

Annual Report No. 3, 2007

Patient Education Center, Graduate School of Nursing,
Osaka Prefecture University

療養学習支援センター年報
第3巻

大阪府立大学大学院看護学研究科
2007年3月



羽山由美子先生 寄贈

エルサレムウインドー燭台
マルク・シャガール

目 次

巻頭言	土居洋子	1
(1) 2006年度研究報告		
慢性呼吸器疾患患者へのリラクゼーション介入への試み		
－健常者における音楽鑑賞と呼吸法によるリラクゼーション効果－	林田麗、他	3
患者アドボカシー相談活動における相談者のエンパワメント形成過程	小笠幸子、他	11
乳児を持つ両親が「うちの子発見プログラム」に参加することにより 育児力を高めていくプロセス	大平光子、他	20
再発肺がん患者の家族の心の安定を支えるプログラムの開発と評価	林田裕美、他	28
患者・家族ニーズに即した健康・医療情報としての闘病記の活用可能性に関する研究（その1）		
－闘病記文庫に対する市民および社会のニーズ－	和田恵美子・山口知代	35
虚弱高齢者のための認知機能低下予防グループケア・プログラムの開発	中村裕美子	46
(2) 国際学術交流		
第8回 国際看護セミナー	高見沢恵美子・森一恵	54
第9回 国際看護セミナー	松尾ミヨ子	62
第10回 国際看護セミナー	秋原志穂	73
(3) プロジェクト活動		
子育て支援	大平光子、他	84
長期療養が必要な病気の相談	土居洋子、他	85
学校等における出張セクシュアリティ教育	町浦美智子	90
がん関連プロジェクト	吉田智美	91
手術お悩み相談	森 一恵、他	97
高齢者の認知機能予防教室「脳いきいき教室」	中村裕美子、他	98
患者アドボカシー相談	坂本雅代、他	99
闘病記朗読会 ―闘病記読もう会 学生との交流を通して―	山口知代・和田恵美子	102
(4) 「魅力ある大学院教育イニシアティブ」における療養学習支援 センターの利用 ―リンケージⅠ演習での活用―		
	中山美由紀、他	103

(5) 広報活動

本センターへの見学会等	田中京子、他	104
パンフレット	田中京子、他	109
ホームページ	田中京子、他	113

(6) 運営

運営委員会	中塘二三生・森一恵	123
療養学習支援センター活動記録	中塘二三生・森一恵	124

(7) 羽山由美子元教授からのご寄贈一覧

	中塘二三生・森一恵	131
--	-----------	-----

編集後記

	中塘二三生・森一恵	132
--	-----------	-----

巻 頭 言

大阪府立看護大学大学院看護学研究科
療養学習支援センター所長 土居 洋子

療養学習支援センターは、平成18年4月に大阪府立大学の研究センターとして公に認知されました。看護学の研究の発展を目指すものとして看護学研究センターが堂々と表に出ましたことは、真に喜ばしいことでもあります。本センターの設立は、「魅力ある大学院教育」イニシアティブに、「EBC志向の博士前期課程・後期課程リンケージ」が採択されたことが契機になったからであります。また、平成18年9月1日に帰らぬ人となられた故羽山由美子教授には、ご冥福をお祈りし、ご尽力くださいましたことに心から感謝の意を捧げたいと存じます。

本センターの平成18年度の主な活動は、プロジェクト活動、闘病記文庫、精密機器による計測に関するもの、リンケージプログラムによる大学院生の演習等でありました。なかでも本センターでは、看護学研究科の特徴を生かして地域に貢献することができますように幾つかのプロジェクト活動を試みてまいりました。「子育て相談」、「長期療養が必要な病気の相談」、「セクシュアリティ教育」、「がん患者と家族のためのホスピス相談」、「手術についてのお悩み相談」、「高齢者のための介護予防教室」、「患者アドボカシー相談」、「先行く先輩の病気体験の共有—闘病記を読もう会—」などの企画です。近い将来には、これらのプロジェクトの中から看護介入プログラムの評価研究が出ることを期待しております。参加者が最も多かったプロジェクトは、「脳いきいき教室」でありまして、ねらいは高齢者のための介護予防教室であり、塗り絵やゲーム等多くのメニューが用意され、参加者の楽しそうな雰囲気が印象的でした。

平成18年7月には、闘病記を800冊ご寄付頂き、闘病記文庫の部屋を本センターの入り口に設けました。アメリカンチェリー色の椅子は、本を読むのに最適です。中国河南省科技大学王朝娟先生から頂きましたボタンの絵も掛けておりまして、エアコンも装備し、くつろいだ部屋の環境が整いました。週2回は、闘病記を貸し出すことができるようになりました。返却は、正面入り口にボックスを設けましたので、いつでも可能です。そして、医学知識のビデオが学内ランを通して、どなたでも見ることもできます。音声の説明を聞きながら、映像を見ることができますので、非常にわかりやすいと好評を得ています。

地域住民に人気があるのは、各種の健康度を見ることができる精密機器でありまして、骨密度計、活力年齢計（体力・健康度・体脂肪）、心拍ゆらぎ計（リラクセーション）、血流計などです。骨密度計は高価なもので、この機種 of 信頼性は大きで、しかも5分程度で測定でき、なかなか優秀な機器と思っています。住民への計測をしながら、少しずつ学習をすすめ、そのうちに骨粗しょう症予防教育プログラムを開発することができましよう。確実なエビデンスを得るにはRCT (Randomized Controlled Trial) の研究デザインが望ましく、一朝一夕にはまいりませんが、これも日々の積み重ねが大切と思っています。

本センター設置の目的は、看護の研究、大学院教育、および地域貢献にあります。先ずは、地域貢献に勢力を注ぎ、住民に愛されるセンターを目指しております。

平成19年2月14日

慢性呼吸器疾患患者へのリラクゼーション介入への試み

－健常者における音楽鑑賞と呼吸法によるリラクゼーション効果－

林田 麗、伏田香津美、里深 瞳、池田由紀、土居洋子、松尾ミヨ子、荒木孝治

I. はじめに

慢性呼吸器疾患を持つ患者は、努力呼吸により胸鎖乳突筋などの呼吸補助筋を使うことが多く、呼吸筋の疲労をきたしやすい。また、慢性の病を持ちながら日常生活を送ることは、日常生活活動や生活の質に制限が加わり、精神的なストレスを抱きやすい。リラクゼーション法は、呼吸筋の緊張や心身の疲労を緩和するとされており、排痰法や呼吸訓練、運動療法などとともに呼吸リハビリテーションのひとつとされている。特に、中等度から重度の慢性呼吸器疾患患者は呼吸困難感が強く、運動療法を行うことが困難な場合が多い。そのため、運動療法開始前やADL訓練のコンディション作りのためのリラクゼーションは不可欠である。慢性呼吸器疾患患者が療養生活の中にリラクゼーションを積極的に取り入れることは有効であると考えられる。

本研究では、大がかりな器具を用いることなく、在宅で一人ででも出来るリラクゼーション法が継続という点で優れていると考え、本研究で用いるリラクゼーション法を、簡易で経済的負担の少ない音楽鑑賞と呼吸法とした。最終的な研究目標は、慢性呼吸器疾患患者がリラクゼーション法の実施によって呼吸筋の緊張や精神的負担の軽減を図れるかどうかを確認することであるが、本研究では、最終目的遂行のための前段階として研究対象者を健常者とし、音楽鑑賞と呼吸法によるリラクゼーション法の効果の基礎データを収集・分析し、患者への適応を検討したい。

II. リラクゼーション法

1. 音楽鑑賞

音楽は趣味として鑑賞されるのみならず、音楽療法として長い間用いられている治療方法のひとつである。ただ単に音楽を鑑賞する受動的な方法だけでも不安の軽減や疼痛緩和、リラクゼーション効果があるとする報告がある（佐伯、2003）。どのような音楽を聴くかによって自律神経機能への影響は異なるが（北川、2001）、一般的にモーツァルトの作品は心身に安らぎを与えるとされているため、リラクゼーション法としての音楽鑑賞の実施には、「The Mozart Effect Vol.2 Heal The Body からだを癒す（プレム・プロモーション株式会社）」を選曲した。

2. 呼吸法

ストレス・マネジメントのひとつとして取り入れられているのが呼吸法である。また、古くからヨガにおける呼吸調整の重要性は知られており、ヨガと呼吸と緊張緩和あるいは交感神経抑制などについての報告がある（坂木、1999）。呼吸法のなかでも腹式呼吸は副交感神経活動を亢進し、リラクゼーション効果をもたらすとされており、本研究では

「リラクセスのための呼吸法」としてヨガの呼吸法を用いた。

Ⅲ. 評価指標

リラクゼーション反応の評価には、生理学的な指標として心電図R-R間隔変動と皮膚血流反応を、主観的な指標として日本語版Profile of Mood States短縮版を用いた。

1. 心電図R-R間隔変動

自律神経障害を合併している糖尿病患者や心疾患を持つ患者が健常者に比べて心拍間隔の変動が減少あるいは消失していることや、健常者に硫酸アトロピンを投与したところその変動が減少したことから、心電図R-R間隔変動は自律神経機能を反映していると考えられている（持尾、2000）。また、健常者では、安静時に心電図R-R間隔が変動しているのに対し、患者やストレス負荷を受けた健常者のR-R間隔の変動は一定化することが報告されている（早野、2004）。生体ではストレスサーにより、末梢の交感神経活動が亢進し、反対にリラクセスすると副交感神経活動が亢進する。このことから、リラクゼーション反応を心電図R-R間隔変動から知ることができると考え、評価指標とした。

解析については、心電図R-R間隔から、100心拍のR-R間隔の平均値（M）および標準偏差（SD）から変動係数（CV（%）=SD/M×100）を算出し、CVから副交感神経の活動を把握した。また、スペクトル解析により、心電図R-R間隔変動の0.15～0.5Hzの高周波成分（HF）と0.04～0.15Hzの低周波成分（LF）、およびLF/HF比を求めた。HFがアトロピンによる副交感神経遮断により消失することや、LFでは交感神経遮断と副交感神経遮断の両方が消失することから、HFは副交感神経系の活動を、LF/HF比は交感神経系の活動を評価しようということが一般的に考えられている（岡、2000；小内山、2003）。

2. 皮膚血流反応

末梢神経において記録可能な皮膚交感神経活動のうち、精神的刺激に反応する血管収縮神経活動を検知してモニターできるのはレーザー血流計である（安東、2000）。これは非侵襲的で高度な検査技術を必要としない利点がある。皮膚血流量の値から、交感神経抑制による末梢血管拡張を血流量増加から把握し、リラクゼーション法による副交感神経活動をとらえることができると考えた。

3. 日本語版Profile of Mood States 短縮版（POMS短縮版）

POMS短縮版は、POMS正規版が65項目から構成されているのに対して、項目数を30に削減させたもので、対象者の回答する上での負担感を軽減し、短時間で変化する介入前後の気分や感情の変化を測定することを可能にしている。POMS正規版は臨床や職場、学校などで活用され、また運動やリラクゼーション効果などの評価尺度として長く用いられているものであり、POMS短縮版も、正規版と同様の評価測定が可能であるとされ（横山、2005）、介入前後の即時的な気分を尋ねることができる点や対象者の負担を軽減できる点を活かして、リラクゼーション反応の主観的評価指標とみなした。

IV. 研究方法

1. 研究対象

研究対象者は、健常者とした。研究に先立ち、疾患の有無や飲食の時間、刺激物の摂取状況、月経の有無などを確認した。また、研究参加に関して、研究目的や対象者の権利保障について書面と口頭による説明を行い、同意の得られた22歳から27歳 (24.4 ± 2.3 歳)までの健康な成人男性1名と女性4名を対象者とした。なお、本研究の実施にあたっては、大阪府立大学看護学部倫理委員会からの承認を得た。

2. 研究手続

まず初めに、対象者の属性や健康状態について尋ねた。食事を摂取してから1時間以上経ていること、治療中の疾患の有無、月経中かどうかなどについて確認した。室温摂氏26度・湿度50%に保った人工気候室内に、安楽椅子を設置し、対象者に腰掛けてもらった。対象者に心電図の電極を3枚、胸骨上と左鎖骨下、左側胸部に貼用した。また血流計プローブを左第3指指腹に装着し、手掌を上向にして左前腕を静かに肘掛に保持するように依頼した。研究の流れを図1に示した。電極類装着後から測定終了まで終始、心電図と血流量を測定した。初めに10分間の安静を保ってもらい、その後課題を与えた。課題は、アンドレ・レイの複雑図形を模写してもらった。そして、POMS短縮版に回答してもらい、その後5分間の介入 (iPod®のイヤホンから流れる音楽の鑑賞、あるいは呼吸法の実施) を行った。再び5分間、安静を保ってもらい、POMS短縮版に回答してもらった。音楽鑑賞と呼吸法は、それぞれ別の日に行った。呼吸法は測定開始前に対象者に練習してもらい、慣れたところで測定を開始した。なお、ひとつのリラクゼーション法の実施や測定には一人約40分の時間を要した。

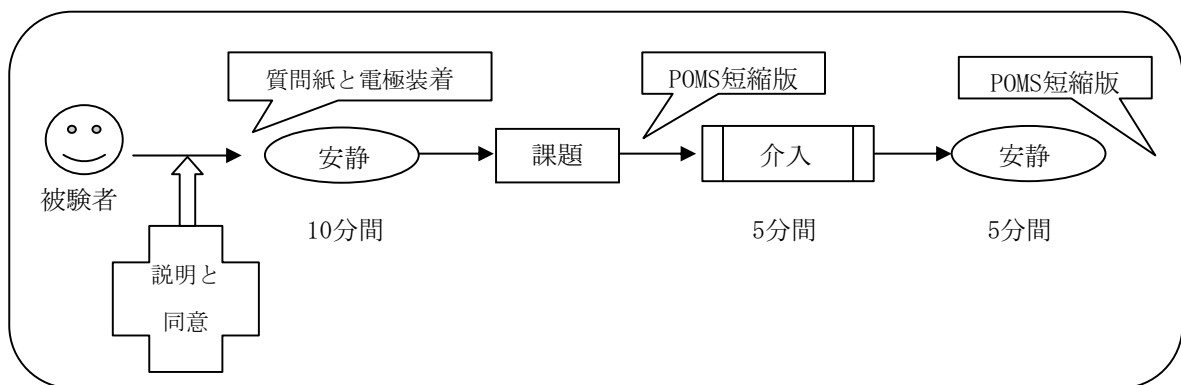


図1 研究手続きと流れ

3. 評価方法

リラクゼーション法実施による、それぞれの指標が示すリラクゼーション反応を図2にあらわした。

1) 心電図R-R間隔変動

心電図の測定には日本光電のBSM-2301を使用して心電図を導出し、導出した心電図R-R間隔変動の解析にはGMS社のMemCalc/Tarawa心拍ゆらぎリアルタイム解析システム[®]を用いた。なお、心電図R-R間隔変動の解析対象とした時間は、安静時およびリラクゼーション法実施時の測定時間の中央4分間とした。

さらに、HFの値については、個人によってばらつきがあるため、各対象者のリラクゼーション法実施前の安静のHFに対する実施中および実施後の安静のHFの相対変化量を求めた。

2) 皮膚血流量

皮膚血流量の測定にはFLO-C1[®]（オメガウェーブ株式会社）を使用した。皮膚血流量の解析対象時間は、安静時およびリラクゼーション法実施時の測定時間の中央4分間とした。皮膚血流量は個人差があるため、各対象者のリラクゼーション法実施前の安静の血流量に対する実施中および実施後の安静の血流量の相対変化量を算出した。

3) POMS短縮版

各対象者のリラクゼーション法実施前後の「緊張および不安感」、「自信喪失感を伴った抑うつ感」、「敵意と怒り」、「元気さ、躍動感ないし活力」、「意欲や活力の低下」、「思考力低下・当惑」の6気分尺度を採点方法に沿って採点し、年齢別標準化得点（T得点）を算出した。

4) 統計処理

統計処理にはSPSS[®]10.1.3Jを用い、平均値の差をウィルコクソンの順位和検定で比較し、有意水準を5%未満とした。

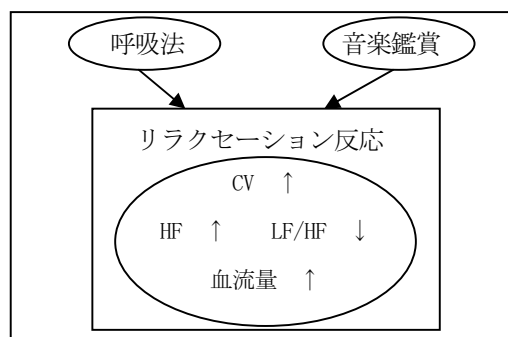


図2 リラクゼーション法と指標

V. 研究結果

1. 対象者の属性と健康状態

対象者の属性と健康状態は、5名とも現在治療中の疾患はなく、リラクゼーション法実施の1時間以上前に食事摂取を終えていた。女性4名すべてが月経中でなかった。他の属性と健康状態は表1のとおりであった。

表1 対象者の属性と健康状態

ID	性別	年齢	刺激物 摂取	睡眠 時間	月経中
1	F	25	なし	6	なし
2	M	26	あり	5	NA
3	F	22	なし	7	なし
4	F	22	なし	4	なし
5	F	27	なし	8	なし

2. 心電図R-R間隔変動

1) 心電図R-R間隔変動係数 (CV)

音楽鑑賞の実施前安静・実施中・実施後安静のCVの平均値は、順に3.5%、3.4%、3.3%でほぼ変化はなかった。呼吸法では、実施中にCVが3.3%から6%に上昇していた。それぞれのCVの平均値を表2に示した。それぞれの平均値を比較したところ、二つのリラクゼーション法のどちらにも実施前安静・実施中・実施後安静において有意な差はみられなかった。

表2 リラクゼーション法実施前・中・後のCVの平均値 (%)

	実施前安静		実施中		実施後安静	
音楽鑑賞	3.5	[2.8, 4.3]	3.4	[3.1, 3.7]	3.3	[2.8, 3.8]
呼吸法	3.7	[2.7, 4.7]	6.0	[3.1, 9.0]	4.0	[2.7, 5.2]

[]は95%信頼区間

2) 高周波成分 (HF)

HFの相対変化率の平均値は、音楽鑑賞の実施においては、実施前を100とすると、実施中は80.6%に減少し、実施後の安静でも87.9%に減少した。相対変化率の平均値を実施前安静・実施中・実施後安静それぞれで比較したところ、実施中のHFは実施前安静より有意に低値を示した(図3)。呼吸法実施においては、実施前を100とすると、実施中および実施後安静ではそれぞれ118.3%、114.3%と上昇が見られたが、平均値の比較では、有意差はみられなかった(図4)。

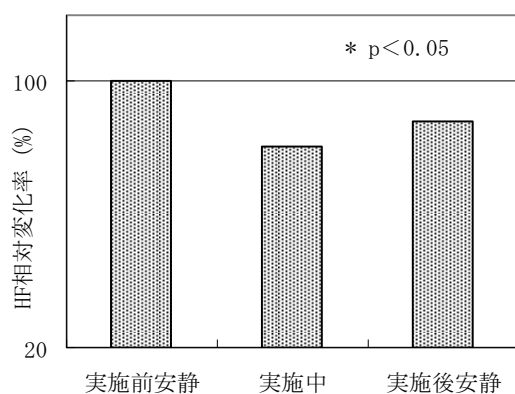


図3 音楽鑑賞のHF相対変化率

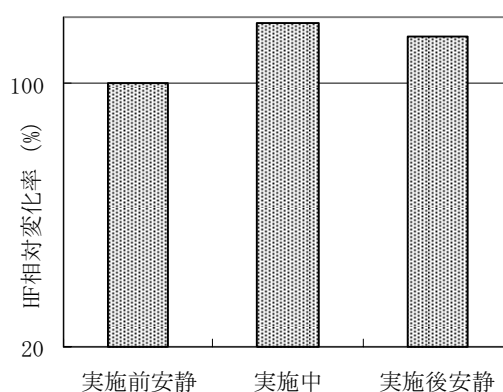


図4 呼吸法のHF相対変化率

3) 高周波成分 (HF) と低周波成分 (LF) の比

音楽鑑賞および呼吸法両方の実施前安静・実施中・実施後安静のLF/HF比は、実施中に上昇していた (図5)。平均値の比較では、音楽鑑賞と呼吸法のどちらにも有意な差はみられなかった。

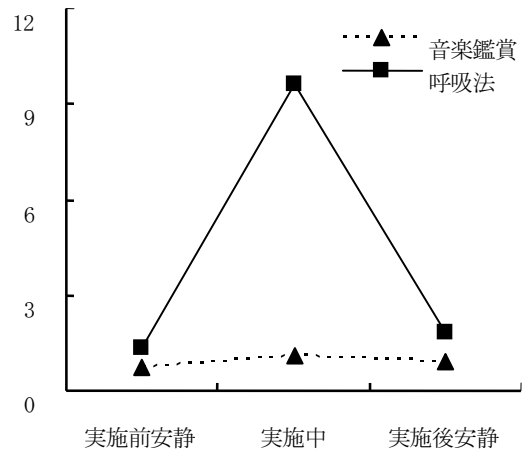


図5 実施前中後のLF/HF比

3. 皮膚血流量

音楽鑑賞および呼吸法の実施によって、皮膚血流量の平均値は表3のような結果となった。いずれのリラクゼーション法でも、実施中の血流量が減少していた。実施前安静・実施中・実施後安静それぞれの平均値を比較したところ、有意な変化はみられなかった。

表3 皮膚血流量 (ml/min/100g)

	実施前安静	実施中	実施後安静
音楽鑑賞	18.5 [10.6, 26.50]	15.5 [5.3, 25.7]	16.4 [6.8, 26.0]
呼吸法	15.8 [12.2, 19.0]	15.0 [10.1, 19.8]	15.3 [9.6, 21.0]

[]は95%信頼区間

4. POMS短縮版

音楽鑑賞と呼吸法それぞれのPOMS短縮版の6尺度のT得点を図6と図7に示した。6尺度それぞれのリラクゼーション実施前後のT得点を比較したところ、有意な差はみられなかった。

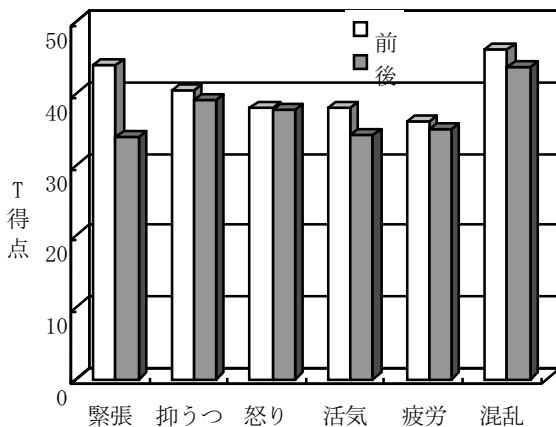


図6 音楽鑑賞前後のT得点の変化

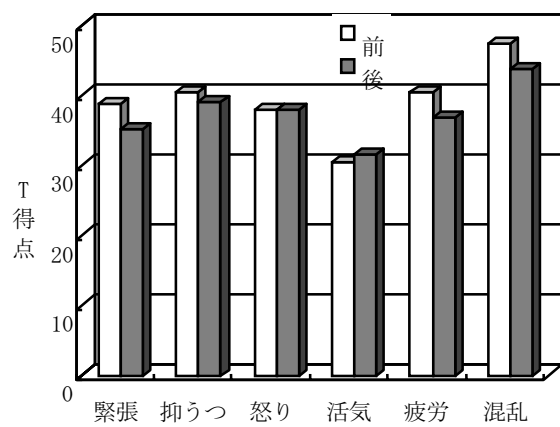


図7 呼吸法実施前後のT得点の変化

VI. 考察

心電図R-R間隔変動と皮膚血流量およびPOMS短縮版のそれぞれとリラクゼーション反応について述べる。

1. 心電図R-R間隔変動

心電図R-R間隔変動係数 (CV) は、加齢に伴って減少するといわれている。持尾 (2000) によると、20歳代の平均CV値は6.0%であるとしているが、本研究で得られたCV値は、呼吸法実施中に6.0%と上昇したものの、その他では3.0%台と低かった。リラクゼーション法の実施によって、リラクゼーション反応が導き出されたとすれば、CV値は大きくなることが予測されるが、音楽鑑賞によっては、CV値はほとんど変化せず、音楽鑑賞により副交感神経の活動性は高まらなかったといえる。呼吸法では、CV値の上昇はみられたため、副交感神経活動が増加したと考えられる。ただし、対象者数が少ないことから、一般化するにはさらなる測定や評価が必要である。さらに、CVは交感神経系の影響も受けるため、呼吸法による対象者の呼吸の深さや呼吸回数の変化が影響することも考慮したリラクゼーション法の実施を考える必要がある。

音楽鑑賞中の心電図R-R間隔の高周波成分 (HF) は、観賞前の安静時のHFに比べて有意にその相対変化量が低下していた。これは、選曲した音楽が対象者にとって快適性をもたらすかどうかの影響すると考えられる。呼吸法実施中では、HFと低周波成分 (LF) との比 (LF/HF比) は上昇していた。リラクゼーション法実施により、HFが上昇し、LF/HF比が低下することがみとめられれば、リラクゼーション反応が得られたとできるが、本研究ではそのような結果は得られなかった。呼吸法では、その熟達度によっても、対象者にとっては交感神経を亢進させる運動ともなりうる可能性があることから、リラクゼーション法そのものについても検討する必要があると考える。さらには、心電図R-R間隔変動は呼吸の影響を受けやすく、呼吸時の胸郭の動きを考慮した心電図の電極を選択するなど、測定における工夫や配慮が必要だと考える。

2. 皮膚血流量とリラクゼーション

音楽鑑賞と呼吸法のどちらにおいても、実施中に血流量の低下がみられた。血流量が低下するという事は交感神経の亢進により、末梢血管が収縮するために起こるので、リラクゼーション法実施中には、対象の副交感神経活動は抑制されていた結果となった。これについても、リラクゼーション法の実施内容を検討することが必要であると考えられる。さらには、皮膚血流量の測定時には、対象者が開眼しているか、閉眼しているかによって、また測定部位の皮膚温によっても測定値に影響が出るため、測定を一定の条件にそろえられるよう、さらに綿密な準備や知識が必要であると考えられる。

3. POMS短縮版

6つの気分尺度のどれにもリラクゼーション法の実施前後での有意な差がみられなかった。これは、与えた課題の負荷量が少なかったことと関係していると考えられる。

VII. 今後の課題

本研究では、用いた評価指標によっては音楽鑑賞と呼吸法のリラクゼーション反応はみとめられなかった。これは、対象者数が少なかったことが影響していると考えられ、今後はさらに対象者を増やしてデータを収集・分析する必要がある。さらには、評価指標そのものがリラクゼーション反応を示しうるのかということも検討する必要がある。そして、得られたデータの解析方法についても吟味していきたいと考える。

文献

- 安東由喜雄：Sympathetic flow response (SR) (交感神経性皮膚血流反応)、自律神経機能検査 第3版：232-235、2000.
- 早野順一郎：心拍変動による身体休息（やすらぎ）の評価、産業ストレス研究 11巻：225-232、2004.
- 北川かおる、岡崎美智子、宍戸幽香里、古賀美紀、土作幸恵：音楽刺激に対する生体反応の研究、日本在宅ケア学会誌 第5巻 第1号：53-57、2001.
- 小内山弘和、白土男女幸、山本洋祐、梅田孝、中野昭一、伊藤孝：運動選手の安静時の自律神経系に関する研究—血流周波数解析と心電図R-R間隔周波数解析からの検討—、日本体育大学紀要 第33巻 第1号：1-7、2003.
- 持尾聰一郎：心電図R-R間隔変動—CVを中心に、自律神経機能検査 第3版：136-139、2000.
- 長坂猛、田中美智子：ストレスケアのエビデンス、臨牀看護 29巻 13号：2032-2043、2003.
- 永田晟、田島多恵子：MemCalc法による運動生体信号のスペクトル分析、第60回日本体力医学会、2005.
- 岡尚省：心電図R-R間隔変動—血圧のfrequency-domain analysis (スペクトル解析)、自律神経機能検査 第3版：140-147、2000.
- 横山和仁：POMS短縮版 手引きと事例解説：2005.
- 佐伯由香：代替療法のエビデンス—音楽療法—、臨牀看護 第29巻 第13号：2055-2063、2003.
- 坂木佳壽美：ヨーガの呼吸法とそのからだへの影響、体育の科学 49巻：388-393、1999.

患者アドボカシー相談活動における相談者のエンパワメント形成過程

小笠幸子・坂本雅代・羽山由美子・荒木孝治・森川英子*

I. はじめに

患者アドボカシーとは、個人や仲間がエンパワメントする、つまり自分らしく自立して生きていく力を高めることを支援する技術や方法の一つ（北野，2003）であるとされ、相談活動において看護能力やコミュニケーション技術を活用しながら支援を行うことである。支援としての患者アドボカシーは安易な擁護や代弁ではなく、患者自身が権利を主張できるようにエンパワメントを図ること（石本，2000）であり、対象者の自立や能力に応じた関わりが必要である。

本学で実施している患者アドボカシー相談の利用者は患者本人やその家族であり、個人の自立や能力には差があるものの、近年激変する医療環境や制度、依然として変わらない医療者－患者関係の中、相談者は病気や障害、取り巻く環境や直面する困難な問題によりパワーの低下または欠如した状態に陥りやすいと考えられる。支援を要する患者の特徴として、脆弱で無力感を感じ、意見を言うための知識や勇気に欠けた状態にある（Kerstin,1997）ことが示唆されているが、我々の相談活動においても、相談を受けた時の相談者は概ねこの特徴と似ている印象を受ける。患者アドボカシーは良質な看護の重要な要素であり、看護者にはこのような状態にある患者がパワーを回復し、自らの意見を発言できる知識や行動力を得られる支援を提供することが求められる。

エンパワメントは、看護領域にも重要な概念として取り入れられ、看護師と患者や母親間（中野ら，1996；宮田ら，1996；原田，1996；工藤ら，2001）、ケースワーカーとクライアント間（栄，2006a；丹野，1995）などエンパワメントに関する研究は多数報告されているものの、電話相談活動における相談者と対応者間でのエンパワメントに関する研究はみあたらない。

患者アドボカシー相談室1年目の実践活動過程についてアクションリサーチを用いて評価した結果（坂本ら，2006）では、相談対応者（以下、対応者）の役割として“情報を提供する”“支える”ことが明らかとなり、相談者の不安の軽減、疑問がとける、解決策の方向性が描け、気持ちが整うことで相談者の持てる力が発揮される可能性が示唆された。そこで、今回は相談を通して、相談者にどのようなエンパワメントが生じたのかを、過去の記録から相談者と対応者の関わりの過程を振り返って検討することにした。

なお、本研究ではエンパワメントを「相談者が気持ちや考えを自分らしく表現し、問題解決に向けて持てる力を発揮する過程」として捉えた。

II. 研究目的

本研究の目的は、患者アドボカシー相談場面において相談者の要望と対応者の援助内

*関西女子短期大学

容、また、援助を通して生じた相談者のエンパワメントの特徴とその形成過程について明らかにすることである。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究および分析対象

2005年1月から2006年9月までに電話または来所相談のあった48件の相談記録を研究対象とし、それらの中から、相談過程における対応者の関わりにより相談者自身がエンパワーされたと考えられるポジティブな変化のみられた事例22例の相談記録を分析対象とした。なお、本研究におけるエンパワーされたと考えられるポジティブな変化とは、相談活動を通して相談者の不安が軽減される、または問題が整理でき解決の方向性が描けることとした。

2. 分析方法

相談者が対応者の関わりによりポジティブな変化が起こった事例を抽出し、相談過程を整理して資料とした。そして、ポジティブな変化がみられた場面の相談者の言葉や事実関係を再構成した。抽出されたデータの分析方法は、相談内容に含まれる意味、対応者の対応内容に含まれる意味、相談者に起こったポジティブな変化に焦点を当て、意味内容の類似した部分を集めて分類しカテゴリー化する内容分析を用いた。なお、分析にあたっては意味内容の解釈の偏りをなくすため研究者間で検討し信頼、妥当性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

相談活動において相談者は匿名で受け付け、相談内容の情報は最小限にとどめ、対象個人が特定できないように相談記録を記載し、守秘義務を厳守していること、また、相談活動を評価するために相談内容を統計的に処理し、研究として活用させていただくことを相談活動ちらしに明示している。これまで、相談記録の利用を断る方はなかったことから、了解を得たものと判断した。本論の記述にあたっては、特定の医療機関名や相談者個人が特定されるような内容については削除し、可能な限り抽象化した内容を取り出すなど、プライバシー、個人情報保護への配慮に努めた。

Ⅳ. 結果

1. 相談者および相談内容の特性

22事例のうち、電話相談は17例、来所訪問は5例であった。相談者の性別は男性6例、女性16例、相談の対象は自分自身に関する相談は13例、家族に関する相談は9例、その内訳は配偶者に関する相談4例、子どもに関する相談2例、親に関する相談2例、兄弟に関する相談1例であった。

2. 相談者の要望

相談者の要望としては次の8カテゴリーが得られた。

1) 【感情・気持ちを表現する】

これは、医療者からの圧力や言葉の暴力、無理解、不平等な関係に対する怒りや医療者への不信感・不満感、苛立ち、さまざまな不安、病気の苦痛・辛さ、介護・育児ストレス・辛さ、医師に質問することへの抵抗感、薬に対する恐怖など、様々な気持ちを聞いて欲しいというものである。

2) 【医療に関する情報提供を求める】

これは、医療者からの説明不足や医師に質問することへの抵抗感から自分では理解や判断ができないため、検査の危険性や影響、治療内容、関する情報提供を求めるものである。

3) 【問題への対応の仕方についての提案・指示を求める】

これは、医療者からの不適切な対応や自分に合わない処方に対して、また、家族の転院や金銭管理に関する対応を迫られるなかで、問題への対応の仕方について提案や指示を求めるものである。

4) 【問題を整理したい】

これは、相談者の生活習慣により起こる不快な症状に対する不安や対応の仕方、家族の病気や生活・友人・近所との関係など、相談者が抱えている自分では整理し切れない問題を一緒に考え整理することを求めるものである。

5) 【症状・生活に関する助言・指導を求める】

これは、病気による症状やそれらに伴う生活の変化、制限のなかでどのように自分らしく生活すればよいかについての助言や指導を求めるものである。

6) 【人間として尊重してほしい】

これは、患者である自分を批判せず、病気のない人と同じようにひとりの人間として尊重してもらうことへのニーズを表したものである。

7) 【セカンドオピニオンを求める】

これは、治療に関して医師の判断が違うなか、どちらを選択するべきか迷っているため、医学的な意見を求めるものである。

8) 【主治医へ代弁して欲しい】

これは、相談者自身の説明では主治医にわかってもらえないので相談室から主治医に言って欲しいという代弁を求めるものである。

3. 対応者の援助内容

対応者の援助内容については次の6つのカテゴリーが得られ、対応者は相談者の要望に応じた次のような援助を行っていた。

1) 【感情・気持ちの理解・受け止め】

これは医療者への怒り・不信感・不満感・苛立ちや病気への不安、苦痛、辛さ、ストレス、抵抗感、恐怖など相談者の持つ感情や気持ちに対して批判を加えることなく話の最後まで聴き、医療者と患者という関係ではなく人間としての立場に立って、相談者がそのように感じる理由や状況を相談者の視点で対応者自身が理解したり、受け止めたりする援助であり、各事例の相談の始めから終わりまで継続的に行われていた。

2) 【振り返り・問いかけによる問題の整理】

これは、相談者に悪影響を及ぼしたり、自分では避けたいと感じている習慣や行動をしてしまうことや、これまでの人生における出来事、医療者を含めた人間関係の経緯、その時の状況などを振り返り、相談者自身の認識や考えを問いかけることにより問題の原因や要因、自分の考え方や行動の特徴・傾向に気付くことで問題を整理してゆく援助である。

3) 【医療に関する情報提供】

これは、医療行為や検査、治療、医療制度やシステムなどに関する専門的な知識を要する事柄において、相談者自身の既存の知識や医療者からの説明だけでは理解できない、または判断に困る状況のなか、対応者は看護者の立場からの知識や情報の提供を行っていた。

4) 【問題への対応の仕方について提案・指示】

これは、現実の問題や状況に対して感情的または動揺している状態のなかで、相談者の思っている対応の仕方が現実的で適切な方法であるかどうか、今優先して考えることは何かなど、冷静で的確な判断、対応ができるように相談者に提案・指示していた。

5) 【症状・生活に関する助言・指導】

相談者が病気・症状の悪化・変化に伴う日常・社会生活の仕方の変更を余儀なくされる状況で、生活形態や環境、対人関係などにおいてどのような工夫や調整を図ることでよりその人らしく居られるかについて対応者も相談者とともに考え助言や指導が行われていた。

6) 【相談者の考える解決法への支持】

相談開始の段階で、相談者自身が問題への対応やあるべき状態についてある程度の考えや具体策を持ちイメージできている場合、あるいは漠然としていた対応策が相談の過程で明確に具体化された場合において、対応者は相談者の考える解決法への後押しとなる支持を表し、相談者が意思決定し行動へと繋げていけるよう援助していた。

4. 対応者の援助を通して相談者に起こった変化

対応者の援助を通して相談者に起こった変化は次のとおりであった。【感情・気持ちの理解・受け止め】を通して「安心する」「自尊心を回復する」「喜びを感じる」「内面部分を語る」「自信を得る」「意欲を持つ」「問題解決方法を考える」など7つの変化がみられた。

「安心する」は、相談者からの「安心できた」「落ち着いた」という言葉や口調、声のトーン、表情、雰囲気などから、相談の始めと比べて相談者は徐々に穏やかになり、気持ちが落ち着く、安心感が得られるなどの変化がみられた。

「自尊心を回復する」は、「褒めてもらえてよかった」と相談者自身がひとりの人として、親として認められたことで、低下していた自尊感情が回復したと感じられる反応を表わしていた。

「喜びを感じる」は、「嬉しかった」「聴いてもらえてよかった」など、話を最後まで聴いてもらったことによる満足感を表していた。

〔内面部分を語る〕は、配偶者に対し「申し訳なく思っている」気持ちや「切ない」思い、「病気を突きつけられて辛い」など、相談者が対応者に対して心を開き心の底にある思いを吐露したものである。

〔自信を得る〕は、相談者が対応者からの理解や肯定的な反応に勇気づけられ自分の考えに自信を持てるようになっていた。

〔意欲を持つ〕は、「人権に関する勉強がしたい」と病気を抱えながらもやりたい事に対する意欲や今後への期待を相談者が語れるようになっていた。

〔問題解決方法を考える〕は、相談者が受け入れ難かった現状を受け入れて、自ら主体的に直面する問題や課題に対してどう対応するべきかについて考え、次にどうするのがよいか見通しを立てられる状態へと変化していた。

また、【振り返り・問いかけによる問題の整理】を通して〔問題を意識化する〕〔問題解決方法を考える〕という相談者の変化が、【医療に関する情報提供】を通して〔情報を整理する〕〔問題解決方法を考える〕という相談者の変化が、【問題への対応の仕方について提案・指示】【症状・生活に関する助言・指導】を通して〔問題解決方法を考える〕、【相談者の考える解決法への支持】を通して〔問題解決行動を意思決定する〕という相談者の変化がみられた。

〔問題を意識化する〕は、対応者の援助を通してそれまで気付いていなかった相談者の認識や考え、行動の特徴・傾向に気づき自分の言葉で表現する状態へと変化していた。

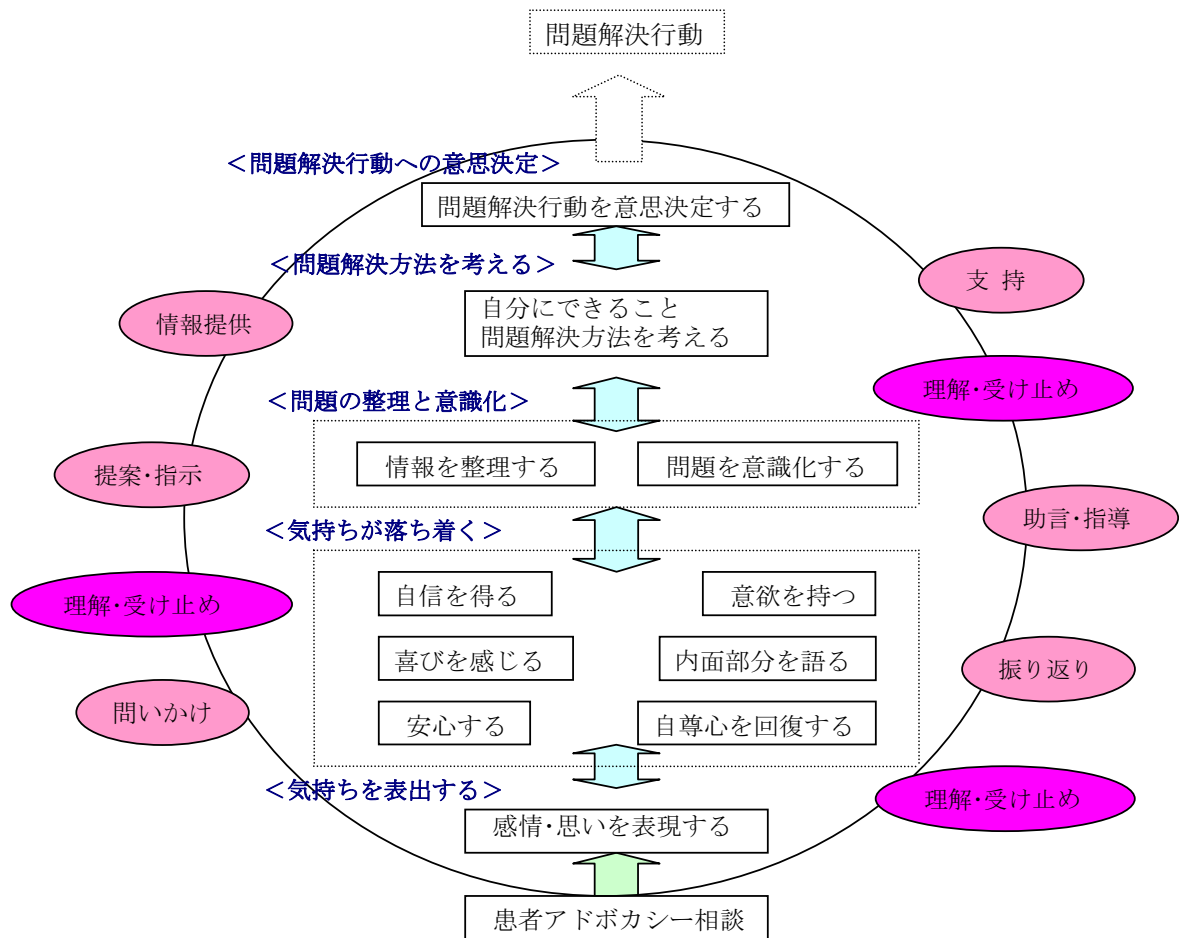
〔問題解決方法を考える〕は、相談者が受け入れ難かった現状を受け入れて、直面している問題や課題に対してどう対応するかについて考え、次にどうするのがよいか見通しを立てられる状態へと変化していた。

〔情報を整理する〕は、相談者が理解、解釈、判断しきれなかった専門的な医療知識や情報について、対応者とともに整理し、相談者なりに理解・判断できるところまで変化していた。

〔問題解決行動を意思決定する〕は、対応者の援助を通して、相談者ひとりでは問題への対応や行動について自信や確信が持てず迷っていた状態から、自ら行動する決断がつき意思決定するという変化があった。

5. 相談者のエンパワメント形成過程

相談者のエンパワメント形成過程の視点から、対応者の援助を通して相談者に起こった変化として抽出された要素を整理すると、〈気持ちを表出する〉〈気持ちが落ち着く〉〈問題の整理と意識化〉〈問題解決方法を考える〉〈問題解決行動を意思決定する〉の5つの局面にまとめられた(図1)。また、相談者と対応者の関わりを通して、相談開始から終了までに各事例がどの変化をたどっていたかを分析すると、次の4つのパターンに分類できた。



【図1 相談者のエンパワメント形成過程】

パターン1：<気持ちを表出する><気持ちが落ち着く>局面をたどった事例であった（4例）。

（例）身体や心の障害で将来の目標が描けず不安を抱き、医療者の言動への怒りを訴えていた相談者の話を時間をかけて聴き、気持ちを受け止め、考えを認めることで、相談者は「褒めてもらってよかった」「気持ちがとても落ち着く」という反応が得られた。

パターン2：<気持ちを表出する><気持ちが落ち着く><問題の整理と意識化>局面をたどった事例であった（5例）。

（例）受診した医療機関の制度やシステムに戸惑いを感じるが医療者には聞けず、治療内容に対する不安を訴えていた相談者の気持ちを聴き、わかりやすく説明することで医療者の言ったことの意味が理解でき、疑問が整理でき「話を聞いてわかりました」と納得が得られ、「不安だった」が不安が軽減できた。

パターン3：＜気持ちを表出する＞＜気持ちが落ち着く＞＜問題の整理と意識化＞＜問題解決方法を考える＞局面をたどった事例であった（10例）。

（例）薬の処方に関する主治医への不満、わかってももらえない苛立ちと苦しい症状を繰り返し訴える相談者の苦しさに対して、共感を示しながら聞き、わかってももらえる方法を話し合い、対応者からの提案を参考にしながら、気持ちが落ち着き、自分の苦しさを主治医に伝える方法を考えた。

パターン4：＜気持ちを表出する＞＜気持ちが落ち着く＞＜問題の整理と意識化＞＜問題解決方法を考える＞＜問題解決行動への意思決定＞局面をたどった事例であった（3例）。

（例）放射線検査による危険性や影響を心配する相談者が、医療者との関わりで感じる緊張や苦勞を語るのを受け止めながら聞くなかで、相談者自身がどうすべきか解決策について考えていくなかでより具体的になり、実際にやってみようと決断できた。後日、実際に解決策を実施してみた結果、その後の方向性が見えてきたので「少し安心した」との報告があった。

ほとんどの事例が＜気持ちを表出する＞＜気持ちが落ち着く＞の2局面を経て、＜問題の整理と意識化＞＜問題解決方法を考える＞、＜問題解決行動を意思決定する＞などの各局面をたどっており、＜問題解決方法を考える＞や＜問題解決行動への意思決定＞の局面をたどった事例は＜問題の整理と意識化＞の局面もたどっていた。また、相談者は各局面を順番にたどるというよりも、対応者とのやり取りの中で各局面を行き来し、相談中何回か＜気持ちを表出する＞＜気持ちが落ち着く＞局面を繰り返し踏みながら、相談者の要望がある程度満たされた時点で相談を終了するという過程をたどっていた。

V. 考 察

1. 電話相談を通して形成される相談者のエンパワメント

本研究の結果より、患者アドボカシー相談における対応者の援助内容および対応者が認識する援助を通して形成される相談者のエンパワメントの指標が抽出された。対応者の援助を通して、[安心する] [自尊心を回復する] [喜びを感じる] [内面部分を語る] [自信を得る] [意欲を持つ] [情報を整理する] [問題を意識化する] [問題解決方法を考える] [問題解決行動を意思決定する] という変化が相談者に生じていることが明らかになった。これら抽出された指標を他の文献と比較してみると、[安心する] [喜びを感じる] [意欲を持つ] [問題解決行動を意思決定する] は、臨床看護師－患者を対象にした研究（中野ら，1999）における [安心感が生じる] [喜びを感じる] [意欲を持つ] [意思決定する] など、エンパワメントに関する患者の指標と一致していた。また、[自尊心を回復する] は、[肯定的な自尊感情]（Rodwell, 1996）としてエンパワメントの結果として生じる特徴と類似していた。このように、臨床看護場面での継続した看護師と患者の関わりの中で生じるエンパワメントと類似した指標が得られたことは、看護ケアと相談活動という援助の領域や関わり方が違っても、援助者と対象者の間にエンパワメント

が生じるということであり、電話や来所という短時間での信頼関係形成が難しいなかでの相談活動においても例外ではないことが示唆された。また、エンパワメントの本質的な特性としてパートナーシップに基づいた過程があり、その先行要件に相互信頼と尊敬、教育とサポート、参加とコミットメントがある（Rodwell, 1996）と言われるが、相談活動においては、相談者も対応者も双方が、自分の問題を解決したい、相談に乗りたいという相談に対する動機を持ってその場に参加しており、相談中は相互にコミットしている状態があり、相談者の要望である患者の権利や尊厳の尊重、意思決定を支えようとする援助が行われたことで、患者アドボカシー相談のように臨床場面と比べると限られた時間、関係性であってもエンパワメントが形成されたのではないかと考えられる。

2. 相談者のエンパワメント形成過程およびその援助

患者アドボカシー相談活動の中で、相談者のエンパワメントは<気持ちを表出する><気持ちが落ち着く>局面を中心に生じていることが特徴であり、他の各局面を行き来するなかで、相談者個々の要望に応じて問題解決に向けて持てる力を発揮する過程と、相談者に対する精神的な支援の重要性が確認された。相談中はいつでも相談者が気持ちや考えをその人らしく表出できる雰囲気作りや対話の技術、姿勢が、相談者自身のエンパワメント形成やそれを促進するための不可欠な要因であり、対応者に求められる重要な能力であると言えよう。

エンパワメントは、「患者」から「私自身」としてその人らしさを取り戻し、その人が有している力を発揮することである（中野, 1996）。パワーの欠如または低下していたと考えられる相談者が、対応者に対して感情・気持ちを表現することで「自尊心を回復する」「喜びを感じる」「意欲を持つ」などの<気持ちが落ち着く>局面をたどったことは、それまで抑制されたり、出すことのできなかつた感情を表出するという行為そのものも、自分らしく持てる力を発揮した結果であると考えられる。同様に、相談者が適切な情報を選択できることで自信や自己コントロール感の向上につながる（栄, 2005b）とも言われており、相談者が対応者と共にどう行動することが賢い患者としての選択なのかを考えるという作業過程そのものが、相談者にとってコントロール感をもたらし、エンパワメント形成に繋がったのではないかと考えられる。

VI. 研究の限界

本研究では、過去の相談記録から対応者が認識した相談者の変化を読み取ったデータの分析であり、エンパワメントの指標としての解釈には限界があり一般化できない。また、相談時間や関わり方の同じではない電話相談と来所相談を同じ分析対象としているため、今後は両者を分けての比較、ならびに、今回分析対象から除外した相談によりポジティブな変化のみられなかった事例についても分析し、その要因や対応上の課題を明らかにする必要がある。

謝 辞

昨年からの患者アドボカシー相談活動に関心を持ちご相談頂いた皆様に深謝いたします。また、本活動の起案者であり、活動の責任・推進者としてご尽力頂き、いつも相談室メンバーを叱咤激励しながら指導し続けて下さいました故・羽山由美子先生に心からお礼を申し上げます。

文 献

- 北野誠一（2003）：「アドボカシー（権利擁護）の概念とその展開」河野正輝他『講座 障害を持つ人の人権③』有斐閣，142.
- 石本傳江（2000）：看護におけるアドボカシー研究ノート．日本赤十字広島看護大学紀要，1，19-27.
- Kerstin, 1997, Annika Fagring (1997)：ペイシエント・アドボカシー良質な看護ケアへの重要な要素．インターナショナル ナーシングレビュー，1997年4月，12-17.
- 中野綾美，宮田瑠理，畦池博子他（1996）：エンパワメント現象を生み出す看護者のこころのケアの特性．看護研究，29（6），519-529.
- 宮田留理（1996）：顔に変形が生じた人の自己提示，看護研究，29（26），485-495.
- 原田紀子（1996）：子育てをしている母親のサポートグループを通じたエンパワメント、看護研究，29（26），497-508.
- 工藤由紀子，石井範子（2001）：癌末期患者の看護における看護者のエンパワメントに関する考察，秋田大学医療技術短期大学部紀要，9（1），62-67.
- 栄セツコ（2005a）：精神障害者エンパワメント・アプローチにおけるアセスメント過程．桃山学院大学社会学論集，38（2），29-49.
- 坂本雅代，羽山由美子，山居輝美他（2006）：エンパワメントを理念とする患者アドボカシー相談のアクションリサーチ．大阪府立大学看護学部紀要，12（1），37-47．看護研究，29(6)，453-463.
- Rodwell, C, M (1996)：An analysis of the concept of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 23, 305-313.
- 中野綾美，中西純子，山口利子他（1999）：エンパワメントに関する患者と看護者の認識の特徴．高知女子大学紀要看護学部編，48，79-88.
- 栄セツコ（2005b）：精神障害者エンパワメント・アプローチ．桃山学院大学社会学論集，39（1），153-172.

乳児を持つ両親が「うちの子発見プログラム」に参加することにより 育児力を高めていくプロセス

大平光子、佐々木くみ子、中山美由紀、鎌田佳奈美
石原あや、古山美穂、西頭知子、小山恵実
山中久美子、町浦美智子、末原紀美代

I. はじめに

乳児を持つ両親が「うちの子発見プログラム」に参加することにより育児力を高めていくプロセスについての研究は平成17年度から継続しているテーマである。

現代の日本では核家族化や少子化が進み、はじめて親になる過程を経験するものにとって、親になることの役割モデルが極めて少ない現状にある。わが国における子育て期の親に関する研究成果によると、はじめて親になる過程を経験している親は、これまでの生活において、乳幼児と接する機会や乳幼児の世話をする経験が少なく、自分たちの育児に自信が持てず、育児が困難であると感じている現状が明らかになっている。最近ではこれらの研究成果を踏まえて、親になることの役割モデルやペアレンティングを視野に入れた「子育てサロン」などの子育て支援事業も活発になっている。

そこで我々は平成17年度から研究プロジェクトの助成を受け、初めて親になる経験をしている乳児の両親が育児力を高めるプロセスを明らかにすることを目的として、研究者らが独自に構成した「うちの子発見プログラム」を展開している。

1. 研究目的

乳児を育てる両親が、地域の他の親子と交流しながら、わが子の持つ力やその子ども独自の反応を発見することを支援する、「うちの子発見プログラム」に参加することによって、育児力を高めていくプロセスを明らかにすることを目的とする。

1. 「うちの子発見プログラム」に参加することによって、育児における自信をもち、育児を楽しむようになるプロセスを明確にする。
2. 育児に自信を得て、育児を楽しむことができるようになることと、心理的健康度、夫婦関係調整力、子育てへの思いとの関連を検討する。

2. 研究方法

1) 対象

対象は「うちの子発見プログラム」に参加する乳児期（第1子）の親子13組（平成17年度は8組、平成18年度は5組）。

2) データ収集

①事前事後の質問紙調査

事前質問紙調査は、第1回「うちの子発見プログラム」の開催案内に、質問紙調査票を同封し郵送にて配布し、調査票の回収は、第1回「うちの子発見プログラム」への出

欠確認用紙とともに郵送にて回収した。事後質問紙調査は3回目の「うちの子発見プログラム」終了後に郵送法にて配布および回収する。質問紙による調査内容は、人口統計学的データ、現在の心理的健康度（抑うつ尺度CES-D）、夫婦間の情緒的支援の程度（中山、2003）、夫婦の会話時間、子育てへの思いである。

②「うちの子発見プログラム」実施中の調査内容

- ・わが子の観察：両親が看護専門職者とともに、わが子の行動特徴や刺激に対する子どもの反応などを観察する場面を、承諾を得てVTRに記録する。
 - ・インタビュー：子育てについての思い（楽しさ、辛さ）、子どもいる生活の状況、子どもの表情やしぐさの理解など両親が語る内容を、承諾を得てICレコーダに記録する。
- インタビューおよび観察あわせて1組15～20分程度とする

③「うちの子発見プログラム」の参加時のアンケート

毎回、「うちの子発見プログラム」終了時に感想および意見を把握する。

1) 現状の子育て支援における課題

従来の子育て支援への取り組みの視点は育児不安の軽減、育児におけるストレスの軽減が中心である。しかし、育児は実際大変であり、ストレスも高い。したがって、現実的な子育て支援においては、育児のしんどさと、育児の楽しさの両方を引き受けることを支援する必要がある。

2) 「うちの子発見プログラム」の着眼点

「うちの子発見プログラム」では、このプログラムに参加することによって、乳児の親が育児力を高めるプロセスを明らかにすることを目的としている。「うちの子発見プログラム」は、有用性が確認されている既存の親子相互作用の介入プログラムや発達検査を参考に、研究者らが独自に構成したものである。既存のプログラムにはない本プログラムの特徴としては、親を心身のストレスから解放し、親のセルフケア、エンパワメントを高めることを重視している点である。

2. うちの子発見プログラムの特徴と実際

このプログラムの特徴は、従来のペアレンティングプログラムや親子相互作用のプログラムにみられる、乳児の行動や特徴、乳児の合図の読み取りだけでなく、育児力を高める新たな方法として、わが子独自の特徴や反応を発見することである。子どもの反応や特徴を発見するきっかけとして、子どもの発達段階に応じた、育児の工夫や子どもの発達を知ることは重要である。このプログラムでは、ベビーマッサージや遊びなど、月齢に応じた「育児を楽しむための講習」を組み入れた。自分以外の親子との交流や看護専門職者とともに普段気づいていないわが子の力、わが子の行動や特徴、個性を発見する親の学習を支援するという点が新しい試みである。

また、育児を楽しむ前提として、親自身の気持ちの解放やストレス対処を通じて、親のエンパワメントを高めることを同時に目指している。プログラムの中では、親のリラクゼーションを図るためのマッサージやフットバスを取り入れた。

わが子の観察と子育てについての思いのインタビューは育児を楽しむために役立つ講習に引き続いて行った。わが子の観察と子育てについてのインタビュー内容は、VTRお

よびICレコーダーに記録した。

表1に「うちの子発見プログラム」の構成内容と展開方法を示した。

表1 「うちの子発見プログラム」の構成内容

<p>プログラムの構成および展開 3回シリーズを1セットとして展開</p> <ul style="list-style-type: none">・プログラムの開始前に親のリラクセーションを図る。(～20分)・「育児を楽しむために役立つ講習」(30分程度)第1回目 生後3～4ヶ月時 「赤ちゃんマッサージ」第2回目 生後5～6ヶ月時 「わらべ歌を使った遊び」第3回目 生後7～8ヶ月時 「リズムと体を使って遊ぼう」・「子どもウォッチング(わが子の観察)」とインタビュー(1組15～20分程度)。:後半の約30分第1回目:いろいろな抱っこ、うつぶせ、刺激(ガラガラ)への反応第2回目:遊びへの反応第3回目:遊びへの反応、他児への関心・反応・他の親子との交流(30分程度)

II. うちの子発見プログラムの実施

1. 「うちの子発見プログラム」の参加者募集

療養学習支援センター近隣の総合病院産婦人科の協力を得て、乳児1ヶ月健診来院時に書面と口頭で参加者を募集した。参加者募集時にはプロジェクトメンバーが、「うちの子発見プログラム」の内容、「うちの子発見プログラム」参加前後の調査への協力、「うちの子発見プログラム」でのビデオ撮影とインタビューへの協力および毎回のプログラムに対するアンケートへの協力について説明した。「うちの子発見プログラム」に原則として、3回とも夫婦そろって参加でき、調査にも協力できる場合は、研究協力承諾書と参加希望日程、「育児を楽しむために役立つ講習」を収録する希望媒体を記入した用紙を後日郵送にて返送してもらった。なお、参加者には、アンケート調査、「うちの子発見プログラム」実施中のVTRおよびICレコーダーによる記録など、倫理的配慮が必要であるため大阪府立大学看護学部研究倫理委員会および参加者募集協力施設に倫理審査を申請し、承認を得た。

2. 「うちの子発見プログラム」実施体制

参加者を募集した結果、平成18年度は9組から応募があり、児の月齢に応じて4組と5組の2グループに分けてプログラムを実施している。「うちの子発見プログラム」は、1家族3名(父、母、子)で参加することを原則としているが、平成18年度は9組中4組が母と子のみでの参加であった。平成17年度は1回のプログラムあたり、4組の親子合計12名ずつの参加に対して、プログラムの円滑な実施に必要な人員は、「育児を楽しむために役立つ講習」の講師を含めて10名であった。平成18年度は要領を得て、6～8名であるプログラムを運営できるようになった。

表2 「うちの子発見プログラム」実施体制(平成18年度)

<p>会場準備:掃除、換気、フロアマット、着替え・授乳およびリラクセーションコーナーの準備 案内・受付(1名):駐車場の確保と療養学習支援センターまでの案内、受付 司会進行(1名):(インタビューを兼ねる) 撮影(1～2組の親子に1人):講習中の子どもの様子とわが子のウォッチングの状況を撮影 ウォッチングとインタビュー担当(1組の親子に1名:4名) 原則として3回固定 交流会(原則、参加者同士の自主的な交流)セッティング、タイムキーパー(ビデオ撮影者などが兼ねる)</p>
--

3. 「うちの子発見プログラム」の実施状況および参加者の反応



「うちの子発見プログラム」第1回目「赤ちゃんマッサージ」の実施場面



「うちの子発見プログラム」第2回目「わらべ歌で子育て」の実施場面



「うちの子発見プログラム」第3回目「リズムと身体を使って遊ぼう」の実施場面



「交流会の様子」

(写真の掲載については対象の承諾を得ている)

表3は、参加者のプロフィールである。夫、妻ともに平均年齢は平成17年度の参加者と同様であった。プログラムに対する反応や感想はおおむね肯定的なものであった。平成18年度の実績を踏まえ、毎回体重測定を希望したが、体重測定結果は全員が順調な発育であった。

表4は1回目、2回目のプログラム終了時のアンケートをまとめたものである。

表3 参加者のプロフィール(平成18年度)

9組中4組は母子のみの参加	
平均年齢	母 29歳 父 32歳
核家族	6組 拡大家族3組
就労状況	父 フルタイム 6名 自営3名 母 休職中 2名 無職 7名

表4 1回目、2回目のプログラム終了時のアンケート結果(夫婦別々に回答)

項目		1回目	2回目
内容理解	十分理解できた	7名(54%)	6名(50%)
	まあまあ理解できた	6名(46%)	6名(50%)
自宅でできそう	できる	7名(54%)	6名(50%)
	多分できる	5名(38%)	2名(17%)
	ビデオを見ながらできそう	1名(8%)	4名(33%)
実施可能性	毎日	2名(15%)	5名(42%)
	週2-3回	11名(85%)	7名(58%)
他の家族と交流	十分参考になった	5名(38%)	6名(50%)
	まあまあ参考になった	7名(54%)	4名(33%)
	ほとんど参考にならない	1名(8%)	1名(8%)
	無記入	0名	1名(8%)
プログラムは	十分役に立つ	7名(54%)	10名(83%)
	まあまあ役に立つ	6名(46%)	2名(17%)
楽しさ	すごく楽しかった	4名(31%)	8名(67%)
	まあまあ楽しかった	9名(69%)	4名(33%)

Ⅲ. 「うちの子発見プログラム」の評価

このプログラムによる介入の評価は下記の研究により行う。現時点では、平成18年度はプログラムが進行中であるため、評価については平成17年度の参加者を対象とした調査結果を示す。

1. プログラム実施前後の質問紙調査結果および考察

人口統計学的データは、表5に示した。心理的健康度(表6)は、妻の平均が15.1(11.2SD)、夫が8.0(4.0SD)であった。本研究における心理的健康度は、抑うつ状態を測定するCES-Dスケールで測定した。CES-Dの一般女性の平均は7.7(±7.1)点、一般男性は10.0(±6.9)点と報告されている。CES-Dスケールでは16点以上が「気分障害」の可能性が高いといわれているが、今回の参加者の中には16点以上のものが3名含まれていた。また、一般の平均以上だったものは、妻が5名、夫は4名であった。プログラム実施後

では平均値で約6ポイント低下しているが子どもの月齢や産褥期の時期的なものの影響もあるので、一概にプログラムへの参加の成果とはいえない。むしろ、最近では、産褥期の抑うつ状態は育児や親子関係に影響を及ぼす可能性が指摘されるようになっているので、今後は抑うつ状態を測定するほかのスケールとの比較による気分障害や抑うつ検出率も検討し、この時期の抑うつ状態を十分に反映するスケールを特定していくことが必要である。

表5 人口統計学的データ

年齢	夫 平均 32 歳(5.5SD) 妻 平均 29 歳(3.6SD)
家族構成	核家族 6組 拡大家族2組
就労状況	夫 フルタイム:7名 自営:1名 妻 休職中 :7名 自営:1名 無職:1名
家族介護の有無	なし:7組 入院中1組

表6 心理的健康度(CES-D 得点)

	プログラム実施前平均	プログラム実施後平均
妻	15.1(11.2SD) range 3-37	9.0(7.3SD) range 0-18
夫	8.0(5.9SD) range 0-19	5.0(3.1SD) range 2-11

表7に示すように育児を夫婦で一緒にしているとどれくらい感じているかについては、プログラム参加前には3組(A, D, G)の夫婦間で認識にズレがあった。プログラム参加後は、3組のうち2組は、夫は育児と一緒にしていると感じており、妻は一緒に育児をしていると感じていなかった。1組は、妻は育児と一緒にしていると感じているが夫は一緒にしていると感じていなかった。しかしながら、この3組のうち2組はプログラム実施後には認識のズレが小さくなっている。また、プログラム実施前には夫婦ともに育児と一緒にしているとあまり感じていなかった夫婦が、プログラム実施後には夫婦ともにとても感じていると変化していた。子どもの月齢や時期的なものが影響している可能性があるが、インタビューデータと合わせて分析することにより、影響要因を明らかにする必要がある。夫婦の会話時間を表8に示した。プログラムの実施前後で平日、休日ともに夫婦の会話時間の変化はなかった。

表7 育児を夫婦で一緒にしているとどれくらい感じているか

	妻 前/後	夫 前/後
A	全く感じていない/とても	とても感じている/やや
B	とても感じている/	とても感じている/
C	とても感じている/やや	やや感じている/とても
D	あまり感じていない/やや	とても感じている/やや
E	とても感じている/とても	とても感じている/やや
F	あまり感じていない/やや	あまり感じていない/あまり
G	やや感じている/	あまり感じていない/
H	あまり感じていない/とても	あまり感じていない/とても

表8は、夫婦間の情緒的支援（夫から妻）についてのプログラム実施前後の変化を示したものである。

表7 夫婦の会話時間

プログラム実施前			プログラム実施後	
平日	平均3時間	1-5時間	平均2.8時間	1.5-4時間
休日	平均7.9時間	3-15時間	平均9.5時間	2-20時間

表8 情緒的支援(夫⇒妻)

	ない 実施前 n=16 実施後 n=12	あまりない 実施前 n=16 実施後 n=12	ときどき 実施前 n=16 実施後 n=12	よくある 実施前 n=16 実施後 n=12
育児方針を一緒に考えてくれる	1(6.3) 0	3(18.8) 1(8.3)	6(37.5) 2(16.7)	6(37.5) 9(75.0)
辛いときの励ましの言葉かけ	2(12.5) 0	2(12.5) 2(16.7)	6(37.5) 3(25.0)	6(37.5) 7(58.3)
育児の労をねぎらってくれる	1(6.3) 0	1(6.3) 2(16.7)	7(43.8) 1(8.3)	7(43.8) 9(75.0)
ストレス発散の配慮	2(12.5) 0	3(18.8) 2(16.7)	7(43.8) 7(58.3)	4(25.0) 3(25.0)
言葉で愛情を表現してくれる	2(12.5) 1(8.3)	1(6.3) 0	5(31.3) 4(33.3)	8(50.0) 7(58.3)
会話時間を多く持ってくれる	0 0	2(12.5) 0	5(31.3) 6(50.0)	9(56.3) 6(50.0)

表9 育児への自信(現在)

	ほとんどそう 思わない 実施前 n=16 実施後 n=12	あまりそう 思わない 実施前 n=16 実施後 n=12	どちらとも 言えない 実施前 n=16 実施後 n=12	少し そう思う 実施前 n=16 実施後 n=12	大変 そう思う 実施前 n=16 実施後 n=12
子どもと過ごす時間は幸せ	0 0	0 0	1(6.3) 0	2(12.5) 0	13(81.3) 12(100.0)
子どもをうまく育てていると思う	1(6.3) 0	1(6.3) 0	7(43.8) 5(41.7)	5(31.3) 6(50.0)	2(12.5) 1(8.3)
子どもの表情や反応から要求を理解できる	0 0	0 0	2(12.5) 0	1(6.3) 11(90.0)	13(81.3) 1(9.1)
子どもと関わることを楽しんでいる	0 0	0 0	2(12.5) 0	1(6.3) 0	13(81.3) 12(100.0)

夫から妻への情緒的支援については、概ねポジティブな変化が見られた。また、育児への自信については、子どもと関わる楽しさや幸福感はポジティブな変化が見られている。しかしながら、現在子どもをうまく育てている自信は変化が小さかった。今後への見通しについては概ねポジティブな変化が見られている。これらの変化については、インタビューデータとの照合、対照群との比較により影響要因に検討する必要がある。

表 10 育児への自信(今後)

	ほとんどそう 思わない 実施前 n=16 実施後 n=11	あまりそう思 わない 実施前 n=16 実施後 n=11	どちらとも言 えない 実施前 n=16 実施後 n=11	少し そう思う 実施前 n=16 実施後 n=11	大変 そう思う 実施前 n=16 実施後 n=11
子どもと過ごす時間 は幸せ	0 0	0 0	0 0	2(12.5) 0	14(87.5) 11(100.0)
子どもをうまく育てて いると思う	1(6.3) 0	0 0	3(18.8) 3(27.3)	10(62.5) 4(36.4)	2(12.5) 4(36.4)
子どもの表情や反応 から要求を理解でき る	0 0	0 0	1(6.3) 0	12(75.0) 7(63.6)	3(18.8) 4(36.4)
子どもと関わることを 楽しんでいる	0 0	0 0	0 0	1(6.3) 1(9.1)	15(93.7) 10(90.9)

IV. 今後の課題

平成17年度から「うちの子発見プログラム」を実施し、現時点でプログラムへの参加は17組、そのうち、研究参加協力が得られているのは13組である。プログラムの内容は参加者から概ね満足を得ているといえる。土曜日の開催も地域における他の子育て支援事業との差別化を図ることができている。

しかしながら、1施設に限定された医療機関との連携では参加人数に限界があり、特に対照群のリクルートが困難であった。このような取り組みにおいては地域の複数の医療機関との連携が必要であろう。

プログラムの運営面では、昨年度と比較して運営スタッフの省力化を図ることができた。しかしながら、参加者の安全と満足を確保するために、部屋の環境調整や導入、休憩、手軽にできるリラクゼーションの工夫など、きめ細やかな実施体制については今後もよりよい工夫をしていく必要がある。

また、このプログラムの参加者はおおむね健康な両親と子どもを対象としている。対照群とのマッチングをできる限り厳密に行うとともに、プログラムへの参加による効果、プログラムの有用性をより適切に評価する方法を検討し、介入を評価していく必要がある。

再発期肺がん患者の家族の心の安定を支えるプログラムの開発と評価

林田裕美 田中京子 吉田智美 小関真紀 長田艶子

I. はじめに

近年、がん医療の進歩により、がんの早期発見・治療が可能になった。しかし、肺がんについては、罹患者は増加している上、肺がんは病期が進行して発見される場合が多く、初回治療を終えても再発する危険性は高いという特徴がある。肺がん患者および家族の身体的、心理社会的負担は、初発時よりも再発時のほうが大きいと考えられ、より充実した支援を受ける必要があると考える。また、私たちが2004年に遂行した調査（吉田ら、2006）では、再発期肺がん患者の家族は、心配・不安・困難などの気持ちの辛さや、生活面での問題、医療者との問題を抱えていることが明らかとなった。そして、今日、がん患者の家族は、患者の最も身近なサポート源となる一方、サポートを必要としている存在であるといわれている。保坂は、“がん患者の家族には、自分が患者を失うかもしれないという傷つきやすい患者としての立場と、がん患者のサポートを行う治療者としての立場がある”（保坂、2002）と述べており、患者が医療機関で受けるように、家族へのサポートの必要性が認識されてきている。米国では、さまざまな団体によるがん患者および家族のサポートプログラムが実施されており、日本でも、がん患者全般と家族、乳がん患者などへのサポートプログラムは充実してきている。しかし、家族のみを対象にしたものは少ない。そこで、本研究において、再発期肺がん患者の家族へのサポートプログラムを開発、実施することにより、家族の負担感の軽減がはかると考えた。また、開発したプログラムの評価により、今後の継続的な家族支援の内容や方法についての基礎資料を得ることができると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、「再発期肺がん患者の家族の心の安定を支えるプログラム」を開発・実施し、効果と有用性を明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 「再発期肺がん患者の心の安定を支えるプログラム」（以下、“プログラム”という）の開発

プログラムは、2004年に遂行した調査結果（吉田ら、2006）と文献をもとに、考案した。

2. プログラムの実施

「肺がん患者さんのご家族のためのサロン」（以下「サロン」という）を開催し、開発したプログラムを対象者に提供した。「サロン」は、対象者が和やかな気持ちになれば、意見を交わしやすいように設営した。

3. プログラムの評価

1) 対象者の背景

対象者は、再発期肺癌患者の家族とした。第1回開始前に基本情報を含めた申込用紙を記入してもらい、対象者の背景とした。

2) プログラムの効果、有用性について

プログラム実施前、終了直後、終了後2週間の各時点で、POMS短縮版 (Profile of Mood States)、新版STAI (State-Trait Anxiety Inventory)、GESS (General Self-Efficacy Scale)、対人ストレスイベント尺度、ソーシャルサポート尺度を用いて回答を得た。

3) プログラム内容と運営の評価

プログラムの各回終了時にプログラム内容の評価を自記式質問紙を用いて回答を得た。質問項目は、1) 十分の自分の気持ちや意見が話せたか、2) 望んでいたことが話し合われたか、3) 家族間の話し合いで取り上げられた内容は意味があったか、4) プログラム内容への関心があったか、5) 知りたかったことが知れたか、6) 目的に照らして適切だったか、であり、“とてもそう思う”から“まったくそう思わない”の4段階の評価尺度を用いた。

また、第3回終了時には、プログラム運営の評価を自記式質問紙を用いて回答を得た。質問項目は、1) 施設の場所、2) 雰囲気、3) 時間帯、4) 所要時間、5) 進め方、6) スタッフの対応、7) 今後の参加希望についてであり、“とてもそう思う”から“まったくそう思わない”の4段階の評価尺度を用いた。

表1 プログラムの評価内容 (質問紙) と実施時期 (○が実施される質問内容)

	プログラム開始前	第1回終了後	第2回終了後	第3回終了後	プログラム終了2週間後
質問紙1 家族の基本情報	○				
質問紙2 POMS、STAI、GESS、対人ストレス尺度、ソーシャルサポート尺度	○			○	○
質問紙3 プログラムの内容		○	○	○	
質問紙4 プログラムの運営				○	

4) データ収集期間：2006年9月～2007年3月

5) 分析

①プログラムの効果と有用性の評価では、POMS、STAI、GESS、対人ストレスイベント尺度、ソーシャルサポート尺度について、記述的に分析した。

②プログラム内容と運営の評価は、それぞれの質問紙より得られた回答を記述的、質的に分析した。

4. 倫理的配慮

本研究は、肺癌患者の家族に対して開発されたサポートプログラムの実施と評価を行う。プログラムでは患者や家族の個人的な事情がグループで話し合わせ、プライバシーに関与することが予測されるため、以下の点に留意し、本学の倫理委員会の審査を受け、遂行した。

- ①研究者は、対象者に本研究の意義・目的・方法と、研究への参加協力は対象者の自由意思であり、参加拒否および途中で中断しても何の不利益もないことを文書および口頭で説明する。
- ②プログラム実施にあたっては、対象者の心理的負担が増したり、身体症状が出現した場合は、休憩をとるなど配慮し、落ち着いてからプログラムを再開する。また、話したくない場合は無理に話さなくてもよいことを説明する。
- ③得られた個人情報やデータについては、個人の特特定ができないように厳重な管理を行うこと、データは研究目的以外に使用しないこと、研究終了時にはデータは消去されることを説明する。
- ④研究対象者に対し、本研究で知り得たほかの家族の個人情報は、プログラム実施中以外のところで、口外しないよう説明する。

IV. 研究結果

1. プログラムの開発

先行研究の結果（吉田ら，2006）から得られたデータと、現在行われているサポートプログラムの文献（Spiegel et al, 2003；季羽ら，2005）などをもとに検討し、本プログラムを開発した。プログラムの目的は、“再発期肺癌患者の家族が抱えている心理的負担を軽減する場を提供し、家族自身が自分を認め、他の家族や医療者などからのサポートを得て、心の安定をはかることができるように支援すること”とし、各回の目的・目標（家族への効果）を設定し、実施内容を導き出した（表2参照）。最終的に、表3のように、各回、家族間の意見交換と情報提供から構成した。情報提供においては、対象者の手許に残るように資料を作成しファイルに綴じて渡した。

表2 第1回から第3回の目的

	目的
第1回	家族が自身の辛い気持ちに気づき、対処のレパートリーが増え、患者の体験を理解し、よりよい関係作りができるように支援する。
第2回	家族が患者の介護に自信を持って参加でき、ストレスを溜め込まず適度に発散でき、調整できるように支援する。
第3回	家族がサポートを得て生活に余裕を見出し、患者や医療者とうまく付き合っているように支援する。

表3 プログラムの内容

	家族間の意見交換のテーマ	情報提供のテーマ
第1回	家族のおかれている状況や気持ち	肺がんについて、がん患者・家族の心理
第2回	近況報告、患者との過ごし方	患者の体力の維持・低下予防のために家族ができること、 ストレスの発散方法、呼吸法など
第3回	近況報告、将来の家族の生活の見通し	社会資源の利用、医療者との関係やコミュニケーションの とり方、患者とのコミュニケーション方法

2. プログラムの実施

1) 対象：再発期肺がん患者の家族

2) サロンの企画・開催日時

第1期：2006年9月13・20・27日 14：00～15：30（企画のみ）

第2期：2006年11月8・22・27日 14：00～15：30（実施）

第3期：2006年12月5，12，19日 14：30～16：00（実施）

第4期：2007年2月6・13・20日 14：00～15：30（実施）

3) 方法 3回を1クール、1回90分とし、プログラムを提供した。



写真① サロンの様子

3. プログラムの評価

1) 対象者の背景

本研究の対象者は60歳代と40歳代の女性2名であった。基本的な背景は表3に示した。いずれも、夫が肺がんであり、最初の治療では効果がなく、現在も化学療法などの治療を受けている状態であった。しかし、患者の状態や家族構成などにおいて、相違があり、抱えている問題も異なっていた。

表4 対象者の背景

対象者	年齢	性別	患者との続柄	職業	診断時期	現在の治療
A	60歳代	女	妻	主婦	H17年	化学療法
B	40歳代	女	妻	自営業	H17年	化学療法

2) プログラムの効果

家族への効果は、対象者が2名であるため、傾向のみを述べる。

POMS短縮版では、A氏とB氏とでは、経時的変化に相違が見られた。A氏は、抑うつ - 落ち込みと活気の尺度で得点の低下、つまり改善傾向が見られ、緊張 - 不安、怒り - 敵意、疲労、混乱の尺度では変化が見られなかった。B氏は、活気の尺度で軽度悪化の傾向を示した。

新版STAIについては、状態不安のみ測定した。得点は両者とも低下しており、不安の軽減が見られた。

GSESによる家族の自尊感情は、A氏の場合は、開始前より終了後のほうが高くなっているが、B氏は不変であった。

対人ストレスイベント尺度では、両者とも総得点が上昇し、ストレスの増加を示していた。しかし、下位尺度で見ると、ストレスを感じる事態には多く遭遇しているが、他者との相互作用における気疲れは強くなってはいなかった。

ソーシャルサポート尺度では得点の下降が見られ、よりサポートを得られている感じが強くなっていた。

3) プログラム内容と運営に関する評価

プログラムの内容に関する評価では、第1回の内容については、ほとんどの項目で“まあまあそう思う”という回答であった。しかし、第2回、第3回になると“とてもそう思う”との回答であった。項目別では、第2回、第3回については、質問項目4)および5)において、対象者で変化が見られた。また、家族との話し合いがなされていない場合は、質問項目3)への回答は不可能であり、無回答となった。

プログラムの運営に関する評価では、ほとんどの項目において第1回は“まあまあよかった”であったが、2回目以降は“とてもよかった”との回答であった。また、家族から、「もっと多くの人に知ってほしい」「他の家族とも話をしたい」という、希望が聞かれた。

V. 考察

1. 再発期肺癌患者の家族の心の安定を支えるプログラムの開発と評価

本研究では、プログラムの開発において、先行研究のデータを活用し、文献を参考に目的や目標、実施内容の検討を行った。先行研究のデータは、家族の生の声であり、今回の対象者にとっても関心があり、情報獲得する意欲を刺激できたのではないかと考える。

また、プログラムの実施では、プログラムの運営については、対象者からよい評価を得ることができた。そのため、「サロン」としての運営は、現在の手順や方法を継続してもよいと考えられる。しかし、対象者が少なく、家族間の意見交換が不十分であり、当初考えていたサポートプログラムとしての展開はできていない。Spiegelらは、家族だけのグループの必要性で、“他の家族の体験をみてこれからを予期するため”とも述べており (Spiegel et al, 2003)、サポートグループとしての効果を得るためには、対象者の獲得が必要である。

次に、実際的な家族への効果は、今回得られたデータでは、不安の軽減があり、自尊感情を保ち、対人相互作用において気疲れすることなく、ソーシャルサポートを得ることができていると感じている、という傾向にあった。このことから、“再発期肺癌患者の家族が抱えている心理的負担感を軽減する場を提供し、家族自身が自分を認め、他の家族や医療者などからサポートを得て、心の安定をはかることができるよう支援する”という、プログラムの目的に到達しつつあるのではないかと考えられる。しかし、対象者数が少なく、サポートグループがもたらす効果も得られていない上、今回得られたデータには、個人の持つ背景も大きく影響を及ぼしていると考えられる。そのため、今回得られたデータで、家族への効果や有用性を判断するのは時期早尚であると考えられる。今後、対象者を増やしデータを蓄積していくことが必要である。

2. 「肺癌患者の家族のためのサロン」の展望

本研究で開発したプログラムは、「肺癌患者の家族のためのサロン」の中で提供している。家族からプログラムの内容や運営についてよい評価を得られた一方で、「もっと多くの人に知ってもらいたい」「ほかの家族と話がしたい」との言葉が聞かれた。そのため、多くの家族に参加してもらえよう「サロン」を周知するための広報活動を活発に行っていく必要がある。また、家族からこのようなプログラムへの期待がみられたことから、今後も「肺癌患者の家族のためのサロン」の開催を継続していくことが望ましいと考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、再発期肺癌患者の家族を対象にしている。患者の家族は一般社会の中に潜在しているため、対象者の獲得には苦慮しているのが現状である。今後、効果的に対象者を得る方策を考慮していくべきであろう。また、肺癌については、診断されて手術を受けられる患者が限られていることを考えると、初発や再発という時期を分ける必要があるのか、今後、検討が必要である。

Ⅶ. 謝辞

本研究を遂行するにあたり、協力を快諾してくださったご家族の皆様、および、「肺がん患者の家族のためのサロン」の広報などにご協力いただいた病院、施設関係者の皆様に深く感謝いたします。

引用・参考文献

D. Spiegel & C. Classen：がん患者と家族のためのサポートグループ：p247-272, 2003

保坂隆：がん患者の家族のサポート, 緩和医療学4巻1号：p58-61, 2002

季羽倭文子, 丸口ミサエ：がん患者と家族のサポートプログラム「がんを知って歩む会」の基本と実践：p50-56, 2005

吉田智美, 田中京子, 高見沢恵美子他：再発期肺悪性腫瘍患者と家族のサポートプログラム開発のためのストレス・コーピングに関する調査研究, 療養学習支援センター年報第1巻・2巻：p26-32, 2006

患者・家族ニーズに即した健康・医療情報としての 闘病記の活用可能性に関する研究（その1） －闘病記文庫に対する市民および社会のニーズ－

和田恵美子、山口知代

I. 闘病記文庫とは

2006年6月がん対策基本法が成立した。これは、年間30万人以上の死因となっているがん医療が抜本的な改革を必要とされたことを意味している。がん患者の参画が大きく掲げられ、がん対策推進協議会委員にはがん患者やその家族および遺族が含まれている。各都道府県のがん診療連携拠点病院には相談支援センターの設置が義務付けられ、市民・患者の個別の相談に対応する機能が付された。「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」においては、がん診療にかかる医療情報の提供が重要な業務と記されており、従来施設が有していた相談業務との整理、および昨今増加している施設内の患者情報室、患者図書室との連携のあり方が問われている。

このような時流の中、開設された当センター内闘病記文庫（愛称：さくらんぼ）（以下、闘病記文庫とする）は、市民研究グループ「健康情報棚プロジェクト」からの寄贈書籍である（図1、2）。プロジェクトからの寄贈依頼は、当センターが今後の機能充実を図ろうとする過程においてまさしく時期が合致し、設置・開設の機会を得ることができた。今回は、市民に対する図書館サービスとしての体制整備とともに、闘病記の看護支援機能に関する活動過程を中心に報告する。



図1 大阪府立大学大学院看護学研究科療養学習支援センター
闘病記文庫【さくらんぼ】(1)



図2 大阪府立大学大学院看護学研究科療養学習支援センター
闘病記文庫【さくらんぼ】(2)

Ⅱ. 闘病記文庫の開設

1. 開設当初の過程 (図3)

闘病記文庫は、「健康情報棚プロジェクト」から闘病記800冊の寄贈を受け、当センターのオープンセレモニー（7月2日）に合わせ、7月7日に開設した。ここでの闘病記は、活動内容や扱いの利便性から従来の図書センターへの登録を行っておらず、手作業で管理および貸し出し業務を開始した。以下に、開設当初の過程を記す。

- ・2006年（平成18年）7月7日 第1回 開室 ※以後、毎週金曜日10：00～16：00開室
- ・7月21日 学部4年生 貸し出し第一号
- ・8月11日 当センター担当者（非常勤）常駐開始
※以後、毎週火・金曜日10：00～16：00開室、貸し出し業務の整備
- ・同日 学部3年生 貸し出し第二号

2. 開室日利用状況

2006年（平成18年）8月から12月の5ヶ月間における闘病記文庫の利用状況を表1に示した。

3. 市民利用の詳細

闘病記文庫の利用者の多くが学部学生である中、一般市民の利用に関する概略は以下のとおりであった（貸し出しの登録・未登録を含む）。

先行く先輩の病気体験を共有しよう

闘病記文庫 さくらんぼ



2006年7月28日(金)
貸し出し開始!!

- ◆ 私たちは期せずして、自分や家族が病気になるたらどんなことを知りたいたいでしょうか？
- ◆ 「この病気になったらみんなどうやってのりこえるの?」「どんな日常生活を送ることになるのだろうか?」
- ◆ 闘病記文庫とは…これまで分類がなくわかりづらかった闘病記を800冊集め、疾患別に見出しをつけることで手に取りやすくしたものです(現在146疾患)。

ご利用の手引き

- ◆どなたでもご自由にご利用いただけます。
- ◆貸出を希望される場合には、利用登録が必要です。
- ◆利用できる時間 毎週 火曜日・金曜日 10:00~16:00
- ◆貸出について
 - 貸出冊数…3冊まで
 - 貸出期間…2週間
- ◆返却について
 - 借りた図書は、闘病記文庫受付(又はブックポスト)までご返却ください。
 - 郵送での返却でも受け付けていますが、郵送料はご負担ください。
- ◆場所:下記地図内 大阪府立大学看護学研究科「療養学習支援センター」

お問い合わせは…

担 当: 和田恵美子(看護師・基礎看護)

山口 知代(看護師・精神看護)

電 話: 072-950-2111(内線2540)

ファックス: 072-950-2124

メールアドレス: emiko@nursing.osakafu-u.ac.jp

ホームページ: <http://www.nursing.osakafu-u.ac.jp/center/bunko.html> (闘病記を検索できます!)



図3 闘病記文庫【さくらんぼ】広報リーフレット

表1 当センター闘病記文庫【さくらんぼ】利用状況 [2006年(平成18年)8月～12月現在]

月日(曜日)	利用者数	貸出数	返却数	登録数	月日(曜日)	利用者数	貸出数	返却数	登録数		
8月11日(金)		2		2	11月7日(火)	15					
15日(火)					10日(金)	2	1	3	1(1)		
18日(金)	3	1		3(1)※	14日(火)	1	1	1			
22日(火)					17日(金)						
25日(金)	1			1	21日(火)	3	3	1			
29日(火)	6	5	2	2	24日(金)	1		2			
小計	6	10	8	2	8	小計	6	22	5	7	1(1)
9月1日(金)	2	3			12月1日(金)	2		4			
5日(火)					5日(火)						
8日(金)					8日(金)						
12日(火)	2	4	2		12日(火)						
15日(金)	2	1	1		15日(金)						
19日(火)					19日(火)	1	2		1(1)		
22日(金)					22日(金)	1			1		
26日(火)	2	1	5		26日(火)	1	3		1		
29日(金)					小計	8	5	5	5	3(1)	
小計	9	8	9	8	0	合計	38	64	38	31	17(4)
10月3日(火)	6										
6日(金)	2	1	1	1							
10日(火)	2	2	1								
13日(金)	3	2	1	1(1)							
17日(火)											
20日(金)											
24日(火)											
27日(金)	3	2	3	1							
31日(火)	3	4		2							
小計	9	19	11	9	6(1)						

※ () 内は外来者数

- ・ 2006年（平成18年） 8月18日 低肺機能患者団体から視察 1名
- ・ 8月28日 電話相談への問い合わせ 1件（詳細不明）
- ・ 10月13日 知人の肺がんについて相談、闘病記閲覧希望 1件（その後、肺がんプロジェクトに連携）
- ・ 11月10日 脳いきいきプロジェクトへの参加者 1名
- ・ 12月19日 12月5日掲載朝日新聞を見て、男性1名（肝臓がん）来所、貸し出し（数日前より電話連絡を行い、中百舌鳥まで足を運ばれた）

Ⅲ. 市民の闘病記文庫活用につながる広報活動

- ・ 2005年（平成17年） 7月2日 新聞掲載International Herald Tribune Theme “Books by former patients prove a blessing to other victims of disease”
- ・ 2006年（平成18年） 6月12日 朝日新聞朝刊1面 テーマ “闘病記700冊 ネットに”
- ・ 7月6日 NHK大阪放送局 13：00～16：00取材
- ・ 8月10日 大阪府呼吸器・アレルギー医療センターならびに城山病院看護部
闘病記蔵書一覧表持参、外来および病棟への配置希望
- ・ 8月25日～31日 ジュンク堂大阪本店「自費出版フェア」内 闘病記文庫展示
- ・ 9月15日 産経新聞朝刊24面「大阪府立大学療養学習支援センター」名 新聞掲載
テーマ “混然…ジャンルを設け心に響く「患者体験」時代変わっても不変”
- ・ 9月27日 蔵書一覧リスト
羽曳野図書館センターおよび療養学習支援センターホームページ上に公開
- ・ 10月4日 大阪厚生年金病院 患者情報室「ラヴェンダー」へ当センターパンフレット配置
- ・ 同日 堺市中図書館 蔵書リスト郵送
- ・ 12月5日 朝日新聞朝刊27面「大阪府立大学療養学習支援センター」名 新聞掲載
テーマ “「闘病記」文庫、患者つなぐ”

Ⅳ. 闘病記の活用可能性の評価

1. 研究目的

闘病記のピアサポート機能の活用準備段階として、当施設およびすでに利用されている他施設闘病記文庫施設の利用実態および利用者のニーズを明らかにする。

2. 研究方法

- 1) 闘病記文庫設置の他施設として、大阪厚生年金病院患者情報室「ラヴェンダー」、愛媛大学図書館医学部分館、鳥取県立図書館にて、司書から利用実態および利用者の声に関する聞き取りを行う。
- 2) 闘病記利用者のニーズとして、闘病記を利用した学部学生から聞き取りを行う。

3. 結果および考察

1) 他施設の闘病記文庫利用実態

①大阪厚生年金病院患者情報室「ラヴェンダー」の闘病記文庫利用実態は、表2に示した。

表2 闘病記文庫利用実態（上位8位）
—大阪厚生年金病院患者図書館「ラヴェンダー」闘病記文庫—

分類	タイトル	著者	貸出回数
疾病 9	凄絶な生還	竹脇無我	10
脳 1	脳卒中克服法	佐野恵	8
がん 1	がんと一緒にゆっくりと	絵門ゆう子	5
脳 15	1リットルの涙	木藤亜也	3
がん 1	がんだから上手に生きる	田原節子	2
がん 15	いのちに限りが見えたとき	星野周子	2
がん 1	よく死ぬことはよく生きることだ	千葉敦子	2
がん 1	癌と私の共同生活	俵萌子	2

※ 貸し出し期間：2006年4月1日～2006年9月14日 (全66件中)

(抛出：和田恵美子(2006)、「闘病記文庫」は患者・医療者に何をもたらすか—健康情報棚プロジェクトの多職種協働活動を通して,情報管理,49(9),499-508.)

②愛媛大学図書館医学部分館闘病記文庫の利用実態は、表3に示した。

表3 闘病記文庫利用実態（上位8位）
—愛媛大学医学部附属図書館 闘病記文庫—

分類	タイトル	著者	貸出回数
がん 13	妻と私	江藤淳	4
がん 55	片目を失って見えてきたもの	ピーコ	4
脳 15	いのちのハードル	木藤潮香	3
脳 15	1リットルの涙	木藤亜也	3
がん 15	えみちゃんの自転車	古館伊知郎	3
脳 3	医者が末期がん患者になってわかったこと	岩田隆信	3
疾病 4	私のアルコール依存症の記	西郊文夫	3
がん 6	笑顔の素敵なあなたに	上原寛奈	3

※ 貸し出し期間：2006年4月1日～2006年8月2日 (全161件中)

(抛出：和田恵美子(2006)、「闘病記文庫」は患者・医療者に何をもたらすか—健康情報棚プロジェクトの多職種協働活動を通して,情報管理,49(9),499-508.)

③鳥取県立図書館の利用実態は、表4に示した。

表4 闘病記文庫利用実態—鳥取県立中央図書館 闘病記文庫—
(全900冊中)

日付	貸出数(冊)
2006年7月7日(金)	12
2006年7月8日(土)	36
2006年7月9日(日)	33
2006年7月10日(月)	9
2006年7月11日(火)	26
2006年7月12日(水)	41
合計	157

※ 公開日：2006年7月2日

(拠出：和田恵美子(2006)、「闘病記文庫」は患者・医療者に何をもちたすか—健康情報棚プロジェクトの多職種協働活動を通して、情報管理,49(9),499-508.)

上記は、それぞれの施設における闘病記文庫設置後4～5ヶ月間、あるいは一週間の実績である。3施設の各々が病院内の患者情報室、大学病院附属図書館、公立図書館という特性をもつが、一般的な図書館分類を外した内容別の配架(「テーマ配架」という)は、どの施設においても過去に類を見ない。しかし、利用者にとって知りたいことは「本の中に何が書かれているか」であり、特に病気を患い、一刻を争う患者、その家族にとっては今回のような病名分類が必要になる。また、愛媛大学図書館医学部分館のような大学病院附属図書館は、学内研究者・学生に限った利用から一般市民への公開を始めて数年が経つが、病院外来帰りの患者が、白衣を着た医師に混じり病気を調べようと医学部附属図書館に足を運ぶことができるのかどうかは、今後も検討課題であると考えられる。

厚生年金病院患者図書室、愛媛大学図書館医学部分館両者ともに貸し出し総件数から考えると、貸し出しは、複数回ではない単独のものが多くことが推測できる。患者個人にとっては、たとえ他者と同じ病名であっても、自分にとっての病気が単独唯一の体験であり、その内容に関する独自の闘病記が必要とされるように考えられる。一方、患者の中には気分が沈むという理由で、闘病記を読む気が進まない者、また病気の段階によって“読むことのできる”闘病記の内容が変わる、という者がいると思われる(AERA, 2006)。これは、一概に患者が同時期に闘病記を必要としているわけではないことを示しており、患者個人の疾患体験の特性を示している。

実際に患者が欲しい情報は、同じ病気になった当事者の生活体験であるが、それらに関する情報を得るために患者会に足を運ぶことが、誰にとっても可能なわけではない。患者会のような集まりで自分の体験を公表することが困難であったり、また患者会まで

のアクセスが保障されていない患者も多い (Herxheimer & Ziebland, 2004)。それぞれ患者およびその家族が闘病記に何を求めて読んでいるのかについては、患者が必要とする医療情報との兼ね合いもふまえ、今後検討を重ねる必要がある。

2) 大阪厚生年金病院患者情報室「ラヴェンダー」司書による闘病記に関するニーズ

日々の利用者には差があるものの、患者情報室には患者本人あるいは家族が訪れており、患者の中には入院患者、外来患者ともに含まれていた。手術を控えた患者は、自分の疾患に関する情報を得るために、また不安を軽減するために闘病記を読みに来ていた。長期にわたって糖尿病を患う患者は、初めてこのような本および施設の存在を知り、どうしてこれまでこのような情報が得られなかったのか、自分からどのように医師に求める手段があったのかを司書に投げかける外来患者も存在した。しかし、中には医療者の目の届かないところで闘病記を読み、自分の疾患を勉強していることについて医療者に知られるのを恐れる者がいたり、また外来受診後の患者の中には、医師の説明を理解できておらず不安に陥って闘病記を必要とする者もいた。司書が情報収集を助けようとしても病名や治療内容が理解できていなければ、支援の手立てがない。患者図書室の司書は、依然として患者に自らの情報を得ることの意義・方策が浸透していないことを懸念していた。これは、セカンドオピニオンが通常化している現在、直接的な支援の手を必要としている患者が存在していることを表している。また、さまざまな疾患をかかえる患者本人を支える家族の利用もあった。患者本人と接する中で、どのようにサポートし、またどのように自分自身の悩みを解決していけばよいのか、その手段を探すために闘病記を読みに来所していることが認められた。具体的には、認知症患者やストーマ造設患者を支える妻、夫が見られ、本人より先に、退院後の生活の見通しをつけることを目的として来所していた。

3) 学部学生との闘病記朗読会 (図5)

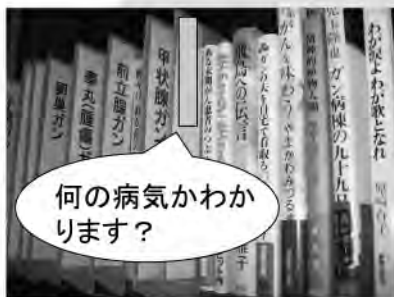
[とりあげた闘病記]

- ・第1～4回 佐藤律子：種まく子供たち—小児ガンを体験した七人の物語—、ポプラ社、2001年。
- ・第5～7回 江藤淳：妻と私、文藝春秋、1999年。
- ・第8回～(継続中) 富家恵海子：院内感染、河出書房新社、1990年。

闘病記のピアサポート機能としての活用準備段階として、学部学生とこれまで合計8回の「闘病記読もう会」を行った。会の開催時間はおよそ一回2時間であり、ひとりひとりが数ページずつを声に出して読み、輪読する形をとった。進行状況や闘病記の内容にもよるが、一回につき30～40ページを読み進め、およそ一冊を4～5回の開催で読み終わる結果となった。読後の感想の共有を含め、学生の語った内容からは以下の意味がよみとれた。

実習の合間に気分転換

一緒に闘病記を読みますか



何の病気かわかります？



これまで統一された分類がない闘病記ですが、このたび800冊を寄贈していただく機会に恵まれました。

夏休みに2～4年生が集まって、少し読み進めました。患者さんの体験を通して思わぬ発見があり、喜んでいます。

皆さんも将来医療職を目指す立場として、患者さんたちがどのように病気をうけとめ日常生活を送ったか、またその中で何を後輩患者に残そうとし、私たちはそれらをどのように生かしていくことができるか一緒に考えませんか。皆さんのご参加をお待ちしています！

日時：毎週 木曜日 18:00～(1時間ほど)

場所：I-501号室 → I棟の3階です！(*^_^*)

毎週の参加・不参加は自由、参加できる日のみで結構です。とにかく一度部屋をのぞいてみてください！

人・環境支援看護学領域 和田恵美子(I-509研究室)

メールアドレス: emiko@nursing.osakafu-u.ac.jp

図5 闘病記読もう会広報リーフレット (学内)

学生（A）は、「参加前からアンチ闘病記であった」自分を振り返り、「闘病記は感情的であり一方的である」と感じていた過去から、読もう会を通して「一気に本を読みきった」自分の変化に驚きを感じていた。また、闘病記著者の心境の変化を「生々しい心の揺れ動き」と表現し、死を意識する著者を前に、「私自身がいかに日々ボンヤリ生きていたかを考えさせられた」と語った。学生（B）は編入生であり、自らの看護師体験を振り返り、闘病記内に表現されたがんに対する病名告知の場面を取り上げた。学生は、病名告知を受けていない患者の心境に目を向けることより、スタッフ間での言動の統一ばかりに意識がいていたと述べた。そして、もっと自分にできる看護援助があったのではないかと振り返っていた。

6) 学部学生の病院内ボランティア活動を通しての闘病記に関するニーズ

学生は、自主的に集まり、闘病記文庫の設置および病棟への図書巡回サービスを行っている大阪府内中規模病院において、ボランティア活動に参加した。参加は合計5回、延べ10人にわたり、活動後の感想からは、以下のような内容が読み取れた。

学生は、実際に患者の希望する本を持ってベッドサイドへ接近し患者と接する中で、情報提供というサービスの機能価値を感じるとともに、逆に病状によっては活字を目にすることすらできない患者の重症さを感じ取っていた。しかし、本を手にとること、また手に取らないことをも「選べる権利」は、患者にとって必要な情報入手の権利であると感じ、病院施設としてその保障の重要性を認識していた。加えてそれらを支えるのは、病院の多職種スタッフの連携であることも指摘し、学生たちは、自らが担う看護師役割から、病院の管理機能へと視野を広げていた。また、患者自身は、そのような情報収集・学習機能を施設が有することを、もっと知る必要があることを述べ、よりよい医療を主体的に受けるためには、患者自身もつ権利と義務について、患者とともに考える必要があることを言及していた。

V. 今後の課題

今年度は、当センター初めての闘病記文庫受け入れ、ならびに運用上の体制づくりとして、すべてが準備段階であった。今回は、当施設およびすでに利用されている他施設から、闘病記文庫の利用実態および利用者のニーズを分析したが、市民の活用を考える上で未だ問題は山積している。

闘病記文庫は、大学病院附属図書館、公共図書館、および当センターのような地域における保健機能を有した施設など、全国10ヶ所におよび、現在も自然発生的に増加の一途をたどっている。施設別のニーズ分析の必要性以外には、地の利の問題や施設開館に伴う人的・物的環境など、具体的には運用管理面の問題が大きい。しかし、手探りの広報活動ならびに分析結果からわかることは、闘病記に対する社会からの広いニーズであった。そこには患者教育、また学生への看護教育機能があり、病院施設との協働活動によっては「看護として何を医療情報とし、それをもって、どこでどのように患者に接すべきか」をふまえ、看護管理、看護教育、看護倫理面にまで価値を広げることができると考えられる。調査協力をいただいた病院施設の闘病記寄贈は400冊、当センターは

800冊である。今後は一律でなく、各施設の特性を生かした選書による闘病記配架が必要となる。闘病記という古くて新しいツールを、どのように市民発の情報ニーズとして受けとめるかは、われわれ医療者の意識にかかっていると考ええる。

文献

AERA (Asahi Shimbun Extra Report and Analysis) (2006), 生きるてがかり闘病記の選・読・書, 19 (32), 30-31.

Herxheimer, A., Ziebland, S. (2004), The DIPEX project: collecting personal experiences of illness and health care, Narrative Research in Health and Illness, BMJ, 121.

和田恵美子 (2003), 闘病記にみる病いを物語るきっかけ, 聖路加看護学会誌, 7 (1), 1-8.

和田恵美子 (2005), 闘病記にみる病いを物語るきっかけ, 健康情報棚プロジェクト編, からだと病気の情報をさがす・届ける, 東京, 読書工房, 209-224.

和田恵美子 (2006), 「闘病記文庫」は患者・医療者に何をもたらすか—健康情報棚プロジェクトの多職種協働活動を通して, 情報管理, 49 (9), 499-508.

虚弱高齢者のための認知機能低下予防グループケア・プログラムの開発

中村裕美子、上田裕子、林 園子、水野智実、中塘二三生

I. はじめに

わが国では、平成18年度より介護保険制度が見直され、介護予防事業が始められている。その一環の地域支援事業の中で認知症予防事業が進められるようになり、認知症の発症の危険度が高い高齢者を対象とする特定高齢者施策と一般高齢者施策に分けられている。

高齢者の認知機能の低下を防ぐことは、介護予防の大きな課題であることから、介護予防を目的としたプログラムの開発が急務になっている。これまでの通所サービスなどでのプログラムは、女性向けの趣味やゲームが多く、楽しむことが主になっていて、積極的な認知機能の低下予防を目指しているものは少ない。最近では脳科学の発達を受けて、認知症予防についての研究や実践活動報告が行なわれている。

本研究では、これまでの研究成果を踏まえて、認知機能の活性化を図るプログラムを開発することを目的に、地域の虚弱高齢者に対するグループ支援として「脳いきいき教室」を開催し、その効果測定によって効果的なプログラムの開発を行なう。

II. 研究目的

在宅で生活している虚弱な高齢者に適応できる認知機能低下予防のためのグループケア・プログラムを開発する。

III. 研究方法

1. 対象

A市、B市に在住している65歳以上の虚弱な高齢者 25名

特定高齢者あるいは要介護認定の要支援1・2および要介護1程度で認知症でない者

2. 方法

1) 対象者の募集

該当する地域の地域包括支援センター、保健センター、市役所介護保険課、大学周辺地域の民生委員に教室の主旨を説明し、チラシの配布を依頼した。加えて近隣施設、郵便局にチラシを置いた。教室参加希望は電話あるいはFAXにて、参加希望者個人から直接申し込みを受けた。なお、今回は地域のボランティアや民生委員からの参加希望があり、年齢条件を満たしている方の参加を認めた。

2) 教室の開催

2006年10月27日から12月22日にかけて4回の教室を2クール開催した。1回の教室は2時間程度とし、教室プログラムは資料のとおりである。教室スタッフは、研究者5名、大学院生1～4名の体制で行なった。

3) 調査内容

基本情報（年齢、疾患、自覚症状、家族状況、医療状況、介護保険利用状況）、MMSE、ファイブコグ、抑うつ（GDS-15）、QOL（VAS法15項目）、おたっしや21、体重、身長、体脂肪、握力、5m歩行速度の測定、教室ごとに参加の感想、日常の活動記録表

4) 分析方法

教室の開始前と第4回目の終了時に調査票による調査、および計測を実施。なお、教室開始から6ヵ月後に追跡調査を予定している。量的データの分析は、調査データの教室前後の成績について性別による比較を行なう。分析方法は、 χ^2 検定、対応のあるt検定、相関分析を行なう。

3. 倫理的配慮

研究への参加に関して、参加者に研究目的をよく説明し、参加に十分な利益があることを説明する。ビデオ撮影、聞き取り調査の了解を得る。研究への参加は自由意志による参加であり、同意後も拒否は保証されること、プライバシーは保護されることなどを説明し、文書にて同意を得た。運営に関しては、血圧測定、SpO₂測定により体調の把握を行い、体操などのプログラムには、事故が発生しないように配慮した。

IV. 結果

1. 教室の参加状況

教室の申込者は53人からあり、実際の参加実人数は47人であった。教室の脱落率は低く、体調不良や他の用事による欠席が少数みられたが、参加者は意欲的に楽しそうに継続して参加していた。

2. 教室のプログラムの特徴

脳いきいき教室の基本構成は、①健康ミニ講座、②アクティビティ、③体操、④交流会で構成した。アクティビティの内容は、資料および写真のとおりである。「なぞり書き」では、古文、童話、小説、歌詞の文字をなぞり書きする、書いた部分を音読することで、前頭前野の活動を活発にする。「食事思い出しゲーム」では、エピソード記憶を鍛えるために、昨日1日の食事内容を思い出し、思考力を鍛えるために食事記録の分析を行い、計画力を鍛えるために不足栄養素をとるための献立を立てる。「旅行計画」では、計画力を鍛えるために旅行を計画する。時間や予算の計算をする。「聖徳太子ゲーム」では、注意分割機能を鍛えるために同時に言われた言葉と絵を聞き取り記録する。

体操は、有酸素運動と筋肉のストレッチの要素を含む内容として、左右の手で違う行為を行なう運動や目と手の協調運動、足じゃんけんなどを実施した。認知機能を刺激するための配慮は、日常の生活でどこでも簡単にできるもの、同じ運動を繰り返し行なうこと、高齢者に身体的負担が少ないようにした。健康ミニ講座は、脳の機能と認知機能の低下を予防する栄養と運動の関連について、認知症予防としての笑いの効果を紹介した。交流会は、小グループで自己紹介と毎回その日の感想を出し合い、和やかに話し合いをもった。座席も自由にして知り合いになった参加者同士がグループになるようにし

た。

3. 教室の効果

1) 参加者の状況

参加者は、47人であり、男性12人、平均年齢78.7歳、女性35人、平均年齢75.3歳であり、男性が4分の1を占め、女性より男性の平均年齢が高くなっていた。要介護度は自立が女性に多く、男性には要支援が多くなっていたが有意な差はみられなかった（表1）。介護予防のスクリーニング指標として開発された「おたっしや21」のリスク率は、虚弱、転倒、尿失禁、低栄養でみられ、転倒のリスクが最も高く、4項目では男性が高くなっていたが有意な差はみられなかった（図1）。身体機能ではカットオフ基準以下の率は、開眼片足立ちが90%以上と高く、次いで5m歩行速度であったが性別での有意な差はみられなかった（図2）。

参加状況からみえた高齢者の特徴としては、認知機能の低下予防への関心や危機感が高いこと、知的な関心が高いこと、例えば筋肉量測定や調査結果などの自己のデータに高い関心をもち、積極的に説明を求めている。また、学習活動についても感心が高く、健康ミニ講座では多くの質問が出された。アクティビティへの参加は積極的に明るく楽しそうに取り組んでいた。また、自宅で実施するための資料や本の購入を希望し、活動表にきちんと記録するなど意欲的に取り組む姿勢が見られた。

2) 教室参加前後のデータの比較

MMSEのカットオフポイント（22/23点）での認知症の概当者は男性1人（前後とも）、女性1人（後のみ）であった（表3）。教室前後のMMSEの平均値は男性、女性ともに27点～28点台であり、教室の前後で有意な差はみられなかった。しかし、下位尺度の時間見当識と場所見当識において教室前後により有意な差がみられた（表4）。抑うつ傾向（GDS）は、教室前後ともにカットオフポイント（5/6点）による傾向の有無と性別とでは有意な差はみられなかった。教室前後のGDS平均値は、男性、女性ともに教室後に値が低下し改善され、特に女性において有意な傾向がみられた（表5）。QOLの教室前後の変化は、男性では顕著な傾向は見られなかった（図3）が、女性では家族関係と友人関係以外の7項目において教室後に値が高くなり、教室前後で有意な差がみられた（図4）。

V. 考 察

今回の参加者は、地域からの応募がほとんどであったことから虚弱高齢者に限定することはできなかった。広報活動の中で教室への関心をもった地域のボランティアや民生委員が自分たちの地域活動に生かしていくために参加していたことは、プログラムの進行にとってはよい役割をもたらしていた。また、彼らは地域活動のリーダーであることから、これからの認知症予防の自主的な地域活動の活性化へ結びつくと考えられる。

今回実施した教室のプログラム構成の特徴は、認知機能の維持のために記憶力と思考力を鍛えることに重点を置いた。特に短期記憶、体験したことを覚えて思い出す機能であるエピソード記憶、日常生活の中での判断や目標設定を行う計画力、注意力を鍛える、いくつかの対象に対する注意を切り替えたりする注意分割機能を鍛えることをねらいに

おいた。また、参加者一人ひとりが計算する、文字を書く、聞き取る、思い出すことが行なえるようにすることで、個人の思考能力を鍛錬する機会を作るようにした。知的な関心を高め認知症予防に取り組めるように簡単な知識を提供し、教室で紹介している活動の効果や根拠を示すようにした。このことは参加者が教室の以外の日常生活で課題を継続する意欲を喚起することに効果をもたらしたと考えられる。

アクティビティは、個人と少人数のグループで取り組んだ。小グループ活動はチームで相談することで仲間づくりが図られたこと、また、個々のメンバー人も自分の記録をするようにしていたため主体的にアクティビティに参加することができていた。高齢者にとっては2～3人の小グループが参加しやすく、関係を築きやすい人数であったと考えられる。参加者は楽しく参加できていたことや仲間同士の協力や交流によって仲良くなり、教室への参加意欲と日常の活動での継続意欲に繋がっていたと考えられる。

教室の参加による効果として、女性においてQOL、特に主観的な幸福感や生活満足感などと、抑うつ傾向の改善の傾向がみられた。これは教室での楽しい経験が影響していると考えられる。認知症のスクリーニングであるMMSEには教室前後において変化が見られなかったが、下位項目で変化が見られているが、同じ場所で6週間の間隔で検査していることによる学習効果や変数の少ないことによる影響の考慮も必要であることから、MMSEの分析には追跡調査のデータと比較して長期間の評価により検討していく必要がある。なお、参加者の中に健常者が含まれていることから、今後の詳細な分析においては認知機能レベルを考慮した検討を行う必要がある。

VI. おわりに

地域では平成18年度の介護保険法の改正により介護予防が事業化され、行政が具体的な取り組みを始めている。マスコミなどで脳の健康や認知症予防が多く取り上げられていることから、高齢者の中では、介護予防に関心が高まっている。特に、認知症予防は地域の高齢者の関心が高く、教室開催の要望が強く聞かれた。今後は、教室の効果測定を継続して行なっていくことで、プログラムの有効性を明らかにしていく予定である。

最後に教室にご参加いただいた地域の皆様とご紹介の労をとっていただいた関係機関の皆様にお礼を申し上げます。

文献

大島一博：これからの認知症ケア戦略—認知症の高齢者と家族を地域で支えるために、月刊 総合ケア、16 (1)、47-53、2006

増田末知子：スリーAにおける痴呆介護予防への挑戦、月刊 総合ケア、13 (10)、34-37、2003

矢富直美：認知症予防の戦略的アプローチ、老年社会科学、28 (3)、381-386、2006

矢富直美：認知症予防活動の効果評価と課題、老年社会科学、27 (1)、75-79、2005

1回目の内容

聞き取り調査 健康チェック	基本情報、MMSE、GDS-15、QOL 血圧、酸素飽和度、体脂肪、握力
ファイブコグ	集団による認知機能の検査
アクティビティ 「なぞり書き」	希望のテキストを選択して、各自がなぞり書きを行なう 書いた部分を音読する
体 操	座って行なえる運動
交流会	参加者が数人ごとのグループになり 自己紹介

2回目の内容

健康チェック 調査・測定	血圧、酸素飽和度 おたっしや21、5m歩行速度
健康ミニ講座	脳の働きと食事の関係
アクティビティ 「食事思い出し ゲーム」	3人1組になって進める 各自が昨日1日の食事内容を思い出す (食事のメニュー、食材) 3食に含まれていた栄養素を色わけする 不足栄養素をとるための献立を考える
体 操	左右で違う動きをする体操、ストレッチ体操
交流会	参加者同士で交流

3回目の内容

健康チェック	血圧、酸素飽和度
健康ミニ講座	脳の働きと運動・心の健康
アクティビティ 「旅行計画」	藤井寺駅から奈良への旅行を計画する 3人で相談して、予算、時間を越えないように、 テーマを決め、行き先、食事の場所や 内容、時間の予定を立案する、費用の計算 も行なう グループの発表
体 操	いすに座って手と足の体操 足じゃんけん
交流会	参加者同士で交流

4回目の内容

健康チェック	血圧、酸素飽和度、体脂肪、握力
アクティビティ 「聖徳太子 ゲーム」	5人一組になり、グループ対抗戦を行なう 出題者は、同時に絵カードを示しながら言 葉を発する 回答者は、聞き取れた言葉を回答する 2回行い、正解を確かめる
体 操	室内のウォーキング、リズム体操
交流会	参加者同士で交流、感想
聞き取り調査	MMSE、GDS-15、QOL

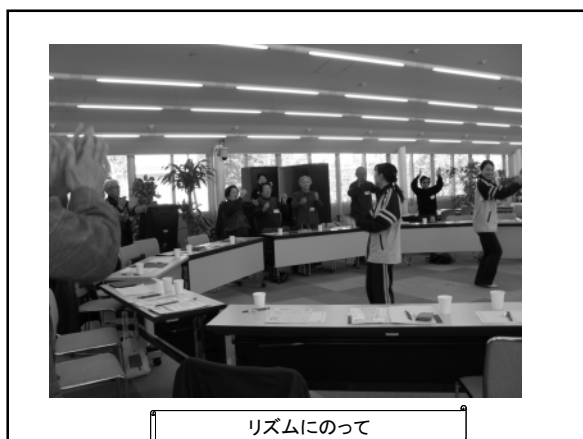


笑顔で 受付



体組成計で計測

調査の聞き取り



教室の開催・参加状況

■ 教室申込者

■ 53人

■ 有効調査対象数

■ 47人

	回数	開催日程	参加者数
1クール目	1回目	10月27日	26
	2回目	11月10日	26
	3回目	11月17日	24
	4回目	12月 1日	25
2クール目	1回目	11月14日	15
	2回目	11月28日	18
	3回目	12月15日	19
	4回目	12月22日	18

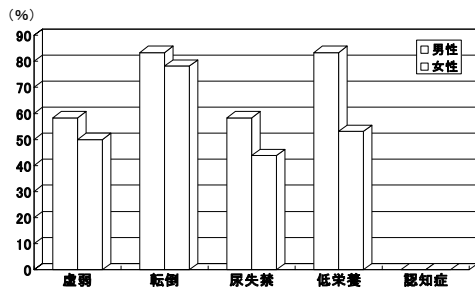
参加者の状況(ベースライン)

人(%)

項目	カテゴリー	男性 (n=12)	女性 (n=35)	検定
年齢(歳)	(平均±SD)	78.7±5.3	75.3±5.7	ns
要介護度	自立	6(50.0)	26(76.5)	ns
	要支援他	6(50.0)	8(23.5)	
家族構成	独居	2(16.7)	11(32.4)	ns
	夫婦世帯	4(33.3)	6(17.6)	
	2世代世帯他	6(50.0)	17(50.0)	

注)不明を除く

介護予防のリスク状況 (おたっしや21 リスクありの比率)



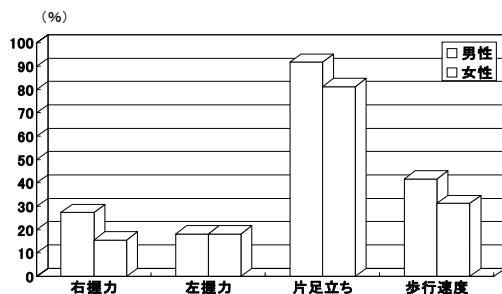
参加者の状況(身体状況:教室前)

人(%)

項目	基準	男性 (n=12)	女性 (n=35)	検定
右握力	基準以下	3(27.3)	5(15.6)	ns
	基準以上	8(72.7)	27(84.4)	
左握力	基準以下	2(18.2)	6(18.2)	ns
	基準以上	9(81.8)	27(81.8)	
開眼片足立ち	基準以下	11(91.7)	26(81.3)	ns
	基準以上	1(8.3)	6(18.8)	
5m歩行速度	基準以下	5(41.7)	10(31.3)	ns
	基準以上	7(58.3)	22(68.8)	

注)不明を除く

参加者の状況(身体状況:教室前) おたっしや21の基準によるリスク率



教室前後の状況(身体状況の変化)

項目	教室	男性 (n=11)	検定	女性 (n=32)	検定
BMI	前	23.3±2.89	+	23.3±3.21	+
	後	23.5±2.80		23.4±3.18	
体脂肪率 (%)	前	23.9±6.53	**	33.4±6.95	***
	後	25.8±6.88		34.7±6.74	
体幹推定筋肉量(kg)	前	23.8±2.39	*	17.5±1.76	**
	後	23.4±2.21		17.3±1.70	
右握力(kg)	前	29.0±4.83	**	22.6±6.45	*
	後	32.0±4.76		24.9±5.55	

注1)不明を除く

注2) +:p<0.1, **:p<0.05, ***:p<0.01, ****:p<0.001

教室前後の状況 (MMSEの変化1)

		人(%)	
MMSE		男性	女性
教室前 (n=46)	認知症(22点以下)	1(8.3)	0(0.0)
	正常(23点以上)	11(91.7)	34(100.0)
教室後 (n=44)	認知症(22点以下)	1(9.1)	1(3.0)
	正常(23点以上)	10(90.9)	32(97.0)

注1)MMSE 30点満点
認知症傾向あり:22点以下、正常:23点以上

教室前後の状況 (MMSEの変化2)

項目	教室	男性 (n=11)	検定	女性 (n=32)	検定
MMSE合計点数 (30点)	前	27.27±2.94	ns	27.84±1.85	ns
	後	27.00±3.19		28.00±1.93	
時間見当識 (5点)	前	4.55±0.69	+	4.91±0.30	+
	後	4.82±0.60		4.75±0.51	
場所見当識 (5点)	前	4.82±0.41	ns	4.44±0.62	*
	後	4.64±0.51		4.75±0.51	
計算 (5点)	前	3.91±1.70	ns	3.97±1.40	ns
	後	3.82±1.72		4.03±1.49	
遅延再生 (3点)	前	2.18±0.98	ns	2.59±0.67	ns
	後	2.09±0.94		2.59±0.71	

注1)+:p<0.1、*:p<0.05、** :p<0.01、***:p<0.001

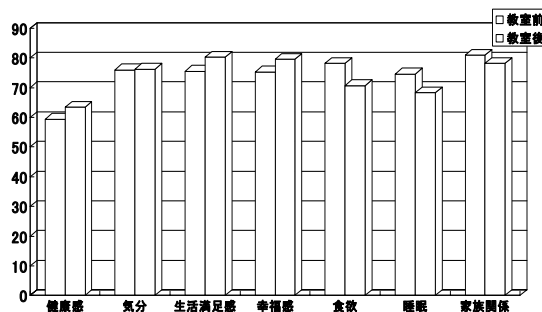
教室前後の状況 (抑うつ傾向:GDS)

抑うつ(GDS)		男性	女性	検定
教室前 (n=46)人(%)	傾向なし	8(72.7)	20(80.0)	ns
	傾向あり	3(27.3)	5(20.0)	
教室後 (n=37)人(%)	傾向なし	6(66.7)	23(82.1)	ns
	傾向あり	3(33.3)	5(17.9)	

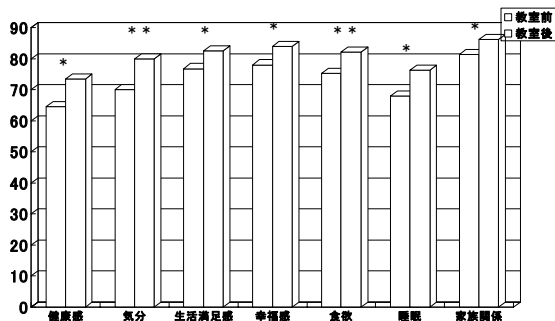
抑うつ(GDS)	男性 (n=9)	検定	女性 (n=21)	検定
教室前平均点	3.44±3.81	ns	3.52±2.31	+
教室後平均点	3.33±3.67		2.76±2.98	

注1)不明を除く
注2)うつ傾向あり:6点以上、うつ傾向なし:5点以下
注3)+:p<0.1、*:p<0.05、** :p<0.01、***:p<0.001

男性の教室前後のQOLの変化



女性の教室前後のQOLの変化



第8回 国際看護セミナー

開催日時：平成18年2月17日（金）午後2時～4時

場 所：大阪府立大学はびきのキャンパス

講 師：Kathleen K. Zarling, MS, RN, CNS, FAACVPR

Cardiovascular Clinical Nurse Specialist

Mayo Clinic Rochester, MN, USA

通 訳：吉岡 美穂

演 題：Creating Quality Care Through a Multidisciplinary Approach to Cardiac Patients and Their Families

心疾患患者と家族のための質の高いケアの創造－学際的アプローチを用いて－

講師紹介：Kathleen K. Zarling, MS, RN, CNS, FAACVPR

1970年ミネソタ州のMethodist-Kahler看護学校を卒業後、4年間Rochester Methodist病院のICU/CCU病棟でスタッフナース、主任ナースを勤める。その後、1974年～1989年まで、心臓リハビリテーションプログラムの創設に携わり、コーディネーターを務める。その間ミネソタ大学で看護学修士を取得する。2003年Winona州立大学でClinical Nurse Specialistコースを専攻し、現在、CNSとして活躍している。また、アメリカ心臓肺リハビリテーション協会の特別研究員でもある。

これまでに数々のコンサルテーション、教育に携わり、また、多くの著書を執筆し賞を受賞している。



講演内容：心疾患患者とその家族に、質の高い看護ケアを提供するために、Multidisciplinary Approach（学際的／集学的アプローチ）を用いることが重要である。内科医、看護師（CNS、スタッフナース、登録ナース）、薬剤師、栄養士、運動生理学者、ニコチン依存カウンセラー、作業療法士、心理学者、ソーシャルワーカーなどが回診を行い、患者によりよい結果をもたらすだけでなくスタッフの専門家としての意識と満足度を高めるという価値のある試みであることが明らかになっている。このMultidisciplinary Approachにおいて、患者に最良のケアを行うように中心的に働きかける専門家がCNSである。Multidisciplinary Approachについて看護研究を行い、患者教育において効果があったことが評価され、Mayo Clinicでの取り組みについてご講演いただいた。

質疑応答では、退院後の患者に対する家族の悩み、心臓移植についての経済的背景、退院後のケアの内容などについて質問があり、数字を挙げて具体的にご説明いただき活発な意見交換がされた。

（高見沢恵美子、森一恵）

心疾患患者と家族のための質の高いケアの創造

—学際的アプローチを用いて—

Kathleen K. Zarling, MS, RN, CNS,
FAACVPR

Cardiovascular Clinical Nurse Specialist

Mayo Clinic

Rochester, MN, USA

メイヨークリニック

- “協同的な医療”に基づいている
- 3つの主要地域に加えて、アメリカ合衆国の中西部北部の64のコミュニティにヘルスケアを提供している。
- 学際的チームは、人々の医学的問題を解決するのに役立つ技術、専門的知識、経験を結びつける

メイヨークリニック

- メイヨークリニックの雇用人数

ヘルスケア提供者と、ヘルスケアスタッフ
47,878人

*医師 2,968人

*ヘルススタッフ 41,892人

学際的チームのすべてのメンバーを含む：
看護師、作業療法士、理学療法士、
薬剤師、栄養士ほか

患者と家族ケアのための 学際的 (Multidisciplinary/Interdisciplinary) チームアプローチの発展と実施

- 学際的チーム (Multidisciplinary team) は、1950年代アメリカで、ハーマンヘレンステタイン医師によって発展した。
- Multidisciplinary team と interdisciplinary team という言葉は同じ意味を表し、交換して用いることができる
- どちらのチームも、共通の目標に向かっていくグループのメンバーの共同を意味する

患者と家族ケアのための 学際的チームアプローチの発展と実施

学際的チーム発展の2つの枠組み:

- 多様な部門
- ダイレクトチーム

患者と家族ケアのための 学際的チームアプローチの発展と実施

ダイレクトチームの構成:

- チームがその部門自体で構成されるか、大きな部門の一部であるとき (心臓病学部門、または内科部門)
- 学際的グループに役立ち、グループを支援するように計画された予算がある
- グループ全体が、指導者に報告し、通常は医師か専門看護師である

患者と家族ケアのための
学際的チームアプローチの発展と実施

ダイレクトチームの構成 (つづき)

このチーム構成のひとつの利点は、すべての専門分野がある一人に報告するという点である。その人は心臓リハビリテーションに志向しており、適宜チームメンバーを評価する。

- ダイレクトチームの構成では、すべての給料がひとつの予算からでるので、低コストで効率的である
- 最も一般的には、外来患者プログラムで見られる
- 病院には非常に多くの患者がいて十分な見返りが得られるので、給料をまかなえる

患者と家族ケアのための
学際的チームアプローチの発展と実施

- これらの2つのチーム構成は、心臓リハビリテーションチームととも共通している。
- ひとり(通常は専門看護師)が、チームの仕事をコーディネートし、患者ケアに焦点を合わせる
- 定例の情報伝達と正式なミーティングを通して、チームは洞察と情報を共有し、全員が様々な患者の目標を熟知することができる

患者と家族ケアのための
学際的チームアプローチの発展と実施

- ほぼすべての学際的チームに内科指導医がいる
- 小さなチームには、内科医、看護師、薬剤師、栄養士、数人の専門家が含まれる。
- 包括的なチームは、多くの医療専門家で構成される。

学際的心臓リハビリテーションチームの
理想的な構成

- **心臓病患者と家族は、個別的ケアのための学際的チームアプローチの中心にいる。**

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

- 医師-(内科医、心臓専門医、心臓外科医)
患者ケアの全体的な指導者である。
学際的ヘルスケアチームの主要メンバーである。
心臓専門医と心臓外科医は、
内科的・外科的ケアを専門とする、
心臓疾患を診断する、
正しい治療を指示する、
入院患者、外来患者のリハビリテーションと回復過程に助言する

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

心臓血管疾患の専門看護師 (CNS)

- 多様な心臓疾患経過を専門としている上級の
実践看護師である。
- 患者に関する実践的な問題を統合整理する働きをする
 - 患者に直接に接し、いくつかのシステムに渡って働く
 - 看護学と他の学問を用いて働く

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

心臓疾患スタッフ看護師

心臓疾患の人々のケアを専門にしている看護師である。

- 身体的ケアを提供する
- 心臓疾患について教育する
- 患者の退院計画を立てる。

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

心臓血管専門病院の登録看護師

医師チームとともに働く登録看護師であり、患者のかかりつけ医師からの情報伝達だけでなく、病院内の情報交換を行っている。

- 医師とともに毎日回診する、
- 患者の身体状態に関する複雑なニーズに対して援助する、
- 退院計画を実行する、
- 患者と家族への教育によって、ベッドサイドナースを支援する。

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

チャプレン

患者と家族に、スピリチュアルケアと情緒的なサポートを提供する

- それぞれの宗教的ニーズに適した聖職者が準備されている
- われわれの病院には、多くの世界的信条がある

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

薬物依存カウンセラー

初期のサービスを支援し、患者をケアしながら、過度のアルコールと薬物使用について査定する

- アセスメントをする
- 患者と家族の両方に 紹介先を提案する
- 患者が入院中の治療を必要とする時には、対面式の介入をして援助する
- 外来患者がかかると紹介先を準備することを助ける

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

保健師/訪問看護ステーション

地域の中の看護師であり、家庭で患者や家族の身体的精神的ケアを提供する看護師である。

- 家庭環境の中で患者を支援するために、他の地域サービスや情報を取り入れる

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

栄養士

患者の栄養学的ニーズを評価する。

- 特別な食事療法の必要性について、家庭で行う計画を、患者や家族と検討する
- 献立選択の手助けを提供する
- すべての種類の特別食について質問に答える
- 患者と家族に料理の作り方を教える
- 資料と口頭で教育する

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

運動生理学者 (EP)

- 心臓の症状発生に従って、適切な運動や活動制限ガイドラインについて援助する。
- リスクファクターを調べる
- 長期的な家庭用運動プログラムガイドラインについて検討する
- 外来患者の心臓リハビリテーションプログラムへの継続的参加についての計画を援助する

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成
ニコチン依存カウンセラー (NDC)

患者が病院にいる間、患者の禁煙を支援することができる

- メイヨークリニックは、1987年から禁煙である
- “登録看護師による喫煙者介入プロトコール”が実施された。以下の2つの部分がある。
 - * 患者の要望によりニコチンパッチを使って、
 - * 短期・長期の禁煙を支援する
 - * 行動介入の相談を依頼し、患者が教育や
 - * カウンセリングを受け、生涯タバコを止める
 - * 努力をするのを援助する。

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

作業療法士 (OT)

心臓リハビリテーションの専門家であり、患者の家庭生活、仕事、余暇の活動を評価する。

- 心臓の負担を減らすために、エネルギーを抑えた活動が安全に効率的にできる方法について、患者に教える
- ストレスマネジメントとリラクゼーション方法を患者に示すこともある

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

薬剤師

投薬や、とくに特別な指示の投薬または、複雑な投薬レジメンなどについて、患者と家族に教える。

- 臨床の登録看護師は、ほとんどの投薬についての教育の大部分を行っている
- 薬剤師は、病棟に配置されていることが多い

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

理学療法士 (PT)

心臓リハビリテーションを専門にしている。

- 運動による患者の身体反応を測定する
- 必要に応じて患者にリラクゼーション方法を教える
- 動きの問題について患者を助ける
- 回復途中の患者の個々のニーズに合わせた家庭で継続できる指示を、口頭でまたは書面で与えることもある

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

心理学者 (MA, PhD)、精神病医 (MD)

臨床医であり、行動の科学と実践をもとに働いている。

- 危機にあるとき、深刻な病気のあるとき、精神的なサポートが必要とされるときに、患者を援助する
- 病気に対する異常な感情反応について扱うことを専門にしている
- すべての精神疾患を扱う
- 最適な薬物療法について協働する

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

ソーシャルワーカー

患者と家族が抱えている感情的、職業上の、社会的な、または経済的な問題を援助する。

- 患者が病気に順応できるように助ける
- 地域の資源として、一時的または長期のナーシングホームがあることを患者に紹介する
- 経済的な資源について援助する
- 患者と家族に助言することもある

学際的心臓リハビリテーションチームの理想的な構成

職業リハビリテーションカウンセラー

心臓の症状発生以前と同じような仕事に戻ることができない場合に、再訓練と再教育について患者を援助する。

- 必要な追加教育のための資金について援助することもある。

学際的チームの回診と共同の利点

学際的チームを加えたエビデンスに基づく研究がこれまでに多く行われた。

学際的チームが回診することは、患者によりよい結果を生み、スタッフの専門家意識と満足を増すために、価値のある仕組みであることがすでに明らかになっている。

私たちがしなければならない質問とは？

“正しいケアを、正しい患者に、正しい時に提供することができるには、最良で、もっとも適任の専門家は誰なのか？”

最も適任な人の知識や経験を用いることは、より確実に、患者に最良のケアを提供することができるだろう

学際的チームの回診と共同の利点

- アメリカ合衆国では、学際的ケアの権限は、外部・内部のヘルスケアに関する組織から発せられている。
- Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations (JCAHO) Standardsは、*Care of Patients and Continuum of Care in 2000*の基準の中で、学際的ケアについて言及している。
- JCAHOの基準では、患者ケア、治療、リハビリテーションは、学際的な共同チームによって、計画され、評価され、修正されるべきであると述べられている。

学際的チームの回診と共同の利点

- 病院は、サービスを合理化し、誤りを減らし、重複と浪費を避ける方法を探している。共同を増やしていくことは、これらの問題へのひとつのアプローチ方法とみなされている。

学際的チームの回診と共同の利点

- ICUからの患者の移動に関する学際的共同は、患者の成果の重要な指標であった。成果が乏しいことは、学際的共同のレベルが低いことと関連していた。
- 共同は、就業状況に影響を与える。共同のレベルが高ければ、職業満足度の向上と看護師の定着率の増加につながる。

学際的チームの中での看護師の役割

専門看護師(CNS)の役割:

- チームの推進役であり、メイヨークリニックと看護部の未来像や哲学に従い、患者ケアに焦点をあわせる

学際的チームでの看護の役割

メイヨー・クリニックの

看護部門の未来像:

世界で最良のケアを提供すること



学際的チームでの看護の役割

専門看護師(CNS)の役割:

- リーダーの役割:
 - ケア提供者
 - 教育者
 - 相談者
 - 研究者

学際的チームでの看護の役割

CNSの実践についての概念的な枠組みは、以下の“影響領域”である:

- 患者/クライアントの領域
- 看護と看護実践の領域
- 組織/システムの領域

学際的チームでの看護の役割

スタッフ看護師/主任看護師の役割

- 患者と家族のためのケア計画の中心となる
- 毎朝の回診に参加する
- スタッフナースも加えてチームと話し合う

学際的チームアプローチの評価と利点

- 患者と家族の日々のケアに劇的な影響を与えることができる
- また、特定の患者集団だけでなく、個々の患者に対しても進んだケアを提供することができる
- チームワークを促進する
- 共同を促進する
- 専門職意識を促進する

学際的チームアプローチの評価と利点

- 専門的な満足感を促進する
- 健康を促進する行動に焦点をあてる
- リスクファクターの調節と共に患者が感じているニーズに応えなければならない
- 患者が必要とする全人的な見方を続ける
- 患者と家族のニーズと優先度をアセスメントする

学際的チームアプローチの評価と利点

看護研究: 結果

4つの鍵となる事項が、退院後まもなく、患者によって重要と認識された:

- 退院の後の管理を継続すること
- 薬物療法
- 活動
- 食事療法/栄養

学際的チームアプローチの評価と利点

看護研究

結果:

4つの鍵となる事項は、4つのカテゴリーにおいて重要だと認識された:

- 疾患の経過と日常生活の改善が必要であることを理解する
- 正しいことをする
- 心配、不安、恐れ
- 自分自身の経験を通して、他の誰かを助ける

私たちは、この時点で、コンプライアンスとクオリティ・オブ・ライフを調べていなかったが、これらは専門家が結束して協力し、適切な場所で適切な時に、適切な量の教育と支援で、患者と家族の個別的なニーズに協力して取り組む時、他の多くの研究が明らかにしようとしている要素である。

多くの研究は、一般的に、心不全患者について行われている。

患者のコンプライアンス、満足度、苦痛な症状の緩和、より少ない入院、よりコスト効率のよいケア、そして多くの他の要因が、学際的チームの協力によって改善されている。

学際的なアプローチを通して、入院患者と外来患者の両方の結果が改善されている。質の改善プロジェクトは、特定の患者集団へのケアにおいて最良の実践であることを示している。

患者自身が自分の優先事項を決めることを援助し、患者自身が退院計画をすることを援助し、電話で連絡をとり、会う約束をすることを患者と共にすることによって、患者のコンプライアンスをモニターし、ヘルスケアの結果に影響を与えることができる。

第9回 国際看護セミナー

開催日時：平成18年7月31日午前10～12時

場 所：大阪府立大学羽曳野キャンパス

参 加 者：81名(教員25名、大学院前期課程学生28名、大学院後期課程学生6名、学外22名)

講 師：Janet L. Larson, PhD., RN., FFAN.
Professor and Department Head
(Department of Medical Surgical Nursing)
College of Nursing, University of Illinois at
Chicago Nursing Assembly President of
American Thoracic Society

通 訳：松尾ミヨ子 (大阪府立大学看護学部 教授)

演 題：EBCP：Evidence-Based Clinical Practice
－生理学的指標を用いた看護研究の進め方と
エビデンスの実践への活用－



講師のDr. Larsonは、米国イリノイ大学看護学部と同大学大学院の教授であり、特に呼吸器疾患看護の研究においては、看護研究に生理学的指標を取り入れることを率先してきた人物である。大学院時代に彼女はすでに、慢性閉塞性呼吸不全患者の呼吸筋疲労に関する論文を発表した。その研究では呼吸筋持久力を鍛錬する“スレッシュホールド”というデバイスを開発した。このデバイスは吸気に負荷をかけることで呼吸筋を鍛えるメカニズムを持っており、呼吸筋、特に横隔膜の生理機能に精通することによって生み出されたものである。その後、このデバイスは商品化され慢性呼吸不全患の呼吸筋リハビリのために処方されるようになった。Dr. Larsonはこのような呼吸器に関する生理学的研究を多く発表しているため、医師と誤認されることも多く、研究室には各国から医師が訪れている。しかし、彼女は看護師である。呼吸器疾患患者の呼吸困難、活動力の低下、運動耐性の低下の予防または悪化遅延に看護師として貢献できることはないかと考えたことが、呼吸筋機能を生理学的に究明することになった動機と聞いている。彼女の研究は生理学的であるがゆえに、看護の雑誌というより医学系または学際的な雑誌に発表されることが多い。グローバル化の時代、看護の将来にもグローバルな視点を向けざるをえない状況が差し迫っている。米国ではgeneral nurse以上に、clinical nurse specialistやnurse practitionerの活躍が今後の看護の現場で期待されている。英国でも特殊技術、時にこれまで医師にのみ使用を許可された技術を身につけ、それを臨床活用しているnursesが登場してきている。つまり、看護もエビデンスに基づくサービスの必要性を本格的に志向するようになってきたといえる。エビデンス志向の機運がnurseをより正確に、精密に身体を捉える方向に向いている。看護サービスにエビデンスを纏わせる取り組みにいち早く着手したDr. LarsonのEBCPへの貢献は、慢性呼吸不全患者に関する生理学的研究の継続に見られる。

講演の要旨

1) Evidence-based Clinical Practice

看護実践ではより良い患者アウトカムや根拠のある情報の必要性が一層増してきた。看護実践を決定するのは、ヘルスケア資源がどの程度入手できるか、患者の願望や要望、看護師の技術の熟達度、そして質の高いエビデンスの獲得量といった要素である。しかし従来からの情報源は質、量ともに看護実践に十分に対応できるとはいえない。また研究報告も次第に多くなってきているが、研究結果を実践に活用するまでに時間がかかり、吟味されたエビデンスを活用する実践からは程遠い状況が続いてきた。このような背景の下、看護におけるevidence-based clinical practice (EBCP：エビデンスに基づく臨床実践)の考え方が、英国、豪州、カナダなどの国々を中心に強調されるようになってきた。

2) EBCPの具体例

研究に基づくエビデンスの集積源にはコクランライブラリー、クリニカルエビデンス、EBMH (メンタルヘルス関係)、Best Practice (看護実践のエビデンス集積源) などがあがあるが、ここではコクランライブラリーと豪州に基盤を置く集積センターであるBest Practiceからの例を見てみる。

コクランデータベースによるシステマティックレビューは、呼吸リハビリテーションは、最大運動能力 (+5.6watts)、機能的運動能力 (+49meters)、呼吸困難・疲労感・マスターリー (臨床的に重要な差を生じさせる) において有効であることを示している。

Best Practiceによる人工気道設置の成人の気管内吸引に関するエビデンス

- ・気管損傷、低酸素血症、高血圧、心臓不整脈、頭蓋内圧亢進は、吸引操作によってもたらされることがある (レベルⅢ.3)。
- ・分泌物の溶解に用いる0.9%の生理食塩水の有効性は実証されていない (Ⅲ.3)。
- ・大き目の吸引カテーテルを用いると、PaO₂レベルは低下しやすい (レベルⅢ.2)。
- ・繰り返しの吸引は下気道への複数の細菌侵入を許す可能性があり、特に吸引時に食塩水を注入することが日常的になるとその可能性は高くなる (レベルⅣ)。
- ・気道の陰圧上昇を防ぎ、PaO₂の低下を最小限にするには、吸引カテーテルのサイズは気管内チューブ内径の半分以上を塞ぐ大きさであってあってはいけない (レベルⅣ)。
- ・吸引は不安や疼痛を引き起こすことがある (レベルⅣ)。

*：レベルは、高い数値になるほどエビデンス度が低いことを示す。

3) EBCPを実行上のする上での困難

EBCPは今後の看護に必要なことには違いないが、実行には幾つかの現実的な問題が伴う。

①エビデンスに基づくケアに変更したいが管理者がそれに対する十分な理解を示さない、②新たなアイデアに基づいて実践したいがそのための時間がない、③研究文献を読む暇がない、④他のスタッフがEBCPにサポートティブではない、④研究結果を活用したいが、施設設備の限界上実行できない、⑤研究について議論できる仲間がいない、⑥医師が協力的ではない、などである。(職場文化をEBCP対応型に変える必要がある)

3) 米国におけるマグネット病院制度（看護実践におけるEBCPの活用例）

1990年代にベス・イスラエル、ディーコネス病院などマグネット病院といわれるものが発足した。マグネットのクライテリアにはEBCPが用いられた。クライテリアは、1) 看護と他領域の研究者との共同、2) 臨床実践への研究結果の活用、3) 看護実践が研究によるエビデンスに基づく知識駆動型であることである。

マグネット病院の認定：American Nurses Credentialing Center：ANCC（米国看護師協会支部の米国看護師資格認定センター）2006年6月現在206のマグネット病院が存在する。

マグネット病院の効果：看護が良質の患者アウトカム提供に貢献できる

看護師が高い職業満足を持つことができる

看護師の移動率が低い

EBCPの活用：他者によって開発されたアイデア、方法、技術、アドバイスなどを積極的に活用することを促進される。探索して収集したエビデンスをメタアナリシスなどによって評価し、実践方針の決定に役立てることができる。エビデンスに基づく臨床実践ガイドラインを作成し、施設全体でケアの質向上への取り組みが可能となる。

以上約1時間半の講演はEBCPを中心としたものであった。講演後のリスナーからは以下のような質問があった。

質問1：“米国の看護教育、研究領域ではEBCPに強い関心が示されているのか？”

回答：EBCPについては、米国というより英国、豪州、カナダなどの方が関心が高いようである。エビデンスの質の高い研究としてRCT（ランダム化比較試験）があるが、その研究方法には時間、労力を要する。正確で、丁寧な方法を用いれば、RCTによらずとも質の高い結果を得ることはできる。しかし、メタアナリシスは看護にはこれから非常に必要な手段だと考える。

質問2：“生理学的指標を用いる研究は今後の看護研究に重要となると考えるが、日本ではそのための研究設備を充実させることも困難である。米国の看護の実験研究は施設や設備を整えることも含めてどのように進んできたのか、また看護の研究では侵襲の少ない方法を用いる必要がある、どのような方法があるだろうか？”

回答：米国でも看護領域で生理学的研究を進めるためには多くの困難があった。医師の理解や非協力、看護に対する考えの違いから看護師であっても必要性の認識に様々あるなど、現在のような状況に至るまでには多くの葛藤を越えてきた。しかし、これはチャレンジであり、実現のための工夫をすべきである。最初のうちは十分な設備もないので、他領域の研究者と共同で行う研究に参加するのも方法である。研究には侵襲の少ない方法を用いることは大切だが、重要なことは、どのような方法であっても“侵襲”の側面を持っているということである。侵襲はないと思われる方法であっても、何らかの侵襲を与えている。

時間の制限もあり多くの質問を受けることはできなかったが、その質問内容から、EBCPに対する見解のみならず、Dr.Larsonの生理学的研究に取り組む厳しい姿勢は、看護領域での生理学的研究に関心を持つ学生、教員にとって新たな学びとなったことが推察できた。

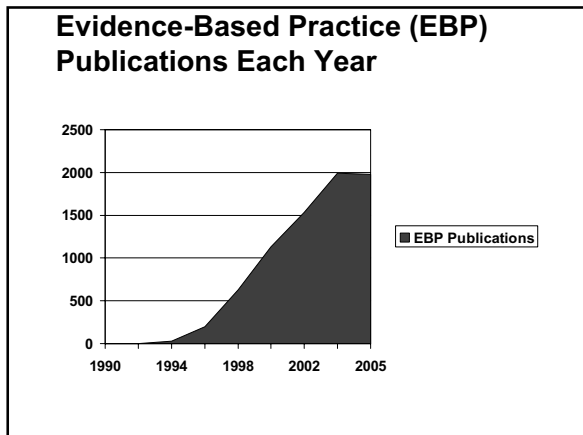
（松尾ミヨ子）

UIC COLLEGE OF NURSING
UNIVERSITY OF ILLINOIS AT CHICAGO

Evidence-Based Practice: Opportunities and Challenges

Janet L. Larson, PhD, RN, FAAN

Knowledge Explosion



EBP is Global

Sources for this presentation

- Australia
- Canada
- United Kingdom
- Denmark
- Ireland
- United States

Evidence-based Practice

The process by which practitioners make clinical decisions using

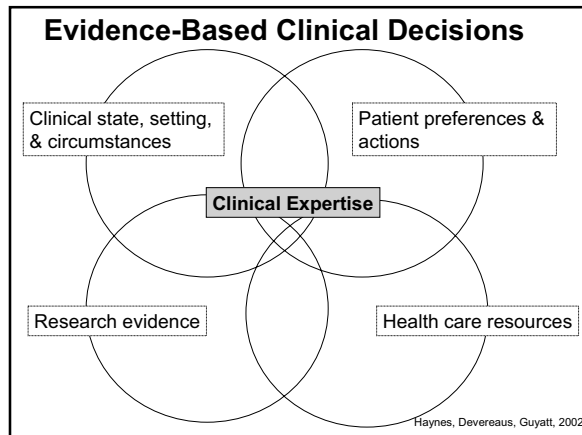
- the best available evidence
- their clinical expertise and
- patient preferences, in the context of
- available resources

DiCenso, Cullum & Ciliska, 1998

Process: Knowledge → Practice



- Discovery Research
- Summarize Evidence
- Translate Evidence → Practice Guidelines
- Integrate Guidelines → Practice
- Evaluate Impact of EBP

Stevens & Staley, 2006



Why EBP?

- Better patient **outcomes**
- Need for **valid** information
- **Inadequacy** of traditional sources for information
- **Lag time** in getting research findings into practice

EBP Challenge

Knowledge → Practice

- **Discovery Research**
- Summarize Evidence
- Translate Evidence → Practice Guidelines
- Integrate Guidelines → Practice
- Evaluate Impact of EBP

Stevens & Staley, 2006

Knowledge Building Research

- Tightly controlled experiment
 - Builds knowledge
- Results may not be widely generalizable
 - Sample characteristics
 - Elaborate equipment – not practical for clinical setting
 - Intervention too time consuming for clinical setting
 - Intervention too costly for clinical setting

Knowledge → Practice

- Discovery Research
- **Summarize Evidence**
- Translate Evidence → Practice Guidelines
- Integrate Guidelines → Practice
- Evaluate Impact of EBP

Stevens & Staley, 2006



Evaluating Quality of Research

- Quality of the Research
 - Research Design
 - Measurement
 - Interpretation of Results

Quality of Systematic Reviews

- Totally **transparent & systematic**
 - Criteria for selecting & excluding studies
 - Process for locating studies
 - Process for rating the science
 - Summary tables
- Meta analysis

Where to Find Evidence

- On-line databases
- Professional organizations
- Clinical journals with research summaries
- Evidence-based textbooks

Synthesis of the Evidence

- Clinical Evidence
 - www.clinicalevidence.com
- Evidence-Based Nursing
 - www.evidencebasednursing.com
- Evidence-Based Mental Health
 - www.ebmh.bmjournals.com
- Cochrane Library
 - www.cochrane.org

The Joanna Briggs Institute

- Australian-based
 - English, Italian, Spanish, Thai
 - Japanese
- www.joannabriggs.edu.au
- **Best Practice**
 - Tracheal Suctioning of Adults with Artificial Airway
 - Smoking Cessation Interventions and Strategies

Free

Professional Organizations

- Oncology Nursing Society
 - EBP Resource Center
 - Integrated Reviews

American Thoracic Society

- ATS Position Statement on Pulmonary Rehabilitation
- Dyspnea: Mechanisms, Assessment and Management
- Care of the child with chronic lung disease of infancy and childhood
- www.thoracic.org

Cochrane Database of Systematic Reviews

Meta Analysis: Pulmonary Rehab -- Usual Care

- Maximal Exercise Capacity + 5.6 watts
- Functional Exercise Capacity + 49 meters
- Dyspnea, Fatigue, Mastery
 - +Minimal clinically important difference (MCID)

Lacasse, et al., 2005

Best Practice – Tracheal Suctioning of Adults with an Artificial Airway

1. Tracheal trauma, suctioning-induced hypoxemia, hypertension, cardiac arrhythmias and raised intracranial pressure have been associated with the suctioning procedure (level 111.3)
2. Patients have reported that suctioning can be a **painful and anxiety** provoking procedure (level IV)

The Joanna Briggs Institute, Best Practice, 4:4, 2000

Best Practice – Tracheal Suctioning of Adults with an Artificial Airway

3. Administering a ***bolus of 0.9% sodium chloride*** (normal saline) to liquefy secretions is not substantiated in the literature (Level 111.1)
4. There is potential for multiple bacteria to enter the lower airway during ***repeated suctioning*** procedures, particularly if saline instillation is routinely used as part of the procedure. (Level IV)

The Joanna Briggs Institute, Best Practice, 4:4, 2000

Best Practice – Tracheal Suctioning of Adults with an Artificial Airway

5. The ratio of the ***diameter of the suction*** catheter to the inside diameter of the ET tube could be directly related to the negative pressure within the lungs (level IV). Falls in PaO₂ levels have been reported to be greater when larger suction catheters were used. (Level 111.2)
6. 6-13. Continued

The Joanna Briggs Institute, Best Practice, 4:4, 2000

Knowledge → Practice

- Discovery Research
- Summarize Evidence
- **Translate Evidence → Practice Guidelines**
- Integrate Guidelines → Practice
- Evaluate Impact of EBP

Stevens & Staley, 2006

Practice Guidelines

- “Systematically developed statements to assist practitioner decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances”

Field & Lohr, 1990

Attitudes about Practice Guidelines

- “Practice guidelines are great”

versus

- “Cookbook medicine - nursing”



ACCP/AACVPR Pulmonary Rehab EB Guidelines (1997)

Intervention	Level of Evidence
▪ Lower Extremity Training	A
▪ Upper Extremity Training	B
▪ Ventilatory Muscle Training	B
▪ Behavioral & Educational	C

Ries, et al. 1997

Best Practice – Tracheal Suctioning of Adults with an Artificial Airway

1. Suctioning should only be done when a thorough assessment of the patient **establishes the need** for such a procedure. Individualized assessment prior to, and close observation during and following the procedure is recommended. Patients should be **encouraged to cough** up secretions themselves if they are able to do so. (Level 1V)

The Joanna Briggs Institute, Best Practice, 4:4, 2000

Best Practice – Tracheal Suctioning of Adults with an Artificial Airway

2. Because of the potential associated hazards, nurses require **procedural skill and gentleness** when suctioning. (Level 1V)
3. Nurses **should not instill saline** prior to suctioning adults with an artificial airway. Ensuring patients are adequately hydrated is one way nurses can facilitate the removal of respiratory secretions. (Level 111)

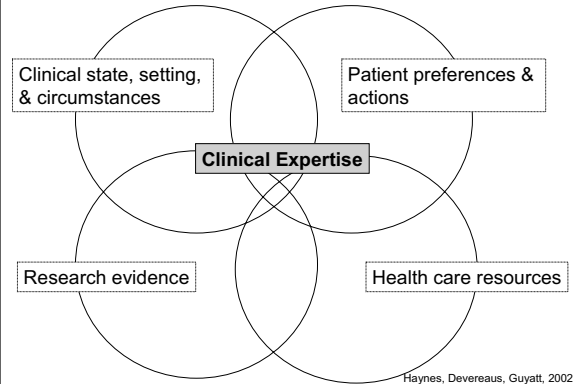
The Joanna Briggs Institute, Best Practice, 4:4, 2000

Best Practice – Tracheal Suctioning of Adults with an Artificial Airway

4. **Aseptic technique** should be used while suctioning adult hospitalized patients with an artificial airway (Level 1V)
5. The **size of the suction catheter** should occlude no more than half of the internal diameter of the artificial airway to avoid greater negative pressures in the airway and to potentially minimize falls in PaO₂ (Level 1V)

The Joanna Briggs Institute, Best Practice, 4:4, 2000

Evidence-Based Clinical Decisions



Knowledge → Practice

- Discovery Research
- Summarize Evidence
- Translate Evidence → Practice Guidelines
- **Integrate Guidelines → Practice**
- Evaluate Impact of EBP

Stevens & Staley, 2006

Nurses' Barriers to Implementation of EBP (Irish)

- Not enough **authority** to change care
- Insufficient **time** to implement new ideas
- Do not have **time** to read research
- **Other staff** are not supportive of EBP
- **Not capable** of evaluating quality of the research
- **Facilities** are inadequate for implementation

Glacken & Chaney, 2004

Nurses' Barriers to Implementation of EBP (Irish)

- **Management** will not allow implementation
- Research results are **not generalizable** to their setting
- **Doctors** will not cooperate
- **Statistics** are not understandable
- **Isolated** from knowledgeable colleagues with whom to discuss research

Glacken & Chaney, 2004

Must Change Corporate Culture



Magnet Hospital Status

- Designation by American Nurses Credentialing Center (ANCC), affiliate of ANA
- Nursing delivers excellent patient outcomes
- Nurses have high job satisfaction,
- Low staff nurse turnover rate and
- Appropriate grievance resolution.



Magnet Criteria - EBP

- Collaborate with researchers in nursing and other disciplines
- Use research findings in clinical practice
- Promote research so that nursing practice is evidence-based and knowledge-driven

Requires a Change in Culture

- 206 Magnet Hospitals (June 2006)
- After certification - Institutional behavior can revert back to traditional ways
- Lasting solutions are needed

Collaboration

- Academic
 - Locate the scientific evidence
 - Evaluate the quality of the science
- Practice
 - Locate other sources of evidence
 - Evaluate the feasibility of recommendations for the specific setting
- Interdisciplinary
 - Bring different perspective
 - Acquire institutional support

Using EBP efficiently

- Apply the recommendations and practice policies developed by others
- Use summaries of evidence to create your own practice policies
- Appraise and synthesize the research evidence that you find yourself, using that to build clinical policies

adapted from Richardson & Sackett

National Guideline Clearinghouse

- Comprehensive database of evidence-based clinical practice guideline
 - www.guideline.gov

The Joanna Briggs Institute

- Australian-based
 - English, Italian, Spanish, Thai
 - Japanese
- www.joannabriggs.edu.au

Free

Knowledge → Practice

- Discovery Research
- Summarize Evidence
- Translate Evidence → Practice Guidelines
- Integrate Guidelines → Practice
- **Evaluate Impact of EBP**

Stevens & Staley, 2006

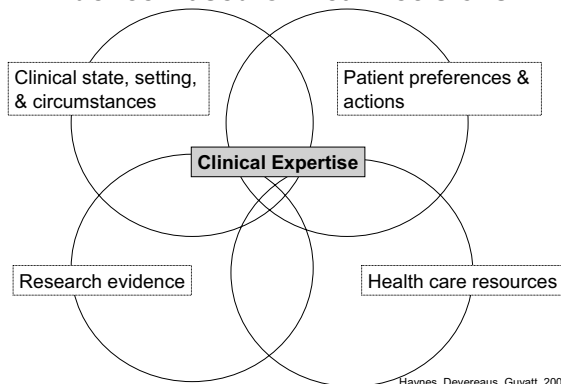
Evaluation

- Evaluation Plan
 - Time table (short term – long term)
 - Identify outcomes of interest
- Benchmarks
 - Internal
 - External

Evaluation

- Monitor Process
 - Adherence to guideline
 - Unanticipated Problems
- Monitor Outcomes
 - Clinical
 - Cost
 - Other

Evidence-Based Clinical Decisions



- Thank you for the opportunity to speak about EBP
- May we all become competent in evidence-based practice



第10回 国際看護セミナー パート I

日時：平成18年12月1日（金）13：00-15：00

場所：大阪府立大学羽曳野キャンパスL402

講師：Lynn Chenoweth PhD.,R.N. (University of Technology Sydney)

演題：Improving the Quality of Care for People with Dementia in the Health Setting through Changes in the Total Care Environment

通訳：吉岡美穂

Lynn Chenoweth先生から「老人ホームにおける環境トータルケアの変化を通しての、認知症患者に対するケア向上」というテーマでご講演を頂いた。

認知症におけるケアモデルには、行動モデル、need-drivenモデル、認知モデル、心理社会的モデル、therapyがある。

Need-driven Dementia-compromised Behaviour NDB model というモデルの研究結果では人間関係が改善したり、目的にあった行動ができる、食事に興味を示すなどの結果がでていいる。またPLST model (ストレス低下モデル) は、患者にストレスを与えないように看護するモデルであるが、この研究により、徘徊や落ち着きのなさ、精神病的症状が減少した。

認知症患者のQOLの意味を考える必要がある。高齢者は自分たちの健康よりQOLを大切にすることがあり、社会的構造概念としてのQOLとの違いを知る必要がある。高齢者の認知するQOLとは、安全、安心、居場所のある意識、過去から現在、未来へと続く意識、目的の場所へ行く意識などである。

QOLの認知は、身近な家族や友人、ケア提供者、高齢者サービス提供者、それぞれに違いがあり、QOLをサポートするには、それらの違いを認識する必要がある。

それでは、どういうふうにQOLをサポートする環境をつくりあげるかという、以下の4つのポイントがある。

1. 自己を大事にする

愛着。他人と築く、可能であれば一緒に活動する。アイデンティティを大事にする。

2. 身体的、社会的、感情的、精神的に健康である。

3. 意味のある機能を維持する。

4. 環境を豊かにする。

まとめ

これらの研究から認知症患者のQOLの向上とケア環境の重要性が明らかになった。

- Q 1. ケア提供者のサラリーがとても安い、オーストラリアの状況はどうか？
- A. オーストラリア政府がサラリーをサポートしている。
ケアアシスタントはあまりよくない。
介護の資格に3段階ある。
学歴や資格によりサラリーが変わるので、教育を受けさせることが大事である。
- Q 2. 思い出になるものをもってこさせるというのが、独居の人はどうするのか？
- A. エイジドケアアセスメントチームがある。その人たちが訪問したりする。
誰でも老人ホームに入れるわけではない。アセスメントチームの審査が必要である。
- Q 3. ダイバスティーセラピストの役割
- A. 社会的機能を促す。意味のある機能を促す。
- Q 4. セラピストの評価は
- A. 学士の資格が必要、3年間の教育とデプロマが必要。
- Q 5. 延命のための栄養を維持するのはどうするか？
- A. 寝たきりの症状であっても説明をする。患者の拒否があれば、患者の意思を尊重する。

Lynn Chenoweth先生のご講演内容は、次頁以降に示した。

(秋原志穂)





Planning considerations for promoting well-being in dementia care

Lynn Chenoweth

Professor of Aged & Extended Care Nursing

University of Technology Sydney & South Eastern Sydney Area Health Service

The defining nature of dementia

A variety of conditions with cognitive features

Decline in two or more mental abilities, including memory, learning, orientation and attention

Deterioration in at least one intellectual skill, including abstraction, judgement, comprehension, language and calculation

Loosening emotional control or personality change

Difficulties in family, social and work functioning

Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD)

- Nursing home placement precipitated by behavioural symptoms such as agitation, wandering, and passivity (Whall & Kolanowski 2004).
- Particularly high prevalence of BPSD in nursing home populations, 80% - 90% (Brodaty et al., 2003; Finkel, 1998; Nay et al., 2003).

WELL/ILL BEING INDICATORS

Well-being

- Making wishes known (non destructively)
- Initiating social contact
- Showing warmth and affection
- Showing signs of self respect
- Being helpful
- Showing bodily relaxation
- Creative self-expression
- Showing pleasure, enjoyment or humour
- Responding appropriately to others
- Holding him or her own socially
- Being alert and responsive
- Being purposeful

Ill Being

- Distress
- Depression or despair
- Intense anger
- Anxiety
- Fear
- Physical discomfort/pain
- Showing bodily tension
- Agitation
- Apathy and withdrawal
- Cultural isolation
- Difficulty withstanding powerful others

Symptoms of dementia and the care environment

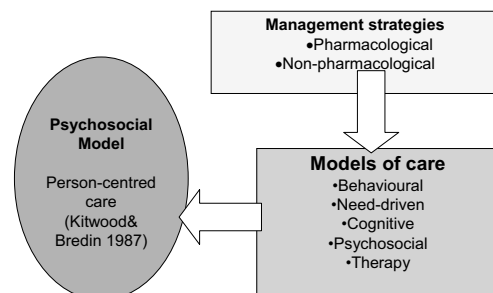
Theories/models of behavioural disturbance assist in understanding & reducing the root causes of distress and improve quality of life

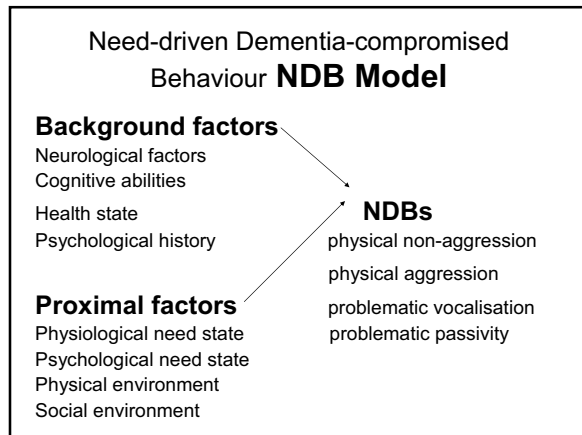
The Need-driven Dementia-compromised Behaviour (NDB) Model (Algase et.al. 1996)

Progressively-lowered Stress Threshold (PLS) Model (Hall & Buckwalter, 1987)

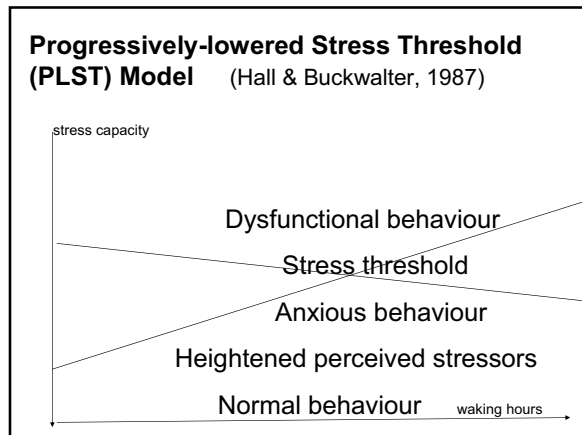
Socio-psychological Theory of Personhood in Dementia (Kitwood, 1997a)

Conceptual Framework for Dementia Care



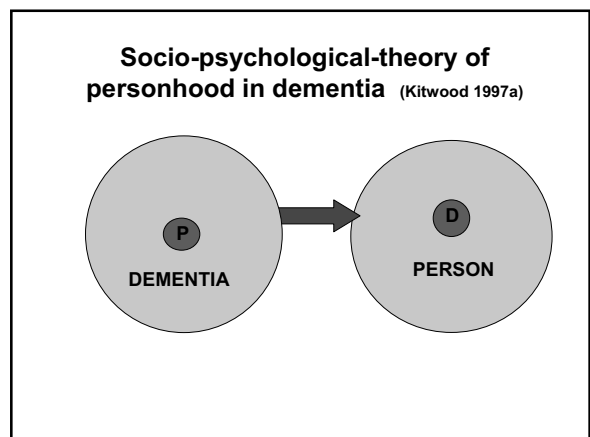


- ### NDB MODEL RESEARCH FINDINGS for enhanced, stimulating, home-like environments
- **Less pacing, trespassing, exit seeking, and agitated behaviour, and more contentment**
(Cohen-Mansfield & Werner, 1998)
 - **Improved relationships & communication**
(Marshall, 2001; Davies, 2003; McKee et al 2004)
 - **Less aimless wandering, confusion**
(Algase et al 2003; Lai & Arthur, 2003)
 - **More purposeful/meaningful activity**
(Volicer 1997; Brooker & Duce, 2001; Ballard et al 2001)
 - **More interest in eating and sitting longer at meals**
(Mallott et al 2001)



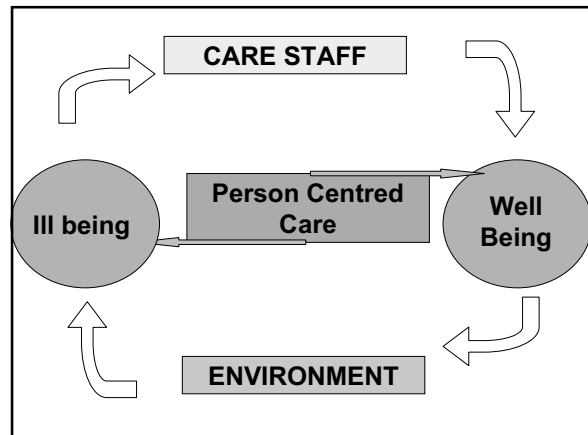
- ### Principles of the Progressively-lowered Stress Threshold (PLST) Model
- **Normative behaviour (individual's baseline)**
 - **Increasing agitation with excessive external demands (avoiding eye contact, moving away from others, trembling)**
 - **Dysfunctional behaviour (pacing, disruptive vocalisation, perseveration, aggression, withdrawal, crying/groaning)**
- Environments must:**
- ✓ **maximise safe functioning by accommodating cognitive, psychological, physical, social and sensory losses in a prosthetic manner**
 - ✓ **Eliminate/minimise misleading stimuli-TV, unending spaces, unnecessary noise, extra people, large groups**

- ### Research supporting PLST
- **Less catastrophic reactions**
(Swanson, Maas, Buckwalter 1993,1994)
 - **Less pacing, agitation, fidgeting, refusing care, perseveration, incontinence, sundowning, night-time wakening, psychosis**
(Hall 1998; Specht & Hall, 2003
Swanson, Maas, Buckwalter 1993,1994)



PCC PHILOSOPHY

- Proposes that distinctive psychosocial environment surrounding the person leads to disintegration of the person as a whole
- Based on Kitwood's (1997) socio-psychological theory of personhood in dementia
- Personhood involves feelings, action, belonging, attachment to others, identity, and achieving one's potential
- If quality of care is not good at a psychological level most persons with dementia will move downwards into some stage of enduring ill-being



How do we identify the features of positive responses to the care environment?

- ✓ Signs of positive self-worth, identity
- ✓ Expressing & having values & wishes respected
- ✓ Initiating and responding positively to social and interpersonal contact, affection, and care delivery
- ✓ Being helpful and concerned for others
- ✓ Showing humour, happiness & creativity
- ✓ Engaging in purposeful, meaningful activity

Impact of environment on behaviour

- The built environment is a designed intervention & a conscious product of social, political and economic institutions
- Changes in cognition and higher order functioning mean increasing influence of this environment on behaviour
- The present reality is still being negotiated with reference to the known past
- There may be strong resistance to attempts to deny independence and autonomy and introduce new concepts

(Moos & Lemke 1997; Lawton 1983;; Rowles 1983):

Significance of quality of life for the person with dementia

Life is only significant when analysed in terms of our attachments, eg. social roles, relationships, belief systems, environment and values

In older age well-being and quality of life are perhaps even more important than physical health.

Loss of function and independence and becoming a burden on families or others is a threat to quality of life.

Social construction of quality of life

- Quality of life is a concept that is socially constructed and focuses on what is, what might be, what we aspire to and how we might acquire this state of being
- Naming the features/elements of QOL relies on commonsense, culturally determined concepts of what counts for normal variation, usually from our own perspective, or that of expert reference groups
- QOL is therefore, norm-referenced and keyed to a typification of the subject, ie the person with dementia

Interpretations of QOL

Person with dementia's perspective

- A sense of security-feeling safe
 - A sense of continuity- experiencing links between the past, present and the future
 - A sense of belonging- having a "place"
 - A sense of purpose- having direction
 - A sense of fulfilment- feeling of getting somewhere meaningful
 - A sense of significance- feeling you matter
- (Eales, Keating & Damsma 2001 Clarke, Hanson & Ros 2003; Hubbard 2002)

Interpretations of QOL

Close Family and Friends' perspective

- Physical health
- Emotional and social well-being
- Positive interpersonal relationships
- Meaningful functional independence
- Close, loving relationships with care givers
- Caregivers' confirmation of their worth
- Caregiver's recognition of their values

(Rantz et al 2000; Mitchell 1999; Tolson et al 1999; Clarke et al 2003)

Formal caregivers' perspective

QOL is one component of a broad view of health, including:

- Economic and social security
- Physical & functional health
- Positive role functioning
- Belief in self- aware, worthy, contribution, goals
- Psychological well-being-sense of peace
- Positive social relationships
- Harmonious, safe, clean, active environment

(Norman 1997; Bartlett 1996; Chance 1997; Coulter 1999; Kaplan 2003; Norman 1997; Pincombe et al 1996)

Aged care service provider's perspective

- Dignity supported by caregivers & others
 - Treated with respect by caregivers & others
 - Liberty and security
 - Religious and cultural identity respected
 - Self-determination to level of capacity
 - Quality, individualised care provided that meets physical, social, and emotional needs
 - Privacy and confidentiality respected
- (Aged Care Act 1997-Australian Government)

Creating environments that support well-being and quality of life

Four core features comprise quality of life for the person with dementia in assisted care living:

- personhood
- well-being
- maintaining function
- enriched environments

1. Personhood

(Kitwood 1997a; Barker 2001)

- ✓ Attachment- bonds with others in immediate environment as well as from the past
- ✓ Inclusion- group membership & acceptance
- ✓ Comfort-sense of security, warmth, strength
- ✓ Occupation- meaningful activity that utilizes and supports existing strengths
- ✓ Identity- continuity with the past, a story to tell

2. Physical, Social, emotional & spiritual well-being (Kitwood, 1992; Cartwright & Parker 2004)

- ✓ Movement towards a positive sense of self
- ✓ Expressing & having life views, values & wishes respected
- ✓ Initiating and responding positively to social and interpersonal contact and affection
- ✓ Showing signs of self-worth & respect
- ✓ Being helpful and concerned for others
- ✓ Showing humour, creativity, purpose

3. Maintaining meaningful function
(Volicer 1997; Brooker 2001)

- ✓ Activity linked to previous, remembered interests and skills
- ✓ Ability to focus on activities & items in immediate environment
- ✓ Opportunity to retain known roles
- ✓ Ability to communicate verbally and creatively, eg singing, art, rhythmical movement
- ✓ Able to succeed at meaningful activity
- ✓ Able to recognize immediate environment
- ✓ Contributions recognized and validated

4. Enriched environment

(Moos & Lemke 1997; Lawton 1983; Rowles 1983; Fleming, Forbes & Bennett 2005)

- ✓ Safe & secure
- ✓ Small, simple & domestic (familiar) in design
- ✓ Good visual access to caregivers, others, bathroom, bedroom, lounge & dining
- ✓ Reduced levels of unwanted stimulation
- ✓ Enhanced levels of wanted stimulation
- ✓ Provide for wandering & exploring
- ✓ Opportunity for privacy & personal interaction
- ✓ Links to community

Dementia care environments that facilitate well-being

- Life-enriching- creates a sense of continuity with the past, comfort, security and safety
 - Rekindles memories of the home in which personal identity was formed
 - Accommodates the salient traits of cognitive and sensory losses and the associated person-environment transactions that will occur
 - Facilitates use of remaining functions.
 - Is able to be manipulated & controlled.
- (McIntyre 2003; Mansell & Beadle-Brown 2004; Cutler et al (2006))

Specific features that support these principles

1. Create a HOME that is familiar to residents
2. Flow/sequence from the front entrance right through the public and semi-private spaces to the most personal spaces
3. Attractive, functional and private spaces for staff
4. Some work spaces for staff that are shared with residents, eg. Family room/ Kitchenette/courtyard
5. Corridors have places of interest and rest with chairs, tables, sensory activities

6. Private spaces for families to have conversation with the residents
7. Sensory stimulation in resident's rooms- view, murals, paintings, ornaments, and also familiar bedding and furniture, a small table and chairs to eat at, a small lounge for family to use when visiting, memory boxes
8. Outdoor area flows readily from indoor areas-similar floor materials, keep doors open if possible, comfortable outdoor chairs, sensory stimulation, shade, railings, plants and raised garden beds that can be worked/touched
9. Flexible use of all spaces

10. Colour scheme is restful, with some areas of stimulation, eg soft sea blue/green, or pink walls, with bright yellow/blue/dark pink flower mural on one wall
11. Residents can see staff from their room and all common areas at all times
- 12 Toilets are readily visible and signed
- 13 Large signs/pictures for prompts to dining, lounge, bedrooms, bathrooms
14. Activity zones throughout the facility
- 15 Residents name (large print) and photo/memorabilia on the door to their bedroom
16. Smaller, connected dining areas, seating only 4-5 people at each table
17. Small lounge areas as well as larger social areas

CONCLUSION

Research demonstrates the value of enriching care environments to enhance the quality of life and well-being of persons with dementia, in particular the benefit of successful interventions that help the person retain or improve their sense of self, their capacity to choose, attachment, and their levels of physical and psycho-social functioning, independence and autonomy

Presenter

Dr Lynn Chenoweth
 Professor of Aged & Extended
 Care Nursing
 University of Technology Sydney, and
 South Eastern Sydney –Illawarra
 Area Health Service
 Lynnette.Chenoweth@uts.edu.au

References

- Algase, D. Beal-Bates, C., Beattie, L. 1993 Wandering in long-term care *Annals of Long-Term Care*, 11:33-9.
- Algase, D., Beck, C., Kolanowski, A., Whal, A., Berent, S.K., Richards, K. 1996 Need-driven compromised behaviour: an alternative view of disruptive behaviour. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(6): 10-19.
- Ballard, C. et al 2001 Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioural and psychological symptoms, language skills and psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics*, 13: 93-106.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. 1998 The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *The Gerontologist*, 38 (2): 199-207.
- Cutler, L.J., Kane, R.A., Degenholtz, H.B., Miller, M.J. & Grant, L. (2006) Assessing and comparing physical environments for nursing home residents: Using new tools for greater research specificity. *The Gerontologist*, 46(1): 42-51.
- Davies, S. Aveyard, B. & Norman, I.J. (2006) Person-centred dementia care. In S.N Redfern & F. Ross (Eds.) *Nursing older people*. (4th edn.) pp. 491-528. Edinburgh: Elsevier.
- Brodaty et al., 2003 Brodaty H, Draper BM and Low LF (2003) Behavioural and psychological symptoms of dementia: a seven-tiered model of service delivery. *MJA*. Vol. 179, pp.231-234.
- Brooker, D. & Duce, L 2001 Well-being and activity in dementia. *Aging & Mental Health*, 4:356-360.

References

- Finkel, 1998; Finkel SI (1998) The signs of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Clinician*. Vol. 16, No. 1, pp.33-42.
- Fleming R., Forbes I, & Bennett K. 2005 *Adapting the Ward for people with dementia*. Woodhead International, Sydney
- Hall, G & Buckwalter, K 1987 From almshouse to dedicated unit: Care of the institutionalised elderly with behavioural problems. *Arch Psychiatric Nursing*, 4:3-11.
- Hall, GR 1998 Testing the PLST Model with community-based caregivers. Doctoral Dissertation, Iowa City, USA.: Iowa University
- Kitwood, T. 1997a The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, 1:13-22.
- Lai, C & Arthur, D. 2003 Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 44:173-178.
- Lawton, M.P. 1983 Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23: 349-357.
- McKee et al 2004 Supporting successful ageing in residential homes.- the role of the physical environment. *Psychology & Health*, 19:11-112.
- McIntyre 2003;
- Mallott et al 2001 Enhancement of the breakfast eating experience in a dementia care unit. Doctoral dissertation. University of Waterloo, Ontario, USA.
- Mansell J & Beadle-Brown J (2004): Person-centred planning or person-centred action? A response to the commentaries. *Journal of Applied Research* 17: 31-35.

- Marshall, M. 2001 Care settings and the care environment: In C. Cantley (Ed.) *A handbook for dementia care*. Open University Press: Buckingham, PP. 173-185.
- Moos R.H. & Lemke S. 1996. *Evaluating Residential Facilities. The Multiphase Environmental Assessment Procedure*. Sage Publications United Kingdom
- Nay R, Scherer S, Pitcher A, Koch S, Browning M, Flicker L, et al. (2003) Responding to Behaviours of Concern Among People Living in Residential Aged Care. La Trobe University, Melbourne.
- Rowles, G.D. (Ed.) 1983 *Ageing & Milieu. Environmental Perspectives. On Growing Old*. New York: Academic Press.
- Specht, J. Hall, G. 2003 *Alzheimer's Demonstration Project: Building a seamless dementia-specific service delivery system for rural aged*. Iowa City, USA: University of Iowa
- Sloane P.D., Mitchell C.M., Weisman G., Zimmer S., et al 2002 The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): An Observational Instrument for Assessing the Physical Environment of Institutional Settings for Persons with Dementia. *Journal of Gerontology Social Sciences*. Vol. 57B, No.2 569-578.
- Swanson, E., Maas, M., Buckwalter, K 1994 Alzheimer's residents behavioural and cognitive measures: Special and traditional care unit comparisons. *Clinical Nursing Research*, 3:27-41.
- Volcar, L 1997 Goals of care in advanced dementia: cognitive, behavioural and emotional aspects. *Journal of Alzheimer's disease*, 12:196-197
- Whall, A.L. & Kolanowski, A.M. (2004) Editorial: The need-driven dementia-compromised behaviour model-a framework for understanding the behavioural symptoms of dementia. *Aging & Mental Health*, 8(2): 106-108.

第10回 国際看護セミナー PART II

日時：平成18年12月1日（金）15：15-16：45

場所：大阪府立大学羽曳野キャンパスL402

講師：Jose Araujo Lima Fiho

演題：ブラジルの進んだエイズ対策を通じて日本のHIV/AIDSを考える

通訳：下郷さとみ

自ら感染者でもあるアラウージョさんよりブラジルのエイズ対策と日本がこれからはすべきHIV／エイズ対策についてご講演を頂いた。

AIDSが人類に登場して25年になる。ブラジルでは1983年に最初の患者が出現した。演者は感染して21年になる。ブラジルでは1988年に新しい憲法ができ、すべての人に無料のAIDS治療が受けられるようになった。2006年には17万人のエイズ患者が治療を受けている。エイズによる死亡が53%減少した。1999年代の初め150万の感染者であったが、2006年60万人の感染者である。ブラジルのエイズ対策はブラジルに居住するすべての人に対応している。

予防の面でも大きな取り組みをしている。男性の同性愛者の間で自ら予防しようとする動きやセックスワーカーの間での動きが起きた。それと同時に政府もそれらのグループに助成を行った。

HIV抗体検査のできる場所の整備も行われた。もちろん検査は匿名、無料である。貧困地域では、コンドームが無料で配布されている。若年層の感染問題に対しては学校のエイズ予防教育を積極的に行っている。学校教育では教師をトレーニングすることから始めた。まだ全国的な取り組みではないが、セクシュアリティ性の教育として13歳以上の子どもにもコンドームを配布している。学校内では教師が渡すのではなく、子ども同士の間でコンドームを配布する。保護者の反対はめったにない。

企業内の福利厚生の一環として、基本的食料セットを提供するが、その中にコンドームが入っている。

日本の現状：日本の感染者数7838人（検査が普及していない。潜在的感染者が多くいる）検査をしなければ永久に感染者は0である。

エイズシンポジウム

不法滞在外国人のエイズ対策

日本人はエイズ問題をまるで外国人のものとしか捉えていない。21年前のブラジルと似ている。われわれの戦いはHIVウイルスとの戦いである。ウイルスには国籍は関係ない。日本は先進国の中で唯一感染が増えている。日本のこういう状況の中での若い人は非常に危険な状態である。日本では、日常生活のなかでセックス産業が盛んであるにも関わらず、積極的に話し合おうという姿勢もない。

日本では漫画などで、露骨なセックス描写がある。いつかこどもは大人になる。大人になる前にきちんとした教育を受けることが必要である。きちんとセクシュアリティを学ばせずに、大人にさせることは、車の運転の仕方を学ばずに路上にでて事故を起こすのと似ている。今やHIVの感染経路の80%は異性間性交渉によるものである。世界で一番感染率の高い年齢層は、16歳から25歳の若年層である。これは正しい知識の欠如によるものである。知識の欠如は教育の欠如である。それは人生の先輩である、私たち大人、教育者、政府の責任である。エイズでの取り組みで重要な点は3つある。

1. 予防

日本は早急に取り組まないといけない。エイズは日本の中にすでにあるという自覚を持つことが必要である。さまざまな具象的なキャンペーンが必要である。また、人々が気軽にエイズ検査を受けることが必要である。

2. 治療への取り組み

人の命が何よりも大事であるということ。

3. 人権に関わること

偏見をなくすことが大事である。偏見は厄介なもので人類が抱える病である。日本における偏見という問題は非常に難しい問題である。特に日本に住む外国籍の人への対応、中でも不法滞在の外国人に対して、その人たちが何をするためにこの日本にいるかと考えると、日本人がしたがる仕事をしている人たちである。労働条件が非常に悪い中で働いている。日本政府は、日本にいる間はその人の命を保障することをもって考えなければいけない。政府は国民の声を反映しているはずなので、今、みなさん一人一人がどういう国をつくりたいかを考えて欲しい。

質問

Q. アラウージョさんはHIVに感染しているということだが、体の状態はどうか？

A. これまでエイズを発症していない。

薬を11錠飲んでいる。これまで何度も薬を変えてきている。薬を変えるということはHIV感染者にとって大きなことである。飲む時間を変えたりする。

Q. 日本ではエイズであると偏見があるが、ブラジルではどうか？

A. ブラジルでは減ってはいるが、根絶するのは難しい。表面的には見えなくても、根本的にはなくなってはいない。いろいろな取り組みにより、以前のような漠然とした恐れはなくなった。日本の感染者は偏見を恐れて、隠れて生活している。またブラジルでは職業差別は罰則を伴う法律がある。

Q. 日本では家族で性に関する話し合いがされていないが、ブラジルでは20年前にどのようにこの問題に取り組んだか？

A. その当時にブラジルで行われたキャンペーンのキャッチフレーズ

「私の大切な友達がHIVにかかった。でも私は友達であり続ける」

「私はHIVに感染している。私のこどもは感染していません。私は今幸せです。」

今ブラジルでは、カップルで一方が感染者で一方が非感染者であるカップルがたくさんいる。

薬を飲み続けるのはすごく大変なことである。それに比べて、コンドームを使うことはいかに簡単なことか。

多数の学部学生、大学院生の参加が見られ、また両先生の講演後には活発な質問が学部の学生からなされた。老人問題、エイズ問題は日本においても重要な課題であり、学生の高い関心が伺えた。

(秋原志穂)



子育て支援

プロジェクトリーダー：大平光子

メンバー：末原紀美代、山中久美子、町浦美智子、中山美由紀

井端美奈子*、永島すえみ*、佐々木くみ子、鎌田佳奈美

吉川彰二*、石原あや、古山美穂、西頭知子、小山恵実（*：相談活動のみ）

1. 電話相談活動および来所相談

1) 目的：乳幼児をもつ家族を対象に子育てに関する相談を実施する。

2) 活動方法

家族支援看護学領域の教員が毎週水曜日の午後（13：00～16：00）実施している。電話相談は、療養学習支援センターの相談室、来所相談（要予約）は小児看護実習室相談室で行っている。相談活動における倫理面での配慮として、電話相談は原則として匿名で行なっている。

また、相談者の基礎的データを得るために相談者から了解を得てから情報を得るが、個人情報保護および相談者から得た情報の取り扱いについては電話相談活動の広告に記載している。

2. 活動報告

毎週水曜日、家族支援看護学領域の教員がローテーションしながら、原則2名の担当者で実施した。今年度の電話相談は0件であったが、療養学習支援センター見学会を通じて子育て支援活動をしている住民から、支援活動に関する相談が1件寄せられた。

広報活動として、子育て相談のポスター、配布用案内ポスターを作成し、療養学習支援センターのホームページ、親子教室「うちの子発見プログラム」参加者、療養学習支援センターへの来所者に配布した。また、療養学習支援センター見学会で活動を紹介した。

3. 親子教室「うちの子発見プログラム」

「うちの子発見プログラム」は育児の楽しさ、しんどさの両方を引き受けることを支援し、子どもへの関わり方に自信を持つための支援を目的としている。育児の悩みや不安の相談だけでなく、わが子の行動や反応の特徴を知ること、成長・発達上の正常性を知ることが支援し、両親の育児力を高めることをめざしている。

平成17年度から継続している親子教室は平成18年10月～平成19年3月の第2土曜日に開催した。平成18年度は9組の親子（4組は母子のみの参加）が参加している。親子教室は「育児を楽しむために役立つ講習」（1回目：赤ちゃんマッサージ、2回目：わらべ歌を使った遊び、3回目：リズムと体を使った遊び）、「わが子のウォッチング」と参加者同士の交流会の3部で構成している。参加者からは肯定的な評価を得ている。

4. 今後の取り組みにおける課題

地域住民のニーズに対応していくためには相談案内ポスター、ホームページによる積極的な広報をはじめとして、住民が広く利用するショッピングセンターや保健医療機関への広報用ポスターの配布、出前子育て相談などの活動も今後検討していく必要がある。

長期療養が必要な病気の相談

土居洋子、松尾ミヨ子、池田由紀、山本裕子、里深瞳、林田麗、伏田香津美

I. 電話による情報提供

1) 活動目的

長期療養が必要な病気の場合、病気そのものが完治することはほとんどの場合は望めないため、いかにその病気とうまく付き合っていくかが目標となる。そこで糖尿病・慢性呼吸器疾患・炎症性腸疾患・喘息などの長期療養が必要な病気に関する情報提供や相談をうけることで、その人やその家族が病気とうまく付き合って療養生活していけるよう支援することが活動の目的である。

2) 活動内容

・活動方法：毎月第2・4水曜日（祝日および学校休業日を除く）の14時から16時まで療養学習支援センター内に1名待機し、電話で担当者が対応している。

また平成17年9月より来談者、E-mailでの受付も新たに開始し継続している。

・活動の内容：糖尿病・慢性呼吸器疾患・炎症性腸疾患・喘息などの長期療養の必要な病気に関する情報提供、相談をする。

・担当者：土居洋子（療養支援看護学慢性看護学担当 教授）、松尾ミヨ子（療養支援看護学慢性看護学担当 教授）・池田由紀（療養支援看護学慢性看護学担当 助教授）、山本裕子（療養支援看護学慢性看護学担当 講師）、里深瞳（療養支援看護学慢性看護学担当 助手）、林田麗（療養支援看護学慢性看護学担当 助手）、伏田香津美（療養支援看護学慢性看護学担当 助手）

3) 活動期間

平成18年1月から平成19年1月（継続中）

4) 活動成果

平成18年1月から現在までに電話相談2件、来談者1名、E-mailから1件であった。

主な相談内容は、家族の社会資源に関する情報および相談、在宅酸素療法に関する相談、治療・薬剤に関する相談などであった。

5) 今後の課題

相談件数が少ないため、今後も引き続き広報活動を行い、電話相談について周知してもらう必要がある。また電話相談体制について、検討していくことが課題である。

II. ホットの集い

1) 活動目的

慢性呼吸器疾患で在宅療養している人は、在宅酸素療法をしている人や日常生活の中で息切れがある人などさまざまであるが、他者と知り合う機会が少ないのが現状である。

そこで、呼吸器疾患で在宅療養されている方やそのご家族の方が、仲間同士で話し合う機会を作り、お互いの生活の工夫を知り、各自の問題解決方法が見出せることを活動の目的としている。

2) 活動内容

- ・活動方法：療養学習支援センターにおいて、2ヶ月に1回程度定期的に自由参加で集まり、約2時間程度、グループでの話し合いをしている。
- ・活動内容：毎回、日常生活における身近なテーマを決めて、参加者の体験談や日常生活上の工夫、疑問などについて話し合っている。
- ・担当者：池田由紀（療養支援看護学慢性看護学担当 助教授）

3) 活動期間

平成18年1月から平成19年1月（継続中）

4) 活動成果

現在まで計6回開催した。延べ参加者数は、38名であった。ホッと集いのテーマは、「季節の変わり目の過ごし方」「暑さに負けない過ごし方」「秋の過ごし方」「インフルエンザにかからない」「暖房の調整」であった。毎回のテーマに沿った話し合いでは、従来から毎回参加している人からの生活上での工夫点が紹介されたり、初めて参加者からの質問に返答されたりと自由に話ができていた。5回目では、『NIPPV使用体験者からの体験談』や在宅酸素業者協力のもと『NIPPVのマスク装着体験』を行い参加者は大変参考になったとの反応があった。また6回目には、5回目でのマスク装着体験から具体的な質問がでたり、それぞれの参加者が疑問に思っていることや不安なことを表出することができ、納得がいたり疑問が解決したりすることができていた。

5) 今後の課題

今回の活動成果より、今後は集いの内容を体験談や実施体験ができるような学習場や交流場になるような集いの内容を吟味していく必要があると考えられる。また、従来からの参加者に加え新たに参加者を募る方法も検討していく必要があると考える。



ホッと集い

Ⅲ. ぼちぼち広場

1) 活動目的

気管支喘息（以下、喘息）は、呼吸器疾患の中でも頻度の高い慢性疾患の一つである。そのため、患者が主体的に喘息を管理するという自己管理と、自己管理に必要な知識や技術を学習し、習得するための患者教育が、国内の喘息管理ガイドラインの重要な推奨事項となっている。そこで、喘息治療を開始して早期の患者を対象として、少人数での話し合いや学習の場の共有を通して、療養生活に必要な知識、技術を主体的に学習し、できる限り負担のない安定した療養生活を続けられるように支援することが活動の目的である。

2) 活動内容

- ・活動方法：療養学習支援センターにて、3名程度を1グループとして、約1時間のセッションを約2週間～1ヶ月毎に計3回実施している。
- ・活動の内容：各セッションのテーマを“吸入ステロイド薬”、“喘息発作の予知と対処”、“喘息発作の予防”に限定し、それに基づいた参加者同士での話し合い、研究者からの情報提供、療養学習支援センター内に整備している各種リソースの活用を行っている。
- ・担当者：里深 瞳（療養支援看護学慢性看護学担当 助手）

3) 活動期間

平成18年1月から平成19年1月（継続中）

4) 活動成果

平成18年1月から現在までに、1グループ（2名）でセッションを1回実施した。この回のセッションのテーマは、吸入ステロイド薬であった。初回であったので、まず発症から現在に至るまでの喘息に関連した体験談や、喘息を抱えながら生活をしていく中で生じた様々な感情について話し合った。その後、吸入ステロイド薬の使用状況や副作用について話し合った。参加者は同病者と話す機会がこれまでにほとんどなかったので、互いの話に大変興味を示して共感したり、質問したりしていた。研究者から吸入ステロイド薬についての情報提供を行い、参加者は薬剤の効果や副作用について積極的に質問していた。セッション終了時には、参加者から「参加してよかった」、「次回も楽しみにしている」等の感想が聞かれた。今後もセッションを開催する予定である。



ぼちぼち広場

ぜん息患者様へのご案内

私は、大阪府立大学看護学部で教員をしております^{さとみか}里深 瞳と申します。この度、ぜん息の治療をはじめて5年以内の患者様を対象に、少人数(3人程度)で1時間程度、定期的集まり、いろんな体験談を話しながら、ぜん息や治療薬について知る会“ぼちぼち広場”を開催することになりました。「ちょっと知りたいこと」や「聞いてみたいこと」にもお答えします。ご興味のある患者様は、ぜひご参加ください!

<テーマ(予定)>

- ①「ぜん息だとわかるまで」、「薬にまつわる体験」
- ②「ぜん息の発作の予知」、「ぜん息の発作への対処」
- ③「ぜん息の発作の予防」、「ぜん息とうまく付き合っていくために」

*参加をご希望される方のご都合に応じて、開催日時を決定したいと思います。

(研究の一環としておりますので、参加回数をご自由で、無料です。ご参加頂いた方には、ピークフローメーターを進呈いたします)

場 所:大阪府立大学看護学部 『療養学習支援センター』



近鉄藤井寺駅、または古市駅から、近鉄バス「国際
仏教大行き」乗車。「羽曳が丘一丁目」(「羽曳野病院
前」の次のバス停)下車。病院建物を右に見て歩いて
5分程度です。

ぜん息に関する本やパンフレット、ビデオを取りそろえ、自由
にご覧いただけます。(駐車場あり)

(申し訳ございませんが、交通費は患者様ご負担となります)

参加をご希望される方は、添付しております申し込み用紙に必要事項をご記入の上、郵送またはFax
でご返信下さい。ご不明な点がおありの方は、お手数ですが下記までご連絡下さい。

<問い合わせ先> 大阪府立大学看護学部 (里深)^{さとみか}

住所:〒583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3-7-30

電話:0729(50)2111 内線 2061(月~金曜 9:00~17:00)

FAX:0729(50)2121

E-mail:satofuka@nursing.osakafu-u.ac.jp

「ぼちぼち広場」広報用ちらし

学校等における出張セクシュアリティ教育

家族支援看護学領域 母性看護学・助産学担当教員 リーダー：町浦美智子

I. 活動内容

1. 高等学校での出張授業

高等学校の教員と授業内容や授業方法を検討しながら、男女交際のマナー、避妊や性感染症予防などについて、学年・クラス・グループ単位で、講演や授業を行なった。

平成18年度は、府立A高校（参加者280名）、B高校（参加者30名）、C高校（参加者260名）、D高校（参加者300名）において実施した。府立E高校では1年生約200名を対象に、3回シリーズでクラス毎に性感染症やネゴシエーションについて実施した。

2. 高等学校教員への講演

大阪府立人権教育研究会主催の第8学区ブロック研究会において、高校生のデートバイオレンスに関する講義をおこない、現在出張授業で行なっている同じワークショップを高校教員30名に行なった。

3. 他大学での講義

A大学教育学部において、『SexualityとWell-being』というテーマで講演をおこなった。参加者数は20名であった。

4. 社会人への講演

B市女性団体が主催する教養講座で、『知っておきたい性のこと』というテーマで、成人女性約280名に講演をおこなった。

5. 高校生へのセクシュアリティ教育

夏休みに開催されたオープンキャンパスに来学した学生を対象に模擬授業の一環として「どんなデートがしたいかな」というテーマで、約1時間のセクシュアリティ教育を実施した。1日目は12名、2日目は大人3名を含む約30名が参加した。行動カードを用いたグループワークでは各グループの考え方がわかってよかったという感想が多かった。

6. 大人のための性教育：12月に企画したが、参加者はなかった。

II. 今後の課題

今年度からデートバイオレンス予防教育のためのDVD教材を使用し、デートバイオレンスをイメージする上で効果があったので、今後はさらに、異なった内容の教材を開発する予定である。府立高校からの性に関する出張授業の新たな要請は多く、すべての希望に応えられない状況であるので、高校の教員やコミュニティーの指導者が活用できるように、指導者向けのガイドを作成し、学校・地域との連携をはかりたい。

本学で開催する場合は、参加者を募るために地域新聞、市広報、ホームページ等を利用した広報活動を入念にしていく必要がある。

がん関連プロジェクト

田中京子、吉田智美、林田裕美、小関真紀、山口亜希子、長田艶子

がん関連プロジェクトでは、今年度（平成18年度）は以下の2点について活動を行った。

1. ホスピス電話相談

活動当初から第2, 4火曜日の午後2時～5時に、ホスピスに関する電話相談窓口を設け継続している。

相談結果は、1件であった。Aがん患者の妻より、この先治療がないと主治医から説明を受け、ホスピス・緩和ケア施設の選択より、何らかの治療可能な施設の紹介を希望されていた。このため、相談者の居住地から近く、療養相談のできる、あるいは緩和ケアチームが存在する病院が良いのではないかという説明を行い、具体的に数カ所の施設紹介をおこなった。その後、継続した連絡はなかった。

また、7月3日（日）13時～16時に行われた当センターの見学会で、プロジェクトの活動内容についてパワーポイントを用いたプロジェクト全体の紹介、およびホスピスマップの作成展示、府下のホスピス・緩和ケア病棟施設内の写真展示、ホスピス関連の既存のリーフレット、パンフレットの展示し、パソコンを用いたホスピス関連病院のHPの閲覧等、プロジェクト活動についてブースを設けて来所者に広報を行った（展示紹介資料参照）。当日は、複数名の方々が、メンバーとの情報交換後、準備したパンフレットを持ち帰られた。

次年度の電話相談活動については、現在検討中である。

2. がん患者の家族支援プログラムの実施

「肺がん患者さんのご家族のための支援プログラム」（通称 サロン）を毎週1回1時間半、計3回を1期として、9月、11月、12月、2月の計4期企画した（広報資料参照）。参加者は計3名で、全体的な結果としては、参加者からはいずれも良い評価を得た。

一方、関連2施設での広報を事前に数回行ったが、センターの立地（駐車場）等の制限もあり、対象者の継続参加が難しいことなど、いくつかの継続上の課題が明らかになった。今後、広報先、開催場所について検討を加え、一人でも多くの肺がん患者の家族の資源の一つとして活用されるよう継続方法について検討中である。

（内容詳細については、研究プロジェクト成果報告を参照）

（吉田智美）

がん患者と家族のための ホスピス相談

大阪府立大学看護学部
療養学習支援センター がん看護プロジェクトチーム
田中京子 吉田智美 林田裕美
小関真紀 山口亜希子 長田艶子



ホスピス・緩和ケア病棟とは？

これまでの医療は病気を治癒させることに専念するあまり、治癒できない場合の対応がほとんど考えられていませんでした。

症状が進行したがん患者さんの何割かが、激しい痛みや、息苦しさ、不安に直面します。

このような状況下におかれた患者さんの痛みと不安をなんとかやわらげたい…。

しゅん... (しゅん...)

- 1967年 イギリスで初めてのホスピス誕生
- 2006年 日本では 157施設 2982床
大阪府下では、6施設



ホスピスはどんなところ？

がんを主とした治療困難な患者さまが、
“生”を全うできるように援助するところです。

明るく、広く、静かで、あたたかい環境となるように工夫されています。

苦痛を増すような副作用の強い治療は行わず、苦痛を軽減するための治療を積極的に行います。

阪和第二泉北病院 緩和ケア病棟



耳原総合病院 ロビー



耳原総合病院 個室



耳原総合病院 浴室



淀川キリスト教病院 面談室



淀川キリスト教病院 家族室



高槻赤十字病院 デイコーナー

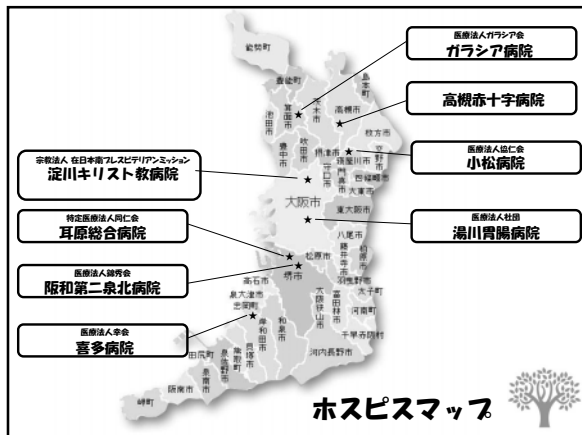


ホスピス病棟についてのQ&A

Q1. ホスピスはどこにある？

Q2. ホスピス病棟の入院費用は高い？

Q3. 希望すればすぐに入院できる？



Q2. ホスピス病棟の入院費用は？

- 医療費(定額制)総額の3割負担
- 医療費と食費 1日 12,120円
30日363,600円
- 差額ベッド代、おむつ代等は別途必要
(施設毎に異なる)



Q3. 希望すればすぐに入院できる？

- 施設(ベッドの空き状況)によります。
- 必要な時に確実に入院したいときは、
元気な時に、ホスピス外来を受診するのが
良いでしょう。

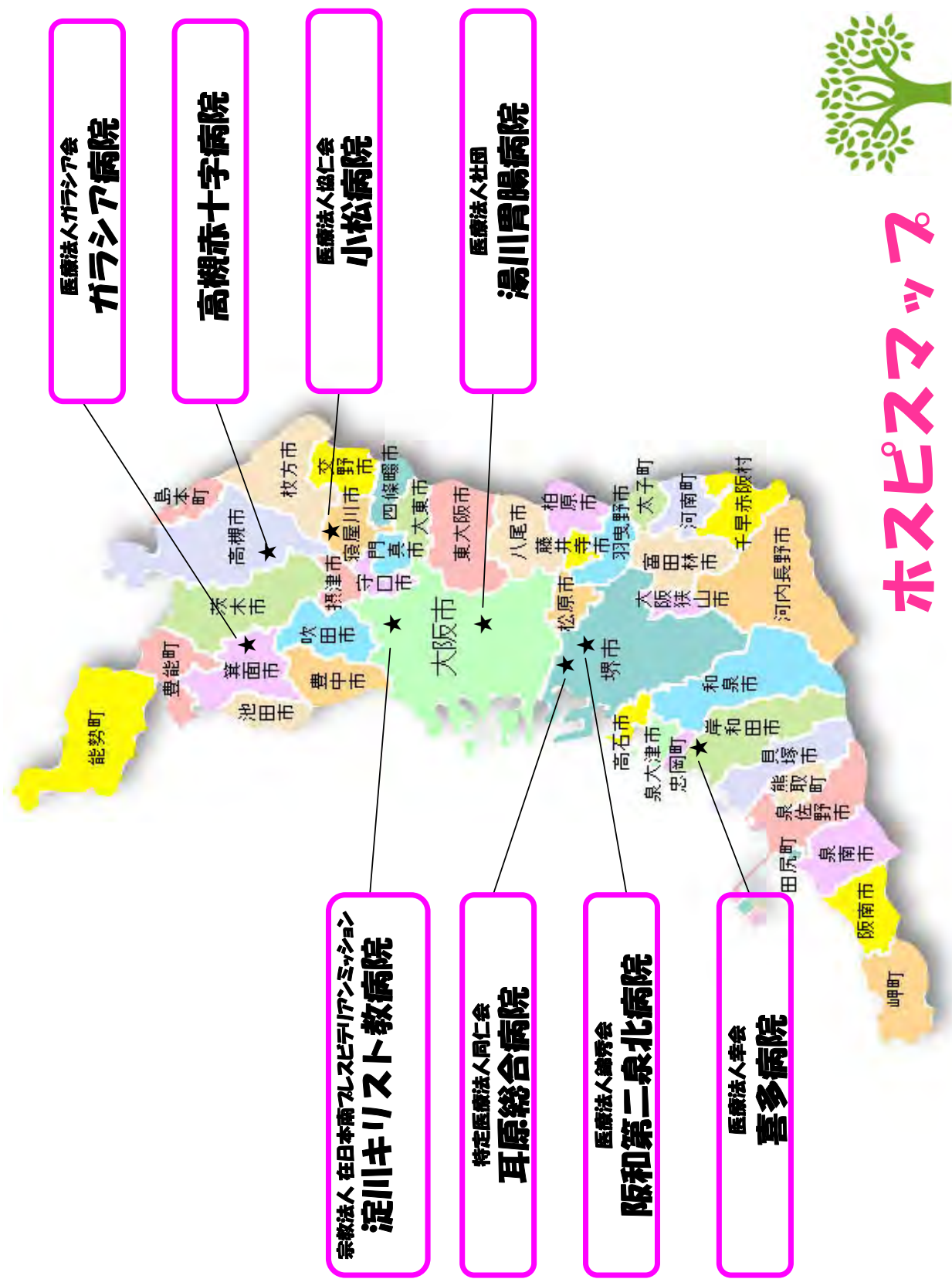


ホスピスに関する電話相談

- 毎月 第2・第4火曜日 午後2時～5時



お電話下さい。
個別の疑問質問
にお答えします



ホスピスマップ

肺がん患者さんのご家族のためのサロン(第4期) 開催のお知らせ

このサロンでは、同じ病気を持つ患者さんのご家族にお集まりいただき、日頃の思いを語り合っ、ご家族が介護をしていく上での不安をやわらげられるよう、お手伝いしたいと思っています。お茶を飲みながらほっとひと息つきましょ。お気軽にご参加ください。

開催日時と内容



第1回:2月6日(火)14:00~15:30

患者さんやご家族の体験について知り、ご家族が実際に体験している日頃の思いを分かち合いましょ。

第2回:2月13日(火)14:00~15:30

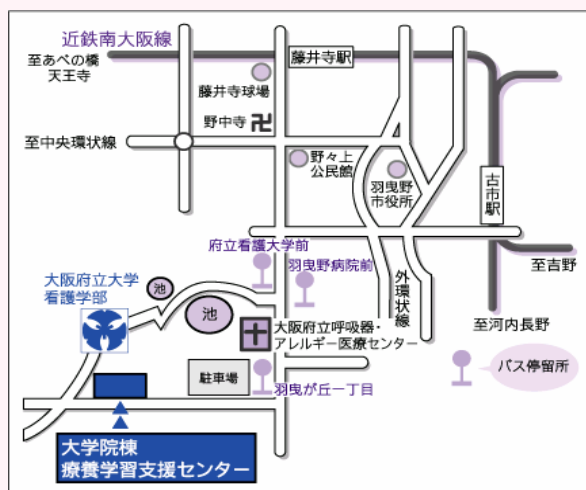
患者さんの体力の維持・低下予防のために、ご家族ができることについて 知り、話し合ってみましょ。また、ご家族のストレス解消のために呼吸法を実践してみましょ。

第3回:2月20日(火)14:00~15:30

社会資源の利用について、患者さんや医療者とのコミュニケーションについて知り、日頃の付き合い方を話し合ってみましょ。

- ・できるだけ、3回を通してご参加いただくほうが効果的です。
- ・サロンの評価と今後の発展のために、第1回の前後、第2回後、第3回後と2週間後(計5回)にアンケートをお願いすることがあります。お手数ですが、ご協力お願いいたします。

場所:大阪府立大学羽曳野キャンパス(旧看護大学)療養学習支援センター



お申し込み方法:

FAX・郵送またはお電話でお申し込みください。FAX・郵送には、この用紙の裏をお使いください。

お申し込み期限:2月5日(月)

連絡先: FAX:072-950-2121

TEL:072-950-2111(代)

〒583-8555

大阪府羽曳野市はびきの3-7-30

大阪府立大学看護学部

担当者: 林田裕美・吉田智美・

田中京子・小関真紀・長田艶子

手術のお悩み相談

森 一恵、高見沢恵美子、小西美和子、小関真紀、山口亜希子

1. 周手術期の肺がん患者への術前オリエンテーションプログラムの作成と評価

平成17年から周手術期の肺がん患者を対象にした術前オリエンテーションプログラムを作成するために3段階で構成した研究を進めてきた。

- ・第1段階：看護師が持つ手術前の肺がん患者・家族に対する情報提供の現状、課題、要望を明らかにすることを目的に、看護師を対象に面接調査を行った。
- ・第2段階：文献および先行研究から、研究対象施設での現状、課題、要望を参考に、第1段階の結果をもとに手術前の肺がん患者・家族の要望に応えた身体的・心理的サポートのためのパンフレットと術前オリエンテーションプログラムを作成した。
- ・第3段階：作成したパンフレットを用いて術前オリエンテーションプログラム（禁煙の必要性について・呼吸練習・離床法・リラクゼーション）を実施・評価した。

その結果、対象者は10名（男性6名、女性4名）、平均年齢63.2歳（44～77歳）であった。手術前に患者からの面接内容から、「ショック」「経済的な負担」「死の予感」の3つのカテゴリーが抽出され、おどおどした態度、硬い表情がみられ、手術の説明を受けた後の不安を訴えていた。プログラム終了後は「具体的な理解」「前向きな態度」「痛みを我慢しない」「自己効力感の向上」の4つのカテゴリーが抽出され、笑顔や穏やかな表情に変化した者、辛い気持ちを表出し泣いた者がいた。また、手術までの過ごし方や術後に目を向けられるような前向きな意見を得られた。このことより、手術への準備を具体的に知り、プログラムに参加することで情緒的サポートを得られ、術後回復に前向きに取り組むための認知が得られたと考えられた。（第21回日本がん看護学会学術集会以発表）

2. オープンハウスでの展示

平成18年7月2日（土）のオープンハウスに展示を行った。

展示内容：

- ・全身麻酔を受ける方へのパンフレット
- ・手術のお悩み相談の紹介（胃、大腸、乳房、肺の手術を受けられた方へ）

3. 手術のお悩み相談についての電話相談

開設日：毎月第1, 3水曜日

時間：14:00～17:00



<オープンハウスでの展示>

高齢者の認知機能予防教室「脳いきいき教室」

中村裕美子、上田裕子、林 園子、水野智実、中塘二三生

1. 取り組みの概要

在宅で生活している虚弱な高齢者に適応できる認知機能低下予防のためのグループケアプログラムを開発することを目的として、「脳いきいき教室」を開催した。

2. 教室の対象者

A市、B市に在住している65歳以上の虚弱な高齢者 47名。特定高齢者あるいは要介護認定の要支援1・2および要介護1程度で認知症でない者

2. 対象者の募集方法

A市、B市の地域包括支援センター、保健センター、市役所介護保険課、大学周辺地域の民生委員に教室の主旨を説明し、チラシの配布を依頼した。加えて近隣施設、郵便局にチラシを置いた。参加希望は電話あるいはFAXにて、個人から申し込みを受けた。

3. 教室の開催状況

2006年10月27日から12月22日にかけて4回の教室を2クール開催した。1回の教室は2時間程度、教室スタッフは、大学教員5名、大学院生1～4名の体制で行なった。教室の申込者は53人からあり、参加実人数は47人であった。

4. 教室のプログラム

「脳いきいき教室」の基本構成は、①健康ミニ講座、②アクティビティ、③体操、④交流会で構成した。アクティビティの内容は、「なぞり書き」では、古文、童話、小説、歌詞の文字をなぞり書きする、書いた部分を音読することで、前頭前野の活動を活発にする。「食事思い出しゲーム」では、昨日1日の食事内容を思い出し、食事記録の分析を行って不足栄養素をとるための献立を立てる。エピソード記憶、思考力と計画力を鍛えることができる。「旅行計画」では、旅行を計画し、時間や予算の計算をすることで計画力を鍛える。「聖徳太子ゲーム」では、同時に言われた言葉と絵を聞き取り記録することで注意分割機能を鍛える。体操は、有酸素運動と筋肉のストレッチの要素を含む内容として、左右の手で違う行為を行なう運動や目と手の協調運動、足じゃんけんなどを実施した。認知機能を刺激するための配慮は、日常の生活でどこでも簡単にできるもの、同じ運動を繰り返し行なうこと、高齢者に身体的負担が少ないようにした。健康ミニ講座は、脳の機能と認知機能の低下を予防する栄養と運動の関連について、認知症予防としての笑いの効果を紹介した。交流会は、小グループで自己紹介と毎回その日の感想を出し合い、和やかに話し合いをもった。座席も自由にして知り合いになった参加者同士がグループになるようにした。

なお、今回は地域のボランティアや民生委員からの参加希望があり、年齢条件を満たしている方の参加を認めた。

患者アドボカシー相談

羽山由美子 坂本雅代 荒木孝治 小笠幸子 森川英子

1. 患者アドボカシー相談活動のねらい

この1年間の患者アドボカシー相談活動は、1) 相談者への支援 2) 患者の権利と患者アドボカシーに関する知識の普及 3) 地域医療機関との連携の3点をねらいとして行われた。

2. 活動方法

1) 相談者への支援

電話および来所相談活動を昨年同様、週2回(火・木)12:00~16:00まで、上記担当者で分担(11月以降は、人・環境支援看護学領域の全教員で担当)しながら、相談日以外の電話や来所相談にも随時対応し、可能な範囲で記録し評価する。

2) 患者の権利と患者アドボカシーに関する知識の普及

市民を対象とした「患者アドボカシーワンポイント講座」をLICはびきのにおいて実施する。

3) 地域医療機関との連携

相談室開設当時から理解と協力を得ている地域医療機関の医療職者に対して、相談活動のフィードバックと今後の連携を図ることを目的に「患者アドボカシー相談活動報告会」を実施する。

3. 活動結果

1) 電話および来所相談活動

平成18年1月~12月の相談件数は25件(相談者数19名:男性6名・女性13名)、電話相談19件、来所相談6件であった。相談に関する診療科目(重複あり)は、精神科11件、内科8件、外科1件、整形外科4件、眼科1件、小児科2件であり、相談内容の内訳(重複あり)は、病気や治療方針・治療内容に関するもの13件、病気への不安、医療・介護者の対応に関するもの10件、日常生活に関するもの3件、統計に関して1件、初回相談後の結果報告1件であった。これらの相談に対して対応者は、傾聴による理解や受け止め、問いかけ、振り返り、情報提供、助言・指導を通して、相談者の気持ちの表出や安定、問題の整理と意識化、問題解決方法を考え行動への意思決定を促す援助を行った。

2) 患者アドボカシーワンポイント講座

講座内容および参加者数は<表1>に示すとおりであった。講座の後には、参加者からの個別の相談がある場合には対応するとともに、参加者との意見交換を行い、講座内容や相談活動に対するご意見を頂戴した。講座への出席者数は少ないながら継続参加者も数名おり、大半の参加者から、講座を聞いて医療知識や情報の理解や受診行動に役立ったとの意見があり、今後もワンポイント講座の継続を望む意見もみられた。

3) 患者アドボカシー相談活動報告会

平成18年4月28日(金)17:30~19:30、療養学習支援センター会議室において「患者アドボカシー相談活動報告会」を開催し、2病院から6名の看護部長および看護師、2大学から2名の教員の出席があった。昨年度の活動報告と事例紹介、患者の権利擁護に関する基礎知識に関する発表後、参加者から医療現場での問題点や相談活動への意見が出された。医師と患者間でのトラブル発生時や患者からの苦情にどう対応したらよいか、組織の一員としても、また看護師の役割についてもジレンマを感じている現状が明らかとなった。参加者の多くは、患者の人権や看護師のアドボケートに関する知識の必要性を実感しており、今後病院と大学の連携や交流を深め、情報交換や知識の習得できる定期的な勉強会の開催を求める要望も出された。また、ブログにより相談活動についてより多くの市民や医療関係者にPRし活動を充実させていく方向性も示された。

＜表1 患者アドボカシーワンポイント講座内容＞

日時	講座内容	講演者	参加者数	参加者からの意見・要望
7/14 (金)	病院に行くときの心構え	坂本	1人	<ul style="list-style-type: none"> ・開催の日時や場所は適当 ・講座内容はある程度理解でき、役立てそう ・ワンポイント講座で知ったことを受診時に役立てたい。今後も講座を続けてほしい。 ・療養学習支援センターに行ってみて、書籍数が多く、インターネット利用ができて大変便利で、今後もっと頻繁に利用したい。 ・相談日が決められているのは利用者にとって不便。行きたい時にいつでも行ける体制を整えると利用者ももっと増えるのではないかと。特に車でしか移動できない場合、事前連絡なしでも駐車場がいつでも使えるようにしてほしい。
7/28 (金)	こころが落ち着かないとき -精神科医療機関の受診-	荒木	2名	
8/18 (金)	治療について迷ったとき -セカンドオピニオン-	竹村	7名	
9/15 (金)	治療の説明を聞くとき -インフォームド・コンセント-	大西	5名	
9/29 (金)	医療における個人情報保護と情報の開示とは	森川 小笠	2名	
10/13 (金)	トラブルが生じた時の対処法	坂本	2名	

4. 今後の課題

1) 相談者への支援

相談活動はこれまで同様行うとともに、相談者の援助方法、内容をより充実させる。また、相談室や療養学習支援センターに“行きたい時に誰でもすぐ行ける”という利用者の要望を取り入れた利便性の高い環境、設備の改善を行う必要があると考えられる。

2) 患者の権利と患者アドボカシーに関する知識の普及

チラシやブログによる広報活動とともに、患者アドボカシーワンポイント講座の内容や講演者について参加者のニーズを踏まえ再検討した上で継続的に開催し知識の普及、相談活動のアピールに努める。

3) 地域医療機関との連携

協力医療機関を対象とした活動報告会を開催し、現状では不十分である医療機関との問題の共有化を図っていく必要がある。また、患者の人権や看護師のアドボケートとしての役割に関する知識や技術の習得、臨床現場での問題解決方法を共に考える勉強会を企画、開催することも、地域医療機関との連携を強めることに繋がると考えられる。

【謝辞】 ワンポイント講座を担当して下さいました滋賀県立大学教授竹村節子先生、三重大学助教授大西和子先生に心よりお礼申し上げます。

(小笠幸子)

闘病記朗読会

－闘病記読もう会 学生との交流を通して－

山口知代、和田恵美子

1. 闘病記朗読会のねらい

闘病記は、患者とその家族にとって、情報源や心の拠所などといった役割を持ちうる。また、医療従事者や将来、医療の現場に携わる学生についても闘病記は、そこに示されている患者のありのままの思いを感じ取ることができ、ケアを受ける側の視点で医療を考えていく契機になる、貴重な資料といえるのではないだろうか。

当センターで平成18年7月に闘病記文庫が設置された後、学生とともに闘病記を読み、感想を気軽に話し合う機会を設ける、という趣旨で学生を募った。結果、自主的に参加する学生が現れ、8月から闘病記を読む会を開催することができた。実習や学内の行事で休会することはあったが、週1回、学生、教員含め3～7人で開催していた。毎回、参加者が興味を持ち選択した書物を、順番に読み合わせていき、最後にそれぞれの思いや自分の経験を通して考えたことを自由に表現する時間を設けたところ、話が途切れないこともしばしば起こった。このため時間が足りず、その場で言えなかったことは、参加者がメールで意見を配信することもあったが、文章化することによって思考がまとまり、不消化感の解消にもつながっていたようであった。

2. 朗読会後の学生の反応

参加者の反応、読後の話し合いの内容で多かったのは、①当事者の気持ちに添った感想・意見、②参加者間の感情の共有、③現在の医療のあり方や問題点、④自分や家族が病気になったときの体験を通しての意見・感想、⑤実習や職場といった医療従事者としての立場、体験を通しての感想・意見、などであった。参加者は回を重ねる毎に、他者の意見に触発され、それぞれの感受性や問題意識が磨かれていく様子が印象的であった。また、参加者間の関係性が深まり、よい空気の中で相乗的に表現が豊かになっていく過程が感じられた。

3. 病院ボランティア活動を通して

11月から、参加者のうち数名が、ボランティアとして大阪厚生年金病院の患者への図書貸し出しサービスに参加し、患者との直接的な関わりを現場で持つ機会を得ている。今後は患者自身やその家族も闘病記を読む会の対象とし、当事者が、自らの疾患についての知識を得る、不安を和らげる、精神的な支えとする、自分自身に折合いをつけていく、共に病と向き合う仲間をつくり感情の共有を図る、などといった機会にすることができるのではないかと期待している。闘病記を介して、患者、学生、医療従事者の枠が外れ、自己の体験や感じたことを話しあい、理解を深めながら、共に病と向き合っていくための場が拡がることを願っている。

「魅力ある大学院教育イニシアティブ」における療養学習支援センターの利用

－リンケージⅠ演習での活用－

「魅力ある大学院教育イニシアティブ」総括メンバー

中山美由紀、町浦美智子、松尾ミヨ子、上野昌江、田中京子、青山ヒフミ

I. 「魅力ある大学院教育イニシアティブ」におけるリンケージ。演習の取り組み

本事業の取り組み課題である「EBCP指向のリンケージプログラム」では、リンケージ。演習1単位を大学院教育のカリキュラムに、試行段階として取り入れて、平成18年度前期（前期課程2年生対象）、後期（前期課程1年次対象）に実施することとなった。療養学習支援センターでは、来所者用に測定機器類を購入し活用している。さらに演習の場としても、十分なスペースがあり、学生の演習に活用することとした。

看護介入において、被験者側の主観的評価だけでなく、客観的評価となる指標を得ることが、より高いエビデンスを得ることにつながる。そのために、客観的指標の一つである生理学的指標を用いた実験研究の手法を学ぶことを本演習の目的としている。

II. 実施内容

平成18年度前期（履修者20名）：学生の演習課題

- ①つまみと巻尺位からの筋力の推定
- ②運動強度の違いが身体に与える影響－適切なウォーミングアップに向けて－
- ③心拍R-R間隔変動スペクトル解析、抹消血流変化および生体インピーダンスによるタッチングと精油吸入がもたらす生体への変化

平成18年度後期（履修者12名）：学生の演習課題

- ①密封式湯浴における下腿の浸漬範囲の違いが下肢血液量の変動に及ぼす影響
- ②湯浴とホットパックによる足部温罨法施行時のリラクゼーション効果の比較
- ③家庭用電気マッサージチェアによる生体上のリラクゼーション効果の検討

III. まとめ

学生の履修者も多く、プログラムにかかる期待も大きいと思われた。また、療養学習支援センターは院生の自習室と同じ棟内にあるため、学生の学習環境も整っている。プログラム終了後（平成19年度から）も本研究科前期課程のカリキュラムの選択科目に、「看護学研究法演習」1単位として追加されることとなった。本センターを継続的に活用していくこととなっている。



療養学習支援センターでの測定機器類の説明

(中山美由紀)

広報活動

田中京子、大平光子、吉田智美、別宮直子

活動の実際

平成18年度は、療養学習支援センターの存在を近隣の保健医療機関および近隣地域住民に広報することに主眼を置いて活動を行なった。広報活動の一環として、平成18年7月2日に開催された療養学習支援センター見学会の広報活動を行なった。また、見学会の広報活動を通じて、つながりのできた藤井寺保健所からの見学者を合計4回に渡って受け入れ、療養学習支援センターの活動内容を深く認知してもらう機会となった。

そのほか、昨年からの継続として、ホームページの更新（後記）、ホームページ更新のための情報の集約などは随時実施した。

1. 広報用パンフレット作成および配布

A3見開き冊子は、療養学習支援センターにおける各プロジェクトの活動紹介が一覧できるように配した。表紙には療養学習支援センター所長の挨拶、裏表紙にはアクセスと療養学習支援センター内の見取り図を配したデザインとした（後記）。

2. 近隣医療機関、近隣地域へのパンフレットの配布

パンフレットは、表1に示したところに配布した（表1）。

3. 療養学習支援センター見学会案内ポスター作成および配布

療養学習支援センター見学会の案内ポスターとチラシは、近隣保健医療機関ならびに、近隣地域住民に配付し、広報活動を実施した（表2）。

4. 療養学習支援センター見学者の受け入れ

1) 藤井寺保健所

① 藤井寺保健所スタッフの見学会の経緯

7月2日の療養学習支援センター見学会の広報活動に示唆を得た藤井寺保健所企画調整課より依頼があり保健所職員（専門職）による4回の見学会を受け入れた。なお、見学会のコーディネートおよび見学内容については、企画調整課補佐（ケースワーカー）と広報担当者が調整し、内容を決定した。

② 藤井寺保健所スタッフの見学会の目的

藤井寺保健所スタッフからは、7月2日療養学習支援センター見学会の広報活動を機に、大学が研究を中心としながらも、地域住民の療養学習支援に積極的に取り組んでい

るのであれば、その内容を知りたいという要望が出された。また、協働の可能性、地域における療養学習支援の相互協力などの可能性を探ることも目的とした。

③実施内容

第1回：7月14日（金）15：30～17：00 5名

藤井寺保健所：保健師 感染症担当：2名、母子担当：1名、難病担当：1名、栄養士：1名

大学側：土居所長、中塘、中山、坂本、和田、吉田、大平

- ・療養学習支援センター概要説明およびセンター内の紹介（土居所長）
闘病記文庫、ビジュラン、測定機器、マッサージチェアなどの紹介、大学院紹介（パンフレット、願書、キャンパスガイドなどの資料）、闘病記、アドボカシー、がん、子育て、セクシュアリティなどのプロジェクト紹介
- ・身体組成計、活力年齢計、骨強度計などの体験

第2回：8月7日（月）10：00～12：00 14名

藤井寺保健所：所長、参事（医師）、臨床研修医（2名）、地域保健課補佐：1名、母子担当：2名、難病担当：3名、感染症担当：2名、放射線技師：1名、企画調整課補佐：1名

大学側：土居所長、青山学部長、中塘、坂本、和田、池田、大平

- ・センター内の紹介（土居所長）、闘病記文庫、ビジュラン、測定機器、マッサージチェア、各プロジェクトなどの紹介
- ・大学院紹介（パンフレット、願書、キャンパスガイドなどの資料）、
- ・身体組成計、活力年齢計、骨強度計などの体験

第3回：8月29日（火）13：30～15：30 4名

藤井寺保健所：企画調整課主査（ケースワーカー）、主査（保健師）、地域保健課保健補佐、感染症担当：保健師

大学側：中塘、大平

- ・療養学習支援センターの概要
- ・大学院紹介、各プロジェクト活動の概要、ビジュランなどの紹介
- ・身体組成計、活力年齢計、骨強度計などの測定評価

第4回：10月3日（火）10：00～11：30 6名

藤井寺保健所：難病チームリーダー（主査）、保健師、母子チームリーダー（主査）、企画調整課補佐、企画調整課保健師（健康づくり・たばこ対策担当）、ケースワーカー（地域リハビリテーション担当）

大学側：池田、町浦

- ・長期療養が必要な病気の相談プロジェクトの取り組み内容説明
- ・セクシュアリティ教育プロジェクトの取り組み内容説明

2) 地域住民

・期日：平成18年11月7日

・目的：療養学習支援センターの各プロジェクトの活動内容を知るとともに健康機器を使用した取り組みを実体験することを目的に実施した。

・参加者：藤井寺保健センターの保健推進委員をしている地域住民15名（57歳から73歳）

・大学側：土居所長、中塘、田中、中村、中山、林、水野、松本（センター事務）、別宮

・見学会スケジュール

9時40分～ 受付開始（担当；別宮）

10時～10時15分 土居センター長挨拶

10時15分～ 前半：プロジェクトの説明及びセンター内の見学

脳いきいき教室の講習内容体験

後半：機器測定 身長、体重、活力年齢計、骨密度

12時 終了

・見学会の概要

土居洋子センター所長の挨拶から始まり、療養学習支援センターの目的、各プロジェクトの紹介を配布したパンフレットをもとに説明をおこなった。その後、プロジェクトの一つである高齢者のための介護予防教室「脳いきいき教室」の担当者（中村教授）より、脳いきいき教室のこれまでの取り組み、脳いきいき教室で実際に行われている「なぞり書き（本の好きな1ページを開き、そのページの文章をなぞる）」、「なぞり書きをした文章の音読」などを参加者全員で実施した。健康機器の実体験では、中塘教授より説明を受けた後、身長、体重、活力年齢計、骨密度の測定を実施した。健康機器の実体験と並行し、それぞれの参加者が興味のある情報検索コーナーでのビジュランによる医学情報の検索や闘病記文庫の閲覧・紹介を行った。参加者個々に対しては、教員が健康機器による測定結果のアドバイスやビジュランの検索の仕方を説明した。2時間におよぶ見学会となったが、参加者は、皆熱心に拝聴され、積極的に取り組まれていたように思われた。

（大平光子、別宮直子）

表1. パンフレットの配付先

月/日	訪問先	応接者または窓口	相談内容および広報内容
5/1	羽曳野市役所	・羽曳野市保健福祉部長 ・羽曳野市保健福祉部高年介護課地域包括支援室長	・療養学習支援センター見学会の広報依頼⇒ 6月の羽曳野市広報「はびきの」に掲載 ・見学会広報用のポスター・チラシの関係各所への配布協力⇒社会福祉協議会、民生委員など
6/14	藤井寺市役所	保健福祉部保健師	・栄養教室参加者へのパンフレットおよびポスターの配布
6/19	藤井寺保健所	企画調整課 企画補佐 企画調整課 主査	・管内保健センターへの配布 ・公民館、自治会、近隣病院、老人クラブ、老人会への配布 ・埴生南小学校、羽曳が丘幼稚園 ・慢性病については難病窓口で紹介する
6/22	羽曳野市役所	羽曳野市保健福祉部長	・療養学習支援センター見学会広報用チラシおよびパンフレット(市役所内広報用) ・療養学習支援センター見学会ポスター本館、別館用2枚 ・羽曳が丘地区の民生委員紹介 ・MOMO プラザ、丹治はやプラザ、綾南の森生きがい情報センターへの取次ぎ ・桃山台自治会長紹介 ・羽曳山区長、福祉委員紹介
6/23	羽曳野市議会	・在宅酸素患者会わかきさ会会長からの紹介により市議会議員と懇談	・社会福祉協議会を中心に広報 誉田地区民事協から民生委員へ取次 各地区自治会長、区長を通じて広報 ・羽曳野市長への取り継ぎ ・社会福祉協議会事務局長への取次 ・羽曳野市保健福祉部福祉総務課への取次
6/26	羽曳野市地域包括支援室	・地域包括支援室長	・居宅事業所の各事業担当者にチラシ、パンフレット、アドボカシーチラシを各60部配布
6/26	羽曳野市社会福祉協議会	・羽曳野市社会福祉協議会事務局長 ・事務局長代理	・民生委員・児童委員協議会代表へ ・白鳥地区長へ
6/27	桃山台自治会長(市議)自宅	・羽曳野市保健福祉部長からの紹介	・自治会回覧用41部
6/27	羽曳山会館	・羽曳山地区長(兼 埴生南小学校区福祉委員):羽曳野市保健福祉部長からの紹介	・自治会回覧用60部

表2. 広報の窓口

	保健福祉関係	社会福祉協議会関係	自治会関係	コミュニティセンター関係	病院関係	在宅介護支援センター関係	学校関係
羽 曳 野 市	保健福祉部長 地域包括支援 室長 藤井寺保健所 企画調整課保 健センター保健 師	社協事務局長 事務局長代理 生きがいサロン 1号館 2号館 5号館		Lic はび きの 綾南の森 生きがい 情報セン ター	城山病院 島田病院 青山病院 豊川病院	基幹在介支援セ ンター まほろば 羽曳野 四天王寺悲田院 河原城苑 アンジュ あったか村 悠々亭 居宅事業所	教育委員 会 小学校 羽曳が丘 埴生南 幼稚園 羽曳が丘
羽 曳 が 丘		生きがい サロン6号館	民生委員 市議会議員	MOMOプ ラザ'			
桃 山 台			会長 福祉委員				
羽 曳 山			福祉委員	羽曳山会 館			
白 鳥		生きがい サロン3号館					
誉 田			民児協代表				
藤 井 寺 市	藤井寺保健所 保健師				藤井寺市 民病院		
松 原 市	藤井寺保健所 松原市地域保 健課主査						

大学院看護学研究科

療養学習支援センターのご案内

大阪府立大学看護学部・大学院看護学研究科には、経験豊富なスタッフが多数そろっています。
療養学習支援センターでは、これらのスタッフが中心となって地域の皆さまとともに
すこやかな生活を支える活動を行っています。
ぜひご利用ください。



療養学習支援センターによるこそ

ご近所にお住まいの皆様、こんにちは。

大阪府立大学大学院看護学研究科・療養学習支援センターに興味をもってくださいうれしく存じます。
当センターでは、看護学研究科の特徴を生かして、地域に貢献することができますように、幾つかのプロジェクトを試みてまいりました。

「がんと共に生きるために」、
「肺気腫、喘息、糖尿病などの慢性病との付き合い方」、
「子育て支援」、「健全な性を育むには」、「患者の権利擁護」、
「手術の相談」、「年をとっても元気であるために」などの企画を通して。

そして最近では、健康を維持するために、知っておくべき数値を把握できる精密機器として、骨密度計、活力年齢計(体力・健康度・体脂肪)、心拍ゆらぎ計(リラクゼーション)、血流計などを購入いたしました。
更にまた、闘病記を800冊ご寄付いただき、闘病記文庫の部屋を設けました。
医学知識のビデオをみることもできます。
健康に注目して、賢く生きるために支援できますようにと考え、皆様のお越しを歓迎いたします。



所長・療養支援看護学教授
土居 洋子



子育て相談[電話相談&来所相談]

子どもの発達と健康、授乳、子育ての不安など、子育てに関する相談をお受けいたしております。相談は電話と来所(電話での予約が必要)の両方を受け付けています。

相談日 毎週水曜日 午後1時~4時

担当 中山美由紀・山中久美子

プレイホームを
活用しています

親子教室(うちの子発見プログラム)

ベビーマッサージ、わらべうた・からだリズムを使った遊びなど、育児を楽しむ講習や交流会を企画しています。

対象 初めてのお子様を育児中のパパ・ママ・赤ちゃんそろって教室に参加できる方。
3回シリーズの全てに参加でき、親子教室の企画を評価するためのアンケートやインタビューにご協力いただける方。

時間 2時間程度

開催時期 10月~3月の予定

担当 大平光子・佐々木くみ子・中山美由紀ほか

長期療養が必要な病気の相談

1. 電話による情報提供

糖尿病・慢性呼吸器疾患・炎症性腸疾患・喘息などの長期療養の必要な病気に関する情報提供を電話で行っています。

電話相談日 毎月第2・第4水曜日 午後2時~4時

(祝日および学校休業日を除く)

担当 土居洋子・松尾ミヨ子・池田由紀

山本裕子・里深瞳・林田麗・伏田香津美

メールアドレス choki@nursing.osakafu-u.ac.jp

2. ホットの集い

慢性呼吸器疾患の患者様やご家族の方々の交流の場、集いの場を年間通して定期的に開催しています。

担当 池田由紀ほか

3. ぼちぼち広場

喘息患者様同士での会話を通して、喘息について理解を深める会を4回のシリーズで定期的に開催しています。

担当 里深瞳ほか

4. 息生(いきいき)クラブ

慢性呼吸器疾患の患者様が、無理なく運動を継続できる会を定期的に開催しています。

担当 松尾ミヨ子ほか **時期** 7月より本格始動

学校などにおけるセクシュアリティ教育

セクシュアリティ教育は人間のどのライフサイクルの年代にも必要なことだと考えています。学校のみならず、職場や地域で子どもをもつご両親、成人期、更年期あるいは更年期以降の方を対象にしたセクシュアリティ教育についてもご相談に乗ります。

現在の主な活動内容

高等学校の先生と授業内容や授業方法を検討しながら男女交際のマナー、避妊や性感染症予防などについて学年・クラス・グループ単位で講演や授業を行っています。

活動日と時間

出張による活動を主体としていますが、平成18年度は8月に高校生を、12月に一般の方々を対象に療養学習支援センターでの活動を計画しています。

担当 井端美奈子・町浦美智子ほか

家族支援看護学領域母性看護学・

助産学担当教員



電話 072-950-2111



個人情報の取

お聞きした内容から

がん患者と家族のためのホスピス相談

◆ がん患者の療養の場の一つであるホスピス・緩和ケア病棟についての疑問や相談に応じます。
ホスピスの理念、設備、経費、ケアの実際などの情報提供を行っています。

電話相談 毎月第2・第4火曜日 午後2時~5時

担当 田中京子・吉田智美・林田裕美・小関真紀

山口亜希子・長田艶子

◆ 肺がん患者の家族支援

肺がん患者様のご家族対象のサロン(仮称)を予定しています。おいしいお茶を飲みながらご家族の大変な状況を乗り越えるための学習や情報交換ができる場です。

1回1時間半程度(毎週)計3回のシリーズです。

担当 林田裕美・田中京子・吉田智美ほか

手術についてのお悩み相談

手術をうけることは、ご本人・ご家族にも人生においても大きな出来事です。

そのため、ご本人・ご家族は手術前に心細く不安になることもあります。また、手術後、病院に行くほどではないけれど気がかりなことで悩んでしまうこともあります。そこで、手術前の過ごし方や医師・看護師との関わり方、その他、療養生活に関する悩みや気がかりについて、お困りのことがございましたら、ご相談をお受け致しております。お気軽にお電話ください。

電話相談 毎月第1・第3水曜日 午後2時～5時

担当 高見沢恵美子・森一恵・小西美和子
小関真紀・長田艶子・山口亜希子

活動紹介

11 内線 2323

の取り扱いには十分配慮いたします。
から個人が特定されることのないよう、

相談は匿名の扱いで
お受けいたします。



高齢者のための介護予防教室

要介護や認知症にならないために、高齢者の皆様を対象に、教室を開催しています。楽しく頭と体を使って認知力を保ちましょう。

<脳いきいき教室>

内容 認知力をアップする軽い運動や
ゲームなど、健康談話と交流会

時期 10月から12月頃に、数回開催

担当 中村裕美子・中樫二三生
上田裕子・林園子・水野智実

患者アドボカシー相談

患者アドボカシー相談では、医療機関を活用される患者様・ご家族のみな様の、さまざまなお困りごとのご相談にのっております。

アドボカシーとは、権利の主張や擁護を意味する言葉ですが、実際に医療を受ける立場に立つと、患者の思いを主張するのはなかなか容易なことではありません。そこで、私どもは病院職員とは異なる立場から、みな様が「賢い患者」となっとうまく医療機関を活用できるようお手伝いをしたいと思っています。

ご意見や苦情についてお話をお伺いし、問題解決に向けてみな様のもてる力が発揮されますことをねらいにしています。

相談日 毎週火曜日・木曜日 12時～4時まで

(来所によるご相談も受けています。)

担当 坂本雅代(看護技術、脊髄損傷・じょく創ケア)、
小笠幸子(看護管理、不妊相談)
荒木孝治(精神看護)
羽山由美子(精神看護、がん看護)
森川英子(養護教育)

「患者アドボカシー研究会」のブログ
<http://ptadvoc.seesaa.net>

先行く先輩の病気体験を共有しよう — 闘病記を読もう会

私たちは期せずして、自分や家族が病気になったらどんなことを知りたいでしょうか？この度、多種多様な闘病記を800冊集め、疾患別に見出しをつけた闘病記文庫を開発しました(現在200疾患)。私たちは、誰もが自分自身でからだや病気について学習できる環境を作り、手にとられた闘病記をきっかけに少しでも皆様のお役に立ちたいと考えています。

活動内容 参加される方々のご希望によりテーマを決め、該当する闘病記を少しずつ読み進めます。先輩患者が歩んだ病気のプロセスやその時々の対処、心情などの学びを深めたいと思います。

活動日 毎月第4金曜日 午後2時～3時30分

担当 和田恵美子

メールアドレス emiko@nursing.osakafu-u.ac.jp

◆会の内容は匿名性を保持しプライバシーが守られる環境づくりに努めます。
◆参加につきましては資料の準備がありますので事前に電話でご予約ください。

療養学習支援センター内 見取図



住所

〒583-8555 羽曳野市はびきの 3-7-30
電話 072-950-2111 内線 2323



センターまでの道順

療養学習支援センターは大学院棟にあります。
近鉄バス(国際仏教大学行き)「羽曳が丘一丁目」
(府立呼吸器・アレルギー医療センターの次のバス停)下車。
医療センターの建物を右に見て歩くと、バス停から
5分ほどで到着します。

<http://www.nursing.osakafu-u.ac.jp/center/index.html>

大阪府立大学大学院看護学研究科
療養学習支援センター運営委員会

- ▶ [がん患者と家族のためのホスピス相談](#)
- ▶ [手術についてのお悩み相談](#)
- ▶ [長期療養が必要な病気の相談](#)
- ▶ [患者アドボカシー室\(患者相談窓口\)](#)
- ▶ [子育て支援プロジェクト活動](#)
- ▶ [高齢者のための相談](#)
- ▶ [学校等における出張セクシュアリティ教育](#)
- ▶ [ひとくち健康ばなし](#)
- ▶ [第11回国際看護セミナー](#)
- ▶ [先行く先輩の病気体験を共有しようー闘病記文庫ー](#)
- ▶ [交通アクセス](#)

大阪府立大学
看護学部 / 看護学研究科



療養学習支援センターのご案内

いろいろな患者相談をはじめました。ぜひご利用ください。

療養学習支援センターは、地域の皆さまと共に
皆さまのすこやかな生活を支える大学の窓口です。

療養学習支援センターでは、電話相談、患者相談、
情報提供サービスを行っています。

お知らせ

What's New

- ▶ [第11回国際看護セミナーの開催について](#) *New*
- ▶ [大人のための性教育を開催します\(終了しました\)](#)
- ▶ [肺がん患者さんのご家族のためのサロンを開催します](#) *New*
- ▶ [喪失体験により傷ついた子どもの心のケア講演会の開催について\(終了しました\)](#)

- ▶ [がん患者と家族のためのホスピス相談](#)
- ▶ [手術についてのお悩み相談](#)
- ▶ [長期療養が必要な病気の相談](#)
- ▶ [患者アドボカシー室\(患者相談窓口\)](#)
- ▶ [子育て支援プロジェクト活動](#)
- ▶ [高齢者のための相談](#)
- ▶ [学校等における出張セクシュアリティ教育](#)
- ▶ [ひとくち健康ばなし](#)
- ▶ [第11回国際看護セミナー](#)
- ▶ [先行く先輩の病気体験を共有しようー闘病記文庫ー](#)
- ▶ [交通アクセス](#)
- ▶ [ホーム](#)

大阪府立大学
看護学部 / 看護学研究科

がん患者と家族のためのホスピス相談

がん患者の療養の場の一つであるホスピスについての疑問や相談に応じます。ホスピスの理念、場、経費、ケアの実際など、お知りになりたいことがありましたらお気軽にお尋ね下さい。

● 電話相談

毎月第2と第4火曜日午後2時から5時に、ホスピスについての疑問・相談に、担当者がお電話で丁寧にお答えします。

例えば……ホスピスってどんなところ？

ホスピスに入るのに条件があるの？

ホスピスでは何も治療をしてくれないの？ 等々……

ホスピスに行こうかどうか悩んでおられる方や、ご家族の方々のご相談をお待ちいたしております。

● 出張講演

ご希望のグループ(10名以上)には、こちらから出張してホスピスについてのお話をさせていただきます(詳細相談)。

● 担当者

田中京子 吉田智美 林田裕美 小関真紀 ほか

<連絡先>

療養学習支援センター(Tel:0729-50-2111 内線2323)

- ▶ [がん患者と家族のためのホスピス相談](#)
- ▶ [手術についてのお悩み相談](#)
- ▶ [長期療養が必要な病気の相談](#)
- ▶ [患者アドボカシー室\(患者相談窓口\)](#)
- ▶ [子育て支援プロジェクト活動](#)
- ▶ [高齢者のための相談](#)
- ▶ [学校等における出張セクシュアリティ教育](#)
- ▶ [ひとくち健康ばなし](#)
- ▶ [第11回国際看護セミナー](#)
- ▶ [先ゆく先輩の病気体験を共有しようー闘病記文庫ー](#)
- ▶ [交通アクセス](#)
- ▶ [ホーム](#)

大阪府立大学
看護学部 / 看護学研究科

手術についてのお悩み相談

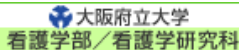
手術についてお悩みがある方、相談をお受けします。

- 医師に病気のことをどう聞いていいか困っている
- 麻酔をかけたらどうなるのか、とても心配
- 手術前に何を準備したらいいの
- 手術の後、痛みってどんな感じ？
- 手術の後の生活のこと、食事について困っている

<電話相談>

大阪府立大学・学習支援センター
電話番号:0729-50-2111(内線2131)
曜日 : 第1・3水曜日
時間 : 13時~16時(10月から14時から17時に変更になります)
担当者 : 高見沢、森、小西、山口

- ▶ [がん患者と家族のためのホスピス相談](#)
- ▶ [手術についてのお悩み相談](#)
- ▶ [長期療養が必要な病気の相談](#)
- ▶ [患者アドボカシー室\(患者相談窓口\)](#)
- ▶ [子育て支援プロジェクト活動](#)
- ▶ [高齢者のための相談](#)
- ▶ [学校等における出張セクシュアリティ教育](#)
- ▶ [ひとくち健康ばなし](#)
- ▶ [第11回国際看護セミナー](#)
- ▶ [先行く先輩の病気体験を共有しようー闘病記文庫ー](#)
- ▶ [交通アクセス](#)
- ▶ [ホーム](#)

 大阪府立大学
看護学部 / 看護学研究科

長期療養が必要な病気の相談

●電話による情報提供

【活動内容】 糖尿病・慢性呼吸器疾患・炎症性腸疾患・喘息などの長期療養の必要な病気に関する情報提供を電話で行っています。

【活動日】 電話：第2・4水曜日(祝日および学校休業日を除く)の14:00～16:00
(072)950-2111 内線2323

E-mail: choki@nursing.osakafu-u.ac.jp

【担当者】 土居洋子・池田由紀・山本裕子・里深瞳

●ホッと集い

【活動内容】 2ヶ月に1回テーマをもって、慢性呼吸器疾患の患者様やご家族の方々の交流の場、集いの場として会を開催しています。

【活動日】 偶数月に1回、第2木曜日の14:00～16:00

【担当者】 池田由紀

【PR】 ご参加については、どなたでもご自由にいらしてください。悩み事や心配事など、みんなで一緒に考えています。

●ぼちぼち広場

【活動内容】 喘息患者様の療養生活に役立つような喘息やお薬に関する本、ビデオなどを取り揃え、ご自由にご覧いただけるようにしています。

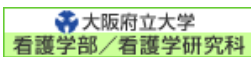
また、喘息発作や日常生活での注意点などの体験談を患者様同士で話し合い、喘息について理解を深める会を定期的に開催しています。

【活動日】 本・ビデオなどをご覧いただける日：
第2・4水曜日(祝日および学校休業日を除く)の14:00～16:00

【担当者】 里深瞳

【PR】 患者様が喘息と“ぼちぼち”付き合っていけるように、お手伝いをさせていただけたらと思っております。

- ▶ [がん患者と家族のためのホスピス相談](#)
- ▶ [手術についてのお悩み相談](#)
- ▶ [長期療養が必要な病気の相談](#)
- ▶ [患者アドボカシー室\(患者相談窓口\)](#)
- ▶ [子育て支援プロジェクト活動](#)
- ▶ [高齢者のための相談](#)
- ▶ [学校等における出張セクシュアリティ教育](#)
- ▶ [ひとくち健康ばなし](#)
- ▶ [第11回国際看護セミナー](#)
- ▶ [先ゆく先輩の病気体験を共有しようー闘病記文庫ー](#)
- ▶ [交通アクセス](#)
- ▶ [ホーム](#)



患者アドボカシー室 (患者相談窓口)

【活動内容】

アドボカシーとは、聞きなれない言葉かもしれませんが、権利擁護とか代弁、支持などを意味します。私たちは、この言葉を広く理解して、皆様を応援するような諸々の医療に関するご相談や、健康相談なども含めております。

患者様やご家族の方が、医療を受ける際のいろいろなお困りごとのご相談にのります。また、病気ではないけれどご自分のからだや心に気がかりなことがおありのときも、ご連絡ください。なにかお力添えになるような手立てを一緒に考えていきます。

[ワンポイント講座を開催します\(2006.7.13\)](#)

【活動日】

日時:毎週 火曜日と木曜日 午後0時から4時

電話相談:0729-50-2111 内線2323
火曜と木曜の午後には、その他、以下のことも行なっています。

- * 予約による来所相談
 - * ビデオ・本・インターネット検索などによるみな様の自己学習のお手伝い
- E-mail



【担当者】

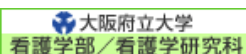
荒木孝治(精神看護)、小笠幸子(看護管理、不妊看護)、坂本雅代(基礎看護および脊髄損傷者の看護)、羽山由美子(精神看護ほか)、森川英子(学校保健と養護)、山居輝美(基礎看護およびICU看護)



【PR】

よろず相談のようなどころがあります。みな様からのご質問等にその場でお答えできない場合には、時間をおいて後日必ずお返事をいたします。お気軽にお電話ください。

- ▶ [がん患者と家族のためのホスピス相談](#)
- ▶ [手術についてのお悩み相談](#)
- ▶ [長期療養が必要な病気の相談](#)
- ▶ [患者アドボカシー室\(患者相談窓口\)](#)
- ▶ [子育て支援プロジェクト活動](#)
- ▶ [高齢者のための相談](#)
- ▶ [学校等における出張セクシュアリティ教育](#)
- ▶ [ひとくち健康ばなし](#)
- ▶ [第11回国際看護セミナー](#)
- ▶ [先行く先輩の病気体験を共有しようー闘病記文庫ー](#)
- ▶ [交通アクセス](#)
- ▶ [ホーム](#)



子育て支援プロジェクト活動

【電話相談と来所相談】

子どもの発達と健康、授乳、子育ての不安など、子育てに関する相談をお受けいたしております。

電話： 0729-50-2111(内線2323)

相談日： 毎週水曜日 午後1時～4時

* 来所相談は電話での予約が必要です

* 駐車場・プレイルームもあります どうぞお気軽におこしください

担当： 中山美由紀, 山中久美子 ほか

大阪府立大学看護学部教員が担当いたします

個人情報の取り扱いには十分配慮いたします。お聞きした内容から個人が特定されることのないよう、相談は匿名の扱いでお受けいたします。

【親子教室】

育児を楽しむための親子教室を企画しています。

ママ・パパのリラゼーションタイムの後に、育児に役立つ演習を行う予定です。

対象： 初めのお子様を育児中の方で、ママ・パパ・赤ちゃんそろって教室へ参加できる方
1～3回目のすべてのテーマに参加できる方
この企画を評価するための、アンケートやインタビューにご協力いただける方

時間： 2時間程度

内容： 1回目 * ママ・パパ・赤ちゃんのマッサージ
* 交流会と「うちの子発見」のための子どもの観察
2回目 * 体を使って親子であそぼう
* 交流会と子どもの観察
3回目 * 赤ちゃんの歯, ママ・パパの歯
* 交流会と子どもの観察

担当： 大平光子、佐々木くみ子、井端美奈子、中山美由紀 ほか

<現在企画中です。募集時期未定>

- ▶ [がん患者と家族のためのホスピス相談](#)
- ▶ [手術についてのお悩み相談](#)
- ▶ [長期療養が必要な病気の相談](#)
- ▶ [患者アドボカシー室\(患者相談窓口\)](#)
- ▶ [子育て支援プロジェクト活動](#)
- ▶ [高齢者のための相談](#)
- ▶ [学校等における出張セクシュアリティ教育](#)
- ▶ [ひとくち健康ばなし](#)
- ▶ [第11回国際看護セミナー](#)
- ▶ [先行く先輩の病気体験を共有しようー闘病記文庫ー](#)
- ▶ [交通アクセス](#)
- ▶ [ホーム](#)

 大阪府立大学
看護学部 / 看護学研究科

高齢者のための相談

要介護状態にならないために・・・男性高齢者のための教室を開きます。

教室の内容：軽い運動、アクティビティなど

対象者： 高齢の男性の方

担当者： 中村裕美子、河野あゆみ、上田裕子、大瀧貴子、吉原彩他

開催時期： 秋以降

場所： 療養学習支援センター

詳しくは追ってお知らせします。

- ▶ [がん患者と家族のためのホスピス相談](#)
- ▶ [手術についてのお悩み相談](#)
- ▶ [長期療養が必要な病気の相談](#)
- ▶ [患者アドボカシー室\(患者相談窓口\)](#)
- ▶ [子育て支援プロジェクト活動](#)
- ▶ [高齢者のための相談](#)
- ▶ [学校等における出張セクシュアリティ教育](#)
- ▶ [ひとくち健康ばなし](#)
- ▶ [第11回国際看護セミナー](#)
- ▶ [先ゆく先輩の病気体験を共有しようー闘病記文庫ー](#)
- ▶ [交通アクセス](#)
- ▶ [ホーム](#)

大阪府立大学
看護学部 / 看護学研究科

学校等における出張セクシュアリティ教育

【プロジェクト名】

学校等における出張セクシュアリティ教育

【活動内容】

高等学校の先生と授業内容や授業方法を検討しながら、男女交際のマナー、避妊や性感染症予防などについて、学年・クラス・グループ単位で、講演や授業を行っています。



【活動曜日と時間】

出張による活動が主体ですので、ご相談の上決定させていただきます。

【担当者】

看護学部家族支援看護学領域 母性看護学・助産学担当教員8名

【プロジェクト責任者】

町浦美智子（内線2034）

【問い合わせ先】

井端美奈子（内線2051）

【PRしたい内容】

セクシュアリティ教育は人間のライフサイクルのどの年代にも必要なことだと考えています。学校のみならず、職場や地域で子どもをもつご両親、成人期、更年期あるいは更年期以後の方々を対象にしたセクシュアリティ教育についても出張講義が可能です。お気軽にご相談ください。

- ▶ [がん患者と家族のためのホスピス相談](#)
- ▶ [手術についてのお悩み相談](#)
- ▶ [長期療養が必要な病気の相談](#)
- ▶ [患者アドボカシー室\(患者相談窓口\)](#)
- ▶ [子育て支援プロジェクト活動](#)
- ▶ [高齢者のための相談](#)
- ▶ [学校等における出張セクシュアリティ教育](#)
- ▶ [ひとくち健康ばなし](#)
- ▶ [第11回国際看護セミナー](#)
- ▶ [先行く先輩の病気体験を共有しようー闘病記文庫ー](#)
- ▶ [交通アクセス](#)
- ▶ [ホーム](#)

大阪府立大学
看護学部 / 看護学研究科

大阪府立大学大学院看護学研究科療養学習支援センター主催
第11回 国際看護セミナー



■ **第1部:**
看護ケアと看護実践の要素としての患者教育

患者ケア・看護実践における質の高い患者教育とは何かについて、最新の研究成果と実践的な見地をとおしてご講演いただきます。

講師: Sally H. Rankin, RN, PhD, FAAN
カリフォルニア大学 サンフランシスコ校 家族ヘルスケア看護学部教授

■ **第2部:**
医療倫理の枠組みとインフォームド・コンセント

臨床において医療倫理を考えることについて、インフォームド・コンセントとの関係を具体的にご講演いただきます。

講師: Bill Rankin, MDiv, MPP, PhD
カリフォルニア大学 サンフランシスコ校大学院非常勤講師
通訳: 吉岡 美穂氏(桃山学院大学非常勤講師)

日時: 3月16日(金)午後1時~4時

場所: 大阪府立大学羽曳野キャンパスL204教室(地下1階)
近鉄南大阪線「古市駅」または「藤井寺駅」下車近鉄バス(10分)
バス停「看護大学前」または「羽曳野病院前」下車徒歩5分

参加費: 無料(事前申し込みの必要はありません)
多くの皆様のご参加をお待ちしております。

※駐車スペースの都合上、お車でのご来校はご遠慮ください。

- ▶ [がん患者と家族のためのホスピス相談](#)
- ▶ [手術についてのお悩み相談](#)
- ▶ [長期療養が必要な病気の相談](#)
- ▶ [患者アドボカシー室\(患者相談窓口\)](#)
- ▶ [子育て支援プロジェクト活動](#)
- ▶ [高齢者のための相談](#)
- ▶ [学校等における出張スクエアリティ教育](#)
- ▶ [ひとくち健康ばなし](#)
- ▶ [第11回国際看護セミナー](#)
- ▶ [先行く先輩の病気体験を共有しよう—闘病記文庫—](#)
- ▶ [交通アクセス](#)
- ▶ [ホーム](#)

大阪府立大学
看護学部 / 看護学研究科

先行く先輩の病気体験を共有しよう—闘病記文庫【さくらんぼ】—



●闘病記文庫の貸出

【活動内容】

多種多様な闘病記を800冊集め、疾患別に見出しをつけた闘病記文庫を開設しました(現在146疾患)。誰もが自分自身でからだや病気について学習できる環境を作り、闘病記をきっかけに少しでも皆様のお役に立ちたいと考えています。

【開館日】

毎週火曜日・金曜日 午前10時～午後4時

●闘病記読もう会

【活動内容】

私たちは期せずして、自分や家族が病気になったらどんなことを知りたいでしょうか?参加される方々のご希望によりテーマを決め、該当する闘病記を少しずつ読み進めます。先輩患者が歩んだ病気のプロセスやその時々への対処、心情などの学びを深めたいと思います。

【活動日】

毎月第4金曜日 午後2時～3時30分

【担当者】

和田恵美子(看護師・基礎看護)
山口 知代(看護師・精神看護)

【電話】

072-950-2111(内線2540)

【FAX】

072-950-2124

【メールアドレス】

emiko@nursing.osakafu-u.ac.jp

※参加につきましては、資料の準備がありますので事前に電話・FAX・メールでご予約ください。

→[闘病記文庫の蔵書リストへ](#)

→[闘病記ライブラリーへ](#)



療養学習支援センター運営委員会

◎委員長

2006年度 運営委員会メンバー

センター長 土居洋子教授

総括 ◎土居洋子教授 青山ヒフミ教授 羽山由美子教授 坂本雅代助教授
中山美由紀教授 町浦美智子教授 大平光子助教授 田中京子教授
松尾ミヨ子教授 中塘二三生教授

年報 ◎中塘二三生教授 森一恵助教授

会計 ◎中山美由紀教授 階堂武郎教授 和田恵美子講師 佐々木くみ子講師
池田由紀助教授 松尾ミヨ子教授 上野昌江教授 荒木孝治助教授
別宮直子講師

国際 ◎町浦美智子教授 高見澤恵美子教授 松尾ミヨ子教授 秋原志穂助教授

広報 ◎田中京子教授 大平光子助教授 吉田智美助教授 別宮直子講師

広報プロジェクト活動

◎羽山由美子教授 坂本雅代助教授 大平光子助教授
町浦美智子教授 池田由紀助教授 森一恵助教授 吉田智美助教授
荒木孝治助教授 中山美由紀教授 井端美奈子助教授 松尾ミヨ子教授
土居洋子教授 高見澤恵美子教授 田中京子教授 中村裕美子教授
桑名行雄教授 中塘二三生教授

平成 18 年度 療養学習支援センター活動記録

年月日	会議など	概要
2006 年 2 月 17 日 (金)14:00～16:00	第 8 回国際看護セミナー	Creating Quality Care Through a Multidisciplinary Approach to Cardiac Patients and Their Families 心疾患患者と家族のための質の高いケアの創造—学際的アプローチを用いて 講師：Kathleen K. Zarling,
2006 年 4 月 5 日 (水) 16:00～	療養学習支援センター 機器説明会①	心拍ゆらぎ測定器、アタマップ(脳波計)
2006 年 4 月 12 日 (水) 16:00～	療養学習支援センター 機器説明会②	血流計の説明、AEDデモンストレーション、心拍ゆらぎ測定器に関する質疑応答、脳波計の説明
2006 年 4 月 19 日 (水) 17:00～	療養学習支援センター 機器説明会③	心拍ゆらぎ測定器のデータ分析、血流計に関する質疑応答
2006 年 4 月 24 日 (月)17:00～19:30	第 1 回プロジェクト運営会議	1. プロジェクト運営委員 2. プロジェクトの活動について 3. センター活動について
2006 年 4 月 26 日 (水) 17:00～	療養学習支援センター 機器説明会④	各機器のデータ分析
2006 年 6 月 5 日 (月)	療養学習支援センター 平成 18 年度版パンフレット作成	
2006 年 6 月 8 日 (木)17:00～19:30	第 2 回プロジェクト運営会議	1. 療養学習支援センター見学会役割分担及び準備物品 2. 療養学習支援センター見学会事前調整検討事項について 3. 療養学習支援センター見学会各プロジェクトの内容確認
2006 年 6 月 21 日 (水)18:15～19:30	第 3 回療養学習支援センタープロジェクト運営会議	1. オープンハウス見学会最終確認 2. 各プロジェクト進捗状況 3. ビジュランについて 4. 広報活動報告について 5. 当日手渡しファイルについて

年月日	会議など	概要
2006年6月28日 (水) 10:30～	療養学習支援センター ビデオカメラ撮影シス テムの説明会	ビデオカメラ撮影システムの説明会
2006年6月29日 (木)	闘病記文庫「貸し出し マニュアル」	7月28日(金)からの貸し出し開始にあたり、「貸し出しマニュアル」を作成・周知
2006年7月2日 (日) 13:00～16:00	療養学習支援センター オープンハウス	参加者数：一般市民37名 教職員・院生32名
2006年7月5日 (水) 18:00～19:30	第4回療養学習支援セ ンタープロジェクト運 営会議	1. 療養学習支援センター見学会反省会 2. イベントスペースおよびリソース室の整理とレイアウトの変更
2006年7月8日 (土) 16:00～18:00	リンケージ I (演習) 発 表会	参加者28名 1. 運動負荷2題 2. リラクセーション2題
2006年7月14日 (金) 15:30～17:00	療養学習支援センター 見学会	藤井寺保健センターの健康推進委員5名の方が見学会に参加
2006年7月31日 (月) 10:00～12:00	第9回国際看護セミナ ー	Evidence-Based Clinical Practice -生理学的指標を用いた看護研究の進め方- 講師：Janet L. Lason
2006年8月7日 (月)	療養学習支援センター 見学会	藤井寺保健センターの健康推進委員14名の方が見学会に参加
2006年8月29日 (火)	療養学習支援センター 見学会	藤井寺保健センターの健康推進委員4名の方が見学会に参加
2006年9月6日 (水) 16:00～	第5回療養学習支援セ ンタープロジェクト運 営会議	1. 総括会議の報告 2. 療養学習支援センターの運用にあたっての予定表について 3. センター見学申し込み窓口および見 者の対応について 4. プロジェクトの活性化について 5. その他
2006年9月20日 (水) 17:00～	計測機器を用いた研究 プロジェクトの企画会 議	体脂肪計、骨密度計、活力計、心拍ゆら ぎ、血流計を用いた研究の企画・参加に ついて

年月日	会議など	概要
2006年10月4日 (水) 17:00～19:00	療養学習支援センター 総括会議	1. 療養学習支援センターの愛称募集 2. 活動報告 3. リンケージ I の物品管理について
2006年10月11日 (水) 17:00～	第6回療養学習支援セ ンタープロジェクト運 営会議	1. 月間スケジュールと暦 2. 活動報告 3. 見学についての計画 4. 羽曳野コロシウム:「市民ふれあい 健康まつり」出展の打ち合わせ
2006年10月15日 (日) 9:00～15:00	羽曳野コロシウム:「市 民ふれあい健康まつ り」出展	活力年齢計などを用いて羽曳野市民 への療養学習支援センターの活動のア ピール
2006年11月7日 (火) 10:00～12:00	療養学習支援センター 見学会	藤井寺保健センターの健康推進委員 13名の方が見学会に参加
2006年11月8日 (水) 17:00～	第7回療養学習支援セ ンタープロジェクト運 営会議	1. 月間スケジュールと暦 2. 活動報告および活性化とプロジェク トのパンフレット作成依頼 3. 年報作成
2006年12月1日 (金) 13:00～15:00	第10回国際看護セミナ ー	Improving the Quality of Care for People with Dementia in the Health setting through Changes in the total care Environment. -保健医療における認知症患者の生活の 質の向上:総合的なケア提供環境の変化 を通して- 講師:Lynn Chenoweth
2006年12月13日 (水) 17:00～	療養学習支援センター 総括会議・プロジェク ト運営会議(合同)	1. 測定機器による測定希望者への対応 2. 年報作成について 3. プロジェクト活動の活性化 4. 療養学習支援センター内の鍵の管理 5. 月ごとの企画の一覧表の作成
2007年1月10日 (水) 17:00～	療養学習支援センター 総括会議・プロジェク ト運営会議(合同)	1. 月間スケジュールと暦 2. 活動報告 3. プロジェクト活動の活性化 4. 年報作成について 5. 療養学習支援センター研究発表会の 運営について

年月日	会議など	概要
2007年1月12日 (金)14:00～15:00	療養学習支援センター 健康教育	参加者：3名 1. 体力測定 2. 骨密度測定 3. 骨の生育について
2007年1月29日 (月)13:00～15:00	平成18年度療養学習支 援センター研究発表会	場所：B201 発表6題、出席者40名
2007年2月6日 (水)17:30～	療養学習支援センター 総括会議・プロジェク ト運営会議(合同)	1. 月間スケジュールと暦 2. 活動報告 3. プロジェクト活動の活性化 4. 年報作成について
2007年2月9日 (金)14:00～15:00	療養学習支援センター 健康教育	参加者：4名 1. 体力測定 2. 骨密度測定 3. 食生活について
2007年3月13日 (火)15:00～16:00	療養学習支援センター 総括会議	1. 年報作成 2. プロジェクトの次年度への申し送りの確認 3. 国際セミナーの進捗状況報告 4. 地域住民健康活動の報告

大阪府立大学大学院看護学研究科療養学習支援センター規程

平成18年3月29日

規程第21号

(趣旨)

第1条 この規程は、大阪府立大学大学院看護学研究科規程（平成17年公立大学法人大阪府立大学規程第61号）第4条第2項の規定に基づき、療養学習支援に関する研究・教育・実践を推進するとともに、その成果を地域に還元し看護の質の向上に寄与するため、大阪府立大学大学院看護学研究科療養学習支援センター（以下「センター」という。）の組織及び運営に関し必要な事項を定める。

(業務)

第2条 センターは、次の各号に掲げる業務を行う。

- (1) 療養学習支援の研究・教育に関すること
- (2) 療養学習支援の実践に関すること
- (3) 療養学習支援に関する情報の提供に関すること
- (4) 療養学習支援に関する学術交流に関すること
- (5) その他センターに関し必要なこと

(運営)

第3条 センターの円滑な運営を図るため、大阪府立大学大学院看護学研究科療養学習支援センター運営委員会（以下「委員会」という。）を置く。

2 委員会に関する事項は別に定める。

(組織)

第4条 センターに所長及び研究員を置く。また、共同研究等を行うために学外研究員を置くことができる。

2 所長は、看護学研究科長が推薦する看護学部の教授のうちから理事長が任命する。

3 研究員は、看護学部教員の中から、委員会の推薦に基づき研究科長が任命する。

4 学外研究員は、委員会の推薦に基づき研究科長が委嘱する。

第5条 所長は、センターの業務を統括する。

(任期)

第6条 所長の任期は2年以内とする。ただし、再任は妨げない。

2 研究員の任期は1年とする。ただし、再任は妨げない。

3 学外研究員の任期は1年とする。ただし、再任は妨げない。

(委任)

第7条 この規程に定めるもののほか、センターの運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規程は、平成18年4月1日から施行する。

大阪府立大学大学院看護学研究科療養学習支援センター運営委員会規程

平成18年3月29日

規程第22号

(趣旨)

第1条 この規程は、大阪府立大学大学院看護学研究科療養学習支援センター規程（平成18年公立大学法人大阪府立大学規程第21号）第3条第2項の規定に基づき、大阪府立大学大学院看護学部療養学習支援センター運営委員会（以下「委員会」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

(職務)

第2条 委員会は、次に掲げる事項について審議する。

- (1) 事業計画に関する事
- (2) 予算に関する事
- (3) その他、療養学習支援センターの管理運営に関する事

(組織)

第3条 委員会は、次の各号に掲げる委員をもって組織する。

- (1) 看護学研究科長
- (2) 療養学習支援センター所長
- (3) 研究科会議が選出した各領域の教授各1名
- (4) 前各号に掲げる者のほか、委員会が必要と認める者

2 前項の委員は研究科長が任命する。

(任期)

第4条 前条第1項第3号及び第4号の委員の任期は2年とする。ただし、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 前項の委員は、再任されることができる。

(委員長)

第5条 委員会に委員長を置く。

2 委員長は、療養学習支援センター所長をもって充てる。

3 委員長は、委員会を招集しその議長となる。

4 委員長に事故のあるとき又は委員長が欠けたときは、あらかじめ委員長が指名する委員がその職務を代行する。

(会議)

第6条 委員会の会議は、委員長が招集し委員長が会議を掌理する。

2 委員会は、委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができない。

3 委員会の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

第7条 委員長は必要あると認めるときは、委員会に学識経験者等委員以外の者の出席を求め意見を聴くことができる。

(委任)

第8条 この規程に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規程は、平成18年4月1日から施行する。

元教授 故 羽山由美子 先生からのご寄贈品

療養学習支援センター長 土居洋子

本学元教授故羽山由美子先生のご遺族から、以下の品が寄贈された。これらのご寄贈品は、以下の場所に展示または使用することになった。ここに記して、故羽山由美子先生のご冥福をお祈りするとともに、ご遺族の方に御礼を申し上げます。

	展示・使用場所
1. お茶道具	茶道部部室
2. 家具	
・六角木製テーブルと椅子4脚	C棟院生室
・本箱	C棟院生室
・長いす	C棟院生室
・木製いす3脚	療養学習支援センター
3. 絵画（見開きに掲載）	
・エルサレムウインドウ燭台：M.・シャガール	羽曳野図書センター
・レスリーズビュー：レスリー・セイヤー	羽曳野図書センター
・はと：ピカソ	B棟501会議室
4. パソコン関連	
・ラップトップ	C棟院生室
・プリンター	C棟院生室
5. 家電	
・冷蔵庫	C棟院生室
・電子レンジ	C棟院生室
・トースター	C棟院生室
・壁時計	療養学習支援センター
・犬ロボット	在宅看護研究室
6. 書籍	
・洋書：92冊、和書：366冊	羽曳野図書センター

編集後記

療養学習支援センターの年報は、2004年度に本センター所長が設立したものの1年目には年報の発刊を行っていなかった。そのために、2005年度に第1巻（2004年度）・第2巻（2005年度）の合冊として発刊した。第3巻は、2006年度のみ運営・活動記録として編集できた。今後は、同センターの運営・活動記録として単年度ごとの年報になり、益々充実した活動記録や報告になると思われる。

ところで、本学羽山由美子元教授は、薬効の介なく2006年9月1日にご逝去された。羽山由美子元教授は、療養学習支援センターの運営・活動にご活躍をされ、またアドボカシーのプロジェクトでも並々ならぬご尽力と卓越した指導・推進者であった。志半ばで他界され、「やり終えていない事が多々あったろうに」と推察され、在籍する教員は、羽山由美子元教授を礎として今後さらに発展・隆盛していく必要がある。また、羽山由美子元教授のご遺族からは、常日頃先生御使用のものをご寄贈頂いた。そのことに感謝申し上げるとともに、それらの物品は、本年報に一覧として記載し、本学の教育・研究のために貴重に使用されることになる。なかでも絵画は、本学図書センターに展示され、教職員や学生のみならず本学図書センターを利用する多くの人を今後永久に見守ることになる。

末尾であるが、本学教授の土居洋子センター所長におかれては、本年3月31日をもって定年ご退職をされることになり、これまでの運営・活動に多大なるご貢献をされたことに感謝しつつ、今後も益々のご活躍とご健勝を祈念申し上げます。

中塘 二三生、森 一恵

大阪府立大学大学院看護学研究科
療養学習支援センター年報

第3巻

2007年3月 発行

編集 大阪府立大学大学院看護学研究科
療養学習支援センター 編集委員

発行 大阪府立大学大学院看護学研究科
療養学習支援センター

〒583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3-7-30

電話 (072)950-2111

F A X (072)950-2131

印刷 有限会社 扶桑印刷社

〒531-0074 大阪市北区本庄東2-13-21

電話 (06)6371-7168

F A X (06)6371-2303



羽山由美子先生 寄贈

レスリーズビュー
レスリー・セイヤー