

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 9 **No. 2**

March 2011

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

ISSN 1345-6644

看護科学研究 編集委員会

編集顧問： 近藤潤子 (天使大学長)
(五十音順) 洪 麗信 (ソウル大学名誉教授)
前原澄子 (京都橘大学看護学部長)
Elizabeth Madigan (Case Western University)

編集委員： 委員長 草間朋子 (大分県立看護科学大学)
(五十音順) 江崎一子 (別府大学)
太田勝正 (名古屋大学)
田村やよひ (看護大学校)
三宅晋司 (産業医科大学)
村嶋幸代 (東京大学)

編集幹事： 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)
秦さと子 (大分県立看護科学大学)

技術協力： 伴 信彦 (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、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の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

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発表し、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)に発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、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、関係する法令並びにヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 2) 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。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: jjnhs@oita-nhs.ac.jp

表1 投稿区分

カテゴリー	内容	字数
原著 (original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	5,000 ~ 10,000
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	5,000 ~ 10,000
短報 (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
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
トピックス (topics)	海外事情、関連学術集会の報告など	≤ 5,000
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	≤ 2,000

執筆要項

1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角3封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

看護科学研究編集事務局

2. 提出原稿の内容

1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtabl

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論文本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

3) 要旨

原著、総説、短報、資料・報告については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

3. 原稿執筆上の注意点

1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外のソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。文章は、スペースを入れたり段落としをせず、全てべた打ちにして下さい。

図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,
Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,
TIFF, JPEG, PDF

2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123...)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例) ① VII ix © ★ ※ 『 【 “ No. m² kg ½ (株) 職 ☞

3) 句読点

本文中では、「、」ど。」に統一して下さい。句読点以外の「,」「:」「;」などは、すべて半角にして下さい。

4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

5) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外を他「etal」として省略してください。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限りです。

(例: 雑誌の場合)

神田貴絵(2004). カザフスタン共和国セミパラチンスク地域における保健医療の現状と国際協力の課題: JICAによるプロジェクトに短期参加して. 大分看護雑誌 5, 11-15.

Laukkanen JA, Kurl S and Salonen R (2004). Systolic blood pressure during recovery from exercise and the risk of acute myocardial infarction in middle-aged men. Hypertension 44, 820-825.

Kageyama T, Kobayashi T, Nishikido N et al (2005). Association of sleep problems and recent life events with smoking behaviors among female staff nurses in Japanese hospitals. *Ind Health* 43, 133-141.

(例: 書籍の場合)

高木博文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). *Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War*. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), *Gender issues across the life cycle*, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. *大分看護科学研究* 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf)

日本造血細胞移植学会 (2002). 平成14年度全国調査報告書. http://www.jshct.com/report_2002/index.html

本文中では、引用文の最後に(草間 2004)または(Kusama 2004)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(草間・甲斐 2004)または(Kusama and Kai 2004)、3名以上の場合は(草間 他 2004)または(Kusama et al 2004)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(甲斐 2004a)、(甲斐 2004b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所引用する場合はカンマで区切ります。

(例)「乳がんや大腸がんの80%は食事の内容を変えることで予防できる」(Cummins and Bingham

1998a, Rosen et al 2000)とする最近の報告・・・

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(草間 2004)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じます。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2006年10月3日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 9, No. 2 (2011年3月)

目次

原著

- 労働者の健康的な生活習慣への改善のプロセス -組織的な健康づくりを行うA大規模事業所の中年期の男性労働者への面接から- 30
高波 利恵、佐藤 しのぶ、松尾 太加志

トピックス

- 米国のナースプラクティショナーの活動と課題 -米国ナースプラクティショナー学会会長講演より- 42
高野 政子

大分県立看護科学大学 第12回看護国際フォーラム

- 「高齢社会における身体的・精神的・社会的ヘルスケア～韓国の現状と課題～」(趙飛龍先生の講演から) 46
高波 利恵

- 「アメリカ合衆国における認知症ケア」(Dr. Mackinの講演から) 49
影山 隆之

- 「On Lok Lifewaysにおける包括的ケア・プログラム」(Janice Fujii先生の講演から) 53
松本 初美

- 「日本における認知症ケア -看護師が行う認知症の医療と生活の質を高めるケア-
(得居みのり先生の講演から) 56
津隈 亜弥子

労働者の健康的な生活習慣への改善のプロセス

—組織的な健康づくりを行うA大規模事業所の中年期の男性労働者への面接から—

The process of workers' behavior change for health: focused on the middle aged male workers in a large-scale company which conducts systematic health promotion

高波 利恵 Rie Takanami

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

佐藤 しのぶ Shinobu Sato

新日本製鐵株式会社大分製鐵所 Nippon Steel Corporation Oita Works

松尾 太加志 Takashi Matsuo

北九州市立大学 The University of Kitakyushu

2010年7月1日投稿, 2010年12月9日受理

要旨

労働者の生活習慣改善プロセスの具体的な理論を構築する端緒として、大規模事業所の男性労働者への面接とグラウンデッドセオリーアプローチによる分析を行った。その結果、生活習慣改善プロセスは、行動開始までの「導入の段階」、行動開始から継続・中断までの「定着化アプローチの段階」、今後の取り組みを方向づける「進退決定の段階」の3段階で示された。「導入の段階」では、生活習慣改善への主体性は「生活習慣改善の願望」と「実行可能性の認識」から推測できることが示された。主体性が低い場合は、他者からの「後押し」がそれを補っていた。「定着化アプローチの段階」における「生活習慣改善のメリットの認識」や「継続の壁の回避・克服」が、「進退決定の段階」で生活習慣改善に「取り組む力の獲得・強化」へと繋がることが示された。保健師はプロセスの進展のため、労働者の認識の変化に着目し、労働者間の良好な人間関係づくり、健康づくり政策の浸透等への支援を行う必要があると考えた。

Abstract

It is needed to establish a concrete theory of workers' process of behavior change for health. The interview of middle aged male workers in a large-scale company was held. A qualitative analysis with "Grounded theory approach" showed 3 steps and the following characteristics of behavior change among workers: Step 1 is "Introduction" which explains the process until behavior start to change. Step 2 is "Approach to take hold" which explains the process from the start of behavior change to the continuing or discontinuing of it. Step 3 is "Decision of advance or retreat" which is the process to make a directional behavior change. It was shown that independence of behavior change can be guessed from "Desire for behavior change" and "Cognition for probability of behavior change realization". When independence is not enough, "Support" by workers' superiors and colleagues back up workers' behavior change. To continue behavior change, it is necessary to enhance the understanding of the advantages of behavior change and to overcome the obstacles that may be encountered. Those who have positive cognition about behavior change can advance behavior change because they have obtained the power to tackle it. The support and approval from workers' superiors and colleagues increase workers' power to tackle it. From the above, public health nurses should focus on workers' cognition about health and behavior change and they should support to build a worksite culture which supports health.

キーワード

産業看護、労働者、生活習慣改善

Key words

occupational health nursing, worker, behavior change for health

1. 緒言

生活習慣病予防のために、保健師には労働者の生活習慣改善に対して効果的な支援を行うことが求められている。

効果的な支援のためには、労働者がどのように健康への関心を高め、主体的に生活習慣改善に取り組むようになるのかを、保健師が予め理解しておくことが必要である。その上で眼前の現象を客観的にとらえ、現象に影響する要因を分析すること、現状から将来を予測し、必要な支援を検討・実行し、評価をすること、それを短時間のうちに行える能力を持つことが必要である。その能力を備えるには、対象者の認識や行動を理論やモデル等と照合させて考察することが必要である。しかし、行動科学や看護学における既存の理論は抽象的な概念であるため、多くの保健師にとって実際の場面に適用させることが難しい。実際に支援を行う保健師にとって必要なのは、労働者の生活習慣改善がどのようなプロセスをたどり、それに影響を与える要因は何かを理解できるような具体的なものである (Chenitz and Swanson 2002)。ただし、具体的といっても様々な場面に適用するためには、個別事例ではなく、様々な状況への説明力を持つ精練された理論であることが必要である。しかし、このような具体的なレベルで労働者の生活習慣改善プロセスを説明する理論はほとんどないのが現状である。

そこで、労働者の生活習慣改善を説明する具体的なレベルの理論を構築する端緒として、本研究では、組織的な健康づくりを行う A 大規模事業所に勤務する労働者に面接調査と質的分析を行い、労働者の生活習慣改善のプロセスとその関連要因を明らかにした。そのうち、本論文では主に生活習慣改善のプロセスについて報告する。プロセスの関連要因の一部である「健康を支援する職場の社会文化的環境の特徴」については別紙 (高波 他 2010) にて報告した。

2. 研究方法

研究方法は、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (GTA) に基づいて行った。本研究は、現場の保健師が、予測や状況のコントロールができるように実際の場面と照らし合わせられる成果を得ることを目指している。GTA は既存の行動

モデルのように関連する要因間の関係を明らかにするだけでなく、認識や行動の変化のプロセスも明らかにすることで実際の場面を客観的にとらえることを助けるとされているため (Chenitz and Swanson 2002)、この研究方法を採用した。

2.1 対象者

本研究では、労働者から生活習慣改善に関する様々なエピソードを得ることが必要である。そこで、組織的・継続的な産業保健活動が長年実施されていることから、生活習慣改善の経験を持つ労働者が多いことが推測された A 事業所から対象者を選出することとした。

A 事業所は全国に支社・グループ企業を持つ製造業を主とする企業体の一事業所である。ここでは、労働者約 1500 名に対して健康管理センターにおける診療サービスと、専属の産業医や産業保健師および安全・衛生管理者等による組織的な産業保健活動が長年実施されている。A 事業所の健康づくりの具体的な内容としては、健康づくりを勧奨する方針の明示、運動の義務付け、厳格な分煙制度、スポーツ大会の実施、禁煙や減量等の生活習慣改善プログラムの実施、運動教室の利用機会の提供、健診時の産業医や保健師による受診者全員への保健指導と有所見者等に対する保健指導・健康相談等があげられる。また、各部署では独自の健康づくりを実施し、労働者は輪番で各部署の健康づくり活動の推進係を担当している。

対象者は製造部門に属し、生活習慣改善を体験したことのある 40 歳以上の男性労働者とした。その理由は 40 歳以上であれば生活習慣改善を何度か経験しており、多くのデータが得られると考えたためである。対象者の選出は日頃の産業保健活動を通して労働者と信頼関係を築いている A 事業所の専属保健師 1 名が行った。GTA では多様性があり、分析に必要なデータを確保するために、対象者選出と分析を並行して行う。そして、対象者選出は、それ以上新しいカテゴリーが出てこなくなるまで行われる。そこで、対象者選出の最初の 5 名までは上記の条件に適合する者を選出し、さらに、6 名以降の選出は専属保健師と相談の上、年齢、取り組んだ生活習慣改善の内容、取り組みの経過等が、それまでの対象者と異なると考えられる者を選出していき、それを新しいカテゴリー

が出てこなくなるまで行った。その結果、最終的な対象者は9名となった。

2.2 データ収集

個別の半構造的面接法を用いた。面接では、(1)健康づくりのための現在および過去の取り組み経過、(2)その時の健康や健康づくりに対する思い、(3)健康や健康づくりへの思いや行動に影響したことと、それに対する思いを中心に聞いた。面接内容は対象者本人の許可を得て録音とメモをとった。対象者のうち、協力の得られた7名については、不足情報や面接後の健康づくりの経過に関する情報を得るために約2～6か月後に再度の面接を行い、面接回数は合計17回となった。1名あたりの面接回数は1～3回、面接時間は26～81分であった。

2.3 倫理的配慮

研究は著者の勤務する大学の倫理委員会の審査による承認を得て着手した。データ収集から成果の公表において対象者のプライバシーと事業所の不利益に配慮し、公表の際は事業所の責任者に内容を報告して承諾を得たが、内容の変更を求められることはなかった。

2.4 分析方法

対象者の生活習慣改善のエピソードは、20歳代からの長い期間にわたるもので、取り組み内容も多様であった。本研究はそれら全てを分析対象とした。

面接録(データ)を作成後、一人分のデータ全体を5回以上読み返し、対象者に生じた出来事、関係した人々、その時の対象者の認識や影響した要因に着目して、内容のまとめ毎に切片化し、データについて可能な解釈をなるべくたくさん挙げた上でラベル名をつけた。ここまでの面接と分析を2名分終了した後、ラベルを内容の類似性によってまとめ、ラベルを包括するカテゴリー名付けとカテゴリーの関係付けを行った。その後、一人分のデータを得る毎に、これらの帰納的分析を行いながら、それまでに作成したカテゴリーとカテゴリー関係との適合性の確認・修正を繰り返した。これらの終了後は、再び面接データに戻り、一人ひとりのデータと分析結果を比較して適合性を確認した。分析に際して学習心理学・認知心理学の研究者からの指導を受けた。信頼性確保のために、

対象者全員に面接録の確認を依頼した。2回以上の面接を受諾した者には、その時点における分析結果の説明を行い、研究者の解釈に誤りがないか確認して頂いた。表面的妥当性の確保のために、A事業所の専属保健師3名と衛生担当者3名に分析結果を説明した。その結果、分析結果は現実と一致しているとの意見を頂いた。

3. 結果

3.1 対象者の特徴

対象者の特徴と生活習慣改善のエピソードの概要を表1に示した。対象者は40歳代前半から50歳代後半であった。全員が工業系の高校または理工系の大学を卒業後、A事業所に就職し、結婚し、家族と同居していた。面接時の職種・職位は、4名は製造部門または機器の保全部門の一般職、5名は同職種の主任級から課長級までの管理職であった。

対象者の多くは、20歳代から30歳代の頃には生活習慣病の要因を理解し、A氏、C氏、D氏、I氏のように健康リスクを回避するために積極的に生活習慣改善に取り組む者もいた。しかし、健康管理の必要性の認識が高まったのは、40歳以降に健診データの異常値や体調不良の出現、身近な人々の罹病等を経験してからであった。A事業所では、生活習慣改善プログラムが定期的開催されるため、9名中7名が、プログラムに参加した経験があった。また、A氏、B氏、D氏、E氏、H氏は生活習慣改善のきっかけとしてプログラムを活用した経験があった。語りの中心であった生活習慣改善の内容は、禁煙と継続的な運動の取り組みおよび食事量の調整が主で、面接時から5年以内のものであった。

3.2 生活習慣改善のプロセスとその関連要因

生活習慣改善のプロセスは、生活習慣改善に取り組むまでの「導入の段階」、生活習慣改善を継続させようとする「定着化アプローチの段階」、生活習慣改善の継続ができ、さらに新しい生活習慣改善へ進むか、継続できなかった生活習慣改善への再度の挑戦をする等の方向性を定める「進退決定の段階」の三段階で示された。

以下に生活習慣改善のプロセスとその関連要因を段階別に説明する。図1～3には、生活習慣改

表1. 対象者の特徴

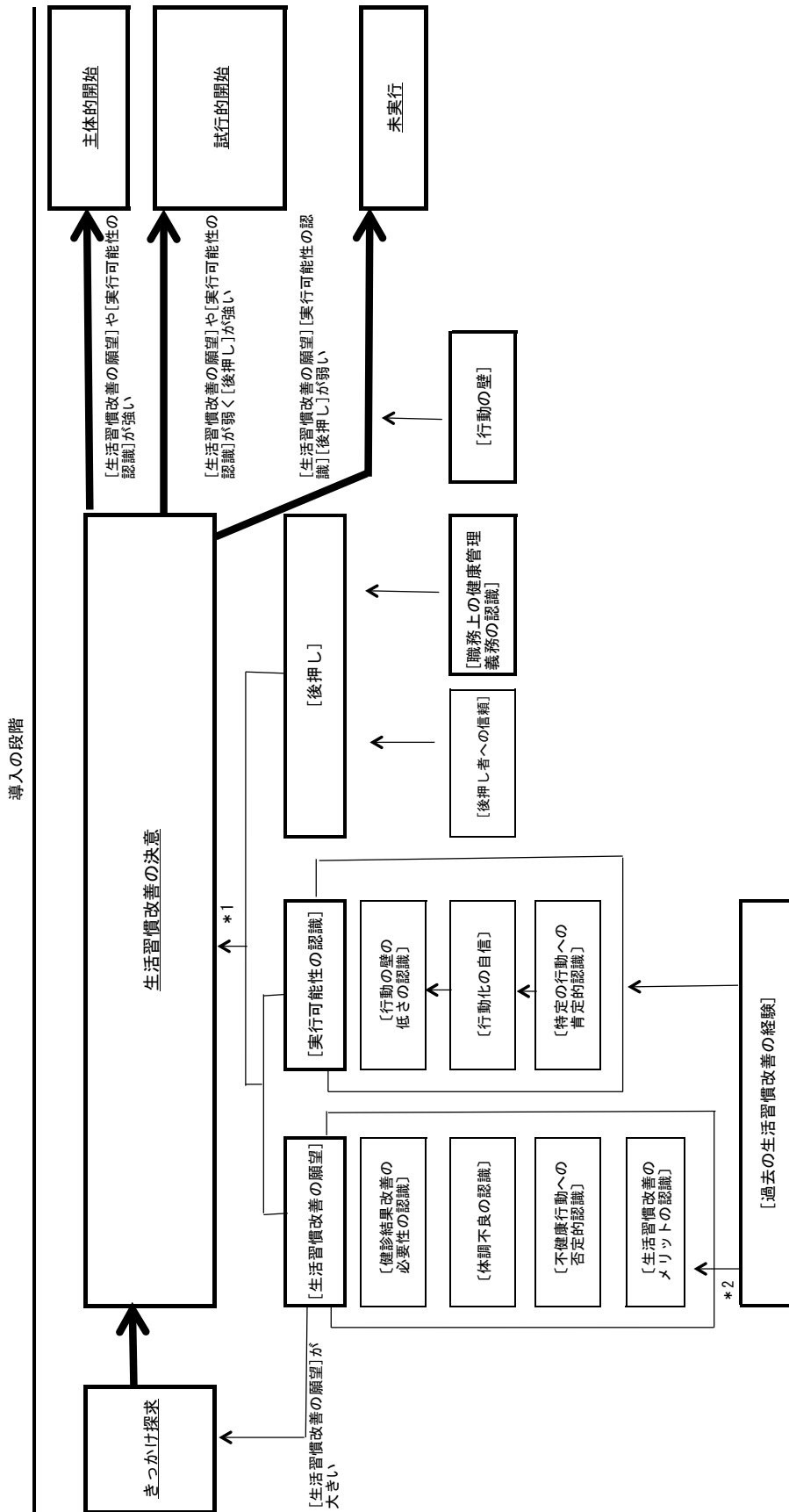
仮名	年齢層	役職	語りの中心であった生活習慣改善	生活習慣改善に関するエピソードの概要
A氏	40歳代後半	主任級	禁煙と運動	初回面接時は体調不良をきっかけに自ら禁煙に取り組んでいた。たばこの有害性についての知識は持っていたことから、20歳代後半から上司等の勧めによって職場の禁煙コンテストに参加する等、禁煙の経験があるが、再喫煙を繰り返している。元々、運動が好きであるため運動はしていたが、初回面接時にはともに運動する仲間がいなかったため運動を中断していた。二回目の面接時には仲間を集め、運動を再開している。禁煙も禁煙プログラムを活用しながら継続している。
B氏	50歳代後半	係長級	禁煙	以前から高血圧症を内服治療中で、減塩、運動を心がけていた。6～7年前に血糖高値を指摘され保健指導を受けたが、再検査では異常はなかったため対策は講じなかった。禁煙の一年前にも同僚の誘いもあり、禁煙を試みたがイライラして継続できず、禁煙はできなかつた。しかし、再度、健診結果において血糖値が境界域下限値を示した際に、保健師の指導により禁煙を決意し、その場で禁煙補助剤の処方を受けて成功した。二回目のインタビュー時には禁煙のためか体重増加傾向であったため、運動に取り組もうと考えている。
C氏	50歳代後半	主任級	食事量の調整と運動	20歳代に有害性を知って以来、喫煙していない。元来、運動自体が好きであったが、仕事が多忙であったため数年来取り組んでいなかった。健診で血糖値が境界域に達した。その際、自分自身でも危機感を感じたものの、妻の勧めと協力を得て食事量を大幅に減らす方法で体重減量に挑戦し、血糖値も正常範囲内に戻った。その際、減量しすぎて体調を崩したため、その後調整し、面接時には体調の良い体重で維持できている。また、食事量の調整と運動も継続できている。
D氏	50歳代後半	一般職	禁煙と運動	20歳代のころから肥満予防のため運動を心がけており、現在も継続のための努力をしている。自主的に禁煙に取り組むが何度も失敗と挑戦を繰り返しており、面接時も、禁煙プログラムに参加して挑戦中である。同僚に喫煙者が多いため、仲間と会話の機会が少なくなったこと等の禁煙のデメリットも感じているが、喫煙の有害性と禁煙によって仕事がかどる等の副次的効果の認識が高いため、禁煙を継続したいと考えている。
E氏	40歳代後半	主任級	運動	肥満解消と境界型糖尿病、高脂血症の悪化予防のため運動を心がけてきた。かつて、運動によって減量に成功したが、冬季に屋外での運動がづらくなって中断して以来、継続させるための方法を模索していた。職場の運動教室参加の募集記事を見たことを契機に運動を再開した。しかし、運動教室の終了によって運動の頻度が少なくなったことから、継続のための努力をしている。
F氏	40歳代後半	課長級	禁煙	かねてより肝機能値を正常範囲にとどめるための酒量の調整はしていた。喫煙が体に悪いことは喫煙を始めたころから認識しており、特に結婚してからは禁煙を意識するようになり、毎年、元旦に禁煙を決意するが、実際には取組めなかった。そのため、禁煙はあきらめていた。長年、保健師から禁煙を勧められてきたが、断り続けていた。ある日、遂に断り切れずに、促されるままニコチンパッチを購入した。試みに使用したところ、一回目の挑戦で成功した。禁煙後、体重が増加したため運動に取り組む、減量に成功した。
G氏	50歳代前半	一般職	運動と高血圧症の治療	産業医や保健師、上司等からの高血圧治療、肥満解消の取り組みの勧めを長年拒んできた。しかし、産業医によって強制的に受診をさせられたこと、職場の先輩により強制的に運動教室に参加させられたことをきっかけに、高血圧治療と運動を開始した。その結果、体調の改善、体重の減少ができ、面接時には自主的にそれらを継続するための努力をしている。
H氏	50歳代後半	一般職	運動	もともと運動は好きであったが、腰を痛めて運動しなくなったため体重が増加した。家族に肥満を指摘され、肥満解消のため、事業所の運動教室に参加したことを契機に自主的に運動を継続している。その前には入院をきっかけに禁煙に取り組んで成功した。
I氏	40歳代前半	一般職	食事量の調整と運動	家族に糖尿病罹患者がいることから、30代前半から生活習慣病予防のために食事量調整の取組みと運動継続の取組みを自主的に行っている。運動を継続させることが難しく、面接時には継続のために通勤ルートにあるフィットネスクラブへ入会したところであった。

善のプロセスとその関連要因の主たるものを示した。本文と図においては、中核となるプロセスを示すカテゴリーを下線₁で、プロセスに関連するカテゴリーを[]、そのサブカテゴリーを[]で示した。また、本文ではプロセスの理解のために具体的なエピソードを用いて説明した。本研究では、対象者一人ひとりの複数の生活習慣改善の経験を分析対象としていることと、抽出されたカテゴリーをプロセスと関連要因として示すため、同じデータから生じた同じ名称を持つカテゴリーが、文脈に応じて「プロセス」となる場合と、「プロセスに関連する要因」になる場合がある。その区別は上記の枠の種類で示した。

3. 2. 1 導入の段階

「導入の段階」は、その主体性の差こそあるものの、生活習慣改善の決意をし、生活習慣改善の主体的開始、試行的開始、未実行のいずれかに至るまでである(図1)。

殆どの対象者は、保健指導等を通じて30歳代の頃には健康障害のリスクに関する知識を持っていた。また、病気になりたくない、定年退職後の生活を楽しまたい、家庭や仕事上の役割を果たすために健康でいたいという[願望達成上の健康の価値]を認識する者は、[生活習慣改善の願望]を持ち、自分に適した運動の方法を模索したり、生活習慣改善する仲間を探す等の生活習慣改善の



*1: 「生活習慣改善の願望」「実行可能性の認識」による生活習慣改善に取り組むための自分の力の不足を「後押し」による他者の力で補う関係にあることを示している。

*2: 「過去の生活習慣改善の経験」は「生活習慣改善の願望」では「生活習慣改善のメリットの認識」にのみ影響する。

図1. 導入の段階

プロセスの中軸となるカテゴリは下線、プロセスに関連するカテゴリは[], そのサブカテゴリは[]で示した。プロセスの方向を示す矢印は太線で示し、それ以外の線はカテゴリ間の関係を示した。太線の矢印の始点には、プロセスの方向性を決定する要因を示した。

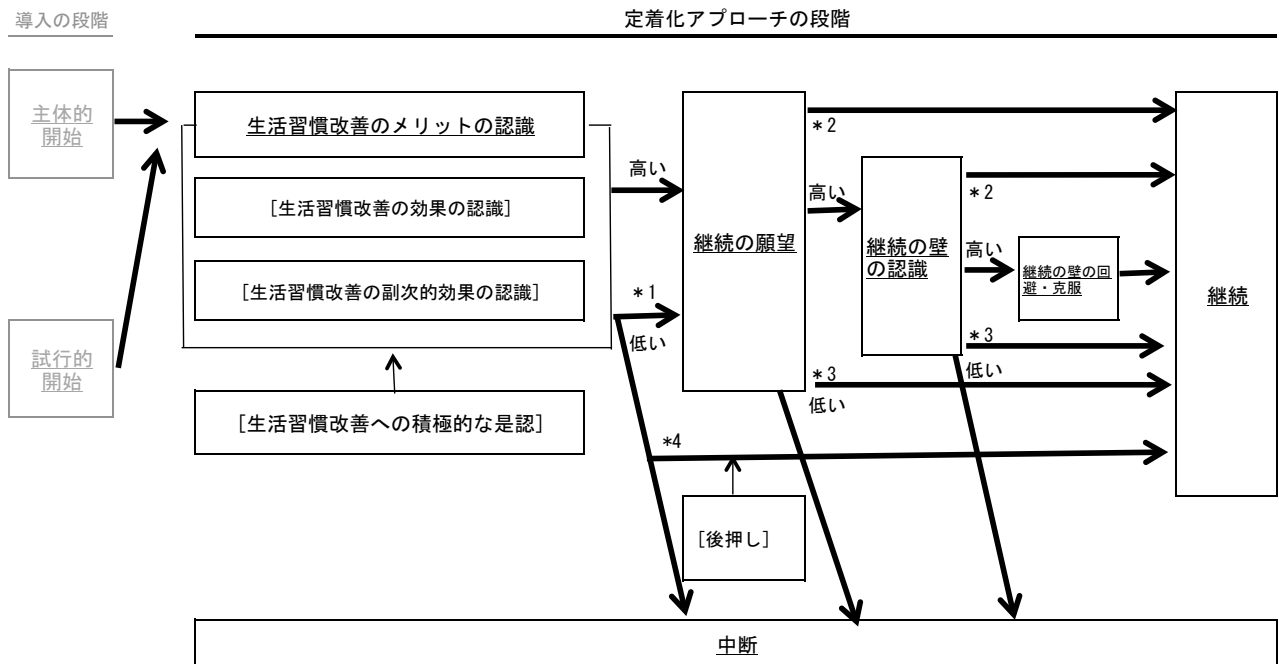
きっかけ探求をしていた。しかし、[生活習慣改善の願望]を持つだけでは生活習慣改善の決意をしても、その実行を妨げる[行動の壁]に阻まれて未実行に至ってしまう。行動に移すには、[生活習慣改善の願望]だけでなく、対象者本人が[実行可能性の認識]を併せ持つか、他者からの[後押し]を受けることが必要であった。

「導入の段階」の帰結である生活習慣改善の主体的開始、試行的開始、未実行を決定するのは、本人の[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]および他者からの[後押し]である。まず、[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]を構成するサブカテゴリーについて説明する。[生活習慣改善の願望]には、[健診結果改善の必要性の認識]、体重増加により関節が痛む等の[体調不良の認識]、喫煙や運動不足等の不健康行動への嫌悪感や有害性の認識等の〔不健康行動への否定的認

識]、禁煙や運動の体への良い影響等の〔生活習慣改善のメリットの認識〕のサブカテゴリーが示された。[実行可能性の認識]には、運動する場所が近くて便利である等の〔行動の壁の低さの認識〕、[行動化の自信]、もともと運動が好きである等の〔特定の行動への肯定的認識〕のサブカテゴリーが示された。[行動化の自信]は〔行動の壁の低さの認識〕に影響し、〔特定の行動への肯定的認識〕は〔行動化の自信〕に影響する関係であった。[実行可能性の認識]の3つのサブカテゴリーと[生活習慣改善の願望]のサブカテゴリーの〔生活習慣改善のメリットの認識〕には[過去の生活習慣改善の経験]が影響していた。

次に、[生活習慣改善の願望]、[実行可能性の認識]、[後押し]と、「導入の段階」の帰結の関係を対象者のエピソードを用いて説明する。

まずは、[生活習慣改善の願望]と[実行可能性



- *1: 定着化アプローチの段階で生活習慣改善のメリットの認識が低くても、導入の段階における元々の〔生活習慣改善のメリットの認識〕が高かったために継続の願望に至る場合のプロセス。
- *2: 継続の願望や継続の壁の認識は高かったが、継続の壁に出会わず、継続に至る場合のプロセス。
- *3: 継続の願望や継続の壁の認識が低くても、継続の壁に出会わず、継続に至る場合のプロセス。
- *4: 生活習慣改善が継続できるまで、他者が[後押し]を行った場合のプロセス。

図2. 定着化アプローチの段階

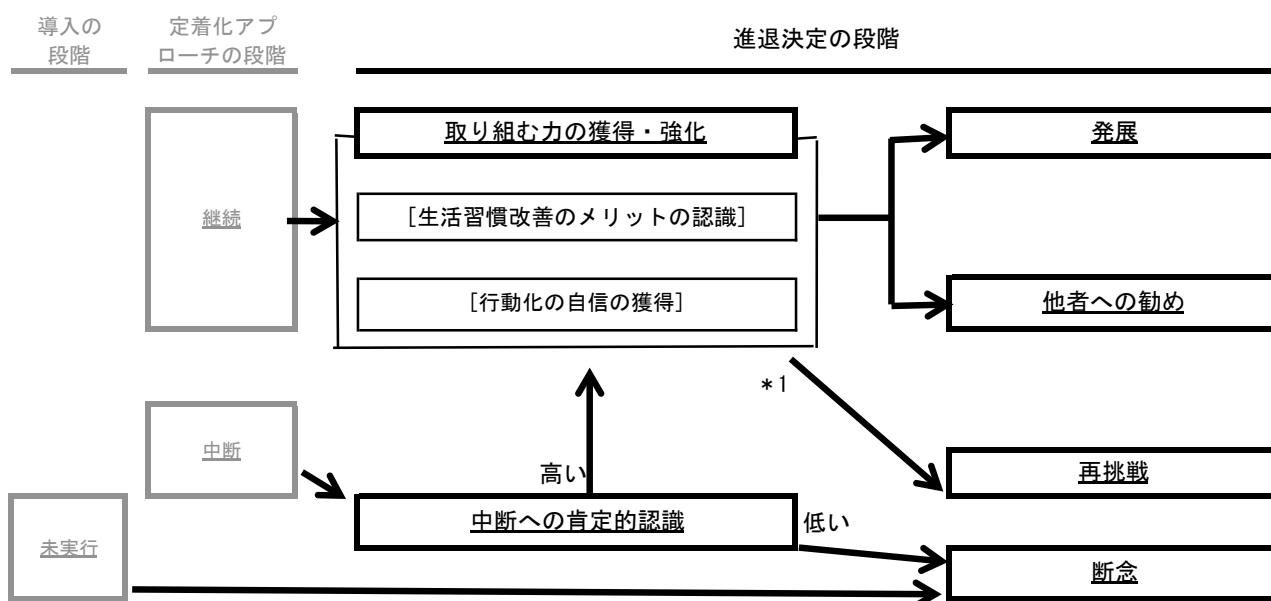
プロセスの中軸となるカテゴリーは下線、プロセスに関連するカテゴリーは[]で示した。プロセスの方向を示す矢印は太線で、それ以外の線はカテゴリー間の関係を示した。矢印の始点には、プロセスの方向性を決定する要因を示した。

の認識]が高い者が生活習慣改善の主体的開始に至る場合である。中断していた運動を自分の力で再開させたA氏は、[体調不良の認識]と、過去の運動経験による[生活習慣改善のメリットの認識]から、運動を再開する[生活習慣改善の願望]を持っていた。また、もともと運動が好きであるという[特定の行動への肯定的認識]と、自分の運動能力は高いという[行動化の自信]を持っていた。しかし、運動再開のためには運動仲間を集めることが必要であった。A氏は自分が初対面の人とは打ち解けられないことを認識しており、このことは運動再開のための[行動の壁]となると思われたが、これまでも運動仲間づくりの経験があったため[行動の壁の低さの認識]をしており、[実行可能性の認識]が高かった。

次に、[生活習慣改善の願望]や[実行可能性の認識]を持っていたものの、他者からの[後押し]を受けて生活習慣改善の主体的開始に至る場合を説明する。B氏やC氏は健診結果の重大さを理解してすぐに生活習慣改善の決意をし、主体的開始に至った。それを可能にしたのは、保健師や家

族によって健診結果の重大性を示され、さらに具体的な行動につながるように支援される[後押し]が行われたことで、本人の[生活習慣改善の願望]や[実行可能性の認識]を補ったためであった。また、上司による禁煙プログラムの参加の勧めを受諾したD氏や、職場の運動教室の募集に応じたE氏は、既に生活習慣改善を開始していたものの、[過去の生活習慣改善の経験]から継続の難しさを認識しており、[実行可能性の認識]が低かったため、[後押し]を生活習慣改善の継続のチャンスととらえて活用していた。

さらに、[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]が低い者が試行的開始に至る場合を説明する。この場合、他者による強力な[後押し]が必要であった。F氏は、かつて禁煙したいという[生活習慣改善の願望]を持ち、毎年の元旦には禁煙を決意していたが、未実行におわり、保健師に禁煙を勧められた際に禁煙をしたいと言いつつも取り組まないままであった。つまり、F氏は[生活習慣改善の願望]はあっても[実行可能性の認識]が低かったのである。それでも禁煙に成功



*1: 生活習慣改善の中断に至った者のうち、中断への肯定的認識が、「高い」場合にたどるプロセス。

図3. 進退決定の段階

プロセスの中軸となるカテゴリーは実線、プロセスに関連するカテゴリーは[], プロセスの方向を示す矢印は太線で示した。矢印の始点にはプロセスの方向性を決定する要因を示した。

したのは、保健師から所内診療所でニコチンパッチの処方を受けることを強く勧められるという強力な[後押し]を受け、ニコチンパッチの処方を受けるための段取りをする保健師を拒むことができずに、生活習慣改善の決意へ導かれたことがきっかけであった。運動の継続と血圧の治療開始によって体重減量と血圧コントロールに成功したG氏は、数年来、肥満と高血圧を指摘され、産業医や保健師の指導を受けてきたが、[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]が低く、健康問題を放置したままであった。しかし、半ば強制的に産業医によって診療所へ、さらに職場の先輩によって運動教室へと連れて行かれる強力な[後押し]によって、生活習慣改善の決意を求められる状況に迫られたことが取り組みのきっかけとなった。以上のように[後押し]による他者の力は、生活習慣改善の決意のための[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]による本人の力の不足を補う関係であった。

他者からの[後押し]を受け入れるには、[後押し者への信頼]を持っていることが必要であった。また、F氏やG氏のように[生活習慣改善の願望]や[実行可能性の認識]が低くても[後押し]を断らなかったのは、[後押し者への信頼]とともに[職務上の健康管理義務の認識]を持つためであった。F氏は部下の健康問題への対策を通じて保健師と協働しており、保健師に信頼を持っていた。また、部下に健康管理を求めている立場でありながら喫煙していることについて後ろめたい思いも持っていた。G氏は[後押し]をした先輩と、長年、親しい関係であった。また、職場で健康リスクの高い者に運動教室の参加を要請する取り組みが行われていたために運動教室の参加の勧めを断れなかった。このように、自分の[生活習慣改善の願望]や[実行可能性の認識]が低く、他者からの強い[後押し]を受けた者の生活習慣改善の決意は、[後押し]をした者との関係を保つことや職場における役割を果たすことが目的であるため、非主体的な試行的開始であり、「定着化アプローチの段階」で中断に至る可能性も高かった。

3. 2. 2 定着化アプローチの段階

「定着化アプローチの段階」は、「導入の段階」の主体的開始または試行的開始から続くプロセスで、

生活習慣改善のメリットの認識から生活習慣改善の継続または中断に至るまでである。ここは、生活習慣改善の取り組みを通して気づきや学習をする段階である(図2)。

生活習慣改善のはじまりが非主体的な試行的開始であっても、生活習慣改善に取り組んだ者の多くが生活習慣改善のメリットの認識をしていた。その具体的内容としては、禁煙で喉が爽快になる、運動によって体重が減り、体が軽く感じる等、本人が期待していた[生活習慣改善の効果の認識]の他に、運動する場所のできた新しい友人との交流が楽しい、ウォーキングのために外出することによって桜を観賞できる、禁煙によって仕事の中断回数が減る、運動によって睡眠の質が改善する、達成感が得られる等、期待した生活習慣改善以外の[生活習慣改善の副次的効果の認識]があった。

もともと[生活習慣改善の願望]が高く、主体的開始をした者は、期待した[生活習慣改善の効果の認識]が低くても継続の願望を持っていた。例えば、D氏は[過去の生活習慣改善の経験]における禁煙時の爽快感が、今回の禁煙では得られないばかりか、体重が増加したために体調が悪くなったと感じていたが、もともと[不健康行動への否定的認識]である喫煙の有害性に関する知識を持っていたことと、禁煙によって仕事に集中できるという[生活習慣改善の副次的効果の認識]ができたため、継続の願望を持ち続けていた。一方、非主体的な試行的開始をした者が継続の願望を持つためには、生活習慣改善のメリットの認識は重要なプロセスであった。G氏は他者による強い[後押し]を受けて、不本意ながら運動教室の参加と高血圧治療に取り組んだが、体重減量、血圧降下、頭痛の消失等の[生活習慣改善の効果の認識]によって、主体的な取り組みへと変化した。その認識が得られるまでには長い時間を要することもある。G氏を運動教室に誘った職場の者は、数か月間、教室に同行していた。これがG氏の中断を妨げる[後押し]となっていた。

[後押し]を受けた者は生活習慣改善のメリットの認識とともに[後押し者への感謝の思い]を持ち、その人に応えようという思いが継続の願望の一因となっていた。また、生活習慣改善のメリットの認識を高める上で、他者からの[生活習慣改善への積極的な是認]は良い影響を与

えた。その例としては、禁煙すると喫煙室に行かなくなる、職場で募集された運動教室に参加する、運動による体重減量等の行動や外見の変化に対して、上司や同僚からねぎらいの声をかけられる、公的な会議の場で上司からの称賛を受ける等があった。一方、喫煙者の多いD氏の部署では、事業所の厳格な禁煙制度に則って休憩時間に喫煙者は喫煙室で過ごすため、D氏は同僚との会話に参加できなくなり、このことを禁煙のデメリットと考えていたが、継続の願望が強かったため、中断に至らなかった。

継続の願望を持って、仕事による不規則な生活習慣、宴席等のために継続を実現するのは難しい。よって、継続の壁の認識や継続の壁の回避・克服をしなかった場合は中断に至っていた。E氏は春から夏にかけて運動を継続し、体重減量や健診結果の改善に成功したが、冬に継続を断念するに至った。それは、冬の寒さ等の継続の壁の認識をせず、それを回避・克服する対策をとらなかったためであった。但し、E氏は中断に至ったことにより継続の壁の認識をし、生活習慣改善の再挑戦の際には生活習慣改善の決意と同時に継続の壁の回避・克服に取り組んでいた。既に自主的に禁煙していたが禁煙を継続させるために禁煙プログラムに参加したA氏やD氏の選択も継続の壁の回避・克服のためであった。つまり、図1と図2には示されていないが、[過去の生活習慣改善の経験]によって継続の壁の認識をした者は、「導入の段階」で生活習慣改善を継続するための努力を開始することから「定着化アプローチの段階」も同時に進行しているといえる。一方、継続の壁の回避・克服の努力をしなくても、継続に至る者もいた。ニコチンパッチの奏功により禁煙継続の願望を持ったF氏は、その阻害要因を宴席の機会であると認識していたが、禁煙を始めた頃は偶然にも宴席の機会がなかったために禁煙を続けることができた。

3.2.3 進退決定の段階

「進退決定の段階」は、「導入の段階」の未実行および「定着化アプローチの段階」の継続か中断から、発展、他者への勧め、再挑戦のように生活習慣改善を進展させるか、断念のように後退させるかを方向付ける段階である(図3)。この進退を決定す

るのは生活習慣改善に取り組む力の獲得・強化の有無である。

「導入の段階」における生活習慣改善への主体性の有無に関わらず、「定着化アプローチの段階」で生活習慣改善のメリットの認識をし、継続の壁の回避・克服に取り組むことは、[生活習慣改善のメリットの認識]や[行動化の自信の獲得]から構成される取り組む力の獲得・強化につながっていた。そして、継続ができた者は、さらなる健康を目指す、禁煙成功後に体重が増えないために運動する等の発展、同僚や家族に生活習慣改善に取り組むことを勧める他者への勧めへとつながっていた。

取り組む力の獲得・強化は継続に至った者だけの成果ではない。中断に至った者でも、中断への肯定的認識を持った者は、取り組む力の獲得・強化ができ、それは再挑戦で活かされていた。例えば、上司の勧めでやむなく禁煙した[過去の生活習慣改善の経験]をもつA氏は、そのプログラムの2カ月間だけ禁煙したことについて、禁煙を断念したのではなく、2ヶ月間、禁煙に成功したと考え、その[行動化の自信の獲得]が、次の禁煙の際の[実行可能性の認識]につながっていた。また、前述したように運動の継続を中断したE氏は、継続の壁の回避・克服の対策を検討し、再挑戦につなげていた。また、生活習慣改善の経験の多いD氏やI氏は[過去の生活習慣改善の経験]から、高い目標を設定するよりも、あえて目標を低めに設定して達成感を高め、[行動化の自信]を低くしないようにすることが、継続につながるコツであると考えていた。一方、F氏の過去の禁煙の未実行のように、「定着化アプローチの段階」を経ることができなかった場合は、中断への肯定的認識が持てず、断念に至っていた。

4. 考察

4.1 本研究結果の要点と労働者の生活習慣改善への効果的な支援の検討

本研究は組織的な健康づくりに取り組むA事業所の労働者を対象に面接を行い、生活習慣改善のプロセスを「導入の段階」「定着化アプローチの段階」「進退決定の段階」の3つの段階で示した。ここでは各段階の要点を整理するとともに、労働者の生活習慣改善への効果的な支援の在り方につい

て考察する。

「導入の段階」の要点の一つ目は、生活習慣改善の決意に[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]および他者からの[後押し]が関連することである。保健行動の促進要因を説明するモデルにおいて、同僚や家族等の本人を取り巻く環境が保健行動に影響することは、すでに説明されている(家田 他 1981, Pender et al 2006)。しかし、F氏やG氏に対して行われたように保健師等の専門職ではない上司や同僚が、直接かつ強力な影響力を発揮して[後押し]を行うことは、一般的ではないと思われる。強引な手段とも思える[後押し]がA事業所で可能であった理由については後述するが、本研究では労働者が生活習慣改善を経験することは「進退決定の段階」で取り組む力の獲得・強化につながる可能性が示されたため、[後押し]は生活習慣改善の支援方法の一つであるといえる。その効果的な方法を決めるには、[後押し]の強さを検討する必要があると思われる。なぜなら[後押し]は[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]を補う関係であったためである。よって、[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]のサブカテゴリーに着目して本人の生活習慣改善への主体性を測ることで、必要な[後押し]の強さを明らかにすることができるであろう。

ただし、結果としては生活習慣改善に至ったとしても、F氏やG氏に行われたような生活習慣改善への関心が低い者に対する強力な[後押し]は、倫理的にも、汎理論的モデル(Glantz et al 2006)に基づく効果的な支援の在り方の原則においても適切でないと思われる。そこで、「導入の段階」の要点の二つ目となるのが、[後押し]を受け入れる要因であった[職務上の健康管理義務の認識]と[後押し者への信頼]である。特に[職務上の健康管理義務の認識]の形成は、生活習慣改善の支援として着目すべきであろう。本研究において[職務上の健康管理義務の認識]が示されたのは、A事業所での組織的な健康づくり対策が影響していると思われる。ただし、管理者等が労働者に対して健康づくりを求めるだけでは不十分である。なぜなら、集団の中で行うべき行動を判断する基準となる規範には(Allen 2001)、社会的になすべきとされる規範と周囲の人々の行動に基く規範があり、両者の乖離は前者を形骸化させるため

である(村上 2008)。つまり、労働者に最も影響力を持つのは、直属の上司や同僚等の最も身近な職場の人々の認識や行動であるため(Hersey et al 2000)、管理者等の求める規範と労働者間で醸成される規範が合致していなければならないのである。A事業所では事業所が健康づくりの必要性を示すだけでなく、その規範が現場レベルまで浸透し、労働者の価値観と一致していたために、[職務上の健康管理義務の認識]を持っていたと思われる。よって、保健師は健康を重視する規範づくりへの支援として、職場の良好な人間関係づくりの支援とともに、組織的な健康づくりの方針や活動を浸透させるための支援を行うことが必要であるといえる。

「定着化アプローチの段階」の要点は、労働者が、生活習慣改善のメリットの認識と継続の壁の認識および継続の壁の回避・克服を経験することにある。なぜなら、これが、次の「進退決定の段階」における生活習慣改善に取り組む力の獲得・強化につながり、その有無がその後の取り組みを決定づけるためである。本研究では、「導入の段階」において、非主体的な試行的開始をした者でさえも、生活習慣改善の経験によって[生活習慣改善のメリットの認識]をしていた。また、継続の壁を認識し、回避・克服する体験を通して[行動化の自信の獲得]をしていた。つまり、労働者が「定着化アプローチの段階」を経ることで、生活習慣改善に対する認識は大きく変わる可能性があるといえる。行動を変えるには直接の経験や観察による学習が必要であるが、最も効果があるのは成功体験と、それによって自己可能感を高揚させることである。また、学習効果を高めるには、行動を促進する要因を意識させることが必要である(Bandura 1979)。よって、保健師には労働者が生活習慣改善に取り組む過程において、労働者がそのメリットを認識することと、継続の壁を認識し、それを回避・克服する自信を得るような支援が求められる。ただし、この支援を保健師が行うには限界がある。A事業所では生活習慣改善をしたことに対して、上司や同僚らが[生活習慣改善への積極的な是認]をすることが、生活習慣改善のメリットの認識の高揚につながっていた。これを可能にするためには、A事業所のように継続的な健康教育によって労働者が健康に関する知識や

価値を持つことが必要であるが、ここでは、労働者が同じ場所と場所を共有することが多いために同僚間の交流が多いことも[生活習慣改善への積極的な是認]を可能にした要因であると考えられる。よって、[生活習慣改善への積極的な是認]が職場で行われるには、労働者が交流し、同僚等の行動に関心を持ち、率直な意見交換ができる職場風土づくりへの支援が必要である。

「進退決定の段階」の要点は、生活習慣改善の中断に至った場合でも中断への肯定的認識があれば[行動化の自信の獲得]と[生活習慣改善のメリットの認識]ができる可能性である。本研究では、生活習慣改善の経験を重ねることで生活習慣改善のメリットを知り、継続のコツを獲得していき、数回の挑戦の後に生活習慣改善を継続につながることを示された。このように、生活習慣改善は失敗と成功を繰り返すものである(中村 2003)。しかし、F氏のように当初は[生活習慣改善の願望]をもっているが、失敗してくじけてしまった場合には動機付けがなくなって無関心期に至ってしまう場合がある(土井 2003)。そうならないように中断に至っても、その体験が生活習慣改善に取り組む力となり、再挑戦につながるようにすることが重要である。一般的に、健康的な生活習慣が継続されなければ、そのプログラムの効果はなかったと評価される。しかし、生活習慣改善の長いプロセスにおいて重要なのは、取り組む力の獲得・強化である。よって、保健師は生活習慣改善の支援において、短期的な行動の変化に着目するのではなく、長期的な視点をもって[生活習慣改善のメリットの認識]と[行動化の自信の獲得]への支援をするべきである。そのためには、健康づくりプログラムの評価において「労働者の認識の変化」に着目すべきである。

4.2 本研究の限界と課題

本研究では、対象者が9名と少数であるが、一人ひとりとは多様で数十年にわたる生活習慣改善のエピソードをもっていたため、分析に耐えうるデータの確保はできたと思われる。ただし、対象者は組織的な健康づくりに取り組む大規模事業所に勤務し、生活習慣改善に取り組んだ経験がある40歳以上の男性労働者のみである。また、面接において多くを語ってもらえる者に依頼している

ことから、本研究結果が労働者全員にあてはまるものではないというGTAを用いた研究の限界もある。今後は、さらに対象事業所や対象者の選択基準を広げて、本結果を精練することが必要である。さらに質的分析の後には数量的分析によって妥当性の検討を行うとともに、労働者の生活習慣改善への主体性等を数量的に評価できるようにしたいと考えている。

引用文献

Allen J (2001). Building supportive cultural environments. In O' Donnell MP (Ed). Health promotion in the workplace, pp202-217. Delmar Publishers Inc, New York.

Bandura A (1979). 原野広太郎(訳). 社会的学習理論-人間の理解と教育の基礎. 金子書房, 東京.

Chenitz WC and Swanson JM (1992). 樋口康子, 稲岡文昭(訳). グラウンデッド・セオリー-看護の質的研究のために, pp34-40. 医学書院, 東京.

土井由利子(2003). 行動変容のモデル. 畑栄一, 土井由利子(編), 行動科学-健康づくりのための理論と応用, pp17-34. 南江堂, 東京.

Glantz K, Rimer BK and Lewis FM (2006). 曾根智史, 湯浅資之, 渡部基 他(訳). 健康行動と健康教育-理論、研究、実践, p113. 医学書院, 東京.

Hersey P, Blanchard KH and Johnson DE (2000). 山本成二, 山本あづさ(訳). 入門から応用へ 行動科学の展開-人的資源の活用, pp168-169. 生産性出版, 東京.

家田重晴, 畑栄一, 高橋浩之 (1981). 保健行動モデルの検討-米国における研究を中心として. 東京大学教育学部紀要21, 267-280.

村上史朗(2008). 規範逸脱行為の拡散: 記述的規範と類似の規範への信念の効果. 日本社会心理学会第49回大会誌, 316.

中村正和(2003). 禁煙サポート. 畑栄一, 土井由利子(編), 行動科学 健康づくりのための理論と応用, pp70-84. 南江堂, 東京.

Pender NJ, Murdaugh CL and Parsons MA (2006).

Health promotion in Nursing Practice. Pearson Education, New Jersey.

高波利恵, 佐藤しのぶ, 松尾太加志(2010). 健康を支援する職場の社会文化的環境の特徴とその関連要因-組織的な健康増進活動を行うA大規模事業所労働者への面接から-. 産業看護2, 82-89.

本研究は筆頭著者が北九州市立大学大学院博士課程に提出した博士論文の一部を加筆修正したものです。本研究は文部科学省科学研究費若手研究(B)の支援を受けて実施しました。



著者連絡先

〒870-1201
大分市廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 保健管理学研究室
高波 利恵
takanami@oita-nhs.ac.jp

米国のナースプラクティショナーの活動と課題 –米国ナースプラクティショナー学会会長講演より–

高野 政子 Masako Takano

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

2010年8月6日投稿, 2011年3月24日受理

キーワード

米国、ナースプラクティショナー、歴史、活動、課題

Key words

USA, nurse practitioner (NP), history, activity, task

1. はじめに

2010年4月、大分県立看護科学大学の草間朋子学長を団長とする21人の参加者による米国ナースプラクティショナー（以下NPと記す）研修で、ワシントンD.C.を訪問する機会を得た。その際、米国ナースプラクティショナー学会（American College of Nurse Practitioners: 以下ACNP）の会長のジャネット・セルウエイ博士と前会長ジュリー・スタニック・ハット博士の講演を拝聴した。セルウエイ博士は、デルウエア大学看護学部の准教授で、成人NPと小児NPの資格をもつ実践家でもある。また、ハット博士は、ジョンス・ホプキンス大学看護学部の准教授で、救急NP、専門看護師（CNS）で、2008年まで会長を務めた方である。今回、このACNPの2代の会長から、NPの歴史や、現状と課題について情報を得て整理できたことが何より貴重な機会となった。その講演内容の一部を紹介したい。

2. 米国におけるNPの歴史

2.1 成り立ちと発展

米国では1960～1970年代に医療費の高騰の一方で、家庭医や都市部の貧困層のための医師が不足し、人種や性差に対する平等の促進や消費者運動、女性運動などがおきていた。この急激な変化に対応するため、1965年に最初のNPプログラムが、コロラド大学のロレッタ・フォード（RN, Ed.D.）教授により開発された。1970年には米国連邦保健教育福祉省が、看護師の業務拡大に関する検討委員会を設立した。1971年4月12日の委員会報告書では「看護師の業務は医療サービス

の増加だけで急速に変化したわけではない。看護師が医療の現場で多様な機能を実践する能力を示してきたことによる」と記述されている。1970～1980年には、NPに対する患者満足度調査や費用対効果の分析などに関する研究が報告され、NPの役割についての研究結果は一貫して高い評価であった。その結果、NPプログラムに対する様々な連邦政府保健省看護課や母子保健局の支援や、コモンウェルズ財団など個人による資金サポートが増加した。それ以後、各分野のNP教育プログラムが急速に開発された。NPの役割は病気のケアから家族の健康増進に焦点を変更した。1980年には全米NP教育者学会（National Organization of Nurse Practitioner Faculties: NONPF）が設立された。1984年以後、NPは急速に増加して20,000人に増加し、クリニックの外来、継続医療施設や保健施設、地域保健センター、地方のクリニックなどの様々な医療施設で活躍するようになった。

1990年代になると、救急医療NPが出現し、NPの数と需要は増加し続けることになった。救急医療NPは救急部と集中治療部で実践を行い、複雑で緊急な場合と、慢性的な状況の患者のニーズに対応する高度なケアの提供が実践された。1996年、NPの有資格者数は63,191人にまで増加した。1997年には、NPの診療がメディケア（高齢者医療保険）の対象として認められた。米国のメディケアは、65歳以上の高齢者と終末期ケアの対象者、または障害を持つ65歳以下を対象とする医療保険である。このことはNPの役割が全米50州とワシントンD.C.において法的認可が明確化されたということでもあった。一方で、NP

の処方箋発行は、現在でも全米50州とワシントンD.C.で薬の種類などに差がある。1990年以前は、NP教育は大学院教育には含まれていなかったが、1998年NP教育プログラムは、769の修士課程で行われ、12領域が認定されている。2008年の米国看護師調査で、NP数は158,348人であり、すべての看護師の3.8%となった。これは2004年以来12.1%の増加率である。また、施設の役職の64.3%をNPが果たしていることが明らかとなった。表1に示すように、拡大するNPの役割や教育の統一を図るために、全米で様々なNPに関連する組織が設立されている。

表1. 米国NPに関連する組織

組織名	設立年度	
NAPNAP	1970	National Association of Pediatric Nurse Practitioners
NPWH	1980	Nurse Practitioners in Womens' Health
NONPF	1980	National Organization of Nurse Practitioner Faculties
GAPNA	1981	Gerontological Advanced Practice Nurses Association
AANP	1985	American Academy of Nurse Practitioners
ACNP	1994	American College of Nurse Practitioners

2.2 米国NP学会(ACNP)の組織と活動について

1993年に全米NP指導者会議を開催し、125人の指導者が参加した。そこで、ACNPの前段階の組織を結成し、全国会員、州会員、個人会員からなる組織を設置した。翌年1994年には、初回の理事会を開催し、米国ナースプラクティショナー学会(ACNP)に改名した。表1に示すような、NPWH、NONPF、GAPNAのほか、AACN(American Association of Critical-Care Nurses)、NNCC(National Nursing Centers Consortium)などとも連携を図っている。全米39州にブランチを持ち、現在6,000人の個人会員がいる。ACNPは、政策に提言することを主たる目的としている。

2.3 新しいNP博士号プログラムについて

新しいDoctor of Nursing Practice(DNP)プログラムはコロンビア大学で始まった。そのプログラムは看護実践における管理、政策、経営等に焦点をあてたものであった。現在上級実践看護師(APN)の教育プログラムを実施する72%の大学でDNPのプログラムを持ち、その数は35州、計120に増加しており、Ph.D.のプログラムより多く存在する。2015年までにすべてのNPがDNPになる予定である。

3. 米国のNP認定制度

3.1 上級実践看護師(Advanced Practice Registered Nurse: APRN)とは

米国の看護師の職種等を表2に示す。

表2. 米国の看護師の職業進路

上級実践看護師 (Advanced Practice Registered Nurse: APRN) 修士号か博士号が必要	ナースプラクティショナー (NP) 助産師 (CNM) 麻酔看護師 (CRNA) 専門看護師 (CNS)
正看護師 (3つのレベル)	看護学士号 (4年間) 準看護学士号 (2年間) 病院付属専門学校卒看護師 (3年間)
准看護師 (Licensed Practice Nurse)	1年間

この上級「Advanced」という用語が看護業務の中でどのように生まれたかは不明である。いくつかの州が1970~1980年には、看護業務条例で「上級実践看護師」という用語を使用しているが、この用語に関するコンセンサスは最近定義されたものである。

米国の50州とコロンビア特別区(ワシントンD.C.)にはそれぞれに日本の政府に相当する権限があり、それぞれに看護教育局があるため、NP業務を規定する50の異なる法律が存在している。米国の認定資格試験は、5つの機関により行われ、各州が独自に(1)上級実践看護師の法的な業務範囲、(2)役割、(3)資格の基準を決定している。したがって、各州により業務等が異なるために、米国NP学会(ACNP)は全米統一をめざしている。

3.2 上級実践看護師(APRN)のコンセンサスモデル

上級実践看護師のコンセンサスモデルは、全米看護業務協議会(National Council State Boards of Nursing: NCSB)が、上級実践看護師の業務についての条例の法的モデルとして、4年がかりで2008年7月に完成した。各州では2015年までにこのモデルに従って、法律を変更することとしている。

3.3 上級実践看護師 (APRN) のコンセンサスモデルの役割

- (1) 「上級看護実践」を定義すること
- (2) 条例モデルを記述すること
- (3) 「上級実践看護師」の資格授与、認可、認定、教育を明確化すること
- (4) 専門分野を定義すること

- (5) 新しい役割と国民のニーズを記述すること
- (6) 実施戦略を記述すること

3.4 上級実践看護師 (APRN) コンセンサスモデル

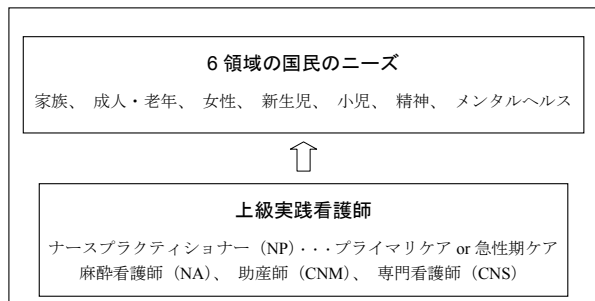


図1. 上級実践看護師 (APRN) コンセンサスモデル

NPはこの上級実践看護師 (APRN) の一つの職種である。すなわち、NPとは「高度な大学院教育と臨床実習を経て、幅広いヘルスケアサービスを提供する準備ができた登録正看護師のこと」と定義されている。その業務は、すべての年齢層の患者に対して、通常あるいは複雑な医療状態の診断と管理が含まれる。

つぎに、現在米国で登録されているNPの認定分類と割合を表3に示した。

表3. NPの認定と割合

家族 NP (Family NP)	49.2%
成人 NP (Adult NP)	17.9%
小児 NP (Pediatric NP)	9.4%
ウーマンズヘルス NP (Women's Health NP)	9.1%
救急 NP (Acute care NP)	5.3%
老年 NP (Gerontology NP)	3.0%
新生児 NP Neonatal NP)	2.9%
がん NP (Oncology)	0.8%

AANP (アメリカ NP 学会 データベース 2009) 他より

4. NPと他の組織との関係と課題

米国のNP教育は、1965年に開始されて45年が経過したが、現在も医師会との関係は管理上の問題や独立性の問題で軋轢が存在している。なぜなら、医師は医療行為について、法的な資格（免許）を獲得した最初の医療関係者であり、医師の医療行為の範囲は非常に広い。そのため、NPなど医師以外の医療関係者が、医療行為の役割を法的にも獲得するためには、常に開拓しなければな

らない状況にある。全米医師会は、2005年に10種類の医師以外の医療関係者の業務範囲を義務付けるよう報告書を提示し、NPの業務範囲の拡大する法律の制定を妨げる目的で、州の関係者に働きかけている。また、これらNP業務の障害についてはほとんどの州で、処方箋の発行権の制限や、医師による監督の義務づけなど、NP業務は医療審議会の承認が必要であり、業務プロトコールの作成など業務範囲には様々な制限がある。例えば、死亡診断書の発行、精神鑑定書の発行などである。これに対して、Safriet (1992)は「NP業務の制限は、国民の健康を守るよりも、医師の利益を守ろうとするものである」と指摘している。

看護界においてもNP養成について、様々な意見や批判がある。「NPを押しすすめることは看護師をだますこととなる」や、「NP教育は看護せず、医療に向かわせる策略」「NPは看病するのか」などの意見は、看護界の対立を表面化し、看護教育の中でNP教育プログラムを開発することに障害となった。現在も看護界の指導者間に分裂が存在することも事実である。

一方で、NP教育の課題として、教授陣の人材不足の問題がある。Fang and Tracy (2010)は、2009年に米国看護大学教育協会の調査で、554校(回答率70.2%)が回答した結果、11,381人の教員が在籍しているが、まだ803人(6.6%)の教員ポストが空席であると報告した。このような教授や教員などの人材不足や予算不足に加えて、NPが実際に提供するサービス内容など活動に関する研究報告や資料が十分蓄積できていないため、政府や薬剤師会、保険会社などがNPを理解していないなどの課題がある。

5. 米国の医療保険制度改革とNPのチャンス

オバマ大統領はダコタ州の地域保健センター長として看護師のウエークフィールド博士を起用した。その指導のもと、2010年3月に米国議会は国民すべてに健康保険加入を義務付ける法案を可決した。それにより、1,600万人が低所得者医療扶助制度(メディケイド)に加えられることになる。メディケイドの還付が安いため、多くの医師はこれらの患者の診療をしなくなる恐れがある。そこで、国立健康サービス会社のような支援が増加し、看護師が管理しているヘルスセンターも増加している。

ヘルスセンターのプライマリケアを指導しているのが上級実践看護師である。

今回の研修では、地域医療のミニッツクリニックを視察した(草間 他 2010)。それは中心部から離れた地域の薬局の中に4人程度のNPでクリニックを開業していた。クリニックは、月曜か日曜まで朝9時から夜8時(土日は短縮)までの診療で、受付は患者が入口に置かれた自動機械で行い、予約時間に合わせて受診する。診察は予防接種や軽い腹痛や発熱などに処置や処方をしていた。1人の診療時間は約15分で、1回62ドルの診療費という定料金で診療が受けられるシステムが機能していた。このケアの質評価の調査の結果、高い患者満足が確認されていた。また、新人NPの自己学習システムも開発、整備されていた。地域医療の在り方や、経営をしっかりと考えており、地域医療を支えるNPの可能性を実感した。

6. おわりに

今回の研修は、北海道から沖縄まで7都道府県の看護系大学や日本看護協会の関係者による団体となった。ワシントンD.C.市内の大規模な病院全体を小集団でじっくり視察することができた。

NPのリーダー的存在である米国においても、NP教育や活動は、発展段階にあるという認識や、50州とコロンビア特別区(ワシントンD.C.)の各州に異なる法律や条例があり、統一の困難さを理解できた。今回の研修では、どの訪問先でも、日本のNP教育開始の情報に大歓迎の意を表して頂いた。我々もまた、NPあるいは看護の在り方を常に追求し続けている米国NPの上昇志向に触れることができた。参加者はそれぞれの事情は異なるもののNP教育に取り組もうとしており、日本にもどり新たな挑戦するエネルギーを蓄えることができた研修となった。

最後に、この研修を根気強く企画して頂いたリバティーインターナショナルの渡辺美知江氏に感謝致します。

引用文献

Fang D and Tracy C (2010). Special survey on vacant faculty positions for academic year 2009-2010. American Association of College of Nursing.

<http://www.aacn.niche.edu/IDS/pdf/vacancy09.pdf>

草間朋子, 藤内美保, 高野政子 他(2010). アメリカNP視察報告. 医療タイムス1969, 6-7.

Safriet BJ (1992). Health care dollars and regulatory sense. The role of advanced practice nursing. *Yale Journal on Regulation* 9, 417-488.



著者連絡先

〒870-1201

大分市大字廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学 小児看護学研究室

高野 政子

takano@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第12回看護国際フォーラム

「高齢社会における身体的・精神的・社会的ヘルスケア～韓国の現状と課題～」(趙飛龍先生の講演から)

高波 利恵 Rie Takanami

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

2010年11月20日投稿, 2010年12月10日受理

キーワード

韓国、高齢社会、ヘルスケア、スクリーニング、認知症、自殺

Key words

Korea, aging society, health care, screening, dementia, suicide

1. はじめに

2010(平成22)年10月30日に別府ビーコンプラザにて、第12回看護国際フォーラム「高齢社会における健康とケアを学際的に考える」が開催された。ソウル国立大学校医科大学の趙飛龍(チョー・ピロング)先生をお招きして「高齢社会における身体的・精神的・社会的ヘルスケア～韓国の現状と課題～」について御講演頂いた。

趙飛龍先生は1990年に医師免許、1994年に家庭医の専門医資格を取得された。その後、臨床医として活躍されるとともに、公衆衛生学を学ばれ、高麗大学大学院にて博士号を取得されている。現在、ソウル国立大学校医科大学の教授で、家庭医学科長、健康増進センター長の他、健康福祉家族省の老年医学・健康診断専門委員会委員等をされている。

今回の講演では、1) 韓国社会における健康課題、2) 健康課題に対する国家的対策、3) Successful Agingのための医学的アプローチについてお話しいただいたので、その概要について報告する。

2. 韓国社会における健康課題

韓国の老年人口割合は、2000年に7.2%であったが、2010年に11.0%に達し、2030年には24.3%に達するとされている。少子高齢化は先進国の共通の課題であるが、韓国における特徴は他の先進国に比べて急速なスピードで進展している点である。また、韓国の平均寿命は延伸しているものの、健康寿命との差が9年と長い。健康寿命の短縮に影響する要因としては、認知症、身体的な障害を持つ者の増加が挙げられる。

さらに、韓国の健康問題の特徴として、自殺率が高いことが挙げられる。韓国の自殺率は経済協力開発機構(OECD)加盟の33カ国中ワースト1位である(2009年)。また、日本では自殺率が最も高い年代は55～64歳であるが、韓国では55歳以降、年齢とともに自殺者の割合が増加し、85歳以上で顕著に上昇している。高齢者を尊ぶ国民性とされてきた韓国で高齢者の自殺率が高い要因として、現在の高齢者は自分たちの親の介護を行ってきており、同じような支援を子供から受けることを期待しているが、子や孫の世代が多忙でその期待に応えられないことや、国民間の経済格差、国家的な自殺予防対策がなかったこと等が示された。

3. 健康課題に対する国家的対策

健康課題に対する国家的な対策として、スクリーニングプログラム、高齢者の自殺対策、認知症対策、介護保険制度の充実に焦点をあわせてお話された。

3.1 スクリーニングプログラム

韓国では、全国民に対して疾患の早期発見・早期治療のためのスクリーニングを実施している。そのうち、特徴的なプログラムとして、「移行期」すなわち青年期から中年期へと移る40歳と、中年期から老年期へ移る66歳の人々を対象に無料で行われる健康診断がある。検査内容は生活習慣病に関連する項目だけでなく、行動、うつ・認知、身体機能の評価を含んだものである。また、個々人の病歴や家族歴、生活習慣から推測される健康リスクにも焦点があてられている。そして、スクリーニングの結果をそれぞれの個人が生活習慣改善等に活かしていくために、個人

通知票では、健康リスクの高さを信号機の三色で示し、個々人の健康リスクを高めている原因や対処法も示している。

3.2 高齢者の自殺対策

韓国では、総合的な自殺対策として、自殺予防への関心の高揚、自殺ハイリスク者の支援制度の利便性の向上、自殺対策専門家の養成、自殺企図者の管理システムの整備等を行っている。具体的な活動内容としては、第一次予防では自殺予防のための教育、第二次予防ではカウンセリング、メンタルヘルスチェック、医療機関の紹介、自殺ハイリスク者への相談や助言、第三次予防として自殺未遂者への再発予防教育等を行っている。特徴的なプログラムとして、ゲートキーパーが挙げられる。ゲートキーパーとは、自殺ハイリスク者の相談を受けたり、自殺予防教育を提供する人々のことである。ゲートキーパーは医療・保健等の専門職ではなく一般の人々から養成された者であるため、利用者にとって友人のように身近な存在である。自殺予防対策の活動は自殺予防センターとメンタルヘルスセンターおよび老人福祉センターによって提供されている。

さらに、より体系的な対策として、アメリカのジョンズ・ホプキンス大学で2001年に開発された**Guided Care**を取り入れ、**Guided Care**専門看護師を養成している。**Guided Care**とは、慢性疾患を持つ高齢者と家族のQOLを向上するために、プライマリケア部門に属す専門看護師によって提供されるサービスである。**Guided Care**専門看護師は患者のニーズをアセスメントし、患者を教育し、エンパワメントさせ、ヘルスケアシステムを患者のニーズに合わせて調整する役割を持つ(John Hopkins University 2010)。

3.3 認知症対策

認知症に対しては予防と早期発見のための対策を活発に行っている。その内容は、認知症に対するイメージの改善のための啓発、認知症スクリーニングと予防対策の強化、認知症患者管理体制の整備、保険制度の整備による認知症患者を持つ家庭の負担の軽減等である。

具体的な取り組みとして、地域で行われる「認知症早期発見プロジェクト」がある。これは地方自治体の支援を受けた保健センター、老人施設、デイケアセンター等によって、60歳以上の者を対象に早期発見のサービスが無料で提供されている。第一次予防と

して認知症に関する教育、第二次予防として認知症のスクリーニングテストが行われる。スクリーニングテストは看護師によって行われる。このプロジェクトでは行政と医療機関が連携しているため、認知症のスクリーニングテストで、異常の可能性があった者は医療機関で精密検査を実施する。第3次予防として認知症患者の管理を行っている。

3.4 介護保険制度

韓国では高齢者の生活水準の向上と各家庭の負担を軽減することを目的として、2007年に介護保険制度が設置された。サービスの対象は介護を要する者であり、家庭での看護、入浴、家事等の他、老人施設やグループホームを利用することもできる。サービスを受けるには、患者か家族が申請をし、身体・認識機能等の調査と介護支援必要度の審査を受ける必要がある。韓国の介護保険制度は日本の介護保険制度に倣って整備されたため、日本と似た点も多いが、相違点として家族が家庭で介護をする場合にも、介護費用が助成金として支払われる点が挙げられる。

介護保険制度対象外で在宅の独居か日常生活が困難な高齢者に対しては、安否確認、生活指導、家事支援、家屋の補修等のサービスが提供されている。このサービスの自己負担額は収入に応じて無料から48000ウォンとされている。

4. Successful Agingのための医学的アプローチ

健康寿命を延伸させるには、**Successful Aging**のための対策が必要である。趙先生が所属する健康増進センターでは、**Successful Aging**のための医学的アプローチとして老化のアセスメント、疾病予防と管理、健康増進対策を行っている。

Successful Agingのための医学的アプローチでは、疾患だけでなく、老化に着目することが必要である。アプローチの方法は、モニタリングとアセスメントおよびアセスメントによって異常があった場合の管理である。老化のアセスメントのためにフローチャートが作られている。このフローチャートでは、血液検査、心電図、尿検査、聴力検査、体組成等を測定し、その結果を、認知機能、尿路機能、気分障害、脆弱性、メタボリック疾患、睡眠・疼痛、性機能、予防接種の8つに分類して分析し、異常が見つかった場合の検査や治療の方法も示されている。

老化は多くの要因が関係し、パターン化された対処方法を明らかにすることが難しいため、老化の測定・評価および治療方法に関する研究が活発に行われている。

測定・評価方法として、2010年に開発された脆弱性スケールがあり、過去一年間の入院経験、主観的健康観、4種類以上の薬物の服用、体重減少、うつ・悲観、失禁、俊感性、視力・聴力の8項目から構成されている。

治療方法としては、1. 神経・内分泌的治療、2. 抗酸化治療、3. ライフスタイルセラピーがある。抗酸化治療について、抗酸化作用のある紅茶、赤ワイン、大豆、ブロッコリー等の食品の摂取が推奨されている。抗酸化作用のある薬剤については、開発途上であり、現在は動物実験の段階である。関連する研究成果として、抗酸化物質を摂取することで加齢に伴うタンパク質の合成能の低下を回復させることや、エネルギー変換に関与するミトコンドリアの機能を高めることが明らかになっている。

有酸素運動もミトコンドリアの機能を高める。よって、有酸素機能は老化のアセスメントの有用な方法である。高齢者の有酸素機能を評価することは難しいが、妥当性・有用性の高い測定方法として最大一歩幅が用いられている。

ライフスタイルドラッグ^{注1)}の開発も進んでいる。例えばコレステロール低下作用のあるスタチンや鎮痛剤のアスピリンは抗酸化作用があることが明らかにされている。

5. おわりに

趙先生には医師の立場から韓国社会の健康問題と対策、最新のSuccessful Agingのための研究と医療について講演された。その中で、趙先生が「韓国は高齢者にとって生きにくい社会になっている。」と言われたことが印象的だった。これは韓国だけの問題ではない。我が国では自殺者の多くが中年期の男性であることが着目されているが、韓国と同様に男性高齢者の自殺者も増加の一途をたどっている。また、我が国の自殺の原因の多くが健康上の悩みである(内閣府共生社会政策統括官 2010) ことを鑑みると、日本も疾病や障害を持つ高齢者にとって生きやすい社会ではないといえる。韓国では、慢性疾患を持つ高齢者と家族のニーズに即したケアシステムの調整等を行うためのGuided Care専門看護師が養成されて

いる。我が国の看護教育では「患者中心看護」の考え方が浸透しており、患者等のニーズに即した看護が提供されているはずである。しかし、総合討論において、現場では眼前の問題に対処することに追われ、高齢者への十分な支援ができていない現状もあることが示された。看護職はこの解決のために、看護職の人材配置の増加を求めるとともに、趙先生が示されたような効果的・合理的な高齢者の健康増進対策と看護の方法を確立するための取り組みを行うことが必要であろう。老化は身体的・精神的・社会的な要因の相互作用によって進展する。それゆえに対象を全人的にとらえ、対象のQOLの向上を支援の目標とする看護の視点や活動が、高齢者の健康と高齢者ケアの改善に果たす役割は大きいと思われる。

注釈

- 1) ライフスタイルドラッグとは、生命に危険を及ぼすような病気ではなく、日常生活で気になる症状や体調を改善することにより、QOLを改善し快適に過ごすために用いられる医薬品である(日本薬学会)。

引用文献

John Hopkins University (2010). The guided care nurse. <http://www.guidedcare.org/nurse.asp>

内閣府 共生社会政策統括官(2010). 原因・動機別の自殺の状況. 平成22年版自殺対策白書. <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2010/pdf/gaiyou/pdf/g05.pdf>

日本薬学会 薬学用語解説ホームページ. <http://www.pharm.or.jp/dictionary/wiki.cgi>



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 保健管理学研究室
高波 利恵
takanami@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第12回看護国際フォーラム

「アメリカ合衆国における認知症ケア」(Dr. Mackinの講演から)

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

2010年12月29日投稿, 2011年3月16日受理

キーワード

認知症、アメリカ合衆国、長期ケア施設、デイケアプログラム、介護付き住宅

Key words

dementia, the United States, long term care facility, day care program, assisted living facility

1. はじめに

他の先進国と同様、アメリカ合衆国（以下、合衆国）でも人口の高齢化はますます進んでいる。今回のフォーラムにおいてDr. Mackinは、日本とは医療保険などの制度が異なる合衆国における、認知症をもつ人へのケアの現状を、三つの具体例を通して紹介された。ご自身が訪問調査した時に撮影した映像（とくにスタッフへのインタビューの場面）を写しながらの講演であったので、聴衆（観衆）にとっては非常に理解しやすかった。その概要を紹介する。

2. 合衆国社会の高齢化

他の先進国と同様、合衆国でも全人口に占める85歳以上人口の割合は急上昇している。高齢者とともに"oldest old"と呼ばれる85歳以上高齢者の増加の背景には、慢性疾患のマネジメントとライフスタイルの向上がある。合衆国におけるベビーブーム世代（1946～1964年生まれ）は、加齢により近年ついに引退世代に到達したので、これからのヘルスケアシステムに深刻な負担となる可能性がある。

全米アルツハイマー協会は、アルツハイマー病（AD）をはじめとする認知症の患者にとっての、重要な諸課題に焦点を当てて活動しているNPOである。同協会は教育的な出版を行い、患者・家族・ケア提供者に有益な資源を提供し、研究とケアの向上のために当事者の声を代弁している。その報告（2010年8月）によれば、認知症の人は全米で530万人にのぼり、死因の第7位を占め、こ

の疾患のために毎年1,720億ドルが費やされている。これらの人へのケアのほとんどは、1,090万人の無給のケア提供者（家族など）に依存している。ADの有病率は性と年齢階級によって異なる。65歳では女性15%、男性9.1%であり、75歳ではそれぞれ18%と10.2%である。女性の有病率が高いのは、平均寿命が男性より長いことによる。AD患者の半分以上は85歳以上である。

さらに2000～2006年のデータを見ると、ADによる死亡者はこの間に46%増加している。正確には、ADそのものの増加というより、脳梗塞、前立腺がん、肺がん、心疾患、HIVなどによる死亡が減少したことにより、ADになる人が増えたと考えられている。かつ、ADによる死亡がかつて考えられていた以上に死亡をもたらず、という認識も高まってきた。ちなみに、2009年にはケア提供者の50%がADこそ主要な問題だと考えており（こうした声は以前は33%に過ぎなかった）、社会にとって不可避の課題と認識されている。

しかし合衆国では現在、看護職を含め、ADなど記憶障害をもつ患者のケアのために専門的訓練を受けたワーカーが、きわめて不足している。推計によれば、こうしたワーカーが2030年までに350万人必要である。にもかかわらず、看護師（RN）のうち老年看護の専門看護師はわずか1%であり、nurse practitioner（NP）のうち老年NPの認定を受けている者は4%にすぎない。医師について見ても、老年医学の認定医は全米で7,000人しかいない。が、2030年には3万人の認定医が

必要になると推計されている。つまり、23,000人の専門医を養成するのに、時間の猶予は20年しかない。医師にとって、他の専門領域に比べ報酬がはるかに少ない老年医学の領域は、魅力的な専門分野ではないのである。

認知症の患者をケアするには、認知症でない患者の場合よりもはるかに多くの時間が必要になる。全米アルツハイマー協会によれば、一年間に約1,100万人が認知症患者のために無給でケアを提供しており、2009年だけでも125億時間（一人あたり週22時間）を費やしている。無給の、あるいは非公的な、ケア提供者の40%は女性であり、ほとんど(94%)は近親者である。こうしたケアを提供することはとてもストレスフルであって、ケア提供者の40%が深刻な情緒的ストレスを感じ、3分の1が抑うつを訴えている。

そこで以下では、三つの異なるタイプの認知症ケアについて、紹介したい。長期ケア型の高齢者ホーム、地域型デイサービスプログラム、介護付き住宅、である。

3. 長期ケア施設型高齢者ホーム

長期ケア型の高齢者施設を紹介する前に確認しておきたいのは、入所ケア以外に、施設外で提供されるサービスやプログラムもまた、長期ケアとして重要だということである。

ここで紹介するような長期ケア型高齢者施設には、公営・民営の両方がある。典型的な高齢者ホーム(nursing home)に加えて、"board and care home"と呼ばれるタイプのものがある。これらは、一軒の家に6人までの高齢者が住めるよう改装した、民営住宅(グループホーム)である。こうしたホームはたいてい近隣にあり、認可を受ける必要があるが、資格をもったスタッフが常駐している必要はない。グループホームは高齢者ホームやケア付き住宅よりも安くつき、利用者は毎月2,500~4,000ドルの利用料を負担する。

一方、"senior residential facility"はアパート住居で、ある程度のサービスと、食堂での食事提供をする。最低限でも24時間スタッフがいますが、資格のあるスタッフとは限らない。

地域における長期ケアとしては、自治体もhome health nursing service(看護師またはセラピストの訪問)に予算をつけている。これらは通常

6週間提供され、典型的には退院後や健康状態が急変した後に開始される。この期間は専門的ケアのニーズがあるだろうが、「その期間が終わるまでには、家族や患者は自身のケアに責任を負えるようになるだろう」という発想による。

人によっては、在宅ケア提供者を自費で雇うこともあるが、州からの支出は一切ないので非常に高くつく。だいたい一日(7時間)のケアで260ドルかかるが、1時間あたり25ドル程度で済む場合もある。貧しい人のために、地域によっては在宅サービスに対する補助の仕組みがあるが、ふつうこれではサービス時間のすべてをカバーできない。公的または民間のケースマネジメントサービスもあり、ケアと資源をコーディネートする。これは低所得者/貧困層も利用資格がある。ケースマネジャーはソーシャルワーカーかRNである。個人的に依頼する場合もあり、そうした場合のケースマネジャーはRNが多いが、医療職以外のワーカーが大いに参入しつつある。

地域における長期ケアの一例として、サンフランシスコのJewish Homeを紹介する。高齢者ケアの全国的なモデルと考えられており、100年以上の歴史を持つ。1871年創設時の入所者は12人だったが、現在は多様な文化的背景をもつ400人以上の入所者がさまざまなケアを受けている。そのほとんどが長期入所者だが、必要に応じて短期入所も可能である。中には20年以上入所していた人もいるが、現在の長期入所の平均期間は2年以下で、最高齢者は106歳。上級(advantest)NPが二人いる。

ここでは、病院リハビリテーション、急性期精神科ケアユニットをはじめ、さまざまなサービスを提供している。屋内には温室があり、患者に愛好されている。動物もいて、ペットセラピーも試みている。園芸活動の指導者もいる。ユダヤ教徒でなくても利用できるが、ユダヤの伝統を尊重しており、専従のラビ(ユダヤ教の指導者)がいて、シナゴグ(ユダヤ教の礼拝堂)があり、安息日には礼拝をする。食事もユダヤ教の律法に従って準備したものを提供している。しかし他の宗教を信ずる人のことも尊重はする。こうした文化的配慮については、市内でも高い評価を得ている。また、the Grandparents Dayと名付けられた行事では、家族も集まって、屋外でバーベキューパーティ

をする。

ここではスタッフは皆、家族のこともよく知っている。専従の医師はいないが、他のスタッフは外部の顧問医とよく連携し、それぞれの専門性を超えて一つのチームとして機能している。たとえば上級NPの一人にとってここは最初の職場だが、自分が望むような仕事ができていると感じており、すでに11年勤務している。患者への直接ケアだけでなく、スタッフへの教育的な役割も重要である。そればかりか、医師が休暇不在の時の的確な判断ができ、この施設にとってなくてはならない存在になっている。

屋内庭園にはたくさん椅子が備えてあり、座って休んだり、ピアノを弾いたりできる。別の庭園はバタフライガーデンと名付けられており、無数の花々が植えられ、たくさんの入所者がここで午後を過ごし、天窓から採り入れた明るい光を浴びている。認知症のため自由に屋外に出られない人も多いが、この庭園は外部に通じていないので、たとえ徘徊する人がいても安全である。

4. デイサービスプログラム

公的または民営のプログラムで、**adult day health program** と呼ばれるデイサービスプログラムがある。ほとんどが有料で、州からの助成も受けている。一日の一定時間のケアと社会的活動 (**socialization**) が選択でき、加えて介護者のためのレスパイトケアも提供する。送迎サービスを提供することもある。

こうしたデイケアセンターのあり方には医学モデルと社会モデルの二種類がある。医学モデルでは、施設において有資格者が医学的ケアや看護ケアを提供し、同時に社会的活動や食事も提供する。後にFujii氏が紹介する**On Lok Lifeways Senior Health Service**は、その筆頭例である。社会モデルでは、ヘルスケアは提供されず、社会的活動に重点が置かれる。

社会モデルの一例として、カリフォルニア州Marin郡（サンフランシスコから約20マイル）における**adult day health program**である**Senior Access (SA)**がある。SAは37年の歴史を持ち、ADなどの認知症をもつ人や、パーキンソン病をはじめ、あらゆる種類の慢性疾患をもつ人のために、通所型デイプログラムを提供している。

まずSAには、マーケティングとアウトリーチのディレクターがおり、彼女は「高齢者はいつも同じことを求めてきた。たとえ病気があっても、家庭や地域において、可能な限り愛されて生活することだ。しかし37年前には、介護者に選択できる道は、在宅介護か、熟練した看護を受ける施設に入れるか、しかなかった。何か他に方法があるべきだ、とSAは考えた。私たちのプログラムでは一日を通して活動を提供し、介護者が休息の時間を得られるようにしている。」と言う。

またSAには、エンターテイナーと呼ばれるスタッフがいます。認知症ケアにおいては、楽しくて親しみやすい刺激と活動が重要だ。その一人は言う。「ここで音楽を提供して13年ほどになる。音楽は皆をリラックスさせ、瞑想的な感情を味わえるのがすばらしい。ここで演奏すると、入居者のおかげで素晴らしい時間を味わうことができるので、帰り道ではものすごい宝物をもらったような気分になる。高齢者のために音楽を提供するようになって17年になるが、こういう機会をもらって実にうれしい。」彼はトークと楽器演奏で楽しいセッションを提供している。

こうしたプログラムでは、プログラムアシスタントが非常に重要な役割を果たす。SAのプログラムアシスタントは言う。「私の仕事の代表例は、クライアントがトイレに行くのを介助したり、食事を介助したり、食事を配給したりすることだ。歩行介助をしたり、車椅子を押したりもする。芸術療法セッションでは、絵を描いたり、材料を切ったりするのを援助することもある。この仕事で難しいのは忍耐することで、クライアントが認知症だとわかっていても、動じることなく待たなければいけないと自分に言い聞かせる必要がある。クライアントによっては、他の人よりニーズが多かったり、不安が強かったりするので、そうした人たちを平穩に保つことは容易でない。必ずしも他の人たちから切りはなす必要はないが、自分はここで仕事をするうちに、また、ここに来る看護学生たちを迎えているうちに、看護学校に行きたいと考えるようになった。」

さらに、SAのアクティビティ・ディレクターは言う。「われわれの目標は、クライアントに刺激的な環境を提供すること、つまり刺激的かつ利用者を惹き込むような多様なプログラムを通して、

利用者が快適に感じ、一般の人と同じように扱われていると感じ、自尊感情を回復できるような環境だ。芸術セッションの中では、コラージュや本作り、実際に贈り物になるようなオーナメント作りもある。創作活動や空間制作だけでなく、視覚と手作業の協調、的確な運動スキルなども意図している。」

最後に、SAの企画担当副責任者は、このプログラムの運営についてビジネス的な観点から言う。「自分は財政基盤に責任を負っている。SAは営利活動ではなく、利用料以外に方々から資金を集める必要がある。基本的に、必要予算の60%を利用料でカバーしている。個人負担の利用料は1日5時間で95ドル、1時間あたり17ドル、この種のプログラムとしては最も安い部類に属する。介護者が休息を得るには手頃な選択であり、高齢者ホームに入所したり在宅ケアを受けたりするよりは安くつく。しかし利用料だけでは足りないの、個人・財団・州から寄付を集める必要がある。現在カリフォルニア州は財政危機に直面しており、州からの補助がカットされているので、個人などからの寄付を増やさなければならない。」

5. 介護付き住宅(assisted living facilities)

合衆国全土で介護付き住宅が増えている。産業として急速に成長しつつあり、今後さらに成長するだろう。民間企業、時にはハイアットホテルのようなホテル産業が経営している。利用料は高額で、政府の保健計画からの補助はない。サービスはポイント制で、必要で利用したサービスにだけ料金を支払うシステムになっている。基本料金を支払えば、室料・食事・施設内活動をカバーする。入浴ケアや排泄ケアなどの個人的ニーズに応じ、あるいは"medication technician"と呼ばれる無資格のスタッフによって行われる与薬の内容や回数などに応じて、追加料金が発生する。

一例として、カリフォルニア州ベルモントにある、サンライズ介護付き住宅を紹介する。認知症または記憶障害のある人のための、特別ユニットを提供している。アパートメント形式で、入居費は月5~7千ドルと高いが、美しく素晴らしい施設だ。入居者は自分でここを探し当てる。スタッフは24時間常駐しており、有資格の看護師も非常勤で働いている。

この施設の典型的な居住空間は寝室とリビングの2室から成り、二人でルームシェアして入居することもできる。自前の家具を少々持ち込むだけで、すぐに生活を始めることができる。認知障害の重い人のために特に安全に配慮した空間もある。スタッフはパスワードを入れて出入りするが、居住者がパスワードなしに出ようとするすると警報が20秒間だけ作動する。災害時に備えて完全に鍵をかけることは法律で禁じられているので、警報が鳴っている20秒の間にスタッフが駆けつけて対処するという仕組みになっている。

6. おわりに

日本では死亡統計の取り方が異なるのでぴんとこないが、ADに由来する嚥下障害や栄養障害で死亡した場合、合衆国やオーストラリアではADを死因とするので、死因の上位にADが位置している。

認知症をもつ人のためのケアとして基本的なアプローチは日本も合衆国も同じだが、日本のような医療保険や介護保険の制度がないので、利用のされ方には相違が大きいことを改めて知らされた。どれほどの水準のケアを享受することが「国民が等しく有する権利であるか」ということと、そのためにどれだけのコストを誰が負担するのかということとを冷静に議論しなければ、問題は解決しない。その枠組み作りのための行動が、専門職の役割(=アドボカシー)として求められているのだろう。



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野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 第12回看護国際フォーラム

「On Lok Lifewaysにおける包括的ケア・プログラム」(Janice Fujii先生の講演から)

松本 初美 Hatsumi Matsumoto

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 成人・老年看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2010年12月30日投稿, 2011年3月16日受理

キーワード

包括的ケアプログラム、高齢者、On Lok Lifeways

Key words

care program, elderly people, On Lok Lifeways

1. はじめに

我が国の総人口に占める65歳以上人口の割合(高齢化率)は22.7%(前年22.1%:平成22年版高齢社会白書,内閣府2010)に達し、高齢者の要介護者等の数は急速に増加している。要介護になった原因としては、「脳血管疾患」に次いで「認知症」があげられている。平成20年7月には厚生労働省より「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の提言が取りまとめられており、認知症への対応はわが国にとって大きな課題である。

米国より招聘したJanice Fujii先生は米国における高齢者に対する介護などの実践プログラムを紹介された。Janice Fujii先生はOn Lok Lifewaysの管理者であり実践家であり、ご自分の経験をもとに特にサンフランシスコ市におけるPACE(高齢者のための包括的ケアプログラム)の実際について紹介された。この概要を報告する。

2. PACEとは

PACE(Program for All Inclusive Care for the Elderly)は、高齢者のために自宅に於いて包括的なサービスが受けられるプログラムであり、薬物治療、長期介護が必要な場合の施設入所・急性期病院への診察への段取り、移動のための車の送迎、食事の宅配サービス、歯科・聴覚・視覚チェック、精神的健康を保つためのサービスなどが含まれている。宣教師・訪問宗教者の依頼も可能である。Medicare、Medicaidおよび民間の保険との連携もとられている。

2010年現在、PACEセンターは全米31州の74

か所で運営されており、身体的に虚弱な人を対象にそれぞれのコミュニティを拠点としてプログラムが展開されている。PACEとしての居住施設を持たないため、その地域におけるケア施設のサービス資源を利用しながら午前7時～午後7時まで送迎・移動も含めてケアを展開している。PACEは州や連邦政府の補助を受けて運営されている。

PACEを受けることができる人は、サービス提供地域に居住している55歳以上の要介護認定を受けた人で、自宅での安全が確保できる人(午後7時～朝7時まで家族が介護でき、介助があればトイレなどにいくことができる人)、地域の介護施設に住む高齢者などが対象となる。

医師、栄養士、作業療法士、理学療法士、在宅ケア看護師、ナースプラクティショナー、レクリエーション担当スタッフなどのメンバーで構成された学際チームが、まず対象の精神保健の観点も含めたアセスメントを行い、対象のニーズに基づいたケアを展開できるように組み立てられている。

ケアの提供は、成人デイケアやホームケアなどで多職種によるチームによっておこなわれている。ケアは、プライマリ・ケアのサービスに加えて社会的、文化的な側面を含んで実施される。プライマリ・ケアを受けられるのは1日4時間であり、家族が日中仕事に従事している間に受けられるように、交通・送迎のアレンジを含めてPACEセンターが調整している。

効果的・効率的なケアを提供するために、毎朝多職種により個々の利用者毎のケア内容についてのミーティングが行われている。スタッフ全員が利用者についてよく観察し理解しているため、

ミーティングでは少しの変化も逃さず報告し情報を共有している。特に初期の認知症の変化に対するきめ細かな観察がチーム全体で行われており、治療プランに役立っている。病院や介護施設から在宅への移行や、介護付き住宅への移行への支援を行う。高齢者の介護には、時間・労力・忍耐が必要であるため、介護に疲れた家族のレスパイトケアも行っている。プログラムの平均利用期間は終末期を含む5年間で、ケアの内容はすべて電子カルテに記録保管されている。

プライマリ・ケアができるかかりつけ医、ナースプラクティショナー、専門看護師（CNS）が常駐しており、病院のような役割を果たしており「壁に囲まれていない病院」といえる。静脈注射や呼吸器疾患の治療、創傷ケアなどの日常的ケアを行うことで、入院しなくてもすむように心がけている。慢性疾患（例えばうっ血性心不全、糖尿病、慢性肺疾患）の処置、終末期の訪問医療などは、医師やナースが電話一本で対応できるような24時間待機システムを設けており、分野横断的な医療チームとリンクしている。

3. On Lok Lifewaysの歴史

On Lok Lifewaysは、PACEを提供している組織の一つである。1960年代にスウェーデン人のソーシャルワーカーと中国系のアメリカ人の歯科医が発起人となり、サンフランシスコのチャイナタウン／ノースビーチ地域の低所得でヘルスケアの恩恵に被られない阻害されがちな高齢者たちが、尊厳を保ちつつ人生を送れるようにと非営利団体であるOn Lokによって設立され、全米初のPACEとして立ち上げられた。

1970年代、カリフォルニア州の4つのPACEセンターにおいてケアを展開した。1999年、On Lok Lifewaysは、カリフォルニア州で最初にKnox-Keene高齢者ケア施設としての公認の許認可を受理している。2002年サンフランシスコ郊外のフリーマントでは、ヘルスケアサービスが非常に高額であることは問題であると認識していたカトリック教会の修道女たちがPACEに踏み切ることで、多くの高齢者が自宅にいながらケアを受けられるようになった。2009年にはサンタクララ郡サンノゼまでPACEを拡大した。設立以来40年以上、着実な成長を続けており、現在およ

そ1000人以上の高齢者にサービスを提供している。

4. On Lok のPACE 活動の実際

On LokのPACEを利用している対象者の平均年齢は女性で84歳、利用者の医学的所見としては13種類以上の疾患があり、68%が認知症という診断を受けている。利用者の内訳は、63%がアジア・太平洋の島民、19%が白人、11%はヒスパニック、7%はアフリカ系アメリカ人である。英語を話せない高齢者のために、2ヶ国語以上を話すことができるスタッフ、看護師、老年看護ナースプラクティショナー、専門看護師を配属している。

On Lok Lifewaysには二つの部門がある。1つは、サービスの提供者としての部門で、Janice Fujii先生も所属しておられる部門である。10の学際チームが9つのPACEセンターをカバーして、在宅療養サービス、輸送、食事のサービスなどをおこなっている。プライマリ・ケアの提供者（医師とナースプラクティショナー）を有して、高齢者と専門ケアの提供者の完全なネットワークによるケアが展開されている。他の1つの部門は、マーケティング・質保証・苦情処理などを担当している。

On LokのPACE サービスにより、コミュニティでは高齢になっても施設に入所することなく91%の人が在宅であり、一般的Medicareの人と比べて入院利用率が低い。急性期で入院した後のフォローアップが充実しており、家族も一つのユニットとして考えケアを提供している。退院した利用者に対しては、専門的知識を備えたスタッフが再入院しないよう、少しでも長く自宅で過ごせるように家族も含めてサポートしている。多くの看護師が終末期ケアを提供しており、最終的に家族はスタッフとともに自宅で最期まで看ることができたという満足感を得られる。2008年には、利用者の95%がサービスに非常に満足しているという高い満足度が得られている。また、利用者の95%は親友にプログラムを紹介したいと回答している。

On LokのPACEは、Medi-Cal（カリフォルニア州の低所得者用の保険）から4%、Medicareから2%の支払いを受け、財源の大半は、連邦政府・州からの資金である。しかし不況により2%予算

を削減されており、同じスタッフでより少ない資源でレベルの高いケアを提供しなければならない。

On Lok PACEの支出は、67%が長期的介護費用、21%が治療費、8%の管理費は500名以上のスタッフの person 費となるため高い数字となっている。521人のスタッフで1058人のケアを行い、慢性疾患・認知症ケアには24時間体制でケアに当たるために person 費も高くなっている。

On Lok PACEは、州や連邦政府から資金を受けて規則に則って運営されているので、州や連邦政府に報告義務がある。4つの規制当局の監査を1年に2回受けている。保険維持機構であるKnox-Keeneの下で、On Lok PACEのケアの質の監査を受けている。

On Lok PACEは成功し、長い期間入院することなく介護者の負担が少ない状態で、自宅で過ごすことができるようになってきている。しかしプログラムの運営には非常に高いコストがかかり、スタッフの燃えつきも問題となっている。老年学の分野はダイナミック・エキサイティングな分野ではなく、老年学の専門家になりたいという希望者も多くはないが、我々は素晴らしいケアを提供したいと願っている。そのために経験や能力のあるスタッフの参画が必要である。カリフォルニア大学サンフランシスコ校ではそのような人材育成に取り組んでおり、On Lokはそのキャリアのスタートとして、よい提供場所となっている。On Lokはよいモデルを提供しているが、連邦政府はコスト面も考慮した場合に、よいモデルかどうか評価しているところである。

5. おわりに

今回の講演で米国のOn Lok LifewaysにおけるPACEについて知見を得た。

On Lok PACEは、40年以上もの間コミュニティを拠点に活動することにより、高齢者の思いに沿い入院せずにできるだけ長い期間自宅で過ごすことを可能にしている。わが国の高齢者の思いは要介護状態になっても、可能な限り住みなれた地域や自宅で生活し続け、人生の最期のときまで自分らしく生きることを望んでおり(内閣府2007)、米国の高齢者の思いと一致している。そのことよりPACEの成功要因は、わが国の高齢者が住み慣れた地域に入院せず過ごすことができる環境整備

やシステム構築の発展に影響を与えると思う。

PACEでは医療・介護の連携が包括的マネジメントの下で進んでおり、チームとしての継続的な活動が行われていることを理解できた。その中で対象と毎日接しているスタッフ・専門的なプロの各職域での観察が慢性病を抱える高齢者には欠かせないこと、またその情報の共有が実践の場面では重要であることなどの示唆を得た。

またPACEではナースプラクティショナーが活動している。プライマリ・ケアができる資格者として、学際チームのメンバーとして高齢者と専門ケアの提供者の完全なネットワークの中でチームの一員としての機能が確立されている。我が国では全国に先駆けて大分県立看護科学大学で平成20年度から教育が始まり、今年度卒業生を輩出する予定となっている。高齢化や医師不足対策の米国の波が波及している我が国であることより、Janice Fujii先生の講演は、卒業生に実践者としての期待を与えたものと考えられる。

引用文献

内閣府(2007). 高齢者の健康に関する意識調査. http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h08_sougou/a_15.htm

内閣府(2010). 平成22年版 高齢社会白書. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2010/zenbun/22pdf_index.html



著者連絡先

〒870-1201

大分市大字廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学 成人・老年看護学研究室
松本 初美

matsumoto@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第12回看護国際フォーラム

「日本における認知症ケア－看護師が行う認知症の医療と生活の質を高めるケア－」（得居みのり先生の講演から）

津隈 亜弥子 Ayako Tsuguma

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

2010年12月30日投稿, 2011年3月16日受理

キーワード

認知症、高齢者、認知症ケア、看護職、地域

Key words

dementia, elderly people, dementia care, nursing professionals, community

1. はじめに

今回の看護国際フォーラムは、「高齢社会における健康とケアを学際的に考える」をテーマに開催され、とくに「認知症に対する看護職としてのかかわりのあり方」を考える機会になった。姫路聖マリア病院地域連携室室長、看護管理室看護師長の得居みのり先生からは、老人看護専門看護師の立場から「日本における認知症ケア－看護師が行う認知症の医療と生活の質を高めるケア－」と題し、最前線の認知症ケアの実践に基づいたご講演をいただいた。その概要を紹介する。

2. 増え続ける日本の認知症高齢者

日本は他国に類をみないスピードで高齢社会を迎えており、その結果、認知症高齢者数は増加の一途をたどっている。現在、85歳以上の高齢者の4人に1人が認知症であると言われている。さらに、要介護認定者の2人に1人、居宅にいる要介護認定者の8割に認知症の症状があるとも言われている。

3. 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

このような状況を受けて、2008年に厚生労働省は、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を立ち上げ、今後の認知症対策の具体的内容として以下の5つをあげている。1) 実態

の把握：認知症患者数や認知症患者の症状別、医療機関・施設別の利用の実態についての調査など、2) 研究・開発の促進：アルツハイマー病に有効な予防方法や早期診断技術の実用化、根本的治療薬の実用化を目標とした研究など、3) 早期診断の推進と適切な医療の提供：早期診断の促進、認知症の専門医療を提供する医師の育成など、4) 適切なケアの普及および本人・家族支援：認知症ケアの標準化・高度化に向けた取り組みや、医療から介護への切れ目のないサービス提供の推進、相談支援体制の充実、認知症サポーターの増員など、5) 若年性認知症対策：コールセンターの設置による相談支援体制の充実や、雇用・就労、障害者福祉などへ適切につなぐための支援など、である。

3.1 サポート医・かかりつけ医による認知症高齢者支援体制

このプロジェクトの中で、地域のかかりつけ医は、認知症早期段階での発見や気づき、専門医療機関への受診誘導、家族の介護負担・不安への理解、地域の認知症介護サービス機関との連携などを役割として担っている。認知症サポート医や認知症専門医療機関は、相談や助言という形でかかりつけ医をサポートし、さらに地域包括支援センターなどと相互連携をとりながら、認知症患者や家族を支援することを目指している。

3.2 日常の生活圏域を基本としたサービス体系の構築

認知症患者の生活上の望ましい条件とは、小規模な居住空間、家庭的な雰囲気、なじみのある安定的な人間関係、住み慣れた地域での生活の継続である。これらの普遍化に向けた展開として、グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、小規模・多機能ケア、施設機能の地域展開、ユニットケアの普及が求められている。

3.3 認知症サポーター 100万人キャラバン

さらに、このプロジェクトでは「認知症サポーター 100万人キャラバン」の取組みを推進している。認知症サポーターとは、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症患者やその家族を支援する人のことである。認知症サポーターになるには、各地域で実施している「認知症サポーター養成講座」を受講する必要がある。この「認知症サポーター養成講座」の講師役は「キャラバンメイト」であり、これを養成する「キャラバンメイト養成研修」では、認知症の基礎知識などのほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラムや協力機関の探し方などをグループワークで学ぶ内容が含まれる。認知症サポーター養成講座の対象は様々であり、住民を対象とする場合、自治会や老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等があり、職域の場合は、企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等がある。小中高等学校の場合は、教職員やPTA等が対象となる。

4. 看護職が行う「認知症の医療と生活の質を高めるケア」

姫路聖マリア病院は、他の病院と同様、認知症をもつ患者が年々増加しているが、神経内科や脳神経外科、精神科をもたないため、認知症の診断・治療が行えない状況の中にあつた。そのような現状の中、認知症に関連した資格をもつ看護師ら—老人看護専門看護師（CNS）と、認知症高齢者認定看護師（CN）・認知症ケア専門士—が、認知症マネジメントの1) 知識を深めること、2) 病診連携を深めること、3) 他職種協働の3つの要件を意識し、何ができるかを考え、活動を展開している。

4.1 認知症看護相談外来

週1回、1名に対し1時間枠でCNSとCNが相談に応じている。対象は、病院の外来受診患者・入院患者とその家族、本人にかかわっているケアマネージャー、訪問看護師、行政機関職員等である。内容は、認知症に関する相談（簡易認知機能検査、精神科医師へのコンサルテーション、MRIの予約等）、認知症患者の介護に関する相談、社会資源に関する相談等である。外来通院患者のみ1回1000円の有料相談としている。具体的な相談内容には、認知症なのかどうかを知りたい、患者の対応に困っている、介護サービスの窓口や内容について知りたい等がある。まず問診や検査を行い、介護方法の教育・指導、サービス機関の窓口案内、地域の関連機関への連絡調整、介護保険の導入（主治医意見書の準備）、精神科医師へのコンサルテーション（MRI、血液検査オーダー、クリニックの紹介等）を行っている。利用者からは、（認知症と診断された患者の家族より）病気の症状であることが分かって安堵した声や介護への意欲向上の声、（認知症の本人より）積極的な治療意欲の声などが聞かれている。

4.2 認知症ケアコンサルテーション

対象は、病棟・外来看護師、認定看護師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語療法士、薬剤師、栄養士、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム等である。相談内容は様々で、患者に夜間不眠や昼夜逆転があり困る、患者が「インスリン注射の手技が覚えられない」「ストマケアなどの新しい手技が覚えられない」「服薬管理ができない」「安全が保てない」「食事がとれない」「せん妄なのか認知症なのか分からない」等が多い。依頼を受けたあるスタッフからは、認知症患者のその人らしさを大切にしつつ、退院後の生活を考えることの重要性を実感したという声が聞かれた。

4.3 地域連携室における退院支援・退院調整

病院では退院支援・退院調整に関しては、退院調整依頼表（スクリーニングシート）で病棟から依頼がある。調整依頼の内容として、家族が「もう自宅での介護は難しい」と言っている、独居であつたが認知症の症状がみられている、もと居た施設から再入所はできないと断られた、新たな処置（ストマケア、インスリン自己注射など）や服薬

管理を行うことが困難でありその結果退院ができない、介護者も病気(又は認知症)である等、がある。その支援・調整内容として、認知機能の評価や、医療処置のシンプル化、介護保険の導入、介護サービスの導入、連携機関との連絡・調整、周囲の人への介護教育等を行っている。スクリーニングシートには、認知症患者としてチェックされているにもかかわらず、スタッフに認知症と認識されていない場合もあるため、患者さんと対面し情報を収集しながら状況を確認するようにしている。また、介護保険は必ず必要になるため、早めにケアマネジャーを決めて連絡調整を行い、退院後に必要とされる医療やケアを含む生活を構築していくことが重要になってくる。退院調整を行った例で、インスリン自己注射の手技が行えず、退院が難しい患者がいた。家族からの情報収集、本人への問診・検査を行いMRIのオーダーを依頼し、アルツハイマーと脳血管障害の混合性の認知症と診断された。食事管理と自宅での生活調整が必要であるため、インスリン自己注射ではなく内服薬での調整を行っていくことになった。退院後、家族への興奮攻撃性が強まり、デイサービスにも行けなくなり、外来でフォローした。その結果、今は落ち着き自宅での生活を続けている。

4.4 地域における活動

4.4.1 「認知症見守り訪問員」の育成

認知症のケアは院内だけで行っていくつもりであったが、院内で調整をしても院外(地域)での調整がなされていないと、うまく認知症の患者さんたちは生活していけないという事実もよく見えてきた。そのため、院内の活動と並行して院外での活動を行っている。まず、認知症サポーター、キャラバンメイトの育成に携わっている。さらに、「認知症見守り訪問員」の育成も行っている。在宅で認知症患者を介護している家族の介護負担を改善するための、介護保険給付外の有償見守りボランティアのことであり、姫路市とNPO団体と協力して行っている。これは予約制で、今はケアマネジャーを通して予約することも可能であり、1日3時間までの利用が可能である。活動の内容は、家族が介護疲れで休息が必要なとき、受診や買い物などで外出したいとき、用事の間、見守りを頼みたいときなどに、本人の居宅を訪問し、話し相

手や見守りを行う。「認知症見守り訪問員」養成研修受講者は、認知症サポーター養成講座を受講した希望者であり、4回シリーズで研修を行っている。内容は、認知症の医学的理解、認知症の人の心の理解と支援、家族の理解と支援、おつきあいのコツとしての認知症患者の支援・グループホーム実習・まとめからなり、CNSとCNで分担している。認知症見守り訪問員のボランティアの登録は進んできているが、利用者が少ないのが現状である。しかし、だんだん問い合わせ数が増加しているため、今後増えていくものと見込まれる。とくに若年性の認知症患者にふさわしいサービスがないということで、このような制度を利用したいという問い合わせが最近では増えているという。この活動は、個人の休みを利用して行っているため、これからはこの研修を次の世代が行えるように育てていきたいと思っている。

4.4.2 姫路市認知症地域連絡会議

姫路市における認知症介護・看護は、病院の中だけのケアでは立ち行かないことと、認知症医療の課題とがあいまって、認知症専門病院医師、精神科病院医師、開業医、病院看護師、ケアマネジャー、保健所の職員等が出席し、連携会議を開催している。この会議により、認知症に関する地域連携がなされていくことを期待している。また、他職種が合同して勉強会が行われることも認知症ケアにおいては意味があることである。

5. 今後の課題

出生数の減少と死亡数の増加により、さらに認知症の人が高い割合を占めていく。最期を迎える場所のほとんどは病院で、施設で看取りケアを行っているところはまだまだ少ない。終末期ケアを受けるのはどこなのか、自宅なのか施設なのか、看取りケアの基盤の整備がなされないという状況がある。その整備のためには、さらなる地域や他職種との連携が必要になり、看護職が担える活動は非常に大きいものであると考えている。そこで、ELNEC-G (End-of-Life Nursing Education Consortium-Geriatrics) というプログラムを考えている。これは高齢者ケアに従事する看護職が保有すべきEnd-of-Lifeケアに対する能力の向上を図り、高齢者のEnd-of-Lifeの質の向上を目指す

ために行う教育プログラムのことであり、老人看護CNSが共同して開発しようとしているところである。これからの認知症ケアと医療に関して、私たち看護師にできること、もしくは看護師だからできることをさらに探っていきたいと思っている。

6. おわりに

講演の中で語られた活動の実際は、院内から院外(地域)へ、地域から日本へ、日本から国際的な視野へと広がりをもっている。そのすべてに共通しているのは、「今、自分ができるとは何か」を常々考えておられることであった。そして、このことこそが、あらゆる変化に対応していくことが必要な看護職に、求められることなのではないかと感じた。現実に埋没されそうな希望が、エンパワーされていく思いがした。



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 精神看護学研究室
津隈 亜弥子
tsuguma@oita-nhs.ac.jp