

# 共創福祉

2016年 第11巻 第1号

## 【研究報告】

宮嶋 潔

コミュニティソーシャルワーカー業務の認識と活動実態に関する研究  
—A県における養成研修受講者に対する調査結果から— …… 1

河相てる美, 中田 智子, 小出えり子, 境 美代子

看護学生のクリティカルケア実習における倫理的配慮に関する学びの構造化 …… 13

蘭 直美, 小出えり子, 境 美代子

「週フォリオ」のアンケート結果に関する考察  
—平成26年のアンケート調査の分析— …… 19

## 【実践報告】

鷹西 恒

富山県の視覚障害者に関する外出状況や地域生活の実態アンケート調査からの一考察 …… 27

境 美代子, 河相てる美, 小出えり子

学生が捉えた倫理的行動ができる看護師の姿勢  
—倫理的問題事例分析からの学び— …… 37

蘭 直美

癌末期高齢者の看取りの場所を決定するプロセスの支援に関する検討  
—臨床倫理検討シートを活用しての事例検討— …… 47

## 第5回共創福祉研究会 (2015.10.31)

中林 睦美 (浜松市教育委員会教職員課発達支援グループ,  
浜松市社会福祉事業団浜松市発達医療総合福祉センター)  
発達障害を抱えた子どもへの支援 …… 53

## 医療・介護従事者のための「死生学セミナーinとやま2015」, (2015.11.21)

清水 哲郎 (東京大学大学院人文社会系研究科特任教授)  
エンドオブライフ・ケアの死生学 …… 73

会田 薫子 (東京大学大学院人文社会系研究科特任准教授)  
超高齢社会の医療とケア —フレイルの知見を臨床の場に活かす— …… 77

# コミュニティソーシャルワーカー業務の認識と活動実態に関する研究 —A県における養成研修受講者に対する調査結果から—

宮嶋 潔

富山福祉短期大学社会福祉学科

(2016.1.29受稿, 2016.2.29受理)

## 要旨

本研究は、A県の各市町村社会福祉協議会においてコミュニティソーシャルワーカーと位置付けている「ケアネット活動コーディネーター」に焦点をあて、その業務認識と活動実態を把握し、今後のコミュニティソーシャルワーカー養成の方向性を探ることを目的とする。

結果として、全国調査との比較によりケアネット活動コーディネーターの業務意識の高さはいかにあるかは出来たが、実際の活動と結びついていない面もあることが明らかとなった。今後、実際の現場で役立つ研修が必要であるとともに、「地域支援」、「ネットワーク」を一体的に行う研修が必要であり、実態に合わせた研修となるよう今後検討する必要がある。

キーワード：コミュニティソーシャルワーカー、地域支援、ケアネット

## 1. はじめに

2000(平成12)年の「社会福祉法」において、地域福祉の推進が明記され、その後、2008(平成20)年「これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告」<sup>1)</sup>では、地域福祉活動コーディネーターの必要性が明記された。地域福祉活動コーディネーターの業務について同報告書では、「(1)専門的な対応が必要な問題を抱えた者に対し、問題解決のため関係する様々な専門家や事業者、ボランティア等との連携を図り、総合的かつ包括的に支援する。また、自ら解決することのできない問題については適切な専門家等につなぐ。(2)住民の地域福祉活動で発見された生活課題の共有化、社会資源の調整や新たな活動の開発、地域福祉活動に関わる者によるネットワーク形成を図るなど、地域福祉活動を促進する。」と明記してある。また、地域福祉活動コーディネーターについては、全国各地においては所属も含めて名称及びその研修内容などは様々であるが、その業務内容は従来のコミュニティソーシャルワーカー業務である。

コミュニティソーシャルワーカーとは、文字通り地域を基盤としてソーシャルワークを行う者であり、イギリスや日本において様々な先行研究が存在する。その特質として挙げられるのが地域の社会資源を活用・開発しながら個別支援と地域支援を統合的に行う点であり、上記の「地域福祉活動コーディネーター」業務と重なるものであ

る。

筆者の居住地であるA県においては、各市町村社会福祉協議会(以下「市町村社協」)での地域福祉推進の担当職種として2003(平成15)年度より「ケアネット活動コーディネーター」という名称で配置されており、業務内容についても上記の地域福祉活動コーディネーターの業務と同様である。

## 2. 研究目的

本研究は、A県における各市町村社協にコミュニティソーシャルワーカーとして位置づけられている「ケアネット活動コーディネーター」の業務認識と活動実態を把握し、全国調査と比較することを通して、今後の養成研修等に役立てることを目的とする。

## 3. 研究方法

A県内の各市町村社協(15市町村)で現在ケアネット活動コーディネーター業務をしている職員を対象に平成27年1月26日(月)から2月6日(金)までを調査期間として自記式の郵送調査を実施した。調査内容については、日常業務に関して、個別支援、地域支援などの業務認識や活動実態について調査した。分析方法としては、全国調査<sup>2)</sup>(「平成24年度セーフティネット支援対策等事業費補助金(社会福祉推進事業分)『コミュニティソーシャルワーカー(地域福祉コーディ

ネーター) 調査研究事業』報告書、平成25年3月、(株)野村総合研究所)との比較により分析を試みた。

#### 4. 倫理的配慮

回答については、無記名とし、個人及び市町村が特定できないように配慮した。また、調査依頼文に調査目的や活用法(評価委員会での公表と学会等での発表)等の説明文を記載した。なお、本研究は所属機関の倫理委員会の承認を得ているものである。(H27-028号)

#### 5. 調査結果

##### 5.1 回答数

回答数については、11か所(回収率73.3%)13名の回答があった。

##### 5.2 回答者の属性 (n=13)

- ①回答者の年齢【表1】については、26歳～53歳と幅広く(20代1名、30代7名、40代1名、50代3名)、平均年齢は39.4歳である。
- ②回答者の勤務年数【表2】については、0.7年～24.3年と幅広く(3年未満2名、3～10年3名、11～19年7名、20年以上1名)、平均勤務年数は11.9年である。
- ③回答者の相談業務の経験年数【表3】については、0年～13.3年と幅広く(5年未満3名、5～10年3名、11年以上4名)、平均経験年数は8.2年である。
- ④ケアネット活動コーディネーター経験年数【表4】については、0年～6.3年で(1年未満5名、1～3年6名、4年以上2名)、平均経験年数は2.2年である。
- ⑤兼務業務の有無【表5】については、兼務無しが4名、兼務有りが9名である。兼務の内訳としては、「生活福祉資金」3名、「日常生活自立支援事業」5名、「ボランティアコーディネーター」1名、「共同募金」3名、「その他」7名である。「その他」の内訳としては、サロン、推進員、研修センター、生活困窮者自立支援事業、総務業務の一部、介護予防事業、総合相談などである。

表1 回答者の年齢

(n=12)

項目	人数 (n)	割合
30歳未満	1	8.3%
30～39歳	7	58.3%
40～49歳	1	8.3%
50～59歳	3	25.0%

表2 回答者の勤務年数

(n=13)

項目	人数 (n)	割合
1年未満	1	7.7%
1～5年未満	1	7.7%
5～10年未満	3	23.1%
10～15年未満	2	15.4%
15～20年未満	5	38.5%
20年以上	1	7.7%

表3 回答者の相談業務の経験年数

(n=10)

項目	人数 (n)	割合
1年未満	2	20.0%
1～5年未満	1	10.0%
5～10年未満	2	20.0%
10～15年未満	4	40.0%
15年以上	1	10.0%

表4 ケアネット活動コーディネーター経験年数

(n=13)

項目	人数 (n)	割合
1年未満	5	38.5%
1～3年未満	4	30.8%
3～5年未満	3	23.1%
5年以上	1	7.7%

表5 兼務業務の有無

(n=13)

項目	人数 (n)	割合
あり	9	69.2%
なし	4	30.8%

##### 5.3 全国調査との比較の結果

今回、全国調査との比較を試みるにあたり、「全国」の数値については、(株)野村総合研究所が平成24年度セーフティネット支援対策等事業費補助金(社会福祉推進事業分)「コミュニティソーシャルワーカー(地域福祉コーディネーター)調査研究事業」報告書(平成25年3月)

から引用した。

また、「全国」の調査対象者については、市町村社協および地域包括支援センターにおけるコミュニティソーシャルワーカー業務を行っている者または管理者で、調査対象（2,255件）に調査票を発送し、1,061件から回答を得た（回収率：約47.1%）内の有効サンプル1,051件の集計である。また、各回答数値には無回答は除いてあるため、質問によって回答数は異なるものである。

(1) ケアネット活動コーディネーターの業務認識について  
 ケアネット活動コーディネーターとしての業務

認識として、図1の「個別支援」については、すべての項目で全国を上回っている。中でも、「7. 個別支援の計画の策定」が、全国と比べて高い数値となっている。また、「4. 個別アセスメント」、「6. 個別支援のケア会議の実施・参加」が、全国と比べてやや高い数値となっている。

図2の「地域支援」については、各項目に大きな差は見られていない。しかし、「14. 総合相談窓口の設置」については、若干全国の数値を下回っている。

図3の「仕組み作り」については、各項目に大きな差は見られなかった。しかし、「24. 行政計画・施策への反映の確認」については、若干全国の数値を下回っている。

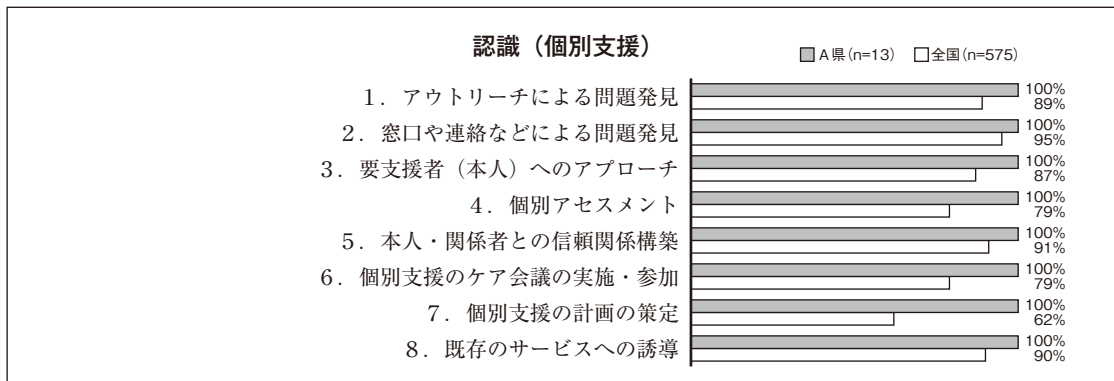


図1 ケアネット活動コーディネーターの業務認識（個別支援）

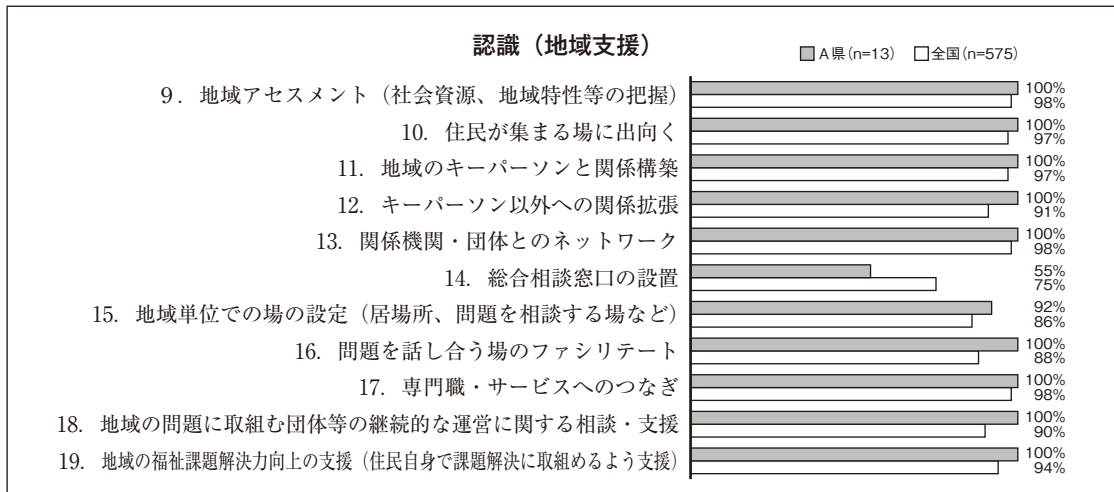


図2 ケアネット活動コーディネーターの業務認識（地域支援）

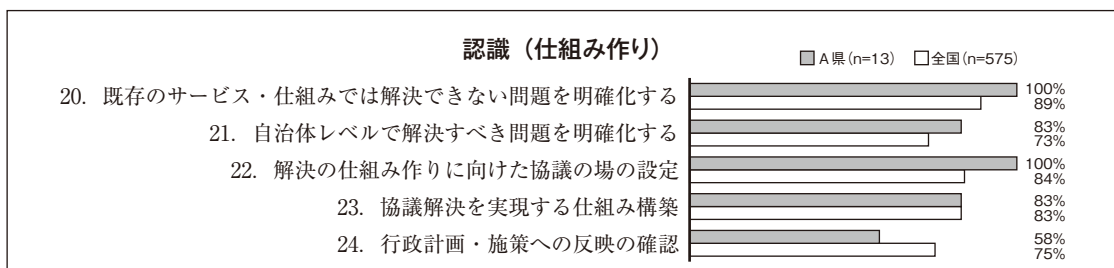


図3 ケアネット活動コーディネーターの業務認識（仕組み作り）

(2)ケアネット活動コーディネーターの活動実態について

ケアネット活動コーディネーターとしての活動実態として、図4の「個別支援」については、「十分に対応できている」、「ある程度対応できている」の合計値で見ると、各項目に大きな差は見られない。しかし、「6. 個別支援のケア会議の実施・参加」については、全国の数値を20%以上上回っている（差28%）。

図5の「地域支援」については、「十分に対応

できている」、「ある程度対応できている」の合計値で見ると、「9. 地域アセスメント」（差30%）、「14. 総合相談窓口の設置」（差32%）、「16. 問題を話し合う場のファシリテート」（差20%）が全国の数値を下回っている。

図6の「仕組み作り」については、「十分に対応できている」、「ある程度対応できている」の合計値で見ると、すべての項目において全国を20%前後下回っている。

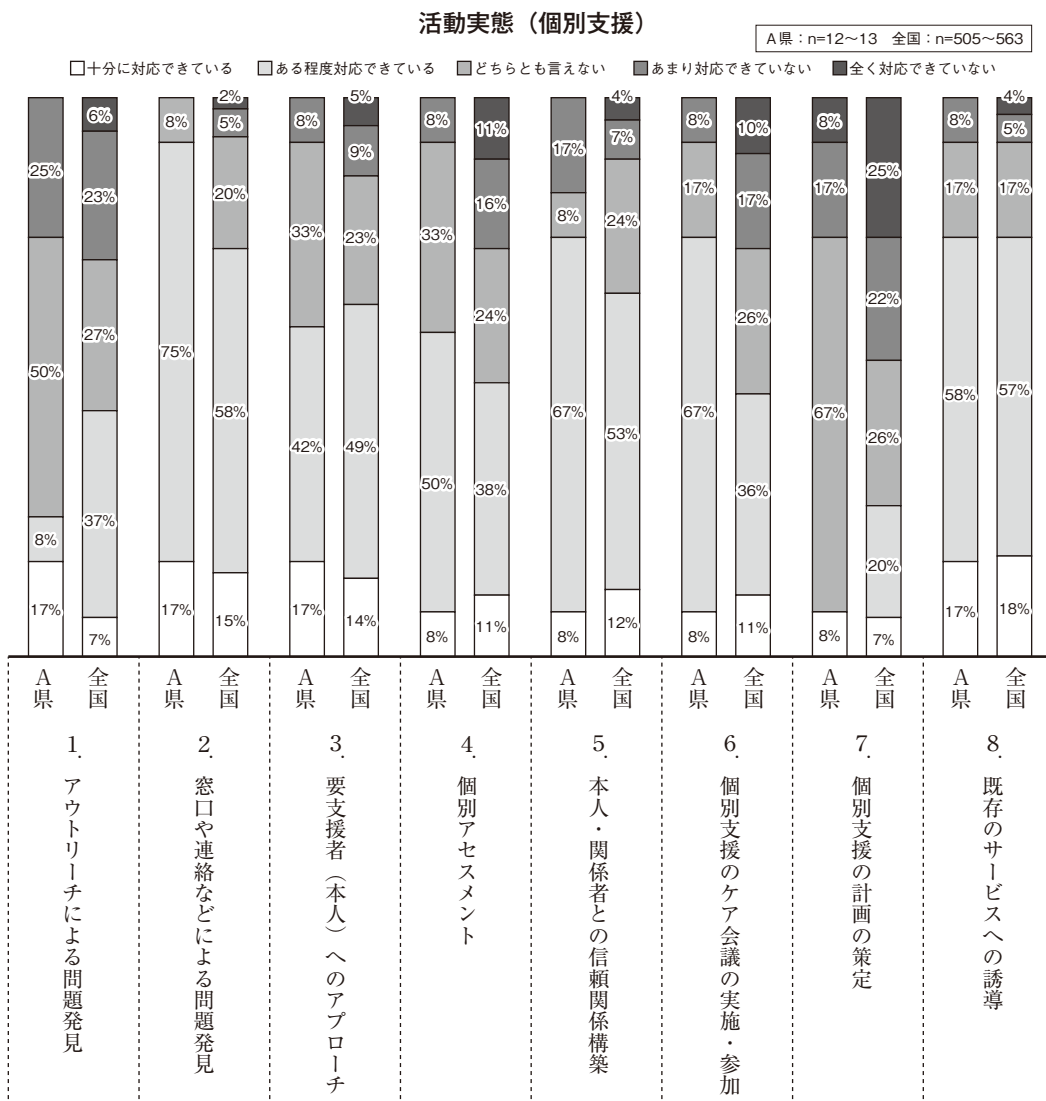


図4 ケアネット活動コーディネーターの活動実態について（個別支援）

活動実態（地域支援）

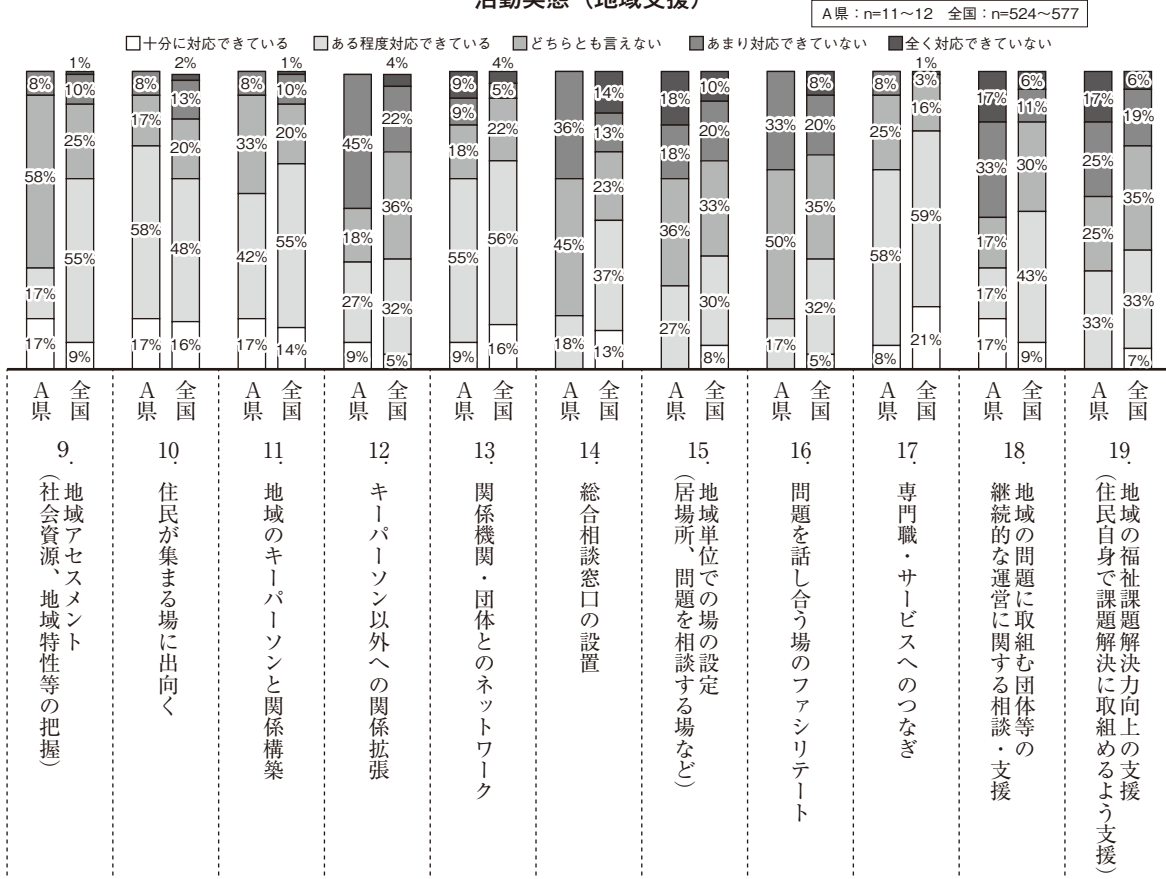


図5 ケアネット活動コーディネーターの活動実態について（地域支援）

活動実態（仕組み作り）

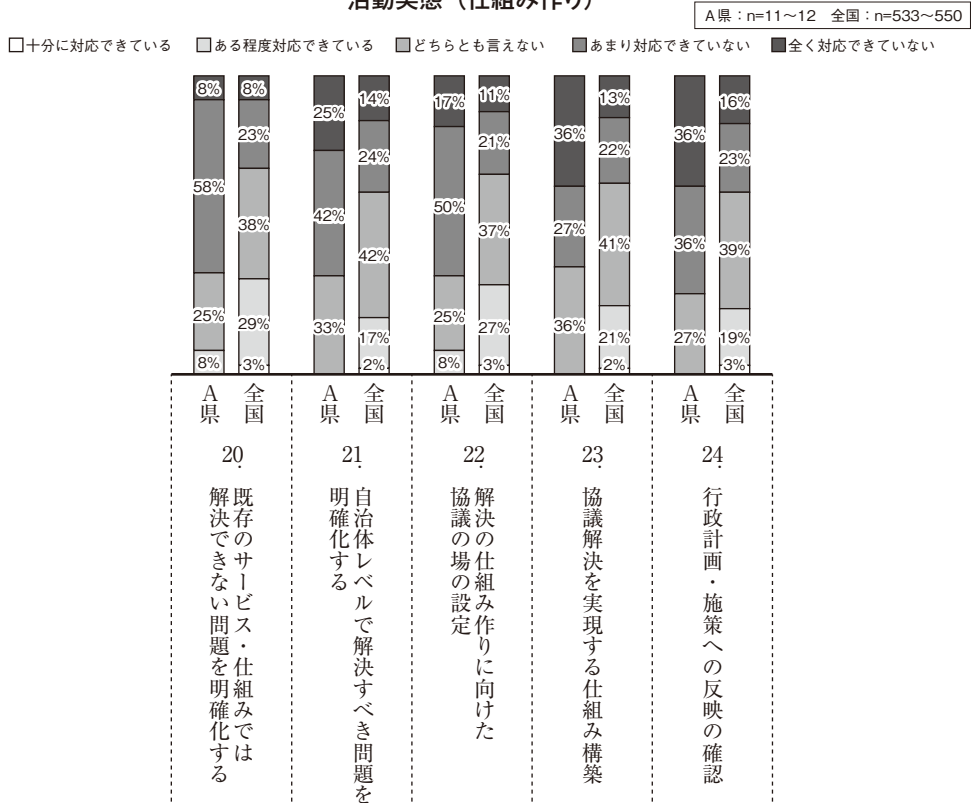


図6 ケアネット活動コーディネーターの活動実態について（仕組み作り）

(3)ケアネット活動コーディネーターの連携認識について

ケアネット活動コーディネーターとしての連携認識として、図7の「生活圏域」については、大きな差は見られないが、すべての項目で全国を上回っている。

図8の「サービス圏域」については、大きな差は見られないが、「13. 中学校」を除く項目で全

国を上回っている。

図9の「市町村域」については、大きな差は見られないが、すべての項目で全国を上回っている。

図10の「広域行政圏域」については、大きな差は見られないが、すべての項目で全国を上回っている。

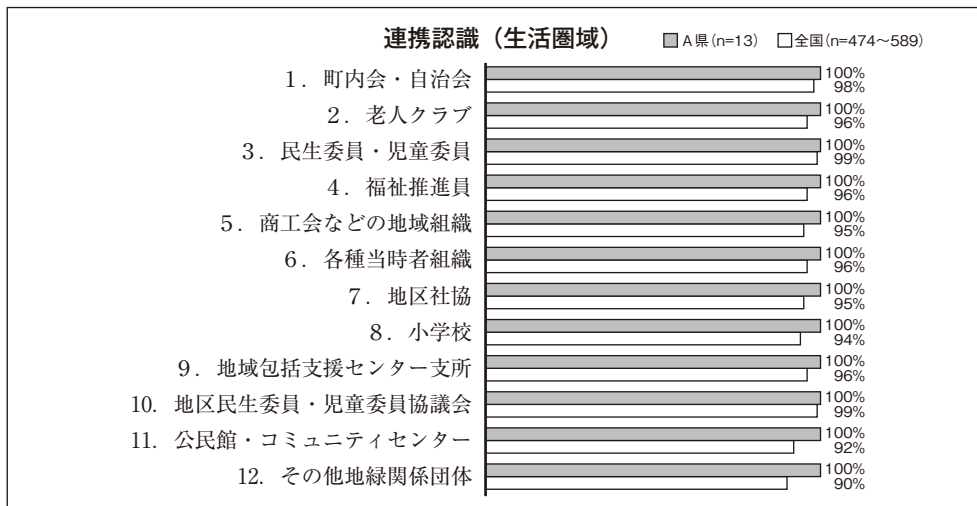


図7 ケアネット活動コーディネーターの連携認識について (生活圏域)

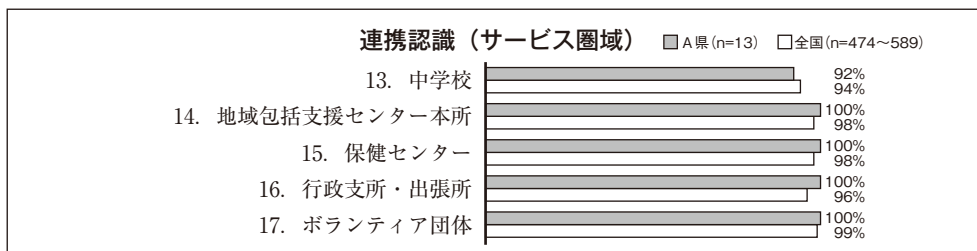
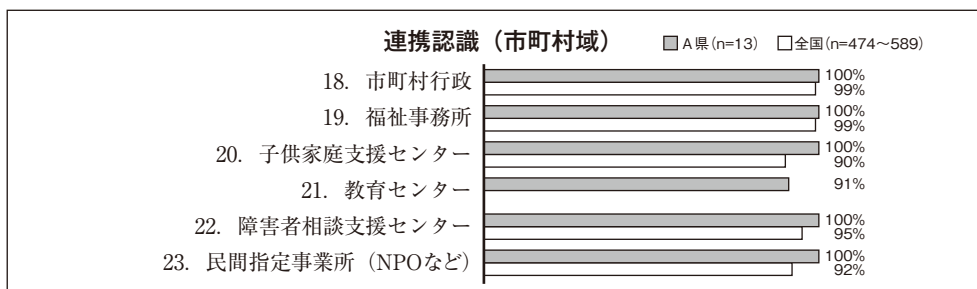
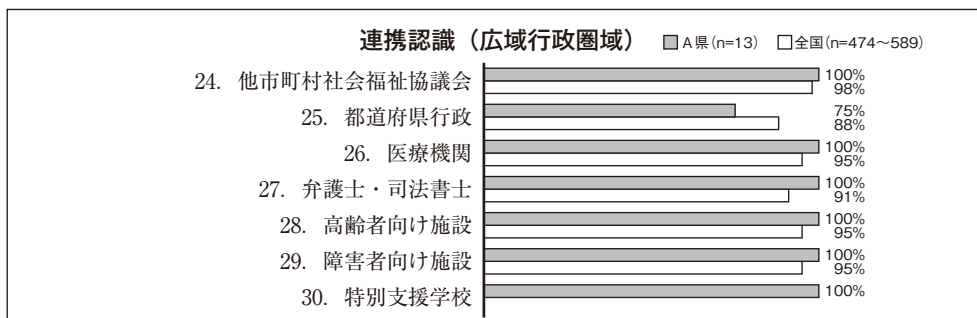


図8 ケアネット活動コーディネーターの連携認識について (サービス圏域)



\* 「21.教育センター」については、全国調査では項目として挙げられていない。

図9 ケアネット活動コーディネーターの連携認識について (市町村域)



\* 「30.特別支援学校」については、全国調査では項目として挙げられていない。

図10 ケアネット活動コーディネーターの連携認識について (広域行政圏域)

(4)ケアネット活動コーディネーターの連携状況について

ケアネット活動コーディネーターとしての実際の連携状況として、図11の「生活圏域」については、「十分に対応できている」、「ある程度対応できている」の合計値で見ると、各項目に大きな差は見られない。しかし、「6. 当事者組織」については、全国の数値が20%以上を上回っている（差24%）。また、「7. 地区社協」については、全国の数値が20%以上を下回っている（差26%）。

図12の「サービス圏域」については、「十分に

対応できている」、「ある程度対応できている」の合計値で見ると、各項目に大きな差は見られないが、すべての項目で全国が上回っている。その中で、「15. 保健センター」については、全国の数値が20%以上を上回っている（差25%）。

図13の「広域行政圏域」については、「十分に対応できている」、「ある程度対応できている」の合計値で見ると、すべての項目で全国が上回っている。中でも、「24. 他市町村社協」（差38%）、「25. 都道府県行政」（差29%）、「27. 弁護士・司法書士」（差25%）については、全国の数値が25～38%上回っている。

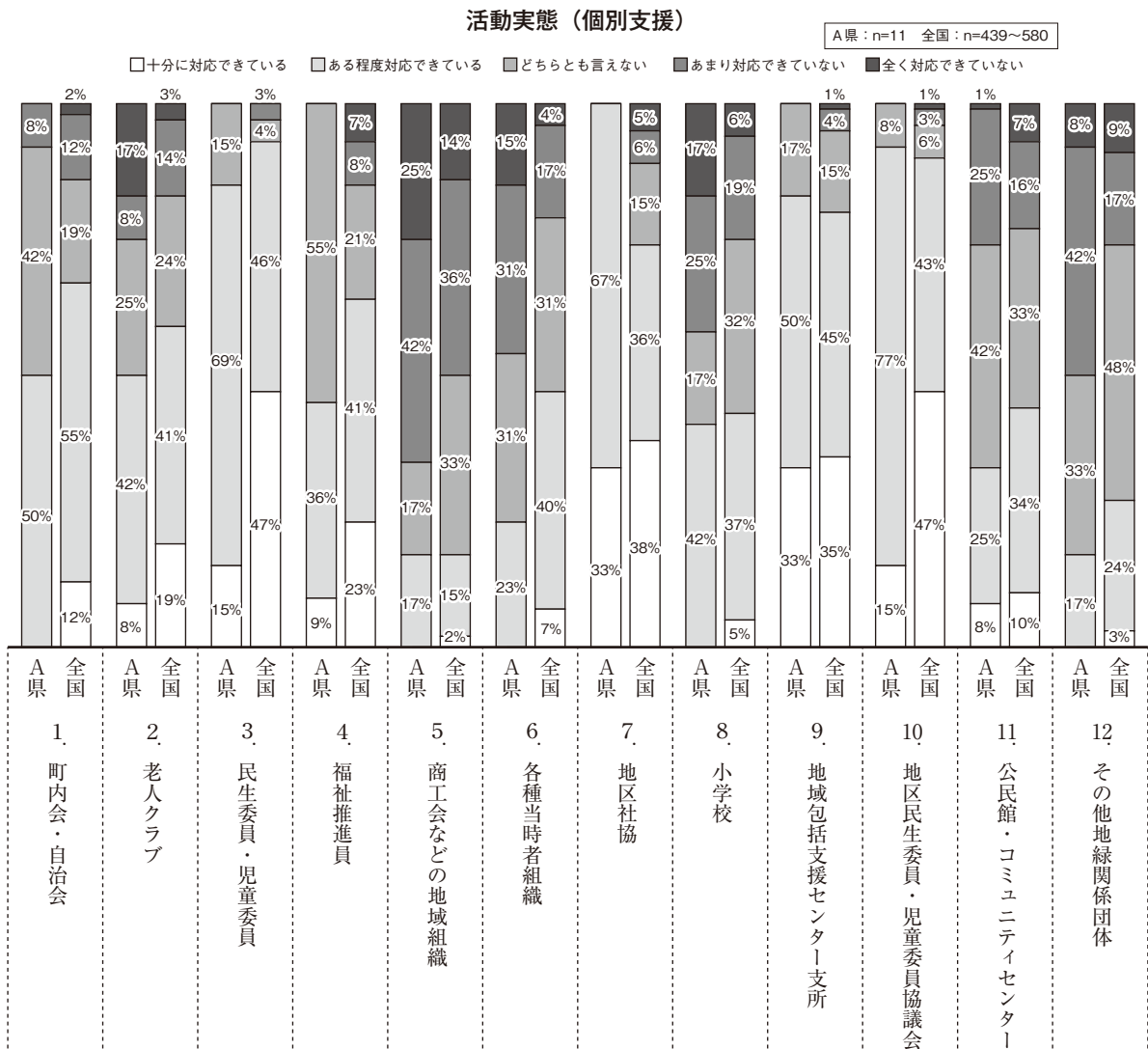


図11 ケアネット活動コーディネーターの連携状況について（生活圏域）



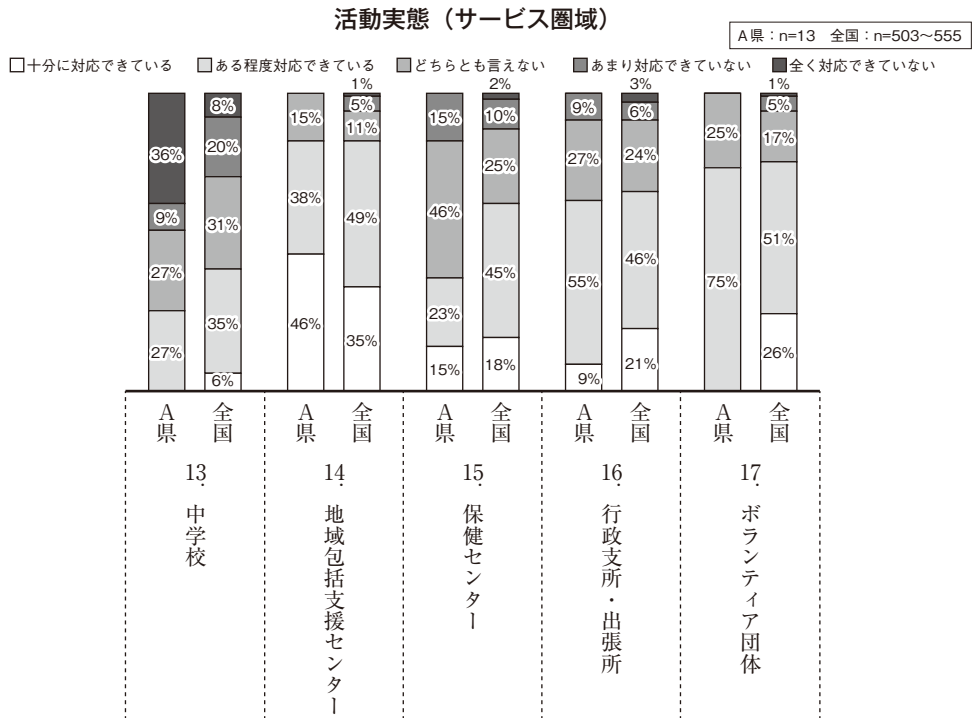
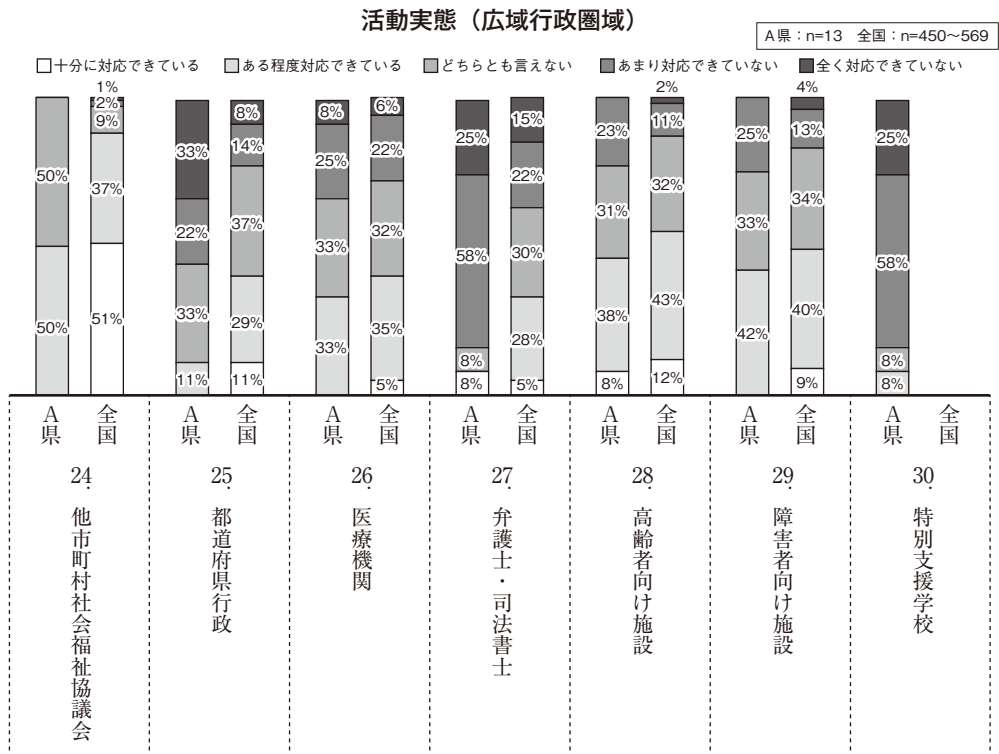


図12 ケアネット活動コーディネーターの連携状況について（サービス圏域）



\* 「30.特別支援学校」については、全国調査では項目として挙げられていない。

図13 ケアネット活動コーディネーターの連携状況について（広域行政圏域）

## 6. 考察

「業務認識」【図 1, 2, 3】においては、全国調査と比較して下回った項目は「14. 総合相談窓口の設置」、「24. 行政計画・施策への反映の確認」の2項目（24項目中）であり、全体的にも高い数値である。しかし、「活動実態」としては、「十分に対応できている」、「ある程度対応できている」の合計値で見ると、「個別支援」【図 4】は全国が3項目（8項目中）、「地域支援」【図 5】は全国が10項目（11項目中）、「仕組み作り」【図 6】は5項目（5項目中）が全国の数値のほうが高く、認識の割に低い数値となっている。特に「地域支援」と「仕組み作り」においては全国との差が大きいとみられ、今後の大きな課題である。

また、「連携認識」【図 7.8.9.10】においても、全国調査と比較して下回った項目は「13. 中学校」、「25. 都道府県行政」の2項目（30項目中）であり、「業務認識」同様に全体としては高い数値である。しかし、「連携状況」については、「十分に対応できている」、「ある程度対応できている」の合計値で見ると、「生活圏域」【図 11】は「9. 地域包括支援センター支所」、「10. 地区民生委員・児童委員協議会」の2項目で全国を上回っているものの、8項目（12項目中）は全国が上回っている。また、「サービス圏域」【図 12】は4項目（5項目中）、「広域行政圏域」【図 13】は6項目（7項目中）が全国のほうが高い数値となっている。

これらの結果から、ケアネット活動コーディネーターとして、コミュニティソーシャルワーカーとしての業務認識は高いことが伺えるが、現実の活動場面においては、「地域支援」、「仕組み作り」が十分に行われていないことが推測できる。また、業務を行う上で欠かせない連携についても認識は高いが、全体として生活圏域から広域行政圏域に至るまで十分に対応できていないことが推測できる。

コミュニティソーシャルワークについては、多くの先行文献があるが、その特質として共通する部分は個別支援と地域へのアプローチを統合的に展開する点にあり、菱沼（2008）<sup>3)</sup>は、コミュニティソーシャルワーカーのスキルには、地域に暮らす人々を支援する上で求められる「個別支援」に関するスキルや、支援を必要とする人々が暮らす地域へのアプローチとしての「地域支援」に関するスキル等が前提として求められ、その上でそれらを統合的に展開するための「ネットワーク」に関するスキルが含まれるとしている。

この視点で、今回の結果を考えると、「個別支援」については標準レベルにはあるが、「地域支援」、連携による「ネットワーク」に関しては不足している点が多いと考えることができる。

## 7. まとめ

今回の調査から、調査数が少なく推測の域は出ないが、ケアネット活動コーディネーターの意識の高さのうかがい知ることが出来た。しかし、実際の活動と結びついていない面もあることが明らかとなった。今後、コミュニティソーシャルワーカーとして地域福祉を推進していくうえで、認識と実態が合う活動が必要であり、特に「地域支援」、「ネットワーク」を一体的に行う研修の必要性が明らかとなった。また、その内容については実態に合わせた研修が必要である。

今後はコミュニティソーシャルワーカーのスキルを身につける研修内容について、引き続き研究をしていき、質の高いコミュニティソーシャルワーカー養成に貢献していきたい。

なお、本論文は日本地域福祉学会第29回全国大会（2015年6月）にて筆者が報告した「コミュニティソーシャルワーカー養成にかかる研究～A県における実態調査からの考察～」に加筆し論文化したものである。

## 謝辞

本研究において、調査にご協力をいただいたA県社会福祉協議会をはじめA県内の市町村社会福祉協議会のケアネット活動コーディネーターの皆様方に感謝申し上げます。

## 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省、これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告書、2008
- 2) 株野村総合研究所、平成24年度セーフティネット支援対策等事業費補助金（社会福祉推進事業分）「コミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）調査研究事業」報告書、2013
- 3) 菱沼幹男、コミュニティソーシャルワークを展開するスキルと専門職養成、文京学院大学人間学部研究紀要 Vol.10, No.1, pp83～98、2008
- 4) 日本地域福祉研究所、コミュニティソーシャルワークの理論、第一印刷、2005
- 5) 平野隆之他、コミュニティとソーシャルワーク、有斐閣、2001

- 6) 平野隆之、地域福祉推進の理論と方法、有斐閣、2008

# Study on the duty recognition and the activity situation of the community social workers ~ From the investigation result for the community social workers attending a training in the A prefecture ~

Kiyoshi MIYAJIMA

*Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science*

## Abstract

By focusing on the community social workers who are placed as “the care net activity coordinator” in city, town and village social welfare conference of the A prefecture, this study aims to analyze the duty recognition and the activity situation of them, and to suggest future directionality for their training program.

The results of investigation show that the care net activity coordinators maintain the high duty awareness and the existing training program for them does not sufficiently reflect the practical activity. To realize the helpful training satisfied the activity situation, the training program performed integrally “a network” and “local support” needs in future.

Keywords : community social worker, local support, care network



# 看護学生のクリティカルケア実習における倫理的配慮に関する学びの構造化

河相てる美<sup>1)</sup>, 中田 智子<sup>1)</sup>, 小出えり子<sup>2)</sup>, 境 美代子<sup>1)</sup>

1)富山福祉短期大学看護学科 2)富山福祉短期大学社会福祉学科

(2016.1.29受稿, 2016.2.29受理)

## 要旨

本研究は、クリティカルケア実習における看護学生が捉えた倫理的配慮を明らかにし、今後のクリティカルケア実習の指導の示唆を得ることを目的とする。同意の得られた学生17名の実習記録をKJ法により構造化した。その結果、【人権擁護】、【最善の方策】、【意思決定の支援】、【家族への配慮】、【尊厳の重視】が形成された。

この結果は、クリティカルケア領域における倫理問題に対する看護師の姿勢について、事前課題を提示し、実習での学びを深められるような教員の働きかけが必要であることを示唆している。

キーワード：クリティカルケア実習、倫理的配慮、実習記録、看護学生、KJ法

## 1. はじめに

クリティカルケアとは、生命の危機的状況にあるすべての患者への救命治療を意味している。クリティカルケア看護が提供される場としては、一般には高密度な医療を提供する集中治療室が最も多い<sup>1)</sup>。その他、救急救命センターから搬送された重症患者が入院する救命救急病棟にて治療管理ができる体制を整えている病院もある。

A短期大学看護学科では成人看護学実習（急性期）4週間のうち、クリティカルケア看護の実習として集中治療室（intensive care unit：ICU）・（high care unit：HCU）・救命救急病棟での実習を1週間実施している。その理由として、周手術期の看護において、手術侵襲による生体反応を実習体験により学ぶことは、周手術期の患者の特徴を理解するために重要である。さらに、クリティカルな状態にある患者との関わりやクリティカルケア看護の技術を体験できる実習環境を提供することにより、成人看護学実習（急性期）の充実が図れると考えられたからである。

クリティカルケアの医療現場では患者が生命の危機的状態にあるため、医療従事者は患者の生命を守ることを最優先するあまり、様々な倫理的問題が生じやすい<sup>2)</sup>。日本看護協会は2003年に「看護者の倫理綱領」<sup>3)</sup>を公表した。これは、看護の実践について専門職として引き受ける責任の範囲を社会に明示するものである。さらに日本救急看護学会は「救急医療領域における看護倫理」ガイドライン<sup>4)</sup>において、倫理的問題に対する救急看護師の基本姿勢について示している。学

生は看護基礎教育の「看護倫理」の授業の中で、人の尊厳や倫理原則について学んでいる。そこで、生命を守ることが最優先されるクリティカルケアの医療現場における倫理的配慮について、実習での学生の学びを明らかにすることはクリティカルケア実習のあり方の検討につながるものと考えられる。

## 2. 研究の目的

救命救急センターより搬送され、入院治療を受ける救命救急病棟で実習した学生の学びより、看護学生が捉えた救命救急病棟での倫理的配慮について明らかにし、今後のクリティカルケア実習の指導の示唆を得ることを目的とする。

## 3. 研究方法

### 3.1 対象

本研究の趣旨に同意・協力を得たA短期大学看護学科（3年課程）3年次生17人

### 3.2 研究期間

2014年10月（実習記録提出日）～2015年1月（分析終了日）

### 3.3 研究デザイン

KJ法<sup>5)</sup>による質的記述的研究

### 3.4 研究方法

実習記録の「救命救急病棟での倫理的配慮」の記載内容よりラベルを作成し、著者らで討議

し、合意形成を行いながら集約を繰り返した。その際に、川喜田研究所から賛助会員としてKJ法の使用許諾を得ている専門家のスーパーバイズを受けた。

### 3.5 倫理的配慮

実習記録提出後、対象者に口頭にて研究の趣旨、目的や対象者の権利、匿名性の保持、研究の参加の有無にかかわらず成績には影響しないことを説明し、研究への参加と結果の公表について書面で同意を得た。また本研究は、所属機関の倫理委員会の承諾を得た。(H26-015号)

## 4. 結果

実習記録の「救命救急病棟での倫理的配慮」の記載内容から39のラベルを作成し、元ラベルとした。意味内容の類似性により集約を繰り返した結果、1段階は13、2段階で5つの島に集約し、人権擁護、最善の検討、意思決定の支援、家族への配慮、尊厳の重視が形成された。

なお、〔 〕は元ラベル、〈 〉は1段目の表札、【 】は2段目の表札を表す。また各島のシンボルマークを( )で表す。

5つの島の内容は、①【看護師として患者のプライバシーを保護し、個人情報を秘守する(人権擁護)】、②【他職種間で患者への最善の行為を検討する(最善の方策)】、③【本人や家族への説明と同意を大切に(意思決定の支援)】、④【患者だけでなく、家族への配慮を大事にする

(家族への配慮)】、⑤【最期まで人間として尊重する(尊厳の重視)】である。

看護学生が捉えた「救命救急病棟での倫理的配慮」を図解にしたものを図に示す。

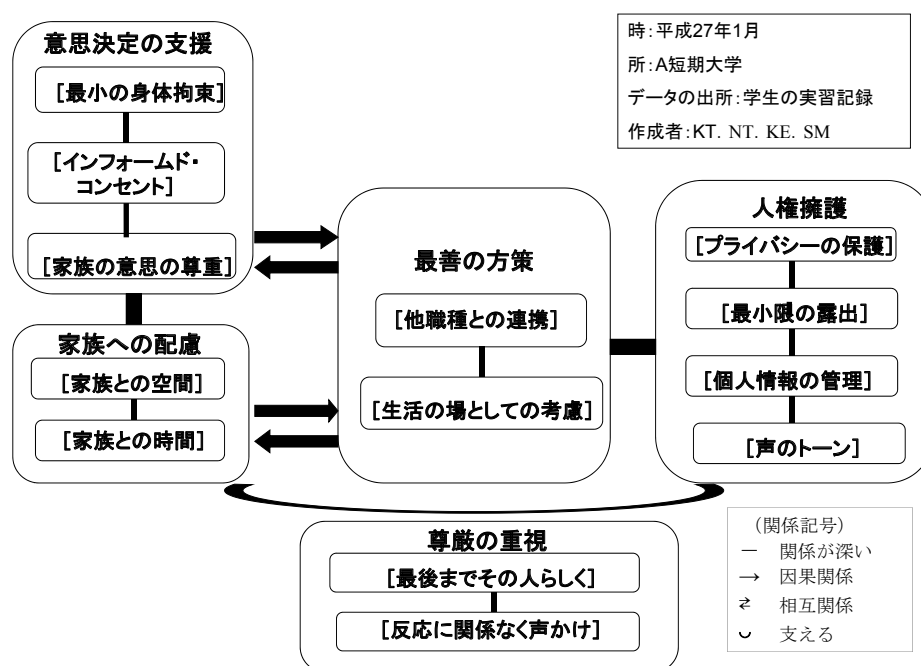
以下、5つの島の内容について述べる。

### 4.1 【看護師として患者のプライバシーを保護し、個人情報を秘守する(人権擁護)】

この島は〈環境を整え、プライバシーを保護している〉、〈露出を最小限にし羞恥心に配慮する〉、〈個人情報の管理を徹底する〉および〈声を遮らない環境のため私語を慎み、患者が元気になったからと言って大声で話すのではなく周りの患者の状態を考えて話す〉から成り立っている。

〈環境を整え、プライバシーを保護している〉の中には、〔意識がはっきりしている患者には、隣とのベットが区切られている病室がある〕、〔開放になっている病室の患者の清拭を行った際には、隣のベットとの間にカーテンを引きベットの正面にはつい立をして、他の患者や周囲に見えないように配慮する〕、〔患者の意識の有無に関わらず清潔援助時は必ずベッド周囲をパーテーションやカーテンで仕切る〕、〔清拭時はカーテンをしめ外部から見えないようにしている〕および〔ケア時はカーテンを閉めて羞恥心に配慮する〕が含まれている。

〈露出を最小限にし羞恥心に配慮する〉の中には、〔清拭時の露出を最小限に抑える〕、〔清拭の際に不必要な露出を防ぐため掛物をかけて行な



図：救命救急病棟における学生が捉えた倫理的配慮

う) および〔若い女性患者に男性看護師は援助に加わらない〕が含まれている。

〈個人情報の管理を徹底する〉の中には、〔ワンフロアであるため、医師や看護師は他の患者に個人情報漏れがないように離れた場所で小声で話したりして情報共有していた〕、〔意識が鮮明な患者もいるため医療従事者の会話は名前ではなくベッド番号で患者について話していた〕、〔家族が面会に来た時、他の患者に氏名などが聞こえないようにベッド番号を利用することでプライバシーを保護している〕および〔個人情報保護のため電子カルテはパスワードを入力しなければ閲覧できないようになっていた〕が含まれている。

#### 4.2 【他職種間で患者への最善の行為を検討する（最善の方策）】

この島は〈患者の要求や知る権利について他職種間でカンファレンスしている〉と〈医師の許可があればラジオ、音楽が聴け、本や新聞なども読める〉から成り立っている。

〈患者の要求や知る権利について他職種間でカンファレンスしている〉の中には、〔意思表示が困難な患者のクリティカルな状態を看護師が把握し、患者の権利が守られているか、要求が満たされているか、カンファレンスが行われていた〕、〔医師や理学療法士と看護師が中心となってカンファレンスが行われ、患者の要求に対して情報共有し、協力する配慮がされていた〕および〔今の状態を知りたいという患者に対して、カンファレンスで医療者が意見を統一することや障害について話す時期を考え医師から説明することが話し合われていた〕が含まれている。

#### 4.3 【本人や家族への説明と同意を大切にしている（意思決定の支援）】

この島は〈身体拘束を最小限にしている〉、〈処置をする時はインフォームドコンセントを患者や家族に行っている〉および〈本人が意思決定できない時は、家族の意思を尊重する〉から成り立っている。

〈身体拘束を最小限にしている〉の中には、〔ルート類の自己抜去を防ぐために抑制帯やミトンによる身体拘束を行っていたが、家族の面会時には抑制帯をはずしている〕と〔抜管予防の抑制帯も可能な範囲で外す〕が含まれている。

〈処置をする時はインフォームドコンセントを患者や家族に行っている〉の中には、〔抑制帯の使用も患者に説明して同意を得ている〕、〔入院時

や特殊な処置はインフォームドコンセントを患者や家族に行い、同意を得て処置を行っている〕および〔ケアや処置をする際はケアや処置の内容を患者に説明し同意を得たうえで実施する〕が含まれている。

〈本人が意思決定できない時は、家族の意思を尊重する〉の中には、〔救命救急病棟の患者は意識レベルが低く、自己決定ができないため、処置や治療について家族の意見を尊重することになる〕、〔患者の生前の意思を家族が聞き、積極的な治療を行うかどうか、家族の意思を統一してどのような方針とするかなど本人、家族の倫理判断を尊重する〕、〔キーパーソンの家族に治療方針をどうするか、連絡方法、今後の経過を説明している〕および〔生命維持を優先するため患者のQOLや意思に反する処置の場合は家族に説明し理解を得る〕が含まれている。

#### 4.4 【患者だけでなく、家族への配慮を大事にしている（家族への配慮）】

この島は〈看取りとなった患者と家族が過ごせる空間を確保している〉と〈家族への細かな気配りをしている〉から成り立っている。

〈看取りとなった患者と家族が過ごせる空間を確保している〉の中には、〔心肺停止状態で救急搬送された患者が家族との時間を大切に、家族との空間であったと感じた〕、〔看取りとなった患者と家族の環境をつくるためにカーテンを閉めていた〕、〔オープンフロアと半個室の環境で、患者と家族の時間・空間がもてるようになっていた〕、〔看取りの患者は半個室に移動することで周囲を気にせず家族との時間が過ごせるようにしている〕が含まれている。

〈家族への細かな気配りをしている〉の中には、〔面会に来られた家族に対して看護師は今の状態を丁寧に説明し家族へ不安を与えないように配慮している〕、〔家族が希望するときは看護師と一緒に清潔援助を実施する〕および〔看取りの家族への配慮として面会時間を規制せずいつでも会いに来られるようになっていた〕が含まれている。

#### 4.5 【最期まで人間として尊重する（尊厳の重視）】

この島は〈意識がない患者でもその人らしく最期を迎える〉と〈反応がなくても、声かけをする〉から成り立っている。

〈意識がない患者でもその人らしく最期を迎える〉の中には、〔意思レベルが低い患者であって



も整容が整えられている]、[心肺停止となっても患者に対して敬う心を忘れず援助する]、[エンゼルメイクは統一されているわけではなく患者に合わせてその人らしい化粧を行なっている] および [エンゼルケアやエンゼルメイクは最期の看護であり、看護師が患者の尊厳を尊重しその人らしい最期を迎えられるようにする] が含まれている。

〈反応がなくても、声かけをする〉の中には、[意識障害のある患者に対してケアするときは必ず声をかけ、反応がない患者でもモニターを観察して確認している] と [エンゼルケアの際、患者が生きていた時と同じように声かけをしながら行なっている] が含まれている。

## 5. 考察

A 短期大学看護学科成人看護学実習 I (急性期) 実習記録の「救命救急病棟での倫理的配慮」の記載内容から5つの概念(島)が抽出された。これは①【人権擁護】、②【最善の方策】、③【意思決定の支援】、④【家族への配慮】 および⑤【尊厳の重視】で示される。学生は救命救急病棟において様々な倫理的配慮がされていることを学んだ。そこでまず5つの概念(島)について考察し、クリティカルケア実習の指導の課題を提示する。

### 5.1 【看護師として患者のプライバシーを保護し、個人情報秘守する(人権擁護)】

救命救急病棟は一目で全体を見渡せるようにオープンフロアになっている。学生は実習中に看護師と一緒にケアを体験する中で、[開放になっている病室の患者の清拭を行った際には、隣のベットとの間にカーテンを引きベットの正面について立をして、他の患者や周囲に見えないように配慮をしている] とオープンフロアで清拭や処置を行うときは、カーテンを閉めプライバシーを保護したり、露出を最小限にするための工夫がされていることを感じている。また、[ワンフロアであるため、医師や看護師は他の患者に個人情報が漏れないように離れた場所で小声で話したりして情報共有していた] と声の大きさにも注意を払い、個人情報が漏れないように注意していることを医療従事者間での会話の場面を通して学びを深めたと考えられる。

### 5.2 【他職種間で患者への最善の行為を検討する(最善の方策)】

生命の危機的状態にある患者の治療のために、他職種との連携は非常に重要である。[医師や理学療法士と看護師が中心となってカンファレンスが行われ、患者の要求に対して情報共有し、協力する配慮がされていた] と他職種間でカンファレンスが行われていることに気づき、さらに、患者の要求に対して、何が良い方法であるのか検討していることを授業で学んだ倫理原則<sup>6)</sup>と結び付けて考えることができたと思われる。

### 5.3 【本人や家族への説明と同意を大切にしている(意思決定の支援)】

日本看護倫理学会から出された身体拘束予防ガイドライン<sup>7)</sup>の中に、看護職は、身体拘束は基本的人権を侵害するものとして「してはいけない」と思いつつも「患者の生命と安全を守るため」「人員不足のため」「緊急やむを得ない状況」などという理由で、ジレンマに悩み苦しみながら身体拘束を行なっている現状があることが述べられている。

救命救急病棟では、生命の危機的状態の患者の治療のため、人工呼吸器や輸液ポンプを使用した持続点滴が行われている。身体拘束は「患者の生命と安全を守るため」「やむを得ない状況」にあると考えられる。そういう状況の中で学生は[ルート類の自己抜去を防ぐために抑制帯やミトンによる身体拘束を行っていたが、家族の面会時には抑制帯をはずしている] と看護師ができるだけ身体拘束をしないように配慮していることに気づき、看護師の行動を倫理的配慮ととらえたと考ええる。

また、学生は[入院時や特殊な処置はインフォームドコンセントを患者や家族に行い、同意を得て処置を行っている] や [救命救急病棟の患者は意識レベルが低く、自己決定ができないため、処置や治療について家族の意見を尊重することになる] と述べており、医療者が患者や家族にとって大切なことは何かを考え、意思決定への支援をしていることを家族との関わりの場面を通して感じる事ができたと思われる。

### 5.4 【患者だけでなく、家族への配慮を大事にしている(家族への配慮)】

救命救急病棟は生命が危機的状態で見込めない重症な患者が搬送される。クリティカルケア領域において、家族看護は重要であり、家族へ

の看護に対する報告<sup>8) 9)</sup>が多くされている。学生は「心肺停止状態で救急搬送された患者が家族との時間を大切に、家族との空間であったと感じた」や「面会に来られた家族に対して看護師は今の状態を丁寧に説明し家族へ不安を与えないように配慮している」と記述しており、残された時間を家族と過ごすための配慮がされていることを看護師の行動を観察することにより、学びを深めたと推察する。

### 5.5 【最期まで人間として尊重する（尊厳の重視）】

学生は「エンゼルメイクは統一されているわけではなく患者に合わせてその人らしい化粧を行なっている」や「意識障害のある患者に対してケアするときは必ず声をかけ、反応がない患者でもモニターを観察して確認している」と述べており、エンゼルメイクや意識障害の患者へのケアを通して、その人らしく最期を迎えることができるように尊厳をもって接することの重要性を学んだと考える。

### 5.6 実習指導における今後の課題

クリティカルケア実習は医療機器を中心とした治療環境や患者の重症度などから学生にとって難しいという報告<sup>10)</sup>がある。しかし、倫理的判断が問われるクリティカルケア看護の実際を体験することにより、看護師の行動の基本となる倫理的行動について学びを深めることができ、更なる専門知識の習得への意欲につながると思われる。

今後は、クリティカルケア領域における倫理問題に対する看護師の姿勢について、「看護倫理」の授業内容に結び付けて考えられるように、実習開始前の課題として事前学習を促し、実習での学びを深めていくことが必要である。

## 6. 結論

看護学生が捉えた救命救急病棟での倫理的配慮について明らかにすることを目的に、実習記録の「救命救急病棟での倫理的配慮」をKJ法により構造化した。

実習記録の記載内容からラベルを作成し、意味内容の類似性により集約を繰り返した。その結果、1段階は13、2段階で5つの島に集約し、人権擁護、最善の方策、意思決定の支援、家族への配慮、尊厳の重視が形成された。学生の救命救急病棟での看護師の倫理的行動についての学びを明らかにした。

今後は、クリティカルケア領域における倫理問題に対する看護師の姿勢について事前課題を提示し、実習での学びを深められるような働きかけが必要であることが示唆された。

## 謝辞

本研究を行うあたり、ご協力いただきましたA短期大学の学生の皆様に心より厚く御礼申し上げます。

## 引用文献

- 1) 道又元裕：クリティカルケア看護. 医学書院, p1, 2008.
- 2) 池松裕子：クリティカルケア看護. クリティカルケア看護における倫理的課題, ヌーヴェルヒロカワ, p10, 2012.
- 3) 日本看護協会：看護者の倫理綱領. 看護, 55 (11), 2008.
- 4) 日本救急看護学会：救急医療領域における看護倫理ガイドライン, 2009.
- 5) 川喜田二郎：KJ法－渾沌をして語らしめる. 川喜田二郎著作集第5巻, 中央公論社, pp121-169, 1996.
- 6) 和泉成子：原則の倫理. 看護倫理 (改訂第2版), 小西恵美子編, pp36-44, 南江堂, 2014.
- 7) 日本看護倫理学会：身体拘束予防ガイドライン. 日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会編, p1, 2015.
- 8) 三上ふみ子, 福岡裕美子：クリティカルケア領域における家族の看護に関する一考察－文献検討から看護師のアプローチ方法を探る－. 弘前学院大学看護紀要, 9, pp15-21, 2014.
- 9) 木元千奈美：救命救急センターに勤務する看護師の重度意識障害患者の家族への関わりの特性. 家族看護学研究, 19 (2), pp124-135, 2014.
- 10) 大池美也子, 末次典恵：集中治療室の見学実習における看護学生の学び－看護学生によるレポートの分析から－. 九州大学医学部保健学科紀要, 3, pp77-84, 2004.

## Structuring learning about ethical consideration on the critical care practice for nursing students

Terumi Kawai<sup>1)</sup>, Tomoko Nakada<sup>1)</sup>, Eriko Koide<sup>2)</sup>, Miyoko Sakai<sup>1)</sup>

1) *The Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science*

2) *The Social Welfare, Toyama College of Welfare Science*

### Abstract

This study performs to clarify nursing student learning of ethical consideration on critical care practice, and to obtains some useful suggestions to improve the practice.

17 nursing students consented to participate in this study. Their practice records were structured using the KJ method. As a result, the following factors were extracted: “protection of human rights”, “the best policy”, “decision-making support”, “consideration for a family”, and “serious consideration of the dignity”.

The result shows that the nursing students should be ready to ethical consideration before critical care practice, and such practice supports to deepen students’ understanding need.

Keywords: critical care practice, ethical consideration, practice record, nursing student, KJ method

## 「週フォリオ」のアンケート結果に関する考察 ～平成26年のアンケート調査の分析～

蘭 直美<sup>1)</sup>、小出えり子<sup>2)</sup>、境 美代子<sup>1)</sup>

1)富山福祉短期大学看護学科 2)富山福祉短期大学社会福祉学科介護福祉専攻

(2016.1.29受稿, 2016.2.29受理)

### 要旨

本研究は、A短期大学が教育目標の実現に向けて実施している「週フォリオ」の取り組みの効果を明らかにすることを目的とした。全学科の学生423名に対し週フォリオに関するアンケート結果を単純集計し、自由記述は内容分析を行った。その結果、『週フォリオの話題などを取り上げた面談の意義』として【ポジティブ思考へ変換】、【ADと信頼関係構築】、【文章能力の向上】、【自己を振り返り目標の明確化】の4つの概念が生成された。「週フォリオ」はADと学生双方の信頼関係構築に大きな役割を果たし、A短期大学が求める短大学士力や人間力の形成の一助になっていると考えられる。

キーワード：週フォリオ、アンケート、教育目標

### 1. はじめに

A短期大学は、「建学の精神」のもと個々の『私』の人格形成を進めるために、「つくり、つくりかえ、つくる」という教育目標の実現のために具体的に描くシナリオとして「週フォリオ」がある。週フォリオは、「自分はどのようにしていくのか」ということを常にポジティブに思考しながら、よりよく生きる力を付けるための取り組みである。

平成20年度に週フォリオを導入した当初は、教員自身はその教育的意義や学生からの反応に対し明確な見解を示すことが難しく、そのため組織的な取り組みが非常に困難であった。このような状況から、専任教員の間で議論を重ね、平成21年度からは学科の教育活動として折々の授業や行事や取り組みを振り返り、整理して記述する必要性を明確に打ち出し、週フォリオのテーマを設定して、学生がそれに基づいて記述する取り組みを試み、現在も継続中である。

毎年年度末に学生委員会が週フォリオの取り組みに対し学生にアンケート調査を実施し、集計結果を学内全体に報告をしている。平成26年度の週フォリオのアンケート結果の集計を担当した。今まで週フォリオの効果を明らかにした報告がないので、週フォリオの取り組みの効果を明らかにし、今後役に立つ基礎資料になると考えられる。

### 2. 研究目的

平成26年度に実施した週フォリオの学生アンケート結果を分析し考察することで、週フォリオの取り組みの効果を明らかにすることを目的とする。

### 3. 研究方法

#### 3.1 対象

平成27年1月16日～平成27年2月16日の時点で本学に在学中（休学者は除く）の学生480人に平成26年度週フォリオの学生アンケートを配布し、回答が得られた423名を調査対象とした。学生423名の内訳は、看護学科は1年生47名、2年生71名、3年生70名、社会福祉学科は社会福祉専攻1年生37名、2年生34名、介護福祉専攻1年生31名、2年生45名、幼児教育学科は1年生46名、2年生42名である。

#### 3.2 調査項目

調査項目は、毎年年度末に実施している週フォリオのアンケート調査を用いた。週フォリオの取り組み状況を評価する項目として、『週フォリオの記述枚数』、『週フォリオを書くことに対する意欲』、『週フォリオの記述を書くことによる成果』、『週フォリオの話題などを取り上げた面談の意義』とその理由を設定している。『週フォリオの記述枚数』は「①3～4枚」、「②5～9枚」、「③10～14枚」、「④15～19枚」、「⑤20枚以上」、『週フォリオを書くことに対する意欲』は

「①積極的」、「②やや積極的」、「③どちらともいえない」、「④やや消極的」、「⑤消極的」の5択法による回答である。週フォリオの記述を書くことによる成果は「①ポジティブに考えようとした」、「②自分の目標や思いを確認できた」、「③AD教員に自分を理解してもらえることにつながった」、「④文章能力が伸びた」、「⑤続けることの力がついた」、「⑥文章を書くことが以前より楽しくなった」、「⑦特に成果は感じていない」、「⑧その他」からあてはまるものを選び、複数回答としている。『週フォリオの話題などを取り上げた面談の意義』は「①意義あり」、「②特に思わない」の2択法の回答で、その理由を自由記述での回答としている。

### 3.3 データ分析方法

調査項目は全体と学科と学年別に単純集計を実施した。

『週フォリオの話題などを取り上げた面談の意義』の回答理由についての自由記述は、記述の文脈を抽出し、共通性、相違性を比較検討しながら類似した内容を集約してサブカテゴリー、カテゴリーを形成した。2名で記載内容について検討し、合意形成を行いながら分析した。

### 3.4 倫理的配慮

学生アンケートは無記名で個人を特定できないように配慮し、参加の任意性に基づいて回収した。また、本研究は、A短期大学の倫理審査委員会の承認を得た。

## 4. 結果

### 4.1 平成26年度の学科・学年ごとの週フォリオアンケート結果(表1)

アンケートを配布した学生480人に対し、423人の回答が得られた。有効回答率は88.1%である。

『週フォリオの記述枚数』は「①3~4枚」145人(34.3%)、「②5~9枚」81人(19.1%)、

「③10~14枚」66人(15.6%)、「④15~19枚」100人(23.6%)、「⑤20枚以上」20人(4.7%)、無回答11人(2.6%)であった。

『週フォリオを書くことに対する意欲』は「①積極的」25人(5.9%)、「②やや積極的」67人(15.8%)、「③どちらともいえない」154人(36.4%)、「④やや消極的」97人(22.9%)「⑤消極的」76人(18%)、無回答4人(0.9%)であった。

週フォリオの記述を書くことによる成果(複数

表1 平成26年度の学科別の週フォリオアンケート結果

		看護					社会福祉				介護福祉				幼児教育				全体 総数	%
		1年生	2年生	3年生	総数	%	1年生	2年生	総数	%	1年生	2年生	総数	%	1年生	2年生	総数	%		
質問1. 週フォリオ の記入枚数	①3~4枚	2	55	55	112	60	4	8	12	17	2	5	7	9	1	13	14	16	145	34.3
	②5~9枚	2	10	5	17	9	5	13	18	25	18	11	29	38	4	13	17	19	81	19.1
	③10~14枚	12	2	2	16	8	2	7	9	13	4	11	15	20	13	13	26	30	66	15.6
	④15~19枚	17	3	0	20	11	24	3	27	38	7	15	22	29	28	3	31	35	100	23.6
	⑤20枚以上	14	0	0	14	7	2	3	5	7	0	1	1	1	0	0	0	0	20	4.7
	無回答	0	1	8	9	5	0	0	0	0	0	2	2	3	0	0	0	0	11	2.6
		47	71	70	188	100	37	34	71	100	31	45	76	100	46	42	88	100	423	100
質問2. 週フォリオ 記述の意欲	①積極的	4	5	1	10	5	7	3	10	14	2	2	4	5	1	0	1	1	25	5.9
	②やや積極的	18	8	4	30	16	9	5	14	20	3	7	10	14	9	4	13	15	67	15.8
	③どちらとも いえない	12	35	19	66	35	10	13	23	32	8	16	24	32	22	19	41	46	154	36.4
	④やや消極的	9	14	19	42	23	6	5	11	16	12	9	21	28	10	13	23	26	97	22.9
	⑤消極的	2	9	25	36	19	5	8	13	18	6	10	16	21	5	6	11	12	76	18.0
	無回答	2	0	2	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0.9
		47	71	70	188	100	37	34	71	100	31	44	75	100	47	42	89	100	423	100
質問3. 週フォリオ 記述の成果 <small>注)</small>	①ポジティブ	16	25	14	55	17	23	6	29	20	9	9	18	14	10	15	25	17	127	17.3
	②目標・思い の確認	21	33	39	93	29	18	13	31	22	6	15	21	17	20	22	42	29	187	25.5
	③ADに自分 の理解	15	26	20	61	19	10	8	18	13	8	19	27	22	14	9	23	16	129	17.6
	④文章能力	15	17	15	47	14	5	11	16	11	7	4	11	9	8	9	17	12	91	12.4
	⑤続ける力	10	9	2	21	6	11	5	16	11	5	6	11	9	3	3	6	4	54	7.4
	⑥文章を書く 楽しさ	7	7	1	15	5	7	3	10	7	6	3	9	7	3	4	7	5	41	5.6
	⑦特に成果なし	5	13	13	31	10	11	10	21	15	10	16	26	21	15	9	24	17	102	13.9
	⑧その他	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	3	0.4
		89	130	104	323	100	87	56	143	100	52	72	124	100	73	71	144	100	734	100
質問4. AD面談の 意義	①意義あり	25	38	33	96	51	17	13	30	42	15	18	33	43	22	28	50	57	209	49.4
	②特に思わない	21	28	29	78	42	20	20	40	56	15	25	40	53	24	14	38	43	196	46.3
	無回答	1	5	8	14	7	0	1	1	2	1	2	3	4	0	0	0	0	18	4.3
	47	71	70	188	100	37	34	71	100	31	45	76	100	46	42	88	100	423	100	

注) 複数回答

回答)は「①ポジティブに考えようとした」127人(17.3%)、「②自分の目標や思いを確認できた」187人(25.5%)、「③AD教員に自分を理解してもらえることにつながった」129人(17.6%)、「④文章能力が伸びた」91人(12.4%)、「⑤続けることの力がついた」54人(7.4%)、「⑥文章を書くことが以前より楽しくなった」41人(5.6%)、「⑦特に成果は感じていない」102人(13.9%)、「⑧その他」3人(0.4%)であった。

『週フォリオの話題などを取り上げた面談の意義』は「①意義あり」209人(49.4%)、「②特に思わない」196人(46.3%)、無回答18人(4.3%)であった。

#### 4.2 週フォリオの記述枚数(表1, 2)

学科別における週フォリオを15枚以上記入している割合は、社会福祉(45%)、幼児教育(35%)、介護福祉(30%)、看護(18%)の順が多い(表1)。

学年別における週フォリオを15枚以上記入している割合は、1年生(57%)、2年生(15%)、3年生(0%)の順が多い(表2)。

#### 4.3 週フォリオを書くことに対する意欲(表1, 2)

学科別における週フォリオに対する記述の意欲で積極的、やや積極的と回答した割合は、社会福祉(34%)、看護(21%)、介護福祉(19%)、幼児教育(16%)の順が多い(表1)。

学年別における週フォリオに対する記述の意欲で積極的、やや積極的と回答した割合は、1年生(33%)、2年生(18%)、3年生(7%)の順が多い(表2)。

#### 4.4 週フォリオを書くことによる成果(表1, 2)

学科別における週フォリオを書くことによる成果を比較すると、幼児、社会福祉、看護は、「②自分の目標や思いを確認できた」の割合が一番多く、介護福祉は「③AD教員に自分を理解してもらえることにつながった」が一番多い(表1)。

学年別における週フォリオを書くことによる成果を比較すると、どの学年も「②自分の目標や思いを確認できた」の割合が一番多い(表2)。

表2 平成26年度の学年別の週フォリオアンケート結果

		1年生		2年生		3年生		全体	
		総数	%	総数	%	総数	%	総数	%
質問1. 週フォリオ の記入枚数	①3～4枚	9	6	81	42	55	79	145	34.3
	②5～9枚	29	18	47	24	5	7	81	19.1
	③10～14枚	31	19	33	17	2	3	66	15.6
	④15～19枚	76	47	24	13	0	0	100	23.6
	⑤20枚以上	16	10	4	2	0	0	20	4.7
	無回答	0	0	3	2	8	11	11	2.6
		161	100	192	100	70	100	423	100
質問2. 週フォリオ 記述の意欲	①積極的	14	9	10	5	1	1	25	5.9
	②やや積極的	39	24	24	13	4	6	67	15.8
	③どちらとも いえない	52	32	83	43	19	27	154	36.4
	④やや消極的	37	23	41	22	19	27	97	22.9
	⑤消極的	18	11	33	17	25	36	76	18
	無回答	2	1	0	0	2	3	4	0.9
		162	100	191	100	70	100	423	100
質問3. 週フォリオ 記述の成果 <small>注)</small>	①ポジティブ	58	19	55	17	14	13	127	17.3
	②目標・思い の確認	65	21	83	25	39	38	187	25.5
	③ADに自分 の理解	47	15	62	19	20	19	129	17.6
	④文章能力	35	12	41	12	15	14	91	12.4
	⑤続ける力	29	10	23	7	2	2	54	7.4
	⑥文章を書く 楽しさ	23	8	17	5	1	1	41	5.6
	⑦特に成果なし	41	14	48	15	13	13	102	13.9
	⑧その他	3	1	0	0	0	0	3	0.4
			301	100	329	100	104	100	734
質問4. AD面談の 意義	①意義あり	79	49	97	51	33	47	209	49.4
	②特に思わない	80	50	87	45	29	42	196	46.3
	無回答	2	1	8	4	8	11	18	4.3
			161	100	192	100	70	100	423

0注) 複数回答

表3 「週フォリオの話題を取り上げた面談に意義がある」と回答した学生の意見

カテゴリー	サブカテゴリー	内 容
1. ポジティブ思考へ変換	1. 楽しくできた	・楽しかった ・週フォリオに書いたことを、面談で話せて楽しめた ・話題性があり、話が盛り上がった
	2. ポジティブな考えになれた	・積極的に考えられるようになった ・ポジティブな考えになれてよかったと思う ・これからについて自信が持てるようになった
	3. ADの対応で前向きになれた	・毎回コメントを丁寧に付けて返して下さったから、とても自分のためになった ・一言感想が書かれていて、自分の書いたものに返事があり嬉しかった ・自分を理解してくれる人がいるということがやる気につながった
2. 自己を振り返り、目標の明確化	4. 目標を確認できた	・自分の思いや目標を確認できて振り返れた ・目標や反省、課題を明確にし自分を見つめなおすことができた ・自己宣言をして自分が進む道が分かるような気がする ・今後の勉強方法や学校での過ごし方を話し合うことができたから ・自分の方向性について考えるきっかけになった ・目標の再確認ができた ・自分の目標が明確になった ・目標などを書くことでADと共有することができその目標に向けて学校を生活を送ることができた ・自分の中にある考えを他の人に見てもらおうことで、今後どういったことをすれば成長できるかが分かった
	5. 将来を考えるきっかけになった	・進路について話が出来たから ・将来を相談するときの材料になると思った ・就職に向けてのステップアップとなったため ・将来について真剣に考えることができた
	6. 自己を振り返ることができた	・文章の書き方や物事の捉え方を見直すことができた ・自分では気がつかない性格のことを言われ気づいた ・改めて話をするので確認できたから ・自分を振り返って、不足している部分、成長した部分に気づくことができた ・自分の弱点がわかった気がする ・自分自身の発見になった ・自分を見つめなおす機会になったから ・自分を見直す良い機会になったから
3. ADと信頼関係構築	7. ADに自分を理解してもらえた	・自分のことを分かってくれたから ・自分の考え、よいところを理解してもらえた ・ADに自分をわかってもらえた ・週フォリオでバイトのことなどを書き、それに関して話もできたから ・振り返りや思いを共感してもらえる ・自分の目標や思いを知ってもらえたから ・書く内容によって自分の成長を読み取ってくれた ・週フォリオを書くことによりADの先生に自分を理解してもらい面談がスムーズになった
	8. 自分の思いをADに伝えることができた	・自分の考えや思いを伝えることができた ・先生に言えなかったことを週フォリオに書いて出すと自分の思いが先生に伝わるということができたと思う ・自分の思いを文章にし、教員へ伝えることができた ・自分の考えを週フォリオを通じてADの人に伝えることができるから
3. ADと信頼関係構築	9. ADからの助言が役立った	・どうすればもっと向上できるか教わった ・今後の国試の勉強法など悩みを聞いてもらい、アドバイスをいただけた ・ADに自分の書いたフォリオにアドバイスもらった点がよかった ・困ったことに対してアドバイスをくれた ・自分の将来性などをADと話すことで、対策などを練ってくれているから ・先生が色々な小説や映画から勇気づけられるような言葉を頂いたから ・自分以外の考えを聞くことができ思考の幅が広がった ・年長者の意見が聞いて解決の糸口となった ・ADの客観的な意見を聞き、更に思いが深まった
	10. ADに悩みを相談できた	・学業継続についての相談だったため ・週フォリオを交えて様々な相談ができた ・自分のことで相談できた ・週フォリオを通して悩みや相談を伝えることができた ・多かれ少なかれ悩み事を聞いてもらえた ・悩んでいることを相談しやすかったと思う ・悩みの相談にのってくれた
	11. ADに話を聞いてもらえた	・話題として取り上げられやすく、悩みを聞いてもらえるチャンスにつながる ・自分の話を聞いてもらえるという安心感があった ・相談に乗ってもらえた ・週フォリオに悩みを書いたら、ADが相談に乗ってくれ、信頼関係が生まれたように思え、私の心の支えになった
	12. 週フォリオが話のきっかけになる	・週フォリオを通じてADといろんな話ができたから ・深く話すきっかけとなったから ・自分を理解してもらえ、日常の会話をADの先生とできる機会にもなるのでとてもよかった ・週フォリオを通して会話している感じがして意味があったと感じる ・面談はなかったが、週フォリオで会話している感じでよかった ・先生との会話が增えたから ・ADと話す機会が増えるため ・話すためのよい資料となっている ・週フォリオをもとに面談できるため、話の内容が明確だった ・週フォリオの内容から会話が広がったから ・週フォリオで困りごとや知りたいことが見つけやすかった
	13. ADとの距離が縮まった	・少しADとの距離が縮まった ・コメントをもらうことによって、先生を近く感じられたように思う ・週フォリオに描いたことを話し、ADとの距離が縮まり相談しやすくなった
4. 文章能力の向上	14. 文章力の向上になった	・文章力向上に繋がった ・作文の練習になった ・自分の考えを述べる練習、小論文対策にもなる ・言葉ではなかなか伝えられないことを文章で伝えることができた ・自分の考えをまとめて述べることもできた
	15. 考える力がついた	・自分の思いを書き続けることができたから ・考える力が身についた
5. 意義がある	16. 面談には意義がある	・ADとの面談することは意義がある ・意義あるものだった

#### 4.5 週フォリオの話題などを取り上げた面談の意義 (表 1, 2)

学科別と学年別の週フォリオを取り上げた面談の意義は、「意義あり」と「特に思わない」に大きな差は見られない。

#### 4.6 週フォリオの話題などを取り上げた面談の意義の有無を選んだ理由 (表 3, 4)

データを分析した結果、「意義あり」と回答した理由では、サブカテゴリーと5つのカテゴリーを生成し (表 3)、「特にそう思わない」と回答した理由では、サブカテゴリーと3つのカテゴリーが生成された (表 4)。以下、文中の<>はサブカテゴリー、【 】はカテゴリーを示している。

「意義あり」と回答した理由として、<楽しくできた>、<ポジティブな考えになれた>、<ADの対応で前向きになれた>としており、【ポジティブ思考へ変換】している。そして、<ADに自分を理解してもらえた>、<自分の思いをADに伝えることができた>、<ADからの助言が役立った>、<ADに悩みを相談できた>、<ADに話を聴いてもらえた>、<週フォリオが話のきっかけになる>、<ADとの距離が縮まった>ことによって【ADと信頼関係構築】につながっている。<考える力がついた>、<文章力の向上になった>については【文章能力の向上】となり、<目標を確認できた>、<将来を考えるき

かけになった>、<自己を振り返ることができた>ことから【自己を振り返り、目標の明確化】ができ、その結果、<面談には意義がある>、【意義がある】として表れている。

「特にそう思わない」と回答した理由として、<週フォリオ以外でADと話ができる>、<週フォリオの意義を見出せない>、<週フォリオにやる気を感じない>、<ADの対応でやる気をなくした>、<週フォリオに無関心>としており、【週フォリオの記述に消極的】である。そして、<課題や実習が忙しく取り組めない>、<書くことが苦手で難しい>ことから【週フォリオの記述が困難】となっている。<週フォリオを用いて面談をしていない>、<面談が少ない>と【週フォリオを用いた面談回数が少ない】ことも理由である。

### 5. 考察

#### 5.1 週フォリオの記述枚数や記述意欲について

週フォリオは年間で記述する目標を18～24枚としている。しかし、平成26年度の調査では15枚以上の記述割合は、1年生57%、2年生15%、3年生になると0%となり、学年が進むにつれ枚数が減っている。この傾向は平成25年度や24年度と大差はない。その理由として1年生は関連授業で週フォリオを記述する機会が設けられるが、2年生、3年生にはそのような機会はない。また、

表 4 「週フォリオの話題を取り上げた面談に特に意義があるとは思わない」と回答した学生の意見

カテゴリー	サブカテゴリー	内 容
週フォリオの記述に消極的	週フォリオ以外でADと話ができる	・週フォリオを書かなくても話題はある ・週フォリオがなくてもADの研究室によく行っていた
	週フォリオの意義を見出せない	・書いたものが深いものでなかった ・就職活動の話の方が大切 ・将来のことについて話をしてほしい ・無理やり書かせている感がある ・書く必要がないと思う授業もあった ・提出しても返事がないので読んでもらえていないかわからない ・知らない間に成長しているのだと思う
	週フォリオにやる気を感じない	・積極的に取り組めなかったから ・真剣に取り組めなかった ・面倒だからやめてほしい ・楽しいと感じることが少なかったから ・週フォリオが必修でなくなって力が入っていない
	ADの対応でやる気をなくした	・文章の書き方について厳しく言われたから
	週フォリオに無関心	・記憶にない ・特になし
週フォリオの記述が困難	課題や実習が忙しく取り組めない	・文章力がつくが、課題が多く取り組めない ・実習で忙しくてあまり書くことができなかった
	書くことが苦手で難しい	・書くことが苦手で、思ってもいないことを書いている ・まだ書くことが難しいため
週フォリオを用いた面談回数が少ない	週フォリオを用いて面談をしていない	・今まで面談したことがないため ・週フォリオの話題で面談していない
	面談が少ない	・面談をする時間がない ・面談の回数が少なかった



2年生以降になると、実習や資格試験に向けての準備等があり、カリキュラム上週フォリオに取り組めない状況がある。

しかし、介護福祉の2年生は1年生と比べて記述枚数と意欲が高く、他の学科とは違う傾向が見られる。これは学生の特性、教員の指導力、カリキュラムの差など原因は考えられるが、今回の結果からは明らかにはできなかった。週フォリオに関する教員側の調査や、各学科の週フォリオの取り組み状況や経年推移と関連させて分析することを今後検討していきたい。

## 5.2 週フォリオを書くことによる成果について

週フォリオを書くことによる成果として、多くの学生が「自分の目標や思いを確認できた」を選択している。文献<sup>1)</sup>では、目標を公言し、共有することで「必ずやり遂げなければ」という気持ちになり、目標達成度が高くなると述べている。週フォリオはポートフォリオをもとにつくられたものであり、週フォリオのファイルは在学中の自己の成長を綴った作品集ともいえる。週フォリオを書くことで、自己を振り返り、将来を考えるきっかけをつくり、自己の目標を明確にしているといえる。

A 短期大学は人々の健康と幸福を守る看護・教育・福祉という人材を育成する学びの場であり、人間力を養うことが求められる。文献<sup>2)</sup>では人間力とは気力、人と上手くやること、100%達成しなくても悲観しないことをあげている。「ポジティブに考えようとした」や「続けることの力がついた」は、根気強くやり抜く力や失敗を繰り返してもポジティブに挑戦できる人間力の形成に通じる成果である。

週フォリオを書くことによる成果として、「文章能力が伸びた」をあげた学生が91名おり、自由記述で「考える力がついた」、「文章力の向上」になるという意見がある。大学生になると、作文・感想文より論文・レポートを記述する機会が多くなる。文献<sup>3)</sup>では、議論の内容に普遍性が求められるのに対し、作文・感想文では個人の体験が重視される。このことから、週フォリオは、論文・レポートというより、作文や感想文に近い文章形式であるが、文章を書くことに慣れていない学生には、週フォリオで起承転結を意識することで論理的な思考が形成され、考える力になっていると推測できる。

これらの結果から、本学の教育目標を実現する

ための具体的なシナリオとして、週フォリオの取り組みの効果は得られていると考えられる。その一方で「特に成果なし」と回答している学生が全体の13.9%を占め、週フォリオに対する無関心や記述への消極的な姿勢も否めない。学生が週フォリオに意義を見出せるような教員の働きかけが求められる。

## 5.3 週フォリオの話題などを取り上げた面談の意義について

「意義あり」が49.4%、「特に思わない」が46.3%であり、一見週フォリオの話題などを取り上げた面談にはあまり意義がないように解釈できる。しかし、「特に思わない」を選択した理由に「週フォリオの話題などを取り上げた面談をしていない」という回答が多くあり、「週フォリオの話題などを取り上げた面談の意義がありますか?」という問いに対する正しい回答とはいえない。選択肢に「意義あり」「特に思わない」の他に「週フォリオの話題などを取り上げた面談をしてない」を加えると、本来の質問の意図に近い回答が得られると考えられる。アンケートの質問内容に工夫が必要である。

面談で学生に確認しなければいけないことは沢山あり、限られた面談時間内で週フォリオの話題を取り上げることは難しい。「週フォリオが話のきっかけになる」という意見もあるように、週フォリオを会話の糸口とし本題に入るといった活用でも十分である。そう考えると、「週フォリオを用いた面談」に意義を見出すことよりも「週フォリオ」や「面談」そのものの意義を見出すことの方がより重要ではないだろうか。

## 5.4 週フォリオのアンケート結果を通して学生との効果的な関わり方

自分の体験や思いを週フォリオに記述することで自己表出でき、「ADに自分を理解してもらえた」、「距離が縮まった」といった成果が表れている。AD自身が学生を知る良い機会となり、学生にとっては「ADからの助言が役に立った」とあるように、双方の信頼関係の構築に繋がっていると考えられる。

限られた面談時間で週フォリオの話題を取り上げることは難しいが、日頃から週フォリオを通して、学生が何を考え求めているのかADが理解することで、学習や学生生活支援に役立てることはできる。週フォリオの話題を面談の中心に位置づけなくても、面談や普段の会話にさりげなく取り

上げることや、週フォリオに教員の感想を少し入れるだけでも効果はあると考えられる。

文献<sup>4)</sup>では、学生の価値観、気質、能力の配慮をするために、教員の態度として価値観の強要、威圧的雰囲気を出さないことをあげている。「週フォリオに意義を見出せない」、「教員の対応にやる気をなくした」という学生もいることから、教員には学生の能力を考慮して内容を認め、関心を寄せる態度を示す配慮が必要である。

週フォリオは A 短期大学が求める短大学士力や人間力の形成の一助になっている。週フォリオは、教育目標（A 短期大学の合言葉）である「つくり、つくりかえ、つくる」ために日々の学びの中でうまれる“言葉”に意識を向けさせるレポートであり、学生の成長を確認するには大いに役立つツールといえる。

学生、教員がともに週フォリオの意義を実感できるように、各学科間で共通の認識を持ち A 短期大学全体で継続的に取り組む姿勢が求められる。

## 6. 結論

- 1) 学年が進むにつれ週フォリオの記述枚数や意欲が低下する傾向にある。しかし、介護福祉の2年生は他の学科と異なった傾向があり、学生の特性やカリキュラム、週フォリオに関する指導方法の違いが関与していると考えられるが、理由は明らかではない。週フォリオに関する教員側の調査や、各学科の週フォリオの取り組み状況や経年推移と関連させて分析することを今後検討していきたい。
- 2) 週フォリオを書くことによる成果として、「自分の目標や思いを確認できた」、「AD 教員に自分を理解してもらえたことにつながった」、「ポジティブに考えようとした」が上位を占めている。本学が求める短大学士力や人間力の形成など教育目標を実現するために、週フォリオの取り組みが成果として表れている。
- 3) その一方で、週フォリオを書くことによる成果を「特に成果なし」と回答している学生は全体の 13.9% で、週フォリオに対する無関心や記述への消極的な姿勢が否めない。「教員の対応にやる気をなくした」という学生もいることから、教員には学生の能力を考慮して内容を認め、関心を寄せる態度を示す配慮が

必要である。

- 4) 週フォリオを用いた面談の意義については、「意義あり」「特に思わない」の回答に大差はないが、「特に思わない」を選択した理由に「週フォリオを用いた面談をしていない」という回答が多くあり、「週フォリオを用いた面談の意義」を問う正しい回答とはいえない。アンケートの質問内容に工夫を要する。
- 5) 週フォリオは AD と学生双方の信頼関係構築に大きな役割を果たしていると考えられる。面談時間は限られているので、面談に週フォリオを用いなくても、AD が日頃から週フォリオを通して学生が何を考え求めているか理解するほうが大切で、学習や学生生活支援に役立てることができる。

## 7. 謝辞

本研究において、研究協力者としてアンケート結果の使用を快諾して下さった学生委員会の皆様に深く感謝いたします。

## 引用文献

- 1) 鈴木敏恵：目標管理はポートフォリオで成功する 株式会社メヂカルフレンド社 第1版第2刷 2007 p133
- 2) 斉藤茂太：エジソンの思考術 致知 2002年2月号
- 3) 吉田健正：大学生と大学院生のためのレポート・論文の書き方 ナカニシヤ出版 第2版第6刷 2008 p54～55
- 4) 文部科学省 大学教員に求められる教育指導能力 [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo4/015/attach/1311583.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/015/attach/1311583.htm) 2015.7.20

## Consideration about the questionnaire results of “the week folio” —Analysis of 2014 questionnaire investigation—

Naomi Ran<sup>1)</sup>, Eriko Koide<sup>2)</sup>, Miyoko Sakai<sup>1)</sup>

1) *Nursing Subject, Toyama College of Welfare Science*

2) *Department of Social welfare, Toyama College of Welfare Science*

### Abstract

“The week folio” as a report written by students is carrying out in A junior college. This study aims that the educational effect of “the week folio” is analyzed with student questionnaire. The 423 students of three departments in A junior college answered. As a result, four concepts, for example; [ Change to positive thinking ], [ construction of trust relationship with advisory teacher ], [improvement of sentence ability ] and [ confirming one’s aim by looking back on self ], are generated.

“The week folio” shows that it plays an important role in trust relationship between student and advisory teacher, and it also supports the formation of human being power and the achievement of junior college ability.

Keywords : Week folio, questionnaire, educational effect

# 富山県の視覚障害者に関する外出状況や地域生活の実態 アンケート調査からの一考察

鷹西 恒

富山福祉短期大学社会福祉学科

(2016.1.29受稿, 2016.2.29受理)

## 要旨

2014年に埼玉県で視覚障害者が通学時に暴力を振るわれたり、盲導犬が傷つけられた事件等が社会問題として明らかになったことは記憶に新しい。そこで、富山県でも視覚障害者の外出時における状況や、福祉サービスの利用状況、困りごとなどを調査した上で、視覚障害者がより安全に地域で生活するために必要な環境の整備や福祉サービスによる支援について考察を行った。

富山県視覚障害者協会会員及び富山県広報(点字版)読者162名に、郵送配布・郵送回収、電子メール等によるアンケート調査を行ったところ、86名(回収率53%)から回答があった。外出時に危険な目や恐怖に感じた人は63%おり、外出支援に有効な福祉サービスの利用状況については56%が使っていないと答えている。依然として外出や社会参加のバリアが存在していることが明らかとなった。

キーワード：視覚障害者、外出、障壁(バリア)

## 1. はじめに

平成26年7月、埼玉県の盲導犬オスカーが何者かに刺された事件や同年9月に埼玉県の視覚障害のある女子生徒が通学時に暴力を振るわれたり、盲導犬が傷つけられるなどの報道がなされていた。あまりに卑劣で理解のない行為であるとともに、視覚障害者がトラブルを恐れて自宅に引きこもる可能性もあり、社会参加の妨げになりかねない(田中2015)。

平成23年生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)によると、日本の視覚障害者数は345,500人、高齢化(65歳以上が69%)、重度化(1.2級が63.5%)の実態がある。富山県の視覚障害者数は3,299人(平成26年4.1現在)で、重度(1, 2級)の人が1,787人(54%)、アンケート調査を行うことで外出時において危険や恐怖の実態が明らかになるとともに、同行援護、居宅介護など障害者総合支援法による福祉サービスの利用状況などを合わせて調査することで、より安全な外出や生活に必要な支援、取り組みについて考察する。

## 2. 調査方法および目的

### 2.1 調査対象と方法

富山県視覚障害者協会会員(メーリングリスト登録者)及び富山県広報(点字版)読者162名(平成26年12月～平成27年1月)に対し

て、アンケート用紙(墨字、点字)の郵送配布による郵送回収、携帯メール、PCメール、インタビュー等を用いて調査を実施した。

調査の目的は、富山県における視覚障害者の外出の実態を把握し、とりわけ「危険を伴う外出」また、それらを理由とする「閉じこもり」や「福祉サービス利用」の使いづらさの有無、その他困りごととの因果関係を明らかにすることである。

### 2.2 調査概要と調査項目

公益社団法人埼玉県視覚障害者福祉協会が2014年に行った視覚障害者の外出に関するアンケートを参考に、福祉サービス利用状況と困りごとについての質問項目を追加した。

表1 アンケート設問本文

問1	性別を教えてください。
問2	年齢を教えてください。
問3	お住まいの郡市を教えてください。
問4	障害の等級を教えてください。
問5	外出移動状況を教えてください。(複数可)
問6	外出時に危険や恐怖にさらされたことはありますか。
問7	問5で外出しないと回答した方は、なぜほとんど外出しないのですか。
問8	外出移動時に危険を回避するために心がけていることがありましたら教えてください。
問9	どんな福祉サービスを利用しているか教えてください。
問10	問9で福祉サービスを利用されている方は、福祉サービスの問題点や改善してほしいことはありますか。
問11	問10でありと回答した方は、どんな問題点や改善してほしいことか教えてください。
問12	問9で福祉サービスを使っていないと回答した方は、なぜサービスを使わないのですか。
問13	困っていることについて教えてください。

### 2.3 倫理的配慮

倫理的な配慮として、調査目的および主旨、個人情報保護の保護等を明記した。プライバシー保護のため、発送・回収作業は富山県視覚障害者協会職員が行った。回答方法は、調査用紙を墨字、点字から対象者が選択し、無記名での返送とした。アンケート集計時は個人が特定されないことのないよう十分に配慮し、データ入力後は調査用紙を裁断処理した。

### 3. 調査結果

調査結果を次に示す。

問1 性別を教えてください。

- ア、男性 53人 (62%)
- イ、女性 33人 (38%)

問2 年齢を教えてください。

- ア、10～39歳 4人 (4%)
- イ、40～59歳 15人 (17.4%)
- ウ、60歳以上 67人 (77.9%)

問3 お住まいの郡市を教えてください。

省 略

問4 障害の等級を教えてください。

- ア、1級 62人 (72%)
- イ、2級 15人 (17.4%)
- ウ、3級 3人 (3.4%)
- エ、4級 0人 (0%)
- オ、5級 3人 (3.4%)
- カ、6級 1人 (1%)
- キ、不明 2人 (2.3%)

問5 外出移動状況を教えてください。(複数回答可)

- ア、ガイドヘルパー 31人
- イ、家族、親類と外出 60人
- ウ、盲導犬と外出 0人
- エ、白杖を使用し、一人で外出 24人
- オ、多少視力があるのでガイドヘルパー  
・盲導犬・白杖などを使用せずに一人で外出 19人
- カ、ほとんど外出しない 5人

問6 問5でア、～オ、を選択された方は、外出移動時に危険や恐怖にさらされたことは、ありますか。ありましたらなるべく具体的にどんな状況に遭遇したかお書き下さい。(自由記述)

※回答の多かった順

- ・感じたことがない (32人)
- ・階段の境がわかりにくい (10人)
- ・溝で転ぶ、落ちた (9人)
- ・雪道の歩行 (8人)
- ・ホームと電車間に落ちた事がある (6人)
- ・静かな車が怖い (5人)
- ・工事の際に道が変わるため怖い (5人)
- ・点字ブロックの上に物があり、転倒しそうになった (5人)
- ・歩道上に自転車が止めてあり、ぶつかった (4人)
- ・歩道の段差、坂 (4人)
- ・現在地がわからなくなった (4人)
- ・夜道がわからない、怖い (3人)
- ・信号が青でも直進してくる (3人)
- ・歩行中急に車、自転車ができて衝突した (3人)
- ・エスカレーターの最初の位置がわからない (2人)
- ・積雪時、マンホールの蓋が開いていて、落ちたことがある (2人)
- ・知らないうちに道に出ていた (2人)
- ・雑音が多い (2人)
- ・暗い時に自転車や車と接触した (2人)
- ・駅など人通りの多い箇所では、白杖を足で蹴られたり、曲げられることがある (2人)
- ・携帯をいじりながら歩いている人とぶつかった (2人)
- ・人が飛び出てくる、把握できない (2人)
- ・グレーチングのない溝
- ・スーパーの駐車場の車止めで転倒・トイレの場所がわからない
- ・バスがバス停ではないところに止まり、場所がわからなくなった
- ・近年の富山・高岡駅周辺では、出かけるたびに状況が変わっており、正直怖い
- ・障害物
- ・人の声と工事の音がないので怖い
- ・点字ブロックがわかりにくい
- ・突然の穴
- ・用水路との境が分からない
- ・うかいするときも、先が分からず、怖々歩く
- ・エスカレーターの上り下り
- ・ぎりぎりまで工事用の柵が設置されている
- ・バスの空席が分からず、困り、怖い思いをした
- ・一人で公園を散歩していた際、目印にしていたものを見失い、自分のいる場所がわからな

- くなった
- ・一人で白杖でゴミ捨てに行く時用水に落ちた
  - ・一人暮らしのためなんでも自分でしなくては  
いけない。
  - ・横断歩道を斜めに横断した
  - ・豪雨で周囲の音が聞こえず現在地がわからな  
くなった
  - ・自転車とすれ違う時
  - ・自転車のタイヤに白杖が挟まり、曲がった車  
から降りたとき怖い思いをした
  - ・杖を車や自転車にぶつけて破損させた
  - ・信号がわからない
  - ・知らない土地、人が多い時迷子になる、はぐ  
れないようにする不安
  - ・冬道で凍っているところが分からず転倒
  - ・しばしば交差点で左折してくる車が接触しそ  
うになり驚く
  - ・ヘルパーが来ない
  - ・遠くが見えないので、進行先、障害物や人に  
急におつかる
  - ・急な飛び出し
  - ・車にひかれそうになった
  - ・人とぶつかる
  - ・足をひっかけられた、見てみぬふりをされた
  - ・白杖を蹴られ、飛んで行った
  - ・歩道を走行する自転車
  - ・盲導犬と白杖を使用し、歩いていて、バス停  
でバスを待っていたとき、自転車に乗ってい  
た男性に体を触られた

問7 問5で力を選択された方は、ほとんど外出  
しない理由を教えてください。※5名

- |                                |    |
|--------------------------------|----|
| ア、仕事を自宅ですしているため外出の必要性を<br>感じない | 2人 |
| イ、外出は、怖くてできない                  | 2人 |
| ウ、外出は、してみたいがガイドがないので<br>できない   | 0人 |
| エ、家族が心配するので外出できない              | 2人 |
| オ、その他                          | 2人 |

問8 外出移動時に危険を回避するために心がけ  
ていることがありましたら教えてください。

(自由記述) ※回答の多かった順

- ・気をつけていることがない (32人)
- ・ゆっくり歩く (6人)
- ・夜の外出は避ける (5人)
- ・周囲の音を聞く (4人)
- ・白杖をなるべく持つようにする (4人)

- ・近くにいる人に尋ねる、助けを求める (4人)
- ・一人で動かない (4人)
- ・目印を作り、歩く (3人)
- ・反射板、テープをつける (2人)
- ・溝、障害物に気をつける (2人)
- ・安全な道を選ぶ (2人)
- ・1人の時は知っている道のみを使う (2人)
- ・よそ見をせず、前方を見て歩く (2人)
- ・サービスを利用 (2人)
- ・神経を集中させて歩く (2人)
- ・迷ったら、動かず、誰かが通るのを待つ (2人)
- ・道の端を歩く (2人)
- ・横断歩道は車や人の動きを見て歩く
- ・手すりを使う
- ・冬道はなるべく外出を避ける
- ・初めての土地は白杖を使用
- ・人ごみのないところを歩くようにする
- ・エスカレーターは無理なので、エレベーター  
がないところはいけない
- ・自転車、自動車のタイヤの音、空気の流れな  
どをよく聞く、時には自分で足踏みし、音を  
聞く (地面の跳ね返りを聞く)
- ・周りの人に安全なところまで誘導してもら  
うように頼む
- ・白杖は常に予備を持っている
- ・信号の前では、きちんと止まる
- ・段差や溝が予測される場所は歩行速度を緩  
める、すり足で歩く
- ・白杖の状態の確認
- ・折り畳みの白杖よりも直じょうの白杖を使う
- ・車のエンジン音を聞き、大型車か小型車を区  
別する
- ・歩道なしの道を歩くときは、車や自転車、障  
害物があるかを確かめながら歩く
- ・通勤時間帯やイベントがあるとき
- ・周りの安全を確認して歩く
- ・慌てない
- ・初めての道は家族と何回か歩いて様子を観察  
する
- ・音響信号のない信号は、1サイクル分待つか、  
自分が渡れると確信するまで待つ
- ・底の低いくつを使用、サングラスを使用
- ・事前に調べる
- ・携帯を持つ
- ・階段を降りるときは特に注意
- ・公共交通機関はなるべく使わない
- ・視力障害者用の歩道を歩く
- ・ヘルパー日より

- ・白杖持ち手の紐にプラスして自分でゴムをつけ、白杖が飛ばないようにする
- ・明るい色（オレンジ、ピンク）の服を着る
- ・五感を使ってゆっくり歩く
- ・途中で道に迷うことを想定して早めに出る
- ・LEDの懐中電灯を利用
- ・不安になったら立ち止まる
- ・足にしっかり力を入れて歩く
- ・自宅に近い場合は家族に連絡
- ・シートベルトと慎重な運転を心がけてもらう
- ・初めての土地は誰かと出かける
- ・ヘルパーさんに危ないところを訪ねている
- ・同行援護の人と時間合わせをしっかりと行う
- ・一緒に歩いている人に辺りの様子を聞く

問9 どんな福祉サービスを利用しているか教えてください。

ア、居宅介護	6人
イ、同行援護	21人
ウ、居宅介護と同行援護	10人
エ、通訳、介助員派遣制度	1人
オ、使っていない	48人

問10 問9で福祉サービスを利用されている方にお聞きします。福祉サービスの問題点や改善してほしいことはありますか。

ア、あり	27人
イ、なし	12人

問11 問10でア、を選択された方は、どんな問題点や改善してほしいことか教えてください。（複数回答可）

ア、利用できる時間が少ない	14人
イ、自己負担額などの金銭面の負担	7人
ウ、提供されるサービス内容に制限有	19人
エ、その他	18名

【男性】 その他の理由

- ・日曜に利用できる同行援護がない
- ・手続きが大変、せつかくの制度が事業所や人員のせいで活用できない
- ・緊急時の外出には対処されていない
- ・同行援護の人の車に乗せてほしい

【女性】 その他の理由

- ・事業所が少ない（4人）
- ・人員が少ない、増やしてほしい（3人）
- ・時間と費用がかかる
- ・同行援護の申込期間を2日前くらいにしてほしい

- ・急に同行援護が使えない
- ・事業所の都合で使えないときがある
- ・同行援護の人の車に乗せてほしい
- ・介護保険の要支援になり、ヘルパーの利用時間が減った
- ・年末年始の休みが長い
- ・日曜や祝祭日も使えるようになってほしい

問12 問9で福祉サービスを使っていない方にお聞きします。サービスを使わない理由を教えてください。（自由記述）

- ・家族・配偶者がいる（19人）
- ・福祉サービスなしで生活できる（11人）
- ・手続きが難しい（3人）
- ・サービス内容が分からない（3人）
- ・金銭面（3人）
- ・どんなサービスが受けられるのかわからない（2人）
- ・介護サービスを使う予定
- ・認定されていないのでサービスが使えない
- ・急な時に利用できない
- ・利用したいが、供給数が少ない
- ・サービスを提供する事業所に差がある、本来統一されているものなのにされていない
- ・申し訳ないと感じる

問13 困っていることについて教えてください。（複数回答可）

ア、金銭面	21人
イ、人間関係	11人
ウ、仕事	13人
エ、外出	29人
オ、移動	35人
カ、情報	26人
キ、その他	15人
ク、なし	25人

【男性】 その他の理由

- ・買い物をしたいが、値段がわからない
- ・爪切り
- ・介助者が不在の時
- ・若い視覚障害者の組織離れ、自立
- ・少し見えるのに時刻表が見えづらいところにある両親が亡くなったら困ってしまう
- ・夜のタクシーでの帰宅が不安、タクシー運転手が信用できない
- ・家族、配偶者がいなくなったとき
- ・健康面、病気
- ・郵便物の判別

【女性】その他の理由

- ・雪道の歩行
- ・イベントに参加できない
- ・理解してくれる人が少ない
- ・両親の介護ができない
- ・近所とのトラブル
- ・金融機関での対応

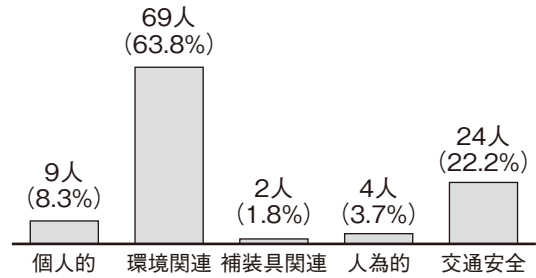


図1 理由による分類（単位：人）

環境については階段との境がわかりにくい場所や、溝など改善可能な環境のバリアによるもの、「雪道」といった日々状況が変わる富山の気候による改善の難しいものが存在していることがわかった。また、駅のプラットホームやホームと電車の中に転落した人が6名いる。

社会福祉法人日本盲人会連合（以下日盲連とする）の調査（平成23年）によると、視覚障害者の約4割の人が「転落経験あり」と回答している。また、「転落を防ぐために一番先に行ってほしいものは」との問いに対し、ホームドアの設置（158人）、点字ブロックのきちんとした敷設（44人）、駅員の配置（32人）、周囲の人の声かけ（18人）と答え、ホームドアなどの転落防止策を必要としている実態が明らかになっている。さらに、静かな車（電気自動車やハイブリット車）の接近による恐怖や、歩きながらスマートフォン、携帯電話等をいじる人による衝突など、技術革新による特定の人々への弊害や生活習慣の変化などが新たなバリアを派生させていることがわかる。

具体的に書かれた内容では、盲導犬と白杖を使用してバスを待っていたとき、自転車に乗っていた男性に体を触られた、足を引っかけられた、白杖を蹴られて飛んでしまった人がおり、埼玉県の場合富山にも起きていたことが把握できた。ほとんど外出しないと答えた人が8名いたが、必要がない2人、怖くてできない2人、家族が心配する2人、その他2人となっており、本人、家族の感じる恐怖や不安に関連する理由が半数ある。

4.3 危険を回避するために気をつけていることについて

「特に気をつけていることはない」を選んだ人が32人ともっとも多く、この理由として問5の外出時移動状況（複数回答）にあるように、ガイドヘルパーや家族・親類とする人が91人、自力で外出する人は白杖ありなしを含めて43人と、普段から外出リスクを減らす状況をつくったり、自

4 分析

4.1 状況

全162人中、86人から回答（回収率53%）を得ることができた。内訳は男性53人（62%）、女性33人（38%）であり、77.9%の人が60歳以上である。また、障害者手帳の等級分布は、図1に示すように1級（72%）、2級（18%）、3級～6級（8%）、不明（2%）となっており、90%以上が重度の視覚障害がある。

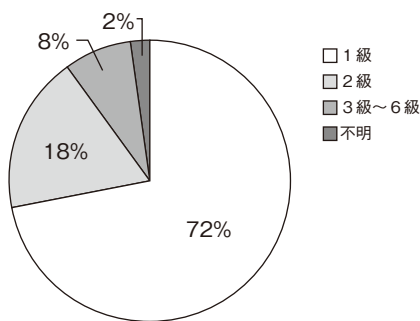


図1 86名の障害者等級分布

4.2 外出移動時の危険や恐怖について

外出状況については、外出時に危険な目や恐怖に感じた人は54人（63%）いた。このうち約半数が、階段、側溝、段差、穴による転倒、点字ブロック上の障害物等との接触等、環境によって危険な目に遭ったと回答しており、富山県内には依然として「環境のバリア」が存在していることがわかる。

図2は危険や恐怖を感じた理由によって分類したものである。個人的とは、本人のADLや情報不足によるもの等、人為的とは他者から暴力を受けたと考えられるもの（身体を触られた等）を含む。補装具関連は経年変化による破損などの事由である。（詳細は問6自由回答を参照）

何も感じたことがないと答えた人が32名いるが、これらは自助努力によって環境を把握できているか、または家族などの同行者が身近にいることが理由と考えられる。



助努力によって危険回避を行っている。また、危険を回避するために気をつけていることを自助努力か他者の協力等による支援なのかで分析を行ったところ、85%の人が「ゆっくり歩く」、「周りの状況を確認する」、「白杖の予備をもつ」、「すり足で歩く」、「不安になったら立ち止まる」、「反射板、テープをつける」、「足にしっかり力を入れて歩く」など、ほとんどが自助努力によるものであり、他人に協力や支援を依頼する人は15%しかない。

#### 4.4 福祉サービスの利用について

図3に示すように、福祉サービスの利用状況（ここでは同行援護など視覚障害者向けのもの）については55%が使っておらず、その理由として「手続きが難しい」、「サービス内容が理解できない」、「サービス供給体制の不備」を訴える声が多くあった。具体的には、事業所が少ない、休日に使えない、急に対応できない、事業所の車が使えない、人手不足等を訴える声が目立った。

同行援護については25%の人が使っているが、同行援護従事者の不足や事業所における技量の格差も指摘されている。また、利用時間数の不足や緊急時に使えない等、制度そのものの問題を訴えている内容も見られる。他に、申し訳なく使えない、要介護になったことによって介護保険サービスを使わざるを得ないという意見もあった。

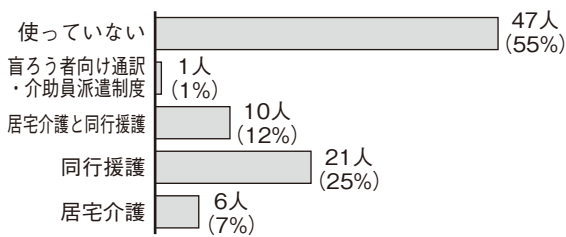


図3 福祉サービスの利用状況（単位：人）

【同行援護】：重度の視覚障害者が外出するときに、移動に必要な情報の提供や移動の支援、排せつ、食事の介護等を行う。

#### 4.5 困っていることについて

金銭面、人間関係、仕事、外出、移動、情報の項目について調査したが、図4に示すように、過半数が外出、移動、情報に関する不十分を訴えており、改善が望まれる。また、病気や健康面、両親や家族がいなくなった後の生活への不安、両親が要介護になった際の介護ができない、近所とのトラブルなど、高齢化に伴う将来への不安と思

われるものが挙げられている。

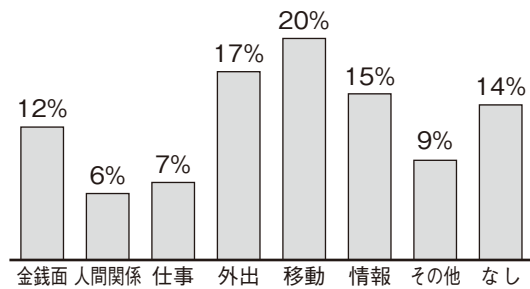


図4 困っていること（単位：%）

### 5 考察と今後の課題

#### 5.1 外出時の危険性について

移動時の危険や恐怖について、「ある」と答えた人は63%いる。埼視協の調査でも67%おり、同じような結果となっている。

外出時に家族・親類などの同行者がいる人については支障が少ないが、境目のわかりにくい階段や溝、穴など、まだまだ危険を伴う環境のバリアが改善されていない状況にある。とくに歩道や点字ブロック<sup>1)</sup>上の障害物や歩道に乗り上げて駐車中の車への衝突などは以前から問題となっている。また、走行中の自転車との接触も自転車を利用する人の増加によって今後大きな問題となってくる可能性が高い。

#### 5.2 危険性への新たな課題

雪道では雪の量によって足下の危険度が増す気候による不可避なバリアなど、段差をなくす、明暗のコントラストをつけるといった環境改善だけでは解決できない問題もある。道路や歩道に関しては、ロードヒーティングなど水が飛ばない形の融雪装置を設置するといった新たな整備が今後は必要であろう。

駅のプラットホームや電車との隙間への転落の問題は、前述の日盲連の全国調査でも40%の人が経験している重要な問題である。

アメリカのADA法（障害のあるアメリカ人のための差別禁止法）では、車両についてセクション222の「PUBLIC ENTITIES OPERATING FIXED ROUTE SYSTEMS(固定ルートシステムを操作する公共のエンティティ)」の中でアクセスへの配慮に言及している。数値的なものではECMT（欧州交通大臣会議）が制定した移動制約者のための輸送改善（1999年欧州運輸閣僚会議報告書）が挙げられる。この中で車いす利用者が対応できる隙間と段差（COST335）の基準とし

て最大段差 50mm 以内、電車との隙間 50mm 以内を推奨しているが、これをわが国の基準にも導入すれば事故は防ぐことができるであろう。

また、竹内<sup>2)</sup> (2012) は「ホーム転落を誘発する要因の一つは、いわゆる“誘導ブロック”ではないかと考えられる。出っ張りだと、足の裏には伝えやすくても、白杖に伝えるのには向いてない」と述べ、足裏感覚だけに頼らないよう警鐘を鳴らしている。

ハイブリット車や電気自動車のように自動車業界の技術革新によって視覚障害者の外出に対する新たな危険も生じている。2010年に国土交通省にハイブリッド車等の静音性に関する対策検討委員会が開かれ、車両接近通報装置を取り付けるためのガイドラインが示された。これにより、自動車メーカーが対応を行っており、例えば大手メーカーのある車種では「グイイイーン」、「ブルルルー」、「フィンフィンフィン」、「ウィーンウィン」といった4つの音が設定できるようになっている。後ろの2つはもはや車のエンジン音とは異なるような感があるが、ガイドラインには音色までは指定されていない。従来のエンジン音として視覚障害者が認識できるかについては疑問が残る。

携帯電話等の画面を見ながら歩く、いわゆる「歩きスマホ」の問題は、周囲への無関心からくる行為のひとつであり、視覚障害者の社会参加の妨げになっている。もはや日常的な光景となっているが、この些細と思われるようなことが、高齢者や障害者にとってはとても大きな事故につながる可能性がある。さらに富山県では歩きスマホだけでなく、自転車に乗りながら画面を見る「自転車スマホ」を通学時間帯に目撃することもある。アメリカでは条例で禁止している所<sup>3)</sup>もある。視覚障害者側での注意には限界があることを誰もがもっと認識すべきである。

### 5.3 危険性の回避方法と対策

危険を回避するために気をつけていることについては、多くの人は同行者を手配することと白杖でリスクを予防している。

白杖などを使って単独で外出をするケースでは、予め十分な訓練を行うことでいわゆる「認知地図」を心の中に作成するという話をアンケート回収の際に当事者から聞くことができた。米国人のリンチ(1960)による研究の「主観的地図」のように、エレメントやシンボルを手がかりにするようなものとは異なる。例えば全盲の当事者

は、視覚以外の聴覚情報、触覚情報を多く入手し、自分だけの想像範囲で外出ルートを理解を行うと語っていた。これは視覚的な理解とは異なる場合があっても、訓練によって自ら作り上げた「認知地図」によって、外出や危険回避をしていることになる。この「認知地図」の作成能力が高い人と低い人がいるが、柳原(2009)の方向感覚質問紙簡易版(SDQ-S)を使った研究では外出頻度の高い人はほとんど外出しない人に比べ方向感得点が高い、一人歩きに関して、方向感得点が高い人ほど様々な状況において一人歩きできることがわかっている。しかし、どんなに能力が高くても、道路が徐々に曲がって方角が変わっていくルートや、工事などで通路状況がその時々で変わる場所ではリスクが決定的に高まることは言うまでもない。

外出のための新たな歩行補助具として注目できるのがアシスティブテクノロジーを活用した「パームソナー」である。手のひらに装着し、前の穴から出る超音波ビームが、物に当たると、本体が振動で教えてくれる反響定位の仕組みである。足下より上に障害物があっても避けながら歩くことが可能となる。岩下<sup>4)</sup> (2015) は「両手が塞がって買い物等に不便がある。眼鏡型にすれば顔を向けて障害物を察知できる。」とさらなる改良を提案している。

### 5.4 危険性に対する国や県の対応

福祉サービスの利用では、「同行援護」等のサービスを使っていない人が55%で、当事者から要求されるニーズに合わないことが指摘されている。事業所数の問題では、富山県の総人口1,064,000人(2015)、重度視覚障害者(手帳1~2級)の人数1,787人(2014)に対し、事業所は41カ所(2015)と、利用者数に対して2.9%しかない。家族や親類による支援がカバーしている部分は大きい。さらに移動時の介助者の交通費等は利用者負担となるため、経済的に厳しい状態にある人は利用しづらいであろう。また、利用者本人の高齢化によって介護保険サービスに移行したケースもあり、介護保険で足りない分は介護給付と併給できることをもっと周知すべきである<sup>5)</sup>。

困っていることについては、金銭面、人間関係、仕事、外出、移動、情報など平均的にちらばっているが、外出に必要な移動手段や情報だけで52%を占めている結果となった。近所とのトラブルや理解者不足、金融機関での対応については、2016年4月から施行の「障害を理由とする

差別の解消の推進に関する法律（障害者差別解消法）」による対応が期待できる。富山県でも同法に対応する形で2015年に「障害のある人の相談に関する調整委員会」を立ち上げ、ガイドラインの作成や、助言、あっせんできる体制を整備したところである。高齢化によるADLの低下や、親の介護ができないといった問題は、介護保険サービスに関する情報がうまく伝わっていないことがインタビューで明らかになっている。厚生労働省が平成23年に行った生活のしづらさ調査では、70歳以上の視覚障害者数は183,800人と全体の58%を占めており、親への介護の問題も含めて今後の対策が必要となる。とくに富山県は未だ盲老人ホームが整備されていない県のひとつであり、視覚障害者の高齢化対策の早期実現も望まれる。

## 6. むすび

人間は、生活上の情報の70～90%を視覚情報に頼っていると言われている。視覚障害による外出の不自由が、補助具や訓練、合理的配慮等によって解消されることは、精神的な面に対する効果も大きい。

しかし、いかに黎明期の富山訓盲院が啓蒙した堅忍不拔の精神をもって努力をしても、視覚障害者が快適に外出するには、現代の社会構造や環境は複雑過ぎるきらいがある。

今回の調査を通して感じたことだが、やはり社会の人々の互助による協力は、欠かせないと考える。しかしながら、昨今この互助の力が弱まり、「電球を交換してほしい」にすら応えられない地域の現状がある。視覚障がい者が安心して地域で暮らすためには、「福祉サービス」の利用が現実的な選択であろう。福祉サービスの利用は決して恥ずべきことでもないし、当事者の主体性を損なうものでもない。あくまで地域でより快適に暮らすための手段であることを強調しておきたい。

## 謝 辞

本論の作成にあたり、富山県視覚障害者協会ならびに回答をくださった会員のみなさま、富山市視覚障害者福祉センター高島豊氏、新川むつみ園支援員坂口涼香氏に多大な協力をいただいたことを心より感謝いたします。

## 注 記

- 1) 正式名称は「視覚障害者誘導用ブロック」
- 2) 竹内 潔（たけうちきよし）有限会社テイクス代表。日産自動車の研究所で、超音波な

どのセンサや自動操縦やカーナビなどに関わり、その技術を障害者に役立てる。

- 3) アメリカ合衆国ニュージャージー州フォートリーでは、歩きスマホを禁止する条例が2012年に成立した。違反者には85ドルの罰金が科される
- 4) 岩下恭士（いわしたやすし）10歳で両目を失明した全盲記者。1986年、毎日新聞社入社。点字毎日編集部を経て、98年から人に優しい社会の仕組み「ユニバーサルデザイン」をテーマにネットコラムを配信。
- 5) 厚生労働省の調査では65歳以上の障害者のサービス利用状況について、介護保険と障害福祉サービスを併給利用している者の割合は35.7%、障害福祉サービスのみ利用している者の割合は64.3%であった。（厚生労働省障害保健福祉関係主管課長会議資料／平成27年3月6日）

## 参考文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2013）「平成23年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果」
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部（2014）平成25年度障害者総合福祉推進事業「同行援護に関する実態把握と課題について調査結果報告書」
- 3) 厚生労働省（2015）「障害者等の移動の支援について」
- 4) 矢部健三ほか（2012）「視覚障害者の人的支援制度の現状と課題－同行援護と誘導ボランティア－」
- 5) 社会福祉法人日本盲人会連合（2014）「同行援護全国推進シンポジウム開催報告」
- 6) 国土交通省（2010）「ハイブリッド車等の静音性に関する対策検討委員会」平成22年1月29日 国土交通省
- 7) 交通バリアフリー協議会（2006）「ホームと列車の段差・隙間に関する研究」
- 8) 「全盲記者岩下恭士のユニバーサロン（毎日新聞朝刊）2015/11/29」
- 9) 歩行中の「ながらスマホ」日本自動車連盟（2015年1月25日閲覧）  
<http://www.jaf.or.jp/eco-safety/safety/usertest/smt/detail1.htm>
- 10) 「ADA法のホームページ」（2016年1月20日閲覧）<http://www.ada.gov/>

# A study on the necessary system and social services for people with visual impairment in Toyama prefecture

Hisashi Takanishi

*Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science*

## Abstract

In 2014, many people paid attention to news that a student with visual impairment was bullied and his guide dog harmed on the way to school in Saitama prefecture. Therefore, I conducted research on what difficulties people with visual impairment in Toyama prefecture encounter when they walk outside and use welfare services. I then studied the necessary system and social services for them to live safely in the community.

I sent out a questionnaire to 162 persons with visual impairment including the members of the Toyama Association for the Blind and the subscribers of Toyama prefecture braille magazine by mail and email. 86 persons answered of which 63% said they experienced fear and danger walking outside while 56% replied they didn't take full advantage of the support services . This research shows that the barrier for people with visual impairment to fully participate in community life, still has existed in Toyama Prefecture.

Keywords: people with visual impairment , walk outside , barrier



## 学生が捉えた倫理的行動ができる看護師の姿勢 —倫理的問題事例分析からの学び—

境 美代子<sup>1)</sup>、河相てる美<sup>1)</sup>、小出えり子<sup>2)</sup>

1)富山福祉短期大学 看護学科 2)富山福祉短期大学 社会福祉学科

### 要旨

看護学生には看護基礎教育において看護を対象とする人を理解し、一社会人として倫理的視点における判断や意思決定能力を身に付けるとともに、身近におきている倫理的問題を認識し、倫理的行動につながる事が重要である。今回倫理問題事例分析後の「倫理的行動ができる看護師の姿勢」のレポートより学生が捉えた内容を分析した。その結果、【人間として責任ある行動ができる看護師】、【患者中心に行動ができる看護師】、【関係者間で情報を共有できる看護師】、【患者や家族の気持ちが尊重できる看護師】、【インフォームドコンセント確実にできる看護師】、【倫理的問題を認識できる看護師】が抽出された。分析より学生は実習において様々な倫理的問題を認識している。実習中に直接関わる場面や看護師と患者間の対応場面で間接的に観察し感じとっている内容の記述がみられた。一番記述が多かった患者や家族に関する内容で、患者の自律の尊重や無危害原則から患者のさまざまな権利が尊重されていない状況が、倫理的問題と捉えていることが推察される。

キーワード： 看護倫理、看護学生、倫理的問題、看護基礎教育

### 1. はじめに

医療の質が問われる今日、患者の一番身近にいる看護師には、治療やケアに対する倫理的意図決定をはじめとする倫理的視点を踏まえた行動が求められることが多くなっている。2003年に日本看護協会から職業倫理としての「看護者の倫理綱領」<sup>1)</sup>が公表された。これは病院、地域、学校、教育・研究機関、行政機関などあらゆる場で実践を行う看護者を対象とした行動指針であり、自己の実践を振り返る際の基盤を提供することや看護の実践について専門職として引き受ける責任の範囲を社会に明示している。

看護倫理とは、人間らしさを追求する看護者の主体的なあり方への問いを意味する。言い換えれば、看護者として「何をなすべきか」の問いに向かって、人間らしい看護を自らが実現しようとする主体性を形成するものといえる。看護実践のあり方を倫理的側面から考察し、看護本来の価値を追求することでもある<sup>2)</sup>。そして看護専門職としての責任・責務を遂行するための倫理的判断の基準となる。

このような状況の中で、3)の「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」では、看護師教育課程に「看護師として倫理的な判断をするための基礎的能力を養う」内容が加えられ、「看護倫理」が充実すべき教育内容として示されている。

4)で高橋は、看護基礎教育における倫理教育については、学校により教育方法が確立されていない現状ではあるが、学生の倫理的な能力を育成するためには、倫理に関する科学知と経験知を合わせ持つことが重要であると指摘している<sup>4)</sup>。これらより看護基礎教育における倫理教育として、看護が対象とする人を理解し、一社会人として倫理的視点における判断や意思決定能力を身に付けるとともに、身近におきている倫理的問題を認識し、倫理的行動につながる事が重要といえる。

T 短期大学看護学科における基礎看護教育では「看護倫理」の授業の中で、人の命や尊厳と権利、倫理原則、看護者の倫理綱領について学び、その後実習で学生自身が体験した事例を分析することで倫理的問題を認識し、倫理的に判断し解決する行動につなげることにより、自立した倫理観を育成できると考える。今回、倫理的問題事例検討後に「倫理的行動ができる看護師の姿勢」の課題レポートより学生が捉えた内容を分析し、倫理教育の重要性と今後の課題について提示する。

### 用語の定義

倫理的問題：倫理的思考や倫理的意思決定を必要とする状況で、何が正しく、何をなすべきかという行動の善悪を考慮すべき問題のこと

倫理的行動：倫理的思考や意思決定後に判断して、解決となる方向に行動すること

## 2. 研究目的

看護学生が、看護基礎教育において倫理的視点で判断し行動できるために、自分が体験し認識した倫理的問題事例を分析することで、倫理的行動を遂行する方向性を理解できると考える。

## 3. 研究方法

### 3.1 対象者

T 短大看護学科2年生 77名

### 3.2 期間

平成26年6月～7月

### 3.3 倫理的配慮

対象学生に口頭で研究の目的と趣旨の説明を行った。その際、課題レポートは研究以外に使用しないこと、研究への不参加により成績に不利益が生じないことを説明し研究参加について書面で同意を得た。なお本研究は、T短大倫理審査委員会の承認を得て実施した（福短 H26-018号）。

### 3.4 授業概要

「看護倫理」の授業は、2年次の前期に専門必修科目として15時間（8コマ）1単位である。学習目標は、「看護が対象とする人を理解し、一社会人として倫理的視点における判断や意思決定能力を身に付ける」として、講義では1）看護における倫理の必要性、2）看護倫理に関する基礎知識（倫理原則、看護者の倫理綱領など）、3）看護実践上の倫理概念、4）臨床場面で直面している倫理的ジレンマ、5）看護研究と倫理の内容としている。その後、基礎看護学実習Ⅱ（2年次4月の3週間）で学生自身が体験した事例に基づき、グループワーク（12G、6～7人/G）で事例検討をする。

### 3.5 グループワークの方法

グループワークは、文献5）に示す日本看護協会の「臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針」の「事例検討の手順」に沿って実施する。

- 1) 各自で学生が経験した倫理的問題と思った事例を記述する。
  - ①「あれでよかったのかと今も気になっていること」「自分の行動がよかったのかと不安

になったこと」「自分の考えと違った展開になったこと」「なんだかすっきりしない思いが残っていること」などを記述する。

- ②倫理的問題事例ととらえた理由、動機を明らかにする。
  - ③それぞれの立場（患者、家族、看護師、医師、学生など）でどのような思いや考えがあったのかを記述する。
  - ④事例内容から、倫理原則や「看護者の倫理綱領」のどの条文と関係しているかを記述する。
  - ⑤倫理的視点から問題を解決する方法と具体的な行動について記述する。
- 2) 各自の事例をメンバーに紹介し、不足する情報などを確認し、メンバー間で検討対象の事例を選ぶ。
  - 3) 記述の不足する部分を整理し、事例の状況を明らかにする。
  - 4) 選んだ事例について状況に含まれている倫理的問題をメンバーで検討する。
    - ①登場人物のそれぞれの考えや価値観の違いと行動について明らかにする。
    - ②事例の対立背景から優先される原則について明らかにする。
    - ③背景要因として考えられること、改善策を明らかにする。
    - ④看護職として取るべき行動について考える。
  - 5) グループで検討した①～④について発表する（発表時間：5分、質問意見：3分）。

### 3.6 分析対象

グループ発表が終了した後、課題レポート「倫理的行動ができる看護師の姿勢」について自分の気づきや考えについて記述する。課題レポートの目的は、学生自身が体験した倫理的問題事例についてグループ間で検討することにより、倫理的視点で患者の人権や尊厳を優先して行動しようとする倫理感を深める一端を担う役割をもつと考えている。そのため課題レポートの内容には、学生の自分が考える倫理的行動についての思考が記述されていると考え、本研究において分析対象とした。

### 3.7 分析方法

分析は質的帰納的分析手法を用い、次の手順で行った。

- 1) 「倫理的行動ができる看護師の姿勢」の課題レポートを分析テーマとする。

- 2) 学生の記述した文脈を抽出し、共通性、相違性を比較検討しながら類似した内容を集約して、サブカテゴリー、カテゴリーを形成していった。
- 3) 研究者3名で記載内容について検討し、合意形成を行いながら分析した。学生の記述内容をカテゴリー分けする。

## 4. 結果

### 4.1 レポートからの分析結果(表1)

「倫理的行動ができる看護師の姿勢」をテーマに学生からの課題レポートを対象とし、同意が得られた77名のレポートから259件の内容を分析対象とする。その結果、6つのカテゴリーと14のサブカテゴリーを抽出する(表1)。次にそのカテゴリーとサブカテゴリーを説明する。(以下《 》をカテゴリー、〈 〉をサブカテゴリーで表す。[ ]内の文章は、レポート内の文章を抜粋したものである)

#### 1) 《人間として責任ある行動ができる看護師》

学生は、看護師である前に、自分自身の行動や言動についてどのようにあるべきかを考えている。サブカテゴリーとして〈看護師である前に、ひとりの人間として行動する〉、〈自分の言動を振り返り責任を持つ〉〈身だしなみに気をつけて好感をもってもらう〉が構成されている。〈看護師である前に、ひとりの人間として行動する〉では、[意思疎通の取れない患者であってもしっかり声をかけながら援助するべきだと感じた]、[看護師の言葉や行動で患者さんの気持ちが大きく左右されるので、常に患者さんのことを考える]などの記述がある。

〈自分の言動を振り返り責任を持つ〉では、[自分の行動を振り返ることで、自分の判断が正しかったのか、倫理的配慮はできていたのかを考えることができる]、[自分の言動に対して、患者さんや家族がどう感じているかを考えることが重要である]、[患者さんや家族に思いやりを持って接しているか、自分の都合に合わせた看護になっていないかを振り返ることが大切である]、[「あれっ!おかしいな」と思ったらもう一度自分の行動を振り返って考えてみる]などの記述があり、患者さんとの対応場面で、看護師として責任ある行動をとるには、自分の言動について振り返り、考えることが重要だと述べている。

〈身だしなみに気をつけて好感をもってもらう〉では、[清潔感のある身だしなみで、第一

印象を大事にする]、[好感をもってもらえる対応をする]という看護学生としての自分について外見的に身だしなみを整えることが大切であると気づいている。

#### 2) 《患者中心に考えて行動できる看護師》

《患者中心に考えて行動できる看護師》では、〈業務を優先せず、患者中心の看護を行う〉、〈患者の安全・安楽を第一に考える〉のサブカテゴリーが構成される。

《患者中心に考えて行動できる看護師》とは、患者の思いをしっかりと受け止めながら看護業務をすることが大切であることや、業務の多忙から患者さんの尊厳を考えないで行動する看護師ではいけないと考えたことを表している。

〈業務を優先せず、患者中心の看護を行う〉では、[看護師は、時間に追われる業務をしても、目の前の患者さんの気持ちを優先し、援助することで患者との信頼関係ができる]、[倫理行動のできる看護師は、患者を最優先に考えて行動できる人だと思う]、[ひとりの患者さんに多くの時間を費やすことができなくても、患者の気持ちや状態を常に考え、説明できることが大切である]、[多忙だからといって、患者や家族を傷つける言動は、決してしてはならない]と記述している。これは、患者や家族へのインフォームドコンセントについて、患者や家族が理解しやすい内容で説明することが大切であり、納得できたのかを確認しながら、援助をする姿勢が大切であることを表している。

〈患者の安全・安楽を第一に考える〉では、[患者の安全・安楽と安心できる援助を行うためには、声かけが大切であり、すべての患者に公正に接する必要がある]、[自分の経験だけでなく、他の看護師の意見を聞き、患者にとって安全な看護を提供することが大切である]、「患者の安全・安楽を第一優先に考えて援助を行う」と記述している。ここでは、認知症患者や気管切開患者の対応場面など、コミュニケーションが取りにくい場合では、特に声かけをして、患者の反応を確認しながら援助をすることが安全や安楽、安心できる看護に繋がると述べている。

#### 3) 《関係者間で情報を共有できる看護師》

看護師として、看護チームだけでなく患者を支える多職種間で患者情報を共有することにより、倫理的問題を解決することができると考えている。《関係者間で情報を共有できる看護師》が中心となり、家族を含めた援助が大切である



表1 カテゴリー・サブカテゴリーと学生の記述 「倫理的行動のできる看護師としての姿勢」

カテゴリー		サブカテゴリー	学生の記述
1	人間として責任ある行動ができる看護師	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・意思疎通が取れない患者であってもしっかり声をかけながら援助するべきだと感じた。</li> <li>・看護師は責任を持って患者に話をしたり、行動しなければならない</li> <li>・看護師の言葉や行動で患者さんの気持ちは大きく左右されるので、常に患者さんのことを考える</li> <li>・患者さんの心理面に配慮した行動ができれば、知らずに患者さんを傷つけたり不快にさせたりしている</li> </ul>
		2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の行動を振り返ることで、自分の判断が正しかったのか、倫理的配慮はできていたのかを考えることができる</li> <li>・自分の言動に対して患者さんや家族がどう感じているかを考えることが重要である</li> <li>・自分の価値観を知ること、自分に正直になること、倫理的に疑問が残ることに敏感になることが大切である患者さんや家族に思いやりを持って接しているか、自分の都合に合わせた看護になっていないかを振り返ることが大切である患者さんにとって最善の選択であるかを考えて行動できる看護師でなければならない</li> <li>・患者さんにとって苦痛はなかったかなど自分の一日の行動を振り返る</li> <li>・自分が患者さんだったらどのように関わって欲しいかを考えながら行動することが大切</li> <li>・「あれおかしいな」と思ったらもう一度自分の行動を振り返って考える3身だしなみに気をつけ好感をもってもらう</li> </ul>
		3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・清潔感のある身だしなみで、第一印象を大事にする</li> </ul>
2	患者中心に考えて行動できる看護師	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師は時間に追われていても、患者の気持ちを最優先に考え、信頼関係を大切に作る</li> <li>・業務が大変忙しくても、患者の立場にたって、行動する</li> <li>・患者や家族の訴えなどを聞きたいが、自分の業務で精一杯の看護師の立場があった</li> <li>・ただ業務をこなすのではなく、患者の思いをしっかりとくみとって看護をする必要がある</li> <li>・自分は看護師として何を優先すべきかをきちんと他者に説明できるようにすることが大切である</li> <li>・倫理行動のできる看護師は、患者を最優先に考えて行動できる人だと思う</li> <li>・ひとりの患者さんに多くの時間を費やすことができなくても、患者の気持ちや状態を常に考えることが大切である</li> <li>・多忙だからといって、患者や家族を傷つける言動は、決してしてはならない</li> <li>・業務優先ではなくて、患者さんの立場を考えて行動することが大切である</li> </ul>
		5	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の安全・安楽・安心できる援助を行うためには、声かけが大切であり、看護師は公正にすべての患者と接する必要がある</li> <li>・自分の経験だけではなく、他の看護師の意見を聞き、患者にとって安全な看護を提供することが大切である</li> <li>・患者の安全・安楽を第一優先に考えて援助を行うことである</li> </ul>
3	関係者間で情報を共有できる看護師	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師、患者、家族の立場からそれぞれの気持ちを考えることができた</li> <li>・倫理的問題は患者と関わるチーム全体で改善策を考えていくことが必要である</li> <li>・倫理的問題はチーム全体の問題として解決できるように話し合いをすることである</li> <li>・看護職だけでなく、多職種間で問題を共有することで、改善策をみつけて行動できると思う</li> <li>・自分だけで判断するのではなく、同僚や先輩、上司に相談して意見を聞くことが大切である</li> <li>・職場内で自分の判断が正しかったのか、他の方法はないのかなど検討する機会をもつ</li> <li>・病棟間やチーム間で問題点など情報を共有して解決することが大切である7患者の個人情報の扱いに気をつける</li> </ul>
		7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者や家族の情報管理をきちんと行い、周囲にもらさないこと</li> </ul>

カテゴリー	サブカテゴリー	学生の記述
4 患者や家族の気持ちが尊重できる看護師	8 患者の気持ちを尊重して行動する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の気持ちを第一に受け止めて援助することが看護師として姿勢である</li> <li>・患者さんがどうしたいのかを確認して援助をすることが大切である</li> <li>・患者のことを思いやる気持ちや姿勢を大切にしていきたい</li> <li>・患者や家族と関わる時に、倫理観を常に考えながら看護していきたいと思った</li> <li>・患者に不安や精神的苦痛を与えず、患者の気持ちを尊重する</li> <li>・患者と真剣に向き合う姿勢を大切に、患者と家族と信頼関係を築けるような看護師になりたい</li> <li>・自分の倫理観をしっかりもち、それぞれの立場にたって考えて行動できる看護師になりたい</li> <li>・患者さんの意見をしっかりと聞き、共感することにより安心感をあたえることができる</li> <li>・患者さんの訴えをしっかりと危機、声かけをわすない看護師になりたい</li> <li>・患者さんが今どうしてほしいのか、をしっかりと確認して援助することが大切である</li> </ul>
	9 患者だけでなく家族の意見も尊重する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者や家族の気持ちを理解して援助ができる看護師になりたい</li> <li>・患者と家族の意見が違っている場合は、双方の思いを確認して納得できるような看護を行っていきたい</li> <li>・一方的に指導するのではなく、患者、家族の対立の背景を考えて行動する</li> <li>・家族の意見も尊重しながら患者自身の生きる原動力を失うことなく双方の意見を聞く</li> </ul>
	10 患者のプライバシーを尊重する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症があるといっても患者さんの人権を尊重し対応する</li> <li>・患者さんの立場にあつてプライバシーを守り、ひとりの人間として尊重して援助する</li> <li>・ひとりの人間としての尊厳を守り、権利を尊重して行動に責任をもち、援助すること</li> <li>・患者さんが意思決定でき、その人らしく生活ができるように認め、寄り添う姿勢をとること</li> <li>・入浴時にでも患者さんのプライバシーを優先した対応ができるようにする</li> </ul>
5 インフォームドコンセントを確実にできる看護師	11 説明して同意を得て実施する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者さんの意見をしっかりと聞き、看護師として援助の説明し、同意を得てから実施する</li> <li>・患者さんにわかりやすく説明をして、納得が得られてから援助を行う</li> <li>・業務の優先順位を考えて、患者さんに処置などが即なるようであれば理由を説明する</li> <li>・認知症がある患者さんにも、処置やケアを実施する前には、説明をする</li> </ul>
	12 患者とのコミュニケーションを積極的にとる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者さんとのコミュニケーションを積極的にとる</li> <li>・患者さんの様子や反応を確認しながらコミュニケーションをとる</li> </ul>
6 倫理的問題を認識できる看護師	13 倫理問題に気づく力を養い、解決できる能力を高める	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これから看護師として倫理的問題に敏感になり、気づく力をつけたい</li> <li>・倫理感性を高めながら倫理行動ができる看護師になりたい</li> <li>・倫理的ジレンマについて真剣に考えて行動できるようになりたい</li> <li>・自分の思いがすっきりしないことに倫理的問題があると気がついた</li> </ul>
	14 看護としてこれから身につけるべき必要なこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・知識</li> <li>・技術はもちろんであるが、人の尊厳や権利について真剣に考えて行動できるようになりたい</li> <li>・看護技術と観察力を身につけたい</li> <li>・人の気持ちを常に考えて行動できる看護師になりたい</li> </ul>

ことを指している。ここでは、〈関係者で情報を共有することが重要である〉、〈患者の個人情報に扱いに気をつける〉のサブカテゴリーで構成されている。

〈関係者で情報を共有することが重要である〉では、[倫理的問題はチーム全体の問題として解決できるように話し合いをすることである]、[看護職だけでなく、多職種間で問題を共有することで、改善策をみつけて行動できると思う]、[自分だけで判断するのではなく、同僚や上司に相談して意見を聞くことが大切である]、[職場内で、自分の判断が正しかったのか、他の方法はないのかなど検討する機会を持つ]、[病棟間やチーム間で問題点など情報を共有して解決することが大切である]などが記述されている。患者の問題は、看護師だけではなく、医療チーム全体の問題と捉えて解決することが重要だと学んでいる。

〈患者の個人情報の扱いに気をつける〉では、[患者や家族の情報管理をきちんと行い、他者に漏らさない] こととして、守秘義務や個人情報の扱いについて記述している。これらから医療チームで倫理的問題を解決することの重要性と同時に、患者や家族に関する情報についてどこまで提供するのかを判断し、適切に情報を管理することの大切さを学んでいる。

#### 4) 《患者や家族の気持ちが尊重できる看護師》

《患者や家族の気持ちが尊重できる看護師》とは、看護師として患者や家族の訴えを確認し、それに答える援助ができる看護師の姿勢が大切であることに気づいている。サブカテゴリーは、〈患者の気持ちを尊重して行動する〉、〈患者だけでなく家族の意見も尊重する〉、〈患者のプライバシーを尊重する〉で構成されている。

〈患者の気持ちを尊重して行動する〉では、[患者がどうしてほしいのかを確認して援助することが大切である]、[患者と真剣に向き合う姿勢を大切に、信頼関係を築けるような看護師になりたい]、[患者の意見をしっかりと聞き、共感することにより安心感を与えることができると思う]、[患者の訴えを聞き、声かけを忘れない看護師になりたい]、[患者のことを思いやる気持ちや姿勢を大切にしていきたい]など記述されている。

〈患者だけでなく家族の意見も尊重する〉では、[患者や家族の意見が違っている場合は、双方の思いを確認して納得できるように援助を

行っていきたい]、[患者と家族の意見の対立がある場合は、一方的に指導するのではなく背景や状況確認をした上で、判断することが大切である]、[家族の意見も尊重しながら援助する]などの記述がある。

#### 5) 《インフォームドコンセントを確実にできる看護師》

これは、認知症の患者や意思疎通のできない患者に対して看護師が、きちんと説明し、了解を得た上で援助することが、倫理的行動ができる看護師であると考えている。サブカテゴリーは、〈説明して同意を得て実施する〉、〈患者とのコミュニケーションを積極的にとる〉で構成されている。

〈説明して同意を得て実施する〉では、[患者の意見をしっかりと聞き、看護師として援助の説明をし、同意を得てから実施する]、[患者が理解できるようにわかりやすく説明して、納得してから実施する]、[認知症の患者でも、処置やケアを実施する前には、説明する]などの記述がある。

〈患者とのコミュニケーションを積極的にとる〉では、[患者の様子や反応を確認するためにもコミュニケーションをとる]と記述している。

学生は、毎日繰り返される援助においても、患者の状況の変化もあるので、必ず患者の同意が必要であり、そのためには、わかりやすい説明と思いやりのある対応が大切であり、患者とのコミュニケーションを積極的に行うことが大切であると気づいている。

#### 6) 《倫理的問題を認識できる看護師》

日頃から、「なんだかすっきりしない」思いや「あれで良かったのかな」と疑問が残ることに関しては、それらが倫理的問題と捉えて考えることが必要だと気づき、《倫理的問題を認識できる看護師》として理解している。サブカテゴリーは、〈倫理問題に気づく力を養い、解決できる能力を高める〉、〈看護師としてこれから身につける必要なこと〉で構成されている。〈倫理問題に気づく力を養い、解決できる能力を高める〉では、[これから看護師として倫理的問題に敏感になり、気づく力をつけたい]、[倫理感性を高めながら倫理的行動ができる看護師になりたい]、[倫理的ジレンマについて真剣に考えて行動できるようになりたい]、[自分の思いがすっきりしないことに、倫理的問題があると気がついた]と記述している。自分の

すっきりしない思いが倫理的問題であり、患者や家族の思いを理解した上で、看護師としての意思決定をすることが大切であると感じ取っている。

〈看護師としてこれから身につける必要なこと〉では、[知識、技術以外に、人の尊厳と権利を真剣に考えて、倫理的視点で行動できるようにになりたい]、[人の気持ちを常に考えて行動できる看護師になりたい] など、これからの自分の姿勢として、将来、倫理感性を高めて倫理的行動ができる看護師になることを述べている。

## 5. 考察

学生が体験した倫理的問題事例分析を終えてから、「倫理的行動ができる看護師の姿勢」の課題レポートに学生が得た重要な学びや、気づき、展望などが浮かび上がってきた。これらについて考察し、今後の看護倫理教育のあり方について提示する。

### 5.1 倫理的問題事例分析からの学び

学生は実習を通して、様々な倫理的問題を体験し、認識していることがわかる。実習中に学生が直接関わる場面や看護師と患者、家族対応場面などで間接的に観察し、感じとっている記述から理解できる。実習先において、患者のプライバシーや尊厳が守られていない場面に遭遇したり、患者を取り巻く医療者や家族との価値観の対立について疑問を持ちながら、学生としての視点で倫理的問題を捉えている。その体験事例をグループ学習することにより、自分の考えや価値観、自分の行動傾向などに気づき、自分が感じていた「すっきりしない思い」などの違和感が自分だけではないことを知ることができたと考える。これらの学びから、倫理的問題が生じている時には、看護師や医師、患者、家族などの価値観が違っていることを理解し、その価値観の対立について看護師として真剣に考えて、解決する方向に行動することが大切であると気づいている。これらの学びから「倫理的行動ができる看護師の姿勢」として、どうあるべきかを考察している。

#### 1) 《人間として責任ある行動がとれる看護師》

看護師として実施した援助に責任を持つことは、自分の行動を客観的に振り返り、患者や家族の思いを理解することが、看護師としての役割と捉えている。自分の行った看護が患者や家族にとって受け入れられたのか不安になるこ

とや、患者にとって最善の援助を実施できたのか、自分の判断は正しかったのかと考える姿勢を持つことが大切であると考えている。またそのためには、看護師としての自分が外見的にも好感を持ってもらえることも専門職として大切なことだと気づいている。これは看護者の倫理綱領条文7の「看護者は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ」ことで述べられているように、職業人として倫理行動がとれる看護師の姿勢として捉えたと言える。

#### 2) 《患者中心に考えて行動できる看護師》

学生は、実習中に看護師とともに患者に援助を行っているが、検査や処置に追われる看護業務の多忙さを実感し、患者と看護師の間で、「これでいいのだろうか」と悩んでいる。レポートでは「看護師は患者や家族の訴えをしっかりと聞きたいが、忙しすぎる業務で精一杯である立場も理解できた」、[ただ業務をこなすのではなく、患者の思いをしっかりとくみとって看護する必要がある]と記述している。〈業務を優先せず、患者中心の看護を行う〉ことを考えた上で、〈患者の安全・安楽を第一に考える〉という姿勢が大切であると気づいている。そこには、患者の価値観を尊重することと、それを優先したことで起こりうる問題をどのように考えるかを倫理原則<sup>6)</sup>から捉えて、危険を避けて安全を守ること（無害の原則）と、患者の意思を尊重する（自律・善行の原則）という原則の対立の中で、優先すべき行動とその際に看護師としての倫理的判断と行動について考えていることが解る。

#### 3) 《関係者間で情報を共有できる看護師》

現在は患者や家族を中心として、多職種の医療チームがそれぞれの役割を担って連携することが必須となっているが、その中で患者の情報の扱いについて理解することが必要になる。チーム医療において、医師—看護師間での情報伝達が必要であるにもかかわらず、それが円滑に行われていないことによって患者を危険な状態に陥らせることがある。その一方で、情報が流れることによって患者のプライバシーが犯されるという問題もおきている<sup>7)</sup>。学生は多職種が参加するカンファレンスから患者や家族の意思と医療者の方針などを医療チームで共有し、患者にとって良いと考えられる方法を選択することが重要だと考えている。また看護師は、患者の個人情報（身体的問題、社会的・経済的

問題、家族関係など)を知る機会が多く、患者の健康回復や問題解決においては必要な情報であるが、不必要な情報を漏らしてはいけないという個人情報扱いについて、[患者や家族の情報管理をきちんと行い、周囲に漏らさない]と理解していることが解る。

#### 4)《患者や家族の気持ち尊重できる看護師》

ここでは、学生の対象とする患者について理解するには、家族の存在があることを認識している。特に高齢者やがん患者の対応場面などから〈患者だけでなく家族の意見も尊重する〉ことが大切である。患者の意思だけが優先されるのではなく、家族を含めた患者の意思を理解して援助することを述べている。また患者と家族の意見の食い違いがある場合は、[一方的に指導するのではなく、患者、家族の対立の背景を考えて行動する]と記述していることから、患者の人権擁護の立場を考えて、看護師としてアドボケイトの役割をどのようにするべきかを学生として考察できている。

学生は看護の対象は患者だけではなく家族が含まれることは理解していたが、患者が認知症の患者や高齢者の場合に、退院後の生活支援や治療の選択などを行う際に、両者の意見が違ったり、判断できない患者の意見を聞かないで進められる状況から、患者と家族両方の思いをしっかりと受け止めて対応することの大切さを感じ取っている。

#### 5)《インフォームドコンセントを確実にできる看護師》

インフォームドコンセントの臨床上の問題は、患者の自己決定権から常に治療方針や内容などを患者に説明し同意を得た上で実施されるべきものである<sup>8)</sup>。患者と看護師間におけるインフォームドコンセントでは、看護師が実践する援助やケアについても患者に説明をしなければならない。しかし学生は、認知症患者や意思疎通のできない患者に対して実施されている内容がすべて、インフォームドコンセントを確実に行っていない状況を間接的に体験することで、〈説明と同意を得てから実施する〉ことが患者の人権擁護に繋がると理解し、そのためにはどのような状態の患者でも、患者の病状や表情などの様子、反応を観察しながら〈患者とのコミュニケーションを積極的にとる〉姿勢が大切だと気づいている。

#### 6)《倫理的問題を認識できる看護師》

今回のグループワークを通して、学生は「なんだかすっきりしない」思いが倫理的問題

であることを認識できた。また他のメンバーが悩んでいることに「自分と同様であった」「自分は気がつかなかった」など事例を通して倫理的問題に気づくことができたと思われる。これらが看護師として患者のことを真剣に考えて、提供される看護を振り返り、倫理的に判断し、行動する姿勢が倫理行動のとれる看護師として捉えることができたと思う。そのためには、自分は看護師である前に、ひとりの人間としての倫理感性を高めて行動できる看護師になりたいと考えている。そして知識や技術を身につけて、人の尊厳や権利について考えて、行動していくことを学んでいる。

### 5.2 倫理的問題に気づく力を身につける教育

倫理的問題を考える指標として、倫理原則(自律、善行、無害、正義、真実、忠誠)や「看護師の倫理綱領」を学び、基礎的な知識を持つことは、倫理的問題を考えることに有用であると考えられる。日本看護協会の「臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針」では倫理的行動力の向上には、人々の権利の擁護者(アドボケイト)として、アドボカシー機能を発揮するために、その人がどのようなニーズや悩みを抱えているのか、またどのような価値観に基づき、どのように対処しようとしているのかを知ることが必要である。それらを身につけるためには、「倫理行動の4つの要素」として、1)倫理的感受性:臨床倫理問題が生じていることに気づく力、2)倫理的推論:それが倫理的に問題である理由を説明できる力、3)態度表明:様々な障害を乗り越えて、倫理的に行動しようとする力、4)実現:倫理的行為を遂行することのできる力の向上に努めることであると記述されている。5)看護基礎教育における授業では、この4つの要素では、倫理的感受性、倫理的推論までの2段階までの学びができる内容で展開することが大切だと考えられる。学生の実習中における倫理的問題は、学生自身が体験した内容は少なく、患者と看護師の対応場面から第三者的に間接的観察状況で感じ取ってきている内容である。よって学生は、当事者(患者、家族、看護師など)の思いを推測して考えて、分析している経緯がある。

このような事例においても、学生が看護師としての姿勢はどのように考えて行動すべきかを原則などに基づき検討することによって、倫理的問題に対する感受性は育成されると考えられる。石原らは9)看護基礎教育において、看護倫理を

体系的に位置づけ、倫理的判断と行動選択の課程を学生の頃から学習することで看護の専門職としての倫理観を身につけていくことが重要であると述べている。これらから私は、基礎看護教育において、学生が体験した倫理的問題事例を通して、倫理的問題を認識し、倫理的判断ができる看護師の育成に繋がると考える。

## 6. 結論

- 1) 本研究では、学生の体験した倫理問題事例分析後の課題レポート「倫理的行動ができる看護師の姿勢」の記述データを分析することにより、以下のことが明らかとなった。

《人間として責任ある行動がとれる看護師》、  
《患者中心に考えて行動できる看護師》、  
《関係者間で情報を共有できる看護師》、  
《患者や家族の気持ちが尊重できる看護師》、  
《インフォームドコンセントを確実にできる看護師》、  
《倫理的問題を認識できる看護師》

の6つのカテゴリと14のサブカテゴリに分類される。

- 2) 看護基礎教育において、倫理的行動を向上させるためには、学生が体験した倫理的問題事例を分析し、検討することによって、倫理的判断ができる力が育成され、倫理的行動ができる姿勢が身につくと考えられる。

本研究の概要は、平成27年第7回日本看護倫理学会で発表した。

## 参考文献

- 1) 日本看護協会, 看護者の倫理綱領, 看護, 55 (11), 69-72, 2003.
- 2) 大日向輝美: 看護基礎教育における授業科目「看護倫理」の内容構成に関する検討, 北海道大学大学院教育学研究院紀要, 108: 61-70, 2009.
- 3) 厚生労働省: 看護基礎教育の充実に関する検討会報告, 2007.
- 4) 高橋みや子: 看護学教育における倫理教育の変遷. 日本看護教育学会誌, 14 (3), 39-45, 2005.
- 5) 日本看護協会: 臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針, P19-20, 2006.
- 6) サラ・T・フライ著, 片田範子, 山本あい子訳: 看護実践の倫理—倫理的意思決定のためのガイド, 日本看護協会出版会, 1998.
- 7) 石井トク著: 「現在社会の倫理を考える」看護の倫理学第2版, 丸善株式会社, 102-108,

2008.

- 8) 石井トク著: 「現在社会の倫理を考える」看護の倫理学第2版, 丸善株式会社, 22-27, 2008.
- 9) 石原逸子他: 看護倫理教育の一試み: 臨床ワークショップの評価, 看護教育, 37 (1) 48-54, 1996.

# Attitude of nurses who can take ethical actions from the viewpoint of students -Learning by analyzing cases of ethical issues-

Miyoko SAKAI<sup>1)</sup>, Terumi KAWAI<sup>1)</sup>, Eriko KOIDE<sup>2)</sup>

1) *Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science*

2) *Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science*

## Abstract

In basic nursing education, it is important to understand the subjects of nursing care, to develop skills to make judgements and decisions from an ethical viewpoint as members of society, and to be aware of familiar ethical issues, and take ethical actions. In this paper, we analyzed students' perceptions based on their reports regarding the "attitude of nurses who can take ethical actions", which were made after analyzing cases of ethical issues. As a result, the extracted factors were nurses who can: 1) take responsible actions as human, 2) take patient-oriented actions, 3) share necessary information with relevant parties, 4) respect the feeling of patients and their families, 5) obtain informed consent from patients, and 6) recognize ethical issues. Analyses revealed that students became aware of various ethical issues during their training. In addition, they reported interaction between themselves and patients which took place during the training, and what they felt upon observing communication between nurses and patients. Currently, the autonomy of patients, or their various rights included in the principles of "Non-maleficence" are not respected. In this paper, students most frequently reported about patients and their families, which suggests that they consider these matters to be ethically problematic.

Keywords : nursing ethics, nursing student, ethical issuea, nursing basic education

# 癌末期高齢者の看取りの場所を決定するプロセスの支援に関する検討 —臨床倫理検討シートを活用しての事例検討—

蘭 直美<sup>1)</sup>

1)富山福祉短期大学看護学科

(2016.1.29受稿, 2016.2.29受理)

## 要旨

本研究は、癌末期高齢者の看取りの場所を決定するプロセスを臨床倫理検討シートで振り返り分析することで、在宅ケア従事者の倫理的感性や死生観を養う基礎資料とすることを目的とする。対象は訪問看護ステーションの利用者とそのご家族である。臨床倫理検討シートに沿ってプロフィール、経過、医療・介護情報と判断、本人・家族の意思と生活、検討とオリエンテーションを整理し、分析した。その結果、問題となっていることとして、【余命告知をされていないA氏は段々衰弱していく自分の姿をどのように感じていたか】、【訪問看護師はA氏には住み慣れた自宅で平穏な死を迎えて欲しいと考えていたが、家族や在宅ケアチームと看取りの場所について早い段階で話し合いをすることができなかった】が挙げられた。

キーワード：臨床倫理検討シート、癌末期高齢者、終末期ケア、在宅ケアチーム、平穏死

## 1. はじめに

平成22年に行われた介護保険制度に関する調査<sup>1)</sup>によると、自分が要介護状態になった場合の希望として「自宅で家族中心に介護を受けたい」は4%、「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」は24%、「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」は46%であり、家族に負担をかけずに在宅療養することが国民のニーズであるといえる。高齢者が人生の終末期を最期まで人間らしく生きることを支えるために、病気の状態や治療法についての専門的な知識や技術をもつ訪問看護師は、在宅ケアチームの中心となって、高齢者の本音を引き出し、それが叶えられるように医師や家族との間を取り持つ役割が求められる。

終末期を迎える高齢者にとって、いまどうすることが最善なのか合意するプロセスが重要であり、それは相手を尊重する臨床倫理の基盤でもある。高齢者に関わる家族、医師や訪問看護師、介護職種など立場の異なるものが目標を共有し話し合いを重ねるなかで、倫理的問題解決の対応と倫理的感性を目指した話し合いをするには、検討するためのツールを用いることが望ましい。

今回、訪問看護ステーションの活動を通して、ご家族が癌末期高齢者の看取りの場所を決定するプロセスに関わった。そのプロセスを臨床倫理検討システム開発プロジェクト（代表清水）が開

発した臨床倫理検討シート<sup>2)</sup>で振り返り分析することで、在宅ケア従事者の倫理的感性や死生観を養うための基礎資料とする。

## 2. 研究目的

ご家族が癌末期高齢者の看取りの場所を決定するプロセスを臨床倫理検討シートで振り返り分析することで、在宅ケア従事者の倫理的感性や死生観を養うための基礎資料とする。

## 3. 研究方法

### 3.1 対象

訪問看護ステーションの活動を通して関わった癌末期高齢者とそのご家族（妻、長男）

### 3.2 分析方法

臨床倫理検討システム開発プロジェクト（代表清水）の開発した臨床倫理検討シートを用いて事例分析を行った。臨床倫理検討シート<sup>2)</sup>とは、医療現場で臨床倫理の営みを適切に遂行することを支援するツールである。

### 3.3 倫理的配慮

事例のご家族には、研究の趣旨と内容および参加の自由性と不参加により不利益を被らないことを口頭と書面を使って説明し、①場面を振り返って検討すること、②検討した内容について匿名性を保ったうえで公表することを書面で同意を得



た。また、本研究は、富山福祉短期大学の倫理審査委員会の承認を得た。

#### 4. 結果

今回の事例では、臨床倫理検討シートのステップに沿ってプロフィール、経過、医療・介護情報と判断、本人・家族の意思と生活、検討とオリエンテーションを整理し、以下に記述する

(表1～3)。

表1 臨床倫理検討シート〔ステップ1〕の1-1プロフィールでは、事例の氏名(仮名でも可)、年齢、性別、家族構成、本人の生活、1-2経過では、これまでの経過や報告書が認識した経過、1-3分岐点では、「これからどうしようか」という分かれ道、「あのときどうすればよかったか」という問題意識を記載している。

表1 臨床倫理検討シート〔ステップ1〕

<p><b>1-1 本人プロフィール</b> A氏80歳代前半、男性、妻と2人暮らし。1人息子は県外在住で月に1度は帰省。孫2人。定年まで公務員で働き、その後は無職。主介護者は妻。</p>
<p><b>1-2 経過</b> 入院前 ADLは自立し、祭りの世話役など地域活動を通し近隣に多くの友人がいた。</p> <p><b>X年3月</b> 腹痛があり総合病院を受診、下行結腸癌と診断され、結腸部分切除術を行ったが、リンパ節転移が著明で切除しても余命半年の診断。手術後の経過は良好だが、食べる気力がなく、中心静脈栄養(CVポート)での栄養管理となった。家族の希望で本人に余命告知をしていない。</p> <p><b>X年5月末</b> 退院後は療養型病院を勧められたが、A氏が在宅療養を強く希望し、自宅に退院した。主治医は近医の開業医で、入院していた総合病院での24時間の受け入れ体制ができており、最終的な看取りの場は決まっていなかった。病状管理、栄養管理、日常生活援助目的で毎日訪問看護を実施した。妻は退院当初、在宅療養に不安があったが、毎日訪問看護師が来るので安心だと話し、本人の痛みがないことを喜んでいて、6月に入るとADLは徐々に低下し、6月中旬には訪問看護師で入浴介助ができなくなった。</p> <p><b>X年6月Y日</b> 内服が服用できず意識は朦朧で唾液が上手く飲み込めず痰のごろつきが出現し、酸素飽和度は80%台後半に低下。最終的な看取りの場所を確認できないままであったため、午後から主治医と長男が話し合う予定であった。同日午前中、訪問看護師である私と家族の間で話し合いをした。 A氏は在宅療養を強く希望していたことから、私はA氏にとって60年間住み慣れた家で最期を迎えることが最善だと考えた。しかし、医療従事者として自分の価値観を押し付けるのではなく、考えられる選択肢を家族に説明をする必要があると考え、2A-1、2A-2(一部)の内容を説明した(ステップ2参照)。在宅療養が始まった時点で看取りの場所を妻に確認したが、最終的にはなかなか決められず、余命宣告されていないA氏の意味確認もできないまま余命が日単位である段階で説明をすることは問題だと感じていた。 関係者の意見は以下の通りであった。 長男「今日、先生と今後について話をします。二人を一緒に居させてあげたいと思う」 妻「苦痛がないようにして欲しい」 姪(夫婦宅の近くに住み支援)「妻の介護負担から病院に入院したほうが良い」 以上のように3者の考えは一致していなかった。私の説明を聞いて長男は在宅での看取りに賛成し、妻と姪も長男の考えを支持した。主治医には現在の状況を伝え、内服が服用できないので貼付剤に換えて欲しいこと、長男が在宅で看取りを希望していることを電話で伝えると、主治医は「在宅で看取るんだね。よかったよ」と返答され、疼痛管理は内服から貼付剤に切り替わった。そして、私は介護支援専門員に状態を報告し、訪問介護の導入を勧め翌日から開始した。そして、病状の変化に対応できるように訪問看護は朝、夕の複数回訪問に切り替えた。在宅での看取りを決定後、長男は県外に戻ったため、残された妻が不安にならないように、どのような経過で死をたどるかその変化を具体的に妻と姪に伝えた。また、心残りがないように意識があるうちに会わせたい人に会わせることや静かに一人で息を引き取る可能性も追加し説明した。</p>
<p><b>X年6月Z日</b> 体温38℃台に上昇、傾眠傾向だが声かけに反応は見られ、訪問看護師は主治医に状態を報告した。主治医の往診直後に容態が急変し、家族や友人に見守られて13時半に永眠した。 ご本人が亡くなり、グリーンケアで死後13日目に訪問した。妻は「家で死ねて本当に幸せだった。最後は皆に見送ってもらえた」姪は「あなたの言葉がなかったら病院に入れていた。こんな幸せな死に方もあることを知って勉強になった。これから高齢者が増えたらこんな風になっていくのかしら」と言われた。</p> <p><b>1-3 分岐点</b> 余命告知がされていない療養者に最終的な看取りの場所を確認できないまま、死期が迫り家族の意思が一致していなかった。その時の訪問看護師の対応はあれでよかったのか疑問に感じる部分があった。</p>

表 2 臨床倫理検討シート〔ステップ 2〕

A 医療・介護情報と判断	
<p><b>2A-1 選択肢の枚数とメリット・デメリットのアセスメント</b></p> <p>(1) 入院 メリット：医療従事者が傍にいますので、臨死期の様々な変化にすぐに気づき対応できるので安心。妻の身体的な介護負担はない。</p> <p>デメリット：臨死期では見当識障害がおこり現実世界を認識できず、興奮して周りからすると一見おかしい言動が見られることがある。突然自宅から病院に環境が変わると、慣れない環境でその傾向が高まる危険性がある。最期を妻とゆっくり過ごせない。</p> <p>(2) 在宅 メリット：60年間暮らした自宅で妻の傍で最期を迎えられる。妻がずっとそばにいて温かい雰囲気を感じ、A氏の気持ちが安らぐ。</p> <p>デメリット：妻の介護負担や不安がある。A氏は意識が朦朧としながら手すりにつかまり起き上がろうとしたり、おむつが気になり触ったりするので、妻の介護負担が大きい。予後は日単位であると考えられるが、高齢の妻が独りで看取る不安もありサポートは必要である。</p>	<p><b>2A-2 社会的視点から</b></p> <p>(1) の場合、総合病院での受け入れは整っている。主治医は在宅で看取りを経験した医師ではないので入院を勧めるかもしれない。</p> <p>(2) の場合、長男は明日には県外に戻り、80歳代の妻が一人残される。家族が在宅を希望されたら主治医や介護支援専門員と連携を取り支援する。具体的には訪問看護の回数を増やし、緊急時につけつること、訪問介護の導入等を説明する。</p>
<p><b>2A-3 説明 本人に対して</b> 話し合いの席上の隣室で休んでおり、説明は聞いていない。</p>	<p><b>家族に対して</b> 話し合いの席上で、2A-1、2A-2の内容を説明した。</p>
B 本人・家族の意思と生活	
<p><b>2B-1 本人の理解と意向</b></p> <p>A氏は在宅療養を強く希望していたが、余命告知はされていないので、看取りの場所は確認していなかった。</p> <p>2A-1、2A-2(一部)の説明の段階で、本人の意識は朦朧として意向は確認できない。</p>	<p><b>2B-2 家族の理解と意向</b></p> <p>在宅療養が始まった時点で看取りの場所を妻に確認したが、最終的にはなかなか決められなかった。</p> <p>話し合いの席上で、訪問看護師から2A-1、2A-2(一部)の内容を説明すると、長男は在宅で看取りをすることを決定した。妻と姪もその意見に同意した。</p>
<p><b>2B-3 本人の生き方、価値観や人柄について(これらに関係するかもしれないエピソードなど)</b> 祭りの世話役など地域活動を通し近隣に多くの友人がいた。</p>	

表 3 臨床倫理検討シート〔ステップ 3〕

<p><b>3-0 問題となっていること・問題を感じていること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・余命告知をされていないA氏は段々衰弱していく自分の姿をどのように感じていたのだろうか。人生の終末期の過ごし方を自分で決めることができず、不安を抱えたままであったのではないか。</li> <li>・訪問看護師はA氏には住み慣れた自宅で平穏な死を迎えて欲しいと考えていたが、家族や在宅ケアチームに早い段階で話し合いをすることができなかった</li> </ul>	
<p><b>3-1 人として尊重することをめぐって</b></p> <p>余命を告知していないことは本人の意思を尊重していないことに繋がるのか。</p> <p>退院の段階で在宅療養を強く希望しており、それが叶っている。</p>	<p><b>3-2 相手の益を目指すことをめぐって</b></p> <p>60年間住み慣れた家で生活できることはA氏にとってメリットである。高カロリー輸液を続けていたことはがん組織を輸液中のブドウ糖によって増殖させており、不利益であったかもしれない。</p>
<p><b>3-3 社会的視点でのチェック</b></p> <p>この事例から様々な介護サービスを利用して家で看取る選択肢があることを一般住民に知ってもらおうきっかけとなった。</p>	<p><b>3-4 総合的検討と今後の対応の方針</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「死」をどのように迎えたいかは人によって異なる。終末期ケアは看取りの時期が近づいてから調整するのではなく、ケアがスタートした段階で本人の意思をしっかりと確認し、本人と家族の思いを「つなぐ」立場であることを意識し支援し続けていかなければいけないことを改めて感じた。</li> </ul>

表2 臨床倫理検討シート〔ステップ2〕の2A-1では、選択肢（医療・ケアの方針）の枚挙とそのメリット・デメリット、2A-2では、社会的視点からの特記事項、2A-3では、本人や家族にどのように説明をしたか、2B-1、2B-2では、本人と家族が状況をどのように理解しているか、さしあたってどうしたい、どうして欲しいと希望しているか、2B-3では、本人の生き方、価値観や人柄についてこれらに関係するかもしれないエピソードなどを記載している。

表3 臨床倫理検討シート〔ステップ3〕の3-0では、問題になっていること・問題に感じていること、3-1では、人として尊重することをめぐって、3-2では、相手の益を目指すことをめぐって、3-3では、社会的視点でのチェック、3-4では、総合的検討と今後の対応の方針を記載している。

## 5. 考察

臨床倫理検討シートを用いて、訪問看護師の視点で癌末期高齢者看取りの場所を決定するプロセスを分析した。

【1-2 経過】では、訪問看護師と他の在宅ケアチームメンバーである主治医や介護支援専門員とは、日々の病状の変化や必要な医療処置やケアについて連絡を取り合っていたが、最終的な看取りの場所を決める話し合いはなかった。A氏が自分らしい最期を迎えるには入院が良いのかこのまま在宅で過ごすほうが良いのか、長男が意思決定できるように2A-1、2A-2（一部）の内容を説明した。【3-0 問題となっていること・問題を感じていること】で「訪問看護師はA氏には住み慣れた自宅で平穏な死を迎えて欲しいと考えていたが、家族や在宅ケアチームと早い段階で看取りの場所について話し合いをすることができなかった」とあるように、A氏にとってどのような最期を迎えることが最善なのか、家族や医療・介護従事者が話し合いの経過で合意を目指すプロセスを持てなかったことが問題である。在宅での看取りを支えるためにどのような介護サービスを使えるか関係職種がわかっていなければ、家族の負担を考慮して入院を勧めるのかもしれない。また、医療職ではない介護支援専門員は、病状や臨死期の経過の予測がつかないと、在宅での看取りに積極的にはなれないと推測できる。家族も「最後までできる限りの治療をしてほしい」と考えていたら、入院を希望するだろう。入院し治療をすることは、

点滴や酸素、尿の管などをつける可能性がでてくる。終末期の高齢者は長く心臓のポンプ機能を果たしてきたことにより衰えつつあるため、大量の輸液は心臓の負担を増強し余力を温存できなくなる<sup>3)</sup>。また、治療によってつけられた管によって苦痛を増大することもある。そのようなことを知ったうえで、やはり家族が最後まで治療をさせたいと希望すれば、その決定を尊重することになる。最終的には、在宅ケアチームメンバーが家族とともにA氏の意味と最善について検討し、家族の事情も考え併せて合意を目指すことになる。医療や介護サービスに詳しい訪問看護師は、医療と介護をつなぎリーダーシップをとることも多いが、話し合うことで事象を様々な角度から立体的にとらえることができるので、他者の価値観や思いを知る場ともなり、訪問看護師自身の抱えるジレンマを解決する糸口にもなるであろう。在宅ケアチームのメンバーが専門的立場から、それぞれの意見を公平に検討できるような関係性をつくることが今後の課題である。

【3-0 問題となっていること・問題を感じていること】では、「余命を告知されていないA氏は段々衰弱していく自分の姿をどのように感じていたのだろうか。人生の終末期の過ごし方を自分で決めることができず、不安を抱えたままであったのではないかと述べているが、末期状態のA氏に病状を話すことで精神的なダメージを与え、残された時間を無気力に過ごしQOLが低下してしまう可能性もある。Bad Newsから正常な精神状態に回復するまでに通常1～2週間かかるといわれている<sup>4)</sup>が、A氏が精神的な衝撃から回復するまでの時間よりも残された生命予後が短い場合には、Bad Newsを伝えるメリットは少ないと考える。なぜ家族がA氏に余命告知をしたくないのか、家族の意向がA氏の意向を反映したものかどうか確認することも必要である。高齢者の意思を確認できない場合、家族が患者の意思を推定できるか、推定できないか、また、家族がいない場合や家族が判断を医療ケアチームに委ねることもある。『高齢者ケアにおける意思決定を支える文化の創成』のプロジェクト（代表清水）が開発した「心積もりノート」<sup>5)</sup>は、高齢者が元気な時期をどう過ごし、弱ってきたらどうするかを考えて準備しておくもので、今後の人生について「上手に老い、最期まで自分らしく生きる」ことを実現できるように活用するツールである。本人の意思が確認できない状態になっても、「心積もりノート」に自分の希望が記されていれば、家族や医

療・介護関係者が高齢者の希望を理解し、それに応じた対応ができるだろう。

**【1-2経過】**のグリーンケアで死後13日目に訪問した時に、姪の「あなたの言葉がなかったら病院に入れていた。こんな幸せな死に方もあることを知って勉強になった。これから高齢者が増えたらこんな風になっていくのかしら」という言葉から、家で看取するために色々な介護サービスがあることを知ってもらいきっかけとなったと考える。長尾は平穏死の5要件として、①人生の最終章を過ごす療養場所が「本人の希望する場所」であること、②緩和医療がきちんとなされ、苦痛がない(少ない)こと、③本人が「死の恐怖」に怯えていないこと、④楽しみや笑いがある「穏やかな生活」を送れていること、⑤患者本人も家族も現状に満足していることを挙げている<sup>6)</sup>。A氏の場合も、自分の苦痛がないことを何よりも喜んでくれた妻が傍にいて、時には夫婦で喧嘩をしながらも自分らしく過ごせており、姪が話すように「幸せな死に方」で穏やかな最期であったといえる。

宮脇<sup>7)</sup>は倫理について、「医療者と患者・家族など、各人がもつ『価値』について検討し、多様な価値観の中から合理的で妥当性の高い選択をすることにより、個々の患者にとって最善の医療を目指すもの。したがって、臨床倫理においては、唯一の正解があるというわけではなく、科学的でいうところの『正しさ』を求めるものではない」と述べており、そのプロセスが平たんでないことを示している。

看護をしていく中で、これでよかったのだろうかかと悩むことがあるが、より高度な看護実践力を身に付けるためには、実践した看護を振り返り、一つひとつの事例を大切にするために事例検討会を行い、倫理的思考を高めるチームづくりに繋げることが重要である。倫理的な課題に対し、様々な価値観をもつ在宅ケアチームが高齢者の最善を目指して何度も話し合いを重ねて検討するプロセスも大切であり、お互いを尊重しながら協働して活動できるような基盤づくりも求められる。主役である高齢者の望みを何よりも大切にすること、どう死を迎えるかだけでなく、最期までどう生きたいかを支えることが、終末期に関わるケア従事者に求められる姿勢である。

## 6. おわりに

臨床倫理検討シートで分析を行うことで、様々な視点で考察することができた。今回の事例は家族関係が複雑ではなく、比較的葛藤や問題も少な

いケースであったが、様々な葛藤がある事例に対しても、臨床倫理検討シートでの分析や検討を重ねていくことが必要である。今後の課題として、ケア従事者や高齢者に死に対する意識調査や教育を行い、自宅で平穏死を迎えるためのまちづくりに向けて取り組みを行っていききたい。

## 謝辞

本研究にご協力をいただいたA氏のご家族に深く感謝申し上げます。また、第6回共創福祉研究会「医療・介護従事者のための死生学セミナー in とやま2015」でご指導をいただいた清水哲郎先生(東京大学大学院)、会田薫子先生(東京大学大学院)、炭谷靖子先生(富山福祉短期大学)に御礼申し上げます。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省老健局：介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集(結果概要について)、2010
- 2) 清水哲郎：臨床倫理の考え方と検討の実際、2009年度冬β一版、臨床倫理検討システム開発プロジェクト、2009
- 3) 日本緩和医療学会「終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン2013年版」
- 4) 小早川誠、秋月伸哉、内富康介：がん患者の心身ケア、からだの科学、(238) p104-7 2004
- 5) 清水哲郎：上手に老い、最期まで自分らしく生きるための心積もりノート[考え方・書き方編]、臨床倫理プロジェクト、p10、2015
- 6) 長尾和宏 高齢者の望む平穏死を支える医療と看護、メディカ出、p109、2015
- 7) 宮脇美保子 看護実践のための倫理と責任：事例検討から学ぶ 中央法規出版 2014.7

# Study on the process support to decide the location of end-of-life care for the elderly patient terminal cancer ~Case study using a clinical ethic examination sheet~

Naomi Ran

*Nursing Subject, Toyama College of Welfare Science*

## Abstract

This study is intended that basic data feeding ethical sensitivity and verge of death of the caring at home worker is obtained by analyzing the process to decide the location of end-of-life care for the elderly patient terminal cancer using the clinical ethic examination sheet. The data was collected for the patients and their family utilizing a temporary nursing at home station, and also was analyzed from the point of process, judgment of medical care and life environment.

The result shows that the problem includes the following terms, [how a person was not announced in the remaining days felt one's figure which gradually weakened] and [the visit nurses wants a person to reach death peaceful at home, but they didn't talk with the family and the caring at home team about the location of end-of-life care from an early stage]. A study on the process support for the end-of-life care reflecting above mentioned terms will need in future.

keywords : clinical ethic examination sheet, elderly patient terminal cancer,  
end-of-life care, caring at home team, peaceful death

教育講演会(第5回共創福祉研究会)

10月31日(土) 14時~16時 富山県総合情報センター セミナー室

## 「発達障害を抱えた子どもへの支援」

浜松市教育委員会教職員課発達支援グループ

浜松市社会福祉事業団浜松市発達医療総合福祉センター

中林 睦美 氏

皆さん、こんにちは。土曜日の非常に、本当はもっとのんびりしたい時間、かつ、お昼ご飯も終わって眠いだろうなという時間に、わざわざお越しいただきありがとうございます。

きのう、富山に帰ってきました、電車を降りて駅に立ちましたら、ああ、富山はやっぱり寒いんだというのが私の印象でした。正直、浜松のほうはとても暖かなところでして、小学校に向向くことも多いのですけれども、小学校のお子さんたちは、まだ半分ぐらいが半袖のTシャツです。家に帰ったら、ストーブがついているのにびっくりしました。まだ、私自身、暖房が必要だと思ったことがまったくなく、教育委員会の中は、午後は扇風機が回っていますというぐらい、太平洋側と日本海側とまたずいぶん気候が違うのだなというのが、きのう帰ってきた印象です。

ここに二つ、私は書いておりますが、いま紹介していただきましたように、私自身は発達医療総合福祉センターという、まさに名前のとおりところです。子どもの発達を見ることと、あと福祉の領域と医療の領域を持っている、主には外来で発達障害を持つお子さんたちを関わってきました。昨年度から教育委員会の発達支援グループに出向しているということです。

このちらしを見せていただきまして、とてもすてきなかわいらしいちらしができていてびっくりしたのですけれども、富山福祉短期大学の先生から「ぜひお写真を」と言われたのですけれども、いえいえ、それは勘弁してくださいということで、写真はお断りし、そうしたら、こんなすてきなちらしができていたと思います。

「何か一言書いていただけませんか」というので、何を書こうかと思っていて、実際に発達障害は増えてますかということは、学校の先生方から非常によく受けます。ついでに、幼稚園、保育園の先生方からもよくこの質問を受けます。では、高校、大学の先生からは聞かれないのというと、高校、大学の先生と連携を図るのはまだ難しい状

況にあります。ましてや、企業をや、というところですので、増えてますかという質問は、幼稚園、保育園、小学校、中学校の先生と親御さんから受ける質問です。

あと、今回、「発達障害を抱えた子どもへの支援」というタイトルになっていますので、今日は子どもを中心に話したいと思います。ですので、成人期については、今回お時間もないと思います。

今日の予定ですけれども、最初は導入部分として、発達障害を抱えた子どもたちが増えているかどうかに関して、皆さんはどのように捉えられるのか。幾つかデータをお見せしますので、そのデータを基に、皆さんがそれぞれ考えてくださればいいかなと。2つ目に、発達障害児の定義を簡単にお話したいと思います。3つ目にASDの特性と非常に不親切に記載したのですけれども。ASDと聞いて分かる方、どうぞ遠慮なさらずに。こんなに少なくないと思いますが、富山の方は慎ましい人が多いので、きっと知っていても手を挙げられないのかなと思うのですけれども。最後に、対応、支援について話したいと思います。

繰り返し、よく尋ねられる「発達障害児は増えていますか」と。あと、もう一つよく尋ねられるのが「障害ですか、わがままですか」、これは非常に幼稚園、保育園、小学校の先生からよく受ける質問です。

まず、「発達障害は増えてますか」という話ですが、文部科学省とか、厚生労働省とかの統計、これ自体はインターネットでいくらでも見ることができます。あと医療現場からということで少しお話をしたいと思います。

これは文部科学省のホームページを見ていただければ出ているデータです。平成15年から平成26年までの全国児童生徒の人数(6歳から14歳)がブルーで折れ線グラフになっています。緩やかにこうして、これ自体は皆さんもよくご存じなことで、少子化はよく言われていますので、こう見

ると、小学生、中学生の数はもうどんどん減ってきています。

これに対して、特別支援学校に入学するお子さん、特別支援学校で学ぶお子さんというのは、10年間で1.3倍になっています。いま、ごめんなさい、本当は特別支援学級というのですけれども、浜松は教育委員会のポリシーがあって、特別支援学級のことを発達支援学級と呼んでいます。だけれども、正式名称としては特別支援学級です。これに在籍するお子さんは、10年間で2倍になっています。一方、通常に在籍しながら、通級による取り出しの授業を行っているという通級指導教室に通うお子さんは2.3倍になっています。というのが、これが一つのデータから見える事実です。

その次に、文部科学省の研究機関が幾つかあるのですけれども、そこで、平成24年度に通常の学級に在籍する発達障害の可能性がある、あるいは、特別な支援を必要とするというのを全国の小学校、中学校の先生に、文部科学省が一斉にアンケートを採りました。

そのときに、平成24年度のそのアンケート調査をしたデータを基に出した数値が6.5%です。通常の学級に在籍するけれども、そこに何らかの支援が必要でしょうと、現場の教師が思っているというのが6.5%です。この少し前までが6.3%でした。この数が多いか少ないかはともかくとして、現場の先生はそう感じているということです。

さらに、小中学校にアンケートを行いました。では、文部科学省は日本全国を見たときに、通常の学級に在籍しているお子さんたちで支援が必要だというのは6.5%だけれども、「この6.5%という数字は、現場感覚として一致しますか」というものをさらにアンケートを採っています。これは、日本全国津々浦々96校の学校を対象として、校長先生、通級指導教室の担当者、学級担任、特別支援コーディネーターに聞いています。回収率は、さすがに文部科学省が調査すると94.8%です。

その結果、「6.5%という結果はその現状と一致しますか」。小学校は「そうは思わない」が54%です。中学校もちょっと高いのですけれども、「そう思わない」6.5%という数字は「あまり妥当だとは思いません」と回答してきています。

では、「そう思わない」というのは、6.5%よりももっと少ないと思うのか、6.5%よりももっと多いと思うのか、どちらだと思いますか。「多い」と回答してきています。しかも、小学校のほうが高いです、82.7%の先生方が6.5%よりももっと

いるんじゃないのと思っています。中学校では76.6%がもっと多いんじゃないのと。

では、ここで、小学校と中学校に開きがあるのは何かを考えたときに、一つは中学校、つまり少しお兄さんになって、ずいぶんと落ち着いてきた、あるいは、ずいぶんといろいろなことができるようになってきた、集団適応がよくなってきたという見方も一方ではできると思います。

もう一つ、このデータをお見せします。これは何のデータか分かりますか。小1から中3まで、小1から小6まで徐々に上がってきていて、中学校でぐっと伸びているという、このグラフは何か分かりますか。不登校の数です。小学校だと300人ちょっとに1人、中学校だと37人に1人が不登校になっています。

というのを合わせると、何か見えてきませんか。小学校から中学校にかけて、先生は6.5%よりも多いと思っている率が下がっているわけです。ということは、一方で、中学校に通えなくなっている子どももいる。中学校に通えなくなっている子どもさんの裏側に、発達障害を抱えているお子さんがいるのではないのだろうかということが推測できます。だから、中学校は少し小学校よりも少ないとも言えるかもしれないです。

ただ、それぞれがばらばらにデータが取られていますので、本当にこれに関係しているかどうかというのは分からないです。けれども、小学校、中学校に在籍しているお子さんたちの現状は、ここにも一つ見えるかなといえると思います。

次に、これは厚生労働省が出しているものです。このグラフは療育手帳を取得している方々の手帳交付台数と書いてありますが、これはもう子どもから大人まで全部ひっくるめてです。10年間もないです、平成16年から平成23年で1.3倍に療育手帳を取る人が増えています。その中でも、重度と中軽度と分かれて見たときに、中度、軽度で手帳を取る人は1.4倍に増えているというのが、このグラフです。

本当は、私の希望としては、中軽度とまとめずに、中度、軽度でそれぞれ出してほしいと思っているところですが、たぶん、軽度の人が増えているのではないかと、あるいは、境界域知能の方々が療育手帳を取る人が増えているのではないのかと思っています。これは現場感覚です。

これはもう一つですけれども、教育、福祉ときて、今度は医療の現場からですが、これは静岡県 の地図です。静岡県の中でも、浜松は一番端に、名古屋寄りにあるのですけれども、点々で囲っ

であるところでは、浜松市はいま79万人の人口です。79万人の人口に対して、私が分かるところで言えば、8カ所ぐらいの医療機関で子どもの発達、および情緒に関する問題を見てくださいます。一つは、子どものための入院治療を行う病院も持っています。

この8カ所ぐらいで、子どもさんのことで、学校でうまくいかないとか、言葉が遅いとか、落ち着きがないとか、ちょっと暴れているんだけどというような感じで診てくださる、子どもさんがこのぐらいの病院にかかれることが多いとなっています。

中でも、B（診療所）とG（診療所）というのは、私が関係している職場の病院なので、いろいろなデータが分かります。見たときに、平成25年度のBとGの診療所にかかってきた新患のお子さんが、浜松市の1歳から15歳までの人口に対しての新患数が1.1%でした。100人に1人です。100人に1人なので、ほかのクリニックとか、ほかの病院も合わせると、もっとだろうと。

もちろん、浜松市には子どもを診てくださる病院が多いからということもあるのですが、やはり何らかのかたちで医療の支援が必要だという方々が少なくないといえるのかと思います。

まとめると、教育、医療、福祉、いずれの切り口からしても、発達障害かどうかということはおき、支援が必要な児童生徒、プラス成人の数は増加しているといわざるを得ないかというのが一つの結論です。この中に、やはり発達障害と診断される方々も非常に多いです。というところで一つ、「発達障害は増えてますか」という話としたいと思います。

その次に、「それは障害ですか、わがままですか」というのを現役の先生からよく聞きます。それで、先生の側からすると、非常に学習もできる、だけれども、集団生活がうまくいかないとしたときに、これはハンディ性から来るのか、単なるわがままなのかというところで、非常に指導、支援がしにくいと感じていらっしゃるかと思います。

それで、インターネットで画像検索をしてみました。どんなふうに画像検索をしたかというところ、「Children with ○○」。この「○○」にいろいろな医学的な診断名を当てはめて検索してみました。

そうすると、外国のものを持ってきました。一番端っこのかわいい女の子はどこにハンディがあると思いますか。私はどんな診断名を入れて検索

したら、このかわいらしい女の子が出てきたと思いますか。

これは、聴覚障害というのを入力してみました。ここを見れば分かりますよね、耳のところに、たぶん補聴器が付いていますよね。その次に、これはもう肢体不自由児のお子さん。つまり、「Physical handicap」とすると画像が出てきます、肢体不自由児です。これが視覚障害。目のところをよく見てくださったら分かると思いますけれども、視覚障害。これは知的障害。ダウン症のお子さんかな。

次に見てください。では、紙飛行機を持った男の子は何という診断名を入れて検索したと思いますか。「ADHD（注意欠陥多動性障害）」、注意欠陥ではなくて、いまは注意欠陥となっています。注意欠陥多動性障害。下へ行って、これも注意欠陥多動性障害、ADHDと入れてみました。次が、先ほどもありましたように、ASD（自閉症スペクトラム）の略です。次もADHDです。これで、「autism」と入れたら、検索で上がってきました。

最初にお見せしたスライドと、この2番目に見せたスライドはどこが違うか分かりますか。一つには、視覚的な障害、聴覚的な障害、身体的な障害は、非常に視覚的に捉えることができるのです。われわれがお医者さんの診断を聞かなくても、見て、どこに不自由さを持っているのかがよく分かるのです。

それと同時に、その人が困っていたら、どんなふうに支援をすればいいのかが、ちょっとイメージがつくのです。うまく聞こえないという人には、どのように支援をすればいいか、うまくものが見えないですという人には、どのように支援をすればいいか、足が不自由ですという人には、どのように支援をすればいいのかが、非常に医学的な知識を持たないわれわれであっても分かるのです。

ところが、先ほど出てきましたADHDとか、ASDという、いわゆる発達障害のお子さんというのは、一つには困難さが分かりにくいのです。困難さが分かりにくいということは、要するに、支援の仕方がよく分からないのです。困難さが分かりにくく、支援の仕方が分かりにくいものだから、「わがままですか」という思考の循環になるのではないかと思います。ですので、同時に、発達障害のお子さんはほかのハンディキャップを持った人よりも非常に分かりにくいのだということも、ひっくり返せばいえるのかと思います。

これは金八先生が小学校の一コマまでよくあると思うのです。「今日の3時間目は天気がよいので



花の苗を植えます」。そうすると、ある男の子が「嫌だ、やりたくない」というふうな小学校での場面がまあまああるのかな。それで受診されることもありますし。

私は学校の先生とお会いする、お話しすることも多いのですが、たぶん、こういう場面を「障害ですか、わがままですか」ということをお聞きになるのだと思います。

どうですか、皆さん。「花の苗を植えましょうね」と先生が言って、「嫌だ、やりたくない」。きっと大変な子だと、まあと教室の外に出て行くのですよねとか、「嫌だ、やりたくない」とその時ぼんと何かを投げるとかというのが、きっと、たぶん先生方が苦慮されているところなのかと。また金八先生は後で出てきていただくことにしまして。

というところで、発達障害というのは、ほかの障害とは非常に、ある種の分かりにくさを持っているのかなというところで、発達障害の定義について整理していきたいと思います。

これも文部科学省のホームページです。文部科学省は発達障害をどのように定義しているかといったら、この4つで定義しています。これもホームページからいただいていたので、皆さんはいくらでも検索できます。文部科学省のホームページによると、「自閉症」「高機能自閉症」「学習障害」、4つ目に「注意欠陥多動性障害」。まだ「欠陥」となっています。この後に説明します。発達障害というのは、こういうお子さんたちですと、こういう方々ですというふうに定義しています。

ちなみに、自閉症と高機能自閉症の違いは大丈夫ですか。今日は、あまり発達障害の基本的なところはカットさせていただいているのですが、高機能自閉症というのは、知的障害を伴わない自閉症のお子さんを高機能自閉症と、文部科学省はこんなふうに定めています。

文部科学省はきちんと丁寧に「自閉症とは」ということもしっかり説明されていて。1つには、他人との社会的関係性の難しさ、2つ目は言葉の発達の遅れ、3つ目に、興味や関心が狭い、特定のものにこだわるということを自閉症の定義にしています。中枢神経系に何らかの要因があることもうたっています。

アスペルガー症候群とは、知的発達の遅れを伴わない、自閉症の特徴を持つ方々である。なお、高機能自閉症というのは、アスペルガー障害というのは、広汎性発達障害に分類されると記されて

います。

ADHD とはというので、いろいろと、注意力、および、衝動性、多動性を特徴としている障害だということと、あと、7歳以前に現れ、現在もその状態が持続している。中枢神経系に何らかの要因がある、機能不全があると書いています。これは文部科学省が出しているものです。

文部科学省は文部科学省として出しているのですけれども、私は基本的には、いま教育畑にいますけれども、長年、医療畑にいました。ですので、文部科学省が掲げているものと医療が定義しているものはちょっと一致しないところがあります。

特に、医療現場においては、どのように発達障害の診断をしているかといったときに、ここに「DSM-5」というものがあります。これは、アメリカの精神医学会が出しているものです。いわゆる、精神科系の診断のための手引き書です。これが日本の精神科関係の先生方はこれを手引き書として診断に使っています。これが改訂されたのです、2年ほど前に。ようやく日本でも日本語に訳されて、その訳されたものが、いまかなり普及した状態です。

もともと広汎性発達障害という言葉は「DSM-4」の中で言われていた言葉です。ところが、「DSM-5」になって、広汎性発達障害という言葉がなくなりました。その中で、神経発達症という言葉なので、発達障害という言葉ではなくて、神経発達症という中に発達障害のお子さんたちの項目が入っているということです。

1つには、知的能力にハンディがある。2つ目に、自閉症スペクトラム症、あるいは、自閉症スペクトラム障害という言葉を使って、この中では、一応、広汎性発達障害とか、自閉症とか、アスペルガー障害という言葉は使われなくなります。というふうに、ここを大きく、その自閉症関連に関しては、医学の中ではもう一度整理し直されました。その後、注意欠陥と言っていたものが注意欠如と日本語訳も変わっています。あと、学習障害も局限性学習症、局限性学習障害。あと、運動症群、運動障害群というので、簡単に言うと、運動に不器用さを持っているお子さんたちです。

学校の中で少し対人関係がうまくいかないというお子さんの中に、非常に不器用だというお子さんも多く目にされると思うのですが、非常に縄跳びとかがうまくいかないなどと、かなり発達性協調運動障害というものを併せ持っていらっ

しゃるお子さんも少なくないかなと思います。

それで、あと、この「DSM-5」で大きく変わったのは、知的能力障害群と自閉症スペクトラム症と、あと、注意欠如多動性障害に関しては、重症度を診るとなっています。ですので、ADHDと言われても、非常にその重症度、つまり、その特性が重いお子さんか、一見分からないという軽いお子さんまでいろいろいらっしゃるの、そこで重症度を見るのは、今回医学関係では大きく変わったところですよ。

私が教育委員会に行く前に外来で見ていたお子さんたちが、年間200人以上いました。一番下は2歳前後、一番上は30歳前かなという具合で、200人以上のお子さんと同年代お会いしていました。私が見ていたお子さんの中での診断別に分けてみました。一番多いのはASDです。ASD、いわゆる自閉症スペクトラム症です。その次に、知的障害。その次に、ADHD、その他となっています。

えっ、ADHDはこんなに少ないのと思われた人もいるかと思うのですが、ここでのADHDは純粋に知的障害を伴わない、あるいは、自閉症スペクトラムを伴わないというお子さんのみです。だから、知的障害もなく、対人性の問題もないADHDのお子さんたちです。自閉性の問題とADHDを両方持っているおさんは一括ASDに分類しました。

としたときに、私が診ていたお子さんたちはこういうふうです。これは中林に限ったものかと言われると、外来全体で見ても、おおむね差は出ません。

おまけに、数年前に、ほかの市町村から当センターに見学に見えられたドクターがいるのです。そのドクターと情報を交換していても、外来のトップに来るのはASDだと。ですので、私個人、全国、子どもに対する発達や情緒を診てくださるところではほとんどはASDがトップに上がってきている。

20年前、自閉症は80%が知的障害を伴うというデータだったのです。何年前かな、もう5、6年、6、7年前ぐらいから、いよいよ知的障害を伴うおさんは50%でしょう。最近、いよいよ、6割から7割は知的障害を伴わないでしょうと変わってきています。ですので、医療に関わってきているお子さん方で、かつ、親御さんも医療を必要と感じている自閉症スペクトラムのお子さんたちは、非常に知的障害を伴わないおさんが多い。ひっくり返せば、通常の学級の中で頑張っているお子さんたちが非常に多いともいえます。

す。さらに、知的障害を伴わないお子さんたちの中に書字障害、いわゆるLDの一つですが、LDの一つを合併していることも少なくないということはいえるかなと思います。

「DSM-5」では、どのように自閉症スペクトラム症を定義しているかといったら、2本の柱で定義しています。1つが、「複数の状況で社会的コミュニケーション、および、対人的相互反応における持続的欠陥(A)」。非常に難しく書いてあるのですが、要は、人と人とのコミュニケーションのところに難しさがあるということを行っています。

2つ目には、「行動、興味、または活動の限定された反復的な様式(B)」。これも少し優しく言うと、こだわりに関するもの、同一性に関する固執。あと、非常に興味が限定的である。この中に、もう一つ入っているのは、感覚過敏に関するものは、Bの中に入っています。この2本を柱に自閉症スペクトラム症というものを診断していくものです。

Aは、これは少し簡単に書いてきたのですが、では、どのようにコミュニケーションがうまくいかないのか。1つは人との距離感が非常に分かりにくいです。人との距離感というものに対して、非常に困難さを持っています。

2つ目に、人と興味、情動、感情を共有するのが苦手です。3つ目に非言語的なコミュニケーション行動。具体的に言うと、視線を合わせる、身振りとか、表情で相手の意図をつかむということです。簡単に言うと、私が誰かをこの場でじっと見ると、相手は何を考えるのか、えっ、もしかして、私はあてられるときと思うと思うのです。というのは、私も一応読み取れるところですよ。

ここで、目が合うと、ますますあてられるんじゃないかと思うと、人間はどうするかというと、下を向くのです。そうすると、私も、下を向いたということはやめてねということだろうなということが分かるわけです。ここに何の言葉も交わしてないわけです。だけれども、私が誰か一人に視線を送り、相手と目が合った瞬間に、それだけのことが交換されているのです。あっ、目が合っちゃった、あてないで。あてませんよというふうな。というふうな、これが非言語的なコミュニケーションの行動です。

あと、表情の読み取り。一応、皆さんから私の表情がどう写っているか分からないですけども、少なくとも、いま私が怒っていると思っている人

はいらっしゃらないだろうし、非常にいま私がつまらないと思っている人もいないと思うのですけれども。

というふうに、言葉にしなくても、相手の表情からどんなことを考えているのかがイメージできますというふうな、こういったようなコミュニケーションに関することが非常にうまくいきにくい。

それで、先ほども自閉症スペクトラムのお子さんにもいろいろなものが合併しますという話をしたと思うのですけれども。一つには、発達性協調運動障害という不器用さ、体を使うことの不器用さというものを合併しているお子さんが多いです。

簡単に言うと、学校にどういふふうに見えるかという、体育が非常に苦手であるとか、ボールを使った運動が非常に苦手である。ましてや、バスケットボールのように、走りながらボールをドリブルしなければいけないというように、2つの課題が入ってきます。走ることと、ボールをつくということ。おまけに、自分の味方を見つけて、その人にパスをする。1つの行動の中にいろいろな要素が入ってくる。こういうものをうまく連合させて器用にやることができないというのが発達性協調運動障害です。

ADHDの問題を合併しているお子さんが非常に多いです。ただ、ADHDに関しては、小さいころは非常に多動性が目立ちます。簡単に言えば、動き回るとか、座ってられないとかというふうに目立つのですけれども、大きくなると、どちらかという、小学校高学年以降ぐらになると、落ち着かないということよりも、不注意ということが目立つような印象を受けます。

ですので、ADHDも非常に小さいころか、少し大きくなってきたころとでは、前景に出る症状は非常に変わってきます。大学とか、短大とかになると、授業中ずっと落ち着かずに立ち歩く、あるいは、床に寝そべっている人はほとんどいないと思うのです。どちらかという、授業に集中できないとか、心ここにあらずの状態が非常にあります。

という感じで、ADHDの症状は年齢とともに、ちょっと違ってきます。いま、ASDのお子さんはだいたい60%から70%がADHDを合併するといわれています。

実は、浜松市の医療機関は全国の中でも少ないと思うのですけれども、それでも、非常に待ちの状態です、新患は。待っていただくことが多いのですけれども。一番、いま私たちが頭を痛め

ているのは、どちらかという、虐待を受けてきた、いろいろなことが理解されずに、対人トラブルによって2次障害を併せ持つASDのお子さんが増加しているかなというのが現状です。

ここで、あえて、私が今日の予定の柱の中に、「ASD児の特性」というものを項目の一つにしたのがちょっと理解していただけたかなと思います。発達障害という枠は非常に概念としては大きいのです。だけれども、そこで、医療の中で一番お目にかかることが多いと同時に、非常に一度お会いする、一度面接をすると、なかなかさよならできないのがASDのお子さんかなと思っています。ですので、発達障害の中の、特にASDの特性について詳しくお話ししたいと思います。

先ほども出したスライドですけれども、これを丁寧に説明していきます。先ほども言いましたように、コミュニケーションがうまくいかないといったら、いま私、目の前にいる学生さんとの例を挙げたのですけれども、例えば、私の外来でのお子さんとのやりとりの中から、皆さんにイメージしていただきたいと思うのです。

私と外来に来ていらしたお子さんたちで、これは知ってますか、分かりますよね、『クレヨンしんちゃん』です。『クレヨンしんちゃん』の漫画を使って、プリントの中に『クレヨンしんちゃん』の絵が5枚あるのです。5枚あって、これをどうするかといったら、「これは、お話の順番がばらばらだから、並び替えてほしいの」とお話しをするのです。「お話の順番を並び替えて、その後、せりふがないでしょう、ですから、吹き出しを付けて、せりふを書いてくれる？最後にタイトルを付けて」と言うと、ほとんどの小学校のお子さんは嫌だと言わないです。一生懸命やってくれます。

これが『クレヨンしんちゃん』ではなくて、べつに特に普通にお母さんと普通の子どもだったら、たぶん拒絶するお子さんが多いのです。

これで、一応、話がばらばらになっていて。順番が、いいですか、これが1番。しんちゃんとお母さんがミカンを食べている。これが2番。しんちゃんがミカンを食べってしまった。だけど、お母さんはまだ食べている。3番が、しんちゃんが何か言ってます。4番が、あれっ、気がつく、お母さんのミカンがないの。5番が、お母さんが追い掛けるというのが順番です。いいですか。すごく簡単ですよ。たぶん、小学校低学年から、早ければ、年長さんぐらいでも、これはできると思います。

ほとんどの子が、一応、通常の学級にいる ASD のお子さんたちですけれども、ほとんど、この話の順番を間違える子はいないです。絵を見て、どんなふうに場面が流れたか、非常によく分かっているのです。

ところが、こんな感じです。「今度、じゃあ、先生が吹き出しを書くから、せりふを入れて」と話します。中には、書字障害を持っている子は嫌がる子もいるのですけれども、そういう場合は、「言ってくれたら書くから」と言うと、言ってくれます。あるいは、書いてくれます。

そうすると、A子の1番。「さあて、ミカン食べよう」とお母さん。しんちゃん、「うん、うん、あむ、あむ、おいしいですなあ」という感じで、かなりしんちゃんになりきってせりふを書いてあります。

その次に2つ目。お母さんのせりふ、「まだ残っているもん」。しんちゃんは「ああ、ああ、もうなくなっちゃった」。いいですね。

今度3つ目。お母さんが「だって、これ私のだもん」と。しんちゃんは「取りたい、食べたい、ずるい」とせりふを書いています。

4つ目に、「うん、おいしいですなあ」としんちゃんが言っていて、お母さんが「あっ、ない。しんちゃん食べたでしょう」というせりふです。

最後に、「こら、待て、しんのすけ」と。「おら、食べてないもん(逃げる)」まで、ご丁寧に「(逃げる)」まで書いてあるのですけれども。というふうに漫画をつくってくれます。

皆さん、ちょっと違和感を感じたところはないですか。確かに、お話の順番は合っているし、せりふも、ところどころ、うんうんという感じですがけれども。もし、違和感覚えるとすればここです。3番目です。ここは何で違和感を覚えるのですか。「取りたい、食べたい、ずるい」「だって、これ私のだもん」と。「うん、おいしいですなあ」「あっ、ない、しんちゃん食べたでしょう」。ここです、皆さんが違和感を持つのは。

本当は、ここにどんなせりふを入れなければいけないのですか。例えば、「あっ、ゴキブリ」とかと言えば、「えっ、どこ？」という視線ですよ。その際に食べるという、相手の注意や気持ちをそらして、その際にミカンを食べるとというのが、この漫画の醍醐味なのです。ところが、このせりふだと、視線も、このしんちゃんの指差しもまったく考慮されてないですよ。

だから、ASDのお子さんたちは、ある種パーテストをすると、非常によかったりするのです。

ところが、学級の中でお友達同士の関係がうまくいかないというのは、まさに、こういう私たちのせりふのないところで行っている視線だとか、指差しとかといったものを瞬間的に読み取り対応することが難しいのだというのがいえます。

だから、国語のテスト的に言えば、お話の順番が合っているの、ある種丸なのです。ところが、そのプロセスがどのようになっているのかというと、少し私たちとは捉え方が違うというのが分かってもらえるのかなと思います。

日々、こういうふうな、目では捉えることのできないコミュニケーションというのは本当にたくさん起きてくるのですけれども、そこで、うまく読み取れないとなると、非常に対応が間違ってくるということはあるのかな。あるいは、相手の意図を捉えることが難しくなるのは分かると思います。

これは別のお子さんです。「さて、ミカン食べよう」「いただきます」「もぐもぐ」「母ちゃん、食べるの遅いね」。「食べちゃおうと」。

この3つ目です。「母ちゃんのミカン残っているから食べよう」「はあい」と言っていますのです。私のほうも、ねえ、どうしてみさえは「はあい」と言ったのと聞いたら、「ピンポンと鳴ったから」。ピンポンと鳴ったというのは、玄関がピンポンと鳴った。「そうだ。だから、「はあい」という返事をしたんだ」と答えているのです。

ただ、この状況からピンポンと鳴ったというのを読み取るのと、あともう一つこれを生かすならば、もう少し違うせりふが必要になってくるのかなというかたちで、非常に状況と言語化されているものが、やはりちぐはぐな状況にあると言えるのかなと思います。

「A」に関する人とのコミュニケーションが非常にうまくいきにくいということが根っこにあるということイメージして下さったらいののかな。その次に、興味、情動、感情の共有、困難さ。

これは別のお子さんです。やはり通常の学級に在籍しています。知的能力も非常に高いお子さんです。9歳の仮にいまはひろし君とします。ひろし君に「この絵のお話をしてくれない？」と言うのです、私が。この絵を見て、ひろし君、この絵のお話をすると私が言ったら、ひろし君の第一声は「リンゴが落ちている」。ああ、確かにリンゴが落ちている、間違いなし。私が本当だね、リンゴが落ちているね。もっとお話してと言ったら、それからひろし君が「バス停が折れた」。本

当だ、実は私も気がつかなかったのです、バス停が折れていたというのは。本当だ、バス停が折れていた。そうだね、それからと言ったら、「事故だ」というふうになったのです。

彼の言っていることは正しいのです、ひろし君が言っていることは。リンゴが落ちているし、バス停が折れている、確かにです。だけれども、優先させることは何ですか。リンゴか、バス停か、事故か。事故ですよ。

という具合に、私たちはこれを見た瞬間に、私はまったくバス停は気づきませんでした。といったときに、事故という優先させなければいけない事柄が前提にあって、その前提の基に会話を進めていくのです。

ところが、では、ひろし君はどこを見たのかというと、事故ということよりも、リンゴやバス停のところに気持ちが、目が、視線がいつているのです。つまり、細部のほうにいつているのです。事故は全体です。バス停、リンゴは細部です。簡単にいうと、細部にやはり目が向きやすいということと、あと、みんなが何を優先しているか、何を大事にしているかということが非常に瞬間的に捉えにくいので、お話ししてねと言ったら、事故だというのが3つ目になってようやく出てきた。

こういうふうな心理室のやりとりを見ていて、学校でやはりどんなふうにつまづくのかというのはなんとなく想像できるのです。例えば、小学校だと、どんなふうにかこういうことが展開するかといったら、誰かがお友達のかばんに足を引っ掛けてしまって、先生の教卓にばんとぶつかった。教卓には花瓶が置いてあった。花瓶が置いてあり、ある子が足を引っ掛けて教卓にぶつかって、花瓶が倒れ、その子が運悪くおでこを切ってしまったという場面があります。

そうすると、みんながわいわい、どうしたのと言いますよね。そこに、クラスが休み時間ですがやがやしているところに担任の先生が来ました。担任の先生が「どうしたの」と聞きますよね。「どうしたの」と言ったら、たぶん学級委員とか、ほとんどの子は「何とかちゃんがね、先生の机にぶつかってね、血が出るの、大変なの」ときつと言うと思うのです。

これが、もしひろし君だったら、「ひろし君、どうしたの、何があったの」と聞いたら、「花瓶の水がこぼれました」ときつと言うのだろうな。そうすると、ひろし君が「花瓶が倒れて、水がこぼれました」と言ったら、クラスの子どもたちはどうなりますか。「何言ってるんだよ、そんなこと

よりも、何とかちゃんがけがしただろう」ときつと言うと思うのですよね。

ひろし君にすると、花瓶が倒れて水がこぼれたのは事実です。ですので、水がこぼれた、水がこぼれたことも大変なことです。水がこぼれたと、先生に聞かれたからそう答えたら、なぜか知らないけど、みんなからブーイングがきた。なぜ、僕はここで責められるのかが分からない。うそもついてないです。先生に聞かれたら、第一声に、「花瓶が倒れて、水がこぼれました」と言っただけなのに、クラスから「何言ってるんだよ」といつてブーイングがくるのは非常に本人としてもつらいところだろうなと。

これで、例えば、ASDのお子さんに理解のない担任の先生だったら、さらに、「ひろし君、そんなことよりも、何とかちゃんがけがしているんじゃないんですか。この子を早く保健室に連れて行かなきゃいけないよね」といつて、ちょっと注意っぽく言っただとすると、その子はほとんど立つ瀬がないという状況になります。

たぶん、学校の中で大小に関わらず、そういうトラブルというのは、きつこういうところに小さな根があるのだろうなということがイメージされる場所です。

ですので、ここで、先生の理解があるかどうかで、全くせりふが違ってきます。先生がもしもASDのお子さんの理解をしていたら、たぶん、そこで「そうだね。水がこぼれちゃったのも大変だよね」。「でも、何とかちゃんがけがしちゃったのも大変だよね」というせりふになるか、「それよりも、こちらでしょう」といつてを言うかによつて、ずいぶん違ふのかなと思います。

ASDのお子さんの話をもう少ししたいと思います。先ほどのひろし君とは関係ないのですけれども。これは非常によく見られることです。先ほども言いましたように、私がまだ20代のもつと若かりしころ、まだ自閉症のこともあまりよく分からずに就職したときに、圧倒的に外来に来られるお子さんたちは、2、3、4歳が非常に多かった、幼児さんが非常に多かったのです。幼児さんで言葉が遅いとか、落ち着きがないだとか、幼稚園や保育園でうまくいつてないという相談で来られる方が多い。

いまは、私は市教委に来る前は、幼児さんは4分の1です。前は8割で、どんどん減つて、いまは4分の1ぐらいになっているのですけれども。というのは、ずつとお付き合いが続くからです。ですので、私のように年齢が上がつてくると、ど

んどんお子さんたちが大きくなっていき、3歳で会った子も、20年たつと23歳ですよ。というふうに、そのお子さんたちのずっと経緯を見ていくと、子どもは発達するのだなということと、子どもは本当に変わるのだなと、本当に体感できたことです。

例えば、3歳、4歳のときに来られたときに発達検査をします。そうすると、発達検査はDQ（発達指数）という数字が出るのですが、DQ 63だった、例えばA君にします。B君も3歳ぐらいで、言葉が遅いとか、落ち着きがないでやってこられた。このお子さんも発達検査をするとDQ 54だった。DQが60台、50台、70台、いろいろいらっしやいますけれども、非常に幼児期に来られて、軽い遅れがあるよというお子さんがたくさんいらっしやいました。

ところが、ずっとお付き合いが続いて、A君タイプのお子さんたちが9歳のときに知能検査をする。これは、ごめんなさい、WISC-IIIです。WISC-IVでなくて、WISC-IIIでやると、IQ 99、来たときに発達が63だったのが99にアップしている。B君、あるいはB君タイプのお子さんも、来たときには軽度の遅れがあった。ところが、9歳のときに来たときにはIQは97だった。

というふうに、知能が伸びることは決して珍しくないのです。お母さん方の中で、学級選択をしていくときに、昔に比べてずいぶん伸びてきましたというのは、ある意味事実なのです。なかなかお母さん方の中には、お子さんが困っていても、知的にずいぶん伸びてきているから、通常で頑張りたいということは、教育現場の中ではよくあることなのです。事実、こうやって伸びるお子さんは少なからずいらっしやいます。結構多いと言ってもいいですね。

ところが、A君タイプとB君タイプは、進んできた教育課程が違います。当然、就学前の幼児さんのときに、言葉が遅い、落ち着きがない、お友達とうまくいかないというふうに来られると、当然、母子療育、親子療育グループ、小集団グループをやってみましようとか、個別の心理でその子のコミュニケーションとか、知的発達を伸ばしていきましょう。あるいは、こだわりが強くて、生活の中で困ったということがあると、お母さんと相談して、生活を整えていきましょうという個別心理をします。あと、ことばの教室に通うとか、概ね幼児さんの中の療育プログラムの中の代表的なものを持ってきました。あと、いろいろと感覚統合ですとか、いろいろなトレーニングが

ありますけれども。だいたい幼児期はどここの市町村でもやっている、割とどこの病院でもやっているというものです。

今度、小学校はA君が、3歳のときにDQ 60台だったけれども、入学前には80ぐらいになった。通常の学級で頑張ろうかな。B君も検査をしてみたら、入学前には80ぐらいになっていて、だけれども、B君は特別支援学級、自閉症情緒（障害特別支援）級に決めましたというお子さんは、知能だけではお子さんの進路は決めることはできません。

というふうに、A君、B君と少し、教育の、学習する場が違って来た。A君は通常学級で頑張っていて、高等学校も行ったよ、あるいは、専門学校に進んだよというお子さんは非常に珍しくないのです。B君のように、自閉症情緒学級で頑張っていて、中学校も自閉症情緒学級で頑張っていて、高等学校は特別支援学校の高等部に行ったというパターンも非常に少なくないです。もちろん、これ以外のパターンも幾つかあります。

だけれども、A君とB君と、この教育の流れが違うのはどこにあるのか。これは、昔の分類ですよ、高機能自閉症、アスペルガー、これが全部、昔は広汎性発達障害と言われておりますよね。いま、これはASD、自閉症スペクトラム症となっているのですけれども。

軽度の遅れから、これは知的です。これが自閉性の状態です。対人相互性、社会性の問題。こちらが非常に高い、こちらがない、この辺が一見分かりにくい。知能は70を一つのラインとして、ここから下が遅れがある、この辺が境界域、これが100です。

A君というのは、こういうふうに変わってきたお子さんです。小さいときというのは軽度の遅れがあって、非常に自閉性の問題が顕著であったというお子さんが、9歳になるに従って、知的に伸びてきて、それで自閉性の問題が非常に一見分かりにくくなった。たぶん、こういうお子さんたちを昔はアスペルガー障害と言われていたと思います。

ところが、B君タイプというのは、知的には非常に伸びて来た。だけれども、ASDの特性は非常にしっかりといまも持ち合わせているというのが、B君タイプです。

という具合に、子どもの発達は、知的にも変わってきますし、対人性の問題というのものすごく変わってきます。ところが、IQだけでものを考えると非常に難しいです。そのお子

さんが、やはりきちんと知的状態はどうか、学習状態はどうかと、一方では、対人相互性、社会性の問題はどうかというところをこの2軸で見ていくのは非常に大切です。同時に、発達的にも変わってくるということがとても大事です。

お母さん方が大きくなって変わってくるとおっしゃっているのは、ある意味、そのとおりです。こうやって変わってくるのです。もちろん、中には非常に重篤な遅れと、重篤な自閉症の問題を持ち続けるというお子さんもいらっしゃるわけではないですし、もちろん、知的に非常に指数的に厳しくなってくるお子さんもいらっしゃるのには確かです、ASDのお子さんたちの中にも。ところが、あるお子さんたち、特に高機能自閉症アスペルガータイプのお子さんたちには、こういう変化をしていくというのも事実です。

先ほど言いましたように、知能検査ではかられる言語理解に関する項目は、コミュニケーション能力とは必ずしも関連していないです。ですので、言語理解能力が高ければ高いほど、コミュニケーション能力があるかといったら、それは、また関連しているとは非常に言いがたいです。

言語性が103、言語性が90、トータルとして、90、97。言語性が90といったら、これはほとんどまったく遅れない範疇です。検査ではこのように出ます。

だけれども、実際のコミュニケーション状態はどうかというと、例えば、A君タイプの子が高校のときに心理室にやってきます。私が「高校生活はどう?」。これは私の聞き方が悪いです。そもそも「どう?」なんていうのは、「どう」というのは何がどうという感じですね。本当を言うと、「高校生活、学習はどうですか」とか、「お友達はできましたか」とかというふうなことを全部ひっくるめて「高校生活はどう?」。本当はASDのお子さんたちには、こういう質問が一番よくない質問の仕方ですね。

それは分かっている、あえて「高校生活はどう?」とA君に聞くと、A君は通常の学級をずっと進んできたお子さんです。

「まず、先生、勉強の報告からします。テストのほうは…、勉強のほうは…。ところで先生はホンダの丸々をご存じでしょうか」というような会話が交わされます。ですので、「どう?」という非常にあいまいな質問に対して、勉強のことを自ら語り、部活動のことも語り、最後には自分の趣味である自動車の話をするという、こんな感じで

す。

ところが、自閉症情緒学級の特別支援学校に行かれたお子さんたちに「高校生活どう?」みたいな話で聞くと、まさに、どうは何がどうの世界ですよね、「分かりません」という。

ですので、知能検査で現れる知能の状態というのは、必ずしも、こういったようにコミュニケーションと一致するわけではないのです。ただ、知能検査で現れる知能の状態というのは、学校の学習とはもう少し関連するところはあると思います。学習ができるということと対人的なやりとりがどのくらいできるかということは一緒に考えることは難しいかなと思います。

次に、「B」の「行動、興味、または活動の限定された反復的な様式」というのは、いわゆる、同一性の固執ですとか、こだわりに関する事だとか、あるいは、感覚過敏に関する事が次の柱になっているのです。

同一性の固執というものの例です。これは、9歳のアスペルガーの男の子の作品です。これはトミカ、プラレールでいろいろなものをつくって、作品をつくってくださったのですけれども。きれいに並んでいるでしょう。通常の学級のお子さんですけれども、よく2歳とか、3歳とかのときに、自閉症のお子さんを見ると、ミニカーをきれいに並べてますとかという話を聞くと思うのですけれども、割とそういったものを残存しています。きれいに並んでますよね。

あとは、これはコラージュをつくったのです。お店屋さんをつくらうというのでコラージュでつくったのです。ここにきれいに商品が並んでいます。というふうに、作品の中にも、こうやって非常に同一性の保持みたいなものがあるのですけれども。

学校の中に行きますとどんなふうになるかというと、これは私の体験ですが。大きくなると、お母さん方は結構夕方にいらっしゃるのです。小さいときは昼間に来られるのですけれども、学校にあまり差し障りがないので夕方に来たいというのです。

4時ぐらいから予約が入っていると、20、30分がお子さんとの個別面接で、あとの20、30分はお母さんとの面接なのです。私のほうも、最後の患者さんというところもあって、お母さんも非常にいろいろおうちや学校で困っていると、相談が長くなっていくということがあります。

そうすると、本当は4時から5時だけれども、5時になっても終わらないことがあるのです。子

どもさんは外で待っているのです。通常の学級の中学生の男の子ですけれども、いきなり、お母さんとの面談に入ってきて「中林先生、もう5時です。終わってください」とおっしゃるのね。「もう5時です、終わってください、おしまいにしてください」と言うので。

ううん、私は、家で予定があるのだなと思って、「そうだね、5時までだね」と。「ところで、今日は家に帰って、どういう予定なの？」と聞いたら、「はい。5時半から何とかという番組を見ます。ですから、もう終わってください」というふうに、非常にスケジュールに対してかたくなです。

そういった意味ではこだわりとってしまえば、そうですね。こういうふうに、作品を通じても見えますし、日常生活の中でも、そういったように、いま、お母さんと話をしている、お母さんの話が長引いているということは、お母さんがいろいろ相談があるのだろうなということではなくて、自分のスケジュールが大事なので、早く終わってくださいというふうになります。

そこで、やはり教育的な意味としては、私としても、「そうだね、5時だからもう終わるね。じゃあ、今度の心理も4時だから、たぶん1時間では終わらない可能性がある。じゃあ、そういうときにどうすればいいかな。いまみたいに、お部屋に入ってきて、「終わってください」と私に言うのがいいか、もっと別な方法があるかどうか」と言って、最終的に考えたのは、心理に来る日はビデオで見たいテレビの録画をしてくるという、ここが大事なのです。

ですので、あなたのことは否定はしないし、ある意味正しい。だけれども、そこで、お母さんとの話し合いの中に、時間だから割って入ってくるという行動も正しいとはいえない。では、みんなが納得できるには、どんな行動をすればいいか。そうしたときに、そうだね、ビデオがあるよね、それで取ればいいよねと言ったら、本人も納得するということです。まさに、教育現場の中では、大勢のお子さんの中で、どこまでそんな対応がというのはあるかもしれないです。

あと、結構、ASDの女の子は漫画の才能を持っている子が多いです。素晴らしい絵を描きます。「先生、よければ何か描いてあげる」と言うから、「じゃあ、心理室の前にね、ここが心理室ですよと分かるように、何かポスターを描いてくれる」。こんな素晴らしい絵を描いてくださって。もちろん、女の子を並べているという絵もありま

す。

最後に「対応・支援」について話をしていきたいと思います。少しASDのお子さんのことをイメージしていただけたかと思うのです。1つは、やはりお子さんそのものへの対応と支援です。2つ目には親支援です。特に母親です。この2本がとても大事だと私は思っています。

ASDのお子さんの対応を考えたときに、やはり原則、私たちが頭に入れておかなければいけないことは、1つは過敏性の対応というのは大事です。非常にASDのお子さんたちは過敏性を持ち合わせていることが多いです。小さいころは、非常に音に反応するということだとか、あるいは、偏食というかたちでも現れます。味覚に関する過敏性が高いから。幼児期のお母さん方の相談の中にも、偏食に関するものがかなり上位を占めています。

過敏性で多いのは、やはり音に関するもの、触覚に関するもの、肌触りに関するものは多いです。要するに、幼稚園、保育園だったら、泥を使って遊びたくないとか、スティックのりではないので、手にのりが付くのが嫌だとか、あるいは、何か服に水が付くのが嫌だとかというふうな、あるいは、帽子をかぶるのが嫌だというのは触覚の過敏の問題とか。

大事なのは見通し、これは、どこかで皆さんはきっと、発達障害に関する、あるいは、ASDに関する本も読まれているでしょうし、講演もたくさん聴いていらっしゃるだろうから、本当にありきたりな話ですけれども、やはり視覚化をしていく。あるいは、予測可能な例外について、事前に知らせておくとか、新しいことに関しては、個別できちんと本人が納得できるかたちで説明したり、イメージ化をしたり。あるいは、場合によっては、一度、事前体験をしておくということがあります。

私は長年、6年生になると、修学旅行をどうクリアするかというのを、お母さんと、修学旅行が始まる3、4カ月前から計画を立ててきました。小学校6年生の場合は、浜松は修学旅行はだいたい秋に行くのです。秋に行くので、もう夏前ぐらいから、可能な限り、先生にどこに行く予定なのか、何日ぐらい泊まるのか、どこに泊まるのかということで、一緒に可能なものは事前体験、体験が難しいものはイメージ化を図るということがあります。

例えば、どんなふうにするかといったら、浜松はよく東京へ行くのです。東京へ行って、よく



ありがちなパターンとしては、国会議事堂だとか、浅草に行く。2日目にディズニーランドに行ったりだとか、あるいは、集団で上野公園のほうに行ったりだとかがあるのです。

そういうときに、お子さんはホテルに泊まったことはありますか。ホテル、分かりますよね。家とは違いますよね、バス、トイレが。浜松はほとんどホテルに泊まります。ですので、ホテルに泊まったことがあるかどうか。ない場合は、ホテルというのは、家とはバス、トイレが違うという話をしなければいけない。

非常にインターネットはありがたいです。ホテルの内部が写真で出ますので、こういうふうになっているよというのとか、お風呂に入るときにどこにお洋服を置けばいいのとか。バスタブに入るときには、きちんとカーテンを引いて、カーテンの中に入れないと水が出てしまうからねということだとか、こと細かに。ちょっと経済的に余裕があるうちは、では、夏休みの家族旅行で、ホテルに泊まってみますというので、そこで現地にお母さんに説明してもらおう。

あるいは、東京といったときに、東京駅というのは、浜松と違って都会です。都会はどうなるかといったら、人がいっぱい行き交います。人が多いのでぶつかることがあります。だけど、ぶつかったからといって、あなたにけんかを売っているわけでも何でもありません。都会はそういうところですよというレクチャーなどをします。通常の学級にいるお子さんにです。

お小遣いは幾らまで持って行っていいですかということで、では、そのお小遣いはどんなふうに使いましょうということをお小遣いは可能な限り、その子にとって分かるように見せたり、説明したり、こういうことにはこういう意味がありますということだとかを伝えるという、こういう見通しを伝える。

あと、先ほどもありましたように、その子がどこに視点を置いているのか、どこに興味を示すのかが非常に分からないです。ですので、その子がどんなものごとの捉え方をしたかというのは、非常に、こちらがイメージすることも大事です。

ただ、本人にとっては、こちらから見て不適切な行動だと思っても、基本的には意味と理由があります。こちらが見て、とっぴに見えたりだとか、あれっと思うことも、本人によくよく聞くと、非常に意味や理由があることが多いです。無視して注意すると非常にずれてきますし、お互いに怒り出すということが起きてきます。その子の思考に沿った説明の仕方としてその行動を取ったかの理

由を聞くことはとても大事です。

4番目ですけれども、知的障害がない、あるいは、知的障害が軽度のお子さんたちは自己理解が大事だと思っています。告知ということも含まれるかなど。ですので、自分がどういう特性を持った人なのかということを引きちんと自分自身が理解を深める。

小さいころは、まず親御さんの理解です。同時に、その次に理解をしてもらうのは、保育園、幼稚園、学校の先生です。ところが、大きくなってくると、思春期ぐらいになると、今度は、本人が自分のどういう強さ、強み、あるいは、どういうところが苦手だという理解を図っていくことが大事だと非常に思っています。

何人かのお子さんには、付き合いの長いお子さんには私から告知をしましたし、この本を読んでということもあります。ただ、告知の前には、必ず親御さんの了解を得るのは前提です。ちゃんと親御さんが理解していないのに、子どもに告知すると大変なことになります。ですので、親御さんがちゃんと子どもさんのことを理解している、診断を受け止めているといったところで、今度、お子さんへの告知ということになります。自己理解を図ることで、自分で対処できるものを増やしていかなければいけないのです。いままさに、私にとっても課題です。成人期に向けての。

先ほどの金八先生が戻ってまいりました。「3時間目は天気がよいので花の苗を植えます」。金八先生とジム君か、ジル君が分かりませんが、「嫌だ、やりたくない」。

これが、ASDのお子さんだとした場合に、金八先生はよくやりそうなことはこういうものです。金八先生に「嫌だ、やりたくない」と言ったら、次に出てくるのは、「1カ月後を想像してみましょ。皆さんが植えた苗はきれいな花が咲きます。花はそれを見る私たちの心を優しくしてくれます」というのが、だいたい金八先生のせりふです。

というふうに、こういった説明が一番、ASDのお子さんには伝わらないですよ。花を見る。1カ月後に花が咲く、これは事実でしょう。花を見たら、人の気持ちを優しくする、いったそれは何という感じですよ。ですので、金八方式が一番ASDのお子さんには伝わらないと思ってください。

ところが、私たちはこれをやりがちです。相手の立場になって考えてみましょというものが、一番。相手の立場に立ってみましょだとか、それ

によって、こんなことがというふうな抽象的な話は一番入らないです。

だとすると、花の苗を植えようと言って、「嫌だ」と言ったASDのお子さんへの対処はどんなことを考えなければいけないのか。

もしかして、過敏性があるのかな。花の苗を植えるということは、手に土や泥が付く、服に付く、それが嫌なのではないか。時々いるのです、虫が嫌だという子もいます。虫が嫌なのではないか。これによって、手立てが違ってくるのです。

手や服に泥が付くのが嫌ならば、泥が付いてもいい服に着替えようか、あるいは、ゴム手袋を試みるのはどうという話になります。

では、過敏性の問題ではない、今度は、金八先生は「天気がよいので花の苗を植えましょう」と言いました。ということは、急な予定変更をしたのではないのと。だから、先生の中では雨が降ったらやらないけれども、天気がよかったら花の苗を植えてしまおうというのがあった。

だけれども、それを子どもに伝えてなかった。本人からすると、事前に聞いてないな、急な予定変更、それは受け付けられないということが起きるかもしれない。あるいは、予定していた、本人は花の苗を植えるのではなくて、本来の違う教科を勉強すると思っていた、それを楽しみにしていた。それが、花の苗で全然できないことになってしまったのではないかとすると、嫌だ、やりたくない。

もちろん、花の苗を植えることに興味がない、あるいは、それはどのようにすることなのかの手立てが分からないということがあるかもしれない。

そうすると、これはやはり全然対応が違ってくる。事前にきちんと知らせておかなければならないとか、あるいは、予定していた学習はどの時間に保証するのか、この子がやりたいと思っていた学習をいつならばできるのかというのを伝えてあげればいいですね。この時間はできなくなってしまったけれども、今日の午後ならばできるのかもしれない、次の日ならばできるのかもしれない。どこまで待てば、本人がやりたいと思った学習ができるのか。

もしかすると、以前、花の苗を植えるみたいな、花壇に関することをやったときに、何か好ましくない、本人にとって嫌な体験があったのではないか。好ましくない出来事が頭の中でリンクしてしまったことがあるのではないか。

というふうなところで、「嫌だ、やりたくない」の背景を考えないと、ただ単に、「人の心を美し

くしてくれます」では難しいですね。同時に、教える先生のほうで、少なくとも、いまぐらいのことは想定して、何に引っかかって「やりたくない」と言っているのかを探らなければいけない。それによって手立てが変わってきます。

これはインターネットから得たものです。これは何かといったら、いじめ撲滅のスローガンですけれども。どんなことが書いてあるかといったら、学校してはいじめをなくしたい、あつてはいけない、当然なのです。そのために、皆さんにスローガンを書いてもらうことがあって、子どもたちは「やめよう、勇気を出して言ってみよう」とか、「友達を大切にしていじめゼロ」「笑顔があればうれしいな」みたいな言葉が書いてあるのです。

けれど、こういうのは、やはりASDのお子さんには伝わらないのです。

というよりも、これはたぶんアメリカ（いじめ撲滅のポスター）なのです。この「Bulling」というのはいじめです。いじめというのは何かといったら、嘘をつく、あだ名で呼ぶとか、あるいは、蹴る、キックするとか、相手をたたくという、これをしてはいけませんよという、たぶん、これは学校に貼ってあるのだと思います。

ですので、ASDのお子さんからすると、いじめなしといったときに、こういうスローガンが教室いっぱいには貼られているよりも、むしろ、何がいじめなのかということをはっきりとしたほうがよく分かるということです。

最後に「親支援について」。親支援、特にお母さんとしてあるのですけれども。幼児さんから関わってきて、非常に母親のサポートは大事ななと思っています。母親のサポートで何が大事なのかといったときに、やはりASDのお子さんの特性と具体的な対応をお母さん自身が学ぶことが大事だと思っています。

先ほど学校の例を挙げましたように、当然、家の中でも近いことは起きているわけです。それをお母さんがしかるだけという対応は非常にまずいのです。きちんとお子さんが分かるような、お子さんがどう行動すればいいのかが分かるような対応の仕方をお母さん自身が学んで行く必要があるでしょう。もちろん、専門家の先生のアドバイスを聞いて。

それだけではなくて、お母さんだけで頑張るといのは限界があります。いま、いろいろな福祉制度だとか、福祉サービスがあります。サポートシステム、もちろん、医療サービスも含めて、サポートシステムの知識を知っておくのは非常に大

事かなと思っています。

あと、できるだけお子さんにより適切な進路選択が必要かなと思います。中には、確かに、学力だけを見れば、テストの点数はクラスの中でそう悪いわけではないけれども、かなり通常の中の複雑な人間関係に疲弊しているお子さんもいます。そのときに学習がびりっけつではないから通常がいいのかといたら、決してそうではないのではないかなと。むしろ、もう少し人の刺激の少ない少人数学級がいいのではないかなということも含めて、お子さんの成長、発達特性に合わせた進路選択を考えていくのが保護者の方かと思う、お母さん、あるいは、お母さんを通じてお父さんの中で適切な進路選択を行う。

一つに保護者支援が必要だという、これはデータが出ています。お見せします。あと、「ASDの成人期から」ということで、保護者支援の必要性をデータから示したいと思います。

これは野村先生という方、2010年に知的障害のない自閉症スペクトラム児の母親と定型発達児のお母さんとのうつ状態の平均値を比較したものです。高ければ高いほど、うつ状態が重いということです。高機能自閉症、アスペルガーのお子さんたちの親御さんは、特にお子さんの発達に悩んでいないというお母さんよりも、統計上、明らかにうつ状態が高いという結果です。

これは、私が数年前にハンディを持つお子さんたちのお母さんの育児ストレスを、また別な指標を使ってつくりました。

そうしたときに、子どもの側面と親の側面と両方で育児ストレスを見ているのですけれども、同じ検査を使って、ある県の親御さんたちで非常にお母さんのストレスが高いという高得点を取っている割合は22%あったのです。

つまり、ランダムに集まったお母さん方が子育てに対するストレスで、高ストレスと言われている群、領域に入ってくるお母さんは22%だったのです。ところが、ハンディを持つお母さん方の育児ストレスというものを私が調査したら、高ストレス群に入ってくるお母さんたちは半分だったのです。中でも、ご自身が抱えるストレスというよりは、お子さんの特性だとか、状態から来るストレスが非常に高いというのが分かります。

この結果は、まったく珍しくないのです。過去にも似たような調査研究といのはたくさんされているのですけれども、中でも自閉性の問題を持ったお子さんを持つ親御さんの育児ストレスは高いというのは、たくさんあります。一つには、お母

さん自身のお子さんを育てるためのサポートが必要だというのは、ストレスという視点から見ても分かるのかなと。

あともう一つ、小山先生が2009年に全国の18歳以上の591名の自閉症スペクトラムの成人、大人の人とその家族にアンケートを採りました。それで、知的障害があって、自閉症の度合いが非常に重いお子さんから、昔で言うアスペルガー症候群タイプのお子さんまで、広くASDのお子さんたちの成人期における調査をしました。

それで、現在の生活、つまり、18歳以上になって、その人がどんなふう to 生活をしていますか。どんなふう to 生活といったときに、もちろん18歳以上なのでお仕事をしている人もいるでしょう、学校に行っている人もいるでしょう。「職場や学校などの家庭外で、どの程度うまく社会参加をして暮らしていると思いますか」というのを保護者に聞いています。どの程度うまく社会参加をしていますかというのを、「かなりうまくいっている」「うまくいっている」「普通」「あまりうまくいっていない」「まったくうまくいっていない」という5件法で聞いています。

そうすると、養育者とか、あるいは、入所しているお子さんもいるので、施設の職員に聞いたときに「うまく適応しています」と言ったのは、これだけです。「普通」はこれだけです。「あまりうまくいっていない」「まったくうまくいっていない」というのは41%でした。なかなか厳しい数字かなと私は思っているのですけれども。

それはさておき、では、「うまくいっています」という成人期を迎えている人たち、成人期に入っとうまくやっていますという人たちは、こちらと何が違うのだろうというのを分析しています。

ASDの成人の方が良好な社会参加の要因になっているのは、2つあるという結果が出てきています。1つは何だと思いますか。1つは、就学前から中学時代まで、何らかの支援が継続してきて行われたということが分かってきました。これは自分の体験からいっても、非常によく分かることです。ですので、早期からの支援がまだであっていいのだけれども、ゼロになってないというのが非常に大事です。

もう一つが、母親が助けになっていることと出てきました。非常にお母さんには何か負担を掛けるようなデータ結果かもしれないですけれども、これも非常に印象的にはうなずけるなど。

ですので、私はこの論文を読んだときに、自分には全国調査をするだけの力はありませんでした

けれども、こうやって先生方が全国調査をしてくれた結果を見ると、私自身は非常に臨床的に納得がいくなと。ひっくり返せば、ASDのお子さんたちにハンディの重篤度はともかくとしても、こういったものは非常に必要なのだ、これが成人期にどういうふうに適応できるかの要因になるのだなというのは納得がいくところですよ。

もう一つ、今度は就学前の言葉の出方によって比較しています。同じ先生方が調査しています。就学前、つまり、幼児期に言葉の遅れがあったか、なかったか。就学前に言葉の遅れがあった子となかった子と見たときに、あまりうまくいっていない率を見ると、むしろ、知的発達、言語発達が良好なお子さんのほうがうまくいっていない率が高いのです。56%です、「あまりうまくいっていない」「まったくうまくいっていない」。

むしろ、幼児期に非常に知的発達ですとか、あるいは、言語発達に、お母さんとしては大丈夫かなと思ったお子さんのほうが「あまりうまくいっていない」「まったくうまくいっていない」というのは33%。

あともう一つは、では、「うまくいっている」「まあまあうまくいっている」人たちもいるので、その人たちの要因、さらに良好な要因は何になるのか。少し遅れが幼児期にあったお子さんは、父親が助けになっているというのが次の要因として挙がってきました。

就学前にはあまり知的な遅れ、言葉の遅れが見られなかったお子さんたちが成人期でうまくいっているという中で、その次のファクターとして挙がってきたのは、4歳前に発達に関する何らかの診断を受けていたということです。ですので、非常に小さいときに家族の中で気づきが、何らかの気づきがあるかどうかというのがとても大事なかなと思っています。

最後に、よく学会でも、どこでも連携ということが言われるのですが、やはり教育と医療と福祉と、私は制度が大事だと思っています。いろいろな制度を整えていくということで、それがうまく回っていくと、ASDのお子さんたちがより適応的に、あるいは、よりドロップアウトを起こさない成人期につながっていくのではないかと思います。その中で、できるだけ私も頑張りたいと、日々、教育現場に移っても思っているところですよ。ありがとうございました。

(講演終了)

## 質疑応答

○司会 中林先生どうもありがとうございました。私も小学生を持つ親として、また教育者として大変興味深く講演を聴かせていただきまして、ありがとうございます。

先生には4時までは時間をいただいておりますので、残りの時間を質疑応答というかたちで、せっかくの機会なので、いろいろと質問をしていただければと思います。なお、質問のある方は大変申し訳ございませんが、その場で挙手をしていただいて、マイクをお持ちしますので、その場で立って、ご質問、ご意見等をいただければと思っておりますのでよろしく願いいたします。

ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。どうぞ。はい。

○Q1 ASDの子どもの虐待による2次障害が起きると先ほど話されていたのですけれども、どんな2次障害が起こりますか。

○中林先生 やはり自閉性の特性を持っているお子さんたちというのは、幼児期とかに、例えば、乳児期、赤ちゃんの時期とかのお母さんの悩みの一つは、夜寝てくれない、あるいは、夜中に目を覚ますということとかがよく挙げられるのですが、睡眠障害がだいたい、乳児期とか、幼児期の障害です。

そうすると、お母さんも夜中は眠いわけですよ。眠いのにも、2時とか、3時とかに泣かれるわけですよ。ドライブに連れて行かないと寝てくれないとか、抱っこしていてもなかなか収まらないとかというもので、睡眠障害に関するものです。

その次に、お母さん方が結構困るとおっしゃるのが、偏食が強い。食べてくれない、お母さんがつくるものを。親にとって、まずは寝てくれないというのは非常に困ります。その次に、お母さんがつくるものを食べてくれない。たいがいのお子さんは炭水化物しか食べないとか、そういうのが例としてよくあるのです。

その次に、どんな相談をいっぱい受けるかということ、なかなかトイレトレーニングができないという、トイレトレーニングに関すること。

まず、生活レベルにおいて、非常に定型発達のお子さんではあまり見られない、あるい

は、定型発達のお子さんはもっとすんなりいくところに、まずたくさん大変さがあります。

お母さんもどんどんいらいらしてくるので。当然、自分も睡眠が削られる。あるいは、せっかくなつくたのに食べようとしない。ときには払いのけられる、とすると、これはお母さんではなくてもいらいらしてきますよね。そうすると、お母さんとするとどうなるかといったら、怒鳴りたくもなりますよね、たたきたくもなりますよね。どんどん怒鳴られて、たたかれれば、子どもはさらにパニックを起こします。ということの悪循環ができていくことが、まず1点挙げられるのかな。

その次に、お母さん方がストレスになるのは、今度、幼稚園、保育園に行くと、保育士さんからちょっと、ズキさん、タナカさんと呼ばれて、ヒロシ君がこんなことをしたのですよということと言われるわけです。そうすると、またお母さんとすると、家に帰ってきて、ヒロシ君を、何であんなことをしたの、してはいけないじゃないと言って、しかるという循環が起きますよね。

だけど、ヒロシ君はどうでしたか。なぜ、お母さんがそれを怒っているのか分からないのです。分からないけれども、園でも注意され、家に帰ってきて注意される。これは小学校に上がっても、同じようなことが起きるのです。

そうすると、親御さんの中で、子どもの特性が分からないと、怒る、たたくということが起きてきます。怒る、たたくと育てられたお子さんは、基本的にはどんどん園、学校で荒れるというふうになります。それは、何かにかかわってとか、何かを理解できてなくてという1次障害ではなくて、完全に保護者からの不適切な養育を受けたことによって、さらに問題が大きくなっているということになります。

これが行き過ぎれば、虐待です。事実、虐待を受けてきたお子さんたちの中で、発達障害を持っているお子さんの率は高いという報告があります。特に、ASDのお子さんですとか、あと、ADHDを伴ったお子さんたちです。

ADHDの非常に厳しいお子さんと付き合い合わせた方はいらっしゃるでしょうか。まったく座ってないです。2歳ぐらいでお会いしたお子さんはほとんど、心理室に50分か60分い

て、いすの座るのが5分かな、トータル10分かなみたいな。気がつくと、心理室に貼ってある絵などが全部ひっぺ返されているわけです。全部引き出しが開いてしまっていたりしているのです。

という具合で、落ち着きがないということも、非常に親をいらいらさせます。やはり結果、同じことが起きます。言葉で強くしかる、あるいは、たたいて教えようとするということが起きてくると。

ですので、ADHD、ハイパーアクティブを持つお子さんだとか、非常にこだわりの強い、発達障害の特性を持ったお子さんというのは、そういったかたちで、親も特性が分からず、あるいは、親もどのように伝えていいのか分からないがゆえに、虐待に近いことが起きてくる。あるいは、虐待が起きているのも事実です。だから、そこに非常に早い段階で介入をしていかなければいけないというのは必要なのかなと。

あと、虐待の問題は、今日、私の専門でもないですし、取り上げなかったのですが、もちろん、親御さん自身がいろいろ複雑な生き立ちを持っていて、お子さんとの接し方がそもそも分からない。お子さんが発達障害ではないということにしても、お母さん自身、お父さん自身のいろいろな生き立ちの複雑さから、スタンダードな子育てが分からなく、非常にまずい対応をされるところで虐待が起こっているということも非常に多いです。

○Q1 ありがとうございます。

○司会 ほかにございますか。はい、では、そちらの方から。

○Q2 お願いいたします。小学校の低学年の一応、LDとか、お子さんをサポートしております。ただ、先ほどからお聞きしてまして、先生が早いうちから対応したほうが良いとおっしゃったのですけれども、私は何もできない立場で、ただ、ちょっと手をさし伸べるだけ、気持ちを差し伸べているだけですけれども、この子の親御さんに何とかされたいのという思いを持ちながら、私自身は何もできなくて、ただ放っておいていいのかしらと、日々クラスで子どもたちとやっているのです。

こういうところへ親御さんがいらして、お聞きになったらなとか、なさる方もいらっしゃるかどうか分からないのですが、ただ、何とかしたらいいのに、お子さんを放っておいていいのかしらと、そういう思いで接している私はどうしたらいいのかなと、最近つまずきを感じているのです。そのまま放って、まあいいかな、そんなに真剣にならなくてもいいのかしらという感じでクラスへ行っては帰り、クラスへ行っては帰りという状態が続いているのです。

担任がいらっしゃるもので、担任のほうで何かなさるとは思うのですが、自分自身はそこへ口出しできる立場ではありませんので、どこかで何とかしないと、この子はきっとどうなるのかしらというのが何人もクラスに、20人だったら3人ぐらい見かけますので。放っておけばいいのかしらと思ひまして、ちょっとそれにつまずいています。

先生、どう思われますか、こういう私みたいな、もうサポートのおばさんですけども。お願いします。

○中林先生 先生のように同じ思いや葛藤を持っていらっしゃる方は大勢いらっしゃるのかと思います。

原則としては、私はやはり伝える、ある種の真実を伝えていくことは大事だと思っています。ですので、いま教室でどのように過ごしているのかということですか、こんなときに、どういうふうな状態だったのかということ、私はきちんと伝えていく必要はあると思います。

ただ、伝え方というのはやはりあるのかなと。ですので、お子さん、ひいては、親御さんを責めるような伝え方はしてはいけなだろうというのと、あと、もう一つ難しいところですが、そのことを伝えたと同時に、基本的には問題行動ですよね。お子さんがこんなことをしました、こんなことをして困りましたでは、やはり責めだけになってしまうので、それに対して、先生ご自身がどんなふうに捉え、どんなふうに頑張っているのか、どんな支援をしているのかということもセットにして伝えられたらいいのかなと思います。

その子が、例えば、2年生なら2年生、3年生なら3年生で、親御さんがそのときには

なかなかアクションを起こさなかったとしても、もしかすると、2年後、3年後にということはあると思います。

ただ、どうしても、学年を持つ先生方は1年で替わっていくので、そのお子さんの3年後、5年後のことは分からないということはあると思うのですが、確かに、そのときは先生もつらい思いをされていても、そのときにあったことと、どのように学校、学級で先生が頑張ってきたのかということとをセットで話していくと、3年後、5年後には変わってくるという可能性はあるかと思ひます。事実、そういう例もたくさんあります。

○司会 ありがとうございます。

先ほど手を挙げておられましたが、よろしいですか。

○Q3 年長ぐらいで、先ほど、トイレトレーニングがなかなかうまくいかない、できないとおっしゃったのですが、年長ぐらいでも、知り合いの人でいつもパンツに少しづつうんち、おしっこはできても、うんちがなかなか、いつまでたってもできないということで、この調子でいくと、小学校へ行ってもそのままかなという感じで。

ある本によると、20歳ぐらいでもおむつをしている人がいるということも書いてあったのを読んだことがあるのですが、どうしたら、うまくうんちもトイレでできるようになるのか、もしかして、いいアドバイスがあったら教えていただきたいなど。

○中林先生 お子さんのアセスメントは大事なと思うのです。お子さんのその時期、2歳か、3歳か分かりませんが、その年齢のときにおける知的発達の状態ですか、あるいは、こだわりの強さみたいなものとか、コミュニケーションの難しさをどの程度持っているかということに、まずお子さんのアセスメントはとても大事です。

それによって、トイレトレーニングのための手立てが違ってきます。例えば、知的能力が割とキープされているというお子さんの場合は、もちろんトークン（トークンシステム・ご褒美制度）みたいなものを使うことができると思うし、あるいは、幼稚園前の小

さい子であれば、親子グループみたいなものに通っているときに、その場で保育士さんが見本を見せるといふものもあります。

私は、個別の心理の中では、お母さんにおしっこをしてもらいました。まず、やはり膀胱機能がどのくらい発達しているかというのがあるので、そもそもトイレトレーニングの時期に入っているのか、入っていないのかという見極めも必要です。

ですので、トイレトレーニングの時期に入っている人は少なくとも間隔が空いていないとトイレトレーニングにならないのです。しょっちゅうおしっこがちょこちょこ出ている人は、トイレトレーニングの時期ではないです。ところが、ちゃんとおしっこの間隔が空いてきているというのであれば、これはトイレトレーニングができるでしょうといふので踏んでいきます。

そのときも、子どもさんにどのように誘導していくかということだとか、誘導するために、うまくお母さんができるとかモデルを示すだとか、能力の高いお子さんだとすると、少しトークンのような、そういうものを使っていく。

あるいは、そのシステムが分からないお子さんだったら、きちんと定時排泄を頑張るとかというふうには、そこはお子さんの年齢と、ちゃんとトイレトレーニングの時期に入っているかどうかということと、お母さんがどんなことだったら、頑張ってやってくれるのかなといふのは大事です。

ですので、お子さんのアセスメントも大事ですけれども、お母さんのアセスメントも大事です。お母さんがやはり非常に勘どころのいいお母さんだとすると、こちらからは、少し言語的な指示だけでうまくいくようになるといふ思います。

お母さんによっては伝え方が変わってくるのかというふうになるのかな。もっと細かなところからしなければいけないのかな。

中には、私だったら、経験例で。まず、「お母さん、おうちは畳ですか、フローリングですか」から始まります。フローリングとおっしゃったら、「カーベットは敷いてますか、カーベットは敷いてませんか」といふ。特に浜松は暖かいので、「だったら、カーベットをしばらくはぐりませんか。やめませんか。そうすれば、お子さんがお漏ら

しても、ストレスが少ないよね。畳とか、カーベットだったらストレスが高くなるでしょう」と、非常にそういう物理的な環境のお話を差し上げたりも、実際はしています。

その辺は、お母さんとお子さんのアセスメントを行うことと、どういうことであれば、お母さんが取り組めるか、あるいは、取り組んでみようと思ふかということも、合わせての支援が必要なのかなといふふうにはいふ思います。

ただ、いま、危惧してくださっているように、幼児期にトイレトレーニングに取り組むということは非常に大事だといふ思います。自閉症スペクトラムのお子さんの中には、特に大便秘は紙おむつの中でしかやらないといふお子さんも少なからずいらっしゃいます。そういうものをいかにして、ちゃんとトイレでできるようになるかとか。あるいは、よくあるのですけれども、外のトイレは絶対に嫌だといふお子さんもいます。家のトイレならいいけれども、親戚の家のトイレも嫌だといふお子さんもいます。

ですので、その子は何につまずいているのか。スーパーとかのトイレは嫌だといふお子さんによくあるのは何かといふたら、ジェットタオル、あれに反応しているお子さん、つまり、過敏性の問題だったりするのです。

トイレの問題も発達とか、あるいは、環境だとかをいろいろ見極めてほしいといふ思います。

○司会 ありがとうございます。

あと一人か、二人ぐらいですけれども、どなたか。はい、では、後ろの方お願いします。

○Q4 質問の仕方もあまりよくあれですけれども。小学5年生の子どもですけれども、学校での出来事とかを家で話しているときに、友達のことだったり、先生のことだったりする会話のこととかを聞いていて、えっ、そこでそういう取り方するとか、そこでそう思うということが結構あるのです。そういうときは、ちょっと自分でも悲しい気持ちがあるのですけれども、やはりその子を認めることが大事なのですか。

○中林先生 どのような意図でその子を認めるというふうな言葉か分からないのですけれども。私は、お子さんのことが理解される、あるいは

は、お子さんと付き合う手立てが分かると、結果、認めていると思います。

先にお子さんのことを認めるとか、認めないとか、受け止めるとか、受け止めないということではなくて、いろいろな、例えば、専門家の人たちとかの知識や経験などを利用して、そのお子さんのことへの理解を進めていく。あるいは、何かの場合の手立てが分かってくるといえるのは、結果として、お子さんを十分認めたことになると思いますし、受け止めたことになるのかなと思っています。

ただ、私はいろいろなお母さんたちと話してきて、私は臨床をやって、絶対自分に使うのをやめたと思った言葉があるのです。受容という言葉を使うのをやめました、ある時期から。受容というのは、非常に親を責める言葉だなと思っているのです。

時々、いろいろな方は受容ありきだみたいなことをおっしゃるのです。自分自身が若いころに受容という言葉を使って、親御さんの立場が本当の意味で分かってなかったのではないのかなと、あるときに思って、それで、その受容という言葉は一切使うのをやめたのです。

受容は先にあるのではなくて、お子さんが示している行動の理解だとか、思考の理解が進み、それに対する対応が分かれば、それは結果としてついてくるものなのかなと。だから、相談に来たお母さん方に、いきなりお子さんをもっと受容しないとイケませんよと言うのだけは、絶対に使いたくないせりふだと思っています。

それよりも、いま偏食で大変ならば、どうやって少しでも偏食を改善させようとか、こういうことは、どういうときに起こり得るのかということをお伝えする。学校に上がって、学校の中でうまくいかないということがあれば、うまくいかないのはどんな場面なのかというのを、こと細かに聞いて、それで、こういうことがあるのではないかという仮説を立て、こういうことをやってみませんか。

あるいは、お母さんの力だけでは難しくなったら、お母さんの許可があれば、私が、では、学校の先生に会って話をしてみましょ。学校の先生も、どういうことであれば、支援が取れるのかということをお話し合って、一つ一つのことをどういうふうな仕組みで、あるいは、どういう意図があって、

そういうことが起きているのかということを見つめていき、その対応策を一つ一つ考えていくことなのかなと思っています。

その親御さんとかの努力というのは、必ず成人期に結び付くというふうには見えません。

○司会 ありがとうございます。

もう残り時間がございません。あと残り一人。では、そちらの方お願いします。

○Q5 たぶん、ここにいらっしゃる方の中には、発達障害の子を持った親御さんたちではない方々が学びられているとは思いますが。うちの子どもは発達にちょっと障害がある子どもです。

今日の先生の話聞いて、あっ、自分のしてきたことは間違っていないかと確信しました。本当に今日はありがとうございました。

○司会 ありがとうございます。

(質疑応答終了)

○司会 ちょうどお時間となりました。まだまだ、いろいろご質問、ご意見がある方もいらっしゃると思いますけれども、また今日の先生のご講義を振り返っていただいて。私の思ったことは、やはり親御さんだけで抱える問題でもなく、できるだけ早期にいろいろなところに相談しながら、保健、医療、福祉、学校ですね、そういったところがいろいろと連携しながら、子どもたちを支援していく。大人たちが育てて、社会に飛び立ってもらうことが非常に大事なのかなと思いました。

今日は本当にお忙しい中、来ていただいてありがとうございます。あと、中林先生に、最後にいまひとつ大きな拍手を持っていただければと思います。どうもありがとうございました。

そうしましたら、これもちまして、富山福祉短期大学の教育講演会を閉会したいと思います。お待ちしております。

本日は誠にどうもありがとうございました。お疲れさまでした。

(終了)





## 医療・介護従事者のための「死生学セミナーin とやま2015」

2015年11月21日(土)、富山福祉短期大学5号館102号室

合同主催：富山福祉短期大学共創福祉研究会、白やぎ在宅クリニック、やまだホームケアクリニック

企画運営：死生学セミナーinとやま実行委員会

### 講義1：エンドオブライフ・ケアの死生学

清水 哲郎 氏

(東京大学大学院人文社会系研究科特任教授)

エンドオブライフ・ケアには、ケア患者やその家族をどうケアするのがよいのか。コミュニケーションの仕方、治療の選択、最期の看取りをどうするかなど、さまざまな場面で死生をどう理解するかという死生学的なものがかかわってくる。

#### 1. <前置き> 臨床倫理の基本的な考え方

前置きとして臨床倫理の基本的な考え方について述べる。「倫理原則」というと「こうしなければならない」と行動を縛るものを感じるかもしれないがそうではない。医療・介護というケア活動に従事しているみなさんが日ごろ心掛け、実践していることにほかならない。

ケア活動の進め方の基本は「人間尊重」である。相手は人であり、物ではない。相手の自律を尊重するが、言われる通りにすればよいというものでもない。よかれと思ったことが患者に嫌がられることもある。相手を理解しようとする態度、やりとりが大事である。

ケア活動の目的は「与益」である。相手の益になるように行おうと心掛けるのだが、そのためには何が益になるのかを考えなければいけない。一般的な考え、患者それぞれで異なる価値観、医療者としての考えなどを含めて話し合う必要がある。

もう一つ、自らのケア活動をみる視点として「社会的適切さ」を踏まえるということがある。医療介護は社会として取り組んでいる事業であり、対象の患者だけでなく、まわりの人への影響も考えなければならない。これは、これまで「公平」・「公正」とか「正義」と呼ばれて来たことに該当する。

##### 1.1 みんなで決める／人生を大事にする

上述のように、倫理的適切さは、「人間尊重」「与益」「社会的視点」という三つの座標軸をたてて考えることができるが、具体的な問題について「どのようにして決めるか」という意思決定プロ

セスが考える際の要になる。治療の選択、退院の調整などを医療介護チームとしてどう決めていくかだ。

日本老年医学会は「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」を2012年6月に公表している。経口摂取の難しくなった高齢の患者に対して人工的な水分・栄養補給を行うことの是非が問われるようになったため、多職種の意見を踏まえてまとめた。

そこで示した骨子は「意思決定については、本人、家族、医療者の皆で一緒に決める」と「患者の人生を大事にし、そのために生命を支える」の2つである。

生命が延びるとよいのは、それによって人生が支えられ、より良い人生を送ることが可能になればこそである。生命によって支えられている人生こそが大事だ。人工栄養も「患者にとってなにが最善であるか」をみんなで考えたうえで、生命が長くなるのがより良い人生につながるという判断である場合になされるべきことになる。

意思決定プロセスについて医療者がこれまで漠然と描いてきたイメージは、医療者が選択肢を「説明」し、患者はそれを理解した上で、医師が勧めた選択肢を選ぼうとする場合、医師の提案に「同意」ということであろう。この「説明・同意」のモデルは、1990年に日本医師会の生命倫理懇談会が出した『説明と同意に関する報告書』の影響が大きい。医師には治療などの可能な選択肢を選ぶ裁量権があり、提示された選択肢の中から自らに合うものを選ぶ自己決定権が患者にある。両者は何を決めるかが異なるので、「医

師と患者が決定を分業している」と説明されている。

しかし、医師の裁量権と患者の自己決定権という枠で事態を見ると、患者が「自らの価値観や人生計画を医療側に説明する」ということに意義が認められず、医療側は「患者本人の人生には立ち入らない」対応をすることになる。これでは「皆で一緒に決めている」とはいえないし、信頼関係がなくてもできる。これに対して、わたしたちは「皆で決める」という考えをガイドラインで示した。

厚労省が2007年に示した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」も同様に上記の2点を重視している。患者の意思が確認できる状態であるか・ないかによってプロセスは異なるが、患者や家族、医療とケアの従事者が十分に話し合い、みんなの合意によって決めるのが大事である。そして生命によって支えられている患者の人生に注目し、人生にとってより良いように方針を決める、としている。同ガイドラインは2015年春に改訂され、「終末期医療」という言葉が「人生の最終段階における医療」にすべて置き換えられた。人生の最終段階と呼ぶことには、医学的にみている生命よりも患者一人ひとりの人生に比重を置いて考えようという意図がある。

## 1.2 患者本人の意思確認ができる時とできない時

患者の意思確認ができる時は、本人を中心に話し合っ合意を目指す。家族も当事者になり得るため、その程度に応じて参加してもらう。医療者も本人から説明を聞かなければ本人個人にとっての最善を示すことができない。このような話し合いの経過で合意を目指すのが適切である。ここで「本人の意思を尊重する」ことは、「みんなで決める」のは少し違うと感じるかもしれないが、「本人が決める」ことを家族および医療従事者が皆でサポートしている状況と捉えてほしい。

本人の意思確認ができない時は、医療側が家族とともに患者の意思と最善について検討し、家族の事情も考え併せて合意を目指す。認知症が進んでいて理性的に判断できない患者もいるだろう。「認知症が進んでいる」という理由で本人を意思決定プロセスから外すのではなく、残存している対応する力に合わせて本人にも意思決定プロセスに参加していただき、できるだけその気持ちを大事にしたい。

## 1.3 人の“いのち”の二重の見方

私たちが「いのち」という時、それは「物語られるいのち (= 人生)」のことであるばあいと、「生物学的生命 (= 生命)」のことである場合がある。医療は目に見える身体、生命を相手にしている。生命があり身体が支えているからこそ、私たちは人生を送れるのである。ということは言い換えると、人生が大事であるから、それを支える生命も大事なのであって、その逆ではない。人生、生活がより良いものになる(もう一花咲かせられる)限りにおいて、土台である生命に働きかけるのが医療の役割である。

## 1.4 長生きと快適さ

いつでも「より長く生きる」ことが目的になるわけではない。老いが進んでいる場合にはまず「快適さ」が目的になる(痛みがなく楽に過ごせる、残っている能力を発揮する機会があるなど)。さらに、快適さが減じることなく「長生き」を目指すことができればなおよい。

老いがそれほど進んでいない場合は、「長生き」と「快適さ」が両立しない場合に、長生きのために快適さをどこまで犠牲にできるのか、メリット・デメリットのアセスメントが肝要である。

長生きと快適さのバランスは年齢によっても異なってくる。若い人の場合は命を延ばすために快適さを捨てなければならないことがある。どこまでできるのかが考えるポイントになる。例えばミュージシャンのつんく氏はがんで声帯を切除したが、人生の物語りを書き換えることであり厳しい決断だったはず。しかし、ボーカリストではなくても、まだできることがあると自らの人生の今後を見通して、再発防止のために声を犠牲にする決心をしたのだろう。

ここまではイントロダクション。次から本日のテーマに入る。

## 2. エンドオブライフ・ケアとは

エンドオブライフ・ケアは「人生の最終段階のケア」である。死が近くなった時期のケアではあるが、その段階にあるかは医学的判断だけでは決まらない。人生選択を考え、状況把握を踏まえて「患者本人が必要を感じた時」がその時期だとする考え方がある。

エンドオブライフ・ケアを「終末期ケア/ターミナルケア」の言い換えと捉える人は多いが、実はイコールではない。人生の最後が近くなった時期であり、終末期と重なることが多いが

医学的判断だけで決まらないケースことがある。例えばALSで呼吸機能が弱ってきた場合に、人工呼吸器をつけないと決断する人は多い。その人にとってはその時期はエンドオブライフ・ケアの時期であろう。しかし、呼吸器をつけて今後も長く生きようとする選択もある。医学的には同じ身体状態だが、患者の意思によってエンドオブライフ・ケアの対象であるかどうか分かる。

終末期・ターミナルステージかどうかは医学的に判断される。できる限りの医学的対応をしても近い将来に死が避けられない状況だ。一方、緩和ケアは以前はターミナル期になされるQOLをターゲットにするケアを指したが、現在は、緩和ケアの定義からは「ターミナル期」という限定は外され、疾患そのものに働きかける仕方以外のアプローチでQOL向上を目指すケアを一般に指す用語になっている。

エンドオブライフには生と死が同居する。死は生の最終部分であり、人生の物語の最終章である。英語でdyingという語は、もう引き返すことなしに死に向かっている様子を示している。

片仮名表記するには単語の区切りに注意してほしい。エンドオブライフ・ケア (End-of-life care) であり、「エンド・オブ・ライフケア」は不適切である。というのは、知らない人は、こう表記されると、「ライフケアのエンド」と捉えかねないからである。

## 2.1 エンドオブライフ・ケアの定義

- ・米国立衛生研究所 (NIH)：エンドオブライフ・ケアは死をめぐる時期になされる支援と医療ケアを記述する語である。そのようなケアは心肺が停止する直前の短時間だけになされるのではない。高齢者はしばしば複数の慢性疾患をもちつつ生きて、かつ死に向かっており、日単位、週単位、時には月単位でたくさんのケアが必要になる。
- ・英国国民医療サービス (NHS)：エンドオブライフ・ケアは死へと向かいつつある人々のサポートであって、人々が死に至るまでできる限りよく生きるように、また尊厳をもって死に至るように支援する。

## 3. 緩和ケアとQOL優先の対応

エンドオブライフ・ケア、ターミナルケアの中心は緩和ケアになる。これは医療行為をせずに生命を縮めることではない。

エンドオブライフ・ケアには「生命か人生か

／延命優先かQOL (クオリティオブライフ) 優先か」という判断が生じる。緩和ケアにより大方の場合は両方を改善できるが、時にどちらか一方を優先的に選択しなければならない場合がある。「苦しくても (生命を) より長く」と、「(生命が) 短くても過ごしやすく」のどちらを選ぶかだ。しばしば誤解されるが、緩和ケアは「延命か死か」という二者択一を迫るものではない。あくまでも「延命かQOLか」の間で、QOLを選ぶのである。

死生をめぐる公共的な価値観は変化してきている。医療側、患者の家族とも、以前は延命を優先していたが、今はQOLを優先する考えが主流になってきた。1980年代を思い起こしてみると、患者の家族なら「1日でも長く生きられるようにして欲しい」と望むのが一般的だった。医師もその要請を受けて「1分1秒でも長く」しようと試みた。しかし、がんの終末期については「辛いようにして欲しい」という希望が主流になってきた。そこから遅れてがん以外の「治らない」疾患についても同様の希望が広がりつつあり、どうすることが本人にとって本当に良いのか考えるQOL優先がだんだんと浸透してきている。

### 3.1 緩和ケアの定義

緩和ケアはQOLを優先する。2002年にWHOが示した緩和ケアの定義は「生命を脅かす疾患に伴う問題に直面している患者と家族のQOLを増進させようとする一つの手立てである」。そのうえで、「痛みその他の苦痛となる諸症状の緩和を提供する」「生を肯定し、死へと向かう進行をノーマルな過程だとみなす」「死を早めることも、先延ばしにすることも意図しない」としている。

緩和ケアにおいて、倫理的にみてどういう対応はまずいとされるのか。分類して考えてみた。

まず、命を縮めようと意図している場合と、意図していない場合に分類できる。

縮命 (余命を縮めること／・・・が縮まること) を意図して積極的になにかをする (or ないかをしない) ことは、医師が実行する場合と患者本人が実行する場合がある。前者が最も基本的な意味における「安楽死 (euthanasia)」である。後者は米国の数州などで認められている「医師にほう助された自殺 (PAS)」である (欧米では「安楽死」と「医師に幫助された自殺」とは明確に区別されている)。また、縮命を意図して生命維持を始めた・終わらせることで死をもたらす場合を「消極的安楽死」と呼ぶ場合がある (この場合は先の

「安楽死」とは定義が異なることに注意)。

命を縮めようと意図していない場合、QOLを向上・維持しようとして縮命という副作用が伴ったり、QOLを向上・維持しようとして治療を差し控えて、結果として縮命が伴ったりするケースを「(間接的)安楽死」とするのは、上述の安楽死の定義に反する不適切なことである。

### 3.2 安楽死という用語の使い分けに注意

以上で言及したことを整理すると、「安楽死」という言葉には、定義ないし用法が複数ある。WHO、米国の医師会や看護協会などは、「安楽死」を「QOL目的で(=苦痛を終わらせるために)医師が投薬等により患者を積極的に死なせる」と定義している(定義1)。英国のNHSは「安楽死」を「QOL目的で(=苦痛を終わらせるために)患者のいのちを意図的に終わらせる」というように、WHOとは異なる定義をしており(定義2)、このように定義すると「生命維持をすればまだ延命が可能なのに、それをしないで生命を終わらせる」という「消極的」な行為も、「生命を意図的に終わらせる」ことではあるので、「(消極的)安楽死」とされる(定義1に従えば端的に「安楽死」と呼ばれるものは、この定義2に即しては「(積極的)安楽死」となる)。このように用語を定義しつつ使う欧米では、一旦「安楽死」について以上のどちらかの定義をした上では、一貫して同じ意味で使う。日本では二つの定義を意識しないで、まぜこぜに使っていることがしばしばあるので注意が必要である。

安楽死は米国でも認められていない。しかし、尊厳のための死として医師のほう助を受けての自殺(PAS)を認めている州がいくつかある。マスコミが米国のPASを「安楽死」と報道することがあるが、国際的な用語のネットワークに照らす限りでは、不適切である。グローバルな視野で考えていくべき時代に、こうした用語は国際的な議論に参加できるようにしていきたいものである。

日本では「消極的安楽死」にも誤解がある。「縮命を伴い、かつ縮命を意図して、生命維持などの差し控えや終了を行った」場合は確かに「消極的安楽死」に該当する。しかし、「縮命を伴った」としても「QOL向上(緩和)目的(意図)」であれば消極的安楽死ではない。まして、「QOL向上を目指して生命維持の差し控えや終了をした」としても、医学的に終末期であれば多くの場合「縮命は伴わない」つまり、「生命維持をやらなかったからといって生命予後に響かない」。そ

れにも関わらず、しばしば、「生命維持をしなければ消極的安楽死だ」などという誤った言説が横行しているのが現状である。

### 4. 尊厳をもって生きる／死に到ること

患者が尊厳をもって生きて死を迎えることが、エンドオブライフ・ケアの目標である。日本では「延命をせず、苦痛のコントロールは行って死に至る」ことを「尊厳死」と呼ぶことがある。他方、「尊厳ある死」は現在米国では「医師にほう助された自殺」を指す。だが、本来「尊厳死」ないし「尊厳ある死」は、そのような特定の死に方を指す語ではなかった。

そもそも「人の尊厳」とは何だろうか。辞書によると尊厳(dignity)には3通りの意味がある。1) 尊厳ある見かけ・振舞い。2) 尊重に値するという性質。つまり、尊厳あるものは、尊いものとして大事にするに値するものであり、もてあそぶことは許されない対象である。3) 自らに価値があると感じること。例えば、自らの生を肯定できる人は、尊厳を保っている。逆に、自分の生が生きるに値しないと感じると「私の尊厳は失われた」と表現することになる。

こうみると、「尊厳」の2)と3)の意味がエンドオブライフ・ケアに関係する。「人として尊重する」姿勢でケアの相手に接する時、相手が2)の意味で尊厳ある存在であることを認めていることになる。世界人権宣言が「すべての人は権利と尊厳において平等である」と宣言する時の「尊厳」も2)の意味である。また、エンドオブライフ・ケアの目的は「死に到るまで尊厳を持って生きる」ことだとする場合、尊厳の3)の意味で、人生の最後に到るまで、自らの生を価値あるものだと肯定し、自己肯定感を持ち続けるあり方を指している。そのように最後まで思い続けられるようにサポートするのがエンドオブライフ・ケアである。

本来「尊厳ある死」とは、人生の終りに到るまで、現在の生を肯定しながら、前向きに、自分らしく生きるあり方のことである。そこで、尊厳が失われたと感じた患者が「生きていたくない」とした時に、米国やオランダなど一部の国は自ら死を選択できるようにしている。しかし、緩和ケアは、むしろその方が尊厳を回復できるように、自分たちにできることはないかと考えて対応する。「尊厳ある生と死」についてよく考えることが、適切な対応のために肝要である。

## 講義2：超高齢社会の医療とケア —フレイルの知見を臨床の場に活かす

会田 薫子 氏

(東京大学大学院人文社会系研究科特任准教授)

今後の高齢者医療とケアにおいて、「フレイル」の概念は重要性を増す。この機会に学んでほしい。

フレイル (frailty) とは加齢による心身機能・生理的予備機能の低下を意味する。疾患ではなく、状態をさす。フレイルになる主な要因は身体的なものだが、心理的、社会的なものも影響するため個人差が大きい。

フレイルの症状は、老年によくみられる筋肉薄弱、骨脆弱、低体重、転倒などとして現れる。フレイルになると、症状が急変しやすい／術後の死亡リスクが高まる／心・脳血管疾患増／免疫力・適応力・回復力が低下／合併症を起こしやすいなどの影響がでる。肝臓、腎臓の機能が低下しており薬剤の副作用がしやすい。老年症候群として捉えられていた症状は、実はフレイルの影響であった。

75歳以上の高齢者の死因には程度の差はあってもフレイルが関与している。ただし、フレイルは個人差が大きい。75歳がフレイルに注意すべき目安の年齢だが、65歳でフレイルの人もいれば90歳でそうではない人もいる。老化、老衰による死はフレイルによる死である。

フレイルは重要な概念だが、臨床では理解されにくかった。なぜなら医師は特定の疾患や臓器に着目するように教育訓練されており、フレイルは特定の疾患の主訴の原因となるものではなかったからだ。医師は自分たちに関わる問題とは思っていなかった。

フレイルな高齢者では、ある疾患の治療が別の疾患の治療を悪化させることがあるため、医師は注意しなければいけない。木の枝を見るよりも森全体 (体全体) に注目することが重要である。恒常性維持機能が低下しており、ストレスに弱い。薬を使う場合にもさじ加減が重要になる。

### 1. フレイルのスクリーニング法

国際フレイル・コンセンサス会議が開かれ2013年に「70歳以上のすべての人を対象としてフレイルのスクリーニングをすべきである」との宣言が出されている。フレイルの概念を診療に役立てるべきであり、そのために見分けるチェック法が必要になった。

Cardiovascular Health Study (CHS) のフレイル評価法では、以下の5項目：1 体重減少、2 疲労感、3 活動度の低下、4 身体機能の低下 (歩行速度の低下)、5 筋力の低下・サルコペニア (握力の低下) のうち3項目以上該当すればフレイル。あらゆるストレスに弱く、要介護になりやすく、死亡リスクが高まる。手術や投薬といった医療行為もストレスになる。2項目の該当ならプレフレイルの状態であり、介護予防の対象になる。

1の体重減少は1年で4.5kg以上、4の歩行速度の低下は4mの歩行に7秒以上を要する状態 (小柄な方なら6秒以上)、5の握力低下は男29kg以下・女17kg以下が目安。2、3は患者の主観で評価する。

2006年以降の介護予防事業で使用した厚労省の基本チェックリストはフレイルのチェックに活用できる。虚弱はフレイルと同じ状態。25項目の自記式で使いやすい。

### 2. フレイルの臨床上的有用性

フレイルを認識することによって、まだフレイルではない場合なら予防に、フレイルであるならばその程度に合わせた治療法の選択に生かすことができる。

栄養バランスよく食べる、運動する、減薬、地域住民や友人らとの交際など社会的なつながりをもつ、といったことが要介護状態になる時期を遅らせて健康寿命を延ばす。タンパク質、ビタミンDなど筋肉や骨になるものを食べる、運動もする。ウォーキングはやりやすい。

減薬にも注目したい。6剤以上の処方薬の併用は患者本人にとって益よりも害になることが多い、との研究報告がある。種類を減らし、量も減らす。肝機能、腎機能とも低下して少なくても効きやすいから。おしゃべりの効果は科学的にも証明されている。男性の場合、妻に先立たれるのは大きなダメージになる。生命予後は年単位で違うとの研究報告もある。

### 3. フレイルの程度による治療選択

フレイルへの移行予防は盛んに研究されているが、フレイルの程度に合わせた治療法の選択はも

う一方の重要な観点であり、わたし自身で研究して論文を発表した。フレイルが重度の場合、侵襲性の高い治療は有害無益であり、緩和ケア中心のアプローチが適当だ。

そのためにはフレイルの程度を見分けなければならない。「臨床フレイル・スケール」は国際フレイル・コンセンサス会議で推奨された9段階のスケールである。1 壮健、2 健常、3 健康管理しつつ元気、4 脆弱、5 軽度のフレイル、6 中等度のフレイル、7 重度のフレイル、8 非常に重度のフレイル、9 疾患の終末期、に分類する。

3ならばフレイルにならないようにしたい。4はプレフレイルに当たる。日常生活に支援は要しないが、動作が遅くなったり疲れやすかったりする。5は難易度の高い動作に支援を要する。買い物や食事の準備に支援がいるようになる。6は屋外での活動全般や家事に支援を要する。階段の昇降や入浴に介助を要する。7は生活全般で介助を要するが身体状態は安定。8は全介助であり死期が近づいている。軽度の疾患でも回復しない。9はフレイルとして重いということではなく、疾患等のために余命が短い状態。

フレイルの進行とADL（日常生活動作）の低下は異なる概念である。フレイルは障がいではない。例えば若い人が突然の脳血管疾患で半身まひになるとADLは大きく低下するが、フレイルになったわけではない。しかし高齢者では臨床像がほぼ重なる。疾患の影響によりフレイルが進行することもある。

#### 4. 緩和ケアとエンドオブライフ・ケアの指標に

フレイルは緩和ケアとエンドオブライフ・ケア（EOL）の指標になる。英国NHS（国民医療サービス）は2014年にガイドラインを示し、「フレイルが進行した高齢者に対しては、今後の展開を予測しつつケア・プランを立てていくことと、エンドオブライフ・ケアを検討することが適切」としている。

高齢者に対する医療行為は、フレイルではない場合は壮年と同様の治療効果を期待できる。フレイルが重度でない場合は治療の適否と予後の判断は困難であり、やってみないと分からない。フレイルの進行は個人差が大きく、暦年齢による転帰の予測が困難である。医療分野では、高齢を理由に適切な医療が受けられないという差別があると想像される。このようなエイジズム（高齢者への差別）に陥らないためにも、年齢ではなく、フレ

イルに応じて科学的に医療行為を選択するのがよい。

#### 4.1 終末における心肺蘇生法の問題

フレイルの進行にともない、治療の効果を得るのは難しくなり、投薬や医療措置が害になることさえある。

高齢患者の終末における心肺蘇生法（CPR）について問題を提起したい。CPRに欠かせない心臓マッサージ（胸骨圧迫）は患者の身体にかなりの力を加えることになる。蘇生の望みが著しく低い患者に対するCPAには救急医も疑問をもっており、インタビュー調査を行ったところ、「患者さんがかわいそうになることがある」との声があった。

ADLが重度に低下している心肺停止患者にCPRを行っても蘇生する可能性は非常に低い。日本医科大学武蔵小杉病院救命センターからの報告によると、2010年6月～12年2月にADLが重度に低下していた86人（平均年齢84歳）にCPRを行い、85人が同センターで死亡し、残り1人は植物状態で2か月後に転院した。その1人は心肺停止時に目撃者がいた例だった。

ウツタイン大阪プロジェクト（大阪府心肺蘇生効果検証委員会）も1万件以上のデータを踏まえ、「高齢者施設からの搬送患者では神経学的に良好な回復は非常に困難」と報告している。

ADLが重度に低下している超高齢者の心肺停止は不搬送にすべきだ。家族らが「もしかしたら」と思うのは理解できるし、家族が「死に目に会うため」にCPRを行う場合もある。しかし、最期の送り方としてふさわしいかどうか、考えてみてほしい。この意見には批判もあったが、賛同してくれる人もでてきている。どこに価値を置かだと思ふ。

#### 4.2 透析療法の導入とADL

高齢者への透析療法についても考えたい。米国のナーシングホーム（日本の特養に当たる）での調査では、透析導入後の3か月で多くの患者のADLが顕著に低下した。導入12か月後、ADL維持は13%のみで、58%が死亡していた。日本で2013年に透析を始めた患者の年齢分布をみると、80歳以上が26.4%を占め、うち12.9%が85歳以上。日本透析医学会データの統計解析から「80歳以上で日常生活障害度が高度の場合、37%が透析導入後の3か月以内に死亡している」ことが分かっている。

日本では透析を行わないという選択肢はほとんどない。しかし、導入によって生命予後やADLの悪化が予測される高齢者には、保存的加療を選ぶことも考えるべきだろう。清水先生らとまとめた意思決定プロセスノート「高齢者ケアと人工透析を考える」では、本人や家族の視点で治療選択を行う▽透析療法を行わない選択肢がある▽慢性腎臓病（CKD）のエンドオブライフ・ケアの情報提供がされるように明記した。

がん医療についてもフレイルの知見は導入されつつある。フレイルな患者では化学治療の副作用がしやすい。どう組み入れるかの検討が進められている。

終末期の患者に対し、医師らに「できることは何でもしてください」と言う家族の気持ちは理解できる。しかし、技術的には可能でも、科学にもとづいたフレイルの知見がある現在ではその医療処置がかえって患者本人に苦痛を与えることがわかっている。みなさんのような医療者には分かっていただけだと思う。コミュニケーション力をもって家族に伝え、最期を静かに支えていただきたい。

## 5. まとめ

- ・高齢者医療とケアにおけるフレイルの重要性
- ・フレイルへの移行を遅らせて、健康寿命を延ばそう
- ・フレイルになったら緩和ケアのアプローチで
- ・フレイルが進行してきたらエンドオブライフ・ケアも射程に
- ・暦年齢ではなくフレイルの程度に合わせた医的介入を



## パネルディスカッション・レクチャー「臨床倫理の事例検討法」 —姿勢と原則、問題の整理、分析、対応—

会田 薫子 氏

「臨床倫理」では具体的な問題を検討する。治療とケアの選択や意思決定の問題、つまり迷った時のものごとの決め方、合意形成のあり方が検討の中心になる。多職種スタッフがかわって行う。

検討法は標準化されており、今回は清水の臨床倫理検討法を用いる。ほかには「ジョンセンの4分割法」があり、日本ではどちらかが用いられている。

### 1. 3つの倫理原則（姿勢）

臨床倫理においては、臨床現場における医療ケア従事者の姿勢が問題となる。患者のために、苦痛が少ないように、喜んだ顔を見たい、家族も納得するように、どの患者にも公平に…といった日々の現場でみなさんがとっている倫理的な姿勢をまとめ、抽象度を上げて概念化したものが「倫理原則」になる。基本的な臨床倫理の原則として清水氏は「人間尊重」「与益」「社会的適切さ」を挙げている。みなさんの普段の姿勢一つひとつがどこかに当てはまるはずだ。ピーチャム & チルドレスは「自律尊重」「与益」「無危害」「正義・資源配分の公正さ」を4原則としている。

「人間尊重」は、活動の進め方として相手を人間として尊重すること。情報を提供し合う、双方向に話し合う（コミュニケーション）、相手の意思や気持ちを察する。「自律尊重（自分のことは自分で決める）」を含むがより広い。意思是言語化されたものだけではないから察することが大切。

活動の目的として「与益」の原則がある。「与益」には益（メリット）と害（デメリット）の評価が必要。そのうえで全体としてどう評価し、患者本人の視点で益が害をできるだけ上回る選択をする。

「社会的快適さ」とは、その医療やケアが適切かどうかを社会的にみてチェックすること。事例検討は個別の事案を対象とするが、介護サービスは公的なものである。人的物的資源の公平な分配、制度の適切な利用、法や制度、ガイドラインにてらして矛盾があってはいけない。独善に陥ってはいけない。

### 2. 事例検討の意義

事例検討の意義の1つは好循環を生むことにある。多職種によって具体的な方法を検討し、患者・家族の最善のためにともに考えて悩むことが、よりよい医療とケアの提供と、倫理的な組織

文化の創成へつながる。

あらゆるケースは臨床倫理検討の対象になる。難しい事例だけではなく、うまくいったケースからも学ぶことができる。これからどうするか検討することもあれば（プロスペクティブ）、振り返って検討することもある（レトロスペクティブ）。

### 3. 検査シートを使った事例検討

臨床倫理プロジェクトで作成した臨床倫理検討シートについて説明する。シートの1枚目、ステップ1では状況を把握して記述する。報告者の視点で記されており、その立場、価値観が反映されたものになっていることに留意しなければならない。見え方は立場や価値観によって異なる。ほかの職種の方がみると、別の側面が見えてくる。よって多職種で取り組むことで患者や家族への益も大きくなる。1-3分岐点とは、「これからどうするか」という分かれ道を指し、「あの時どうすればよかったのか」という問題意識を記す。

ステップ2ではAに医療・介護情報と判断について記し、Bに患者・家族の意思と生活について記す。Aでは社会的適切さ、本人への説明など「人間尊重」の観点の状況を整理する。2A-1に医療・ケアの選択肢を記し、そのメリットとデメリットを列挙する。

2B-1、2には患者と家族の理解と意向について記す。2B-3には本人の生き方や価値観を理解するうえで関連があるかもしれないエピソードなどを記す。患者、家族の意思はドクターから言われたままのものである恐れがある。言葉がどういふ文脈で語られたのかを意識して記録しておけば、患者にとっての最善を考えるうえで参考にできる。

ステップ3は検討の結果をまとめる部分。ステップ1、2を踏まえて、どう対応すべきか考えてみてほしい。

カンファレンスを行う際の要はそれぞれが感じている問題を言葉にして出し合うこと。倫理的姿勢をとりながら、出た問題を整理し、他の問題を洗い出し、分析を加える。あちらを立てればこちらが立たず、といったジレンマが生じていることに気づくだろうが、だからこそ総合的に検討しなければならない。どちらかをあきらめるのではない。「これが正しい」と確信する必要はなく、謙虚な気持ちで考える。考えたうえで「これで仕方ない」と思うぐらいの判断が次にもつながる。

「相手を理解しようとするのが、人として尊重することの基本である」

「本人と家族らの言語化された意向は、文脈を踏まえてコミュニケーションの中で捉えることが必要。対話者の発言に対する応答であるという理解。対話者に配慮・遠慮した発言への留意が必要である」

以上の2点を事例検討の際のポイントとして挙げておく。

臨床倫理検討シートは「臨床倫理プロジェクト」のホームページからダウンロード可

<http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tools/tools.html>

## パネルディスカッション

### 臨床倫理事例検討

ファシリテーター（司会）：会田 薫子 氏

事例提供：蘭 直美 氏

（富山福祉短期大学訪問看護ステーション管理者）

パネリスト：

八木 清貴 氏（白やぎ在宅クリニック医師）

山田 毅 氏（やまだホームケアクリニック医師）

炭谷 靖子 氏（富山福祉短期大学看護学科長・教授）

宮崎 弘美 氏

（富山型通所施設「大空と大地のほびー村」代表）

加藤愛理子 氏

（ケアラズ・カフェ「みやの森カフェ」共同代表）

コメンテーター：清水哲郎氏

### <事例説明>

男性 A さん。80 歳代。がん転移で余命半年の診断。家族の希望で本人に余命告知はしていない。在宅療養を強く希望して退院。毎週訪問看護。最終的な看取りの場所は決まっていなかった。その後 ADL が低下し、某日に意識朦朧と

なったため、午後に主治医と長男が最後の看取りの場所について相談する予定だった。しかし緊急を要する事態となり、患者が在宅療養を強く希望していたことから訪問看護師が住み慣れた自宅での最期が最善と考えて午前のうちに家族に提案した。家族は在宅での看取りに賛成し、A さんは3 日後に永眠した。

司会：事例の中で気にかかった点をそれぞれ述べてほしい。

宮崎：患者本人に余命を伝えるべきだったのではないか。

加藤：患者の長男が判断して翌日は仕事のため不在だったそうだが理由は。

蘭：長男は県外在住。週末を理由しての帰省だった。翌日は仕事のために戻った。

炭谷：ケアマネジャーの姿が見えないのが引かなかった。やむをえず訪問看護師が動いたのだろうが、チームとしてどう対応するかの打ち合わせはあったほうがよかったのではないか。

山田：訪問看護師が旗振り役として頑張った事例だと思う。主治医との関係はどうだったのか。

八木：在宅療養を強く希望していた患者であり在宅で看取ったのはよかったと思う。余命宣告については、傾眠傾向なら、あえてその時に宣告する必要もなかったと思う。これでよかったのではないか。

司会：訪問看護師の判断で家族に説明を行ったそうだが、主治医やケアマネとの連携はどうだったのか。また、本人に余命について伝えるタイミングがどこかの時点でなかっただろうか。

蘭：状態については主治医に逐一報告していた。ただ、最終的な看取りについては話し合う機会があまりなかった。長男に話を切り出す際にもわたし自身に迷いはあった。関係している福祉短大看護学科の先生と一緒に訪問しており相談をした。

炭谷：わたしが相談を受けた。患者は日単位で先行きが分からない状態だった。今のタイミングを逃すとこの話はできないと考えて長男に話した。ケアマネ、主治医に連絡をとっていると機を逃すと判断した。また、主治医に話すと病院に送られるであろうという判断も働いた。しかし、それでよかったのかというひっかかりは残っている。

山田：ドクター側は相談しやすい環境づくりが必要だと思う。入院、在宅のどちらかを選ばなければならないというものではない。いつでも入院し、いつでも家に戻れるスライド型を実現できれば、そのこだわりも減るのかなと思う。先ごろ医師17年目にし、初めてしっかりと余命宣告をした。余命宣告は医師にとっても非常に辛い。告げるべきかどうかは患者本人の意志の強さにもよる。「あと1週間」なら、やり残したことはあるか、会いたい人はいるか、と尋ねることができる。その患者は自分の死期を知りたいという人だったので行えた。

八木：最期は家で迎えたいと考えても、帰ってみなければ分からない部分が多い。しかし、看取りはどうか、退院カンファレンスの時に聞いておきたいところではある。無理ならいつでも病院で、という確約もなければ在宅は実現できない。

司会：余命宣告を行うかどうかの判断に多くの人々が悩んでいるのではなからうか。

蘭：Aさん自身も衰えていっていることを分かっている。そこであえて余命宣告をすると、やはり落ち込んだだろう。気持ちの回復には1、2週間かかるとも聞く。精神的なダメージによって残された時間のQOLが低下する恐れもある。生命予後の短い人に伝えるメリットはないと感じる。

宮崎：その人の人生を考えないと看取りは難しい。患者本人は死期の近さを感じていたのではないか。本人への意思確認も言い方ひとつで、「病院より家がいいよね」とか、そういう聞き方で確認してみてもよかったのでは。

司会：死までの数値的な情報が必要かどうかは別問題で、意思を確認するための表現は工夫次第かもしれない。

加藤：宣告については患者による。数字で言われると辛いこともある。わたしの母は余命を伝えたがまだ6カ月あったので、好きなことをやる時間があつた。お墓参りに行った。

司会：Aさんの場合は知りたい気持ちはあつたのだろうか。

蘭：Aさんは寡黙なほうだった。こちらからも「家がいいよね」などと話し掛けてはいて、そうすると笑みをみせていた。それが意思

表示かなとは思ふ。

司会：自分の状態をどう認識していたのだろうか。

蘭：良くなるとは思っていなかったようだ。

司会：本人の意思を尊重し、少ないチャンスをとらえて家族に提案した。訪問看護師として最善につながるケアをされたのかなと思う。次の論点に移る。

清水：Aさんの近所の人への受け止めはどうだったのか。在宅での看取りに好意的だったか、批判的だったか。

蘭：最近訪ねたが、Aさんの妻から「本当によかった。悔いはない」との言葉はもらった。病院で亡くなった友人男性と比べ、家に戻って死ぬことができてよかったと話していた。Aさんの通っていたデイサービスの職員が「在宅がよい」と話していたそうで、それが後押しになり、不安を解消していたようだ。批判的な意見は聞いていない。

山田：富山はけっして在宅に否定的な地域ではない。在宅でも看取りができるという情報や知識がないだけで、富山でも厚労省の調査と同じく8割の人は家で死にたいと思っている。その希望に応えられていない。うちでは40人を在宅で看取った。希望に90%はそえている。

宮崎：在宅での看取りをぜひやってほしい。昔は家で亡くなるのが当たり前だった。デイサービスの立場であるが家族が望むなら協力したい。看護師でなくても最終段階への対応は可能。病院を否定しないが家が一番だと思う。

炭谷：ある患者の息子が通夜の時に「家で看取ることができてよかった」とスピーチした。その後、近所の人から、どうすればあのように家で死ねるのか尋ねられたそう。情報不足が選択肢を狭めている。

八木：これから多死社会を迎え、40万人が病院で死ねないとされる。家で看取らなければならなくなる。

司会：Aさんの妻の負担はどうだったか。

蘭：「手間はかからんね」という受け止めだった。ただ、Aさんが「トイレは自分で行きたい」ということだったので奥さんが毎回付き添っていた。食事は経口摂取ではなかった。それほど手間はかかっていた。

司会：参加聴講者のみなさんからご意見をうかがいたい。

(在宅医)：退院カンファレンスの時に余命6カ月だったにもかかわらず告知していないのはひっかかった。往診医師に看取りの経験がないため連携がうまくいかなかったようだが、ドクターとの連携が円滑でなければ訪問看護師に負担がかかる。

(勤務医)：認知症がひどい患者でなければ余命告知はしてあげるべきだと考える。もちろん信頼関係をベースにし、話し方にも配慮が必要。そうやって本人に判断してもらわなければならない。息子さんに判断させるのは酷。専門職として我々が支えてあげなければいけない。本人が話し、それを聞いてチームと家族が納得して進めていくのが大切だと思う。

1人暮らしの高齢者で、介護してくれる家族がいない人が増えている。家族がいないから在宅は無理という話にはならない。各地域に24時間対応型の訪問看護などのインフラをつくらなければならない。我々専門職が取り組まなければならない。

(デイサービス職)：在宅での看取りは不安だが病院には行きたくない、という人はいる。自宅ではないけれど在宅で看取る支援を行っている。デイサービスなのになぜ看取りができるのかと思われるだろうが、家族も一緒に寝泊まりしての看取りになる。16日泊まって亡くなられたのが過去最長。死期が近づいた場合に「(ここで死ぬことを) どう思うか」という問いかけはするようにしている。

(デイサービス職)：医療面での対応は難しく、福祉の立場。お年寄りに来てもらって虚弱になってきた時にどれだけ支えられるのか葛藤とジレンマがある。施設では子供たちもみている。医療従事者の子供たちが、親が24時間仕事に追われるため行き

場がなく、置き去りにされているのではないかと危惧している。高齢社会を支えなければならぬが、医療従事者の家族も守ってあげてほしい。

(ケアマネジャー)：最近、ターミナルのケースで考えさせられることが何度もあった。先ほど議題になったケアマネへの連絡だが、緊急事態の場合はやむをえないが、事後の連絡でよいので教えてほしい。ケアマネが先頭に立たなければいけないかといえそうでもないと考え。患者本人の思いをしっかりと受けているなら医師でも訪問看護師でも誰でもよい。

「わたしの思いを誰も分かってくれなかった」と言われたことがある。我々支援する側は死期が近づき看取る場所を気にかけるが、本人や家族は「自分がどうすれば元気になれるのか」を最後まで考えており双方にギャップがあった。

司会：スピリチュアルケアの話になる。体は衰えていっても希望はもちながら、生きていることは素晴らしいと思って過ごしてもらいたい。難しい問題だ。

蘭：ご意見をいただきありがとうございます。終末期をどのように過ごしたいか、本人や家族が意思決定できるように、それに関わる教育活動、住民の意識改革を進める活動を医療従事者としてやっていきたいと思う。

・清水氏まとめ

ここではケアについて意見を交わした。専門職のみなさんにとっては普通のことを話しているだけなのだが、これで十分に倫理について話せている。

事例検討シート3枚目、ステップ3に即して整理したい。人として尊重することをめぐっての検討点としては、医療ケアチームとしての対応など決めるプロセスや本人の希望確認の必要性などが挙げられる。

看取りの場所について、本人の希望確認の有無

の必要性について意見が交わされたが、看取りの場所を決めるといふ言い方はしっくりしないと思う。退院の時点で家を選び、その後に入院するか・家で続けるのかという延長線上で在宅での看取りになったと捉えたらよいだろう。状態が急変したり、苦痛をコントロールしたりする必要性があれば病院に行かなければならないことはある。わたしの義母は託老所で亡くなった。富山型デイに近く、泊まりは自費になる。週に何日かはそこ、それ以外は自宅で過ごして亡くなったのは託老所だった。看取りの場所を決めるのではなく流れの中で結果的にそこだった。看取りの場所よりも、最後まで家にいられたことに意義があると思う。

患者本人に余命を伝えるかどうかという議論があったが、Aさんが「知らせてくれていたらこうできていたのに…」という場合ならともかく、自分でも状態が良くなると思っていなかったのなら判断は妥当だろう。あと残りどれぐらいか知らなくてもそれによって本人が選択を誤ることにはならないからだ。自宅で療養したいとはっきりした意思表示があり、その延長線上での在宅での看取りであろう。

相手の益を目指すことをめぐっての検討点としては、余命告知をすることや妻の負担などが挙げられる。何を目的にするかによっても最善は異なってくる。本人の満足なのか、人生のまっとうなのか。奥さんにとっては良かったのか。まあまあ良い人生であったと思ってもらえるようにするにはどうすればよいのか。目的設定も益をめぐる問題だといえよう。

社会的視点でのチェックでは、看取りの場所について地域や住民の考えが、患者本人の意思に影響する可能性があることは指摘しておきたい。自宅と病院の中間としての在宅として富山型デイサービスが話題にのぼった。多死社会ですべてを家で看取れるのかといえば難しい。最後の面倒をまとめてみってくれる受け皿づくり、居宅施設を充実していくことは社会的な課題であろう。

## 『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、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発表のものに限る。ただし、学会において一部発表（投稿）した内容を含むか、学会で発表された複数の論文をまとめたものなどはその限りではない。
3. 論文種別は総説、原著論文、研究報告、実践報告であり、以下のように定義される。
  - 総説：研究や教育についての動向や解説、また評論などについてまとめたもの。
  - 原著論文：一研究としてまとまって終結しており、結論や新たな知見が示されている論文である。また論文内容の一部が学会等で発表（投稿）されていることが望ましい。
  - 研究報告：一研究の過程での部分的なまとまりで、実施方法、評価方法などの提案、また部分的な結果を示す論文である。
  - 実践報告：教育方法の改善や、研究を進める上での改善などに関する報告、また短期的な研究・教育の調査に関する報告などにあたる。
4. 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。
5. 投稿原稿の採否決定および修正は査読の結果をもとに、編集委員会による審査を経て判断する。
6. 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。
7. 本規程の改正は編集委員会の議を経て、編集委員長決定により行なわれる。

附則 この規程は平成27年4月1日から施行される。

## 『共創福祉』執筆要項

1. 原稿はWord、Excel、PowerPointソフトにより作成し、紙媒体と電子媒体を作成する。紙媒体はA4用紙に1行40字・40行とする。論文投稿時は紙媒体のみ、最終原稿提出時は紙媒体と電子媒体を提出する。表・図の挿入位置は、本文の右側の欄外に記入する。
2. 原稿の長さは原則として、本文・表・図を含めて20頁以内、刷り上がり時12頁以内とする。
3. 原著論文は原則として、はじめに（序または研究の背景など）、研究目的、研究方法、結果、考察、結論、謝辞、引用文献の順に構成する。
4. 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）、和文キーワード（8語以内）。
  - [第2頁] 英文で、標題、著者名、所属名、Abstract（450ワード程度）、Keywords（8語以内）。
  - [第3頁以降]
    - 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。
    - 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のように書く。
    - 図：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、…のように書く。
5. 引用文献の書き方は、本文中で引用する順に、1)、2) というように項番を付ける。
  - 論文、研究報告等の場合  
著書名、表題、雑誌名（学会名）、巻、号、ページ（始—終）、発行年（発表年）
  - 雑誌の場合  
著書名、表題、雑誌名、巻、号、ページ（始—終）、発行年
  - 単行本などの場合  
著書名、書名、出版名、
  - 出版年編集書の中の一部の場合  
著者名、標題、編集書名（編集者名）、巻、ページ（始—終）、発行所名、発行年
6. 本文中での引用文献の引用は、文献1)、文献2) のように記述する。
7. 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行わない。

## 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 中野 慎夫

編集委員 山本 二郎 竹ノ山 圭二郎 河相 てる美

得田 恵子 北山 由起子

---

共創福祉2016年 第11巻 第1号  
Synergetic Welfare Science

---

2016年（平成28年）4月20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.11, No. 1 , 2016

### Contents

#### Research Report

- Study on the duty recognition and the activity situation of the community social workers  
—From the investigation result for the community social workers attending a training  
in the A prefecture—  
..... *Kiyoshi MIYAJIMA* 1
- Structure of learning in adult nursing practice at ICU  
..... *Terumi KAWAI, Tomoko NAKADA, Eriko KOIDE, Miyoko SAKAI* 13
- Consideration about the questionnaire results of “the week folio”  
—Analysis of 2014 questionnaire investigation—  
..... *Naomi RAN, Eriko KOIDE, Miyoko SAKAI* 19

#### Practice Report

- A study on the necessary system and social services for people with visual impairment  
in Toyama prefecture  
..... *Hisashi TAKANISHI* 27
- Attitude of nurses who can take ethical actions from the viewpoint of students  
—Learning by analyzing cases of ethical issues—  
..... *Miyoko SAKAI, Terumi KAWAI, Eriko KOIDE* 37
- Study on the process support to decide the location of end-of-life care for  
the elderly patient terminal cancer  
—Case study using a clinical ethic examination sheet—  
..... *Naomi RAN* 47

#### The 5th Synergetic Welfare Science Workshop, 31/10/2015

- Educational Lecture 「Support for children with developmental disability」  
..... *Mutumi NAKABAYASHI* 53

#### Symposium 「Thanatology seminar in Toyama 2015」 , 21/11/2015

- Educational Lecture 1 「Thanatology end-of-life care」  
..... *Tsurou SHIMIZU* 73
- Educational Lecture 2 「Medical treatment and care in super-aged society  
—Applying knowledge of frailty on the clinical place」  
..... *Kaoruko AITA* 77