

共創福祉

2015年 第10巻 第1号

【原著】

蘭 直美

買物行動が主観的QOLに与える影響の検討
—地域女性高齢者の買物行動の分析調査から— 1

【研究報告】

毛利 亘, 小出 えり子, 牛田 篤

若手介護福祉士に対する介護過程におけるアセスメント研修の効果
—スキルアップ研修受講者の中間報告から— 15

原 元子, 下田 裕子, 一ノ山 隆司, 浜田 由佳, 大橋 由美子

認知症高齢者のグループ回想法による回想内容と感情の変化の検討 27

長谷 奈緒美, 鷲塚 寛子, 境 美代子, 金森 昌彦

足趾力強化トレーニングの効果 37

【総説】

竹田 壽子

法律に基づく身体拘束について
—精神科病棟の拘束を通して看護場面の身体拘束を考える端緒として— 43

買物行動が主観的 QOL に与える影響の検討 —地域女性高齢者の買物行動の分析調査から—

蘭 直美

富山福祉短期大学 看護学科

(2015.2.4受稿, 2015.3.18受理)

要約

本研究は、地域在住女性高齢者の買物行動を分析し、主観的 QOL に与える影響について明らかにすることを目的としている。有効回答が得られた499名のI県在住の女性高齢者のアンケートを分析した。その結果、主観的 QOL の下位項目である「生活のハリ」は、「普段の買物頻度」、「大型ショッピングセンターで買物する頻度」、「買物志向」、「普段の買物満足度」、「買物に行けなくなったら寂しい」、「自分で商品を選んで買いたい」、「自分で買物代金を支払いたい」、「買った商品をお店で受け取りたい」、「店員や連れと会話しながら買物したい」の買物行動と有意な関連があった。地域在住女性高齢者は、年齢や要介護状態に関係なく、買物が好きであり、女性高齢者の生活にハリを与え、主観的 QOL を高める要素である買物を、地域で支援していく取り組みの重要性が示唆された。

キーワード：買物行動、地域在住女性高齢者、主観的 QOL

1. はじめに

下村ら(2003)は、高齢者にとって毎日の繰り返しの中に存在する生活行為が維持でき継続できることが、健康や生活の質を確保する上で極めて重要であると指摘している。看護職は、対象にとっての健康的な状態を生活の側面から支援することが重要である。

本研究では、自立した社会生活活動の一つである買物に注目した。買物はモノを選んだり、人と会話をしたりエネルギーや意欲がないとできない行動であり、自分の有能性やセンスを確認する自己実現の場であるといえる(ダイヤモンド社:2007)。高齢者自身が商品を選んで買うことは、小さな意思決定にもつながる。虚弱高齢者にとってのコントロール感およびQOLにとって最も重要であるのは、われわれが日常茶飯事としているありふれた決定である(西山:1998)と言われている。また、生活とは生活欲求の実現過程であり(吉野:1980)、広辞苑(新村出:1998)によると消費は欲望の直接・間接の充足のために財・サービスを消耗する行為である。買物は日常的な行為であるが、財を消費してモノやサービスを手に入れることにより欲求を満たし満足に繋げることができる。

高齢者が心身の健康を維持しながら、自立し、活動的で生産的な老後を過ごすことが社会的に求められている日本社会では、高齢者のQOL評価

が重要視されている(宮原:2005)。QOL研究はこれまで、医学、社会心理学、老年学など種々の領域においてそれぞれの目的に沿って行われてきたが、QOLという概念や定義については曖昧さや多義性が指摘されている(星:2000、長谷川:2001)。医学分野では、医療の効果を測定する目的で、健康を客観的または主観的尺度により測定することを目的とした健康関連QOL尺度が検討され、一方、老年学および社会心理学では、生活満足度やモラル、生きがいといった概念を用いて、日常生活や人生全体に対する主観的な満足度や充実感を測定する試みがなされてきた(出村:2006)。従来、心理学で情緒を扱う場合、その大半は不安や抑うつなどの負の感情(否定的感情)に関するものであったが、近年は、精神面の健康をより積極的にとらえていこうとする場合には人生や自分に対する正の感情として、主観的幸福感(subjective well-being; SWB)が注目されている(遠藤:2004)。

2. 研究目的

生活行為の一つである買物行動を高齢者の生活を充実するために重要な課題と位置づけ、地域在住女性高齢者の買物行動の状況を分析することが、地域看護で高齢者支援を考える上で意義がある。

そこで、本研究では地域在住女性高齢者を対象

として、買物行動の実態を分析し、買物行動が主観的QOLにどのように影響を与えているかについて明らかにすることを目的とする。

3. 研究方法

3.1 対象者および用語の定義

対象は、I県に在住する60歳以上の女性高齢者とした。一般的に高齢者は65歳以上と定義されているが、今回は調査協力を得た老人クラブの会員が60歳以上であることから、65歳以上に限定して配布できず、回収したすべてのデータを対象としたため、60歳以上とした。男性は元々あまり買物をしない対象もいることから、今回は女性のみを対象とした。

なお、本研究において、買物行動とは、外出の有無や買物に行く手段を問わず、高齢者自身が商品を選んで購入することと定義する。

3.2 調査方法および調査期間

- 1) 対象者に自記式または面接によるアンケート調査を実施した。
- 2) 本調査に入る前に、T県の2市でそれぞれ20名に予備調査を行い、調査項目や所要時間の適切さを確認した。
- 3) 対象の選定は、居住地域や活動能力を考慮し、数ヶ所に研究協力を依頼した。
- 4) 比較的元気な高齢者集団として、A市の老

人大学校同窓会事務局長、B町の女性クラブ代表、C町の17老人クラブの総括老人クラブ長、介護保険を申請している高齢者集団として、A市のデイサービス3ヶ所とC町のデイサービス1ヶ所、A市の高齢者賃貸住宅の管理者に対して、研究に関する趣意書を提示して調査協力依頼を行い、調査許可を承諾書で得た。趣意書には調査の目的、有用性、調査結果の使用範囲、個人情報の保護および拒否の権利を明記した。老人大学校同窓会は、高齢者向けの生涯学習を行っている団体で、3,490人（平成20年3月現在）のうち配布可能であった200人に調査票を配布し、回収箱を事務局に設置し、177人から回収した。B町の女性クラブの代表者がクラブ員100人に調査票を配布し、郵送法にて75人から回収した。C町の老人クラブは各クラブ長が対象者宅を訪問し、20部ずつ計320部を配布し、留置法にて308人から回収した。この3ヶ所に関しては調査票による回答によって調査に同意が得られたことと解釈した。デイサービス、高齢者賃貸住宅は管理者より対象者を紹介してもらい、調査協力が得られた51名に対して、一人30～40分かけて聞きとり調査を行った。

- 5) 調査期間は、平成20年8月1日から9月24日までである。

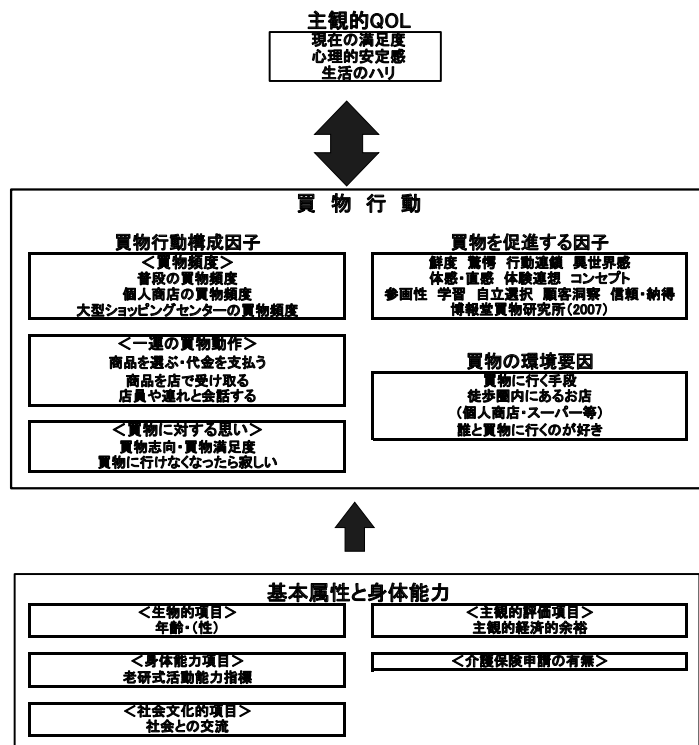


図1 買物行動の概念枠組み

3.3 測定用具

これまでの文献（エリザベス T. アンダーソン：2007、松田：2007）を参考に、買物行動の概念枠組みを立て、それらを調査項目とした（図 1）。

3.3.1 基本属性ならびに身体能力

基本属性の項目は年齢、介護保険の申請の有無、社会との交流、主観的経済的余裕を調査する。

身体能力の項目は老研式活動能力指標（古谷野他：1987）を用いた。老研式活動能力指標は、得点範囲が0～13点で、得点が高いほど活動能力が高いことを示す。この指標は「手段的自立」（No.1～5）、「知的能動性」（No.6～9）、「社会的役割」（No.10～13）の3つの下位尺度からなっており、「社会的役割」が最も高度な能力である。

3.3.2 主観的 QOL

主観的 QOL 尺度は Lawton (1983) の QOL 構成概念のひとつである主観的幸福感 (Well-being) を基礎とし、下位尺度として「現在の満足感」、「心理的安定感」、「生活のハリ」の3因子から構成され、それぞれ4項目、合計12項目からなっている。そして評定に際しては、「はい」、「どちらともいえない」、「いいえ」から最も当てはまるものを選択するように求めた。得点化に際しては、心理的に良好なほうに高得点を付与した。各質問項目の得点範囲（総得点）は0～2点（0～24点）であった。本研究では総得点および下位尺度得点を算出し、分析に用いた。

3.3.3 買物行動

買物行動については既存の調査項目はなく、これまでの文献を参考に買物行動構成因子、買物を促進する因子、買物の環境要因を設定した。

買物行動構成因子は、買物頻度（普段の買物頻度、個人商店で買物する頻度とその理由、大型ショッピングセンターで買物する頻度とその理由）、一連の買物動作（①商品を選ぶ、②買物代金を支払う、③お店で商品を受け取る、④店員や連れと会話をする）について自分で行いたいかどうか、買物に対する思い（買物志向、普段の買物満足度、買物に行けなくなると寂しい）を設定した。

買物を促進する因子は、博報堂買物研究所（2007）がおよそ50社の買物現場をフィールドワークして抽出してまとめた「買物欲を満足させ

る12の視点」を参考に12項目を設定し、「よくある」、「たまにある」、「あまりない」、「まったくない」の順に3～0点とし、合計得点0～36点で分析した。

買物行動構成因子と買物を促進する因子の調査項目については、2回の予備調査を行いクロンバックの α 係数により、内的整合性を確認後、使用した（プレテスト①：0.810、プレテスト②：0.858）。

買物の環境要因として、買物に行く手段、徒歩圏内にあるお店（個人商店、スーパー等）、買物へは誰と行くのが好きであるか、その理由について調査した。

3.4 分析方法

回収枚数は、611部（回収率91.1%）であったが、回答に1つでも空欄のあったものが112部いたため、それらを除いた499部を有効回答とした（有効回答74.4%）。

対象者の基本属性ならびに身体機能、買物行動および買物を促進する因子の実態を明らかにするため、まず、調査項目の単純集計を行った。

買物行動とグループ別の比較については、比較的元気な集団と介護保険を申請している集団で有意差を確認するため、独立した2群の名義尺度の比較で用いられる χ^2 検定で統計処理を行った。他のデータに関しては3群以上における代表値の差を検定するため、以下の方法による Kruskal Wallis 検定を用いた。

- 基本属性のうち、社会との交流、主観的経済的余裕は3群で分析
- 買物行動構成因子および買物を促進する因子の項目はすべて4群で分析
- 解析はすべて、統計パッケージ SPSS13.0J for Windows を利用

3.5 倫理的配慮

I 県立看護大学倫理審査委員会の審査を受け、許可を得た。実施に当たり対象となる老人大学校同窓会生、女性クラブ会員、老人クラブ会員、デイサービスの通所者、高齢者賃貸住宅の入所者に対して個人情報保護・人権擁護の観点から、守秘義務を守り、研究目的以外の情報の使用を厳禁とした。実施期間中における本研究の参加中止は常に可能であり、中止しても不利益は生じないことを保証した。無記名で記入してもらい、対象者が特定できないように配慮した。

4. 結果

4.1 対象者の基本属性ならびに身体機能、主観的 QOL について

4.1.1 基本属性ならびに身体機能について (表 1)

基本属性については、対象者 499 人の平均年齢は、73.54 ± 6.99 歳で、70 歳以上が約 7 割を占めている。社会との交流は、「ほとんどしていない」、

「まったくしていない」をあわせても 1 割弱である。主観的経済的な余裕は、「十分にある」と「多少ならある」を加えると 5 割弱である。

老研式活動能力指標の平均得点は 11.94 ± 1.82 点で、10 点未満が 46 人 (9.2%)、10 点以上が 453 人 (90.7%) であり、最低得点である 3 点は 1 人、4 点は 5 人いるものの、活動の能力の高い集団である。

表 1 対象者の基本属性ならびに身体機能

		n = 499		
		n	%	
年齢	平均 ± SD	73.54 ± 6.99		
	60 ~ 64 歳	54	10.8	
	65 ~ 69 歳	93	18.6	
	70 ~ 74 歳	138	27.7	
	75 ~ 79 歳	109	21.8	
	80 歳以上	105	21	
社会との交流	十分している	185	37.1	
	多少している	168	33.7	
	ふつう	98	19.6	
	ほとんどしていない	33	6.6	
	まったくしていない	15	3	
介護保険申請の有無	介護保険申請なし	448	89.8	
	介護保険申請あり ^①	51	10.2	
老研式活動能力指標	点数区分	平均 ± SD	11.94 ± 1.82	
		3 点	1	0.2
		4 点	5	1
		5 点	4	0.8
		6 点	5	1
		7 点	5	1
		8 点	12	2.4
		9 点	14	2.8
		10 点	26	5.2
		11 点	40	8
		12 点	101	20.2
	13 点	286	57.3	
主観的経済的余裕	十分にある	74	14.8	
	多少ならある	148	29.7	
	ふつう	206	41.3	
	あまりない	65	13	
	まったくない	6	1.2	

①介護保険申請者は要支援 1 ~ 要介護 2 まで

表 2 対象者の主観的 QOL 得点 (3 つの下位項目得点)

		n = 499					
		はい		どちらでもない		いいえ	
		n	%	n	%	n	%
現在の満足感	平均 (± SD)	6.8 ± 1.76					
	1. 今幸せだと思いますか?	369	76.4	105	21.8	9	1.8
	2. 今の生活に満足していますか?	352	72.9	111	23.0	20	4.0
	3. 今までの生活に満足していますか?	321	66.1	140	29.5	22	4.4
	4. 今楽しく暮らしていますか?	372	76.8	100	20.8	11	2.4
心理的安定感	平均 (± SD)	4.09 ± 2.63					
	5. 些細な事でも気にするようになったと思いますか?	147	30.1	184	38.3	152	31.7
	6. 些細な事が気になって眠れないことがありますか?	133	27.7	139	28.5	211	43.9
	7. 気分の落ち込むことがありますか?	185	37.9	146	30.7	152	31.5
8. 何となく不安にかられることがありますか?	180	36.9	140	29.1	163	34.1	
生活のハリ	平均 (± SD)	5.64 ± 1.87					
	9. なにかををするときに、活力をもってやっていますか?	300	61.9	153	31.7	30	6.4
	10. 趣味や楽しみごとをもって生活していますか?	370	76.6	88	18.2	25	5.2
	11. 若い頃と同じように興味ややる気がありますか?	227	46.9	184	38.3	72	14.8
12. これから先、何か楽しいことが起こると思いますか?	113	23.0	285	59.1	85	17.8	
合計	平均 (± SD)	16.52 ± 4.53					

5 ~ 8 : 逆転項目

4.1.2 対象者の主観的 QOL 得点 (3つの下位項目得点) について (表2)

主観的 QOL 尺度の平均得点は 16.52 ± 4.53 点である。主観的 QOL 尺度の下位項目である現在の満足感の平均得点は 6.8 ± 1.76 点で、「はい」と答えた者が多い項目は、「今楽しく暮らしている」であり、「はい」と答えた者が少ない項目は、「今までの生活に満足している」である。心理的安定感の平均得点は 4.09 ± 2.63 点で、「はい」と答えた者が多い項目は、「気分の落ち込むことがある」であり、「はい」と答えた者が少ない項目は、「些細な事が気になって眠れない」である。生活のハリの平均得点は 5.64 ± 1.87 点で、「はい」と答えた者が多い項目は、「趣味や楽しみごとをもって生活している」であり、「はい」と答えた者が少ない項目は、「これから先楽しいことが起こると思う」である。

4.2 対象者の買物行動について

対象者を比較的元気な集団 (グループ1) 448人 (89.0%) と介護保険を申請している集団 (グループ2) 51人 (11.0%) の2グループに分けて、買物行動との関連性について表3に示す。

普段の買物頻度については、グループ1は、「毎日」が159人 (35.5%)、「ほとんどしない」が29人 (6.5%) で、グループ2は、「毎日」が6人 (11.8%)、「ほとんどしない」が16人 (31.4%) である。

個人商店で買物する頻度については、グループ1は、「毎日」が48人 (10.7%)、「ほとんどしない」が229人 (51.1%) であり、グループ2は、「毎日」が1人 (2.0%)、「ほとんどしない」が42人 (82.4%) である。

個人商店で買物する理由については、両グループとも、「近いところにある」が最も多く、グループ1は、2番目に「満足できる商品を選べる」を挙げ、グループ2は、「店員と会話ができる」を挙げている。

大型ショッピングセンターで買物する頻度については、グループ1は、「週1回以上」が218人 (48.7%)、「ほとんどしない」が50人 (11.2%) である。グループ2は、「週1回以上」が11人 (21.6%)、「ほとんどしない」が23人 (45.1%) である。

大型ショッピングセンターで買物する理由については、両グループとも、「満足できる商品を選べる」、「楽しい時間が過ごせる」の順が多い。

徒歩圏内にあるお店は、両グループとも、

「スーパー」、「個人商店」、「コンビニ」の順が多い。

買物に行く手段については、両グループとも、「徒歩」が一番多く、グループ1は、「自分の運転する車」、「自転車」と続き、グループ2は、「送迎 (家族も含む) の車」、「バスや電車」の順が多い。

買物志向については、グループ1は、「とても好き」が97人 (21.7%)、「あまり好きではない」が43人 (9.6%) で、グループ2は、「とても好き」が10人 (19.6%)、「あまり好きではない」が8人 (15.7%) である。

誰と買物に行きたいかについては、両グループとも、「一人」、「家族 (孫を除く)」、「友人・知人」の順が多い。

誰かと一緒に買物に行きたい理由については、グループ1は、「会話ができる」が230人 (51.3%) で最も多く、グループ2は、「送迎してもらえる」が21人 (41.2%) で最も多く、「会話ができる」が19人 (37.3%) である。

自分で商品を選んで買いたいについては、グループ1は、「絶対自分で選びたい」が203人 (45.3%)、「自分で選ばなくてもいい」が32人 (7.1%) で、グループ2は、「絶対自分で選びたい」が23人 (45.1%)、「自分で選ばなくてもいい」が7人 (13.7%) である。

自分で買物代金を支払いたいについては、グループ1は、「絶対自分で払いたい」が250人 (55.8%)、「自分で払わなくてもいい」が32人 (7.1%) で、グループ2は、「絶対自分で払いたい」が27人 (52.9%)、「自分で払わなくてもいい」が6人 (11.8%) である。

買った商品をお店で受け取りたいについては、グループ1は、「絶対お店で受け取りたい」が220人 (49.1%)、「お店で受け取らなくてもいい」が24人 (5.4%) で、グループ2は、「絶対お店で受け取りたい」が28人 (54.9%)、「お店で受け取らなくてもいい」が5人 (9.8%) である。

店員や連れと話をしながら買物したいについては、グループ1は、「絶対会話をしたい」が55人 (12.3%)、「会話をしなくてもいい」が149人 (33.3%) で、グループ2は、「絶対会話をしたい」が6人 (11.8%)、「会話をしなくてもいい」が18人 (35.3%) である。

買物に行けなくなったら寂しいについては、グループ1は、「とても寂しい」が215人 (48.0%)、「あまり寂しくない」が27人 (6.0%) で、グループ2は、「とても寂しい」が18人

表3 2グループ別にみた買物行動

n = 499人 (100%)

項目		グループ1	グループ2	計	検定
		n = 448 (89.8)	n = 51 (10.2)		
普段の買物頻度	毎日	159 (35.5)	6 (11.8)	165 (33.1)	**
	時々	260 (58.0)	29 (56.9)	289 (57.9)	
	ほとんどしない	29 (6.5)	16 (31.4)	45 (9.0)	
個人商店で買物する頻度	毎日	48 (10.7)	1 (2.0)	49 (9.8)	**
	時々	171 (38.2)	8 (15.7)	179 (35.9)	
	ほとんどしない	229 (51.1)	42 (82.4)	271 (54.3)	
個人商店で買物する理由①	満足できる商品を選ぶ	98 (21.9)	3 (5.9)	101 (20.2)	
	友人などと会える	53 (11.8)	2 (3.9)	55 (11.0)	
	近いところにある	211 (47.1)	10 (19.6)	221 (44.3)	
	店員と会話ができる	54 (12.1)	8 (15.7)	62 (12.4)	
	楽しい時間が過ごせる	32 (7.1)	2 (3.9)	34 (6.8)	
	安心感がある	84 (18.8)	0 (0)	84 (16.8)	
	その他	30 (6.7)	3 (5.9)	33 (6.6)	
大型ショッピングセンターで買物する頻度	週1回以上	218 (48.7)	11 (21.6)	229 (45.9)	**
	月1～2回程度	180 (40.2)	17 (33.3)	197 (39.5)	
	ほとんどしない	50 (11.2)	23 (45.1)	73 (14.6)	
大型ショッピングセンターで買物する理由①	満足できる商品を選ぶ	274 (61.2)	18 (35.3)	292 (58.5)	
	友人などと会える	26 (5.8)	3 (5.9)	29 (5.8)	
	近いところにある	80 (17.9)	5 (9.8)	85 (17.0)	
	店員と会話ができる	13 (2.9)	1 (2.0)	14 (2.8)	
	楽しい時間が過ごせる	165 (36.8)	14 (27.5)	179 (35.9)	
	安心感がある	91 (20.3)	2 (3.9)	93 (18.6)	
	その他	32 (7.1)	9 (17.6)	41 (8.2)	
徒歩圏内にあるお店①	個人商店	219 (48.9)	13 (25.5)	232 (46.5)	
	スーパー	289 (64.5)	32 (62.7)	321 (64.3)	
	コンビニ	161 (35.9)	13 (25.5)	174 (34.9)	
	大型ショッピングセンターや百貨店	59 (13.2)	7 (13.7)	66 (13.2)	
	その他	3 (0.7)	1 (2.0)	4 (0.8)	
買物に行く手段①	徒歩圏内にお店はない	47 (10.5)	8 (15.7)	55 (11.0)	
	徒歩	230 (51.3)	33 (64.7)	263 (52.7)	
	自転車	103 (23.0)	1 (2.0)	104 (20.8)	
	自分の運転する車	108 (24.1)	0 (0)	108 (21.6)	
	送迎(家族も含む)の車	54 (12.1)	28 (54.9)	82 (16.4)	
	バスや電車	100 (22.3)	9 (17.6)	109 (21.8)	
買物志向	とても好き	97 (21.7)	10 (19.6)	107 (21.4)	n.s.
	まあ好き	308 (68.8)	33 (64.7)	341 (68.3)	
	あまり好きではない	43 (9.6)	8 (15.7)	51 (10.2)	
誰と買物に行きたいか①	一人	266 (59.3)	28 (54.9)	294 (58.9)	
	家族(孫を除く)	201 (44.9)	22 (43.1)	223 (44.6)	
	孫	46 (10.4)	2 (3.9)	48 (9.6)	
	友人・知人	129 (28.8)	6 (11.8)	135 (27.1)	
誰かと一緒に買物に行きたい理由①	会話ができる	230 (51.3)	19 (37.3)	249 (49.9)	
	送迎してもらえる	128 (28.6)	21 (41.2)	149 (29.9)	
	物を買ってもらえる	9 (2.0)	1 (2.0)	10 (2.0)	
	物を買ってあげられる	70 (15.6)	4 (7.8)	74 (14.8)	
自分で商品を選んで買いたい	絶対自分で選びたい	203 (45.3)	23 (45.1)	226 (45.3)	n.s.
	出来れば自分で選びたい	213 (47.5)	21 (41.2)	234 (46.9)	
	自分で選ばなくてもいい	32 (7.1)	7 (13.7)	39 (7.8)	
自分で買い物代金を支払いたい	絶対自分で払いたい	250 (55.8)	27 (52.9)	277 (55.5)	n.s.
	出来れば自分で払いたい	166 (37.1)	18 (35.3)	184 (36.9)	
	自分で払わなくてもいい	32 (7.1)	6 (11.8)	38 (7.6)	
買った商品をお店で受け取りたい	絶対お店で受け取りたい	220 (49.1)	28 (54.9)	248 (49.7)	n.s.
	出来ればお店で受け取りたい	204 (45.5)	18 (35.3)	222 (44.5)	
	お店で受け取らなくてもいい	24 (5.4)	5 (9.8)	29 (5.8)	
店員や連れと話をしながら買物したい	絶対会話をしたい	55 (12.3)	6 (11.8)	61 (12.2)	n.s.
	出来れば会話をしたい	244 (54.5)	27 (52.9)	271 (54.3)	
	会話をしなくてもいい	149 (33.3)	18 (35.3)	167 (33.5)	
買物に行けなくなったら寂しい	とても寂しい	215 (48.0)	18 (35.3)	233 (46.7)	**
	まあ寂しい	206 (46.0)	24 (47.1)	230 (46.1)	
	あまり寂しくない	27 (6.0)	9 (17.6)	36 (7.2)	
普段の買物満足度	とても満足	72 (16.1)	8 (15.7)	80 (16.0)	**
	まあ満足	362 (80.8)	36 (70.6)	398 (79.8)	
	あまり満足していない	14 (3.1)	7 (13.7)	21 (4.2)	
買物を促進する因子	平均±SD	20.01 ± 5.10	14.57 ± 7.50	19.45 ± 5.63	**

分析に際して、カテゴリカルデータは χ^2 検定、平均値の差はKruskal Wallis 検定を用いた。n.s.: 有意水準 0.05 で有意差なし * : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$ ① : 複数回答である。

(35.3%)、「あまり寂しくない」が9人(17.6%)である。

普段の買物満足度については、グループ1は、「とても満足」が72人(16.1%)、「あまり満足していない」が14人(3.1%)で、グループ2は、「とても満足」が8人(15.7%)、「あまり満足していない」が7人(13.7%)である。

2グループ間で有意差があった買物行動の項目は、「普段の買物頻度」(p < 0.01)、「個人商店で買物する頻度」(p < 0.01)、「大型ショッピングセンターで買物する頻度」(p < 0.01)、「買物に行けなくなったら寂しい」(p < 0.01)、「普段の買物満足度」(p < 0.01)であり、「買物志向」、「自分で商品を選んで買いたい」、「自分で買物代金を支払いたい」、「買った商品をお店で受け取りたい」、「店員や連れと話をしながら買物したい」とは、有意差はない。

4.3 対象者の買物行動および買物を促進する因子と主観的 QOL 尺度の関連性について

4.3.1 買物行動と主観的 QOL 尺度の関連性について

買物行動と主観的 QOL 尺度および下位尺度の関連性について、表4に示す。

買物行動と主観的 QOL 尺度および下位尺度の平均得点について、Kruskal Wallis 検定を行った結果、主観的 QOL と有意差がない項目は、「買物に行けなくなったら寂しい」のみで、他の項目すべてと有意差がある。

現在の満足感と有意差がある項目は、「大型ショッピングセンターで買物する頻度」(p < 0.01)、「買物志向」(p < 0.01)、「普段の買物満足度」(p < 0.01)である。

心理的安定感の平均得点と買物行動については

有意差がある項目はない。生活のハリと有意差がない項目は、「個人商店で買物する頻度」のみで、他の項目すべてと有意差がある。

4.3.2 買物を促進する因子と主観的 QOL 尺度の関連性について

買物を促進する因子と主観的 QOL 尺度および下位尺度の関連性について、表5に示す。

買物を促進する因子と主観的 QOL 尺度および下位尺度の平均得点について、Kruskal Wallis 検定をおこなった結果、主観的 QOL と有意差がある項目は、「昔、使ったり食べたりした記憶が思い出され、買いたくなる(体験連想)」(p < 0.01)と、「商品や売り場の情報から自分の知識が広がり、買いたくなる(学習)」(p < 0.05)である。

現在の満足感と有意差がある項目は、「お店の考えや信念が商品や売り場から感じられ、買いたくなる(コンセプト)」(p < 0.05)、「作る過程を楽しませてくれて、買いたくなる(参画性)」(p < 0.05)、「商品や売り場の情報から自分の知識が広がり、買いたくなる(学習)」(p < 0.01)、および「お店の人が勧めるものと自分の欲しい物が一致し、買いたくなる(顧客洞察)」(p < 0.05)である。

心理的安定感と有意差がある項目は、「迷っている買物で、誰かの最後の一押しがあり、買うことを決める(信頼・納得)」(p < 0.05)である。

生活のハリと有意差がない項目は、「お店の人が勧めるものと自分の欲しい物が一致し、買いたくなる(顧客洞察)」と、「迷っている買物で、誰かの最後の一押しがあり、買うことを決める(信頼・納得)」であり、それ以外の項目すべてと有意差がある。

表4 買物行動と主観的 QOL 得点(3つの下位項目得点)の関連について

		普段の買物頻度	個人商店の買物頻度	大型ショッピングセンターの買物頻度	買物志向	商品を選びたい
主観的 QOL		**	*	**	**	**
下位項目	現在の満足感	n.s.	n.s.	**	**	n.s.
	心理的安定感	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*
	生活のハリ	**	n.s.	**	**	**
		買物代金を支払いたい	お店で受け取りたい	会話をしながら買物したい	買物に行けなくなったら寂しい	買物満足度
主観的 QOL		**	**	*	n.s.	**
下位項目	現在の満足感	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	**
	心理的安定感	*	*	n.s.	n.s.	**
	生活のハリ	*	**	*	*	**

分析に際して、Kruskal Wallis 検定を用いた。

n.s.: 有意水準 0.05 で有意差なし * : p < 0.05

** : p < 0.01

表5 買物を促進する因子と主観的 QOL 得点 (3つの下位項目得点) の関連について

	n=499								主観的 QOL			
	よくある		たまにある		あまりない		ない		現在の満足感	心理的安定感	生活のハリ	
	n	%	n	%	n	%	n	%				
今このお店で買わないと後悔すると感じることもある (鮮度)	55	5.8	207	41.7	208	41.5	29	11.0	n.s.	n.s.	n.s.	*
今まで自分の見たことがない商品 (新製品等) があると、買いたくなる (驚愕)	48	5.8	224	39.7	198	44.9	29	9.6	n.s.	n.s.	n.s.	**
お店のスタンプやポイントを集めたい (行動連鎖)	25	39.9	111	32.9	164	22.2	199	5.0	n.s.	n.s.	n.s.	*
お店に日常とは違う雰囲気を感じて、買いたいことがある (異世界感)	48	4.8	222	41.1	205	44.5	24	9.6	n.s.	n.s.	n.s.	*
見る、聞く、匂いをかぐ、触る、味などのいわゆる五感が働いて商品を買いたくなる (体感・直感)	24	15.0	138	52.5	262	27.7	75	4.8	n.s.	n.s.	n.s.	**
昔、使ったり食べたりした記憶が思い出され、買いたくなる (体験連想)	20	10.6	102	64.9	324	20.4	53	4.0	**	n.s.	n.s.	**
お店の考えや信念が商品や売り場から感じられ、買いたくなる (コンセプト)	37	6.2	238	38.7	193	47.7	31	7.4	n.s.	*	n.s.	*
作る過程を楽しませてくれて、買いたくなる (参画性)	61	4.6	234	36.3	181	46.9	23	12.2	n.s.	*	n.s.	**
商品や売り場の情報から自分の知識が広がり、買いたくなる (学習)	40	7.6	194	45.5	227	38.9	38	8.0	*	**	n.s.	**
自分の意思で商品を選んだという実感があり、買いたくなる (自立選択)	20	21.6	110	52.3	261	22.0	108	4.0	n.s.	n.s.	n.s.	**
お店の人が勧めるものと自分の欲しい物が一致し、買いたくなる (顧客洞察)	31	14.4	134	52.5	262	26.9	72	6.2	n.s.	*	n.s.	n.s.
迷っている買物で、誰かの最後の押しがあり、買うことを決める (信頼・納得)	41	8.4	178	47.7	238	35.7	42	8.2	n.s.	n.s.	*	n.s.

分析に際して、Kruskal Wallis 検定を用いた。

n.s. : 有意水準 0.05 で有意差なし * : $p < 0.05$ ** : $p < 0.01$

5. 考察

5.1 地域在住女性高齢者の特徴について

5.1.1 社会活動とIADL等について

本研究の分析対象者の老研式活動能力得点 (IADL) は、指標開発者である古谷野他 (1987) が、65歳から96歳を対象として実施した全国調査と比べると、65歳から69歳は 11.8 ± 2.0 点に対し、本調査は 12.15 ± 1.41 、特に80歳以上に限ると 8.0 ± 4.2 点に対し、 11.13 ± 2.55 点であり、本調査は、老研式活動能力得点の高い集団であるといえる。

本研究における対象者の社会との交流については、「十分している」と「多少している」は70.8%であり、「全くしていない」は9.6%に過ぎない。これは、生涯学習を行っている集団や老人クラブの会員やデイサービスに通所している集団からの抽出であり、社会活動が活発な集団であるといえる。先行研究では、外出の頻度や社会活動の活発と老研式活動能力指標やADLの関連性が明らかにされており (玉腰他:1995、安梅:

2000、藤田他:2004)、本研究でも同様の結果である。

5.1.2 主観的 QOL について

本調査における分析対象者の主観的 QOL 尺度得点と下位項目である「現在の満足感」、「心理的安定感」、「生活のハリ」の得点は、指標開発者である長嶋他 (1999) が、住民台帳から無作為抽出した東京都 M 市の高齢者 1800 人を対象とした調査と比較すると、85歳以上の「現在の満足感」の得点を除いて、いずれの得点も低いことが示されている。また、「現在の満足感」の得点は、他の下位項目得点よりも高く、「生活のハリ」の得点は、他の下位項目得点よりも年代差が見られ、長嶋他 (1999) の結果と同様である。同尺度を用いた健康群と疾患群を比較した調査 (石原他:1992) では、疾患群の「心理的安定感」得点が健康群よりも低いことを報告している。

本調査では、疾患の有無については調査していないが、老研式活動能力得点と「心理的安定感」

得点には関連があり、老研式活動能力得点の低い集団は「心理的安定感」得点が低い傾向を示している。高齢者にとってのQOLは、健康状態と社会経済的状态ならびに環境要因によって規定されており（松林：2001）、本調査では、健康状態との関連が示唆されている。

5.2 買物行動の実態について

普段の買物頻度については、9割以上が週1～3回以上買物しているが、個人商店での買物頻度と大型ショッピングセンターで買物する頻度は、どちらも半数以上が月1～2回以下と答えている。これは買物に行く手段として「徒歩」が最も多く、徒歩圏内にあるお店で最も多いのが「スーパー」であることから、近くて便利なスーパーで生活必需品を購入していることが考えられ、長岡（1998）の高齢者の購買行動の実態とも一致している。

個人商店を利用する理由として「近いところにある」が最も多く、大型ショッピングセンターは「満足できる商品が選べる」が最も多いことから、両者に求めているものが違うことが明らかである。

「普段の買物頻度」や「普段の買物満足度」は年齢と関連が見られ、年齢が低いほど「普段の買物頻度」や「普段の買物満足度」は高くなる傾向にある。「個人商店で買物する頻度」や「大型ショッピングセンターで買物する頻度」、「買物志向」、一連の買物動作（①商品を選ぶ、②買物代金を支払う、③お店で商品を受け取る、④店員や連れと会話をする）、「買物が出来なくなると寂しい」は、年齢とは関連が見られない。これは、年齢に関係なく地域在住女性高齢者は買物が好きで、買物を行ないたいと考えていることが示唆される。

介護保険の申請の有無で、買物行動を比較したところ、「普段の買物頻度」、「個人商店で買物する頻度」、「大型ショッピングセンターで買物する頻度」、「買物に行けなくなったら寂しい」、「普段の買物満足度」で有意差が見られる。グループ2の「買物に行く手段」として、徒歩が半数近くで、送迎が4割弱という結果である。徒歩や送迎という限られた手段でしか買物に行けないことが、買物頻度に影響を及ぼしていると考えられる。先行研究では、一人暮らしや個人的交通手段を持たない高齢者の買物は、家族の送迎により支えられていることが報告されている（沼野：2004）。本調査においても介護保険の申請の有無と送迎とは

有意差があり、グループ2は送迎に頼っていることがわかる。送迎は、身体能力が低下した高齢者にとって、買物を継続するための重要な要素であると考えられる。

また、年齢と同様に、買物志向は、介護保険の申請の有無に有意差がないことから、健康状態や身体能力に関係なく、地域在住女性高齢者は買物が好きであることがわかる。

「買物に行けなくなったら寂しい」は、介護保険の申請の有無や普段の買物頻度と有意差がある。グループ2の約3割が、普段ほとんど買物しないと答えており、買物頻度が低下することで、買物に行けなくても寂しいと思わない傾向になることが示されている。

要介護状態の高齢者を対象とした調査（三島他：2008）では、高齢者が買物に行かない理由として、身体的能力の低下や他者が買物を代行してくれることを報告している。在宅高齢者の買物行動調査（安次他：2001）では、自立、要介護の区別なく、独居高齢者は、食料品などの購入をホームヘルパーに依存する傾向であることを報告し、それが独居高齢者の食生活を支えていることを指摘している。買物が好きであるという高齢者の気持ちを大切に、要介護状態になっても買物意欲を低下させることなく、高齢者自身が買物を楽しめるように他者が支えていくことが重要であると考えられる。

5.3 買物行動と主観的 QOL との関連について

買物行動のうち、「普段の買物頻度」、「買物志向」、「大型ショッピングセンターで買物する頻度」、「普段の買物満足度」が、主観的 QOL や主観的 QOL の下位項目である「現在の満足感」、「生活のハリ」との強い関連が見られ、特に「生活のハリ」は、他の買物行動とも関連がある。本研究では、買物行動のうち「買物代金を支払いたい」、「会話をしながら買物したい」は、主観的 QOL や下位項目と全く関連がない。「生活のハリ」は、「現在の満足感」で表されるような、生活全体に「満足している」、「幸福である」ということに加え、より具体的に主体的、積極的な行動ができるかどうかということの問題としている（石原：1992）。買物は欲しい商品を手に入れるために、積極的にお店まで行き、主体的に商品を選んで代金を支払い、商品を受け取るという一連のプロセスを辿っている。本研究では、このプロセスと、介護保険の申請の有無と有意差はない

という結果であることから、買物は身体能力の低下した高齢者にとっても、主体的かつ積極的に取り組める行動であると考えられる。健康日本21では、高齢期においては、多少の病気や障害を抱えていても、生活の質を維持し、豊かに暮らすことができるように自ら試みる事が重要であり、高齢者のQOLの向上には、社会との交流と社会的役割をもつことが必要であると提言している(川村：2005)。橋本(1992)は、高齢者の社会活動を「家庭外での対人活動」と規定し、①仕事、②社会的活動、③学習的活動、④個人活動の4側面にとらえ、側面ごとに活動の実施状況に関する指標を作成している。この指標に従えば、買物は個人活動に属するが、他者との関わりが苦手な高齢者であっても、買物は一人でも気軽に取り組み、社会との接点を保つことが可能である。Okun(1984)らは近隣者との社会活動が主観的幸福度と関連していることを明らかにしている。本研究においても、徒歩圏内で利用できる個人商店で買物する頻度が「生活のハリ」と関連していることが示されている。「個人商店を利用する理由」として、有意差はないものの、グループ2の3割弱は「店員と会話ができる」をあげ、グループ1は1割弱という結果である。特に、身体機能が低下した高齢者にとって、顔なじみの個人商店で会話をしながら買物することは、普段の生活にハリを与える要素になることが推測できる。

しかし、個人商店で買物する頻度と比較して、大型ショッピングセンターで買物する頻度は、「生活のハリ」だけではなく、「現在の満足感」や「主観的QOL」とも関連が見られ、高齢者のQOLに影響を与える要因であることが明らかである。これは、ショッピングモールは社会活動、健康、幸福、および全体的な士気に対するニーズを充足することで高齢者のQOLにおいて、中心的な役割であることを指摘している(高橋：2008)ことと一致する。買物を促進する因子の中で「商品や売場の情報から自分の知識が広がり買いたくなる」と答えた高齢者は、「現在の満足度」、「生活のハリ」、「主観的QOL」が高い結果となっている。大型ショッピングセンターや百貨店は、日常から非日常への空間へと区分けするお祭りのような雰囲気や呼びかけ声、多彩で新鮮な色、明るい照明などの仕掛けが揃っており(匠：2005)、それらが刺激となり、高齢者のQOLに影響を与えているのではないかと考える。

5.4 地域看護への提言

本調査から、地域在住女性高齢者の「主観的QOL」や「生活のハリ」は、買物の頻度や買物の一連の動作よりも普段の買物満足度と強い関連があることが明らかである。買物は、老人保健施設などでリクレーションとして取り入れているところもある(博報堂買物研究所：2007)が、リクレーションとして買物頻度を増やすことよりも、高齢者の要望を取り入れ、満足度のいく買物ができるように高齢者の意見を聴取し、検討することも必要である。

また、特定高齢者と呼ばれる高齢者人口の5%程度の虚弱高齢者を対象とした介護予防プログラムには、認知症予防・支援プログラムの生きがい型として、囲碁、将棋、園芸、料理、パソコン、ウォーキング、水泳などが挙げられているが、買物はプログラムの中に含まれていない(社会保険研究所：2009)。認知症のケアとして、回想法が効果的であることは、先行研究で明らかにされている(柴山他：2004)。回想法は、1968年、米国の精神科医バトラーによって提唱されたもので、高齢者が過去を思い出す過程を、専門家が共感的、受容的姿勢をもって、意図的に介入し、支持するコミュニケーションである(金川他：2005)。本調査において、買物を促進する要素として「昔、使ったり食べたりした記憶が思い出され買いたくなる」と答えた高齢者は、「生活のハリ」、「主観的QOL」が高いという結果となっている。買物は回想法のテーマとして取り上げられることもあり、高齢者の昔の記憶を想起させ、認知症予防に効果的なプログラムとして有用であると考えられる。

本調査で、主観的QOLと関連があった買物を促進する要素を積極的に買物のプログラムに取り入れ、高齢者が満足できる買物を追及することは、高齢者のQOLの維持・向上に不可欠である。買物は、身体機能の低下した高齢者であっても、家族や周りがサポートすることで、容易に可能となる行為である。一人暮らしや家族の送迎に頼れない高齢者に対して、市町村レベルで買物を支援できるような送迎システムを確立していくことが望まれるであろう。

6. 結論

I県に在住の499人を対象に年齢、社会との交流、身体能力として老研式活動能力指標、精神状況として主観的QOL尺度、買物行動、買物を促進する因子などについてアンケート調査を行っ

た。分析の結果、以下の結論が導き出された。

6.1 年齢や介護保険の申請の有無と買物志向との関連について

「買物志向」は、年齢と介護保険の申請の有無に有意な関連がなかったことから、健康状態や身体能力に関係なく、調査対象であるI県在住の女性高齢者は、買物が好きであることが示された。

6.2 買物頻度と買物に行けなくなったら寂しいとの関連について

「買物に行けなくなったら寂しい」は、介護保険の申請の有無や普段の買物頻度と有意な関連があった。買物頻度が低下することで、買物に対する意欲が低下することが示された。

6.3 生活のハリと買物行動との関連について

主観的 QOL の下位項目である「生活のハリ」は、「普段の買物頻度」、「個人商店で買物する頻度」、「大型ショッピングセンターで買物する頻度」、「買物志向」、「自分で商品を選びたい」、「買物に行けなくなったら寂しい」、「普段の買物満足度」の買物行動と有意な関連があった。買物行動が、高齢者の生活のハリを高める要素であることが示された。

6.4 地域看護への提言

以上の結果より、今回の調査対象であるI県在住の女性高齢者は、年齢や介護保険の申請の有無に関わらず、買物が好きであるが、買物頻度が低下することで、買物意欲が低下することが示された。買物が好きである高齢者の気持ちを大切に、高齢や要介護状態になっても買物意欲を低下させず、生活のハリを高める要素である買物を、高齢者自身ができるように、地域で支えていくことが重要である。

7. 今後の課題

本調査で、地域在住女性高齢者の心身機能と買物行動の実態を明らかにした。本来は、住民台帳からランダム抽出すべきであるが、対象者の年齢、ADL の違いや対象者数を考慮して調査協力者を選択した。アンケート調査の回収方法を統一できなかったこと、一部、ADL の低い人達に面接調査で情報収集をしたことが本研究の限界といえる。また、近年はテレビやインターネットによる通信販売が増えていることや、高齢者の消費者被害の増加が社会問題となっており（上山：

2014）、それらの関係について確認することが今後の課題として挙げられる。

謝辞

本調査にご協力頂いた高齢者や関係者の方に心より感謝を申し上げます。

引用文献

- 1) 安梅時江 (2000) : 高齢者の社会関連性評価と生命予後 社会関連性指標と5年後の死亡率の関係. 日本公衆衛生雑誌, 47, p127-133
- 2) 出村慎一、佐藤進 (2006) : 日本人高齢者のQOL 評価—研究の流れと健康関連 QOL および主観的 QOL. 体育学研究, 51, p103-115
- 3) 遠藤公久 (2004) : 幸福感・健康 ; 心理測定尺度集Ⅲ. 株式会社サイエンス社、初版第5刷, p90-93
- 4) 藤田幸司、藤原佳典、熊谷修他 (2004) : 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. 日本公衆衛生雑誌, 51, p168-180
- 5) 古谷野巨、柴田博、中里克治他 (1987) : 地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発—. 日本公衆衛生雑誌, 34, p109-114
- 6) 博報堂買物研究所 (2007) : 買物欲マーケティング. ダイアモンド社, p186-202
- 7) 橋本修二、福富和夫、大野良之 (1994) : 高齢者の社会生活状況の把握—既存統計に基づく検討—. 厚生学の指標, 41 (5), p27-31
- 8) 星旦二 (2000) : 「生きがい」とは何か?. 公衆衛生情報, 7, p46
- 9) 石原治、内藤佳津雄、長嶋紀一 (1992) : 主観的尺度に基づく心理的側面を中心としたQOL 評価表作成の試み. 老年社会学, 14, p43-51
- 10) 金川克子、野口美和子監修、天津栄子編集 (2005) : 高齢者看護プラクティス 認知症ケア・ターミナルケア. 中央法規出版株式会社, p62-96
- 11) 上山泰 (2014) : 高齢者の消費者被害と「成年後見制度」—地域の権利擁護ネットワークにおける成年後見の活用に向けて、社会福祉研究, 第119号, p38-45
- 12) 川村佐和子、志自岐康子、松尾ミヨ子 (2005) : 基礎看護学—看護学概論. 株式会社メディカ出版、第1版第3刷, p80

- 13) 長岡正代 (1998) : 高齢者の購買行動の実態と今後の課題—京都府内を中心とした地域のアンケート調査より—. 同志社女子大学生生活科学、32、p33-41
- 14) 長嶋紀一、内藤佳津雄 (1999) : 生きがいのある老年期のライフスタイル—主観的 QOL 指標による検討—. 日本大学心理学研究、20 : 1 - 8
- 15) 新村出 (1998) : 広辞苑. 岩波書店、5-1、p1328
- 16) 西山健、三谷嘉明他 (1998) : 虚弱高齢者の QOL—その概念と測定—. 医歯薬出版株式会社、第1版第1刷、p353-374
- 17) 沼野夏生 (2003) : 中山間地域におけるひとり暮らし高齢者の購買行動. 日本建築学会東北支部研究報告会、6、p363-367
- 18) 三島伸子、伊藤麻里子、村上弥生、永山絵美、山本勉、安原耕一郎 (2008) : 買物調査からみえてきたもの—介護予防に関連して—. 老年社会学、30 (2)、p249
- 19) 宮原洋八、黒後裕彦 (2005) : 地域在住高齢者における健康関連 QOL と生活機能、社会的属性間の関連. 健康支援、7(2)、p149-152
- 20) Okun MA、Stock WA、Haring MJ、Witter RA. (1984) : The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis. Research on Aging、6、p45-65
- 21) 柴山漠人、遠藤英俊、三浦久幸 (2004) : もの忘れ外来と痴呆患者に対する非薬物療法の実際. 老年医学、142 (6)、p775-779
- 22) 下村裕子、河口てる子、林優子他 (2003) : 看護が捉える「生活者」の視点—対象理解と行動変容の「かぎ」—. 看護研究、36 (3)、p25-37
- 23) 社会保険研究所 (2009) : 介護保険制度の解説. p6-42
- 24) 高橋昭夫 (2008) : QOL とマーケティング—クオリティ・オブ・ライフ理論の構築を目指して—. 株式会社同友館、第1刷、p51
- 25) 匠英一 (2005) : 図解でわかる心理マーケティング. 日本能率協会マネジメントセンター、初版第1刷
- 26) 玉腰暁子 (1995) : 高齢者における社会活動の実態. 日本公衆衛生雑誌、42、p888-896
- 27) 安次富郁哉、岩政琢、岡村真理子、小松啓子、白石公彦、蔵本茂昭、舟谷文男 (2001) : 在宅高齢者の購買行動調査. 保険の科学、43 (3)、p255-261
- 28) 吉野正治 (1980) : 生活様式の理論—新しい生活科学の思想と方法—、光生館

A study for effects of shopping behavior on the subjective QOL —An analysis of shopping behavior of elderly women in local communities —

Naomi RAN

Department of Nursing, Toyama College of welfare Science

Abstract

This research aims to make clear effects of purchasing behavior on the subjective QOL by analyzing that of elderly women in local communities. A questionnaire survey was conducted to elderly women in prefecture I in Japan, and 499 valid responses were analyzed. The analysis indicates significant correlations between shopping behavior and “contentment in life”, which is a subordinate component of QOL.

Such shopping behavior includes frequency of shopping in daily lives, frequency of shopping in large shopping malls, tendency in shopping behavior, satisfaction in shopping behavior, disappointment in case of not being able to go shopping, taking an initiative in decision making in purchasing, taking an initiative in payment in purchasing, urge to receive goods at shops where she has bought them, and motivation to enjoy shopping while enjoying conversations with friends and clerks. The analysis indicates that elderly women in local communities enjoy shopping regardless of their age and degrees of dependency on cares/nursing, that shopping gives contentment to their daily lives, and that it is important to develop various local programs which support their shopping.

Keywords: shopping behavior, elderly women in local communities, subjective QOL

若手介護福祉士に対する介護過程におけるアセスメント研修の効果 —スキルアップ研修受講者の中間報告から—

毛利 亘, 小出 えり子, 牛田 篤
富山福祉短期大学 社会福祉学科

(2015.2.4受稿, 2015.3.18受理)

要旨

本研究は、5年未満の現任介護福祉士（以後、若手介護福祉士）におけるC短期大学介護福祉専攻の実施したスキルアップ研修受講者を対象とし、研修開始から中間報告会までの研修効果を明らかにする。そこで、受講者の記述した中間報告会用アセスメントシートを用いて、ICFやセンター方式等の視点から、認知症ケアにおいての利用者の観察力と生活歴の活用を重視した介護計画の立案に関するアセスメントの研修内容を分析する。本研修の効果として、援助案の具体化、受講者のすべてが活動と参加に焦点を当てた生活機能の向上や充実に向けた介護計画を立案、利用者主体の介護計画を立案する効果が示唆された。

キーワード 介護過程、アセスメント、若手介護福祉士、スキルアップ研修

1. はじめに

団塊の世代の高齢化に伴う要支援・要介護認定者の増加が予測されることから、各地域の介護保険サービスの中心を担う存在として、質の高い人材育成と確保は重要である。

本研究に先立ち、予備調査として筆者らは、A県の介護施設などに勤務しており、職員教育を担う中間管理職層を対象に、アセスメント研修に関する事前アンケート調査を行った。その結果、介護福祉士の無資格者に対する研修は必要不可欠であることが判った。一方で有資格者に対して、介護福祉士としての知識と技術には格差があるため、資格取得後の教育が必要であり、特に5年未満の層に対して、その必要性を感じているという回答を得た。また、筆者らは、A県の職員教育を担う管理職に対し、同様のアンケート内容を聞き取り調査により行った結果、将来の職場や実習の指導者を育成するという観点から、有資格者の5年未満の層に対する教育を、介護福祉士養成校の教員から受けることの必要性を感じているという回答を得た。その際、具体的な根拠に基づく介護サービスの提供により質の高い介護を行うため、アセスメントや介護過程の展開に関する教育は必要であるという結果を得ている。

以上の予備調査の結果をもとに、A県における若手介護福祉士を対象として、C短期大学介護福祉専攻において年間10回（1回90分）の教育を行い、要介護者の抱える生活課題を把握し、利

用者のADLや疾患、生活歴などの情報に基づいた根拠ある介護を明確にできるアセスメントスキルの向上および教育支援システム構築による課題改善を目的とした実践研究を進めている。

2. 目的

本研究は、若手介護福祉士におけるC短期大学介護福祉専攻の実施したスキルアップ研修受講者を対象とし、研修開始から中間報告会までの研修効果を明らかにすることを目的とする。その際、受講者の記述した中間報告会用アセスメントシートの分析を行い、ICFやセンター方式等の視点から、認知症ケアにおいての利用者の観察力と生活歴の活用を重視した介護計画の立案に関する研修効果を分析する。

3. 方法

3.1 対象

A県内における若手介護福祉士のアセスメントスキルアップ研修受講者16名

3.2 調査期間

平成26年6月～平成26年10月

3.3 場所

A県B市C短期大学

3.4 調査方法

本調査は、利用者のADLや疾患、生活歴などの情報に基づいた根拠ある介護を明確にするためのアセスメントスキルの向上を目的とし、C短期大学介護福祉専攻で使用している介護過程の展開記録用紙を用いる。受講者自身が事例検討したい対象者を決め、介護過程の展開を行い、その検討から介入効果をまとめる。

本調査内容は、アセスメントスキル研修開始時におけるアセスメントおよび介護過程に関する15項目のアンケート調査を行い、次に中間報告会用アセスメントシートに関する分析を行う。それらの結果から、研修開始時のアンケート調査の報告および中間報告会用アセスメントシートに基づく介護過程の展開における情報収集から、計画の立案までの対象者の介護計画の特徴を分析する。

中間報告までの全体手順は以下の通りである。

- ① 6月に対象者決定および研修説明、第1回目研

修終了後にアンケート調査を実施する。

- ② 6月から毎月1回90分の研修を実施する。(研修スケジュールは、表1参照)
- ③ 対象者は主に自らの職場等で事例検討したい対象者を選定し、C短期大学指定の介護過程の展開様式を用い介護実践を行う。
- ⑤ 中間報告会用アセスメントシートの作成を行う。
- ⑥ 10月の中間報告会以降、アンケート調査および対象者の介護過程の展開様式を用いた内容に基づく中間報告会用アセスメントシートを分析する。

アンケートは、受講者の基本属性と介護計画に関する実態把握を理解する目的とした質問内容であり、勤務先の種別や介護福祉士を取得後の従事年数、アセスメントに関する問や研修受講に関する問など5件法又は4件法および自由記述にて15項目のアンケート調査を行う。アンケート表を表2に示す。

表1 研修スケジュール(講義・演習)

6月(第1回目): 研修の意義・方法の説明・介護過程の展開用紙を用いた情報収集
7月(第2回目): 介護過程の展開用紙用いたアセスメント・介護計画の立案
8月(第3回目): 認知症要介護者に対するアセスメント方法・センター方式及び回想法
9月(第4回目): アセスメント事例検討と中間発表のためのまとめ
10月(第5回目): 介護計画の立案までの介護過程中間報告会

表2 15項目の基本属性と介護計画に関するアンケート表

問1. あなたの勤務先の種別を教えてください	1. 特別養護老人ホーム、2. 介護老人保健施設、3. 療養型医療施設、4. デイサービス、5. ホームヘルプサービス、6. ショートステイ、7. 小規模多機能型サービス、8. グループホーム、9. その他
問2. あなたの介護福祉士取得後の従事年数を教えてください ※複数の介護職場における経験も含む	1. 1年未満、2. 1年以上2年未満、3. 2年以上3年未満、4. 3年以上4年未満、5. 4年以上5年未満
問3. 職場で利用者のアセスメントについて、学ぶことができていますか	1. よくできている、2. ある程度できている、3. あまりできていない、4. 全くできていない。
問4. 職場で利用者の介護計画の立案について、学ぶことができていますか	1. よくできている、2. ある程度できている、3. あまりできていない、4. 全くできていない
問5. 職場で利用者の介護計画の実施について、学ぶことができていますか	1. よくできている、2. ある程度できている、3. あまりできていない、4. 全くできていない
問6. 職場で利用者の介護計画の評価について、学ぶことができていますか	1. よくできている、2. ある程度できている、3. あまりできていない、4. 全くできていない
問7. 職場でセンター方式を用いて、利用者の個別ケアを学ぶことができていますか	1. よくできている、2. ある程度できている、3. あまりできていない、4. 全くできていない
問8. 問7の理由を教えてください	
問9. 介護福祉士にとって、介護現場の事例を用いた介護過程の研修を行うことは必要ですか	1. とても必要、2. ある程度必要、3. どちらともいえない、4. あまり必要ない、5. 必要ない
問10. 問9で1、2と答えた方に質問です。特にどの経験年数層に受講して欲しいと思いますか	1. 1年未満、2. 1年～5年未満、3. 5年～10年未満、4. 10年～15年未満
問11. 介護過程の展開様式やセンター方式など、共通の様式により個別ケアを学ぶことは必要ですか	1. とても必要、2. ある程度必要、3. どちらともいえない、4. あまり必要ない、5. 必要ない
問12. 介護現場で利用者の生活課題(ニーズ)を抽出する為の解釈する書式を用いて、文章を記述する知識と技術は必要ですか	1. とても必要、2. ある程度必要、3. どちらともいえない、4. あまり必要ない、5. 必要ない
問13. 問12の理由を教えてください	
問14. 研修を受講することで、スキルアップできた知識や技術を具体的に教えてください※複数の内容について記述可	
問15. 今後の若手介護福祉士スキルアップ研修に関して、ご意見やご要望等を教えてください ※複数の内容について記述可である	

3.5 倫理的配慮

本研究の倫理的配慮について、研究対象者に対しては、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、本研究では、個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、論文等における記述では、県名等の表記はアルファベットで処理する。なお、本研究に関する15項目のアンケート調査の実施に関しては、

富山福祉短期大学倫理審査委員会の承認を得た。

4. 結果と分析

本研究では、15項目のアンケート調査を行い、若手介護福祉士スキルアップ研修の初回時に受講者全員（16名）から回答を得た。15項目のアンケート調査の結果を、表3、4、5、6、7、8、9に示す。

表3 受講者の状況

区分	項目	受講者数(名)	割合(%)
勤務先	特別養護老人ホーム	6	37.5
	介護老人保健施設	5	31.3
	デイサービス	2	12.5
	ショートステイ	1	6.3
	小規模多機能型サービス	1	6.3
	グループホーム	1	6.3
従事年数	1年未満	5	31.3
	1年～2年未満	2	12.5
	2年～3年未満	4	25.0
	3年～4年未満	3	18.8
	4年～5年未満	2	12.5

表4 介護計画アセスメントの学びの状況

区分	項目	受講者数(名)	割合(%)
アセスメントを学ぶ機会	ある程度できている	9	56.3
	あまりできていない	5	31.3
	全くできていない	2	12.5
介護の立案を学ぶ機会	ある程度できている	7	43.8
	あまりできていない	7	43.8
	全くできていない	2	12.5
介護計画の実施を学ぶ機会	ある程度できている	8	50.0
	あまりできていない	6	37.5
	全くできていない	2	12.5
介護計画の実施を学ぶ機会	ある程度できている	8	50.0
	あまりできていない	6	37.5
	全くできていない	2	12.5
介護計画の評価を学ぶ機会	ある程度できている	6	37.5
	あまりできていない	7	43.8
	全くできていない	3	18.8
センター方式を用いて利用者の個別ケアを学ぶ機会	ある程度できている	4	25.0
	あまりできていない	10	62.5
	全くできていない	2	12.5

n = 16

※センター方式とは：正式名称は、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式のことである。センター方式は、2000年以降に認知症の人がその人らしい生活を継続できるよう共通のアセスメントシートとして開発された。その人の生活や生活歴等に焦点を当てた16枚のアセスメントシートがあり、認知症介護研究・研修センターが中心となり普及して来た。認知症の人の根拠に基づく個別ケアを考える際に用いる。

表5 センター方式を用いて個別ケアを学ぶ機会に関する理由

- ・勤務先ではセンター方式のケアプランを実施しているため
- ・自分の知識不足
- ・入社1年目の新人研修時、ケアプランに関する学習会はあった。しかし、それ以降定期的な学習会はなく、職員の個人業務化しているため
- ・フェイスシートの作成は相談員が作成し、大方のケアプランはケアマネージャーが作成している。利用者さまの出入りも激しく、ケアマネージャーが作成したケアプランをそのまま利用することが多い。
- ・職場でセンター方式を見かける事がほとんどない
- ・他職員の研修課題として1回使用したことがある。しかしそれ以上は学んでもいないし、センター方式も使用していないと思うから
- ・センター方式そのものが聞きなれない言葉で、今回の講義で学びたいと考えている
- ・個別ケアを学べる場を作れていない
- ・1日の流れに振り回され、個別ケアをおざなりにしているところが見える
- ・まだ受け持った利用者に関わる時間が少ないため何とも言えない
- ・今の職場にきてからまだ1年経っていない。評価を1人、1回したがそれっきり。人手不足で日々の業務を回し、覚えるので精一杯。書類にあまり関わっておらず、仕事の時間内ですることもない
- ・学ぶ時間や人がなかなか確保できていない
- ・施設全体で110名入所されており、個別ケアを望んでいても、なかなかできていないのが現状。
- ・入社1年目で、先輩職員がつき、教えていただいた（エルダー制度）
- ・受け持ち利用者をまだ持っていないため
- ・日々の仕事が忙しく、そこまでできていない

表6 今後の研修の必要性について

区 分	項 目	受講者数 (名)	割合 (%)
介護過程を学ぶ必要性	とても必要	8	50.0
	ある程度必要	5	31.3
	どちらともいえない	3	18.8
介護過程を学んで欲しい 経験年数層 (#:重複回答あり)	1年未満	2	12.5
	1年～5年未満	11	68.8
	5年～10年未満	3	18.8
	10年～15年未満	3	18.8
共通シートを用いて個別 ケアを学ぶ必要性	とても必要	6	37.5
	ある程度必要	7	43.8
	どちらともいえない	3	18.8
文章を記述する知識と技 術の必要性	とても必要	6	37.5
	ある程度必要	9	56.3
	どちらともいえない	1	6.3

n = 16

表7 生活課題の抽出における文章を記述する知識と技術の必要性に関する理由

- ・ 皆が分かるように、そして利用者のニーズを見つけるには、知識と技術が必要だと思う
- ・ その方にあったニーズを文字にするにあたって、他の職員にも分かる文章にする必要があり、また、利用者に適したプランを作成するためにも必要である
- ・ 各施設によって使用している書式が異なるから
- ・ 文章で表したほうが分かりやすい。書式を使った方が分かりやすい。
- ・ 実際に文章を記述することによって理解できることが増えたり、新たに発見できることがあると思うので必要
- ・ 個人の記録だと、特にな所に偏り、漏れなく記入することができない。様式化してあることで、簡単にバランスよく行える
- ・ 利用者の方を知る上で必要だと思うが、まだよく分からない
- ・ 文を記述する力をつけていないとプランへの記述に直す力を持っていないと思うため
- ・ 記述方法を統一することで共有しやすくなる
- ・ 説明力を高めるため
- ・ 必要ではあると思うが、日頃の業務を行いながらだと書式を用いて記述をしたりする余裕がないように感じる
- ・ 自分が全く出来ないのが必要
- ・ 利用者に対する今後のケアの答えを見つける為に必要
- ・ 利用者の生活を知ることが大切だと思うから
- ・ 生活課題を明確にすることが大切だと思うから
- ・ あまりにも難しい言葉を使うと、家族は勿論、他の人にも理解できなくなってしまう。小学校低学年の子にも分かるくらいの、分かりやすい例があればいいと思うので、国語の授業みたいに難しくなる必要はないと思うため
- ・ 職員間での情報理解
- ・ 情報の見やすさ

表8 研修の受講後にスキルアップできたと感じる知識や技術に関する理由

- ・ 学生に戻ったように感じ、介護士としての基本は何だったのか改めて思い出しました。
- ・ 老人保健施設に入り、ICFに基づいたフェイスシート、自分の言葉や文字で利用者を見つめることがあまりなかったため、この研修を機会に勉強し直したいと思いました。
- ・ 研修に参加することで、自分の職場という一つのくくりの中でしばられていたが、他の職場や職種の方々の思いや意見を聞く機会があり、一つの枠にしばらず、広い目で見たり、新しい発見ができたりと、考えの幅が広がっていったと思います。
- ・ 課題を通して利用者様との関わり方、その方々を知る上で必要なことを沢山学べる楽しさが増えそうです。学んだことを職場で生かせそうです。
- ・ 介護に関して知識が全く無いのだと改めて感じる事ができ、自分を知ることが出来た。
- ・ 介護についての知識や用語について忘れていたことが多く、思い出することができた。
- ・ 利用者を全人的にみる必要がある。介護過程の「定義」1つの情報からは見えてこない利用者像だからこそ、より多くの情報を集め、計画立案、理解していくことが大事。
- ・ FKT方式を知ることができた。※FKT方式：C短期大学所定の用紙を用いた方法
- ・ 介護過程を深めるための課題が見つかった。
- ・ ICFの理解の仕方がわかりやすい方法はないかと考えさせられた。専門職としての考え方と専門用語など勉強になった。利用者についてももう一度しっかりと観察するきっかけとなった。腰痛予防研修のリフト使用や身近の物を使用し介助を行う。(講義中の情報提供)
- ・ 利用者様との関わりを深める必要性。利用者状況を知る為には、日中の活動、身体状況などどんな人だったのかを知る為には、記録していくことは大事だと思った。
- ・ 初回ですが、勉強していた頃の自分に振り返ることができました。ニーズを知る、情報を集める等、意識して明日からの業務につきたいと思います。
- ・ ICFの活動を意識して“できる活動”がいくつあるのか？ 知らない手になっていないかを考えていきたいと思っています。ICFの視点についての再認識
- ・ 利用者本位になること、利用者のことを知る大切さ。(現在の自分は分かっているつもりでしか利用者のことを見ていないと感じた)
- ・ ケアプランについて実際現場ではあまり深く学べないので、改めてフェイスシートについての記入の仕方などを学ぶことができた。環境因子の中に自分たちが含まれているということを改めて知ることができた。
- ・ 介護過程の重要さケア内容の理解が明確になっているのが大切、その為には、その人を知ること。情報収集をするのに、必要とする情報が102項目にもわたっており、その利用者を知るには、そして介護計画を立てる為には必要であるということ。
- ・ 文章での情報収集だけでなく、本人のイラストも大事。
- ・ 自分自身が関わって知り得た情報のみでなく、他の職員が得た情報も取り入れ、より深く知っていくことがとても大切だということを改めて考えることができた。
- ・ 明日からは、もっと利用者の事を観察して介護に活かしたいと思う。

表9 今後の若手介護福祉士スキルアップ研修に関する意見や要望等

- ・ 仕事をしてからは、流れ作業で、時間重視、利用者本位ではなく、職員の都合に合わせる事が当たり前となっているため、この研修で初心に戻りたいと思う。
- ・ 仕事に慣れがでてきて、毎日業務をこなすだけになっているので研修を通して新しい目で利用者を見て新たな発見ができれば良い。
- ・ 今後でてくると思います。
- ・ 講義を聞くだけでなく、誰かと考える内容や時間がある講義だとありがたいです。
- ・ 利用者の課題となる事を達成、解決できる場となれば良いと思います。
- ・ 介護計画の立案を1から学んでいきたい。
- ・ 言葉掛けをしっかりと学んで頂きたいと思います。
- ・ 今年度初の10回シリーズということで楽しみにしていると同時に、レベルの高い内容についていけるか。ついていきたい。とドキドキです。学校に通ってみたいというあこがれも心のどこかにあったので、良い機会に恵まれたと思います。
- ・ 今は特にないです。
- ・ あまりほかの施設などがわからないので、どういう事をしているのかが知りたい。

4.1 アンケート調査1の結果

受講者の勤務先と従属年数は、表3の通りである。今回の受講生の勤務先は、主に特別養護老人ホームと介護老人保健施設で60%以上であり、従事年数1年未満が最も多い結果である。さらに、従事年数1年未満から3年未満までの該当者が60%以上という結果である。

受講者の介護計画のアセスメントの学び状況は、表4の通りである。今回の受講生は介護過程に関するアセスメント、計画の立案、実施、評価に関して各項目とも40%以上が学ぶことができている。そして、計画の立案や評価に関する項目は、アセスメントや実施に比べて学ぶことができていないという結果である。

受講生の今後の研修に関する必要性と意識は、表6の通りである。介護過程の研修は、50%がとても必要と回答し、68.1%の受講生が1年から5年未満の介護福祉士に介護過程を学んで欲しいという結果である。

4.2 中間報告用アセスメントシートに関する結果

第6回目の研修の際、受講者に対し研修成果に関する中間報告会を実施した。受講者は前回までの講義を経て介護計画の立案までを実施している。中間報告会では、事前に受講者が作成した報告会用アセスメントシートをもとに報告を実施した。

(1) 基本情報や現在の状況を含む対象者の概要について

基本情報に関しては氏名(匿名化)・性別・年齢・要介護度・現在の居住場所について報告を求めた。結果については、性別は全てが女性であ

り、平均年齢は89.4歳、平均要介護度は3.3、居住場所に関しては特別養護老人ホームが38.4%、介護老人保健施設が31.0%、自宅が23.0%、グループホームが7.6%である。現在の状況に関しては、既往歴や現在のサービスに至った経緯、サービス利用中の様子等、その他対象者の特性に関する報告である。また、個々の認知症高齢者の自立度に差異はあるが、全対象者が認知症である。

(2) 先順位1の課題の明確化に使用した情報の種類について

優先順位1の課題の明確化に使用した情報に関しての結果を表10に示す。使用した情報数の平均は14.7、また、それらの情報が含まれるICFの構成要素5(健康状態、心身機能・身体構造、活動と参加、環境因子、個人因子)のうち使用した情報が含まれていた構成要素の平均は4.62である。

(3) 明確化した対象者の優先順位1の課題とその援助案について

受講者が明確化した課題および課題を達成するための援助案キーワードについては、表11に示す。

(4) 課題の明確化のための分析について

課題の明確化のための分析という点で、記述の各文章にタイトルをつけ、それらの個数を集計した結果を表12に示す。「現況の理解」、「現況の考察」、「援助案」の順に多く受講者が記述している。

(5) 課題を達成するための援助案や方向性について

前述の通り、表11では、援助案に関する記述の中から方針や方法に関するキーワードを抽出し

た。なお、援助案キーワードについて、ICFの構成要素の該当項目を表13に示す。

表10 課題の明確化のために使用した情報

受講者番号	情報数	健康状態	心身機能身体構造	活動と参加	環境因子	個人因子	構成要素数
1	6		1	1		1	3
2	23	1	1	1	1	1	5
3	20	1	1	1	1	1	5
4	13	1	1	1	1	1	5
5	15	1	1	1	1	1	5
6	4		1	1			2
7	14	1	1	1	1	1	5
8	16	1	1	1	1	1	5
9	27	1	1	1	1	1	5
10	16	1	1	1	1	1	5
11	11	1	1	1	1	1	5
12	15	1	1	1	1	1	5
13	12	1	1	1	1	1	5
平均	14.769						4.62

表11 明確化した課題とその援助案キーワード

受験者番号	優先順位1の課題	援助案キーワード
1	記述なし	散歩
2	楽しく一日を過ごしたい	レクリエーション・他者との交流
3	日中夜間ともに、トイレの心配をなくしたい	尿取りパット見なおし・トイレ時間の把握・離床時間の増加・排泄後動作の援助
4	少しでも長くトイレで排泄したい	立位保持時間の増加
5	不安感なく、安心して苑生活を送りたい	関わり・傾聴
6	他者と関わり、できることをして楽しく、ケガなく安全に過ごしたい	傾聴・散歩・トイレ誘導・できる活動
7	日中の活動量を増やす	歌・レクリエーション
8	日中楽しみを持って過ごしたい	カラオケ
9	歩行時の膝折れ防止	レクリエーション・会話・歩行訓練・静養
10	行事や体操、レクに参加して一日を穏やかに楽しく過ごしたい。側に誰かいて欲しい。	見守り・声かけ・環境整備・歌・体操・交流・交流の為の環境作り・散歩
11	ぐっすり眠りたい	足浴・マッサージ
12	いきいきと役割を持って生活をしたい	他者にお茶を提供・家事
13	定期的な歌の会を行い効果的に楽しんでもらう	レクリエーション

表12 課題の明確化のための分析に記述のあった文章についての集計

受講者番号	現況の理解	現況の考察	気持ちの汲み取り	援助案	援助案の効果	予後予測	援助方針
1	5	1	2	1	1		
2	4			1			
3	6	2		1			
4	1	3	1	1	1	1	1
5	4	1		1			
6	1	1				1	
7	3	3		1	1	1	
8	5	4	1	1	1		
9	5						
10	5	2					
11	3	3	1	1	1	2	
12	3	1	1				
13	1			4			
合計	13	10	5	9	5	4	1

(6) アセスメントを終えての気づきや自身の課題について

アセスメントを終えての気づきや自身の課題に関して、報告会用アセスメントシートの文章において使用された単語の特徴を明確にすることを目的とし、名詞の抽出を行った。その結果を表14に示す。

5. 考察

アンケート調査から、受講者のアセスメントおよび介護過程に関する研修や実践状況を把握する機会となり、各施設や事業所で差が明らかである。また、中間報告用アセスメントシートの結果から、以下に示す3つの内容が示唆される。

- ① 今回の受講者は課題の明確化のため、多くの情報を解釈に使用しようと試みる機会となった。そして、それらの現況の理解・分析を記述したことにより援助案の具体化につながったものと考えられる。
- ② 明確化した課題および課題の達成につながる援助に関しては、受講者のすべてが活動と参加を主とした手段を案としており、生活機能の向上や充実に向けた介護計画の立案である。
- ③ 介護過程のアセスメントまでの報告から、情報収集に関する気づきと、課題の明確化に関する気づきがあり、「利用者」、「アセスメント」、「本人」等という名詞を使用し、対象者主体の介護計画の立案になったものと考えられる。

表 13 援助案に見る ICF の構成要素

援助案キーワード	構成要素
散歩	活動
レクリエーション・他者との交流	環境因子 活動と参加
尿取りパット見なおし・トイレの時間の把握・離床時間の増加・排泄後動作の援助	活動
立位保持時間の増加	心身機能 活動
関わり・傾聴	活動
傾聴・散歩・トイレ誘導・できる活動	活動
歌・レクリエーション	活動と参加
カラオケ	活動と参加
レクリエーション・会話・歩行訓練・静養	活動と参加
見守り・声かけ・環境整備・歌・体操・交流・交流の為の環境作り・散歩	活動と参加環境因子
足浴・マッサージ	活動と参加
他者にお茶を提供・家事	活動と参加
レクリエーション	活動と参加

表 14 アセスメントを終えての受講者の気づきや課題

受講者番号	アセスメントを終えての気づきや課題の記述がなされている文章に含まれるキーワード
1	アセスメント・観察・変化・情報
2	観察・把握・本人・意思・尊重・安楽・しぐさ・心・声
3	変化・言動・表情・コミュニケーション・活動・参加・意欲・低下・会話・喜び
4	生活・全体・本人・気持ち・尊重・援助案
5	利用者・理解・情報収集・要因・ケアプラン・優先・焦点・特定・目標
6	転倒・アセスメント・援助内容・下肢・筋力・低下・適度・ケアプラン
7	ADL・自立・印象・意欲低下・傾眠・提供・集中力・歌・レクリエーション・本人・意欲・方法・活性・良眠・トイレ・方法
8	介護者・視点・利用者・立場・本位・ケア・課題・ニーズ・把握・観察
9	アセスメント・一人・利用者・観察・他・観察・援助案・施設・実行・評価・継続
10	転倒・リスク・精神的・不安・不穏・状態・留意・見守り・声掛け・環境・配慮・歌・体操・身体・新鮮・空気・筋力・維持・人・交流・利用者・同席・配慮・環境・範囲・職員・不穏・散歩・リフレッシュ
11	1か月・情報収集・アセスメント・追加・一人・利用者・対象・疑問・状態・文章・研修・課題・BPSD・症状・原因・気づき・視野・方向
12	人・生活・満足・達成・職員・一緒・充実・やりがい
13	レクリエーション・課題・情報・見落とし・施設・PT・看護師・栄養士

5.1 援助案の具体化につながったことについて

課題の明確化のために使用した情報数については、文献5)において、C短期大学介護福祉士養成課程で学ぶ学生の介護過程展開実習に関する研究で述べているように、8情報を使用することを最低限の指標としている。今回の結果は、その指標を用いた上でアセスメントを実践し、結果は指標を上回る14情報以上を使用している。またそれらの情報はICFの構成5要素（C短期大学実習記録用紙の大項目）のうち4要素が含まれている。よって、より多い情報を課題の明確化のために使用したことは明らかであり、利用者に関する情報の取捨選択には偏りがなく、受講者の明確化した課題は妥当であると推測される。しかし、本研修における課題の明確化に関する妥当性については、今後の受講終了時の調査で明らかにしたい。

また、課題の明確化のための分析には、多い順に「現況の理解」、「現況の考察」、「援助案」に該当する文章が記述されている。「現況の理解」に関するものは、収集した情報を更に詳しく述べた文章や、複数の情報を関連受付けて再理解した文章が該当する。「現況の考察」とは、前述した「現況の理解」から考察できることや、更に他の複数の情報を関連付けて考察することである。そして、本結果から、受講者は「現況の理解」、「現況の考察」、「援助案」を組み合わせている傾向を示していることから、より具体的な援助内容が立案できたと考えられる。

5.2 生活機能の向上や充実にに向けた介護計画の立案について

表11において、援助案に関する記述の中から、方針や方法に関するキーワードを抽出した。複数のキーワードを用いた受講者は13名中9名で、全体の7割である。これは課題に対し有効であると考えられる援助を複数想定することができる現任者特有の現象であると仮定し、今後現場経験が少ない学生及び介護未従事者から、援助案に関する研究にも取り組みたい。

前述したように、表13で示したICFの構成要素の分類からは、生活機能の向上や充実にに向けた介護計画の立案になることが示唆される。ICFの目的は健康状況と健康関連状況、結果、決定因子を理解し、研究するための科学的基盤の提供である。そして、ICFは多くの目的に用いられる分類であり、さまざまな専門分野や異なっ

た領域で役立つことを目指していることが、文献1)では述べられている。A短期大学において、介護過程の展開を経験していない介護福祉士養成課程で学ぶ学生の記述には、「～を軽減する」、「～を治す」、「～リハビリする」などの表現が見られる場合があり、様々な専門職の理解が必要である。一方、すでに介護職として従事しているからこそ、今後の介護計画の立案においては、様々な専門職との連携の理解がより重要であると考えられる。

5.3 対象者主体の介護計画の立案について

本結果から、利用者の介護過程の展開に関して、アセスメントまでの報告を行った際、「利用者」、「アセスメント」、「本人」の使用頻度が多い。そして、アセスメントに含まれる情報収集に関する気付きから「情報」「情報収集」の使用頻度が多い。同じアセスメントに含まれる課題の明確化に関する気付きから、手段として「観察」の使用頻度が多く表れている。これらの傾向をより正確に述べるためには、実際のアセスメント用紙の記述を分析する必要がある。しかし、本研修の目標でもある介護者が必要と感じる援助を優先的に立案するのではなく、本来の介護過程の目的でもある利用者本人の課題を達成するための援助を優先して計画立案するという点では、効果が表れている者と考えられる。

6. 結論

本研究では、アンケート調査から受講者のアセスメントおよび介護過程に関する研修や実践状況を把握する機会となり、各施設や事業所で差が明らかとなった。報告会用アセスメントシートから、受講者は課題の明確化のために、多くの情報を解釈に使用しようと試み、またそれらの現況の理解・分析を記述していた。その結果、より援助案の具体化につながっている。そして、明確化した課題及び課題の達成につながる援助に関して、受講者のすべてが活動と参加を主とした手段を案に挙げており、生活機能の向上や充実にに向けたよりよい介護計画の立案になることが示された。さらに、介護過程のアセスメントまでの報告から、情報収集に関する気づきと、課題の明確化に関する気づきがあり、「利用者」、「アセスメント」、「本人」という言葉の使用から対象者主体の介護計画の立案になることが示唆された。よって、本実践は、受講者にとって、利用者を中心とした個別ケア、ICFに基づく介護過程の展開を学ぶ機

会になっていると考えられる。

本研究から、介護過程におけるアセスメントの研修は、受講者のスキルアップする機会となっており、今後はより効果的な研修内容の構築が必要であると考ええる。

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) 障害者福祉研究会 (2002)、I C F 国際生活機能分類K (国際障害分類改訂版)、5頁、中央法規出版
- 2) 横尾成美 (2009)、介護実習2段階、3段階

における介護過程理解度 —ペーパーシミュレーションを用いた介護過程の授業を通して—、山形短期大学紀要 Vol.41, 195-210

- 3) 横尾成美 (2012) 生活関連図を用いた介護過程展開の理解度と考察—試験評価と実習後の自己評価—、東北文教大学短期大学部紀要第2号, 169-187
- 4) 横尾成美 (2013)、介護過程におけるアセスメント力向上を目指した教育の方法に関する考察—教育目標の分類体系 (タキソノミー) と介護過程の展開—、東北文教大学短期大学部紀要第3号, 73-85
- 5) 毛利 亘 (2014)、介護過程実習における効果的な指導のあり方に関する—考察—介護過程に関する実習後アンケートからの分析—、共創福祉第9巻第1号, 35-42

Effect of care process assessment for young care workers - Interim reports from care skill training program -

Wataru MOURI, Eriko KOIDE, Atsushi USHIDA

Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science

Abstract

In this paper, we clarify effect of care skill training program for young care workers, who attend this program and are engaging as care worker less than 5 years. This program was practiced in a college of welfare science.

Contents of care process assessment sheet described by the participants in this program from starting to the midway, which include checking out the powers of observation and making care plan in consideration of individual life function for elder persons with dementia, are analyzed. As a result, to improve ability of making care plan with enhancing life function is recognized in all the participants

Keywords: care process, assessment, young care worker, care skill training program

認知症高齢者のグループ回想法による回想内容と感情の変化の検討

原 元子¹⁾, 下田 裕子¹⁾, 一ノ山 隆司²⁾, 浜田 由佳³⁾, 大橋 由美子³⁾

1) 富山福祉短期大学看護学科, 2) 金城大学, 3) 社会福祉法人とやま虹の会

(2015.2.4受稿, 2015.3.18受理)

要旨

本研究の目的は、認知症高齢者に回想法を実施して日常的に笑顔や会話を引き出し、介入法の有用性を検討することである。介入後の生活上の変化や効果、感情の評価には、「楽しみ、関心、満足」3つの肯定的感情と「怒り、不安・恐れ、抑うつ・悲哀」の3つの否定的感情の6項目から構成された『認知症高齢者に対する感情の評価 (ARS: Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale)』項目を用いて、感情の変化を検証し、看護師が実施する回想法における効果を検討することである。A施設に入所している認知症高齢者を対象として、グループ回想法を実施しARS評価を行った。その結果、無表情で殆ど無言であった対象者がネガティブやポジティブな表情や発言を表出し、高齢者間の挨拶などの相互交流が見られるようになった。

キーワード：認知症、高齢者、回想法、感情の変化

1. はじめに

世界的に長寿化が進む中、我が国においても1994年には高齢者人口が総人口の14%を超え世界保健機構(WHO)が規定する高齢者社会国家になっている。高齢者が健康であることは高齢者のQOL(Quality of life, 以下QOL)の向上に繋がりが、幸福な最期を迎えるということにも繋がると考える。その中で本邦では1990年代から認知症の発症や症状の進行速度の抑制のために回想法介入が行われている。医学中央雑誌で「高齢者」、「回想法」、「回想法の効果」のKey Wordsで検索した結果、27件を抽出した。その内容の12件は回想法の解説であり、回想法の効果的な進め方に関する研究が4件、回想法の実践能力に関する検証は津田(2012)と内野ら(2012)の2件みられた。また、回想法の効果における評価方法の検討内容も野村(2011)や土屋ら(2002)により報告されている。回想法の実践効果を報告した研究では、回想法の介入によって行動変容したことについても森川(1999)・工藤ら(2007)津田(2011)・林ら(2007)によって報告されている。このことから、認知症状があることによって高齢者の日常生活が阻害されていることが推察される。

そこで、先行研究で得た回想法の効果を踏まえた取り組みとして、A施設の認知症高齢者に対し回想法を実践し、無表情、会話がな、部屋への閉じこもりなどの状態を笑顔や会話を引出

すことを目指した。その効果を測定する指標として、回想法施行前後の感情の変化をLawton(1997)の『認知症高齢者に対する感情の評価(Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale: 以下ARS)』を用いた。今回得られた結果は、今後の認知症高齢者の対応に有用な一助となるものと考えた。

2. 研究の意義

本研究で得られた結果を検討することによって、回想法の効果を明確にし、その効果についてケア提供者が知ることは、施設内の高齢者ケアにおいて日常的に継続した関わりの必要性とその意義などを理解することにつながる。また、高齢者の感情が発露されることによってQOLの向上にも好ましい影響を与えることが期待できる。

3. 研究目的

グループ回想法を用いて、日常的に認知症高齢者から笑顔や会話を引き出すことを目指している。生活上の変化や効果、感情の評価としての楽しみ、関心、満足、怒り、不安、恐れ、抑うつ・悲哀の6項目の基本感情からなるARS項目を使用して、感情の変化を検証し、看護師の実施する回想法の効果から介入法の有用性を検討することである。

4. 高齢者の現状

2012年度調査の内閣府（2014）の発表によると、我が国の総人口は、2012年10月1日現在、1億2,752万人であった。65歳以上の高齢者人口は、過去最高の3,079万人（前年2,975万人）となり、総人口に占める割合（高齢化率）も24.1%（前年23.3%）となった。65歳以上の高齢者人口を男女別にみると、男性は1,318万人、女性は1,762万人で、性比（女性人口100人に対する男性人口）は74.8%であり、男性対女性の比は約3対4となっている。また、高齢者人口のうち、「65～74歳人口」は1,560万人（男性738万人、女性823万人、性比89.7）で総人口に占める割合は12.2%、「75歳以上人口」は1,519万人（男性580万人、女性939万人、性比61.8）で、総人口に占める割合は11.9%である。

日常生活に制限のない期間（健康寿命）は、2010年時点で男性が70.42年、女性が73.62年となっており、それぞれ2001年と比べて延びている。しかし、2001年から2010年までの健康寿命の延び（男性1.02年、女性0.97年）は、同期間における平均寿命の延び（男性1.48年、女性1.37年）と比べて小さくなっており、2010年における平均寿命と健康寿命の差は男女とも2001年と比べて広がった。

在宅での高齢者の認知症人数は1990年に約80万人2.5%であったが、2015年には約180万人6.5%と増加することが推定されている。これに対して、内閣府は、今後急増が見込まれる認知症高齢者に対する支援を目的として、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の整備を進めている。また、認知症介護の質の向上を目指し、全国3か所（宮城県仙台市、東京都杉並区、愛知県大府市）の「高齢者痴呆介護研究センター」において、質の高い介護技術を理論化することを目的として、大学等の機関と連携を図りながら学際的な共同研究を行うとともに、その研究成果を踏まえ、都道府県等で認知症介護に関し指導的な立場にある者や介護保険施設に従事する介護職員等に対して、認知症介護に関する知識・技術を修得するための研修を実施し、認知症介護の専門職員や認知症性高齢者の介護に携わる職員の育成、資質の向上に努めている。

5. 回想法とは

回想法は、1963年にアメリカの精神科医師R. Butlerによって提唱された心理療法である。Butler(1963)は、「高齢者の回想法は、死が近づ

いてくることにより自然に起こる心理的過程であり、過去の未解決の課題を再度とらえ直すことも導く積極的な役割がある」と提唱している。そして、これまで高齢者の過去への回想は、「過去の繰り返し言」や「現実逃避」と否定的にとらえられてきた回想行為を意味のあるものとして論じたことが起点となっている。回想法実施マニュアルの回想法の目的について野村（2011）は、「人生は過去の体験や出来事が、縦糸や横糸となって織り成される一枚の織物のようなものである。特に高齢者には、それまでの人生を振り返り、様々な過去の記憶や思い出に親しむ傾向が認められる」としたうえで「高齢者一人ひとりが現在を豊かに生きていくために過去の回想を語るのは自然なことであり、高齢者の歴史、体験、こだわり、習慣をより深く理解し、日常の援助に活かしていくことが大切である」と表現している。

6. 研究方法

6.1 施設概要

A施設はB県の中心部に位置し、社会福祉法人として介護老人保健施設（2施設）、特別養護老人ホーム（3施設）、デイサービス（4施設）、小規模ケア施設（2施設）を有する県内の中核的役割を担う施設である。研究対象の場所は特別養護老人ホームであり、入所・短期入所・通所・訪問の対応をしている。A施設の理念は、「1. 高齢者の人権を守る。2. 地域に開かれた民主的な運営をすすめる。3. 福祉の民主的職員集団として成長する。4. 質の高い介護と福祉水準の向上につとめる。5. まちづくりと新しい福祉の想像を目指す」ことを掲げ、地域住民を巻き込んだ「暮らしの場」として柔軟に対応することで福祉の役割を担っている。

6.2 対象者の属性

A施設に入所している認知症高齢者女性4人と通所軽度認知症高齢者12人の計16人であり、年齢は80～90歳代である。入所者4人は一日の殆どを臥床して過ごし、声かけに対しても無表情で自ら発語することはない。指示動作はできるが自らの発語は殆どみられない状況である。

6.3 研究期間

201X年Y月から201X年Y月+3か月

6.4 データ収集方法

(1) 回想法の手順

対象者 16 人に対し、グループ回想法を実施する。週 1 回、午前 10 時からの 30 分から 40 分間のグループ回想法であり、グループで行う効果としては、回想内容が深まり、回想を共に行うことによって相互関係が深化する側面があると考えられるためである。

1 回目は戦後（昭和 20 年）から復興までの写真を表にして、時代背景が見てわかるようにした。2 回目は戦後から復興までの DVD を視聴した。1 回あたりの時間は対象者の疲労などを配慮して 30 分から 40 分間に設定した。本研究では入所者 4 人の変化が顕著に見られた 1 回目と 2 回目を分析した。

（2）研究に戦争直後の写真と DVD を使用した理由

写真は第 2 次世界大戦後の A 県内主要都市部の様子を写したものを使用した。その理由は、どの世代の人であっても思い出を語る際の意識や態度、感情、評価などの回想の仕方には個人差がみられる。「戦争」という話題に対して、「あの戦争があったから今の自分がある」と前向きに捉える人もあれば、「あの戦争は自分にとって何の意味もない。無駄であった」と捉える人もいるかもしれない。回想法により高齢者のメンタル面や行動面に効果を上げることが目標にする際には、会話内容だけではなく、高齢者が思い出を語るときの、過去に対する意識、態度、感情、評価などの側面に注目するために戦後の写真を用いた。

DVD も写真と同様に戦争直後の日本を写したものを使用した。その理由は、写真、DVD ともに対象者が共通して過ごした時代背景があるため

である。また、佐藤（2008）が「さまざまなタイプの記憶の中でも自伝的記憶（autobiographical memory）は最も高齢者の回想と関わりの深い記憶の一つです。自伝的記憶とは個人の生活史上の出来事の記憶であり、エピソード記憶と非常に近い概念です」と述べている。つまり、高齢者にとって実際には記憶が残っていても意識化することが難しい場合がある。過去の記憶を想起するため、写真に比べて、より視覚的に認識のできる DVD を用いた。

6.5 分析方法

ARS 日本語版を使用して、月 2 回の参加観察法からの分析手法。

6.6 評価方法の手順

ARS は通常、評価者が 20 分間の面接で対象者を観察し、評価項目に示されている感情の持続時間を評価するスケールである。そして主観的 QOL の評価手法として用いられる。しかし、本研究では主観的 QOL の評価をするのではなく、表出している「身体的徴候」とそのサインを「楽しみ、関心、満足」、「怒り、不安・恐れ、抑うつ・悲哀」の 6 項目の感情に分類している点に注目し、認知症高齢者の基本的感情項目を参考にした。感情面のアセスメントは評価できない場合で表示し、評価項目に示されている感情の持続時間をなしから 5 分以上までの 6 項目評価を研究前後で行った（表 1）。また、場面が感情を表出する要因として重要であると考えたため実践場면을記載した。

表 1 ARS の評価項目

楽しみ	①微笑む ②笑う ③親しみのある様子で触れる ④うなづく ⑤歌う ⑥腕を開いた身振り ⑦手や腕を伸ばす
関心	①眼で物を追う ②人や物をじっと見たり追う ③表情や動作での反応がある ④アイコンタクトがある ⑤音楽に身体の動きや言葉での反応がある ⑥人や物に身体を向けたり動かす
満足	①くつろいだ姿勢で座ったり横になっている ②緊張のない表情 ③動作が穏やか
怒り	①歯をくいしばる ②しかめ面 ③叫ぶ ④叱る ⑤押しのける ⑥拳を振る ⑦口を尖らす ⑧眼を細める ⑨眉をひそめるなどの怒りを示す身振り
不安・恐れ	①額にしわをよせる ②落ち着きなくソワソワする ③同じ動作を繰り返す ④恐れやイライラした表情 ⑤ため息 ⑥他から孤立している ⑦震え ⑧緊張した表情 ⑨頻回に叫ぶ ⑩手を握り締める ⑪足をゆする
抑うつ・悲哀	①声をあげて泣く ②涙を流す ③嘆く ④うなだれる ⑤無表情

Lawton MP, 1994 より

7. 倫理的配慮

研究の趣旨および目的については、施設職員と研究者が同席したうえで対象者もしくは家族に口頭と文書で説明し同意を得た。匿名性の保持、研究途中の中断の自由、不利益を蒙らないことを明記し、研究結果を論文やその他の方法で公表する際に個人が特定されることのないよう匿名性を守ることを説明した。論文内に掲載する顔写真については、本人および家族の同意については文書で得た。なお、本研究は富山福祉短期大学倫理審査委員会の承認を得て、行った（承認番号 H25-014）。

8. 結果

A施設に入所している老年性認知症の女性4人（W氏、X氏、Y氏、Z氏）を対象に回想法を行った評価結果をもとに報告する。

8.1 写真を用いた回想法の実施

1回目の場面では、写真を目にした対象者は全員が緊張した面持ちで2～3分黙って写真を見ていた。D氏が「そうだったね。なあんにも残ってなくて焼野原だったね」と呟いた一言から、他の対象者も「そうだったね」と返答し入所者全員が一人一人の思いを語り始めた。「私の友達の旦那が戦争に行行って亡くなったけど、遺体は帰ってこないし遺骨がないまま葬式をしたよ。今だから落ち着いて話せるけど、当時は辛くて、辛くて仕方がなかった」、「どうやって（今後）生きていこうかと考えても不安で（気持ちが）いっぱいになって考えられなくて…兎に角、食べるものを探して食べられるものを必死で探していたね」、「何故こんな目（出来事）にあわなければならないのかと神も仏もないって思ったね」と戦争直後の写真を見ての会話ではしかめ面、眉をひそめる、緊張した表情、歯をくいしばるなどの表情が見られた（図1、図2）。

戦後徐々に復興していく写真を見て、「もうだめだと思っていたけど頑張らなきゃという思いで必死に働いたねえ」、「デパートが建った時には嬉しくて何を着ていこうかと悩んだよ」と笑顔では語り、洋服を選ぶ仕草が見られた。他の対象者もその言葉に頷き笑顔になった。兄弟を抱っこしている写真を見て「昔、こうやって自分の兄弟を抱っこやおんぶをしていたよ。懐かしい」という発言に対し「そうだったね。私は尋常小学校に兄弟をおんぶして行っていたよ。」とすかさず反応して会話を行う姿が見られた。写真にある着衣に関

して、「特別な着物を着せてもらえる祭りが楽しみだった」、「そういえば、いつからか着物から洋服に着るものが変わっていったね」という発言に「本当だ。洋服を着る人は『ハイカラさん』だと言っていたけど、私たちが今洋服だね」と互いに相手を指さし笑い声も聞かれた。4人の対象者全員に笑顔が見られた。

2回目以降も時代背景は同じものである使用した写真は違う写真を提示した。その結果、1回目には否定的表現が見られていたが、2回目は戦後直後の写真に関しては遠くを見る目をして「そうそう、こんなことがあったのだよね」という言葉から始まったが無表情であり、他の対象者も頷くだけであった。中心的な会話は復興していく日本に関する「無我夢中で頑張った」、「道路が整えられ自分の住んでいるところがどんどん変わっていくことに戸惑いもあった」、「東京オリンピックは私たちの誇りで、敗戦したからってバカにするものではないよと思った」と復興していく状況を嬉しそうに興奮して語られ、話を聞く対象者も大きく頷いきながら、過去の思い出に浸って会話が続いていた。



図1 戦後から復興までの写真提示



図2 戦後復興していくC市中心部

8.2 DVDを用いた回想方法について

対象者16人に対し行った。DVDの視聴後にはため息をつき、拳を握り締めてしんみりとした状況になった。対象者の一人が戦後の状況について非常に詳細に語り始められた。「C市の空襲の時には遠くから見ていると、まるで花火の打ち上げのように見えて、それは綺麗だったよ。でも花火ではなくてC市が(空襲を受けて)焼かれていたのだよ」と最初は微笑み笑って話されていたが、会話の後半部分には恐れやイライラした表情へと変化した。その後「私は忘れてなんていない!」と叫ぶように話された。他の対象者は大きく頷き、「そうそう」と相槌を打ちながら「今じゃ考えられないね」、「でも、一生懸命に生きたよね」と戦争でそれまでの日常を失ったことへの空しさ、悲しみを話されていたが、復興へ向かう場面を語る表情は「私たちが作ったのだよ」、という言葉に象徴されているように誇らしげであった。戦中、戦後の話題ではあったが、各自がその時の思いを澁刺と語り合われていた。散会時には「またね」と笑顔で挨拶をする姿が見られるようになった。

8.3 対象者の回想法実施前と実施後のコミュニケーションの変化

週1回継続的に回想法を行った結果、2回目以降の回想法から対象者全員が日常生活で顔を合わせると互いに挨拶が行われるようになり、その後は互いに自ら話しかけ談笑する光景が見られるようになった。回想法開始前は日中殆ど臥床していたが、回想法を重ねるごとに談話室にいたいという希望を伝えはじめ、談話室で他対象者の姿をきょろきょろと目で探している様子が見られるようになった。2か月目からは通所者から話しかけられると日常会話を行い談笑されるようになった。

職員や家族に対しても、回想法開始前は無表情で自ら話すことは無かったが、回想法を重ねるにつれて穏やかに笑顔で会話する姿が見られるようになった。家族からも回想法実施後の面会で「最近のことはすぐに忘れるのは依然と変わらないが、表情が穏やかになった」、「いつも寝てばかりだったが、最近では起きるのを手伝ってくれと言って車椅子で施設内をプチ散歩できた。散歩の間、若い頃の話聞かせて童謡を口ずさんでいる。驚いた」「寝たきりで私たち家族のことを忘れてしまったと思ひ悲しかったが、回復するのですね」と嬉しそうに職員に話していた。

8.4 個別の変化から見たARS評価

回想法実施前と実施中、実施後の変化を比較した。ARSの感情は大きく分類すると、肯定的カテゴリーと否定的カテゴリーに分類される。対象者の個別的变化について示す(表2)。

W氏は、回想法前は話しかけても無表情で、指示には従うが自らの発語は殆どなく、居室から出るのは食事時のみ車椅子であった。回想法実施のためロビーに車椅子で向かう途中は、無表情でうつむいていたが、戦争直後の写真を見て、眉間にしわを寄せ陰しく緊張した表情であった。2~3分対象者全員が無言であったが、「そうだったね。なあんにも残ってなくて焼野原だったね」と呟いた時には拳を握りしめていた。その後も他の対象者が会話をする中で大きく頷き聞いていた。復興の話題になると、「そうそう」と相槌をうち「嬉しかった」と短い言葉ではあるが発語があった。会の終わりには、他の対象者と目を合わせ微笑みあう表情が見られた。

X氏も戦争直後の写真を見てしばらく無言で眺めていた。しかし、写真を指差して「懐かしいけどあまり見たくない写真だね」と口火を切った。この言葉に乗じて他の対象者も話し始めた。見たくない写真と表現した後、「何故こんな目に合わなくてはならないのかと思ったし、何も悪いことはしていないのに理不尽で神も仏もないと思った。だけど、(復興していく写真を見ながら)みんなで一緒によく頑張ったよね」と表現し、最初はイライラした感じだったが発言の後半は穏やかな表情に変化していた。他の対象者との会話も積極的に行い「食べるものも何もない時代で、いつもお腹を空かしていたね。畑でできたスイカ、美味しかったね」と笑顔で会話を行っていた。

Y氏も写真を無言で眉間にしわを寄せて黙って見つめていた。最初にX氏の言葉を受けて無表情で「そうだね」と相槌をうった。その後も他の対象者の話を頷きながら話している人をじっと見て、張られた写真の流れに沿って話題を次へと導いていた。戦争直後の話題では、ため息をつき俯き加減であったが、復興時の話題になると自分のその時の気持ち「どうやってこれから生きていこうかと考えると不安で一杯…」と言葉を詰まらせ顔をゆがめて心情を表現された。復興時の話題に移ると、「特別な着物を着せてもらえる祭りが楽しみだった」と話すと周囲から声を出した笑いが聞かれた。通所者からすかさず「そういえば、いつからか着物から洋服に着るものが変わっていったね」という返答を受け、「本当だ。洋服を着る

人は『ハイカラさん』だと言っていたけど、私たちも今洋服だね」と互いに洋服だと指を指しあい笑いあった。散会時には満足そうな表情で笑みを浮かべていた。

Z氏は、戦争直後の話をする人に顔を向けて黙って聞いていたが、表情はしかめ面であった。他の対象者らが会話をしている時も黙って様子を見ていた。復興していく状況で皆が笑いあっているのを黙って頷きながら聞いていた。だが、散会する前に「敗戦したからって馬鹿にするものではない」と語句を荒げながら一言話された。

戦争直後の話題時に通所者も含めた対象者全員が共通していたのが、「無言」、「しかめ面」、「眉をひそめる」、「うなだれる」など、怒り、不安・恐れ、抑うつ・悲哀の否定的感情を露わに表出されていた。会話中の共通点は「頷く」、「人や物をじっと見たり追う」、「人や物に対して身体を向けたり動かす」、「表情や動作での反応がある」という関心、楽しみに変化していった。復興時の話題では「微笑む」、「(声を出して) 笑う」、「親しみのある様子で触れる」、「緊張のない表情」などの楽しみ、関心、満足という肯定的感情の表出へと変化が見られた。

対象者全体の変化として回想法実施前、食事以外は殆ど一日中臥床していた対象者が、共通の時

代背景を語ることで「またね」と笑顔で挨拶をする。回想法を行わない日も相手を探すなどの変化が見られた。そして、家族の面会時も無表情で発語は見られなかったが、回想法実施に「家族との楽しい思い出」をテーマに設けた後から、家族に対して「誰?」と問うこともあるが、家族に家族との思い出話をする姿が見られた。

日常生活では、入所対象者4人が会話をしない状態であったが、3人が「次はいつ行かうのか」と問いかけてきた。日常的な挨拶も回想法前は声をかけても無言であったが、「おはよう」と返答されるようになった。通所対象者から「この前楽しかったね」と声をかけられると、最初は「誰?」と返答するが考えて「ああ、戦争の時の人。うん、うん」と他者を認識し会話を行うようになった。回想法前までは日中、殆ど臥床して過ごしていたが、「車椅子に乗せてくれ」、「あの人たち(通所対象者)が来るかもしれないからロビーに連れて行ってくれ」という言葉が聞かれるようになった。

回想法実施後に感想を求めると、戦争という題材であったにもかかわらず「楽しかった」、「また参加したい。次はいつ?」、「(皆と話せて) 嬉しかった」、「昔を思い出して若返った気分だ」など表情も穏やかに話された。

表2 回想法実施前後のARSの変化(1回目の回想法の変化の振り返り)

n=4

症例	性別	年齢	主疾患	ARS	
				回想法前	回想法中と回想法後
W	女性	80歳代	老人性認知症・脳梗塞	話しかけても無表情。指示動作はできるが自分から何かを行うということは殆どない。居室から出るのは車椅子で食事のときのみ。移動は車椅子で全介助。	戦争直後の写真を見て戸惑ったように俯いていたが、険しい表情であった。会話が始めると話している人の顔を見て頷いていた。1回目の途中から会話に参加し、「焼野原」の言葉の時には拳を握りしめていた。その後、復興の話題になると「そうそう」「嬉しかった」と短い言葉が聞かれた。他者の話を聞きながら、口角が上がり微笑みが見られた。
X	女性	80歳代	老人性認知症	移動は歩行器で要観察状態。排泄は全介助だが、食事は自立している。挨拶はできるが自分のことのみ同じことを繰り返して話すため、会話が成立しない。	戦争直後の写真を見て、しばらく無言でながめていたが、「あら、懐かしいけどあまり見たくない写真だね」と言った後すぐに「こんな状態だったんだよね。」「不満や理不尽はいっぱいあつたけど、みんなで一緒に頑張ったんだよね」と話す顔は穏やかな顔であった。他者との会話を積極的に言い「食べるものも何もない時代だったけど、細でできたスイカ、美味しかったね」と笑顔で話していた。
Y	女性	80歳代	老人性認知症・脳梗塞	話しかけられると答える。自ら他者に話しかけることは殆どなかったが自分の感じたことは伝えていた。表情は乏しい。移動は介助で車椅子に移乗し、日中はベットと車椅子で過ごし晴れた日には、穏やかな表情で外を眺められていた。	始めは眉間にしわをよせて険しい表情で沈黙していたが、最初に無表情で語り始められた。その後も他者の言葉を受けながら、頷き話している人を見つめて、更に次の話題へと導いていた。戦争直後の話題時には、ため息をつき俯き加減であったが、復興時の話題になると自分のその時の気持ち「どうやって生きていこうかと考えて不安で一杯…」と顔をゆがめて心情を表現される。復興時に話題が移った時に、着衣に関して祭りが楽しかったのは綺麗な着物を着せてもらえるからだという発言も聞かれ、周囲の笑いを誘った。Y氏も満足気な表情で笑みを浮かべていた。
Z	女性	90歳代	老人性認知症	一日中ベットで寝ている。話しかけると返事はあるが会話にならない。家族の面会時には2・3回の会話はあるが続かない。食事のために全介助で車椅子で食堂に出てくるのが唯一の活動。普段は無表情だが、静かに名前を呼ぶと時折はにかんだ様に笑みが見られることがある。	話をする人に顔を向けて黙って聞いていた。表情はしかめ面であった。皆が話をしているのを聞いていて、散会する前に「敗戦したからって馬鹿にするんじゃない」と一言。語句を荒げながらも、その後は、皆が復興していく状況の会話をしているのを黙って頷きながら、時に笑みを浮かべていた。

9. 考察

人が自分の人生を振り返って、自分の生きてきた意味や意義を見出そうとする行為は、日常生活の中でも多くみられる行為である。回想法の高齢者や家族に対する効果評価に関して赤沼ら（2006）は、「グループ回想法を脳血管性認知症患者に対して行い、活動性や対人関係の改善の研究では、グループ内で密なコミュニケーションをとることによってグループ内での役割ができる」と報告している。本研究で行った戦争直後から復興までの写真やDVDを用いたグループ回想法による対象者の感情や日常生活の変化を明確にし、過去を振り返る意味について考察する。

9.1 回想法前後の感情比較について

会話の中の「辛い」思いも「今なら話せる」という言葉には、時を経たからからこそ感情を表出できる、心が解放できるという効果があったと考えられる。

ライフサイクル理論の提唱者であるE.H. エリクソン（1997）は、老年期の発達課題と危機として、「人生の統合」と「絶望」があると論じている。「人生の統合」とは人生を振り返り、どのような人生であっても受け入れていくことであるのに対して、「絶望」とは人生を後悔のあるものとして否定的に受け入れがたく心理的にも絶望感を残してしまう2局面があると解説している。今回のグループ回想法の実施前後の感情を比較から、実施前は殆ど寝たきりで自分の気持ちを表現されなかった対象者が、回想法を通じて過去の葛藤や理不尽さ、悲しさを、同じ時期を生きてきた者同士が話し合い共感し合うことから過去の葛藤が軽減され心の安定がもたらされ自己受容へと変化していったと推測される。人の心理状態は複雑であり完全な受容があるわけではない。同時に完全な絶望のみで人生を終えるということも稀なことであると考えられる。

9.2 グループ回想法による日常の相互交流の変化について

記憶は出来事を完全かつ正確に記録しているとは言えない。時間の経過と共にその内容が変化すると野村（2003）も述べている。本研究のグループ回想法後の変化として、特筆すべき点の対象者全員がいきいきと語り始めたことである。対象者は語り手であるとともに聴き手の役割を果たしていた。そこには対象者同士に自助的な信頼関係が形成されていったと考える。今まで殆ど臥床して

日々を過ごし、声をかけても反応が薄かった。その対象者らが、単語ではなく会話を交わすことができたということは、その場に苦楽を共にした感情を共有した世界があり、同世代の一人ひとりが人生を重ねてきた人同士としての安心感が根底にあると考える。否定されない安心感という土台があるからこそ、日常生活において表情が表出され会話が成り立ち、挨拶する、グループ回想法の他の対象者を探すとという他人を意識した行動に繋がったと推察される。

9.3 過去の出来事を再度振り返る意味について

小林ら（2003）、「エピソード記憶への介入を主とする回想法は、脳の広範に保持されシナプス群を刺激することで脳を復活し、記憶・認知感情面にプラスの作用を及ぼす関連性がある」と報告している（図3）。医学的側面からも回想法の効果は検討されており、過去は単なる過去ではなく、今を生きる過去として「過去の思い出を語る」ことにより過ぎ去った過去を思い出や記憶が複数人で「語り合う」行為になる。この語り合うことが、最も大切な自分のことを理解してもらおうとするコミュニケーションという手段であるからである。声に出して自分のことを語る、あるいは黙ってしまい、相手の言葉を聞いているのかいないのか判断できない場合がある。

写真を見た回想法で1回目の写真を目にした対象者は全員が緊張した面持ちで2～3分黙って写真を見ていたが、一人の呟きから他の対象者も話始め会話が成り立っていった場面があった。この場面において、語らないことは考えていないことではなく、自分の内面でその時の状況を思い起こしており、心が整理された時点で会話に参加できるのだと考える。老人性認知症と診断され、記憶が曖昧になり変化していく自分に一番戸惑っているのは本人ではないだろうか。短期記憶は不鮮明であっても「私は忘れてなんていない！」と叫んだような言葉は、自分の現在の状態を悲しむ表現であると受け取ることができる。また、グループ回想法を4回以上行った実施者の効果について、内野（2007）は、ストレス緩和効果、さらにストレス緩和効果に繋がるコーピング行動を取るようになっていくことからストレスマネジメント効果もあると報告している。つまり、回想法は対象者の感情を表出する発露を経て、対象者が「昔」を整理することで「今」を生きていることを実感できる機会になる。実施者は対象者の変化を実感

することによって、回想法の意義が明確になり継続した関わりをきっかけにして関係性が深化し施設利用者が安心できる場を提供できると考える。また、ケア提供者は認知症に関する医学的知見や認知症症状の特徴を熟知して、回想法を継続的に実施し認知症高齢者に対して過去を語る機会を意図的に創ることの重要性が示唆された。

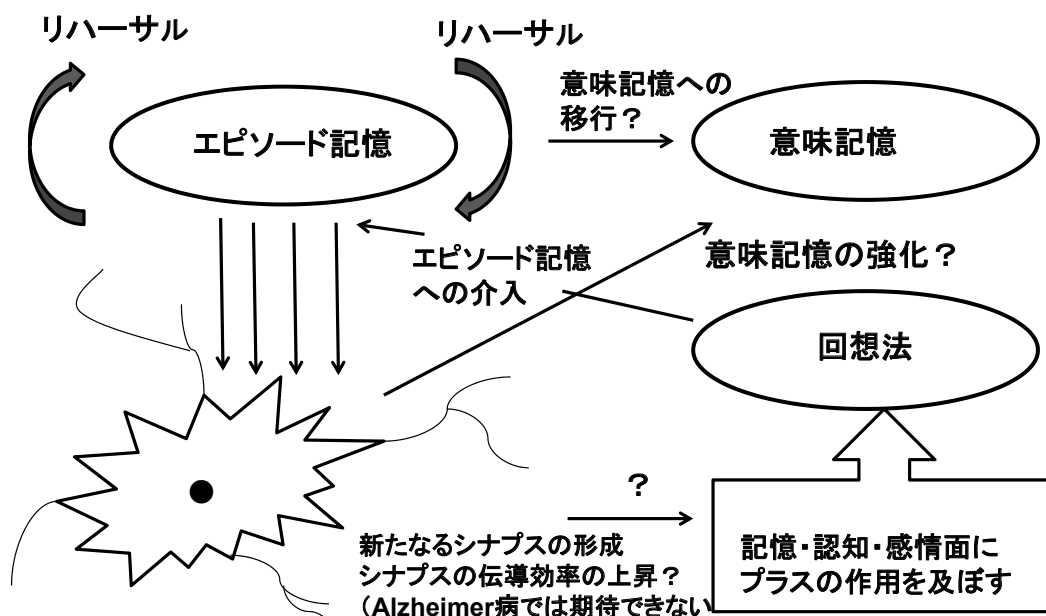
10. 結論

本研究においては、回想法前後の感情比較、グループ回想法による日常の相互交流の変化、過去の出来事を再度振り返る意味について検討した

結果、過去の葛藤が軽減され心が安定したこと、いきいきと語り始め、語り手であるとともに聴き手の役割を果たせたこと、「昔」を整理することで「今」を生きていることを実感できる機会になることが明らかになった。

謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力いただきました対象者様およびご家族と施設職員の皆様に深く感謝申し上げます。



出典:小林直人、田子久夫、丹羽真一:新世紀の精神科治療第9号:薬物療法と心理社両方の統合、217、中山書店、東京、2003

図3 回想法とエピソード記憶の関連

引用文献

- 1) 赤沼恭子、葛西真理、千葉賢太郎他 (2006)、回想法を取り入れたグループワークによる血管性認知症患者の活動性 対人関係の改善の可能性、老年精神医学雑誌、17 (3)、317-325。
- 2) Butler, R.N. (1963) : The life review : An interpretation of reminiscence in the aged、Psychiatry、26、65-76。
- 3) E.H. エリクソン、J.M、エリクソン、村瀬孝雄、近藤邦夫訳 (1997)、ライフサイクルその完結<増補版>、162、みすず書房、東京。
- 4) 林明美、鈴木麻希、山本千歳他 (2007) 回想法の効果を検証する－高齢者の思い出へのアプローチ－、日農医誌、55 (5)、480-486。
- 5) 小林直人、田子久夫、丹羽真一 (2003) 薬物医療と心理社会療法の統合、新世紀の精神化治療 9 巻、205-217、中山書店、東京。
- 6) 工藤夕貴、藤田美紀、中西亜紀他 (2007)、「懐かしの間」を活用したグループ回想法の試み－アルツハイマー型認知症高齢者を対象とした事例より－、老年社会学、29 (3)、403-411。
- 7) Lawton MP (1997) Assessing quality of life in Alzheimer disease research、Alzheimer disease and associated disorders、11 (suppl.6)、91-99。
- 8) 森川千鶴子 (1999)、重度痴呆高齢者のグループ回想法がQOLにもたらす効果、看護学統合研究、1 (1)、61-67。
- 9) 内閣府ホームページ (2014)、平成 26 年度版高齢者白書、高齢化の現状、2 - 6、10 月 20 日、<http://www8.cao.go.jp/kourei/kenkyu/html>。
- 10) 野村豊子 (2003)、語りと回想研究会、回想法ライフレビュー研究会編：Q&A でわかる回想法ハンドブック「よい聴き手」であり続けるために、8、中央法規、東京。
- 11) 野村豊子 (2011)、Q&A でわかる回想法ハンドブック、7 中央法規、東京。
- 12) 野村豊子 (2011)、Q&A でわかる回想法ハンドブック、10-11、中央法規、東京。
- 13) 佐藤浩一、越智啓太、下島裕美著 (2008)、自伝的記憶の心理学、2-18、北大路書房。
- 14) 津田理恵子 (2012)、グループ回想法の効果と社会参加支援への取り組み－地域で生活する元気高齢者の能力を活用して－、神戸女子大学健康福祉学部紀要 4、21-32。
- 15) 津田理恵子 (2011) 行動観察スケールを活用した認知症高齢者への回想法の効果測定、行動療法研究、37 (2)、77-90。
- 16) 土屋景子、井上桂子 (2002)、痴呆患者に対する主観的満足度の評価方法の検討－感情を指標として－川崎医療福祉学会誌、12 (2)、389-397。
- 17) 内野聖子 (2007) 認知症高齢者を対象にして行ったグループ回想法に参加したケアスタッフのストレスマネジメント効果－参加回数別にみたケアスタッフのバーンアウトとコーピング状況の変化を中心として－、お茶の水医学雑誌、55 (4)、55-76。
- 18) 内野聖子、浅川典子、橋本志麻子、三好理恵 (2012)、実施者が発揮しているグループ回想法実践能力、日本認知症ケア学会誌、11 (2)、551 -562。

Recollected content and emotional changes following group reminiscence therapy in elderly individuals with dementia

Yukiko Hara¹⁾, Yuko Shimoda¹⁾, Ryuji Ichinoyama²⁾,
Yuka Hamada³⁾, Yumiko Ohashi³⁾

1)Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

2)Kinjo University

3)Social welfare corporation, Toyamanijinokai

Abstract

The aim of this study is to investigate the usefulness of interventions in elderly individuals with dementia by performing reminiscence therapy and eliciting smiles and conversation on a daily basis. Items from the Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (ARS), which is composed of 6 items assessing 3 positive emotions (enjoyment, interest, satisfaction) and 3 negative emotions (anger, anxiety/fear, depression/sorrow), were used to assess effects, emotions, and lifestyle changes after intervention. The effects of reminiscence therapy performed by nurses were investigated by examining the emotional changes with the ARS. Elderly individuals with dementia admitted to facility A underwent the ARS assessment after undergoing group reminiscence therapy. The results revealed that subjects who were expressionless and mostly silent issued both negative and positive facial expressions and remarks; the positive usually led to interaction between subjects in the form of greetings and so forth.

Keywords: dementia, elderly individual, reminiscence therapy, emotional changes

足趾力強化トレーニングの効果

長谷 奈緒美¹⁾, 鷲塚 寛子²⁾, 境 美代子¹⁾, 金森 昌彦³⁾

1) 富山福祉短期大学看護学科, 2) 富山大学大学院医学薬学教育部,

3) 富山大学大学院医学薬学研究部

(2015.2.4受稿, 2015.3.18受理)

要旨

本研究は下肢の機能向上のために簡便な足趾力強化トレーニングを考案する目的で、足趾の動きに類似したトレーニングによる効果の検証を行った。健康成人女性 20 名を調査協力者とし、足趾の屈伸運動を 1 日 1 回、左右各 20 回ずつ 1 週間実施した。足部機能の指標として足趾挟力、足趾把持力、足趾 10 秒テストを用い、トレーニングの前後に測定した。その結果、前後の値において足趾挟力は、右が 1.2 ± 1.2 kg、左は 1.0 ± 1.2 kg (右: $p < 0.001$, 左: $p < 0.01$)、足趾把持力は、右が 1.0 ± 1.4 kg、左は 1.3 ± 1.1 kg の向上を認めた (右: $p < 0.01$, 左: $p < 0.001$)。足趾 10 秒テストは右が 1.5 ± 3.1 回、左は 1.7 ± 2.8 回となった (右: $p < 0.05$, 左: $p < 0.05$)。3 項目全てにおいて測定値の向上が認められ、トレーニングとしての有用性が示唆された。

キーワード：足趾力、屈伸運動、トレーニング効果

1. 序論

運動器は人が自分の意志で活用できる唯一の組織・器官であり¹⁾、その機能は姿勢保持機能、移動機能、作業機能からなり、日常生活動作に大きく関与している²⁾。自分の意志で行う動作や行動は自己の存在や尊厳を証明することにつながるため、この機能には大きな意義があるが加齢や疾患などによって様々な機能低下が引き起こされる。そのひとつとして筋力低下があげられ、一般的には何らかの安静により筋収縮を行わなければ 1 週間に 10% の割合でその部位の筋力が低下する²⁾ と言われている。本来、筋力は適度に使用すれば維持されるはずであるが、入院患者においては入院生活による行動範囲の縮小によって筋収縮の機会が減少する。入院治療によって疾患が治癒しても、下肢の筋力低下がおこり行動が制限されれば本来の日常生活が再開できず、役割の変化や喪失、社会参加の減少など生活の質は大きく低下する。また筋力低下は転倒の内的要因としても挙げられており³⁾、予防することは重要であると考えられる。下肢機能を支えているのは体幹の腰背部および骨盤筋群と下肢の筋群であるが、これらの筋力を向上させるためには様々な動作が必要であり、入院患者が実施するには困難な場合が多い。先行研究^{4)~8)}において、足趾が立位保持や歩行に大きく関与しているとされているため、足趾の力(以後、足趾力とする)を向上させることが下

肢筋力や生活機能の低下予防につながると考え、その方法について検討することにした。

これまでに足趾力の強化についてはタオルギャザーやビー玉つかみ、足趾歩行など足趾把持機能トレーニングの報告^{9)~14)}が多い。これらは立位や座位で行う必要があり、所要時間は 10~20 分、3 週間以上継続した実施で効果が得られるものが多く見られた。しかしトレーニングの対象者を入院患者とした場合、その状態や疾患によっては実施が困難な場合もある。また早期離床による転倒防止を視野に入れるとすれば、入院時より臥床安静患者にも実施できる方法が必要である。

以上のことから、簡便な足趾力強化トレーニングを考案する目的で、足趾の主な動きである屈伸運動をトレーニングとし、その効果について検証を行った。

2. 研究方法

2.1 調査期間

平成 25 年 7 月~平成 25 年 8 月

2.2 研究協力者

A 短期大学に在学する学生から無作為に抽出し、研究の主旨と内容について説明を行ったうえで研究の同意を得られ、下肢に病的な機能障害を認めない学生 20 名とした。

2.3 測定方法

調査項目については基本属性及び足趾力とした。足趾力を表す方法としては足趾挟力、足趾把持力、足趾10秒テストを用いた。

1回目の測定の後、足趾の屈伸運動を1日1回、左右各20回ずつ1週間実施し1週間後に足趾挟力・足趾把持力および足趾10秒テストを実施する。図1に示す調査用紙には、トレーニング実施の有無がわかるようチェックリストを添付した。

- 1) 基本属性：年齢、性別、「利き足」および「足部の異常」とした。「利き足」は体重を支持する足¹⁵⁾とし、「足部の異常」については陥入爪などの爪の異常及び外反母趾とした。
- 2) 足趾挟力測定(図2)：足趾力測定器「ちえっかーくん」(日伸産業株式会社、福

岡市)を用いた。椅子座位の姿勢をとり、第1趾と第2趾との挟力を測定した。左右2回ずつ測定し、最大値をそれぞれの代表値とした。

- 3) 足趾把持力測定(図3)：足趾筋力測定器(竹井機器工業株式会社、新潟市)を用いた。椅子座位の姿勢をとり足の位置を固定し、足趾をバーにかけバーを牽引する力を測定した。左右2回ずつ測定し、最大値をそれぞれの代表値とした。
- 4) 足趾10秒テスト(図4)：椅子座位で踵は床につけた状態で実施する。可動域の範囲内で足趾の完全な伸展・屈曲を繰り返し、10秒間に実施できた回数を目視で計測する。伸展・屈曲を1回とし、左右別々にカウントした。

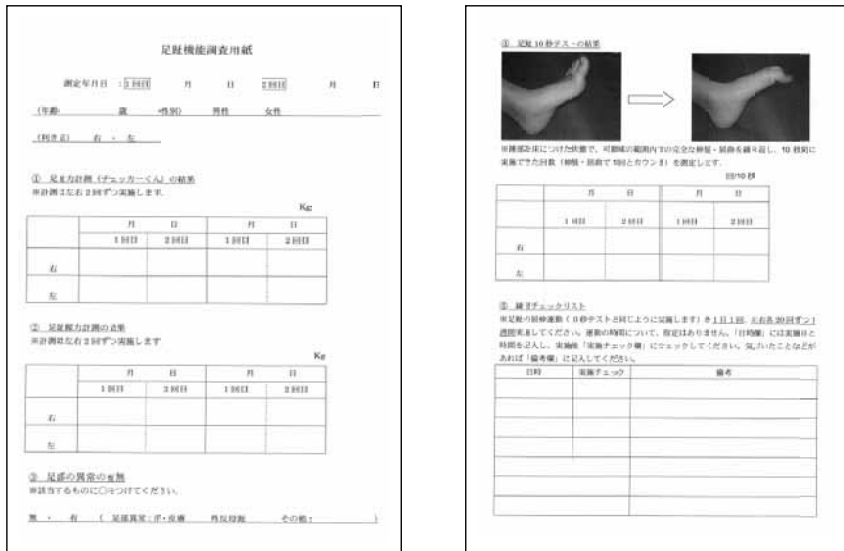


図1 足趾機能の調査用紙



図2 足趾力測定器の外形



図3 足趾筋力測定器の外形



図4 足趾10秒テストの様子

2.4 結果の処理

トレーニング前後の足趾挟力、足趾把持力および足趾 10 秒テストの値について t 検定を行い、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。

2.5 倫理的配慮

研究への協力は任意であり、研究への参加・不参加が協力者の不利益にならないこと、調査結果は本研究以外の目的で使用することはないことについても説明し、同意を得られたものに調査を行った。測定の内容は無記名で行うとともにデータは統計的に処理し、個人が特定されないようにし、研究終了後は破棄することとした。本研究は富山福祉短期大学での倫理審査委員会の承認（承認番号 H-25 - 004 号・平成 25 年 7 月 3 日）を得た。

3. 結果

3.1 調査協力者の概要

性別は女性 20 人であった。年代においては 10 歳代が 9 人、20 歳代が 10 人、30 歳代が 1 人であり、平均年齢は 20.6 ± 3.7 歳であった。利き足については、右が 18 名、左が 1 名、未記入が 1 名であった。足部の異常については「無し」が 17 名、外反母趾が 2 名、爪の異常は 1 名に認められた。トレーニングは、1 日 1 回の足趾屈伸運動を 7 日間実施の依頼をしていたが、実施したものは 14 名、6 日間実施したものが 4 名、2 日間の実施が 1 名、全く実施しなかったものが 1 名であった。今回トレーニングの効果について検証を目的としているため、全く実施していない 1 名に

については除外した。

3.2 測定結果

3.2.1 足趾挟力について

2 回測定のうち、最大値を代表値とした。トレーニング前の右の平均は 3.1 ± 1.5 kg、左平均が 2.8 ± 1.3 kg、トレーニング後の右平均が 4.3 ± 1.3 kg、左平均は 3.8 ± 1.5 kg であった。トレーニング前後の値については、右が $-2.5 \sim 3.8$ kg、左は $-0.6 \sim 5.0$ kg の変化があり、右平均で 1.2 ± 1.2 kg、左平均で 1.0 ± 1.2 kg の向上が認められた（右： $p < 0.001$ 、左： $p < 0.01$ ）。

3.2.2 足趾把持力について

トレーニング前の平均は左右とも 7.2 ± 3.3 kg、トレーニング後の右平均が 8.2 ± 3.4 kg、左平均は 8.5 ± 3.5 kg であった。トレーニング前後の値については、右が -2.5 kg \sim 3.8 kg、左は -0.8 kg \sim 3.6 kg の変化があり、平均では右 1.0 ± 1.4 kg、左 1.3 ± 1.1 kg の向上が認められた。（右： $p < 0.01$ 、左： $p < 0.001$ ）。

3.2.3 足趾 10 秒テストについて

トレーニング前の右の平均は 16.8 ± 6.5 回、左平均が 16.1 ± 6.1 回、トレーニング後の右平均が 18.0 ± 4.7 回、左平均は 17.5 ± 4.6 回であった。トレーニング前後の値については、右 $-5 \sim 8$ 回、左 $-3 \sim 8$ 回の変化があり、平均では右 1.5 ± 3.1 回、左が 1.7 ± 2.8 回の増加を認めた。（右： $p < 0.05$ 、左： $p < 0.05$ ）。

表 1 足趾挟力の結果

	n = 19 (kg)				
	右			左	
トレーニング前	3.1	± 1.5	***	2.8	± 1.3
トレーニング後	4.3	± 1.3		3.8	± 1.5

データは平均 \pm 標準偏差を示し、2 群間の比較には t 検定を用いた。（**： $p < 0.01$ 、***： $p < 0.001$ ）

表 2 足趾把持力の結果

	n = 19 (kg)				
	右			左	
トレーニング前	7.2	± 3.3	**	7.2	± 3.3
トレーニング後	8.2	± 3.4		8.5	± 3.5

データは平均 \pm 標準偏差を示し、2 群間の比較には t 検定を用いた。（**： $p < 0.01$ 、***： $p < 0.001$ ）

表3 足趾10秒テストの結果

	右		左	
トレーニング前	16.8	± 6.5	16.1	± 6.1
トレーニング後	18.0	± 4.7	17.5	± 4.6

n = 19 (回)

データは平均±標準偏差を示し、2群間の比較にはt検定を用いた。(*: p < 0.05)

4. 考察

足趾の動きは屈伸のほかの開張運動がある¹⁵⁾。開張運動は巧緻性に関連する足趾じゃんけん動作などで評価できるが、長谷川らの調査⁸⁾においては健常成人においても機能低下群が42%に認められるという報告がある。これはこの動作が困難であることを示しており、このことから、対象者によっては開張運動を取り入れたトレーニングは難易度が高いと推測される。そこで今回は屈伸運動をトレーニングとし、足趾挟力と足趾把持力、足趾10秒テストを用いて効果の検証を行った。短期間のトレーニングであったにもかかわらず、すべての項目において結果が向上していることから、足趾の主となる動きであるとともに簡単な底背屈運動、すなわち屈伸運動でも効果が得られるといえる。

今回の協力者は平均年齢が20.6歳の健常女性であり、対象には偏りがあるが、この年代の女性の基準値は足趾挟力が1.7～3.3kg、足趾把持力が3.1～9.7kg、足趾10秒テストは9.7～22.7回となっており¹⁶⁾、トレーニング前は全員が平均的な足趾力を認めた。調査した3項目は、足趾の動きに関連する筋群と足底部のアーチの保持に関連する筋群の動きを表している。これらは立位の際、地面をしっかりと把持することでバランスを保ち、歩行時には初期接地の際の衝撃吸収、荷重の受け継ぎ、さらには単脚支持の役割に関与している。今回の結果ではトレーニング後にこれらの筋力が向上していることが示されており、この状態が維持できれば歩幅の調整や重心のコントロールが容易になるため歩容が安定し、歩行の際の転倒予防にもつながることが予測される。

足趾力としては平均的ではあるが、足趾挟力測定で用いた「ちえっかーくん」の判定結果に従い、測定結果を分類したところ、トレーニング前の約半数が「下肢筋力および足部機能低下あり」という現状であった。今回、対象者の生活背景について調査は行っていないが、調査協力者が在住する県の1世帯当たりの自動車保有台数は、1.76台となっており全国でもトップレベルである¹⁷⁾。自動車は通勤や買い物に多く用いられ、歩行時間の減少が下肢筋力を低下させる要因となっている

と推察できる。また、近年、若者の履物の傾向としてはクロックスなどのスリッパ様式やヒールが高く先端が細いものが多く、これらが歩容やバランスに影響を及ぼすことも指摘されている^{18)～21)}。年齢に関わらず、生活習慣や運動器の障害はロコモティブシンドロームを引き起こすとされており²²⁾、今回の結果から対象者は足趾力が低下しやすい状況、すなわち予備軍であったと推測される。足趾屈伸の動きは握りこみ動作と類似しているが、日常生活ではあまり必要としない。トレーニングの結果、80～90%が「下肢機能及び足部機能良好」に変化した。このことからトレーニングとして意識的に行うことで足趾力が向上すると言え、移動に関連する運動機能の維持向上のためには、入院患者を対象とするばかりではなく、健康な時から意識して対処することも重要であると考えられた。

また先行研究において、タオルギャザーを用いた足趾把持力トレーニングの効果は3週間で生じたと報告されている¹²⁾。この際、1日20回の運動を10分程度かけて実施し、週4回の頻度で行い、約3kgの増加がみられている。今回の調査では足趾の屈伸運動を左右各20回ずつ1日1回、1週間継続し、平均1.3kgとなった。トレーニングの量が異なるため、単純に比較はできないが、安静臥床の患者を対象とした時には少しでも負担が少ないトレーニングであることが望ましい。また一度獲得した力は訓練中止後も3ヶ月後も維持されている⁹⁾と報告されており、さらなる検討が必要ではないかと考えられた。

本研究は協力者全員が健常成人の女性であることから、結果の解釈には限界がある。したがって今後は対象の属性による相違なども考慮し、調査を進め、有効なトレーニングを構築していきたい。

5. 結論

本研究の目的は足趾の動きに類似したトレーニングによる効果の検証を行うことであった。その結果、以下のことが明らかになった。

足趾力強化トレーニングとして容易に実施できる方法である足趾の屈伸運動を取り入れるため

に、足趾挟力、足趾把持力、足趾 10 秒テストを用いて、それらの効果を検証した。その結果、3 項目全てにおいて測定値の向上が認められ、トレーニングとしての有用性が示唆された。

謝辞

本研究を行うにあたり、ご協力いただいた研究協力者の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 黒澤尚, 青木きよ子編, (2010): 新体系看護学全集 25 成人看護学 12 運動器, メヂカルフレンド社, p2.
- 2) 富重佐智子編 (2008): ナーシンググラフィカ 14 健康の回復と看護 - 運動機能障害, メディカ出版, pp11-21, pp138.
- 3) 宮本まゆみ, 内田宏美 (2009): 転倒予防に関する研究の動向と看護分野における今後の課題, 島根大学医学部紀要, 32, 22-23.
- 4) 佐々木諒平 (2010): 足趾機能がバランス能力に与える影響について, 理学療法 - 臨床・研究・教育, 17, 14-17.
- 5) 加辺憲人, 黒澤和生, 西田裕介他 (2002): 足趾が動的姿勢制御に果たす役割に関する研究, 理学療法科学, 17, 199-204.
- 6) 竹井和人, 村田伸, 甲斐義浩 (2009): 足趾機能と静的・動的バランスとの関連 内容的妥当性の検討, 西九州リハビリテーション研究, 2, 13-19.
- 7) 堀順, 高橋仁, 上久保毅, 安保雅博 (2008): 不安定面上における姿勢制御と足趾把持力および足部柔軟性との関係, 日本私立医科大学理学療法学会誌, 25, 105-108.
- 8) 長谷川正哉, 金井秀作, 坂口顕, 石倉隆, 陣之内将志, 沖貞明, 大塚彰 (2006): 足趾機能が歩行に与える影響, 理学療法の臨床と研究, 15, 53-56.
- 9) 井原秀俊, 三輪恵, 石原敏郎他 (1997): 足指訓練の持続効果 - 訓練中止 3 ヶ月後の検討 - , 整形外科と災害外科, 46, 393-397.
- 10) 木藤伸宏, 井原秀俊, 三輪恵他 (2001): 高齢者の転倒予防としての足指トレーニングの効果, 理学療法学, 28, 313-319.
- 11) 金子諒, 藤澤真平, 佐々木誠 (2009): 足趾把持トレーニングが最大歩行時の床反力に及ぼす影響, 理学療法学, 24, 411-416.
- 12) 竹井和人, 村田伸, 甲斐義浩他 (2011): 足趾把持トレーニングの効果, 理学療法学, 26, 79-81.
- 13) 城下貴司, 福林徹 (2012): 足趾エクササイズが足内側縦アーチに及ぼす影響について, 理学療法学, 27, 397-400.
- 14) 相馬正之, 五十嵐健文, 工藤涉他 (2012): 足趾把持力トレーニングが Functional Reach Test や最大 1 歩幅、歩行能力に与える影響について, ヘルスプロモーション理学療法研究, 2, 59-63.
- 15) 山崎正信編 (1999): 足の事典, 朝倉書店, pp106-109, pp10-11.
- 16) 本江恭子, 金森昌彦, 長谷奈緒美他 (2012): 看護フィジカルアセスメントにおける足趾力評価の意義 (第 1 報) - 健常人を対象とした基準値の設定 -, 富山大学看護学会誌, 12, 101-110.
- 17) 国土交通省北陸信越運輸局富山運輸支局ホームページ: <http://www.tb.mlit.go.jp/hokushin/toyama/index.shtml>
- 18) 齋藤誠二, 田中翔子, 松本和也他 (2012): スリッパの着用が歩容に与える影響, 人間工学, 48, 266-273.
- 19) 尾崎英美, 會田信子, 杉浦伸一他 (2011): 履物の相違が歩行動作に与える影響, 日本看護医療学会雑誌, 13, 56-65.
- 20) 元重悠子, 會田信子 (2011): 履物の種類による静的・動的重心動揺の相違に関する基礎的研究, 日本看護医療学会雑誌, 13, 42-49.
- 21) 金井章, 今泉史生, 後藤寛司他 (2012): ハイヒール運動靴の歩行に及ぼす影響についての検討, 臨床バイオメカニクス, 33, 337-341.
- 22) 日本整形外科学会ホームページ: <https://www.joa.or.jp/jp/index.html>

Effects of trainings on the toe's function

Naomi Nagatani ¹⁾, Hiroko Washizuka ²⁾,
Miyoko Sakai¹⁾, Masahiko Kanamori ³⁾

1) Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

*2) Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Education,
University of Toyama*

*3) Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research,
University of Toyama*

Abstract

This study aimed to invent simple and easy exercises that would help improve toe function. An experiment was conducted with twenty subjects; all adult women in good health. All subjects performed bending and stretching exercises of the right and left toes twenty times once a day for one week.

Toe gap force, gripping force of the toes, and the ten-second toe test were performed by each subject before and after the exercise.

The results of these tests show the following improvements after the exercise.

1. Toe-gap force: 1.2 ± 1.2 kg for toes of both feet (right toes : $p < 0.001$, left toes : $p < 0.01$) .
2. Gripping force of the toes: 1.0 ± 1.4 kg for the right toes and 1.3 ± 1.1 kg for the left toes.
(right toes : $p < 0.001$, left toes : $p < 0.01$)
3. Ten-second toe test: 1.5 ± 3.1 times in the right toes and 1.7 ± 2.8 times in the left toes.
(right toes: $p < 0.05$, left toes: $p < 0.05$)

From the results, we conclude that the exercise was effective in improving the function and strength of the toes.

Key words: toe's function, bending and stretching of toes, training effects

法律に基づく身体拘束について —精神科病棟の拘束を通して看護場面の身体拘束を考える端緒として—

竹田 壽子

富山福祉短期大学看護学科

(2015.2.4受稿, 2015.3.18受理)

要約

医療の中での身体拘束については、多くの人が治療のためには仕方がないと考える一方で、倫理的・道義的な批判もある。今後、看護師が判断する看護場面の拘束についての考察が必要になると考える。先行研究では、拘束を論ずる時に現行法として法定化されている精神保健福祉法から、拘束についての、用語や規定が引用されている。拘束に対する規定は、現行法としては、精神保健福祉法での拘束のみであり、現在、運用しているしくみなで、それと対照させて考えることは、合理的であると考えられる。しかし、その用い方について、疑問になる文献が散見される。適切な議論には、身体拘束に、なぜ法規定が必要か、法規定の背景や規定に準じて運用するということの意味と、内容の理解が必要である。行動制限に対する法制度の概念と、患者に必要な拘束場面を、具体化して論じなければ、適切な議論は成り立たない。この論考では、身体拘束に対する法制定の根拠を確認し、具体的運用の現状を明確にすることで、特に看護師が判断する拘束について、考える端緒となることを目的としている。

キーワード：身体拘束最小化、精神保健指定医、精神保健福祉法、法的手続き、看護師判断、
憲法第31条、身体拘束、行動制限

1. はじめに

そもそも、人の自由を奪う行為は、何人にも行うことは許されない。医療の中でも決して例外ではない。憲法にもうたわれている自由の権利と平等の考えから、医療における拘束への批判も表出されるものと考えられる。看護場面での拘束を、納得いく理論に基づき実施していくためには、適切で丁寧な議論を要する。理論的背景が共有され、身体拘束の目的と看護の専門性を明確にして、場面に即した議論を深めていく必要がある。

その意味で、先行研究に見られる「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下、精神保健福祉法と略す)の不適切な引用を考察し、精神科医療の中での法規定誕生を遡及して理解すると同時に、現在、施行されている法規定のしくみを、具体的に俯瞰する。

法律は、憲法31条で「何人も法律の定める手続きによらなければその生命若しくは自由を奪われまい」と規定している。精神保健福祉法は、我が国の憲法思想とフランスの1838年法を基礎に置いて規定されていると言われている。(須藤2007)

1838年法は、フランス革命での自由・平等の精神からフランスが最初につくった法規定として

生まれた法律である。自由と平等は、国民の権利として位置付けられ、手続きなしには、人の自由を奪うところの隔離や拘束などはできないとしている。

そうした理念を前提に、精神科医療では治療の目的で、ある状況下においてのみ特別に許された「人から自由を奪う」隔離・拘束が、法律に基づいて認められている。精神保健福祉法において、精神科病院における病院長に許された拘束についての36条と37条の内容がそれにあたる。

本稿は、看護が関わる場面における身体拘束を正しく理解し、目的に即した拘束について考えることを目標としている。先行研究では、拘束を論ずる時に、現行法として法定化されている精神保健福祉法の拘束について語意や告示が引用されているが、その引用の仕方に、適切性を欠くと思われるものが散見される。行動制限に対する法制度の概念と拘束場面を具体化して論じなければ適切な議論は成り立たない。

2. 先行研究を通して共通理解とすべき事項について

何を身体拘束とするか、身体拘束の定義やその必要性を実態調査から、石川(2002)は「回答

者によって大きく意見がわかれ、その判断基準によって、実際に行われている拘束行為の実施率に違いが出ている」という。どんな拘束が看護上で必要な拘束か、具体的な範囲については明確化が必要であり、転落防止や安全の確保のための身体拘束は、本当に客観的な妥当性を満たしているかなど、細かい検討も急がれる。

そうした中で、問題になるのは先行研究中の精神保健福祉法の引用である。適切な理解で、正しく参考にされていないようで、問題と考えられるものを以下に列挙する。

1) 中木 (2001) は『1988年4月8日に厚生省の告示が出て、「〈身体拘束〉とは、衣類または綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう」と定義しているの、正式には〈身体的拘束〉、あるいは最近の厚生労働省の森田博通さんの文章で用いられている〈身体拘束〉と呼んでいくべき(中略)』と述べている。厚生省(当時の名称。以後2001年以降は厚生労働省と記す)告示の引用部分は、精神保健福祉法36条3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限に対する告示である。換言すれば、これは、精神科病院に適用する精神保健福祉法上の拘束具を用いた拘束の定義づけである。後者の森田博通さんの文章とは、老人施設における入所者を対象にしたもので、その場合はミトンやつなぎ等の手段も含まれるもので、内容の違うものを同じ用語に定義づけるには問題がある。

2) 山本 (2005) は『看護学大辞典(内藪・小坂、1997)からの引用に続けて「厚生省129号(平成11年5月11日付)における身体的拘束の定義では“抑制”と“身体拘束”という用語が同様の意味で使用されている(中略)双方とも同等な概念として認識されている背景を踏まえて“抑制”という用語を使用する」と書いている。「厚生省129号平成11年5月11日」は「厚生省告示129号(昭和63年4月8日)」の誤りであり、前記の中木のいう告示のことである。さらに、身体的拘束の定義では“抑制”と“身体拘束”という用語が同様の意味で使用されていると書いているが、告示129号の規定とは「(身体的拘束)「衣類または綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限(下線は筆者)」のことである。身体拘束を身体的拘束と表し、定義づけているが、“抑制”については定義づけがなく、「同様の意味、同等な概念」で使用されていると述べているとは

理解できない。

拘束具については精神保健福祉法では、柵やカンバス布シート帯類、足押え等までは含まれず、具体的に「身体拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入れ」と重ねて、告示130号でも規定している。

3) 小河 (2005) は「拘束及び抑制は、広義に通信、面会、隔離を含む、対象の行動制限である。しかし、(中略)(医療法36条、昭和63年厚生省告示128号、129号、130号)」と記載しているが、医療法36条ではなく精神保健福祉法36条である。精神保健福祉法の中では行動制限という概念があり、その中に拘束・隔離・通信・面会などが含まれている。

精神保健福祉法では、「行動制限」の中に身体拘束は含まれ、行動制限についての規定と同時に特に制限の強い身体拘束については、さらなる詳細な規定が設けられている。抑制については、説明用語としては使用されているが、行動制限の項目にはない。医療法と精神保健福祉法については、医療法は病院・診療所・助産所などの医療機関に関する法律であり、身体拘束を医療機関全般への規則ごととして、医療法の中で論じると、特別に精神保健福祉法で論じることでは基本的にその意味合いは大きく異なる。

さらに前記の厚生省告示はそれぞれが独自で意味を持つものではなく、精神保健福祉法の条文への細目として告示されたもので、36条や37条と関連づけて、はじめて意味を成すものであり、告示だけを切り取って考えることは、不合理な論旨を導きかねない。

4) 一宮拘束裁判の後に書かれた文献で、山本 (2011) は、老人福祉施設の医療行為ではない場合の身体拘束について高齢者自身の自傷又は他害の恐れがある場合が問題となるが、精神保健福祉法36条を類推解釈すべきであると、考えを述べている。その説明として精神保健福祉法36条の「精神科病院の管理者は、(中略)、その行動について必要な制限を行なうことができる」を引用し、「認知症自体が精神疾患の一類型である」から類推適用には問題がないとの意見を述べ、高齢者施設の高齢者が、自傷あるいは他害行為をする場合には、施設管理者(施設長)の判断により身体拘束を例外的に認めることは正当業務行為、あるいは事例によっては緊急避難による違法性阻却の要件になるとの考えを述べている。一宮拘束裁判事件は筆者(竹田2013)も看護の本質論として論じているが、最初に訂正したいことは、この

訴訟は老人福祉施設の拘束問題ではなく、一般病院外科病棟での拘束問題である。いずれにしても精神科病棟以外の法適用の問題である。山本は、『「精神疾患の一類型であるから類推適用には問題がない」と飛躍して論じ、精神保健福祉法36条で管理者に必要な行動の制限を行うことができる』と述べ、さらに、緊急避難や医師法(17条、31条)保健師助産師看護師法37条但書で違法性は阻却されている。即ち、高齢者施設での身体拘束は正当な理由になると論じている。しかし、精神保健福祉法は疾患名に対しての適用ではないことは最初に明確にしておきたい。精神保健福祉法は行動制限の中での身体拘束について、その判断は精神科の医師でも病院の管理者でもない精神保健指定医(以下、指定医と略す)としている。指定医という身分は「みなし公務員」となっている。精神科医療の強制入院に備えた身分であり、同時に人を拘束するという人権問題に対する備えとも考えられる。

身体拘束の責任を管理者と規定し、身体拘束の適否の判断は、指定医だけが行うことができると規定しているが、管理者といえども私人である。私人に身体拘束は許されないということが根本的考え方と理解したい。また、精神保健福祉法での拘束は、拘束具を使用した身体拘束に限っていることを考えると、類推適用することでの影響が懸念される。

身近な報告から問題点を上記したが、これら問題点は精神科病院の精神科患者への適用として定められた精神保健福祉法36条、37条を受けた告示129号、130号を、単独で切り取っていることが原因だと思われる。また、基本には治療といえども身体拘束は人の自由を奪う行為には違いないという、国民の自由・平等の権利に対する認識の薄さが原因と思われる。

八田(2001)の「老人医療における身体拘束と精神医療における隔離・身体拘束また一般病棟の拘束との間に類似性もあるが、本質的には異なるため、あくまで参考としてとらえるべきものである」との言も参考となる。

3. 精神科医療の中の身体拘束

看護場面での看護師が判断する拘束があるとなれば、そこには法規定が必要なことを述べてきた。拘束に対する規定は現行法としては、精神保健福祉法での拘束のみであり、現在施行されているしくみなので、それと対照させて考えることは合理的だと考える。本稿では精神保健福祉法の実

際を概観する。

身体拘束は、現行法上は「処遇」の中に位置づけられ、行動制限として種々の規定が織り込まれている。本稿はそこから拘束に特化して述べる。用語については、法文上は「身体的拘束」とあり、後述する研究班*1の報告書や作成された指針では「身体拘束」となっている。臨床的には、身体拘束と使っていることが多いので、本稿では「身体拘束」を用いている。抑制と拘束の違いなど、本来は吟味して使用すべき用語ではあるが、本稿では特に区別しないで、「拘束具による身体拘束」について身体拘束として論じている。

*1 平成11年度厚生科学研究受補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究班」主任研究者浅井邦彦

3.1 身体拘束の法的根拠について

それまで、鎖でつながれることが多かった精神障害者を、1793年にフランス人ピネルが鎖から解放した。精神障害者を「病める人」として扱った精神医療の歴史上最初の人であった。日本においては、東京帝国大学教授呉秀三(巢鴨病院長)が自宅監禁を批判し、呉秀三の「無拘束の理念」の提唱により、1919(大正8)年「精神病院法」が成立した。精神障害者対策は監督し保護するためだけの収容から医療へと前進した。そのことは精神障害者の保護治療への始まりといわれている。

強制治療の要素を含む精神医療の中では、隔離や拘束は避けることが出来ない患者処遇の一形態である。しかし、人の隔離やそれ以上の精神的身体的障害をもたらす拘束についての合理的理由は、当然必要である。治療の為とはいえ、患者を医療者側の都合だけで拘束することは許されない。

1950(昭和25)年「精神衛生法」38条(行動の制限)は、憲法31条「何人も法律の手続きの定める手続きによらなければ、その生命若しくは自由を奪われない」を受けて制定された(松下1997)。精神衛生法38条(行動の制限)は「精神病院の長は、入院中又は仮入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について、必要な制限を行うことができる」と規定している。

そして、精神障害者を拘束することが必要かどうかを、決定するため精神衛生鑑定医制度がもうけられている。拘束の問題については、精神障害

者の「人権擁護と適正な精神科医療の確保」という観点からの見直しが重ねられてきたが、越川記念病院事件や朝倉病院事件*2のような、尚、繰り返される不祥事件のこともあり、今後も検討されなければならない課題と言える。不祥事件のことばかりではなく、薬や治療法の研究発展と共に、拘束の方法や内容も変化させて行く必要がある。その時の基本理念には、常に国民すべてに平等に保障されている「国民の基本的人権の享有、基本的人権の永久不可侵性」（憲法11条）、「奴隷的拘束及び苦役からの自由」（憲法18条）、そして、前記した憲法31条を念頭に置いて考慮すべきであろう。患者の処遇について、精神科患者を他の一般疾患患者と区別して考えたり、治療のためとは言え、客観的に合理的な理由なく行動の制限を強制はできない。人が人を拘束するには憲法18条の「法的手続きの保障」の上でなければ実行できない（松下1997）ことは、論を待たないことと考える。

- * 2 ・ 神奈川県の越川記念病院で1989年（平成元年）常勤の指定医の不在のまま患者の行動制限等を行っていた。
- ・ 埼玉県の朝倉病院で2001（平成13）年不当な身体拘束の情報が県健康福祉部に入り数回の立ち入り検査と改善命令が出されている。

3.2 精神保健福祉法と身体拘束

精神科の治療には、拘束をすることがやむを得ない場合があると（吉川、2001）言われ、野放図

に行われていた身体拘束を「基本的人権の尊重」の理念として法律制定したのは、1950（昭和25）年の精神衛生法に始まっている。さらに、1988（昭和63）年の精神保健法に（処遇）36条、37条として細目が加えられ、1995（平成7）年改正の現行法精神保健福祉法に引き継がれている。1999（平成11）年「精神保健福祉法の一部を改正する法律」が成立し、その中の「第六節」に「精神科病院における処遇等」として身体拘束についての規定は置かれた。法律は「処遇」の中で行動制限を規定し、その中に身体拘束を位置づけている。

現行法は、処遇の中に（表1）入院中の患者の「行動の制限」という表現を用いて、隔離・通信・面会を含めて規定している。36条では「精神科病院の管理者は、入院中の者につき（中略）その行動について必要な制限を行うことができる」と規定している。1950（昭和25）年の精神衛生法以来の変更なしの条項であるが、精神衛生法では、条項の適用患者や行動制限の範疇である閉鎖処遇・隔離のこと等、その他の行動制限には触れていない。1988（昭和63）年に入院患者の信書発受・面会の制限、また隔離の条件や処遇基準がはじめて本文に条項として明記され、さらに37条を追記して現行法に引き継がれている。行動制限の諸条件および処遇基準については、社会保障審議会の意見を聴取し厚生労働大臣がこれを定めること、それに加えて精神科病院の管理者に対する処遇基準の遵守義務を本文に明記している。

表1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

<p>第五節 精神科病院における処遇等 (処遇)</p> <p>第三十六条 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。(略)</p> <p>3 第一項の規定による行動の制限のうち、厚生大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。</p> <p>第三十七条 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。</p> <p>2 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。</p> <p>3 厚生労働大臣は、第一項の基準をさだめようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。</p> <p style="text-align: right;">(* 指定医とは精神保健指定医を指す)</p>

三訂 精神保健福祉法詳解 精神保健福祉研究会＝監修 中央法規（下線は筆者）

法は精神科病院の管理者、即ち病院長に「その医療又は保護に欠くことのできない限度において必要な制限を行うことができる」として、行動制限の責任を明確にしているが、さらに「隔離その他の行動制限」は、指定医が必要と認める場合でなければ行えないと重ねて規定している。身体拘束が必要かどうかを判断するには、指定医が当該患者を直接診察して必要と認めることを要している。

37条の精神科病院の管理者は「必要な制限を行うことができる」とは、行動制限に対する責任を意味し、具体的には管理者が判断して拘束を実施することではなく、その病院または、診療所に勤務する医師などの従業員を監督し、その業務遂行に欠けることのないよう厚生労働大臣が定めた

基準を守らせるよう監督することを意味していると解説されている。

指定医が必要と認めなければ行うことができない拘束については、精神保健福祉法36条3項の規定に基づく厚生労働大臣が定める行動の制限、告示129号で「身体的拘束（衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう）」と規定し、さらに、37条1項を受けて告示130号（表2）は、身体拘束等の行動制限に関わる処遇基準を詳細に規定し、かつ患者の自由を制限するに際しては、その必要性を患者に説明し、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないと定めている。

表2 厚生労働大臣が定める身体拘束の基準

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準 昭和六十三年四月八日厚生省告示第百三十号（注 平成18年12月22日厚生省告示第660号による改正現在）	
第一 基本理念	入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行なわれなければならないものとする。（一部略）
第四 身体的拘束について	
一 基本的な考え方	(一) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行なわれる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。 (二) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行なわれるようなことは厳にあってはならないものとする。 (三) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。
二 対象となる患者に関する事項	身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われるものとする。 ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合 イ 多動又は不穏が顕著である場合 ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合
三 遵守事項	(一) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時を診療録に記載するものとする。 (二) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。 (三) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

精神科患者を治療の視点ではなく、収容の視点で接して一部の判断で行っていた精神医療における処遇の歴史を、遡及することのないよう、行動制限基準を明確にし、その遵守責任を病院の管理者であると明確にしている。

そして実施に当たっては、患者にできる限り説明した上で行うように努めるとともに、病状または状態像に応じて最も制限の少ない方法で行われなければならないとしている。

前述した「精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない」との規定については、医師等の従業員に厚生労働大臣が定めた基準を守らせるよう監督し、その業務遂行に欠けることのないよう、必要な注意をしなければならないことを指している。

精神保健福祉法での処遇の規定の中で、身体拘束については、きめ細かな規則になっているが、法改正にあたり実践上の疑問に答えた疑義照会*3では、さらに具体化されている。臨床上、実際に運用するにあたっては、解釈に疑問が生じた場合に行政への照会があり、そこでの疑義回答が、具体的な法解釈、即ち行政指導として臨床に届けられる。それらにより、医療現場での理解の統一と

具体的実践時の考え方が指導されている(表3)。疑義照会によれば、「身体拘束の開始時には、常に指定医の診察が必要である。点滴・経鼻注入による栄養法などの生命維持のために必要な医療行為のために、短時間の身体固定をすることは、精神保健福祉法上の身体拘束にはあたらない。ただし、長時間にわたって継続して行う場合は、身体拘束として指定医の診察及び診療録記載を要す」と説明されている。寝たきりの予防や食事のために車椅子に移乗させたり、車椅子での移動の際の車椅子からの転落・ずり落ち防止のためのベルト等を使用することは、精神保健福祉法上の身体拘束には当たらない。ただし、恒常的にベルトで固定する場合には、身体拘束にあたる」と述べている。寝たきりに近い人に対し就寝時ベッドから転落を防止するために行う、短時間の身体安全保護のための固定は、指定医の診察が必要な身体拘束とみなさなくてもよい等の回答が出された。こうした回答は、臨床上の身体拘束を行う上での大きな判断基準となっている。

* 3 厚生省精神保健福祉課疑義照会 (H 12. 7. 31) 精神保健福祉法改正に関する Q & A

表3 厚生省精神保健福祉課 疑義照会 (拘束のみ抜粋)

質問	身体拘束について (1) 12時間を越えない身体拘束でも、指定医の診察は必須なのか (2) 痴呆・精神遅滞などに身体合併症がある場合は、合併症治療のため拘束せざるを得ない場合もあるが、その際でも指定医の診察が必須なのか
答	(1) 身体拘束については、開始時に指定医の診察が必要(厚生省告示130号第四) (2) 精神保健福祉法の規制に係る病棟、いわゆる精神科病棟においては、指定医の判断が求められる
質問	点滴・鼻注などの医療行為中の一時的な身体の固定は拘束にあたるか
答	生命維持のために必要な医療行為のために短時間の身体固定をすることは、指定医の診察を必要とする身体拘束にはあたらない。ただし、長時間にわたって継続して行う場合は、身体拘束として指定医の診察及び診療録記載を要す(「厚生省告示130号」第四)
質問	老人等の車椅子における転落防止のためのベルト等による固定は拘束にあたるか
答	寝たきり予防や食事のために車椅子に移乗させたり、車椅子での移動の際の車椅子からの転落・ずり落ち防止のためのベルト等を使用することは、身体拘束には当たらない。ただし、恒常的にベルトで固定する場合には身体拘束にあたる(「厚生省告示130号」第四)
質問	寝たきりに近い人が就寝時ベッドから転落を防止するために短時間の身体固定をする場合、指定医診察の必要な身体拘束にあたるか。
答	身体安全保護のための短時間の固定は、身体拘束とみなさなくてもよい

厚生省精神保健福祉課 疑義照会 (H 12. 7. 31) 精神保健福祉法改正に関する Q & A (下線は筆者)

3.3 行政による指導監督の徹底

精神科病院での身体拘束を考えるときの「法律の定める手続き」を述べてきた。精神科病院においては、以上のことを遵守しながら、患者の行動制限に対応することを要請されている。

そして、これらの実態は、精神保健福祉法 38 条 6 項による実施指導と医療法 25 条による医療監視で精神科医療機関は、毎年計 2 回の行政監査で詳細な確認を受けている。

両行政監査は、特に患者の人権への配慮や行動制限については、細かな具体的な内容で監査している。さらにその事については、1998（平成 10）年には、実地指導を行う際に十分留意し実地指導するようにと、厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知が、各都道府県知事・各指定都市精神保健福祉主管部（局）長あての通知「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」の中で拘束について（表 4）具体的に指示している。最近の実地指導や監視は、行政監査に備えて準備した書類を中心とした書類調査ではなく、実際病棟に出向き、患者と記録や関連書類を直接対照しながら実態を調査する方法である。

しかし、1998（平成 10）年 5 月には国立療養所犀潟病院で指定医の指示によらない身体拘束での患者窒息死*4 が起きた。法律遵守のない事実が国立病院で行われていたことは、大きな問題として取り上げられ、厚生省（当時）は、全国に 18 ある国立精神科病院に対して、入院患者の処遇等について立ち入り調査を行った。その結果、隔離は全体隔離数の 29.3%、身体拘束は全体拘束数の 42.0% が適正に行われていないことが判明したため、1999（平成 11）年 6 月に精神科病院向けの「精神保健福祉法の運用マニュアル」が作成された。そこでは、行動制限は「真にやむを得ない場合」に限り、「行動の制限を行わないことを前提とした医療を提供することが特に重要である」という考えを示している（厚生省保健医療局、2000）。

その後、浅井研究班*1により初めての全国規模での調査が開始され継続的全国調査が始まった。他に、通称「6月30日調査」と呼ばれるものもあり、厚生省（当時）精神保健福祉課は状況把握を行っている。身体拘束や隔離は、もはや、各医療機関の問題だけではなくなっている。

表 4 「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」の中での拘束

厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知 平成 10 年 3 月 3 日 障精第 16 号 最終改正 平成 20 年 5 月 26 日障精発第 0526002 号	
(13)	入院患者の身体拘束について (一部略)
ア	入院患者の身体拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、次の場合以外に行っていないか。
(ア)	自殺又は自傷の危機の危険性が高い場合。
(イ)	移動・不穏が顕著である場合。
(ウ)	そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合。
イ	患者の身体拘束は精神保健指定医の診察に基づいているか。
ウ	身体拘束を行った場合、患者にその理由を告知するとともに、告知した旨を、診療録などに記載することにより確認することができるようにされているか。
エ	身体拘束を行った事実及びその理由並びに開始・終了日時を診療録に記載しているか。
オ	身体拘束を行った患者について、頻回に医師による診察が行われているか。
(14)	入院患者の隔離及び身体拘束等の行動制限に関する一覧性のある台帳の整備について精神科病院への入院患者に対する隔離・身体拘束その他の行動の制限（以下「行動の制限」という。）が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを病院・病棟内で常に確認できるように、行動制限を受けている患者や患者ごとの行動制限の期間を記載した一覧性のある台帳（様式は一律に定めないが、患者氏名、行動制限開始日、入院形態及び行動制限内容（昭和 63 年 4 月 8 日厚生省告示第 129 号に定める隔離・拘束については必須記載）について記載すること。別紙様式例参照。）が月毎に整備され、行動制限を行った際に直ちに記入されているか。

厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知

また、2008(平成20)年度には表4の(14)身体拘束等の行動制限に関する一覧性のある台帳の整備が加えられ、様式は特に定められてはいないが、それぞれの病院の方法での行動制限の一覧性台帳の作成と記載が求められている。これは、その病院における各病棟の拘束状況の全貌と、一患者の身体拘束状況の経過が直視できる仕組みといえる。国立療養所犀潟病院事件を機に、行動制限最小化に向けて、検討と実践への動きが強化されて現在に至っている。次に行動制限最小化に向けての経過を概観したい。

* 4 1998年(平成10)新潟県の国立療養所犀潟病院において、看護師の判断でおこなっていた拘束で患者が窒息死した。

3.4 行動制限最小化に関する指針

国立犀潟病院事件を機に厚生科学研究の障害者保健総合研究事業として「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究班」(主任研究者浅井邦彦)が発足した。

少ない国公立精神科病院の精神科医療の中での法律を遵守していないという事実の発覚は、精神科医療への不信として社会的にも大きな問題となり、その改善策としての「精神科医療における行動制限の最小化に関する指針」(以下指針と略す)作成の必要性に迫られたのである。前述した1999(平成11)年の、「精神保健福祉法の運用マニュアル」は国立病院用の内容になっているが、日本精神科病院協会所属の民間病院が多い精神科医療においてのマニュアルも必要ではないか、といった趣旨であった。患者の人権に配慮した行動制限を、誠実な法遵守として実践していくことは共通であるが、その方法において、具体的に織り込む内容の再検討であったと思われる。

1999(平成11)年にこの研究班による初めての処遇についての調査が行われ、その報告*5によると「調査から明らかになったことの一つに人手不足からくる隔離・拘束が多いとの予測が意外な実態結果としてわかった」とある。また、看護基準6対1看護の病棟では3.5%なのに対し、2.5対1看護では9.9%となる等、手厚い看護職員配置の病棟で行動制限が高く、一方、病院機能では、急性期精神科医療を行う病棟や痴呆の専門病棟で、行動制限の割合が高いという結果がでたという。機能性が高く、手厚い看護職員配置の病棟ほど行動制限の率が高い事は、重症の患者をきっちり診ていることを表していると、研究班は分析

している。そして、当初の予測とは異なり、人手不足のための隔離・拘束ではなく、いわばマンパワーのある病院が重症患者をより多く引き受けた結果だとしている。

隔離・拘束の期間については、1ヶ月以上が隔離については約600人、身体拘束では約250人を加えるとおよそ850人以上であった。ただし、この中には、触法精神障害者や対応困難で攻撃的傾向の患者もかなり含むが、やはり、1ヶ月以上も隔離・拘束を続けるのではなく、一時的な中断や開放観察、部分的な拘束の解除を行うなどの努力が必要とも述べている。

そして、通常的身體拘束とは別に、考えるべき拘束を挙げ、改めて課題とした。その一つは認知症老人(浅井班の研究当時の名称は痴呆である。以降認知症と記す)の拘束で、拘束されている認知症の患者の約6割は、車椅子からの転落防止である。2つめは現在入院中の34万人のうち、約30%の10万人以上が65歳以上で、その何割かは合併症も患っているため、栄養補給などの点滴をしている。そうした拘束について浅井は、これらは、医師の裁量権として、よいのではないかと提言している(浅井、2002)。

指針では、拘束の定義を「身体拘束とは、医療的な配慮がなされた拘束用具により体幹や四肢の一部あるいは全部を、種々の程度に拘束する行動の制限である。」とし、衣類および綿入り帯などによる身体拘束が最も一般的であるが、確実性・安全性のみならず行動制限の最小化という視点からは、マグネット式の製品が推奨される。マグネット式の製品は身体各部位の可動域を調節できるため、患者の苦痛を可能な限り最小限に緩和することができる。さらに、着脱が容易であるため、1肢のみの拘束中断や時間限定の中断といったような身体拘束の部分的な中断を促すことができる。このようにマグネット式の拘束用具の使用は身体拘束を段階的に解除することを容易にするため、拘束用具のマグネット式を行動制限最小化にも繋がるものと推奨している。身体拘束の目的については表5に記しているように、臨床における治療場面からの具体的状況への目的が提示されている。

* 5 平成11年度厚生科学研究受補助金(障害保健福祉総合研究事業)精神障害者の行動制限と人権確保のあり方報告書「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究班」—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—主任研究者浅井邦彦

表5 身体拘束の目的

<p>1. 以下に該当する場合の他害の危険を回避すること</p> <p>(1) 突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合</p> <p>(2) 身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合</p> <p>(3) 患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合</p> <p>2. 以下に該当する場合の自殺あるいは自傷の危険を回避すること</p> <p>(1) 突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合</p> <p>(2) 身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合</p> <p>(3) 患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合</p> <p>3. せん妄など種々の意識障害の状態にある患者の危険な行動を防止すること</p>

精神障害者の行動制限と人権確保のあり方報告書 主任研究者浅井邦彦

3.5 診療報酬新設

行動制限最小化については、2004(平成16)年度診療報酬改定の中で「医療保護入院等診療料」として新設された。医療保護入院等診療料の施設基準に適合し、届け出た保健医療機関における措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院患者に対して、精神保健指定医が策定した治療計画に基づき、治療管理を行った場合とし、さらに算定基準を表6のように規定している。

行動制限最小化を努力義務とし、精神科医療の中で実現するために、診療報酬でその努力を評価しようとするもので、その算定基準(表6)

に、次のことを規定している。「医師、看護師、精神保健福祉士等で構成されている行動制限最小化に関わる委員会において、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議を、月1回程度は行っていること。職員すべてに精神保健福祉法は勿論、隔離拘束の早期解除及び危機防止のための介入技術に関する研修会を年2回程度実施して病院内全員で取り組むこと」などである。そのことをどんな形式・内容で実際に行ったかは、年に一回の実地指導で求められれば提示しなければならない。

表6 診療報酬算定について

<p>1) 施設基準には</p> <p>①常勤の精神保険指定医が1名以上配置 (略)</p> <p>2) 算定基準</p> <ul style="list-style-type: none">・算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会(行動制限最小化委員会)において、入院医療の定期的な評価を少なくとも月一回行う。・行動制限最小化に関わる委員会において次の活動を行っていること。<ul style="list-style-type: none">ア. 行動制限の基本的考え方や、やむを得ず行動を制限する場合の手順等を盛り込んだ行動制限最小化基本方針の整備。イ. 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係わる患者の病状、院内における行動制限の状況に係わるレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議。ウ. 当該保健医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機防止のための介入技術に関する研修会の年2回程度の実施。・患者行動制限最小化委員会は医師、看護師精神保健福祉士等で構成されていること。・患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること。 <p>算定する場合は、隔離等の行動制限最小化委員会において、定期的に入院医療の評価を少なくとも月1回行うことが必要。また、診療報酬明細書には患者の入院形態を、診療録には治療計画と患者に対する説明の要点を記載する。施設基準の届出には、①常勤の精神保健指定医の氏名(指定番号)、②行動制限最小化委員会の月間開催回数と参加メンバー(職種)、③行動制限最小化基本方針の作成日時、④研修会の年間開催回数を記載する必要あり。また、届出時には、行動制限最小化基本方針を添付することが必要</p>

3.6 病院機能評価における身体拘束

日本医療機能評価機構は、1995（平成7）年に厚生省（当時）、日本医師会、日本病院会などの出資で設立された財団法人で、病院など医療機関の機能を、中立的な立場で評価し、問題点の改善を支援する第三者機関である。1領域から6領域は総合版で精神科病院も一般病院と共通に評価の対象であるが、加えて7領域（精神科に特有な病院機能）も受審時の評価領域になっている。

精神科に特有な病院機能とされる7領域の身体拘束も、行政監査や診療報酬項目と同様に、現行法36条、37条の実際的遵守を確認する事項で構成されている。病院機能評価の評価項目で特徴的なのは、自己評価調査票において、看護師による観察は15分に1回を観察記録として求めていることである。それは、精神保健福祉法に基づく実地指導でも、明文化はしていないが、実際上は、現場指導で15分毎の観察と記録が求められることと一致している。

身体拘束の「必要性の確認が医師を含む医療チームにより行われている」は、診療報酬算定基準に言う「多職種による委員会構成員」と同じ考えで、指定医に権限と責任を明確にしたうえで、その判断は指定医だけの判断ではいけないとしている。

最小化への努力の中には、拘束部位の減少や、拘束を休息して解放観察するなども求められる。2008（平成20）年12月4日の朝日新聞に胴拘束された男性患者がベッド脇で宙ぶりの状態で発見され、2カ月後に死亡した事件が掲載されていた。死亡原因は腸管壊死による腹膜炎であったとの記事であった。事故の原因が、拘束帯の種別の問題であったか、拘束手技の問題であったかは不明だが、身体拘束には、拘束具等の費用の問題、身体的事故防止、精神的・心理的患者への影響等、配慮すべきことは多い。最小化への試みとして、一時的な中断や開放観察、部分的な拘束の解除もできるなどの努力が必要とも述べられているが、思わぬ事件をよぶ場合もあるので注意を要する。

身体拘束は、人権上にも身体的にも大きな問題や危険性をはらんでいる。そうした大きな意味を持つ身体拘束の妥当性の判断は、歴史的に概観すると主治医もしくは病院長から鑑定医*6（精神衛生法）、そして指定医となり、現在は多職種での構成員による委員会へと変化してきている。このことは人を拘束することがいかに慎重になされるべきかという事への提言と言えよう。

*6 精神衛生法で精神障害者を拘束することが必要かどうかを決定するため精神衛生鑑定医制度が設けられた。精神保健法により精神保健指定医制度に改められた。

3.7 観察と記録についての規定の重要性

身体拘束は、精神保健福祉法5節、精神科病院における処遇等に位置づけられる行動制限の一つである。『「医療又は保護に欠くことのできない限度」においてのみ可能であり、専ら精神医学上の判断から、患者の症状に照らして個別具体的に決められる。行動制限という事柄の重大性にかんがみ、行動制限の理由、方法等が医療又は保護のために、欠くことのできないものであったことを担保する意味においても、行動制限の内容等を診療録に記載しなければならない』（精神保健福祉法詳解2011）と記録は重要視されている。

精神保健福祉法施行規則4条の2項5号において、厚生労働大臣が定める行動制限を指定医が行う場合に、診療録に記載しなければならない事項は、①行動に制限を必要と認めた指定医の指名、②必要と認めて行った行動制限の内容、③行動の制限を開始した年月日及び時刻並びに解除した年月日及び時刻、④行動の制限を行ったときの症状、以上のことは身体拘束をすることの担保として、記入しておくべきことと定められている。

精神保健福祉法36条3項の規定に基づく記載事項のほか、37条に基づく病院管理者が遵守しなければならない基準において、身体的拘束を行った場合に診療録に記載しなければならない事項として、身体的拘束の場合は「身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時」を、診療録に記載しなければならないとしている。記録については、診療報酬の算定基準でも必須事項になっている。記録については、重要な意味を持ち、その必要性も理解されてはいるが、前記したように、実践上は患者に視線を向けケアをすること以上に、その量の多さに時間を費やす点では大きな問題でもある。

身体拘束に対する現状の「法の手続き」を確認する意味で、資料から拘束関係を抜粋し、人を拘束することが、如何に重要な意味を持っていると捉えられているか考察する資料として網羅した。患者への治療上の目的とはいえ、人を拘束することはいかに大変なことであることかを、改めて知ることができる。

法の手続きを踏み、指定医が診察をした上で必

要と認める、身体拘束について述べてきたが、このほかの拘束として、浅井（2002）が医師の裁量権としてもいいのではないかと提言する、指定医の判断を要しない拘束が看護場面では多い。次に指定医の判断を要しない拘束について考察する。

4 精神保健指定医の判断を必要としない拘束

精神科病院内では、指定医が存在するため、身体拘束最小化への考えも加わり、指定医の判断を必要としない拘束であっても、指定医の判断する身体拘束と同じ取り組みをしている精神科病院が多いと思われる。筆者が所属していた精神科病院でも、指定医の判断を必要としない拘束についてもすべて指定医の判断としていた。しかし、身体拘束の範囲をどう考えるかは時々議論になった。車椅子の安全ベルトやミトン、おむつ除去防止のオーバーオール・つなぎもその一つである。その理由の一つに、指定医が24時間病棟に詰めていることはないことがあげられる。特に、そうした拘束頻度の高い認知症治療病棟において医療行為時に関連する身体拘束について以下に述べる。

4.1 認知症治療病棟の拘束

精神科の領域に認知症治療病棟が新設されたのは、1988年（昭和63）^{*7}からである。認知症治療病棟も精神保健福祉法の対象病棟であり、前記した浅井研究班の報告で「精神科の中での老人への拘束が多い」とは、特にその病棟の事を指すと思われる。

寝たきり老人をつくらないため、夜の睡眠を促すための昼間の覚醒時間確保の方法を臨床看護は模索する。患者への配慮として、患者をデイルームで出来るだけ車椅子に座った形で、長時間維持できることを目的に、安全ベルトで車椅子に固定し、安易にベッドに帰り臥床しないように部屋には鍵をかける、といった状況も一時見られたことがあった。一生懸命に患者のためを考える臨床看護師の熱意ではあるが、問題もあるので最近鍵をかけるところまでは行っていない。

認知症治療病棟での身体拘束は、①起座位時間の保持のための拘束、②せん妄による徘徊、③夜間の排尿時のための（起床時に転倒が多いため）転倒・転落防止、④転倒・転落防止のための夜間のおむつ使用要請とつなぎやミトンの着用などがあげられる。

厚生省（当時）は疑義照会で指定医の判断を要しない事例を「精神保健福祉法改正に関する疑義照会に対する回答」（厚生省精神保健福祉課：平

成12年7月31日）で（表3）身体拘束の対象外とした事例は、①車椅子移動の際の転落防止を目的とした安全ベルトによる固定、②就寝時にベッドから転落を防止するための短時間の身体固定、③身体疾患に対する治療行為としての一時的な点滴中の固定としている。

浅井研究班の報告では、車椅子移動の際の拘束については固定と表現し、「車椅子移動の際の転落防止を目的とした安全ベルトによる固定」について、身体的理由により歩行困難な患者は、車椅子に乗ることで行動範囲を拡大することができるため、転落防止を目的に行う安全ベルトによる固定は、患者が応じるならば乗り物や遊具の座席ベルトと同質である。しかし、患者が安全ベルトの装着を嫌がるのであれば、患者の意思に反するから身体拘束と異ならないといった考え方もある。「ただし、精神科以外の診療科あるいは施設でも看護師判断によってしばしば行われる行為であるため、医療全体の整合性を考慮すると、このような行為に指定医の判断を要すると規定することに矛盾が生じる。したがって、転落防止を目的とした安全ベルトによる固定は指定医の判断が必要な身体拘束とは異なり、行動制限とみなす必要はないと考えられる。」と見解を述べている。

患者の意に反して行う身体の固定や抑制は、身体拘束と考えるか否かの起点となり、身体拘束の範疇になったときに、それは、医師の裁量権にするのか、看護師の裁量権にするのかは、今後の課題として残っている。（その時は、新たに憲法の「法律の定める手続き」を踏んでいかなければならないことは言を待たない）

*7 昭和63年7月5日「老人性痴呆疾患専門治療病棟及び法人性痴呆疾患デイ・ケア施設の施設整備基準について」が定められ、昭和63年度から実施通知 厚生省保健医療局通知

4.2 医療行為時に関連する拘束

浅井研究班のアンケート調査から「現在入院中の34万人のうち、約30%の10万人以上が65歳以上で、その何割かは合併症も患っているから、栄養補給などの点滴をしている。」と報告している。そして、「身体疾患に対する治療行為としての点滴中の固定」について、研究班の見解として「1989年（平成元年）の日精協雑誌（8巻1号p61）の精神保健法（現精神保健福祉法）Q & Aコーナーにおいて、このような固定は指定医が判断する身体拘束に該当しないと明記され、平

成3年の指定医研修会（京都）においても厚生省（当時）から同様の答弁がなされている（中略）、精神科以外の診療科あるいは施設でも看護師判断によってしばしば行われる行為であるため、医療全体の整合性を考慮すると、このような行為に指定医の判断を要すると規定することに矛盾が生じる。身体疾患に対する点滴中の固定は、広義には、身体疾患に対する治療行為であるが、その指示が医師あるいは看護師ではなく、指定医でなければならないと限定する積極的・本質的理由は見あたらない。ただし、点滴内容に向精神薬が含まれる場合、あるいは拒食などの精神病症状に関連する理由による点滴の場合は、短時間の固定であっても、精神症状に対する治療行為が包含されることから、身体拘束とみなすのが妥当と考えられる」と述べている。

医療行為時に関連する拘束については、裁判例では「医師の指示に基づく」べきものと明確に判示している。

4.3 長時間でなければ可という問題

厚生省（当時）精神保健福祉課の疑義照会（表3）にある「長時間にわたって継続して行う場合は、身体拘束として精神保健指定医の診察及び診療録載を要す」や「身体安全保護のための短時間の固定」といった場合の長時間については臨床運営上、常に問題になる。

最小化の意味を考慮しながらも指定医不在時等の煩雑さを防止したい時、短時間というその判断は困難を極める。精神科病棟の場合は、精神科指定医が病棟医として配属されていることから、ほとんどの精神科病院の認知症治療病棟では、すべての拘束を精神保健福祉法の拘束に則っているのが現状と思われる。しかし、指定医は24時間病棟に常在しているわけではないため、やはり、問題になるのが長時間ではないと言うその時間の基準である。筆者も短時間という時間規定文言について、行政指導関係書類を調査した。某病院への実地指導時の行政からの指導が『規定による明文化されたものはないが、「短時間」とは生活習慣（トイレ、食事、入浴）のために一時的に隔離、拘束を中断する時間および車椅子による移動等および点滴等のチューブ抜去防止のために拘束を実施した場合、概ね生活時間の半分未満（12時間の生活時間であれば、6時間）を「短時間と解釈している。（厚生省労働省の見解）」という内容を病院連絡会資料の中から発見はできたが、それ以外には文字で確認することはできなかった。ま

た、行政に問い合わせても明確な返答は得られていない。裁判例では22時から朝6時の点滴のための拘束を指定医の診察を必要とする身体拘束には当たらないとしている。

法は決して拘束自体は認めているわけではない。このことは大変重要な意味を持つ、精神保健福祉法36条・37条でのみ精神科病院の責任者と指定医に拘束の判断を認め、指定医がその実際の運用を行うことになっていること、そして、その延長線上での「拘束ではない」という意味は、「精神保健指定医が判断すべき身体拘束」ではないと言っているだけである。

5. 看護としての患者との関わりと今後の課題

身体拘束は、患者への制限の程度が強くて二次的な身体障害を生じせしめ、患者の身体にも精神にも良い影響を与えないことは（竹田2014）、既に周知のことである。精神運動興奮時の患者が拘束された事実については、被害的に記憶していて、後で被害感が残っていたり、その時の実施者に憎しみをいだいていることも多い。最近では肺血栓栓塞についてもその原因に、①精神運動興奮（脱水）凝固能力亢進、②化学的拘束（鎮静）血流停滞、③物理的拘束（拘束）血管の損傷などと拘束時の血栓が問題になり、拘束時の血栓予防対策が診療報酬で支援されている。

患者の拘束時の観察は勿論であるが、こうした拘束自体の弊害を念頭に置き、本来の「看護とは」何であったかを少し立ち止まって考えることの必要性を思う。医療上の処置を手際よく処理していくことは、看護師業務上の大きな役割ではあるが、そのために患者を拘束し、患者に不安や恐怖・不自由さ、医療従事者への不信や反発心を抱かせたり、苦痛を強いることは、看護の本来の機能に反する行為といえる。患者の精神的・肉体的快適さが、患者の治癒、特に患者の持つ自然治癒力への影響が大きいことは論を待たない。

看護研究報告の中に看護師の拘束に対する判断や意識調査、看護師のジレンマ等の調査報告も多いが、身体拘束に対する納得できる考察がなされないまま行われている現状への、不安と疑問の表出のように思われる。今後の取り組みとして、我々が時間をかけて考えなければいけないことは、如何に上手に拘束するか工夫や拘束後（拘束による弊害も含めて）の観察も勿論重要ではあるが、その人を拘束しなければできないその人への看護ケアとはなにか、看護の視点で、拘束の担保という意味で「身体拘束したからできる看護ケ

アとは何か」を、状況も含めて明確にすることである。前述した15分間隔の観察も面倒なら拘束はやめましょうという拘束全廃への意向が内包されていると行政監査時に耳にしたことがある。その意味でも、問題行動を生じさせないための精神医療環境への配慮、転倒・転落時の法的責任についての正しい理解も必要である。

精神科医療の中での身体拘束の現実を直視する意味で精神科医療の中の法規制についての概観を行った。治療の目的とはいえ、人の自由を奪う行為である身体拘束を、行うことの困難さは、法規制や、それに伴う手続きを概観したことで改めて明確になった。人の自由を奪う行為には「法律による手続き」が必要なことを理解し、法律遵守することは当然のことであるが、法律遵守だけでは煩雑さが残っていく。そして、法律規制は細やかになり、現場では、法律遵守に疲れていくことが懸念される。

医療監視、行政への提出書類、診療報酬請求などの外発的動機付けのために、法律遵守するのではなく、治療のためや看護のための身体拘束は、それに見合うだけの“医学的治療の有効性・看護の提供のための有効性”＝“患者の利益”が担保されていることを要求される。患者の人権を尊重した身体拘束に対して「看護が担保される」という視点から生まれるところの、内発的動機からの観察はその内容も変わってくる。

患者当事者への看護の専門性を提供するという視点に重きを置き、責任のある身体拘束に臨む必要がある。拘束継続か、解除かの判断資料となる重点的な観察は、会話を通じた直接的観察あるいは会話を通さない客観的観察など患者の状況で違う。患者の精神状態、睡眠状態、医療者との人間関係など、観察の内容と記載は法遵守が目的か看護の視点が根底にあるかで、情動的役割に大きな違いをつくる。

看護師の判断で行える身体拘束を考えることも、今後の課題であるが、十分に研究と議論を重ねなければ、看護の本質に整合する拘束の規定は、困難かと思われ、そのことも含めて丁寧な検討が必要である。

以上、看護が関わる拘束について考えていくときの素材として、先行研究の精神保健福祉法引用の不適切さへの疑問に始まり、現行法の背景としての人権の尊重や、自由尊重の大切さを俯瞰した。

6. 結語

看護師が関わる身体拘束は、大きく次のように列挙できる。

- 1) 精神保健福祉法に基づき精神保健指定医が診察して判断する身体拘束へのチーム医療の一員としての適切なかかわり
- 2) 医療行為時に関連する身体拘束（医師の指示が必要と判示した裁判例がある）
- 3) 転倒・転落のための身体拘束（車椅子固定や夜間のベッド上での患者の安全管理目的の拘束等）

以上の身体拘束への看護師の関わりを具体化していく上で、心がけるべき事柄を以下に示す。

- 1) 人権擁護と適正な精神科医療の提供として、精神保健福祉法の身体拘束は法規定されている。
- 2) 身体拘束は「法律の定める手続き」に基づいて行われなければならない。
- 3) 「指定医の判断を要しない拘束」とは、拘束して良い拘束という意味ではない。
- 4) 看護師が判断する拘束は、看護の基本理念を看護行動として提供するための拘束としてその方法は考える必要がある。
- 5) 看護の必要性からの拘束であれば、身体拘束によって得られる患者の合理的な「目的と効果」について看護者によって論証すべきである。

患者の身体拘束を最小限にするのはもとより、看護の基本に則った適切な身体拘束へのかかわりを具体化することは、今後の大きな課題である。

引用・参考文献

- 浅井邦彦（1999）精神障害者の行動制限と人権確保のあり方報告書—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—、精神科病院の処遇調査（国立病院対象）、p3-62。
- 浅井邦彦（2002）精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方報告書、精神科看護、29（1）（通巻112号）、p42-50。
- 浅井邦彦（2004）行動制限最小化委員会設立の意義、日精協誌、23（12）p12。
- 石川秀也（2002）身体拘束廃止に関する一考察 —その経過・現状・今後—、Hokusei Gakuen University、研究ノート、p55-73。
- 河野あゆみ（2005）精神障害者の隔離拘束に対する看護師のジレンマ—看護師kの例—、福井大学医学部研究雑誌、（6）、第1・2号併

- 合、p57。
- 国立病院部政策医療課（2000）精神保健福祉法の運用マニュアル、厚生省保健医療局。<http://www.hosp.go.jp/~kamo/seido/manual.htm>.
- 看護関連施設基準の実際（2007）社会保険・老人保健、4月版、社会保険研究所。
- 精神保健福祉関係法令通知集19年版（2007）、監修 精神保健福祉研究会、ぎょうせい p744。
- 精神保健福祉法施行規則 <http://www005.upp.sonet.ne.jp/smtm/page2401.htm>.
- 三訂 精神保健福祉法詳解（2011）精神保健福祉研究会＝監修、中央法規、p378～392。
- 須藤葵（2007）フランス精神医療法を通して見る精神医療の課題、法政理論、39(3)、p190-208
- 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
- 竹田壽子（2014）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—、共創福祉、9（2）、p19-32
- 中木高夫（2001）看護が介入としての抑制ではなく、身体拘束ならば…、月間ナーシング、21（9.）、p42-48。
- 松本佳子：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 巻 1 号 p79
- 八田耕太郎（2001）精神科医療における隔離・身体拘束、Jpn J Gen Hospital Psychiatry (JGHP)、Vol.13、No.2、p186。
- 八田耕太郎（2003）精神科医療における隔離・身体拘束に関する研究、精神経誌、105p252-273。
- 平成 17（ワ）1285 損害賠償請求事件、平成 19 年 11 月 13 日京都地方裁判所
<http://www.asahi.com/national/update/0905/NGY200809050012.html>
- 松下正明・浅井昌弘編（1997）精神医学と法（臨床精神医学講座 22）、中山書店、p131-142。
- 森田博通（2001）解説 身体拘束廃止に向けた取り組み—厚生労働省「身体拘束ゼロ作戦」について、日本看護協会機関誌、53（8）、p65-68。
- 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、日本看護管理学会 9（1）、p5-9。
- 山本克司（2011）医療介護における身体拘束の人権的視点からの検討、一宮身体拘束事件を参考にして、帝京法学、27（2）、p111-138。
- 吉川和男（2001）精神科看護、06（28）、p36-39。

Mechanical restraint based on the law —Examining the use of mechanical restraint within nursing care in psychiatric wards—

Toshiko TAKEDA

Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

Abstract

The majority of people accept mechanical restraint as part of medical treatment, but some criticize it on moral and ethical grounds. In the future, it may be necessary to discuss situations in which nurses judge whether mechanical restraint should be part of nursing care. In previous studies, when proponents of mechanical restraint have argued in its favor, rules and regulations on mechanical restraint have been quoted from the Law Related to Mental Health and Welfare of the Person with Mental Disorder. This is the only law that provides a legal framework for mechanical restraint, and it is therefore logical to consider it when discussing mechanical restraint. However, some analysts doubt whether this law is applicable to the concept of mechanical restraint. To discuss mechanical restraint appropriately, it is necessary to understand why rules and regulations are required for it and why mechanical restraint must be performed in accordance with them. In other words, the concept of a legal system for restricting movement and actual situations in which nurses mechanically restrain patients must be thoroughly examined. The aim of the present study is to confirm the legal basis for mechanical restraint and to elucidate the applicability of rules and regulations in order to examine situations in which nurses judge whether mechanical restraint is part of nursing care.

Keywords: legislation on mechanical restraint, designated psychiatrist, mental health and welfare law, legal proceedings, nurse's judgment, article 31 of constitution, mechanical restraint, restriction of movement,

『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2015年 第10巻 第1号
Synergetic Welfare Science

2015年（平成27年）4月23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.10, No. 1 , 2015

Contents

Original Paper

- A study for effects of shopping behavior on the subjective QOL
–An analysis of shopping behavior of elderly women in local communities –
..... *Naomi RAN* 1

Research Report

- Effect of care process assessment for young care workers
– Interim reports from care skill training program –
..... *Wataru MOURI, Eriko KOIDE, Atsushi USHIDA* 15

- Recollected content and emotional changes following group reminiscence therapy
in elderly individuals with dementia
..... *Yukiko HARA, Yuko SHIMODA, Ryuji ICHINOYAMA,*
..... *Yuka HAMADA, Yumiko OHASHI* 27

- Effects of trainings on the toe's function
..... *Naomi NAGATANI, Hiroko WASHIZUKA,*
..... *Miyoko SAKAI, Masahiko KANAMORI* 37

General Remarks

- Mechanical restraint based on the law
–Examining the use of mechanical restraint within nursing care in psychiatric wards–
..... *Toshiko TAKEDA* 43