

# 聖マリア学院大学紀要

BULLETIN OF  
ST.MARY'S COLLEGE

## 目 次

### I. 特別寄稿

グローバルヘルスとしての糖尿病	岩瀬 正典 …………… 3
韓国の高齢者長期療養保健制度	愼 有仙 …………… 7
心理学と看護学がクロスオーバーする患者へのケアの開発	安藤 満代 …………… 15

### II. 原著

がんの免疫温熱化学療法 (ハイパーサーミア) を受けている患者の心理状態と主観的健康感との関連	久木原博子 他 …………… 19
---	------------------

### III. 報告

在宅看護実習における感染予防教育前後の看護学生の知識と意識	豊島 泰子 他 …………… 25
一救急病院におけるアセトアミノフェン中毒の現状	古賀 恭子 他 …………… 31

### IV. 資料

研究過程における文献検索の意義と活用方法	白水 麻子 他 …………… 37
Teaching Portfolio を用いた母性看護学における教育実践のリフレクション	竹元 仁美 他 …………… 43

### V. 総説

スウェーデンにおける高齢者福祉政策とケアサービス	野口 房子 他 …………… 49
高齢者施設におけるインフルエンザ予防対策	高山 直子 他 …………… 59

投稿規定	…………… 64
聖マリア学院大学紀要 vol.2 2010年度 査読審査者	…………… 67
編集後記	…………… 68



【特別寄稿】

# グローバルヘルスとしての糖尿病

准教授 岩瀬正典

九州大学大学院 病態機能内科学

&lt;キーワード&gt;

## 急増する世界と日本の糖尿病

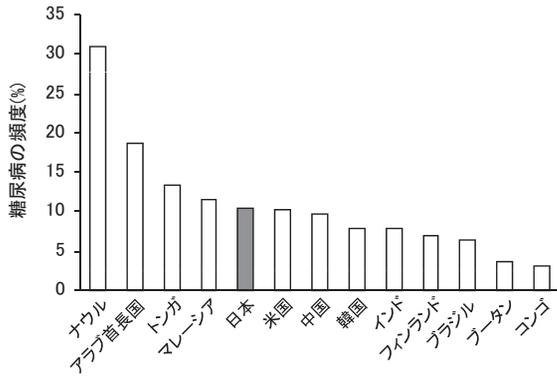
世界は経済を中心にグローバル化が急速に進んでいる。疾病も2009年の新型インフルエンザでみられた如くグローバル化している。感染症が国境を越えた大きな問題であることは過去にはペストや梅毒、近年のエイズまで枚挙にいとまがない。一方では天然痘のように世界各国が協力して撲滅に成功した感染症もある。世界糖尿病連合 (International Diabetes Federation, IDF) によれば、2010年における糖尿病患者数は2.8億人で、2030年には4.4億人に増加すると推定している。国際連合は毎年11月14日を World Diabetes Day と定め、ブルーライトアップを世界中で挙行し (図1)、糖尿病の啓発運動に力を入



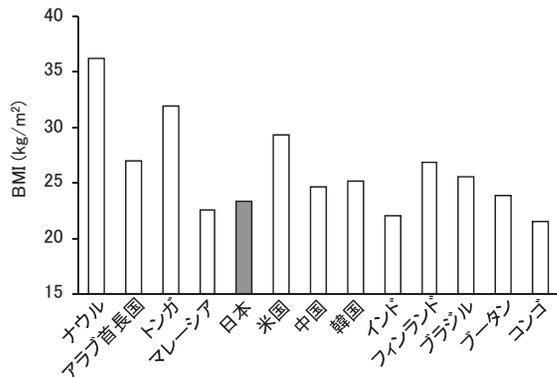
図1. World Diabetes Day ブルーライトアップされた福岡タワー (2009年11月14日)

れている。しかしながら、2009年に中国から発表された調査ではすでに同国の糖尿病患者は9千万人、前糖尿病患者に至っては1億5千万人になっており、上記の世界の糖尿病患者数の見込みを大幅に上方修正する必要がある。世界における糖尿病の国別頻度 (代表例のみ抜粋) を図2Aに示した。太平洋の島国や中東で糖尿病が著しく高頻度で、日本、米国、中国はほぼ同程度、ブータンやコンゴでは糖尿病の頻度は低い。ここで糖尿病と関連が深い肥満の頻度を国別の平均BMIでみてみると (図2B)、ナウルとトンガは30を越え、米国も非常に高い。一方、マレーシアや日本はBMIが低く、糖尿病の少ないコンゴと同レベルである。また、同じくアジア諸国の中国、韓国、インドもBMIは低い。アジア人は肥満に対し脆弱であり、軽度の肥満で糖尿病を発症する。一方、14歳未満発症の糖尿病患者はほとんどが1型糖尿病と考えられるが、その発症頻度 (図2C) は北欧のフィンランドですば抜けて多く、ナウルやトンガではほとんど認められない。したがって、世界で急増している糖尿病は2型糖尿病である。我が国においても2型糖尿病患者の急増は種々の疫学調査で示されている。図3は2011年に50周年を迎える福岡県久山町の疫学データであるが、境界型と糖尿病を含めた耐糖能異常者の頻度が1961年から2002年の41年間に著明に増加しており (図3A)、その頻度は女性より男性で高率である。肥満の合併頻度は経年的に男女とも増加している。日本人においても肥満の程度は小さくとも、肥満の増加が糖尿病の増加に強く関与している。

A. 国別の糖尿病頻度



B. 国別の平均肥満指数



C. 国別の14歳未満糖尿病発症率

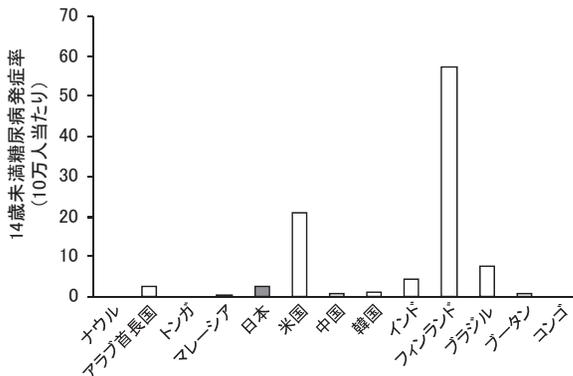


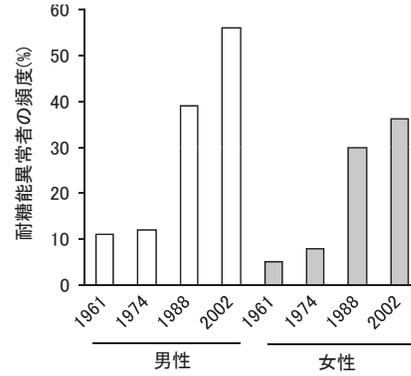
図2. 世界の糖尿病

(<http://www.diabetesatlas.org/> より作成)

糖尿病による死亡率の違い

インスリンが発見された1921年当時、インスリン製剤は奇跡の薬と呼ばれていた。その劇的な治療効果は当時のJL君のインスリン治療前後の写真(図4A)から明らかである。しかし、2006年のIDF報告によれば(図4B)インスリン製剤が入手不可能な糖尿病患者の割合がウズベキスタンで76-99%、コンゴなどで50-75%と報告されている。これらの国々で1型糖尿病を発症すれば、インスリン製剤が入手できない=死を意味している。21世紀の現代であっても、インスリン発見以前の時代と変わらない状況の国々が現

A. 耐糖能異常者の経年的変化



B. 肥満者の経年的変化

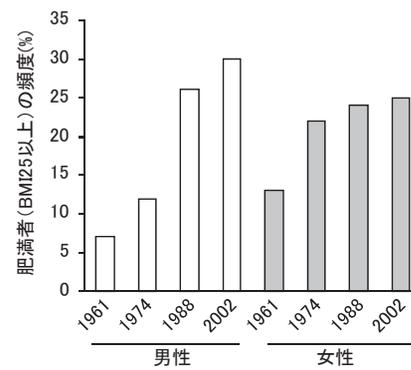


図3. 福岡県久山町における糖尿病と肥満 (<http://www.envmed.med.kyushu-u.ac.jp/> より作成)

A. JL君のインスリン治療前(左図)と治療後(右図)



B. 世界のインスリン入手状況

(<http://www.idf.org/webdata/docs/Insulin-survey-2006-final.pdf> より作成)

インスリン製剤が入手不可能な糖尿病患者の割合		
76-99%	50-75%	25-49%
ウズベキスタン	コンゴ	マリ
	コートジボアール	ウガンダ
	マダカスカル	パラグアイ
	トーゴ	バングラディッシュ
	モンゴル	ネパール
	フィリピン	ベトナム

図4.

に存在している。世界保健機構 (World Health Organization, WHO) による人口10万人当たりの糖尿病の死亡率を国別に示す (図5A)。ナウル、トンガ、マレーシアの死亡率は高く、我が国の死亡率は最も低い。ブータンやコンゴは糖尿病の頻度は低かったが、その死亡率は高い。死亡率と経済力は関係する可能性があるため、糖尿病患者1人当たりの医療費を検討してみた (図5B)。米国が圧倒的に高く、日本とフィンランドが続いている。インド、コンゴ、ブータンは100米ドル以下であった。糖尿病患者が多いナウル、トンガ、マレーシアは医療費が少なく、死亡率も高い。一方、米国は医療費が非常に高額なのに死亡率が日本やフィンランドよりも高い。反対に中国は医療費も

少なく、死亡率も低い。実際、死亡率と医療費の関係のみをみると (図5C)、両者の間には有意な関係は認められなかった。したがって、糖尿病患者の死亡率は国によって大きく異なるが、これは単に国民の経済力 (医療費) のみで左右されるわけではない。

## 患者教育

糖尿病治療のユニークな点は薬物療法のみで病態の持続的な改善を得ることが難しく、患者教育が必要なことであろう。1型糖尿病ではカーボカウント、低血糖、シックデーなど、2型糖尿病では食事、運動、メンタルヘルスなどの療養指導が欠かせない。肥満者ではカロリー制限の指導が必要になる。2型糖尿病患者の療養指導は糖尿病の発症予防とほとんど共通している。このような患者教育を担当する専門職を糖尿病療養指導士 (Certified Diabetes Educator, CDE) と呼んでいる。糖尿病を専門とする医師は少ないため、患者療養指導の中心はCDEが担っている。さらに、我が国では教育入院と呼ばれるシステムを採用している専門病院も少なくなく、入院の上で徹底した患者教育が施されている。一方、世界では患者教育を行えない国が多く、たとえば、フットケアがなされずに足切断に至る例も少なくない (図6A)。患者教育ができない理由 (図6B) として、最も多い理由は患者教育をするCDEがいないことであった。それ以外には仕事、時間がない、文化の違い、お金がない、交通手段がない、家族の世話など、医療とは直接関係のない理由であった。2型糖尿病は感染症と同様に予防できる病気である。そのためには、糖尿病教育ができる人材の育成が急務である。

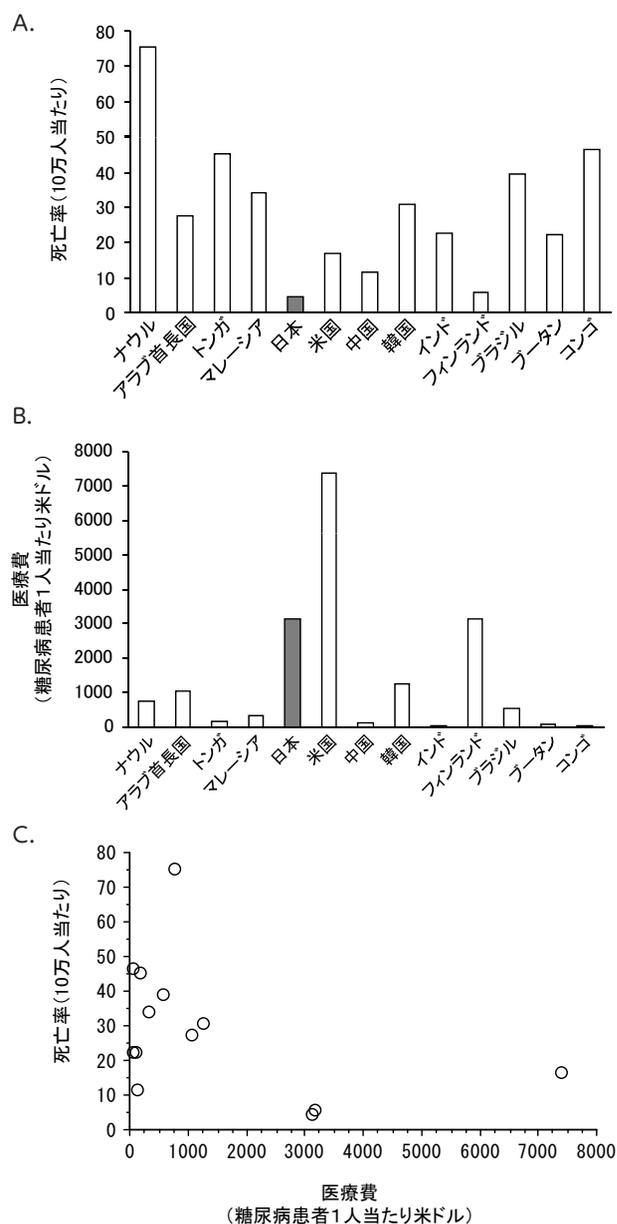


図5. 糖尿病患者の死亡率と医療費  
(<https://apps.who.int/infobase/> より作成)

## 我が国における糖尿病の現状

糖尿病は糖尿病発症予防の1次予防に加えて、合併症の発症予防のための2次予防が重要である。眼底検査、尿アルブミン測定、足の診察、血圧や脂質の測定などが定期的に行われなければならない。さらに、3次予防として合併症の進展阻止があり、失明、透析、足切断、心筋梗塞、脳梗塞などのイベント発症を予防する。しかしながら、我が国においても1年間に失明者3千人、透析導入1万5千人、足切断3千人、心筋梗塞や脳梗塞は糖尿病で3倍多いとされている。発展途上の国で

## A. 足切断



## B. 患者教育ができない理由

(<http://www.diabetesatlas.org/> より作成)

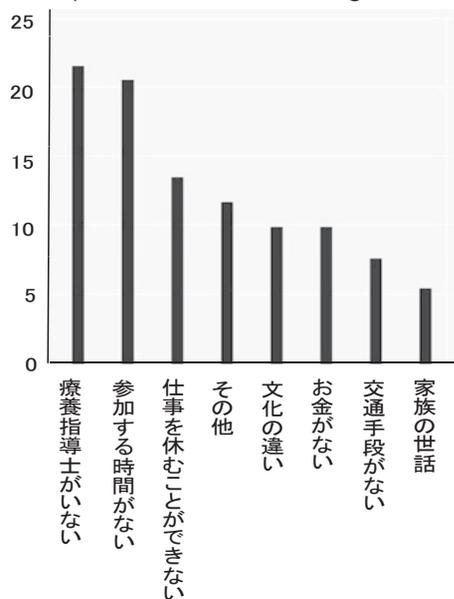


図6. 患者教育

はこれらの疫学データはないが、さらに悲惨な状態と思われる、感染症と糖尿病という二重の苦しみにあえいでいる。一方、我が国のように医療環境の整った国での糖尿病管理の実態を見てみよう。一例として、聖マリア病院も参加している福岡県糖尿病データベース研究 (Fukuoka Diabetes Registry) の血糖コントロール状況を図7に示す。先に述べたように我が国は糖尿病による死亡率が最も少ない国の一つであるが、HbA1c (JDS値) 8%以上のコントロール不可は1型糖尿病で34%、2型糖尿病で15%に及び、コントロール目標の良および優 (HbA1c 6.5%以下) は1型糖尿病で10%、2型糖尿病で30%に過ぎない。これらの数字は糖尿病専門医に通院中の患者のデータであるので、一般的にはもっとコントロール不良と思われる。我が国のように医療へのアクセスが良く、公的医療保険の整った国においても糖尿病の

治療状況は十分ではない。この点がワクチンや抗生物質で予防や治療が可能な感染症と大きく異なっている。

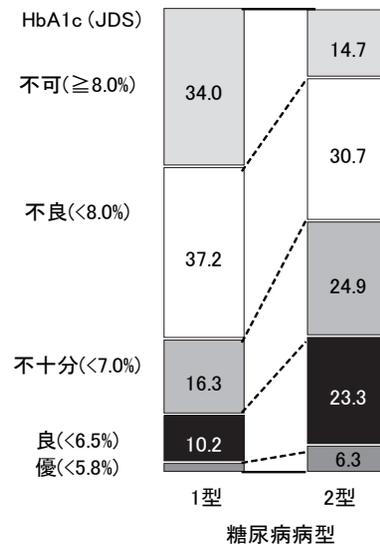


図7. 福岡県糖尿病患者データベース研究における血糖コントロール状況

## アジアの糖尿病対策とグローバルヘルス

糖尿病は感染症と異なり直ちに死に至ったり、伝染したりする疾患ではないため、エイズや結核など国民の生命に直結する疾患への対策で手一杯の国も多い。しかし、糖尿病の治療の困難さを考えた場合、合併症が蔓延する前に早期発見・早期治療と発症予防の方策を開始しないと大変なことになる。アジア人は肥満への抵抗力が弱く、肥満の予防が他の人種よりも重要である。また、糖尿病の病態が異なっており、治療においても、インスリン分泌を改善するインクレチン関連薬の有効性が他の人種よりも高い。このようなアジアの糖尿病の特殊性に鑑み、2009年にアジア糖尿病学会 (Asian Association for the Study of Diabetes) が設立された。この地域には糖尿病の頻度が著しく高い太平洋諸国や経済発展に伴い糖尿病が急増している中国やインドを含んでいる。同じアジアであっても、食事・運動・飲酒などの生活習慣や遺伝的背景がそれぞれ異なるので、日本の糖尿病診療のやり方がそのまま通用するわけではないが、我が国の糖尿病対策が一つのロールモデルと成り得る可能性はある。さらに、アジア諸国を念頭においた糖尿病研究 (疫学調査を含む) や診療レベル向上への努力が糖尿病のグローバルヘルスに役立つものと考えられる。

【特別寄稿】

# 韓国の高齢者長期療養保健制度

愼 有仙

釜山カトリック看護大学校 教授

<キーワード>

高齢者、長期療養、保険

## 1. 高齢者長期保険制度の導入背景と必要性

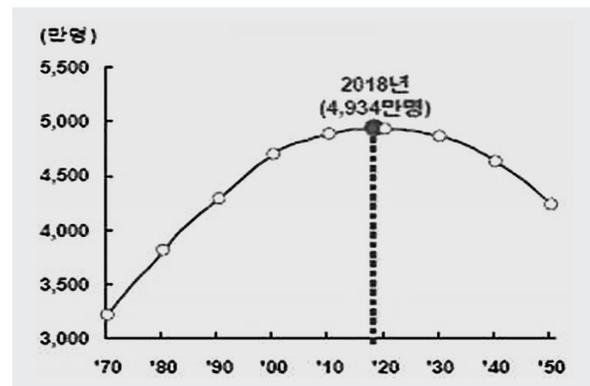
### 1) 予想される人口の変化

1960年代以後、医学技術の発展、生活水準の向上、公衆衛生の改善等で、死亡率が大きく下落し、寿命は継続的に延長される一方で、持続的な出生率の減少傾向にあり、高齢者の数だけでなく老年人口の比率も大きく増加している。

統計庁の将来の人口推計によれば<sup>1)</sup>、韓国は2000年65歳以上の人口は7.2%で、すでに高齢化社会に近寄った。2018年は老年人口が14.3%で高齢社会に進入することと同時にこれを境に総人口数は減少する見通しである(表1-1、図1-1)。

合計出生率は1970年は4.53だったが、毎年減

少しており1983年には2.08で、人口水準2.1に近かったが、その後2005年には1.08で最も低い値であった(表1-1、図1-2)。



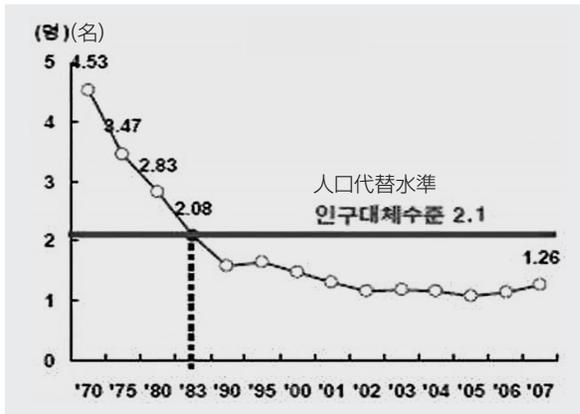
出典：統計庁(2006.12) 将来人口推計

図1-1. 人口推移

表1-1. 総人口及び人口構図推移

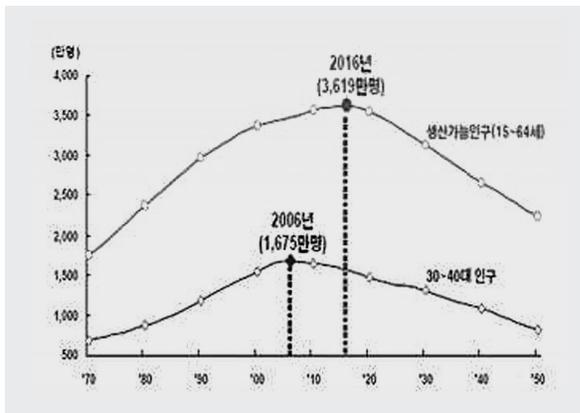
西暦	1970	1980	1990	2000	2005	2006	2010	2020	2030	2040	2050
総人口 (千名)	32,241	38,124	24,869	47,008	48,138	48,297	48,875	49,326	48,365	46,343	42,343
0 ~ 14 歳 (%) (A)	42.5	34.0	25.6	21.1	19.2	18.6	16.2	12.4	11.4	10.3	8.9
15 ~ 64 歳 (%) (B)	54.4	62.2	69.3	71.7	71.7	71.9	72.9	72.0	64.4	57.2	53.0
65 歳以上 (%) (C)	3.1	3.8	5.1	7.2	9.1	9.5	11.0	15.6	24.3	32.5	38.2
老年人口指数 (C / B × 100)	5.7	6.1	7.4	10.1	12.6	13.2	15.0	21.7	37.7	56.7	72.0
老年化指数 (C / A × 100)	7.2	11.2	20.0	34.4	47.3	50.9	67.7	125.9	213.8	314.8	429.3
寿命: 男	58.7	61.8	67.3	72.3	75.1	75.6	76.1	78.0	79.8	81.4	82.0
寿命: 女	65.6	70.0	75.5	79.6	81.9	82.4	82.9	84.7	86.3	87.7	88.9
合計出生率	4.5	2.8	1.6	1.47	1.08	1.13	1.15	1.20	1.28	1.28	1.28

出典：統計庁(2006.12) 将来人口推計



※合計出生率：女性一人が妊娠可能な期間(15～49歳)に予想される出生児数  
出典：統計庁(2006.12) 将来人口推計

図1-2. 合計出生率

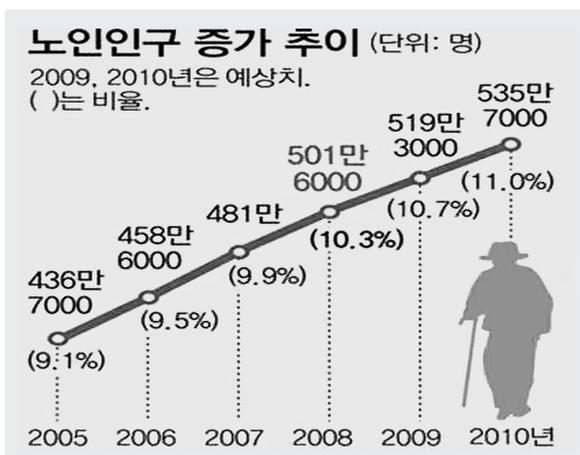


出典：統計庁(2006.12) 将来人口推計

図1-3. 生産人口推移

生産人口(15-64歳)は2016年から減少すると推定され、40～50代の労働力の主軸人口は2006年から減少しはじめた(図1-3)。

老年人口の増加推移を見れば2005年約4,367,000名で、9.1%から毎年0.4%ずつ増加



出典：統計庁(2006.12) 将来人口推計

図1-4. 老年人口増加推移

し、2008年には約5,016,000名で10.3%、2010年約5,357,000名で11%と推定される。

## 2) 高齢化社会と社会問題

### (1) 人口高齢化と要介護の増加

わが国の65歳以上の老人人口の変化推移を見ると、2000年過ぎてから老人人口の構成比率が急速に増加し、2020年には先進国の水準に至るようになる。表1-2で見るとわが国は現在世界で最も早く高齢化社会に進入すると同時に<sup>2)</sup>、65歳以上の老年人口は2005年に436万人だったが、2020年には770万人になり、その後もっと早いスピードで増加し、2030年には2005年の2.7倍の1,181万人と予測される。

表1-2. 人口高齢化速度の国際比較 (単位:年)

	高齢化→高齢		高齢→超高齢		高齢化→超高齢	
	(7%)	(14%)	(14%)	(20%)	(7%)	(20%)
韓国	18	8	26	<2026>		
ドイツ	40	37	77	<2009>		
フランス	115	39	154	<2018>		
米国	73	21	94	<2036>		
日本	24	12	36	<2006>		

※<>は超高齢社会 到達年度

出典：UN(2005) 'The Sex and Age Distribution of World Population'; 日本国立社会保障人口問題研究所 人口統計資料集

表1-3. 老年年齢別の人口増加 (単位:千人、倍数)

	2005	2010	2015	2020	2025	2030
65歳以上人口	4,367 (1.00)	5,357 (1.23)	6,381 (1.47)	7,701 (1.77)	9,768 (2.24)	11,811 (2.71)
65～74歳	2,929 (1.00)	3,338 (1.14)	3,725 (1.28)	4,489 (1.54)	5,944 (2.03)	7,106 (2.43)
75～84歳	1,197 (1.00)	1,646 (1.38)	2,122 (1.78)	2,442 (2.04)	2,796 (2.34)	3,464 (2.90)
85歳以上	241 (1.00)	373 (1.55)	533 (2.22)	770 (3.20)	1,027 (4.27)	1,240 (5.15)

出典：統計庁, 2006.12 将来人口推計

後期高齢者(75～85歳)も2005年に比べて2003年には2.9倍、超高齢者(85歳以上)も2005年に比べて5.1倍になる見込みである(表1-3)。

このように高齢者の絶対数が増加するのは加齢と関連して沢山の高齢者問題を増加させる深刻性をもたらしている。急激な老年人口の増加は結局高齢者ケアの問題に至るが、このように老年人口の急増と共に認知症、脳卒中などケアの必要な

表1-4. 認知症老人の数と率 (単位:千人)

区分	年度			
	2000	2007	2010	2020
65歳以上の老人人口	3,395	4,810	5,357	7,701
認知症老人	282	399	461	693
認知症率(%)	8.3	8.3	8.6	9.0

出典：保健福祉部老人政策チーム 2007.9.21 認知症の日報道の日資料

老人が増加する一方である<sup>3)</sup>。認知症も2000年8.3%から2020年には9.0%に増加すると予測される(表1-4)。

## (2) 家族扶養の限界

老年人口の増加は高齢者扶養に対する社会的な負担を増加させるだけではなく、欧米社会とは違って相変わらず成人の子供が老父母の扶養の中心的な役割を担当する。韓国の場合、老年人口の増加は家族次元からの扶養負担が大きくなることを意味する。

過去には高齢者を家庭でケアしたが、女性の経済活動参加及び社会活動参加が増加することによって家庭での高齢者ケアがもっと難しくなっていく。昔から普遍的な価値と規範的原理によって父母を扶養する行為が道徳的で親社会的な行為として老父母を扶養するのが子供の義務だと思われてきた。

しかし、このような認識は急速に薄れてきており、子供による高齢者の扶養は結局限界があることを意味する<sup>4)</sup>。

高齢者ケアの限界は高齢者の虐待にもつながるが、保健福祉部中央老人保護専門機関の「全国高齢者虐待現況報告書(2006年)(表1-5)」のように、虐待行為者と被害高齢者(被害をうける高齢者)との関係を見ると親族が93.2%の絶対多数であることがわかる。これは高齢者の虐待が子供の扶養ストレスと経済負担、そして高齢者の身体、精神障害とストレスが複合的に作用、発生することがわかる<sup>5)</sup>。

また、高齢者ケアで大きな比重を占める認知症

高齢者のケアによる負担は、家族、特にケアの主な責任を担う家族の人の精神的、身体的健康悪化、自由時間や社会活動に対する支障、役割への葛藤、高齢者及び高齢者以外の家族との関係の悪化、経済面での問題等いろいろな側面から現れることがわかる<sup>6)</sup>。

昔からの家族文化が変化し、家族が高齢者を扶養することが難しくなっていて、高齢者を保護する家族のケア負担が大きくなることによって、高齢者に対する社会での保護サービスの必要性は増している。家族によるケアの放棄はすぐ国家負担の増加につながるの、国の立場から見ると、ケアする者が疲れないように適切な社会的サービスを提供するのは、ケア対象の高齢者の保護と主なケア者の健康維持は、長期的な面から見ると国の負担を減すことになる。多くの先進国で家族のケアをする者を支えるサービスを積極的に施行する理由がここにある。

## 3) 高齢者の医療費の増加

人口高齢化は年金、医療、福祉、住宅等社会保障はもちろん、経済、社会全般に渡って広範囲の影響と問題に広がる。

このような人口高齢化による認知症、脳血管疾患等慢性疾患など医療費増加の推勢は、高齢者だけではなく、個人と家族に大きな負担になるし、これからは医療費の負担はもっと大きくなるであろう。

このような医療費の負担は表1-6でわかるように確認できるが、急速に進行している社会高齢化によって高齢者の医療費も増えている。2007年12月老人の人口は4,387千人で、健康保険人口の9.2%を占めていて、高齢者の診療費は2007年年間9兆1,188億ウォンであった。

2000年高齢者ひとり当たり月平均診療費は62,258ウォンだったが、2007年には月平均173,217ウォンで2.8倍以上増加した<sup>7)</sup>。このような高齢者の医療費用の増加は急性疾患のため、国民健康保険財政を悪化させる要因になる。高齢者の医療費用を節約できる代案として予防事業や、また病院での長期入院より効率的で効果的な

表1-5. 虐待行為者と被害高齢者(虐待をうける高齢者)との関係

(単位:人、%)

区分	本人	親族							親族以外	機関	計
		配偶者	息子	嫁	娘	婿	孫	親類			
人数	23 (1.0)	156 (6.5)	1,237 (51.2)	466 (19.3)	283 (11.7)	25 (1.0)	45 (1.9)	38 (1.6)	75 (3.1)	70 (2.9)	2,418 (100.0)

出典：保健福祉部中央高齢者保護専門機関 2006、全国高齢者虐待現況報告書

表1-6. 老年人口及び診療費の推移

区分	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
人口(千名)	45,896	46,379	46,659	47,103	47,372	47,392	47,410	47,820
老人人口(千名)	3,019	3,216	3,345	3,541	3,748	3,919	4,073	4,387
比率(%)	6.6	6.9	7.2	7.5	7.9	8.3	8.6	9.17
老人総診療費(億ウォン)	22,555	31,627	36,357	44,008	51,364	60,731	73,504	91,180
老人月診療費(1人当たり、ウォン)	62,258	81,952	90,575	103,568	114,203	129,124	150,400	173,217

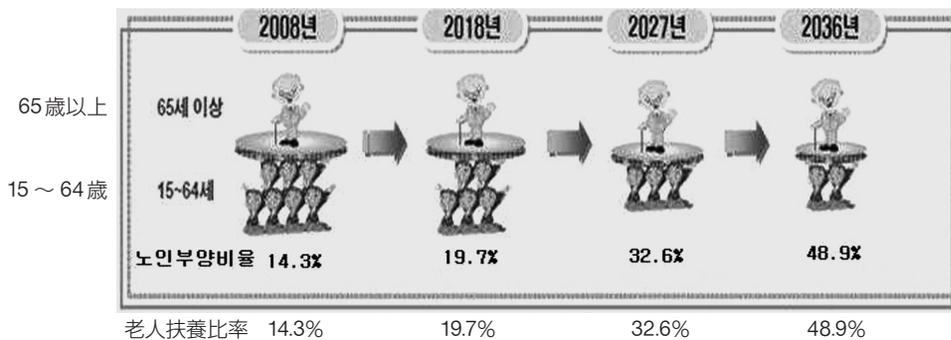
出典：国民健康保険公団、2007、健康保険主要統計

表1-7. 社会保険料負担に対する認識(健康保険)

(単位:%)

年齢	項目	計	負担になる	とても	若干	普通	負担にならない	あまり	まったく
15～29		100	60.9	16.7	44.2	3.5	4.1	3.3	0.8
30～39		100	70.6	24.1	46.5	26.5	2.9	2.6	0.2
40～49		100	73.6	26.6	47	23.6	2.8	2.4	0.4
50～59		100	70	24.9	45.1	25.9	4.1	3.3	0.7
60歳以上		100	68.1	26.2	41.9	24.3	7.6	6.1	1.5
65歳以上		100	70.1	29.2	40.9	21.7	8.2	6.4	1.8

出典：統計庁、2007、社会統計調査報告書



出典：統計庁、2006.12 将来人口推計

図1-5. 高齢者扶養費の推移

サービス方案で、在宅福祉サービス療法施設サービスの体系的な長期療養保護政策が必要である<sup>8)</sup>。

#### 4) 高齢化による個人と国家負担の増加

高齢者療養保護は長期間のサービスを必要とする特性を持っているので、その費用もかかるようになる。また、少子化でケアする側の数も減り、家族扶養機能の弱化によって、費用の負担を家族間で解決しにくくなった。よって、このような高齢者長期療養保護サービスの費用を社会が連帯して調達する必要がある。

韓国の場合は、急速な出産数の減少による高齢化の速度だけではなく、高齢者に対する家族による扶養が社会の扶養に移転されながら、社会の負

担はより早く増加している<sup>9)</sup>。

統計庁が2007年に発表した社会統計調査報告書によれば、社会保険料負担に対する認識から“負担になる”の比率が全年齢層の60.9%～73.6%に至っている実情である<sup>10)</sup>(表1-7)。

#### 5) 世代間の葛藤

低出産高齢化による生産可能人口は減少し、被扶養高齢者人口が急増することによって、生産可能人口による高齢者扶養は大きく増加する。2008年には生産可能人口7名が高齢者1名を扶養したが、2018年には5名が1名を、2027年には2名が1名を、2036年には2名が1名を扶養することになるので、高齢者扶養費の負担が急速に

増えることになる(図1-5)。

勤労者の減少及び老年人口の増加による国民負担増加現状はOECD国の中で一番速い速度で増加している(表1-2)。老後、所得保障制度において負担の平衡性とこれによる給与の適正性が確保されていないければ、後世代に過重な負担がかかることになるし、世代間の葛藤による不安定性が持続可能な制度としての存立が危ぶまれる憂慮がある<sup>11)</sup>。

## 2. 韓国の高齢者長期療養保険制度

### 1) 高齢者長期療養保険法の基本理念

①高齢や認知症、脳血管疾患等老人性疾病で日常生活を一人でやっていくのが難しい高齢者の健康増進及び生活安定を図る、自立の支援家族の負担を軽減させるための社会システム確立、②療養保護の必要なすべての高齢者を包括できる普遍的な体系、③長期療養給与の権利、選択が保障される“利用者中心”のサービス体系、④社会の連携による長期療養給与費用の確保体系、⑤家庭で長期療養を受ける”在家給与の優先”及び予防事業並行推進体系、⑥高齢者の心身状態、生活環境と欲求、選択を総合的に考慮し適正に長期療養給与を提供する体系、⑦高齢者の心身状態や健康などが悪化しないように医療サービスと連携し、長期療養給与を提供する体系等を基本理念としている<sup>12)</sup>。

### 2) 高齢者長期療養保険適用対象

普遍主義の原則によって全国民を対象としている。社会保険方式によって保険加入者は国民健康保険の加入者と同じで、長期療養給与を受ける者は、“65歳以上の高齢者または65歳未満の国民の中で、認知症、脳血管性疾患など高齢者に特有な疾病を持つもので、6ヶ月以上1人で日常生活を営みにくいと認められた場合、心身状態及び長期療養の必要な程度など、大統領で定めた等級基準によって判定を受けた者”とする。

医療給与法による医療給与受給権者(国民基礎生活保障受給者含む)も、この法の適用対象になる<sup>13)</sup>。

### 3) 療養給与の種類と内容

(1) 施設給与：長期療養機関(高齢者療養施設、高齢者療養共同生活家庭)が運用する老人福祉法第34条の規定による高齢者医療福祉施設(高齢者専門病院除外)などに長期間入所

して、身体活動支援及び心身機能の維持・向上のための教育・訓練などを提供する長期療養給与

#### (2) 在宅給与

- ①訪問療養：長期療養機関所属の長期療養要員が受給者の家を訪問して、身体活動及び家事などを支援する長期療養給与
- ②訪問沐浴：長期療養機関所属の長期療養要員が、沐浴設備のある装置を利用し受給者の家を訪問して沐浴を提供する長期療養給与
- ③訪問看護：長期療養機関所属の看護師など長期療養要員が、医師、漢方医、または歯科医の指示書(訪問看護指示書)によって受給者の家を訪問し、看護、診療の補助または療養に関する相談、または口腔衛生などを提供する長期療養給与
- ④昼・夜間保護：受給者を1日の一定の時間、中期療養機関で保護し、身体活動支援及び心身機能の維持、向上のための教育・訓練などを提供する長期療養給与
- ⑤短期保護：受給者を保護福祉部令が定めた範囲の中で、一定期間、長期療養機関に保護し、身体活動の支援及び心身機能の維持、向上のための教育・訓練などを提供する長期療養給与
- ⑥その他、在宅給与：福祉用具を提供したり、家を訪問してリハビリに関する支援などを提供する長期療養給与で、大統領令が定めたもの

#### (3) 特別現金給与

- ①家族療養費：下記のどちらか一つに該当する受給者がケア者から在家給与の種類の中で、訪問療養に相当する長期療養給与を受けた場合には大統領令で定めた基準によって当該受給者に支給する家族長期療養給与
  - 島々・僻地など長期機関が著しく不足な地域で、長官が定めた地域に居住する者
  - 身体・精神また性格など大統領令で定めた事由によって、家族などから長期療養を受ける者
  - 天災地変、またそのような事由によって長期療養機関が提供する長期

療養給与を利用しにくいと長官が認める者

②療養病院看病費：受給者が老人福祉法による老人専門病院または医療法による療養病院に入院した時、大統領令で定めた基準によって、長期療養に使われる費用の一部を支給する療養病院長期療養給与

③特例療養費：受給者が長期療養機関ではない高齢者療養施設などの機関または施設で在家給与または施設給与に相当する長期療養給与を受ける場合、大統領令で定めた基準によって当該長期療養給与費用の一部を当該受給者に支給する特例長期療養給与<sup>14)</sup>

#### 4) 長期療養保険運営の体系

図2-1の長期療養保険の運営体系を見れば、まず受給者の長期療養保険加入者は、健康保険公団に保険料を納付し、必要時療養評価判定申請をする。健康保険公団評価判定委員会で療養評価判定をし、評価等級を通報し、必要なサービス種類及び限度額を通報する。受給者は長期療養サービス事業者にサービス申請及び契約し、サービスによる本人負担額を納付して、長期療養サービス事業者は家庭訪問及び施設入所サービスを提供する。長期療養サービス事業者は、市、郡、区に設立申告をし、保健福祉部、市道、市郡区から指導監督

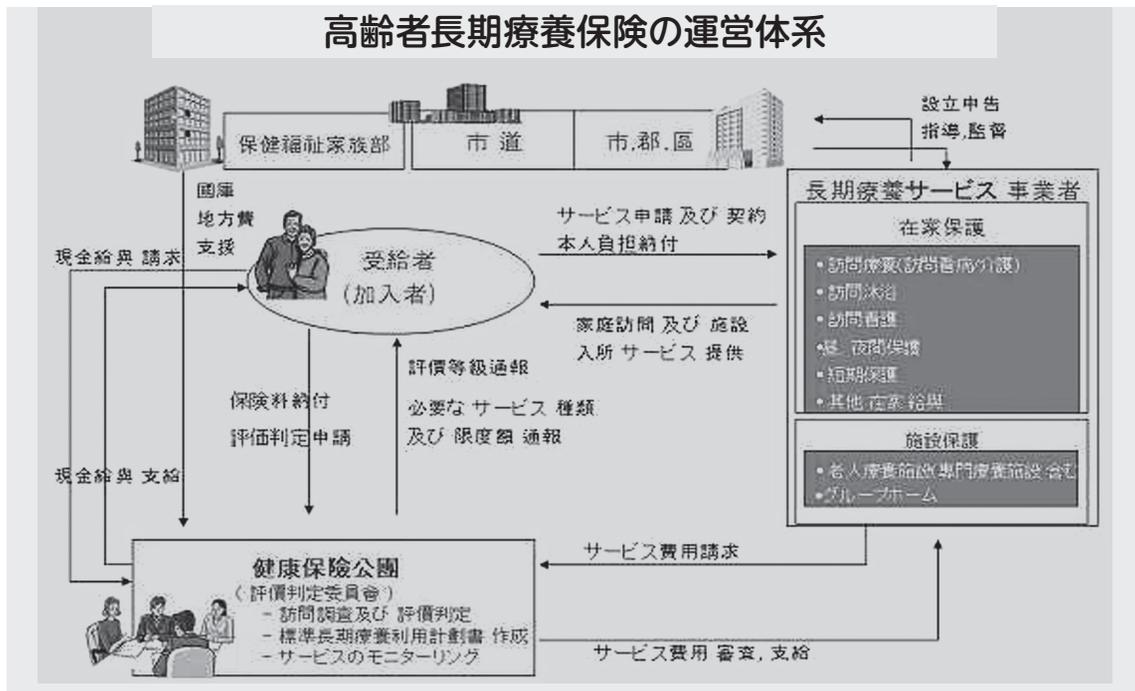
督を受ける。長期療養サービス事業者はサービス費用請求を健康保険公団にする。健康保険公団は受給者の療養評価判定と標準長期療養利用計画書を作成し、サービスモニタリングをして、長期療養サービス事業者にサービス費用審査及び支給をする。健康保険公団は国庫、地方費の支援を受けながら、受給者が現金給与を請求すれば審査し現金給与を行う<sup>15)</sup>。

#### 5) 高齢者老人長期療養保険制度の主要人力と業務領域及び資格

高齢者長期療養保険制度の主要人力と業務領域及び資格を表2-1に示す<sup>16)</sup>。

### 3. 高齢者長期療養保険制度導入による展望と課題

高齢者長期療養保険制度導入による展望を見ると、非専門的な家族のケアまたは放置から離れて高齢者には専門的で体系的な療養サービスを提供して高齢者の生の質が向上され高齢者の社会的入院が減って急性期病床から療養病院、療養施設へと療養サービスの体系が変われば老人医療費の使用が効率化になる。家族には長期間老人療養看護による肉体的、精神的、経済的負担が減少できる。また、地域社会側面からは女性などケア人の経済活動が増加し、社会サービスの仕事が拡大され、



出典：イ・カンジェ、高齢者長期療養保険制度の理解(利害)、1、153、ソウル共同体、韓国、2007

図2-1. 高齢者長期療養保険の運営体系

表2-1. 高齢者長期療養保険制度の主要人力と業務領域及び資格

区分	サービス領域	資格
療養保護士 (老人福祉法)	・1級：入所施設■昼夜間保護■短期保護■訪問療法の身体活動及び日常生活支援、訪問入浴 ・2級：訪問療養の日常生活支援	療養保護士 資格認定教育履修者(240h) *社会福祉士、看護師、看護助務士、物理治療士が所定の教育履修後療養保護士の資格が取得できる(50h)
看護師 (医療法)	・訪問調査および評価判定・療養利用計画書作成 ・訪問看護、入所施設、昼夜間保護、短期保護 *訪問看護は2年以上の経験者に限る	登録看護師(教育期間3～4年) *類似職種で3年以上の経験者は施設長になることができる
看護助務士 (医療法)	・訪問看護、入所施設、昼夜間保護、短期保護 ・訪問看護は3年以上の経歴と所定の教育履修者に限る	登録助務士(教育期間1年) *療養保護士資格取得後、職歴3年以上であれば施設長になることができる
歯科衛生士	訪問歯科看護(歯科衛生業務)	歯科衛生士(教育期間3～4年)
社会福祉士 (社会福祉法)	・訪問調査および評価判定・療養利用計画書作成 療養保護士業務及び施設長	法的社会福祉士 *類似職種で3年以上の経験者は施設長になることができる

出典：イ・クァンジェ、高齢者老人長期療養保険制度の理解(利害)、139-144、ソウル、共同体、韓国、2007

増加し福祉用具及びリハビリ用品などの高齢親化事業によって、地域経済の活性化になる<sup>17)</sup>。

高齢者長期療養保険制度がしっかり整うためには、続けて増える財政に対して安定的な財源確保が必須で、現在1～3級には給与されるが、これからは高齢者長期療養保護が必要な全国民に提供されなければならない。また、試行錯誤を重ねて施設及びインフラの拡充も療養サービスの質の改善と認知症の高齢者に対する体系的、総合的管理及び保健・医療・福祉サービスの総合も考慮しなければならない。

「始まりが半分だ」という韓国の諺のように、わが国も老人福祉国家に進入する関門に立つようになった。

## 出典

- 1) 統計庁, 将来人口推計、2006.12
- 2) UN (2005) 'The Sex and Age Distribution of World Population': 日本国立社会保障人口問題研究所 人口統計資料集
- 3) 保健福祉部老人政策チーム 2007.9.21 認知症の日報道の日資料
- 4) ワン・ヒョクチョン;'高齢者長期療養保険制度の成功的導入方案に関する研究'ソウル市立大学校都市科学大学院修士学位論文、17,2008
- 5) 保健福祉部中央高齢者保護専門機関 全国高齢者虐待現況報告書 2006
- 6) キム・ヨンオ他、家族福祉では、52, 坡州(パジュ)、ナ・ナム出版、韓国、2005
- 7) 国民健康保険公団、健康保険主要統計、2007
- 8) ワン・ヒョクチョン;'高齢者長期療養保険制度の成功的導入方案に関する研究'ソウル市立大学校都市科学大学院修士学位論文、20,2008
- 9) ワン・ヒョクチョン;'高齢者長期療養保険制度の成功的導入方案に関する研究'ソウル市立大学校都市科学大学院修士学位論文、21,2008
- 10) 統計庁、社会統計調査報告書、2007
- 11) ワン・ヒョクチョン、'高齢者長期療養保険制度の成功的導入方案に関する研究'ソウル市立大学校都市科学大学院修士学位論文、22-23,2008
- 12) イ・クァンジェ、高齢者長期療養保険制度の理解(利害)、1、105、ソウル、共同体、韓国、2007
- 13) イ・クァンジェ、高齢者長期療養保険制度の理解(利害)、1、109-110、ソウル、共同体、韓国、2007
- 14) イ・クァンジェ、高齢者長期療養保険制度の理解(利害)、1、116、ソウル、共同体、韓国、2007
- 15) イ・クァンジェ、高齢者長期療養保険制度の理解(利害)、1、153、ソウル共同体、韓国、2007
- 16) イ・クァンジェ、高齢者長期療養保険制度の理解(利害)、1、139-144、ソウル、共同体、韓国、2007
- 17) イ・クァンジェ、高齢者長期療養保険制度の理解(利害)、1、155-156、ソウル、共同体、韓国、2007



【特別寄稿】

# 心理学と看護学がクロスオーバーする患者へのケアの開発

安藤満代

聖マリア学院大学

<キーワード>

心理学、看護学、介入研究

## はじめに

今回、各教員の研究を紹介するという企画があり、私も参加することとなった。私の研究は、患者やスタッフを対象とした心理学的研究であり、心理学と看護学を橋渡しする研究ともいえる。本稿では、長年携わった「回想法」に関する研究、心理療法として現在も行っている「マインドフルネス」に関する研究、そして、「精神障害者に必要とされる支援」に関する研究の3つを取り上げ、私の研究を紹介する。

## 人生を回想する回想法に関する研究

回想法は、アメリカの精神科医 Butler<sup>1)</sup>が、高齢者の回想が心理社会的側面への一つの介入として有効であることを提唱したことが回想法の始まりとされる。回想法を大きく大別すると、「回想法」と「ライフレビュー」があり、その区別については未だ定まっていない。一般に、「回想法」は非構造的で、その時間を楽しむというレクリエーションの要素が大きく、思い出の肯定的な面について話題にすることが多い。一方、ライフレビューは、個別に面接し、良かった思い出も、悪かった思い出の両方を回想し、現在の視点から、それらを評価していく。終末期の患者にとっては、レクリエーションの要素は心理面の支援とならず、構造的で、心痛のする思い出も人生の一部として考えられ、それをも含めた自分の人生を満足できるものにすることを目的として、聞き手は意図的に行う

ことが必要であるので、介入としては回想法よりもライフレビューの方が効果的と考えられる。高齢者を対象とした研究は多いが、終末期の患者を対象とした研究は少ない。

また、終末期の患者のなかには、自由に動くことができず、他者から多くの介護を受けなければならない他にも、さまざまな症状によって苦痛を感じるような場合、人生の意味、自己の存在の意味、といった心理—実存的苦悩(スピリチュアルペイン)を経験している方も多い。このような苦悩に対して、ライフレビューをするなかで、家族や他者とのつながりを確認したり、子どもや孫といった次の世代に自分の子孫が残っていくという永遠の時間性を感じたりことによって、自分の人生が意味あるものだと感じることで、苦悩を和らげると考えられる。

そこで、我々は、終末期の患者を対象として回想法を実施した。最初に発達段階的に人生を回想する構造的ライフレビューを実施したところ、心理面への効果はみられたが<sup>2)</sup>、4回の面接では患者が最後まで完結できなかったため、2回の面接で終了する短期回想法を作成した。対照群を設定しない前後比較試験においても<sup>3)</sup>、対照群を設定した無作為化比較試験でも効果が見られた<sup>4)</sup>。さらにこれは、ベッド上の生活になっている患者にも適用して効果がみられており、適用可能性が高いと考えられる<sup>5)</sup>。そして、構造的ライフレビューと短期回想法の比較検討を行った総説<sup>6)</sup>もあり、求める効果によって、使い分けができると考えられる。現在、遺族に対しても回想法を実施<sup>7)</sup>、Bereavement Life Reviewと呼んで現在も継続

している。

## がん患者を対象とした心理療法としてのマインドフルネスに関する研究

がんは日本人の死因の第一であり、脅威のある疾患である。また、医療の発達によって、長期間にわたる療養生活をする人が多い。このような療養期間において、患者は病気の中から肯定的な意味を見出し、治療に向かうことがある。このような病気から肯定的な意味を見出すことは Benefit Finding と呼ばれ、海外では多数の研究が実施されていた。しかし、日本では、それを測定する尺度も存在していなかった。そこで、我々は、日本版の Benefit Finding Scale を開発した<sup>8)</sup>。今後、Benefit finding と生活の質 (QOL) との関連についても調べていく予定である。

さらに、心理的ケアとして、近年、その効果が示されている認知行動療法において、注意を自分の身体や心に深く向ける、瞑想やヨガを中心としたマインドフルネス (Mindfulness) が注目されている。マインドフルネスを用いたストレス低減マインドフルネスプログラム (stress reduction mindfulness program) がジョン・カバットジン<sup>9)</sup>によって開発され、抑うつ感の低減や、がん患者の不安の低減などに効果が示されている。我々は、これら先行研究を参考にして、文部科学省科学研究費を受けて、瞑想を取り入れたサイクリックメディテーションプログラムを開発した。治療中のがん患者の抑うつ感や不安の低減に有効であることを示した<sup>10)</sup>。また、実践したがん患者の感想についても質的にまとめた<sup>11)</sup>。現在、健康な大学生を対象として、心理指標と生理学的指標の両方を用いてマインドフルネスを実施したところ、より健康が障害されている方にこの療法の効果が見られていたので、さらに研究を発展させる予定である。

## 精神看護に関する研究

精神障がい者のなかには、病状によっては入院治療を行うため、地域や社会から離れることがある。また、病気の性質上、療養期間が長期にわたり、人生での生き方を再構築する必要もある。このような精神障がい者の生きる意味感、目的感、心の穏やかさは、どのようなものか、どのようなケア、支援が必要とされているのかを調べるた

めに、我々は、患者に対するインタビュー調査を行った<sup>12)</sup>。その結果、人生の意味感を感じている精神障がい者の方のインタビュー内容からは、「病気への肯定的認知と人生の受容」「満足感のある生活」「病気の原因探索と対策」「過去の振り返り」などが抽出された。一方、意味感をあまり感じていない障がい者の方は、「家族への負担感」「つらい病気の症状や治療」「社会的な不利」「人生の再構築」などが抽出されていた。これらから、「家族への負担感」などは看護においても介入できる可能性があり、「社会的な不利」についても正しい精神障がい者理解の啓発活動などで介入が可能かもしれない。精神障がい者の正しい理解を促すためのプログラムも今後、開発していきたいと考える。

## 文献

- 1) Butler R.: The life review; An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*. 26:65-76, 1963
- 2) Ando M, Tsuda A, Morita T.: A preliminary study of life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Supportive care Cancer*. 15:225-231, 2006
- 3) Ando M, Morita T, Okamoto T, Ninosaka Y. One week Short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*.17: 885-890, 2009
- 4) Ando M, Morita T, Akechi, et al.: Efficacy of Short-Term Life Review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. 39:993-1002, 2010
- 5) Ando M, Morita T, Akechi T. Factors in the Short-term life review that affect spiritual well-being in terminally ill cancer patients. *Journal of Hospice and palliative nursing*, 5:1-7, 2010.
- 6) Ando M, Morita T.: Efficacy of life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Health*, in press.
- 7) Ando M, Morita T, Miyashita M, et al.:

- Effects of Bereavement Life Review Therapy on spiritual well-being and depression. *Journal of Pain and Symptom Management*. in press
- 8) Ando, Morita T, Hirai K.: Development of Japanese Benefit Finding Scale for patient with cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. In press
- 9) Kabat-Zin J: Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delacourt, 1990.
- 10) Ando M, Morita T, Akechi T et al. : The efficacy of Mindfulness-Based Meditation therapy on anxiety, depression, and spirituality in Japanese patients with cancer. *Journal of Palliative Medicine*. In Press
- 11) Ando M, Morita T, Akechi T.: A qualitative study of mindfulness-based meditation therapy in Japanese cancer patients. *Supportive Care Cancer*, in press.
- 12) 安藤満代、谷多江子、川野雅資： 精神障害者のスピリチャリティ、気分および病気の意味. *日本看護研究学会誌*、印刷中



【原著】

# がんの免疫温熱化学療法 (ハイパーサーミア) を受けている患者の心理状態と主観的健康感との関連

久木原博子、安藤満代、林田 繁\*

聖マリア学院大学、\*内藤病院

<キーワード>

がん、温熱療法、スピリチュアリティ、抑うつ

## 要旨

本研究の目的は、がんの免疫温熱化学療法を受けている患者の心理状態と身体状態 (主観的健康感) との関連について検討することであった。施設において免疫温熱化学療法を受けている患者 10 名を対象に、臨床心理士が個別に 1 回、約 1 時間程度の面接調査を行った。心理状態の評価を Spirituality 尺度と抑うつ感尺度で評価し、身体状態を主観的な健康感を点数化して評価した。研究は施設の倫理審査委員会の承認を得て行った。結果は、「Spirituality」と「主観的健康感」とは正の相関 ( $r=0.72, p=0.018$ ) があり、「抑うつ感」と「主観的健康感」とは負の相関 ( $r=-0.75, p=0.012$ ) があつた。また、「Spirituality」と「抑うつ感」とは負の相関 ( $r=-0.63, p=0.05$ ) があつた。すなわち、心理状態 (Spirituality と抑うつ) と身体状態 (主観的健康感) は関連していた。今回の結果から、免疫温熱化学療法を受けているがん患者の心理介入の必要性が示唆された。

## 1. はじめに

悪性新生物 (がん) は、我が国の 40~80 歳代の死因のトップを占め (厚生省統計局 2008)、この疾患の治療法の研究・開発は医療の最大の関心事であり、この疾患をもつ患者のケアは看護の重要課題である。がんの免疫温熱化学療法 (以下、温熱療法という) は、がん細胞が温熱に弱いという性質を利用して開発された治療法で、化学療法や放射線療法との併用も可能な、副作用が比較的小さい治療法である。近年、この温熱療法が、患者自身の抗腫瘍免疫機能を高め<sup>1)</sup>、がん治療の効果を高めることが報告され、1996 年 4 月の健康保険法改定により温熱療法の一部保険適応が認められるようになった。また、温熱療法は人体に備わった自然な鎮痛剤といわれているエンドルフィンが脳から出ることにより寄与していることも報告され<sup>2)</sup>、がん患者の QOL の側面からも有効性が高

い治療法であることが期待されている。しかし、認定施設や認定指導医が少ないなどの理由により、温熱療法を受けている患者数は少なく、この治療を受ける患者の心理や病気の捉え方については、ほとんど知られていない。

がんは免疫抑制が関連している病気であり、免疫抑制に心理的なストレスが大きく影響することは周知である。がん患者は、身体的苦痛 (痛み・食欲不振・全身倦怠感等) のみならず、精神的苦痛 (不安や抑うつ等)<sup>3) 4)</sup>、社会的苦痛、人生の意味や生きる目的といったスピリチュアルな苦痛があると報告されている<sup>5)</sup>。そのような苦痛をもつことが多い、がん患者の中で、温熱療法を受けている者の心理状態と身体状態との関連を報告したものはほとんど見当たらない。

温熱療法を受ける患者は、西洋医学で充分効果がみられない人、もしくは、副作用の強い化学療法を選択しなかった人が多い。従って、温熱療法

を受ける人は自らが積極的に治療に参加しようとする人が多いと感じられる。そこで、本研究の目的は、温熱療法を受けているがん患者で、病気を肯定的に捉えている人はスピリチュアリティが高く、抑うつ感は低く、主観的健康感が高いのではないかと予測し、それらの関連性についてのパイロットスタディを行うことであった。

### 用語の定義

Spirituality : Spirituality は 1998 年 の WHO (World Health Organization) において「健康への定義」に追加案として提出された概念であり、がん患者のケア上の重要概念であるといえる。本研究では、Spirituality を比嘉が規定した「何かを求めそれに関係しようとする積極的な心の持ち様と自分自身やある事柄に対する感じまたは思い」<sup>6)</sup>と定義した。

免疫温熱化学療法 (Immuno Thermo Chemotherapy : ITC) : 癌の自然退縮現象が 1866 年に W. Busch により報告されて以来、様々な加温法や、加温部位の研究がされた。B 病院では複数臓器の転移を有する癌患者に全身加温として、免疫賦活剤のピシバニールを静注し、内因性サイトカイン誘発後の生理的体温上昇期 (38.5~40.4 度) に、低用量化学療法を併用している。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象

A 市内の B 病院において温熱療法を受けている患者 10 名 (男性 1 名、女性 9 名、平均年齢; 62.3 ± 8.2 歳) を対象とした。がんの病期はⅢ期またはⅣ期 (国際対がん連合の「TNM 分類」) で、コミュニケーションに支障がない、認知障害がない、面接に耐えうる心身の状態であると医師が判断し、研究の同意が得られた人であった。

### 2. 調査手順

この治療では、患者は治療の前後に 1 週間から 10 日間程度の入院を必要とし、治療終了後に自宅に戻るというサイクルを数回繰り返す。まず、医師が患者を選定して臨床心理士 (研究者) に紹介した。その後、臨床心理士は、温熱療法を受けるために入院した患者の部屋を訪問して個別の面接調査を行った。面接は、調査票 (尺度) の聞き取りと、それに関連する項目について自由に語ってもらうという内容であった。語りの内容は、ノー

トに記録した。面接は一人 1 回であり、平均面接時間は約 1 時間であった。

### 3. 調査尺度

1) Spirituality - Spirituality 評定尺度 (SRS; Spirituality Rating Scale)<sup>6)</sup>

本研究では、比嘉が開発した Spirituality 評定尺度 (SRS) を使用して、「Spirituality」を評価した。この尺度は、比嘉によって信頼性の検討 (Cronbach's alpha=0.82、再検査法—信頼性係数 0.72)、収束的妥当性、弁別的妥当性、併存的妥当性の確認はされている<sup>6)</sup>。この尺度は、自覚、意味感、意欲、深心、価値観の下位概念が含まれた 15 の質問項目から構成され、「まったく思わない、少しは思う、中程度思う、とても思う、非常に思う」の 5 件法 (段階評定) で回答し、各項目の配点を 1~5 点とした尺度である。総合得点は 15 点から 75 点で、得点が高いほど Spirituality が高いと評価する。

2) 抑うつ感 - BDI; Beck Depression Inventory の短縮版

「抑うつ感」の測定は「BDI : Beck Depression Inventory」短縮版を使用した。BDI は Aaron T. Beck によって開発され<sup>7)</sup>、過去 2 週間の抑うつ状態の程度を測定する調査票であり、国内外で広く使用されている。日本語版は小嶋らによって逆翻訳の手順を踏んで信頼性 (Cronbach's alpha=0.87) と妥当性は検証されている<sup>8)</sup>。短縮版は 13 項目から構成され、4 段階の抑うつレベルで回答し、各項目の配点は 0~3 点とした尺度である。オリジナル版 (21 項目) とは高い相関を示し (r=0.96)、信頼性も検証 (Cronbach's alpha=0.89)<sup>9)</sup>されている。総合得点は 0~39 点で、得点が高いほど抑うつ感が強いと評価される。

3) 主観的健康感

最も良い状態を 10 点、最も悪い状態を 1 点とした時の現在の対象者の主観的な健康感を聞き取り、点数で評価した。また、患者の現在の闘病姿勢 (病気に対する思い、とらえ方) を自由に語ってもらい、聞き取った。

### 4. 分析

各尺度の得点間の相関は Spearman の順位相関係数を算出し相互の関連を求めた。有意水準は 5% 未満とした。記述統計、相関係数などの統計学的分析には SPSS (Ver.16.0J) ソフトウェアパッケージを用いた。

## 5. 倫理的配慮

対象者には研究の目的や主旨、結果の公表、辞退の自由を説明し、本人から研究の同意を得た。特に、本研究が、がん患者を対象とし、個人的な心理を聞き取るため、身体的な負担の程度と心理的な反応には十分配慮した。研究は施設の倫理委員会の承認を得て行った。

## Ⅲ. 結果

Spiritualityの得点は $56.1 \pm 10.6$ 点(平均 $\pm$ SD)、範囲は43~73点であった。SRSの52点以上を「高い」、51~36点を「中程度」、35点以下を「低い」と評定されるので、今回の対象者の平均Spiritualityは高いと判断できる。低い者は存在しなかったが、中程度の者は4名いた。「主観的健康感」の得点は $6.7 \pm 1.7$ 、範囲は4~9点であった。「Spirituality」と「主観的健康感」は正の相関( $r=0.72, p=0.018$ )があった(図1)。すなわちSpiritualityの高い者は主観的健康感も高かった。

「抑うつ感」の得点は $3.5 \pm 3.2$ 点、範囲は

0~10点であった。「BDI : Beck Depression Inventory」短縮版のROC曲線のカットオフ値は10以上が「うつ病」と診断されるが<sup>10)</sup>、10名中1名が10点を示し、2名が6点の抑うつ傾向を示した。「抑うつ感」と「主観的健康感」は負の相関( $r=-0.75, p=0.012$ )があった(図2)。すなわち、抑うつ感が高い者は主観的健康感が低かった。

「Spirituality」と「抑うつ感」とは負の相関( $r=-0.63, p=0.05$ )があった(図3)。すなわちSpiritualityの高い者は抑うつ感が低かった。

「病気の捉えかた」については、Spirituality得点の中央値から上を高群、下を低群として、「病気に対する姿勢」と「人生の意味感」を中心に語った内容を研究者2名が協議して、語られた内容を抽出した。その結果、高群では、「自分の力で治す」「自分でいろいろ勉強した」「自分で乗り越える」などと同時に、「散歩をしている」「体操をしている」「ニンジンジュースを飲んでいる」など治療や病気に対する積極的な姿勢がみられた。一方、低群では、「生きる意味や目的はない」「先生に頼っている」「今は目的がない」などの回答がみられた(表1)。

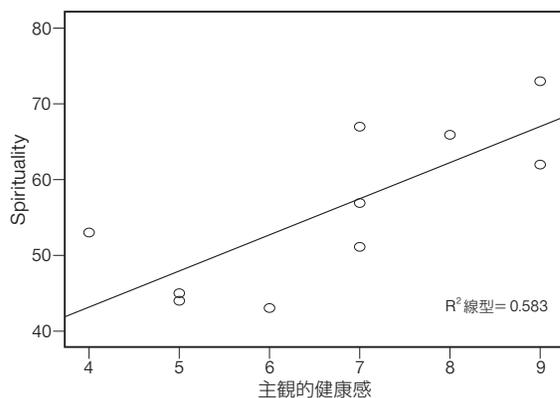


図1. Spiritualityと主観的健康感との関連

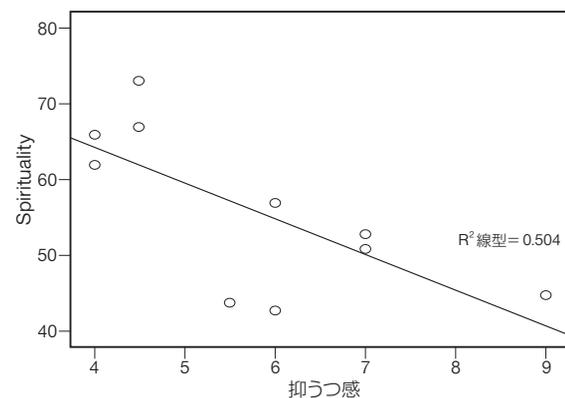


図3. Spiritualityと抑うつ感との関連

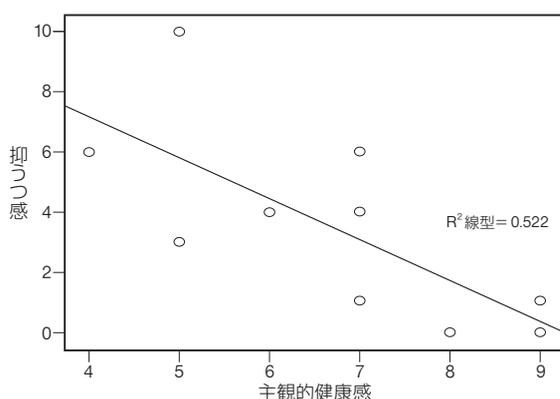


図2. 抑うつ感と主観的健康感との関連

表1. 病気の捉えかた

Spirituality高群	Spirituality低群
・結局は自分でやるしかない	・生きる意味や目的はない
・自分の力で治す	・先生に頼っている
・自分でいろいろ勉強した	・今は目的がない
・自分で乗り越える	
・散歩をしている	
・体操をしている	
・ニンジンジュースを飲んでいる	

## IV. 考察

今回の対象者の抑うつ感の平均は、 $3.5 \pm 3.2$ 点と比較的低い結果であつが、抑うつ感が高い者も3名存在した。がん患者の抑うつ状態の有病率は、がんの種類、病期により異なるが、およそ15~25%と報告されている<sup>11)</sup>。また、抑うつ感のがん患者のQOLに影響を与え、免疫機能の障害にも関係すると言われている<sup>12)</sup>。抑うつ感のがん自体やその治療に関連した痛みや身体機能の低下と関連していることが多く<sup>13)</sup>、今回の結果も主観的健康感と抑うつ感とは負の相関があつた。すなわち抑うつ感が高い者は主観的健康感が低かつたことは先行研究と一致する結果となつた。

「主観的健康感」は「Spirituality」とも有意な負の相関があり、主観的健康感が「抑うつ感」や「Spirituality」といった苦痛とも関連していることが示唆された。Frybackは、HIV / AIDSとがん患者(男性5名、女性10名)に面談し、Spiritualityが身体的健康とwell-beingにとっての重要な構成要素であることを明らかにした<sup>14)</sup>。

Spiritualityは1998年のWHOにおいて「健康の定義」に追加案として提出された概念で、終末期がん患者の約半数にSpiritual painが存在することが示唆されている<sup>15)</sup>。今回の対象者は、平均してSpiritualityが高かつた。局所温熱療法を受けている進行がん患者のQOLを評価した石川らは、治療前後で身体症状の緩和効果には有意差はなかつたものの、がんが進行していたにもかかわらず身体症状の改善傾向がみられ、さらに精神・心理面に有意な良い影響を及ぼしていたと報告した<sup>16)</sup>。比嘉はSRSが52点以上を「Spiritualityが高い」と評定している。今回の対象者のSpiritualityの得点は $56.1 \pm 10.6$ 点(平均 $\pm$ SD)と高かつたことは、温熱療法が副作用や苦痛が少ないことが影響していることも考えられる。しかし、温熱療法がSpiritualityにも良い影響を与えたのかどうかは更なる研究が必要である。

「Spirituality」と「抑うつ感」とは負の相関があつた。すなわち「Spirituality」が高い者は「抑うつ感」が低かつた。いかにえれば、Spiritualityの低い者は抑うつ傾向にあつた。この結果は、抑うつへの心理的介入でSpiritualityが高まると予想されるが、抗うつ剤の服薬などで「抑うつ」が改善されてもSpiritual painの多くは依然として存在することが報告されている<sup>17)</sup>ことから、抑うつ感の高い者への心理的介入と同時にSpiritualityへの心理的介入も必要である。

温熱療法を受けようとする患者は、自らの人生に対して積極的に意味を見つけ、生きる意欲が高く、Spiritualityも概して高かつたが、一方ではそうでない人もいた。今後、温熱療法を受ける患者の心理状態を調べる必要があろう。

## 謝辞

本研究にあたり、参加協力していただいた患者の皆様から感謝いたします。また、協力していただいた実施施設の院長、スタッフの方々から感謝いたします。

この研究は2009年8月に行われた第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会において発表した。

## 文献

- 1) Calderwood SK, Theriault JR, et al.: How is the immune response affected by hyperthermia and heat shock proteins? *Int J Hyperthermia* 21 (8) : 713-716, 2005
- 2) Vescovi PP, Coiro V. et al.: Hyperthermia and endorphins. *Biomed Pharmacother.* 47 (8) : 301-304, 1993
- 3) Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al.: Depression, hopelessness, and the desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA.* 284 : 2907-2911, 2000
- 4) Chochinov HM, Wilson KG, et al.: Desire for death in the terminally ill, a cross-sectional, cohort study. *Am J Psychiatry* 152 : 1185-1191, 1995
- 5) Thong MS, Mols F, et al.: The impact of disease progression on perceived health status and quality of life of long-term cancer survivors. *J Cancer Surviv.* 3 (3) : 164-173, 2009
- 6) 比嘉 勇人: Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討. *日本看護科学会誌* 22 (3) : 29-38, 2002
- 7) Beck AT, Ward CH, et al.: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4 : 561-71, 1961
- 8) Kojima M, Furukawa TA, et al.:

- Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res* 110 (3) : 291-299, 2002
- 9) Chochinov HM, Wilson KG, et al : "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *J Psychiatry* 54 : 674-676, 1997
- 10) Furlanetto LM, Mendlowicz MV, et al: The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Dis* 86:87-91, 2005
- 11) Akechi T, Okuyama T, et al.: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol.* 22 (10) : 1957-1965, 2004
- 12) Reiche EM, Morimoto HK, et al.: Stress and depression-induced immune dysfunction: implications for the development and progression of cancer. *Int Rev Psychiatry.* 17 (6) : 515-527. 2005
- 13) 内富庸介: がん患者の精神症状対策. *Jpa Cancer Chemother* 29 (7) :1306-1310, 2002
- 14) Fryback PB, Reinert BR.: Spirituality and people with potentially fatal diagnoses. *Nurs Forum* 34 (1) : 13-22, 1999
- 15) Greisinger AJ, Lorimor RJ, et al.: Terminally ill cancer patients. Their most important concerns. *Cancer Pract* 5 (3) : 147-154, 1997
- 16) 石川浩子, 中川紀直, 他 : 温熱療法による進行癌患者のQOLの評価. *藍野学院短期大学紀要*第17:56-64, 2003
- 17) 森田達也, 他 : 霊性(スピリチュアリティ). *臨床精神医学 増刊号*: 276-284, 1999

# Relationship between psychological status and perceived physical status of cancer patients receiving hyperthermia

Hiroko Kukihara, Michiyo Ando, Shigeru Hayasida\*

St. Mary's College Faculty of Nursing, \*Naito Hospital

<Key word>

cancer, hyperthermia, spirituality, depression

## Abstract

The purpose of this study was to examine the relationship between psychological and perceived physical status of cancer patients undergoing hyperthermia treatment. A clinical psychologist performed individual interviews with ten patients in a hospital, and examined relations between the Spirituality Rating Scale (SRS), Beck Depression Inventory - Short Form (BDI-SF), and a mark was developed for a patient's feeling of health and perceived physical status. This study was approved by the Naito Hospital Research committee and the Institutional review Board. The results were as follows: The subjects showed positive correlations between "Spirituality" and "perceived physical status" (Spearman's,  $r=0.72$ ,  $p=0.018$ ), negative correlations between "Depression" and "Perceived physical status" (Spearman's,  $r=-0.75$ ,  $p=0.012$ ), and negative correlations between "Spirituality" and "Depression" (Spearman's,  $r=-0.63$ ,  $P=0.05$ ). These findings suggest the necessity of psychological intervention for cancer patients undergoing thermotherapy.

【報告】

# 在宅看護実習における 感染予防教育前後の看護学生の知識と意識

豊島泰子、鷲尾昌一、山崎律子、今村桃子

聖マリア学院大学

<キーワード>

感染予防教育、看護学生、在宅看護実習

## 要旨

看護短期大学3年生を対象に、在宅看護実習開始前と実習終了後に無記名の質問票調査により、在宅ケアにおける感染予防に対する学生の知識・意識について調査を行った。

在宅看護実習終了時点では97.1%の学生が交差感染等の感染予防のための知識を得、91.3%の学生が在宅療養者は感染症に罹患している可能性があると感じて訪問するようになっていた。98.1%の学生は感染症のある利用者のいる家庭を最後に訪問する理由について、93.1%の学生が血液・体液・排泄物に触れる場合の対応方法についての知識を得ていた。しかし、MRSA保菌者が不当に差別されている場合があることについては実習終了後も62.1%の学生しか知らなかった。

## I. はじめに

我が国は、高齢者の増加、病院における在院日数の短縮化により在宅医療が推し進められている。現在、地域で訪問看護サービスを受けている在宅療養者は、約28万人/月であり<sup>1)</sup>、中には要介護4、5の要介護度の高い在宅療養者も含まれている。また、在宅医療の進歩とともに、経管栄養や留置カテーテル等が挿入されているため医療的ケアを必要とする在宅療養者も少なくない<sup>2)</sup>。このような易感染者では弱毒菌による日和見感染が起きやすい。

Washioら<sup>3)</sup>は老人病院入院時の咽頭培養のメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, 以下MRSAと記す) の分離率は、在宅療養者は病院・施設等の入院患者・入所者に比べ低く、日常生活動作障害や発熱がMRSA分離のリスクになっていると報告している。このように、高齢者は免疫力が低下し、特に寝たきり等の日常生活動作障害のある高齢者

は、日和見感染のリスクが高い<sup>4)</sup>。そのため医療従事者を媒介とした交差感染の予防は感染対策として重要であり<sup>5)</sup>、訪問看護サービスを提供している看護職の感染予防についての専門知識・技術が求められる。

B短期大学の在宅看護実習は、老人保健施設、訪問看護ステーション等の施設において、学生自身が入所者および在宅療養者を受け持ち直接的ケアを行う実習である。そのため、在宅における在宅看護実習の初日には、在宅における感染予防教育を実施してきた<sup>6)</sup>。そこで、今回、在宅看護実習において実習開始前後の感染予防に対する学生の知識・意識について調査し、在宅看護学実習における感染予防教育方法について検討する。

## II. 研究方法

### 1. 対象と方法

B短期大学看護学科3年生を対象に、実習開始

前(2007.4/11)と実習終了後(2008.2/22)に無記名の質問票調査を行った。

## 2. 調査項目

年齢、性別の他、(1)在宅療養者を感染させないための知識の有無、(2)在宅療養者が感染症に罹患している可能性の意識の有無、(3)保菌者が入所できないことがおこっていることの現状があることを知っているか、(4)感染症のある家庭を最後に訪問する理由の知識の有無とその理由、(5)血液・体液・排泄物に触れる場合の方法の知識の有無とその方法、(6)感染予防対策をしない場合の悪影響等について質問し、(4)～(6)については、その理由や根拠について自由に記述してもらった。

## 3. 分析方法

実習開始前の回答を得られた109名、実習終了後の回答の得られた104名中1名の未記入者を除く103名を分析対象とした。分析は、単純集計し、実習前後の知識・意識の人数比較には $\chi^2$ 検定を行った。自由記述は、学生の記述内容について主語と述語からなる1文節を記録単位として抽出した。2人の研究者が独立して意味解釈し、正解度別に分類し、不一致の部分については、話し合っレベルを決定した。レベルは、竹尾<sup>7)</sup>らが示したその技術を支える知識内容を参考にレベル1;「全てが不正解」、レベル2;「一部正解」、レベル3;「全てが正解」の3段階とした。未記入はレベル1とした。

## 4. 倫理的配慮

アンケートの提出は成績と関係のないことを説明し、無記名の調査票を記入後、回収ボックスに各自投函してもらった。インフォームド・コンセントの取得は調査票の回収をもって同意が得られたとした。本研究はM大学の倫理審査委員会の承認を得た。

# Ⅲ. 結果

## 1. 対象の特性

実習開始前は、110名中109名(女性102名、男性5名、未記入2名)から回答が得られた(回収率98%)。実習終了後は、103名中103名(女性98名、男性5名)から回答が得られた(回収率100%)。有効回答が得られ

た実習開始前109名の年齢(平均±標準偏差)は、20.7±3.2歳(20歳～46歳)であり、10カ月後の実習終了後103名の年齢(平均±標準偏差)は、21.5±3.0歳(20歳～47歳)であった。

## 2. 看護学生の感染予防についての知識と意識について

表1に実習前後における、学生の感染予防に対する知識と意識についての回答者数を示した。(1)在宅療養者を感染させない知識について、実習開始前は109名中44名(40.4%)、実習終了後は103名中100名(97.1%)の学生が「知識あり」と回答した。(2)在宅療養者が感染症に罹患している可能性の意識の有無について、実習開始前108名中79名(73.1%)、実習終了後103名中94名(91.3%)が「意識あり」と回答した。(3)感染症のある家庭を最後に訪問する理由の知識の有無について、実習開始前は、109名中88名(80.7%)、実習終了後は、103名中101名(98.1%)の学生が「知識あり」と回答した。(4)

表1. 在宅看護実習における実習前後の学生の感染予防についての知識と意識

質問項目	実習前 (n=109)	実習後 (n=103)	p 値	
1. 在宅療養者を感染させない知識の有無	人数(%)	人数(%)		
	[あり]と回答	44(40.4)	100(97.1)	
	[なし]と回答	65(59.6)	3(2.9)	<0.001
2. 在宅療養者が感染症に罹患している可能性の意識	人数(%)	人数(%)	p 値	
	[あり]と回答	79(73.1)	94(91.3)	
	[なし]と回答	29(26.9)	9(8.7)	<0.001
3. 感染症のある家庭を最後に訪問する理由の知識	人数(%)	人数(%)	p 値	
	[あり]と回答	88(80.7)	101(98.1)	
	[なし]と回答	21(19.3)	2(1.9)	<0.001
4. 血液・体液・排泄物に触れる場合の方法の知識	人数(%)	人数(%)	p 値	
	[あり]と回答	59(54.1)	95(93.1)	
	[なし]と回答	50(45.9)	7(6.9)	<0.001
5. 保菌者が入所できないことが起こっている現状があることの知識	人数(%)	人数(%)	p 値	
	[あり]と回答	33(30.3)	64(62.1)	
	[なし]と回答	76(69.7)	39(37.9)	<0.001

血液・体液・排泄物に触れる場合の方法について、実習開始前109名中59名(54.1%)、実習終了後103名中95名(93.1%)の学生が「知識あり」と回答した。(5) MRSA保菌者が施設に入所できないことがおこっている現状があることについて、実習開始前109名中33名(30.3%)、実習終了後103名中64名(62.1%)の学生が「知っている」と回答した。いずれの質問項目も実習前に比べ、実習後には、学生の感染予防に対する知識について「知っている」と回答した学生が多く、感染予防に対する知識や意識については有意に向上していた。

表2～表4に調査項目(4)～(6)の理由や根拠について、学生が記述した内容の分析結果を示した。「感染症者を最後に訪問する理由」について、レベル3「看護師が感染源となり、医療職が媒介し感染が蔓延する」と回答した学生は、実習開始前は、109名中27(24.8%)、実習終了後は、103名中34名(33.0%)であった。「血液・体液・排泄物に触れる方法」について、レベル3「スタンダード・プリコーション(標準予防策)」と回答した学生は、実習開始前は、109名中7名(6.4%)、実習

終了後は、102名中14名(13.6%)であった。「感染予防対策をしない場合の悪影響」について、レベル3「看護師が感染源となり、医療職が媒介し感染が蔓延する」と回答した学生は、実習開始前11名(10.1%)、実習終了後は、102名中16名(15.5%)であった。

#### IV. 考察

MRSAはメチシリンのみならず、多くの抗生剤に対して耐性を示し、有効な抗生剤が限られているため、社会的にも医学的にも大きな社会問題となっている<sup>8)</sup>。高齢者のMRSA感染のリスクは日常生活動作障害である<sup>3) 4)</sup>が、MRSAは医療従事者を媒介とした交差感染を起こす<sup>5)</sup>ので、高齢者入所施設における院内感染の起炎菌としてのみならず、訪問看護や訪問介護の現場においても病院外へも広医療従事者がMRSA感染の媒介とならないように注意が必要である。また、MRSA感染症を発症した高齢者の致死率は67.3%と高率である<sup>9)</sup>ので、高齢者においてMRSA感染を予防することは非常に大切なことである。

今回の調査では、97.1%の学生が、在宅看護実習終了時には、「看護職は在宅療養者をMRSA等に感染させないため、交差感染の媒介者とならない。」等の知識を得ていた。91.3%の学生が、「在宅療養者は感染症に罹患している可能性がある。」と意識して訪問するようになっていた。98.1%の学生が、感染症者の家庭を最後に訪問する理由について、93.1%の学生が血液・体液・排泄物に触れる場合の対応方法について「知識を得た」と回答していた。学生は、在宅看護実習後に在宅における感染予防についての知識を得、在宅療養者が感染源となりうる可能性(感染者や保菌者である可能性)があることを意識していた。在宅看護実習では実習初日に、我々が作成した資料に基づき、①感染と保菌の違い、②感染経路と予防策、③スタンダード・プリコーション(標準予防策)、④手洗い、⑤在宅医療廃棄物の処理、等についての在宅ケアにおける感染予防についての教育を実施している<sup>6)</sup>。このことが今回の調査結果に結びついたのではないかと考えられた。学生は、3年間の看護基礎教育の中で、在宅看護の実習のみならず病院や施設での実習を通して感染予防についての知識・技術を学んでいるので、一概に言えないが、在宅看護学実習初日に、感染予防教育の取り組みを行ったことで、学生は在宅ケアにおける感染予防についての知識の修得と意識づけを行う

表2.「感染症者を最後に訪問する理由」についての回答者数(%)と正解者数(%)

	実習前 (n=109)	実習後 (n=103)
	人数(%)	人数(%)
理由を「知っている」と回答	88(80.7)	101(98.1)
その理由を「正しく説明」 <sup>a</sup>	27(24.8)	34(33.0)

a:「看護師が感染源となり、医療職が媒介し感染が蔓延する」

表3.「血液・体液・排泄物に触れる方法」の回答者数(%)と正解者数(%)

	実習前 (n=109)	実習後 (n=102)
	人数(%)	人数(%)
理由を「知っている」と回答	59(54.1)	95(93.1)
その理由を「正しく説明」 <sup>b</sup>	7(6.4)	14(13.6)

b:「スタンダード・プリコーション」

表4.「感染予防対策をしない場合の悪影響」について回答者数(%)と正解者数(%)

	実習前 (n=109)	実習後 (n=102)
	人数(%)	人数(%)
理由を「知っている」と回答	75(68.8)	65(63.7)
その理由を「正しく説明」 <sup>c</sup>	11(10.1)	16(15.5)

c:「看護師が感染源となり、医療職が媒介し感染が蔓延する」

ことができたと考えられた。

かつて、高齢者入所施設ではMRSA保菌者をMRSA感染者と区別することなく、個室隔離を行っていた。事実、Araiら<sup>10)</sup>の福岡県北部の調査では、MRSA保菌者を無条件で入所させていたのは3割にすぎず、4割弱の施設が以前の入所者のみMRSA保菌者の入所を許可し、3割の施設はMRSA保菌者の入所を無条件で拒否していた。しかし、今回の調査では高齢者入所施設においてMRSA保菌者をMRSA感染者と区別することなく、保菌者の隔離が行われ、MRSA保菌者の入所を断るケースがあり、MRSA保菌者が不当に差別されている場合があることについては、実習終了後においても62.1%の学生しか知識を得ていなかった。実習初日に高齢者の隔離による弊害として、寝たきりになったり、認知症状が出現したり、あるいは認知症状が悪化したりするために、MRSA保菌者を隔離すべきではないこと等の教育を行っている<sup>6)</sup>。しかし実習終了後においても学生の知識の習得までには至っていなかったため、今後さらに保菌者の取り扱いに関して学生への意識づけを行うことが必要であると考えられた。

また、今回の調査では、「感染症者を最後に訪問する理由」、「血液・体液・排泄物に触れる方法」、「感染予防対策をしない場合の悪影響等の根拠」等の知識について、実習後に「知識は得た」と回答した学生は多かった。だが、その理由や根拠について正しく回答できた学生は少なかった。実習前後で比較すると、実習後では、若干ではあるがその理由や根拠について正しく回答できた学生が多かった。我々は、これまで看護学生を対象に同様の調査を実施し、感染予防についての知識は得ているものの、その看護技術の根拠については記述できない学生が多いという結果を得ている。そのための教育方法として学生の討議やグループワークを取り入れた学生参加型の学習の必要性を報告している<sup>11)</sup>。現在、在宅看護実習では、毎日行っている30分間のミニカンファレンスの中で1回だけ、「在宅における感染予防について」学生間で討議をするようにしている。このことがこの結果に結びついたのではないかと考えられた。今後も、感染予防について学生間での討議をする機会を作ることが必要であろう。

感染予防教育は、我が国の看護基礎教育では、基礎看護学の分野の中で行われ<sup>12)</sup>、在宅看護学が看護基礎教育に導入されて以降、在宅における感染予防の知識・技術の習得を目標にしてきた。「感染予防の技術」は看護基礎教育の卒業時には「単

独で実施できる」が目標である<sup>13)</sup>。在宅ケアにおける感染予防についての教育は、学生は在宅看護学実習でしか学ぶことができないため、今後も学生の感染予防について意識付けを行いたい。

## V. まとめ

今回、在宅看護学実習前後の感染予防について、学生の知識と意識について調査した。その結果在宅看護学実習終了後、学生は在宅ケアにおける感染予防について知識と意識を得ていた。しかし、MRSA保菌者の取り扱いに対する正しい知識を得た学生は約6割であったことや実習終了時点においても基本的な知識を得ていない学生が存在しているため、今後学生への意識づけを行うことが必要であると考えられた。

## VI. おわりに

地域で生活する地域住民が安心して在宅医療を受け生活の質の向上が図れるように、看護職は努力することが必要である。我々看護教育者は、看護職が感染予防について正しい知識・技術を持ち実践できるように教育教材等の検討を行いながら看護基礎教育の充実に努める必要がある。

本研究にご協力いただいた学生の皆様に、深く感謝いたします。

## 文献

- 1) 厚生統計協会：医療対策・国民衛生の動向・厚生者の指標，財団法人厚生統計協会，東京，2008
- 2) 日本訪問看護振興財団：2005（平成17）年度 訪問看護・家庭訪問基礎調査 報告書，p155-209，東京，2006
- 3) Washio M, Kiyohara C, Honjo N, et al.: Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) isolation from pharyngeal swab cultures of Japanese elderly at admission to a geriatric hospital. *J Epidemiol.* 7:167-172. 1997
- 4) 稲松孝思：老年者におけるMRSA感染症の対策，*日老医誌.* 32:90-95, 1995
- 5) 土井英史：在宅ケアでのinfection control. *Expert Nurse.* 17:133-142, 2001
- 6) 豊島泰子，山崎律子，鷺尾昌一：在宅看護論実

- 習における感染症予防教育の実際, 聖マリア学院紀要, 22:49-56, 2008
- 7) 西岡みどり: 感染予防の技術. 竹尾恵子監修, 臨地実習のための看護技術指導ガイドライン, 学研. 332-345, 2005
  - 8) 紺野昌俊: 本邦のブドウ球菌, MRSAの疫学. 紺野昌俊編, MRSA感染症のすべて, 医薬ジャーナル社. 34-65, 1991
  - 9) Washio M, Kiyohara C, Hamada T, et al. : The case fatality rate of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infection among the elderly in a geriatric hospital and their risk factors. *Tohoku J Exp Med* 183: 75-82, 1997.
  - 10) Arai Y, Washio M: Need for evidence-based admission policy for MRSA carriers. *J Am Geriatr Soc* 47: 1162, 1999.
  - 11) 豊島泰子, 鷺尾昌一, 山崎律子, 他: 在宅看護における学生の感染予防に対する知識, 聖マリア学院紀要, 23:49-53, 2009
  - 12) 山田里津: 専門分野の教育内容 基礎看護学. 最新看護学教育ガイダンス第2版, (株) 医歯薬出版, 東京, 1998
  - 13) 厚生労働省: 看護基礎教育の充実に関する報告書, 2007

# Knowledge and awareness of infection control in nursing students before and after the home nursing care practicum

Yasuko Toyoshima, Masakazu Washio, Ritsuko Yamasaki, Toko Imamura

Faculty of Nursing, St. Mary's College

< Key word >

nursing education, home care nursing, infection contro

## **Abstract**

We examined the knowledge and awareness of infection control in nursing students before and after the home nursing care practicum. The nursing students were asked to answer unsigned self-administered anonymous questionnaires. After the practicum, 97.1% of students had the knowledge of how to prevent cross infection during home nursing care, and 91.3% became able to recognize the risk that the elderly could give an infectious disease to them when visiting the elderly for home nursing care. 98.1% knew the reason why home care nursing visits the infected clients last, and 93.1% had the knowledge of how to handle blood, fluid, stools and urine (i.e., standard precautions). However, only 62.1% recognized that some health care professionals do an injustice to the MRSA carrier clients.

【報告】

# 一救急病院におけるアセトアミノフェン中毒の現状

古賀恭子、安原尚志、高松愛、大村 光、山田早織、橋本和代、井上雅子\*、鷲尾昌一\*\*

聖マリア病院薬剤科、\*聖マリア健康科学研究所、\*\*聖マリア学院大学

<キーワード>

アセトアミノフェン、中毒、一般用医薬品、解熱鎮痛剤、自殺企図

## 要旨

アセトアミノフェンは常用量では副作用が少なく安全ということから、一般用医薬品の感冒薬・解熱鎮痛剤の成分として広く使用されている。しかし、大量に服用すると、肝障害、腎障害、播種性血管内凝固症候群 (DIC) などの重篤な病態に陥る。このため、アセトアミノフェンは自殺企図目的で服用されることがある。今回、過去 11 年間の聖マリア病院におけるアセトアミノフェン中毒症例の調査を行った。中毒件数はのべ 170 件であった。このうち一般用医薬品を服用した件数は 152 件 (89.4%)、女性は 143 件 (84.1%)、20 歳代は 67 件 (39.4%) であった。また、入院治療を必要とした症例を 57 件 (33.5%) 認めたが、死亡は 1 例もなかった。一般用医薬品の販売者は必要最小限の量を薦め、適正な使用に積極的に取り組んでいくべきと考える。また、アセトアミノフェン大量服用による死亡を防ぐ意味でも、アセトアミノフェンを含有する一般用医薬品の感冒薬や鎮痛薬の包装単位を制限することも検討する必要があるだろう。

## 緒言

アセトアミノフェンは常用量では比較的安全であるが、大量に服用すると、肝障害、腎障害、播種性血管内凝固症候群 (DIC) などの重篤な病態に陥ることが知られている<sup>1)</sup>。このため、アセトアミノフェンは一般用医薬品の感冒薬・解熱鎮痛剤の主成分として広く使用されているが、手に入り易いことから自殺企図目的で服用されることがある。日本中毒情報センターの 2007 年報告<sup>2)</sup>によれば、アセトアミノフェンに関する問い合わせは、医師の処方箋がなくても購入できる一般用医薬品 3,293 件中 403 件、医師により処方される医療用医薬品 5,313 件中 98 件であり、一般用医薬品における問い合わせ件数のほうが多い。聖マリア病院 (以下 S 病院) では一次から三次までの救急患者を受け入れており、年間約 500 件の患者が中毒患者として S 病院を受診している。2008 年

度においては 439 件の患者が中毒患者として受診した (図 1)。また、1998 年度～2008 年度の 11 年間に S 病院を受診した中毒患者における起因物

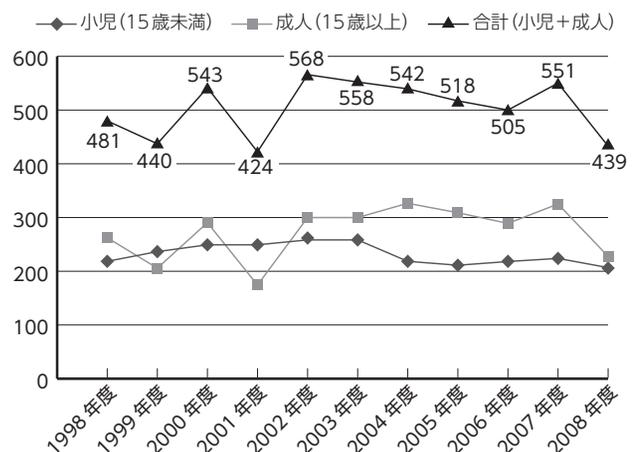


図1. 中毒件数 (1998～2008年度)

表1. 起因物質別の中毒件数  
(1998年度～2008年度)

起因物質別	小児	成人	合計
	15歳未満	15歳以上	
家庭用品(タバコ)	1,309 (51.1)	46 (1.5)	1,355
家庭用品(タバコ以外)	518 (20.2)	148 (4.9)	666
医薬品	396 (15.5)	1,378 (45.8)	1,774
自然毒	243 (9.5)	1,078 (35.9)	1,321
工業用品	62 (2.4)	250 (8.3)	312
農薬	9 (0.3)	98 (3.3)	107
食品・その他	26 (1.0)	10 (0.3)	36
合計	2,563 (100)	3,008 (100)	5,571

データは実数(%)で表示

表2. 年齢別アセトアミノフェン服用量 (g)  
(1998年度～2008年度)\*

	最小	最大	平均
0～9歳 (n=9)	0.15	5	0.9
10～19歳 (n=32)	0.3	16	3.5
20～29歳 (n=58)	0.1	24	5.1
30～39歳 (n=31)	0.3	27	5.4
40～49歳 (n=10)	0.4	10	4.1
50～59歳 (n=6)	0.3	6	2.4
60歳以上 (n=2)	1.4	2.4	1.9
全体 (n=148)	0.1	27	4.3

\*服用量が不明な症例は除く

質は小児(15歳未満)においては家庭用品である「たばこ」が1,309件(51.1%)と多く、成人(15歳以上)においては医薬品が1,378件(45.8%)、自然毒1,078件(35.9%)が多くなっていた(表1)。今回、アセトアミノフェンを含有する医薬品(以下アセトアミノフェン含有薬)を誤服用し、S病院を受診した中毒症例の現状を把握する為に調査を行ったので、文献的考察を加えて報告する。

## 方法

アセトアミノフェン含有薬を誤服用しS病院を受診した症例について患者ごとに診療記録より、性別、年齢、服用量、転帰、受診回数を調査した。調査期間は1998年4月～2009年3月の11年間とした。なお、本研究は聖マリア病院倫理委員会の承認を得て行なった。

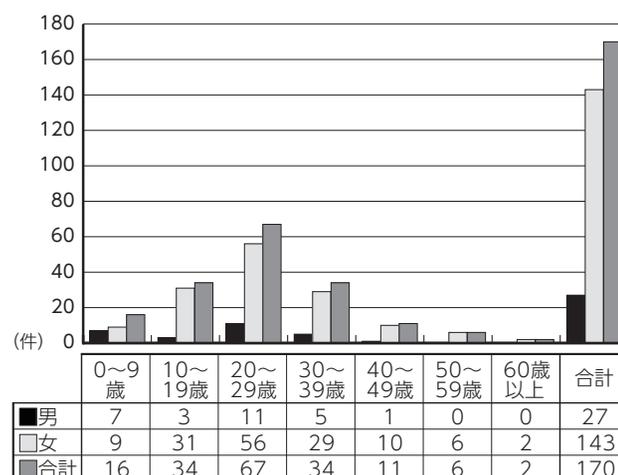


図2. 年齢別アセトアミノフェン中毒件数  
(1998～2008年度)

## 結果

1998年4月～2009年3月の11年間にアセトアミノフェン含有薬を誤服用し受診した患者のべ件数は170件であった(図2)。このうち医療用医薬品を服用した件数は18件(10.6%)、一般用医薬品を服用した件数は152件(89.4%)であった。

男女別にみると男性27件(15.9%)、女性143件(84.1%)であり、女性が男性の約5.3倍と多かった。また、年齢別にみると0～9歳16件(9.4%)、10～19歳34件(20.0%)、20～29歳67件(39.4%)、30～39歳34件(20.0%)、40～49歳11件(6.5%)、50～59歳6件(3.5%)、60歳以上2件(1.2%)であった(図2)。

また、アセトアミノフェンとしての服用量(服用量が不明な症例を除く148例)は最大27gであり、平均すると4.3gであった(表2)。また、入院治療を必要としなかった症例は113件(66.5%)、入院治療を必要とした症例は57件(33.5%)で、死亡は1例もなかった。

アセトアミノフェン含有薬を誤服用しS病院を受診した回数を1患者毎に調査すると1回のみの患者は123名、2回以上の患者は20名であった。また、4回来院した患者は20名中2名であった(表3)。

## 考察

解熱鎮痛剤の主成分として以前はアミノピリンやフェナセチンが用いられていたが、アミノピリンによる発がん性<sup>3)</sup>、フェナセチンによる腎毒性と発がん性<sup>4)</sup>が問題となった。さらにライ症候群

表3. 1患者がアセトアミノフェン中毒にて来院した回数 (1998年度～2008年度)

		1回	2回	3回	4回	合計
男性	0～9歳	7	0	0	0	7
	10～19歳	3	0	0	0	3
	20～29歳	9	1	0	0	10
	30～39歳	5	0	0	0	5
	40～49歳	1	0	0	0	1
	50～59歳	0	0	0	0	0
	60歳以上	0	0	0	0	0
	合計	25	1	0	0	26
女性	0～9歳	9	0	0	0	9
	10～19歳	19	3	2	0	24
	20～29歳	35	7	1	1	44
	30～39歳	19	3	0	1	23
	40～49歳	10	0	0	0	10
	50～59歳	4	1	0	0	5
	60歳以上	2	0	0	0	2
	合計	98	14	3	2	117
合計	123	15	3	2	143	

との関連でアスピリンの使用に注意が喚起されるようになり<sup>5) 6)</sup>、一般用医薬品の感冒薬・解熱鎮痛剤の主成分としてアセトアミノフェンが広く使用されるようになった。アセトアミノフェンは承認された用量での使用では比較的安全であるが、大量に服用すると、肝障害、腎障害、播種性血管内凝固症候群 (DIC) などの重篤な病態に陥ることが知られている<sup>1)</sup>。

アセトアミノフェン単独投与での成人における中毒量は5～15gであり、致死量は13～25gである<sup>1)</sup>。また、肝障害の報告は25mg/kg以下ではないが、250mg/kgでは50%の症例に、350mg/kgでは100%の症例に重篤な肝障害が発現するとされている<sup>7)</sup>。

S病院で治療を受けたアセトアミノフェン中毒の症例は、特に20歳代の女性が最も多かった。上條<sup>8)</sup>は一般用医薬品や医療用医薬品の大量服用を自殺の手段として選択する患者の多くは20歳代を中心とした若い女性であるといっており、S病院においても20歳代女性が多かった。S病院でのアセトアミノフェンとしての服用量は最大27gであり、致死量を服用したと考えられる症例もあったが、死亡は1例もなかった。死亡例がなかった理由として、以前はアセトアミノフェン中毒の治療薬として承認されていなかったアセチルシステイン (アセチルシステイン内用液、昭和薬品化工株式会社、2002年販売開始) がアセトアミ

ノフェン中毒解毒剤として販売されるなどアセトアミノフェン中毒症例に対する治療法が確立していることのほか、服用後の嘔吐、胃洗浄などにより、実際に吸収されたアセトアミノフェン量が服用量よりも少なかった可能性も考えられる。

一般用医薬品の感冒薬・解熱鎮痛剤の成分としてアセトアミノフェンが広く使用されるが、わが国ではアセトアミノフェン単剤は少なく、多くはブロムワレリル尿素などとの合剤である。上條<sup>8)</sup>はブロムワレリル尿素中毒患者の服用量や重症度と背景の精神疾患を検討したが、致死量を服用し、重篤な症状を呈した症例の多くは精神科受診歴がなく、致死量には遠く及ばず、軽症で経過した症例のほとんどは境界型人格障害をはじめとした非精神病群であったと報告している。アセトアミノフェン含有薬を誤服用し、S病院を受診した患者は入院治療を必要としない患者が113件 (66.5%) であり、境界型人格障害を背景に持つ患者が自殺を模倣した行為により服用したとも考えられる。

また、アセトアミノフェン含有薬の誤服用にてS病院を4回来院した2名は20歳代女性と30歳代女性であった。中村ら<sup>9)</sup>は、自殺リピーターは若年層で経済的には自立しておらず、周囲の援助を受けて生活し、精神科診療所で人格障害の診断を受けて通院しており、あまり致死的でない自殺企図をとるとき起こす患者像が浮かぶといっているが、S病院においても2回以上服用した患者は10歳代～30歳代女性の若年層女性が20名中18名と多くを占め、中村らの報告<sup>9)</sup>と一致する。若い女性への医薬品販売および処方についてはより慎重に行うことが重要であると考えられた。また、救急施設に搬送される大量服用患者のほとんどが精神疾患を有しているが、精神科医が常駐している救急施設は少ない。S病院も精神科が併設されているものの、夜間に対応が難しい状況であるため、救急医療スタッフは徒労感、困惑などの感情から診療の遂行に大きな負担となっている。リピーターを作り出さないためにも認知行動療法、薬物療法を行うことができる医師を育成し、精神科の救急医療の構築を行い、受け皿を充実することも重要であると考えられる。

2005年5月、海外で総合感冒剤等にアセトアミノフェンが含有されていることに気付かず、意図しない重複投与、過量投与となりうる危険性について注意喚起されたことを受け、わが国においてもアセトアミノフェン含有薬の「過量投与」等の項目について添付文書改訂が行われた<sup>7)</sup>。また、英国では解熱鎮痛剤による薬物中毒が社会問

題となり、一般用医薬品鎮痛薬の包装単位を制限することで、アセトアミノフェン中毒時における肝障害による入院を減少させることに成功した<sup>10)</sup>。

わが国においてはセルフ・メディケーションの推進により改正薬事法が2009年6月から施行され、一般用医薬品はリスクの高い順に「第1類」「第2類」「第3類」に分類された。また、それぞれ販売方法が定められ、分類表示は医薬品ごとにパッケージに印刷されるほか、店内の陳列も分類ごとに分けられる。アセトアミノフェンを含有する感冒薬や解熱鎮痛剤などは「第2類」に該当し、一般用医薬品のインターネット販売は規制されるものの新制度として設けられた「登録販売者」を配置すれば、コンビニエンスストアなど薬局以外での販売も認められるようになる。S病院におけるアセトアミノフェン含有薬の誤服用の多くは医師の処方箋なしに購入できる一般用医薬品(89.4%)によるものであったことから、一般用医薬品の販売者は必要最小限の量を薦め、治療目的と異なる使用方法と疑わしき時は販売を控える必要があるとともに、薬のラベルを良く読むよう注意喚起し、適正な使用に積極的に取り組んでいくべきと考える。また、解熱鎮痛剤の包装上での錠数制限は利用者にとって不便かもしれないが、英国ではこの政策によりアセトアミノフェン中毒の減少に成功している<sup>10)</sup>。英国の成功を見習い、一般用医薬品解熱鎮痛剤の包装単位制限(薬局で販売される解熱鎮痛剤1箱に入っている錠数の制限など)をわが国においても検討する必要がある。

## 文献

- 1) 鷺尾昌一、奥田誠也:アセトアミノフェン中毒. 井村裕夫、尾形悦郎、高久史磨、垂井清一郎編、最新内科学体系 76、環境性疾患・臨床中毒、99-104、中山書店、東京、1994.
- 2) (財)日本中毒情報センター:2007年受信報告. 中毒研究 21:201-232、2008.
- 3) 厚生省薬務局安全課:アミノピリンのニトロソ化反応による発がん性情報について. 厚生省医薬品情報、No.7: 3-4、1977.
- 4) 厚生省薬務局安全課:フェナセチンの腎毒性と発癌性について. 厚生省医薬品情報、No.9: 1-5、1982.
- 5) 厚生省薬務局安全課:インフルエンザ、水痘時のサリチル酸系薬剤の使用とライ症候群. 厚生省医薬品情報、No.9: 6-8、1982.
- 6) 厚生省薬務局安全課:インフルエンザ、水痘時のサリチル酸系薬剤の使用とライ症候群(第2報). 厚生省医薬品情報、No.10:1-7、1985.
- 7) 日本薬剤師会:DSU解説. 日薬医薬品情報 Vol.8 No.12:11-22、2005.
- 8) 上條吉人:エディトリアル大量服用・服毒患者の精神科的背景について. 中毒研究 18:119-122、2005.
- 9) 中村満, 反町佳穂子, 奥村正紀, ほか:大量服用・服毒リピーターについて、精神科医の立場から. 中毒研究 18:127-136、2005.
- 10) Hawston K, Simkin S, Deeks J, et al: UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. British Medical Journal 329: 1076-1079, 2004.

# Acetaminophen poisonings in an emergency hospital

Yasuko Koga, Hisashi Yasuhara, Ai Takamatsu, Hikaru Oumura,  
Saori Yamada, Kazuyo Hashimoto, Masako Inoue\*, Masakazu Washio\*\*

Department of Pharmacy, St.Mary's Hospital,  
St.Mary's Institute of Health Sciences\*,  
St. Mary's College\*\*

< Key word >

Acetaminophen, Poisoning, Drugs sold over the counter, Antipyretic/  
analgesic drugs, Suicide

## Abstract

Acetaminophen is commonly used as the main component of cold medicine and antipyretic/analgesic drugs sold over the counter because its adverse effects rarely occur with the therapeutic dose. However, severe adverse effects such as liver failure, renal failure and disseminated intravascular coagulation, occur with the overdose. Therefore, acetaminophen is sometimes taken for suicide. We evaluated acetaminophen poisonings treated in St. Mary's Hospital in the past 11 years. There were 170 cases of acetaminophen poisonings. Among them, 152 cases (89.4%) were those who took drugs sold over the counter, and 143 patients (84.1%) were females, and 67 (39.4%) were young patients with the age of twenties. Fifty seven patients (33.5%) were admitted to St. Mary's Hospital for the treatment although none of them died. The clerks, who sell the drugs sold over the counter, should encourage their customers to use proper dose of acetaminophen. In order to prevent death from acetaminophen poisoning, it may be worth considering the restriction pack sizes of cold medicine and antipyretic/analgesic drugs sold over the counter.



【資料】

# 研究過程における文献検索の意義と活用方法

白水麻子、鷺尾昌一

聖マリア学院大学

<キーワード>

文献検索、一次文献検索、二次文献検索

## はじめに

わが国の看護分野における研究活動は1970年代になり急速に進歩をみせた。看護実践者が研究的なものの方、考え方、態度を身につける必要があるという意図のもとに1967年に看護基礎教育カリキュラムのなかに「看護研究」の時間が設定された。それ以降、看護専門職としての研究活動への取り組みが盛んになっている。看護研究は、情報収集→問題の発見→計画→実施→評価と進む看護過程の流れとよく似ている。しかし、看護研究には大きな違いがあり、それは、今から実施しようとしている研究が独自性をもつかどうかということであり、これには、文献検索を欠かすことはできない<sup>1)</sup>。研究過程において文献検索は必要不可欠である。文献なしに研究を進めることはできないと言っても過言ではない。

看護研究を進める上で、研究課題に関連する文献を検索し、その文献を正確に読み、自分の研究に役立つ知識を系統的に整理することに役立つことができる<sup>2)</sup>。そして、現段階においてその研究課題に関してどのような研究を行う必要があるのかを見極めることもできる。しかし、研究過程において、「思うように文献を見つけることができない」「文献検索がすまない」などの声をよく聞く。

そこで、文献検索について、初めて研究を行うとしている看護者（看護学生）が文献検索を円滑に進めていけるように、本資料では、文献検索

の意義、文献検索の方法、文献の整理の仕方などについて詳しく述べていくこととする。

## 1. 文献検索の意義

研究テーマを絞り込んでいく場合に、様々な疑問に突き当たることがある。そして、いざ研究を始めようとするときに意味がわからない言葉や専門領域に関する過去の知見などについて、疑問が生じることがある。これらの場合のように、疑問が生じることが文献を調べてみようという動機づけにはきわめて重要なことである。しかし、現実にはあまり言葉にこだわらずに、言葉をうやむやにしたまま研究を進めていることがある。言葉を自分たちがどのように考えているかを明確にしないで、研究をすすめてしまうと科学性から程遠い研究になる。研究テーマ周辺の疑問について、自分たちの頭のなかだけで、あるいは経験の範囲だけで片付けてしまうことは、その考えの深さや視野を制限させてしまうことになる<sup>3)</sup>。従って、文献を見ることによって広く深い知見を得ることが必要である。

しかし、やみくもに文献を検索しても何でも参考になるということではなく、より有効な文献をより系統的に検索すること、さらに効率的かつ合目的に吟味していくことが大切である。研究に関連する既存の文献を批評することは、研究過程において重要なステップである。文献レビューの

3つの主要なステージは、文献を検索すること、読むこと、そして文献レビューを書くことである<sup>4)</sup>。ここでは、文献を検索することについて述べていく。

## 2. 文献検索の方法

### 1) キーワードの設定

文献検索には、自施設の図書館はもちろんのこと他の図書館や施設を利用する。そして、その際には、検索システムを効率的に使う必要がある。そのためには、検索に必要なキーワードを探すことから始まる。系統的であり効率よく検索するためには、より有効なキーワードが必要になる。有効なキーワードを探すための手段に“シソーラス (thesaurus)”を見る。シソーラスとは、用語をその意味の類似関係から分類した「類義語辞典」的なものである。最近では電子的にデータベース化され、冊子体・CD-ROM・インターネット上での検索も可能になった。例えば、“MeSH (Medical Subject Headings)”は医学系の代表的なシソーラスである。

次に、関連文献の検索は、キーワードによる独立検索から始め、検索結果の引用 (ヒット) 数をみる。引用文献の数を記録し、それから次のキーワードに進む。この段階で、より複雑な検索を計画する必要があるという情報をもつことになる。複合検索 (complex search) は、1回の検索に2つ以上の概念か同義語を組み合わせる。データベース検索用の語句内の用語を決めるために、①論理演算子、②位置決め演算子、③位置演算子がある<sup>4)</sup>。ここでは、論理演算子を用いた検索について説明をする。論理演算子は、AND、OR、NOTの3種類である。論理演算子 (boolean operators) ANDとNOTは、特定された概念とともに使用される。同じ引用文献内の2つ以上の用語を検索するときにはANDを使用する。同じ引用文献内で、ある概念を含みかつ別のものは含まないという検索を行う場合にNOTを使用する。また、同義語や概念で検索する場合にはORが役に立つ。同じ引用内で、用語のグループのどれかを検索したい場合、ORを使用する。

例えば、キーワードに「メタボリック症候群」と「喫煙」の2つを設定してAND検索を行うと、「メタボリック症候群」と「喫煙」の両方のキーワードを含んだ文献が検索される。AND検索は、Aであり、かつBであるものを探す時に用い、図1に示すように2つの円の重なり部分を検索すること

になる。

また、「メタボリック症候群」と「喫煙」の2つを設定してOR検索を行うと、「メタボリック症候群」と「喫煙」のどちらかを含んだ文献が検索される。OR検索は、Aであるか、またはBであるものを探す時に用い、図2に示すように2つの円の和の部分を検索することになる。

さらに、「メタボリック症候群」と「喫煙」の2つを設定してNOT検索を行うと、「メタボリック症候群であり喫煙ではない」文献を検索することになる。NOT検索は、AでありBでないものを探す時に用い、図3に示すようになる。

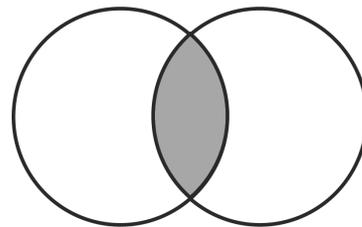


図1. AND 検索

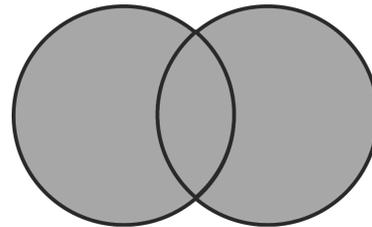


図2. OR 検索

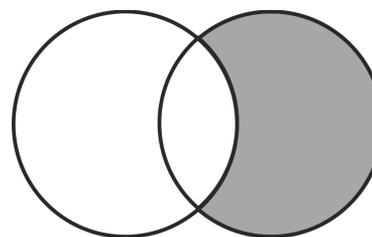


図3. NOT 検索

このように、文献検索における論理演算子の活用法を理解したうえで、文献検索を行うことが有効な文献検索の入手につながる。

### 2) 一次文献と二次文献

あるテーマで研究していく時に、テーマ周辺の文献を探そうとする。その文献はいったいどのようになれば効率的に探すことができるのだろうか。

得たい文献を探し出すための文献のことを「二次文献（二次資料）」という。二次資料は、一次資料の存在や所在、書誌事項などを様々な角度から検索できるように編集したものである。これに対して、自分が得たい文献自体を「一次文献（一次資料）」という<sup>3)</sup>。看護研究で利用する文献の多くは、一次資料としての雑誌論文である。抄録集も文献の位置づけにあるが、ページが少なく、調べたい内容がすべて載っているわけではないので、論文を参考にするのがよい<sup>5)</sup>。例えば、“看護師の職務満足度”に関する研究論文を得たい場合は、その研究論文を一次文献といい、それを探し出すための索引誌などを二次文献という。二次文献には、雑誌等に掲載されている記事や研究論文などの概要がわかるように、タイトルや著者名、出典などのほかにキーワードや要約が収録されている。そして、それらを手がかりにして一次文献にたどりつくように構成されている。従って、より有用な一次文献を探し出すためには、この二次文献をうまく使いこなすことが大切である。

文献には、原著論文、総説、研究報告、単行本、新聞、統計資料（総務庁、厚生労働省などが示す統計データ）などがある。論文のなかには、原著論文、研究報告、総説等がある。なかでも、原著論文は、最も利用されている。

### 3) 関連文献の検索方法

学術雑誌などの研究論文の中から必要な新しい情報を系統的に抽出する場合、冊子体やインターネット検索を通じて検索する方法がある。

二次文献検索（二次資料検索）に用いる冊子体とデータベースを一覧にしたものが表1である。冊子体とデータベースの使い分けについて、最新の看護文献を検索する場合は、データベースを利用し、1983年以前の文献を検索する場合には冊子体を利用する<sup>6)</sup>。CiNii（NII論文情報ナビゲータ）は、学協会刊行物・大学研究紀要・国立国会図書館の雑誌記事索引データベースなど、学術論文情報を検索の対象とする論文データベース・サービスである。国立情報学研究所（NII）では、各種サービスにて提供している学術コンテンツの統合を進め、国内外の有用な学術情報資源との連携を可能とすることを目標としたプラットフォーム“GeNii”（ジーニイ）の構築を行っており、CiNiiは、そのGeNiiの機能の一つとして提供されている。

そして、海外の文献を検索するには、MEDLINEやPubMedを利用する。MEDLINEは、海外（英語）の文献を検索するのに有用なツ-

ルである。また、PubMedでは海外の医学系の文献を検索でき、世界約70カ国、約5000誌に掲載された医学文献を検索することができる<sup>5)</sup>。

表1. 二次文献検索に用いる冊子体とデータベース

冊子体	データベース
最新看護検索	医学中央雑誌 Web 版
日本看護関係文献集	NDL - OPAC(日本国会図書館)
看護関係文献抄録集	GeNii(国立情報学研究所NII学術コンテンツ・ポータル)
生活行動援助の文献集	CiNii(NII論文情報ナビゲータ) メディカルオンライン
臨床看護研究文献集	PubMed(アメリカ国立医学図書館)
老人看護文献集	CINAHL(看護系洋雑誌記事検索)

文献4) を参考に白水作成

### 4) データベースの活用

ここでは、医学中央雑誌とCiNiiについて紹介をする。

まず、医学中央雑誌は、医学中央雑誌刊行会より出版されている検索誌で、医学・歯学・薬学・看護学・福祉等の保健医療関連領域の専門誌を含んでいる。日本で最もスタンダードなものとして利用されている。抄録の部と索引の部があり、人名（著者名）と件名（キーワード）索引から検索できる<sup>1)</sup>。検索のための用語は医学用語シソーラスを用いて確認し、その用語で検索するとよい。文献のタイトル、著者名、所属機関名、掲載誌名・巻号・ページ・発行年月などの検索に有効である。

次に、CiNiiには無料一般公開されている論文も豊富にあり、利用登録なしに誰でも検索できる。また有料公開の論文については「機関定額制（法人単位のご利用登録）」やID（個人単位のご利用登録）を取得すると、料金優待などの特典がある。CiNiiには3つの特徴がある。まず、CiNiiには約1,200万の学術論文情報が収録されており、膨大な論文情報が入手できることである。次に、論文本文へナビゲートについて、収録件数の約1,200万件の論文のうち、CiNiiに本文がある論文は、学協会刊行物と、各大学あるいはNIIが電子化した研究紀要の一部を合わせた320万件がある。CiNiiでは膨大な論文情報の中から簡単に目的の論文を検索し、論文本文に到達することができる。そして、検索した論文について、参考文献と被引用文献が表示されるので、引用関係をたどることができる。（※レコード件数は2009年4月1日時点の数である）

二次文献検索において医学中央雑誌とCiNiiの

データベースに「メタボリック症候群」と「喫煙」の2つのキーワードを用いて、AND検索とOR検索を行うと表2のような結果が得られた。

表2. 医学中央雑誌とCiNiiによる検索結果

	検索式	医学中央雑誌	CiNii
1	メタボリック症候群 AND 喫煙	244件	4件
2	メタボリック症候群 OR 喫煙	1,897件	6,110件

(2009年4月27日現在)

同様の検索式を用いても、データベースによっては抽出される文献数に違いがあった。このことからわかるように、二次文献検索においては、一つのデータベースだけではなく、可能であれば、複数のデータベースを活用することが望ましいといえる。二次文献検索において、どれだけ情報を入手できるかが一次文献検索にとっては重要なことである。有用な一次文献に到達するためには、様々なデータベースを活用して文献検索を行うことが必要であると考えられる。

著者の一人が行った文献検索の実例を示す。平成17年に認定看護師の取り組みの実態と職務満足度を調査し、これからの認定看護師がその専門性を発揮できる職場環境について提言することを目的に調査研究を行った<sup>7)</sup>。キーワードを「認定看護師」と「職務満足度」と設定し、医学中央雑誌のデータベースにて二次文献検索を行った。「認定看護師」のみで検索した結果は508件、「職務満足度」のみで検索した結果は499件であった。さらに、「認定看護師」と「職務満足度」のAND検索では1件、OR検索では1004件の検索結果を得た。二次文献の結果より、尾崎の「看護婦の仕事への満足度に関する研究」<sup>8)</sup>と、門屋の「認定看護師の存在が看護婦のキャリア発達志向に与える影響」<sup>9)</sup>の論文を一次文献として入手し、入手した2編の論文の引用からさらに引用文献をたどり、一次文献を有効に検索することができた。

### 3. 文献の読み方

入手した文献がすべてに役に立つわけではないので、まず、集めた文献にざっと目を通し、役に立つ文献を自分の基準で選択していく。そして、自分の研究課題に有用であると判断した文献に関

しては、クリティカルな方法で読んでいくことが大切である<sup>10)</sup>。クリティカルな方法とは、建設的に批判的な視点をもって抄読することである。その視点をもって文献を読めば、それまでは「なるほど・・・」と納得していたことにも、「この研究結果はごく限られた対象にしか該当しないのではないか?」「研究方法について、他の方法があったのではないか?」などと研究に対する新たな疑問がわいてくる。この疑問が、研究過程にヒントを与えてくれることになる。

### 4. 文献の整理

一次文献を入手したら、内容を研究に活かしていくために、整理・保存することが大切である。著者名やタイトルはもちろん、その一次文献の出典を加え、総説や原著などの文献の種類、キーワード、要約などを書きとめておくことが重要である。集めた文献を整理する方法を、研究過程の早いうちから決めて実施していくことが大切である。ファイルボックスやラベルを用いて分類したり、パソコンを使って文献カードを作成することも整理・保存に役立つ。研究の最後の段階で、文献の出版社などがわからなくなったり、著者名がはっきりしないことがないように、文献を整理する習慣を身につけていくことが大切である。文献を保存する際に、文献とともに文献の種類、キーワード、要約などを記載したメモと一緒に保存しておくこと、次からの論文作成に利用できるのも、便利である。最近ではEndNote、カード型データベースなどの文献検索を自動処理してくれるソフトも登場してきている。ワードやエクセルでも罫線を入れることで文献整理のフォーマットを作成することができる。例えば、「文献番号」「タイトル」「著者」「雑誌名」「ページ」「サマリー」など、自分でカスタマイズして項目を構成して作成することができる。

### おわりに

文献検索は、簡単なことではなく、労力・時間・費用等が必要である。そして、粘り強く、貪欲にこの作業に取り組む姿勢も重要である。この段階にどれだけ丁寧に取り組むことができるかで、このあとの研究の価値は決まってくる。文献検索は、それだけ重要な作業である。文献検索の作業に手を抜かずに取り組むことが、研究過程においては

必須のことである。文献検索については、様々な解説書が出版されているので、それらを有効に活用しながら進めていくことができる。

## 文献

- 1) 上野栄一:臨床看護研究の進め方①-看護研究のプロセス-,看護技術,55(1),92-96,2009
- 2) 鈴木志津枝:文献検討(索).井上幸子,平山朝子,金子道子編:看護における研究,第2版,日本看護協会出版会,32-50,1999
- 3) 黒田裕子:看護研究 step by step,第3版,24-36,学研,2006
- 4) Burns N, Grove SK: The Practice of Nursing research: conduct, critique, and utilization. (5th ed). Elsevier, 2005, 黒田裕子,中木高夫,小田正枝,逸見 功監訳,バーンズ&グローブ、看護研究入門-実施・評価・活用-,101-131,エルゼビア・ジャパン,2007
- 5) 上野栄一:臨床看護研究の進め方②-文献検索の方法-,看護技術,55(2),91-96,2009
- 6) 図書館情報検索ガイド,聖マリア学院大学,2006
- 7) 白水麻子:認定看護師の取り組みの実態と職務満足度,聖マリア学院紀要 第23巻,115-119,2009
- 8) 尾崎フサ子:看護婦の仕事への満足度に関する研究,看護研究,20(3),54-63,1987
- 9) 門屋久美子,安保弘子:認定看護師の存在が看護婦のキャリア発達志向に与える影響,第32回日本看護学会論文集(看護管理),33-34,2001
- 10) 鈴木志津枝:文献検討(検索).南裕子編:看護における研究,日本看護協会出版会,34-50,2008



【資料】

# Teaching Portfolioを用いた母性看護学における 教育実践のリフレクション

竹元仁美、大町福美、桃井雅子

聖マリア学院大学

<キーワード>

母性看護学、ティーチングポート・フォリオ、リフレクション

## I . はじめに

文部科学省の看護学教育の在り方に関する検討会報告<sup>1)</sup>によれば、「教育の質の保証」が重要課題として全ての大学に求められ、「到達目標を示し、その到達度を確認する評価システムを持つ」ことによって、「教育課程が目指す人材育成像に向けて改善され、教育内容の精選が進むと期待される」としている<sup>1)</sup>。要約すれば、教育の質の保証のために大学独自の到達度評価方法を開発していくことが要求されている。そして、その評価方法の1つとして注目を集めているのがティーチング・ポートフォリオ (Teaching Portfolio、以下TPとする) である。TPは、1970年代にカナダで生まれ1980年代米国に導入され、現在では北米における2000以上もの大学がTPを運用している<sup>2) 3)</sup>。本邦においては、杉本が1997年にTPの概念を紹介しているものの<sup>4)</sup>、大学教員の教育業績評価として注目されることはなく、初等中等教育における学習活動の振り返りのためのラーニング・ポートフォリオとして普及していった<sup>5)</sup>。2008年、文部科学省中央教育審議会答申「学士課程教育の構築に向けて」で取り上げられ、大学教員の教育業績評価法として一躍注目を集めるようになってきた<sup>6)</sup>。その答申において、TPは「授業改善に向けた様々な努力や成果を適切に評価する観点から、教員が教育業績の記録を整理・活用する仕組み (いわゆるティーチング・ポートフォリオ) の導入・活用を積極的に検討する」とされている<sup>6)</sup>。一方、看護学教育においては、TPは

2007年に杉本によって紹介されたが<sup>7)</sup>、実証研究はほとんどなされていないのが実情である<sup>8)</sup>。

聖マリア学院大学では大学化により、平成18年から4年課程で看護師・保健師・助産師の三職種の人材育成のための統合カリキュラムとなった。それまで3年制短期大学で教育していた母性看護学と1年課程の専攻科で教育してきた助産学を、大学の4年間で統合カリキュラムとして編成することとなった。そのため、本学の母性看護学・助産学領域では、助産師教育を前提として講義・演習・実習を行いながら、継続的に母性看護学科目と助産学科目の内容の妥当性、順序性、整合性、一貫性等の検討を行ってきた。今回、竹元が母性看護学・助産学領域の教育に関するTPを作成する機会を得た。本稿では、そのTP作成過程で得られた教育活動における自己内省 (Reflection) を再整理し、母性看護学・助産学領域の教育評価における基礎資料を作成することを目的とする。なお、今回の検討においては、母性看護学科目を中心に見ていくこととした。

## II . 本学における母性看護学

母性看護学実践の理念は、「次世代の健全教育のために、看護の受け手である女性、子ども、家族の生命・人権を尊重し、擁護する立場を維持し、その女性・母子・家族なりの健康生活へと援助すること」である<sup>9)</sup>。その中で、特に重要なことは、①女性と子どものリプロダクティブヘルス/ライ

ツ、女性の自己決定権を尊重・擁護する立場を維持すること、②家族全体をまるごととらえ、家族成員の関係性や家族機能に着目し、家族を中心とした看護を展開すること、の2つとされている<sup>9)</sup>。森らが言うように「母性看護実践を効果的に行うには『生命への畏敬の念』を持ち、『人間という存在に対する深い理解』の上に立って、『対象者の意思や考え方を尊重』すること」が重要である<sup>9)</sup>。これは、本学の教育目標の1つに明記されている「人間についての真理を探求し、人間の尊厳、すなわち個々の人間の存在そのものに価値を見出し、生命を尊重することのできる豊かな人間性を養う」に適合していると考えられる<sup>10)</sup>。

本学における母性看護学方法論Ⅱの学習目的は、「生殖にかかわる身体的・心理的・社会的・スピリチュアルの理解を深め、正常な生殖・妊娠・分娩・産褥期および新生児期にある対象者ならびに家族機能への看護査定・介入を習得する。また、対象者の健康の増進・健康問題の解決・逸脱の予防看護、対象者および家族の発達過程・健康レベルを把握し、対象者・家族のセルフケア能力を高める看護方法について学習する」となっている<sup>10)</sup>。また、授業計画全体は、「母体の妊娠・分娩・産褥期の変化および胎児・新生児の成長発達についての基本的知識を習得し、Well-beingを促進する看護方法について講義をする。課題学習やミニ演習を随時導入しながら体感型の学習を行う」としている<sup>10)</sup>。本学のカリキュラム構成では、母性看護学方法論Ⅱ(60時間)は、「母性看護学概論(2年前期30時間)」「母性看護学方法論Ⅰ(2年前期30時間)」を履修後2年後期に受講し、その後3年前期に「母性看護学演習(30時間)」、3年後期に「母性看護学実習(90時間)」に発展する形態となっている<sup>10)</sup>。

### Ⅲ. Teaching Portfolio (定義、目的)

TPは「個人の教育業績に関連する文書や資料の網羅的な寄せ集めではなく、教育活動に関して十分に考えて選ばれた情報と、教育活動の有効性に関する確かな根拠資料を提示するもの」である<sup>3)</sup>。杉本によるとTPとは「大学教員が授業や研究指導等において投じた教育努力の一部を、目に見える形で自分および第三者に伝えるために効率的・効果的に記録に残そうとする『教育業績ファイル』、もしくはそれを作成することにおける技術や概念および、場合によっては運動を意味する」としている<sup>4)</sup>。Stanford Projectによると、

TPとは実践サンプル(証拠)とそれに対する教員自身の自己内省(Reflection)を加えたファイルの集まりであるとしている<sup>6)</sup>。TPを作成する目的として、Seldin(2003)は、①求職やテニユアや昇格に関する審査組織に提示する、②自己の教育活動の改善が必要な分野を自己省察する、③教育実践に関する討議を行い、大学環境を促進する、④教育の知識や経験を若い教員と共有する、⑤退職する教員の講座を引き継ぐ教員が先達の知識や経験から学べるように文書記録を残す、⑥補助金等の申請書において根拠資料を提示する、等をあげている<sup>11)</sup>。ここでは、②のTPが自己内省を促進する効果に注目して論を進める。

## Ⅳ. Teaching Portfolio 作成

### 1. 今回の TP 作成の目的

はじめに述べたとおり、TP作成過程で得られた教育活動における自己内省(Reflection)を整理し、母性看護学・助産学領域の教育評価における基礎資料を作成することを目的とした。最終的にはTPおよび作成プロセスを検討することにより、教育の質の向上に役立つ示唆を得ることを目的とする。なお、その過程において学生が不利益を被ることのないように情報管理に配慮した。

### 2. 作成した TP の構成例 (図1参照)

2009年に竹元が作成したTPの構成例を図1に示した<sup>12)</sup>。TPは作成者の学問領域や作成目的によって構成を柔軟に変更することができる<sup>3)</sup>。今回のTP作成においてメンターと協議した結果、評価・改善に重点を置く構成とした(A4サイズ18頁)。



図1. TP の構成例 (竹元, 2009)

### 3. TP 作成プロセス (図2参照)

TP 作成プロセスを図2に示した<sup>12)</sup>。一般的なTP 作成の際には、専門領域以外の読み手を納得させるだけの有効性を描き出すために、TPの構成および資料の選択を十分に検討することが重要である<sup>3)</sup>。TP 作成手順としては、以下の8段階である<sup>3)</sup>。

Step1) 計画を立てる → Step2) 教育面での責任を要約する → Step3) 自分の教育アプローチを説明する → Step4) ポートフォリオに組み込む項目を選ぶ → Step5) 各項目に関して記述する → Step6) 各項目を順序良く配置する → Step7) 裏づけデータをまとめる → Step8) TPをファイルに綴じる。

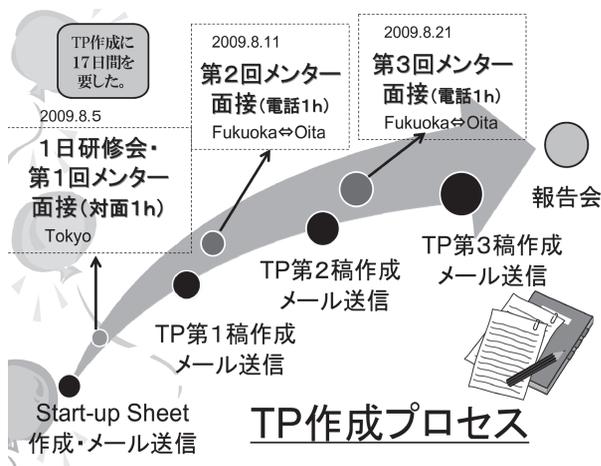


図2. TP 作成プロセスの実際 (竹元, 2009)

実際のプロセスとしては、まず、準備段階として、TP 作成についての約1時間の研修会の前に、スタートアップシート<sup>5)</sup>に記入をしてメンターに返信した(コンタクトはe-mail)。図2に示す通り、2009年8月5日に約1時間のTPに関する講習会を受講後、第1回目の対面による面接を受けた。第1回目の面接はスタートアップシートに記述した内容に基づいて実施された。基本的に、面接でのメンターからのフィードバックでTPを修正し、それに基づいて次の面接を行うというパターンであった。第2回目(8月11日)と第3回目(8月21日)の面接は、遠隔地(久留米⇄大分)のため電話での面接となった。第3回目の面接終了後、最終TPを作成しe-mailで提出した(8月24日)。

通常は、2泊3日もしくは3泊4日の宿泊型研修会でTPを完成させるが、今回はメンターの都合等で遠隔地での電話面接というスタイルを取っ

たため延べ17日を要した。

以下に、メンターとの面接における例を示す。「どのような教育方針なのか?」「何故そのようなことをしているのか?」「(学生が)知識を習得するために工夫しているのはどんなことか?」「学生に対しての教育責任をどう伝えたいか?」という、教育の本質に触れる質問を投げかけられた。また、メンターは質問だけでなく「それは最終的な理念や目標に結びつくと思う」「そういうところも重要な教育目標になる」等の方向性を示すコメントを行った。コメントに留まらず、面接の随所で「できる限りの支援をしたい」「よい教育をしている」という励ましの言葉をかけた。TP作成者は、それらのメンターからの問いかけ、示唆、励ましのコメントによって自らの教育理念、教育の責任、教育戦略等について何度も自問自答を繰り返すこととなる。この過程がまさにリフレクション、自己内省であると考えられる。

### 4. 教育の理念について (最終TPより抜粋)<sup>12)</sup>

以下に、最終TPから抜粋した母性看護学・助産学における教育理念を示す。

本学の教育理念として「カトリックの愛の精神」が根幹にあり、ケアリングを通して「対象者を尊重して、その人らしく生きていけるように支援」できる看護専門職を育成することを使命としている。従って、その教育理念を踏まえた「講義・演習・実習」を組み立てていく必要があり、以下の2点を教育の理念として考えている。

#### 1) 「いのちを産み育てる」ことに対するの価値観の構築

担当している母性看護学・助産学領域は『いのちの誕生』に関わる領域であり、18-22歳の学生自身のライフサイクル上の課題である「生殖」の時期にも密接に関連している。そのため、看護専門職としてだけでなく、女性/男性としての人生も充実させてライフサイクル上の課題(例えば妊娠、分娩、子育てなどの)を達成してほしいという願いをもっている。しかし、今の学生の置かれている生活環境は、「生まれる」こと、「死ぬ」ことから離れた状況にある。「生」「死」という本来自然の人間の営みが施設化され、非日常的で身近に触れる機会もほとんど失われてしまった。従って、学生の人生においても「いのち」「家族」「産み育てる」ことに関する講義・演習・実習は貴重な経験となり、自分の身をもって「体感」しながら感性を磨き、『命を産み、育てる』ことについての価値観を構築することは喫緊の課題である。

#### 2) 看護師・助産師の専門性と責任を果たすことのできる能力の養成

専門職業人として自律するためには、生涯にわたる自己研鑽が必要であり、「自学自習」の学習スタイルの確立が求められる。職業倫理として、根拠に基づいた看護の提供(Evidence-based Nursing)を実践しなければならない。・・・(中略)さらに、助産師になれば開業権を持ち、正常分娩という制限はあるものの医師から独立して助産行為を行うことができる。母親、胎児/新生児に対して大きな責任が発生するため、日々自己研鑽に励み最新の医療知識、技術、価値観を高める必然性が

ある。従って、『自学自習』は看護専門職業人として欠かすことのできない態度の一つであると考ええる。

## 5. 母性看護学方法論Ⅱにおける教育活動の例 (最終 TP より抜粋)<sup>12)</sup>

(1) ゲストスピーカーによる特別講義:

- ①テーマ「親子の誕生と絆」: A助産師。「医療の最先端ではなく、家族のためのお産を」とB助産院をC県に開業された。これまで4,000人も赤ちゃんを取り上げてくれた現役助産師である。毎年本学の特別講義を依頼している。
- ②テーマ:「DVとセルフディフェンス」:平成18-20年度の3年間、教育分野の多様化に対する教育研究の分野で、「IPV(Intimate Partner Violence)」被害者サポートのための看護教育プログラム構築」が採択された(教育学習方法等の改善支援:日本私立学校振興・共済事業団)。DV被害者に対する看護ケアの必要性が高まっており、看護教育におけるDV被害者ケアのための教育プログラムを構築されつつある。その試みの1つとして、DV被害者の状況や気持ちを理解すること、学生自身が自分の身を守ることに主眼を置き、平成19~20年自らがDV被害者であるWen=Doインストラクターを招聘し、看護学生を対象として「DVとセルフディフェンス」演習を実施した。

(2) 授業評価の一例

- ①学生の授業評価アンケートの結果(2008):アンケート12項目について5段階のリッカートスケールによる評価、「今回の講義であなたの知識は増えたか」4.15、「シラバスに記載されている目的をあなたは達成できたと思うか」4.03と比較的高い評価を得た。その他全項目において全体平均を上回る結果であった。
- ②ミニッツペーパーによる学生のコメント:「年間を通して分かりやすく『勉強できた』と達成感が持てる授業でした」|VTRや詩の朗読を聞いて、子どもと親のつながりを感じました|「いのちの尊さについて改めて考えるきっかけとなりました(A氏特別講義)」等のコメントが寄せられた。

## 6. 母性看護学教育における自己内省 (Reflection)

前述したように、メンターとの対面面接および電話面接において、教育哲学・理念、教育の責任、教育戦略、および講義・演習・実習内容における創意工夫している点、その理由、根拠資料等について問われ続けた。そして、メンターの問いへの回答を探るプロセスこそがメンターの視点を包含した複合的な振り返りとなり、教育活動全般を自分自身に深く問う自己省察となったと考える。本学においては、シラバス作成時は学習目的・学習目標・授業計画(全体・授業単位)・成績評価方法等について検討し、領域内の教員で検討した後教務委員会に提出している。しかし、従来のそのプロセスでは語る事ができない、つまり明確に認識されにくい自己の「教育理念」、「教育戦略」、「教育改善の取り組み」がメンターとのやり取りの中で語られ、TPとして精緻化され文書化されていっ

た。さらに、期末テストの結果、提出されたレポート、学生アンケート、ミニッツペーパー等による根拠資料(エビデンス)により教育実践およびその効果について一定の裏付けがなされ<sup>3)</sup>、自分の意図した教育計画・実践の評価として結果が示されることになった。このようにTP作成を通して得られる「自己省察」というメタ認知的活動そのものが、教育活動自体についての理解や認識を深め教育改善につながっていくと考えられる<sup>13)</sup>。

今回作成したTPを振り返ってみると、「『命を生み育てる』ことに対する価値観の構築」を教育理念の1つとして掲げており、大学の教育目標である「人間の尊・生命の尊重」を教育の根幹として重要視していることが再確認できた。

また教育戦略として、1)『いのち』を『体感』でできる講義・演習・実習の展開、2) アセスメント(国家試験レベル)ができる基礎的知識の習得、3) 自学自習スタイル(自己教育力)の確立、4) 関係施設や地域住民との連携による学びの共同体の構築、の4つをあげていた<sup>11)</sup>。1)については、母性看護学・助産学領域での教育-学習(Teaching-Learning)過程が、「『いのち』が生まれ育っていくこと」を単なる知識・技術面だけでなく、畏敬の念を持って「こころ」で学んでほしいという期待がこめられたものである。2)については、「助産師資格コース」を選択した学生が4年過程で看護師・助産師・保健師の三職種の免許を取得しなければならないことを反映している。これは、社会が看護職者に期待するものに応えるために必要不可欠な要件であり、社会に対する大学としての説明責任(Accountability)の1つでもある。3)については2)と同様に看護職者として必要不可欠な要件である。4)については教育が大学内に閉じこもることなく、他大学や地域社会との連携の中で育まれてこそ、時代や社会のニーズにあったケアを提供できると考えるためである。現在、「ほっとステーションマリア」、「久留米の大学間の単位互換制度」、「高等教コンソーシアム久留米」などがあり、他大学や地域社会との有機的な連携が構築されつつある。

TPは通常1~2年ごとに更新することになっている<sup>3)</sup>。しかし、今回TP作成から約半年後という比較的早期に再整理することになった。これによって、大学と自分の掲げる教育理念の間に整合性があること、教育理念に基づいたコースデザインであること、一定の教育効果が得られていること、などが再確認できた。また、メンターによる教育的配慮に基づいた技術的・心理的支援によって、複合的・客観的評価視点が得られ、教育活動

に対するモチベーションも高められたことなどが確認できた。

## V. TP のもつ課題

今回のTP作成過程で得られた教育活動における自己内省(Reflection)の再整理を通して、TPが「自己の教育活動のなかで改善が必要な分野を自己省察するのに必要な仕組み」<sup>11)</sup>であり、教育力向上に有用であることが示唆されたと考える。しかし、TP作成における努力が授業改善や教育の質の向上に、どの程度効果をもたらすかについての実証的研究は少ない<sup>8)</sup>。もともと教育業績の評価は研究業績の評価と比して成果を明らかにするのに時間を要しかつ効果検証自体が困難であることから<sup>15)</sup>、TPが適切な教育業績の評価ツールとして使用できる段階に至っていない。そこで参考としたのがTP使用を進めるにあたってのガイドラインである<sup>3)</sup>。

Seldinは組織的に展開するにあたって、①小さくはじめる、②教員の自発的意思を大事にして参加を強制しない、③最初から学内で最も尊敬される教員を活動に取り込む、④ポートフォリオ・アプローチについて大学執行部の支援を取り付け、必要な資源が大学レベルで提供されるようにする、⑤TP導入の進行状況を逐次教員全員に知らせる、⑥TPに個人差の余地を認める、⑦受け入れと実行のために十分な時間-1年か場合によっては2年-をかける、ことを提唱している<sup>11)</sup>。TP作成の効果に関しては、Seldinがメンターとして関わった約500人の教員のほとんど全員が、時間と労力に見合う価値があると答えているという事実から<sup>3)</sup>効果はあると考えられ、デメリット勘案してもTP作成の価値は十分にあると結論付けることが可能である。

もうひとつ、今回のTP作成でメンターの役割の重要性が確認された。メンター(Mentor:経験豊かな支援者)は、メンティ(Mentee:豊富な経験と知識をもった人物の指導を受けて、学び成長しようとするもの)に対して、総合的な支援を行う役割を担う<sup>12) 13)</sup>。メンタリングを行う際の注意点として、1)メンターは幅広い知識を持ち助言や資源を提供する、2)若い同僚と一緒に仕事をしている年上の経験をつんだ教員・数人のポートフォリオ・メンターとなるよう訓練を受けた教員のグループ・同じあるいは異なる学問領域の外部コンサルタントなどのアプローチがある、3)TPは作成する教員のものであること忘れてはな

らない、の3つが提示されている<sup>3)</sup>。1人のメンター(支援者)に対してメンティ(支援を受ける人)2~3人というのが妥当な人数といわれるが<sup>3)</sup>、TP作成の成否の鍵を握るメンター役割を取れる教員の絶対数が少なくメンターの養成が急務となっている<sup>15)</sup>。

また、今回のTP作成を通してメリットが大きいことを実感したものの、作成に費やされる労力、時間および精神的負担が大きいため、組織的な支援や教員への動機付けが重要であることも再認識した。従って、TP作成においてはインセンティブ(人事面での利点や金銭的・時間的褒賞の可能性)が必要かつ重要な要因となると考えられる。これは大学組織がTPをどのように位置づけ展開していくかということでもあり、全学的な課題として検討していく必要がある。

今後の本学のTP作成を進める上で示唆に富んだ例として、立命館大学でのTP作成を内包した「実践的FDプログラム」をあげたい<sup>15)</sup>。「実践的FDプログラム」とは、2008年度質の高い大学教育推進プログラム「教育の質を保証する教員職能開発と大学連携～大学間連携を通じた実践的FDプログラム開発ならびに大学教員に求められる教育力量と職能の開発～」をもとに構築された教員研修プログラムである<sup>15)</sup>。立命館大学では、TP作成における達成目標を「専門領域の授業の設計・実施・評価に関して、専門分野と教育学の観点からその適切性・妥当性・有効性を省察し改善できる基礎的な能力を身につける」こととしている<sup>15)</sup>。本学でもこのようにTP作成の到達目標を明確に提示することによって、教育の質の保証や大学教員の教育業績評価のツールとして活用できると考える。そして、リフレクション(自己省察)のためのTP作成のあり方に関する適切性・妥当性・有効性の検討を今後の大きな課題として、母性看護学という専門領域だけでなく本学や他大学の教員との協力関係のもと追究していくこととした。

## VI. まとめ

本稿の目的とした「TPの作成過程や内容の再整理」によって、自己内省を主軸とした母性看護学の教育評価ができたと考えている。しかし、今回は一教員が作成したTPの再整理にとどまった。今後は各教員がTPを作成し検討することによって、母性看護学・助産学領域における全体的な教育評価を行い「教育の質の向上」に努めたい。

## 文献

- 1) 文部科学省:看護学教育の在り方に関する検討会報告「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」、2004年3月26日 <[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm)>
- 2) 永田智子、加藤久恵:教員養成プログラムにおけるティーチング・ポートフォリオの検討 - 米国コロラド大学ボウルダー校の事例を中心に -. 学校教育学研究、15:137-145、2003
- 3) ピーター・セイルデン著、大学評価・学位授与機構監訳、栗田佳代子著:大学教育を変える教育業績記録-ティーチング・ポートフォリオ作成の手引き-. 東京、玉川大学出版部、2007
- 4) 杉本均:アメリカの大学におけるティーチング・ポートフォリオ活用の動向. 京都大学高等教育叢書、2:14-30、1997
- 5) 栗田佳代子:日本におけるティーチング・ポートフォリオの可能性と課題—ワークショップから得られた知見と展望—. 評価結果を教育研究の質の改善・向上に結びつける活動に関する調査研究会報告書、2009
- 6) 文部科学省:中央教育審議会答申「学士課程教育の構築に向けて」.43、2008年12月24日 <[http://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin)>
- 7) 杉本均:教員自身のためのティーチング・ポートフォリオ (特集 いまなぜポートフォリオなのか 学生評価・教員評価の新たな展開として). 看護教育、48 (1) :31-35、2007
- 8) 竹元仁美、大橋知子、大町福美、桃井雅子:Teaching Portfolioを用いた母性看護学・助産学領域における教育実践の振り返り. 日本助産学会誌、23 (3) :453、2010
- 9) 森恵美、高橋真理、工藤美子、他:系統看護学講座母性看護学概論.32 - 37、東京、医学書院、2009
- 10)平成20年度聖マリア学院大学看護学部看護学科編:学生便覧 Syllabus.2008
- 11)Seldin P:The Teaching portfolio.The teaching portfolio:A practical guide to improved performance and promotion/tenure decisions (2nd ed.) . Bolton、MA:Anker、2003
- 12)竹元仁美作成のTeaching Portfolio.2009
- 13)久村恵子:メンタリングの概念と効果に関する考察—文献レビューを通して—. 経営行動科学、11 (2) :81-100、1997
- 14)Kram KE、:Phases of the mentor relationship.Academy of Management Journal. 2:608 - 625、1983
- 15)井上史子、沖裕貴、林徳治:実践的FDプログラムの開発—大学教員の教授・学習支援能力の提案—. 教育情報研究:日本教育情報学会学会誌、26 (1) :17-28、2010

【総説】

# スウェーデンにおける高齢者福祉政策とケアサービス

野口房子、久木原博子、高山直子

聖マリア学院大学

<キーワード>

スウェーデン、高齢者、福祉政策、ケアサービス

## はじめに

北欧の国スウェーデンでは高齢者福祉先進国というイメージが強い、スウェーデンの高齢化率は1940年代初頭には既に10%を超えており、特に1950年から1990年までの高齢化率は7.6ポイントの上昇をみせ<sup>1)</sup>、その頃から高齢者福祉政策は政府の最重要政策のひとつとして位置づけられてきた。それに比べ日本は、1950年の高齢化率は4.9%と先進諸国の中で最下位であった<sup>2)</sup>。しかし、その後の経済成長による国民生活の充実、医療水準の向上などの恩恵によって高齢化率は急激に上昇し、2000年にはスウェーデンの高齢化率を追い抜き世界でトップになった。高齢化率が7%から14%になるまでスウェーデンは85年を要したが、日本では僅か24年の歳月しかなかったのである<sup>3)</sup>さらに日本の高齢化は進展すると予測され、それに伴う要介護老人（認知症、虚弱老人、寝たきり）の増大による財政圧迫が懸念され、大きな社会問題となっている。

従って、超高齢社会を見据えた、効率的・効果的な高齢者福祉政策の充実が求められ、新たなケアサービスを構築する必要性に迫られている。スウェーデンは介護の社会化を長い年月をかけて構築してきた。日本とスウェーデンでは歴史や文化の違いはあるが、高齢社会の先進国としてスウェーデンの高齢者福祉政策やケアサービスのあり方から日本が学ぶことは多いと思われる。

そこで、スウェーデンの動向を、①高齢者福祉政策の基盤となる背景、②高齢者福祉政策をささえる理念、③高齢者福祉制度の特徴、④高齢者ケ

アに関する政策の現状、⑤高齢者福祉の課題にわけて提示する。

## I. 高齢者の福祉政策の背景

高齢者福祉政策は、その国の歴史、風土、文化、国民性等を背景として成立している。したがって、われわれがスウェーデンの高齢者福祉対策を学びとろうとする場合には、その背景にある普遍的な原理・原則を見出していくことが大切である。そこで、まずスウェーデンの医療福祉に関するFACTシート<sup>4)</sup>を参考にして、国土面積・自然条件、人口規模、歴史、政治、経済、スウェーデン人の気質・国民性、高齢化の状況を分析する。

### 1. 国土面積・自然条件と人口規模

スウェーデンの国土面積は45万km<sup>2</sup>で、日本の約1.2倍の大きさであるが、耕地面積はその10分の1弱で、国土の北54%が森林、20%が湖沼・河川となっており<sup>5)</sup>、森林・水資源は豊富であるが、最南部のスコーネ地方を除けば肥沃な農耕地に恵まれているとは言難い。人口の85%は国土の南半分に住んでいる。スウェーデンの国土は南北に長く、最北部は北極圏にまで達する。首都ストックホルムは北緯59度21分に位置し、その緯度は極東でいえばカムチャツカ半島の付け根に相当し、1年の半分以上は冬である。しかし、大西洋を循環するメキシコ湾流のおかげで海岸近くは比較的温暖で、冬の平均気温は零度を僅かに下回る程度であり、降雪量も比較的少ない。夏であ

る7月の平均気温は18度で、太陽が1日中沈まない、いわゆる白夜がある。このような自然条件は、スウェーデン人の気質や国民性にも大きな影響を及ぼしていると推測される。

## 2. 人口規模

人口は約918万人(2007年)とわが国の14分の1程度である<sup>6)</sup>合計特殊出生率は1990年代初頭に2.1であったものが、直後に起きた経済危機に呼応し1998年に1.51を記録し、その後は緩やかに上昇している(2007年には1.87まで回復した<sup>7)</sup>)。平均寿命は男子78.9歳、女子82.9歳と高い(2007年)<sup>5)</sup>人口密度をわが国と比較すると、1 Km<sup>2</sup>あたり20人である<sup>6)</sup>が、わが国は1 Km<sup>2</sup>あたり343人である<sup>7)</sup>。このような国土面積と人口規模が、高齢福祉行政に様々な影響を与えていると考えられる。すなわち、人口規模が小さいことにより、行政改革に対する国民のコンセンサス形成が得られやすく、効果も早く現われる。また改革が失敗した場合でもやり直しがききやすい。また、人口密度が低いことは、高齢者の住宅や設備の構造をゆとりのあるものにすることができる。これは生活の質を高めることを容易にし、又は在宅ケアを可能にする。一方では人口がまばらな北部地域では、住宅福祉サービスを効率的に行う努力が必要となる。

## 3. 歴史

スウェーデンは1814年ナポレオン戦争終結後にキール平和条約締結した以降は外交政策の基本方針として非同盟・中立政策を維持してきた<sup>6)</sup>このため第一次大戦はもとより、第二次大戦にも参戦しなかった。スウェーデンは20世紀の初頭はヨーロッパの中で最も貧しい国の1つであったが、大戦の戦禍を免れ、産業基盤が維持されたことが大きな要因となって、特に第二次世界大戦後は西欧諸国の中で経済成長が著しく、福祉の充実化を実現した典型的ケースといえる。その後、1995年に欧州連合(EU)への加盟を果し、非同盟中立政策に一部修正が加えられたような形になっているが、引き続き軍事非同盟は維持する(すなわち、NATOには加盟しなし)というのが現在の同国政府の立場である。

## 4. 政治

スウェーデンは議会制立憲君主国であり、カール16世グスタフ国王(1973.9即位)の職務は国家元首としての儀式上の権能に限られる。国会(Riksdag)は一院制で、議員は比例代表に基づ

き、4年ごとの直接選挙で選出される。選挙権取得年齢は18歳である。2006年の総選挙は、「雇用問題」を早々に取り上げ、雇用創出に積極的に取り組む姿勢を明確に打ち出し非社民連合4党(穏健党、中央党、自由党、キリスト教民主党)がラインフェルト穏健党党首を首相とする新内閣として12年振りに成立した<sup>6)</sup>。

行政府に置かれる10の省は、主として国会へ提案する法の作成に当たる。法律の施行は、省とは比較的独立した関係にある100ほどの中央行政機関と21のレーン行政機関(中央行政機関の地方出先機関)が行う<sup>8)</sup>。

スウェーデンの公共セクターは、国と、地方自治体であるランスティング(Landsting)及びコミュニティ(Kommun)に分類できる<sup>8)</sup>ランスティングは所得税を徴収する権限を有し、主に地域内の保健・医療サービス、社会活動(児童・青少年問題のカウンセリング等)広域地域・交通計画、文化政策の責任を負う。全国にある290のコミュニティも徴税権を有し、学校、児童・高齢者福祉、公共事業、住宅供給、文化活動、余暇活動など公共事業の運営管理に当たる。ここには公正取引及び消費者保護、人権的・性的差別の防止、報道倫理の維持、児童青少年や障害者の権利擁護を目的としたオンブズマンがそれぞれ置かれ、厳しい監視の目を向けて国民の権利の擁護に当たる。また、政府公文書のほとんどは、いつでも国民や報道機関に公開される仕組みとなっている。

## 5. 経済

スウェーデンは、他の西欧諸国と比べると遅れて産業革命を経験したが、特に第二次大戦後、経済が急速に発展し、1950年代～60年代はスウェーデン経済の黄金時代と呼ばれるような経験をした。こうした経済成長の成果を福祉国家建設の糧としていったのである。こうした経済発展の要因としては、(1)第一次、第二次両大戦の戦禍を免れたことのほか、(2)豊富な鉄鉱石、森林、水などの資源の存在、(3)早い時期から教育の充実が図られてきたことにより質の高い労働力が確保できたこと、(4)高い技術開発力、(5)政治の安定および労使関係の安定等が挙げられる。

しかし、70年代半ばの石油危機以来、スウェーデン経済もかつての勢いを失い、特に90年代初めには戦後最悪とも言われる深刻な経済危機を経験した。こうした経済状況を背景に80年代半ば頃より高齢者ケアの部門でも合理化・効率化が進められた。

## 6. スウェーデン人の気質・国民性

スウェーデン人は非常に自立心の強い国民である。スウェーデンでは、子供が高校を卒業すれば親元を離れて暮らすのが一般的であり、また、高齢者との同居率も極めて低い<sup>9)</sup>が、こうしたことも自立心の強さを示している。

身体に具合の悪いところが出てきた一人暮らしの高齢者でも、できる限り自分でやれるところは自分でやろうと努力し、自分では出来なくなって初めて福祉サービスを頼ろうとするのが普通である。そして、福祉サービスを受けるときは、これまで高い税金を払ってきたのだから当然の権利であるといった態度で堂々と受ける。

一方、自立心が高いと言っても、個々人が自分のことだけ考えて、他人のことはどうなっても構わないということではない。むしろ、本当に困っている人がいたら、連帯の精神で助けてあげるべきだという気持ちが強い。

また、老親と子の同居率が低いと言っても、このことは必ずしも親と子の関係が疎遠であることを意味しない。例えば、高齢者と子が別居しでも3分の2以上のケースでは最低週1回は会っているという調査結果<sup>9)</sup>からも明らかである。なお、「スウェーデンの高齢者は孤独感が強く、自殺率が高い」などと日本では言われることがあるが、これは誤解であり、高齢者の自殺率はむしろわが国の方が高い<sup>10)</sup> (表1)。

スウェーデン人の政策論議に際しての態度は、基本的に現実主義的・合理主義的であり、コンセンサスを重視する。また、実験精神や改革精神が旺盛で、制度に何か問題があると分かたら、できるだけ速やかに改革案をまとめて実行に移そうとする傾向がある。

## 7. 高齢化の状況

スウェーデンでは既に1950年代初めにおいて65歳以上人口比率(高齢化率)は10%を超え、その頃から高齢者福祉政策は政府の最重要政策の1つとして位置づけられてきた。今後、高齢化のきつい坂道を登っていかねばならないわが国とは少し異なり、65歳以上人口比率という指標で見ると(表2)、スウェーデンではむしろ1950年から1990年までがきつい上り坂であったところであり、この間、高齢化率は10.2%から17.8%へと7.6ポイントの上昇をみせた。特に1960年代以降、高齢化率は世界最高水準で推移し、スウェーデンはまさに「高齢化のトップランナー」として走り続けてきたと言える。そしてこの間のスウェーデンは、特に1970年代半ばまでは経済

は安定していたことから、高齢化の進展に伴うサービスの拡大のためのコスト負担が比較的容易であった。その後、高齢化率は減少傾向を示していたが、2005年の17.2%から再び緩やかな上昇を続け2040年には23.5%に達すると推計されている(スウェーデン中央統計局:SCB)(表3)。

表1. 自殺死亡率(人口10万人当たり)の国際比較

	日本	スウェーデン	アメリカ合衆国	イギリス	ドイツ	ハンガリー	ロシア
総数	23.3	13.4	10.5	6.2	13.5	29.2	39.8
65～74歳	31.4	18.8	12.5	5.8	19.1	40.9	46.1
75歳～	35.6	24.1	20	7.6	31.1	69.3	40.4

出典:厚生省「人口統計」WHO「World Health Statistics Annual, 2005」

表2. 日本とスウェーデンにおける65歳以上人口割合の推移

年	日本	スウェーデン
1950	4.9	10.2
1960	5.7	11.8
1970	7.1	13.8
1980	9.1	16.4
1990	12	17.8
2000	17.5	17.2
2005	20.2	17.2
2010	23.1	18.6
2020	28.9	21
2030	31	22.5
2040	34.9	23.5
2050	36.9	23

(注) 日本は2005まで実績値、スウェーデンは2000まで実績値それ以降は推計値

出典:日本の2005年までは総務庁統計局「国勢調査」2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年1月推計)」の中間推計による。スウェーデンの2000年までは中央統計局(SCB)、2005年以降はスウェーデン医療関連データ集[2004]年版p.7-8

表3. スウェーデンにおける65歳以上人口および75歳以上人口の推移

年	65歳以上千人(%)	75歳以上千人(%)
1990	1,526 (17.8)	689 (8.0)
2000	1,531 (17.2)	791 (8.9)
2005	1,561 (17.2)	795 (8.8)
2010	1,719 (18.6)	786 (8.5)
2020	2,042 (21.0)	969 (10.0)
2030	2,279 (22.6)	1,198 (11.9)
2040	2,431 (23.5)	1,295 (12.5)
2050	2,447 (23.0)	1,394 (13.1)

(注) 2000まで実績値、それ以降は推計値

出典:スウェーデン医療関連データ集[2004]年版p.7-8

この間、75歳以上の後期高齢者人口は、1990年に69.8万人であったものが2000年には79.1万人、2005年には79.5万人と増加している。こうした後期高齢者の増加に伴い、認知症高齢者等、介護の必要度の高い高齢者の増加が予測され、適切な施策の強化が重要な課題となっている。

## II. 高齢者福祉政策を支える理念

### 1. 社会保障政策全般にわたる基本理念と原則

#### (1) 平等と連帯

スウェーデンにおける社会保障政策の基本理念は、平等「equality」と連帯「solidarity」という言葉で表現される。ここでいう「平等」とは、所得・居住する地域等に関わらず、すべての国民が必要なサービスを楽しむことができるようにすることを意味し、「連帯」とは、そのために必要な費用を国民全体で力を合わせて税金などにより負担することを意味する。

この概念は、第二次大戦前の1928年に、当時の社民党党首ハンソンが国会演説の中で取り上げた概念であり、目指すべき国家像として、よい家庭（相互扶助）のように機能する社会をイメージし、「国民の家」という構想を掲げて福祉国家建設を推進してきた政治的スローガンでもあった。この考え方は、現在は国民一般にごく自然に受け入れられている。

また、スウェーデンにおいて最初に福祉国家型の社会福祉プロジェクトが作成されたのは、1946年社会福祉大臣メーレルの時代であった。メーレルは「(福祉とは)労働によって日常の生活を送っている勤労者個人を、法律その他の社会的手段によって、あらゆる危機や困難から守ることである」とし今日の社会保障・社会福祉サービスの基礎を築いた。

高齢者・障害者サービス、児童福祉サービス等に関する基本的枠組みを定めた法律である社会サービス法「Social Service ACT」(1982年施行)の第1条は、「公的社会サービスは、民主主義と連帯とを基盤に、人々の経済的、社会的安心感、生活条件の平等および社会生活への積極的参加を推進しなければならない」と規定していて、国の法律においても、「平等と連帯」という理念は明確に位置づけられている。この社会サービス法は施行以来数回にわたり改正が行われ、新社会サービス法案作成が2000年に着手し、新社会サービス法として2002年の1月から施行された。このサービス法の基本的枠組みは、以前(1982年)の

社会サービス法と同じであるが、具体的な規定内容に一部変更がある。

#### (2) 社会サービス法の基本原則<sup>11)</sup>

上述したように、社会サービスに関する基本的枠組みを定める法律として、「社会サービス法」が1982年から施行されている。同法の基本的原則は次のようになっている。

- ①自己決定：各人が自分の生活のあり方を自分で決定できるようにする。その決定および選択は尊重されるべきである。
- ②ノーマライゼーション：可能な限り普通の環境で各人が生活を続けられるようにするべきである。
- ③選択の自由：介護を受けている人々に選択の可能性がなければならない。
- ④総合的視野：各人の福祉ニーズを心理的・身体的・社会的側面から総合的に把握し、対処すべきである。
- ⑤継続性：保健医療・福祉関係機関からのサービスの提供は、できる限り職員が継続的に対応すべきであり(对人的継続性)、また、同じ考えに基づいた看護・介護が継続されるべきである(介護的継続性)。さらに、実際の介護・看護時間が本人のニーズに合うようにすべきである(時間的継続性)。
- ⑥柔軟性：各人に対する援助は、本人の置かれている条件と必要性に応じて決められるべきで、一律に決められるべきではない。
- ⑦近接性：各人に対する援助は、本人の生活環境の中で与えられなければならない。
- ⑧人格の尊重：各人の人格、人権は尊重されなければならない。
- ⑨積極的活動：各人の残存能力を活かして、積極的に有意義な日常が送れるように援助が行われなければならない。
- ⑩参加：介護・看護の計画は、当事者の参加の下で行われなければならない。

## III. 高齢者福祉の制度的特長

スウェーデンにおける高齢者福祉の制度的特徴としては、次のような点を指摘することができる。

### 1. 徹底した地方分権

スウェーデンでは、高齢者・障害者福祉、児童福祉などの社会サービスの具体的な実施について

は、日本の市町村に相当する基礎的自治体であるロミュン (kommun: 以下「市」と表記する。) が責任を負うこととされており、地方分権の考え方が徹底している。

一方、国は制度の基本的枠組みの企画立案を行うなど政策全体のあり方について責任を負っており、高齢者福祉政策に関する国の機関としては、社会省 (Ministry of Health and Social Affairs)、保健福祉庁 (The National Board of Health and Welfare) 等がある。社会省は、保健医療・福祉・社会保障などの政策に関する基本枠組みの企画立案などを行う。保健福祉庁は、各省から独立した地位を有する独立行政機関の1つであり、保健医療・福祉に関する施策の評価、業務の監管等を行う。

290ある市は社会サービスの実施に関して非常に広範な権限を有しており、市自らが各種事業の運営主体となるとともに、その具体的運営方針や福祉施設の構造・設備・人員配置のあり方、サービスに対する利用者負担額等についても、国の決定する基本枠組みの範囲内で各市が独自の判断で決定している。

市の事業費全体の中で、福祉関係費は2分の1を占めていて、中でも高齢者・障害者福祉関係費は30%と最大の部門となっている。

同年における市の歳入については、税収入 (ほとんどすべてが所得課税である市税によるもの) が58%と過半数を占め、その他料金収入などと合わせた自主財源で大部分の経費を賄っており、国からの補助金・交付金は歳入の18%にすぎない。

保健医療サービスの具体的な実施については、広域自治体であるランスタング (landsting : 以下「県」と表記する。20の県が存在) および、いずれの県の圏域にも属さない3つの市 (ヨーテボリ市、マルメ市、ゴットランド市) が責任を負っている。

県の事業費全体の中で、保健医療費関係費は8割以上を占めており、保健医療は県の中心的任務であると言える。県の歳入においては、所得課税である県税の収入が66%を占める一方、国からの補助金・交付金は16%にすぎず、市と同様、財政面での国からの独立性は高い。各市および各県は、独自に市税、県税を決定し、住民に対して課税する権限を有しており、2001年における税率の平均は、市税21.6%、県税9.9%である。なお、市と県との間に上下関係はなく、対等の立場でそれぞれの役割を分担している。

## 2. 公的セクターを中心としたサービスの提供

高齢者福祉事業の運営、ホームヘルプ・サービス等の高齢者福祉に関する事業の大部分は市により直接運営され、サービスが提供されている。市が直接運営する事業に従事する職員は基本的に市の公務員である。

1990年代に入り、市が民間事業者に運営の委託を行う形態が増加したが、全体からみれば、まだごく一部である。また、民間事業者への委託の増加は大都市圏が中心であり、地方部ではあまり進んでいない。

なお、保健医療サービスについては、その大部分を県が直接提供している。具体的には、県立の病院や地域保険センター等が保健医療サービスの大部分を提供しており、このような機関に勤務する医師、看護師などの職員は基本的に県の公務員である。

## IV. 高齢者ケアに関する施策の現状

### 1. 在宅サービス

スウェーデンの高齢者福祉では、誰もが住み慣れた自分の家でできるだけ長く住み続けられるようにすることが最初の目標となる。

スウェーデンでは高齢者と子が同居するケースは極めて少なく、在宅の高齢者の自立した生活を支援するために、公的な在宅サービスが大きな役割を果たしている。具体的には、市が中心となって次のようなサービスを実施している。

#### (1) ホームヘルプ・サービス

ホームヘルパーが、自力だけでは生活できない住宅の高齢者 (サービスハウス入居者を含む) に対し、掃除・炊事・買い物・洗濯などの家事援助、就寝介助、入浴介助などの身体介助のサービスを提供することによって自立生活を援助する。近年

表4. 年齢別、男女別のホームヘルプ受給者

年齢	男性	女性	合計	%	1000人当たりの受給者
65～74歳	6,730	9,789	16,519	14	22
75～79歳	6,790	13,616	20,406	17	62
80～84歳	9,568	23,398	32,966	27	129
85～89歳	8,288	23,478	31,766	26	226
90歳以上	4,692	15,392	20,084	16	300
合計	36,068	85,673	121,741	100	79

(2001年) (人)

出典: Socialstyrelsen(2002c) Aldre-varð och omsorg år 2001

では、介護の必要度の高い者へのサービスの集中化が進むとともに、サービス内容においては、相対的に家事援助の比重が減り、身体介助の比重が増える傾向にある。

2001年の統計によると、在宅で市の訪問看護を受けていた高齢者は約2万8,000人であるが、同時にホームヘルプを受けている人も含むため、訪問看護のみを受けている人は約1万8,000人になる。これは高齢者人口の1.2%に相当し、ホームヘルプと合わせると高齢者の9.1%がホームヘルプか訪問看護（あるいは両方）を受けていることになる。

## (2) 訪問看護

看護婦、准看護婦が定期的に在宅の高齢者を訪問する。従来は県が実施していたが、1992年のエーデル改革により、県と市が合意した場合には市に移管することができることとされ、現在、約半分の県において移管が行われている。

## (3) ナイトパトロール

夜間の介護ニーズに対応するため、ほとんどすべての市においてナイトパトロールが組織されている。通常、ヘルパー、准看護婦、看護婦があらかじめ決められたスケジュールに従って車で要介護者を巡回し介護を行うとともに、緊急アラームへの対応も行っている。従来は、市と県が合同で実施していたが、エーデル改革以降は、市が単独で実施している場合もある。

## (4) 緊急アラームシステム

独り暮らしの高齢者などの緊急の要請に応えるためのシステムである。このシステムの利用の必要性を認められた高齢者は、腕時計型やペンダント型の緊急アラームを身に着け、緊急時にアラームのボタンを押すことによって緊急の要請を伝え、ヘルパー等の支援を求めることができる。

このように、定期的なホームヘルプサービス、訪問看護、ナイトパトロールに加え、緊急アラームシステムが設けられることにより、在宅の高齢者が24時間必要なサービスを受けることができる体制が整備されている。なお、福祉事務所などのスタッフが定期的に高齢者に電話をし、健康状態などをチェックする電話サービスなども行われている。

## (5) デイセンター、デイケアセンター

デイセンターは主として健康な高齢者を対象とした通所施設であり、余暇活動などを行っている。デイケアセンターは、痴呆性老人、身体障害のある高齢者等を対象とした通所施設であり、食事、グループ活動、作業療法などを実施している。デイセンターへの通所者は一施設当たり1日平

均20人程度であるが、デイケアセンターへの通所者（身体障害者）は一施設当たり1日平均10人程度である。近年、痴呆性老人のための特別なスタッフのいるデイケアセンターが増加している。

## (6) ショートステイ

在宅で高齢者の介護を行っている家族などの負担軽減のためや、ナーシングホーム、グループホーム等への入居待ちのため、高齢者を一時的（1週間程度）に施設に入居させるサービスである。

## (7) 移送サービス

通常の公共交通機関（バス、地下鉄など）が利用できない高齢者のために、タクシー又は車椅子用の特別車による移送サービスを市が実施しており、高齢者の自立支援のために極めて大きな役割を果たしている。

費用の一部について利用者負担があるが、具体的な額の設定は市によって異なっている。1997年において、移送サービスの利用資格のあった高齢者・障害者の数は41.9万人となっており、これらの者1人につき、平均して年間36回の利用があった。また1995年には高齢者の23%が移送サービスを利用している。

## (8) 補助器具の貸与

高齢者の自立した生活を支援するため、県又は市が必要な補助器具を、原則として無料で貸与している。対象となる補助器具は、歩行器から電動車椅子に至るまで非常に多岐にわたっている。従来は、すべて県が実施していたが、エーデル改革以後は市も補助器具の貸与に責任を持つこととなった。県と市の間の役割分担は、県によって異なっている。

## (9) 住宅改造補助

高齢者が自宅で自立した生活を送るために必要な住居の改造に対して、市が補助を行っている。

## (10) 高齢者住宅手当

低所得の高齢者に対して家賃の補助をするため、高齢者住宅手当が国から支給される。なお、この手当は、1994年までは市から支給され、これに対して国庫補助が行われていた。

## (11) 有給家庭内介護者介護手当

各市においては、家族などが自宅で高齢者を介護している場合、市が当該家族などをヘルパーとして雇用して給与を支払う制度（有給家庭内介護者）、または市から当該家族などに対して介護手当を支給する制度（市介護手当）が設けられている。市によって制度の具体的内容は異なるが、一般に、有給家庭内介護者として雇用されるためには、65歳未満で公的年金給付を受給していない

ことが条件とされ（公的年金受給は65歳以上）、市介護手当は65歳以上の高齢者が介護者である場合に支給される<sup>17)</sup>。

これらの制度は、市が高齢者介護について最終責任を負うという原則を維持しながら、家族による介護という選択の途も開いているものとして理解できる。

なお、国（社会保険庁）が運営する医療保険制度から支給される手当として、近親者介護手当がある。これは極めて重い病気に罹った者を介護する（看取る）ために休業する近親者（家族のほか、親しい友人、隣人を含む）に対する所得保障として、介護を受ける者1人につき最高60日（1994年7月従前の30日から延長された）まで所得の80%相当額を支給するものである。

この制度は、主に近親者が危篤状態になった場合の看取り休暇のために利用されており、従来は在宅で看取る場合にのみ支給されていたが、1992年以降はナーシングホーム等の施設において看取る場合にも支給されている。

#### (12) その他

配食サービス、入浴サービス、除雪サービスなどの在宅サービスが実施されている。

## 2. 介護付き住居サービス

高齢者が身体機能の低下などにより在宅で生活が続けられなくなった場合には施設への入居が認められるこの場合、施設といっても、社会サービス法上サービスおよび介護の付いた特別な住居（sarskildaboendeformer）と規定されており、一種の住宅として位置づけられている点に注意する必要がある<sup>12)</sup>。これらの施設は、個室が原則とされ、従前に使用していた家具の持込みもできるなど住居環境の向上が図られており、いわば「施設の在宅化」が進められている。

こうした施設は、大きく次の4種類の形態に分類できるが、現在では、これらは法律上の区別はなく、近年、新築・改築された施設では、これら4形態間の差異は小さくなってきている。

#### (1) サービスハウス

いわゆるケア付きアパートであり、一般に介護の必要度のそれほど高くない高齢者が入居する。各人の住居部分は、35~60㎡程度の広さであり、台所、浴室（シャワールーム）がつく。各サービスハウスによって内容は多少異なるが、食堂、娯楽室、図書室、美容室、足のケアを行う施設、デイセンター等のサービス機能が付属しているのが普通である。職員は24時間体制で勤務しており、一般住宅の居住者と同様、必要に応じてホームヘルプ

サービスが受けられる。

#### (2) 老人ホーム

サービスハウスに比べて入居者の介護の必要度は高く、居室は個室（14~20㎡程度）とされているが、食事は決められた時間に食堂で一緒にとる形式であるため、台所は付設されていない。職員により24時間体制で介護サービスが受けられる。最も古くからある高齢者施設の形態であり、かつては居住環境の悪さが問題とされていたが、近年は住居としてのスタンダードを向上させた「モダン老人ホーム」が整備されてきている。

#### (3) グループホーム

認知症老人、重度身体障害者、知的障害者を対象とした小共同住宅であり、6~8人程度が入居している（認知症老人の場合、8人前後を1グループとするのが適当と考えられている）居住者の居室（個室）と食堂、居間などの共同スペースがある。職員が24時間体制で勤務しており、家庭的な環境の中でケアを行っている。認知症老人のケアの形態として有効であるとされ、特に80年代後半以降整備が進んでいる。

#### (4) ナーシングホーム

主に重度の介護を要する者が入居する長期療養施設であり、従前は県の所管する医療機関とされたが、エーデル改革により市に移管され、「サービスおよび介護の付いた特別な住居」の一形態として位置づけられた。住居は個室、2人部屋、4人部屋等があるが、住居環境改善のため個室化の推進が課題となっている。

## 3. 介護付き入居者数の2001年までの推移

老人ホームの入居者数は、1970年代初めまで増加を続けたが、1970年代後半から減少している。ナーシングホーム入居者は、1980年代半ばまで増加を続けたが、その後減少しているサービスハウス入居者は、1980年代を通じて大幅な増加を見せた。グループホーム入居者は1980年代の終わり頃から顕著な伸びを見せている。

以上、4つの施設形態における高齢者（65歳以上）1,000人当たりの入居率は、1980年代半ばから1990年代初めにかけて減少を見せた。

2001年10月現在、高齢者の約12万人（約8%）が介護付き住宅に住んでいる。介護付き住宅の内容が多様にも拘わらず、国政上は介護付き住宅という定義で統計が取られていたため、比較を困難にしていた。社会保険庁では、2001年秋に「介護付き住宅」の調査を行った（表5）。

1992年のエーデル改革により、サービスハウス、老人ホーム、ナーシングホーム、グループホーム

表5. 年齢別、男女別の介護付き住宅入居者

年齢	男性	女性	合計	%	1000人 当たりの 受給者
65～74歳	4,868	5,506	10,374	9	14
75～79歳	5,991	9,449	15,440	13	47
80～84歳	8,837	19,011	27,848	23	109
85～89歳	9,125	24,847	33,972	29	241
90歳以上	6,630	24,357	30,987	26	463
合計	35,451	83,170	118,621	100	77

(2001年) (人)

出典 : Socialstyrelsen(2002c) Aldre-vard och omsorg ar 2001

ムなどはすべて「介護付き住宅」と呼ばれ法律上の区別はない。「介護付き住宅」とは以下の条件に含まれるものを指す。①社会サービス法により入居の決定及び介護が行われる。②社会サービス法により費用の決定が行われる。③市の保健医療が行われる。但し市は含まれない。

2001年10月、高齢者の7.7%に当たる約12万人の高齢者が「介護付き住宅」に住んでいる。年齢別では65～74歳の高齢者では1.4%が「介護付き住宅」入居しているだけであるが、85～89歳では約24.1%である。「介護付き住宅」が多様にもかかわらず国政上は「介護付き住宅」という定義でしか統計が取られていないため比較を困難にしている。このため社会保険庁では2001年秋「介護付き住宅」の調査を行った。この調査によると、各市ではグループホーム、サービスハウス、老人ホームなどの伝統的名称及び高齢者住居という言葉が54%使われている。これは入居者比では44%に相当する。残りの46%は「その他」あるいは、複合施設として位置づけている。また、4割の施設ではデイケアを行っており、認知症高齢者のケアを行っているのは約80%にもなる。他にリハビリテーションが34%と高齢の精神障害者が30%、終末期介護16%、緩和医療3%などと多くの施設では、機能が複合化されていた。

表6. 「介護付き住宅」の特徴

	滞在期間 1年未満 (%)	トイレ介助が 必要 (%)	認知症障害の ある人の割合 (%)	入居者一人 当たりの職員率 (%)	専用の トイレがある (%)	専用のトイレと シャワーがある (%)	他人と 相部屋 (%)
ナーシングホーム	48.9	86.8	86.4	0.89	55.1	53.4	29.9
グループホーム	33.1	78.2	92.2	1.01	99.0	95.3	1.5
高齢者住宅	38.0	60.7	70.4	0.72	95.6	94.0	2.2
老人ホーム	27.3	64.7	68.4	0.76	99.4	54.0	0.0
サービスハウス	24.8	35.8	43.2	0.45	98.3	96.4	0.8
全体	34.6	61.8	69.2	0.47	(77.7)	(72.1)	(6.9)

出典 : Socialstyrelsen(2002c) Aldre-vard och omsorg ar 2001

## V. 高齢者福祉の課題

スウェーデンにおけるかつてのケアやサービスを受ける場所は、病院、老人ホーム、その他収容施設と言われる施設などであったが、近年では在宅ケアが主流になっている。

在宅ケアがスウェーデンに定着し出したのは1970年代のことで、それもまずケアとサービスが受けやすい場所や空間を高齢者や障害者に提供し、1964年にホームヘルプに対し国庫補助が出るようになってからである。現在見られるような在宅で介護を受けられるようになったのは、1982年の社会サービス法の制定以後と言える。この法律により、本人の意思に沿って住み慣れた場所に住むことができ、自宅における介護サービスの提供のきっかけになった<sup>18)</sup>。

2000年においては、スウェーデンの高齢者のほとんどは自宅で生活し、そのうちの91%の高齢者がホームヘルプか訪問看護を受けている。彼らの半数以上が持ち家であり、生活水準は高い。また、地方自治体コミュニティも住宅施策に力を注いでいる。サービスハウスは少ない数の老人ホームとナーシングホームの中間的施設として位置する。

グループホームは1980年代から、脱施設化を図るためと、住宅小集団でのケアサービスがとりわけ認知症高齢者に適することを立証したことから、多くの設立を促している。

高齢者のケア体制は、高齢者ケアにおける民営化(特にホームヘルプに対して)の民営委託は受給者割合で約8%、介護つき住宅においては約12%である。同様にして高齢者ケア/障害者ケアにおける民営化は職員割合では約13%である(1999年)このなかで非営利団体が3.4ポイント、営利団体が9.5ポイントで、営利団体の方が多い。介護つき住宅入居者のうち後期高齢者の85-89歳の割合は約24.1%入居している。後期高齢者の

ケアの質はこれでよいのかと思われる。

後期高齢社会が到来したスウェーデンにとって、課題は、1) 後期高齢者のケアのあり方、2) そのための財源、3) 住宅施設として伸びてきているサービスハウス、グループホーム、ナーシングホームのあり方であると思われる。

高齢者の生きてきた長い道のりを、より科学的なケアと、自尊の念と、より安寧な高齢者心理を研究し理解することが肝要であると思う。

## 文献

- 1) 総務省統計局, 「世界の統計 2005」
- 2) 総務省統計局, 第2章 日本の人口
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所「人口資料集 2009」, 国連「2008年改訂国連推計」
- 4) スウェーデン医療保障に関する研究会編: スウェーデン医療関連データ集, 医療経済研究機構
- 5) WHO, “World Health Statistics Annual, 2008, Online 2008.12.1
- 6) 外務省ホームページ, スウェーデン基礎データ Online 2008.12.1
- 7) 世界銀行, World Development Indication Online 2008.12.1
- 8) 牧田満知子 :21世紀の地方自治についての一考察ーレセボコミュン(スウェーデン)における現状と問題点, 95, 社会福祉研究, 第75号
- 9) 平成14年内閣府第5回国際比較調査結果報告書「高齢者の生活と意識」
- 10) 厚生省「人口統計」WHO“World Health Statistics Annual, 2005
- 11) 井上英夫, 奥村芳孝: 高齢者医療保障 日本と先進諸国. 201, 労働旬報社, 1995
- 12) 竹崎こう: 海外の先駆的保健活動に学ぶスウェーデンの保健・医療・福祉の連携131p, 日本看護協会出版会, 1994
- 13) 丸尾直美, 塩谷祐一編: 先進諸国の社会保障 ⑤スウェーデン. 232-136, 東京大学出版会, 1999
- 14) 藤井威: スウェーデン スペシャルI 高福祉高負担政策の背景と現状. 第3刷. 194-196, 新評論, 2004
- 15) 大熊由紀子: 寝たきり老人のいる国いない国. 23版, ぶどう社, 1998
- 16) 竹崎孜: スウェーデンはなぜ生活大国になれたのか. 第3刷172-176, あけび書房, 2003
- 17) 井上誠一: スウェーデンの高齢者ケア最新事情, 2040～2046, 週刊社会保障, 1999
- 18) 丸尾直美: スウェーデンの経済と福祉ー現状と福祉国家の将来, 270, 中央経済社1992



【総説】

# 高齢者施設におけるインフルエンザ予防対策

高山直子、鷺尾昌一

聖マリア学院大学

<キーワード>

インフルエンザ、感染症対策、高齢者施設

## 要旨

高齢者はインフルエンザに罹患した場合、肺炎の合併率が高いなど予後は不良である。そこで、2001年の予防接種法の改正により、高齢者へのインフルエンザ予防接種が法律に基づいて行われるようになった。

しかし、近年、在宅での生活が困難な高齢者が生活する施設におけるインフルエンザの集団感染が社会問題となっている。その背景として、施設入所高齢者は何らかの基礎疾病を有している場合が多く、インフルエンザの罹患を契機にインフルエンザ関連疾患を続発し、在宅の高齢者に比べ予後は不良であること。また、①高齢者自身で感染症予防対策を講じることが困難な状態にある、②施設へのインフルエンザウイルスの持ち込みを遮断することが難しい、③医療職者が少なく多職種によって構成されており感染症に対する知識、認識に差がある、④職員のワクチン接種については公費補助が行われていないなど感染症対策を講じる上での経済的困難、といったことがあげられる。

## I. はじめに

北半球においては毎年冬にインフルエンザは流行し、数百万人に及ぶ人々が健康被害を受ける<sup>1)</sup>。このため、インフルエンザ対策は公衆衛生上の重要な課題であるとの認識のもとに、欧米諸国では特に高齢者などのハイリスク者に対してインフルエンザワクチン接種を強力に推進してきた<sup>2) 3)</sup>。

高齢者は小児に比べインフルエンザの罹患のリスクは低い<sup>4)</sup>ものの、一旦インフルエンザに罹患した場合、肺炎の合併率が高いばかりではなく、命が助かったとしても、日常生活動作が低下し、いわゆる寝たきりになったり、認知機能の低下が起こることもあり予後は不良である<sup>5)</sup>。

インフルエンザは健康成人にとって病期は短く致死的ではないため、その予防対策を軽視しがちだが、米国では高齢者(65歳以上)のインフルエ

ンザ関連の肺・循環器疾患による死亡が10万人あたり98.3を超えており、0~49歳の0.4~0.6、50~64歳の7.5に比べ著しく高率であり、高齢者をハイリスクグループと位置づけインフルエンザワクチン接種の対象集団としてワクチン接種を勧告している<sup>6)</sup>。

わが国においては、1994年に一旦は予防接種法の対象からインフルエンザは除外されたが、その後、高齢者施設におけるインフルエンザ死亡の多発が話題となり、2001年の予防接種法の改正により、高齢者等へのインフルエンザ予防接種が法律に基づいて行われるようになった<sup>7)</sup>。現在では、インフルエンザは予防接種法の2類疾患に規定され、①65歳以上の高齢者と②60~64歳の呼吸器疾患や循環器の基礎疾患患者または後天的免疫不全症候群の患者に対して、接種費用の一部を公費で負担するようになっている。

高齢者が生活する場は自宅だけでなく、近年、在宅での生活が困難な高齢者が生活する場として施設ニーズが高まっている。しかし、そこは虚弱な高齢者が集団生活をする場であり、いったんインフルエンザウイルスが持ち込まれると感染が一気に拡大し、多くの入所者が肺炎などのインフルエンザ関連疾患で死亡する危険を孕んでいる。

厚生労働省は2006年の介護報酬改定において、介護保険施設に関する基準で感染症対策の体制強化について規定し、今まで努力目標だった感染症への対応方策を基準上明確にした<sup>8)</sup>。その中で施設内に感染対策委員会を設置することや感染症まん延防止のための指針を作成すること、職員研修の実施などについて謳っている。しかし、例年インフルエンザの集団感染が発生する施設がみられるなど高齢者施設におけるインフルエンザの流行は大きな社会問題となっている。

一方、高齢者が入所する介護福祉施設は医療施設と比べ感染症対策を講じる上で難しい課題を抱えている。

そこで、高齢者が入所する介護福祉施設などにおける感染症、特にインフルエンザに焦点を当て感染予防のポイントについて述べる。

## Ⅱ. 高齢者施設における インフルエンザ感染の特徴

感染の成立には①感染源、②感染経路、③感受性を持つ宿主の3つの要因が必要となる<sup>9)</sup>が、高齢者施設におけるインフルエンザ感染には以下のような特徴がある。

### ●入所高齢者の特徴

高齢者施設に入所している高齢者の多くは、加齢による衰退に加え何らかの基礎疾病を有している場合が多く、インフルエンザの罹患を契機に肺炎・心不全などのインフルエンザ関連疾患を続発し、死に至ることがある<sup>9)</sup>。あるいは、死に至らないまでも、入院による長期の臥床などにより更なる日常生活動作能力の低下に繋がることがあり<sup>10)</sup>、インフルエンザに対する感染症対策を十分に講じる必要がある。しかし、入所高齢者は入所時点で何らかの日常生活動作能力の低下や認知機能の低下を有しているため、入所者自身でインフルエンザに続発する合併症の予防対策がとれない場合が少なくない。入所高齢者は認知症を合併していることもありうるし、身体的にも脳梗塞後遺症などによって肢体が不自由で手指衛生もままなら

ない状態にあるかもしれない。また、一般に高齢者は嚥下機能が低下している上に、日常生活動作能力が低下している高齢者では不顕性の誤嚥性肺炎を起こしていることが少なくない<sup>11)</sup>。特にインフルエンザ感染による発熱で、意識レベルが低下した状態では肺炎を続発しやすい<sup>10)</sup>といったことがあり、インフルエンザの予防は施設入所高齢者にとって重要である。したがって、禁忌となる理由のない限り、入所者全員に毎年インフルエンザのワクチン接種を行うべきである<sup>6)</sup>。

### ●施設へのインフルエンザウイルスの持ち込み

高齢者施設における入所者の感染症の発症には二つのタイプがある。結核の場合には発病していなかった既感染者が高齢化による抵抗力の低下により発病するのがほとんどである<sup>12)</sup>が、インフルエンザウイルス感染の場合には、施設外からの持ち込みにより入所者がインフルエンザウイルスに感染する。インフルエンザの潜伏期は1~2日<sup>13)</sup>なので、潜伏期にあり発症していない新規の入所者やショートステイ利用の高齢者がインフルエンザウイルスを持ち込む場合や、職員、面会者、ボランティア、委託業者あるいは施設を通所で利用する高齢者などが施設外で感染してウイルスを持ち込むことが多い<sup>14)</sup>。このため、施設入所者や職員に対するインフルエンザワクチン接種はもちろんのこと、入所高齢者と接触する機会のある全ての人たちへのワクチン接種が必要である。しかし、鷲尾ら<sup>15)</sup>が福岡県の全高齢者施設746施設を対象に行った調査では、家族へのインフルエンザワクチン接種の勧奨を行っている施設は113施設(21.1%)、出入りの業者へのインフルエンザワクチン接種を勧奨している施設77施設(14.4%)に過ぎず、これらの来訪者に対し、誰が、いつ、どのように介入するのかなど、対応の難しさがある。また、介護老人保健施設協会が全国の会員施設3,320施設を対象に調査した結果でも、インフルエンザワクチンの接種を職員全員に行っている施設は856施設(58.0%)であり、入所者、通所者、職員全員にインフルエンザワクチン接種を行ったのは124施設(8.4%)に過ぎなかった<sup>16)</sup>。

高齢者施設のようにインフルエンザに罹患した場合のハイリスク者が多く入所している施設においては、まず施設内にインフルエンザウイルスが持ち込まれないようにすることが重要である。そのためには、職員はもちろんのこと、施設で高齢者に接触する機会のある全ての者がインフルエンザのワクチン接種を行うべきである。米国疾病管理センターは高齢者などのインフルエンザのハイ

リスク者だけではなく、ハイリスク者との濃厚な接触者に対してワクチン接種を推奨している<sup>6)</sup>。しかし、高齢者施設においては施設に出入りする者へのワクチン接種率は必ずしも高いとはいえない。

### Ⅲ．高齢者施設の特徴

#### ●高齢者施設の職員構成

高齢者福祉施設は、老人福祉法に規定される老人福祉施設と、介護保険法に規定される介護保険施設に大別される。老人福祉法を根拠法とする長期入所型の老人福祉施設には、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームがあり、介護保険法を根拠法とする施設には、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設がある<sup>15)</sup>。これらの施設は、高齢者一人ひとりの身体的、精神的障害の程度や家庭環境、経済状態などによって利用分けされているが、いずれもケアを中心とする施設である。そのため、施設職員の多くは介護福祉士をはじめとする介護職であり医師や看護師といった医療職は少なく（表1）、感染症や感染症対策に関する医学的理解に差異がある。このことは予防対策の徹底を図る上で障害となると考えられる。

#### ●職員教育

感染対策は99%の者が実行したとしても、1%の者の不適切な行為によって感染は広がっていく。つまり、感染対策は全ての関係者によって継続的に取り組む必要がある。その為には施設ごとに感染対策委員会を設置し指針に基づいた研修プログラム、定期的な教育を開催するなどして、職員教育を組織的に浸透させる必要がある<sup>8)</sup>。

しかし、鷲尾らの調査によると、感染対策委員会を設置していた施設は福岡県の全高齢者施設の67.9%であったという報告もある。医療従事者が少なく多職種で構成される高齢者施設であるが、全ての職員が知識や情報を共有しソフト面での充実を図るための組織づくりが求められる。

#### ●高齢者施設における財政面

多くの国が高齢者、呼吸器系慢性疾患患者、施設入所高齢者などへの予防接種を勧告しており、それらの対象者への接種費用は国または社会保険で負担されている<sup>17) 2)</sup>。わが国でも2001年に予防接種法が改正され、65歳以上の高齢者に対するインフルエンザワクチンの接種が勧奨されるようになり<sup>18)</sup>、公的資金で助成する制度が導入されているが、各市町村によって助成額は異なり、無料の所もあれば1,000円から2,000円程度の自己負担が必要なところもある。また、高齢者を介護する家族や施設職員に対する助成は行われていない。そのため、高齢者施設において利用者や職員にインフルエンザワクチンを接種しようとする施設の財政的負担となる。先にも述べた介護老人保健施設協会が調査した結果によると<sup>16)</sup>、入所者に対して施設が費用を負担した割合は6.0%、通所者1.8%、職員では51.0%であった。今後、インフルエンザワクチンの接種を施設全体で行うこ

表1. 高齢者入所施設の特徴

高齢者入所施設種類	施設の特徴と入所対象者	職員配置の基準 (入所者100名に対する人員)	
老人福祉施設	特別養護老人ホーム	65歳以上の者で身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な者を入所させ養護する施設。	医師(非常勤可) 1人 看護職員 3人 介護職員 31人 介護支援専門員 1人 その他 生活相談員など
	養護老人ホーム	65歳以上の者で身体上もしくは精神上または環境上の理由および経済的理由により居宅において生活することが困難な者を入所させ養護する施設。	医師 必要数 看護職員 1人 支援員 14人 その他 生活相談員、栄養士など
	軽費老人ホーム(ケアハウス) 平成20年4月以前、A型、B型、ケアハウスの3類型に規程されていたが、現在はケアハウスに一元化を図っている。	60歳以上の者で家庭環境や住宅事情などの理由により居宅での生活が困難な者を、無料または低額な料金で入所させ、食事の提供その他、日常生活に必要な便宜を供与する施設。	介護職員 2人以上 生活相談員 1人 栄養士 1人 その他 調理員など A型には医師、看護師の配置が規定されていた。
介護保険施設	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	身体上または精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な要介護者が入所する施設。	上記の通り
	介護老人保健施設	病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリテーションや看護・介護を必要とする者が入所する施設。	医師(常勤) 1人 看護職員 9人 介護職員 25人 理学療法士または作業療法士 1人 介護支援専門員 1人 その他 薬剤師、栄養士、生活相談員など
	介護療養型医療施設	病状が安定している長期療養患者であって、カテーテルを装着している等の常時医学的管理が必要な要介護者が入所する施設。	医師 3人 看護職員 17人 介護職員 17人 理学療法士または作業療法士 適当数 介護支援専門員 1人 その他 薬剤師、栄養士など

とを徹底するためには経済的な支援が必要であると思われる。

施設の財政面については、次のような意見もある。金光は<sup>19)</sup>、施設の財政難から手指消毒剤や個人防護具が十分に配備できないことを指摘した上で、それらを整備するための経費は施設が負担すべきであろう。施設が負担した方が、ワクチン接種がより推進されるであろうと述べている。

#### IV. おわりに

以上、高齢者施設におけるインフルエンザ感染の特徴と予防上の課題について述べた。

我が国において死因統計で死因がインフルエンザと表わされる数字は、その年の流行規模にもよるが概ね1000人～2000人である。しかし、実際にはインフルエンザで死亡する者の多くは肺炎により死亡している。肺炎は日本人の死因の第4位にあがるものであり、75歳以上の後期高齢者では死因の第3位、80歳以上では第2位を占める<sup>20)</sup>。今後も高齢化が進むことが予測される中<sup>21)</sup>、肺炎のきっかけとなるインフルエンザを予防することは大切である。特に、高齢化の伸展に伴い高齢者の終の棲家としてのニーズが高まっている高齢者施設における感染症対策は老年医学、老年看護学分野の重要課題ともいえるものであり、今後も継続してこれをテーマに調査・研究を進めていく予定である。

#### 文献

- 1) 小田切孝人:インフルエンザの流行学.インフルエンザとかぜ症候群,改定2版(加地正郎編).131-140,東京,南山堂,2003.
- 2) 廣田良夫:インフルエンザ対策と疫学研究.インフルエンザとかぜ症候群,改定2版(加地正郎編).141-189,東京,南山堂,2003.
- 3) 大藤さとし,藤枝恵,福島若葉ほか:インフルエンザワクチンの有効性と接種の適応.臨床と研究 83:1816-1822,2006.
- 4) 川合直樹,岩城紀男,佐藤家隆ほか:2003~2004年のインフルエンザ流行状況.インフルエンザ 5:315-320,2004.
- 5) 池松秀之:高齢者のインフルエンザ.臨床と研究 83:1813-1815,2006.
- 6) 廣田良夫,葛西健監訳:2009年度版,米国疾病管理センター(CDC)諮問委員会(ACIP)勧告,インフルエンザの予防と対策,日本公衆衛生協会,東京,2009.
- 7) 田代真人,岡田晴恵:インフルエンザワクチン.ワクチン事典(日本ワクチン学会編),141-155,東京,朝倉書店,2004.
- 8) 宮澤広恵:介護保険施設における感染症対策,INFECTION CONTROL,15(11),1080-1083,2006.
- 9) 北村勝彦:感染症の予防.シンプル衛生公衆衛生学2009(鈴木庄亮,久道茂,辻一郎編).69-82,東京,南江堂,2009.
- 10) 高山直子,鷺尾昌一:高齢者をインフルエンザから守るワクチン接種,介護予防の視点から,コミュニティケア 9,70-72,2007.
- 11) 菅守隆,村中裕之:高齢者肺炎.肺炎(松本慶蔵,安藤正幸,佐々木英忠,福地義之助編),医薬ジャーナル社,238-245,2003.
- 12) 四元秀毅,山岸文雄:医療者のための結核の知識,第2版,医学書院,東京,2005.
- 13) 内田耕,鈴木智,柳澤京介:インフルエンザとその他の呼吸器感染症.内科 98:805-809,2006.
- 14) 高木宏明:地域ケアにおける感染対策,在宅ケア・施設ケア統一マニュアル,医歯薬出版株式会社,東京,1999.
- 15) 鷺尾昌一,今村桃子,豊島泰子他:高齢者入所施設における入所者と看護・介護職員に対するインフルエンザワクチンと入所者に対する肺炎球菌ワクチンの接種状況—福岡県での調査より—,臨床と研究 85(10),97-101,2009.
- 16) 社団法人全国老人保健施設協会:介護老人保健施設におけるインフルエンザ様弛緩の状況調査(平成20年度)等の報告,老健,20(7),62-77,2010.
- 17) 廣田良夫:インフルエンザ対策の国際動向,日本公衛誌,43,946-953,1996.
- 18) 出口安裕:インフルエンザワクチン接種の実際,臨床と研究,79,2112-2112,2002.
- 19) 金光敬二:冬季における高齢者の施設内感染症の現状と対策.医療関連感染症対策,Geriatric Medicine,46(11),1327-1331,2008.
- 20) 独立行政法人統計センター(<http://www.nstac.go.jp/>)2010/2/25アクセス
- 21) 国立社会保障・人口問題研究所:日本の将来推計人口(<http://www.ipss.go.jp/>)2010/2/25アクセス



## 聖マリア学院大学紀要投稿規定

### (総則)

第1条 「聖マリア学院大学紀要」は、聖マリア学院大学の機関紙である。

第2条 刊行は原則として、年1回とする。

### (投稿資格)

第3条 投稿論文は他の雑誌に未掲載のものに限り、また、投稿者は原則として、本学大学教職員および聖マリア医療福祉研究所研究員、本学卒業生、に限る。ただし、本学教職員の共同研究者の場合はこの限りではない。

### (倫理的配慮)

第4条 本誌に掲載する論文は、人を対象とした研究においては、ヘルシンキ宣言、文部科学省・厚生労働省の研究倫理規程（「疫学研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省）」、「臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省）」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省・経済産業省）」等）を遵守していることを本文中に明記する。

- 2 研究倫理審査委員会の承認を得ておく必要がある。なお、場合によっては証明書の提示を求められることがある。
- 3 動物実験に当たっては、「聖マリア学院大学動物実験取扱規程」に基づき、適切に研究が行われていなければ論文を受理しない。

### (論文の種類)

第5条 論文の種類は、原著論文、研究報告、資料、総説、その他であり、その内容は以下のとおりである。

【原著論文】 研究そのものが独創的で、新しい知見が論理的に示されているもの。

【研究報告】 内容的には原著論文には及ばないが、研究結果の意義が大きく、本学での研究・教育の発展に寄与するもの。

【資料】 新しい知見に乏しく、研究結果の意義も小さいが、本学での教育の発展に寄与するもの。

【総説】 特定のテーマについて多面的に内外の知識を集め、また、文献的にレビューして、当該テーマについて総合的に学問的状況を概説したもの。

【その他】 本学での教育に関与するもので、本誌編集委員会が適当と認めたもの。

### (投稿方法)

第6条 本誌編集委員会を投稿先とする。

### (執筆要項)

第7条 執筆要領については、別に定める。

(校正)

第8条 校正は初稿のみ執筆者が行う。但し内容の変更は認めない。

(掲載)

第9条 掲載料は原則として無料とする。

(原稿の採否)

第10条 原稿の採否は査読を経て、本誌編集委員会が決定する。

(著作権)

第11条 本誌に掲載された記事の著作権は、本学に帰属するものとする。

- 2 本誌は、提出された論文を冊子体で刊行する以外にも二次的利用として、電子的記録媒体(CD-ROM、DVD-ROM 等)への変換・送信可能化・複製・学内外への配布およびインターネット等で学内外へ公開する権利(公衆送信権、自動公衆送信権等)を専有するものとする。

付則 この規定は、平成18年度より適用する。

付則 この改正は、平成19年1月10日より適用する。

付則 この改正は、平成20年2月13日より適用する。



聖マリア学院大学紀要 vol.2  
2010年度査読審査者  
(50音順 敬称略)

安藤 満代(聖マリア学院大学)  
石橋 カズヨ(産業医科大学)  
泉 賢祐(保健医療経営大学)  
今村 桃子(国際医療福祉大学)  
入部 久子(聖マリア学院大学)  
大町 福美(聖マリア学院大学)  
片岡 弥恵子(聖路加看護大学)  
小路 ますみ(聖マリア学院大学)  
竹元 仁美(聖マリア学院大学)  
豊島 泰子(四日市看護医療大学)  
長弘 千恵(九州大学)  
中村 康寛(保健医療経営大学)  
中山 和道(聖マリア学院大学)  
橋爪 章(保健医療経営大学)  
橋本 武夫(聖マリア学院大学)  
秦野 環(聖マリア学院大学)  
日高 艶子(聖マリア学院大学)  
松尾 ミヨ子(聖マリア学院大学)  
松原 まなみ(聖マリア学院大学)  
宮林 郁子(聖マリア学院大学)  
桃井 雅子(聖マリア学院大学)  
山邊 素子(聖マリア学院大学)  
鷺尾 昌一(聖マリア学院大学)

## 編集後記

多くの方々のご寄稿と査読、校正等のご尽力をいただき、「聖マリア学院大学紀要」の第2巻をお手元に届けることができました。編集委員一同、心より感謝を申し上げます。

本学の紀要が、看護の研究・教育・実践に資するものとなりますよう、今後とも皆様方のご協力を、何卒よろしくお願い申し上げます。

---

——— 平成22年度研究紀要編集委員会 ———

鷲尾昌一 安藤満代 桃井雅子 白水麻子 竹元仁美

---

### 聖マリア学院大学紀要 Vol.2

発行日 2011年7月31日

編集 聖マリア学院大学研究紀要編集委員会

発行 学校法人 聖マリア学院大学  
☎830-8558 福岡県久留米市津福本町422  
☎0942-35-7271 (代) Fax0942-34-9125

印刷 聖母の騎士社  
☎850-0012 長崎県長崎市本河内2-2-1  
☎095-824-2080 Fax095-823-5340

---

