

日本保健科学学会誌

June 2010
Vol. 13 No. 1



日本保健科学学会誌

The Journal of Japan Academy of Health Sciences



Vol. 13 No.1

June 2010

日保学誌

J Jpn Health Sci

C O N T E N T S

総 説

- 糖尿病・肥満の運動5
古川 順光

原 著

- 保健師による事業化のストラテジー（戦略）—概念分析—.....12
宮崎 紀枝
- 熟練助産師の分娩第1期におけるケアの特徴.....21
渡邊 淳子, 恵美須文枝, 勝野とわ子
- 家族凝集性と老親扶養意識が介護の社会化意識に与える影響
—東アジア圏域の日本と中国東北地域の比較—.....31
太湯 好子, 實金 栄, 桐野 匡史, 竹田 恵子, 高井 研一, 中嶋 和夫
-

日本保健科学学会 会則	42
日本保健科学学会誌 投稿要領	44
編集後記	46

■総説

糖尿病・肥満の運動

Exercise outline of diabetes mellitus and obesity

古川 順光

Yorimitsu Furukawa

要 旨：糖尿病は、インスリン作用不足と慢性高血糖を主徴とする代謝性疾患で、その根治は困難である。そのため、治療の目標はインスリン作用不足による糖尿病性代謝異常を可能な限り正常に近づけることとされ、患者教育・食事療法・運動療法・薬物療法など多方面からのアプローチが行われる。一方、肥満症とは、肥満に起因ないし関連する健康障害を合併するか、その合併が予測される場合で、医学的に減量を必要とする病態をいう。治療の原則は、生体エネルギー収支の長期的・継続的な負状態の維持・徐脂肪体重の維持・内臓脂肪の除去である。運動をすることにより、これらの状態の改善は可能であるが、合併症がある場合には逆効果のこともあるため、必ず医師の指示を受けることが重要である。糖尿病・肥満症の運動は、適切な範囲内の運動を習慣化し、気長に続けていくことが重要である。本稿では、これらの病態・治療法に加え、運動の効果・方法等について概説した。

キーワード：運動、糖尿病、肥満、運動処方、習慣

I 糖尿病とは何か？

糖尿病(diabetes mellitus, DM)は、インスリン作用不足と慢性高血糖を主徴とする代謝性疾患である¹⁾。それでは、インスリンの作用が不足するとはいったいどのような状態であろうか。

インスリンは、細胞がブドウ糖を血中から取り込みエネルギーとして利用するのを助ける役割を果たしている。炭水化物は消化・吸収されブドウ糖となり、循環により肝臓へ送られる。血中のブドウ糖の一部は脳や筋肉で利用され、残りのブドウ糖は肝臓内にグリコーゲンとして蓄積され、さらに余剰分は脂肪として蓄積される。身体活動で血液中のブドウ糖を消費すると、グリコーゲンが

分解されて再びブドウ糖となって血液中に放出される。このように活動のためのエネルギーは需給バランスを取るように常に維持され、血中ブドウ糖(血糖)は通常一定の範囲内の変動に収まっている²⁾。

しかし、インスリンの作用が不足すると、細胞がブドウ糖を取り込んで利用することができなくなり、血糖値が上昇する。この状態を高血糖といい、この状態が継続するのが糖尿病である。

糖尿病は1型糖尿病や2型糖尿病、その他の型に分類される^{1~6)}。1型糖尿病は、絶対的にインスリンの量が不足している状態である。自己免疫性の原因やその他何らかの原因により、膵臓の

β 細胞が破壊され、膵臓からのインスリン合成・分泌能が低下した場合である。一方、2型糖尿病は、インスリンの量に不足はないが作用しない場合(各臓器におけるインスリンに対する感受性が低下した状態:インスリン抵抗性)とインスリンの分泌不全の状態である。この要因には遺伝因子と環境因子が関与するとされ、過食や運動不足との関連が強いと考えられている。

II 肥満とは何か? ^{7~11)}

肥満とは体脂肪が過剰に蓄積した状態を指し、肥満症とは肥満に起因ないし関連する健康障害を合併するか、その合併が予測される場合で、医学的に減量を必要とする病態をいう。日本肥満学会(2001)によれば、①肥満の中で減量することによって改善するか、進行が防止される病態を有する肥満、②内臓脂肪の過剰蓄積(臍高CTスキャンで内臓脂肪面積100平方センチメートル以上)を有する肥満が診断基準とされ、BMI(body mass index = weight[kg] ÷ height[m]²)で表せば、25以上とされている⁹⁾。

肥満は、とくに原因疾患がないエネルギーの収支バランスの不良が継続したことによる単純性肥満(原発性肥満)と原因疾患があり肥満状態を呈している症候性肥満(二次性肥満)に大きく二分され、後者は原因疾患の治療により改善をみることになるが、前者はエネルギー収支バランスを整え、肥満症への移行を防がなければならない。

肥満の影響により、高脂血症、高血圧症、動脈硬化(これを誘因とする虚血性心疾患、脳卒中、閉塞性動脈硬化症)、がん、糖尿病、変形性関節症、睡眠時無呼吸症候群などが考えられ、単に太っているだけの肥満から肥満症への移行は生命の危機を招くと言っても過言ではない¹¹⁾。

III 糖尿病の治療とは?

糖尿病は根治が困難なため、インスリン作用不足による糖尿病性代謝異常を可能な限り正常に近づけるようにコントロールするのが治療の目的となる。その方法としては、患者教育・食事療法・運動療法・薬物療法を継続して行うことになる。

1. 患者教育 ^{1,3,4,12)}

患者教育の主目的は、自己管理の重要性の認識にある。糖尿病の正しい知識を提供し、自発的な治療、自己管理の動機付けにすることから始まり、自己管理の徹底による合併症の随伴・進展予防へとつなげていくことが重要である。その際、医師をはじめとした看護師・栄養士・理学療法士等のスタッフがチームを組み、教育入院や外来教室などの機会を作り、各々の専門性を活かして患者教育を徹底して行う。患者教育が徹底して行われれば、効率的な治療や医療費の削減へとつながることになる。

2. 食事療法 ^{11,13~15)}

食事療法の目的は、生命維持・生活活動に必要な栄養の補給と糖尿病による代謝異常の改善にある。総摂取エネルギー量は患者の身長から求められる標準体重1kg当たり、1日当たり25~30kcalになるように、栄養素の配分(糖質:55~60%、脂質:20~25%、蛋白質:15~20%(1/3は動物性)、ビタミン・ミネラル・食物繊維)を考慮しながら、個別にメニューを作成する。食品交換表を利用し、栄養士の指導を受け、暴飲暴食を避けて規則的な食事を心がけることが重要である。

3. 薬物療法 ^{1,16)}

薬物療法は経口血糖降下剤の投与とインスリン療法がある。

経口血糖降下薬は、インスリン分泌の促進(膵作用)、インスリン作用の増強(膵外作用)等によって血糖を低下させる、いわゆる対症療法である。主な薬剤は、スルフォニル尿素剤(SU剤)、ピグアナイド剤、 α -グルコシターゼ阻害剤(食後血糖改善剤)、インスリン抵抗性改善剤、速攻型インスリン分泌促進剤(食後過血糖改善)などがある。

インスリン療法は、不足したインスリン量を注射により補い血糖管理をするもので、1型の患者や経口剤が効かなくなった2型の患者などを対象とする。また、肝・腎疾患や感染症、手術時も適応となる。

4. 運動療法 ^{1,4,12,17~20)}

運動療法は、食事療法、薬物療法と並んで、糖尿病治療の有力な手段である。血糖が下がるだけ

でなく、糖尿病のさまざまな症状が改善されることが実証されている。2型糖尿病や血糖コントロールが安定している患者が主な対象となる。

IV 肥満の治療とは？^{7, 21～26)}

肥満の治療の原則は、①生体エネルギー収支を長期的・継続的に負の状態に維持すること、②徐脂肪体重を維持すること、③内臓脂肪を除去することである。その目的は、前述の如く肥満から肥満症への移行防ぎ、高血圧症・耐糖能異常(糖尿病)・高脂血症などの合併症を予防することである。治療の方法は食事療法に運動療法を組み合わせる方法がとられる。医師や管理栄養士・理学療法士等の連携によって行われる。

一方、内科的治療で効果がみられない場合には、胃バイパス術や胃バンディング術といった外科的治療も行われる。諸外国で積極的に行われているのに対し、我が国では極限られた施設で行われるのみである²⁷⁾。

V 運動の種類・効果について^{1, 4, 7, 28～30)}

運動の種類は大きく二つに分けて考えることができる。1つめは酸素を取り込まない状態で行う運動(無酸素性運動)で、もう1つは酸素を取り込みながら行う運動(有酸素性運動)である。無酸素性運動は、短距離走や腹筋運動などのように、短時間で無理のかかる運動であり、すぐに疲労してしまい長時間は続けることができない運動で、血圧や脈拍の増加もみられる。それに対し、有酸素性運動は歩行やジョギング・自転車漕ぎなどのように比較的長時間継続することができる運動で、無酸素性運動と比較して血圧や脈拍の増加も少なく済む。また、エネルギー消費に関していえば、無酸素性運動は糖質を消費されやすいが、有酸素性運動は脂肪が消費されやすい運動であるといえる。

運動の効果は以下のように多岐にわたるが、これらの効果を理解し、対象者の状態にあった運動を処方することが大切である。

1. 糖代謝への影響

運動は骨格筋の収縮により行われる。骨格筋の収縮は神経系の指令により行われるが、そのエネ

ルギー源としてまず筋内のグリコーゲンが消費され、次に血中のブドウ糖が取り込まれ消費される。これにより血糖低下が生じ、肝臓に貯蔵されたグリコーゲンがブドウ糖となり血中に放出される。この一連の流れにインスリンの作用は不可欠で、筋のインスリン感受性が促進することになる。

2. 脂質代謝への影響

筋肉での消費エネルギーの増加やインスリン感受性の促進により、脂質代謝が改善される。さらに、リポ蛋白リパーゼを活性化により中性脂肪を低下させ、HDLコレステロール(いわゆる善玉コレステロール)の上昇をもたらすことも知られている。

3. 骨格筋への影響

運動による筋力トレーニングは筋肥大をもたらす。筋肥大により筋での消費エネルギーを増加させ、筋のインスリン感受性も改善される。筋持久力トレーニングは筋組成の変化をもたらす。

4. 血圧への影響

運動により高血圧の改善がみられる。血圧は心拍出量と末梢血管抵抗の影響で規定される。内臓脂肪の蓄積を改善することにより、動脈硬化が改善され末梢血管抵抗が減少し血圧の低下がみられる。また、軽い運動を継続することにより、交感神経系の緊張が低下して昇圧効果が低減し、血圧の低下がみられる。

5. 全身耐久性への影響

運動能力の指標とされる最大酸素摂取量が増加する。心臓の機能の向上として、心拍数低下、1回拍出量の増加がみられる。

その他、ストレスの改善やQOLの向上なども運動の効果としてあげられる。

VI 運動をする前に^{31～33)}

糖尿病や肥満の方が運動を始める前に必ず確認しなければならないこととして、前述の運動の種類や効果の知識の他に、現在の自分の状態を知らなければならない。自分の糖尿病の状態はいかなものか、肥満が身体に及ぼしている影響はないかなどに関して把握する。

まず、糖尿病患者で積極的に運動を進めるべき例としてあげられるのは、2型糖尿病で軽度の代

謝異常のみ、軽・中等度の肥満例、かつ合併症が無く、高血圧が合っても軽度な場合である。次に注意して進める例としては、1型糖尿病か、2型糖尿病で明らかな代謝異常があり中等度以上の肥満例で、軽度の合併症を有する場合である。最後に、禁忌とすべき例はケトアシドーシス、重篤な血管障害合併例、重度の自律神経障害、出血傾向の網膜症、進行腎症、活動期感染症などの場合である。

肥満症に関しては、以下のようなメディカルチェックをすすめたい。まず大きな贅があったり、何処でも居眠りをしたり、睡眠中の無呼吸がある場合には、睡眠時無呼吸症候群の疑いが考えられる。また、40歳以上で糖尿病・高血圧症・高脂血症のうち1つ以上の合併がある場合には、虚血性心疾患の可能性が考えられる。さらに、下肢関節に可動域制限や変形・腫脹・疼痛・バランス不良などの異常がある場合は、骨関節系の障害が考えられる。各々に当てはまる場合は、それぞれの専門外来を受診し、専門医の管理のもとで運動を行うべきである。とくに高齢の方が運動を始める場合は、必ずメディカルチェックを受けなければならない。

VII 運動の方法について^{1, 4, 5, 32~38)}

運動を処方する際、運動の種類・強度・時間・頻度を組み合わせて行うのが原則である。

1. 運動の種類

糖尿病・肥満の方の場合、全身の筋肉を使用し、リズムカルな刺激が加わる運動で、強度の設定や量の確認がしやすく、時間や場所を選ばず、無理なく楽しく続けられる運動がすすめられる。運動効果の項でも述べたが、糖代謝や脂質代謝の影響を考え、上の条件を満たす有酸素性運動に加えて、筋量を維持するための筋力増強運動(無酸素性運動)も取り入れる必要がある。アメリカスポーツ医学会のガイドラインによれば、有酸素運動に加えて無酸素性の筋力増強運動(大筋群を使用し1セット8~12回反復を8~10種目、週2回)を実施するとされている。

2. 運動の強度

運動の強度は最大酸素摂取量(maximum oxy-

gen uptake, $\dot{V}O_{2max}$)を指標に表すことが多い。糖代謝改善を目的とした場合には40~60% $\dot{V}O_{2max}$ 、脂質代謝改善を目的とした場合には40~50% $\dot{V}O_{2max}$ とされる。しかし、最大運動負荷試験で実際に $\dot{V}O_{2max}$ を測定することは危険を伴うことから、症候限界性運動負荷試験を行い推定したり、無酸素性代謝閾値(anaerobic threshold, AT)を測定し指標としたりすることも多い。また最大心拍数(心拍予備量を考慮したカルボーネン法)の50%に設定したり、自覚的運動強度尺度(6:安静時~20:限界の15段階で表す)を用いて13(ややきつい)に設定したりする方法もある。

3. 運動の時間

糖・脂質代謝を目的とした場合の運動時間は、10分間以上とするのが適当である。運動のエネルギー源は、運動初期は筋内グリコーゲンであり、血中ブドウ糖、脂肪組織からの遊離脂肪酸の使用を考慮すると、この時間が適切とされている。

運動実施時間帯は食後30~60分経過後行うのがよいが、糖尿病患者で血糖コントロールが不良の方や経口血糖降下薬やインスリン療法を行っている方は、とくに注意が必要で担当医への確認が必須である。

4. 運動の頻度

急性代謝効果の持続時間は数時間~1日程度とされている。またトレーニング効果は3~4日持続するとされているので、1日に2回(30分程度)、週に3日程度実施すればよいことになる。

5. 運動の組合せ

運動の種類の中でも述べたが、有酸素性運動と筋力増強運動などの無酸素性運動を組み合わせる実施するのがよい。まず準備運動としてストレッチングを5~10分ほど行い、これから使用する筋肉をほぐし傷害の発生を予防するとともに、効率よい筋収縮を促す。次にリズムカルな有酸素運動(歩行・ジョギング・自転車など)を10~20分間継続して行う(強度は前述の通り)。また、身体軸を意識した姿勢で体操などの全身運動を行うのもよい。いわゆるラジオ体操は全身の筋を効率よく使用するように考慮して作成されているので利用しやすいといえる。さらに前述のように静的な無酸素運動として筋力増強運動を加える。最後に

整理運動を5～10分ほど行い終了する。

6. 運動のリスク

一言でいえば運動は、体調の悪いときに無理して行うものではない。運動前や運動中に以下のような症状があれば、運動は行わないのが原則である。とくに糖尿病の方は低血糖や意識消失発作から死に至る危険性もあるため、医師の処方に従って実施する必要がある。

* 運動中止の症状

- ・血糖値が250 mg/dL 以上
- ・収縮期血圧が180 mmHg 以上
- ・脈拍が安静時に100 以上
- ・体調が悪い(発熱、頭痛やめまい、身体がだるい、下痢や腹痛、睡眠不足など)
- ・顔や足にむくみ
- ・筋肉や関節に痛み
- ・胸痛や動悸
- ・軽い運動での息切れ、呼吸困難
- ・嘔気や嘔吐
- ・顔面蒼白やチアノーゼ
- ・意識消失

VIII 運動を継続するためには^{1, 4, 7, 40～42)}

運動を継続するためには、自己の運動を継続する意志が重要なことは言うまでもないが、実際には困難な場合が多い。そのため、運動を継続し習慣化していくためには、意識的に行うことと無意識的に行うことのバランスが取れていることが望ましい。意識的な行動として、まず具体的な数値目標(1日8,000歩歩行するなど)を設定し、経過記録や運動・食事日誌などを作成して、日々の自己管理を意識的に行う。さらに、日常生活の中で簡単にできる運動を意識的にうまく取り入れて実施し、無意識化していく。例えば、職場の最寄り駅の一つ手前の駅で降りて歩いて通勤したり、2階や3階などの隣接階への移動にはエレベーターやエスカレーターを用いずに階段を使用したりするなどの方法である。最初は多少の困難感や疲労感を感じるが、日々実践していく中で普通に行えるようになっていく(無意識に行っている)のを感じることができると予想される。このように意識的に行う運動が、無意識化できれば運動を習慣化

することができ、日常生活における身体活動量を増加することができる。身体活動量を増加することができれば、前述の種々の運動効果が期待できる。

また、医師・トレーニング指導者による運動プログラムのサポート、グループトレーニングの奨励、レクリエーションを含めたトレーニングメニューなどの適切な運動処方や、定期的運動負荷試験によるフィードバックなども、運動継続に関与する。さらに、配偶者・家族・友人などの身近な人々の理解とサポートは、運動を継続していくための大きな支えとなることは理解に難くない。

糖尿病・肥満症は、運動を行うことによって、様々な効果があり症状が改善される。しかし、そのためには運動の種類・効果について理解し、適切なリスク管理、運動の方法を取り入れることが必要である。合併症がある場合には運動療法が逆効果のこともあるため、必ず医師の指示を受けて適度の運動強度・量を守ることが重要である。また、定期的な検査を欠かさず受け、異常を感じたら運動を中止し主治医に相談することも忘れてはならない。糖尿病・肥満症の運動は、適切な範囲内の運動を習慣化し、気長に続けていくことが重要である。

本稿は、2009年9月19日に開催された「第19回日本保健科学学会学術集会の学部共催公開講座『生活習慣病への新たな取り組み』」において、著者が行った同名の講演の内容を中心にまとめたものである。

文 献

- 1) 居村茂幸 編：内部障害理学療法学：126-132, 医歯薬出版, 東京, 2006.
- 2) 近藤達也, 山西文子, 野田光彦 監修：肥満とメタボリックシンドローム：2-8, メディカルフレンド社, 東京, 2009.
- 3) 細田多穂, 柳澤健 編：理学療法ハンドブック, 改訂第4版, 第3巻：565-627, 協同医書, 東京, 2010.
- 4) 佐藤祐造 編：運動療法と運動処方 身体活動・運動支援を効果的に進めるための知識と技術, 第2版：118-123, 文光堂, 東京, 2008.

- 5) 葛谷健 他：糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告. 糖尿病, 42 : 385-404, 1999.
- 6) 島本和明 編集：メタボリックシンドロームと生活習慣病 内臓肥満とインスリン抵抗性 : 169-176, 診断と治療社, 東京, 2007.
- 7) 佐藤祐造 編：運動療法と運動処方 身体活動・運動支援を効果的に進めるための知識と技術, 第2版 : 124-128, 文光堂, 東京, 2008.
- 8) 近藤達也, 山西文子, 野田光彦 監修：肥満とメタボリックシンドローム : 14-44, メディカルフレンド社, 東京, 2009.
- 9) 日本肥満学会 編：肥満症治療ガイドライン, ダイジェスト版, 協企画, 東京, 2007.
- 10) 日本栄養・食糧学会 監修：肥満と脂肪エネルギー代謝—メタボリックシンドロームへの戦略— : 1-5, 建帛社, 東京, 2008.
- 11) 近藤達也, 山西文子, 野田光彦 監修：肥満とメタボリックシンドローム : 44-55, メディカルフレンド社, 東京, 2009.
- 12) 清水至, 他：糖尿病の運動療法—教育入院を中心に— . 理学療法, 5 : 275-284, 1988.
- 13) 豊田隆謙, 猪野康子：糖尿病食事指導の手引き, 改訂第2版 : 16-51, 南江堂, 東京, 1995.
- 14) 日本糖尿病学会編：糖尿病食事療法のための食品交換表, 第5版 : 80-83, 文光堂, 東京, 1993.
- 15) 日本糖尿病学会編：「食品交換表」を用いる糖尿病療養指導の手びき, 52-58, 文光堂, 東京, 1999.
- 16) 東京女子医科大学糖尿病センター編：糖尿病の治療マニュアル, 第4版 : 82-99, 医歯薬出版, 東京, 1998.
- 17) 鈴木克彦：生活習慣病に対する運動の効用—総論— . 体力科学, 57 : 36, 2008.
- 18) 藤沼宏彰：糖尿病と運動—食後血糖に及ぼす様々な身体活動の影響— . 体力科学, 57 : 69, 2008.
- 19) 坂本信夫, 佐藤祐造：運動療法の理論的背景. 臨床科学, 20 : 1117-1123, 1984.
- 20) 野又康博 他：肥満, 高脂血症, 糖尿病に対する運動療法. 体力科学, 56 : 77, 2007.
- 21) 島本和明 編集：メタボリックシンドロームと生活習慣病 内臓肥満とインスリン抵抗性 : 177-186, 診断と治療社, 東京, 2007.
- 22) 日本栄養・食糧学会 監修：肥満と脂肪エネルギー代謝—メタボリックシンドロームへの戦略— : 47-62, 建帛社, 東京, 2008.
- 23) 吉松博信：肥満症の新たな治療戦略. 体力科学, 58 : 10, 2009.
- 24) 佐藤祐造 他：肥満者および肥満糖尿病患者のトレーニングとインスリン感受性. 糖尿病, 29 : 331-337, 1986.
- 25) 山崎元, 藤川史憲 監訳：肥満と運動／身体活動 予防と治療効果のエビデンス : 57-128, 文光堂, 東京, 2002.
- 26) 富崎義憲：肥満の運動療法. 医学のあゆみ, 141 : 252-254, 1987.
- 27) 近藤達也, 山西文子, 野田光彦 監修：肥満とメタボリックシンドローム : 56-64, メディカルフレンド社, 東京, 2009.
- 28) 佐藤祐造, 押田芳治：トレーニングの運動効果. 臨床スポーツ医学, 5 : 509-514, 1988.
- 29) 笹井浩行 他：中年肥満男性における運動実践が内臓脂肪に及ぼす影響：食事改善との比較. : 体力科学, 57 : 89-100, 2008.
- 30) 重川敬三, 永富良一, 三田禮造：健康づくりにおける運動と食生活の考え方について. 日本赤十字秋田短期大学紀要, 13 : 39-44, 2009.
- 31) 佐藤祐造 編：運動療法と運動処方 身体活動・運動支援を効果的に進めるための知識と技術, 第2版 : 60-64, 文光堂, 東京, 2008.
- 32) 日本体力医学会体力科学編集委員会 監訳：運動処方の指針原著第7版 : 215-219, 南江堂, 東京, 2006.
- 33) 日本体力医学会体力科学編集委員会 監訳：運動処方の指針原著第7版 : 225-231, 南江堂, 東京, 2006.
- 34) 日本体力医学会体力科学編集委員会 監訳：運動処方の指針原著第7版 : 134-178, 南江堂, 東京, 2006.
- 35) 田村拓也 他：2型糖尿病患者への呼気ガス分析 (CPX) を用いた運動処方の検討. 心臓リハビリテーション, 14 : 85-88, 2009.
- 36) 福壽千絵子, 土屋基, 大津一義：2型糖尿病患者に対する運動療法プログラムの検討 ウォーキングと軽運動の比較を通して. 順天堂スポーツ健康科学研究, 1 : 303-304, 2009.
- 37) 関川清一, 他：2型糖尿病患者に対する運動指導が行動変容に及ぼす効果. 理学療法科学, 24 : 587-592, 2009.
- 38) 田中茂穂, 他：メタボリックシンドローム改善に必要な運動量. 体力科学, 57 : 27, 2008.
- 39) 長野真弓：耐糖能改善に向けた健康行動支援プログラムの理論と実践. 体力科学, 55 : 108-109, 2006.
- 40) 林田はるみ, 石黒友康：なぜ糖尿病患者は運動療法からドロップアウトするのか. 健康科学大学紀要, 4 : 181-193, 2008.

41) 原文貴 他 : 3 軸加速度計を用いて評価した日常生活の活動強度と体重減少の関連性. 体力科学, 55 : 385-392, 2006.

42) Fujita K, Nagatomi R, et al. : Effects of exercise training on physical activity in older people: a randomized controlled trial. J Epidemiol, 13 : 120-126, 2003.

Abstract : The diabetes mellitus is a metabolic disease that makes insulin action shortage and a chronic high blood sugar main signs, and the radical cure is difficult.

Therefore, the target of medical treatment is assumed to bring a diabetic abnormal metabolizing due to insulin action shortage close as normally as possible, and the approach from many fields like the patient education, the dietetic treatment, the therapeutic exercise, and the drug therapy, etc. is done.

On the other hand, the principle of the treatment of obesity is to maintain the living body energy balance to negative, and to remove the visceral fat.

The movement is assumed to show various effects to the diabetes mellitus and obesity. However, the effect might not be achieved when there is coexisting illness. It is important that exercising continuously by appropriate strength and the amount of the exercise according to the physician instruction.

These clinical condition, treatment method, movement method and effect were outlined.

Key words : exercise, diabetes mellitus, obesity, exercise prescription, habit

(2010 年 5 月 6 日 原稿受付)

■原著

保健師による事業化のストラテジー（戦略） —概念分析—

Strategy for program development by public health nurses : A concept analysis

宮崎 紀枝

Toshie Miyazaki

要 旨：本研究は、日本の保健師による事業化のストラテジーの概念分析を行い、保健活動の実践と研究への活用の検討を目的とした。方法は、Rodgersのアプローチを用い、先行因子・特性・帰結に関する記述データ内容を、質的に分析した。その結果、ストラテジーの先行因子には【公共性のある健康課題の見極め】【専門職のビジョンと使命感】【ビジョンと健康課題のギャップの拡大】、特性には【具体的な目標を持ち住民の主体的な健康生活を目指す】【個人から地域までの情報収集を要する】【多角的な視点で計画・実施・評価を繰り返すプロセス】【コミュニケーションを重視し協働する】、帰結には【質の高い事業の定着】【活動の発展】【住民と事業関係者のエンパワメント】があった。これらから、事業化のストラテジーの概念を定義し、実際の事例をもとにモデルケースを提示した。

キーワード：ストラテジー、戦略、概念分析、保健師、事業化

I はじめに

日本の国際化が進み、海外の経済変化が国内にも大きな影響を及ぼし、国民の生活を激変させる時代となった。生活の地域における格差は、健康の格差につながっている¹⁾。一方、国民の健康を支える法律や制度の改正等も多く、地域住民のニーズに合わせて活動する保健師の戸惑いは大きい。軌道に乗っていた保健事業の再計画、市町村合併による専門職の共通認識の再構築など、社会的変化に振りまわされることになる。また、個人情報保護、ニーズの多様化、財政的基盤の弱さなどから、地域のニーズをとらえ様々な機関と共有しながら事業化するという活動が難しくなってい

るとも言われている²⁾。しかし、住民のニーズに基づいて地域に必要な事業を新たに創っていく事業化は、地域の健康を向上させることにつながる。さらに、健康という側面以外への波及効果も期待でき、地域全体の活性化にも貢献できることから³⁾、事業化は、保健師活動に欠かせないひとつの手段と言えよう。

ストラテジー、戦略という言葉は、元は戦争用語であるが、政治学・教育学・看護学においても頻繁に使われるようになっていく。もっともよく使用されている分野の経営学では「戦略とは、企業の基本的な長期目標や目的を決定し、これらの諸目標を遂行するために必要な行動のコースを採

択し、諸資源を割り当てること」と定義している⁴⁾。しかし、看護の分野では、定義が曖昧に用いられていることが多い。特に看護と行政という2側面を持つ保健分野においては、時代や社会的背景の変遷により用語の概念にも変化が生じると考えられる。概念分析は、このように曖昧に用いられている用語を定義し、そこで得られた新しい知見が看護実践・教育・研究の一助となる。Rodgersは⁵⁾、研究を有意義で価値あるものにするために、「概念とは何か」という疑問の探究と哲学的基盤の探究に取り組む必要があると主張している。なぜなら、これらは、研究方法・研究デザイン・結果の解釈などに影響を与えるからである。そこで、本研究は、我が国の保健師が行う事業化のストラテジー(戦略)に焦点を当てて文献上のつかわれ方を検討し、その概念の特性を明らかにして再定義することを目的とした。

II 研究方法

本概念分析では、関心ある概念を「保健師の事業化におけるストラテジー(戦略)」(以下、事業化のストラテジーとする)と定めた。諸外国との政策体系の違い等を考慮し、和文献を中心に検索を進めた。データベースは医学中央雑誌検索システム・厚生科学研究および文部科学研究データベースを用いた。医学中央雑誌検索システムで1998年から2008年の10年間において、ストラテジー、戦略を入力し19324文献が検索された。保健師の保健活動における概念のつかわれ方を見るために、保健師・保健活動、事業化・施策化で制限をかけた結果、147文献が検索された。これに、厚生科学研究、文部科学研究、国の補助事業の報告書などを検索し加え、154文献となった。これらの20%に当たる31文献を無作為に抽出し、概念分析のサンプルとした。さらにランドマークとなる論文やサンプルに含まれなかった論文も加え、最終的に概念分析の対象とした文献は43文献である。

分析方法には、Rodgersのアプローチを用いた⁵⁾。Rodgersの概念分析の哲学的基盤は、「概念は、時代や状況により変化するものである。」という考え方を取り入れたものである。Rodgersの

アプローチは、文献から用語の活用状況进行分析することにより、概念の特性、先行因子、帰結を明らかにし概念の性質を明らかにするものである。

Rodgersのアプローチの手順に従い、文献を熟読し、概念を構成する特性、その概念に先立ち生じる先行因子、概念に後続して生じる帰結に関する記述について情報を収集した。分析のプロセスは、概念の特性、先行因子、帰結の内容について質的な分析を行い、概念のつかわれ方を明らかにし定義とモデルケースを提示した。

III 結果

対象とした文献の中で「事業化のストラテジー」の定義が明記された文献はなかった。文献は事業化を中心としたストラテジーで検索したが、ストラテジーには、保健活動全般のストラテジー、活動評価のストラテジーも含まれていた。また、ストラテジーは事業化・施策化・システム構築の場面に限定されず、個別支援やグループ支援などの個人から集団・地域の支援の場面でも見られた。これらの分析の結果、保健師による事業化は、それ自体が目標ではなく、地域の健康課題の解決や地域住民の生活の質の向上のための手段として位置づけられていることがわかった。このため、事業化のストラテジーも事業化のためだけでなく、事業化を活用して地域の健康の向上に貢献するためという、大きな目標のストラテジーとして位置づけられていた。

ストラテジーの先行因子には3つのカテゴリー、特性として4つのカテゴリー、帰結として3つのカテゴリーが抽出された。以下、【 】はカテゴリーを示す(図1)。

1. 先行因子

概念分析の結果、3つの先行因子が抽出された。保健師による事業化のストラテジーの先行因子として、地域に【公共性のある健康課題の見極め】があり、保健師自身が持つ【専門職のビジョンと使命感】との間に、【ビジョンと健康課題のギャップの拡大】が存在していた。

1) 【公共性のある健康課題の見極め】

保健師は、地域に存在する健康課題を認識していた。住民の住んでいる地域の物理的環境・経済的条

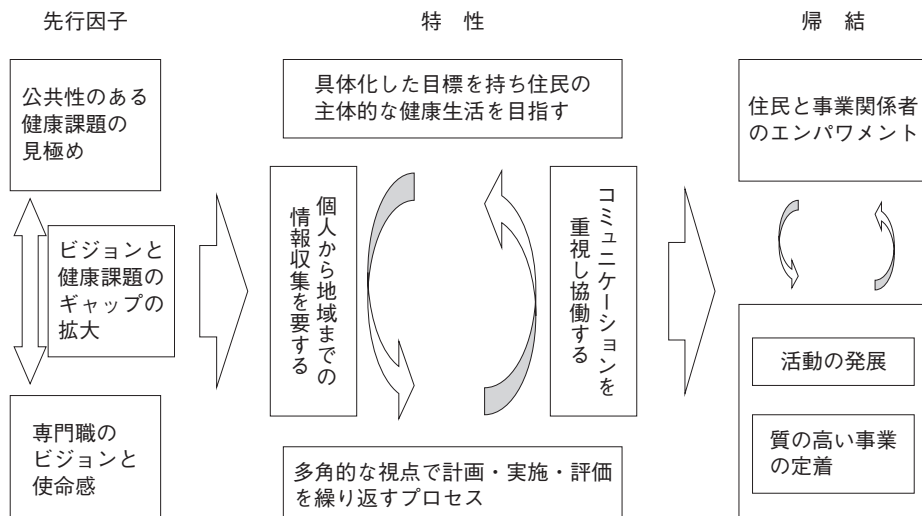


図1 事業化の戦略の概念図

件で住民の受けるサービスなどに健康格差の存在があること⁶⁾、急激な財政状況の変化⁷⁾国の政策や方針の動き^{8,9)}地域の特性などの健康に影響する社会的背景や変化、対応困難な事例の存在や放置できない住民の健康課題に突き動かされていた^{10~13)}。多くの文献において、これらの健康課題は、個別の問題ではなく、住民全体、つまり公共性のある問題であることが指摘されていた^{7,11,14~19)}。

2) 【専門職のビジョンと使命感】

地域の住民や関係者がつながりを持ち皆が参加し、協働し、住民が健康で暮らしやすい地域の創生^{20,21)}を住民主体となつてできるように^{22,23)}、住民が持っている力を育成し³⁾、支えていくという住民のために活動するという保健師のビジョンとそれに対する使命感が基盤にあった^{3,6,17,19~22)}。

3) 【ビジョンと健康課題のギャップの拡大】

保健師は、公共性のある健康課題放置による結果の予測をしていた。問題の本質を見極めるために、「広がり」「深さ」「重さ」で判断すると同時に^{3,7,11,19,22)}、さまざまな視点から個人・家族・住民・地域^{14,17,24~26)}に対してどのような影響を及ぼすかを予測していた。放置の場合の問題の発生や悪化で、目指したい地域とのギャップの拡大が生じる。そこから、保健師として、行政としての対応の必要性を認識していた^{8,19,22,27~29)}。

2. 特性

特性には4つのカテゴリーが抽出された。戦略には【具体的な目標を持ち住民の主体的な健康生活を目指す】という特性があった。そして、地域の資源を有効に活用し計画立案するために【個人から地域までの情報収集を要する】。これは、ダイナミックに繰り返される【多角的な視点で計画・実施・評価を繰り返すプロセス】という特性に影響を与え、さらにプロセスは新たな情報を必要としていた。また、その間、関係者との【コミュニケーションを重視し協働する】ことを大切にするという特性があった。

1) 【具体的な目標を持ち住民の主体的な健康生活を目指す】

保健師が持つ目標は、住民の主体的な健康生活のためという最終目標と目標の具体化が重要であるという2つの内容が文脈から読み取れた^{3,15,21,28,30,31)}。目標と選択される戦略との間には、密接な関係があるために^{17,32)}、設定される目標と目標の具体化は結果の質に影響を与える^{3,19,31)}。たとえば、住民育成の目標を持つ事業化では、保健師は事業化のプロセスに住民の主体的参加を促し、時間がかかっても住民が力を発揮するのを待つことがあった³⁾。

具体化された目標は、プロセスと共に発展していき^{19,21,32)}、複数の目標を持つ場合や^{7,21)}、数

値目標³¹⁾、活動の対象ごとに目標を設定するという特性も見られた^{14, 25, 26, 31, 33)}。

2) 【個人から地域までの情報収集を要する】

保健師の情報収集方法には、大きく2通りあった。ひとつは、日常の保健活動の中で住民と顔を直接会わせ課題を確認し、新規事業のためにも住民の思いや考えを聞きとる方法である^{6, 13, 35)}。2つ目に、エビデンスに基づく活動を可能にするために保健統計の確認やアンケートの実施など地域診断を行う方法であった^{11, 13, 34)}。

情報収集の視点に関しては、個人・家族・住民・地域全体を総合的にとらえているが^{23, 25, 30)}、これらを整理すると、次のような内容の情報であることがわかった。まず、個人・家族・住民に関する情報は、住民の生活に基盤を置いている情報であった。たとえば、住民自身^{12, 28, 29, 31)}住民のリーダー^{3, 17, 34, 35)}住民の仕事やそれに対する思い³⁾、家族関係・近所づきあいなどの人間関係¹⁹⁾、地域での暮らしぶりなど^{3, 12, 28, 29, 31)}、個人の健康状態から、人のつながり、個人が持つ価値観までを含む内容であった。

次に、地域に関する情報は、社会資源・住民を取り巻く生活環境や行政組織・新規事業の企画に役立つ情報であった。地域の社会資源の情報は、活動のアイデアを創ることにつながるため情報収集していた資源の範囲は広い。人脈の活用などの人的資源は、同じ保健師同士・他機関の保健師、他の専門職、住民組織や事務職など多岐にわたっていた^{3, 19, 26, 34, 35)}。また、地域に存在するフォーマル・インフォーマルな既存の保健事業・公民館活動・ボランティア活動などの活用できる資源に何があるか、民間サービスはどこまでカバーできているか^{3, 18, 21)}、健康課題の解決にどの程度効果が期待できるかを把握していた⁷⁾。さらに、地域の施設・関係機関の情報収集の内容は、即戦力となる機関、閉鎖を検討している機関、そこに働いている人々の思いの把握まで含んでいた^{3, 34)}。

住民を取り巻く生活環境は、交通機関の不便さ、地理的・物理的環境^{3, 21)}行政・経済などの地域が抱える様々な条件を把握していた。住民の住む行政・経済関係では、地域の基本計画等の方針や財政的側面^{20, 30, 35)}はもちろんであったが、保健師

は所属している行政組織の内容も把握していることがわかった。たとえば、関係する分野の事務職、特に上司^{3, 19, 26, 34, 35)}、議会議員など^{3, 17, 34, 35)}、どこにどのように働きかけると効果的かという関係の資源の情報も持っていることが読み取れた。

企画する新しい保健事業に役立つ情報は、できるだけよい事業を企画するためのノウハウや資金源に関する情報であった。保健師は、公的資金を受けられるモデル事業の情報を得たり、全国の先駆的な活動の情報を得ようと、上司や住民とともに視察に行ったり、専門職向けの雑誌や新聞で情報を収集していた^{3, 11)}。これは、保健師の事業化の活動に影響を与えるといわれる¹¹⁾。そして、情報収集の中で、自らのスキル不足を感じると、他の専門職からの助言や研修を受け、より多くの情報やスキルを得ようとする特性が見られた^{3, 17, 19, 33, 34)}。

3) 【多角的な視点で計画・実施・評価を繰り返すプロセス】

分析の結果、個人・家族・住民・地域の視点^{7, 11, 25, 33, 36 ~ 38)}を何度も往復しながら、計画・実施・評価が繰り返されるプロセスを持つことがどの文献からも読み取れた。

優先度を考慮しながら^{7, 8, 19, 22, 33, 39)}個人・家族・住民・地域がどうなるのか、課題解決に向けて活動した将来を予測する^{12, 22, 39)}。入手した多くの情報や住民のニーズから、活動の対象者を考え^{3, 29)}、住民の力や地理的条件などの活動条件^{3, 7, 8, 11, 14, 17, 18, 20, 26, 35)}、活動した場合の結果や波及効果などの展開過程^{21, 22)}を見積もりながら産業看護²⁴⁾や公衆衛生看護の視点も加えて^{17, 25, 26)}新規事業を描いていた。

効果的な結果が出せるように、時を選び対象や活動を変化させるという特性をもつ^{19, 27, 36)}。活動そのものは、アウトリーチの活動^{28, 30)}、教育・カウンセリング活動²⁸⁾、政策活動^{19, 32)}など多岐にわたり、対象ごとに活動内容を変化させ^{3, 23)}、保健事業を試行して確かめること^{3, 6, 8, 19, 40)}や事業の継続のため施策化する^{6, 8, 10, 14, 17, 19, 27, 32, 34, 36, 39, 41)}ことも頻繁に確認できた。実施したことに対しては、経済的な視点、目標からの視点、他職種からの視点など多角的に評価していた^{12, 17, 27, 31, 34, 40, 42, 43)}。

4) 【コミュニケーションを重視し協働する】

保健師は、全てのプロセスで住民や関係者との信頼関係を重視し、住民と協働しながら^{14, 17, 24, 27, 29, 31, 32)}住民の主体性を育成していた^{17, 21, 27, 30, 34, 36, 39)}。

プレゼンテーションなどを含む説明や関係者同士の十分な話し合い^{3, 8, 14, 16, 17, 27, 29, 35, 39)}、公式な会議の開催が文献から抽出されることは多く、直接顔を合わせて繰り返しコミュニケーションをとる特性があった。話し合いから、様々な意思決定や実施への合意を、保健師同士や自治体組織内、関係機関との間で行われることが文献から頻繁に見られた^{3, 7, 8, 10, 27, 32, 34, 35)}。

3. 帰結

帰結には、企画していた事業が予想以上に【質の高い事業の定着】と【活動の発展】があり、プロセスにかかわったすべての人々の【住民と事業関係者のエンパワメント】、の3つが抽出された。

1) 【質の高い事業の定着】

事業化のストラテジーの概念分析であるため、新規の事業が創生される。文献からは、ストラテジーの帰結として個別や集団両方に対応できる、身体的・精神的な健康だけでなく社会的な背景を考慮したサービス⁷⁾である、法的改正や社会的変化に強い³⁾など新規事業の質の高い点を強調していた。

2) 【活動の発展】

活動の発展には2つのことが抽出された。1つは、協働した住民・関係者・機関がエンパワメントされることにより、住民の自主活動の広がり^{17, 21, 26, 42)}、協働した専門職同士が別の新たな事業化^{3, 7)}の実施、地域に社会資源の増加^{3, 17, 26)}が帰結として得られていた。

2つ目は、新たな課題への取り組みである。健康課題の解決のための保健活動で、すべての課題が解決することはない。また、地域の社会的背景は絶えず変化しているため、現状とのずれは常に生じてくるといえる³⁷⁾。個人・家族・住民・地域の良い変化も、時の経過や背景の変化で、新たな健康問題の発生・現疾患の悪化が予測されることもある^{37, 38)}。さらに、これまでの活動の中で埋もれていた潜在的な課題の発見もあった^{3, 19)}。保健師は、常に変化し続ける地域に合う対策を講

じ続ける必要を常に感じ^{3, 35, 42)}新たな健康課題に対し、予防活動に取り組む^{7, 14, 35)}ことが帰結として抽出できた。

3) 【住民と事業関係者のエンパワメント】

先行因子や特性で個人・家族・住民・地域の視点が入っていたように、帰結でも個人から地域までの変化と事業化で協働した関係者のエンパワメントが抽出された。個人・家族が自らの健康問題に気づく、解決行動への関心が向上する^{7, 44)}、育児能力や資源の活用などのスキルの向上^{7, 24, 44)}、自信の回復³⁾、家族関係の深まりや生きがい⁶⁾にも影響していた。住民レベルでは、住民同士の相互の助け合いへの変化^{7, 21)}、住民の力の回復と育成^{3, 40, 45)}、自主的な活動の促進^{3, 27, 42)}、行政への働きかけや意思決定^{40, 42, 45)}が見られた。地域レベルでは、地域における活動のしやすさの変化²¹⁾、行政に対する関心と責任感¹⁷⁾、関係機関の活性化^{3, 8)}、社会資源の増加^{3, 17, 26)}質の向上^{3, 7)}、地域づくりへの発展⁴⁵⁾地域の健康課題の解決^{17, 21, 24, 32)}などが抽出された。

また、活動を実施した保健師自身、協働した関係者の信頼とエンパワメントも帰結として得られた^{6, 8, 10, 17, 20, 27, 39, 45)}。

IV 考察

1. 概念「事業化のストラテジー」の定義

分析の結果、「保健師による事業化のストラテジー(戦略)」の概念は、「地域住民の健康生活を目標に、公共性のある健康課題に事業化という方策を用いて対処するために、コミュニケーションを重視し、個人・家族・住民・地域に関する多くの情報を収集して資源を有効に活用し人々と協働していくプロセスであり、住民と地域の主体的な力の育成へと発展する活動である。」と定義できた。

2. モデルケース

本分析で定義した「事業化のストラテジー」の概念を実践的に論証する⁵⁾ことは今後の課題としたいが、定義した概念が保健師の事業化の事例で説明できることを確認するため、以下に実際の事例を基にしたモデルケースを提示した。

地方の人口5万のA市の保健師は、住民健診の結果から多様化する食生活に不安を抱いてい

た。また、地域組織活動の中心となるはずの食生活推進協議会にも、メンバーの育成や活性化の課題があった【公共性のある健康課題の見極め】。

一方で、保健師は、保健師の仕事とは本来住民の顔を見ながら住民のために必要なサービスを住民とともに考えながら提供する仕事だという考え【専門職のビジョンと使命感】を持っていた。しかし、国の施策などに基づいた仕事に追われ、住民の顔を見た活動ができていないと感じており、このまま課題を放置すると、生活習慣病の深刻化を招くと考えていた【ビジョンと健康課題のギャップの拡大】。

そこへ、国の補助事業で予算の確保ができる情報をとらえて、受け入れることに決める。住民とともに住民にとって魅力ある活動を行いたいという考えと、住民組織の活性化で継続できる事業と活動の基盤を創りたいという考え【具体的な目標を持ち主体的な健康生活を目指す】で、土地のもの、地元のものを利用しようと、「薬膳」にテーマを絞り込む。

薬膳に詳しい人材の情報や、薬膳を食べるという体験学習を入れたいということから多くの情報を収集する【個人から地域までの情報収集を要する】中で、第3セクターの経営が困難な状況に陥っている温泉宿の情報をつかみ、協働する。何度も話し合いを繰り返し、教室を温泉・薬膳の試食でPRして生活習慣や食生活習慣の重要性を伝えることにする【コミュニケーションを重視し協働する】。

保健師は薬膳教室の後も教室がきっかけに地区活動につなげたいという思いを持っていたため、公民館ごとに温泉宿で行う教室参加を促すとともに食生活推進協議会に主な役割を担ってもらえるように、メンバーの参加も促していった。【多角的な視点で計画・実施・評価を繰り返すプロセス】地区ごとの活動を行った結果、このまま解散するのは惜しいという意見が住民からでて、薬膳の材料となる食材を育てる活動を住民同士で計画を立て、教室以外での交流が盛んになっていった【質の高い事業の定着】。食生活推進協議会は、薬膳のおもしろさを感じ、土地の名産物に土地の食材を使うという発想を住民に広げていきたいとい

う希望がでて活性化され【住民と事業関係者のエンパワメント】、都市計画で整備されつつある、公共の空きスペースに、薬膳の食材となる植物を植えたい、市のイベントに薬膳を取り入れた食品を出したいなどの交渉を行うようになった。さらに、この活動をきっかけに、温泉宿は宿のスタッフがやる気になっただけでなく、住民の温泉宿の利用が増え、薬膳を売りに経営の立て直しを図る機会となった【活動の発展】。

3. 目標や使命感がストラテジーに与える影響

「事業化のストラテジー」の概念分析から、保健師が目指す活動のゴールの考え方の重要性を読み取ることができた。ストラテジーは目標に向かうためのルールであるといわれるように、ビジョンや目標はストラテジーを大きく左右する。今回の概念分析では、保健師が持つビジョンとそれに対する使命感が目標に影響していること、つまり、どうありたいかという大きな目標を持つことの重要性が理解できた。経営学でも、ミッション、ビジョン、目標を、企業は明文化し明確に意識している。その目標を達成するために現状を分析し、現状と具体化された目標を視覚化するために図表等を用いて示し、活動方針を選択するまで徹底的に吟味して決定している。しかし、経営学と比較すると看護の分野においては未だ手探りであり、概念も曖昧な部分が多いことは否めない。その理由としては、経営学では、利益・競争という価値が存在することが大きいのかもしれない。看護学では、専門職としてのビジョンや使命は持っても明文化されることは少ないこと、経営学のように目標や細分化や各活動レベルのストラテジーの定義がされていない現状が今回の分析で明らかになった。しかし、地域の資源を有効に使い、活動をより効果的に効率的に実施するためには、経営学の概念にあるような明確な目標を持つことが重要と思われた。

4. 看護における「ストラテジー（戦略）」の概念の細分化と発展

経営学で用いられる「ストラテジー（戦略）」の定義は、全体の定義のほかに、経営戦略、マーケティング戦略、企業戦略、事業戦略などと細分化または視点を変えた定義がある。本研究は、「保健師

による事業化の戦略(戦略)」に注目して概念分析を行ったが、看護学全体で用いられる戦略について検討が必要であろう。また、細分化された定義については今回の概念分析からは抽出されなかったが、個別・地域・施策化に分けた戦略や^{14, 25, 26, 33)}、今回の結果と先行研究^{3, 19, 26, 33)}からは住民・社会資源・行政組織・事業という分け方の可能性も読み取れた。今後研究が進むことで、看護や保健活動における戦略の概念も細分化されて定義されていく可能性があること、具体的な活動方法や評価方法の提案には、定義の必要性が出てくるだろう。これらは、今後の課題であるが、住民へ質の高い看護活動の提供に貢献するための一歩として重要であると考えられた。

V おわりに

「保健師の事業化の戦略(戦略)」の概念分析の結果、我が国の保健活動の実践と研究において、活用すべき概念であると考えられた。目標の重要性からは、保健師教育、現任教育の必要性が示唆された。そして、今後ますます研究を重ね、概念を細分化し、発展させていく必要性が明らかになった。

文 献

- 1) 近藤克則:「健康格差社会」への処方箋 処方のために何が必要か. 保健師ジャーナル, 62(10): 854-859, 2006.
- 2) 根本愛子(分担者): 人材育成を通じた保健師の専門性の確立に向けた調査研究報告書. 平成19年度地域保健推進事業: 2-19, 全国保健師長会, 東京, 2008.
- 3) 宮崎紀枝: 事業開発過程における一保健師のマネジメント. 日本地域看護学会誌, 5(2): 34-42, 2003.
- 4) Alfred D. Chandler, Jr.: 経営戦略と組織. 三菱経済研究所, 第23版: 29, 実業之日本社, 東京, 1989.
- 5) Rodgers B. L., Knaf K. A.: Concept Development in Nursing Foundations, Techniques, and Applications 2nd: 77-117, W. B. Saunders Company, 2002.
- 6) 大湾明美, 佐久川政吉, 大川嶺子他: 離島における施設入所高齢者の生きがいづくりに関する研究「ふるさと訪問」事業化への取り組みのプロセスと事業評価・課題. 沖縄県立看護大学紀要, 4: 37-47, 2003.
- 7) 井出成美: 保健福祉行政サービスの事業化および運営管理における看護の特質. 千葉看護学会会誌, 10(1): 10-17, 2004.
- 8) 藤山正子: 【健康な地域社会をつくる保健師の予防活動】民間と行政の協働による広域的システム構築と事業化の試み 精神障害者の社会的入院解消に向けた取り組み. 保健の科学, 3: 175-183, 2006.
- 9) 池田信子(分担部分): 地域保健における保健婦等の活動に関する研究報告書2. 市町村保健婦の活動領域等に関する研究. 平成9年度保健医療福祉地域総合調査研究事業, 37-72, 1998.
- 10) 高嶋伸子, 古川文子, 辻よしみ他: 保健師の施策化に関する取り組み特性. 日本地域看護学会誌, 11(1): 39-45, 2008.
- 11) Kyoko Yoshioka, Sachiyo Murashima, Kiyomi Asahara: Tacit knowledge of public health nurses in identifying community health problems and need for new services: A case study. International Journal of Nursing Studies, 43: 819-826, 2006.
- 12) 関美雪, 石崎順子, 頭川典子: 保健師の保健計画・施策化能力～中堅保健師の事業評価および評価結果の活動に関する能力～. 埼玉県立大学紀要, 9: 35-39, 2007.
- 13) 石崎順子, 関美雪, 頭川典子: 保健師の保健計画・施策化能力～新任保健師の住民ニーズの把握に関する能力～. 埼玉県立大学紀要, 9: 47-53, 2007.
- 14) 森田桂, 甲斐静江, 小宮山佳子他: 戦略基礎シート(施策化編)の提案. 保健師ジャーナル, 61(4): 360-365, 2005.
- 15) 井出成美, 石川麻衣, 宮崎美砂子: 住民の援助ニーズに応じた地域ケアシステム構築における行政保健師の看護実践知の創出—研究成果のメタ統合—: 千葉看護学会会誌, 11(2): 8-15, 2005.
- 16) 高階恵美子: 保健婦活動の曖昧さと施策に結びつく研究・実践. 保健婦雑誌, 57(1): 6-12, 2001.
- 17) 細谷紀子, 大室律子, 丸山美知子他: 保健医療福祉の転換期における保健師の施策化に関する実践知—市町村保健師の経験からの考察—. 千葉看護学会会誌, 13(2): 1-9, 2007.
- 18) 吉岡京子, 村嶋幸代: 日本の市町村保健師による事業化プロセスの経験とその関連要因. 日本公衆衛生雑誌, 54(4): 217-225, 2007.
- 19) 吉岡京子, 麻原きよみ, 村嶋幸代: 地域の健康問題に関する保健師による事業創出のプロセスと方策—課題設定と事業案作成の段階に焦点を当てて—. 日

- 本公衆衛生雑誌, 51(4): 257-271, 2004.
- 20) 平野かよ子: 保健師活動の評価はなぜ必要なのか. 保健師ジャーナル, 61(1): 8-12, 2005.
 - 21) 両羽美穂子: 地域づくりににおける保健師のマネジメント活動の特徴. 千葉看護学会会誌, 13(1): 69-76, 2007.
 - 22) 塩見美抄, 岡本玲子: 事業・施策展開を要する課題の明確化に向けた保健師の判断内容. 日本地域看護学会誌, 7(1): 41-48, 2004.
 - 23) 村上正子, 丸山美知子, 山崎京子他: 職場内教育(OJT)ガイドブック保健師の保健計画・施策化能力の育成. 平成11年度厚生科学研究分担研究, 1-40, 1999.
 - 24) 五十嵐千代: 効果的な保健指導の戦略はどうあるべきかー産業看護の立場からー. 日本看護科学会誌, 28(1): 83-84, 2008.
 - 25) 森田桂, 甲斐静江, 小宮山佳子他: 保健師活動の「戦略」を考える前提. 保健師ジャーナル, 61(1): 66-71, 2005.
 - 26) 森田桂, 甲斐静江, 小宮山佳子他: 戦略基礎シート(地域編)の提案. 保健師ジャーナル, 61(3): 270-276, 2005.
 - 27) 赤松佳代, 岡本玲子, 中山貴美子他: 保健所保健師による市保健師支援活動の分析ーアクションリサーチにより子育て支援体制を整備した事例からー. 日本地域看護学会誌, 7(2): 27-32, 2005.
 - 28) 斎藤泰子: 保健師アドボカシーの概念分析. 武蔵野大学看護学部紀要, 2号: 49-59, 2008.
 - 29) 勝又浜子: 保健指導・患者教育が成果を生むための戦略. 日本看護科学会誌, 28(1): 81-82, 2008.
 - 30) 保健師のベストプラクティスの明確化とその推進方策に関する検討会: 保健師のベストプラクティスの明確化とその推進方策に関する検討会報告書. 平成19年度地域保健総合推進事業: 1-39, 財団法人日本公衆衛生協会, 東京, 2008.
 - 31) 宮崎美砂子: 生活習慣病予防に対する保健指導の研究課題と対処の戦略. 日本看護科学学会誌, 28(1): 85-86, 2008.
 - 32) 吉岡京子, 岡本有子, 村嶋幸代: 日本の地方公共団体に働く保健師の施策化に関する文献レビュー. 日本地域看護学会誌, 5(2): 109-117, 2003.
 - 33) 森田桂, 甲斐静江, 小宮山佳子他: 戦略基礎シート(個別編)の提案. 保健師ジャーナル, 61(2): 172-176, 2005.
 - 34) 金子仁子, 米山奈奈子, 坂本道子他: 先駆的保健活動としてめざすもの「ニーズから施策化へ」[1]. 保健婦雑誌, 54(1): 42-47, 1998.
 - 35) 村上正子, 丸山美知子, 山崎京子他: 保健師の保健計画・施策化能力の育成に関する研究. 保健婦雑誌, 54(3): 220-228, 1998.
 - 36) 安齋由貴子: コミュニティに関わる保健師の技に関する研究ー施策化に焦点を当てて. 日本看護科学会誌, 28(1): 93-94, 2008.
 - 37) 近藤克則: 「健康格差」対策の総合戦略. 保健師ジャーナル, 63(5): 444-450, 2007.
 - 38) 近藤克則: メゾ(コミュニティ・職場)レベルの危険因子への戦略. 保健師ジャーナル, 63(7): 638-645, 2007.
 - 39) 竹澤良子: 保健師の活動を施策につなげるためのポイント. 保健婦雑誌, 57(1): 26-31, 2001.
 - 40) 安齋由貴子, 村嶋幸代, 麻原きよみ他: 住民参加および住民自主グループを推進する政策立案手法の研究. 平成15年度厚生労働科学研究費補助金, 市町村の指標化された中長期的サービス政策立案に関する研究, がん予防等健康科学総合研究事業報告書, 108-129, 宮城大学, 宮城, 2004.
 - 41) Saeki Kazuko, Izumi Hisako, Ohno Masami et. : Practical competence of public nurses working for local government: Comparison-1996 and 2001. Journal of the Tsuruma HEALTH SCI. MED. KANAZAWA UNIV., 28: 113-120, 2004.
 - 42) 坂田由美子, 坂本道子: 先駆的保健活動としてめざすもの「ニーズから施策化へ」[2]. 保健婦雑誌, 54(2): 132-138, 1998.
 - 43) 金子仁子, 米山奈奈子, 坂本道子他: 先駆的保健活動としてめざすもの「ニーズから施策化へ」[3]. 保健婦雑誌, 54(3): 210-219, 1998.
 - 44) 田口敦子, 吉岡京子, 酒井太一他: 目的重視型保健師活動モデルの実際ー次元Ⅱ: 個人・家族に直接働きかけて健康を高めるー. 看護研究, 38(6): 46-50, 2005.
 - 45) 安齋由貴子, 吉田澄恵, 麻原きよみ他: 市町村保健師が新たに立ち上げた活動の事業過程としての特徴. 日本地域看護学会誌, 7(1): 55-61, 2004.

Abstract : The purpose of the present study is to analyze the concept of the strategy for program development by public health nurses in Japan and to evaluate the application of the outcome to the practice and research of public health nurses. According to Rodger's approach the descriptive data concerning antecedents, attributes and consequences were qualitatively analyzed. Detected as the antecedents of the strategy for program development were: "Identification of health problems common among the public," "Vision and mission of the professionals," and "An increasing gap between the problems and the vision." The attributes found were: "To have far-reaching objectives and set goals for a proactive healthy life for the citizens," "A need to collect the information concerning individuals and also extending it to the community," "A high regard for communication and collaboration" and "A process of repeated planning, implementing and assessing the activities from diverse viewpoints". For consequences, the following emerged: "Establishing high quality programs", "Developing activities" and "Empowering the residents of the community and the personnel involved in the program." From these results, the concept behind the strategy for program development was defined, and the modal case which could support the defined concept was shown.

Key words : strategy, concept analysis, public health nurses, program development

(2009年7月13日 原稿受付)

■原著

熟練助産師の分娩第1期におけるケアの特徴

Characteristics of care made by expert midwives in first stage of labor

渡邊 淳子¹, 恵美須文枝², 勝野とわ子³Junko Watanabe¹, Fumie Emisu², Towako Katsuno³

要 旨：目的：本研究の目的は、熟練助産師の分娩第1期におけるケアの特徴を明らかにすることである。本研究においての熟練助産師とは、助産師として20年以上の経験をもち、さらに分娩介助の経験が1,000件以上ある助産師をいう。研究参加者は4名の助産師であり、それぞれの助産師が関わった9例の分娩に参加観察し、援助場面を中心に半構成的インタビューを実施した。分析の結果、〈経過における特徴的な反応を生かしたケア〉〈からだのバランスを調えるケア〉〈自然な流れを尊重したケア〉〈家族の出産を演出するケア〉〈産婦自身の力を引き出すケア〉の5カテゴリとそれに含まれる12のサブカテゴリが抽出された。熟練助産師は、自然分娩に対する自己の信念を持ち、経験から導かれた感覚を用いて判断し、それに基づいたケアを行っていた。

キーワード：熟練助産師、分娩期、出産期ケア、助産実践

I はじめに

近年では、医療介入のない安全で快適な出産が望まれるようになり¹⁾、助産師による自然な出産への期待が高まっている。特に最近では、「助産師外来」や「院内助産所」の活動が推進され²⁾、助産師の確かな技術や独自の専門性が一層求められている。日本助産師会によって作成された「助産師の声明」の倫理綱領では、助産師は最善のケアの提供と各自の専門的知識と技術を最大限に活用することが謳われている³⁾。自律性をもったより専門性の高い助産活動が求められている。助産実践を記述的に表した研究では、病院勤務助産師が実践しているケアを抽出した研究⁴⁾や助産師のケ

ア場面を記述し、熟練助産師の技術をアートに位置づけた研究⁵⁾、熟練助産師からの助産師学生の学びを抽出した研究⁶⁾などがある。しかしながら、出産時のケアは産婦個々の状況に依存したものであり、これまでの研究では、出産の状況に合わせたケアがどのように実施されているのかが不明確である。

歴史的にも、我が国の助産師は、女性の専門職として早くから確立されており^{7,8)}、また日本の助産師の技術は海外からも評価されている^{9,10)}。ところが、助産師がケアを実施する際に何を手がかりとしてどのようなケアを実施しているのかについての具体的な判断プロセスが実証的なデータ

1 東京医療保健大学東が丘看護学部 Tokyo Healthcare University, Faculty of Nursing at Higashigaoka

2 愛知県立大学大学院看護学研究科 Graduate School of Nursing Sciences, Aichi Prefectural University

3 首都大学東京健康福祉学部人間健康科学研究科 Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

として記述されていないことから、熟練者のケア技術が伝承されにくい実状にある。出産という状況は、一人として同じ出産がないと言われるように、一人ひとりの事例に則した判断が求められる。そして、出産の現場では分娩経過の予測をする際には数値だけではなく判断を行っていることは多い。特に分娩第1期は、産婦の苦痛が強く、且つ、安全・安楽を確保するケアが最も多く必要とされ、高度な力量の発揮が求められる。そこで、本報告では、1人の産婦が入院し出産するまでのケアを継続的に観察し、その結果をもとに熟練助産師の分娩第1期におけるケアの特徴を明らかにすることを目的とした。

熟練者がどのように状況を捉えどのような判断のもとでケアを行っているのかを具体的に記述することは、今後の助産師教育や新人教育への基礎的資料となる。

II 用語の定義

本研究で用いる熟練助産師とは、助産師としての業務経験が20年以上で、分娩介助経験を1,000件以上持ち、他の助産師から熟練者として認められている助産師とした。

熟練助産師を定義づけるにあたっては、助産ケアを技として捉え¹¹⁾、出産という複雑な現象を自らの判断で取り扱うために必要な経験年数は何年かを検討した。宮中らが達人助産師を卒後15年以上としていること¹²⁾、及び日本助産学会が提示した「日本の助産師が持つべき実践能力と責任範囲」¹³⁾に関する村上らの研究では、分娩期のケアは経験年数16年以上の助産師が実践能力を高く認識しており、妊娠期のケアでは21年以上の助産師の認識が高いという結果¹⁴⁾から、高い実践能力を持つには15年から20年が必要と考えた。そのうえで出産を直接取り扱わないこともあるため、助産師としての経験年数と併せて出産取り扱い件数を定めることとした。熟練者としての分娩介助件数についての報告が見当たらなかったため、助産学研究者間で検討した結果、経験の質が重要であり、出産におけるさまざまなケースを経験し、自分自身で判断ができる能力を持つことが熟練者であるとした。そこで単純に数では表せ

ないが、20年の経験年数であれば出産件数の多い施設では1,000件以上は介助しているという想定のもと分娩介助経験を1,000件とした。

分娩時の助産ケアとは、分娩時に助産を遂行するなかで助産師が、産婦及び家族の状況を見極めたうえでその手技や言葉を用いて対象の安全で、快適な出産を支援する為の行為とした。

III 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、助産師のケアの実際を具体的に記述するため、質的記述的研究デザインを用い、研究参加者の選択方法は、目的的对象選択法とした。

2. データ収集と分析

データ収集は、東京近郊の助産院の協力を得て実施した。データ収集期間は2004年6月～10月までである。具体的な手順としては、熟練助産師の該当者を紹介してもらい、助産院の院長及び該当助産師に、研究参加の了解を得た。そのうえで、助産師の行動をより詳しく理解するために、研究者自身が研究参加者の働く施設で事前研修を行い、行われているケアの概要把握に努めた。データ収集においては、産婦の入院時に助産師から研究参加の意向を確認してもらい、参加の意志を表明した産婦及びその家族に、研究者が研究目的等を説明して同意を得た。その際、研究者自身も助産師であることを説明し、直接的なケアは行わないが、必要時には担当助産師に協力できる旨を伝えた。

研究者は、産婦の入院直後から助産師が関わるすべての場面への参加観察を行った。その方法は、Goldの関わり方のうちの「参加者としての観察者」¹⁵⁾である。そして、助産師の援助場面では実施したケアと産婦及び家族の反応を中心にメモとして記載し、参加観察終了後、記憶が薄れないようにすぐにフィールドノーツを整理し、系時的に分娩進行状況に併せて助産師の行動を中核として詳細に記録した。そして協力助産師の記憶が薄れないよう分娩後48時間以内に、ケア場面を中心にケアを行った理由やそのときに感じていたことについてインタビューを実施した。インタビュー

の際にはフィールドノーツを用い、場面ごとに振り返ってもらうようにした。インタビューは、研究参加者に了解を得てカセットテープに録音し、逐語録を作成した。作成した逐語録には、参加観察した内容やその際に感じた印象、表情などを追加した。インタビュー時間は、それぞれ45～67分であった。

分析は、以下のような手順で行った。①フィールドノーツから出産の状況を確認し、助産師の言動を整理した。②助産師の経験の本質に迫るため逐語録を繰り返し読み、産婦の状況と助産師の関わりに関する全体の印象を掴んだ。③産婦がおかれている状況とその背景を探り、産婦とその家族に対する助産師の関わりを表す文章または段落を抜き出した。④抜き出したものからケアを抽出し一次コーディングとした。⑤一次コーディングから類似したケアを集めサブカテゴリー化した。⑥サブカテゴリーを集めカテゴリー化し概念化を図った。また、熟練助産師のケアの特徴を導き出すために、カテゴリー名は抽象度を下げ、具体的な表現を用いることでより実践の状況を浮かびあがらせるようにした。データ分析の信頼性と妥当性を高めるために、複数の研究者で検討し、質的研究者及び助産学研究者のスーパーバイズを受けた。

IV 倫理的配慮

本研究は、東京都立保健科学大学(現首都大学東京)の研究倫理審査委員会にて承認を受け実施した。また、研究参加者である助産師と、ケア場面での参加観察の協力を依頼した産婦の承諾に際しては、口頭及び書面にて説明をし、同意書に署名を得た。その際には、研究の参加は、自由意志であり、参加の有無や研究途中での辞退も可能であること、さらに、それによつての不利益は生じないことを説明した。研究で得られたデータは、アルファベットを付すことで匿名性を確保し、その上で研究目的以外には使用しないことを保証した。

V 結果

1. 研究参加者

助産師が独自に判断をし、ケアを行う場面がより多いと考えられる助産院の助産師に協力を依頼した。その結果、研究参加者4名は、経験年数27～53年、分娩介助件数は1,000～3,000件以上であった。また、分娩時の助産ケア場面の参加観察に了解を得た産婦は9名(初産婦3名、経産婦6名)で、すべての分娩は正常経過であった(表1、表2)。

2. 熟練助産師のケアの特徴

データ分析の結果、熟練助産師のケアの特徴として抽出されたカテゴリーは、【経過における特徴的な反応を生かしたケア】【からだのバランスを調えるケア】【自然な流れを尊重したケア】【家族の出産を演出するケア】【産婦自身の力を引き出すケア】の5カテゴリーと12のサブカテゴリーであった。以下、カテゴリーとそれに含まれるサブカテゴリーについて説明する。〈 〉はカテゴリーに含まれるサブカテゴリー、「」は対象者が語った言葉で、()は研究者が文脈から確認し補足した内容を示している。また、《 》は事例を表し、事例のアルファベットの大文字は助産師、小文字は産婦を表示している。

1) 経過における特徴的な反応を生かしたケア

熟練助産師は出産間近な産婦の生理的特徴を理解し、産婦の反応から分娩進行状況を判断して、それに基づいたケアを行っていた。

〈進行に伴う生理的反応を理解する〉

産婦が出産直前にどうしようもないほどの睡魔に襲われることや、分娩進行に伴って嘔気、嘔吐が起こることなどの生理的な反応を当然のこととし、それをケアに生かしていた。

「もうね、自分は我慢しようと思ったってね、吸い込まれるほど眠いのよ、だから、寝なさいっていうのよ、うーん、寝れば、だってリラックスできるもんね。」《事例 D-m》と語り、児の娩出間際であっても眠りこむ産婦には睡眠を促していた。眠気は出産に伴う反応でありアセスメントの手がかりとして捉え、眠ることで出産が進行することを掴み産婦に合わせたケアを実施していた。

表 1 研究参加者の背景

助産師	年齢	経年数	分娩介助件数	業務経験
A	53	27 年	約 1,000 件	看護師として未熟児室勤務 3 年, 正常分娩中心の病院 15 年, 周産期センター 7 年, 助産院 5 年
B	60	36 年	約 2,050 件(開業後)	手術室勤務 1 年, 総合病院産科 10 年, 保健所 7 年, 助産院を開業し 19 年
C	58	30 年	約 1,300 件	正常分娩中心の病院 17 年, 周産期センター 4 年, 助産院 9 年
D	73	53 年	約 3,000 件(開業後)	大学病院 1 年, 公立産院 10 年, 保健所 10 年, 開業助産師の母親の後を継ぎ 30 年

表 2 参加観察した出産の概要

助産師	産婦	年齢	初/経産	分娩所要時間	ケースの概要
A	f	35	3 回経産	23 時間 54 分	前 2 回の出産は急速に進行したが, 今回は子宮口 5 cm 開大から約 24 時間を要した。自然の力で陣痛を促し, 希望の自宅分娩となった。
	g	39	1 回経産	7 時間 46 分	前回の出産の進行が急速であったことから不安を持ち, 入院前に 2 回来院した。また電話を何度もかけてきたが入院の時期を考慮し, 家族と過ごし不安の軽減を図った。
B	h	38	2 回経産	6 時間 45 分	緊張感の強い産婦で陣痛に苦しむ自分の姿を子どもに見せたくない様子だった。出産に立ち会いたいという長男 (10 歳) の希望で夫と長男に囲まれ出産し, 家族に感謝した。
	i	37	2 回経産	3 時間 6 分	深夜の入院で連れてきた子どもは興奮状態となった。家族への配慮をし, 夫・子ども 2 人が出産に立ち会い, 家族員それぞれが役割を果たした出産となる。
	j	26	1 回経産	7 時間 46 分	前回は助産院での出産であり, 今回の出産も, 夫立会いの自然な出産であった。今回の出産に対しても満足しもう一人産んでも良いと出産直後に述べた。
C	k	28	初産	13 時間 42 分	分娩開始時から陣痛時に強度の腰痛を訴え, 助産師は産婦の傍を離れず, 温電法やマッサージを行いつつ産婦の苦痛を受容したケアを実施した。
	l	28	初産	21 時間 27 分	自然に逆らわず出産したいという産婦のバースプランを実現し, 夫婦で協力し産痛を乗り越え出産となった。
D	m	36	2 回経産	16 時間 35 分	ゆっくりとした分娩進行で, 分娩直前の排臨頃に強度の睡魔がおこるが, その睡魔を活かした休息を図り, 2 分の熟睡で陣痛が強くなり出産となった。
	n	28	初産	5 時間 25 分	助産師の指導のもと, 夫とともに呼吸法・補助動作を行い, 夫婦が協力し産痛を乗り越え, 出産となる。

〈出産間近の行動パターンを把握する〉

自宅出産の助産ケアの場面では, 産婦が部屋の隅にそっと移動した行動を見逃さず, その行動から児の娩出が近いことを判断していた《事例 A-f》。その場面では, 産婦の自然な行動をそっと見守りつつ, 穏やかな雰囲気なかで, 助産師が密かに分娩の準備を行うという配慮がなされていた。また, 産婦が足を開いた姿勢になったことを観て, 胎児が下降してきたことを判断し, 分娩介助物品の準備を始めた場面もあった《事例 D-m》。

〈経過のなかでの微妙な変化を読み取る〉

熟練者は, 陣痛発作時の下腹部痛が消失したこと《事例 B-i》, 産婦の呼吸の仕方の変化や息づかい《事例 D-m》, 呼吸時の唇の震え《事例 A-g》, 顔つきの変化《事例 B-j》, 口臭の変化《事例 A-g》など, つい, 誰しもが見逃してしまうようなわずかな兆候を情報として捉え, それを基に分娩進行度を判断し, 判断すると同時にそれをケアへと繋げていった。そのような場面でのケアは, 出産が順

調に進んでいることを説明し, 産婦とその家族を安心させて, 水分補給などの生理的ニーズを満たすような配慮を行うこともあった。

2) からだのバランスを調えるケア

出産は, 女性にとって生理的な現象であるが, 身体のバランスが崩れることで分娩経過がスムーズにいかなくなることを経験として捉え, ケアを行っていた。

〈身体の冷えを防ぐ〉

産婦の身体の冷え, 特に下半身の冷えが分娩進行を妨げると考え, 入浴や足浴を行うことで全身の血液循環の改善を図っていた。また, 膝まで覆う靴下を準備し, 入院時に履くように勧めること, 足首にある三陰交というツポにお灸を行うこと, さらには, 室温にも気を配り, エアコンの温度を調節し, 産婦に直接風が当たらないようにすることや, 団扇で柔らかな風を送るなどの配慮がなされていた。「(陣痛周期が)もう 3 分なんだけど, 身体が冷えてきたよね。あれ, もう産まれないと

思ったの、あの感じじゃねえ。」《事例 A-f》と語り、経産婦の子宮口は5 cm 開大していたが、身体が冷えている時は出産に至らないと判断して入浴を促していた。

〈不必要なストレスを与えない〉

ストレス、不安、恐怖が正常な出産を阻害するということを重視し、産婦が自由に過ごせ、不安を最小限にするようなケアを行っていた。「不安とか恐怖が一番進みを悪くする。」《事例 D-n》と語り、産婦が不安になるような言動は避けて判りやすく説明をし、産婦とその家族がケアの選択をできるようにしていた。さらには、産婦の傍を離れることなく、疼痛の緩和に努め、水分補給や部屋の温度に気を配り、産婦がより良い状態で過ごせるような配慮をしていた。そして、入院時に一緒に連れてきた上の子どもにも遊びのためのスペースを提供していた《事例 B-i》。

3) 自然な流れを尊重したケア

産婦へのケアの実施にあたっては、産婦一人ひとりを把握しその個人にあわせたケアを行っていた。そのケアの実施にあたっては、出産を自然なものとして捉え、異常経過に辿らない限りはその流れを尊重するという考えがあった。

〈その産婦にあわせる〉

助産師は、入院のタイミング、ケアの方向性、家族への支援などについて、それぞれの産婦にあわせた配慮を行っていた。例えば、それは、痛みや不安の訴えが強い初産婦においては、早めに入院をさせ、ずっとそばに付き添うようにしていた《事例 C-k》。また、前回の病院での出産の際に誘発剤を使用し急速に進行したことから急に出産に至るのではないかと不安を訴え、入院前に二度来院した経産婦には、現在の進行度を確認しながら、助産院近隣のレストランで家族と食事を取ってもらうなどの提案をしていた。その場面を「(入院が)あんまり早すぎても、逆に今度時間がかかって、不安になる要素があるので、できるだけ、その、自然なお産の流れっていうのはこうなんだっていうことを掴んでもらうために…(中略)…そういう意味での入院の、ね、ん、そういうタイミングが一番大きな要素だったかなって気がするよね。」《事例 A-g》と、入院のタイミングもその産婦に合

わせた判断をしていることを語った。

〈その産婦固有の経過を尊重する〉

出産経過は個々の産婦によって異なるが、経過に問題がないと判断した場合はその経過を尊重したケアを実施していた。子宮口5 cm 開大から児娩出まで24時間を要した3回経産の自宅出産のケースでは、「ドライブやったり、階段とかね、家の中でやれる範囲のことをすすめて、…(中略)…疲れてこれば、あとは横になりなってる。やってもやっても、すすまない時ってのは、無理してはいけなから、それは休ましちゃう、休まして、時間、寝てくれると、そのあと、また強くなったじゃない。」《事例 A-f》とその時の状況を振り返り、その産婦の固有の経過を尊重した関わりであったことを語った。しかし、そのような状況においても、異常分娩の見極めが重要なことを語り、慎重な判断を行いながらのケアであったことを次のように述べた。「ゆったり、構えていても、頭の中はいろいろめぐっていますよ。」《事例 A-f》。また、経過を尊重する理由として「自然なリズム、だから、その、そう、無理してこれがいいんだからって、早く産ませようとするといろいろな介入が入ってくるから、裂傷がひどくなったり、それから、上から押すの引くののお産になったり…」《事例 A-f》と、正常な経過か否かの見極めをしつつ、その産婦にとっての経過を大切にしたい関わりであったことを語った。

〈自然界のリズムとの同調を図る〉

出産の場面で考慮されている自然界のリズムとは、潮の満ち引き、太陽の昇沈、月の満ち欠けなどであった。自然界のリズムと同調を図ったその場面を「子宮口がまだ全部開かない状態で、そのままだとだんだん今度は朝方に向かってきて、満潮の時間過ぎてくると、今度は陣痛も遠のいて来ちゃうし…ある程度のところで、こう、満潮に向かう時間帯に乗ればね、そこで乗って、こう、進めてあげた方が進んでくるといことを、何回か、こう、経験しているんでね。」《事例 C-i》と語った。助産師は自然界のリズムを分娩進行状況の判断をする際の参考として活用し、産婦の状態と照らし合わせて、出産を進めるような関わりをしていた。

4) 家族の出産を演出するケア

助産師は、女性とその家族にとって、一回ごとの出産が充実した体験として残るよう、そして新たな家族関係を形成していく出発点となるような配慮を行っていた。

〈家族への細やかな配慮をする〉

深夜の入院で子どもが院内を走り回った事例においては、「子どもが落ち着かないとお母さんも落ち着かないし、出産には至らないのよ。」《事例 A-f》と語り、子どもが興奮しているときは、子どもを別室で思いっきり遊ばせるなど子どもと産婦の状態を読み取り、子どもが今何を望んでいるのかを聞きながらの対応を行っていた。

〈出産を家族で乗り越えさせる〉

産婦は積極的には子どもの立会いを望んでいなかったが、10歳の長男が出産の立会いを望んでいるというケースでは、さりげなく助言し、長男に分娩第1期から母親の手を握る、水を飲ませる、団扇で扇ぐなどの役割を与えていた。その場面について「損得抜きでやり合えるのが家族なのだから、家族の出発点をお産でやるんだから、お母さんも心開いて、子どもを受け入れるっていうのが一番じゃない。お産が終わってお互いに家族に感謝できて、良かったよね。」《事例 B-h》と語った。このケースでは母親の助けとなるように働きかけて産婦と家族をつなぐ出産になるような計らいを行っていた。

5) 産婦自身の力を引き出すケア

助産師は、出産は生殖生理に基づく自然な現象であり、産婦には産む力が備わっており、胎児も産みたいときに産みたいように産まれてくるという考えのもとで行動し、助産ケアを実施していた。

〈産婦を操作しようと思わない〉

分娩期の助産ケアを行う中で助産師は、異常な経過にならない限り、産婦の自然な経過を尊重していた。「早く産ませたいと思っていろいろ医療処置するとお産はこじれるのよね。時間がかかっても大変なお産はないんだってということだと思うよ、自然分娩って。」《事例 A-f》。また、「本人がやりたいようにやって、あの、心音も良くて、経過も順調であれば、あんまり言わない。やりた

いようにやっていいよっていう。」《事例 B-n》との語りから、娩出期に出現する強度の眠気や、我慢できない自然のいきみなどのような産婦の体内から湧き起こってくる自然の力を、出産に活かすということを実施していた。

〈自己の存在感を消す〉

これは、出産の主体は産婦であり、助産師自身は黒子のような役割と考え、助産師の存在感を産婦に意識させ過ぎないということである。ある自宅出産の場面で、助産師が部屋の隅で小さくなって、箆箆にもたれ掛かり、眼をつぶっていたという行動について「助産師の存在をクローズアップしないということだよ。お産のときはだいたいそうだよ。産む人が主体だからね。必要なときに手出しはするけど、それ以上のことはね。」《事例 A-f》と語った。それは、出産は産婦と家族が中心であり、日常生活の延長線上にある出来事という考えに基づいた行動であった。

VI 考察

1. 熟練助産師のケアの特徴

本調査の参加者は、助産師としての経験が27年から53年であり、独立して自己の責任の下に分娩時の助産ケアを進めていた。助産院という医師がいない施設で、医療介入が必要かどうかを見極めるには、様々なケースを経験し、過去の経験を活かしながら自らの判断でケアを実施してきたという経験が不可欠である。近年は、助産師の実践能力の不足が指摘され、75%の助産師が現在の分娩介助件数において未熟感が強く、そのうえ500件以上の分娩介助経験でも25%の助産師が未熟感を感じていると報告されている¹⁶⁾。さらに卒後5年目の助産師でも分娩期ケアに自信がない¹⁷⁾。助産師としての自信のなさの要因は分娩介助件数の不足ではなく、助産師のみで介助した経験のなさに影響していると考えられる。本調査では、分娩介助件数1,000件以上を持つ助産師に研究参加を依頼した。一般的に分娩介助件数が多いことでさまざまなケースを経験できる。だが、その経験におけるケースへの関わり方が主体的な助産ケアへの自信に繋がると考える。

Bennerは、エキスパートの実践家は、状況を

理解して適切な行動と結びつけていく際に、もはや分析的な原則には頼らないと述べ、そこには豊富な経験があるとし¹⁸⁾、直観の活用を述べている¹⁹⁾。熟練助産師のケア実践では、五感を用いて分娩進行に伴う産婦の反応や微妙な変化を即時に正確に捉え、それをすぐにケアに結びつけることがなされていた。そのケアは産婦の身体状況を調べ、産婦の力を引き出すように働きかけるものであった。それまでに培ってきた豊富な経験から産婦の今ある状況を捉え、その情報をもとに、即、直観によるケアを実施していると推測できる。三村は熟練助産師と新人助産師の分娩時の思考のプロセスの比較では、熟練者は全体的に状況を判断していたことに対して、新人は切迫感が察知できず、判断が遅れると報告している²⁰⁾。同様に今回の調査でも、熟練者は直観的であるが全体的に情報を捉えることができていた。

また中村は、経験が真に値するものになるのは、〈能動的に〉〈身体をそなえた主体として〉〈他者からの働きかけを受けとめながら〉というこの3つの条件が不可欠な要因である²¹⁾としている。熟練助産師のケアは、ひとりひとりの産婦との出会いの場面で自らの身体を使って観察し、助産師の主体性のもとに責任を持って関わり、産婦の反応を受けとめてきた経過から生み出され身につけていったものである。まさにこれらの3つの条件が活かされて経験を資源とした実践が体现されたものであるといえる。

また、経験の積み重ねによる実践で築かれたものは、Polanyiの暗黙知として考えることができる。暗黙知(tacit knowing)について「われわれは語ることより多くのことを知ることができる」²²⁾と述べられているように、熟練助産師のケアでは、関わっている状況において、断片となる一部の情報から全体を一気に認識するような知識と経験をういた活動を現していた。例えば、産婦の呼吸の仕方、呼吸時の唇の震えといった産婦のわずかな情報から分娩の進行度を把握していた場面に現れていた。その情報が何を意味するかを把握するには全体的な状況の把握が出来なければ、分娩進行と関連付けての判断は難しい。助産師の着目情報は経験10年未満と10年以上では異なり、特に産

婦の内面的特徴やケア希望、自然界の動き等の情報に差があった²³⁾。熟練助産師の判断は、その個人のみが持っている情報で判断されることもあり、その判断のノウハウがその人自身の意識下で逐一表現され、説明できるというものではなかった。今後はこの身体感覚から得られている熟練助産師の知をエビデンスとして言語化していくことが重要であろう。

2. 熟練者に近づくためのありかた

助産師としての経験をどのように積み重ねるかを検討すると、産婦およびその家族との関わり方が課題となる。病院等の施設では90%の産婦に持続的に分娩監視装置を用いて胎児心拍測定法を実施しているという報告²⁴⁾、持続的な胎児心拍測定法は間歇的測定法のときに比べ産婦の主観や希望を聞く頻度が少なくなるという報告²⁵⁾から、器械に頼り切ってしまうことが助産師としての産婦の微妙な変化を読み取る五感を奪ってしまっているのではないかと考えられる。熟練助産師は、産婦の傍に寄り添い、産婦とともに出産を乗り越えるというケアのなかで、分娩進行をモニターする能力を自らの技能として持ち合わせていることが分かった。

熟練者は、その経験年数だけで熟練者となったわけではない。熟練助産師は、ひとりひとりの産婦と意識的に関わり、刻々と変化する状況のなかで、産婦の反応を読み取り、状況を判断しながらのケアを重ねてきたなかで身に付けてきた能力を持っている。今回の結果では個々の産婦との関わりのなかで、自分自身の行動を常に振り返ることで判断力を身につけていったことが語られていた。そこには、産婦に付き添うことで培われた細かな配慮、産婦とその家族を理解しようとして築いてきた人間関係形成の能力、微妙な変化を読み取る鋭い観察力などがある。

このような熟練者のケアを学ぶ方法を考えるならば、ケアの場면을単に傍で見学すれば良いというものではない。そのケア集団の一員として役割に巻き込まれながら状況を読み取り、自らの考えを形成する意識的・無意識的活動が不可欠といえる。LaveとWengerが、状況に埋め込まれた活動とみなされた学習を「実践共同体」への「正統的」

かつ「周辺の参加」²⁶⁾としていることが参考になる。

3. 助産師教育への示唆

産科医療の崩壊などと言われている昨今、社会は安全で安楽なケアが提供できる実践能力を持った助産師の育成に期待している。平成22年4月から、新人看護職員研修が努力義務となったが、それは病院という施設内で行われているケースがほとんどである。熟練助産師から、分娩経過の判断方法やその視点、タイミング、判断に基づく実践的なケア技術を学ぶ場面を多く持ち、助産師の特徴的な振る舞いが無意識的に自然な行動として身につくような環境を整えることが重要である。それは、助産師が産婦やその家族との関わり場面で五感を通して得られる情報を基盤とした行動に数多く触れることである。そのことは、熟練助産師と共に、ある程度の時間的な共有場面を通してしか学ぶことの出来ないセンスを磨く機会であり、それを教育の初期段階に持つこと、そしてその後にもそれらを繰り返し、その中で経験した一つ一つの場면을洞察する刺激を多く受けることである。

実践科学としての助産ケアは、実践現場でしか学べないことを重視し、共同的な実践への参加から学生が産婦を理解していくような機会を多くもてる教育が重要である。しかし、この実践共同体への助産師学生の参加は、学生がその状況に身を置いて緊張することなく、そこで生じている様々な出来事に自らの五感を研ぎ澄ますことができるような環境が保証されることが条件となる。それには、その共同体の一員として学生自身が暖かく迎えられてこそ実現する学びであるともいえる。

VII 本研究の限界

本研究は、4名の熟練助産師による9例の分娩場面を1名の研究者が参加観察した、フィールドノーツのデータに基づいている。データ収集では、研究者と研究参加助産師が共に経過を振り返りながら、出来るだけ正確な事実が抽出できるように努めた。しかし、遭遇したケースの出産状況に依存したデータであること、さらに参加観察した場面の取り上げ方には、研究者自身が持つ視点の限

界を免れることができず、この点におけるデータの偏りは否めない。今後多くの事例を重ねること、及び、別の眼で見た類似場面の分析を重ねることが必要である。また本研究で得た結果は、助産院勤務の助産師からのみの結果であることから、今後はさまざまな施設で働く熟練助産師の特徴を探り、新人助産師との違いを明らかにしていきたい。

VIII 結論

本研究の結果から、熟練助産師のケアには、【経過における特徴的な反応を生かしたケア】【からだ全体のバランスを調えるケア】【自然な流れを尊重したケア】【家族の出産を演出したケア】【産婦自身の力を引き出すケア】という5つの特徴があることが確認された。これらは、すべて実践から得られた知を用いたケアであった。このように熟練助産師は、経験から築いた知と観察力を活かし、自己の信念に基づいて判断し、ケアを実施していた。

謝辞：出産というプライベートな場面での参加観察をご承諾下さいました産婦とその家族の皆様、そして心よく研究協力をして下さいました助産師の皆様へ心より感謝申し上げます。

なお、本研究は東京都立保健科学大学大学院保健科学研究科に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたもので、内容の一部は第20回日本助産学会学術集会にて発表したものである。

文 献

- 1) 熊手麻紀子編集：だから日本に助産婦さんが必要です、くまでつうしん、2001.
- 2) 厚生労働省：安心と希望の医療確保ビジョン、2008.
- 3) 社団法人日本助産師会：助産師の声明、2006.
- 4) 戸澤陽子、小林康江：分娩第Ⅰ期に病院勤務助産師が実践しているケア、母性衛生、48(4)：577-583、2008.
- 5) 谷津裕子：看護のアートにおける表現—熟練助産師のケア実践に基づいて—、風間書房、東京、2002.
- 6) 谷津裕子：分娩介助場面における助産師学生の熟練助産師からの学び、日本助産学会誌、16(2)：46-55、2003.

- 7) 佐藤香代：日本助産婦史研究—その意義と課題：17-31, 東銀座出版社, 東京, 1997.
- 8) 大林道子：助産婦の戦後：67-86, 頸草書房, 東京, 1989.
- 9) Misago C, Umenai T, Noguchi M, et al. : Satisfying birthing experiences in Japan. *Lancet*, 355 : 2256, 2000.
- 10) 羽根田潔：国際会議の準備, 開催そして会議がもたらしたもの, 助産婦雑誌, 55(4): 21-24, 2001.
- 11) 生田久美子：「わが」から知る, 東京大学出版会, 東京, 1987.
- 12) 宮中文子, 恵美須文枝, 平澤美恵子：助産婦業務の自律に向けての経年別教育の達成目標(後編), ペリネイタルケア, 21(4): 78-85, 2002.
- 13) 日本助産学会：日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲, 日本助産学会誌, 12(2), 1999.
- 14) 村上明美, 平澤美恵子, 滝沢美津子 他：「日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲」に関する助産婦の認識(上)「妊娠期のケアとその責任範囲」「分娩期のケアとその責任範囲」に関する認識の実態, 助産婦雑誌, 56(10): 58-64, 2002.
- 15) Holloway I, Wheeler S, 野口美和子 監訳：ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで—第2版：95-102, 医学書院, 2006.
- 16) 渡邊竹美, 遠藤俊子, 鈴木幸子 他：助産師が感じる‘未熟感’に影響する要因の検討—助産師のキャリア発達に関する研究から—, 日本看護学会論文集(母性看護), 40 : 33-35, 2009.
- 17) 西川美智子, 坂部和子, 岩田真由美 他：神奈川県における助産ケアの質評価—新人助産師の育成と指導者の能力評価・育成を目指して—, 日本看護学会論文集(母性看護), 37 : 12-14, 2006.
- 18) Benner P, 井部俊子他訳：ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー：22-27, 医学書院, 1984/1992.
- 19) Benner, P & Tanner C : Clinical judgment, How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87(1): 23-31, 1987.
- 20) 三村あかね, 中村友恵, 中田みどり 他：分娩第1期における新人助産師と熟練助産師の思考のプロセスの比較, 日本助産学会誌, 14(3): 74-75, 2001.
- 21) 中村雄二郎：臨床知とは何か：63, 岩波新書, 東京, 1992.
- 22) Polanyi M, 佐藤敬三 訳：暗黙知の次元—言語から非言語へ—：15, 紀伊国屋書店, 東京, 1985.
- 23) 正岡経子, 丸山知子：経験10年以上の助産師の産婦ケアにおける経験と重要な着目情報の関連, 日本助産学会誌, 23(1): 16-25, 2009.
- 24) 堀口貞夫：自然分娩志向と産科医療, 産科と婦人科, 7(1): 835-843, 2001.
- 25) 島田真理恵：胎児心拍測定法の相違が助産師のモニタリング行為に与える影響, 日本助産学会誌, 11(1): 25-32, 1997.
- 26) Lave J, Wenger E, 佐伯胖 訳：状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加—：71-105, 産業図書, 東京, 1993.

Abstract : The purpose of this qualitative study was to comprehend the characteristics of the care of childbirth made by expert midwives assisting in first stage of labor. The participants of this study were four expert midwives who have more than 1,000 cases of deliveries over the last 20 years. This study analyzed nine cases which these midwives assisted. The data were collected by observing the midwife is practice and by conducting a semi-structured interview with her afterward. Consents from the midwife's, childbearing women and their families were obtained before hand. Data analysis revealed five categories which the midwives utilized for their the care of childbirth. And subcategory of the category and twelve included in it has been extracted. ;

1) care of childbirth at makes the best use of feature reaction in passage, 2) care of gotten in balance of the entire body, 3) care of childbirth to which natural flow is esteemed, 4) care of produces birth of family, and 5) care of expecting power from the laboring woman. They composed the midwives' practical knowledge as a whole. The midwives make care of childbirth based on their own beliefs regarding natural childbearing, own senses acquired through long experience, outstanding ability to assess situation, and own practical knowledge mingled with their own criterion.

Key words : Expert midwives, Stages of labor, Care of childbirth, Practice of midwives

(2009 年 11 月 11 日 原稿受付)

■原著

家族凝集性と老親扶養意識が介護の社会化意識に与える影響 —東アジア圏域の日本と中国東北地域の比較—

Influence of family cohesion and sense of filial responsibility on a sense of socialization of elderly care
— Comparison between Japan and the northeastern region of China in East Asia —

太湯 好子¹, 實金 栄¹, 桐野 匡史¹
竹田 恵子², 高井 研一¹, 中嶋 和夫¹

Yoshiko Futouy¹, Sakae Mikane¹, Masafumi Kirino¹
Keiko Takeda², Kenichi Takai¹, Kazuo Nakajima¹

要 旨：目的：日本と中国の大学生と親のデータを基礎に、家族凝集性と老親扶養意識が介護の社会化意識に及ぼす影響を検討した。方法：日本（大学生 636 人，親 368 人）と中国（大学生 480 人，親 473 人）を対象に構造方程式モデリングを用いて介護の社会化意識の因果関係モデルを検証した。結果・考察：日本，中国ともに因果関係モデルへの適合度はおおむね良好であり，統計学的に支持された。日本では，介護の社会化意識は家族凝集性，手段的扶養意識，情緒的扶養意識と負の関連性を認め，老親扶養意識の低さは介護の社会化意識を高めていた。中国では，介護の社会化意識は手段的扶養意識と負の関連性を認めた。両国ともに老親扶養意識は大学生が親より高く，日本の親の手段的扶養意識は最も低く，介護の社会化意識は最も高かった。両国ともに，介護の社会化意識に家族凝集性が手段的扶養意識を介して関連をするという因果関係が成立した。

キーワード：家族凝集性，扶養意識，介護，社会化，東アジア

I 緒論

東アジアに位置する日本・韓国・中国は，欧米とは異なる儒教文化を共通基盤としており，特に老親への扶養など家族に対する感情が異なる文化圏として位置づけられる。また最近の人口構造に着目するなら，日本・韓国・中国はともに高齢化が急速に進んでいることを共通点としている。ことに韓国と中国の高齢化の進行速度は，老年人口割合が7%から14%に達する所要年数(倍化年数)

で比較すると，日本の24年を短縮する地域と予測されている^{1,2)}。そのような状況にあって，両国ともに核家族化が産業化や都市化等を背景に急速に進行し，国民の老親扶養に対する意識が日本と同様に変化しつつある^{3,4)}。

那須⁵⁾は老親扶養が必要かどうかの要扶養性(扶養ニーズ)は老親の自活経済力の有無，健康度の良否(日常生活能力の有無)，非依存心(独立生活気力)の有無の組み合わせにより変わると指摘

1 岡山県立大学保健福祉学部 Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University

2 川崎医療福祉大学保健福祉学部 Faculty of Health and Welfare Science, Kawasaki University of Medical Welfare

し、家族による老親扶養として、「金銭や物質による経済的扶養と、老人の心身の条件に対応した身の廻りの世話や病気の看護などによるサービス扶養」をあげている。森岡⁶⁾は老親が必要とする援助のうち、家族が提供できる援助として「経済安定のための援助」「保健のための身体的介助」「情緒的満足のための援助」の3つの形態をあげている。また桐野ら⁷⁾は、老親扶養の扶養者を子と仮定し、「義務感」や「責任感」として捉え、具体的な責任としての「手段的扶養」と「情緒的扶養」とに仮定する見解を述べている。本稿においては、桐野らの見解をもとに老親扶養を子の扶養に対する責任意識と捉え、「手段的扶養意識」と「情緒的扶養意識」から捉えることにする。

東アジア圏域のいずれの国においても、子の老親に対する扶養意識の変化は避けられない状況にある。そして、老親扶養意識と家族機能の変化との関係は否定できない。最近では欧米において家族機能の崩壊が社会問題の根源として認識されるようになり、家族の意義を再評価する動きが出ている⁸⁾。家族機能の崩壊は家族の力を弱め、家族の持つ福祉力の低下を招く。そして、この家族の持つ福祉力の低下は社会的な福祉制度の整備を促進してきたと三浦は指摘している⁹⁾。

高齢者関係の制度改革では、日本は2000年に介護保険法が施行され、韓国においては2008年に老人長期療養保険制度が施行されている。中国においては1996年の高齢者權益保障法により、「老人の扶養は主に家庭を頼りにする」として、家族扶養を称揚し、近代化に伴う老親扶養意識の薄れをくい止めようと試みている¹⁰⁾。他方、家族機能の弱体化や高齢者の急増などの社会状況を鑑み、地域単位(社区)を基盤とする介護サービスの在り方の模索もなされている^{11, 12)}。このように制度基盤の異なる3ヵ国ではあるが、介護の社会化は避けて通れない顕著な社会問題として直面している。

日本においては、介護の社会化を目的に介護保険法が施行された。一方中国においては介護の社会化はこれからの課題である。本研究の目的は、両国における高齢者介護の課題を世代間の違いに注目し、介護の社会化意識と家族機能(家族凝集

性)、老親扶養意識との関連を因果モデルとして仮定し検証することにある。加えて、高齢者介護の社会化と家族機能との関連、家族介護の支援体制の可能性を明確にすることにある。

そこで、日本・韓国・中国の3ヵ国の中で、現時点において国家体制等の社会システムにおいては日本と対置できる中国を取り上げ、介護の社会化において、特に家族機能と老親扶養意識が介護の社会化の意識に及ぼす影響における類似性と差異性の問題を、日本・中国の2ヵ国の世代間(大学生と親)のデータを基礎に検討する。

II 研究方法

日本と中国の大学生とその親を対象に質問紙調査を実施した。親への調査は大学生を經由して質問紙の配布を依頼し調査した。なお、日本で2大学を選択した理由は男女比を考慮したことによる。

1. 対象

1) 日本調査

O県内の2大学の大学生920人に質問紙を配布し、大学生772人、親414人から回収ができた。その内、回答に欠損のあるものを除外し、大学生636人、親368人を有効回答(大学生の有効回答率82.4%)として解析の対象とした。

2) 中国調査

T市のC大学の協力を得て、大学生625人に質問紙を配布し、大学生544人、親480人から回収ができた。その内、回答に欠損のあるものを除外し、大学生480人、親473人を有効回答(大学生の有効回答率88.2%)として解析の対象とした。

2. 調査内容

質問紙はまず日本の医療保健および社会福祉の分野の研究者間で協議し、日本語版を作成した。次いで、中国の研究者が中国語(北京語)に翻訳し、日本語版との整合性を持たせるために、その後再度日本の研究者と中国の研究者間で協議をし、両国の質問内容に統一性を持たせた。その後、日本語版、中国版を完成した。

調査内容は大学生と親に同一内容で調査した。1)基本属性として、性、年齢、家族数、兄弟姉妹の数、出生順位、出身地域、親・祖父母との同居

有無、親の職業について尋ね、次いで2)家族凝集性及び老親、老いたときの子どもとの同居の意識、老親扶養意識、介護の社会化の意識と死ぬときに看取られたい場所について尋ねた。

前期調査内容のうち、家族凝集性は1985年に米国で開発された「FACES III Assessment」¹³⁾に含まれる「凝集性(cohesion)」の因子に属する10項目を用いた。日本語訳は貞木ら¹⁴⁾により日本語に翻訳され、使用されている尺度を使用した。回答は「0点：まったくない」から「4点：いつもある」の5件法で回答を求めた。また、老親や老いたときの子どもとの同居意識は「はい、いいえ、どちらでもない」の3件法で回答を求めた。

老親扶養意識は尹、中嶋¹⁵⁾らの尺度をもとに開発した「短縮版老親扶養の義務意識測定尺度」¹⁶⁾で測定した。この尺度は手段の扶養意識4項目と情緒的扶養意識4項目の計8項目からなり、回答は「0点：そう思わない」から「4点：そう思う」の5件法で回答を求めた。

介護の社会化意識は、「1. 老親が介護を必要とする状態になったとき」、「2. 将来、自分が介護の必要な状態になったとき」、「3. 家族の介護について」の3項目を配置し、それぞれの項目に対し「0点：家族で引き受ける」「1点：家族と施設・病院の両方で引き受ける」「2点：施設や病院で引き受ける」の回答を用意した。この3項目に対する回答の合計得点をもって介護の社会化意識得点とした。加えて、「老いて自分に死が訪れるとき」に看取られたい場所については、「自宅で死にたい」「病院や施設で死にたい」「病院で死にたい」の3件法で回答を求めた。

3. 調査手続きおよび倫理的配慮

日本と中国の大学生には、その国の研究者から文書と口頭で研究の趣旨、目的、研究内容について説明し協力を得た。親については、親宛の依頼文書を作成し、大学生を経由して、親への調査を依頼した。調査表は無記名自記式で実施し、個別に厳封をした後、郵送または回収ボックスで回収した。なお、本研究は岡山県立大学の倫理委員会の承認を得た。

4. 統計解析

家族凝集性、老親扶養意識、介護の社会化意識

得点は、それぞれに国別、大学生と親の世代別で平均値を求め、差の検定をした。次に、それぞれの尺度の因子構造を、日本と中国の全対象者(1957人)で確証的因子分析を行い、因子モデルのデータへの適合度を検討した。また内的整合性の観点からCronbachの α 信頼性係数で評価した。

本研究で仮定した因果関係モデルのデータに対する適合性と各変数間の関連性は構造方程式モデリングで検討した。前記因果関係モデルのデータへの適合性の評価には、標本数や観測変数の数に影響されにくい比較適合度指標「CFI」ならびに適合度指標「RMSEA」を採用した。なお、パス係数の有意性は、Wald検定による棄却比(Critical Ratio; C.R.)で判断し、その絶対値が1.96以上(有意水準5%)を示したものを統計学的に有意とした。

以上の統計解析は、構造方程式モデリングを用いた解析には「Amos 17.0」を使用し、他の解析には「SPSS 17.0」を使用した。

III 結果

1. 対象者の属性

日本と中国の大学生及び親の属性は表1に示した。大学生の平均年齢は日本20.3歳、中国20.8歳、親の平均年齢は日本50.8歳、中国47.1歳であった。家族数は日本の大学生では5人以上が55.3%と最も多く、中国では3人が53.8%と最も多かった。同胞数は、日本の大学生は2人が51.3%、中国では1人が65.0%と最も多かった。これを親でみると日本では2人が39.9%と最も多く、中国では、4人以上が62.8%と最も多かった。大学生の出生順位をみると日本、中国ともに1位が最も多く、中国では79.8%が1位であった。出身地域では中国の大学生では都市部が75.4%と多く、日本では農村と都市部がほぼ半々であった。親、祖父母等との同居割合をみると大学生、親ともに中国より日本の割合が高かった。

2. 家族凝集性及び老親、老いたときの子どもとの同居の意識の回答分布

1) 家族凝集性の回答傾向と信頼性の検討

家族凝集性に関する回答の平均得点は日本の大学生23.1点(標準偏差9.8)、親25.2点(標準偏差7.9)、中国の大学生31.5点(標準偏差7.5)、親

表 1 対象者の基本属性

		日本		中国	
		大学生	親	大学生	親
性別	女	438 (68.9)	195 (53.0)	253 (52.7)	250 (52.9)
	男	198 (31.1)	173 (47.0)	227 (47.3)	223 (47.1)
年齢	平均±SD	20.3 ± 1.3 歳	50.8 ± 4.2 歳	20.8 ± 1.4 歳	47.1 ± 3.7 歳
	範囲	18 ~ 28 歳	37 ~ 65 歳	17 ~ 29 歳	39 ~ 61 歳
家族数	2 人	11 (1.7)	1 (0.3)	11 (2.3)	11 (2.3)
	3 人	50 (7.9)	17 (4.6)	258 (53.8)	255 (53.9)
	4 人	223 (35.1)	124 (33.7)	132 (27.5)	131 (27.7)
	5 人以上	352 (55.3)	226 (61.4)	79 (16.5)	76 (16.1)
同胞数	1 人	39 (6.1)	58 (15.8)	312 (65.0)	24 (5.1)
	2 人	326 (51.3)	147 (39.9)	125 (26.0)	53 (11.2)
	3 人	240 (37.7)	125 (34.0)	36 (7.5)	99 (20.9)
	4 人以上	31 (4.9)	38 (10.3)	7 (1.5)	297 (62.8)
出生順位	1 位	274 (43.1)	144 (39.1)	383 (79.8)	143 (30.2)
	2 位	235 (36.9)	136 (37.0)	83 (17.3)	125 (26.4)
	3 位	118 (18.6)	68 (18.5)	12 (2.5)	84 (17.8)
	4 位以上	9 (1.4)	20 (5.4)	2 (0.4)	121 (25.6)
出身地域	都市	291 (45.8)	172 (46.7)	362 (75.4)	295 (62.4)
	農村	345 (54.2)	196 (53.3)	118 (24.6)	178 (37.6)
高齢者との同居 ^{注1)}	有	212 (33.3)	136 (37.0)	74 (15.4)	140 (29.6)

単位：人 (%)

注 1) 高齢者との同居は、大学生は祖父母と曾祖父母、親世代は親と祖父母との同居を示す

31.5 点(標準偏差 8.7)であり、有意に中国の家族凝集性得点は高かった($p < .01$)。次に回答分布を表 2 に示した。

家族凝集性に関する尺度の構成概念妥当性は確認的因子分析を行った結果、CFI = 0.973, RMSEA = 0.082 であり、統計学的な許容水準を満たしていた。パス係数はすべて正の値を示し、C.R. 値はいずれも 1.96 以上を示し、各々のパスが統計学的に有意であることが認められた。また、尺度の内的整合性を Cronbach の α 信頼性係数でみると尺度全体で 0.936 であり、許容水準を満たすものと判断した。

2) 老親、老いたときの子どもとの同居の意識の回答

次に、国別に日本と中国で、老親との同居の意識を「老親と同居する」と回答した割合でみると、日本 40.0%、中国 72.4% と有意に中国の割合は多かった($p < .01$)。また、自分が老いたとき、「子どもと同居する」と回答した割合をみると、日本 33.1%、中国 55.1% と有意に中国が多く、日本より中国の方が老親、子どもともに同居の意識が高かった($p < .01$)。これを世代別にみると、親で

は両国ともに老親と同居を考えている割合より、子どもとの同居を考えている割合は少なかった($p < .01$)。しかし、日本の大学生は、老親でも子どもでも同居の意識は低く、同居の意識に差はなかった($p > .05$)。

3. 老親扶養意識の回答傾向と信頼性の検討

老親扶養意識の平均合計得点は、日本の大学生 25.4 点(標準偏差 4.5)、親 21.6 点(標準偏差 5.2)、中国の大学生 30.8 点(標準偏差 2.9)、親 29.2 点(標準偏差 4.5)と有意に中国の大学生、親ともに老親扶養意識得点は高かった($p < .01$)。手段的、情緒的扶養意識でみると、日本の親の手段的扶養意識得点は 7.7 点(標準偏差 4.0)と中国の親 14.3 点(標準偏差 2.7)と比べて有意に低かった($p < .01$)。また情緒的扶養意識についても日本の親が 14.0 点(標準偏差 2.6)と最も低く、中国の親の 15.4 点(標準偏差 1.6)より有意に低かった($p < .01$)。老親扶養意識の回答分布は表 3 に示した。

老親扶養意識に関する尺度の構成概念妥当性は 2 因子斜交モデルとして設定し、確認的因子分析をおこなった結果、CFI = 0.975, RMSEA = 0.074

表2 家族凝集性の回答分布

			まったくない	ほとんどない	たまにある	しばしばある	いつもある
1) 相談のある者は、家族の誰かに話を聞いてもらう	日本	大学生	50 (7.9)	207 (32.5)	142 (22.3)	138 (21.7)	99 (15.6)
		親	6 (1.6)	86 (23.4)	103 (28.0)	86 (23.4)	87 (23.6)
	中国	大学生	12 (2.5)	98 (20.4)	91 (19.0)	164 (34.2)	115 (24.0)
		親	21 (4.4)	64 (13.5)	87 (18.4)	154 (32.6)	147 (31.1)
2) 家族と一緒に自由な時間を過ごすことが好きである	日本	大学生	48 (7.5)	143 (22.5)	148 (23.3)	170 (26.7)	127 (20.0)
		親	10 (2.7)	89 (24.2)	134 (36.4)	85 (23.1)	50 (13.6)
	中国	大学生	8 (1.7)	35 (7.3)	60 (12.5)	144 (30.0)	233 (48.5)
		親	22 (4.7)	21 (4.4)	52 (11.0)	149 (31.5)	229 (48.4)
3) 私達は、家族と一緒にすることをすぐに思いつける	日本	大学生	86 (13.5)	170 (26.7)	178 (28.0)	125 (19.7)	77 (12.1)
		親	21 (5.7)	137 (37.2)	113 (30.7)	65 (17.7)	32 (8.7)
	中国	大学生	11 (2.3)	31 (6.5)	69 (14.4)	135 (28.1)	234 (48.8)
		親	19 (4.0)	37 (7.8)	52 (11.0)	139 (29.4)	226 (47.8)
4) 私達は、家族で何かをするのが好きである	日本	大学生	73 (11.5)	156 (24.5)	164 (25.8)	135 (21.2)	108 (17.0)
		親	13 (3.5)	130 (35.3)	120 (32.6)	61 (16.6)	44 (12.0)
	中国	大学生	13 (2.7)	50 (10.4)	87 (18.1)	154 (32.1)	176 (36.7)
		親	17 (3.6)	38 (8.0)	72 (15.2)	133 (28.1)	213 (45.0)
5) 家族のまとまりが、とても大切である	日本	大学生	46 (7.2)	103 (16.2)	143 (22.5)	174 (27.4)	170 (26.7)
		親	6 (1.6)	56 (15.2)	121 (32.9)	84 (22.8)	101 (27.4)
	中国	大学生	11 (2.3)	15 (3.1)	24 (5.0)	88 (18.3)	342 (71.3)
		親	23 (4.9)	15 (3.2)	25 (5.3)	92 (19.5)	318 (67.2)
6) 私達は、お互いの友達を受け入れる	日本	大学生	51 (8.0)	111 (17.5)	157 (24.7)	169 (26.6)	148 (23.3)
		親	10 (2.7)	86 (23.4)	119 (32.3)	77 (20.9)	76 (20.7)
	中国	大学生	8 (1.7)	39 (8.1)	64 (13.3)	171 (35.6)	198 (41.3)
		親	20 (4.2)	22 (4.7)	73 (15.4)	156 (33.0)	202 (42.7)
7) 家族は、お互いに助け合う	日本	大学生	33 (5.2)	83 (13.1)	121 (19.0)	171 (26.9)	228 (35.8)
		親	6 (1.6)	26 (7.1)	74 (20.1)	106 (28.8)	156 (42.4)
	中国	大学生	10 (2.1)	14 (2.9)	30 (6.3)	114 (23.8)	312 (65.0)
		親	16 (3.4)	19 (4.0)	31 (6.6)	121 (25.6)	286 (60.5)
8) 家族は、他人よりもお互いに楽しみを感じている	日本	大学生	34 (5.3)	90 (14.2)	109 (17.1)	173 (27.2)	230 (36.2)
		親	8 (2.2)	20 (5.4)	43 (11.7)	87 (23.6)	210 (57.1)
	中国	大学生	10 (2.1)	21 (4.4)	46 (9.6)	111 (23.1)	292 (60.8)
		親	20 (4.2)	17 (3.6)	40 (8.5)	109 (23.0)	287 (60.7)
9) 家族で何かをするとき、全員が集まる	日本	大学生	70 (11.0)	154 (24.2)	169 (26.6)	157 (24.7)	86 (13.5)
		親	8 (2.2)	62 (16.8)	104 (28.3)	107 (29.1)	87 (23.6)
	中国	大学生	15 (3.1)	36 (7.5)	83 (17.3)	141 (29.4)	205 (42.7)
		親	18 (3.8)	37 (7.8)	64 (13.5)	136 (28.8)	218 (46.1)
10) 家族のだれもが、お互いに強い結びつきを感じている	日本	大学生	54 (8.5)	110 (17.3)	169 (26.6)	181 (28.5)	122 (19.2)
		親	7 (1.9)	36 (9.8)	80 (21.7)	94 (25.5)	151 (41.0)
	中国	大学生	11 (2.3)	25 (5.2)	50 (10.4)	136 (28.3)	258 (53.8)
		親	22 (4.7)	13 (2.7)	46 (9.7)	119 (25.2)	273 (57.7)

単位：人（％）

であり、パス係数はすべて正の値を示し、C.R. 値はいずれも 1.96 以上を示し、各々のパスが統計学的に有意であることが認められた。また、尺度の内的整合性を Cronbach の α 信頼性係数でみると、手段的扶養意識は 0.882、情緒的扶養意識では 0.848 であり、許容水準を満たすものと判断した。

4. 介護の社会化意識の回答傾向と死ぬときに看取られたい場所

介護の社会化意識の 3 項目の平均合計得点を国別にみると、日本が 3.2 点、中国 1.9 点と有意に日本が高く ($p < .01$)、大学生、親ともに同様の傾向であった。質問項目別に回答傾向をみると表 4 に示す如く、「老親」でも、「将来、自分に介護

表3 老親扶養意識の回答分布

				あまり		どちらとも		そう思う
				そう思わない	そう思わない	いえない	ややそう思う	
手段的	1) 老親が生活費に困らないように、子どもが経済的に援助するのは当然である	日本	大学生	7 (1.1)	43 (6.8)	125 (19.7)	265 (41.7)	196 (30.8)
			親	65 (17.7)	73 (19.8)	69 (18.8)	103 (28.0)	58 (15.8)
		中国	大学生	1 (0.2)	6 (1.3)	3 (0.6)	31 (6.5)	439 (91.5)
			親	3 (0.6)	16 (3.4)	19 (4.0)	61 (12.9)	374 (79.1)
	2) 子どもは老親の病気の治療費・入院費・福祉サービス利用料を負担するべきである	日本	大学生	9 (1.4)	57 (9.0)	172 (27.0)	264 (41.5)	134 (21.1)
			親	55 (14.9)	81 (22.0)	97 (26.4)	87 (23.6)	48 (13.0)
		中国	大学生	1 (0.2)	5 (1.0)	12 (2.5)	24 (5.0)	438 (91.3)
			親	2 (0.4)	16 (3.4)	24 (5.1)	68 (14.4)	363 (76.7)
	3) 子どもは老親に旅行や趣味活動の機会を用意してあげるべきである	日本	大学生	7 (1.1)	36 (5.7)	125 (19.7)	267 (42.0)	201 (31.6)
			親	63 (17.1)	78 (21.2)	98 (26.6)	85 (23.1)	44 (12.0)
		中国	大学生	1 (0.2)	4 (0.8)	15 (3.1)	56 (11.7)	404 (84.2)
			親	10 (2.1)	22 (4.7)	60 (12.7)	73 (15.4)	308 (65.1)
情緒的	4) 老親が介護を子どもに要求するのは当然である	日本	大学生	20 (3.1)	73 (11.5)	187 (29.4)	216 (34.0)	140 (22.0)
			親	68 (18.5)	92 (25.0)	109 (29.6)	71 (19.3)	28 (7.6)
		中国	大学生	0 (0.0)	4 (0.8)	9 (1.9)	28 (5.8)	439 (91.5)
			親	7 (1.5)	19 (4.0)	14 (3.0)	65 (13.7)	368 (77.8)
	5) 別居していても、老親には消息を伝えたり、聞いたりする交流を忘れてはならない	日本	大学生	4 (0.6)	7 (1.1)	46 (7.2)	130 (20.4)	449 (70.6)
			親	2 (0.5)	3 (0.8)	18 (4.9)	65 (17.7)	280 (76.1)
		中国	大学生	2 (0.4)	4 (0.8)	8 (1.7)	21 (4.4)	445 (92.7)
			親	3 (0.6)	6 (1.3)	16 (3.4)	66 (14.0)	382 (80.8)
	6) 成人しても、子どもは老親と定期的に団楽する時間が必要である	日本	大学生	4 (0.6)	8 (1.3)	46 (7.2)	171 (26.9)	407 (64.0)
			親	6 (1.6)	10 (2.7)	35 (9.5)	102 (27.7)	215 (58.4)
		中国	大学生	2 (0.4)	0 (0.0)	10 (2.1)	22 (4.6)	446 (92.9)
			親	1 (0.2)	10 (2.1)	12 (2.5)	46 (9.7)	404 (85.4)
	7) 子どもは老親の健康状態やその変化にいつも注意してあげるべきである	日本	大学生	2 (0.3)	9 (1.4)	53 (8.3)	195 (30.7)	377 (59.3)
			親	3 (0.8)	7 (1.9)	28 (7.6)	129 (35.1)	201 (54.6)
		中国	大学生	0 (0.0)	3 (0.6)	8 (1.7)	14 (2.9)	455 (94.8)
			親	0 (0.0)	13 (2.7)	8 (1.7)	46 (9.7)	406 (85.8)
	8) 子どもは老親が困った時には、いつでも親身に相談に乗るべきである	日本	大学生	2 (0.3)	1 (0.2)	54 (8.5)	164 (25.8)	415 (65.3)
			親	2 (0.5)	6 (1.6)	32 (8.7)	100 (27.2)	228 (62.0)
		中国	大学生	4 (0.8)	12 (2.5)	17 (3.5)	66 (13.8)	381 (79.4)
			親	7 (1.5)	15 (3.2)	24 (5.1)	73 (15.4)	354 (74.8)

単位：人（％）

が必要になったとき」でも中国では60%以上が「家族で介護をする」と回答した。一方、日本では大学生が「老親」で16.5%、「自分」14.5%、親の場合は「老親」6.8%、「自分」2.7%が「家族で介護する」と回答した。そして、日本においては「家族と病院や施設との協力により介護をする」と回答した割合が「老親」の場合が70%以上で、「自分」の場合では60%と最も多かった。

次に自分が死ぬときに看取られたい場所について尋ねると、日本の大学生76.7%、親58.2%、中国の大学生61.3%、親59.0%が自宅で看取られたいと回答した。

5. 介護の社会化意識と家族凝集性、老親扶養意識の関連性

本研究で仮定した介護の社会化意識の因果関係モデルのモデルへの適合度は、日本のモデル適合度はCFI = 0.869, RMSEA = 0.083(図1)、中国のモデル適合度はCFI = 0.929, RMSEA = 0.057(図2)であり、日本のモデルのCFIについては統計学的に求められる基準をやや下回っていた。しかしながら、モデルを積極的に棄却するほどの低い値ではないこと、また、本研究のモデルが複雑であることを考慮すればこのモデルを採用し、パス係数の解釈を試みることは妥当であると判断した。

表 4 介護の社会化の意識の回答分布

			家族で	家族と 病院や施設で	病院や施設で
1) 老親が介護を必要とする状態となったとき	日本	大学生	105 (16.5)	472 (74.2)	59 (9.3)
		親	25 (6.8)	282 (76.6)	61 (16.6)
	中国	大学生	275 (57.3)	84 (17.5)	121 (25.2)
		親	302 (63.8)	70 (14.8)	101 (21.4)
2) 将来、私が介護を必要とする状態となったとき	日本	大学生	92 (14.5)	376 (59.1)	168 (26.4)
		親	10 (2.7)	243 (66.0)	115 (31.3)
	中国	大学生	313 (65.2)	85 (17.7)	82 (17.1)
		親	292 (61.7)	98 (20.7)	83 (17.5)
3) 家族の介護について	日本	大学生	90 (14.2)	461 (72.5)	85 (13.4)
		親	23 (6.3)	292 (79.3)	53 (14.4)
	中国	大学生	155 (32.3)	312 (65.0)	13 (2.7)
		親	153 (32.3)	292 (61.7)	28 (5.9)

単位：人（％）

1) 日本の介護の社会化意識と家族凝集性、老親扶養意識との因果関係モデル（図 1）

日本の因果関係モデルの家族凝集性から観測変数に向かうパス係数、老親扶養意識の手段的扶養意識から観測変数に向かうパス係数、情緒的扶養意識から観測変数に向かうパス係数はいずれも統計学的に有意水準にあった。また、介護の社会化意識から観測変数に向かうパス係数も統計学的に有意水準であった。家族凝集性から介護の社会化意識に向かうパス係数は - 0.16、手段的扶養意識に向かうパス係数は 0.11、情緒的扶養意識に向かうパス係数は 0.33 でいずれも統計学的に有意水準にあった。統制変数として投入した性と世代との関係では、性(男・女)は家族凝集性と情緒的扶養意識、介護の社会化意識に有意な水準で関連性が認められた。だが、手段的扶養意識とは有意な水準で関連性が認められなかった。世代(大学生・親)では家族凝集性と手段的扶養意識、情緒的扶養意識、介護の社会化意識に有意な水準で関連性が認められ、手段的扶養意識に関しては、パス係数が - 0.51 で、負の有意な関連性が認められ、親の手段的扶養意識が低いことが示された。

2) 中国の介護の社会化意識と家族凝集性、老親扶養意識との因果関係モデル（図 2）

中国での因果関係モデルの家族凝集性から観測変数に向かうパス係数と老親扶養意識の手段的扶養意識から観測変数に向かうパス係数、情緒的扶養意識から観測変数に向かうパス係数はいずれも

統計学的に有意水準にあった。また、介護の社会化意識から観測変数に向かうパス係数もいずれも統計学的に有意水準にあった。さらに、家族凝集性から手段的扶養意識に向かうパス係数は 0.23、情緒的扶養意識に向かうパス係数は 0.29 で、有意な水準で関連性が認められた。しかし、家族凝集性から介護の社会化意識に向かうパス係数は、統計学的に有意な関連が認められなかった。家族凝集性は手段的扶養意識、情緒的扶養意識に関連し、介護の社会化意識とは関連性が認められなかった。統制変数として投入した性と世代との関係では、性は家族凝集性と介護の社会化意識に有意な水準で関連性が認められたが、手段的扶養意識、情緒的扶養意識とは有意な水準では関連性は認められなかった。世代では手段的扶養意識、情緒的扶養意識のいずれとも有意な水準で関連性が認められたが、家族の凝集性、介護の社会化意識との関連性は認められなかった。また中国の二つの扶養意識の相関は日本に比べて非常に高かった。だがしかし、中国においても日本と同様に家族凝集性は手段的扶養意識を介して、介護の社会化意識は関連することが示された。

IV 考察

1. 日本と中国の大学生と親の家族凝集性と老親扶養意識

本稿の結果では、家族凝集性は大学生でも親でも日本より中国の得点が高く、日本の家族凝集性

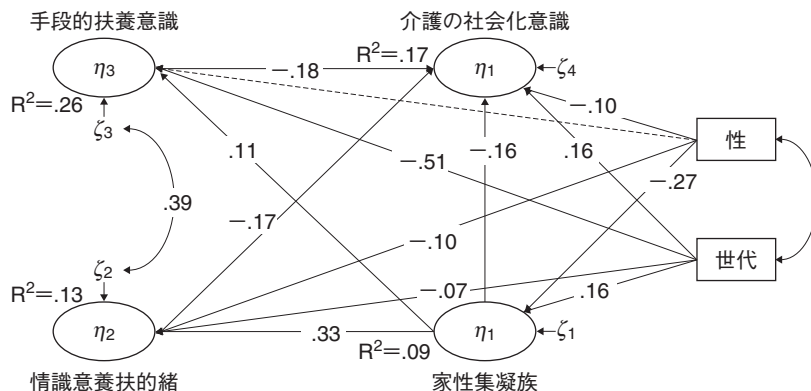


図 1 日本における介護の社会化の意識と家族凝集性、老親扶養意識との関係

$n = 1004$, CFI = 0.869, RMSEA = 0.083

注 1) 性 : 1 = 男 0 = 女, 世代 : 1 = 親 0 = 大学生

注 2) 楕円形は潜在変数, 長方形は観測変数, η は内生潜在変数, ζ は潜在変数の誤差変数, 実線は有意なパス, 破線は非有意なパスであり, 矢印上の数値は標準化係数を意味する

注 3) 潜在変数の観測変数は図の煩雑化を避けるため省略している

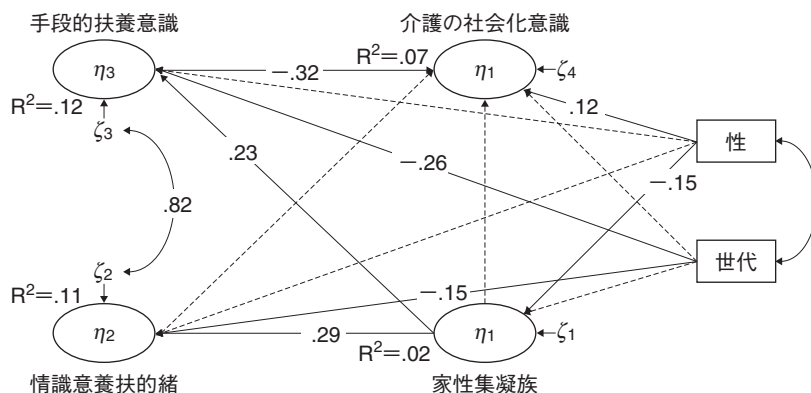


図 2 中国における介護の社会化の意識と家族凝集性、老親扶養意識との関係

$n = 953$, CFI = 0.929, RMSEA = 0.057

注 1) 性 : 1 = 男 0 = 女, 世代 : 1 = 親 0 = 大学生

注 2) 楕円形は潜在変数, 長方形は観測変数, η は内生潜在変数, ζ は潜在変数の誤差変数, 実線は有意なパス, 破線は非有意なパスであり, 矢印上の数値は標準化係数を意味する

注 3) 潜在変数の観測変数は図の煩雑化を避けるため省略している

は低い傾向にあった。また、老親扶養意識も日本より中国の得点が高く、明らかに日本の老親に対する扶養意識は低い傾向を示していた。なお、手段的、情緒的扶養意識でみると、手段的扶養意識は日本の親が 7.7 点と中国の親の 14.3 点に比して顕著に低かった。情緒的扶養意識についても日本の親が 14.0 点と最も低く、中国の親の 15.4 点より低かった。

本来、家族が担っていた家族間で支え合う家事や家族の世話を、サービスとして社会で担おうとしたサービス社会の思想は近代社会の特徴であり、社会の最小単位としての家族の機能を支えるという一面もある。だが日本においては、先に述べた森岡⁶⁾の示す老親扶養に関する義務感を支える「経済安定のためである援助」や「保健のための身体的介護」の 2 本の柱、つまり手段的扶養義務

感が顕著に低下し、家族のもつ老親扶養の機能は弱体化しているという一面は否定できない。このことは、介護保険という社会による福祉力が、一方で家族の負担を和らげながら、家族による福祉力を低下させることを示唆している。

2. 日本と中国の介護の社会化意識と家族凝集性、老親扶養意識との関連性

本研究で仮定した因果関係モデルの適合度は、日本、中国ともに概ね良好と判断された。日本では、家族凝集性は手段的、情緒的扶養意識と正の関連性があり、介護の社会化意識とは負の関連性が認められた。さらに手段的、情緒的扶養意識の高さは介護の社会化意識とは負の関連性が認められた。加えて、統制変数として投入した性と世代との関係では、女性が男性より家族凝集性と情緒的扶養意識、介護の社会化意識が高い傾向にあった。さらに世代ではいずれの老親扶養意識も大学生が親より高く、家族凝集性と介護の社会化意識は親が大学生より高いことが示された。現実問題として介護を担う親の老親扶養意識の低さは、介護の社会化が家族のもつ老親扶養の機能を弱めることを示し、家族機能を保つことと高齢者介護の社会化の発展は両立しないことを示唆している。

中国では家族凝集性は手段的扶養意識、情緒的扶養意識に正の関連性が認められ、介護の社会化意識とは有意な関連性が認められなかった。一方、手段的扶養意識と介護の社会化意識とは負の関連性が認められた。なお、統制変数として投入した性と世代との関係でみると、家族凝集性は男性より女性が高く、介護の社会化意識は男性が女性より高い傾向が認められた。しかし、老親扶養意識では性による違いはなかったものの、親の手段的扶養意識、情緒的扶養意識は大学生に比し低い傾向を示していた。さらに介護の社会化意識の説明変数(R^2)は0.07と、日本の0.17に比して低い傾向を示していた。日本との比較において注目すべきことは、介護の社会化意識に家族凝集性と情緒的扶養意識とが有意な関連性が認められなかったことである。中国のように介護サービスを社会で担う制度がいまだ十分な段階にない場合は、介護の社会化意識の低いこと、老親への扶養意識の高いことを示すものと推察された。中国の一人っ子

政策は、確実に同胞数を一人にした。本調査においても大学生の65%が一人っ子と回答とし、老親の扶養をしたいと考えていても、日本よりも同居割合は低く、老親、祖父母との同居意識から見ても、現実問題としてそのことに困難が伴うものと推察された。

高齢者權益保障法では、「高齢者の扶養は主に家庭による」という伝統的な養老観念がある。一方、高齢者權益保障法の改正の動きもあり、高齢者扶養への社会の責任と社会保障を強調する意見もある¹⁷⁾。いずれにしろ中国においては、介護の社会化はこれからの課題である。

日本と中国の因果関係モデルの検討から抽出できた共通に支持された変数間の関係は、家族凝集性が介護の社会化意識に直接的に影響するのではなく、それは間接効果変数と位置づけられる手段的扶養意識を経由して介護の社会化意識に影響しているということにあった。しかも本研究で明らかになったように、家族凝集性から手段的扶養意識に向かうパス係数が日本より中国において大きな数値を示していたこと、加えて上記の3つの変数間での違いをみると、日本では家族凝集性からダイレクトに介護の社会化意識に影響する状況となっていることが見出された。これらを総合して考えると、介護の外的資源として機能する介護保険制度のような介護への実体的な社会資源が具体化すると、家族凝集性と老親扶養意識との関連性が小さくなり、従って家庭内資源ではなく介護に関連した社会資源の活用といった方向へと意識が変化していくものと推察された。このことと関連して、世代という変数に着目すると、家族凝集性が日本においてのみ、しかも親世代よりも若い世代が低くなっていたことは、社会情勢の変化や世帯規模の縮小という外的条件の変化が、種々の変数を通して最終的には介護の社会化意識に影響しているものと推察された。しかし、このような推察はさらに慎重に実証的な検討をして議論されるべき問題と言えよう。

以上、本研究においては介護意識の社会化に関連する内的要因を、日中のデータを使用して解析したが、その結果、介護意識の社会化は社会環境変化と家庭・本人の保有する資源の減少が相まっ

て深化していくものと推察された。このような介護意識の社会化の変化傾向が、常に異なる環境下では発生する現象なのか、それとも特殊な現象なのかと言った点については、さらに重ねて検討する必要がある、それは介護の社会化において、外的資源と内的資源のいずれが優先する変数なのかと言ったことも含めて検討されなければならない研究課題と言えよう。加えて、介護意識の社会化へ伴って必要とされる社会システムの在り方についても慎重な検討が望まれよう。

本研究においては、対象を大学生とその親にした。このため、実際の介護経験や介護が必要な老親との同居の有無、家族の収入など、介護の社会化意識に関連する家庭内資源の検討に制約があった。この点については今後の課題としたい。

V 結論

1. 家族凝集性は大学生でも親でも日本より中国の得点が高く、日本の家族凝集性は低い傾向にあった。また、老親扶養意識も日本より中国の得点が高く、明らかに日本の老親に対する扶養意識は低い傾向を示していた。また日本の介護の社会化意識は高く、中国の介護の社会化意識は低かった。
2. 日本、中国ともに、介護の社会化意識に家族凝集性は手段的扶養意識を経由して関連するという因果関係モデルが統計学的に支持された。
3. 日本では介護の社会化意識は家族凝集性、手段的扶養意識、情緒的扶養意識と負の関連性を認め、老親扶養意識の低さは介護の社会化意識を高めた。
4. 中国では、介護の社会化意識は手段的扶養意識と負の関連性を認め、家族凝集性と情緒的扶養意識とは関連性を認めなかった。
5. 介護の社会化は家族のもつ老親扶養の機能を弱めた。そして、高齢者介護の社会化の発展と家族機能を保つことの両立の困難さが推察された。今後さらに、慎重に実証的な検討を加えていくことが必要である。
6. 介護の外的資源として機能する介護保険制度のような高齢者介護の実体的な社会資源の具体化は、家族凝集性と老親扶養意識との関連性を小

さくし、従って家庭内資源ではなく介護に関連した社会資源の活用といった方向へと意識が変化していくものと推察された。この点についても今後さらに検討を加えていくことが必要である。

謝辞：中国調査においては、中国東北師範大学の張明教授、柳海民教授、盖笑松教授の協力を得た。また調査にご協力いただいた両国の大学生とその親の皆様に感謝致します。

(本研究は、平成21年度、科学研究費基盤研究C(課題番号19592617、代表：太湯好子)及び岡山県立大学地域貢献特別研究の研究助成による研究の一部である)

文 献

- 1) 吉田茂良：東アジア地域の高齢化社会研究, 保健の科学, 47(8): 556-558, 2005.
- 2) 金貞任：韓国の介護保険制度の導入, 保健の科学, 47(8): 576-583, 2005.
- 3) 張燕妹：中国における高齢者扶養意識の研究, 北京市の若者に対する意識調査を通して, 社会学論叢, 3: 81-101, 2003.
- 4) 金榮基：韓国の高齢者社会における儒教文化, 文明, 3: 21-31, 2003.
- 5) 那須宗一：老人扶養の研究, 序章：老人扶養研究の現代的意義一, 6-13, 垣内出版, 2006.
- 6) 森岡清美：高齢化社会における家族の構造と機能, 社会福祉研究, 19(4): 3-8, 1976.
- 7) 桐野匡史, 柳漢守, 尹靖水他：老親と同居している成人子の老親扶養意識と人口学的要因および家族凝集性との関連, 岡山県立大学保健福祉学部紀要14(1): 19-28, 2007.
- 8) 中嶋和夫, 尹靖水：老親扶養意識と介護に関するストレス評価の関係, 科学研究費補助金(基盤研究B)「ソーシャルワークと東アジアモデルの構築」2007年報告書(代表 黒木保博)2008.
- 9) 三浦典子, 辻正二：東アジアの若者の高齢者意識と社会意識, Journal of East Asian Studies, 5, 95-116, 2006.
- 10) 沈潔：第2章, 中国における高齢者の生活保障システム, 「新興諸国における高齢者の生活保障システム」調査研究報告書(代表 宇佐美耕一)2009.

- 11) 杉沢秀博, 中谷陽明, 冷水豊: 中国上海市における在宅要介護老人と家族介護者の援助態勢に関する研究, 日本公衆衛生誌, 38(8): 546-552, 1991.
- 12) 朱国宏: 人口与計画生育, 28, 2002.
- 13) Olson, D H, Portner, J and Lavee, Y: FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) III, University of Minnesota, ST. Paul, 1985.
- 14) 貞木隆志, 樫野潤, 岡田弘司, : 家族機能と精神健康—OlsonのFACESⅢを用いての実証的検討, Journal of Japanese Clinical Psychology, 10(2): 74-79, 1992.
- 15) 尹靖水, 中嶋和夫: ソーシャルワークと東アジアモデルの構築—東アジア地域用老親扶養意識尺度の開発—, 科学研究費補助金(基盤研究B), 「ソーシャルワークと東アジアモデルの構築」2006年報告書(代表 黒木保博), 2006.
- 16) 實金栄, 太湯好子, 中嶋和夫他: 東アジア地域用老親扶養意識尺度短縮版の開発, 川崎医療福祉学会誌, 20(1): 2010, 掲載予定.
- 17) 夏吟蘭: 「高齢者權益保障法」改正専門家委員会討論会(2007.8).
<http://genchi.blog52.fc2.com/blog-entry-136.html>
- 18) 筒井孝子, 東野定律, 柳漢守他: 要介護高齢者の主介護者におけるソーシャル・サポートの評価に関する研究, 介護経営, 3(1): 2-9, 2008.

Abstract : Objective: The present study assessed the influence of family cohesion and sense of filial responsibility on the sense of socialization of elderly care, based on data of university students and parents in Japan and China.

Methods: The hypothesized causal model was tested using constitutive equation modeling of 636 university students and 368 parents in Japan and 480 university students and 473 parents in China.

Results and discussion: The goodness of fit to the causal model was generally satisfactory in both Japan and China and was statistically supported. In Japan, a sense of socialization of elderly care was found to be negatively associated with family cohesion and a sense of responsibility for instrumental or emotional support for parents. A poor sense of filial responsibility was found to be associated with an increased sense of socialization of elderly care. In China, a sense of socialization of elderly care was found to negatively associated with a sense of responsibility for instrumental support for parents. In both countries, university students had a stronger sense of filial responsibility than parents. Japanese parents had the least sense of responsibility for instrumental support for parents and the strongest sense of socialization of elderly care. The present study discovered a causal relationship in which family cohesion is associated with a sense of socialization of elderly care via a sense of responsibility for instrumental support for parents in both countries.

Key words : family cohesion, filial responsibility, elderly care, socialization, East Asia

(2010年2月22日 原稿受付)

日本保健科学学会会則

第1章 総 則

第1条 本会は、日本保健科学学会（Japan Academy of Health Sciences）と称する。

第2章 目 的

第2条 本会は、わが国における保健科学の進歩と啓発を図ることを目的とする

第3章 事 業

第3条 本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行う。

- 一、学術交流を目的とする学術集会を開催する
- 二、会誌等を発行する
- 三、その他理事会が必要と認めた事業を行う

第4章 会 員

第4条 本会の会員は、次のとおりとする。

- 一、正会員
- 二、学生会員
- 三、賛助会員

第5条 正会員とは、本会の目的に賛同するもので保健科学に関心がある研究者もしくは実践家であり、所定の会費を納入した個人をいう。

2. 正会員は総会に出席し、議決権を行使することができる。
3. 正会員は、会誌に投稿し、学術集会で発表し、会誌等の配布を受けることができる。

第6条 学生会員とは大学学部に在学し、保健科学に関連する分野に関心があるものであり、正会員1名の推薦があった個人をいう。学生会員は別途さだめる会費を納入する義務を負う。

2. 学生会員は総会への出席および議決権の行使はできない。
3. 学生会員は、会誌等の配布を受けることができる。

第7条 賛助会員とは、本会の目的に賛同する個

人または団体で、理事の承認を得た者をいう。

第8条 本会に入会を認められた者は、所定の年会費を納入しなければならない。

2. 既納の会費は、理由のいかんを問わずこれを返還しない。

第9条 会員は、次の理由によりその資格を失う。

- 一、退会
- 二、会費の滞納
- 三、死亡または失踪宣告
- 四、除名
2. 退会を希望する会員は、退会届を理事会へ提出しなければならない。
3. 本会の名誉を傷つけ、または本会の目的に著しく反する行為のあった会員は、評議員会の議をへて理事長がこれを除名することができる。

第5章 役員および学術集会会長

第10条 本会に次の役員を置く。

- 一、理事長1名
- 二、理事15名程度
- 三、監事2名
- 四、事務局長1名
- 五、評議員定数は別に定める

第11条 役員の選出は次のとおりとする。

- 一、理事長は、理事会で理事のうちから選出し総会の承認をうる。
- 二、理事および監事は、評議員のうちから選出し総会の承認をうる。
- 三、事務局長は正会員のうちから理事長が委嘱する。
- 四、評議員は正会員のなかから選出する。
- 五、役員の選出に関する細則は、別に定める。

第12条 役員の任期は2年とし再選を妨げない。

第13条 役員は、次の職務を行う。

- 一、理事長は本会を代表し会務を統括する。
- 二、理事は理事会を組織し会務を執行する。
- 三、監事は本会の会計および資産を監査する。

- 四. 評議員は評議員会を組織し、理事会の諮問に応じ本会の重要事項を審議する。

第14条 学術集会長は、正会員のなかから選出し総会の承認をうる。

第15条 学術集会長の任期は当該学術集会の前の学術集会終了日の翌日から当該学術集会終了日までとする。

第6章 会議

第16条 本会に次の会議を置く。

- 一. 理事会
- 二. 評議員会
- 三. 総会

第17条 理事会は、理事長が招集しその議長となる。

2. 理事会は年1回以上開催する。ただし理事の3分の1以上からの請求および監事からの請求があったときは、理事長は臨時にこれを開催しなければならない。

3. 理事会は理事の過半数の出席をもって成立する。

第18条 評議員会は、理事長が召集する。評議員会の議長はその都度、出席評議員のうちから選出する。

2. 評議員会は、毎年1回以上開催し、評議員の過半数の出席をもって成立する。

第19条 総会は、理事長が召集する。総会の議長はその都度、出席正会員のうちから選出する。

2. 総会は、会員現在数の10%以上の出席がなければ議事を開き議決することができない。ただし、委任状をもって出席とみなすことができる。

3. 通常総会は、年1回開催する。

4. 臨時総会は、理事会が必要と認めたとき、理事長が召集して開催する。

第20条 総会は、次の事項を議決する。

- 一. 事業計画及び収支予算に関する事項
- 二. 事業報告及び収支決算に関する事項

- 三. 会則変更に関する事項

- 四. その他理事長または理事会が必要と認める事項

第7章 学術集会

第21条 学術集会は、学術集会長が主宰して開催する。

2. 学術集会の運営は会長が裁量する。

3. 学術集会の講演抄録は会誌に掲載することができる。

第8章 会誌等

第22条 会誌等を発行するため本会に編集委員会を置く。

2. 編集委員長は、正会員のうちから理事長が委嘱する。任期は2年とし、再任を妨げない。

第9章 会計

第23条 本会の費用は、会費その他の収入をもってこれに充てる。

2. 本会の予算および決算は、評議員会および総会の承認を受け、会誌に掲載しなければならない。

第24条 本会の会計年度は各年4月1日にはじまり、3月末日をもって終わる。

第25条 学術集会の費用は大会参加費をもって充てる。ただしその決算報告は理事会において行う。

第26条 本会の事務局は、当分の間、首都大学東京 健康福祉学部内におく。

2. 事務局の運営に関しては、事務局運用規定に定める。

第10章 会則変更

第27条 本会則の変更は、理事会および評議員会の議を経たのち総会の承認をうることを必要とする。

第11章 雑則

第28条 この会則に定めるもののほか本会の運営に必要な事項は別に定める。

付 則 本会則は、1998年9月30日から実施する。
(2005年9月10日改訂)

以上

日本保健科学学会誌 投稿要領

1. 本誌への投稿資格は日本保健科学学会会員とする。ただし、依頼原稿についてはこの限りではない。投稿論文の共著者に学生会員を含むことができる。研究や調査の際に倫理上人権上の配慮がなされ、その旨が文中に明記されていること。
2. 原稿は未発表のものに限る。
3. 原稿は次のカテゴリーのいずれかに分類する。
 - ・ 総説
 - ・ 原著（短報、症例報告、調査報告などを含む）
 - ・ その他（資料など）
4. 投稿原稿の採否は、査読後、編集委員会において決定する。
5. 審査の結果は投稿者に通知する。
6. 原稿の分量および形式は、下記の通りとする。
 - (1) 和文原稿はパソコンまたはワープロ（テキストファイル形式）を用い、A4 版横書き縦 40 行・横 40 字の 1600 字分を 1 枚とし、文献、図表、写真を含み、本文の合計が 7 枚（11200 字相当）以内とする。1600 字用紙で 3 枚程度の短報も可能。
 - (2) 英文原稿の場合は、ダブルスペースでパソコン又はワープロ（テキストファイル形式）を用いて、文献、図表、写真を含み A4 版横書き 15 枚以内とする。
 - (3) 図表、写真は、それぞれ 1 枚につき原稿 400 字分と換算し、原則として合計 5 枚以内とする。図は製版できるよう作成し、表はタイプ又はワープロで作成する。写真は白黒を原則とし、カラー写真の場合には実費負担とする。
 - (4) 刷り上がり 3 ページ（4800 字相当）までの掲載は無料。4 ページ以上の超過ページの印刷に関する費用は有料とする（1 ページ当たり 6000 円）。
7. 原稿の執筆は下記に従うものとする。
 - (1) 原稿の表紙に、題名（和文および英文）、著者氏名（和文および英文）、所属（和文および英文）、連絡先、希望する原稿のカテゴリー、別刷必要部数を明記する。なお、著者が大学院学生の場合、所属として大学院および研究科等を記す。ただし他の施設・機関等に所属している場合、これを併記することができる（例：首都大学東京大学院人間健康科学研究科看護科学域、〇〇病院看護部）。連絡先には、郵便番号、住所、氏名、電話、ファックス、e-mail アドレスを含む。いずれの原稿カテゴリーにおいても上記の様式とする。
 - (2) 原稿本文には、和文の要旨(400 字以内)とキーワード (5 語以内)、本文、文献、英語要旨 (300 語以内の Abstract) と Keywords (5 語以内) の順に記載し、通し番号を付け、図表及び写真を添付する。
 - (3) 図、表及び写真は 1 枚ずつ別紙とし、それぞれの裏に通し番号と著者名を記入する。さらに図及び写真の標題や説明は、別紙 1 枚に番号順に記入する。また、原稿中の図表、写真の挿入箇所については、欄外に朱筆する。
 - (4) 年号は原則として西暦を使用し、外国語、外国人名、地名は、原語もしくはカタカナ（最初は原綴りを併記）で書く。略語は本文中の最初に出たところでフルネームを入れる。
 - (5) 文献の記載方法
 - a) 本文中の該当箇所の右肩に、順に 1)、2) …の通し番号を付し、文末に番号順に揚げる。
 - b) 雑誌の場合
著者名：題名、雑誌名、巻(号)：引用ページ、発行年 の順に記載する。
(例)
井村恒郎：知覚抗争の現象について、精神神経誌、60：1239-1247, 1958.
Baxter, L R, Schwartz, J M, et al.: Reduction of prefrontal cortex metabolism common to three types of depression. Arch Gen Psychiatry, 46: 243-250, 1989.
 - c) 単行本の場合
著者名：題名、監修ないし編集者、書名、

版数：引用ページ，発行社名，発行地名，西暦発行日の順に記載する。

(例)

八木剛平，伊藤 斉：躁鬱病．保崎秀夫編著，新精神医学：282-306，文光堂，東京，1990．

Gardnar, M B : Oncogenes and acute leukemia. Stass SA (ed) , The Acute Leukemias : 327 - 359, Marcel Dekker, New York, 1987.

- d) 著者名が4名以上の場合，3名連記の上，○○○，他，あるいは○○○，et al. とする。

8. 原稿はパソコン又はワープロ（テキストファイル形式）で作成し，正原稿1部とそのコピー1部，所属・著者名を削除した副原稿2部，合計4部を提出する。また，電子媒体（DVD，CD，USBメモリー等）（氏名，ファイル名等を明記）と所定の投稿票と投稿承諾書（巻末）を添付する。

9. 修正後の原稿提出の際には，修正原稿1部とそのコピー1部，修正副原稿（所属，著者名を削除）2部，修正後の電子媒体（氏名，ファイル名等を明記），査読済の元原稿（コピー）2部を添えて提出する。

10. 著者校正は1回とする。校正の際の大幅な変更は認めない。

11. 採択した原稿及び電子媒体は，原則として返却しない。

12. 論文1編につき別刷30部を贈呈する。それ以上の部数は著者の実費負担とする。

13. 原稿は日本保健科学学会事務局
〒116-8551 東京都荒川区東尾久7-2-10

首都大学東京 健康福祉学部内

に提出する。

14. 本誌に掲載された論文の著作権は日本保健科学学会に帰属する。

(2010年5月6日改訂)

入会の おすすめ

日本保健科学学会（旧東京保健科学学会）は平成10年9月30日に設立されましたが，現在会員数は500余名を数えます。大東京を中心とする保健医療の向上と福祉の増進および学問の交流・推進に寄与するためにはますます本学会の活動を充実させる必要があります。この骨組みに肉付け・味付けするのは会員の皆様です。また，会誌の発行などは会員の年会費に大いに依存しています。この趣旨に賛同される皆様の入会を切に希望します。備え付けの入会申込書に年会費1万円を添えてご入会下さい（下記郵便振替も可）。

投稿論文 募集

日本保健科学学会雑誌は，皆様の投稿論文をよりスピーディに円滑に掲載できるよう年4回の発行を予定しています。また，論文の受付は常時行っており，審査終了後，逐次掲載していきますので，会員多数のご投稿をお待ちしております。投稿論文は本誌掲載の投稿要領をご熟読の上，学会事務局までお願いします。

入会や会誌に関しては，日本保健科学学会事務局までお問い合わせ下さい。

事務取り扱い時間は，

月曜日と水曜日は午前10時～午後4時まで，金曜日は午後1時30分～午後5時となっております。

〒116-8551 東京都荒川区東尾久7-2-10

首都大学東京 健康福祉学部内

TEL. 03-3819-1211 内線270 e-mail : gakkai@hs.tmu.ac.jp

ダイヤルイン 03-3819-7413 (FAX 共通)

郵便振替 口座番号 00120-0-87137, 加入者名 日本保健科学学会

編集後記

平成 22 年 3 月 19 日に提示された「チーム医療の推進に関する検討会報告書」(厚生労働省)では、チーム医療を推進するため、実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について提言しています。医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大による医療現場の疲弊が指摘されており、「チーム医療」は我が国の医療提供のあり方を変えるキーワードとして看護師、薬剤師、リハビリテーション関係職種を含む医療スタッフ等の役割の拡大が明示されています。本学会の特徴は、まさに保健医療福祉の各専門分野における教育研究者と実践家が参加していることであり、保健医療福祉の在り方が大きく転換しようとする今日、本学会誌が担う役割は貴重と考えます。

今号(13 巻 1 号)は、1 編の総説と 3 編の原著を掲載することができました。投稿者の方々が、良い論文となるよう真摯に取り組まれ、努力されたことに敬意を表します。編集委員会としては優れた論文をできるだけ多く掲載したいと考えておりますので、今後とも研究成果を投稿していただけますようお願いいたします。(志自岐康子)

編集委員

繁田 雅弘	(編集委員長)	猫田 泰敏	(副編集委員長)
石川 陽子	井上 薫	井上 順雄	笠井 久隆
金子 誠喜	河原加代子	里村 恵子	志自岐康子
篠原 広行	杉原 素子	林 泰史	福士 政広
丸山 仁司	柳澤 健	米本 恭三	(五十音順)

日本保健科学学会では、ホームページを開設しております。
<http://www.metro-hs.ac.jp/~gakikai/gakkai.html>

日本保健科学学会誌

(略称：日保学誌)

THE JOURNAL OF JAPAN ACADEMY OF HEALTH SCIENCES

(略称：J Jpn Health Sci)

定価 1 部 2,750 円 (送料と手数料を含む)

年額 11,000 円 (送料と手数料を含む)

2010 年 6 月 25 日発行 第 13 巻第 1 号©

発 行 日本保健科学学会

〒116-8551 東京都荒川区東尾久 7-2-10

首都大学東京 健康福祉学部内

TEL. 03(3819)1211(内線270)

ダイヤルイン 03(3819)7413(FAX 共通)

製作・印刷 株式会社 双文社印刷

〒173-0025 東京都板橋区熊野町 13-11

TEL. 03(3973)6271 FAX. 03(3973)6228

ISSN 1880-0211

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となることがありますのでご注意下さい。

