

大分看護科学研究

Journal of Oita Nursing and Health Sciences

Vol. 3 No. 2

June 2002

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 1345-6644

「大分看護科学研究」編集委員会

編集顧問:	小泉明	(日本医師会)
	近藤潤子	(天使大学)
	樋口康子	(日赤看護大学)
	見藤隆子	(長野県看護大学)
編集委員:	江崎一子	(別府大学)
	太田勝正	(長野県看護大学)
	柏崎 浩	(国立健康・栄養研究所)
	野並葉子	(兵庫県立看護大学)
	三宅晋司	(産業医科大学)
委員長	草間朋子	(大分県立看護科学大学)
幹事	稲垣 敦	(大分県立看護科学大学)
英文校閲:	Gerald Thomas Shirley	(大分県立看護科学大学)
事務局:	定金香里	(大分県立看護科学大学)
	高波利恵	(大分県立看護科学大学)

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文:	2名
	総説:	1名
	資料・報告:	2名
	短報:	1名
	トピックス:	1名

大分看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を發表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に發表済みならびに投稿中でないものに限る。他の雑誌等に投稿していないことを確認するために、所定の用紙に署名する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、短報・トピックスは1ヶ月、その他の投稿原稿は2ヶ月以内に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、大分看護科学研究編集委員会に所属する。

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに再投稿すること。返送の日より6ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から6ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWW ページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物におけるbiomedical研究(実験的治療を含む)は、ヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に従い、関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。
- 2) 調査研究などについては、調査・研究上の倫理的原則に則った発表であることを明示すること。
- 3) 資料の目的外使用については、調査などの責任者の許可を得たことを記載すること。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要領

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 原稿送付先

〒870-1201 大分郡野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学内

大分看護科学研究編集事務局

TEL 097-586-4472 (ダイヤルイン)

FAX 097-586-4393

E-mail journal@oita-nhs.ac.jp

表1

カテゴリー	内容	制限字数
1 原著 (original article)	独創的な研究論文及び科学的な観察	5,000~10,000
2 総説 (review article)	研究・調査論文の総括及び解説	5,000~10,000
3 短報 (short communication) /short note)	独創的な研究の短報または手法の改良 提起に関する論文	~3,000
4 資料・報告 (technical report)	看護・保健に関する有用な資料・調査報告	5,000~10,000
5 トピックス (topics)	海外事情、関連学術集会の報告など	~5,000
6 読者の声 (letter to editor)	読者からの掲載論文等にたいする意見など	~2,000

大分看護科学研究

Journal of Oita Nursing and Health Sciences

Vol. 3, No. 2 (2002年6月)

目次

短報

Changes in the sleep during prolonged bed rest in healthy young men 29

Reiko Sato, Jukai Maeda

資料

在宅精神障害者の日常生活における困りごと・苦手なこと～当事者と家族との意識のずれ 33

影山 隆之、大賀 淳子、河島 美枝子、舞 治代、佐田 美貴恵、渡辺 英宣、東保 みづ枝

トピックス

大分県立看護科学大学 平成 13 年度公開講座

21 世紀の看護 いま、看護職に求められているもの 40

高橋 久夫

21 世紀における看護の継続教育：諸外国の例 41

洪 麗信

コミュニケーション・スキルをどう育てるか 48

関根 剛

看護診断、今求められるもの 51

藤内 美保

家族を看護する 55

木下 由美子

看護の倫理と Professionalism 58

平野 互

Changes in the sleep during prolonged bed rest in healthy young men

Reiko Sato, MA

Oita University of Nursing and Health Sciences

Jukai Maeda, MS

Nagano College of Nursing

Received 12 September 2001; Accepted 21 January 2002

Abstract

The sleep of four healthy young adult men was studied during a period of 20 days under bed rest conditions. The electroencephalograms (EEGs) were recorded during three 24-hour sessions (started from 21:00 to the subsequent day 21:00) on the 1st, 10th and 20th days of the bed rest period. Significant differences were found among the three measurement sessions in time length in stage II sleep, in rapid eye movement (REM) sleep and in total sleep. No differences were found in time length in stage I sleep, stage III + IV sleep and sleep latency. These results suggest that the sleep in healthy young adult men changed during the 20 days of bed rest.

Key words

sleep, electroencephalogram, bed rest, young adults

1. Introduction

It is important for nurses to understand the sleep of patients who are in bed for a long time. According to previous studies, bed rest or physical immobilization conditions among healthy young adults can lead to physiological function changes. Deitrick et al. (1948) studied various metabolic and physiologic functions of normal healthy men who underwent a course of six to seven weeks of immobilization. The participants were placed in bi-valved plaster casts extending from the umbilicus to the toes. Their basal metabolic decline rates during the course of immobilization averaged 6.9 percent. Several investigators studied the effects of continuous bed rest (head-down, tilted six degrees) on the physiological functions of healthy young adults (DeRoshia and Greenleaf 1993, Samel et al. 1993, Monk et al. 1997). A decrease of circadian amplitude of heart rate rhythm was observed during the first 7 days of the bed rest period (Samel et al. 1993). Psychomotor performance test score did not decline in response to 30 days of bed rest (DeRoshia and Greenleaf 1993). Sleep onset latency increased during 17 days of bed rest (Monk et al. 1997). Other investigators studied the effects of 20 days of horizontal bed rest on human psycho-physiological functions (Haruna et al. 1994, Ishizaki et al. 1994). Basal oxygen uptake de-

creased during the first 10 days of bed rest (Haruna et al. 1994). Psychological effects, such as mental stress, escalated after bed rest (Ishizaki et al. 1994). The total sleep time of healthy young adults did not significantly increase during the 7 days of bed rest (Ohta 1983).

However, the bed rest condition of these sleep studies was incomplete and the experimental period was relatively short. Before examining the effects of prolonged bed rest on the patients, we examined the similar effects in healthy adults. The present study was undertaken to explore the effects of prolonged (more than 20 days) horizontal bed rest on sleep in healthy young adults, based on electroencephalogram (EEG).

2. Subjects and Methods

Participants in this study were four healthy adult male students at a co-medical school of hygienics, aged between 19 and 25. They gave their written consent after a thorough explanation and discussion of the study procedures. The study design and protocol were approved by the Institutional Review Board (Human Subjects Ethics Committee), School of Medicine, University of Tokyo, Japan.

(1) Bed Rest Conditions

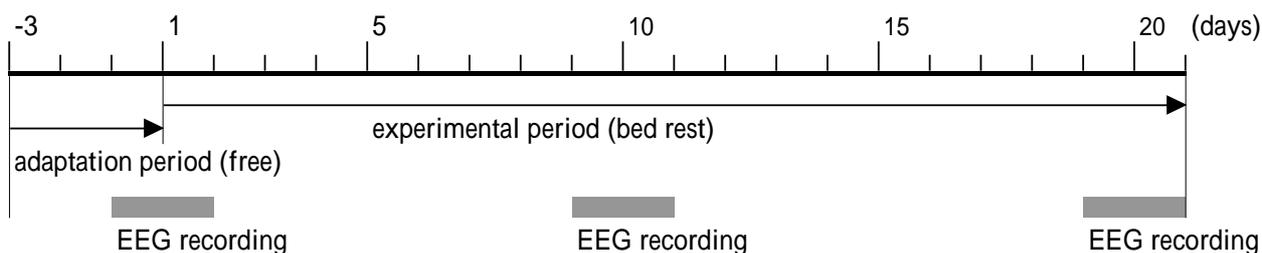


Fig1. Outline of the present study

The data collection was initiated following three adaptation nights at a medical unit of a university-affiliated hospital (Figure 1). During the 20-day bed rest study, the participants were physically restricted to a horizontal supine position within a bedroom in the study unit. The bedrooms were air-conditioned, and the room temperature was kept between 25 °C and 28 °C at all times. The room light was turned off at 22:00. The participants were allowed to watch television or videotapes, listen to audiotapes or radio, or read books or magazines. They received standard hospital meals three times a day at 7:00, 12:00 and 18:00, and had no strict restrictions against eating snacks or smoking. They were also allowed to see visitors. However, they were restricted to a minimum of physical activities and were not permitted to leave their beds. They were transferred into a wheelchair to go to the bathroom or for personal hygiene. They were not permitted to stand or sit up at all; instead, each participant was allowed to elevate his upper body on its side while eating or reading.

(2) EEG Recording

EEG data were recorded from C3 and C4 with reference to A1 or A2. The electromyogram and electrooculogram were also recorded using standard methods. Signals were amplified and monitored with an ambulatory EEG

polygraphy recorder (6R21, NEC-SANEI., Japan) and were recorded onto magnetic tapes using a compact cassette data recorder (HR40I, TEAC., Japan). Each recording was printed onto an EEG recording paper for a subsequent visual scoring with 60-second epochs using standard criteria (Rechtschaffen and Kales 1968). Each 60-second epoch was scored as stage I sleep, stage II sleep, stage III sleep, stage IV sleep, rapid eye movement (REM) sleep or wakefulness. EEGs were recorded at the 1st, 10th, and 20th days of bed rest. Each measurement session started at 21:00 and lasted for 48 hours. The EEGs for the latter half of 48 hours were analyzed (Figure 1). The length between 22:00 and the onset of the two consecutive minutes of stage I was defined as sleep latency.

(3) Data Analysis

Because the data were not normally distributed, Friedman tests were used for statistical analysis.

3. Results

The observed sleep time is summarized in Table 1. Significant differences were found among the three measurement sessions in time length in stage II sleep ($p=0.0388$), REM sleep ($p=0.0388$) and total sleep ($p=0.0388$). No differences were found in time length in stage I sleep, stage III

Table 1. The mean values and standard deviations (SD) of the 6 sleep parameters during the measurement sessions of the 1st, 10th, and 20th days of bed rest.

Sleep parameters (min)	1st day		10th day		20th day	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD
Sleep latency	144.9	34.7	274.6	66.9	259.3	137.7
Total sleep time*	388.2	16.7	439.8	33.4	354.8	76.7
Stage I	65.6	30.9	38.7	23.9	53.5	23.3
Stage II*	174.9	19.6	217.2	13.5	158.1	59.7
Stage III + IV	60.8	10.6	60.7	28.2	62.9	14.8
Stage REM*	86.8	18.3	125.0	21.9	80.5	34.4

number of participants=4, *: $p=0.0388$

+ IV sleep and sleep latency.

4. Discussion

Monk et al. (1997) reported that sleep onset latencies increased during 17 days of bed rest. The total sleep time showed no significant increase during 7 days of bed rest (Ohta 1983). The results of the present study, however, showed that total sleep time significantly changed during 20 days of bed rest. These inconsistent results are probably attributed to the differences of bed rest conditions in these studies. The participants in the study of Monk et al. (1997) were restricted to a supine position (head-down, tilted six degrees) for 17 consecutive days and were strongly encouraged to sleep between 23:00 and 7:00. Ohta (1983) instructed the participants to take bed rest for 19.5 hours daily during a 7-day period; the day-night cycles and dietary schedules were fixed. In the present study, the participants were restricted to a horizontal position all of the time for 20 days, but were not forced to sleep.

According to Monk et al. (1997) the variations of the sleep onset latencies during the bed rest periods are due to the reduced amplitude of body temperature circadian rhythms and the delay of sleep phases resulting from the bed rest conditions. The mechanism underlying the phenomenon in our results, however, is still unclear, since other physiological functions associated with sleep changes and bed rest have not been examined. Under the same bed rest conditions that we adopted in this study, several investigators studied the effects of bed rest on physiological functions (Haruna et al. 1994, Ishizaki et al. 1994). In the study of basal metabolism changes during 20 days of bed rest, Haruna et al. (1994) reported that basal oxygen uptake significantly decreased during the first 10 days of bed rest and leveled off during the following 10 days and that body temperature did not change significantly. Using psychosomatic stress indices, Ishizaki et al. (1994) reported that the degree of the participants' mental stress was influenced by their bed rest conditions. In the rat subjected to chronic stress, Kant et al. (1995) reported that sleep decreased in the light hours and increased in the dark hours. We hypothesize that sleep changes found in the present study can be related to a decrease in basal metabolism and an increase in mental stress during the bed rest conditions.

As shown above, the effect of prolonged bed rest on to-

tal sleep time of healthy adults was not simple. Further studies are warranted in order to investigate comprehensive physiological mechanisms of sleep changes and perceived stress with a variety of age and different gender groups.

Acknowledgments

We dedicate this article to Professor Hiromi Minamisawa of Yamanashi Medical University, a co-author, who died in December, 1999.

References

- Deitrick, J.E., Whedon, G.D., Shorr, E. (1948). Effects of immobilization upon various metabolic and physiologic functions of normal men. *Am J Med.* 4, 3-36.
- DeRoshia, C.W., Greenleaf, J.E. (1993). Performance and mood-state parameters during 30-day 6° head-down bed rest with exercise training. *Aviat Space Environ Med.* 64, 522-527.
- Haruna, Y., Suzuki, Y., Kawakubo, R., Yanagibori, R., Gunji, A. (1994). Decremental reset in basal metabolism during 20-days bed rest. *Acta Physiol Scand.* 150 (Suppl. 616), 43-49.
- Ishizaki, Y., Fukuoka, H., Katsura, T., Nishimura, Y., Kiriya, M., Higurashi, M., Suzuki, Y., Kawakubo, K., Gunji, A. (1994). Psychological effects of bed rest in young healthy subjects. *Acta Physiol Scand.* 150 (Suppl. 616), 83-87.
- Kant, G.J., Pastel, R.H., Bauman, R.A., Meininger, G.R., Maughan, K.R., Robinson, III, T.N., Wright, W.L., Covington, P.S. (1995). Effects of chronic stress on sleep in rats. *Physiol Behav.* 57, 359-365.
- Monk, T.H., Buysse, D.J., Billy, B.D., Kennedy, K.S., Kupfer, D.J. (1997). The effects on human sleep and circadian rhythms of 17 days of continuous bed rest in the absence of daylight. *Sleep* 20, 858-864.

Ohta, T. (1983). Sleep-wake rhythm of normal subjects under the entrained, absolute bed-rest condition for one week. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 85, 302-330 (in Japanese).

Rechtschaffen, A., Kales, A.A. (1968). A manual of standardized terminology, techniques, and scoring system for sleep stages of human subjects. National Institute of Neurological Diseases and Blindness, Bethesda, MD.

Samel, A., Wegmann, H-M., Vejvoda, M. (1993). Response of the circadian system to 60 head-down tilt bed rest. *Aviat Space Environ Med.* 64, 50-54.

Author for correspondence

Department of Adult and Gerontological Nursing
Oita University of Nursing and Health Sciences
2944-9, Megusuno, Notsuharu, Oita 870-1201,
Japan
Reiko Sato
sator@oita-nhs.ac.jp

在宅精神障害者の日常生活における困りごと・苦手なこと～当事者と家族との意識のずれ

Difficulties in daily living among house-dwelling people with mental disorders: discrepancy between their perception and the assessment by their families

影山 隆之 Takayuki Kageyama

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 精神看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

大賀 淳子 Junko Oga

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 精神看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

河島 美枝子 Mieko Kawashima

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 精神看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

舞 治代 Haruyo Mai

大分県中央保健所 Chu-oh Public Health Center, Oita Prefecture (現大分県佐伯保健所 Saiki Public Health Center, Oita Prefecture)

佐田 美貴恵 Mikie Sada

大分県中央保健所 Chu-oh Public Health Center, Oita Prefecture (現大分県精神保健福祉センター Oita Mental Health and Welfare Center)

渡辺 英宣 Hidenobu Watanabe

大分県中央保健所 Chu-oh Public Health Center, Oita Prefecture

東保 みづ枝 Mizue Tohbo

大分県精神保健福祉センター Oita Mental Health and Welfare Center (現大分県中央児童相談所 Chu-oh Child Guidance Center, Oita Prefecture)

2002年1月21日投稿, 2002年4月19日受理

要旨

在宅精神障害者の日常生活における困りごとについて調べるために、大分郡に在住する精神障害者とその同居家族45組に対して自記式質問紙調査を行った。精神障害者自身が認識している困りごとと、その家族が評価した援助の必要性を比較した結果、二つの観点の大きな乖離が詳細に示された。乖離の様相には男女差も認められた。この乖離は、保健師が在宅精神障害者のためのホームヘルプ事業などに係るケースマネジメントを行う際に、参考になる。

Abstract

For the purpose of examining the difficulties in daily living among house-dwelling people with mental disorders, a self-administered questionnaire survey was administered to 45 pairs of patients and their families living together in Oita County. The comparison between the difficulties perceived by the patients and the needs for help assessed by the corresponding families demonstrated a great discrepancy in the details of these two viewpoints. Gender difference in the discrepancy was also observed. This discrepancy can be referred to by public health nurses occupied in case management dealing with home-help service and so on for house-dwelling people with mental disorders.

キーワード

在宅精神障害者、日常生活での困りごと、援助のニーズ、家族

Key words

house-dwelling people with mental disorders, difficulties in daily living, need for help, family

1. はじめに

在宅精神障害者が日常生活において、どのような困りごとや苦手なことを抱え、どのような援助を必要としているかを、地域レベルで把握しようとする試みは少なくない(神奈川県精神保健センター, 1992; 石川県精神保健協会, 1995; 福島県保健福祉部健康増進課, 1997; 熊本県衛生部保健予防課, 1997; 沖縄県立精神保健福祉センター, 1997; 田所 他, 1997; 東京都衛生局, 1997; 愛知県衛生部, 1998; 大分県宇佐高田保健所, 1999; 東保 他, 1999; 内野 他, 1999)。その中には、精神障害をもつ当事者、その家族、関係職スタッフの三者それぞれに対して「どのような施設・活動・サービスが求められるか」を質問した調査もあるが、その結果からは、答える立場により認識に差があることも指摘されている(石川県精神保健協会, 1995; 若菜 他, 1997; 長崎県精神障害者社会復帰ニーズ調査検討会, 1998; 東保 他, 1999)。確かに、生活障害の実態に関する当事者の自己評価と関係職種による評価は「1970年代以降、次第に一致するようになってきた」という声もあるが(岡上, 1999)、しかし実際には、退院前に医療者側が評価した生活障害と、退院後にグループホーム側が評価した結果がまったく食い違ったケース(内田, 1999)の報告も少なくない。また同様に、生活障害に関する当事者の自己評価と、家族による評価が一致しないことも、精神保健福祉活動の実務においてはしばしば経験される。

ところが、上記のような地域レベルの「ニーズ調査」では、精神障害をもつ当事者や関係スタッフなどの対象群ごとに、調査結果を別々に集計していることがほとんどである。つまり、たとえば精神障害をもつ当事者とその家族の回答とを対応づけて集計した報告は、ほとんどない。

ここで、大分県中央保健所大分郡支所(以下、保健所)では1999年度より、地域保健推進特別事業「精神障害があっても安心して暮らせるまちづくり」の一環として、在宅精神障害者(以下、単に当事者という)・その家族・住民を対象とする意識調査を行ってきた(大分県中央保健所大分郡支所, 2000)。この調査は、当事者とその家族の回答をセットで回収した点に特徴がある。そこで本稿では同調査から、日常生活の中で当事者自身が感じている「苦手なこと・困りごと」と家族からみた「要援助性」とのずれが、どのような場合に多いのかを、とくに当事者の性別との関係を中心に検討した結果について報告する。

2. 地域の概要と調査の対象・方法

(1) 地域の概要

保健所の所管地域である大分郡は大分市・別府市の西方に位置し、野津原町・挾間町・庄内町・湯布院町の4町からなる。全体として農林業地域であり、山間の集落も多い。庄内町には保健所が、挾間町には管内唯一の常設精神科医療機関(大分医大附属病院)がある。公共交通は概して不便で、大分医大や大分・別府市内にある精神科医療機関まで車で行くには1~2時間以上かかることも多い。管内人口は1999年10月現在約4万人で、挾間以外の町では減少しつつある。高齢化率は24.8%で、特に庄内・野津原町では30%を超えており、大分県の平均よりも高齢化が進んでいる。県統計によれば管内の精神障害者は年々増加しており、1999年6月には799人と報告されている(人口千人あたりでは19.8人)。このうち659人(82.5%)は通院中、140人(17.5%)が入院中で、前者は漸増傾向、後者は微減傾向にある。

(2) 調査対象

大分郡在住の精神障害者で、通院医療費公費負担申請、または医療保護入院及び同退院届に伴い、保健所が1999年6月時点で把握していた在宅者128名(以下、当事者)と、その家族113名を調査対象とした。なお、当事者中15名は単身者で家族がいなかった。対象者の住所に当事者用と家族用の無記名・自記式質問紙を郵送し、回答を依頼した。家族のうち誰が回答するかを厳密に規定して依頼することは困難と思われたので、回答者の続柄は任意とした。当事者と家族が記入した質問紙をそれぞれ小封筒に入れて密封の後、2つの小封筒を大封筒に入れて郵送で回収した。調査期間は1999年8月18日~9月30日である。

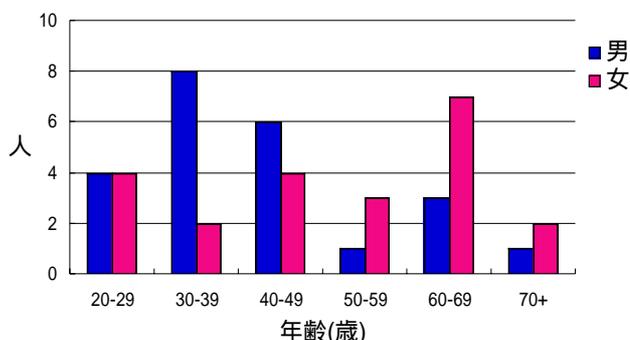


図1 対象者の男女別年齢分布

当事者 56 名(43.8%)と家族 51 名(45.1%)から回答が得られたが、本研究では両者の回答がそろった 47 組(41.6%)中、調査時点で当事者が地域外に入院中の 2 組を除いた 45 組について検討した。当事者の年齢をみると(図 1)、男性当事者(N=23)には 30 歳代が、女性当事者(N=22)には 60 歳代が多く、女性の方が年齢が高い傾向にあった(Wilcoxon の順位検定; $z=1.726$, $p=0.084$)。男性当事者からみた家族回答者の続柄としては親がもっとも多く、女性当事者からみた家族回答者の続柄では配偶者・子どもが比較的多かった(表 1)。

質問紙を郵送した当事者の診断名はほとんどが精神分裂病なので、回答した当事者についても同様と思われるが、今回の調査では質問していない。男性当事者が回答した生活の現状は「特に何もしていない」がもっとも多く(39%)、「保健所デイケアに通っている」(17%)がこれに次いだ。女性当事者の場合には「家事」(48%)がもっとも多く、「保健所デイケアに通っている」は皆無であった(表 2)。

表 1 当事者からみた家族回答者の続柄

当事者の性別	家族の続柄				計
	子	配偶者	同胞	親	
男	3(13%)	4(17%)	1(4%)	15(65%)	23(100%)
女	5(25%)	7(35%)	4(20%)	4(20%)	20(100%)
計	8(19%)	11(26%)	5(12%)	19(44%)	43(100%)

女性当事者 2 名の家族は続柄について無回答だったので表から除いてある。

$\chi^2=9.3(df=3)$, $p=0.025$ 。

表 2 当事者は日中どのような生活をしているか

生活状態	当事者の性別		計
	男	女	
正規の社員・従業員	3(13%)	1(5%)	4(9%)
パート・アルバイト	2(9%)	2(10%)	4(9%)
家事(主婦を含む)	0(0%)	10(48%)	10(23%)
保健所デイケア	4(17%)	0(0%)	4(9%)
病院デイケア	3(13%)	4(19%)	7(16%)
特に何もしていない	9(39%)	5(24%)	14(32%)
計	21(100%)	22(100%)	43(100%)

男性 2 名は無回答だったので集計から除いてある。

(3) 調査内容と分析方法

主な質問内容は、回答者の属性、生活状況、社会復帰活動・社会復帰施設や精神保健福祉制度に関する知識と利用希望、などである。ただし本稿では、当事者に対する「生活の中で苦手と感じているものや、困っていることは何ですか」という質問(以下、困りごと・苦手なこと)と、家族に対する「家族から見て患者さんに支援が必要と思っていることは何ですか」という

質問に焦点を当てて報告する。どちらの質問にもまったく同じ 21 の選択肢(「特にない」を含む)が用意され、困りごと・苦手なこと、あるいは要支援とされていることを、いくつでも選べる形式になっている。

当事者および家族によるこれらの回答(「特にない」を除く 20 の選択肢)を、まず当事者の性・年齢別に集計した。次に、当事者と家族の回答をクロス集計した。前述のように男女で年齢や家族の続柄などの背景が異なるらしいことから、回答結果の男女差についてはあえて統計検定を行わなかった。

3. 結果

当事者からみた困りごと・苦手なこととしては、掃除・近所づきあい・経済的問題などが多かった(表 3)。男性では友人・近所とのつきあいや掃除を挙げた人が多く、女性では交通機関による外出・経済的問題や炊事・金銭管理を挙げた人が多かった。とくに、交通機関による外出や近隣とのつきあいについては、困りごと・苦手なこととする人の割合に男女差が大きかった。なお表には示さないが、当事者の年齢が 49 歳以下の群と 50 歳以上の群に分けてみた場合、困りごと・苦手なこととして入浴を挙げた人は 50 歳以上群に多かった。しかし他の項目では目だった年齢差はみられなかった。

家族からみて要援助という回答が多かったのは、掃除・炊事や規則的な生活、友人・近所との人間関係などであった(表 4)。当事者が男性の場合には時間管理や近所づきあいについて要援助とする回答が多かったが、当事者が女性の場合にはこれらに加えて、炊事・掃除・洗濯などの家事や、身だしなみ・部屋の整理・服薬管理についても要援助という回答が多かった。とくに身だしなみについては、当事者の性別によって要援助とされる割合に差が大きかった。なお、当事者の年齢が 49 歳以下の群と 50 歳以上の群に分けてみた場合、要援助という回答の割合に目だった差はなかった。

ここで各項目について、困っている・苦手と回答した当事者の割合を x 軸に、要援助と回答した家族の割合を y 軸にプロットすると(図 2)、男女とも概して前者より後者の割合が高い項目が多かった。とくに、男性当事者では時間管理・服薬管理や入浴・火の始末、女性では洗濯・身だしなみ・規則的な生活・服薬管理などで、この傾向が顕著だった。しかし反対に、男性当事者における友だち・近所とのつきあいや掃除、女性当事者における交通機関による外出や経済的問題に

については、要援助とする家族よりも困っている・苦手とする当事者の割合の方が高かった。

さらに、上記の当事者による回答と家族による回答を男女別・項目別にクロス集計した結果を、表5に要約する。男性当事者では買い物・掃除・金銭管理・対人関係・時間の使い方など、女性当事者では掃除・部屋の整理・金銭管理・服薬管理・交通機関による外出などで、家族の回答との不一致が3割を超えていた。

4. 考察

本調査で回答した当事者の数は、県が推定した管内の在宅精神障害者の6.8%に相当する。無回答群や保健所が関わりをもったことのない在宅精神障害者の状況は不明だが、保健所が何らかの支援を試みている事例の4割以上から得られた情報は、十分貴重であると考えられる。そもそもこのような調査を郵送法で実施できたこと自体、精神障害への偏見がもっと強かった時代には考えにくかったことである。

回答者の年齢には男女差がうかがわれた(図1)。類似の調査の中にも、同様の現象が見られる(石川県精神保健協会、

1995; 東京都衛生局, 1997)。その背景も興味深いがいずれにせよ上記の集計で男女差と見えることが、実は若年群と中高年群の差である可能性は否定できない。また、男女で当事者の年齢が異なることは、回答した家族との続柄が異なる傾向をも意味する(表1)。したがって、男女差と見えることは、実は回答した家族の続柄による視点の差によるものかもしれない。しかし、年齢や家族の続柄で回答者を層別して男女差を検討するためには、回答者数が少なすぎる。以下では上記の可能性に留意しながら、この地域での実態を読み

表3 当事者が「困りごと・苦手なこと」と回答した割合

困りごと・苦手なこと	全対象者の回答(%)	男性当事者の回答(%)	女性当事者の回答(%)
1)掃除	40.4	43.5	36.4
2)洗濯	21.3	21.7	22.7
3)買い物	19.2	17.4	22.7
4)炊事	38.3	34.8	40.9
5)食事の片づけ	23.4	30.4	18.2
6)入浴	8.5	0.0	13.6
7)ゴミ出し	19.2	13.0	27.3
8)火の始末	10.6	4.4	18.2
9)ボタン付け	17.0	17.4	18.2
10)身だしなみ	8.5	4.4	13.6
11)金銭管理	34.0	30.4	40.9
12)服薬管理	14.9	13.0	18.2
13)部屋の整理	31.9	26.1	36.4
14)規則的な生活	31.9	34.8	27.3
15)友だちづきあい	34.0	47.8	22.7
16)近所づきあい	40.4	56.5	27.3
17)家族とのつきあい	23.4	17.4	27.3
18)自分の時間の使い方	17.0	8.7	27.3
19)交通機関による外出	25.5	4.4	45.5
20)経済的問題	40.4	34.8	45.5

表4 当事者の家族が「要援助」と回答した割合

要援助のこと	全家族の回答(%)	男性当事者の家族の回答(%)	女性当事者の家族の回答(%)
1)掃除	35.6	30.4	40.9
2)洗濯	35.6	30.4	40.9
3)買い物	29.8	26.1	31.8
4)炊事	40.4	30.4	50.0
5)食事の片づけ	34.0	34.8	31.8
6)入浴	23.4	17.4	27.3
7)ゴミ出し	29.8	26.1	31.9
8)火の始末	23.4	21.7	27.3
9)ボタン付け	21.3	17.4	27.3
10)身だしなみ	29.8	13.0	45.5
11)金銭管理	35.6	34.8	36.7
12)服薬管理	35.6	30.4	40.9
13)部屋の整理	40.4	34.8	45.5
14)規則的な生活	48.9	52.2	45.5
15)友だちづきあい	40.4	39.1	40.9
16)近所づきあい	44.7	43.5	45.5
17)家族とのつきあい	31.1	30.4	31.8
18)自分の時間の使い方	38.3	43.5	36.4
19)交通機関による外出	22.2	21.7	22.7
20)経済的問題	36.2	39.1	31.8

取ってみたい。

まず基本的に、当事者からみた困りごと・苦手なこと(表3)については、各地での先行調査(神奈川県精神保健センター, 1992; 石川県精神保健協会, 1995; 福島県保健福祉部健康増進課, 1997; 熊本県衛生部保健予防課, 1997; 沖縄県立精神保健福祉センター, 1997; 田所 他, 1997; 東京都衛生局, 1997; 愛知県衛生部, 1998; 大分県宇佐高田保健所, 1999)とほぼ同じ結果が得られた。ただし、調査毎に対象者の選び方や質問の用語が異なるので、単純比較はできないことにも注意

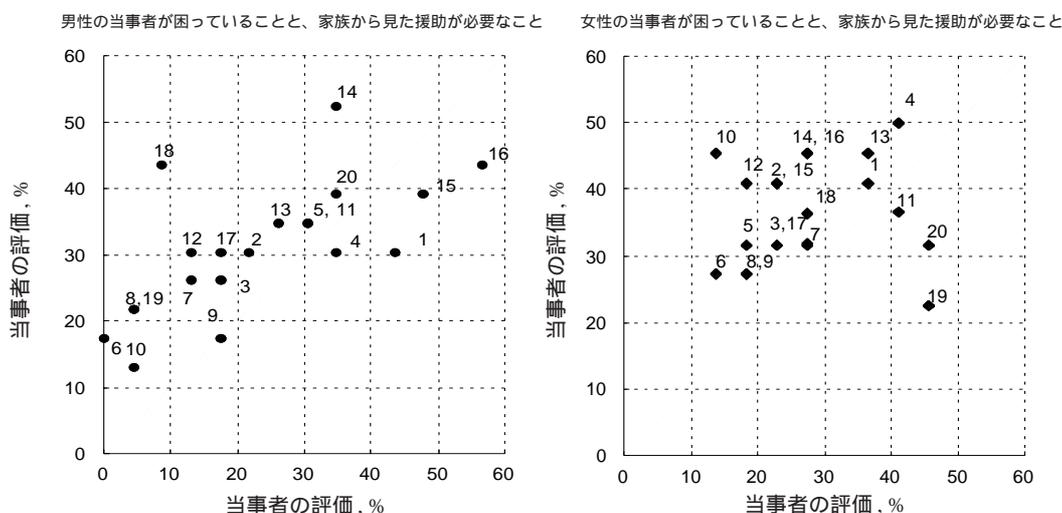


図2 困っている・苦手という当事者の割合と要支援と感ずる家族の割合

を要する。

さらに、この結果を家族からの回答と比較することで、次のようなことがうかがえた。

第一に、多くの項目について、家族からの要援助という声の多さの割には、「苦手・困っている」という当事者が少ないことがうかがえた(図2)。とくに服薬管理などについては男女を問わずこの傾向が強く、これが多くの家族を悩ませる問題であることが推察された。

しかし、次のように男女で様相が異なる点も少なくなかった。

すなわち、当事者が男性の場合には、時間管理の問題や入浴と火の始末についても「要援助との家族が多い割に、苦手・困っていると思う当事者が少ない」という傾向が強く、反対に掃除や友人・近所とのつきあいについては、ニーズを感じている当事者が多い割に家族からの要援助という声が少なかった。これら背景には、男性当事者の年齢が比較的若いことと関係して、「何よりもまず早くきちんと働くようになってほしい」という家族の期待(東保 他, 1999)が作用している可能性も考えられる。

他方、女性当事者の家族は男性当事者の家族に比べ、多くの項目について「辛口」(=要援助)の評価を与えることが多かった。特に身だしなみ・洗濯や人間関係について、当事者の苦手意識以上に家族からの要援助との声が目立って多かった。このことには、女性当事者の年齢が比較的高いことと関係して、「家事や

人づきあいを年齢相応に(または女性らしく)きちんとできてほしい」という家族の思いが反映しているのかもしれない。しかし同時に、交通機関を使った外出について困っている女性当事者が多いにもかかわらず、このことで援助の必要を認めた家族は少なかった点も、公共交通が不便な郡部においては注目すべき所見である。その背景として、男性当事者よりも車を使える人が少ないであろうことや(ただし車の使用について直接の質問はしていないが)、「女は家にじっとしていればよい」と家族が思っている可能性(つまり、家族が期待する行動の男女差)などの影響が考えられよう。

第二に、男性当事者では掃除・買い物・金銭管理・友だちづきあいなど、女性当事者では掃除・部屋の整理・金銭管理などの項目については、当事者の意識と家族の意識の不一致が比較的多いにもかかわらず(表5)、両者を別々に集計(表3、4)するとその差が目立たないことに気づく。この点は、当事者と家族の回答をマッチさせた工夫によって初めて明らかになったものである。

以上に見たような当事者と家族との意識のずれは、双方にとって苛立ち・ストレス感や不満の原因になりやすい可能性が推測される。市町村保健師等の援助者の立場から見れば、上のような意識のずれを念頭に置いた関わり たとえば家族の意向を聴くだけで済ませずに当事者の本音を積極的かつ細やかに拾い上げ

表5 当事者と家族の回答のクロス集計

性別	男性(N=23)				女性(N=22)			
	当事者からみて「苦手・困る」?		家族からみて「要援助」?		当事者からみて「苦手・困る」?		家族からみて「要援助」?	
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No
1)掃除	5(22%)	5(22%)	2(9%)	11(48%)	4(18%)	4(18%)	5(23%)	9(41%)
2)洗濯	3(13%)	2(9%)	4(17%)	14(61%)	5(23%)	0(0%)	4(19%)	13(59%)
3)買い物	1(4%)	3(13%)	5(22%)	14(61%)	4(18%)	1(5%)	3(14%)	14(64%)
4)炊事	4(17%)	4(17%)	3(13%)	12(52%)	7(32%)	2(9%)	4(18%)	9(41%)
5)食事の片づけ	5(22%)	2(9%)	3(13%)	13(57%)	3(14%)	1(5%)	4(18%)	14(64%)
6)入浴	0(0%)	0(0%)	4(17%)	19(83%)	3(14%)	0(0%)	3(14%)	16(73%)
7)ゴミ出し	2(9%)	1(4%)	4(17%)	16(70%)	4(18%)	2(9%)	3(14%)	13(59%)
8)火の始末	1(4%)	0(0%)	4(17%)	18(78%)	3(14%)	1(5%)	3(14%)	15(68%)
9)ボタン付け	1(4%)	3(13%)	3(13%)	16(70%)	3(14%)	1(5%)	3(14%)	15(68%)
10)身だしなみ	0(0%)	1(4%)	3(13%)	19(83%)	3(14%)	0(0%)	7(32%)	12(55%)
11)金銭管理	3(13%)	4(17%)	5(22%)	11(48%)	5(23%)	4(18%)	3(14%)	10(45%)
12)服薬管理	2(9%)	1(4%)	5(22%)	15(65%)	3(14%)	1(5%)	6(27%)	12(55%)
13)部屋の整理	5(22%)	1(4%)	3(13%)	14(61%)	4(18%)	4(18%)	6(27%)	8(36%)
14)規則的な生活	7(30%)	1(4%)	5(22%)	10(44%)	5(23%)	1(5%)	5(23%)	11(50%)
15)友だちづきあい	5(21%)	6(26%)	4(17%)	8(35%)	5(23%)	0(0%)	4(18%)	13(59%)
16)近所づきあい	7(30%)	6(26%)	3(13%)	7(30%)	5(23%)	1(5%)	5(23%)	11(50%)
17)家族とのつきあい	2(9%)	2(9%)	5(22%)	14(61%)	4(18%)	2(9%)	3(14%)	13(59%)
18)自分の時間の使い方	1(4%)	1(4%)	9(39%)	12(52%)	5(23%)	1(5%)	3(14%)	13(59%)
19)交通機関による外出	1(4%)	0(0%)	4(17%)	18(78%)	3(14%)	7(32%)	2(9%)	10(45%)
20)経済的問題	6(26%)	2(9%)	3(13%)	12(52%)	7(32%)	3(14%)	0(0%)	12(55%)

斜体の部分で当事者と家族の評価が不一致。

てゆく努力、家族にノーマライゼーションの考え方を理解してもらえようような心理教育的な働きかけなどを心がけることが重要(東保 他, 1999)だということになる。

このことの重要性は、2002年4月から全面実施された改正精神保健福祉法で、精神障害者介護等支援事業として、いわゆるホームヘルプサービスを市町村が実施する(または地域生活支援センター等に補助を行って推進する)ようになったことによりいっそう高まったといえる(益子, 2001)。同事業の試行地域からは、このサービスの適用事例では当事者からおおむね好評を得ているという報告がある一方で(岡崎 他, 2001; 加藤 他, 2001)、関係スタッフや家族が同事業の必要性を感じても「当事者は他者への警戒感からニーズを感じていない」「周囲から見て低くみえるQOLに当事者は満足している」などの理由により、本サービスの適用とならなかった事例が多いという報告もある(細海 他, 2001)。したがって市町村スタッフなどの関係者は、当事者や家族にどのような要援助ニーズがあるのかをよく理解した上で、当事者による主体的選択の機会を保障するようなケアマネジメントを行うことが求められる(坂井 他, 2001; 都築, 2001)。その参考とし

て、本稿で紹介したような、事例の属性や生活障害の種類による「当事者と家族の評価のずれ」の傾向について、あらかじめ知っておくことも有益なのではないかと考えられる。

参考文献

- 愛知県衛生部(1998). 精神障害者の社会復帰・地域生活支援に関する調査報告.
- 福島県保健福祉部健康増進課(1997). 福島県精神障害者社会復帰ニーズ調査.
- 細海理子、細川えみ子、種村恵美子、稲川典子、佐藤美穂子、川上与利子(2001). 自立支援に向けたホームヘルプ～25例の症例検討から. 第17回日本精神衛生学会大会抄録集, 92.
- 石川県精神保健協会(1995). 石川県社会参加ニーズ調査報告書.
- 神奈川県立精神保健センター(1992). 神奈川県精神障害者社会復帰調査報告書.

加藤裕子、石川美弥子、川向登美子 他(2001). 精神障害者を地域で支えるホームヘルパー派遣事業の実施と保健所の役割. 日本公衆衛生雑誌, 48(Suppl.), 713.

熊本県衛生部保健予防課(1997). 熊本県精神障害者社会復帰対策基礎調査結果報告書.

益子茂(2001). 改正精神保健福祉法施行にあたって. こころの健康, 16(2), 37-43.

長崎県精神障害者社会復帰ニーズ調査検討会(1998). 長崎県精神障害者社会復帰ニーズ調査報告書.

大分県中央保健所大分郡支所(2000). 精神障害があっても安心して暮らせるまちづくり報告書.

大分県宇佐高田保健所(1999). 宇佐市郡における精神障害者ニーズ調査報告書.

岡上和雄(1999). 精神障害者の在宅ケアの現状と今後の課題. Nurse eye, 12(11), 4-7.

岡崎尚子、神土純子、吉田与志子(2001). 精神障害者ホームヘルプサービス試行的事業を実施して. 日本公衆衛生雑誌, 48(Suppl.), 713.

沖縄県立総合精神保健福祉センター(1997). 沖縄県における地域精神保健福祉に関するニーズ調査報告書.

坂井隆允、宮崎洋子、林ゆりや、堀内重子、鈴木正子、有村律子(2001). ホームヘルプの現場から. 地域保健, 32(11), 17-27.

田所淳子、今西典子、玉里恵美子(1997). 精神障害者通院医療費公費負担利用者の分析: 高知県立精神保健福祉センター. 社会復帰基盤調査報告書, 5-21.

東保みづ枝、森長静江、松尾佳子、小野妙子(1999). 精神障害者の社会参加ニーズ調査 - 特に本人、家族、スタッフの三者の視点の異同について. 日本社会精神医学会雑誌, 8(2), 113-129.

東京都衛生局(1997). 東京都精神保健福祉ニーズ調査報告書.

都築美智子(2001). 角田市における精神障害者訪問介護・ケアマネジメントの試行的事業について. 地域保健, 32(11), 17-27.

内田聖子(1999). 精神障害者グループホームから見えてきたニーズ. 保健婦雑誌, 55(10), 844-848.

内野英幸、長田憲治、篠田武宣(1999). 精神障害者の生活とニーズ調査. 公衆衛生, 63(12), 896-899.

若菜坦、矢野徹、黒田博夫(1997). 精神障害者の社会復帰・社会福祉に関するニーズ調査 - 本人、家族、ケア担当者ニーズの検討.

本稿の一部は第59回日本公衆衛生学会(前橋, 2000)で発表した。

著者連絡先

〒 870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 精神看護学研究室
影山 隆之
kageyama@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 平成 13 年度公開講座

21 世紀の看護 いま、看護職に求められているもの

高橋 久夫 Hisao Takahashi

大分県立看護科学大学 地域交流・公開講座委員長 Oita University of Nursing and Health Sciences

近年、高齢者人口や成人病の増加とともに健康に対する関心がかなり高まってきている。

病気の発生には、食事や環境の変化、ストレス、老化など多くの要因がかかわっており、病気の予防や健康維持のための情報が強く求められている。それにともなってコミュニティ・カレッジとしての大学の役割がきわめて大きくなってきていると言っても過言ではない。

本学では、昨年度までは地域の一般住民を対象としてきたが、13年度からは趣向を変えて看護にたずわる看護専門職を対象として講座を開くことにした。日程は今までと同じで、9月から11月までの隔週土曜日の5回シリーズで実施した。統一テーマを「21世紀の看護」とし、「いま、看護職に求められているもの」を副題とした。

開催日時、演題および担当講師は次に示した通りである。

第1回	9月15日(土)	14:00 ~ 16:00	「21世紀を生きるための看護継続教育:海外諸国の例」 洪 麗信
第2回	9月29日(土)	14:00 ~ 16:00	「コミュニケーション・スキルをどう育てるか」 関根 剛
第3回	10月13日(土)	14:00 ~ 16:00	「看護診断、いま求められているもの」 藤内 美保
第4回	10月27日(土)	14:00 ~ 16:00	「家族を看護する」 木下由美子
第5回	11月10日(土)	14:00 ~ 16:00	「看護の倫理と Professionalism」 平野 互

本学のこの公開講座が少しでも、看護活動の第一線にたずさわる看護職の人々の役に立ち、ひいては地域社会の人々の健康で意義ある日常生活と結びつくことは、大学の社会的貢献として意義があるだけでなく、大学における学術研究の発展にもつながることと確信する。本講座が、大学と地域社会との交流の、さらに新たな発展を生み出すことを期待してやまない。

21 世紀における看護の継続教育：諸外国の例

洪 麗信 Yeo-Shin Hong

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 国際看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2002 年 3 月 19 日投稿, 2002 年 5 月 10 日受理

キーワード

継続教育、高等実践看護、アメリカ、韓国、中国

Key words

continuing education, advanced practice nursing, The United State of America, The Republic of Korea, The People's Republic of China

はじめに

21 世紀の看護を巡る保健医療環境は、医療費の高騰、ハイテク技術の発展とそれに伴うさまざまな課題、人々の公平感などの社会的・経済的・文化的な変化に伴い厳しさを増してきている。激しい競争の中で看護の専門性が生き残っていくために、保健医療環境の変化が看護に及ぼす影響と 21 世紀の看護のあり方を海外諸国の看護界の対応と継続教育の実態を基にして考えていきたいと思う。

1. 財政・経済的な制約

(1) 医療資源の配分についての課題

近年関心が高まってきた医療資源の配分の問題は、管理や臨床の視点だけではなく、倫理的視点からも議論していかなければならない。資源の配分の仕方に関しては、通常は、市場原理や資格など主張できる権利や裁量によって行われることが多いが、保健医療に関しては、人の生命に関わるという点で、より複雑な問題を抱えている。そのため、市場原理と特権に任せておくだけでは、国民の要求する公平性等の社会倫理的要望に応え難い。仮に、医療的裁量に任せるとしてもさらに様々な難題が直面してくる。医療資源の配分や施術の優先順位等を決定する際に使える基準、手法としては、i) ニーズの有無、ii) 緊急性、iii) 個人へのメリット、iv) くじ等のチャンス、等が挙げられる。その内、社会的正義、倫理という側面から個々のニーズによって資源の配分が考えられるとしても、限界を見極めにくい人々の多様なニーズの中で、その相対的ニーズをどう判断するか、また、集合的ニーズ

(Diaspora of Needs) と個のニーズの比重をどう考えていくのか、医療的裁量権の範囲をどのように決めているのかという様々な難題にぶつかってくる。

そこで、Ubel ら(2000)は、限られている医療資源を大勢の利益のために有効に使う方法として、i) 費用効果の分析、ii) 地域住民の相対的価値の評価、iii) 費用対効果と公平さ(価値)とのバランスを、客観的かつ理論的な配分決定方法として提案している。

看護職も、保健医療資源の配分に関して、患者等の保健医療への均等なアクセスの確保という点に目を向けて積極的に係わっていくべきである。Kos-Munson 氏は、患者等の保健医療への均等なアクセスの確保こそ看護職が自律的に自信を持って最も貢献できる重要な課題であると述べている(Kos-Munson, 1993)。

(2) 医療環境の変化

看護を巡る医療環境の主な変化は以下の通りである。

- i) 病院の外でケアを受ける患者が多い
 - ii) 現状の医療費の支払いシステムの下では、患者は疾病の経過が進んだ段階で入院し、早い時期に退院する(「入院患者の病気が重く、早く退院」の現状)
 - iii) 消費者としての患者の権利意識の変化(質問の増加、医療に対する信頼の希薄化、医療に関する知識の増加、要求の増加、コスト意識の自覚と頻繁な告訴等)が直感できるようになってきた
- また、医療保険という経済的な制約の下で、病院の経営者は、サービスを広げながらコストを削減することに焦点を当てた「再設計」を行っており、その結

果は、看護職に大きな負担を課すことになり、看護職の喪失感、危機感、挫折など高いストレスとして現れている。

具体的な変化としては、i) 管理層の減少、ii) 早期の定年プログラム、iii) スキルミックス、コストの高い正看護師 (RN) を制限し、技術や給料の低い准看護師などの補助的なスタッフが代わることによる労働コストの低下、iv) パラメディカルスタッフによるRNの代用、v) 他の看護専門領域と看護でない臨床の職務との相互トレーニングによるRNの責任の増加、vi) 常勤職の減少と非常勤職の増加等があげられる。

2. 社会的認識、権威、知識・技術に係わる看護の歩み

「全世界の人々に健康を」という目標がWHOによって掲げられ、一方では、健康に対する個人責任対社会責任と文化的背景の違いによる批判的議論、ヘルスサービスにおけるハイテクノロジー化と適切なテクノロジーの採択に対する論議、プロフェッショナリズムとアンチプロフェッショナリズムの問題に関する論争等が渦巻き、伝統的、権威的な医療風土の中に大きな揺れが生じている中で看護の今日までの歩みをたどってみる。

初期の段階からの看護の大きな社会への貢献は、家庭訪問と地域を基盤とした疾病予防と健康増進のための独自の働きかけであった。その例として、i) ニューヨーク市におけるヘンリーストリートセツルメ

ント(隣保事業)、ii) ケンタッキーのフロンティアナースングサービス、iii) 1930年代の不況時代におけるスープキッチンとスクールヘルスステーションの開設、iv) 戦場の医療スタッフとして医師の不在における家庭病院経営等があげられる。

戦後の1950年代から1960年代以後の、生物医学的知見・科学技術の躍進と、保険産業の好景気は、病院中心の医療の繁栄を可能とした。忙しい医師の家庭訪問サービスがなくなり、看護職が、クリニックへ行くことができない患者の家庭を訪問するようになった。家庭訪問に対する報酬は、慈善団体や保険会社により支払われていたが、保険会社は、医師の家庭訪問に対しては報酬を支払うが、看護職による家庭訪問には報酬を支払わなかった。その結果、看護職は、家庭訪問からは看護の価値を直接実感することができず、活動の場を病院へ集中するようになってきた。看護職は直接報酬が支払われることにより、価値が何かを認識し、行動を開始した。

3. 高等看護実践と直接償還の兆し

1950年代末から、看護大学は、大学院レベルの教育として助産と精神科看護の高等実践プログラムを開始した。その他の領域の専門看護は、60年代から70年代にかけて激増し、さらに将来性の高いとされるナースプラクティショナーが誕生した。法令改正により、ナースプラクティショナーに対し、メディケアお

表1 Nursing career opportunities

PRIMARY CARE	CLINICAL SPECIALTIES	OTHER PROFESSIONAL AREAS	MANAGEMENT
Adult Nurse Practitioner	The Oncology Nurse	The Nurse in Research	Informatics
Family Nurse Practitioner	The Cardiology Nurse	The Nurse in Industry	The Nurse and Informatics
The Geriatrics Nurse Practitioner	The Emergency Room Nurse	Opportunity in a Professional Association	The Case Manager
The Nurse Midwife	The Flight Trauma Nurse	Nursing in Military Force	Managing a Health Center
The Pediatrics Nurse Practitioner	The Infection Control Nurse	The Parish Nurse	Management and Administration
The occupational Health Nurse	The Psychiatric Nurse	The Home Care Nurse	Nurse in Insurance Companies as Evaluator
	The Child Psychiatric Nurse	The Rehabilitation Nurse Educator	
	The Perinatal Nurse Specialist		
	The Pediatrics Inpatient Nurse		
	The School Nurse		
	The Nurse in Long-term Care		
	The Hospice Nurse		
	The Operating Room Nurse		
	The nurse Anesthetist		
	The Critical Care Nurse		
	Rehabilitation Nursing: The Inpatient Setting		
	Rehabilitation Nursing: The Outpatient Setting		
	Rehabilitation Nursing: Managing Chemical Dependence		

よびメディケイドプログラムの下にある人々へのサービスに対し、連邦政府から直接報酬が支払われることを規定した。ワシントン州では、ナースプラクティショナーに対して私的保険会社等から直接に報酬の支払われる法令を始めて適用した。医療コストの抑制が社会問題になると共に、看護も危機を迎え、このことが挑戦的で満たされたキャリアを満足させる職種の開拓する新たな機会となった。

1994年に提示されたPfizer Guide (Mundinger, 1994)では、第一次ケア領域、臨床領域、管理領域、その他の4領域で37の看護専門分野を看護実践の例としてリストアップした(表1)。

4. アメリカにおける専門性の高い実践看護(高等実践看護)の発展

アメリカにおける高等実践看護の発展について、Sills (1998)は、タイのパタヤで開催された第2回国際学会で次のように紹介している。アメリカにおける高等実践看護は、短期間の間に数と種類を増加させた。アメリカにおける高等実践看護の主なものはクリニカルナーススペシャリスト(CNS)、ナースプラクティショナー(NPs)、認定麻酔専門看護師(CRNA)、認定ナースミッドワイフ(CNM)である。1996年には、RNの約6%が高等看護実践ができるまでになった。1992年から1996年にかけて、高等実践看護師の種類に、数と比率の変化が現れ、1996年には、ナースプラクティショナーの数が最も高い比率となった。

米国看護協会の社会政策声明(Social Policy Statement)は、高等実践看護の範囲を次ぎのように定めている。「高等実践看護は、拡大しつつある看護の範囲の中で自律的实践ができるということにより通常の看護から区分される。高等実践看護は、従属した機能に対立したもので自律的な計画と自分自身で実行できる処置体制をもつことである。」

1997年までに、50の州が、資格を与えられた看護師が高等看護を実践できる機能を拡大するために看護実践法令を修正した。処方権は、高等実践看護の機能の中で、最もさかんに論議されている事項の一つである。1998年には、19の州で高等実践看護師が単独で処方でき、30の州では高等実践看護師の処方に医師の介入を必要としている。

現在実践に携わっているナースプラクティショナーとナースミッドワイフと認定麻酔専門看護師の中の約3分の2は免状課程を終了して資格を獲得した者で、3分の1は大学院課程を終了して資格を獲得した

者である。最近は、この比率が逆転しつつあり、1996年には、NPの55%は修士課程を終了した者であり、45%が免状課程を終了した者である。1998年には、麻酔専門看護分野はすべて修士課程を終了することが要求された。

アメリカ看護大学協会は、高等実践看護師の修士教育の必要性について次のような声明を出している。

- i) 大学院の一般的なコアカリキュラムには、研究、健康方針、健康と看護の理論、組織/リーダーシップ理論、倫理/法律問題、多文化ケア、経済および地域ベースのケアが含まれる
- ii) 高等実践コアとしては、高等健康アセスメント、薬理学、高等生理学および病態生理学、臨床計画作成、高等看護介入/治療学、対人および家族理論が含まれる

そして、将来のミレニウムにおける看護実践の特徴として次のように示している。

- i) 費用効果的に働く
- ii) 患者の状態の向上に焦点を当てる
- iii) 組織の医療体制変換を助ける
- iv) 臨床実践が正当だと理由づけるために、証拠に基づいた方法を用いる
- v) 学際的に働く
- vi) 患者と同僚に権限を与えるために、パートナーシップスキルを用いる
- vii) 慢性疾患を効果的に管理する
- viii) 健康行動の変容を効果的に助長する

さらに、このような実践を助長する必須能力を次のように定めている。

- i) リーダーシップ能力
- ii) 批判的な考えと問題解決能力
- iii) あらゆる場面における臨床能力
- iv) 協力、コミュニケーション能力
- v) 文化的な能力
- vi) 証拠に基づいた実践のための、研究と評価能力

5. 看護教育体制の現状

(1) アメリカ

看護の役割の変化とともに、キャリアアップを図る教育プログラムに変化しつつある。アメリカにおける看護教育は、教育体制とプログラムの柔軟性を増していった。伝統的なプログラムを時代的要請に適應できるように変化させる一方で、バンダービルト大学の例等で人気となっている高等看護実践のために特別に

企画された非伝統的な学士・修士を結合したプログラムが出現した。

i) 伝統的なプログラム

アメリカの基礎看護教育には3つの異なるレベルがある。その内訳は、最も古い教育制度としての病院をベースとした3年間のディプロマプログラム、コミュニティカレッジをベースとする準学士プログラム、大学教育としての学士プログラムである。その他に、看護師を補助する看護要因として1年間の准看護師教育がある。さらに高等実践看護には大学院教育とその他複数の卒業教育制度がある。

ii) 看護教育のキャリアアップパターン

看護のキャリアアップを図るいくつかの基本的なパターンやアプローチがあり、それぞれのパターンにバリエーションが存在する。試験を通して単位を認定する Advanced Placement、大学で教員の指導の下に自分のペースで単位を取得する Independent Study、開放式カリキュラムで先修した学習を繰り返さない特別に構造された教育体制である The Career Ladder と学位認定機関によって学習の結果を査定認定することにより学位がもらえる制度である External Degree、などが主なアプローチである。

iii) 高等看護実践のための準備

高等看護実践のための資格が与えられるには、本来2つの異なる道がある。一つは、高等実践を育てる大学院プログラムである。もう一つは、医療機関や看護専門団体によるさまざまなタイプの認定プログラムである。現在は、大学院プログラムが主流である。

(2) 大韓民国

i) 伝統的な看護教育プログラム

表2に示すように、韓国での看護教育プログラムは2つのタイプから成っている。短期大学における3年間の免状取得プログラムと、4年間の学士のプログラムである。大学院レベルのプログラムは、看護大学や看護学部ばかりでなく、公衆衛生学部や行政学部、教育学部など、異なる専門分野の大学院にもおかれている。社会ニーズの変化に対応して、修士プログラムの多様性は明らかに増加している。看護の博士プログラムは1978年、修士プログラムは1960年、学士プログラムは1955年に始まった。

ii) 韓国におけるキャリアアップ教育のパターン

韓国では、看護職の資格を向上させるために、学士号を取得する3つの基本的なパターンがある。それらは、遠隔教育による放送大学(Distance Learning Program)、一般大学の RN-BSN Program、独学学位(Self-Taught Assessment Program)である。

iii) ナーススペシャリストのための準備

韓国でのナーススペシャリストは主に2つのカテゴリーに分けられる。一つは、法的に認められており、もう一つは、職能団体によって決められるものである。法的に認定されるスペシャリストは2001年現在で、助産師、麻酔看護師、家庭看護師、精神保健専門看護師、保健看護師、保健診療員、老人専門看護師、救急専門看護師、感染コントロール看護師、産業看護師である。職能団体によって決められる分野は、クリティカルケア、がん看護、心臓血管看護、神経科看護、腎臓看護、糖尿病看護、創傷ケア、ストーマケア、移植カウンセリング、保険コーディネーター/検閲者などである。

看護専門分野の発展のための方向性と枠組みを規

表2 Nursing education programs in Korea

Program	Institute	No.	Enrollment/year	Years	Graduates(%)
Diploma	Junior Colleges	62	24,911 / 8,370	3	114,239 (73.6)
BS	Universities	51	8,158 / 2,645	4	27,961 (18.0)
BRN	Univ. RN-BSN	22			13,009 (8.38)
Total					155,209 (100.0)
Masters	Graduate School				2,026 (1.29)
	Nursing Major	19	449 / 249	2	
	School of Education	8	115 / 52	2	
	School of Pub.Health	6	73 / 29	2	
	School of Pub. Admin.	2	68 / 13	2	
	Special CNS Program	2	50	3	
Doctorate	Graduate School, Univ.	11	246 / 90	3	421 (0.27)
	School of Pub.Health	5	40	3	

Sources: KNA, 2001; Korea- Japan Seminar, Nursing Education, Sept. 1999

表3 Proposed framework for nursing specialties

Service setting	Concept for classification	Specialty area
Clinical	Disease/ pathology	Oncology Diabetes
	Anatomical System	Circulatory Neurological Psychiatry
	Chronological Age	Pediatric Geriatric
	Immediacy/ intensity of Service rendered	Emergency Intensive Care Rehabilitation Hospice Nurse Midwife
	Skill/ Technique	Nurse Anesthetist IV Therapist Ostomy Care Dialysis Care Operating Room
	Function/ Role	Nursing Administrator Nurse Educator Transplantation Counselor Infection Control Quality Management Insurance Co- ordinator

表4 Distribution of nurses by employment, 2000

Institute	Number	(male)	%	Master(%)	Doctor(%)
Hospitals and Clinics	54,746	(90)	82.7	30	10
Public Health Center	2,684	(3)	4.1	1	0
Community Health P.	1,625	(11)	2.4	1	0
Industrial Nursing	725	(2)	1.1	10	0
School Health	2,932	(1)	4.4	20	0
Educational Inst.	978	(3)	1.5	20	85
Government Adm.	867	(6)	1.3	0	0
Military	943	(7)	1.5	0	0
Social Service	43		0.1	0	0
Home Nursing				10	0
Other	623	(1)	0.9	8	0
Total	66,166	(124)	100(0.19)	100	100

Source: KNA Statistic, 2000

表5 Distribution by license and specialist certificate

Year	RN	N. Midwife	N. Anesth.	Pub. Health	Home Care	Psych. N.
1981	43,605	5,115	111	282		
1986	64,270	6,513	240	420		
1991	95,335	7,862	358	944	37	
1993	107,883	8,150	403	1,130	324	58
1996	127,145	8,447	479	1,343	1,060	169
2000	160,317	8,718	517	1,714	2,590	188

Source: ROK Ministry of Health and Welfare, 2000

定するため、大韓看護協会は、1993年に広範な調査を実行した。その調査結果を基に、国際学会で看護の専門化のコンセンサスを得た。表3は、看護専門化の枠組みを示している。

韓国での高等看護実践の道は、大学院と、大韓看護協会やさまざまな医療機関により提供される特別なトレーニングコースに参加することにより得られる認可とがあり、アメリカのケースと似ている。表4と5は、働いている場所と資格による看護の分布を表している。

(3) 中華人民共和国

i) 歴史

中国における看護教育のスタートは、日本や韓国など他のアジアの国とその特徴を共有している。看護専門教育の導入は、1880年代の終わりに欧米諸国による東洋諸国に対するキリスト教使節団を通して作られた西洋の科学がベースとなっている。中国は、看護の学士レベルの教育を、1920年の北京協和医科大学看護学部の設立と同じ早い時期にスタートさせた。北京協和医科大学は、5年間の看護学士プログラムを提供しており、アジアで始めてこのような教育レベルを提供した。

しかしながら、1950年代始め、方針の変化の風潮と共に、すべての高等レベルの教育が、9年間の公共教育後3年間の看護教育プログラムとしての中等教育レベルに取って代わった。この、看護における中等教育レベルは、プログラムに1年間プラスするという修正を加えて未だに看護教育の主流として残っている。そのシステムは、医療人員の供給を拡大するために、第二次世界大戦後、ロシアのモデルから作られたと伝えられている。

1970年代に、国家の方針がオープンマーケットシステムに変わると、1977年から大学の入学国家試験が始まると共に大学が再開された。1983年までに、学士と短期大学プログラムを含む看護の高等教育プログラムの再開が始まった。

ii) 看護教育の現在の地位

現在、看護の高等教育へ対する動きは加速している。1998年には31の準学士プログラムと18の学士プログラムがあったのに対し、2000年には準学士が99、学士課程が42まで増加したが、中等レベルの看護プログラムの数はこの間、530と同じであった。この内

の7つの機関が看護修士のための大学院プログラムを提供している。

中等看護教育の廃止に対する強い後押しがあったが、我々が北京協和医科大学の看護学部を訪問した際聞いた話によると、少なくとも北京では、すべての中等看護教育は最後のクラスを残して閉鎖されるということであった。将来的に、中国における看護教育は、継続的なキャリアの開発プログラムに重きを置き、準学士と学士で構成される見通しである。

中国では現在、省の首都にあるすべての国立医学学校で、学士の看護プログラムと準学士看護プログラムを提供している。それらの一般的なプログラムに加えて、Adult Continuing Education Programsが準学士と学士に対して実施されている。承諾された標準とプロセスによってこれらの継続教育プログラムへの入学を許可している。経験年数、評価作業、外国語試験、入学試験が高等教育へ出願するための必要なプロセスである。

それ故、看護教育の高等化の人気は始まったばかりであるが、中国における早い看護の発展の可能性は、高等教育システムのキャリア手段の覇気に満ちた系統的な統合の見解により卓越しているように見える。

iii) 高等教育システムと看護のカリキュラムの問題

中国の高等教育システムは学問ごとに組み立てられている。すべての医療人員は、すべてのプログラムが同じ医学校の下にあったとしても、それぞれの役割のよるカテゴリーに分かれて教育されている。すべての国立医科大学は漢方薬学、公衆衛生、医学、看護のプログラムを持っている。一校を除くすべての大学プログラムは5年の期間で、臨床医、漢方医、公衆衛生医と看護婦をそれぞれ養成している。

3年間の短期大学レベルのプログラムである公衆衛生部では、公衆衛生従事者、検査技師、レントゲン技師を養成している。公衆衛生従事者の役割は、日本での保健師の役割と似ているが、医療機関や母子保健機関等の臨床での仕事の範囲が限られている。

おわりに

看護を巡る医療環境の変化に伴う厳しい競争の中で、看護職が社会から専門職として認められ発展を続けるためには、看護職一人ひとりが継続的にリフレッシュしていく継続教育が必要である。また、看護職が一つの団体としてキャリアアップしていくためには、看護協会等の看護職能団体等がメンバーに対し継続教

育の機会を与えるとともに、専門職としての社会的貢献を制度的に高めていけるような社会政策作りが必要であると考えられる。

看護職の発展と国民の健康増進に対するよりよい社会貢献のために、看護継続教育は不可欠であり、その意義と重要性が今後さらに増しているといえる。

参考文献

- Butler, J. (1999). *The ethics of health care rationing*. New York: Cassell.
- Coast, J., Donovan, J., Frankel, S. (1996). *Priority setting: The health care debate*. New York: John Wiley & Sons.
- Daniels, N., Light, D., Caplan, R. (1996). *Benchmarks of fairness for health care reform*. Oxford: Oxford University Press.
- MacBeth, H. M. (1996). *Health outcomes: Biological, social, and economic perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Martin, K., Scheet, N. (1992). *The Omaha system: Applications for community health nursing*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- McCloskey, J., Bilechek, G. (1996). *Nursing interventions classification (NIC) 2nd ed.* St. Louis: Mosby- Year Book.
- Mundinger, M. O. (1994). *The Pfizer Guide: Nursing career opportunities*. Old Saybrook: Merritt Communications Inc.
- Sills, G. M. (1998). *Development of advanced practice nursing. The 2nd International conference on expanding boundaries of nursing education globally*. Pattaya
- Ubel, P. A. (2000). *Pricing life: Why it's time for health care rationing*. Cambridge: The MIT Press.

コミュニケーション・スキルをどう育てるか

関根 剛 Tsuyoshi Sekine, MEd

大分県立看護科学大学 人間科学講座 人間関係学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2002年2月26日投稿, 2002年3月15日受理

キーワード

コミュニケーション・スキル、訓練、マイクロ・カウンセリング、行動分析

Key words

communication skills, training, micro counseling, behavior analysis

1. はじめに

「病気の看護ではない。病人の看護である。」という言葉に示されるように、看護職者は病気を抱えたその人を対象としている。また、ペプロウやトラベルビーも、看護を対人関係のプロセスととらえるなど (Travelbee, 1971) コミュニケーションは看護の重要な側面のひとつといえる。しかし、その一方で、対人援助に関わる者の中にも、自分の考えや感情を表現できない、相手の気持ちが見えていない、相手の訴えをきちんと聴けないなど、コミュニケーション・スキルが不足している者が少なくないという声も聞かれる。そこで、本稿ではコミュニケーション・スキルをどう育てるかについて述べてみたい。

2. どんなコミュニケーション・スキルを育てるのか

例えば、患者が「心配な事はありません」と言っているにもかかわらず、眉間にしわをよせているのを見逃せば、患者の思いは伝わらずじまいになる。患者の話を聞いて「気の毒に。辛いんだろうな。」と共感していたとしても、看護職者が無表情なままでは患者はつらさをわかってもらえたと感じられない。コミュニケーションのどこかの部分に過不足があるとコミュニケーションは成立しなくなる。

コミュニケーション・スキルは大きく分けると、言語的・非言語的表現を受け取るスキルと伝えるスキルに分けられる。すなわち、受け取るスキルとは、相手の非言語的な表現である表情や態度、口調などを読みとることであり、言語的な表現である言葉から相手の意図や感情を理解することである。一方、伝えるスキルとは、適切でわかりやすい言葉を用いて(言語的

表現) ポーズをつけたり、大声で叫んだり、見つめたりするなど(非言語的表現)を交えながら相手に自分の意図や感情が正確に理解されるように伝えることである。この受け取り、伝えるという「双方向のやりとり」がコミュニケーションである。つまり、コミュニケーション・スキルを育てる場合には、どこが不足しているのか、何を育てればコミュニケーションがよりよくできるようになるのかを個々に応じて考える必要がある。それは受け取る部分なのか、伝える部分なのか。治療において治療目標があるように、育てる上での教育目標をまず見つけることが大切である。

3. どのようにコミュニケーション・スキルを育てるのか

筆者は2つの観点からコミュニケーション・スキル訓練をとらえている。ひとつは、マイクロ・カウンセリングであり、ひとつは学習心理学(行動分析やプログラム学習)である。

マイクロ・カウンセリングとは、アレン・アイビイらによって開発されたカウンセリングを学習するためのメタ・モデルである。カウンセリングの過程にある行動特性 - すなわち技法 - を明らかにすることにより、様々な学派のカウンセリングの特徴や方法を明確化することができる。そのため、カウンセリング教育や対人関係の基本的なスキル訓練を容易にしている (Ivey, 1985)。言い方は異なるが、多くの看護理論家が語るコミュニケーション・スキルとマイクロ・カウンセリングによるカウンセリング・スキルとは重なる部分が大変に多い。

また、学習心理学は、「経験によって生じる行動や認識の変化」に関する心理学である。人の行動変容を

促す技法のひとつである行動分析（または行動療法）は、目標に近い行動に対して、いわゆる報酬や罰を随伴させることで、目標行動の生起を増やしたり減らしたりしようとする考え方である（杉山 他, 1998）。また、学習指導への応用であるプログラム学習は、「スモール・ステップの原理（いくつもの小目標を達成していった、最終的な目標行動ができるようになる）」、「積極的反応の原理（何らかの解答や行動を実際に行う）」、「即時強化の原理（解答直後正誤等のフィードバックを受け取る）」、「自己ペースの原理（学習者自身のペースで学習を進める）」の4つの原理を用いて学習や訓練を進めるものである。

双方に共通しているのは、訓練目標が具体的であること、少しずつ目標に到達できるようになっていること、実際の行動とフィードバックを通じて学んでいくことであろう。もちろん、これだけでコミュニケーション・スキルを育てられるわけではなく、患者、同僚、家族などとの実際の人間関係の中でしか学び得ないものは多い。とはいえ、コミュニケーションの基本を学んだり、再確認したりするには適切な方法であると思われる。

4. コミュニケーション・スキルを育てる

(1) モデルとなること

実際に自分が行動をしなくても成立する学習を観察学習（modeling）という。これは乱暴な行動をする子供のビデオを見せられた子どもはそうでない子どもに比べると、実際にプレイルームに入った後に乱暴な遊びをするという実験結果から、バンデュラが提唱した考えである。すなわち、日常の中で他人の行動を見聞きすることで、どう行動するべきかを学んでいるのである。コミュニケーション・スキルを育てる上で、最初に大切なのは適切なコミュニケーションをとっている職場や教育環境の中に身をおくことである。メンバーが同僚や医師、患者と上手なコミュニケーションをとっている姿を見聞きしていれば、その行動をモデルとして、取り入れていく。逆に、不適切なコミュニケーションをモデルとして見せておいて、「あなたは上手にコミュニケーションをとりなさい」といってもスキルは学習されない。「私ならばこのように話す」「こんな姿勢で話したらよい」という助言もモデルにはなるが、もっとも影響力のあるモデルは日常で行われている行動そのものである。助言と日常の行動がずれていけば、たいていは日常観察している

行動の方をモデルとして学習するものである。

ただし、モデルを見聞きするだけでスキルを取り入れられれば問題はないが、必ずしもそれだけでは十分ではないことも少なくない。モデルだけでスキルを育てることができない場合は、ほかの方法も用いることになる。

(2) ハウツを教えること

ハウツを教えることよりも、哲学とか理念を教えることの方がレベルが高いと感じる人も少なくないように思う。しかし、哲学や理念を教えただけでは具体的な行動に移れないことが多い。また、行動できるがハウツが教えられないということは、体では覚えているが言葉にはできないということでもある。ハウツだけで終わらせてはならないが、ハウツを拒否するのは効果的ではない。例えば、「マンシュートを上手に巻きなさい」よりも「ゆるみが出ないようにする」「肘から センチほど離れたところに巻く」と説明する方が確実に技術が習得できる。それは、具体的な行動目標を示せば、行動の結果を明白にフィードバックできるからである。

コミュニケーション・スキルにおいても、「一所懸命に聴く」ではなく、「視線をあわせる」「うなづく」「あいづちをうつ」「表情を豊かに」などの行動をとるように説明することができる。これらのハウツの要素を習得した上で、自分なりの「一所懸命に聴く」という理念を考えていってもらえばよい。ハウツを学ぶことと、哲学や理念を学ぶことは背反することではない。

(3) 実際にやらせてみること

清拭の方法について試験をすれば満点の回答を書けたとしても、ベッドサイドで実際に動けなければしかなかった。ハウツの知識をもっていることと、実際に動けることとは異なる。そこで、次にどのようなスキルを獲得するべきかが明確になったならば、それを知識で終わらせずに実際に行動する必要がある（積極的反応の原理）。なぜならば、実際に行動してみなければ、その理解と行動が適切であるかのフィードバックができない（即時強化の原理）からである。そして、フィードバックがなければ、行動の修正ができないので、目的行動を習得できないし、結果が得られないのでやる気を引き出すこともできなくなる。

この際、多くのハウツを教えた上でまとめて行動させてみるのではなく、ひとつのハウツごとに行動させることが効果的である。そして、適切な行動が

できていなければ、あらためて知識を確認させたり、もう一度行動させたりして、小目標である行動を身につけさせていく(スモール・ステップの原理)。なお、教育や研修に比べ、臨床現場で指導する場合は個々人の問題意識にあわせて進められる(自己ペースの原理)メリットがある。

(4) やる気にさせること

やる気のない者に対して、叱責しながらスキル訓練を行ったとしても、スキルはその場限りのものとなり、実践に結びつくことは難しいであろう。スキルを習得、実践し、自らがさらに高めていくためには、やる気が重要である。やる気にさせるには、フィードバックの仕方が重要である。

初期段階のフィードバックの仕方は、スキルの習得をほめる事が大切である。実際、小目標自体は達成されやすいものであるので、評価する機会が当然ながら増え、次の小目標への意欲がわきやすくなる。一方、達成できない場合に叱責したり恥をかかせたりするような体験 - 罰 - は避けた方がよい。なぜならば、小目標達成の意欲はあがらず、かえって、そのような評価される場面を避ける - 叱責を避ける - ようになるからである。失敗に際しては、能力や運、相手に原因を求めるのではなく、「このような言い方をしてみたらどうか」「相手の感情を違う言葉で言いなおしてみよう」などと助言をして、実際に小目標を達成する努力をすれば改善するという体験を持たせることが効果的である。

5. 最後に

訓練や研修によって最低限のコミュニケーション・スキルを身につけていくことは可能である。しかし、それを自ら考えながら高めていくためには、常に学び、向上する意欲を持ち続けることが大切である。その意味で、病院のベッドサイド、地域、家庭、産業場面など、あらゆる臨床現場こそがコミュニケーション・スキルを「育てていく」最適の場所ではないだろうか。

参考文献

Ivey, A.E. (1985). Introduction to Microcounseling.; 福原真知子 他訳(1985). マイクロカウンセリング. 東京: 川島書店.

杉山尚子、島宗理、佐藤方哉、R. W. マロット、M. E. マロット(1998). 行動分析学入門. 東京: 産業図書.

Travelbee, J. (1971). Interpersonal Aspects of Nursing. Edition2.; 長谷川浩、藤枝知子訳(1974). トラベルビー 人間対人間の看護. 東京: 医学書院.

著者連絡先

〒 870-1201

大分県野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 人間関係学研究室

関根 剛

sekine@oita-nhs.ac.jp

看護診断、今求められるもの

藤内 美保 Miho Tonai, RN

大分県立看護科学大学 基礎看護科学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2002年1月31日投稿, 2002年3月15日受理

キーワード

看護診断、意義、共有化、専門職、社会的変化

Key words

nursing diagnosis, significance, sharing, professional, social change

1. はじめに

「看護診断」の概念が日本に紹介されたのは1970年代で、80年代には「看護診断」は全国で活発に導入されていった。「看護診断」がまだ珍しかった時代には、看護師が診断することに非難の声もあり、看護師のなかでさえも時期尚早であると言われていた。内外の厳しい目が向けられるなかで、看護師が専門職として認められるため、看護診断能力、看護実践力を向上すべく力が注がれ、「看護診断」が定着しはじめてきたことは周知の事実である。筆者の私論としては、「看護診断」が確立することは、看護師がプロフェッショナルであることの証であり、看護学を構築する1つのステップであると考えている。

しかし、ここ数年「看護診断」という言葉が話題にのぼることが少なくなったように感じる。それは、看護界で定着したため当然のこととして受け止められているからなのか、それとも指摘され続けていた看護診断用語の理解の困難さや、日本文化に馴染まない診断名の多さといった障壁から遠ざかっているからなのだろうか。大分県立看護科学大学の公開講座の受講者は、後者の意見をもつものは少なくなかった。以前は「看護診断」を導入していたが、現在は取り入れていないという施設もあった。

このような状況をふまえ、本報告では看護診断の意義について考え、看護診断を行うために求められることはなにかを検討する。

2. 「看護診断」の意義

(1) 歴史的、社会的背景から

歴史的・社会的な動きは看護界にも影響している

と思われる。戦後の看護師の地位は低く、医師の指示に従うといった医師の手足の時代があった。その後、急速な高度経済成長に伴って、看護とは何かを追求する時代へと変革し、ヘンダーソンの理論を検討したり、ロイの適応モデルやオレムのセルフケア理論などが紹介され、看護独自の役割を模索した。また、1970年代半ばにはオイルショックにより、一旦景気が低迷したがその後回復し、バブル期には看護も充実した時代を迎えた。この時期は、個人の個性を追求した看護が実践の場で展開されていったように思う。この1980年代に「看護診断」やPOS (Problem Oriented System) など個人を全人的にとらえ、健康障害について個性を重視するプロセスが定着していった。また教育においても看護大学が次々と開設された。しかし1992年のバブル崩壊後、経済成長率は下がる一方であり、老人医療費などの高騰に伴い医療費抑制策がとられるようになった。老人医療の1割負担の導入や在院日数の短縮が推進され、現在は医療制度改革も検討されている。これは、医療の「効率化」ということが優先されるようになった証である。当然、看護においても、経済効率が重要視される。クリティカルパスが活用され、個性への追求が次第に希薄化し、疾患別看護といった看護が標準化される方向へと進んでいることは否めない。今後、医療はIT化が一層推進されていくことは確実である。インターネットを活用すれば、用語の標準化、コード化は不可欠となる。「看護診断」として用語を標準化することは時代の変化からみても必然性は高い。用語を標準化するにあたり、用語の概念を看護師の中で共有していくことはいうまでもない。これまで曖昧に用いられてきた「用語」を

概念化し共有していく作業は、これからのIT化時代に対応していくために求められるものであろう。それは、看護を学問として築いていくためにも必要なプロセスと考える。

一方このような状況は、看護が標準化されるために患者の個別性を見失うといった問題も指摘されている。これまで、教育の場においても、臨床の場においても、看護が標準化されつつある今日だからこそ、対象の個別性を重視してきた看護の意味に立ち返り、これまで追求し続けてきた対象の個別性について検討することが必要である。標準化した看護診断と同時に、対象がなぜその健康障害を引き起こしているのかという個別性に焦点を当てケア計画に生かすことは非常に重要なことである。

(2)法的側面から

平成4年の医療法の改正で、医療法第1条2項に医療提供者の理念が新たに打ち出された。この条文において注目すべきことを2点指摘したい。1点目は、「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦、その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき・・・(略)・・・」とあり、医療の担い手として医師と同等に看護婦が専門職として認められ、位置づけられたことである。以前の医療法では、「看護婦」という言葉がはじめに見出されるのは、第21条の病院の「法定人員と施設の基準等に関する条文」の中であった。看護婦は各科専門の診察室、手術室、処置室といった病院が有すべき施設と同じ条文のなかに述べられていた。つまり、平成4年の改正は、看護婦に対するこれまでの実践力の評価であり、さらに看護を充実させることが期待されていると考える。そのためには、看護婦が医療提供者としての理念をもち、看護診断を確立していくことが不可欠と考える。

2点目は、「・・・(略)・・・医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は単に治療のみならず疾病予防のための措置、およびリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」とある。これはまさに看護が個別性を大切に個人に応じたケアを実践してきた一連の過程である「看護診断 - プラン - 実践 - 評価」のプロセスそのものと言っても過言ではない。プロフェSSIONALとしての看護婦の判断力を問われる「アセスメントや看護診断」、この判断に基づいたプラン、実践、さらには評価を行うことにより、個人の健康レベルをより高

め、看護婦が果たすべき領域に責任をもつべきであると医療法は謳っているものと考えられる。

医療法と同年に制定された保健婦助産婦看護婦法(平成14年3月1日から保健婦助産婦看護婦法に改正)がある。そこでは看護婦の業務は「療養上の世話」と「診療の補助」を業とすると規定されている。法律はわれわれの身分や職務を保障する一方で、その範囲を超えることを許さない。この半世紀の間に看護婦はこの法律をどう解釈して「看護診断」を行うまでに至ったのであろうか。「療養上の世話」は看護婦が独自に判断できる領域である。「食事」「排泄」「移動」「活動」「睡眠・休養」といった生活の観点から、個人の生活過程のなかで健康を阻害しているものを判断し、健康回復や生活の質の向上へと導いた。この療養上の世話が、まさに「看護診断」の領域で、看護婦が専門職として独自に判断し実践していく範囲を確立したのである。一方、「診療の補助」は単に医師の指示を受けるといった指示待ちではなく、積極的に医師の指示に参画していった。心理的にも物理的にも時間的にも患者に最も接近している看護婦が、医師に患者の状況を的確かつタイムリーに情報提供することによって医師の判断を助け、さらに医師と共同で医学診断に基づいたケアをしてきた。カルペニートは医療上の問題を医師と共有し解決していくことを「共同問題」として位置付けている。

(3)看護教育の側面から

昭和31年の保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則では、看護教育の総時間は530時間、その内訳は「解剖生理学」「細菌および消毒法」「個人衛生」など8科目と一般看護法(370時間)の科目が設定されていた。一般看護法は「内科疾患と看護法」「外科疾患と看護法」などで成り立っていた。この時代、看護は学問というより、むしろ「方法」であった。これが昭和42年のカリキュラム改正では「看護学」と位置付けられ、履修時間は2655時間と増加した。このカリキュラムは平成2年の改正まで維持されたが、まだ「疾患と看護」という域から抜け出してはいなかった。平成2年の改正で「慢性期にある対象の看護」「終末期にある対象の看護」など、はじめて人間という対象への看護が打ち出された。このようなカリキュラムの変遷のなかでもやはり「個人」を追求する看護が展開され、「看護学」確立に向けて看護教育が充実していることがわかる。

では、看護を学問として追求する看護系大学では

どのようなことが試みられているのであろうか。本学で行なった1つの試みとして、「食」に関することを取り挙げてみる。これまで「食」に関わる状況について、「看護診断」や「看護問題」を導くために情報を得る視点として、例えば、食欲、摂取動作や姿勢、味わう、咀嚼・嚥下、消化・吸収、栄養状態、食文化、嗜好、食物アレルギーなど、その有無や程度、状態について情報をキャッチし、食に関する何らかの健康問題がないかを判断してきた。例えば「嚥下」について、これまで嚥下障害の有無やその程度(水分を飲み込めるか、固形物は摂取できるかなど)を観察している段階にとどまっていたように思う。ここで「嚥下」のメカニズムについて考えてみる。嚥下障害として、舌の機能を含め口腔から咽頭までに障害がある場合を第1相の障害、咽頭から食道までを第2相の障害、食道から胃の噴門までの第3相の障害である。このいずれの障害かを見極めることが必要となる。「第1相」の障害では、食物を咽頭まで運ぶには、口腔内圧を高めることが絶対的な必要条件となる。口腔内圧を高めるためには、呼吸を一時的に停止し、舌根部を挙上させることができなければならない。つまり、嘴唇や顔面麻痺などで唇をしっかりと閉じることができなければ、食物を咽頭部、食道へと送ることが困難となる。また、頸部リンパ節の腫脹や口内炎など、口腔内圧を高めることによって苦痛が生じることがある。第1相の障害の有無があるかどうかは、舌の動き、下顎の動き、舌下神経、顔面神経、三叉神経、舌咽神経、呼吸を調節できるかなどにの観察に加えて、口内炎などの口腔内の観察、頸部リンパ節腫脹の有無など細かく観察できる能力が求められる。三叉神経の障害を調べるためには、額、頬、顎の感覚の左右差、咬筋の動きを確認し、舌咽神経の障害を調べるためには舌の後方の味覚や軟口蓋の動きを確認することも必要である。看護師は漠然と嚥下障害があるといったこれまでの判断から、さらに細かくそのメカニズムを意識して判断することが求められる。それが「食」という生活過程を整えるプロフェッショナルとしての責任と自覚というものであろう。

3. 「看護診断」への挑戦

診断するということは、専門職としてその責任を担うことである。患者に対して「看護診断」を行ない、それを看護記録に記述することは、判断し記述した看護師の責任となる。経験的直感的な診断は通用しない。「診断」した根拠(事実)を明確にすることは重

要である。また、もう一つの看護師個人の責任として、「看護診断」するにあたり、患者の情報の取り扱いについての責任がある。患者・家族のプライバシーに関する情報を得ようとするならば、情報を得たことに対して患者・家族に何らかの還元がなされるべきである。つまり、プライバシーに関わる情報を得ても、結局看護提供につながる情報については、患者の人権を守るという意味から検討すべきであろう。例えばデータベースなどで慣習的に一律にとっていた入院時の家族構成や職歴などの情報は、患者に対してどれだけ還元しているかといった視点で見直す必要がある。看護診断は患者の個人情報を引き出す段階から、看護師個人の責任を問うものである。

次に、頻回に用いられる「看護診断」については、看護師間でそれが妥当かどうか実践に照らしあわせて検討する必要がある。今、NANDAやカルペニート、ゴードンの看護診断などがあるが、まだまだ検証の余地があると言われている。例えば、よく用いられる「看護診断」のなかに「不安」がある。筆者は以前調査した研究から、臨床現場のなかで「不安」の看護診断には「不安の程度」についても診断する必要があると考えている(藤内, 2000)。「不安の程度」が軽度もしくは中程度であれば、不安に対処する学習能力はむしろ高まっており自己の力を利用した援助も可能である。一方、不安が強度もしくは重度であれば思考能力の低下、自己の統合性を崩壊する可能性もあり、強力なサポート体制と危険防止のケアなどが求められる。不安の程度を判断することは必然的に看護介入の方法が異なることはいうまでもない。このように臨床現場で実際に活用できるための看護診断や診断指標を検討することが必要と考える。看護師間で共有するプロセスが看護診断の確立には必須と考える。

次に、看護師と他職種との「看護診断」の共有について述べる。医師をはじめ薬剤師、理学療法士など看護診断を他職種に伝え彼らと協働することが必要である。わかりにくいと言われる「看護診断」の用語について、看護師のみが理解できても有用な道具にはならない。「看護診断」を確立するために看護師自身が用語について理解していくことと同時に、他職種にも伝え理解を得ていく必要がある。例えば、食物をうまく飲み込むことができずむせてしまう患者について、これまでの「看護問題」はさまざまに表現されている。「嚥下困難」「嚥下困難による苦痛」「誤嚥の可能性」「誤嚥予防の援助の必要性」「食事摂取時のむせ」など、状態を記述したり、起こりうる予測や援助の必

要性を記述するなど、その方法は個人の好みであったといえる。これらの現象は看護診断の定義に照合させれば「嚥下障害」という用語に統一され、患者のおかれている現象は共有される（日本看護診断学会，2001）。現象を概念化し共有することは看護を学問とするための重要な要素である。

最後に患者・家族との「看護診断」の共有については、特に情報開示に向け、看護診断はさらなる充実が求められる。看護診断に関わる記録の検討がされているが、情報開示に向けての看護記録の見直しという発想の前に、患者・家族へのインフォームド・コンセントを行うプロセスを重要視する必要がある。看護診断したことを患者・家族と共有していくプロセスを通し、その結果として看護記録の見直しが求められるのではないだろうか。そして看護介入の成果についても、看護師のみで評価するのではなく、患者および家族も取り込んで評価をすることで、患者自身が健康問題について確認できていくものと思われる。

以上のように、看護診断を今後さらに進展させていくためには、看護師間でのレベル、看護師と他職種間でのレベル、看護師と患者・家族間のレベルなど、それぞれのレベル看護診断を共有していくことが必要と考える。

参考文献

- 岩井郁子 . (2001). 看護記録第 5 版 . 東京: アイアンドアイコンサルティング .
- 日本看護診断学会 . (2001). NANDA 看護診断 . 定義と分類 2001-2002. 東京: 医学書院 .
- 藤内美保 . (2000). 不安の診断指標の検討: 不安の程度と因子分析から . 看護実践の科学 , 25(10), 68-72

著者連絡先

〒 870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 看護アセスメント学研究室
藤内 美保
tonai@oita-nhs.ac.jp

家族を看護する

木下 由美子 Yumiko Kinoshita, P.H.N., R.N., M.P.E

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 地域看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2002年1月30日投稿, 2002年3月8日受理

キーワード

家族看護、システム理論、家族療法、カルガリー家族アセスメントモデル、カルガリー家族介入モデル

Key words

family nursing, systems theory, family therapy, Calgary family assessment model, Calgary family intervention model

1. はじめに

非婚カップルや戸籍上は結婚していても別居期間が長期におよぶ場合は家族といえるのだろうか、あるいは代理母やセックスレス夫婦の話題など家族のとらえ方が多様化する現代社会においては、家族の定義が難しくなっている。また、家族という人間関係は住まいという「箱」があって、ようやく保たれている(藤原, 2000)という指摘もある。そこで、「家族を看護する」必要性や方法について、家族看護学の理論を紹介しながら考えていきたい。

2. 家族とは

社会学の分野では家族の定義が難しい時代になっているといわれているが、家族看護学における家族の定義は、以下に示すのが主なものである。

フリードマンの定義: 絆を共有し、情緒的な親密さによって互いに結びついた、しかも、家族であると自覚している、2人以上の成員である(Friedman, 1993)。

ライトらの定義: 強い感情的な絆、帰属意識、そして、お互いの生活にかかわろうとする情動によって結ばれている個人の集合体である(森山, 2001)。

ハンソンらの定義: お互いに情緒的、物理的、そして/あるいは経済的サポートを依存し合っている2人かそれ以上の人々のことである。家族のメンバーとは、その人たち自身が家族であると認識している人々のことである(Hanson and Boyd, 2001)。

家族の定義では、絆や情緒的な結びつき、そして家族であると自覚している人たちであることが共通している。

3. 家族看護

(1) 家族看護の定義

ハンソンらの家族看護の定義では、家族のヘルスケアニーズを満たすために、看護実践の守備範囲内で行われるプロセスであるといわれている。そして、家族看護学は、背景としての家族、全体としての家族、システムとしての家族、社会の構成要素としての家族、に焦点を当てている(Hanson and Boyd, 2001)。

背景としての家族とは、看護の対象が入院患者である場合に、患者のことをまず考え、その患者には家族がいるという二次的な考え方である。全体としての家族は、地域看護では経験することであるが、家族員のひとりである個人を対象とするのではなく、家族を1つの単位として考える。後半で述べる主題になるが、システムとしての家族は、家族が家族員の総和ではなく、家族が1つのシステムとして家族全体の機能が働くことである。社会の構成要素としての家族は、家族は地域社会や行政の政策、地域のヘルスケアシステムなどに影響を受けることを意味している。

(2) 家族に焦点をあてる必要性

看護の対象を個人だけでなく、何故、家族に焦点をあてる必要性があるのだろうか。その理由は、以下のことから考えられる。

- i) 健康行動や病気行動は家族の中で学習する。
- ii) 家族成員の健康問題のために、家族全体が影響を受ける。
- iii) 家族は個人の健康に影響を及ぼす。また、個人の健康や健康行動は家族に影響を及ぼす。

iv) ヘルスケアは個人だけを対象とするよりも、家族に重点をおくほうが効果的である。

v) 家族の健康を促進/維持/再構築することは社会の存続にとって重要である(Hanson and Boyd, 2001)。

このような必要性から、個人のケアでは限界があるので、家族を巻き込まないと解決できないことがある。たとえば、患者に治療の効果がみられない時や症状を繰り返す時、あるいは予防的/教育的ケアが必要な時は、家族カンファレンスをもつことが望ましい。また、重症で生命にかかわる場合、あるいは心理社会的な問題やライフスタイルに関係する問題は、家族を巻き込まなければ解決できないだろう。

4. 家族システム看護

家族システム看護は、家族看護学の理論の1つで看護とシステム理論と家族療法を組み合わせた考え方である(森山, 2001)。基本的な考え方は、家族の治癒能力を最大限に引き出し、家族全員のバランスがとれるように援助していくことである。家族システム看護は以下に示す4つの理論から構成されているので、概略を紹介する。

(1) システム理論

家族員は互いに独立した存在であり、親子や夫婦、兄弟などのサブシステムをもつが、システムの中では親と子のような階層性とそれぞれに期待される役割が存在する。

家族は家族員のひとりをアセスメントするよりも、家族全体の動きを見る方が、家族の影響や関係性が見えてくるので、家族を1つの単位として、その関係性に注目する。たとえば、家族員のひとりが入院すれば、システムの維持機能でゆれながらも家族はバランスをとるようになる。これは、家族員ひとりの変化は一人にとどまらず家族全体に影響を与えることである。また、家族員の行動は、直線的な問題と結果といった因果関係よりも影響しあう家族の関係性でとらえた方がわかりやすく、円環的視点により理解できるといわれている。

システム思考は関係性に焦点をおき、家族員の行為が家族にどう影響しあうか、その過程や家族関係のパターンに焦点をあてるが、家族の中で問題が発生する時は、家族インタビューにおいても同じパターンをとると考えられているので、家族をインタビューしながら、円環パターンがどのようにしておこるか家族の

関係性を見いだすことになる。

(2) サイバネティクス(cybernetics)理論

家族は自分たちの起こした行動の結果が、また自分たちに戻ってきて、その結果、自分たちの行動を変更せざるを得ないというフィードバック過程を通して自己調整する能力(自然治癒力)をもつ。フィードバック過程は家族の中にあるいくつかの異なったシステムのレベルで同時に起こり得るので、家族員の行動が互いの行動に影響し合うことになる。

(3) コミュニケーション理論

すべてのコミュニケーションは、言語的と非言語的な伝達経路が統合されたメッセージとして送られる。そしてコミュニケーションは伝達された内容だけでなく家族の関係性で変化する。

(4) 変化理論

看護者には家族の悪循環パターンは何か、家族の信念や考え方で邪魔になるものは何か、そして、関係パターンを変えるにはどうするか、など家族システムを変化させるためのアセスメントが求められる。家族の変化を起こすには、家族が問題をどのように知覚するかによって決まるので、家族の知覚を変えることが目標になる。問題に対する家族の見方や考え方が変化すれば、看護者は家族自らが解決策を見つけるための援助を行う。看護者が変化を起こさせるのではないが、変化はさまざまな要因によって起こるので、変化を起こしたきっかけは何かを考え、変化を促進する役割を果たす。

5. カルガリー家族アセスメントモデル

カルガリー家族アセスメントモデルは、カルガリー大学のライトらが開発した家族システム看護のモデルである。

(1) 家族インタビュー

「何が起きているのだろう」「どんなパターンで問題が生じているのだろう」と考えながらインタビューを通して情報を統合しアセスメントする。基本的原則は、仮説を立て、円環性を見出し、中立性を保つことである。インタビューでは、家族員全員に対応して、家族の関係性を観察する。講義では演習を取り入れ、家族インタビューをしているビデオを見て、受講者に仮説を立ててもらったが、多様な仮説があがった。

(2) アセスメント

アセスメントは問題の明確化を行い、家族員の相互作用と健康問題の関係を探り(悪循環パターンと健康に関する信念)、問題の解決策、問題からの影響について話し合う。また、目標を設定しどのような結果を導きたいのか家族と話し合う。

このことによって、家族はアセスメント/インタビューの中で自分たちに何が起きているのか、その悪循環パターンに気づき、自己調整しようと変化し始めるので、看護者はアセスメントの結果を家族に伝える。そして、「どうしたら解決できるだろう」と家族の力を引き出すように働きかける。その結果、家族は問題を認識して、自分たちが主体となれば行動を起こし始める。変化はここから起こり、家族が行動を起こせばアセスメント/インタビューのみで終了し、介入までいたらないことも多い。

6. カルガリー家族介入モデル

アセスメントに基づき、感情/認知/行動の3領域の中で、家族に適する領域から支援していくが、感情領域から介入するとスムーズにいきやすい。家族の信念(認知)に変化をおこすようにし、家族が合意し、家族が選択した方法で介入を進める。介入することが変化のきっかけを与えることになり、家族の自然治癒力で回復していく。

(1) 家族機能の領域と介入

i) 認知領域

認知領域の介入は、家族や個人の強さを賞賛する、情報や意見を提供する、問題を再枠組み化(問題の捉え方や見方を変化させ、情緒的状况を変化させることで、問題の意味を変える)する、教育を提供する、問題を擬人化(問題が家族の生活に影響し、家族が問題に影響を与えているかを考え、問題を外在化し客観的にみる)することである。

ii) 感情領域

感情領域の介入は、感情をありのままに認める、病気による経験が語れるように働きかける、家族のサポート(家族が相互に関心事や感情を伝え合う)を引き出す。

iii) 行動領域

行動領域の介入は、家族員がケア提供者になれるように援助する、家族に休息を勧める(外部資源を活用する)、家族員が共有する時間を勧める、新しい習慣を作り出すように働きかける、(楽しかった、仲がよかった時の)思い出が共有できるように働きかけ

る、症状に対してコントロールできるように働きかける。

(2) 介入とゴール

変化は家族の構造と看護者の介入が適合したところで生ずるので、変化した行動は維持されるように強化して、他職種の協力や社会資源を活用する。

介入のゴールは3つあり、家族が自ら問題に気づき、問題解決能力を身につける。家族が悪循環パターンに気づき、パターンを崩し、新しい円環パターンを身につける。家族が問題のある信念に気づき、新たな変化を促進するような考え方や信念を身につけることである。

7. おわりに

看護者は問題解決志向の傾向があるので、家族の問題は何かと考えがちだが、問題を解決するためには、家族の持つ強さ(長所)たとえば、考えや感情を効果的に伝える能力、関係を維持できる能力などを見だし、その能力を増すように援助することが「家族を看護する」時のキーポイントになる。

参考文献

Friedman, M. M., 野嶋佐由美監訳(1993). 家族看護学. 東京:へるす出版.

藤原智美(2000). 家族を「する」家. 東京:プレデント社.

Hanson, S. M. and Boyd, S. T., 村田恵子ら監訳(2001). 家族看護学. 東京:医学書院.

森山美知子(2001). ファミリーナーシングプラクティス. 東京:医学書院.

著者連絡先

〒 870-1201
大分県野津原町廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 地域看護学研究室
木下 由美子
kinosita@oita-nhs.ac.jp

看護の倫理と Professionalism

平野 亙 Wataru Hirano, PhD

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2002年2月6日投稿, 2002年3月1日受理

キ - ワ - ド

倫理、profession、責任、権利と義務、専門性

Key words

ethics, profession, responsibility and accountability, rights and duties, professionalism

1. 倫理ということば

倫理ということばは、西洋哲学においては「習俗に基盤をおき、習俗・法律・宗教等と一面では共通するが、他面では異なる個人的・社会的行動の規律・規範」、東洋哲学では、「人倫の理法。倫は一まとめ・一グル・ブの人を意味し、理はその理法条理である」とされている(山崎・市川, 1970)。また和辻哲郎は、「個人的道徳観念ではなく、人間関係に係わる物事の道筋」と述べている(和辻, 1934)。

2. Profession の意味

日本語で専門職と呼ばれる語、professionは、profess という動詞を語源とし、その意味は、英和辞書によれば、「公言する、告白する。宣誓して宗門に入る。職とする。」となっている。転じて profession とは、誓いを立てる職業として神学・法学・医学の3職業を指すようになり、やがて「(頭脳を用いる)専門的職業、知的職業」という意味になる。

専門職の要件として、以下の3点があげられている(医療倫理 Q&A 刊行委員会, 1998)。

- ・職務を理論的に基礎づける科学的知識の体系をもつ
- ・専門化された教育制度、研究機関をもつ
- ・社会の付託に応え得るような倫理綱領をもつ

このうち、倫理綱領の必要性は、職務の重大性と行動規範の必要性に由来する。すなわち、profession と呼ばれる職種は、その行為が相手にとって重大な影響ないし結果をもたらすために重い責任を負うと考えられる(だから profess が必要であった)からであり、高度の知識や技術を駆使する職種であるがゆえに、一定の「裁量」を必要とするからである。

3. 責任とは何か

「責任」ということばの意味を考えてみたい。「広辞苑」によれば「責任」には2つの意味があり、「(1)〔莊子 天道〕人が引き受けてなすべき任務。(2)政治・道徳・法律などの観点から非難されるべき責・科。法律上の責任は、主として対社会的な刑事責任と主として対個人的な民事責任とに大別され、それぞれ一定の制裁を伴う。」とある。

ふつう責任とは、英語の responsibility をさす。これは、respond すなわち「応答する、返答する。応酬する、感応・反応する」という意味から、「(法)責任を果たす、賠償する」に転化した言葉であり、主として自らの行為に対して何らかの責めを負うという、事後的かつ「因果応報」的な意味で使われている。

ところで、我々はしばしば「責任をとる」とか「責任をもつ」というが、その意味するところは何であろうか? 責めを負うという、上述の responsibility の意味で使われることが多いように思われるが、責任をとるとは、「結果を引き受ける」という意味でもある。では、我々が「結果を引き受ける」ことができるのは、どのような場合か? 結果が自分に跳ね返ってくる場合(すなわち response)に限られるだろう。したがって、人が責任をとることができるのは、自己の処遇に限定されるということができる。他者に対してできることは、せいぜい謝罪と賠償、そして失敗を繰り返さないことくらいであろう。

ここで、医療・看護職の責任について考えてみると、生命現象に介入するという行為には、結果の不可逆性と結果の重大性という2つの特徴があり、多くの場合、いわゆる「取り返しのつかないこと」になる。そして医療・看護サ - ビスの結果は、すべて患者の心

身に起きる。そのことについて、医師や看護婦が結果を引き受けることは、事実上不可能である。つまり、事後的に「責めを負う」ほかには、責任をとることができないのである。そして、「責任がとれないから倫理が発生する」(最首, 1998)。

責任にはもう一つの形態がある。Accountabilityである。これは説明責任と訳されるが、accountすなわち「計算書、勘定書、見積書。(委託された金などの)使途(処置)を明細に説明(報告)する」という語から派生し、「(行為などの)理由の説明をする責任がある」という意味で用いられている。具体的には、行為のプロセスに責任を負うという意味の責任である。我々は、他人になした行為について、その結果には、真に責任を負うことができない。だからこそ、個々の行為のプロセスに対して責任が発生する、と考えるべきなのであり、医療・看護職においては、とくにaccountabilityが重要な意味を持つ。

責任には、さらに法的責任とよばれるものもある。医療・看護職の場合には、法の規定が多く、たとえば看護婦(士)の「業務」は、保健婦助産婦看護婦法により、診療の補助および療養上の世話と規定されている(具体的な内容については議論がある)。また看護婦(士)、保健婦(士)の「守秘義務」は、刑法134条「秘密漏洩罪」の規定から外れており、母体保護法や結核予防法などで個別に規定されるのみであったが、2001年、保健婦助産婦看護婦法の改正により、守秘義務規定が追加された(42条の2)。

3. 専門職の倫理

専門職の倫理というとき、古くは「職業倫理」を指した。すなわちprofessionがprofessすべき事柄であり、職務や同業者に対する責務をその内容とした。もっぱら、行為者(サ-ビス提供者)からの視点にたつ規範であった。

今日、専門職の倫理は、「行動規範」すなわち「意思決定のル-ル」を指す。これは、一定条件下における最適行動の原則であり、医療・看護においては「患者の権利」が、その行動規範の外的基準となる。

前章で法的責任について触れたが、倫理と法の関係についても考えておく必要があるだろう。法は、社会規範を明示し、制度化したものであり、倫理はその上位概念である。法は、倫理規範を実定化し、強制力を持たせたものといってもよい。したがって、一部にある「倫理は法制化になじまない」という発言は、倫理の意義を矮小化した詭弁であることに留意する必要

がある。

4. 権利と義務

「権利」とは、ある人に備わっているもので、他者に対して義務を生じさせるものをいい、「権利がある」とは、それに対する要求が正当であることをいう。そして、権利は社会における個人間の関係において発生するが、権利を実現するのは、「義務」の存在である。

権利のうち、法により規定されたものを法的権利といい、これは法により義務が制度化されるために、強固な権利となる。権利-義務関係は、人と人の間に(社会的に)成立するもので、一人で成り立つものではない。また、権利は本人が負うべき義務とは無関係に生じることに注意する必要がある。権利と義務の関係を端的に示すのは、義務教育という言葉である。義務教育の「義務」は誰が負うのか、実際にはかなりの誤解が生じている。義務を負うのは、子どもではなく、社会や親である。子どもの教育を受ける「権利」を確立するため、社会や親が、教育を受けさせる「義務」を負う。これが義務教育の意味である。また、憲法第25条の「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」という規定は、国民の権利と国家の義務を並列して述べており、権利-義務関係を明確に示したものである。

5. 看護の倫理

看護職の倫理原則には、「日本看護協会 看護婦の倫理規定」や「ICN看護の倫理規定」が知られているが、これらは職業倫理的色彩が濃厚であり、具体的な行動規範が必要となるであろう。では、看護職の行動規範とはどのようなものであろうか。

臨床における意思決定の場面を考えてみよう。看護婦が意思決定に参画する場面として、まず考えられるのは、チ-ム医療のスタッフとして、医師と異なる視点からの判断を提示する場合であり、さらには患者-家族の権利擁護者としての行動が考えられる。また、固有の看護サ-ビス提供者としては、看護計画の作成や看護過程の実践そのものが意思決定のプロセスであり、看護臨床の場面で、多くの意思決定がなされている。そのような場面で、「患者の権利」を外的基準とする行動規範が必要とされる。

6. 看護の専門性

看護職は、compassion（共感）を旗印に掲げた専門職であるというのが、看護職が真に専門職として認知されるためには、いくつかの条件があると思われる。まず第1に「裁量」が認められなければならない。医師などは、高度な専門的判断を必要とするために一定の裁量が認められており、また裁量がないと実際の診療行為は成り立たない。なお、裁量とは、業務（サビス）遂行上の必要事項であり、専門職の責務である。恣意的に患者の権利を制限あるいは侵害できるような権限ではない。

第2に、「責任」である。看護職が自ら背負うべき責任とは何かということであり、換言すれば、看護職にしかできない職務とは何かということである。社会からどのような役割を要請されているのか、そして看護職はどのような義務を負うのか、明確にする必要があると考えられる。その際、最近の保健婦助産婦看護婦法の改正、すなわち守秘義務の追加と、看護「師」、保健「師」という用語の意味を深く考える必要があるだろう。また、責めを負うという点では、HIV感染者に対して看護職は何ができたか、ハンセン病患者に対し、白衣を着た者が何をしてきたか、というような問にも答えていく必要がある。

第3の条件は「専門教育」である。この点については、ここ10年ほどの間に、大学教育・大学院教育を行う機関が急増し、条件を満たす体制は整いつつある。しかし専門職の要件を満たすためには、理論の体系化と専門教育、さらには人材の育成が必要であり、すべては始まったばかりというべきかもしれない。

参考文献

医療倫理 Q&A 刊行委員会編(1998). 医療倫理 Q&A. 東京: 太陽出版

最首悟(1998). 星子が居る 言葉なく語りかける重複傷害の娘との20年. 横浜: 世織書房

和辻哲郎(1934). 人間の学としての倫理学. 東京: 岩波書店

山崎正一、市川浩編(1970). 現代哲学事典: 講談社現代新書 225. 東京: 講談社

著者連絡先

〒 870-1201

大分県大分郡野津原町廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 保健管理学的研究室

平野 互

hirano@oita-nhs.ac.jp