

共創福祉

2014年 第9巻 第2号

【原著】

牛田 篤

- 多職種参加型リスクマネジメント研修受講者の意識に関する検討
—介護事故に対するリスクマネジメント課題と分析— …………… 1

宮嶋 潔

- 「富山型デイサービス」が地域の福祉拠点となるための課題と方向性
—「従来型デイサービス」と「富山型デイサービス」の比較調査から— …………… 9

竹田 壽子

- ミトン拘束の身体的影響
—ミトン拘束が患者に与えるストレスに関する生理心理学的研究— …………… 19

荒木 晴美, 今川 孝枝, 河相 てる美, 炭谷 靖子

- 在宅看護学実習の学びの分析および実習方法の提案
—訪問看護ステーション・富山型デイサービス・地域包括支援センター・
訪問入浴での学び— …………… 33

【研究報告】

松尾 祐子

- 高齢精神障害者の地域生活支援
—介護支援専門員の役割と制度上の課題— …………… 45

若瀬 淳子, 村田 美代子, 山元 恵子

- 障がい児施設実習における回避因子の高い看護学生の変化
—内的ワーキングモデル尺度と質問紙調査からの分析— …………… 55

多職種参加型リスクマネジメント研修受講者の意識に関する検討 —介護事故に対するリスクマネジメント課題と分析—

牛田 篤

富山福祉短期大学社会福祉学科

(2014.9.26受稿, 2014.10.31受理)

要旨

本研究では、多職種参加型リスクマネジメント研修受講者のA県B市C介護老人保健施設における職員を対象とし、勤務先での介護事故に対するリスクマネジメントに関する課題をアンケート調査した。そして、自由記述の回答に関してテキストマイニングを用いて分析した結果、対象者のリスクマネジメントに関する課題として、利用者、職員、転倒、リスク、センサー、意識といった言語が抽出された。さらに、共起ネットワーク分析から、利用者、転倒、センサー、対応での共起関係の強さが示唆された。

よって、本研究では、利用者の転倒というリスクマネジメント課題に対し、職員やセンサーに意識があることが可視化された。そこで、転倒に対して職員はセンサーに頼る対応ではなく、各専門職の利用者に対する専門的なアセスメントから、どのように利用者のADLの状態を適切に把握した見守り方法が可能か検討し、多職種連携を重点においた見守り方法の検討が必要といえる。

その際、多職種参加型の職員研修を行う上で、各専門職の専門的知識に基づくアセスメントをグループワークで行うことが重要と考える。一職種のみでなく、複数の専門職連携による専門的なアセスメントによって、利用者の状態に応じたリスクを抽出し、具体的な見守り方法を実施することで、介護事故に対するリスクマネジメントの課題改善に寄与すると考える。

キーワード：介護事故、リスクマネジメント、介護老人保健施設、多職種参加型研修

1. はじめに

本研究では、介護老人保健施設における介護事故に対するリスクマネジメントの課題について、Inter-Professional Work (IPW) に基づく多職種参加型研修受講者に焦点を当てて論じる。これまで、「介護老人保健施設におけるリスクマネジメントのあり方に関する調査研究」(平成13年度)では、最も多い事故は転倒・転落であり、事故内容別の発生比は全体の73.3%を占めていた。さらに、2014年1月現在CiNiiにおける国内論文検索では、「介護老人保健施設」、「リスクマネジメント」の二語を対象とした際、15件の論文が検索され、その中で「転倒」をタイトルとした論文は2本であった。一方、それらの論文においては、実態調査に伴う職員の回答した意識から、その課題と改善に向けての研修方法を検討するまでの研究は行われていない。

このような背景から、本研究では実態調査の結果から、課題と具体的な改善に向けての研修方法を検討する。その際、医療保健福祉の実践においては、近年はIPWといった観点、つまり専門職連携が重要とされている。先行研究として、CiNii

(国立情報学研究所学術情報ナビゲータ)では、「IPW」の一語に関して、2014年1月現在における国内論文検索の結果、医療保健福祉の領域を除く他の領域も含めて88件であり、主な内容は医療や看護、保健分野であった。一方、福祉分野においては、在宅をテーマにしたIPWの論文が論じられている。しかし、在宅復帰を目指す施設におけるIPWの観点も重要であるが、在宅復帰を支援する介護老人保健施設におけるIPWの論文は「IPW」、「介護老人保健施設」の二語で検索すると該当がなく、この点から論じられていない。

よって、本研究では、多職種参加型リスクマネジメント研修受講者の意識に関する検討を行い、介護老人保健施設の職員における介護事故に対するリスクマネジメントに関する課題について検討する。

2. 目的

本研究では、A県B市C介護老人保健施設における職員の中から、多職種参加型リスクマネジメント研修受講者を対象とし、介護事故に対する

リスクマネジメントについて、アンケート調査を行う。そして、質問項目に関する記述統計を用いた量的分析および自由記述に関してテキストマイニングを用いた質的分析を行う。対象者の介護事故に対するリスクマネジメントに関する実態から言語を考察し、職員の前述の課題として意識する抽出語を可視化する。そこから、介護老人保健施設における介護事故に対するリスクマネジメントに関して、IPWの観点から考察することを第一の目的とする。さらに、第一の目的に関して、多職種参加型研修についての実施方法について考察することを第二の目的とする。

3. 方法

3.1 対象

A 県 B 市 C 介護老人保健施設において常勤雇用にて勤務する多職種参加型リスクマネジメント研修受講者の介護職、リハビリ職、看護職、医師等の常勤職員 66 名を対象とする。

3.2 調査期間

平成 26 年 1 月～平成 26 年 2 月

3.3 場所

A 県 B 市 C 介護老人保健施設に隣接する同法人 D デイサービスセンター内

3.4 調査方法

調査期間は、2014 年 1 月から 2 月に実施した。配票調査法にて、アンケート調査を実施した。アンケート調査の依頼については、多職種参加型研修を実施する前に施設長、副施設長等の管理者

を訪問して了解を得た。その後、質問紙を配票調査法にて対象者に依頼し、管理者の協力を得て回収を行った。質問紙の項目は、職員の基本属性（職種・年齢・勤続年数）の質問項目および施設内又は施設外でのリスクマネジメント研修の参加有無、「リスクマネジメントに関して、（勤務する）施設での課題を具体的に教えてください」という自由記述項目のアンケート調査を行うこととした。

3.5 倫理的配慮

本研究の倫理的配慮について、研究対象者には口頭および文書にて事前説明と同意を得て実施した。また、本研究は本人を特定できないようにアンケート調査は無記名で実施した。さらに、施設名等の表記はアルファベットで処理した。

4. 結果

本研究では、対象者に対する質問項目について、記述統計を用いた量的分析、自由記述に関するテキストマイニングを用いた質的分析として共起ネットワーク分析を行い、以下の結果が抽出された。なお、本アンケート調査は 66 名に配布し、66 名から回答を得た。

4.1 記述統計の分析結果

対象者に関する統計分析について以下の通りである。

職員の基本属性に関して、表 1 の通り 66 名のうち職種は介護職 39 名 (59.1%)、看護職 13 名 (19.7%)、相談職 3 名 (4.5%)、リハビリ職 6 名 (9.1%)、その他 5 名 (7.6%) である。

表 1 対象者の職種

	参加者数	比率 (%)	
職種	介護職	39	59.1
	看護職	13	19.7
	相談職	3	4.5
	リハビリ職	6	9.1
	その他	5	7.6

表 2 対象者の年齢

	参加者数	比率 (%)	
年齢	20 代	14	21.2
	30 代	19	28.8
	40 代	15	22.7
	50 代	10	15.2
	60 代以上	8	12.1

表2の通り、年齢は20代14名(21.2%)、30代19名(28.8%)、40代15名(22.7%)、50代10名(15.2%)、60代8名(12.1%)である。

表3の通り、勤続年数は1年未満8名(12.1%)、1年以上2年未満4名(6.1%)、2年以上3年未満4名(6.1%)、3年以上5年未満13名(19.7%)、5年以上7年未満3名(4.5%)、7年以上10年未満10名(15.2%)、10年以上15年未満14名(21.2%)、15年以上10名(15.2%)である。

また、施設内又は施設外でのリスクマネジメント研修の参加有無に関する回答は以下の通りである。

表4の通り、リスクマネジメント研修に参加したことがある21名(31.8%)、参加したことがない43名(65.2%)、未回答NA2名(3.0%)で

ある。

さらに、各基本属性と施設内又は施設外でのリスクマネジメント研修の参加有無に関するクロス集計の回答は以下の通りとである。その際、年齢と勤続年数には相関関係がある為、勤続年数のみクロス集計を行った。

表5の通り、施設内又は施設外でのリスクマネジメント研修の参加有無と職種の関係では、参加したことがある職種は、介護職13名、看護職5名、相談職2名、その他1名である。一方、参加したことがない職種は、介護職25名、看護職7名、相談職1名、リハビリ職7名、その他3名であった。また、未回答NA2名は介護職1名、看護職1名である。

リハビリ職では、回答者全員が参加したことがないといった回答である。

表3 対象者の勤続年数

		参加者数	比率 (%)
勤続年数	1年未満	8	12.1
	1年以上2年未満	4	6.1
	2年以上3年未満	4	6.1
	3年以上5年未満	13	19.7
	5年以上7年未満	3	4.5
	7年以上10年未満	10	15.2
	10年以上15年未満	14	21.2
	15年以上	10	15.2

表4 対象者の研修参加の有無

		参加者数	比率 (%)
研修の参加の有無	参加したことがある	21	31.8
	参加したことがない	43	65.2
	NA	2	3.0

表5 対象者の研修参加の有無と職種の関係

		職種					合計
		介護職	看護職	相談職	リハビリ職	その他	
研修の参加の有無	参加したことがある	13	5	2	0	1	21
	参加したことがない	25	7	1	6	4	43
	NA	1	1	0	0	0	2
合計		39	13	3	6	5	66

表6の通り、勤続年数と施設内又は施設外でのリスクマネジメント研修の参加有無の関係では、参加したことがある勤続年数は、1年以上2年未満2名、3年以上5年未満3名、7年以上10年未満5名、10年以上15年未満7名、15年以上4名であった。一方、参加したことがないは、1年未満8名、1年以上2年未満2名、2年以上3年未満4名、3年以上5年未満9名、5年以上7年未満3名、7年以上10年未満5名、10年以上15年未満7名、15年以上5名である。また、未回答NA2名は3年以上5年未満1名、15年以上1名である。

1年未満8名、2年以上3年未満4名、5年以上7年未満の勤続年数では、回答者全員が参加

したことがないとの回答である。

4.2 抽出語と共起ネットワーク分析の結果

自由記述に関して、テキストマイニングを用いた分析から、抽出語と共起ネットワーク分析の結果は以下の通りである。自由記述は同様の内容を類型化した。(表7参照)さらに、自由記述から、リスクマネジメントの課題に関して、387語の異なり言語が抽出される(以後、抽出語)。その際、出現回数5回以上の抽出語は表8の通りである。主に利用者15回、職員14回、転倒14回、リスク12回、センサー10回、意識10回等の出現回数である。

表6 対象者の研修参加の有無と勤続年数の関係

		勤続年数								合計
		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 7年未満	7年以上 10年未満	10年以上 15年未満	15年以上	
研修に 参加の 有無	参加したことがある	0	2	0	3	0	5	7	4	21
	参加したことがない	8	2	4	9	3	5	7	5	43
	NA	0	0	0	1	0	0	0	1	2
合計		8	4	4	13	3	10	14	10	66

表7 対象者のリスクマネジメントに関する課題

自由記述の内容
<ul style="list-style-type: none"> ・センサー音(日勤帯)でなれてしまっている節がある ・記録の残し方 ・職員のリスクに対する意識 ・情報の伝達・共有がうまく機能していない ・利用者個人の尊厳と尊重するあまり身体的拘束や行動範囲の監視などがおきていないか再検討する ・同じ事故が起きている事が多い ・転倒リスクが高い方の情報共有 ・利用者の身体状況などの情報の把握の重要性に対する意識に差がある ・1度起きてしまった事故やヒヤリ・ハット報告を次の教訓として生かされていない ・転倒が多い、見守りが行き届かない

表8 抽出語と出現回数(5回以上の出現回数の抽出語を表記)

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
利用者	15	情報	7
職員	14	思う	6
転倒	14	事故	6
リスク	12	人	6
対応	12	報告	6
センサー	10	確認	5
意識	10	危険	5
共有	9	高い	5
多い	9	対策	5
見守る	8		

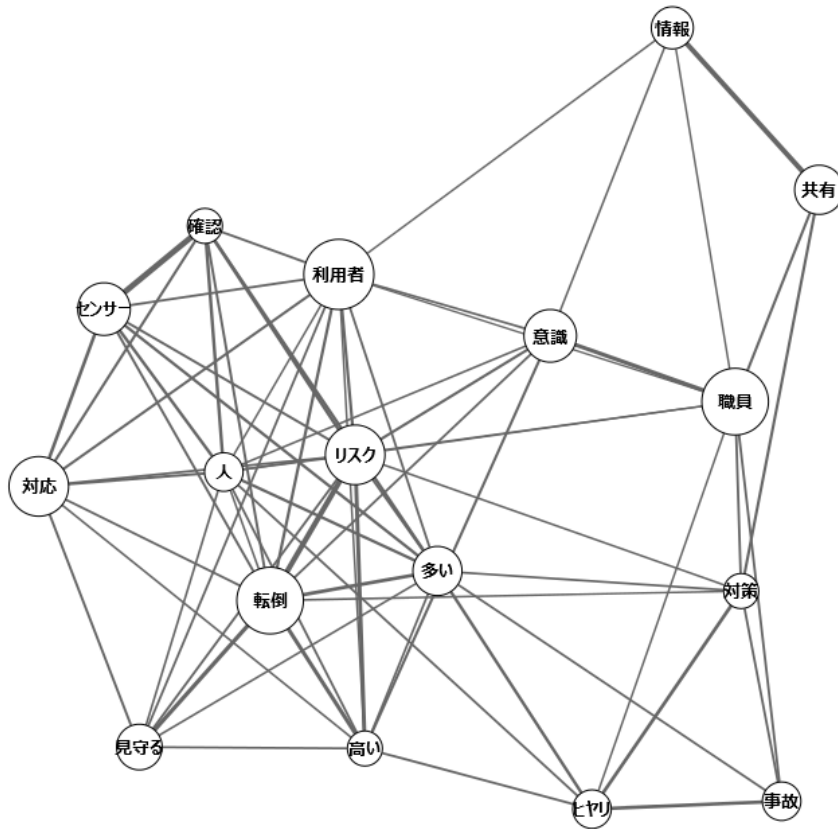


図1 6回以上の出現回数の抽出語に関する共起ネットワーク

共起ネットワーク分析結果より、図1の通り、抽出語において利用者、職員、転倒、リスク、センサー、意識等での共起を可視化するとともに、また職員、情報、共有についても共起が可視化する。

5. 考察

5.1 記述統計の分析に関する考察

記述統計の分析結果から、基本属性は前述の通り各職種、年齢、勤続年数から回答データを得ることができた。その際、各職種、勤続年数と施設内又は施設外でのリスクマネジメント研修の参加有無の関係では、職種によって参加状況が異なっていた。参加したことがある職種においては、回答専門職の参加者割合から考察した場合、看護職、相談職、介護職の順に多かった。一方、参加したことがない職種もあった。また、勤続年数によっても参加状況が異なっていた。そして、必ず何年目以上の勤続年数の職員は全員がリスクマネジメント研修に参加しているという状況ではないが、参加者16名(51.4%)は7年以上の勤続年数であった。ただし、まだ1年未満8名、2年以上3年未満4名といった勤続年数が少ないこと

から、リスクマネジメントの知識と技術を学ぶ必要性が高いといえる職員層に参加経験がないという実態は、現状の課題として考えられる。

前述の課題に対し、介護事故に対するリスクマネジメントに関して、施設内においてどの職種や勤続年数層においても参加経験がある環境を整えるためには、どのように今後の研修体制を構築し、各専門職の知識と技術を活用したアセスメントに基づく共通認識を持つか重要な観点である。

5.2 抽出語と共起ネットワーク分析に関する考察

共起ネットワーク分析結果より、前述の課題に関する自由記述について、抽出語は先行研究と同様、転倒の出現回数が多かったことから、介護老人保健施設において転倒のリスクマネジメントは重要な観点である。さらに、リスク、センサー、意識の出現回数が多く、共起ネットワークの分析において、利用者、職員、転倒、リスク、センサー、意識等での共起が可視化された。その際、職員は施設の課題として、利用者、転倒、センサー、対応での共起が強く関係していた。一方、職員、情報、共有での共起が可視化

されたことから、職員は利用者の転倒という課題に関して、センサーでの対応を基本としてしている現状があり、今後はどのように職員の情報共有を行い改善するか、その点が課題であると意識していることが示唆された。この傾向は、今後さらに複数の介護老人保健施設においても同様の調査を行い、受講者のデータから検討することが必要であろう。

5.3 多職種参加型に関する考察

多職種参加型の受講者を本調査対象とし、介護事故に対するリスクマネジメントに関して、前述のアンケート調査を行うことで、より各職種が共通認識の機会を持ち、介護事故に対する具体的なリスクマネジメントの検討を行う必要があると考える。各職種とも必要なリスクマネジメントの知識であっても、研修参加の状況、その知識や認識に各差が生じていた。介護事故は、利用者本位の介護サービスを提供する際、できる限り起らない事が望ましい。その為、未然に予防することが重要であり、見守り方法の改善、ヒヤリハットや事故報告書などによる申し送りをういた職員間での情報共有、KYT(危険予知トレーニング)等を用いた職員研修によって対応することが基本的な対策といえよう。

一方、職員の適切な見守り方法の知識と技術のない状況で、日頃のリスクマネジメントを行なった場合、ヒヤリハットや事故報告書の情報共有について、介護事故の防止を意識するあまり、利用者に対する安易な身体拘束、行動の抑制を促す声かけや関わり方を行ってしまう傾向となる。それは、監視や管理の観点であり、本来の介護老人保健施設での在宅復帰を目指した多職種連携によるリハビリテーションによって利用者の機能回復を提供する介護サービスから乖離するといえよう。つまり、介護老人保健施設におけるリスクマネジメントの質の改善は単純に介護事故の件数を減少させただけで評価はできないといえよう。

在宅生活に繋ぐ支援を行う介護老人保健施設では、様々な専門職によって利用者の機能回復を目的とした取り組みがプログラム化されるからこそ、介護事故に対するリスクマネジメントにおいても専門職連携し、各専門職で検討した適切な見守りを行うことが重要であると考え。その機会として、多職種参加型の研修は重要であり、グループワークを用い、各専門職の専門的なアセスメントを情報共有するとより効果的である考える。

今後は、介護事故に対するリスクマネジメントの課題をどのように認識しているかを検討するだけでなく、多職種参加型の研修方法とその効果を研究することも、前述の改善策を検討する上で貴重な研究となるだろう。

6. 結論

本研究では、介護老人保健施設における介護事故に対するリスクマネジメントの課題として、記述統計から職種や勤続年数によって回答者数のばらつきがありながらも、43名(65.2%)との回答者は、施設内や外部でのリスクマネジメント研修に参加したことがないという課題が明らかとなった。そして、抽出語および共起ネットワーク分析から、利用者の転倒、センサー、職員の対応、意識という課題が示唆された。

よって、職員は転倒という課題に対して、センサーという物による手段をリスクマネジメントの基本とするのではなく、各専門職の利用者に対する専門的なアセスメントから、利用者のADLの状態を適切に把握し、どのような見守りが必要であり、専門職連携できるか検討することが重要な観点であると考え。つまり、IPWおよび多職種連携を重点においた見守り方法の検討を行い、お互いの専門的な情報をしっかりと情報共有する意識が必要と考える。また、その一手法として、定期的に施設内での多職種参加型の職員研修を行い、各専門職から利用者の状態に応じたリスクを抽出し、具体的に見守り方法を検討することで、どの職種や勤続年数においてもリスクマネジメント研修参加が可能となり、介護事故に対するリスクマネジメント課題の改善に寄与すると考える。

しかしながら、本研究は先行研究およびA県B市C介護老人保健施設の一施設のみのアンケート調査結果から論じている。この点は、本研究の限界であり、今後の課題として、他の施設における同様の設定条件によるアンケート調査を行い、比較調査および追跡調査が必要である。

謝辞

本研究にご協力いただいた各地区の専門職の皆様へ深く感謝申し上げます。さらに、本研究における調査の実施及び分析にあたり、ご助言をいただいた皆様に対しても心より感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 橋本久子(2004)、介護福祉におけるリスクマネジメントの研究(第1報) - 介護老

- 人保健施設の実態調査をもとに－、第一福祉大学紀要 Vol.1, 75-85
- 2) 橋本久子 (2005)、介護福祉におけるリスクマネジメントの研究 (第2報)－ISO9001 規格の認証資格で管理運営するケアセンターの調査－、第一福祉大学紀要 Vol.2, 101-111
 - 3) 山本恵子、宮川健治、野々佳子、原口輝美、松永あけみ (2006)、高齢者施設における転倒予防に関する動向－職種間協働に焦点をあてた研究を中心に－、九州看護福祉大学紀要 Vol.8, No1, 103-111
 - 4) 三田祐治 (2005)、高齢者福祉施設におけるリスクマネジメント－介護老人福祉施設における介護事故の状況および関連要因の検討－、淑徳短期大学研究紀要第44号, 85-100
 - 5) 橋本正明 (2007)、高齢者介護施設における福祉サービスとリスクマネジメント、立教大学コミュニティ福祉学部紀要9号, 37-44
 - 6) 大塚眞理子、平田美和、新井利民、大嶋伸雄、井口佳晴、高田玲子、大熊明、加藤巳佐子、藤井博之、小川恵子 (2004)、在宅要介護者への援助活動におけるインタープロフェッショナルワークの構成要素 Vol.6, 9-18
 - 7) 増田雅暢、菊池馨実 (2003) 介護リスクマネジメント－サービスの質の向上と信頼関係の構築のために、旬報社
 - 8) 埼玉県立大学編集 (2009) IPW を学ぶ－利用者中心の保健医療福祉連携、中央法規藤井美和、李政元、小杉考司 (2005)、福祉・心理・看護のテキストマイニング入門、中央法規
 - 9) 湖上美喜、末吉正成、高山泰博、今村誠、小木しのぶ、村田真樹 (2008)、監修 上田一太郎、事例で学ぶテキストマイニング、共立出版
 - 10) 平成13年度介護老人保健施設におけるリスクマネジメントのあり方に関する調査研究、公益社団法人全国老人保健施設協会

**Studies on the consciousness of people who participated in
the inter-professional work participatory risk management
— The risk management challenge of professional staff
concerning care-accidents of a long-term care
health facility —**

Atsushi USHIDA

Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science

Abstract

This study is the study of consciousness of the people who participated in the inter-professional work participatory risk management. In this study, it was considered a risk management challenge for care-accidents in the profession of a long-term care health facility.

Challenges of risk management for the professional staff concerning care-accidents of a long-term care health facility were the corresponding awareness of staff and being sensor-enabled. This study was analyzed using text mining. As a result, challenges of risk management for the professional staff concerning care-accidents of a long-term care health facility was corresponding awareness of staff and being sensor-enabled.

To improve the problem, I think that we need inter-professional work; evaluation specialists are important. Therefore, the possibility to participate in the training of the inter-professional work participatory risk management is important.

Keywords: care-accidents, risk management, long-term care health facility, inter-professional work participatory

「富山型デイサービス」が地域の福祉拠点となるための課題と方向性 －「従来型デイサービス」と「富山型デイサービス」の比較調査から－

宮嶋 潔

富山福祉短期大学社会福祉学科

(2014.9.26受稿, 2014.10.31受理)

要旨

本研究は、共生型施設として全国にも広がっている「富山型デイサービス」が、これからの地域福祉の推進において、地域の福祉拠点となりうるのではないかと仮説により、その検証を目的とした。ボランティアの受け入れ状況や地域との関係性などに焦点をあて、「従来型デイサービス」との比較を通して分析を行った。その結果、「富山型デイ」が地域福祉の拠点となりうる可能性が見えてきた。ハード（場）とソフト（福祉専門機関）を兼ね備えた「富山型デイサービス」は従来の地域福祉の拠点として考えられていた公民館などに代わるものである。「富山型デイサービス」が持つ、子供や障害者、高齢者が集う独特な「場」は、居場所であり、一時避難場所であり、社会参加や就労の場でもある。そこに地域住民が交わることにより、まさに地域福祉の実践の「場」となりうる。

しかしながら、すべての「富山型デイサービス」が拠点になりうるためには、いくつかの整備が必要である。その方策として考えたのは、(1) 地域ケア会議の開催、(2) 行政からの支援、(3) 地域相談員の設置の3点である。

キーワード：富山型デイサービス、ふれあいコミュニティ・ケアネット 21、地域福祉、拠点

1. はじめに

1993（平成5）年7月、富山県内にて民間デイケアハウス「このゆびと一まれ」が開所した。民家を改修した小規模な建物で、利用者を限定せず、地域の身近な場所でデイサービスを提供した「このゆびと一まれ」は、既存の縦割り福祉にはない柔軟なサービスの形として開設当初から「富山型デイサービス」として全国的に注目され、行政の支援も徐々に増える中で県内だけでなく全国にも「共生型施設」として現在も広まっている。

こうしたなか、A県では、年齢や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域でサービスを受けられる「富山型デイサービス」と、地域住民が見守りやゴミ出し等の個別支援を行う「ふれあいコミュニティ・ケアネット 21」事業を地域福祉推進の2つの柱としてA県独自の事業として展開している。

地域福祉の視点から見ても、地域において、その人らしい生活を実現するためには、介護保険サービス等のフォーマルな支援と地域住民等によるインフォーマルな支援の両方からの支援が必要であり、上記の「富山型デイサービス」や「ふれあいコミュニティ・ケアネット 21」が車の両輪のごとく地域で展開される必要がある。

しかしながら、それぞれが地域において別々に展開されている現状がある。一方、全国的には、2015（平成27）年の介護保険制度の改正において、地域包括ケアの推進が重要視されており、地域におけるフォーマルサービスとインフォーマルサービスの有機的な連携の構築を目指している。

本研究では、A県におけるこれからの地域福祉の推進において「富山型デイサービス」の特性を活かし、地域福祉推進の拠点になりうるとの仮説をたて、その課題と方向性を探るとともに、全国に広がっている「共生型施設」の可能性について考察を試みるものである。また、「富山型デイサービス」に関する研究については、子どもから高齢者までを対象とした特徴に焦点を当てた研究はあるが、今回のように地域福祉を推進するための拠点として捉えた研究は見当たらなかった。このことから、本研究の意義は大きいと思われる。

なお、本研究はA県における「とやま地域共生型福祉推進特区調査検討委員会」での「デイサービスの実態調査報告書」⁽¹⁾における筆者の執筆担当部分に加筆修正を加えたものである。

2. 研究目的

本研究は、「富山型デイサービス（以下「富山型デイ」）」が、いわゆるフォーマルサービスに加え、インフォーマルなサービス等も数多く実施しているとの推測から、その実施状況の実態を調査し、「従来型デイサービス（以下「従来型デイ」）」との比較を通して、地域との関係性について、ボランティアの受け入れ状況や「ふれあいコミュニティ・ケアネット21活動（以下「ケアネット活動」）」、地域包括支援センター等との連携に焦点をあて、「富山型デイ」が地域の福祉拠点として、どのような役割を果たし、また、どのような課題があるのかを明らかにするとともに、今後の方向性を示すことを目的とする。

3. 調査の対象と方法および回答数

3.1 調査対象

「従来型デイ」については、A県内の通所介護事業所として登録している全310か所、「富山型デイ」については、富山ケアネットワークに加入している事業者も含め、全99か所を対象とした（共に平成26年1月1日現在）。

3.2 調査方法

本研究の調査については、筆者が委員となっているA県の「とやま地域共生型福祉推進特区調査検討委員会」における調査を活用した。

具体的には、「従来型デイ」、「富山型デイ」ともにA県が管理している名簿に記載してある事業所のすべてを対象に郵送調査により実施した。調査期間は、平成26年2月17日（月）から2月28日（金）とし、従来型デイについては、富山福祉短期大学が調査票の郵送及び回収、集計を担当（筆者が主担当）し、富山型デイについては、

日本福祉大学が担当した。

3.3 分析方法

「従来型デイ」、「富山型デイ」における、独自事業やインフォーマルサービスの実施状況、ボランティアの受け入れ状況、地域との関係性などについて集計・比較を通して、富山型デイの特性と可能性について分析を試みた。

3.4 倫理的配慮

回答については、無記名とし、施設・事業所が特定できないように配慮した。また、調査票に研究の趣旨・方法等の説明文を記載し、承諾できる場合に、調査票に記載し返信封筒での返送を依頼した。なお、調査実施主体のA県には研究に使用する旨の了解を得ているものである。

3.5 回答数

「従来型デイ」については、202カ所（回収率65.2%）、「富山型デイ」については、64カ所（回収率64.0%）であった。

4. 調査結果

4.1 法人種別（表1）

「従来型デイ」については、施設併設型も多いため社会福祉法人が最も多く（37.1%）、続いて、介護保険法施行後の規制緩和により、民間事業者と呼ばれる株式会社（30.2%）や有限会社（15.8%）が多くなっている。

一方、「富山型デイ」については、NPOが半数以上（51.6%）を占めているが、株式会社（20.3%）も多い。また、宗教法人が実施（4.7%）している点は特徴的である。

表1 法人種別

	従来型デイ n = 202 (a)		富山型デイ n = 64 (b)	
		割合 (a) /202		割合 (b) /64
N P O	6	3.0%	33	51.6%
社会福祉法人	75	37.1%	6	9.4%
有限会社	32	15.8%	5	7.8%
株式会社	61	30.2%	13	20.3%
宗教法人	0	0.0%	3	4.7%
医療法人	15	7.4%	2	3.1%
その他（*）	13	6.4%	2	3.1%
合計	202	100%	64	100%

*「その他」について、「従来型デイ」においては、行政（3）、農協（5）、生協（3）、企業組合、任意団体であった。「富山型デイ」においては、企業組合、一般社団であった。

4.2 高齢者（介護保険）デイサービスのプログラムの特性（表 2）

「従来型デイ」については、「家庭的なゆったりとした時間の過ごし方や雰囲気」（60.9%）と「個別機能訓練・リハビリ」（50.0%）が半数以上であった。「その他」については、温泉や歩行浴槽など入浴に関するもの（10）、リハビリに関するもの（6）、足浴やマッサージに関するもの（3）、食事に関するもの（2）回想法、認知症予防、買い物、延長利用などであった。

「富山型デイ」については、「家庭的なゆったりとした時間の過ごし方や雰囲気」（87.5%）、「本人や家族のニーズに応じた柔軟な支援（送迎時間や泊まりへの対応等）」（73.4%）、「子どもや障がいのある方など、多様な人とのふれあい」（70.3%）が70%以上と非常に高い数値であり、「医療的ケアの必要な人への支援・ターミナルケア」（21.9%）と「認知症の専門的ケア」（12.5%）についても「従来型デイ」に比べ（それぞれ8.4%、6.4%）、高い数値であった。「その他」については、365日相談業務（3）、365日営

業、フットケア、漢方薬湯などであった。

4.3 自主事業の実施状況（表 3）

「従来型デイ」については、自主事業はほとんど実施されていないと考えることができる（0.5～5.0%）。実施されている場合でも、保険外対応によるものがほとんどであった。「その他」についても、保険外の入浴サービス（3）や延長などであるが、病院送迎を自主事業として実施している事業所が1カ所あったことは特筆すべき点である。

「富山型デイ」については、「日中の一時預かり」（48.4%）や「泊まり・ショートステイ」（17.2%）、「訪問型の介護や生活支援」（9.4%）については、「従来型デイ」と比較すると高い数値であった。また、「その他」については、受診・預金の出し入れ・買い物・掃除・洗濯・除雪など生活全体の支援（3）、散髪・訪問（3）、乳幼児預かり、DV一時避難、喫茶、延長・早朝預かりなどであり、利用者だけではなく、地域の課題に合わせた柔軟な支援を自主事業として行っている事業所もある。

表 2 サービスプログラムの特性（複数回答）

	従来型デイ n = 202 (a)		富山型デイ n = 64 (b)	
	人数	割合 (a) /202	人数	割合 (b) /64
家庭的なゆったりとした時間の過ごし方や雰囲気	123	60.9%	56	87.5%
子どもや障がいのある方など、多様な人とのふれあい	4	2.0%	45	70.3%
本人や家族のニーズに応じた柔軟な支援 (送迎時間や泊まりへの対応等)	87	43.1%	47	73.4%
認知症の専門的ケア	13	6.4%	8	12.5%
個別機能訓練・リハビリ	101	50.0%	8	12.5%
医療的ケアの必要な人への支援・ターミナルケア	17	8.4%	14	21.9%
その他	38	18.8%	11	17.2%
無回答	5	2.5%	1	1.6%

表 3 自主事業の実施状況（複数回答）

	従来型デイ n = 202 (a)		富山型デイ n = 64 (b)	
	人数	割合 (a) /202	人数	割合 (b) /64
日中の一時預かり（通い（デイ）・学童保育含む）	10	5.0%	31	48.4%
泊まり・ショートステイ	5	2.5%	11	17.2%
訪問型の介護や生活支援	1	0.5%	6	9.4%
住まい	0	0.0%	1	1.6%
その他	8	4.0%	13	20.3%
無回答	180	89.1%	31	48.4%

4.4 ボランティアの受け入れ状況 (表 4)

「従来型デイ」については、「利用者のレクリエーション活動」(無償 44.1%) の受け入れが際立って多く、次いで「利用者の話し相手」(無償 19.8%)、「利用者の直接的な介護・支援」(無償 9.9%) となっている。また、「その他」については、シーツ交換 (2)、草むしり・園芸補助 (2)、散髪、アロマセラピー、音楽療法、草むしり、法話会、ドライヤー乾燥、幼稚園児との交流などであった。

「富山型デイ」については、「利用者のレクリエーション活動」(無償 48.4%) の受け入れが「従来型デイ」(44.1%) と同様に多く、次いで「利用者の話し相手」(無償 29.7%)、「料理や洗濯などの雑事」(無償 10.9%) となっている。また、「その他」については、子供たちの遊び相手、広報の編集、書類作成、行事の手伝い、野菜や花の差し入れなどであった。

4.5 地域との関係 (表 5)

「従来型デイ」については、「地域住民に対して、福祉や介護に関する相談窓口を設置している」については、3割以上 (31.7%) が設置し、「地域に対する定期的な活動報告会を実施したり、情報誌を発行したりしている」についても、2割以上 (24.8%) が取り組んでおり、福祉の専門機関としての一定の役割は果たしていると思われる。また、「富山型デイ」と比べると「災害時における地域への事業所の開放等、地域との防災協定を締結している」について、割合と高い数値 (13.9%) を示している。

「富山型デイ」については、「地域住民に対して、福祉や介護に関する相談窓口を設置している」については、半数近くの高い数値 (46.9%) であった。それ以外についても、「従来型デイ」と比べると高い数値であった。

表 4 ボランティアの受け入れ状況 (複数回答)

平成 26 年 1 月時点

		従来型デイ n = 202 (a)		富山型デイ n = 64 (b)	
			割合 (a) /202		割合 (b) /64
日常的に協力	障害有償	0	0.0%	5	7.8%
	有償	6	3.0%	10	15.6%
	無償	43	21.3%	39	60.9%
＜内訳＞ ①利用者の話し相手	障害有償	0	0.0%	0	0.0%
	有償	2	1.0%	0	0.0%
	無償	40	19.8%	19	29.7%
②利用者のレクリエーション活動 (踊りや音楽、手芸、書道等の活動や発表等)	障害有償	1	0.5%	0	0.0%
	有償	15	7.4%	2	3.1%
	無償	89	44.1%	31	48.4 %
③利用者の直接的な介護・支援 (話し相手以外。職員の補助的業務を含む)	障害有償	0	0.0%	1	1.6%
	有償	4	2.0%	5	7.8%
	無償	20	9.9%	3	4.7%
④調理や洗濯などの雑事	障害有償	3	1.5%	2	3.1%
	有償	0	0.0%	2	3.1%
	無償	4	2.0%	7	10.9%
⑤送迎	障害有償	0	0.0%	0	0.0%
	有償	1	0.5%	3	4.7%
	無償	1	0.5%	2	3.1%
⑥その他	障害有償	0	0.0%	1	1.6%
	有償	2	1.0%	1	1.6%
	無償	8	4.0%	3	4.7%
無回答		89	44.1%	20	31.3%

4.6 運営推進会議の設置 (表 6)

運営会議の設置については、両者ともに80%以上が未設置であった。

4.7 地域の支援ネットワークとのつながり (表 7)

「従来型デイ」、「富山型デイ」とともに、「地域包括支援センターが開催する「地域ケア会議」等に参加している」が高い数値(67.3%、70.3%)であった。「富山型デイ」においては、「『ケアネット活動』ではないが、地域で利用者の見守り・支援に関する個別ネットワークを構築している」が「従来型デイ」(8.9%)と比べて高い数値(15.6%)であった。この「個別ネットワーク」の内容として、「従来型デイ」においては、地域

包括支援センター(4)、民生委員(2)、認知症高齢者徘徊SOS協力事業所(2)、市役所、地域振興会、市社会福祉協議会、地区社会福祉協議会、行政の見守りネット、高齢者見守り隊、地域見守りネット、認知症を考える会などであり、認知症利用者に関するネットワークが主であった。「富山型デイ」においては、民生委員、居宅介護事業所、近隣住民、地域包括支援センター、富山ケアネットワーク、地区社会福祉協議会、徘徊ネットワーク、子ども110番の家などであり、児童関連のネットワークも活用している点が「従来型デイ」と異なる点であった。

一方、「ふれあいコミュニティ・ケアネット21」との関連については、両者ともに低い数値であった。

表 5 地域との関係 (複数回答)

	従来型デイ n = 202 (a)		富山型デイ n = 64 (b)	
	割合 (a) /202	割合 (b) /64	割合 (a) /202	割合 (b) /64
事業所を地域に開放している(集会や文化活動、サークル活動に場所を提供している)	21	10.4%	14	21.9%
事業所内に地域住民も自由に利用できるカフェや喫茶店、サロン、昼食会等を開設している	5	2.5%	7	10.9%
地域住民向けに介護、健康、福祉などに関する勉強会や講座を開催している	20	9.9%	12	18.8%
地域住民に対して、福祉や介護に関する相談窓口を設置している	64	31.7%	30	46.9%
地域の防災訓練に参加したり、事業所の防災訓練に地域住民が参加したりしている	25	12.4%	16	25.0%
災害時における地域への事業所の開放等、地域との防災協定を締結している	28	13.9%	6	9.4%
地域に対する定期的な活動報告会を実施したり、情報誌を発行したりしている	50	24.8%	19	29.7%
無回答	91	45.0%	17	26.6%

表 6 地域住民や地域団体、行政、利用者などから構成される「運営推進会議」の設置

	従来型デイ n = 202 (a)		富山型デイ n = 64 (b)	
	割合 (a) /202	割合 (b) /64	割合 (a) /202	割合 (b) /64
「運営推進会議」の設置あり	21	10.4%	7	10.9%
「運営推進会議」の設置なし	164	81.2%	54	84.4%
無回答	17	8.4%	3	4.7%
合計	202	100%	64	100%

4.8 地域とのつながりをつくる活動 (表8)

「地域とのつながりをつくる活動」については、「従来型デイ」は20.8%、「富山型デイ」は42.2%であった。その内容については、「従来型デイ」においては、地域のイベントに参加 (5)、デイのイベントに招待 (4)、14歳の挑戦の受け入れ (3)、会報の配布、保育所行に参加、認知症家族の会に参加、水橋福祉ネットに参加、地域の小学生との交流などであり、地域との交流を主に行っている。一方、「富山型デイ」においては、地域の行事に参加 (8)、地域の子供たちを招待 (3)、高齢者・障害者虐待ネットに参加、会報の配布、

水橋福祉ネットに参加、地域でのボランティア活動、いきいきサロンと協力など、地域に出向いての活動が活発であった。

4.9 地域との関わりの結果、得られた成果や効果 (表9)

地域との関わりの結果、得られた成果や効果として高い数値となったのは、「従来型デイ」、「富山型デイ」ともに、「地域の課題や要援護者に関する情報が入ってきやすくなった」(24.8%、35.9%)であった。全体的に、「富山型デイ」の数値が高くなっている。

表7 地域の支援ネットワークとのつながり (複数回答)

	従来型デイ n = 202 (a)		富山型デイ n = 64 (b)	
	人数	割合 (a) /202	人数	割合 (b) /64
地域包括支援センターが開催する「地域ケア会議」等に参加している	136	67.3%	45	70.3%
事業所が、「ふれあいコミュニティ・ケアネット21」の一員として見守りや支援に参加している	8	4.0%	4	6.3%
事業所の利用者が、「ふれあいコミュニティ・ケアネット21」の見守りや支援を利用している	10	5.0%	2	3.1%
「ふれあいコミュニティ・ケアネット21」ではないが、地域で利用者の見守り・支援に関する個別ネットワークを構築している	18	8.9%	10	15.6%
無回答	60	29.7%	19	29.7%

表8 地域とのつながりをつくる活動

	従来型デイ n = 202 (a)		富山型デイ n = 64 (b)	
	人数	割合 (a) /202	人数	割合 (b) /64
地域とのつながりをつくる活動がある	42	20.8%	27	42.2%
無回答	160	79.2%	37	57.8%
合計	202	100%	64	100%

表9 地域との関わりの結果、得られた成果や効果 (複数回答)

	従来型デイ n = 202 (a)		富山型デイ n = 64 (b)	
	人数	割合 (a) /202	人数	割合 (b) /64
ボランティアや差し入れ・寄付など、人的・物的・金銭的支援が得られるようになった	32	15.8%	23	35.9%
地域の課題や要援護者に関する情報が入ってきやすくなった	50	24.8%	23	35.9%
地域住民との関わりが職員の成長につながった	37	18.3%	18	28.1%
口コミや紹介により利用者が増えた (経営が安定した)	30	14.9%	19	29.7%
地域の側に認知症や障がいになっても地域で暮らしていけるという安心感が生まれた	13	6.4%	18	28.1%
地域の側の障がい者や認知症高齢者への偏見・差別等がなくなった・軽減した	9	4.5%	15	23.4%
その他	6	3.0%	5	7.8%
無回答	97	48.0%	14	21.9%

5. 考察

5.1 法人種別（表 1）について

「従来型デイ」について、前回調査（平成 17 年 11 月「デイサービス施設調査」富山型デイサービス施設調査研究委員会、回答数 156）^②においては、社会福祉法人が 46%、有限会社が 20%を占めていたが、今回調査では株式会社の占める割合（30.2%）が前回調査（9.6%）と比べて非常に高くなっている。

また、「富山型デイ」について、前回調査（平成 17 年、回答数 36）においては、有限会社の数値が高かった（25%）が、今回調査では株式会社の数値（20.3%）が前回調査（2.8%）と比べて非常に高かった。

これらのことから、デイサービス事業において、株式会社の参入が「従来型デイ」、「富山型デイ」ともに進んでいることが考えられる。

5.2 高齢者（介護保険）デイサービスのプログラムの特性（表 2）について

結果から、「富山型デイ」においては、特色である家庭的な雰囲気、子供とのふれあいや柔軟な支援を積極的に取り組んでいることがうかがえる。

5.3 自主事業の実施状況（表 3）について

自主事業の実施については、「富山型デイ」の柔軟な支援の取り組みが見て取れるが、一方で、事業者によって差があることも明らかとなった。

5.4 ボランティアの受け入れ状況（表 4）

結果から、「富山型デイ」においては日常的にボランティアを受け入れており、その内容についても全体的に幅広く活用していることがうかがえる。また、有償の障害者ボランティアの受け入れにより、障害者の「働く場」ともなっている点は特筆すべき点である。しかし、未記入の回答を「ボランティアを受け入れていない事業者」として考えると、「従来型デイ」では 44.1%、「富山型デイ」においても 31.3%と高い数値であり、事業所の地域化の一つとして、ボランティアの受け入れをもっと積極的に取り組んでいく必要があると考えられる。

5.5 地域との関係（表 5）

結果から、「富山型デイ」は地域の中の施設として、地域との関わりを大切にしていることが推測されるが、「富山型デイ」全てが地域との関わりを大切にしているとは言えず、事業所の差が課

題として挙げられる。また、「地域住民に対して、福祉や介護に関する相談窓口を設置している」が両者ともに高い数値ではあるが、実際の相談件数や対象者などが不明なため、地域に開かれた相談窓口となっているかどうかは不明である。この点に関しては、施設の開放や講座の開催を積極的に行い、地域住民との接点を増やしていくことで、相談事業の質も向上すると思われる。

5.6 運営推進会議の設置（表 6）

運営推進会議の設置については、両者に大きな差は見られなかったが、地域包括ケアの推進においては、今後設置を促進していく必要がある。

5.7 地域の支援ネットワークとのつながり（表 7）

「ふれあいコミュニティ・ケアネット 21」との関連については、両者ともに低い数値であった。この点に関しては、「富山型デイ」においては、自主事業や個別のネットワークを活かし、事業所が中心となり個別支援を行っていることが予測される。また、「従来型デイ」においては、利用者が地域において「ふれあいコミュニティ・ケアネット 21」を利用しているかどうかを把握していない可能性がある。いずれにせよ、利用者の地域生活を考えると、フォーマルサービスだけの連携ではなく、自治会や地区社会福祉協議会、民生委員などインフォーマル機関との連携が課題であると思われる。

5.8 地域とのつながりをつくる活動（表 8）

「富山型デイ」について、「従来型デイ」と比べると活発に取り組んでいることが分かる。しかしながら、全体を見ると「無回答」の事業者も多く、事業者の差がここでも明らかとなった。

5.9 地域との関わりの結果、得られた成果や効果（表 9）

「従来型デイ」について、「無回答」が半数近く（48.0%）あり、地域のかかわりの成果をあまり期待していないように思われる。一方、「富山型デイ」については、「無回答」が 2 割強（21.9%）であり、8 割近くの事業所は何らかの成果を感じていることが分かる。これらのことから、「富山型デイ」においては、地域との関わりを大切にしながらも職員の成長や地域における偏見・差別の減少などを意識しながら取り組んでいると思われる。

6. おわりに

今回の調査結果から、「従来型デイ」においては、利用者に対するケアは事業所内を中心として、地域との関わりについてはあまり積極的ではなく、関心も低いことが推測できる。事業所にとって必要なボランティアは受け入れるが、地域の拠点として地域の福祉を推進していくような積極的な地域との関わりは薄い。

一方、「富山型デイ」においては、利用者に対する柔軟な支援を積極的に取り組む中で、自主事業やボランティアの受け入れを積極的に取り組み、地域との関わりも大切にしていることが分かる。「従来型デイ」と比べると、地域に近い、地域に開かれた施設であろうとする取り組みが「富山型デイ」の特性であろう。

このように考えてくると、「富山型デイ」が地域福祉の拠点となりうる可能性が見えてくる。ハード（場）とソフト（福祉専門機関）を兼ね備えた「富山型デイ」は従来の地域福祉の拠点として考えられていた公民館などに代わるものであろう。「富山型デイ」が持つ、子供や障害者、高齢者が集う独特な「場」は、居場所であり、一時避難場所であり、社会参加や就労の場でもある。そこに地域住民が交わることにより、まさに地域福祉の実践の「場」となりうる。

しかしながら、すべての「富山型デイ」が拠点になりうるためには、いくつかの整備が必要であろう。本調査でも明らかになった事業者間の格差の是正がまず必要である。また、地域福祉の拠点となるためには、利用者だけでなく、そこに住む住民に対しての支援を行うという視点が必要となる。現在、「富山型デイ」が行う自主事業はあくまでも利用者に対してのものである。地域のニーズに対して、「富山型デイ」が対住民に対してサービスを提供できるような体制整備が必要である。一方、「富山型デイ」がサービス提供できない場合も考慮し、地区社会福祉協議会が実施する「ケアネット活動」や地域住民、各種機関・団体との連絡調整機能を持つことも必要であろう。そのためにも、地区社会福祉協議会や自治会、民生委員などとの連携・関係づくりが大切となる。今後の「富山型デイ」の発展のカギはそこにあると思われ、そのための環境整備が今後の課題である。

最後に今回の調査結果を踏まえ、「富山型デイ」が地域福祉の拠点となるために以下の提言をした。

(1)「富山型デイ」のサービス提供範囲から、小

学校区レベルでの「地域ケア会議」の開催。

ここで言う「地域ケア会議」とは、高齢者に特化したものではなく、児童・障害者も含めた地域の生活課題に関する会議のことであり、まさに「共生型の地域ケア会議」を指す。そのため、会議の参加者は「富山型デイ」を含め、行政、地域包括支援センター、地区社会福祉協議会、自治会、民生委員、特別支援学校、保育所、厚生センター、高齢・児童・障害者の当事者組織や支援組織などから構成する必要がある。

(2)「富山型デイ」の自主事業のうち、利用者の特化せず、地域住民を対象にした事業については、県独自の助成金や補助金を交付する。

「富山型デイ」の柔軟な自主事業は、他の事業所ではまねのできないものであり、地域福祉を担う大きな社会資源となりうるものである。「ケアネット活動」などとの連携も踏まえ、より柔軟な事業が実施できるよう加算措置も含め、金銭的支援を行う。財源としては、介護保険、障害者総合支援法、基金などを活用する。

(3)「富山型デイ」における地域相談員（コーディネーター）の設置補助。

本来の通所介護事業や利用者の特化した自主事業以外の事業等を実施するため、地域住民を対象とした「地域生活支援センター（仮称）」を事業所内に設置し、専任の職員を配置し、設置のための運営費や人件費など金銭的支援を行う。現実的に無理ならば、市町村社会福祉協議会のケアネット活動コーディネーターが定期的に訪問し、相談窓口を開設する。

謝辞

本研究において、調査研究を行う機会を作っていただいたA県厚生企画課や調査、集計にご協力いただいた日本福祉大学の奥田様をはじめ、「とやま地域共生型福祉推進特区調査検討委員会」の委員の皆様方に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) とやま地域共生型福祉推進特区調査検討委員会 (2014)、デイサービスの実態調査報告書 (平成 25 年度報告書)
- 2) 富山型デイサービス施設調査研究委員会 (2006)、富山型デイサービスについて (平

成 17 年度報告書)

参考文献

- 1) 富山型デイサービス施設調査研究委員会 (2005)、富山型デイサービスについて (平成 16 年度報告書)
- 2) 惣万佳代子 (2002)、笑顔の大家族このゆびとーまれ－「富山型」デイサービスの日々－、水書房
- 3) 阪井由佳子 (2002)、親子じゃないけど家族
です－私が始めたデイケアハウス－、雲母書房
- 4) 富山県民間デイサービス連絡協議会編 (2003)、富山からはじまった共生ケア－お年寄りも子どもも障害者もいっしょ－、筒井書房
- 5) 平野隆之編 (2005)、共生ケアの営みと支援－富山型「このゆびとーまれ」調査から－、筒井書房

**A subject and directivity for the “Toyama type day-care service” to serve as a welfare base of the area
–From comparison testing of a “conventional type day-care service” and the “Toyama type day-care service”–**

Kiyoshi Miyajima

Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science

Abstract

The “Toyama type day-care service” which has spread also all over the country as a lived together type institution aimed this research at the verification by the hypothesis whether it can become a welfare base of the area, in promotion of a future community welfare. It focused on a volunteer's acceptance situation, relationship with the area, etc., and analyzed through comparison with a “conventional type day-care service.” As a result, a possibility that the “Toyama type day” can serve as a base of a community welfare can be seen. The “Toyama type day-care services” which has software (welfare specialized agency) is being hard (place) and a thing replaced with the public hall etc. which were considered as a base of the conventional community welfare. Peculiar “place” where the child, disabled person, and elderly people whom the “Toyama type day-care service” has gather is room, is an evacuation area temporarily, and is also social participation and a place of working.

When a local resident crosses there, it can just become the “place” of practice of a community welfare. However, some maintenance is required in order for all the the “Toyama type day-care services” to be able to become a base.

Having thought as the policy is three points of installation of holding of (1) area care meeting, the support from (2) administration, and (3) area counselor.

Keywords: The Toyama type day-care service, contact community CareNet 21, a community welfare, a base

ミトン拘束の身体的影響 —ミトン拘束が患者に与えるストレスに関する生理心理学的研究—

竹田 壽子

富山福祉短期大学看護学科

(2014.9.26受稿, 2014.10.31受理)

要約

臨床では、特に老人への安全管理として拘束という手段を用いる。拘束の負担度を軽減しながら安全の確保という観点から指先の自由に配慮したグローブ型やミトン型の手袋を使用している。先行研究では拘束具の色やデザイン、素材の質の工夫は多数なされているが、装着当時者のストレスに視点を置いた研究は見当たらない。この研究では看護場面において拘束の是非を判断する時の一資料としてミトン装着による身体的影響を生理心理学的に明確にした。ストレス時に発生する非機能性バイティング (clenching) の発生とその時の内省報告をVASにて評価した。clenching event 数は有意に増加する傾向を示し、軽い痒みが顔面や手掌に頻回に出現しては消え、手が使えない苦痛から不愉快感や疲労感は時間経過で増強していた。身体拘束の中では比較的軽微と考えられるミトン拘束によるストレスを1時間計測することで主観的知覚に先行して身体的負担が明らかにあるということが明確になった。

キーワード：拘束ストレス、身体拘束、生理心理学的反応、咬筋筋電図、クレンチング、非機能性バイティング、内省報告、VAS (Visual Analog Scale)

1. 序

1.1 はじめに

身体拘束についての先行研究は多数あるが、対象者への身体への影響を生理心理学的に研究したものは、看護者が実験協力者になり実際拘束をした血中コルチゾールと尿中17-OHCS尿検査などの研究への取り組み経過報告が一例あるのみである(飯野・柳橋2002)。

道義的な視点からは平栗・橋爪(2008)や甲斐(2004)らの看護師の疑似体験による感想聴取や松本ら(2002)の患者と家族の気持を拘束経験患者にインタビューした報告がある。拘束具の色やデザイン、素材の質の工夫(宮前ら、2008)、拘束の苦痛に対する芳香剤や体位の工夫、拘束具の工夫など拘束時の負担を軽減するための報告が多く、身体拘束時のその対象者へのストレス反応を生理心理学的に言及しようとしたものは飯野の取り組み経過報告1例のみである。

特に高齢者への「安全を守るため」に行われてきた拘束は、拘束をすることにより、むしろ、対象者への危険性が高く、又、人権尊重の面からの問題提起もあり(稲葉2008)、最近では拘束廃止に対する関心は高まってきた。そのことは(いわゆる一宮身体拘束事件)(最高裁判決平成22年1月26日)にも象徴されていると考えられる。

しかし、医療施設の中での身体拘束は、考えの出発点に、安全確保のためには「仕方がない」との考えが根強く、まだまだ身体拘束に頼っている現状は否めない。拘束数減少に対しては、法的規定や行政的、若しくは施設責任者(向井榮子1999)の決断による指導や強制も強く求められている。そのことも大切ではあるが、むしろ、筆者は内発的動機づけで「専門職としての各人の努力」が必要と考える。身体拘束の身体への影響を具体化することで、拘束をしたくなる場面において拘束がもたらす身体への影響を考えることが内発的動機づけに役立ち、身体拘束は仕方がないとするか、他に方法は本当にないかを模索する契機になるかは大きな違いを生む。

拘束ストレスの生理心理学的明確化の序奏として、ストレス時に発生する非機能性バイティングの一つであるクレンチングの発生(廣瀬2007)と時間経過について実験を試みた。今回の研究で取り組む身体拘束の場面は看護場面の拘束に特化した拘束で精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以後、精神保健福祉法と記す)の精神保健指定医(以後、指定医と記す)が判断する拘束ではなく、特に老人の危険防止に対する身体拘束を根底においた実験である。本実験の目的はミトン拘束1時間経過によるストレスの様子を生理心

理的に検討することである。

尚、研究は大阪人間科学大学大学院倫理委員会の了承を得て開始している。

言葉の説明

生理心理学：例えば人前で緊張して顔が赤くなったり喉が渇いたりする。そうした人間の生理現象を脳波や心電図、筋電図などで測定し心と体の関連を探究していく心理学の一領域。

クレンチング：人間の上下の歯は無意識の時2～3mmは離れているのが自然な状態である。1日24時間中に上下の歯の接触は、食事も含めて10分程度であるが食べるための咀嚼運動ではなく無意識の咬筋の緊張、精神的ストレスによる大脳皮質や辺縁系および自律神経系の異常興奮が原因で生じる咬み込みをいう。

クレンチングイベント：クレンチングの出現回数

1.2 本実験実施に至った経緯

2008（H20）年9月、某病院のミトン拘束訴訟が朝日新聞に掲載された。一般病院における拘束裁判の初めての訴訟である。

当時80歳の女性が不必要に体を拘束されて苦痛を受けたとして、損害賠償を求めた控訴審の判決であった。この裁判は「介護施設では原則禁止とされる身体拘束が、医療現場でも同様に認められないことが明確にされたことは画期的である。治療上の必要性や安全確保などの名目で、患者を安易に縛ってきた一般病院に警鐘を鳴らすもの」と原告代理人の言が記載されていた。

この判決は、2010（H22）年1月、さらなる控訴審（最高裁）で「女性を約2時間縛ったのは必要最小限の措置だった」として病院勝訴になっている。そのことに関して、朝日新聞は社説で、「略…考えさせられる判決」とし、「病院での拘束問題について、新たな立法措置が必要かどうかを検討しつつ、先ず政府が動く必要がある…略…「拘束は原則禁止」を基本とし、それを前提に、例外として許される範囲や実際的な手順を早急に…略…」」（朝日新聞記事2010年2月14日）と述べている。1審での棄却が2審で病院敗訴になり、3審（最高裁）で逆転病院勝訴になった拘束事件である。

この事案で懸念されるのは、看護師のせん妄患者への4時間かけた対応後の拘束であることと2

審時に指摘されているように一般医療場面では原則禁止というより、人手が足りない転落防止のための安全確保の方法を拘束に頼ってしまっている現状である。2審の判決文では老人の訴えに対する対応を看護師の不適切な対応と論じている。せん妄状況の患者への対応に理解を求めたりオムツ強要のための説明や説得の仕方を不適切な対応と指摘している。

拘束をしなくてもよい対象者への対応方法や拘束をしなくて良い状況作りは大切な看護の一つである。そうした意味でも二審で論じられる如く原則禁止の出発点に立つことが大切と考える。同時に拘束という方法がもたらす身体的影響を理解することが必要になる。

この研究は対象者のストレス反応を明確にすることで、拘束は原則禁止への内発的動機づけに役立てることを目的とする。

一見、自由度が高く拘束度は低いと思われるミトン拘束であっても、心理的ストレスがもたらす、倦怠感や疲労感、精神的意欲低下につながる微熱（岡2008）やクレンチングの存在が明確になれば、対象者のための身体拘束の在り方を真剣に考えざるを得なくなる。

入院中の対象者にウェルビーイングを担保した上で本当に必要な拘束を適切な方法で行うことにより、看護師が身体拘束を行うことに対してジレンマ（山本、2005）や心情的葛藤に陥ることなく看護ケアとして適切な身体拘束を行うことができる。

本研究はミトン装着継続により実験協力者が経験する主観的不自由さと拘束ストレス理論を参考に、平常体温より体温1℃内の上昇、咀嚼筋の表面筋電図測定によりブラキシズム（咬筋clenching event）の発現で心理的ストレスを検証できると考えている。

1.3 目的

本実験の目的はミトン拘束1時間経過によるストレスの様子を生理心理学的に検討することである。身体拘束が与える身体的・心理的影響を「心と体の関連を探ることを目的として脳波や心電図、筋電図を計ったりして探索する」生理心理学的な方法を用いて筋電図を指標にミトン拘束時のストレスを明らかにする。

1.4 仮説

本実験の仮説はミトン装着を1時間継続することにより実験協力者が経験する主観的不自由さと

咀嚼筋の非機能的収縮であるクレンチングの出現や体温の上昇（平常体温から1℃前後）を検証できることである。

1.5 社会的貢献

安全確保・危険防止のために身体拘束は仕方がない、人員不足だから仕方がないと、理由付けする根底に拘束肯定（身体拘束の正当化）の考えがあることを強く懸念する。そのことは看護の視点で比較した時、拘束はしてはいけないが状況において本当に仕方がなく行う行為とでは大きな違いがあると考えられる。拘束ストレスを生理的指標で明確にすることで、内発的に動機づけられた拘束禁止は本来の意味での拘束最小化につながり、拘束しないでよい状況について、積極的な工夫を考える必要性に視点が向き、そのことが看護の質向上の一助となることを期待する。そして「原則禁止」を身体拘束時の大原則とする看護対応の出発点に明確に位置付けたい。「原則禁止」を大原則とすることは、入院・入所施設における対象者の治療・療養生活を真に人権の尊厳に配慮された専門看護の提供に繋がり、対象者のウェルビーイングに貢献できるということが出来る。（竹田2013）

看護の本質を考える出発であると共に対象者への平穏な治療・療養生活の保障に繋がることを期待できると考える。

2. 方法

2.1 実験期間

実験は20××年Y月Z日から約3ヶ月間の実験協力学生が都合つく時間を優先しておこなった。

2.2 場所

実験場所はA大学の臨床生理学実験室で、実験室内に設置してある防音室を使用した。

2.3 実験協力者

実験協力者は本研究の目的・意義を理解し協力を同意を得られた学生で精神的、身体的に特記すべき事項がない健常学生とした。

薬の服用、前夜のアルコール、タバコを禁じ、6～7時間の睡眠時間を指示した。研究に先立ち、皮膚疾患の有無（湿疹・発赤などの観察）、飲食の時間、刺激物の摂取状況、月経の有無などを確認した。実験参加に関して、研究目的や対象者の権利保障について書面と口頭による説明を行い、

同意を得られた大学生8名（20才代7名、40才代1名）、女性4名と男性4名を実験協力者とした。

2.4 実験手続

まず始めに、実験協力者の属性や健康状況、コントロール条件として依頼しておいた項目について確認し、実験前30分の運動、飲食の有無、治療中疾患の有無、月経中かどうかなどについても聴取した。1時間拘束臥床に備え実験開始前に排尿を促した。臨床生理学実験室内、防音室に簡易ベッドを設置し、室温摂氏23度・湿度50%にほぼ保つことができた。

実験中は実験に関する苦痛の訴え以外は会話をせず開眼し天井を見ているよう説明した。（臨床での拘束患者もミトン拘束では何かの要件を訴えるほかは会話なく臥床している。会話できる状況で人が近くにいる場合はミトン拘束は不要で臨床でそのことが実験値に作用する負担とは考えなかった。ミトン装着患者と同じ状況でもある）20min毎に計測すること、その3min前に口腔検温のための口閉じ指示をすること、尿意ある時は拘束を中断しトイレ終了後再開することを説明した。睡眠は実験協力者のストレス応答（ホメオスターシス）の一つとして無理には起こさず、20min間隔で体温測定のための口閉じや測定をした。

咬筋では、筋繊維の走行と平行になるように両側咬筋中央部にディスプレイ電極を貼付して、異常咬みしめ、換言すれば、非機能的咬みしめによる咬筋収縮を導出した。

実験前夜と実験直前の注意事項として、睡眠時間は自分の平均睡眠時間か6～8時間はとる。飲酒・喫煙は遠慮願う。前夜10時以降の食事は避け、朝食は普通に食べることへの協力を実験協力者に指示した。更に、実験協力者の服装は締め付けのない衣類で実験協力者の通常適温調節服装とした。臥床による体温発散や体温調節を保つために、本人の希望により軽いタオルケットを身体にかけて実験協力者個別の快適温度調節を行った。

拘束臥床中の睡眠や咬合筋の緊張等、ストレス応答としての自然のコーピングを考慮すると、ある程度の時間経過は必要であるが実験協力者への精神的・身体的負担を考慮して、1時間計測とし、1時間継続のストレス反応測定を目的とした。

基礎的知識の確認と手法を得るために予備実験を行い本実験に備えた。予備実験は院生7名の

協力を得た。予備実験の実験協力者は1時間の拘束臥床で疲労感を訴え、1時間が協力の限度だった。以上のことからミトン装着による拘束状況で臥床中のストレスを開始時、20min後、40min後、60min後の測定を行うこととした。

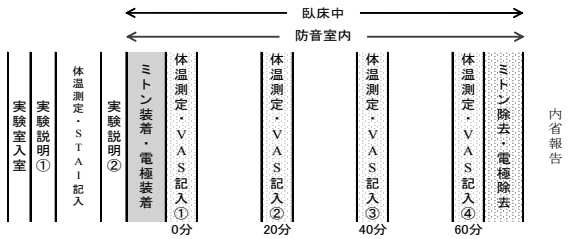


図 2-1 実験手続きと流れ

拘束具として使用したミトンは老人施設や病院で使われている拘束用ミトンを用いた。

素材は表地がネル綿 100% (防縮加工) で中地はフェルト、ポリエチレンである。手掌側に指の屈曲防止のための薄板が挿入してあり、指の前屈はできないが、内部にゆとりがあり、指の開閉の動きは可能なタック付きになっている。



図 2-2 使用したミトン

2.5 心理的ストレスの測定

ミトン拘束による心理的ストレスの生理心理指標として、(1) 左右咀嚼筋 (咬筋) の表面筋電図、(2) 舌下温を測定した。また (3) Visual Analog Scale (VAS) を用いて7種の主観的感情評価を測定した。

以下測定法の詳細を述べる。

なお実験協力者の特性不安を、STAI-IIにより開始前に測定した。

1) 左右咀嚼筋 (咬筋) の表面筋電図

ミトン拘束期間中、継続的に左右咀嚼筋 (咬筋) の表面筋電図を測定した。筋電図測定用電極は、図 2-3 に印した咬筋上に、ディスプレイ電極一対を2cm離して装着した。前処理として、接触抵抗を低下させるため、装着部位をアル

コール綿で脱脂・消毒した。

左右筋電図電極は、ニホンサンテック社製 8ch アクティブ電極ボックス BA-u012m の入力端子 G1 と G2 に専用アクティブ電極リード線を介して接続し、ニホンサンテック社製 8ch 多用途生体アンプ BA-1008 に入力された。筋電図の増幅のため、増幅度は $500\mu\text{V}$ の入力に 0.5V 出力となるよう設定された。また時定数は 0.03s 、高域カットフィルター (HFF) は 3KHz に設定された。

筋電図は、ニホンサンテック社製生体信号計測処理プログラム MPL2007 (ver1.22) によりリアルタイム表示にするとともに、後のオフライン処理に供するようパーソナルコンピュータのハードディスク上に記録された。

筋電図は整流処理をおこない、安静時筋電図振幅の3~5倍を示す値をスライスレベルとして設定し、5minごとにスライスレベルを超える振幅の個数を数えた (5min 値筋活動)。スライスレベルは $100\mu\text{V}$ が7名、 $300\mu\text{V}$ が1名であった。

時間経過ともなう筋活動の変化を検討するために、個人差要因を低下させるため、5min 値筋活動を、実験協力者ごとの総合計活動数に対する比 (相対値) に変換して分析をおこなった。また他の測定と比較するため、5min 値筋活動を4区間合計した20min 値筋活動、ならびに同相対値を用いて分析をおこなった。

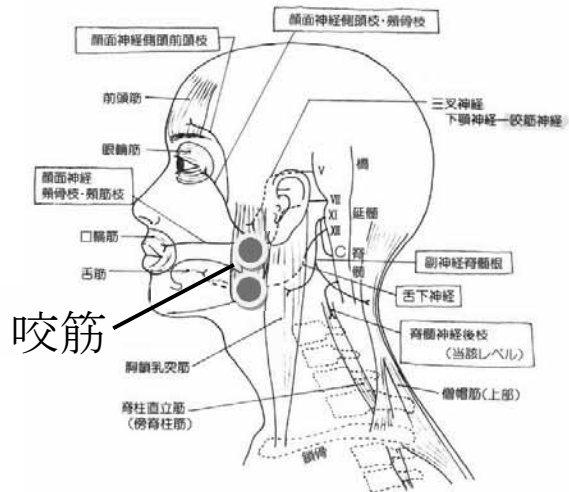


図 2-3 測定した筋電図電極装着部位 (筋電図判読テキスト p45 に装着部位を筆者が加筆)

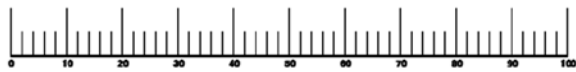
2) 舌下温

体温の測定には婦人体温計 (口腔予測検温) を用いて少数第2位までを測定した。実測定にできなかった理由は実験者が実験協力者の近くにいる時間を短縮するためであった。

3) VAS

主観的感情評価尺度として、Visual Analog Scale (VAS) を用いて、①痛み、②痒み、③喉の渇き、④不愉快、⑤疲労感、⑥げっぷ、および⑦胃部膨満感の7項目を評価させた。VAS測定には、図2-4に示すような10cm長の直線の左右両端に0(全くない)と100(耐えられない)と記したシートを示し、①~⑦の個々の感情・症状の度合いを直線上の任意の点数値を口頭で応答させるというものであった。

VASは、実験開始時、20min後、40min後、および60min後の4回測定した。



1) 「今の痛みは下の図のどのあたりに相当しますか。」
図2-4 VASシートの例

尚、特性不安はSTAI-II型(State-Trait Anxiety Inventory)を用いて測定した。本調査票は、特性としての不安を20の質問項目によって数値化するもので、実験前に記載させた。統計分析は一元配置、分散分析ANOVA法(analysis of variance)を用いて分析し主効果有意水準は0.05以上とした。

2.6 倫理的配慮

実験実施前に、本実験の目的と内容の説明と共に、以下に記載する倫理的配慮を口頭、および書面にて説明した後、同意書への記名・捺印で実験協力者の同意を得た。

- ①本実験は、実験協力者の意志によっていつでも中止でき、実験を中止しても本人の不利益にはつながらないこと、実験協力者の意志によって途中で実験が終了した場合は、当該個人に関わる資料は破棄されることを伝える。さらに、実験で得られたデータは修士論文、学会発表・学術発表でのみ使用することを目的としており、統計的に集団で処理されるため、個人が評価・特定されることはないことを伝える。
- ②実施する検査やミトンは安全であることが確認されているものを使用する。
- ③実験中実験協力者が体調等の不調を訴えた場合は、直ちに実験を中止する。
- ④本実験で生体反応の測定を行うにあたり、実験協力者の月経周期および薬の服用を確認する必要があるが、薬の服用を制限することはないことを伝える。その際、女性実験者が実験協力者

に月経周期を確認する。また、薬を服用した際は、薬の種類・名前・効能を記録して頂くことを伝える。その薬が生理指標に影響を及ぼすことが判明した場合、その実験協力者は分析から除外し、当該実験協力者の資料を破棄する。

- ⑤実験は指導教授と連絡がとれる状況で実施し、実験協力者に緊急事態が生じた場合は速やかに指導教授に報告し、指導教授の指示に従って対応することを伝える。

3. 結果

本章では、2章で述べられた方法に従って実施した実験結果について、左右咀嚼筋(咬筋)の表面筋電図、舌下温、主観的感情評価の順に述べる。

開始時間などの関係で1時間計測できていない人も貴重なデータとして使用しているため途中までの折れ線グラフも含まれている。

3.1 左右咀嚼筋(咬筋)の表面筋電図

図3-1は、ある実験協力者における身体拘束開始直後から5min右咀嚼筋の表面筋電図の整流波形記録を示したものである。縦軸は整流波形の振幅を示し、0.1は100 μ V、1.0は1mVを示す。拘束仰臥位の背景筋電図活動はおよそ0.03~0.04 μ Vであり、これを超える自発筋電位が不定期に出現している。本協力者については、300 μ Vを超える比較的大きな筋活動の5min数を計数し、1時間にわたる計数値を表3-1に示す。なお実験協力者2~8については、100 μ Vを超える筋活動を計数した。

上記の方法で全実験協力者について求めた5minあたりの筋活動数を、全実験協力者について図3-2に示した。

個人差が大きいので、各5min毎の筋活動数を、全筋活動数に対する比として図示したのが図3-3であり、これを実験協力者間で平均値を求めたのが図3-4である。これをEMG(electromyogram)相対活動(5min値)と呼ぶことにする。

表3-2に、EMG相対活動(5min値)を4区間合計し、EMG相対活動(20min値)として拘束開始から20min、21~40min、および41~60minの平均値として実験協力者ごとに示し、図3-5に折れ線グラフとして図示した。実験協力者7以外は拘束時間が継続するとEMG活動が増加している様子が伺える。

図3-6に、全実験協力者の平均EMG相対活

動 (20min 値) を、拘束開始からの時間経過 (20min、21~40min、および41~60min) の関数として図示した。図からわかるように、ミトン拘束時間の継続により筋電図活動が増加してい

る。

分散分析 ANOVA (analysis of variance) 分析で時間経過の主効果は、 $p = .056$ と有意傾向を示した。

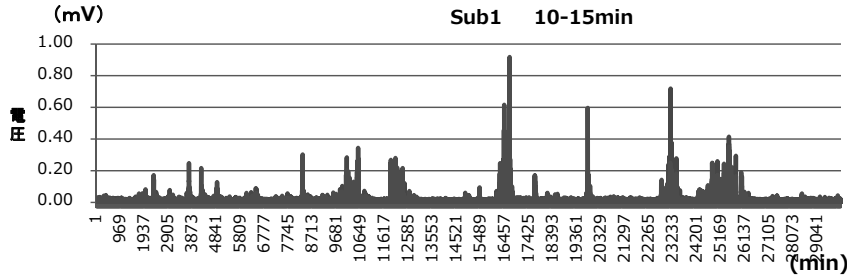


図 3-1 Sub1 10-15min 筋電図

表 3-1 EMG5min 間の0.3と0.1 任意ユニット単位以上の回数 (個人別) n=8

sub	min														
	任意ユニット単位		1	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
1	0.3以上		7(1)	14	16	6	18(9)	19(3)	12(2)	3	16(3)	11(2)	11(3)	12(6)	5(1)
2	0.1以上		1(1)	0	2	0	0	0	0	1(1)	2	0	0	0	0
4	0.1以上		1	1	0	2	0	1	2	4	2	6	20	3	
5	0.1以上		1	0	?	0	1	1	1	1	1	3	6	2	0
6	0.1以上		2	2	0	1	1	4	1	10					
7	0.1以上		5	2	8	8	9	0	6	1	0	0	4	7	
8	0.1以上		0	0	1	0	1	0	1	15	7	1	12		

注：Sub3 は筋電図なし、空白は筋電図なし。

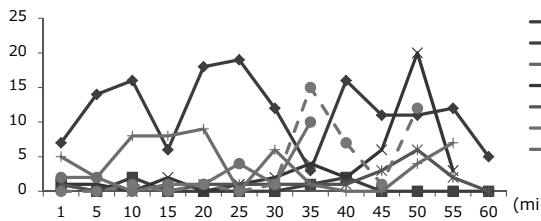


図 3-2 EMG5min 間の0.3と0.1 任意ユニット単位以上の回数 (個人別)

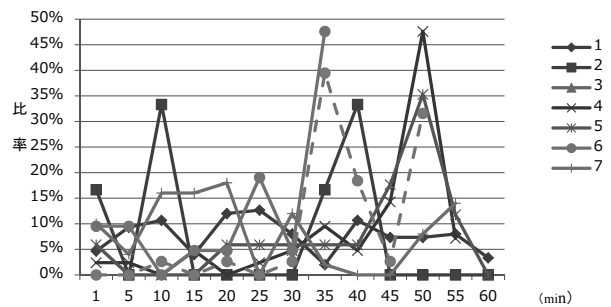


図 3-3 実験協力者毎のEMG 活動 (5min 値)

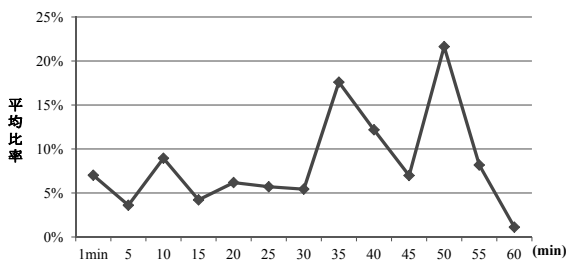


図 3-4 全実験協力者の平均 EMG 相対活動 (5min 値)

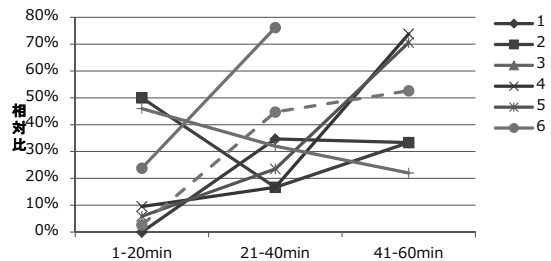


図 3-5 実験協力者毎のEMG 相対活動 (20min 値)

3.2 舌下温

表 3-3 に、実験協力者ごとの舌下温記録を示す。実験協力者 3 では開始時および 60min 経過時の資料が欠落している。また実験協力者 6 でも 60min 経過時の資料が欠落している。図 3-7 は、実験協力者別に舌下温の拘束時間経過に伴う変化

を図示し、図 3-8 には全実験協力者の平均舌下温の変化を図示する。

図からは、舌下温がミトン装着後若干増加した後、仰臥位でベッド上で拘束されると低下したが、時間経過に伴う変化は実験協力者間で一貫しなかった。

表 3-2 実験協力者毎の EMG 相対活動 (20min 値) 数 n=8

	1-20m	21-40m	41-60m
1	29%	35%	33%
2	50%	17%	33%
4	10%	17%	74%
5	6%	24%	71%
6	24%	76%	
7	46%	32%	22%
8	3%	45%	53%
	1-20m	21-40m	41-60m
mean EMG event	24%	35%	48%

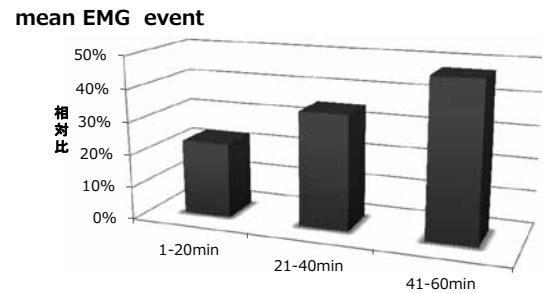


図 3-6 全実験協力者の平均 EMG 相対活動 (20min 値) $p=.056$

表 3-3 実験協力者毎の口腔舌下温 n=8

協力者	開始前	開始	20min	40min	60min	差
1	36.91	36.36	36.85	36.56	37.1	0.74
2	36.71	36.66	36.54	36.57	36.49	-0.17
3	36.64		36.18	36.18		0
4	36.58	36.86	36.83	36.65	36.67	-0.19
5	37.4	37.24	37.27	37.13	36.95	-0.29
6	36.22	37.46	36.98	36.74		-0.72
7	36.36	36.99	36.35	36.65	36.42	-0.57
8	36.73	36.31	36.38	36.71	36.49	0.18
体温平均	開始前	開始	20min	40min	60min	
	36.7	36.8	36.7	36.6	36.7	
	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	

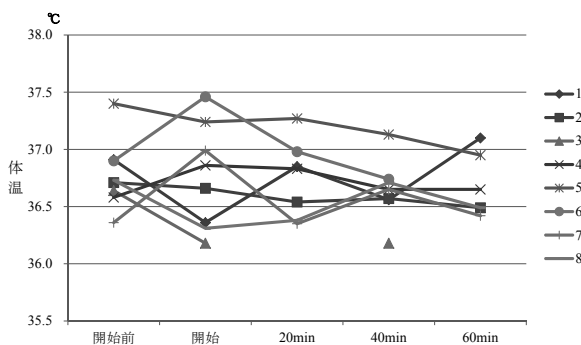


図 3-7 実験協力者別 20min 毎の舌下温

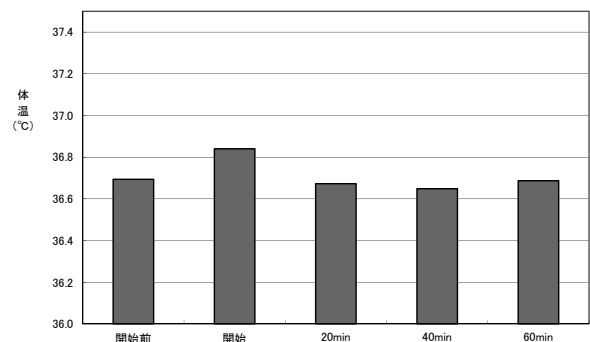


図 3-8 全実験協力者の平均体温相対値 (20min 値)

3.3 VAS (Visual Analog Scale) (主観的感情評価)

VASによる主観的感情として、痛み、痒み、渴き、不愉快、疲労、げっぷが出る・または出そう、胃が膨らんだ感じを拘束開始時、20min後、40min後、および60min後の4回測定したが、げっぷが出る・または出そう、胃が膨らんだ感じについてはすべて0回答であったので、ここでは痛み、痒み、渴き、不愉快、疲労の結果についてのみ報告する。

分析方法は分散分析 ANOVA 法 (analysis of variance) をもちいて分析し主効果有意水準は 0.05 以上とした。

1) 痛み

図 3-9 は、VAS による痛み得点を実験協力者ごとに、時間経過の関数として図示したものである。開始時はほとんど反応がなかったが、時間経過につれて高得点を示す実験協力者が増えている。図 3-10 に、拘束開始時、20min 後、40min 後、および 60min 後の平均痛み得点を図示した。拘束 40min ~ 60min の間に 10 から 25 へと大きく痛み得点が増加している様子が伺える。ANOVA 分析で時間経過の主効果は、 $p = .051$ と有意傾向を示した。

2) 痒み

図 3-11 は、VAS による痒み得点を実験協力者ごとに、時間経過の関数として図示したものである。開始時はほとんど反応がなかったが、時間経過につれて高得点を示す実験協力者が増えている。図 3-12 に、拘束開始時、20min 後、40min 後、および 60min 後の平均痒み得点を図示した。拘束 20min ~ 40min の間に平均 10 点増加し、その後 60min へと若干減少している様子が伺える。時間経過の主効果は、 $p = 0.144$ と有意ではなかった。

3) 渴き

図 3-13 は、VAS による喉の渴き得点を実験協力者ごとに、時間経過の関数として図示したものである。開始時はほとんど反応がなかったが、時間経過につれて高得点を示す実験協力者があらわれている。図 3-14 に、拘束開始時、20min 後、40min 後、および 60min 後の平均渴き得点を図示した。拘束 20min ~ 40min の間に平均 10 点以上増加し、その後 60min へと若干減少している様子が伺える。時間経過の主効果は、 $p = .019$ と有意

であった。

4) 不愉快

図 3-15 は、VAS による不愉快度得点を実験協力者ごとに、時間経過の関数として図示したものである。開始時は 2 名の実験協力者が 30 点、その他は 0 点であったが、時間経過につれて得点を徐々に増した。図 3-16 に、拘束開始時、20min 後、40min 後、および 60min 後の平均不愉快度得点を図示する。拘束開始直後から 20min までに平均不愉快度得点は大きく増加し、40min 後に最大値をとったあと 60min へと若干減少する様子が伺える。時間経過の主効果は、 $p = .021$ と有意であった。

5) 疲労

図 3-17 は、VAS による疲労感得点を実験協力者ごとに、時間経過の関数として図示したものである。5 名の実験協力者が開始時から 10 ~ 30 点、他の 3 名の実験協力者は 0 点であったが、時間経過につれて得点は徐々に増加した。図 3-18 に、拘束開始時、20min 後、40min 後、および 60min 後の平均不愉快度得点を図示した。拘束開始直後から 20min、40min へと疲労感は増加し 60min 後に最大値を示した。時間経過の主効果は、 $p = .005$ と有意であった。

以上の結果は、ミトン拘束による主観的感情が、不快感、のどの渴き、皮膚の痒み感が早々に増したあと、疲労、痛みの順で強く現れることを示しているといえよう。

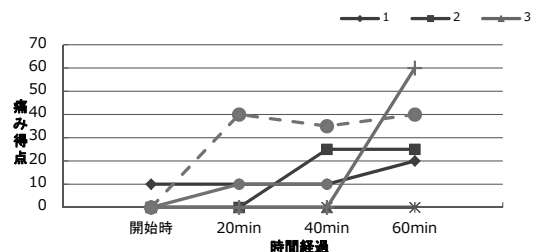


図 3-9 VAS 痛み得点 (個人別)

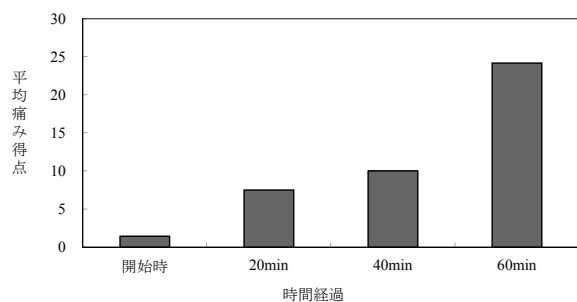


図 3-10 VAS 痛み得点 (平均) $p=.051$

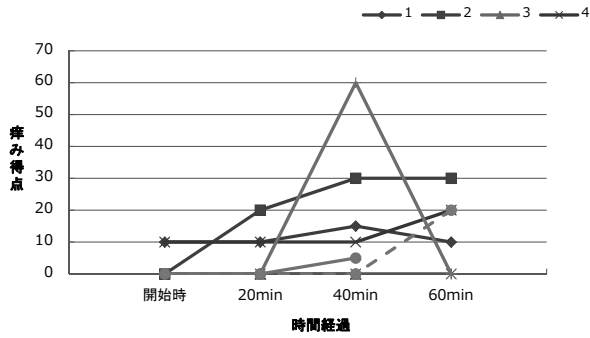


図 3-11 VAS 痒み得点 (個人別)

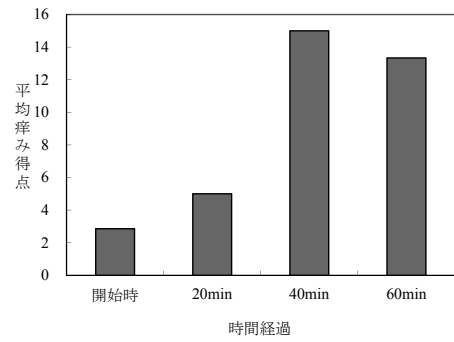


図 3-12 VAS 痒み得点 (平均) $p=0.144$

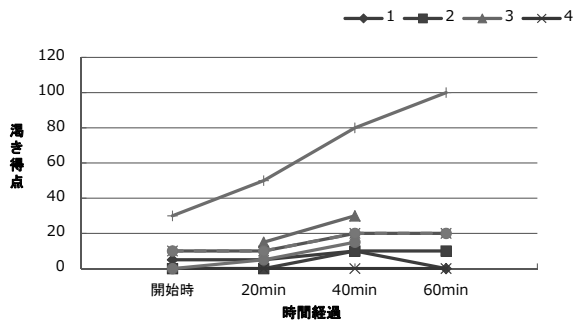


図 3-13 VAS 喉の渴き得点 (個人別)

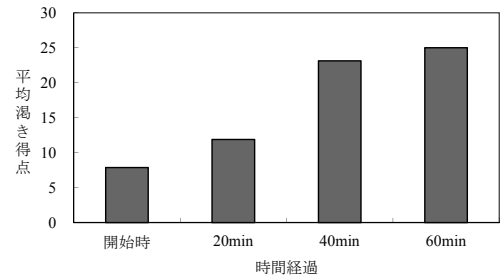


図 3-14 VAS 喉の渴き得点 (平均) $p=.019$

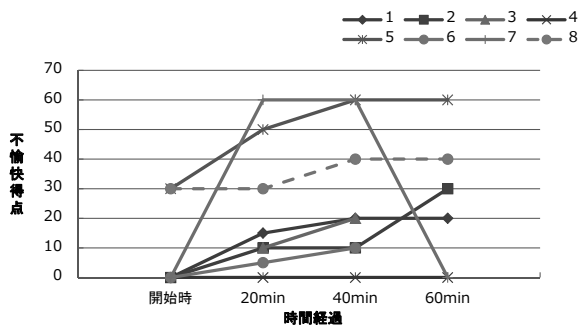


図 3-15 VAS 不愉快得点 (個人別)

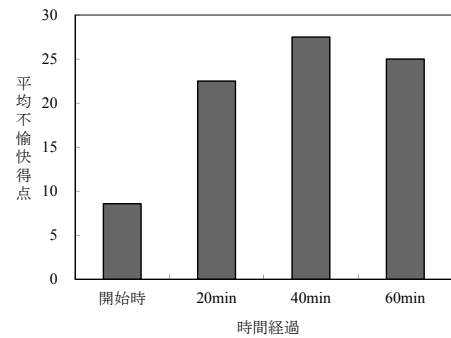


図 3-16 VAS 不愉快得点 (平均) $p=.021$

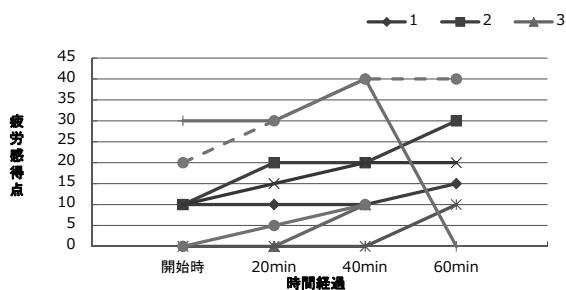


図 3-17 VAS 疲労感得点 (個人別)

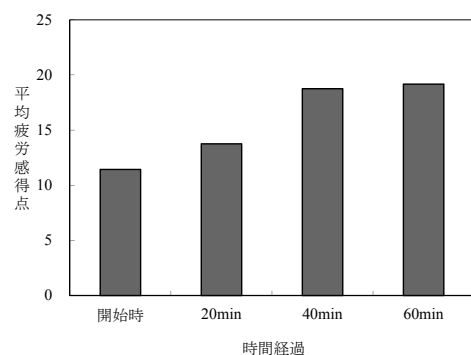


図 3-18 VAS 疲労感得点 (平均) $p=.005$

尚、STAI- IIによる特性不安の結果は、実験協力者全員がやや高い傾向の不安傾向を示す同じ傾

向を示した。

4. 考察

身体拘束の中でも、自由度が高く拘束度は低いと思われがちミトン拘束に特化して生理心理学的な視点から考察する。

身体拘束という行為が医原病ならず看原病を作らないという観点から拘束ストレスを精神的ストレス反応として顎関節症や呑気症、慢性ストレス性高体温症（岡、2008）を視野におきながら咬筋の緊張や体温上昇、主観的評価指標としてVASと実験実施前にSTAI- IIをつかって計測してみた。

具体的方法としてはミトン装着した状態での1時間経過を体温、表面筋電図及びVAS評価、ATAI- IIを時間経過に伴う変化として計測の対象とした。以下にそれぞれの評価指標とストレス反応について考察する。

4.1 研究方法について

研究方法については身体拘束を体験的に試み感想を述べるという形式は多い。しかし、生理心理学的に研究したものについてはほとんど見られず、倫理的配慮に対する看護者のジレンマ（山本、2005）や身体拘束についての認識調査が多い（小島ら、2008）。最近、散見するのは実際に看護者が体験しての感想聴取である（平栗・橋爪、2008）。著者が所属した大学では看護学隣地実習開始時に5分から10分拘束を体験させて実感として身体拘束を学習してベッドサイドに臨ませている教科もあった。

拘束ストレス理論は、ラットによる実験が心理学領域等から多く報告され（データベースに拘束ストレスで検索すると227ヒットする）ストレス疾患の理解などに活用されているが、人の身体拘束理解には利用されていない。

主観的評価も含めて指標に基づき計測したい時、ラットなどの拘束ストレス理論からの演繹理解では限界があり、臨床的実用的知識として確認するには人を対象にすることも許されると考えた。倫理的配慮からは実験協力者に侵襲性の少ない方法として咬筋の表面筋電図（sEMG）と口腔舌下温測定、主観的測定法としての質問紙法の選択は妥当であったと考える。

今回の実験は、人を対象にした初めての実験で、実験協力者にとっては拘束という精神的・身体的、且つ時間的拘束（実験前後を含め約2時間）など負担度が高いことが懸念された。実験趣旨に理解ある協力者に限定したため実験対象者が少なく、実験機材操作不備や実験協力者の時間

制限などのための計測時間不足のデータも大切なデータとして使用している（図や表の空白はそのことを示す）。

統制群については、日常に健康体で呑気症、顎関節症、慢性微熱に関連する症状のない人であれば異常咬み込みはないとし、あっても少ないと考え統制群は1例しか計画していない。科学的検証という意味では今後の課題である。

4.2 観察時間に関して

本来、臨床では目的的に短時間の身体拘束をすることでの問題は少ない。点滴などの医療行為を安全に終了させるための身体拘束はこの研究の視野外である。看護場面による安全確保・転倒転落防止のための身体拘束は、少なくとも面会時間を除いたすべての時間のことが多く、決して1時間ではない。この研究の動機になった一宮ミトン拘束訴訟裁判では2時間拘束を短時間と述べている。患者の苦痛を検証するには、そうした時間経過を観察すべきであるが今回は倫理的配慮として1時間の計測とした。

予備実験も含めて実験という試みに快い協力を得ることができたが、実験協力者は内省報告では1時間で強い苦痛を感じたと述べている。

特に体温上昇に関しては慢性ストレス熱の仮説には1時間の計測では明確にすることができなかった。

実験開始時間については疲労感の少ない午前10時前後が理想的と思われたが、協力学生の学生生活を優先した実験時間帯になったため統一した時間設定ではない。しかし、ほぼ午後の時間帯から夕刻16時迄となった。

4.3 結果について

1) 左右咀嚼筋（咬筋）の表面筋電図

クレンチングについては、最近では、小児科領域における疾患の理解にも役立てられている（加納・有阪2006）。二次性夜尿症だけでなく、一次性夜尿症の精神的ストレスに関係するものにストレス・バロメーターとして理解され、異常を示す症例では抗うつ剤の効果を認めたり、また不登校の原因の一つであるいじめに対してのストレス・バロメーターや各種疾患での臨床応用の可能性についても述べられてきている。図4-1はそのことを消化器心身医学の見地で図解したものである（小野2005）。

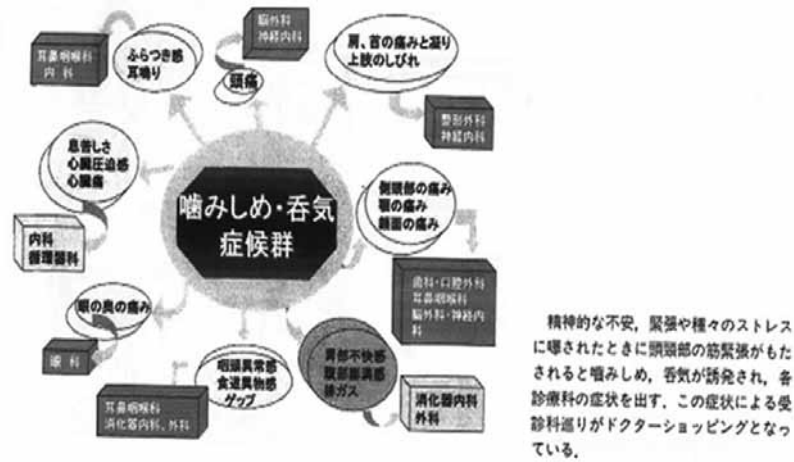


図 4-1 ストレスによる噛みしめと呑気症候群（消化器心身医学 p1548 に表題は筆者加筆）

表面筋電図（sEMG）は筋肉収縮時における神経・筋単位（neuromuscular unit：NMU）の活動電位の記録であり、実験協力者への侵襲なく行えるので便利といわれている。

そうしたことから、身体拘束時の心理的ストレス測定にも指標とすることを試みた。非機能性咀嚼・咬みこみ運動をクレンチングと考え測定したが、図 3-4 で60min 値が下降しているのは計測前3min の口閉じ指示とその後の体温や VAS の計測時に一致する。計測時は非機能性咬みこみがなかったことを意味していると考えられる。更にこれで終了という実験協力者の気持ちの影響、安堵感の表れとも推測できる。

咀嚼筋の一つである非機能性咬筋の緊張をクレンチングとしてその出現回数（クレンチングイベント）である弱いクレンチングはストレス解消のために発生している（田原 2009）との報告もあり、そのこと自体が身体に悪影響かどうかは問題であるが、弱い振幅もストレス反応に対する機能であるとすればストレスが確かにあることの実事として考えた。しかし、それを数えると無数になるので0.1 以上をカウントした。（Sub1 は0.3 以上のカウントになっている。）

実験協力者別に単層性が多い人、多層性が多く出ている人などそれぞれに振幅波形は違ったが大きな傾向としては時間経過で緊張波形増強がみられた。今回はシンプルに、ストレスの有無にのみ着目し回数の計数化をしたが、ストレスの重度を視点にすれば、波形の持続時間や層性の計測等を行い顎関節への負担度の理解が必要である。

計測時の噛みしめ振幅反応は計測時には一人を除いて見られていない。口閉じや口腔検温時や VAS 測定の会話中は無意識の咬みこみ反応はな

いことが示唆されている。

2) 舌下温

岡（2008）はマウスの実験で、20分以内に1.5℃上昇と述べているが、1時間経過の中での変化は大きく変動に共通の傾向はなく、個人差が顕著であった。予備実験では20分後に一度上昇しその後少し下降するとの印象であったが本実験では開始時に上昇がみられた。これは実験協力者と実験者の関係であろうか。予備実験は授業などでの重ねた面識があり実験目的や内容に積極的アドバイザー的で被験者として協力的な人達であったことに比較し、本実験は実験協力者にとっては2回目の面識であった。本実験での実験協力者の緊張は大きかったと考えられる。臨床での老人が拘束される時と状況は少し違うが不安や緊張感という点では類似するのかもしれない。

また、体温は眠気や睡眠との関係も大きい。自覚的訴えに眠たいとの表現はあり閉眼や欠伸は多く見られた。

体温については実験中、体の部分的ポカポカ感を述べた人が体験論文（甲斐、2004）や今回の予備実験からは得られたので、1時間経過の中で明確な体温上昇が認められることを期待したが本実験1時間の中では認められなかった。体温下降傾向にあったのは眠気、若しくは傾眠がちの状況が影響していることが考えられる。尚、ラットの場合は弱い拘束刺激20分で体温上昇がみられたと報告されている。（岡 2008）

体温上昇は個人差が大きかったが概観して言えることは、20分後に上昇しその後は下がる。しかし、開始時と比較すると上昇している例もあった。

その人の体温の1℃範囲内の体温変動は通常は有熱とはしないが1℃超える程度を微熱と呼び一番倦怠感が大きい時であると予測したが微熱ほどの上昇は見られなかった。

偶然に得た数値であるが、尿意の我慢では体温が上昇し排尿後も40分ほどは平熱にはならなかった。このことでは、オムツが嫌で我慢している状態を推測することができる。

3) VAS

VASではストレス時の空気飲み込みを仮定し(呑気症の誘発)ゲップと膨満感を評価項目に挙げたが全員0であった。しかし、経過中唾液が口腔に頻回に貯留し、その都度、唾液呑み込みの嚥下反射が頻回に行われていた。筋電図では大きな振幅ではなくクレンチングとしてはカウントしていない。

痒みは一定のところではなく顔や腕など手が自由であればふとその個所に手がいき軽く搔く程度ではあるが、搔かないでいても強い痒みにはならないで、違う場所に痒みが飛んだりする痒みであった。痒い部分は顔や耳など表出部分とミトンの中の手掌であった。これは皮膚の乾燥と関係があるのか緊張による精神的発汗部位との考察等が必要であるが今回は行っていない。不愉快や疲労は60min値において評価点が低くなった。実験終了の思いが影響していると考えられる。不快に始まり喉の渇きと疲労感が強くなり痒みや身体の痛みが加わっていく経過を示している。

生理的指標はミトンと拘束という負荷により増加している。

臨床上では、ミトンが汚れ、悪臭を放つため頻繁に洗濯をする。また、先行研究では蒸れない、洗濯可能なデザインや素材の工夫をテーマにしたものが多い。今回の実験中の痒みを「手掌にある」や「手や顔のぼかぼか感」を述べている。

以上のことから、主観的感情評価(VAS)では「ミトン」については明確な発言はなかったが、クレンチングイベントが時間経過で増加していること(図3-6)に着目すると、主観的に感じることに先行して咬筋の過緊張など身体的に反応していることを重要視したい。

こうした拘束の対象者は老人、しかもせん妄や認知症の自分で意思表示のできない人達である。老人の訴えだけに頼ってはいけないことが示唆されたと言えよう。

今回、布団は利用していない。寝床内気候は眠るに快適な環境づくりである。眠り防止のために

今回の実験では、寒くない程度とした。

そのことで結果として考えると体温への影響や手掌への汗の影響もあったと思われる。

今回は、実験協力者への負担を考慮し、1時間の実験しかできなかったが、1時間継続だけでも時間経過で患者のストレスが増えることが明確に測定できたことは看護理論の一つとして意義あるものとする。

5. 結論

- 1) 拘束1時間の口述評価による主観的感情評価では著明な影響は認めなかったが主観的知覚の痛みやかゆみに先行して身体的負担をクレンチング数の増加で証明できた。
- 2) 安静臥床、仰臥位と両上肢ベッド策に固定という行動制限的身体の拘束は十分にストレスを与えていた。
- 3) 軽い痒みが顔面や手掌に頻回に出現しては消え、手が使えない苦痛で不愉快感や疲労感は時間経過で増強していた。
- 4) VASや終了後の内省報告では、ミトン装着し両上肢ベッドに固定して仰臥位継続は、1時間が限界でこれ以上は我慢できないと述べていた。
- 5) げっぷや胃部膨満腹感は一人も認めなかったが、唾液が頻回に口中に分泌貯留し嚥下反射で飲み込んでいた。
- 6) 時間経過とクレンチング、VASの疲労・痛みは相関して増加した。
- 7) 不快に始まり喉の渇きと疲労感が強くなり痒みや身体の痛みが加わっていく経過が示唆された。

謝辞

身体拘束という倫理的に問題が多いデリケートなテーマに取り組むに際して、研究の出発点において厳しい指摘や方向性についての助言及び実験に協力して下さった方々に深く感謝します。

*この研究はH24年に修士論文としてまとめた2部の部分の修正・加筆である。

引用・参考文献

- 1) 浅井邦彦(1999)精神科医療における行動制限の最小化に関する研究班報告(主任研究者浅井邦彦)、精神科病院の処遇調査(国立病院対象)
- 2) 飯田英男・菅原浩幸・松月みどり(2010)身体拘束裁判から何を学ぶか、座談会、医療

- 安全、No25、SEPTEMBER、p16
- 3) 飯野栄治・柳橋稔、(2002) 身体拘束に関する実証的研究への取り組み－看護師が長時間拘束を体験して－、精神看護、01、29 (1)、p34-38
 - 4) 一宮身体拘束事件 (2006) 賃金と社会保障 1480、p43-69
 - 5) 一宮身体拘束事件 (2008) TKC
 - 6) 一宮身体拘束事件 (2010) 最高裁判所民事判例集 64 卷 1 号、p219
 - 7) 稲葉一人 (2008) 身体拘束の原則と例外－医療機関であっても患者の身体的自由を奪うことは原則違法である－、Nursing BUSINESS、2 (12)、p76-77
 - 8) 岡孝和 (2008) 疲労と微熱、治療、90 (3)、p526-530
 - 9) 岡孝和 (2008) ストレスと体温調節、心身医、48 (7)、p631-636
 - 10) 小河育恵・佐藤小百合・吉田早織 (2005)、ICU における開心術後の患者の上肢抑制の検討、奈良県立医科大学看護学科紀要、1、pp21-29
 - 11) 小野繁 (2005) 消化器心身医学－各病態へのアプローチ、Modern Physician、25 (12)、p34
 - 12) 小野繁・中奈央子・花田耕治 (2005) 日本心療内科学会誌、吞気症状と機能性消化管障害について－ストレスや心理的因子がもたらす吞気機構の新しい知見から－、9、p210-216
 - 13) 甲斐学 (2004) 苦痛が軽減される身体拘束のために－看護師が拘束体験を実施して－、第 29 回日本精神科看護学会看護研究論文、15、p202-295
 - 14) 金子光 (2002) 保健師助産師看護師法の解説、日本医事新報社、東京、p19
 - 15) 加納健一・有阪治 (2006) 小児科領域におけるストレス・バロメーターの臨床応用、小児のストレス・バロメーター、Dokkyo journal of medical sciences、33 (3)、(10-25)、p249-295
 - 16) 小島圭太・田中佐知・藤原麗花 (2008) 身体抑制に対する看護師の意識調査と今後の展望－急性期の脳外科・神経内科病棟における身体抑制－、Medical Journal of Aizawa Hospital、6 (1)、p45
 - 17) 鈴木知美 (2009) 排泄ケアで最期まで尊厳を保つ、Nursing Today、5 月臨時増刊号 p82
 - 18) 竹田壽子 (2013) 一般病院でのミトン拘束裁判を通して看護の本質について考察する、共創福祉、8 (1)、p1-10
 - 19) 田原靖章 (2009) クレンジングはストレスを緩和するのか?、科研研究費補助金研究成果報告書
 - 20) 中木高夫 (2001) 看護介入としての抑制ではなく、身体拘束ならば…、月刊ナーシング、Vol21、No9、8、p42
 - 21) 廣瀬和彦 (2007) 筋電図判読テキスト 第 2 版、文光堂、p45
 - 22) 平栗まゆみ・橋爪圭三 (2008) 看護師が身体拘束を体験して見えてきたもの、第 39 回精神看護、p101-103
 - 23) 宮前啓子・寺本和子・岡田辰江・河野知範 (2008) 第 33 回今月のくふう身体拘束緩和のためのミトンの作成、ブレインナーシング、24 (9)、p871-875
 - 24) 松尾友子 (2007) 重症患者の抑制、鎮静、鎮痛、対策の実際、重症集中ケア、Vol6、No7、p41
 - 25) 松本佳子 (2002) 精神科入院患者にとっての身体拘束の体験、患者と家族のインタビューから、日本精神保健看護学会誌、11 (1)、p79-84
 - 26) 向井榮子 (1999) 「抑止廃止」の理想と現実、看護の変化、看護、11 (51)、14、臨時増刊号、p72-75
 - 27) 山本美輪 (2005) 看護系経験年数による高齢者の身体的抑制に対する看護師のジレンマの差、大阪府立大学、日本看護管理学会誌、9 (1)、p5-11

Somatic effects of mitten restraint —Psychophysiological research on patient stress caused by mitten restraint—

Toshiko Takeda

Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

Abstract

In clinical practice, restraint is used to manage the safety of elderly patients. Gloves or mittens, which take the free movement of a patient's fingertips into account, are used to ensure patient safety while reducing the burden of restraint. Previous studies have used many colors and designs and sampled several types of material with various qualities when making restraint devices. However, none of these studies focused on stress in patients wearing restraint devices. The present Psychophysiological research revealed the somatic effects of wearing the mittens on patients, the results of which could be used to judge whether restraint is justified in nursing care. Non-functional biting (clenching) that occurred when patients experienced stress and reflection reports completed at the time each clenching event was observed were evaluated using a visual analog scale. The number of clenching events increased significantly, mild itch frequently appeared on patients' faces and palms but later disappeared, and unpleasantness and lassitude increased with time, as patients could not use their hands freely. Physical burden was found to exist before subjective perception when stress caused by mitten restraint, which was considered a relatively mild method, was measured for one hour.

Keywords: restraint stress, mechanical restraint, psychophysiological response, masseter electromyogram, clenching, non-functional biting, reflection report, visual analog scale

在宅看護学実習の学びの分析および実習方法の提案 —訪問看護ステーション・富山型サービス・地域包括支援センター・訪問入浴での学び—

荒木 晴美, 今川 孝枝, 河相 てる美, 炭谷 靖子
富山福祉短期大学看護学科

(2014.9.26受稿, 2014.10.31受理)

要旨

在宅医療が推進され、看護職の役割は病院から地域へと拡大し看護職には広く患者・家族の生活の場に即した看護の提供方法を柔軟に検討する力、継続看護の視点が求められている。本研究は、在宅看護学実習終了後の看護学生の学びを明らかにし、今後の実習指導や教育のあり方の示唆を得ることを目的とする。本研究の趣旨に同意・協力の得られた学生21名の課題レポートの記載内容をKJ法にて分析した。その結果、7つの島に集約された。7つの島は、“利用者の多様性・個別性”、“信頼関係の構築”、“QOLの維持・向上”、“地域を知って看護の力を発揮する”、“共通の目標に向っての連携と役割”、“責任と笑顔がやりがい”、“スタッフをモデルとしての今後”であった。4形態の施設での実習で、学生は在宅看護をつなぐことができ、地域を広い視点で捉え、継続看護の視点の育成につながったと考えられる。本研究は本学の在宅看護学教育の講義・実習の方向性を示す基盤となった。

キーワード：在宅看護学実習、看護学生、課題レポート、KJ法

1. はじめに

在宅看護論は、1997年より新しく看護師課程のカリキュラムに導入された科目である。その背景には、健康問題を抱えた療養者が生活の場である在宅で暮らしたいという思いがあることや高齢化、入院期間の短縮などにより医療機関で行われていた医療や看護が、在宅で必要となってきたことにある。つまり、施設内だけではなく地域でも活躍できる看護職を育成することにある。そして、2009年度の教育カリキュラム改正で在宅看護論は総合分野に位置づけられ、在宅看護実習では基礎から専門分野までの各看護学の学習が統合され、実習場所は、訪問看護に加え多様な場所で実習を行うことが望ましいとされた。これは、地域の生活者の立場に立った健康支援の看護基礎能力を養成することを期待しているものである。多様な施設での実習を通して支援体制全体の役割をとらえられる内容を含めることで、看護の役割を深く考えることができるからである（日本訪問看護振興財団、2010）。

また、医療制度改革においても、病院から在宅への円滑な移行と医療の継続を重視しており、看護職には広く、患者・家族の生活の場に即した看護の提供方法を柔軟に検討する力が求められている（河原、2012）。

このように、在宅看護への社会的ニーズが高ま

る中、在宅看護実習に関する研究は、訪問看護実習での学生の学びのレポートの分析（樋口ら2010、篠原ら2010）や訪問看護での実習経験・評価の分析（牛久保ら2012、松尾ら2013）、臨地実習指導者と教員の指導役割について検討しているもの（深谷ら2013、迫田ら2014）、継続看護に関するもの（吉田ら2013、田山ら2013、篠原ら2014）などが報告されており、効果的な実習を展開するために様々な取り組みが続けられている。しかし、その多くは、訪問看護ステーションでの実習の研究報告である。在宅療養を支えるのは訪問看護だけではない、在宅看護は、訪問看護というサービスの一類型にのみ言及しているのではない（河原、2012）。地域にはサービスや訪問入浴など様々な事業所があり看護職がいる。

本学は、地域を理解し、保健・医療・福祉従事者と良好な関係を構築できる看護実践者の育成を目指し2008年に開学した。在宅看護実習は2010年度より開講し、県内にある様々な規模・種類の訪問看護ステーション、富山型サービス、地域包括支援センター、訪問入浴と保健・医療・福祉の多様な場での実習を取り入れている。

金子は「看護教育の中で臨地実習は、実践教育として教育の中心におかれる。講義で学んだ看護と、実践で学んだ看護とが一致し、実習という

体験をとおして看護に対する認識を深めるのである(金子、2003)。』と述べている。つまり、実習で得た学生の学びは、今後の教育へのあり方に示唆を与えている。そこで、開学、間もない本学の学生が4形態の在宅看護学実習で何を学んだのかを明らかにして、今後の実習のあり方や教育に反映していきたいと考えた。

2. 研究目的

本研究では、在宅看護実習における学生の学びを明らかにし、今後の実習指導や教育のあり方の示唆を得ることを目的とする。

3. 研究方法

3.1 対象

在宅看護実習を終了し、本研究の趣旨に同意・協力を得た本学看護学科3年生21名を対象とした。

3.2 分析方法

実習課題のうち「3週間の実習を通しての学び」のレポートと学生が自ら作成したラベルを分析対象とした。KJ法を用い、研究者4名で討議し、合意形成を行いながら集約を繰り返した。KJ法によるデータ抽出・分析の方法については、学会公認のKJ法指導者を研究者に交え、信頼性を確保した。

3.3 倫理的配慮

研究の同意を得る際には、実習終了後、口頭にて研究の主旨と内容、匿名性の保持、成績に影響しないこと、協力は自由意思であること、研究目的以外には使用しないこと、個人が特定されないことについて口頭と文書にて説明し、研究への参加と結果の公表について了承を得た。本研究は所属機関の倫理審査の承認を得た。

3.4 在宅看護学実習の概要

在宅看護学のカリキュラムは、在宅看護学概論1単位、在宅看護学援助論Ⅰ・Ⅱ3単位、在宅看護学実習2単位の計6単位で構成している。

在宅看護学実習は、3年生で開講される臨地実習科目である。学生は4グループで編成され、1クール3週間で行っている。他の領域別実習6科目とともにローテーションで実習を履修するため、履修時期は学生のグループによって異なる。1クールは訪問看護ステーション5日間と富山型ディサービス4日間、訪問入浴サービスと地域

包括支援センターは1.5日で構成している。

学生は訪問看護ステーションでは、週に2回以上訪問できる1名の受けもち事例をもち、情報収集から分析・評価と一連の在宅看護過程を踏む。受けもち以外にも、複数の訪問事例に同行し、さまざまな療養者と出会い、訪問看護業務の見学・体験をする。富山型ディサービスでは、1人の利用者を受けもちながら、他の利用者ともかわりディサービスでの業務や在宅への送迎に付き自宅での様子を見学してくる。訪問入浴は、要介護度の低い人から人工呼吸器装着者、がん末期など多様な利用者の入浴を見学する。地域包括支援センターでは、3職種とともに同行訪問や相談業務の見学、介護予防事業に参加する。

学生は在宅看護学実習に臨む前に、1年次で基礎看護学実習Ⅰと高齢者看護学実習Ⅰ、2年次で基礎看護学実習Ⅱと小児看護学実習Ⅰを終了している。3年次では領域別実習(母性・小児Ⅱ・成人Ⅰ・成人Ⅱ・老人・精神・在宅看護)は、並行して行われる。その後に総合実習が構成されている。

以下に実習時期、実習目標、実習施設の概要を示す。

[実習時期]

2010年5月～9月

[実習目標]

- ①在宅で療養する人及びその家族の特徴を理解する。
- ②療養者及び家族に応じた看護過程を展開する。
- ③在宅療養を推進・継続するための社会資源の活用について具体的に学ぶ。

[実習施設の概要]

- ①訪問看護ステーション：県内8カ所の病院立、看護協会立、民間設立の事業所
- ②富山型ディサービス：富山型ディサービスとは、富山県から全国に広がった子供から大人まで障害の有無にかかわらず利用できるディサービスである。県内4カ所の民間の事業所で、設立者の理念により取り組みは様々である。
- ③訪問入浴：県内にある施設の付属と民間設立の2カ所の事業所
- ④地域包括支援センター：市内4カ所の介護老人福祉施設に併設した事業所

4. 結果

実習記録の「3週間の実習を通しての学び」の

レポートと学生が自ら作成した165枚のラベルから、意味内容の類似性により5段階の集約を繰り返した。その結果、1段階は90、2段階で43、3段階で24、4段階で14の島に集約し最終的に7つの島を形成した。

7つの島は、“利用者の多様性・個別性”、“信頼関係の構築”、“QOLの維持・向上”、“地域を知って看護の力を発揮する”、“共通の目標に向っての連携と役割”、“責任と笑顔がやりがい”、“スタッフをモデルとしての今後”であった。

以下にそれぞれの島について説明する。なお、1段階目の島の表札は〈 〉、2段階目の島の表札は《 》、3段階目の島の表札は[]、4段階目の島の表札は{ }、5段階目の島の表札を【 】、各島のシンボルマークは“ ”で示す。

4.1 “利用者の多様性・個別性” (表1)

【いろいろな年齢や状態の人が、相互に支え合い満足して生活していることが理解できた】

“利用者の多様性・個別性”という島は、いろいろな年齢や状態の人が、相互に支え合い満足して生活しているということであり、[相互に支え合っている]、[家ででの生活に満足している]の2つの島から形成されている。

[相互に支え合っている]の島は、《笑顔の利用者や不機嫌な利用者もいた》、《相互に支え合うことが自信になっている》から形成される。

[家ででの生活に満足している]は、[家ででの生活に満足し、生活意欲を得ている]、[訪問することで療養生活が理解できた]という島から形成される。

[家ででの生活に満足し、生活意欲を得ている]の島は、《家ででの生活は不都合もあるが満足》《入浴中の表情から生活意欲を得ている》からなっている。

[訪問することで療養生活が理解できた]は、《在宅療養が理解できた》、《療養の状況を学んだ》から形成されている。

表1 利用者の多様性・個別性

1段階	2段階	3段階	4段階	5段階
在宅で過ごす利用者の表情は笑顔で落ちている人が多かったが、動きまわったり不機嫌そうな利用者もいた	笑顔で落ち着いている利用者が多かったが、不機嫌で落ちつかない人もいて、落ち着かない利用者などのかかわればいいのかわからなかった(笑顔の利用者や不機嫌な利用者もいた)	幅広い年齢や障害の人が一緒に生活することで、自分も役に立っていると思うなど、相互に支えあうことができる(相互に支え合っている)		いろいろな年齢や状態の人が、相互に支え合い満足して生活していることが理解できた
講義で習っていたけれど落ち着かない利用者などのかかわればよいか最初はわからなかった				
子どもから高齢者の幅広い年齢の人や障害のある人ない人が、一緒に生活することで、相互に刺激しあい支えあうことができる				
利用者は世話になっているだけでなく、人の役に立っていると感ずることで自信につながっている				
家で生活するには、不都合や問題もあるが、家、地域で暮らしたいという利用者が多く、満足している部分を見ることができた(家ででの生活は不都合もあるが満足)	入浴体験の配慮や利用者の入浴中の表情から生活意欲を得ていると実感した(入浴中の表情から生活意欲を得ている)	住み慣れた家、地域で生活することを利用者は望み、満足しており、生活意欲を得ていると実感した。(家ででの生活に満足し、生活意欲を得ている)	訪問することで、利用者は家で生活することに満足し、生活意欲を得ていると在宅での療養が理解できた。(家ででの生活に満足している)	“利用者の多様性・個別性”
入浴を楽しみしており入浴後の笑顔が印象的であり、入浴することで生活意欲や生きる意欲が高まっていると感じた				
利用者が受けている入浴を体験し、細やかな配慮を実感した	講義で在宅での療養がイメージできなかったが、訪問することにより理解できた(在宅療養が理解できた)	在宅での療養がイメージできなかったが、訪問することにより生活の場での療養の状況が理解できた。(訪問することで療養生活が理解できた)		
実習を通して今まで自分の想像できなかったことが、実際に行き体験することで理解ができた(在宅看護が身近なものになった)				
講義で習ってはいたが、在宅で療養することのイメージがつかなかったが、訪問して理解できた				
3週間の実習を通して、在宅で過ごす利用者の身体の状態や生活状況などたくさんを学んだ				
在宅看護は生活の場であると身をもって学んだ	実習を通し生活の場での療養の状況を学んだ(療養の状況を学んだ)			
在宅看護は利用者や家族と時間をかけてゆっくり関わる				

4.2 “信頼関係の構築” (表 2)

【訪問マナーや介護者への配慮、知識が信頼関係の構築につながる】

“信頼関係の構築”という島は、知識や訪問マナーに気をつけることや介護者への配慮が信頼関係の構築につながるということであり、{信頼関係の構築には訪問マナー、安心感、家族への配慮が必要}、《利用者に説明できる知識》の2つの島から形成されている。

{信頼関係の構築には訪問マナー、安心感、家族への配慮が必要}は[訪問時の姿勢や安心感を与えることのできる信頼関係]、<訪問マナーや家族への配慮が必要である>から形成される。

[訪問時の姿勢や安心感を与えることのできる信頼関係]は《訪問マナーにより信頼関係を構築する》、<安心を与えることが信頼関係につながる>から形成される。

4.3 “QOLの維持・向上” (表 3)

【訪問することで利用者の生活や歴史を知り、意向に沿えるように看護を提供することが、利用者、家族のQOLの維持・向上につながる】

“QOLの維持・向上”という島は、訪問することでその人の生活や歴史がわかり、利用者・家族の意向に沿えるように看護を提供することが、利用者、家族のQOLの維持・向上につながるということである。“QOLの維持・向上”は{意向を大切にし、自立を支援}、{利用者個々の生活全体を把握し関わる}の2つの島から形成されている。

{意向を大切にし、自立を支援}という島は、[QOL向上のための自立支援]、[訪問することで見える生活の歴史]で形成される。

{利用者個々の生活全体を把握し関わる}という島は、《ニーズやディマンズに沿った看護の提供》、《生活背景など広い視点で計画しケアする》

で形成される。

[QOL向上のための自立支援]という島は、《利用者が生活したいように支援する》、《利用者・家族の意向に沿い自立を支援する》から形成されている。

[訪問することで見える生活の歴史]の島は、《家に入る意味》、《話を傾聴する大切さ》で形成されている。

4.4 “地域を知って看護の力を発揮する” (表 4)

【地域特性や社会資源の知識、応用力、予防的視点、アセスメント力、見守り、判断力、決断力、対応力が必要である】

“地域を知って看護の力を発揮する”は、地域特性や社会資源の知識をもち、その上で基礎を押さえた応用力や予防的な視点を含めたアセスメントを行い看護の力を発揮するということであり、{予防的視点と環境づくり}、{幅広い知識と基礎を押さえた応用、アセスメント力、決断力が必要}で形成されている。

{予防的視点と環境づくり}は《予防的な視点と見守りが大切》、《その人に合った環境を整える》から形成されている。

{幅広い知識と基礎を押さえた応用、アセスメント力、決断力、対応力が必要}は[基礎的な知識・技術、応用力、社会資源の知識など幅広い知識が必要]、[アセスメント力と対応]で形成され、[基礎的な知識・技術、応用力、社会資源の知識など幅広い知識が必要]は《基礎的知識・技術と応用》、《その人らしい生活を支えるための幅広い知識》で形成されている。

[アセスメント力と対応]は《その人らしい生活を支えるためのアセスメント能力と知識・技術》《その場での判断、決断力》で形成されている。

表2 信頼関係の構築

1段階	2段階	3段階	4段階	5段階
信頼関係を構築していくことが大切である	利用者の家にお邪魔させて頂くという気持ちを忘れず信頼関係を構築していくことが重要である(訪問マナーにより信頼関係を構築する)	訪問時の姿勢や、療養者の状態を家族に伝えることなどが安心感につながり、信頼関係を構築できる(訪問時の姿勢や安心感を与えることのできる信頼関係)	訪問マナーや療養者の状態説明、家族の負担への配慮が信頼関係の構築につながる(信頼関係の構築には訪問マナー、安心感、家族への配慮が必要)	訪問マナーや介護者への配慮、知識が信頼関係の構築につながる ”信頼関係の構築”
利用者の居宅にお邪魔させて頂いてサービスを提供するという気持ちが大切である				
訪問した時に、前回と比べてどういう状態であるのか、家族に伝えることで、安心してもらうことを学び、それが信頼関係につながっていると感じた(安心を与えることが信頼関係につながる)				
訪問マナーや家族に負担をかけないなど配慮が必要である(訪問マナーや家族への配慮が必要である)				
行うケアや観察の根拠を知ることで、利用者への説明ができる(利用者説明できる知識)				

表3 QOLの維持・向上

1段階	2段階	3段階	4段階	5段階
在宅で生活する利用者、介護者の手助けを するが、在宅で働く看護師の役割である 在宅は病気を治すことでなく悪化しない程度 に、利用者が生活したいように支援がされて おり、医療従事者が全てを管理することはない	医療従事者が全てを管理するとい うより、利用者の生活したいよ うに支援することが在宅で働く 看護師の役割である(利用者が 生活したいように支援する)	利用者のQOLを高めるため に、利用者、家族の意向に 沿ったサービスを提供し、自 立を支援することが大切で ある(QOL向上のための自 立支援)	訪問すること で利用者の 生きてきた歴 史が見え、そ の歴史を含め た思いや利 用者、家族の サービスへの 意向を大切に し、自立を 支援すること がQOLの向 上につながる (意向を大 切にし、自立 を支援)	訪問すること で利用者の歴 史を知り、意 向に沿えるよ うに看護を提 供すること が、利用者、 家族のQOL の維持・向上 につながる
自分の価値観を押し付けるのではなく、利用 者、家族の意向に沿うサービスの提供を行う ことでその人らしい生活を送ることができると 学んだ	利用者のQOLを高めるため には、自分の価値観を押し付 けるのではなく利用者、家族の 意向に沿ったサービスを提供し、 自立を支援することが大切で ある(利用者・家族の意向に 沿い自立を支援する)			
利用者のQOLを高めるためには、身体機能が 低下しないように自立を支援することが大切 である	家庭に入ることその人の生きてきた歴史が 見える(家に入る意味)	家庭に入ることや、利用者 の話を傾けることで生きて きた歴史が見える(訪問す ることで見える生活の歴史)		
家庭に入ることその人の生きてきた歴史が 見える(家に入る意味)	利用者の話を傾聴することの大切さを学び、 利用者の話に耳を傾けた(話を傾聴 する大切さ)			
利用者や家族のディマンズやニーズに沿った 看護を提供することが大切である	利用者や家族のディマンズやニーズに沿った 看護を提供することが大切である		利用者個々 のニーズや生 活全体を把握 し計画を立て 関わることで、 QOLを維持、 高めることが できる(利用 者個々の生 活全体を把握 し関わる)	"QOLの維 持・向上"
日中独居になる場合を見て、24時間看護者 が付きっきりにならなくてもサービスをうまく 組み合わせることで、在宅生活を送ることが できる	日中独居になる場合でもサービスをうまく 組み合わせ、利用者・家族の ニーズやディマンズに沿った 看護を提供することで、在宅 で療養生活を継続していくことが できる(ニーズやディマンズ に沿った看護の提供)			
利用者のニーズに合わせ、目的を明確にして 社会資源を活用することで、利用者が在宅 で療養生活を継続していくことができる	疾患だけでなく利用者の家や生活、生活 背景など全体を視野に入れて計画し関 わる	疾患だけでなく利用者の家や生活、生活 背景など全体を視野に入れて 計画し関わることで、利用 者のQOLを維持、高める ことができる(生活背景など 広い視点で計画しケアする)		
安心、安全な環境の住宅改修やディサー ビスは利用者のQOLを維持、高めることが できる				

表4 地域を知って看護の力を発揮する

1段階	2段階	3段階	4段階	5段階
地域包括支援センターでは、介護予防など健康な 人への働きかけの大切さを知った	看護職は予防的視点で健康な人へ 働きかけることや家族のように見守 ることも必要であると学んだ(予防的 視点と見守りが必要)	予防的視点で働きかける、見 守る、その人に合った環境を 作る大切である(予防 的視点と環境づくり)		
家族のように療養者のことを考え見守ることも 必要であると学んだ				
整った環境を作りすぎるのも良いとはいえず、 リハビリなどの状況や身体状況からその人に 合った環境を整えていくことが大切である(その 人に合った環境を整える)				
富山型ディサービスでは、医療的な処置はほと んどないように見えたが、看取りや緊急時な どは看護師の知識や技術が必要不可欠である と学んだ	基礎的な知識・技術が大切であり、 その上で応用していくことが必要 である(基礎的知識・技術と応用)	その人らしい 生活を支える ためには、基 礎的な知識・ 技術、応用 力、対応力、 地域特性や 社会資源の 知識など幅 広知識が必 要である(基 礎的な知識・ 技術、応用 力、対応力、 社会資源の 知識など幅 広知識が必 要)	その人らしい 生活を支援 するためには、 基礎知識、ア セスメント 力、見守り、 判断力、決 断力、対応 力が必要である	地域特性や 社会資源の 知識、応用 力、予防的 視点、アセ スメント 力、見守り、 判断力、決 断力、対応 力が必要である
在宅で医療処置を行うには、必要物品を自宅 にあるもので代用するなど基本を押さえ 応用することが必要であり、根拠を理 解してしていなければ医療処置を行 えない				
どの場所でも看護の基本は同じであるが、 在宅はより基礎的なことをしっかり 覚えておかなければならない				
基本が大切であり、そこから利用者 に応じたケアを提供する。基礎知識 を確実に身につけていないと在宅 の看護師は務まらない				
様々な疾患の人、地域の特性があるので 知識が必要である				
多くの職種が関わり在宅を支え、利用 者の生活を改善していく	その人らしい生活を支えるには、 地域の特徴や社会資源を知るなど 幅広い知識が必要である(その 人らしい生活を支えるための 幅広い知識)			
その人らしい生活を送れるように支 援するには、上手く社会資源を 活用することが大切であり、その ためには、地域の特徴や社会 資源を知るなど幅広い知識が 必要である				
看護師は確実に療養者の状態をア セスメントし、判断・対応しな ければならない				
利用者の訴えやバイタルサインだけ でなく、家族の気付きも利用者 の変化をとらえるための重要な 情報である	その人らしい生活ができるよ うにするためには、情報をア セスメントする能力、正確で 豊富な知識や技術を身につ け、療養者や家族に寄り添 いながら支える必要がある	その人らしい 生活ができる ようにするた めには、情報 をアセメン し、判断し決 断・対応す ることが求め られる(アセ スメント力と 対応)	その人らしい 生活を支援 するためには、 基礎知識、ア セスメント 力、見守り、 判断力、決 断力、対応 力が必要である (幅広い知 識と基礎を 押さえた 応用、ア セスメント 力、決断 力が必 要)	"地域を知 って看護の 力を発揮 する"
在宅看護は技術だけでなく急変や疾患 に対しての予測を立てることが重 要である				
その人らしい生活ができるよ うにするためには、すべての 情報を網羅してアセスメント する能力、判断力、正確で 豊富な知識、技術を身につ け、療養者や家族に寄り 添い、導きながら支える 必要がある				
関連図を記載することで疾患 への理解が深まる				
在宅に携わるには、一人 で判断するので経験が 必要である	病院と違い、近くに 看護師や医師がいない ためその場での正確な 判断力、決断力、経験 が求められる(その 場での判断、決断力)			
在宅看護は病院とは 違い、近くに看護師 や医師がいないため、 その場での正確な 判断力、決断力が 求められる				

4.5 “共通の目標に向かっての連携と役割” (表5)

【利用者・家族を支えるために地域全体で連携し目標に向かって役割を実践することが大切】

“共通の目標に向かっての連携と役割”は、利用者・家族を支えるために地域全体で連携し、目標に向かって役割を実践することが大切であるということで、{ネットワークを作り地域全体で利用者・家族を支える}、{地域全体で目標を共通理解し役割を実践する}の2つの島から形成されている。

{ネットワークを作り地域全体で利用者・家族を支える}の島は、[連携して地域全体で利用者・家族を支える]、[地域の特徴を理解して対応する]、[家族を支えていく]の3つの島から形成されている。

{地域全体で目標を共通理解し役割を実践する}の島は、[地域の事業所にはそれぞれの役割がある]、[連携して役割を実践する]、[その人の暮らしたい生活を知り、連携して役割を実践する]から形成されている。

[連携して地域全体で利用者・家族を支える]の島は、《暮らしや地域の特徴を理解し関わる》、《在宅看護を支えるために連携と家族の協力が必要》からなっている。

[地域の特徴を理解して対応する]の島は、《高齢者の運転操作の誤りが増えてきている》《地域特性を知り、高齢者の安全を考える》からなっている。

[家族を支えていく]の島は、《介護負担への配慮》《顔を見て情報を把握することが大切》から形成されている。

[地域の事業所にはそれぞれの役割がある]の島は、《その人らしい生活を支えるために連携する》、《各事業所としての役割がある》、《在宅看護をつなげることができた》の3つの島から形成されている。

[連携して役割を実践する]の島は《情報を共通理解し統一した関わりが必要である》、《生活全体を見てそれぞれの役割を実践する》からなっている。

4.6 “責任と笑顔がやりがい” (表6)

【看護師は一人で判断しなければならず、責任が重い利用者の笑顔がやりがいになる】

“責任と笑顔がやりがい”は、看護師は一人で判断しなければならず、責任が重い利用者の笑顔がやりがいになるという意味であり、{一人で

判断することの責任の重さ}、{利用者が笑顔になれる支援}の2つの島から形成されている。

{一人で判断することの責任の重さ}の島は、《一人で判断することの責任の重さ》、《看護師の判断で利用者の状態が大きく影響する》、《考えを伝える難しさ》から形成されている。

{利用者が笑顔になれる支援}の島は、《笑顔が利用者の笑顔になり、その笑顔がやりがいになった》、《利用者が笑顔になれるケアや話を提供することが大切である》から形成されている。

4.7 “スタッフをモデルとして今後” (表7)

【スタッフをモデルとして、在宅療養を見据えて支援し、病院地域の一員として役立ちたい】

“スタッフをモデルとして今後”は、スタッフをモデルとして、在宅療養を見据えて支援し、病院地域の一員として役立ちたいという意味であり、{寄り添う姿勢や明るく親切、スタッフの笑顔を見習いたい}、{地域の一員として役立ちたい}の2つの島から形成されている。

{寄り添う姿勢や明るく親切、スタッフの笑顔を見習いたい}の島は、《スタッフを見習いたい》、《認定調査を把握できた》からなる。

{地域の一員として役立ちたい}の島は、《看護師として在宅療養を見据えて支援したり、地域の一員として役立ちたい》、《病院の看護に活かしたい》の2つの島から形成されている。

4.8 7つの島の関係 (図1)

上記に示した7つの島の関係性は、それぞれの表札を構造的に捉えることによって図1のように示すことができる。つまり、学生は実習を通し“利用者の多様性、個別性”が尊重されていること、“責任と笑顔がやりがい”になることを実感している。その人らしい生活を支えるために、[共通の目標に向っての連携と役割]が大切であり、そのために“信頼関係の構築”、“QOLの維持・向上”、“地域を知って看護の力を発揮する”ための知識と技術が必要である。そして、“スタッフをモデルとして今後”と次への成長に向かう図として構成できる。

表5 共通の目標に向かっての連携と役割

1段階	2段階	3段階	4段階	5段階
在宅看護は家族の存在・協力が必要である 意向に沿うサービス提供は看護師一人では難しい 地域には、さまざまな暮らしがある 地域の特性を理解し利用者に関わっていくことが必要である 在宅看護は地域を理解することが大切である 利用者たちを取り巻く地域をとらえる視点をもつことが大切である 利用者だけでなく家族も支援していかなければならない	利用者の様々な暮らしや地域の特性を理解し関わっていく必要がある(暮らしや地域の特性を理解し関わる) 在宅看護を支えていくためには、多職種やインフォーマルな人との連携、家族の協力が必要である(在宅看護を支えるために連携と家族の協力が必要)	地域の特性を知り他職種やインフォーマルな人と連携して、地域全体で利用者・家族を支えることが大切である(連携して地域全体で利用者・家族を支える)	地域特性を理解しネットワークを作り地域全体で利用者・家族を支えることが大切である(ネットワークを作り地域全体で利用者・家族を支える)	
高齢者の運転操作の誤りが増えてきている 地域特性から自家用車の必要性を知った。高齢者世帯では買い物や通院に車が必要であり、交通事故の危険性も地域で考える必要があることを知った(地域特性を知り、高齢者の安全を考える)		地域特性から移動手段として自家用車は必要であるが、地域として交通事故を考えて対応していく必要がある(地域の特徴を理解して対応する)		
病院は患者主体の看護であるが、在宅は利用者、家族の看護であり疾患だけでなく生活全体を見ることで在宅看護が成り立っている(生活全体を在宅看護が成り立つ) 家族の介護負担や介護に対する思いを理解し、介入していくことが求められる(介護負担や介護への思いを把握し関わる) 利用者だけでなく家族への負担も兼ね合いながら援助をしていく姿勢を学べた 在宅で利用者を支えている家族の精神的サポートが必要である	利用者の疾患を見るだけでなく、介護者の介護負担や介護に対する思いなど生活全体を見て介護負担への配慮や精神的に支援する必要がある(介護負担への配慮)	訪問し家族にも目を向け、介護負担の配慮、精神的支援など家族を支えていくことが大切である(家族を支えていく)		
1か月の予定表をサービス事業者渡しに行ったり、スタッフから利用者の様子を聞いたりして顔を見て情報を把握することが大切であると学んだ(顔を見て情報を把握することが大切)	利用者は、役割や生きがいをもつことでその人らしい生活が実現でき、看護師は、それを支えるために連携をとりながら支援しており、利用者や家族は大きな輪の中にいるように支えられている(連携という輪の中で支えられている)	地域のサービス事業や地域包括支援センターにはそれぞれの役割があり利用者のその人らしい生活を支えており、4か所の実習を行うことで在宅看護とは何かつなげることができた(地域の事業所にはそれぞれの役割がある)		利用者・家族を支えるために地域全体で連携し目標に向かって役割を実践することが大切 "共通の目標に向かっての連携と役割"
同じ看護職でも職場によって役割は異なる 在宅の実習で4か所回りそれぞれの看護師の役割を学んだ 在宅看護といっても、ディサービス、訪問看護、地域包括支援センター、訪問入浴など様々な役割がある 訪問看護、訪問入浴、地域包括支援センター、富山型ディサービス、それぞれ在宅で生活する利用者や家族を支えるために役割がある(各事業の役割がある) 一つ一つの施設の実習は短かったが、内容が濃く、在宅看護をつなげることができた	訪問看護、訪問入浴、地域包括支援センター、富山型ディサービス、それぞれに利用者や家族を支えるために役割がある(各事業所としての役割がある)		地域全体で利用者・家族を支えることが必要であり、目標を共通理解し、役割を実践することが大切である(地域全体で目標を共通理解し役割を実践する)	
常に見ている医療従事者がいない在宅療養は、多職種、他機関と連携をとることが重要である(他職種連携が重要) サービスを利用する目的を知り、他職種と情報を共通理解し統一した関わりが必要である(他職種と情報を共通理解し統一した関わりが必要) 退院後の患者に必要な社会資源を知り、サービス提供までの流れとサービスの実際を知った(サービス提供までの流れを知った) 在宅では、一人の利用者に多くの人が関わっていることを知った 家族、療養環境、地域の特性、利用しているサービスなどすべてを視点に入れ、地域でその人らしい生活ができるようにするためには何が必要なのかを考え、他職種や家族と協力しながら解決していくことでその人らしい生活に近づけることができると学んだ(環境、生活全体を見て支える) 利用者個々に合わせた声かけやケア、配慮が行われており、個々に合わせた関わりが大切であると学んだ(個々に合わせた関わりが大切) 利用者や家族、どんな療養生活を求めているのか、互いに連携しあい、それぞれの役割を実践していくことが大切である(連携しそれぞれの役割を実践する)	利用者には多くの人が関わり、サービスが提供されている。在宅療養を支援するためにはサービス利用の目的を知り、他職種と連携をとり情報を共通理解し統一した関わりが必要である(情報を共通理解し統一した関わりが必要である)	利用者のその人らしい生活を支えていくために、他職種、他機関と連携し、情報共通理解し、それぞれの役割を実践していくことが大切である(連携して役割を実践する)		
利用者一人ひとりのライフスタイルに合わせたその人らしい生活を支えていくためにはどんな生活をしたのかを考え、連携してそれぞれの役割を実践することが大切である(ライフスタイルに合わせて、それぞれの役割を実践する) 介護のスタイルには、それぞれの生活に合ったスタイルが存在していると知った(様々な介護スタイル)	利用者一人ひとりのライフスタイルを支えていくためにはどんな生活をしたのかを考え、連携してそれぞれの役割を実践することが大切である(その人の暮らしや生活を知り、連携して役割を実践する)			

表6 責任と笑顔がやりがい

1段階	2段階	3段階	4段階	5段階
在宅の看護師は医師や相談する人がいないので、一人で判断しなければならず責任が重い(一人で判断することの責任の重さ)		看護師は一人で判断しなければならず責任が重い(一人で判断することの責任の重さ)	看護師は一人で判断しなければならず、責任が重い(一人で判断することの責任の重さ)	看護師は一人で判断しなければならず、責任が重い(一人で判断することの責任の重さ)
看護師の判断で利用者の状態が大きく影響することを学んだ				
伝えたいが伝わらないことから、自分の考えを人に伝えることの難しさを改めて知った(考えを伝える難しさ)				
話さなくても笑っていることがコミュニケーションになった	コミュニケーションとして笑顔が心がけることで、利用者や家族に気持ちが伝わり利用者の笑顔にもなった。その笑顔が自分のやりがいにもなった(笑顔が利用者の笑顔になり、その笑顔がやりがいになった)	利用者の笑顔が自分のやりがいになり、利用者が笑顔になれるような支援が必要である。(利用者が笑顔になれる支援)		
表情に気がつけたことで、利用者や家族にも気持ちが伝わり、利用者の笑顔が見られ、自分の気持ちも軽くなりやりがいになった(自分の笑顔が利用者に伝わる)				
利用者が笑顔になれるケアや話を提供することが大切である				

表7 スタッフをモデルとして

1段階	2段階	3段階	4段階	5段階
明るく、親切で、家庭的な配慮を見習いたい	在宅では病院、施設よりスタッフが利用者(患者)中心に展開しなければならないが、在宅では、看護の場が自宅であることから、より利用者に寄り添うようにスタッフが心がけていると学んだ	利用者に寄り添う姿勢、明るく親切で笑顔のスタッフを見習いたい(寄り添う姿勢や明るく親切、スタッフの笑顔を見習いたい)	看護師として在宅療養を見据えて支援し、病院地域の一人として役立ちたい	スタッフをモデルとして、在宅療養を見据えて支援し、病院地域の一人として役立ちたい "スタッフをモデルとして今後"
地域包括支援センターでは介護認定調査に同行し、調査内容、調査員の対応を知ることができた(認定調査を把握できた)				
看護師として在宅療養を見据えて支援したり、地域の一人として役立ちたい				
今まで病院・施設にしか目を向けていなかったが在宅に目を向けていく必要性を実感した(在宅に目を向ける必要性)	今まで病院・施設の視点しかなかったが、在宅実習で学んだサービスや利用者に向き合う姿勢などを頭に入れ、病院の看護に活かしたい(病院の看護に活かしたい)		看護師として在宅療養を見据えて支援し病院・地域の一人として役立ちたい(地域の一人として役立ちたい)	
今後、在宅で学んだサービスや利用者に向き合う姿勢などを頭に入れ、病院の患者に活かしたい				

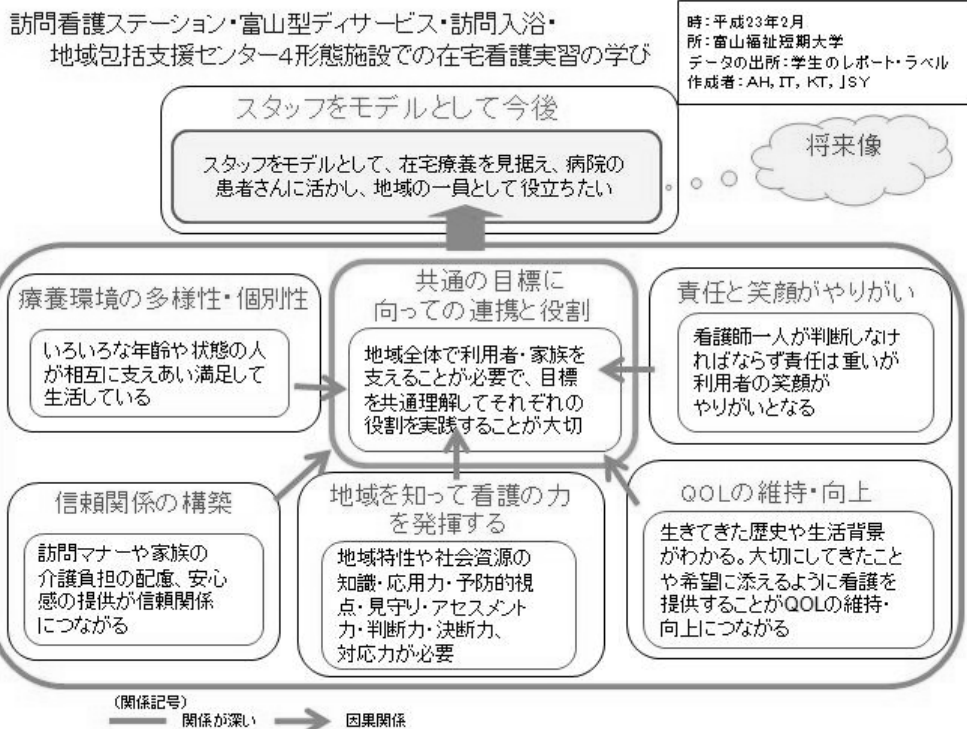


図1 4形態施設での在宅看護学実習の学び

5. 考察

本研究は、訪問看護ステーション・富山型サービス・地域包括支援センター・訪問入浴での在宅看護学実習の学生の学びを明らかにし、今後の実習指導や教育のあり方の示唆を得ることを目的として質的評価を試みた。その結果、“利用者の多様性・個性”、“信頼関係の構築”、“QOLの維持・向上”、“地域を知って看護の力を発揮する”、“共通の目標に向っての連携と役割”、“責任と笑顔がやりがい”、“スタッフをモデルとしての今後”という7つの島に集約した。そして、図解化することにより、学生は“利用者の多様性、個性”が尊重されていること、“責任と笑顔がやりがい”になることを実感していた。そして、その人らしい生活を支えるために“共通の目標に向っての連携と役割”が大切であり、そのために“信頼関係の構築”“QOLの維持・向上”“地域を知って看護の力を発揮する”ための知識と技術が必要であり、“スタッフをモデルとして今後”と次への成長に向かっていった。

以下に7つの島について考察する。

5.1 “利用者の多様性・個性”

学生は、講義で習ってはいたが家での療養生活がイメージできなかった。訪問することで、家には子どもから高齢者まで幅広い年齢の人や状態の人が生活をしており、家での生活には不都合もあるが、工夫しながら生活をしており、家で生活することに満足していると感じている。また、富山型サービスで子どもから高齢者まで一緒に生活することで、自分も役に立っていると思うなど、相互に支えあうことができることを理解し、それが生活意欲につながっていると実感していた。実習における利用者やその家族との実際の触れ合い体験から、病院での患者とは違う在宅の利用者の主体性を感じ取ったと思われる。

実習の意義は、講義で学んだ看護と、実践で学んだ看護とが一致し、実習という体験をとおして看護に対する認識を深めるものである（金子ら、2003）。学生は、実習の体験と、講義で学んだことが結びつき、家で暮らす利用者の状態や生活、環境などが理解できたと考えられる。

5.2 “信頼関係の構築”

在宅看護には、利用者・家族と信頼関係を構築することが大切である。信頼関係を構築するには、訪問マナーや療養者の状態説明、家族の負担への配慮が重要である。そのために訪問時の姿

勢や、療養者の状態を家族に伝えることができる知識が必要であると学生は感じとっている。杉本ら（2006）は、在宅看護に携わる看護師に求められる基本姿勢について最も重要なものとして、①療養者・家族の主体性の尊重、②信頼関係、③チームによる援助を挙げている。本学の学生も、実習で信頼関係の構築が必要不可欠としており、信頼関係を構築する技術を学んでいた。本学では、演習により訪問マナーや家族の負担も含めた看護過程の展開を行っている。しかし、5-1で「講義では在宅での療養生活がイメージできなかった」とあることから、今後は在宅での療養生活がイメージできる工夫をしたうえで、訪問マナーや家族の負担も含めた看護過程の展開を継続していく必要がある。

5.3 “QOLの維持・向上”

訪問することで利用者の生きてきた歴史が見え、その歴史を含めた思いや利用者、家族のサービスへの意向を大切に、利用者個々のニーズや生活全体を把握し自立を支援することがQOLを維持、高めることができると学んでいた。看護師の役割について、医療処置や健康状態の観察や清潔援助といった直接的な看護だけでなく、その人らしい生活を支援するために本人・家族の歴史を知り、生活への思いを大切にしたり関わりが重要であると考えている。これは、訪問看護ステーション、富山型サービス、地域包括支援センター、訪問入浴の4形態施設で看護師以外の職種と関わる機会に恵まれていることが、大きく影響していると考えられる。

5.4 “地域を知って看護の力を発揮する”

その人らしい生活を支援するためには、看護師には地域特性や社会資源の知識、予防的視点、基礎知識・技術や応用力、アセスメント力、判断力、決断力、対応力が必要である。そして地域の中で他職種と連携し、看護の専門職として関わっていくことが重要であると考えている。杉本ら（2010）は在宅看護に携わる看護師に求められる能力として、①フジカルアセスメントができる能力、②ケアマネジメント能力、③応用力、④柔軟な対応力、⑤コミュニケーション能力、⑥社会資源を把握する情報収集力、⑦看護技術、⑧人間性をあげている。

本研究における学生の学びでも、看護の力を発揮するために、社会資源の知識、予防的視点、基礎知識・技術や応用力、アセスメント力、判断

力、決断力、対応力を挙げている。

このことから、学生は切磋琢磨しなければならぬ自分自身に気づき、今後、取り組むべき課題を認識できたのではないかと考えられる。

5.5 “共通の目標に向かった連携と役割”

利用者のその人らしい生活を支え、在宅での生活を継続していくためには、地域特性を理解しネットワークを作り目標を共通理解し地域全体で利用者・家族を支え役割を実践することが大切であると学んでいる。

先に述べたように杉本ら（2010）は、在宅看護に携わる看護師に求められる能力として、ケアマネジメント能力が必要であると述べている。また、在宅で多くの人の知恵を借りればより良い知恵が生まれる。それが在宅ケアチームの強みである（正野ら2014）。学生は、対象の個別性や多様性に伴う情報量の多さに戸惑いながらも、地域で働く看護師が利用者に関わる中で、サービス機関や地域の人々と連絡を取り、さまざまなサービスを調整し、利用者や家族の意向を確かめながらサービスをしている姿に、ケアマネジメントや連携が在宅看護の機能であり、専門職として役割を実践することの重要性を認識できたと思われる。

5.6 “責任と笑顔がやりがい”

看護師の判断で利用者の状態が大きく影響することを学び、看護師としての責任は重いが利用者の笑顔が自分のやりがいになり、利用者が笑顔になれるような支援が必要である。

学生は、一人で判断するには責任が大きいことを感じながらも、笑顔がやりがいにもなり、看護の楽しみを感じとったといえる。地域で働く看護師の責任ある毅然とした姿勢に触れ、憧れにも似た訪問看護師像を感じたのではないかと考える。

5.7 “スタッフをモデルとして今後”

学生は、利用者に寄り添う姿勢、明るく親切で笑顔のスタッフを見習いたい、看護師として在宅療養を見据えて支援し病院・地域の一員として役立ちたいと退院後の生活を支えることができる看護師になりたいと意識しており、学生自身の将来像を考えるきっかけになったと考えられる。また、継続看護の視点の育成につながったと考えられる。

5.8 7つの島の関係

学生は実習を通し利用者の多様性、個別性が尊

重されていることを実感し、信頼関係を構築する技術や地域での連携のとり方、それぞれの職種の役割などを学んでいた。また、訪問することにより疾患だけではなく、介護者への配慮、生活状況や生活背景を捉え、その人らしい生活を支えるために、看護師として地域特性や社会資源、予防的視点も含めたアセスメント力など広い知識が必要であると感じていた。在宅看護は、責任も重大であるがモデルとしたいスタッフの表情、行動、言葉や利用者の笑顔が自分自身のやりがいにもなり、今後、看護師として病院や地域で働くときに活かしたいと、次への成長に向かって考えていた。

以上から4形態の施設での実習は、地域にある社会資源の連携方法や専門性を知り、利用者・家族のその人らしい生活を支えるために地域を広い視点で捉えることができ、継続看護の視点の育成につながったと考えられる。また、地域で働く他職種と関わることで利用者の個別性を尊重する大切さを強く学び、在宅で働くスタッフをモデルとして将来像を描いていた。次への成長につながることができた実習であったと考える。

今後は、在宅看護がイメージできるような講義の工夫を行い、より質の高い実習ができるようにしていきたい。しかし、この学びは個々のものであり、全員が全てを学び取っているとはいえない。現在、週に1日振り返りの時間をもっているが、指導者の時間制約もあり、十分とは言えない。そのため、指導者は短い時間の中で、学生が訪問先で学んだことを意味づけ出来るように関わっていくことが必要であり、個々の学生の学びから全員の学びに広げることが強化すべき項目と考える。さらに、個々の学生の学びを全員の学びに広げるためには、教員の資質の向上が必要である。療養者の在宅での生活がイメージできて、学びにつなげることができるよう、教員には訪問看護サービスなど在宅での臨床体験が必要と考える。

本研究は本学の在宅看護学教育の講義・実習の方向性を示す基盤となった。さらに、施設指導者との乖離がない教育を行うためにも、今後、施設指導者へのアンケート調査等を行いたいと考える。

6. おわりに

本研究は、在宅看護学実習終了後の看護学生の学びを明らかにし、今後の実習指導や教育のあり方の示唆を得ることを目的とし、学生21名の

課題レポートの記載内容をKJ法を用いて分析した。その結果、7つの島に集約された。7つの島は、“利用者の多様性・個性”、“信頼関係の構築”、“QOLの維持・向上”、“地域を知って看護の力を発揮する”、“共通の目標に向っての連携と役割”、“責任と笑顔がやりがい”、“スタッフをモデルとしての今後”であった。4形態の施設での実習で、学生は在宅看護をつなぐことができ、地域を広い視点で捉え、継続看護の視点の育成につながったと考えられる。今後は、個々の学生の学びから全員の学びに広げることが強化すべき項目と考える。

謝辞

本学の実習にご協力をいただいている実習施設職員の皆さまおよび学生の訪問をご了解くださった利用者とそのご家族、A短期大学の学生の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、第21回日本看護学教育学会で発表したものに加筆、修正を加えました。

参考文献

- 1) 日本訪問看護振興財団 (2010)、在宅看護論実習指導ガイド 訪問看護ステーションでの学び、(株)日本看護協会出版会、第1版第1刷、p8-12
- 2) 河原加代子 (2013)、在宅看護論、医学書院、p4-5
- 3) 樋口キエ子、川西恭子、浜詰幸子他 (2010)、在宅看護実習の学習成果と在宅看護教育の方向性—訪問看護実習の学びから—医療看護研究 6 (1)、p29-36
- 4) 篠原実穂、尾崎美恵子、内田久子 (2010)、訪問看護実習における学生の学びから指導方法を考える、地域看護 41、p96-98
- 5) 牛久保美津子、横山詞果、川尻洋美他 (2012)、群馬大学の在宅看護学実習における学生の体験内容と実習指導課題、群馬保健学紀要 33、p9-18
- 6) 松尾泉、高田まり子 (2013)、在宅看護実習における、看護学生の実習経験・評価に関する分析—実習記録からみた、訪問看護ステーション実習の学習効果—、弘前学院大学看護紀要 8、p25-33
- 7) 深谷由美、内藤恭子、御田村相模 (2013)、在宅看護実習における臨地実習指導者と教員の指導役割についての検討—学生が指導者から指導を受けたことの影響—、愛知きわみ看護短期大学紀要 9、p61-66
- 8) 迫田智子、岡本実千代 (2014)、実習指導者として訪問看護師が捉えた在宅看護論実習の現状と取り組み、日本看護学会論文集：地域看護 44、p188-191
- 9) 吉田久美子、峰村淳子 (2014)、在宅看護論実習における退院調整部門実習の学習効果と教育方法の検討、東京医科大学看護専門学校紀要 24 (1)、p25-30
- 10) 田山友子、吉田久美子 (2013)、在宅看護論実習における外来実習での学生の学び、東京医科大学看護専門学校紀要 23 (1)、p37-45
- 11) 篠原実穂、尾崎美恵子 (2014)、埼玉医科大学短期大学紀要 24、p49-55
- 12) 河原加代子 (2013)、在宅看護論、医学書院、p4-5
- 13) 金子道子、石井八恵子、(2003)、(監修企画) 看護学臨地実習ガイダンス 1、東京、医学芸術社、p8-32、p286-296
- 14) 杉本正子、眞船拓子 (2010)、在宅看護論、東京、ヌーヴェルヒロカワ、p54-59
- 15) 正野逸子、本田彰子 (2014)、在宅看護過程、東京、メディカルフレンド社、p8

An analysis of nursing students' learning through home care nursing practicum and a suggestion of training methods — Learning at a home-visit nursing station, a Toyama-type day care center, a general community support center, and a home-visit bathing service provider —

Harumi Araki, Takae Imagawa, Terumi Kawai, Yasuko Sumitani
The Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

Abstract

Recently, home health care has been promoted and nurses' work locations have expanded from hospital to local communities. At present, nurses are required to possess an ability to flexibly examine methods to provide care that is appropriate to the daily lives of patients and their families from the standpoint of continuing nursing care. The aim of this study was to elucidate the current status of nursing students' learning after completing a home care nursing practicum in order to obtain suggestions to guide future training and education. The contents of descriptions in the theme reports of 21 nursing students, who provided consent and participated in this study, were analyzed using the Kawakita Jiro method. Consequently, the contents were summarized into the following seven categories: (1) "diversity and individuality of users," (2) "establishment of a confidential relationship," (3) "cooperation and role sharing toward a common goal," (4) "maintenance and improvement of quality of life," (5) "display of nursing power after understanding the local situation," (6) "responsibility and a sense of achievement due to patients' smile," and (7) "my ideal future as a medical worker." Through training at four different types of facilities (a home-visit nursing station, a Toyama-type day care center, a general community support center, and a home-visit bathing service provider), nursing students could experience actual home care nursing, understand local communities from a broader perspective, and develop continuing nursing care competence. The results obtained in this study could provide direction for lectures and practicum on home care nursing in our school.

Keywords: home care nursing practicum, nursing students, theme reports, KJ method

高齢精神障害者の地域生活支援 —介護支援専門員の役割と制度上の課題—

松尾 祐子

富山福祉短期大学社会福祉学科

(2014.9.26受稿,2014.10.31受理)

要旨

高齢精神障害者が地域生活を送る上での課題は多い。本稿では地域で生活をする高齢精神障害者の介護サービスの利用状況について、精神科病院の精神保健福祉士へ聞き取り調査を行った。その結果、次のような状況が明らかになった。①介護サービスを調整する介護支援専門員の役割が大きいこと②介護保険サービスと自立支援医療との費用負担に差があるため、必要な介護サービスの利用につながっていないことである。これらの課題を、精神保健福祉士と介護支援専門員との連携というソフト面の福祉と、介護サービスを利用する上での制度上の課題というハード面の福祉の2つの面から考察した。

キーワード：高齢精神障害者、地域生活、介護支援専門員、介護保険制度

1. はじめに

欧米諸外国が精神科病床を削減する中で、日本は戦後からの入院中心の精神医療を続け、現在の日本の入院病床の約1/4が精神科病床となっている。平均入院日数においても、欧米諸外国の平均18日に対して、日本では平均300日であり、依然入院が長期化しているといえる。

このような状況で、厚生労働省は2004年に「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本方針とした「精神保健福祉の改革ビジョン」を出し、精神保健医療福祉の改革を始めた。「今後10年間で、受け入れ条件が整えば退院可能な約7万人の退院を目標」として、退院促進支援事業や地域移行事業・地域定着支援事業¹を実施してきた。精神科病床の入院患者はやや減少している(2005年33万人、2008年31万人)ものの、入院患者のうち1年以上入院している患者は21万人(約7割)である。高齢者が長期入院者に占める割合は高く、5年以上の長期入院者の約4割は65歳以上の高齢者である。

2012年からは長期高齢入院患者に対する「高齢入院患者地域支援事業」が実施されている。こ

の事業は病院内の担当職員(退院支援員)と、地域の相談支援専門員(相談支援事業所)や介護支援専門員(居宅介護支援事業所)が連携しチームを組み、退院に向けた支援を行うものである。2014年からは「地域援助事業者」として、障害分野のサービスを調整する相談支援事業所や、介護サービスを調整する居宅介護支援事業所等が位置づけられた。このように高齢精神障害者に対する介護支援専門員の支援が期待されている。

精神障害者も含めて、障害者も65歳を超えると、障害者総合支援法による介護サービスよりも、介護保険制度を優先して利用することになる。介護保険が優先されることにより、様々な問題も生じている。介護保険のサービスを利用することにより自己負担が重くなる場合や、十分な介護サービスが受けられなくなる場合があり、身体障害者が自治体に対して訴訟を起こすケースもみられる。

高齢精神障害者も身体機能が低下し介護が必要となった場合は、介護支援専門員が必要な介護サービスを調整することとなる。金子(2009)の介護支援専門員を対象とした調査では、脳血管疾患、糖尿病をもつ利用者について支援可能と答えた者が8割を超えていたが、精神疾患をもつ利用者に対しては支援可能と答えた者は約4割という結果であった。そして介護支援専門員と精神科医療(あるいは精神保健福祉士)との連携の不十分さも明らかになっている。

1 「退院促進支援事業」は個別支援を行う自立支援員を指定相談支援事業者へ配置し、精神科病院の精神保健福祉士等と連携を図りつつ退院に向けて行う支援事業。2012年からは障害者総合支援法において「地域移行支援・地域定着支援」として見直され個別給付となった。地域移行支援は入院中から、住居の確保や新生活の準備等の支援、地域定着支援は地域生活している者に対し、24時間の連携相談等のサポートを行う支援。

2. 研究目的

本稿では、高齢精神障害を取り巻く制度が目まぐるしく変化する中で、高齢精神障害者が実際にどのように介護保険制度と障害医療福祉（自立支援医療を含む）制度を利用し、地域での生活を送っているのか、そして制度上の課題等を、事例を通して明らかにしたい。また、精神障害高齢者の地域生活を支える上で、連携が期待されている介護支援専門員の役割について考察する。

3. 高齢精神障害者の地域生活を支える社会資源

高齢精神障害者の地域生活を支える社会資源は多岐にわたっている。主なものは介護保険制度と障害福祉制度であり、障害福祉制度は障害者自立支援法が、2013年に障害者総合支援法へ改正されている。その他に、高齢精神障害者の地域生活を支えるものとしては所得保障としての障害年金や、自立と社会参加を目的とした精神保健福祉手帳や、市町村のサービスとして配食サービス等がある。

ここでは介護保険制度と障害福祉制度の関係と、自立支援医療の精神科デイケアや訪問看護の概要について簡単にまとめる。

3.1 介護保険制度と障害福祉制度の関係

65歳以上の高齢者の場合、介護保険制度と障害福祉制度の共通する介護サービス（通所介護や訪問介護等）については、介護保険制度を優先して利用することになる。しかし次の場合は両方のサービスを利用することが可能である。（図1参照）

①「横だし部分」介護保険サービスに相当するものがないサービスとして、併用が認められている。（同行援護、行動援護、自立訓練、就労移行支援事業、就労継続支援等）

②「上乗せ部分」市町村が認める障害福祉サービスが、介護保険サービス（支給限度額内）で確保することができない場合に、上乗せして障害福祉サービスを利用することができる。

障害福祉サービスは低所得の障害者に配慮し、非課税世帯の場合はサービス利用時の自己負担がない。介護保険サービスの場合も、自己負担額が月額15,000円（非課税世帯）を超えると戻ってくる仕組みはあるが、サービス利用料の自己負担は原則1割である。

3.2 自立支援医療（精神科デイケア・訪問看護）

介護サービスについては介護保険サービスと障害福祉サービスの併用は認められていないが、介護保険サービスと自立支援医療での精神科デイケアや訪問看護は、目的が異なるため併用して利用することができる。このような精神科領域の支援は、精神疾患特有の気分の変化や妄想や対人関係の問題をもつ精神障害者において大切である。

自立支援医療は基本的には医療費の自己負担が1割になる制度であるが、長期に通院が必要な精神障害者の負担軽減のために、所得に応じて1か月当たりの負担限度額が設定されている低所得1は月額2,500円、低所得2の場合は5,000円²となっている。高齢精神障害者の多くは障害基礎年金の受給者であるため、低所得1・2に該当している。

4. 研究方法

A 精神科病院は長期入院患者の地域移行に積極的に取り組んでいる病院で、2012年からは

2 低所得1は市民税非課税（本人収入が800,000円以下）、低所得2は市民税非課税（本人収入が800,001円以上）

<p>「上乗せ部分」 介護保険制度の支給限度額を超える部分は障害福祉制度から給付</p>	
<p>介護保険制度優先 介護保険制度と障害者福祉制度で共通する介護サービス (通所介護や訪問介護)</p>	<p>「横だし部分」 介護保険制度にないサービスは障害福祉制度から給付</p>

図1 介護保険制度と障害福祉制度との関係

「高齢入院患者地域支援事業」を受け、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の介護支援専門員とも積極的に連携をとっている。A 精神科病院で退院支援・地域生活支援に関わる B 精神保健福祉士に研究の趣旨を説明し、B 精神保健福祉士が関わる 8 名の 65 歳以上の高齢者が利用しているサービスや制度、利用状況や課題等をお聞きした。今回は、介護保険サービスの利用が必要な高齢精神障害者に焦点を当てて聞き取りを行った。聞き取り調査の結果については、個人が特定されないように配慮してデータ処理をした。

また、筆者が介護支援専門員として担当した高齢精神障害者の事例をもとに、各種サービスの利用の意義や専門職の連携のあり方について考察した。本事例の使用については、本人に口頭で説明を行い、承諾を得ている。

5. 結果

5.1 A 精神科病院での聞き取り調査の結果

(1) 対象者の概要

精神科に通院しながら地域生活をしている 8 名の高齢者の年齢は 60 ～ 80 代で、介護度は「未

申請」「自立」から「要介護 3」で、居住場所もサービスの利用状況も様々であった。主に利用しているサービスの状況を表 1 にまとめた。

精神科に通院のみしている人 (D 氏)、精神科デイケア又は訪問看護も利用している人 (C・E・F 氏)、介護保険サービスのみ利用している人 (G 氏)、介護保険サービスと精神科デイケア又は訪問看護を利用している人 (H・I・J 氏) に大きく分かれた。また、個々の生活ニーズに合わせて、介護保険サービス等に加えて地域定着支援、配食サービス、成年後見制度を利用していた。

図 2 は、「精神科デイケア又は訪問看護」「介護保険サービスの通所介護又は訪問介護」「地域定着支援と配食サービス」に分けて、サービスの利用状況を図で表したものである。

(2) 居住場所の問題

地域で生活するために居住場所の確保は大きな課題である。自宅やアパートがある人は、比較的スムーズに退院できるが、そうでないない人の場合はまず居住場所を探すところから始まる。障害基礎年金のみで生活する精神障害者の場合は、利用できる施設が限られている。

表 1 サービスの利用状況

○サービスの利用あり

	年性別	居住場所	自立支援医療		介護度	介護保険サービス		その他	課題
			デイケア	訪問看護		通所介護	訪問介護		
C 氏	60 代女性	自宅同居	○		未申請				費用面
D 氏	70 代女性	自宅同居			未申請				支援を拒否
E 氏	70 代男性	アパート単身	○	○	支援			自費	介護サービスを拒否
F 氏	70 代女性	グループホーム	○		自立				自立と判定
G 氏	60 代男性	アパート単身			支援		○	地域定着	ヘルパーに被害的
H 氏	60 代女性	アパート同居	○	○	支援	○	○	配食	
I 氏	80 代女性	アパート同居			介護 1		○	地域定着	費用面
J 氏	80 代女性	有料老人ホーム		○	介護 3	○		後見制度	

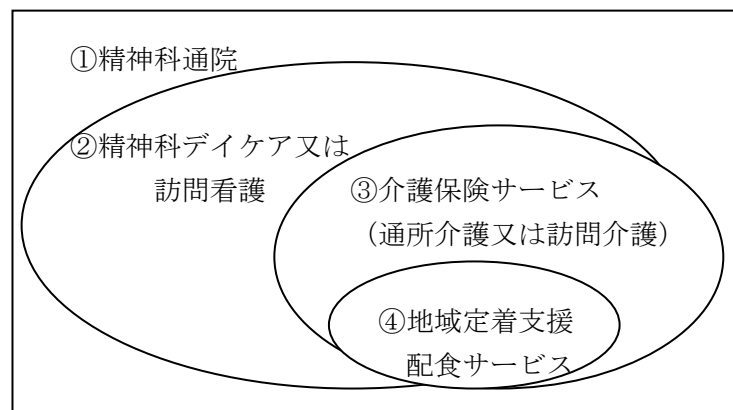


図 2 サービスの利用状況

8名の高齢者の居住場所はアパートが多いが、自宅、グループホーム、有料老人ホームなど様々であった。ここでいうグループホームは、障害者のグループホームである。高齢者のグループホームは認知症の方を対象としていることに加えて、月額約15万円（食費を含む）かかり、障害基礎年金で生活する精神障害者の入所は難しい。障害のグループホームは、2012年からは非課税世帯と生活保護世帯への月額1万円の家賃補助が始まり、費用は月額約4～5万円（食費を含む）で、障害基礎年金でも入所が可能となっている。

J氏は精神科に長期入院していたが、金銭的に余裕があり後見人制度を利用し有料老人ホームへの入所となった。A精神科病院ではJ氏の退院に向けて、有料老人ホーム入所後に予測される不調な状態などを、事前に介護支援専門員や有料老人ホームの職員に伝え、訪問看護による継続支援も行い退院が可能となった。このことがJ氏以外の、他の高齢精神障害者の入所にもつながっている。

(3) 支援を望まない高齢者や家族

高齢者自身や家族が支援を受け入れられるかどうかは、地域生活を送る大切な要素である。H氏のように介護保険サービスや精神科領域のサービス、配食サービスなどの必要な支援を受け、地域生活を送っている高齢者もいる。しかしこのような高齢者ばかりでなく、必要なサービスを望まない高齢者も多い。8名の高齢者の中には精神科のみに通院している人や、介護保険サービスを利用していない人は多いが、「サービスを利用していない＝必要ない」ということではない。

D氏は介護保険サービスの費用が負担となるため希望せず、精神科に通院のみをしている。負担のない日中活動についても家族が拒否し、精神状態が悪化し入院（短期）することもある。また、E氏の場合は65歳になり「要支援」と認定されたが、介護保険の訪問介護を拒否して、それまで利用していた障害の訪問介護を希望し、自費とな

るが障害の訪問介護を利用している。G氏の場合は、訪問介護の利用により部屋は整頓されたが、それを被害的に捉えサービスの満足につながっていない。

高齢者がサービスを拒否する背景には、精神科特有の症状による場合もあれば、費用の負担や制度上の問題が影響している場合もある。

(4) 費用面の課題

精神科デイケアや訪問看護は自立支援医療で1割負担になる制度だが、低所得者には1か月の負担限度額が設けられている。(2.2 詳述) さらに65歳以上の精神保健福祉手帳1・2級の所持者の場合は、「老人医療費助成制度」の対象となり、精神科デイケアや訪問看護等の自己負担分の助成を受けることができる。

介護保険の通所介護は1割の利用料の自己負担に加えて、昼食は実費（500円～600円）がプラスされ、1日の費用は約1,200～1,300円（要介護1）かかる。(表2参照) このように通所介護と精神科デイケアでは、高齢者の費用負担に大きな差がみられる。そのため65歳を超えても、介護保険サービスよりも精神科デイケアや訪問看護の継続を希望する人が多い。

精神保健福祉手帳を持っているI氏は「要介護1」で入浴等の支援が必要な状態であるが、介護保険の場合は費用負担が大きいため通所介護の利用を拒否している。C氏も介護保険の通所介護が必要な状態だが、通所介護は精神科デイケアに比べて費用負担が増加するため、介護保険の申請を拒否している。

このような費用面での違いは通所介護と精神科デイケアだけではなく、訪問介護と精神科訪問看護の間でも同じ状況である。精神科領域のサービスより自己負担が大きい介護保険サービスの利用につなげることは難しく、精神科デイケアや訪問看護で高齢の介護面のニーズを満たすことは難しい状況である。

表2 精神科デイケアと通所介護の費用負担の違い

	精神科デイケア	通所介護
利用料	1割（自立支援医療）	1割（介護保険）
低所得者（非課税世帯）	月額の負担限度額 2,500円	月額の負担限度額 15,000円 (1割の自己負担分に対して)
精神保健福祉手帳所持者	医療費の自己負担助成 (老人医療費助成制度)	配慮なし
食費	医療費に含まれる	1食 500～600円
費用（1日の利用） (精神保健福祉手帳所持者、要介護1の場合)	なし	1日 1,200～1,300円

(5) 介護保険サービスについて

介護保険の要介護認定では、ADLが自立していても認知症のBPSD(認知症の行動・心理状態)の加算があり要介護度に反映される仕組みになっている。「精神疾患」の症状についてはそのような加算は設けられておらず、精神的な不安定さや対人関係の問題で支援を必要とする場合でも、ADLが自立していると「自立」と判定されたり介護度が低くなったりする場合がある。

F氏は精神障害が重く日常的に多くの介護的な支援(入浴時の声がけなど)を必要としているが、ADLが高いため要介護認定では「自立」と判断された。精神科デイケアを利用しているが、介護面の支援についてはデイケアでは対応できない状況である。

通所介護等の介護サービスの職員は、認知症の高齢者と比較して、「精神疾患」をもつ利用者との関わりが少なく慣れていない。そのため精神疾患特有のこだわりや気分の変化などに対して不安や迷いがみられる場合がある。

5.2 事例(介護保険サービスに加えて精神科デイケア等の利用を併用)

下記は、筆者が介護支援専門員として担当したK氏の退院からのサービスの利用状況である。K氏の精神症状は安定し退院を希望していたが、家族の協力が得られず長期入院となっていた。K氏が65歳の時に保佐人が選任され、精神科病院との連携により、障害厚生年金で生活できる有料老人ホームへの入所となった。しかし、退院して2年後、不穏な状態になるが、介護保険サービスに加えて精神科デイケアや訪問看護の利用により、支援のネットワークが広がったことで、有料老人ホームの入所を続けている事例である。

①退院から有料老人ホームへの入所

K氏(男性、60代後半)は、40代より精神科へ入退院を繰り返してきた。65歳より成年後見制度の利用(保佐)を開始する。その後精神科病院と保佐人(社会福祉士)の支援により退院し、障害厚生年金で入所できる有料老人ホームへ入所する。

②介護保険サービスの利用開始と内科への通院開始

有料老人ホームへの入所と同時に、介護保険サービスの利用を開始する。「要介護1」と認定され、通所介護を週3回、訪問介護を週4回利用する。通所介護では認知症の高齢者が多いため物足りなさを感じ、午前中に入浴し昼食を食べて

ホームへ帰宅していた。訪問介護は生活援助として掃除や買い物のサービスを受けていた。

精神科への一人での通院が困難であり、病状が落ち着いていたため、退院後は内科医による訪問診療を受けていた。その後、介護保険の訪問介護の乗降介護を利用し、月に2回内科の医院へ通院していた。

③精神科受診と自立支援医療(精神科デイケアと訪問看護)の利用開始

退院後、有料老人ホームでの生活を続けていたが、退院して2年経った頃より、落ち着かない状態となり頻回にタバコを吸ったり、注意する職員を無視したりとホームでの対応が難しくなった。

そこでサービス担当者会議において、以前に受診したことがある精神科の受診と、そこに併設されている精神科デイケアの利用を検討した。K氏は精神科デイケアでカラオケが歌えることを知ると利用を希望した。週1回の利用を始めるために、自立支援医療を申請し、医療費は3割から1割負担となった。精神科デイケアは送迎がないため、介護保険の訪問介護(乗降介助)を利用した。

K氏は精神科のデイケアにはすぐに馴染み、週1回行きカラオケや卓球を楽しんでいた。デイケアは良い面ばかりではなく、通所介護に比べて自立されている方が多く、そこでタバコやライターをもらって来て、居室に隠すという新たな問題も生じた。このようなホームからの様々な相談に対して、介護支援専門員は精神的デイケアのスタッフに相談することもできるようになった。

精神科デイケアの利用を始めて1年後、主治医のすすめで精神科の訪問看護(月2回)の利用を開始した。訪問看護では主治医と連携を取りながら、生活面へのアドバイスを受けることができ、同時にホームの職員は訪問看護の方に日々のK氏の様子を伝えたり、気軽に相談をしたりできるようになった。

④その他

金銭面では通帳等は保佐人が管理し、K氏へおこずかいを渡している。厚生障害年金で入所費用、介護保険のサービス費や医療費、精神科デイケアの費用を支払っている。有料老人ホームでは食事の準備、服薬の管理、夜間の対応等がされている。

6. 考察

今回の聞き取り調査を行った事例は高齢精神障害者の一部であるが、サービスの利用状況等か

ら、地域生活を送るためには様々な支援や社会資源が必要であり、課題が多いことがわかる。それらの課題を生活支援員（精神保健福祉士）や介護支援専門員などの多職種連携というソフト面の福祉と、高齢精神障害者が介護保険サービスを利用する上での制度面の課題というハード面の福祉の2つの面から考察する。

6.1 介護支援専門員の役割

介護面の支援を必要とせず、精神科デイケアや訪問看護等のサポートのみで地域生活が送れる高齢精神障害者は少ない。加齢や精神症状、長期入院によるセルフケア能力の低下などで介護面の支援を必要とする人が多い。介護面の支援へスムーズにつながることができるかどうか、地域生活を送れるかどうかに関係している。退院支援員（精神保健福祉士）は、地域での通所介護や訪問介護などの介護保険のサービスを調整する介護支援専門員と連携をとるという重要な役割を担っている。（図3①参照）

介護支援専門員は、認知症による判断能力の低下によって支援を拒否する高齢者など様々な人に関わっているが、精神疾患に対する支援の難しさを感じている人が多い。その背景には、精神疾患をもつ人への支援の経験が少ないという要因がある。精神疾患をもつ人と初めて関わると、気分の変化や妄想やこだわりなどの病的なところに目がいきがちになる。最初の戸惑いが少しでも和らぐように、送り出す側の退院支援員が、事前に不調になる兆候などを、介護支援専門員に情報提供しておくことが、（図3②参照）のような地域生活の支援ネットワークを作る第一歩であると考えられる。

もう一つの要因としては、介護支援専門員が精神疾患やその特性について学ぶ機会が少ないことである。介護支援専門員の研修会で認知症についての研修は多いが、精神疾患やその特性に関する研修は殆ど行われていない。支援の三角点設置研究会³では地域移行支援・地域定着支援移行に関わる「行政・医療・保健・福祉」の人を対象とした研修が行われている。今後はこのような多職種の連携を目指した研修を、介護支援専門員の研修会の中に組み込んでいくことが必要である。

全国的には、地域包括支援センターへ精神保健福祉士の配置に取り組んでいる地域もある。A精神科病院の地域生活支援センター（相談支援事業者）では、地域にある居宅介護支援事業所や地域包括支援センターの介護支援専門員と、情報交換会や勉強会を行って日頃から連携できる体制をとっている。このように相談支援事業所（相談支援専門員）と介護支援専門員が連携し、制度の理解を深めることが、成年後見制度や地域にある様々な社会資源の新たな利用につながっている。

介護支援専門員は、通所介護や訪問介護等のサービスの相談役も期待されている。原田（2013）が高齢精神障害を担当するホームヘルパーに行った調査では、「支援に困った場合は事業所管理者から介護支援専門員へ相談していた」精神科領域に専門職に対して「日々の困りごとの相談」が要望として出されていた。高齢者の不満や被害的な言動は身近に支援してくれるヘルパーに対して表出されやすい。介護支援専門員はこの

3 一般社団法人支援の三角点設置研究会は、2011年障害者が住みなれた街や暮らしたい街で、一人一人の夢や希望が叶う暮らしを実現するために設立された団体。

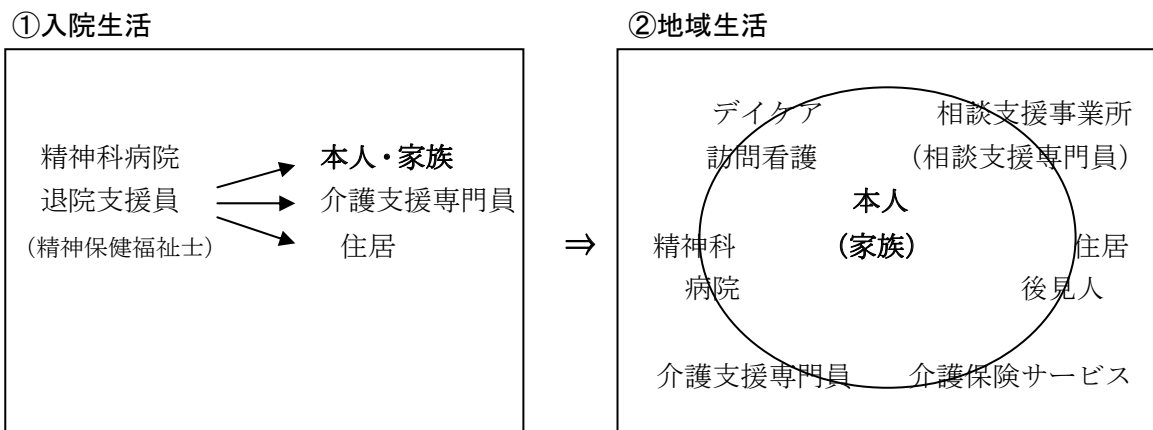


図3 入院生活から地域生活へ

ようなヘルパーからの相談を障害分野の相談支援専門員と連携してフォローしていく必要がある。G氏のようなヘルパーに対する被害的な言動について、チームでフォローすることが必要である。筆者が関わったK氏のように、精神科デイケア・訪問看護を利用することにより介護支援専門員の相談先の一つとなる。

6.2 制度上の課題

介護保険サービスは低所得者に配慮されているが、高齢精神障害者にとっては費用面の負担が大きい。介護保険が優先とされても、表2のように通所介護と精神科デイケアの費用の違いが大きい。精神科医療は、障害基礎年金で生活する高齢精神障害者へ配慮して利用しやすくなっているが、精神科デイケアや訪問看護だけで地域の高齢精神障害者の生活は支えられない。財政的な問題があり難しい課題だが、高齢精神障害者の地域生活を推進するためには、介護保険サービスの通所介護の食費への補助等の支援が必要である。

高齢精神障害者の場合は、障害の特性から人間関係を築くことが苦手で、必要な支援を拒否される場合も多い。高齢精神障害者の地域生活が進められて日も浅い。日本精神科病院協会（2011）の提言にも挙げられているように、暫定的に介護サービスについても、介護保険と障害サービスの併用を認める等の対応が地域生活を推進する一つの手段である。

介護保険サービスが優先だが、図1のように、「上乘せ部分」「横出し部分」が設けられて、障害の分野のサービスも併用できる場合がある。これらは「横だし部分」の就労支援等を除いては、身体・知的障害の重度の方を想定して作られているため、利用している高齢精神障害者は少ない。「横出し部分」の行動援護は精神障害者も含まれるが、障害認定区分3以上が対象となっているため精神障害者の利用はほとんどない。高齢精神障害者の生活ニーズにあったサービスも必要である。

そして介護保険の要介護認定において、認知症と同じように精神症状の評価を上げることや、介護支援専門員が行う居宅介護支の「認知症加算」のように、精神疾患や知的障害を担当した場合の加算があれば、介護保険サービスの利用につながるのではないかと思う。

7. おわりに

今まで精神病院に入院している長期入院の高齢

者が、大きな問題として取り上げられることは余りなかったが、最近ではテレビ番組にも取り上げられるようになってきた。精神疾患は5大疾病に含まれるようになり、少しずつ身近な病気になってきている。

介護保険制度に取り入れられているケアマネジメントの手法は、精神障害者に必要なサービスを調整して、地域生活を支援するために考えられた手法である。介護支援専門員が高齢精神障害者との関わりを学び、経験を積むことで、通所介護や訪問介護の職員の相談役となり、また精神科医療との橋渡しの役割を果たすことができるのではないかと思う。

約100年前にヨーロッパから帰国した精神科医の呉秀三（1918）が、日本の私宅監禁の状況について「精神病者はこの病を受けた不幸のほか、この国に生まれた不幸も重なる」と著書に書いている。そして今なお高齢精神障害者が地域で生活するには課題が多く難しい状況であるが、B精神保健福祉士は聞き取り調査の中で、『「退院しなければよかった』という人はいない』と言っていた。病院という空間は治療の場であり、生活の場として作られたものではないので管理的にならざるを得ない。支援があれば、地域の中で生活できる高齢者は多い。精神疾患があってもできるだけ地域の中で生活できるように、あきらめずに希望をもっていくことが必要であると感じた。

本稿は、精神科病院の精神保健福祉士へ行った聞き取り調査をもとに考察したものである。今後は介護支援専門員、高齢者やその家族への調査を行い、幅広く課題を検討する必要がある。

謝辞

本研究にご協力頂いた、精神保健福祉士の方々、高齢者や関係者の方に心より感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省（2011）「患者調査」
- 2) 坂本洋一（2013）「図説障害者総合支援法」中央法規
- 3) 金子務（2009）「介護支援専門員からみた介護と精神科医療との連携に関する課題」
- 4) 宮部真弥子（2013）「精神障害者の高齢化と地域移行・地域支援」『すべての人の社会No400号』日本障害者協議会
- 5) 原田小夜・山根寛（2013）「高齢精神障害者の在宅生活支援におけるホームヘルパーのケ

- ア困難感と多職種連携の課題』『精神障害とリハビリテーション』17(1)
- 6) 日本精神科病院協会(2011)「高齢入院患者の地域移行と精神科医療機関の運営に関する調査」
- 7) 日本精神保健福祉士協会(2013)「65歳以上の精神疾患を有する入院患者への支援に関する調査」
- 8) 呉秀三(1918)「精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的観察」

Support for the elderly people with mental disorders in the community

—Roles of care manager and Issues on care service—

Yuko MATSUO

Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science

Abstract

There are some issues for the elderly with mental disorders who live in the community. I interviewed to a psychiatric social worker at a hospital about the use situation of care services.

As a result, when the elderly with mental disorders live in the community they need care manager's supports. And they have to pay more care services than medical care. That's why they do not use care services even if it necessary.

I analyses two points of view. One is collaboration of psychiatric social workers and care managers. The other is issues of care services.

Keywords: elderly with mental disorders, community, care manager, care services

障がい児施設実習における回避因子の高い看護学生の変化 —内的ワーキングモデル尺度と質問紙調査からの分析—

若瀬 淳子, 村田 美代子, 山元 恵子
富山福祉短期大学看護学科

(2014.9.26受稿, 2014.10.31受理)

要旨

A 短期大学では、小児看護学実習を障がい児施設で展開している。日常生活の中で障がい児(者)と関わる体験の少ない学生たちは、実習を開始した当初、障がい児を理解できない不安や戸惑いを表していた。しかし、障がい児施設実習での学生の障がい児へのイメージ変化を分析した研究では、実習終了時には障がい児に対して、マイナスイメージからプラスイメージへと変化していた。この変化は、普段、人との関わりが消極的な学生にもみられた。本研究では、学生の変化の継続研究として、内的ワーキングモデル尺度を用いた質問紙調査と、学生が実習中に関わった他者との交流で良かったと感じた点と悪かったと感じた点についての内容を自由記載する質問紙調査を実施した。その中で、比較的他者との関わりに距離をおき、他者からのサポートを求めない傾向があるとされる『回避因子』の高い学生に着眼し、学生の変化とその要因について分析した。結果、回避因子の高い学生に、他者からのサポートを受け入れる姿勢の変化がみられ、障がい児施設での学生のできる面を誉めて伸ばす指導や学生の考えの表出を待つことができる指導方法がその要因となっていた。

キーワード：障がい児施設実習、内的ワーキングモデル、回避因子学生

1. はじめに

看護基礎教育では、少子化や入院期間の短縮化、入院患児の重症化などにより、一般病院での小児看護学実習施設の確保は困難な状況にある。このことから、A 短期大学では平成 22 年より小児看護学実習Ⅱを障がい児施設と小児科クリニック(外来)の実習を各1週間とし、1単位45時間の実習形態をとっている。日常生活の中で障がい児(者)と関わる体験の少ない学生たちは、実習を開始した当初、障がい児を理解できない不安や戸惑いを表していたが、障がい児施設実習前後の学生の障がい児へのイメージ変化を分析した若瀬(2012)の研究では、実習終了時には障がい児に対して、マイナスイメージからプラスイメージへと変化していた。現代は時代背景の変化に伴い、自分の役割や存在価値が見出せず、社会にうまく適応できない青年が増えている。日本全国の15歳以上39歳以下を対象におこなった内閣府の調査(2010)では、人口の1.8%が引きこもり状態にあるという調査結果が示されており、大学においても、心理・社会的不適応状態を呈する学生の割合が急増している。菅原(2005)は、青年期の心理学的要因が他者との信頼感の形成に関与し、個人の対人関係やパーソナリティに反映している

と述べている。信頼感に影響を及ぼしている要因として、内的ワーキングモデルと共感性があげられる。Ainsworth(1971)は、自分が愛される価値があるという主観的確信からなる内的ワーキングモデルを構築し、これが、人が社会の中で様々な危機を乗り越える核となると述べている。本研究では、内的ワーキングモデルの類型ごとのストレス・コーピングの特徴を踏まえ、学生が実習中に関わった他者との交流を通して感じた内容の記載から、それぞれの類型に必要な教育的支援について検討する。その中でも特に、比較的他者との関わりに距離をおき、他者からのサポートを求めない傾向があるとされる『回避因子』の高い学生の変化に着眼し、学生が障がい児施設で受けた指導内容や体験を分析し、学生の心理的側面を配慮した効果的な教育の介入方法の一助とする。

用語の操作的定義

内的ワーキングモデル：Bowlbyによって提唱された愛着に関する表象モデルであり、乳幼児期に形成される。内的ワーキングモデルは、一生を通して比較的变化することなく持続する傾向にあるとされる。しかし、内的ワーキングモデルも、個人が自身の態度を意識することで、変化する

る可能性も示唆されている。モデルのタイプは、『安定型』『アンビバレント型』『回避型』『無秩序型』に分類される。これらの分類ごとの特徴が、他者との信頼感に及ぼす要因となり、人が社会の中で様々な危機を乗り越える核になる。尚『無秩序型』は、被虐待児や抑鬱などの感情障害の養育者を持つ子どもに多く、特異的なモデルタイプであるため、今回の研究では、『無秩序型』以外の3分類の尺度を活用した。

2. 研究目的

対人関係に困難性をもつとされる回避因子の高い学生の障がい児施設実習での変化とその要因を分析し、心理的側面に配慮した効果的な教育の介入方法の一助とする。

3. 研究方法

3.1 対象

本研究の趣旨に同意・協力を得たA短期大学看護学科3年次生72名

3.2 期間

平成25年3月（小児看護学実習Ⅱ開始日）～平成25年12月（分析終了日）

3.3 データ収集

小児看護学実習Ⅱのオリエンテーション中に、研究の趣旨・目的の説明後、質問調査用紙を配

布した。質問調査用紙は、各自が実習終了後に、鍵付の回収箱に投函する形式とした。

3.4 分析方法

以下のプロセスで調査・分析を実施した。

- 1) 詫摩と戸田（1988）が作成した内的ワーキングモデル尺度を用いた質問紙調査と学生が実習中に関わった他者との交流で良かったと感じた点と悪かったと感じた点についての内容を自由記載する質問紙調査を実施する。
- 2) 尺度を集計し、内的ワーキングモデルの類型に分類する。
- 3) 類型の分類ごとで、尺度の因子が高い学生の自由記載内容に着眼し、類型ごとの学びを深める要因を比較しながら、回避因子の高い学生の記載内容についての質的検討を実施する。

3.5 質問紙の概要

内的ワーキングモデル尺度を用いた質問内容は、1～6は、安定因子に関連する項目で、7～13は、アンビバレント因子に関する項目、14～18は、回避因子に関する項目で、全18項目で構成されている。それぞれの項目の回答は、「そうだと思う」5点、「どちらかといえばそうだと思う」4点、「どちらともいえない」3点、「どちらかといえばちがうと思う」2点、「ちがうと思う」1点の5段階からなるリッカート方式とした。

表1 内的ワーキングモデルを用いた質問紙

* 普段の生活の中で、個人を特定せず、一般の人と関わる時にあなたが感じる感情について、下記の項目ごとに最もあてはまると感じる“思い”の枠内に○をつけて下さい。

質問内容	5: そうだと思う 4: どちらかといえばそうだと思う 3: どちらともいえない 2: どちらかといえばちがうと思う 1: ちがうと思う				
	5	4	3	2	1
1. 私は知り合いが得意やすい方だ					
2. 私はすぐに人と親しくなる方だ					
3. 私は人に好かれやすい性質だと思う					
4. たいていの人私のことを好いてくれていると思う					
5. 気軽に頼ったり頼られたりすることができる					
6. 初めて会った人とでもうまくやっつけられる自信がある					
7. 人は本当はいやいやながら私と親しくしてくれているのではないかと思うことがある					
8. 時々友達が、本当は私を好いてくれていないのではないかと、私と一緒にいたくないのではと心配になることがある					
9. 自分を信用できないことがよくある					
10. あまり自分に自信がもてない方だ					

質問内容	5: そうだと思う 4: どちらかといえばそうだと思う 3: どちらともいえない 2: どちらかといえばちがうと思う 1: ちがうと思う				
	5	4	3	2	1
11. 私はいつも人と一緒にいたがるので、ときどき人から疎まれてしまう					
12. ちょっとしたことで、すぐに自信をなくしてしまう					
13. 人に頼るのは好きではない					
14. 私は人に頼らなくても、自分一人で充分にうまくやって行けると思う					
15. あまりにも親しくされたり、こちらが望む以上に親しくなることを求められるとイライラしてしまう					
16. あまり人と親しくなるのは好きではない					
17. 人は全面的には信用できないと思う					
18. どんなに親しい間柄であろうと、あまりなれなれしい態度をとられると嫌になってしまう					

3.6 倫理的配慮

対象となる学生に、小児看護学実習Ⅱ開始前の実習オリエンテーションの中で、口頭で研究の趣旨と目的および参加の自由性、匿名性の保持について説明を行った。また、質問調査用紙の中で同じ説明を文書化し、同意を得た上で質問紙に回答するよう教示した。研究に協力しなくても成績には影響しないこと、研究終了後はデータを破棄することを伝え、研究への参加と結果の公表についての同意を得た。尚、所属機関の倫理委員会の承諾も得たうえでの実施とした。

4. 結果

質問紙の回収率は、対象学生 72 名中、55 名である（有効回収率 76%）。尺度による分類の結果と、分類ごとでの尺度の因子が高い（+ 1SD）学生の自由記載内容は以下のとおりである。

- 1) 『安定因子』については、最大値 28、最小値 6、平均値が 18.60 (SD5.02) で、- 1SD 以下の学生が 8 名（うち - 2SD 以下 4 名）、+ 1SD 以上の学生が 6 名（うち + 2SD 以上 0

名）である。

実習中、『安定因子』が + 1SD の学生（6 名中、未記入者 1 名を除く 5 名）の実習中悪かったと感じた点の記載内容は、「兄の言っていることや伝えたいことがわからなかった時は辛かった」「理解できないと諦めて、流してしまうことがあった」「実習期間が短く、兄の情報収集が満足に行えなかった」「自分達学生がいることで、兄に緊張をあたえてしまった」「食事の好き嫌いの多い兄に対して、食べれるようにどう促すか困った」である。他者との関わりの場面で良かったと感じたことの内容については、「指導者が学生と真剣に向き合って助言してくれた」「始めは、兄に声をかけても反応がみられなかったが、日が経つにつれて、傍にただで笑顔がみられたこと」「兄が自分でできなかったことが、私と関わった期間の中で少しずつできるようになり、兄の成長が嬉しかった」などの記載がある。

表 2. 内的ワーキング質問紙の集計

	安定因子	アンビヴァレント因子	回避因子
最大値	28	32	20
最小値	6	10	5
平均値	18.60	22.20	13.10
SD 値	5.02	5.02	3.50

(小数点第 2 位 四捨五入)

表 3. 安定因子に着眼した学生の自由記載内容

N = 14

安定因子の結果	対象者	良かったと感じたこと (嬉しかった・勉強になった)	悪かったと感じたこと (辛かった・困った)
-1SD	①	・児の心が温かかった。児との関わり方を学ぶことができた。 ・児の笑顔に自分も幸せな気持ちになった。	・児に対し、自分の中で、受け止められにくい部分があり、情けなかった。
	②	・グループメンバーが協力して、一丸となることができた。 ・指導者が少し、怖いこともあったが、教えようと懸命になってくれていることが感じられた。 ・障がい児が、自分の意思表示することが難しいと改めて考えることができた。	・実習施設が暑かったので、水分補給や冷房があると良いと思った。 ・自動販売機や売店がなかったので不便だった。
	③	・児との関わり方や特徴などを、初日に看護師から教えてもらうことができ、看護師が話しやすい雰囲気であってくれたので、翌日から質問しやすかった。	・特になし
	④	・学生の記録を読んで、指導者が児の普段の生活の様子や性格などについて積極的に教えていただき嬉しかった。	・特になし
-2SD	①	・子どもと関わっている時に、子どもの特徴や看護師が子どもと関わっている中で喜ぶことを傍らに来て、実際にやってみせてくれたことが嬉しかった。 ・最後に指導者から「よく頑張ってたね」と声をかけてもらった時は嬉しかった。	・私のとらえ方の違いかもしれないが、最後に「次の実習から、コミュニケーションをとること意外にも目的を持てるといいね」と言われた時は、目的を持っていたのに伝わってなかったと思ひ、少し悲しくなった。
	②	・受け持ち児との関わりで、児は言葉以外のジェスチャーで主な訴えを伝えてきたが、それが理解できたときがうれしかった。 ・受け持ち児が笑顔になったので、児の訴えをキャッチすることはとても大切だと感じた。	・特になし
	③	・児は、初めて会ったときは、私を見るだけだったが、関わるうちに児から触れてきてくれたり、抱きついてくれて、また笑顔も見せてくれて嬉しかった。 ・コミュニケーションは、積極的に話しかけたりするばかりでなく、児に合った関わりで接することが大切だと学んだ。	・勉強不足を感じた。
	④	・関わっていく中で、子どもに対して言葉かけをしたら、笑顔を返してくれるようになった。	・意思疎通が難しかった。
+1SD	①	・児との関わりを通して、児に対しては、できないと思っていたことが、できるとわかった時や今まで、児が自分でできなかったことが私と関わった期間の中で少しずつできるようになり、児の成長が嬉しかった。 ・始めは、児が何を伝えたいのかわからなかったが、少しずつ理解できるようになった。	・児の言っていることや伝えたいことがわからなかった時は辛かった。 ・理解できないと諦めて、流してしまうことがあった。
	②	・今まで、障がい児のイメージは持っていたが、具体的なことはしらなかった。今回勉強になった。 ・障がい児が卒園後、どうなっていくかという視点で考えることが大切だと学んだ。 ・看護の視点や考えで児を見ていかななくてはいけないと感じた。	・実習期間が短く、児の情報収集が満足に行えなかった。
	③	・始めは、児に声をかけても反応が見られなかったが、日が経つにつれて、傍にいただけで笑顔が見られたこと。	・自分達(学生)がいることで、児に緊張をあたえてしまった。
	④	未記入	未記入
	⑤	・児の成長を促すには、意図をもった関わり方をすることが勉強になった。 ・児を誉めるという1つの行為についても意図をもち、誉めると児がどのように成長するか考える事が大切。	・食事の好き嫌いの多い児に対して、食べられるようにどう促すか困った。
	⑥	・指導者が学生と真剣に向き合って助言してくれた。	未記入

2) 『アンビバレント因子』は、最大値 32、最小値 10、平均値が 22.20 (SD5.02) で、- 1SD 以下の学生が 13 名 (うち - 2SD 以下 2 名)、+ 1SD 以上の学生が 6 名 (うち + 2SD 以上 0 名) である。

『アンビバレント因子』が + 1SD の学生 (6 名中、未記入者 1 名を除く 5 名) の悪かった点の記載内容は、「受け持ち児と上手く関わりが持てなかった」「児が学校に行っている時間が困った。」「児が重症児であった

ため、快・不快の表情が読み取りづらく大変だった」「学生の実習グループで、1 人足並みがそろわない学生がいて、はらはらした」である。良かったと感じたことは、「看護師以外に、PT・OT・ST から援助や訓練の目的が説明されるのが理解しやすかった」「児それぞれの特徴があり、それぞれに合った看護が必要なことがわかった」などが記載されている。

表 4. アンビバレント因子に着眼した学生の自由記載内容

N = 19

アンビバレント因子の結果	対象者	良かったと感じたこと (嬉しかった・勉強になった)	悪かったと感じたこと (辛かった・困った)
-1SD	①	・障がい児に対してのイメージは、怖いというイメージであったが、実習に行き、とても可愛く癒された。 ・今まで、指導者にあまり質問することができなかった。しかし、調べて本当にわからないところをきくことで、相手はきちんと答えてくれるということを知ることができた。	・特になし
	②	・STによる訓練を初めて見学し、発達に合わせた問いかけや、児の反応 ・返答に関わる要求レベルなどを学べたことは、会話によるコミュニケーションスキルの向上に大変勉強になった。	・3.5日という実習期間の短さを理由にしたくないが、自分には、まだ児と関わる時間が足りなかったと感じた。
	③	・受け持ち児との関わりの中で、自分のことを目で追ってくれたり、自分に手を伸ばしたりと、自分のことや行為に対し、認識してくれたことが嬉しかった。 ・指導者が、とても優しく、環境整備の目的や補助具の使用目的や目的、個々の児の特徴など細かく説明していただき、さらに質問し易い雰囲気に対応してくれて人の温かさを感じることができた。 ・施設が支援学校と併設していて、保育士やリハビリの方など様々なスタッフの方がいて、開放的な雰囲気とても良かった。	・実習施設までが自宅から遠かったことが少し辛かった。
	④	・児が笑顔になり、会話することができて嬉しかった。	・児に一方的に話しかけていた。
	⑤	・看護師は、常に児が危険なことをしないように、目を離さず、常に誰かが居るようにしていた。 ・安全を守るために看護師は行動するべきだと改めて知った。	・最初、児が慣れるまで、関わり方が難しかった。
	⑥	・初日にコミュニケーションを図ってもあまり反応が見られなかった児が、最終的には笑顔や発声が見られたこと。	・指導者に目標を言うときに、「手短に」と言われ、嫌な気持ちになった。
	⑦	・児は、初めて会ったときは、私を見るだけだったが、関わるうちに児から触れてきてくれたり、抱きついてくれて、また笑顔も見せてくれて嬉しかった。 ・コミュニケーションは、積極的に離しかけたりするばかりでなく、児に合った関わりで接することが大切だと学んだ。	・勉強不足を感じた。
	⑧	・始めは、児に声をかけても反応が見られなかったが、日が経つにつれて、傍にいただけで笑顔が見られたこと。	・自分達(学生)がいることで、児に筋緊張をあたえてしまった。
	⑨	・児の成長を促すには、意図をもった関わり方をすることが勉強になった。 ・児を誉めるという1つの行為についても意図をもち、誉めると児がどのように成長するか考える事が大切。	・食事の好き嫌いの多い児に対して、食べれるようにどう促すか困った。
	⑩	・学生と真剣に向き合って助言をくれた。	・特になし
	⑪	・児との関わり方や特徴などを、初日に看護師から教えてもらうことができ、看護師が話しやすい雰囲気接してくれたので、翌日から質問しやすかった。	・特になし
-2SD	①	・言語的コミュニケーションが取れない児と関わり、児がジェスチャーや身振りで表現した内容を受けとれた事が嬉しかった。	・特になし
	②	・今まで、障がい児のイメージは持っていたが、具体的なことはしなかった。今回勉強になった。 ・障がい児が卒園後、どうなったかという視点で考えることが大切だと学んだ。 ・看護の視点や考えで児を見ていかななくてはいけないと感じた。	・実習期間が短く、児の情報収集が満足に行えなかった。
+1SD	①	・受け持ち児との関わり。 ・受け持ち児が質問に答えてくれたことが嬉しかった。	・受け持ち児と上手く関わりが持てなかった。
	②	・児を理解できた時の喜び。	・児が学校に行っている間の時間が困った。
	③	未記入	未記入
	④	・看護師の話以外に、PT・OT・STから援助や訓練の目的を説明されるのが理解しやすかった。	・特になし
	⑤	・児が夏休みで病棟にいたので、関わる場面が多くあり良かった。 ・児、それぞれに特徴があり、それぞれに合った看護が必要なのがわかった。	・児が重症児であったため、快・不快の表情が読み取りづらく大変だった。
	⑥	・他人の意見を納得し、受け入れることができた。 ・障がい児の夜間などの安全の確保について質問したら、「障がいの有無に関係ないよ」と教えられた。	・学生の実習グループで、まとまって頑張れたが、1人足並みがそろわない学生がいて、はらはらした。

3) 『回避因子』では、最大値 20、最小値 5、平均値が 13.10 (SD3.50) で、- 1SD 以下の学生が 12 名 (うち - 2SD 以下 3 名)、+ 1SD 以上の学生が 6 名 (うち + 2SD 以上 0 名) である。

『回避因子』が + 1SD の学生 (6 名中、未記入者 1 名を除く 5 名) の悪かった点の記載

内容は、「てんかん発作を見たときは、びっくりして、どうしたらいいのかと困った」「児に対し、自分の中で受け止められにくい部分があり情けなかった」であり、困ったことが特にないと回答した学生が、5 名中 3 名もいる。一方、良かったと感じたことは、「児の心が温かかった」「指導者が親切で色々

なことを教えてくれた」「表情や顔色、発声の小さな変化を見ていくことが必要であると指導者に教えていただき勉強になった」「指導者から、(受け持ち児が)こんな笑顔が

くれるのねと言われたとき、受け持ち児の別の顔を引き出したのではないかと思ひ嬉しかった」などの記載がある。

表 5. 回避因子に着眼した学生の自由記載内容

N = 18

回避因子の結果	対象者	良かったと感じたこと (嬉しかった・勉強になった)	悪かったと感じたこと (辛かった・困った)
-1SD	①	・障がい児に対するケアで危険な状況がないか観察し、危険回避するための方法や発達段階や特徴などを知ることができ、児との関わりを通して学ぶことができた。	・特になし
	②	・受け持ち児のことを待っている間、他の児が話しかけてくれた。また、他の児と関わるきっかけをその児がつくってくれて、嬉しかった。 ・指導者に助言をもらうとき、1つの質問に対して多くの助言をしていただいた。日常の看護や社会支援まで、目には見えないが日々気をつけていることなど幅広く助言をもらい、非常に勉強になった。	・児が学校に行っている間、情報収集や見学することがないときの行動に困った。 ・デイルームに子どもが多くいたにもかかわらず、ただ立って過ごす時間が辛かった。一人ひとりの児の疾患も把握していなかったので、関わりでの注意点なども分からなかった。
	③	・最後に、児が抱きついてきてくれた。 ・児には理由を持って行っている行動があり、それを受け止めることが大切と学んだ。児の「お願い」などの仕事も理解できるようになり、児と関係を築くことができるようになった。	・児が他の児の方へ行ってしまうことが多かった。
	④	・日を重ねるごとに、児が私のことを覚えてくれて声をかけることと笑顔を見せてくれることが嬉しかった。また、自分の声かけに答えてくれることも嬉しかった。 ・障がいを持っている子どもの関わり方が、初めわからず戸惑うことがあったが、いろんなおもちゃを使ったり、タッチングや声かけすることで児は答えてくれると学んだ。素直な気持ちで接することも大切だと思った。	・児の着脱のとき、戸惑ってしまい、児に寒い思いをさせてしまった。時間がかかり、申し訳ない気持ちになった。
	⑤	・児との関わりを通して、児に対しては、できないと思っていたことが、できるとわかった時や今まで、児が自分でできなかったことが私と関わった期間の中で少しずつできるようになり、児の成長が嬉しかった。 ・始めは、児が何を伝えたいのかわからなかったが、少しずつ理解できるようになった。	・児の言っていることや伝えたいことがわからなかった時は辛かった。 ・理解できないと諦めて、流してしまうことがあった。
	⑥	・指導者が学生と真剣に向き合って助言してくれた。	未記入
	⑦	・STによる訓練を初めて見学し、発達に合わせた問いかけや、児の反応・返答に関わる要求レベルなどを学べたことは、会話によるコミュニケーションスキルの向上に大変勉強になった。	・3.5日という実習期間の短さを理由にしたくないが、自分には、まだ児と関わる時間が足りなかったと感じた。
	⑧	・看護師は、常に児が危険なことをしないように、目を離さず、常に誰かが居るようにしていた。 ・安全を守るために看護師は行動するべきだと改めて知った。	・最初、児が慣れるまで、関わり方が難しかった。
	⑨	未記入	未記入
-2SD	①	・いつも無表情の児が、関わり刺激で笑顔がみられたとき。	・コミュニケーションのとり方に戸惑いがあった。
	②	・児が腹臥位になって、リラックスしているところや、補助具の活用により首を安定させているなど、ポジショニングの実際を見学することができた。 ・実習前にDVD学習をみることで、障がい児のイメージがつきやすかった。	・3.5日の実習期間で、児との信頼関係を結ぶことは大変なことで、児に緊張感や恐怖感を与えた可能性がある。 ・信頼関係が十分に築けないまま実習を終えてしまったような気がする。また、児の情報を把握するのは大変だった。
	③	・児が笑顔になり、会話することができて嬉しかった。	・児に一方的に話しかけていた。
+1SD	①	・絵本を読んであげた時、笑顔を見せてくれたこと。 ・なかなか感情の表出がなく、喜んでくれていたのかわからなかったが、指導者から「こんな笑顔つくれるのね」と言われたときは、受け持ち児の別の顔を引き出したのではないかと思ひ嬉しかった。	・てんかん発作がおきやすい児だと聞いていたが、実際に発作を見たときは、びっくりして、どうしたらいいのかと困ってしまった。
	②	・指導者が、親切で色々なことを教えてくれた。	・特になし
	③	・会話でのコミュニケーションが困難な児にジェスチャーを用いて、意思疎通ができたとき、嬉しかった。 ・講義で学んだブレパレードを実施することができた。	・特になし
	④	・障がい児との関わり方について、コミュニケーションがとれない児の場合、その児の興味や関心のある物やことで関わっていくといいと学ぶことができた。 ・表情や顔色、発声の小さな変化を見ていくことが必要であると指導者に教えていただき、勉強になった。 ・環境整備は、児の生活していく上で、安全、安楽に過ごすために必要であり、また、児の将来のことを考えて援助が必要であると分かった。	・特になし
	⑤	・児の心が温かかった。児との関わり方を学ぶことができた。児の笑顔に自分も幸せな気持ちになった。	・児に対し、自分の中で、受け止められにくい部分があり、情けなかった。
	⑥	未記入	未記入

5. 考察

内的ワーキングモデルが愛着に関する表象モデルであることは、先に述べた。Hazan & Shaver (1987) による成人期の愛着スタイルによると、安定型は、「誰かと割りと簡単に親しくなれるし、その人達に頼ったり、その人達から頼られるのが好きである。そして、誰かに見捨てられるような気持ちや誰かと親しくなりすぎることを気にかけることがない」。アンビバレント型は、「相手が、本当は自分と一緒にいたくないのではないかと心配になる。自分が望むほど皆は私と親しくなりたくないのではと思います、人と一緒にいたいけど、時々人を遠ざけてしまう」。回避型は、「誰かと親しくなるのはあまり好きではない。誰かを完全に信じたり、頼ったりするのは苦手である」という特徴を示している。この特徴と関連して、Mikulincer & Florian (1998) の研究では、愛着スタイルによるストレス・コーピングの相違について述べている。

今回、3類型の分類ごとで、尺度の因子が高い (+ 1SD) 学生の実習中の他者との関わり場面で良かったと感じた点と悪かったと感じた点の内容に着眼し、類型ごとの内容の比較をおこなった。以下に、一般的な愛着スタイルによるストレス・コーピングの特徴と比較しながら、本研究での結果を分析し、内的ワーキングモデルの類型ごとの教育的介入について考察する。

5.1 安定因子の高い学生への教育的介入

Mikulincer & Florian (1998) によると、安定型の愛着スタイルの人は、「ストレスに対し脅威を低く評価するとともに、ストレスに対し他者からのサポートを探そうとする」と示されている。本研究においても、安定因子の高い学生は、実習を通しての体験を総合的に捉えて良かったと感じた感情について記載されていた。実習中に自ら積極的に見との関わりを持つ体験を増やし、そこから理解できたことや学んだことを良かったことと感じている。また、悪かったと感じたことも、自己洞察し、自分が相手に与える影響について気づくことができおり、自身の状況を把握し、指導者に助言をもらう行動がとれていた。このことから安定因子の高い学生には、他者と関わる機会を積極的に設定し、学生自身が主体的に行動できる場を提供していくことが必要と考えられる。

5.2 アンビバレント因子の高い学生への教育的介入

一方、アンビバレント型の人は、「自分のネガティブな感情に焦点を当てやすく上手くストレスに対応できない」とされている。学生の自由記載内容でも、アンビバレント因子が高い学生は、自分が悪かったと感じたネガティブな感情の要因を自身でなく、他者におく傾向があった。アンビバレント因子の高い学生への指導方法としては、学生が他者との関わりからネガティブな感情を抱いた場面を学生とともに振り返り、『何故、そう感じたのかな』『その時の自分の行動はどうだったかな』と発問し、学生自身が自己洞察でき、自分自身の今後の改善点を見出すことに焦点をおいた教育的介入が必要と考えられる。

5.3 回避因子の高い学生への教育的介入

回避型の人は、「脅威のある状況から距離をおき、他者からのサポートや援助をあまり求めない傾向がある」ことが報告されている。今回の調査結果においても、同様の傾向がみられた。回避因子が高い学生については、実習中の他者との交流で悪かったと感じた内容の記載が少ないことから、他者との関わりを持つ機会自体が少なく、他者からの支援の必要性を自分から、求めない傾向があったと考えられる。しかし、良かったと感じたことについては、一般論と異なる結果が得られた。相手から自分に関わってくれた行為に対しては、嬉しい気持ちを抱いており、自分から関わりをもち行動を起こすことは難しいが、相手から自分を受け入れてもらえる関わりは求めている。

金政 (2005) の青年期の感情調節と愛着スタイルとの関係研究でも、安定型の愛着スタイルを持つ者は、ストレス時に他者にサポートを求めやすく、建設的な反応を表しやすい。アンビバレント型の場合は、対人関係への不安が高く、対人関係の問題にも焦燥感を感じ、解決を先送りにすることができないと報告されている。そして、回避型では、自分の感情を他者に読まれたくない場合に、自己のネガティブな感情とポジティブな感情を意識的に統制する能力が認められ、ストレス時において、他者に適切なサポートを求めにくく、葛藤時に建設的でない反応を示しやすいことが明らかにされている。一般的に臨地実習に臨む学生は、知識や体験不足、実習施設での慣れない環境や初めて出会う患者や職員への過度な緊張などから、実習への負担を感じる場合が多い。しかし、A 短期大学での今までの障がい児施設実習では、初日は戸惑う学生が多いが、実習終了時には、ほとんどの学生が実習の達成感を述べ、自己評価を

高くもつ学生が多かった。今回の研究でも他者との距離をおき、サポートを求め難い回避因子が高い学生が、見や指導者との関わりについて、嬉しい気持ちを抱いている。これは、障がい児施設の看護師の学生に対する支援方法に要因があるとも考えられる。

乳幼児期に形成された内的ワーキングモデルは、個人の生き方や行動に大きく影響を与える。そして、一生を通して比較的变化することなく持続する傾向にあるとされる。しかし、決して不可逆的なものではなく、個人の内的ワーキングモデルの態度を変化させることで、結果的に乳幼児期に構築した愛着のスタイルを変化・成長させる可能性がある。愛着を成長させる関わりとして、生きる力の基盤に自己肯定感を置く枠組みがある。自己肯定感とは、自己の存在感、すなわち、他者と代わることでできない、かけがえのない存在として、ありのままの自分を自覚することである。また、自己の有能感や効力感、自信や充実感、他者からの肯定評価や承認、あるいは他者と比較し自分自身に値打ちがあると感じることなども含まれる（深谷、2001）。障がい児を対象とした看護には、児の障がいを個性と捉え、児のできることに着眼しながら児の成長・発達を促す関わりが大切にされている。障がい児施設の看護師の特徴として、対象を多面的に捉え、対象のやる気を引き

出す関わり方の技が日頃の看護ケアを通して身につけていると感じる。対象のやる気を引き出すためには、時間をかけ待つことも大切な支援方法だと理解されている。その看護観は、学生への実習指導の態度や姿勢にも反映されており、学生のできる面を誉めて伸ばす指導や学生の考えの表出を待つことができる指導につながっている。そして、学生自身もそのことを体験的に感じている。障がい児施設での実習は、人との関わり体験の学習機会となり、内的ワーキングモデルの回避型の学生にも、学生の心理面に焦点をあてた指導の介入として効果があったと推察できる。

6. 研究の限界と今後の展望

今回の研究は、内的ワーキングモデルの3類型ごとの学生の記述内容を検討したため、母体数が少ない結果となった。今後もデータを縦断的に捉えていくことが課題である。また、今後の関連研究として、障がい児施設の看護師を対象に看護観や学生指導観についての調査研究を行い内容分析を行うこと、そして、信頼感に影響を及ぼしている要因として、内的ワーキングモデル以外にあげた共感性についての研究を行うことで、学生と指導者間の共感的な関わりが意味づけられ、効果的な学習を行うための教育的介入方法が明らかになると期待できる。

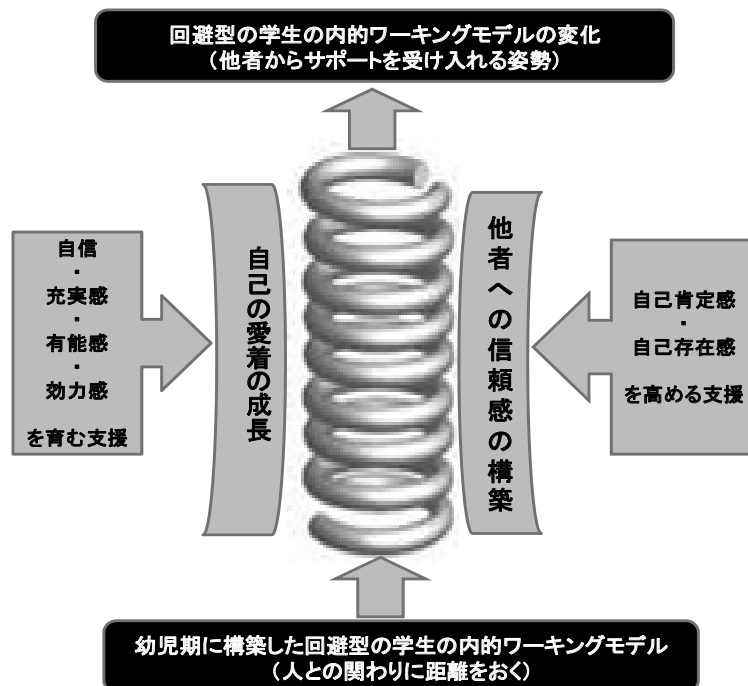


図1 回避型の学生の姿勢の変化

7. 結論

障がい児施設実習での学生のできる面を誉めて伸ばす指導や学生の考えの表出を待つことができる指導方法は、自己肯定感が低く、人との関わりに距離をおく傾向がある回避因子の高い学生への自信や有能感に焦点をおいた支援につながっていた。結果、回避因子の高い学生に、他者からのサポートを受け入れる姿勢の変化がみられ、学生の心理面に焦点をあてた指導の介入方法の一助となった。

参考文献

- 1) Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., Stayton, D. J. (1971). Individual differences in strange situation behaviour of one-year-olds. In H.R.Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations*. London. Academic Press
- 2) 深谷昌志 (2001)、モノグラフ・中学生の世界 Vol70 中学生の悩み、福武書店
- 3) Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). (Romantic love conceptualized and an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524
- 4) 金政祐司 (2005)、青年期の愛着スタイル感情の調節と感受性ならびに対人ストレスコーピングとの関連 幼児期と青年期の愛着スタイル間の概念的ー貫性についての検討 パーソナリティ研究、14 (1)、1-16
- 5) Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. Guilford. 143-165. New York
- 6) 内閣府調査 (2010)、若者の意識に関する調査 (ひきこもり調査)
- 7) 菅原正和、田村和香奈、嶋野重行 (2005)、青年期の信頼感形成に及ぼす心理的要因、岩手大学教育学部研究年報 64、39-52
- 8) 詫摩武俊、戸田弘二 (1988)、愛着理論からみた青年期の対人態度ー成人版愛着スタイル尺度作成の試みー、東京都立大学人文学報 196、1-16
- 9) 若瀬淳子、山元恵子 (2012)、障がい児施設での学生の障がい児のイメージ変化と学習の成果ー学生の実習記録の内容分析からー、第42回日本看護学会論文集 (看護教育)、25-28

Change of a nursing student having high evasion factor in the child with a disability facilities training –Analysis from internal working model measure and question paper investigation–

Junko Wakase, Miyoko Murata, Keiko Yamamoto
Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

Abstract

Pediatric nursing practice in disability facilities is conducted by A college. The practice appears to have the student evasion or anxious due to the less experience to understand disabled children at the beginning. However, the result on the analysis by the research regarding the change of image for the student in disability facilities showed that the students have changed image from negative to positive image. The change was shown even for the student who was not positive to have communication with other people. In this research, a questionnaire survey by the internal working model measurement and the other by free writing through the communication with other persons in the practice had been implemented. The research was focused on the student who had the trend that they would not intend to have relationship and not require the support with other persons. The change and the factor on these students were tried to be analyzed.

Keywords: children with disabilities practice facility, internal working model, avoidance factor student

『共創福祉』投稿規定

1. 投稿の資格は富山福祉短期大学の教職員に限る。ただし、編集委員会が必要と認めた場合にはこの限りではない。共著の場合は第1著者は原則として投稿資格を持つ者とする。
2. 投稿される論文は未公開のものに限る。ただし、学会発表抄録や科研費等の研究報告書はその限りではない。
3. 査読は原則として編集委員会が指名した2名の査読者によりなされる。
4. 投稿原稿の採否決定及び修正は編集委員会による審査を経て行なわれる。
5. 掲載順序及び掲載様式については編集委員会が決定する。
6. 校正は初校のみ著者校正とする。その際、内容の訂正・加筆は認められない。
7. 論文種別は総説、原著論文、研究報告、実践報告とする。
8. 原稿体裁
 - 1) 原稿はA4用紙を縦に使い、40字×40行で作成する。上下左右の余白は2cm以上をとり、下余白中央に頁番号をつける。
 - 2) 和文要約は500字程度、英文要約は250語程度とする。なお、要約には改行を入れない。
 - 3) 句読点には「、」及び「。」を用いる。
 - 4) 刷り上りは20頁以内とする。ただし編集委員会が必要と認めた場合はこの限りではない。
 - 5) その他、表記の詳細については『共創福祉』執筆要項に従う。
9. 原著論文は原則として、序（あるいは問題）、方法、結果、考察、結論、謝辞、引用文献の順に構成する。
10. 本誌に掲載された論文の著作権は富山福祉短期大学に帰属する。
11. 本規程の改正は編集委員会の議を経て、編集委員長の決定により行なわれる。

附則 この規程は平成24年4月1日から施行される。

『共創福祉』 執筆要項

1. 原稿はワープロによる場合は、A4用紙に1行40字で1頁40行とする。原稿の長さは原則として表・図を含めて12頁相当以内とする。(手書きの場合には、200字詰め、または、400字詰め原稿用紙を用い、横書きに清書する。表・図の挿入箇所は、原稿の本文の右側の欄外に赤字で指定する。)
2. 原稿は以下の順に書くものとする。

[第1頁] 標題、所属名、著者名、和文要旨(500字程度、文献の引用および数式は原則として避ける)。和文キーワード(8語以内)。

[第2頁] 英語による、標題、著者名、所属名、Keywords(8words and phrases以内)。Abstract(450ワード程度)。ただし、投稿規定第2項のf、gには、Keywords、Abstractは不要。Abstractは問題の所在、得られた結果等がそれだけで理解できるようにする。

[第3頁以降]

① 本文：

章、節の番号は、第1章に当るものは、“1”、第1章第1節に当るものは、“1.1”というように着ける。また、式番号は、章ごとに(2.1)、(2.2)のようにして、式の左側に統一する。

② 参考文献：書き方は本要項の第4項を参照。

③ 表：

一枚の用紙に一つの表を書く。表の番号は論文中に現れる順に従って、表1、表2、…または、Table 1、Table 2のようにする。

④ 図：

図はそのまま写真版できる鮮明なものを用意する。大きさは印刷出来上がりの1～2倍とし、トレースが必要な場合は原則として著者が行うものとする。図の番号は論文中に現れる順に従って、図1、図2、…または、Fig. 1、Fig. 2、…のようにする。

3. 本文中での参考文献の引用は、著者名(出版年)とする。例えば、Bush(1998)、小泉(2006)。

4. 参考文献の書き方

① 雑誌の場合：

著者名(出版年)、標題、雑誌名、巻、ページ(始・終)、(雑誌名は省略しないものとする)。

② 叢書の中の一巻の場合：

著者名(出版年)、書名(編集者名)、叢書名、発行所名、発行地名。

③ 単行本等の場合。

著者名(出版年)、書名、発行所名、発行地名。

④ 編集書の中の一部の場合：

著者名(出版年)、標題、編集書名(編集者名)、巻、ページ(始・終)、発行所名、発行地名。

なお、同じ著者によるものが同一年に複数個現れる場合には、(2005a)、(2005b)などとして区別する。文献は、日本人をふくめ、著者名のアルファベット順に並べる。

5. 著者校正は原則として一回とする。その際、原著論文は、印刷上の誤り以外の字句や図版の訂正、挿入、削除等は原則として認めない。

投稿論文チェックリスト

* 投稿する前に原稿を点検確認し、原稿を添付して提出して下さい。
 下記項目に従っていない場合は、投稿を受理しないことがあります。

<input type="checkbox"/>	1. 原稿の内容はほかの出版物にすでに発表、あるいは投稿されていない
<input type="checkbox"/>	2. 筆頭著者は富山福祉短期大学教職員である
<input type="checkbox"/>	3. 希望する原稿の種類と原稿枚数を確認している
<input type="checkbox"/>	4. 原稿枚数は本文、文献、図表を含めて投稿規定の制限範囲内である
<input type="checkbox"/>	5. 倫理的配慮を要する研究はその内容が記載されている
<input type="checkbox"/>	6. 原稿はA4判横書きで1行40字、1ページ40行に記述している
<input type="checkbox"/>	7. 本文原稿右欄外に図、表、写真の挿入位置を示している。また執筆要項に記載されている通り、図・表のタイトル・説明・出典等が明記されている。
<input type="checkbox"/>	8. 本文中の文献の引用では著者名、発行年次を括弧表示している
<input type="checkbox"/>	9. 本文中の文献(著者、年次)と文献リスト内同様文献の著者、年次が一致している
<input type="checkbox"/>	10. 文献の情報は原典と相違ない
<input type="checkbox"/>	11. 文献の種類による記載方法は投稿規定に従っている
<input type="checkbox"/>	12. 主語は明確であり、2通りに解釈できる文章はない
<input type="checkbox"/>	13. 誤字、人名のスペルミス、文献記載の不備などの誤りはない
<input type="checkbox"/>	14. 句読点は「、」「。」で統一されている
<input type="checkbox"/>	15. 文献の共著者は3名まで表記している
<input type="checkbox"/>	16. 文献リストは著者名のアルファベット順、次いで刊行順に列記している
<input type="checkbox"/>	17. 和文要約500字程度、英文要約250語程度をつけている
<input type="checkbox"/>	18. 英文要約と和文要約の内容は合っている
<input type="checkbox"/>	19. 英文要約はnative checkを受けている チェック名・機関名
<input type="checkbox"/>	20. 投稿論文は次の順で並べ、一つのファイル(「論文ファイル」とする)にまとめている
<input type="checkbox"/>	1) 1頁目に和文の論文題目、著者名、所属、要約、和文キーワード、英文の論文題目、著者名、所属、要約、英文キーワードを記載する。
<input type="checkbox"/>	2) 2頁目に和文の論文題目、要約、和文キーワード、英文の論文題目、要約、英文キーワードを記載する。
<input type="checkbox"/>	3) 3頁目以降に本文、謝辞、引用文献、表(Table)、図(Figure)の順に記載する。
<input type="checkbox"/>	4) 表(Table)、図(Figure)は1頁につき1点とする。
<input type="checkbox"/>	5) 下余白中央に頁番号を挿入する。
<input type="checkbox"/>	6) 2頁目以降には、氏名、所属など投稿者を特定できる事項を記載しない。
<input type="checkbox"/>	7) 原著論文に関しては、序(あるいは問題など)、方法、結果、考察の見出しを立て構成されている。考察の後に必要であれば、結論を加えてもよい。
<input type="checkbox"/>	21. 第2頁および和文要約、英文要約は氏名、所属など投稿者が特定できるような事項が取り外してある

編集委員会

編集委員長 原 元子

編集委員 中野 慎夫 山本 二郎 竹ノ山 圭二郎

共創福祉2014年 第9巻 第2号
Synergetic Welfare Science

2014年（平成26年）11月10日発行

編集・発行 富山福祉短期大学
〒939-0341 富山県射水市三ヶ579

印刷 (株)タニグチ印刷

Synergetic Welfare Science

Vol. 9 , No. 2 , 2014

Contents

General Remarks

- Studies on the consciousness of people who participated in the inter-professional work participatory risk management
-The risk management challenge of professional staff concerning care-accidents of a long-term care health facility-
..... *Atsushi USHIDA* 1
- A subject and directivity for the "Toyama type day-care service" to serve as a welfare base of the area
-From comparison testing of a "conventional type day-care service" and the "Toyama type day-care service"-
..... *Kiyoshi MIYAJIMA* 9
- Somatic effects of mitten restraint
-Psychophysiological research on patient stress caused by mitten restraint-
..... *Toshiko TAKEDA* 19
- An analysis of nursing students' learning through home care nursing practicum and a suggestion of training methods
-Learning at a home-visit nursing station, a Toyama-type day care center, a general community support center, and a home-visit bathing service provider -
..... *Harumi ARAKI, Takae IMAGAWA, Terumi KAWAI, Yasuko SUMITANI* 33
- #### Research Report
- Support for the elderly people with mental disorders in the community
-Roles of care manager and issues on care service-
..... *Yuko MATSUO* 45
- Change of a nursing student having high evasion factor in the child with a disability facilities training
-Analysis from internal working model measure and question paper investigation-
..... *Junko WAKASE, Miyoko MURATA, Keiko YAMAMOTO* 55