共創福祉

2018年 第13巻 第１号

【原著】

韓　　在都
臥床時膝関節屈曲姿勢におけるクッション使用の効果 …… 1

宮嶋　　潔
地域福祉（活動）計画策定過程における住民意識に関する研究（1）
～Ａ市における地域懇談会参加者への調査から～ …… 11

【研究報告】

宮嶋　　潔
介護福祉士養成に関する研究
～実習受け入れ施設に対する調査結果から～ …… 19

今川　孝枝，荒木　晴美，新鞍 真理子
特別養護老人ホームにおける看取りに関する研究　（第1報）
－看護職の困ったこと・悩んだこと－ …… 27

荒木　晴美，今川　孝枝，新鞍 真理子
特別養護老人ホームにおける看取りの課題　（第２報）
～介護職の困ったこと・悩んだこと～ …… 35

【実践報告】

炭谷　靖子，北山 由起子
家族看護の学習に家族のロールプレイを用いた効果
～授業理解度調査による評価～ …… 47

【総説】

宮越　浩子
幼児教育におけるコーチング活用の可能性
－子どもの自己肯定感を育んでいくために－ …… 59

富山福祉短期大学

臥床時膝関節屈曲姿勢におけるクッション使用の効果

韓　　在都
富山福祉短期大学社会福祉学科

（2018.5.11受稿，2018.5.21受理）

要旨

本研究の目的は、臥床時膝関節屈曲姿勢におけるクッション使用の効果を検討した。

今回の実験では廃用症候群の初期段階の高齢者に進行する膝関節の軽度の拘縮を想定し、膝関節の60度屈曲姿勢におけるクッション使用の効果を調べた。対象者は健康な成人６名（男性４名、女性２名、平均年齢32.0 ± 7.1歳）と高齢者の５名（男性２名、女性３名、平均年齢79.2 ± 4.9歳）である。生理指標として、血圧、心拍数、心拍変動、体圧、唾液アミラーゼ活性を測定した。心理指標としては、POMS（気分尺度）の疲労、VAS（痛み）の測定を行った。

その結果、収縮期血圧、拡張期血圧ともに有意な変化はなかった。心拍数は高齢者群のコントロール時に有意に増加を示した。心電図R-R間隔変動のFFT解析による自律神経バランスに関しては、コントロール時のLF/HF比が有意な高値を示し交感神経機能の亢進が考えられる。また、クッション使用時には両群ともにHF/TF・100（%）が有意に増加し、副交感神経の亢進が認められた。仙骨部や踵部の体圧はクッション使用により有意な除圧効果が認められた。唾液中のαアミラーゼ活性値（SAA）は両群ともに有意差は認められなかった。POMSによる疲労感やVASによる痛みに関しては、クッション使用が疲労感や痛みの軽減に寄与することが示された。

臥床時クッション使用は褥瘡好発部位の除圧のみならず、副交感神経系の活動を優位に促進させることが示された。また、臥床時クッション使用は疲労や痛みなどを軽減でき、患者や寝たきり高齢者が安楽で快適であることを示唆した。

キーワード：高齢者、心拍変動、唾液中αアミラーゼ、体圧分散、クッション

１．はじめに

高齢人口の爆発的増加とともに寝たきりの高齢者も増加し、病院や施設などの医療機関には寝たきりの高齢者が多く存在している。しかし、医療現場では生命維持や治療が優先されるため、また介護現場では要介護者の安全のためなどの理由から活動量が制限される。その結果、高齢の患者や要介護者は筋力低下や関節拘縮を伴い長時間の安静や不活発な生活を余儀なくされ、褥瘡の発症リスクも増加している。

褥瘡は皮膚のある部分が持続的に長時間圧迫されることによって、その部位の血液の循環が悪くなり、細胞及び組織が死んでしまうことである。日本皮膚科学会の褥瘡診療ガイドラインでは、「身体に加わった外力は骨と皮膚表層の間の軟部組織の血流を低下、あるいは停止させる。この状態が一定時間持続されると組織は不可逆的な阻血性障害に陥り褥瘡となる」[1]と定義している。褥瘡は廃用性の下肢筋力の低下や関節拘縮が原因[2][3]の場合が多く、低栄養状態でも褥瘡になりやすい[4][5]。

板倉ら[6]の下肢膝関節拘縮とポジショニングに関する研究によれば、膝関節拘縮のある患者は拘縮のない患者に比べ、体支持面積が減少するため仙骨部への体圧が上昇すると報告している。また、膝関節屈曲拘縮をきたしている患者に対し、クッションを使用する場合、仙骨部体圧が減少する。山本ら[7]は体圧分散クッションを使用することは、褥瘡のリスクを低減させるだけでなく、副交感神経を優位にし、リラックス効果があることを報告している。このように看護の現場では、主観的評価であるが関節拘縮のある寝たきり患者に対して、適切なポジショニングやクッションを使用することによって褥瘡発生リスクが低減し、患者が安楽に感じ、リラックス感が得られると報告している。介護現場においても、以前から褥瘡を予防するために定期的な体位変換やクッションなどの使用による圧迫負荷を軽減する試みは行われてきた。しかし、いまだに多くの介護現場では体位変換やポジショニング、クッション使用な

どを介護者の経験から実行されることが多く、その効果に対する客観的見解が得られてない。また、褥瘡に関する先行研究は、健常者や脊髄損傷者などを対象としている研究[8) 9)]が多く、介護現場における高齢者のデータが少ないのが現状である。筆者はすでに体圧分散クッションの効果を学会にて発表しているが、対象者が若年群であった。実際、介護現場にて寝たきりの高齢者の場合、身体的・精神的諸条件が異なると考えられる。

そこで、本研究では若年者とサービス付き高齢者住宅の入居高齢者を対象にクッション使用時の生理・心理的学的基礎的データを収集し、介護現場におけるクッション使用の効果を検討することを目的とした。

２．研究方法

２．１　研究対象者

対象者は健康な成人６名（男性４名、女性２名、平均年齢32.0 ± 7.1歳）とサービス付き高齢者住宅の入居中の高齢者の５名（男性２名、女性３名、平均年齢79.2 ± 4.9歳）である。対象者の身体特性を表１に示す。高齢者群のうち２名は心疾患の既往歴を持っている。高齢者群の中には褥瘡を経験している人は含まれていない。

表１　対象者の身体的特性

	全体(n=11)	
	若年群(n=6)	高齢者群(n=5) 要支援2(3人)、 要介護2(2人)
年齢(歳)	32.0±7.1	79.2±4.9
身長(cm)	167.6 ±7.4	147±5.1
体重(Kg)	61.5±8.7	46.5 ±6.6
BMI(kg/㎡)	24.3±2.9	19.3±1.9

Values are mean±SD

２．２　研究環境

実験場所は、I専門学校介護実習室とサービス付き高齢者住宅の居室である。介護実習室の室温は、26 ～ 27度、湿度60 ～ 70%に保った。サービス付き高齢者住宅の居室の環境は27 ～ 28度、湿度50 ～ 60%に保ち、対象者に対して暑さや寒さを感じないかを確認し対象者にとって快適な環境を保った。

２．３　計測方法

今回実験で用いたポジショニングは、廃用症候群の初期段階である、膝関節の軽度の拘縮を想定し、膝関節の60度屈曲姿勢におけるクッションの効果を調べた。膝関節60度屈曲姿勢をコントロール（クッションなし）とした。また、すべての測定はコントロール時とクッション使用時の条件で行われた。

安静時、コントロール時とクッション使用時における心拍数、拡張期血圧と収縮期血圧の値を求めた。血圧は、対象者の装着によるストレスを軽減するために手首式血圧計（HEM-6321T、オムロン社製）を用いて利き手の手首に装着して測定した。若年群は臥床安静時、膝関節60度屈曲姿勢５分後、10分直後、安静５分後の計４回の測定を行った。高齢者群は身体的負担を考え、臥床安静時、膝関節60度屈曲姿勢10分直後、臥床安静５分後の３回の測定を行った。

心電図のR-R間隔は、長時間心電用データレコーダ（デジタルウォーク FM-160、フクダ電子社製）を用いて心電図を記録し、R-R間隔を算出し周波数解析（MEM Calc法）を行い、心拍変動のスペクトルデンシティを算出した。また高周波数帯域パワー密度 HF（0.15 ～ 0.4Hz）と低周波数帯域パワー密度 LF（0.04 ～ 0.15Hz）のスペクトルデンシティも算出した。パワースペクトルは波形内の0.04Hzから0.4Hzを全周波数帯域パワー密度TF（トータルパワー）とし、HF/TF・100(%）を副交感神経活動とし、LF/HFを交感神経活動として評価した[10)]。

体圧測定には、携帯型接触圧力測定器Palm Q（パームキュー）（測定精度± ３㎜Hg、ケープ社製）を用いて仙骨部と踵部の体圧を測定した。測定器Palm Qのセンサーパッドを仙骨部と踵部に設置し、体位が安定した後に測定を行った。測定体位は膝関節を伸展させ自然の仰臥位になった時の臥床安静時の体圧と膝関節の60度屈曲姿勢保持時の体圧をそれぞれ３回計測し、平均値を算出した。

唾液中のαアミラーゼ活性値は、ニプロ社製の唾液アミラーゼモニター（CM-2.1）を用いた。測定方法は測定前に対象者は水道水で含嗽し、専用チップを舌下に挿入し唾液をしみ込ませて唾液を採取し、唾液アミラーゼモニターにて測定した。高齢群では測定直前に唾液分泌を促すため唾液腺 マッサージを実施した。 本実験では膝関節60度屈曲姿勢前・後でそれぞれ１回測定した。

精神心理状態の評価には、本研究では、日本語版11）感情プロフィール検査（Profile of Mood States、以下POMS検査と略）を用いた。６つの気分尺度の中から疲労（Fatigue:F）の得点を解析した。６つの項目の中、疲労を表す質問は

「へとへとだ」、「つかれた」、「だるい」、「物事に気乗りがしない」、「うんざりだ」、「ぐったりする」、「ひどくくたびれた」の８つの質問内容で疲労程度を判定した。

痛みを評価するスケールとしてビジュアル・アナログ・スケール（VAS:visual analogue scale）を用いて、「仙骨の痛み」、「踵部の痛み」、「大腿の痛み」「下腿の痛み」、「腹部の痛み」のアンケートを実施した。高齢者群の場合、痛みアンケートやPOMSに関しては、対象者に質問形式で測定した。

今回使用したマットレスはパラマウント社製のエバーフィットマットレスのソフトフィット面を使用した。ソフトフィット面は従来のマットレスよりも体圧分散性が高められているため、臨床において臥床傾向にある患者に用いられる。

膝関節60度屈曲姿勢時に使用するクッションは日本エンゼル株式会社製のポジショニングクッション「フィット三角柱クッションⅡ／30cm、ラテックス体位変換クッション枕型、フィット三角柱クッションⅡ／40cm、ボディピロー」を使用した。今回の実験では、仰臥位でのポジショニングで褥瘡ができやすい好発部位のうち、仙骨部、踵骨部を中心に計測を行った。その場合、膝下にクッションを入れて下肢、体幹を安定させることで全身の緊張を緩和し接地面積を広げ、踵部の除圧効果が期待できる。さらに仙骨部の圧を分散させるため、フィット三角柱クッションを腰部の両側から差込方法で除圧を行った。

すべての生理及び心理指標は、コントロール時とクッション使用時における変化を平均値±標準偏差値で表示した。統計処理はPaired t-testおよび分散分析（ANOVA）を行い、0.05以下を有意水準とした。

２．４　実験プロトコル

予備実験にて、コントロール条件とクッション使用条件を連続で行った結果、対象者の疲れや心理的負担があったので、二日間に分けて行われた。１日目はコントロール、２日目はクッション使用であった。

１日目

①対象者は実験前に30分の安静休憩とうがいを行った。その後、椅座位、机上にてPOMSの計測を行った。

②対象者は心電計を装着してから臥床し、踵部、仙骨部の体圧を３回ずつ測定後に10分間の安静にした。

③10分安静後、血圧、心拍数、唾液中のαアミラーゼ活性を測定した。

④対象者の膝関節を60度屈曲姿勢にして（角度計を用いて大腿骨、腓骨頭、外果の部分に固定して測定）踵部、仙骨部の体圧を３回ずつ測定した。

⑤その後10分間その体位を維持し、10分経過後に血圧、心拍数、唾液中のαアミラーゼ活性、踵部、仙骨部の体圧を３回ずつ測定した。

⑥終了後、POMS短縮版と痛みのアンケートを実施した。

２日目

上記①②③④の後に対象者の膝下と両腰部にクッションを入れ、踵部や仙骨部の体圧を分散し、10分間安静にした。その後上記⑤⑥に進めた。

高齢者群および若年群、両群とも同じ手順で実験を行った。POMSや痛みアンケートなどは対象者が記録できない場合が多く、実験者が口頭で説明し、答えを書き込む形式で行った。

２．５　倫理的配慮

対象者にはあらかじめ文書と口頭で研究の主旨、実験方法、協力可否の自由、プライバシーの保護について説明し同意の上、承諾書を得た。そして所属施設の責任者の承諾を得た。

３．結果

精神心理指標としてPOMS、痛みを評価するスケールとしてVAS、生理指標として心拍数、血圧、自律神経機能、唾液中のαアミラーゼ活性を測定した。

３．１　POMS検査（疲労）

コントロール時とクッション使用時のPOMSの疲労（F）の結果を表２に示す。全対象者のPOMS検査の結果では、健康成人の疲労（F）得点の平均値の範囲[12]内であり、若年群においては、コントロール時の膝関節60度屈曲姿勢前は6.7 ± 4.6、姿勢10分後には7.6 ± 5.9で、有意な差は認められなかった。クッション使用時には7.6 ± 6.3、姿勢10分後には5.4 ± 3.6でクッション使用時に有意に低下した（$P<0.05$）。高齢者群においては、コントロール時の膝関節60度屈曲姿勢前は9.9 ± 5.9、姿勢10分後には13.8 ± 8.5で、有意に増加した（$P<0.05$）。クッション使用

時には11.1 ± 4.1、姿勢10分後には7.8 ± 5.8でクッション使用時に有意に低下した（P<0.01）。

３．２　痛み

コントロール時とクッション使用時の痛みに関するアンケート結果を図１に示す。

VASスケールを用いて「痛みなし：０」「痛い：５」、「耐えられない痛み：10」の痛みの評価を実施した結果、図１に示したように若年群、高齢者群ともにクッション使用時において痛みが軽減されたことを示した。部位別にみると若年群では踵部、仙骨部、大腿部の順で痛みを感じている。特に踵部はクッション使用時に有意な痛みの軽減が示された（P<0.01）。高齢者群では大腿部 、仙骨部、腹部の順に痛みを感じていることを示した。また、すべての部位においてクッション使用時では痛みの減少が示された。高齢者群では若年群と痛みを感じる部位が異なり、大腿部がクッション使用時に有意な痛みの軽減を示した（P<0.05）。

３．３　血圧と心拍数

コントロール時とクッション使用時の循環動態の変化を表３に示した。高齢者群のコントロール時の膝関節60度屈曲姿勢10分後の心拍数が有意に増加した（P<0.05）。そのほかの収縮期血圧、拡張期血圧、心拍数は若年群、高齢者群ともに有意な変化は認められなかった。

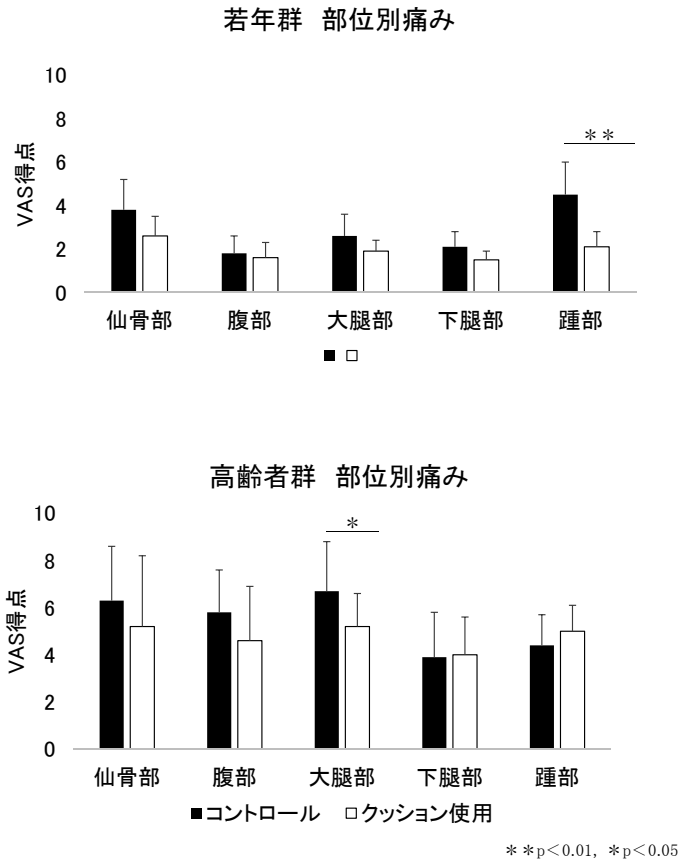
３．４　心拍数 R-R 間隔

心電図のR-R変動から求めた心拍変動解析値の変化を図２に示した。心拍変動の周波数解析に

表２　POMSテスト（疲労）の条件別変化

	若年群(n=6)		高齢者群(n=5)	
	Pre	Post	Pre	Post
コントロール	6.7±4.6	7.6±5.9	9.9±5.9	13.8±8.5＊
クッション使用	7.6±6.3	5.4±3.6＊	11.1±4.1	7.8±5.8＊＊

Values are mean±SD　＊:P<0.05　＊＊:P<0.01



＊＊p＜0.01，＊p＜0.05

図１　部位別痛みの変化

より得られた高周波数成分（HF）と低周波数成分（LF）は、自律神経機能を反映するとされている。若年群においては交感神経の指標とされるLF/HF比の有意差はないもののコントロール時に増加を示した。また、副交感神経機能を反映するHF/TF比 についてはクッション使用時に有意な増加が認められた（P<0.05）。

高齢者群では膝関節60度屈曲姿勢5分、10分にLF/HF比が有意に増加した（P<0.05）。また副交感神経機能を反映するHF/TFの値もクッション使用時に有意な増加が認められた（P<0.05）。

３．５　体圧

仰臥位中のコントロール時とクッション使用時の仙骨部、踵部の体圧を図３に示す。

若年群において安静時の仙骨部は34.6 ± 9.6㎜Hg、踵部は80.4 ± 19.6㎜Hgであった。次に膝関節を60度屈曲姿勢時のコントロール時では仙骨部体圧が51.3 ± 7.9㎜Hgであり、クッション

表３　各条件における循環機能の変化

		若年群（n=6）		高齢者群（n=5）	
		コントロール	クッション使用	コントロール	クッション使用
SBP (㎜Hg)	pre rest	115.4±5.9	117.0±4.9	121.2±22.2	129.3±16.7
	5min	116.7±8.8	113.2±8.5	―	―
	10min	118.1±10.1	109.8±9.5	134.1±25.6	131.7±21.4
	post rest	115.9±7.1	112.4±6.5	125.6±18.7	133.4±24.7
DBP (㎜Hg)	pre rest	72.5±3.7	69.9±4.5	66.7±6.7	71.1±9.0
	5min	69.3±5.9	70.9±7.6	―	―
	10min	71.6±6.2	72.2±3.6	61.5±17.6	65.1±8.3
	post rest	70.2±6.1	73.6±4.9	65.9±10.9	68.9±9.9
HR (beats/min)	pre rest	73.1±7.7	72.5±3.7	59.7±10.9	65.2±12.1
	5min	73.9±8.1	69.3±5.0	―	―
	10min	77.4±6.3	70.9±4.8	69.6±10.9＊	61.6±10.9
	post rest	74.5±5.4	71.1±3.4	66.7±13.9	63.8±9.7

SBP：Systolic Blood Pressure　DBP ： Diastolic Blood Pressure　PR: Heart Rate
Values are mean±SD　　＊：P<0.05

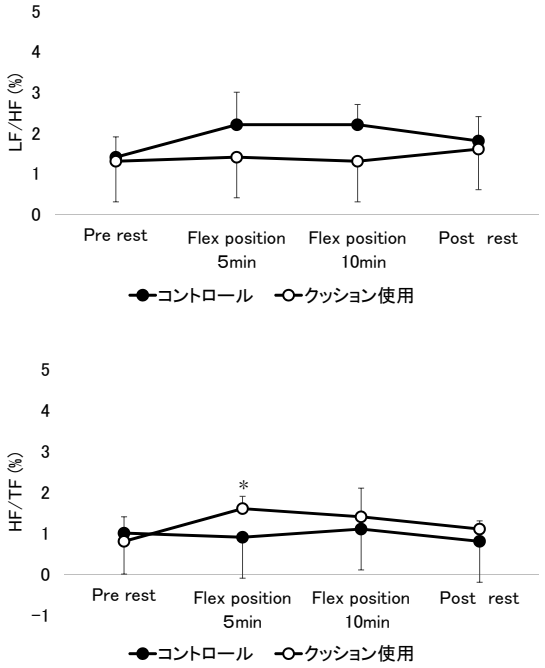


図２　若年群のLF/HF、HF/TFの変化

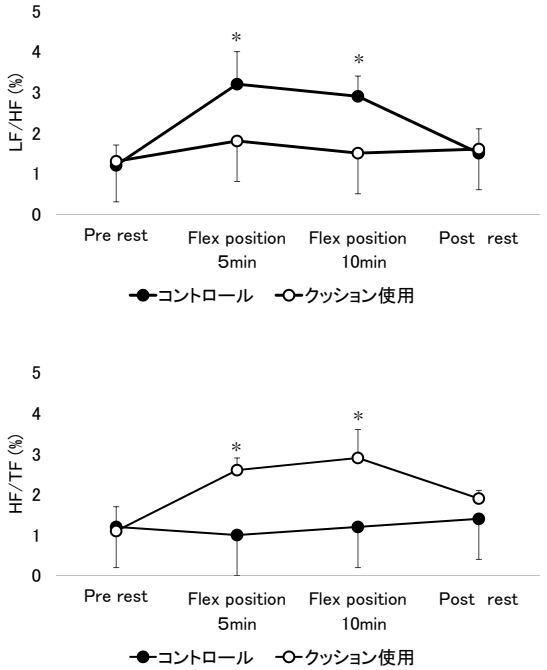


図３　高齢者群のLF/HF、HF/TFの変化

使用時では、仙骨部体圧が33.6 ± 2.7㎜ Hgで、有意に低下した（p<0.01）。踵部の体圧はコントロール時では、111.8 ± 31.9㎜ Hgであり、クッション使用時では39.8 ± 10.4㎜ Hgで、有意に低下した（p<0.01）。

高齢者においては安静時の仙骨部は28.8 ± 12.1㎜ Hg、踵部は73.6 ± 21.3㎜ Hgであった。次に膝関節を60度屈曲姿勢時のコントロール時では仙骨部体圧が40.5 ± 10.9㎜ Hgであり、クッション使用時では、仙骨部体圧が21.9 ± 7.9㎜ Hgで、有意に低下した（p<0.001）。踵部の体圧はコントロール時では、91.4 ± 18.9㎜ Hgであり、クッション使用時では23.1 ± 9.1㎜ Hgで、有意に低下した（p<0.001）。

３．６　唾液中のαアミラーゼ活性

コントロール時とクッション使用時の唾液中のαアミラーゼ活性値の測定結果を図５に示す。若年群において 安静時は57.1 ± 41.2KIU/L、コントロール時は53.6 ± 46.2KIU/L、クッション使用時では、43.2 ± 35.6KIU/Lであり、コントロール時よりクッション使用時に 唾液中のαアミラーゼ活性が低下した。高齢者では安静時は51.3 ± 52.8KIU/L、コントロール時は49.3 ± 47.6KIU/L、クッション使用時では、53.1 ± 60.5KIU/Lであり、コントロール時よりクッション使用時に唾液中のαアミラーゼ活性値の増加を示した。

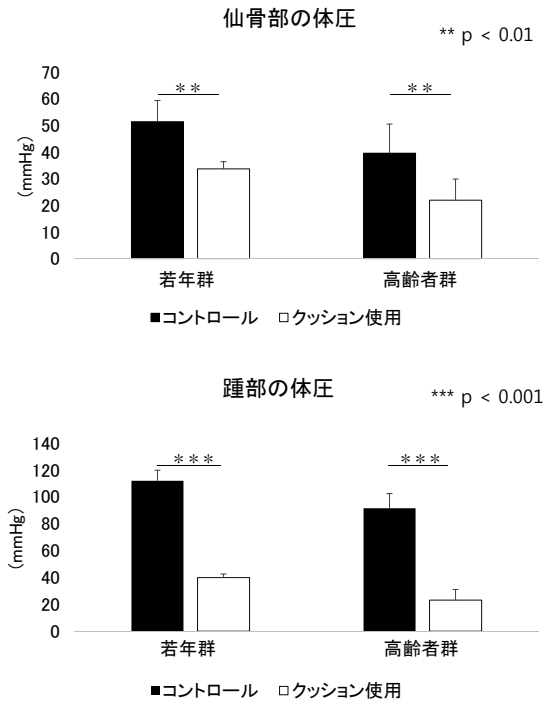


図４　体圧の変化

４．考察

POMSはNcNairら[12]によって開発された気分を評価する質問紙法の一つで、緊張、抑鬱、怒り、活気、疲労、混乱の６つの気分尺度を同時に測定することができる。POMS検査の疲労の結果において、高齢者群のコントロール時の疲労が有意に増加した。この結果は、膝関節60度屈曲姿勢が高齢者群にとって身体的負担が大きいためではないかと考えられる。また、若年群、高齢者群ともにクッション使用時に疲労が有意に低下している（表２）。これは、クッション使用により体幹が安定し、全身の緊張を緩和や接地面積を広げた効果にとって疲労が有意に低下したことを示している。

痛みに関するアンケート結果から、若年群では踵部、仙骨部、大腿部の順で痛みを感じている。特にかかと部分はクッション使用時において有意に痛みが低下している（P<0.01）。若年群では大腿や下腿の筋力が維持されていることから膝関節60度屈曲姿勢の保持に負荷は少ないことが推測される。したがって、大腿部や下腿部よりも踵部に大きく体圧がかかるため、踵部の痛みを訴えていると考えられる。また、高齢者群では若年群と痛みを感じる部位が異なることが分かった。高齢者群では大腿部において痛みの訴えが大きかった。これは若年群の場合と異なり、膝関節60度屈曲姿勢を保持する際に大腿部や仙骨部、腹部に力を入れたために負荷がかかり痛みを訴えたと考えられる。また、クッションの使用によってすべての部位において痛みの減少を示した。このことからクッション使用は褥瘡の好発部位の疼痛を軽減させる効果があることを示した。

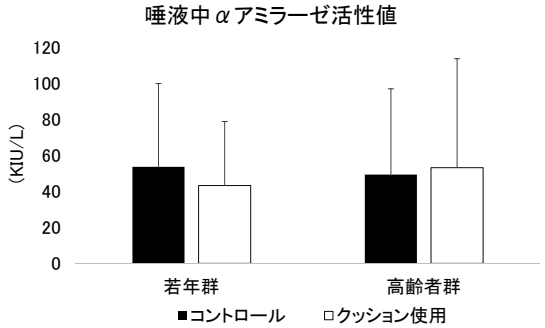


図５　唾液中のアミラーゼ活性の変化

循環動態の結果から、高齢者群のコントロール時の膝関節60度屈曲姿勢10分後の心拍数が有意に増加した（P<0.05）。これは姿勢保持のためには、ある程度の身体的負荷が生じたことを示している。そのほかの収縮期血圧、拡張期血圧、心拍数は両群ともに有意な変化は認められなかった。今回の実験条件では安静臥床して行ったため心肺機能への負荷は少ないと考えられる。

心拍変動の周波数解析により得られた高周波数成分（HF）、低周波数成分（LF）は自律神経活動を反映するとされている[13]。心電図R-R間隔変動解析から交感神経機能を反映するLF/HF比のパワーの有意差はなかったもののクッション使用時よりコントロール時に増加することや副交感神経機能を反映するHF/TF・100（%）のパワーがコントロール時に比べクッション使用時に増加が認められた（P<0.05）。このことはクッションの使用が体幹を安定させることで全身に緊張を緩和しリラックスさせた結果、副交感神経機能が優位な状態であることが考えられた。

体圧に関しては、須釜ら[14]の報告によると仙骨部の褥瘡の予防には、体圧を40㎜Hg以下にすることが望ましいとされている。今回の実験では膝関節の自然な伸展姿勢の安静時には40㎜Hg以下であったが、膝関節60度屈曲姿勢では若年群で仙骨部体圧が51.3 ± 7.9㎜Hgで、高齢者群では40.5 ± 10.9㎜Hgであった。このことは褥瘡発生リスクが高い状態であることを示している。本実験の結果では仙骨部の体圧、踵部の体圧ともにコントロール時には有意に増加し、クッション使用時には有意に低下を示している（p<0.01）。若年群と高齢者群の仙骨部の体圧の差は、体重の影響も考えられる。また、部位別の体圧では踵部が仙骨部より負荷がかかることが示された。これはベッドに接する体の面積が少なく、体圧分散が難しいことが原因であると考えられる。大浦[15]は、膝関節や股関節が拘縮をおこすと、病的骨突出が高度になり、褥瘡発症を引き起こしやすいと述べている。実際の現場では、高齢者は病的突出の発生も考えられるため、関節角度が60度をこえる関節拘縮を発症しているケースも多い。本研究ではクッション使用時は踵部の体圧が有意に減少し、褥瘡予防の体圧である40㎜Hgを下回っている（図４）。この結果から膝関節60度屈曲姿勢では、クッションの使用が体圧を低下させる効果があることが認められた。

山口ら[16]によって開発された 唾液アミラーゼモニターは30μlほどの唾液採取で、約１分で唾液アミラーゼ活性を分析できることから、精神的ストレス負荷研究への応用がされている[17][18]。唾液中のαアミラーゼ活性は刺激に対する交感神経興奮状態の強さの目安になり、数値が大きければストレス度が高いと判定される。 今回の実験では唾液中のαアミラーゼ活性値は若年群、高齢者群ともに有意な変化は認められなかった。唾液アミラーゼ活性（SAA）は年齢の影響は少なく、加齢とともに僅かに増加するといわれている[19][20]。今回の実験では若年群においてコントロール時に比べクッション使用時に低下する傾向にあるが、有意差は認められなかった。高齢者群では逆にクッション使用時に増加傾向を示した。（図５）。このことはストレスによる増加ではなく、加齢による影響が考えられた。

５．結論

本研究は若年群と高齢者群を対象に、臥床時膝関節屈曲姿勢におけるクッション使用の効果を調べるために、生理・心理学的指標を用いて検討した。その結果、以下のことが示された。

１） POMS検査の疲労の結果において、クッション使用時に疲労が有意な低下を示した。
２）痛みに関するアンケート結果から、クッション使用時において痛みが有意な低下を示した。
３）心電図R-R間隔変動解析によるコントロール時のLF/HF比のパワーの増加、クッション使用時のHF/TF比の有意な増加を示した。
４）仙骨部の体圧、踵部の体圧ともにクッション使用時には有意な低下を示した。
５）唾液中のαアミラーゼ活性値は年齢別、条件別ともに有意な変化は認められなかった。

６．おわりに

本研究では、臥床時のクッション使用は高齢者の体圧分散効果や副交感神経優位の促進することが明らかになった。今回は要支援や要介護度が比較的に軽度の高齢者を対象にした結果、様々な指標の結果を得ることができた。しかし、医療現場や介護現場における褥瘡リスクは、重度の寝たきり高齢者の方が高いと言える。このような現状を踏まえ、今後は倫理的配慮に留意しながら重度の寝たきり高齢者を対象に検証をしていきたい。

謝辞

本研究進める上で、協力を頂いた学生や施設の利用者、関係者の皆様に深く感謝する。

引用文献

1）日本皮膚科学会ガイドライン : 創傷・熱傷ガイドライン委員会報告一 2. 褥瘡診療ガイドライ , 日皮会誌 121（9）:1791-1839.2011
2）山田道廣 : 第 13 章　褥瘡、理学療法ハンドブック「改正第 3 版」第 1 巻 352-364、共同医書出版社、東京、2000
3）大浦武彦 : わかりやすい褥瘡予防・治療ガイド、23、28-29、照林社、東京、2001
4）雨海照祥、古田島聡、酒井政幸、ほか: 全身疾患としての褥瘡の栄養管理褥瘡管理、褥瘡会誌、11（3）:487-496、2009
5）西田卓郎、桜井洋一、丹羽朝子ほか: 褥瘡患者における身体計測を用いた栄養アセスメント―非褥瘡 PEG 患者との比較検討―、栄評治、22、(2）:239　2005
6）板倉美佳、堀田由浩、三村真季 : 下肢関節拘縮タイプ別ポジショニングの検討 . 褥瘡会誌 , 6（2）, 154-161. 2004
7）山本直子、韓在都 :　臥床時の踵部、仙骨部の体圧分散クッションの効果、第 44 回日本看護学会―看護総合―学術集会、247　2013
8）Mortenson WB, Miller WC:A review of scales for assessing the risk of developing a pressure ulcer in individuals with SCI. Spinal cord. 46, 168-175, 2008
9）延本尚也、岡野生也、他 : 脊髄損傷者の褥瘡予防に対する理学療法士の関わり―車いす上座圧測定による評価と対応―、第 53 回近畿理学療法学学術大会抄録集、2013
10）Arai,Y., Saul,J.P.,Alberecht,P.,Hartley,L. H.,Lilly,L.S.,Cohen,R.J.and Colucci,W. S.　:Modulation of Cardiac autononomic activity during and immediately after exercise. Am.J.physiol., 256:H132-H142、1989
11）横山和仁、荒記俊一 : 日本版 POMS 手引き . 初版 . 東京 : 金子書房、2000
12）NcNair,DM., Lorr,M., Droppleman,L. F. :Profile of Mood States. San Diego: Educational and Industrial Testing Service, 1992.
13）Akselrod S, Gordon D, Madwed JB, Snidman NC, Shannon DC, Cohen RJ. Hemodynamic regulation. Investigation by spectral analysis. American Journal of Physiology; 249: H867-875. 1985
14）須釜淳子 , 真田弘美 , 中野直美 , 他 . : 褥瘡ケアにおけるマルチパッド型簡易体圧測定器の信頼性と妥当性の検討 . 日本褥瘡学会誌 , 2（3）, 310-315.　2000.
15）大浦武彦 : 褥瘡治療 Update リハビリテーションとの関係 . リハビリテーション医学 , 42, 862-868.　2005
16）山口 昌樹 , 花輪尚子 , 吉田博 : 唾液アミラーゼ式交感 神経モニタの基礎的性能 , 生体医工学 ,45（2）,161-168.2007
17）中野敦行 , 山口昌樹 : 唾液アミラーゼによるストレスの評価 、- バイオフィードバック研究 , 38 巻　1 号　4-9、2011
18）森田 聖子、中道 淳子、小林 宏光 : 認知症高齢者に対する唾液アミラーゼ活性値測定の信頼性の検討 , 日本看護技術学会誌 , 14 巻　1 号 p.73-77、2015
19）Strahler,J., Mueller,A.,Rosenloecher,F. et al.: Salivary α -amylase stress reactivity across different age groups. Psychophysiology 47.（3）587-595,　2010
20）Wang ,C.H .and Woolfblk,C.A .: Salivary amylase activity of the aged . Gerontology , 36,193 − 198 1990

The Effect of cushions on knee flexion in bed

Jaedo HAN
Department of Care work, Toyama College of Welfare Science

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effects of cushion on knee flexion in bed . In this experiment, we assumed the mild articular contracture of the knee joint in the elderly , who are the initial stage of the disuse syndrome, and examined the effect of the cushion in the 60 degree flexion posture of the knee joint. The subjects were 6 healthy adults（4 males, 2 females, average age 32.0± 7.1years）and 5 elderly people（2 males, 3 females, average age 79.2 ± 4.9 years）. We measured Systolic blood pressure（SBP）, Diastolic blood pressure（DBP）,Heart rate（HR）, Heart rate Variability（HRV）, Salivary alpha amylase（SAA）as a physiological parameter. As a psychological indicator, fatigue of Profile of Mood Scale（POMS）and pain of Visual Analogue Scale（VAS）were measured.

As a result, there were no significant changes in both SBP and DBP. The HR showed a significant increase at the time of control of the elderly group. Regarding the autonomic nerve balance by FFT analysis of electrocardiogram R - R interval variation, the LF/HF ratio at the time of control showed a significant high value and sympathetic nervous was showed to increase. In addition, when using the cushion, the HF/TF percentage was significantly increased in both groups, and parasympathetic nervous was enhanced. A significant depressurizing effect was recognized by the cushion use of the body pressure of the sacral and heel. There were no differences in SAA between both groups. Regarding the feeling of fatigue by POMS and pain due to VAS, it was shown that cushion use reduces tiredness and pain.

It was shown that the use of the cushion during resting predominantly promotes the activity of the parasympathetic nervous system, as well as the depolarization of the portion suffering from pressure ulcer. Positioning using a cushion also alleviated fatigue and pain in bed, suggesting that patients and bedridden elderly in comfort.

Key words : elderly, Heart rate Variability, Salivary alpha amylase, Pressure dispersion, cushion

地域福祉（活動）計画策定過程における住民意識に関する研究（1）
～Ａ市における地域懇談会参加者への調査から～

宮嶋　　潔
富山福祉短期大学社会福祉学科

（2018.5.11受稿，2018.6.11受理）

要旨

本研究では、地域福祉の推進における住民参加に焦点をあて、Ａ市地域福祉（活動）計画策定過程での地域懇談会参加者への調査を通して住民意識の変化とともに、その要因を探り、住民参加を促進する方法を明らかにするものである。

結果から、地域福祉の推進においては地域住民の主体的な活動が最も大切であるが、そのためには福祉意識を育むとともにその後の活動への意識付けと活動する場の提供が大切となってくる。そういった意味においても「地域懇談会」という場は自らの地域について意見を交わし、考えることを通して意識付けが図られ、計画を策定することにより、実践の場の提供も行える場となることが推察された。

キーワード：地域福祉（活動）計画、地域懇談会、住民参加、福祉意識

１．はじめに

2000（平成12）年に制定された社会福祉法の第４条（地域福祉の推進）には「地域住民、社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない」と規定している。この、地域福祉を推進していく一つの方策として、地域福祉計画の策定が挙げられ、同法107条においても「市町村は、地方自治法第２条第４項の基本構想に即し、地域福祉の推進に関する事項として次に掲げる事項を一体的に定める計画（以下「市町村地域福祉計画」という。）を策定し、又は変更しようとするときは、あらかじめ、住民、社会福祉を目的とする事業を経営する者その他社会福祉に関する活動を行う者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるとともに、その内容を公表するものとする。」と規定されている。条文中の「次に掲げる事項」は、①地域における福祉サービスの適切な利用の推進に関する事項、②地域における社会福祉を目的とする事業の健全な発達に関する事項、③地域福祉に関する活動への住民の参加の促進に関する事項を指している。

一方、地域福祉の推進においては、地域住民の参加が必要不可欠なものとして取り上げられており、それは単に計画への参加にとどまらず、活動参加も含めたものであることが読み取れる。しかしながら、住民参加の促進要因においては先行研究がほとんどなく、全国、各地域において試行錯誤しながら実践されているのが現状である。

２．研究目的

本研究では、地域福祉の推進における住民参加に焦点をあて、筆者が関わったＡ市地域福祉（活動）計画策定過程での地域懇談会参加者への調査を通して住民意識の変化とともに、その要因を探り、住民参加を促進する方法を明らかにするものである。

３．研究方法

Ａ市における地域福祉（活動）計画策定過程における地域懇談会（市内８ブロック21地区、11か所、参加者総数435名）での実践を通して、参加者への調査結果から地域懇談会の効果と意識の変化の要因を明らかにする。

３．１　Ａ市地域福祉（活動）計画の策定について

Ａ市における地域福祉（活動）計画の策定については、行政が策定する地域福祉計画と社会福祉協議会（以下「社協」という。）が策定する地域福祉活動計画を一体化して策定しており、今回が第２次の地域福祉計画と第３次の地域福祉活動

計画の策定となる。

地域福祉計画については、①策定委員会（５回)、②市民アンケート（平成27年４月～５月、５部門【一般市民、高齢者、障害者、児童、ボランティア・ＮＰＯ・福祉団体】1,113サンプル)、③現行計画の評価（平成27年６月～８月）④地域懇談会（平成27年７月～８月、市内８ブロック21地区、11か所、参加者総数435名)、⑤幹事会（２回)、⑥パブリックコメント（平成28年１月）の内容で策定された。

一方、地域福祉活動計画については、①ワーキンググループ委員会（５回)、②市民アンケート（平成27年４月～５月、５部門【一般市民、高齢者、障害者、児童、ボランティア・ＮＰＯ・福祉団体】1,113サンプル)、③現行計画の評価（平成27年６月～８月）④地域懇談会（平成27年７月～８月、市内８ブロック21地区、11か所、参加者総数435名）の内容で策定された。なお、②～④については行政と合同で実施した。

３．２「地域懇談会」の内容

「地域懇談会」については、市内８ブロック（小学校区）に分け、21地区社協を対象に11か所にて開催した。具体的な進め方については、５～６名を１グループとして、グループ内にファシリテーター役として行政及び社協職員１名を配置し以下の流れで行った。

導　入：グループメンバーの確認・自己紹介、発表者１名の選出。

討議１：「自分の地区の強み」をポストイットに記入し、共有し、模造紙にまとめる。

発表１：「討議１」のグループ発表。

討議２：市民アンケート結果と現行計画の評価をもとに、グループごとにテーマを設定し、そのテーマに沿って討議。討議内容については、「自分でできること」、「地域でできること」、「行政・社協でできること」の３項目に分けて「討議１」と同様にポストイットに記入し、共有し、模造紙にまとめる。

発表２：「討議２」のグループ発表。

総　括：講師（筆者）による総括。

３．３「地域懇談会」参加者への調査について

「地域懇談会」参加者に対して、地域での役職、地域福祉（活動）計画の認知度、地域懇談会に参加しての満足度および意識の変化について、自記式による集合調査を実施した。

自由記述の回答については、テキストマイニングを用いて使用された語句の共起の関係をネットワーク図として表し、参加者の意識を考察した。なお、自由記述の分析にはフリーソフトウェアＫＨ Coder2.Xを用いた（樋口2015)。

４．倫理的配慮

本調査の実施にあたって、「地域懇談会」開催時において口頭にて調査の説明を行い、調査票にも説明と協力の依頼を記載した。また、調査は無記名とし、個人が特定できないよう配慮するとともに統計的に処理し、研究資料として活用する旨についても説明し同意を得て回収した。なお、本研究は所属機関の倫理委員会の承認を得ているものである（H30-001号)。

５．結果

本調査の回収率は94.5％であった（435名中411名の回答)。

５．１　回答者の属性について（表１）

①年齢について

20代１名、30代10名、40代32名、50代53名、60代245名、70代以上70名であり、60代が全体の60％であった。

②性別について

男性262名、女性149名であり、男性が全体の64％であった。

③役職について

地区社協役員33名、民生委員84名、主任児童委員17名、福祉サポーター64名、自治会役員117名、地域住民24名、その他94名、無回答３名であり、自治会役員が全体の28％、民生委員が20％、福祉サポーターが16％であった。その他の内訳としては、婦人会、老人クラブ、公民館長、自主防災組織の役職者などであった。

５．２　Ａ市地域福祉（活動）計画の認知度について（表２）

計画の存在を「知っていた」は237名で、全体の58％であった。内訳として「計画策定に参加していた」は14名、「内容を見たことがある」は54名、「名前は知っている」は最も多く152名であった。

表１　回答者の属性

属性	地区	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	計	割合
年齢	20代	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%
	30代	1	2	0	0	2	1	3	0	0	1	0	10	2%
	40代	3	2	3	0	0	8	2	2	1	4	7	32	8%
	50代	3	6	6	8	8	6	1	2	6	2	5	53	13%
	60代	9	25	35	19	19	33	12	25	18	31	19	245	60%
	70代以上	10	5	3	4	6	11	3	6	12	5	5	70	17%
	計	27	40	47	31	35	59	21	35	37	43	36	411	100%
性別	男性	14	31	38	17	22	34	12	21	26	28	19	262	64%
	女性	13	9	9	14	13	25	9	14	11	15	17	149	36%
	計	27	40	47	31	35	59	21	35	37	43	36	411	100%
役職	地区社協役員	4	0	5	3	4	8	1	3	0	1	4	33	8%
	民生委員	9	11	9	4	7	9	4	8	10	8	5	84	20%
	主任児童委員	2	3	1	0	0	3	2	1	1	2	2	17	4%
	福祉サポーター	1	0	4	3	8	10	2	4	6	10	16	64	16%
	自治会役員	3	19	18	8	9	12	4	10	12	16	6	117	28%
	地域住民	2	1	1	3	2	3	4	3	1	4	0	24	6%
	その他	10	6	10	11	7	15	5	10	10	5	5	94	23%
	無回答	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	1%
	計	32	40	48	33	37	61	22	39	40	46	38	436	

表２　地域福祉（活動）計画の認知度

	地区	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	計	割合
計画の存在	知らなかった	8	19	24	16	15	26	9	13	14	17	10	171	42%
	知っていた	19	20	23	15	20	33	12	22	22	25	26	237	58%
	内訳　名前は知っていた	8	14	12	12	11	24	7	14	12	21	17	152	37%
	内訳　内容を見たことがある	5	5	10	2	5	5	3	7	7	1	4	54	13%
	内訳　計画策定に参加していた	4	0	1	0	2	1	1	1	1	1	2	14	3%
	内訳　その他	2	1	0	1	2	3	1	0	2	2	3	17	4%
	無回答	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	1%
	計	27	40	47	31	35	59	21	35	37	43	36	411	100%

表３「地域懇談会」参加満足度

	地区	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	計	割合
計画の存在	とても良かった	10	7	4	3	6	10	4	5	3	9	12	73	18%
	良かった	17	29	36	23	22	45	16	24	28	26	22	288	70%
	あまり良くなかった	0	2	3	4	2	1	1	2	3	3	0	21	5%
	もう参加したくない	0	0	1	1	4	1	0	0	0	2	1	10	2%
	無回答	0	2	3	0	1	2	0	4	3	3	1	19	5%
	計	27	40	47	31	35	59	21	35	37	43	36	411	100%

表４　「参加満足度」に関する自由意見の抽出語句の出現回数（上位20語）

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
意見	102	聞く	25
聞ける	64	自分	24
地区	40	話	22
地域	39	思う	20
人	37	分かる	20
考える	29	機会	13
良い	27	理解	13
いろいろ	25	活動	12
考え	25	考え方	12
知る	25	福祉	12

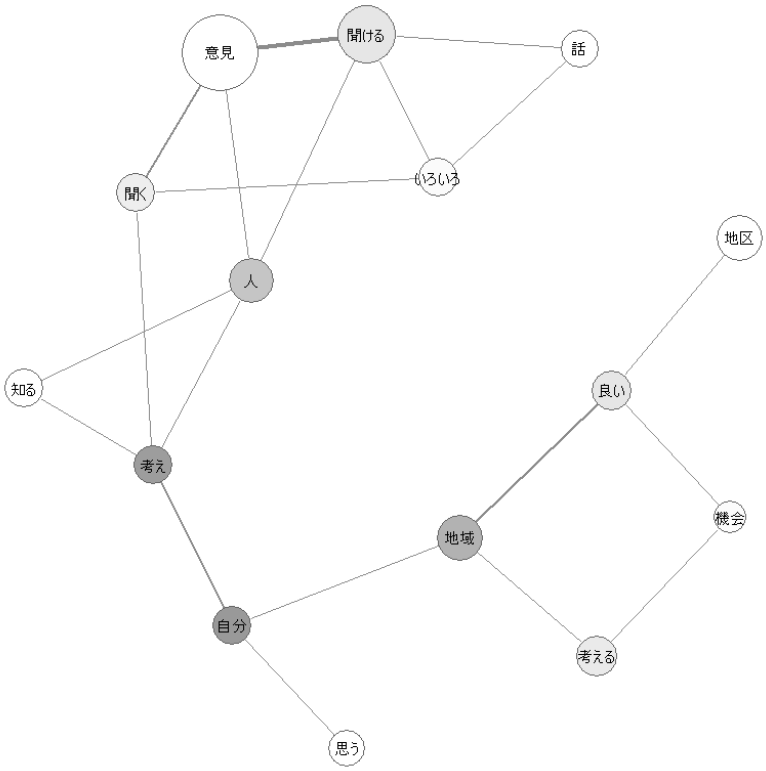


図１　参加満足度共起ネットワーク

＊出現数による語句の取捨選択は最小出現数12に設定。
＊描画する共起関係の絞り込みは描画数20に設定。
＊強い共起関係ほど太い線で描画。
＊出現数の多い語ほど大きい円で描画。

５．３「地域懇談会」参加の満足度について（表３）（表４）（図１）

「とても良かった」は73名、「良かった」は288名、「あまり良くなかった」は21名、「もう参加したくない」は10名、「無回答」は19名であり、「とても良かった」と「良かった」を合わせると全体の88％であった。（表３）

また、「とても良かった」（73名）、「良かった」（288名）を合わせた計361名の内289名から、その理由についての自由記述の回答があった。その中で頻回に出現した語句は、意見（102）、聞ける（64）、地区（40）、地域（39）、人（37）などが抽出された。（表４）

抽出された語句による共起ネットワークについては、「意見」、「聞く」「聞ける」や「地域」、「良い」に共起性が強く見られた。（図１）

一方、「あまり良くなかった」（21名）、「もう参加したくない」（10名）を合わせた計31名の理由については、「各地区で日頃から行っていることが多かった」、「結論の出ることがなかった」、「話の深さがない」、「内容は紙の上っぽいところが多く感じられた」、「なかなか問題点を明確にできない」、「平日の夜に行われるから」などであった。

５．４「地域懇談会」参加後の意識の変化について（表５）（図２）

意識の変化については、176名の回答があった。その内、上記の満足度において「とても良かった」、「良かった」を回答した168名（全体の40.9％）を対象とした。その中で頻回に出現した語句は、「地域」（49）、「思う」（43）、「自分」（29）、「地区」（22）、「活動」（21）などが抽出された。（表５）

また、共起ネットワークについては、「今」、「人」や「必要」「感じる」と「関心」、「持つ」に共起性が強く見られた。（図２）

一方、参加満足度において「あまり良くなかった」（21名）、「もう参加したくない」（10名）を合わせた計31名のうち６名から回答があり、「今まで通り行っていきたい。意識の変化は少しあった」、「時間を作り、ボランティアをやっていきたい」、「連帯感、一体感など地域力の大切さを再認識できた」、「自治会の活動として取り入れできるものは取り組んでいきたい」などの回答を得た。

６．考察

「地域懇談会」の参加者層や役職については他市町村で行われる場合と同様に60代以上の福祉関係者が大半を占めており、懇談会の主目的である地域の課題を発見する場としては意見が偏る可能性を含んでいる。しかし、住民の福祉意識を高める場として考えた場合、まずは福祉関係者に対して行い住民へ広めていくことも必要である。そう言った意味でも「地域懇談会」が果たす意義は大きく、懇談会が単なる意見を聞く場ではなく、参加者自身が福祉について考え、意識の変化を促していく場となるようにしなければならない。

また、「地域懇談会」参加の満足度については、「とても良かった」、「良かった」が88％と非常に高い数値であった。自由意見に関して共起ネットワークから推察すると、特に「意見を聞く」、「良い地域にするため」、「地域について考える」という地域の人の色々な話や意見が聞けると同時に自分の地域を考える良い機会と捉えていた人が多いと考えることができる。普段、地域において福祉について考える場はそれほど存在していないため、今回のような機会は福祉意識を高めるには大切な場であろう。

一方、「地域懇談会」参加による意識の変化については、「活動」、「参加」、「考える」、「意識」、「必要」、「積極」、「関心」、「協力」という言葉が上位20語に入っており、特に「関心を持つ」、「必要と感じる」という意識の変化が伺える。「地域懇談会」を通して、地域の活動への参加することへの必要性や関心を持つことの大切さなどを改めて住民一人一人が実感することにより、福祉意識の醸成が期待できると思われる。

７．まとめ

今回、Ａ市における「地域懇談会」に焦点をあて、参加満足度と意識変化について調査を実施した。総じて満足度が高く意識の変化もうかがい知ることができた。地域福祉の推進において地域住民の主体的な活動は必要不可欠であると同時に、そのためには地域住民に対する福祉意識を高めていくことが大切である。そう考えると、福祉の心を育むとともにその後の活動への意識付けと活動する場の提供が大切となってくる。そういった意味においても「地域懇談会」という場は自らの地域について意見を交わし、考えることを通して意識付けが図られるとともに、懇談会を通して地域福祉（活動）計画の策定に参画することにより、どのような場において実践すれば効果的であるかも考え、自らの地域における地域福祉活動を展開する意欲とともに実践の場を創造する場ともなりうる。

表５　「意識変化」に関する自由意見の抽出語句の出現回数（上位 20 語）

抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
地域	49	良い	10
思う	43	感じる	9
自分	29	積極	9
地区	22	意見	8
活動	21	関心	7
参加	19	高齢	7
考える	18	今	7
意識	13	協力	6
ボランティア	12	行政	6
人	11	少し	6
必要	11	勉強	6
持つ	10		

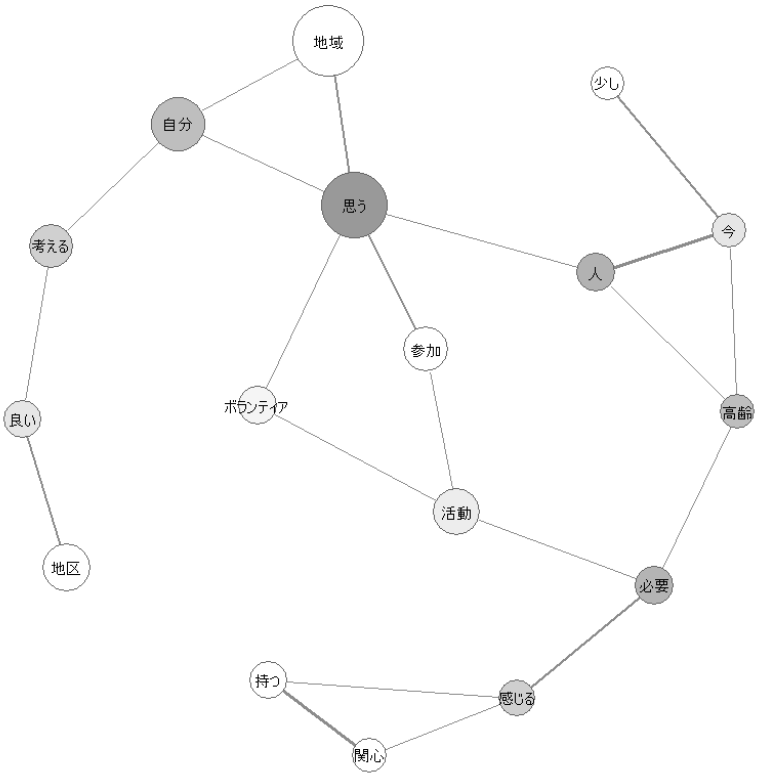


図２　意識変化共起ネットワーク

＊出現数による語句の取捨選択は最小出現数 6 に設定。
＊描画する共起関係の絞り込みは描画数 20 に設定。
＊強い共起関係ほど太い線で描画。
＊出現数の多い語ほど大きい円で描画。

しかしながら、今回の研究においては「地域懇談会」という場のみでの意識の変化はうかがい知ることはできたが、地域において実践されているかどうかは明らかにすることはできなかった。今回の「地域懇談会」での意識の変化がその後どう地域実践に活かされたのかを再度調査する必要がある。

参考文献

樋口耕一（2015）「ＫＨ Coder2.X リファレンス・マニュアル」フリーソフト

中島修（1999）「地域福祉の主体形成としての福祉教育実践―福祉改革期における社協の存在―」岩手県立大学社会福祉学部紀要創刊号、p93-97

平松道夫（2004）「住民主体をめざす地域福祉活動計画」名古屋女子大学紀要 50（人文・社会編）、p31-39

加川充浩（2005）「地域福祉活動計画策定過程における住民参加の方法と課題」島根大学「福祉文化」4、p17-26

合津千春（2007）「住民主体による地域福祉計画策定と地域福祉活動推進の課題―松本市佐賀地区における実践分析から―」松本短期大学紀要 16、p137-150

山﨑安則（2008）「地域福祉計画と地域福祉活動計画の一体的策定の手法と課題（2）―筑紫野市における調査・分析・計画段階の実際―」筑紫女学園大学・筑紫女学園大学短期大学部紀要３、p173-188

Study about resident's consciousness by the area welfare (activity) plan decision process (1) : Investigation to participants of an area conversazione in the A city

Kiyoshi MIYAJIMA
Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science

Abstract

This research focuses on citizen's participation in promotion of area welfare, A city area welfare, I look for the factor as well as a change in resident consciousness by an investigation to the participants of an area conversazione by the process of the decision who plans (to come into action) and make the way to promote citizen's participation clear.

Since putting a result in the promotion of area welfare, local resident's independent activity is most important, and a conscious bill to the activity which brings welfare consciousness up for it as well as is after that and an offer in the place where I come into action become important. A conscious bill is planned for through exchanging the opinions about the area and thinking, and an area conversazione can suppose to become the place where an offer in a place by the practice can be also planned by settling.

Keywords : area welfare (activity) plan, area conversazione, citizen's participation, welfare consciousness

共 創 福 祉（2018）
第13巻 第1号 19～26

（研究報告）

介護福祉士養成に関する研究
～実習受け入れ施設に対する調査結果から～

宮嶋　　潔
富山福祉短期大学社会福祉学科

（2018.5.11受稿，2018.6.11受理）

要旨

本研究は、国から示されている「求められる介護福祉士像」及び日本介護福祉士養成施設協会から示されている「（仮称）管理介護福祉士」が果たして福祉施設・事業所等の現場で求められているのかどうかを調査することを通して、介護福祉士養成に活かすことを目的とした。

結果として、施設・事業所が求める介護福祉士像は全体像としては「尊厳を支えるケアの実践」、「利用者・家族、チームに対するコミュニケ―ション能力や的確な記録・記述力」、「他職種協働によるチームケア」ができる人材ではあるが、介護老人保健施設においては施設によりばらつきがあり、障害者支援施設においては「高い倫理性の保持」が強く求められていることが分かった。

一方、リーダーとなる要件・資質においては、「事業所の介護従事者の育成・指導ができる」、「事業所におけるサービスを統括・管理することができる」、「事業所における介護過程の質を向上させることができる」人材が求められているが、介護老人保健施設においては「関連職種に対し、介護領域からの具体的な提案ができる」、「他職種との協働の下、介護保険ケアプランにそった目的志向的なアプローチができる」人材も求められていることが分かった。

キーワード：介護福祉士養成、求められる介護福祉士像、管理介護福祉士

１．はじめに

1988（昭和63）年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が施行され、2000（平成12）年の介護保険制度の施行により介護福祉士の質の向上が求められている。また、2007（平成19）年３月には、介護福祉士の定義と義務規定の見直しがされ、介護福祉士は専門的知識・技術をもって、「入浴、排せつ、食事その他の介護等」を行うから「心身の状況に応じた介護等」を行うこととなった。それに伴い2009（平成21）年度から「社会福祉士法及び介護福祉士法」の改正も含めて大幅な教育カリキュラムの見直しがされ、「求められる介護福祉士像」12項目（図１）が示された。

こうした流れの中で、日本介護福祉士養成施設協会（以下、「日本介養協」と呼ぶ）においては、介護福祉士の専門性の高度化と専門職としての地位を図るとともに、養成施設への入学者の減少など、介護福祉士養成教育が直面する課題を打開していく方向性を示すことを目的に「今後の介護福祉士養成教育と養成施設のあり方に関する検討会」を設置し、2013（平成25）～2014（平成26）年度の２カ年にわたり検討し、新たな職務を担う高度な介護福祉士について、養成施設による理論的・体系的教育により育成する必要があるとの結論に至り、これを「（仮称）管理介護福祉士」（図２）と命名した。

２．研究目的

本研究は、国から示されている「求められる介護福祉士像（12項目）」及び日本介養協から示されている「（仮称）管理介護福祉士（コンピテンスで示されているAdvanced分類の17項目、Standard分類10項目、Basic分類６項目の計33項目）」（図３）がどの程度福祉施設・事業所等の現場で求められているのかどうかを調査することを通して、介護福祉士養成に活かすことを目的とする。

３．研究方法

本学の介護実習登録先141カ所（内訳：特別養護老人ホーム44カ所、介護老人保健施設25カ所、障害者支援施設等（富山型デイサービスを含む）39カ所、居宅介護等事業所33カ所）の施設長及び事業所長を対象に自記式による郵送調査（平成29年１月に郵送）を実施し、福祉施設・事業所等の現場で求められている介護福祉士

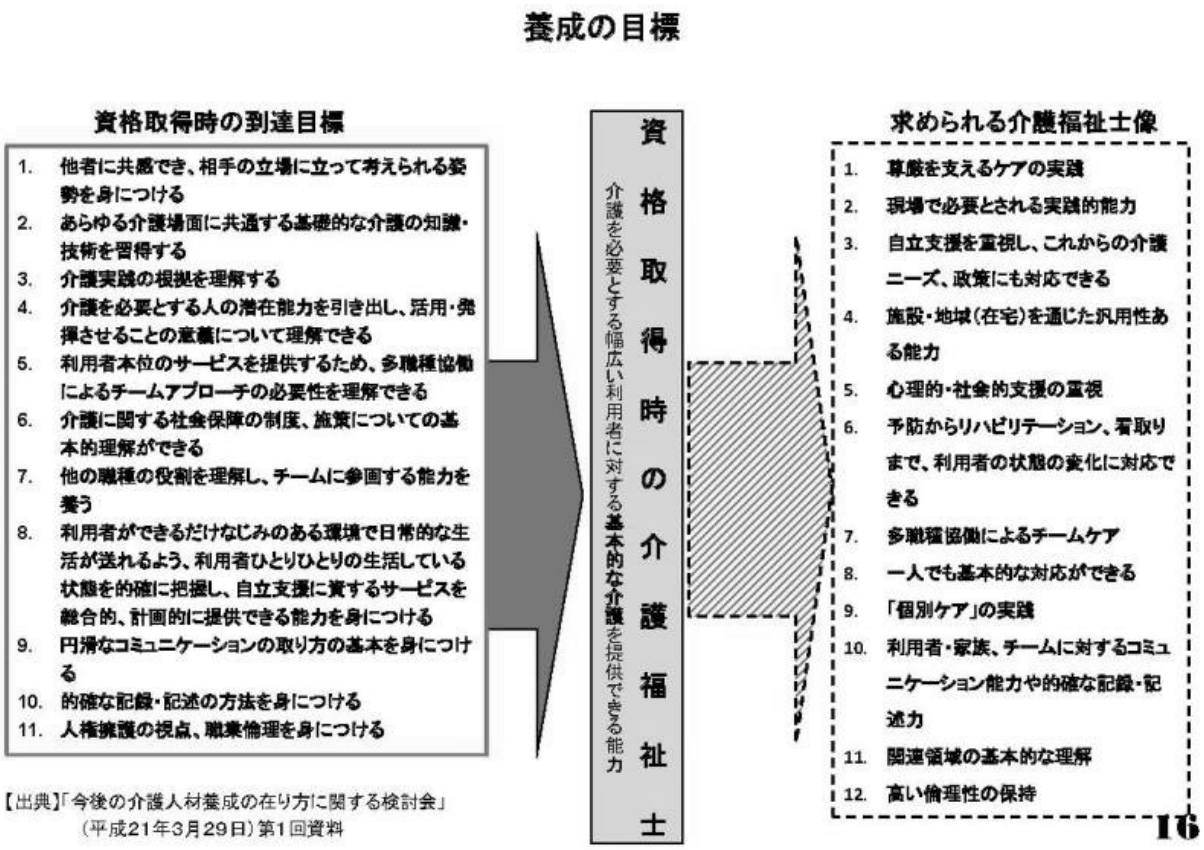
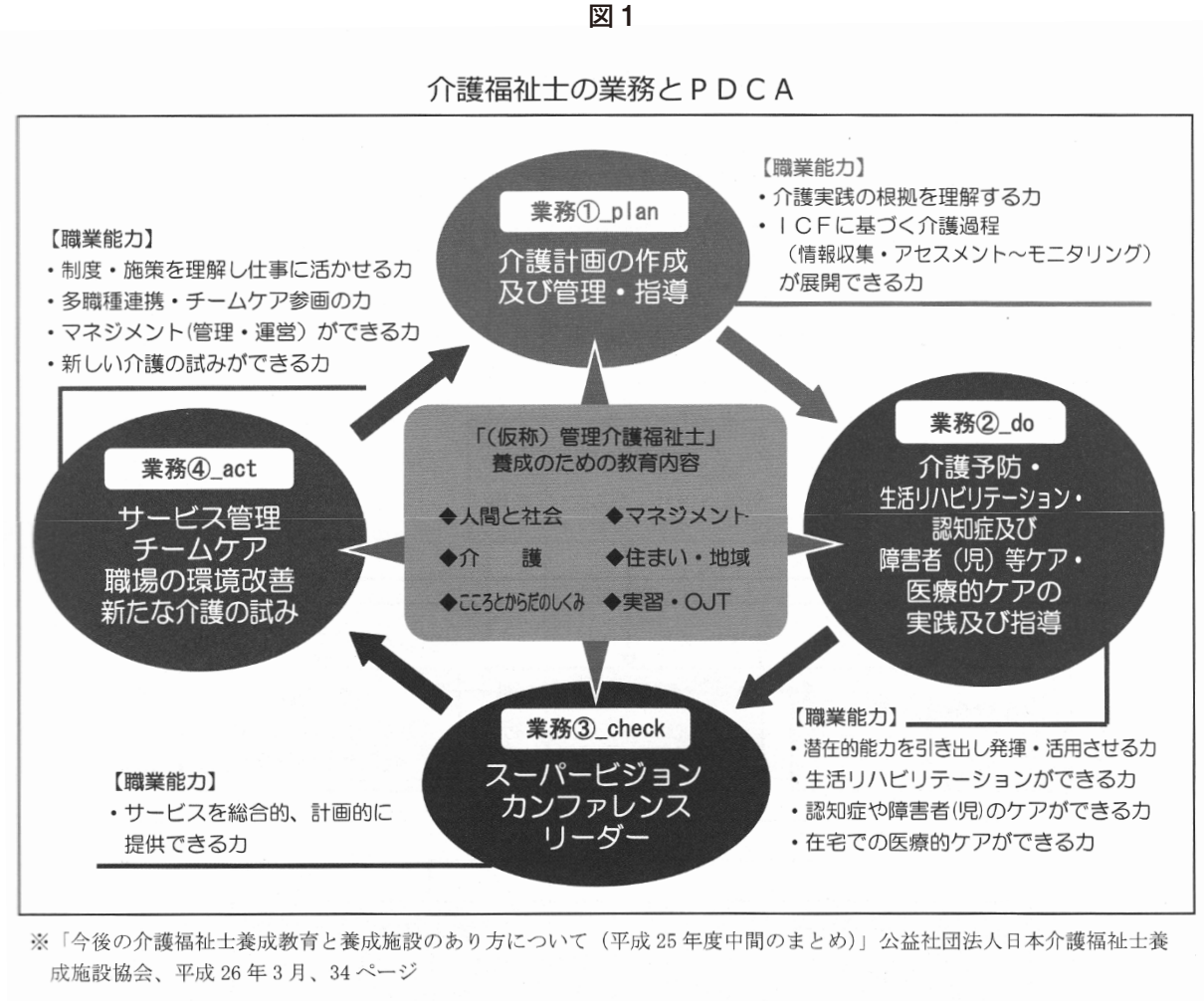


図１



※「今後の介護福祉士養成教育と養成施設のあり方について（平成25年度中間のまとめ）」公益社団法人日本介護福祉士養成施設協会、平成26年3月、34ページ

図２

（仮称）管理介護福祉士に必要な３領域のコンピテンス

※以下では、「基本的職業能力」を「介護過程」と表現しています

■介護過程（生活支援技術、生活リハビリ、医療的ケアを含む）

能力レベル		コンピテンス
Advanced (アドバンス)	1－1	事業所における介護過程の質を向上させることができる
	1－2	関連職種に対し、介護領域からの具体的な提案ができる
	1－3	多職種との協働の下、介護保険ケアプランにそった目的志向的なアプローチができる
	2	介護過程の一連の流れに対し、修正点などについて部下へ適切な指導ができる
	3－1	高度な専門的ケアが求められる、または支援に困難さをかかえる利用者に対する個別援助計画の提案ができる
	3－2	個別援助計画をとおして、新たな方法論の検討や研究、開発ができる
	3－3	学問的な妥当性の検証を試みた、事例検討ができる
Standard (スタンダード)	1	利用者の尊厳の保持と自立をめざし個別性に配慮した、介護過程の展開ができる
	2	利用者の状態像の変化に伴って、新たな個別援助計画を立案し、実践、評価することができる
	3－1	ケアカンファレンスの場において、介護の専門的視点に立った発言ができる
	3－2	チームケアの一員としての役割を遂行できる
	3－3	介護保険ケアプランと整合性を保って、介護過程の展開ができる
Basic (ベーシック)	1－1	個別援助計画の内容を、ＩＣＦの「できる活動」と「している活動」との差に着目し、生活機能の維持・向上と自立支援をめざしたものとすることができる
	1－2	個別援助計画の一連の流れを展開することができるための知識を修得することができる
	2	介護保険ケアプランの目的に即した個別援助計画を作成することができる
	3	多職種間協働の場において介護領域の役割を説明することができる

■サービスマネジメント

能力レベル		コンピテンス
Advanced (アドバンス)	1	事業所におけるサービスを統括・管理することができる
	2	事業所の介護従事者の育成・指導ができる
	3	今後の介護事業展開について提案できる
Standard (スタンダード)	1	事業所の中の自分の役割を理解し、マネジメントの下、組織の一員として業務を行うことができる
	2	指導・研修・自己研鑽の成果を自らの事業所のサービスに還元できる
Basic (ベーシック)	1	介護保険法や障害者総合支援法等の法令の理念・目的を理解し、それに則った実践ができる
	2	指示された業務を確実に行うことができる

■地域包括ケア推進

能力レベル		コンピテンス
Advanced (アドバンス)	1	地域で尊厳を保持しつつ自立した生活ができるよう、個々の住まう地域の人々と連携（協助）することができる
	2	地域包括ケアを通じた地域創造を提案できる
	3	災害発生時に中心的役割を果たすことができる
	4	地域における多様な人材の指導・育成を行い、地域の介護の質を向上させることができる
	5	自立を阻害・促進する要因を的確に把握している
	6	個人・家庭に応じた自立のあり方を説明できる
	7	地域の連携面での課題を把握している
Standard (スタンダード)	1	地域社会・制度面での現状を的確に把握している
	2	地域ごとの社会資源の状況を的確に把握している
	3	個別支援の多様なあり方を提示できる

＜ 15 ＞

出典：新しい介護福祉士養成教育に関する調査研究報告書、日本介護福祉士養成施設協会、2017、PP15

図３

について明らかにする。

4．倫理的配慮

回答については、無記名とし、個人及び施設名が特定できないように配慮した。また、調査依頼文に調査目的や活用法（学会等での発表や論文）等の説明文を記載した。なお、本研究は所属機関の倫理委員会の承認を得ているものである。（H28-017号）

5．調査結果

5．1　回答数

回答数については、80か所（回収率56.7％）の回答があった。内訳としては、特別養護老人ホーム30カ所（回収率68.2％）、介護老人保健施設15カ所（回収率60.0％）、障害者支援施設等（富山型デイサービスを含む）18カ所（回収率46.2％）、居宅介護等事業所12カ所（回収率36.4％）であった。

5．2　施設・事業所が望む介護福祉士像について（表1）

全体としては、「尊厳を支えるケアの実践」が最も高い数値（72.5％）であり、ついで「利用者・家族、チームに対するコミュニケ―ション能力や的確な記録・記述力」（62.5％）、「他職種協働によるチームケア」（50.0％）の順であった。

また、施設種別ごとに見てみると、特別養護老人ホームは「尊厳を支えるケア」（100％）、「利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力」（80.0％）、「他職種協働によるチームケア」（70.0％）の順であり、介護老人保健施設においても「尊厳を支えるケア」（53.3％）、「利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力」（46.7％）、「他職種協働によるチームケア」（40.0％）の順で特別養護老人ホームと同様であった。

一方、障害者支援施設は「尊厳を支えるケアの実践」（69.2％）、「利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力」（61.5％）、「高い倫理性の保持」（53.8％）の順であった。富山型デイサービスは「尊厳を支えるケア」（60.0％）、「利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力」（60.0％）、「他職種協働によるチームケア」（60.0％）、「現場で必要とされる実践的能力」（60.0％）であった。居宅介護等事業所は「尊厳を支えるケア」（66.7％）、「利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力」（66.7％）、「現場で必要とされる実践的能力」（58.3％）の順であり、種別によって差があった。

5．3　施設・事業所が望むリーダーとなる介護福祉士の要件・資質について（表2）

全体としては、「事業所の介護従事者の育成・指導ができる」が最も高い数値（80.0％）であり、ついで「事業所におけるサービスを統括・管理することができる」（65.0％）、「事業所における介護過程の質を向上させることができる」（57.5％）の順であった。

また、施設種別で見てみると、特別養護老人ホームは「事業所の介護従事者の育成・指導ができる」が最も高い数値（100％）であり、ついで「事業所におけるサービスを統括・管理することができる」、「事業所における介護過程の質を向上させることができる」（76.7％）であった。介護老人保健施設では、「事業所の介護従事者の育成・指導ができる」、「事業所におけるサービスを統括・管理することができる」が最も高い数値（80.0％）であり、ついで「関連職種に対し、介護領域からの具体的な提案ができる」、「他職種との協働の下、介護保険ケアプランにそった目的志向的なアプローチができる」（53.3％）であった。

一方、障害者支援施設は「事業所の介護従事者の育成・指導ができる」が最も高い数値（84.6％）であり、ついで「事業所におけるサービスを統括・管理することができる」（69.2％）、「事業所における介護過程の質を向上させることができる」（61.5％）であった。富山型デイサービスは、「事業所の介護従事者の育成・指導ができる」、「他職種との連携の下、介護保険ケアプランにそった目的志向的なアプローチができる」、「事業所における介護過程の質を向上させることができる」が同率（60.0％）であった。居宅介護等事業所は、「事業所の介護従事者の育成・指導ができる」が最も高い数値（66.7％）であり、ついで「事業所における介護過程の質を向上させることができる」（58.3％）、「関連職種に対し、介護領域からの具体的な提案ができる」、「事業所におけるサービスを統括・管理することができる」が（50.0％）であった。

表１

施設・事業所が望む介護福祉士像 （n=80）	特別養護老人ホーム（n=30）		介護老人保健施設（n=15）		障害者支援施設（n=13）		富山型デイサービス（n=5）		居宅介護等事業所（n=12）		計(n=80)	
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
1. 尊厳を支えるケアの実践	30	100.0%	8	53.3%	9	69.2%	3	60.0%	8	66.7%	58	72.5%
2. 現場で必要とされる実践的能力	15	50.0%	6	40.0%	5	38.5%	3	60.0%	7	58.3%	36	45.0%
3. 自立支援を重視し、これからの介護ニーズ、政策にも対応できる	7	23.3%	2	13.3%	1	7.7%	2	40.0%	2	16.7%	14	17.5%
4. 施設・地域（在宅）を通じた汎用性ある能力	3	10.0%	1	6.7%	0	0.0%	1	20.0%	1	8.3%	6	7.5%
5. 心理的・社会的支援の重視	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	1	20.0%	1	8.3%	3	3.8%
6. 予防からリハビリテーション、看取りまで、利用者の状態の変化に対応できる	6	20.0%	2	13.3%	1	7.7%	1	20.0%	2	16.7%	12	15.0%
7. 多職種協働によるチームケア	21	70.0%	5	33.3%	5	38.5%	3	60.0%	6	50.0%	40	50.0%
8. 一人でも基本的な対応ができる	7	23.3%	3	20.0%	1	7.7%	1	20.0%	4	33.3%	16	20.0%
9.「個別ケア」の実践	5	16.7%	3	20.0%	3	23.1%	2	40.0%	3	25.0%	16	20.0%
10. 利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力	24	80.0%	7	46.7%	8	61.5%	3	60.0%	8	66.7%	50	62.5%
11. 関連領域の基本的な理解	4	13.3%	1	6.7%	0	0.0%	2	40.0%	2	16.7%	9	11.3%
12. 高い倫理性の保持	12	40.0%	3	20.0%	7	53.8%	2	40.0%	4	33.3%	28	35.0%
介S1. 利用者の尊厳の保持と自立を目指し個別性に配慮した、介護過程の展開ができる	7	23.3%	2	13.3%	1	7.7%	1	20.0%	1	8.3%	12	15.0%
介S2. 利用者の状態像の変化に伴って、新たな個別援助計画を立案し、実践、評価することができる	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	2	2.5%
介S3－1. ケアカンファレンスの場において、介護の専門的視点に立った発言ができる	8	26.7%	2	13.3%	2	15.4%	0	0.0%	1	8.3%	13	16.3%
介S3－2. チームケアの一員として役割を遂行できる	6	20.0%	6	40.0%	3	23.1%	0	0.0%	0	0.0%	15	18.8%
介S3－3. 介護保険ケアプランと整合性を保って、介護過程の展開ができる	0	0.0%	1	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%
介B1－1. 個別援助計画の内容をICFの「できる活動」と「している活動」との差に着目し、生活機能の維持・向上と自立支援を目指したものとすることができる	0	0.0%	0	0.0%	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.5%
介B1－2. 個別援助計画の一連の流れを展開することができるための知識を習得することができる	1	3.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.5%
介B2. 介護保険ケアプランの目的に即した個別援助計画を作成することができる	2	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.5%
介B3. 多職種間協働の場において介護領域の役割を説明することができる	1	3.3%	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	3.8%
サS1. 事業所の中の自分の役割を理解し、マネジメントの下、組織の一員として業務を行うことができる	3	10.0%	3	20.0%	3	23.1%	0	0.0%	0	0.0%	9	11.3%
サS2. 指導・研修・自己研鑽の成果を自らの事業所のサービスに還元できる	1	3.3%	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	16.7%	5	6.3%
サB1. 介護保険法や障害者総合支援法等の法令の理念・目的を理解し、それに則った実践ができる	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%
サB2. 指示された業務を確実に行うことができる	2	6.7%	3	20.0%	3	23.1%	0	0.0%	1	8.3%	9	11.3%
地S1. 地域社会・制度面での現状を的確に把握している	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.3%
地S2. 地域ごとの社会資源の状況を的確に把握している	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
地S3. 個別支援の多様なあり方を提示できる	1	3.3%	2	13.3%	1	7.7%	0	0.0%	1	8.3%	5	6.3%
その他	8	26.7%	7	46.7%	5	38.5%	0	0.0%	2	16.7%	22	27.5%

表２

施設・事業所が望むリーダーとなる介護福祉士の要件・資質(n=80)	特別養護老人ホーム（n=30）		介護老人保健施設（n=15）		障害者支援施設（n=13）		富山型デイサービス（n=5）		居宅介護等事業所（n=12）		計(n=80)	
	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)	実数	割合(%)
介1－1. 事業所における介護過程の質を向上させることができる	23	76.7%	5	33.3%	8	61.5%	3	60.0%	7	58.3%	46	57.5%
介1－2. 関連職種に対し、介護領域からの具体的な提案ができる	14	46.7%	8	53.3%	5	38.5%	2	40.0%	6	50.0%	35	43.8%
介1－3. 多職種との協働の下、介護保険ケアプランにそった目的志向的なアプローチができる	13	43.3%	8	53.3%	4	30.8%	3	60.0%	3	25.0%	31	38.8%
介2. 介護過程の一連の流れに対し、修正点などについて部下へ適切な指導ができる	16	53.3%	6	40.0%	4	30.8%	1	20.0%	3	25.0%	30	37.5%
介3－1. 高度な専門的ケアが求められる、または支援に困難さをかかえる利用者に対する個別援助計画の提案ができる	7	23.3%	2	13.3%	3	23.1%	1	20.0%	2	16.7%	15	18.8%
介3－2. 個別援助計画をとおして、新たな方法論の検討や研究、開発ができる	5	16.7%	2	13.3%	3	23.1%	2	40.0%	2	16.7%	14	17.5%
介3－3. 学問的な妥当性の検証を試みた、事例検討ができる	1	3.3%	2	13.3%	3	23.1%	0	0.0%	0	0.0%	6	7.5%
サ1. 事業所におけるサービスを統括・管理することができる	23	76.7%	12	80.0%	9	69.2%	2	40.0%	6	50.0%	52	65.0%
サ2. 事業所の介護従事者の育成・指導ができる	30	100.0%	12	80.0%	11	84.6%	3	60.0%	8	66.7%	64	80.0%
サ3. 今後の介護事業展開について提案できる	8	26.7%	3	20.0%	3	23.1%	1	20.0%	4	33.3%	19	23.8%
地1. 地域で尊厳を保持しつつ自立した生活ができるよう、個々の住まう地域の人々と連携（協助）することができる	5	16.7%	2	13.3%	1	7.7%	0	0.0%	4	33.3%	12	15.0%
地2. 地域包括ケアを通じた地域創造を提案できる	2	6.7%	1	6.7%	1	7.7%	0	0.0%	2	16.7%	6	7.5%
地3. 災害発生時に中心的役割を果たすことができる	6	20.0%	1	6.7%	1	7.7%	2	40.0%	0	0.0%	10	12.5%
地4. 地域における多様な人材の指導・育成をおこない、地域の介護の質を向上させることができる	6	20.0%	2	13.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	8.3%	9	11.3%
地5. 自立を阻害・促進する要因を的確に把握している	2	6.7%	1	6.7%	1	7.7%	1	20.0%	2	16.7%	7	8.8%
地6. 個人・家庭に応じた自立のあり方を説明できる	3	10.0%	1	6.7%	0	0.0%	2	40.0%	1	8.3%	7	8.8%
地7. 地域の連携面での課題を把握している	2	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	1	8.3%	4	5.0%
その他	5	16.7%	3	20.0%	4	30.8%	0	0.0%	2	16.7%	14	17.5%

6．考察

6．1　施設・事業所が望む介護福祉士像について（表1）

全体としては、「尊厳を支えるケアの実践」が最も高い数値であり、高齢者、障害者施設ともに重要視していることが分かる。また、日頃の実習の受け入れなどから実習指導者から聞いて、感じていると思われる「コミュニケーション能力や的確な記録・記述力」についても高い数値であった。

一方、障害者支援施設においては他の施設種別と比較して「高い倫理性の保持」が高い数値であった。これはいまだに根強い障害者に対する理解不足が関係していると思われ、知識や技術の前にまずはしっかりと倫理観を持ってほしいという表れであると考えられる。

また、「他職種協働によるチームケア」については医療職等が多い介護老人保健施設（33.3％）が高い数値になると思っていたが、特別養護老人ホームがはるかに高い数値（70.0％）となった点は意外であった。一方、介護老人保健施設においては回答が分散しており、50％を超える回答は「尊厳を支えるケアの実践」のみであった（53.3％）。

これらのことから、特養においては求められている介護福祉士像は一定の基準（「尊厳を支えるケア」（100％）、「利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力」（80.0％）、「他職種協働によるチームケア」（70.0％））が考えられるが、介護老人保健施設においては考え方にばらつきがあることが考えられる。また、高齢者施設と障害者施設においても差がみられ、全体的には求められる介護福祉士像の一定の傾向が見受けられるが、細かく見ると施設種別により多少の差があると考えられる。

6．2　施設・事業所が望むリーダーとなる介護福祉士の要件・資質について（表2）

全体としては「事業所の介護従事者の育成・指導ができる」（80.0％）、「事業所におけるサービスを統括・管理することができる」（65.0％）、「事業所における介護過程の質を向上させることができる」（57.5％）が高い数値であり、施設種別ごとに見ても高い数値である。リーダーに求められるものとして、介護福祉職の育成指導、業務管理、介護の質の向上が求められていると考えられる。しかし、介護老人保健施設においては介護の質の向上というよりは、他職種連携の部分（「関連職種に対し、介護領域からの具体的な提案ができる」、「他職種との協働の下、介護保険ケアプランにそった目的志向的なアプローチができる」（53.3％））においてリーダーとしての資質が求められており、前述の求められる介護福祉士像における「他職種協働」における部分はリーダーとして求められている点が他の施設種別とは異なる点であり、興味深い結果となった。

7．まとめ

今回の調査から、施設・事業所が求める介護福祉士像は全体像としては「尊厳を支えるケアの実践」、「利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力」、「他職種協働によるチームケア」ができる人材ではあるが、介護老人保健施設においては施設によりばらつきがあり、障害者支援施設においては「高い倫理性の保持」が強く求められていることが分かった。

一方、リーダーとなる要件・資質においては、「事業所の介護従事者の育成・指導ができる」、「事業所におけるサービスを統括・管理することができる」、「事業所における介護過程の質を向上させることができる」人材が求められているが、介護老人保健施設においては「関連職種に対し、介護領域からの具体的な提案ができる」、「他職種との協働の下、介護保険ケアプランにそった目的志向的なアプローチができる」人材も求められていることが分かった。

介護福祉士になるための学ぶ内容は全国共通のものではあるが、実際の現場においては施設種別により差があるため、施設が求める人材となるためには学生が将来働きたい場を想像しつつ、その場に求められている知識・技術・倫理観を身につける必要がある。

養成校においては、介護福祉士はこうあるべきという固定観念だけではなく、施設に応じた介護福祉士を今後育てていく必要があるのではないかと考える。そのためには、現場の声に絶えず耳を傾けるとともに学生の将来を見据えた教育が必要であり、柔軟な教育カリキュラムを学生に提供できるような仕組みにしていく必要がある。

本学においては、リーダーとなる介護福祉士の養成を目指しており、今回の結果が全てではないにしても、現場の養成に応えるべく今後の養成教育に精進していきたい。

謝辞

本研究において、調査にご協力をいただいた本学の実習登録施設の皆様方に感謝申し上げます。

引用・参考文献

1）森扶由彦、藤原秀子、求められる介護福祉士像に関する意識調査～学生・介護職員のアンケートから～、名古屋経営短期大学紀要 Vol50,pp111～122、2009
2）日本介護福祉士養成施設協会　今後の介護福祉士養成教育と養成施設のあり方に関する検討会、今後の介護福祉士養成教育と養成施設のあり方について、日本介護福祉士養成施設協会、2015
3）日本介護福祉士養成施設協会、今後の介護福祉士養成教育に関する調査研究事業報告書、日本介護福祉士養成施設協会、2016
4）日本介護福祉士養成施設協会、新しい介護福祉士養成教育に関する調査研究報告書、日本介護福祉士養成施設協会、2017

Research on training of care worker
～The results of the survey for the facility to practice～

Kiyoshi MIYAJIMA
Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science

Abstract

This study, as “care worker image sought” shown from the country have been shown from Japan care worker training facility Association “(tentative name) management care workers” is, the scene of such welfare facilities and offices to investigate whether being sought in, it was aimed to take advantage of the care worker training.

The results, care workers image facility and offices are looking for “the practice of care to support the dignity”, “user and family, the communique for the team - and Deployment capability and accurate recording and descriptive power”, “other occupations cooperation Team care by work” can be done. There are variations in elderly health facilities. Facilities for persons with disabilities are strongly required to maintain “high ethical standards”.

On the other hand, the requirement of the leader is “to train and provide guidance to care workers at the workplace”, “to be able to supervise and manage the services at the business establishment”, “to improve the quality of the care process at the workplace can”, which is the human resources. Health center for the elderly is “for the relevant job, it is specific proposals from the care area”, is “under the cooperation with other occupations, it is goal-oriented approach along the long-term care insurance care plan”.

Keywords : Training of care workers, Required care worker statue, Management care worker

共 創 福 祉（2018）
第13巻 第1号 27～34

（研究報告）

特別養護老人ホームにおける看取りに関する研究 （第１報）
－看護職の困ったこと・悩んだこと－

今川 孝枝[1)]，荒木 晴美[1)]，新鞍 真理子[2)]
１）富山福祉短期大学 看護学科
２）富山大学大学院 医学薬学研究部 老年看護学

（2018.5.11受稿，2018.6.4受理）

要旨

特別養護老人ホームの看護職における看取りで困ったこと・悩んだことを明らかにして、看取りのあり方を検討することを目的に、富山県内の特養62施設の看護職を対象とし質問紙調査を行った。看取りで困ったこと・悩んだことの記述内容71から、51の文脈が集約され、15のサブカテゴリー、６のカテゴリーが抽出された。６カテゴリーは、【個々への対応、方向性】【家族の思いと連携】【現状の方針・対応の迷い】【看取り期への判断】【医師の不在時の死亡確認の遅れ】【ケアの後悔】である。生活の場である特養の看取りにおいて、本人・家族の意向確認・推測と身体の自然な死に向かうプロセスのアセスメント、職員の共通理解を繰り返し行っていくことが重要だと考えられた。また、死亡確認が負担なく受けられる体制の整備について検討が必要だと考えられた。

キーワード：看取り、特別養護老人ホーム、看護職

１．はじめに

わが国の65歳以上人口は、2015年に3,392万人であったが団塊の世代が75歳以上となる2025年には3,878万人で４人に１人が75歳となり、その後も高齢者人口は2042年まで増加し続けると見込まれている[1)]。このように高齢者の増加は、死亡者数が増加する多死社会となるとともに、必要となる看取りの場をどのように整備するかは大きな課題となっている。病院のベッド数には限りがあり特別養護老人ホーム（以下、特養）等で終末期ケアの実施が期待され、2006年に看取り介護加算、重度化加算が創設した。そして、特養で死亡を理由とした退所者は、入所者の約７割を占め特養における看取り介護加算の算定日数も徐々に増加[2)]し、看取りの体制を整える取り組みが広がってきている[3～6)]。

一方、死亡場所を見ると、病院・診療所が約８割と大半を占め、自宅が11.8%、老人ホーム（特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等）が5.3%、介護老人保健施設が2.0%などと続くが、いずれも少数にとどまっている。特養が含まれる老人ホームの死亡者数を見ても、1995年の１万４千人から2010年４万２千人に増加しているものの、医療機関での死亡が８割を超えている状況が続いている[7)]。これは、特養で看取りに取り組む経過の中で、医療の対応が必要なケースや、医療ニーズが高く対応が困難な場合があることが考えられる。今後、重度の入所者が増加し、特養で最期を迎える高齢者の割合は増加することが見込まれることから、医療ニーズの対応とともに施設での看取りの対応は課題だと考える。

高齢者の看取りは、複数の疾患があることや身体機能の低下から死亡までのプロセスは一定ではない。そのため、看護職は身体状態の観察と予測的な援助を組み立て本人・家族への援助、介護職等との連携が重要とされる。特養で勤務する看護職は、介護保険制度で入居者100名に対して３名以上、医師の常在も規定されておらず、医療職である看護職の役割は大きい。日本看護協会の調査[8)]によると、特養に勤務する看護職の人数は、入所者平均71人に対し看護職員数平均が非常勤看護職を含め4.3人で、夜間の緊急時の対応は８割を超えオンコール体制をとる。また、特養に勤務する看護職は、病院勤務を経て特養に勤務するケースが多く生活の場での看護、医療職の人数が限られる場での看取りに関する援助や状況判断に戸惑うことがあると考えられる。

これまでの特養の看取りに関する研究では、看取りに対する体制整備に加え医療的ケアの対応が必要であること、人生の最期を迎える人たちへの看護と介護の役割や質・具体的な援助や事例報告、看取りが実施できる体制を整えられてはきて

いるが、施設格差があり多職種連携の重要性と課題が報告されている[9)～12)]。また、近年では看取りを促進するために、看護職が医師と連携をとり夜間の介護職のサポートをすることが重要なこと、ケアチームへの積極的な医師の参加の必要性は指摘されている[13～15)]。しかし、看取りを行いどのようなことに困り悩んでいるかについての報告は見当たらない。筆者らの富山県内の特養を対象とした調査[16)]において、看取りの体制を整え積極的に取り組み施設内における看取りの人数が増加していた。そこで、富山県内の特養での看取りの取り組みからどのようなことに困ったこと・悩んだことを明らかにし、特養における看取りのあり方を検討する。今後の特養における医療ニーズや施設で看取りに対応する点からも意義があると考える。

2．目的

特別養護老人ホームの看護職における看取りで困ったこと・悩んだことを明らかにして、看取りのあり方を検討する。

用語の定義

「看取り」: 臨終期（終命期）におけるケア、施設内で死期まで見守ること。

3．方法

3．1　対象

富山県内の特養62施設の看護職の、看取りで困ったこと・悩んだことに記載された66名の記述内容71。

3．2　調査方法

無記名による自記式調査。富山県内の特別養護老人ホームのうち、研究協力の承諾が得られた62施設へ看護職全員を対象とした調査用紙を郵送した。調査用紙は施設で配布・無記名で回答後封筒に入れ、施設で回収し、施設ごとに研究者宛へ郵送してもらった。

3．3　調査内容

年齢、看護職経験年数、勤続年数、

看取りで困ったこと・悩んだことの具体的な内容（自由記述）

3．4　調査期間

2012年２月13日配布　回収期限2012年３月10日

3．5　分析方法

基本調査は単純集計し、自由記述された内容は、意味内容を変えないように集約した。類似する内容をまとめサブカテゴリー、カテゴリーに整理した。分析は、共同研究者間で同意が得られるまで検討を重ねた。

3．6　倫理的配慮

調査の実施にあたり、調査対象施設の施設長宛にあらかじめ調査の目的と内容、方法や倫理的配慮等を明記し文章で説明した。次に施設長の同意が得られた施設の対象者に対し、調査への参加の有無は自由意思を尊重すること、調査への協力の有無により不利益を被ることはないこと、プライバシーの保護に努めること、分析結果は学会等で公表することについて明記した文章と調査票を送付した。調査票の返送は同封の返信封筒を用いて施設で取りまとめ返送してもらうこととし、返送を持って同意が得られたとした。なお、本研究は富山福祉短期大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。（H23-011号）

4．結果

4．1　対象者の概要

回答があった66名の看護職の年齢は、25歳～69歳、平均年齢49歳。20歳代～30歳代11名（17％）、40歳代21名（32％）、50歳代29名（44％）、60歳代４名（６％）、不明１名である。

看護職経験年数は、２年～50年で平均年数24年である。２年～10年未満が７人（11％）、10年～20年未満が14人（21％）、20年～30年未満が18人（27％）、30年以上が24人（36％）、不明が３人である。

勤続年数は、0.5年～29年で平均年数が８年である。１年～５年未満が20人（30％）、５年～10年未満が21人（32％）、10年～15年未満が15人（23％）、15年以上が８人（12％）、不明が２人である。

4．2　看取りで困ったこと・悩んだこと

看取りで困ったこと・悩んだことの記述内容71から51の文脈が集約され、15のサブカテゴリー、６のカテゴリーが抽出された。抽出されたカテゴリーは６、サブカテゴリーが15、集約された内容が51である。６カテゴリーは、【個々への対応、方向性】【家族の思いと連携】【現状の方針・対応の迷い】【看取り期への判断】【医師の不在時の死亡確認の遅れ】【ケアの後悔】である。

以下、カテゴリーを【　　】、サブカテゴリーを〈　　〉、集約内容を『　　』で示す。カテゴリーと集約内容の詳細は表１の通りである。

表１　看取りケアで困ったこと・悩んだこと（看護職）

カテゴリー	サブカテゴリー	集約された内容
個々への対応・方向性	個々への対応、方向性	対応について悩む
		１人１人違うし、家族も違うので、個々の対応が必要で方向性に迷う
		食事や水分摂取を拒否されても、少しでも食べて飲んでもらおうと援助すること
	職員の死生観の違い	職員はなんとか食べてもらいたいと思い無理やり口の中に入れる。多様な死生観があることを話すが理解が困難
		看護師・介護士それぞれの思いのずれを感じることが多い
	本人の希望	意思疎通ができず、何をやってほしいか分らない時　（２）
		利用者が本当に何を望んでいるのかわからない
	家族の揺れ動く思い	食事が摂れない方などの家族の希望をはっきりと聞けない
		施設で看取りをすると決めていたが、親族が来られて病院搬送を希望された（２）
		家族に施設においてできる事できない事を伝えるが理解は難しい（２）
		家族間で施設での看取りと医療的治療を希望されたりと思いが定まらないことがある時
		家族が看取りを望んで最後を迎えることにしたのに、死について認めていけない
家族の思いと連携	家族との関係	施設との関係が良好で、何度も危ない時期を共に過ごした家族は施設に対して好意的で、看取った後も感謝されることが多い
		家族との関係を（いつも以上に）よくする必要がある
		家族とのコミュニケーションの不足
	家族と連絡をとるタイミング	家族に見守られながら看取ることができるようにするための連絡のタイミング　（２）
		突然、亡くなられた時の家族への対応
		家族との連携　（２）
	家族の最期の立ち会い	家族に連絡がとれない
		家族と最期を過ごせないことがある　（２）
		病院のように心電図モニターもなく頻回に居室訪問をしても、家族が最期に立ち会えない時が多い
現状の方針・対応の迷い	休日や夜間の連絡対応	夜間時の対応、処置
		日中、特に夜間職員が少ないので訪問回数が少なくなるので現状で良いのかと疑問　（２）
		深夜の連絡
	医療ケアの必要性	点滴はどのくらいの期間続けたら良いか
		最期まで点滴・酸素をする必要性　（８）
		医療処置をどこまでするか
		苦痛緩和ができない時　（２）
		排便調整、褥瘡
	職員の負担と体力	本人のために最良のケアを考えるにあたって、スタッフの負担が大きい
		体力面、オンコール
		看取りの経験がなく、いつその時が来るのか、連絡が来るのか、心配だった
		取決め事がしっかりされていなく何か問題が起これば、看護師がその対応に当たり嫌な思いをしている
	家族の看取りへの参加	家族にそばにいて宿泊して過ごしていただきたいと思うが家族にきていただけない
		最後の最後自宅に行けないのか
		どこで家族に見守っていただくか
		部屋で家族と一緒に過ごさせてあげたかった
		利用者のご家族の協力が得られない時
		施設での終末の希望があっても、家族の協力が得られない場合がある
看取り期への判断	看取り期への判断	看取りと判断する時期
医師の不在時の死亡確認の遅れ	医師の不在時の死亡確認の遅れ	嘱託医が不在で診断書を書いてもらうのに遺体を病院へ運べなく、警察の取り調べに時間かかった
		死亡確認に時間がかかった
ケアの後悔	本人・家族の満足度	本当に利用者及び家族が、満足される看取りだったか
		本人にとってこれで良かったのかどうか分からない
		家族に後悔してほしくない
		危篤から臨終に至る時間を家族が満足できる環境として提供できたかどうか
	ケアの後悔	これでよかったのかどうか毎回わからない　（３）
		振り返りを行っていないので問題がなかったか不足な点はなかったかがわからない
		自分の対応が十分であったのか
		もっとよりよいケアができたのではないか　（４）
		死期がせまってからではなく元気なうちに何か本人の希望を聞き出せたのではないか

（　　）は同内容の記述数

４．２．１　【個々への対応、方向性】

このカテゴリーは、〈個々への対応、方向性〉、〈職員の死生観の違い〉、〈本人の希望〉、〈家族の揺れ動く思い〉の４のサブカテゴリーで構成される。

『利用者が本当に何を望んでいるのかわからない』などの〈本人の希望〉が分からず、『家族間で施設での看取りと医療的治療を希望されたりと思いが定まらないことがある時』、『食事が摂れない方などの家族の希望をはっきりと聞けない』という、〈家族の揺れ動く思い〉が含まれる。また、『１人１人違うし、家族も違うので、個々の対応が必要で方向性に迷う』など、〈個々への対応、方向性〉が含まれる。更に、『職員はなんとか食べてもらいたいと思い無理やり口の中に入れる。多様な死生観があることを話すが理解が困難』、『看護師・介護士それぞれの思いのずれを感じることが多い』という〈職員の死生観の違い〉である。

４．２．２　【家族の思いと連携】

このカテゴリーは、〈家族との関係〉、〈家族と連絡をとるタイミング〉、〈家族の最期の立ち会い〉の３のサブカテゴリーで構成される。

『家族との関係を（いつも以上に）よくする必要があると思った』などという〈家族との関係〉や、『家族に見守られながら看取ることができるようにするための連絡のタイミング』『家族に連絡がとれない』こともあるという〈家族と連絡をとるタイミング〉への困難さが含まれる。また、『病院のように心電図モニターもなく頻回に居室訪問をしても、家族が最期に立ち会えない時が多い』や『家族と最期を過ごせないことがある』という、〈家族の最期の立ち会い〉が難しいことが含まれる。

４．２．３　【現状の方針・対応の迷い】

このカテゴリーは、〈休日や夜間の連絡対応〉、〈医療ケアの必要性〉、〈職員の負担と体力〉、〈家族の看取りへの参加〉の４のサブカテゴリーで構成される。

『夜間時の対応、処置』や『深夜の連絡』などの〈休日や夜間の連絡対応〉、『最期まで点滴・酸素をする必要性』や『医療処置をどこまでするか』、『排便調整、褥瘡』などの〈医療ケアの必要性〉に迷いがある。そして、『本人のために最良のケアを考えるにあたって、スタッフの負担が大きい』ことや、『体力面、オンコールなど』の〈職員の負担と体力〉があるとされる。また、『施設での終末の希望があっても、家族の協力が得られない場合がある』ことや、『家族にそばにいて宿泊して過ごしていただきたいと思うが家族にきていただけない』等という〈家族の看取りへの参加〉が困難な場合があるとされる。

４．２．４　【看取り期への判断】

このカテゴリーは、〈看取り期への判断〉の１のサブカテゴリー、『看取りと判断する時期』の内容である。

４．２．５　【医師の不在時の死亡確認の遅れ】

このカテゴリーは、〈医師の不在時の死亡確認の遅れ〉の１のカテゴリーである。

『嘱託医が不在で診断書を書いてもらうのに遺体を病院へ運べなく、警察の取り調べに時間かかった』ことや『死亡確認に時間がかかった』という〈医師の不在時の死亡確認の遅れ〉である。

４．２．６　【ケアの後悔】

このカテゴリーは、〈本人・家族の満足度〉、〈ケアの後悔〉の２のカテゴリーで構成される。

『本当に利用者及び家族が、満足される看取りだったか』や『本人にとってこれで良かったのかどうか分からない』などの〈本人・家族の満足度〉に関するもの、『もっとよりよいケアができたのではないか』や『死期がせまってからではなく元気なうちに何か本人の希望を聞き出せたのではないか』などという〈ケアの後悔〉である。

５．考察

５．１　本人・家族の意向に沿ったケアと職員の死生観

本研究において、特養の看護職が看取りで困ったこと、悩んだこととして、ケア対象である本人とその家族の意向だけでなく、ケアを提供する立場にある職員の死生観の違いが個々への対応やケアの方向性に関与するものが見出された。

本人とその家族の意向に沿ったケアに関するものは【個々への対応、方向性】【家族の思いと連携】【ケアの後悔】である。これらの概念を構成するサブカテゴリーは、看護師の本人とその家族が後悔のない最期の過ごし方を重視する意識の表れであり、加瀬田ら[17]、為家ら[18]、坂下ら[19]、丹野ら[20]の研究と同様に、日々、個々に応じた対応に悩みながら看取りを行っていることが考えられる。

一方、〈職員の死生観の違い〉があることは、個々に育った文化、価値観、生活環境、体験等により培われるため当然あり得ることだろう。しかし、『職員はなんとか食べてもらいたいと思い無理やり口の中に入れる。多様な死生観があることを話すが理解が困難』であることは、身体面の変化への対応方法について職員が共通理解し同じ姿勢で対応していくことができず、困り悩んでいると考えられる。

人は、身体が自然なプロセスを閉じようとすると、それまで維持するのに必要だった食事は必要がなくなるため、食べられなくなる現象となる。また、身体状態の低下にともない嚥下機能も低下していくことにより、食事量が減少することも自然である。このようなプロセスは、施設で日常行う高齢者の維持・回復に向けたケアとは異なり、その人らしい死を迎えることが目標となるケアである。樋口ら[21]は、在宅終末期ケアを行った介護者の満足度に関する調査を実施し、満足度と影響していたのは本人の希望の実現度であった。「○○が食べたい」、「○○が好きだった」など本人の希望と思いを叶えるために、職員がチームでどのように取り組むかが重要だとされる。しかし、『意思疎通ができず、何をやってほしいか分らない時』、『利用者が本当に何を望んでいるのかわからない』ことから、ケアの方向性への迷いが増強していると考えられる。また、宮田[22]は、終末期ケアの満足度は死亡場所ではなく、どのようなケアを受けてきたかというプロセスに影響すると指摘している。これらより、職員はそれぞれの死生観をもちながらも、本人・家族の意向確認・推測することを繰り返し、その人らしい死を迎えるためのケアとして共通理解し提供されることが重要だと考えられる。

５．２　医学医療ケアと判断

本研究において、点滴や酸素吸入、苦痛緩和の必要性、排便調節、褥創といった〈医療ケアの必要性〉について【現状の方針・対応への迷い】、【看取り期への判断】に困難があることが明らかとなった。看取りにおける特養の医療整備に関しては、医療依存度が高く障害の重度化した入所者が増加傾向で、基本的ニーズの充足、苦痛の緩和につながる範囲の医療的対応は不可欠であるとされている。平川ら[23]の高齢者介護施設の教育担当者からみた終末期ケアに関する教育ニーズに関する研究において、老人ホームでは「終末期に見られる苦痛症状」「急変時の緊急対応（心肺停止など）」「高齢者の緩和ケア」「終末期のケア・アセスメント法」等の判断に関わる知識に次いで、「苦痛緩和」「酸素療法」「死亡前後の入所者への寄り添い・ケア」等の技術に関する内容である。これらのように、医師が常駐せず唯一の医療職となる看護職は、医療的ケアに関する必要性の判断を求められることから困難を示し教育ニーズに表れていると考えられる。

本研究の対象となった看護職は、平均年齢49歳、平均勤続年数８年であり病院勤務等を経て特養に勤務していることが多いと考えられることや、平均24年の看護職の経験から医療ケア、終末期ケアの経験が少なからずあるだろうと予測される。看護職における病院での死の体験は、心電図モニターが装着され心拍数や波形が見える状況と医師による死亡時刻の確認ができることが多い。一方、特養では、モニター管理されることは少なく身体状態を観察して自然な死のプロセスを判断していると考えられる。河原ら[24]の高齢者施設の看護職を対象とした呼吸停止確認の実施の調査において、約３割の施設で医師の到着前に実質的な死亡を確認しているが、そのうち約半数が特別な教育を受けていないとされる。

看護教育は、1989（平成元）年にカリキュラムが改正され新たに「老人看護学」、1997（平成９年）年から「在宅看護」が科目として設置された。今回、対象となった看護職の平均年齢49歳であることからも、高齢者施設・生活の場の看護に関する教育を受けた経験のない看護職も多いと予測される。このように、医療の場ではなく生活の場における看取りの経験は少ないと考えられ、医療に関するケアの判断に困難をきたしているのではないだろうか。また、身体の自然な死に向かうプロセスをアセスメントして、苦痛なく過ごせるように支える視点が重要だと考える。

５．３　医師による死亡確認の遅れ

本研究において死亡確認の遅れは、特養内で亡くなられた後の医師による死亡の確認が遅れたことに困り、悩んだとされる。Lynnら[25]は、高齢者の死に至る経過には３つのパターンがあり、①疾患による急速な悪化、②慢性不全で臓器疾患をもち増悪と緩解を繰り返し下降線をたどる、③認知症や老衰で徐々に機能が低下し衰退していく経過である。特養は介護保険施設の中でも在所日数が最も長く、重度化が進み約７割以上が認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上であり、②や③のパターンが多い。また、このような高齢

者は、複数の基礎疾患をもっていることや合併症による急性増悪をきたしやすいなど日々状態が変化することもある。このため、医師が常在していない特養において死亡時間に立ち会うことは少なく、死亡後に医師の往診により死亡診断書が書かれると予測できる。

2015年日本看護協会の調査[26]において、特養での死後すみやかに主治医による死後診察が受けられない3事例が報告されている。嘱託医による24時間対応がない特養で、夜間に入居者が死亡した事例、嘱託医による24時間対応がない特養で、夜間に入居者が死亡した事例、特養の嘱託医が遠方に外出等で、死亡診断をするために入居者を病院に搬送した事例である。特養では配置医が協力病院や地域の診療所の医師であり、常勤医師の配置は義務付けられておらず現実的に困難とされる。24時間365日、いかなる時も医師がすみやかに死後診察を行える体制をとることは、今回の研究結果や事例報告からも困難を示し看護職にとって心理的負担となっている可能性が考えられる。

また、在宅で看取りを終えた介護者の「思い」と求めている支援に関する研究[27]によれば、看取り直後の介護者の満足度は、苦痛なく安らかであること、家族や親族からの見守りのなかで死を迎えられることが重要だとされる。生活の場である特養においても、看取りケアを行う職員を含め見守りの中で死を迎えられることが重要で、医師が死亡時間直後に確認できる体制を重視するのではなく、家族と一緒に職員も悲しみその人を偲ぶ時間を作ることが重要だと考える。今後、看取りが増加すると予測され、施設内で死亡後すみやかに医師の死亡確認が受けられる体制はもちろん重要だが、夜間などの時間や医師の状況を考えると、死亡直後でなくても死亡確認を受けられる体制の理解を図ることも必要だと考える。

6．結論

対象となった特養において看護職が看取りで困ったこと・悩んだこととして6カテゴリーが抽出された。ケア対象である本人とその家族の意向だけでなく、ケアを提供する立場にある職員の死生観の違いが【個々への対応・方向性】に関与し、【家族の思いと連携】、【現状の方針・対応への迷い】、【看取り期への判断】、【医師の不在時の死亡確認の遅れ】、【ケアの後悔】があることが明らかとなった。

生活の場である特養の看取りにおいて、本人・家族の意向確認・推測と身体の自然な死に向かうプロセスのアセスメント、職員の共通理解を繰り返し行っていくことが重要だと考えられた。また、死亡確認が負担なく受けられる体制の整備について検討が必要だと考えられた。

本研究は、富山県内の看取りを実施している特養の看護職を対象とした調査の結果であり、一般化には限界がある。今後は、調査対象を広げ、看取りケアに関わる介護職や本人・家族の視点からも検討するとともに、本研究で明らかとなった困ったこと・悩んだことについて解決方法を検討していくことが課題となる。

謝辞

本研究にあたり、調査にご協力いただいた特養の施設長ならびに看護職の皆様に深く感謝いたします。なお、本論文の一部は第33回日本看護科学学会（2013年、大阪）において報告いたしました。

引用文献

1）内閣府（2010）：平成22年人口動態統計、http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei10/index.html
2）厚生労働省：（2010）平成22年介護サービス施設・事業所調査、http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/index.html
3）小楠範子・萩原久美子：特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえかた、老年社会科学、29巻3号、p345-354、2007
4）岩本テルヨ・山田美由紀・加瀬田暢子：特別養護老人ホーム在所者の最後の場の決定に関わる現状と課題―全国調査を通して―、山口県立大学看護栄養学部紀要、2号、p8-14、2009
5）曽根千賀子・千葉真弓・細田江美・松澤有夏・渡辺みどり；長野県の介護老人福祉施設の終末期ケアに体制の特徴、長野県看護大学紀要、12巻、p21-31、2010
6）千葉真弓・渡辺みどり・細田江美・松澤有夏・曽根千賀子；介護老人福祉施設での終末期における対応方針と施設の体制、日本看護福祉学会誌、15巻2号、p163-175、2010
7）前掲2）
8）日本看護協会（2008）：介護保険施設における看護実態調査
9）石井京子、牧洋子、北村育子：特別養護老

人ホームにおける終末期行動に関する研究―看護師とケアワーカーの役割認知と実践の比較―、死の臨床、33巻１号、p86-93、2010
10）小山千加代、水野敏子：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巻１号、p59-64、2010
11）上村聡子：特別養護老人ホームのがん終末期ケアに関する研究、甲南女子大学研究紀要、３号、p69-77、2009
12）串田美代志：波乱万丈の人生を生き抜いたＡさんの最期のときは、安らかに―認知症高齢者のターミナルケアに取り組んで―、認知症ケア事例ジャーナル１巻２号、p197-203、2008
13）渡辺美幸、祢宜佐統美、小木曽加奈子、他：特別養護老人ホームでの看取りにおける医療との連携―看取りケアをすすめていくための体制とは―、愛知高齢者福祉研究会誌、２号、p83-93、2015
14）田中克恵、加藤真由美：特別養護老人ホームの「よりよい終末期ケア」を支えるチームケアの要因―多職種チームプロセスの検討―、日本看護研究学会雑誌39巻５号、p1-14、2016
15）石田けい子、片上貴久美、陶山啓子、他：愛媛県における特別養護老人ホームの看取りに関連する要因、老年看護学、22巻１号、p61-70、2017
16）今川孝枝、荒木晴美、新鞍真理子、他：富山県における介護老人福祉施設での看取りの現状の調査と分析、共創福祉、９巻１号、p25-34、2014
17）加瀬田暢子、山田美幸、岩本テルヨ：特養擁護老人ホームでのターミナルケアに携わる看護職の悩み―全国調査における自由記述の分析―、南九州看護研究誌３巻１号、p11-21、2005
18）為家浩己、西田佳世：高齢者介護施設と一般病院において終末期ケアの経験がある看護師の死生観、ホスピスと在宅ケア、22巻３号、p291-300、2014
19）坂下恵美子、西田佳世、岡村絹代：特別養護老人ホームの看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巻１号、p1-9、2013
20）丹野志保、田邉久枝、竹下信子、他：看取り介護に必要な教育的課題の検討―介護老人福祉施設職員の看取り介護への思いと現状の調査から―、千葉科学大学紀要、10号、p207-218、2017
21）樋口京子、近藤克則、牧野忠康、他：在宅療養高齢者の看取り場所の希望と介護者の満足度に関する要因の検討―終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から―、厚生の指標、第48巻第13号、p8-15、2001
22）宮田和明、近藤克則、樋口京子：在宅高齢者の終末期ケア―全国訪問看護ステーション調査の学ぶ―、p127-135、中央法規、2004
23）平川仁尚、植村和正：高齢者介護施設の教育担当者からみた終末期ケアに関する教育ニーズ、ホスピスと在宅ケア、21巻１号、p41-45、2013
24）河原礼子、齊藤美華、佐々木明子：看護職による呼吸停止確認が実施されている現状と当該職種が感じている課題―全国介護老人保健・福祉施設への調査から―、東北大学保健学科紀要、26巻１号、p13-21、2017
25）Lunney JR.et at: Patterns of functional decline at the end of life、JAMA、289、2387-2392、2003
26）日本看護協会 看護師職能委員会Ⅱ：在宅等での看取りにおける「死亡診断」関連の困難事例、第38回健康・医療WG資料、2015年9月、http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg4/kenko/151023/item1-1-2.pdf
27）前掲21)、p200-218

Study on Terminal Care in Intensive Care Homes for the Elderly, First Report —Problems and Troubles of Nurses—

Takae IMAGAWA[1)]　Harumi ARAKI[1)]　Mariko NIIKURA[2)]

1) Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

2) Gerontological Nursing University of Toyama *All Rights Reserved*

Abstract

The aim of this study was to elucidate the problems and troubles of nurses working in intensive care homes for the elderly and to examine how to improve terminal care. To this end, a questionnaire survey was administered to nurses working in 62 intensive care homes for the elderly in Toyama Prefecture. Based on 71 descriptions of the problems and troubles of nurses in terminal care, 51 contexts were summarized. From these 51 contexts, 15 sub-categories and six categories were extracted. The six categories were "coping with each patient and the directionality of coping," "cooperation in accordance with the desire of a patient's family" "hesitation regarding current policies and countermeasures," "judgment on the time for terminal care," "delay in death confirmation during doctors' absence," and "regrets over care." For terminal care in intensive care homes for the elderly, which were the patients' living places, it was considered important to confirm and predict the intentions of a patient and his/her family, assess a patient's thought process toward his/her natural death, and repeatedly facilitate mutual understanding among staff members. It was also considered necessary to examine the development of a system in which a patient's death could be confirmed without burdening his/her family.

Key words : terminal care, homes for the elderly, nurses

共　創　福　祉（2018）
第13巻 第1号 35～45

（研究報告）

特別養護老人ホームにおける看取りの課題　（第２報）
～介護職の困ったこと・悩んだこと～

荒木　晴美[1)]，今川　孝枝[1)]，新鞍 真理子[2)]
1）富山福祉短期大学　看護学科
2）富山大学大学院医学薬学研究部　老年看護学

（2018.5.11受稿，2018.6.4受理）

要旨

本研究の目的は、富山県内の特別養護老人ホームに従事する介護職の、看取りを経験して困ったこと・悩んだことを明らかにして、看取りのあり方を検討する基礎資料を得ることである。

介護職が看取りで困ったこと・悩んだこととして記述された内容を分析した結果、７カテゴリーと22のサブカテゴリーが抽出された。本人と家族の意向を尊重しながらも、死は怖い、職場の勤務体制から夜間の看取りは不安という気持ちが、【看取りの環境】、【職員体制による看取りの不安】【利用者個々の対応】、【家族の対応】に関与していた。介護職は不安を抱えながらももっと何かしてあげることはないのか、安楽にしてあげる方法はないのか【安楽な看取りのためのケア】を模索していた。生活の場で利用者の生活面から支える介護職は、家族としての思いがあることや、他職種との意見の違いからできなかったケアなどに悩み、【看取り後の精神的ショック】があることが明らかになった。

介護職の不安に対しては、施設としての看取りに取り組むことや具体的な看取り教育、外部からのアドバイザーを含めたデスカンファンレンスをとおして振り返り、次に活かせるようにすることが大切である。そして、他職種の専門性を尊重し話し合いながらケアにあたることが重要であることが示唆された。

キーワード：看取り、特別養護老人ホーム、介護職

１．はじめに

わが国は、高齢者人口の増大により多死社会の到来と看取りの場の確保が深刻な課題である。1980 年代初めまでの約30年間の年間総死亡者数は、70万人前後で推移していた。しかし、その後増加し続け2010年には119万7000人に達した。死亡者数は今後も増加し、2025年には152万2000人に達すると推計されている[1)]。看取りの場所の確保は急務であり、国の政策として、在宅や特別養護老人ホーム（以下、特養）等の介護施設を看取りの受け皿として対応していくことが明確にされている。

2006年４月の介護報酬改定において看取り介護加算が創設された。これは、今まで特養で行われてきた看取りへの評価でもあり、今後の看取りの受け皿としての期待でもあるといえる。そして、2018年には施設での看取りをさらに進める観点から、医療提供体制の整備、看取り加算の引き上げが行なわれた[2)]。また、慣れ親しんだ施設で最期を迎えたいとする高齢者も多いことから今後施設での看取りは増加することが予測されている[3-4)]。

特養は、「施設サービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び、療養上の世話を行うことを目的とする施設（介護保険法第８条）」と規定されている。生活の場である特養で働く職員は介護職が主であり、看護職は少ない。施設基準も医師は非常勤でも認められ、看護師も利用者100人当たり３人以上と規定されている。筆者らが2012年に富山県の特養を対象（回答を得られた46施設）に行った実態調査でも、医師が常勤している割合は、２施設（4.3%）のみであった。平均看護職員数は、施設定員50人以下（11施設）で4.1人、施設定員51人～130人以下（33施設）で5.9人であった。夜間体制に看護職が含まれるのは１施設のみであり、ほとんどの施設がオンコール体制をとっていた[5)]。

特養の介護職には、入所者がその人らしい人生を最期まで支えることが求められる。そして、看護職と介護職の専門性を生かした看取り時のケアが必要である。しかし、このような状況下で、施設での看取りを行う事は、介護職員にとって負担は大きいと考えられる。

2006年以降、特養の看取りに関する論文を概観

すると、看護職を対象としたものや介護職数名への聞き取り調査があった。しかし、大河原が指摘したように、高齢者施設での看取りに関する研究の蓄積は不十分である[6]。介護職員を対象にした論文には、看取りに対する態度や意識について検討したもの[7-10]、介護職と看護職の連携や役割があった[11-13]。また、特養における看取りの困難・課題としては、介護職員の不安や負担の減少につながる介護体制や看取りを行う夜間の体制の整備の必要性について報告されていた[14-17]。そして、近年認知症などの疾患や教育的課題、食事などのケアに焦点をあて看取りの質を検討した報告が散見されるようになった[18-20]。

しかし、介護職が看取りを行い、どのようなことに具体的に困り悩んでいるのかについての報告は見当たらなかった。そこで、富山県内の特養に従事する介護職が、看取りを行いどのようなことに困ったのか・悩んだのかを明らかにして、特養での看取りのあり方を検討する基礎資料を得ることを目的とした。

特養において、利用者の最も身近な存在である介護職が、利用者のその人らしい人生を最期まで支え、質の高い看取りを行うためにも意義があると考える。

2．目的

特別養護老人ホームに従事する介護職の、看取りを経験して困ったこと・悩んだことを明らかにして、看取りのあり方を検討する基礎資料を得る。

用語の定義

「看取り」：臨終期（終命期）におけるケア、施設内で死期まで見守ること

3．方法

3．1　分析対象

富山県内の特養62施設の介護職のうち、看取りを経験して困ったこと、悩んだことがあると答えた介護職176名のうち、調査票に記載があった159名の記述内容190。

3．2　調査方法

無記名による自記式調査。富山県内の特別養護老人ホームのうち、研究協力の承諾を得られた62施設に調査用紙を郵送した。調査用紙は施設で配布・無記名で回答後封筒に入れ、施設で回収し、施設ごとに研究者宛へ郵送してもらった。

3．3　調査内容

性別、年齢、介護職経験年数、現施設での勤続年数、看取りの研修の有無、看取りを経験して困ったこと、悩んだことの具体的な内容（自由記述）

3．4　調査期間

2012年2月13日配布　回収期限2012年3月10日

3．5　分析方法

基本調査は単純集計し、自由記述された内容は、意味内容ごとに分節化、類似性に基づいて研究者間で協議しながらカテゴリー化した。分析は妥当を得るために研究メンバーと検討した。

3．6　倫理的配慮

調査の実施にあたり、調査対象施設の施設長宛にあらかじめ調査の目的と内容、方法や倫理的配慮等を明記し文章で説明した。次に施設長の同意が得られた施設の対象者に対し、調査への参加の有無は自由意思を尊重すること、調査への協力の有無により不利益を被ることはないこと、プライバシーの保護に努めること、分析結果は、学会等で公表することについて明記した文章と調査票を送付した。調査票の返送は同封の返信封筒を用いて施設で取りまとめ返送してもらうこととし、返送をもって同意が得られたとした。データは個人が特定できないようにして分析を行い、保存は情報漏洩防止に努めた。なお、本研究は富山福祉短期大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。（H23-011号）

4．結果

4．1　対象者の概要（表1）

対象となった159名の介護職の平均年齢は35.3歳で、21歳～29歳が60名と多かった。介護職経験年数は2年～5年未満が35名、5～10年未満が68名であった。介護職159名のうち介護福祉士は134名（84.3％）で、看取りの研修を受講したものは71名（44.7％）であった。

4．2　介護職が看取りで困ったこと・悩んだこと

記述内容を分析した結果、特養における介護職が看取りを行って困ったこと・悩んだこととして、7カテゴリーと22のサブカテゴリーが抽出された（表2）。7カテゴリーは、【看取りの環

表１　対象者の概要

n =159

性別	男性	36名（22.6%）
	女性	119名（74.8%）
	記載なし	4名（ 2.5%）
年齢	平均年齢	35.3歳
	21～29歳	60名（37.7%）
	30～39歳	50名（31.4%）
	40～49歳	25名（15.7%）
	50～59歳	21名（13.2%）
	不明	3名（ 1.9%）
介護経験年数	平均経験年数	8.3年
	2～5年未満	35名（22.0%）
	5～10年未満	68名（42.8%）
	10-20年未満	52名（32.7%）
	20年以上	4名（ 2.5%）
現施設での平均勤続年数		7.9年
職種	介護福祉士	134名（84.3%）
	その他介護職	25名（15.7%）
看取りの研修受講	あり	71名（44.7%）

境】【職員体制による看取りの不安】【利用者個々の対応】【家族の対応】【看取りに対する不安】【看取り後の精神的ショック】【安楽な看取りのためのケア】である。以下、カテゴリーを【　　】、サブカテゴリーを〈　　〉、記述内容を〔　〕で示す。

４．２．１　【看取りの環境】

このカテゴリーは、〈看取り環境の不備〉、〈その人らしい看取り環境の迷い〉、〈他利用者への配慮が必要〉の３サブカテゴリーで構成されていた。〈看取り環境の不備〉には、〔家族と共に過ごせる看取りの部屋がない〕、〔個室不足〕などの記述があった。〈その人らしい看取り環境の迷い〉には、〔本人が好むような環境に配慮されていたか〕などがあった。〈他利用者への配慮が必要〉には、〔大部屋で隣の利用者が先に突然亡くなられた〕などの記述があった。

４．２．２　【職員体制による看取りの不安】

このカテゴリーは、〈夜間看護師が不在で不安〉、〈職員が少ない時の不安・あせり〉、〈急変時、医師・看護師に連絡するタイミング〉の３サブカテゴリーで構成されていた。〈夜間看護師が不在で不安〉には、〔夜間帯に看護師がいないことが不安〕などの記述があった。〈職員が少ない時の不安・あせり〉では、〔夜勤で他の利用者様の対応と看取りの利用者様の対応を行わなくてはいけなかった〕などがあった。〈急変時、医師・看護師に連絡するタイミング〉には、〔すぐに連絡（どこに）すれば……〕などがあった。

４．２．３　【利用者個々の対応】

このカテゴリーは、〈利用者の意思が不明〉、〈利用者にあったケアかの迷い〉、〈最善な看取りのケア〉、〈記録の不備〉、〈看取りケアの知識不足〉、〈できなかったケア〉の６サブカテゴリーから構成された。〈利用者の意思が不明〉には、〔話しが出来ない人は、本人が本当にして欲しい事が分からない。こちらで、その人にとっていい事を考えてしているが、自己満足になっていないか、心配になる〕などの記述があった。〈利用者にあったケアかの迷い〉には、〔その方にとって自分の行ってきた介護がよかったのかどうか〕などの記述があった。〈最善な看取りのケア〉には、〔その方にとって、本当に最良のケアができていたのか、もっと、できたのではないかと思う〕や〔水分、食事をできるだけ摂ってほしいため介助をしても、結果的にのどにつまってしまい吸引する事があります。介助の難しさを感じます〕などの記述があった。〈記録の不備〉には〔何をどのようにしていたかあまり記録に残っていない〕があった。〈看取りケアの知識不足〉には〔看取りの時の準備物や対応等、何をしたら良いかわからなかった〕などの記述があった。〈できなかったケア〉には、〔経口摂取困難な方が、みかんの缶づめを食べたいと言われてあげられなかった〕、〔傍についていてあげたかったがそれがなかなかできなかった〕の記述があった。

表2　介護職が困ったこと・悩んだことの記述内容

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容の一部
看とりの環境	看とり環境の不備（4）	• 家族と共に過ごせる看取りの部屋がない • 部屋環境が整っていない。個室不足 • ご家族の方が沢山来られて、椅子が足なかった。長時間おられるのに
	その人らしい看取りの環境の迷い（3）	• 本人が好むような環境に配慮されているか • なじみの環境をつくるが、それが本当に心地よい環境になっているのか
	他利用者への配慮が必要（5）	• 大部屋で隣の利用者が先に突然亡くなられた • 他利用者への配慮とケア
職員体制による看取りの不安	夜間看護師が不在で不安（6）	• 夜間帯に看護師がいないことが不安 • 夜間などはスタッフ１人なので不安です
	職員が少ない時の不安・あせり（11）	• 人数が少ない時の対応 • 人数が少ない時の対応夜勤帯、職員がフロアに一人体制のままだったこと、急変時の対応にあせる • 勤続年数が浅い頃、夜間の急変があった場合にとても心配していた・とても怖かった • 夜勤で他の利用者様の対応と看取りの利用者様の対応を行わなくてはいけないこと
	急変時、医師・看護師に連絡するタイミング（9）	• いつの時点で看護誌に連絡をとればよいか • 医師の休日不在時の対応 • すぐに、連絡（どこに）すれば…… • どの時点で看護師、医師に連絡すればいいのかわからなかった時があった
利用者個々の対応	利用者の意思が不明（12）	• 話しが出来ない人は、本人が本当にして欲しい事が分からない。こちらで、その人にとっていい事を考えてしているが、自己満足になっていないか、心配になる • 利用者から本当にしてほしい介護はなにかを聞き取れなかったこと（話されない、話せないため） • 最期、ひどそうにしていらっしゃる入所者様に、そばにつきそったり、手を握ったりしていたが、何もできない自分がはがゆく、本当はどのようなことを本人様は望んでいらっしゃるのだろうと悩んだ
	利用者に合ったケアかの迷い（16）	• 本人にとって満足できるケアができていたのか悩みました • その方にとって自分の行ってきた介護がよかったのかどうか • 利用者の気持ちを尊ちょうして、くみとってケアをしていたか • この状態が本人のニーズにあっているか、望んでいることか不安になった • 本人の意向に添っているか（事前指示書等の検討） • 利用者さんがしてほしいことは、これでよかったのかなと毎回悩む • 点滴をはじめとし、本人が望んでいる介護内容かどうか？
	最善な看取りのケア（29）	• その方にとって、本当に最良のケアができていたのか、もっと、できたのではないかと思う • その人らしさが理解できていたか、それをサービスに活せているか • 日に日にこれで良いのか、もっと何かやってあげられる事はあるのではと悩みました • 自分達のしてきたケアで本当によかったかどうか • 利用者の最後を良いものにしたいと考えどうあるべきなのか • 自分のしてきた事は、よかったのか、正解がない分、悩んだりする • 水分、食事をできるだけ摂ってほしいため介助をしても、結果的にのどにつまってしまい吸引する事があります。無理をしない介助の難しさを感じます • ご本人は、安心感のある日々を過ごすことが出来たのだろうか？と思い考える日が２～３月続いた • 今のままの看取りで良いのか！？
	記録の不備（1）	• 何をどのようにしていたかあまり記録に残っていない
	看取りのケアの知識不足（12）	• 自分に何ができるのか • 看取りの時の準備物や対応等、何をしたら良いかわからなかった • 摂食面、床ずれ、口腔ケアのやり方 • どのように接すれば良いのか • 予想される急変についての情報が無い • 利用者にも名前呼ぶこと以外どんな声かけすればいいかわからなかった • 全ての事にどうして良いのかわからなかった
	できなかったケア（2）	• 傍についていてあげたいがそれがなかなかできなかった
		• 経口摂取困難な方が、みかんの缶づめ食べたいと言われて、あげられなかった時

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容の一部
家族の対応	揺れ動く家族への対応方法（15）	• 家族のゆれる思いとのつきあい • 家族の思いをどのように引き出していくか • 亡くなった後のご家族への配慮 • 亡くなった時に、家族になんて声かけたらいいのかわからなかった • 何もしないで欲しいという、何がどこまでなのか悩む
	施設職員と家族の看取りに対する考え方の違い（3）	• 家族の付添いがなかった場合、利用者が誰にも看取られずに最後を迎えるのではないか • もっと家族ぐるみの看取りができないか！？ • 家族との温度差
	家族への連絡のタイミング（9）	• ご家族に看取らせてあげられなかった • 夜間の急変により家族の人が最期に立ち上えなかった • 急変の場合の家族への対応「仕方ない」という言葉で終わってしまうことがありますが、死に目に会えなかった時．わずかな前兆でもあればとは思います • 夜間帯での家族への電話をかけるタイミング • 家族の付き添いのいない時の連絡のタイミング
看とりに対する不安	死の怖さと看とりに対する不安（10）	• 人の死に直面するのは恐い • あまり経験がないので夜勤中は特に不安 • 急変時やはり対応できなくて不安になる • いつどうなるのかわからなく不安だった • 看取り対象利用者と関わる際の不安 • ターミナルケアに携わった職員の経験値が不足している
	訪室回数の減少（1）	• 看取りの期間が長いと、だんだん訪室回数が減った
看取り後の精神的ショック	看とり後の精神的ショック（9）	• 引きずる。事前に理解しているつもりでも精神的にショックが大きい • 今は大丈夫だが、人の死が重く、看送った後、なかなか立ち直れなかった • 涙が流れてすぐに仕事につけない
	看取りへの否定的感情（2）	• 精神的苦痛 • 担当利用者の看取りを体験すると、家族のような気持ちがあり、つらい思いをしているので、なるべく、看取りにはあいたくない…
安楽な看取りのためのケア	ケア提供への判断の迷い（7）	• 栄養や水分の摂取をどこまでしていいか迷った • カンファレンス開催の促し • 看取りプランの取り入れ継続、中止のみきわめ
	他職種間でのケア方法や考えの違い（4）	• 食事等、もっとしてあげたいが、看護師や栄養士、家族とのおりあいがつかない • 医師との思い考えの違い • 職員間でのケアの仕方のちがい
	安楽な看取り（16）	• 痛みや苦痛の緩和 • どうしたら最後まで、楽に過ごせるか • 利用者の身体・精神の安楽方法について、どのような声かけ・介助を行なっていけばよいか自分の対応等が正しいのか少し不安になる時があった • 何か特別なことが必要だろうか • 身体の状態に変化が見られた時、安楽に過ごしてもらいたくても自分の考えられる範囲での対応が十分だったか分からないこともあった • どう利用者様に良い状態にできるか
	症状悪化時の対応（4）	• 発熱などの時も病院へ行かないのか？ • このままでいいのか？ • 呼吸が辛そうな時に、病院に連れていってあげた方が良いのではないかと思った

４．２．４　【家族の対応】

このカテゴリーは、〈揺れ動く家族への対応方法〉〈施設職員と家族の看取りに対する考え方の違い〉〈家族への連絡のタイミング〉の３サブカテゴリーから構成された。〈揺れ動く家族への対応方法〉には、〔家族のゆれる思いとのつきあい〕や〔何もしないで欲しいという、何がどこまでなのか悩む〕などがあった。〈施設職員と家族の看取りに対する考え方の違い〉には、〔もっと家族ぐるみの看取りができないか！？〕などがあった。〈家族への連絡のタイミング〉には、〔ご家族に看取らせてあげられなかった〕などの記述があった。

４．２．５　【看取りに対する不安】

このカテゴリーは、〈死の怖さと看取りに対する不安〉と〈訪室回数の減少〉の２サブカテゴリーから構成された。〈死の怖さと看取りに対する不安〉には、〔人の死に直面するのは恐い〕や〔いつどうなるのかわからなく不安だった〕などの記述があった。〈訪室回数の減少〉は〔看取りの期間が長いと、だんだん訪室回数が減った〕とあった。

４．２．６　【看取り後の精神的ショック】

このカテゴリーは、〈看取り後の精神的ショック〉、〈看取りへの否定的感情〉の２カテゴリーからなった。〈看取り後の精神的ショック〉には、〔今は大丈夫だが、人の死が重く、看送った後、なかなか立ち直れなかった〕などの記述があった。〈看取りへの否定的感情〉は、〔精神的苦痛〕などがあった。

４．２．７　【安楽な看取りのためのケア】

このカテゴリーは、〈ケア提供判断の迷い〉、〈他職種間でのケア方法や考えの違い〉、〈安楽な看取り〉、〈症状悪化時の対応〉の４サブカテゴリーから構成された。〈ケア提供判断の迷い〉には〔栄養や水分の摂取をどこまでしていいか〕などが記述されていた。〈他職種間でケア方法や考えの違い〉には、〔食事等、もっとしてあげたいが、看護師や栄養士、家族とのおりあいがつかない〕などが記述されていた。〈安楽な看取り〉には、〔本人が安楽であるにはどうすればよいか〕などが記述されていた。〈症状悪化時の対応〉には、〔発熱などの時も病院へ行かないのか？〕や〔呼吸が辛そうな時に、病院に連れていってあげた方が良いのではないかと思った〕などが記述されていた。

５．考察

５．１　看取り環境の体制が未整理な現状

特養で従事する介護職は、家族とともに過ごせる看取りの部屋がないことや椅子が足りなかった、他の利用者が隣にいる状況で看取りを行ったことなど施設での環境に困り悩んでいた。また、夜間１人体制の勤務で看護職が不在であることに不安を抱き、急変時に医師や看護師に連絡するタイミングがわからないと困っていた。また、他の利用者への対応があり時間の余裕がないことに困っていた。

塚田ら[21]は、「介護職員は、夜間の職員が少ないことや緊急時の対応に不安を抱いており、看取りを行うための体制を施設内で具体的に考えていくことが必要である」と述べている。また、孔は[22]は、「質の高い看取り介護を目指すためには、介護職員の不安や負担の減少につながる介護体制の整備の必要性」と報告している。施設の環境に起因する要因に対しては、スタッフ任せにするだけでなく職場全体で関わることが重要である。看取り介護の対象者がいる期間だけでも２人体制にする、看護職を配置するなど職場の体制を整えていくことが必要であると考える。また、急変時の連絡のタイミングについては、いつどのような状態になったら、誰に連絡するのかなど具体的に医療職と話し合っておくことが大切である。特養の入所者は、中重度の要介護状態の利用者が多く、24時間介護しているのは介護職である。看取りにおいて看護職との連携は重要であり、どのような状態になったら連絡するかなど医療の知識が少ない介護職にわかりやすく伝えることが必要である。しかし、石井ら[23]は、「日々の生活の中で入所者に関わり直接思いを聞いている介護職と緊急時の医療処置を提供する看護職との間には看取りに対する思いに乖離がある」と述べている。関係性が構築できていないことも推測される。お互いの専門性を尊重しながら連携することが望まれる。

５．２　看取りに対する不安と死生観

介護職は、人の死に怖さを感じいつどうなるかわからない看取りに対する不安を抱きながら介護を行っていた。訪室回数が減少したという記述もあった。また、看取りを終え、涙が流れてすぐに仕事につけない、自分のしてきた事は、よかったのか、正解がない分悩んだ、安心感のある日々を過ごすことが出来たのだろうか？と思い考える日が２～３ケ月続いた、人の死が重く、看送った

後、なかなか立ち直れなかったなどの記述内容から精神的ショックの強さが伺えた。担当利用者の看取りを体験すると、家族のような気持ちがあり、つらい思いをしているので、なるべく、看取りにはあいたくない…という否定的な感情もあった。利用者との死別体験は、自分のケアに落ち度があったのかなど様々な感情や心理的ストレスを介護職員に与えていると思われる。

広井[24]は、「死と向きあう介護においては、ケアの技術的な側面もさることながら、死というものをどう理解し受け止めるかという、死生観のあり方が重要になってくる」と述べている。死生観が曖昧であると死が怖く死から逃れようと、ケアに行く足が遠のくことも考えられる。本研究の対象である介護職の平均年齢は35.3歳であり、21歳～29歳が60名と多かった。20歳代は死に直面する経験も少ないと考えられ精神的ショックも強かったと考えられる。早坂[25]は、「介護職員は看護師より死に対して、苦しさ、つらさや孤独感を感じている。また、少数であるが看取り後、抑うつ状態になった職員がいる」。塚田[26]らは「年齢の若い職員が多く、死の場面の体験が少なく看取りへの不安があり研修や看取りの体験の積む必要性がある」と述べている。そして、岡ら[27]は、「看取りを経験してわずかではあるが介護を続けるかどうか悩む」と報告している。看取りへの不安は多く報告されており、今回の調査でも同様であった。看取り経験や年代による不安など考慮しながら先輩介護士や看護師はかかわることが必要であると考える。一方、坂下ら[28]は、看取りに積極的な施設の看護職、介護職にインタビューし、「学びや経験から看取りの不安を取り除き｛自信を獲得｝している」と報告している。つまり、よい経験の積み重ねが看取りを肯定的に捉えるようになったと考えられる。看取りを肯定的に捉えるためには、よい看取りの経験を積むことが大切である。看取りのケアの質を高めるために、亡くなった患者のケアを振り返るデスカンファレンスが行われることがある。デスカンファレンスにおいて、「これでよかった、次に生かそう」と思えるような話し合いにすることで、看取りを肯定的に捉えることができ、看取りの質の向上とともに介護職の離職防止やうつの予防につながるのではないだろうか。そのためにも、看取りの経過を記載しておくことは必要である。今後、看取りは増えると考えられる。死の意味づけ、死をどのように考えるかなど死生観の確立や、喪失感などの自己の感情を理解し、他者に話すなど介護職の精神的な健康維持が必要だと考える。

また、専門職になってから死について考えるのではなく、死について考えることができる子ども向けのテレビ番組や子どもの頃から死についての講演を聞く機会がある。また、死が近づいた近親者の手を親と一緒に握るなど看取りケアに参加する、動物や近親者の死に立ち会う機会をもつなど、死について考えるような社会的な取り組みを積極的に行っていく必要がある。

５．３　安楽でその人らしい看取りをささえるために

介護職は、利用者の看取りの意思の確認ができなかったことや、何もしないで欲しいという家族に何がどこまでなのか困っていた。利用者に、そばにつきそったり、手を握ったりして介護職なりに考えケアをしていた。しかし、本当はどのようなことを望んでいるのだろうか、利用者の気持ちを尊重して、くみとったケアだったのか、自分のしてきた事はよかったのか正解がない分悩んでいたことが明らかになった。

利用者の看取りの意思の確認に対しては、「本人と家族に対して、入所の際に説明して看取りについて考えてもらうことが重要である。本人・家族の意向は入所時に回答を得る必要はないがきっかけを作ることが必要である」と記載されている[29]。しかし、日本には死を不吉なものとして語ってこなかった時代背景がある。入所した時点で利用者や家族に看取りの話を切り出すこと、思いを聞くことは難しいかもしれない。また、終の棲家の特養には長く入所している利用者がおり、思いを聞いてない例もあったと推測できるが、その人らしい看取りの実現のためには、利用者の意思を具体的に確認し、カンファレンスなどで職員が共有しケアすることが大切である。

また、介護職は、みかんの缶づめが食べたいと言われた利用者に、みかんを食べさせてあげることができなかったことや時間のなさから傍についていることができなかった。食事介助をもっとしてあげたいが、看護師や栄養士、家族とのおりあいがつかないなど他職種との意見の違いからできなかったことが悩みとしてあった。大塚[30]は、「終末期の患者が食べたいものを自分で選んで食べるということは、生きている自分を支えることになる。」と述べている。本人の「食べたい」、「したい」という言葉を大切に介護の専門職としてケアしてほしい。しかし一方で、介護職は、水分、食事をできるだけ摂ってほしいと介助をする

が、結果的にのどにつまってしまい吸引する事があると介護の難しさに困っていた。小松[31]は「利用者がしたいことを他職種の専門性を活用して、安全を確保しながら可能な限りできるように支援することや他職種と協議することは、特養において終末期であっても利用者主体の生活を支援することであり、介護職の専門的実践である」と報告している。他職種とカンファレンスなどで話し合ってその人の望みが実現できるようにケアして欲しいと望む。

さらに、介護職は、看取りのケアがわからない、利用者や揺れ動く家族に対しての声かけの難しさに困っていた。福田ら[32]は、ターミナルケアについて本人や家族と話をしている介護者が少なくないことを明らかにした。また、年齢や介護経験に関わらず少数ではあるが、ターミナルケアについて家族と話ができていたという結果も示された。すなわち長い介護経験があっても、年齢が高くても死に関する話ができない職員が多い一方で、介護経験が短くても死に関する話ができる職員もいる。これらのことは、死や看取りに関する教育や研修が系統的に行われていないことの現われであると述べている。介護福祉士は1987年に制定された社会福祉士及び介護福祉士法の中で社会福祉系専門職としてできたものであり、教育の歴史は看護教育と比べると短い。また、現在の介護職員は、ヘルパーの免許を取得し就労している者や実務経験３年を経て介護福祉士の資格を取得した者、専門学校や福祉系大学を卒業し介護福祉士を取得するなどさまざまな過程を経て介護を実践している人が混在している。従って、介護職員全体を見ると質の差があると考えられる。この調査において、介護福祉士は、134名と８割を超えていた。看取りの研修を受講したものは71名（44.7％）であり半数に達していなかった。施設として家族を含め、食事や連絡方法など具体的な看取り教育を取り入れることが必要と考える。丹野ら33）は、施設内での看取り研修について67.1％が参加していない現状から、やりがいにつながる研修内容の検討が重要であると述べている。研修内容として、介護職員が研修に対して何を求めているか検討する必要がある。

そして、介護職は利用者が望む生活を支えようと、もっと何かしてあげたい、もっと楽にしてあげたい、家族と最期を過ごさせてあげたいと最善のケアをつくしたいと悩み、看取りを振り返り今後につなげようと考えていた。個別性を理解し尊厳の理解を深めるには、記録を行い、１例１例の事例を細かに振り返るデスカンファンレンスが必要である。時には外部からのアドバイザーが入ることも有効であると考える。そして、具体的に行動レベルで言語化し、情報を共有し次に活かすことで、安楽で利用者らしい看取りへと質が確保されると考える。さらに、人が亡くなるとはこういうことなのだと、人の生き方と同時に考えさせてくださった利用者へのお礼であるといえるのではないだろうか。

特養において一番身近で利用者の生活を支える介護職であるからこそ、その人らしい看取りとは何か、残された人生をどのように過ごしたいのか悩みながら日々のケアを行っていた。清水34）は、ケア従事者に求められるものとして、本人の最期の日々の充実を目指すことが最善であり、本人の望みをかなえるための協働が大切であると述べている。どのように最期を迎えたいのかを引き出し関わる力、その人らしく生きることができるように他職種と連携しながら全人的ケアを行うことが求められると考える。

富山県における老人ホームでの看取りは、2010年3.7％[35]、2016年6.1％[36]と増加してきている。今後も終の棲家である特養での看取りは増加すると考えられ、安楽でその人らしい看取りをささえるために看取りの質の確保が大切である。しかし、本調査は2012年に行っており、年数が経っていることから、看取りにおける他職種との話し合いや看取り教育が進んでいる可能性もあり今後の追跡調査が必要と考える。

６．結論

対象となった特養において、介護職が看取りで困ったこと・悩んだこととしての記述内容から７カテゴリーと22のサブカテゴリーが抽出された。本人と家族の意向を尊重しながらも、死は怖い、職場の勤務体制から夜間の看取りは不安という気持ちが【看取りの環境】、【職員体制による看取りの不安】、【利用者個々の対応】、【家族の対応】に関与していた。介護職は不安を抱えながらももっと何かしてあげることはないのか、安楽にしてあげる方法はないのか【安楽な看取りのためのケア】を模索していた。生活の場で利用者の生活面から支える介護職は、家族としての思いがあることや、他職種との意見の違いからできなかったケアなどに悩み【看取り後の精神的ショック】があることが明らかになった。

介護職の不安が強いことに対しては、スタッフ任せにするだけではなく、施設として看取りに取

り組むことが大切である。つまり、具体的な看取り教育を行うことや外部からのアドバイザーを含めたデスカンファンレンスをとおして振り返り、次に活かせるようにしていくことが大切である。また、他職種とのケアに対する考えの違いは、役割による違いが推測されたことから、お互いの専門性を尊重しながら話し合うことが重要である。それが、特養での看取りの質をあげ利用者・家族にとっての全人的なケアにつながると考える。

本研究は、富山県内の看取りを実施している、特養の介護職を対象とした調査の結果であり一般化には限界がある。今後は、本研究で明らかになったことの解決法を看護職の調査とあわせて検討することが課題である。また、本調査は2012年に行っており年数が経っていることから、再度調査を行い経時的に検討していくことも必要である。

謝辞

本研究にあたり、調査にご協力いただきました特別養護老人ホームの施設長ならびに介護職の皆様に心から御礼申し上げます。なお、本論文の一部は、第33回日本看護科学学会（2013年、大阪）に於いて報告いたしました。

引用文献

1）厚生労働省（2014）：平成26年人口動態統計の年間推計、http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikei14/dl/honbun. pdf、2018/5/1検索
2）厚生労働省：第158回平成30年度介護報酬改定における各サービスごとの改定事項について、www.mhlw.go.jp/file/05
3）杉山孝博：介護職・家族のためのターミナルケア入門、p10-19、東京、雲母書房、2009
4）広井良典：ケア学　越境するケアへ、p135-136、東京、医学書院、2000
5）今川孝枝、荒木晴美、新鞍真理子他：富山県における介護老人福祉施設での看取りの現状の調査と分析、共創福祉、第9巻第1号、p25-34
6）大河原啓文、深堀浩樹、廣岡佳代他：日本の高齢者ケア施設における看取りの質の評価・改善に関する研究の動向、緩和医療、11（1）、p401-12
7）川村みどり、浅見洋、塚田久恵他：特別養護老人ホームの介護職員を対象とした“看取り”に関連する要因、日本在宅ケア学会誌19巻2号、p34-41、2016
8）山本道代、大浦麻絵、山本武志他：特別養護老人ホームにおける介護職の看取りに対する態度に関連する要因　日本における横断研究、札幌医学雑誌84巻1-6号、p27-33、2015
9）中原恵美：A県下の特別養護老人ホームに従事するケアスタッフの看取りに対する態度と影響要因―FATCOD-B-J尺度を用いた実態調査―、日本看護福祉学会20巻2号、p97-112、2015
10）坂下恵美子、西田佳世、岡村絹代：特別養護老人ホームの看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）、p1-9、2013
11）上村聡子：特別養護老人ホームの看護職と介護職の連携を阻害する要因　終末期ケアにかかわる看護職と介護職のズレを中心に、甲南女子大学研究紀要4号、p145-152、2010
12）高野一江、青木頼子、竹内登美子他：特別養護老人ホームに勤務する看護師・介護福祉士の看取りにおける役割、日本看護福祉学会誌Vol22、No, 2、p115-127、2017
13）石井京子、牧洋子、北村育子：特別養護老人ホームにおける終末期ケア行動に関する研究―看護師とケアワーカーの役割―、臨床33巻、1号、p86-93、2010
14）孔 英珠：看取り介護加算を算定している特別養護老人ホームの介護職員における看取り介護を行う上での困難・課題とその退所方法、社会福祉学58巻2号 p26-41、2017
15）早坂寿美：介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理～看護師との比較から～、北海道文教大学研究紀要、第34号、p25-32、2010
16）塚田久恵、浅見洋：石川県の指定介護老人福祉施設における終末期ケアの現状と課題、石川看護雑誌、Vol9、p61-70、2012
17）深澤圭子、高岡哲子：福祉施設における終末期高齢者の看取りに関する職員の思い，北海道文教大学研究紀要、第35号、p49-56、2011
18）内野聖子、薬袋淳子、相内恵津子他：終末期にある認知症高齢者が経口摂取を維持できる熟練ケアスタッフによる摂食ケア、岐阜医療科学大学紀要、11号、2017
19）丹野志保、田邉久恵、竹之下信子他：看取り介護に必要な教育的課題の検討、千葉科学大学紀要、第10巻、p207-218、2017

20）小松亜弥音、岡田進一：特別養護老人ホームの介護職による終末期ケアを支える日常的介護実践―介護福祉士に対する量的調査の分析結果から―、社会福祉学、第58巻、第4号、p46-61、2018
21）前掲16）
22）前掲14）
23）前掲13）
24）広井良典：介護福祉夏季号、No.58、p21-34、2005
25）前掲15）
26）前掲16）
27）岡京子、新免理沙：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 Research13（4）、161-170、2014
28）前掲10）
29）厚生労働省：老人保健事業推進費等補助金利用者の看取り介護の在り方に関する調査研究事業（老人保健健康増進等事業分）、特別養護老人ホームにおける看取り介護ハンドブック～家族とともに考えるために～、平成23年3月株式会社三菱総合研究所、p13
30）大塚有希子、尾岸恵三子：終末期の患者が食べることの意味、日本看護研究学会誌34（4）、p111-120、2011
31）前掲20）
32）福田洋子、徳山貴英、千草篤磨：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、第31号、p49-60、2013
33）前掲19）
34）清水哲郎：ケア従事者のための死生学、清水哲郎・島薗進編集、初版、p40、ヌーヴェルヒロカワ、2010
35）厚生労働省（2010）：平成22年人口動態統計の年間推計、統計情報・白書、死亡の場所別にみた都道府県（19大都市再掲）別死亡数・構成割合http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf、2018/5/28検索
36）厚生労働省（2016）：平成28年人口動態統計の年間推計、統計情報・白書、死亡の場所別にみた都道府県（19大都市再掲）別死亡数・構成割合http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/index.html、2018/5/28検索

Study on Terminal Care in Intensive Care Homes for the Elderly, Second Report
—Problems and Troubles of Care workers—

Harumi Araki [1)] , Takae Imagawa [1)] , Mariko Nikura [2)]

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

2）Gerontological Nursing University of Toyama All Rights Reserved

Abstract

The aim of this study was to elucidate the problems and troubles of care workers after they experience terminal care while working in an intensive care home for the elderly in Toyama Prefecture and to obtain basic materials used to examine terminal care.

Problems and troubles described by care workers after experiencing terminal care were analyzed. As a result, seven categories and 22 sub-categories were extracted. Although care workers respected the intention of a patient and his/her family, their fear of death and anxiety about terminal care at night due to the work system of the intensive care home for the elderly were related to “environment of terminal care,” “anxiety about terminal care due to personnel allocation,” “coping with each patient,” and “coping with a patient’s family.” While suffering from anxiety, care workers searched for ways to do something more for patients, for methods to make patients comfortable, and for “providing palliative care at the end of life.” Care workers, who supported patients’ lives in their living places, sympathized with patients’ families, expressed regret over care that could not be performed because their opinions differed from those of people in other occupations, and suffered from “psychological trauma after experiencing terminal care.”

To ease care workers’ anxiety, it is important for the intensive care home for the elderly to address the issue of terminal care, provide specific education for terminal care, review terminal care through a death conference—that includes external advisers—and make the most of the results of the conference for the future. These findings suggest that it is important for care workers to perform terminal care while respecting the specialties of, and engaging in discussions with, people in other occupations.

Keywords : terminal care, homes for the elderly, care workers

共　創　福　祉（2018）
第13巻 第1号 47～57

（実践報告）

家族看護の学習に家族のロールプレイを用いた効果
～授業理解度調査による評価～

炭谷　靖子[1)]，北山 由起子[2)]
1）富山福祉短期大学
2）富山福祉短期大学　看護学科

（2018.5.11受稿，2018.5.31受理）

要旨

本研究では、家族を学ぶ方法として、筆者が担当している家族看護概論の授業展開で用いているロールプレイ（家族の役割演技）の効果について報告した。効果測定は予め設定した各授業単元の到達目標を単元終了ごとに測定した結果とロールプレイ発表後に測定した学生の自己評価の比較によって実施した。

その結果、10項目中９項目で目標到達度良好者の数は増加していた。そのうち統計的に優位だったものは「自分自身が家族と捉えている範囲とその理由について述べることができる。」「家族支援の意義について述べることができる。」「家族の健康性について評価する視点について述べることができる。」の３項目であった。「家族看護における代表的な理論について述べることができる。」の１項目で統計的に有意ではないが目標到達度良好者の数が減少していた。

上記より、家族看護概論の授業においてロールプレイ（家族の役割演技）の手法を用いることは効果的であると考えられた。また、授業展開においてさらなる工夫も必要であることが示唆された。

なお、本授業の到達目標設定についての妥当性については今後のカリキュラム全体の中でさらに検討が必要である。

キーワード：家族看護、ロールプレイ、授業理解度

１．序論

本学看護学科では「家族を看護の対象と捉える家族看護学の定義、家族看護学の目指すもの、方法等について学ぶ。また、家族の機能について理解し、病院・施設在宅を問わず家族や家族員が果たす役割の重要性及び家族のセルフケア機能の向上の意義について理解し、実践可能な援助の方法を学ぶ。」ことを目的とする科目として家族看護概論を設置している。この科目は看護における対象理解を深めるために設置した科目である。今後、在宅療養が推進され、地域包括ケアの重要性がさらに高くなる中で家族看護への理解がさらに求められるようになると考える。

日本看護協会では2015年６月に「2025年に向けた看護の挑戦－看護の将来ビジョン－いのち・暮らし・尊厳を支える看護」[1)]を発表しその中において、ビジョン達成に向けた活動の方向性として「生活を重視する保健・医療・福祉制度への転換の促進」を掲げている。

また、日本看護系大学協議会では2011年３月に「大学における看護系人材養成の有り方に関する検討会」の最終報告[2)]で５つの能力群と20の看護実践能力を挙げ、その中で「個人と家族の生活を査定（Assessment）する能力」について述べている。なおこの「個人と家族の生活を査定（Assessment）する能力」について「個人や家族員のセルフケア能力の看護の視点からの評価、生活と疾患との関わりなどを把握した上で、個人や家族の生活が個人や家族員の健康状態とどのような関連があるか、その関連を査定できる能力」と定義している。

さらに、2017年６月には文部科学省の「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会」から「看護学教育モデル・コア・カリキュラム（案）」[3)]が提示された。そのなかでは「看護学生に求めたいこと」として「今日の看護学を取り巻く環境は、医療や介護の場面にとどまらず、予防や保健といった領域の広がりに加え、高度な医療の一翼を担うといった深まりが進んでいる。このためには、対象者一人一人がそれぞれに社会生活を営んでおり、実習等で目にするのは患者の生活の一場面に過ぎないということを認識するとともに、こうした様々な生活を俯瞰的に眺め考察することができる公衆衛生の視点と能力が重

要となる。これらを意識しながら臨地実習をはじめとする学修に臨めば、より有意義な成果が得られることだろう。」と述べている。

つまり、これからの地域包括ケアを担う人材育成において家族について学ぶことは必須であり、より深い学びが求められている。

また、家族看護においては家族員それぞれの役割や関係そこでの感情についての理解も重要である。その根底には他者理解があり、山本[4]は一般的な看護の受け手が看護師に期待することとして２種類あるとし、「教師のような正確な知識や医師のような手際のよい技術を期待するとともに、他方で、人間的な関わりを期待する。」と述べている。そして、その人間的な関わりは「家族のように親身になって話を聞いてほしい、そして専門職として、深く苦難や希望を受け止めてほしいという期待である。」としている。なお、この家族員や家族関係、家族の苦悩を理解することに自作自演のロールプレイや寸劇等を用いた効果等についていくつかの報告を見ることができる[5-9]。

よって本研究では、今後ますます重要となってくる家族を学ぶ方法として、研究者が担当している家族看護概論の授業展開で用いているロールプレイ（家族の役割演技）の効果を明らかにし今後の授業改善に資することを目的とする。

２．授業の概要（図１　家族看護概論シラバス）

家族看護概論は、短期大学看護学科１年次の後期に設定された科目である。授業時間数８回16時間で１単位としている。授業はテキストとして「グループワークで学ぶ家族看護論」（小林奈美著：医歯薬出版）[10]を用い、以下に示す４つのワークシートを作成して展開している。家族看護概論のシラバスを図１に示す。

- ワークシート１：自分にとっての家族の認識を促すワークシート（図２）
- ワークシート２：これまでの人生を振り返り、人生プランを立てるワークシート（図３）
- ワークシート３：ルイス（Lowis、J. M.）による健康な家族システム[11]を参考に作成した家族システムの健康性評価（図４）
- ワークシート４：家族ケア研究会[12]の家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標の項目を用いて記述的に評価するワークシート（図５）

３．研究目的

家族を学ぶ方法として、研究者が担当している家族看護概論の授業展開で用いているグループワーク（家族の役割演技）の効果を明らかにする。

４．研究方法

４．１対象：家族看護概論の受講者76人中すべての授業に出席し、グループワーク開始前後の理解度アンケート項目すべてに回答があり、研究参加に同意の得られた57人（75.0％）を分析対象とした。

４．２情報収集方法：①グループワーク開始前に実施した理解度アンケート（毎回の授業で実施している既存データ）と②終了後に実施した最終の理解度アンケートのデータを用いた。

４．３理解度アンケート：事前に授業の到達目標として設定した10項目について教授単元に相当する授業終了時に項目ごとに「全くできなかった１」「あまりできなかった２」「普通３」「おおむねできた４」「しっかりできた５」により学生が自己評価した。

設定した10項目は以下のとおりである。

⑴　家族という概念を理解し、家族看護の根拠となる理論の存在を知る。
⑵　自分自身が家族と捉えている範囲とその理由について述べることができる。
⑶　「家族」の捉え方について述べることができる。
⑷　家族支援の意義について述べることができる。
⑸　ライフサイクルについて述べることができる。
⑹　「家族」の発達段階について述べることができる。
⑺　家族の発達課題について述べることができる。
⑻　家族看護における代表的な理論について述べることができる。
⑼　家族の健康性について評価する視点について述べることができる。
⑽　家族機能の評価視点について述べることができる。

４．４分析方法：理解度調査10項目（学習到達目標）の評価値（５～１）について、「おおむねできた４」「しっかりできた５」と回答したものを目標到達度良好者として項目

看護学科　　１年

科目名: 家族看護概論					担当教員 氏名: 炭谷 靖子	
単　位	開講時期(年次・期)		科目の区分	授業方法	(卒業要件)必修／選択	備考
1	1年次	後期	専門科目	講義	必修	

授業科目の学習教育目標の概要:	キーワード
家族を看護の対象と捉える家族看護学の定義、家族看護学の目指すもの、方法等について学ぶ。 また、家族の機能について理解し、病院・施設在宅を問わず家族や家族員が果たす役割の重要性及び家族のセルフケア機能の向上の意義について理解し、実践可能な援助の方法を学ぶ。	家族の機能 カルガリー家族アセスメント・介入モデル 家族の健康性

授業科目の到達目標

学習教育目標	自己形成を進める行動目標(福短マトリックスで示される番号)	1. 2. 3. 4. 5. 7
A 知識・理解力	家族という単位に対する看護を学ぶ基礎をつくるために ①家族の機能と家族員の役割について理解する ②家族を看護の対象と捉える家族看護学の定義、概念について理解する ③家族看護学の目指すものについて理解する ④家族看護の方法と理論について理解する	
B 専門的技術 D 問題解決力 E 自己管理力 F チームワーク・リーダーシップ H コミュニケーション力	⑤グループワークにより課題を遂行することによりを通してチームワークの重要性と方法について体験的に学ぶ。また、課題の遂行のためのスケジュールなどの自己管理を意識的に行う。	

成績評価の基準と方法: 以下の方法により評価し、学則および履修要項に従い、60点以上を単位認定とする

テスト: %	レポート:70%	発表:15%	実技試験: %	その他:15 %

特記事項:
講義、アクティブラーニング(課題学習、グループ討議、ロールプレイ、発表を通して、家族・家族看護についての学習を深める。)

ﾃｽﾄ・ﾚﾎﾟｰﾄ・発表・実技試験等の実施時期:

テーマごとにグループ発表、課題レポートの提出を行う。

授　業　計　画	事前・事後の学習課題
①家族看護の概念と理論(オリエンテーション) 課題1(ワークシート1)(10)	シラバスの確認
②家族の機能と評価　家族と健康	課題シートの完成
③カルガリー家族アセスメント・介入モデルの理論的基盤 課題2(ワークシート2・3・4)(20)	課題シートの完成
④グループワークで理解を深める(5) 家族の交流についてシナリオ作成	グループ課題の遂行
⑤グループワークで理解を深める(5) シナリオにそってロールプレイ	グループ課題の遂行
⑥グループワークで理解を深める(5) 内容の見直しと発表計画	グループ課題の遂行
⑦発表(15)　10分×4G　コメント ロールプレイ	グループ課題の遂行
⑧まとめ　課題3 グループワークでの学び(40)	課題レポートの作成

使用テキスト:	その他参考文献など:
小林奈美 :グループワークで学ぶ家族看護論, 医歯薬出版 渡部裕子 他:家族看護を基盤とした在宅看護論Ⅰ概論編, 看護協会出版会	法橋尚宏 編著:新しい家族看護学 理論・実践・研究, メヂカルフレンド社

受講上の留意点(担当者からのメッセージ):
この学習を機会に自分の家族について考え、自分のこれからの役割と行動のあり方についても考えてください。

図１　シラバス

家族看護概論　　ワークシート1

課題1：以下の作業をして「家族とは何であるか」考えたことをA4版1枚(ワープロ使用1000字程度表紙なし)に書いて提出してください.

提出日：平成〇〇年〇月〇日(〇)　　＊＊この用紙を提出する必要はありません

私の家族（仮想家族でもOK）

構　成　員		家族として認識した理由	自分にとってのどのような存在であるか	自分はその人(等)にとってどのような存在だと思うか

テキストp. 65を参照してエコマップを書いてください.

図２　ワークシート１　私の家族

あなたの今までの人生を振り返り、これからの人生プランを立ててみよう！　ワークシート2

西暦	あなたの年齢	出来事	両親兄弟の年齢						子供の年齢		
			父	母				配偶者の年齢	1子	2子	3子
		誕生									
		小学校入学									
		中学校入学									

学籍番号　　氏名

図３　ワークシート２　ライフサイクルと人生プラン

ワークシート3

家族システムの健康性評価

1	人と人とのふれあいが友好的である。	まったく違う	かなり違う	すこし違う	どちらともいえない	すこしそうである	かなりそうである	まったくそうである
2	家族員の主観的見解が尊重され、個々人の差異に対する寛容さがある。	まったく違う	かなり違う	すこし違う	どちらともいえない	すこしそうである	かなりそうである	まったくそうである
3	問題解決にあたって十分に情報が探索され、多くの代替案が検討される。	まったく違う	かなり違う	すこし違う	どちらともいえない	すこしそうである	かなりそうである	まったくそうである
4	家族は自発的で建設的なエネルギーを示す。	まったく違う	かなり違う	すこし違う	どちらともいえない	すこしそうである	かなりそうである	まったくそうである
5	家族関係は柔軟で、両親連合が明らかで、両親は権威主義ではないが明確な力がある。	まったく違う	かなり違う	すこし違う	どちらともいえない	すこしそうである	かなりそうである	まったくそうである
6	家族員の自立度が高い。	まったく違う	かなり違う	すこし違う	どちらともいえない	すこしそうである	かなりそうである	まったくそうである
7	家族の自我像と第三者からのイメージの一致度が高い。	まったく違う	かなり違う	すこし違う	どちらともいえない	すこしそうである	かなりそうである	まったくそうである
8	感情表出の雰囲気が開放的で、思いやりがあり、葛藤、怒り、悲しみの感情を表現することができ、それが受容され、ユーモアがある。	まったく違う	かなり違う	すこし違う	どちらともいえない	すこしそうである	かなりそうである	まったくそうである

ルイス（Lowis,　J.　M.）による健康な家族システム（島内節　他編：地域看護学講座2「家族ケア」，医学書院,2001,p34）を基に作成

感想

学籍番号　　氏名

ルイス（Lowis, J. M.）による健康な家族システム5）を参考に作成した家族システムの健康性評価

図４　ワークシート３　家族システムの健康性評価

ワークシート4

家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標

学籍番号　　氏名

大項目		中項目	小項目	評　　価
家族の生活力量	家族のセルフケア力	a.健康維持力	情報収集力　観察力　判断力　選択力　実行力　継続力	
		b.健康問題対処力	理解力　情報収集・判断力　健康問題の受け止め方　コンプライアンス　家族内の問題共有力　家族内の結束力	
		c.介護力または養育力	意欲　知識　技術　自由時間の獲得力　ケア対象者への愛着　ストレス対処力　介護や養育の方針	
		d.社会資源の活用力	社会資源利用の態度　社会資源への接近力　社会資源に関する知識の獲得力　人的ネットワークの拡大力	
	家族の日常生活維持力	e.家事運営力	炊事・買い物・洗濯・掃除の遂行力	
		f.役割配分力・補完力	役割分担力　役割再配分力　役割継続力	
		g.関係調整・統合力	コミュニケーション　親密性　凝集性　家族成員の自立　自由	
		h.住環境整備力	安全性　衛生性　快適性　利便性	
		I.経済・家計管理力	収入源　出納バランス　消費パターン	
家族の生活力量に影響する条件		ライフサイクル	ライフステージ　発達課題　家族の生活史	
		社会資源	活用している社会資源　活用可能な社会資源	
		自然・社会環境	家屋の特徴　立地条件　気候　交通手段　地域社会の人間関係・習慣　価値観　人口構造的特徴	

家族ケア研究会6）の家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標の項目を用いて作成

図５　ワークシート４　家族の健康課題に対する生活力量アセスメント指標

ごとにロールプレイ前後の到達者数の比較を行った（χ^2検定）。なお、検定には統計ソフトHALBAU 7を用いた。

4．5倫理的配慮：調査の目的、方法について口頭で説明し、データの使用について文書による同意を得られたものだけを調査対象とすることとし、事後調査時に既存データの使用と時後調査のデータ使用について口頭と文書を用いて説明し文書で同意を確認した。

説明においては、同意の有無が成績評価には関係しないこと、公表においてはデータを統計的処理したうえで使用するため個人の特定ができないことを説明した。

調査データの入力は研究者が自ら行い、調査用紙および研究用データを保存したUSB等の記憶媒体の保管は個人研究室内の鍵のかかる棚を用いる。また、データの保管期間は研究論文公表後5年間とする。

本研究実施にあたり、富山福祉短期大学倫理委員会の承認（福短H27-025号）を得た。なお、本研究公表に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

5．結果

5．1　調査対象者の概要

解析対象者は57人（男性12人　女性45人）で平均年齢±標準偏差は19.6 ± 2.4であった。

5．2　学習到達目標ごとの目標到達度良好者数とロールプレイ前後の比較（表1 図6）

「おおむねできた4」「しっかりできた5」と回答したものの数を表1及び図6に示した。「項目8　家族看護における代表的な理論について述べることができる。」ではロールプレイ後において目標到達度良好者の数が減少していた（前24人、後16人）。しかし、その他の項目全てにおいて目標到達度良好者の数は増加していた。また、それらの項目のうち有意な増加を認めた項目は「項目2　自分自身が家族と捉えている範囲とその理由について述べることができる。」（前31人：54.4％　後49人：86.4％　p=0.000）、「項目4　家族支援の意義について述べることができる。」（前21人：36.8％　後40人：70.2％　p=0.000）、「項目9　家族の健康性について評価する視点について述べることができる。」（前18人：31.6%　後32人：56.1％　p=0.008）の3項目であった。

6．考察

6．1　ロールプレイ後に有意に目標到達度良好者数が増加していた項目について

ロールプレイ後に有意に目標到達度良好者数が増加していた項目は「項目2　自分自身が家族と捉えている範囲とその理由について述べることができる。」「項目4　家族支援の意義について述べることができる。」「項目9　家族の健康性について評価する視点について述べることができる。」の3項目であった。これらの項目は自分自身の感じ方、視点や意義についての認識についての項目であり、自分自身の感じ方や視点についてグループワークやロールプレイをすることで学習が深まったと考えられる。

バークレー（Barkley、E. F.）[13] は動機づけとアクティブラーニングの相乗的効果を促す条件として①適度にチャレンジングな課題をデザインすること、②コミュニティを構築すること、③ホリスティックな学習をめざす授業を行うこと、という3つを提示している。また、“ホリスティックな”学習に向けて教えることについて「少なくとも認知領域と情意領域を統合しようとすること、それだけでなく、可能で適切な場合は、運動的／精神運動的領域や道徳的領域も考察することは相乗効果を高めるのにも役立つ。」と述べている。今回の学習では授業の全過程をとおしてワークシートを用い、さらに家族を想定し、問題状況を考え、演じることを行っている。つまり認知領域、情意領域、運動的／精神運動的領域そして道徳的領域も包含して考察することになっていたと推察できる。よって今回設定した到達目標への目標到達度良好者が増加していたと考えられる。

6．2　ロールプレイ後に目標到達度良好者数が減少していた項目について

今回の調査では「項目8　家族看護における代表的な理論について述べることができる。」という1項目についてのみ統計的に有意ではないがロールプレイ後に目標到達度良好者数が減少していた。目標設定において理論に関するものは項目1の「家族という概念を理解し、家族看護の根拠となる理論の存在を知る。」と項目8の2項目がある。つまり、「理論の存在を知る」という知る行為の体験レベルの記憶に変化は見られないが、項目8の「理論について述べることができる」という内容を言語化する行動レベルでは減少したと考えられる。よって理論の認知レベルでの深まりについて今回のロールプレイによる効果はなかった

表１　ロールプレイ前後の学習目標到達良好者

n=57

	学習到達目標		良好者 人	%	p値	
1	家族という概念を理解し、家族看護の根拠となる理論の存在を知る。	前	37	64.9	0.691	
		後	39	68.4		
2	自分自身が家族と捉えている範囲とその理由について述べることができる。	前	31	54.4	0.000	***
		後	49	86.0		
3	「家族」の捉え方について述べることができる。	前	33	57.9	0.244	
		後	39	68.4		
4	家族支援の意義について述べることができる。	前	21	36.8	0.000	***
		後	40	70.2		
5	ライフサイクルについて述べることができる。	前	29	50.9	0.851	
		後	30	52.6		
6	「家族」の発達段階について述べることができる。	前	19	33.3	0.437	
		後	23	40.4		
7	家族の発達課題について述べることができる。	前	17	29.8	0.120	
		後	25	43.9		
8	家族看護における代表的な理論について述べることができる。	前	24	42.1	0.116	
		後	16	28.1		
9	家族の健康性について評価する視点について述べることができる。	前	18	31.6	0.008	**
		後	32	56.1		
10	家族機能の評価視点について述べることができる。	前	22	38.6	0.44	
		後	26	45.6		

*:p<0.05　**:p<0.01　***:p<0.001

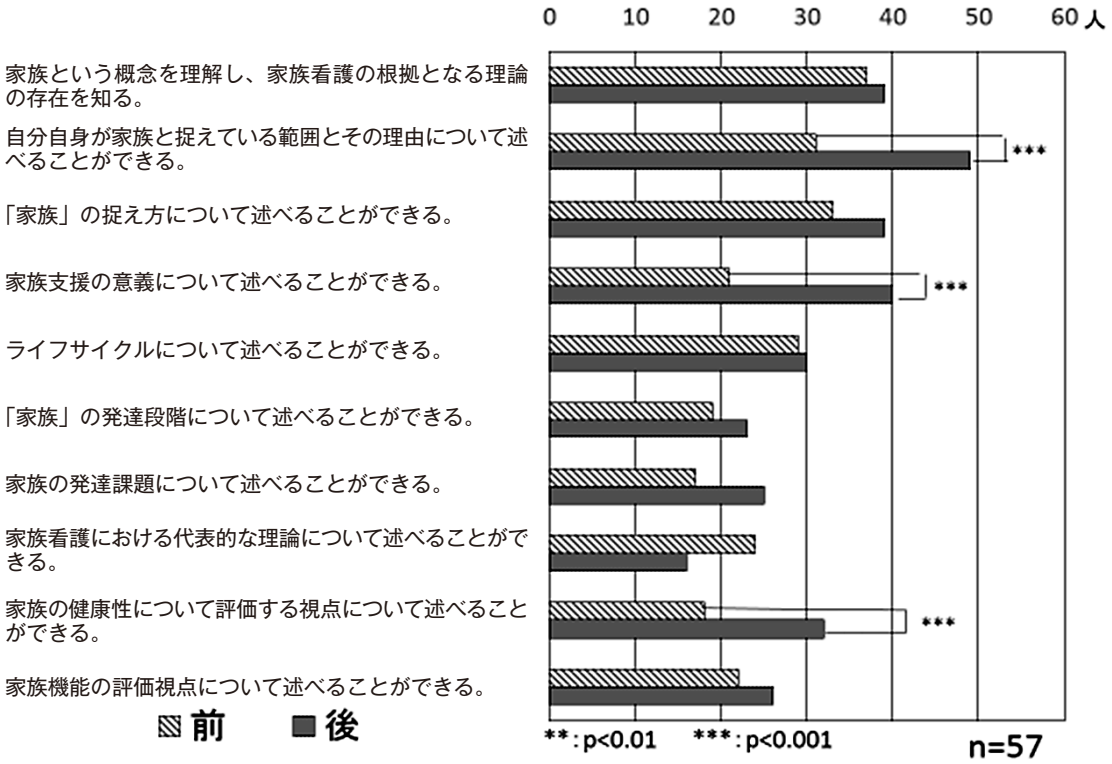


図６　ロールプレイ前後の目標到達良好者数比較

と考えられる。

項目１の「家族という概念を理解し、家族看護の根拠となる理論の存在を知る。」と項目８の「家族看護における代表的な理論について述べることができる。」の関係をスー・ヤングらが提唱したICEモデル（I：Ideas　考え、C:Connections　つながり、E:Extensions　応用）14）に照らしてみると項目１についてはIのレベルであり、項目８はCのレベルに相当するものである。つまり理論の学習についてはIレベルの学習に留まり、ロールプレイの中ではCのつながりをつくる学習活動に結び付けることができていなかったと考えられる。今後、学習課題を提示し遂行するにあたって適応する理論の提示や説明を求めることを組み込む事が必要である。

７．結論

本研究では、家族を学ぶ方法として、筆者が担当している家族看護概論の授業展開で用いているロールプレイ（家族の役割演技）の効果について報告した。効果測定は予め設定した各授業単元の到達目標を単元終了ごとに測定した結果とロールプレイ発表後に測定した学生の自己評価の比較によって実施した。

その結果、10項目中９項目で目標到達度良好者の数は増加していた。そのうち統計的に優位だったものは「項目２　自分自身が家族と捉えている範囲とその理由について述べることができる。」「項目４　家族支援の意義について述べることができる。」「項目９　家族の健康性について評価する視点について述べることができる。」の３項目であった。「家族看護における代表的な理論について述べることができる。」の１項目で統計的に有意ではないが目標到達度良好者の数が減少していた。

上記より、家族看護概論の授業においてロールプレイ（家族の役割演技）の手法を用いることは効果的であると考えられた。また、授業展開においてさらなる工夫も必要であることが示唆された。

なお、本授業の到達目標設定についての妥当性については今後のカリキュラム全体の中でさらに検討が必要である。

文献

１）日本看護協会：2025年に向けた看護の挑戦―看護の将来ビジョン―いのち・暮らし・尊厳を支える看護、2015

２）大学における看護系人材養成の有り方に関する検討会（日本看護系大学協議会）：大学における看護系人材養成の有り方に関する検討会最終報告、2011

３）大学における看護系人材養成の有り方に関する検討会（文部科学省）：看護学教育モデル・コア・カリキュラム（案）、2017

４）山本勝則：看護における‘他者理解’、熊本大学社会文化研究、2、419-433、2006

５）飯野直子、齋藤由利子：ようこそ!かみつが座へ　寸劇を用いた院内研修による退院支援・調整力向上の試み〈連載第５回〉　四肢のしびれが持続する頸椎症性脊髄症手術患者の退院支援　独居住宅生活に対応できるケアサービスの提供と家族支援、看護人材育成、13（5）、116-122、2016.

６）大野佳子、小林奈美、田久保由美子　他：カルガリー式家族アセスメントモデルの学習効果　演劇制作を用いた表出的機能の学習に焦点化した分析、日本家族看護学会学術集会プログラム・抄録集18回、140、2011

７）古謝安子、國吉緑、垣花シゲ　他：看護学生による「苦悩する家族物語」自作自演過程の評価、医学と生物学、155（9）、613-620、2011

８）吉松昌代：【ここから始まる家族ケア】　スタッフの劇で認知症への理解が進む、精神科看護、32（10）、37-41、2005

９）阿部貴子、餘目弘子、佐々木弥生　他：ミニドラマによる対象者理解をめざしたグループワークの試み、日本遺伝カウンセリング学会誌、25（1）、50、2004

10）小林奈美：グループワークで学ぶ家族看護論第２版」、医歯薬出版、2011

11）島内節　他編：地域看護学講座２「家族ケア」、医学書院、32-38、2001
第２章島内節：家族ケアのための理論と活用A.家族システム理論

12）家族ケア研究会：家族生活力量モデル―アセスメントスケールの活用法―、医学書院、2002

13）松下佳代・京都大学高等教育研究開発推進センター　編著：ディープ・アクティブラーニング、勁草書房、58-91、2016
第２章E.F.バークレー（松下佳代　訳）：【学生の関与の重要性】大学授業への学生の関与を理解し促すということ

14）土持ゲーリー法一：アクティブラーニングを加速させる―ラーニング・ポートフォリオの省察的学習―、主体的学び３号、48-71、2015

Effect of role-playing being with a patient's family when learning family nursing
－Evaluating the degree of understanding of classes using a survey－

Yasuko Sumitani [1)] , Yukiko Kitayama [2)]
1）*Toyama College of Welfare Science*
2）*Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science*

Abstract:

This study examined the effect of role-playing being with a patient's family, which has been used in classes for an introduction to family nursing, which I was in charge of, as a method to learn how to treat a patient's family. The effect was measured by comparing the predetermined attainment target of each class unit, which was evaluated when the class unit was completed, with the student's self-evaluation that was assessed after the student had presented the role-play.

Consequently, the number of students whose goal attainment levels were excellent increased in nine out of 10 items. Of the nine items, the three items of "I can state the range of people whom I understand to be my family and the reason, " "I can state the importance of family support, " and "I can state the perspective of evaluating the health of a patient's family" were statistically significant. Although the item of "I can state a typical theory of family nursing" was not statistically significant, the number of students whose goal attainment levels were excellent decreased.

Based on the above-mentioned results, it is considered effective to use the method of role-playing being with a patient's family in the introductory class for family nursing. The findings also suggest that further consideration is needed in my classes for family nursing. In addition, the validity of setting the attainment target of this class must be examined further across the entire curriculum in the future.

Keywords : family nursing, role-playing, degree of understanding of classes

共 創 福 祉（2018）
第13巻 第1号 59～66

（総説）

幼児教育におけるコーチング活用の可能性
－子どもの自己肯定感を育んでいくために－

宮越　浩子
富山福祉短期大学幼児教育学科

（2018.5.11受稿，2018.5.28受理）

要旨

近年、日本の子どもの自己肯定感が諸外国と比べて低く、それが自分で考え行動していこうとする意欲の低さにもつながっていることが指摘されている。未来の予測がつかない変化の激しい社会において、子どもたちが将来に明るい希望をもち、自らの力で充実した人生を歩んでいけるようにするための基盤として、自分の価値を認識し、自己を肯定的にとらえる心、すなわち自己肯定感を幼少期から育んでいくことが重要である。この点において、幼児教育の果たす役割は大きい。

そのための方策として、組織の人材開発分野で広がりを見せる「コーチング」の理論から、子どもたちに自己肯定感を育み、個々の可能性を引き出すコミュニケーションの在り方についての視点を得ることが期待できる。

本稿では、コーチングの基本的考え方について示し、幼児教育における活用の可能性について考察した。その結果、「人は無限の可能性をもっている」「その人が必要とする答えは、その人の中にある」というコーチングの基本理念のもと、ティーチング中心だった関わりの一部分を子どもの内側から思いや考えを引き出すコーチング型のアプローチに転換することにより、一人一人の自己肯定感を高めていけることが推察された。

キーワード：コーチング、自己肯定感、幼児教育、子ども観、コミュニケーション

1．はじめに

著者はこれまで教員として、小学校を主とし、高等学校、専門学校などにおける教育活動に関わってきた。これらの職務経験を通して、教育の中で最も大切なことは「自分の価値を認識し、自分の可能性に積極的に挑戦し、目標の達成に向けて努力を重ねながら自分を磨いていく力」を培うことだと考える。そういった力が身に付いていれば、未来の予測がつかない変化の激しい社会において、たとえどのような困難が生じても自分の力でそれを乗り越え、人生をより充実したものにしていけるであろう。

しかし、近年、日本の子どもの現状について気にかかる調査結果がある。

平成26年版子ども・若者白書[文献1)]では、「諸外国と比べて、自己を肯定的にとらえている若者の割合が低い」「諸外国と比べて、うまくいくかわからないことに対し、意欲的に取り組むという意識が低く、つまらない、やる気が出ないと感じる若者が多い」という調査結果が出ている。また、「将来に明るい希望をもてるかどうか」は、「自分自身を肯定的にとらえられているか（自己肯定感）」が関係していることが明らかになっている。

平成28年度全国学力・学習状況調査[文献2)]においては、自己肯定感が高い方が、「挑戦心」「達成感」「規範意識」「自己有用感」に関する意識が高いという結果が得られている。

これらの調査結果から、前述の「自分の価値を認識し、自分の可能性に積極的に挑戦し、目標の達成に向けて努力を重ねながら自分を磨いていく力」の土台となるものは、自己肯定感であると考える。子どもたちが将来に明るい希望をもち、自らの力で充実した人生を歩んでいけるようにするためには、この自己肯定感を幼少期から育んでいくことが重要であり、この点において幼児教育の果たす役割は大きい。

子どもたちの自己肯定感を高めていくためには、子どもの成長過程に密接に関わる大人が、子どもをとらえる視点や関わり方を見直し、よりよいコミュニケーションの在り方について考えていく必要がある。そのための方策として、組織のマネジメントにおける人材開発手法として広がりを見せる「コーチング」の理論から、子どもたちに

自己肯定感を育み、個々の可能性を引き出すコミュニケーションの在り方についての視点を得ることが期待できる。

そこで、本稿では、コーチングの基本的考え方について示し、幼児教育における活用の可能性について考察する。

2．コーチングとは

2．1 「コーチング」の定義と役割

「コーチングとは、対話を重ねることを通して、クライアント（コーチを受ける対象）が目標達成に必要なスキルや知識、考え方を備え、行動することを支援するプロセスである。」[文献3]日本最大のコーチングファームであるコーチ・エィは、コーチングをこのように定義している。

しかし、「コーチング」という言葉を聞いたとき、スポーツの指導者としての「コーチ」を真っ先に思い浮かべる人が多いのではないだろうか。

コーチの存在がいち早く取り入れられたスポーツ界では、優れた知識や技術を持っており、選手に模範的な型を教えるのがコーチの役割と長年されてきた。コーチは「教える人」であり、コーチによる指導は知識や技術を教え込むという形の「ティーチング」が中心であった。

しかし、次第に、一方的に教えるだけでは、選手がその知識や技術をうまく生かせないのではないかと考えられるようになってきた。そのような中、1970年代にテニス指導者であるガルウェイが提唱した「インナーゲーム」が、コーチングの原点だとも言われている。外側からの技術指導が少なければ少ないほど、誰もが生まれつき内側（インナー）にもっている自然習得の機能は邪魔されず、より効果的な上達が約束されるという考えが「インナーゲーム」のベースにはある。ガルウェイは、「教える側も教わる側も、その（自然に習得する）能力と協力すれば、それぞれの力を最大限に、最も効果的に発揮できるのではないだろうか」[文献4]と述べている。

ガルウェイが提唱した「インナーゲーム」のように、選手本人が自ら考え、より良い方法を見つけ出す過程を大切にした方が、一方的に技術や知識を与えられるよりも高い成果を上げられるという考え方が、次第に広がりをみせるようになってきた。近年、スポーツ界のコーチも、知識や技術を教え込むティーチング中心の形から、自発的な行動を促す形への転換が図られている。

コーチ・エィ創業者の伊藤は、「『一方通行ではなく、双方向でアイディアを出し合い、それを検討する。行動するためのアイディアもまた双方向のコミュニケーションから生み出す』という一連のプロセスを『コーチング』」[文献5]と定義している。千々布ら[文献6]の言葉を借りれば、「知識を教え込む」という形をとり「個人の外側から内側へのはたらきかけ」といえるティーチングに対して、コーチングは「個人の内側から外側へのはたらきかけ」であり、一人一人がもっている「内なる可能性を引き出す」ところに主眼が置かれていると言えるだろう。

伊藤によって日本でコーチングが最初に紹介されたのは、1990年代後半であった。最近では、組織のマネジメントに新しい視点を与える人材開発の手法として広がりを見せ、コーチングをマネジメントに取り入れる企業数は急激に増加している。また、医療・福祉や教育の分野においても、コーチングを取り入れた研修や実践が行われ始めている。

前出の千々布ら[文献6]は、人間の未知なる可能性を引き出す技術を総称して「ヒューマンウェア」と位置づけた上で、「『コーチング』とは、人類にとって最後かつ最大のフロンティアである『人間の内側』から可能性を引き出すヒューマンウェアの中に位置づけられる基本的なスキルであり、最も重要な営みの一つと言える」としている。また、「人間の英知を引き出していく様々な技術は、まだまだ素朴で、もっと進化させる必要がある。そして、その担い手こそが、教育者なのではないだろうか」とも述べている。

人の成長過程に密接に関わる教育現場において、人間の未知なる可能性を引き出していけるような働きかけの在り方は、我々教員が追究すべき重要な課題の一つである。コーチングが「『人間の内側』から可能性を引き出すヒューマンウェアの中に位置付けられる基本的なスキル」であると捉えると、コーチングが教育分野において果たす役割は大きいと考えられる。

2．2　ティーチングとコーチングの違い

「ティーチング」と「コーチング」には、どのような違いがあるのだろうか。それぞれの特徴を図1に、メリットとデメリットを表1に示した。

教育分野でのコーチング研究にも携わる石川は、「相手の内側に知識やノウハウを注ぎ込んでいく『ティーチング』に対して、『コーチング』は相手の内側から効果的な行動や、やる気、自発性などを外側に向かって引き出していくアプローチ」[文献7]だとしている。

これまで教育活動全般において、ティーチングが大きな役割を果たし、成果を挙げてきた。新しい知識や方法を習得する際に、ティーチングは欠かせないものである。

ティーチングでは、教員から子どもへ知識を伝達する形をとることが多く、効率よく大勢への指導ができる点がメリットである一方で、場合によっては模範的な回答のみが答えとして認められ、一人一人の考えが尊重されにくい一面もある。また、「個々の教員が持っているもの以上は教えられない」「教員がベストだと思っている方法が、すべての人にとって最善の方法とは限らない」などの限界があることも指摘されている。

次期学習指導要領の改定に関して、中央教育審議会答申[文献8)]は「新しい時代を生きる子どもたちに、学校教育は何を準備しなければならないかという、これから子どもたちが活躍することとなる将来についての見通しが必要となる」と述べている。今後子どもたちが生きていく社会は、新しい知識・情報・技術の変化のスピードが加速度的となり、情報化やグローバル化といった社会的変化が人間の予測を超えて進展していくことが予想される。子どもたちの65%は将来、今は存在していない職業に就くとの予測もある。未来の社

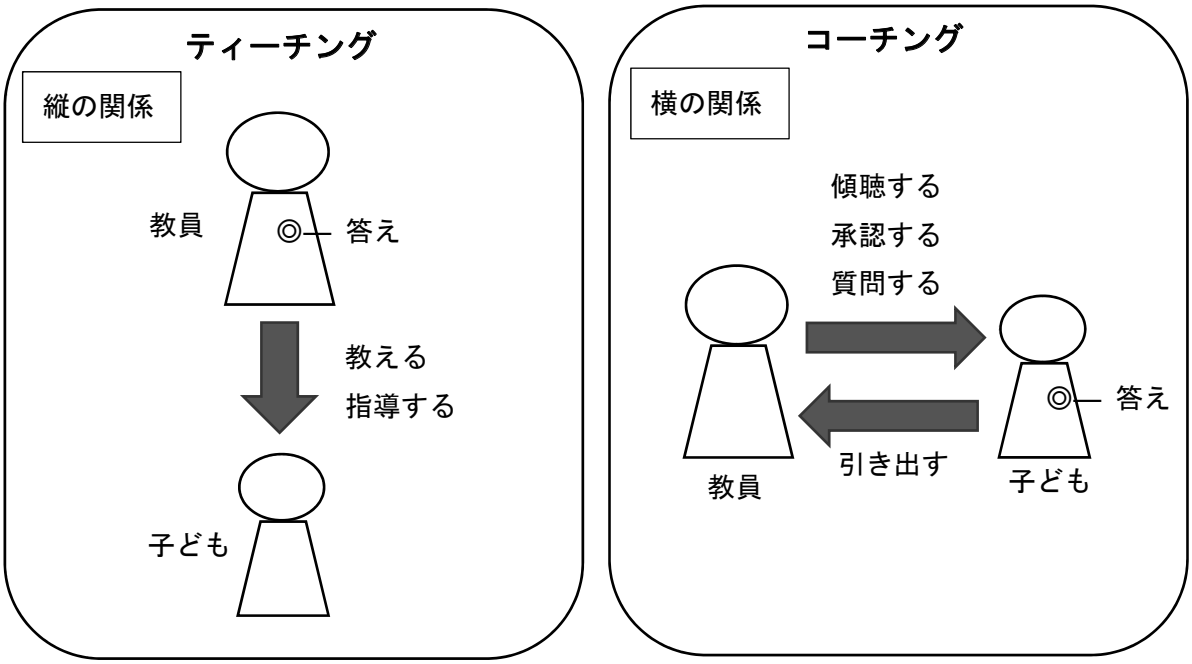


図１　ティーチングとコーチングの特徴

表１　ティーチングとコーチングのメリット・デメリット

	ティーチング	コーチング
メリット	• 一度に多くの子どもを指導できる。 • 知識伝達型で、効率的な指導ができる。 • 方法や価値観の統一を図ることができる。 • 一定レベルまで成果を高めることができる。 • 教員が子どもを管理しやすい。	• 子どもが無限の可能性をもつこと、子どもの中に答えがあることを信じて関わるので、子どもの可能性を引き出すことができる。 • 子どもの中から答えを引き出すため、教員の価値観や経験則に依存しない。 • 自分自身の中から引き出された答えであるので、子どもは納得して取り組め、決断した行動の結果を良し悪しに関わらず受け入れることができる。
デメリット	• 子どもの考えを求めず、教え込みになる。 • 教員が示すものが正答であり、答えが一つしかないと子どもが思い込む。 • 教員が示す正答を求め、子どもが自分で考えようとしなくなるため、主体的に考える力が育たず、自立性も育まれない。 • 教員が示す答えに対して子どもが必ずしも納得している訳ではないため、うまくいかなかった際に他者のせいにしてしまう。	• 一度に多くの子どもと関わることは難しい。 • 子どもから答えを引き出すことを前提とするため、時間がかかる。 • 教員が子どもの中から答えを引き出すアプローチを誤ると、子どもが詰問されているように感じてしまう。 • 子どものスキルや経験が圧倒的に少ないと、子どもの中から答えを引き出せない場合もある。

会においては、今、学校で教えていることは、時代の変化に伴って陳腐化し、役に立たないものとなる可能性もあることが危惧される。

このような未来の予測がつかない変化の激しい社会において、たとえどのような困難が生じても自分の力でそれを乗り越え、主体的に人生を歩んでいくための基盤として、自ら考える意欲と力を一人一人がしっかりと身に付けていることが大切である。その力を強く支えるものとして、自分の価値を認識し、自己を肯定的にとらえる心、すなわち自己肯定感が必要不可欠であることは言うまでもない。

コーチングでは、「人は無限の可能性をもっている」「その人が必要とする答えは、その人の中にある」という基本理念のもと、相手と関わる。子どもの可能性を信じ、子どもの中から答えを引き出す過程を大切にし、その答えは教員の価値観や経験則に依存しない。じっくり考え、自分自身の中から引き出された答えであるので、子どもは納得して取り組むことができ、決断した行動の結果を良し悪しに関わらず自分でしっかりと受け入れることができる。このように、相手の自発的な行動を引き出し、相手の問題解決、目標達成を支援するコミュニケーションの在り方がコーチングでは重視される。

著者は、ティーチングとコーチング、双方のメリット・デメリットを踏まえた上で、これまでティーチング中心だった関わりの一部分を、子どもの内側から思いや考えを引き出していくコーチング型のアプローチに転換することにより、子どもの自己肯定感をより高め、自分で考え行動していこうとする意欲と力を一層育んでいけると考える。

３．幼児教育におけるコーチング活用の可能性

コーチングには様々なスキルが存在するが、基本スキルとして①傾聴、②承認、③質問の３つが挙げられる。それぞれのスキルを切り口として、幼児教育へのコーチング活用の可能性について考察する。

３．１　「傾聴」のスキル

アメリカの心理学者マズローは、人の成長過程と欲求について５段階に分類し、人は下位の欲求が満たされると一段上の欲求充足を目指すようになるという説明をしている。その欲求５段階説を示したものが図２[文献3)]である。

コーチングでは、クライアントの目標達成、つまりマズローの欲求５段階説における「自己実現の欲求」を満たすために、クライアント自身の成長をサポートしていく役割をコーチが担う。「自己実現の欲求」に高い意欲をもって向かうためには、その前提として「生理的欲求」「安全の欲求」「所属の欲求」「自我の欲求」を満たしていく必要がある。[文献3)]

幼児教育の現場は、子どもが初めて属する社会的な集団である。そこでは、将来、子どもたちがより高い意識をもって「あるべき自分になりたい」という「自己実現の欲求」へと向かうための基盤づくりとして、主に「所属の欲求」を満たせ

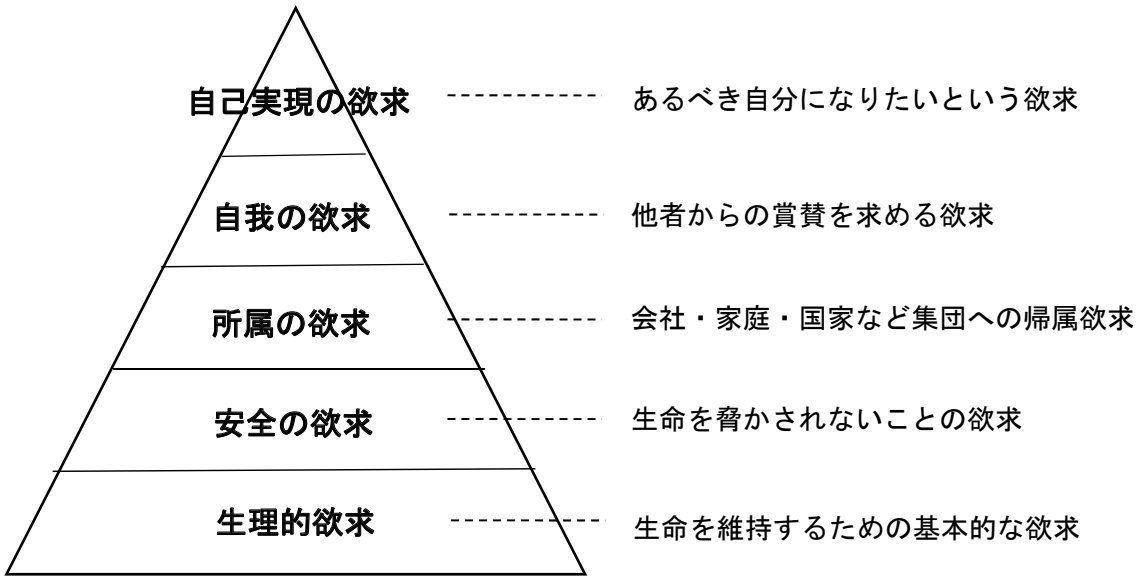


図２　マズローの欲求５段階説[文献3)]

るような関わりを意識的にしていくことが重要だと考える。著者は、集団の中で自分の存在が「受け容れられている」と実感できたとき、「所属の欲求」は満たされていくのではないかと考える。では、子ども自身が「受け容れられている」と感じられるような関わりとは、どのようなものだろうか。

例えば、子どもが転んで泣いている時、そばで大人が「痛くない、痛くない、大丈夫だよ」と声をかけている光景を目にすることがある。大人は、強くたくましい子どもになってほしいという思いから、そのような言葉がけをするのであろう。しかし、「痛い」と感じているのに、「痛くないよ」と声をかけられた子どもは、自分の気持ちを否定されているように感じてはいないだろうか。

同様に、子どもがのびのびと自分の思ったことや感じたことを伝えているのに、「それは難しいから、やめておきなさい」「それよりも、こうした方がいい」というような否定的な言葉を大人が返している場面に遭遇することがある。教員や親などの「大人」対「子ども」の関係性において、そのような関わりを目にするのは珍しいことではない。この場合も、決して大人に悪意があるわけではなく、子どものよりよい成長を願うが故に、つい先回りして自分の経験や判断基準に基づいて指示やアドバイスをしてしまうのであろう。

しかし、これらのケースは、受け手の子ども側から見ると、自分の思いや考えが受け止められることなく、頭ごなしに「あなたは間違っているよ」と言われたのも同然である。大人は子どもの話を聞いているつもりかもしれないが、自分の気持ちを受け止めてもらえない経験を積み重ねるうちに、子どもはだんだん自分に自信がもてなくなり、自分の思いや考えを表現しなくなる。また、「答え」はいつも正しい判断基準をもった大人だけが知っているものだと思い込んでしまう。その結果、常に大人に判断を委ね、頼ってしまうようになり、いつまでも自分で考えて行動できるようにならない可能性がある。

コーチングでは「傾聴」のスキルを用い、子どもが言っていることを否定しないで最後までじっくり聴く。それは、どんな言葉が発せらせても賛同するということではない。目の前の子どもが、今そういう状態にあるということをまず認めるのである。

石川は、「『聴く』というのは、『あなたの話は、聴くに値する重要な話だと私は思っている。私は、あなたの存在を大切だと思っている』というメッセージを送る行為」[文献7)]だと述べている。教員が自分の思い込みと決めつけによって子どもの話を最後まで聞かずに判断してしまうことのないよう、話の内容に関心をもち、子どもの言わんとしていることをそのまま理解しようとする姿勢が重要である。そういった関わりの積み重ねが、子ども自身の「受け容れられている」という実感となり、安心感や信頼感を生み、「所属の欲求」を満たしていくのだと考える。また、この安心感や信頼感が、子どもが主体的に行動を起こすための大切な土壌となる。

３．２　「承認」のスキル

前節で記した安心感や信頼感を土壌とした集団の中で、子どもへの「承認」を積み重ねていくことも、「所属の欲求」を満たすための重要な柱になると考える。承認する行為の一つである「ほめる」ことは、教育現場においても積極的に行われている。

子どもをほめる際に、頻繁に使われるのが「すごいね」「えらいね」などの言葉ではないだろうか。これらの言葉は言われるとうれしい場合もあるが、他者の基準によって自分の行いが「すごい」かどうか、「えらい」かどうかが評価されるという要素も含んでいる。

また、「かけっこで１位になった」などのよい結果に対して、「よくやったね」「がんばったね」とほめる「結果承認」が行われることも多い。このほめ方では、練習の段階で子どもがどれほど努力を重ねていたとしても、一定基準以上の結果を出さない限り、努力の過程は認められないことになる。

こういったほめ方は、「自分の存在が認められている」という実感に結びつきにくい。また、他者の物差しによって自分が測られるほめ方ばかりされていると、常に他者からの評価が得られなければ自分の価値を認識できないようになってしまうため、自己肯定感が育ちにくい。

八尾坂ら[文献9)]は、「事実（プロセス）承認」という視点が大事であると述べている。どんな子どもにも、できているところ、努力したところ、以前より進歩しているところが必ずあるはずである。一人一人を注意深く捉え、例えどんな小さな努力や進歩であっても見逃さず、事実として伝え、認める。それが「事実承認」である。「事実承認」を行うためには、「結果承認」とは異なり、相手のことをよく観察する必要がある。そのため、「事実承認」がなされることにより、子ど

もは「自分の存在を気にかけ、認めてもらっている」ことを実感でき、「所属の欲求」をさらに満たしていけると考える。そして、このような承認を継続的に行うことによって、子どもは自分自身ができることを増やし、成長し続けている存在であることを認識し、自己を肯定感に捉えられるようになっていく。

3．3 「質問」のスキル

石川は、「コーチングの質問は投げかけることに意味がある」[文献10)]と言う。例えば「今、一番したいことは何かな？」と質問されると、私たちは「自分が今、一番したいことは何だろう？」と考え始める。このように、どんな些細なことであっても、質問されると人の意識は自然とそこに向かい、考え始めるのである。そして、言葉に出して話し、それを自分の耳で聞いて初めて自分がどう思っているのか自分の中にある答えに気付いていく。それが、コーチングが機能した瞬間だと原田[文献9)]は述べている。

日々の子どもたちとの関わりにおいては、質問された子どもがなかなか答えられない場合も想定されるであろう。しかし、まず質問によって考える方向に意識を向かわせることに大きな意味があり、その積み重ねが「自分で考える習慣」を育むことにつながると考える。

ただ、「どうしていつも同じ失敗ばかりするの？」というような否定的な質問であれば、大人であってもなかなか答えを見つけられず、時には責められているように感じてしまう。

コーチングにおける「質問」のスキルでは、「どうしたらうまくいくと思うかな？」など、自分が在りたい未来の姿に意識が向くような質問を投げかける。未来への肯定的な質問をすることを通して、子ども自身がうまくできた状態の自分をイメージしながら、よりよい答えを見つけていけるようにするのである。

また、表1にコーチングのデメリットとして示したように、子ども自身にスキルや経験が圧倒的に少ないと、質問の答えを子どもの中から全く引き出せない場合も想定される。だからと言って、そのような子どもに対してティーチングのアプローチばかりを施した場合、自分で考える習慣がいつまでたっても身に付かず、指示待ち人間を生み出してしまう可能性がある。「コーチングは、相手に理解を示し、相手に考えさせるというプロセスを重要視するため、スピードを優先しなければならない事態、すなわち緊急時には向いていない。解決しようとしている課題領域が、重要ではあるが緊急性の差し迫っていないものである場合に、コーチングのアプローチが機能する」[文献3)]とコーチ・エィは述べている。質問されたことについて考えるための時間が子ども側にも必要であるので、緊急性を伴わない場面において自分でじっくり考える機会を設定し、考える活動を習慣化させていくことが大切である。また、考える際の視点を広げられるように、具体的な選択肢をいくつか提示し、子ども自身が選ぶ過程を踏めるように働きかけることも重要である。

4．おわりに

「子どもたちには幸せな人生を歩んでほしい。そのためには、大人が子どもをよりよい環境へと導く必要がある。」そのような考えから、つい先回りして自分の経験や判断基準に基づいて指示やアドバイスをしてしまう教員は意外に多いのではないだろうか。

一人一人の大人がもつ子ども観や教育観の違いによって、子どもとのコミュニケーションの在り方は様々な形をとる。「人は無限の可能性をもっている」「その人が必要とする答えは、その人の中にある」というコーチングの基本理念は、子どものもつ力や可能性を信じて関わっていくという視点を我々に与えてくれた。教員自身の価値判断はいったん横に置いて子どもの話を傾聴することにより、子どもが主体的に行動を起こすための土壌となる安心感と信頼感をもてるようにする。一人一人を注意深く捉え、例えどんな小さな努力や進歩であっても見逃さずに承認することにより、できることを増やし、成長し続けている自分であることを子ども自身が認識し、自己を肯定的に捉えられるようにする。自分が在りたい未来の姿に意識が向くような質問を投げかけることにより、子どもがうまくできた状態の自分をイメージしながらよりよい答えを見つけていけるようにする。

このようにコーチングのスキルを活用し、これまでティーチング中心だった関わりの一部分を子どもの内側から思いや考えを引き出すアプローチに転換することにより、一人一人の自己肯定感を高めていけることが推察された。

石川は、「コーチングで機能しているのは『やり方』ではない、コーチ自身の『あり方』である。『スキル』は『あり方』があってはじめて機能する」[文献11)]と述べている。教員が、子どものもつ可能性と力を信じてコミュニケーションを積み重ねていこうとする在り方こそが、これらのス

キルを機能させ、大きな効果を生み出すのだと言える。

引用文献

1）内閣府　平成26年版子ども・若者白書 pp.79-81 pp.89-90 2014
2）文部科学省　日本の子供たちの自己肯定感が低い現状について　第38回教育再生実行会議参考資料2　pp.8-10 2016
3）コーチ・エィ　コーチングの基本　日本実業出版社
4）W.T.ガルウェイ（後藤新弥訳）新インナーゲーム　日刊スポーツ出版社
5）伊藤守　図解コーチングマネジメント　ディスカヴァー・トゥエンティワン
6）千々布敏弥　教師のコミュニケーション力を高めるコーチング　明治図書
7）石川尚子　コーチングのとびら　ダイブックス
8）中央教育審議会　幼稚園、小学校、中学校、高等学校および特別支援学校の学習指導要領の改善及び必要な方策等について　答申 2016
9）八尾坂修・片山紀子・原田かおる　教師のためのコーチング術　ぎょうせい
10）石川尚子　言葉ひとつで子どもが変わる　つげ書房新社
11）石川尚子　やってみようコーチング　ほんの森出版

Possibility of the application of coaching in early childhood education －for developing the self-esteem of children－

Hiroko MIYAKOSHI
Department of Early Childhood Education, Toyama College of Welfare Science

Abstract

In recent years, it has been pointed out that the self-esteem of Japanese children is lower than that in foreign countries, which is also connected to the lower motivation for them to think and act by themselves. In the rapidly-changing society with unpredictable future, as the base upon which children live their productive lives on their own, it is important to nurture since childhood the positive mind on which children recognize their own values in a positive manner, i.e. the self-esteem. In this respect the role of education is significant.

As a measure to do so, it is expected, from the theory of coaching in the spreading field of the human resource development, to obtain the viewpoint about the ways of communication that develops the self-esteem and draws the individual possibility.

In this paper, we show the fundamental concept of coaching, and have considered the possibility of applying it in the early childhood education. Consequently, under the basic principles of coaching i.e. “people have infinite possibility” and “the answer that they need exists in themselves”, by alternating some part of the teaching-dominant approach to the coaching approach that extracts ideas and thoughts out of inside children, it is inferred possible to improve their own self-esteem.

Keyword : coaching, self-esteem, early childhood education, view of children, communication

『共創福祉』投稿規定

1．投稿の資格は富山福祉短期大学の教職員に限る。ただし、編集委員会が必要と認めた場合にはこの限りではない。共著の場合、第１著者は原則として投稿資格を持つ者とする。

2．投稿される論文は未発表のものに限る。ただし、学会において一部発表（投稿）した内容を含むか、学会で発表された複数の論文をまとめたものなどはその限りではない。

3．論文種別は総説、原著論文、研究報告、実践報告であり、以下のように定義される。

- 総　　説：研究や教育についての動向や解説、また評論などについてまとめたもの。
- 原著論文：一研究としてまとまって終結しており、結論や新たな知見が示されている論文である。また論文内容の一部が学会等で発表（投稿）されていることが望ましい。
- 研究報告：一研究の過程での部分的なまとまりで、実施方法、評価方法などの提案、また部分的な結果を示す論文である。
- 実践報告：教育方法の改善や、研究を進める上での改善などに関する報告、また短期的な研究・教育の調査に関する報告などにあたる。

4．査読は原則として編集委員会が指名した２名の査読者によりなされる。

5．投稿原稿の採否決定および修正は査読の結果をもとに、編集委員会による審査を経て判断する。

6．本誌に掲載された論文の著作権は富山福祉短期大学に帰属する。

7．本規程の改正は編集委員会の議を経て、編集委員長の決定により行なわれる。

附則　この規程は平成27年４月１日から施行される。

『共創福祉』執筆要項

1．原稿はWord、Excel、PowerPointソフトにより作成し、紙媒体と電子媒体を作成する。紙媒体はA4用紙に１行40字・40行とする。論文投稿時は紙媒体のみ、最終原稿提出時は紙媒体と電子媒体を提出する。表・図の挿入位置は、本文の右側の欄外に記入する。

2．原稿の長さは原則として、本文・表・図を含めて20頁以内、刷り上がり時12頁以内とする。

3．原著論文は原則として、はじめに（序または研究の背景など)、研究目的、研究方法、結果、考察、結論、謝辞、引用文献の順に構成する。

4．原稿は以下の順に書くものとする。

［第１頁］標題、所属名、著者名、和文要旨（500字程度)、和文キーワード（８語以内)。

［第２頁］英文で、標題、著者名、所属名、Abstract（450ワード程度)、Keywords（８語以内)。

［第３頁以降］

- 本文：章、節の番号は、第１章に当るものは、“１”、第１章第１節に当るものは、“１．１”というように着ける。また、式番号は、章ごとに（２．１)，（２．２）のようにして、式の左側に統一する。
- 表：一枚の用紙に一つの表を書く。表の番号は論文中に現れる順に従って、表１、表２、…または、Table １，Table ２のように書く。
- 図：図の番号は論文中に現れる順に従って、図１、図２、…または、Fig. １、Fig. ２、…のように書く。

5．引用文献の書き方は、本文中で引用する順に、１)、２）というように項番を付ける。

- 論文、研究報告等の場合
  著書名、表題、雑誌名（学会名)、巻、号、ページ（始―終)、発行年（発表年）
- 雑誌の場合
  著書名、表題、雑誌名、巻、号、ページ（始―終)、発行年
- 単行本などの場合
  著書名、書名、出版名、
- 出版年編集書の中の一部の場合
  著者名、標題、編集書名（編集者名)、巻、ページ（始―終)、発行所名、発行年

6．本文中での引用文献の引用は、文献１)、文献２）のように記述する。

7．著者校正は原則として一回とする。その際、原著論文は、印刷上の誤り以外の字句や図版の訂正、挿入、削除等は原則として行わない。

投稿論文チェックリスト

＊投稿する前に原稿を点検確認し，原稿を添付して提出して下さい.
　下記項目に従っていない場合は，投稿を受理しないことがあります.

□	1．	原稿の内容はほかの出版物にすでに発表，あるいは投稿されていない。
□	2．	筆頭著者は富山福祉短期大学教職員である。
□	3．	倫理的配慮を要する研究はその内容が記載されている。
□	4．	英文要約はてんさくを受けている。　チェック・機関名
□	5．	論文コピーは３件必要であり、２件には筆者名のないものとする。
□	6．	原稿はWord、Excel、PowerPointソフトにより作成し、紙媒体と電子媒体を作成する。紙媒体はA4用紙に１行40字・40行である。表・図の挿入位置は、本文の右側の欄外に記入している。
□	7．	原稿の長さは原則として、本文･表･図を含めて20頁以内、刷り上がり時12頁以内である。
□	8．	論文は、はじめに(序または研究の背景など)、研究目的、研究方法、結果、考察、結論、謝辞、引用文献の順に構成している。
□	9．	原稿は以下の順に構成している。 [第１頁]標題、所属名、著者名、和文要旨(500字以内)、和文キーワード(８語以内)。 [第２頁]英文で、標題、著者名、所属名、Abstract(450ワード程度)、Keywords(８語以内)。 [第３頁以降] 本文の章、節の番号は、第１章に当るものは、“１．”第１章第１節に当るものは、“１．１”というように付ける。また、式番号は、章ごとに(２．１),(２．２)のようにして、式の左側に統一する。
□	10.	表は一枚の用紙に一つの表を書く。表の番号は論文中に現れる順に従って、表１、表２、…または、Table １、Table ２のように書いている。 また、図は論文中に現れる順に従って、図１、図２、…または、Fig. １、Fig. ２、…のように書いている。
□	11.	引用文献の書き方は、本文中で引用する順に、１)、２)というように項番を付け以下のように記述している。 ・論文、研究報告等の場合 　著書名、表題、雑誌名(学会名)、巻、号、ページ(始―終)、発行年(発表年) ・雑誌の場合 　著書名、表題、雑誌名、巻、号、ページ(始―終)、発行年 ・単行本などの場合 　著書名、書名、出版名、 ・出版年編集書の中の一部の場合 　著者名、標題、編集書名(編集者名)、巻、ページ(始―終)、発行所名、発行年
□	12.	本文中での引用文献の引用は、文献１)、文献２)のように記述している。

編集委員会

編集委員長　　松本　三千人

編 集 委 員　　山本　二郎　　竹ノ山　圭二郎

　　大永　慶子　　稲垣　尚恵

共創福祉2018年　第13巻　第１号
Synergetic Walfare Science

2018年（平成30年）６月29日発行

編集・発行　　富山福祉短期大学
　　〒939-0341　富山県射水市三ヶ579

印　　刷　　㈱タニグチ印刷

Synergetic Welfare Science
Vol.13, No. 1 , 2018

Contents

Original Paper

The Effect of cushions on knee flexion in bed
…… *Jaedo HAN* 1

Study about resident's consciousness by the area welfare (activity) plan decision process (1) : Investigation to participants of an area conversazione in the A city
…… *Kiyoshi MIYAJIMA* 11

Research Report

Research on training of care worker
～The results of the survey for the facility to practice～
…… *Kiyoshi MIYAJIMA* 19

Study on Terminal Care in Intensive Care Homes for the Elderly, First Report
—Problems and Troubles of Nurses—
…… *Takae IMAGAWA, Harumi ARAKI, Mariko NIIKURA* 27

Study on Terminal Care in Intensive Care Homes for the Elderly, Second Report
—Problems and Troubles of Care workers—
…… *Harumi ARAKI, Takae IMAGAWA, Mariko NIIKURA* 35

Practice Report

Effect of role-playing being with a patient’s family when learning family nursing
－Evaluating the degree of understanding of classes using a survey－
…… *Yasuko SUMITANI, Yukiko KITAYAMA* 47

Review Article

Possibility of the application of coaching in early childhood education
－for developing the self-esteem of children－
…… *Hiroko MIYAKOSHI* 59

Toyama College of Welfare Science