

日本医療大学紀要

第2巻 2016年

目次

巻頭言	
門間 正子	1
総説	
政策決定過程における精神に障害のある人々の参加 松本 真由美	2
研究報告	
A大学看護学科1年次生のコミュニケーション・スキルに関する研究 —エゴグラム, 日常生活スキル尺度, ENDCOREsによる分析— 松本 真由美・小島 悦子・藤長 すが子・吉田 香・ 山田 敦士・森口 眞衣	12
資料	
ワシントンD.C.における性暴力被害者支援の実際と日本の現状 小山 満子・林 美枝子・松本 真由美・滋野 和恵	23
脳血管疾患を伴う高齢者の平均在院日数と認知症との関連 辻 幸美	33
特別養護老人ホームの看取り介護について —介護職の看取りにおける課題と介護力の向上に関する文献検討— 林 美枝子	38
A大学看護学科1年次生の日常生活スキルと コミュニケーション・スキルの特徴(第2報) 藤長 すが子・小島 悦子・松本 真由美・森口 眞衣・ 山田 敦士・吉田 香	51
短報	
看護学生1年生が在学中に希望する性教育に関する実態調査 福島 眞里・門間 正子・合田 恵理香・高儀 郁美・ 佐々木 由紀子・原谷 珠美	58
連続First Step歩行が身体に与える影響について 高橋 光彦・石橋 晃仁・乾 公美	65
横斜面路歩行時の下肢筋活動 西山 徹・向井 康詞・高橋 光彦・乾 公美	69
紀要投稿規程	73
紀要執筆要領	75
編集後記	77



日本医療大学紀要 第2巻 (2016年) 巻頭言

日本医療大学保健医療学部は平成26年4月に看護学科単科の大学として開学いたしました。翌、平成27年4月には理学療法学専攻、作業療法学専攻を擁するリハビリテーション学科が増設され、また、平成28年4月には診療放射線学科が開設予定であり、これをもって日本医療大学保健医療学部は看護師、理学療法士、作業療法士、臨床放射線技師というチーム医療を担う人材を育成する大学として、完成することとなります。

『日本医療大学紀要』は、日本医療大学保健医療学部開学と同じ平成26年度に、学術雑誌の発行を希求する声に応え、図書・学術振興委員会の委員の皆様のご尽力で創刊されました。今回、新たにリハビリテーション学科の諸先生をお迎えし、第2巻が発行されること、喜ばしい限りです。

少子高齢化に加速がかかり、医療を取り巻く状況は厳しいものがあります。これからの医療人には自ら課題を発見し、自ら課題を探求し、自ら課題を解決していく力が必要となってきます。これらの力を持った人材を育成するには、教員自身も研鑽に努めることが必要であることは論を俟ちません。『日本医療大学紀要』が日本医療大学およびその関係者の皆様の、日頃の学術活動や新たな取り組みなどの研鑽の成果を学内外に発信し、その真価や独創性を広く世に問う“場”として利用されること、そして、日本医療大学の新たな歴史の創造に役立つ“場”となることを祈念し、巻頭の言葉とさせていただきます。

2016年3月

保健医療学部看護学科 学科長 門間 正子

総説

政策決定過程における精神に障害のある人々の参加

Participation of People with Mental Disabilities in the Decision-Making Process

松本 真由美

Mayumi MATSUMOTO

日本医療大学

Japan Health Care College

要旨

近年、わが国では障害のある人々が政策決定過程に参加する動きが活発に見られるようになってきた。障害の中でも精神障害は、身体障害・知的障害と比べ、政策決定過程への参加に適さないと考えられてきたが、国連の障害者権利条約成立以降、変化がみられた。しかし、地方の政策決定過程に精神に障害のある人々が参加するには、なお、困難が多い。そこで、本稿では、第1に、かつてないほど障害当事者が参加した障がい者制度改革推進会議の動向を示し、第2に、そこに至るまでの過程として障害者権利条約成立時の障害当事者委員の参加状況と権利の重要性について言及した。第3に、精神に障害のある人々がこれまで政策決定過程に参加することが困難だった時代を振り返り、第4に、精神保健福祉領域における重要な政策決定の場である地方精神保健福祉審議会を取り上げ、参加の現況と、当事者委員が果たしてきた役割と今後の課題について考察した。

In recent years, in Japan, people with disabilities have begun to participate in the decision-making process. People with mental disabilities, compared to a physical or intellectual disability had been considered to be unsuitable to participate in the decision-making process. However, since the establishment of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, participation of people with disabilities has improved. But, there were many difficulties regarding the participation of people with mental disabilities in the local decision-making process. This paper shows, first, through National Committee for Promoting Reform of Systems for Persons with Disabilities that a lot of people with disabilities participated. Second, the study shows that people with disabilities participated in the establishment of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, and it is important of that it is possible to enforce the right of persons with disabilities. Third, the paper discusses to show the past it was difficult for people with mental disabilities to participate in the decision-making process. Forth the importance of the Local Mental Health Welfare Council in policy decisions regarding mental health and welfare is discussed, that the current situation of the participation of people with mental disabilities and that the role of the Local Mental Health Welfare Council members, and future significance is also discussed.

キーワード：精神に障害のある人々，政策決定過程，当事者参加，障害者権利条約

People with Mental Disabilities, the Decision-Making Process, the Participation of People with Mental Disabilities, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities

1. はじめに

近年、わが国では障害のある人々^{注1)}の政策決定過程への参加が活発に見られるようになってきた(吉川2009)。政策決定過程とは山崎(2012)によれば、政策形成と政策実施を行なう一連の政策過程のうち、前半部分にあたり、政策課題について公式な場で審議し、決定する過程を指す。

障害の中でも精神の障害は、これまで公的会議には家族が代弁者として参加し、本人が政策決定過程に参加することは不向きと考えられてきた(桐原2012)。そのために、政策と関わる重要な会議に参与することが長く実現できなかった。しかし、2006年の国連の障害者権利条約成立過程での精神障害当事者の参加、2010年の国内における障害者制度改革推進会議とその部会での参加が実現したことは大きな進展であった。一方、地方においては現在も参加が実現していない場合があり(笠原2011, 松本ら2012)、精神に障害のある人々が当たり前の権利として政策決定過程への参加に至るには、なお、困難が多い。

そこで、本稿では、まず、かつて例をみないほど障害当事者が参加し得た障がい者制度改革推進会議の活況を示した上で、障害者権利条約成立に至る過程での障害当事者委員の参加状況について、また、障害のある人々の権利の重要性について言及する。また、特に、精神に障害のある人々がこれまで政策決定過程に参加できなかった時代を振り返り、精神保健福祉領域の政策決定過程の場である地方精神保健福祉審議会への参加の現況、および、当事者委員が果たしてきた役割、今後の参加拡大の可能性について考察する。

II 障がい者制度改革推進会議での障害のある人々の活躍

まず、1950年以降の精神保健福祉領域の政策決定過程に関連する事項と精神に障害のある当

事者委員と家族委員の動向を表1にまとめた。これを参照しつつ、本論を進めて行く。

政策決定過程への精神に障害のある当事者の参加に注目した場合、重要事項として障がい者制度改革推進会議における障害当事者と家族の過半数参加をあげることができる。2009年に民主党が政権を得、同年12月に障がい者制度改革推進会議を設置し、2010年1月に初会議を開催した。当会議の目的は、障害者権利条約に批准するための国内法の整備であり、特に障害者基本法の改正、障害者総合福祉法と障害者差別禁止法(いずれも当時の名称)、これら3法の改正および制定が主目的であったが、同時に障害のある人々と家族が過半数以上参加できる議論の場を作ることも目指していた。その結果、当会議の委員24名中14名が障害のある人々と家族が占めた。国が実施する重要会議にこれほど多くの障害のある人々および家族の参加があったのは初めてのことである(茨木2011)。

かくも多くの当事者が参加できたのは、障害者権利条約の理念に負うところが大きい。障害者権利条約は「社会モデル」にもとづき構築されたと考えられる(茨木2011)。「社会モデル」とはOliverら(1983)によれば、「障害(ディスアビリティ)は個人の問題ではなく、インペアメント(身体的差異・制約)を持つ個人に対して不親切な物理的および社会的環境の問題であり、ひいてはマイノリティ(少数派)の人々をどう社会が処遇するかという社会の問題である」²⁵⁾と述べ、障害は個人に原因があるのではなく、社会の受け入れの問題であることを示した。したがって、政策決定過程への当事者の参加は当然の権利であり、参加できないとすれば社会環境に問題があると考えられた。

当会議の構成員は身体障害、知的障害、精神障害等とその家族であり、2010年に第一次、第二次意見書を作成、提出した。実際、当事者の意見の一部しか障害者基本法案には反映されなかったが、それでも、これまで政策決定過程に

表1 精神保健福祉領域の政策決定過程に関連する事項と精神に障害のある当事者委員と家族委員の動向

	精神保健福祉に関する重要事項	精神障がい当事者・家族委員の動向
1950年	精神衛生法制定. 精神衛生審議会設置.	
1964年	ライシャワー駐日大使事件. 精神衛生法改正に関する精神衛生審議会中間答申提出. 精神衛生法改正.	精神衛生審議会に精神障害者家族が委員として参加（全国精神障害者家族協議会東京部会長）.
1965年	地方精神衛生審議会設置により、これまでの精神衛生審議会が中央精神衛生審議会に改称.	全国精神障害者家族会連合会発足.
1980年	中央精神衛生審議会が公衆衛生審議会に統合、精神保健福祉部会設置. リハビリテーションインターナショナル世界会議で障がい当事者が各国代表委員の過半数を障がい当事者にすることを要求. 却下.	
1981年		障害者インターナショナル設立.
1984年	宇都宮病院事件.	
1986年		障害者インターナショナル日本会議を発足.
1993年	大和川病院事件.	
1997年		長崎県精神保健福祉審議会に当事者委員が参加.
1998年	大阪府精神保健福祉審議会に医療人権部会を設置.	大阪府精神保健福祉審議会医療人権部会に当事者委員が参加.
2001年	公衆衛生審議会が廃止され、社会保障審議会および医道審議会に移管. 社会保障審議会障害者部会精神障害分会設置.	
2002年	障害者権利条約制定のための特別委員会作業部会設置.	作業部会に当事者委員が参加.
2005年	障害者自立支援法制定.	
2006年	国連障害者権利条約採択. 地方精神保健福祉審議会が必置から任意設置へ.	
2009年	障がい者制度改革推進会議設置.	当事者委員と家族委員を委嘱.
2010年	障がい者制度改革推進会議開催. 第一次意見書、第二次意見書を提出.	当事者委員と家族が過半数参加、精神に障がいのある人を含む.
2011年	障害者基本法改正. 障害者政策委員会設置.	障害者政策委員会に当事者委員・家族委員が参加.
2012年	障害者総合支援法制定.	
2013年	障害者差別解消法制定.	作業部会に当事者委員参加.
2014年	国連障害者権利条約批准.	

(太字は精神障害のある人々が政策決定過程に関与できた重要事項を示す.)

参加さえまならなかった障害のある人々が、一定の成果をあげたことは特筆すべき点である。

当会議は当事者参加の他にも、政策決定過程の透明化と合理的配慮の点で特徴を持つ（福島2013）。まず、会議の映像を一般に公開し、委員以外も審議を視聴することを可能にした。また、手話通訳、要約筆記などコミュニケーション面および、知的な障害のある人々に対し、内容が理解できない時はレッドカード、ゆっくり

進めてほしい時はイエローカードを提示できるなどの合理的配慮がなされた（石毛ら2013）。ここで言う合理的配慮とは障害者権利条約の中に示されている用語で、障害のある人が他の人々と平等な権利を得るために必要とされる配慮である。会議で合理的配慮がなされれば、障害のある人々が過度な負担を感じずに会議に参加できる点で重要である。

Ⅲ 障害者権利条約の成立と政策への関与—当事者の権利としての参加—

前項で障がい者制度改革推進会議での当事者・家族委員の参加について述べたが、当事者委員が多数参加し得たのは、国連障害者権利条約成立過程での当事者参加の影響と障害者権利条約の条文の影響が大きい。そこで、ドン・マッケイ講演録（日本障害フォーラムJDF 2010）を参考に、障害者権利条約成立過程について記述し、また、障害者権利条約条文、「障害のある人々の参加」を引用し、その価値について言及したい。

1. 障害者権利条約成立過程での障害当事者の貢献

当初は、障害のある人々のための権利条約を定めることに、世界各国の政府関係者が消極的であり、条約成立はマイナスからのスタートであった。その理由は、すでに世界人権宣言、国際人権規約が成立し、すべての人々が権利を有するとみなされていたからである。しかし、現実には権利が守られない人々があり、その後女性差別撤廃条約、児童権利条約が成立したことから、障害のある人々に特化した条約が必要なことは明らかであった。

2002年から2006年までに8回の障害者権利条約制定のための特別委員会が開催された。特別委員会に作業部会が設置され、40名の政府代表と後述する障害者インターナショナル（DPI: Disabled Peoples' International）を中心とする障害者団体関係者が対等な立場で議論を行なった。障害者権利条約のスローガンである“Nothing about us without us.”（私たちのことは私たちと共に決めてほしい）^{注2)}の実現が、権利条約の成立過程で見られたことは障害当事者参加の大きな1ページが開かれたことを意味する。

交渉時の特徴の1つは、障害者団体と政府関係者に同等な発言権が与えられ、相互の対話が

生まれた点である（日本障害フォーラムJDF 2010）。2点目は、この会議を障害団体のメンバーが傍聴でき、会議の様態を即時、公開したことにより、会議参加者以外も審議の行方を見つめることが可能だったことである。

2. 障害者権利条約の条文にみる「障害のある人々の参加」の文言の価値

障害のある人々が政策決定過程に参加するには法的根拠を持つことが重要である（藤井2010）。障害者権利条約前文（O）「障害者が、政策及び計画（障害者に直接関連する政策及び計画を含む。）に係る意思決定の過程に積極的に関与する機会を有すべきであることを考慮し」と、4条3項「障害のある人の政策及び計画に係る意思決定の過程への積極的な関与」に障害のある人々が政策および計画に参加することが示されている。

条約は、各国の一般法の上位に位置し、法律を拘束する効力を持つ（藤井2010）。したがって、条約の内容を各国は遵守しなければならず、前述の条文によって、障害当事者の政策決定過程への参加の根拠が示されたことになる。2014年1月にわが国も障害者権利条約に批准したことにより、仮に障害のある人々の参加の機会がない場合、機会の保障を明確に主張してよい権利が得られた意義は大きい。

Ⅳ 精神に障害のある人々の政策決定過程参加への歩み—精神衛生審議会への家族委員参加から地方精神保健福祉審議会への当事者委員参加へ—

障害者権利条約の成立過程と、障がい者制度改革推進会議では多数の障害当事者の参加があったことはこれまでみた通りである。しかし、かつては、障害のある人々が政策決定過程に加わることは極めて困難であった。ここでは主に身体に障害のある人々と精神に障害のある人々の政策決定過程への参加の歩みを示す。

1. 身体に障害のある人々の政策決定過程への参加の歩み

身体に障害のある人々はアクセス条件が整えば会議参加が可能だが、かつては十分な機会が得られなかった。理由の一つは、福祉サービス受給者の主権が奪われていたことによる（中西ら2003）。税金で養われる人にもものを言う権利はないという考え方であった。身体障害のある人々が医療や福祉サービスの客体から主体へと変革する大きな動きは、1970年代にアメリカで始まった自立生活運動によると考えられる。身体に障害のあるアメリカ人学生エド・ロバーツが、障害学生支援のために自立生活センターを設立し、その運営委員の過半数を障害学生等で組織した。自立生活運動の特徴は「障害者自身がサービスの受け手から担い手へ」と変化したことである。しかし、障害を持つ人々の運動は簡単には専門職に受け入れられなかった。1980年、医療専門職を中心とするリハビリテーションインターナショナル世界会議の場で障害のある人々が各国代表委員の過半数を障害のある人々にするよう要求したが、受け入れられなかった。しかし、それが次のステップへとつながっていく（中西ら2003）。

1981年に障害のある人自身が障害者インターナショナル（DPI）を設立し、当事者サイドからの意見表明を積極的に開始した。障害者インターナショナルは身体、知的、精神、難病など障害の種別に関わらない障害当事者団体である。障害のある人々が差別や隔離や、本人の希望にそぐわない一方的な保護を受けてきたことに対し、当事者自身が声をあげることを重視した。わが国も1986年に障害者インターナショナル日本会議を発足させ、その後、障害者権利条約の成立過程で大きな力を発揮したことは前述の通りである。

2. 精神に障害のある人々の政策決定過程への参加の歩み

では、精神に障害のある人々の政策決定過程への参加はどのような経緯を辿ったのだろうか。精神に障害のある人々は社会から誤解を受けやすく、暴力や犯罪をもたらす人々との誤った考えが根強く、過去においては私宅監置された時代があった。また、家族を保護義務者とし、本人ではなく、家族を代弁者とした歴史があった（藤井2010）。

そのような中、精神に障害のある人々の家族が、国の重要会議に初めて参加したのが1964年の精神衛生審議会である（村上1981）。その経緯はライシャワー事件に端を発する^{注3)}。事件後、精神に障害のある人たちに対する社会不安が増幅し、厚生省（当時）は精神衛生法の改正を進めた。この事件以前は、精神に障害のある人たちの社会復帰が進んでいたにもかかわらず（中村2012）、事件を契機に振り子はマイナスに行き、社会防衛へと進んだ。これを危惧した日本精神神経学会が、精神衛生審議会第二部会の医療小委員会に家族委員を据えることを進言した（村上1981）。この当時は家族が代弁者であり、家族が委員として参加できただけでもその意義は大きかったと考えられる。しかし、過去においても、現在も家族と本人は一枚岩ではない。時には両者間に深刻な利害の対立が生じることから、本来は家族は家族、また、精神に障害のある人は当事者として、政策決定過程に参加し、意見を述べることでそれぞれの権利の実現の点からは望ましかったはずである。

その後、わが国で初めて精神に障害のある当事者委員が行政の会議に参加したのは家族委員の参加から30年以上が経過した1997年、長崎県精神保健福祉審議会においてである。

V. 精神衛生審議会から地方精神保健福祉審議会へ

1950年以降、精神に障害のある人々が参加できる常設の政策決定過程として、国レベルでは精神衛生審議会が、地方では地方精神衛生審議

会があった。ここでは、まず、国レベルの審議会を取り上げ、その位置づけを示し、続いて、地方精神保健福祉審議会が果たしてきた役割と当事者委員の活躍について言及する。

1. 国レベルの審議会

国の精神衛生審議会は法律の変遷とともに、現在は、社会保障審議会障害者部会精神障害分會に、地方では地方精神保健福祉審議会に移管した。

国レベルで審議会と名のつくものは、厚生労働省と、他の省庁を併せると100以上が設けられている(西川2007)。審議会は民意を行政に反映させるためのものとして戦後に導入され、根拠法は国家行政組織法である(晴山1999)。委員構成は学識経験者、マスコミ、業界団体関係者、官庁関係者らが一般的であるが(細野2003)、近年は公募等で一般市民が参加することがある。行政サイドは方針や政策を議会に提出する前に、国民のコンセンサスを得る必要がある、審議会を活用する。審議会の責任の範疇は、飽くまで答申、勧告を行うのみで、行政の政策や方針を決定することはできない(岡部1969)。審議会の問題点としては行政担当者が作成したシナリオ通りに審議を誘導する傾向が指摘されている(細野2003)。近年は、審議会の機能や役割が変化し、縮小化・弱体化の傾向があり(栃本2002)、1999年に内閣人事局が「審議会等の整理合理化に関する基本的計画」を発表し、必要性が低下した審議会の廃止が促されている(内閣人事局1999)。

しかし、精神保健福祉領域においては大局的な見地から審議できる会議として、引き続き、重要な位置づけにあると考えられる。

2. 地方精神保健福祉審議会

地方精神保健福祉審議会は都道府県・政令指定都市が設置する精神保健福祉に関する会議である。これは精神保健福祉法第9条に規定され、

地方の精神保健福祉に関し、取り組むべき具体的な施策を議論し、知事の諮問に答え、また、意見を具申する場である。

地方精神保健福祉審議会は、これまで地方の精神保健福祉に関する制度・政策の決定に関し、重要な役割を果たしてきた。たとえば、1980年代に東京都精神衛生審議会では都立総合精神衛生センターの設置をはじめ、精神に障害のある人々の社会復帰医療対策について重点的に議論がなされた(東京都1982)。また、2000年には大阪府精神保健福祉審議会が「精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について」意見具申を行った。大阪府の審議会は2部会を設け、医療人権部会には精神に障害のある当事者委員2名、家族委員1名の参加があった(黒田2001)。この時の意見具申は、大和川病院で起きた医療専門職による患者暴行死事件後の精神保健福祉のあり方を問うもので、精神科病院における人権尊重に関する課題解決に向けた提言がなされた。この意見具申は、その後、大阪府内の精神科病院の在院患者の実態及び処遇の調査、退院後の受け皿の必要数や支援方策の検討、障害者計画への組み入れなど、直接の改革に結びついた(大阪府精神保健福祉審議会2000)。

現在は2006年の精神保健福祉法改正により、これまで都道府県等において必置であった審議会が任意設置に変更となった。これは、障害者自立支援法が成立したことによる変化と、内閣府の審議会縮小傾向が連動したと考えられる。しかし、精神保健福祉領域は引き続き、さまざまな課題が山積し、たとえば、精神科病院における長期入院者の地域移行、増加中のうつ病者対策、精神に障害のある人々の就労支援等があり、審議会はそれらの解決に向け、精神保健福祉領域に特化した議論を行なえる場を確保することが重要である。したがって、審議会への当事者委員の参加は、福祉サービス利用者側の視点が加わり、議論が活発に進むことが期待でき

る。

VI. 地方の政策決定過程における当事者委員の参加の現状

ここでは、先行研究をもとに、関連する会議の当事者参加の現況と、果たしてきた役割について考察する。

これまで政策決定過程に参加してきた当事者委員が見解を示した文献が複数ある（笹川2009, 鈴木2009, 我妻2009, 竹内2009, 植野2009, 田中ら2009, 田垣2006, 長位2012, 井上2012, 桐原2012）。こうした報告は、当事者委員が意見表明できる力量を確認できるものであり、また、参加した会議の問題点を指摘したものとして貴重である。この他、当事者参加に関する調査報告としては相内ら（1994）、全日本手をつなぐ育成会（2009）、笠原（2010, 2011）、松本ら（2012）、松本（2015）等がある。

調査報告の中で興味深いのが「ノーマライゼーション障害者の福祉」編集部（2009）が実施した中央障害者施策推進協議会参加委員29名を対象に行なった調査である。有効回答22人の中には障害当事者10人、家族委員3人が含まれている。機能・審議内容については、形式的、形骸化、不十分、結論ありき、アリバイづくり、報告の追認等、全体として行政主導であることが指摘された。運営については年1回程度ではなく開催回数、開催時間を増やし、分科会、委員会を設けるべきこと、事務局体制については事務局の強化等の意見が出された。また、当事者委員の参加は議論の深まりや広がりをもたらすが、十分に活かされていないことも指摘された。

当事者委員参加に関する数少ない実証的な調査として笠原（2011）の障害者自立支援協議会への参加調査がある。全国の市町村のうち、回答があった745市町村（57.6%）で、身体に障害のある人々の参加は317（71.7%）、知的な障害のある人々は65（14.6%）であるが、精神に

障害のある人々の参加は15（3.4%）にすぎなかった。障害者自立支援協議会は、2013年以降、法律の条文に「障害者」「家族」の参加が明記され、笠原の調査時点よりは参加者の増加が予想される。笠原（2011）によれば、当事者参加に関する行政側の困難理由として、「誰を選んでよいかわからない」といった選出の公平性、「協議に参加して協働できる当事者の不在」といった当事者の力量、「必要な費用や支援を保障できない」などの合理的配慮、「家族の参加を前提とする」など家族を代弁者とする点が示された。しかし、8割は当事者の参加に関し特段の理由がなかった。これまで障害のある人々の参加を想定してこなかったために、理由もみあたらないと考えられた。一方で、当事者参加について行政担当者からは「当事者視点の共有化」「当事者中心発想の協議会運営」「会議の活性化」「施策への反映」などの期待が示されていた。

地方精神保健福祉審議会における精神に障害のある人々の参加に関し、松本ら（2012）が行った2011年度の調査では、当事者委員の参加は都道府県・政令指定都市の約3割にすぎなかった。このうち、当事者委員が複数参加する政令指定都市はいずれも当事者委員が使命感を持ち、積極的に意見表明を行い、審議会全体にプラスの影響をもたらしたことが示唆された（松本2015）。今後も、当事者委員の活躍が期待でき、参加拡大がいっそう求められる。

VII. 当事者委員参加の課題

障害当事者の政策決定過程への参加の先にあるものは、障害のあるなしに関わらず、参加委員同士が対等に議論し、行政側が障害福祉制度・政策立案に活かすことである。先行研究では、当事者委員が使命感を持って意見表明し、議論の深まりをもたらし、行政担当者が当事者委員に期待する面が描かれていた（笠原2011）。しかし、実際の当事者委員の参加となると、特段

の理由もなく見送る場合や参加があっても活かせていない場合があった。

これらを打開するには、まず、量的問題として、全国の障害関連の諸会議、特に地方精神保健福祉審議会等に精神に障害のある人々の参加を満たすことである。これまで触れた調査結果からは当事者委員が役割を果たせる可能性がうかがえたことから、参加拡大が望まれる（松本2015）。

また、質的問題として当事者委員の意見を施策に活かす積極的な戦略が求められる。福島（2013）は障害のある人々がシンクタンク機能を持つことを主張する。公共政策や企業戦略に通じた研究組織が障害のある人々の意見表明に協力することで、意見が採択されやすくなることが期待できる。また、松本（2015）の調査結果では、当事者委員はすでに医療・福祉制度に通じており、意見が施策に反映できた場合がある。したがって、当事者委員同士がネットワークを形成し、各地の活動の成功例を共有し、当事者委員の経験値をあげることも重要と考えられる。

VIII. まとめと今後の課題

これまで精神に障害のある人々の政策決定過程への参加をみてきた。過半数を超える当事者、家族委員が参加した障がい者制度改革推進会議の活況、ならびに当事者参加の法的、理念的根拠である障害者権利条約の内容と条約成立過程での当事者委員の活躍、また、特に精神に障害のある人々の政策決定過程への参加の歩み、地方精神保健福祉審議会の重要性と、当事者委員参加の現況と課題を示した。

今後は、精神に障害のある人々の視点が加味された、骨太の政策立案が理想である。そのためには、行政機関が当事者委員参加の意義を理解することが重要であり、これまでの研究結果を行政機関に積極的にフィードバックし、参加拡大へとつなげたい。

注釈

注1) 「障害者」という用語の使用は差別的意味合いが含まれることから、本稿では極力控えた。アメリカではmental disabled peopleからpeople with mental disabilitiesに変化した経緯があり、障害者である前に人であることを強調し、その訳として「障害のある人々」が当てられたことから、できるだけ上記の語を用いた。

注2) 「私たち抜きに私たちのことを決めないで。」と訳されるが、三田は肯定的表現に改め、「私たちと共に私たちのことを決めてほしい。」とし、本稿では三田の訳を採用した。

注3) 1963年に19歳の青年が駐日大使ライシャワー氏を刺傷する事件を起こした。当該青年が統合失調症の診断を受けていたことから、日本の精神科医療の不十分さが指摘され、治安の維持の強化に向け、精神衛生法を改正する契機となった。

引用文献

- 1) 相内俊一, 佐藤克廣, 渡邊賢, 篠田優, 他 (1994). 障害福祉行政の政策立案過程における障害当事者の参加の現状とその課題. 北海道ノーマライゼーション研究, No.6, 155-177.
- 2) 藤井克徳 (2010). 第2章 障害者の参加. 松井亮輔他, 概説障害者権利条約, 16-31. 東京: 法律文化社.
- 3) 福島智 (2013). 日本の障害者施策の質的・構造的変化を目指して—障がい者制度改革推進会議, 障害者政策委員会の審議を中心に. 季刊福祉労働, 第141号, 66-77.
- 4) 晴山一穂 (1999). 議会制度「改革」の問題点. 行財政研究, 41号, 58-61.
- 5) 細野助博 (2003). 審議会型政策形成と情報公開の意義—「決定の質」の政策分析—. 公共政策研究, 3号, 55-67.
- 6) 茨木尚子 (2011). 障害者福祉制度改革を

- めぐる動向と今後の課題—当事者参画による改革のゆくえ—. 社会福祉研究, 第111号, 2-10.
- 7) 井上吉郎 (2012). 政策委員会を, 障害者施策の“司令塔”に. ノーマライゼーション障害者の福祉, 1月号, 20-21.
 - 8) 石毛鏡子, 太田修平, 徳田茂, 関口明彦 (2013). 座談会: 当事者参画の障害者制度改革に何を期待し, 何を課題として残したか. 季刊福祉労働, 第141号, 89-110.
 - 9) 笠原千絵 (2010). 地域自立支援協議会とローカルガバナンス—全国調査から見る協議会の機能分析の結果から—. 日本の地域福祉, 23, 142-153.
 - 10) 笠原千絵 (2011). ローカルガバナンスと当事者参加—自治体担当者を対象とした地域自立支援協議会全国調査の分析—. 日本の地域福祉, 24, 57-69.
 - 11) 桐原尚之 (2012). 実情と条約に即した推進体制を望む. ノーマライゼーション障害者の福祉, 1月号, 24-25.
 - 12) 黒田研二 (2001). ステイグマの克服にむけて—大阪府精神保健福祉審議会における議論を中心に—. 社会問題研究, 50 (2), 87-119.
 - 13) 松本真由美, 上野武治, 中村和彦 (2012). 地方精神保健福祉審議会への精神障害当事者参加の概要. 第1回日本精神保健福祉学会発表抄録, 6.
 - 14) 松本真由美 (2015). 地方精神保健福祉審議会において活躍する当事者委員—大阪府堺市の場合—. 北海道社会福祉学研究, 第35号, 1-13.
 - 15) 三田優子 (2012). 障害者制度改革における当事者参画の意義と課題—障害者権利条約の批准に向けて—. 社会福祉研究, 113号, 67-74.
 - 16) 村上直之 (1981). 精神衛生審議会 精神衛生法改正の社会的過程 (3). 論集, 28 (2), 105-122.
 - 17) 長位鈴子 (2012). 障害者政策委員会に期待すること. ノーマライゼーション障害者の福祉, 1月号, 18-19.
 - 18) 内閣人事局 (1999). 審議会等の整理合理化に関する基本的計画. <http://www.kantei.go.in/in.kakugikettei/990524singikai.html> [2015-7-14]
 - 19) 中村和彦 (2012). 時代を読む29 1965年精神衛生法改正. ノーマライゼーション障害者の福祉, 3月号, 5.
 - 20) 中西正司, 上野千鶴子 (2003). 当事者主権. 東京: 岩波書店. 22-41.
 - 21) 日本障害フォーラムJDF (2010). 障害者権利条約はこうして生まれた ドン・マッケイ講演録. 9-28. 東京: 教文堂.
 - 22) 西川明子 (2007). 審議会等・私的諮問機関の現状と論点. レファレンス, 57 (5), 59-73.
 - 23) 「ノーマライゼーション障害者の福祉」編集部 (2009). 中央障害者施策推進協議会の委員に尋ねる—アンケート調査にみる特徴点. ノーマライゼーション障害者の福祉, 7月号, 30-33.
 - 24) 岡部史郎 (1969). 政策形成における審議会の役割と責任. 年報行政研究, 70号, 1-19.
 - 25) Oliver, M. & Sapay, B. (1983). Social Work with Disabled people Third edition. 障害にもとづくソーシャルワーク 野中猛監訳 (2010). 18 (1-253). 東京: 金剛出版.
 - 26) 大阪府精神保健福祉審議会 (2000). 精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について. 1-33.
 - 27) 笹川吉彦 (2009). 社会保障審議会障害者部会の改革を望む. ノーマライゼーション障害者の福祉, 7月号, 16-17.
 - 28) 鈴木孝幸 (2009). 厚生労働省労働政策審議会障害者雇用分科会に参加して. ノーマ

- ライゼーション障害者の福祉, 7月号, 18-19.
- 29) 田垣正晋 (2006). 市町村障害者計画策定のあり方—3つの市における策定委員の経験からの提言—. ソーシャルワーク研究, Vol.32, 132-140.
- 30) 竹内政治 (2009). さいたま市障害者職業能力開発推進会議に参加して. ノーマライゼーション障害者の福祉, 7月号, 22-23.
- 31) 田中陽子・光増昌久 (2009). 政策決定への参画—北海道の知的障害者の場合—. ノーマライゼーション障害者の福祉, 7月号, 28-29.
- 32) 栃本一三郎 (2002). 福祉の法律と政治 大森彌, 松村祥子編著, 改訂版 福祉政策 I 福祉政策の形成と実施. 93-97, 東京: 日本放送出版協会
- 33) 東京都地方精神衛生審議会 (1982). 精神障害者社会復帰医療対策の基本的あり方と東京都の役割について. 月刊福祉, 65 (6), 80-91.
- 34) 植野圭哉 (2009). 丁々発止の議論に参加して. ノーマライゼーション障害者の福祉, 7月号, 24-25.
- 35) 我妻武 (2009). 北海道障害者条例成立に関する取り組み. ノーマライゼーション障害者の福祉, 7月号, 20-21.
- 36) 山崎公士 (2012). 障害者政策の形成・実施と当事者参画—障害者政策委員会に期待するもの. ノーマライゼーション障害者の福祉, 1月号, 10-13.
- 37) 吉川かおり (2009). 政策決定過程における当事者参加の意義. ノーマライゼーション障害者の福祉, 7月号, 10-12.
- 38) 全日本手をつなぐ育成会 本人活動委員会 (2009). 報告—本人の参加に関するアンケート調査から—. 手をつなぐ, 7月号, 32-37.

研究報告

A大学看護学科1年次生のコミュニケーション・スキルに関する研究
—エゴグラム, 日常生活スキル尺度, ENDCOREsによる分析—

Study on Communication Skills of the First Year Students at Nursing College A
—Analysis of Egograms, Daily Life skills Scales and ENDCOREs—

松本 真由美, 小島 悦子, 藤長 すが子, 吉田 香, 山田 敦士, 森口 眞衣
Mayumi MATSUMOTO, Etsuko KOJIMA, Sugako FUJINAGA, Kaori YOSHIDA, Atsushi YAMADA, Mai MORIGUCHI

日本医療大学
Japan Health Care College

要旨

昨年度, コミュニケーション能力養成のための共同研究の一つとして, A大学看護学科1年次生の性格傾向とコミュニケーション・スキルの特徴を把握するため, エゴグラム (TEG II), 日常生活スキル尺度, ENDCOREsを実施した. その結果, エゴグラムではACが高い傾向が示された. 先行研究では, ACとコミュニケーション・スキルとの間に負の相関が示されたことから, A大学においても同様の結果が予想された. そこで, 2015年度入学生にも上記3尺度を実施し, 2014年度生の結果とあわせ, 関連を検討した. CPは日常生活スキル尺度, ENDCOREsのすべての尺度と正の相関があり, ACは「情報要約力」「計画性」「自尊心」「表現力」「自己主張」で負の相関があった. これらの結果を踏まえ, 今後, 初年度教育でコミュニケーション・スキルの向上を図るには, 理性的, 客観的特徴を持つA尺度の強化と, 「情報要約力」「計画性」「自尊心」「表現力」「自己主張」の充実が考えられる.

This study is one of a series of studies for the development of a communication skills training program. Last year, the egograms (TEG II), daily life skills scales and ENDCOREs were examined to understand the characteristics of the personality and communication skills of first year students at Nursing College "A". The results showed a tendency for higher AC of egograms. In previous research, a negative correlation was shown between the AC and communication skills and similar results were expected at Nursing College "A". The three measures of first year students were examined in 2014 and 2015, and the results were included of a positive correlation was shown between CP and all of the daily life skills scales and ENDCOREs. There was a negative correlation between AC and "knowledge summarization", "planning", "self-esteem", "expressivity" and "assertiveness". Results from this study suggested that it is recommended that students strengthen the A aspects by rationally and objectively analyzing the situation, and improve the communication skills, especially "knowledge summarization", "planning", "self-esteem", "expressivity" and "assertiveness" in the first year education (introductory discourses).

キーワード: 看護大学生, エゴグラム, 日常生活スキル尺度, ENDCOREs
Nursing College Students, Egograms, Daily Life Skills Scales, ENDCOREs

I はじめに

昨年度に引き続き、われわれは、コミュニケーション能力育成に関わる看護、人文領域の教員による多分野協働研究を継続している。昨年度は、小島ら（2015）がA大学看護学科1年次生の日常生活スキル尺度とコミュニケーション・スキルの特徴について分析し、松本ら（2015）がエゴグラムを用いた自我状態の検討を行った。コミュニケーション・スキルとはENDCOREsを開発した藤本ら（2007）によれば、言語・非言語による直接的コミュニケーションを適切に行う能力であり、彼らは直接的コミュニケーションの上位概念として対人関係に主眼を置くソーシャル・スキル、さらにその上位概念として文化・社会への適応力であるストラテジーを置く3階層モデルを想定した。本稿では、このモデルに準拠しコミュニケーション・スキルを考えることとする。A大学は医療系の人材を育成する大学であるが、医療分野を専攻する学生は特に臨地実習において高いコミュニケーション・スキルが求められる傾向がある。したがって、初年度教育からコミュニケーション能力向上に向け、教育的はたらきかけを実施することが望ましい。

昨年度は看護科1年次生に島本ら（2006）による日常生活スキル尺度大学生版、藤本ら（2007）によるENDCOREs、東大式エゴグラムTEG II（2006）を用いて、コミュニケーション・スキルおよび性格特性を把握した。その結果、日常生活スキル尺度では「感受性」と「対人マナー」の自己評価が高く、「情報要約力」「計画性」「自尊心」「前向きな思考」「リーダーシップ」が低く、ENDCOREsでは「他者受容」と「関係調整」が高く、「表現力」「自己主張」が低い傾向が示された（小島ら2015）。また、エゴグラムでは「NP：養育的な親」「AC：従順な子」「CP：批判的な親」の得点が高く、教育的はたらきかけとしてはA的側面である理性的・客観的分析力を高めることが示唆された（松本ら

2015）。

本稿で示される調査尺度に関わる用語について、エゴグラムに関するものはすでに松本ら（2015）で示したが、再度、確認したい。1950年代にBerneが提唱した交流分析の4つの分析（自我状態、対話分析、ゲーム分析、脚本分析）の一つである自我状態をDusay（1990）が活用しやすい性格検査として開発し、他者との交流の傾向を示したものがエゴグラムである（東京大学医学部心療内科TEG, 2006）。エゴグラムはCP（Critical Parent：批判的な親）、NP（Nurturing Parent：養育的な親）、A（Adult：大人）、FC（Free Child：自由な子ども）、AC（Adapted Child：従順な子ども）の5尺度で表す。これら5尺度の程度差に個人の特徴が表れ、結果を自己発見や自己啓発に活用できる（東京大学医学部心療内科TEG研究会, 2006）。日常生活スキル尺度、ENDCOREsについては藤本ら（2016）を参照されたい。

2014年度のA大学1年次生のエゴグラムの結果を先行研究と比較すると中川ら（1993）や三木ら（2001）の他大学の看護学生の結果と同様、NPが最も高いという点で共通していた（松本ら2015）。しかし、他大学に比べ、ACの得点が高いという特徴がみられた。また、コミュニケーション・スキルとエゴグラムとの関連について中村ら（2007）は高鳥ら（1997）のコミュニケーションに関わる要因を基本に看護職に適するコミュニケーション・スキル評価表を作成し、エゴグラムとの関連を見た。「傾聴」「共感」「判断」「表出」の4指標とエゴグラムのA、FCとの間に、また、「傾聴」「判断」とNPとの間に正の相関があり、4指標とACとの間には負の相関が見出された。また、村中ら（2007）は、エゴグラムをコミュニケーション・スキル向上に役立てた例について示している。

先行研究の結果によれば、仮に今年度もA大学看護学科1年次生のACが高い場合、コミュニケーション・スキルと負の相関があることが

予想され、それらの改善に向けたスキル向上が重要となる。本稿ではコミュニケーション・スキルを図る尺度として、昨年に引き続き日常生活スキル尺度とENDCOREsを用いる。これら2テストはコミュニケーション・スキルを図る指標として信頼性と妥当性が確かめられていることから(島本ら2006, 藤本2013), A大学看護学科1年次生の性格特性とコミュニケーション・スキルの関係を見出す上で適切と考えられる。今後, A大学において初年度教育を実施する場合に, 学生のコミュニケーション能力の向上を図る手がかりが得られると推測する。

そこで, 2015年度入学生に対し, 前年度同様にエゴグラム, 日常生活スキル尺度, ENDCOREsの3調査を実施し, 2014年度生との比較を行う。また, 今回はコミュニケーション・スキルに関するA大学看護学科1年次生の特徴をより明確にするため, 尺度間の関連について分析を試みる。日常生活スキル尺度とENDCOREsの分析は藤長ら(2016)が行わない, 本稿ではエゴグラムの分析と, エゴグラムと日常生活スキル尺度, ENDCOREsの関連について検討し, これらの結果をもとに, 初年度教育で重点的に取り組むべき要点を焦点化することを目指す。

II 研究方法

1. 調査対象

A大学看護学科1年次生84名を対象とした。

2. 調査期間

2015年4月14日から30日までである。

3. 調査方法

必修の授業時間終了後に調査の概略について説明し, 3種(エゴグラム, 日常生活スキル尺度, ENDCOREs)の調査票を84部, 配布した。記入後は, 指定の期日までに回収場所に投函するよう依頼した。

4. 分析方法

エゴグラムはCP, NP, A, FC, AC各10問と回答の妥当性を測る3問をあわせた53問から成り, 各問につき「はい(2点)」「どちらでもない(1点)」「いいえ(0点)」の3段階評定を用い, 尺度ごと最低点が0点, 最高点が20点である。

エゴグラムと日常生活スキル尺度, ENDCOREsの関連については, Spearmanの順位相関係数を求めた。分析に使用した数値は, エゴグラムのCP, NP, A, FC, ACの5尺度については各々の合計点を, 日常生活スキル尺度の「親和性」「リーダーシップ」「計画性」「感受性」「情報要約力」「自尊心」「前向きな思考」「対人マナー」の8項目については各3問の平均点を, 「個人的スキル」「対人スキル」のうち「個人的スキル」は「計画性」「情報要約力」「自尊心」「前向きな思考」の総和を, 「対人スキル」は「親和性」「リーダーシップ」「感受性」「対人マナー」の総和を用いた。ENDCOREsは「自己統制」「表現力」「解読力」「自己主張」「他者受容」「関係調整」の6項目については各4問の平均点を, 「表出系」「反応系」「管理系」のうち, 「表出系」は「自己主張」「表現力」の各々の平均点の和, 同様に, 「反応系」は「解読力」「他者受容」, 「管理系」は「自己統制」「関係調整」をあわせた値を使用した。

統計解析はSPSS.22.0を使用し, 有意水準は5%未満とした。

5. 倫理的配慮

調査対象者には研究の目的を説明し, 回答は自由意志であり, 回答の有無が成績に影響しないこと, 調査用紙の回収により調査協力に同意したものとみなすことを伝えた。記入は無記名としたが, 他の尺度と関連づけた分析を行うことから, 匿名化コードを用い, プライバシーに配慮するかたちで対象者ごとの対応関係の参照を可能とした。本調査は日本医療大学研究倫理

委員会の承認を得ている（承認番号：27-1）。

Ⅲ 結果

1. 回収率

回収は30名，有効回答数も30名，回収率は35.7%である。

2. 集計結果

1) エゴグラム尺度値の結果

本調査の対象である2014年度生と2015年度生の平均値と標準偏差を表1に示した。あわせて、TEG IIの一般女性の平均値と標準偏差を参考

文献から抜粋した（東京大学医学部心療内科 TEG, 2006）。2015年度生で最も高かったのがNP（養育的親）の14.5，次いでAC（順応した子ども）の14.4，FC（自由な子ども）の13.6，CP（批判的親）の12，A（大人）の9.9の順であり，最大と最小のポイント差が4.6であった。2014年度生と2015年度生を比較すると，得点順はNP，AC，FC，CP，Aで同一であった。一般女性はNP，FC，CP，AC，Aの得点順であった。

続いて，2014年度生，2015年度生，一般女性の平均得点分布をグラフ化し，図1に示した。

表1 エゴグラム得点（2014年度：n=34，2015年度：n=30）

	年度	CP		NP		A		FC		AC	
		2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
A大学生	平均値	11.7	12	14.3	14.5	10.6	9.9	12.3	13.6	13.6	14.4
	標準偏差	4.1	4.2	3.4	4.1	4.6	4.3	4.3	4.8	5.1	5.2
	一般女性	平均値	12.2		14.3		10.9		13.3		11.7
	標準偏差	4.2		4.3		4.7		4.2		5.2	

表1と図1に比較として用いた一般女性の平均値，標準偏差は『新版TEG2解説とエゴグラム・パターン』P31の数値による。

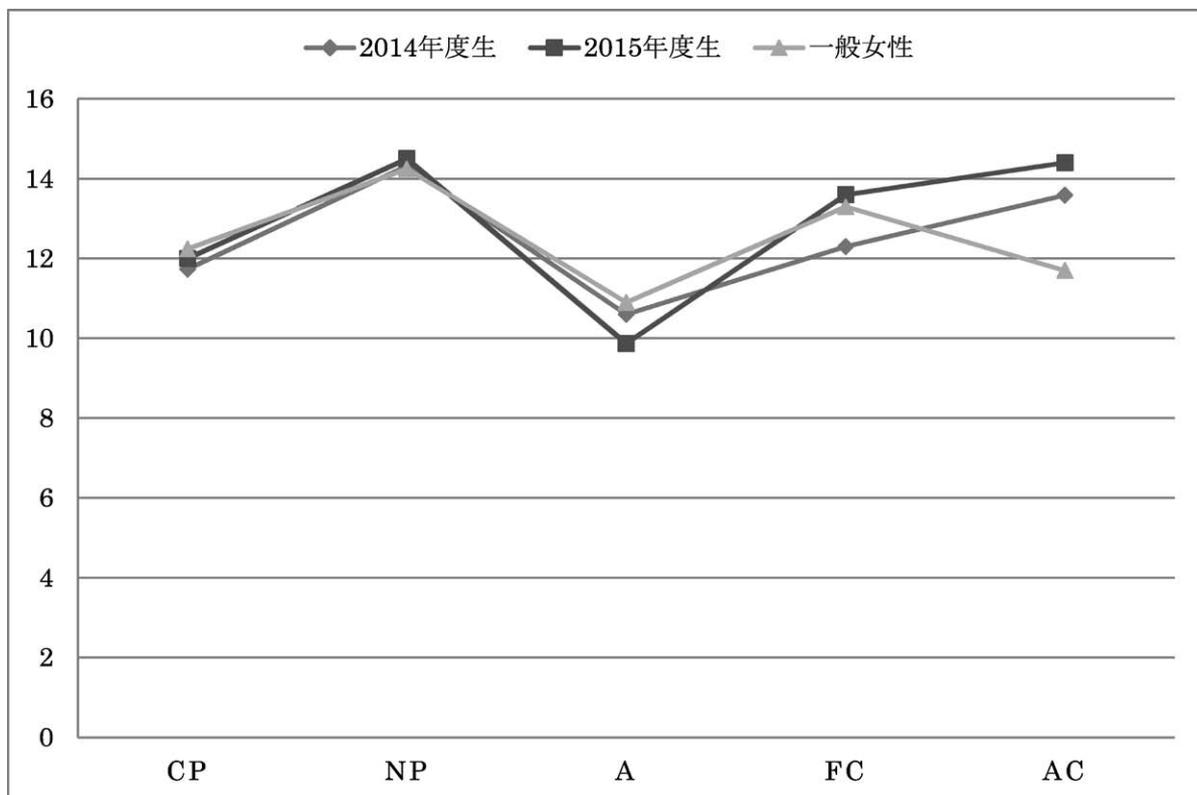


図1 エゴグラム5尺度の平均得点分布（2014年度n=34，2015年度n=30）

2) エゴグラム・パターンの分類結果

エゴグラムは5尺度の得点の配置をもとに19のパターンに分類することができ、2014年度生と2015年度生の人数分布を図2に示した。2015年度生についてはN型が8人と最も多く、逆N型6人、W型が4人、M型3人、A優位型、FC低位型、U型が2人と最も多く、逆N型6人、W型が4人、M型3人、A優位型、FC低位型、U型が2人の順であった。これら以外の9パターンはいずれも0人であった。

2014年度生と比較するとN型、逆N型が多い点は同様であるが、昨年度はAC優位型が6人と多かった。

3) エゴグラムと日常生活スキル尺度、ENDCOREsとの関連

2014年度生と2015年度生は類似のエゴグラム得点傾向を示したことから、2期をあわせた数値をもとに、エゴグラムと日常生活スキル尺度、

ENDCOREsとの関連を分析し、表2に示した。

CPは日常生活スキル尺度とENDCOREsのすべての項目と有意であり、日常生活スキル尺度の「前向きな思考」($p < 0.05$)以外の全項目で1%レベルでの正の相関があった($p < 0.01$)。

NPは日常生活スキル尺度の「対人スキル」とその下位項目の「感受性」「親和性」「対人マナー」、ENDCOREsの「反応系」とその下位項目の「解読力」「他者受容」、および「管理系」とその下位項目の「関係調整」で1%レベルでの正の相関があり($p < 0.01$)、日常生活スキル尺度の「情報要約力」「リーダーシップ」とENDCOREsの「自己統制」で5%レベルでの正の相関があった($p < 0.05$)。

AはENDCOREsの「自己主張」で1%レベルでの正の相関があり($p < 0.01$)、日常生活スキル尺度の「情報要約力」「計画性」「リーダー

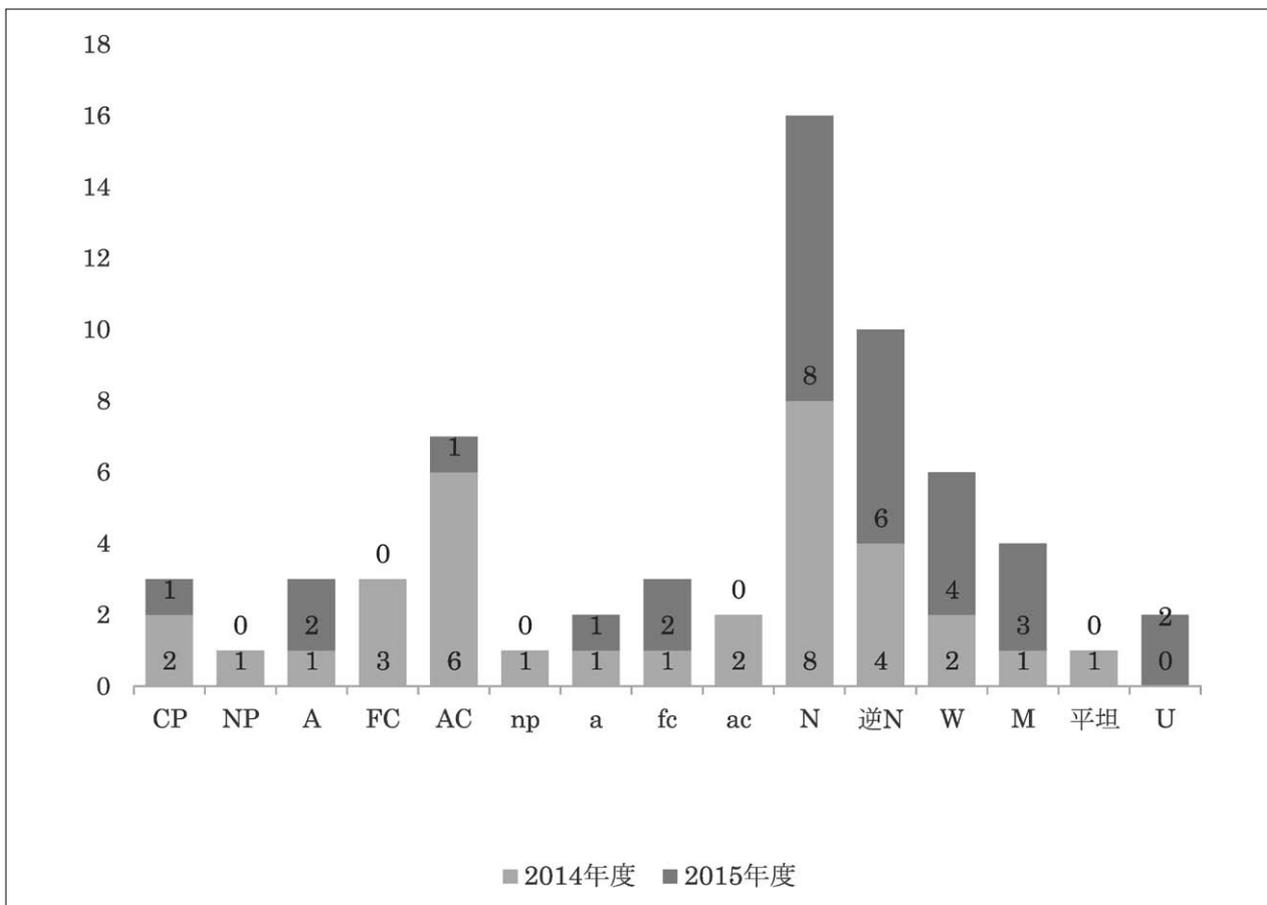


図2 エゴグラム・パターン分布図
横軸の大文字のCP, NP, A, FC, ACは優位を、小文字のnp, a, fc, acは低位を示す。

表2 エゴグラムと日常生活スキル尺度, ENDCOREsとの相関 (n=64)

		CP	NP	A	FC	AC
エゴグラム	CP	1.00	-	-	-	-
	NP	0.37**	1.00	-	-	-
	A	0.30*	-0.00	1.00	-	-
	FC	0.53**	0.42**	-0.11	1.00	-
	AC	-0.34**	0.10	-0.12	-0.16	1.00
日常生活スキル尺度	情報要約力	0.46**	0.26*	0.30*	0.18	-0.33**
	計画性	0.47**	0.15	0.30*	0.18	-0.33**
	自尊心	0.35**	0.10	-0.08	0.37**	-0.41**
	前向きな思考	0.32*	0.06	-0.12	0.42**	-0.24
	感受性	0.40**	0.48**	-0.14	0.35**	0.11
	親和性	0.55**	0.44**	-0.05	0.56**	-0.17
	対人マナー	0.34**	0.43**	0.11	0.23	-0.23
	リーダーシップ	0.68**	0.27*	0.26*	0.41**	-0.14
	個人的スキル	0.59**	0.21	0.09	0.42**	-0.48**
対人スキル	0.70**	0.58**	0.08	0.58**	-0.14	
ENDCOREs	自己統制	0.47**	0.29*	0.17	0.09	-0.22
	表現力	0.60**	0.20	0.07	0.51**	-0.25*
	解読力	0.58**	0.37**	0.19	0.42**	-0.10
	自己主張	0.66**	0.20	0.33**	0.33**	-0.44**
	他者受容	0.44**	0.57**	0.22	0.31*	0.05
	関係調整	0.42**	0.44**	0.02	0.33**	-0.13
	表出系	0.71**	0.22	0.19	0.49**	-0.39**
	反応系	0.57**	0.56**	0.23	0.43**	-0.02
管理系	0.54**	0.49**	0.07	0.30*	-0.21	

Spearman の順位相関 (*:p < 0.05, **:p < 0.01)

シップ」で5%レベルでの正の相関があった(p < 0.05).

FCは日常生活スキル尺度の「個人的スキル」とその下位項目の「自尊心」「前向きな思考」「対人スキル」とその下位項目の「感受性」「親和性」「リーダーシップ」、また、ENDCOREsでは「表出系」とその下位項目の「表現力」「自己主張」「反応系」とその下位項目の「解読力」、また、「関係調整」で1%レベルでの正の相関があり(p < 0.01)、「他者受容」と「管理系」は5%レベルの正の相関であった(p < 0.05).

ACはエゴグラムの他の尺度とは異なる傾向を示した。関係があったものはいずれも負の相関であり、日常生活スキル尺度では「個人的スキル」に関する「情報要約力」「計画性」「自尊心」、ENDCOREsでは「表出系」とその下位

項目の「自己主張」で1%レベルの相関があり(p < 0.01)、「表出系」のもう1つの下位項目である「表現力」は5%レベルでの相関を示した(p < 0.05).

IV 考察

1. エゴグラム尺度の平均値の特徴

A大学の看護学科のうち、本調査に協力した1年次生の場合、一般女性と比較すると、2年連続してACが高い傾向が示された。このことは、ACの特徴である相手にあわせる協調性や従順さと、一方では、依存的、指示待ち状態、流されやすさが予想される(交流分析士2級テキスト, 2001)。

その他の特徴をみると、最も高かったNPは他者に対する保護的側面を示すものであり、看

看護師に向く特徴であることから（新里ら1986）、望ましい傾向と解釈できる。

一方、昨年度に引き続き論理的、計画的、状況判断力に関わるA得点の低さがみられた。一般女性と比較した場合は同程度の平均値であるが、看護師には高い判断力が求められる点を考慮すると（新里ら1986）、A的側面の向上が望まれる。

この他、昨年度よりもFCがやや高い得点を示した。FCは自由、きまま、明るく、好奇心旺盛、場を楽しませる傾向があるが、FCの否定的面が強まると他者への配慮が欠け、無責任ともなる。

エゴグラムは5尺度が同程度を示すとバランスの取れた望ましい人格と考えられる（Dusay1990）。したがって、本結果から、A大学看護学科1年次生は、ACが高い特徴がみられた。

2. エゴグラム・パターンから見出される1年次生の特徴

2015年度生の場合、エゴグラム・パターンではN型、逆N型、W型、M型が多かった。N型、逆N型が多い点では2014年度生と同様であったが、AC優位型が昨年度より少なかった。

各型の性格傾向については東京大学医学部心療内科TEG研究会（2006）の文献を参考に記述する。N型はCPが低く、ACが高く、NPまたはAが高い特徴を持つ。N型の亜型に注目すると昨年度同様（a）A低位が多く5人、（b）FC低位は1人、（c）A優位は2人であった。（a）はNP、FC、ACが高く、周囲に合わせ、世話好きな面はあるが、理性的に判断する側面が弱い。対して（c）は周囲に同調的な点では（a）と同様であるが、理性的にものごとを判断できる点が異なる。（b）はNPとACが高く、FCが低いいため、（a）に近い傾向を示しながらも、ものごとを楽しめない傾向がある。

逆N型はCPが高く、ACが低く、Aまたは

FCが高いタイプである。逆N型の亜型は昨年度の分類と異なり、2015年度生は（b）のNPが低くFCが高いタイプが4人と多かった。（b）の特徴は規則やルールに厳格で、正義感があり、自分を主張し、妥協ができず、他者の世話をするよりは自分の都合を優先させがちである。

W型はCP、A、ACが同程度に高く、性格傾向としては責任感、批判精神は高く、理性的に考えることができるが、自己主張が十分でなく、自他を否定する場合がある。

M型はW型の逆で、NP、FCが同程度に高く、世話好きで、陽気な面があり、人に好感を持たれるが、規範意識が弱く、理性的、順応的ではないため、思いつきで行動する傾向がある。

昨年度多かったAC優位型については、2015年度生はN型やW型に分類されたためAC優位が少なかったと思われる。

先行研究との比較では、2015年度生の結果も2014年度生同様、中川ら（1993）の台形型、A優位型などAが高いタイプは少なかった。遠山（1988）は看護師の性格としてCP、ACが低く、NP、A、FCの高い台形型が望ましいことを指摘したが、A大学看護学科1年次生は2年続けて、A的側面よりはCP、FC、ACが高い傾向があり、今後、Aの大人の自我の面を高めていく必要が考えられる。

3. エゴグラムと日常生活スキル尺度との関連

考察を行うにあたり、日常生活スキル尺度の解説は島本ら（2006）を参考にした。日常生活スキル尺度の「個人的スキル」は、大量の情報の中から重要なものを選び、秩序立てて再構成する「情報要約力」、時間的展望を持ち、ものごとの優先順位を考えた行動をとる「計画性」、ありのままの自分を肯定的に捉える「自尊心」、困難に出会っても前向きに考える「前向きな思考」からなる。続いて、「対人スキル」は他者に感情移入できる「感受性」、友人らとの親密な関係を形成・維持する「親和性」、時間的

展望と物事の優先順位を考慮できる「計画性」、所属集団内での活動に積極的にかかわる「リーダーシップ」である。

A 大学看護学科1年次生のCPが日常生活スキル尺度のいずれとも有意であったことは、CPのリーダーシップや理想を追求する傾向と、日常生活スキル尺度にみられる情報処理力や積極性等前向きな傾向が関連したものと思われる。CPは高すぎると頑固、支配的ともなり、否定的側面も併せ持つが、本調査対象者の場合はCPの高さがコミュニケーション上望ましい結果となった。

また、NPの高い学生は「対人スキル」の中でも特に「感受性」が高い傾向があり、NPの他者に共感的な特徴と「感受性」の他者の気持ちに感情移入できる点が共通したと考えられる。

Aと関連があったのは「情報要約力」「計画性」「リーダーシップ」である。解釈としては、「情報要約力」「計画性」「リーダーシップ」の特徴の中にものごとを客観的、論理的に理解し、判断するAの特性が多分に含まれているためと考えられる。

FCについては、FCの自由で、明るく、積極的な側面が、自己肯定感の強さである「自尊心」や困難にも屈さない「前向きな思考」と通じ、また、他者に感情移入し、親密な関係性を維持する「感受性」「親和性」ともつながったと思われる。

ACは従順、協調的な長所とともに、主体性にかげ、自分を低く見積もる短所もあり、全体的な自信のなさが「計画性」「情報要約力」「自尊心」の低さに表れたと考えられる。中村(2007)のエゴグラムとコミュニケーション・スキルとの関連でもACは他の尺度と負の相関を示しており、評価尺度が異なっても同様の傾向がみられたことから、AC得点はコミュニケーション・スキル尺度と相反する傾向を示すことが考えられる。

4. エゴグラムとENDCOREsとの関連

ENDCOREsの各尺度の解説は藤本ら(2007)にもとづく。「自己統制」は自分の感情や行動をうまくコントロールすること、「表現力」は自分の考えや気持ちを適切に表現すること、「解読力」は相手の伝えたい考えや気持ちを正しく読み取ること、「自己主張」は自分の意見や立場を相手に受け入れてもらえるように主張すること、「他者受容」は相手を尊重し、相手の意見や立場を理解すること、「関係調整」は周囲の人間関係にはたらきかけ良好な状態に調整することである。また、「表出系」は「表現力」と「自己主張」を、「反応系」は「解読力」と「他者受容」を、「管理系」は「自己統制」と「関係調整」をあわせたものとして位置づけている。

本調査結果では、「批判的親」の側面を持つCPについてENDCOREsのいずれとも正の相関がみられた。「表出系」には正しいことを主張する面、「反応系」には相手の考えや発言を読み取り、共感する面、「管理系」は善悪判断や人間関係を良好に保つ面がある。これらはCPの正義感、義理堅さ、道徳的、相手の考えを正しく読み取り、かつ、相手に受け入れられるように自分の意見を主張し、自らをコントロールする力とも重なる。したがって、CPの高さはコミュニケーション・スキルの面で望ましい傾向と考えられる。

NPについては、他者理解や他者との関係性のコントロールが行動の基本となることから、「表出系」よりも「反応系」「管理系」との関連が示された。

Aと相関があった「自己主張」の質問項目には「自分の主張を論理的に筋道を立てて説明する」があり、論理性や客観性が2尺度間で共通した可能性がある。

FCについてはCP同様、ほとんどの尺度と正の相関があった。関連のあった尺度は「表出系」の「表現力」「自己主張」、 「反応系」の「解読力」「他者受容」、 「管理系」のうち「関係調

整」のみである。FCの活動的で、感情を率直に表現する点が「表出系」と通じ、人見知りが少ない点や、まわりを楽しくさせる点が、相手に友好的な「反応系」や対立を好まない「関係調整」との関連を生じたと考えられる。「自己統制」は感情や欲求のコントロールや周囲の期待に応える行動であり、FCの自由、きままさ、天真爛漫な側面とはつながりが乏しかったと考えられる。

ACについてはENDCOREsにおいても負の関連が示され、特に「表出系」と関わる項目で顕著であった。自分の考えや気持ちを表現する力は、他者に流されやすく、指示されやすい受身的なACにとっては苦手なスキルと考えられる。

5. コミュニケーション能力の向上に向けた初年度教育の重点

A大学看護学科1年次生の場合、エゴグラム得点分布、エゴグラム・パターン分布、エゴグラムとコミュニケーション・スキルとの関連のいずれの結果からもACの高さが示された。看護師に望まれるエゴグラム・パターンはA尺度を頂点とする山型やCP、ACが低く、NP、A、FCの高い台形型であること、また、高ACは低コミュニケーション・スキルと関係することから、低ACへと向かうことが望まれる。しかし、エゴグラムの考え方では、高すぎる尺度を下げるよりは、低い尺度を上げ、バランスのよい人格形成を考えることから(Dusay1990)、AC的側面を下げる考えるよりはA的側面を強化することが望まれる。

また、今回のA大学の結果では、CPはすべてのコミュニケーション・スキルと関連があったことから、低CPと高ACの特徴を持つN型はコミュニケーション・スキル上、改善が求められるエゴグラム・パターンと考えられる。

一方、コミュニケーション・スキルを中心に考えると、ACは日常生活スキル尺度の

「情報要約力」「計画性」「自尊心」と、また、ENDCOREsの「表現力」「自己主張」と負の関連があった。これら5尺度が高まることと、ACの低下が関連する可能性が考えられる。

これまで2年間で得られたA大学看護学科1年次生の特徴から、初年度教育の要点は、A的側面の強化と「情報要約力」「計画性」「自尊心」「表現力」「自己主張」の充実と考えられる。また、CP的側面が弱い学生にはCP的側面を強化することで、コミュニケーション・スキル全体の向上が期待できる。

これらターゲットとなる尺度の向上を視野に入れつつ、コミュニケーション・スキルを高めるには、藤本らが示した言語・非言語による直接的コミュニケーション面の強化と共に、対人関係に主眼を置くソーシャル・スキルや、文化・社会への適応力も含めた重層的構造全体を豊かにする必要がある(藤本ら2007)。これらは、初年度教育で取り組むことが可能であり、今後重点的にはたらきかけることを検討したい。

6. 本研究の限界と今後の課題

本調査は、A大学看護学科1年次生限定であり、母集団を代表する標本抽出を行っていないことから、推測統計の実施に適さず、要因間の因果関係の割り出しを行なうことができない。したがって、結果の解釈は尺度間の関係を理解するにとどまる。

また、回収率が低いことから、A大学看護学科1年次生の特徴とすることにも慎重でなければならない。

さらに、これまでの2年間は無記名で調査したため、結果を個々の学生にフィードバックすることができなかった。2年間の研究の蓄積により、コミュニケーション・スキルの強化の要点がある程度把握できたことから、今後は初年度教育の一環として3調査を記名により実施し、個別指導に役立てることを検討したい。また、今後は、どのように強化するかが重要にな

ることから、強化内容に焦点化し、調査を継続したいと考える。

V. 結論

A大学看護学科の2014年度と2015年度の1年次生のエゴグラムの実施結果と、エゴグラム、日常生活スキル尺度、ENDCOREsの3調査の相関結果は以下の通りである。

1. エゴグラム5尺度の中ではACが高かった。
2. エゴグラム・パターンではN型、逆N型が多く示された。
3. CPは日常生活スキル尺度、ENDCOREsのすべての尺度と正の相関があった。
4. ACは「情報要約力」「計画性」「自尊心」「表現力」「自己主張」で負の相関があった。

今後、初年度教育でコミュニケーション・スキルの向上を図るには、理性的、客観的特徴を持つA尺度の強化と、「情報要約力」「計画性」「自尊心」「表現力」「自己主張」の充実が考えられた。

謝辞

本研究実施にあたり、A大学看護学科1年次生、2年次生の協力を得た。心から感謝申し上げる。本研究は平成27年度日本医療大学教育向上研究費(研究代表:山田敦士)により実施した。

引用文献

- Dusay, J. M. (1990). エゴグラム. 新里里春訳. 創元社. 158.
- 藤本学, 大坊郁夫 (2007). コミュニケーション・スキルに関する諸因子の階層構造への統合の試み. パーソナリティ研究, 第15巻第3号, 347-361.
- 藤本学 (2013). コミュニケーション・スキルの実践的研究に向けたENDCOREモデルの実証的・概念的検討. パーソナリティ研究, 第22巻第2号, 156-167.
- 藤長すが子, 小島悦子, 山田敦士, 他 (2016).

A大学看護学科1年次生の日常生活スキル尺度とコミュニケーション・スキルの特徴 (第二報). 日本医療大学紀要, 第2巻 (掲載予定).

- 小島悦子, 森口眞衣, 山田敦士, 他 (2015). A大学看護学科1年次生の日常生活スキルとコミュニケーション・スキルの特徴. 日本医療大学紀要, 第1巻, 7-14.
- 交流分析士2級テキスト (2001). 特定非営利活動法人日本交流分析協会. 10-20.
- 松本真由美, 山田敦士, 森口眞衣, 他 (2015). エゴグラムを用いたA大学看護科1年次生の自我状態の分析. 日本医療大学紀要, 第1巻, 15-23.
- 三木園生, 行田智子, 石原輝美, 他 (2001). 看護学生の自我状態に関する調査—1年次と3年次の比較—. 看護教育, 32, 92-94.
- 村中陽子, 高橋充, 鈴木克明 (2007). 対人コミュニケーション・スキルのタスク分析とエゴグラムを活用した診断システムの開発. 日本教育工学会論文誌, 30 (4), 343-353.
- 中川幸子, 森恵美 (1993). 看護大学生のエゴグラムパターンの特徴—変化群と無変化群の比較—. 日本赤十字看護大学紀要, 7, 44-53.
- 中村小百合, 足立はるゑ, 天野瑞枝, 他 (2007). コミュニケーションスキル育成に関する研究 (第1報)—看護学生のコミュニケーションスキルと自我状態との関連—. 日本看護医療学会雑誌, 9 (2), 9-17.
- 新里里春, 水野正憲, 桂戴作, 他 (1986). 交流分析とエゴグラム, チーム医療. 141.
- 島本好平, 石井源信 (2006). 大学生における日常生活スキル尺度の開発. 教育心理学研究, 54, 211-221.
- 東京大学医学部心療内科TEG研究会 (2006). 新版TEG2解説とエゴグラム・パターン. 東京: 金子書房. 1-99.
- 遠山敏, 藤田美津子 (1988). エゴグラムによ

る看護婦の自我状態の特性について. 看護
展望, 13 (7), 90-97.

高鳥真理子, 矢尾美規子, 笠井恭子, 他 (1997).

コミュニケーション技能に対する学生の自
己認識の変化—各論実習前後の学生の自己
評価の分析—, 福井県立大学看護短期大学
部論集, 6, 33-39.

資料

ワシントンD.C.における性暴力被害者支援の実際と日本の現状

Support for of sexual violence in Washington D.C. and the Japanese situation

小山 満子, 林 美枝子, 松本 真由美, 滋野 和恵

Michiko KOYAMA, Mieko HAYASHI, Mayumi MATSUMOTO, Kazue SHIGENO

日本医療大学保健医療学部看護学科

Department of Nursing, Japan Health Care College

要旨

本稿の目的は、ワシントンD.C.における性暴力被害者支援と大学の性暴力予防の視察を報告するとともに、日本の現状と比較することである。

ワシントンD.C.・レイプ・クライシス・センターは、性暴力被害者支援者への急性期ケアを提供する救急センター等を有する病院や、他職種と連携をシステム化した支援センターである。アメリカでは1972年に開設した最古のNPO団体である。2015年3月に視察した。同時に、ワシントンD.C.のA大学の性暴力被害の安全対策を視察した。

ワシントンD.C.・レイプ・クライシス・センターは、SANE (Sexual Assault Nurse Examiner) の資格を有するフォレンジック看護師、医師、警察、弁護士、アドボケーター等と連携し、性暴力被害の適切な予防と対応を実践する重要な役割を担っていた。A大学は、性暴力被害の予防を重視し、警察と契約を結び、大学構内に警察を駐在させ、安全な大学生活を過ごすための整備を行っていた。同時に日本の現状と比較した。文化的背景の異なる日本ではあるが、性暴力被害者を支援する上での示唆を得た。

The purpose of this paper is to report on our trip to Washington D.C. to inspect the current status of support provided for the victims of sexual violence and prevention of sexual violence by universities as well as to make comparison with the current conditions in Japan.

The Rape Crisis Center in Washington D.C. is a support center, comprised of hospitals equipped with emergency units, etc. to provide acute phase care for the supporters of sexual violence victims, that has coordination with other professions systematized. It is the oldest body of NPO in the US opened in 1972. We made the inspection trip in March, 2015. At the same time, we visited Washington D.C. to observe the safety measures for sexual violence implemented at the A University.

The Rape Crisis Center in Washington D.C., in cooperation with forensic nurses with SANE qualification, doctors, police officers, legal attorneys, advocators, etc., has been playing an important role in practicing proper prevention and response measures for sexual violence. At the A University, with importance attached to prevention of sexual violence, has made a deal with the police and asked to station policemen on the campus and paved the way for making campus life safer. We made a comparison with the situation in Japan. While different in cultural background in Japan, we have been given certain hints for supporting sexual violence victims.

キーワード：ワシントンD.C., 性暴力被害者支援, 性暴力被害者支援センター, 大学生活の安全

Washington D.C., Sexual Violence victim support, Sexual Violence victim support center, Safety of Campus life.

I. はじめに

性暴力被害は、性暴力被害を受けた人間の一生を左右する人権侵害であり、さまざまな身体的・精神的な健康被害が長期的に影響する健康課題でもある。性暴力被害は、人間としての尊厳と基本的人権を踏みにじられ、人生を殺されることに値する魂の殺人ともいえる出来事ではないか。女性の権利として、1994年に国際人口開発会議では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ (Reproductive Health/Right) の概念が提唱された。その後、世界中に普及を続けている。しかし、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ (Reproductive Health/Right) は、現在においても全世界の重要課題の1つである。

相手の合意を得ない性行為は、すべて性暴力である。性暴力は、他者からの性暴力と親密な相手からの性暴力がある。性暴力はジェンダーに基づく暴力であり、その後の性暴力被害者の人生において、心的外傷後ストレス障害 (以下、「PTSD」と略) や性感染症が引き起こす疾病に罹患する要因となる極めて公衆衛生的な課題でもある。また、性犯罪被害は、犯罪の中で最もPTSDの発症率が高いと報告されている (小西,2001)。

日本には、強姦神話があることで、性暴力被害者に対する二次的被害が生じやすい文化的背景にあり、二次的被害を与えないためにも1人1人が、性暴力被害者について理解することが重要と考える。性暴力被害者は、性暴力被害の直後から長期的に健康被害を引き起こすことにつながっていく (板垣,2000)。性暴力で引き起こる身体的な被害として、被害を受けた時の外傷、妊娠の可能性、性感染症の可能性、身体的な急性ストレス反応などがある (甲村,2002)。精神的な被害として、解離を伴う再体験症状といわれるフラッシュバック、不安症状、過度の緊張感、睡眠障害、抑うつ症状、過換気症候群、パニック障害、強迫性障害などの精神障害がある (小西, 2001)。また、社会的な被害として、

被害を受けた場所などを含めたすべてが心理的な苦痛を与える要因である。また、病院受診などにかかる諸経費は、すべて性暴力被害者側の負担となるために、経済的な被害も加わる (安藤, 2001)。このように心身ともに苦痛を与えられる性暴力被害者に対する支援は重要な課題と考える。

また、性暴力は、性暴力被害者だけではなく、周囲の人々にも衝撃的な出来事であり、多くの人々の安全や社会的な信頼感を奪う出来事でもある。

アメリカは、性暴力被害者の支援活動における最先端の国である。性暴力支援活動を初めて開始した最も歴史のあるワシントンD.C.・レイプ・クライシス・センター ((Rape Crisis Center in Washington D.C.以下、「DCRCC」と略) を、2015年3月に視察する機会を得た。

DCRCCは、性暴力被害者への急性期ケアを含めた支援を提供するために、救急センターと連携し、他職種との連携を円滑にするためのシステム化した支援センターである。性暴力被害者支援には、急性期の対応やその後の長期的な支援に関して、医療関係者の役割は重要である。特に、SANE (Sexual Assault Nurse Examiner 性暴力被害者支援看護職) の資格を有するフォレンジック看護師は、他職種との連携を円滑に判断していく重要な役割を担っている。アメリカのSANEの資格を有するフォレンジック看護師は、他職種と異なり、性暴力被害者の医学的処置や心身のケアに関わり、告訴のための証拠採取を行うことができる (加納, 2012)。また、必要に応じて、産婦人科医師、精神科医師、ソーシャルワーカーとの連携をはかる重要な役割にある。

次に、ワシントンD.C.のA大学を視察する機会を得た。ワシントンD.C.は、キャンパス内における幼稚園児から大学生までの学生生活を守る責務を学生安全法で取り決めている。A大学は、他の大学で起きたレイプ殺害事件を契

機に大学構内において、警察を駐在させていた。大学は警察と連携しながら、性暴力被害の予防と対応を行っていた。

本稿は、ワシントンD.C.における性暴力被害者支援と大学の性暴力予防の視察の報告とともに、日本の現状と比較した結果を考察し、報告する。

II. ワシントンD.C.・レイプ・クライシス・センター (DCRCC) の概要

1. センターの歴史

DCRCCは、アメリカの性暴力支援センターの中で最も古く、43年の歴史のある非営利団体である。フェミニズム (Feminism 女性解放論・男女同権論) の思想から有志が集まり、開設に至っている。開設当時は、1本の電話をひき、5人の女性スタッフで活動を開始した。開設後の数年間は、児童虐待等の乳幼児期のケアも対応していたが、現在は、主に大人を対象とし、乳幼児期・学童期を除いている。

2. センターの役割

DCRCCは、性暴力被害者支援者への急性期

ケアを提供する救急センター等を有する病院と連携をはかり、24時間365日対応可能な支援センターである。1972年に開設し、アメリカの性暴力支援センターの中で最古の歴史があるNPO団体である。DCRCCの4つの機能は、個人とグループのカウンセリング部門、公共政策と人権擁護に関わる部門、訪問活動やプレゼンテーション等に必要の人材の養成と技術援助部門、ボランティア関連部門である。

センターを軸として、性暴力被害者に対し、SANEの資格を有するフォレンジック看護師を中心とした医療者、アドボケーター、警察や司法、検察、福祉、大学などの組織と連携をはかり、性暴力被害者の支援をチームとして、性被害者の予防、性被害者に対して、被害直後から長期的なフォローアップを実施する等の役割を担っている (図1)。

また、センターにおいて、年間行事を決め、4月には性犯罪の予防祭り、5月には地元の小学校における性犯罪の予防教育、6月にはボランティアの訓練などを年間計画と地域の要望を加えて、地域貢献を行っている。

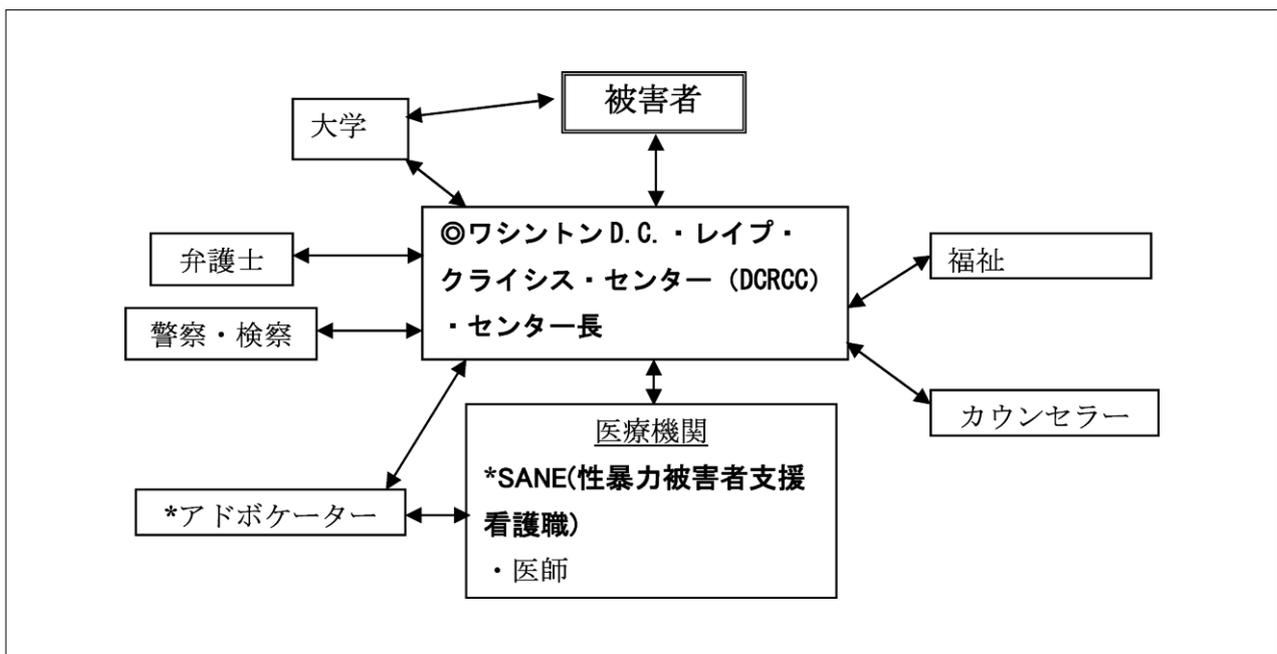


図1 性暴力被害者支援のためのネットワークの実際

3. センターの管理体制

1) センターの管理

センター長が運営上の管理を担当し、性暴力被害者からの連絡がはいるとSANEの資格を有するフォレンジック看護師とアドボケーターに連絡することになっている。また、SANEの資格を有するフォレンジック看護師と連携し、他職種との調整にも関わっていた。

2) SANEの資格を有するフォレンジック看護師の勤務状況

SANEの資格を有するフォレンジック看護師は、主に性暴力被害に対する急性期ケアの救急対応等を行っている。勤務体制は、交替制とし、担当時は、自宅で待機し、24時間対応が可能な体制としていた。

3) チーム構成

チームとしての構成人員は80人である。SANEの資格を有するフォレンジック看護師は、アドボケーター、医師、警察・検察、弁護士、カウンセラー等と連携し、性暴力被害の適切な予防と対応を実践する重要な役割を担っている。

4) センターの運営資金

センターの運営資金は、政府からの補助金、個人の寄付、学校教育に協力した報酬で運営していた。

4. ワシントンD.C.におけるSANEの資格を有するフォレンジック看護師

1) SANEの資格を有するフォレンジック看護師

アメリカにおけるSANE (Sexual Assault Nurse Examiner 性暴力被害者支援看護職)の資格を有するフォレンジック看護師は、国際法看護協会によると、性暴力被害者の法的検査に関する上級教育を受けた正看護師である。SANEの資格を有するフォレンジック看護師は、他職種とは異なり、性暴力被害者の医学的処置や心身のケアに直接関わり、告訴のための

証拠採取を行える重要な役割を担っている。

また、性暴力被害者の背景を考慮し、性被害者の意向に沿い、必要に応じて、医師、警察・検察、弁護士、カウンセラー、アドボケーター、行政等の他職種と連携し、性暴力被害者の二次的被害の予防と必要な調整役を担っている。また、SANEの資格を有するフォレンジック看護師は、性暴力被害者支援の相談員や救急隊員、警察官とともに性暴力被害者の初期対応にあたることが多い。

2) SANEの資格を取得する経費

SANEの資格を有する研修費は、500\$である。

5. アドボケーター (支援者)

アドボケーターは、医療関係者ではないが、性暴力被害者を擁護する存在として重要な役割を担っている。アドボケーターの役割は、一人の性暴力被害者に対し、要望に応じて付き添い、支え、見守る存在であり、家族ではないが、心強い存在である。医療従事者が救急外来受診者すべてに対応するのは異なり、一人の性暴力被害者に1対1での対応が可能である。

6. SANEのフォレンジック看護師と連携チームの効果

アメリカにおけるSANEの効果として、SANEが養成された地域では性暴力犯罪者の逮捕者数が増加し、また、SANEが被害者をケアした場合に加害者逮捕に至る割合が高いことを加納(2012)が報告していたが、ワシントンD.C.においては、SANEのフォレンジック看護師と連携チームが関わることで、性犯罪の加害者の検挙率が高くなっているわけではないことの説明を受けた。

7. センター利用の年間件数

センターを利用する年間件数は、500人前後であり、昨年度は550人であった。

8. 性暴力被害者に対する取り組みと課題

アメリカは、多民族国家であり、自由な国であるという反面、人種が異なることにより各々の出身国の価値観や宗教的要素、性指向などの背景が性暴力被害者を支援する上で大きく影響している。性暴力被害者の背景は繊細なものであると認識し、各国の文化的背景や各人の背景を考慮した個別的な対応の工夫を心掛けていた。センターとして、特に力を入れているのは、社会的弱者になりやすい黒人やアジア系、性指向が異なる対象者や貧困者、貧しい学生、職業が風俗系、同性愛者、性転換者等の理解と適切な対応であった。個々の黒人や黄色人種の文化や各国の性的な被害の考え方は、白人とは異なる文化的背景にあり、個別的な対応に努力している現状にあった。

また、性暴力の被害件数が増加傾向にあり、性暴力被害者の個別的な対応をするために、性暴力被害者の出身国別等に対応するための訓練を実施している。1人1人の対象のニーズに対応するために、出身国別のボランティアの募集とともに、アドボケーターの増員と養成を課題としていた。また、性暴力被害を予防することや、性暴力被害者の長期的な支援のためには、経済的な援助等も必要である。そこで、新しく法の改正が必要な場合もあるため、法律関係者と連携をはかっている現状にあった。

Ⅲ. ワシントンDC・A大学における性暴力被害の予防と対策

1. A大学における性暴力に関する取り組みの経緯

バージニア州のB大学のレイプ殺害事件を契機にA大学に在籍する学生が性暴力予防と対策について、学校安全法だけでは学校側の責任が不十分であるとして、学生活動を行い、大学構内における性暴力の予防対策や、大学としての管理体制に関する要望を大学側に申し出たことが、大学としての管理体制を見直す機会となっ

ていた。A大学では、大学組織として、学生の要望を前向きに検討した。その結果、大学は、警察と契約を結び、大学構内に、警察を駐在させていた。大学は、警察と連携をはかり、大学構内における性暴力被害の予防と対応を行い、安全な大学生活を過ごすことができるように整備した。しかし、ワシントンD.C.にあるすべての大学がキャンパス内に警察を駐在しているわけではなく、各大学の裁量で性暴力の予防と対策が行われていた。

性暴力被害に対する予防と対策は、全米においてもホットな話題として、各々の大学で性暴力被害対策の検討が重ねられている現状にあった。また、性暴力被害者に対する予防だけではなく、加害者とならないための性犯罪予防の啓蒙も行っていった。

2. A大学における性暴力被害の予防対策と性暴力被害状況の公表

ワシントンD.C.は学生安全法に則り、幼稚園児から大学生までのキャンパス内での学生生活を守る責務（学生権利章典と責務、2013）を取り決め、性暴力被害の予防と性暴力被害者支援を重視した対応を行っていた。

性暴力被害の重要性を認識しているA大学では、大学内における性暴力被害予防と対策の取り組み等や被害状況をホームページ等で公表していた。性暴力被害の予防と性暴力に対する対策や、被害状況を大学として公表することは、A大学で学ぶ学生の安全を重視している大学として、大学の質を高めることにつながっていた。

Ⅳ 性暴力被害者の状況

1. 全米と日本の発生件数との比較

全米の統計では、女子学生の5人～6人に1人が性暴力被害に遭っているとSANEの資格を有するフォレンジック看護師の説明を受けた。また、性犯罪者に100%の非がある性暴力は、犯罪であるという認識が正当にある文化的

表1 過去5年間の日本の強姦認知件数

単位：人

平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
1,402	1,289	1,185	1,240	1,410

(警察庁報告2014)

背景にあるのが米国である。被害者数の実数は、100%とは断定できないが、ほぼ統計値に実数が反映されている現状にあった。

また、ワシントンD.C.のA大学に勤務する管理的立場にあるA氏より、大学の性暴力被害の実態や大学の性暴力被害予防等に関する管理体制を市民に公表することは、大学の安全に対する責務であり、大学の信頼等の質を高めているという説明を受けた。

日本の統計では、性暴力被害数は13人に1人と報告されているが(内閣府, 2012)、女子学生に限定した数値比較ではない。日本の警察庁が集計した過去5年間の強姦件数は表1に示すとおりであるが、これらの数値は親告件数に過ぎない。警察庁発表の性犯罪件数だけで考えれば、顕著な増加はみられない(警視庁調査, 2014)。しかし、強姦は親告罪であり、実際の発生件数は、この数十倍と予想される(性犯罪被害, 2012)。片岡は、日本における性犯罪の発生件数は他国に比べ非常に少ないと考察している(片岡, 2001)。しかし、性犯罪に関する強姦神話がある日本の文化的背景を考えると公表されている数値は、実際の数値を反映してはいない。性暴力被害の特徴として、被害者が事件を公にすることには極めて抵抗が高く、犯罪件数と被害者件数には大きな数値の差があるのが現実と考えられる。性暴力被害は潜在化している現状にあると推察できる。つまり、日本の発生件数は氷山の一角であり、日本の性暴力被害者数が非常に少ないとはいえないと考えられる。

2. ワシントンD.C.の大学と日本の大学との比較

ワシントンD.C.の大学では、性暴力被害の

予防と性暴力被害者支援を重視している。また、性暴力被害の重要性を認識しているワシントンD.C.の大学では、大学内における性暴力への取り組みや1年間の被害状況を大学のホームページ等で公表している。大学で学ぶ学生の安全を重視している大学として、大学の質を高めることにつながっていた。

日本の大学では、セクシュアル・ハラスメントに対応するための組織体制を、大学のホームページ等で公表している。しかし、性被害の実態や大学の性暴力被害予防等に関する安全管理の体制を世間に公表している大学はない。

3. 全米と日本の性暴力の潜在性

ワシントンD.C.の大学では、性暴力被害件数を大学のホームページ等で公表している大学もあり、裁判までのケースは全件ではないが、性暴力被害件数として反映される場合が多いとの説明を受けた。その理由として、性犯罪は傷害事件や殺人事件等と同等であり、犯罪者に100%の非があるという認識がある文化的背景にあることや、性犯罪者を公表していること等も性犯罪者の検挙率を高めている大きな要因である。

日本においては、性暴力の被害者が事件を公にすることには極めて抵抗が高い文化的背景にあることが性暴力被害の実態を犯罪件数として反映できない要因である。日本の犯罪件数の統計数値と現実の性暴力被害件数には数値の差がある。その理由として、性暴力の被害者に関する数値は、性被害者家族会等で調査した結果の数値が統計の数値より高値であったことから推察できる。また、筆者が実際に性被害者に関わった経験や被害者の手記(森田, 2002)や先行研究(稲本, 2006)を通して、届け出を行っていない被害の告知を受けているため、統計学

的数値は氷山の一角であるといえる。また、男女間における性暴力に関する調査報告書によれば「警察に連絡・相談した」人はわずか3.7%にすぎない（内閣府，2012）。内閣府の調査では性暴力の被害者が相談しなかった理由として「恥ずかしくてだれにも言えなかった」が4割強を占め、「自分さえがまんすれば、なんとかこのままやっていけると思ったから」「そのことについて思い出したくなかったから」「相談してもむだだと思ったから」が各3割弱を占めていた（内閣府，2012）ことも被害の潜在性を裏付けている。

V ワシントンD.C.SANEと日本のSANEの役割と支援センターの相違

1) ワシントンD.C.におけるSANEの実際

SANEは、被害者の背景にある状況を把握し、速やかな回復を促し、思いやりのあるケアと、総合的な法医学的証拠の収集を行う重要な役割にある。アメリカの看護師の資格には、症状に応じた薬剤の処方などや、応急処置を行うことができる。また、法医学的検査などを行う資格が与えられている。さらに、心身の状態の査定と記録、傷の証拠写真や法的サンプルの収集、献体の保存・管理、被害者に対する情報提供、必要に応じて、訴訟の際の証言などを行うことができる。

1970年以降にSANEの養成を開始し、1992年には各地でそれぞれに活躍していたSANEが国際法看護協会を設立した結果、1995年にはアメリカ看護協会における特定分野としてSANEは、認定された資格である。支援活動はカナダやヨーロッパ、アフリカ、インドに拡大している。2013年現在、全世界に650以上もの養成機関がある（性暴力被害者支援看護職養成プログラム，2013）。

2) 日本におけるSANEの実際

日本の特定非営利活動法人である「女性の安

全と健康のための支援教育センターが、女性によりそったケアができる看護師に対する期待とこだわりをもって、「Sexual Assault Nurse Examiner」を「SANE」と略している。日本語訳としては「性暴力被害者支援看護職」という日本語に訳した呼称である。また、看護師・助産師・保健師は、それぞれの現場において、性暴力被害者支援を行う立場にある。そこで、性暴力被害者支援看護職において、SANEの研修を受けた修了証書には、看護師のみの国家資格の場合は、性暴力被害者支援看護職と明記される。助産師の国家資格も有する場合は、性暴力被害者支援看護師・助産師と明記される。保健師の国家資格を有する場合は、性暴力被害者支援看護師・保健師として明記されることになる。SANEの研修を受けた修了証書には、資格別に記載することになっている（加納，2013）。

日本のSANEの資格は、アメリカと異なり、法看護という専門分野が承認されていないため、フォレンジック看護師ではない。日本の看護師資格に限定したSANEの民間資格の取得である。そのため、日本の看護職は、アメリカの看護職の資格と異なり、限られた範囲の治療や症状に応じ、看護職の判断で処方箋を出すことができない資格範囲となっている。日本の看護職において、助産師に限り、正常分娩に関する事項等は、法的に業務独占が認められている国家資格の範囲にある。助産師の国家資格は業務独占であり、異常分娩以外、医師の指示なく診察や内診等を行うことができるが、性暴力に関しては、対象外の法的資格である。

日本の性暴力被害者支援に関わるSANEの資格を有する看護職の法的範囲は、日本の看護師の国家資格の業務範囲が前提にある民間資格である。日本において、性暴力被害者のフォレンジックに関する治療行為や決定権は医師にあり、性暴力被害者に対する診察等に関して、SANEの資格を有する看護職は診療補助業務となる。そのため、SANEの資格を有する看護職

は産婦人科医師や精神科医師との連携をはかる調整役として重要な役割にある。日本のSANEの資格を有する看護職は、アメリカと異なり、フォレンジック看護師ではないために、性暴力に関しては、婦人科医師による診察・緊急避妊・性感染症等検査の診療の補助などを行い、SANEとしての専門的知識を前提としたケアを実施している現状にある。

3) ワシントンD.C.における支援センターの経緯と実際

1972年に開設し、アメリカの性暴力支援センターの中で最古の歴史があるNPO団体である。フェミニズムの思想から有志が集まり、開設に至っている。開設当時は、1本の電話をひき、5人の女性スタッフで開始した経緯がある。DCRCCは、性暴力被害者支援者への急性期ケアを提供する救急センター等を有する病院と連携をはかり、24時間365日対応可能な支援センターである。DCRCCの4つの機能は、個人とグループのカウンセリング部門、公共政策と人権擁護に関わる部門、訪問活動やプレゼンテーション等に必要人材の養成と技術援助部門、ボランティア関連部門である。

センターを軸として、性暴力被害者に対し、SANEの資格を有するフォレンジック看護師を中心とした医療者、アドボケーター、警察や司法、検察、福祉、大学などの組織と連携をはかり、性暴力被害者の支援をチームとして、性暴力被害者の予防、性暴力被害者に対して、被害直後から長期的なフォローアップを実施する等の役割を担っている。

4) 日本におけるワンストップ支援センターの経緯と実際

日本のSANEの養成は、1995年に「性暴力被害と医療を結ぶ会」を発足させ、それが基盤となり弁護士等が加わり、1999年に女性支援センターが開設されて、SANEの養成が始まった。

「NPO法人女性の安全と健康のための支援教育センター（以下、女性支援センター）」が開設された。その経緯は、国が2010年に第3次男女共同参画基本計画で「性犯罪に関する専門的知識・技能を備えた看護師等の活用」を示していたことや、性暴力被害者と関わった看護師の無念から始まっていた（加納，2012）。ある看護師が、性暴力被害者に出会いながらも、何もできなかったことが悔やまれ、看護師同士で勉強会を始め、1995年に「性暴力被害と医療を結ぶ会」を発足させ、それが基盤となり弁護士らも加わり、1999年に女性支援センターが開設され、SANEの養成につながった経緯がある。

また、日本において、ワンストップ支援センターが各地で開設されている。国は各都道府県に1つのセンターを設置することを目標としている。

このセンターは、性暴力の被害者が二次被害を受けずに1箇所で法的、医学的、心理学的、社会的支援を受けて回復できるように連携をはかりながら、活動している支援センターである。支援内容として、常駐する支援員による被害相談や情報提供、婦人科医師による診察・緊急避妊・性感染症等検査、警察官による被害受理・証拠採取、臨床心理士によるカウンセリングである（愛知，2014）。被害者が安心して相談でき、できるだけ被害状況の説明を1度で済ませられるよう配慮されている支援センターである。しかし、連携している産婦人科病院が24時間の体制が可能であってもセンターの管理システムが24時間体制となっていないことは日本の大きな課題と考える。

VI まとめ

アメリカの文化と日本の文化の相違はあるが、個人の置かれている背景を考慮し、性暴力被害者の意向を尊重し、最も生きやすいと思える選択ができる性暴力被害者支援を行うことが重要と考えられる。多民族国家にあるアメリカ

では、人種が異なることにより各々の出身国の価値観や宗教的要素、性指向などの背景が性暴力被害者を支援する上で大きく影響していることを日本の国に活かすことではないかと考える。性暴力被害者の出身国の価値観や宗教的要素、家族背景など各人がおかれている状況で考えると、とても繊細であると認識した支援が必要である。国籍を問わず、個別的な対応が重要であり、個別的な対応を行うためにも周囲の理解とともに国の援助が必要である。

アメリカのDCRCCにおいて、課題としている支援する上での経済的側面は、日本においても同様と考える。性暴力被害者を予防するための教育的援助や、性暴力被害者に対する直後から長期的な支援を行うためには、経済的な援助等も必要である。

また、性暴力被害者を予防することや、性暴力被害者の長期的な支援のためには、精神的・身体的な援助を十分に行うことができるための経済的な援助は重要な要因と考える。性暴力被害を予防するためには、アメリカのように加害者を公表する等のシステムづくりも重要であり、加害者の個人情報保護よりも性暴力被害者を守る視点での法の改正を検討する必要があるのではないかと考える。さらに、性暴力被害者支援の教育とともに、性暴力加害者を増やさないための予防対策も重要な課題と考える。

日本においてのSANEの資格を有する看護師は、アメリカと異なり、フォレンジック看護師ではなく、治療行為や決定権は医師にあり、産婦人科医師や精神科医師との連携が重要となる。アメリカの看護師、助産師などの看護職の資格は、限られた範囲ではあるが、治療や症状に応じて処方箋を出すことができ、日本の看護職との資格の内容に違いがある。アメリカのSANEの資格を有するフォレンジック看護師は、国際法看護師協会が主にSANEの資格認定を行う。日本のSANE養成の受講者は、2013年以前は、民間団体である女性支援センター主催

であったが、2014年3月に日本フォレンジック学会が発足した(加納他,2013)。現在のSANEの資格は学会認定資格となったが、認知度は高くない。今後の発展が望まれる。

Ⅶ おわりに

今回視察したDCRCCの4つの機能は、個人とグループのカウンセリング部門、公共政策と人権擁護に関わる部門、訪問活動やプレゼンテーション等に必要の人材の養成と技術援助部門、ボランティア関連部門であり、センターを軸として、性暴力被害者に対し、SANEの資格を有するフォレンジック看護師を中心とした医療者、アドボケーター、警察や司法、検察、福祉、大学などの組織と連携をはかっていた。性暴力被害者の支援をチームとして、性暴力被害者の予防、性暴力被害者に対しての被害直後から長期的なフォローアップを実施する等の役割を担っていた。

また、ワシントンD.C.のA大学では、性暴力被害の予防と性暴力被害者支援を重視していた。また、性暴力被害の重要性を認識し、大学内における性暴力への取り組みや1年間の被害状況等を大学のホームページ等で公表している。大学で学ぶ学生の安全を重視していたA大学の改革に学ぶことができた。今後、日本の大学における管理体制や支援の見直しが必要と考えられる。

謝辞

本視察にご協力いただいたDCRCCのスタッフの皆様、ワシントンD.C.のA大学の管理部のA氏に、心よりお礼申し上げます。

利益相反

本研究は、日本医療大学教育向上研究費補助金の助成を受けて実施した。

引用文献

愛知県警察性犯罪被害者のためのワンストップ支援センター「ハートフルステーション・あいち」<http://www.pref.aichi.jp/police/soudan/heartful/> 2014.12.12.

安藤真季子 (2001). 性暴力被害者のアセスメントと基本的対応, 看護学雑誌65 (11), 1025-1030.

稲本絵里 (2006). 犯罪被害者が警察への届出を躊躇する要因—被害者支援に携わる弁護士対象のアンケート調査—, こころの健康 (23), 22-30.

板垣喜代子 (2000). 性暴力被害者の理解と医療従事者の援助, 看護学雑誌64 (11), 1126-1133.

小西聖子 (2001). 性暴力被害, 心的トラウマの理解とケア, 厚生労働省 外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイダンスに関する研究班, 107-120.

加納尚美 (2012). 性暴力被害者支援看護師の役割と課題, 東京都病院協会会報, 第188号, 1-4.

加納尚美 (2012). 暴力被害者支援看護師の役割と課題, 東京都病院協会会報, 第188号, 1-4.

加納尚美 (2013), SANEの基本理念と役割 SANE性暴力被害者支援看護職養成講座テキスト 特定非営利活動法人女性の安全と健康のための支援教育センター編, 1-18.

甲村弘子, 大槻芳朗 (2002). 性暴力被害者の診察とそのあり方, 産婦人科治療84 (2), 159-162.

学生権利章典と責務 (2013).

警察庁 (2014) 平成25年の犯罪情勢, 1-145.

警察庁 (2014) 平成25年の犯罪情勢, 1-145.

特定非営利活動法人女性の安全と健康のための支援教育センター, 1-23.

森田ゆり (2002). 沈黙をやぶって—こども時代に性暴力を受けた女性たちの証言, 筑地

書, 7-203.

内閣府男女共同参画局 (2012-1). 男女間における暴力に関する調査報告書, 1-154.

内閣府男女共同参画局 (2012-1). 男女間における暴力に関する調査報告書, 1-154.

内閣府男女共同参画局 (2012-1). 男女間における暴力に関する調査報告書, 1-154.

内閣府犯罪被害者等施策推進室 (2012-2) 性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引き, 1-42.

資料

脳血管疾患を伴う高齢者の平均在院日数と認知症との関連

Relationship between dementia and the mean number of days of hospitalization of elderly patients with cerebrovascular diseases.

辻 幸美

Yukimi TSUJI

日本医療大学保健医療学部看護学科

Japan Health Care College, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

抄録

本研究は、脳血管疾患を伴う高齢者を認知症がある群とない群に分けて、平均在院日数や転帰に違いがあるかを明らかにすることである。

対象者は、脳神経外科A病院において2009年から2014年までの6年間に脳血管疾患で入院していた高齢者4,455人で、調査期間は2015年9月1日から30日であり、調査方法は診療録からデータ収集した。調査項目は「年齢」「性別」「入院前から入院期間中の認知症の診断の有無」「在院日数」「入院時の診断名」「手術の有無」「転帰」である。

結果、認知症がある高齢者の平均在院日数は、244（5.5%）人 74.3 ± 141.4 日、認知症がない高齢者は、4,211（94.5%）人 60.8 ± 153.9 日であり（ $p < 0.001$ ）、女性の高齢者に認知症は多かった。認知症がある群は、病院を含め施設に入所する人が多いことから、入院時から退院調整をすることの重要性が示唆された。

In this study we divided elderly patients with cerebrovascular diseases into groups of those with and without dementia, and compared the mean numbers of days of hospitalization and discharge destinations of the groups.

Subjects were 4,455 elderly patients hospitalized in the A cranial nerve surgery hospital between 2009 and 2014 due to cerebrovascular diseases. The survey work took place in the 30 days from September 1, 2015, and collected information from medical records. Study items included “age”, “gender”, “the presence or absence of the diagnosis of dementia in the hospital before admission”, “the number of days of hospitalization”, “diagnosis at the time of admission”, “experience of surgical operations”, and “discharge destinations”.

The results are that the mean number of days of hospitalization of patients with dementia was 74.3 ± 141.4 , ($n=244$, 5.5%), and that for patients without dementia it was 60.8 ± 153.9 , ($n=4,211$, 94.5%), ($p < 0.001$). Dementia in the elderly woman was greater. The group there is a dementia, since there are many people to be admitted to the facility, including the hospital, the importance of the discharge adjustment from the time of admission has been suggested.

キーワード：認知症高齢者、平均在院日数、転帰

the elderly with dementia, the mean number of days of hospitalization, discharge destinations

I. はじめに

脳血管疾患は死因第4位の疾患であり（厚生労働統計協会，2015），入院治療を受けている患者の比率が高い疾患でもある．わが国の医療費は財政赤字に拍車をかけていて，在院日数の短縮は喫緊の課題となっている．在院日数を短縮する要因として，「正確な診断・適切な治療方法」「低侵襲の手術や治療」「合併症の防止・医療ミスの回避」「効果的なりハビリテーション支援」「退院支援・後方施設連携」がある（加藤，2015）．一方，認知症がある場合はない場合に比べ，平均在院日数が有意に増加するという報告もある（Lyketsos, et al., 2000）．しかしながら，入院比率が高い脳血管疾患に焦点をあて，認知症の有無による平均在院日数や転帰についての調査はほとんど行われていない．

わが国では高齢者人口の増加に伴い，認知症高齢者数も増加しており，平成22年の推計は，高齢者だけではないが約462万人とされている（厚生労働省，2013a）．厚生労働省は，認知症への取り組みとして「認知症を知り地域をつくる10ヵ年」の構想の中に「認知症になっても安心して暮らせる町づくり100人会議」と「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーンを打ち立て，地域で認知症の人と一緒に暮らすための施策をかかげている（厚生労働省，2013b；2014；2015）．脳血管疾患で入院している認知症がある高齢者が，一人でも多く地域で暮らすためには，退院支援や後方施設との連携が欠かせないと考える．

そこで本研究は，脳神経外科病院において脳血管疾患で入院した高齢者が，認知症の診断の有無により，平均在院日数や転帰に違いがあるのかを調査することを目的とする．本調査により，認知症がある高齢者に対する退院支援に向けた看護実践の示唆を得るための基礎資料になると考える．

II. 研究目的

脳血管疾患を伴う高齢者を認知症がある群とない群に分けて，平均在院日数や転帰に違いがあるかを明らかにすることである．

III. 研究方法

1. 研究デザイン

調査方法は，後ろ向き調査研究である．

2. 調査対象

対象者は，政令指定都市B市において，二次救急医療を担当している504床の脳神経外科A病院に2009年から2014年までの6年間，脳血管疾患で入院していた高齢者4,455人（延べ人数）である．なお，A病院は，すべて一般病床で，ICUを含む急性期病床が3病床，亜急性期・回復期リハビリテーション病床等が9病室の合計12病床を有する病院である．

3. データ収集方法

調査期間は，2015年9月1日から30日の1ヶ月間である．A病院の情報管理室において，電子管理されている診療録からデータを収集した．

4. 調査項目

調査項目は「年齢」「性別」「入院前から入院期間中の認知症の診断の有無」「在院日数」「入院時の診断名」「手術の有無」「転帰」とした．

5. 分析方法

入院前から入院期間中における「認知症」の診断の有無で2群に分け，年齢および在院日数は平均値を求め，年齢は，さらに「65-74歳」「75-84歳」「85歳以上」の3区分にし，「性別」「入院時の診断名」「手術の有無」「転帰」について単純集計した．その後，「認知症の有無」と「年齢」および「平均在院日数」の関連をマンホイットニーのU検定，「性別」「年齢の3区分」「診断名」「転帰」との関連について， χ^2 検定を行った．

6. 倫理的配慮

日本医療大学研究倫理委員会の承認を得た（倫理27-5）．A病院の理事長と看護部長に，研

究の目的・内容・方法，研究への協力および協力撤回の自由，個人情報保護，安全性の確保と研究による利益および起こりうる不利益，研究結果の公表について説明し，承諾を得た。データ収集の際は，氏名や生年月日など個人が特定されないように記号化し，個人が特定されるデータは収集しなかった。データ収集は，情報管理室のみで行い，データベースのファイルはパスワードを設定して保存した。分析の際は，パソコンにインターネットを接続しない状態で実施した。

IV. 結果

対象者は，認知症がある群244 (5.5%) 人，ない群4,211 (94.5%) 人であった。認知症の有無による年齢，性別，在院日数，診断名，手術

の有無，転帰の比較を表1に示す。認知症がある群244人中，入院期間中の認知症発症者は，6年間で5 (4.9%) 人と少なかった。

V. 考察

本研究では認知症がある群の女性が153人 (62.7%) と多く，有意な差が見られ，認知症がない群の女性より割合が高かった。エストロゲンと認知症は関連があり，閉経後の女性高齢者は，特にアルツハイマー病になりやすいと述べられている (Vina et al., 2010; 光田ら, 2011) ことから，女性が多かったと推察される。

年齢については，高齢になるほど認知症になり易いとの指摘が多い。認知症は，異常なたんぱく質が脳神経に沈着することにより発症し，

表1. 認知症の有無による属性，平均在院日数，転帰の比較

	認知症がある群 n=244	認知症がない群 n=4,211	N=4,455 p 値
平均年齢 ± SD	83.3 ± 6.8	77.7 ± 7.8	0.000 a
平均在院日数 ± SD	74.3 ± 141.4	60.8 ± 153.9	0.000 a
年齢	人 (%)	人 (%)	
65-74歳	26 (10.7)	1,598 (38.0)	0.000
75-84歳	98 (40.1)	1,723 (40.9)	0.816
85歳以上	120 (49.2)	890 (21.1)	0.000
性別			
男性	91 (37.3)	2,235 (53.1)	0.000
女性	153 (62.7)	1,976 (46.9)	
診断名			
脳内出血	50 (20.5)	973 (23.1)	0.351
クモ膜下出血	6 (2.5)	210 (5.0)	0.074
脳梗塞	182 (74.6)	3,088 (73.3)	0.665
一過性脳虚血発作	6 (2.5)	126 (3.0)	0.633
脳腫瘍	0 (0.0)	3 (0.1)	0.677
その他	0 (0.0)	21 (0.5)	0.281
手術			
有	28 (11.5)	686 (16.3)	0.046
無	216 (88.5)	3,524 (83.7)	
転帰			
病院	104 (42.6)	1,561 (37.1)	0.081
介護老人保健施設	12 (4.9)	53 (1.3)	0.000
特別養護老人ホーム・福祉施設	6 (2.5)	15 (0.4)	0.000
認知症対応型協同生活介護 (GH)	18 (7.4)	18 (0.4)	0.000
高齢者住宅・有料老人ホーム	12 (4.9)	69 (1.6)	0.010
自宅	87 (35.7)	2,376 (56.4)	0.000
死亡退院	5 (2.0)	119 (2.8)	0.473

a : マンホイットニー U 検定, 他は χ^2 検定

特にアルツハイマー病は、髄液中のリン酸化タウタンパク量が特異的に増加することからアルツハイマー病特異的マーカーとして期待されている（日本神経学会，2012）。これは高齢になるほど起こりやすく，本研究においても「85歳以上」認知症の割合が高かった。以上ことから，高齢になるほど，また女性は認知症になるという先行研究を裏づける結果となった。

平均在院日数に関しても，認知症がある群が有意に長くLyketsosら（2000）と同様の結果となった。

認知症の有無による転帰に関しては，認知症がある群で「病院」が最も多く，次いで「自宅」であった。認知症がない群は「自宅」が最も多く，次いで「病院」であった。少数ではあるが，有意な差を認めたのは「介護老人保健施設」「特別養護老人ホーム・福祉施設」「認知症対応型共同生活介護（グループホーム：以下，GH）」であった。河本（2012）らは，患者のADLのレベルに合わせて，早期から退院調整を行うことで，在院日数が短縮されたと報告している。本研究で認知症がある群は，病院を含め施設に入所する人が多いことから，入院時から退院調整をすることの重要性が示唆された。

VI. 結論

A病院において脳血管疾患で入院した高齢者で，診断名に認知症がある高齢者とない高齢者を比較した結果，以下のことが示された。

1. 認知症がある群はない群に比べて，平均在院日数が13.5日長く，有意な差があり，85歳以上の女性に多かった。
2. 認知症の有無で転帰に有意な関連がみられたのは「自宅」「介護老人保健施設」「特別養護老人ホーム・福祉施設」「GH」で，「自宅」のみ認知症がない群が多かった。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究では，平均在院日数が延長された要因

について認知症の分類や重症度，脳血管疾患の障害の程度に関するデータ収集を行っていない。そのため，自宅退院した認知症がある高齢者の状態が分からなかった。今後は，認知症の分類をはじめ，認知症がある高齢者の身体状態なども含めてデータを得られるように工夫が必要だと考える。

さらに，看護実践につなげるためには，不安の軽減，食事・排泄，清潔，安眠，血圧の安定など，退院支援に向け，どのような看護実践が早期退院につながるのかを探求していきたい。

謝辞

本研究の実施にあたり，ご協力いただいたA病院の理事長，看護部長，診療情報管理士の皆様，論文をまとめるにあたり，ご指導・ご鞭撻いただきました北海道医療大学看護福祉学部看護学科教授山田律子先生に心から感謝の意を表したい。

引用文献

- 加藤良平（2015）. 平均在院日数から見えること. <http://hospia.jp/wp/archives/1148>. [2015-12-25]
- 河本ひろみ，後藤裕実，西あゆみ，他（2012）. 在院日数の短縮化に向けた転院調整—バーサルインデックスと独自の評価表を用いた有用性—. 日本看護学会論文集地域看護，42，190-193.
- 厚生労働省（2013a）. 認知症高齢者の現状（平成22年）. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou_kouhou/kaiken_shiryou/2013/dl/130607-01.pdf> [2016, March 30]
- 厚生労働省（2013b）. G 8 認知症サミットの結果（概要）. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10501000-Daijinkanboukokusaika-Kokusaika/0000033673.pdf>. [2014-11-20]
- 厚生労働省（2015）. 認知症施策推進総合戦略

(新オレンジプラン) ~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~の概要. http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-RoukenkyokuNinchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/01_1.pdf. [2015-9-7]

厚生労働省保険局医療課長宇都宮啓 (2014). 平成26年度診療報酬改定の概要. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039379.pdf>. [2015-11-19]

厚生労働統計協会 (2015). 国民衛生の動向・厚生
の指標. 東京: 厚生労働統計協会. 65.

光田輝彦, 工藤喬, 武田雅俊 (2011). 認知症と性差. 臨床精神医学, 40 (2), 211-216.

Lyketsos, C.G., Sheppesrd, J.M., & Rabins, P.V. (2000). Dementia in Elderly Persons in a General Hospital. *Am J Psychiatry*, 157, 704-707.

日本神経学会監修 (2012). 認知症疾患治療ガイドライン2012コンパクト版2012 (1). 東京: 医学書院. 41.

Vina, J., Lloret, A. (2010). Why women have more Alzheimer's disease than men: Gender and Mitochondrial Toxicity of Amyloid- β peptide. *J Alzheimer's Dis*, 20, 527-533.

資料

特別養護老人ホームの看取り介護について
—介護職の看取りにおける課題と介護力の向上に関する文献検討—

About the end-of-life care provided at welfare facilities for elderly requiring care
—Literature review on the enhancement of the end-of-life care provided by care workers—

林 美枝子
Mieko HAYASHI

日本医療大学保健医療学部看護学科
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Japan Health Care College

要旨

特別養護老人ホーム（以下、特養）で、介護保険導入以降、介護職における看取り介護の課題やその介護力の向上に関する研究の動向を文献から概観した。対象とした文献は、2015年12月に医学中央雑誌文献データベースとCiNii Articlesを用いて、「特別養護老人ホーム」、「看取り」、「介護」をキーワードに検索し、抽出した17件である。

国の政策によって、特養の入所者は、さらに高年齢化し、彼らの介護は重度化しているため、看取りを終着点とする介護の改善は、どの施設に於いても緊急の課題である。

特養では、介護職の看取りへの忌避感が高く、看護職や相談職に比較して看取りへの不安感も強い。

今後は老衰などの自然な死に対する介護職の看取り介護の独自性や、その介護力の向上に資する質の高い研究の推進が望まれる。

With the focus being on care workers who engage in the end-of-life care at welfare facilities for elderly requiring care, literature reviews were conducted on studies regarding the end-of-life care issues and the enhancement of such care so that the contents of these studies and to what extent they had been examined since the introduction of the long-term care insurance system could be established. By using the Japan Medical Abstracts Society (JAMAS) literature database as of December 2015 and CiNii Articles, 17 articles published were selected based on the key words “welfare facilities for elderly requiring care,” “end-of-life care,” and “care.”

It is an urgent matter to review the care, which sets the end-of-life care as a terminal point, in the current situation where aging and severe conditions for the persons admitted to these facilities have been occurring at welfare facilities for elderly requiring care due to the relevant national policies.

The consciousness that the end-of-life care is avoided is high for care workers in welfare facilities for elderly requiring care, and anxiety to the end-of-life care is strong more than nursing workers and consultation workers.

Going forward, it is required that high-quality studies, which will contribute to the originality of the end-of-life care of natural death such as senility provided by care workers as well as the enhancement of care.

キーワード：文献検索，特別養護老人ホーム，看取り，介護職，介護力の向上

review of literature, welfare facilities for elderly requiring care, end-of-life care, care workers, the enhancement of care

I はじめに

アメリカではナーシング・ホームで亡くなった者と病院に救急搬送されてその直後に亡くなった者を含めると20%が施設死をしているが(Happ,1999), 施設はHeaven's Waiting Room(天国への待合室)とも揶揄され, そこでの死は寂しく, 苦痛に満ちたものであるとされてきた(Forbes,2001). 近年は, 施設での死の質を改善すべきであるとして研究が盛んとなっている. イギリスでは65歳以上の17%がケア・ホームで亡くなり, 施設職員の適切な終末期ケアの教育が課題となっている(Hewison, 2011). 両国とも施設死に関しては, 今後増加が予想され, その看取りの質に関しての試行錯誤が続いている.

アメリカのナーシング・ホームや, イギリスのケア・ホームとは医療的資源の有無や適用する保険制度が異なるが, 日本で同種の施設は特別養護老人ホーム(以下, 特養)である. 特養とは介護老人福祉施設のことで, 介護老人保健施設(以下, 老健)と介護療養型医療施設(以下, 療養病床)とともに介護保険3施設の1つである. 老健は訓練機能を有し, 病院から自宅への橋渡しの施設であるため, 原則3か月で退所が検討される. 療養病床は高齢者むけの長期入院医療施設ではあるが, 社会的入院が問題となり2017年までに廃止が決まっている. 何れも基本的に終身入居は認められていないため, 介護保険3施設の中で看取りの期待が高い特養は、「終の棲家」と呼ばれている.

日本における施設死は, 厚生労働省の人口動態統計によると2012年の時点でわずかに6%であるが, Fukuiら(2011)の全国調査では特養を含む高齢者施設を終末期ケアの場所として12%が, 死に場所としては約8%が選択していた. 一方, 総務省が行なった2012年の意識調査では, 在宅死の希望は55%と高率であり, 日本人の概ね2人に1人前後が在宅死を希望していることが分かる(総務省,2012). しかし先述し

た厚生労働省の人口動態統計によると2012年の在宅死率は13%であり, 死に場所に関する希望と現実とは, 在宅死においては大きく乖離していることが分かる. 療養病床の廃止等の在宅療養への誘導政策や, 在宅死が叶わない場合の看取りケアの受け皿として, 今後地域社会における特養の需要はより高まっていくことが予想される.

看取りを病院死から在宅死, 施設死へと転換する政策の理由の1つは, 医療費の抑制であるが, 介護の重度化, 高齢者化が進む特養では, 医療処置を必要とする入所者がいる施設が現在98%以上となっている(百瀬,2011). しかし, 看取りにおける特養での医療コストは病院に入院した場合8分の1であったという研究もあり(畑瀬ら,2006a), 医療費の適正化の点でも特養での看取りは今後増加が予想される. 実は6年に1度の診療報酬と介護報酬の同時改定で, 施設死に対する推進の舵は既に切られており, 死の介護化は本格的にスタートしている. つまり日本においてもアメリカやイギリスのような施設での看取りにおける死の質に関する研究の需要は, 今後高まっていくことが必至と言えよう.

本稿は特養での看取りに関する文献の中から介護職に焦点を絞り, 看取りの介護における課題と, その介護力の向上に関して何がこれまで明らかになっているのかを, 関連文献から概観することを目的とした.

II 特養について

1 施設の概要

1990年と比較すると2014年の特養の数は2,280施設から8,781施設と約3.9倍に, 定員は162,649名から548,732名と約3.4倍になっている(厚生労働省,2015). それでも高齢化率の上昇により, 2014年6月現在で, 全国の特養待機者数は523,584名にも上り(厚生労働省,2014), 大きな社会問題となっている. 特養の人員配置は, 入所者の健康管理と療養上の指導のために必要

とされる人数の医師（配置義務はなく、嘱託や非常勤でも可）、栄養士1名、機能訓練指導員1名、入所者100名につき生活指導者1名、ケアマネージャー1名となっている。さらに看護師は入所者30名以下で1名以上、入所者の増加に合わせて配置人数が増える。本論稿の対象となる介護職は3名の入所者につき常勤換算で1名以上の配置が求められている。特養は生活支援施設であるため、介護職員数が充実している一方、医師の配置義務がある老健や療養病床と異なり医療処置は基本的に行わず、看護師も夜間はオンコール体制が多いため、肺炎などを機に病院に搬送されてそのまま死を迎える入所者も極めて多い（平野,2011）。

2012年4月に「社会福祉士及び介護福祉士法」が改正され、介護福祉士の業務として喀痰吸引と経管栄養が位置づけられた。それまで看護師の仕事であったこれらの処置が介護職にも可能となったのである。2013年の調査からは、92%の施設で介護職員は喀痰吸引を行っており、喀痰吸引等研修を受講中の介護職員が居る施設は49%となっていた（三菱総合研究所,2014）。特養の入所者における高年齢化、介護の重度化については先述したが、それに伴い介護職の医療的処置への役割期待も高まっていることが理解できる。

2 特養の看取り

入所者や家族の求めに応じて、看取り介護を行っている特養は66%、特養内の看取りの実施は59%、死亡の1位は老衰（52%）である（三菱総合研究所,2012）。池崎ら（2012）によると1999年以降2009年までの特養内死亡率の推移は、定員増と同程度に増加しており、終末期にすみやかに病院に移す施設は減少している。その一方で、老衰に関しては施設内で看取る方針の特養が増加している。特に2006年の介護報酬、指定基準等の見直しで看取り加算（1日1,600円、1名最大48,000円）が設けられて以降は増

加傾向にあり、国による施策の効果が表われている。ちなみに加算が設定された年から2014年までに、その加算日数は実に7倍にも増加していた（社会保障審議会,2015）。

2015年4月からは「改正介護保険法」が施行され、特養の入居基準は介護度3以上となった。先述した待機者のうち介護度3以上は56%である（厚生労働省,2014）。このことは既に指摘してきた入所者の介護の重度化、高年齢化がさらに進行することを意味し、特養の「終の棲家」性も高まることになろう。まさに入所者は潜在的な終末期状態にあるとも考えられ、特養においては、「死は身近にあり、望ましい死のあり方は大きな課題である」（岩本ら,2009:8）と言えよう。

池上ら（2013）は、病院で1年以上介護を要した群、特養から病院に入院して死亡した群、特養の施設内で死亡した群の遺族を対象に、死の質の評価比較を行っている。結果は、特養施設内死亡者の死の質が、総合評価で最も高かった。家族と医療関係者の「協働の意思決定」や「患者を尊重したケア」、「家族のニーズへの対応」が他の群よりも有意に問題化する率が少なかったからである。池上らはこの結果を受けて、「終の棲家」である特養の「職員が終末期ケアに対応できるようになれば、より適切なケアを提供できると考えられる」と述べている（池上ら,2013:13）。

Ⅲ 特養の看取りに関する先行文献検討

特養の介護職の看取り介護に焦点を絞った文献検討や総説は、これまで行われていない。介護福祉施設全般の看取りに関する文献検討としては、小山ら（2010）が1997年から2007年の間に発表された文献の中から、「高齢者」、「看取り」、「ターミナルケア」、「介護保険施設」、「特養」をキーワードとして検索し、その年代別の研究動向を概観している。さらに23件の文献を抽出して、看取りの課題について整理をした。特養

では看護と介護の連携が不可欠であるが、医療と福祉の立場では連携に込める意味や期待が異なり、その違いを踏まえた学びあひが必要であるとしている。また看護職を対象とした研究が多く、医療施設と異なる福祉施設の看取りの実態は十分に反映されていないと指摘した。

介護福祉施設の看護職の看取りに焦点を絞った文献検討としては、小林（2011）が2011年から過去10年間の関連論文について「高齢者」、「介護保険施設」、「終末期ケア」をキーワードに検索を行っている。文献36件を抽出し、介護施設で具体的指針もないまま看取りを実践していることや、医療機関や他職種、家族との連携に困難を感じているという看護職の課題を明らかにした。

太田ら（2014）は特養の終末期ケアに関する看護職からの介護職との連携や取り組みに関する文献検討を2006年の看取り介護加算以降の文献を対象に行っている。「終末期ケア」、「看取りケア」、「看護職員」、「介護職員」、「特養」をキーワードに抽出した12件の文献を対象に、受けた教育内容や業務内容の違いから、看取りを看護職が介護職と連携して実施することは困難であると考察している。

3つの文献検討は病院での看取りと異なる福祉施設の看取りに関して、医療と介護の連携の難しさを、主に看護職の視点から結論づけていた。しかし小山らが指摘した福祉施設の看取りの実態を明らかにするためには、さらに介護職の視点に焦点を絞った研究も不可欠である。なぜなら施設での看取りは介護職にとっては日常の介護と連動したものであるため、介護職に特有な看取り介護の課題がそこにはあると考えられるからである。介護保険3施設の中でも、医療が手薄な特養においてこそ、看取りの介護力向上に関する研究を概観することが可能ではないかと考え、本文献検討を実施した。

IV 文献検索結果と用語について

2015年12月、医学中央雑誌文献データベース（以下、医中誌）、CiNii Articlesを用いて2000年以降で、「特養」、「看取り」、「介護」をキーワードに各110件、65件の関連論文を検索した（重複は20件）。しかし特養の介護職の視点から看取り介護の課題やその介護力の向上のみに焦点を絞って研究した論文は少なく、また介護職のみを研究対象とした論文はさらに少ない結果となった。そこで要旨の抄読後、その研究目的が本研究の目的に叶っている文献を調査対象の別なく改めて選択し、17件の文献を本稿の文献概観の対象として抽出した。表1は、その発表年代順の一覧を表示したものである。17件の文献のうち4件は、前述した3件の総説における対象文献と重なっていた。

使用されている用語に関しては、「ターミナルケア」(terminal care)と「エンド・オブ・ライフ・ケア」(end of life care)が看取り介護を意味するものとして各文献中に混在していた。がん患者の終末期に高い頻度で使われてきたのはターミナルケアで、一方、エンド・オブ・ライフ・ケアという単語は高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱されてきたものである。2005年に過去10年間の文献検討を試みたLorenzら（2005）によると、エンド・オブ・ライフ・ケアという単語は、既にこの時点で関連論文の数が膨大なものとなっていた。長江は日本でもこの単語が使われるようになった理由を、「終末期ケアのパラダイムを転換するため、さらには医療制度や地域ケアシステムの変革を推進するため」(長江 2014:10)であると説いている。以下の概観においては、元の文献が使用している単語をそのまま提示している。

また、看取り介護は、本稿では介護職による死に逝く人への介護と見送りと定義する。

さらに文献において介護を担う職員は「直接処遇職員」、「施設職員」、「職員」、「介護職員」、「介護員」、「ケアワーカー」と様々に呼称されてお

表1 文献一覧

No.	医中誌	CINii	掲載年	著者	目的	対象地域と対象者	研究デザイン	回収率		分析手法	調査年	結果
								回数	率			
1	○	2003	柳原ら	特養職員のターミナルケア意識を明らかにすることと、そのあらかた課題への提言	東京都内の特養244施設の主催の職員研修に参加した各施設1から2名の直接サービスに従事する職員1108名	調査研究 質問紙調査(直接配布・回収)	1002名 介護職は858名 86%	90%	数量的演繹的手法 職員のターミナルケア意識に関連する要因pearsonの χ^2 で分析 p値	2001	看取り経験 467名59% 介護職の援助技術は基本的に9割ができるが、観察は8割に低下。家族に介護のアドバースができる割合が極めて低い(29%)。研修経験者は15.4%のみ。施設でのターミナルケアの継続は職種と有意な関連はなかった。	
2	○	2005	畑瀬ら	施設におけるターミナルケアの実態調査	北海道の特別養護老人ホーム269施設 記入は施設長	調査研究 質問紙調査(郵送法)	105施設39%	単純集計	ターミナルケア積極的に実施7.6% 希望があれば実施39% 実施しないとした理由は「看護師・介護員の人手不足」「施設・医師の方針」 看護師の夜勤体制は自宅待機が87%で介護員だけによるターミナルケアに戸惑いや不安を抱えていた。	2004		
3	○	2006	畑瀬ら	施設で働く介護員のターミナルケアの意識調査と環境を整えるための基礎資料の採取	北海道のターミナルケアに取り組む特別養護老人ホーム49施設の介護員309名 農村地帯のターミナルケアに取り組む特養1施設の介護員35名	調査研究 質問紙調査(郵送法)	35名 100%	単純集計	介護員本人は自然に近い状態で死を迎えたいとする人が多い一方、高齢者に延命治療を望む介護員も2割いて、自分の死生観との違いに葛藤や疑問を持ちながらターミナルケアをしていた。ターミナルケアへの不満感が何れも高い(65%と74%)。	2004		
4	○	2007	清水ら	職員の看取りに関する意識調査	N県の全特養141施設職員(介護職、看護職、相談職)846名	調査研究 質問紙調査(郵送法)	84施設469名(54%) 介護職49% 看護職33% 相談職17%	ターミナルケア態度尺度との関連要因を分散共分散分析、職種との関連を一元配置分散分析(F値)	施設で看取りたいと思うのが最も少なく、死の看取りを選ばないと思うのは介護職であった。不安の理由は「夜間に看護職が少ない」「終末期ケアについて知識や経験が少ない」「夜間に医師が少ない」の順で多かった。「死にゆく患者とのコミュニケーションに対する前向きな姿勢」(p<0.001)「家族/家族へのケアに対する考え方」(p<0.05) 因子において介護職は他職と比較して得点が低い。	2006		
5	○	2009	大西	看取り加算以後の特養の看取りへの取り組みや経営面への影響	兵庫県全特養251施設施設長(介護職、看護職)の算定長ないしは介護報酬の算定に携わる事務局長4名	調査研究 質問紙調査(郵送法)	183施設(74%) 165施設(64%)	看取り加算の有無と問題点をpearsonの χ^2 で分析(p値)	看取り加算8施設、看取り算定の8条件の体制整備は算定以前から77、算定から19施設、看取り加算はなくとも実施として看取る施設39の加算にかかわる問題点で、「介護職員に看取りへの技術的課題や不安が大きく、算定できない」「看取り加算はなく看取る施設が高かった(p<0.005 p<0.001、前者のほうが介護職員数が多かった(t=2.28 p<0.001)。	2008		
6	○	2009	古田ら	看取り介護実現への取り組みと課題	特養B施設の介護職46名、看護職4名	調査研究 質問紙調査(配票留置法)	1施設50名	単純集計 自由記述部分は質的帰納的分類整理	特養で看取る利点は「過剰な医療をせず自然な死を迎えられること(71.7%)、看護職から看護職に望むことは「看取る目をもっとほしい」であった。看取った後は職員間の振り返りカンファレンスが必須。	2006		
7	○	2009	金ら	看取りに関して施設長の判断に影響する要因の分析	全国特養の施設長4678名	調査研究 質問紙調査(郵送法)	1637名(35%)	看取りの実施に対するロジスティック回帰分析(回帰係数、オッズ比)	介護職と看護職の情報交換は取れている率が83%、介護職の看取りケアに関するレベルアップの必要性ありに対してはオッズ比が0.28(0.12-0.64)で有意差あり(p<0.01)。	2007		
8	○	2010	曾根ら	長野県の特養の看取り対応の特徴と全国の特養の比較	全国の特養5249施設、看護管理者に記入を依頼	調査研究 質問紙調査(郵送法)	1137施設(22%)	長野県の特養と県外特養の特徴や対応をpearsonの χ^2 で分析(p値)	県内46施設、県外1091施設を比較分析。過去1年の死亡数平均は県内9.04に対して県外は5.43、施設内死亡割合は県内71%、県外は44%。終末期の取り組み度や受け入れの方針が全国より有意に高い(p=0.001 p=0.0005)、長野県の特養は医師がすぐかけつけ、看護職はオンコールで呼び出しに応じる体制が整っている。介護職の人数に有意な差はない。	2008		

9	○	○	2010	小林ら	新人介護職員へのサポートをすすめるための看取り体験の仮説モデルの探索	特養Aに勤務する就職後1年以内の新人介護職員4人	質的研究 半構造化面接（構造化された質的研究法）	分析枠組みは木下の修正版グラウンディング・セオリー	2009	新人介護職員の看取り体験は「自分にとって看取ることの意味づけ」と「自分が看取り介護を行ううえでとの課題と対処」という軸を元に構造化が可能。
10	○	○	2012	鈴木ら	熟練介護職が考える終末期のケアの人らしさに必要なケアを明らかにすること	A県I施設介護職ら2名、看護師ら2名	質的研究 半構造化面接	KJ法	2011	ひとり一人をよく知るために生活歴や価値観等について話を聴き、注意深く観察する。終末期の基本的ケアを計画段階から悲嘆ケアにいたるまで、職員全員で行うことの必要性を示した。
11	○	○	2013	坂下ら	看取り経験の語りからその前向きな意識を明らかにすること	A県の看取りに積極的に取り組む3施設の経験2年以上の介護士6名と3年以上の介護士7名	質的研究 半構造化面接	分析枠組みは木下の修正版グラウンディング・セオリー	2009	介護士は経験知（暗黙知）を身に着けることで自信を獲得し不安に対しては、気持ちの強化、看取りの振り返りを通じて介護士の役割認識や死生観が培われる。
12	○	○	2013	福田ら	介護福祉実践や介護福祉教育に役立てる看取り介護の実際の調査検討	特別養護老人ホームH、及びK園の介護職員90名	調査研究 質問紙調査（直接配布・回収法）	単純集計	2012	介護経験男性27人中24人、女性63人中56人、看取りの介護計画の始まりで介護職員はターミナル期を自覚、本人の意思確認ありは90人中9人、本人の意思をきけず、後悔する職員が多い。 事例1 生活環境の整備、身体的介護、精神面の援助、役割は多岐にわたった。事例2 1年間、死を肯定できるようになった。死生観の議論がなされた。
13	○	○	2013	江口ら	看取りケアの課題と取り組みを明らかにする	特養の看護職のための教育プログラムに参加した看護職のいる施設	プログラム参加者が、各職場で記録した提出物及びワークシート分析	3回の研修会に参加した40施設 データ提出は14施設	2011	課題は介護職の看取り対応力の底上げがあり、そのサブカテゴリーとして介護職の「看取りに関する理解の促進」[看取りケアに対する主体性の向上] 見取り体験の少ない介護職の「不安の軽減」。
14	○	○	2014	徳山ら	介護職員の看取り介護に関する意識	特別養護老人ホームH、及びK園の介護職員90名	調査研究 質問紙調査（直接配布・回収法）	単純集計 自由記述の内容を記述式事例報告	2012	看取り経験に対して40名が肯定的、積極的な影響があったこととを記述している。結果的に日常の介護を丁寧にするようになった。一日一日楽しいときを過ごして願うようになった。ターミナル期の介護に活かせるように死を意識した介護をするようになった。コミュニケーションの大切さを実感した。
15	○	○	2014	橋本ら	看取りの阻害要因を明らかにすること	A市の看取りの推進に困難を抱えている特養の中で看取り介護加算を算定していない4施設的全職員	調査研究 質問紙調査（配票留置法）	記述統計による内容分析	2012	看取りで関わったことのある項目で最も多かったのは介護職は「見送り」、<亡くなる際の付き添い>、<死亡直前の家族連絡>、自由記述に看護職が連携不足内容として介護職が「うろたえ号泣し、プロ意識に欠けた」ことを記述している。
16	○	○	2014	岡ら	看取り経験の有無と看取り前後の意識の変化	A県下の特養80施設、老健50施設で働く介護職員464名（特養234名、老健232名）	調査研究 質問紙調査（不明）	単純集計、セオリーを抽出して要因を探る内容分析	2013	特養で看取り経験は88%、老健は70%。自由記述の分析からは「不安感」「恐怖感」がサブカテゴリーとして抽出された。体験後の意識は「成長の自覚、仕事への意欲」が特養では57%を占めていた。
17	○	○	2015	安藤	介護職と共に看取り期の支援を行う専門職が、介護職に求める役割や専門性	A施設に働く介護職以外の専門職看護職4名、管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・社会福祉士各1名	質的研究 半構造化面接	分析枠組みは木下の修正版グラウンディング・セオリー	2014	介護職の役割は「生活全般のケア」、<個別性に合わせたケア>、<利用者の家族の一言>、<今後の介護職に期待する役割>としては、<気づきの発信>、<介護職としての専門性の発揮>、<多職種との連携>。

は、過去の小山ら(2010)、小林(2012)、大田ら(2014)の文献検討と重なる文献

り、有資格者のみに言及する論文では「介護福祉士」となっているが、介護を担う者を対象とした研究の未整備性や困難性をこれは表していると言えよう。本稿では文献に言及する場合はその著者の使用している呼称をそのまま提示し、それ以外の場合は介護職に統一することとした。

以下、著者名の前にNo.が付してある文献は、表1で示した文献であることを意味している。

V 文献概観と考察

1 研究対象、研究デザイン、及び分析

介護職のみを対象とした論文は5件 (No.4畑瀬ら, 2006b: No.9小林ら, 2010: No.12福田ら, 2013: No.14徳山ら, 2014: No.16岡ら, 2014) で、特にNo.9小林ら (2010) の論文は就職して1年以内の新人介護職のみを対象としたものであった。介護職を含む全職員や多職種を対象としたものが全部で7件 (No.1柳原ら, 2003: No.4清水ら, 2007: No.6古田ら, 2009: No.10鈴木ら, 2012: No.11坂下ら, 2013: No.14橋本ら, 2014: No.16安倍ら), 施設長や管理責任者を対象としたものが5件 (No.2畑瀬ら, 2005: No.5大西, 2009: No.7金ら, 2009: No.8曾根ら, 2010: No.13江口ら, 2013), 介護職以外の専門職を対象としたものが1件 (No.17安藤, 2015) である。研究デザインのデータ収集の方法は、質問紙による調査が12件、半構成的面接法が4件、グループワークが1件となっている。得られたデータの分析は単純集計にとどめている文献以外は何らかの統計解析を行っていた。Pearsonの χ^2 検定やt検定、Fisherの正確確率検定等の単変量解析は3文献が実施していた。No.1柳原らは職員のターミナルケア意識に関連する要因を、No.5大西 (2009) は看取り加算の有無と問題点との関連を、No.8曾根ら (2010) は長野県と他県の特養の差異を明らかにするために、単変量解析を行っていた。No.4清水ら (2007) は「死の看取りに対する考え」やターミナルケ

ア態度尺度であるFrommelt Attitude Toward Care of the dying scaleの日本語版 (以下、FATCOD -B-J) の数値を調査し、それらとの関連要因を分散共分散分析で、また職種との関連を一元配置分散分析で解析していた。No.7金ら (2009) は看取りケアの実施に関して他の変数との関連をロジスティック回帰分析で解析していた。半構成的面接法に関しては、データの分析枠組みとして木下の修正版グラウンディッド・セオリーを利用しているものが3件 (No.9小林ら:No.11坂下ら:No.17安藤), KJ法が1件 (No.10鈴木ら), 他は質的帰納的分類整理を行っていた。こうした質的研究の分析に関しては、因子抽出の客観性を担保するため、複数の研究者が協働で抽出作業を行う、意味分析に慣れている他の研究者にスーパーバイズを依頼するなどの工夫をしていた。また半構成的面接法や質問紙調査の記述式回答の逐語録から記述的事例報告を試みていた文献が2件あったが (No.12福田ら:No.14徳山ら), エスノメソドロジカルな手法を駆使した論文はなかった。

質問紙調査における返送率であるが、全国の特養を対象としたNo.7金らの調査が35%, No.8曾根らの調査は22%となっており、特定の地域を対象とした調査研究 (No.5大西の74%) と比較するとそれらの返送率は低い。特養には調査依頼が多く、業務に影響を与える重荷となっているとする指摘もあり (大西,2010), 対象とした文献の返送率の低さの理由となっていると考えられる。一方返送率が高率となっている調査は、特定の県や基礎自治体、施設のみを対象としたもので、一般化が困難であり、対象の代表性の低さがその研究の限界となっている。特養の看取り介護を対象とした調査は、研究デザインや分析手法の点で、より質の高い、一般化が可能な研究計画での実施が期待されるが、特養に対して同種の調査内容での調査依頼の重複を避けるためにも、今後も文献検討は必要であろう。

2 介護職による看取り介護の課題

No.3清水ら(2007)は、「死の看取りへの不安を感じており、できれば避けたい」という意識の分析から、最も多くそのように意識しているのは看護職や相談職ではなく介護職であること(F値=9.48, $P<0.001$), また職種別FATCOD-B-J数値の分析からも、有意に他の職種よりも介護職は「死にゆく患者とのコミュニケーションに対する前向きな姿勢」の数値が低いこと(F値=3.92, $P<0.01$)を明らかにした。No.1柳原ら(2003)の研究では、介護職は看取り介護の援助はできるが、患者の家族へのアドバイスができると答えた割合が極めて低かった(29%)。ターミナルケアに関する研修体験は介護職を含む全職員の15%しか受けておらず、しかも「概論的な内容で、具体的な方法論や技術指導に立ち入っていない」ことが懸念されていた(No.1柳原ら,2003:228)。

No.12福田ら(2013)の論文からは、看取りの介護計画が始まることで介護職員は入所者のターミナル期を自覚することになり、入浴や排泄、食事等の生活介護で普段の交流が頻回であるにもかかわらず、看取りに関しては本人の意思確認ができないまま実施してしまったことを後悔している職員が多いことが明らかになっている。

つまり介護職の課題は、日常介護の延長としての看取り介護技術への不安や医療的知識の不足だけではなく、むしろ患者やその家族との死や看取りに関する日常的なコミュニケーション不足にあることが分かる。

No.15橋本らは、看護職は介護職の知識不足が両職の連携不足を招いていると考えており、介護職もそれを自覚していることを指摘している。介護職からは、看護職に連携不足を感じている記述の中に「どこまで手を出していいのかわからない」という不安が報告されていた(No.15橋本ら,2014:146)。No.12福田らの文献にも、介護職の回答として「思った以上の状態の

変化の早さについていけず、後手、後手の対応になり十分な対応ができなかった」、「こうしたらと思うケアしかできない。そうなるとう結局は自分たちの自己満足にしかならなくなる」といった自省的な記述も示されている(No.12福田ら,2013:55)。No.3畑瀬ら(2006b)も、介護職の中にも異なる死生観があり、その違いに葛藤や疑問を抱きながら看取りを行っていて、彼らのターミナルケアの満足度は30%前後と低いことを指摘している。

これらの文献からは、介護施設であるにも関わらず、介護職の看取りへの関わり方が部分的なものであり、全体を見通すだけの知識や情報が介護職には共有化されていないことが示されていた。情報不足、知識不足を補うために、介護職員への死の教育や終末期ケアについて医療情報の提供が必要であることが理解できる。

看取り介護は介護職にとって不安なものである一方、介護職歴1年以内の新人介護職について調査をしたNo.9小林ら(2010)によると、その看取り体験は「自分にとって看取ることの意味づけ」と「自分が看取り介護を行ううえでの課題と対処」という軸を元に構造化が可能で、看取り介護を避けようとする気持ちより、自分にとって有意義であるとする気持ちの方が強いことを明らかにしている。看取りを経験したことで、介護職は、日常の介護を丁寧にするようになった、入所者に対して日々楽しい時を過ごしてと願うようになった、ターミナル期の介護に活かせるように死を意識した介護をするようになったと述べている(No.14徳山ら,2014)。しかしNo.10鈴木ら(2012)の研究からは、介護職が事前のカンファレンスに参加できない特養もあり、終末期の基本的ケアを計画段階から悲嘆ケアにいたるまで、職員全員で行うことの必要性を指摘していた。

このように、文献からは看取りケアに関わる介護職の不全感や、医療的知識に関する情報不足、患者やその家族との看取りについてのコ

コミュニケーション不足からくる不安等が看取り介護の課題として繰り返し明らかになっていった。また、教育、研修の機会を施設長や医療関係者が設けることの必要性が指摘され、その機会があまり充実していないことも報告されている。しかし何らかの情報共有の仕組みを職場の介護職間で工夫するなど、不安全感や不安感を介護職自らが和らげるための試みや自助努力に言及している文献はなかった。

3 看取り介護の介護力の向上について

「終の棲家」である特養は、介護保険制度が整う以前から、事実上、看取りを行ってきた。宮原は死に場所としての特養には「24時間対応できるような医療の充実と医療に強い福祉職の育成が不可欠」(宮原ら,1997:376)であると介護保険制度が創設される前から指摘していた。No.7金ら(2009)の研究は、こうした先行研究を再確認するものとなっている。施設長を対象とした調査から、介護職の看取りケアに関するレベルアップの必要性はないと感じている施設長の施設は、必要性があると感じている施設長の施設に対して看取りケアを実施している可能性のオッズ比が0.28(0.12-0.64)と有意に低いことを明らかにしている($p < 0.01$)。

具体的な介護職の看取りにおける介護力の向上の一つは、医療的知識の充実ということであるが、No.8曾根ら(2010)はそのことをさらに自らの研究データからも明らかにした。研究対象は施設死亡割合が他県の44%より極めて高い71%の長野県である。看取りケアへの取り組み度や受け入れの方針が全国より有意に高い($p=0.01$ $p=0.005$)理由として、長野県では、医師がすぐ駆けつけ、看護師はオンコールで呼び出しに応じる体制が整っているからであると結論付けている。逆に例えば北海道では、看護師の夜勤体制は自宅待機が87%で、介護員だけによるターミナルケアに戸惑いや不安を抱えていることが示唆されていた(No.2畑瀬ら,2005)。

同じ特養でも、都道府県による医療行政の取り組みの違いが、介護職の看取りに大きく影響していることが分かった。

No.13江口ら(2013)は「介護職の看取り対応力の底上げ」という課題のカテゴリーを抽出して、そのサブカテゴリーとして、介護職の〔看取りに関する理解の促進〕、〔看取りケアに対する主体性の向上〕、看取り体験の少ない介護職の〔不安の軽減〕を分析した。この中で留意すべきは、介護職における〔看取りケアに対する主体性の向上〕であろう。医師や看護職に依存するだけではなく、死の介護化という時代の要請や、政策的誘導への認知と覚悟、看取り介護における介護職の独自性の自覚を促しているとも言えよう。No.17安藤(2015)は介護職以外の専門職が、看取り時に介護職の役割として何が期待されているかを質的研究で明らかにしたが、他職種との連携以外では、介護職からの〈気づきの発信〉や〈介護職としての専門性の発揮〉が求められていた。これらも介護職の主体性の向上に通ずる指摘であろう。

No.11坂下ら(2013)は、介護職は経験知(暗黙知)を身に着けることで自信を得て、不安に対処しているとして、看取りの振り返りを通して介護の役割の認識が培われるとしている。No.16の岡らも、看取り前後の介護職の意識を明らかにしているが、体験後は「成長の自覚、仕事への意欲」の意識が57%と最も高率を占め、介護職の看取りに関する自尊心の芽生えが伺える。

いくつかの文献からは、看取り介護の経験知が介護職にやりがいや自尊心を与え、それが日々の生活介護のより良い見直しをもたらすような好循環は、老衰のような自然の死である場合に多いことが示唆されている。例えばNo.6の吉田らは、特養で看取られることの利点を「過剰な医療をせず自然な死を迎えられること」(71%)であると報告し(No.6古田ら2009:37)、No.1柳原ら(2003)も特養の介護職が自立的に

受け入れる死は、あくまで老衰にイメージされる、安らかで静かな死であると断っている。

看取り加算のもと、特養で対応の増加が予想される自然な死の看取りは、国が施策的に誘導している「死の介護化」の最も理想的な最終地点である。特養という、医療が手薄な高齢者福祉施設だからこそ、自然な死の看取りを通して、介護職の看取りの主体性が涵養され、独自の経験知や技術の蓄積が起り易いのではないだろうか。しかし文献が示す状況は、残念ながらそうした介護職の経験知を、現場の管理職や医療職が、正当に評価していないという実態であった。もし死をメディカルケアの対象としてのみ捉えるなら、福祉施設での看取りの議論は、「医療職による技術論の枠を脱せず、介護職が死を看取ることの難しさを生み出す」ものとなり続けると柳原らは指摘していた（No.1柳原ら,2003:231）。介護現場の看取りとは入浴、排泄、食事等の介護を行う生活援助が90%で、残りの10%のみが医療的緩和ケアであり、死に逝くプロセスをアセスメントする力や日常生活を整える技術こそが介護施設における看取りの実態である。この論文が書かれた2003年当時、既に在宅での看取り介護には加算がつけられていた。柳原らは施設の看取りにも加算がつけられるべきであると主張し、介護職に「見守り」に徹する腹のくくりと質のよいケアの積み重ねで、施設の看取り加算を社会に問いかけるべきであると提言していた。特養での看取り加算が認められるようになったのが2006年であるから、柳原らの提言はまさに介護力向上のための先見的提案であったろう。

しかしNo.5大西は2006年の介護報酬における看取り加算は、特養の看取りを初めて経済的に保証したものではあるが、調査の結果からは経営面でのプラスとはなっていないことを明らかにしている。看取り加算の意義は「管理者と現場職員の意識のずれを看取りという事象で引き寄せたうえでの、採算性や業務の効率化に対

する視座の共有と、人的体制の整備という労働環境改善の可能性にある」（No.5大西,2009:66）としている。確かに加算のある施設のほうが、ない施設よりももちろん高率に看取りを行っており、そうした施設では介護職員数が多く配置され（ $t=2.28$ $p<0.01$ ）、その結果として介護職の看取りへの不安は少なかった（ $p<0.05$ ）。

これらの文献からは、看取り加算が介護職の配置を増やし、不安の少ない看取りの経験知を増加させ、看護職における見取りの介護力の向上を招き、その正のスパイラルが介護職の看取りへの忌避感を和らげ、介護職の独自性への自尊感情を高めていることが理解できた。

4 考察

特養に勤務する医師である石飛は、「自然死を受け入れるなら特養こそ心ある看取りの場所」であると述べ、患者の家族に期待する介護は限界にきており、介護を支えることは仕事のプロにまかせるべきであると述べている（石飛,2015:67）。1976年、在宅死率が病院死率を下回って以来、日本の死は医療化の一途を辿ってきた。例え政策的な誘導がその前提であったとしても、死の介護化を、自然死の受容とともに特養の医師が語る意味は軽くない。医療的ターミナルのメディカルケアとは異なる、自然な死と向き合う専門的介護こそが、これまで見てきたように、特養における介護職の看取り介護力ということになる。残る課題は介護職自身がいかに早い段階でそうしたプロ意識を看取りに対して持つことができるかということであろう。

2009年からは、介護福祉士養成教育で介護技術の中に「終末期ケア」という新しいカリキュラムが始まったという（中野,2010）。その教育機関でどの程度の学習内容が提供され、またそのカリキュラムを受講した介護福祉士にとって、その学習の効果が看取り介護の現場でどう活かされているのかを明らかにするのは今後の課題である。介護施設の介護職にとってその経

験知を引き継ぐことへの関心は、仕事への満足や職業的アイデンティティの強化をもたらすといわれているが、そうした有能感は、年齢や経験年数によって高まり、次世代を確立させ、引き継がせたいという意識の発達を有意に促すものであると言う(新木,2011)。

本文献検討からは医療職への依存が高かった特養での看取りに、生活介護の延長としての看取り介護の認識や自覚の必要性が指摘され、その独自性に関する研究が始まろうとしていることも示唆された。介護職にはメディカルケアとは異なる看取り介護本来の役割や技術が培われつつあるが、それをどう介護職間で共有化するかの具体策の模索も今後の研究課題と言えよう。

VI まとめ

特養の見取り介護に関して、介護職を対象を絞った文献検討はこれまで行われてこなかった。対象となる文献が極めて少ないからである。そこで特養の介護職における看取り介護に言及する論文を、調査対象の別なく抽出し、介護職の看取り介護の課題、及びその介護力の向上に関して明らかになっていることを概観した。

介護職の課題は、他職種に比較して看取りへの不安が強く、看取りを忌避する傾向が見られることであり、患者やその家族との看取りに関する日常的なコミュニケーションの不足もその不安の原因の1つであった。

介護職には、<気づきの発信>や<介護職としての専門性の発揮>等の看取り介護に対する主体性の向上が求められていた。

引用文献

江口恭子, 長畑多代, 松田千歳ら (2013). 特別養護老人ホーム看護職を対象とした看取りケアの教育プログラムにより見出された課題と取り組み. 大阪府立大学看護学部紀要, 19 (1), 31-40.

遠藤幸子 (2012). 高齢者施設における看取りの実践から学ぶもの—5施設への実地調査より—. 東海学院大学紀要, 6, 29-37.

Forbes, D.A. (2001). This is heaven's waiting room. J Gerontol Nurs, 27 (11), 37-45.

福田洋子, 徳山貴英, 千草篤磨 (2013). 特別養護老人ホームにおける「看取り介護」の現状と課題. 高田短期大学紀要, 31, 49-60.

Fukui S., Yoshiuchi K., Fujita J., et al. (2011). Japanese people's preference for place of end-of-life care and death : A population-based nationwide survey. Journal of Pain and Symptom Management, 42 (6), 882-892.

濱田佐知子, 熊谷悦生. (2013). 介護施設職員の見取りに対する認識の探求的研究. 四天王寺大学紀要, 55, 91-108.

Happ, M.B., Capetzuti, E., Strumpf, N., et al. (1999). Advance care planning and end-of-life care for nursing home residence. The Gerontologist, 39, 60.

Hewison, A., Badger, F., Swani, T. (2011). Leading end-of-life care: an action learning set approach in nursing homes. International Journal of Palliative Nursing, 17 (3), 135-141.

橋本美香, 小野幸子 (2014). 特別養護老人ホームにおける看取りの阻害要因—看取りの推進に困難性を抱える施設調査—. 死の臨床, 37 (1), 142-153.

畑瀬智恵美, 寺山和幸, 久保田宏 (2005). 特別養護老人ホームにおけるターミナル・ケアの実態調査. 第36回看護総合, 238-240.

畑瀬智恵美, 久保田宏, 宮部偉貴子, 岩城美幸 (2006a). 高齢者の終末期における医療費の分析—特別養護老人ホームと病院との比較—. 第37回日本看護学会抄録集, 216.

畑瀬智恵美, 寺山和幸, 久保田宏 (2006b). 農

- 村地帯にある特別養護老人ホームの介護員のターミナルケアに対する意識調査—全道調査と比較して— 第36回看護管理, 300-301.
- 平野美理香, 荻原美砂子, 坂本安令, 他 (2011). 特別養護老人ホームにおける看取りに関する研究—施設内で最期を迎えた入居者の特徴と終末期の意思確認の現状—日本老年医学会雑誌, 48 (5), 505-515.
- 池上直己, 池崎澄江 (2013). 遺族による終末期ケアの評価—病院と特別養護老人ホームの比較—日本医療・病院管理学会誌, 50(2), 127-138
- 池崎澄江, 池上直己 (2012). 特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析. 厚生学の指標, 59 (1), 14-20.
- 石飛幸三 (2015). 平穏死のすすめ—老衰に医療どこまで— 医療と社会, 25 (1), 59-69.
- 岩本テルヨ, 山田美幸, 加瀬田暢子 (2009). 特別養護老人ホーム所在者の最後の場の決定にかかわる現状と課題—全国調査を通して— 山口県立大学学術情報, 2 (看護栄養学部紀要), 8-14.
- 金貞任, 鈴木隆雄, 高木安雄 (2009). 特別養護老人ホームの要介護高齢者の看取りケアの実施に関する施設長の判断とその規定要因. 老年社会科学, 31 (3), 331-341.
- 小林尚司 (2012) 介護保険施設における高齢者の看取りに関する文献検討—日本赤十字豊田看護大学紀要, 7 (1), 65-75.
- 小林尚司, 木村典子 (2010) 特別養護老人ホームの新人介護職員の看取りのとらえ方. 老年社会科学, 32 (1), 48-55.
- 厚生労働省 (2014). 特別養護老人ホームの入所申込者の状況.1-4. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304250-Roukenkyoku-Koureishashienka/0000041929.pdf> [2015-12-30]
- 厚生労働省 (2015). 平成12年度から平成26年度 福祉行政報告例の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/38-1a.html>. [2015-12-30]
- 小山千加子, 水野敏子 (2010). 特別養護老人ホームにおける看取りの実態と課題に関する文献検討. 老年看護学, 14 (1), 59-64.
- Lorenz, K.A., Lynn, J., Morton, S.C. et al. (2005). Methodological approaches for a systematic review of end-of-life care. J of Palliative Medicine, 8 (Supplement 1), S4-11.
- 三菱総合研究所 (2012). 平成24年度老人保健健康増進等事業 介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業. http://www.mri.co.jp/project_related/hansen/uploadfiles/h24_09.pdf. [2015-12-1]
- 三菱総合研究所 (2014). 平成25年度老人保健健康増進等事業「介護職員等喀痰吸引等制度の安全管理体制等の運用状況に関する調査研究事業. http://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h25/h25_09.pdf [2015-12-1]
- 宮原伸二, 人見裕江, 進藤貴子, 他 (1997). 特別養護老人ホームにおける死についての検討, 川崎医療福祉学会誌, 7 (2), 373-376.
- 百瀬由美子 (2011). 病院および高齢者施設における高齢者終末期ケア. 日老医誌, 48, 227-234.
- 森本有理, 新城拓也, 関本雅子, 他 (2015). 神戸市内の高齢者福祉施設の看取りと終末期ケアに対する実態調査. Palliative Care Research, 10 (1), 120-124
- 長江弘子 (2014). エンド・オブ・ケアの意味するもの. 家族看護, 12 (1), 10-19.
- 中野茂 (2010). 介護におけるグリーンケア. 共栄学園短期大学研究紀要, 第26号, 163-169.
- Naoki Ikegami, Sumie Ikezaki (2013). Nursing

- Homes and End-of-Life Care in Japan. *J Am Med Dir Assoc*, 14 (10), 718-723.
- 岡京子, 新免理沙 (2014). 高齢者ケア施設で働く介護職員の看取りの経験と意識に関する調査 (第1報). *インターナショナル Nursing Care Reseach*, 13 (4), 161-170.
- 小野光美, 原祥子 (2014). 介護老人保健施設の看取りにおいて専門職が提供するケアと多職種連携の実態. *島根大学医学部紀要*, 37, 9-25.
- 大西次郎 (2009). 特別養護老人ホームにおける看取り介護加算算定の動向と看取りの実態—経営面, 職員育成面, 入居者・家族の満足面に関する施設長調査. *医療社会福祉研究*, 18, 53-62.
- 大西次郎 (2010). 特別養護老人ホームを対象とした質問紙調査における依頼と回答の実態—アンケートがもたらす業務への支障—. *厚生指標*, 57 (6), 33-38.
- 太田尚子, 中川孝子, 杉田由佳里 (2014). 特別養護老人ホームでの終末期ケアに対する看護職と介護職の取り組みの現状とその課題に関する文献検討. *青森中央短期大学研究紀要*, 27, 141-147.
- 坂下恵美子, 西田佳世, 岡村絹代 (2013). 特別養護老人ホームの見取りに積極的に取り組む看護師・介護士の意識. *南九州看護研究誌*, 11 (1), 1-9.
- 清水みどり, 柳原清子 (2007). 特別擁護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識—介護保険改定直前のN県での調査—. *新潟青陵大学紀要*, 7, 51-62.
- 新木真理子 (2011). 特別養護老人ホーム職員のジェネラティビティと仕事の有能感の関連. *日老医誌*, 48, 679-685.
- 総務省 (2013). 高齢者の健康に関する意識調査 <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/pdf/kekka.pdf> [2015-12-25]
- 社会保障審議会 (2015). 介護給付費分科会 第104審議会資料 平成27年度介護報酬改定に向けて (介護福祉施設サービスについて). http://www.whlw.go.jp/fille/05-shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051840.pdf [2016-1-5]
- 徳山貴英, 福田洋子, 千草篤磨 (2014). 特別養護老人ホーム入所者の「看取り介護」に対する意識. *高田短期大学紀要*, 32, 43-54.
- 柳原清子, 柄澤清美 (2003). 介護老人福祉施設職員のターミナルケアに関する意識とそれに関連する要因の分析. *新潟青陵大学紀要*, 3, 223-231.

資料

A 大学看護学科1年次生の日常生活スキルと コミュニケーション・スキルの特徴 (第2報)

Characteristics for Daily Life Skills and Communication Skills of the First-Year Nursing Students in A College.

藤長 すが子, 小島 悦子, 松本 真由美, 森口 眞衣, 山田 敦士, 吉田 香
Sugako FUJINAGA, Etsuko KOJIMA, Mayumi MATSUMOTO, Mai MORIGUCHI, Atsushi YAMADA, Kaori YOSHIDA

日本医療大学
Japan Health Care College

要旨

本研究の目的は、看護学科の1年次の学生を対象に、日常生活スキルおよびコミュニケーション・スキルを調査し、その特徴を明らかにすることである。研究方法は実態調査研究であり、調査票として日常生活スキル尺度・大学生版とENDCOREsを用いた。調査は2014年入学生が9月と1月、2015年入学生は4月と1月に実施した。

分析の結果、日常生活スキルでは、「対人マナー」と「感受性」の自己評価が比較的高く、「自尊心」、「リーダーシップ」、「情報要約力」、「前向きな思考」、「計画性」の自己評価が低かった。コミュニケーション・スキルでは、「他者受容」の自己評価が高かったが、「自己主張」、「表現力」といった「表出系」の自己評価が低い傾向にあった。

日常生活スキルやコミュニケーション・スキルの向上のために、特に1年次における関連科目間の連携により、「自尊心」、「自己主張」、「表現力」が高まると考えられた。

The main purpose of this study is to clarify characteristics of daily life skills and communication skills of the first-year nursing students in A college. Data are collected by questionnaire constructed by the “Daily Life Skills Scale for College Students” and the “ENDCOREs”. The research are conducted in April 2015 and January 2016 for first-year students and in September 2014 and January 2015 for first-year students (now second grade).

In daily life skills, “interpersonal manner” and “empathy” are higher than any other subscales such as “self-esteem”, “leadership”, “knowledge summarization”, “positive thinking” and “planning”. In communication skills, “acceptance of others” are higher than any other subscales such as “assertiveness” and “expressivity”.

The result of two years survey suggests that the teaching methods of the multi-field cooperation are effective for communication skills, especially in “self-esteem”, “self-assertion” and “expressivity”.

キーワード：日常生活スキル, コミュニケーション・スキル, 看護学生
daily life skills, communication skills, Nursing Students

I. はじめに

世界保健機関は、日常のさまざまな要求に対し、建設的かつ効果的に対処する能力としてライフスキル（WHO, 1997）の必要性を唱えている。ライフスキルには、「意思決定能力」「問題解決能力」「創造的思考」「批判的思考」「効果的なコミュニケーション能力」「対人関係の構築と維持能力」「自己認識」「共感する能力」「感情を制御する能力」「緊張とストレスに対応する能力」の10の能力が含まれている。この能力は、A大学の建学精神である「ヒューマニティに育まれる人間力」の土台となる能力と言える。

看護師には、日常生活で遭遇するさまざまな問題や要求に対して、建設的かつ効果的に対処するために必要なライフスキルや、看護の対象となる人々や多職種と協働していくためのコミュニケーション・スキルが欠かせない。こうした能力を開発するためには、大学入学時から多分野の連携のもと、計画的にライフスキルやコミュニケーション・スキルを育成することが重要である。

そこで、A大学のコミュニケーション能力育成に向けた教育において、具体的にどのような分野で連携を取ることが可能かを検討するため、1年次の学生を対象に、日常生活スキルとコミュニケーションに関連するスキルを調査し、その特徴を分析することとした。

II. 研究目的

本研究では、看護学生のコミュニケーション能力育成に向けた多分野協働の教育方法を検討するため、A大学の看護学科1年次生の2年間、各年2回にわたる調査結果をもとに、日常生活スキルおよびコミュニケーション・スキルの特徴を分析することを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

実態調査研究

2. 研究対象

A大学看護学科1年次生で、2014年入学生85名と2015年入学生84名である。

3. 調査方法

昼休みに、研究協力依頼書と調査票を配布し、研究の趣旨、方法、および倫理的配慮について書面と口答で説明した。調査票は一定の期間を設け、所定のレポートボックスに投函するように依頼した。

4. 調査内容

調査項目は、「効果的に日常生活を過ごすために必要な学習された行動や内面的な心の動き」と定義されたライフスキルを測定する日常生活スキル尺度・大学生版（島本ら, 2006）、コミュニケーション・スキルを測定できるENDCOREs（藤本ら, 2007）とした。

日常生活スキル尺度・大学生版（島本ら, 2006）は、ライフスキルに関する8下位尺度24項目から構成され、「4：とても当てはまる」～「1：ぜんぜん当てはまらない」の4段階評定をおこなう。計画性、情報要約力、自尊心、前向きな思考といった主に個人場面で展開されるスキルを表わす「個人的スキル」と、親和性、リーダーシップ、感受性、対人マナーといった主に対人場面で展開されるスキルを表わす「対人スキル」を測定でき、信頼性（Cronbach's $\alpha = 0.63 - 0.87$ ）、妥当性がある程度支持されている。

ENDCOREs（藤本ら, 2007）は、6下位尺度24項目から構成され、「7：かなり得意」～「1：かなり苦手」の7段階評定をおこなう。下位尺度ごとの平均値を求め、得点が高いほどスキルが高いことを示す。自己統制、表現力、解読力といった基本スキルと、自己主張、他者受容、関係調整といった高次の対人スキルを測定でき、信頼性（Cronbach's $\alpha = 0.68 - 0.93$ ）、妥当性が認められている。

なお、本研究における日常生活スキル尺度・大学生版およびENDCOREsの使用については、開発者から事前に許諾を得た。

5. 調査期間

2014年入学生に対する調査は9月と1月に、2015年入学生に対する調査は4月と1月にそれぞれ実施した。

6. 分析方法

日常生活スキル尺度・大学生版およびENDCOREsについては、各回答をそのまま得点化し、逆転項目は反転処理をした上で、全調査および調査時期別に、各下位尺度の平均値、標準偏差、中央値を算出した。日常生活スキル尺度・大学生版の「個人的スキル」と「対人スキル」については、該当する12項目ごとに合計得点を算出した後、平均値、標準偏差、中央値を算出した。

7. 倫理的配慮

研究協力予定者に対し、研究の目的と意義、調査は無記名で個人を特定できないこと、研究への協力は自由意志であり辞退しても不利益を被らないこと、回答の回収をもって研究協力の同意が得られたと判断すること、調査結果の公表等について書面と口答で説明した。なお、本研究は日本医療大学倫理委員会の承認（承認番号：26-1,27-1）を得て実施した。

IV. 結果

2014年入学生に対する調査は9月と1月に実施した。9月は配布79名に対し、39名から回答を得た（回収率49.4%）。このうち有効回答率は37名（有効回答率94.9%）であった。1月は配布68名に対し、35名から回答を得た（回収率51.5%、有効回答率100%）。

2015年入学生に対する調査は4月と1月に実施した。4月は配布84名に対し、30名

から回答を得た（回収率35.7%、有効回答率100%）。1月は配布78名に対し、43名から回答を得た（回収率55.1%）。このうち、日常生活スキルの有効回答は42名（有効回答率97.7%）、ENDCOREsは38名（有効回答率88.4%）であった。

日常生活スキルおよびENDCOREsの結果をそれぞれ表1、表2に示す。日常生活スキルでは、入学年に関わらず9月あるいは4月の調査に比べ1月の調査では「個人的スキル」の下位尺度である「計画性」の得点が低下している傾向がみられた。ENDCOREsの結果では、「表現力」と「自己主張」が低い傾向であった。

V. 考察

1. A大学看護学科1年次生の日常生活スキルおよびコミュニケーション・スキルの特徴

A大学看護学科1年次生の日常生活スキルは、「対人マナー」と「感受性」の自己評価が比較的高く、「計画性」、「情報要約力」、「自尊心」、「前向きな思考」、「リーダーシップ」の自己評価が低いという結果であった。「個人的スキル」や「対人スキル」、ならびに下位尺度のいずれにおいても一般大学生（島本ら,2006；喜瀬ら,2013）や看護学生（小林ら,2013；高橋ら,2013）と同様の結果であった。またENDCOREsの下位尺度は、「他者受容」が高く、「表現力」、「自己主張」が低い傾向で、「表現力」、「自己主張」を含む「表出系」より、「解読力」、「他者受容」からなる「反応系」が高い結果であった。この結果についても一般の大学生・大学院生（藤本ら,2007；倉元ら,2012）および看護学生を対象とした結果（河内ら,2014）と同様であった。

調査時期別では、日常生活スキルの下位尺度である「計画性」が、各学年共に1月の調査で低下傾向を示しているが、その他の下位尺度についてはほぼ変化がなかった。看護系大学生を対象とした先行研究において、論理的思考への

表1. A大学1年次生の日常生活スキル尺度の得点

			平均値	(SD)	中央値
個人的スキル	全体	(n=144)	29.4	(5.03)	29.0
	2014年1	(n=37)	31.2	(4.40)	30.0
	2014年2	(n=35)	28.2	(4.27)	27.0
	2015年1	(n=30)	29.8	(5.37)	30.0
	2015年2	(n=42)	28.5	(5.53)	29.0
情報要約力	全体		2.6	(0.50)	2.7
	2014年1		2.7	(0.46)	2.7
	2014年2		2.7	(0.46)	2.7
	2015年1		2.5	(0.51)	2.3
	2015年2		2.5	(0.55)	2.3
計画性	全体		2.5	(0.69)	2.5
	2014年1		2.7	(0.61)	2.7
	2014年2		2.4	(0.70)	2.3
	2015年1		2.7	(0.61)	2.7
	2015年2		2.3	(0.74)	2.3
自尊心	全体		2.3	(0.65)	2.3
	2014年1		2.5	(0.65)	2.3
	2014年2		2.4	(0.58)	2.3
	2015年1		2.2	(0.58)	2.3
	2015年2		2.2	(0.74)	2.0
前向きな思考	全体		2.6	(0.71)	2.7
	2014年1		2.5	(0.73)	2.3
	2014年2		2.7	(0.66)	2.7
	2015年1		2.5	(0.78)	2.8
	2015年2		2.5	(0.71)	2.7
対人スキル	全体		35.3	(5.34)	36.0
	2014年1		34.6	(5.12)	33.0
	2014年2		34.6	(6.16)	33.0
	2015年1		35.6	(5.16)	36.5
	2015年2		36.1	(4.93)	36.5
感受性	全体		3.2	(0.62)	3.0
	2014年1		3.1	(0.61)	3.0
	2014年2		3.1	(0.71)	3.0
	2015年1		3.2	(0.62)	3.3
	2015年2		3.2	(0.55)	3.0
親和性	全体		2.9	(0.70)	3.0
	2014年1		2.8	(0.72)	3.0
	2014年2		2.8	(0.69)	2.7
	2015年1		3.0	(0.71)	3.0
	2015年2		3.1	(0.68)	3.2
対人マナー	全体		3.3	(0.53)	3.3
	2014年1		3.4	(0.46)	3.3
	2014年2		3.4	(0.51)	3.3
	2015年1		3.2	(0.44)	3.0
	2015年2		3.2	(0.63)	3.0
リーダーシップ	全体		2.4	(0.66)	2.3
	2014年1		2.2	(0.61)	2.0
	2014年2		2.2	(0.72)	2.0
	2015年1		2.4	(0.72)	2.5
	2015年2		2.5	(0.57)	2.3

2014年1：2014年入学生 9月調査

2014年2：2014年入学生 1月調査

2015年1：2015年入学生 4月調査

2015年2：2015年入学生 1月調査

表2. A大学1年次生のENDCOREsの得点

			平均値	(SD)	中央値
表出系	全体	(n=140)	4.0	(0.87)	4.0
	2014年1	(n=37)	4.1	(1.02)	4.1
	2014年2	(n=35)	4.0	(0.80)	4.0
	2015年1	(n=30)	4.0	(0.86)	4.0
	2015年2	(n=38)	4.0	(0.82)	4.1
表現力	全体		4.2	(1.12)	4.0
	2014年1		4.2	(1.37)	4.3
	2014年2		4.3	(1.02)	4.0
	2015年1		4.2	(1.07)	4.0
	2015年2		4.1	(1.00)	4.3
自己主張	全体		3.9	(0.90)	3.9
	2014年1		4.0	(1.09)	3.8
	2014年2		3.7	(0.83)	3.8
	2015年1		3.9	(0.88)	4.0
	2015年2		4.0	(0.79)	4.0
反応系	全体		5.1	(0.83)	5.1
	2014年1		5.0	(0.98)	4.9
	2014年2		5.2	(0.78)	5.4
	2015年1		5.0	(0.79)	5.0
	2015年2		5.0	(0.77)	5.1
解読力	全体		4.8	(1.07)	4.9
	2014年1		4.8	(1.16)	5.0
	2014年2		4.9	(1.04)	5.0
	2015年1		4.8	(1.04)	4.8
	2015年2		4.8	(1.06)	4.9
他者受容	全体		5.3	(0.89)	5.3
	2014年1		5.2	(0.92)	5.3
	2014年2		5.5	(0.81)	5.5
	2015年1		5.1	(0.88)	5.0
	2015年2		5.3	(0.93)	5.3
管理系	全体		4.8	(0.72)	4.8
	2014年1		4.9	(0.68)	4.9
	2014年2		4.9	(0.80)	4.9
	2015年1		4.6	(0.68)	4.8
	2015年2		4.7	(0.71)	4.8
自己統制	全体		4.7	(0.77)	4.6
	2014年1		4.7	(0.66)	4.5
	2014年2		4.8	(0.80)	4.8
	2015年1		4.7	(0.75)	4.8
	2015年2		4.7	(0.87)	4.5
関係調整	全体		4.9	(0.91)	5.0
	2014年1		5.1	(0.88)	5.0
	2014年2		5.0	(0.95)	5.0
	2015年1		4.6	(1.00)	4.8
	2015年2		4.7	(0.79)	5.0

2014年1：2014年入学生 9月調査
 2014年2：2014年入学生 1月調査
 2015年1：2015年入学生 4月調査
 2015年2：2015年入学生 1月調査

自覚が高い者は低い者に比べ、「計画性」と「自尊心」が有意に高いと報告されている(高橋ら, 2013)。本研究においては、調査時期別の対象者が同一ではないことから時期別の特徴が相殺

された可能性、反対に特徴が顕在化した可能性はあるが、いずれにしても大学生として論理的思考力の強化は重要と考える。

2. A大学看護学科1年次生のコミュニケーション能力育成に向けた多分野協働の教育方法

A大学看護学科1年次生を対象とした2年間の調査から、日常生活スキルの「計画性」、「情報要約力」、「自尊心」、「前向きな思考」、「リーダーシップ」およびENDCOREs「表現力」、「自己主張」といった「表出系」の自己評価が低いという特徴が示された。よって、自己評価が低い項目を少しでも高めるための多分野協働の教育方法の試案を、以下に述べる。

A大学看護学科では、1年次前期に「日本語表現」、「倫理学」、「心理学」、「看護を知る」、および基礎看護学の科目が開講されている。「日本語表現」では論理的に記述する力を養い、「倫理学」では正解のない問題に対して自分の意見をまとめる力を養うことで表現力や情報要約力を学ぶことが可能である。また「心理学」では他者理解に必要な自己理解を促し、自己理解することの意味を考える機会となる。「看護を知る」や基礎看護学の科目ではグループでの協働作業を通して計画性、リーダーシップ、コミュニケーション力を養うことが可能である。中でも1年次後期に開講される基礎看護学の科目である「援助的人間関係論」の授業では、自己理解・他者理解およびコミュニケーション力を高めることを目的に、授業毎に異なるテーマでグループ討論を行う。最初に行う自己紹介の内容について、事前に「日本語表現」の中で自分について記述する機会をつくり、「倫理学」で扱った対人間関係や価値観に関わるテーマを再考し、自分の考えを他者と共有するといった科目間連携が可能と考える。また、各授業の展開にあたっては、学生自らが授業目標に到達するための計画を立て、実施・評価できる支援も必要と考える。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究では調査票の回収率が低く、A大学看

護学科1年次生の日常生活スキルやコミュニケーション・スキルの特徴を十分に捉えきれていないという限界がある。また、同一の対象者に対する継続的な調査ではないため、結果の変化を直接表現するものではない。

今後は、日常生活スキルやコミュニケーション・スキルを継続的に調査し、多分野連携の教育効果を調査するとともに、カリキュラムが異なる他大学の看護学生との違いについても検討する必要がある。

VI. 結論

1. A大学看護学科1年次生の2年間の調査において、日常生活スキルは「対人マナー」と「感受性」の自己評価が高く、「計画性」、「情報要約力」、「自尊心」、「前向きな思考」、「リーダーシップ」の自己評価が低い傾向であった。
2. A大学看護学科1年次生のコミュニケーション・スキルは、「他者受容」が高く、「表現力」、「自己主張」が低い傾向にあった。
3. 調査の時期による違いでは、日常生活スキルの「個人的スキル」の下位尺度である「計画性」の得点が、学年末でやや低下している傾向がみられた。
4. 1年次における多分野の科目連携により、「計画性」、「自尊心」、「情報要約力」、「自己主張」が高まると考えられた。

謝辞

本研究の趣旨をご理解いただき、調査にご協力いただいた学生の皆様に心より感謝を申し上げます。なお、本研究は平成26年度日本医療大学学術助成費および平成27年度日本医療大学教育向上研究費（研究代表：山田敦士）の助成を受けて実施したものです。

引用文献

藤本学, 大坊郁夫(2007). コミュニケーション・

スキルに関する諸因子の階層構造への統合の試み. パーソナリティ研究, 15, 347-361.

藤本学 (2013). コミュニケーション・スキルの実践的研究に向けたENDCOREsモデルの実証的・概念的検討. パーソナリティ研究, 22 (2), 156-167.

河内浩美, 池田かよ子 (2014). 看護学生におけるSOCとコミュニケーション・スキルの実態—実習の経験別による比較—. 新潟青陵学会誌, 7 (1), 57-62.

喜瀬貴祥, 遠藤伸太郎, 飯村周平, 大石和男 (2013). 大学生におけるライフスキルと攻撃性および精神的健康との関連. 学校保健研究, 55, 402-413.

小林千世, 柳沢節子, 松永保子 (2013). 看護系大学生のライフスキルに関する研究. 応用心理学研究, 39 (1), 65-66.

倉元俊輝, 大坊郁夫 (2012). 大学生のコミュニケーション・スキルの特徴に関する研究—ENDCOREsを用いた検討—. 対人社会心理学研究, 12, 149-156.

島本好平, 石井源信 (2006). 大学生における日常生活スキル尺度の開発. 教育心理学研究, 54, 211-221.

高橋ゆかり, 本江朝美, 古市清美, 鹿村真理子 (2013). 看護学生の批判的思考態度と日常生活スキルおよび自己肯定感との関連. 第43回日本看護学会論文集看護教育, 98-101.

WHO (1997). WHO・ライフスキル教育プログラム. 大修館書店. 12.

短報

看護学生1年生が在学中に希望する性教育に関する実態調査

A questionnaire survey of how to conduct sex education based on preferences among first year nursing school students

福島 眞里, 門間 正子, 合田 恵理香, 高儀 郁美, 佐々木 由紀子, 原谷 珠美
Mari FUKUSHIMA, Masako MOMMA, Erika GODA,
Ikumi TAKAGI, Yukiko SASAKI, Tamami HARAYA

日本医療大学保健医療学部看護学科

要旨

全国の看護学生1年生2,590人を対象に、在学している学校で希望する性教育に関する調査を行った。544人から回答（回収率21.0%）があり、有効回答数は543人（有効回答率99.8%）であった。48.3%が在学している学校において性教育を受けることを希望しており、希望する内容で最も多かったのは「愛とは何か」、次いで「性感染症」、「性的マイノリティ（性同一障害・同性愛など）」であった。希望する担当者で最も多かったのは「助産師」、次いで「性教育の専門家」、「看護師」であった。希望する形態で最も多かったのは「講演会」、次いで「必修科目の授業」、「選択科目の授業」であった。

In this study, we conducted a questionnaire survey about details of preferences for sex education among first year nursing school students across Japan. We distributed questionnaires to 2,590 students, and received 544 responses (21.4%). Of these 543 were included as valid responses (99.8%). Analysis showed that 48.3% of the students wish to have sex education taught at school. The most frequently answered item the students wish to have addressed was “What is love”, followed by “sexually transmitted diseases” and “sexual minority issues (gender identity disorder and homosexuality)”. The most frequently requested occupational preference for lecturers was “midwife”, followed by “specialist in sex education” and “nurse”. The most frequently answered presentation preference was as a “lecture”, followed by designation as “a required subject”, and as “an optional subject”.

キーワード：性教育 看護学生 実態調査

I. はじめに

現在、日本の性教育は学習指導要領に基づいて小学校、中学校、高等学校で実施されており、大学生を対象にした先行研究において、大学入学までに95%以上が性教育を受けている（木村ら、2007；仁木ら、2011）と報告されている。このように殆どの大学生がすでに大学入学前に性教育を受けているが、仁木ら（2011）の調査によると大学生の41%が、高校卒業後も性教育を望んでいることが明らかになっている。

2011年の第7回青少年の性行動全国調査報告（日本性教育協会、2013）によると、大学生の性交経験率は高校生に比して男女共に急激に増加しており、大学入学後に性行動が活発化しているといえる。池内ら（2010）、仁木ら（2011）は、性行動が活発化する時期にある大学生に高校卒業後も継続して性教育を行う必要があると報告している。特に看護学生は、将来人々の健康を支援する役割を担うことから、適切な性行動をとり、性に関する正しい知識を習得するため、看護基礎教育課程における性教育は重要な課題であると考えられる。

先行研究において、大学生の性教育の課題（岡部ら、2009；仁木ら、2011；亀崎ら、2012）、看護学生の性の知識、行動に関する実態（木村ら、2007；橋本、2011；高畑、2015）については明らかになっている。しかし、看護学生を対象にした在学中に希望する性教育に関する全国調査の報告は見当たらない。そこで、看護基礎教育課程における性教育を検討する基礎資料として、全国の看護学生のうち高校卒業直後が最も多い1年生（以下、学生）を対象に、在学中に希望する性教育、性行動、性知識に関する実態調査を行った。ここでは、在学している学校における性教育の希望の有無、希望する性教育の内容、担当者、形態について報告する。

II. 調査方法

調査期間は、平成27年9月18日から平成28年

1月12日であった。

全国の看護系大学、短期大学、専門学校のうち所在地、教育機関の種類に偏りがないように層化二段無作為抽出法にて調査協力校を抽出し、調査協力を依頼した。調査対象は、調査協力の承諾が得られた30校に在籍する1年生2,590人とした。

調査方法は、郵送法による無記名自記式質問紙調査とした。調査協力の承諾が得られた学校に調査依頼文書と調査票を郵送した。対象者への調査票の配布は調査協力校に依頼し、回収は対象者個々による郵送とした。

調査内容は、対象者の基本属性、在学している学校における性教育の希望の有無、希望する性教育の内容、担当者、形態とした。なお、希望する性教育に関する質問項目は、第7回青少年の性行動全国調査（日本性教育協会、2013）および類似の先行研究（遠藤ら、2006；仁木ら、2011；亀崎ら、2012）を参考にして作成した。

倫理的配慮として、対象者に文書で本研究の目的、研究参加の自由意志、途中中断の自由意志、匿名性と守秘義務の遵守、データの秘匿、保管方法などについて説明した。調査票の返送をもって、研究参加の同意とみなした。なお、本研究は日本医療大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：倫理27-4）。

III. 結果

1. 対象者の属性

2,590人のうち544人から回答（回収率21.0%）があり、有効回答数は白紙回答1人を除く543人（有効回答率99.8%）であった。平均年齢±SDは19.5±0.5歳であった。表1に対象者の性別、学校の種別、婚姻状況について示す。

2. 在学している学校で希望する性教育について

在学している学校で性教育を希望するか否かについて質問した結果、「受けない」と回答し

表1 対象者の属性

項目	内訳	全体 (n = 543)	
		人数	(%)
性別	男性	42	7.7
	女性	490	90.2
	無回答	11	2.1
学校の種別	大学	316	58.2
	短期大学	129	23.8
	専門学校	87	16.0
	無回答	11	2.0
婚姻状況	未婚	525	96.7
	既婚	6	1.1
	無回答	12	2.2

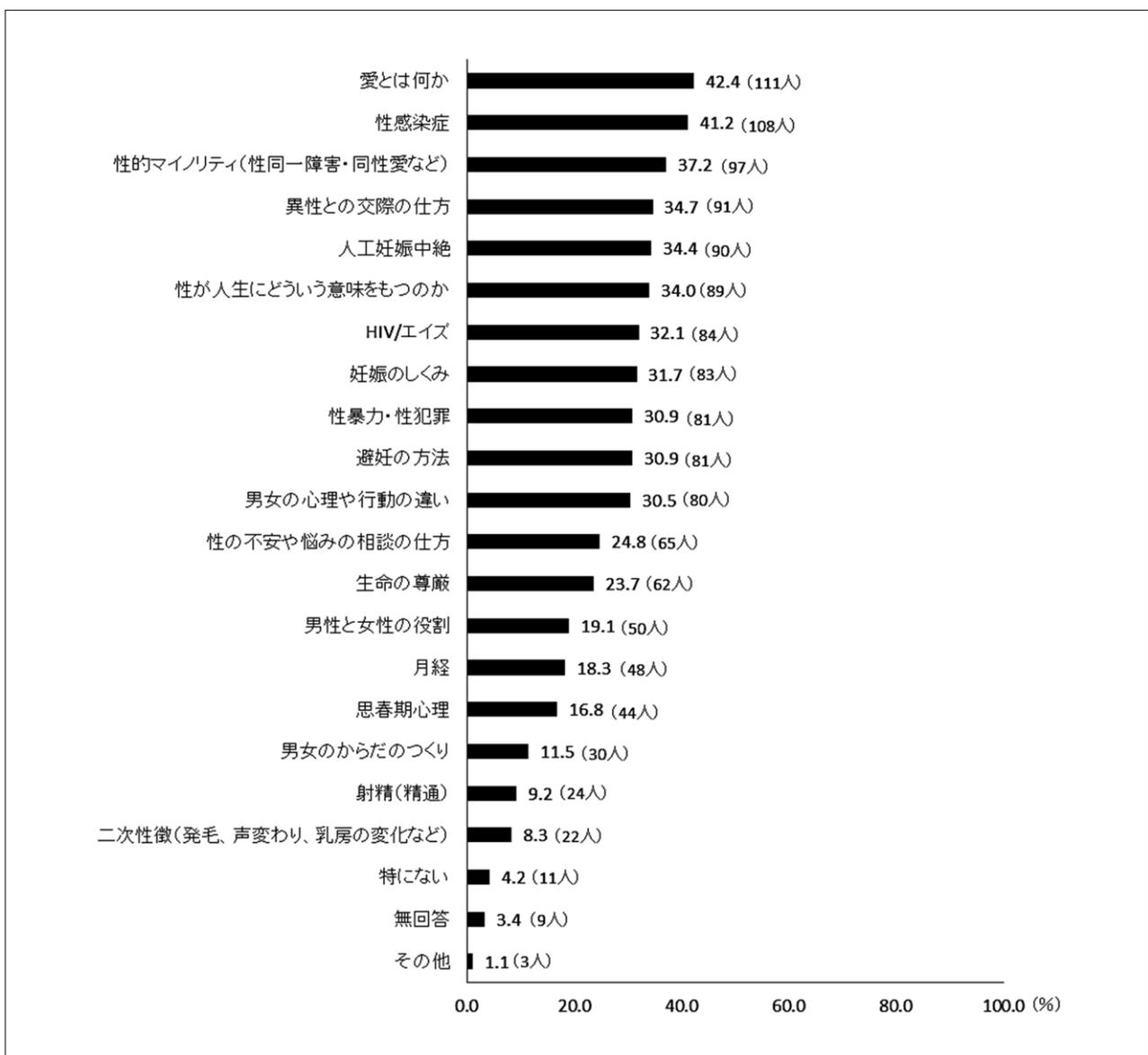


図1 在学している学校で希望する性教育の内容 (複数回答) n = 262

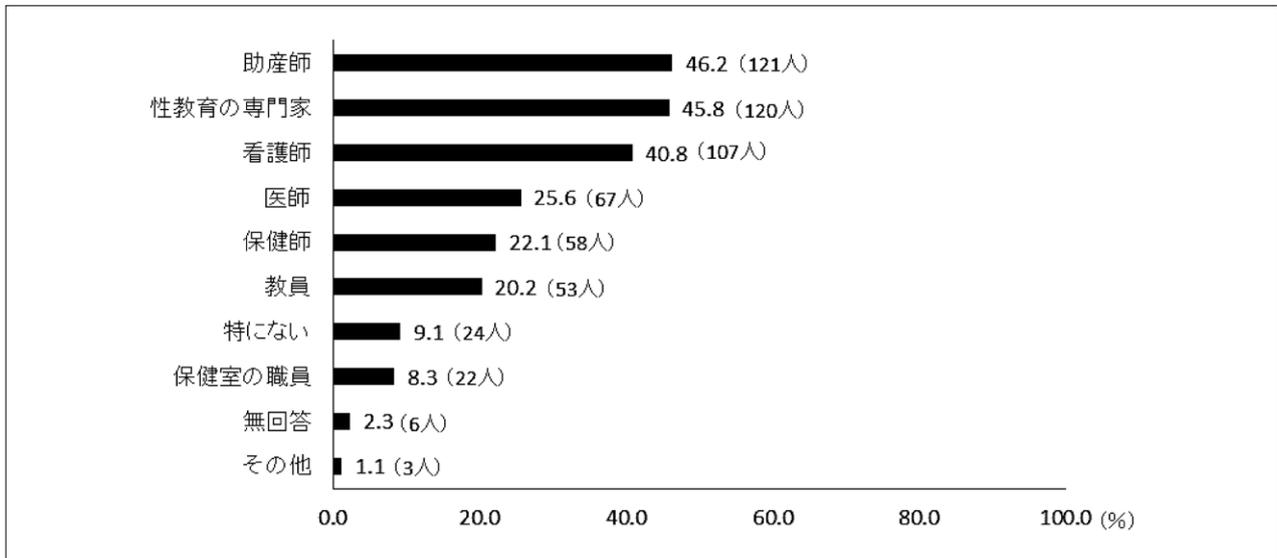


図2 在学している学校で希望する性教育の担当者 (複数回答) n=262

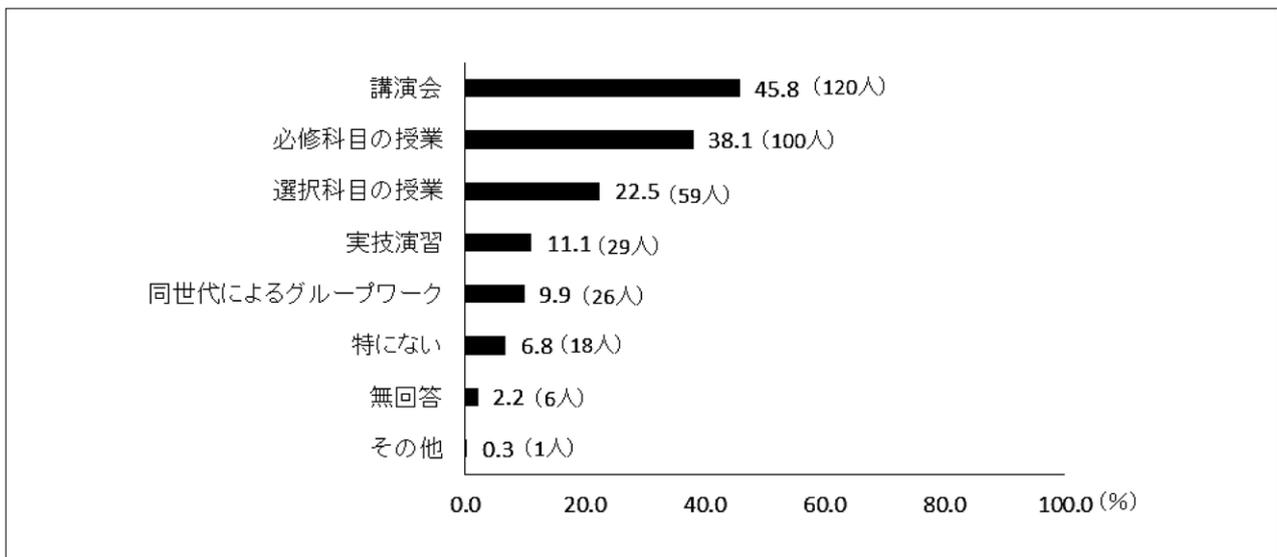


図3 在学している学校で希望する性教育の形態 (複数回答) n=262

たのは262人 (48.3%), 「受けたくない」と回答したのは276人 (50.8%), 無回答は5人 (0.9%)であった。

受けたいと回答した262人に希望する性教育の内容, 担当者, 形態について回答を求めた。希望する性教育の内容について図1に示す。最も多かったのは「愛とは何か」が111人 (42.4%), 次いで「性感染症」が108人 (41.2%), 「性的マイノリティ (性同一障害)」が97人 (37.2%)であった。

希望する性教育の担当者について図2に

示す。最も多かったのは「助産師」が121人 (46.2%), 次いで「性教育の専門家」が120人 (45.8%), 「看護師」が107人 (40.8%)であった。

希望する性教育の形態について図3に示す。最も多かったのは「講演会」が120人 (45.8%), 次いで「必修科目の授業」が100人 (38.1%), 「選択科目の授業」が59人 (22.5%)であった。

IV. 考察

本調査において在学している学校で性教育を希望する学生は, 262人 (48.3%)であった。

これは一般の大学生を対象とした先行研究（仁木ら，2011年）の41.0%と比べて高い割合だった。一方，希望しないと回答した学生が276人（50.8%）であり，性教育を希望する学生数より希望しないと回答した学生数が上回る結果となった。前述したように，性行動は高校卒業後に活発化すること，大学生を対象とした先行研究によると性交渉を経験することにより性教育へのニーズが高まる（池内ら，2010）との報告があることから，今後の性行動によっては，性教育の希望の有無に変化が生じる可能性があるかと推察される。

在学している学校で希望する性教育の内容で最も多かったのは，「愛とは何か」であった。次いで多かったのは，「性感染症」であった。亀崎ら（2012）は，性感染症については，殆どが高校までに教わっているが，それに関する知識の正解率が低いことから，高校までの性感染症における性教育が十分とはいえないと指摘している。大学生になり性行動が現実的なものとなったことによって，「性感染症」への関心が高まり，確かな知識を得ることを望んでいると推察する。次いで多かったのは，「性的マイノリティ（性同一障害）」であった。2011年に実施された第7回青少年の性行動実態調査報告（日本性教育協会，2013年）によると，性的マイノリティについて高校で教わったと回答したのは18.2%と低い結果が報告されている。また，今日，性的マイノリティ者の人権問題や法の整備が社会において課題となっている。したがって，高校生までの性教育における性的マイノリティに関する知識の獲得が不十分であることや社会における性的マイノリティへの認識の高まりが，本調査の結果につながっている可能性があると考えられる。

在学している学校で希望する性教育の担当者で最も多かったのは「助産師」，次いで「性教育の専門家」，「看護師」であった。これらの職種は，生命の誕生や性に関わる専門性の高い職

種であり，社会に正しい知識，新しい情報を提供する役割を担っている。学生は，これらの職種から性教育を受けることで，正しい知識，新しい情報を教わることを望んでいると推察する。しかし，同じように専門性の高い職種である「医師」，「保健師」，看護職の資格を有している「教員」を希望する割合は低かった。「医師」，「看護師」の割合が低かったのは，本調査の対象者が看護学生1年生であることから，これらの職種のイメージが確立されていない可能性があり，性教育の指導者としてのイメージがないことが影響しているのではないかと推察する。辻ら（2002）は，看護学生の医師へのイメージは学習によってより具体的に確立されると述べ，倉林（2006）は，看護学生の保健師の活動の認知について，保健師を志望する看護学生でさえその認知度が低いことを指摘している。また，希望する性教育の担当者において，看護教員は看護師としての資格を有しているにも関わらず，希望する割合が低かった。これは，身近な存在である看護教員から，プライバシーに深く関わる性に関しての教育を受けることに羞恥心があること，また，学生にとって看護教員は教育者としての存在感が強く，看護職者としてのイメージが弱いためではないかと考える。

在学している学校で希望する性教育の形態で最も多かったのは「講演会」，次いで「必修科目の授業」，「選択科目の授業」であった。実技演習による技術の習得やグループワークで同世代から学ぶことについては希望が少なく，講演会や授業を通して，正しい知識を獲得することを期待していると推察する。仁木ら（2011）の調査によると看護学生は，高校卒業後の性教育について学業の場を通じて信頼できる講師から学びたいという要望がある。本調査の対象者においても同様のことを希望していると推察する。

今回の研究の限界として，調査票の回収率が21.0%と低いため，全国の看護学生の特徴を十

分にとらえているとは言い難い。回収率が低かったのは、性教育への関心は個人差があること、性教育について回答することの羞恥心による抵抗感などが影響していると考ええる。

今後は、性行動や性知識に関するデータを加え、性教育に関する希望と属性、性行動、性知識との関連などについて検討していく必要がある。

V. 結論

1. 看護学生の48.3%が、在学している学校において性教育を希望した。
2. 看護学生が、在学している学校において希望する性教育の内容で最も多かったのは「愛とは何か」、次いで「性感染症」、「性的マイノリティ」であった。
3. 看護学生が、在学している学校において希望する性教育の担当者で最も多かったのは「助産師」、次いで「性教育の専門家」、「看護師」であった。
4. 看護学生が在学している学校において希望する性教育の形態で最も多かったのは「講演会」、次いで「必須科目の授業」、「選択科目の授業」であった。

謝辞

調査協力をご快諾いただき、ご多忙の中、調査票の配布などをして下さいました調査協力校の関係者の皆様、調査票にご回答をいただきました学生の皆様に心より感謝申し上げます。また本調査は平成27年度日本医療大学学術助成費（研究代表：福島眞里）を受けて実施いたしました。助成していただいた学校法人日本医療大学に感謝いたします。

引用文献

池内麻穂，池田千紗，香川早苗，他（2010）．
大学生の性行動と性教育．日本看護学会論
文集母性看護，40，99-101.

- 遠藤紗貴子，中野明德（2006）．思春期・青年
期における性教育のあり方についての一考
察—教員へのアンケート調査から—．福島
大学総合教育研究センター紀要，1，9-16.
- 岡部恵子，佐鹿孝子，大森智美，他（2009）．
大学生の認識をもとにした高等学校におけ
る性教育の現状と課題（第1報）．母性衛生，
50（2），343-351.
- 片瀬一男（2013）．第7回「青少年の性行動全
国調査」の概要．日本性教育協会編．「若
者の性」白書—第7回青少年の性行動全国
調査報告—（初版）．17-18．東京：小学館.
- 亀崎明子，田中満由美，村上裕紀（2012）．大
学1年生が今までに受けた性教育の内容と
性の知識・意識・行動の実態および性教
育の課題．山口県母性衛生学会会誌，28，
6-11.
- 木村好秀，齋藤益子，菅陸雄（2007）．看護系
大学生の性意識・性行動の実態とピルの使
用移行に関する調査．母性衛生，48（1），
66-73.
- 倉林しのぶ（2007）．保健師を志望する学生の“地
域看護活動”の認識度と進路選択への動機
づけ．高崎健康福祉大学紀要，6，21-28.
- 高畑正子，大川明子，梅田徳男（2015）．看護
大学生の特性的自己効力感が職業アイデン
ティティに与える影響．中京学院大学看
護学部紀要，5（1），27-39.
- 辻慶子，鷹居樹八子，半澤節子，他（2002）医
学生と看護学生の合同演習前後での医師・
看護師に対するイメージの変化．長崎大学
医学部保健学科紀要，15（1），69-74.
- 中澤千恵（2013）．性情報源として学校の果す
役割—性知識の伝達という観点から—．日
本性教育協会編．「若者の性」白書—第7
回青少年の性行動全国調査報告—（初版）．
183-188．東京：小学館.
- 仁木雪子，小沢久美子（2011）．過去に受けた
学校性教育の内容と継続のニード（第3報）

—大学生対象のアンケート調査から—. 八戸短期大学研究紀要, 34, 131-140.

日本性教育協会編 (2013). 「若者の性」白書—第7回青少年の性行動全国調査報告— (初版). 201-209. 東京: 小学館.

橋本秀実 (2011). 看護系大学生のHIV / AIDSに関する知識, 性に関する認識, および性行動とその関連. 三重県立看護大学紀要, 15, 75-85.

短報

連続First Step歩行が身体に与える影響について

How does the continuous first step walk effect on the body ?

高橋 光彦, 石橋 晃仁, 乾 公美

Mitsuhiko TAKAHASHI, Akihito ISHIBASHI, Kimiharuru INUI

日本医療大学

Japan Health Care College

要旨

歩き始めの一步は振り出し側に重心を移してから, 支持側に重心を運ぶことにより成り立つ. このはじめての一步を連続的に行うことは, 重心を前後に移動して進むため, 突進現象が起こりにくい. 連続したはじめての一步歩行 (first step walk) の特性について動作学的に明らかにすることを目的とした. 8名を対象に快適歩行と, 連続したはじめての一步歩行を10メートル行い比較した. 心拍数, 自律神経指標には変化が見られないが, 時間は6倍かかり, 移動時間を有する歩行であることがわかった.

Human shift the center gravity to the stance side after moving it to the swing side leg, in order to take his first step for walking. By performing the first step continuously (the continuous first step walk), forward movement could be achieved with moving the center of gravity back and forth and therefore, the festination does not seem to happen easily. We aimed at clarifying the characteristics of the first step walk. Eight persons performed a comfortable walk and the continuous first step walk for 10 meters, and these walks were compared. Although the difference in the cardiac beats rate and autonomic-nerves index was not found between these walks, the continuous first step walk took 6 times longer than the comfortable walk, suggested it has more travel time.

キーワード: 歩行, 一步目, 重心移動

walk, first step, movement of the center of gravity

はじめに

全ての移動は重心の移動でもある。ヒトにおいて歩行開始の第一歩目は、振り出し側の下肢にまず、重心を少し移動し、次いで支持側下肢前方に移し支持基底面から重心を外し、新たな支持基底面を作り、前方へ移動することにより形成され、その後の歩行においての重心軌跡は sign カーブを描きながら前方へ移動していく。

重心移動が困難な疾病の一つにパーキンソン病による運動障害がある。パーキンソン病の運動障害には、はじめの一步が出ない、歩くと突進する、Uターン時にふらつく、狭い空間に入ると足が出しにくくなるなど、日常生活における移動に困難を生じ生活の質が低下する。特に重心が加速度的に前方へ移動する突進現象は転倒骨折などのリスクが伴うため、突進現象に対応するリハビリテーションとして、重心の移動方向をより外側に誘導するスケート歩行（濱田ら2010）、両上肢でポールを握って四肢の連動運動型のノルデックウォーク（Frankら2008）、動作を大きく強調するLSVT-Big（Ramigaら2001）などが開発されている。また、最近、矛盾性運動を利用した反復ステップ運動（梅原ら2015）による報告がなされた。今回、我々は重心移動を前後に随意的にコントロールし前方突進を制御する新たな歩行様式として、歩行開始の第一歩目を連続して行うため、二歩目も前足にある重心を後ろ足に軽度戻し、再度前足に重心を移し、二歩目を形成させる歩行（連続First Step歩行）を考案した。この一步毎に前後に移動させて前進し、常にはじめの一步状態で歩行する方法を複数名のパーキンソン患者に行ってみたところ突進現象が見られなくなったため、基礎研究として連続したはじめの一步歩行（連続First Step歩行）の身体に及ぼす影響について明らかにすることを目的とした。

方法

対象者は男子青年8名（ 19.2 ± 0.7 歳：平均年

齢±標準偏差）とし、下肢の整形疾患はない。対象者は5分間の安静坐位をとり、10メートルの直線歩行路を快適歩行で1往復して着座して十分な休息後に10メートルの重心を前後に移動しながら行う連続First Step歩行を1往復する2種類の歩行を行なう。なお、連続First Step歩行は練習を行った後に測定する。対象者に研究目的を説明し同意を得て、測定を行った。本研究は日本医療大学倫理委員会の承認を得て行った（承認番号：倫理27-17）。

歩行動作はビデオ撮影し、10メートル歩行の1分間あたりのステップ数（ケイデンス）、歩行時間を計測した。循環器系の測定パラメーターは安静時、2種類の歩行後の心拍数と血圧、およびRR間隔変動のスペクトル解析を携帯型心電計チェック・マイハート（Handheld HRV）Model:CMH3.0（株式会社トライテック）を用いた。Handheld HRVの特性は周波数帯域0.15～40 Hz、A/D変換12 bits、サンプリング周波数250 samples/sec、測定時間300秒であり、静止時測定が解析条件である。Handheld HRVの電極を両前腕遠位部に貼付し、坐位にて、安静、快適歩行直後、連続First Step歩行直後の各5分間の心電図を計測し、PCによるスペクトル解析（AR解析）を行う。R波ピーク毎の間隔（RR間隔）を計測し、心拍変動をスペクトル解析することにより自律神経活動の情報が得られ、心拍変動のパワースペクトル密度関数は、低周波成分（LF, 0.04-0.15 Hz）と高周波成分（HF, 0.15-0.4 Hz）の2つのピークを示すとされる。そして、パワースペクトルのLF成分（副交感・交感神経の活動）、HF成分（副交感神経の活動）、各スペクトル積分値と心拍数の時間変化を解析し、LF/HFを交感神経活動指標、HF成分を副交感神経活動指標としている（日本自律神経学会編2007）。

統計分析は、統計解析ソフト（SPSS ver11.5j）を用いて快適歩行と連続First Step歩行におけるケイデンスと歩行時間の二群間の

表1 快適歩行と連続First Step歩行の比較

	歩数 (steps/10m)	速度 (m/s)	ケイデンス (steps/min)
快適歩行	14.6 ± 3.2	1.00 ± 0.15	87.9 ± 19.6
連続First Step歩行	27.6 ± 4.4*	0.15 ± 0.05*	25.5 ± 4.9*
平均値の差	13 ± 4.4	-1.16 ± 0.18	-62 ± 20.8

*p<0.001

表2 パワースペクトル解析 (AR解析)

	H成分 (ms ²)	L/H比
安静	37.38 ± 17.97	2.47 ± 2.06
快適歩行	43.32 ± 15.18	1.75 ± 1.62
連続First Step歩行	39.72 ± 16.59	2.16 ± 2.01
歩行の平均値の差	7.19 ± 9.72	-0.81 ± 0.33

n.s.

比較は対応のあるt検定を用い、快適歩行と連続First Step歩行での安静時および2種類歩行後の心拍数、血圧、パワースペクトル値の比較は分散分析およびtukeyの検定を行い、有意水準を5%以下とした。

結果

8名の対象者はすべての測定を取り終えたが、RR間隔測定時に体動の混入が1名に認められたためスペクトル解析は7名分で行った。快適歩行と連続First Step歩行における、10メートル歩行の歩数、速度、ケイデンスはそれぞれ、歩数14.6 ± 3.2歩と27.6 ± 4.4歩 (1.9倍)、速度1.00 ± 0.15m/sと0.15 ± 0.05 m/s (0.15倍)、ケイデンス87.9 ± 19.6steps/min, 25.5 ± 4.9 steps/min (0.3倍) となり、それぞれ有意差 (P<0.001) が見られた (表1)。

心拍数は、安静、快適歩行後、連続First Step歩行後において74.0 ± 12.0 bpm, 71.5 ± 10.5 bpm, 68.8 ± 9.3 bpmで有意差は見られなかった。パワースペクトル解析 (AR解析) では、安静時、快適歩行直後と連続First Step歩行直後での5分間の値は、H成分では37.38 ± 17.97 ms², 43.32 ± 15.18 ms², 39.72 ± 16.59ms²

でありL/H比は2.47 ± 2.06, 1.75 ± 1.62, 2.16 ± 2.01であり、3群間には有意差は認められなかった (表2)。

考察

連続First Step歩行は快適歩行と比べ、心拍数の変化に差は認められなかったが、10メートル歩行での速度は平均0.15倍になり、移動時間のかかる歩行様式であった。自律神経に及ぼす影響は安静時、連続First Step歩行直後、快適歩行直後の比較では差が認められなかったため、連続First Step歩行は緊張する歩行様式ではないことを示した。対象者は連続First Step歩行を少し練習しただけで、すぐに覚え、10メートルの往復歩行での失敗例はなかったことから、平易な歩行様式であると考えられる。

結論

連続First Step歩行は重心移動を随意的にコントロール歩行として行え、身体に対する自律神経系の影響は快適歩行との有意な差は認められなかった。連続First Step歩行は前方への重心移動を制御出来る歩行としてリハビリテーションで応用できる可能性が示唆された。

引用文献

- F,J.M.van Eijkeren, R,S.J. Reijmers, M,J. Kleinveld, A,Minten, et al. (2008). Nordic walking improves mobility in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 23 (15), 2239-2243.
- J. Perry, J, M. Burnfield (2012) : ペリー 歩行分析 正常歩行と異常歩行 原著第2版 (武田功・他監訳). 東京 : 医歯薬出版.
- 濱田晋輔, 田代邦雄 (2010), Parkinson病に対する skate walking の有効性—新たな試み—, *神経内科* 73, 565-572.
- L.Ramiga, S.Sapirb, S.Countrymanb,, et al. (2001). Intensive voice treatment (LSVT®) for patients with Parkinson's disease: a 2 year follow up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* ; 71. 493-498.
- 日本自律神経学会編 (2007) .自律神経機能検査 第3版, 東京 : 文光堂,
- 梅原圭二, 高橋光彦 (2015). パーキンソン病の姿勢反射障害, すくみ足に対するクロスオーバーデザイン・矛盾性運動を利用した反復ステップ運動の効果. *PTジャーナル*, 49 (4), 365-373.

短報

横斜面路歩行時の下肢筋活動

Muscle activities of the lower extremities during gait
on the transverse gradient road surface西山 徹¹⁾, 向井 康詞²⁾, 高橋 光彦³⁾, 乾 公美³⁾Toru NISHIYAMA¹⁾, Koji MUKAI²⁾, Mitsuhiko TAKAHASHI³⁾, Kimiharu INUI³⁾

1) 日本医療大学 2) 日本福祉リハビリテーション学院

3) 日本医療学部 保健医療学部

1) Japan Health Care College 2) Japan Welfare & Rehabilitation School

3) Faculty of Health Sciences, Japan Health Care College

要旨

本研究は、横斜面路歩行の下肢筋活動の筋電計を用いた分析を行い、その特徴を明らかにすることを目的とした。対象者は、下肢の整形外科的疾患等の既往や徴候を有しない健常男性9人とし、平地歩行と横斜面路歩行の下肢筋活動を比較した。横斜面路勾配は7°とした。導出筋は、左右の中殿筋、大腿直筋、前脛骨筋、ヒラメ筋の4筋とした。横斜面路歩行時、平地歩行に比べて勾配側（上方）の立脚期で大腿直筋と前脛骨筋の活動が増加し、遊脚期で前脛骨筋の筋活動が増加した。非勾配側（下方）の下肢筋活動は、平地歩行と差を認めなかった。横斜面路歩行の立脚期では、横斜面により左右の足部接地の高さに違いが生じるため、対側の足部接地のために身体を下方へ変位させる必要がある。そのため大腿直筋の活動に変化が認められたと考える。また、遊脚期では足部のクリアランス確保のため前脛骨筋の筋活動に変化が認められたと考える。

This study aimed to analyze the muscle activity of transverse gradient road surface walking, and to characterize the activity pattern of leg muscles in nine young males without orthopedic disease. Muscle activities of lower extremities by electromyogram (EMG) were compared between the level ground and transverse gradient road surface (a slope of 7 degree) gait. The deriving muscles were both gluteus medius, rectus femoris, tibialis anterior muscle, and soleus muscles. Results showed that muscle activities of the rectus femoris and tibialis anterior muscle on the slope side (upward) increased during the stance phase, and that the muscle activity of the tibialis anterior muscle increased during the swing phase. No significant change was observed in muscle activities of all muscles on the non-gradient side (downward). The stance phase of the transverse gradient road surface walking, because of a difference in height of the left and right foot grounded by the transverse gradient, it is necessary to displace the body downward for the contralateral foot ground by a slope. Therefore consider a change in the activities of the rectus femoris muscle was observed. Also, we infer that such a change was observed in EMG activity of the tibialis anterior muscle for clearance of the swing phase.

キーワード：歩行, 筋電図, 横斜面路

Gait, Electromyogram, transverse gradient road surface

I. はじめに

移動は日常生活において必要不可欠な動作の1つであり、特に歩行は室内だけでなく屋外の様々な路面で安全に行う必要がある。そのため、理学療法では屋外での歩行の獲得を目標に応用歩行練習を施行する。

臨床において、屋内歩行が自立しているにも関わらず、難易度の高い応用歩行（階段昇降等）以外に屋外での歩行が困難な場合に直面する。屋内と屋外での環境の違いにより、わずかな路面の変化でも歩行パターンは大きく影響を受ける^{1,2)}。また、屋外の一般的な歩道は、国土交通省道路構造令³⁾の規程により、最大で12%の勾配を設けることが可能とされており、この勾配に適應する能力が屋外歩行には求められる。

先行研究では、トレッドミル上での横斜面路歩行の筋電図を分析した結果、立脚期における下肢の筋活動は勾配側（上方）・非勾配側（下方）共に増加傾向を示したと報告されている⁴⁾。しかしながら、横斜面路歩行の1歩行周期における筋活動は分析が十分になされていない。屋外歩行獲得のためのより良い理学療法を提供するには、基礎的な資料として、横斜面路歩行についてさらに分析を行う必要があると考える。よって、本研究の目的は、横斜面路歩行の筋活動の分析を行い、その特徴を明らかにすることとした。

II. 方法

1. 対象

対象者は、歩行を制限する整形外科的疾患等の既往や徴候を有しない健常男性9人（平均年齢 18.9 ± 0.3 （標準偏差）歳、平均身長 171.6 ± 3.9 cm、平均体重 64.4 ± 6.9 kg）とした。

倫理的配慮として、対象者に対して本研究の目的、内容、予測される危険性などを説明したうえで、本研究に参加することの同意を書面にて取得した。また、本研究は、日本医療大学研究倫理委員会にて承認を受け実施した。

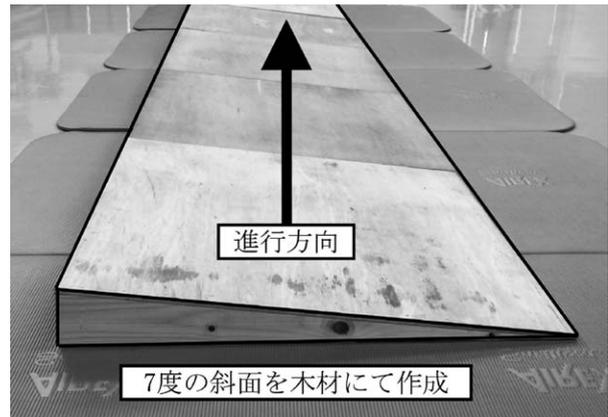


図1：横斜面路

2. 測定機器および測定項目

表面電極を左右の股関節外転筋（中殿筋：大転子と腸骨稜を結ぶ線の近位1/3）、膝関節伸展筋（大腿直筋：上前腸骨棘と膝関節を結ぶ線の中央）、足関節底屈筋（ヒラメ筋：下腿の遠位1/2でアキレス腱外側）、足関節背屈筋（前脛骨筋：膝関節と足関節を結ぶ線の近位1/3で脛骨外側にある筋腹）の4箇所（計8箇所）に貼付した⁵⁾。歩行路面条件は、1）平地、2）横斜面（勾配7°）の2つとした（図1）。測定時の歩行速度は、両条件とも至適歩行速度とした。なお、横斜面路歩行では左側が勾配側となるよう統一した。筋電計はTeleMyo 2400T（酒井医療社製）を使用し、サンプリング周波数は1500Hzで測定を行った。また、1歩行周期を抽出するために歩行時に1台のビデオカメラで撮影し、筋電計と同期させた。ビデオカメラは歩行路側面に設置した。

3. データ処理方法

筋電計と同期したビデオカメラの映像により、各対象者の左右1歩行周期（立脚期・遊脚期）の筋電図を抽出した。その後、筋電図解析ソフトウェアMyoResearch XP（Noraxon社）を用いて全波整流化及び50msec毎のroot mean squareによる平滑化を行い、筋電図積分値（integrated electromyogram）を求め、各筋の全対象者の平均値を算出した。

4. 統計処理

統計処理ソフトにはR (ver.3.1.2) を用いた。統計処理は、対応のあるt検定を行い、平地歩行時と横斜面歩行時の筋活動を比較した。統計学的有意水準は危険率5%未満とした。

Ⅲ. 結果

横斜面路条件で、勾配側の立脚期の前脛骨筋と大腿直筋の活動が平地歩行と比較し有意（それぞれ、 $p < 0.05$ ）に増加し、その他の筋では有意差が認められなかった。勾配側の遊脚期の前脛骨筋の活動が平地歩行と比較し有意（ $p < 0.05$ ）に増加した（表1）。

非勾配側では、立脚期・遊脚期共に全ての下肢筋の活動に有意差を認めなかったが、立脚期

のヒラメ筋の筋活動が増加傾向（ $p = 0.05$ ）であった（表2）。

Ⅳ. 考察

本研究では、横斜面路における下肢の筋活動の特長を明らかとすることを目的とした。その結果、勾配側では立脚期に大腿直筋と前脛骨筋の筋活動の増加、遊脚期に前脛骨筋の筋活動の増加が認められた。下り坂道歩行では、身体を下方に変位させるため大腿四頭筋の筋活動が増加すると報告されている^{6,7)}。勾配側の立脚期における大腿直筋の筋活動増加は、下り坂道歩行同様、立脚終期から前遊脚期において、対側下肢を対象脚よりも低地に接地させるため身体を下方に変位させたことが原因であると考えられる。

表1：平地歩行（左側）と横斜面路歩行（勾配側）の各相における平均筋電位量（ μV ）

	平地（左側）	勾配側	差（勾配側-平地）	
立脚期				
前脛骨筋	12.66 ± 9.45	16.55 ± 13.24	3.89 ± 4.47	*
ヒラメ筋	44.05 ± 17.65	43.06 ± 24.97	-0.99 ± 13.88	
大腿直筋	23.45 ± 18.82	32.12 ± 22.78	8.67 ± 6.22	*
中殿筋	35.82 ± 20.87	29.82 ± 18.05	6.00 ± 8.25	
遊脚期				
前脛骨筋	19.08 ± 14.55	26.40 ± 15.06	7.32 ± 7.70	*
ヒラメ筋	21.34 ± 16.17	20.59 ± 16.74	-0.75 ± 6.48	
大腿直筋	20.34 ± 21.19	14.01 ± 5.39	-6.33 ± 16.96	
中殿筋	29.82 ± 29.53	28.71 ± 26.92	1.10 ± 17.13	

値：平均値 ± 標準偏差

*：平地と勾配側の比較で有意差あり（ $p < 0.05$ ）

表2：平地歩行（右側）と横斜面路歩行（非勾配側）の各相における平均筋電位量（ μV ）

	平地（左側）	勾配側	差（勾配側-平地）
立脚期			
前脛骨筋	48.80 ± 18.22	51.22 ± 23.62	2.42 ± 18.16
ヒラメ筋	40.05 ± 16.39	48.00 ± 23.31	7.94 ± 10.35
大腿直筋	13.84 ± 5.81	16.09 ± 15.16	2.25 ± 14.94
中殿筋	34.3 ± 19.57	34.11 ± 16.65	0.19 ± 7.98
遊脚期			
前脛骨筋	65.60 ± 23.09	61.17 ± 21.82	-4.43 ± 17.60
ヒラメ筋	24.43 ± 25.61	18.73 ± 17.55	-5.70 ± 19.82
大腿直筋	13.62 ± 7.04	15.33 ± 10.57	1.71 ± 8.16
中殿筋	24.07 ± 19.07	22.04 ± 18.68	-2.03 ± 3.74

値：平均値 ± 標準偏差

また、遊脚期における前脛骨筋の筋活動増加は、遊脚中期に対側下肢よりも高地で下肢の振り出しを行うため、足部と地面とのクリアランスを確保するために前脛骨筋の筋活動が増加したと考える。非勾配側の立脚期にヒラメ筋の筋活動が増加傾向であり、これもクリアランスを確保するための推進力を得るためであったと考える。

今回の使用した横斜面路は7°であり、平均的な健常男性の歩隔(10cm)をもちいて算出すると足部の接地位置に約1.2cmの高低差が生じる。この高低差によって脚長差と同様の変化が生じ、横斜面路歩行特有の筋活動になったと考える。柿本ら⁸⁾は2cm以上の脚長差が、神先ら⁹⁾は3cm以上の脚長差が歩行に影響を与えると報告しているため、本研究で用いた7°の横斜面路以上の勾配では、より大きな足部接地高低差を生じさせ、歩行に影響を与える可能性がある。今後は勾配角度を増やし、更なる検討が必要である。また、本研究では立脚期と遊脚期の2つの相を解析対象としており、今後更に詳細な歩行周期の分析が必要であると考えられる。

V. まとめ

若年健常男性を対象とした横斜面路歩行での下肢筋の筋電図的歩行分析を行った。その結果、横斜面路歩行では平地歩行と比較し、勾配側の立脚期で前脛骨筋と大腿直筋の筋活動が増加し、遊脚期で前脛骨筋の筋活動が増加した。非勾配側では筋活動に変化は認めなかった。本研究結果は、屋外の歩道に合わせた歩行分析をするための一助となり、より適当な歩行指導方法の提案を行う事に繋がると考える。

VI. 引用文献

- 1) 由利 真, 堀 享一, 新谷陽子, 他 (2002). 路面状態が歩行へ及ぼす影響. 北海道理学療法, 19, 37-41.
- 2) 真武友一 (1987). 傾斜床上の正常歩行の研究. 整形外科バイオメカニクス, 8, 179-182.
- 3) 国土交通省道路構造令. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S45/S45SE320.html>. [2015-5-20]
- 4) 松島ゆきえ, 伊藤直樹, 山上潤一, 他 (2004). 横断勾配歩行の筋電学的分析. 日本私立医科大学理学療法学会誌, 21, 14-17.
- 5) 下野俊哉 (2004). 筋電図マニュアル 基礎編. 東京: 酒井医療株式会社. 107-114.
- 6) 小野部純, 西山徹 (2012). 坂道歩行: 日常生活活動の分析-身体運動学的アプローチ-. 東京: 医歯薬出版株式会社. 183-184.
- 7) Andrea N.Lay, Chris J.Hass, T.Richard Nichols, et al (2007). The effects of sloped surfaces on locomotion: An electromyographic analysis. Journal of Biomechanics, 39, 1621-1628.
- 8) 柿本信一, 西村拓真, 林尚孝, 他 (2015). 脚長差が歩行中の体幹加速度の変動性に及ぼす影響について. 神戸国際大学学が丘論集, 24, 69-75.
- 9) 神先秀人, 依岡徹, 中村実, 他 (1993). 脚長差による歩行中の重心移動への影響. 運動生理, 8 (2), 103-109.

大学紀要投稿規程

(平成27年10月1日改正)

(目的)

第1条 日本医療大学紀要(以下「紀要」という.)の発行は、日本医療大学(以下「本学」という.)の教育の向上と本学関係者の研究の活性化を図ることを目的とする。

(投稿資格)

第2条 投稿論文の筆頭著者は本大学教員であること。左記以外の寄稿希望者については図書・学術振興委員会(以下、委員会という)が個々の事例についてその掲載の可否を判断する。

(投稿内容)

第3条 原稿は、国内外を問わず、未発表の初出原稿に限り、その内容は、所属学会誌の掲載論文に準じ、本学の科学的品位を損なわないものとする。

2 原稿は、次の基準に基づき以下のように分類する。

- (1) 原著論文：医学・看護学・リハビリテーション学およびその関連分野における新知見や新発見などが実験・調査データや文献資料などを基に論述されていると認められるもの。科学性(客観性)、新規性、独創性のあるもので、序論(目的)、方法、結果、考察、結論で構成されていなければならない。参考文献、要旨は含んでいなければならない。量的研究においては適切な統計的処理が必要である。
- (2) 総説：当該分野に関し、原著論文、研究、調査報告、症例報告等を総括、解説したもの。
- (3) 研究報告：学術上および技術上価値ある研究成果で、「原著論文」程まとまった形ではないが、結果の意義が大きく、これだけでも早く発表すべき論文内容で、当該分野の発展に寄与すると認められるもの。
- (4) 症例・事例報告：論文としてまとめるには十分なデータ量ではないが、実験・調査・臨床研究あるいは業務上の成果で記録にとどめる価値のあるもの。
- (5) 資料：原著、総説、研究報告などの分類に該当しないが、当該分野に関し公表された有用な調査・提案、提言で臨床研究や教育現場に何らかの示唆をもたらし、資料的価値があるもの。
- (6) 短報：1～2ページ程度の短い速報形式で発表されるもので新しい発見や概念をどこよりも早く発表したいときに原著形式で記述されるもの。

(査読及び採録)

第4条 投稿された原稿は査読を受ける。この結果を踏まえて委員会は採録の可否及び前項の原稿の分類を決定する。

2 各原稿の査読者については複数名とする。

3 その他査読に係ることは、委員会が決定する。

(投稿手続)

第5条 投稿手続については委員会が別に定める。

(執筆要領)

第6条 原稿の書式などは、「執筆要領」に基づかなければならない。

2 「執筆要領」は委員会が別に定める。

(編集・発行・公開)

第7条 編集・発行に関しては次のとおりとする。

- (1) 日本医療大学紀要は、原則として年1回年度末に発行する。
 - (2) 投稿締め切りは毎年1月9日とする。ただし、休日のときは翌週の平日とする。
 - (3) 校正は2回までとし、著者が責任をもって行う。
 - (4) 発行者は、日本医療大学学長とする。
 - (5) 発行は印字媒体とする。それとは別に、製本された別刷は、原稿1部につき20部までは本学が費用を負担する。それ以上の部数を希望するときは、著者の負担とする。
- 2 紀要は無料公開することを原則とする。
 - 3 編集業務は委員会がこれに当たる。編集責任者は当該年度の図書館長とする
 - 4 その他、編集・発行・公開に係わることは、委員会が決定する。

(著作権)

第8条 紀要に採録された原稿の著作権は、本学に帰属する。他誌などにその全部又は一部を使用する場合には、委員会の承認を必要とする。ただし、著者自身は自己の原稿の全部又は一部について、出典は紀要であることを明示することを条件に、委員会の承認を得ることなく利用することができる。

(事務手続き)

第9条 紀要の提出先及び紀要に関する事務は、学術情報グループが行う。

(改廃)

第10条 この規程の改廃は、教授会の議を経て学長が行う。

附 則

この規程は、平成27年10月1日から施行する。

日本医療大学紀要執筆要領

(平成27年10月1日改正)

紀要投稿規程第6条第2項に基づいて、次のとおり紀要執筆要領（以下、本要領とする）を定める。

1. 原稿は、パソコンのワープロソフトで作成し、A4判、横書き、30枚以内とする。
2. 本文のフッター中央部にページ番号を入れる。
3. 原稿は日本語、もしくは英語を用いる。なお、日本語の場合は新かなづかいを用いる。
4. 外来語、外国人名、地名、化学物質名は原語のまま用い、外国語で一般に日本語化しているものは片仮名を用いてもよい。
5. 和文は10.5ポイントで1ページ400字とし、英文は12ポイントでダブルスペースとする。
6. 原稿に表紙を付し、(1)表題（和文、英文）、(2)著者名（和文、英文）、(3)所属機関名（和文、英文）、(4)原稿の種類（論文・研究ノート）、(5)図、表、写真などの枚数、(6)3～5語のキーワード（和文、英文）、(7)要旨（400字以内の和文抄録ならびに250 words以内の英文抄録）を明記する。数字、ローマ字、欧文略語は半角とし、年表示は西暦を使用する。
7. 本文の項目分けは第1章、第1節……などとせずI、1、1）、(1)、①……とする。
8. 主な表記は原則として「及び→および、並びに→ならびに、おこなう→行う、当たり→あたり、取組み→取り組み、従って→したがって、更に→さらに、おもな→主な、充分→十分、又は→または、いえる→言える、且つ→かつ、但し→ただし、当学→本学」に統一する。
9. 図、表および写真は、図1 (Fig. 1)、表1 (Tab. 1)、写真1 (Pict. 1)等通し番号をつけ、本文とは別に一括し、本文原稿右欄外にそれぞれ挿入希望位置を朱書きする。
10. 文献の記載方法は下記に従う。

文献については、本文中は“著者名（発行年）”と記載し、著者名は姓名、発行年は西暦で記載する。

文献の配列は雑誌、著者を区別せずに著者名のアルファベット順、同一著書の場合は発行年順に列記する。

- 1) 著者が3名までの場合、省略せずに“,”を入れて列記し、欧文の場合は最後の著者に“&”を入れて結ぶ。著者が4名以上の場合は、最初の著者3名の後に“他”，欧人著者は“et al.”をつけ、4人目以下を省略してもよいし、全員列記してもよい。
- 2) 欧人著者名は、family name, first name, middle name. の順とし、first name, middle nameはイニシャルで示す。
- 3) 文献が2行以上になる場合は、2行目以下は和文2文字、英文4文字下げる。

【雑誌掲載論文】

・著者名(発行年). 論文の表題. 掲載雑誌名, 号もしくは巻(号), 最初のページ-最後のページ.
(例)

門間正子, 中井夏子, 木下久美 (2013). 奄美大島豪雨災害 (2010年) 3ヶ月後の看護師の健康調査. 日本救急看護学会雑誌, 15 (1), 12-20.

Lee, N. C., Wong, F. L., Jamison, P. M., et al. (2014). Implementation of the national breast

and cervical cancer early detection program: The beginning. *Cancer*, 120 (S16), 2540-2548.

【単行本】

・ 著者名 (発行年). 書名 (版数). 発行地 : 出版社名. ページ.

(例)

村松 幸, 中山健夫 (2015). *NEXT 公衆衛生学第3版*. 東京 : 講談社.

Naido, J. & Wills, J. (2000). *Health Promotion-foundation for practice*, (2nd Edition). London: Harcourt.

【編者, 監修者のある本の一章の場合】

・ 章の著者名 (発行年). 章の表題. 編者名. 書名 (版数). ページ. 出版地 : 出版社名

※編者や監修の場合は, “編” “監修” と記載し, 欧文の場合は “(Ed.)” または複数の編者の場合は “(Eds.)” と表記し, 欧文の場合は著者名の前に “In” を入れる.

(例)

Rodgers, B.L. (2000). *Concept analysis: an evolutionary view*. In B. L.

Rodgers & K. A. Knafl. (Eds.), *Concept development in nursing* (pp.77-102). Philadelphia: Saunders.

【翻訳書】

・ 原著者名 (原書発行年). 翻訳書の書名 (版数). 訳者名 (翻訳書の発行年). 出版社名. ページ.

(例)

Flick, U. (2007). *質的研究入門 (新版)*. 小田博志監訳 (2011). 春秋社. 65.

【オンライン文献】

・ 著者名 (update年). 著作物タイトル. URL (アドレス). 検索年月日

(例)

Scott, A., Hundahl, M. D., Irvin, D., et al. (1998). A national cancer data base report on 53,856 cases of thyroid carcinoma treated in the U. S., 1985-1995. *Cancer*, 83 (12), 2638-2648. Retrieved September 08, 2014, from [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19981215\)83:12%3C2638::AID-CNCR31%3E3.0.CO;2-1/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-0142(19981215)83:12%3C2638::AID-CNCR31%3E3.0.CO;2-1/full)

【Webページなど, 逐次的な更新が前提となっているコンテンツを引用する場合】

・ 出版データのあとに括弧で括って検索日を記載する

(例)

厚生労働省大臣官房統計情報部 (2014). 平成26年我が国の人口動態.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>. [2014-09-08]

附 則

本要領は, 平成27年10月1日から施行する.

編集後記

今年も、3月下旬より九州を皮切りに桜前線がスタートしました。札幌の開花はまだまだ先ですが、春の陽光が研究棟の裏山に自生している白樺をきらきらと輝かせています。その白樺は、2年前は風で倒れるのではと心配するほど細かったのですが、少しずつ高く高く成長しています。白樺といえば白樺アレルギーで悩まされる人も多いのですが、一方では白樺の樹皮は天然の着火剤となり、樹皮の内側の美しい木目と材質の堅さから家具として活用され、また身近なところでは割り箸にもなっています。幹からの樹液はキシリトールの原料となり、その保湿効果から化粧品としても利用されています。物の見方を変えることにより、新たな価値が見出されることを象徴しているようです。

白樺の成長と共に、本学も2015年4月から1学部2学科に、2016年4月からは診療放射線学科が加わり1学部3学科に増設され、保健医療学部として充実してきました。本学の紀要も今年で第2号となりました。看護学科とリハビリテーション学科に所属する教員が、人々のQuality of Lifeの向上を目指し、さまざまな視点で行われた研究成果が掲載されております。本学の紀要は、教員の自己研鑽の場として、研究成果の公表の機会を広げるため、あるいは学内の研究者や研究に興味をもつ学生を育てるために、意義があり、その活動を支える役割があります。来年度は学年進行と学科増設により教員スタッフも増え、さらに新たな視点での研究が増えるのではないかと期待されます。今後は、研究や教育の成果を発展させ、社会に還元していくことによって、社会に求められる大学として地域に貢献し根付いていくものと考えます。

最後になりましたが、お忙しいところ査読した論文が紀要掲載にふさわしい学術的水準のものであるか否かを的確に厳しく指摘し、査読してくださった査読者の先生方に、多大なるご尽力をいただき、心より深謝申し上げます。

編集委員（図書・学術振興委員） 小島 悦子

編集委員 (Editors)

委員長 村松 宰 (Tsukasa MURAMATSU (chairman))

委員 小島 悦子 (Etsuko KOJIMA)

委員 滋野 和恵 (Kazue SHIGENO)

委員 清田 直恵 (Naoe KIYOTA)

委員 早川 宏子 (Hiroko HAYAKAWA)

日本医療大学紀要 第2巻 2016年

発行日 平成28年3月31日

編集 日本医療大学 (図書・学術振興委員会)

発行者 日本医療大学学長

〒004-0839 札幌市清田区真栄434番地1

電話：011-885-7711

BULLETIN OF JAPAN HEALTH CARE COLLEGE No.2 2016
2016.3.31

Editorial Committee of Japan Health Care College

Shinei 434-1, Kiyota-ku, Sapporo-shi, Hokkaido

〒004-0839 JAPAN

Phone : 81-01-885-7711

印刷所 社会福祉法人 北海道リハビリ

〒061-1102 北広島市西の里507番地1

電話：011-375-2116

BULLETIN OF JAPAN HEALTH CARE COLLEGE

No.2 2016

CONTENTS

Prefatory Note	
Masako MOMMA	1
Review Article	
Participation of People with Mental Disabilities in the Decision-Making Process Mayumi MATSUMOTO	2
Research Report	
Study on Communication Skills of the First Year Students at Nursing College A — Analysis of Egograms, Daily Life skills Scales and ENDCOREs— Mayumi MATSUMOTO, Etsuko KOJIMA, Sugako FUJINAGA, Kaori YOSHIDA, Atsushi YAMADA, Mai MORIGUCHI	12
Materials	
Support for of sexual violence in Washington D.C. and the Japanese situation Michiko KOYAMA, Mieko HAYASHI, Mayumi MATSUMOTO, Kazue SHIGENO	23
Relationship between dementia and the mean number of days of hospitalization of elderly patients with cerebrovascular diseases. Yukimi TSUJI	33
About the end-of-life care provided at welfare facilities for elderly requiring care —Literature review on the enhancement of the end-of-life care provided by care workers— Mieko HAYASHI.....	38
Characteristics for Daily Life Skills and Communication Skills of the First-Year Nursing Students in A College Sugako FUJINAGA, Etsuko KOJIMA, Mayumi MATSUMOTO, Mai MORIGUCHI, Atsushi YAMADA, Kaori YOSHIDA	51
Research Letter	
A questionnaire survey of how to conduct sex education based on preferences among first year nursing school students Mari FUKUSHIMA, Masako MOMMA, Erika GODA, Ikumi TAKAGI Yukiko SASAKI, Tamami HARAYA	58
How does the continuous first step walk effect on the body ? Mitsuhiko TAKAHASHI, Akihito ISHIBASHI, Kimiharu INUI	65
Muscle activities of the lower extremities during gait on the transverse gradient road surface Toru NISHIYAMA, Koji MUKAI, Mitsuhiko TAKAHASHI, Kimiharu INUI ...	69
Editorial Policy	73
Instructions for Authors	75
Editorial Notes	77

