

ISSN 1349-0664

石川看護雑誌

Ishikawa Journal of Nursing

第2巻

Volume 2

2005

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

巻 頭 言

看護学系の大学・大学院の増加に伴い、看護学研究に多少とも関連をもつ人口集団が多くなり、その成果を発表する機会も増えている。多くの大学では卒業研究や特別研究等の科目によって学生に看護研究を課しており、研究のデザインや内容には多様な形式はあるものの、成果の発表会や成果物を刊行している。

また、大学や研究機関の教員や研究者のみならず、病院や地域での保健・看護の現場においても看護職による調査研究や実証的な研究が盛んに行われており、それらの成果は学会（誌）や関連の雑誌に投稿されている。

このような現象は看護学の発展にとって喜ばしい事であるが、中には、安易な看護研究も見られ、また研究を進める上での倫理的な配慮が欠けている研究も見られる。

学生が学習の過程で行うものと教員や研究者（大学院生も含めて）が行うレベルでは当然差異はあるが、やはり看護学の本質をとらえ、研究を進める上での配慮すべき倫理的問題を認識して行く事が重要であろう。

ところで、各大学や研究所、学会等が独自の学術雑誌を有しており、所属の教員や学会員の研究成果の発表や業績・能力向上の場としてその活用を奨励しており、大いに利用すべきであると思う。

「石川看護雑誌」は原則として年1回の発刊とし、平成15年度に第1巻を刊行し、今年度は第2巻の発行である。

当大学においても、教員が研究成果を発表できる場は以前に比べ格段に多くなっており、それぞれの専門領域の学術雑誌に投稿することも多いと思われるが、当大学の特徴を示すような研究論文や、それぞれの研究課題について大学内で相互理解を深めるような場作り、若い教員の荒けずりではあるが将来性のあるユニークな研究の発表の場としても、本雑誌の存在価値を高めていけることを期待するものである。

金川克子

石川看護雑誌

第2巻(2005年2月)

目次

巻頭言		i
	金川克子	
報告		
石川県における医療施設の災害に備えた取り組みと 看護管理者の災害看護の認識に関する検討	林 一美, 水島ゆかり, 木下幸子, 古木優子	1
在宅高齢者へのターミナルケアのあり方 - 「死生観とケア」公開研究会を通して -	水島ゆかり, 浅見洋, 金川克子, 天津栄子, 多田博生, 作宮洋子	7
痴呆性高齢者のグループ回想法において家族とケアスタッフが捉えた意味 - 回想場面の映像から -	佐藤弘美, 細川淳子, 田高悦子, 酒井郁子, 高道香織, 天津栄子, 金川克子	15
退院調整部門の設置に関する病院看護管理者の認識と課題	丸岡直子, 佐藤弘美, 伴真由美, 川島和代, 小松妙子	25
病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題	伴真由美, 丸岡直子, 川島和代, 小松妙子, 佐藤弘美	33
資料		
中国の医療保険制度と養老保険制度の紹介	孫皎, 劉群	43
看護活動と過失・重要判例に見る課題と今後の方向性	作宮洋子	47
温泉の利用頻度と健康状況の関係の分析 - ベースライン調査のデータとリンクした健診結果及び追跡調査の統計分析 -	松原 勇, 鏡森定信	53
発行規定		59
執筆要領		60
編集後記		63

Ishikawa Journal of Nursing

Volume 2 (February 2005)

Contents

PreFace	Katsuko KANAGAWA	i
Reports		
Study on Disaster Preparedness at Medical Facilities and Nurse Administrator's Awareness of Disaster Nursing in Ishikawa Prefecture	Kazumi HAYASHI, Yukari Mizushima, Yukiko KINOSHITA, Yuko FURUKI	1
Issues of Terminal Care for the Community-Dwelling Elderly - Through Observations at an Open Research Meeting on the "Views on Life and Death and Care" -	Yukari MIZUSHIMA, Hiroshi ASAMI, Katsuko KANAGAWA Eiko AMATSU, Hiroiku TADA	7
Significance Perceived by Family Members and Care Staff in Group Reminiscence Applied to Demented Elderly - Through Images Captured During Reminiscence -	Hiromi SATO, Junko HOSOKAWA, Etsuko TADAKA, Ikuko SAKAI, Kaori TAKAMICHI, Eiko AMATSU, Katsuko KANAGAWA	15
Nursing Manager's Recognition and Objectives in Establishing a Discharge Planning Section at a Hospital	Naoko MARUOKA, Hiromi SATO, Mayumi BAN, Kazuyo KAWASHIMA, Taeko KOMATSU	25
The Current Status and Topics on Discharge Planning Observed by Head Nurses	Mayumi BAN, Naoko MARUOKA, Kazuyo KAWASHIMA, Taeko KOMATSU, Hiromi SATO	33
Materials		
Introduction of Medical Insurance and Old-age Insurance Systems in China	Sun JIAO, Liu QUN	43
Problems Observed in Nursing Activities and Outstanding Legal Cases Concerning Malpractice and Future Direction in Nursing Practice	Yoko SAKUMIYA	47
Statistical Study on the Relationship between Health Status and the Frequency of Use of Spas - Statistical Analysis using Linked Mass Health Screening Data and Follow-up Data -	Isamu MATSUBARA, Sadanobu KAGAMIMORI	53
Regulation		59
Instruction to Authors		60
The Editor's Notes		63

報告

石川県における医療施設の災害に備えた取り組みと 看護管理者の災害看護の認識に関する検討

林 一美 水島ゆかり 木下幸子* 古木優子*

概要

本研究は、地域の看護管理者を対象に、医療施設の災害に備えた取り組みと、災害看護に関する認識を明らかにすることを目的とした。石川県の看護管理者 111 名を対象に郵送調査をおこない、85 名 (76.6%) の回答を得た。その結果、以下のことが明らかになった。石川県の医療施設では、災害の対応経験のある施設は少なかった。ほとんどの施設が防災訓練を実施し、その内容は火災訓練が中心であった。災害看護教育を行っている施設は少なかった。自施設が災害に遭ったことを想定した災害対策の検討は実施されており、それに対するマニュアルも備わっていた。看護管理者は、装備されたマニュアルが災害時に「生かせる」と回答した者より、「生かせない」または、「わからない」と回答した者の方が多かった。また、そのほとんどは、現任教育における災害看護教育の必要性を認識していた。

このことにより、医療施設の看護管理者は、既存の災害対策を見直し、看護師が災害看護の重要性を認識できるように動機づけることが必要である。また、地域の看護者らが、災害看護に関する知識や技術の交流を図り、情報交換ができる機会や場をつくることは、災害看護の質を向上させるために重要である。

キーワード 災害看護, 防災訓練, 災害対策, 災害マニュアル, 災害看護教育

1. はじめに

我が国は、その位置、地形、気象などの自然的条件から、自然災害をうけやすい国土となっており、毎年、自然災害により多くの人命や財産が失われている¹⁾。平成7年におこった阪神・淡路大震災以後、広域災害に対する医療体制の整備の重要性が認識され始めた²⁾。発生の予測が不確定で、訓練や備えの効果測定が難しいという災害の特徴は、災害医療に関して、なにを、どの程度、備えるかという課題が生じてくる。また、一旦、災害が発生すると、影響は地域全体に及ぶため、災害医療体制は地域全体で取り組んでいくことが重要である。本研究は、今後の石川県の災害看護のあり方の検討材料とするために、石川県における医療施設の災害に備えた取り組みと、看護管理者が災害看護に関してどのように認識しているかを明らかにすることを目的として行った。

2. 方法

2.1 対象者

石川県内の医療施設 111 施設に勤務する看護管理者 (看護部長・総看護師長) 111 名を対象者と

*石川県看護協会

した。

2.2 調査方法と調査項目

調査は、郵送調査法により 2004 年 8 月に実施した。調査用紙は、文献検討^{3) 4)}に基づき作成し、プレテストを行った。

調査項目は、①医療施設の背景：所在地域、設置主体、病床数、②医療施設の災害の対応経験：対応経験の有無、受入患者数、③看護管理者の災害看護体験、④防災訓練の実施状況：防災訓練の有無、回数、内容、⑤災害に備える準備状況：災害を想定した対策の検討、災害マニュアルに関すること、⑥医療施設の災害看護教育の実施状況：災害看護教育の有無、回数、教育 (研修) 方法と内容、⑦災害看護教育の必要性：看護基礎教育の必要性、現任教育の必要性、⑧今後の防災対策、であった。

なお、災害の定義を、天災 (震災・風水害・火山災害・雪害等) や人災 (海上災害・航空災害・鉄道災害・道路災害・原子力災害・危険物災害・火災等) と呼ばれる、不測の時に多くの人々の生命や健康が著しく脅かされる状況とし、災害看護とは、看護に携わる者が知識や技術を駆使し、他

の専門分野との協力のもとに、生命や健康生活への被害を少なくするための活動を展開すること、と調査対象者に明示した上で調査した。

2. 3 分析方法

調査項目毎に単純集計を行い、自由回答のデータは類似している内容についてまとめた。

2. 4 倫理的配慮

調査目的の趣旨を調査依頼文にて説明し、調査に同意を得られた場合に記入後、返送してもらった。なお、調査にあたっては、守秘義務と調査目的以外の使用や、個人情報等の外部流出のない旨の了承を得た。

3. 結果

調査に回答してくれた看護管理者は、85名で回収率は76.6%であった。

3. 1 医療施設の背景

医療施設の背景は表1に示した。所在地域は、南加賀19施設(22.3%)、石川中央47施設(55.3%)、能登中部・北部18施設(21.2%)であった。設置主体は、医療法人43施設(50.6%)、国公立19施設(22.3%)、その他22施設(25.9%)であった。病床数は、100床未満33施設(38.8%)が最も多く、100-199床、300床以上、200-299床の順であった。

表1 医療施設の背景 n=85

		n(%)
所在地域	南加賀	19(22.3)
	石川中央	47(55.3)
	能登中部・北部	18(21.2)
	無回答	1(1.2)
設置主体	医療法人	43(50.6)
	国公立	19(22.3)
	その他	22(25.9)
	無回答	1(1.2)
病床数	100床未満	33(38.8)
	100-199床	23(27.0)
	200-299床	14(16.5)
	300床以上	15(17.7)

3. 2 災害の対応経験

医療施設における災害の対応経験がある施設は8施設(9.4%)であり、76施設(89.4%)が経験なしであった。7施設の患者受け入れ人数は、0~3人であり、1施設のみ30数人に対応していた(表2)。対応の内容については、北陸トンネル火災、阪神・

淡路大震災への職員派遣、金沢港船底酸欠患者発症への医師派遣、海上火災による低酸素状態の患者を大学病院へ転送、病院に隣接する病院長宅の火事による入院患者の避難誘導、観光バス横転事故であった。看護管理者自身が災害看護体験のある者は9人(10.6%)であった(表3)。

表2 医療施設の災害の対応経験

		n(%)
対応経験	ある	8(9.4)
	ない	76(89.4)
	無回答	1(1.2)
受入患者数 (n=8)	0人	5(62.5)
	1人	1(12.5)
	3人	1(12.5)
	30数人	1(12.5)

表3 看護管理者の災害看護体験 n=85

		n(%)
災害看護体験	ある	9(10.6)
	ない	57(67.1)
	無回答	19(22.3)

3. 3 防災訓練の実施状況

施設における防災訓練については、78施設(91.8%)が行っており、7施設(8.2%)は行っていない。防災訓練の回数については、2回/年、1回/年、3回/年以上、の順であった。防災訓練の内容については、そのほとんどが火災(96.2%)であり、震災、原子力災害、その他の順であった(表4)。

表4 防災訓練の実施状況

項目		n(%)
防災訓練	行っている	78(91.8)
	行っていない	7(8.2)
訓練回数 (n=78)	1回/年	15(19.2)
	2回/年	55(70.5)
	3回以上/年	6(7.7)
	無回答	2(2.6)
訓練内容	火災	75(96.2)
	震災	9(11.5)
	原子力災害	2(2.6)
	航空機災害	1(1.3)
	道路災害	1(1.3)
	無回答	1(1.3)

3. 4 災害に備える準備状況

災害に備える準備状況に関する調査項目では、自施設が災害に遭ったことを想定した災害対策

(以下、災害遭遇)と、地域や他施設からの被災者の受け入れを想定した災害対策(以下、被災者受け入れ)とに分けて調査した(表5)。災害を想定した対策の検討は、災害遭遇については、59施設(69.4%)が実施しており、それに対するマニュアルも60施設(70.5%)が備わっていた。装備され

たマニュアルが災害時に「生かせる」と回答した看護管理者は23人(38.3%)であり、「生かせない」7人(11.7%)、「わからない」29人(48.3%)であった。一方、被災者受け入れについては、55施設(64.7%)が検討しておらず、マニュアルも46施設(54.1%)がなかった。

表5 災害に備える準備状況

		災害遭遇	被災者受け入れ
災害を想定した対策検討	あ る	59(69.4)	23(27.1)
	な い	24(28.2)	55(64.7)
	わからない	1(1.2)	6(7.0)
	無回答	1(1.2)	1(1.2)
災害に対するマニュアル マニュアル有無	あ る	60(70.5)	33(38.9)
	な い	21(24.7)	46(54.1)
	わからない	2(2.4)	3(3.5)
	無回答	2(2.4)	3(3.5)
災害時に生かせるか		(n=60)	(n=33)
	生かせる	23(38.3)	12(36.4)
	生かせない	7(11.7)	7(21.2)
	わからない	29(48.3)	14(42.4)
	無回答	1(1.7)	0(0.0)

3. 5 災害看護教育の実施状況と災害看護教育の必要性

災害看護教育を行っている施設は15(17.6%)であり、行っていない施設は70(82.4%)であった。災害看護教育の回数は、1回/年、2回/年、3回以上/年の順であった(表6)。教育(研修)方法と内容は表7に示した。一部職員(医師・看護師・事務職員)の研修では、トリアージの理解と実務、消防署員による講義・ビデオ・話し合い、各部署単位で防災設備の説明を受ける、医療班に登録された職員のトリアージ訓練などが実施されていた。新人・転入者研修を活用して、災害の基礎・予防・実技、防火設備・管理について講義・見学、災害マニュアルを使用しての火災・地震時の対応・避難について実施したり、あるいは院外研修会の伝達研修を行っている施設もあった。職員全員の研修を行っている施設は、消防署職員による心肺蘇

生法、ビデオ研修を実施していた。また、リーダー研修、石川県看護協会研修会への参加や、計12時間をかけて、災害看護について系統的に教育しているところも1施設あった。災害看護教育の必要性については、看護管理者の64人(75.3%)が看護基礎教育での必要性を認識しており、現任教育においては、75人(88.2%)が必要であると認識していた(表8)。

表6 医療施設の災害看護教育の実施状況

		n(%)
災害看護教育	行っている	15(17.6)
	行っていない	70(82.4)
教育回数 (n=15)	1回/年	10(66.6)
	2回/年	3(20.0)
	3回以上/年	1(6.7)
	無回答	1(6.7)

表7 教育(研修)方法と内容 (自由回答)

教育(研修)方法	実施施設数	内 容
一部職員(医師・看護師・事務職員)の研修	5	トリアージの理解と実務、消防署員による講義・ビデオ・話し合い、各部署単位で防災設備の説明を受ける、医療班に登録された職員のトリアージ訓練等
新人・転入者研修	3	災害の基礎・予防・実技、防火設備・管理について講義・見学、災害マニュアルを使用して火災・地震時の対応・避難について
院外研修会の報告	3	院外研修の報告会(伝達研修)
職員全員の研修	2	消防署職員による心肺蘇生法、ビデオ研修
リーダー研修	1	消火設備・避難経路・連絡方法等講義
石川県看護協会研修会参加	1	災害看護の講演会
看護職員の研修	1	講義・ビデオ・課題レポート・グループワーク・演習(計12時間)

表8 災害看護教育の必要性 n=85

		n(%)
看護基礎教育の必要性	必要	64(75.3)
	不必要	6(7.0)
	わからない	14(16.5)
	無回答	1(1.2)
現任教育の必要性	必要	75(88.2)
	不必要	1(1.2)
	わからない	8(9.4)
	無回答	1(1.2)

3. 6 今後の防災対策

今後の防災対策は表9に示した。看護管理者は、今後の防災対策に関しては、火災以外の天災・人

災の訓練を行う、具体的で・実践で役立つ・応用の利く訓練を行うなどの訓練の実際を行ったり、マニュアルの見直し、緊急連絡網の点検などの既存の防災対策の見直し、看護協会・県・市町村・他病院とのネットワークづくり、災害発生に備えた体制づくりなどのネットワーク・組織体制づくりや、災害に対応できる看護師の育成、災害看護のリーダー育成などの災害看護に携わる人材育成などが必要であると認識していた。その他、院内研修会の企画、職員に危機感をもたせる・防災意識を高める、学習会・研修会に職員を参加させるなどの必要性を認識していた。

表9 今後の防災対策（自由回答）

対策	対策の内容（回答数）
訓練の実際	火災以外の天災・人災の訓練を行う(10)、具体的で・実践で役立つ・応用の利く訓練を行う(5)、トリアージ実務訓練(2)、定期的に訓練を行う(1)、休日・夜間応援要請訓練(1)
既存の防災対策の見直し	マニュアルの見直し(9)、緊急連絡網の点検(2)、研修会の機会を多く持つ(1)、計画・訓練・備品を見直す(1)、患者受入体制・備品・物品の見直し(1)
ネットワーク・組織体制づくり	看護協会・県・市町村・他病院とのネットワークづくり(3)、災害発生に備えた体制づくり(4)、全職員の教育・訓練プログラムづくり(1)、具体的チーム編成と役割の明文化(1)
人材の育成	災害に対応できる看護師の育成(3)、災害看護のリーダー育成(1)
その他	院内研修会の企画(5)、職員の危機感をもたせる・防災意識を高める(4)、学習会・研修会に職員を参加させる(4)、ライフライン・備品・物品の確保(2)、看護管理者自身の知識・スキルアップを図る(2)、災害後の対処方法(1)

4. 考察

横田は、「災害医療のプログラムは、単に災害の規模、負傷者や死者の数で定義できるものではなく、負傷者に対し、活用できる人的、物的資源が不足する場合に、日常の医療では対応できず、災害医療が発動される⁵⁾」と述べている。今回の調査では、医療施設の災害の対応経験の内容の詳細に関しては不明であるが、7施設の患者受け入れ人数は、0～3人である。しかし、1施設ではあるが、観光バス横転事故で30数名の受け入れを行ったことが明らかになった。また、看護管理者にも9人の災害看護経験者がいた。このように、被災者に対して直接に携わった医療救護活動の経験は貴重である。災害の少ない本県にあって、災害医療に直接関わった医療施設・従事者数は相対的に少ないと推測されるが、経験から学ぶためには、災害時救護活動後の調査や報告を集積していく事が重要になる。

防災訓練については、ほぼ9割の施設が実施していた。防災訓練の内容の9割以上は火災訓練で

あり、施設内および近隣施設の火災を想定した訓練であると考えられる。これは、消防用設備の設置や維持、あるいは定期点検が「消防法⁶⁾」の定めにより、病院に義務づけられているためと推測される。

災害を想定した対策の検討は、災害遭遇については約7割の施設が実施しており、それに対するマニュアルが備わっていることが明らかになった。しかし、それらの災害時マニュアルが実際に「生かせる」と回答した看護管理者より、「生かせない」または、「わからない」と回答した人数が多かった。これは、西村らの調査で「マニュアルはあっても実際に災害時に使用できるか不安」という意見が全体的に多く見られた⁷⁾と一致していた。管理者は、マニュアルが存在しても形骸化していたり、あるいは実動するスタッフがその内容を熟知していないと予測していると考えられ、現存するマニュアルの見直しやその活用についての検討とスタッフへの周知の必要性があると考えられる。一方、6割以上の施設が被災者受け入れについては、対

策の検討をしたことがないと回答している。今回の調査対象の111施設中、県からの派遣要請を受けるのは、主に災害拠点病院として指定されている8施設である。しかし大規模災害時には、それらだけでは対応しきれない状況が発生し、施設近隣被災者は最寄りの施設へ医療を求めて来る可能性はある。このような状況に対応するためには、自施設の災害時の患者受入体制や医療従事者の対応能力を把握した上で、災害時に想定される状況での施設の役割・機能を検討し、それに向けての体制づくりや訓練をしておくことが望ましいと考える。

災害看護の現任教育については、約9割以上の看護管理者が必要であると回答していた。しかし実際に火災訓練以外の災害看護教育については、8割以上の施設が行っていなかった。災害看護教育は、日本では日本赤十字社や自衛隊などの災害救護活動^{8) 9)}があったものの、阪神・淡路大震災後にその重要性が見直される事に基づいてはじまったものであり、まだ歴史が浅い。実施している施設では、施設内研修会を企画・実施したり、院外研修会へ参加し、それを報告し合ったりするなどの方法を行っていた。「災害看護の重要性は認識しているが、具体的な対策に着手できない」、「実際に災害医療を行った看護職の話を聞きたい」、「他施設の情報、あるいはいろいろな資料配付を希望する」などの意見もあり、組織の学習ニーズに見合った災害看護教育方法・内容を検討していく必要があると考える。

看護管理者は今後の対策として、訓練の実際を行ったり、既存の防災対策の見直し、ネットワーク・組織体制づくり、災害看護に携わる人材育成、院内研修会の企画、職員に危機感をもたせる、防災意識を高める、学習会・研修会に職員を参加させる、などの必要性を認識していた。一方、「看護師は関心があっても、他部門は関心が低い」、「病院全体で取り組まないと一部門や一組織だけではだめである」、「管理職以外の者は興味がない」など、災害医療を進めていく中で、全体の士気が高まらないという意見もあった。原口らの調査¹⁰⁾でも、災害医療訓練(研修)を施行する際に実際の問題点として、「スタッフが忙しすぎる」、「訓練の専門家がない」、「手間がかかりすぎる」、「興味をもたない医療従事者が多い」、「コストが問題」などがあがっている。表7からもわかるように、現時点では、災害看護教育に関する施設の取り組みはさまざまである。看護管理者は、それらの取

り組みを通して、看護師に災害看護の重要性を認識させ、取り組む意欲をもたせることが課題となる。施設の設置趣旨により、災害医療での果たす役割は異なるとしても、患者の安全性を守り、地域住民への医療サービスの提供を行うという観点からいえば、災害医療体制の質を向上させていくことは重要である。上記のような災害医療訓練における問題についても、地域の看護者らが自分達の有する災害看護に関する知識や技術の交流を図ったり、情報交換の場があれば、他施設の情報が得られたり、教育・訓練方法について学べたり、1施設では対処できない問題解決の場となる。看護者らが、このような機会や場をつくり活動していくことを通して、災害看護が身近な問題として考えられ、取り組む意欲も高まり、知識・技術の向上にもつながるのではないかと考える。

5. まとめ

石川県の看護管理者を対象に、本県における医療施設の災害に備えた取り組みと、災害看護に関する認識を明らかにすることを目的として調査した。その結果、以下のことが明らかになった。石川県の医療施設において、災害の対応経験のある施設は少なかった。ほとんどの施設が防災訓練を実施し、その内容は火災訓練が中心であった。災害看護教育を行っている施設は少なかった。自施設が災害に遭ったことを想定した災害対策の検討は実施されており、それに対するマニュアルも備わっていた。看護管理者は、装備されたマニュアルが災害時に「生かせる」と回答した者より、「生かせない」または、「わからない」と回答した者の方が多かった。また、そのほとんどは、現任教育における災害看護教育の必要性を認識していた。

このことにより、医療施設の看護管理者は、既存の災害対策を見直し、看護師が災害看護の重要性を認識できるように動機づけることが必要である。また、地域の看護者らが、災害看護に関する知識や技術の交流を図り、情報交換ができる機会や場をつくることは、災害看護の質を向上させるために重要である。

謝 辞

今回の調査にご協力頂きました看護管理者の皆様には深く感謝致します。本調査は、石川県看護協会災害看護検討委員会のご協力・情報提供をいただき行われました。また、調査にあたり助言をいただきました富山医科薬科大学 成瀬優知先生に

深謝いたします。なお、本論文は、石川県立看護大学附属地域ケア総合センター調査研究事業（平成 16 年度）の助成を受けて行った研究の一部である。

引用文献

- 1) 内閣府編：平成 15 年度版 防災白書，国立印刷局発行，1，2003.
- 2) 原口義座，友保洋三：わが国における災害医療体制，医学のあゆみ，200(12)，921,2002.
- 3) 日本救急看護学会災害看護委員会：災害拠点病院における災害対策と災害看護に関する調査 I，日本救急看護学会雑誌，3(2)，75-89，2002.
- 4) 西上あゆみ，松原紀美代：病院看護婦への質問紙調査からみた災害看護に関する課題，日本災害看護学会誌，2(1)，34-44，2000.
- 5) 横田順一郎：集団災害時の患者対応，集団災害マ

ニユアル，へるす出版，51,2000.

- 6) 監修 内閣府制作統括官（防災担当）：消防法，第 17 条・第 17 条の三の三，平成 15 年度版防災・危機管理六法，146-147,新日本法規,2003.
- 7) 前掲 4)，39.
- 8) 金井悦子他：赤十字災害看護概要，平成 10,11,12 年伊藤・有馬記念基金教育・研究助成金研究報告書，1-11，2001.
- 9) 新道幸恵他：組織及び施設での災害看護活動の取り組み，災害看護活動に関する報告書，社団法人日本看護協会，37-46，2004.
- 10) 前掲 2)，926.

（受付：2004 年 9 月 3 日，受理：2004 年 11 月 30 日）

Study on Disaster Preparedness at Medical Facilities and Nurse Administrator's Awareness of Disaster Nursing in Ishikawa Prefecture

Kazumi HAYASHI, Yukari MIZUSHIMA, Yukiko KINOSHITA, Yuko FURUKI

Abstract

The objective of this study was to clarify disaster preparedness at medical facilities and discover the extent of awareness of local nursing nurse administrators concerning disaster nursing. A mail survey was conducted by sending questionnaires to 111 nursing administrators in Ishikawa Prefecture, 85 of whom responded. The survey revealed the following: only a few facilities had actual experience in responding to a disaster; most have conducted disaster-prevention drills (mainly fire drills); very few had implemented an educational program for disaster nursing; disaster policies had been formulated under the supposition that the facility itself will be exposed to a disaster and manuals had been prepared for these circumstances; more administrators did not believe or were uncertain (than those who were convinced) of the usefulness of such manuals at the time of a disaster. Most were aware of the need for post-graduate training in disaster nursing.

Based on these findings, it is imperative that nursing administrators re-examine the current disaster plans and motivate nurses to recognize the importance of disaster nursing. Furthermore, it is important to provide an opportunity for nurses in the area to exchange knowledge and techniques regarding disaster nursing to improve the quality of nursing when facing such events.

Key words disaster nursing, disaster prevention drill, disaster policies, disaster manual, disaster nursing education

報告

在宅高齢者へのターミナルケアのあり方 —「死生観とケア」公開研究会を通して—

水島ゆかり 浅見洋 金川克子 天津栄子 多田博生 作宮洋子

概要

公開研究会における講演内容から、在宅高齢者へのターミナルケアのあり方について考察した。医療職者は、黙って死を看取ることを非常に苦痛と感じつつ、反省しながらケアを行っていた。そして、在宅ターミナルケアにおける医療職者の役割は、＜家族での看取りの尊重＞＜見守り＞といった姿勢を持ち、＜苦痛の軽減＞＜余命予測と告知＞＜看取りについての意思確認＞＜看取りの体制整備＞＜グリーフケア＞を行うことであった。

これらのことから、医療職者は時期および高齢者と家族の死生観や思いを考慮した上で、家族での看取りを尊重し、見守りの姿勢を持ちつつケアを行うことが大切である。そして、高齢者と家族に対して、苦痛を軽減し、適切な余命予測と告知および看取りについての意思確認を行い、関係機関と連携して看取りの体制を整えていくことが必要である。また、医療職者は、生前から計画的にグリーフケアを行っていくことも必要であると考えた。

キーワード 高齢者、在宅ケア、ターミナルケア、死生観

1. はじめに

わが国においては、平成12年に介護保険制度が施行されてから、なんらかの介護が必要な要介護認定者数は年々増加している¹⁾。そのうち、在宅サービスを利用している者は、利用者数に限界がある施設サービス利用者に比べて増加率が顕著であり²⁾、その利用者は今後も増えることが予測される。その利用者のほとんどは、65歳以上の高齢者であり、在宅高齢者へのケアのあり方について理解を深めることは重要であると考えた。

また、我々は石川県における高齢者の死生観とケアのあり方について理解を深めるため、平成15年度に「死生観とケア」研究会（以下研究会とする）を立ち上げ、同年5月から月1回程度、石川県下において高齢者の終末期に関わる人々を講師に招いて「死生観とケア」に関する公開研究会（以下公開研究会とする）を行っている。そして、年度末には、公開研究会における講師の講演の内容および参加者への質問紙による調査結果から、地域における高齢者ケアの課題を整理した。整理された課題は、高齢者本人へのスピリチュアルケアや死の準備教育の内容と方法の検討、高齢者の家族や遺族へのケア、高齢者ケアを行う者として死に対する教育等、高齢者ケアを行う上では無視できないターミナルケアについての課題が

多かった³⁾。

これらのことから、在宅高齢者へのターミナルケアのあり方を検討することは意義があると考えた。在宅高齢者へのターミナルケアについては、介護者を対象に、その満足度の構造⁴⁾や、求めている支援⁵⁾については研究されているが、医療職者を対象にそのあり方を検討した研究は少ない。そこで今回は、本研究会が主催する公開研究会の内容から、在宅高齢者へのターミナルケアに焦点をあてて、医療職者として在宅高齢者をどのようにケアしていくべきか、そのあり方について考察したので報告する。

ターミナルケアには、ホスピスケアや緩和ケア（パリアティブ・ケア）といった類義語があり、十分に整理されないままに使われている場合も多い。看護学大辞典⁶⁾においても、ターミナルケアは死の臨床（Clinical Research of Death and Dying）、ホスピスケアは緩和ケアと同義とされている。（社）日本老年医学会は、「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」（2001年）⁷⁾の中で、「終末期ケア」という表現を用い、高齢者の余命の予測は困難であることから具体的な期間を規定していない。本稿では、高齢者へのケアを検討しているため、「終末期ケア」の英訳である「ターミナルケア」を使用した。

2. 方法

2.1 対象

対象は、本研究会在平成15～16年度に依頼した公開研究会の講師のうち、石川県内で在宅ターミナルケアを行っている医師2名と看護師2名とした。対象には「地域でのターミナルケアで思うこと」「在宅で看取る－医師と看護師の立場から－」「在宅で死を看取って思うこと」をテーマとして講演を依頼した。

2.2 データ収集方法および分析方法

公開研究会において対象が講演を行った3回の公開研究会（うち1回は同一テーマで医師と看護師の2名が45分ずつ講演した）について、講演（約90分）および参加者の討議（約30分）の内容をカセットテープに録音し、逐語録を作成した。そのうち、「在宅ターミナルケアを実施し

て思うこと」および実施しているか理想としている「在宅ターミナルケアにおける医療職者の役割」について記載してある文章を、研究会メンバーで取り出し、重要な文節のみを抽出した。さらに、抽出したデータを、それぞれの特性から整理しカテゴリー化を行った。

なお、以下本文中ではカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを< >、抽出したデータを『 』、で示す。

2.3 倫理的配慮

公開研究会の講師には、講演と討議の内容を録音すること、およびその内容を公開することについて口頭にて説明し、同意を得た。また、講演において講師が紹介した事例が特定できないように配慮した。

表1 対象の背景

	職業	公開研究会テーマ
医師(A)	医院長	地域でのターミナルケアで思うこと
医師(B)	医院長	在宅で看取る －医師と看護師の立場から－
看護師(C)	訪問看護ステーション 管理者	在宅で死を看取って思うこと
看護師(D)	訪問看護ステーション 管理者	在宅で看取る －医師と看護師の立場から－

※医師(B)と看護師(D)は連携して在宅ケアを行っており、同一テーマで同じ日に行った。

3. 結果

3.1 対象の背景(表1)

対象となった医師および看護師は、それぞれ石川県内在住の医院長と訪問看護ステーション管理者であった。公開研究会では、依頼したテーマについて、対象それぞれが地域において在宅ターミナルケアを行っている立場から、在宅でのターミナルケアや看取りの実際および思いについて事例も含めて述べた。また、対象が実際にターミナルケアや看取りを行っている療養者のほとんどは高齢者であった。

3.2 在宅ターミナルケアを実施して思うこと(表2)

公開研究会の逐語録から抽出された医師および看護師が在宅ターミナルケアを実施して思うことは、その内容の特性から【実施したケアの反省】【療養者・家族からの教えの回顧】【死生観の再考】に分類された。

医師および看護師は『在宅で死を看取る場合は、

入院治療と違って何もすることがない。』『患者の最期には、何かしなきゃという気持ちはあっても何もできない。医者として本当にこれでよかったんだろうかと思った。』『いつも、これでよかったのか、自己満足ではないかという思いがある。』等、自らが実施したケアを反省していた。また、看護師は療養者・家族とのかかわりの中で、『ターミナルの方からは、生きること、死ぬこと、人の道理・心豊かな老い方などいろんなことを教えてもらった。』『訪問する側がいつも心穏やかにさせてもらっていた。』とその教えを回顧していた。そして、高齢者の死については『本当に人生を生き抜き老人となった人の死は、周りの家族にとっては、悲しみというより喜んで行う一つの壮大な儀式である。』『住み慣れた場所で最愛の家族に囲まれながら心安らかに死んでいくことができることが、何よりも人間的な死であり、ごく自然の摂理である。』『高齢者の死は本人も家族も望むことがある。』等、死生観について再考していた。

表2 在宅ターミナルケアを実施して思うこと

	医 師	看 護 師
実施したケアの反省	<ul style="list-style-type: none"> 在宅で死を看取る場合は、入院治療と違って何もすることがない。 患者の最期には、何かしなきゃという気持ちはあっても何もできない。医者として本当にこれよかったんだろうかと思った。 黙って死を看取ることが、非常に苦痛になることもあった。 	<ul style="list-style-type: none"> いつも、これでよかったのか、自己満足ではないかという思いがある。 ターミナルだからといって、特別なことをしたわけではない。 「なんのために生きているのか…」と問いかげられたとき、どう答えてよいか戸惑ったが、患者は答えを期待していたのではない。看護師に問いかけることによって、自分なりの答えを見つけようとしていた、あるいは、すでに見つけていて、それを確認しようとしていたと思う。
療養者からの教えの回顧		<ul style="list-style-type: none"> ターミナルの方からは、生きること、死ぬこと、人の道理・心豊かな老い方などいろんなことを教えてもらった。 訪問する側がいつも心穏やかにさせてもらっていた。 ターミナルの方とかかわっていると、自分の中にある邪悪なもの、おごる心やひがみ、自己中心的な部分が姿を消していくような、自分の体と心が透き通っていくような感じになることがある。亡くなっていこうとしている方から、何か大事なものをいただいているのかなと考えている。
死生観の再考	<ul style="list-style-type: none"> 本当に人生を生き抜き老人となった人の死は、周りの家族にとっては、悲しみというより喜んで行う一つの壮大な儀式である。 住み慣れた場所で最愛の家族に囲まれながら心安らかに死んでいくことができることが、何よりも人間的な死であり、ごく自然の摂理である。 生まれて大きくなって成人して結婚・出産してといった節目の出来事の最期の儀式が死、そういう一連の生の続きであると思う。 患者さんは主人公、訪問看護師は名脇役、医者は大きな顔をしているけれども小道具というような感じである。 高齢者は、「ピンピンコロリ：元気で生きている間はピンピンして、死ぬときはコロッと逝きたい」と希望しているが、残った家族はどういう思いでいるかということを考えると、ピンピンコロリコロくらいがいいと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者の死は本人も家族も望むことがある。 家族のいつもの生活が続けられて、その中で自然に亡くなっていけばいいと思う。 どんな人生を送りたいとか、どんな死に方をしたいという思いはあっても、なかなかその通りにはならないから、どんな生き方もどんな死に方もいいんじゃないかと思う。 人は生きたように死んでいく。 人が死ぬ時には、科学では解明できないような出来事がある。（自分の死期がわかる等）

3.3 在宅ターミナルケアにおける医療職者の役割 (表3)

公開研究会の逐語録から抽出された在宅ターミナルケアにおける医療職者の役割は、その内容の特性から、【ターミナルケアにおける姿勢】と【ターミナルにおけるケア内容】に分類された。

(1) ターミナルケアにおける姿勢

【ターミナルケアにおける姿勢】は、『本当に人生を生き抜き老人となった人の死は、周りの家族にとっては、悲しみというより喜んで行う一つの壮大な儀式であり、邪魔をしてはいけない。』『本人と家族の邪魔をしないように、必要なときは呼んでいただいて、最期のときは家族だけで看取ってもらえるのが一番理想かなと思う。』『在宅で看取るということは、本人の苦しみと家族の辛さを感じ取り、ああやっとなんかと思える瞬間まで見守り続けることだと思う。』等のデータから、＜家族での看取りの尊重＞および＜見守り＞に整理された。

(2) ターミナルにおけるケア内容

【ターミナルにおけるケア内容】は＜苦痛の軽減＞＜余命予測と告知＞＜看取りについての意思確認＞＜看取りの体制整備＞＜グリーフケア＞の5つに整理された。

＜苦痛の軽減＞とは、医療職者として『死に対する恐怖を少しでも取り除いてあげる。』『本人や家族に苦痛がある場合は、それらをやわらげるお手伝いをする。』ということである。『気づかない間の死は、在宅の場合時々みられ、それはある種理想のようにも思うが、家族には最期の瞬間を見届けたいという思いが強いように感じる。』や『死亡時期は具体的に言わず、漠然と言う。』のように、＜余命予測と告知＞は医療職者として配慮すべきことと述べていた。また、『看取りの場をどこにするのか、どういう最期を迎えたいか』ということは、症状の変化やかかわりの中で変化しうるため、その都度確認が必要。本人・家族の気持ちの変化を敏感に感じ取り、受け止める姿勢が大切

である.』ことから、＜看取りについての意思確認＞を行い、『一定期間の入院で病状をある程度正確に把握して、それ以降患者の希望に応じて在

宅で管理をする体制を作る.』『家族と相談し、往診医との連携や急変時の対応を確認することで、看取りの体制を整える.』といった＜看取りの体

表3 在宅ターミナルケアにおける医療職者の役割

	医 師	看 護 師
家族での看取りの尊重	<ul style="list-style-type: none"> ・本当に人生を生き抜き老人となった人の死は、周りの家族にとっては、悲しみというより喜んで行う一つの壮大な儀式であり、邪魔をしてはいけない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人と家族の邪魔をしないように、必要なときは呼んでいただいて、最期のときは家族だけで看取ってもらえるのが一番理想かなと思う。 ・どういう最期であろうと、家族にはあとでこれでよかったんだと思えるように関わってあげたいと思う。
ターミナルケアにおける姿勢		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で看取るということは、本人の苦しみと家族の辛さを感じ取り、ああやっとなつたと思える瞬間まで見守り続けることだと思う。 ・本人も家族もがんばっているのだから、手を抜いて、がんばらなくていいですよという気持ちを持ちながら訪問している。
見守り		
苦痛の軽減	<ul style="list-style-type: none"> ・死に対する恐怖を少しでも取り除いてあげる。医者は、痛み・苦しみをとってあげる（麻薬の使用）。しかし、モルヒネの使い方は末期医療に関わらない医者にはまだ普及していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族に苦痛がある場合は、それらをやわらげるお手伝いをする。
余命予測と告知	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡時期は具体的に言わず、漠然と言う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・気づかない間の死は、在宅の場合時々みられ、それはある種理想のようにも思うが、家族には最期の瞬間を見届けたいという思いが強いように感じる。
看取りについての意思確認	<ul style="list-style-type: none"> ・今生きている間にどういう風な死に方をしたいということを意思表示（リビングウィル）しておくことよい。リビングウィルを表示しておくことで家族の気持ちの統一もできる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りの場をどこにするのか、どういう最期を迎えたいかということは、症状の変化やかかわりの中で変化しうるため、その都度確認が必要。本人・家族の気持ちの変化を敏感に感じ取り、受け止める姿勢が大切である。
ターミナルにおけるケア内容	<ul style="list-style-type: none"> ・一定期間の入院で病状をある程度正確に把握して、それ以降患者の希望に応じて在宅で管理をする体制を作る。 ・基幹医療機関、開業医、訪問看護ステーション、家族などがお互いに綿密な連携を持ち、一緒になって行動してはじめて療養者に望まれるターミナルケアができる。 ・患者さんが自然な状態で最期を迎えられるような体制を整えていくことが理想の姿である。 ・住み慣れた場所で最愛の家族に囲まれながら心安らかに死んでいくことをごく自然に望める社会的環境を作り上げていくことが医療職者がなすべき責任であると思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と相談し、往診医との連携や急変時の対応を確認することで、看取りの体制を整える。 ・療養者と家族が安心して看取れるようチーム間で調整しながら関わり、支えていくことが大切である。
看取りの体制整備		
グリーフケア		<ul style="list-style-type: none"> ・どんな最期であろうと残された者にはいくつかの後悔が残る。しかし、家族や親戚が少なかったり、フォローできない関係であったりという場合も多く、訪問看護におけるグリーフケアが重要になってくると感じる。 ・療養者が亡くなった後に、家族は落ち着かないんだなということを手にとるように感じ、亡くなった後も家族を支えるっていうことも気をつけていかなければならない。

制整備>を整えることも医療職者の役割であると述べた。さらに、『どんな最期であろうと残された者にはいくつかの後悔が残る。しかし、家族や親戚が少なかったり、フォローできない関係であったりという場合も多く、訪問看護におけるグリーンケアが重要になってくると感じる。』ことから、家族や遺族への<グリーンケア>も医療職者の大切な役割であると述べていた。

4. 考 察

在宅ターミナルケアを行っている医師および看護師は、【ターミナルケアにおける姿勢】と【ターミナルにおけるケア内容】を実施または理想とし、【実施したケアの反省】【療養者・家族からの教への回顧】【死生観の再考】しながらケアを行っていた。対象が在宅ターミナルケアにおける医療職者の役割と述べていた【ターミナルケアにおける姿勢】と【ターミナルにおけるケア内容】の視点から、医療職者として在宅高齢者をどのようにケアしていくべきか、そのあり方について以下に考察する。

4. 1 ターミナルケアにおける姿勢

在宅高齢者へのターミナルケアにおける医療職者の役割のうち、【ターミナルケアにおける姿勢】としては<家族での看取りの尊重>および<見守り>があった。

日本福祉大学終末期ケア研究会が全国の訪問看護ステーションを対象に行った調査⁸⁾では、療養者本人および家族が在宅療養を開始した理由や希望は、「思うように時間を使いたい」「家族や友達との時間を大切にしたい」「ほかの患者さんや医療者に気兼ねしなくてもよい」等であったことが報告されている。また、高齢者は死について、死後は「自然や土にかえる」や「何も残らない」「あの世へ行く」と考えていると報告されている⁹⁾。高齢者を看取った介護者は、療養者が希望する最期の場所を知っており⁵⁾、臨終の際には「安らかな亡くなり方でほっとした」「できるだけ看病ができてよかった」と受け止めている¹⁰⁾との報告もある。つまり、本当に人生を生き抜いた高齢者と家族にとっては、死を自然なこととして受け止めることができるようであった。

在宅ホスピス協会¹¹⁾では、在宅ホスピスケアの基準を公表し、その中で「人が生きることを尊重し、人それぞれの死への過程に敬意を払う。死を早めることも死を遅らせることもしない」こと

を基本理念の一つとし、在宅ホスピスケアの対象者は患者とその家族であると明記している。

これらのことから、医療職者が在宅高齢者にターミナルケアを行う場合には、高齢者と家族の死生観や思いを考慮したうえで、高齢者と家族が安心して希望する在宅療養および看取りができるように<家族での看取りの尊重>および<見守り>の姿勢を持ちつつケアを行っていかねなければならないと考える。

4. 2 ターミナルにおけるケア内容

在宅ターミナルケアにおける医療職者の役割のうち【ターミナルにおけるケア内容】としては、<苦痛の軽減><余命予測と告知><看取りについての意思確認><看取りの体制整備><グリーンケア>があった。

高宮ら¹²⁾は、全国のホスピス・緩和ケア病棟に勤務する医師を対象に調査を行い、他職種でのチーム医療や患者・家族との良いコミュニケーション、痛みへの全人的な理解およびアセスメント、オピオイド(麻薬およびその類似物質)の使用等が緩和ケアの知識と技術において必要性が高かったと報告している。そして、近藤ら¹³⁾や服部ら¹⁴⁾は、在宅死を可能にする因子について病院死との比較を行い、高齢であること、長期間または死亡1か月前のADLが寝たきりに低下していること、主介護者の続柄、患者・家族・医療者の在宅死を希望する意思表示の存在等が影響していたと報告している。これらのことから、在宅においてターミナルケアを行う場合には、医療職者は療養者の全人的な痛みを理解した上で<苦痛の軽減>を行うこと、また<看取りについての意思確認>および<看取りの体制整備>を行っていく必要性が示唆された。

療養者が希望する最期の場所については、生前に療養者本人が表明していたのは2割強で、主介護者の約8割は知っていたが、訪問看護師が把握していたのは4割に過ぎなかったと報告されている⁸⁾。また、希望する場所で最期を迎えることができたのは、療養者の約4割程度であったとの報告もある¹⁰⁾。医療職者として、療養者の症状や療養者と家族の気持ちの変化を敏感に感じ取り、<看取りについての意思確認>を行うことで、療養者と家族が望んでいる最期を迎える援助を行っていくことが大切であると考える。

<看取りの体制整備>については、在宅ホスピス医である二ノ坂¹⁵⁾は、在宅ケア特に在宅ホスピ

スケアには克服すべき問題が山積みであるが、その中でも連携・ネットワークが緊急に考えるべき課題の一つであると述べている。しかし、在宅ターミナルケアにおいてチームケアを行っている訪問看護ステーションは約 6 割であったとの報告があり¹⁶⁾、関係機関と連携した看取りの体制は十分に整っていないのが現状である。在宅ケアにおいては、医師、看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパー、ときには宗教家なども療養者と家族に関わることがあるが、常に顔をあわせているわけではない。そのため、中心となるコーディネーターを決め、＜看取りについての意思確認＞をした上で、関係機関の間でケアの方向性を統一し、療養者と家族が希望するような在宅療養および看取りができるとよいと考える。さらに、二ノ坂¹⁵⁾は、告知と自己決定を支えることも課題の一つであり、真実の共有があって初めて療養者と家族は自己決定が可能となるとも述べており、＜余命予測と告知＞を行うことで、看取りにむけた意思決定にもつながるのかもしれない。

＜グリーフケア＞については、本郷ら⁵⁾や中西ら¹⁷⁾が行った遺族への調査から、その重要性を強調しており、遺族を訪問することは、悲嘆を緩和するとともに新しい世界への再興を早期に導くことにつながると述べていた。家族にとって愛する家族を失うこと、特に配偶者を失うことは、人生で経験する最もストレスフルなライフイベントの一つであるため、愛する家族を失った家族へのグリーフケアは、在宅ターミナルケアに携わってきた医療職者の重要な役割の一つであるといえる。在宅ホスピス協会¹¹⁾では、患者・家族を対象とした死の教育や遺族を対象とした死別後の計画的なケアを実施基準として提示しており、グリーフケアは療養者の生前から計画的に行われるべきであると考え。また、本報告の対象のように、頻回に訪問を行って療養者や家族と関わってきた看護師が中心となってグリーフケアを行うことが適当ではないかと考える。

これらのケア内容は、在宅高齢者にも共通することであり、高齢者と家族の死生観や思いを考慮したうえで、＜苦痛の軽減＞＜余命予測と告知＞＜看取りについての意思確認＞＜看取りの体制整備＞＜グリーフケア＞を行って行かなければならないと考える。また、ターミナルケアは、川越¹⁸⁾が定義している導入期・安定期・終末期（臨死期）・死別期といった時期によって支援構造が変わってくる¹⁹⁾ため、時期も考慮する必要があ

ると考える。

5. まとめ

公開研究会の内容から、医療職者は、在宅においてターミナルケアを行うにあたり、黙って死を看取することを非常に苦痛と感じつつ、またこれによかったのかと自らが実施したケアを反省しながらケアを行っているようであった。そして、在宅ターミナルケアにおける医療職者の役割は、＜家族での看取りの尊重＞＜見守り＞といった【ターミナルケアにおける姿勢】を持ち、【ターミナルにおけるケア内容】としては＜苦痛の軽減＞＜余命予測と告知＞＜看取りについての意思確認＞＜看取りの体制整備＞＜グリーフケア＞を行っていくことであった。

これらのことから、在宅高齢者へのターミナルケアのあり方としては、医療職者は時期および高齢者と家族の死生観や思いを考慮した上で、家族での看取りを尊重し、見守りの姿勢を持ちつつケアを行うことが大切である。そして、実際には、高齢者の苦痛を軽減し、高齢者と家族には適切な余命予測と告知および看取りについての意思確認を行い、関係機関と連携して看取りの体制を整えていくことが必要であると考えられた。また、医療職者は家族および高齢者に対して、生前から計画的にグリーフケアを行っていくことも必要であると考え。

なお、公開研究会は、平成 15・16 年度石川県立看護大学附属地域ケア総合センター調査研究事業の助成を受けて行った。

引用文献

- 1) (社)全国老人保健施設協会編：平成 16 年版介護白書—5 年目を迎えた介護保険制度—, (株)ぎょうせい, 17, 2004
- 2) 前掲書 1) p26
- 3) 水島ゆかり, 浅見洋, 金川克子他 3 名：地域における高齢者ケアの課題—「死生観とケア」公開研究会を通して—, 石川看護雑誌, 1, 49-55, 2003
- 4) 樋口京子, 久世淳子, 森扶由彦他 2 名：高齢者の終末期ケアにおける「介護者の満足度」の構造—全国訪問看護ステーション調査から—, 日本在宅ケア学会誌, 7(2), 91-99, 2004
- 5) 本郷澄子, 近藤克則, 牧野忠康他 4 名：在宅ターミナルケアにおいて介護者が求めている支援—遺族を対象とした調査—, ターミナルケア, 13(5),

- 405-411, 2003
- 6) 小倉一春発行：看護学大事典第5版，メジカルフレンド社，412・934・1338・2003，2002
- 7) (社)日本老年医学会：「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」，<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>
- 8) 宮田和明，近藤克則，樋口京子：第1章 第1節 全国訪問看護ステーション調査の枠組みと主な知見，高齢者の終末期ケア 全国訪問看護ステーションに学ぶ，(株)中央法規出版，8-17，2004
- 9) 奥祥子：高齢者の生と死に関する意識，鹿児島大学医療技術短期大学部紀要，9，1-5，1999
- 10) 福本恵，榎本妙子，滝下幸栄他4名：高齢者の終末期の看取りに関する研究（1報）－遺族に対する質問紙調査結果－，京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要，9，35-44，1999
- 11) 在宅ホスピス協会：在宅ホスピスケアの基準，<http://www005.upp.so-net.ne.jp/zaitaku-hospice/>
- 12) 高宮有介：ホスピス・緩和ケア病棟における医師の教育－全国アンケート調査の結果から－，ターミナルケア，12(3)，183-190，2002
- 13) 近藤克則，久世淳子，牧野忠康他1名：訪問診療・訪問看護対象者の死亡場所に影響する因子，在宅医療，26，63-70，2000
- 14) 服部文子，植村和正，益田雄一郎他3名：訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする因子の検討，日本老年医学会雑誌，38(3)，399-404，2001
- 15) 二ノ坂保喜：在宅ホスピス医の立場から，訪問看護と介護，8(6)，475-480，2003
- 16) 大野かおり，能川ケイ，西浦郁絵他：在宅ターミナルケアに関する研究（その2），神戸市看護大学短期大学部紀要，22，55-61，2003
- 17) 中西陽子，廣瀬規代美，金谷悦子他1名：在宅ターミナル患者を介護する家族の心理－がん患者の遺族へのインタビューを通して考える－，日本看護学会論文集第31回成人看護Ⅱ，206-208，2000
- 18) 川越厚編：在宅ホスピスケアを始める人のために，35，医学書院，1996
- 19) 長江弘子，成瀬和子，川越博美：在宅ホスピスケアにおける家族支援の構造－訪問看護師の支援に焦点をあてて－，聖路加看護大学紀要，26，31-43，2003

(受付：2004年9月30日，受理：2004年12月17日)

Issues of Terminal Care for the Community-Dwelling Elderly

Yukari MIZUSHIMA, Hiroshi ASAMI, Katsuko KANAGAWA, Eiko AMATSU, Hiroiku TADA

Abstract

The issues of terminal care for the community-dwelling elderly was investigated by studying the presentations given at open lectures. Despite their personal feelings and emotional involvement with the elderly and their family members, co-medicals have been adopting a clinical perspective while maintaining underlying empathy with them in regard to the delivery of care. The role of co-medicals in home terminal care included <easing of pain>, <advice regarding life expectancy>, <involvement with the family in regard to delivery of terminal care>, <preparation of attitudes toward delivery of terminal care>, and <grief care>, while maintaining a posture for <respect for the nursing by family members> and <observation>.

The observation above indicated that the health professional must engage in care-giving while showing respect for the rights of the family to provide terminal care at home, with due consideration given to the timing of care and the life and death view of the elderly and his family. It is necessary to understand the will of an elderly person and his family in regard to the relief of pain, delivery of advice concerning life expectancy, involvement with the family in delivering terminal care, and preparation of attitudes toward terminal care delivery. It is critical to provide an effective support base for the practical delivery of home terminal care in cooperation with the parties involved in this care. Another critical issue in home terminal care for elderly people is to plan and deliver grief care during their lifetime.

Key words elderly people, home care, terminal care, view on life and death

報告

痴呆性高齢者のグループ回想法において家族と ケアスタッフが捉えた意味 —回想場面の映像から—

佐藤弘美 細川淳子 田高悦子* 酒井郁子**

高道香織 天津栄子 金川克子

概要

本研究は、グループ回想法実施の映像場面をもとに痴呆性高齢者の家族 3 組とケアスタッフ 11 名が回想法に見出す意味を抽出することを目的に面接調査を実施した。面接調査より、家族とケアスタッフが捉えた意味として抽出されたのは、1. 痴呆性高齢者に潜んでいた豊かな感情の表出や心理的安定がはかられている意味、2. 回想の刺激材料によって、ほとぼしり出てきた過去の記憶を痴呆性高齢者が熱意をもって語る意味、3. 家族自身が高齢者とともに生きた人生を振り返る意味、4. 家族が高齢者との関係性を振り返り、つながりを見出す意味、5. ケアスタッフが痴呆性高齢者の能力を再発見する意味であった。

キーワード 痴呆性高齢者、グループ回想法、家族、ケアスタッフ、回想場面の映像

1. はじめに

今日、痴呆性高齢者への回想法は、急速に介護老人保健施設や老人福祉施設など臨床・実践の場に拡がり、多くの職種により様々な形式で実施されている。そのグループケアプログラムの効果をめぐっては、対象の特性（痴呆のレベル、年齢、性別など）やアプローチの方法、実施者によって様々である。われわれは、療養型病院と介護老人保健施設に入院・入所中の痴呆性高齢者を対象に回想法及びRO（リアリティ・オリエンテーション）を取り入れたグループケアプログラムを平成13年度より実施して、プログラム開発を行ってきた。痴呆性高齢者に対する多くの回想法の有効性が示されている^{1~5)}が、実際のグループ回想場面の録画映像を用いて、効果を検証し、その意義を見出す試みはほとんど見あたらない。本研究の目的は、グループ回想法実施の映像をもとに痴呆性高齢者の家族及び現場のケアスタッフが回想に見出す意味を明らかにすることである。

2. 研究方法

2.1 グループ回想法の実施方法

* 東京大学大学院医学系研究科健康科学

** 千葉大学大学院看護学研究科

グループケアプログラムに参加するメンバーは、回想法を開始する時点において①改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以後、HDS-Rと略記する）⁶⁾が軽度～中等度、②Clinical Dementia Rating(以後、CDRと略記する)⁷⁾が1~2、③著しい視聴覚障害がない、この選択基準にそって看護師長と共に選出した。グループ編成は、療養型病院グループの痴呆性高齢者6名に対して専門スタッフ4名（リーダー1名、サブリーダー1名、スタッフ2名；看護職ならびに介護職）であり、介護老人保健施設グループの痴呆性高齢者7名に対して、専門スタッフ4名（リーダー1名、サブリーダー1名、スタッフ2名；看護職ならびに介護職、作業療法士により構成）であった。

グループケアプログラムは先行研究の方法⁴⁾に基づき、週1回、1回1時間のセッションを連続8回実施した。プログラムの開催頻度については、1年間の中で連続8回実施するプログラムが2クール（春期と秋期）と、連続して実施しない期間は1ヶ月に1回1時間のセッションを定期的に実施している。グループケアプログラムの概要は表1に示す。回想のテーマ及び刺激材料は、表2の通りである。

2. 2 回想場面の映像について (表3)

毎回のセッションはビデオテープに録画し、全体撮影1本、個人撮影2本を記録としている。本研究のために作成した回想場面のテーマは、個人、個人がじっくり語れるテーマで、これまでの回想法のなかから吟味して「昔、得意だったこと」を選んだ。家族とケアスタッフが視聴する回想場面は、3名の痴呆性高齢者が語っている部分のみを編集した。編集したビデオテープはケースAとBは10分で、ケースCは5分である。

2. 3 インタビューの対象

インタビューの対象は、3組の痴呆性高齢者の家族とグループケアプログラムのスタッフである。グループケアプログラムのスタッフとは、52回開催した回想法にスタッフとして関わった全員であり、療養型病院のスタッフ7名と介護老人保健施設のスタッフ4名の11名である。インタビュー対象は表4に示す

2. 4 インタビュー方法

痴呆性高齢者の家族3名には、平成15年11月(52回目)のプログラム(回想テーマ「昔、得意だったこと」)を編集した回想場面を視聴した後に、①この場面の感想を聞かせてください、②〇〇さんにとって過去の自分・思い出を振り返ってグループで話すことの良い点を聞かせてください、の2つの質問で約40分間の聞き取りを行った。インタビューを行う際には、受容的・傾聴的姿勢でかつインタビューに答えやすい時間と場所の配慮を行った。インタビュー実施者は、初回にB氏への家族のインタビューを1名の研究者が行い、その内容を研究者間で検討・吟味した。その上で他の2組の家族と11名のスタッフに対してはもう1名の研究者がインタビューを行った。インタビュー期間は平成16年2月～3月である。ケアスタッフへのインタビューは、療養型病院のケアスタッフ7名には、ケースAとケースBの痴呆性高齢者の回想場面を、介護老人保健施設のケアスタッフ4名にはケースCの回想場面を視聴後に家族と同様の方法でインタビューを実施した。

2. 5 データ分析

インタビューデータは全て逐語録を作成した。

- ① 逐語録の内容を3名の研究者で熟読し、ケース毎に対象者別に回想場面の感想と良かった点について語った内容をワーク

シートに取り出した。

- ② ケース毎対象別に語られた内容で、そのケースの特徴が現れている文脈を取り出した。この文脈を取り出していく過程で2つの内容に整理した。1つは「家族やケアスタッフが痴呆性高齢者の回想場面において痴呆性高齢者にとっての良い点として語った内容」、もう1つは「家族やケアスタッフが回想場面を振り返って見たことで語られた内容」である。
- ③ ①,②の分析過程を経て、家族やケアスタッフが回想に見出す意味として研究者らが解釈した意味を抽出した。

この作業においては、Hollowayら⁸⁾の提案している、信用可能性と確認可能性を高める方法を参考にした。

2. 6 倫理的配慮

痴呆性高齢者への研究の説明と承諾は、家族の代諾を得た。更に、研究について痴呆性高齢者に口頭で説明し、ビデオで撮影することについても参加者全員より口頭の上承を得た。痴呆性高齢者のプライバシーの保護として、個人の回想の画像のみに編集した。研究協力者としての家族とケアスタッフへは研究内容を説明し、インタビューの内容を研究として分析することの承諾書に署名をもらった。

表1 グループケアプログラムの概要

開始前日	: 招待状を渡す
00'・10'	: プログラム実施室への移動, 集合
10'・20'	: 開始の挨拶, 時事の話題をもとにしたRO (リアリティ・オリエンテーション)
20'・55'	: 回想テーマおよび刺激材料に基づいた回想への導入・展開
55'・60'	: 全体のまとめと次回の予告, 出席カードへの記入, 送迎
終了後	: 個人記録用紙に回想された主な内容を記入し, 施設スタッフに伝える

表2 回想のテーマおよび回想刺激材料

回	テーマ	回想刺激材料
秋期 連続8回 (9月3日～10月22日)		
1回	自己紹介・シャボン玉	石鹸, ストロー
2回	家で飼っていた家畜	鶏・牛の写真
3回	銭湯の思い出	銭湯の写真と桶
4回	お彼岸の思い出	おはぎ, 数珠
5回	運動会の思い出	鉢巻, パンくい競争のパン
6回	こめの収穫の思い出	稲穂
7回	秋の味覚	さつまいも, 栗
8回	(通算51回目) 紅葉	県内の紅葉の名所の写真, 落ち葉
インターバル期間 1ヶ月に1回 (11月14日, 12月3日)		
通算52回目	昔得意だったこと	木登りの写真
通算53回目	年の瀬	年賀状, 筆ペン

表3 回想場면을編集した痴呆性高齢者の概要

ケース 入院・入所施設	痴呆性高齢者の 年齢・性別	回想開始前の HDS-R 得点 又は MMSE 得点(H15.9 時点)	回想テーマ「昔得意だったこと」 で語った内容
A 療養型病院	88 歳・男性	HDS-R10 点, MMSE24 点	剣道を教えていた
B 療養型病院	86 歳・男性	HDS-R 未実施, MMSE16 点	木登りしていた
C 老人保健施設	83 歳・女性	HDS-R17 点, MMSE16 点	かけっこが 1 番

MMSE:Mini-Mental State Examination

表4 インタビュー対象者の概要

ケース	インタビューした家族	インタビューしたスタッフ (11 名)
A	長男の嫁	療養型病院看護師 2 名, 療養型病院介護職 5 名 計 7 名
B	次男, 次女の嫁	
C	長女	老人保健施設看護師 1 名, 介護職 2 名, 作業療法士 1 名 計 4 名

3. 結果

逐語録より、家族とケアスタッフが回想法について語った内容として、①家族・ケアスタッフが痴呆性高齢者にとっての回想について語った内容、②家族が痴呆性高齢者の回想場면을振り返ってみて語った内容、③ケアスタッフが痴呆性高齢者の回想場면을振り返ってみて語った内容の 3 つに分類した。そのインタビュー内容から回想法の意味を 5 つ抽出した。

3.1 家族・ケアスタッフが痴呆性高齢者にとっての回想について語った内容とその意味 (表 5)

(1) ケース A

家族が回想場面の映像の感想として語った内容から、「やっぱり嬉しそうな顔して喋っている」「一生懸命喋っている」「じっくりと話したり、自分の思うことを喋ったり聞いたりできることはいいことだ」などを取り出した。

ケアスタッフが回想場面の映像の感想として語った内容から、「自分が熱意を持って話された内容は記憶にある感じ、回想法そのものはプラスの刺激になっている」「招待状をみてこころの準備をして、繰り返し大事にとって引き出しにしまっている」

「回想法の時は続けて言葉がすらすらでくる」「普段は少し痴呆があるように見えるけれど、回想法の時は見られずいい感じ」「自分の昔の一番いい頃の話はすごく楽しそう」「今回の場面では、はっきり楽しんでいる」などを取り出した。

(2) ケース B

家族が回想場面の映像の感想として語った内容

から「自分の生きてきた道をいきいきと喋っていた」「回想法があれば昔のこと思い出すし、そういう機会は絶対がいいね」などを取り出した。

ケアスタッフが回想場面の映像の感想として語った内容から、「自分の得意なことはしっかり喋る人」「仕事の話になると丁寧に話される。まじめやし真剣、一生懸命、質問に答えようとしているお話しして穏やかな表情になっている」「品物(写真など)を目の前に出すことでよりイメージが湧いてくるように思う」などを取り出した。

(3) ケース C

家族が回想場面の映像の感想として語った内容から「母親の昔話は初めて聞いた」「昔の話思い出しながら言うのはいいかもしれない」などを取り出した。

ケアスタッフが回想場面の映像の感想として語った内容から、「回想法のときも周りを見渡して話されているので他の人の言うことはわかっている」「じっくり話を聞いた方が結構覚えておられて話されます」「内容を聞いてぼつんと話される」「グループでこういう話をする機会は C さんの記憶が蘇る手がかりになる」「割と得意げに話されている」「すごく楽しんで話されている」などを取り出した。

以上の 3 ケースにおいて、家族とケアスタッフが痴呆性高齢者にとっての回想について語った内容から、『痴呆性高齢者に潜んでいる豊かな感情の表出と心理的安定がはかられている意味』と『回想の刺激材料によってほとぼり出てきた過去の記憶を痴呆性高齢者が熱意をもって語る意味』を抽出した。

表5 家族・ケアスタッフが痴呆性高齢者にとっての回想について語った内容とその意味

	ケース Aについて語った内容	ケースBについて語った内容	ケースCについて語った内容
家族	<ul style="list-style-type: none"> ・やっぱり嬉しそうな顔して喋っています。ひ孫をみてもあんなうれしい顔をします ・自分が得意なことだから<u>一生懸命</u>喋っている ・じっくりと話したり、自分の思うこと喋ったり、聞いたりできることはいいことだ ・招待状をみては今度あるとか昨日あったとか教えてくれます。招待状は全部枕元にためてあります 	<ul style="list-style-type: none"> ・家で私らと話すより表情はずっといい ・後半は少し、自分のペースになった。最初はかきこまった感じ ・自分の生きてきた道を<u>生き生きと喋っていた</u>よね ・病室にいても周りの人と喋るわけがないし、<u>グループの中にいると話している</u> ・回想法があれば昔のこと思い出すし、そういう機会は<u>絶対にいい</u>ね 	<ul style="list-style-type: none"> ・母親の昔の話初めて聞いた ・昔の話、<u>思い出しながら言うのはいい</u>かもしれない
スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が熱意をもって話された内容に関しては回想法が終わった何日か後でも、記憶ある感じ。回想そのものはプラスの刺激になっている。 ・招待状をみて、中身がどうこうより見て<u>こちらの準備をして、繰り返し大事にとって引き出しにしまっ</u>てある。 ・最初は何を聞かれるか不安げな感じだけれど、昔を思い出したように、<u>忘れとったことでも次から次からふつふつと</u>思い出しては<u>一生懸命</u>言っている感じ。 ・話が割合広がっていったりとか、生き生きとした印象は受けます ・普段は少し痴呆があるように見えるけど、回想法の時は見られずいい感じ ・自分の昔の一番いい頃の話は<u>すごく楽しそう</u> ・Aさんが言いたいことをどもりもせず、すらすら言っているAさんの話はいつもつたわるんだけど、今回の場面では、<u>はっきり楽しんで</u>いる 	<ul style="list-style-type: none"> ・写真をみてより確実に自分の頭のイメージができてるように話振りを聞いていて思う ・品物を目の前に出すことでよりイメージがわいてくるように思う ・ちょっとしゃきつとした表情になる。 ・あまり自分で進んで喋る人ではないけど、<u>自分の得意なことは</u>しっかり喋る人 ・話のきっかけで思い出すというより、<u>写真を見た時の方が反応がよかった</u> ・話の中や自分の中でもまとまらないのか、口に出てこない感じが、<u>ものを見ては</u>っと思われるのが多いかなと思う ・自分から話す方ではないので、回想の場があって人に<u>話せる場所がある</u>ってことはいい ・仕事の話になると丁寧に話されるまじめやし真剣、<u>一生懸命</u>、質問にこたえようとしている。お話し<u>おだやかな表情</u>になっている 	<ul style="list-style-type: none"> ・周りの人の表情を一生懸命みている ・顔は何か<u>恥ずかし</u>そうな表情とかしているのがわかる ・謙遜した表情ですね 居室でも<u>周りの人のことを</u>気にされている。回想法のときも周りを見渡して話されているので他の人の言うことがわかっておられる方だと思う ・周りの方のお話を「そうやそうや」と聞いてあげている 居室でも自分から発言はしない人 ・じっくり話を聞いたほうが結構覚えておられて話されます。 ・皆さんの話の内容を聞いて<u>ぼつんと</u>話さる。話の内容は割とはっきり覚えて話を話される ・グループでこういう話をする機会はCさんには記憶が蘇える手がかりなる ・割と得意げに話されている。<u>すごく楽しんで</u>話されている
意味	<p>痴呆性高齢者に潜んでいた豊かな感情の表出や心理的安定がはかられている意味</p> <p>回想法の刺激材料によってほとぼしり出た過去の記憶を痴呆性高齢者が熱意をもって語る意味</p>		

表6 家族が痴呆性高齢者の回想場面を振り返ってみて語った内容とその意味

<p>ケースA の家族 (嫁)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家ではお互いみんな仕事に行っていたからじっくりと喋ることはないですから、大人3人でご飯食べてテレビつけてテレビ見ながらの食事でした。 ・「年賀状」のテーマの回想法のあと、年賀状書くから持ってきてくれと本人がいうので病院から電話がかかって年賀状を持っていきました。その前の年は喪中だったので、お父さんも年だしもう出さないでやめてしまうかと思っていた。 ・50枚もってきたら殆ど書いてあった。 ・年賀状もっていても出すほどにならんとと思っていたが、それが楽しみとなり、書かんなんらんっていう気が起きればいいわと思っていた。 ・結構きれいな字で読める字だったもので、病院からも出してもらいました。随分真剣に宛名が書かれていた。年賀状は小さいのにあれだけ書けるとは思わなかった。だから、あの年賀状はよかった
<p>ケースB の家族 (息子と嫁)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・我慢する人です。昔苦労したから私らの時代よりも一つ苦労しているから、なんて言うか、我慢してやってたことの方が多から ・我慢するんやと思うわ。我慢強さっていったら全然ちがうわ。自分の意見を殺さない生きてこれなかったんだと思う。おじいちゃんばかりでなく、みんなそうだったんだけど、特に強いんだと思う。 ・子供のころは朝5時半から6時には仕事にでていたから、あまり話さなかった。 ・父さんは、働き者だった。今と時代が違った。 ・2回ぐらい一緒に旅行したことはある。 ・これからというときにおばあちゃん(妻)が先に死んじゃった。
<p>ケースC の家族 (娘)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が生まれて育ったときに私のおばあちゃんは母が40歳の頃になくなった。子どもの頃は男は海で、女は機場という感じだった ・私が小さい時は、ほとんど母親の実家に行っていてその子供のようにみんなでご飯食べていた覚えがある。箱のご膳でご飯すんだら箱のふたをひっくり返してお茶碗をみんなで洗ったそれこそ大家族だった。私ら小さい時はおやつに不自由したことはなかった。ジャガイモのふかしたのとか、春はいちご、秋は柿夏はスイカ、冬は芋の干したのをかじっていた食べるものに不自由したことはなかった ・父親が漁師でうちに半分ぐらいおらんから、私は5~6年生のころから、(身長が)小さい母ちゃんやし、せつせと手伝いしていた。すごく厳しいところもあった。姑のいるところは苦労するから絶対いくなといわれた。母ちゃんはきついけど口には出さないけど、すごく思いやりがある。「おまえに年いってから面倒見てもらおうなんて思つたらん」とはっきり言っていた ・中学校終わって高校行きたかったとき、父親は「女には勉強なかいらん」と怒ったが、母親は「行きたかったら行ったらいい、母ちゃんが出てやるら行け」と言ってくれた。その頃、にきびで花盛りの時母ちゃんが「女がそんな顔してどうする。嫁にいかれんぞ」といってクリームとローションを買ってくれた
<p>意味</p>	<p>家族自身が高齢者とともに生きた人生を振り返る意味</p> <p>家族が高齢者との関係性を振り返り、つながりを見出す意味</p>

表7 ケアスタッフが痴呆性高齢者の回想場面を振り返ってみて語った内容とその意味

ケースAについて語った内容	ケースBについて語った内容	ケースCについて語った内容
<ul style="list-style-type: none"> ・話していることは的をえていて筋道というか順をおって話をされています。体調が上向きになったと同じくらい<u>回想法が刺激につながった</u>と思います。相乗効果をあげたと思います。 ・遠い昔のことで苦しいことでもそれなりの年齢になれば懐かしい思い出になる。そういう思い出を聞いてくださる方がいる、あるいは話できる場所があるということは本人にとっていい時間だと思う ・この回想場面をみるとAさんは何をするのかということ意識しておられ変わってきたなと思った ・回想法が始まってからAさんはクリアになったと思う。今年は年賀状を書いたりとかすごくプラスになっている ・教え子の面会の時に昔を思い出してしゃべっていた。昔の話はいいことやと思う。自分がいい部分も思い出すかもしれないけれど、いい部分も思い出すと思うし何か線につながるような気がする。 ・過去を振り返っていくことはAさんにとって考えが広がっていくような回想法の話題で自分の中で思いついていくことがいい。 ・自慢ということではないけどグループの皆さんに聞いてほしいという部分も見える ・振り返ると本人にはとても気持ちのいいもの自分の経験を人に話す。人に聞いてもらうことは満足感になっている。 ・このビデオみてあんなに長いこと話していることは驚きでした ・普段はようやく一言二言返ってくるけど、<u>回想法の時は続けてするすると言葉が出てくる</u> ・病棟では今のAさんのこと尋ねるけど、<u>昔のことを中心に聞くとそれだけ違うのかなって感じる</u> ・グループで回想することもいいかなと思う。周りから援助されて思い出すこともあると思うから 	<ul style="list-style-type: none"> ・同室者の人と特に話される人ではなく淡々と過ごしている。その中で老人会(回想法の会の名称)という定期的なことが自分にとって行かなければ行けないものやという認識でいる。<u>自分はここに参加するものだという認識がある気がする</u> ・一生懸命考えたりとか思い出すとかさかされていいんじゃないかという気がする。 ・この回想法の機会がなかったら単調な生活になっていたと思う。Bさんは介護は必要ないので関時間が少ない方だったので、<u>回想法に参加してこちらからのケアを提供できてスタッフとして満足している</u> ・こま回しをあんなに集中してできたときは意外でした。できたときはすごくいい笑顔でよろこばれていました。<u>回想法を実施している時には見えない細かな表情の変化がこのVTRをみてわかりました</u> ・仕事のことはしっかり話す。最近わかったことですが、食事でお刺身や魚を食べる時にはこだわりのある言葉がきかれる。一本気なところのある方です。<u>殆ど動かない人だから回想法にできることは自分の思っていることをきちんと知っているのでもいいことだと思う</u> ・回想法でものを見た時「これはいい色や」とか「よくできている」とやっぱり職人さんらしい表現を聞く回想法が終わって帰る時もまたきたいなって感じ ・いろいろな昔の話でこの人こんなことをしていた、こんなことしていたとかという発見が好きなんだという発見がある ・グループで話すことは本人にすごく言い刺激で過去の仕事の話を聞くと「そんなあまいもんじゃない、大変だ」と言う ・聞くことはきちんと聞いているとは思う 	<ul style="list-style-type: none"> ・みなさんの発言をわりと良く聞いて、その中でぼつんと話されます。わりとはっきり覚えているような気がする。<u>グループメンバーの話を楽しみにしているのはあると思います。他の人の話を聞いて「ほやほや」と相槌をうっておられる</u> ・回想法はおわってから、どんな話だったかと聞くとCさんは割と思い出してくる ・最初、病院からきた時はオムツでリハビリが進んで歩けるようになって紙パンツにして、日中は布パンツになった。トムの回数が増えて、腰を痛めて紙パンツになった。<u>最初は車椅子をこごともできなかったのがごげのようになったし、歩けるようになった</u> ・Cさんは聞き上手って感じ ・結構、記憶は鮮明だと思う。普段、回想法のときのように自分からいうことはあまりない。 ・ごちゃごちゃとあまり言わないけど思いはいっぱい持っている方だと思うんです。 ・このVTRみてお話ししていてやっぱりいいなって思う。
意味	ケアスタッフが痴呆性高齢者の能力を再発見する意味	

3. 2 家族が痴呆性高齢者の回想場面を振り返ってみて語った内容とその意味 (表6)

回想場面を見たケースAの家族は、「年の瀬」の回想において、年賀状の刺激材料がきっかけとなり、体調の不良や痴呆症状によってここ一年途絶えていた年賀状を見事に書き上げたことを語った。回想場面を見たケースBやCの家族は、対象高齢者の昔の仕事ぶりや自分がこの親にどのように育てられたかを家族自身がインタビューの中で回想していた。

これらの家族が痴呆性高齢者の回想場面を振り返ってみて語った内容から『家族自身が高齢者と

ともに生きた人生を振り返える意味』『家族が高齢者との関係性を振り返り、つながりを見出す意味』を抽出した。

3. 3 ケアスタッフが痴呆性高齢者の回想場面を振り返ってみて語った内容とその意味 (表7)

(1) ケースA

痴呆性高齢者ケースAの回想場面を見たケアスタッフは、「体調が上向きになったと同じくらい回想法が刺激につながったと思います、相乗効果をあげたと思います」「回想法が始まってからAさ

んはクリアになったと思う」「いい部分も思い出すと思うし何か線がつながるような気がする」「グループで回想することもいいかなと思う。周りから援助されて思い出すこともあると思うから」「振り返ることは本人にはとても気持ちいいもの、人に聞いてもらうことは満足感になっている」「普段はようやく一言二言返ってくるけど、回想法の時も続けてすると言葉が出てくる」「このビデオみてあんなに長いこと話していることは驚きでした」などを取り出した。

(2) ケース B

痴呆性高齢者ケースBの回想場面を見たケアスタッフは、「定期的なことが自分にとって行かなければならないものやという認識がある気がする」「この回想法の機会がなかったら単調な生活になっていたと思う。回想法に参加してこちらからのケアを提供できてスタッフとして満足している」「こま回しにあんなに集中してできたことは意外でした」「回想法でものを見た時『これはいい色や』とか『よくできている』とやっぱり職人さんらしい表現を聞く。回想法が終わって帰るときもまたきたいなって感じ」などを取り出した。

(3) ケース C

痴呆性高齢者ケースCの回想場面を見たケアスタッフは、「Cさんは聞き上手って感じ」「結構、記憶は鮮明だと思う。普段、回想法のときのように自分からいうことはあまりない」「ごちゃごちゃあまり言わないけど思いはいっぱい持っている方だと思うんです」などを取り出した。

以上のことから、ケアスタッフが痴呆性高齢者の回想場面を振り返ってみて語った内容から『ケアスタッフが痴呆性高齢者の能力を再発見する意味』を抽出した。

4. 考察

4. 1 痴呆性高齢者に潜んでいた豊かな感情の表出や心理的安定がはかられている意味

痴呆性高齢者が自らの頭の中にあるものを自分自身で言語化する過程は、本人にとっても想起された内容にまつわる感情の呼び覚ましとなることが語られた。更に回想場面の映像をもとに、豊かな感情の表出がなされていると家族やケアスタッフが語ったと考えられる。

4. 2 回想の刺激材料によって、ほとぼり出た過去の記憶を痴呆性高齢者が熱意をもって語る意味

グループ回想法の中で、刺激材料が媒体となつてほとぼり出てきた過去の記憶を家族もケアスタッフも実感として語っている。このことは、痴呆性高齢者の頭の中の記憶が呼び覚まされ、不意に口を突いて出てくるきっかけを得ることによって考えられる。痴呆性高齢者の自らの頭の中にあるものを自分自身で言語化する過程は、本人にとっても想起され内容にまつわる感情の呼び覚ましになっている。よって表情の変化として現れていると家族やケアスタッフが語ったと考えられる。

4. 3 家族自身が高齢者とともに生きた人生を振り返る意味

痴呆性高齢者が回想することを画像を通してみた家族が、その場面に引きずられて自らのことを豊かに回想することがあった。画像を見ることを通して家族自身がじっくり、高齢者の人生を意識し自分の人生と重ね合わせともに生きた人生を意識することになったと考える。

4. 4 家族が高齢者との関係性を振り返り、つながりを見出す意味

家族自身が高齢者とともに生きた人生を振り返りながら高齢者との関係性を振り返った内容の語りからは、痴呆によって現在の記憶が不安定であるが、高齢者が活躍していた頃の姿を想起するなかで、家族と高齢者のつながりの意味を見出したことにほかならない。

4. 5 ケアスタッフが痴呆性高齢者の能力を再発見する意味

現場のケアスタッフにとっては、病棟ではみることのない痴呆性高齢者の表情や発言にグループ回想法の中で遭遇したことが、回想を行う中で痴呆性高齢者の能力を再発見する意味を見出している。回想法というグループケアプログラムの中にスタッフ自身が身をおくことで、入院や入所前の痴呆性高齢者の人生の一端に触れることになる。さらに現在の姿のみならず、痴呆性高齢者が自らの人生を振り返っている表情や言葉は、ケアスタッフがその人を理解する手がかりになると思われる。志村ら⁹⁾も同様に文献検討より、患者理解のための回想法の意義、患者と看護師の関係作りとしての回想法の意義を取り上げている。

Butler¹⁰⁾は、人間は高齢になるにつれて、過去を回想する頻度が高まるが、これは高齢者が自ら

歩んだ人生を振り返り、整理し、その意味を模索しようとする、自らの人生を振り返る普遍的な過程であると述べている。記憶を失いつつある痴呆性高齢者においては、回想法の刺激材料やグループメンバーとの交流によって、潜在している記憶が五感を通して呼び起こされて、会話や感情の表出がなされていた。その過程を、家族やスタッフが回想場面の映像を見て感じ取った語りから、回想の意味が抽出された。このことは、家族自身も失いかけていた痴呆性高齢者と共に過ごした記憶を呼び戻し、ケアスタッフにおいてはそれまで知らなかったその高齢者の豊かな一面を知ることができることに寄与することが示唆された。

5. まとめ

今回の研究は、グループ回想場面の映像を編集し、3組の家族と11名のケアスタッフにその映像から捉えた感想と回想法の良い点について面接調査を実施した。逐語録より、家族とケアスタッフが捉えた回想に見出した意味として、以下の5つがあげられる

1. 痴呆性高齢者に潜んでいた豊かな感情の表出や心理的安定がはかられている意味
2. 回想の刺激材料によって、ほとぼり出てきた過去の記憶を痴呆性高齢者が熱意をもって語る意味
3. 家族自身が高齢者とともに生きた人生を振り返る意味
4. 家族が高齢者との関係性を振り返り、つながりを見出す意味
5. ケアスタッフが痴呆性高齢者の能力を再発見する意味

今回の研究は、グループ回想法の一場面のみを対象として扱っているため、今後は家族やケアスタッフが視聴する回想場面の映像の吟味や家族とケアスタッフの面接調査の内容を検討して、実証的データの蓄積を行っていく必要がある。

謝辞

本研究において、インタビューにご協力いただきました、高齢者とその家族の皆様、病院・施設の

ケアスタッフの皆様にご心から感謝申し上げます。

これらは平成15年度～16年度科学研究費補助金基盤研究B2(研究課題番号15390682)「研究課題：痴呆性高齢者における回想法の意義と有効性に関する実証的研究」(研究代表者：金川克子)の助成を受けて行ったものである。

参考文献(引用文献)

- 1) 黒川由紀子：痴呆老人に対する回想法グループ,老年精神医学雑誌,5(1),73-81,1994.
- 2) 野村豊子：痴呆性高齢者への回想法,グループ回想法の効果と意義,看護研究,29(3),225-242,1996.
- 3) 吉岡久美子：高齢者の回想(法)に関する展望,九州大学心理学研究,1,39-49,2000.
- 4) 田高悦子,金川克子,立浦紀代子他1名：在宅痴呆性高齢者に対する回想法を取り入れたグループケアプログラムの効果,老年看護学,5(1),96-106,2000.
- 5) 松田修,黒川由紀子,齋藤正彦他1名：回想法を中心とした痴呆性高齢者に対する集団心理療法—痴呆の進行に応じた働きかけの工夫について—,心理臨床学研究,19(6),566-577,2002.
- 6) 加藤信司,長谷川和夫,下垣光他5名：改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成,老年精神医学雑誌,2,1339-1347,1991.
- 7) Hughes CP, et al: A new clinical scale for the staging of dementia, Br J Psychiatry, 140. 556-572, 1982.
- 8) Holloway I, Wheeler S: Qualitative Research for Nursing. Blackwell Science Malden, USA 1996.
(野口美和子監訳：ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで 172-179, 医学書院, 2000.)
- 9) 志村ゆず,唐澤由美子,田村正枝：看護における回想法の発展をめざして：文献展望,長野県立看護大学紀要,5,41-52,2003.
- 10) Butler R.N.: The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatry, 26:6 5-75, 1963.

(受付：2004年9月30日, 受理：2004年12月20日)

Significance Perceived by Family Members and Care Staff in Group Reminiscence Applied to Demented Elderly

—Through Images Captured During Reminiscence—

Hiromi SATO, Junko HOSOKAWA, Etsuko TADAKA, Ikuko SAKAI, Kaori TAKAMICHI,
Eiko AMATSU, Katsuko KANAGAWA

Abstract

Three families and 11 care staff were interviewed in an attempt to extract the significance perceived from imaging of reminiscence scenes involving the demented elderly for whom a group reminiscence method was applied. The significant findings were: ① the expression of rich emotions and the psychological stability hidden within the mind of the demented elderly; ② the passion with which the demented elderly talked about their memories that poured out when simulating material was used for the reminiscence; ③ family members looking back on the days when they lived with the elderly; ④ reflection by family members on their relationship with the elderly and rediscovering their ties with each other; and ⑤ rediscovery by the care staff of the recall capacity of the demented elderly.

Key words demented elderly, group reminiscence method, family, care staff, imaging of the reminiscence scene

報告

退院調整部門の設置に関する病院看護管理者の認識と課題

丸岡直子 佐藤弘美 伴真由美 川島和代 小松妙子*

概要

退院調整部門の設置に関する病院看護管理者の認識と課題を明らかにすることを目的に、I 県内の 108 病院の看護部長を対象に、退院調整部門の設置状況、退院調整に対する看護職員教育の内容、看護の連携や継続を目的とした情報発信の内容、退院調整に関する課題を調査した。

退院調整部門が設置されている病院は 4 病院であった。しかし、退院調整部門を設置していない病院の 45.6% の看護部長は退院調整部門の設置を要望していた。看護部長は退院調整部門の設置に対する病院組織内の課題として、人材確保や経済的担保を得ること、組織・運営体制を明確にすることを病院外部に対する課題として、看護職員教育の充実や病院と地域間の看護情報を共有できるシステムの構築をあげていた。今後は、病院の実状に応じた退院調整機能強化の検討と併せて、継続看護を支援するための看護情報システムの構築に向けての検討が必要である。

キーワード 退院調整, 退院調整看護師, 退院調整部門, 継続看護, 病院組織

1. はじめに

わが国における人口の高齢化、疾患の慢性化による継続医療や社会資源の有効活用の必要性が指摘¹⁾されており、医療施設では入院患者の早期社会復帰や在宅医療に向けての環境を整備するために、さまざまな指導や調整が実施されている。手島²⁾によれば、退院計画とは個々の患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するよう病院においてシステム化された活動・プログラムであると定義されている。このように、入院患者への退院に向けた支援は病院全体で取り組むものとする。現在、病院の経営管理上、患者の入院期間の短縮は重要な課題となっている³⁾。したがって、入院当初から患者に必要な退院調整の必要性を判断し、病院と地域が連携をとりながら退院調整を進めていく必要があると考える。

近年では、日々の看護業務に影響されない専任の看護職員を配置した退院調整部門を設置する病院が増加している。永田ら⁴⁾は 2001 年に実施した調査から、全国の約 30% の病院では退院支援部が設置され、そのうち約 60% の病院では看護職員を配置していたと報告している。さらに、退院調整部門を中心とした退院支援の実際⁵⁾⁻⁷⁾も報告されている。一方、I 県では、筆者らが平成 14 年に I 県内 8 総合病院の看護管理者を対象に実施した調査⁸⁾によれば、退院調整部門が設置

されている病院はなく、病棟看護師が中心となって退院調整が実施されていた。しかし、I 県内全域の病院における退院調整部門の設置状況および、その実態は明らかにされていない。

そこで、本研究では、I 県内病院における病院看護管理者の退院調整部門の設置に対する認識を明らかにし、退院調整に関する課題について検討することを目的とした。

なお、本研究では退院調整、退院調整看護師、退院調整部門を以下のように定義する。

退院調整: 患者・家族が望む療養生活が可能となるように、疾病や障害が生活全般に及ぼす影響を把握し、患者・家族に関わる様々な職種が協働して計画的に退院後の療養生活を整えるために行う活動。

退院調整看護師: 専任で他職種と協働して退院調整を行う看護師。

退院調整部門: 看護師を含めた専任の職員で構成され、入院患者の退院調整を行う病院組織の一部門。

2. 方法

2. 1 調査対象

I 県内の病院の看護部長(看護部責任者)108 名を対象とした。

2. 2 調査方法と調査内容

調査は平成 15 年 11 月 1 日～30 日の間に、郵

*日本訪問看護振興財団(元石川県立看護大学)

送質問紙法により実施した。

調査用紙は、平成 14 年度に実施した面接調査結果⁹⁾と先行文献⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾を参考に作成した。調査内容は病院の概況、退院調整部門の設置と退院調整看護師の導入、看護職員を対象とした退院調整に関する過去 3 年間に実施した教育・研修の内容、看護の連携や継続を目的とした看護部門からの情報発信、退院調整に関する課題についてである。

調査用紙は、平成 15 年 11 月～12 月 10 日まで無記名で対象者から直接回収した。

2. 3 分析方法

調査項目毎に単純集計を行った。また、自由記載により得たデータは帰納的記述的に分析した。

2. 4 倫理的配慮

本調査は本学の倫理委員会で承認を得て実施した。対象者には文書で研究の主旨・方法、データ分析にあたっては全体的な傾向を検討すること、データは研究以外に使用しないこと、研究結果を看護関係学会で発表することを説明した。なお、対象者からの調査票の返送をもって研究の同意を得たものとした。

3. 結果

調査を依頼した 108 名のうち 61 名(回収率 56.5%)から回答があり、これを分析の対象とした。

3. 1 所属病院の概要 (表 1)

61 名の看護部長が所属する病院の設置主体は、国公立・公的が 20 病院 (32.8%)、法人が 25 施設 (41.0%)、その他が 16 病院 (26.2%)であった。また、訪問看護は 41 病院 (67.2%) で、訪問診療は 30 病院 (49.2%) で、訪問リハビリテーションは 17 病院 (27.9%) で実施されていた。

3. 2 退院調整部門の設置に関して

(1) 退院調整部門の設置状況 (表 2) と設置理由

退院調整部門が設置されていた病院は 61 病院中 4 病院 (6.6%) であった。設置主体の内訳は公立 3 病院、法人 1 病院であり、中規模病院であった。いずれも専任の看護職員を配置しており、兼任ではあるが看護師が部門の責任者となっている病院もみられた。

退院調整部門を設置していた 4 病院のうち半数以上の回答があった設置理由は、病院と地域や家族との連携を担う職員が必要、医療・福祉制度に精通している職員の支援が必要である、退院調整に関して患者・家族および看護職員が相談できる部門が必要である、退院後の療養場所を早期に決定するために専門的知識が必要である、病棟では退院調整に必要な十分な時間が取れない、であった。

表 1 所属病院の概要

設置主体		病床数				訪問看護等の実施状況		
区分	病院数	～99	100～299	300～499	500～	訪問看護	訪問診療	訪問リハビリテーション
国公立・公的	20	1	13	6		15 (75.0)	10 (50.0)	7 (35.0)
法人	25	6	12	3	4	19 (76.0)	11 (44.0)	6 (24.0)
その他	16	9	7			7 (43.8)	9 (56.3)	4 (25.0)
計	61	16	32	9	4	41 (67.2)	30 (49.2)	17 (27.9)

表 2 退院調整部門を設置している病院の状況

施設名	設置主体	病床数	職員数	配置職員数					責任者	
				看護師		医師	MSW	その他	職種	専任・兼任
				配置数	専任(再掲)					
A	公立	152	6	4	4	1		1	医師	兼任
B	公立	198	5	1	1	1	1	2	事務	専任
C	公立	384	4	2	1		1	1	看護師	兼任
D	法人	500	9	5	1		4		MSW	専任

(2) 退院調整機能を担っている部門と職員 (表 3, 表 4)

退院調整部門を設置していない 57 病院の看護部長は, 病棟を高い比率で退院調整機能を担っている部門としてあげていた. また, 病棟と併せて医療相談室や訪問看護部など病院内の複数の部門がその機能を担っていると回答していた. さらに, 看護部長が退院調整に関わっていると回答した職員は, 病棟看護師長, 医師, 病棟看護師が高率であり, 病棟看護職員が中心となり退院調整が行われていると認識していた.

表 3 退院調整機能を担っている部門 n=57

部 門	回答数 (%)
病棟	43 (75.4)
医療相談室	17 (29.8)
訪問看護部	7 (12.3)
外来	7 (12.3)
リハビリテーション部門	6 (10.5)
事務部門	4 (7.0)
その他	9 (15.8)

表 4 退院調整に関わっている職員 n=57

職 種	回答数 (%)
病棟看護師長	43 (75.4)
医師	38 (66.7)
病棟看護師	33 (57.9)
MSW	18 (30.5)
ケアマネージャー	17 (29.8)
訪問看護師	12 (21.1)
理学療法士・作業療法士	11 (19.3)
外来看護師長	6 (10.5)
事務職員	5 (8.8)
その他	12 (21.1)

(3) 退院調整部門の設置に対する要望の有無とその理由

表 5 退院調整部門を要望する理由 n=26

理 由	回答数 (%)
患者・家族, 看護職員が相談できる部門が必要	19 (73.1)
病棟では退院調整のための十分な時間がとれない	18 (69.2)
病院と地域・家族との連携を担う職員が必要	17 (65.4)
早期に退院指導を開始したい	14 (53.8)
退院後の療養場所を決定するための専門的知識が必要	14 (53.8)
退院後の生活に密着した支援が必要	13 (50.0)
医療・福祉制度に精通した支援が必要	11 (42.3)
医師との連携強化	6 (23.1)
地域の看護資源に精通している職員の支援が必要	3 (11.5)
在宅療養を希望する患者・家族の増加	1 (3.8)

退院調整部門が設置されていない 57 病院について, 退院調整部門の設置を要望している看護部長は 26 名 (45.6%) であった. そのうち 1 病院が退院調整部門の設置を予定しており, 13 病院が検討中であった. 退院調整部門の設置を要望している理由を表 5 に示した. 約 3 分の 2 の看護部長が取り上げていた理由は, 患者・家族や看護職員が退院調整に関して相談できる部署が必要であることや, 病棟では退院調整のための時間が十分にとれないため専任の職員が必要である, であった.

また, 退院調整部門の設置を要望しないと回答した看護部長は 31 名 (54.4%) であった. 退院調整部門を要望しない理由 (表 6) は, 現在の体制で十分退院調整が行われていることや人員確保が困難であること, 他に優先しなければならない課題があるであった.

(4) 病院組織内における退院調整部門設置に対する課題 (表 7)

病院組織内に退院調整部門を設置する際の課題として高い比率であげられていたものは, 人材確保と専任者の配置に伴う経済的負担の増加, 管理体制の明確化や診療報酬による病院経営へのプラスの影響が得られるかということであった. つまり, 人的・経済的な問題が退院調整部門を設置する際に解決しなければならない課題であった.

3. 3 退院調整看護師の配置

退院調整部門を設置している病院では専任の看護師が配置されていた. その効果は, 患者・家族の意思を尊重した退院後の療養場所の決定, 多職種との連携強化, 適切な社会資源活用の情報提供, 看護部門の活性化であった.

表 6 退院調整部門を要望しない理由 n=31

理 由	回答数 (%)
現在の体制で十分である	11 (35.5)
人員の確保が難しい	11 (35.5)
他に優先しなければならない課題がある	6 (19.4)
看護職員からの要望がない	5 (16.1)
退院調整に必要な知識・技術を有する人材確保困難	3 (9.7)
該当する患者がない	2 (6.5)

表 7 病院組織内における退院調整部門設置対する課題 n=26

内 容	回答数 (%)
専任者を確保する人的・経済的担保	20 (76.9)
専門看護職員の確保・配置	20 (76.9)
組織・運営体制の明確化	13 (50.0)
診療報酬への反映	12 (46.2)
人材育成のための教育制度	11 (42.3)
他職種の理解	7 (26.9)
専門看護職員の処遇	5 (19.2)

表 8 退院調整看護師の導入を予定していない理由 n=52

理 由	回答数 (%)
人員確保が困難	28 (53.8)
現在の体制で十分に退院調整がされている	17 (32.7)
他に優先する課題がある	17 (32.7)
退院調整に必要な知識・技術を有する人材確保が困難	11 (21.2)
看護職員からの要望がない	6 (11.5)

退院調整看護師を配置していない 57 病院で、導入の予定ありと回答したものは 3 名 (5.3%)、予定なし 52 名 (91.2%)、無回答 2 名 (3.5%) であった。退院調整看護師の導入を予定していない理由は表 8 に示したとおり、専任で退院調整を担当する看護職の確保が困難であることが高い比率を示していた。

3. 4 退院調整に関する看護職員教育

(1) 院外研修への派遣

過去 3 年間にける退院調整に関連した院外研修に、7 病院 (11.5%) が看護師を派遣していた。研修会の内容は、退院調整と地域連携に関する研修、精神訪問看護研修、社会資源の活用に関する研修、保険制度と診療報酬などであった。研修期間は 1～3 日と短期間であり、7 病院における参加人数は 3 年間で平均 2.7 人であった。

(2) 院内研修

過去 3 年間における退院調整に関連した院内研修の実施状況は、介護保険関係 11 病院 (18.

0%)、診療報酬関係 10 病院 (16.4%)、訪問看護関係 6 病院 (9.8%)、退院調整関係 6 病院 (9.8%) であった。何らかの研修を 1 回以上実施した病院は 17 病院 (27.9%) であり、17 病院における実施回数は 3 年間で平均 2.5 回であった。44 病院 (72.1%) では退院調整に関する院内研修会は実施されていなかった。

研修内容は、介護保険関係では介護保険制度、介護保険と訪問看護・在宅支援、在宅ケアサービスに関してであった。診療報酬関係では、診療報酬の改定や適正請求に関する内容であった。訪問看護関係では、自施設における訪問看護の実際や入院から退院に向けての看護の充実に関するものであった。退院調整に関する研修内容は、地域連携、退院システムや社会資源の活用、退院調整看護師の役割に関するものであった。

3. 5 看護の継続や連携を目的とした情報発信

看護の継続や連携を目的とした情報発信は 21 病院 (34.4%) が実施していた。情報発信の方法・

内容は、疾病理解や看護方法の研修会の実施 12 病院(19.7%)、病院情報誌の発行・ホームページの作成 9 病院 (14.8%)、地域・行政との連絡会の実施 6 病院 (9.8%)、医療相談会の実施 4 病院 (6.6%)、地域連携クリティカルパスの活用 1 病院 (1.6%) であった。

3. 6 退院調整に関する課題

看護部長があげた退院調整に関する課題は、看護職員教育の充実と病院・地域間の看護情報を共有できるシステムの構築の 2 つにまとめられた。

(1) 看護職員教育の充実

看護部長は退院調整に関する看護職員教育を充実させるという課題をあげた目的として次のような内容をあげていた。それは、地域の情報に精通している看護師の育成、早期退院指導を開始するための啓発、退院支援内容の充実、保健・福祉施設の理解、職員間の理解と交流を深める、であった。また、教育の方法として、院外研修会の充実や大学等の教育機関からの情報提供の拡大をあげていた。

(2) 病院・地域の看護情報を共有できるシステムの構築

この課題をあげた目的は、継続したケアの提供、地域の中核病院としての役割遂行、地域を含めたチーム医療の推進、地域住民への情報発信、患者・家族の希望に添った療養場所を選択するためであった。また、共有する情報として訪問看護ステーションのサービス内容、退院後の受け入れ施設の設備内容や利用状況をあげていた。さらに、情報を共有する方法としてインターネットを利用した看護情報ネットワーク、看護情報マップの作成、情報発信基地の設置などの電子媒体を利用したシステムの構築があげられていたが、具体的な内容の記載はみられなかった。

4. 考察

4. 1 退院調整部門の設置状況とその必要性の認識

I 県内病院における退院調整部門の設置状況は、設置が予定されている病院を含めてもその設置率は極めて低い状況であった。永田¹²⁾らは、患者との面接や他機関との連携には、ほとんど保険点数がつかないうえ、必要性の認識もまだ低く、退院調整部門の設置といった積極的な取り組みは少ないと指摘している。しかし、在院日数の短縮化や在宅医療が推進される中、中心静脈栄養、

化学療法や呼吸ケアが在宅あるいは通院によって行われるようになってきている。そのためには、入院直後から退院調整を開始することが必要である。

今回の調査で、退院調整部門が設置されていない病院の看護部長は、退院調整は病棟の看護職員が中心となって実施されていると認識していた。また、筆者ら⁸⁾が 8 総合病院の看護師長を対象として平成 14 年に行った面接調査では、医療依存度の高い患者の退院調整は病棟看護師が中心となって実施されていた。つまり、病棟を中心とした退院調整は、交替制勤務の中で患者の担当看護師により実施されていた。このような状況での退院調整は情報の蓄積や退院調整に必要な技術の向上、さらに地域との信頼関係を構築することは困難であると考えた。したがって、患者や家族に対する退院調整は担当する看護師の経験や知識の程度に影響されるものと考えた。また、地域の側からみると、病院における窓口が不明であることが、地域と病院の連携を困難にさせている要因の一つとなっていると考えた。

退院調整部門が設置されていない病院の看護部長が、退院調整部門の設置を要望する理由としてあげていたことは、病院と地域との連携強化や、保健・福祉に関する社会資源の内容や、患者の退院後の療養場所を早期に決定するための専門知識を提供する必要性をあげていた。さらに、患者・家族や看護職員が退院調整に関して時間をかけて相談ができ、地域との連携を図る職員の必要性をあげていた。このことから、看護部長は、医療依存度が高い、あるいは障害を持って在宅療養に移行する患者に対して、早期に退院調整の必要性を判断し、退院に向けての支援を推進していきたいと考えていたと推察される。

退院調整部門の設置による効果は、重症で医療処置を有する患者の社会復帰や退院後の介護者の介護負担感や家族の在宅ケアに対する不安を軽減することにつながっているとの報告¹³⁾がされている。退院調整部門を設置し専任の看護師を配置することは、患者の退院後の療養生活の質を保証するとともに、退院調整実施例から得られた知識や技術を蓄積していくことにつながると考える。

4. 2 退院調整に関する課題

(1) 病院組織内における退院調整部門設置に対する課題

病院組織内に退院調整部門を設置する際の課題は、専門看護職員を専任で確保することと、その配置を経済的に担保することがあげられていた。さらに、退院調整部門を要望しないと回答した看護部長は、その理由として、人的確保が困難であることが高い比率であげられていた。このことから、退院調整部門の設置には、専任の看護師を確保するという人的で経済的な問題を解決することが重要であることを意味していたと考える。

現行の診療報酬では、スムーズな退院に導くためのサービス評価として退院指導料や診療情報提供料等が算定できることとなっている¹⁴⁾。退院調整が必要な患者に適切な指導が実施され、適正に診療報酬を請求し、病院収入を確実に確保していくことも、看護職員の新たな確保につながると考える。また、退院調整は専門的な知識と技術を必要とすることであり、退院調整部門を設置し、一定の研修等を受けた専任の看護師による退院調整に対して、診療報酬上のさらなる評価を得ることも今後重要となってくると考える。

しかし、退院調整部門を設置した積極的な取り組みを行っている病院は少なく、その支援経験の蓄積も少ない状況であり、I 県内においても同様な結果であった。そのためには驚見ら¹⁵⁾の報告にあるように、早期に退院支援を実施した患者及び家族の状態不安が軽減するといった退院調整の効果や、前述した急性期病院における退院調整の効果を示すような研究の蓄積が必要となってくる。また、病院経営の厳しい現状において、退院調整部門を設置することにより、在院日数が短縮し、結果的に病院収入の増加につながるという根拠を示して、退院調整部門を設置するよう病院組織に働きかける必要もあると考える。

また、退院調整を受ける側のニーズを反映するような調査や退院後のフォローアップからもその必要性を明らかにし、患者や家族が必要な退院調整を受けて在宅療養あるいは転院に移行できるよう検討していく必要があると考える。

(2) 退院調整機能を強化するための人材育成

看護部長は退院調整を担う専門的な知識・技術を有した看護師の育成を課題としてあげていた。この課題は、退院調整部門を設置する際の重要課題の一つと考えられる。分析の対象とした 61 病院のうち 44 病院 (72.1%) の病院では、退院調整に関する院内研修は実施されていなかった。研修を実施していた 17 病院 (27.9%) においても、研修の実施回数は 3 年間で平均 2.5 回であった。

これらの研修は、平成 12 年度からスタートした介護保険制度や平成 14 年 4 月の診療報酬の改正などの理解を深めるための研修がほとんどであった。病棟が中心となって退院調整が実施されている現状にあって、広く看護師全体を対象に退院調整に関する理解を深めることを意図して研修を実施したものと推察された。たとえ退院調整部門が設置されていたとしても、24 時間患者に最も近い存在の病棟看護師が退院調整に関する知識や技術がなければ、患者・家族に対して退院後の療養生活を指導することはできない。退院調整の推進には問題解決思考力、企画・運営・調整能力、患者・家族の認識を理解し参加を促す能力、責任・倫理に関わる能力、移行期支援能力が必要であると指摘¹⁶⁾されている。したがって、看護部全体の退院調整機能を高めていくには、介護保険や診療報酬などの制度の理解にとどまらず、前述した能力を向上させる研修内容を、病院の現任教育の現状に応じて企画・実施する必要があると考える。また、病院看護師の退院調整能力を高める教育システムとして、入院患者の退院後の療養生活を想定し適切な退院計画を適切に展開するために、退院計画に関する研修を看護部の現任教育の中心に位置づけた実践報告¹⁷⁾¹⁸⁾のように、退院計画システムの構築を病院全体で推進するために段階的に継続した研修を実施することも重要であると考えられる。

一方、過去 3 年間に院外研修会に 1 名以上の看護師を派遣した病院は、7 病院 (11.5%) と低率であった。研修期間も短期間であり、看護師が研修に参加する機会は限られていたと考える。

病院内外における研修の実施・参加は低率ではあった。しかし、看護部長は退院調整を強化していくための課題として、院外での研修会の実施や大学等の教育機関からの情報提供の拡大をあげていた。多くの看護部長が退院調整部門とその役割を担う看護師の必要性を認識していたことと併せて、今後は行政、職能団体および看護教育機関が連携をとりながら、病院看護師の学習ニーズに対応した研修会の企画や情報提供の検討を行う必要性が示唆された。

(3) 病院と地域の継続看護を支援するための看護情報システムの構築

病院・地域間の看護情報を共有できるシステムを構築する目的は、継続したケアの提供や患者・家族の希望に添った療養場所の選択するためであった。入院患者が病気や障害をかかえながら、

希望する場所で療養生活を送るために、病院看護師が果たす役割は多岐にわたっている。その役割は在宅療養または転院へのコーディネート、訪問看護ステーションとの連携、地域におけるかかりつけ医の選定と依頼、医療処置や生活援助技術の指導、衛生材料等の確保、退院後に生じる緊急時の対応に関する指導などである。これらの役割の遂行には、地域の医療・保健・福祉施設の情報や関連する制度に対する理解が必要である。看護部長は患者・家族が希望する療養場所を選定するために、訪問看護ステーションのサービス内容や保健・福祉施設などの利用状況の情報が得られるような看護情報システムの構築が重要な課題であると考えていた。これは、病院組織内に退院調整部門を設置することは人的・経済的な面から困難な状況であることから、病院と地域の看護の連携システムの構築を期待し、このシステムを活用することで病院内の退院調整機能の強化を期待していたものと推察された。また、その方法として情報発信基地の設置やインターネットを利用した看護情報ネットワークの構築が課題としてあげられていた。しかし、具体的な方法の記載はなく、I 県内における退院調整機能の充実を図るための情報交換や、病院看護部が求めている看護情報ネットワークの内容や運用方法などを検討していく必要があると考える。また、病院間の連携、あるいは病院と地域との連携を密にするにはそれぞれの病院における窓口の明確化など、地域が連携する初歩的な課題から解決していく必要があると考える。

I 県内では、退院調整部門を設置し、看護における地域連携をスタートした病院が4カ所みられた。今後は、このような病院の退院調整部門の活動や病院組織内の一部門としてどのように機能を強化してきたかというプロセスを分析することも必要である。さらに、これらの分析結果を公表し、情報交換していくことは病院と地域の連携を形成する基盤となるものと考えている。

5. まとめ

I 県内病院の多くは退院調整部門が設置されていなかった。しかし、退院調整部門が設置されていない病院の約半数の看護部長は、患者・家族が相談することができ、地域との連携を担う職員の必要性を認識し、退院調整部門の設置を要望していた。また、看護部長は病院組織内に退院調整部門を設置するには、人材確保や組織・運営体制

の明確化など課題を解決しなければならないと考えていた。さらに、退院調整に関する看護職員教育の充実や病院・地域間の看護情報を共有できるシステムの構築を課題として取りあげていた。今後は、病院の状況に応じた退院調整機能強化の検討と併せて、継続看護を支援するための看護情報システムの構築のための検討が必要であると考える。

謝辞

今回の調査にご協力いただきました関係者の皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は平成15年度に実施した石川県立看護大学附属地域ケア総合センターの調査研究の一部であり、第8回日本看護管理学会年次大会にて発表した。

引用文献

- 1) 森山美知子, 済生会山口総合病院看護部: ナーシング・ケースマネジメント, 退院計画とクリティカルパス. 医学書院, 20-26, 1998.
- 2) 退院計画研究会編(手島陸久編集代表): 退院計画, 病院と地域を結ぶ新しいシステム. 中央法規出版, 5-7, 1996.
- 3) 竹谷英子: わかりやすい看護の経済学. 日本看護協会出版会, 127-134, 2001.
- 4) 永田智子, 木村まりえ, 大島浩子他: 退院支援の現状に関する全国調査—退院支援部署に焦点を当てて—. 日本看護科学学会学術集会, 2002.12, 日本看護科学学会学術集会講演集 22号, 288.
- 5) 柳沢愛子, 若林浩司: 2章退院のための支援—医療社会福祉部の活動の実際—. 大内尉義, 村嶋幸代監修: 退院支援東大病院医療社会福祉部の実践から. 22-79, 杏林書院, 2002.
- 6) 柳沢愛子, 若林浩司, 村嶋幸代他: 5章退院支援の向上に向けて—1退院支援に関する事例検討—. 大内尉義, 村嶋幸代監修: 退院支援東大病院医療社会福祉部の実践から. 188-216, 杏林書院, 2002.
- 7) 礪山佳世子, 徳盛悦子, 山森美智代: 高齢者の退院調整への関わりと検討. 日本看護学会論文集 33回老年看護, 26-28, 2003.
- 8) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代他: 退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における看護職の役割. 石川看護雑誌, 1(1), 31-38, 2004.
- 9) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代他: 退院患者に提

- 供される看護サービスの実態からみた退院調整における看護職の役割. 千葉看護学会第9回学術集会, 2003.9, 千葉看護学学会第9回学術集録, 22.
- 10) 本道和子, 須藤直子, 川村佐和子: 在宅での療養環境を整えるー退院調整における看護職の役割. 看護管理, 11(10), 760-765, 2001.
- 11) 本道和子, 川村佐和子: 病院内退院調整看護婦の退院調整過程分析. 東京保健科学学会誌, 1(1), 11-19, 1998.
- 12) 永田智子, 村嶋幸代: 退院支援の現状と課題. 保健の科学, 44(2), 95-99, 2002.
- 13) 森山美知子, 岩本晋, 芳原達也他: 急性期疾患治療病院に退院調整専門看護婦を設置する効果の研究(その2). 病院管理, 33(2), 23-32, 1996.
- 14) 岩下清子, 奥村元子, 石田昌宏他: 診療報酬(介護報酬) その仕組みと看護の評価. 日本看護協会, 196-199, 2003.
- 15) 鷺見尚己, 村嶋幸代, 鳥羽健二他: 退院困難が予測された高齢入院患者に対する退院支援の効果に関する研究ー特定機能病院老年科における準実験研究. 病院管理, 38, 29-40, 2001.
- 16) 塚本友栄: 退院計画の実践から必要な教育を考える, 退院計画自己評価を取り入れて. *Quality Nursing*, 9(10), 25-33, 2003.
- 17) 宮崎照子: 退院計画の導入に必要な院内・病棟内の体制づくりー看護部中心で構築した退院計画システム. *臨床老年看護*, 10(1), 22-29, 2003.
- 18) 宮城恵子, 長池京子, 安里節子他: 地域連携から見た看護の組織化ーU総合病院の看護の理念再構築. 第8回看護管管理学会年次大会, 2004.8, 第8回看護管管理学会年次大会集録, 134-135.
- (受付: 2004年9月30日, 受理: 2004年11月30日)

Nursing Manager's Recognition and Objectives in Establishing a Discharge Planning Section at a Hospital

Naoko MARUOKA, Hiromi SATO, Mayumi BAN, Kazuyo KAWASHIMA, Taeko KOMATSU

Abstract

The purpose of this study was to discover the manager's recognition and objectives in instituting a discharge planning section in a hospital. The subjects were 108 directors of nursing at hospitals in Ishikawa Prefecture. The investigation included topics such as establishing the section in question, the detail of the nursing staff education related to discharge planning, distribution of the details of information for continuing or coordinating nursing, and adjustment following discharge.

A discharge planning section has already been instituted in 4 hospitals but 45.6% of the directors in the remaining hospitals desired to establish such a section. For the objectives in setting up this section within the hospital system, these directors cited the following: obtaining the necessary manpower and financial support and defining the organizational and managerial systems. In addition, for the objectives outside the hospital, they listed a need to improve nursing education and to create a system that would enable sharing of information between the hospital and the local community. For the future, studies should be conducted with the aim of reinforcing the after-discharge capability in response to the conditions in each hospital; and to construct a nursing information system to support continued nursing.

Key words discharge planning, discharge-planning nurses, discharge-planning section, continued nursing care, hospital organization

報告

病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題

伴真由美 丸岡直子 川島和代 小松妙子* 佐藤弘美

概要

退院調整の現状を明らかにし、退院調整に関する課題について検討することを目的として、I 県内の病院の病棟看護師長 386 名を対象に、実施している退院調整内容について郵送質問紙法により調査した。その結果、以下のことが明らかになった。

退院調整の必要性の判断時期は、医師が患者・家族に退院を伝えた時点が最も多かった。退院調整の目的として割合が高かった内容は、一般病棟では、利用するサービスの調整、家族の意思決定、転院先の確保、家族の介護力確保、療養型病床群では、家族の意思決定、患者の意思決定、精神科病棟では、家族の意思決定であった。退院計画立案、会議・検討会の開催、退院前後訪問、退院調整の評価、退院調整の手引き（ガイドライン）の所有を実施している病棟は少なかった。病棟看護師長が認識していた退院調整に関する課題は、退院調整部門の設置や退院調整システムの整備、退院計画の早期立案と内容の充実、社会資源に関する学習の強化等であった。

キーワード 退院調整 退院計画 継続看護 社会資源 課題

1. はじめに

近年、人口の高齢化、慢性疾患の増加、医療の進歩など保健医療福祉を取り巻く環境は大きく変化し、また、国民ニーズも多様化してきている。入院患者をみてみると、年齢では 65 歳以上が約 6 割を占め¹⁾、傷病分類別では「精神及び行動の障害」「循環器系の疾患」「新生物」をはじめとした慢性疾患をもつ患者が増加している²⁾。一方、核家族化の進展等による家族の介護機能の変化が起こっている³⁾。患者の継続的な医療及び介護の必要性が高まっているなか、わが国の医療提供体制としては、在院日数を短縮し、在宅医療が推進されている^{4), 5)}。また、老人福祉と老人保健の両制度を再編成し、利用者の選択により保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的に利用できるよとの趣旨により介護保険制度も導入され⁶⁾、社会資源の活用の仕方も変化してきた。このようななか、患者・家族が望む療養の場の移行が円滑にできるためには、病院や地域の関係機関には多くの課題が生じていると考えられ、それらを明らかにして解決していくことは重要なことである。

入院患者の退院調整の実態に関しては、特定の病院における調査や事例研究での報告が多い^{7) - 13)}。また、筆者らは以前に I 県内 8 総合病院の病棟看護師長を対象として退院患者に提供された

支援内容を明らかにした^{14), 15)}。しかし、県内全域に及ぶ病院における退院調整の現状と課題について明らかにした研究はない。退院調整は、病院ばかりではなく、地域全体で取り組む必要のあるものであり、県内の広域的な病院における退院調整の現状と課題について明らかにすることにより、地域における退院調整のあり方について示唆が得られるものと考ええる。

そこで、本研究は、I 県内の病院における退院調整の現状を明らかにし、退院調整に関する課題について検討することを目的とした。

なお、本研究では退院調整を以下のように定義する。

退院調整: 患者・家族が望む療養生活が可能となるように、疾病や障害が生活全般に及ぼす影響を把握し、患者・家族に関わる様々な職種が協働して計画的に退院後の療養生活を整えるために行う活動。

2. 方法

2. 1 調査対象

退院調整の実施及び把握をしていると考えられる病棟看護師長を対象に選んだ。I 県内の 108 病院すべてにおける産科を除く病棟看護師長 386 名を対象とした。

*日本訪問看護振興財団（元石川県立看護大学）

2. 2 調査方法と調査内容

調査は郵送質問紙法により実施した。調査用紙は、平成 14 年度に実施した面接調査結果¹⁶⁾と先行文献^{17) 18)}を参考に作成した。調査内容は、病棟看護師が実施している退院調整の内容に関して、退院調整の必要性の判断時期・療養先・目的、患者・家族の退院に関する意思確認、退院調整に伴う計画の立案、退院調整に関する会議・検討会の実施、関係職種・部門・機関との連携、退院前後の療養先への訪問の実施、退院調整実施後の評価、退院調整の手引きの有無、退院調整に関する課題等についてである。

各病院の看護管理者に、研究協力依頼文書と病棟看護師長用調査用紙を平成 15 年 10 月末に郵送し、病院看護管理者から質問紙を配布してもらった。調査用紙は、平成 15 年 11 月～12 月 10 日までに無記名で対象者から直接郵送により回収した。

2. 3 分析方法

調査項目毎に単純集計及び χ^2 検定により病棟の特性による比較検討を行った。統計解析には SPSS12.0J for windows を使用した。

2. 4 倫理的配慮

本調査は本学の倫理委員会承認を得て実施した。対象には文書で研究の主旨・方法、データ分析にあたっては全体的な傾向を検討すること、

データは研究以外に使用しないこと、研究結果を看護関係学会で発表することを説明した。なお、対象者からの調査票の返送をもって研究の同意を得たものとした。

3. 結果

調査を依頼した病棟看護師長 386 名のうち 212 名 (回収率 54.9%) から回答があり、これらを分析の対象とした。

3. 1 対象の所属病院及び病棟の概要

212 名の看護師長が所属する病棟は、一般病棟 123 名 (58.0%)、療養型病床群 47 名 (22.2%)、精神科病棟 31 名 (14.6%)、その他の病棟 11 名 (5.2%) であった。

3. 2 退院調整の現状

(1) 退院調整の必要性の判断時期・療養先・目的

退院調整の必要性の判断時期・療養先・目的について表 1 に示した。入院患者の退院調整の必要性を判断する時期は、一般病棟・療養型病床群・精神科病棟(以下 3 つの病棟とする)において、医師が患者・家族に退院を伝えた時点、入院時点の順に多かった。その他、看護師長が患者の状況から適宜判断、受持ち看護師が必要と判断した時点の場合もあった。

表 1 退院調整の必要性の判断時期・療養先・目的 (複数回答)

項目	一般病棟 n=123	療養型病床群 n=47	精神科病棟 n=31	その他の病棟 n=11	全病棟 n=212
人 (%)					
<退院調整の必要性の判断時期>					
医師が患者・家族に退院を伝えた時点	86 (69.9)	33 (70.2)	23 (74.2)	4 (36.4)	146 (68.9)
入院時点	81 (65.9)	20 (42.6)	17 (54.8)	6 (54.5)	124 (58.5)
看護師長が患者の状況から適宜判断	64 (52.0)	18 (38.3)	8 (25.8)	3 (27.3)	93 (43.9)
受持ち看護師が必要と判断した時点	49 (39.8)	8 (17.0)	15 (48.4)	1 (9.1)	73 (34.4)
その他	13 (10.6)	10 (21.3)	1 (3.2)	0 (0.0)	24 (11.3)
未記入	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (18.2)	2 (0.9)
<退院調整後の療養先>					
自宅	107 (87.0)	30 (63.8)	22 (71.0)	5 (45.5)	164 (77.4)
保健施設 (老人保健施設)	82 (66.7)	24 (51.1)	3 (9.7)	2 (18.2)	111 (52.4)
医療施設	67 (54.5)	12 (25.5)	12 (38.7)	3 (27.3)	94 (44.3)
福祉施設 (特別養護老人ホーム、障害児・者施設等)	40 (32.5)	13 (27.7)	12 (38.7)	2 (18.2)	67 (31.6)
その他	6 (4.9)	4 (8.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (4.7)
<退院調整の目的>					
家族の意思決定	74 (60.2)	26 (55.3)	20 (64.5)	4 (36.4)	124 (58.5)
利用するサービスの調整	76 (61.8)	21 (44.7)	11 (35.5)	3 (27.3)	111 (52.4)
転院先の確保	72 (58.5)	16 (34.0)	9 (29.0)	4 (36.4)	101 (47.6)
家族の介護力確保	65 (52.8)	17 (36.2)	4 (12.9)	4 (36.4)	90 (42.5)
患者の意思決定	44 (35.8)	24 (51.1)	12 (38.7)	3 (27.3)	83 (39.2)
家族間の調整	44 (35.8)	14 (29.8)	14 (45.2)	2 (18.2)	74 (34.9)
家族が必要な技術の修得	33 (26.8)	8 (17.0)	2 (6.5)	1 (9.1)	44 (20.8)
患者自身に必要な技術の修得	25 (20.3)	5 (10.6)	10 (32.3)	2 (18.2)	42 (19.8)
その他	1 (0.8)	1 (2.1)	2 (6.5)	1 (9.1)	5 (2.4)

退院調整後の療養先は、いずれの病棟においても、自宅の割合が最も多く、特に一般病棟では87.0%と最も高かった。次いで、一般病棟では、保健施設（老人保健施設）、医療施設、福祉施設（特別養護老人ホーム、障害児・者施設等）、療養型病床群では、保健施設、福祉施設、医療施設、精神科病棟では、医療・福祉施設、保健施設の順に多かった。

退院調整の目的は、一般病棟では、利用するサービスの調整、家族の意思決定、転院先の確保、家族の介護力確保、療養型病床群では、家族の意思決定、患者の意思決定、精神科病棟では、家族の意思決定が過半数を超える高い割合であった。その他、家族間の調整、家族が必要な技術の修得、患者自身に必要な技術の修得についても目的となっていた。

（2）退院調整内容

病棟看護師長が退院調整内容の実施の有無を回答した割合を表2に示した。

患者・家族の退院に関する意思確認については、3つの病棟において、していると回答した割合は83.8～95.9%と高く、ほとんどの病棟で実施されていた。

退院調整に伴う計画立案については、いずれの病棟においても、していると回答した割合は48.4～49.6%であり、半数以下の病棟でしか実施されていなかった。また、患者・家族の意思や希望の退院計画への反映は、いずれの病棟においても、していると回答した割合は59.6～71.5%であり、一般病棟が最も高かった。

退院調整に関する会議あるいは検討会の実施については、3つの病棟において、していると回答した割合は40.4～48.0%であり、半数以下の病棟でしか実施されていなかった。また、患者・家族の退院調整検討会参加への調整については、3つの病棟において、していると回答した割合は9.7～37.4%と低く、なかでは一般病棟および療養型病床群が精神科病棟に比べて実施率は高かった（ $p < 0.005$ 、 $p < 0.05$ ）。

退院調整に関する関係職種・部門・機関との連携については、3つの病棟において、していると回答した割合は74.4～87.0%と高く、病院内の他部門との連携についても、3つの病棟において、支障がないと回答した割合は83.9～85.1%と高かった。

地域の関係機関の機能やサービスに関する情報については、3つの病棟において、あると回答

した割合は61.7～74.2%であり、次いで、不足していると回答した割合は9.7～21.9%であった。

退院調整が必要な患者の退院前の外泊については、3つの病棟において、していると回答した割合は78.8～89.4%と高く、ほとんどの病棟で実施されていた。退院前の療養先への訪問については、していると回答した割合は34.1～61.3%であった。退院後の療養先への訪問については、病棟種別では、22.0～71.0%であり、なかでは精神科病棟が一般病棟および療養型病棟に比べて実施率は高かった（ $p < 0.001$ 、 $p < 0.005$ ）。

退院時の看護サマリーの作成については、3つの病棟において、していると回答した割合は90.3～95.7%と高く、転院先や訪問看護ステーション等への退院時看護サマリーでの引き継ぎについても、していると回答した割合は90.3～95.9%と高く、ほとんどの病棟で実施されていた。

退院調整実施後の評価については、3つの病棟において、していると回答した割合は17.9～36.1%であり、なかでは療養型病床群が一般病棟に比べて実施率は高かった（ $p < 0.05$ ）。また、評価方法が確立していると回答した割合は3.2～10.6%、評価時期が決まっていると回答した割合は8.1～14.9%であり、退院調整実施後の評価を実施している病棟は極めて少なかった。

退院調整の手引きについては、あると回答した割合は6.4～12.9%であり、退院調整の手引きを有している病棟も極めて少なかった。

3.3 病棟看護師長が認識していた退院調整に関する課題

病棟看護師長が退院調整に関する課題であると回答した内容を表3に示した。病院全体のシステムに関するものとしては、例えば、「退院調整窓口を設置すべきである」「訪問看護や継続医療の専門スタッフが必要」「トップ陣のシステム必要性の意識が低い」等の『退院調整部門が未設置で専任者がいない』こと、「誰が行うか、どのルートで行うかが不明」「随時開かれる会議ではなく、定例でシステム化が必要」「明確な文章化やガイドラインを作成すべきである」等の『退院調整に関するシステムが未確立でマニュアルがない』こと、「システム的には確立しているが、受け持ち看護師の日時調整等に手間がかかる」「ベッドコントロールのための会議であり、退院調整になっていない」等の『退院調整に関するシステム構築

表2 退院調整内容

退院調整内容	人 (%)					検定
	一般病棟 n=123	療養型病床群 n=47	精神科病棟 n=31	その他の病棟 n=11	全病棟 n=212	
<患者・家族の退院に関する意思確認>						
している	118(95.9)	43(91.5)	26(83.8)	8(72.7)	195(92.0)	
していない	2(1.6)	1(2.1)	3(9.7)	0(0.0)	6(2.8)	
その他	0(0.0)	1(2.1)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	3(2.5)	2(4.3)	2(6.5)	3(27.3)	10(4.7)	
<退院調整に伴う計画立案>						
している	61(49.6)	23(48.9)	15(48.4)	6(54.5)	105(49.5)	
していない	52(42.3)	20(42.6)	13(41.9)	2(18.2)	87(41.0)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	2(1.0)	
未記入	9(7.3)	4(8.5)	2(6.5)	3(27.3)	18(8.5)	
<患者・家族の意思・希望の退院計画への反映>						
できている	88(71.5)	28(59.6)	19(61.3)	7(63.6)	142(67.0)	
できていない	15(12.2)	11(23.4)	8(25.8)	0(0.0)	34(16.0)	
その他	3(2.5)	1(2.1)	0(0.0)	0(0.0)	4(1.9)	
未記入	17(13.8)	7(14.9)	4(12.9)	4(36.4)	32(15.1)	
<退院調整に関する会議・検討会の実施>						
している	59(48.0)	19(40.4)	13(41.9)	3(27.3)	94(44.3)	
していない	60(48.8)	25(53.2)	18(58.1)	5(45.4)	108(50.9)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	3(2.4)	3(6.4)	0(0.0)	3(27.3)	9(4.3)	
<患者・家族の退院調整検討会参加への調整>						
している	46(37.4)	15(31.9)	3(9.7)	1(9.1)	65(30.6)	*1
していない	66(53.7)	27(57.4)	26(83.8)	6(54.5)	125(59.0)	
その他	0(0.0)	1(2.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	11(8.9)	4(8.5)	2(6.5)	4(36.4)	21(9.9)	
<退院調整に関する関係職種等との連携>						
できている	107(87.0)	35(74.4)	24(77.4)	6(54.5)	172(81.1)	
できていない	13(10.6)	6(12.8)	3(9.7)	1(9.1)	23(10.9)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	2(0.9)	
未記入	2(1.6)	6(12.8)	3(9.7)	4(36.4)	15(7.1)	
<病院内の他部門との連携>						
支障がない	104(84.6)	40(85.1)	26(83.9)	8(72.7)	178(84.0)	
支障がある	17(13.8)	3(6.4)	4(12.9)	0(0.0)	24(11.3)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	2(1.6)	4(8.5)	0(0.0)	3(27.3)	9(4.2)	
<地域の関係機関の機能・サービスに関する情報>						
十分にある	9(7.3)	3(6.4)	1(3.2)	0(0.0)	13(6.1)	
ある	81(65.9)	29(61.7)	23(74.2)	5(45.5)	138(65.1)	
不足している	27(21.9)	8(17.0)	3(9.7)	2(18.2)	40(18.9)	
ない	1(0.8)	1(2.1)	3(9.7)	0(0.0)	5(2.4)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
未記入	5(4.1)	6(12.8)	1(3.2)	4(36.4)	16(7.5)	
<患者の退院前外泊>						
している	110(89.4)	37(78.8)	27(87.1)	5(45.5)	179(84.4)	
していない	10(8.1)	5(10.6)	4(12.9)	2(18.1)	21(9.9)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	2(1.7)	5(10.6)	0(0.0)	4(36.4)	11(5.2)	
<退院前の療養先への訪問>						
している	42(34.1)	17(36.2)	19(61.3)	1(9.1)	79(37.3)	
していない	77(62.6)	24(51.0)	11(35.5)	6(54.5)	118(55.6)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
未記入	4(3.3)	6(12.8)	1(3.2)	4(36.4)	15(7.1)	
<退院後療養先訪問>						
している	27(22.0)	14(29.8)	22(71.0)	0(0.0)	63(29.7)	*2
していない	90(73.2)	28(59.6)	9(29.0)	7(63.6)	134(63.2)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
未記入	6(4.8)	5(10.6)	0(0.0)	4(36.4)	15(7.1)	

表2の続き 退院調整内容

人 (%)

退院調整内容	一般病棟 n=123	療養型病床群 n=47	精神科病棟 n=31	その他の病棟 n=11	全病棟 n=212	検定
<退院時の看護マリアー作成>						
している	115(93.5)	45(95.7)	28(90.3)	8(72.7)	196(92.4)	
していない	5(4.1)	0(0.0)	3(9.7)	0(0.0)	8(3.8)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	2(1.6)	2(4.3)	0(0.0)	3(27.3)	7(3.3)	
<転院先や訪問看護ステーション等への退院時看護マリアーでの引き継ぎ>						
している	118(95.9)	45(95.7)	28(90.3)	6(54.5)	197(92.9)	
していない	2(1.6)	0(0.0)	2(6.5)	0(0.0)	4(1.9)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
未記入	3(2.5)	2(4.3)	1(3.2)	5(45.5)	11(5.2)	
<退院調整実施後の評価>						
している	22(17.9)	17(36.1)	9(29.0)	1(9.1)	49(23.1)	*3
していない	94(76.4)	28(59.6)	19(61.3)	6(54.5)	147(69.3)	
その他	2(1.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(1.0)	
未記入	5(4.1)	2(4.3)	3(9.7)	4(36.4)	14(6.6)	
<評価方法>						
確立している	8(6.5)	5(10.6)	1(3.2)	1(9.1)	15(7.1)	
確立していない	97(78.9)	38(80.9)	26(83.9)	6(54.5)	167(78.8)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	17(13.8)	4(8.5)	4(12.9)	4(36.4)	29(13.7)	
<評価時期>						
決まっている	10(8.1)	7(14.9)	3(9.7)	1(9.1)	21(9.9)	
決まっていない	92(74.8)	35(74.5)	24(77.4)	6(54.5)	157(74.0)	
その他	1(0.8)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.5)	
未記入	20(16.3)	5(10.6)	4(12.9)	4(36.4)	33(15.6)	
<退院調整の手引き>						
ある	10(8.1)	3(6.4)	4(12.9)	1(9.1)	18(8.5)	
ない	109(88.6)	43(91.5)	27(87.1)	7(63.6)	186(87.7)	
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
未記入	4(3.3)	1(2.1)	0(0.0)	3(27.3)	8(3.8)	

*1 一般病棟と精神科病棟の2群で「している」「していない」の割合について χ^2 検定を行った結果、 $p<0.005$ で有意差あり
療養型病床群と精神科病棟の2群で「している」「していない」の割合について χ^2 検定を行った結果、 $p<0.05$ で有意差あり
*2 一般病棟と精神科病棟の2群で「している」「していない」の割合について χ^2 検定を行った結果、 $p<0.001$ で有意差あり
療養型病床群と精神科病棟の2群で「している」「していない」の割合について χ^2 検定を行った結果、 $p<0.005$ で有意差あり
*3 一般病棟と療養型病床群の2群で「している」「していない」の割合について χ^2 検定を行った結果、 $p<0.05$ で有意差あり

表3 病棟看護師長が認識している退院調整に関する課題

<病院全体のシステム>
・退院調整部門が未設置で専任者がいない
・退院調整に関するシステムが未確立でマニュアルがない
・退院調整に関するシステム構築途上で退院調整機能が不十分である
<患者・家族>
・早期から計画的な関わりができない
・患者や介護者が高齢のため介護力が弱く退院の受け入れが困難である
<退院調整担当の看護職>
・入院時から退院後を見通して関わるができない
・地域の社会資源、介護保険等の知識が不足している
・看護師個々の力量による取り組み内容に違いがある
・チーム内の情報の共有が不足している
<院内の他職種>
・十分な連携や協力を得にくい
・情報の共有化が困難である
<地域との連携>
・連携システムが未確立である
・地域資源の情報や地域との交流が不足している
<学習の機会>
・学習や情報は必要だが機会が少ない

途上で退院調整機能が不十分である』ことがあった。患者・家族に関するものとしては、「早期からの患者・家族に対する退院調整の働きかけが不足している」「早期に問題があれば情報提供してほしい」「家族と話し合う時間の確保や日程調整が困難である」等の『早期から計画的な関わりができない』こと、「老夫婦世帯が多く、医師と退院時等の説明を計画しても、何度も話し合うことが困難である」「退院許可が出ても高齢者2人暮らしが多く介護力に問題がある」「若い世代の共働きで自宅での介護が困難である」等の『患者や介護者が高齢のため介護力が弱く退院の受け入れが困難である』ことがあった。退院調整担当の看護職に関するものとしては、『入院時から退院後を見通して関わるができない』『地域の社会資源、介護保険等の知識が不足している』『看護師個々の力量による取り組み内容に違いがある』『チーム内での情報の共有が不足している』、院内の他職種に関するものとしては『十分な連携や協力を得にくい』『情報の共有化が困難である』、地域との連携に関するものとしては『連携システムが未確立である』『地域社会資源の情報や地域との交流が不足している』、学習の機会に関するものとしては『学習や情報は必要だが機会が少ない』等があった。

4. 考察

本研究の結果より考察された退院調整の現状と課題について以下に述べる。

4.1 退院調整部門の設置及び退院調整システムの整備

本研究の結果より、入院患者の退院調整の必要性を判断する時期は、医師が患者・家族に退院を伝えた時点、入院時点の順に多く、また、退院調整後の療養先は、自宅の割合が最も多く、その他、保健施設（老人保健施設）、医療施設、福祉施設（特別養護老人ホーム、障害児・者施設等）であった。退院調整の目的として割合が高かった内容は、一般病棟では、利用するサービスの調整、家族の意思決定、転院先の確保、家族の介護力確保、療養型病床群では、家族の意思決定、患者の意思決定、精神科病棟では、家族の意思決定が過半数を超える高い割合であり、その他、家族間の調整、家族が必要な技術の修得、患者自身に必要な技術の修得についても目的となっていた。また、病棟看護師長から退院調整部門の設置及び退院調整

システムの確立が課題として挙げられていた。丸岡ら¹⁹⁾の報告にあるように、I県内の病院において退院調整部門の設置率は極めて低く、病院看護管理者においても退院調整部門の設置を要望する割合が高かった。これらのことより、退院調整を円滑に実施できるためには、退院調整部門の設置、及び自宅や保健・福祉施設等療養先との密な連携ができるような退院調整システムの整備が重要であると考えられた。退院困難事例の特徴を分析し、医療依存の高い患者、介護力に問題のある患者の退院後の生活環境を整えることが、地域医療連携センター退院支援部門の役割であると示唆した報告²⁰⁾、病棟のみで対応可能な事柄・ケースと、病棟のみでは対応不可能で専門部署が必要なケースの特徴を分析した報告²¹⁾、訪問看護ステーション、かかりつけ医、ケアマネジャー等とのコーディネーションを専門に行う専任の看護師長を退院支援・医療連携・在宅医療推進部に置くことにより、在宅医療に移行する症例が飛躍的に増加したという報告²²⁾がある。病棟では退院調整困難な事例でも、看護職者のいる退院調整部門を設置してその機能を発揮したり、訪問看護ステーションをはじめとして地域の関係機関がかかわることにより、退院調整が円滑にできるようになる可能性が高まると考える。退院調整部門の設置及び退院調整システムの整備を進めていく際には、病院内の退院に関する情報を病院・病棟の特徴を踏まえながら分析すること、病院内だけではなく患者の療養先となる地域の関係機関からの情報・意見を取り入れながら、それに適したシステムを確立していくことが必要である。

退院調整の手引き（ガイドライン）を有している割合は1割にも満たなかった。各病棟で退院調整に取り組んでいけるようになるためには、病院全体で退院調整の手引きを作成することも有効なのではないかと考える。

4.2 退院調整に関する関係職種・部門・機関との連携

退院調整に関する関係職種・機関との連携に関しては、連携ができていて、病院内の他部門との連携に支障がない、地域の関係機関の機能やサービスの内容に関する情報がある、退院時の看護サマリーを作成している、転院先や訪問看護ステーション等へ退院時に看護サマリーを渡しているという割合が高かった。しかし、退院調整に関する会議あるいは検討会を実施している割合は低

く、また、患者・家族の参加の調整を実施している割合はさらに低かった。病棟看護師長が認識していた院内の他職種に関する課題として、十分な連携や協力を得にくい、情報の共有化が困難、連携システムが未確立、地域との連携に関する課題として、地域資源の情報や地域との交流不足等があった。これらより、退院調整に関する関係職種・機関との連携、他部門との連携はできているとする割合は高いが、スタッフが一同に集まって検討ができる機会や患者・家族の意向等を尊重した退院調整を実施するまでには至っていない可能性があることが示唆された。

小川²³⁾は、保健師の退院時の援助の内容として、生活リズム、ADLの状態とその介助方法、食事内容等入院中の生活の把握と、家庭環境の整備と医療の確保等の在宅療養条件の整備が必要であることを述べている。療養者・家族の入院中の状況を地域の訪問看護師や保健師に伝達ができること、必要なサービスが受けられるように市町村への申請を行うこと、家庭環境の整備と医療の確保等の在宅療養条件が整備できること等の連携をしていく必要がある。療養の場が移行しても必要な援助が継続して受けられるようにできるためには、訪問看護師や保健師等の看護職者、ケアマネジャー、医師、理学療法士・作業療法士等との連携は極めて重要である。特に、医療依存度の高い患者、介護の必要な患者等においては、健康と生活を総合的に捉えている看護職者こそが実施できることが多く、看護職者間で継続看護ができることが重要である。病院と訪問看護ステーションとの連携に関する問題に対する取り組みの報告^{24) - 25)}、病院と訪問看護ステーションとケアマネジャーとの連携に関する問題に対する取り組みの報告²⁶⁾がみられている。今後は、課題解決に向けて、病院と訪問看護ステーションをはじめとして地域の関係機関と実際に取り組みながらその過程を明らかにし、よりよい療養の場の移行ができるようにしていけることが必要である。

病棟看護師長が認識していた退院調整の学習の機会に関する課題として、学習や情報は必要だが機会が少ない、地域の社会資源や介護保険等の知識不足等があった。退院後の患者の生活を考慮した、地域の社会資源の活用には、居住する地域がもつ様々な情報を病棟看護師も学習する機会を得ることが重要であると考えられる。

4. 3 退院計画の早期立案と内容の充実

病棟看護師が入院患者の退院調整の必要性を判断する時期は、医師が患者・家族に退院を伝えた時点という割合が最も高かった。しかし、入院時点という割合も次に高く、看護師長や受持ち看護師が必要と判断した時点という回答もあった。退院調整に伴う計画を立案している、退院計画に患者・家族の意思や希望を反映できている、退院前後の療養先への訪問を実施している割合は低かった。また、病棟看護師長が認識していた患者・家族に関する課題として、入院時や早期から計画的な関わりができないこと、患者自身や介護者が高齢のため介護力が弱く退院の受け入れが困難であることがあった。中山ら²⁷⁾は、訪問看護ステーションの管理者を対象とした調査において、退院後に訪問看護を利用する場合は、退院日の8日以前の依頼が望ましく、退院時共同指導は継続看護上重要であるため訪問看護ステーションは積極的に参加したいと考えていると報告している。継続看護が円滑にできるためには、看護職者自身も退院調整を始める時期及び内容を判断し、入院中に調整の必要な時間を確保できるシステムの整備が必要である。

退院調整の目的にあったように、患者・家族の意思決定、家族間の調整を行い、利用するサービスの調整、転院先の確保、家族の介護力確保、家族が必要な技術の修得、患者自身に必要な技術の修得等ができるには、患者・家族の意思や希望を反映して早期に退院調整計画を立案することが重要である。これらの実施に必要な知識・技術を向上していくことが必要であり、看護師個々の力量による取り組み内容の違いやチーム内で情報の共有不足等が解決されるように学習を重ねていく必要がある。

退院調整実施後に評価をしている、評価方法及び評価時期が決まっている、退院後に療養先へ訪問をしている割合は少なかった。よりよい退院調整ができるようになるためには評価は極めて重要であり、退院後の療養先における患者・家族の状況や関連職種からの意見も評価につながる重要なものであり、積極的に把握していく必要があると考える。

5. まとめ

本研究において、I 県内の病院の病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題について検討した結果、以下のことが明らかになった。①退院調

整の必要性の判断時期は、医師が患者・家族に退院を伝えた時点が最も多かった。②退院調整の目的として割合が高かった内容は、一般病棟では、利用するサービスの調整、家族の意思決定、転院先の確保、家族の介護力確保、療養型病床群では、家族の意思決定、患者の意思決定、精神科病棟では、家族の意思決定であった。③退院計画立案、会議・検討会の開催、退院前後訪問、退院調整の評価、退院調整の手引き（ガイドライン）の所有を実施している病棟は少なかった。④病棟看護師長が認識していた退院調整に関する課題は、退院調整部門の設置や退院調整システムの整備、退院計画の早期立案と内容の充実、社会資源に関する学習の強化等であった。今後は、患者・家族からみた退院調整に関する課題、訪問看護ステーション・施設・病院等患者の退院後の療養先からみた退院調整に関する課題等を明らかにすること、明らかになった退院調整に関する課題への取り組みの過程を明らかにすること等を積み重ねながら、退院調整のあり方を検討していくことが必要であると考えられる。

謝辞

本研究の調査に協力いただきました関係者の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 厚生統計協会編：国民衛生の動向・厚生指標。50(9), 厚生統計協会, 74-75, 2003.
- 2) 前掲書 1), 75-76.
- 3) 前掲書 1), 227.
- 4) 退院計画研究会編（手島陸久編集代表）：退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム。中央法規出版, 5-7, 1996.
- 5) 日本訪問看護振興財団編：継続看護実践ガイド 医療機関と訪問看護をつなぐ看看連携。中央法規出版, 8-15, 2002.
- 6) 前掲書 1), 227.
- 7) 永田智子, 木村まりえ, 大島浩子他：退院支援の現状に関する全国調査—退院支援部署に焦点を当てて。日本看護科学学会学術集会講演集 22 号, 288, 2002.
- 8) 柳沢愛子, 若林浩司：2 章退院のための支援—医療社会福祉部の活動の実際。大内尉義, 村嶋幸代監修：退院支援東大病院医療社会福祉部の実践から。22-79, 杏林書院, 2002
- 9) 柳沢愛子, 若林浩司, 村嶋幸代他：5 章退院支援の向上に向けて—1 退院支援に関する事例検討。大内尉義, 村嶋幸代監修：退院支援東大病院医療社会福祉部の実践から。188-216, 杏林書院, 2002
- 10) 礪山佳世子, 徳盛悦子, 山森美智代：高齢者の退院調整への関わりと検討。日本看護学会論文集 33 回老年看護, 26-28, 2003.
- 11) 本道和子, 須藤直子, 川村佐和子：在宅での療養環境を整える—退院調整における看護職の役割。看護管理, 11(10), 760-765, 2001.
- 12) 本道和子, 川村佐和子：病院内退院調整看護婦の退院調整過程分析。東京保健科学学会誌, 1(1), 11-19, 1998.
- 13) 永田智子, 村嶋幸代：退院支援の現状と課題。保健の科学, 44(2), 95-99, 2002.
- 14) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 伴真由美：退院患者に提供される看護サービスの実態からみた退院調整における看護職の役割。千葉看護学会第 9 回学術集会, 2003.9, 千葉看護学会第 9 回学術集会集録, 22.
- 15) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 伴真由美：退院患者に提供された看護サービスの実態からみた退院調整における看護職の役割。石川看護雑誌, 1(1), 31-38, 2004.
- 16) 前掲書 11), 22.
- 17) 前掲書 12), 760-765.
- 18) 前掲書 13), 11-19.
- 19) 丸岡直子, 佐藤弘美, 伴真由美, 川島和代, 小松妙子：退院調整部門の設置に関する病院看護管理者の認識と課題。石川看護雑誌, 2, 25-32, 2004.
- 20) 大竹まり子, 田代久男, 齋藤明子他：山形大学附属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携センター退院支援部門の役割に関する検討。山形医学（山形大学紀要）, 22(1), 57-69, 2004.
- 21) 田口樹美, 高橋雪子, 鷺見尚己, 村嶋幸代：退院支援 病棟での実施と専門部署への依頼の比較 東大病院老年病科における分析。保健の科学, 44(2), 161-166, 2002.
- 22) 田城孝雄, 柳澤愛子, 若林浩司, 大内尉義：在宅医療実践プラン「病院の立場から」。癌と化学療法, 28, 15-19, 2001.
- 23) 平山朝子他編：第 3 版公衆衛生看護学大系・第 7 巻 高齢者保健指導論。250, 日本看護協会出版会, 2001.
- 24) 藤原泰子：病院とステーションの連携。訪問看護と介護, 174-180, 2003.
- 25) 柏木聖代：訪問看護ステーションと病院間で求められる情報とは。訪問看護と介護, 186-190, 2003.

- 26) 鬼海博美：ケアマネジャーとして病院・訪問看護ステーションをつなぐ. 訪問看護と介護, 191-195, 2003. 紙」調査より. 日本看護学会論文集 33 回地域看護, 84-86, 2003.
- 27) 中山菜穂美, 御園生妙子：A 大学病院の退院調整看護職の評価 訪問看護ステーションの「質問紙用 (受付：2004 年 9 月 30 日, 受理：2004 年 12 月 24 日)

The Current Status and Topics on Discharge Planning Observed by Head Nurses

Mayumi BAN, Naoko MARUOKA, Kazuyo KAWASHIMA, Taeko KOMATSU, Hiromi SATO

Abstract

The purpose of the study was to find out the present status and topics on discharge planning. The subjects were 386 head nurses of hospital wards in one prefecture. Questionnaires on the details concerning discharge procedures were mailed to the prospective respondents. The results are outlined below.

Planning for discharge was considered necessary in most cases when a physician told the patient (and his family) that the latter is ready for discharge. In general wards, the most frequently given nature of discharge planning involved preparation of services to be utilized, decision making by family members, contacting the facility to which the patient is to be transferred, and securing family members to serve as care givers. In the nursing care wards, discharge planning included decision making by family members and the patients themselves; while at psychiatric wards decision making by the patients was needed. Only a few wards prepared post-discharge plans, held conferences and discussion meetings, visited patients before and after discharge, evaluated discharge plans, or had guidelines for discharge planning. The head nurses recognized the importance of the following for discharge planning: setting up a discharge planning section within the hospital, organizing a discharge planning system, early preparation of a discharge plan and improving of its details, and reinforcement of learning related to social resources.

Key words discharge adjustment, discharge plans, continued nursing, social resources, topics

資料

中国の医療保険制度と養老保険制度の紹介

孫皎

劉群*

概要

中国では近年、経済の急速な発展に従い、国民の健康のニーズは益々高くなってきている。一方で、出生率と死亡率の低下により、少子高齢化社会が到来してきたため、昔の医療保険制度では不十分であり、制度の改革は必至と言われている。1998年12月14日に《国務院から市、鎮での公務員に対しての基本医療保険制度を建てる決定》を公布すると共に、今までに積極的な改革の効果を明らかにしてきた。本文は中国の医療保険制度の発展の歴史と改革の効果についていくつかの方面から紹介する。さらに、1979年以降「一人っ子」政策の唱導、出産抑制政策の実施により出生率の低下及び死亡率の低下は、人口高齢化を急速に進展したので、高齢者に対しての養老保険制度はだんだん重要になってきている。現在、これらの制度の改革がまだ続いているが、今後、外国の経験を参考に、より適切な制度を作っていく必要があると考えられる。

キーワード 中国、医療保険制度、養老保険制度、歴史

1. はじめに

中国の現在の人口動態統計を紹介し、さらに出生率と死亡率の低下により、少子高齢化社会の到来に合わせて、医療保険制度と養老保険制度が変わってきたことを紹介する。医療保険制度は対象によって、種類がいろいろあり、又都市と農村では状況によって違う医療制度方式を採用した。本稿では医療保険制度の発展の歴史、問題点、改革の必要性とその効果及び養老保険制度の内容について、いくつかの方面から紹介する。

2. 中国の現在の人口動態

2. 1 人口構造・疾病構造の変化

2003年の総人口は12億9227万人であり、65歳以上の高齢者は9692万人で総人口の7.5%を占めている。年少人口(0~14歳)は2億8559万人で総人口の22.1%を占めている。人口の構成の割合は、生産年齢人口70.4%、老年人口7.5%で、2000年に比べて年少人口の割合は0.8ポイント低下し、生産年齢人口の割合は0.3ポイント、老年人口の割合は0.5ポイント上昇しており、人口の少子高齢化が進んでいることがうかがえる。

2. 2 人口の出生率、死亡率と自然増加率

人口の出生率、死亡率と自然増加率は表1のように年とともに低下している。

表1 Birth, Death and Natural Increase Rate

年 Year	出生率 Birth Rate (0/00)	死亡率 Death Rate (0/00)	自然増加率 Natural Increase Rate (0/00)
1949	36.00	20.00	16.00
1965	37.88	9.50	28.38
1975	23.01	7.32	15.69
1985	21.04	6.78	14.26
1995	17.12	6.57	10.55
2000	14.03	6.45	7.58
2003	12.41	6.40	6.01

3. 医療保険制度の経緯

3. 1 中国の医療保険制度の発展の歴史

中国の医療保険制度は①公費医療の特徴は政府医療保険であり、対象者は公務員、党幹部、大学生である。経費は各都市の財政部から提供される。②劳保医療の特徴は社会医療保険であり、対象者は国有企業の従業員と少数の集団企業の従業員である。経費は企業の収入総額の一定比率を拠出する福利金である。40年以上の間、この二つの医療制度は、都市で人々の健康、経済の発展と社会の安定に重要な役割を果たした。合作医療制度は1940年頃に始まった。性質は社区(地域)医療保険である。新中国成立以来、この制度は全国で拡大し、1976年までに全国の85%の生産大隊(現在は行政村である)が合作医療制度を設立した。その時

*中国吉林省長春市吉林大学第一病院幹部病房

に郷、村の地方自治体が管轄して、国は技術を指導した。経費は主に集団の公益金で、農民が一部分負担した。この制度は農民の健康の向上に対し

て、積極的な作用を発揮し、世界から注目された。

しかし、中国の経済体制の改革や衛生事業の発展にともない、問題点が露呈してきた¹⁾。

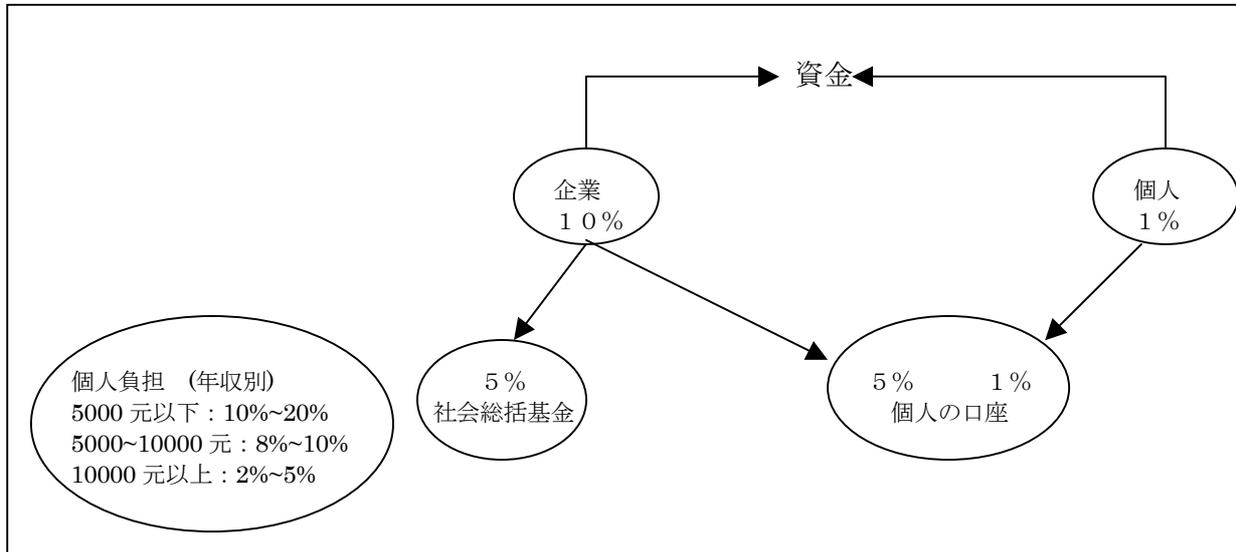


図1 医療保険基金の比率

3.2 医療保険制度の欠点

- (1)公務員や従業員の医療費は全額国、企業が負担し、利用者には負担がないため、医療費は上昇しすぎる状態になった^{2)~4)}。調査によると1978年に全国の公務員など従業員の医療費の支出は32億元で、1995年には654億元に達した、年平均の上昇率は19.4%という高い値だった⁵⁾。
- (2)公費、劳保医療制度の対象範囲は限られている。この二つの制度は企業単位、全民所有制の企業と、一部分の集団所有制の企業の人々に限られ、他の労働者は利用できない。
- (3)合作医療制度は農村の経済体制の改革に伴う、集団の経済支援の減少、及び管理上の問題や合作医療制度についての間違った認識等により、1980年の初期に解体された。1980年の統計によると、実行している行政村は全国の行政村の総数の8%を占めるということだった⁶⁾。自費医療は現在農民の負担になった。

現在の医療保険制度は社会の需要に対応できないので、制度の改革を迫られている。

3.3 医療保険制度の改革

1980年以後から、中国は医療保険制度についていくつかの改革をした。この過程には二つの段階があった。第一の段階は1992年までの改革目標として医療費の上昇を抑えることであった。内容は利用者の費用分担と病院における医療費の抑制

である。第二の段階は1994年に国の衛生部(日本の厚生労働省)、財政部、労働部、及び各地の改革の経験をまとめ、さらに国外の経験を参考に公務員に対する医療制度改革を鎮江市、江西省の九江市で試行し、1996年には全国の57都市で試行した⁷⁾。1998年12月14日に《国务院から市、鎮の公務員に対する基本医療保険制度を建てる決定》を公布した。その中で基本医療保険制度の任務、原則及び政策が明らかになった。改革の内容を図1に示した。

- (1)医療保険基金は事業、企業主と個人が負担することになる。企業は収入総額の10%、個人は収入総額の1%を負担する。
- (2)社会総括基金と個人の口座を作成する。企業が負担する10%のうち5%は社会総括基金に、他の5%と個人の1%は個人の口座に振り込む。
- (3)利用者は利用時、まず個人の口座から支払い、全部使用したら現金で支払う。現金による支払いが年収の5%以上を超える場合は、社会総括基金から支払われる。ただし、個人も一部分の医療費を負担する。負担する比率は医療費の増加に従って下降する。医療費は個人の年額が5000元未満の場合は、個人が10~20%を負担し、5000元~10000元の場合は、個人が8~18%を負担し、10000元を超える場合は、個人が2~5%を負担する。

3. 4 医療保険制度の改革の効果

(1)ほとんどの企業、個人が参加して、医療保険基金を確保できる。資料によると鎮江市ではこの事業に企業の98.8%、個人の93.3%が参加し、医療保険基金は96.9%に達した。九江市では企業の95.9%、個人の94.4%が参加し、医療保険基金は84%に達するということがあった⁸⁾。

(2)制度の改革について、多くの人々が満足を表し、満足度は71.3%に達した。

(3)医療費増加の現象を抑えた。

(4)病院内部の管理体制の整備を促進し、サービスの質が向上した。

4. 養老保険制度の経緯

中国は改革開放政策の導入により急速な経済発展期を迎えている。高齢者の健康状態の改善に加え、1979年以降の「一人っ子」政策、出産抑制政策の実施により出生率は低下し、人口の高齢化は急速に進んでいる。

2003年の全国人口調査では65歳以上人口の構成割合は7.5%を示した。中国人民共和国国家统计局は、65歳以上の高齢人口比率は2028年に14%、2038年には20%と推測しており、高齢社会に突入することが予測されている⁹⁾。また、高齢化に伴い有病率も上昇しており、多くの深刻な高齢者問題が出てくると指摘されている。従って、今後は養老についての保険制度が重要になってくる。

4. 1 養老保険制度の内容

医療保険制度の基に1995年、国務院は《企業での従業者に対する養老保険制度を改革する通知》¹⁰⁾を公布した。その通知には養老保険制度の「改革の目標、原則及び措置」などが含まれていた。全国の企業は総額収入の20%を負担し、職員は自分の収入の8%を負担する。定年、又は15年間の負担金を全部払った職員は定年後に毎月の基本養老金が支給される。

4. 2 養老保険制度の人数

この制度の展開と共に、1995年末までに全国企業従業者の8900万人がこの制度に参加した。以降、養老保険加入への個人の意識はだんだん強まり、2003年には、12000の企業で11646万人が農村では5100万人が加入した¹¹⁾。《養老保険条例》、《失業保険条例》、《労災保険条例》などの法律の成立によって、社会保険が法的な軌道に乗ることになった。

5. 考察

日本の保険医療制度は国民皆保険を原則とし、多様な保険のいずれかに加入している。中国も国民皆保険の方向に向けて進んでいる。しかし、出生率と死亡率が下降するにしたがって、少子高齢化になり、また中国は人口が多いので、都市と農村の生活レベルの差は大きい、特に中国農村の高齢者の70%に年金が支給されていない。一方、都市、農村の高齢者の20%は年金のない状態で家族や子供に依存して生活している。農民や無職の高齢者の医療負担は、労働収入や家族の扶養に依存しており、自費医療が都市で4割、農村では約9割となっている。また、中国における医療供給の現状には都市—農村間の不均衡や医療資源不足、都市部医療資源過多という問題が併存している。現在改革している医療保険制度は積極的な面もあるが、不足の面もある。将来の中国ではより適切な社会保障制度の構築と推進が課題と考えられる。

6. まとめ

中国の医療保険制度と養老保険制度の経緯をみると、国民の保険医療の向上及び福祉の増進を図るために、いろいろな改革を試みていることがうかがえる。現在の医療保険制度と養老保険制度は以前の経験をもとに制定したものであるが、まだ不足の部分が出てきた。日本では保険医療制度、老人保健法、地域保健法、特に2000年に施行された介護保険法で市町村の人々のニーズに応じていろいろなサービスが受けられるようになった。中国は今後、日本の先進的な経験を参考にして、国の実情に合わせて社会全体の健康増進と生活の質の向上を目指さなければならないと考える。

謝辞

石川県立看護大学の学長金川克子教授のご協力をいただきました。また石川県立看護大学の皆様のご援助に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 黄毓慧：中国的医疗保障制度改革，武汉大学社会保障研究中心，5-7，2002
- 2) 人社部：劳动和社会保障部关于印发城镇职工医疗保险制度改革宣传提纲，发[1999]2号文件，1999年1月29日
- 3) 国家统计局：2003年中国卫生事业进展情况统计公报，2004年4月27日
- 4) 李继坪：社区护理，人民卫生出版社，17-18，2000

- 5)黄毓慧：中国的医疗保障制度改革, 武汉大学社会保障研究中心, 5-7, 2002
- 6)中国科学院：中国卫生体制的改革及思考, 7-11, 2003
- 7)中国科学院：中国卫生体制的改革及思考, 12-22, 2003
- 8)国家统计局：第五次全国人口普查, 132-133, 2000
- 9)国家统计局：中国人口统计年鉴, 89, 2003
- 10)国家卫生部：社会保障制度的改革、31-44, 2003
- 11) 国家卫生部：社会保障制度的改革、31-44, 2003

(受付：2004年9月30日, 受理：2004年12月17日)

Introduction of Medical Insurance and Old-age Insurance Systems in China

Sun JIAO, Liu QUN

Abstract

The Chinese Government proposed the “only child” policy in 1979, which caused the national birth and death rates to drop precipitously. The birth rate reduction and aging of society will become the developmental trend for the Chinese population in future. In recent years, the conventional health insurance system has become obsolete and renovation of it is unavoidable. On December 14, 1998, the decision by the Medical Council on the basic medical insurance system for public servants was proclaimed and the effects of active innovation were revealed. The current report introduces several aspects of the transition of the health insurance systems and the effects of modern innovations in China. The promulgation of the “only child” policy and the drop in birth rates and mortality through implementation of birth control policies caused society to age rapidly. Thus the old-age insurance system has gradually gained in importance. Innovation of these systems continues. At the same time, it is considered necessary to create even more appropriate systems using foreign experiences as references.

Key words China, medical insurance system, old-age insurance system, history

資料

看護活動と過失・重要判例に見る課題と今後の方向性

作宮洋子

概要

看護活動は保健や医療の場において、人間の生命維持や健康増進に深く関わって行われ、人間の生命活動と幸福追求に貢献している。

しかし、その活動が結果的に、対象が欲する心身の健康回復や健康水準に至らない状態を生じた場合に、看護行為の責任が問われ、訴訟に至るなどの問題が生ずる。看護活動は、医療や公衆衛生の向上に向かって進み、人間の幸福のための専門職の活動であり、その目的達成は重要な任務である。この目的達成のために、重要判例から看護に関連ある過誤、過失、注意義務違反等について分析した。この結果から、看護活動の現場や教育などの今後の医療過誤を防止するため方向性を導きだすことを試みた。

キーワード 保健師助産師看護師法、看護業務、医療過誤、注意義務、過失

1. はじめに

1. 1 看護活動の法的根拠と活動内容

保健師助産師看護師法(昭和23年7月30日法律第203号以下「法」と示す)に、保健師、助産師、看護師のそれぞれの業務が規定されている。

法の目的は、医療及び公衆衛生の向上(法第1条)にあり、看護師の業務は、法第5条に「療養上の世話又は診療の補助」とされている。

「診療の補助」に関しては、医師の指示に基づき、診療の中での検査や治療、リハビリテーション等に関わる。

また、「療養上の世話」は、心身両面の痛みの軽減・除去、呼吸し、栄養・食生活、排泄等の確保や自立支援、さらに人間としての尊厳を保てることへの支援、これらのことが円滑にゆくように環境調整が必要とされる。

医療技術の進歩、複雑高度化とともに、看護職の果たすべき条文中の2つの任務は日々変化を遂げつつあると言える。

前段の診療の補助業務においては、医師の診療方針のもとに補助を行い、療養の世話においては、①対象の認識、理解、②観察や分析のもと、状況を判断し、③看護計画立案(目標の設定、具体的対応)、実施、評価などの看護のプロセスに沿って遂行される。

1. 2 目的

医療過誤においては、看護業務の「診療の補助」に関する訴訟が多くみられ、医療水準と併せての看護水準や看護水準に関する認識の問題とされ、

また、看護活動上の注意義務を果たさなかったことによる過失が問題となる。

「療養上の世話」は、看護の独自の分野であり、看護の対象の時間的に連続したケアを、他職種や医療ケアの組織内での分担によって行うことになるが、一人の看護者の看護行為は、逆にまたこれらの背景とのつながりが大きい。

さらに、看護のプロセス遂行にあたっては、臨床の場で既に一般的に取り入れられ、実施されている看護水準での看護ケアと看護学研究の分野から一般的看護水準に至っているとは考えられない看護ケアなどがあり、これにより生じた結果はいろいろな要素が関連しており複雑である。

判例において、看護活動の過誤を生じた事例を分析することにより、その原因を明確にすること、また、今後のどのような予防対策が必要となるかについての検討を行った。

2. 方法

上記目的を達するため、医療過誤についての事例を『医療過誤判例百選(第2版)』¹⁾の中から選定した。選定にあたっては、看護活動に関連ある事例、直接に看護師が訴えの対象でなくても、患者ケアや患者管理など看護活動に関連ある事例、刑罰が科せられ、損害賠償責任が認められた事例、などに着眼して行った。

選定した事例について、①看護活動と医療過誤の関係、②患者ケアや看護行為等の過誤の所在に注目し、③過誤を生ずる要因等の分析検討を行った。さらに、挙げられた要因から看護活動の問題

点や過誤を防止する方策として、どのような防止策や体制が必要となるかについての考察を行った。

3. 結果及び考察

3.1 患者ケアや看護の過誤の所在

『医療過誤判例百選(第2版)』¹⁾の中から挙げられた判例は10例で、その概要は表-1に示した。10例は医療類型においては、「患者管理・看護」に関するものが事例番号1番, 4番, 5番, 7番, 9番, 10番の6事例, 「薬(投与薬剤の適否・適時)」に関するものが事例番号2番, 3番の2事例, 「処置(医療機器)」に関するものが事例番号6番の1例, 「検査(検査項目の不備)」に関するものが事例番号8番の1例であった。

これらの10例は表-2に示したように10例とも「過失」を法的論点としている。「患者管理・看護」の分野においては、「結果回避の注意義務」を怠ったことによる過失では5番, 7番, 9番の3事例が, 「放置・杜撰(ずさん)」では4番(新生児の取り違い事件), 10番(喘息冷凍療法事件)の過失責任が問われた。

また, 表-2の「薬」に関しての2事例では,

「投与薬剤の適否・適時」の確認が問題とされた。このうち2番(看護師静脈注射薬品過誤事件)の事例においては, 看護師他医療チーム内の薬剤の「確認」の過失及び「制定法上の義務」に関する過失の2点が問題とされた。

表-3において, 抽出した10事例すべて法的論点は医療者の過失であった。過失の内容は, 手術や治療処置時の患者の状態の確認, 薬剤の確認, 療養の世話の内容の問題, 医療水準の認識, 医療の科別分野の特性等に関係した過失責任であった。

ここで問題となる過失とは, 不注意のことであるが, ただ単に一人の人間としての不注意としての“主観的過失”ではなく, 現代的な過失論として, 通常人において当然に注意を払う程度の水準での注意義務である“客観的過失”が要件とされる。例として, 治療のために必要な検査や治療等の処置において言えば, 損害の発生は, 通常, 当然の注意を払っていれば, 予見可能であり(生命に重大な危険や結果が起こり得る可能性があった), それを回避すべき行為義務があった, それにもかかわらず注意を怠ったことが, 過失となる。

表1 事例の概要

事例番号	判例番号	事件名	医療類型	主な法的論点	結果等
1	21	全身麻酔下での吐物誤嚥による窒息死事件	処置に関する事故 患者管理・看護	過失 ----- 説明義務・指示、注意義務違反	業務上過失致死罪
2	25	看護師静脈注射薬品過誤事件	投与薬剤の適否・適時と薬	過失 ----- 制定法上の注意義務違反 ----- 複数の医療者・医師と医師以外の者	業務上過失致死罪
3	26	フッ化ナトリウム致死量誤飲事件	投与薬剤の適否・適時と薬	過失 ----- 複数の医療者・医師と医師以外の者	業務上過失致死罪
4	52	新生児の取り違い事件	患者ケア 患者管理・看護	過失 ----- 放置・杜撰	過失による損害賠償としての慰謝料支払
5	53	いわゆる“褥創裁判”	患者ケア 患者管理・看護	過失 ----- 結果回避義務	過失による損害賠償としての慰謝料支払
6	56	高圧酸素療法看護師・指導医の責任	患者ケア 処置、医療機器	過失 ----- 医師と医師以外の者	過失による損害賠償としての慰謝料支払
7	59	患者での輸液監視不十分事件	在宅医療 患者管理・看護	過失 ----- 結果回避義務	過失による損害賠償としての慰謝料支払
8	66	助産師の責任	検査項目の不備	過失 ----- 医師と医師以外の者	注意義務違反、債務不履行による損害賠償
9	74	精神障害者の殺人事件	患者管理・看護	過失 ----- 結果回避義務	過失による損害賠償
10	79	喘息冷凍療法事件	患者管理・看護	過失 ----- 放置・杜撰	注意義務違反による損害賠償

表2 過失等論点

過失の内容 医療類型		複数の医療者・医師 と医師以外の者	結果回避の注意義務	説明義務・注意義務	放置・杜撰	制定法上の義務	
診断・ 検査	検査項目 の不備	助産師の責任 (事例番号8)					
処置	医療機器	高圧酸素療法看護 師・指導医の責 任(事例番号6)					
薬	投与薬剤 の適否・ 適時	看護師静脈注射 薬品過誤事件 (事例番号2)				看護師静脈注射 薬品過誤事件 (事例番号2)	
		フッ化ナトリウム 致死量誤飲事 件(事例番号3)					
患者管理・看護			いわゆる“褥創裁判” (事例番号5)	全身麻酔下での吐 物誤嚥による窒息 死事件 (事例番号1)	新生児の取り違え 事件(事例番号4)		
			患家での輸液監視不 十分事件(事例番号 7)				喘息冷凍療法事件 (事例番号10)
			精神障害者の殺人事 件(事例番号9)				

表3 過失の内容

事例 番号	判例 番号	事件名	過失の内容及び判決等
1	21	全身麻酔下での吐物誤嚥による窒息死事件	医師の術前の絶食に関する説明、確認などにより、誤嚥による窒息などの生命や身体への危険の将来を未然防止する業務上の注意義務違反による業務上過失致死罪
2	25	看護師静脈注射薬品過誤事件	看護師の注射液容器に貼付してある標示紙を確認せず薬品を間違えて注射した過失による業務上過失致死罪
3	26	フッ化ナトリウム致死量誤飲事件	医院事務員によって誤配された医薬品を看過すること、誤投与による業務上過失致死罪・開業医師は患者に医薬品を投与する際の医薬品、調合等の誤りがないかどうかの確認の注意義務違反
4	52	新生児の取り違え事件	助産師の新生児管理上の重大な過失及び原告両親の監護教育権の侵害、子の人格権及び実親から監護教育を受ける権利の侵害による不法行為
5	53	いわゆる“褥創裁判”	請求棄却、和解成立
6	56	高圧酸素療法看護師・指導医の責任	看護師の注意義務違反、医師の指導監督義務違反
7	59	患家での輸液監視不十分事件	在宅での点滴注射を実施する場合の注意義務違反
8	66	助産師の責任	Rh 式血液型を確認せず、生理的黄疸と後弓反直、落陽現象を観察していたにもかかわらず、適切な時期に交換輸血の措置を受ける機会を失った注意義務違反
9	74	精神障害者の殺人事件	強制的な措置である措置入院中の患者に対する医療・看護における職務の執行に関する注意義務違反
10	79	喘息冷凍療法事件	治療行為前及び治療行為中における注意義務違反・医師の指示のないままに看護師が気管挿入を食道に挿入したことの過失

3. 2 過誤を生ずる要素と今後の過誤防止に向けて

以上 10 例においての、過失の態様から、看護業務を遂行していく際に必要であり、かつ、今後、強化していくことが必要な要素を 9 つ挙げたので以下に述べる。

(1) 医学・看護学的基礎知識と新たな病態に関する知見の活用

医学の進歩に伴い、看護ケアの方法も変化を遂げている。このため、人体の生理、解剖学的

知識、病態生理等看護の基盤となる科学的基礎的分野における知識理解が、ケアをする前提となる。

8 番目の事例においては、助産院での Rh 式血液型不適合による核黄疸の理解と異常の早期発見、早期対応の遅れ、ABO 式血液型検査と Rh 式血液型検査の確認の過失が問題とされた。また、新生児の生理的特性の認識とその観察と共に、異常の早期発見がなされなければならなかったと考えられる。

(2) 医師をはじめとする他専門職者等との協働と連携

医師をはじめ医療関係者との協働関係におけるケア提供システムによって成り立っている。

病院・医療機関においては、看護師間の交代制によるチーム活動であり、医師他関連職種との連携チームによる連携で成り立っており、絶えず確認と情報の正しい連携、コミュニケーションで連結されていることを再認識し、連携と確認行為のあり方を再検討する必要がある。

2 番目の事例では、看護師が注射液容器に貼付してある標示紙を確認せず薬品を間違えて注射した過失による業務上過失致死罪となった事例であるが、チーム医療における薬剤師、事務員等との連携やそれぞれ関わった者の確認行為の重要性について問題となった。

(3) 診療の補助における新しい技法の熟知

新しい処置やケア、診療の補助等において、経験のないことや自信がない場合などにあつては、いきなり事例にあたるのではなく、事前に処置の方法を確認し、積極的に学習するなどして、曖昧な理解のもとでは、ケアにあたらなければならないことがある。

また、新規に導入された医学的知見、診療の補助のための看護のあり方等について、情報を得ながら、対応できる技量を備えていくことが重要である。

(4) 医薬品に関する知識の重要性の認識

医薬品に関しては一般的に用いられる医薬品名と薬効等の知識は不可欠である。

薬物に関する正確な知識・理解に基づき、投薬に際しては、確認行為を必ず行うことが厳守されなければならない。

3 番目の事例では、看護師が関係した事例ではないが、検査のための投薬は、看護師にとっても同じ過失の危険性の問題をもっており、医薬品の確認、誤投与の注意が必要である。

(5) 状態観察における看護専門技術の重要性

診療の補助、療養の世話の両面において、患者の状態の変化を観察して、異常の早期発見に努め、状態の悪化を予測、防止するためにも、医師に報告する義務がある。

7 番目の事例においては、在宅での点滴注射を実施する場合の注意義務が問題となったことから、施設外での患者の状態観察等の重要性が際認識された事例である。

9 番目の事例においては、精神科分野において、

患者の特性、状態の把握や看護のための判断とともに、無断離院の可能性の高い患者を重点的に観察し、看護する体制の確立が重要である。

(6) 医療水準、看護水準の理解、認識の重要性
医療水準、看護水準に関する理解、認識は重要である。

医療や看護学の進歩に伴い、看護の注意義務を論じる際には、臨床で既に一般化されている看護水準、即ち、現代において、一般的に用いられ、普遍的になっている看護の知識・技術を認識していなければならない。

4 番目の事例では、新生児取り違え事件の重要性に鑑み、1968 年「新生児標識法」(新生児管理改善促進連合会)が示され、既に、新生児の取り違え防止の手法が一般に取り入れられていたにもかかわらず、なされていなかったことから問題が生じたとされた。

6 番目の事例では、高圧酸素療法という特殊な治療での医療水準に見合った看護水準の到達の必要性が指摘された。

8 番目の事例では、Rh 式血液型不適合による核黄疸の理解と異常の早期発見、早期対応、ABO 式血液型検査と Rh 式血液型検査の確認などが問題となった。

9 番目の事例においては、精神科の強制的措置による入院患者に対する医療・看護の職務の執行に関する注意義務が問題となった。精神科分野においての、一般的な措置入院患者へ入院中の看護、先行事例の検討などが必要である。

(7) 過失・注意義務と責任問題の認識

看護の行為に関する法的責任とともに、医療過誤に関する予見可能性、果たすべき義務・責任の認識が問われることから、注意義務についての意識を深めていくことが必要である。

(8) 通知・通達等法の厳守、専門学会分野の管理的な規定の理解、精神科分野での先行判例の理解

4 番目の事例では、新生児の取り違えの防止のための日本産婦人科学会の「新生児標識法」の取り扱い、母子間血液型不適合に関する医療水準の認識や起因する脳性麻痺等の先行判例の理解、精神科における無断離院により生じた事件の前例などの理解が不可欠である。

10 番目の事例においては、患者の処置前の状態確認への注意義務違反とともに、法 37 条の規定において医療行為が禁止されているにもかかわらず、医師の指示のないままに気管内挿入を実施したところ、気管ではなく食道に挿入したことなどの過

失も問題とされ、法の厳守が再確認されなければならない。

(9) 看護活動の質を向上させることの重要性

「療養上の世話」は看護が主体的に独自の専門領域として実施する分野である。

5 番目の事例では、褥創と患者の死亡との直接の因果関係は認められないとされ、和解が成立した事件であるが、褥創予防の看護へのあり方への問題として提起され、看護の質の向上の重要性が認識された。

4. 結論

重要判例から療養上の世話に関するものは3件(「いわゆる“褥創裁判”」,「新生児取り違え事件」,「助産師の責任」)である。他の7件は診療の補助に関する場面で生じており、検査のための医薬品の使用、静脈注射薬の誤用、治療のための術前の絶食の確認・患者の状態確認等の過失が問題とされた。

今後は、過失を生じさせないための医療チームの中や病棟、病院ぐるみの取り組みが必要である。

また、過誤防止に関する看護教育で取り組みや医療水準、看護水準の達成に関する医療現場での取り組み、法令・通知、過去の医療判例の理解、医療分野に関する様々な情報の把握と活用などが重要である。

医療技術の進歩発展とともに看護業務は同時に進歩発展するものであることから、診療の補助者としては、補助をなし得るための力量を向上させることが必要であり、社会情勢とも深く関連し活動が展開されなければならない。

近年、特に、感染症防止の看護においては、新しい病原体の出現等により、感染防止対策とともに感染防止看護への問題も出されてきており、高度な医療技術に対応しての看護サービスが求められている。

上記のことから、今後の看護教育や看護行政等の分野では、

(1) 看護学の技術的発展・研究開発の強化

①診療の補助技法を熟知すること、医療にお

ける適確な補助者となること

②医療、医薬品等に関する理解知識の向上

③状態観察における専門技術の向上

④各種学会活動の推進

(2) 看護活動の質を向上させる

①過失の防止対策の強化

②注意義務違反を生じさせない対策の強化

③先行事例、判例の理解

④医療水準、看護水準の認識を深めるための教育活動の推進(現任者教育、看護教育)

⑤通知・通達等法の厳守

(3) 医師をはじめとする他専門職者等との協働と連携の強化について取り組みを推進する必要があると考えられた。

重要判例から導き出された結果は、多岐の問題が存在しているが、未だ取り組みに着手されていない課題については計画的に実践する必要があると考えられる。

引用文献

1) 唄孝一, 宇都木伸, 平林勝政: 別冊ジュリスト NO.140 医療過誤判例百撰 [第二版], 有斐閣, 4~5, 1996

参考文献

- 1) 土屋八千代, 山田静子, 鈴木俊夫: 看護事故予防学, 中山書店, 194-213, 2003
- 2) 森山満: 医療事故医療過誤の予防と対策, 中山書店, 中央経済社, 79-84, 2002
- 3) 石井トク: 医療事故 看護の法と倫理の視点から, 医学書院, 7-29, 2003
- 4) 内田貴: 民法Ⅱ債権各論, 東京大学出版会, 311-330, 1997
- 5) 前田雅英: 刑法各論講義, 東京大学出版会, 57-60, 1998
- 6) 大谷實: 刑法講義各論, 成文堂, 54-59, 1998
- 7) 金川琢雄: 実践医事法学, 金原出版株式会社 167-169, 1998

(受付: 2004年9月30日, 受理: 2004年12月20日)

Problems Observed in Nursing Activities and Outstanding Legal Cases Concerning Malpractice and Future Direction in Nursing Practice

Yoko SAKUMIYA

Abstract

Medicine and public health activities are deeply concerned with human lives and the promotion of health. These actions are devoted to human life activities and the pursuit of happiness.

When a situation develops in which these activities fail to contribute to the recovery of one's mental and physical health or reach the level that the patient desires, the responsibility of a nurse engaged in specific nursing actions is questioned, generating a legal problem and often leading to a lawsuit. Nursing activities are directed toward improving medical care and public health: it is a professional practice for contributing to the happiness of mankind. Thus achievement in the pursuit of such activities is very important. To accomplish this, nursing errors and an obligation to exercise caution were analyzed in important court cases related to nursing. An attempt was made to obtain directionality in the current practice of nursing activities and nursing education to prevent errors in future.

Key words Public Health Nurse, Midwife and Nurse Act, nursing care activity, accidents in medical practice, obligation to exercise caution, errors in nursing actions

資料

温泉の利用頻度と健康状況の関心の分析

ーベースライン調査のデータとリンクした健診結果及び追跡調査の統計分析ー

松原 勇 鏡森定信*

概 要

本稿では温泉の利用が健診結果及びその後の健康状況の追跡結果とどのような関係があるかを分析し、温泉の利用の有効性を実証し、健康のための温泉のさらなる利用の促進により、地域経済の活性化及び地域住民の健康増進に寄与するような統計情報を温泉利用と健診の結果及び健康状況の追跡調査との関係を分析することにより示すことを目的に行なわれた。対象は北陸地方の人口約一万人の町の住民基本台帳から抽出した年齢が40歳以上の住民全員とした。調査を行うにあたっては町民への調査の説明と協力依頼を町の広報紙で行うとともに、婦人会役員会には調査の協力依頼を行い、婦人会が主体となって平成12年12月に調査票の配布・回収を行いベースライン調査とした。その結果、住民台帳にある6,117人のうち5,812人の回答(回答率95.0%)が得られた。同じ年度の健康診断の結果とリンクできた者においては温泉の利用頻度と健診結果の間に有意な関係は特に無かった。また、その後3月間の猶予期間をおき平成13年4月から平成15年3月(平成13年度と平成14年度)の2年間に同対象者で発生した①死亡、②骨折、③脳卒中、④痴呆、⑤施設入所、⑥長期入院、⑦寝たきり、⑧糖尿病等を当該町の保健センター及び町役場で可能な限り把握して症例群とし、同じ性・年齢の者を無作為に抽出して対照群として症例・対照研究を行った。分析の結果、死亡については温泉の利用が少ない群の温泉利用が多い群に対する死亡の相対危険度(RR)は1.75、95%信頼区間(95%CI)は(1.24-2.47)であり、骨折についてはRR:1.34、95%CI(1.12-1.61)、施設入所についてはRR:1.50、95%CI(1.12-2.05)、長期入院についてはRR:1.56、95%CI(1.00-2.43)で温泉の頻度の多い群が頻度の少ない群に比べて健康状態が良好であった。この結果は多重ロジスティックモデルを用いてWHO-QOLを説明変数に加えて分析しても同様であった。従って、地域住民の健康増進のひとつとして温泉の利用を促進することは有効であることが総合的に示されたと考えられる。

キーワード 温泉利用、健康増進、健診結果、追跡調査

1. はじめに

近年、どこの地方でも「村おこし」や「町おこし」の事業が盛んに行われているが、その中でも「温泉」を中心としたリゾート開発が中心に行われている場合が多い¹⁾。一方で、温泉利用が人の健康に有効であることの報告も多いが^{2)~8)}、一つの町の住民全体を対象とした研究は少ない。そこで、本稿では温泉の利用が人の健康に対して総合的によい結果をもたらしていることをベースライン調査のデータとリンクした健診結果及び追跡調査の研究により統計的に示すことにより、温泉の利用の有効性を実証し、健康のための温泉のさらなる利用の促進により、地域経済の活性化及び地域住民の健康増進に寄与するような統計情報を客観的に示すことを目的とする。

2. 対象と方法

本調査の対象は北陸地方の人口約一万人の町の住民基本台帳から抽出した年齢が40歳以上の住民全員とした。調査を行うにあたっては町民への調査の説明と協力依頼を町の広報紙で行うとともに、婦人会役員会には調査の協力依頼を行い、婦人会が主体となって平成12年12月に調査票の配布・回収を行い地域への密着度やWHO-QOL等⁹⁾~¹⁰⁾の調査をベースライン調査とした。その結果、住民台帳にある6,117人のうち5,812人の回答(回答率95.0%)が得られた。その内訳は、男性2,469人(46.0%)、女性3,115人(54.0%)であった。平均年齢(標準偏差)は、全体で61.9歳(±13.0)、男性60.9歳(±12.5)、女性62.7歳(±13.3)であった。

さらに、調査年度の保健センターで健診を受診した2,488人のうち上記ベースライン調査とリン

*富山医科薬科大学・保健医学教室

クできた 2,180 名について健診の結果と温泉利用の関係について分析を行った。その際の温泉利用の頻度群別にみた分析では、温泉の利用頻度を「年 1 回以下群」と「年複数回以上群」の 2 群に分けて温泉利用頻度群間で比較をおこない、単変量の分析においては度数分布について χ^2 検定、平均値について t 検定を用いた。

また、その後 3 月間の猶予期間をおき平成 13 年 4 月から平成 15 年 3 月（平成 13 年度と平成 14 年度）の 2 年間に同対象者で確認できた①死亡、②骨折、③脳卒中、④痴呆、⑤施設入所、⑥長期入院、⑦寝たきり、⑧糖尿病等を保健センター及び町役場で可能な限り把握して症例群とし、同じ性・年齢の者を無作為に抽出して対照群として症例・対照研究を行った。分析においては同様に度数分布について χ^2 検定（温泉を利用が少ない人の相対危険度（RR）及び 95%信頼区間（95%CI）も求めた）、WHO-QOL¹⁴を定量的に説明変数に加えた多変量分析では多重ロジスティックモデルを用いて SPSS Ver.11 で計算し、その有意水準を

記した。

3. 横断調査の結果（健診結果との関連の分析）

対象者の平均年齢では温泉利用少群が 65.12±11.9 歳、温泉利用多群は 66.86±9.8 歳とその差は 2 歳未満で有意な差異は無かった。また性別は男性が温泉利用少群 259 人(39.8%)、温泉利用多群 392 人(60.2%)、女性は温泉利用少群 499 人(43.9%)、温泉利用多群 637 人(56.1%)とその構成比の差は 5%未満で有意な分布差は無かった。以上のように温泉の利用頻度の 2 群の間に性・年齢の有意な差異は無かったので、下の分析では性・年齢階級を分けずに単純に 2 群間での比較を行った。

3. 1 指導区分と温泉利用の検定

以下のように健診の指導区分と温泉の利用の間では 5%水準で有意な関係は見当たらなかったが、温泉利用多群に要指導や要医療が多いことが示唆される結果であった。

表 1 温泉利用頻度と指導区分

	異常なし	要指導	要医療
温泉利用少群	152人(20.1%)	109人(14.4%)	467人(65.6%)
温泉利用多群	173人(16.8%)	131人(12.7%)	726人(70.5%)

P<0.1

3. 2 健診項目の平均値の差の検定

以下に健診の主な項目の温泉利用頻度別 2 群間での比較の結果を表 2～表 10 に順次示す。

対象人数が多いにもかかわらず、5%水準で差異の認められる項目は無かった。

表 2 BMI (Kg/m²) と温泉利用頻度

	人数	平均値	標準偏差
温泉利用少群	735人	22.60	3.30
温泉利用多群	1007人	22.87	3.49

P<0.2

表 3 収縮期血圧 (mmHg) と温泉利用頻度

	人数	平均値	標準偏差
温泉利用少群	722人	129.51	18.52
温泉利用多群	987人	130.95	19.07

P<0.2

表 4 拡張期血圧 (mmHg) と温泉利用頻度

	人数	平均値	標準偏差
温泉利用少群	722人	75.49	10.09
温泉利用多群	987人	76.18	10.59

P<0.2

表 5 総コレステロール(mg/dl)と温泉利用頻度

	人数	平均値	標準偏差
温泉利用少群	661人	207.54	34.24
温泉利用多群	889人	207.85	33.08

N.S.

表 6 HDL-コレステロール(mg/dl)と温泉利用頻度

	人数	平均値	標準偏差
温泉利用少群	661人	56.56	13.44
温泉利用多群	889人	56.56	13.28

N.S.

表7 中性脂肪(mg/dl)と温泉利用頻度

	人数	平均値	標準偏差
温泉利用少群	661人	135.14	80.58
温泉利用多群	889人	133.59	82.27
N.S.			

表8 GOTと温泉利用頻度

	人数	平均値	標準偏差
温泉利用少群	661人	23.64	9.44
温泉利用多群	889人	23.97	9.05
N.S.			

表9 GPTと温泉利用頻度

	人数	平均値	標準偏差
温泉利用少群	661人	21.24	12.13
温泉利用多群	889人	21.72	12.65
N.S. (γ-GPTも同様)			

表10 ヘモグロビンと温泉利用頻度

	人数	平均値	標準偏差
温泉利用少群	657人	23.64	9.44
温泉利用多群	889人	23.97	9.05
P<0.2 (HtやRBCも同様)			

4. 2年間の追跡調査の分析結果

4.1 死亡者

2年間で把握された死亡者は220人でそのうちベースライン調査とリンクできたのは159人(72%), 平均年齢は死亡者群78.4歳±10.4歳, 対照群78.4歳±10.4歳であった。

その中で温泉利用の頻度の把握ができた者の温泉利用頻度間で比較すると下記のようになる。

なお, 2群間ではWHO-QOLの総得点も有意な差異があったので, 多重ロジスティックモデルを用いてWHO-QOLも説明変数に入れても5%有意で温泉利用と死亡の関係(オッズ比1.5)が見られた。

表11 死亡者と温泉利用頻度の関係

	温泉利用少群	温泉利用多群
死亡群	66人(69.5%)	26人(30.5%)
対照群	59人(46.8%)	67人(53.2%)
P<0.01 RR : 1.75, 95%CI(1.24-2.47)		

4.2 骨折者

2年間で把握された骨折者は353人でそのうち

ベースライン調査とリンクできたのは326人(92%), 平均年齢は骨折者群76.2歳±9.4歳, 対照群76.3歳±9.5歳であった。

なお, 2群間ではWHO-QOLの総得点も有意な差異があったので, 多重ロジスティックモデルを用いてWHO-QOLも説明変数に入れても1%有意で温泉利用と死亡の関係(オッズ比1.9)が見られた。

表12 骨折者と温泉利用頻度の関係

	温泉利用少群	温泉利用多群
骨折群	138人(56.6%)	106人(43.4%)
対照群	102人(42.0%)	141人(58.0%)
P<0.01 RR : 1.34, 95%CI(1.12-1.61)		

4.3 脳卒中者

2年間で把握された脳卒中者は201人でそのうちベースライン調査とリンクできたのは167人(83%), 平均年齢は脳卒中者群74.24歳±10.2歳, 対照群74.3歳±10.3歳であった。

なお, 多重ロジスティックモデルを用いてWHO-QOLも説明変数に入れると5%有意で温泉利用と死亡の関係(オッズ比1.9)が見られた。

表13 脳卒中者と温泉利用頻度の関係

	温泉利用少群	温泉利用多群
脳卒中群	74人(57.4%)	55人(42.6%)
対照群	65人(47.8%)	71人(52.2%)
P<0.1 RR : 1.22, 95%CI(0.95-1.57)		

4.4 痴呆発症者

2年間で把握された新たな痴呆発症者は75人でそのうちベースライン調査とリンクできたのは54人(72%), 平均年齢は痴呆発症者群80.4歳±6.9歳, 対照群80.4歳±7.2歳であった。

なお, 人数が少ないこともあって2群間ではWHO-QOLの総得点も有意な差異が無く, 多重ロジスティックモデルを用いて分析してもモデルの有意確率が0.68と多重ロジスティックモデルを用いた分析はできなかった。

表14 痴呆発症者と温泉利用頻度の関係

	温泉利用少群	温泉利用多群
痴呆群	27人(69.2%)	12人(30.8%)
対照群	22人(51.2%)	21人(48.8%)
P<0.1 RR : 1.52, 95%CI(0.90-2.54)		

4. 5 施設入所者

2年間で把握された福祉施設入所者は64人でそのうちベースライン調査とリンクできたのは41人(64%)、平均年齢は入所者群83.0歳±7.3歳、対照群83.5歳±7.2歳であった。

なお、2群間ではWHO-QOLの総得点も有意な差異があったので、多重ロジスティックモデルを用いてWHO-QOLも説明変数に入れて場合は温泉利用と入所者の間(オッズ比1.2, P=0.31)には有意な関係が見られなかった。

表15 施設入所者と温泉利用頻度の関係

	温泉利用少群	温泉利用多群
入所群	16人(84.2%)	3人(15.8%)
対照群	20人(57.1%)	15人(42.9%)

P<0.05 RR : 1.50, 95%CI(1.12-2.05)

4. 6 長期入院者

2年間で把握された長期入院者は93人でそのうちベースライン調査とリンクできたのは51人(55%)、平均年齢は長期入院者群80.0歳±6.5歳、対照群80.0歳±6.6歳であった。

なお、2群間ではWHO-QOLの総得点も有意な差異があったので、多重ロジスティックモデルを用いてWHO-QOLも説明変数に入れて場合は温泉利用と長期入院者の間(オッズ比1.0, P=0.93)には有意な関係が見られなかった。

表16 長期入院者と温泉利用頻度の関係

	温泉利用少群	温泉利用多群
入院群	20人(71.4%)	8人(28.6%)
対照群	16人(47.1%)	18人(52.9%)

P<0.05 RR : 1.56, 95%CI(1.00-2.43)

4. 7 寝たきり者

2年間で把握された新たな寝たきり者は18人でそのうちベースライン調査とリンクできたのは13人(72%)、平均年齢は寝たきり者群83.6歳±6.2歳、対照群83.7歳±6.3歳であった。

なお、人数が少ないこともあって2群間ではWHO-QOLの総得点も有意な差異が無く、多重ロジスティックモデルを用いた分析はできなかった。

表17 寝たきりと温泉利用頻度の関係

	温泉利用少群	温泉利用多群
寝たきり群	7人(70.0%)	3人(30.0%)
対照群	8人(80.0%)	2人(20.0%)

N.S.

4. 8 糖尿病患者

2年間で把握された糖尿病患者は119人でそのうちベースライン調査とリンクできたのは98人(82%)、平均年齢は糖尿病患者群61.06歳±5.5歳、対照群61.07歳±5.6歳であった。

なお、2群間ではWHO-QOLの総得点も有意な差異が無く、多重ロジスティックモデルを用いて分析してもモデルの有意確率が0.91と多重ロジスティックモデルを用いた分析はできなかった。

表18 糖尿病患者と温泉利用頻度の関係

	温泉利用少群	温泉利用多群
糖尿病群	34人(42.5%)	46人(57.5%)
対照群	30人(39.0%)	47人(61.0%)

N.S.

5. 考察

温泉の利用についてはアンケートを用いた横断調査での回答であるためか健診の結果との間には特に有意な関係がみられなかった。これらはこの地域の温浴施設の歴史が浅いことや、表1から推察されるように、健診で健康面を指摘された者が健康づくりのために温浴施設を利用するというセレクトバイアスが示唆され、それと温浴施設の利用による効果が混在しているために、有意な差異が見られなかったと考えられる。従って、今回のような横断調査で温泉の利用の効果の評価は困難であることがわかった。

追跡調査の結果に示したように、いずれの項目でも温泉の頻度の多い群が頻度の少ない群に比べて健康状態が良好であった。これらの結果は「温泉の利用が健康にいい影響を与えている」という解釈と「健康な人が温泉に行く頻度が多い」という解釈が可能であるが、多くの面からの追跡研究で温泉の頻度の多い群が良好な健康状況にあったことから前者の「温泉の利用が健康にいい影響を与えている」とう面が強いと考えられる。従って、地域住民の健康増進のひとつとして温泉の利用を促進することは有効であることが総合的に示されたと考えられる。また、温泉の利用が増えることは当該地域の温泉のある地域の経済的効果も期待

されるので、健康増進の施策のひとつに温泉の利用のしやすい環境の整備や助成が有効であると考えられる。

6. まとめ

本稿では温泉の利用が健診結果及びその後の健康状況の追跡結果とどのような関係があるかを分析し、温泉の利用の有効性を実証し、健康のための温泉のさらなる利用の促進により、地域経済の活性化及び地域住民の健康増進に寄与するような統計情報を温泉利用と健診の結果及び健康状況の追跡調査との関係を分析することにより示すことを目的に北陸地方の人口約一万人の町の住民基本台帳から抽出した年齢が40歳以上の住民の全員を対象に行い、住民台帳にある6,117人のうち5,812人のベースライン調査の回答（回答率95.0%）が得られた。当該年度の健康診断の結果とリンクできた者においては温泉の利用頻度と健診結果の間に有意な関係は特に無かった。また、その後3月間の猶予期間をおき平成13年4月から平成15年3月（平成13年度と平成14年度）の2年間に同対象者で発生が確認できた①死亡、②骨折、③脳卒中、④痴呆、⑤施設入所、⑥長期入院、⑦寝たきり、⑧糖尿病等を当該町の保健センター及び町役場で可能な限り把握して症例群とし、同じ性・年齢の者を無作為に抽出して対照群として症例・対照研究を行った。分析の結果、死亡については温泉の利用が少ない群の温泉利用が多い群に対する死亡の相対危険度（RR）は1.75、95%信頼区間（95%CI）は(1.24-2.47)であり、骨折についてはRR:1.34、95%CI(1.12-1.61)、施設入所についてはRR:1.50、95%CI(1.12-2.05)、長期入院についてはRR:1.56、95%CI(1.00-2.43)で温泉の頻度の多い群が頻度の少ない群に比べて健康状態が良好であった。この結果は多重ロジスティックモデルを用いてWHO-QOLを説明変数に加えて分析しても同様であった。以上のことから、地域住民の健康増進のひとつとして温泉の利用を促進することは有効であることが総合的に示されたと考えられた。

謝辞

本稿で紹介した調査を実施するにあたり、当該町役場の皆様、保健センターの保健師の皆様、町の各婦人会の皆様大変にお世話になりました。

深謝致します。最後に、健康診断のデータは当該町役場及び保健センターでプライバシーが厳重に管理され、ベースライン調査とリンクするためのコードのみが個人を特定する手段であったことを付記しておきます。

参考文献

- 1) 鏡森定信, 関根道和, 梶田悦子, 松原勇, 大村栄: わが国における筋骨格系症状の療養に関する需要と供給の検討, 日本温泉気候物理医学会誌, 64(2), 103-112, 2001.
- 2) 田村耕成, 倉林均, 久保田一雄: 温泉浴の凝固調節因子に及ぼす影響, 日本温泉気候物理医学会誌, 64(3), 141-144, 2001.
- 3) 光延文裕, 他10名: 気管支喘息及び肺気腫に対する温泉療法, 日本温泉気候物理医学会誌, 64(3), 182-190, 2001.
- 4) シンポジウム「QOLからみた温泉療法・気候療法・物理療法のエビデンス」, 日本温泉気候物理医学会誌, 65(2), 15-23, 2001.
- 5) 鏡森定信, 他8名: 海洋深層水温浴効果の心理・生理学的指標による検討, 日本温泉物理医学会誌, 65(2), 73-82, 2002.
- 6) 延永正, 片桐進, 久保田一雄: QOLからみた短期温泉療養の効果—全国調査より—, 日本温泉気候物理医学会誌, 65(3), 15-23, 2001.
- 7) シンポジウム「温泉を利用した健康増進及び疾患予防」, 第67回日本温泉気候物理医学会総会口演要旨, 30-35, 2002.
- 8) 美和千壽, 杉村公也, 川村陽一, 出口晃, 岩瀬敏: 40°C入浴時の循環動態と体温調節機能の変化における加齢の影響, 日本温泉気候物理医学会誌, 65(4), 187-193, 2002.
- 9) 鏡森定信, 中谷芳美, 梶田悦子, 金山ひとみ, 堀井雅恵, 松原勇: 温泉利用とWHO生活の質—温泉利用の健康影響に対する交絡要因としての検討—, 日本温泉気候物理医学会誌, 67(1), 71-78, 2004.
- 10) 松原勇, 鏡森定信: 地域住民間のコミュニケーションが健康教育にもたらす効果の統計的研究—温泉利用を介しての分析—, 電子情報通信学会技術研究報告, ET2003-11, 17-22, 2003.
- 11) 世界保健機関編, 田崎・中根監修. WHO/QOL-26手引, 金子書房, 東京, 1997.

(受付: 2004年9月30日, 受理: 2005年1月13日)

Statistical Study on the Relationship between Health Status and the Frequency of Use of Spas-Statistical –Analysis Using Linked Mass Health Screening Data and Follow-up Data–

Isamu MATSUBARA, Sadanobu KAGAMIMORI

Abstract

The current study was conducted for the following purpose: to analyze the relationship between the use of spas and the results of mass health screening and follow-up results of one's health status, thus proving the positive effect of spas. Through this analysis, the study was intended to promote more active use of spas for better health and at the same time stimulate the local economy and promote the health of the area's inhabitants. The subjects, all over 40 years of age, resided in a town with a population of about 100,000 in the Hokuriku District. At the start of the survey, the citizens received an explanation and their cooperation was requested via a local public relations publication. With the help of a local women's organization, survey sheets were distributed, then retrieved in December 2000. Consequently, 5,812 of 6,117 residents listed in the local ledger responded (response rate, 95.0%) and the data thus obtained were used for the study's baseline data. The mass health screening data were linked with this baseline data. There was no specific difference between the results from the health screening and the frequency of use of spas. After 3 months (i.e., between April 2001 and March 2003, fiscal years 2001 and 2002), the following data were collected as accurately as possible from the same subjects: mortality, fracture, cerebral apoplexy, dementia, placement in a nursing facility, prolonged hospitalization, lapsing into a bedridden state, and diabetes mellitus. For the control, those with the same age and gender were randomly extracted from the ledger for a case-controlled study. The relative risk (RR) of death for the group that used spas frequently, in contrast to the group that used spas less often, was 1.75 (95% confidence interval were 1.24 – 2.47). For the fractures, RR and 95%CI were 1.34 and 1.12 – 1.61, respectively, and for facility placement, RR and 95%CI were 1.50 and 1.12 – 2.05, respectively. The corresponding figures for long-term hospitalization were 1.56 and 1.00 – 2.43. The data indicated that the group that used spas frequently, in comparison with the group that did not, enjoyed better health. A similar result was produced when an analysis was conducted using a multiple logistic model with the addition of WHO-QOL as an explanatory variable. It was comprehensively proven that encouraging one to use a spa is effective as a means to promote the health of the local population.

Key words Use of spas, health promotion, results of mass screening, follow-up survey

石川看護雑誌発行規定

(趣旨)

第1条 この規定は、石川県立看護大学研究・紀要委員会規程に基づき、石川県立看護大学研究紀要委員会（以下「委員会」という。）の所掌事務のうち、研究活動の成果報告（学術雑誌（以下「本誌」という。））に関することを定める。

(名称)

第2条 本誌の名称は、和文名で石川看護雑誌、英文名で Ishikawa Journal of Nursing とする。

(委員会)

第3条 本誌の編集、発行に関する責任は、委員会が負い、この規定に定めるもののほか本誌の編集、発行に関する事項は委員会が別に定める。

(発行)

第4条 本誌は、原則として、毎年1回発行する。

2 本誌の製版は、A4版とする。

(投稿資格)

第5条 本誌に投稿できる者は、石川県立看護大学専任教員及び職員、若しくは委員会の承認を得た者とする。

2 第1著者として投稿できる論文の数は、1人1編とする。

(論文の内容・種類)

第6条 投稿論文の内容は、看護学の発展に寄与する学術的なものに限る。

2 種類は総説、原著、報告（事例報告、教育報告を含む。）資料、その他とする。

3 既に他誌に公表されたもの若しくは公表予定のものは認めない。

(原稿)

第7条 原稿は、別に定める「執筆要領」に基づいて作成するものとする。

2 投稿後の原稿は委員会の指示又は承認があった場合のほか、これを訂正してはならない。

3 1編の紙幅は、本文、概要、注釈等を含めて、文字数で20,000字（写真、図表等は相当文字数に換算）以内とする。

(投稿手続)

第8条 投稿責任者は、原稿1部及び写し2部を別に定める投稿受付期間内に委員会の事務局担当者へ提出する。

2 前項の投稿受付期間を過ぎたものは、これを受理しない。

(採否)

第9条 原稿の採否は、査読を経て委員会が決定する。

2 査読は一論文について2名以上とし、委員会が依頼した査読者に相応しい本学の教員若しくは外部の有識者があたる。

3 倫理上問題のある研究方法をとっているもの、若しくは公表に不適切な内容を含むものは採用しない。

(配布)

第10条 本誌は、次に掲げるところに配布する。

(1) 本学専任教員及び投稿者

(2) 国立国会図書館、看護学関係の学術研究機関及び県内の医療関係諸機関

2 投稿者のうち希望する者に対して、当該投稿部分の別刷り30部を無償で交付するものとし、これを越える部数は投稿者が負担するものとする。

(附則)

1 この規定は、平成15年6月12日から施行する。

2 平成16年3月11日改訂。

「石川看護雑誌」執筆要領

(論文の体裁, 様式)

1. 原稿は, 原則として和文もしくは英文とし, 表紙に論文の種類(原著, 総説, 報告等)を明示する.
2. A4版で横書きを原則とし, 10ページ(400字原稿×50枚相当)以内とする. 英文はこれと等量とする.
3. 基本的には 題目, 著者名, 概要, キーワード, 前書き, 本論, 結び(あれば謝辞), 引用, 参考文献の順で構成し, 続いて 注記, 付録などがあればその順で記載する. 和文の場合は, 最後の頁に 1) Title, 2) Name, 3) Abstract, 4) Key words を順に英文で付記する.
4. 原則として, 本要領に合致するようにワードプロセッサによってプリントアウトした原稿3部(2部は査読用なので著者名のないもの)とフロッピーディスク(提出者名とファイルのソフト名を表書き)を提出する.
5. 原稿のフォントは, 原則として和文では「MS 明朝体」を用いる. また, 1ページは, 和文横書きでは44字×47行×1段で上32mm, 下23mm, 左右25mm ずつの余白を空ける. 本文の文字の大きさ(級数)は, 10ポイントで印字する. 算用数字は原則半角とする. 英文原稿のフォントは「Century 体」(又はこれに類似したもの)を用い, 原則として印刷はシングルスペースで1段になる. その他は和文の書式に準じるものとする.
6. 横書きにおいて用いる句読点は, 全角の「,」及び「.」とする.
7. 本文, 図・表・写真とも160mm×242mmの枠内に必ず収めること.

(題目と著者名)

1. 題目と著者名については, 題目, 著者名の順にそれぞれ1行空けて記述する.
2. 題目は, 級数を16ポイントとし, 左右中央に位置するように印字する. 和文題目のフォントは「ゴシック体(太字)」とし, 英文題目のフォントは「Century 体(太字)」とし, 単語は原則大文字はじまりとする.
3. 和文著者名は, 級数を14ポイントとし, 左右中央(縦書き論文に「MS 明朝体(太字)」で印字する. 英文著者名は, 級数を14ポイントとし, 「Century 体(太字)」で名, 姓の順序, 姓はすべて大文字とする. 本学教職員以外の著者名の所属を著者名の右肩に全角の「*」によって脚注表示する.
4. 脚注に示す著者の所属は, 級数を8ポイントとし, 第1ページの下段に本文から1行空けてラインを中央まで引き, その下に印字する. その際枠からはみ出さないよう注意する.

(概要・キーワード)

1. 著者名の次に和文の場合は400字以内の和文概要, 和語のキーワード5つ以内, 英文の場合は250語以内の英文概要と英語のキーワード5つ以内を記載する. ただし, 和文では, 最後の頁に英文概要250語以内と英語のキーワード5つ以内を掲載する. なお, 概要, キーワードは, 級数を8.5ポイントとし, 左右の枠から3.5字空き左右中央に印字する. また「キーワード」あるいは **Key words** は, 太字で強調する.
2. 著者名と概要との間は, 行間が1行空きになるように印字する.
3. キーワードは, 概要の下に1行空けて印字する. キーワードの下は, 1行空きとする.

(本文)

1. 章の見出しは, 級数を10ポイントとし, 1. はじめに, 2. 方法, ...のように全角算用数字を付し, 左右中央に「ゴシック体(太字)」で印字する. ただし, 謝辞, 参考文献・注記・付録には算用数字を付けないものとする.
2. 節の小見出しの級数は, 本文と同じく10ポイントとし, 左端から1. 1, 1. 2...のように全角算用数字を付し, ゴシック体で印字する.
3. 項の見出しは, 級数を10ポイントとし, 左端から全角明朝体で(1), (2)...のように付して印字する.
4. 和文において改行する場合は, 文頭を1字下げる. 英文では文頭を2字下げる.

(図・表・写真)

1. いずれも単独で意味が十分通じるようにまとめ、それぞれできる限り簡潔なキャプション(説明文)を本文と同じ文体で付す。
2. 図・表は、原稿ではそれぞれ順序に従い本文の後に配置する。本文余白に挿入箇所を青で記入する。原図と異なる刷り上がり大きさを希望するときは明確に指定する。図・表中の文字の級数は8ポイント以上、表中の文字は明朝で印字することが望ましい。
3. 写真は、図の番号に含める。印画紙にプリントしたもの又は同等の画質にてプリントアウトしたものを別紙に貼付し、紙に著者名と番号を明記する。説明文は2の順序に含め本文の後におく。
4. 図(以下写真を含む)の番号・タイトルは図の下に、表の番号・タイトルは上に、それぞれ左詰で記入し、級数は9ポイントで印字する。
5. 呼称は、それぞれ図1、図2...、表1、表2...とし、章ごとに番号を分けずに通し番号とする。
6. 挿入した図・表の大きさを記述部分の字数に換算して、総頁(10頁)を超えないようにする。
7. 印刷は全て白黒写真製版で行い、図、表はすべてモノクロに限る。

(数式等)

1. 極力簡単にまとめる。
2. 式は3字空けてから書き出す。
3. 式番号は、式の最後に右寄せにして記す。

(記号)

1. できる限り一般的なものを用い、最初に記した箇所でその定義を明らかにする。
2. まぎらわしいもの(大文字・小文字が同形のものや異字間で形が似通っているものなど)は、その区別を明瞭にする。特に、下付け又は上付けにすべきものは、はっきり示すこと。
3. ドイツ語、フランス語等の特殊文字はそのまま使用してよいが、ギリシア文字、アラビア文字等は可能な範囲でアルファベット化する。

(引用文献)

1. 引用、参考文献は、級数を9ポイントとする。
2. 引用又は参考とした文献名は、使用順に番号を振り、結論(あれば謝辞)の後に引用又は参考文献として番号順にまとめて掲げる。番号は半角とし、後ろを1字空ける。
3. 文献番号は、本文中又は引用した図・表のキャプションの最後に上付き半角数字で1), 2), 3), ...のように明記しておく。同一文献の同一ページは同一番号とする。
4. 記載方法は、原則として以下のような形式とする。発行年は西暦とする。著者が複数の場合、和文、欧文ともに著者名の連記は3名までとし、最後尾に他 名とか、et al. などを付記する。

1) 単行本の場合

著(編)者名：書名・発行所名、(欧文には発行地)、引用最初頁 - 最後頁、発行年。の順。

和文例) 石川一郎：生と死の現在。学文堂、23-28、2003。

欧文例) Hockney, R. W. and Eastwood, J. W. : Computer Simulation Using Particles. McGraw International Book Co., Oxford, 21-28, 1981。(書名单語は原則大文字はじまりとする)

2) 論文等の場合

著者名：論文名・雑誌名、巻号数、最初頁 - 最後頁、発行年。の順とする。

和文例) 石川一二三：訪問看護における医師と看護師の連携について。訪問看護展望, 20(3), 21-18, 1978。

欧文例) Akerman, M., Smith, J., Hopper, J.D., et al.: Sensitivity and specificity of the fine aspiration cytology. Acta Cytol. 34, 21-56, 1990。(単語は雑誌題名では原則大文字はじまり、英文論文題名では筆頭以外小文字はじまりとする)

3) 単行本の一部をなす論文等の場合

著者名：論文名・単行本編者名：書名・発行所名、(欧文では発行地名)、最初頁 - 最終頁、発行年。の順とする。

和文例) 杉本陽子：乳幼児期の健康。後閑容子、蝦名美智子、大西和子編：健康科学概論。ニューヴェ

ルヒロカワ, 70-77, 2004 .

欧文例)Grabiner, M.D.: Locomotion in healthy older adults. Allard, P., Cappozzo, A., Lundberg, A. et al. eds.: Three-dimensional Analysis of Human Locomotion. John Wiley & Sons, Chichester, 363-373, 1997. (書名单語は原則大文字はじまり)

(著作権)

1. 著作物の著作権は本誌に採用された時点から石川県立看護大学(以下「本大学」という)に帰属する。著者本人を除き本大学の許可なしにいかなる形式においても本誌の一部を複製することはできない。
2. 本大学はこれら著作物の全部または一部,ならびに翻訳,翻案,データベース化等の二次的著作物を,本大学のホームページ,本大学が認めたネットワーク媒体,その他の媒体において複製,出版(電子出版を含む),頒布ができる。

(附則)

1. この要領は,平成 15 年 8 月 1 日から施行する。
2. 平成 16 年 3 月 18 日改訂。

編集後記

平成 12 年 4 月に開学した石川県立看護大学も、平成 16 年 3 月には本学の紀要である「石川看護雑誌第一巻」が刊行され、大学として体裁が完成したと言える。また、平成 16 年度からは海外短期留学の実施や外国人教授の招聘など、国際的な教育面の実施がされるなど、研究・教育面での発展もめざましいものがある。このように、石川県立看護大学は教職員、学生、地域の皆様、石川県民の皆様のご支援のもと、開学以来、紆余曲折を経ながらも着実に発展してことは誠に喜ばしいことである。

なお、本誌の編集は平成 16 年度の研究・紀要委員会の委員の皆様によって行われ、編集委員（松原、木村、江本、杵淵）が実務的な処理を行った。また、図書館の皆様から多大なご協力をいただいたことに対して心から謝辞を表したい。本誌の編集に込められた最大の願いである本学の発展が、本誌の発行によって今後、益々持続する一助となることを信じて編集後記の筆を置く。

2005 年 2 月吉日

石川看護雑誌編集委員長 松原 勇

石川看護雑誌
第2巻

ISSN 1349-0664

2005年2月

編集：石川県立看護大学 研究・紀要委員会

発行：石川県立看護大学

929-1212 石川県かほく市中沼ツ7 - 1

Tel. 076-281-8300 Fax. 076-281-8319

Home page: <http://www.ishikawa-nu.ac.jp/>

印刷：田中昭文堂印刷株式会社

Ishikawa Journal of Nursing ISSN 1349-0664
Volume 2

February 2005

Edited by Committee of Research, Ishikawa Prefectural
Nursing University

Published by Ishikawa Prefectural Nursing University

Tsu 7-1, Nakanuma, Kahoku City, Ishikawa 929-1212,
Japan

Printed by Tanaka & Shobundo Graphic Art co., ltd.

© 2005 Ishikawa Prefectural Nursing University. All rights
reserved.