また、経済的問題を抱えている者も多く、経費節約から外出時の酸素吸入の中断がないか、外出に向けた支援が求められた。
3. 息切れ、だるさなどの症状は、QOLを低下させる要因であることから、症状コントロール、呼吸困難予防のための対処法を習得し自己管理ができるよう専門職による療養支援を行うことはQOLを高める上でも必須と考える。
4. 伝統的な行事には楽しみや誇りをもたらしものと先祖供養に関するものがあり、務めや感謝の気持ちで行う先祖供養は患者の療養においてQOLを高める要因であることが示唆された。

5. 先祖供養と体調との関係を半数があると捉えていたことから、先祖供養の参加の有無は心理面への影響が考えられ、必要に応じて精神面への支援が求められた。

謝 辞

本研究の遂行にあたり多大の協力を頂きました沖縄県立八重山病院、波照間診療所の関係者各位および調査にご協力くださった患者・家族の皆様に対し深く感謝致します。

文 献

- 1) 沖縄県企画部：離島関係資料，2009.1
- 2) 石川りみ子，宮城裕子，松田梨奈，前川一美：島嶼に居住する慢性呼吸器疾患患者の在宅療養に関連する要因とQOLに関する研究，沖縄県立看護大学紀要，第10号，1-14，2009.
- 3) 石川りみ子：呼吸困難を有する慢性呼吸器疾患患者の在宅療養継続とQOLに関する研究，お茶の水医学雑誌，53(1・2)，1-22，2005.
- 4) 松村明編：大辞林第2版，三省堂，1995.
- 5) 福原俊一：MOS Short-Form 36-Item Health Survey: 新しい患者立脚型健康指標，厚生学の指標，46(4): 40-45，1999.
- 6) Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey(SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care 30(6): 473-483, 1992.
- 7) Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S, et al: The Medical Outcomes Study: an application of methods for monitoring the results of medical care. JAMA 262(7): 925-930, 1989.
- 8) Ware JE, Snow KK, Kosinski M, et al: SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. pp6: 1-6: 22 pp10: 16-10: 17, Quality Metric, Inc.-Lincoln, Rhode Island The Health Assessment Lab-Boston,

- Massachusetts, 2000.
- 9) 福原俊一, 鈴嶋よしみ編著：健康関連 QOL 尺度 SF-36 Ver.2 日本語版マニュアル, 京都, NPO 健康医療評価研究機構, 2004.
- 10) Shunichi Hukuhara, Seiji Bito, Joseph Green, et al: Translation, Adaptation, and Validation of the SF-36 Health Survey for Use in Japan. J Clin Epidemiol 51(11): 1037-1044, 1998.
- 11) 石川りみ子, 宮城裕子, 伊牟田ゆかり：離島に居住する在宅酸素療法患者の QOL と在宅療養に関する研究－沖縄県の離島と沖縄本島都市部との比較－, 沖縄県立看護大学紀要, 第12号, 13-23, 2011.
- 12) 蓑内公子：IX 社会福祉資源の活用. 病院看護婦の立場から－患者指導マニュアルを中心に－, 木村謙太郎, 石原亨介編 在宅酸素療法 包括呼吸ケアをめざして, 医学書院, 東京, 1997, 120-125.
- 13) 江頭洋祐：慢性呼吸不全患者の心理状態. Therapeutic Research 12 (1) : 53-60, 1991.
- 14) 西村浩一：COPD における health-related quality of life とその評価方法について. THE LUNG perspectives 4(4): 57 (405)-60 (408), 1996.
- 15) 又吉正治：琉球文化の精神分析1 マブイとユタの世界, 月刊沖縄社, 沖縄, 1990.
- 16) 又吉正治：まぶい分析学講義 第2巻 祖先からの知らせと御願, 編集工房 東洋企画, 沖縄, 2008.

The Study on QOL and Relating Factors about Patients' Conditions of Home Medical Care Living on the Isolated Islands who are undergoing Home Oxygen Therapy and Traditional Festivals.

Rimiko ISHIKAWA, R.N., M.H.S., D.N.S, Yuko MIYAGI, R.N., P.H.N., M.H.S,
Yukari IMUTA, R.N., P.H.N., B.N, Takami TAIRA, R.N., P.H.N., M.N.S.

Abstract

[Purpose] The purpose of this study is to identify the relationship between chronic respiratory patients who were undergoing Home Oxygen Therapy (HOT) at home and their traditional festivals living on the isolated islands, and their QOL, so that they receive better support for their medical treatment.

[Methods] The subjects of this study are the HOT patients who live on the isolated islands with whom we can get verbal communication. The survey was carried out by hearing from the patients based on the questionnaires.

[Results] 1) The number of HOT patients who cooperated with our survey was 16, of which 9 males and 7 females whose average age was 68.1 years old. Fifty percent of the subjects had spouses. Since seventy percent of the patients had their children living nearby, they were under circumstances to get supports easier from them.

2) There were so many patients with serious difficulty in breathing that hindered them from outdoor activities because of the outflow of oxygen inhalation.

3) Their traditional festivals bring joys and pride and also ancestral memorial service. And the half of the patients replied that there were a certain relationship between ancestral memorial service and their health.

[Conclusion] 1. For the HOT patients who were under home medical care, the support of their family members was a primary concern and it also suggested that relationship between the family members and patients were very significant for the improvement of their QOL. It seemed very important that the strength of the family bonds for the supports of the patient were one of the characteristics on the isolated islands.

2. Since the symptom of breathlessness is the factor for deteriorating the QOL, it deemed necessary to get recuperative support from the medical staff for preventive methods for breathing difficulty so that they can control themselves for enhancing QOL.

3. It was learned that the ancestral memorial service with thanksgiving from their hearts was the factor to enhancing the QOL. And it is thought that whether or not participating in the ancestral memorial service influences their mentality. Therefore, it is thought accordingly that they need more spiritual support.

Key word: Isolated Islands, Home Oxygen Therapy, Home Medical Care, Activity of Traditional Festivals, and QOL

調査報告

沖縄県内の断酒会に参加しているアルコール依存症者の自殺に対する意識および態度に関する研究

宇良俊二¹ 當山富士子¹ 田場真由美¹ 高原美鈴¹ 金城芳秀¹

【目的】 沖縄県内の断酒会に参加しているアルコール依存症者の自殺に関する特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】 平成21年8～9月に、沖縄県内の断酒会に参加しているアルコール依存症者128名を対象として、無記名自記式質問紙調査を行い、自殺に関する意識および態度について質問した。

【結果】 101名から回答が得られ(回収率78.9%)、回答不備を除き、有効回答97名(有効回答率75.8%)を分析対象とした。男性85名(87.6%)、女性12名(12.4%)、平均年齢52.0歳(標準偏差11.2歳)であった。過去に自殺念慮があった者は58名(59.8%)、自殺未遂の経験者は、31名(32.0%)と、どちらも全国調査と比べ高い割合であった。さらに男性において、自殺未遂経験と関連のみられた項目は、「年齢」「10代からの飲酒」「アルコール依存症と診断された年齢」「断酒会への出席状況」であり、その他の「婚姻状況」「同居者の有無」「断酒期間」「再飲酒の有無」では統計学的に有意差はみられなかった。

【結論】 男性で自殺未遂経験のある者は、自殺未遂経験のない者と比較して、平均年齢が有意に若く、10代からの飲酒があり、アルコール依存症と診断された年齢が若く、断酒会への出席が不規則であった。沖縄県内の断酒会に参加しているアルコール依存症者では自殺念慮および自殺未遂の経験は全国調査より高い割合であった。

キーワード：自殺、アルコール依存症、断酒会、沖縄県

I. はじめに

日本の自殺死亡率は平成20年度で24.0(人口10万対)であり¹⁾、先進7カ国中最も高く、早急な対策が必要といわれている。また、フィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査によると自殺者の90%以上が生前に精神障害に罹患していたことが明らかとなっており、その内訳はうつ病が66%、アルコール依存症・使用障害が42%で高率であったことが明らかにされている²⁾。日本では高橋のパイロットスタディで精神障害の診断ができるのは自殺者の約70%と報告されている³⁾。

平成18年には自殺対策基本法が公布・実施され、多くの調査、研究、対策の実施が行われているところである。以前から特にうつ病に対する調査研究は盛んに行われており、特に新潟県東頸城郡松

之山町における自殺予防活動は実績も上げている⁴⁾。しかし、フィンランドでの自殺既遂者の心理学的剖検によると、男性においては大うつ病と診断された者よりもアルコール依存症と診断された者が多かった、という報告がある⁵⁾。また、アメリカにおける大規模調査では、双極性障害(躁うつ病)では高率でアルコール使用障害が併発し、アルコール使用障害のない双極性障害に比べ2倍以上の自殺企図が報告されている⁶⁾。さらに日本ではアルコール依存症者の約30～60%に自殺念慮があり、約10～30%に自殺企図や未遂の経験があるという報告もある^{7,8,9)}。しかも、鈴木のアアルコール依存症者の長期にわたる予後調査では約10%が自殺しており¹⁰⁾、アルコール依存症も自殺対策として重要な位置づけが必要であることが分かる。

野田らの研究では、自助グループへの入会と例

¹ 沖縄県立看護大学

会への参加がアルコール依存症の予後に影響するとの報告がある¹¹⁾。沖縄県内にはアルコール依存症者の自助グループとして断酒会が全県的に展開されているが、自殺に関する調査は行われていない。

そこで本研究では、沖縄県内の断酒会に参加しているアルコール依存症者の自殺に関連する特徴を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査期間

調査期間は平成21年8月～9月。

2. 対象

沖縄県断酒連合会に所属するほぼ全ての断酒会例会（本島12カ所、離島5カ所）を対象会場とし、各会場の会長へ研究の目的と方法を口頭及び文書で説明した。同意の得られた会場で調査を実施した。対象者は、断酒会例会に出席しているアルコール依存症の当事者とした。

沖縄県断酒連合会：公益社団法人全日本断酒連盟に所属している沖縄県内のアルコール依存症者の自助グループ。

3. 方法

無記名自記式質問紙調査を実施した。対象者へは、例会の開始前に口頭及び文書にて研究の目的と倫理的配慮を説明し、同意の得られた者にのみ回答を依頼した。例会終了後封筒へ入れて厳封し、回収箱への回収と後日郵送する方法との両方を選択できるように配慮した。

4. 倫理的配慮

対象者へは、研究への協力は自由意志であること、無記名であること、途中辞退も構わないこと、回答しなくても何ら不利益のないこと、データは全てコード化し個人が特定されないこと、本研究以外には使用しないことを口頭および文書にて説

明し同意を得た。

なお本研究は沖縄県立看護大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

5. 調査内容

調査内容は、先行文献^{7, 8, 10, 11)}を参考に、当事者の属性（年齢、性別、婚姻状況、同居家族、初飲年齢、アルコール依存症の診断年齢、断酒会例会への出席状況、現在の断酒期間、再飲酒の経験、断酒出来ている理由等）、自殺に関する項目（自殺念慮や自殺企図、断酒出来ていない場合の自殺の可能性等を「はい」「いいえ」で回答を求めた）とした。

6. 分析

統計学的分析はSPSS ver.14を使用し、比率の比較ではPeasonの χ^2 検定、変量の2群間比較では正規分布していたのでStudentのt検定を行った。いずれも両側検定で有意水準は5%とした。

III. 結果

1. 対象者の背景（表1）

128名への調査依頼に対し、回収数101名（回収率78.9%）、性別や年齢等基本属性への欠損の多いデータを除外し、97名を有効回答とした（有効回答率75.8%）。男性85名（87.6%）、女性12名（12.4%）であった。平均年齢52.0歳（標準偏差11.2歳）。婚姻状況は既婚42名（43.3%）、未婚22名（22.7%）、離婚または死別26名（26.8%）であった。独居者は27名（27.8%）、20歳未満でアルコールを飲んだのが72名（74.2%）、アルコール依存症と診断された年齢の平均は42.3歳（標準偏差11.4歳）であった。2年以上断酒している者は33名（34.0%）、断酒期間が3ヶ月に満たない者は22名（22.7%）であった。再飲酒（スリップ）の経験は57名（58.8%）にあった。現在断酒できているのは断酒会に参加しているからと答えた者は、78名（80.4%）であった。月に1回以上（定期的に）断酒会へ参

表 1 対象者の背景 (n=97)

		n	%
性別	男性	85	87.6
	女性	12	12.4
婚姻状況	既婚	42	43.3
	未婚	22	22.7
	離婚または死別	26	26.8
	未記入	7	7.2
同居者	あり	70	72.2
	なし	27	27.8
初めて飲酒した年齢	10代	72	74.2
	20代	24	24.7
	未記入	1	1.1
アルコール依存症と診断された年齢	30歳未満	11	11.3
	30歳以上40歳未満	26	26.8
	40歳以上50歳未満	27	27.8
	50歳以上	25	25.8
	未記入	8	8.3
断酒期間	3ヶ月未満	22	22.7
	3ヶ月以上2年未満	41	42.3
	2年以上	33	34.0
	未記入	1	1.0
再飲酒(スリップ)の有無	あった	57	58.8
	なかった	37	38.1
	未記入	3	3.1
断酒会に参加しているから断酒できる	はい	78	80.4
	いいえ	17	17.5
	未記入	2	2.1
断酒会への参加状況	規則的	86	88.7
	不規則	11	11.3

表 2 自殺に関する意識および態度

		n	%
自殺念慮	はい	58	59.8
	いいえ	39	40.2
自殺念慮時の飲酒	はい	45	77.6
	いいえ	8	13.8
	未記入	5	8.6
自殺未遂	はい	31	32.0
	いいえ	64	66.0
	未記入	2	2.0
自殺未遂時の飲酒	はい	24	77.4
	いいえ	6	19.4
	未記入	1	3.2
救急搬送	はい	14	45.2
	いいえ	17	54.8
救急搬送時の飲酒	はい	13	92.9
	いいえ	1	7.1
このまま死ねたらいいのに	はい	55	56.7
	いいえ	41	42.3
	未記入	1	1.0
飲み続けていれば自殺していた	はい	54	55.7
	いいえ	36	37.1
	未記入	7	7.2
今も死にたい	はい	6	6.2
	いいえ	89	91.8
	未記入	2	2.0

加している者は86名 (88.7%)、参加が不規則な者は11名 (11.3%) であった。

2. 自殺に対する意識および態度 (表 2)

「これまでに真剣に死にたいと考えたことがある (自殺念慮)」者は58名 (59.8%)、その時に飲酒していた者は、45名 (77.6%) であった。「真剣に死にたいと考えて何か行動を起こしたことがある (自殺未遂)」者は31名 (32.0%)、その時に飲酒していた者は24名 (77.4%) であった。「自殺未遂で病院に搬送されたことがある」者は14名 (45.2%)、その時に飲酒していた者は13名 (92.9%) であった。「これまでに、このまま酒を飲んで死ねたらいいのにと考えたことがあった」者は55名 (56.7%) であった。「もし自分が酒を飲み続けていれば、自殺していた可能性がある」者は54名 (55.7%)、「今現在も死にたいと考えている」者は6名 (6.2%) であった。

3. 男性の自殺未遂経験有無別特徴 (表 3)

今回は女性が12名と少数のため、統計的な分析対象から除外した。男性で自殺未遂経験のある者は24名 (28.9%) (以下:「未遂経験あり群」)、自殺未遂経験のない者は59名 (71.1%) (以下:「未遂経験なし群」) であった。

自殺未遂経験と「婚姻状況」「同居者の有無」「断酒期間」「再飲酒の有無」では統計学的に有意差はみられなかった。

「未遂経験あり群」の平均年齢は46.2±9.1歳で、「未遂経験なし群」は55.4±10.3歳で、「未遂経験あり群」が統計上有意に若かった。

「未遂経験あり群」は95.8%が10代からの飲酒があり、「未遂経験なし群」の67.8%と比較して有意に多かった。

アルコール依存症と診断された平均年齢は、「未遂経験あり群」で38.7±7.4歳、「未遂経験なし群」で45.2±11.8歳と「未遂経験あり群」がアルコール依存症と診断された平均年齢が若かった。

断酒会への出席状況を見ると、「未遂経験あり群」は週1回以上が79.2%、不規則が20.8%、「未遂経験なし群」は週1回以上が72.9%、不規則が6.8%と「未遂経験あり群」の不規則な参加が多かった。

IV. 考 察

1) 自殺念慮および自殺未遂の経験率

本調査では、過去に自殺念慮があった者が約6割おり、全国調査¹²⁾の約4割と比較すると高い割合である。また、自殺未遂は約3割で、全国のそれは2割とこちらも高い割合である。全国調査での対象者の平均年齢は60歳であり、今回の沖縄県での調査では平均年齢が52歳と若い会員が多い。自殺念慮や自殺未遂の経験のある群は、ない群に比べて平均年齢は低い傾向があり、それが今回の

調査と全国調査との差に繋がった可能性がある。WHOのJose M Bertolote氏が、「自殺予防はある地域に該当することが、かならずしも、そのまま他の地域にも当てはまるとは限らない」と述べており¹³⁾、沖縄県の断酒会に参加しているアルコール依存症者は全国のそれと比較すると若い傾向があり、沖縄県の特徴を踏まえた対策が必要となると考えられる。

2) 自殺念慮や自殺未遂時の飲酒

斉藤の調査によると、自殺念慮や自殺企図は、連続飲酒で身体が酒を受け付けなくなっている時が最も多いと報告している¹⁴⁾。また、自殺企図者の30~70%、自殺既遂者の18~66%において企図時に酩酊していたことも報告されている¹⁵⁾。本調査でも自殺念慮や自殺未遂は約8割が飲酒時に起

表3 男性の自殺未遂有無別背景および自殺に関する意識・態度 ()内は%

		未遂経験あり n=24	未遂経験なし n=59	有意確率
平均年齢		46.2±9.1	55.4±10.3	P<0.001
婚姻	既婚	6 (25.0)	31 (52.5)	0.055
	未婚	9 (37.5)	11 (18.7)	
	離婚または死別	7 (29.2)	13 (22.0)	
	未記入	2 (8.3)	4 (6.8)	
10代でアルコールを飲んだ	はい	23 (95.8)	40 (67.8)	0.009
	いいえ	1 (4.2)	18 (30.5)	
	未記入	0 (0.0)	1 (1.7)	
アルコール依存症と診断された平均年齢		38.7±7.4	45.2±11.8	0.019
断酒できているのは、断酒会に参加しているから	はい	19 (79.2)	46 (78.0)	1.000
	いいえ	5 (20.8)	12 (20.3)	
	未記入	0 (0.0)	1 (1.7)	
過去に「このまま酒を飲んで死ねたらいいのに」と考えた	はい	21 (87.5)	22 (37.3)	P<0.001
	いいえ	3 (12.5)	37 (62.7)	
	未記入	0 (0.0)	0 (0.0)	
今現在も死にたい	はい	3 (12.5)	1 (1.7)	0.065
	いいえ	20 (83.3)	58 (98.3)	
	未記入	1 (4.2)	0 (0.0)	
もし酒を飲み続けていれば自殺していた	はい	20 (83.3)	23 (39.0)	P<0.001
	いいえ	3 (12.5)	32 (54.2)	
	未記入	1 (4.2)	4 (6.8)	
断酒会への出席状況	週1回以上	19 (79.2)	43 (72.9)	0.018
	月1回以上	0 (0.0)	12 (20.3)	
	不規則	5 (20.8)	4 (6.8)	

こっており、しかも「もし飲み続けていれば自殺していた可能性」も6割が認めており、自殺を予防するためには断酒が望ましいと考えられる。約8割が「現在断酒できているのは断酒会に参加しているから」と答えており、断酒会への参加で断酒を行い、断酒が継続することによって、自殺は予防できるのではないかと考えられる。これはMurphyら¹⁶⁾の自殺既遂者の調査でも、過去にアルコール依存症の診断を受けた者で、現在は診断基準を満たさない状態、つまり断酒が継続できている者は、自殺既遂者の中にいなかったとの報告からも示唆される。

3) 自殺未遂経験者の特徴 (男性)

男性の自殺未遂経験有無別の特徴では、「未遂経験あり群」が「未遂経験なし群」に比較して有意に年齢が若いという結果であった。松本らの研究¹⁷⁾でも年齢の若い群が、年齢の高い群に比較して自殺念慮や自殺未遂が多いと報告している。これは年齢が高い群のアルコール依存症者は、これまでに自殺念慮や未遂の経験がない者が生き残った結果であり、自殺念慮や未遂のあった者は既に死亡しており、若い群はまだ死亡していないという事も考えられると述べている。しかし、今回の調査では自殺の「未遂経験なし群」は、アルコール依存症の診断年齢も高い為、単に生き残った者の意見だけとは考えにくい。「未遂経験なし群」は「未遂経験あり群」と比較して10代からの飲酒率は低いため、飲酒の開始が遅かったか、あるいは飲酒量の増加が遅かった可能性も考えられる。その結果、高い年齢でアルコール依存症の診断を受け、断酒するために断酒会に繋がったことから、自殺を考えずに現在も生存していると考えられることもできる。したがって本研究および先行文献より、若い年齢ほど、またアルコール依存症の診断が若いほど、自殺未遂の危険性があることが示唆される。しかも、一般人口でも15歳から39歳までの死亡原因の1位が「自殺」であることから¹⁾、若

い年齢ほど自殺予防が重要となると考えられる。

男性の自殺「未遂経験あり群」は20%が断酒会へ不規則な参加をしていた。鈴木の研究では、アルコール依存症の予後が良好な群ほど断酒会へ入会しており、断酒会への入会がアルコール依存症の予後に影響を与えていると述べている¹⁰⁾。今回の調査では、断酒会に参加している者を対象としており、結果から考えると入会だけではなく、規則的な参加が自殺予防に繋がる可能性も考えられる。

本研究の課題としては、断酒会へ参加しているアルコール依存症者を対象としているため、断酒会に参加していないアルコール依存症者の意見を反映していないこと、また女性の対象者が少なかった為に、女性の特徴を明らかにすることができなかった点である。同じようなアルコール依存症者の自助グループであるAA (Alcoholics Anonymous) における調査では自殺念慮、自殺企図ともに断酒会参加者より高かったという報告もあり¹⁸⁾、また女性のアルコール依存症者で自殺念慮や自殺未遂の多いことが知られており^{12,19)}、今後は調査対象の自助グループを追加、あるいは自助グループに参加していない者、また女性対象者の把握などを検討する必要がある。

V. 結 論

調査結果より、アルコール依存症者の自殺念慮や自殺未遂の経験率の高いことが分かった。自殺予防はうつ病対策だけではなく、今後はアルコール問題も重要な対策として位置づけ、調査および研究が望まれる。

男性のアルコール依存症者で自殺未遂の経験のある者の特徴より、飲酒は20歳を超えてから行い、依存症とならないような適正飲酒を心掛け、依存症と診断された場合は、断酒会への規則的な参加と断酒を継続することで、自殺行動を予防できる可能性が示唆される。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、調査にご協力いただいた沖縄県断酒連合会の皆様に厚く御礼申し上げます。なお本研究は科研費（21792334）の助成を受けたものである。また本研究の一部は、第32回日本アルコール関連問題学会（神戸）および第34回日本自殺予防学会（東京）において報告した。

引用文献

- 1) 厚生統計協会（2010）：国民衛生の動向，57(9)
- 2) Lonnqvist J K, Henriksson M M, Isometsae E T, Marttunen M J, Heikkinen M E, Aro H M, Kuoppasalmi K I (1995): Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*, 49, Suppl1, 111-116
- 3) 高橋祥友（2007）：自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究 パイロットスタディにおける自殺と精神障害の関係についての検討，自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 平成18年度 総括・分担研究報告書，27-40
- 4) 高橋邦明，内藤明彦，森田昌宏，須賀良一，小熊隆夫，小泉毅（1998）：新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動：老年期うつ病を中心に，*精神神経学雑誌*，100(7)，469-485
- 5) Henriksson, M M; Aro, H M; Marttunen, M J; Heikkinen, M E; Isometsae, E T; Kuoppasalmi, K I; Lonnqvist, J K (1993): Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*, 150(6), 935-940
- 6) Maria A. Oquendo, MD, Diaane Currier, PhD, Shang-Min Liu, MS, Deborah S. Hasin, PhD, Bridget F. Grant, PhD, PhD, Carlos Blanco, MD, PhD (2010): Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 153-159
- 7) 松本俊彦，小林桜児（2008）：「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」アルコール・薬物使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験率に関する研究，心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究 平成19年度 総括・分担研究報告書，89-93
- 8) 松本桂樹，世良守行，米沢宏，藤原誠二，重黒木一，新貝憲利（2000）：アルコール依存症者の自殺念慮と企図，*アディクションと家族*，17(2)，218-223
- 9) 謝達文，大原浩一，牛見豊，大原健士郎，鈴木康夫，横山敏登（1991）：特集 アルコール関連障害と社会精神医学，*社会精神医学*，14(1)，32-37
- 10) 鈴木康夫（1982）：アルコール症者の予後に関する多面的研究，*精神神経学雑誌*，84(4)，243-261
- 11) 野田哲朗，川田晃久，安東龍雄，平野建二，大石和弘，今道裕之，倉内道治，岩田泰男，日山興彦（1988）：一衛星都市（大阪府高槻市）におけるアルコール症者の実態と長期予後 地域酒害対策との関連において，*アルコール研究と薬物依存*，23(1)，26-52
- 12) 赤澤正人，松本俊彦，立森久照，竹島正（2010）：アルコール関連問題を抱えた人の自殺関連事象の実態と精神的健康への関連要因，*精神神経学雑誌*，112(8)，720-733
- 13) Jose M. Bertolote（2007），高橋祥友（2007）：自殺予防総合対策センターブックレットNo.1，国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター，東京
- 14) 斉藤学（1980）：アルコール依存者の自殺企図について，*精神神経学雑誌*，82(12)，786-792

- 15) Sher, L (2006): Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scand*, 113(1), 13-22
- 16) Murphy, G E; Robins, E (1967): Social factors in suicide. *JAMA*, 199(5), 303-308
- 17) 松本桂樹, 世良守行, 米沢宏, 藤原誠二, 重黒木一, 新貝憲利 (2000) : アルコール依存症者の自殺念慮と企図, *アディクションと家族*, 17(2), 218-223
- 18) 芦沢健 (2010) : AA有志を対象とする自殺の調査, *精神神経学雑誌*, 112(10), 1058
- 19) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 赤澤正人, 竹島正 (2009) : 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験, *精神医学*, 51(2), 109-117

Study on Suicide and Alcohol-Dependent Patients Who Attend Alcoholic Self-Help Groups in Okinawa

Shunji Ura RN,PHN,MHSc Fujiko Touyama RN,PHN,DHSc
Mayumi Taba RN,PHN,MNSc Misuzu Takahara RN,PHN Yoshide Kinjo DHSc

Abstract

[Objective] The purpose of this study is to reveal certain characteristics of alcohol-dependent patients who attend alcoholic self-help groups in Okinawa in relation to their suicidal tendency.

[Subjects & Method] In August and September 2009, anonymous questionnaires were given to 128 alcohol-dependent patients who were attending alcoholic self-help groups in Okinawa. The questionnaires inquired as to their thoughts and attitudes towards suicide.

[Results] In the course of the study, 101 questionnaires were collected (78.9% of collection rate). After invalid responses were removed, 97 valid responses were used for this analysis (response rate of 75.8%). Of the subjects, 85 (87.6%) were male, and 12 (12.4%) were female. The average age of each subject was 52 (standard deviation of 11.2 years). In this study, 58 subjects (59.8%) had suicidal thoughts, and 31 subjects (32.0%) had actually attempted suicide. There was a correlation between male subjects' experiences in suicide attempts and their responses to the following matters: their age, whether or not they started to drink in their teen years, their age when they were initially diagnosed as alcoholics, and their attendance record at self-help groups. No statistical significance was observed in male subject's responses to the following matters: their marital status, whether or not they are living with anyone, how long they are abstaining from alcohol, and whether or not they started to consume alcohol again.

[Conclusion] The male subjects who had attempted suicide were; young, started to drink in their teens, diagnosed as alcoholics at a young age, and only sporadically attended self-help group sessions. Comparing our survey results to the nation-wide survey results, alcohol-dependent patients who attend alcoholic self-help groups in Okinawa had higher rates of experiencing suicidal thoughts and attempts.

Key word: suicide, alcoholic, self-help group, okinawa

報告

沖縄県における保健師駐在制のメリット・デメリット および継承すべき能力

川崎道子¹ 永吉ルリ子² 牧内忍¹ 大屋記子³ 宮地文子⁴

【目的】 保健師駐在制を経験した保健師の継承すべき能力およびその継承方法を考察する。

【方法】 過去に沖縄県で駐在制を経験した保健師（退職保健師11人、現職保健師103人）を対象とし、退職保健師は、訪問での半構成的面接調査を、現職保健師は、無記名自記式質問調査票の郵送による留め置き調査を平成21年1月から2月に行った。調査内容は、保健師駐在制のメリット・デメリット、保健師の継承すべき能力、基本属性等である。

【結果】 1. 分析対象は、退職保健師10人（90.9%）、現職保健師56人（54.4%）であった。

2. 駐在制のメリットについて退職保健師、現職保健師に類似したカテゴリーは、「住民の身近な存在」と「地域に根ざした活動」、「住民・関係機関との連携が容易」と「他機関と活動の共有化・連携」、「現任教育の場」と「職場環境」であった。

3. 駐在制のデメリットについて退職保健師、現職保健師に類似したカテゴリーは、「タイムリーな指導が得られない」、「プライバシーの侵害」・「新採用での離島赴任のつらさ」・「急患への精神的負担」・「家族の犠牲」と「単独駐在での負担感」であった。

4. 保健師の継承すべき能力には、退職保健師は「住民に寄り添った支援」、「知識・技術」、「個別支援の重要性」、現職保健師は「個人・家族、集団への支援と地域への働きかけの総合的な活動展開」、「地域特性・地域ニーズの把握による地域診断能力・地域アセスメント能力」を挙げている。

【結論】 保健師の継承すべき能力は、個別支援および地域診断であることが明らかとなった。それを踏まえ、「沖縄県新任保健師など現任教育育成プログラム」および職場内研修を今後、より強化する必要がある。

キーワード：沖縄県、保健師駐在制、県保健師の能力の継承

I. 緒言

沖縄県では、米軍の統治下で昭和26年から平成9年まで離島を含む県内全市町村を対象に県保健師による駐在制が実施され、34人～126人の駐在保健師が住民の身近な所で保健師活動を行い県民の健康の保持増進に大きく貢献した¹⁾²⁾。

保健師駐在制とは、県保健所所属の保健師（以下、県保健師とする）が市町村役所等住民の身近な所で人事異動により一定期間（3～5年）駐在

し、担当地域の全ての住民を対象に保健師活動を行う制度である。本県保健師駐在制の開始当初は、34人の駐在保健師が名護、石川、コザの3保健所管内の地域に配置され、約70万人の住民に対してマラリヤ、フィラリア、結核等の感染症予防対策を中心に公衆衛生看護活動を展開した。また、沖縄県では地域の最先端で保健活動を担った駐在保健師を支援するために、駐在保健師の人事と研修は県庁の保健師係長が直接担当していた。また、管轄保健所内にて会議・研修が定期的に行われ、看護課長（保健師）を中心に所内勤務の保健師と駐在保健師が一堂に会して現場の諸問題を共有するなど研修体制が構築されていた。

しかし、平成9年の地域保健法制定に伴い駐在

¹ 沖縄県立看護大学

² 名桜大学

³ 沖縄県立八重山福祉保健所

⁴ 佐久大学

制が廃止となり、本県も各市町村において保健師の増員が図られ平成20年5月現在、市町村保健師総数は279人となった。一方、県保健師の新規採用は激減し、県保健師総数は最多時（昭和56年）の176人から平成20年、103人に減少した。平成9年から県保健師は離島を含む7ヶ所の保健所内に配置され感染症、母子保健、精神保健、難病、健康危機管理など地域保健に関する広域的、専門的かつ技術的な業務を担う活動体制に変化した。このような県保健師の活動体制の変化は保健師の実践能力育成上、大きな課題を生じている。すなわち、県保健師は駐在制の時代には、担当地域の子どもから高齢者まで全住民の健康管理を総合的に担う地区分担制であったが、現在は、保健所内に勤務し結核、母子保健、精神保健、難病などの業務分担制で、かつ複数の班へ分散配置の活動体制となっている。

全国的に指摘されている『公衆衛生看護活動のコアである「地域全体を視る能力」を保健活動の中で培う機会が乏しくなっている³⁾⁵⁾』傾向が沖縄県保健師においてもみられる。

2007年、本県保健師の40歳以上の割合は84%、全国2位³⁾で、全国同様に団塊の世代が定年を迎える時期にある。厚生労働省は、団塊の世代の保健師が有する技能・技術が、退職により失われる危機を指摘しその継承の必要性を述べている³⁾。しかし、沖縄県で駐在保健師活動を経験した保健師の継承すべき能力は、これまで明らかにされていない。

そこで、本研究では、保健師駐在制を経験した保健師の継承すべき能力とその継承方法を考察した。

II. 研究方法

調査対象は、過去に沖縄県で駐在制を経験した退職保健師と現職保健師である。

退職保健師は、平成9年度～平成19年度に退職した県保健師53人の中から、乱数表を用いて11人

を無作為抽出した。現職保健師は、現在勤務中の県保健師103人全員を対象とした。

調査時期は、平成21年1月から2月とした。

研究方法は、退職保健師に対しては、事前に同意の得られた対象者へ訪問での半構成的面接調査を約1時間行った。現職保健師に対しては、無記名自記式質問調査票を各福祉保健所・県庁へ郵送した。対象者へは文書にて回答後の調査票は同封の封筒に入れ、勤務場所に設けた回収箱に入れるように協力依頼した。研究者は各福祉保健所・県庁の保健師統括担当者の協力を得て調査票を2週間後に回収した。

調査内容は、退職保健師、現職保健師ともに保健師駐在制のメリット・デメリット、保健師の継承すべき能力、基本属性等である。

現職保健師に対して保健師駐在制のメリット・デメリットについては、自由記述させた。保健師の継承すべき能力について現職保健師に対しては「保健師の2007年問題に関する検討会報告書」等より継承すべき保健師の能力の5項目³⁾⁴⁾を用い複数回答させた。

退職保健師に対しては、半構成的面接項目として「保健師の継承すべき能力はどのようなものだとお考えですか」の質問を行った。

分析は、退職保健師の面接内容および現職保健師の調査票の自由記述をコード化し、それぞれ、複数のコードの類似性・相違性を比較・分類し、各々のコードの内容から逸脱しないようサブカテゴリーを抽出した。その際、サブカテゴリー抽出の妥当性を保つために、5人の研究者で、抽出されたサブカテゴリーの命名の検討作業を繰り返した。現職保健師に対する保健師の継承すべき能力は、保健師の経験年数毎に比率を算出した。

倫理的配慮

本研究は「沖縄県立看護大学倫理審査専門部会」の審査を受け、対象者へ研究の主旨、プライバシーの保護、参加の有無による不利益は被らない、結

果の公表等の内容の文書を調査票に添付した。研究への同意が得られた者に対して、退職保健師は半構成的面接を実施。現職保健師は紙面での回答を得た。

Ⅲ. 結 果

退職保健師で同意が得られたのは10人 (90.9%)であった。現職保健師の回収数 (率) は71人 (68.9%) で、年齢の未記入者等を除く56人 (54.4%) を分析対象とした。

1. 基本属性 (表1)

年代は、退職保健師は60歳代が8割、現職保健師は50歳代が約6割を占めていた。保健師経験年数では、退職保健師は31年以上が70.0%、現職保健師は31年以上35.8%、21~30年・20年以下は32.1%であった。離島勤務年数は、5年未満が退職保健師80.0%、現職保健師58.9%でともに高率であった。

表1 基本属性 n (%)

	退職保健師 n=10	現職保健師 n=56
年代		
30歳代	0	3 (5.4)
40	0	20 (35.7)
50	2 (20.0)	31 (55.4)
60	8 (80.0)	2 (3.6)
保健師経験年数		
20年以下	1 (10.0)	18 (32.1)
21~30年	2 (20.0)	18 (32.1)
31年以上	7 (70.0)	20 (35.8)
離島勤務年数		
5年以上	1 (10.0)	22 (39.3)
5年未満	8 (80.0)	33 (58.9)
無し	1 (10.0)	0
無回答	0	1 (1.8)

2. 保健師駐在制のメリット・デメリット

(表2、表3)

1) 保健師駐在制のメリット

退職保健師で、駐在制のメリットについて語った者は10人で21のコードが抽出され、カテゴリーは8項目に分類された。各カテゴリーのコード数は、「住民の身近な存在」7、「住民・関係機関との連携が容易」、「人事異動による公平なサービス提供」それぞれ4、「現任教育の場」2の順に多かった。

現職保健師で、駐在制のメリットについて記述した者は56人で138のコードが抽出され、カテゴリーは8項目に分類された。各カテゴリーのコード数は、「地域の把握が容易」37、「地域に根ざした活動」25、「個人・家族、地域全体への支援」24、「他機関と活動の共有化・連携」17、「保健師の専門性」16の順に多かった。

2) 保健師駐在制のデメリット

退職保健師で、駐在制のデメリットについて語った者は10人で16のコードが抽出され、カテゴリーは9項目に分類された。各カテゴリーのコード数は、「タイムリーな指導が得られない」4、「プライバシーの侵害」、「新採用での離島赴任のつらさ」、「急患への精神的負担」、「家族の犠牲」がそれぞれ2の順に多かった。

現職保健師で、駐在制のデメリットについて記述した者は46人で61のコードが抽出され、カテゴリーは12項目に分類された。各カテゴリーのコード数は、「所属の異なる組織 (市町村) での活動の困難さ」15、「単独駐在での負担感」、「専門性の担保が困難」がそれぞれ11、「保健師の専門能力の希薄化」9の順に多かった。

3. 保健師の継承すべき能力 (表4、表5)

退職保健師で、保健師の継承すべき能力について語った者は10人で16のコードが抽出され、カテゴリーは11項目に分類された。各カテゴリーのコー

表2. 駐在制のメリット（退職保健師・現職保健師）

	サブカテゴリ (20)		カテゴリ (8)	
		コード数		コード数 (21)
退職保健師	住民が身近にあり一体になれる	2	住民の身近な存在	7
	地域と密着し情報が手に入りやすく多面的な考えが必要	1		
	身近な地域住民への健康支援のやりがい	1		
	住民の身近な場所での生活把握の容易さ	1		
	住民の人材活用が容易、住民と身近な距離	1		
	地区組織の協力が得られる	1		
	課題の共有化、関係者による素早い対処力	1	住民・関係機関との連携が容易	4
	多職種者との連携による学びと多面的に考える材料の多さ	1		
	市町村職員、地区組織との人間的なつながり	1		
	住民、役場職員等との接触の多さ	1	人事異動による公平なサービス提供	4
	公平な人事異動による公平なサービス提供	1		
	ローテーションによる保健師配置の定着	1		
	ローテーションによる活動の振り返り	1		
	地域住民への均一、公平なサービス	1	現任教育の場	2
	現任教育の機会	1		
	先輩のいい所を学べた	1	サービスの普遍化	1
	島嶼県的前提条件でサービスの普遍化	1		
	市町村の職員との一体化	1	市町村職員との一体化	1
	保健所看護課のバックアップ・離島保健師会議でのストレス発散	1	保健師どうしの一体感	1
保健師の質の担保	1	保健師の質の保証	1	
	サブカテゴリ (38)	コード数	カテゴリ (8)	コード数 (138)
現職保健師	個人・家族、集団、地域全体の健康課題の把握が容易	22	地域の把握が容易	37
	地域全体を視る視点	6		
	地区診断が容易	4		
	住民の生活が把握し易い	4		
	社会資源の把握	1		
	個人・家族、地域全体への支援	10	個人・家族、地域全体への支援	24
	個別支援活動の重視	4		
	対人サービス中心の活動	3		
	課題への迅速な支援	3		
	充実した事業展開	2		
	全種別へ対応	1		
	健康課題へ対応	1	地域に根ざした活動	25
	地域住民と身近な場での活動	13		
	地域に根ざした活動	12		
	県、市町村と健康課題の共有	4	他機関と活動の共有化・連携	17
	市町村、関係機関との連携	4		
	活動内容の共有	2		
	地域連携が容易	2		
	地域住民との関係づくりが容易	2		
	課題を自治会で共有	1		
	住民と情報の共有	1		
	他職種との連携が容易	1		
	地域への責任を持つ	6	保健師の専門性	16
	健康問題の施策化が容易	4		
	保健師の力量形成	2		
	保健師のアイデンティティ	1		
	保健師のコア	1		
	保健師の専門性の伝承	1		
	コミュニケーション能力の高さ	1	保健師の志気	9
	保健師の連帯感	7		
	仕事へのやりがいがある	2		
	現任教育を兼ねた業務体制	3	職場環境	7
	研修等による資質の向上	1		
	指揮、命令系統の充実	1		
	職業意識を養う環境	1		
	統括保健師の存在	1		
	市町村業務全体の把握が容易	2	市町村業務の把握	3
	市町村行政の学び	1		

表3. 駐在制のデメリット(退職保健師・現職保健師)

	サブカテゴリ (15)		カテゴリ (9)	
	コード数	コード数(16)	コード数	コード数(16)
退職保健師	管理者不在による迅速な指導助言が得られず抱え込む	1	タイムリーな指導が得られない	4
	離島はすぐに指導を受けられず孤軍奮闘	1		
	自分の考え、体験による解決	1		
	保健所の看護課長、医師、栄養士からの後方支援有るがづらい	1	プライバシーの侵害	2
	いつも住民の身近にいて私生活まで見られる	2	新採用での離島赴任のつらさ	2
	新採用での離島への赴任があり追い詰められた	1		
	人事で若い保健師のつらさは大変	1		
	離島では急患が出たらと思うと夜も寝れず大変	1	急患への精神的負担	2
	保健師の住民を救急搬送は当然のこととして求めることは酷	1		
	離島転勤による家族との別居生活	1	家族の犠牲	2
	家庭が犠牲になり我慢を強いられた	1		
	市町村が保健所に頼り市町村職員が育たない	1	市町村の県への依存	1
	地域への責任の重さ	1	地域への責任が重い	1
	人事移動による事業継続は保てるが事業展開には3年間の移動での難しさ	1	ローテーションによる事業継続の困難性	1
指導体制や駐在所での生活環境の未整備	1	生活環境の不備	1	
現職保健師	サブカテゴリ (43)		カテゴリ (12)	
	コード数	コード数(61)	コード数	コード数(61)
	市町村と駐在(県)との役割不明確	3	所属の異なる組織(市町村)での活動の困難さ	15
	市町村職員でない肩身の狭さ	2		
	市町村職員との価値観の相違	1		
	市町村独自の企画力の弱さ	1		
	市町村の責任の弱さ	1		
	市町村保健師育成の育成意識の低さ	1		
	市町村保健師採用に消極的	1		
	転勤時、市町村の戸惑い	1		
	発言力の弱さ	1		
	離島勤務は、市町村の認識不足を助長	1		
	組織の違いによる意志の伝達困難	1		
	立場が違う為の活動のしにくさ	1		
	保健師1人での広範囲の業務の負担感	4	単独駐在での負担感	11
	精神的な負担	2		
	離島勤務の負担感	2		
	個人の生活に負担	1		
	地域担当の責任の重さ	1		
	単独配置の戸惑い	1		
	広く浅い関わり	4	専門性の担保が困難	11
	業務量の多さ	3		
	専門性の担保が困難	1		
	専門性を深めることができない	1		
	専門的取り組みの困難さ	1		
	業務が多岐で煩雑	1		
	施策化の困難さ	3	保健師の専門能力の希薄化	9
	行政能力・施策化能力の不足	1		
	施策化の視点の弱さ	1		
	データ分析力の弱さ	1		
	ネットワーク化の視点の弱さ	1		
	政策形成への意見の求めがない	1		
	企画への参加が難しい	1		
	研修参加の困難さ	2		
	研修情報の少なさ	1	研修参加が困難	4
	情報の少なさ	1		
	保健師間の連携の困難さ	1	保健師間の連携が困難	3
	保健師間で話し合う時間がとれない	1		
	単独駐在配置での相談が困難	1		
	保健師力量による地域格差	3	保健師力量による地域格差	3
県行政の意識の希薄化	1	県行政の意識の希薄化	1	
県の動きが見えない	1	県の動きが見えない	1	
引き継ぎの困難さ	1	引き継ぎの困難さ	1	
労働条件の不備	1	労働条件の不備	1	
複数配置に伴う責任の不明確さ	1	複数配置に伴う責任の不明確さ	1	

ド数は、「住民に寄り添った支援」4、「知識・技術」、「個別支援の重要性」がそれぞれ2の順に多かった。

現職保健師で、保健師の能力を継承する必要があると回答した者は、51人（91.1%）であった。その中で、「個人・家族、集団への支援と地域への働きかけの総合的な活動展開」44（86.3%）、「地域特性・地域ニーズの把握による地域診断能力・地域アセスメント能力」39（76.5%）、「関係

機関との連携・協働による地域ネットワーク構築能力、調整能力」38（74.5%）の順に多かった。

「地域特性・地域ニーズの把握による地域診断能力・地域アセスメント能力」と「地域住民との人間関係づくりによる行政能力・施策化能力」においては、保健師経験年数20年以下は21～30年および31年以上と比較して継承する必要があると回答した割合は低率であった。

表4. 継承すべき能力（退職保健師）

サブカテゴリ(16)	コード数	カテゴリ(11)	コード数(16)
相手の思いを受け止め、思いに添った支援	1	住民に寄り添った支援	4
相手の立場になって考える視点	1		
相手を思いやる気持ちが一番大事	1		
複雑、多様な住民のニーズに最後まで対応する姿勢	1		
自分達が習ってきたことを自分の地域でやっていく能力	1	知識・技術	2
予防や福祉の知識が必要	1		
仕事への信念、公僕であり住民の求めに応じた支援が住民の心に響く	1	公僕としての使命感	1
多忙で家庭訪問の意義・必要性を感じず計画立案の不確かさ	1	個別支援の重要性	2
個別支援は保健師の特権	1		
理論化されていない体験の伝達	1	経験知	1
地域に責任をもって仕事を実施	1	地域への責任感	1
アンテナを張巡らし多面的に地域を視ることの重要性	1	地域を視る視点	1
調整能力、問題抽出し関係者に伝える力は保健師の存在感	1	調整能力、問題抽出、伝達能力	1
保健師はその人の為に奉仕することが必要	1	奉仕の精神	1
地域全体を予防的な視点で活動	1	予防的な視点	1
システムづくりなど自己の経験した醍醐味を後輩へ伝えることの大切さ	1	保健師活動の醍醐味	1

表5. 保健師経験年数による継承すべき能力（現職保健師）

	複数回答 n (%)			
	全体 n = 51	31年以上 n = 18	21～30年 n = 17	20年以下 n = 16
地域特性・地域ニーズの把握による地域診断能力・地域アセスメント能力	39 (76.5)	15 (83.3)	14 (82.4)	10 (62.5)
地域住民との人間関係づくりによるコミュニケーション能力	35 (68.6)	13 (72.2)	13 (76.5)	9 (56.3)
職場内における人間関係づくりによる行政能力・施策化能力	25 (49.0)	10 (55.6)	8 (47.1)	7 (43.8)
関係機関との連携・協働による地域ネットワーク構築能力、調整能力	38 (74.5)	14 (77.8)	12 (70.6)	12 (75.0)
個人・家族、集団への支援と地域への働きかけの総合的な活動展開	44 (86.3)	16 (88.9)	14 (82.4)	14 (87.5)

IV. 考 察

1. 保健師駐在制のメリットについて

保健師駐在制のメリットで退職保健師、現職保健師に類似したカテゴリーは、「住民の身近な存在」と「地域に根ざした活動」、「住民・関係機関との連携が容易」と「他機関と活動の共有化・連携」、「現任教育の場」と「職場環境」であった。仲宗根⁶⁾は、保健師駐在制が沖縄県で有効な社会システムとして機能した要因には、(保健師が)地域特性を踏まえ一元的に素早くネットワークを確立できたこと等があると述べている。このことから保健師駐在制は住民に寄り添ったプライマリーケアが実践でき、関係機関との連携・調整が容易で、かつ現任教育を兼ねた業務体制であったことがわかる。

他のカテゴリーは退職保健師では、「人事異動による公平なサービス提供」、現職保健師では「地域の把握が容易」、「個人・家族、地域全体への支援」、「保健師の専門性」であった。保健師駐在制で3～5年毎の他市町村への人事異動により、地域を把握する視点などの能力を培い、それを新任地で発揮できたことや保健師経験者と新規採用者のバランスのよい人事配置により住民への公平なサービスが提供できたことを示している。このことは、新里ら⁶⁾の1970年の調査で保健師駐在制の存続する理由に①地域に密着した活動、②人事交流ができる、③市町村事業が公平に出来ると回答が得られていることから理解できる。また、地域把握の視点、個別支援から地域全体への支援など、保健師活動の原点であったことを認識している。金城⁷⁾は、保健師の仕事は、その地域に出かけて行き、家庭あるいは、地域の健康問題を把握し住民の生活の場で実践活動を行って初めて、その効果を期待することができる」と述べていることから保健師駐在制のメリットは、「住民に寄り添った支援」であると言える。

2. 保健師駐在制のデメリットについて

保健師駐在制のデメリットについて退職保健師、現職保健師に共通なカテゴリーは、退職保健師の「プライバシーの侵害」、「新採用での離島赴任のつらさ」、「急患への精神的負担」、「家族の犠牲」で、現職保健師は「単独駐在での負担感」であった。このことから規程の人事異動であるが、1人での離島、僻地への駐在勤務は、保健師本人やその家族の精神的負担、犠牲があったことを物語っている。大嶺²⁾は、離島勤務は数多くの駐在保健師の手記が語るように、精神的負担が大きく、県保健所の支援体制は不可欠であったと述べていることから理解できる。また、退職保健師は、「タイムリーな指導が得られない」、現職保健師は「専門性の担保が困難」「保健師の専門能力の希薄化」が挙げられた。当時、駐在保健師は1人で担当地域を受け持ち、地域住民の子どもから高齢者までライフサイクル全般にわたる健康管理を行っていた。業務の煩雑さや業務量の多さ、多種多様な健康課題への支援方法など課題を抱えていたが、直属の上司（看護課長）は保健所内に勤務し駐在（市町村）にはいないことから直にタイムリーな指導が得られない。また、母子保健、精神保健などの業務を専門的に深めることができないなどのもどかしさを示していると考える。

他には、現職保健師では、「所属の異なる組織（市町村）での活動の困難さ」があった。このことは、県職員の身分で市町村に駐在し市町村の保健業務を遂行することは、市町村と駐在（県）との役割が不明確、組織の違いによる意志伝達の困難など、組織体系の違いから指揮命令権の発揮が困難を極め活動がしづらかったと考える。

3. 保健師の継承すべき能力および方法について

保健師の継承すべき能力として退職保健師は「住民に寄り添った支援」、「知識・技術」、「個別支援の重要性」をあげ、多様な住民のニーズに対応した個人・集団への支援の重要性を強調してい

る。また、現職保健師は「個人・家族、集団への支援と地域への働きかけの総合的な活動展開」を第1位に挙げていたことより、最も継承すべき保健師のコアの能力は、家庭訪問等の個別支援を中心とした個人・家族、集団への支援技術であることが明らかとなった。次いで、「地域特性・地域ニーズの把握による地域診断能力・地域アセスメント能力」であった。これらのことから公衆衛生看護活動を展開する上で、基本となる個別支援および地域診断を継承すべきであることがわかった。

個別援助を通して集団の健康問題を捉え、住民と関係機関の力を引き出し、地域社会としての組織的な問題解決を発展させていく能力は、保健師固有の能力であり、今後も継承されることが重要である³⁾としている。また、佐伯⁸⁾は、保健師に求められる能力の向上には、現任教育を行うことが必要であるとしている。

平成20年度から「沖縄県人材育成基本方針」に基づき、県福祉保健所においても「フレッツシュマントレーナー制度」が導入された。この制度により新任保健師の現任教育体制の構築を図る良い機会となり、新任期における現任教育の充実を目的に「沖縄県新任保健師など現任教育育成プログラム」⁹⁾が策定された。

家庭訪問での個人・家族の支援および地域診断の重要性を、上記プログラムにおいても継承し強化すべきと考える。また、本県の福祉保健所で日常的に行っている事例検討会や事業のまとめ等、職場内研修等においても個別支援および地域診断を重要課題と捉え強化する必要がある。その際、退職保健師の継承すべき能力から抽出されたカテゴリーの「公僕としての使命感」、「地域への責任感」などの保健師としての姿勢・態度についても継承していくことが重要である。

V. 結 論

今回、沖縄県で保健師駐在制を経験した保健師へ駐在制度のメリット、デメリット、継承すべき

能力などについて調査を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 保健師駐在制のメリットは、①プライマリーケアが実践でき、関係機関との連携・調整が容易で、かつ現任教育を兼ねた業務体制である。②地域把握の視点、個別支援から地域全体への支援、保健師活動の原点（住民に寄り添った支援）である。
2. 保健師駐在制のデメリットは、①業務の煩雑さや業務量の多さで保健師の専門性を深めることができない。②組織体系の違いから指揮命令権の発揮が困難を極め活動のしづらさがある。
3. 保健師の継承すべき能力は、個別支援および地域診断である。
4. 継承方法は、新任保健師の現任教育、事例検討会、職場内研修などを充実させることである。

引用文献

- 1) 大嶺千枝子 (2001) : 占領期に行われた保健師駐在制度比較に関する歴史的考察, 沖縄県看護大学紀要, 2, 108-115.
- 2) 大嶺千枝子 (2002) : 保健師駐在の実態から駐在制度の確立に影響した要因を探る, 沖縄県看護大学紀要, 3, 33-39.
- 3) 厚生労働省 (2007) : 保健師の2007年問題に関する検討会報告書「平成18年度地域保健総合推進事業」, 34, 12-21.
- 4) 社会保険実務研究所 (2007) : 公衛協, 保健師の2007年問題検討会が最終回 継承すべき技能・能力, 継承方法まとめる 団塊世代の実践能力を次世代へ, 週刊保健衛生ニュース, 第1402号, 2-3.
- 5) 二宮博文 (2010) : 保健所の保健師活動を取り巻く現状と課題, Nurse eye, 23(4), 12-20.
- 6) 沖縄県福祉保健部健康増進課 (1999) : 人びとの暮らしと共に45年ー沖縄の駐在保健婦活動ー, 27-28, 50-54.
- 7) 金城妙子 (2001) : 原点をみつめてー沖縄の

- 公衆衛生看護事業一，113，沖縄コロニー印刷，
沖縄.
- 8) 佐伯和子（2008）：アクションリサーチを用
いた保健師指導者の育成，保健師指導者育成プ
ログラムの開発，平成19年度総合研究報告書，
19～28.
- 9) 沖縄県福祉保健部（2009）：新任保健師 現任
教育マニュアル.

Advantages and Disadvantages of the Public Health Nurse System in Okinawa as Well as Abilities of Public Health Nurses to be Taken Over

Michiko Kawasaki, RN, PHN, RNM,DNSc Ruriko Nagayoshi, RN, PHN, MNSc
Shinobu Makiuchi, RN, PHN, MHSc Noriko Ooya, RN, PHN
Fumiko Miyaji, RN, PHN, PhD

Abstract

[**Objective**] It is to investigate abilities which have been acquired by public health nurses and methods to pass down the abilities.

[**Method**] The samples are former public health nurses in Okinawa (11 retired health nurses and 103 active health nurses). Between January and February 2009, we implemented semi-structured interviews to the retired public health nurses and anonymous survey (mailed to be called for) to those currently at work. The research contents were about advantages and disadvantages of the public health nurse system, ability of the public health nurses to be taken over, and basic attributes, etc.

[**Results**] 1. Valid responses are from 10 retired public health nurses (90.9%) and from 56 active public health nurses (54.4%).

2. Common answers about advantages of resident system by retired and active public health nurses are: "salience to residents," "community based activities," "easy cooperation with residents and related organizations," "sharing and cooperation with other organizations," "training environment," and "work environment."

3. Common answers about disadvantages are: "no timely training," "violation of privacy," "difficulty in remote islands as the first work environment," "emotional burden to emergency patients," "burden to family," and "heavy responsibility on a solo public health nurse."

4. Abilities that need to be passed down; for the retired public health nurses are: "close support for residents," "knowledge and technique," "importance of personal support," and for the active public health nurses are: "development of total activities for supporting individual, family, and group and for working at community level" and "ability to diagnose and assess the community by grasping community characteristics and needs."

[**Conclusion**] The research explicated that the abilities that public health nurses need to pass down is personal support and community diagnosis. Based on the research findings, it is necessary to strengthen "Educational and Development Program for New and Active Public Health Nurses in Okinawa" as well as on job trainings.

Key word: Okinawa Prefecture, public health nurse system, ability transfer for public health nurses in okinawa

¹ Okinawa Prefectural College of Nursing

² Meio University

³ Yaeyama Public Health and Welfare Center

⁴ Saku University

報告

患者による院内暴力に対する看護師の状況判断と対処行動 — A病院の看護師16名への面接調査から —

仲宗根房子¹ 池田明子²

【研究目的】 患者の暴力を受けた看護師の体験から、暴力の発生状況及び看護師の状況判断と対処行動を明らかにし、院内暴力への対応策に役立てる。

【研究方法】 患者からの暴力を体験した看護師で研究に同意が得られた16名の看護師に半構造的な面談法による個別インタビューを実施した。

【結果】 16名の看護師によって語られた23事例を、暴力の発生状況に着目して4群に分類し、看護師の状況判断と対処行動について分析した結果、各群の特徴を捉えた対応策への示唆が得られた。

1群；看護師の言動や対応が誘因で発生した暴力では、看護師の言動が刺激となっているので、患者へのアサーティブな対応の訓練プログラムが必要である。

2群；患者の危険行為の制止時に発生する暴力では、看護師の身を危険に晒すような場面が多いので、個人的対処ではなく組織的な対応マニュアルが必要である。

3群；処置やケア等の介入時に発生する暴力では、看護師は患者の暴力を病気だからと容認する傾向にあるので、暴力に対する看護師の認識を改める必要がある。

4群；性的暴力では、患者に強く言えない若い看護師がターゲットになり易いので、毅然とした態度を示せるようにチーム全体で支えていく必要がある。

【結論】 患者からの暴力の発生状況の特徴と看護師の対処行動を分析することにより、院内暴力に対する効果的な対応策についての示唆を得ることができた。

キーワード：「院内暴力」「状況判断」「看護師」「対処行動」

I. はじめに

ここ数年、医療の現場では患者が看護師・医師に対してふるう院内暴力が全国的に深刻かつ重要な問題となっている。三木らの報告¹⁾によれば、院内暴力に関する研究は過去5年間で急増し、看護職が患者から受ける暴力の実態に関する報告も急激に増えている²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾。平成21年より日本医療機能機構の病院機能評価 (Ver 6.0) では、新たな視点から院内暴力の組織的な取り組みが評価項目に追加された。

A病院では、日本看護協会 (2006) の「保健福

祉医療施設における暴力の対策の指針 —看護職のために—⁶⁾を参考にして、院内暴力に対する指針・対応マニュアルを作成したが、暴力に対する組織的な取り組みはほとんど行なわれてこなかった。暴力に対する報告書も過去2年間でわずか2件しか提出されていない。しかし、医療現場では、日常的に患者からの暴言・暴力に対して、カンファレンス等に取り上げ、その解決策を検討していた。このような現状にも関わらず、患者の暴力に関する報告書が少ないのは、医療従事者が患者から暴力を受けるといふ被害者になった時、暴力報告書を提出するという認識が不十分ではないかと推測される。患者からの暴力が報告されない背景については、伊藤ら⁷⁾の研究でも同様な結果が報告さ

¹ 沖縄徳州会 中部徳州会病院 医療安全管理室

² 沖縄県立看護大学大学院

れている。

そこで、病院のリスクマネージャーである筆者は、暴力報告書には上がってこない院内暴力の実態を把握する為に、前段階として全看護師を対象に質問紙調査を実施した。その結果、8割以上の看護師が過去1年間に何らかの院内暴力を体験していることがわかった。この実態を踏まえて、今回は患者からの暴力を体験した看護師に暴力への対応について個別インタビューを実施した。

本研究の目的は、患者からの暴力を受けた看護師の体験から、暴力の発生状況及び看護師の状況判断と対処行動を明らかにすることによって、院内暴力への対応策に役立てることである。

用語の定義：

- ・院内暴力とは、身体的な力により相手のみならず、院内の他の人や物を傷つけたり脅す行為（例えば、殴る・蹴る・抓る・噛む・威嚇する・脅す等）、これに加えて本研究では、暴言、セクシャルハラスメントも含めた。
- ・暴力の発生状況とは、暴力が発生するありさま、暴力が発生しそうな状況・未然に防ぐことが出来た状況も含む。

II 研究方法

1. 調査方法

半構造的面談法による個別インタビュー

2. 調査期間

2010年8月1日～10月31日

3. 研究協力者

現在も記憶に残る院内暴力を体験者（その場面に関わった体験者も含む）、本研究に同意が得られた看護師（16名）

4. 研究への協力依頼

看護師長会議で看護師長に対し書面と口頭で研

究主旨、調査方法などを説明した。

その後、各部署に出向いて研究への参加希望者を募り、書面と口頭で研究主旨を説明した。研究への参加に同意の得られた者には同意書に自署してもらった。

5. データの収集方法

1) 個別インタビューの手順

筆者はインタビュアーとして参加し、インタビューガイドに沿って進行した。個別インタビューは1回実施、所要時間は30分から90分以内とした。インタビューの日程と時間は研究協力者の勤務状況や希望日により調整した。データの収集場所は個室を利用した。インタビュー内容は、研究協力者の同意を得て録音し、逐語録を作成する予定であったが、自分の生の声は残したくないとの意見もあり、インタビューガイドに沿った聞き取り調査に変更した。

2) インタビューの内容

以下の質問に沿って自由に語って貰った。

- (1) あなたが患者から受けた院内暴力について、今なお記憶に残っている暴力の発生場面の状況とその時の患者の状態・暴力の内容そして、暴力の発生に対して、どう対応したのか体験を出来るだけ詳しくお聞かせ下さい。
- (2) 院内暴力対策について要望がありましたら率直なご意見を聞かせ下さい。

6. 分析方法

1) 聞き取り調査の内容は、研究協力者が語った事例ごとに繰り返し読み、重複する内容を削除して簡潔な文書にまとめた。それを研究協力者に戻し、表現が適切かどうか加筆・修正を依頼した。協力者の確認を得た調査内容を、研究の元データとした。

2) 1)を熟読し読み取りを行う過程で、研究協力者が暴力を受けた体験を語る際の共通の視点

(暴力に対しての状況判断及び対処行動)が見出され、これらの視点を軸として看護師ごとに聞き取り調査の内容を整理した。

3) 読み取った内容や分析の結果にずれがないかを研究協力者に確認した。

4) 聞き取り調査の元データを河野⁸⁾の先行研究を参考に、①看護師名 (A, B, Cの記号化) ②部署・経験年数③患者の状態や疾患④暴力の内容の要約⑤暴力の状況判断⑥暴力への対処⑦暴力対応の結果の7項目を設定した。その項目に沿って看護師が体験した暴力を事例別に要約し一覧表を作成した。その際、研究協力者の表現を損なわないように要約する事を心がけた。

データの読み取りや分析の偏りを防ぐ為、これら一連の過程を通じて、数回に渡り質的研究に造詣の深い研究者のスーパーヴィジョンを受けた。

7. 倫理的配慮

研究協力者には、文書と口頭で研究の主旨を十分に説明し同意を得た。インタビューの途中で辞退することが可能であること、プライバシーが保護されること、個人が特定できないように配慮すること等を説明した。なお、本研究は沖縄県立看護大学の倫理審査の承認を得て実施した。

Ⅲ 結 果

1. 対象者の属性 (表1)

個別インタビューを受けた看護師は16名で、性別では男性4名、女性12名で、職務経験年数は1～26年 (平均8年)、所属部署では外来6名、病

棟10名であった。

2. 対象者の語った事例の分類

聞き取り調査の結果、16名の看護師から23事例を得ることができた。聞き取り調査の内容としては、今なお、記憶に残っている院内暴力を受けた体験について、暴力の発生場面の状況とその時の患者の状態・暴力の内容及びその暴力に対して、どう対応したのか等を出来るだけ詳細に聞き取った。そして、上記の河野先行研究⁸⁾を参考に一覧表にして、発生状況の類似したものを集めた。業務の遂行上、患者の要求や意に添わない看護師の言動・行動が誘因で発生した暴力 (事例1・6)、業務が忙しくて十分な患者対応が出来なかった (事例5)、酩酊の患者対応 (事例2・3・4)、以上の6例は看護師の患者対応能力 (アサーティブな対応) で暴力の発生状況を防ぐ事ができた可能性があることを共通点と捉え、<看護師の言動・行動が誘因で発生した暴力>と命名し1群とした。

次に、人を傷害・殺害できる刃物の所持 (事例8・9・10・11・12・15) では、患者を興奮・逆上させると、大災害が発生すると捉え、そして不穏の患者の注意・制止時の暴力 (事例13・14・16) では、患者を取り押さえる際、看護師は危険な傷害を受ける可能性が高いとして、<危険行為の注意・制止時に発生する暴力>と命名し2群とした。

また、処置・ケア時、その刺激で痛みが増強して発生する暴力では、処置やケアに対しての拒絶反応として暴力 (事例17・18・19・20) を捉えていることから<処置・ケア時に発生する暴力>と

表1 個別インタビューを受けた看護師の属性

看護師の氏名	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
事例番号	1	2	3	6	7	8	9	12	13	14	15	16	17	19	20	23
	4	5					10	18				21	22			
							11									
性別	男	女	女	女	男	男	女	女	男	女	女	女	女	女	女	女
職務経験年数	4	9	23	14	4	2	26	5	3	8	12	1	2	8	5	2

命名し3群とした。

そして、性的暴力については別枠として追加し、4群に分類することができた。

以上の結果、暴力の発生状況を大きく①看護師の言動・行動が誘因となって発生する暴力②危険行為の注意・制止時に発生する暴力③処置・ケアの介入時に発生する暴力④性的暴力の4群に分類する事が出来た。

3. 各群別の特徴的な事例

以下、各群の看護師の状況判断及び対処行動について紹介する。(表2～5)

1) 1群：看護師の言動・行動が誘因で発生した暴力に対する状況判断及び対処行動(表2)

事例2では、治療に拒否的な患者に対して「母親に電話するな」という患者の意に反して電話している所を見つかりハイヒールをもった患者に「殺してやる」と執拗に追いかけられた。事例4では、酩酊状態の患者が英語で文句を言って絡んできた。看護師はしつこく絡んでくる患者に対して、看護記録をしながら冷めた感じで対応したことで顔面を殴られた。事例5では、母親に電話してほしいと依頼され、電話が繋がらなかったことや外来が混んでいて十分な対応が出来なかったことで、患者が怒り出し看護師の顔面を殴り、研修医を殴り飛ばした。事例6では、「家に帰りたい」とエスケープをしようとしている患者を強制的にベッドに戻そうとして、胸を鷲掴みされた。

この群の特徴としては、暴力発生の誘因が患者側に問題がある場合、看護師側の対応に問題がある場合と様々であったが、暴力への対処は、担当看護師を中心に他のスタッフの協力の下、暴力の状況判断及び対処が行われ、看護師の患者対応の習熟度や経験年数で、その対処行動に大きな差があった。

2) 2群：危険行為の注意・制止時に発生する暴力に対する状況判断及び対処行動(表3)

事例7では、40代の精神疾患の患者が刃渡り40cmのナタを所持していた。新人看護師は危険を先読みしてリーダー看護師に報告し、リーダー看護師の対処を見て学んでいる。

事例9では、飲酒後の喧嘩で怪我を負った患者に友人が面会に来て、患者に向かって、さしみ包丁を頭上まで持ち上げ「殺してやる」と言った。看護師は包丁を持っている人を興奮させると大変な事になると状況判断し、1対1の対応で興奮を納めた。事例10では、精神疾患の患者が糖尿病性両下肢の壊死が治らないのは医者のおかげと刃渡り40cmの包丁で医師の左横腹を刺した。看護師は他の患者・家族・医療スタッフに二次被害が及ぶと大災害になると判断し被害者・他の患者・家族を避難させ、正面から患者の足背を踏んで、よろけたところを事務職員が背部から取り押さえた。事例11では救急室の出入り口で放尿した患者に注意したところ、患者の怒りが爆発して、思いっきり腕を噛まれ、腕は赤く腫れ上がり出血した。事例12では大部屋で大不穩の患者がベッド柵を振り回した。患者がベッドから転落したら、患者自身が大怪我をする、また同室の患者に危害が及ぶと大災害になると状況判断し、みんなで一気に患者を取り押え、安全帯を装着し家族付き添いを依頼した。事例15では、ICUシンдрームでベッド柵越えをしている患者を抑えようとして、DVDプレイヤーで顔面を殴られ出血した。大不穩の患者を他の看護師と共に押え込み、安全帯を装着し家族付き添いを依頼した。

この2群の特徴としては、他の患者・家族への二次被害防止の為、看護師は自らの身体を使って、迅速な状況判断と対処で凶器を取り上げ、危険行為を制止している。一步間違えれば看護師の生命危機が発生する対処もあったが、患者を逆上・興奮させないことや興奮を収めることが最優先されている。救急外来は5事例全てが警察通報され連

表2 1群：看護師の言動・行動が誘因で発生した暴力に対する看護師の状況判断及び対処行動

事例番号	発生場所	患者の状態 疾患	暴力の発生状況	暴力への看護師の状況判断及び対処行動
1	外来	60歳代 男性 外科の患者	その日、外来は非常に混んでいた。患者に「僕の診察を優先しろ」と言われたが優先しなかった。患者には順番を守って貰う事にした。看護師：「患者は診察を優先しない事に、怒って自分の杖を僕をめぐらして投げた」杖は後頭部に当たり“たんこぶ”ができた。	看護師は「自己中心的なクレマーには負けない。診療の順番は守って貰う。看護師は患者を公平に扱うべき。暴力には屈しない」という強い気持ちで患者の暴言・暴力に立ち向かった。不当な要求には応じなかった。結果、後頭部に“たんこぶ”が出来たが順番は守ってもらった。他のスタッフが集まって来たので、患者はおとなしくなった。
2	外来	20歳代 女性 アルコール 依存症	患者は酩酊で救急搬送されてきた。興奮して治療に拒否的になっている患者に対し、母親の連絡先を聞いたが教えて貰えなかった。救急隊から母親の連絡先を入手し、電話している所を見つけ、ターゲットになってしまった。患者は興奮・逆上してハイヒールを持って「殺してやる」と執拗に追いかけて来た。	患者が執拗に追いかけて来たので、「殺されるかも知れない」と思い医事課に逃げ込んだ。医事課には、男性職員が2人勤務しているので、警察へ通報してくれると判断した。」興奮した患者に先輩看護師が声をかけ対応した。患者は「おなかですいてイライラしていた」と話した。先輩看護師がパンとお茶を差し入れたら患者は「おいしい」と言いながら「ありがとう」とお礼を言った。私は先輩看護師の興奮している患者対応を見て学んだ。医事課の通報で警察と母親が来院した。患者は精神的に安定したので、母親と面談後、帰宅した。先輩看護師の対応で警察には連行されずに済んだ。
3	外来	20歳代 女性 アルコール 依存症・酩酊	新人看護師が酩酊の患者に一生懸命、説得している事が気になった。新人看護師は「母親に電話するな」という患者の意に反して、電話している所を見つけ、ターゲットになってしまった。患者は執拗に「殺してやる」と新人看護師を追いかけていた。	私は以前、この患者の興奮状態の対応を経験したことがあった。この患者が興奮している時は説得できないと判断した。「私は新人看護師に早く逃げて」と合図した。私は新人看護師が逃げ切ったことを確認してから患者に近づき、やさしく声をかけた。患者は素直に私の後ろを付いて来た。私は興奮している患者には、積極的に傾聴して対応している。患者は「おなかですいてイライラしていた」と言った。パンとお茶を差し出したら、患者は「ありがとう、ありがとう」と言って喜んで食べた。警察と患者の母親が来院した。患者は精神的に落ち着いたので、母親と帰宅した。
4	外来	50歳代 男性 酩酊	患者は酩酊で救急搬送されて来た。英語で文句を言って絡んで来た。看護師は「冷めた感じで患者対応した。患者は怒って正面から看護師の“おでこをガッツーン”殴ったので、怒鳴ってしまった。」それが患者を逆上・興奮させ点滴棒を倒し暴れだした。	患者は処置・治療に対し協力が得られない状態であった。看護師はしつこく絡んでくる患者と距離を置いて、観察・対応を行う事にした。患者は距離を置かれた事で、怒って暴れだした。他の患者に危害が加わると大変なことになると判断し、みんなで患者を押さえつけた。患者は押さえつけられたことで、ますます逆上・興奮して手に負えない状態となった。患者は治療を自己中断して帰ってしまった。
5	外来	20歳代 男性 慢性硬膜下 血腫	患者は慢性硬膜下血腫で、観察室で脳外科医の診察を待っていた。看護師は患者に「母親に電話してほしい」と言われ、3～4回電話したが繋がらなかった。その日、外来は非常に混んでいて、十分な患者対応が出来なかった。患者は次第に怒り出し「おまえ、電話しろって言っただろう」と看護師に殴りかかり暴力的になった。	他の看護師から「貴方は逃げて！」と言われ患者から見えない所へ避難した。暴力的になった患者を研修医と看護師で抑えた。患者は更に興奮し、研修医を殴り飛ばし、看護師は顔を殴られ青あざとなった。医事課へ電話して応援依頼した。他のスタッフが警察に通報した。体格の良い事務職員で患者を包囲した。そこへ脳外科医が診察に来た。診察した脳外科医は“治療が必要”と判断して、ホリゾン投与して入院を決定した。自分が電話できないときは、他のスタッフに母親への電話連絡を依頼するべきであった。そして、電話が繋がらない事を患者に伝えるべきであったと反省した。
6	病棟	60歳代 男性	「家に帰りたい」とエスケープしようとした患者に「まだ治療が必要なのでダメです」と言ったら握り拳を振り上げ、威嚇したので強制的にベッドに戻そうとしたら胸を鷲掴みされた。	強制的にベッドに戻そうとしたのは申し訳ないと思ったが、セクハラは許せないと思い、患者に「それはセクハラでしょう」と強い口調で注意した。患者は「ご免なさい」と謝った。家族からも謝罪があった。しかし、強制的にベッドに戻そうとして暴力が発生したので、自分の対応が悪かったと反省した。

表3 2群：危険行為の注意・制止時に発生する暴力に対する看護師の状況判断及び対処行動

事例番号	発生場所	患者の状態患	暴力の発生状況	暴力への看護師の状況判断及び対処行動
7	外来	40歳代 男性 精神科疾患	患者は飲酒後の気分不良で、観察室で点滴治療を受けていた。20:00頃、患者は鞆より“刃渡り40cmのナタ”を取り出し自分の肩を叩いていた。	刃物の所持は大災害になる危険性があると考え、リーダー看護師に報告した。リーダー看護師はさりげなく「そのナタ、ちょっと見せて」と声をかけ取り上げた。無理に奪っていたら、患者は興奮・逆上したと思う。僕はリーダー看護師がどのように“刃渡り40cmのナタ”を取り上げるのか見て学んでいた。リーダー看護師の対応はさすがと思った。
8	外来	40歳代 男性 精神科疾患	後輩看護師から「患者が“刃渡り40cmのナタ”で自分の肩をトントン叩いている」と報告を受けた。	急いで患者の所へ状況確認に行った。患者は“刃渡り40cmのナタ”を所持していた。患者を興奮・逆上させると大変な事になると考えた。他の患者を動かさずと患者は興奮するかも知れないと判断し、患者に「そのナタちょっと見せて」と声をかけさりげなくナタを奪った。他の看護師が警察通報した。患者は銃刀法違反で警察に連行された。
9	外来	50歳代 男性 飲酒後の ケンカ	酩酊で頭部裂傷を受けた患者が救急搬送されてきた。処置が済んで観察室で休んでいる所へ面会人が来たので患者の所へ案内した。面会人は患者から2m離れた所で立ち止まり刺身包丁を頭上まで振り上げ患者に向かって「殺してやる」と言った。	包丁を持って患者に「殺してやる」と言った面会人に対し恐怖であったが、面会人が名乗った事や第1印象が患者を心配しているように見えたので、喧嘩後の怒りが納まらず包丁を持って脅しに来たと判断した。患者は目を閉じ無表情で動かずじっとしていた。包丁を持っている人を興奮させると大変な事になると判断し相手を落ち着かせる為、1対1で対応した。しばらくして、面会人は患者に向かって「覚えておけよ！」と言葉を吐き捨て、包丁を鞆にしまって玄関から帰ろうとした所、警察と鉢合わせになり連行された。
10	外来	60歳代 男性 精神科疾患 糖尿病性両下 肢の壊死	精神科病院より糖尿病性両下肢壊死の紹介患者である。診察の結果、両下腿の切断の必要ありと診断され入院を進めたが拒否し帰宅した。翌日来院して刃渡り40cmの包丁で全く面識のない医師の左横腹を刺した。患者は逃げる医師を追いかけたが歩行困難があり追いつけなかった。	看護師は医師、他の患者に向かって「皆逃げて！」と叫んだ。皆を避難させないと大災害が発生すると状況判断した。患者を取り押さえなければいけない。包丁を振り回す患者を事務職員が包囲した。看護師は包丁を振り回している患者に対し、正面から足背を踏んで、よけた所を事務職員が背部から取り押さえた。患者は警察に連行された。刺された医師の左横腹のポケットに厚手の本が入っていたので白衣を切られただけで済んだ。患者は警察で「医者であれば誰でもいいから殺したかった」と言った。
11	外来	40歳代 女性 アルコール 依存症	酩酊で救急搬送される常連の患者である。救急室の出入り口で放尿したので注意したら、いきなり腕を噛まれた。あまりに痛かったので、反射的に突き飛ばした事で怒りが爆発し暴れだした。	怒りが爆発し、興奮している患者を他のスタッフと共に、抑えようとしたが抑え切れなかった。この患者は治療・処置に対して拒否して受け入れない・二次被害の発生可能性がある、業務妨害になっていると状況判断して警察へ通報した。患者は警察に連行された。噛まれた腕は、真っ赤に腫れ上がり約1週間抗生剤投与を受けた。
12	病棟	70歳代 男性 認知症 大不穏の患者	大不穏の患者がベッド上でベッド柵を振り回した。「近づいたら、おしっこをかけるよ！」と患者に尿の入った尿瓶を投げられ、おしっこをかけられた。	ベッド柵を振り回し大不穏の患者に対してベッドから転落したら患者自身が大怪我をする・同室の患者に被害が及ぶと大変な事になると状況判断し、尿をかけられながらも、みんなで一気に患者を取り押さえ、安全帯を装着した。そして、家族付き添いを依頼した。
13	病棟	30歳代 男性 意識消失で 搬送された	意識消失の患者が入院した。覚醒した患者は車椅子に乗ると訴え興奮したので当直医の許可の下、車椅子へ移譲した。患者は大不穏になり、相対した形で安全帯を装着しようとした際、胸ぐらを“がっし”と捕まえられ、首を絞められた。	胸ぐらを捻られて息が苦しくなったので、助けを求めた。他の看護師と共に首を絞めている手をほどき安全帯を装着した。患者の興奮が収まらなかったため、家族付き添いを依頼した。「僕はこの時、患者が怖い」と思った。
14	病棟	30歳代 女性 アルコール 依存症	患者は興奮しながら4階から3階病棟へ降りてきた。「4階には爆弾が仕掛けられている。皆を助けないといけない。殺される前に殺してやる」と手に裁ちはさみをもち怯えた表情で震えていた。	患者は幻聴・幻覚があり、殺されると思っている。他の患者に危害が及ぶ危険性があると状況判断し、ナースステーションに誘導した。患者の興奮を納める事を最優先して、患者に寄り添って対処した事で、精神的に落ちついてきた。ご主人が来院したことで更に落ち着いた。被害者・加害者を出さずに済んだ。
15	病棟	60歳代 男性 重症不整脈	患者はICUシンドロームで、「死んでもいいから外へ出せ！」と大暴れした。ベッド柵を越えようとしたので抑えた所、DVDプレイヤーを振り下ろす形で、顔面を殴られ鼻の一部が表皮剥離して出血した。	ベッドから転落したら大変な事になると考え、顔面を殴られ出血したが患者を抑える事を最優先した。他の看護師と共に患者に安全帯を装着した。患者は重症不整脈なので鎮静剤は使用しなかった。安全帯を装着された患者は静かになった。翌日、患者は興奮したこと・看護師を殴ったことを覚えていなかった。

行されているのに対し、病棟の事例では複数の看護師で興奮している患者を抑え、安全帯を装着して家族付き添いで対処していた。又、救急外来では外から刃物等の危険物を簡単に持ち込むことができるにも関わらず、無防備な状態で業務を行っていることが明らかになった。

3) 3群：処置・ケアの介入時に発生する暴力に対する状況判断及び対処行動 (表4)

事例17の2年目看護師は「患者は病気の自覚・理解力もないし、入院生活で環境が変化し、医療従事者に対する恐怖心から暴力を振るっている」と暴力を振るっている患者を受容している。事例19では、患者は左手に透析ライン、右手に血圧を測っていたので身動きが取れないと怒り出した。看護師が血圧を測ろうとしたところ、顔面を足蹴

りされ青あざが出来た。他のスタッフと共に患者に安全帯を装着し透析を無事終了させた。

この3群の特徴としては、患者の処置・ケア時に予測可能あるいは予測不可能な暴力であり、患者のパーソナルスペースに侵入した際に、暴力を受けている点が共通している。どの事例も暴力を回避しながら、治療・処置・ケアを実施する事が最優先されていた。

4) 4群：性的暴力に対する状況判断及び対処行動 (表5)

事例21では、50～60歳代の4～5人の集団からのセクハラである。「おっぱい触らせて」「こっち来て座って」とからかい、その中の1人が顔やお尻にボディタッチしてくる。

事例23の2年目看護師は、「セクハラに対して

表4 3群：処置・ケア時に発生する暴力に対する看護師の状況判断及び対処行動

事例番号	発生場所	患者の状態 疾患	暴力の発生状況	暴力への看護師の状況判断及び対処行動
16	病棟	80歳代 男性 大腿骨頸部骨折 肺炎	患者は処置・ケア時、痛みが増強する為、看護師を殴ったり、蹴ったりする。(新人看護師)	「患者は処置・ケアに対し、痛いから反射的に看護師を殴るので暴力も症状だと考えている。」看護師2～3人で患者を押さえ暴力を避けながら、処置・ケアを実施している。
17	病棟	80歳代 男性 脳梗塞	熱を測る為、患者に触れただけで「何するのか?」と思いきり胃部を“げんこつのゲー”で殴られた。こういう暴力は2～3回/週受けている。	患者は病気の自覚もないし、入院生活で環境も変わってしまったので医療スタッフに何をされるのか恐いのだと思う。処置に対して説明しているが理解力がない。入院生活に慣れて来ると患者の暴力はなくなってくる。だから、入院生活に早く慣れて貰うため、声かけを行っている。
18	病棟	70歳代 女性 右大腿骨頸部 骨折	体位交換・ケア時、骨折部の疼痛が増強すると看護師を抓った。左の上腕の内側を“ぎゅー”と抓られ広範囲の内出血となった。内出血は完治迄、約10日間かかった。	“自分が痛い”からといって、看護師に広範囲の内出血が出来るまで、抓ることは許せないと思った。とても痛かったので患者を殴ってしまった。抓られた後は、患者の所には必要最低限しか行かなかった。患者は私に「抓ったところを見せて」と言った。患者は私の腕の広範囲の内出血を見て、驚いた表情で「ごめんなさい」と謝った。しかし、患者は私には謝ったが、他の看護師に対してはやはり抓っていた。
19	病棟	40歳代 男性 透析患者 身体拘束の ストレスあり	患者は状態不良で緊急入院となった。検査の結果、臨時で透析を実施する事になり、左手に透析ライン・右手に血圧測定で、患者は身動きが取れない状態に、いらいらしていた。血圧を測ろうと近づいたところ、患者に顔面を思いきり足蹴りされ青アザになった。	顔面の足蹴りは強烈であったが透析を継続する事が最優先だったので、右手・両足に安全帯を装着し透析を継続して、無事終了することが出来た。顔面を足蹴りされたことを主治医・看護師長に報告したが何の対応もなかった。その時、患者に何かあった場合は保証されているが、医療スタッフは何も保証されていないと思った。

は、強い口調で注意するのではなく、さりげなく注意するようにしている」「強い口調で注意できない理由として処置や介助のとき人間関係が“ぎくしゃく”するのが嫌だから」と語った。

4. 院内暴力対策への要望

事例を語る中で具体的な場面を通して、監視カメラや防犯ブザーを増やす、病院内に暴力行為は絶対許さないという警告を掲示する、組織的に院内暴力体制を構築してほしい等の要望があがった。その中で、院内暴力対策委員会や暴力を受けた人の精神的サポートが受けられる「相談窓口」を設置してほしいという強い要望が12名の看護師から聞かれた。

IV 考 察

以上の結果から、各群の院内暴力の発生状況に対する看護師の状況判断及び対処行動の特徴を踏

まえた院内暴力への対応策について、看護師個人の暴力への対応能力開発の必要性と組織的な支援体制の構築に分けて考察する。

1. 看護師個人の暴力への対応能力開発の必要性

1群の看護師の言動・行動が誘因で発生する暴力では、看護師の関わり方で暴力が発生している為、看護師の患者対応を訓練することで、暴力発生を減少させることが出来ると考える。日頃より自己の性格傾向や患者の怒り・攻撃に対する対処を振り返りアサーティブな患者対応が出来るようトレーニングしていく必要がある。

3群の看護師が処置・ケアの介入時に受ける暴力では、暴力を病気に起因するものと捉えて、暴力と認識しない傾向があつた。患者の暴力に対する看護師自身の認識を改める必要性が示唆された。富川の研究⁹⁾でも同様な傾向があると指摘されている。セクハラ of 全事例では、病棟の1～2年目

表5 4群：性的暴力に対する看護師の状況判断及び対処行動

事例番号	発生場所	患者の状態 疾患	暴力の発生状況	暴力への看護師の状況判断及び対処行動
20	病棟	50歳代 男性	21時頃、患者のベッドサイドの尿を破棄していると小さな声で話しかけてきたので、患者の訴えを聞こうと耳を近づけたら、いきなりほほにキスされた。(新人看護師の頃の体験)	ほほにキスされショックであったが、誰にも相談できなかった。自分は患者に軽く扱われる存在だと思った。ずーと誰にも言えなくて、自分との葛藤があつた。
21	病棟	50～60歳代 男性 ADL:自立 骨折の患者	患者「おっぱい触らせて!」「こっち来て座って」その中の1人が突然、顔やお尻をボディタッチしてくる。(新人看護師)	患者はおとなしい人・怒れない人を選んでセクハラしているのでズルイと思う。必要時以外、近づかない。そういう人たちだと諦めている。上司や主治医に報告した。主治医はセクハラがエスカレートするようなら、強制退院させる方針を決定した。
22	病棟	70歳代 男性 肺炎	熱を測る為、患者に近づくと胸を触られる。患者はニタニタしている。(2年目看護師)	新人看護師の頃はセクハラに対し“あの患者の所に行きたくない”と思っていたが2年目看護師になって、注意しても聞かないからしょうがないと諦めた。看護の仕事は好きなのに、時々そういう事があると辞めたくなる。
23	病棟	60歳代 男性 右下腿骨折	1年目の看護師は、ほとんど彼(患者)からお尻を触られていると思う。最初はスーと触っていたが、その内に堂々と触るようになる。(2年目看護師)	セクハラに対しては、処置や介助の時、患者との人間関係で、“ぎくしゃく”するのが嫌だから、強い口調で注意するのではなく、さりげなく注意するようにしている。さりげない注意では、効果がないと分かっているが、処置時の人間関係を考えると強く注意出来ない。患者はずるいと思う。

の看護師であった。この事から若い世代はセクハラを上手にかわす技術や患者に面と向かって注意できないことが推測できる。セクハラをエスカレートさせない為には毅然とした態度を示す事が大切であり、特に新人看護師が受けるセクハラに対し、チーム全体でその対応を考えていく必要性が示唆された。

2. 組織的な支援体制の構築の必要性

1) 看護師自身が傷害・殺害の危険性が高い2群の暴力に対し、看護師は自分の身は自分で守らなければいけないと自覚していたが、現場では暴力への対処が最優先され自分を守ることは後回しになっていた。このことより、看護師を守る院内暴力の組織的取り組みを構築しなければいけないと考える。特に救急外来のような危険度の高い暴力への対処は看護師が個人で状況判断や対処しないように規制して、そのことをマニュアル等に明記する必要があると考える。又、院内暴力は絶対に許さないという病院の方針や危険物(包丁・裁ちはさみ・ナイフ等)の持ち込みの禁止を掲示する必要性が示唆された。

2) 看護師が暴力に対し、アサーティブな患者対応が出来るよう、院内暴力の報告システムを整備し、現場に適した「暴力対応マニュアル」を作成して、実際の事例を用いたロールプレイ等により訓練していくことが暴力対応技術の向上に繋がると考える。沖野らの包括的暴力防止プログラムの研究¹⁰⁾でも、すでに録画したロールプレイ演習場面の振り返りを取り入れた学習の特徴が報告されている。

3) 研究協力者の中には受けた暴力の振り返りがされなかった為、6年間もの長い年月をそのことに捕らわれ、暴力に対して無気力感或いは暴力を自己の看護の限界として捉えていた。又、今回のインタビューは、自分の暴力への対応は本当に

あれでよかったのかを振り返る機会になったと語った看護師もいた。このことより、暴力を受けた人の精神的サポートが受けられる「相談窓口」の設置の必要性が示唆された。

4) 現場の管理者である看護師長の院内暴力に対しての正しい認識と被害者となったスタッフへの精神的支援のあり方を再検討していく必要性も示唆された。三木らの研究¹¹⁾でも院内暴力に対する管理者教育の必要性が報告されている。

V 結 論

看護師が体験した23例の院内暴力の発生状況は大きく4群に分けられ、各群別に看護師の状況判断及び対処行動の特徴が明らかになった。1群：看護師の言動・行動が誘因で発生する暴力では、アサーティブな対応で患者を興奮・逆上させないことや興奮を収めることが重要である。2群：危険行為の注意・制止時に発生する暴力では、看護師が個人で状況判断及び対処をせず、チームや組織で対処することが重要である。3群：処置・ケアの介入時に発生する暴力では、いかなる暴力も、暴力は暴力として認識を改めていく必要がある。4群：性的暴力ではチーム全体でその対応を考えていく必要がある。

謝 辞

本研究に際し研究主旨をご理解いただき、ご協力を頂きましたA病院の病院長・看護部長をはじめ、貴重な時間を個別インタビューの協力に割いて頂きました看護師の皆様にお礼を申し上げます。なお、本稿は、平成22年度本学大学院保健看護学研究科博士前期課程の課題研究「A病院の看護師が患者・家族から受けた院内暴力の実態調査」の一部である。

引用文献

- 1) 三木明子, 友田尋子 (2010) : 看護職が体験する患者からの暴力, 日本看護協会出版会, 2-9, 39-77.
- 2) 原雅子 (2009) : 看護師が患者・家族等から受ける院内暴力の実態調査, 社会保険医学雑誌, 45, 79-85.
- 3) 小出由紀 (2007) : 救急看護師が患者から受ける暴力, 暴力の実態と患者の傾向, 長野赤十字病院医誌, 21, 116-119.
- 4) 三浦百合子, 田中淳子, 野水桂子, 牧内良重, 十文字美代子 (2008) : 看護職が患者・家族から受ける暴力行為と組織対応に向けた取り組み, 日本看護学会看護管理, 279-281.
- 5) 栗田かおる (2006) : 看護の場における暴力, 大学病院における実態調査, 日本看護学会, 看護管理, 16.10, 805-810.
- 6) 看護協会 (2006) : 「保健医療福祉施設における院内暴力対策指針－看護職のために－」, <http://www.nurse.or.jp./home/publication/pdf/bourykusisin.pdf>.
- 7) 伊藤由美子, 牧野聡明, 梅野美代子, 野崎章子 (2010) : 患者から職員への暴力の実状－暴力を受けても報告されない背景－, 日本看護学会, 看護管理, 235-238.
- 8) 河野信子, 柴田真紀 (2004) : 看護師が患者から身体的暴力を受ける体験の受け止め方や意味づけ, 精神科臨床経験3～4年の看護師が語った内容から, 北里看護雑誌, 6(1), 34-40.
- 9) 富川明子 (2008) : 精神科に勤務する看護師が患者に「脅かされた」と感じる体験, 日本精神保健看護学会誌, 17. No1. 71-81.
- 10) 沖野一成, 仁木辰哉, 富山弘美, 國方弘子 (2010) : 包括的暴力防止プログラムの院内教育に関する研究－録画したロールプレイ演習場面の振り返りを取り入れた学習の特徴－, 日本精神保健看護学会誌, 20. No1, 1-9.
- 11) 三木明子, 金子経, 石橋寧子 (2010) : 患者暴力や二次被害に関する看護管理者の認識, 日本看護学会, 看護管理, 227-230.

The Incidents of Patients' Violence and Nurses' Judgment and Coping Behaviors for Such Incidents —Interviews with 16 Nurses at Hospital "A"—

Fusako Nakasone.RN.MNS & Akiko Ikeda.RN.PHN.BNS.

Abstract

Purpose: This study aims to explicate the incidents of patients' violence that nurses experienced and to identify the nurse's coping behaviors. It also aims to utilize the finding for better coping strategies in a hospital.

Method: Each of 16 nurses in the hospital was given a semi-structured interview about his/her experience of patients' violence.

Results: 23 cases of violence from patients were classified into 4 categories according to the characteristics of incidents. Additionally, nurse's judgment and coping behaviors were analyzed. As a result, we are able to provide practical guides to prevent the violence of each category.

- 1) Violence induced by the nurse's action and reaction; Assertive training program for nurse-patient relationship is necessary.
- 2) Violence caused as to intervene in the patient's dangerous behaviors; the organizational guarding system for patients' violence is necessary..
- 3) Violence occurred on bed side during care/treatments; nurse's common recognition that patients' violence is acceptable as it is induced by their diseases needs to be revised.
- 4) Violence as sexual harassment; team supports are necessary for younger nurses who more likely become targets so as to encourage them to firmly reject sexual harassment.

Conclusions: Analyzing the incidents of violence and nurse's coping behaviors helps us to provide suggestions for practical guide to patient's violence

Key word: patients' violence, situational violence, nurse, coping behavior

報告

「健康自主管理プログラム」における看護学生の主観的体験 —プログラム終了後の面接データから—

高橋幸子¹ 伊良波理絵² 宮里智子¹ 金城忍¹ 嘉手苺英子¹

【目的】本研究は、研究者が企画した「健康自主管理プログラム」を、看護学生を対象に実施し、そこでの学生の主観的体験を明らかにすることを目的とする。

【研究方法】研究対象者は、A看護大学1年生で、プログラムへ参加した者である。プログラム期間の8週間、参加者は各自目標を立て、生活記録や万歩計など、研究者が準備した取り組み手段の中から必要なものを選択し、取り組んだ。プログラム終了後、個別に半構成的面接を行った。面接の逐語録を精読し、発言の意味内容を抽出し、主観的体験として取り出した。

【結果】プログラム参加者は8名で、年齢は10代後半から20代後半、全員女性であった。分析の結果、抽出された学生の体験は以下である。

学生はプログラムを通して、《自身の生活習慣を自覚》または《他者の体験から生活改善の必要性を自覚》し、《生活行動が変化》していた。そして《生活行動が変化》したことにより《自覚症状の改善》がみられ、《生活習慣と健康状態のつながりを実感》していた。また、《自分の体に親しみがわく》体験をしたものもいた。

プログラムに参加して大変だった点は6名が《記録の煩わしさ》をあげていた。その他、《継続する意志の持続》《自分の思う通りに生活改善や減量が進まないこと》があった。

【考察】看護は、より良い健康状態を目指し生活過程をととのえる仕事であることから、看護学生が自身の体験を通して《生活習慣と健康状態のつながりを実感》したことは看護学教育において意味があることと考える。また、生活調整が必要な対象への援助を行う際に、このプログラムでの体験が活かされると考える。しかし、看護者としての役割を果たすためには、参加者が困難を乗り越え、生活調整を継続する体験ができるよう、プログラムを改善していくことが求められる。

キーワード：健康自主管理、生活習慣、看護学生、看護学教育

I. はじめに

現代の社会は24時間体制の商業施設が多くあり、生活時間感覚を喪失しやすい状況にあるといえる。平成21年度国民健康・栄養調査結果¹⁾では、朝を欠食している若年層の約30%が学童期からの習慣であることが報告された。彼らは本来生活の中で育まれるはずの、健康的な生活リズムを修得しないまま、自立の時期を迎えている。

看護学生も例外ではない。看護学生の睡眠習慣

と食習慣について調査した研究²⁾によると、朝の欠食や深夜過ぎでの就寝が習慣化している学生が、半数近くいる現状が報告されていた。看護学生の生活調整過程とライフスタイルを明らかにした研究³⁾では、看護学生が正常な生活リズムから逸脱している自身の状態を「仕方ない」と認識し、生活調整の意志に至っていないことが報告されていた。

先行研究において、看護学生を対象にした生活習慣改善プログラムがいくつか展開されている^{4) 5)}。参加した看護学生は、生活調整によって健康状態が改善することを実感していたり、生活

¹ 沖縄県立看護大学

² 沖縄県立看護大学大学院博士前期課程

調整に取り組もうとしても実現や継続することに困難を感じていたりしていた。看護学生がこのようなプログラムに取り組むことは、将来看護師として生活調整が必要な対象者と関わる時に、この体験から得た学びが活かされることが予想され、教育的・社会的に有意義と考えられる。

本研究では、先行研究で行なわれている健康自主管理の取り組みを参考にして、A看護大生を対象に「健康自主管理プログラム」を企画・実施し、そこでの看護学生の主観的体験を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 「健康自主管理プログラム」(以下、プログラム)の企画・概要

生活改善を目的としたプログラムを実施した先行研究^{6) 7) 8)}を概観し、プログラム展開の方法について検討した。プログラムの多くが、ある一定の期間、参加者が自身の生活記録と健康状態のモニタリングを行ない、その間、定期的に看護職者との面談や参加者同士での話し合いをもち、ふりかえりを行なうというものであった。また、足達⁹⁾によれば、生活習慣の改善には、自己の選択による目標設定と行動記録による自己管理の手段をとることが有用とされている。

以上をふまえ、本プログラムでは、参加者各自が目標を立て、個人のニーズに合わせ、自身の生活記録と健康状態のモニタリングするための手段を選択・実施し、週1回の参加者同士のミーティングで振り返りを行う方法を取り入れることにした。研究者は、モニタリングのためのツールの準備とミーティングのファシリテーターの役割を担い、各参加者の目標の設定および取り組み内容については、参加者の自主性を尊重し、意図的な介入は行わないこととした。また、健康状態のモニタリングと身体機能調整手段のひとつとして、プログラム1週目に、外来講師によるヨガ指導を企画した。プログラムの期間設定は、研究者の経験的判断から、取り組みが継続可能かつ生活調整により健康状態の変化が生じると思われた8週間に設定した。8週間のプログラムのスケジュールを表1に、準備したプログラム取り組み内容を表2に示す。

2. 研究対象の選定

プログラムの参加者は、A看護大学1年生で、疲れやすいなど健康上の問題をもち、生活調整によりその改善に取り組んでみたい人、またはより健康になる生活をつくり出してみたい人とし、10名程度を募集した。

表1 プログラムのスケジュール

	週1回メンバーで集まって行なう	各自で行なう		
		食事記録	生活記録	健康観察
0週目	参加動機、目標の共有・取り組み開始			
1週目	第1回ミーティング・外来講師によるヨガ	↓	↓	↓
2週目	第2回ミーティング			
3週目	第3回ミーティング			
4週目	第4回ミーティング			
5週目	第5回ミーティング			
6週目	第6回ミーティング			
7週目	第7回ミーティング			
8週目	最終ミーティング・全体の振り返り			

3. データ収集方法

1) 参加動機・目標に関するデータ

プログラム開始時に提出された参加動機・目標記載用紙の記入内容を転記し、データとして収集した。また、初回ミーティングでの発言内容をICレコーダーに録音し、逐語録におこしてデータとして収集した。

また、各参加者の基本属性、居住形態、アルバイトなど生活背景についても確認した。

2) 主観的体験に関するデータ

プログラム終了時点から一ヶ月以内に、参加者に対して個別に半構成的面接を実施し、面接内容をICレコーダーへ録音し、逐語録におこしてデータとして収集した。面接内容は、「プログラムを通して生じた変化」「今後も続けられそうなこと」「プログラム参加に対する認識」「今後看護師として役立つこと」であった。

4. データ分析方法

参加動機・目標記載用紙から転記した内容と初回ミーティングの逐語録から、「参加動機・目標」に関する内容を文章の意味内容を崩さないよう抜き出し、参加者ごとに個別に整理したうえで、意味内容を短文で表してコード化した。プログラム終了後の面接の逐語録は、文章の意味内容をくずさないよう区切りをつけ、「プログラムを通して生じた変化」「今後も続けられそうなこと」「プログラム参加に対する認識」「今後看護師として役立つこと」に関する記述を抜き出した。記述の意

味内容を短文で表してコード化し、さらに内容の類似性から帰納的にまとめカテゴリ化した。コード化・カテゴリ化の分析は、複数の研究者で検討し、分析結果の妥当性を確保するよう努めた。

5. 概念規定

健康：人間を有機体として捉え、統一体としての調和という観点から人間の存在が有する側面、すなわち身体・認識・社会関係の間に発生する対立の調和が図られている状態¹⁰⁾。

健康自主管理：自身の健康状態や生活習慣をモニタリングし、より健康な状態に向けて生活調整を行うこと。

6. 倫理的配慮

本研究は、学生を研究対象者に教員が行うため、授業科目の成績には無関係であること、参加は自由意志によるものであること、常時辞退の申し出が可能であり、そのことにより不利益は生じないことを事前に説明し、対象者の自由意志を尊重できるように留意した。

本研究は、沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号10005）を受けて実施した。

Ⅲ. 結果

1. プログラム参加者概要

参加者は8名で全員女性だった。年齢は10代後半から20代後半で、居住形態は両親を含む家族との同居が3名、きょうだいは従姉妹との同居が3名、一人暮らしが2名であった。大学入学を

表2 プログラム取り組み内容

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">① 週に1回参加者同士でのミーティング（一週間の取り組みの振り返りと次週の目標設定及び情報交換）② 生活記録用紙（4群点数法による栄養バランス、24時間の生活リズム、自覚的健康状態）③ 「今週の目標」「目標達成のために実施すること」「結果」の記録用紙④ 食事記録ツール（食事の重さをはかる秤、「食品80キロカロリーミニガイド」）⑤ 活動記録ツール（万歩計、歩数記録データ）⑥ 体重記録ツール（体重計、体脂肪計、体重グラフ用紙）⑦ 外来講師によるヨガ指導（期間中1回） |
|---|

機に居住形態が変化した者は3名であった。

プログラムへの参加動機は、8名全員が【生活習慣の見直し】であった。次に、【減量】【体重管理】が5名、【運動の習慣化】【筋力増強】が3名、【便秘改善】【頭痛改善】など自覚症状の改善をあげた者が3名であった。その他、【将来に活かす】【周囲への普及】がそれぞれ1名であった。参加者の生活背景とプログラム動機・目標のコードを表3に示す。

2. プログラムの実際

1) プログラム実施期間

2010年10月29日～12月24日までの8週間

2) プログラムの経過の概要

プログラム開始時のミーティングにて、各参加者の参加動機・目標を発表し合い、全員で共有した。ミーティング終了後、研究者が紹介した生活記録・食事記録等のモニタリングツールの中から、各参加者が取り組みたい内容を選択し持ち帰った。参加者全員が生活記録用紙と活動記録ツールを選択していた。1週目に企画した外来講師によるヨガ指導には、7名が参加した。3週目以降は多くの参加者が記録を中断し、プログラムの後半は週1回のミーティングでプログラムを維持している

状態であった。ミーティングでは参加者が一人ずつ一週間の取り組み内容を発表し、効果があったことや困っていることについて、1時間程度話し合いを行った。各参加者の取り組み内容の経過を表4に示す。

3. 看護学生の主観的体験

プログラム終了後3～4週間の間に、参加者全員と個別に面接を行った。面接内容から抽出された看護学生の主観的体験を、1) プログラムを通して生じた変化 2) 今後も続けられそうなこと 3) プログラム参加に対する認識(良かった点、大変だった点) 4) 今後看護師として役にたつこと に分けて述べる。文中の逐語録の記述を「」で表し、() は、データもとのIDを示した。コードは【 】、カテゴリは< >で示した。

1) プログラムを通して生じた変化(表5)

参加者は、プログラムに参加することをとおして、「自分は野菜が好きだから食べているほうと思っていたけど、はかってみたら実はあんまり食べていなかったことがわかった(D)」と【感覚的な食事摂取量と実際の摂取量の差の自覚】をしたり、「自分が普段どんな生活をしているかがわ

表3 参加者の生活背景とプログラム参加動機・目標のコード

ID	生活背景	参加動機・目標のコード
A	離島出身。大学進学に伴い、実家を離れ同年のいとこと同居。	【生活習慣の見直し】【生活習慣の改善】 【日常での運動量の把握】
B	実家で家族と同居。	【生活習慣の見直し】【理想体型の実現】
C	実家で家族と同居。週2回塾講師のアルバイト。	【生活習慣の見直し】【健康状態の見直し】【減量】 【便秘改善】【睡眠時間の確保】【将来に活かす】
D	実家で家族と同居。	【生活習慣の見直し】【運動の習慣化】【筋力増強】 【頭痛改善】【睡眠の改善】【減量】【周囲への普及】
E	離島出身。高校時代より一人暮らし。	【生活習慣の見直し】【便秘改善】【体重管理】
F	祖母といとこと同居。週3回塾講師のアルバイト。	【生活習慣の見直し】【減量】【筋力増強】【理想体型の実現】
G	県外出身。一人暮らし。	【生活習慣の見直し】【減量】【筋力増強】
H	離島出身。大学進学に伴い、実家を離れ、弟と同居。週3回飲食店のアルバイト。	【生活習慣の見直し】【健康への意識を高める】 【運動の習慣化】

かった。寝る時間とか不規則だなって思った (D)」と【就寝時間の不規則さの自覚】したりするなど、《自身の生活習慣を自覚》していた。また、「みんな寝るのが遅くて、そうすると翌日体にくて、とかいう話をしていたから、みんなそうだから、やっぱり早く寝る方がいいなって (H)」と【他者の体験談から就寝時間を早める必要性に気づく】など、《他者の体験から生活改善の必要性を自覚》していた。そして、「前は自分のしたいことをして、食べたい物を食べてっていう生活をしてたけど、自分の食べたいものじゃなくて、前よりは健康を考えて、セーブしながら食べたり、歩きに行ったりするようになった (A)」と【健康を意識して食事内容を選択したり意識的に運動したりする】や、「記録をしていく中で肉中心の生活と気づけたので、ヘルシー志向になった。食べ放題に行っても、まずは野菜から取って食べるようにして。前は自分からっていうのはなかった (E)」と【不足している食品を積極的に摂る】など、《生活行動の変化》が起こっていた。そして生活行動が変わったことにより、【便秘の改善】【頭痛の緩和】【生理痛の緩和】など、《自覚症状の改善》に至っていた。そのような体験を通して、「早寝早起きをしたら…肌荒れも良くなった (A)」と【就寝時間の早まりにともなう自覚症状の改善を実感】したり、「歩くようになって動

く量が増えたのと、夜寝る前にヨガをして体を動かしてから寝るのが良かったのかな、生理痛が緩和した (G)」と【活動量の増加と生理痛の緩和のつながりを実感】したりしており、《生活習慣と健康状態のつながりを実感》していた。

また、「細くてかわいいのもいいけど、将来子供を産んだりとか、そういうことになった時にどうなのかなって。多少太いのも別にいいかな、健康なら (F)」と【将来の影響を考え体型よりも健康に価値を置く】や、「前より自分の体が好きになった。運動していない自分より、運動している自分がいい (B)」と【運動している自分の体が好き】といったように、《自分の体に親しみがわく》といった価値観の変化があった。

2) 今後も続けられそうなこと (表6)

《定期的な運動の持続》については、7名から取りだされた。「この2カ月でだいたいどのくらい歩けば何歩なんだっていうのがわかったので、それを基準にやっぴいこうかな (D)」と【体得した歩数を目安に歩くことを続ける】など、運動の内容として、歩行をあげているものが6名いた。その他の運動内容は、ストレッチやヨガ、DVDを見ながらのエクササイズがあった。

《モニタリングの持続》については、「毎日体重を量る。減ったら乗るのが楽しいし、増えたら

表4 参加者の取り組み内容の経過

【凡例】◎：ミーティング参加 ○：食事記録 △：体重測定・健康観察記録 ◇：万歩計装着かつ歩数記録

ID	A	B	C	D	E	F	G	H
開始時	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
1 週目	◎○◇△	◎○◇△	○◇△	◎○◇△	◎○◇	◎○◇△	◎○◇	◎○◇△
2 週目	◇△	◎○◇	◎○◇△	◎○◇△	◎○◇	◎○◇	◎○◇△	◎○◇△
3 週目	◎ ◇△	◎ ◇	◎○◇△	◎○◇△	◎○◇		◎○◇	
4 週目	◎ ◇△		◎○◇△	◎○ △	◎		◎ ◇	
5 週目				○ △	◎	◎ ◇	◎	
6 週目		◎ ◇	◎	◎○	◎	◎ ◇	◎	◎ ◇△
7 週目		◎	◎			◎		
8 週目	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

表5 「プログラムを通して生じた変化」に関するカテゴリー

カテゴリー	コード	データ例 * () は対象者ID
自身の生活習慣を自覚	感覚的な食事摂取量と実際の摂取量の差の自覚	自分は野菜が好きだから食べている方と思っていたけど、はかってみたら実はあんまり食べていなかったことがわかった (D)
	就寝時間の不規則さの自覚	自分が普段どんな生活をしているかがわかった。寝る時間とか不規則だなって思った (D)
他者の体験から生活改善の必要性を自覚	他者との話から3食食べる必要性に気づく	1日2食とかそういう日が多かったけど、みんなと話し合いをした時に、抜いた分だけその後に食べる食事でカロリーを摂取して太りやすいというのがわかったので、毎回、分けて摂るようになった (A)
	他者の体験談から就寝時間を早める必要性に気づく	みんな寝るのが遅くて、そうすると翌日体にきて、とかいう話をしていたから、みんなそうだから、やっぱり早く寝る方がいいなって (H)
生活行動が変化	健康を意識して食事内容を選択したり意識的に運動したりする	前はしたいことをして、食べたいものを食べてっていう生活をしてたけど、自分の食べたいものじゃなくて、前よりは健康を考えて、セーブしながら食べたり、歩きに行ったりするようになった (A)
		前はずっと家にいて本とか読んで、一歩も出なくても何にも思わなかったけど、今は1日ずっと家にいるとやばいなこれ、歩いていないな、筋肉が動いていないなって、動かないと心配になる (B)
		動くことをプラスに捉えられるようになった。前は階段とかきつい、とか思っていたけど、万歩計で数字が見えるからもっと歩こうって思った (G)
	不足している食品を積極的に摂る	記録をしていく中で肉中心の生活と気づけたので、ヘルシー志向になった。食べ放題についても、まずは野菜からとって食べるようにして。前は自分からというのはなかった (E)
	早寝早起きをする	前は結構夜中までテレビを見ていたりしたけど、12時前には寝れるようになった (D)
	土日も早起きをして最初のリズムを崩さないようにした (E)	
自覚症状の改善	便秘の改善	高校の時は本当に出なくて、3日に1回どころじゃなかった。今は毎日普通に出る。おなか張ってきつっていうのもなくなった (C)
		野菜など食物繊維を多く含む食品をとると、便秘改善になった (E)
	頭痛の緩和	小学校の時から偏頭痛持ちで、梅雨の時期とか痛み止めを飲まないとかやばかった。前は曇りでもきつかったけど、今は曇ってもまだ大丈夫かな (D)
	生理痛の緩和	前は痛み止めを飲まないとかダメなくらいだった。今も痛くないわけじゃないけど、そういえばちょっと楽かもって思う (G)
生活習慣と健康状態のつながりを実感	就寝時間の早まりにともなう自覚症状の改善を実感	早寝早起きをしたら・・・肌荒れも良くなった (A)
		早寝をするようになって朝起きづらいついていうのがなくなったし、偏頭痛が和らいだ (D)
	食事量・内容・時間と体重の関連を実感	夜に食べると太る。うすうす気づいていたけど、体重をはかるとやっぱり。本当に少ししか食べなくても増える (C)
		食べ過ぎた次の日とか、体重に表れるし、体調的にもきつい (H)
	活動量の増加と生理痛の緩和のつながりを実感	歩くようになって動く量が増えたのと、夜寝る前にヨガをして体を動かしてから寝るのが良かったのかな、生理痛が緩和した (G)
自分の体に親しみがわく	将来の影響を考え体型よりも健康に価値を置く	細くてかわいいのもいいけど、将来子供を産んだりとか、そういうことになった時にどうなのかなって。多少太いのも別にいいかな、健康なら (F)
	運動している自分の体が好き	前より自分の体が好きになった。運動していない自分より、運動している自分がいい (B)

ショック、よりがんばろうって。それだけでも効果がある(H)」と【体重測定】をあげていたものが2名いた。《意識的な食生活》については、「これからも意識をして野菜をとる(E)」と述べた1名にとどまった。

3) プログラムに対する認識(表7)
プログラムに参加して良かった点として、5名が《自身の生活習慣の見直し》についてあげていた。「自分の生活習慣が知れた。寝る時間が早かったら体調が良かったりとか、便秘のリズムとか

表6 「今後も続けられそうなこと」に関するカテゴリー

カテゴリー	コード	データ例 * () は対象者ID
定期的な運動の持続	体得した歩数を目安に歩くことを続ける	歩く時間に対して何歩ってというのがだいたいわかったので、1万歩を目指して毎日歩く。土日も用事作って出かける。(A) この2ヶ月でだいたいどのくらい歩けば何歩なんだっていうのがわかったので、それを基準にやっっていこうかな (D)
	ストレッチやヨガ	寝る前にストレッチやヨガを続ける (B)
	エクササイズDVDを見る	これを機に始めたDVDのエクササイズを続ける。体の反応を見ながらだんだん強くしていく (F)
モニタリングの持続	体重測定	毎日体重を量る。減ったら乗るのが楽しいし、増えたらショック、よりがんばろうって。それだけでも効果が上がる (H)
	運動後の体の反応を指標にする	運動した後の自分の体の反応をみる。どれくらいで筋肉痛が出るか (F)
意識的な食生活	意識的に野菜を摂る	これからも意識して野菜をとる (E)

表7 「プログラム参加に対する認識(良かった点・大変だった点)」に関するカテゴリー

カテゴリー	コード	データ例 * () は対象者ID
良かった点	自身の生活習慣の見直し	自分の生活習慣、生活リズムを客観的に知ることができた (A)
		自分の生活習慣が知れた。寝る時間が早かったら体調が良かったりとか、便秘のリズムとか (C)
	食生活・生活パターンの見直し	自分の食生活とか、生活パターンを見直すことができた。自分がどんなのを食べていて、どういう運動をしていて、今の体型を維持しているのか、というのがわかった気がした (F)
		食事の時間とかばらばらだったんですけど、食事の時間を意識するようになった (H)
	生活行動の変化	健康を意識する
仲間と一緒に取り組めたこと	便秘の改善	便秘が良くなった。今は毎日普通に出ている (C)
大変だった点	記録の煩わしさ	一人だけじゃなく、みんなでやったから、苦ではなかった。ヨガとか、おうちでぼつんってやっていたら続かない。(E)
		自分が食べたやつを毎回毎回書いたり、食事のバランスを調べたりすること。結局一週間しか続かなかった (A)
	継続する意志の持続	体重をはかりはするけど、はかって自己満足で終わるみたいな。グラフにするっていう作業ができなかった (F)
		食事を秤ではかることは、気がゆるんで途中でやめてしまった。もっとはかればよかった (C)
	自分の思うとおりに生活改善や減量がすすまないこと	記録はすごく書こう、書かなきゃ、というわけではなかったのに、続かなかった。飲み会があつて一回書かなくなると、もういいや、忘れちゃったって (G)
目標通りの運動量の実施	食事記録継続の意志の持続	自分がやると思ったことを続けることが大変だった (D)
	自分で定めた目標実施の継続	万歩計をつけて、自分が決めた歩数を歩くのが大変だった (B)

(C)」といった【生活習慣の自覚】や【食生活・生活パターンの見直し】などがあった。その他、《生活行動の変化》《自覚症状の改善》《仲間と一緒に取り組めたこと》が、良かった点として抽出された。

一方、大変だった点として、《記録の煩わしさ》については6名が述べていた。「自分が食べたやつを毎回毎回書いたり、食事のバランスを調べたりすること。結局一週間しか続かなかった(A)」と【毎回の食事バランスを調べること】や、「体重をはかりはするけど、はかって自己満足で終わるみたい。グラフにするっていう作業ができなかった(F)」と【体重を記録する作業】などがあった。

《継続する意志の持続》は、「食事を秤ではかることは、気がゆるんで途中でやめてしまった。もっとはかればよかった(C)」と【食事量計測の意志の持続】や、「記録はすぐく書こう、書かなきゃ、というわけではなかったので、続かなかった。飲み会があつて一回書かなくなると、もういいや、忘れちゃったって(G)」と【食事記録継続の意志の持続】などがあった。

《自分の思うとおりに生活改善や減量が進まないこと》は、「万歩計をつけて、自分が決めた歩数を歩くのが大変だった(B)」と【目標通りの運動量の実施】や、「自分がやると決めたことを続けることが大変だった(D)」と【自分で定めた目

標実施の継続】に大変さを感じていた。

4) 今後看護師として役立つこと (表8)

《自身の体験をふまえた生活指導》には、「自分もやせたいけどやせられなかったとか、食べたいけど食べないでいたっていう経験をしているから、その経験を交えて患者さんに伝えられたらいいかな。その気持ちが今回体験できたから(F)」と【思い通りにならない体験を共有する】や、「なかなかその人の生活習慣を変えるのは難しい。待ってあげることにはできるかな。しょうがないなって思いながら、一緒にやっていくことはできるかな(G)」と【対象のペースに合わせて寄り添う】というものがあつた。

《身体をととのえる具体的方法の実施》には、【便秘の改善方法の実施】や【ストレスを回避するための適度な運動】があつた。

IV. 考 察

本研究は、「健康自主管理プログラム」に参加した看護学生の主観的体験を明らかにした。ここでは、明らかになった体験について、看護学教育上の意味を検討し、より効果的なプログラムに改善するための方向性について考察する。

1. 看護の基幹概念に関する教育について

本研究の結果において、プログラム参加者全員

表8 「今後看護師として役に立つこと」に関するカテゴリー

カテゴリー	コード	データ例 * () は対象者ID
自身の経験をふまえた生活指導	思い通りにならない体験を共有する	自分もやせたいけどやせられなかったとか、食べたいけど食べないでいたっていう体験をしているから、その経験を交えて患者さんに伝えられたらいいかな。その気持ちが今回体験できたから (F)
	対象のペースにあわせて寄り添う	なかなかその人の生活習慣を変えるのは難しい。待ってあげることにはできるかな。しょうがないなって思いながら、一緒にやっていくことはできるかな (G)
身体をととのえる具体的方法の実施	便秘の改善方法の実施	温かいものを飲むとか、睡眠をしっかりとると良く出るとか。そういう方法をいろいろ伝えられそう (C)
	ストレスを回避するための適度な運動	ヨガは、自分が疲れているときやストレスがたまったときの対処方法として役立ちそう (E)

が、《生活習慣と健康状態のつながりを実感》していた。看護学において、生活や健康の概念は、基幹概念のひとつである。看護学教育においては、これら抽象的な概念について、具体－抽象－具体を自在に駆使できる状態¹¹⁾と学生になるよう、教師には教授方法の工夫が求められる。プログラム参加者が、自身の体験を通して、生活習慣と健康状態のつながりを実感していたことは、これらの抽象的な概念が、具体的な体験を伴って理解されたと捉えられる。このことから、学生が生活改善に取り組み、自身の生活習慣や健康状態について意識しながら過ごすことは、看護学の基幹概念を立体的に学習する教育の一助になると考えられる。

2. 生活習慣改善支援に関する教育について

本研究のプログラム参加者は、《自分の思うとおりに生活改善や減量が進まないこと》など、生活習慣改善における困難さを体験していた。一方で、今後役立つこととして《自身の体験をふまえた生活指導》をあげていた。このことから、将来、生活調整が必要な対象者への援助を行う際に、看護者の立場からだけでなく、対象者の大変な思いに寄り添いながらの指導につながると考える。しかし、対象者に寄り添ってかかわったとしても、より健康な状態に向けて生活調整をするための方策が見いだせなければ、看護者としての役割を果たしたことになる。このことから、参加者が困難を乗り越え、生活調整を継続する体験ができるよう、プログラムを改善する必要がある。

3. プログラム改善の方向性

参加者は、《記録の煩わしさ》から、途中でモニタリング記録を中断していた。モニタリング記録は、自身の取り組みの結果を示す客観的資料であり、課題を見いだすための材料となる。記録の中断は、課題の抽出を妨げ、取り組みの方向性を見失うことになる。そのため思うような結果が出ず、結果がでなければ意欲が削がれる、という悪

循環に陥る。宮川ら¹²⁾によれば、大学生に健康行動を継続させるには、行動による結果が見えることが有効、としており、結果が見えるという観点からも、記録は必須事項と考える。また、松本¹³⁾によれば、人がある行動をとるようになるためには、行動をとることのプラス面がマイナス面よりも大きいと感ずることが必要とされている。《記録の煩わしさ》によるモニタリング記録の中断は、参加者にとって、煩わしさを上回る恩恵が記録から得られなかったことを示している。記録したデータから課題を見だし取り組みに活かすためには、データが示す意味を読み取る力が必要である。本研究のプログラムは、参加者の自主性にまかせ、取り組み内容やミーティングにおいて研究者から意図的な介入は行っていなかった。しかし、参加者は看護学生であり、データが示す意味を読み取る場所に、支援が必要な段階であったと捉えられる。

以上からプログラム改善の方向性として、生活記録は選択性ではなく、期間中の必須項目としてプログラムを組むこと、参加者のモニタリング記録のデータを意味づけ、参加者にフィードバックしていく役割を担う看護専門職者がいることが必要と考えられた。

V. 本研究の意義と限界

看護学生が生活改善に取り組んだ時の主観的体験を明らかにし、生活や健康の概念を具体的な体験を伴って理解するための教育方法として示唆した点に意義がある。

今回の分析対象としたデータは、プログラム終了後、参加者がどのようにとらえているか、という主観的データのみを取り扱っている点で限界がある。参加者の体験をより浮き彫りにするために、期間中の経時的な主観的データおよび食事記録や生活記録などの客観的データも合わせて分析していくことが必要である。

また、今回の対象者は、健康自主管理の趣旨に

賛同し、プログラムに参加希望をしている点で、もともと健康について意識の高い対象群といえる。今後は、健康について意識が低く、不健康な生活習慣を繰り返している学生が参加可能なプログラムについて検討していきたい。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただいた学生のみなさまに深く感謝申し上げます。

付 記

本研究は、平成22年度沖縄県立看護大学学長奨励教育研究の一部として実施したものである。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室 (2010)；平成21年国民健康・栄養調査結果の概要について www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000xtwq.html (2011年10月9日現在)
- 2) 石川りみ子, 小林臻 (2005)；看護大学生の睡眠習慣と食習慣に関する研究, 沖縄県立看護大学紀要, 6, 1-9.
- 3) 植田彩, 小坂直子, 丸茂美智子, 高橋幸子 (2009)；看護学生の健康自主管理教育における生活調整過程とライフスタイルの構造, 千葉看護学会第14回学術集會集録, 22.
- 4) 河部房子, 山本利江, 和住淑子, 大井紅葉 (2006)；自己モニタリング・フィードバックに焦点をあてた健康自主管理システムの開発—システムを構成するモニタリング指標としての良導絡の検討—, 千葉大学看護学部紀要, 28, 35-44.
- 5) 高谷真由美 (2003)；健康習慣に関する行動課題が学生に与える影響, 順天堂医療短期大学紀要, 14, 25-33.
- 6) 足達淑子, 国柄后子, 山津幸司 (2006)；通信による簡便な生活習慣改善プログラム—1年後の減量と習慣変化, 肥満研究, 12(1).
- 7) 相馬純子 (2005)；藤沢市における30歳代への健康支援について, 日本看護学会論文集地域看護, 36, 138-140.
- 8) 松尾和枝 (2006)；セルフケア支援を目指した糖尿病予防教室の効果—宗像市との共同開催事業、一年目の実績からの検討—, 日本赤十字九州国際看護大学 IRR, 5, 48-54.
- 9) 足達淑子 (2008)；ライフスタイル療法—生活習慣改善のための行動療法— (第3版), 医薬葉出版, 東京.
- 10) 薄井坦子 (1995)；看護学原論講義, 改定版, 現代社, 東京.
- 11) 薄井坦子 (2003)；科学的看護論 第3版, 日本看護協会出版会, 東京.
- 12) 宮川淳子, 岡村純, 宮地文子, 松尾和枝 (2010)；女子看護大学生における食に関する健康行動の継続に関わる要因, 日本赤十字九州国際看護大学, 8, 1-13.
- 13) 松本千明 (2005)；医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎, 医歯薬出版株式会社, 東京.

Subjective Experience of Nursing Students about "Self-care Health Program".

Sachiko Takahashi, RN, MNsc Rie Iraha, RN Tomoko Miyazato, RN, DMSc
Shinobu Kinjyo,RN, MNsc Eiko Kadokaru,RN, DNSc

Abstract

[Objective] This study aims to explain subjective experience of nursing students who participate in "Self-care Health Program" planned by researchers.

[Method] The research subjects are first-year nursing students in a nursing collage who participate in the program. The participants decide their own goals, and then select and practice the tools (ex. life document, pedometer, and so on.) during the program period (8 weeks). Data were collected by semi-structured interviews and analyzed qualitatively after the program.

[Results] 8 female nursing students participated in the program. The program allowed the participants to experience: "awareness of own lifestyle" "awareness of the necessity for better living from the others' experience" "change of life action" "improvement of subjective symptoms" "realization of relation between a lifestyle and health status" "familiarity with own body".

[Discussion] Nursing guides someone's lifestyle toward a healthier state, so that "realization of relation between a lifestyle and health condition" is important for nursing education. The challenge is to develop the program wherein participants can overcome difficulty and manage their lifestyle.

Key word: self-care health, life style, nursing student, nursing education

報告

終末期がん患者の献体の意思を支えるための 看取りから死別に至るまでの家族ケア

謝花小百合¹ 神里みどり¹

目的: 危篤前から死亡退院に至るまで、緩和ケア病棟の看護師が実践している献体の意思を示した終末期がん患者の家族ケアを明らかにする。

方法: O県内の緩和ケア病棟に勤務する看護師2名、終末期がん患者1名とその家族2名を対象に患者の危篤前から死亡退院に至るまでの家族ケアに焦点をあて、参与観察と面接法を行った。得られた家族ケアの場面を経時的に質的帰納的に分析した。

結果: 危篤前から死亡退院に至るまで、献体という患者の意思を尊重し、患者亡き後も家族が患者の意思を遂行するための家族ケアとして8のコアカテゴリーと18のカテゴリーが抽出された。8のコアカテゴリーは、【遺される兄弟を気遣い、患者が献体の意思を伝える場面をとりもつ家族ケア】【家族が側にいることで患者に安心感を与えていることを伝える家族ケア】【家族の主体性を尊重し、家族が自ら語りだす時期を待つ家族ケア】【罪悪感を抱かせないような家族ケア】【患者と家族だけの十分な別れの時間をとりもつ家族ケア】【家族のコーピングスタイルを尊重した家族ケア】【最期の患者ケアの場をとりもつ家族ケア】【病院での葬送儀礼が安心して行えるような家族ケア】であった。

結論: 危篤前から死亡退院に至るまでの事例を通して、看護師は、患者の献体の意思決定の支援と死後、その意思を尊重し実行できるように支えるための家族ケアを明らかにした。

キーワード: 家族ケア、献体、終末期がん患者

I はじめに

現在、わが国の献体篤志家団体の数は61団体で、北海道から沖縄までの献体登録者数は216,420名を越えており、すでに献体を終えた数は81,942名と報告されている¹⁾。沖縄県内においては、医学教育へ貢献するために、献体に賛同した会員の組織として琉球大学でいご会がある。2011年3月末現在、琉球大学でいご会の会員数は2,115名で1979年の発足以来、献体者数は393名であることが報告されている²⁾。

生前、患者が献体の意思を示しても、患者死亡後に実際にその意思を実行しているのは遺された家族である。しかし、患者の献体の意思を尊重し、

患者が亡くなった後にその意思を実行している家族に対しての支援のあり方に関する研究報告は皆無に等しい。献体数も増加傾向にある現状を鑑みると、患者の献体の意思を尊重し、死後、その意思を実行している家族に対しての支援を明らかにすることは意義があると考えられる。

そこで本研究では、危篤前から死亡退院に至るまで、緩和ケア病棟の看護師が実践している献体の意思を示した終末期がん患者の家族ケアを明らかにすることを目的とする。

II 研究方法

研究デザインは、看護師が行っている家族ケアについて参与観察法および面接法によるデータ収集を行った事例研究である。

¹ 沖縄県立看護大学

1. 研究参加者

〇県内の緩和ケア病棟の看護師2名と入院中の終末期がん患者1名およびその兄弟2名の計5名である。

2. データ収集方法および期間

筆者は、担当看護師と共に患者ケアを行いながら、看護師が実践している終末期がん患者およびその家族ケアに関して参与観察を行い、フィールドノーツに記載した。また、参与観察を行いながら、看護師が行っている家族ケアの行動やその意図などについて担当看護師に非構造化面接を行い、その内容を語録として記録した。データ収集期間は、平成22年3月16日から3月27日であった。

3. データ分析方法

フィールドノーツや逐語録から、家族ケアと思われる言動や行動を抽出しカテゴリー化を行った。全分析過程において、質的研究の経験がある研究者のスーパーバイズと緩和ケア病棟の看護師を含む定期的なゼミナールでのピアレビューを行った。

4. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、研究参加者の看護師に対しては、研究の趣旨や研究への参加は自由意思であることなどを説明し同意を得た。終末期がん患者およびその家族に対しては、信頼関係を築くために担当看護師と共に通常ケアを数日間行った後に、研究の趣旨を説明し、研究参加への同意を得て調査を行った。

なお、本研究は沖縄県立看護大学倫理審査委員会および施設の倫理委員会の承認を得て行った。

5. 事例紹介

終末期がん患者A氏は、20XX年X月に胃がんと診断され、肝臓転移、骨転移(Stage4)に対して化学療法と放射線療法などの治療が行われていた。患者A氏に対する余命告知は前病院で行わ

れていた。

患者A氏は自らの意思で緩和ケア病棟に入院し、最後まで痛みがなく、好きなように余生を過ごしたいという希望を持っていた。独身のA氏は、自分が亡くなった後に兄弟に迷惑をかけたくないとの気持ちから献体を決意していた。

Ⅲ 結果

1. 研究参加者の概要

看護師の概要に関して、看護師Gは30歳代、臨床経験年数10年、緩和ケア経験年数1.5年であり、看護師Mは50歳代、臨床経験年数22年、緩和ケア経験年数3.0年であった。

患者および家族の概要に関して、患者A氏、50歳代で独身、姉B氏は50歳代、兄C氏は70歳代であった。

2. 危篤前から死亡退院に至るまでの家族ケア

危篤前から死亡退院に至るまでの家族ケアとして8のコアカテゴリーと18のカテゴリーが抽出された(図1)。文中の表示は、〔 〕内はコアカテゴリー、【 】内はカテゴリー、《 》内はサブカテゴリー、〈 〉内はコード、「 」は具体的な発言を表示した。

1) 危篤前から臨終までの各時期における家族ケア

(1) 危篤前の時期における『遺される兄弟を気遣い、患者が献体の意思を伝える場面をとりもつ家族ケア』

危篤前の時期における家族ケアは、余生は好きなことをして過ごしたいという患者A氏の意思を尊重し【患者の自律性を支える】看護援助であった。また、患者A氏は《患者を支えた姉たちに感謝の気持ちとしての財産分与》や《姉たちに迷惑をかけたくない献体を希望》するなど、【遺される兄弟を気遣い献体を希望】する意思を看護師に語っていた。看護師は、献体

の意思を家族に直接伝えることは重要であることを患者A氏に伝えた。数日後にA氏から、財産分与や献体のことについて家族に伝えたいとの相談を受け、看護師は、看護援助として家族会議の場面設定を行っていた(表1)。

(2) 危篤時期における『家族が側にいることが患者に安心感を与えていることを伝える家族ケア』および『家族の主体性を尊重し、家族が自ら語りだす時期を待つ家族ケア』

危篤時期における家族ケアとして、看護師は患者A氏の外出の様子や世話をしている野鳥の写真を見せて、A氏の入院生活の様子を姉B氏と兄C氏に伝えていた。看護師Mが患者A氏の様子を見たと兄C氏に伝えると、兄C氏は、自宅の庭でサルと犬を飼っていたことなど元気な頃の患者A氏の思い出を語りだした。看護師Mは、A氏の兄弟が「ライフレビューを行えるように働きかけ、家族の気持ちを傾聴」するなど、家族

が【安心して患者の側にいられるように保証】する家族ケアを行っていた。また、看護師Mは、「Aさん(患者)は、お兄さん方が側に居て下さるので安心してと思いますよ」と伝え【家族が側に居ることで危篤状態の患者に安心感を与えていることに気づかせる支援】を行っていた。

さらに、『家族の主体性を尊重し、家族が自ら語りだす時期を待つ家族ケア』では、看護師Mは、「今までの緩和ケアの経験から、家族自身が話す準備ができた時は、家族から語りだすことが多い。A氏の兄弟には、献体に対する家族の思いについて一度、他の看護師が尋ねており、私(看護師M)から再度、尋ねることはしない。でもね、家族の気持ちが表出できるような機会を意図的につくり、家族が気持ちを語り出した時は、いつでも聴く準備をしているの」と【家族の強さを信じ、敢えて核心に触れない】家族ケアを実践していた。

表1. 献体の意思を示した患者が、その意思を家族に伝えるための支援の場面

看護師G:	姉B氏や長兄C氏に、患者A氏が死後に献体を希望している件を患者の気持ちを代弁し説明をする。
姉B氏兄C氏:	頷きながら説明を聞いている。
看護師G:	「患者さんがお亡くなりになった後は、ホスピスでは、お風呂に入れ、お別れ会を行った後、でいご会の方がお迎えに来ます。その後、でいご会で合同のお葬式を行います。また、患者さんがお亡くなりになった後は、身内の方がでいご会に連絡することになっています」と家族の顔を見て話す。
患者A氏:	看護師Gが説明後に、献体を行うこと理由は兄弟に伝えずに「これでよろしく」とでいご会への入会の書類を兄C氏に手渡す。
兄 C氏:	献体に関しての説明の中で時折涙目になるが、患者A氏に向かい、「献体は並みの人ではなかなかできないよ。A(患者)は偉いよ」と言葉をかける。
患者A氏:	兄弟に向かい「ありがとう」と言う。
看護師G:	「何かお聞きになりたいことや気になることがありますか」と兄弟に尋ねる。
姉 B氏:	看護師の顔を見て、首を横に振り、気になることはない意思表示をする。
兄 C氏:	姉B氏と同じように首を横に振る。
看護師G:	A氏と兄弟との話し合いが終了後にナースステーションで「患者のためにやっとな家族が思えることは、積極的に伝えるけどね。家族に罪悪感を抱かせるようなことはあまり伝えない。だから、A氏が遺される兄弟に気遣い、献体を決めたことについて、家族には看護師からは話さない」と筆者に語る。

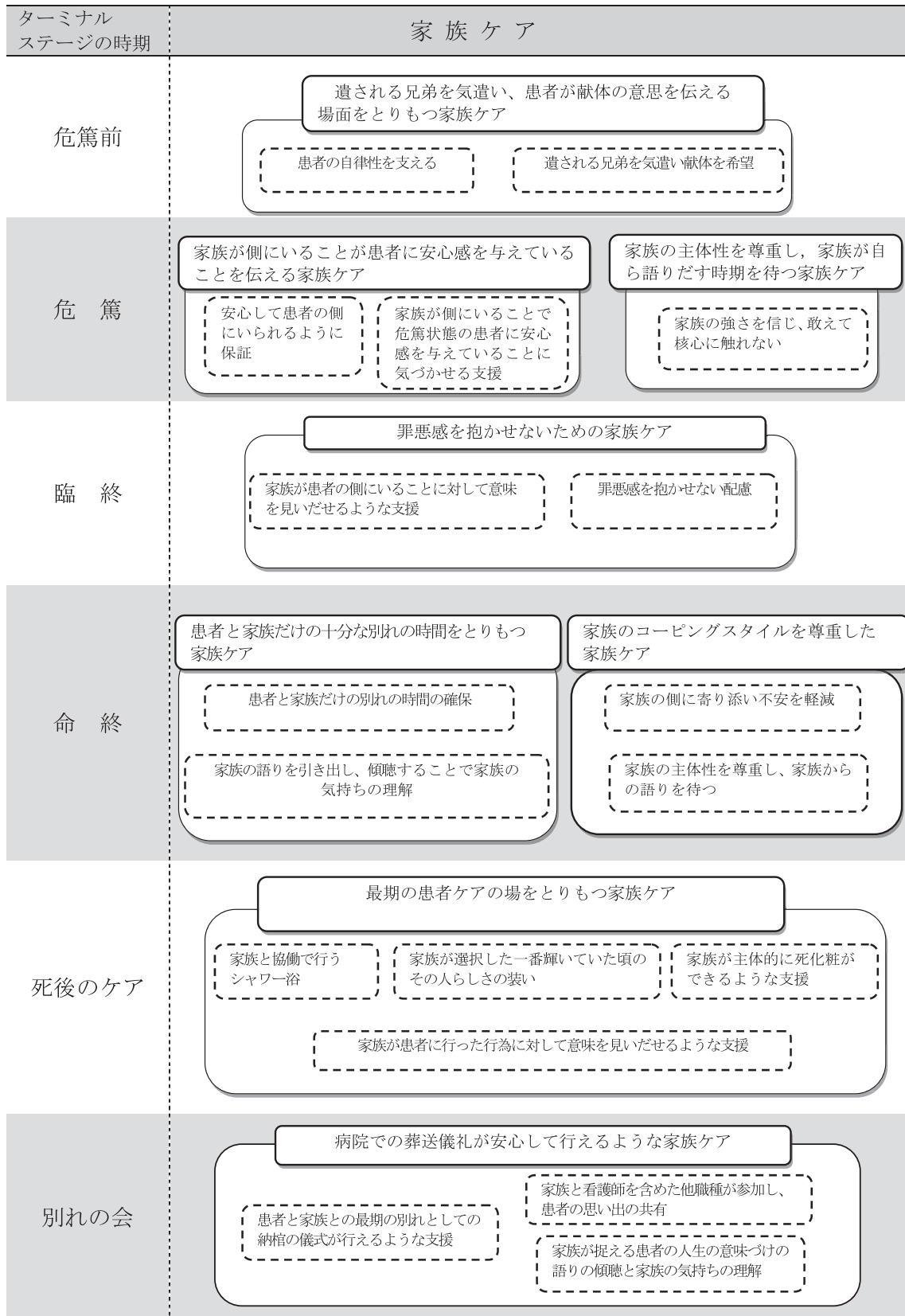


図 1. 献体の意思を示した終末期がん患者の危篤前から死亡退院に至るまでの家族ケア

コアカテゴリー

カテゴリー

(3) 臨終時期における【罪悪感を抱かせないための家族ケア】

臨終時期における特徴的な家族ケアとして、再度、看護師は「Aさん（患者）も、お兄さんやお姉さんが側にいて下さるので安心していただけますよ」などと【家族が患者の側にいることに対して意味を見いだせるような支援】であった。患者の呼吸が止まっていることに気がついた看護師は「患者の側に付き添っている家族が気づかないほど静かに息を引き取ったことを落ちついて家族に伝える」ことや《家族が側にいることで患者が安心して旅立ってたことを伝える》など患者の呼吸停止に気がつかなかったことに対して【罪悪感を抱かせない配慮】をするなどの家族ケアを行っていた。

2) 患者の呼吸停止から死亡退院に至るまでの各時期における家族ケア

(1) 命終時期における【患者と家族だけの十分な別れの時間をとりもつ家族ケア】

命終時期における特徴的な家族ケアのひとつは【患者と家族だけの別れの時間の確保】であった。看護師は、患者の呼吸が止まると直ぐに医師を呼ぶのではなく、【患者と家族だけの十分な別れの時間をとりもつ家族ケア】を行っていた。緩和ケア病棟の医師や看護師は、家族の後悔を最小限にするような関わりを行っていた。

家族のための死亡時間が医師により宣告された後に、看護師は、生前患者A氏がよく聞いていた「一粒の種」の曲を兄弟と共に聴きながら、家族の側に寄り添うことで、姉B氏の語りを引き出していた。姉B氏は、「皆さん（看護師）とコンサートに出かけた時の写真のA（患者）はとってもいい笑顔をしていました。A（患者）は、ホスピスに入院する前は、落ち込んでばかりでしたが、ホスピスに入院してからは、とても明るくなりました。本当にホスピスで幸せに過ごしたのだと思います」と語っていた。つまり、

看護師が家族の側に寄り添い時間を共有することで【家族の語りを引き出し、傾聴することで家族の気持ちの理解】に繋がっていた。

命終時期におけるもうひとつの特徴的な家族ケアは、【家族のコーピングスタイルを尊重した家族ケア】であった。看護師Mは、あまり感情表出を行わない家族が（献体の手続きに関して不安ではないかと慮り、病室を再訪問）し【家族の側に寄り添い不安を軽減】するための家族ケアを行っていた（表2）。それと同時に【家族の主体性を尊重し、家族からの語りを待つ】という家族ケアを実践していた。

(2) 死後のケアの時期における【最期の患者ケアの場をとりもつ家族ケア】

看護師は、家族が死後のシャワー浴に参加する際は、家族のペースに配慮し【家族と協働で行うシャワー浴】を支援していた。シャワー浴終了後は、姉B氏が準備したオレンジ色のシャツを着せる場面で、看護師Gは、「オレンジのシャツがとても、Aさん（患者）にお似合いですね」などと伝え、【家族が選択した一番輝いていた頃のその人らしさの装い】を支援していた。また、死化粧の場面では、看護師が主体的に化粧を行うのではなく、看護師Gは、「Aさん（患者）、男前になっていますね。お姉さん方はお化粧がお上手ですね」などと姉B氏を励まし【家族が主体的に死化粧ができるような支援】を行っていた。死後のケア場面を通して、看護師Gは、患者の臨終時期において姉B氏が患者A氏の側にいた行為を想起させる関わりを行い、再度、【家族が患者に行った行為に対して意味を見いだせるような支援】の家族ケアを行っていた。

看護師Gは、死後のケアが家族にとって患者にできる最期のケアであることを意識し、家族が患者に対してできる限りのことはやったという思いを抱けるように関わり、家族の後悔を最

小限にするような家族ケアを実践していた。

(3) 別れの会における【病院での葬送儀礼が安心して行えるような家族ケア】

別れの会における特徴的な家族ケアは、【患者と家族との最期の別れとしての納棺の儀式が行えるような支援】であった。看護師は、葬送

儀礼の一つである納棺の儀式を執り行う家族の側に寄り添い、家族の精神的な支えとなれるように支援していた。具体的には、看護師が家族の側にいるだけで、姉B氏は看護師Mに目で合図するなど家族と看護師が非言語的コミュニケーションを行っていた。また、看護師が家族に寄り添い見守るケアを行うことで、家族の鞆を持

表 2. 感情表出をあまり行わない家族の側に寄り添い、不安の軽減を行う家族ケアの場面

看護師M：兄C氏が献体の手続きで不安をもっているのかもしれないと慮り、兄C氏の様子を確認するために病室を訪問する。

病室の入り口で、兄C氏と姉妹が、でいご会入会申し込みの書類をみながら、どこに連絡をしていいのかわからない感じで、書類を見ている。

看護師M：長兄C氏の側に寄り添い、「どうしましたか」と声をかける。

兄 C氏：「A（患者）から、俺が死んだら、これをしてくれと、この紙を渡されただけだから、よく分からんよ。はっ・・・（ため息をつく）。看護師さん、何かA（患者）から聞いていない？」と困ったような表情で看護師に話しかける。

看護師M：「Aさん（患者）が亡くなった後に、ご家族がでいご会に連絡をすることになっていますので・・・」と、兄C氏と一緒に書類をみる。でいご会の連絡先がある書類を見つけ、「この連絡先に電話をしてみてください。その時に入会申し込みを済ませている患者A氏の名前を伝え、『家族です』と言って、亡くなったことを伝えて下さい」と長兄C氏に説明を行う。

看護師Mは兄C氏に寄り添い、兄C氏が気になったことを直ぐ看護師に相談できるような配慮をしていた。

兄 C氏：でいご会への連絡が済んだ後に、「これから、でいご会の方がホスピスに来てくれることになった」と看護師Mに伝える。「後は何をすると」と看護師Mに尋ねる。

看護師M：兄C氏の質問の意図を考えているような顔をしていると・・・

兄 C氏：「私たちは、（患者A氏から）この献体の書類を渡されたから・・・、A（患者）がやってほしいようにやるけどね・・・」と少しくつむき加減になり、少々残念そうな顔をする。

看護師M：兄C氏の言葉に頷いている。

・・・5秒程の沈黙があり・・・

兄 C氏：「牧師さんは・・・土曜日は牧師さんは休みなので来るの？」

看護師M：「Aさんの体をきれいにした後に、牧師先生が来てお別れの会をしますね」とゆっくりと兄C氏に話す。

兄 C氏：「そう・・・、牧師さんが来てくれるの。それが聞きたかったんだよ。ありがとう」と少しホッとした表情になる。

看護師M：しばらく家族の様子を見ていたが、「何か気になることはありますか」と兄C氏に尋ねる。

兄 C氏：看護師の顔を見て、首を横に振る。

看護師M：ナースステーションに戻り、「家族が献体に対してどう思っているかについては、敢えて尋ねていないけどね、看護師が家族の側にいると、家族が気にしていることや話したいことは話してくれるの。だから、暫く家族の側にいることは大事なの」と筆者に語る。

つなど些細なことにも配慮し、納棺の儀式がスムーズに行えるように患者A氏の家族を支えていた。

患者を見送る場面では、姉B氏と看護師たちは患者A氏を乗せた葬儀社の車が見えなくなるまで見送っていた。その後、姉B氏は看護師Mと抱き合いながら涙を流し「ありがとう、本当にありがとう」と何度も感謝の気持ちを伝えていた。

IV 考 察

緩和ケア病棟の看護師が実践していた、終末期がん患者の献体の意思を尊重し、患者死亡後もその意思を実行することができるような家族ケアのあり方について考察を行う。

1. 危篤前から臨終の時期における看護援助として、患者の献体の意思を尊重することができるような家族ケア

終末期がん患者の家族ケアに関する先行研究において、臨終前後の家族ケアは、患者と死別した後の遺族ケアにつながる重要なケアであることが報告されている³⁻⁶⁾。また、生前の患者に対しての家族の心残りを軽減することは遺された家族の支援になりうることが唆されている⁷⁾。

緩和ケア病棟の看護師は、献体の意思を示した終末期がん患者が、家族にその意思を伝えることができるような場をとりもつ家族ケアを行っていた。患者A氏は、献体の意思を家族に伝えていたが、【遺される兄弟を気遣い献体を希望】することに至った本心については、家族に伝えていなかった。また、兄弟も献体に至った理由などを患者A氏に尋ねることはなかった。患者A氏とその兄弟はお互いに相手を気遣う気持ちから献体を行う理由など核心には触れなかったのではないかと考える。

緩和ケア病棟の看護師は、献体についてどのような気持ちを持っているのかなど家族に直接尋ね

ることはせず、意図的に家族と過ごす時間をつくり家族が気持ちを表出しやすい雰囲気をつくっていた。看護師Mは、これまでの緩和ケアの経験に基づき、家族が気がかりや不安な気持ちを持っている場合は、家族から看護師に話してくることを信じていた。だから、敢えて看護師から献体に対する家族の気持ちを尋ねるのではなく、家族の主体性を尊重し、家族が自ら語りだす時期を待つという家族ケアを実践していたのだと考える。

看護師が献体に対する気持ちを家族に尋ね、そのニーズを理解しそれに添った支援を行うことも重要な家族ケアであると考えられる。しかし、今回、緩和ケア病棟の看護師が実践していたような家族ケアのあり方、つまり、家族が感情を表出しやすい環境をつくり、家族の自律性を尊重し、家族が自ら語りだす時期まで待つという支援も一つの家族ケアになり得るのではないかと考える。

2. 患者の呼吸停止直後から死亡退院に至るまでの看護援助として、献体の意思を尊重し実行することができるような家族ケア

兄C氏のように患者が亡くなった直後に、患者が示した献体の意思を尊重し実行することは容易ではないと推察される。看護師Mは、兄C氏がひとりで献体の手続きを行うことに対して不安であろうと兄C氏の気持ちを慮り、意図的に家族の側に寄り添っていた。

死後のケア場面で、看護師が、生前患者のために行った行為の意味づけを伝える家族ケアを行うことにより姉B氏の語りを引き出していた。そして、看護師は、その語りを傾聴することにより、家族の心情を理解することに繋がっていたのではないかと考える。

一般的に死亡退院後、遺体は自宅に戻り、そこで通夜・納棺などの葬送儀礼が執り行われる。しかし、献体の意思を示した患者の遺体は、自宅ではなく直接大学に運ばれていくことが多い¹⁰⁾。実際に患者A氏の場合も緩和ケア病棟が納棺の儀式

を執り行う場となっていた。そのことは、病院が患者と家族との最期の別れの間であることを意味している。看護師は、家族が葬送儀礼を執り行う場に立ち会い、家族に寄り添い見守るケアを行っていた。それは、家族が必要な時は直ぐに家族ケアが提供できるようにしていたのだと考える。

家族の側に寄り添い見守る家族ケアは、生前、患者が示した献体の意思を、死後もその意思を尊重し実行する家族に対して重要な家族ケアになるのではないかと考える。

V 結 論

危篤前から死亡退院に至るまでの事例を通して、患者の献体の意思決定の支援と患者死亡後もその意思を尊重できるような家族ケアについて明らかにした。

危篤前から臨終に至るまでの家族ケアとして、看護師は、患者が献体の意思を家族に伝える場を設けていた。また、感情表出をあまり行わない家族に対して、家族の側に寄り添い、家族が自ら語りだすまで待つという家族ケアを行っていた。

患者の呼吸停止直後から死亡退院に至るまでの家族ケアとして、看護師は、患者と家族だけの十分な別れを取り持つ支援や死後のケアの場面では家族が最期の患者ケアを行えるように配慮していた。病院で納棺の儀式を執り行う家族に対して、看護師は家族が安心して葬送儀礼を行えるように、家族の側に寄り添い見守るといった家族ケアを行っていた。

病院で納棺の儀式を行うということは、通常の葬送儀礼などのように公的にグリーフ（悲嘆）を表出できる場が無いことを意味しており、遺族会など、献体を経験した家族の集まりを持ち、家族が感情を表出できる場や患者の思いを共有できる場が必要であろう。

研究の限界

本研究の限界として、ケアの受け手である終末期がん患者の家族に対して参与観察で得られた情報を直接家族に確認することができなかったことである。効果的な家族ケアを実践するためには、遺された家族の気持ちを確認することが必要である。

謝 辞

調査に応じて下さいました患者様のご冥福をお祈りし、繊細かつ敏感な状況の中で、調査にご協力を頂きましたご家族ならびに看護師の皆様に深謝致します。本論文は平成23年度沖縄県立看護大学大学院保健看護研究の博士論文の一部であり、収集したデータを再分析したものである。

引用文献

- 1) 財団法人日本篤志献体協会 (2010)
<http://www.kentai.or.jp/what/01whatskentai.html>. (2011年9月24日現在)
- 2) 琉球大学 でいご会 (2011)
<http://www.u-ryukyu.ac.jp/info/deigo2011062901/>. (2011年9月24日現在)
- 3) 戸井間充子, 大嶋満寿美, 田中愛子, 白石日出子 (1999) : 生前からの家族介入が遺族のグリーフワークに与える影響, 死の臨床, 22(1), 100-105.
- 4) 岸恵美子, 渡邊純枝, 百瀬真由美, 神山幸枝 (2000): 大学病院における終末期患者の家族への援助および遺族ケアの実際, 自治医大看護短期大学紀要, 8, 45-50.
- 5) 寺崎明美, 中村健一 (1998) : 配偶者喪失による高齢者の悲嘆とそれを左右する要因, 日本公衆衛生学会誌, 45(6), 512-525.
- 6) 奥祥子 (2000) : 看病の程度が高齢者の配偶者死別後の心理変化に及ぼす影響, 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 11(1), 69-74.
- 7) 坂口幸弘, 池永昌之, 田村恵子, 恒藤暁(2008) :

ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探
索的検討, 死の臨床, 31 (1), 74-81.

8) 財団法人 日本篤志献体協会 (2010)

<http://www.kentai.or.jp/what/02toroku.html>.

(2011年9月24日現在)

Family Care to Support for Terminal Patients wish for Own Body's Donation

Sayuri Jahana. RN, DNSc & Midori Kamizato. RN, PHN, DNSc

Abstract

Purpose: To investigate bereaved care as family care to support the family that the patient had donated his body after death for medical research.

Methods: This study was a case study to collect data primarily through observations and interviews. Study participants were 2 nurses, 1 cancer patient with terminally ill and 2 siblings of the patient in a palliative care unit in O prefecture.

Results: The nurse supported the family to carry out the patient's wish for donation of his body after his death. There were eight core categories and 18 categories. The eight core categories were: 【Family care that the nurses support the patient to tell his intention of the body donation to his siblings】 【Family care that the nurse tell the siblings that patient seems to be peace in mind when the siblings stay with him】 【Family care that the nurse is waiting for the words from the siblings with respecting their autonomy】 【Family care that the nurse gives sense of not a feeling of guilt】 【Family care that the nurse gives enough time to the siblings for farewell the deceased patient】 【Family care to respect the family's coping style】 【Family care that the nurse and family give the care of the deceased patient together in the last moment】 【Family care that the nurse make the siblings do the funeral ceremony with peace of mind in a hospital】

Conclusion: The nurse support the patient's wish for the donation of his body after his death and support his family to achieve patient's wish.

Key word: Bereavement Care, Family care, Own body's donation, the cancer patient with terminally ill

報告

要介護高齢者の社会への参加ニーズとその特性

田場由紀¹ 大湾明美¹ 伊牟田ゆかり¹ 糸数仁美¹ 呉地祥友里² 野口美和子²

【研究目的】本研究では、社会への参加を社会システムからの参加と個別のつながりからの参加に区別し、要介護高齢者の社会への参加ニーズとその特性を導くことを目的とする。

【研究方法】研究参加者はひとり暮らし要介護高齢者31名であった。データの収集は、半構造化した面接調査を実施、調査項目は①基本情報、②社会への参加ニーズについて、③過去から現在までの社会への参加状況、④介護状況であった。データの分析は、逐語録から作成した個票に基づいて、回答内容を原文で抜き出しキーセンテンス化、キーセンテンスの類似を集めサブカテゴリー化した。これらサブカテゴリーについて、調査項目ごとの分析と、ニーズの特性を検討するために事例ごとの分析を行った。

倫理的配慮は、沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会で承認を得た。

【結果および考察】要介護高齢者の主観的な社会への参加ニーズは、『社会システムからの参加ニーズ』と『個別のつながりからの参加ニーズ』があった。要介護高齢者の社会への参加ニーズの特性として、過去から現在の社会への参加状況の影響が語られており、2種類のニーズが互いに関連した個別的で多様なニーズであることが示唆された。

社会への参加ニーズの組み合わせは、『双方群』、『社会システムのみ群』、『個別のつながりのみ群』、『社会への参加ニーズなし群』の4タイプがあった。社会への参加ニーズについての質問には、半数以上の高齢者が「歳なのでやりたいことは何もない」と回答し、面接の経過で参加ニーズが挙がってきたという特徴があったことから、要介護状態での社会への参加ニーズは表出されにくいニーズと考えられた。要介護高齢者の社会への参加を促進する看護職の役割として、過去の社会への参加状況から把握するアセスメント力をつけ、主観的な参加ニーズを捉え、個別的な支援を検討する必要性が示唆された。

キーワード：要介護高齢者 参加ニーズ つながり

I. はじめに

長い老年期を健康で生きがいをもって過ごすために、すべての人が地域とつながりを持つ社会づくりがめざされている¹⁾。そこで、これまで社会への参加対象から外れざるを得なかった要介護高齢者の社会への参加と、参加を促進する看護職の役割について検討が必要と考える。

参加の場である社会について、「社会システム」という捉え方と、「個々人の間の相互作用（以下、「個別のつながり」とする）」という捉え方がある²⁾。前者は、国や自治体、会社、家族など組織

化、公式化した集団を単位とし、個人はその組織や集団に求められる役割を果たす。一方後者は、個別のつながりとその相互作用の結果が社会であるという立場で、個人が他者とかわりを持つことで社会が構成される。要介護高齢者の場合、社会システムからの離脱が余儀なくされるが、生活してきた歴史の中で、様々な他者と相互作用を繰り返してきた経験から、選択的に個別のつながりを形成していることを考えると、要介護高齢者の社会への参加は、社会システムからの参加よりも個別のつながりからの参加が相対的に拡大すると考える。つまり、要介護高齢者の社会への参加促進を検討するには、個別のつながりからの参加に焦点を当てる必要がある。

¹ 沖縄県立看護大学

² 元沖縄県立看護大学

これまで、高齢者の社会への参加に関する報告^{3)~5)}では、国が展開する参加支援についての効果や課題が明らかになっているが、高齢者はどのような参加を望んでいるのか。ニーズについて、Bradshaw⁶⁾は対象者の立場から捉えた主観的ニーズと、専門職などの立場から捉えた客観的ニーズに分類している。社会福祉や介護サービスの領域では、包括的なアセスメントのために主観的ニーズが軽視できず、またソーシャルワークのクライアント中心の原則からもその重要性が強調されている⁷⁾。

以上のことから、要介護高齢者の社会への参加を検討するには、社会への参加ニーズを主観的ニーズから把握することが必要と考える。そこで、本研究では、社会への参加を社会システムからの参加と個別のつながりからの参加に区別し、要介護高齢者の社会への参加ニーズとその特性を導くことを目的とする。

【用語の定義】

社会システムからの参加：組織や集団に所属し、社会への参加を達成することとする。例えば、仕事を通して経済活動に参加する、地域活動を通して地域での役割を担う、家事や家業を通して家族での役割を担うこととする。また、公的に組織されたサークルや教室に参加することを含む。

個別のつながりからの参加：家族や親族の中の個々人、および隣人、知人、友人などのインフォーマルな関係者とのかかわりを通して社会への参加を達成することとする。例えば具体的な他者と生活の中ですべて時間を過ごし楽しむこと、支援しあうことなどとする。その中には個人の集まりであるモアイへの参加を含む。

社会への参加ニーズ：現在の生活でやりたいこと、やりたくてもできないこと、できないけどやりたいこととして語られた、社会システムあるいは個別のつながりからの参加希望や要望のこととする。

II. 研究方法

1. 研究参加者（表1）

研究参加者は、11か所の高齢者サービス提供機関から紹介を受け、同意の得られたひとり暮らし要介護高齢者31名であった。年齢は前期高齢者10名、後期高齢者10名、85歳以上の超高齢者11名で、平均年齢は80.16（±7.76）歳であった。性別は女性21名、男性10名であった。

2. 研究方法

1) データの収集

データの収集は、半構造化した面接調査で、面接時間は60分～90分、場所は研究参加者宅で実施した。調査の内容は調査票に記載し、研究参加者の了解をえてICレコーダーに録音、逐語録を作成した。さらに調査票と逐語録から、研究参加者ごとの個票を作成した。調査項目は、基本情報、社会への参加ニーズについて、過去から現在までの社会への参加状況について、現在の生活で必要な介護の状況についてであった。

2) データの分析

データの分析は、調査項目ごとの分析と事例ごとの分析を行った。共通の分析として、逐語録から調査項目ごとに回答内容を原文で抜き出し、原文の意味内容が変化しないようキーセンテンス化した。キーセンテンスの類似したものを集め、サブカテゴリー化し、個票を作成した。調査項目ごとの分析では、個票からサブカテゴリー化されたものを質問項目ごとにあつめ、カテゴリー化した。さらにカテゴリーから目的に照らして命名を導いた。

事例ごとの分析では、社会への参加ニーズについて、調査項目ごとの分析で導かれたカテゴリーの有無を整理し、タイプ分類をした。なお、データの分析については、老年保健看護の教員、大学院生、大学院修了生で構成する老年保健看護研究会で討議、合意を得た。

表1 研究参加者の概要

ID	年齢	性別	要介護度	主要病名	家族構成			ひとり暮らしの状況	
					結婚歴	子の有無	子との距離*	期間	きっかけ
1	85	女	要介護3	脊柱管狭窄症	なし	—	—	48年	実家からの独立
2	80	女	要支援2	子宮ガン術後後遺症	あり	なし	—	16年	配偶者の死亡
3	80	女	要介護4	関節リウマチ	あり	あり	遠方	6年	親の死亡
4	88	女	要介護4	腰椎圧迫骨折	あり	あり	近隣	7年	別居
5	74	男	要介護2	慢性閉塞性肺疾患	あり	あり	近隣	30年以上	別居
6	86	女	要支援1	変形性膝関節症	あり	あり	遠方	25年	離婚
7	70	女	要介護1	スティフマン症候群	あり	あり	近隣	12年	配偶者の死亡
8	93	女	要支援2	変形性膝関節症	あり	なし	—	5年	配偶者の死亡
9	91	女	要支援2	変形性膝関節症	あり	あり	遠方	30年以上	子の独立
10	84	男	要介護1	慢性閉塞性肺疾患	あり	なし	—	4年	きょうだいの死亡
11	68	男	要介護1	脳梗塞後遺症	あり	あり	近隣	8年	配偶者の死亡
12	74	男	要介護2	大腿骨骨頭壊死	あり	あり	近隣	7年	子の独立
13	87	女	要介護1	脊柱管狭窄症	あり	あり	近隣	10年	子の独立
14	86	女	要支援2	変形性膝関節症	あり	なし	—	3年	配偶者の入院
15	82	女	要介護1	腰椎圧迫骨折	あり	あり	近隣	15年	配偶者の死亡
16	75	男	要支援2	腰痛症	あり	なし	—	28年	配偶者の死亡
17	68	男	要支援1	パーキンソン症候群	あり	あり	近隣	7年	配偶者の死亡
18	81	女	要支援2	腰痛症	あり	あり	近隣	12年	配偶者の施設入所
19	74	男	要支援2	パーキンソン症候群	あり	あり	近隣	30年	離婚
20	80	男	要介護2	統合失調症	あり	あり	遠方	4年	配偶者の施設入所
21	88	女	要介護1	変形性膝関節症	あり	あり	近隣	12年	離婚
22	93	女	要介護2	変形性膝関節症	あり	あり	近隣	9年	離婚
23	89	女	要介護2	変形性膝関節症	あり	あり	近隣	6年	配偶者の死亡
24	74	女	要介護2	腰椎圧迫骨折	なし	—	—	50年以上	実家からの独立
25	68	女	要支援2	関節リウマチ	あり	あり	近隣	10年	配偶者の死亡
26	88	女	要介護3	右大腿骨骨折術後	あり	あり	遠方	13年	配偶者の死亡
27	78	男	要介護2	頸椎後縦靭帯骨化症	あり	あり	近隣	8年	子の独立
28	83	女	要介護3	変形性膝関節症	あり	あり	近隣	8年	配偶者の入院
29	74	女	要支援1	関節リウマチ	あり	あり	近隣	25年	子の独立
30	76	女	要介護1	肥満性低換気症候群	あり	なし	—	10年	配偶者の死亡
31	68	男	要介護2	低血糖性脳障害	あり	あり	近隣	1年	子の入院

*子との距離は子のひとりでも島内居住の場合は近隣、それ以外は遠方とした

本文中には、サブカテゴリーを《 》、カテゴリーを【 】で表記した。さらにカテゴリーから導かれた命名は『 』で表記した。

3) 倫理的配慮

対象へは事前にサービス担当者を通して訪問の同意を得、調査者が説明を行ったうえで研究参加の同意が得られたものを研究参加者とした。なお、本研究は沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会にて承認を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 要介護高齢者の社会への参加ニーズ

(表2)

社会への参加ニーズは、『社会システムからの参加ニーズ』として【農業や仕事がしたい】【社会活動に出かけたい】があり、『個別のつながりからの参加ニーズ』として、【出かけて家族と過ごす機会を増やしたい】【なじみの人と外出して楽しみたい】【知人に迷惑をかけない】【家族に迷惑をかけない】【家族のためにできることをしたい】【誰かといたい】【死んだあとに何かを残しておきたい】という多様なニーズがあった。

2. 要介護高齢者の社会への参加状況

1) 過去から現在までの社会への参加状況

(仕事との関係)

仕事と過去の生活との関係では、55のサブカテゴリーと9のカテゴリーが抽出された。

9のカテゴリーについて、【定年まで働いた】【定年後も働いた】【仕事を頑張ってきた】【健康が仕事を支えてくれた】【家族のために働いてきた】【仕事をしながら家族の手伝いもした】から、『自己と他者のための仕事の継続』、【病気で仕事をやめた】【家族のために仕事をやめた】から、『自己と他者の理由による退職』、【仕事を通して様々なつきあいが生まれた】から『仕事による個別のつながり』がそれぞれ導かれた。

仕事と現在の生活との関係では、34のサブカテゴリーと8のカテゴリーが抽出された。

8のカテゴリーについて、【今でもできる仕事を続けている】から『生活のための仕事の継続』、【仕事を通しての知人との付き合いが続いている】【仕事を通しての知人が今でも来てくれる】【知人によって畑が守られている】から『仕事による個別のつながりの継続』、【仕事を通しての知人に誘われるが出かけられない】【仕事を通しての知人との付き合いはない】【畑が引き継がれず寂しい】から『仕事による個別のつながりの希薄化』がそれぞれ導かれた。

このように、仕事を通じた社会システムからの参加は、個別のつながりからの参加と関連があった。仕事の有無が個別のつながりの継続および中断に関連している場合と、仕事を喪失しても、個別のつながりを残し継続している場合があった。

2) 過去から現在までの社会への参加状況(家族との関係)

家族と過去の生活との関係では、67のサブカテゴリーと11のカテゴリーが抽出された。

11のカテゴリーについて、【家族の生活を支えてきた】【家族の介護を担ってきた】【家族と協力して仕事をしてきた】【家族に迷惑をかけない生活をしてきた】【家族や親せきとの外出を楽しんだ】【家族の価値を受け継いだ】という『家族への参加貢献』と、【病気で家族の生活を支えられなくなった】【家族に世話された】【家族とは疎遠になっていた】【家族を亡くした】【家族をつくってこなかった】という『家族のほころび』が導かれた。

家族と現在の生活との関係では、135のサブカテゴリーと18のカテゴリーが抽出された。

18のカテゴリーについて、【家族との外出を楽しんでいる】【家族に世話をされている】【家族に世話をされて感謝している】【家族から訪問されている】【家族に気遣われている】【家族から

表2 社会への参加ニーズ

	カテゴリー	サブカテゴリー
『社会システムからの参加ニーズ』	【農業や仕事がしたい】	《歩けないのであきらめているが、歩けば仕事をしたい》
		《仕事がしたいができない》
		《農業をしたいができない》
		《仕事をしたいが歩けないのでできない》
		《仕事をしたいが歩けないのでできない》
		《楽しかった仕事がしたいが、障害がありできない》
		《仕事はしたいがあきらめている》
		《体力があれば畑仕事がしたい》
		《畑の手入れをしたいが歩けないのでできない》
	【社会活動に出かけたい】	《歩けるなら、畑仕事をしたい》
		《歩けるなら、ボランティア活動を続けたい》
		《人の集まる催し物にでかけ、地域の雰囲気を感じたい》
		《今でも趣味の教室に通いたいが行けない》
		《腰痛のため、地域の催し物に行けない》
『個別のつながりからの参加ニーズ』	【出かけて家族と過ごす機会を増やしたい】	《神様のために伝道したい》
		《実家に帰ってみたいができない》
		《懐かしい東京に息子と出かけたい》
		《県外の姉妹に会いに孫と出かけたい》
	【なじみの人と外出して楽しみたい】	《(島外の) 子ども達と自由に会いたい》
		《親戚宅に誘われるが足が悪く行けない》
		《病気をする前のように友人と出かけたい》
		《目が見えれば友達と遊びに出かけたい》
		《なじみの友人とグラウンドゴルフを楽しみたい》
		《お客さんのところにでかけて、おしゃべりを楽しみたい》
		《老人会の集まりに行きたい》
		《誘われて外出したい》
		《仕事仲間と外出して座談話をしたい》
	【知人に迷惑をかけない】	《親戚のように付き合ってきたお客さんに会いに出かけたい》
《友人と外出し遊びたいが、迷惑をかけたくないので出かけられない》		
《友人と外出したいが、痛みで楽しめない》		
【家族に迷惑をかけない】	《知人に迷惑をかけないよう、調理ができるようになりたい》	
	《人に迷惑をかけたくない》	
	《(知人の) 足手まといになることはしない》	
【家族のためにできることをしたい】	《これ以上、知人に迷惑をかけないうちに逝きたい》	
	《寝たきりにならないうちに逝きたい》	
	《(島外の) 子ども達に迷惑をかけないよう健康に気をつけている》	
【誰かといたい】	《寝たきりになったら施設に入るしかない》	
	《寝たきりになったら姪に従う》	
	《家族や親族のためにできることをしたい》	
	《孫が結婚が見られるまで生きていたい》	
【死んだあとに何かを残しておきたい】	《体の痛みがなければ、子や孫のためにやりたいことがある》	
	《亡くした息子の供養がしたい》	
	《子に介護を拒否されヘルパーを依頼したが子に世話をしたい》	
	《なじみの人からの声かけはありがたい》	
	《ひとりで家にいるのは寂しく、誰かとおしゃべりしたい》	
	《誰かと話したい》	
【死んだ後に残せるような歌をつくりたい】	《毎日誰かと一緒に過ごしたいが、歩けないのでできない》	
	《ひとりでおしゃべりの相手もなく、楽しみがない》	
		《ひとりで寂しい》
		《患者会に参加したいができない》
		《歳なので身辺整理をして譲りたい》
		《死んだ後に残せるような歌をつくりたい》

問：現在やりたいことは何ですか。

慕われている】【家族や親せきを頼りにしている】【子や孫の存在に幸せを感じている】【引き継がれた家族の価値を認めている】【つながりを保ち強めたい】【家族を気遣っている】という『家族とのつながりを感じる』、【家族に迷惑をかけないで生活したい】【家族に仕事を引き継ぐことができなかった】【家族を頼れない】【家族とは疎遠になっている】【家族とのつながりが弱い】【家族に対する後悔がある】【ひとりで寂しい】という『家族のつながりの希薄化』が導かれた。

このように、家族のなかで役割を担えないことが、一人一人の家族との個別のつながりを希薄にしている場合と、役割を喪失しながらも、個別のつながりを楽しみ、感謝しながら継続している場合があった。

3) 過去から現在までの社会への参加状況（地域活動や隣人・知人・友人との関係）

地域活動やなじみの人と過去の生活との関係では、45のサブカテゴリと9の категорияが抽出された。

9の categoria について、【自宅でなじみの人と楽しんだ】【好きな趣味や地域活動をなじみの人と楽しんだ】【なじみの人を増やしてきた】【新しい地域活動に参加した】【できることを地域に貢献してきた】という、『地域活動への参加貢献やなじみの人との楽しみ』と、【なじみの人とのつきあいは途絶えていた】【なじみの人はなくなった】【地域活動より生活を優先した】【地域活動はしなかった】という『地域活動への不参加となじみの人の喪失』が導かれた。

地域活動やなじみの人と現在の生活との関係では、101のサブカテゴリと12の categoria が抽出された。12の categoria について、【なじみの人との外出を楽しんでいる】【なじみの人の訪問を楽しんでいる】【なじみの人と支え合っている】【なじみの人には用事を頼める】【なじみの

人を増やしている】【今でも地域活動に参加している】【今でもできることを地域に貢献している】という『地域活動やなじみの人とのつながりを感じる』、【なじみの人とのつきあいが途絶えている】【なじみの人とのつきあいが減っている】【つきあうようななじみの人はいない】【なじみの人はなくなった】【地域活動ができなくなっている】という『地域活動やなじみの人とのつながりの希薄化』が導かれた。

このように、地域活動を通じた社会システムからの参加は、個別のつながりからの参加と関連があった。地域活動の参加の有無が個別のつながりの継続および中断に関連している場合と、地域活動を喪失しても、個別のつながりを残し継続している場合があった。

3. 要介護高齢者の社会への参加ニーズのタイプ (表3)

事例ごとに社会への参加ニーズの回答内容について、『社会システムからの参加ニーズ』と『個別のつながりからの参加ニーズ』の有無を検討した。

社会への参加ニーズのタイプとして、社会システムからの参加ニーズと個別のつながりからの参加ニーズの『双方群』、『社会システムのみ群』、『個別のつながりのみ群』、『社会への参加ニーズなし群』があった。

1) 『双方群』の例：

78歳男性で、要介護2である。島外の子や孫は行事のたびに帰省し【家族から訪問されている】が、近隣のきょうだいは、歳のため外出ができず【(近くても) 家族を頼れない】。そのため本人は日常的に通所介護で過ごす。漁師として働いたが【病気で(要介護状態となり) 仕事をやめた】。漁師仲間との座談話は継続していたが、外出の支援がえられなくなり【なじみの人とのつき合いが減っている】。社会への参加ニーズとして《仕事をしたいが歩けないのでできない》という【仕事

がしたい】と語っており、個別のつながりからの参加ニーズとして《仕事仲間と外出して（以前のように）座談話を楽しみたい》という【なじみの人と外出して楽しみたい】と回答していた。

2) 『社会システムのみ群』の例：

75歳の男性で、要支援2である。離婚歴があり、妻や子とは連絡が途絶え【家族とは疎遠になっていた】。退職後、県外から島に移り住み、子に果物を送るなど連絡をとるようになったが、【病気のため（果物も送れず）子とのつながりがもてな

い】。社会への参加ニーズとして、《仕事はしたいがあきらめている》という【仕事したい】と回答していた。

3) 『個別のつながりのみ群』の例：

70歳の女性で、要介護1である。子は県内に居住、【(毎日通ってくれる) 家族に世話をされて感謝している】。要介護状態になる直前まで、仕事や地域活動で友人を多く作ってきたが、【(病気で)なじみの人とのつき合いが減っている】。社会への参加ニーズとして、《(しばらくあっていない)

表3 要介護高齢者の社会への参加ニーズのタイプ

ID	社会システムからの参加ニーズ	個別のつながりからの参加ニーズ	社会への参加ニーズのタイプ
1	○	○	『双方群』
12	○	○	
15	○	○	
18	○	○	
26	○	○	
27	○	○	
31	○	○	
2	○	—	『社会システムのみ群』
4	○	—	
8	○	—	
11	○	—	
14	○	—	
16	○	—	
22	○	—	
5	—	○	『個別のつながりのみ群』
6	—	○	
7	—	○	
9	—	○	
10	—	○	
13	—	○	
19	—	○	
20	—	○	
21	—	○	
23	—	○	
24	—	○	
28	—	○	
29	—	○	
30	—	○	
3	—	—	『社会への参加ニーズなし群』
17	—	—	
25	—	—	

県外の姉妹に会いに孫と出かけた」という【出かけて家族と過ごす機会をふやしたい】、《(食事会など) 病気をする前のように友人と出かけた」という【なじみの人と外出を楽しみたい】、《(ひとりで外出できないが) ひとりで家にいるのは寂しく、誰かとお喋りしたい》という【誰かといたい】と回答していた。

IV. 考 察

1. 要介護高齢者の社会への参加ニーズの特性

本研究において、要介護高齢者は、過去に社会システムからの参加を通して、個別のつながりからの参加を達成し、現在では、社会システムからの参加が困難になったことで個別のつながりを喪失している場合と、個別のつながりを維持している場合があった。このことから、過去の生活で多様な社会システムに参加しながら個別のつながりを育み、要介護状態になることで、社会システムからの参加が困難になっても、自己を中心とした参加可能な社会を形成していると捉えられる。

社会心理学の分野で北山⁹⁾は、日本人の自己とは他者と結びついた社会的ユニットの構成要素であり、他者とのつながりを確認することが自己の満足につながると報告している。今回、要介護高齢者の社会への参加ニーズとして、『社会システムからの参加ニーズ』と『個別のつながりからの参加ニーズ』が導かれたが、これらのニーズは、これまでの社会への参加状況と其中で育んできた個別のつながりを背景とし、互いに関連していると推察され、個別的で多様なニーズであることが示唆された。

2. 要介護高齢者の社会への参加を促進する看護職の役割

社会への参加ニーズの組み合わせは、『双方群』、『社会システムのみ群』、『個別のつながりのみ群』、『社会への参加ニーズなし群』の4タイプがあった。また、社会への参加ニーズについての質問に

対し、半数以上の高齢者が「歳なのでやりたいことは何もない」と最初に回答し、面接の経過で参加ニーズがあがってきたという特徴があった。

Bradshaw⁶⁾のニーズ分類法による主観的ニーズは、表明されない Felt ニーズと表明された Expressed ニーズに区別され、表明されない理由は、サービスの対象と考えない、表明したくない、気づいていないことが挙げられている。また、高齢者の主観的ニーズについては、日本の文化的影響によるニーズの複雑さや把握の困難さが指摘されている¹⁰⁾。

社会システムから期待される役割を担うことができない要介護状態では、社会への参加ニーズは表明されにくくなると考えられた。しかし、現在の社会への参加状況から、社会システムからの参加が困難でも、個別のつながりからの参加を継続している者があったことから、要介護高齢者の社会への参加は、個別のつながりからの参加ニーズを充足することで促進できる可能性があった。そのためには、要介護高齢者の社会への参加ニーズの特性を考慮し、過去の社会への参加状況からニーズを捉えるアセスメント力が必要と考えられた。

また、高齢者の主観的ニーズに基づいた地域ケアのあり方と効果に着目した報告¹¹⁾では、要介護高齢者の主観的ニーズの充足を支援することを通して、本人の健康や満足への貢献だけでなく、関係者に影響をあたえ、地域づくりに寄与することが示唆されている。つまり、多様で個別的な社会への参加ニーズを充足する支援は、国のめざす地域づくりにつながる可能性が考えられる。したがって、要介護高齢者の主観的な社会への参加ニーズを捉え、個別的に支援を検討する必要性が示唆された。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、認知症高齢者を含めた社会への参加を検討できていないことである。また、分析の視点として、性差を考慮していないこと、農

村地域や都市地域からの研究協力者を得たにも関わらず、地域性を考慮していないことがあげられる。

今後の課題は、性差、地域性を考慮して、社会システムからの参加ニーズと個別のつながりからの参加ニーズとの関連を、個別の事例ごとに検討することである。また、社会への参加ニーズを充足する支援を看護実践に取り入れ、人生の質の向上をめざす具体的な取り組みの方策について明らかにすることである。

V. 結 論

要介護高齢者の社会への参加ニーズとして、『社会システムからの参加ニーズ』に『個別のつながりからの参加ニーズ』を加える必要性が示唆された。

要介護高齢者の社会への参加ニーズの特性として、過去の社会への参加状況と関連があり、個別的で多様なニーズであることが示唆された。

要介護高齢者の社会への参加を促進する看護職の役割として、過去の社会への参加状況から把握するアセスメント力をつけ、主観的な参加ニーズを捉え、個別的な支援を検討する必要性が示唆された。

謝 辞

本論文は第一著者の平成22年度沖縄県立看護大学大学院博士後期課程の博士論文の一部を加筆修正したものである。

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆さまに深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省 (2008) : 安心と希望の介護ビジョン, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/s1121-8.html> (2011年2月7日現在).
- 2) Georg Simmel: Grundfragen der soziologie (Individuum und Gesellschaft) (1917)/居安

正(2004) : 社会学の根本問題 (個人と社会), (初版), 世界思想社, 京都

- 3) 岡本秀明 (2009) : 地域高齢者のプロダクティブな活動への関与と well-being の関連, 日本公衆衛生雑誌, 56(10), 713-723.
- 4) 島貫秀樹, 本田春彦, 伊藤常久, 河西敏幸, 高戸仁郎, 坂本譲, 犬塚剛, 伊藤弓月, 荒山直子, 植木章三, 芳賀博 (2007) : 地域在宅高齢者の介護予防推進ボランティア活動と社会・身体的健康およびQOLの関係, 日本公衆衛生雑誌, 54(11), 749-759.
- 5) 水戸美津子 (2000) : 高齢者の活動状況および生活意識に見る地域差, 老年社会学, 22(1), 72-82.
- 6) Bradshaw.J (1972) : A taxonomy of social need. McLachlan, G. (ed), Problems and progress in medical care, essays on current research, 7th series, Oxford University Press, London, 70-82.
- 7) F P Biestek S J : The casework relationship (1957)/尾崎新, 福田俊子, 原田和幸訳 (1996) : ケースワークの原則援助関係を形成する技法, (初版), 誠信書房, 東京.
- 8) 内閣府 (2009) : 高齢者の社会への参加に関する意識調査結果 (概要版), <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h20/sougou/gaiyo/index.html> (2011年1月27日現在).
- 9) 北山忍 (2003) : 自己と感情－文化心理学による問いかけ－(初版), 共立出版, 東京.
- 10) 沖中由美 (2007) : ケア提供者に対する施設入所高齢者の隠された主張－もっとできる自分を知ってほしい－, 日本看護研究学会雑誌, 30(4), 45-52.
- 11) 大湾明美, 佐久川政吉, 大川嶺子, 下地幸子, 富本溥, 根原憲永 (2003) : 離島における施設入所高齢者の生きがいづくりに関する研究－「ふるさと訪問」事業化への取り組みのプロセスと事業評価・課題－, 沖縄県立看護大学紀要, 4, 37-47.

Needs for Social Participation among the Elderly Requiring Care and Characteristics of the Needs

Yuki Taba. DNSc, Akemi Ohwan. DHSc, Yukari Imuta. PHN,
Hitomi Itokazu. MNsc, Sayuri Kurechi. MNsc, Miwako Noguchi. DHSc

Abstract

[**Research Objective**] This study aims to classify social participation into 2 categories-participation through a social system and participation through personal connections-and to deduce needs for social participation among the elderly requiring care as well as characteristics of the needs.

[**Research Methods**] Research Methods are 31 elders requiring care who live alone. The data were collected through semi-structured interviews which contain inquiring items about (1) basic information, (2) needs for social participation, (3) hitherto living conditions, and (4) caring situation. The data analysis is based on individual data that were made out of verbatim data from the interviews; and sub-categorized key sentences. Based on the sub-categories, we analyzed each inquiring item to acquire a broad picture of the research outcome. Additionally, we analyzed each case to examine characteristics of the needs.

The Research Ethic Board of Okinawa Prefectural College of Nursing has approved this research.

[**Results and Discussion**] The needs for social participation among the elderly requiring care were to be divided into "needs for social participation through a social system" and "needs for social participation through personal connections." As characteristics of participation needs among the elderly requiring care, the interviews talked about their social participations from the past to the present, so that it was suggested that, the needs are diversified as a result of interaction between the 2 kinds of needs.

There are 4 characteristics and types of the needs for social participation; 4 combinations are groups that have "the needs both through a social system and personal connections," "the needs through a social system," "the needs through personal connections" and "no needs." For questions about needs for social participation, more than a half of the interviewees responded that "I have nothing I want to do since I am too old." However, the needs were found in the process of the interviews. Such responses also come from "a group of those who do not have needs for social participation," so that we can assume that the needs for social participation among those requiring care are ones that are not well expressed. As for the nursing roles, it is suggested that nurses need to acquire assessment ability to grasp participation needs from elders' past conditions of social participation, grasp subjective participation needs, and consider individual support in order to provide support for social participation among the elderly requiring care.

Key word: Elderly Requiring Care, Participation Needs, Connection

研究ノート

沖縄における精神科医療の黎明

當山富士子¹ 高原美鈴¹

〈研究目的〉沖縄における精神科医療のスタートは、何時、誰によって、どのようなかたちで行われたのか明らかにする。

〈方法〉1) 米国軍軍司令室第二次世界大戦作戦に関する史料、①沖縄戦をテーマにした図書及び証言記録、②沖縄戦を記録した県史・市町村史、字誌、③その他戦争に関する新聞等。

〈まとめ〉1) 沖縄戦の末期、硫黄島帰りの精神科医である清水純一は、沖縄本島中部のアメリカ軍政府G-6-54病院が開設され精神科医療が行なわれたという記述になっている。現在において、それが沖縄における精神科医療のスタートという一般的な理解となっているが、その場所や期日について、幾つかの疑問が確認された。2) 沖縄における精神科医療のスタートは、米軍の沖縄本島上陸後の4月4日には、31野戦病院が前戦へと移動していた。また、民間人に対する精神科医療は、少なくとも1945年5月中旬から米軍の野戦病院において米軍により実施されたと考えられる。

キーワード：沖縄 精神科医療 沖縄戦 米国海軍病院

I はじめに

精神科医の立津(1979)は、「戦前、沖縄県には精神科専門の医師も病床も皆無であった。」¹⁾と述べ、上与那原(1969)も戦前の沖縄の状況に、「明治33年制定の精神病者監護法は沖縄にも当然適用され、その数は県庁を通じて内務省に報告せられていた。昭和16年には非監置者775名と、監置者115名、計890名の届出数が報告されている。これ以外にも身体的症状を前景にもつ精神疾患、穏やかな精神障害者が相当数未届のまま潜在したことが推定されるのだがこれらの患者に対して、県立病院の精神科も、法にもとづく精神病院、または代用指定病院もなく、精神病床は一床もなかった。」²⁾と説明している。また、金城(1963)により、戦前の精神病者数について報告された沖縄県統計年報³⁾からも精神科病床がないことが確認できる。このように、戦前の沖縄には精神科病床が皆無であったことが解る。

それでは、沖縄県において精神科医療は何時か

らどのような形でスタートしたのであろうか。

上与那原(1969)は、「戦後の精神障害者対策の出発はかなり早く、行先よいと思われた。結核患者がコザや宜野座病院の急性伝染病棟に収容されていた頃、宜野座病院に精神病棟が設置された。これは既存の民家の建物をベニヤ板で仕切り、六畳に三人づつ収容し、便器持ち込みの約20床の粗末な病室であった。…中略…。収容施設がいかに粗末であり、一般疾患に較べていかに病床規模が少なくとも、さらに医療施設がいかに貧しくても、戦前の状況に思いを馳せるとき、宜野座の精神科病棟は沖縄精神医療史上画期的な出来事であった。」⁴⁾と述べている。また、国立療養所琉球病院の記念誌(1990)には、「昭和21年4月、沖縄民政府の発足(昭和21年4月24日)に伴い、同施設は米軍から民政府に移管され、精神科(20床)を併設して同政府立宜野座病院(一般科・結核内科・小児科・外科・婦人科・精神科)となった。」⁵⁾となっており、戦後において宜野座病院精神科病棟が開設されている。更に1979年、沖縄県精神衛生協会創立20周年記念誌に元陸軍軍医で精神科医であった清水純

¹ 沖縄県立看護大学

一の手記（1979）⁶⁾が掲載され、現在では沖縄における精神科医療の黎明に関する一般的な理解は、昭和20年6月27日にコザ市（現沖縄市の近く）のアメリカ軍政府G-6-54病院が開設され精神科の治療が行なわれたとなっている。しかし、筆者は沖縄戦に関する既存資料や米国側の報告書等を調べると、清水がいうアメリカ軍政府G-6-54病院以前に精神科医療が行なわれていたことやその場所も異なるのではないかという疑問を抱いた。

従って、今回は沖縄における精神科医療のスタートは、何時、誰によって、どのような形で行われたのか新たな史料が得られたので紹介する。

II 方法

使用した資料とデータは下記のとおりである。

- 1) 米国海軍軍司令室第二次世界大戦に関する史料
- 2) 沖縄戦をテーマにした図書及び証言記録
- 3) 沖縄戦を記録した県史・市町村史・字誌
- 4) その他、戦争に関する新聞等

これら1)～4)の資料については、引用・参考文献として使用したので、ここでの詳細な記述は割愛した。

III 沖縄における精神科医療の黎明

1. 清水純一の手記に対する疑問と考察

先に述べた清水の手記に関し、幾つかの疑問とそれに対する考察を加えたい。清水（1979）は、『昭和20年6月中旬にグアム島を出発、沖縄戦線に向いました。アメリカの軍の輸送船で…中略…数日後沖縄に着きました。…中略…上陸後ただちにトラックに分乗、軍事物資が山と積まれている間を縫って、しばらく走り間もなく、本島の中央部あたりと思われる小さな丘に着きました（中頭郡越來村ーコザ市（現沖縄市）の近く。）

そこに民間人を目的とした旧日本軍医団による病院が開設されたのは6月27日でした。

…中略…巨大なトレーラーに担架に乗せられた。そ

のほとんどが重い外傷患者でした。…中略…この野戦病院の正式な名称はアメリカ軍政府G-6-54病院…中略…私が受け持った精神科の医長はH・HARLAN・CRANKという海軍軍医少佐…中略…メニンジャークリニックから応召された精神分析学派の医師でした。

初めは破傷風患者が多く、既に時期を失いなす術もありませんでした。…中略…

このころ看護婦代わりに現地の娘さんたちが集められ手伝うようになりました。そこへ丁度、ひめゆり部隊生き残り20名が手伝いを志願して来ました。これら娘さんの話を聞くと彼女らは自決した同級生に対し自決しきれなかった自分たちを恥じ深くわびている様子で彼女らは、だれもがいやがる精神病棟の不潔な患者の始末を進んで引き受け、きびきびと働き私たちは感動に胸がつまる思いでした。…中略…

薬物として既にアミタルソーダもあり、持続浴の変法とでもいまいしょうか、シーツ四、五枚を水で湿めし興奮患者を裸にして首から下にミイラでも作るように巻き付けその上に更に毛布を四、五枚巻いたものです。…中略…

このほか、天ぶらを食べた20数名が発熱、脱毛、末梢神経マヒなどを訴え大騒ぎし、多少にかかわりなく天ぶらを食べた全員があい前後して死亡する事故もありました。原因は調理の際、天ぶらのころもにDDTを小麦粉と間違えて使用したことが、わかりました。

…中略…やや病院が落ち着きを取り戻すと前に書きました吉岡軍医がチーフとなり看護婦教育が始まりました。』⁷⁾と述べている。

1) 清水の手記に対する幾つかの疑問

清水の手記を見る限り、6月末にコザ市で病院が開設され、同場所で外傷の患者や精神科の診療に就いたかのように解釈される。しかし、幾つかの報告からその場所や期日が定かではないのではと推察される。それらに関する以下の5点の資料について紹介したい。

(1) ひめゆり学徒の宮良（2003）の手記を見ると、『…7月の終りごろだったと思います。嘉間良から

南にちょっと行ったところに大きな十字路（のちのコザ十字路）が作られつつあるという噂を聞きました。嘉間良にあった病院も移動しました。嘉間良で学校が始ることになり…中略…私は集合場所へと急ぎました。

ところが、その途中で、捕虜になって安慶田の米軍病院で働いていた八重山出身の当山美子（現・石垣）さん、宮古出身の垣花秀（現・吉村）さん、田場其枝（現・松田）さん、仲真幸子（現・仲本）さんたちに出会いました。私がひとりぼっちで生活していることを知って、私を連れにきてくれたのです。…中略…

私は有頂天になって、とるのも取りあえず鳥が飛び立つようにして安慶田へと向いました。…中略…病院に着くと、病院が国頭のほうへ移動するというごたごた返していました。私もみんなといっしょにトラックに乗せられ、車は一路北へ北へと進みました。…中略…羽地の田井等に着きました。…中略…

真喜屋の病院では、米兵と硫黄島で捕虜になった日本兵と沖縄の人達がいっしょになって働いていました。日本の兵隊たちは木麻黄が3～4本生えた砂浜の金網で仕切られたところで生活し、勤務の時にはカービン銃を持った米兵に前後を守られて出勤し、帰りも同じでした。そのようすは見るも哀れに感じられました。

真喜屋の病院には、負傷した人より、マラリアと栄養失調に犯された人がたくさんいました。

…中略…精神病棟で働くことに決めました。戦前の那覇の商店街では、よく精神異常者を見かけたのですが、ああいった精神異常者たちが生きのびて収容されていたのです。また、戦争のショックで気が狂ってしまった人たちもいました。暴れて手のつけられない患者は金網で仕切った独房に入れられていました。「こわいよ、こわいよ。弾が飛んでくる」とさげび、うずくまる患者の姿を見るにつけ、私は戦争を憎まずにはおれませんでした。

硫黄島から生きて帰られた軍医の野口巖先生…中略…軍医だった吉岡英男先生も、「彼女たちは、自決した同級性に対して深く詫びていて、いじらしかった」とかいておられます。

…中略…真喜屋の病院には12月までいました。近いう

ちに病院は名護に移動するとのことでした。…中略…三高女出身の山入端さん、積徳高女の出身の宮城さんたちと別れて、具志川の田場にやってきました。』⁸⁾と記述されている。

(2) 同様に一時宮良と行動を共にした松田其枝（1992）も手記の中で、『7月頃、私たちは米軍の野戦病院で民間人の看護をさせられた。…その頃、日本の軍医や衛生兵がたくさん来て、患者の治療をしたので驚いた。どこからこられたのか伺うと、硫黄島というので…その頃、病院は羽地に移転することに…』⁹⁾と述べている。

(3) 「テンブラ事件」について、田井等誌の名城フミの証言（2008）からみることができる。『1945年8月20～22日の間にテンブラ中毒（後の判明）事件は発生した。…中略…米軍はノミヤシラミ、ハエなどの駆除にDDTを用いていましたので、田井等市の公衆衛生部から各戸に配られていたものが、アンチョウ（重曹）と一緒に置かれていたといひます。DDT入りの「サーターテンブラ」は親類縁者に配り、米兵にもおすそ分けされたそうです。三度継ぎ足して揚げたテンブラを食べた子どもは、すぐに亡くなり、私の弟も死んでしまいました。私の弟以外にも田井等、仲尾次の区民が10人近く亡くなりました。孤児院の事務員も2人亡くなり、私の知る限りでは、米兵も2人死んだと聞かされました。

私は食べて4、5日は、何ともなかったんですが、次第に頭の感覚は麻痺し、気持も悪くなりました。当初、マラリアが発生したものと思いましたが、ついに、真喜屋にあったカマボコ型のコンセット病院に収容されました。…中略…

コンセット病院は満ばいで、一棟は米兵が沢山収容されていました。硫黄島で捕虜になったという日本人医者とも国医者数人が、いろいろ調べるが原因はわからない。治療法もないといひます。』¹⁰⁾と、名城さんは述べている。

(4) 清水は、その時の精神科の医長は、メニンガークリニックのH.Harlan Crankという海軍軍医だったという。H.Harlan Crankは、確かに

Menningerの記録(2005)からみると、第二次大戦で応召され、沖縄で精神疾患やハンセン病そして結核患者の治療にも従事している¹¹⁾。また、米国海軍予備役軍医ジェームズ・クラーク・マロニー少佐(1996)が、田井等にある養老院で、精神異常者である若い女性が少年達に石を投げられているのに遭遇した¹²⁾との記述もみられる。

(5) 保坂(2002)は、「G-6-54病院と清水は呼んでいるが、…中略…マロニー論文によれば、あるいは清水医師の記憶違いかも知れない¹³⁾」としている。

これらの記述からみると、清水等が開設したというG-6-54病院は、アイスバーグ作戦(2001)¹⁴⁾でも、コザ・島袋病院となっており、また、松田其枝も羽地へ移動する以前に米軍の野戦病院で硫黄島帰りの軍医に世話になったと話している。このような事実から当初、清水が中部のコザに着いたことは確かにちがいない。また、その頃の患者について、米国(1986)の報告でも見られるように、4月～6月に治療を受けた住民の殆どが外傷であり、死亡した事例でも外傷によるものが目立ったとなっている¹⁵⁾。清水の手記では、中部から移動したという記述はなく、G-6-54病院における重い外傷患者や精神科、そしてひめゆり部隊の学徒が志願して来たとなっている。

しかし、宮良の手記からも窺えるように、この時期は住民の移動が激しく行われていた。同様に、琉球列島の軍政(2002)でも、『戦闘終了時までに沖縄の基地開発計画はまだ完了していなかったが、それに使用される土地は増加し続け、住民の居住地は島の北部の小規模の不毛地に追いやられた。…中略…1945年4月1日から8月31日の間に、戦闘の変化やその他の軍事的理由から、約25万人の住民を移動させる必要が生じた。彼らの多くはすでに何回も移動させられていた。…中略…着いたキャンプがすでに一杯で、受入れを断られることも数回あった。…中略…トラックの運転手の中には誰にも断らずに難民を捨てて立ち去る者もいた。ひどい例は、夜分にコザの海軍病院の

前に担架に乗せた数百人の病人を降ろして立ち去った例である¹⁶⁾。となっており、住民の移動が如何に激しかったかが分かる。

宮良は、7月の終り頃から12月まで“真喜屋病院”で勤め、その間精神病棟でも勤務している。また、積徳高等女学校の看護隊にいた瀬川(2006)は、宮良より2ヶ月早い「同年6月から同精神科に勤務し、数百人の患者がいた¹⁷⁾と述べている。更に、DDT入りのテンプラ騒動は、北部の田井等での出来事であり、H.Harlan Crankも北部での活動が紹介されている人物である。更に、米国海軍予備役軍医ジェームズ・クラーク・マロニー少佐(1996)が、田井等の養老院で精神異常者の若い女性を見かけたこと、それに保坂も清水の記憶違いではないかという疑問を投げかけている。

以上、これらの資料より清水は、6月27日いわゆる沖縄戦末期から、沖縄本島中部の野戦病院で民間人の医療、特に重症の外傷患者の治療に携わり、その後北部へ移動したのではないかと考えられる。そして、清水が沖縄で精神科医療に携わったのは、沖縄本島中部ではなく本島北部の田井等地区の“真喜屋病院”ではなかったかと推察され、そこで、ひめゆり学徒等との出会いがあったものと考えられる。

なお、真喜屋小学校創立百周年記念誌(1996)によると、「真喜屋区黒崎原米軍病院天幕舎を譲り受け校舎とし、羽地村真喜屋初等学校と称す(1946.4.1)¹⁸⁾が確認できた。更に、比嘉(1985)は名護六百年史において、「S21年2月25日：軍は真喜屋海軍病院を町内の幸地病院跡に移し、名護病院(総合病院)として開院。」¹⁹⁾と述べており、真喜屋に米軍の病院があったことが分かる。

(※ 上記文中の は、筆者による挿入)

2. 沖縄における精神科医療のスタート

先に述べた、清水等が関わった精神科医療は沖

緬戦の末期、田井等区の“真喜屋病院”で行われたのではないかと考察した。それでは、沖縄における精神科医療は、清水の以前には行なわれていなかったのだろうか。今回、ここで新たな資料を加え検討したい。

1) アメリカのアイスバーグ作戦 (2001)²⁰⁾ では、以下のような計画が行われていた。

付録C-医療-第10軍作戦計画1-45 (案) に伴う兵站計画

(筆者による抜粋)

1. 医療品補給

- a. 第10軍司令官が統制を引き継ぐまで
- b. 島司令部を通して第10軍司令官が統制を引き継いだ後

2. 後送

a. 強襲

(1) 後送方針

(a) 負傷した将兵で入院が必要な者は、直ちに艦船や水陸両用車用揚陸艇に設置された病院に後送する。

(b) 民間人は目標地域からの後送の対象にはならない。

b. 急襲後

(1) 後送方針

(a) 地上に適切な病院施設建設してから30日経過後に後送方針が効力を生じる。

c. 空中後送

(1) 太平洋地域総司令官は及び中部太平洋軍前線司令官は、本司令部の要請に基づき負傷者を後方へ空輸する。

(2) 空路：その後の処置をするためにマリアナ諸島へ空輸する。

3. 入院

- a. 戦術的に状況が適切になり次第、地上に常設の病院を建設する。

4. 民間人への医療行為

a. 軍政府病院が地上に設置されるまで、軍隊の医療施設が軍の負傷者の手当に支障のない範囲内で民間人に最小限の医療行為を施す。

b. 軍政府病院は、その施設が地上に建設された時点で民間人負傷者の医療手当の責任を負う。

付属文書13、付録C、添付文書1-医療-第10軍作戦1-45 (案) に伴う兵站計画 (筆者による抜粋)

衛生命令

1. 責任

各部隊の指揮官は、それぞれの部隊内の衛生の責任を負う。この責任は委任してはならない。

2. 概要

a. すべての戦争、何れの戦域、いかなる軍隊であっても、敵の攻撃により病気や非戦闘行為によって戦闘能力が弱体化した。

b. 軍隊教練とともに、疾病の予防策がこのような戦闘能力の損失を実質的に減少させていることは、周知の事実である。

c. 部隊内における異常な疾病の発生は、指揮官の不適切な統制能力と重要な指令系統が機能していないことを意味している。

d. 指揮官はこの指令の規程を更に推し進めるために、詳細な衛生指令を発行する。

3. 技術情報と支援

a. 部隊の軍医は、技術情報を提供したり、調査や検査を実施し、指令官に対して提案を提出するように求められる。

b. 全ての梯隊は、マラリア専門医、神経精神病医、衛生工学者、医療コンサルタント、動物食糧検査文遣隊及び医療検査官によるサービスを受けることができる。指令官が適切と判断すれば、このような専門家のサービスを要請することができる。

以下、省略

上述の作戦計画をみると、民間人への医療行為は、軍政府病院が地上に設置されるまでは、軍の負傷者の手当に支障のない範囲内で民間人に最小限の医療を施し、その施設が地上に建設された時

点では民間人負傷者の医療手当の責任を負うとなっている。また全ての梯隊にマラリア専門医や神経精神病医、医療コンサルタントが配置され、必要に応じて活用できるようになっている。

それでは、実際にはどのように活動したのだろうか、その概要をみてみたい。

軍政活動報告（2005）²¹⁾によると、「…医療要員：軍政府の軍医らは4月1日、民間人がアメリカの管轄に入ると同時に活動を開始した。そして、直接民間人の治療に当たった。医療要員が最も多かった1945年4月1日には、軍医98名、歯科医師6名、病院部隊将校18名…中略…。G-10診療部隊は20の移動診療所（ベッド数24）をもっており、各診療班とも軍医1名と約6名の衛生兵が配置されていた。…中略…。

G-6病院：沖縄に最初の軍政府病院（G-6-51）が設立されたのは、4月2日嘉手納海岸に上陸してのち、4月4日コザの民家に落ち着き、翌5日から民間人を受け入れた。その後4月22日までにはベッド数も409床に増えた。6月20日南部戦線突破直後には病院も1,180人の収容患者をかかえてピークに達した。その後間もなく患者の北部への避難が行われ7月10日までには病院の収容患者は51人までに下がった。次の数ヶ月は平均して患者数は150人だった。沖縄戦中期における大量の負傷者を予想して5月18日には宜野座に軍政府病院G-6-59が設置されたが、コザや他の診療所からの回送患者を受入れ、7月10日には1,500人のピークに達した。症例の90%は外傷でわずか10%が栄養失調、回虫によるもの、結核、下痢、その他の疾患だった。9月1日までに病院は1,766件の手術をし、術後死亡は34%の597件に達したが、これは患者が軍政府病院に運ばれる時点において既に状況が深刻になっていたことを物語る。」…以下、省略…。

この活動報告から、アメリカ軍が沖縄本島上陸し、4月4日にはコザの民家に落ち着き、翌5日から民間人の受入れを始め、間もなく北部へも軍政病院を設置し医療を施している。なお、この活動は外傷が90%で、その他栄養失調、回虫、結核、

下痢等の患者となっている。

2) Moses R. Kaufman Report 及びOscar B. Markey Reportの報告にみる精神科医療

ここに、保坂廣志（2005）が紹介した「Moses R. Kaufman Report 及び Oscar B. Markey Reportの抄訳を通して」を紹介したい。

「…二本の報告書は、いずれも精神科オブザーバーとして沖縄戦に参加した精神科医の現地報告書である。同報告書は、Kaufman中佐（当時）が沖縄を出発し南西太平洋司令部に帰還する直前の45年5月1日にまとめられたものである。…中略…二本目は、米第10軍の神経精神病コンサルタントとして沖縄戦に参加したOscar B. Markey 中佐（軍医）の報告書である。中佐は、沖縄戦参加全米軍兵士の神経精神病についての実質的な担当者であり、責任者としての任を担った。報告書は、沖縄戦が修了した直後の45年7月1日に書き上げられ、後にその他の情報を加え、同年10月に公式報告書として完成している。

Kaufman：精神病治療にかかわる当初計画は、第10軍司令官による認証のもと、米太平洋地区軍医部に於いて公式に考案された。それは「移動精神科医チーム」形式と呼ばれるものである。

この目的の達成のため、訓練を受けた4人の精神科医が第24軍師団に配属された。1人の精神科医が、師団に創設される3つの野戦病院のいずれかに出向することになった。そこには、移動精神科医チームとは別に、各1人の精神科医が配属された。米太平洋地域コンサルタントのOscar B. Markey 中佐とが、監督官としての任務と直接担当者としての責務を担った。

レイテ島での医療計画の変更として、確かな理由があれば、可能な限り鎮静剤（sedation）を、野戦病院レベルで使用してもよいという許可が下された。最も効果的な精神病治療は、「戦闘地区内での治療」であることが判明した。あるケースの場合、大隊中隊の救助所（Aid Station）で治療を行う事が効果的でもある。他の場合、師団付の精神科医がいる後送支援に送り込むことが必要になってくる。後送支援では、

2～3日の滞在が許可される。この段階での治療としては、患者の安息、熱いシャワー、着衣の交換、温かい飲食物、鎮静剤による睡眠が付与されることとなる。さらなる治療が必要な患者や後送が必要な者は、野戦病院へ転送される。

沖縄戦では、大量の精神病患者の発生により1945年4月24日に精神的患者だけを収容する第82野戦病院が設置された。そこには、2人の将校が配属され、うち1人は精神科の専門教育を受けた者であった。また、移動精神科医チームから3人の精神科医が派遣された。加えて、精神科医に対する第10軍監督官でありコンサルタントである本官（Kaufman中佐）も、そこで任務を遂行することとなった。さらに高度な訓練を受けた1人のソーシャルワーカーと第10軍軍医部から1人の将校がここに派遣され、各人が専門的な機能を果たすこととなった。

第69野戦病院の部隊は、45年4月2日に沖縄本島に上陸し、小隊幕舎には精神病患者専用の施設が準備された。ここには、4月5日、さらにもう1つの設営小隊が配置され、患者収容の準備がなされた。精神科病棟で必要とされる施設は、ごく簡単なもので、テント、簡易ベット、毛布、それに食堂ぐらいなものである。

第96歩兵師団第321医療大隊の後送支援は、45年4月2日に沖縄本島に上陸、師団付き精神科医は同月3日に上陸し、後送支援の中で精神科患者への治療を開始した。

第7師団の後送支隊は、4月8日からシャワー施設、散髪、レクリエーション施設を完備した。

第31野戦病院は、45年4月2日に当初の計画地で準備を完了し、4月4日に前線へと移動していった。…以下、省略…。

Oscar B. Markey：海兵隊は、大隊レベルでの精神科治療は実現不可能と考えている。海兵隊医療サービスの基本政策は、負傷者は直ちに組織だった師団病院隊に後送することだった。そこでは、精神療法や睡眠剤（Sodium amytal）か催眠剤（Sodium pentothal）を使った催眠治療が行われる。真性の精神病患者を除いて、患者は通常見られる顕著な快復力を示し、やがて日常

の任務に復帰できるものである。」²²⁾と報告している。

KaufmanとMarkeyは精神科医である。沖縄戦では、公式に考案された「移動精神科医チーム」、「戦闘地区内での治療」、大量の精神病患者の発生により、1945年4月28日には精神的患者だけを収容する単独の第82野戦病院が設置されている。その他、沖縄本島上陸後直ちに、例えば31野戦病院では4月4日に前線へと移動している。また、病院では精神療法や睡眠剤、催眠剤を使った治療が行なわれていることが確認できる。

3) 沖縄住民の戦争トラウマ

重ねて、保坂廣志（2002）の「沖縄戦の心の傷（トラウマ）とその回復」によると、「…精神科医のジェームズ・クラーク・マロニー少佐は、宜野座の軍政府施設である米海軍病院（G-6-59）にて神経精神科の患者を調査し、1,500人の収容患者のうち、精神病患者は30人、その内で戦争を原因とする精神病患者は2人であると報告している。また田井等地区の民間人収容所に収容されている48,000人の難民のうち、50人精神病患者が発見できたという。もっとも、宜野座地区には、別に精神科病棟が設けられており、こちらの方には150人が収容されており、30人は精神病患者でなく、120人が正規の精神病患者であると報告している。120人中、53人は、戦争の衝撃により病気が誘発されたという。宜野座地区の精神病患者の内、何人が兵士であり民間人かの区別はされていないが、マロニー少佐の調査では、通常、戦場地で多発するショック反応、いわゆる戦争トラウマの発症は、驚くほど低い」²³⁾と指摘している。

マロニー少佐は、民間人の発病の低い理由として、沖縄の母親の育児について考察している。

米国の精神科治療については、5月のシユガロフの戦闘について、E.B.スレッジ²⁴⁾やジェームス・H・ハラス²⁵⁾の記述にも見られる。

これらの史料からみると、アメリカ軍は4月の沖縄本島上陸と同時に、精神疾患患者の治療も実施していることが分る。そのような医療施設で沖

縄の民間人が治療を受けられたどうかは定かではないが、マロニー少佐の調査結果によると、少なくとも5月18日に開設した宜野座の軍政府病院で米軍により実施されたと考えられる。

4) 日本軍による戦時中の精神疾患患者の医療
日本軍による精神疾患患者の治療はどうなっているのだろうか。元女子学徒の島袋淑子(2006)は、「…5月になると、患者たちの傷の悪化は非常に目立ってきた。すべての患者は身体中が膿と蛆だらけになりになっていた。脳症患者も破傷風患者も次第に増えていった。脳症患者は頭がいかれているので自分で傷の痛みもわからなくなり、重症で寝ている人の上を平気で歩き回って暴れる。「こいつをどこかへ連れて行って」と騒ぐのだ。そうすると看護兵が来て壕の奥へと連れて行く。「どこへ連れて行くんですか」と聞いても返事はなかった²⁶⁾。…と述べている。同様な脳症患者の記述について、女子学徒による記録からも数点見られた^{27)~29)}。しかし、脳症患者が壕の奥、それは壕の平面図の精神病入院室(1995)³⁰⁾あるいは脳症患者収容(2009)³¹⁾でも確認出来たが、奥に連れていかれ、その後どのように対処されたかについての報告は見当たらない(図1、図2)。

また、和田(1976)によると、野戦病院の機能として、組織上は“精神病室”³²⁾の記述が見られる(図3)。但し、これらはいずれも野戦病院のことであり、そこで治療を受けられるのは軍人であり一般住民ではない。

このように、軍人である脳症患者が壕内でも見受けられ、野戦病院の中でも“精神病入院室”“脳症患者収容”“精神病室”として部屋はあるが、壕の奥へ連れていかれた患者がどのような処遇を受けたのか、現在のところ不明である。従って、戦時中日本軍による精神科の処遇は、収容はしたのかも知れないが医療は行なっていなかったのではないかと推察される。

従って、沖縄における精神科医療は、沖縄戦当時、少なくとも5月頃から米軍の野戦病院において米国人によりスタートされたと言えよう。

3. 米国側の記録の収集と課題

今回、新しいデータが入手できたのは、米国の膨大な公文書や研究報告書を沖縄県や保坂が収集し、翻訳され史料として活用できた。しかし、医療に関する史料は、県内には僅かしかなく、今後も国内はもちろん米国側のデータの収集に努力する必要がある。

まとめ

1. 沖縄戦の末期、硫黄島帰りの精神科医である清水純一は、沖縄本島中部のアメリカ軍政府G-6-54病院が開設され精神科医療が行なわれたという記述になっている。現在において、それが沖縄における精神科医療のスタートという一般的な理解となっているが、その場所や期日について、幾つかの疑問が確認された。
2. 沖縄における精神科医療のスタートは、沖縄本島上陸後の4月4日には、第31野戦病院が前戦へと移動していた。また、民間人に対する精神科医療は、少なくとも1945年5月中旬から米軍の軍政府病院で米軍により実施されたと考えられる。

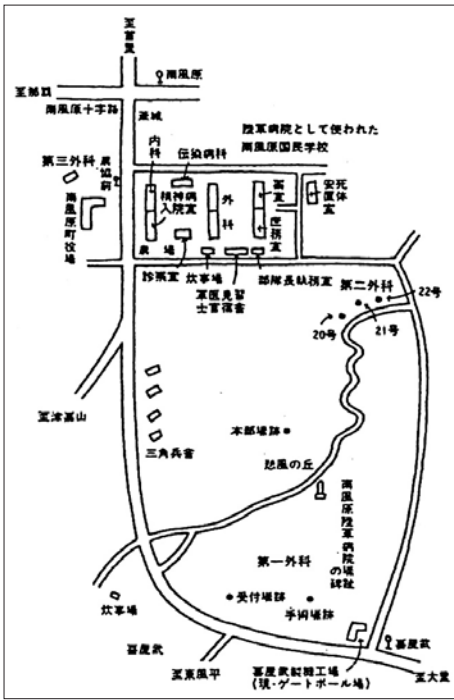


図1 陸軍病院壕内部の様子

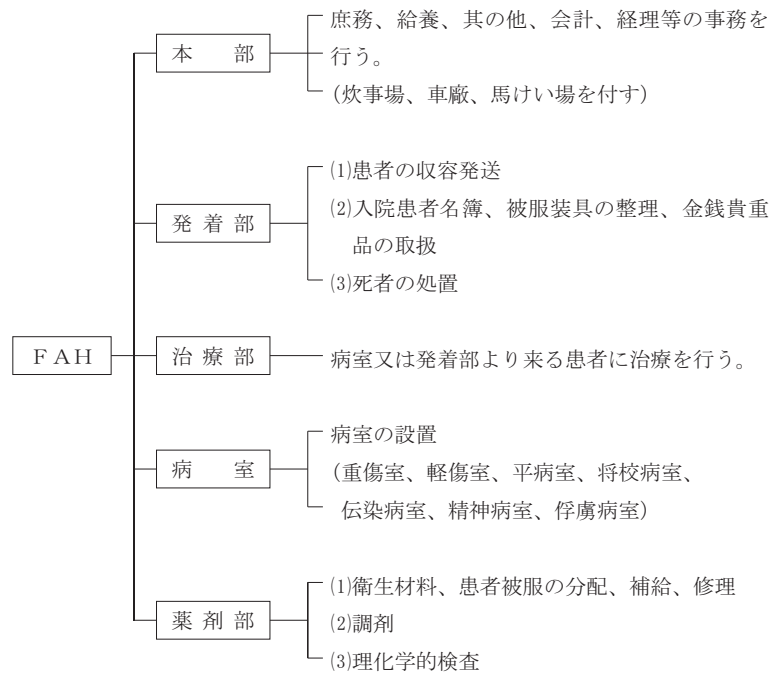


図3 野戦病院の機能(基準)

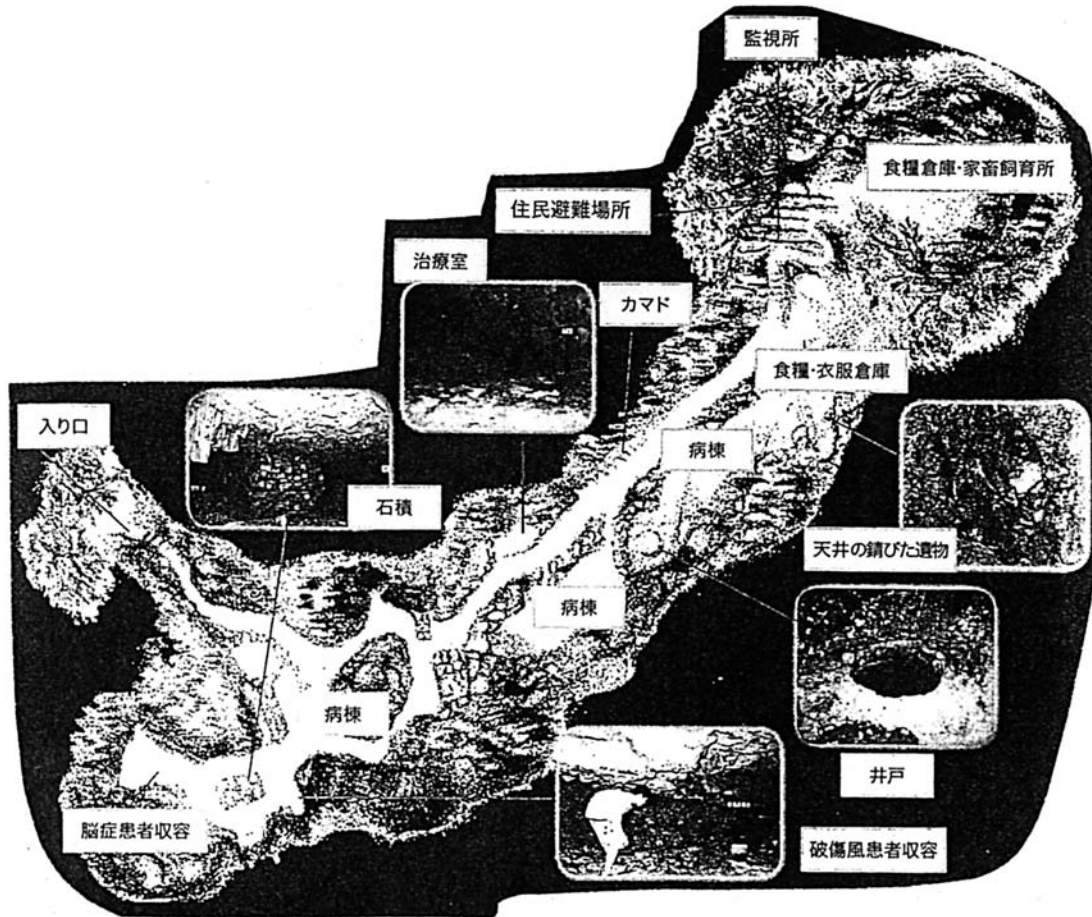


図2 糸数アブチラガマの内部

【引用・参考文献】

1. 立津政順著 (1979)：沖縄の精神科の戦前と戦後「吉川編著、沖縄県精神衛生協会創立20周年記念 沖縄における精神衛生の歩み」所収、p262, 沖縄県精神衛生協会
2. 上与那原朝常他著 (1969)：沖縄における精神衛生事業の歩み、「精神衛生2号」所収、p21, 沖縄県精神衛生協会
3. 金城清松・長田紀秀 (1963)：沖縄県衛生統計年報1922～1946, 球陽堂書房
4. 上与那原朝常他著 (1969)：前掲書 p 21
5. 国立療養所琉球病院 (1990)：創立40周年記念誌, p15
6. 清水純一 (1979)：硫黄島, 沖縄に生きるーアメリカ軍政府G-6-54病院に働いて、「吉川編著、沖縄県精神衛生協会創立20周年記念 沖縄における精神衛生の歩み」所収、p251-261, 沖縄県精神衛生協会
7. 清水：前掲書, p 251-259
8. 宮良ルリ (2003)：私のひめゆり戦記, p171-180, ニライ社
9. 松田其枝 (1992)：沖縄戦と私, 「長田紀春・具志八重編：閃光の中でー沖縄陸軍病院の証言」所収, p187-188, ニライ社
10. 名城フミ (2008)：テンプラ事件, 「字誌編集委員会編：田井等誌」所収, p130-131, 名護市字田井等
11. Menninger Alumni Association (2005)：Newsletter, Vol52-2 p8 August
12. 沖縄県史 (1996)：沖縄県史 史料編2 琉球列島の沖縄人・他 (和訳編), p190, 沖縄県立図書館史料編集室編集, 沖縄県教育委員会
13. 保坂廣志 (2002)：沖縄戦の心の傷 (トラウマ) とその回復, 琉球大学法文学部人間科学紀要「人間科学」9号, p78-79, 琉球大学法文学部
14. 10TH ARMY OPERATION ICEBERG (2001)：沖縄県史史料編12ーアイスバーグ作戦 (和訳), p 351, 財団法人沖縄県文化振興会公文書管理部史料編集室編, p291-292, 沖縄県教育委員会
15. 上原正稔訳編：沖縄戦アメリカ軍戦時記録ー第10軍G2②レポートより, p386-397, 三一書房
16. 沖縄県史 史料編14 (2002)：沖縄県史史料編14 琉球列島の軍政1945-1950, 財団法人沖縄県文化振興会公文書管理部史料編集室編集, p51, 沖縄県教育委員発行
17. 瀬川晴子：シリーズ戦後60年ー精神障害と沖縄戦5, 沖縄タイムス2005年5月26日 (朝)
18. 真喜屋小学校創立百周年記念誌 (1996)：名護市立真喜屋小学校創立百周年記念事業期生会記念誌部編：p58, p226-236, p321, p326-328, 名護市立真喜屋小学校創立百周年記念事業期生会
19. 比嘉宇太郎 (1985)：名護六百年史, p281, あき書房
20. 10TH ARMY OPERATION ICEBERG (2001)：前掲書, p291-293
21. 沖縄県史 (2005)：沖縄県史 史料編20 軍政活動報告 (和訳編), p8-9, 財団法人沖縄県文化振興会 公文書管理部史料編集室編, 沖縄県教育委員会発行
22. 保坂廣志 (2005)：研究ノート 沖縄戦参戦米兵と戦争神経症, 琉球大学法文学部人間科学紀要「人間科学」15号, p44-46, 琉球大学法文学部
23. 保坂廣志 (2002)：沖縄戦の心の傷 (トラウマ) とその回復, 琉球大学法文学部人間科学紀要「人間科学」9号, p44, 琉球大学法文学部
24. E.B. スレッジ (1991)：泥と炎の沖縄戦, 外間正四郎訳, 琉球新報社
25. ジェームス・H・ハラス (2007)：沖縄シュガーロフの戦い, 猿渡青児訳, 光人社
26. 島袋淑子 (2006)：「沖縄戦の全女子学徒隊」所収, 青春を語る会編, p 93-94, フォレスト

27. 渡久山ハル（2006）：「沖縄戦の全女子学徒隊」所収，p89-90，前掲書
28. 仲里マサエ（2006）：「沖縄戦の全女子学徒隊」所収，p91-92，前掲書
29. 武村豊（2006）：「沖縄戦の全女子学徒隊」所収，p124-125，前掲書
30. 大田昌秀監修（1995）：写真集 沖縄戦 第六版，P55，那覇出版社編，那覇出版発行
31. 沖縄平和祈念資料館編（2009）：沖縄の戦争遺跡，p39，沖縄時事出版発行
32. 和田友教他（1976）：第32軍の衛生活動，航空自衛隊那覇基地衛生隊

研究ノート

終末期がん患者の家族ケアとしての 死後のケアに関する文献検討

謝花小百合¹ 神里みどり¹

キーワード：死後のケア、終末期がん患者、家族ケア

I はじめに

現在、日本人の死亡場所は医療施設が約8割を占め、がん患者においては約9割が病院で最期を迎えており¹⁾、一般病院で働く看護師が終末期の患者を看とらざるを得ない現状にある。世界保健機関²⁾は、緩和ケアの最終目標として、患者だけでなく家族にとっても良好な Quality of Life を実現させることであると定義しており、患者ケアと同様に家族ケアも重要なケアとして位置づけている。

終末期がん患者の家族ケアの先行研究において、臨終前後の家族ケアは、患者と死別した後の遺族ケアにつながる重要なケアである^{3,4)}ことや生前の患者と家族の関わりに対する配慮が遺族ケアになりうることを示唆⁵⁾されている。中川ら⁶⁾は、1995年から10年間に発表された終末期がん患者の家族ケアに関する研究論文58件を検討し、「家族への身体的・精神的サポート」、「家族への治療・ケアへの参加」、「環境整備」という3つの家族ケアの内容を報告している。しかし、家族ケアとしての死後の処置に焦点を当てた内容については検討されていない。死後の処置を行う時に看護師が実践している家族ケアを明らかにすることは、患者亡き後の遺された家族の安寧にとって重要なケアになるばかりでなく、ケアを提供する看護師に

とって有益であると考えられる。

そこで今回、死後の処置に焦点を当て、看護師がどのような家族ケアを行っているのかを国内外の文献を用いて検討し、死後の処置を行う際の家族ケアに関しての研究を遂行する上での示唆を得ることを目的とした。

II 研究方法

1. 対象文献

研究対象の論文の検索には、国内論文に関しては医学中央雑誌 Web Ver.4 を用い、国外論文は CINAHL と MEDLINE を用いた。検索の範囲は、1983年から2011年1月までとした。

検索時のキーワードは、「死後の処置」「家族ケア」を用い、分類を「看護」に設定し検索した。なお、用いた論文は原著論文を中心にし、資料、短編である看護学会誌は除いた。国外論文は、"Postmortem care"、"Family Nursing" のキーワードを用いて検索した。

「死後の処置」「家族ケア」のキーワードで検索した結果、119件が抽出された。次に看護の原著論文のみに絞り込んだ結果、34件が抽出された。論文の表題、キーワードおよび抄録の内容から、がん患者の家族ケアとしての死後の処置に関する研究論文か否かを検討した。さらに、原著論文の引用文献からもハンドリサーチを行った。最終的に、家族ケアとしての死後の処置に関する論文の

¹ 沖縄県立看護大学

本文を読み、テーマであると確認した12件を研究対象の論文とした。

2. 分析方法

研究の動向をつかむために、研究論文の発行時期、デザイン、対象を分析した。次に、死後の処置を行う際の家族ケアの内容やそのあり方を考察するために内容分析を行った。

III 結果

1. 対象となる研究論文の発行時期

発行時期は、2008年が4件（33.3%）と最も多く、次いで2000年が3件（25.0%）、その他5件（41.6%）であった。

2. 研究論文の掲載雑誌

掲載雑誌は、大学・短期大学の紀要が5件（41.6%）と最も多く、次いで病院発行の雑誌2件（16.6%）、その他5件（41.6%）であった。

3. 研究デザイン

研究デザインは、量的研究が10件（83.3%）と最も多く、次いで質的研究および量的研究と質的研究を併用したミックス法がそれぞれ1件（8.3%）であった。

抽出した研究論文の対象者の背景は、看護師を対象としたものが10件（83.3%）と最も多く、遺族を対象としたものは2件（16.6%）であった。

データ収集方法は、自作の質問紙調査が11件（91.7%）と最も多かった。

4. 研究論文の内容分析

12件の論文の検討を行った結果、研究論文の内容に関しては、「看護師が行う死後の処置の現状調査および意識調査」、「家族と共に行う死後の処置に対する看護師の認識および体験」、「家族ケアとしての死後の処置を支える要因」および「看護師と共に行う死後の処置が遺族のグリーフ（悲嘆）

に及ぼす影響」の4つのカテゴリーに分類された（表1）。

次に各カテゴリーに関しての文献検討の詳細を説明する。

1) 看護師が行う死後の処置の現状調査および意識調査

死後のケアの現状調査や意識調査に関しては、6件の研究論文があり、その殆どが、死後のケアで実施している内容や儀礼的な行為に関する報告であった。

田中ら⁷⁾は、エンゼルケアの研修会に参加した一般病院の看護師42名を対象に質問紙調査を行い、時代とともに変化しつつあるエンゼルケア（死後の処置）が、現在どのように臨床現場で行われているのかを明らかにしている。約8割の看護師は、家族に対して死後のケアへの参加の意思を確認後に、希望があれば家族と共にエンゼルケアを行っていた。これらのことから、今後さらに家族の意向に配慮した家族参加のエンゼルケアの必要性が述べられていた⁷⁾。

次に、緩和ケア病棟と一般病棟の看護師86名を対象に質問紙調査を行った藤山ら⁸⁾は、両者のエンゼルケア（死後の処置）の相違を明らかにしている。エンゼルケアの時間に関しては、緩和ケア病棟では1時間以上、一般病棟では30分から1時間以内であった。また、ケア内容に関しては、緩和ケア病棟では、清拭、陰部洗浄、洗髪、化粧、髭剃りおよびマニキュアはそれぞれ100%の実施率、一般病棟では、清拭、髭剃りは100%の実施率であるが陰部洗浄や洗髪に関しては10%未満であった。家族に対してエンゼルケアへの参加についての声かけは、緩和ケア病棟では、全看護師が、一般病棟では6割の看護師のみが家族に対して死後のケアへの参加を促す声かけを行っていた。声かけを行わない理由として、①必要性を感じない、②教えられていない、③時間的余裕がないなどであった。つまり、一般病棟の看護師は、家族と協働で行う死後の処置が家族ケアになるという認識

表1 家族ケアとしての死後のケアに関する文献レビュー

著者	掲載雑誌	発表年	論文名	目的	デザイン	対象者概要/方法	結果/結論	分類
田中ら	山口県立大学看護栄養学部紀要創刊号	2008	臨床現場におけるエンゼルケアの実態	臨床現場におけるエンゼルケアの実態を知ること	量的研究	エンゼルケア研修会に参加した看護師42人	エンゼルケアについての「家族の意向を聞いて希望があれば家族と共にやっている」は7割の看護師が実施しておりエンゼルケアの際の儀礼については9割の看護師が実施していた。患者、家族の希望を取り入れた死後のケアを行っていた。	1)
藤山ら	岡山済生会総合病院雑誌	2005	緩和ケア病棟と一般病棟でのエンゼルケアの違い	緩和ケア病棟と一般病棟のエンゼルケアの違いを明らかにすること	量的研究	総合病院に勤務する経験4年目以上の看護師、一般病棟看護師70名、緩和ケア看護師(PCU)16名	エンゼルケアの時間はPCUが1時間、一般病棟は1時間未満であり、ケアの種類としてPUCでは清拭、髭そり、洗髪、陰部洗浄およびマニキュアは全て実施、一般病棟は、清拭、髭剃りは全て行っていた。陰部洗浄、洗髪は1割以下の実施であった。死後のケアへの家族への参加を促す声かけは、PCUは全員、一般は6割の看護師が実施していた。家族への声かけをしない理由は、必要性を感じていないこと時間的な余裕がないであった。	1)
滝下ら	京都府立医科大学医療技術短期大学紀	1999	在宅における死後の処置に関する調査 訪問看護ステーションを対象に	家族に提供すべき技術や知識の枠組み作成をすること	量的調査	京都府下の訪問看護ステーションに勤務する看護職員398名	3割の家族は看護師と共に死後の処置を行っており、2割の家族は家族だけで死後の処置を行っていた。死後の処置の内容は、綿を詰めない、部分浴など在宅特有のものであった。看護師が行う死後の処置は有料であることから葬儀社に任せる傾向であった。訪問看護師は、家族が死後の処置に取り組むことは家族の悲嘆プロセスを促しグリーフワークの機会になると考えていた。	1)
東ら	臨床看護研究の進歩	2000	死後の処置に対する看護職者・一般壮年者の意識と看護における位置づけ	死後の処置に対する看護における意義と位置づけの基礎的データとすること	量的研究	A大学病院に勤務する看護師150名とB看護学科学生の父母(一般)239名	死後の処置が持つ意味として、看護師は「遺族が患者の死を受け止め、悲しみを癒すきっかけとなる」であり、一般では「宗教的に遺体を神聖なものとして扱う」という考えであった。看護師が遺族への配慮として、遺族の希望に添ってケアを行うや「家族を亡くした気持ちを十分に理解する」であった。死後の処置への声かけは、86%の看護師が実施しており、その理由は遺族の希望、最後のふれあいであり、死後の処置への参加を求めない理由は、遺族が希望しない、遺体が遺族に見せられる状態でないであった。	1)
Hill	Nursing Standard	1997	Evaluating the quality of after death care	死後のケアの継続性とケアの程度と質を明らかにすること	量的研究 質的研究	ナショナルヘルスサービス9施設、ホスピス7施設、プライベートナーシングホーム1施設、私立病院2施設に働く看護師19名	スタッフの2割が死後のケアに不安を持っていた。また、スタッフの一人は、死後のケアの参加を促さなかった。3名の看護師は、民族的ケアの配慮ができなかった。16名の看護師は手順に従って死後のケアを行えた。7箇所(36.8%)は標準的な基準がある。2名のスタッフだけ死後のケアの研修を受けており、他8割のスタッフは、死後のケアは仕事を通して学んでいた。スタッフインタビューにて、家族が死後の処置に参加することは肯定的に捉えていた。	1)
Celik	Australian Journal of Advanced Nursing	2008	Critical care nurses knowledge and about the care of deceased adult patients in ICU	死後のケアの知識と実施内容に関すること	量的研究	イスタンブル市内の大学病院での内科外科に勤務する死後のケアを経験した看護師61名	9割の看護師は、死後のケアの知識についての正式な教育を受けてなかった。病院で死後のケアに関する標準看護がなく、殆どの看護師は、患者が亡くなった後のケアとして機器、カテーテルやチューブを外すこと、体の傷の手当てと分泌物をふき取るのみであった。1割の看護師だけが、患者の死後に清潔なガウンに着替えさせ、髪をくしで梳いていた。	1)

1) 看護師が行う死後の処置の現状調査および意識調査

表1 家族ケアとしての死後のケアに関する文献レビュー 続き

著者	掲載雑誌	発表年	論文名	目的	デザイン	対象者概要/方法	結果/結論	分類
池上ら	福岡県立看護専門学校看護研究論文集	2000	エンゼルケア（死後の処置）に関する看護婦の意識	エンゼルケアに対する意識と現状を知ること	量的研究	福岡県内の県立病院3施設に勤務する看護師290名	看取りの実施者は、看護師の観点から「家族と看護者」、死者に対する声かけは、看護師は必ず行う、家族の観点からも患者への「声かけ」は必要であるとの認識であった。家族の観点として看護師への要望として、患者に対して最後まで尊厳を保つことを望んでいた。看護師の観点から、初めての死後ケアよりも「敬虔な気持ち」が増え死を厳粛なものとして受け止めているという変化がみられた。	2)
大江ら	榛原総合病院学術雑誌	2004	死後のケアに対する看護師の意識と行動の変化	家族と看護師が共同で行う死後の入浴が、家族に及ぼす影響と看護師の死後のケアに対する認識の変化を調査すること	量的研究	脳神経外科病棟看護師24名	死後の入浴前は、看護師の認識は「死後入浴に抵抗がある」と否定的であったが、死後の入浴後は「看護として死後入浴ができる」「死は汚いと思っていたが、死後入浴を行うことで死への思いが変化した」「家族の喜びから私たちの死後のケアの方法への看護を確認した」などの故人を大切にしようと思ったなど肯定的な認識に変化していた。	2)
井上ら	高知女子大学紀要看護学部	2008	看護師の看取りのケアの分析	近親者との死別経験のある看護師と経験のない看護師との看取りのケアの相違を明らかにすること	量的研究	A県下5病院の一般病棟に勤務している管理職、看護師経験1年未満以外の正職員看護師406名	看護師が個人的な体験としての近親者との死別を経験すると、看護師が行う看取りのケアは、医療スタッフとしての業務の遂行から患者や家族を主体としたケアへの変化が認められた。また患者や家族の思いを重要視する特徴がある。ケアの実施頻度が多くなるに従い、患者および家族を主体とする看護師の認識の変化があった。	3)
小林	新潟青陵大学紀要	2005	死後のケアの再考	死後のケアを支える要因を明らかにすること	質的研究	研究者の知り合いを通じて依頼した医療施設で勤務する看護師8名	医療施設の死後のケアには、時間が影響していた。「遺体」というよりも生前と同様に捉えており、生前の関わりの深さによって看護職の思いや死後のケアの意識に差がある。死後のケアを支えていたのは、その人に対する看護師たちのケアの真摯な態度であった。医療者の理想の看取りから、亡くなった家族と共に死後のあり方を考えていく必要性を指摘している。	3)
岩脇ら	京都府立医科大学医療技術短期大学紀要	2000	在宅における死後の処置に関する調査—家族を対象にして	家族に提供すべき情報内容や死後のケアを検討すること	量的調査	訪問看護を受け在宅で高齢者の看取りを経験した家族76名	家族の8割が死後の処置の知識を持っており、家族だけの死後の処置の実施率は7割であった。その内容は、顔に白布をかける、両手を胸で組むなどであった。	4)
多寡ら	死の臨床	2008	協働で行う死後の入浴ケア湯灌が家族のグリーフに及ぼす影響	家族のグリーフに看護師と協働で死後の入浴ケアを行うことがどのような影響を及ぼすのか明らかにすること	量的研究	A緩和施設において近親者を亡くした遺族288名	死後の入浴ケアに参加した家族は8割で、入浴ケアの提案に対しては遺族の約7割が肯定的感情を持っており、死後のケア実施後は、8割の家族が満足感情を抱いていた。家族は、患者が清められる、苦しみが洗い落とされると感じていた。遺族にとって、死後の入浴の時間が故人との思い出や生と死を考える機会になっていた。	4)

- 2) 家族と共に行う死後の処置に対する看護師の認識および体験
- 3) 家族ケアとしての死後の処置を支える要因
- 4) 看護師と共に行う死後の処置が遺族のグリーフ（悲嘆）に及ぼす影響

が低いのではないかと考察されている⁸⁾。

病院の看護師だけではなく、滝下⁹⁾は訪問看護ステーションの看護師398名を対象に質問紙調査を行っている。その結果、訪問看護師が実施する死後の処置は、病院で行われている死後の処置を踏襲したものであった。看護師と協働で行う死後の処置の場面は、亡くなった患者に対する思いを表出する場となり、家族の健全な悲嘆のプロセスを促す場となっていた。しかし、少数の家族は、死後の処置への参加に消極的であった⁹⁾。

東¹⁰⁾は、看護師150名と一般壮年者239名を対象に質問紙調査を行い、死後の処置に関する両者の意識の違いを明らかにしている。死後の処置が持つ意味として、両者に共通していることは、①生前の姿へ近づけその人らしく整える、②病と闘った患者への労いなどであった。死後の処置の意味として、看護師は「家族が患者の死を受け止め、悲しみを癒すきっかけとなる」と捉えていたが、一般壮年者では「遺体を神聖なものとして扱う」と捉えていた。死後の処置を家族と共に行う際に看護師が配慮していることは、「家族の希望に添って、可能なところは一緒に行う」や「家族を亡くした気持ちを十分に理解する」ことなどであった。それゆえ、殆どの看護師は家族に対して死後の処置への参加を促す声かけを行っていた。しかし、家族が死後のケアへの参加を希望しない場合や家族が参加できる状況にない場合は、看護師は家族に対して死後の処置への参加の声かけを行ってなかった¹⁰⁾。

国外の研究論文として、Hill¹¹⁾は、英国において19名の看護師を対象に、死後の処置の程度とケアの質に関する調査を行っている。死後の処置に関して、正式なトレーニングを受けた看護師は2名のみであり、その他の看護師は仕事を通して死後の処置を学んでいた。つまり、患者および家族へのケアを行うためには、死後の処置に関する適切な技術の習得が最低限必要であることが示されていた¹¹⁾。

Celik¹²⁾は、トルコの大学病院で急性期ケアを行っている看護師61名を対象に、死後の処置に関する質問紙調査を行い、約9割の看護師が、死後の処置に関する教育を受けていなかったことを報告している。殆どの看護師は、患者が亡くなった後に患者の体に装着されている機器類などを除去する行為に関しては実施していたが、家族に対する適切な精神的サポートに関しては実施していなかった¹²⁾。

2) 家族と共に行う死後の処置に対する看護師の認識および体験

池上¹³⁾は、看護師を対象に死後の処置へ家族が参加することについて看護師および家族の双方の観点からの意識調査を実施している。看護師の観点では、死後の処置を行うのは「看護師と家族」が望ましいと考えており、家族の観点では「家族」が死後の処置を行うことが望ましいと考えていた。家族の観点から看護師に要望することとしては、「死者に対して最後まで人間として接すること」であった。人が死ぬという現実には畏敬の念を持ち、哀悼の気持ちで接することは、家族への癒しのケアになり得ることや家族と看護師が共に行う死後の処置は遺された家族への看護援助の始まりになっていた¹³⁾。

大江¹⁴⁾は、患者の死後の入浴の導入前後で看護師の死後の処置に関する認識の変化に関する質問紙調査を行っている。その結果、死後の入浴ケアを実践する前の看護師の認識は、「亡くなった患者をどのように入浴させていいかわからない」、「一般病棟では無理」など、死後の入浴ケアに対して否定的であった。しかし、看護師は死後の入浴ケアに関する勉強会に参加し、実際に家族と共に死後の入浴ケアを行うことで、死後のケアに対して肯定的な認識へと変化していた¹⁴⁾。

3) 家族ケアとしての死後の処置を支える要因
井上¹⁵⁾は、近親者の死を経験した看護師と経

験したことがない一般病院の看護師290名を対象に質問紙調査を行い、死後のケアを含めた看取りのケアを構成する要素にどのような相違が生じたのかを明らかにしている。近親者との死別体験のある看護師は、死別体験のない看護師と比べ、家族が質問しやすいように看護師から働きかけていたことや臨終の場で家族が患者に寄り添えるような家族ケアを実践していた。近親者の死別体験がない看護師は、患者の看取りを経験することにより、業務中心から家族ケアを重視する認識へと変化していた¹⁵⁾。

小林¹⁶⁾は、死後のケアを経験したことのある看護師8名を対象に面接調査を行い、看取りの質を高める死後のケアについて検討している。その結果、看護師はがんと闘ってきた患者への尊敬の念や一人の人間として尊重する気持ちをもって死後のケアを行っていた。しかし、看護師は、死後のケアの時間が十分ではなく、家族ケアができなかったと感じていた。家族ケアとしての死後のケアを行うためには、葬儀社が病院に患者を迎えにくる時間を調整するなどの工夫が必要であるとしていた¹⁶⁾。

4) 看護師と共に行う死後の処置が遺族のグリーフ(悲嘆)に及ぼす影響

岩崎ら¹⁷⁾は、在宅で家族を看取った経験のある介護者76名を対象に、死後の処置に関しての質問紙調査を行っている。その結果、家族が行っている死後の処置は、「顔に布をかける」などの儀礼的な行為であった。実際に死後の処置を行った家族は「最後の世話ができ満足であった」と満足感を抱いていた。しかし、家族は、家族だけで行う死後の処置について不安や戸惑いを持っており、看護師と共に死後の処置を行うことを望んでいた¹⁷⁾。

多寡ら¹⁸⁾は、看護師と協働で行う死後の入浴が家族のグリーフに影響を及ぼしたかどうかを明らかにするために、ホスピスで近親者を亡くした遺

族288名を対象に質問紙調査を行っている。その結果、看護師と共に死後の入浴に参加した家族は、死後の入浴に対して肯定的な感情をもっており、満足感が高かった。看護師と家族が協働で行う入浴ケアが家族のグリーフに与える影響として、①入浴という方法が「苦しみ洗い流される」など安らぎの感情と結びつくこと、②入浴ケアの時間が、故人との思い出や生と死を考える時間になったこと、③看護師と思い出を分かち合う体験ができたことなどであった。しかし、少数の家族ではあるが、死後の入浴ケア時に「看護師の態度に疑問をもった」、「プライバシーの配慮がない」など否定的な感情を持っていた¹⁸⁾。

IV 考察

1. 家族ケアとしての死後の処置に関する研究の動向

家族ケアとしての死後の処置に関する研究の動向として、1997年に発表されて以来、断続的な発表ではあるが、2000年に3件、2008年に4件の発表数であった。研究デザインは、質問紙調査が主である量的研究が9割を占めていた。峰岸¹⁹⁾は、患者を亡くした家族は悲嘆のプロセスにあり、そのような家族に対して面接調査を行うことが難しいのではないかと述べている。しかし、今後は、看護師が家族ケアとしての死後の処置をどのように行っているのかを明らかにするような研究が必要である。

2. 家族ケアとしての死後の処置に関する研究の内容

家族ケアとしての死後の処置に関する内容を分析した結果、4つのカテゴリーに分類された。

1) 看護師が行う死後の処置の現状調査および意識調査

死後の処置の現状および意識調査では、看護師が実施している死後の処置の内容と家族と共に実

施している葬送儀礼に関する報告が主であった。看護師は、家族が死後の処置に参加することは家族の悲嘆のプロセスを促す機会になるとの認識を持っていた¹⁸⁾。その一方で、死後の処置に家族を参加させる必要性がないと考えている看護師もいた⁸⁾。このようなことから、看護師が家族ケアとしてどのような認識を持って死後の処置を行っているかを明らかにする必要があると考える。

また、国外においても、看護師は死後の処置の場を家族ケアとして捉えることが重要であると考えていたが、今回の研究論文では死後の処置に関しての技術的な側面に関する記載内容となっていた。塚本²⁰⁾は、米国でのファミリーナースプラクティショナーの経験を基に、米国の看護師は、日本で行われているような死化粧などは実施していないことを述べている。さらに米国の看護の教科書²¹⁾に記載されている死後の処置に関する内容は、患者の体に装着されている機器の除去などの技術的な側面が主であり、Celik¹²⁾の報告と同様であった。死後の処置を行う場合、文化的側面などの影響もあると考えられ、家族ケアとしての死後の処置に関する相違について理解することは、わが国の看護師が実施している家族ケアとしての死後の処置をより深く理解することに繋がると考える。

2) 家族と共に行う死後の処置に対する看護師の認識および体験

家族ケアとしての死後の処置に対する看護師の認識および体験に関して、看護師と家族が共に患者の死後の入浴ケアを行うことで、業務的な死後の処置から家族ケアとしての死後の処置への認識に変化していた。従来は、看護師のみで死後の処置を行っていたが、近年は家族ケアの一つとして死後の処置を捉えている傾向にあるのではないかと考える。よって、死後の処置の場面で看護師がどのような家族ケアを行っているのか、ケアの受け手である家族がどのような反応を示したのかを

明らかにすることは重要であると考ええる。

3) 家族ケアとしての死後の処置を支える要因
家族ケアとしての死後の処置を支える要因は、死後の処置の時間と看護師の看取り経験であった。そこで、看護師が家族と共に死後の処置を行う時に、時間をどのように確保していたかなどを明らかにする必要があるのではないかと考える。近親者の看取り経験がない看護師は、患者の看取り経験を行うことで業務中心から家族中心への認識へと変化していた。ただ単に、看取りの頻度だけが看護師の認識に影響を及ぼしたのではなく、どのような要因が看護師の認識に影響を及ぼしているのか明らかにする必要があると考える。

4) 看護師と共に行う死後の処置が遺族のグリーフ(悲嘆)に及ぼす影響

家族と看護師が協働で行う死後の入浴ケアが家族のグリーフ(悲嘆)に肯定的な影響を及ぼしていた。しかし、入浴ケア時に看護師の態度に疑問を抱き、死後の処置に参加したことをネガティブに捉えていた家族も存在していた。そのことから、死後の処置を行う際の看護師の態度が家族の満足度に影響を及ぼしていることが推察される。

Shinjoら²²⁾は、死後のケアも時代と共に変化しており、生前の患者の意向や家族の希望を取り入れることの必要性を述べている。実際に死後の処置の場面で、看護師がどのような家族ケアを行っているのかを明らかにすることは、グリーフケアとしての家族ケアに繋がるのではないかと考える。

V 結論

1. 家族ケアとしての死後の処置に関する研究は、看護師が行っている死後の処置に関する内容については明らかにしているが、看護師がどのように家族ケアを行っているのか効果的な看護援助に関する研究は少ない傾向であった。

2. 12件の研究論文から①看護師が行う死後の処

置の現状調査および意識調査、②家族と共に行う死後の処置に対する看護師の認識および体験、③家族ケアとしての死後の処置を支える要因、④看護師と共に行う死後の処置が遺族のグリーフ（悲嘆）に及ぼす影響の4つのカテゴリーに分類された。

3. 文献検討の結果から、死後の処置時に看護師が行う家族ケアが遺された家族に影響を及ぼすことが示唆されており、今後は、看護師が死後の処置の場面でどのような家族ケアを実践しているのかを明らかにすることが必要である。

引用文献

- 1) 厚生労働省 (平成22年度) : 人口動態統計
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth5.html>
(2011年5月20日現在)
- 2) 世界保健機関 (2002年) : 緩和ケアの定義
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (2011年5月20日現在)
- 3) 戸井間充子, 大嶋満寿美, 田中愛子, 白石日出子 (1999) : 生前からの家族介入が遺族のグリーフワークに与える影響, 死の臨床, 22(1), 100-105.
- 4) 岸恵美子, 渡邊純枝, 百瀬真由美, 神山幸枝 (2000) : 大学病院における終末期患者の家族への援助および遺族ケアの実際, 自治医大看護短期大学紀要, 8, 45-50.
- 5) 坂口幸弘, 池永昌之, 田村恵子, 恒藤暁 (2008) : ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討, 死の臨床, 31(1), 74-81.
- 6) 中川雅子, 小谷亜紀, 笹川寿美 (2008) : 日本における終末期がん患者の家族のケアに関する文献的考察, 京都府医学大学看護学紀要, 17, 17-21.
- 7) 田中愛子, 岩本テルヨ (2008) : 臨床現場におけるエンゼルケアの実態, 山口県立大学看護学養学部紀要創刊号, 39-42.
- 8) 藤山泰子, 槌田陽子, 大塚千秋, 石原辰彦, 木村秀幸 (2005) : 緩和ケア病棟と一般病棟でのエンゼルケアの違い, 岡山済生会総合病院雑誌, 37, 66-69.
- 9) 滝下幸栄, 岩脇陽子, 新村拓, 福本恵, 榎本妙子 (1999) : 在宅における死後の処置に関する調査 訪問看護ステーションを対象に, 京都府立医科大学医療技術短期大学, 9, 79-88.
- 10) 東玲子, 金山正子, 藤澤玲子, 木嶋優子, 児玉いつみ, 森田千春, 藤井君江 (2000) : 死後の処置に対する看護職者・一般壮年者の意識と看護における位置づけ, 臨床看護研究の進歩, 11, 130-136.
- 11) Hill,B,C (1997) : Evaluating the quality of after death care. Nursing Standard, 12(8), 36-39.
- 12) Celik, Ugras (2008): Critical care nurses knowledge and about the care of deceased adult patients in Intensive Care Unit. Australian Journal of Advanced Nursing, 26(1), 53-58.
- 13) 池上明里, 清川恵理子, 嶋香織, 中村朋恵, 本田香織, 横山晶子, 渡辺ゆかり (2000) : エンゼルケア (死後の処置) に関する看護婦の意識, 福岡県立看護専門学校看護研究論文集, 223, 25-36.
- 14) 大江陽恵, 中山雅子, 中野美智子 (2004) : 死後のケアに対する看護師の意識と行動の変化 死後家族と共に入浴を行うことによる影響, 榛原総合病院学術雑誌, 1(1), 73-77.
- 15) 井上正隆, 岩貞美紀, 島津美佐, 猪野知則, 小松由美子, 橋本幸, 細川かずみ (2008) : 看護師が織りなす看取りのケアの分析, 高知女子大学紀要 看護学部編, 58, 9-19.
- 16) 小林祐子 (2005) : 死後のケアの再考, 新潟青陵大学紀要, 5, 291-303.
- 17) 岩崎洋子, 滝下幸栄, 新村拓 (2000) : 在宅に

- おける死後の処置に関する調査—家族を対象にして—, 京府医大短紀要, 9, 219-229.
- 18) 多寡裕美, 柳原清子 (2008): 協働で行う死後の入浴ケア—湯灌が家族のグリーフに及ぼす影響—. 死の臨床, 31(1), 82-89.
- 19) 峰岸秀子(1999): 日本における過去10年間の(1988-1997) のがん看護領域における研究の概観と今後の課題. 日本がん看護学会誌, 13(1), 1-13.
- 20) 塚本容子(2011): アメリカでの患者・家族へのエンドオブライフケア, 家族看護, 9(1), 64-71.
- 21) Margaret S.Miles, Lori J.Andreas, and Beth P. Black (1999): Care of dying, Carol A. Lideman, Marylou McAthis: Fundamentals of Contemporary Nursing Practice, Philadelphia, W.B. SAUNDERS COMPANY, 1051-1052.
- 22) Takuya Shinjo, Tatsuya Morita, Mitsunori Miyasita, Kazuki Sato, Satoru Tsuneto, Yasuo Shima (2010): Care for the Body of Deceased Cancer Inpatients in Japan Palliative Care Units, Journal of Palliative Medicine, 13, 27-31.

資料

沖縄県における看護師学校養成所の推移 —第二次世界大戦終了後～2009年まで—

嘉手苺英子¹ 金城忍¹ 高橋幸子¹

キーワード：沖縄県、看護師学校養成所、学生数、年次推移、第二次世界大戦終了後

I はじめに

沖縄県は第二次世界大戦後27年間にわたり琉球列島米国民政府 (USCAR : United States Civil Administration of the Ryukyu Islands) の統治下に置かれていたことから、看護教育・看護実践は日本本土とは異なる発展過程を辿ってきた。終戦直後 (1945) から日本への施政権返還 (1972) まで米国看護指導者の強い指導力の下で様々な看護改革が行われた。中でも約10年間の長きに渡り在職したワニタ・ワータワース女史の業績抜きには戦後沖縄の看護を語れない。当時の看護指導者が、すでに大学レベルの看護教育を目指していたことを、看護学校の教務主任であった蘇我氏の回想録の中に見ることができる。ワータワース女史の思い出を記した文章の中に、当時のコザ看護学校での教務とのミーティングについて、「…議題は主として3学科 (注：助産学科、公衆衛生看護学科、看護学科) の学生全員を大学卒なみに昇格させることであった。¹⁾」とあり、その中で、米国において看護学校を大学に昇格させた時の苦労が語られている。

女史が沖縄で活動した1950年代は、米国においても大学での看護教育が始まってはいたものの、看護教育はまだ看護学校が主流の時代であった。1948年に発行された米国の看護事業および看護教

育に関する調査報告書「これからの看護 (1948)」の中で、専門職業看護婦 (Professional Nurse) になるための教育は大学で行われるべきであると指摘し、さらに、「次の10年間で目指すべき目標として、…総合大学、単科大学内に、現在ある医学校に匹敵するだけの数の基礎看護学校が設立され、それらが組織的財政的に健全であり、施設も教授陣も十分であり、その配置が全国的見地に立つて必要な場所になされるよう、努力が行われることを勧告する。²⁾」と記されている。その後、ANA (アメリカ看護婦協会) が「専門看護婦の最低限の準備は学士課程修了となるであろう³⁾」との声明を、1965年に出している。日本においては、1952年に大学での看護教育が高知女子大学家政学部看護学科で開始されたが、その後、看護基礎教育を行なういわゆる看護系大学が約10校の時代が1990年頃まで続いている。そのような時代に、沖縄において大学教育を目指した看護教育が行われていたのである。

終戦から日本復帰前後の沖縄の看護教育に関しては、大嶺らの論文⁴⁾⁵⁾⁶⁾や看護学校や看護協会、医療施設の記念誌等で報告されており、よく知られている。沖縄における看護教育は、第二次世界大戦後に新たに設置された公立の病院附属看護学校から始まり、継続されてきたことから、県立看護学校の変遷については、記念誌等多くの報告があるが、国公立の全体を捉え沖縄の看護教育に

¹ 沖縄県立看護大学

ついて論じた研究例は見当たらない。日本復帰の前後以降は、准看護婦教育の開始や法人立の看護学校の新設、看護系大学の設置などがあり、県立看護学校を中心として行われてきた看護教育の様相は変化している。社会状況に対応して目まぐるしく変化してきた沖縄県における看護師養成の歴史の変遷を把握し、その特徴を浮き彫りにすることは、現在の看護教育の現状と課題を知り、今後を展望する上で意義あることだと考える。

本稿では、第二次世界大戦後から2009年に至るまでの沖縄県における看護師学校養成所数および学校養成所の定員からみた養成学生数の変化を把握し、沖縄県の看護師養成の歴史の変遷を知るための資料を提示する。

II 用語の定義

「看護師養成機関」：看護師基礎教育を行っている学校（看護学校、大学、高等学校など）全般を言う。

「看護師学校養成所」：指定規則に則った看護師教育機関を言う。それらの中で看護学校のみを指している時は「看護師養成所」とした。

「3年課程（大学）」：看護系大学を言う。

「看護教育」：厳密には看護基礎教育と看護継続教育を含むが、本稿では、看護基礎教育全般を言う。

III 資料の収集と分析

1. 沖縄の看護師学校養成所に関する資料（行政関連資料、各看護学校等ホームページ、看護学校・看護協会等記念誌、沖縄の看護に関する文献）の中から、看護学校等の設置や廃止等の変遷、設置主体・所在地、教育課程の種類、修学期間、入学定員数などを把握する。

（なお、用いた資料のリストを文末に提示した。）

2. 上記のデータを、経時的な変化が迎れるように整理して図表に表す。

3. 図表から第二次世界大戦後から2009年までの

沖縄における看護師養成の特徴を読み取る。

IV 結果および考察

1. 1946年から2009年までの沖縄県の看護師学校養成所の設置状況（表1）

2009（平成21）年4月現在、沖縄県内の看護師学校等養成所は8校（10課程）である。

第二次世界大戦前は日本本土の看護教育制度の下で看護教育が行われ、沖縄県立沖縄病院附属看護婦養成所の他、民間の病院に附属した看護婦養成所があった。沖縄戦によってそれらは灰燼に帰し、戦後の沖縄県の看護師教育は、終戦翌年（1946）に設立された3つの病院（宜野座、名護、中央）の附属看護学校から始まった。宜野座病院附属看護婦学校は2期生が卒業した1950年に閉校となり、在校生は名護病院附属看護学校に編入した。また、名護病院附属看護婦学校は4期生が卒業した1952年に閉校となり、在校生は沖縄中央病院附属看護学校に編入した。

沖縄中央病院附属看護学校は、その後、沖縄中央病院看護婦学校（1954）、沖縄看護学校（1955）、琉球政府立コザ看護学校（1959）、沖縄県立コザ看護学校（1972）と名称が変わった。1959年には琉球政府立那覇看護学校が設置され、1972年に沖縄県立看護学校と改称し、1991年に2つの県立看護学校が統合して沖縄県立沖縄看護学校となった。名称変更の背景には、病院からの独立分離（1954）⁷⁾や日本復帰（1972）等がある。1991年の2看護学校の統合により、1学年定員180人という大規模な看護学校が誕生した。1992年に制定された看護師等の人材確保の促進に関する法律によって、国の施策として看護系大学の設置が推進され、その流れの中で1999年に沖縄県立看護大学（定員80名）が設置され、それに伴って沖縄県立沖縄看護学校が閉校となった。

その後、3年課程の看護師養成所は、1992年に設立された法人立看護学校を皮切りに、2009年までに県内3地区（那覇市、北部、中部）の医師会

立看護学校と県立看護学校の計5校が開設され、現在に至っている。

大学での看護教育の開始は、沖縄県は全国の中でも早く、1969年、琉球大学保健学部で看護基礎教育が始まっている。2011年現在、我が国の看護系大学は200校に達しているが、当時は琉球大学を加えてもまだ9校（高知女子大学、東京大、聖路加看護大学、弘前大学、名古屋衛生大学、熊本大学、千葉大学、徳島大学、琉球大）であった。1981年、琉球大学に医学部が設置された際、保健学部は医学部保健学科（定員60名）に改組されて現在に至っている。2007年には、名桜大学人間健康学部看護学科（定員80名）が開設されて県内の看護系大学は3校となった。

准看護課程は、1966年に県立高等学校衛生看護学科の設置、1970年に臨時准看護婦養成所、1972年に医師会立看護専門学校、1973年に国立療養所附属准看護学院、そして1974年には県立准看護学院と、1972年の施政権返還をはさんで相次いで設置された。2年課程は施政権返還後に設置され始め最大4校あったが、2009年現在は准看護課程と共に1校のみとなっている。

2. 看護師学校養成所の設置状況の推移（図1）

沖縄県における1946年から2009年までの看護師学校養成所の設置状況を経時的にみると、3つの節目のあることがわかる。第1の節目は、「施政権が米国から日本に返還」された1972年前後であり、第2は「看護師等の人材確保の促進に関する法律（以下、人確法とする）」が施行された1992年前後、そして第3は、「第6次看護職需給見通しが公表」された2006年前後である。各節目で区切られた期間の特徴は以下の通りである。

1) 終戦（1945年）～施政権返還（1972年）
＜USCARの統治下における看護教育の土台づくりから准看護師制度導入へ＞

この期間はUSCARによる統治下にあり、米

国看護指導者の強い指導力のもとで高いレベルの看護教育を目指した土台作りがなされ、公立の看護学校（3年課程）を中心に看護教育が行われた。この間の看護教育の特徴としては、琉球大学との教育連携による大学認定の単位取得や1年間の委託生制度、看護教師の条件を「看護婦免許に加え、大学等において教授法または一般教育の課程を1年、看護教育、公衆衛生看護または助産看護などの専門課程を1年履修した者⁴⁾」とするなど、高い教育水準を求めたことがあげられる。

敗戦後に米国看護指導者の下で看護改革が行われたのは日本本土も同様であった。しかし、その期間が、日本本土の場合はサンフランシスコ平和条約締結までの7年間であったのに対して、沖縄は施政権返還までの27年間と長かったことと壊滅的な状態からの出発であったことから、米国の看護指導者の影響を大きく受けたと考えられる。

この期間のほとんどは、県内の看護師養成機関は県立（当時は琉球政府立など）が中心で、看護学校と実践現場と行政の場は一体的に行われ、指導者はそれらの場をローテーションしながら、情報を共有し、同じ理念の元で教育を受け、実践し、管理運営が行える環境にあったと言える。

2) 日本復帰（1972年）前後～人確法制定（1992年）前後

＜多様な養成課程における看護基礎教育＞

1972年の日本復帰を前に、医療従事者の育成を目的に琉球大学に保健学部が設置され（1969）、返還と共にそれまで行われていた看護学生の琉球大学の単位認定や委託生制度が廃止された。1966年には県立高校に衛生看護学科が設置され、看護協会等の強い反対の中、1968年7月18日に公助看護法が制定されて、准看護師制度が発足した⁸⁾。1970年には、看護見習いとして診療所等で働いていた人を対象にした琉球政府立臨時准看護婦養成所が設置された。そして、1972年と翌年に相次いで、医師会立と国立療養所附属の准看護学院が設

表 1. 沖縄県の看護師学校養成所（1946年～2009年）

2009年4月現在

教育課程	看護師学校養成所名 (□は現存 ■は閉校又は名称変更等)	入学定員(人) (変更年)	開校・ 開課程年	閉校・ 閉課程年	備 考
3年課程	■宜野座病院附属看護婦学校	不明	1946. 4	1950.3	閉校（2, 3年生は名護病院附属看護学校へ編入）
	■名護病院附属看護婦学校	不明	1946. 4	1952.6	閉校（2, 3年生は沖縄中央病院附属看護学校へ編入）
	■沖縄中央病院附属看護婦学校	50	1946. 4		
	→■沖縄中央病院看護婦学校	50	1954. 9		
	→■沖縄看護学校	50	1955.11		
	→■琉球政府立コザ看護学校	50	1959. 4		
	→■沖縄県立コザ看護学校	50→100(1972)	1972. 4	1991.3	県立沖縄看護学校に統合
	■琉球政府立那覇看護学校	50	1959. 4		
	→■沖縄県立那覇看護学校	50→80(1983)	1972. 4	1991.3	県立沖縄看護学校に統合
	■沖縄県立沖縄看護学校	180	1991. 4	2001.3	
	□沖縄看護専門学校（おもと会）	100	1992. 4		財団法人立
	□北部地区医師会北部看護学校	50→80(2003)	1993. 4		医師会立
	□中部地区医師会立ぐしかわ看護専門学校	80	2008. 4		社団法人立
	□那覇市医師会那覇看護専門学校	80	1993. 4		医師会立
□沖縄県立浦添看護学校（看護第二学科）	80	2009. 4			
3年課程 (大学)	■琉球大学保健学部	60	1969. 4		国立
	→□琉球大学医学部保健学科	60→70→60	1981. 4		国立大学法人
	□沖縄県立看護大学	80	1999. 4		
	□名桜大学人間健康学部看護学科	80 (+編入生5名)	2007. 4		学校法人 (2010年から公立大学法人)
准看課程	■那覇高等学校衛生看護学科	40	1966. 4	2004.3	
	■臨時准看護婦養成所		1970. 3	1973.1	研修期間（8か月間） 試験合格者444名
	□那覇市医師会那覇看護専門学校	100→150→80 (1994)(2008)	1972. 4		医師会立
	■国立療養所沖縄愛楽園附属看護学院	40	1973. 4		
	→■国立療養所沖縄愛楽園附属准看護学校	40	1975. 4	2001.3	
	■沖縄県立准看学院	不明	1974. 5	1979.4	沖縄県 1回生入学生は39名
2年課程 (進学課程)	■沖縄県立那覇看護学校（第二看護学科）	40	1976. 4	1983.3	第一看護学科は3年課程
	■沖縄県立浦添看護学校（看護第二学科）	40→80 (1993)	1977. 9	2009.3	沖縄県、昼間定時 全日の課程の設置により、 看護第二学科と改称
	□沖縄県立浦添看護学校（看護第一学科）	40	1983. 4		全日
	■北部看護学校（北部地区医師会）	50	1999. 4	2005.3	医師会立、昼間定時

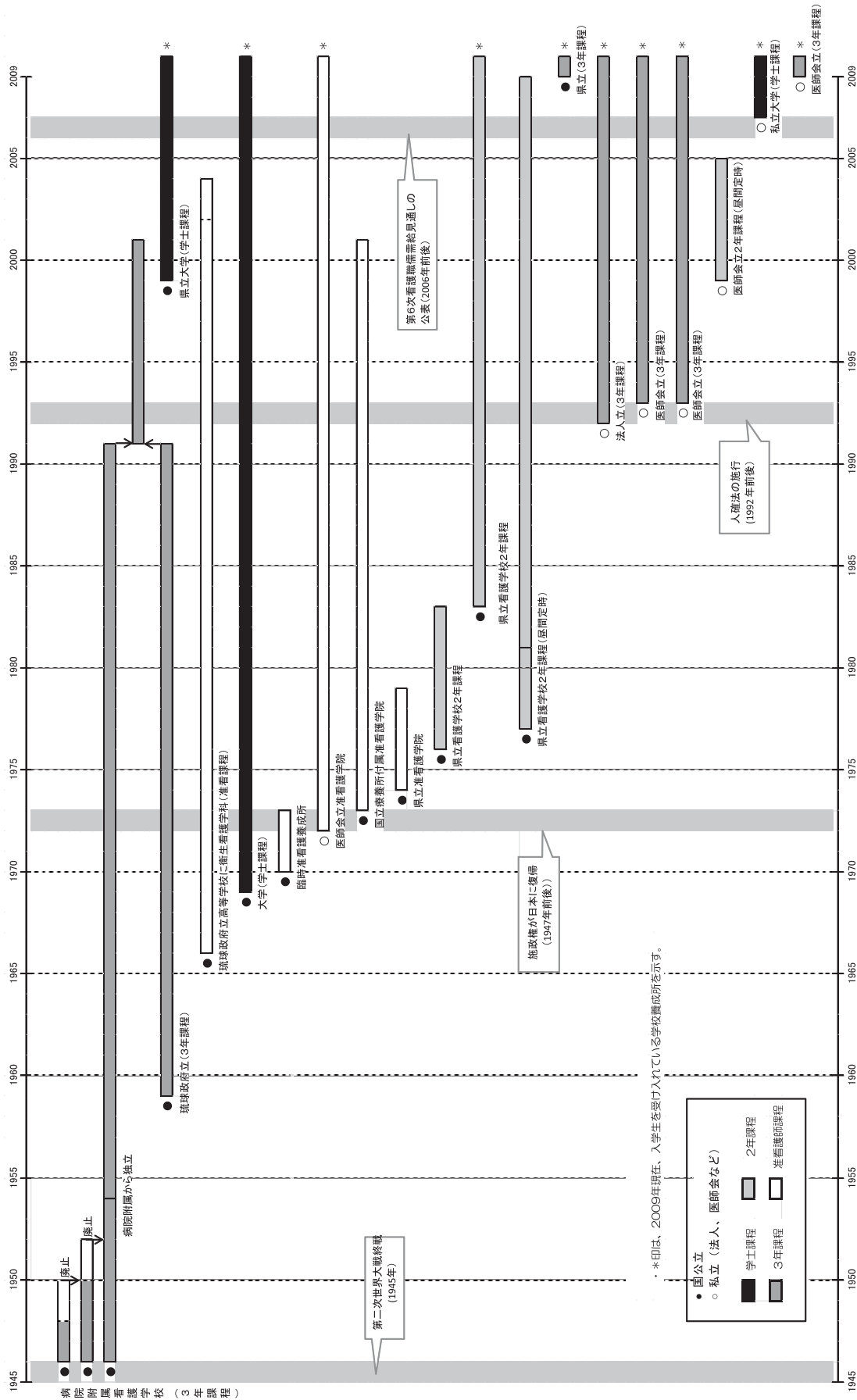


図 1 沖縄県における看護師学校養成所の設置状況の推移 (1946年～2009年)

置され、1974年には県立精和病院の敷地内に沖縄県立准看護学院が設置された。

臨時准看護養成所は施政権返還の年までの3年間で閉所され、その後、准看護師の資格者が看護師の国家試験受験資格を得るための2年課程が1976年に県立看護学校に附設された。2年課程は北部地区の看護学校にも設置されたが6年間で閉課程となっている。

この期間の特徴としては、看護基礎教育が多様な教育課程および設置主体によって行われるようになった点が上げられる。その中で特筆すべきことは、准看護師教育が始まったことである。高いレベルの看護教育を目指して教育が行われていた一方、実践現場では多くの資格を持たない人たちが看護を担っており、准看護師教育の当初はその人たちに対して資格を与えるために行われた。

3) 人確法制定(1992年)前後～第6次看護職員需給見通しの公表(2006年)前後

<民間による養成課程設置の急増と、准看護師養成から看護師養成へ>

1992年と1993年の2年間に、法人と医師会によって3つの3年課程が設置され、県内の看護師教育機関は最多時には8校11課程になった。この期間に県立看護学校は看護大学に移行し、准看護師養成所(高等学校衛生看護学科、国立療養所附属准看護学院)が閉校された。

この期間は、民間による養成課程の設置が相次ぎ、さらに、准看護師教育から看護師教育へと移行した時期である。1990年には県内の病床総数が1985年の13,970床から19,044床へと増加しており⁹⁾、養成課程の急増の背景には、県内の医療機関および病床数の増加もあったと推測される。

4) 第6次看護職員需給見通しの公表(2006年)前後～現在(2009年)

<准看護師養成の減少から3年課程、3年課程(大学)での教育へ>

2005年暮れに発表された「第6次看護職員需給見通し¹⁰⁾」の中で、沖縄県では2006年～2010年の5年間に700名～800名近くの看護職員が不足することが公表された。特に不足が注目された助産師に関しては、これを後押しに県立看護大学に別科助産が設置されることになった。看護師養成に関しては、2007年からの3年間に3つの看護師養成機関が設置された。沖縄本島北部に位置する名城大学と、県立コザ看護学校の統合後、看護師養成機関がなくなっていた中部地区に設置された医師会立の看護専門学校、2年課程(昼間定時)の廃止後設置された県立の看護学校である。これによって、准看護師課程と2年課程は、医師会立と県立の各1か所を残すのみとなり、以後、沖縄県内の看護師養成は、大学を含めた3年課程が中心となっている。

3. 看護師学校養成所入学定員数の推移(図2)

看護学校養成所の入学定員の推移を、3年課程および2年課程と、准看護課程とに分け、図2に示す。

図1と同様の節目で入学定員数の大きな変化が見られる。第1の節目(1972年前後)では、准看護師課程の新設とそれに続く2年課程の設置による入学定員数の増加に加えて、1972年に県立看護学校の定員が50名から100名に増えたことによるものである。

第2の節目(1992年前後)では医師会や医療法人などの民間が設置主体である3年課程と2年課程が計4課程新設され、それによって入学定員数が急増している。さらに、既設の准看護師課程と2年課程の定員が140名から230名へと増加している。

その後、第3の節目(2006年前後)までの間に入学定員数が減少しているが、これは、県立看護学校を閉鎖して県立看護大学を設置した時に1学年の定員が100名減少したことと、准看護師課程と2年課程の閉校や閉課程によるものである。

第3の節目を境に再度入学定員数が増加しているが、これは民間および県立の3年課程の新設が相次いだことによるものである。

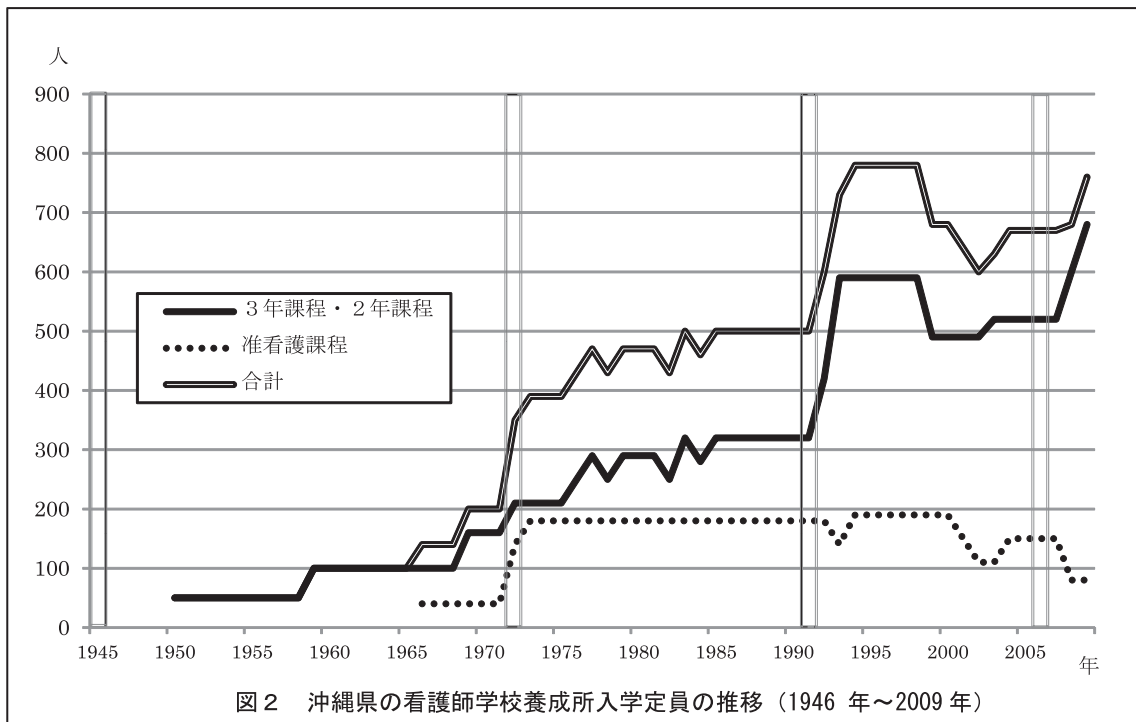
全入学定員数に占める准看護師課程の入学定員数の割合は、第1の節目直後の1973年の46%をピークに、2009年では約11%に減少している。全国的には1967年に75%であったが、1979年に看護師課程と准看護師課程の入学定員数が逆転し、その後漸減し、2008年には約19%となっている。

上記の数値は各学校の入学定員数であるため、実際に養成した人数とは一致しない。1956年以前の看護学校の定員数は明確でなかったため、沖縄中央病院、宜野座病院、名護病院の3附属看護学校を合計して、把握できている沖縄中央病院附属看護学校の定員数（50名）で概算した。さらに、1966年に設置された琉球大学保健学部の定員数には、看護師国家試験受験資格を満たす科目を選択していない学生が約半数含まれているが、入学定員にはそれらも含めて換算している。また、臨時准看護師養成所（1970～1973）および沖縄県立准

看護学院（1974～1979）で養成された准看護師については、定員を含め詳細が確認できなかったため入学定員数には加えていない。そのため、准看護師のピーク時の比率は前述よりも高いと推察される。

V まとめ

以上、第二次世界大戦終戦後から2009年までの沖縄県における看護師学校養成所数および入学定員数の推移をみてきた。データは、沖縄県の看護師養成の状況が終戦直後から日本復帰までとそれ以降の期間とは大きく様相が変化していることを示している。日本復帰後の看護師養成の特徴を端的に表すならば、'多様性'であろう。教育機関の設置主体、教育期間、教育理念の異なる多くの看護学校等で学ぶ学生もまた多様である。看護基礎教育は保健師助産師看護師学校養成所指定規則によって規定されており、看護実践能力の習得という点での教育目標は共通であるが、どのような教育理念の元でどのように教育するかは学校毎に特



徴がある。看護基礎教育に見られる多様性は実践現場で働く看護師の背景が多様であることを意味し、卒業後の継続教育の課題も多様になることを示唆しており、看護基礎教育、継続教育の双方に、このような変化への対応が求められている。

本稿では養成機関数および入学定員数の推移を把握したが、実際の卒業生数や、看護教育に影響を与える看護職員の需給状況や看護職の就職先の状況などと重ねることによって、さらに現在の沖縄県の看護師教育の現状と課題が見えてくると思われる。

引用文献

- 1) 蘇我スヤ子 (1976) : 爪をかける, 回想記, 記念誌 (沖縄県立コザ看護学校創立45周年記念期成会), 78-83.
- 2) エスター L, ブラウン (小林富美栄訳) (1966) : ブラウンレポート=これからの看護, 日本看護協会出版会.
- 3) アメリカ看護婦協会 (小玉香津子訳) (1998) : 看護はいま: ANAの社会政策声明, 日本看護協会出版会.
- 4) 大嶺千枝子, 仲里幸子 (2002) : 戦後沖縄における看護教育の特異性に関する研究—看護学校と琉球大学の教育提携を中心に—. 日本看護歴史学会誌, 16-33.
- 5) 大嶺千枝子, 仲里幸子 (2003) : 琉球政府立看護学校の琉球大学委託制度の実態と制度及び修了者の果たした役割を探る, 沖縄県立看護大学紀要, 第4号, 27-36.
- 6) 嘉手苺英子 (2011) : 米国統治下における沖縄の看護教育事情, 看護と情報, Vol.18, 35-38.
- 7) 沖縄県立コザ看護学校の45年 (1991) : 閉校にあたって, 沖縄県立コザ看護学校, p35.
- 8) 仲里幸子, 大嶺千枝子, 仲里幸子 (2000) : 日本復帰前後の沖縄における准看護婦制度の史的考察, 沖縄県立看護大学紀要, 第1号, 58-63.
- 9) 沖縄県衛生統計年報, 平成21年, 保健福祉企

画課, <http://www.pref.okinawa.jp/hukushi-hokenkikaku/toukei/vs/h21/vse1.html>

- 10) 第六次看護職員需給見通しに関する検討会報告書 (2006), 厚労省医政局看護課.

資料

- 保健医療福祉行政の概要 (昭和62~平成20年), 沖縄県福祉保健部.
- 沖縄の臨床看護研究会 (2009) : 沖縄の臨床看護の歩み—終戦直後から復帰まで—.
- 沖縄県立コザ看護学校創立30周年記念期成会 (学校長: 新垣浄治) 編 (1976) : 創立30周年記念誌.
- 沖縄県立コザ看護学校創立45周年記念期成会 (学校長: 許田英子) 期成会会長 (1991) : 伊是名初子, 編集委員長: 与儀千代子: 記念誌, 沖縄県立コザ看護学校.
- 沖縄県立コザ看護学校の45年 (1991) : 閉校にあたって, 沖縄県立コザ看護学校.
- 沖縄県立那覇看護学校 (校長: 仲里幸子) 編集委員長 (大嶺千枝子) (1991) : 閉校記念誌.
- 沖縄県立沖縄看護学校 (2002) : 閉校記念誌—11年間のあゆみ—.
- 国立療養所沖縄愛楽園附属准看護学校 (編集委員長: 久保利夫副学長) 宮平幸子 (2001) : 教育主事: 心のかぎり看護 (みとり) する—閉校記念誌.
- 沖縄県立沖縄看護学校同窓会 (1998) : 同窓会名簿
- 沖縄看護協会 (1969) : ともしび看護法特集号, 第10号.
- 特集・沖縄の医療と看護, <座談会> 沖縄の看護事情 (1972) : 看護学雑誌, 36(4), 454-469.
- 特集 沖縄の看護から—進んでいた制度と100万島民の保健医療を支えてきた底力 (1978), 看護, 30(11), 45-48.
- 大森文子: 沖縄の看護制度 (1968), 看護, 20(4), 40-50.

沖縄県立看護大学紀要投稿規程（2009. 7 改訂）

1. 投稿の資格

紀要投稿者は、本学の教職員（旧職員を含む）、非常勤講師、大学院生・研究生及び紀要編集専門部会（以下、「専門部会」とする。）が執筆を依頼した者とする。筆頭著者は原則として投稿資格を有する者とする。投稿資格を有する者は学外の研究者を連名投稿者にすることができる。

2. 投稿の種類

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

3. 原稿の採否

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

4. 校正

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

5. 原稿作成上の留意点

1) 原稿は和文または英文とする。原稿（本文、図、表、写真などを含む）は正1部、副（コピー）2部と、原稿を保存した3.5インチフロッピーディスク（保存形式を明記）を添付して提出する。

2) 原稿はA4版40字（全角）×30行、英文80字（半角）×30行を1ページとする。和文の場合であっても、英文字、度量衡の単位、外国人名はすべて半角（1バイト、ASCⅡコード）に統一する。例えば℃、㎡、kgなど機種に依存する特殊記号は使用しない。また、カタカナは必ず全角文字（2バイト）とし、半角文字（1バイト）では表記しない。すなわち、「ナース」ではなく「ナース」である。イタリック体ギリシャ文字など特殊な字体、記号はその都度明確に指定する。

3) 投稿の種類（制限枚数：図表1つをA4、0.5頁と数える）

(1) 論壇 Sounding Board（2頁以内）：本学の教育及び保健看護領域に関する話題のうち、論議が交わされつつあるものについて今後の方向性を示すような著述や提言したもの。

(2) 総説 Review Article（20頁以内）：取り上げた主題について、内外の諸研究を幅広く概観し、その主題についてのこれまでの動向、進歩を示し、今後の方向性を展望したもの。

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

(4) 報告 Report（10頁以内）には次のものが含まれる。

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

② 事例報告：事例を用いた分析が保健看護領域の展開に寄与するもの。

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

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

(6) 資料 Sources/Information（10頁以内）：調査・実践などで得られたものに利用価値を持つもの。

(7) その他 Other（10頁以内）：上記のカテゴリーに分類することが難しいが、専門部会が掲載を妥当だと認めたもの。

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

5) 文献の記載

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

(1) 雑誌

著者名（著者は全員を列挙する）（発行年次）：表題、掲載雑誌名、号もしくは巻（号）、最初のページ数～最後のページ数。

<例>

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

② Goldberg S, Beboit D, Blokland K, and Madigan S(2003): Atypical maternal behaipr,

maternal representations, and infant disorganized attachment, *Development and Psychology*, 15, 329-357.

(2) 単行本

著者名（発行年次）：書名（版数），出版社名，発行地。

<例>

① 上田礼子 (2006) : 生涯人間発達学 (改訂第2版), 三輪書店, 東京.

② World Health Organization (1992) : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th ed), World Health Organization, Geneva.

③ Rothman, KJ(2002): *Epidemiology An Introduction*, Oxford University Press, Oxford.

(3) 分担執筆の本

分担著者（発行年次）：論文のタイトル，編者名，書名（版数），ページ数，出版社名，発行地。

<例>

野口美和子 (2007) : 成人の健康障害と看護, 野口美和子, 新体系看護学20 成人看護学① 成人看護概論・成人保健, 158-230, メヂカルフレンド社, 東京.

(4) 訳本

原著者名（原著の発行年次）/訳者名（翻訳書の発行年次）：訳本書の書名（版数），出版社名，発行地。

<例>

Holloway I and Wheeler S: *Qualitative Research in Nursing* (2002)/野口美和子 (2007) : ナースのための質的研究入門 研究方法から論文作成まで, (第2版), 医学書院, 東京.

(5) ウェブサイト

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

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

☆上記のいずれにも該当しない引用文献の記載方法については専門部会が協議し書式を決定する。

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

6) 原著論文の本文校正は、Iはじめに (Introduction)、II 研究方法 (Material and Methods)、III 結果 (Results)、IV 考察 (Discussion)、V 結論 (Conclusion)、

謝辞 (Acknowledgement)、文献 (References) とする。また、II あるいは III で段階的に記述する場合、段階番号は、1. 2. 3. . . . とし、1. をさらに細分化する場合には 1) 2) 3) . . . とする。

7) 投稿原稿のうち総説・原著・報告には英文 (300語程度) および和文 (600字程度) の抄録を付ける。抄録は表題、著者名、所属、キーワード (5個以内)、抄録本文とする。抄録本文 (Abstract) は、背景 (Background)、目的 (Objective)、研究デザイン (Design)、対象 (Subjects)、結果 (Results)、結論 (Conclusion) などがわかるように簡潔にまとめる。資料・論壇・研究ノートは英文・和文タイトルおよびキーワードのみとする。

8) 英文抄録は次の要領でまとめること。

(1) 英語のタイトルは次のようにする記述すること (最初の文字のみ大文字にすること)。

<例>

Parenting behaviors of young mothers on a remote island of Okinawa: A comparison with other mothers

(2) 著者の記述は以下の通り

<例>

Izumi Kakazu RN, PHN, RNM, MNsc, Kazuko Maeda RN, PHN, RNM, DNSc, Reiko Ueda DMSc & Misako Nakasone RN, PHN

(3) Key Words は、固有名詞以外は小文字で記述する。

<例>

semi structured interview, triangulation, action research, QOL, Nuremberg Code

9) 掲載論文の条件

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

10) 著作権

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

なお、投稿論文は電子情報開示されることを了解の上寄稿することを条件とする。

6. 諸経費およびその他の必要事項は別途定める。

編 集 後 記

沖縄県立看護大学紀要第13号をお届けします。本号は11の投稿論文を収録しています。沖縄県の医療・看護の歴史を振り返った貴重な論文から、看護現場が抱えている実践課題まで、多彩な内容となっています。特に、沖縄県立看護大学大学院博士前期課程ならびに後期課程の学位論文が着実に公表されていることが分かります。大学においては、教育研究活動の成果として、論文の公表が厳しく求められています。これに第一著者（First Author）として応えて頂いた方々に心から敬意を表します。

平成24年3月15日
紀要編集専門部会
部会長 金城 芳 秀

紀要編集専門部会

部 会 長	金 城 芳 秀
副部会長	賀 数 いづみ
	渡久山 朝 裕
	金 城 忍
	赤 嶺 伊都子

沖縄県立看護大学紀要第13号

発行日 平成24年3月30日

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

印刷所 有限会社 ドリーム印刷
〒901-1117 沖縄県南風原町字津嘉山1537-6
Tel : 098 - 889 - 2784
Fax : 098 - 888 - 2335

JOURNAL

of

Okinawa Prefectural College of Nursing

No.13

Review Article

- Effect and safety of complementary and alternative medicine at the oncology nursing practice: Literature review
 Yuko Aihara, Midori Kamizato, Sayuri Jahana, Naomi Tamai, Yukari Tsukahara, Kasumi Hamada, Kaori Saeki, Ryuta Yoshizawa, Yayoi Yamamoto, Kaori Shimizu ... 1

Original Article

- The Study on QOL and Relating Factors about Patients' Conditions of Home Medical Care Living on the Isolated Islands who are undergoing Home Oxygen Therapy and Traditional Festivals
 Rimiko Ishikawa, Yuko Miyagi, Takami Taira 17

Report

- Study on Suicide and Alcohol-Dependent Patients Who Attend Alcoholic Self-Help Groups in Okinawa
 Shunji Ura, Fujiko Touyama, Mayumi Taba, Misuzu Takahara, Yoshihide Kinjo..... 31
- Advantages and Disadvantages of the Public Health Nurse System in Okinawa as Well as Abilities of Public Health Nurses to be Taken Over
 Michiko Kawasaki, Ruriko Nagayoshi, Shinobu Makiuchi, Noriko Ooya, Fumiko Miyaji 39
- The Incidents of Patients' Violence and Nurses' Judgment and Coping Behaviors for Such Incidents –Interviews with 16 Nurses at Hospital "A"–
 Fusako Nakasone, Akiko Ikeda 49
- Subjective Experience of Nursing Students about "Self-care Health Program"
 Sachiko Takahashi, Rie Iraha, Tomoko Miyazato, Shinobu Kinjo, Eiko Kadokaru 61
- Family Care to Support for Terminal Patient's wish for Own Body's Donation
 Sayuri Jahana, Midori Kamizato..... 73
- Needs for Social Participation among the Elderly Requiring Care and Characteristics of the Needs
 Yuki Taba, Akemi Ohwan, Yukari Imura, Hitomi Itokazu, Sayuri Kurechi, Miwako Noguchi 83

Research Note

- The Dawn of Psychiatric Medicine in Okinawa
 Fujiko Touyama, Misuzu Takahara 93
- Postmortem care as family care : Literature review
 Sayuri Jahana, Midori Kamizato..... 105

Sources / Information

- A Change of Phases on Nursing Schools in Okinawa between the end of World War II and 2009
 Eiko Kadokaru, Shinobu Kinjo, Sachiko Takahashi 115

- Criteria for Manuscripts 123
- Postscript 125