

目次

巻頭言

- 3 日本地域看護学会の活性化に向けた検討から第26回の
学術集会への思い 荒木田美香子

研究報告

- 4 地域包括ケア病棟看護師が高齢者に対して実践している退院支援の
自己評価と関連要因 竹村和誠・小松美砂・小池 敦

- 12 全治療期間を地域DOTSにより経過した在宅高齢結核患者の
服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因 福田聡子・齋藤 基・大澤真奈美

- 20 介護老人福祉施設において高齢者を看取るための看護職の役割
小山美香・小松美砂

- 29 医療通訳をするベトナム語通訳者からみたベトナム人結核患者の
服薬中断要因 森 礼子・水谷聖子

- 37 住民主体の介護予防活動のリーダーが捉える参加者同士の
ソーシャルサポート授受を促すきっかけと工夫 山埜ふみ恵・草野恵美子・上野昌江

第25回学術集会報告：学術集会長講演

- 46 当事者・家族の暮らしの場で生活を護る地域看護 田村須賀子

編集委員会企画連載：地域看護に活用できるインデックス

- 55 キャリア・アンカー 久保善子

委員会報告

- 61 地域看護に活かせるGIS (Geographic Information System) を
用いた研究の理論と実際 研究活動推進委員会

編集後記

- 73 田口理恵

Contents

Preface

- 3 Activities to Revitalize Japan Academy of Community Health Nursing and Thoughts on the 26th Annual Meeting
Mikako Arakida

Research Reports

- 4 A Self-assessment of Discharge Support Provided to Older Adults by Nurses in Integrated Community Care Wards and Factors Associated with the Provision of that Support
Kazunari Takemura, Misa Komatsu, Atsushi Koike
- 12 Factors Influencing the Maintenance and Promotion of Oral Medication Adherence among Older Patients with Tuberculosis at Home who Followed a Regional Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) Strategy for all Treatment Phases
Satoko Fukuda, Motoi Saito, Manami Osawa
- 20 The Role of the Nurses in End-of-life Care for Older Adults in Long-term Care Facilities
Mika Oyama, Misa Komatsu
- 29 Contributing Factors for Default from Tuberculosis Treatment from Vietnamese Medical Interpreters' Perspectives
Reiko Mori, Seiko Mizutani
- 37 Triggers and Ingenuity for Facilitating the Reciprocal Exchange of Social Support in Activities Captured by Leaders of Resident-led Preventive Care Activities
Fumie Yamano, Emiko Kusano, Masae Ueno

The 25th Annual Conference of JACHN : Presidential Address

- 46 Community Health Nursing for Supporting the People and their Family in Daily Lives
Sugako Tamura

Index for Utilization in Community Health Nursing

- 55 Career Anchor
Yoshiko Kubo

Committee Report

- 61 Theory and Practice of Research Using GIS (Geographic Information System) for Community Nursing
The Committee on Research Promotion

Editor's Note

- 73 *Rie Taguchi*

巻頭言

日本地域看護学会の活性化に向けた検討から
第26回の学術集会への思い

荒木田美香子

川崎市立看護大学 看護学部

日本地域看護学会誌, 25 (3) : 3, 2022

2021年度に宮崎美砂子理事長が学会の活性化に向けて、「次世代研究活動推進チーム」(現 次世代育成推進委員会)と「活動推進エンジンチーム」(現 実践促進委員会)の2つのチームを構成した。「次世代研究活動推進チーム」がリサーチアジェンダ24を提案したことは田高悦子理事が第25巻第2号の巻頭言で説明している。そこで、もう1つのチームである「活動推進エンジンチーム」の提案を説明させていただく。メンバーは、筆者がリーダーを務め、秋山正子理事、石橋みゆき理事、大木幸子理事、岸恵美子理事、北山三津子理事、田村須賀子理事、そしてオブザーバーとして宮崎美砂子理事長であった。

チームのスローガンを「1. 現会員を逃さない, 2. 新規会員の獲得, 3. 当事者や現場の方に魅力ある企画とは何か」とし、最初はブレインストーミングで話題を広げ、それを集約し、実現可能性を検討するというプロセスであった。既存委員会である広報委員会には会員獲得に向けてより幅を広げた広報活動、研究活動推進委員会にはより参加しやすい研修会、編集委員会には若手研究者向けのサービスの充実、学術集会には現場の実践家が魅力を感じる企画の検討をお願いし、委員会活動のなかで活性化を図っている。

残された課題については以下のような整理を行い、2022年度以降の活動につなげた。

(1) 現場参加型の学会をつくるための組織や仕組みを検討する臨時委員会を2022年度に起こすこと。これは、現在、実践促進委員会として大木幸子理事、秋山正子理事を中心に活動が進んでいる。

(2) 2022年度に、学生会員・ユースプログラム制度を検討し、理事会で具体案を検討していくこと。これは、個人的にはぜひ実現させたいことであり、今後、具体的な仕組みを提案していく。

(3) 他学会とのコラボレーションについては、コラボの目的、意義を明確にして、学術集会で理事会企画(学術的コラボ企画)として実施する。

また、第25回学術集会でもワークショップをもち、参加者がチームに分かれブレインストーミングでアイデアを出し合った。会員からの発想はユニークで楽しいひとときであった。その結果の詳細は、大木幸子理事が今後の議論に活用されると思う。このときに筆者が感じたことの1つは、特に大学院生・若手から中堅の人々は研究方法や研究推進という点で悩みをもっているのではないかということであった。これは、本学会員が現場の人よりも大学教員が多いという特徴があるからかもしれない。また、もう1つは学会員も個人の活動の評価を求めているのではないかということであった。これまでの表彰制度は、名誉会員という学会への功績、優秀論文賞という学術的な功績を称えるもののみである。しかし、継続参加表彰、継続発表表彰といったように長年学会を支えてきたことへの表彰もあってしかるべきではないかと思った次第である。

くしくも、第26回学術集会の集会長を務めることになり、活動推進エンジンチームで検討したことを具現化するのに四苦八苦している。特にシンポジウムやパネルディスカッションとして当事者、現場、本学会外からの研究者の招聘を行っている。また研究力向上セミナーとして、オンラインセミナーとハンズオンセミナーを企画している。そして、企画段階で苦労しているが学部学生企画を検討しているところである。このなかで研究者グループや学生ネットワークがつけられることが夢である。

地域包括ケア病棟看護師が高齢者に対して実践している 退院支援の自己評価と関連要因

竹村和誠¹⁾, 小松美砂²⁾, 小池 敦¹⁾

抄 録

目的：地域包括ケア病棟看護師が高齢者に対して実践している退院支援の状況を自己評価から明らかにし、関連する個人的要因や職場環境要因を明確化することを目的とした。

方法：東海北陸厚生局管内の地域包括ケア病棟を有する47施設に所属する看護師968人を対象に、病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度(DPWN)を用いて無記名自記式質問紙調査を実施した。

結果：587人(回収率60.6%)から回答があり、584人(有効回答率60.3%)を有効回答とした。DPWN合計得点の平均点は100.31点であった。DPWN合計得点を目的変数として重回帰分析を行った結果、DPWN合計得点に関連する要因は、[仕事意欲]($\beta=0.268, p<0.001$), [職位“有”]($\beta=0.099, p<0.01$), [高齢者の家族介護経験“有”]($\beta=0.101, p<0.05$), [退院支援に関して院内での研修“有”]($\beta=0.091, p<0.05$), [退院調整カンファレンス以外に多職種と情報共有する機会“有”]($\beta=0.093, p<0.05$)であった。

考察：仕事意欲を高めることや役職者からの教育や意識づけ、院内外の多職種と情報共有する環境を組織的に整備することや研修に参加しやすい体制を整えることが、高齢者に対する退院支援実践の向上に寄与すると考えられる。

【キーワード】地域包括ケア病棟看護師, 高齢者, 退院支援, 自己評価, 関連要因

日本地域看護学会誌, 25(3):4-11, 2022

I. 緒 言

わが国の高齢化に伴う医療や介護の需要増加に対して、厚生労働省は2011年の介護保険制度改正において地域包括ケアシステムの構築を重要な視点¹⁾として示した。そのなかで、地域包括ケアシステムにおける高齢者看護を実践する看護師には、地域で暮らす在宅療養中の高齢者と家族を支援する役割がある²⁾といわれている。また、地域包括ケアシステム構築の実現に向けて、2014年度の診療報酬改定において医療現場では、在宅復帰支援の機能をもつ地域包括ケア病棟が新設された³⁾。地域

包括ケア病棟では、高齢者が在宅で生活するためにセルフケア能力の向上や自立を支援し、他の専門職との連携により在宅生活を見据えた退院支援を実践する役割があること⁴⁾が示されている。

地域包括ケア病棟での退院支援に関する先行研究においては、地域包括ケア病棟の看護師が仕事に対する“やりがい”を抱いていること⁵⁾やインタビュー調査で捉えた退院支援の現状と課題⁶⁾が示されている。他の病棟に目を向けると、急性期病棟では、関係職種との連携・協働の調整が困難であること⁷⁾、海外の急性期病棟では、介護者に在宅介護に向けた支援を行うことで介護用品を準備するといった退院後の生活につながる⁸⁾ことが示されている。また、回復期リハビリテーション病棟では、入院当初から自宅退院を目標とした日常生活動作の獲得

受付日：2021年9月16日／受理日：2022年8月31日

1) Kazunari Takemura, Atsushi Koike：三重県立看護大学

2) Misa Komatsu：椋山女学園大学看護学部

を目指して援助を行うこと⁹⁾や退院後の生活を見据えた支援の必要性¹⁰⁾、家族の不安を解決できるような関わりが重要であること¹¹⁾が示されている。このように、病棟に応じた研究結果を踏まえて、退院支援実践には、施設への退院も含め院内外が多職種との連携や家族介護者への理解、退院支援に関する知識が関連すると考えられる。また、看護師の経験年数が長いほど在宅療養支援に関する認識が高くなること¹²⁾や師長や主任等の役職者は患者の退院後の療養生活を見越した支援を提供していること¹³⁾も示されており、看護職経験年数や師長や主任といった職位も関連していると考えられる。

そこで本研究は、地域包括ケア病棟看護師が高齢者に対して実践している退院支援の状況を自己評価から明らかにし、関連する個人的要因や職場環境要因を明確化することを目的とする。本研究の結果は、地域包括ケアシステムを推進していくための病棟役割を踏まえた高齢者に対する在宅復帰支援につながり、退院支援実践の向上に寄与すると考える。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙を用いた関連検証研究。

2. 用語の定義

退院支援は戸村ら¹⁴⁾を参考に「患者・家族が主体となって退院先や退院後の生活について適切な選択を行うことができ、かつ、患者・家族が退院後に安定した療養生活を送ることができたり、希望する場所で最期を迎えることができるよう、病院内外の多部門・多職種が協力・連携して行う、意思決定支援、退院先の確保、地域の諸サービスのコーディネート、患者・家族への教育等の活動・プログラム」とする。

3. 研究対象者および調査方法

東海北陸厚生局管内において、特定入院料等施設基準の地域包括ケア病棟入院料および地域包括ケア入院医療管理料1・2の届出が受理されている病院のうち、30床以上の病床を有する137病院(2018年6月1日現在)すべてを対象施設とした。そのうち、同意が得られた47施設に所属する正規職員として勤務する看護師968人に質問紙を配布した。調査は無記名自記式回答で行い、郵送法で回収した。調査期間は2018年7～9月であった。

質問紙を配布した看護師968人のうち、587人(回収率60.6%)から回答があった。欠損値に偏りが無いことを確認した後、3か所以上回答に欠損値のある3人を除外した584人(有効回答率60.3%)を有効回答とした。

4. 調査項目

1) 看護師の個人的属性

看護師の基本属性として、[年齢][看護職経験年数][地域包括ケア病棟での経験年数][性別][職位の有無][過去5年間の退院支援に関する院外の研修受講の有無][高齢者の家族介護経験の有無][地域包括ケア病棟の役割の捉え方]を設定した。また、先行研究⁵⁾において地域包括ケア病棟看護師の仕事に関連が示されたやりがい感を測定するため、仕事意欲として、[看護師の仕事意欲測定尺度]¹⁵⁾の合計得点および各下位尺度得点を分析に使用した。この尺度は、“現在の仕事に向ける意欲”10項目、“将来的な仕事に向ける意欲”5項目の2下位尺度15項目から構成された「全く思わない」～「非常に思う」の1～5点の5段階のリッカート尺度であり、合計得点の値域は15～75点である。得点が高いほど仕事意欲が高いことを示す。欠損値に関しては、尺度内で1か所の場合は個人内の平均値を代入し分析をした。本研究における尺度全体のCronbach's α 係数は0.94、各下位尺度は0.87～0.94であった。尺度開発者より尺度使用の承諾を得た。

2) 職場環境

職場環境として、[退院支援に関して院内での研修の有無][退院支援に関して院外の研修に参加できるサポート体制の有無][退院調整カンファレンス実施の有無][退院調整カンファレンス以外に多職種と情報共有する機会の有無][所属施設の退院支援に関わる施設併設の有無]を設定した。

3) 地域包括ケア病棟看護師の高齢者に対する退院支援実践の自己評価

地域包括ケア病棟看護師の高齢者に対する退院支援実践の自己評価を測定するために[病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度(Discharge Planning Scale for Ward Nurses: DPWN)]^{16,17)}を使用した。使用においては、尺度開発者に地域包括ケア病棟看護師への適用が可能であることを確認したうえで、尺度使用の承諾を得た。分析には尺度の合計得点および各下位尺度得点を使用した。この尺度は、“患者・家族からの情報収集”5項目、“患者・家族への意思決定支援”7項目、“社会資源の活用”4項目、

“院内外が多職種連携による療養指導”8項目の4下位尺度24項目から構成された「まったくできていない」～「十分にできている」の1～6点の6段階のリッカート尺度であり、合計得点の値域は24～144点である。得点が高いほど退院支援実践に対する自己評価が高いことを示す。欠損値に関しては、尺度内で1か所の場合は個人内の平均値を代入し分析をした。本研究における尺度全体のCronbach's α 係数は0.96、各下位尺度は0.89～0.91であった。

5. 分析方法

収集したデータは全変数の記述統計量を算出し、DPWNおよび各下位尺度、看護師の仕事意欲測定尺度および各下位尺度の内的整合性を確認するために信頼性係数Cronbach's α 係数を算出したうえで、各尺度の合計得点を計算した。また、DPWNと関連が予測される個人的属性および職場環境について、2群間で比較できる項目を *t*検定、DPWNおよび各下位尺度と[年齢][看護職経験年数][地域包括ケア病棟での経験年数][仕事意欲]は一元配置分散分析を行い、有意差が認められた項目は多重比較(Bonferroni法)を行った。なお、上述の分析において[仕事意欲]は、四分位数の考え方を参考に平均得点を4分割し分析を行った。DPWN合計得点およびDPWN各下位尺度得点を目的変数とし、*t*検定にて有意差が認められた項目と「仕事意欲」を説明変数として重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。[年齢][看護職経験年数][地域包括ケア病棟での経験年数]は、先行研究^{12,18)}より、DPWNに影響を与えると予測できるため、重回帰分析の説明変数には使用しなかった。多重共線性の検討は、許容度が0.2以下、VIF(Variance Inflation Factor)値が10以上でないこと、条件指数が30以下であることを確認した。統計解析は、統計ソフトSPSSver.27を用いて、統計学的有意水準は5%未満とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、三重県立看護大学研究倫理審査会の承認(承認年月日:2018年6月11日、通知書番号:180502)を得て実施した。研究対象者には、個人情報保護や、研究参加は任意であり研究へ参加しなくても不利益をこうむることはいっさいないこと等について書面にて説明した。また、質問紙配布の際には強制力がかからないよう、対象となる看護師のメールボックスやロッカー等にいっせいに配布してもらうよう看護部に文書にて依頼した。質問紙は研究対象者が回答後、厳封し個別に郵送す

る形をとり、返送をもって同意が得られたものとした。

III. 研究結果

1. 対象者の基本属性・職場環境(表1)

対象者の看護職経験年数は 16.02 ± 10.31 (平均値 \pm 標準偏差)年、地域包括ケア病棟での経験年数は 1.68 ± 1.22 年であった。また、高齢者の家族介護経験“有”22.6%、退院調整カンファレンス以外に多職種と情報共有する機会“有”94.2%であり、地域包括ケア病棟の役割を問う項目(複数回答可)では、“在宅・生活復帰支援”を選択した対象者が98.8%と最も多かった。対象者の職場環境として、退院支援に関する院内研修は72.0%の回答者が施設において行われていると回答した。

2. 仕事意欲測定尺度得点・DPWN得点(表2)

対象者の仕事意欲測定尺度合計得点は 51.34 ± 8.56 点、DPWN合計得点は 100.31 ± 14.61 点であった。

3. DPWNと個人的属性および職場環境との関連(表3・4)

DPWN合計得点では、[退院調整カンファレンス以外に多職種と情報共有する機会]など6項目で有意差がみられた。また、下位尺度“社会資源の活用”では、[職位]の有無において、満点に対する比率は8%ほどの差がみられた。さらに、一元配置分散分析を行ったすべての項目で有意差がみられた。多重比較においても、すべての項目で有意差がみられ、[看護職経験年数]では、10年以上経験している看護職が他の群より有意に得点が高かった。

4. 地域包括ケア病棟看護師のDPWNに関連する要因(表5)

DPWN合計得点に関連する要因は、[仕事意欲]($\beta = 0.268, p < 0.001$)、[職位“有”]($\beta = 0.099, p < 0.01$)、[高齢者の家族介護経験“有”]($\beta = 0.101, p < 0.05$)、[退院支援に関して院内での研修“有”]($\beta = 0.091, p < 0.05$)、[退院調整カンファレンス以外に多職種と情報共有する機会“有”]($\beta = 0.093, p < 0.05$)、 F 値=19.67($p < 0.001$)、自由度調整済み R^2 は0.144であった。多重共線性は認めず、 F 値は有意なため、関連要因の検討は可能と判断した。

表1 対象者の基本属性・職場環境

N = 584

		n	%	平均値	標準偏差
年齢		574		40.1	10.42
看護職経験年数		578		16.02	10.31
地域包括ケア病棟での経験年数		570		1.68	1.22
性別	男性	21	3.6		
	女性	561	96.4		
職位の有無	有	133	22.9		
	無	447	77.1		
過去5年間の退院支援に関する院外の研修受講の有無	有	152	26.2		
	無	429	73.8		
高齢者の家族介護経験の有無	有	132	22.6		
	無	451	77.4		
地域包括ケア病棟の役割の捉え方 (複数回答可)	急性期医療を経過した者の受け入れ	348	59.6		
	在宅・生活復帰支援	577	98.8		
	在宅において療養を行っている患者等の緊急時の受け入れ	293	50.2		
	その他	41	7.0		
退院支援に関して院内での研修の有無	有	417	72.0		
	無	162	28.0		
退院支援に関して院外の研修に参加できるサポート体制の有無	有	453	79.2		
	無	119	20.8		
退院調整カンファレンス実施の有無	有	573	98.5		
	無	9	1.5		
退院調整カンファレンス以外に多職種と情報共有する機会の有無	有	579	94.2		
	無	34	5.8		
所属施設の退院支援に関わる施設併設の有無	有	347	59.7		
	無	234	40.3		

表2 仕事意欲測定尺度得点・DPWN得点

N = 584

下位尺度(総得点範囲)	n	平均値	標準偏差	Cronbach's α 係数
看護師の仕事意欲測定尺度合計得点(15~75)	583	51.34	8.56	0.94
現在の仕事に向ける意欲(10~50)		32.78	6.50	0.94
将来的な仕事に向ける意欲(5~25)		18.56	2.90	0.87
DPWN合計得点(24~144)	584	100.31	14.61	0.96
患者・家族からの情報収集(5~30)		22.23	3.12	0.91
患者・家族への意思決定支援(7~42)		29.90	4.57	0.90
社会資源の活用(4~24)		14.52	3.55	0.89
院内外の多職種連携による療養指導(8~48)		33.67	5.62	0.91

IV. 考 察

1. 研究対象者の特徴と高齢者に対する退院支援実践の自己評価に関連する要因

本研究では、対象者の平均看護職経験年数は16.02年、高齢者の家族介護経験者は2割強ほど、地域包括ケア病棟の役割をほぼすべての対象者が“在宅・生活復帰支援”と捉えていた。また、9割以上の回答者の施設で多職種との情報共有が行われているが、退院支援に関する

院内研修や院外研修受講の支援は2割ほどで行われておらず、医療従事者間で情報共有する環境は整っているが、研修に関する体制は十分に整備されていないと考えられる。一般病棟の看護師を対象とした先行研究¹⁹⁾と本研究におけるDPWN合計得点を比較すると、自己評価による退院支援実践の状況は地域包括ケア病棟看護師が高値であった。

高齢者に対する退院支援実践の自己評価に関連する要因では、仕事意欲がDPWN合計得点およびすべての下

表3 DPWNと個人的属性および職場環境との関連①

N = 584

		病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度								DPWN 合計得点	
		患者・家族からの情報収集		患者・家族への意思決定支援		社会資源の活用		院内外の多職種連携による療養指導		平均値±SD	p値
		満点に対する比率	p値	満点に対する比率	p値	満点に対する比率	p値	満点に対する比率	p値		
性別	男性 (n = 21)	77.2		75.4		78.3		75.2		106.60 ± 15.40	
	女性 (n = 561)	74.0		71.0		72.4		70.0		100.10 ± 14.55	
職位	有 (n = 133)	76.7	***	74.5	***	78.2	***	73.6	***	105.31 ± 13.00	***
	無 (n = 447)	73.2		70.1		70.1		69.0		98.68 ± 14.62	
過去5年間の退院支援に関する院外研修受講	有 (n = 152)	76.0	*	74.0	***	76.2	**	72.0	*	103.72 ± 13.81	***
	無 (n = 429)	73.5		70.2		71.4		69.5		99.20 ± 14.65	
高齢者の家族介護経験	有 (n = 132)	76.0	*	73.5	**	76.8	**	72.5	**	103.83 ± 13.39	**
	無 (n = 451)	73.5		70.5		71.4		69.4		99.26 ± 14.81	
退院支援に関して院内での研修	有 (n = 417)	74.5		71.9	**	74.0	**	70.9	**	101.40 ± 14.44	**
	無 (n = 162)	72.7		69.2		69.0		68.1		97.37 ± 14.72	
退院支援に関して院外の研修に参加できるサポート体制	有 (n = 453)	74.4	*	71.9	***	73.4	**	70.8	***	101.19 ± 13.96	***
	無 (n = 119)	72.3		67.6		68.4		66.8		95.81 ± 15.64	
退院調整カンファレンスの実施	有 (n = 573)	74.1		71.2		72.6		70.2		100.32 ± 14.63	
	無 (n = 9)	74.1		69.8		71.1		66.2		97.56 ± 14.15	
退院調整カンファレンス以外に多職種と情報共有する機会	有 (n = 579)	74.2		71.5	*	73.0		70.5	*	100.69 ± 14.42	*
	無 (n = 34)	72.0		67.1		67.2		65.4		94.59 ± 16.70	
所属施設の退院支援に関わる施設併設	有 (n = 347)	73.3	*	70.8		72.8		70.1		99.94 ± 15.06	
	無 (n = 234)	75.3		71.7		72.5		70.2		100.91 ± 14.02	

*: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$ 検定方法: t 検定

位尺度得点と関連があったため、仕事意欲を高めることは重要である。仕事意欲を高めるには、退院支援における成功体験や達成感を味わうこと⁵⁾や患者の退院後の状況について他職種よりフィードバックを得ること⁶⁾が示されているため、成功体験の共有やケアのフィードバックを受ける機会が必要だと考える。また、DPWN合計得点およびすべての下位尺度得点において職位を有していることも関連していた。先行研究では、師長や主任等の役職者は退院後の療養生活を見越した支援を提供していること¹³⁾が示されており、役職者がカンファレンスで退院支援に関する内容を実施し、定期的に事例検討会などを設けて教育や意識づけをすることが退院支援実践の向上に必要ではないかと考える。

退院調整カンファレンス以外に多職種と情報共有する機会があることが、“患者・家族への意思決定支援”“院内外の多職種連携による療養指導”および合計得点と関連がみられた。このことから、看護師だけでなく医師やケアマネジャー等の他職種と共に高齢者や家族の意思確認をすることや、地域の諸機関と連携し情報を共有する体制を整え、組織的な支援をすることが重要だと考える。また、退院支援に関して院内での研修や高齢者の家族介

護経験があることが、“社会資源の活用”“院内外の多職種連携による療養指導”および合計得点と関連がみられた。このことから、院内での研修や高齢者の家族介護を通して社会資源の活用や多職種連携の理解を深めることが、高齢者に対する退院支援実践の向上につながると考える。さらに、院外の研修に参加できるサポート体制は“患者・家族の意思決定支援”と関連がみられたことから、院内にとどまらず院外の研修に参加できるサポート体制を整えることは、意思決定支援を行うための一助になると考える。また、所属施設の退院支援に関わる施設併設があることが“患者・家族からの情報収集”において負の関連がみられた。このことは、入院前的高齢者や家族の生活状況、今後の希望等を情報収集するツールが併設された施設間で使用されている可能性があり、意識して情報収集しなくてもよい状況が整備されているのではないかと考えられる。

最後に、本研究において経験年数が長くなるほど自己評価が高くなった。先行研究では、在宅への退院支援における看護に経験が関係している¹⁸⁾と示されており、本研究においても看護職の経験が高齢者に対する退院支援実践の自己評価に関係することが示された。

表4 DPWNと個人的属性および職場環境との関連②

N = 584

	n	患者・家族からの情報収集		病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度 患者・家族への意思決定支援		社会資源の活用		院内外の多職種連携による療養指導		DPWN合計得点	
		平均値±SD	F値	平均値±SD	F値	平均値±SD	F値	平均値±SD	F値	平均値±SD	F値
年齢			3.34*		3.45**		7.33***		4.41**		5.65***
a. 20歳代	116	21.41±3.15		28.72±4.40		13.39±3.51		32.49±5.58		96.01±14.22	
b. 30歳代	148	22.15±3.19	a<c*	29.91±4.86	a<d**	14.47±3.57	a<d***	33.19±5.84	a<d***	99.73±15.55	a<c*
c. 40歳代	187	22.53±3.20	a<d*	30.15±4.42	a<d**	14.49±3.41	b<d*	33.79±5.59	a<d*	100.96±14.18	a<d**
d. 50歳代	117	22.76±2.76		30.87±4.31		15.84±3.49	c<d*	35.38±5.27	b<d*	104.85±13.46	b<d*
e. 60歳代	6	22.00±2.76		29.88±3.46		15.00±2.61		32.33±5.65		99.21±11.08	
看護職経験年数			6.77***		7.66***		8.58***		5.78***		8.94***
a. 1年未満	12	20.00±4.00		27.33±3.75		13.42±3.82		29.50±6.43		90.25±16.85	
b. 1年以上 3年未満	33	20.42±3.01		27.08±4.27		12.48±2.75		31.98±4.56		91.97±11.92	a<e*
c. 3年以上 5年未満	55	21.76±2.94	a<e*	28.59±4.45	b<e**	13.00±3.68	b<e***	32.40±5.57	a<e*	95.75±13.84	b<e***
d. 5年以上 10年未満	85	21.76±3.11	b<e**	29.35±4.56	c<e*	13.96±3.48	c<e***	32.41±6.01	d<e*	97.49±14.72	c<e*
e. 10年以上	393	22.61±3.13		30.52±4.50		15.04±3.46		34.35±5.48		102.53±14.30	
地域包括ケア病棟での経験年数			3.98**		4.77***		3.16*		4.94***		5.29***
a. 1年未満	113	21.28±3.16		28.40±3.99		13.82±3.29		31.62±5.27		95.13±13.33	
b. 1年以上 2年未満	153	22.16±3.04		29.62±4.66		14.21±3.47		33.57±5.68	a<b*	99.56±14.53	
c. 2年以上 3年未満	159	22.35±3.34	a<d*	30.19±4.83	a<c*	14.81±3.67	a<e*	34.09±5.72	a<c**	101.44±15.28	a<c**
d. 3年以上 4年未満	93	22.65±2.75	a<e**	30.84±4.01	a<d**	14.32±3.51		34.45±5.26	a<d**	102.27±13.09	a<d**
e. 4年以上	52	23.02±2.99		30.64±4.93	a<e*	15.69±3.55		34.65±5.56	a<e*	104.01±15.15	a<e**
仕事意欲			9.70***		18.55***		9.18***		12.51***		17.14***
a. 低い	135	21.29±3.53		28.25±5.09	a<c***	13.64±3.91		31.90±6.27		95.08±16.27	
b. やや低い	141	21.89±2.86	a<c*	28.89±4.22	a<d***	13.94±3.42	a<c*	32.75±5.56	a<c**	97.46±13.71	a<c***
c. やや高い	140	22.45±2.86	a<d***	30.38±4.15	b<c*	14.76±3.04	a<d***	34.13±4.96	a<d***	101.72±12.84	a<d***
d. 高い	167	23.11±2.96	b<d**	31.67±4.07	b<d***	15.53±3.49	b<d***	35.49±5.08	b<d***	105.80±13.35	b<d***

* : p<.05, ** : p<.01, *** : p<.001

検定方法：一元配置分散分析 多重比較 (Bonferroni法)

表5 地域包括ケア病棟のDPWNに関連する要因

説明変数	病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度				
	患者・家族からの情報収集 (n = 560)	患者・家族への意思決定支援 (n = 557)	社会資源の活用 (n = 558)	院内外の多職種連携による療養指導 (n = 557)	DPWN合計得点 (n = 557)
	β	β	β	β	β
仕事意欲	.227***	.281***	.201***	.220***	.268***
職位“有”	.086*	.101*	.134**	.120**	.099**
高齢者の家族介護経験“有”			.106**	.080*	.101*
退院支援に関して院内での研修“有”			.103*	.091*	.091*
退院調整カンファレンス以外に多職種と情報共有する機会“有”		.081*		.097*	.093*
所属施設の退院支援に関わる施設併設“有”	-.092*				
退院支援に関して院外の研修に参加できるサポート体制“有”		.087*			
F値	16.08***	21.22***	16.17***	13.91***	19.67***
R ²	.080	.133	.105	.112	.151
自由度調整済みR ²	.075	.127	.098	.104	.144

* : p<.05, ** : p<.01, *** : p<.001

β : 標準偏回帰係数

重回帰分析 (ステップワイズ法)

2. 看護への適応と今後の課題

地域包括ケアシステムの整備は超高齢社会における喫緊の課題である。仕事意欲を高める支援や役職者からの教育や意識づけ、院内外の多職種と情報共有する環境を組織的に整備すること、研修に参加しやすい体制を整えることが、高齢者に対する退院支援実践の向上に寄与すると考えられる。研究の限界として、本研究は東海北陸厚生局管内の一部の地域包括ケア病棟の看護師を対象としているため、今後は対象となる職種や施設を広げ検討する必要がある。また、調査施設の特徴や施設規模によって退院支援実践の自己評価と関連要因に違いが出る可能性があるため、施設単位の調査を考える必要がある。

【謝辞】

調査にご協力くださいました対象施設の看護部長をはじめ看護師のみなさまに深く感謝申し上げます。本研究は令和元年度三重県立看護大学大学院看護学研究科修士課程へ提出した修士論文を一部加筆修正したものである。

【利益相反】

本研究に関連する利益相反はない。

【文献】

- 1) 厚生労働省：平成23年介護保険法改正について（介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律）。http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushikaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/k2012.pdf (2019年6月11日)。
- 2) 大島浩子・鈴木隆雄：住み慣れた地域で最期までを支える“在宅医療支援病棟”。「地域包括ケア病棟」の先駆け、病院—地域間の連携・協働の実際，“地域包括ケアシステム”に乗り遅れない！ 病院看護職が担うこと、看護, 67(8)：42-45, 2015。
- 3) 厚生労働省：平成26年度診療報酬改定の概要。<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf> (2019年6月11日)。
- 4) 前川一恵・齊藤敦子：地域包括ケア病棟の看護師に期待される在宅療養支援。福祉の現場から、地域ケアリング, 19(2)：48-50, 2017。
- 5) 赤井明代・山地慶子・大和友子他：A病院地域包括ケア病棟に勤務する看護師の退院支援に対する思い。日本看護学会論文集：看護管理, 47：193-196, 2017。
- 6) 田淵知世・笠嶋風紗・田嶋瑞穂他：地域包括ケア病棟における退院支援の現状と課題：病棟病長・病棟看護師・退院調整看護師へのグループインタビューから。石川看護雑誌, 15：99-108, 2018。
- 7) 原田かおる・松田千登勢・長畑多代：急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難。老年看護学, 18(2)：67-75, 2014。
- 8) Toye C, Parsons R, Slatyer S, et al. : Outcomes for family carers of a nurse-delivered hospital discharge intervention for older people (the Further Enabling Care at Home Program) ; Single blind randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 64 : 32-41, 2016.
- 9) 小野美喜：回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス。日本看護研究学会誌, 29(1)：97-105, 2006。
- 10) 尾島喜代美・木村清美：回復期リハビリテーション病棟看護師がとらえた認知症高齢者の家族支援；自宅で介護を選択した家族への退院支援。ヘルスサイエンス研究, 15(1)：55-60, 2011。
- 11) 佐藤政美・斎藤眞樹・阿部喜明：回復期リハビリテーション病棟における入院患者に対する退院支援の実態。JSCI 自立支援介護学, 6(1)：10-17, 2012。
- 12) 坂井志麻・中田晴美・柳 修平他：特定機能病院における看護師の在宅療養支援に関する認識：経験年数別比較と病棟・外来別比較。東京女子医科大学看護学会誌, 6(1)：41-51, 2011。
- 13) 藤原奈佳子・小野 薫・森田恵美子他：急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価。愛知県立大学看護学部紀要, 19：49-59, 2013。
- 14) 戸村ひかり・永田智子・竹内文乃他：日本の病院における退院支援看護師の実践状況；2010年と2014年の全国調査の結果を比較して。日本看護科学会誌, 37：150-160, 2017。
- 15) 佐野明美・山口桂子：看護師の仕事意欲測定尺度の作成。日本看護医療学会雑誌, 7(1)：9-17, 2005。
- 16) 坂井志麻・大堀洋子・田中優子他：大学病院における退院支援研修の取り組みと効果。癌と化学療法, 42(Suppl. 1)：72-74, 2015。
- 17) Sakai S, Yamamoto-Mitani N, Takai Y, et al. : Developing an instrument to self-evaluate the Discharge Planning of Ward Nurses. *Nursing Open*, 3(1)：30-40, 2016。
- 18) 木村裕美・神崎匠世：大学病院看護師における在宅療養に向けた退院支援の認識と行動の関連要因。日本看護福祉学会誌, 21(2)：43-57, 2016。
- 19) 坂井志麻：科学研究費助成事業 研究成果報告書24792594 研究成果報告書-KAKEN. <https://kaken.nii.ac.jp/file/KAKENHI-PROJECT-24792594/24792594seika.pdf> (2019年6月18日)。

■ Research Report ■

A Self-assessment of Discharge Support Provided to Older Adults by Nurses in Integrated Community Care Wards and Factors Associated with the Provision of that Support

Kazunari Takemura¹⁾, Misa Komatsu²⁾, Atsushi Koike¹⁾

1) Mie Prefectural College of Nursing, Faculty of Nursing

2) Sugiyama Jogakuen University, Department of Nursing

Objectives: To ascertain a self-assessment of the state of discharge support provided to older adults by nurses in integrated community care wards and to determine the personal factors and factors related to working conditions associated with the provision of that support.

Methods: Nine hundred and sixty-eight nurses at 47 facilities with integrated community care wards under the jurisdiction of the Tokai-Hokuriku Regional Bureau of Health and Welfare were anonymously surveyed using the Discharge Planning scale for Ward Nurses (DPWN).

Results: Responses were received from 587 nurses (response rate: 60.6%). Five hundred and eighty-four valid responses were received (valid response rate: 60.3%). The mean total score on the DPWN was 100.31 points. Multiple regression analysis with the total score on the DPWN as the response variable indicated that factors associated with the total DPWN score were: Motivation ($\beta = 0.268$, $p < 0.001$), “Being in” a leadership position ($\beta = 0.099$, $p < 0.01$), “Having experience” dealing with the families of older adults ($\beta = 0.101$, $p < 0.05$), “Having received” in-house training in discharge support ($\beta = 0.091$, $p < 0.05$), and “Having opportunities” to share information with other professionals besides discharge planning conferences ($\beta = 0.093$, $p < 0.05$).

Discussion: Increased motivation, training from and inculcation of attitudes by personnel in leadership positions, the systematic creation of conditions for nurses to share information with other professionals inside and outside of the hospital, and the creation of a system to facilitate participation in training will presumably help to improve the provision of discharge support to older adults by nurses in integrated community care wards.

Key words: nurses in integrated community care wards, older adults, discharge support, self-assessment, associated factors

全治療期間を地域DOTSにより経過した在宅高齢結核患者の服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因

福田聡子¹⁾，齋藤 基²⁾，大澤真奈美³⁾

抄 録

目的：全治療期間を地域DOTS（直接監視下短期化学療法）により経過した在宅高齢結核患者の服薬開始期，服薬維持期，服薬終了期における服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因を明らかにする。

方法：65歳以上の全治療期間を地域DOTSにより経過した10人に対して半構造化面接を実施した。データは服薬経過時期ごとにBerelson Bの内容分析を参考にし，質的記述的に分析した。

結果：服薬経過時期別の要因は，服薬開始期では，【早期治癒に向けて服薬に取り組む決意】【自分に合った服薬・管理に役立つ工夫】【医師，看護職者等との関わりを通じた関係性の構築】等，服薬維持期では，【服薬経験を通じた服薬継続への意義の実感】【医師，看護職者により提供される服薬継続を促進する肯定的評価と調整】等，服薬終了期では，【服薬の完遂目前により後押しされる確固たる服薬への決意】【医師，看護職者等から提供される服薬完遂に向け共に進む姿勢を示す支援】であった。

考察：今後の在宅高齢結核患者の支援においては，各服薬経過時期別の要因の特徴に応じて，信頼関係の構築，服薬効果に対する説明や評価のフィードバック，最後まで共に歩む姿勢等を通して服薬アドヒアランスが維持・促進できるようにする必要がある。

【キーワード】 地域DOTS，在宅高齢結核患者，服薬アドヒアランス，服薬開始期，服薬維持期，服薬終了期

日本地域看護学会誌，25（3）：12-19，2022

I. 緒 言

わが国では，60歳代以降の結核罹患率が高水準で経過しており¹⁾，高齢結核患者に対する支援の充実が喫緊の課題となっている。大半の結核は，標準治療を確実に実施できれば，ほぼ治癒するが，自覚症状がない等の治療継続の困難さがあることから，不規則な服薬により多剤耐性菌の発生等の危険性がある²⁾。そのため，世界保健機関は結核治療の支援として，直接監視下短期化学療法（Directly Observed Treatment, Short-course；DOTS）を推奨している。DOTSとは服薬確認を主要な

要素とし，治療完遂まで患者の人権尊重，精神的・身体的影響に配慮し，個別性に応じた結核治療に関する支援を行うことである^{2,3)}。「日本版21世紀型DOTS戦略」⁴⁾において地域DOTSは，入院患者の退院後および通院中に地域において服薬治療を開始する者に対して行う支援であるとされている。

全治療期間を地域DOTSにより経過する結核患者は，入院DOTS経験者よりも医療従事者からの集中的な支援を受ける機会が少なく，服薬管理上のリスクが高まる可能性が考えられる。特に高齢結核患者の治療は，複雑な服薬管理による負担や合併症を含む複合的な治療となる場合がある³⁾ため，アドヒアランスが低下しやすく⁵⁾，中断が危惧される。最近の65歳以上の世帯をみると，高齢単身者または高齢夫婦のみにより構成される世帯の

受付日：2021年9月19日／受理日：2022年9月1日

1) Satoko Fukuda：群馬県発達障害者支援センター

2) Motoi Saito：群馬パース大学看護学部

3) Manami Osawa：群馬県立県民健康科学大学看護学部

割合が増加しており、今後は高齢結核患者または高齢家族が複雑な服薬管理を実施する状況が増えると予測される⁶⁾。また、高齢者は結核に対して、現在の日本と比較して高蔓延で死亡率が高い時代を経験しており、生命をおびやかす感染症のイメージが強く、偏見⁷⁾をもつ場合が多い。そのため、高齢結核患者は他者に結核罹患を伝えることや服薬継続の悩み等の相談を行うことに対して抵抗があり、服薬中断のリスクを生じやすいことが推測される。このような状況を考慮すると、全治療期間を地域DOTSにより経過する高齢結核患者に対しては、服薬開始から完遂に至るために、服薬アドヒアランスを維持・促進するための効果的で確実な支援を実施する必要がある。

長期的な治療において良好なアドヒアランスを維持するためには、意欲の継続が重要な要素のひとつとなるが、意欲の保持には困難を伴うことが示されている⁸⁾。そのため、服薬中断による耐性菌の発生等のリスクをもつ高齢結核患者に対しては、各服薬経過時期に応じた服薬アドヒアランスに影響する要因を把握し、支援を行う必要があると考える。高齢患者のアドヒアランスに影響する因子としては、「患者の主体性」等⁹⁾が明らかにされている。しかし、全治療期間を地域DOTSにより経過した高齢結核患者を対象として、服薬経過時期ごとに服薬アドヒアランスに影響する要因を明らかにした研究は報告されていない。

そこで、本研究は、全治療期間を地域DOTSにより経過した在宅高齢結核患者の服薬開始期、服薬維持期、服薬終了期における服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因を明らかにすることを目的とする。本研究の成果は、全治療期間を地域DOTSにより経過する在宅高齢結核患者の服薬完遂に向けた支援に貢献できると考える。

II. 研究方法

1. 用語の定義

本研究における「在宅高齢結核患者」(以下、高齢結核患者)は、65歳以上の結核患者のうち全治療期間を在宅において地域DOTSにより経過した患者とする。「服薬アドヒアランス」は、先行文献¹⁰⁻¹⁷⁾の検討結果から、抗結核薬の継続的な服薬を通じた服薬完遂のために、高齢結核患者が自らの意思や周囲からのサポートによる影響を受けながら治療方針の決定に参加し、服薬を継続でき

ることとする。「服薬開始期」は、初めて抗結核薬を処方されてから次の外来受診までの1~2週間、「服薬維持期」は、治療期間の中間地点の前後およそ1か月間、「服薬終了期」は、薬が最後に処方されたときから服薬終了日までとする。

2. 研究対象者

研究対象者は、A県在住の抗結核薬の服薬治療歴があり、在宅において全治療期間を地域DOTSにより経過した65歳以上の高齢者とし、言語的コミュニケーションが可能で認知機能に障害がない者10人とした。また、服薬完遂後からインタビューまでの期間については、保健所の管理下にあり、服薬当時の状況を想起しやすいことなどを考慮し、結核患者の管理検診期間である服薬終了後から2年以内の者とした。

3. データ収集方法

研究対象者の選定は、A県内の保健所長の会合において、研究目的、研究方法、倫理的配慮等を説明する文書を提出し、研究協力を依頼した。研究協力への同意が得られた保健所長から当該保健所の結核支援担当保健師を紹介してもらい、保健師から研究対象者の条件に合致する高齢者のうち、研究協力に同意が得られた研究対象者の紹介を得た。2019年5~9月に研究対象者との面接および結核登録票からデータ収集した。面接は半構造化面接とし、服薬開始期、服薬維持期、服薬終了期ごとに、服薬完遂に向け高齢結核患者が自らの服薬行動に対して、どのように考え、どのように取り組んだか、抗結核薬の服薬に影響を与えたことは何であったか等について質問した。服薬経過時期のデータの特定については、面接において経過時期ごとにデータが得られるよう各期の定義を説明のうえ実施した。定義の説明にあたり、服薬維持期については、研究対象者ごとに治療期間に応じて中間地点が異なることから、面接開始前に服薬開始から何か月後の期間であるかを研究対象者と確認し、共有した。面接中は、経過時期について質問中の時期と異なる語りがあった場合、語った内容の該当する時期のデータとして扱うことができるよう語った内容がどの時期に該当するデータであるかを、研究対象者と再確認した。面接内容は研究対象者の同意を得て録音またはメモをとった。結核登録票からのデータ収集は、研究対象者の許可の下、研究対象者の診断名や治療期間等を研究協力者に転記してもらうことにより行った。

表1 研究対象者の概要

年代	性別	治療期間	同居家族	保健師以外の 専門職の服薬協力者	診断名
70歳代	男性	9か月	あり	なし	肺結核
70歳代	女性	6か月	なし	なし	尿路結核
70歳代	男性	6か月	あり	なし	肺結核
80歳代	女性	6か月	あり	なし	潜在性結核感染症
80歳代	男性	9か月	あり	なし	肺結核
70歳代	女性	9か月	あり	看護師	頸部リンパ節結核
70歳代	男性	6か月	あり	なし	肺結核
70歳代	男性	9か月	あり	主治医	肺結核
60歳代 ^{a)}	女性	6か月	あり	看護師	潜在性結核感染症
70歳代	女性	9か月	同敷地内にあり	なし	潜在性結核感染症

a)：本表における60歳代については、65歳以上70歳未満を示す。

4. 分析方法

面接により得られたデータは、逐語録を作成し、Berelson Bの内容分析¹⁸⁾を参考に服薬経過時期ごとに分析した。

具体的な分析手順は、内容のまとまりごとに服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因を抽出した文脈単位を作成し、記録単位ごとに意味内容を表すコードを作成した。コードの意味内容の類似性に基づき集約を繰り返し、サブカテゴリー、カテゴリー、大カテゴリーを作成した。データの飽和化は、8人分のコードからサブカテゴリーを作成後、2人分の逐語録を追加し、新たなコードが抽出されなかったことにより確認した。

分析結果の信頼性は、Berelson Bの内容分析を用いた研究経験を有する研究者から定期的な指導を受けるとともに、保健師経験を有する研究者3人に依頼し、服薬経過時期ごとに、Scott WAの式による一致率が70%以上¹⁹⁾であることを確認した。

5. 倫理的配慮

研究対象者に対しては、研究目的等の研究概要や参加の任意性等に関して口頭および文書により説明し、文書で同意を得た。保健所長および結核担当保健師に対しては、研究概要や参加の任意性等に関する説明を口頭および文書により実施し、研究協力への了解を得た。本研究は、群馬県立県民健康科学大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認年月日：2019年4月2日、承認番号：県科大倫第2018 - 32号）。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究対象者の概要

研究対象者10人は、副作用等による主治医の指示に基づく休薬期間があった者を含む服薬完遂者であった。年齢は65歳から80歳代まで、性別は男女各5人、治療期間は6か月と9か月が各5人であった。同居家族は「あり」8人、「なし」1人、「同敷地内にあり」1人であった。抗結核薬服薬中の仕事は、「あり」3人、「なし」7人であった。保健師以外の専門職の服薬協力者は、「なし」7人、「看護師」2人、「主治医」1人であった。診断名は、「肺結核」5人、「潜在性結核感染症」3人、「尿路結核」1人、「頸部リンパ節結核」1人であった（表1）。

2. 各服薬経過時期における服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因

服薬経過時期ごとの服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因は、以下のとおりであった。なお、大カテゴリーは【 】, カテゴリーは《 》, サブカテゴリーは< >, コードは「 」により示す。

1) 服薬開始期の服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因

(1) 【早期治癒に向けて服薬に取り組む決意】

高齢結核患者は、<服薬をがんばらなくてはならないと思う>などの《早期治癒に向けた服薬に対する義務感を伴う決意》をしていた。また、早期治癒に向けて服薬に取り組む決意をするために、「服薬手帳にあった副作用に関する記載を読んで覚悟した」など、《副作用発症に対する覚悟》も固めていた。

(2) 【服薬に対して積極的に取り組むための前向きな認識】

高齢結核患者は、<服薬で治ることにより安心する>

などの《服薬や病状に対する前向きな見通しがもてることによる安心感》をもっていた。また、高齢結核患者は、病状や服薬に関する説明を受けて「服薬前に不安はなかった」など《服薬や病状に対する前向きな捉え方》をしていた。

(3) 【自分に合った服薬・管理に役立つ工夫】

高齢結核患者は、「服薬手帳への丸印のつけ方を工夫した」などの《自分に合った服薬・管理》を実施していた。また、服薬を継続するために、「服薬のつらさがあるが、時間があれば薬をもって気晴らしに出かけていた」など服薬するための気分転換をする>ことを併せて取り入れ、自分に合った服薬・管理に役立つ工夫を実施していた。

(4) 【家族による服薬に役立つ協力】

高齢結核患者は、「子どもに結核の知識があって助かった」などの<家族に知識や理解がある>ことや<家族から情報提供や服薬管理しやすくする助けがある>など、《家族による服薬に役立つ協力》として家族から知識や理解を踏まえた服薬に役立つ助言、服薬管理に役立つ手助けを受けていた。

(5) 【医師、看護職者等との関わりを通じた関係性の構築】

高齢結核患者は結核治療に関連する説明等において、「看護師がこまめに声かけをしてくれた」のようなく看護職者から声かけや服薬に関する説明を受ける>や<医師、看護職者が親身に関わってくれる>など、《医師、看護職者等との安心して服薬するために役立つ関わり》を通して関係性を構築していた。

2) 服薬維持期の服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因

(1) 【服薬経験を通じた服薬継続への意義の実感】

高齢結核患者は結核治療のための服薬を責務と考え、「治ると気合いを入れて服薬していた」という意気込みなどの《服薬に向き合う心構え》とともに、<結核は服薬していれば大丈夫だと思う>などと《服薬に対する効果の実感と期待》をしていた。

(2) 【治療に伴い生じる医師への信頼】

高齢結核患者は、「開業医が結核、呼吸器の専門医であることで安心した」のように医師が結核治療に精通していることにより、<医師に頼って治療したいと思う>など《治療に伴い生じる医師への信頼》を寄せていた。

(3) 【医師、看護職者により提供される肯定的評価と調整】

高齢結核患者は、<開業医に服薬手帳へのサインをもらう>などの《医師により提供される服薬継続に役立つ

状況の評価や調整》を受けていた。また受診時などには、「病院の看護師は2人体制で声をかけてくれて世話になった」と感じ、看護職者による励ましを受けていた。

3) 服薬終了期の服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因

(1) 【服薬の完遂目前により後押しされる確固たる服薬への決意】

高齢結核患者は服薬完遂を目前にしたことにより、<最後まで徹底して服薬しなくてはならないと思う>などの《確実な服薬完遂に対する義務感》を高めていた。同様に、高齢結核患者は、「残薬が減ってよかった」などの服薬日数の減少や検査結果の改善等の把握を通して、結核からの回復を実感し、《服薬完遂を目前にした安心感》もっていた。

(2) 【医師、看護職者等から提供される服薬完遂に向け共に進む姿勢を示す支援】

高齢結核患者は、「医師がフォローしてくれるため、服薬できないはずがないと思った」などの《服薬完遂を目前にして医師、看護職者等から提供される頼りになる働きかけ》を受けていた。また、高齢結核患者は、<服薬終了に向け、医師から治療方針に関する説明を受ける>などの《医師により提供される治療方針への共通理解を得るための説明》により結核の治療に向けて、医師や看護職者等が共に進む姿勢を示していると実感していた(表2)。

IV. 考 察

1. 各服薬経過時期における服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因

1) 服薬開始期

嶋澤ら²⁰⁾は、患者の治療への姿勢が結核という疾病の理解や服薬継続の必要性の理解を促進し、結核治療の完遂要件になることを明らかにした。本研究においても同様に、【早期治療に向けて服薬に取り組む決意】は、高齢結核患者が服薬の必要性の理解や服薬することへの意味づけ等²¹⁾により結核治療に対する積極的な姿勢の根拠を示すものと考えられる。

一方、服薬開始期の高齢結核患者の心理状態は、結核発症に対する驚きや疑問、孤立等への不安を抱えながら²²⁾、慣れない抗結核薬の服薬を開始しなければならない状況にある。したがって、服薬完遂に向けた疾病理解の妨げとなる²¹⁾ショックやストレスを軽減することが

表2 服薬アドヒアランスの維持・促進に影響する要因に関するカテゴリー 一覧

	大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
服薬開始期	(1) 早期治癒に向けて服薬に取り組む決意	早期治癒に向けた服薬に対する義務感を伴う決意	服薬をがんばらなくてはならないと思う 早く治りたい、治さなくてはならないと思う
		副作用発症に対する覚悟	副作用の発症を覚悟する
	(2) 服薬に対して積極的に取り組むための前向きな認識	服薬や病状に対し前向きな見通しがもてることによる安心感	服薬で治ることにより安心する 医師から病状や服薬に関する説明を受け安心する 順調な経過により安心する 服薬終了の見通しがあることが励みになる
		服薬や病状に対する前向きな捉え方	服薬に対して負担がない 服薬に対して深刻に考えない 症状や副作用がない 検査結果から治療効果を実感する 病状や治療の知識がある
	(3) 自分に合った服薬・管理に役立つ工夫	自分に合った服薬・管理	自分なりの服薬の仕方がある 自分なりの服薬管理方法を実施する
服薬するための気分転換		服薬するための気分転換をする	
(4) 家族による服薬に役立つ協力	家族による服薬に役立つ協力	家族から情報提供や服薬管理しやすくなる助けがある 家族に知識や理解がある	
(5) 医師、看護職者等との関わりを通じた関係性の構築	医師、看護職者等との安心して服薬するために役立つ関わり	医師、看護職者が親身に関わってくれる 薬剤師とのやりとりが服薬の役に立つ 看護職者から声かけや服薬に関する説明を受ける	
服薬維持期	(1) 服薬経験を通じた服薬継続への意義の実感	服薬に向き合う心構え	気合いを入れて服薬に臨む 結核を治したいから服薬しなければならないと思う
		服薬に対する効果の実感と期待	結核は服薬していれば大丈夫だと思う 薬が減り、副作用が楽になると感じる 服薬終了日への期待がある
	(2) 治療に伴い生じる医師への信頼	治療に伴い生じる医師への信頼	医師に頼って治療したいと思う 医師が結核治療に精通しているため安心できる
(3) 医師、看護職者により提供される肯定的評価と調整	医師により提供される服薬継続に役立つ状況の評価や調整	医師に服薬継続しやすくなるよう処方や関係機関とのやりとりをしてもらう 開業医に服薬手帳へのサインをもらう	
	看護職者による励まし	看護職者から声かけややりとりにより励ましを受ける	
服薬終了期	(1) 服薬の完遂目前により後押しされる確固たる服薬への決意	確実な服薬完遂に対する義務感	最後まで徹底して服薬しなくてはならないと思う 服薬中断しないためにできることをしなくてはと思う
		服薬完遂を目前にした安心感	回復や服薬終了がみえてきたと思う 残薬や残りの服薬日数が減ってきてうれしい 検査結果に基づき治療効果を実感する
	(2) 医師、看護職者等から提供される服薬完遂に向け共に進む姿勢を示す支援	医師から提供される治療方針への共通理解を得るための説明	服薬終了に向け、医師から治療方針に関する説明を受ける 医師から訴えに応じた説明を受ける
		服薬完遂を目前にして医師、看護職者等から提供される頼りになる働きかけ	服薬終了を目前にし、医師から安心する声かけを受ける 服薬終了を目前にし、看護職者から頼りになる声かけを受ける 服薬終了を目前にし、薬剤師等から励みになる声かけを受ける 医師からのフォローを頼ることができる

重要である。結核治療目的の入院歴がある患者は、他患者との関わりにより安心感を得ることが明らかにされている²³⁾。しかし、地域DOTSの高齢結核患者は、入院歴がある患者と比べて他患者と関わる機会が限定される。そのため、高齢結核患者は、【家族による服薬に役立つ協力】を通じた最も身近な人からの精神的な支えや【医

師、看護職者等との関わりを通じた関係性の構築】につながる支援を受け、【服薬に対して積極的に取り組むための前向きな認識】をもつものと推察される。服薬に対する前向きな認識は、服薬行動に影響を及ぼす²⁴⁾ことから服薬継続のために不可欠である根拠を示すものと考えられる。

加えて、服薬開始期においては、高齢結核患者が服薬継続のための具体的な方法を見いだすことが重要であり、【自分に合った服薬・管理に役立つ工夫】は、複雑な服薬管理の負担を軽減するため、高齢結核患者にとって効果的な取り組みと考えられる。

2) 服薬維持期

先行研究⁹⁾では、高齢患者が自身の服薬への必要性を強く認識している場合にアドヒアランスが良好に保たれやすいことが明らかにされている。本研究においても同様に、高齢結核患者が結核治療開始から数週間が経過し、自覚症状の軽減等²⁾の【服薬経験を通じた服薬継続への意義の実感】は、治癒への期待から服薬の必要性を強く認識し、服薬継続に対する意欲を高めていると考えられる。

さらに、【治療に伴い生じる医師への信頼】【医師、看護職者により提供される肯定的評価と調整】は、高齢結核患者が治療の過程において医師を信頼し、それに基づく医師や看護職者からの肯定的な評価や調整が服薬継続のために効果的であることを示している。このことは、藤岡ら²⁵⁾が高齢患者の服薬継続のために大切であると思うこととして医療者の対応を明らかにしているが、その研究成果とも一致している。

3) 服薬終了期

先行研究²⁵⁾では、高齢患者が服薬継続のために大切であると思うこととして患者の意思が重要であることが明らかにされている。本研究における【服薬の完遂目前により後押しされる確固たる服薬への決意】は、服薬完遂を目前にし、結核治癒への安心感や再発防止のために完遂する義務感を強化し、強い意思に基づいて服薬完遂を目指した根拠を示すものと考えられる。

結核治療完遂者の体験について、嶋澤ら²⁰⁾は、結核診断の直後からの保健所による継続的な支援や常に相談できる支援者の存在により、治療への姿勢を後方支援され服薬継続を促進したことを明らかにしている。本研究においても同様に、高齢結核患者が【医師、看護職者等から提供される服薬完遂に向け共に進む姿勢を示す支援】を受けることを通して、結核治療による孤立や疎外への不安²²⁾が緩和され、服薬完遂に向けて着実な取り組みを可能にしたと考えられる。

2. 服薬経過時期に応じた支援への示唆

服薬開始期は、高齢結核患者が自分に合った服薬習慣の形成や服薬環境を整えられるよう、患者や患者を取り

巻く環境の把握を踏まえ、服薬に役立つ情報提供や信頼関係の構築を通して服薬に対する安心感を高められるようにする必要がある。高齢結核患者の支援と併せて家族に対しては、高齢結核患者を支える最も身近な存在であることから、患者と同様に疾病や服薬治療に関する教育や支援を実施することが重要である。

また、服薬維持期については、高齢結核患者が服薬継続への努力を肯定的に捉え、モチベーションを維持・向上できるよう、検査結果を明示しながら服薬による効果を説明すること、服薬努力に対する労いや評価をフィードバックすること等が重要である。

服薬終了期においては、高齢結核患者が再発防止のために服薬完遂できるよう、服薬終了が近づいたことによる喜びや治療方針等の共有を通して、最後まで共に進む姿勢を示すことが必要である。

3. 本研究の限界および今後の課題

本研究では、研究対象者が高齢者であるため、加齢に伴う記憶力低下の影響により服薬中の状況の想起にあたり限界があった可能性がある。今回実施した面接では、全治療期間にわたり存在し期間を区切ることができない要因に関する語りや、服薬アドヒアランスを低下させる要因と考えられる語りが得られた。また、家族構成や就労状況等の研究対象者の属性は、服薬継続するための環境として服薬アドヒアランスに影響を及ぼすと考えられる。

以上のことから、今後の課題は、全治療期間を通してのデータの分析、服薬アドヒアランスを低下させる要因の分析、および研究対象者の属性の差異による分析を行うことが必要であると考えられる。

【謝辞】

本研究にご協力をいただきました研究対象者のみなさま、ならびに保健所長のみなさま、保健師のみなさまに深く感謝申し上げます。なお、本研究は、群馬県立県民健康科学大学大学院に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

【文献】

- 1) 厚生労働省：平成29年 結核登録者情報調査年報集計結果。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000175095_00001.html (2018年9月7日)。
- 2) 重藤えり子：DOTS治療。総論、結核；その病態、診断、治療、感染対策。臨床と微生物、39(2)：103, 2012。
- 3) 厚生労働省健康局長：結核に関する特定感染症予防指針の一部改正について。

- Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/thuuchi.pdf (2018年9月7日).
- 4) 厚生労働省健康局健康局感染症課長：「結核患者に対するDOTS（直接服薬確認療法）の推進について」の一部改正について. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-enkoukyoku/16112501.pdf> (2018年9月7日).
 - 5) 山本由子：高齢者の薬物療法の特徴. 亀井智子（編），老年看護学① 老年看護学概論・老年保健，新体系看護学全書，134-138，メヂカルフレンド社，東京，2016.
 - 6) 一般財団法人厚生労働統計協会：第1章 人口静態，第2編 衛生の主要指標，国民衛生の動向・厚生指標，増刊68(9)：50-58，一般財団法人厚生労働統計協会，東京，2021.
 - 7) 中野裕美・村上美佐江・堂徳照美他：自宅退院した高齢結核患者の家族の結核に対する認識. 日本看護学会論文集慢性期看護，48：83-86，2018.
 - 8) World Health Organization：ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES；Evidence for action. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1 (2022年2月6日).
 - 9) 石井俊行：高齢透析患者のアドヒアランスに影響する因子. 日本看護学会論文集 看護総合，44：146-149，2014.
 - 10) 古野貴臣・藤野成美・前原修一他：精神科看護師が統合失調症者の服薬アドヒアランス獲得に向けて日常的に行っている服薬支援. インターナショナルNursing Care Research，16(2)：41-51，2017.
 - 11) 伊藤智幸・豊島甲史郎・佐藤泰豪他：統合失調症患者の服薬アドヒアランス獲得に向けたかかわり. 日本精神科看護学術集会誌，55(2)：239-243，2012.
 - 12) 和田暢子・森 和子・田頭良江：29年間拒薬し続けた患者の服薬への取り組み；患者の気持ちに寄り添ったかかわり. 日本精神科看護学術集会誌，55(1)：134-135，2012.
 - 13) 鈴木尚子：認知行動療法を用いた服薬アドヒアランス向上への援助；統合失調症患者とのかかわりを通して. 日本精神科看護学会誌，52(1)：222-223，2009.
 - 14) 増岡弥生・藤村恵美子・大原孝政他：統合失調症患者に対する服薬自己管理システム導入の効果；服薬アドヒアランス向上への取り組み. 日本看護学会論文集 精神看護，39：53-55，2009.
 - 15) 山本姫世・大谷 恵：躁病患者的服薬アドヒアランスを確立するための看護介入に関する研究. 日本看護学会論文集 精神看護，37：15-17，2006.
 - 16) 佐藤浩司・金井敦己・安藤 恵他：統合失調症患者の服薬アドヒアランスに影響を与える要因について；質問面接法を通じた患者の「服薬に対する構え」の分析. 日本看護学会論文集 精神看護，37：127-129，2006.
 - 17) 山本知世・百田武司：服薬アドヒアランスの評価に関する国内文献レビュー. 日本赤十字広島看護大学紀要，16：58-65，2016.
 - 18) Berelson B：内容分析の歴史. 稲葉三千男・金 圭煥（訳），内容分析，3-5，みすず書房，1957.
 - 19) 舟島なをみ：質的研究への挑戦. 第2版，46，医学書院，2007.
 - 20) 嶋澤順子・久保善子・安元あかね他：治療完遂した結核患者の服薬継続における体験と認識のプロセス. 東京慈恵会医科大学雑誌，130(3)：61-67，2015.
 - 21) 安本理抄・上野昌江・大川聡子：結核という病の受け止め過程；回復者の結核の認識と治療に関連する行動に着目して. 日本地域看護学会誌，24(2)：59-66，2021.
 - 22) 山路由実子・田口 修・櫻井しのぶ：結核患者の発症時の心理に関する研究；病気に対する認識と発症時の思いについて. 三重県立看護大学紀要，13：7-18，2009.
 - 23) 竹内あかり・渡部節子・河原畑尚美：肺結核患者の療養過程における成人女性患者の思い. 感染防止，25(1)：40-49，2015.
 - 24) 神島滋子・野地有子・片倉洋子他：通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討；アドヒアランスの観点から. 日本看護科学学会誌，28(1)：21-30，2008.
 - 25) 藤岡敦子・筒井千春・池田友美：虚血性心疾患患者が服薬を継続するために大切だと思うこと；アドヒアランスの視点による成人と老年期との比較より. 日本看護学会論文集成人看護Ⅱ，40：96-98，2009.

■ Research Report ■

Factors Influencing the Maintenance and Promotion of Oral Medication Adherence among Older Patients with Tuberculosis at Home who Followed a Regional Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) Strategy for all Treatment Phases

Satoko Fukuda¹⁾, Motoi Saito²⁾, Manami Osawa³⁾

1) Gunma Prefectural Support Center for People with Developmental Disabilities

2) Gunma Paz University, Faculty of Nursing

3) Gunma Prefectural College of Health Sciences, Faculty of Nursing

Objective: To clarify factors influencing the maintenance and promotion of oral medication adherence in initial, continuation, and completion phases among older patients with tuberculosis at home who follow a regional directly observed treatment short-course (DOTS) for all treatment phases.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 10 patients aged 65 years or older who had followed a regional DOTS for all treatment phases. The data were qualitatively and descriptively analyzed with reference to Berelson's content analysis for each phase.

Results: In the initial phase, the factors included "determination to take oral medication for early recovery," "a way to help take and manage oral medication suited to oneself," and "the building of relationships through interactions with doctors, nurses and other healthcare professionals." In the continuation phase, the factors included "realization of the significance of continuing to take oral medication through the experience of taking medication" and "positive feedback and coordination by doctors and nurses to promote continuation of oral medication." In the completion phase, the factors were "firming determination to take oral medication enhanced by the imminent completion of oral medication" and "support from doctors, nurses, and other healthcare professionals with a mutually forward-looking attitude toward the completion of oral medication."

Discussion: Support for older patients with tuberculosis at home needs to enable maintenance and promotion of oral medication adherence using approaches tailored to the characteristics of phase-specific factors, including building trusting relationships, explaining the effects of oral medication, providing feedback, and adopting a cooperative attitude toward completion of treatment.

Key words : regional DOTS, older patients with tuberculosis at home, oral medication adherence, oral medication initial phase, oral medication continuation phase, oral medication completion phase

介護老人福祉施設において高齢者を 看取るための看護職の役割

——看取りのPDCAサイクルを用いた検討——

小山美香¹⁾, 小松美砂²⁾

抄 録

目的：介護老人福祉施設における高齢者の看取りについて、看取りのPDCAサイクルを用いて看護職の役割を明らかにする。

方法：看取り介護を導入している介護老人福祉施設に所属する看護職12人に半構造化面接を行い、データを質的帰納的に分析した。

結果：介護老人福祉施設において高齢者を看取るための看護職の役割として、【高齢者と家族が安心して施設で最期を迎えるための仕組みづくり】【職員が安心して看取りを実施するための教育的支援】【看取りにおいて医療的に必要となるケア計画の立案】【看取りにおいて適切な医療を提供するための臨床判断】【高齢者にとって苦痛のない看取りを実施するための多職種間の調整と情報共有】【看護職の不在時に看取りを行う介護職への支援】【家族の思いや意向に沿った支援】【高齢者への看取りに関する振り返りの実施】【看取りを経験した家族や介護職への配慮】の9カテゴリと30サブカテゴリが抽出された。

考察：施設での看取りにおける看護職の役割についてPDCAサイクルを用いて検討した結果、看護職は体制の整備〔Plan〕・看取り介護〔Do〕・振り返り〔Check〕において医療的側面から関わり、さまざまな役割を有していることが示された。しかし、体制の改善〔Action〕に関するカテゴリは生成されなかったことから、看護職が医療的ケアの実施状況等の評価を行い、課題を明確化するという役割を担うことによって、看取り介護の体制の改善につなげる必要があると考える。

【キーワード】 介護老人福祉施設, 高齢者, 看取り, PDCAサイクル, 看護職

日本地域看護学会誌, 25 (3) : 20-28, 2022

I. 緒 言

介護老人福祉施設とは、老人福祉施設として老人福祉法に規定されている特別養護老人ホームであり、介護保険法によって都道府県知事の指定を受けた施設である。介護老人福祉施設においては、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話が行われ、新規入居者は、2015年4月より

原則として要介護3以上に限定されており、中重度の要介護者を支える機能が重視されている¹⁾。また、介護老人福祉施設は高齢者が終のすみ家として終身利用できる施設であることから、2006年介護報酬改正において「看取り介護加算」が創設された¹⁾。「看取り介護加算」では、医師、看護職員、介護職員が協働して本人の状態や家族の求めに応じ、随時、説明、同意を得て介護が行われていることが求められている²⁾。また、2010年度の介護老人福祉施設退所者の死亡割合は63.7%で³⁾、看取り介護加算の算定状況は、2006年の算定日数が5,100日であったのに対し、2017年には54,900日と約10倍になり¹⁾、

受付日：2022年5月18日／受理日：2022年9月20日

1) Mika Oyama：医療法人尚豊会 みたき総合病院

2) Misa Komatsu：椋山女学園大学看護学部

看取りは介護老人福祉施設の重要な役割であることが示された。

しかし、介護老人福祉施設の医師は非常勤が認められており医師を常勤配置している介護老人福祉施設は1%ほどしかなく¹⁾、看護職には、入所者の健康管理、疼痛緩和、安楽の援助、夜間および緊急時の対応、家族への説明と不安への対応、配置医または協力病院との連携等の役割が求められている²⁾。また、入居者・家族との関係性を築く、入居者の思いや状態を的確に捉えるといったさまざまな看護実践能力が必要であることが示されている⁴⁾。しかし現状として、1施設あたりの常勤換算看護職は4.0人⁵⁾、夜間に看護職員を配置している施設は5.0%、夜間対応は93.0%の施設がオンコール体制となっており¹⁾、十分な看護体制が整っているとは言い難い。また、入居者の69.4%が要介護4もしくは5であり⁵⁾、介護老人福祉施設は介護度の重症化に伴い医療的ケアを必要とする入所者が増加しているなか、限られた医療提供体制において看取りケアを提供しているといえる。

介護老人福祉施設における看取りに関しては、終末期の入所者に対して残された日々を最期まで過ごすことができるよう看護職が積極的に援助していることや⁶⁾、高齢者と家族の意思を尊重し、その人らしい生活を模索しながら看取りケアを行っていることが示されている⁷⁾。また、看護職は家族支援やケアチームの調整だけでなく介護職を支える役割も担っており⁸⁾、介護老人福祉施設で看取りを体験した家族の語りの分析から、高齢者の看取り期の家族には心の揺らぎがあることを前提に、家族に対する情報提供やていねいな説明が必要となることが明らかにされている⁹⁾。さらに、看取りは今後さらに重要な位置を占めることが指摘されており⁷⁾、看護職が看取りに関する知識・技術・態度を主体的に修得し望ましい看取りを実現するための教育プログラムも開発されている¹⁰⁾。

このようななか、2015年の介護報酬改定においては、介護老人福祉施設において自分らしい最期を過ごすための高齢者と家族の意向の尊重や、手厚い看取り介護の推進、充実に向けた施策が示され、「看取り介護加算」の要件として、PDCAサイクルにより看取り介護の体制を構築するとともに、それを強化することが求められた¹¹⁾。介護老人福祉施設の看取りにおけるPDCAサイクルは、P：体制の整備〔Plan〕、D：看取り介護〔Do〕、C：振り返り〔Check〕、A：体制の改善〔Action〕で成り立ち、このサイクルを良好に保つことにより、高齢者や

家族の希望に沿った看取りの実現が可能となり、質確保にもつながるとされている¹¹⁾。看取り介護のPDCAサイクルの実施状況と看護チームの看護実践能力および看取り実績の関係性を明らかにした先行研究においては、看取り看護実践能力向上のためには、入居者とその家族に対する説明の検討や、看取り後のケアカンファレンスの定例化が有用であることが示されている¹²⁾。また、PDCAサイクルの実施状況と看護管理者が評価した看護チームの看護実践能力との関連は示されているが¹²⁾、実際に高齢者の看取りに関わる介護老人福祉施設の看護職が看取りのPDCAサイクル推進にどのように関わっているのか、具体的な内容については明確にされていない。

そこで本研究は、介護老人福祉施設に勤務する看護職を対象とし、介護老人福祉施設における高齢者の看取りについて、看取りのPDCAサイクルを用いて看護職の役割を明確化することを目的とした。本研究結果は、介護老人福祉施設の高齢者の看取りにおける看護職の役割を具体的に示すため、看取りケアの質向上に寄与すると考える。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究の研究デザインは質的記述的研究である。

2. 用語の定義

本研究における用語は以下のように定義した。

「看取り」とは、公益社団法人全国老人福祉施設協議会の看取り介護指針・説明支援ツール²⁾を参考に、近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、人生の最期まで尊厳ある生活を支援することとする。

「看取りのPDCAサイクル」とは、高齢者や家族の希望に沿った看取りの実現や質確保に活用する、P：体制の整備〔Plan〕、D：看取り介護〔Do〕、C：振り返り〔Check〕、A：体制の改善〔Action〕で成り立つサイクルとする¹¹⁾。

「看護職」とは、保健師助産師看護師法に規定される看護師および准看護師とする。

3. 研究参加者

A県において看取り介護を導入している介護老人福祉

施設7施設を機縁法により抽出した。そのうち施設長の承諾が得られた4施設の正規職員の看護職に依頼文書を送付し、研究参加への同意が得られた12人を研究参加者とした。

4. データ収集方法

個別に半構造化面接を行い、許可を得たうえでICレコーダーに録音し逐語録を作成した。インタビューガイドとしては、所属する施設の看取りに関する指針や看取り介護計画、看取りカンファレンスへの看護職の関わり、看取りにおける看護職の役割についての考えや所属する特養の看取り体制について感じていること等を設定した。データ収集期間は2021年7～10月であった。

5. データ分析方法

インタビューの逐語録をデータとし、介護老人福祉施設での高齢者の看取りにおいて看護職が具体的に実施している内容や、看取り介護における看護職の役割について語られた箇所をコードとして抽出し、カテゴリー化を行った。質的帰納的に生成したカテゴリーは、看取りのPDCAサイクルを用いて、P：体制の整備〔Plan〕、D：看取り介護〔Do〕、C：振り返り〔Check〕、A：体制の改善〔Action〕の項目ごとに整理した。

分析の過程においては共同研究者との協議により厳密性の確保に努め、分析終了後は研究参加者4人に研究結果を提示しメンバーチェックを行った。

6. 倫理的配慮

本研究は三重県立看護大学研究倫理審査会の承認を得て実施した（通知書番号：203102）。

施設長に研究目的・方法、いつでも辞退や同意の撤回ができる権利や、研究結果の公開方法、個人情報保護等について書面と口頭で説明し、書面により承諾を得た。看護職にも、施設長と同様の説明を書面と口頭で行い、不参加の場合も施設には連絡しないこと、参加は自由意思である旨を説明したうえで、書面により同意を得た。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は男性1人、女性11人の12人であり、平均年齢は49.0±11.2歳、看護職の平均経験年数は23.8±11.3年、施設での平均在職年数は9.3±5.6年であっ

た。インタビュー時間は合計564分、1人平均47分であった。

研究参加者の所属施設の定員は60～110人であり、11人の施設は看取り加算を算定しており、もう1人も看取りを実践していた。看護職員数は正規職員が1～6人、臨時職員が1～5人、看護職と医師の夜間体制はすべての施設がオンコール体制であった。

2. 介護老人福祉施設において高齢者を看取るための看護職の役割

介護老人福祉施設で高齢者の看取りを実施する看護職の役割として、9カテゴリーと30サブカテゴリーが生成された（表1）。以下、カテゴリーを【 】,サブカテゴリーを〈 〉,研究参加者の言葉を「 」とした。なお、研究参加者の語りにおいて方言が強い箇所については一部修正して記載した。結果は看取りのPDCAサイクルごとに整理して記載する。

1) 体制の整備〔Plan〕

研究参加者は〈看取りに関する指針について高齢者や家族に説明する〉ことで、高齢者と家族の合意を得た看取りを実践していた。また、〈医師といつでも連携できる体制を整える〉とともに、「介護職はユニットを1人で夜勤しているので、介護職は不安だと思うんですが、いつでも相談、夜中でもいいので不安になったら電話もらっていいよっていう風にってます」との語りがあるように、〈介護職と夜間も連携できる体制を整える〉など、看護職不在時の夜間体制に配慮していた。これらの結果から【高齢者と家族が安心して施設で最期を迎えるための仕組みづくり】を生成した。

次に研究参加者は、「入居当初でも、看取りの最期のときであっても、ここでよかった、安心していられるという環境の提供ができるようにマニュアルづくりとか教育でみんなに伝えているのが私の役割になってくるんでしょうかね」と、〈看取りに関するマニュアルをつくり、他の職員に必要なケアを伝達〉していた。また、〈唯一の医療職として他の施設職員に医療面に関してアドバイス〉をし、〈介護職への看取りに関わる教育を定期的に行う〉という役割が抽出され【職員が安心して看取りを実施するための教育的支援】を生成した。

2) 看取り介護〔Do〕

看取り期になると高齢者、家族、職員の意思を統一するため看取り介護計画が立案される。そのなかで研究参加者は、「褥瘡に関しては、状況が悪くなったら栄養状

表1 介護老人福祉施設において高齢者を看取るための看護職の役割

カテゴリー (9)	サブカテゴリー (30)	主なコード
P: 体制の整備 [Plan]		
高齢者と家族が安心して施設で最期を迎えるための仕組みづくり	「看取りに関する指針」について高齢者や家族に説明する	身近な家族に高齢者が望んでいることを確認して意思決定してもらう
	医師といつでも連携できる体制を整える	医師に連絡がいつでもできる体制である
	介護職と夜間も連携できる体制を整える	介護職はユニットを1人で夜勤をしているので、不安になったらいつでも看護師に電話してもよいと伝えている
職員が安心して看取りを実施するための教育的支援	看取りに関するマニュアルをつくり、他の職員に必要なケアを伝達する	マニュアルづくり、教育の実施、職員への伝達は看護職の役割である
	唯一の医療職として他の施設職員に医療面に関してアドバイスする	施設のなかで、唯一の医療職の看護職は、その立場でアドバイスする役割がある
	介護職への看取りに関わる教育を定期的に行う	定期的介護職に、吸痰、急変時の対応などの研修を行っている
D: 看取り介護 [Do]		
看取りにおいて医療的に必要となるケア計画の立案	看取りに関する計画に、医療的に必要となるケアを立案する	看取りに関する計画には、医療的にないがができるかを提案している
	看取りに関する計画に、高齢者が安心して過ごせるようなケアを立案する	入所者が楽に安心して過ごせるような看取りの計画を挙げている
	介護職の状況を踏まえた看取りに関する計画を立案する	介護職の労働状況に応じてできる範囲でのケア計画を立てている
看取りにおいて適切な医療を提供するための臨床判断	高齢者にとって適切な医療処置について判断する	入所者が苦痛のないように医療的処置の判断をする
	医師と相談し看取りの判断をする	食事、水分が摂れなくなったり、意識状態が悪くなったりしたら、医師と相談し看取りの判断をする
	医師不在時には家族の希望に基づき判断し対応する	家族が医療処置を希望したときは、看護師の判断で病院へ搬送する
高齢者にとって苦痛のない看取りを実施するための多職種間の調整と情報共有	最期まで高齢者にとって安心できる環境を整える	最期まで安全、安心の環境を整えることが看護職の役割である
	高齢者に苦痛が生じないよう医療的支援を行う	苦痛のないように医療面からサポートすることが看護職の役割である
	介護職と連携し、他の職種に必要な情報を伝達する	介護職からの報告に耳を傾け、栄養士に相談したり、医師に報告したりする
	最期まで食事を摂取できるよう、他の職種と調整する	管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士と調整し、最期まで食事摂取ができるようにしている
看護職の不在時に看取りを行う介護職への支援	多職種によるチームカンファレンスで、看取りの時期を判断する	そろそろ看取りの時期ではないかとカンファレンスで話し合う
	多職種間で共有するため情報を記録する	多職種が情報共有をするための記録を行う
	介護職の看取りへの不安を和らげるために説明を行う	看取りに不安を感じている介護職に、状況を説明したり、なにをしたらよいか説明したりする
家族の思いや意向に沿った支援	介護職に看取りのために必要な医療に関する助言を行う	介護職に医療技術、オンコールのタイミングなどのアドバイスを行う
	看取りの時期には、帰宅する直前に必要な医療的処置を行う	看取り時期には、看護師の帰宅前に吸痰を行ったり、観察点を確認したりする
	家族の意向を踏まえ、カンファレンスでケアの方向性を検討する	入所者の家族の意向に沿って、食事、苦痛の緩和、褥瘡予防についてカンファレンスで話し合う
	家族の不安や揺れ動く感情に耳を傾ける	家族の不安、揺れ動く感情を聞くのは看護職の役割である
	家族がよい看取りだったと思えるように支援する	看取りのときは、家族が泊まれるように準備し、家族が満足できる看取りができるようにする
	最期が近づいた時期には家族に変化について説明する	最期が近づいている体の変化について、家族に説明している

(表1 つづき)

カテゴリー (9)	サブカテゴリー (30)	主なコード
C: 振り返り〔Check〕		
高齢者への看取りに関する振り返りの実施	看取り後に家族と看取りの振り返りを行う	看取り後に家族になにか引きずっていることはないか確認している
	看取り後に多職種カンファレンスで振り返りを行う	看取り後のカンファレンスで医療行為の振り返りをする
看取りを経験した家族や介護職への配慮	看取り後に家族への心理的支援を行う	看取り後に家族に入所者のエピソードを伝えて心理的支援を行う
	看取り後に介護職への心理的支援を行う	介護職は看取りに慣れていないので、ショックを受けないように声をかける
	夜間に看取りを行った介護職をねぎらう	夜間に介護職が看取りをしたときには、感謝の言葉を伝える
A: 体制の改善〔Action〕 該当する内容は抽出されなかった		

態を栄養士と相談したり、いまの時期はこのマットを使うとか、皮膚の状態でフィルムを貼ろうかとか、褥瘡予防をプランに挙げています」と〈看取りに関する計画に、医療的に必要となるケアを立案〉していた。また、〈看取りに関する計画に、高齢者が安心して過ごせるようなケアを立案する〉ことや、〈介護職の状況を踏まえた看取りに関する計画を立案する〉ことも看護職の役割と捉えていたため【看取りにおいて医療的に必要となるケア計画の立案】を生成した。

さらに、研究参加者は「呼吸が苦しいかなっていうときは、楽になるように既往歴も考えて、ベッドをギャッジアップしたり、医療面から楽になるようにサポートさせてもらっているという役割がいちばん大きい」と〈高齢者にとって適切な医療処置について判断する〉ことの重要性を語った。また、その際には〈医師と相談し看取りの判断をする〉、〈医師不在時には家族の希望に基づき判断し対応する〉と、医師と連携し看取りに関する判断を実践していたため【看取りにおいて適切な医療を提供するための臨床判断】を生成した。

高齢者の看取りを実践するうえで研究参加者は、〈最期まで高齢者にとって安心できる環境を整える〉ことを重視し、〈高齢者に苦痛が生じないよう医療的支援〉を行っていた。また、〈介護職と連携し、他の職種に必要な情報を伝達〉し、「最期まで口から食べることにこだわっているので、毎週、嚥下は歯科医師に飲み込みの状態を診ていただいて、食事内容など細かいところも気をつけています。歯科衛生士には、週1回口腔ケアをしてもらって誤嚥性肺炎が併発することも極力減らしています」と、〈最期まで食事を摂取できるよう、他の職種と調整〉していた。さらに、〈多職種によるチームカンファレンスで看取りの時期を判断〉し、〈多職種間で共有するために情報を記録する〉といった連携を行っていたこ

とから、【高齢者にとって苦痛のない看取りを実施するための多職種間の調整と情報共有】を生成した。

介護職への支援については、看護職の夜間体制はオンコールであるため、「たとえば呼吸の様子が変わっていくときとか、知識のない職員にとっては怖い、不安ということも多いのでどのような状況であるかを客観的に判断して、このようなことをしようと提案したり、唯一の医療職としてアドバイスするのが看護職の役割かなと思ってます」との語りにあるように〈介護職の看取りへの不安を和らげるために説明〉を行っていた。また、〈介護職に看取りのために必要な医療に関する助言〉を行い、「吸引の資格のない介護さんもいるので、最後帰るときには喀痰の吸引をして、観察点を確認しておきます」と、〈看取り時期には、帰宅する直前に必要な医療的処置〉を行っていたことから、【看護職の不在時に看取りを行う介護職への支援】を生成した。

家族に対する支援として研究参加者は、〈家族の意向を踏まえ、カンファレンスでケアの方向性を検討〉していた。また、〈家族の不安や揺れ動く感情に耳を傾ける〉ことや、〈家族がよい看取りだったと思えるように支援する〉ことも看護職の重要な役割であると語った。さらに、「家族が苦しそうにしている様子を見て、何とかならないんですかと言う方もたくさんみえました。最期に近づくとどうい変化があるのかというのを細かく説明するようにしています」と、〈最期が近づいた時期には家族に変化について説明をする〉ことで、家族が不安にならないように配慮していた。これらから【家族の思いや意向に沿った支援】を生成した。

3) 振り返り〔Check〕

看取り後の看護職の役割について研究参加者は、「家族さんの、残された人のフォローが大事だと思っているので、亡くなられたあと、ご家族の満足とか、なにか引

きずっていることはないかとかお聞きしています」と、〈看取り後に家族と看取りに関する振り返り〉を行うことが看護職の役割であると語った。また、〈看取り後に多職種カンファレンスで振り返りを行う〉ことで、高齢者や家族が望んでいた看取り介護ができたかどうか、適切なケアができたかどうかなどの振り返りを行っていたため【高齢者への看取りに関する振り返りの実施】を生成した。

さらに看取り後の支援として研究参加者は、「看取り後にご家族に、ここでこのようなことがあったんですよとかお話しして、ここで亡くなってよかったと思ってもらえたらと思ってます」と、〈看取り後に家族への心理的支援〉を行っていた。また、「看取りのカンファレンスは、介護職の最期に関われなかった、今度爪切りをすると約束していたのに忙しくてできなかったなどの心の痛みをサポートすることも目的のひとつになっている」と、〈看取り後に介護職への心理的支援〉や〈夜間に看取りを行った介護職をねぎらう〉などの役割に関する語りから【看取りを経験した家族や介護職への配慮】を生成した。

4) 体制の改善〔Action〕

本研究においては、体制の改善に該当するカテゴリは生成されなかった。

IV. 考 察

研究参加者は、看護職の平均経験年数が 23.8 ± 11.3 年、施設での平均在職年数は 9.3 ± 5.6 年と、看護職としての経験が豊富であり、平均的な看護体制の所属施設において複数の高齢者の看取りを経験していた。ここでは2015年の介護報酬改定において看取り介護加算の要件として、PDCAサイクルにより体制を構築し強化することが求められている現状を踏まえ、看取りのPDCAサイクルの項目ごとに考察する。

1. 体制の整備〔Plan〕

体制の整備について、本研究結果から【高齢者と家族が安心して施設で最期を迎えるための仕組みづくり】が看護職の役割であることが示された。研究参加者はそれぞれの施設の「看取りに関する指針」について高齢者や家族に説明し、高齢者と家族の意向を確認していた。終末期にたどる経過、看取りに際して行う医療行為の選択肢、医師や医療機関との連携体制などの説明は医療職で

ある看護職の役割であり、特に介護老人福祉施設は入所要件が要介護度3以上であるため、入所時からその人らしい最期をどのように迎えるのか、どのようなケアを提供するのかについて検討する必要がある。日本看護協会の看取りに関する業務の重要性の調査において、入所者の看取りの意向の事前確認を87.1%の看護職が重要な業務と考えているという結果が示されている¹³⁾。看取りの意向の事前確認を含め、入所時には高齢者と家族が安心して施設で最期を迎えることができるよう、看護職がていねいに説明し支援する体制を整えることが重要と考える。また研究参加者は、医師が常勤せず看護職も夜間はオンコール体制であることを踏まえ、医師との連携体制を整え、介護職が安心できるような環境を整えていた。先行研究においても、介護職は入居者の病状変化時の自らの知識・技術に不安を感じ、夜間に看護職が不在になることによって介護職の不安が高くなっている¹⁴⁾ことが示されている。このことから、医師や介護職等が連携できる体制を整備するといった仕組みづくりが、高齢者と家族が安心して施設で最期を迎えるための看護職の役割となると考える。

また、カテゴリ【職員が安心して看取りを実施するための教育的支援】のサブカテゴリ〈看取りに関するマニュアルをつくり、他の職員に必要なケアを伝達する〉〈他の施設職員に医療面に関してアドバイスする〉〈介護職への看取りに関わる教育を定期的に行う〉ことも体制の整備につながると思われる。先行研究においても、介護職員は医療処置に対する困難感や、緊急時・急変時の対応における困難感を抱きながら看取りを実践している¹⁵⁾とされている。介護職をはじめとした他職種に対して、マニュアルの提示やアドバイス、看取りに関わる教育等を通じて、職員が安心して看取りを実施するための教育的支援を行うことも、体制を整備するための看護職の役割となると考える。

2. 看取り介護〔Do〕

結果に示した9カテゴリのうち5カテゴリがこの看取り介護における看護職の役割であった。看取り期になると、高齢者、家族、職員の意思統一を目的とした看取り介護にかかわる計画が作成されるが²⁾、本研究結果【看取りにおいて医療的に必要となるケア計画の立案】にあるように、看護職は看取りに関する計画において、医療的に必要なケア、高齢者が安心して過ごせるようなケア、介護職の状況を踏まえた看取りに関する計画を立

案する役割がある。現状では看取り介護計画の作成は生活指導員や介護支援専門員が担う場合が多い²⁾が、日本看護協会の調査によると看護職員の82.3%が看取り介護計画の作成サポートを重要な業務と考えていた¹³⁾。また、常勤の医師がいない場合は特に看護職員によるアセスメントが、どのように援助するか判断と介護職員の安心の基盤となる⁷⁾とされていることから、看護職には看取りにおいて医療的に必要となるケアを明確化し、具体的に計画を立案する役割があり、計画立案の際には共にケアに携わる介護職の状況を踏まえた計画を立案することが重要であると考えられる。

また、【看取りにおいて適切な医療を提供するための臨床判断】のサブカテゴリーにあるように、介護老人保健施設の看取りにおいては看護職が判断を行う場面が多くあることが示された。また、【高齢者にとって苦痛のない看取りを実施するための多職種間の調整と情報共有】も重要である。最期まで高齢者にとって安全で安心できる環境を整え、苦痛が発生することがなく生活を維持できるよう、多職種間の調整を行い、必要な情報を共有することが看取りを実践する際の看護職の役割となると考える。特に、介護職は高齢者の病状変化時に自らの知識や技術に不安を抱き夜間に看護職が不在になることで不安が高くなることや¹⁴⁾、医療者の少ない場での看取りにおいては介護職の死への恐怖心等への支援が重要である⁸⁾とされていることから、【看護職の不在時に看取りを行う介護職への支援】は重要であると考えられる。

看取り期の家族支援としては、家族に加齢から起こる心身の変化を具体的に伝えることや、情報提供やていねいな説明を行うこと、家族と共に「大切に思っていること」を実現するケアを提供することが重要であるとされている⁹⁾。看取り期には高齢者本人の意思表示や自己決定が困難となる場合が多いため、家族の意向を十分に踏まえてケアを検討し、家族がよい看取りだったと思えるような支援を行う必要があると考える。特に、この時期は家族に不安が生じやすく、看取りに関する思いも揺れ動くことがあるため、【家族の思いや意向に沿った支援】も看護職の役割となると考える。

3. 振り返り〔Check〕

振り返りについては、【高齢者の看取りに関する振り返りの実施】が看護職の役割であることが示された。先行研究において、家族の看取りの心情のひとつに心残りがあり、最期を看取れなかった後悔や満たせない思いが

ある¹⁶⁾とされている。家族の心情に沿うためにも、振り返りの実施は欠かせない看護職の役割であると考えられる。また、多職種カンファレンスにおいても、高齢者や家族への説明は適切であったか、身体的・精神的援助、医療的ケア、看取り期の対応等は適切であったかを検証・評価し、次の看取り介護に生かせるようにするためにも看取り後の振り返りは重要であると考えられる。

さらに、【看取りを経験した家族や介護職への配慮】も振り返りとして行う必要がある。看取り期に「大切に思っていること」を実現するケアの提供と共有が、死を迎えたあとでも家族に癒しを与える⁹⁾とされているように、適切な看護は施設で看取った家族への心理的な支援となると考える。同様に、入所者と関わる時間が長い介護職は、高齢者の死によって身内を亡くしたような感情を抱く場合があり、悲嘆解消を促進するのは自分が行ったケアが間違っていなかったと思えたとき、周囲のサポートが得られたときである¹⁷⁾とされていることから、介護職への心理的支援も、看取りにおける看護職の役割であると考えられる。

4. 体制の改善〔Action〕

本研究においては、体制の改善に該当するカテゴリーは生成されなかった。看取りのPDCAサイクルの実施状況に関する先行研究では、看取りに関する指針の見直しをしている36.3%、看取りに関する報告会を施設内で報告している48.8%、施設外に公表している4.7%、入所者や家族も含めた地域への看取りの啓発活動をしている18.8%と、体制の整備〔Plan〕・看取り介護〔Do〕・振り返り〔Check〕に該当する項目の実施率が80～90%であるのに対して、体制の改善〔Action〕の実施率が低いことが報告されている¹²⁾。この理由としては、看護職は看取りのPDCAサイクルにおいて、体制を可能な範囲で整え、看取り介護を他職種とともに実施し、振り返る機会を設けることに労力を注いでいるのが現状であると思われる。そのため、さらに指針を見直すことや施設内での報告会、施設外への公表といった体制の改善に至っていないと推測される。2015年の介護報酬改定では「看取り介護加算」の要件としてPDCAサイクルにより看取り介護を実施する体制を構築するとともに、それを強化する¹¹⁾ことが求められている。このサイクルを推進していく際に、看取り介護の実施体制について適宜、適切な見直しを行うという体制の改善において課題が生じていることが本研究結果から示された。

看取り介護の体制を構築し強化するためには、現在の看取りの実施状況をていねいに分析し、まずは看取りに関する指針の見直しを行い、施設内でその状況を共有することが重要であると考え、特に看護職は医療的側面から高齢者の看取りに関わっていることが本研究において示されたため、指針の見直しにおいても医療的ケアの実施状況の評価を行い、課題を明確化し改善につなげていくことが、介護老人福祉施設における看護職の役割であると思われる。そのような役割を看護職が担うことのできる仕組みをつくり体制を整えることによって、介護老人福祉施設が高齢者と家族にとって、より安心して最期を迎えることのできる場となり、職員にとってもよりよい環境で看取りを実践することにつながると考える。

【謝辞】

本研究にご協力をいただきました介護老人福祉施設の施設長さま、看護職のみなさまに深くお礼申し上げます。なお、本研究は三重県立看護大学大学院看護研究科修士論文を加筆・修正したものである。

【文献】

- 1) 厚生労働省：介護老人福祉施設（参考資料） 社会保障審議会介護給付費分科会。 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf (2020年9月13日)。
- 2) 公益社団法人全国老人福祉施設協議会：平成26年度老人保健事業推進費等補助金事業特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業 看取り介護指針・説明支援ツール 平成27年度介護報酬改定対応版。 <https://mitte-x-img.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/304137/mitori-kaigo-shishin.pdf> (2020年9月13日)。
- 3) 厚生労働省：施設サービス等について社会保障審議会介護保険部会、第48回資料2。 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000025314.pdf (2020年11月21日)。
- 4) 笹谷真由美・長畑多代：特別養護老人ホームにおける看護実践能力の概念分析。大阪府立大学看護学雑誌, 23(1): 39-49, 2017。
- 5) 厚生労働省：平成29年度介護サービス施設・事業所調査の概況。 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service17/dl/gaikyo.pdf> (2020年9月13日)。
- 6) 井澤玲奈・水野敏子：特別養護老人ホームの看取りケアにおいて最期を迎える利用者への援助。東京女子医科大学看護学会誌, 4(1): 29-36, 2009。
- 7) 小林尚司・山下香枝子：特別養護老人ホームの看取りケアにおける看護職員の実践。せいいい看護学会誌, 6(2): 9-15, 2016。
- 8) 大村光代：特別養護老人ホーム看取りに求められる介護職に対する看護職の連携能力の因子構造。日本看護研究学会雑誌, 36(4): 47-53, 2013。
- 9) 丹野志保・長島 緑：介護老人福祉施設における「看取り」に関する一考察；施設で看取りを体験した家族の語りの分析。千葉大学紀要, 11: 209-218, 2018。
- 10) 橋本美香：特別養護老人ホームにおける看護職を対象とした看取りの教育プログラムの開発。死の臨床, 41(1): 172-179, 2018。
- 11) 厚生労働省：介護福祉施設サービスの報酬・基準について。社保審：介護給付費分科会、第112回資料1。 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000063247_2.pdf (2020年9月13日)。
- 12) 大村光代：特別養護老人ホームの看護管理者による看取りの質評価モデルの共分散構造分析；看取り介護のPDCAサイクル推進における看護管理者への示唆。日本看護管理学会誌, 23(1): 113-127, 2019。
- 13) 日本看護協会：平成28年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金：介護施設等における看護職員に求められる役割とその体制のあり方に関する調査研究事業報告書, 2017。 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/16_kanngokyokai.pdf (2020年9月13日)。
- 14) 橋本美香・小野幸子：特別養護老人ホームにおける看取りの阻害要因；看取りの推進に困難性を抱える施設調査。死の臨床, 37(1): 142-147, 2014。
- 15) 野村 脩：介護老人福祉施設における死と終末期ケアに対する介護職員の認識に関する研究の動向と課題；過去17年間の文献レビュー。高知県立大学紀要社会福祉学部編, 67: 101-116, 2017。
- 16) 出村佳子・野村友紀子：特別養護老人ホームで利用者を亡くした家族の看取りの心情。第42回（平成23年度）日本看護学会論文集, 看護総合: 276-279, 2012。
- 17) 早坂寿美：介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理；看護師との比較から。北海道文教大学研究紀要, 34: 25-32, 2010。

■ Research Report ■

The Role of the Nurses in End-of-life Care for Older Adults in Long-term Care Facilities

A Study Using the Plan-do-check-act Cycle of End-of-life Care

Mika Oyama¹⁾, Misa Komatsu²⁾

1) Mitaki General Hospital, Shoho Medical Corporation

2) School of Nursing, Sugiyama Jogakuen University

Objectives: We aimed to elucidate the role of nurses in end-of-life care for older adults in long-term care facilities using the plan-do-check-act cycle of end-of-life care.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 12 nurses affiliated with long-term care facilities that have introduced end-of-life nursing care and the data were analyzed using qualitative descriptive research.

Results: We extracted 9 categories and 30 subcategories of nursing roles in end-of-life care for older adults in long-term care facilities, including [creating a system for older adults and their families to face the end-of-life with ease in a facility], [educational support for staff to provide end-of-life care with ease], [planning of medical care needed in end-of-life care], [clinical judgments to provide appropriate medical treatment in end-of-life care], [multidisciplinary coordination and information-sharing to provide pain-free end-of-life care for older adults], [support for the caregiver providing end-of-life care in the absence of a nurse], [support in accordance with the families' thoughts and intentions], [reflection of end-of-life care for older adults], and [considerations for family members and caregivers who have experienced end-of-life care].

Discussion: On examining nursing roles required for the end-of-life care of older adults in long-term care facilities using the plan-do-check-act cycle, we found that nurses perform various roles from a medical perspective in preparing a system (Plan), performing end-of-life care (Do), and reflecting (Check). However, there was no category generated with regard to system improvement (action), and therefore, we believe the nursing roles undertaken, such as evaluating the state of implemented medical care and clarifying problems, are needed to improve the end-of-life care system.

Key words : nursing homes, elderly person, end-of-life care, PDCA cycle, nurses

■研究報告■

医療通訳をするベトナム語通訳者からみた ベトナム人結核患者の服薬中断要因

森 礼子, 水谷聖子

抄 録

目的：外国人結核患者は年々増加しており，来日者数の多いアジア圏からの労働者や留学生の結核発症割合が高い。地域DOTS（直接監視下短期化学療法）で外国出生結核患者に適した支援を行うためには，出生国に特化した服薬中断要因を明確化する必要がある。本研究では，近年国内で最も発生数の多いベトナム出生結核患者（以下，ベトナム人結核患者）に焦点を当て，服薬中断につながる要因を抽出し，患者支援への示唆を得ることを目的とする。

方法：地域DOTSでベトナム人結核患者の通訳経験があり，医療用語に精通する通訳者5人を対象に，患者の服薬中断につながる要因について半構成的面接を実施し，質的帰納的に分析した。

結果：服薬中断要因として，《結核治療による生活への経済的負担》《通院することへの負担》《正しく理解されない結核の知識》《結核治療を受けることによる周囲からの偏見視》《結核治療を身近でサポートする人がいない》の5つのカテゴリーが抽出された。

考察：結核治療による受療費と通院で割られる時間がベトナム人結核患者の厳しい生活状況をさらに悪化させており，服薬継続には経済的負担が軽減されるように結核治療システムを整備することが求められる。また，DOTSでは患者に結核の正しい知識を繰り返し説明していくことも必要である。ベトナム人結核患者が結核治療を継続するには，服薬をサポートしてくれる信頼できる身近な存在が必要であった。

【キーワード】ベトナム人結核患者，服薬中断要因，ベトナム語医療通訳，外国出生結核患者，医療通訳者，服薬支援

日本地域看護学会誌，25(3)：29-36，2022

I. 緒 言

国内の結核罹患率は減少している一方，外国出生結核患者（以下，外国人結核患者）の増加が近年の結核課題のひとつになっている。2020年の外国人結核患者の新登録結核患者は全体の11.3%であった¹⁾。外国人結核患者は，中国とフィリピンが約半数を占めている傾向にあったが，近年はベトナム，インドネシアなどの東南アジア諸国が急増している。

日本の結核対策であるDOTS（Directly Observed Treatment, Short-course；直接監視下短期化学療法）²⁾では，保健所が服薬中断リスクアセスメント票を用いて患者1人ひとりに個別患者支援計画を立案し，結核患者への個別的支援を行っている³⁻⁵⁾が，日本人結核患者を主眼として作成されたものであり，外国人結核患者の対応は担当保健師の裁量に任せられ患者支援をしているのが現状である。外国人結核患者の服薬中断リスクに関する先行文献をみると，多剤耐性結核割合が高い^{6,7)}，患者の転出割合が高く治療終了割合は低い^{8,9)}，言語の問題でコミュニケーションが困難^{8,10)}，在留資格の消失・

転居・一時帰国が多い^{11,12)}などが報告されている。

2019年の日本における外国人結核患者で最も多かったのは、ベトナム出生結核患者（以下、ベトナム人結核患者）で全体の21.5%¹³⁾であった。ベトナムは結核罹患率が176（人口10万対）¹⁴⁾であり、世界のなかでも高い。ベトナムからの在留者を資格別にみると、技能実習生と留学生で72.3%を占めている。ベトナムは、儒教文化が濃く家族を中心とした考え方があり¹⁵⁾、20歳前後の若者が家族を養うために借金をして留学や技能実習生として来日することも多い¹⁶⁾。医療に関しては、強い薬を服用し症状が治まるとやめてしまうなど、自分の判断で服薬調節をすることが多く、日本の結核のような「隔離」という概念はない¹⁷⁾。このような日本とは異なる文化をもつベトナム出生者が来日後に結核を発症し継続治療を行うためには、日本人結核患者にはみられない服薬中断要因をつかみ支援する必要がある。

外国人結核患者支援において、対応を困難とさせるのが言葉の壁である。異なる言語について、言葉の壁は支援者側の保健師と患者との心理的な距離感を生んでいた¹⁸⁾。自治体では、言葉の壁の対応策として、DOTSの通訳システムを独自で構築したところもある^{19,20)}。一方、文化庁の日本語に対する在住外国人の意識に関する実態調査²¹⁾によると、外国人患者が言葉で最も困るのは病院受診であった。異国で病気になった場合、診療では正しく医療用語を通訳する医療通訳者の存在は大きい。ベトナム人技能実習生の職場にいるのは、通訳としての訓練等は受けておらず主に日常的な話の内容を双方に伝えるアドホック通訳者であることが多く、誤訳や職場との利害関係による通訳内容の歪曲もある²²⁾。医療通訳者は、第三者的な立場であり、医療者側と患者間の信頼関係構築をサポートする^{23,24)}ことや、同じ母語をもつ通訳者ではより患者に近い立場での文化の仲介役にもなる²⁵⁾という文献もあり、ベトナム人結核患者においても伝えられない自分の思いを表出できる存在ともいえる。

本研究では、国内で最も発生数の多いベトナム人結核患者の服薬中断要因に関する示唆を得ることを目的に、医療用語を用いて通訳のできる通訳者を対象にインタビュー調査を行った。通訳者の考える服薬中断要因を抽出することによって、ベトナム人結核患者に適した対応への一助となり、ベトナム人結核患者支援の質の向上につながる。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、インタビューガイドに基づく半構成的面接による質的帰納的研究を実施した。

2. 研究協力者

地域DOTSでベトナム人結核患者の医療通訳を行った経験のある通訳者とした。研究の依頼は、医療通訳派遣団体の代表者あてに本研究の趣旨と協力依頼の内容をメールした。研究協力の承諾を得たあと、医療通訳を育成派遣している全国の自治体・国際化協会・NPOの団体でベトナム語医療通訳者の登録のある3機関を紹介してもらい、その責任者あてに本研究の研究協力の依頼文書を郵送した。協力の承諾が得られた各地の医療通訳団体のベトナム語通訳者に、本研究の趣旨の説明と協力依頼を行い実施した。しかし、ベトナム語の医療通訳者は全国でも少なかったためネットワークサンプリングにより、医療通訳の認定資格の有無は問わず、医療用語を正しく通訳できる通訳者として医療通訳団体や医療機関から認められている通訳者を対象とした。

3. データ収集方法

データ収集期間は、2021年3～6月であった。インタビューガイドを用いて、半構成的面接法による面接を1人あたり平均60分間程度行った。インタビューはZoomを利用した。協力者の表情の変化や細かいしぐさ等がわかるように、対面により近い状態を確保するためにカメラ画面で行うことに対して許可を得て、終了後に録画内容を見直し、録音内容を逐語録にした。

インタビュー内容は、これまでのDOTSで対応したベトナム人結核患者のうちで、服薬中断の可能性が高いと思われた1人を想起し、その患者の概要とその患者の結核治療中断要因として考えられたことである。

4. データ分析方法

研究協力者ごとに逐語録を作成した。語られた言葉を最小単位のみとまりとして下位コードにし、文章の意味内容の共通性・類似性を検討してコードとしてまとめた。再び逐語録のデータ内容を見直し、下位コードのみとまり、コードの抽出の適切性について検討し修正することを繰り返した。その後、ベトナム人結核患者の服薬中断要因に関する抽象度を高め、サブカテゴリー、カテ

表1 研究協力者の概要

研究協力者	性別	年代	ベトナム 在住(滞在)歴	通訳歴	医療通訳資格	ベトナム人結核患者の 通訳経験人数
A	女	30代	32年	15年	なし	3人
B	男	40代	30年	5年	なし	4人
C	女	40代	35年	10年	あり	5人
D	女	50代	1年6か月	10年	あり	60~70人
E	女	30代	20年	15年	あり	5人

ゴリーと抽象度を上げて整理した。この分析の信頼性・妥当性を確保するため、質的研究の実績を有する研究者からのスーパーバイズ、地域看護学の研究者間での検討を繰り返して整合性を高めた。メンバーチェックは2人で行った。

5. 倫理的配慮

研究の趣旨とプライバシーの保護等を口頭と文書で説明し、口頭での同意を得たのち、書面の同意書を郵送にて受け取った。面接は、Zoomで行うことを説明し、研究協力者のプライバシーが守られる個室の確保が可能かをたずね、了承が得られたうえで、研究協力者の希望日時に合わせて実施した。Zoomに録画・録音されたデータは個人情報保護の原則に従い、個人が特定されないように示した。

本研究は、日本福祉大学「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: 20-016-03, 承認年月日: 2021年2月5日)。

III. 研究結果

1. 研究協力者の概要(表1)

研究協力者は5人の通訳者であった。年齢は30歳代~50歳代で、1年6か月のベトナム滞在歴のある日本人通訳者以外は、ベトナム出生者であった。ベトナム語の医療通訳の認定資格を所有していた人は5人中3人で、2人は医療通訳の認定資格は所持していなかった。

2. 研究協力者が通訳した結核患者の概況(表2)

担当した結核患者は、すべて20歳代で在留年数は3年未満の者であった。性別は男性2人、女性3人で、患者らの在留資格の区分は、2人が留学生、3人は技能実習生であった。全員に合併症はなく、既往歴については不明が1人、残りの4人は既往歴がなかった。抗結核薬の副作用に関しては、発疹と痒みが出現していた者が2

人あったが、残りの3人は副作用なしまたは訴えはなかった。経済的問題を抱えていた者は3人であり、そのうちの1人は夜間帯の時給が昼間の時間帯よりも高くなる業務にも従事することがあったため、生活リズムは不規則であった。結核患者の日本語理解レベルは、少しでも日常会話にも苦労している者が4人、残りの1人は日常会話もほとんどできないレベルであった。

3. 通訳者が捉えたベトナム人結核患者の服薬中断要因(表3)

ベトナム人結核患者と保健師の面談で通訳をした研究協力者らが捉えた服薬中断要因として、《結核治療による生活への経済的負担》《通院することへの負担》《結核治療を受けることによる周囲からの偏見視》《正しく理解されない結核の知識》《結核治療を身近でサポートする人がいない》の5つのカテゴリー、10のサブカテゴリー、29のコードが抽出された。カテゴリーを《 》、サブカテゴリーを【 】、コードを[]で示す。

1) 《結核治療による生活への経済的負担》

ベトナム人結核患者が日本で結核治療を受けるには【生活費にのしかかる受療費】があり、経済的な負担があると通訳者は考えていた。[留学生はアルバイトで生活を立て、結核になっていなくても経済的に厳しい生活を送る]、[技能実習生は借金の返済と母国への仕送りで、生活状況は厳しい]など、患者は[結核治療をすることで仕事が減り、収入も減る]と考えていると認識していた。また、【結核治療は働く時間を削る足かせ】で、結核治療でアルバイトに行けないことやDOTS面接は働く時間を潰していると感じていた。厳しい日本での生活に加え、結核治療は彼らにとって生活に直結する負担であると通訳者は認識していた。

2) 《通院することへの負担》

通訳者は、[病気を理解した人でも通院アクセスが不便だと受診することを面倒に感じる]ことから、患者が受診をためらう理由に通院アクセスの悪さがあると捉え

表2 研究協力者が通訳した結核患者の概況

	A	B	C	D	E
性別	男	女	女	女	男
担当時の年齢	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代	20歳代
在留年数	3年未満	3年未満	3年未満	3年未満	1年未満
在留資格(区分)	留学生	技能実習生 (食品会社)	技能実習生	留学生	技能実習生
家族構成	不明	単身	単身	単身	家族4人
結核罹患部位	肺	肺	肺	肺	肺
登録時の状況	入院治療	入院治療	入院治療	通院治療のみ	通院治療のみ
合併症	なし	なし	なし	なし	なし
治療歴	不明	なし	なし	なし	なし
抗結核薬の副作用	不明	なし	不明	痒み	発疹
生活リズム	不規則	規則的	規則的	規則的	規則的
経済的問題	あり	なし	あり	なし	あり
有症状~受診までの期間	不明	1か月	不明	不明	5日間
服薬支援者	家族	会社関係者	なし	日本語学校職員 保健師	会社関係者
言語理解レベル (日本語)	少しできるが、日常 会話も苦勞する	少しできるが、日常 会話も苦勞する	少しできるが、日常 会話も苦勞する	日常会話がほとんど できない	少しできるが、日常 会話も苦勞する
嗜好 (アルコール・タバコ)	不明	なし	なし	なし	あり(喫煙)
通訳者が関わった回数	1回	5回	1回	2回	5回

表3 通訳者が捉えるベトナム人結核患者の服薬中断要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
結核治療による生活への経済的負担	生活費にのしかかる受療費	留学生はアルバイトで生活を立て、結核になっていなくても経済的に厳しい生活を送る 技能実習生は借金の返済と母国への仕送りで、生活状況は厳しい 結核治療をすることで仕事が減り、収入も減る 結核治療によって欠失した期間の生活費と治療にかかった費用を心配する
	結核治療は働く時間を削る足かせ	結核治療があるためにアルバイトに行けず、結核治療を煩わしく感じている 連絡をとることも難しいほど学生はアルバイトの時間が長い 結核治療の一環として行われる保健師とのDOTS面接は、働く時間を潰してしまう
通院することへの負担	受診をためらう通院アクセスの悪さ	病気を理解した人でも通院アクセスが不便だと受診することを面倒に感じる
	職場に通院協力を依頼することへの心的負担	受診でたびたび職場の人に同行を頼めないなど、職場の理解が得られないこともあった
正しく理解されない結核の知識	言語の壁があり、結核治療に関する内容が正しく伝わらない	医療用語が正しく伝えられておらず、患者は病気のことを十分理解していなかった 片言の日本語しかできないレベルでは説明内容が正しく伝わっていない 日本人のオブラートに包んだいい方では患者に意味が正しく伝わらない
	ほんやりとした結核治療への理解	たくさんの検査項目がなぜ必要なのかを理解できず困惑していた 結核の症状がなくても服薬を勧められることに疑問を残す 結核について何となくわかったという反応を示すが、治療の必要性に関する理解ができていない 抗結核薬の薬剤耐性や副作用の理解は浅く、副作用の出現で服薬を嫌がる
	ベトナムでの保健医療行動が正しい知識の理解を妨げる	症状がなくなれば健康であり、医師の指示があっても薬を捨てて飲まない 自分の身体感覚を信じる 面倒で身につきそうもない習慣を嫌い、時間どおりに薬を飲まない よい生活習慣だと思っても継続することが難しい 強めの抗生剤を服用し、症状が軽快すると服用をやめる
結核治療を受けることによる周囲からの偏見視	周囲に結核患者であることを知られる恐れ	周囲からの結核患者への偏見が気になり、元気になると受診しない 結核は治療すれば治るが、「他者への感染」の反応が大きいらしい 日本よりもうわさに敏感で偏見意識が強く、結核がわかったあとの周囲からの対応を心配する 症状のない自分は結核ではない
結核治療を身近でサポートする人がいない	距離感のある同胞との関係性	同胞の友だちや実習生同期の友人は、結核を発症しても助けてくれなかった 服薬支援者がおらず、ひとりでは受診したくても行くことができなかった
	信頼できる身近な存在は治療継続での心の支え	日本人にもベトナム人にも助けてくれる服薬支援者はいなかった 身近に服薬支援者がおらず、通訳者がベトナム人であると患者の心の支えになる

ていた。それに加え、受診のたびに職場の人には同行を依頼しなければならないが職場からの理解が得られないこともあり、【職場に通院協力を依頼することへの心的負担】があると感じており、服薬中断要因に《通院することへの負担》があると考えていた。

3) 《正しく理解されない結核の知識》

通訳者はベトナム人結核患者との対応を通して、結核の知識が十分正しく理解されておらず、そのひとつは、医療用語の意味の誤りや片言での説明など、言葉の意味が正しく伝わっていないことによる言語の壁であった。また、患者は結核治療に必要な検査項目や症状消失後でも服薬継続の重要性が理解できておらず、通訳者は患者の結核の知識が表面的で浅いことを認識しており、【ほんやりとした結核治療への理解】になっていると捉えていた。それに加えて、患者は、症状の消失が健康回復という認識を示し、治療の有無を自分の五感を信じて判断していると通訳者は捉えていた。時間どおりに服薬するという面倒な習慣を嫌うことや、強めの抗生剤を服用して症状の軽快で服用を終了することなど、【ベトナムでの保健医療行動が正しい知識の理解を妨げる】と感じていた。通訳者は《正しく理解されない結核の知識》がベトナム人結核患者の服薬中断要因にあると考えていた。

4) 《結核治療を受けることによる周囲からの偏見視》

通訳者は、ベトナム人結核患者が【周囲に結核患者であることを知られる恐れ】を感じていると認識していた。ベトナム人結核患者は、【周囲からの結核患者への偏見が気になり、元気になると受診しない】という行動をとるが、結核は非常に強い感染性をもつ病気であるというイメージが人々にあるため、結核患者であることを知られたくないと考えていると、通訳者は感じていた。ベトナムでは、【日本よりもうわさに敏感で偏見意識が強く、結核がわかったあとの周囲からの対応を心配する】ことから、患者は他者に結核患者であることを隠したいと思っており、結核の症状がなければ結核ではないという考えの基、【症状のない自分は結核ではない】と結論づけていると捉えていた。通訳者は、《結核治療を受けることによる周囲からの偏見視》がベトナム人結核患者の服薬中断要因のひとつであると考えていた。

5) 《結核治療を身近でサポートする人がいない》

在留ベトナム人同士のつながりは薄く、【同胞の友達や実習生同期の友人は、結核を発症しても助けてくれなかった】、【服薬支援者がおらず、ひとりでは受診したくても行くことができなかった】という【距離感のある同

胞との関係性】があった。【日本人にもベトナム人にも服薬支援者はいなかった】ことから、結核治療を身近でサポートする人が必要であると考えていた。同胞の通訳者は患者にとって【信頼できる身近な存在は治療継続での心の支え】になると認識していた。《結核治療を身近でサポートする人がいない》こともベトナム人結核患者の服薬中断要因になると考えていた。

IV. 考 察

1. ベトナム人結核患者の服薬中断要因

通訳者が考えていたベトナム人結核患者の服薬中断要因として5カテゴリーが抽出されたが、なかでも彼らの生活に強く影響していたと思われるのは、結核治療による経済的負担と通院への負担である。ベトナム人結核患者の日本での生活は、健康であっても経済的に厳しいことが多く^{16, 26, 27)}、健康保険の加入で結核治療費の公費負担適用はあるが、長期間にわたる受療で費やす医療費や受診で割かれる時間は、彼らの生活に直結するものであった。彼らが結核治療を継続するためには、結核治療によって生活がさらに厳しくならないことや、受療への環境を整備することが必要であると思われる。つまり、生活が困窮しているベトナム人結核患者が生活費から医療費を捻出することなく受療できるように結核医療費を無料化することや、技能実習生等の結核受診を促進させるために雇用主が受診を促進するような受療環境の整備が求められる。また、通院時間やアクセスへの配慮に関することでは、一定条件を満たせばオンライン診療が可能となるような施策の検討も今後必要となるのではないだろうか。集団で来日する技能実習生の間で感染症である結核が発生すれば、集団発生の危険性は高い。ベトナム人結核患者の受療が促進されるように、受療環境を整備しておくことは重要な課題であると考えている。

《結核治療を受けることによる周囲からの偏見視》に関しては、ベトナム人結核患者の治療意欲を阻む要因になると思われる。日本でも結核は忌み嫌われる病気であったが²⁸⁾、儒教文化の強い母国ベトナムでは家族への迷惑を恐れ、結核と診断されても【症状がなければ自分は結核ではない】という解釈を曲げることができないと思われる。患者が納得して結核治療を受けるように、繰り返し根気強く、医学的な根拠を示しながら説明することが必要である。そのためには、DOTSで結核の正しい知識を繰り返し説明し、患者が納得し治療を継続的に受

けていくように支援をしていくことが重要であると思われる。

もう1つ、服薬中断の特徴的なカテゴリーとして《身近に信頼のおける人がいない》が挙げられた。ベトナム人技能実習生は集団で来日し、留学生も同じ教育機関に通う同胞がいるため、同胞者同士での精神的支え合いがあると思われるが、彼らの関係性はそれぞれが断絶しており、滞在中の信頼関係はコミュニティやネットワークにおいて構築されることはないという報告がある²⁹⁾。今回のインタビュー結果でも【距離感のある同胞との関係性】が結果にあり、身内以外の人への信頼は薄いという結果があった。しかし、差別なく結核患者の自分を受け入れてくれた通訳者は自分の支援者であり、異国日本で心を許せる存在になっていたと思われる³⁰⁾。在留外国人の病気発症では、周囲とのつながりの乏しさや異文化間コミュニケーションによるストレスなどの報告があり^{30,31)}、長期となる結核治療では二次的な健康問題が生じる可能性もあり、患者の服薬継続を支える存在は重要であると考えられる。

2. 地域DOTSにおけるベトナム語医療通訳者の存在

本研究では、医療用語を正しく通訳できるベトナム語通訳者が考える結核患者の服薬中断要因を抽出した。語られた内容は、通訳者として考えている服薬中断要因である。通訳者は、発症から服薬終了までを見届けるような関わりはなく、依頼されたときのみ関わりであるため、最終的に服薬中断があったかどうかに関しては不明である。しかし、今回の対象者は5人のうち1人が日本人であったが、他の4人はベトナム人通訳者である。ベトナムの文化や健康観などを十分認識し、かつ日本に在留するベトナム人の生活を理解している人たちであった。通訳者は、患者の思いを患者の母語で理解し把握できる最も近い対象である。今回のインタビュー結果では、服薬中断要因として言語理解が不十分で、結核について十分に理解されていないことを挙げているが、正しい用語の説明があれば結核の知識を正しく理解することは可能であり、服薬中断を回避できる可能性は高いと思われる。現状として、DOTSの医療通訳者を導入するには、その報酬を前年度に予算計上するため、通訳依頼の回数は制限されていることが多い。しかし外国人結核患者支援として医療通訳は必要であり、行政のDOTS医療通訳の施策化^{19,20)}などを積極的に取り入れることは必要であると思われる。特に、ベトナム人結核患者の背景には、

ベトナム社会にある自己主張を自明の権利としておらず、それは治療に関して疑問があったとしても口に出せないことも可能性としてある³²⁾。インタビューにおいても、[たくさんの検査項目がなぜ必要なのかを理解できず困惑していた][結核の症状がなくても服薬を勧められることに疑問を残す]など、患者は疑問をもったにもかかわらずたずねることはなく、指示に従うという行動をとっていた。言葉の壁だけでなく、ベトナム人結核患者のもつ母国文化や習慣などを情報収集し、患者ファーストとなる適切な支援となるよう、異文化理解への姿勢^{33,34)}が支援者には大切であると考えられる。

3. 本研究の限界と今後の課題

これまでの結核の先行研究は医療関係者側目線で行われているものが多く、通訳者という第三者的立場から患者の服薬中断要因を検討した。しかし、ベトナム語医療通訳者が全国でも少なく、5人の対象者からの内容であったことは本研究の限界である。また、服薬中断をした患者に関しては言及できない。今後はこの結果を基にベトナム人結核患者の服薬中断リスクとして整理し、実践で利用可能なベトナム人結核患者用のリスクアセスメント票を開発するための検討を重ねていきたい。

【謝辞】

本研究にご協力いただきましたベトナム語通訳者のみなさま、研究協力者の調整にご尽力いただきました一般社団法人全国医療通訳者協会の森田直美さまならびに各通訳事務局のみなさま、ベトナム国の結核患者に関する知識提供をいただいたベトナム人関係者の方に深く感謝申し上げます。

本研究は、JSPS科研費20K19293の助成を受けたものである。

本研究は、2022年International Collaboration for Community Health Nursing Researchにおいて発表した。

【利益相反】

本研究に開示すべきCOI状態はない。

【文献】

- 1) 公益財団法人結核予防会：5外国出生者の結核。結核の統計2021, 16-17, 公益財団法人結核予防会, 東京, 2021.
- 2) 厚生労働省健康局結核感染症課長：結核患者に対するDOTS（直接服薬確認法）の推進について。健感発, 1221(1)：3-7, 2004.
- 3) 橋本容子・野村繁雄・和田圭司：地域DOTSの推進：服薬支援計画票を活用して。結核, 84(4)：165-172, 2009.
- 4) 山田万里・大森正子・神楽岡澄他：新宿区保健所における

- リスクアセスメント表を用いた服薬支援. 結核, 85 (2) : 69-78, 2010.
- 5) 松本健二・小向 潤・笠井 幸他：大阪市内における肺結核患者の服薬中断リスクと治療成績. 結核, 89 (6) : 593-599, 2014.
 - 6) 大森正子・下内 昭・伊藤邦彦他：結核サーベイランス情報からみた薬剤耐性結核患者の背景. 結核, 87 (4) : 357-365, 2012.
 - 7) 内村和広：結核の統計2019を読む：結核低蔓延化は近づいてきたか. 複十字, 388 : 4-6, 2019.
 - 8) 津田侑子・松本健二・小向 潤他：外国人肺結核の治療成績と背景因子の検討. 結核, 90 (3) : 387-393, 2015.
 - 9) 河津里沙・大角晃弘・内村和広他：肺結核患者の治療成績における「転出」の検討；国外転出の検討も含めて. 結核, 93 (9) : 495-501, 2018.
 - 10) 高柳喜代子：急増する外国出生者の結核, そのコントロールが国内結核の減少の鍵を握る. 日本胸部臨床, 75 (5) : 508-524, 2016.
 - 11) 高柳喜代子：外国出生結核患者の現状と対策；外来診療での取り組みを中心に. 結核, 94 (11) : 541-546, 2019.
 - 12) 大角晃弘：結核の統計2020を読む：結核低まん延状況における課題. 複十字, 394 : 4-5, 2020.
 - 13) 公益財団法人結核予防会結核研究所疫学情報センター：年報2019結核発生動向概況・外国生まれ結核. <https://jata-ekigaku.jp/nenpou/> (2022年1月7日).
 - 14) World Health Organization (2021) : Global Tuberculosis Programme, 2021 Global TB reports, Viet Nam. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22EN%22&iso2=%22VN (2022年7月27日).
 - 15) 橋本和孝：生活文化とコミュニケーション；日本とベトナム. 関東学院大学文学紀要, 102 : 61-81, 2004.
 - 16) 西川直孝：来日ベトナム人の在留資格選択に関する分析；留学生と技能実習生に対するアンケート調査による. 国際公共経済研究, 28 : 6-15, 2017.
 - 17) 西村明夫：第1章 医療と文化の違い. 疑問・難問を解決！外国人診療ガイド, 44-45, メジカルビュー社, 東京, 2009.
 - 18) 森本裕也・清水真由美・中北裕子他：外国出生結核患者の地域DOTSにおいて保健師が抱える困難. 三重県立大学紀要, 24 : 35-43, 2020.
 - 19) 坂本慰子：広島県における外国出生結核患者への取り組みについて. 複十字, 380 : 6-7, 2018.
 - 20) 中 由美：大阪府の取り組み；医療通訳事業. 複十字, 363 : 6-7, 2015.
 - 21) 文化庁：日本語に対する在住外国人の意識に関する実態調査. https://www.bunka.go.jp/tokei_hakusho_shuppan/tokeichosa/nihongokyoiku_jittai/zaiju_gaikokujin.html (2022年7月22日).
 - 22) 森田直美：全国医療通訳者協会の活動. 複十字, 387 : 8-9, 2019.
 - 23) 伊藤美穂・飯田奈美子・南谷かおり他：外国人医療における医療通訳者の現状と課題；医療通訳者に対する質問紙調査より. 国際保健医療, 27 (4) : 387-394, 2012.
 - 24) 水野真木子：医療通訳者の異文化仲介者としての役割について. 金城学院大学論集 社会学編, 10 (1) : 1-15, 2013.
 - 25) 田中郁子・柳澤理子：外国人医療通訳者の体験した困難とその対処. 国際保健医療, 28 (4) : 305-316, 2013.
 - 26) 西日本新聞社：第1章 出稼ぎ留学生. 新移民時代；外国人労働者と共に生きる社会へ, 13-30, 明石書店, 東京, 2017.
 - 27) 巢内尚子：3章 厳しい就労実態；孤立する技能実習生. 奴隷労働；ベトナム人技能実習生の実態, 84-114, 花伝社, 東京, 2019.
 - 28) 青木正和：第4章 死病, そして沈静へ；敗戦から今日. 結核の歴史, 192-267, 講談社, 東京, 2003.
 - 29) 落合美佐子：外国人研修生・技能実習生の生活実態と意識；語りの中から見えてくるもの. 群馬大学国際教育・研究センター論集, 9 : 51-68, 2010.
 - 30) 李 健實：外国人労働者のメンタルヘルスと心理援助の現状と展望. 東京大学大学院教育学研究科紀要, 52 : 403-410, 2012.
 - 31) 篠原慶朗：外国人労働者へのこころの支援の必要性；長野県内の外国人労働者の現状と課題. 鴨台社会福祉学論集, 27 : 66-70, 2019.
 - 32) 長坂香織・百々雅子：医療の多文化化にむけて；山梨県在住外国人の語りから見る医療の現状と課題. 山梨県立大学看護学部紀要, 13 : 47-60, 2011.
 - 33) 寺岡三左子・村中陽子：在日外国人が実感した日本の医療における異文化体験の様相. 日本看護科学会誌, 37 : 35-44, 2017.
 - 34) 豊岡慎子：日本における外国人医療 I ；文化間看護の現状と推進に向けて. 日本大学大学院総合社会情報研究科紀要, 16 : 135-144, 2015.

■ Research Report ■

Contributing Factors for Default from Tuberculosis Treatment from Vietnamese Medical Interpreters' Perspectives

Reiko Mori, Seiko Mizutani

Faculty of Nursing, Nihon Fukushi University

Objective: The number of foreign tuberculosis patients in Japan has been increasing. The incidence is higher in people from Asia. To provide support suitable for patients born abroad in regional DOTS, identifying contributing factors for treatment default specific to their countries is required. Our objective is to extract contributing factors for default in tuberculosis patients born in Vietnam (hereinafter referred to as Vietnamese tuberculosis patients) showing the highest incidence in foreign tuberculosis patients in Japan in recent years, to identify factors contributing to treatment default in these patients and to obtain suggestions for such factors.

Method: We conducted semi-structured interviews with five interpreters who have experience of interpretation for Vietnamese patients in regional DOTS and are familiar with medical terms on contributing factors for default to perform qualitative inductive analysis.

Results: Five categories were extracted: “Economic burden of tuberculosis treatment”, “Burden of hospital visits”, “Knowledge of tuberculosis that is incorrectly understood”, “Prejudices against the patients receiving tuberculosis treatment”, and “Absence of people close to the patients who support them to receive the treatment”.

Discussion: The interpreters considered that contributing factors for default are things that influence the patients' daily life in Japan including costs for the treatment and time spent for hospital visits. They considered that a lack of correct knowledge of tuberculosis is also a contributing factor. Prejudice against tuberculosis was also recognized as a contributing factor. Vietnamese tuberculosis patients need to have trustworthy people who support their medication adherence to continue treatment in Japan.

Key words : Vietnamese tuberculosis patients, contributing factors for default, Vietnamese medical interpretation, tuberculosis patients born abroad, medical interpreter, support for medication adherence

■研究報告■

住民主体の介護予防活動のリーダーが捉える参加者同士のソーシャルサポート授受を促すきっかけと工夫

山埜ふみ恵^{1,2)}, 草野恵美子²⁾, 上野昌江³⁾

抄録

目的: 住民主体の介護予防活動内での参加者同士のソーシャルサポート授受を促すきっかけと工夫を明らかにすることである。

方法: 研究参加者は住民主体の介護予防活動11グループでリーダーとして活動している16人である。データ収集は半構成的インタビューを行い質的に分析した。

結果: 研究参加者の性別は男性6人、女性10人で、平均77.3歳であった。リーダーが捉える活動のなかで参加者同士のサポート授受を促すきっかけは【地域住民同士のつながりの必要性への気づき】【近所で頻回に顔を合わせる気軽な機会が大事という実感】の2つのカテゴリーが抽出された。サポート授受を促すための工夫は【参加者同士がつながりやすい雰囲気づくり】【参加者1人ひとりを大事にした関わり】【参加者ができそうと思えることを引き出す】【負担感なく役割を担える働きかけ】【あえて役割を決めず自然に参加できる流れづくり】の5つのカテゴリーが抽出された。

考察: 介護予防活動を通して地域のつながりを構築したい思いが、活動内のサポート授受を促すきっかけとなっていることが明らかとなった。リーダーは活動のなかで参加者1人ひとりを大事にし、参加者の潜在能力を引き出す関わりとサポートしやすい雰囲気づくりを大事にしていた。活動内で役割を担うことについては、参加者の状況に応じた対応が必要である。介護予防活動を通じて、住民同士がサポートし合う地域づくりにつなげることが重要である。

【キーワード】 介護予防, リーダー, ソーシャルサポート授受, 地域のつながり, 高齢者

日本地域看護学会誌, 25 (3) : 37-45, 2022

I. 緒言

わが国では高齢化や人口減少が進み、暮らしにおける人と人とのつながりが弱まるなか、これを再構築することで、孤立せずにその人らしい生活を送ることができるような地域共生社会の実現が求められている¹⁾。内閣府の調査では、安心して住み続けるために必要なこととして「近所の人との支え合い」(55.9%)と回答した割合が

最も多く²⁾、高齢者にとって家族以外の地域のつながりや支え合いは重要である。

高齢者と他者との支援関係を捉える概念のひとつにソーシャルサポート(以下、サポート)がある。そのなかには、サポートを他者から受けることと自分の可能な範囲でサポートを提供するという、双方向の関係が重要とされている。このような、他者とサポートを受領および提供すること(以下、サポート授受)は高齢者のうつと関連し、サポート授受の相手がいないと認識していること自体が、うつと関連があることが示されている³⁾。さらにサポート授受のバランスがとれていることが心理

受付日: 2022年5月20日/受理日: 2022年10月15日

1) Fumie Yamano: 関西医科大学大学院看護学研究科博士後期課程

2) Fumie Yamano, Emiko Kusano: 大阪医科大学看護学部

3) Masae Ueno: 関西医科大学看護学部

的な健康を促進するうえで重要であり^{4,5)}、一方的にサポートを受領するだけでなく高齢者自身がサポートを提供できるような支援と環境が求められている。

厚生労働省は、住民自身が運営する体操の集いなどの「通いの場」の活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や「通いの場」が継続的に拡大していくような地域づくりを推進している⁶⁾。超高齢社会における高齢者の支え合いの仕組みづくりのためには、家族以外の身近な他者とのバランスのとれたサポート授受が重要であり、そのためには地域でサポート授受のきっかけとなる場が必要であるとされている⁷⁾。さらに介護予防活動の参加者を対象にした、活動の参加者同士のサポート授受の調査では、介護予防活動内で参加者同士のお互いに情緒的サポートを授受し合うバランスのとれた関係は、近隣とのつながりにも良好な影響を及ぼす可能性が示唆されたが、サポート授受の頻度は自主グループの活動により差がみられた⁸⁾。そのため、介護予防活動の参加者同士の活動を活性化する要因として、参加者のサポート授受を促す具体的な工夫などを明らかにしていくことが求められる。住民主体の自主グループである介護予防活動ではリーダーとなる住民が他の参加者を巻き込みながら進めていくことが多い^{9,10)}。リーダーは参加者をどのように活動に巻き込んでいるのか、その巻き込む内容に参加者同士のサポート授受の促進に関連するものがあると考えられる。

さらに都市部においては、同居家族以外からのサポートが少なく社会的に孤立しやすいこと¹¹⁾、中山間地域に比べ近隣関係の親密度が低く住民間の助け合いが不足していることが指摘されている¹²⁾。そのため都市部の介護予防活動においては、参加者同士の関係が活動を離れても持続し、身近な地域でサポートし合える関係を築く場が広がる必要がある。都市部での地域包括ケアシステム構築を目指すうえで住民同士の互助、共助につながる参加者同士のサポート授受を促す支援を検討することが重要と考えられる。

よって本研究の目的は、都市部において行われる住民主体の介護予防活動内での参加者同士のサポート授受の促進のきっかけと工夫について、活動のリーダーのインタビューを通して明らかにすることとする。これにより、地域づくりの主要な担い手である保健師をはじめ地域で働く看護職が、都市部における「互助」の仕組みづくりといった、地域づくりの観点を踏まえた介護予防活動を推進し、高齢者の孤立を予防するとともにサポート授受

を促す支援に生かすことができると考えられる。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

半構造的インタビューによる質的記述的研究である。

2. 調査地と研究参加者

調査対象としたA市は、人口351,642人、高齢化率29.1%（2019年9月末）である。団塊の世代のベッドタウンとして発展し、今後後期高齢者人口の急速な増加が推測され、高齢者のみの世帯も年々増加しており、「都市型高齢化」の進展が予測されている市である。A市では、介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業として、住民主体の通いの場としての介護予防活動の取り組みを推進している。住民主体の自主グループ化のためにはリーダーの存在が不可欠であり、保健師やリハビリ職中心に介護予防に取り組む自主グループのリーダー育成等を行っている。今回は、市の介護予防に関する研修を受講した経験のある自主グループリーダー16人を対象とした。リーダーは活動内の運営方法やその工夫やきまりなどを詳細に語るができると考えられるため、リーダーの行っている活動参加者への働きかけから参加者同士のサポート授受における具体的な工夫やきっかけを導き出すことができると考える。

対象者の選定方法は、A市高齢者施策担当者に研究の目的、意義、方法、倫理的配慮等の説明を行い、承諾を得て対象者を推薦してもらった。その後、介護予防活動11グループを紹介してもらい、紹介されたグループのリーダーに、個別に研究目的、意義、方法、倫理的配慮等の説明を口頭および書面で行い、文書で同意を得た。

3. 調査方法・内容

調査期間は2019年7～12月であった。インタビュー前に、フェイスシートで、研究参加者の情報（年齢、性別、所属している介護予防活動の開催頻度、参加期間、参加のきっかけ）についてたずねた。次にインタビューガイドに基づき半構造化面接を行った。インタビュー内容は、参加している介護予防活動の参加者同士のサポート授受の内容と状況、参加者間でのサポート授受を促すきっかけ、活動のなかで工夫していることについてである。面接は、研究参加者の自宅もしくはプライバシーを確保できる個室で行った。参加者の許可のもとICレコーダー

で録音した。

4. 分析方法

録音したインタビュー内容の逐語録を作成し、研究参加者の言葉から参加者同士のサポート授受を促すきっかけ、活動内でサポート授受を促すための工夫内容を抽出しデータとした。また抽出したデータの意味を損なわない文脈で区切り、コード化し意味内容の類似性と相違性を比較しながらサブカテゴリー化した。さらにサブカテゴリーを内容別に分類し抽象度を高め、カテゴリーを抽出した。分析は共同研究者間で結果の合意形成が得られるまで検討を重ね、質的研究に精通した研究者のスーパーバイズを受け研究結果の妥当性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

研究者から研究参加候補者へ、文書と口頭にて研究目的と面接方法および参加の自由意思、研究者の守秘義務、研究目的以外には使用しないこと、個人情報公開しないこと、調査協力は任意であり協力しないことによる不利益はないことなどについて説明し、同意書に署名を得た。本研究は大阪医科大学研究倫理委員会看護研究専門部会の承認を得た（承認番号：看-120）。

6. 用語の定義

ソーシャルサポート授受：ソーシャルサポートとは、他者との間で取り交わされるもろもろの支援のことと定義されている。サポートの内容は多くの場合、直接的な援助行動である手段的サポート、精神的能力を用いて行う情緒的サポート、情動的サポートが挙げられる¹³⁾。本研究ではそれらの各種のサポートを介護予防活動の参加者同士が提供もしくは受領し合うこととする。

Ⅲ. 研究結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は住民主体の介護予防活動11グループで活動しているグループリーダーおよび代表者（以下、リーダー）計16人、性別は男性6人、女性10人、年齢は平均77.3歳（69～88歳）であった。現在の介護予防活動参加期間は平均4年3か月（1年3か月～7年）であった。所属している介護予防活動の活動回数は、平均11（2～30）回/月であった。インタビューのための面接の所要時間は、平均34（19～50）分であった（表1）。

表1 研究参加者の概要

ID	年齢	性別	活動参加期間	活動回数 (月単位)
1	60代	女	4年	10
2	70代	男	6年	5
3	70代	男	5年	2
4	70代	女	1年3か月	2.5
5	70代	男	7年	30
6	70代	女	3年6か月	25
7	70代	女	3年9か月	25
8	70代	男	3年3か月	25
9	80代	男	3年6か月	25
10	70代	女	3年4か月	4
11	70代	女	4年	3
12	70代	女	5年	4
13	80代	女	5年	4
14	70代	男	3年	10
15	80代	女	5年	2
16	80代	女	6年	5

2. リーダーが捉える介護予防活動のなかで参加者同士のサポート授受を促すきっかけと工夫

リーダーが捉える介護予防活動のなかで参加者同士のサポート授受を促すきっかけとしては【地域住民同士のつながりの必要性への気づき】【近所で頻回に顔を合わせる気軽な機会が大事という実感】という2つのカテゴリー、5つのサブカテゴリーを抽出した（表2）。またサポート授受を促すための工夫としては、【参加者同士がつながりやすい雰囲気づくり】【参加者1人ひとりを大事にした関わり】【参加者ができそうと思えることを引き出す】【負担感なく役割を担える働きかけ】【あえて役割を決めず自然に参加できる流れづくり】の5つのカテゴリー、13のサブカテゴリーを抽出した（表3）。以下【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「 」はコードを示す。

1) 介護予防活動の参加者同士のサポート授受を促すきっかけ

(1) 【地域住民同士のつながりの必要性への気づき】

活動の参加者同士のサポート授受を促すきっかけとして「地域をよくしたいという気持ちがある」「付き合いのない地区であり、防災のためにこのままではいけない」と述べていた。自身の住んでいる地域住民同士のつながりが薄いと感じ〈地域のつながりを求めるニーズ〉があり、災害時に備え助け合えるよう制度に捉われない近隣住民同士のつながりが必要という思いがあった。そのため活動を通して、「高齢化率が高いが住民相互のつながりが薄く、きずなを強めるために立ち上げた」「体操だ

表2 介護予防活動の参加者同士のサポート授受促進のきっかけ

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
地域住民同士のつながりの必要性への気づき	地域のつながりを求めるニーズ	地域をよくしたいという気持ちがある 付き合いのない地区であり、防災のためにこのままではいけない 地域の輪をつくるために、活動の会を立ち上げた
	地域で関係をつくろうという意識	高齢化率が高いが住民相互のつながりが薄く、きずなを強めるために立ち上げた 体操だけで終わるのはもったいないと思うので、仲間づくりはすごくいい 近所の人と助け合うには交流することがいちばんだと思う 安否確認の訪問や制度にとらわれず、自然とお互いに助けていかないといけない
近所で頻回に顔を合わせる気軽な機会が大事という実感	近所の人と気軽に顔を合わせる機会の重要性への気づき	会で顔を合わせて、だんだん顔がわかってきて、声かけし合えるようになった 気楽に毎日会えて話すことで自然と気兼ねなくサポートする関係性が生まれてくる いつも顔を合わせて話すことで親しく感じる 顔のみえる付き合いを続けたら、サポートが必要なときにお互いに声をかけやすくなる (自然と、サポートし合えるようになってきたのは) 毎日会えることが大きい 会う回数が多いと本音をいえる関係になる
	既存の地縁組織以外に同じ集まりの場がある効果	老人会だけでなく活動で顔を合わせる回数が増えたので交流が生まれている 老人会だけでなく活動が始まって関係性が以前より親しくなる 自治会でも知り合ってはいたが、旅行などいっしょにでかけたりするようになった
	近隣の人との帰り道での交流	帰り道がいっしょだとお互いに気楽に話せる関係になり、助け合いができるようになった 同じ方向にいっしょに帰るときにコミュニケーションがとれる

けで終わるのはもったいないと思うので、仲間づくりは「すごくいい」など〈地域で関係をつくろうという意識〉が根底にみられた。介護予防活動を体操だけで終わることなく自然とお互いの力を出せるような関係構築のため、参加者同士が交流することや仲間づくりによる住民同士のつながりの必要性への気づきが、参加者同士のサポート授受を促すきっかけとなっていた。

(2) 【近所で頻回に顔を合わせる気軽な機会が大事という実感】

このカテゴリーは「会で顔を合わせて、だんだん顔がわかってきて、声かけし合えるようになった」というように、近所同士という距離的な近さだけで関係が築けるのではなく、顔を合わせる機会があることで、顔のみえる関係になってきたという〈近所の人と気軽に顔を合わせる機会の重要性への気づき〉があった。さらにもともと自治会や老人会などの地縁組織に所属して顔は知っていたものの、「老人会だけでなく活動で顔を合わせる回数が増えたので交流が生まれている」といった、義務的な活動ではなく任意参加の活動で顔を合わせる機会が増えることで関係が以前より親しくなるという〈既存の地縁組織以外に同じ集まりの場がある効果〉を実感していた。また活動の帰り道が近所の参加者と同じになることから〈近隣の人との帰り道での交流〉が生まれ、その場が参加者同士お互いサポートし合う関係づくりのきっかけとなっていた。

2) 介護予防活動の参加者同士のサポート授受を促すための工夫

(1) 【参加者同士がつながりやすい雰囲気づくり】

リーダーは活動のなかで、「休憩時間をとって交流の時間をつくる」「参加者同士が声かけできるように体操やゲームを考える」など〈体操だけでなく参加者が交流できる時間をつくる〉ことを行っていた。そのために休憩時間をつくり、ゲームなどの企画を参加者全体ですることによって参加者全員が声を出さきっかけをつくり、交流の機会を設けていた。またリーダーとして率先して「参加者に声かけすることで、周囲の人も声かけするようになった」と述べていた。このような個人の存在を尊重し、相手の反応を見ながら参加者へ〈意識して声かけすること〉を大事にしていた。さらに「意見をいいやすいような雰囲気づくり、和やかにするように心がけている」といった〈和やかで話しやすい雰囲気づくりを心がける〉工夫をし、参加者同士がサポート授受できるような関係を意図的につくれるようにしていた。

(2) 【参加者1人ひとりを大事にした関わり】

初めての参加者や、参加者の人数が増加しても〈参加者個人をお互いに認識できる関わり〉として、「新しい参加者が来たら自己紹介の時間をつくる」「できるだけ参加者の名前をいうようにしている」といった工夫をしていた。また「拍手があると受け入れてくれたと思えるので、いろんな場面で拍手をする」といった〈参加者が活動グループに受け入れられたと思える関わり〉を大事

表3 介護予防活動の参加者同士のサポート授受促進の工夫

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
参加者同士が つながりやすい 雰囲気づくり	体操だけでなく参加者が交流できる時間をつくる	休憩時間をとって交流の時間をつくる 参加者同士が声かけできるように体操やゲームを考える 輪になって隣の人と触れるようなゲームをすると仲良くなる 企画をみんなでするのが楽しみで、話しやすい雰囲気になる いっしょに踊ったり、テーマを決めて話すことで、だんだん親しくなる 人前で話すのが苦手な人がいるので、全員がひとこと話す時間をつくる 講話の聴講や川柳などいっしょにすることで、徐々に知らない人同士の輪が広がる 年ごとに集合写真をとり、今後の意気込みを共有する 体操のあとにお茶会をするようになり、時間をゆったり過ごすようになった 体操までの会話の時間が楽しみな人が多い
	意識して声かけする	参加者に声かけすることで、周囲の人も声かけするようになった 仲間づくりのためにもいちばん大事なのは声かけと思う みんなの輪が大事であり、それはだれかが声かけしないとできない
	和やかで話しやすい雰囲気づくりを心がける	意見をいいやすいような雰囲気づくり、和やかにするように心がけている みんなが和んでるかなと気を配っている みなさんが入りやすい場をつくることを一所懸命考えている 参加したらおもしろい、楽しいというような雰囲気づくりを心がけている
参加者1人ひとり を大事にした 関わり	参加者個人をお互いに認識できる関わり	新しい参加者が来たら自己紹介の時間をつくる できるだけ参加者の名前をいうようにしている あいさつだけでなく名前を覚えてよびかけると喜ばれる 受付のときは名前をよんで親しみが伝わるよう声かけている
	参加者が活動グループに受け入れられたと思える関わり	拍手があると受け入れてくれたと思えるので、いろんな場面で拍手をする
参加者ができ そうと思える ことを引き 出す	参加者ができることをしても らえる促し	手伝えそうところを手伝ってもらおう 参加者ができることをすることで、責任感をもつ サポートする気持ちはあるが受け身の人が多いため、サポートしてほしいことを伝える 参加者にしてもらえることはしてもらっている 役割分担はなく、できる人ができることをする 参加者自身ができることを手分けして手伝う みんなが自然にできることをする雰囲気づくりをしている できるときは手伝い、無理なときは無理といえるようにしている なにもできなくてもしてもらったことを喜ぼうと声をかけている
	参加者の特技を生かしたサ ポート授受の機会づくり	いままでの仕事内容を生かして頼ることで、相手も喜んでくれる 会話のなかで参加者の特技を引き出し、お願いする
	参加者同士の学びを広める場 づくり	活動参加者で健康に関する情報を出し合う 自分が学んだことを話せる雰囲気をつくっている 体操による効果や体操を始めた効果を言葉にして、伝えるようにしている 介護で悩んでいる人へ相談先や介護予防について情報を伝えている 男性はきっかけがないといづらいので、話す機会をつくる 勉強する機会があることで自信をもって学んだことを伝えることができる 地理的に移動がたいへんな場所のため、自分の学んだことを広める機会にする
負担感なく役割を 担える働きかけ	活動のなかで役割をもつ	役割があることで、近所の気になる人に声をかけることができる 役割を頼むと活性化する
	負担が偏らないように役割を 分担する	役割は当番制にする みなさんに役目を振っていっしょにもらう 当初はリーダーを決めていたが、続けているうちにいろいろ役割分担していきようになった 責任感が重荷にならないように、リーダーは固定ではなく交代制にしている 負担になりすぎないように一定の期間でリーダーの役割を変更する リーダーを交互にすることで、責任感が伴い参加につながる 自分が苦手なことは、自分がすべてするのではなくほかの人に頼む 自分ひとりだけで抱え込まないようにほかの人にサポート役を頼む はじめは準備も役員だけでしていたが、みんなに手伝ってもらうように声をかけた 任せきりにせず、みんなで話し合っでできる人がサポートする
	活動の全体像を参加者全員で 共有する	リーダーの役割をしてもらう理由を伝える 役割を任せたいと思っている人と、他の参加者・市の行事などいっしょに行くようにしている

(表3 つづき)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
あえて役割を決めず自然に参加できる流れづくり	あえて役割をつくらず負担軽減を図る	活動を休んでいる人に声をかける役割を決めると気遣うことが強制的になる 役割が重荷になると足をだんだんと運べなくなる 小さなサークルはあまり役割を決めすぎないほうがよい ゴミを拾う役割の人が決まっていたら自分はしてはいけないと遠慮したり押しつけ合う 役割があることで責任が重くて参加しにくい
	自然のなりゆきを大事にする	自然のなりゆきのままで運営している 参加者同士のサポートは特別意識していない きっかけは何となく自然に(サポートし合う仲になった)

にし、個人の存在を尊重し活動のメンバーであるという所属意識をもてるように働きかけていた。

(3) 【参加者ができそうと思えることを引き出す】

リーダーは、「手伝えそうなところを手伝ってもらおう」「参加者ができることをすることで、責任感をもつ」といった〈参加者ができることをしてもらえる促し〉をして、参加者自身にサポートしてほしいことを伝え、参加者のできそうと思えることを引き出していた。また「いままでの仕事内容を生かして頼ることで、相手も喜んでくれる」といった〈参加者の特技を生かしたサポート授受の機会づくり〉を活動のなかで行い、参加者がサポート提供しやすい環境を整えていた。さらに、サポートしたことで相手が喜ぶなど情緒的サポートを受領することにもつながっていた。またサポートの種類の中なかでも特に情報サポートにおいては、「活動参加者で健康に関する情報を出し合う」「自分が学んだことを話せる雰囲気をつくっている」といった自身が得た健康や生活に役立つ情報を、他の参加者と共有できるように〈参加者同士の学びを広める場づくり〉を行い、参加者同士が可能な範囲で情報サポート授受できる工夫をしていた。

(4) 【負担感なく役割を担える働きかけ】

リーダーは参加者が〈活動のなかで役割をもつ〉ことで、参加者がサポートしやすいと捉えていた。「役割があることで、近所の気になる人に声をかけることができる」といった役割を果たすなかで自分がすべきサポートが明確となり、健康面や生活面で気になる近所の人に声をかけるようなサポートができると認識していた。さらに「役割は当番制にする」などリーダーだけに任せきりにせず、〈負担が偏らないように役割を分担する〉ことで、できる人がサポート提供するような工夫を行っていた。また〈活動の全体像を参加者全員で共有する〉ために、役割を任された参加者が納得いくよう「リーダーの役割をってもらう理由を伝える」ことをし、役割を任せようとする参加者とリーダーがいっしょに行動すること

を通して活動の全体像を共有し、参加者が負担感なく役割を担える働きかけをしていた。

(5) 【あえて役割を決めず自然に参加できる流れづくり】

上記のカテゴリーと相対し、「活動を休んでいる人に声をかける役割を決めると気遣うことが強制的になる」「役割が重荷になると足をだんだんと運べなくなる」のように役割があることで、体調を気遣うような情緒的サポートやゴミを拾うといった清掃などの手段的サポート等が強制的になったり、重荷になり活動に参加しづらくなることを感じたリーダーは〈あえて役割をつくらず負担軽減を図る〉ようにしていた。特別な工夫はせず〈自然のなりゆきを大事にする〉ことで、結果的に自然に活動に参加できる流れとなりサポート授受を促すことにつながっていた。

IV. 考 察

1. 住民主体の介護予防活動における参加者同士のサポート授受促進について

本研究では、住民主体の介護予防活動のリーダーにインタビューし、活動の参加者同士のサポート授受を促すためのきっかけと工夫について抽出した。

介護予防活動における参加者同士のサポート授受を促すきっかけとして【地域住民同士のつながりの必要性への気づき】【近所で頻回に顔を合わせる気軽な機会が大事という実感】という、地域のつながりの希薄化という都市部の課題が根底にあることが明らかとなった。「健康日本21(第二次)」において、健康を支え守るための社会環境の整備の目標のひとつとしてソーシャル・キャピタルの向上に向けた「地域のつながりの強化」が掲げられている¹⁴⁾。さらに内閣府の調査結果では、近所の人と趣味を共にしたり、会話やお茶をいっしょにする機会がある人は、ない人に比して生きがいを感じる程度が高いことが明らかになっている¹⁵⁾。本研究の結果より、都

市部での地域のつながりの希薄化が活動の参加者同士のサポート授受の根底にあり、そうした地域でも住民同士のつながりの必要性への気づきや顔を合わせる気軽な機会として介護予防という目的を同じとした活動があることで、参加者同士がサポート授受し合う関係につながる可能性が示唆された。

次に介護予防活動における参加者同士のサポート授受を促す工夫として【参加者同士がつながりやすい雰囲気づくり】【参加者1人ひとりを大事にした関わり】【参加者ができそうと思えることを引き出す】といった工夫がされていた。参加者が単に場を共有しただけの関係で終わるのでなく、参加者同士がつながりやすい雰囲気づくりをし、グループのなかでお互いに個々を尊重した声かけを意識し、参加者ができそうと思えることを引き出すことで参加者の誰もが自分の能力を生かしたサポートを提供しやすくなっていた。これにより参加者自身がグループでの存在意義を得て、グループ活動への参加が促進されたのではないかと推察する。そういった参加者個々人が尊重され、サポートをしてもよいと思える雰囲気づくりがあることで、サポート授受がより促進されると考える。

さらに活動内のサポート授受を促す工夫のなか、活動のなかでリーダーや参加者の役割のあり方については、【負担感なく役割を担える働きかけ】【あえて役割を決めず自然に参加できる流れづくり】という相対するカテゴリーが生成された。先行研究において、男性の特徴としてリーダー役割のような明確な目的があると介護予防事業に参加しやすいこと¹⁰⁾が明らかとなっている。活動のなかで自分がすべきことが明確であることで、活動を居場所として捉え、遠慮なくサポートしやすくなった可能性がある。そのため、活動のなかで役割のあり方を検討することは、サポート提供の機会につながるとともに男性高齢者の参加にもつながると考える。しかし一方で役割に負担を感じて活動に参加しづらくなる者がいた活動のリーダーは、あえて参加者の役割を決めずに、「自然のなりゆきのまま運営する」という選択をしていた。活動の参加者が自主的にサポートを言い出しやすい雰囲気づくりを行うことで、あえて役割を設定せず自然に参加できる流れをつくることもサポート授受を促進する活動につながると考える。よって活動の役割のあり方については、役割の有無によって参加者同士のサポート授受が促進されるかどうか状況に応じて検討していく必要がある。

グループの発達モデルとしてTuckmanの集団発達モデルがある¹⁷⁾。このモデルは、集団構造と課題活動の2つの領域に分けて集団の発達段階を捉えている。メンバー間の社会性・対人関係が競合したり融合する過程である集団構造の視点でみると、リーダーによるサポート授受を促す工夫は、結果的にグループの一員であるという意識がもてるようになり、メンバー間で相互作用・相互理解が進み、集団として発達することにつながったと考える。また課題活動とは課題達成への相互作用の変容過程であり、介護予防とともに地域のつながりの希薄化という課題解決をするために、参加者同士でサポート授受をする関係を築くという共通の目標をもつことにつながった。これらのリーダーの介護予防活動における参加者同士のサポート授受を促すきっかけと工夫は、グループダイナミクスが生じ集団としての発達が促されたと考える。

2. 地域のつながり構築を目指した介護予防活動の推進に向けて

わが国では住民主体の介護予防活動が積極的に推進されている⁶⁾。介護予防活動自体はサポート授受を主目的とした活動ではないが、その活動を継続していくために展開されているリーダーのさまざまな工夫が導き出され、その内容からリーダーは住民同士が活動のなかでサポートを受領するだけでなく提供し合う関係を築こうとしていることが示された。地域在住高齢者のサポート授受においては、サポートの受領と提供のバランスが重要であり、サポート受領が一方的にならないよう、高齢者の残存能力を生かし、できる範囲でサポートが提供できる環境づくりが重要である⁷⁾。本研究では、リーダーが参加者自身のもつ能力を引き出し、サポートしやすい雰囲気づくりを意図的に行い、誰もができる範囲のサポート提供ができる環境を整えることで参加者同士がサポートし合えるように工夫していた。超高齢社会の進展において、地域共生社会では、身近な地域で住民が世代や背景を超えてつながり、相互に役割をもち「支え手」「受け手」という関係を超えてサポートし合う取り組みを支援することが地域課題の解決の強化に向けては不可欠である¹⁾。このようなサポート授受の考え方を取り入れた地域活動を推進していくことが求められている。そのため基盤として参加者1人ひとりを尊重した関わり、つながりやすい雰囲気づくりとともに参加者の表出されていない特技や趣味を視野に入れ、参加者自ら支え手となる

ために彼らの潜在能力を引き出し発揮できるような関わりが重要である。それが活動の継続および地域づくりにつながると考える。地域看護実践において介護予防活動の場を高齢者自身の健康維持・増進だけでなく、サポート授受のきっかけの場として活用することで、地域づくりがより活性化していくと考える。

3. 本研究の限界

今回の調査は、一地域の特定の介護予防活動のリーダーを調査対象としたため、地域特性を反映した結果が導かれた可能性が高く、調査結果の一般化には限界がある。今後は地域特性の異なる他地域の介護予防活動のリーダーが捉えている参加者同士のサポート授受について、継続して調査していくことが必要である。

4. 結 語

介護予防活動を通して地域のつながりを構築したい思いが、活動内のサポート授受を促すきっかけとなっていた。リーダーは活動のなかで参加者1人ひとりを大事にし、参加者の潜在能力を引き出す関わりとサポートしやすい雰囲気づくりを大事にしていた。活動内で役割を担うことについては参加者の状況に応じた対応が必要である。

【謝辞】

本研究の実施にあたりインタビューにご協力いただきました研究参加者のみなさま、および関係機関の方々に深く感謝申し上げます。

本研究の一部は第9回日本公衆衛生看護学会学術集会、6th International Conference of Global Network of Public Health Nursingで誌上発表した。本研究は文部科学研究費若手研究(C)の一部である。

【利益相反】

本研究に関連する利益相反はない。

【文献】

- 厚生労働省：「地域共生社会」の実現に向けて。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html/> (2022年4月1日)。
- 内閣府：令和元年版高齢社会白書。 <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/index.html> (2022年4月1日)。
- 佐々木由理・宮國康弘・谷友香子他：高齢者うつの地域診断指標としての社会的サポートの可能性；2013年日本老年学的評価研究(JAGES)より。老年精神医学雑誌, 26 (9)：1019-1027, 2015。
- 飯田亜紀：高齢者の心理的適応を支えるソーシャル・サポートの質；サポーターの種類とサポート交換の主観的互恵性。健康心理学研究, 13 (2)：29-40, 2000。
- Abolfathi MY, Ibrahim R, Hamid TA：The impact of giving support to others on older adults' perceived health status. *Psychogeriatrics*, 14 (1)：31-37, 2014。
- 厚生労働省：「これからの介護予防」。 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000075982.pdf> (2022年4月1日)。
- 山埜ふみ恵・草野恵美子・吉田久美子：地域在住高齢者のソーシャルサポートの授受に関する文献検討。大阪医科大学看護研究雑誌, 6：94-103, 2015。
- 山埜ふみ恵・草野恵美子・吉田久美子：都市部における介護予防活動参加者間のソーシャルサポート授受バランス類型と近隣でのつきあいの関連。日本健康学会誌, 86 (6)：262-272, 2020。
- 早坂玉緒・張 平平・大塚真理子：自主グループにおける高齢者リーダーの継続的な役割遂行に関する要因；介護予防（一次予防事業）の取り組みから。千葉看護学会誌, 21 (2)：17-23, 2016。
- 福嶋 篤・河合 恒・光武誠吾他：地域在住高齢者による自主グループ設立過程と関連要因。日本公衆衛生雑誌, 61 (1)：30-40, 2014。
- Shimada K, Yamazaki S, Nakano K, et al.：Prevalence of social isolation in community-dwelling elderly by differences in household composition and related factors; from a social network perspective in urban Japan. *J Aging Health*, 26 (5)：807-823, 2014。
- 島田果歩・田中陽子・河野あゆみ：都市近郊と中山間地域における認知症高齢者の徘徊に関する地域課題。日本看護科学会誌, 40：106-112, 2020。
- 浅川達人：高齢期の人間関係。古谷野亘・安藤孝敏（編著），改訂・新社会老年学, 107-110, ワールドプランニング, 東京, 2013。
- 厚生労働省：健康日本21（第二次）の推進に関する参考資料。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html (2022年4月1日)。
- 内閣府：令和4年版高齢社会白書。 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/04pdf_index.html (2022年8月1日)。
- 小野寺紘平・齋藤美華：高齢男性の介護予防事業への参加のきっかけと自主的な地域活動への継続参加の要因に関する研究。東北大学医学部保健学科紀要, 17 (2)：107-116, 2008。
- 本間道子：集団行動の心理学, 28-32, サイエンス社, 2011。

■ Research Report ■

Triggers and Ingenuity for Facilitating the Reciprocal Exchange of Social Support
in Activities Captured by Leaders of Resident-led Preventive Care ActivitiesFumie Yamano^{1, 2)}, Emiko Kusano²⁾, Masae Ueno³⁾

1) Doctoral Course, Graduate School of Nursing, Kansai Medical University

2) Faculty of Nursing, Osaka Medical and Pharmaceutical University

3) Faculty of Nursing, Kansai Medical University

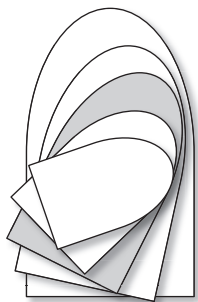
Purpose: To clarify the triggers and ingenuity to promote reciprocal exchange of support among participants in resident-led preventive care activities recognized by leaders.

Methods: The subjects included 16 leaders—6 males and 10 females, with an average age of 77.3—of a voluntary group that performed 11 preventive care activities recommended by City A. The design of the study was through research by qualitative induction. The data were collected by semi-structured interviews and analyzed.

Results: Two categories of triggers were extracted to encourage participants to promote reciprocal exchange of support : **[Awareness regarding the need for connections among local residents]** and **[Realization that casual opportunities to see each other frequently in the neighborhood are important]**. The following five categories were identified as promoting the exchange of support : **[Creating an atmosphere where participants can easily connect with each other]** ; **[Valuing each individual participant]** ; **[Eliciting what participants believe they can do]** ; **[Encouragement to take on roles without feeling burdened]** and **[Creating a flow where they could participate spontaneously without a specific role]**.

Discussion: The need for community connections was the trigger for reciprocal exchange of support. The leader cared for each participant, emphasizing involvement that drew out the potential of each participant and created a supportive atmosphere. Role taking needs to be adapted to the nature of the activity. It is important to create a community where residents support each other through preventive care activities.

Key words : preventive care, leader, reciprocal exchange of social support, community connections, older people



当事者・家族の暮らしの場で生活を護る地域看護

学術集会長：田村須賀子 富山大学学術研究部医学系

日本地域看護学会誌, 25 (3) : 46-54, 2022

I. はじめに

地域看護学は、生活の場としての「地域」を視野に入れて、「地域で暮らす人々」を看護の対象とする。まず「地域で暮らす人々」への個別支援があり、地域看護技術の中心的、他の看護領域との関連で特異的な実践方法である家庭訪問がある。

筆者は、老人保健法（現 高齢者医療確保法）施行2年目に町の保健師に採用され、11年間保健師として務めた。その後、地域看護学の教育・研究者となった。保健師として働き始めたときから「保健師は家庭訪問でなにをしているのか」を追究し続け、それが筆者のリサーチクエスションと化し、家庭訪問援助の特質・個別支援を明確にする研究に取り組んできた。

地域看護学では、地域全体を捉えるアプローチ、たとえば地域づくり・地域包括ケアシステム・地域共生社会といった、包摂的なコミュニティや地域社会をつくるという考え方¹⁾も、必要不可欠であり重視されている。しかし、地域全体を捉えるアプローチは「地域で暮らす人々」への個別支援抜きでは存在し得ない。そこで日本地域看護学会第25回学術集会では、メインテーマを「地域生活者の健康と存在を護る地域看護のプロフェッション：当事者・家族が普通に生活できる暮らしの場づくり」とし、地域看護学の社会的使命を論じ合うこととした。

個別支援方法のなかでも家庭訪問は、家庭という生活の場に向く看護援助であることに特異性があり、家庭に向くことで支援効果を高める方法である²⁻⁴⁾。援助ニーズを家庭・地域生活から捉え直し、当事者・家族の

対応・対処能力、回復力を生かすことで、生活に合わせた支援が可能となる。それだけに看護職個々の実践能力が問われる。

本稿では、「当事者・家族の暮らしの場で生活を護る地域看護」のテーマで、家庭訪問・個別支援による看護実践の言語化・明確化に取り組んできた筆者の研究を紹介する。さらに、地域看護学として、看護実践・教育・研究の担い手として、「当事者・家族に寄り添うとは」「生活を護るとは」「地域共生社会実現のために私たちはなにができるのか」について検討する。

II. 家庭訪問・個別支援による看護実践の言語化・明確化の試み

保健師の家庭訪問・個別支援の言語化・明確化は、優れた看護実践のスキルをあとに続く人たちにも残し、スキルを他の保健師と共有し互いに高め合い検討できるようにすることに目的がある。この共有・検討に耐えうるデータ源をつくるために、まずは自身の新生児家庭訪問を振り返り、「保健師は家庭訪問でなにをしているのか」について詳細な記述を試みた。

1. 言語化・明確化のために記述する事象

新生児（生後10日目）の訪問依頼があり、まず住民票をみて父方祖母と父、母、兄の5人家族であること、父方祖父が半年前に亡くなったことを確認した。第二子であり「里帰りしなかったのか」と思いながら、訪問予約の電話をした。祖母に用件を伝えると、電話口に母をよんでくれた。その瞬間、ある音の変化に気づいた。水道

表1 看護職の意図と看護職の行為の記述例

看護職の意図	看護職の行為
母の家庭生活背景を把握し、援助提供方法を検討する判断材料を得る	電話越しに家族たちの声、食器洗いの音を聞く 他の事例と比較して母の家庭生活背景、生活状況の意味を看護職の認識上でイメージする 母は、里帰りもせずに、家族と食事をし、家事もしていると推測する
里帰りしなかった理由を把握し、祖母と母との関係をさらに詳しく確実に把握し、家族関係調整に関する援助の可能性を探る判断材料を得る	里帰りしなかったという情報から、他の事例と比較した違いを看護職の認識上でイメージする 里帰りしなかった理由を問う
母の産後の生活における安静の確保方法、産後の生活で優先すべき事項を理解させ、適切に自己管理できるようにする	家事で祖母の協力を得ること、産後である母の生活で、身体の安静を優先すべきであることを伝える 看護職の勧めをどのように受け止めたか母の反応を観察し、認識を推測する 母は、身体の安静の必要性はわかっているが、困難だと思っていると推測する 祖母の行動様式を思い出し、家事を祖母に頼むことは、母にとって困難だと推測する 祖母に気を遣うのかと、母の気持ちを代弁する

網かけ部分は第三者からは把握できない行為、網かけのない部分は第三者にも観察できる行為を示す

から流れる水と、茶碗を洗う音……、その音が止まったのである。つまり、産後10日目の産婦が茶碗を洗っていることになる。この地域では、産後の安静を重視している家庭がほとんどであり、もしもそうだとすると、少し考えにくい状況にある。後日訪問すると、危惧したとおり複雑な家族関係に対峙した。口調の強い祖母に気を遣いながら育児をしている母を支援することになった。

この一連の行動を記録動画で撮ったと仮定する。出生連絡票を受け取り、住民票を確認して、電話をかけて用件を話し、明日の何時に伺いますと伝える。それだけの記録になる。実際は、電話先の音の変化に気づき、その音が意味する可能性を考え、訪問先の家族関係をも予測している。このような看護の思考過程こそ、基礎教育等で伝えられなければならない。そのためには、「保健師の内面で思考・選択・決定」していることを言葉として残す必要があると考えた。

この保健師としての家庭訪問・個別支援の言語化の取り組みが筆者のライフワークになった。さらに、保健師をはじめ、看護の実践者・研究者と成果を共有していくために、看護の教育・研究者になった。「研究する」ために「研究テーマ」を決めたわけではなかった。

2. 「保健師の内面で思考・選択・決定」する看護職の行為の記述

「保健師の内面で思考・選択・決定」していることを言葉として残すため、研究で【看護職の意図】と【看護職の行為】をデータ収集した。本研究における【看護職の意図】は、看護職の行為を看護の目的と理念を基に方

向づける考えと定義し、援助逐語録をもとに記述する。【看護職の行為】には、第三者から動画等を通じて確認できる行為と、第三者からは把握できない看護援助の側面、すなわち内面での思考・選択・決定を含み、【看護職の意図】に対応して記述する。すなわち看護職が内面で「思考・選択・決定」していることを明確にするために、看護の専門職として「そもそもなにを行おうと目指して」いたかを示して、その意図を手がかりに対応させて記述していくものである。

この考えは、ブレンターノの志向性に発し、それを受けたフッサールの「行為を行為ならざるもの（たとえば反射的運動）と区別する際の決め手となるのが意図（intention）であり、志向性（intentionality）の一種と考えられる」⁵⁾という【意図】を手がかりにする考えである。さらに【行為】については、ハイデガーの「行為を決定する要因は、未来の『可能性』への投企」⁵⁾、サルトルの「行為を目的志向と見なす」⁵⁾から、行為と行為ならざるもの、行為と行動の違いは、そこに意図があるかないかであり、意図があるのが行為であるという前提で、【看護職の意図】と【看護職の行為】を組み合わせる形でデータを収集した²⁻⁴⁾。

データ収集の記述例を表1に示す。先に電話で「水道から流れる水と、茶碗を洗う音が止まった」と知覚したあとに、家庭訪問したときの記述である。網かけ部分は第三者からは把握できない看護援助の側面で、看護職が内面で「思考・選択・決定」している行為を表し、網かけのない部分は第三者にも観察できる行為を表す。

保健師は「母が里帰りもせずに、家族と食事をし、家

事もしていると推測」しながら、新生児の家庭に出向き、「里帰りしなかった理由を把握し」「実母が亡くなり帰れなかったこと」「血圧等を測定し」「悪露の状態も把握して」、やはりここは「産後である母の生活で、身体の安静を優先すべきであることを伝える」。それを「どう受け止めたか母の反応を観察」「母は、身体の安静の必要性はわかっているが、困難だと思っていると推測」「祖母の行動様式を思い出し、家事を祖母に頼むことは、母にとって困難だと推測」して、「祖母に気を遣うのかと、母の気持ちを代弁」した。なお、このあとは保健センターで月1回開催している育児相談会を紹介して支援することとなった。

3. 保健師の家庭訪問援助の特徴の要旨

このように【看護職の意図】と【看護職の行為】の組み合わせでデータを収集し、その内容を分析して保健師の家庭訪問援助の特徴をまとめた。

まず、脳卒中後遺症者2事例、新生児訪問3事例、障害児1事例、その他要援助高齢者3事例に対する保健師の看護実践事例から、【看護職の意図】に対応した【看護職の行為】を2,958件記述し、以下の6つの実践に保健師の家庭訪問援助の特徴があるとした。すなわち、①対象の生活状況の知覚、推測を重ねていく援助ニーズの把握方法、②対象の受け止め方の反応に基づく、看護職の行為の継続の決定、③家庭や地域社会が対象に及ぼす影響を尊重し、改善していく看護援助の実施、④援助ニーズに看護援助として対応していく緊急性と、対象がどうありたいか、どうしたいかの考えとを対比して判断する看護援助の優先度の決定、⑤過去の経験を対象が肯定的に受け止められる看護援助の実施、⑥対象への看護援助の実施により蓄積された情報の、他事例の援助方法や地域社会資源の運用への反映、である。家庭訪問援助の特質とは、援助ニーズの把握ならびに、看護援助の方法と優先度決定に向けての思考過程に、看護職がその専門性において責任をもち、家庭や地域社会のなかで対象がその人らしく生活し、自己肯定できることを志向するものと考察した⁴⁾。さらに、家庭訪問援助の質を明確にするためには、看護職の意図を記述し、第三者からは把握できない看護援助の側面を把握することが必要だと提言した⁴⁾。

次に、より専門的・技術的な保健指導を担う保健所保健師による家庭訪問3事例（医療的ケア児、精神障害者、難病療養者）に対する保健所保健師の看護実践事例の

データを収集した。【看護職の意図】233件に対応した【看護職の行為】を942件記述することにより、精神障害者および神経難病療養者等の専門的・技術的な支援を継続的に必要とする対象本人・家族に対する看護援助の特徴をまとめた。保健師は、①対象との信頼関係を形成・維持する、②対象の家庭・地域生活状況も視野に入れる、③「本人・家族が望む生活」の継続を支える、④家族による介護を尊重し充足させ、介護能力を高められるようにする、⑤対象の能力、援助ニーズに見合ったサポート体制の組み方を検討する、⑥対象自身の存在とこれまでの人生を肯定的に受け止められるようにする、ことを基盤においていた。さらに、専門的・技術的な特徴として、a生活上の困難の可能性、再発の兆候・病状悪化を視野に入れる、b必要時に対象と連絡を取り合えるようにする、c他職種の判断・意見を取り入れ、保健師の援助目標・方法の適切性と修正を検討する、が付加されうると考えられた⁶⁾。

また、乳幼児健康診査や子育て相談の場で、発達障害の可能性を危惧した「気になる子ども」と育児者に対する家庭訪問6事例（ASD疑、ADHD疑、アスペルガー症候群）に対する市町保健師の看護実践事例のデータを収集した。【看護職の意図】302件に対応した【看護職の行為】を1,575件記述することにより、発達障害の可能性を危惧した子どもと育児者に対する看護援助の特徴をまとめた⁷⁾。保健師は、①対象との信頼関係を形成し、維持できるようにする、②育児者の困難感をもたらす最悪の事態も想定しつつ、子どもへの対応能力を引き出し、良好な家族内人間関係のもと、療育生活を継続できるようにする、③育児者が子どもを肯定的に受け止め適切に療育できるようにする、④障害の診断を受けたときの気持ちを受け止める、ことを基盤におき、a関係機関・職種との関係を調整し支援の方向性を統一する、b援助事例を積み重ねた実績から支援の方向性を予測する、という特徴があると考えられた⁷⁾。

そして、市町村保健部門から福祉部門に配置された保健師による家庭訪問6事例（適応障害、腎不全、高次脳機能障害、精神薄弱等）に対する市町保健師の看護実践事例のデータを収集した。【看護職の意図】469件に対応した【看護職の行為】2,625件を記述することにより、福祉の支援が必要な当事者・家族の特性に沿った看護援助の特徴をまとめた⁸⁾。福祉部門でも保健師は、当事者・家族との信頼関係形成、自立した地域生活の実現、近隣住民も含めたケアチームづくり・支援体制整備と、保健

師がどの部門に配置されても志向される、基本的で不変な援助を提供していた。さらに福祉部門保健師として、生活の自立と身体・精神的支援ニーズに配慮、安定した生活基盤の確立、近隣住民・関係職種からの支援者確保を判断するところに特徴があると考えられた⁹⁾。

さらに、保健師による保健事業企画・実施活動で、家庭訪問・個別支援のデータ収集方法と同じように【看護職の意図】と【看護職の行為】のデータを収集し、内容と特徴が捉えられるかどうか分析した⁹⁾。老人保健法機能回復訓練、思春期ふれあい体験学習事業、高齢者うつ病対策推進事業など7つの保健事業担当保健師の看護実践事例から、【看護職の意図】327件に対応した【看護職の行為】1,039件を記述することにより、保健師による保健事業企画・実施活動の特徴として示した。保健師は、①公衆衛生・疾病予防の観点で、住民の生活実態・健康課題を捉え、より重点的に対応すべき援助ニーズを明確にする、②事業対象者およびその家族ばかりでなく、全数に対する提供を原則とし、適切な健康行動とライフスキルを獲得できるようにする、③住民あるいは関係機関と協働し主体的な課題解決を促すために、既存の保健事業の活用または他事業と連絡・調整した一体的な展開を図る、④国や都道府県の施策に関連づけて、その地区の実情に合った保健福祉事業の推進体制の基盤整備をする、とまとめた⁹⁾。

しかし千単位の【看護職の行為】の記述データを公表できる研究論文の形にまとめると、上述のようになり、なにが新たな知見なのかとなる。これは、経験知だけで伝えられていたことを結果として示したこと、すなわち研究プロセス、データ収集方法に新規性があった。そして「いま、音が止まった」「止まって初めて音の存在に気がつき……いまの音は……」などの看護職の思考として残すべき・伝えるべきことの多くが、公表できずに埋もれたままであった。ただ筆者の手元には、データ源として残っていたため、基礎・現任教育の講義・演習など、研究論文以外の場で活用できた。

4. 生活保護担当課の保健師による看護援助

「保健師は家庭訪問でなにをしているのか」を研究課題として、これまで自分なりに納得のいくデータを収集分析してきた。すばらしい実践をされている保健師に出会い、多くの「技」を聞き、これこそ「実践知」と実感してきた。さらに質の高い看護実践を追究するため、個別支援のエキスパートとしてたどり着いたのが「福祉部門

に配置された保健師」、なかでも「生活保護担当課の保健師」であった。「生活困窮者と次世代家族の生活習慣改善」「食育・生活習慣セルフケア能力獲得支援」から、当事者の家庭生活・地域生活に見合った看護実践のデータを集めているところである。

彼らもこれまでの結果と同様、健康課題をもつ人々が生活している場（自宅）に出向き、ケア提供、疾病予防・健康の保持増進のための基本的な看護実践をしていた。彼らの特異的な実践を集約すると、やはり前述したものとよく似た6つにまとまる。すなわち、①必要時本人と連絡が取り合え、保健師に相談できる関係を形成する、②生活状況・病状悪化の可能性も視野に入れて、援助ニーズ分析・援助提供する、③対象の介護・育児・療養生活能力に見合ったサポート体制の組み方を検討する、④対象自身の存在とこれまでの人生を肯定的に受け止められるようにする、⑤対象の保健事業の利用可能性から、地域の保健医療サービス提供システムを構築する、⑥対象の援助ニーズ・生活状況・病状悪化の可能性について、他職種の判断・意見を取り入れ、保健師の援助目標・方法の適切性と修正の必要性について検討する、である。

彼らは「特別なことはしていない……教科書どおりのことをしているだけ」と語る。

家族が当事者の受診を拒否し続け、いよいよ生命に関わる緊急事態になったのが金曜日であった。「このまま土日に入ってはならない」という思いから、家族にかなり強く受診の説得にあたった。家族を説得する前に、保健師が時間外の緊急訪問と医療機関受診同行の承諾を上司から得た。さらに大学附属病院にも緊急受診を受けつけてもらった。このときの保健師の意図は、「金曜日の夕方だったから緊急性をもたせられたし、上司や大学病院医師を巻き込み了解を得られた。その結果、当事者・家族への説得にあたることができた」と、その意味を語った。

食事の指導では栄養の話はしない。そもそも調理器具ももたない人たちにどう指導するか。コンビニでカット野菜を必ず買うように伝えたり、栄養教室ではなく調理教室として、大根1本、キャベツ1玉を買って、使い切る方法を教える。昔料理好きだった当事者をスタッフに巻き込む。このような発想は、どの部門に配置された保健師も企画していた。

そして貧困と疾病・生活障害の負のスパイラルにくさびとなりえるのは、モノ・カネの支給、困難解決だけでなく、健康・食生活改善・雇用のだれもが願う生活の基

本的なことの確保と、それを促す専門家からのメッセージなのだと言ふ。「お上にお世話になっている自分なんかの身体の心配をしてくれる」と、「気にかけてもらえる」ことがありがたいと、毎日の健康改善シートに記録して自己管理を続けている。保健師は「事業化・施策化・支援システムを構築する」「住民にも働きかけ地域をつくる」ことと併せて「気にかける」存在となることも、行っているとのことであった。

保健師が健康教育・相談で、ていねいに教科書どおりのことを行うだけで、当事者になにかが伝わり、生活のなにかが変わる、流れが変わる、変わりうる。看護援助の目的・理念はどの機関・部署に所属していても変わらない。保健師は常に目的・理念に立ち戻って「思考・選択・決定」していく存在であるといえる。

Ⅲ. 地域生活者の健康と存在を護る看護援助(ケア)

先述したように看護援助の内容をみてきて、保健師活動における主要な看護提供方法である家庭訪問援助の、「当事者・家族の暮らしの場で生活を護る地域看護」としての全容を捉えることができた。人と人の関わりや、多様なことが関連し合って日々まわっている生活。その些細なところに働きかけるとなにかが変わっていく。どのタイミングで、どこを衝くかでうまく流れを捉え変えられる。そこに地域看護の実践者としてのだご味があり、それだけに人々の多様な生き方・考え方、生き様のすべてが愛おしくすばらしく感じられ、すべての地域生活者の存在を護るという使命を自認する。

このように「当事者・家族の暮らし」に寄り添って、生活を護り、よりよい方向に変化をもたらそうとしている看護実践の原則が研究によって裏づけられ、記述データとして蓄積される。まず、支援者側が「なにをどうしたか」「思考・選択・決定」の1つひとつをていねいに記述する必要があった。

1. 看護援助(ケア)の質の評価

看護職が内面で「思考・選択・決定」していることも含めて、家庭訪問援助の特質・個別支援を明確にしようとしたのは、看護援助の質向上について検討できるようにするためでもあった。そもそも看護援助の質の評価は、その対象者にとってどうだったか、当事者主権¹⁰⁾で論じられるべきものである。

当事者主権とは、「私のことは私が決める」「私が私の

主権者である」ということである。私以外のだれも(国家も、家族も、専門家も)、私だれであるか、私のニーズが何であるかを代わって決めることを許さない、という立場の表明である。当事者主権は、なによりも人格の尊厳に基づいている¹⁰⁾。

しかし筆者の研究方法は、【看護職の意図】と【看護職の行為】をデータ収集・分類・分析するものである。すなわち看護職の側から看護援助を論じようとしており、看護職の内面から捉えようとしているため、「看護の対象者にとってどうだったか」のデータは、看護職が捉えたものになる。

上野は『ケアの社会学』のなかで、「ケアリング」という概念を採用しないと述べた。その理由としては、ケアの規範科学では主に、①ケアをケアする側から論じる傾向があること、②ケアの相互性(mutuality)を強調する傾向があることを掲げている。また相互性を強調することでは、a)実際のケア関係に圧倒的な非対称性があり、それを覆い隠し、b)ケアという行為を無条件に「よきもの」として構築し、c)ケアする側にとってもケアされる側にとっても、ケアがネガティブな行為でありうる可能性を隠蔽する効果があると、ケアの提供側からの捉え(特に尊いものとするケア)に警鐘を鳴らした¹¹⁾。

しかし筆者は、看護の対象者・当事者からデータ収集をしないというのではない。不可欠と思いつつも後回しにしているだけである。その理由は、まず支援者側が「なにをどうしたか」を明確に示さないことには、次に「看護の対象者にとってどうだったか」の検討はできないからである。

ドナベディアンは、「患者満足度、患者の価値観と期待」が医療の質の評価として根本的な重要性をもつとしつつも、技術的な医療の質とは「リスクを増大することなく健康に最大の利益をもたらすような形で医学の科学的技術を応用すること」と定義し、質の程度は「提供された医療がリスクと利益の最も望ましいバランスを達成すると期待される度合い」とした¹²⁾。そして、「医療の質の統合的概念とは、すべての医療の過程の部分から期待される損失と利益のバランスを考慮したうえで、患者の全体的な福利を最大化するようなものとなる」「どんな場面にあっても達成可能な最善を認識する」と、「医療者の価値観、倫理、伝統、規範」に根源的なものがあるとした¹²⁾。「対象者側の満足度、価値観と期待」が満たされているかどうかの評価は、根本的・最終的に重要になるのだが、筆者の場合、支援の質をなす根源的な「支

援者側の価値観、倫理、伝統、規範」を明確にすることから取り組んだということである。

また、研究で収集するデータが客観的か主観的かと問う前に、収集する人が「それを事実と判断」できることが必須である。支援者側は「受け手側の認識の存在」が事実であるか、確認できないことを知る必要がある。あくまでも相手の反応から、みて聞いて感じ取り、そのことの意味を自身の内面で判断して、それを基に相手の援助ニーズを判断するしかないのである。支援者が判断した相手の援助ニーズに対してしか、働きかけができない。すべては支援者側の内面で展開されている事象である。「対象者の満足度、価値観と期待」は、支援者側では事実確認できないのである。それだけに支援者側の内面における判断には責任が伴う。

2. 当事者・家族が普通に生活できる暮らしに寄り添う支援

ミルトン・メイヤロフは、「一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することを助けることである」とケアの定義をしている¹³⁾。「私は他者を自分自身の延長と感じ考える。また独立したものとして、成長する欲求をもっているものとして感じ考える。さらに私は、他者の発展が自分の幸福感と結びついていると感じつつ考える。そして、私自身が他者の成長のために必要とされていることを感じとる。私は他者の成長が持つ方向に導かれて、肯定的に、そして他者の必要に応じて専心的に応答する」と述べた。専心的に応答するということは、他者にとって「私」がかけがえのない存在として、「そこに、その人のために、私がいる」ということである¹³⁾と、他者の成長を助けることとしてケアを述べている。

アーサー・クラインマンは、自身も認知症の妻を介護し、「ケアすることの意味」を6つにまとめている。すなわち、①ケアという営みは人間関係の中心にある、②ケアすることと受けることは分かち合いのプロセスである、③そのなかで、思いやりや承認、実際の支援や情緒的行動であり、実践であり、表現である、④ときにそれは応答である。さまざまな状況や背景の下で、他者と自己の欲求に絶え間なく応答することである、⑤ケアというのは、不安におびえ傷ついている人に寄り添い続けることである、⑥不安や傷つきがそれ以上深くならないように、手を差し伸べ、護り、一歩先んじて考えることである¹⁴⁾。

このような「他者と自己の欲求に絶え間なく応答し」「不安におびえ傷ついている人に寄り添い続け」「手を差し伸べ、護り、一歩先んじて考える」ケアを専門職として実施すべく、責任をもって「なにをどうしたか」、「支援者側の価値観、倫理、伝統、規範」で表現するということができて初めて、「対象側の満足度、価値観と期待」も満たされているか評価できる。まずは専門職として「実施した」といえるものの言語化・明確化が先行すると考えている。

IV. 地域看護のプロフェッション

1. 看護援助のリフレクション

ここで欠かせないのは、「相手の反応をみて聞いて感じ取ったこと」「判断した援助ニーズ」「相手にとって適切な方法だと判断した看護援助」が専門職として責任をもてるか・そごがないかと省察すること、リフレクションである。常に批判にさらされながら、問われながら、同じ職種・多機関他職種と共有・協議しながら、その質を高めていくことである。

専門職は一定の規範に従って行動することを自ら引き受け、それに応じた義務をもち、専門分化した自らの領域を超える課題にクライアントとともに立ち向かっているものである¹⁵⁾。さらに近年の複雑化する状況のなかでリフレクションを繰り返しながら問題にあたるのが真のプロフェッショナルとされ、プロフェッショナルにはリフレクションが求められ、リフレクションは批判的な振り返りによるものだと、省察的实践家の概念が強調されている¹⁵⁾。

専門職、つまりプロフェッションとは、ドナルド・ショーンによると「神の宣託 (profess)」を受けた者を意味し、牧師、大学教授 (professor)、医師、弁護士がこれに当たる¹⁶⁾。この宣託という言葉には信仰を告白するという意味があり、これは内面的なこと、社会的なことを神の前、人々の前で告白することになる。ここで、内面的なこと、社会的なこととは、人々からの信頼を裏切らないという責任と考えられている。住民、患者、当事者はプロフェッション (専門職集団) に特権を付与し、この特権を供与されたプロフェッションは彼らに応える義務がある¹⁶⁾。

プロフェッションは高度に専門分化した職業人をいい、次の3つの要件があるとしている。すなわち、①実体的な知識領域が存在すること、②知識の生産や適用の

技術が存在すること、③専門職の体系的な知識ベースが、専門分化していること、境界が固定していること、科学的であること、標準化されていること、である¹⁶⁾。その意味で看護職は、半人前のプロフェッション、セミプロフェッションと位置づけられ、真のプロフェッションになるための努力を重ねてきた。その努力の1つが設置数約300に至った看護学士課程の設置であった。

2. 地域看護の実践・教育・研究を統合する知の拠点となる「学問の自由」な空間

ここまで地域看護の実践・教育・研究で、筆者の保健師としての看護実践から発した研究の問いと経緯を述べてきた。結局のところ「底辺を行ったりきたりして、平均値をずっと探している」だけの研究と批判された。とはいえ、そこまで理解されていることに価値と使命を感じつつ、頑迷に「保健師の家庭訪問・個別支援の言語化・明確化」に取り組んできた。

改めて大学の研究者として思うのは、認められなくてもよいから、実践現場の気づきから発した教育・研究をさせて欲しい。幸い、わが富山大学では医学部のなかの看護学科にあっても、看護実践に直結する教育・研究を続けることができた。富山大学は地域貢献型の地方国立大学で、都市部や看護の単科大学では考えられないほど、昔ながらの「大学自治」のよい部分が残っていた。先達の先生方の努力もあったが、それよりも県民が「自分たちの県の大学」として支えてくれたことが大きい。たとえば看護職の場合、筆者らの教育（特に実習）では、無理なことも受け入れ、温かく・熱く指導・助言をしてくれる実践現場抜きには、本学の教育・研究は実現できなかったと思う。しかし近年本学にも、業績至上主義、認証評価制度、定数大幅削減の波が大きく、息苦しさを感じている。

学校教育法および国立大学法人法の一部を改正する法律(2014)によって、日本の大学のガバナンスの仕組みが大きく変化した。また、国立大学法人化以降、大学の予算基盤である運営交付金が減少し、人件費縮小で正規雇用者数も減り、逆に外部資金で雇われる非常勤職員数は増えた。そのしわ寄せは若い研究者に及んでいる。任期つき職員数が多くなると、育成へのインセンティブが落ち、教員の専門性は個々のスキルに矮小化されていく¹⁷⁾。

プロジェクト研究で雇用された研究者は、そのプロジェクトに拘束され、ときには学術集会への参加さえ制限されている。冒険的で創造的な研究の芽は潰され、リ

スクを伴う新たな研究はプロジェクトとして認定されにくい。その結果、多面的な専門性を育てられず、研究基盤の地盤沈下は止まらなくなると、寺崎ら¹⁷⁾は警鐘を鳴らしている。それに加え、トップダウンによる改善前提にした認証評価にも対応しなければならない。

寺崎ら¹⁷⁾は、ボイヤー¹⁸⁾を引用して、大学教授職の使命には、次の2つがあるという。1つは学者が、産業や企業、地域社会という現場に出て行き、その問題を解決するための知見を提供すること。もう1つは、その現場の問題を受け止めたうえで、「多様な事実を関連付け得る能力」を発揮して、独創的な研究を結実すること¹⁷⁾である。看護の場合、その教育・研究基盤を支えるのは、臨床・地域での実践活動になる。

さらに広田は、「大学は、目的論的でない反省が制度化された唯一の制度である」「何かの目的に従属した知ではなく、真理への関心自体が正当化されている場である」(Cowan¹⁹⁾)と引用して、「大学という場の特殊性が自治を必要としている。大学が、知それ自体を目的とした場である。したがって大学は、社会の他のどんな制度とも区別される」と述べている²⁰⁾。

また、大学ばかりでなく、真理への関心自体が正当化されている場、「学問の自由」に根ざす「知のための知」として探求する自由な空間を支え続けること、実践現場と教育・研究基盤をつなごうとするところに、学術集会を開催する意味があり、学会本来の役割を果たすことになると思う。

一方、昇格に必要な論文数などの業績偏重、アクセプトされるための研究テーマ、「御用研究者」「稼げる大学」²¹⁾などの言葉を聞くたびに、これまで享受してきた「『学問の自由』に根ざす『知のための知』として探求する自由な空間」が危ぶまれていることを痛感する。トップダウンのガバナンスに忖度することなく、研究者が研究者らしく「地域で暮らす人々」に寄り添う実践者と共に生きていくこと、研鑽していくことをあきらめてはならない。看護のプロフェッションを支える看護の学問を構築する研究は、若手研究者と共に守られなければならない。

V. 地域看護の「知のための知」

これまで「保健師の家庭訪問・個別支援の言語化・明確化」に向けて、筆者が保健師・看護師から聞き取り、記述し、確認してもらい加筆修正、分類・分析と進めて

きたが、いま、看護職の行動をAIが捉え、言語化してくれる。また、心理社会学・現象学等の他の学問領域の研究者が、看護職の行動を詳細に聞き取り描写している。

しかし、看護実践に必要な看護職の内面の行為を言語化できるのは、当事者である看護職にしかできないことである。「音が消えた……消えたあと『自分が音を聞いていた』ことに気がつき、何の音だったのだろう……とその人の生活を押し量る」ように、まずはあとに残す価値のある実践をして、このレベルのデータ収集をし、看護の教育・研究で「知」として位置づける。そのうえで、質の高い看護実践に必要な看護職の内面の行為を言語化してから、たとえば、チンらが示すような「看護学の基本的な知のパターン」²²⁾が構築できると考える。すなわち、経験知「これは何か？ それはどのように有効か？」、倫理知「それは正しいことか？ それに対する責任はあるか？」、個人知「私は自分がしていることが分かっているか？ 私は知っていてそれを行っているか？」、審美知「それは何を意味しているのか？ それはどのくらい重要か？」である²²⁾。そして、この4つの知が統合されたときのみ、初めて全体として理解できるものとして解放知がある²³⁾。

解放知とは、「社会、文化、政治の現状に気づき、批判的に省察し、どのように何故そうなっているのか判断する能力」「『気づきと批判的省察』で不平等を確認し、『文化的価値と信念』で公正で適切な状態を作るために変化をもたらそうとする、不公平や不正を減らし取り除く行為」をいい、解放知によって「知識を作る力のダイナミズム、社会と政策背景を理解し、知識を形成し普及」させうる²²⁾。

このあたりAIとも、他の学問領域の研究者ともうまく連携をとり、互いに切磋琢磨して、看護実践の言語化・明確化の方法を洗練させる必要があると考える。そうすることが、「当事者・家族の暮らしの場で生活を護る」実践に寄り添える教育・研究となり、そこでの「知」が看護実践の「知」となりその質を高め、看護職が看護のプロフェッションとして世に貢献できるようになると考える。

【謝辞】

第25回学術集会長を務める機会を与えてくださいました、宮崎美砂子理事長はじめ、役員、会員のみなさまに深く感謝申し上げます。また富山で開催するにあたり、富山県・富山市・富山大学各部局等、多くの関係団体、企業より後援・助成・ご寄附をいただきました。県内外の会員・ボランティア、多くの

みなさまからのお力添えを頂戴しました。これまで保健師活動・教育研究を支えてくださった、恩師や地域看護学・在宅看護学を担当する教員、大学院生、保健師・訪問看護師など多くのみなさまに深く感謝申し上げます。

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業・組織および団体等はありません。

【文献】

- 1) 地域共生社会推進検討会：「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会（地域共生社会推進検討会）」最終とりまとめ。 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000213332_00020.html (2022年11月1日)。
- 2) 田村須賀子：家庭訪問の援助行為における看護職の意図。千葉看護学会会誌, 5(2)：73-78, 1999。
- 3) 田村須賀子：新生児家庭訪問における援助ニーズ把握に関わる看護婦の意図。千葉看護学会会誌, 6(2)：32-38, 2000。
- 4) 田村須賀子：看護職の意図により捉える家庭訪問援助の特質。千葉看護学会会誌, 8(1)：61-66, 2002。
- 5) 立松弘孝：志向性。木田 元・野家啓一・村田純一他(編), 現象学事典, 177-181, 弘文堂, 2003。
- 6) 田村須賀子：保健所保健師による障害者および神経難病療養者への家庭訪問援助の特徴。日本地域看護学会誌, 13(2)：59-67, 2010。
- 7) 田村須賀子・高倉恭子・山崎洋子：発達障害の可能性を危惧した「気になる子ども」と育児者に対する家庭訪問援助の特質。日本地域看護学会誌, 19(2)：7-12, 2016。
- 8) 田村須賀子・安田貴恵子・山崎洋子他：市町村保健部門から福祉部門に配置された保健師による家庭訪問援助の特徴。日本地域看護学会誌, 24(2)：40-49, 2021。
- 9) 田村須賀子：保健事業の実践過程において保健師の意図により捉える保健資源提供活動の特徴。日本地域看護学会誌, 10(1)：85-92, 2007。
- 10) 中西正司・上野千鶴子：当事者主権。2-19, 岩波新書, 2003。
- 11) 上野千鶴子：ケアの社会学。56-57, 太田出版, 2011。
- 12) ドナベディアン：医療の質の定義と評価方法。東 尚弘(訳), 1-28, 健康医療評価研究機構, 2007。
- 13) ミルトン・メイヤーロフ：ケアの本質；生きることの意味。田村 真・向野宣之(訳), 13, ゆみる出版, 1996。
- 14) アーサー・クラインマン：ケアのたましい。皆藤 章(監訳), 3, 福村出版, 2021。
- 15) 宮田靖志：プロフェッショナルリズムと省察的实践。日本プライマリ・ケア連合学会誌, 35(1)：70-75, 2012。
- 16) ドナルド・ショーン：専門家の知恵。佐藤 学・秋田喜代美(訳), 19-30, ゆみる出版, 2001。
- 17) 寺崎昌男・羽田貴史：大学自治をアップデートする；新たな「公」の確立を目指して。世界, 920；91-99, 2019。

- 18) ボイヤール EL: 大学教授職の使命: スカラーシップ再考. 有本 章 (訳), 玉川大学出版部, 東京, 1996.
- 19) Cowan R: Universities and the Knowledge Economy. Brian K, Dominique F (eds.), *Advancing Knowledge and the Knowledge Economy*, 135-149, The MIT Press, Cambridge, 2006.
- 20) 広田照幸: ポスト「教授会自治」時代における大学自治. *世界*, 920: 80-90, 2019.
- 21) 内閣府総合科学技術・イノベーション会議: 世界と伍する
研究大学専門調査会 第3回議事概要. <https://www8.cao.go.jp/cstp////tyousakai/sekai/3kai/giji.pdf> (2022年11月1日).
- 22) チン ペギー L・クレイマー メオーナ K: チン&クレイマー 看護学の総合的な知の構築に向けて. 川原由佳里 (監訳), 12-30, エルゼビア・ジャパン, 2013.
- 23) Chinn PL, Kramer MK: *Knowledge Development in Nursing*. 1-25, Elsevier, 2018.

■企画連載■ 地域看護に活用できるインデックス



キャリア・アンカー

久保 善子

共立女子大学看護学部

日本地域看護学会誌, 25 (3) : 55-60, 2022

I. はじめに

キャリア (Career) とは、狭い意味では、職業・職務・職位等の経歴をいうが、広い意味では、仕事・働くことに関わるさまざまな行動・経験・機会・能力・成果・役割・コミットメント等の連鎖・蓄積をいう。これは仕事を通して発展し続ける自分を表すものといえる¹⁾。日本では、キャリアを仕事人生や職業生活と概括して訳すことが多いが、キャリアの概念は広がっており、職業以外の生活範囲までも含むようになっていく¹⁾。

世界では1900年代前半より、キャリアや労働者の心理に関する研究が本格的に行われるようになり、時代の背景とともに、多数のキャリア理論が構築されてきている。日本では1990年代後半より、看護基礎教育の大学の急速な進展と大学院の設置、専門看護師、認定看護師といったスペシャリスト養成の開始に伴い、看護職のキャリア研究に関心が高まった²⁾。さらに、慢性的な看護職不足や離職の問題、ワーク・ライフ・バランスを重視した多様な働き方にも力が入られるようになり、多くのキャリア研究が行われるようになった²⁾。

日本の看護職のキャリアに関連する研究においては、キャリア発達の理論に基づいた研究と、キャリアの志向性の理論に基づいた研究とに大別される。キャリア発達の理論は、キャリアの形成状況を個人側から捉えようとする概念であり、研究ではSuper (1976) の職業的自己実現過程を5段階と考えた職業的発達理論³⁾や、Benner (1984) の臨床看護実践の修得段階を5段階と考えたドレイファスの技能習得モデル (Dreyfus Model of Skill

Acquisition) が活用されている^{4,5)}。他方、キャリアの志向性の理論は、個人の仕事をしていくうえでの価値や欲求を捉えようとする概念であり、研究では、Gouldner (1957) による組織人志向と職業人志向の分類⁶⁾や、Kotter (1981) のジェネラリスト志向とスペシャリスト志向の2大志向の分類⁷⁾、Schein (1975) の個人の私生活を含めた職業人生を捉えた広がりをもつ概念であるキャリア・アンカー分類^{8,9)}に分けられる。Scheinは、キャリア・アンカーは、キャリアを決定するにあたって、なにかを犠牲にしなければならないときに、どうしてもあきらめたくないと感じた能力・動機・価値観であると述べている^{8,9)}。飯野は、医療従事者のキャリア開発には、仕事をするうえで動機づけられる要因、つまりはキャリア・アンカーが基盤にあり、コンピテンシーや知識の獲得や技術の向上に結びついていると述べている¹⁰⁾。また、坂口は、看護職のキャリア研究において、自らのキャリア・アンカーを内省し、自分のキャリアを管理することが、看護職のキャリア開発には重要と述べている¹¹⁾。そこで、本稿では、私生活を含めた職業人生を捉えた概念であり、キャリア開発において重要な要因であるキャリア・アンカーに着目し、キャリア・アンカーの概念や指標について紹介する。

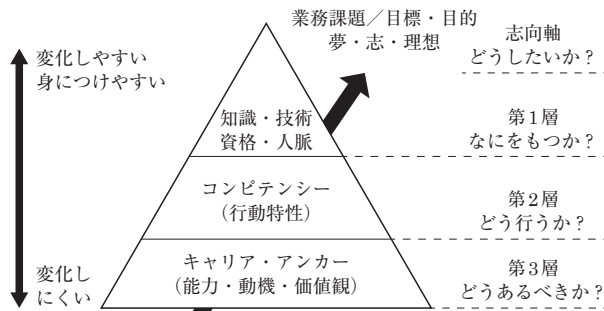
II. キャリア・アンカーの定義

キャリア・アンカー (Career Anchor) は、アメリカの組織心理学者Scheinが1975年に提唱した理論^{8,9)}である。Anchorは、船のいかりを意味し、いかりがしっ

かりと海底におりていていれば、船は安定していられることから、キャリアにおいても、軸となるアンカーを把握することが重要とされる。キャリア・アンカーを自覚することによって、人生や仕事に求めているものを明確にすることができ、納得のいく働き方を選びやすくなると考えられている。Scheinは、キャリア・アンカーを、職業上の選択を行わなければならない場合に、どうしてもあきらめることができない能力・動機・価値観と定義しており、8つの類型を提唱している^{8,9)}。

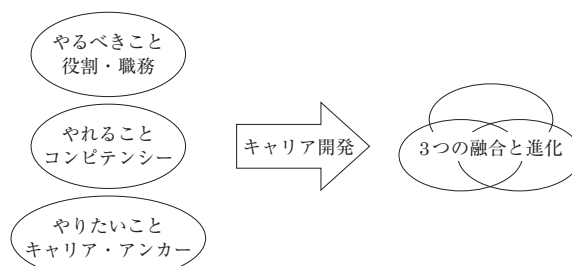
昨今、コンピテンシー (Competency) の概念が、保健医療従事者の評価や能力開発に関して導入されており、関心が高い。コンピテンシーを経営学的視点で導入したMcClelland (1973) は、実際に業績を上げているハイパフォーマーの行動特性を250余りの研究を基に明らかにした¹²⁾。その後、後継者であるSpencer & Spencer (1993) は、コンピテンシーを「ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性」と定義した¹³⁾。しかしながら、図1のとおり、キャリア形成の要素には、3層と1軸があるとされており、キャリア・アンカーは、キャリア形成に最も重要な第3層に位置づけられている^{1,10)}。第1層は、なにをもって仕事をするか、なにをもって人生を過ごすかということを意味し、具体的には知識・技術・資格・人脈を指す。目の前の仕事や生活において必要な知識や技術等のことである。第2層は、仕事をどう行うか、人生をどう過ごすかということの意味し、具体的には行動特性といったコンピテンシーを指す。第1層の知識や技術が、仕事や生活の成果に結びつくかは、第2層の特性が重要とされている。第3層は、仕事はどうあるべきか、人生はどうあるべきかということの意味し、具体的にはキャリア・アンカーを指す。キャリア・アンカーは、仕事やキャリアを推し進めていく際に根底にある能力・動機・価値観とされ、中長期にわたる仕事人生のあり方を操っているとされる。最後に、1軸は志向軸であり、仕事はどうしたいか、人生はどうしたいかという方向性を意味する。短期的には業務課題、目標・目的という軸、中長期的には夢・志・理想を示す^{1,10)}。

また、図2のとおり、キャリア開発には、キャリア・アンカーである「やりたいこと」と、コンピテンシーである「やれること」、役割や職務である「やるべきこと」をバランスよく融合させていくことが重要とされる¹⁰⁾。したがって、看護職自身や組織が、キャリア・アンカー



村山昇：働き方の哲学¹⁾、飯野直子：公衆衛生専門職コンピテンシー・薬局における薬剤師のコンピテンシー¹⁰⁾を参考に筆者が改編

図1 キャリア形成に必要な要素



飯野直子：公衆衛生専門職コンピテンシー・薬局における薬剤師のコンピテンシー¹⁰⁾を参考に筆者が改編

図2 キャリア開発の考え方

を把握し、個人と組織の両方の視点でマネジメントしていくことが必要である。

Ⅲ. 指標の紹介

キャリア・アンカーは、Scheinが提唱した理論であるため、Scheinが開発した概念を基に開発されている指標が主であるが、本稿では4つの指標を紹介する。また、著作権の関係上、詳細な質問項目は掲載できないため、興味のある人は原文の書籍・論文を参考にされたい。

1. キャリア・アンカーズ セルフ・アセスメント¹⁴⁾

Scheinが開発したCAREER ANCHORS Self-Assessmentを金井と高橋が日本語へ翻訳している指標である¹⁴⁾。この指標は、キャリアを選択する際に、自己分析・自己管理するためのツールである。質問項目は40項目で、「1：まったく当てはまらない」「2：たまに当てはまる」「3：たいてい当てはまる」「4：いつも当てはまる」の4件法で評価し、得点化する。下位尺度は、表1の8つのキャリア・アンカー：①専門職能力、②経営管理能

表1 金井ら訳のキャリア・アンカー・カテゴリー

①専門・職能別能力 (Technical/ Functional Competence ; TF)	特定の分野で能力を発揮し、自分の専門性や技術が高まることに幸せを感じる
②経営管理能力 (General Managerial Competence ; GM)	集団を統率し、権限を行使して、組織の中で責任ある役割を担うことに幸せを感じる
③自律・独立 (Autonomy/Independence ; AU)	組織のルールや規則に縛られず、自分のやり方で仕事を進めていくことを望む
④保障・安定 (Security/Stability ; SE)	一つの組織に忠誠を尽くし、社会的・経済的な安定を得ることを望む
⑤起業家的創造性 (Entrepreneurial Creativity ; EC)	リスクを恐れず、クリエイティブに新しいものを創り出すことを望む
⑥奉仕・社会貢献 (Service/Dedication to a Cause ; SV)	社会的に意義のあることを成し遂げる機会を、転職してでも求めようとする
⑦純粋挑戦 (Pure Challenge ; CH)	解決困難に見える問題の解決や手ごわいライバルとの競争にやりがいを感じる
⑧生活様式 (Lifestyle ; LS)	個人的な欲求や家族の願望、自分の仕事などのバランスや調整に力をいれる

Schein EH : キャリア・アンカーセルフアセスメント. 金井壽宏・高橋 潔 (訳)¹⁴⁾より作成

表2 横山訳のキャリア・アンカー・カテゴリー

①特定・専門指向 (Technical/ Functional Competence ; TF)	特定の仕事・職業・分野で自分を活かすことにこだわる
②総合・管理指向 (General Managerial Competence ; GM)	総合的なマネジメント職位に就きたい
③自律・独立指向 (Autonomy/Independence ; AU)	自分のやりたいことを自分のやり方で自由に決めてやっていきたい
④安全・安定指向 (Security/Stability ; SE)	身分的、経済的な安定感や保証を何よりも重視したい
⑤創意・創業指向 (Entrepreneurial Creativity ; EC)	進んでリスクをとり、当面の障害を克服して自分の組織や企業を創始、創業しようとするか、あるいは条件や機会が熟せば独立、創業しようと考えている
⑥奉仕・貢献指向 (Service/Dedication to a Cause ; SV)	人間の幸せや社会・環境に貢献したい
⑦挑戦・克服指向 (Pure Challenge ; CH)	克服不可能と思われるような困難、危険、複雑な課題の達成に立ち向かう
⑧生活・様式指向 (Lifestyle ; LS)	仕事と非仕事、ないしは組織内外の自分の活動と家族生活の調和等の最適バランスを最も重視する

小野田博之 : 自分のキャリアを自分で考えるためのワークブック¹⁵⁾より作成

力、③自律・独立、④保障・安定、⑤起業家的創造性、⑥奉仕・社会貢献、⑦純粋挑戦、⑧生活様式、で構成される。40項目の質問に回答したあと、さらに、質問項目を眺め直して、自身の感じていることを最も言い表している項目を5項目挙げ、その5項目には5点を加算する。次いで、リッカートを得点し、加算の得点を合計し、総得点が高い下位尺度項目が、自身のキャリア・アンカー・カテゴリーと判断する。

2. キャリア・アンカーのワークシート¹⁵⁾

Scheinの書いた論文・書籍^{8,9)}を基に、横山が翻訳した内容を小野田がキャリア・アンカーに関するワークシートとして開発している¹⁵⁾。このワークシートは、表2

の8つのキャリア・アンカー：①特定・専門指向、②総合・管理指向、③自律・独立指向、④安全・安定指向、⑤創意・創業指向、⑥奉仕・貢献指向、⑦挑戦・克服指向、⑧生活・様式指向、に関して各事例が示されている。8つのキャリア・アンカーを総当たりで2つずつ比較し、事例の内容の共感状況を4件法で評価する。リッカートを得点化し、合計得点が高い項目が自身のキャリア・アンカーのタイプとなる。また、前述の作業を行ってみたいの振り返りのワークシート等を含めて、自身のキャリアを内省できるワークシートとなっている。

3. 行政分野で働く保健師のキャリア志向尺度¹⁶⁾

2011年に大倉らによって開発された尺度であり、行

政分野で働く保健師のキャリア・アンカーについて評価できる尺度である¹⁶⁾。2006年に、行政分野で働く保健師14人にキャリア・アンカーについてインタビューを行い、質的研究を用いて尺度項目を生成し¹⁷⁾、2006年にキャリア・アンカーについて評価できる尺度の初版が開発されている¹⁸⁾。2011年に開発された尺度が第2版であり、初版の課題を改善した尺度となっている¹⁶⁾。第2版の質問項目は19項目で、設問は「あなた自身の仕事に向き合う姿勢について、今後こうなりたいという展望も含めて、回答してください」であり、非常に当てはまるから全く当てはまらないまで、4件法で回答する。5つの下位尺度から構成され、①管理志向、②協働志向、③奉仕志向、④安定志向、⑤専門志向、である。①管理志向は、「職場でスタッフを指導や管理する立場として自分の力を発揮したい」や「地域保健の精度管理や質管理を担いたい」等の6項目から構成される。②協働志向は「物事の調整や交渉をして合意に至るためのプロセスを大切にしたい」や「主体である住民を裏方で支える支援者でありたい」等の6項目から構成される。③奉仕志向は、「誰かのために自分が役に立つ仕事をしたい」や「困っている人を何とか助けてあげたい」の2項目から構成される。④安定志向は、「自分の生活を支える経済的な手段として仕事を続けていくことが大切である」や「リストラされる心配をせず将来の不安が少ない」等の3項目から構成される。⑤専門志向は、「特定の領域に焦点をあてた奥の深い仕事がしたい」や「経験や知識を特定の領域に特化した技能として磨いていきたい」の2項目から構成される。Cronbach's α 係数は、全体が0.85であり、5因子のCronbach's α 係数は0.81, 0.82, 0.75, 0.61, 0.69である。尺度の信頼性・妥当性は確保されているが、再現性に検討の余地があると考察されている¹⁶⁾。

4. 産業看護職のキャリア・アンカー尺度^{19), 20)}

2016年に久保らによって開発された尺度であり、産業看護職のキャリア・アンカーについて評価できる尺度である¹⁹⁾。産業看護職16人に、キャリア・アンカーについてインタビューを行い、質的研究を用いて尺度項目を生成している²¹⁾。質問項目は39項目で、設問は「仕事に対して生活全般を通して重視している事柄や大切にしている事柄について、ご自身にどの程度当てはまっているかを将来的な展望を含め、5段階より選択し、当てはまるものを1つ選んでください。」としている。評定尺度は、「1：あてはまらない」「2：どちらかといえばあて

はまらない」「3：どちらともいえない」「4：どちらかといえばあてはまる」「5：あてはまる」の5段階である。6つの下位尺度から構成され、①立場を考慮し、専門性を発揮する、②効果的な活動にむけたマネジメントを行う、③集団・組織全体の健康レベルの向上に力を尽くす、④労働者に応じた支援を行う、⑤産業保健チームや関係者と協力して仕事を行う、⑥仕事と私生活を両立する、である。①立場を考慮し、専門性を発揮するは、「専門職であることと所属組織の一員であることを両立させる」や「組織の安全衛生活動を支援する」等の8項目から構成される。②効果的な活動にむけたマネジメントを行うは、「組織の経営理念・方針に合致した活動をする」や「スタッフの能力に応じた業務調整を行う」等の10項目から構成される。③集団・組織全体の健康レベルの向上に力を尽くすは、「労働者の働きがいを高める活動に関わる」や「職場の健康課題を見出し、課題解決を行う」等、9項目で構成される。④労働者に応じた支援を行うは、「労働者の身近で気軽な相談相手である」や「労働者一人一人を知っている」等の5項目から構成される。⑤産業保健チームや関係者と協力して仕事を行うは、「自分の上司や産業医と自由に意見交換を行う」や「管理監督者と連携して健康支援を行う」等の5項目で構成される。⑥仕事と私生活を両立するは、「私生活のバランスを保ち、仕事と両立する」や「仕事の自由度が高く、自分のペースで仕事を行う」の2項目で構成される。尺度全体の折半法による信頼係数は0.85であり、Cronbach's α 係数は0.95であった。また、6因子のCronbach's α 係数は0.88, 0.90, 0.91, 0.80, 0.85, 0.79であり、信頼性と妥当性を有する活用可能な尺度となっている¹⁹⁾。

IV. 活用できる地域看護実践例

キャリア・アンカーの指標の活用の方法としては、2つある。1点目は、看護職として、どのような点を重視して、仕事をしているのかを把握するための自己分析ツールとしての活用である。自分自身について、継続して自己観察・分析し、洞察力を高めることは重要である。また、長期的なキャリアの拠所は、「どんな仕事をしたいか」ということよりも「どのように仕事をしていきたくいか」という価値観が重要である。そのため、看護職が、なにを最も大切にして仕事に取り組むのかを考えるツールとして、自分で自分のキャリアを自律的に管理できるように活用されることを期待したい。

2点目は、個人の自己分析ツールやキャリアデザインに役立てるだけでなく、組織として看護職のキャリア・アンカーを見極めることで、適材適所の人員配置や効果的な研修体系の構築に生かすことができると考える。キャリア開発の一要素として、キャリア・アンカーを考慮することができれば、人材育成だけではなく、組織の発展につながると考える。

著者の実践例としては、企業・健康保険組合の現任教育の担当者や大学の卒業教育の担当者より依頼があり、産業看護職を対象としたキャリア研修を行った経験がある。その際、キャリア教育とともに、キャリア・アンカーセルフ・アセスメント¹⁴⁾および産業看護職のキャリア・アンカー尺度^{19, 20)}を用い、自分自身のキャリア・アンカーについて内省をしてもらった。加えて、個人ワークだけではなく、グループワークを通して、今後の仕事のあり方について考えてもらった。本稿で紹介した4つの指標は、個人でも自分自身のキャリア・アンカーを分析できるツールになっているが、スタッフのキャリア教育とかねて、集合研修で活用することも効果的である。

V. おわりに

本稿では、キャリア開発に重要なキャリア・アンカーについての指標を紹介した。キャリア研究においては、現在、多くの指標が開発され、使用されている現状がある。看護師においては、職業コミットメント尺度²²⁾、ワーク・モチベーション測定尺度²³⁾、ワーク・ライフ・バランス尺度²⁴⁾等が挙げられる。また、保健師においても、行政保健師のキャリア発達を総合的に測定する尺度²⁵⁾、行政保健師の職業的アイデンティティ尺度²⁶⁾等がある。適切な尺度や指標の活用とともに、看護職の職務特性や多様な価値観等に合わせたさらなる尺度や指標の開発は、今後も必要であると考えられる。

【文献】

- 1) 村山 昇：働き方の哲学. 34-39, ディスカヴァー・トゥエンティワン, 東京, 2018.
- 2) 福井純子：看護師のキャリア選択に影響を及ぼす要因；経験を積んだ看護師の振り返りの語りから. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 9 (1) : 133-139, 2013.
- 3) 岡田昌毅：働く人の心理学. 42-72, ナカニシヤ出版, 京都, 2014.
- 4) Benner P : From Novice to Expert; Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison Wesley Publishing Company, Boston MA, 1984.
- 5) 久保善子：産業看護を支える基礎概念；ベナー看護理論・臨床技能習得の段階に関する理論. 産業看護, 4 (4) : 2-7, 2002.
- 6) Gouldner AW : Cosmopolitans and locals ; Toward an analysis of latent social roles-I. *Administrative Science Quarterly*, 2 (3) : 281-306, 1957.
- 7) Kotter JP : The psychological contract ; Managing the joining-up process. *California Manage Review*, 15 (3) : 91-81, 1973.
- 8) Schein EH : "How career anchors hold executives to their career paths". *Personnel*, 52 : 11-24, 1975.
- 9) Schein EH : Career dynamics, Matching individual and organizational needs. Addison-Wesley Publishing, Boston MA, 1978.
- 10) 飯野直子：公衆衛生専門職コンピテンシー・薬局における薬剤師のコンピテンシー. 保健医療科学, 55 (2) : 133-146, 2006.
- 11) 坂口桃子：看護職のキャリア・ディベロップメントに関する実証的研究；キャリア志向タイプと形成時期. 日本看護管理学会誌, 3 (2) : 52-59, 1999.
- 12) McClelland DC : Testing for competence rather than for intelligence. *American Psychologist*, 28 : 1-14, 1973.
- 13) Spencer LM, Spencer SM : コンピテンシーマネジメントの展開 [完訳版]. 梅津祐良・成田 攻・横山哲夫 (訳), 生産性出版, 東京, 2011.
- 14) Schein EH : キャリア・アンカーセルフアセスメント. 金井壽宏・高橋 潔 (訳), 白桃書房, 東京, 2013.
- 15) 小野田博之：自分のキャリアを自分で考えるためのワークブック. 58-69, 日本能率協会マネジメントセンター, 東京, 2013.
- 16) 大倉美佳・野呂千鶴子・荻田美穂子他：行政分野で働く保健師のキャリア志向尺度の開発および基本属性との関連. 日本公衆衛生雑誌, 58 (12) : 1026-1039, 2011.
- 17) 大倉美佳・佐伯和子・表志津子他：行政分野で働く保健師のキャリア志向に関する質的研究. 北陸公衆衛生学会誌, 32 (2) : 67-72, 2002.
- 18) Okura M, Saeki K, Kido T : Major structural factors of orientation for public health nurses working in administration agencies. *Journal of Tsuruma Health Science Society*, 30 (2) : 11-21, 2006.
- 19) Kubo Y, Hatono Y, Kubo T, et al.: Development of the Career Anchors Scale among Occupational Health Nurses in Japan. *Journal of Occupational Health*, 58 (6) : 519-533, 2016.
- 20) 久保善子・鳩野洋子・久保智英他：産業看護職のキャリアアンカーに影響する要因の検討. 日本職業・災害医学会誌, 66 (6) : 476-485, 2018.
- 21) Kubo Y, Hatono Y, Kubo T, et al. : Exploring career

- anchors among occupational health nurses in Japan : A qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, 14 : 61-75, 2017.
- 22) 佐藤みほ・朝倉京子・渡邊生恵他：日本語版職業コミットメント尺度の信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学会誌, 35 : 63-71, 2015.
- 23) 西村夏代・出井涼介・山本智恵子他：看護師のワーク・モチベーション測定尺度の開発. 社会医学研究, 34 (2) : 27-34, 2017.
- 24) 川村晴美・鈴木英子：看護職のワーク・ライフ・バランス尺度の信頼性・妥当性の検証. 日本保健福祉学会誌, 22 (2) : 19-26, 2016.
- 25) 佐伯和子・平野美千代・本田 光：行政保健師のキャリア発達を総合的に測定する尺度第2版の開発. 看護ケアサイエンス学会誌, 20 (2) : 85-95, 2022.
- 26) 根岸 薫・麻原きよみ・柳井晴夫：「行政保健師の職業的アイデンティティ尺度」の開発と関連要因の検討. 日本公衆衛生雑誌, 57 (1) : 27-37, 2010.

日本地域看護学会委員会報告

2021年度日本地域看護学会研究セミナー 地域看護に活かせるGIS (Geographic Information System) を 用いた研究の理論と実際

——脆弱地域を今すぐ可視化！地域の強み弱みを実践に活かす——

2020～2021年度研究活動推進委員会

日本地域看護学会誌, 25(3): 61-72, 2022

I. はじめに

本学会では2019年に地域看護学の再定義を行った。定義の1つ目は、地域看護学は人々の生活の質の向上とそれを支える健康で安全な地域社会の構築に寄与することを探求する学問である。2つ目は、地域看護学は人々の健康と安全を支援することによって、人々の生活の継続性を保障し、生活の質の向上に寄与することを目的とする。3つ目は、地域看護学は多様な場で生活するさまざまな健康レベルにある人々を対象とし、その生活を継続的・包括的に捉え、人々やコミュニティと協働しながら効果的な看護を探求する実践科学である(地域看護学の再定義2019年, http://jachn.umin.jp/ckango_saiteigi.html)。

今年度の研究セミナーでは地理情報システム(Geographic Information System: GIS)の活用を取り上げた。地域看護学の研究にGISを活用することは、地理的位置にひもづけられたリアルタイムの各種空間データを包括的継続的に比較検討することを可能にする。また、刻々と変化する地域情報は、地域社会のリスクを予測することにも使用できると考えた。住民の生活と暮らしを守りQOL(Quality of Life: 生活の質)の向上に関する知見を得るために、GISを用いた研究の理論と実際を学習する機会として、2021年度日本地域看護学会研究セミナーを企画した。

II. 研究セミナーの概要

1. 講師

研究セミナーのテーマは「地域看護に活かせるGIS (Geographic Information System) を用いた研究の理論と実際—脆弱地域を今すぐ可視化！地域の強み弱みを実践に活かす—」とし、高知県健康政策部須崎福祉保健所主査〔保健師〕(現:大阪医科薬科大学看護学部助教)の堀池諒氏には「GISを用いた研究の理論」、金沢医科大学看護学部准教授の中井寿雄氏には「GISを用いた地域看護研究の実例」について講演いただいた。

2. 日時・方法

2022年3月5日(土)10:00～12:00にライブ配信によるオンラインセミナーを開催した。ライブ配信を収録し、2022年3月6日(日)～21日(月祝)の期間、オンデマンド配信を行った。

3. 参加者数

研究セミナーの参加者数は122人であった。参加者の内訳は、学会員105人、非会員12人、学生(学部・大学院)5人であった。

III. 講演「GISを用いた研究の理論」(資料1)

講師:堀池 諒氏(高知県健康政策部須崎福祉保健所主査〔保健師〕)

1. GISとは

GISは地理情報をデジタル化したものであり、それらを管理、操作、出力するために特化した情報システムのことである。天気図やGoogleのナビゲーションもGISのシステムが使用されている。GISは「重ねる」ことを得意としている。天気図を例にとると、まず海の情報があり、その上に陸地、都道府県の境があり、都道府県の名前がのる。さらに、そのデータの上に晴れ、曇り等の天気、午前、午後といった時間がのる。天気図はGISでいうところの6つのデータが重なっている状態といえる(スライド2)。

実際の活用例として筆者の研究を紹介すると、まず地区単位で子どもの数と子育て施設をマッピングし、子育て施設の1km範囲を円で描く。居住地は平坦ではなく川や森等もあることから、航空写真を重ねるとスライド3に示す図となる。「どの地区の人たちが子育て施設にアクセスしやすいのか」がみえてくる。地域看護にはデータが非常にたくさんある。このようにデータを重ねていくのがGISのコツとなる。

また、GISは「重ねる」だけではなく、「わかりやすいグラフィック」も特徴である。

手書きのマップはスライド4の左図のようになるが、これをGISに落とすとスライド4の右側の図になる。図は患者数が多いところほど濃い色にしている。「みてわかる」「かっこいい」「きれい」というのは、物事を進めるために非常に大事である。

さらに、GISのメリットには「だれでも」「みて」「わかる」がある。たとえば高齢化率を例に挙げると、「この地域の高齢化の状況をどうしたらいいのか」というクエスチョンがあった場合、スライド5の左表を提示したとする。この地域に住む人たちがあればわかるグラフだが、住んでいない人にとってはグラフを読み取るのはむずかしい。これを右の図のようにGISに落とし込み、Google Earthのようなものを重ねていくと、高齢化率の高低を色で示すことができ、高齢化の状況をひと目で伝えることができる。たとえば、これを行政担当者や計画執行側と、サービスを受ける側の市民で同じ地図をみながら考えていくことができるのがGISの最大のメリットとなる。PDCAで考えていくと、「Plan」は地区診断でありGISが得意とするところである。「Do」はGISで重ねた図を地図として提示しなにかしらの事業を行う。「Check」は空間解析をし、新しいデータや新しい地図をつくり確認をする。「Act」は空間解析の結果、

たとえばエリア別の改善策を見いだす等が予測される。GISはPDCAの各場面において活用することが可能である。

2. GISを地域看護に活かす

GISは人、データ、地理空間情報、テクノロジーを統合して空間解析をする。地域看護の対象は人がメインとなるため、そこにデータや最新のテクノロジーを活用していく。GISは場所ベース(place-based)の問題を解決するのに役立つ。逆に弱みは人の感情や気持ち等の課題を解決するときである。この課題に対してGISを活用するひとつの切り口として、そのような対象がいる場所やまわりが与えている影響等をGISで整理することで、place-basedの解決策が出てくる可能性がある。最終的に市民や政策担当者の意思決定を促し政策立案に寄与していく。それが地域看護で生かせるものであると考えている。

職種、所属でみていくと、行政保健師の場合は、政策の改善や立案にGISは有効である。いまある報告書や計画をただ見直すのではなく、地図に落としてみると非常にわかりやすくなる。訪問看護師の場合は、提供エリアの特徴やニーズを拾い出すことができる。医療従事者の場合は、通院、入院患者の家を地図に落とすことで疾患と地理的特徴がみえてくるかもしれない。学校保健の場合は、学校周辺や通学路で健康に影響を与える要因が学校単位でみえてくる。産業保健の場合は、たとえば、支店ごとの有病率に影響を与える周辺環境等をみるために使うことができる。これらは一例である。地域看護関係者がよりよくしたいもの数だけGISには可能性がある。研究では健康寿命や健康の社会的決定要因、医療アクセス、環境要因、医療費等、さまざまな研究でGISを使用して解決方法を検討していくことが可能となっている。

GISは「とりあえずやってみる」というのが大事である。筆者もGISに出会ったとき、とりあえずダウンロードし、インターネットで操作方法を検索して全部行ってみた。いまある手元のデータを入れるだけで十分に新しい知見が得られ、アンケートで収集したデータ等も可視化することができる。興味をもたれた人は、まずは、ソフトをダウンロードするところから始めてみてほしい。

3. GIS活用例

学会で発表した内容を例として示す。「四国四県にお

いて訪問診療はどれくらい行き届いているか」をGISで明らかにした。まず、訪問診療を提供している病院のデータはホームページ上で公表されているため、そのデータを入手する。データは住所の形で示されていることから、そのデータをそのままGISに入れることはできない。住所を緯度、経度に変換（ジオコーディング）すると、四国四県にそれぞれの色で診療所や病院のある場所を点で打つことができる。おおよそ半径16kmが診療範囲といわれているので、診療範囲を円でかくとスライド6の右上の図のようになる。次に、将来推計人口というものがあり、メッシュは500m四方の範囲を示す。500m四方の範囲に何人住んでいるかというデータがある。これをダウンロードし展開してマップに落としていくと、どこに人が住んでいるのか、2050年までのものを出すことができる。これらのデータを統合していくと右下の図のようになり、円の重なりをみるとそれぞれの家で異なることがわかる。あるところは3つの円が重なっているため訪問診療を提供するクリニック等が3つあり、あるところは1つしかない。

次は、各県で抜き出すとスライド7の図のようになる。徳島県、愛媛県、香川県は診療提供範囲がカバーされており、97%以上は診療提供されている。高知県は提供範囲が限られている。図の1段目は提供する診療所等が1つであれ10であれ同じ色が塗られるが、実際は都市部ほど診療所等が多い。どれくらい多いかをヒートマップで示したのが2段目の図となる。白いところほど医療機関数が多くて、黒いところほど少ないことを示している。GISはここまでではなくて、さらにここから空間結合、すなわち人のいるところの重なっている数と提供している診療所の数を抽出することができ、抽出してグラフにしたのが3段目の図となる。空間結合によるデータ抽出とグラフはGISでしかつけれないので、「実際どうしたらよいか」といった具体的な計画をつくる際、GISは非常に使える。

4. GISの使い方

まず、データを準備し、分析の下準備をする。そして、データ分析をし、結果を可視化する。この4つのプロセスを繰り返すのがGISの使い方である。実際、GISを活用するには手間はかかる。データはそのままGISに入らないため、データを入手し、ある程度展開、編集して初めてGISに入るようになる。それだけではもの足りないため、空間解析をするとスライド8の右側の図が

できあがる。

筆者は、GISは料理と同じだと思っている。カツオのたたきを例にすると、まず新鮮なカツオをとってくるところから始める。カツオを自分で釣ってもよいし買ってもよい。データも同じである。自分でデータをつくってもよいし、ホームページからダウンロードしてもよい。カツオはそのまま食べられないため、さばいて下ごしらえをする。データでいうと、データを展開しGISに投入できるような状態にすることである。カツオのたたきは、次に一気にわらで焼き上げる。GISでいうとこれが空間解析になる。たとえば、カツオを焼き上げるのではなく、三枚おろしにすれば刺身になるし、煮たり焼いたりという方法もある。カツオも空間解析もここでさまざまなバリエーションが出てくる。最後に盛りつけであるが、盛りつけも大事であり、いくらおいしい料理でもきれいに盛らないとおいしくみえない。GISも同様である。色の設定や範囲、ぼかしを入れるなどいろいろな工夫ができる。同じレシピであっても、人によっていろいろな料理ができる。GISもまずはやってみること、まねしてみることが大事ではないかと考える（スライド9）。

GISに使用するデータ例をスライド10に示す。ここで大事なこととして、オープンデータというものがある。これは政府で「だれでもインターネット等を通じて容易に利用（加工、編集、再配布等）できる公開されたデータ」と定義している。オープンデータは、①営利・非営利問わず二次利用可能、②機械判読可能、③無償、である。無償で加工、編集が容易にできる、というのが大事なポイントとなる。

GISのソフトは2種類ある。QGISはフリーで使えるオープンソースの地理情報システムであり、無料のソフトである。Arc GIS Proは有料のソフトである。一覧にまとめたものをスライド11に示す。GISソフトを統計ソフトで例えるならば、QGISはR、Arc GIS ProはSPSS、MANDARAはExcelになる。無料を希望し、わりとよい感じに操作できるのがよいと思えばQGISをダウンロードし、お金がある人はArc GIS Proがよい。自分でいろいろ調べて行うのがむずかしい人は、サポートが充実しているArc GIS Proをお勧めする。GISのテキストについて問い合わせを受けることがあるが、筆者はGoogleとYouTubeを活用してきた。操作方法は動画がわかりやすく、動画をみながらいっしょに操作するのは有効な手段である。

空間解析についてまとめたのがスライド12である。

空間解析はパターンをみつけ、定量化し、予測することである。空間解析の例を示すと、1つ目はジオエンリッチメントである。これは簡単であり、たとえば気になっている地域の人口データを投入するだけでもジオエンリッチメントになる。そこにデータを追加すること自体も空間解析のひとつとなる。次にマッピングである。これは必ずといってよいほど使用する機能である(スライド13)。そのほかにもクリップやディゾルブもある。詳細はスライド14～18のとおりである。

5. まとめ

GISとは、「料理と同じ」「地理空間情報を空間分析」「意思決定を促し、政策立案に寄与」である。GISは地理空間情報を空間解析し、意思決定を促しながら政策立案に寄与することができる。換言するならば、業務をよりよくするためにGISを使用し、最終的にでき上がったものをサービス提供者とサービスを受ける市民とが共有することで、両者が同じ立場に立って政策に寄与していけると考える。

IV. 講演「GISを用いた地域看護研究の実例」

(資料2)

講師：中井寿雄氏(金沢医科大学看護学部准教授)

1. 災害時要支援者対策へGISを実装

K-DiPSはK-DiPS SoloとK-DiPS Onlineの2つのアプリケーションソフトから構成されているシステムである。K-DiPS Solo(無料)は、発災時に自分の判断で情報を開示することで、迅速な治療や看護、搬送に役立つアプリである。K-DiPS Online(有料)は、K-DiPS Soloをクラウドに接続することで、当事者情報に基づいた安否確認、備蓄、避難対策などEvidence Based Policy Making(EBPM)に貢献する自治体・事業者用アプリである。これを使うことにより災害時要支援者の個別計画の台帳がリアルタイムでできていく(スライド2～7)。K-DiPS Soloを簡単に説明すると、有事のときはかかりつけ医、看護師、保健師に診てもらえないことが想定される。すでにスマホに入れていた情報を有事の際に利用者自身の判断で医療スタッフに開示する。そうすることで、問診の効率化や迅速な治療につながる。K-DiPS OnlineはK-DiPS Soloの情報が回線に乗り、同意が得られた情報は、台帳に最新の情報が反映され(ス

ライド7右上の図)、利用者の居場所がGISを使用してプロットされる(スライド7右下の図)。

2. 停電時の電源の残量を可視化：GISで居場所を把握し迅速な避難支援

利用者本人の情報がオンラインから取得されるので、たとえば日常生活動作であれば、レーダーチャートで示すとわかりやすい(スライド8)。また、人工呼吸器を使用している療養者のなかには停電に備え蓄電池や発電機を所有する人がいる。残りの電源や駆動できる時間を数値で入力してもらうと、それがグラフとなり危機管理課でみることができ、迅速な救助や訓練等にも貢献することができる(スライド9)。

有事のときには、同意が得られている利用者を地図上にプロットし、浸水エリア等のハザードを重ね合わせて可視化し、大きなモニターに示すことにより、多人数で避難の方法や救助のルートを瞬時に確認・共有できる。これは平時の際のシミュレーションにも役立つ。可視化することは、紙の台帳やExcelの台帳等でみるよりも意思決定やアクションに貢献すると考えている(スライド10)。

3. 福祉避難所に本当に避難してよいのか

2019年台風19号で川越市越辺川が決壊し、障害者施設「けやきの郷」が浸水した。この施設は福祉避難所に指定されていた。NHKで当時災害担当をしていた内山記者は、取材により福祉避難所が浸水エリアに立地していることがわかり、「福祉避難所に本当に避難してよいのか」と疑問をもち、筆者に問い合わせの電話をしてきた。被災リスクを評価したうえで福祉避難所を指定している自治体は、全国に多くはないことを伝えた。

内山記者は関東の福祉避難所の住所を取得し一覧表を作成し、これをすべてプロットしてみた(プロットの不一致の確認は未実施、スライド11)。内山記者は浸水エリア内にある福祉避難所を把握したかったため、それがGISで実施可能かを問い合わせしてきた。可能であるが、データが膨大であることから、筆者の環境では相当な時間を要する可能性があることを説明した。その後、内山記者が得た最新の浸水エリアのデータをもとに分析を試みたが時間を要するため断念した。最終的に内山記者は防災科学技術研究所に解析を依頼し、NHKで加工して放送したものがスライド12の図である。2枚の図はGISで行ったものであり、左側の図は色分けをして浸水リス

クを示している。右側の図は、3m以上(2階以上)が浸水するおそれのある福祉避難所の割合を示している。

4. 災害看護学ゼミの学部生の問い

例として筆者の災害看護学ゼミの学部生の研究を紹介する。学生に看護研究についていろいろ調べ、考えるよう伝えたと似たような考え、アイデアしか出てこない。「看護学を学ぶ君たちが自分のもっている知見で、何でもよから人々の生活や命に役立つことを考えてください」と投げかけた。ただし、災害看護のゼミのため、災害のことを考えながら実施するよう伝えた。

学生は「ソーラー発電設備が土砂災害リスクの高い区域に設置されているのではないか」との問いをもち、もし、これが特定できれば災害リスクの高い地域の迅速な避難行動に役立つのではないかと考えた。学生が努力して調べ、色分けしてプロットしたものがスライド13の左側の図である。右側の図が土砂災害、危険箇所、警戒区域を重ね合わせたものである。土石流の警戒区域、すなわちリスクが高いところに1か所ソーラー発電機があった(スライド14)。そのほか地滑り危険区域に3か所ソーラーパネルが設置されていた。学生の結論として、①危険エリアに重なっている下流の集落に関しては、土砂災害が起こったときに土砂とともにソーラー設備が流入してくる可能性があるため、早めの避難行動が必要であること、②GISを用いて土砂災害リスクの高い区域を特定し、平時からの注意喚起や早期避難を促す対策が必要であること、が示された。

GISを使った解析を学生にみせると学生の思考が広がり、「こうするとわかるのではないですか」「こうすればどうですか」といったアイデアが多く出てくる。実際にGISを使用してもできないアイデアもあるが、GISは議論の広がりにも役立ち、GISを使えるというオプションは学生との研究においてもとてもよいのではないかと考える。もちろん学生はすぐにGISは使えないため、大きなモニターに学生の画面を映して、ポインター等を用いて「ここをクリック」というように実際の方法を示しながらいっしょに行っていくこととなる。時間のかかる作業となるが、学生は楽しく熱心に研究を進めている。

5. 時間や距離、道路状況を考慮したルート解析

発達障害で外来リハビリに通っている子供と養護者を対象にした研究を紹介する。南海トラフ地震で津波が想定されるエリアを対象とし、同意を得て居場所をプロッ

トし、津波からの避難可能範囲、最近接の避難所、すなわちいちばん近い避難所までのルート解析を行った(スライド15)。これは到達圏解析であり、移動速度は先行研究から時速2.24kmに設定し、最近接の避難所までのルートを調べた。スライド16のように、移動可能範囲が5分、10分の範囲を色分けで示せる。一般的に地域における避難の呼びかけは、最も近い避難所への行動を促すが、たとえば右側の図の39番が、最短ルートで最近接の避難所に行こうとすると津波浸水エリアを経由することになる。すなわち、闇雲に避難するよりも、この人の場合は高台にとどまっていたほうが安全な可能性が考えられる。GIS解析はこのようなことを評価できることが特長である。

6. オープンデータを用いた解析

先述した研究は対象者に調査を依頼し、その結果とオープンデータを組み合わせている。次に紹介するタワーやビルなどへの垂直避難後に避難者を分配することを想定したモデルの研究は、すべてオープンデータを用いている(スライド17)。この研究は高知県安芸市を対象にしている。安芸市は高い津波が到来することはすでにわかっているため、自治体としてきちんと対策を講じており、オープンデータも提示されている。研究における解析では、津波からビルやタワーに避難した人を浸水区域外の避難所にできるだけ均等に振り分けるためのモデルを作成した。さらに、COVID-19(Coronavirus Disease 2019)感染予防対策のために避難者のソーシャルディスタンスを確保した場合の避難所の定員を推計した。

Build Balanced Zones(BBZツール)を用い、そのエリアの人口といちばん近い避難所までの距離を考慮して人口を按分した。結果はスライド18に示すとおり、右側が按分したものであり、浸水エリア外の避難所で人口とその地域から最も近い避難所を考慮して3分割すると、スライド18の表のようにゾーン1~3となる。たとえば人口を平滑化、つまり按分すると各ゾーンの人数が、4,705人、4,192人、3,635人となり、その色ごとに避難所浸水エリア外の避難所はゾーン1に6、ゾーン2に0、ゾーン3に1となる。収容可能人数はスライド18の表に示すとおりである。ゾーン2の人口4,192人に対してはゾーン1またはゾーン3の避難所に振り分けて避難させるか、あるいはゾーン2の人たちがタワーやビルに避難したあとの避難施設を考慮しておく必要性を提案でき

る。このように政策の意思決定に貢献することができる。さらに、日本の避難可能人数の1人あたりの根拠となっている面積はかなり狭く、 2m^2 で算出していればよいほうであり、約 1.6m^2 (畳1枚)で算出しているところもある。世界基準では 3.5m^2 が最小といわれている。1人あたり 2m^2 で計算すると超過する人数は、ゾーン1は3,435人、ゾーン2は4,192人、ゾーン3が2,012人となる。このようにオープンデータとGISを活用することで防災対策への貢献が可能となる。

V. 質疑応答

2人の講師の共同研究者である板谷智也氏(金沢大学医薬保健研究域保健学系 助教)にもご登壇いただき、質疑応答と情報共有を行った。

●堀池氏への質問

質問：初心者がQGISを使っていくための最初の一步を踏み出すアドバイスが欲しい。

回答：経済的に余裕があればArcGISを購入したほうがよいのではないかと、QGISを利用している自分ですら思うところである。たとえば、QGISのソフトをダウンロードしたあと、Googleの検索ワードに「QGIS 人口」と入力するといろいろヒットする。QGISを使って人口などを分析したサイトが閲覧できる。サイトをみると、QGISの使用法やデータ入手方法、分析方法等が具体的に記載されているためとても参考になる。オープンデータのリンク先を示してくれているものも多く、クリックすればそのまま入手先のサイトにいくことができる。また、QGISをダウンロード後、YouTubeでQGISの使用法の動画をみながら、自分の作業も同時に進めていくとよりわかりやすい。

質問：GISを教育に活用する方法があれば教えてほしい。

回答：大学院在籍時に、実習前の学部生にGISを使用した地域診断を1日かけて実施したことがある。そのときは各グループに1台パソコンがあり、そこに事前にQGISをインストールし、必要なデータも加工したうえでダウンロードできるよう準備していた。実際の場面では、「QGISを立ち上げてください」「このデータを入れてください」「色を塗っていきましょう」と指示をだしながら、同時に方法を示して授業を進めた。次に「みんなで

考えて新しいデータを探して入れてみましょう」と提示した。学生の思考は柔軟なため、データサイトからダウンロードしたデータを組み合わせたり、バスルートや土地の価格などのデータをマッピングしながら、地域の現状や将来を考えることができていた。そのときは、実習前の地区診断ということで試行的に実施したが、手間はかなりかかった。私1人で5~6グループをラウンドしながら指導したため、1日の演習であったがかなり疲労が蓄積した。学内にQGISを使用できる教員がもう少しいれば、保健師教育のなかでGISは十分に活用できるのではないかと感じた。

回答〔板谷氏〕：GISを1つひとつ授業のなかで行うことは物理的に無理であった。そのため、事前にGISで行う操作の動画を作成し、授業前に視聴するよう学生に指示をした。実際に視聴するのは半分程度の学生であるが、逆に半分の学生が視聴していれば、グループ作業は可能である。また、事前に視聴していなくても、当日学生がスマホで動画を視聴しながら作業するので、対応する教員のマンパワー削減にも有効であった。動画と1コマの授業があれば、学生はGISの操作のいくつかは覚えられる。

●中井氏への質問

質問：K-DiPS等、利用者、関係職種間で情報を共有する際のセキュリティの問題への対応を教えてください。

回答：セキュリティの話はいの一番に出てくる内容であり、みなが心配されるところでもある。K-DiPSはK-DiPS SoloとK-DiPS Onlineがあり、K-DiPS Soloはお手帳と同じイメージである。いわゆるスタンドアロンであり、スマホのなかに情報を自分が入れるだけで、入れた情報がほかに反映されるわけではない。単に紙にかいたものをスマホにデジタルでのせているイメージである。したがって、それを開示するか否かは利用者自身に決めてもらうので、個人情報という点では問題はないと考えている。

一方、K-DiPS Onlineは、通常のリ線いわゆる携帯のリ線に情報をのせ自治体のサーバーに反映させる。そのためセキュリティの問題がでてくる。この点はわれわれも非常に慎重に考え、専門の弁護士や法律家に相談し、ディスカッションを重ね、セキュリティの問題をクリアしたところである。LTE回線にのせるためのセキュリティ対策は、自分の情報をオンラインにのせることのメリットとデメリットを利用者がきちんと把握、理解をし、

1つひとつ確認をして了解するプロセスをたどることで、個人情報目的外使用の同意がとれ、法律的には問題はないとのことであった（在宅診療などで用いているシステムと同等のセキュリティ対策を施す）。

「セキュリティの問題でデータがどこかへ引き抜かれるのではないですか？」という質問もよくもらうが、それはいずれのデータも可能性があり、そこはすべて許容したうえで自身のメリットとデメリットを考慮して考えてもらうこととなる。手順をひとつずつ踏みながらコンセンサスを得る仕組みをつくり、実施する必要がある。

質問：GISを日常業務で使用している自治体はどのくらいあるか？

回答：詳細な情報がないため明確な回答はできないが、使用している自治体は少ないと思う。一方、職員がArcGISを使用できるようライセンスを購入した自治体もある。

回答〔板谷氏〕：某自治体の依頼を受けてGISを指導したことがある。そこで聞いたところ、自治体にとってGISの活用はハードルが高かった。行政が使用するパソコンに外部のデータであるオープンデータや無料ソフトであるQGISのダウンロードがむずかしいこと、また、QGISは使用しにくいことが挙げられていた。さらに、ArcGISを使用する場合は予算確保をしなければならず、対処が必要な課題がいくつかあるようであった。自治体でGISを使用しているところは現実的に少ないように思われる。

質問：GISで危険地域を公表すると資産価値が下がるといった倫理的な課題が生じてくることが予測されるが、そのことに関する見解を教えてください。

回答：浸水エリアやリスクが高い地区になると資産価値が下がることは考えられ、以前、某県で資産価値が下がることを配慮しリスク評価が遅れたとの報道があった。個人的な見解であるが、倫理的な観点から考えた場合、研究者がオープンデータを使用し、解析した結果、人々の命や生活のリスクがあることを把握したのにそれを示さないことのほうが課題であると考え、研究者としてはデータをきちんと示していくことが重要だと考える。

● 演者への質問

質問：現場の保健師から情報活用に関するGISの利

用について問い合わせはあったか？ または、いま、現場の保健師と取り組んでいることがあれば教えてほしい。

回答〔堀池氏〕：大学院時代に大阪府の保健師にGISの方法を教えた。そのときは実際のデータを使用した。1つ目は、結核患者の経年変化をプロットし、周辺の商業施設も確認した。いわゆるホットスポットを明らかに、感染リスクのある場所が特定できないかを試みた。2つ目は、子育て支援センターをプロットし、乳幼児の人口を1丁目単位でプロットしていくと施設の分布のかたよりがみえてきた。センター機能の再編再配置、適正配置という点で利用したいという意見があった。

回答〔板谷氏〕：1つ目は、自治体の高齢者部門から、高齢化率もしくは高齢者の住んでいる地区を色分けし、介護予防教室を設置する場所を知りたいという問い合わせがあった。また、公民館などをプロットし、通うのに利便性のよい公民館を調べたりもした。2つ目は、国保データベースシステムとレセプトデータを突合し、医療費の地区分析を地図化することも行った。

回答〔中井氏〕：保健師の方々から、可視化することの大切さはわかるが、GISを導入する場合、いまの稼働量でGISを活用する時間を捻出することができるのか、ソフトの費用はどうするのか等の話がでていた。また、国保データベースシステムのデータを使って色分けをするのは保健師も知っているが、色分けは保健師自身が行うよりも依頼したほうがよいと話される人が多かった印象がある。

VI. 研究セミナーを終えて

終了後のアンケートは44人（回答率36.1%）から回答が得られた。セミナーの内容は95.5%が「かなりよかった」「まあよかった」と回答していた。講演時間は86.6%が「ちょうどよかった」と回答し、オンライン形式のセミナー開催は95.5%が「参加しやすい」と回答していた。また、GISを用いた研究の理論について、88.7%が「かなり理解できた」「まあ理解できた」と回答し、GISを用いた研究の実際について、95.5%が「かなり理解できた」「まあ理解できた」と回答していた。

今回の講演会では、GISの基本的な理解や、実践や研究への活用を学ぶことができた。災害時等にGISを用いることは、地域の人々の命を救うことにもつながることを研究や実践例を通じて再認識することができた。ま

た、GISの活用はアイデアや発想を広げるというメリットがあるほか、サービス提供者、サービス利用者を含めた意思決定の際にも有効であり、政策立案に寄与する有効なツールであることを講演を通じて学ぶことができた。

講師の先生方にはご多用のなか、講演いただきありがとうございました。GISを初めて知る人にもたいへんわかりやすくご説明いただき、実践や研究にGISを取り入れる動機づけをしていただきました。また、質疑応答では講演内容に加え、教育、研究、実践におけるGISの活用方法をご教示いただきましたことを心より感謝申し上げます。さらに、本稿をまとめるにあたり、講演内

容の確認もしていただき、誠にありがとうございました。

研究セミナーに関連し、本委員会構成員全員について開示すべきCOI関係にある企業・団体はありません。

2021年度研究活動推進委員会

委員長：大森 純子（東北大学大学院医学系研究科）

副委員長：和泉 京子（武庫川女子大学看護学部）

委員：北岡 英子（湘南鎌倉医療大学）

平野美千代（北海道大学大学院保健科学研究院）

松永 篤志（東北大学大学院医学系研究科）

持田 恵理（大泉町役場健康福祉部）

山下留理子（徳島大学大学院医歯薬学研究部）

資料1 GISを用いた研究の理論

スライド 1

スライド 2

スライド 3

スライド 4

スライド 5

スライド 6

スライド 7

スライド 8

スライド 9

データはここから入手

国土数値情報ダウンロード

USGS EarthExplorer

ScienceCloud

各省庁・自治体・団体HP

e-Stat 政府統計の総合窓口

DATA 60.JP 地域情報サイト

スライド 10

GISソフト一覧

いつでも更新できる・データを引き継げる・分析できる

値段	無料	有料	MANDARA
充実度	○	○	△
簡単度	△	△	○
サポート	△	○	△
例えると	R	SPSS	Excel

スライド 11

空間解析

▶鉄金術ではなく科学。パターンを見つけ、定量化し、予測する。



スライド 12

空間解析

▶ジオエンリッチメント



例:データ追加

▶緯度経度追加

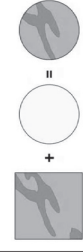


例:マッピング

スライド 13

空間解析

▶クリップ



例:重なるエリア抽出

▶ディゾルブ(融合)



例:小学校区を中学校区に

スライド 14

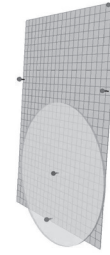
空間解析

▶空間結合



例:最寄りの病院情報追加

▶バッファ



例:半径1kmの範囲作成

スライド 15

空間解析

▶最短ルート



例:避難経路

▶到達圏



例:徒歩5分で行ける範囲

空間解析

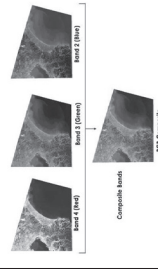
▶3D(距離、可視性、容量計算)



例:標識が見える範囲

空間解析

▶複合バンド



例:衛星写真作成

▶ポイントクラウド(LiDAR)



例:街を再現

スライド 16

スライド 17


スライド 18

資料2 GISを用いた地域看護研究の実例

2021年度地域看護学専攻の2021年度研究発表テーマ
地域看護学専攻の2021年度研究発表テーマ
地域看護学専攻の2021年度研究発表テーマ

GISを用いた 地域看護研究の実例

金沢医科大学看護学部 中井 寿雄



QRコードをスマートフォンで読み取り、
発表資料をダウンロードしてください。

スライド 1

K-DIPSによる地域の要支援者対策

K-DIPS Solo



地域の要支援者を把握
K-DIPS Soloによる入力支援
看護師は、ケアマネによる入力支援
出費を削減しながら、介護・対策

K-DIPS Online

自治体・事業者にサーバーを設置
K-DIPS Soloの情報を接続し、業務
本人の情報をエディタースとした平時の
介護・介護・介護

- K-DIPSアプリに自分の情報を入力
- 有責の原には、スマホ情報をDMAT
が検索できるように設定することで、
迅速な治療・ケア、迅速に貢献

スライド 2


K-DIPS® Solo

スライド 3

自分の情報を自分の判断で開示！

自分の情報を管理することが最大の自助です！

- かかりつけ医を受診できるとは限らない
- DMATや医療チームは被災地外からかけつける



- K-DIPS Soloの情報を医療スタッフに開示
- 問診の効率化
- 迅速な治療・ケア、搬送

自分の情報を開示するか否かも自分(介護者や介護者が決める！)

スライド 4



K-DIPS Soloはモバイルデバイス
K-DIPS Soloの情報を医療スタッフに開示
問診の効率化
迅速な治療・ケア、搬送

スライド 5


K-DIPS® Online

スライド 6

本人情報から備蓄

K-DIPS Online

2021年7月-10月 / 認知機能低下で緊急要援

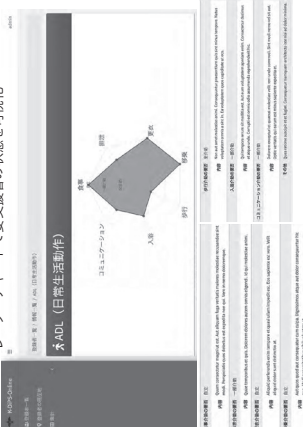


開募中のスクリーンショットです
※スクリーンショットはイメージです

スライド 7

レーダーチャートで要支援者の状態を可視化

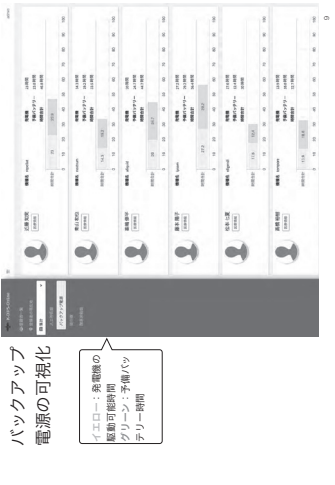
ADL (日常生活動作)



認知機能低下
日常生活動作
ADL (日常生活動作)

スライド 8

バックアップ 電源の可視化



バックアップ
電源の可視化

エラー：糸巻機の
駆動可能時間
クリーン：予備バッ
テリー時間

スライド 9

当事者情報に基づいた訓練や救助に貢献

※ 関係団体の位置情報を取得しジオコーディングしています。

- ・ 洪水のシミュレーション
- ・ 避難の避難訓練
- ・ 避難の参加順位の検討
- ・ 迅速な安全確認と救助

10

スライド 10

関東の福祉避難所をプロット・・・

11

スライド 11

NHK首都圏ナビ 福祉避難所が浸水する！？

(NHK社会部/災害担当内山操機 担当)

江東区の約60%の施設が3メートル以上の浸水が想定される！

12

スライド 12

ソーラー発電機の地理的分布と 土砂災害想定区域の重ね合わせ

13

スライド 13

土石流警戒区域 DR3 之場所の土石流警戒区域が重なる区域に立地

14

スライド 14

International Journal of Environmental Research and Public Health Suitable for Vulnerable People during a Tsunami

- ・ 発避難がいで外来リハに通っている子どもと養護者を対象
- ・ 津波からの避難可能範囲
- ・ 最近接の避難所までのルート解析

15

スライド 15

避難可能範囲とルート解析

移動速度
・ 時速2.24km

移動可能範囲
・ クリーム：5分
・ ページュ：10分

避難行動シミュレーション
・ 津波の流入方向と避難の方向の関係を把握
・ 垂直避難の必要性について検討が可能

16

スライド 16

クワービルなどの垂直避難に避難者を分けることを想定したモデル

BBZツールを用いた避難者の分配

- ・ 津波からビルやタワーに避難した人を、浸水区域外の避難所にできるだけ均等に振り分ける。
- ・ COVID-19の感染対策のために、避難者がソーシャルディスタンスを確保した場合の避難所のキャパを推計

17

スライド 17

人口と避難所までの距離を考慮した3分割案

ゾーン	BBZで平均化(人)	避難所(施設)	収容可能数(人)	2mの超過数(人)
ゾーン1(グリーン)	4,705	6	1,270	3,435
ゾーン2(ピンク)	4,192	0	0	4,192
ゾーン3(イエロー)	3,635	1	1,623	2,012

18

スライド 18

編集後記

日本地域看護学会では、来たる2040年の人々の健康と環境の変化への適切な対応を目指し、生活の質、包括性、継続性の視点を重視した看護活動を支える地域看護学の発展に向け、重点的に取り組むべきリサーチアジェンダとして「地域看護学定義に基づく2040リサーチアジェンダ24」を公表しました。

本号に掲載された研究報告5編は、退院支援、地域DOTS、施設での看取り、自主グループでのソーシャルサポート授受をテーマとし、24のリサーチアジェンダのうち「多職種によるケア体制の構築と継続」「その人らしい生活を継続するための場を超えた支援」「地域社会の包容力や豊かさの開発と居場所づくり」などに対して、貴重な示唆を与える内容となっています。また、支援対象者としては外国人、高齢者に着目するものであり、「マイノリティや脆弱な人々に対する地域看護実践の方法論」に資するものともなっています。このように本学会誌は、有用な研究成果の発信を通じて、2040リサーチアジェンダの達成に貢献していく役割を担っています。本誌が、貴重な研究成果を共有するプラットフォームとしていっそう活性化し、重責を果たしていくため、会員のみなさまには積極的な論文投稿を、査読委員の先生方には変わらぬお力添えをお願い申し上げます。

また、今回掲載された研究報告が対象とした場は、地域、病院、介護老人福祉施設と、地域看護実践の場の広がり象徴するものでした。地域看護学を基盤とする看護職の今後ますます多様な場での活躍が期待されますが、このことはキャリア形成の多様化にもつながるものです。編集委員会企画連載として掲載した「地域看護に活用できるインデックス キャリア・アンカー」は、そのような状況にあって、人材育成、個人のキャリア選択のいずれにおいても、重要性を増していく概念と思われれます。どうぞご覧いただければ幸いです。

(田口 理恵)

「日本地域看護学会誌」投稿論文の締切について

投稿論文は随時受け付けますが、1月20日、5月20日、9月20日で締め切り、審査を行います。ご投稿をお待ち申し上げます。

日本地域看護学会誌 第25巻第3号
Journal of Japan Academy of Community Health Nursing Vol.25, No.3

発行日 2022年12月20日

発行 一般社団法人日本地域看護学会
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1 (株)ワールドプランニング内
E-mail : jachn@worldpl.jp
http://jachn.umin.jp
発売元 株式会社 ワールドプランニング
〒162-0825 東京都新宿区神楽坂4-1-1
Tel : 03-5206-7431 Fax : 03-5206-7757
E-mail : world@med.email.ne.jp http://www.worldpl.com
振替口座 : 00150-7-535934