

2015 年度

東洋大学審査学位論文

脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える  
保健医療福祉の人材育成に関する研究

福祉社会デザイン研究科ヒューマンデザイン専攻博士後期課程

3 学年 4730120001 新山真奈美

## 目 次

### 序章 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成にむけた支援での本研究の目的

第1節	研究の背景	1
第2節	本研究の対象としての脳卒中とその保健医療福祉的課題	3
第3節	本研究の理論的支柱としての保健医療福祉学	14
第4節	保健医療福祉学からみた脳卒中の医療や福祉の問題	17
第5節	本研究の視座	19
第6節	本論文の構成と各章の要旨	32

### 第1章 保健医療福祉学における Grounded Theory Approach の有能性の検討

第1節	研究の背景と目的	36
第2節	保健医療福祉学研究における GTA の有能性	36
第3節	本研究で用いる GTA の手法	40
第4節	小括	47

### 第2章 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成について

#### 脳卒中高齢者と支える看護師の現状と課題

第1節	脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の現状と課題	48
第2節	脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える看護師の主観的体験 による現状と課題	62

### 第3章 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える支援者の現状と課題

第1節	研究の背景と目的	99
第2節	専門にかかわる概念	99
第3節	医療、福祉職の専門職的自律性と肯定的関心	106
第4節	保健、医療、福祉における専門職的自律性に関する調査（その1）	115
第5節	保健、医療、福祉における専門職的自律性に関する調査（その2）	130
第6節	仮説	154

第4章	脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉学的視点をふまえた人材育成のためのプログラム開発・実施および評価・検証	
第1節	脳卒中高齢者のライフスタイル再編成への実現に向けての検討	155
第2節	脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉学視点における人材育成のためのプログラム開発	・・・ 167
第3節	脳卒中高齢者のライフスタイル再編成にむけた人材育成における教育の検討	・・・ 168
終章	総合考察と今後の課題と展望	
第1節	総合考察	・・・ 196
第2節	本研究の成果	・・・ 204
第3節	今後の課題	・・・ 206
第4節	総括	・・・ 207
謝辞		・・・ 207
引用文献・参考文献		・・・ 208
資料		・・・ 227

## 序章 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成にむけた支援での本研究の目的

### 第1節 研究の背景

脳卒中は、高齢者や自然災害等による被災者において発症率が高く、特に脳卒中に起因する運動麻痺を代表とする機能障害は、それまで不自由のなかった日常生活動作を突然阻害するためライフスタイルに大きな変化をもたらす(百田ら, 2002)。このような状況に置かれた高齢者は、発症初期から機能障害に戸惑い、混乱や不安を来しやすく、これまでできなかったため、他者からの支援は自尊心の低下につながりやすい。また、脳卒中後には血管性うつ病やアパシー等の心理的ダメージの出現も多いとされている(Marin RS, Firinciogullari S, Biedrzycki RC, 1994)。このアパシーは、「自発的な行動の欠如で特徴づけられ、刺激に対する反応の減弱した状態」と定義され、脳卒中後の行動・精神障害のうち 65%の頻度で認められる症状でもある。さらに発症前の自己の生活習慣の歪みに対する後悔、身体機能の改善が思うように進まないことへの葛藤や落胆を抱きやすい(Marin RS, Firinciogullari S, Biedrzycki RC, 1994)。このように、脳卒中高齢者は脳卒中後のリハビリテーションや療養生活の継続や意欲にも影響し、認知機能の障害、ADL 回復の遅延、生活の質の低下にもつながる(細田, 2006)。このような心理的ダメージからの回復過程においては、脳卒中高齢者には機能障害により引き起こされるさまざまな心理的ダメージを乗り越え、障害をもちながらも生活上の変化に対応していくためのライフスタイルの再編成が必要だと考える。

近年、患者の視点に立った全人的なケアとして、質の高い医療が受けられる体制の構築の実現に向けて、「医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供」「在宅医療の充実による患者の生活の質(QOL)の向上」を図ることを目指し、地域包括ケアシステムの基盤整備が推進されている(厚生労働省, online1)。また、厚生労働省(online2)では、団塊の世代が75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住居・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指している。

この地域包括ケアシステム(厚生労働省, online1)とは、高齢者や介護を必要とする人々が、住み慣れた地域で可能な限り最後まで生活ができるように、日常生活圏内で医療・介護・予防・住まいの生活支援サービスを一体的に受けられる仕組みのことである。しかし、医療の充実のみならず、各専門職が独自性をもって機能が分化され、つながりをもたないことで、十分な治療効果が期待できないという状況を筆者は目の当たりにした。筆者が看護師として勤務していた 20 年以上前、日常業務に追われ、患者に真摯に向き合う時間や自分自身の心の余裕はなかった。また、患者のみならず他職種とのつながりは表面上で、他者がどのような勤務状況や役割なのか、どのような思考を抱いているのか等、理解しようとも考えなかった。教員になり、学生と共に実習に行った際、実習先の脳卒中高齢患者や施設の利用者と話す機会が多くなった。その出会いの中で、印象深かったのは、脳卒中発症前に夫と死別したばかりで、その衝撃や苦難から血圧が上昇し脳梗塞に罹患してしまった A さんであった。夫の死別の悲しみや苦しみだけではなく、脳梗塞に罹患し、さらに麻痺と失語症による障害をもってしまったことに對し、衝撃と深い悲しみに陥っていた。「誰とも関わりたくない」「話をしたくない」「リハビリテーションする気持ちにもなれない」と背中をむけてベッドに横になる A さんに対し、看護師等は日常業務的な関わり(清拭、薬の配布や食事のセッティングをする等のケア)のみで、「どのように声をかけると意欲的になるのだろう」等と話し、医師や看護師も関わり方の難し



さを感じていた。そのような状態の時に A さんとの対話の中で、脳卒中高齢者の思いや願いについて痛感させられたことを事例紹介する。きっかけは、実習指導の際に、学生の受け持ち患者が A さんの同室であり、実習指導の度に A さんの病室を訪室したことからである。A さんは、麻痺により、食事の食べこぼしがあったため、さりげなく食べこぼしを寄せる等、A さんに気付かれないように関わっていた時のことだった。自分の話は一切しなかった A さんの方から、同室患者や実習生にも発症するまでの話を聞かせてくれたのだった。それをきっかけにして実習のたびに話を聞かせて頂く機会が増え、重要な情報はスタッフに話を伝えるように心がけた。このような交流が続き、A さんがリハビリテーションを受け始めたという情報を受け、少しずつではあるが前進していると感じられた。しかし、A さんは「これまで二人暮らしだったが、もう一人ぼっち」「娘たちはなかなか戻ってこない、面会にもなかなか来ない」「頑張りたいくても応援してくれる人もいないし、お父さんもいない、ほら、周りは皆旦那さんが面会に来て仲良くしている。私だけ一人ぼっちだ…」と涙を流しながら話し続けた。今の想いをいくらでも話してくださいと伝えると、筆者の手を取りながら話し続けた。A さんの治療の妨げにならず、疲労の有無やスタッフの許可を得た上で、話を聞く時間を設けることにした。A さんが思いつくままに自分の思いを自由に語ってもらい、自己理論<sup>1</sup>で自己を受容できるような手法に準じて傾聴し、ありのままを受け止めるように心がけた。

この自己理論は、Carl Ransom Rogers によって導き出された理論であり、非指示的な技法である。これは個人のパーソナリティを外から見るのではなく、自分自身から眺めてもらうことを主軸におく療法である。人間とは絶えず成長しつづける存在だと、ポジティブな視点に立つこともできる療法でもある。そして、実際の自分と理想の自分との自己不一致を認める作業を会話の中で見出していく。このような療法に準じながら、1 回の会話で 30 分から 1 時間、A さんの思いを語っていただいた。そうすることで、障害を持つことに対して「娘や医者達は私の気持ちなんて考えていない」「思い出のある家から離れて暮らすことなんかできない」「お父さんの仏壇に誰が水をあげるの？誰が手を合わせるの？なんでこんな体になってしまったのだろう、毎晩泣き続けている」等の言葉が聞かれるようになり、会話の後には「ゆっくり黙って話を聞いてくれる人はいなかった」「すっきりした、明日を考えられるようになった」等の前向きな思考へと変わっていくことも、日々感じることができた。

一方、筆者の経験からも看護師として通常の業務の中では、カウンセリング的な関わりをもって脳卒中高齢者の言葉に耳を傾ける時間をとることは、現実的には非常に難しい。援助の中での会話においても、患者の言葉を傾聴するように教科書等には記載されているが、脳卒中高齢者にはその数分間の関わりだけでは満足できなかった。また、脳卒中高齢者は常に思いや願いを、看護師をはじめとする、他専門職者や家族に何らかの形で訴える脳卒中高齢者の姿を、筆者は目の当たりにした。この思いや願いを専門職者に気づいてもらうことができると、脳卒中高齢者は意欲的に前に進もうと努力していたが、訴えても気づかれていない脳卒中高齢者は後ろ向きな発言が多く、時には「死にたいけど、麻痺のせいで死ねない」のような訴えも聞かれた。

---

<sup>1</sup>Carl Ransom Rogers の自己理論とは、今の不適応状態は現実の自己と理想の自己との間にあるズレが大きいほど生じやすいとして、この両方の自己を受容してともに生きることをいう。

このことから、保健、医療、福祉の専門職が脳卒中高齢者についてどの程度理解できているのか疑問に思うようになり、発症後からの心理的ダメージへの理解度、保健、医療、福祉の専門職の脳卒中高齢者に向き合う姿勢を整理し把握することで、各専門職への支援や教育にも適用したいと考えた。本論は、脳卒中高齢者の視点に立ち、保健、医療、福祉の専門職が共通の目線で、脳卒中高齢者が望む、自分らしいライフスタイルを再編成できるような体制の基盤づくりとそのための人材育成を目指した教育プログラムの開発を目的としている。さらに、この教育プログラムは、実践していくことで、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成における学習構成の効果を検討し、一般化に向けて改良を試みる。このような研究により得られた知見は、保健、医療、福祉における脳卒中高齢者のケアに影響を与え、意義あるものとなる。

## 第2節 本研究の対象としての脳卒中とその保健医療福祉的課題

保健医療福祉の専門職者は、脳卒中高齢者の心理的ダメージ等からの回復過程についての理解、意向や望みに沿った支援体制を組んで行くことが理想と考える。各専門職が、脳卒中後の心理的ダメージやそれによる身体症状の出現を正しく理解し、実際、早期に発見、対処することが可能になることで、高齢者の予後にも影響していくものとする。保健医療福祉学における教育内容に脳卒中高齢者が引き起こりやすい脳卒中後うつ病やアパシー等の心理的ダメージに関する内容を取り入れ、脳卒中との対応方法を保健、医療、福祉が共に考えていくことは、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に向けての支援、多様な保健、医療、福祉に対する権利意識やニーズに対しての支援を活性化させる契機になると期待する。

本節では、本研究の核となる脳卒中、そして脳卒中発症により引き起こされる血管性うつ病やアパシー等について取り上げ、保健医療福祉学との関連を概説する。

### 第1項 脳卒中とは

脳卒中は、脳血管障害ともいい、脳梗塞や脳出血、くも膜下出血等に分類される。「卒中」とは「卒然として邪風の中(あたる)」「突然、悪い風にあたって倒れる」という意味である。これは中国から渡ってきた言葉で、西暦760年の日本の書物にすでに見られている病気でもあり、脳卒中は長い歴史をもつ疾患であり、日本の国民病のひとつとされる(宮原,2011)。その死亡数は年々減少傾向を示しているが、これは主に脳出血による死亡が減っているためであり、脳梗塞やくも膜下出血による死亡の減少はあまりみられておらず、脳卒中の発症の減少には至っていないといえる。死亡率は低下しているが、発症率は低下していないことから、実際に病院に罹っている患者数は増加している。統計によると、入院、あるいは外来を訪れた脳卒中患者の疾患ごとの割合では、脳梗塞が75%、脳出血が15~20%、くも膜下出血が5~10%という結果が得られている(厚生労働省 online3)。日本の脳卒中では脳梗塞が3/4を占めていることがわかる。各々の疾患についての説明であるが、脳卒中は脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の3つが代表的である。脳梗塞は、脳の血管が動脈硬化や他の部位から流れてきた栓子によって塞がれてしまうと血流が途絶えて、その結果、その先の脳組織に血液や血液によって運ばれてくる酸素やブドウ糖等の栄養物が途絶え、脳組織が壊死してしまうことをいう(日本脳卒中協会.online1)。

一方、脳の深部の細い血管に高血圧や加齢により、小さな瘤が沢山でき、これが急に血圧が上昇した時等に破裂し脳内に血腫ができるのが脳出血である。また、脳の表面の太い血管に、動脈瘤ができてそれが破裂し、脳を包む硬膜、くも膜、軟膜の内、くも膜と軟膜の間に出血が起こるのがくも膜下出血である(日本脳卒中協会. online1)。

また、脳卒中は後遺症を残す等、長い治療を有する疾患でもある。脳卒中による後遺症は、脳の傷害を受けた部位によって異なる。このことから、高齢者の心理面に影響すると思われる代表的な後遺症として、運動器障害、発声や嚥下障害、言語の障害、その他として失認、人格や精神の変化について概説する。

## 1. 運動障害

脳卒中の後遺症の中でも代表的な症状が麻痺である。運動にかかわる神経が妨げられて、手足に麻痺が起こる状態である。一般に片麻痺では、傷害を受けた脳とは左右逆側の手足に麻痺が出現する。麻痺の程度は、軽度であれば完全に麻痺が回復する場合や機能的に問題がなくなる場合がある。しかし、麻痺の程度は重症の場合もあり、リハビリテーション等の治療を行っていても麻痺を残す場合がある。そのため、日常生活への支障をきたすことから、例えば杖や歩行器を用いて歩行を行う、筋力を補完するための装具の装着、車椅子による移動等によって、少しでも快適な社会生活が送れるような支援が必要である。

一方で、運動障害は、高齢者に強い衝撃を与えていた。「後遺症により体が思うように動かない」「以前のような立ち振る舞いができない」といった苛立ちや今後の生活への不安から、気持ちが落ち込む傾向が生じやすい。また、抑うつ状態が長期に及ぶ高齢者も少なくないため、家族など周囲の人々は高齢者の心理面にも注意をはらう必要がある。

## 2. 発声や嚥下障害

声を出したり、物を飲み込んだりする時に動く喉の筋肉も影響を受けることがある。脳卒中により喉の筋肉の動きが悪くなると、発声や嚥下がうまくできなくなり、嚥下がうまくできない場合、口に入れた食物や唾が気管支や肺に入り込み、生命にかかわる肺炎を起こす危険性もある。嚥下性肺炎や沈下生肺炎に関連する肺炎は、永井（2012）によると日本人の死亡原因の第3位である。肺炎で死亡する人の94%は75歳以上であり、90歳以上では死亡原因の2位に順位があがる。

このように嚥下障害等は、生命の危機にも重要であるが、一方で発声できないことや食物を嚥下できずに、これまでの食事と異なる形態の食べ物を食べなければならないことへの不満や不安を抱く場合もある。言語障害や嚥下障害のある高齢者への説明やカウンセリング的な対応も必要であった。

## 3. 言語の障害

左脳に言語中枢があり、左脳の傷害により構音障害や失語症になる場合がある。失語症にはブローカー失語症、ウエルニッケ失語、全失語等がある。これらの失語症は、リハビリテーションにより改善すること多いとされ、リハビリテーションに取り込む姿勢へと導くことが必要になってくる。

一方で、言語療法開始当初は、自分は言葉を話していることや言語療法の内容が幼稚ではないかといったように、リハビリテーション自体を拒否する者もあり、言語療法がなかなか進まず影響をきたすこともある。このことから、脳卒中高齢者が理解できるように言語療法の必要性を説明し、協力的態度を示していく必要があった。

#### 4. 失認、失行

脳は、視覚や聴覚などさまざまな感覚により得られた周囲に関する情報を統合し、空間や状況を意識し、状況の判断、自らの行動をうまく行うための調整をする機能を持っている。その機能が損なわれた場合、失認、失行が現れる。

失認は、脳の一部が破壊されることで、感覚器は完全だが、対象となる事物を認識できない状態である。失認でよくみられるのは、左半側空間失認で、自分からみた左側半分の空間が認識できず、左側にあるものを無視する。そのため、左にあるものにぶつかることや食事の際は食器の右半分のものだけを食えることがある等の特徴がある。失行とは、手足などの筋肉の麻痺はないが、ある行為がうまく行えなくなる症状である。例えば、洋服を着られなくなる、コインをつまんで取り上げられなくなること等である。失認や失行の種類や特徴により、日常生活への支障も異なってくる。また失認や失行の症状に対する対応の仕方も異なる。高齢者自身が病識のないこともあり、事故等のリスクも高くなることから、支援する側は細心の注意を払う必要があった。

#### 5. 人格や精神面の変化

脳出血により脳の前頭葉や側頭葉等が傷害されると、注意力や集中力の低下、やる気がなくなる、感情や行動の抑制がきかなくなり、突然泣いたり怒ったりする等、行動や精神面の症状が表れ、他者との関係性や、社会生活を送ることが困難になる場合がある。病前は温和だった方が、脳卒中による影響により良好な対人関係を築けなくなることがある。このような後遺症により、自ら活動をしようという意欲がさらに低下し、他者との接触を拒んだり避けるようになることもある。さらに、寝たきりやうつ、認知症等への移行のように悪循環の傾向にもなりうる。

以上のような後遺症に対して、適切なリハビリテーションを含めた治療や周囲の人からの働きかけや介護が十分でないと、脳卒中の後遺症に加え、全身状態や精神状態の悪化がもたらされる。それは、例えば、自分から活動せず、他人との接触を避けるようになると、引きこもりや閉じこもりとなるばかりでなく、廃用症候群の悪化による寝たきり状態になることもある。一方で楽しみを感じることも減り、うつや認知症の悪化を招くことにつながる。また後遺症により、生活上の不自由さが残ると介護が必要になる。自宅以外でもデイケアやショートステイなどの施設で、介護を受けることができれば、介護者の負担も軽減できる。介護の負担をある特定の人だけが抱え、介護疲労をきたすことがないように長続きできる介護の体制を築くことも重要と考える。そのためには、必要に応じて介護保険などの公的なサービスを適切に利用することも必要である。介護保険は、市区町村が、40歳以上の国民からなる被保険者から保険料を徴収して運営している。市区町村へ介護保険の利用を申請すると、調査員が自宅や病院へ来て患者の状態を直接調査し、医師の意見書と合わせて介護認定を行う。障害の程度に応じ、

「要支援1, 2」, 「要介護1～5」の等級が認定される。認定された等級に応じ, 受けられる介護サービスの種類と費用の自己負担額が定められている。また, 実際に受ける介護サービスは, ケアマネジャー(介護支援専門員)に依頼し, サービスを受けることになる。介護サービスには, ホームヘルパーの派遣, 訪問リハビリテーション, 訪問看護, 福祉用具の貸し出し, 住宅改修費, デイケア, デイサービス, ショートステイ, 介護福祉施設への入所等がある。

このように, 脳卒中の保健, 医療, 福祉では, 急性期治療, 回復期リハビリテーション, 在宅介護に至るまで, 長い時期にわたって継ぎ目のない医療や介護を提供することが必要になってくると考える。しかし, このように脳卒中を発症したことにより, 症状が持続し, 機能障害の併発, 死への恐怖等が脳卒中高齢者を襲い, 不安と抑圧から症状が改善せず悪化するのではないかと考え, 治療や医師への不満や不安・恐怖へと変化していく。さらにその不安や恐怖を伝える他者もおらず, 対処規制がない状況のもとでは, 情動行動障害, いわゆる血管性うつ病やアパシー, 心理的ダメージの出現へと移行し, 悪化へとつながっていく(Figure0.1)。しかし, 脳卒中高齢者本人がどのような場面で何に困っているのか, そしてそれに対する対処について等, 脳卒中高齢者の支援者が理解できているのかに関する先行文献は, 現段階では把握できていない。後遺することの理解を深め, 脳卒中高齢者本人の視点に立って「いつ, 何が必要か」を明らかにすることができれば, 脳卒中高齢者の思いに配慮した実践に結びつくと考えられる。

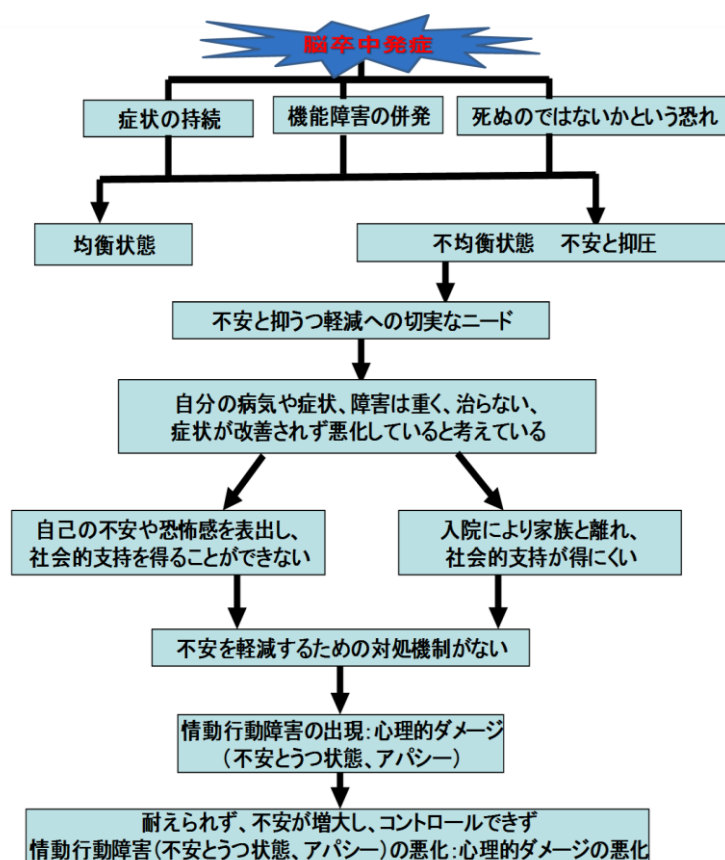


Figure0.1 脳卒中発症による心理的ダメージの変化 (出典: 筆者作成)

## 第2項 統計学的観点からみた脳卒中

我が国における脳卒中罹患者は、治療の確立と共に致死率は低下しているが、高齢化、食生活の欧米化による脂質異常症や糖尿病、喫煙などに伴い、脳梗塞が起こりやすい状況にある。統計学的には、脳卒中は1951-1980年の間、死因の1位にあった(厚生労働省, online4)。死亡率は、1948年には117.9であったが、1960年に160.7、1970年には175.8と上昇を続けた後、低下に転じ、1989年以降は100を下回っていた(厚生労働省, online4)。ICD-10世界保健機構(WHO)の設定した国際疾病分類第10版の適用等により死亡数が変化し、一度は上昇するものの、その後は医学技術の進歩によって、緩やかに低下し、平成25年は94.1となっている。死亡する確率は低くなったが、総患者数は137万人で、年間11.8万人の死亡者がいる(Paul SL, Dewey HM, Sturm JW, 2006)。以前は脳卒中による死因の大半は脳出血であったが、近年では脳卒中による死亡に占める脳梗塞の割合が高くなり、脳卒中全体の約70%を占めるようになった。脳卒中は我が国における死因の第4位となっている(厚生労働省, online4)が、介護が必要となる原因の第1位(厚生労働省, online4)であり、医療費等にかかる費用も最も多いとされ(厚生労働省, online4)、特に厚生労働省発表の国民医療の概況によると平成21年度の国民医療費37兆4202億円(厚生労働省, online5)のうち、脳梗塞は1兆707億円で増加傾向(厚生労働省, online5)にあることから、社会に対する影響が極めて大きい疾患であるともいえる。

## 第3項 脳卒中の予防、治療、リハビリテーションの動向

### 1. 日本脳卒中学会と日本脳卒中協会の社会啓発活動

地域住民、患者や家族、医療関係者に対して、脳卒中に関する正しい知識の普及、及び社会啓発による予防の推進並びに脳卒中患者の自立と社会参加の促進を図り、国民の保健、福祉の向上に寄与することを目的に、日本脳卒中協会(online2)は1997年に設立され、2013年公益社団法人に移行している。地域住民啓発の目的は、リスク因子の認識、生活習慣の改善、リスク因子がある方への受診の呼びかけ、発症時の救急対応の4つである。

また、日本脳卒中協会では「脳卒中予防十か条」(online3)として、1)手始めに高血圧から治しましょう、2)糖尿病放っておいたら悔い残る、3)不整脈見つかれば次第すぐ受診、4)予防にはタバコを止める意志を持て、5)アルコール控えめは薬過ぎれば毒、6)高すぎるコレステロールも見逃すな、7)お食事の塩分・脂肪控えめに、8)体力に合った運動続けよう、9)万病の引き金になる太り過ぎ、10)脳卒中起きたらすぐに病院へ、のように国民によりわかりやすい表現を用いた10点をあげている。脳卒中の主要危険因子である高血圧、糖尿病、不整脈(心房細動)、喫煙、過度の飲酒、高コレステロール血症に対する注意を喚起し、次に、高血圧・糖尿病・高コレステロール血症を予防するための塩分・脂肪分控えめの食事、適度な運動、肥満を避けることを勧め、最後に、万が一発症した場合の救急対応の必要性を謳っている。脳卒中の主なリスク因子のコントロールと脳卒中を発症した場合の救急対応の重要性について唱和されている。

患者や家族に対しては、リスク因子の管理や生活習慣の改善に加え、抗血栓薬を継続して服用することの重要性や抜歯、内視鏡検査、手術時の対応などについても情報提供をしている。さらに、脳卒中を発症した場合、できるだけ早く治療を開始することが重要であるため、脳卒中の急性期症状をわかりやすくまとめた「脳卒中5大症状」の普及にも努めている。そして、

このような症状が現れた場合、すぐに救急車を呼び、適切な処置を受けていただく必要があることを注意喚起している。

一方、日本脳卒中学会(online1)では、次の事業を行っている。(1)学術研究会、学術講演会の開催、(2)学術誌の発行、(3)診療上等に向けた調査・研究の実施、(4)研究の奨励及び研究実績の表彰、(5)専門医及び教育施設の認定、(6)生涯学習活動の推進、(7)関連学術団体との連絡及び協力国際的な研究協力の推進、(9)その他、法人の目的達成に必要な事業、の9点(日本脳卒中学会,online1)において運営されている。

また、日本脳卒中学会(online2)では、2009年に『脳卒中治療ガイドライン<sup>2</sup>』を示し、このガイドラインを基に、2015年に新たな『脳卒中ガイドライン 2015』として、地域連携、脳卒中の治療法、維持期リハビリテーション等の改訂がされた。

## 2. 厚生労働省による政策

厚生労働省(online6)においては、脳卒中ホームページを設け、地域住民が理解できるように、「脳卒中はどんな病気か?」「脳卒中にかかる人の割合」「脳卒中の検査」「脳卒中に罹患した影響」「脳卒中の予防法」「脳卒中の治療法」「脳卒中チェックリスト」について学習し、チェックできるよう工夫されているが、脳卒中発生率の高い高齢者が、どの程度インターネットを利用できるのかという点においては、確認されていない。総務省の情報通信の現状について、平成24年末のインターネット利用率として、65歳以上はおおむね増加傾向にある(総務省,online1)。しかし多世代では9割を超えているが、65歳以上69歳で62.7%、70歳から79歳は48.7%、80歳以上は25.7%と低くなっている。インターネットの利用目的については、電子メールの受発信6割以上、ホームページ閲覧は6割ではあるが、これについての年齢別については調査されていない。これらの調査結果から、脳卒中に関するホームページの閲覧は必ずしも高齢者が閲覧するとは言い難い。その効果を発揮するためには、情報提供を行うことやインターネットの使用法の指導等が必要だと考える。使用用途が明確になれば、国民一人一人の健康で衛生的な生活を確保するための取り組みを進めるための手段になり得ると考える。

また、衆議院において脳卒中对策基本法案(第186回)(衆議院,online1)が提出され、脳卒中对策は次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない(厚生労働省,2014)とある。第一に、脳卒中の予防及び脳卒中を発症した場合の迅速かつ適切な対応に関する知識の普及及び啓発を図ることにより、これらの重要性に関する国民の理解と関心が深まるようにすること。第二に、脳卒中を発症した疑いがある傷病者の搬送及び医療機関における当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施、ならびに脳卒中患者に対する良質かつ適切なリハビリテーションを含

---

<sup>2</sup> 1994年頃から、American Heart Associationのstroke councilを中心にいくつかの診療ガイドラインが作成され、英国でもRoyal College of Physiciansが中心となり2000年にNational Clinical Guidelines for Strokeが刊行された。日本では欧米に比較し脳卒中の発症・死亡数が心筋梗塞よりも多く、脳卒中の病型頻度も多少異なる等、日本人のための、日本のエビデンスを重視した脳卒中治療ガイドラインの作成が必要と考えられ、このガイドラインは個々の臨床家の裁量権を規制するものではなく、一つの一般的な考え方を示すものと理解すべきであることを強調されている。

(<http://www.jsts.gr.jp/guideline/contents01.pdf> 2014年12月閲覧)

む医療の迅速な提供、脳卒中患者及び脳卒中の後遺症を有する者に対する日常生活の支援を含む福祉サービスの提供、その他の脳卒中に係る保健、医療及び福祉に係るサービスの提供が、その居住する地域にかかわらず、かつ、継続的かつ総合的に、行われるようにすること。第三に、脳卒中に関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、脳卒中に係る予防、診断、治療、リハビリテーション等に係る技術の向上、その他の研究等の成果を普及し、活用し、及び発展させること、の3点にあった。この基本理念を根底に、法律の目的には、脳卒中が国民の疾病による死亡の主要な原因となっているとともに、国民が介護を要する状態等となる主要な原因となっていること等、脳卒中が国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状や、脳卒中を発症した疑いがある傷病者の搬送及び医療機関における当該傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施、脳卒中患者に対する良質かつ適切なリハビリテーションを含む医療の迅速な提供等、脳卒中における保健、医療、福祉に係るサービスの緊密な連携等が強く求められている。

また、脳卒中对策を総合的、計画的に推進するため、脳卒中对策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険、国民及び保健、医療、福祉の専門職者の責務を明らかにし、並びに脳卒中对策の推進に関する計画の策定、脳卒中对策の基本となる事項を定めること等により、脳卒中对策を総合的かつ計画的に推進することを目的としている。脳卒中对策は、2014年6月に受理され、10月、参議院に提出している段階にある。例えば欧米では、適切な指標を用いて、脳卒中医療の質を評価するシステムが確立しつつある（日本脳卒中協会、脳卒中を予防し後遺症を減らすために、2014；厚生労働省、平成22年国民生活基礎調査の概況、2014；厚生労働省、平成25年人口動態統計表、2014）。

我が国では、2005年10月、発症3時間以内の脳梗塞患者に経静脈投与可能な血栓溶解薬が認可され、脳卒中急性期医療システムが構築されており（日本生活習慣予防協会、2014）、近年、脳卒中地域医療で地域連携クリティカルパスなどを用いた情報共有の重要性が示されているが（日本生活習慣予防協会、2014）、その活用は各市町村に任されているという状況であり、全国的な実態は不明である。

#### 第4項 脳卒中からの回復を妨げる精神上的の問題

##### 1. 血管性うつ病とライフスタイルへの影響

###### 1) 血管性うつ病の概念

Krishnan(1988)は、高齢うつ病者が高齢健常者に比較して、MRIによるT2強調画像における白質高信号が有意に多いことを発見し、我が国においてもFujikawaら(1988)が50-64歳の初老期発症のうつ病の約半数、65歳以上の老年期発症のうつ病の大多数に潜在性脳梗塞の合併が認められると報告した。Krishnanら(1995)は、それらの患者を当初arteriosclerotic depressionと命名したが、Alexopoulosら(1997)との協議を経て、1997年にDSM-IV診断などにおける血管性認知症(vascular dementia)の概念と一致させ、血管性うつ病(vascular depression; VDep)を提唱した。また、Krishnanら(1995)は、MRI上に潜在性脳梗塞を認めるMRI-defined VDepを規定し、Alexopoulosら(1997)は脳卒中の存在のみならず、その危険因子を有する高齢うつ病に対してもVDepの診断は可能であるとしてclinically - defined VDepという病態を規定した。



一方、脳卒中を基盤とするうつ病全体を包括する概念として明らかな脳卒中後うつ病(post-stroke depression ; PSD)も VDep の中に包含されている。VDep の診断基準としては、高齢発症で血管障害の危険因子が存在すれば診断が可能であるとする予防医学的段階の強い Alexopoulos(1997) のものと、脳卒中の確証があることに基づいた Steffens と krishnan(1998)のものがある。VDep の臨床的特徴としては、脳卒中に基づく要因が加わることで、機能性うつ病（脳卒中を認めないうつ病）とは、異なった特徴が指摘されている (Table0.1)。

Table0.1 血管性うつ病とアパシーの臨床的特徴

臨床特徴	機能性の高齢うつ病	血管性うつ病	アパシー
発症年齢	限定されないが、より若年	より高齢(65歳以上が多い)	脳卒中発症好発年齢、特に限局しない
症状	不安・焦燥感が目立つ。時に希死念慮	精神運動抑制やアパシーが目立つ。易刺激性や罪業感は乏しい	興味、関心の低下、運動抑制、易疲労性、日中の過眠、悲哀感、罪業感、自責感、不眠、自殺念慮
精神病像	心気・貧困・罪業妄想などが目立つ	妄想症状はない	妄想症状はない
病識	比較的保たれる	より乏しい	乏しい
認知機能	重症例では仮性認知症	比較的軽症例でも課題遂行能力の障害に限局しない認知障害	不明
身体機能障害	目立たない	比較的目立つ	比較的目立つ
精神障がいの家族歴	多い	少ない	少ない

(出典：山下ら(2015)の研究一部参考にし、筆者作成)

## 2) 脳卒中後うつ病(post-stroke depression : PSD)

### (1) PSD の診断および統計学的視点

PSD の診断は、多くの研究者がアメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル(diagnostic and statistical manual of mental disorders;DSM-IV)(American Psychiatric Association ,2000)を用いる。DSM-IVでは、PSD は「一般身体疾患による気分障害」に該当し、「大うつ病様エピソードを伴うこと」、この中で、「うつ病性の特徴を伴うもの」は軽症の PSD と考えられるが、実際にどの程度の臨床症状を呈するものが曖昧であるため、DSM-IVの研究用カテゴリーにある「小うつ病」の診断基準が用いられることが多い。この診断基準を用いて、1983-1995 年にかけて、欧米の医療機関で実施された PSD の有病率の調査では、脳卒中後の大うつ病が 11~40%で平均約 20%, 小うつ病が 8-44%で、平均約 20%, 両者を併せると約 40%に及ぶことが報告されている(Lavretsky H, Ballmaier, et al ,2007)。

脳卒中有病者数から試算すると、我が国の脳卒中患者のうち、100 万人以上が PSD に罹患するリスクが高い。PSD は、脳卒中後の認知障害、運動麻痺、失語、構音障害などさまざまな症状のために、うつ病が見逃される場合がある。リハビリテーションについては重度の PSD の場合には、休養、軽い負荷の他動的運動療法を考慮する。軽度から中等度の場合には、ある程度の有酸素運動が有効と思われるが、常に患者への共感と支持が必要である。また、PSD の早期発見のためには、①急性期でも慢性期でも発症することを認識する、②高齢者の表情や態度をよく観察する、③リハビリテーションが進まない状況や悲観的な言動には注意が必要、④元気

がないと感じたら、患者の置かれた状況を共感した上で、うつ症状を確認する、⑤可能なら、うつ病のスクリーニングを実施する、の5つを行うことが勧められている(Paul SL, Dewey HM, Sturm JW et al ;2006)。

## (2) PSD の病変部位と発症メカニズム

1981 年以降、Robinson ら(Robinson RG,1998; 遠藤, 木村, 2002)が、脳卒中患者において脳病変が左半球の前頭極に近いほどうつ状態の頻度も重症度も高いという左前頭葉障害仮説を発表し、PSD と病変部位の議論が活発になった。Starkstein(1987)は病変部位を細分類して、皮質および皮質下の局在にかかわらず左半球病変をもつ患者で有意にうつ病の頻度が高いこと、皮質下病変では左基底核病変で脳卒中後の大うつ病の頻度が高いことなどを報告し、Robinson ら(1998)の左前頭葉障害仮説を発展させている。その他多くの研究者が PSD と病変部位の検討を行っているが、Robinson グループの仮説を支持する報告(Steffens DC, Krishnan KR,1998)がある一方で、右前頭葉、左右前頭葉、右後頭葉(Herrmann M, Bartels C, Wallesch CW,1993; D am H, Pedersen HE, Ahlgren P ,1998; House A, dennis M, Warlow C,1990;Sinyor A Jacques P, Kaloupek DG,1986)と PSD の関連を示唆する報告などさまざまである。Carson ら(2000)は、これまでの PSD 研究の主要な報告をメタ解析し、特定の病変部位と PSD との関連は見いだせなかったとしているが、その背景にはそれぞれの研究報告の sample size が小さいことや病変の重症度の評価が十分になされていないことなども指摘されている。Shimoda と Robinson(1999)は、このような研究者間の不一致に対する一つの解答として、それぞれの研究の観察時期の違いに注目し、脳卒中後 2 年間にわたる追跡調査を行っている。それによると、うつ病の重症度との相関において、脳卒中後の急性期は左半球病変と前頭極からの近さに関連し、脳卒中後 3～6 ヶ月の短期追跡では、左および右半球病変の患者の両者が病変の前頭極からの近さに関連し、12～24 ヶ月の長期追跡時では右半球病変と後頭極からの近さに関連することを示し、このような脳卒中からの期間を考慮することで、研究者間の不一致は説明できるとしている。

さらに、脳卒中後の急性期に発症するうつ病は、より生物学的要因が強く、脳卒中後 1-2 年に発症するうつ病では、社会機能障害や日常生活動作障害との関連があり、心理社会的要因が強くなるという新しく修正した仮説を提唱している。Shimoda と Robinson(1999)は、急性期の生物学的要因について、脳損傷ラットの研究によって生体アミン含有細胞の障害による生体アミン合成の低下に対して、左半球よりも右半球で代償機能が優位であること、また後方の障害より前頭極に近いほど生体アミン経路を遮断する可能性が高いことなどが示されていることから、脳卒中患者においても左半球とくに前部病変で大うつ病がより高頻度で発症し、とくに背外側前頭前野、眼窩前頭野、基底側頭極、尾状核、扁桃核、視床背内側核を含む腹外側辺縁系回路が PSD の発症メカニズムとして重要な役割を果たしていると推測している(日本医療福祉学会,online1)。一方、慢性期のうつ病では、右半球後部の機能障害が関連し、例として相貌認識、空間認識、非言語性記憶などの障害が、二次的に社会的関係を阻害し、うつ病を発症させる要因となっている可能性を指摘している(Marin RS et al,1994)。

## 2. アパシーとライフスタイルへの影響

血管性うつ病と間違いやすい病態に、脳卒中後には自発性の低下を主体としたアパシーがある。Marin(1994)は、アパシーを目的指向性の行動、認知、情動の減退であり、意識障害、認知障害、情動障害によらない一次的な動機の欠如で、感情、情動、興味、関心が欠如した状態であると定義し、18項目の apathy evaluation scale(AES)を作成した。彼らは、AES と 17 項目のハミルトンうつ病評価尺度(HAM-D)を用いて、アルツハイマー病では AES が高得点で HAM-D は低得点を示し、大うつ病と左半球障害の脳卒中では HAM-D が高得点で AES が低得点を示し、右半球障害の脳卒中では 2つの評価尺度が同程度であったが、いずれの病態においてもアパシーと抑うつとの間に相関はなく互いに独立した症候群であることを主張した(Herrmann M, Bartels C, Wallesch CW, 1993)。

Starkstein ら(1993)は、14 項目からなる AES の修正版を作成し、急性期脳卒中患者 80 例を検討し、うつ病 23%、アパシー11%、うつ病とアパシーの併発 11%に出現し、大うつ病では、小うつ病や非うつ病に比べてアパシーの併発が有意に多いこと、アパシー併発例は、より高齢で、認知機能や身体機能もより障害されていることを示した。さらに内包後脚を含む病変がある場合に有意に頻度が高く、これは内方後脚と淡蒼球周辺を含む前脈絡叢動脈領域の病変でアパシーの頻度が高いとする Hergason と Wilbur ら(1988)の所見と一致し、目的指向性行動に重要な役割を担っている淡蒼球からレンズ核ワナを通り脚橋被蓋核に投射する経路の障害を反映し、ドパミン性黒質線条体系回路の断裂による生体アミン機能障害とも関連していると述べている。彼らは抑うつとアパシーは、互いに独立して存在するものの、大うつ病とアパシーにおいては皮質下生体アミン経路の阻害といったある種の病態生理学的メカニズムを共有しているのではないかと推測している(藤田, 2010)。

岡田と小林(1998)の調査では、Starkstein の修正版 AES の日本語版「やる気スコア」を作成し、245 例の慢性期脳卒中患者を検討し、うつ病 12%、アパシー21%、うつ病とアパシーの併発 24%が認められた。脳卒中後には、抑うつよりもアパシーの要素が大きいこと、アパシー症例では両側前頭前野の血流が低下し、認知機能も抑うつではなくアパシーの程度と相関を示し、脳卒中後のアパシーは、血管性認知症の前段階としても注目する必要があると指摘している(岡田, 小林ら, 1998)。さらに、アパシーと抑うつは混同されやすいが、抑うつは感情障害因子であり、アパシーは身体行動因子であり、異なった病態であるとする見解を支持している。また、Lavretsky ら(2007)は、高齢者のうつ病とアパシーについて、MRI による詳細な検討を行っている。高齢うつ病者は高齢健常者と比較すると、眼窩前頭皮質の灰白質体積が減少していることを示し、アパシーの重症度が、右側の前帯状回の灰白質体積の減少と関連を示していたことから、うつ病とアパシーは情動と認知機能を制御している前頭前野の異なった神経解剖学的特徴があることを、Lavretsky ら(2007)は発見した。血管性うつ病者は、うつ症状が強いと、やる気スコアも高得点になる。一般に、うつ病の意欲低下はやりたくてもできないことに対して、アパシーはやりたいという意欲そのものが起こらない状態のことを示すといえる。

また、うつ病は自己の状態に対して悩むが、アパシーは無関心で悩まないとされる。さらに、うつ病に対しては、SSRI などのセロトニン作動薬が効果を示し、一方、アパシーに対してはセロトニン作動薬の効果は乏しく、ドパミン作動薬やアセチルコリン作動薬の効果が指摘されている。

### 3. 心理的ダメージとライフスタイルへの影響

基本的な日常生活の自立が困難になった脳卒中高齢者において、言語の障害や発声の障害等のため日常のコミュニケーションがうまくいかない、麻痺が残って一人で外出できない、麻痺が残って一人で入浴できない、麻痺や失禁によってトイレで排泄できない、等の状況は、計り知れない程の苦しみや悲しみがあると考ええる。人間が生きていくために基本的に必要とされる生活行為が、広範にわたって、他人の手を借りなければならない状況になり、無感情の者はいないと考ええる。この時に現れる感情では、否認（自己防衛反応が起こる等）、絶望（自己の存在の否認、自閉的）、その他（自責、他者を責める、依存的、防衛機制等）の心理的变化を伴うことがある(岡堂, 鈴木, 2006)。

また、南雲(2003)は受傷後の心の苦しみを2つに大別している。第1の苦しみを自分の中から生じる苦しみ、第2の苦しみを社会（他者）から負わされる苦しみである。第1の苦しみについては、心理的苦痛(mental pain)とし、主な症状に不安、苛立ち、孤独感、恐れ、うつ状態、怒り等である。この分類に当てはまるものとして血管性うつ病やアパシーをあげている。第2の苦しみについては、社会的苦痛(social pain)とし、身体的、心理的な問題や入院、今後も継続して行われる治療における経済的な問題、家族間の人間関係に悩むことがある。また、脳卒中高齢者の生活する場所や介護に関する事等、社会的苦痛は複雑化していくことにもなり兼ねない。

このように血管性うつ病やアパシー以外で心理面に引き起こされる影響や心の変調を伴うこともある。この症状がライフスタイルを再編成する上で、影響を与えることが考えられる。この状況と血管性うつ病やアパシー等の脳卒中による心理面への影響をまとめ、本稿では心理的ダメージとする。人の心はデリケートであり、少しのことでも傷つくこともある。その上、高齢者が脳卒中を発症し、さらに後遺症をもつということは、心理的ダメージに陥りやすく、これは喪失体験によるものが多いと思われる。心理的ダメージは、時間の経過だけでは解決できないと考える。現役の第一線で活躍してきた高齢者が、脳卒中に罹患し障害を後遺することは、心理的ダメージの発症リスクと考えられ(Paul SL, Dewey HM, Sturm JW et al, 2006)、この状態が悪化することで社会復帰にも影響していくものと危惧する。

各国における脳卒中発症に伴う心理的ダメージのケアについての報告や研究は、CINAHL 3篇で、いずれも脳卒中発症初期の心理的ダメージの頻度の測定や薬物療法等の効果の測定等、治療的な段階が中心であった。心理的ダメージに陥った脳卒中高齢者の現状に対して焦点を当てたものは見当たらなかった。このことから、脳卒中高齢者が心理的ダメージに陥らずに、もしくは発症した際には薬物療法にだけに頼らず、脳卒中高齢者を取り巻く人々において、特に関係する専門職が急性期の段階から、状況に応じたケアを展開していかなければならないと考える。

### 4. 小括

脳卒中後の高齢者への支援は、急性期に限らず、その後の生活に焦点をおいた支援が必要である。その際には、急性期から発症しやすいとされる血管性うつ病やアパシー、これらを含む心理的ダメージにも注目したケアが重要である。これは、その後の脳卒中高齢者のライフスタイルにも影響をきたしやすく、薬物療法だけに頼らず、脳卒中高齢者を取り巻く人々において、特に関係する専門職が急性期の段階から、状況に応じたケアを展開していかなければならない。

さらに、必然的に狭義の医療や看護だけではなく、福祉的支援も含め、この項で挙げたさまざまな脳卒中高齢者の心理的状況を十分に理解し、受け止めた上で、総合的、包括的に支援を行っていく必要がある。

以下、節を改めて、この課題を検討する上で、本研究の学問的支柱とする保健医療福祉学について述べておきたい。

### 第3節 本研究の理論的支柱としての保健医療福祉学

#### 第1項 はじめに

我が国は、高度に発達した経済社会の反面、少子高齢化問題等を抱え、国民が安心して生活を営むためには、保健、医療、介護、福祉の充実が不可欠である(日本保健福祉学会, online1)と考えられている。この問題解決のためには、行政の力のみならず、保健、医療、福祉の専門家及び研究者の英知を結集し、安全で効率の良い保健医療福祉の現場の確立に向けて尽力をつくすことが肝要である。さらに、保健、医療、福祉の科学技術的研究及び、医療制度や福祉政策等を研究対象とし、その学際領域を中心に保健、医療、福祉の学問体系確立に資し、社会貢献を目指す必要がある(日本保健福祉学会, online1)。これまでの医療福祉の科学研究は、自然科学の範疇とされてきた(日本保健福祉学会, online1)。一方、医療制度や福祉政策等においても、社会科学の範疇とされる。脳卒中への対応など、多くの課題に対する課題については、学術分類の壁を取り外し、一体化した研究を進めることで、より有効な成果が得られる(日本保健福祉学会, online1)。

具体的には、保健、医療、薬理、看護、助産、福祉、介護、理学療法、作業療法、精神療法等を自然科学的臨床科学として、保健医療福祉学の研究対象の基盤とする。また、医療や行政・法制度、保健、医療、福祉の現場の人材教育や管理、国民の医療、社会保障・保険への啓発等が、社会科学の視点を必要とする領域である。これらを統合し、学際領域の総合保健医療福祉学という視点を重視して本研究を進めることが必要と考える。

#### 第2項 保健医療福祉学を構成する諸学問領域

「保健学」(図書文化, 2015)は、人間の健康を保つための学問である。予防医学が主な研究対象となるため、医学や薬学とは、深い関係をもっている。また「保健学」(図書文化, 2015)とは、健康を守るためのあらゆる学問でもあり、社会学、心理学、福祉学、看護学等も含み、統合された研究が行われる。

次に「医療」とは、人間の健康の維持・回復、促進などを目的として、諸活動について用いられる広範な意味を持った語(大辞林)である。我が国における高齢化、疾病の慢性化、複合化が急速に発展していることで、健康の維持、増進に対する地域住民の関心は急速に高まり、健康問題への取り組みが重要課題となっている。地域医療を取り巻く社会変化の中で、地域の期待に答え、真に地域医療を担うことが求められる。さらに、この期待されるべき内容に応えられる医師の養成やさまざまな課題に向けた研究を推進し、実効性ある保健事業や医療活動の創出に尽力をつくしていく必要がある。

その中で「保健医療学」(日本保健医療学会, online1)とは、健康と医療は、単に生物学的、医学的現象ではなく、社会によって統制される重要な社会的現象の一つとし、先端医療をめぐ

る倫理的・社会的問題、健康被害をもたらすさまざまな社会的現象、健康産業の隆盛、健康格差・医療格差をめぐる問題、慢性疾患をどう生きるかといった問題等に向き合っていく学問である。

「医療福祉学」(日本医療福祉学会,online1)とは、医療、福祉の各専門職は、疾病予防に携わる保健関連の専門職と健康増進の共通基盤を理解し、その上でそれぞれの専門性を深め、他の専門職と一体化して活動をしていく学問である。また、医療、福祉の各専門職を目指す者は、理学療法学、作業療法学、言語聴覚障害学、看護学等に関する教育を行い、国家資格を取得してリハビリテーション分野で活躍する人材を育成する。

「理学療法学」(奈良,内山,2014)とは、発達障害・疾病・外傷・加齢などによって、機能低下や身体障害のある人に対し、関節可動域検査・筋力測定・動作分析などの各種検査・測定による評価を行い、問題点を明らかにして運動療法・物理療法などを通じて治療訓練を行う。そして基本的動作能力の回復を図り、家庭や社会への再適応を目指す理学療法を構築する学問である。

「作業療法学」(Gary Kielhofner,山田訳,2014)とは、こころやからだに障害を持つ方々に対し、『作業』を用いてその人らしい生活の再獲得への援助を科学的に探求する学問である。

『作業』とは、日常の生活に関わる活動、仕事や遊びといった諸活動をさす。したがって、人間の生活すべてが『作業』の対象となる。我々は皆、大切な『作業』を行うことで自分らしく生きている。この『作業』について、その人にとっての意味や目的に即した作業の特性を理解し、生活の営みにおける日常生活活動や社会参加に向けての適応能力、そして環境・社会資源の利用等の各要素の改善によって、生活がより豊かにかつ満足できるような援助を考えていく学問である。

また、ことばによるコミュニケーションには言語、聴覚、発声・発音、認知などの各機能が関係しているが、病気や交通事故、発達上の問題などでこのような機能が損なわれることがある。言語聴覚士は、ことばによるコミュニケーションに問題がある対象への専門的サービスの提供等、自分らしい生活を構築できるよう支援する専門職である。さらに摂食・嚥下の問題に対しても専門的に対応する(日本言語聴覚士協会,online1)。言語聴覚士は医療機関、保健・福祉機関、教育機関など幅広い領域で活動し、コミュニケーションの面から豊かな生活が送れるよう、ことばや聴こえに問題をもつ方と家族を支援している。ことばによるコミュニケーションの問題は脳卒中後の失語症、聴覚障害、ことばの発達の遅れ、声や発音の障害など多岐に渡り、小児から高齢者まで幅広く現れる(藤田,2010;日本言語聴覚士協会,online1)。「言語聴覚障害学」(藤田,2010;日本言語聴覚士協会,2015)は、このような問題の本質や発現メカニズムを明らかにし、対処法を見出すために検査・評価を実施し、必要に応じて訓練、指導、助言、その他の援助が行えるように追究する学問である。

「看護学」(佐藤,2013)は、人間のトータルケアについて科学的に研究していく学問である。

「看護学」におけるケアとは、人から苦痛・苦悩を取り除き、より健康な状態を継続させるための手助けをすることをいう。人文科学と自然科学の研究を総動員して、理論と実践の両面から裏付けられた、人間をケアするための知識・技術を習得していく。「看護学」(佐藤,2013)の研究分野は、実際の看護法などを研究する基礎看護学や、患者の精神的なケアの研究をする精神看護学の他、成人、小児、母性、高齢者のそれぞれを対象とした看護学に分けられる。

一方、「社会福祉学」(社会福祉学,online1)とは、さまざまな生活上の困難をかかえる人々を支援し、その問題解決のために必要な制度・政策、具体的援助方法を学ぶ学問である。現在は急激な社会変化の中で、人々が直面する生活問題は複雑多様化している。こうした状況に対応するため社会福祉が対象とする領域はますます幅広くなると同時に、社会福祉学への社会的な期待も一層高まっている。

「福祉学」(日本保健福祉学会,online1)は、社会生活が困難な弱者に対してのみならず、すべての人が人間らしく暮らし続けるために、全ての人間が平等で幸福な生活が送れるための筋道や問題解決、必要なサービス・制度・社会的活動のあり方を研究・実践する分野である。福祉に関連した施設や制度のあり方などについての研究も行われている。この分野について、福祉が行われる場所から細分すると、1)社会のあり方を考える地域福祉、2)社会福祉を考える行政福祉、等がある。また、人間のライフスタイルから細分すると、乳幼児福祉、児童福祉、教育福祉、高齢者福祉等がある。

「保健医療福祉学」は、保健、医療、福祉の共通の目的である well-being を実現するため、各々の学問的立場からのアプローチにとどまらず、これらを統合させた形での取り組みの理論・方法論を科学として、さらにそれを具体化する手段・技法を実践として探求することを目的とするものである。

「保健医療福祉学」の意図するものを、以下の8点にまとめる。

1. 保健学、医療、福祉学の共通理論の構築 保健学と医療、福祉学の歴史を繙き、その流れの中での各々の関連を考慮し、未来に向かい共有理論を構築する。
2. 保健学、医療、福祉学の共有方法論の開発 従来の保健学、医療、福祉学の方法論から共有点を見出し、さらに新たな統制の視点を加えることによる共有方法論を開発する。
3. 保健学、医療、福祉学の一体化への方策 保健学、医療、福祉学の協調の現状を把握し、その問題点及び可能性を考慮しながら各々の一体化へのプログラムを考案する。
4. 保健医療福祉学の社会的意義の明確化 現在の社会情勢に特化した保健医療福祉学のあり方を捉え、未来を予想した保健医療福祉学の社会的意義付けを行い、研究や実践の方向性を明確化する。
5. 保健医療福祉学の学問的位置づけ 保健医療福祉学の学問的独自性、他学問領域との関連を明確にし、総合科学の保健医療福祉学の根底となる理念を構築する。
6. 保健医療福祉学の理論と実践との連携化 保健医療福祉学の理論の具体化、実践場面で適用するための方法論の明確、実践からの理論構築を促進し、「理論」と「実践」の連携を図る。
7. 保健及び社会福祉の実践に基づく理論展開 保健、医療、福祉の実践現場での連携の現状を省察し、そこからの保健医療福祉学理論への展開を図る。
8. 保健医療福祉学のシステム化 従来の保健学的支援体系及び医療学的支援体系、福祉学的

支援体系を統合した形での新たな保健医療福祉学支援のシステム化を行う。

(日本保健福祉学会活動指針(online2)を元に筆者改変)

### 第3項 小括

社会生活上で問題を抱え、援助を要する人々を保健、医療、福祉が一体化して、支援していく。また、保健、医療、福祉の一体化を強めていくには、支援に必要な価値や理論、技術等を備えた高度な専門職や研究者の育成にも関わるともいえる。「保健医療福祉学」では、保健、医療、福祉を中心とした個人の生活の質を創造するための総合科学であり、今後高齢化が進むことから、保健、医療、福祉が統合されることで将来的に明るい展望がある学問になると考える。

以上、本研究においては、「保健医療福祉学」の理論を支柱として論を進めていく。

## 第4節 保健医療福祉学からみた脳卒中の医療や福祉の問題

### 第1項 はじめに

入院から地域、在宅にいたるまで、何らかの形で、保健、医療、福祉との関連がある。特に脳卒中に罹患し、障害を後遺してしまった者にとっては、これまでの生活に戻ることは容易なことではない。我が国においては、急速な高齢化の進展、慢性疾患の増加などによる疾病構造の変化、保健サービスに対する国民のニーズの高度化、多様化などにより保健、医療、福祉を取り巻く状況は著しく変化している。本節では、これらを加味した保健医療福祉学からみた現状について把握し、脳卒中医療や福祉における問題を抽出すると共に、脳卒中高齢者が望むケアの実現に資するために保健医療福祉計画の現状把握と推進、整備の方向性を示す一助にすることを目的としてまとめる。

### 第2項 保健医療福祉学に関連する文献レビュー

「脳卒中」「保健医療」「福祉」「保健福祉」「医療福祉」をキーワードとし、過去5年間までの文献、2009年～2014年までとし、医学中央雑誌で文献検索した。詳細はTable1.1に示す。「脳卒中」「保健医療」では8,048篇の論文があり、疾患の治療から看護、地域でのケアといった多方面にわたる内容であった。特に治療や診断、副作用に関する文献は2,352篇と多くみられた。看護文献では1,397編であった。「脳卒中」「福祉」では779篇であり、「保健医療」をキーワードとした場合と比較して明らかに数が少なかった。しかも、筆者の勤務先等にある「福祉」を拾ったと考えられる文献もあり、詳しく見ると、その中には、治療や診断、副作用に関する文献178篇、看護文献89篇がみられた。同様に「脳卒中」「保健福祉」では58篇であり、中には実質的に治療や診断、副作用に関する文献10篇、看護文献5篇が認められた。さらに「脳卒中」「医療福祉」は296篇で、実質的に治療や診断、副作用に関する文献79篇、看護文献15篇と考えられた。

これらのキーワードで見出された文献の内容としては、入院から退院、在宅にいたるまで、対象の状態や実態、診察や治療、知識の確認、障害が及ぼす影響、チームアプローチ、ケアモデルに関する研究等の文献が多かった。しかし、「脳卒中」「福祉」や「脳卒中」「医療福祉」で見出された論文では「連携」等の語が多く見られ前者は268篇、後者では62篇見受けられた。特に後者では、「連携」の語をタイトルに用いているものは36篇あり、具体的には地域連



携クリティカルパスに関する内容が多かった。地域連携クリティカルパスの取り組みや計画立案を発表しており、今後拡充，定着していくことを期待する内容であった。多職種連携において成功した症例を用いた研究では原著論文として発表しているものは1篇であった。

また、脳卒中患者の心理面を取り扱っている文献は、「脳卒中」「医療福祉」69 篇(23.31%)，「脳卒中」「保健福祉」で 13 篇(22.41%)，「脳卒中」「福祉」141 篇 (18.1%)，「脳卒中」「保健医療」735 篇(9.13%)であった。これらの文献は、心理面のみに特化したものではなかった。

Table1.1 脳卒中に関連するキーワードによる文献検索一覧その1

キーワード	「脳卒中」 「保健医療」	「脳卒中」 「福祉」	「脳卒中」 「保健福祉」	「脳卒中」 「医療福祉」	「脳卒中」 「高齢者」
年号	2009-2014	200 <sup>a</sup> -2014	2009-2014	2009-2014	2009-2014
総数	9,520	914	60	343	11,839
原著論文	1,796	206	28	70	4,061
症例報告	1,333	176	6	69	969
解説	3,010	320	12	91	3,792
内容	・ディケアでの取り組み・急性期初期対応・脳卒中地域連携クリニカルパスにて加療した脳卒中患者の転帰関連因子・卒中地域連携パスの調査報告・アディクションアプローチ・QOL向上に対する集中的リハ・口腔ケアの介入・自宅での単身生活を目指して・地域移行支援事業を利用した退院支援・薬剤師と医療連携・再発予防のために生活習慣の改善に取り組んだ・看護師の退院支援に関する認識調査在宅リハビリにおけるアプローチと工夫 等	・在宅福祉施設・地域福祉との連携・職種・家族との連携の必要性・医療・介護・福祉から訪問リハビリの役割と連携のあり方・総合福祉センターでの音楽療法・ロボットスーツHALの効果・福祉用を使用した歩行トレーニング・肺炎経過中に急速に意識障害・心リハ中の心停止・栄養ケア・マネジメントの導入により経口摂取移行が推進・医療・福祉・介護と地域住民の協働によるリハビリテーションの推進・退院後訪問でのfollow-up 等	・脳卒中啓発プロジェクト ・福祉文化の視点から福祉政策をみる ・地域福祉との連携 ・在宅への移行の支援 ・リハビリテーション・ニーズに関すること ・禁煙と生活習慣病との関連 ・健康診査と生活習慣病の関連 ・地域包括ケアシステムと認定介護士 等	・地域医療連携拡充とクリティカルパス ・麻痺回復の差・独居脳卒中の現況 ・医学・医療の多様性・IT連携の実際 ・精神障がい者の地域移行への援助 ・脳卒中者の主観的健康観 ・再生医療について ・知識技術の共有ロボット ・在宅リハビリテーション ・歩行練習 ・在宅医療の充実 等	・高齢者が増え続ける今、脳梗塞にいかに向かうか・要介護高齢者の歯科治療・聴覚障害に対するリハビリテーション・「したい」を「できる」に変える生活行為向上マネジメント・虐待防止のための12のトレーニング・寝たきりから、座りきりへ・早期リハビリテーションの課題・摂食・嚥下リハビリテーション・ICUにおける挿管中の患者とのコミュニケーションサポート 等
「心理面」の研究	原著論文3 会議録4 解説3	原著論文1 会議録1	原著論文1	原著論文1	原著論文3 会議録／症例報告3

(医中誌 2014 年 12 月閲覧をもとに筆者作成)

また、「脳血管障害」「保健医療」「福祉」「保健福祉」「医療福祉」をキーワードとし、過去5年間までの文献を医学中央雑誌で文献検索した(2009年～2014年)。詳細はTable1.2に示す。この検索においては、総数が脳卒中と比較しても非常に多く、内容の分析が不可能であったため、論文数の提示とする。論文の一部は脳卒中に載っているものもあり、今回「脳血管障害」と「保健福祉」の25篇においては、すべて脳卒中の文献検索の中に含まれていた。

Table1.2 脳卒中に関連するキーワードによる文献検索一覧 その2

キーワード	「脳血管障害」 「保健医療」	「脳血管障害」 「福祉」	「脳血管障害」 「保健福祉」	「脳血管障害」 「医療福祉」	「脳血管障害」 「高齢者」
年号	2009-2014	2009--2014	2009-2014	2009-2014	2009-2014
総数	15,075	1,633	25	542	18,424
原著論文	3,038	378	1	116	6,035
症例報告	2,517	374	1	123	7,365
解説	4,829	506	2	120	1,629

(医中誌 2014 年 8 月閲覧をもとに筆者作成)

## 第5節 本研究の視座

### 第1項 はじめに

本研究では、脳卒中罹患者のライフスタイルの再編成に着目して研究を行う。

「ライフスタイル」とは、その人の意識や人生観、価値観、生活の様式やその営み方、習慣などを含めた個人の生き方という考え方がある（大辞泉）。人間は一生を通じ、成長・発達と変化し続けていく。誕生から死を迎えるまでの人生全体を視野に入れて、そのプロセスとしてもライフスタイルを明らかにしていく。また、ライフスタイルの捉え方にはさまざまな視点や理論がある。生涯を通じて成長発達していき、人生全体を展望する個々人のライフスタイルの捉え方にも注目していく必要がある。

このことから、本項では、研究に先立ち、ライフスタイルの捉え方について整理し、本研究における定義を明らかにしていく。

### 第2項 ライフスタイルの捉え方

ライフスタイルについて Max Weber(1997, 2008)は、ある趣味や価値を志向する人々の生活・行動様式と定義している。社会階層を理解するために、経済的側面だけではなく、価値観、生活態度など生活者としての内面において共有されたものがライフスタイルとも述べられている。Adler(1998, 2010)は、個々人が持っている物事の見方や考え方、生き方と定義した。「職業選択」「社会的関心」「恋愛・結婚」に対する傾向や能力は、幼少期に形成したライフスタイルの原型から推測できるとし、影響因子としては、「遺伝」「身体の問題や障害」「出生順位」「兄弟との競合」「親の価値観・しつけ」「学校・社会環境」等をあげている。個人の生活環境に対する対処の仕方、生活課題の解決の仕方がライフスタイルであった(Adler, 1998, 2010)。

このことからライフスタイルは、個人からはじまって社会集団のあらゆるレベルに対応して定義づけが可能であり、またそれは個人や集団の生活行動、生活構造、生活意識など生活のあらゆる次元に対応して構成されるのが特徴にあった。一般にライフスタイルは、個人の生き方、暮らし方を意味し、衣・食・住の他に消費生活・余暇生活等の実態にみられる傾向と、それらを規定する個人の価値意識を含む包括的な概念である。

どのようなライフスタイルを選択するかは個人に委ねられるが、個人が自らの価値観やいきがい、生き方等に基づいて主体的に選択する生活の仕方をライフスタイルと考える。各高齢者が1つのライフスタイルを共有しているわけではない。さまざまなライフスタイルの高齢者がみられる。ある社会や集団の成員に共有される生活の様式とすると、個人・家族・年代・職

業・地位・民族等における価値観等を含んだ生活の仕方や日常の行動様式の全般ともいえる。また個人の望む価値によって規定され、価値そのものの意味や経験によって形成されていく。ここでいう価値とは、あるものを他のものよりも上位に位置づける理由となる性質、人間の肉体的、精神的欲求を満たす性質、あるいは真・善・美・愛あるいは仁など人間社会の存続にとってプラスの普遍性をもつと考えられる概念の総称である。

殆どの場合、物事の持つ、目的の実現に役に立つ性質、もしくは重要な性質や程度を指し、そのほとんどが生活に関するものである。I. H. Gross(1970)、E. W. Crandall(1970)やC. Kluckhohn(1971)などの価値に関する研究から、人間が行動の方法、目的、目標などを選択する際、それを支配する「望ましいもの」についての概念とした。

また寿里と北沢(1996)によると、ライフスタイルには、外在的な状況によって規定される段階と、個人が生きる過程で積極的にある価値を選び、その実現をより意識し、プログラム化し、そのために外在する状況との摩擦や緊張、対抗、適合等を経て表出される生き方の意味づけされる段階とがある(寿里と北沢, 1996)。さらに、個人のライフスタイルの基底にある価値は絶対的なものではなく、時代や環境の変化により価値と共にライフスタイルも変化するとされる。

### 第3項 ライフスタイルを把握するための手法と視点

生活者を理解するために、さまざまなライフスタイルに関する調査が行われている。ライフスタイルへの関心は、個人を生活主体とし、生活者の現状から生活問題を把握し、問題解決に向けて試行錯誤して取り組んでいくこと等にあると考える。以下に、その際の手法や視点を概説する。

#### 1. ライフスタイルの手法

##### (1) MRI-QOL インデックス法

人間は同時にいくつもの価値観を持つという前提に立ち、どの価値をいくらの割合で持つかを表現する。価値観の本質を生活の質で評価し、その生活の質が善悪の度合いを数値化する。その一方で、社会変化が人々の生活に与える影響を分析するために、日常生活を営むことで必要不可欠なものに関するニーズ、物・金・時間に関するニーズを把握する。これら二つのインデックスの相互関連をはかることにより、インパクトがどの価値観に影響を与えるかを知ることができる(Lifestyle Design INC., online1)。具体的には、17項目の生活 INDEX からなり、Table0.3の通りである。

Table0.3 MRI-QOL インデックス

生活INDEX	生活上のニーズ
欲望性	生理的欲求を不足なく満たそうというニーズ
衛生性	生化学的に衛生的な状態を保ちたいというニーズ
能動性	能動的に活動したいというニーズ
省力性	強要された労欲の使用を軽減しようというニーズ
冒険性	危険に接近したいというニーズ
安全性	肉体の機能を正常に保ちたいというニーズ
刺激性	感覚を刺激し、気分を一新したいというニーズ
安息性	心地よい状態にありたいというニーズ
奢し性	より豪華なものを得たいというニーズ
即時性	時間の浪費を少なくしたいというニーズ
悠揚性	物・時間・空間の余裕を常に保ちたいというニーズ
簡易性	知識、技術を必要としないで目的を達成したいというニーズ
多様性	多くの可能性を得たいというニーズ
独自性	自分で意思決定をしたいというニーズ
大衆性	不特定の他人と自分を同化させたいというニーズ
帰属性	特定の人々の持つ意思にしたがって行動したいというニーズ
革新性	新しいやり方も加えたいというニーズ

(出典: Lifestyle Design. 生活者向けサービス, 2014)

この研究は、「人々は社会的制約、物理的制約を受けない場合、各個人の価値観に基づいた行動をとる」「人々は各個人の価値観に基づいた行動が可能になった場合、生活の質が向上したと感じる」、という仮説からなっている。

本研究において、脳卒中高齢者が自ら描くその人らしいライフスタイルを考えていく上で、MRI-QOL インデックスを指標に判断する点は、活用できる。

## (2) 三層仮説

言語には、語から文に至るまでの表現単位において、「客体描写」＝表現の対象の認識、「認識態度」＝対象に対する話者の態度、「表現態度」＝聴き手および発話場面に対する話者の態度、という三層の意味領域を持ち、各表現単位はそのいずれかの領域の一部をプロファイルすることになる](Lifestyle Design INC.,online)。つまり、何かを言語で表現する際に、その意味構造の中に、「どのような対象を表すのか」、「その対象をどのように認識しているのか」「その対象をどのように提示しようとしているのか」ということを表す3つの領域である(Lifestyle Design INC.,online)。

これらを加味して三層仮説を考えてみると、例えば、現代人の心の底に、変わらない日本人の心と変わってしまった心があるとする。その心をうまく解釈しようとするのが「三層仮説」であり、コミュニケーションを用い、この道具として展開されたものといえる。本研究では、インタビュー調査を中心に進めていくが、聴取している際の対象者の表情や態度から、その方が望むライフスタイルの判断の一つの指標にできるのではないかと考えた。

## 2. ライフスタイルの視点

### (1) 生活時間とライフスタイル

NHK『国民生活時間調査』<sup>3</sup>(NHK 文化研究所, 2011)は, 28 に分類した各行動を必需行動・拘束行動<sup>4</sup>・自由行動・その他に大きく分類し, 1日の時間配分という観点から生活時間の現状と変化をみた。拘束行動は, 一貫して減少傾向にあり, その減少によって生み出された時間を人々は自由行動や必需行動に振り分けていた。1970年以降, 拘束行動の減少が自由行動の増加につながり, さらに1985年から1990年にかけては, 拘束行動だけでなく必需行動まで減少傾向にあり, 自由行動の増加がより鮮明となった。しかし, 2000年から2005年では, 自由行動が平日と土曜, 日曜でも増加せず, その後, 必需行動が減り, 自由行動が増える傾向がみられた。高齢化が進み, 仕事などに縛られない人々が増加したことで, 日本人の自由行動が過去最高水準になったことが明らかにされた。また2000年以降, 長時間労働の中心であった男性30歳代では, 平日の仕事時間が減り, 代わりに家事時間が増えるという現象も起こった。不況が続く, そして超高齢社会が進む中, 調査の結果からは, 働き盛り世代の変化の兆しや, 高齢者の自由行動の増加を牽引する様子が明らかにされた(NHK 文化研究所, 2011)。

総理府『社会生活基本調査』(2011)による生活時間調査は, 1976年から実施されるようになった。当初は, どの時間帯に誰がどんな行動をしているのかを把握することに関心が向けられ, 労働, 余暇, 休養などの個人的生活と社会的環境の人間生活への影響に関心が向けられていた。

生活時間は, 人の日常の営みを具体的に映し出す。時間の管理は時代, 民族, 階層, 年齢, 性, 職業, 家族構成, 居住条件, 生活意識などさまざまな条件により違いがみられる。初期の生活経営の分野では, Taylor, Frederick W の科学的管理論(今井, 1995)において時間の価値が問われた。さらに時間の管理は, 生活を時間的にどう管理するかに焦点が向けられていた。そこでは, 機械的にどれだけ時間を短縮するかではなく, その時間をどのように使うことが個人にとって最もよい時間の使い方であるのかが重要であった。また, 家事労働に向けた時間の価値を評価するのは大変難しく, 時間概念を貨幣概念に換算する試みもなされていた。文明が生産したものを, 生活の場での意味, 価値を問いながら文化にするなどのように, 個々が生活時間の使い方に対して積極的なイメージをもつことは, 個性, 『生き方の許容→共通部分の制度と保障→生活の価値』となり, 生活文化になる(天野, 森, 1994)。

生活時間という視点からライフスタイルを見ることは, 生活時間の使い方の変化がライフスタイルの変化に関係していることから, 生活時間の実態改善により生活の質の向上につながるものと考えられる。

---

<sup>3</sup> NHK 放送文化研究所『国民生活時間調査』(2011)は, ラジオの視聴者の生活時間帯を知ることを目的に, 1941年から実施されてきた。1960年から5年毎に実施され, 2010年調査が11回目となる。調査では, 睡眠や仕事, テレビなど28に分類した行動と在宅状況について, 2日間にわたって, 15分単位に記入してもらうものであった。

<sup>4</sup> 拘束行動は, 景気動向や産業構造の変化, 時短政策, 高齢化など, 時期によって要因は異なる。

## (2) 価値観とライフスタイル

世界価値観調査<sup>5</sup> (World Values Survey, 以下 WVS とする) (東京大学, 2011) では, 1981 年に欧州価値観調査 (European Values Study, 以下 EVS とする) から誕生した. EVS の調査方法を欧州以外の 14 カ国に応用したが, 1981 年の調査では世界の 22 カ国のみのカバーであった. EVS は, Jan Kerchies と Ruud de Moor の指導のもとに行われ, オランダのティルブルグ大学を拠点としている. ミシガン大学の Ronald Inglehart は, 調査の世界的拡張に貢献した. 調査は約 5 年間隔で質問紙調査を実施されるが, 実施年は各国により何年かずれるのが通例で, 一つの調査を「波」と称する. 2012 年の最新は第 6 波で, 各国ごとの成果は公表されているところはあるが, 世界価値観調査サイトでの公開は第 5 波までであった. これを用いた価値観の変化の時系列調査も, WVS のプロジェクトの目的の一つとなっている. WVS は, 詳細なアンケートを用いた面接が行われ, 最新の調査におけるアンケートでは, 約 250 の質問が行われた. 調査項目の一部には, 生き方・人生, アイデンティティ, 社会, 政治, 国家組織・制度, 幸福度・満足度, 女性の生き方, 労働, 環境意識, 宗教, 親子関係・家族・家庭教育等, 約 90 問 190 項目がある. 各国で 1,000 人から 3,500 人にアンケートを施し, 第 4 回の調査では一カ国当たり平均 1330 人, 世界累計で約 92,000 人にアンケートが行われていた.

しかし, 各国によるサンプルの抽出方法が同一でなく, スロベニアの社会学者 Adam は, ヨーロッパの 2001 年の価値観調査結果と欧州社会調査の 2002 年から 2003 年の調査結果にかなりの違いがあることを示唆している (東京大学, 2011). 各国の幸福度が WVS によって求められるようになり, マスメディアに広く引用されていた (Frane Adam).

また, Nation Master は, WVS のデータに基づいた簡単な世界幸福度を発表している (“Nigeria tops happiness survey”, BBC News, online1, 2003). WVS のウェブサイトでは, 年代間や社会経済集団間の幸福度の比較のような, より詳細な分析を行っている (東京大学, 2011). WVS によって測定された幸福度の最も印象的な変化は, 1990 年代におけるロシアと東ヨーロッパ諸国の国民の幸福度の大幅な下落であった. さらに, サバイバル-自己表現変数の自己表現方向への変化は, 近代化・産業化に伴い, 経済的・物質的充足よりも, 精神性・自己実現の充足を重視する知識社会へのシフトがみられることを表していた. 自己表現変数の上昇は, 性の平等, 価値観の多様性, 環境への配慮, 社会的信頼や穏健な価値観の高まりと関係し, このような価値観が民主主義の中心的価値観であると論じられていた (東京大学, 2011).

ライフスタイルの構成要素については, 個人の価値観というものが重要である (生命保険文化センター, online1). 日本人の生活価値観について, 生命保険文化センター (Lifestyle Design, 2014) が, 1976 年からはじめた調査がある. この調査は, 規模の大きさと, これまで国民性を知ることのできる世論調査や国際比較データを入手できることが困難であった国のデータが得られることが特徴である. 世界各国のライフスタイルを, 生活全体で捉えることができる調査である. 1996 年は, 4 度目の調査で日本人の考え方の特徴の把握, 日本人の価値観の抽出, 生活価値観と生活意識の関連の把握を目的とし, 調査方法は面接聴取法で, 全国 16 歳から 69 歳の男女を対象に行っている. 調査項目は, 生活価値観に関する調査項目に合わせ

---

<sup>5</sup>世界価値観調査 (World Values Survey) (東京大学, 2011) は, 世界の異なる国の人々の社会文化的, 道徳的, 宗教的, 政治的価値観を調査するため, 社会学者によって現在行われている国際プロジェクトである.

て、生活意識（生活満足度と生活不安、生活設計に対する意識、消費に対する意識、情報通信に対する意識、日本社会に対する意識）である。生活価値観として現れてきたのは、1976 年調査では大人主義、1985 年調査は大人主義、自分主義<sup>6</sup>、1991 年調査は大人主義、自分中心主義、1996 年調査は集団重視志向、自分志向、自己顕示志向、安楽志向であった。

### （３）生活とライフスタイル

『国民生活選好度調査』（online1）は、社会経済環境が変化する中で、国民が日常生活でどのような意見を持っているかを聞き、政策運営の基礎資料とするために内閣府経済社会システムによって実施している調査である。経済企画庁が国民生活の政策の立案・実施のために行った調査である。1978 年以降、3 年ごとに実施されている時系列調査である。2012 年度の調査対象は全国に居住する 15 歳以上 80 歳未満の男女であり、標本数 4,000 名中、有効回収数は 2,802 名（70.1%）であった。抽出方法は、層化二段無作為抽出法<sup>7</sup>であり、2012 年 3 月 21 日から 30 日（10 日間）、調査方法は調査員による個別面接訪問留置法で実施されている。調査項目は、生活に関係する重要度、充実度、福祉領域の重要度政策優先度、生活全般の満足度、幸福度、階層帰属意識、格差と能力主義に関する意識情報通信の高度化に関する意識である。

この調査は、今、国民がどんな生活を望んでいるかを調査結果から判断する材料とすることを目的としていることから、生活全体を未来志向的な視点から調査しており、将来を見通す調査として評価できる。個人の幸福感は 10 段階評価の平均値 6.41 で、前年（6.47）と比べて大きな傾向の変化はみられなかった。ボランティア等への参加経験者は 24.6%、サービス利用者は 14.4%、寄附者は 37.2%で、特に、寄附については、東日本大震災の影響もあり大きく増加していた。また、今後の意向については、「自ら参加したい」「サービスを利用したい」「寄附の形で貢献したい」と答えた割合が 2010 年度に比べていずれも増加していた。

一方、暮らし向きについての見通しでは、暮らしよい方向に向かっていると思う人の割合はやや増加していた。「全くそうではない」と答えた人の割合も大幅に低下していた。老後の見通しでは、老後に明るい見通しを持っている人の割合はやや増加していた。福祉領域別にみた重要度、政策優先度に関する意識では、最も重要度が高い福祉領域は「医療と保健」、次いで「収入と消費生活」であった。現在どの程度幸せかに対しては、平均 6.41 点であった。幸福感を判断する際に重視した基準について、「自分の理想との比較」61.8%、「将来への期待・

---

<sup>6</sup>大人主義とは、社会の一員として自分の責任を果たし、他人に迷惑をかけないよう心がけていきたい」という意識「集団の和を優先する考え方」、自分主義とは、自己中心主義ともよび、「個人を重視する考え方」である。調査の通り、今後の傾向として、個人の生きがいを重視しようという意識が強まると予想されている。この理由として、大人主義にみられる集団の輪を優先する考え方よりも、個人を重視する考え方がより強まっていることがあげられる。また、地域社会に対する貢献の意識が薄れ、身近な仲間との関係を重視する傾向が誘因ともされている。また、他人の意見を存していることで自分が不利になるという意識や合理的な意識の表れともされている。

(<http://www1.vecceed.ne.jp/~n-kan/kachikan.htm>)

<sup>7</sup>層化二段無作為抽出法とは、行政単位（都道府県・市町村）と地域によって全国をいくつかのブロックに分類し（層化）、各層に調査地点を人口に応じて比例配分し、国勢調査における調査地域及び住民基本台帳を利用して（二段）、各地点ごとに一定数のサンプル抽出を行うものである（内閣府、青少年育成）。

不安」60.3%が最も高くあげられていた。幸福感を判断する際に重視した事項に「家計の状況」62.2%、「健康状況」62.1%、「家族関係」61.3%、「精神的なゆとり」51.4%が高くあげられていた。一方、孤立感を感じる場所について、家庭や地域に感じる、をあげている。さらに、「幸福感を高めるための有効な手立て」に、「あなた自身の努力」61.7%、「家族との助け合い」80.9%であった。「国民全体、社会全体の幸福感を高める観点から、政府が目指すべき主な目標」について、「公平で安心できる年金制度の構築」70.1%、「安心して子どもを産み育てることのできる社会の実現」68.3%であった。「今後の日本の社会の目標」では、「安全・安心に暮らせる社会」63.9%、「他人への思いやりがある人が多い社会」53.4%、「心のゆとりがある人が多い社会」48.3%、等の質問回答がみられた。自らのライフスタイルへの要望や希望を多く望み、豊かな老後へと導きたいという者が多いのではないかと考えられた。

#### 第4項 ライフスタイルの編成と再編成

人間と生活が必要とする環境との相互作用、生命・健康、創造といった、人間が人間らしく生きるために基本的に必要な生活の基本的価値の視点から考えることが必要であり(生命保険文化センター,2001),その理想としての価値が重要になる。また、哲学的思考として、Eco-Philosophy<sup>8</sup>(ヘンリック・スコリモフスキー,間瀬他訳,1999),Deep ecology<sup>9</sup>(1997)等も重要な思考となる。個人の選択可能性の幅は広く、高齢者にその選択権があると、「どのように生活していけよいか」ではなく、「いかに生きるべきか」を考える能力の開発を要する。そのためには、人間と環境との相互作用が重要になると考えられる。高齢者や家族が安全、健康、平等、創造のような生活の基本的な価値から実現を目指す、まさに自己実現するライフスタイルということになる。

そこで、ライフスタイルを自己実現するためには、充実なものにしていく必要があると考える。ライフスタイルをより充実させるための構成要素には、「衣」「食」「住」「健」「美」「癒」「愛」「安」「遊」「学」「働」「富」の12の要素があり(生命保険文化センター、

---

<sup>8</sup>Eco-Philosophy は、economy (経済) や ecology (生態学) という語の接頭辞「eco」と「Philosophy」(哲学)の合成語である。Philosophy は、「Philo」は友愛、「sophy」は知恵を意味する。また、「eco」は語源的に「Oikos」からきており、「Oikos」は家族を意味している。ここでの「eco」は通常の家族という意味よりも広い意味をもち、Arne Naessによると「地球家族」がその目指す所に近いということになる。Naess は、ecology と Philosophy に共通した問題の研究を Eco-Philosophy と呼んでいる。これは、Eco-Philosophy が ecology と Philosophy という二つの学問分野に共通の領域における特定の問題を研究することを意味している。ecosophy とは、問題が自然との関係を中心にした場合の姿勢・観点を指すときの名称である。

<sup>9</sup>Deep ecology は、1973年にノルウェーの哲学者 Arne Naess が提唱した ecology の概念である。Naess は、それまでに存在した環境保護の活動を「Shallow ecology」とし、欠けている分野を深めたものを「Deep ecology」と名づけた。Naessによると、すべての生命存在は、人間と同等の価値を持つため人間が生命の固有価値を侵害することは許されない。従来の環境保護運動では、環境保護は人間の利益のためでもありと理由づけされていたが、Deep ecology は環境保護自体が目的であり、人間の利益は結果にすぎない。1970年代は公害反対運動など産業面での環境対策活動が主体であり、生活者個人の生き方にまで目を向けなかった。Deep ecology は、環境保護は究極的には個人の自覚と覚醒が重要であることを示し、1990年代以降の全地球規模の環境保護運動に直接・間接に大きな影響を与える。



2015), 人々のライフスタイルをより充実させるための指標に活用できる。高齢者が心に描き求め続ける理想的な人生観, 価値観, 習慣等を含めた個人の生き方は, さまざまな要因が影響を与えることで, 高齢者のライフスタイルも変化していく。一方, 高齢者の自由を妨げる要因のひとつには, 意思決定能力の低下がある。個人に内在する問題を抱えている際, 社会のネットワークの中で高齢者が生きがいあるライフスタイルを編成することは, 高齢者の価値観にも影響をきたす。併せて, 人間の本質・目標・可能性・実践についての総和された原理の変化にもつながり, システムの哲学が存在するとも考えられる。このような高齢者個々人のライフスタイルにおいて, 影響をきたす構成要素を集めて結合し, 自分らしいライフスタイルの編成を築いていくことが肝要である。

健常者にとってのライフスタイルでは, 外出する場所や目的に合わせ服や靴を選び, 休日にはどのように過ごそうかと模索することは, 日常ごく当たり前のこととして行われる。一方, 脳卒中によって障害をもつことになってしまった高齢者にとって, これまで同様の生活を送ろうとしても, その障害によって, 自ら行いたい行動や動作が行えない状況へと一変する。自らの身体機能に対する喪失体験を実感することになるのである。この喪失体験を少しでも緩和し, 身体機能の再建, ひいては自分らしいライフスタイルを獲得することを目的として, 身体機能向上から生活空間の拡大へつなげる治療法を脳卒中高齢者は選択できる(藤田, 2010)。各専門職者は, 脳卒中高齢者個々人の QOL を念頭においた治療法を視野に入れ, 多様なライフスタイルに対応しながら, 脳卒中高齢者のさまざまなニーズに応えることも必要な要素と考える。

脳卒中高齢者個々人のライフスタイルの把握の手法には, 時間, 生活意識, 価値観などさまざまな方法があり, その際, データの意味を解釈する場合には, それぞれの専門領域を理解した上で, 生活を総合的に捉え, 各専門職の成果を評価することが求められるといえる。

「ライフスタイル」という言葉の意味するところは非常に幅広く, 12 の構成要素を取り入れながらも, 脳卒中高齢者が発症にいたるまで培われてきた経験や知恵, 感性を, 今後のライフスタイルにこれらを活かし, より豊かなその人らしいシニアライフの実現や, アイデンティティに反映した生き方を選択できるように関わっていく必要がある。脳卒中高齢者が自分らしいライフスタイルを望みつつ, 現実との差異も心得ながら, 地域社会に関心をもつことができるような支援が重要となる。その際の支援では, 専門職者が自由に脳卒中高齢者のライフスタイルを決定していくのではなく, 脳卒中高齢者の意志決定を尊重しながら, 支援していくことが必要と考える。

次項より, このライフスタイルの編成に関する主な調査を取り上げ, その特徴について論説していく。

## 第5項 ライフスタイルの編成と再編成に関連する文献レビュー

本研究の主題となるライフスタイルに関連する文献検索を行い, 本研究との関連, ならびに先行研究からの課題の把握を行った(Table0.4)。医学中央雑誌検索において, キーワードに「ライフスタイル」「編成」「再編」とし, 2000年～2000年の条件で検索すると合計5篇であった。具体的な内容は各疾患のライフスタイル再編成の過程や動機づけであった。「生活」「編成」「再編」では合計10篇であった。対象とされたのは, 癌患者や難病, 心不全患者等であった。

次に、本研究の主題でもある「ライフスタイル」「脳卒中(脳梗塞・脳出血)」をキーワードとし、2002年～2014年の条件で検索すると、合計111篇であった。具体的な内容は、独居高齢者の在宅復帰へのアプローチ、脳卒中患者の生活改善、リハビリテーション後の転帰等であった。また「高齢者」「ライフスタイル」では、原著論文977篇、症例報告152篇であり、看取りやリハビリテーション、日常生活面へのケア等、多岐に渡っており、ライフスタイルのみに焦点を置いているというよりは、高齢者の生活を起点にしたさまざまなケアの計画や実施と判断できた。「脳卒中」「高齢者」「ライフスタイル」の三つのキーワードを掲げた論文は、筆者の論文の1件であった。各研究の一覧はTable1.4の通りである。

以上から、各個人のライフスタイルの現状についてはかなりの数の研究が行われていることを把握できたが、本研究が目的とする、脳卒中高齢者のライフスタイルが、地域コミュニティや社会にどのようなインパクトを与え、また、社会のあり方によって地域における脳卒中高齢者のライフスタイルにどのような影響がでるのか、もしくはその支援者育成という視点に立った研究は、検索し得た範囲で見出せなかった。

本研究においては、以上のような点も加味して、ライフスタイルの類型を直接的に捉えることができるように、インタビュー調査を行い、脳卒中高齢者のさまざまなライフスタイルのイメージを構成することを目指していく。

Table0.4 ライフスタイルに関連する文献レビュー一覧

キーワード	「ライフスタイル」 「編成」「再編」	「生活」「再編」 「編成」	「脳卒中」「ライフスタイル」	「高齢者」 「ライフスタイル」	「高齢者」「ライフスタイル」 「脳卒中」
年号	2009-2014	2009-2014	2009-2014	2009-2014	2009-2014
総数	1	2	215	3,016	1
原著論文	1	2	38	977	1
症例報告	—	—	31	152	—
解説	—	—	103	608	—
内容	・喉頭摘出者におけるライフスタイル再編成の過程 ・PTCA治療を受けた虚血性患者のライフスタイル再編成の動機づけ	【対象】 ・中年期がん ・慢性透析患者 ・寝たきり高齢者 ・神経難病 ・子どもを亡くした母親 ・慢性心不全 ・喉頭摘出者	・一人暮らし脳卒中 ・リスクファクター管理・患者に対するリハビリテーション ・独居在宅再獲得にアプローチ ・独居高齢者自宅復帰を目指して ・リハビリ後の転帰 ・施設入所者の在宅復帰 ・一人暮らし脳卒中急性期現状 ・特養からの在宅復帰の取り組み ・初老期脳卒中患者の生活改善 ・脳卒中帰宅の影響 ・脳卒中患者の生活習慣変容 ・ケアマネによる脳卒中ケアプラン・入院から独居生活 ・外来脳卒中患者の家庭生活復帰 ・脳卒中患者の成果習慣病の捉え方 ・脳卒中後遺症の外来通院 ・発症時退院時の状況 ・発症前後の生活変化と心理状態 ・スモン患者のライフスタイル ・クリティカルパスシステム連携 ・在宅酸素療法を必要とした脳卒中一人暮らし ・生活習慣病罹患在宅高齢者ライフスタイルの特性 ・在宅脳卒中患者の片麻痺のリハビリテーション等	認知症を理解するために必要な老年医学の知識 ・老年期うつ病について ・個別性に応じた看護ケア ・在宅での看取りにおける家族ケア ・高齢者のdeconditioningに対する早期リハビリテーション介入 ・日における高齢者ケアと介護 ・日本における高齢者ケアの現状と課題 ・高齢者の高血圧・新しいガイドラインをめぐって	脳卒中中のライフスタイル再編成の過程
「心理面」に関する論文	—	原著論文2	原著論文14	原著論文2 会議録1	会議録1

(医中誌2014年12月閲覧に基づいて筆者作成)

## 第6項 老年期におけるライフスタイルと脳卒中後のライフスタイルの再編成

### 1 老年期のライフスタイル

老年期のライフスタイルについて、嵯峨座(1999)は「高齢者の集団全体、あるいは何らかの基準により明確に確定できる下位集団にみられる、高齢者の生活諸次元、すなわち生活行動、生活時間、生活意識の顕著な傾向」と論じている。この生活行動(活動)、生活時間、生活意識の三点の分類と併せ、顕著な変化がみられる生活分野について厚生労働省(2010)は、経済活動、家計と資産、健康、介護、学習・社会参加活動をあげている。家族や世帯も、高齢者にとって重要な生活分野を構成する要素であり、これらは高齢者の生活を取りまく社会的条件の一つとして位置づけることができる。

次に、老年期のライフスタイルという課題に接近した意図(問題意識)と分析資料および分析方法についてみる厚生労働省(online6)と、「一つは1970年代から日本社会の全体が転換しつつあるということ、もう一つはそれに符節を合わせて高齢者の地位が上昇に転じつつあるということである。高齢者のライフスタイルを追求することにより、それが確認できればと考えた」のような問題意識のもとに、老年期のライフスタイルを分析する方法として、「既存の統計と世論調査のデータを用いて、記述的に高齢者の間にみられる生活実態と意識の中心的傾向とパターンを把握することにより、間接的にライフスタイルを明らかにする方法」が有効であることをあげている(厚生労働省・online7)。このような問題意識と分析資料、および分析方法に基づいて分析を試みた結果、高齢者の経済活動について、日本の高齢者就業率が依然として高いことが明らかにされた。また、その就業理由について、老後の経済的不安という理由からいわゆる「生きがい就労」についても析出している。これは厚生労働省の国民生活基礎調査(online6)の調べにおいて、60歳以上の高齢者の暮らし向きについて、「心配ない」と感じている人の割合は全体で71.0%であり、年齢階級別では「80歳以上」は約8割と高い割合となっている。また、就業意欲は国際的にみて非常に高い水準であることを示唆している。生活していく上で収入を得るためという経済的動機が、就業意欲を高めている最大の要因ではあるが、その一方で、社会参加に対する意欲、就業を生き甲斐とする志向などの意識が強いことも要因の一つであった。このような分析結果をふまえ、自由で多様な生き方を選択できるシステムづくりを提案していた。

一方で、高齢者の家計と資産については、一般的には今日の高齢者の経済状態は悪くない状況にあるが、「苦しい」と感じている高齢者世帯も存在している。これは厚生労働省の国民生活基礎調査(online7)においても、男女別・年齢別の相対的貧困率をみると、男女とも高齢期に上昇する傾向があるが、総じて男性よりも女性の貧困率は高く、その差は高齢期になるとさらに拡大していることが明らかにされている。このような状況も考慮すると、愛他主義<sup>10</sup>に基づく世代間の支え合いが大切であることを提言している。「高齢者の健康」と「高齢者の介護」については、要介護者が増加する中、介護保険制度の発展、拡充をはかるとともに、介護をめぐる男女の役割分担への課題を指摘している。これについて厚生労働省の国民生活基礎調査(online6)において、要介護者等からみた主な介護者の続柄をみると、介護者の6割以上が同居している人で、その主な内訳は、配偶者25.7%、子20.9%、子の配偶者15.2%であった。また性別では、男性30.6%、女性69.4%と女性が多。同居している主な介護者の年齢につい

<sup>10</sup>愛他主義とは、他人の幸福・利益を行為の目的とする主義である(日本語表現辞典)。

て、男性 64.9%、女性 61.0%が 60 歳以上であり、いわゆる「老老介護」のケースも相当数存在している。また、高齢者の生活時間と学習・社会参加活動については、1970 年代より余暇時間が増加し、時間消費の多様化（学習・社会参加等も含む）が進展したことを析出するとともに、こうした余暇時間を活用した「社会的連帯<sup>11</sup>」の構築が課題となるとした。

このような分析をふまえて、厚生労働省の国民生活基礎調査(online7)では、最後に「上手な年のとり方の条件」について言及している。その条件として、健康、長寿、活動、満足（生活満足度）をあげているが、この 4 つの条件を充足させる状況が、1970 年代以降、日本社会においても整いつつあることを明らかにしていた。

以上、述べてきたように、脳卒中高齢者はさまざまな喪失体験を繰り返しながらも、健康で生き生きとした生活、サクセスフル・エイジングを目指している。また高齢者は健康を保ちつつ、積極的な人生を送ろうと考えている方も多いことが示唆された。一方で、高齢者個々人のライフスタイルが異なり、一人ひとりの生きがいや幸福感もそれぞれ異なるといえる。老年期におけるライフスタイルを捉える場合には、高齢者が、人によって、何が幸せなのか、自分らしくライフスタイルを生きるということはどういうことなのかを考えることが必要であるといえる。

## 2. 脳卒中発症後のライフスタイルに影響する要因とその課題

脳卒中発症後の血管性うつ病やアパシー、心理的ダメージが、ライフスタイルに悪い影響を与えと考えられる要因には、次の三点がある。第一に血管性うつ病やアパシーが悪化することにより、脳卒中高齢者のライフスタイルの再編成に影響をきたしやすいという点、第二にこのような症状が出現することによる経済面への影響という点、病態が安定しても自宅や地域に戻れず、第三に施設等への転院を視野に入れなければならない点の 3 点である。

まず、第一に、血管性うつ病やアパシーは、機能回復を阻害する因子であり、脳卒中発症後には、血管性うつ病の場合に 15～72%の患者にみられるとの報告がある（山下、濱、村上他, 2014）。また、脳卒中急性期で 22%、発症 1 年後で 24%弱の傾向がみられるとの報告もあった。山口の研究(2010)においても脳卒中後のアパシーは 36%に認められたが、これまで報告された頻度とほぼ一致するものであった。アパシーはうつ症状の一部と共通の症候を呈することから、うつのスコアと関連が認められている。また、アパシー群で認知機能の低下を伴っていたことは、認知症予防のためにもその対策が重要であることが示唆された。アパシーは大脳基底核病変患者で有意に出現頻度が高く、脳病変部位別のアパシーの出現頻度に関しては多くの報告が皮質下病変の重要性を指摘している。この大脳基底核付近での病巣の場合、運動機能障害を併発することが多い。山口の研究(2010)では、両側基底核部での血流低下がアパシーの出現と関連していた。ドパミン作動神経は中心的な役割を果たし、脳内では中脳と視床下部に多く存在し、ドパミンがもつ脳機能の調節作用では、中脳にある黒質から大脳基底核の線条体へ投射するドパミン神経が特に重要である。この部分の変性によるパーキンソン病(枝川、渡邊, 2009)も有名ではあるが、アパシーの発生は脳疾患の病巣部位やドパミン作動性神経細胞が変性してドパミンが不足したことによって出現や重症度が変わることがいえる。

---

<sup>11</sup>一般的には、諸個人の相互作用の形態が調和的關係として相互依存的であることをいう（ブリタニカ国際大百科事典）。

第二に、血管性うつ病やアパシー、心理的ダメージが出現することによる経済面への影響である。「最新治療と費用がわかる病気にかかるおカネ (<http://ryanasure.com/post-11.html>)」を参考に算出し、75歳で脳梗塞を発症し入院となったケースについて考えた。血栓溶解術<sup>12</sup>を行い、その後、退院までリハビリテーションを継続した場合、総額約 938,980 円となる。1割負担の場合、例として、約 93,890 円となる。その後、リハビリテーションを継続しなければ、自宅もしくは施設での生活は難しいと診断され、リハビリテーション専門病院に転院した場合、平均入院 100.3 日とすると、総額約 2,576,184 円となる。この他の経費では、住宅改修（手すり、玄関スロープ、トイレ改修）合計約 440,000 円や介護ベッド、歩行補助杖等を必要とし、これらをレンタルで6か月間借りることになると合計約 90,000 円となる。これらが脳梗塞を発症して基本必要となる経費である。ここに、脳卒中発症時から起こり易い血管性うつ病やアパシーを発症した場合、その治療費としてうつの場合、平均 129 日の入院で 1 日約 14,371 円、総額約 1,853,959 円の費用が必要となる。通院で 1 日約 6,273 円となる。

しかし、この金額はうつ病と診断され入院を要した場合の金額であり、すでに脳卒中で入院されている場合は治療費のみの金額が加算されると考える。また、アパシーに関して治療は明らかにされておらず、原病の治療に加え、L-ドーパやロチゴチン等のドパミン神経系賦活薬、ドネペジルやガランタミンなどのアセチルコリン神経系賦活薬、メチルフェニデートが有効であるという報告がされている。例えばアリセプト D 錠（ドネペジル D）錠を用いるとすると、この薬物は 1 日 1 回の服用であり、薬価 1 錠あたり約 334.7 円で 120 日の服用となると約 40,164 円となる（エーザイ株式会社）。また、アパシーの治療薬としてシロスタゾールという薬物治療への効果も期待されている。この薬物は血小板や血管平滑筋のホスホジエステラーゼ活性を阻害することにより血小板凝集や血管収縮を抑制し、血液を固まりにくくし、血流を改善させる。脳梗塞の再発抑制や軽度の認知症にも効果があるとされている（今日の治療薬 2014 年）。シロスタゾール 100mg を用いることになると、1 日に 2 回の服用で、129 日治療が行われる場合、薬価 1 錠約 129.38 円で、約 16,690.02 円（東和薬品株式会社）となる。これらの治療薬を用いた場合に、通常の脳卒中治療に加えての金額が加算され、脳卒中高齢者や家族の負担が大きくなる。さらに国の負担にもなるといえる。

第三として、脳卒中の平均治療日数を経過しても、血管性うつ病やアパシーが軽減せず、もしくは悪化した場合、日常生活自立度の判定基準により自宅での介護が難しい場合、施設への入所や専門病院への転院も視野に入れなければならない。また、アパシーのように感情、情動、興味、関心および行動に対する動機づけの欠如を特徴とすることから、通常の脳卒中の治療であるリハビリテーションの遅れ等も危惧される。そのためにリハビリテーション専門病院に転院しても治療の日数が増える可能性もある。このような転院において、脳卒中高齢者は、環境への不適応や血管性うつ病やアパシーの症状にも影響をきたしやすいとも考えられる。また、症状を抱えながら自宅に戻った場合、例えば厚生労働省で述べている（online8）、地域での生活を支えるための精神科医療とし、その際、訪問支援や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく方向性を視野に入れていかなければならない方策を取り入れることも重要だと考える。（例として記載している金額は、2014 年 11 月現在である）

---

<sup>12</sup>心筋梗塞や脳梗塞の治療法で、血栓を薬剤で溶かし、閉塞していた血管を再び開通させる治療法  
(<http://www.jsts.gr.jp/guideline/052.pdf>)

## 第7項 脳卒中後遺症による自己への影響

脳卒中高齢者は、脳の組織や機能に傷害を受けることでさまざまなダメージを被ることになる。これまで何不自由のなかった日常生活が一転して、突然にそれまでにできてきたことができなくなる。また、築き上げてきた自己イメージ、ライフスタイル、社会関係など、自分にかかわる全てのものが変わってしまうのである。このことにより、脳卒中高齢者は、それぞれの『自己』に損傷を負う(日本保健福祉学会, online1)。すなわち、脳卒中高齢者が脳卒中による後遺症をもつということは、心理的ダメージが非常に強い状態にあるものと推測するべきである。

また、疾病に特有な緊張は、成長過程において重要な意味をもつ不均衡をもたらすとされる(図書文化, online2)。したがって、脳卒中による後遺症は、成長過程の促進因子を阻害するものとみなされ、否定的に捉えられている。一方で脳卒中患者の手記には、「発病はこれからの人生設計を見直すよいチャンスになった」(保健医療学, online1)という表現で障害を認めている。こうとする肯定的な表現がされている。この成長過程や発達過程とは、小児等で示されている概念とは異なり、自分自身を取り巻く環境と疎通しながら成長や発達する生命過程を全うしながら、人生の中で起きた発病や後遺症について、自分自身の認識や今後の人生プランを拡大させていくことと捉える。

自己の構造の図式としてジョハリの窓<sup>13</sup>(高谷, 2014)で示されたように、人が自分について知っていることは限界があり、他者がその人について知っていることも一部に過ぎない。その人と他者が同じように知っていることもあるが、両者が知らないその人自身のこともある。人は何の手がかりもなく自分自身に気付いていくことはない。我々の自己イメージや自己感情は、我々が普段接触する他者がどのようなものとして見たり、どのように判断しているのか、に大きく依存している(高谷, 2014)。他者とかかわりを持ち、他者はその人についての知識を増し、そしてその人は他者が知っている自分についての情報を得ることで自分についての認識を広げていく。自分について感知しそれを開示する、他者からも感知された自分について開示を受け、自我発達が促進され、相互作用の関係にあるといえる。

脳卒中高齢者の場合、その障害の状況により、自我発達に次のような課題をもつことになると考える。脳卒中高齢者は脳機能の障害により認知、統合、表現のような、各段階での何らかの障害を生じている可能性がある。その場合、環境との情報交換に障害が起こる。脳卒中高齢者の認識と、他者から見た認識、あるいは現実とずれが生じやすい(奈良, 内山, 2014)のである。そして、これは自我同一性の維持を困難にすることにもなる。また、突然発症することにより、自我の連続性が途切れる。今まで慣れ親しんだ生活リズムに乱れが生じる。そのバランスを取り戻す必要があるが、障害によって制限される(奈良, 内山, 2014)。すなわち身体的にも環境においても変化し、それへの適応を求められる一方、変化に適応できる能力は減退している。

---

<sup>13</sup>ジョハリの窓(Johari window)とは、1955年夏にアメリカで開催された「グループ成長のためのラボラトリートレーニング」席上で、サンフランシスコ州立大学の心理学者 Joseph Luft と Harry Ingham が発表した「対人関係における気づきのグラフモデル」のことを後に「ジョハリの窓」と呼ぶようになった。これは、自分をどのように公開ないし隠蔽するかという、コミュニケーションにおける自己の公開とコミュニケーションの円滑な進め方を考えるために提案されたモデルである。

専門職者は、このような課題を負った脳卒中高齢者と相互作用を通して自我発達を促進する機会が与えられる存在である(奈良, 内山, 2014)。相互作用のもとで、専門職者は、脳卒中高齢者が環境ならびに脳卒中高齢自身との間で協調しながらスムーズに適応を進めるよう援助していくことが必要になっていくと考えられる。

## 第8項 小括

ライフスタイルは、標準化・平均化されたライフスタイルを基点にしながらも生活を広く捉え、全体的存在としての人間の総合性を重視したライフスタイルであり、生き方のライフスタイルである。脳卒中高齢者にとってのライフスタイルは、生活全体をよりよいものにしたいという内的な要求としての生き方の追求として、経済的豊かさを越え、福祉や介護においても、自分らしいライフスタイルの創造に向けて、個人の主体性や生活の主体化等が日々の生活の変化に影響をきたしていた。

このことから、脳卒中高齢者のライフスタイルにおいて、個人や家族を取り巻く環境の変化に注目し、さらに生活の価値を重視したライフスタイルと併せて全体を包括的、統合的に捉えることの重要性が考えられる。本項では、ライフスタイルの基礎概念として、ライフスタイルの定義の整理をした。本項を元に、高齢者が老年期において脳卒中の後遺症をもつことで生活が一変し、自分らしい生活へと組み換えなければならず、その過程でさまざまな心理的ダメージに遭遇することがある。このことから脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の支援に向けた研究を進めていく。

## 第6節 本論文の構成と各章の要旨

### 第1項 研究の目的

下記の6つの目的をもって研究の目的とした。

1. 保健医療福祉学からみた脳卒中の医療や福祉との影響に関する現状を整理する
2. 保健医療福祉学における Grounded Theory Approach に関する文献レビューと、本研究への有能性について概説する
3. 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える過程の現状と課題について明らかにする
4. 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健、医療、福祉の専門職の自律性に関して、現状と課題を明らかにする
5. 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える人材者育成のためのプログラムを開発し、実施した結果について評価を行い、検証する
6. 以上より得られた知見を総合し、保健、医療、福祉の各領域における脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える人材育成に関する提言を行う

本研究における仮説は、以下の5つをあげる。

**仮説1** 脳卒中患者はライフスタイルの再編に困難を抱えている

**仮説2** 看護師は患者の訴えに十分応えられていないのではないか

**仮説3** 仮説2の検討結果をふまえ、他の専門職についても検討することにより、どこが十分ではないかを明らかにできるのではないかと

**仮説4** 仮説3の検討結果をふまえ、お互いの専門性を踏まえて、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成への支援に関する課題に取り組んでいく方略がみえてくるのではないかと

**仮説5** 仮説4で得られた方略に基づき、実際にライフスタイルの再編成を促す働きかけをして、その正しさを実証できないかと

以上、本研究では、脳卒中高齢者が血管性うつ病やアパシー等を含む心理的ダメージの発生を未然に防ぐ、あるいは重度化させずに、自分らしく強い不安を抱くことなく、ライフスタイルを再編成できるように、保健、医療、福祉の各領域における脳卒中高齢者ケアの人材育成を目指すことをねらいとしている。

## 第2項 本研究の意義

脳卒中高齢者は、発症直後より罹患したことや障害をもったことに対して衝撃を受け、心理的ダメージを受けやすく、その後の生活に影響をきたしやすいという研究(Neuropsychiatry Clin Neurosci 3)で明らかにされてきた。しかし、脳卒中後のライフスタイル再編成の支援については、具体的な対策に至っていない。最善のケアを受けられるという権利について、患者の権利に関する世界医師会は（リスボン宣言, 2005 年改訂）、1) 自由な意志にもとづいて最善の医療を受ける権利、2) 自己の健康状態について必要な情報を得る権利、3) 医療を受ける際の選択・拒否の権利、4) プライバシーの保護を受ける権利、を掲げている。このように、脳卒中高齢者の心理的、倫理的な面にも配慮した対応が必要になってくると考える。

また、脳卒中高齢者やその家族の希望する生活の質が向上できるような支援体制の構築は、必須だと考える。ライフスタイル再編成を支えるためには、支援者が脳卒中高齢者の体験する思いや願いを十分に理解できる人材育成にむけた体制づくりが重要である。厚生労働省が掲げている「医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供」では、医療機関の機能分化が不十分とし、入院については病床の機能分化について十分ではなく、急性期の患者と長期の療養が必要な患者が混在する点が指摘されている。外来においても、大病院と中小病院、診療所の機能分化が十分でないことともに、大病院へ患者が集中し、長い待ち時間などの問題も指摘されている。医療の高度化や専門分化が進む中で、質の高い医療従事者の養成や、質の高い医療提供の環境整備を図っていくとともに、患者・国民に情報の積極的な提供により、正しく選択できるように支援していくことがあげられている。また、2025 年モデルとして、地



域の状況に応じたバランスにとれた医療機能の分化・連携を適切に推進する地域医療のビジョンが策定されている(厚生労働統計協会, online1).

一方で、平成 21～22 年度にかけて行われた「療養病床の転換意向等調査」や「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」においては、基本的なケアの枠組みや連携の在り方については述べられているが、脳卒中高齢者の体験する思いや願いがそこに反映されているとはいえない。しかし、保健、医療、福祉が一体となり、地域でも脳卒中高齢者を支えられることができれば、脳卒中高齢者の心の拠り所になるのではないかと考えた。そのためには、脳卒中高齢者の心理面にも一層注目されたケアプラン等が必要になってくるのではないかと考える。さらに、脳卒中高齢者の心理面を瞬時に把握し、対応できる人材育成も必要だと考える。これは、脳卒中高齢者の心理的ダメージの出現や悪化防止にもつながり、意義ある研究と考える。

### 第3項 論文の構成と各章の要旨

我が国は、高齢化社会に達してから超高齢社会に 40 年に満たない速さで到達し、高齢社会対策として高い水準の医療福祉サービスを整備している(上田, 2013)。スウェーデンでは、100 年以上をかけての同様の高齢者率になったことに照らし、日本は世界的にも速い状態で高齢化が進行している(村田, 井関他編, 1979)。高齢者に発症率の高い脳卒中においても、先進医療により致命率は減少しているが、何らかの後遺症をもって生活しなければならない脳卒中高齢者が増加することが予想される。このような脳卒中高齢者が自分らしく、かつ自分なりのライフスタイルを再編成できるようにするための支援体制を確立していく必要があり、そのための人材育成を目指す。よって、以下の内容で論文を構成した。

本論文は、大きく下記の 6 つの研究から構成するものであり、その内容と概要および進め方については Figure0.1 で示す通りである。

【研究 1】保健医療福祉学からみた脳卒中と医療や福祉との影響や問題に関する現状(序章)

【研究 2】医療保健福祉学における Grounded Theory Approach に関する文献検討(第 1 章)

【研究 3】脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に関するインタビュー調査(第 2 章)

【研究 4】脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える専門職と専門職的自律性との関係と課題(第 3 章)

【研究 5】脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉学における人材育成のためのプログラムについての概説(第 4 章)

- 1 保健医療福祉学におけるライフスタイル再編成を支える人材育成のための教育の効果の検証
- 2 保健医療福祉学におけるライフスタイル再編成を支える人材育成のためのプログラムの提言

【研究 6】今後の課題と展望(終章)

年次	平成24年度	平成25度	平成26年度
目的	脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉の人材育成に関する研究		
研究内容	<div>保健医療福祉学の現況の把握</div> <div>保健医療福祉学からみた脳卒中と医療や福祉との影響や問題の把握</div> <div>保健医療福祉学におけるGrounded Theory Approachの有効性についての検討</div> <div>脳卒中高齢者の主観的体験によるライフスタイル再編成の検討（インタビュー調査）</div>	<div>脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える看護師の現状と課題についての研究（インタビュー調査）</div> <div>脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える専門職者の現状と課題についての研究（医療者中心）質問紙調査</div> <div>脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える支援者への現状と課題についての研究（老健施設、デイサービスで従事するケアワーカー、社会福祉士等）質問紙調査</div> <div>脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉の専門職者の課題の明確化、文献検討</div>	<div>地域連携、連携教育に関する文献検討ならびに、インタビューにより現状の把握</div> <div>脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉専門職者の育成のためのプログラムについての文献研究</div> <div>脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉の専門職者に向けた研修の開発と実施</div> <div>研修の評価（地域住民にインタビュー調査）、課題</div> <div>総合評価から、課題、提言する</div>
概要	系統的な文献検討から、保健医療福祉学と脳卒中、保健、福祉との現状についての理解を深める	脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える専門職者の現状と課題の検討を行う	脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支えるプログラムを開発し、評価、課題、今後に向けて提案につなげる

Figure0.1 論文の構成

## 第1章 保健医療福祉学における Grounded Theory Approach の有能性の検討

脳卒中高齢者をはじめとする対象に対し、ありのままの思いを表出していただき、その思いからそこで何が起きているのか、その現象を導き出すことによって、今後の対応や施策が発案できるのではないかと考えた。本稿において、その手法として Grounded Theory Approach (以下, GTA) について論述し、その分析が本研究により妥当なものであることを概説する。

### 第1節 研究の背景と目的

Proctor (2006) は、「期待する結果を得る為に、実践手法の有効性を支える十分に説得力のある証拠があるものを実践手法に活用する」と述べている。脳卒中高齢者における治療や社会生活の中での思いや状況を把握し支援していくためには、統計的なデータに偏らず、データに向き合う研究の検討が必要である。また、研究結果に責任を持ち、科学的、客観的にあらゆる角度から導く実践は、実証科学の拠り所になると考える。この実証科学の観点から研究方法を検討する場合、保健、医療、福祉の実践の効果を特に研究を駆使することで、脳卒中高齢者や支えていく者たちの体験や事象によって得られたデータから彼らが望む支援が実証できると考える。蓄積された知見を厳格に判断し、今後の保健・医療・福祉活動に活用できるといった展開に導くためには、どのような研究デザインがふさわしいのかを吟味する必要がある。

本稿では、保健医療福祉学の研究を進めるにあたり、対象の体験や事象に密着し、分析できる研究として、GTA の有能性について検討した。

### 第2節 保健医療福祉学研究における GTA の有能性

GTA は、データに密着した分析から独自の理論生成を可能とする研究である。GTA は 1960 年代に提案され、現在では、看護・保健、ソーシャルワーク、教育、リハビリテーション、臨床心理などのヒューマンサービスの多領域において関心がもたれている。

#### 第1項 GTA とその開発の経緯

GTA は、コロンビア大学社会学部で数量的研究について学んだ Glaser, Barney G と、徹底したフィールド調査の伝統を持つシカゴ大学社会学部で、「人を主体的で、創造的で、内省的だと考える。そして人と人との相互作用を重要視し、意味と行為の動的な関係に着目し、人々が意味を創造し伝える活動のプロセスに焦点を当てる」(Charmaz, 2006) という「Symbolic interactionism (シンボリック相互作用論)<sup>14</sup>」を提唱した Blumer のもとで学んだ Anselm L Strauss, Anselm L の2人の社会学者の共著である、『THE DISCOVERY OF GROUNDED THEORY:

---

<sup>14</sup> Symbolic Interactionism (シンボリック相互作用論) は、1960 年代初頭にアメリカの社会学者 H・G・Blumer が提唱し、社会学的・社会心理学的 perspective の1つである。人びとは相互行為を通じて、自己、社会、現実をつくり出すと考える pragmatism (実用主義) から生まれた理論的視点である。この視点は、意味と行為の間の動的な関係に焦点を当てるため、人びとが意味を創造し、伝える活動のプロセスに焦点を当てる。家族関係、formal 組織、教育のようなある特定の領域に範囲を定められた問題の理論的な解釈や説明ができる。

Strategies for qualitative research(データ対話型理論の発見)』(Glaser, Strauss, 1967. 後藤, 大出, 水野訳)の中で、初めて紹介された。

Symbolic interactionism では、

- (1)人間はものごとが自分に対して持つ意味に準じて、行為するということ、
- (2)ものごと（ものごととは、人間が、自分の世界の中で気にとめるあらゆるものを含む）とは、個人がその仲間と一緒に参加する社会的相互作用から導き出され、発生するということ、
- (3)個人が自分の出会ったものごとに対処する中で、その個人が用いる解釈の過程によって扱われたり、修正されたりするということ、

のような社会観・人間観に立脚した(Blumer, 2007)意義や方向性を示すものと捉えた。本研究の文脈でいえば、高齢者が脳卒中を発症し、身体に障害をもつことによって、他者からの支援を受けるといった相互作用を引き起こし、そのなかで絶えず「他者の援助を受けなくても生活できる手段」という経験の意味(symbol)を生成、修正、再構成する、とみなした。

一方、grounded は英語であり、grounded on data を意味し、日本語では「データに密着した」、または「データ対話型」と訳されている(木下, 2003)。つまり、grounded theory は、ある特定の社会現象においてデータの収集と分析を通じて「データに根ざした(grounded)分析、(theory)理論」、あるいは「データとの濃密な対話」を通じた理論生成を目的とする研究の理論である(Glaser, Strauss, 1967, 2008)。この理論生成に導く過程には、1960年代初期のアメリカでは、重病患者の死、臨終について、病院のスタッフが話をすることや、その事実を受け入れることが殆ど見られなかった(Glaser, Strauss, 1965, 1968)ことから始まっている。

この現状を知った Glaser と Strauss の研究チームは、さまざまな病院において、死にゆくプロセスがどのような現状や対処なのかを調査した。Glaser と Strauss は明確な分析的データ処理を行い、社会的組織と死に至るまでの時間順序に関する理論的な分析を生み出した。長時間の対話から、分析的思考を考案し、フィールドでの観察記録を分析した予備的ノートを作成した。Glaser と Strauss は、最期を迎えることについての分析を築く過程で、他のトピックスを研究する上でも、社会学者が採用可能な体系的な方法論戦略を生み出した。1967年に出版された Glaser と Strauss による『THE DISCOVERY OF GROUNDED THEORY: *Strategies for qualitative research*』で、はじめてこれらの戦略を明らかにし、既存の理論から検証可能な仮説を演繹することより、データに根差した研究から理論を生成することの重要性を主張した。また、この所説の中で Glaser と Strauss は、20世紀半ばに有力であった方法論的統一した見解に対し異議を唱え、そして斬新なメッセージを放ち、行為の実践的ガイドラインを携え、認識論的批判に加わった。そして、体系的な質的分析は独自の論理を持ち、理論を生成することのできるものという見解を示した。

Glaser と Strauss は、特に社会的プロセスの抽象的な理論的説明の構築を意図とし、1)データ収集と分析が同時に進行すること、2)分析的コードとカテゴリーを予め予想した論理的に演繹された仮説からではなく、データからコードとカテゴリーを構築すること、3)継続的比較法を使用し、分析の各段階において比較を行うこと、4)データ収集や分析の各段階において理論の開発を進めること、5)メモ書きによってカテゴリーを精緻化し、それらの特性を明確に記し、カテゴリー間の関係を定義し、差異を特定すること、6)サンプリングは理論構築を目指すもので、母集団の代表性を目指すものではないこと、7)独自の分析を展開した後、先行研究

調査を行うこと、以上、7つの項目は、Grounded Theory の実践を示す構成要素であった。この構成要素は、調査の過程や、分析能力に対しての助けにもなると述べられていた (Glaser, 1992; Glaser, Strauss, 1967)。Glaser と Strauss は、記述的研究を超える説明的、理論的枠組みの領域に移行し、調査対象となる現象について抽象的な概念的理解を提供することを目指した。

Glaser と Strauss は、ある社会的場面や慢性の疾病を抱える等の特定の経験における心理プロセスを研究することに深い関心を抱いていた。Grounded Theory は、研究過程を新しい理論的用語を使って説明し、理論的カテゴリーの特性を詳細に説き明かし、あるプロセスが出現して変化する原因と条件を明らかにし、その結果を描出するものであった。Grounded Theory は、領域密着理論であり、特定の具体的な領域を横断し、フォーマル理論のように、抽象的な概念を生成し、それらの関係性を特定することで、複数の具体的な領域の問題を理解することができる。新たな具体的な領域での探索が、フォーマル理論を精緻化するのに役立つとされる。死にゆくことに関する研究の中で、地位の変化について生成した理論的カテゴリーを多様な特定領域を横断する一般的なプロセスとして検討することで、Glaser と Strauss の論理はフォーマル理論化へと発展した (Glaser & Strauss, 1967)。また、Glaser と Strauss (1967) は、最初の所説の中で、読者に対し、Grounded Theory の戦略を自分なりの方法で柔軟に使用することを勧めている。Grounded Theory のプロセスは、データ収集から始まり、分析の執筆、全体の過程への振り返りで終了していくが、実践においては直線的ではなく、考えが浮かぶたびに立ち止まり、さらにより深い理解を得るためにフィールドに戻り、理論的サンプリングを行うことにある。

Glaser と Strauss (1967) と Glaser (1978) の古典的所説以来、Grounded Theory は異なる方向に変化していった (Charmaz, 2000)。Glaser は、自らの分析のスキルを、質的分析を体系化し、その実践に明確なガイドラインを設けた。Glaser は、この手法に対する彼の初期の解釈を長年固守し、そのため、Grounded Theory を発見の手法を定義づけ、カテゴリーをデータから浮上するものとして扱い、Strauss (1987) はこの手法を検証の方向へと移行させ、Juliet M. Corbin はこの方向性を一層強め、独自の新たな手法的手順を見出した (Corbin & Strauss, 1990)。Glaser (1992) は、Corbin と Strauss の手順はデータと分析について先入観をもって予想したカテゴリーに押し付けるものであり、Grounded Theory の根本的な見解と矛盾すると強く批判した。さらに Corbin と Strauss の Grounded Theory に対し、Glaser は何度も反論したが、彼らの著書は構築主義として広まった。

Grounded Theory のガイドラインは、コード化、メモ書き、理論生成のためのサンプリングを使用することは可能であり、研究過程の各段階を説明し、そこを通過するための道のりを提示する。各研究者は、さまざまな研究を行うために、これらのガイドラインを導入し応用していた。

第2項 我が国における GTA の文献検討

我が国で発表された原著論文，研究報告，実践報告等として掲載された論文を対象に，EBM の推進に寄与できる GTA 研究の実践に向けて現状を検討した．選択した学会誌・学術専門誌の基準は，メディカルオンラインで2003 年より 2013 年までの過去 10 年間までの掲載されている保健・医療・福祉系の学会誌・学術専門誌のうち，学術学会が定期的に発刊することを条件にした，41 誌に着目した (Table1.1)．

GTA による研究と明示されている研究は全体として 144 編であり，原著論文 31.94%，研究報告 31.25%，抄録 23.61%等であった (Table1.2)．研究の分析方法については，GTA89.58%が最も多かった (Table1.3)．GTA の種類では，M-GTA<sup>15</sup>での分析が 81.25%と最も多く，GLaser 版での研究は 1 篇のみであった． (Table1.4)．また研究対象は，患者 48.61%が最も多く，次いで医療者 27.77%等があった (Table1.5)，対象選択妥当性についての明示はなく，実際には所属先等の便宜的サンプリングが多いものと推察される．

倫理的配慮については，審査を受け配慮した内容の記載があるものは 36.11%で，全体数としては非常に少ないといえる (Table1.6)．研究の妥当性や信頼性の明示は 5 編であった．またアドバイザーについては，4 割弱の研究者が信頼性保持の目的で指導等を受けていた

(Table1.7)．

GTA は，緻密に研究のプロセスを進めていくことに意義があるため，研究者は分析過程やその後の活用法にいたるスーパーバイズを受け，信頼性や妥当性を高めていく必要がある．また GTA は，系統的なデータ収集を行うためには長期間を要する．GTA は，人間の多様な現象を扱うという特徴があり，どのような視点で現象を捉え，研究を進めるのか重要である．

Table1.1 文献検討に用いた学会誌

(2014 年 6 月現在)

<b>保健系16編</b>	メディカルオンライン2003年より2013年
精神保健福祉, 学校保健教育, 学校保健研究, 日本保健科学学会誌, 小児保健研究, 日本保健医療行動科学会誌, メンタルヘルスの社会学, 母性衛生, こころの健康, 家族心理学, 人間ドック, 日本在宅ケア学会, トラウマティック・ストレス, 産業ストレス研究, 国際保健医療, 小児保健医療	
<b>医学系22編</b>	メディカルオンライン2003年より2013年
理学療法科学, THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL, 精神障害とリハビリテーション, 医学教育, 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌, 日本褥瘡学会誌, 作業行動研究, リハビリテーション連携科学, 日本社会精神医学会雑誌, 日本渡航医学会誌, 日本呼吸器学会雑誌, コミュニケーション障害学, Comprehensive Medicine 全人的医療, 医学教育, 音声言語医学, 米子医学雑誌, 心臓, 日本農村医学会雑誌, 病院・地域精神医学, 日本難病看護学会誌, 北日本看護学会誌, 日本医学看護学教育学会誌, 日本看護医療学会雑誌, 日本看護科学会誌	
<b>医療・福祉系3編</b>	メディカルオンライン2003年より2013年
老年社会科学, 日本認知症ケア学会誌, 民族衛生	

Table1.2 GTA による研究と示されている研究数 n=144

原著論文	46編(32.94%)
研究報告	45編(31.25%)
抄録	34編(23.61%)
資料論文	3編(2.08%)
短報	1編(0.69%)
記載なし	15編(10.42%)

(出典:メディカルオンラインをもとに筆者作成 2014 年 6 月現在)

<sup>15</sup>修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) の主要特性は，①理論特性 5 項目と 4 項目を見たすこと，データの切片化をしない，③データの範囲，分析テーマの設定，理論的飽和化の判断で方法的限定を行うことで，分析過程を制御する，④データに密着した分析をするためのコーディング法を独自に開発した，⑤研究する人間の視点を重視する，⑥面接型調査に有効に活用できる，⑦解釈の多重的同時並行性を特徴とする，(修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) の分析技法. 木下康仁. 富山大学看護学会誌. 6(2). 2007)

一方、医療職が第一著者である論文は、50 編（34.72%）であり、これは施設名の記載により判断したが、社会人大学院生として所属している可能性もあり、正確な値とは言えない。また、論文の分類は、原著論文の数は少ない。臨床で実施される研究は、今後も大学などの教育・研究機関と連携し、科学的研究プロセスを辿ることで、根拠を目指す研究が期待できる。

さらには、研究結果より、抽出された現象を用いて、効果が得られると思われるプランやプログラムを開発・実践していく研究にもなりうる。しかし GTA を熟知することは容易なことではなく、GTA による分析の最終目的は、社会現象を現象を説明するための実証分析で役立つような明確な理論を作ることにある。また質的分析において、GTA は近年、その研究成果が認められつつあるが、保健・医療・福祉学全体としてみた時、まだ研究は少ない。GTA の更なる活用が、保健・医療・福祉分野における実証研究に必要である。

Table1.6 倫理的配慮の記載

審査を受け配慮した内容の記載があるもの	52編(36.11%)
審査は受けていないが倫理的配慮の記載のある論文	44編(30.55%)
具体的な配慮のない論文	1編(0.69%)
その他	14編(9.72%)

(出典: メディカルオンラインをもとに筆者作成 2014 年 6 月)

Table1.3 研究の分析方法

GTA	129編(89.58%)
ミックス・メソッド	15編(10.42%)

(出典: メディカルオンラインをもとに筆者作成 2014 年 6 月)

Table1.4 GTA の種類

M-GTA	117編(81.25%)
Strauss版	2編(1.38%)
戈木版	5編(3.47%)
Strauss・Corbin版	3編(2.08%)
Glaser版	1編(0.69%)
その他	1編(0.69%)

(出典: メディカルオンラインをもとに筆者作成 2014 年 6 月)

Table1.5 研究対象者

患者	70編(48.61%)
医療者	40編(27.77%)
家族	20編(13.88%)
その他	14編(9.72%)

(出典: メディカルオンラインをもとに筆者作成 2014 年 6 月)

Table1.7 研究のアドバイザーの有無

スーパーバイズを受けたもの	57編(39.58%)
不明	79編(54.86%)
共同研究者らによるチェックを受けたもの	8編(5.55%)

(出典: メディカルオンラインをもとに筆者作成 2014 年 6 月)

### 第3節 本研究で用いる GTA の手法

#### 第1項 Grounded Theory の内容特性

Glaser と Strauss(2008)は、創出される Grounded Theory が備えるべき 4 つの内容特性を挙げている。第 1 に、現実に基づく、密着した理論であり、その結果は現実と適合している。第 2 は、データ分析の対象となったデータのみを説明できるものではない。第 3 は、ある程度の一般性がある。第 4 は、現実と適合し一般性があるだけでは不十分であり、応用者に理解しやすく、その結果、応用者は生成された Grounded Theory を基に、現実場面でコントロールが可能になる。この第 3 及び第 4 は、今後、実践の中で活用し修正していくことを意味するものと解釈できる。Grounded Theory の内容特性は、研究結果が Grounded Theory になりうるかを判断する基準としての評価項目になる。この評価項目は、保健医療福祉学における研究を進める上で、分析を判断する基準として活用できる (Table1.8)。

Table1.8 研究の結果創出される Grounded Theory が  
備えているべき内容面の特性 (Glaser, Strauss. 2008)

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 現実と適合していること。</li> <li>2. 理解しやすいものであること。</li> <li>3. 一般性があること。</li> <li>4. 応用者は創出された Grounded Theory を基に、現実場面においてコントロールが可能であること。</li> </ol> |
|--|

## 第2項 Grounded Theory の過程

Glaser (1992) の述べる Grounded Theory は、ある一方向にその過程を踏むのではなく、過程を行き来しながら研究を進めていく (志村, 2007)。

### 1. 研究の準備段階

Grounded Theory は、対象領域に密着したデータを収集し、そのデータを継続的に比較分析することにより、領域で起こっている事象を説明する。データから浮上する概念こそ事実とする立場から、問題設定において先入観を極力排除しようとする特徴がある。すなわち問題設定の段階では当該領域で何が起こっているのかという一般的な問題を設定することとしている。

### 2. 第2段階：データを収集する段階

Grounded Theory の標本抽出は理論的標本抽出 (theoretical sampling) と呼ばれる。理論的標本抽出は理論生成のためのデータ収集の過程であり、分析者は収集、コード化、分析を同時進行的に行い、理論生成のために次に必要となるデータ収集を決定することである。すなわち、データの収集、コード化、分析が2重、3重のらせん的におこなわれるといえる。理論的標本抽出の一般的な手順は新たなデータが注ぎこまれる度に継続的比較を通してデータ収集の方向性を示し、さまざまな領域と他のコードとのつながりを重んじながら理論的に飽和するまで理論的發展を続ける。理論的標本抽出は飽和<sup>16</sup>し、推敲され、浮上した理論を組み込まれた段階で中止される。Glaser (2002) は、「すべてがデータである」と述べている。研究の現場や研究に関わる事柄や事象はすべてデータになり得るといえる。そのデータ収集の際に研究者は、インタビューデータを先入観で予想したカテゴリーに強引に当てはめてはならない (Glaser, 1978; 志村, 2007)。研究者の質問で、重要な質問や回答を強要する質問はしない。研究者の質問とインタビューのスタイルが、研究の文脈、枠組み、内容の方向付けに影響するためである。

### 3. データを分析する過程

#### 1) 継続的比較分析

理論的標本抽出の過程において既にコード化と分析が同時進行するが、抽出された標本を分析する過程を継続的比較分析と呼んでいる。この過程で始めにデータにおけるインシデントと

<sup>16</sup>飽和とは、同じパターンが何度も繰り返されるのを確認することではない。これは、そのパターンの新しい特性が現れなくなるまで、そのパターンの異なる特性を産出する、出来事の比較を概念化したものである。仮説に体験したことの明確化や概念化したものを統合した際に、理論的な完全性のある Grounded theory の理論を構築するものである (Glaser, 2001)。



概念 (concept) が比較され、やがて概念同士が比較される。この作業のためにデータをコード化することが重要となる。新たなデータを収集する必要性が生じる場合もあり、理論的標本抽出、コード化、および分析が同時進行する。次いで、その解釈に基づき、カテゴリー名をつける。これらの作業は、concept-indicators work sheet を用いることで、データの意味を解釈し、具体例を丁寧に説明できるようなカテゴリーの生成を目指していく。

### (1) コーディング (Coding)

#### ①オープン・コーディング (Open coding)

第1段階目のコード化はオープンコーディングと呼ばれ、次の事柄に答えようとする作業である (Glaser, 1992, p. 38; 志村, 2007)。

- a. このデータは何を研究するものか？
- b. このインシデントは何の領域を示唆しているのか？
- c. データにおいて実際に何が起きているのか？

#### a. について

最終的には核概念を発見することを導く質問である。

#### b. について

経験的実態とコードによってまとめていくことを支持するものである。

#### c. について

理解しづらい、分かりにくい現象について、紐解いてみようという姿勢を続けることを示している。

#### ②セレクトティブ・コーディング (Selective coding)

オープンコーディングの過程において核となる概念、すなわち継続的に浮上し、かつどのインシデントにも関わるコードが浮上することを期待するが、オープンコーディングがこの期待に沿った場合、次の過程としてこの核概念に関係するコード化を行う。これを Selective coding と呼ぶ (Glaser, 1978, p. 61, p. 72; 志村, 2007)。

#### ③理論的コーディング (Theoretical coding)

核とした概念を中心とした Selective coding を次の過程では、理論的にコード化する (Glaser, 1978, p. 38)。この理論的コーディングの過程を助長するのがコーディング・ファミリー<sup>17</sup>と呼ばれる 24 項目であり、Glaser 派特有のものである。これらは、絶対的なもので

---

<sup>17</sup> Glaser は、理論的コーディングの過程を付与するとし、1978 年に 18 種類の理論的コード化群を紹介している。これは、「6 つの C: 原因 (Causes), 文脈 (Contexts), 偶然性 (Contingencies), 帰結 (Consequences), 共変動 (Covariances), 条件 (Conditions)」 「程度」 「次元」 「相互行為的」 「理論的」 「種類」というコード化群等の分析的カテゴリーが含まれる。同様に「アイデンティティ自己」「手段-目的」「文化的」「合意」という主要な概念から派生するコード化群もある。 *Doing Grounded Theory* (1998) では、いくつかの初期のコード化群を詳述し、「相反するペア」「表象」「規模」「乱歩」「構造的-機能的」「ユニット・アイデンティティ」のコード化群をさらにリストに追加している。

はなく、調査者が理論的レベルで分析することを助長する役割がある。ここまでの過程において調査者は、新たなデータを収集する必要性が生じる場合も考えられ、そのようなことから、理論的標本抽出、コード化、分析が同時進行していく。

#### （４）理論的メモ書き（theoretical memoing）

ここまでの過程において調査者は、必要と考えられる事柄を書き留めていく。この作業を理論的メモ書きと呼んでいる。分析の過程でアイデア、仮説、図、表等が浮上した場合、作業を中止し、書き留める作業をしていく。これらのメモ書きは、後のアウトラインを構成することにもなる。メモとして書き留める事柄等には、コーディングの過程で浮上したコードの解説、コード同士の関係であり、調査が進むにつれ、書き留めていく内容も増えていく (Glaser, 1978, p. 83; 志村, 2007)。

#### （５）先行文献に関する調査

一般的に先行文献に関する調査は研究初期に行うが、Grounded Theory では文献調査がこの段階で行われる。コード化されたデータの分析が終了し、核となる概念の文献を調査することが Grounded Theory における文献調査である (Glaser, 1978, p. 38; 志村, 2007)。

#### （６）理論的分類と理論的アウトライン

理論的分類とは、データを分類するのではなく、浮上した理論をアウトラインに入れ込むためのメモの概念的分類である。分類は理論的コードを用いてコンセプトの関係を作り上げ、また、この過程でより多くのメモの作成やそれ以上のデータ収集を促進することがある。理論的アウトラインは、理論的分類によって分類されたコンセプトを順序だてて説明する過程である。研究者本人がわかっているのみではなく、第三者に言語化して伝えるための順序を考察する過程である。

#### （７）執筆過程

調査者によって作成されたメモは、核となる概念を中心に順序だてて執筆していくことで、Grounded theory の過程が終了する (Glaser, 1978, p. 116, p. 128; 志村, 2007)。

---

Glaser のコード化群のいくつかは、特定の分析カテゴリーを示しているが、概念的な特性をまとめている。例えば、「単位」という群は、グループ、家族組織、集合体、地域、社会における、地位、役割の単位という構造上の単位が含まれる。Glaser はこれに状況、社会的世界、社会的文脈を含めた。以上から、これらは特定領域理論に関係づけができ、分析の際にコーディング・ファミリーを活用することができる。しかしながら、この 24 系統は絶対的なものではなく、あくまでも研究者の理論レベルで分析することを助長するものである (Glaser, 1978)。

生成された理論について、Glaser は次のように述べている。

「Does the theory work to explain relevant behavior in the substantive area of research? (その理論は調査の独立した領域に関する行動を説明するのに使えるのか)」

「Does it have relevance to the people in the substantive field? (その理論は調査の独立した領域の人々に関連性を持たせるか?)」

「Does the theory fit the substantive area? (その理論は調査の独立した領域に適合するか?)」

「Is it readily modifiable as new data emerge? (その理論は新たなデータが浮上した際に容易に修正できるか?)」 (Glaser, 1978/1998; 志村, 2007)

Glaser のこの問いかけに十分耐えられる理論であり、調査者が十分な厳格性を保持できているのであれば、調査結果として取り上げられる。この4つの基準は、生成された理論の理論的飽和を確認するための基準としてもみることができ、執筆後の評価基準にも成りうる。

#### 第4項 他の質的研究手法と Glaser 版 GTA の比較 (Table 1. 10, 1. 11)

他の質的研究手法と Glaser 版 GTA を比べた場合、GTA は臨床に応用されやすい理論を提供することを目的とし、保健医療福祉学における研究の目的と合致する。ライフストーリー・インタビュー、ナラティブ・アプローチ等は、対象に関して記述された内容の詳細さ、物語性やリアリティのある記述から読者に有用な示唆を与えることを目指し、これらが研究結果の前面に出てくる。一方、Glaser 版 GTA は、基本的には論証でのデータに基づき、当該現象を説明できるコンセプトやカテゴリーを生成し、データ、カテゴリー、およびコアカテゴリー間での継続的比較分析を行い、カテゴリーやコアカテゴリーから構成される理論の生成を目的としている。つまり、Glaser 版 GTA は、対象とする現象を抽象化しカテゴリーを創り、カテゴリー間が相互に関係する「構造」「骨組み」を抽出する(木下, 2008)。そのため、対象とする個人や場面に関する記述は、研究結果の前面に出てくるのではなく、研究のための素材となる。Glaser 版 GTA にはこのような特徴があるため、他の質的研究手法に比べ、物語性は希薄になる。しかし、まとまりのある仮説として提示されることから、実践場面において活用できると考える。

Table1.10 各 Grounded Theory Approach の特徴の概説

	Glaser・Straussオリジナル版	Strauss・Corbin版	Glaser版	修正版GTA
研究者	Glaser・Strauss	Strauss・Corbin	Glaser	木下康仁
物 参 考 出 版	THE DISCOVERY OF GROUNDED THEORY: strategies for qualitative research.(1967)他	Basic of Qualitative Research:Grounded Theory Procedures and Technique(1990)他	Basic of Grounded Theory Analysis(1992)他	グラウンデッド・セオリー・アプローチ-質的実証研究の再生(2003)他
認識論と特性	Straussと実証主義を重視するGlaserが新しい実証主義的質的研究論として始めた。領域密着理論に比重を置きながら逐次的に拡張していくことにより、フォーマル理論の生成も主張している	質的研究を重視。「シンボリック相互作用論」として、主観的社会的意味は、そこで用いられる言語に依存し、相互行為によって生成されるものと捉えている。実証主義的GTA	計量的、実証主義的社会学を重視。数量的認識論への親和性と象徴的相互作用論。Grounded on dataの立場で唱えている	Grounded on dataの原則、概念を最小単位としたコーディング法、実証性、コーディングと平行の深い解釈、応用の検証等を強調している
分析方法	患者へのインタビューや観察などを行い、得られた結果をまず文章化し、特徴的な単語などをコード化し、データを作る。その上で、コードを分類し分析する。データをとった上で、データに立脚して仮説や理論を構築することを目指す。仮説の発見もしくは生成、プロセスがその研究の理論の価値を決めることは重要な基準となる	あらかじめ設定する解釈的枠組みにデータを合わせて分析、一定の柔軟性は保持しつつも、極めてシステムティックに確立された研究手法。オープンコード化が第1プロセスであり、データに内在する概念と特性を継続的に比較し、カテゴリーを洗い流す分析過程。オープンコード化には、「概念化」と「カテゴリーの発見」という段階が存在する	本来のグラウンデッドセオリーにおいて、概念やカテゴリー化というのは、あくまでデータの分析を通じて生成される(emergence)ものであり、体系的で継続的な比較法の使用こそが重要である。分析過程で、コーディング・ファミリーやconcept-indicatorsを活用して分析できる	データの切片化はしない。データの解釈、概念生成、カテゴリー生成のすべてにわたり継続的に比較法を組み込んでいる。類似比較ではなく、対極比較、反対例の比較を行う。その結果をワークシートの理論的メモ書きに記入していく
理論的飽和化	あるカテゴリーに関連のあるデータを何度も密着しても、それ以上発展させることができない、そしてすべての減少に説明がつくようになった状態が理論的飽和で、研究の完成段階を意味する	理論的飽和について3点をあげている。あるカテゴリーに関して、重要なデータがもう現れない、カテゴリーが特性と次元という点で十分発展している、カテゴリー間関係が十分に精緻化されており妥当性が確認できた状態、としている	「継続的比較分析」と「理論的サンプリング」を通じ、データ収集と理論生成を繰り返す。このように生成されてきた理論により、現象を十分に説明できると判断され、データ収集と理論生成は終了する。理論的飽和化しているかどうかは、分析テーマの設定にも拠る	理論的飽和化を2点で考えられ、分析結果から立ち上がってくる部分の完成度という側面と結果のまとまりが論理的密度をもって成立し得るデータの範囲の調整を行い、このバランスで理論的飽和化を判断してよいという側面
用語の捉え方	「概念」という用語は「概念」とし、データから引き出された概念であり、現象を表すもの	概念はカテゴリーとし、データから引き出された概念であり、現象を表すもの	理論の構成要素として概念「コンセプト」もしくは「カテゴリー」としている	生データの分析から生成された複数の概念間のまとまりのみに「カテゴリー」という用語を限定、他は概念としている

出典：山野(2009)、高木(2011)bを参考にし、筆者作成

Table1.11 各帰納的研究方法の概説

帰納的研究方法	概 略
バイオグラフィー	研究者に語られた言葉や、文書やアーカイブとして残されたデータから個人の経験を研究する
エスノグラフィー	民族史とも呼ばれ、それぞれの民族の文化の行動様式を解析する人類学から分化したものであり、あるフィールドで生活する人たちの生活や文化を調べることを目標として、質的データを、ある観察者の視点から一貫して記述する
現象学的方法	数名の対象者の人生経験や意味について概念や現象を描出する
GTA	厳格な研究方法によって得られたデータから理論をシステムティックに生成し、説明力のある理論を創りだすことを目的とした手法である
事例研究法	一例または数例の事象について個別的・経験的な知見から、より一般的な事実や法則の体系化など、詳細に調べ、分析、研究する
KJ法	川喜多二郎氏によって創案された創造力を培い、創造を励ます方法。現場の生の情報を多くのカードに書き出していき、類似しているカードを4～5枚程度にまとめ、グループ名を考える。そしてそれらの関係を考え図解するなどの作業を行う。研究者が、思い込みで現実を理解・認識してしまうことを避けるための手法である
解釈学的方法	ナラティブ・アプローチやライフストーリーがある。対象者の経験的世界とその意味、歴史文化的背景の影響、ライフサイクルやライフタスクとの関係などに着目しながら、人間形成の過程と様相を描出し、解釈する

(出典:高木(2011a)を参考にし、筆者作成)

## 第5項 本研究が Glaser 版 GTA に準拠する理由

保健医療福祉学における研究で扱うテーマは、以下の3点において Glaser 版 GTA に準拠することが有効である。

選択理由の第一は、Glaser は、「データにおいて何が実際に起っているのか」を探究する重要性を述べていることである。これは、Glaser はコロンビア大学で Lazarsfeld, P. F. のもとで GTA が確立される基盤となる質的数学、コアカテゴリー、理論的コード、および仮説生成を目的として方法論を学んでいることによる。

第二の理由は、コーディングの方法である。Glaser はコーディング初期のデータからコア・バリエブルが浮上することを念頭においているが、Strauss は初期過程で 5W1H に代表されるフェイスシート情報を収集している。そして次に、アクシアルコーディングの過程で状況、内容、連続性を利用しコーディングを行っている。しかし、Glaser は、すべてのデータがこの方法でコーディングできないため、GTA が避けるべき強制的分類であると述べている。これに対し、Glaser は理論的コードとしてコーディング・ファミリーを紹介している (Glaser, B. G, 1978; 志村, 2008a; 志村, 2008b)。これはカテゴリーの系統で、過程、程度、側面、タイプ等 24 項目を参考に、理論的コーディングを行うことができる。例えば筆者が取り扱う研究では、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の過程の理論生成を目的とし、脳卒中高齢者の言葉の意味の解釈を重視するため、脳卒中高齢者の再編成に向かう行動を分析対象とした。脳卒中高齢者が再編成に向かう行動とは、機能障害により引き起こされる心理的葛藤を乗り越え、障害をもちながらも生活様式を立て直していく行動である。Glaser 版 GTA では、特に患者にとっての意味を把握することに力点が置かれている。そのため、脳卒中高齢者の言動の背景にある内的な意志を捉えようとする研究に適切と判断し、本研究に採用した。

第三の理由は、Glaser 版 GTA は、concept-indicators を用いて分析する等、文脈やプロセス性を重視した分析が可能な長所をもつことにある。筆者は、脳卒中高齢者が自由に意思を表現できることで、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に向かう行動形成の過程が明らかにな

りうることから、Glaser 版 GTA を用いた。Glaser 版 GTA は、面接型調査に有効性を発揮し、研究の手法に関しても妥当であると判断した。

このことから、対象に起きている実際の出来事や、経験等から、研究者の抱く直感や分析的な発想等にいたるまで、難しさも感じるが、データに根ざした理論生成を目指すことになる。GTA は、データから語りかけてくる言葉を基点に統合し、そして徹底した比較を行う重要性を述べる点においても、本研究に応用できると考える。

保健医療福祉学の研究において、本研究の目的が仮説生成型の研究目的であるため、Glaser 版 GTA を適用することが適当であると考えた。サンプリングの方法は、理論的サンプリングであり、インタビューによってデータを収集し、継続的比較分析法によって分析することで、明確な方向性を見出すことができるのではないかと考えた。

#### 第4節 小括

本章では、保健医療福祉学の研究における GTA の有効性について検討した。データに密着した研究方法として、Glaser 版の GTA を筆者は推奨し、本研究の質的調査において、この分析方法に準じて考察していくが、研究者の捉え方によって異なる見解もある。どのような研究から何を目指したいのか、また結果と脳卒中高齢者、保健、医療、福祉との関係等も念頭においた研究方法の検討が重要な課題である。脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の方向性を見出すことが可能となった場合、保健、医療、福祉に携わる専門職者としての自覚をもって、各役割と専門性を活かすことで、社会に貢献できると推奨する。

また、本研究を進めるにあたり、分析の手法に準じて事象を見出し、中核となるものから、課題や行動化にいたる方向性につなげていく。

## 第2章 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成について

### 脳卒中高齢者と支える看護師の現状と課題

#### 第1節 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の現状と課題

##### 第1項 研究の背景と目的

従来の看護の方向性は、「障害をもちながらその人らしく生活していくこと」を原則とし、障害された運動機能の再獲得と障害受容を目指している(酒井, 1998). 障害受容に関しては, Cohn の障害受容のプロセスや Fink の危機モデル(遠藤, 1988; 小島, 2008)などの理論を演繹的に用いられた研究(小島, 2003), 自尊感情(篠原, 児玉, 迫田他, 2003)の視点から行われた研究が多い. これらの理論について本田(2000)は, 結論の抽出法が不明確なこと, 各時期やリハビリテーションとの関係が不明確なこと, 中枢神経障害を対象とした研究から導き出された理論ではないことを指摘している.

また, 脳卒中高齢者の回復過程に関する研究について Doolittle(1988)は, 医療者の視点であること, 認知能力や表現能力の障害により研究対象にされにくい点, 発症初期からの脳卒中高齢者の主観的体験についての研究が少ない点をあげている. 脳卒中高齢者の主観的体験に焦点を当てた研究は, ある一時点の横断研究(高山, 1997; Burton CR, 2004)であり, 発症初期からの脳卒中高齢者の主観的体験の変化は述べられていない. 縦断的な研究(三毛, 2003)では, 発症からの経時的な変化に影響を及ぼす要因については明確にされていない. 『看護の社会政策声明』(American Nurses Association, 1995)においては, 健康と疾病に対する人間の経験と反応や高齢者等の主観的体験の理解から得た知識と, 客観的データを統合する必要性を強調している.

このことより, 脳卒中高齢者の主観的体験に着目しその体験を体系化することは, 従来の障害受容モデルに加え, 脳卒中高齢者固有のライフスタイル再編成につながる保健, 医療, 福祉の新たな方向性を見出すことを可能にすると考えられる. そこで, 脳卒中高齢者の主体的な治療や療養生活への取り組みをサポートするという観点から, 発症後から引き起こされる強い心理的ダメージ(岡田, 小林他, 1998)と, ライフスタイル再編成との関連について, 脳卒中高齢者の主観的体験による現状を把握し, 課題を明らかにすることを目的とした.

##### 第2項 研究方法

###### 1. 方法

本研究は, 半構成的面接によるインタビュー内容の内容分析から, 脳卒中で運動機能障害をもちライフスタイル再編成に向かう高齢者の主観的体験による現状や課題を明らかにするために質的帰納的研究を行った.

###### 2. 研究対象

対象は, A 県 B 病院の脳卒中急性期病棟に入院し, 急性期もしくは急性期を脱して間もない状態よりインタビューが可能である, 脳卒中による運動機能障害を有する 60 歳以上の患者で, A 県 B 病院の病院管理者に紹介を受けた 16 名とした(Table2.1). 運動機能障害は, 麻痺があり(程度は基準を設定していない), リハビリテーションを行っている者とし, 失語症, 認知障

害、高次機能障害を有する者は対象としなかった。インタビュー開始後、退院し外来通院もしくはA県C病院(リハビリテーション)へ転院となった場合も、対象者として扱った。

平均年齢は 75.5(SD10.5)歳であった。発症時の麻痺の程度は、完全麻痺から軽度の麻痺までさまざまであった。1回のインタビューの平均時間は 41.4(SD14.9)分、インタビュー回数は1名につき平均 5.4 回であった。インタビューは理論的飽和が得られるまでとし、発症後 10 日目から平均 2～3 ヶ月後までの期間で行った。16 名全員から録音許可が得られた。

Table2.1 対象の概要 \*MMT：徒手筋力テスト N=16

ID	性別	年齢	病 名	麻痺側	発症時MMT	インタビュー回数
1	女	60	脳出血	右	上下肢2/5	9
2	男	68	脳出血,脳梗塞	両側	上下肢4/5	5
3	男	70	脳出血	右	上肢3/5下肢4/5	8
4	女	98	脳出血	左	上肢1・2/5下肢2/5	4
5	女	88	脳出血	右	上下肢2/5	4
6	女	69	脳出血	左	上下肢0・1/5	14
7	男	70	脳出血	左	上下肢4/5	2
8	女	68	脳梗塞	右	上下肢0・1/5	13
9	男	72	脳出血	左	上下肢2/5	4
10	女	81	脳出血	右	上下肢2・3/5	4
11	男	61	脳梗塞	左	上肢1/5下肢4/5	5
12	女	87	脳梗塞	右	上下肢4/5	3
13	女	83	脳出血	右	上下肢0・1/5	3
14	女	78	脳梗塞	右	上下肢2/5	4
15	女	84	脳出血	左	上肢1・2/5下肢3/5	3
16	男	71	脳梗塞	左	上下肢2/5	3

### 3. 調査期間と方法

インタビューは 2009 年 4 月～9 月に実施した。事前に病院管理者及び看護管理者に対し、研究対象となる脳卒中高齢者の選定、半構成的面接の実施に関する依頼をした。インタビューは個別に病棟の面会室で実施し、1回の時間は 30 分程度とした。Glaser 版 Grounded Theory Approach(以下、GTA)(Glaser, B. G, 1978, 1992a, p. 22-38, 1992b, p. 1-210)では、基本的には話の文脈を重視することから、発症後の思いや生活について自由に語ってもらった。インタビュー内容は、研究対象者本人の承諾を得て IC レコーダーに録音し、録音当日中に逐語録を作成後、速やかに消去した。

### 4. 分析方法

脳卒中高齢者に対し、半構造的面接から得られたデータを、Glaser の確立されているプロセス(Glaser, B. G, 1978, 1992, 2002; 志村, 2008))に準じて分析した。この分析方法については、第1章で詳述した。

### 5. 分析の信頼性と妥当性

インタビュー中は、高齢者の語りを確認しながら、訂正や補足を受けることでデータの信頼性を確保した。データの分析過程は、教育研究者に、コアカテゴリーの生成方法から分析結果の取りまとめに至るまで、スーパーバイズを受けた。データ分析結果の信頼性と妥当性の確保



のために、複数の研究協力者と共にインタビューのデータを繰り返し読み、再度分析に努め検証した。

## 6. 倫理的配慮

病院関係者に文書と口頭で研究の趣旨と方法を説明し、対象者の紹介を受けた。対象者に研究の趣旨と方法、研究への参加は自由意思であり、同意書への署名後でも辞退でき不利益は被らないこと、インタビューはプライバシーの守られる個室での実施、データの厳重な保管、研究結果の公表とその際の個人情報の保護について、文書と口頭で説明した。インタビューの逐語録やメモは、個人を特定できないように ID で記載した。スーパーバイザーへのデータの一部開示について、守秘義務を履行した。

なお、本研究は、秋田大学医学部倫理委員会、病院倫理審査委員会で承認された後に実施した（2009 年 3 月承認）。

## 第3項 結果

### 1. 分析結果

初期のインタビューからコーディングを開始し、カテゴリーの積み上げ、カテゴリー同士の関係を分析するために、インタビューを入退院の状況とすり合わせながら継続した。

以下、コアカテゴリー【 】、カテゴリー[ ]、コンセプト〈 〉、コード（ ）、各場面に意味関連ある対象のことは「 」と記載した。

継続的比較分析法によって創発されたコアカテゴリーは、【絶望と希望の去来における自由の選択】であり、その特性としては、【絶望と希望の去来における自由の選択】は、[疾患や障害をもったことを確認する段階][新たな価値観を得て自己実現を目指す段階][自分らしさを獲得していく段階]の3つの段階と[他者との関係性を構成すること]の1つの条件を含有している。このうち、[疾患や障害をもったことを確認する段階]、[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階]、[自分らしさを獲得していく段階]の3つの段階は、コアカテゴリーを成立させるプロセスである。[他者との関係性を構成すること]は、3つの段階を得ていく条件でもある。

[疾患や障害をもったことを確認する段階]は、〈生きた心地がしない〉〈身動きがとれない〉〈運命に任せるしかない〉の3つのコンセプトによって段階が構成されており、〈運命に任せるしかない〉というコンセプトをトリガー<sup>18</sup>として、プロセスアウトし、第二の段階である[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階]として、〈障害と共に生きていく〉〈希望を探究する〉の2つのコンセプトに移行する。第三の段階である[自分らしさを獲得していく段階]である〈自分らしさを取り戻す〉〈自分の生きる道を自分で決める〉の2つのコンセプトによって構成する。これらは順番に経過したり、ある一定方向のみに向かうものではなく、さまざまな場面で【絶望と希望の去来における自由の選択】を繰り返しながら、ライフスタイル再編成にむけて、各段階や条件、コンセプト間を行き来するという関連性があった(Table2.2)。概念図(Figure2.1)とマトリックス(Figure2.2)で関係性を構造化した。

---

<sup>18</sup>トリガーとは、銃の引き金のように、物事を引き起こすきっかけのことである（大辞泉）。

Table2.2 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成における現象

【コアテーマ ゴリー】	【カテゴリー ゴリー】	〈コンセプト〉	(コード)	
絶望と希望の未来における自由の選択	疾患や障害をもったことを確認する段階	生きた心地がしない	大変な病気をしてしまった 地に足がついていない 静かで寂しい夜 心が碎かれる	針のむしろ気分 家族の一員になれない 生きた感じがしない
		身動きがとれない	板挟み まな板の上の鯉 言われるがまま逆えない 欠陥住宅	抑制された生活 追いつめられる 監視されている生活
		運命に任せるしかない	どうにもならない運命 家族を巻き込む大変な病気 未知なる世界への不安 自分で決めた道が正しいかわからない	自分にとっての転院の意味 反省だけの人生 おとなしく医師の指示に従う
	他者との関係性を構成する段階	支えられて生きていく	病院は安全な居場所 看護師の存在による安堵 家族に支えられる PT,OTは一番の理解者	仲間がここにいる 看護学生の支えで頑張れる 人との関係で生きていく
		人のお世話になる	大切な家族の存在 障害を後遺した自分と家族の関係 家族に甘える	退院後、寝たきりになる すべて医師に任せる
		ナース・コーリング	使えないナースコール 患者の思いをつなぐナースコール 看護師に気持ちを伝えられないストレス 誰かとつながっていたい	自分の情報が知りたい 家族と関わりたい 説明なしの退院への戸惑い
	新たな価値観を得て自己実現を目指す段階	障害と共に生きていく	障害と生きていくための闘い 野菜を作るところか麻痺を作る 鳥籠から旅立つ	リハビリテーションを継続する源 外泊での喜び 生活の全てがリハビリテーション
		希望を探索する	一人で歩いている自分 一番の願いごと 希望に向けて一歩前進	家族の思いに応えたい 家族の負担を軽減したい 夢を叶うための要素
	自分らしさを獲得していく段階	自分らしさを取り戻す	白紙に戻してスタートする リハビリテーションで生まれ変わる 健康な自分を取り戻したい 目標が定まったことでの気持ちの変化	人は成長する 頑張るための見本 諦めない決心
		自分の生きる道を自分で決める	決心の外泊 つなずいても前に進む 自分の将来は自分で決めたい	これが自分の運命 覚悟を高める 諦めない決心

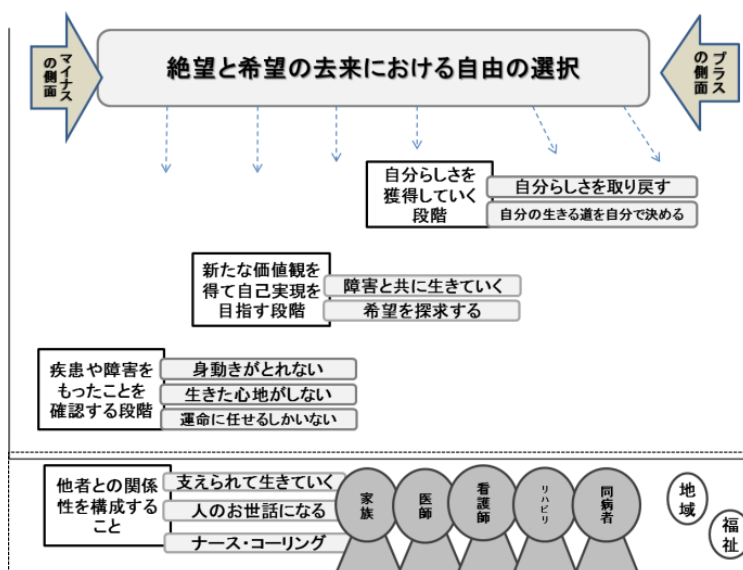


Figure2.1 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の概念図

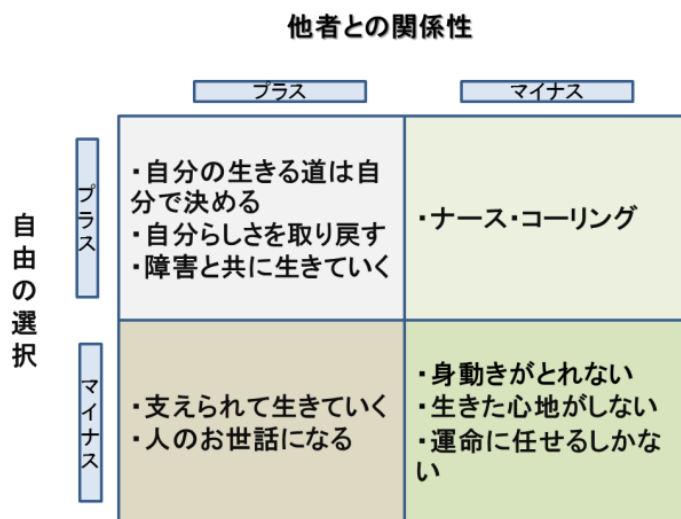


Figure2.2 他者からの関係性と自由の選択のマトリックス

### 1) 疾患や障害をもったことを確認する段階

[疾患や障害をもったことを確認する段階]は、脳卒中高齢者は、疾患や障害をもったことにより葛藤を強く抱く段階で、〈生きた心地がしない〉〈身動きがとれない〉〈運命に任せるしかない〉の3つのコンセプトによって構成されている。いずれのコンセプトも自由の選択によって、脳卒中高齢者自身の心理面への影響を表したものであった。〈生きた心地がしない〉は、(大変な病気をしてしまった)(地に足がついていない)(針のむしろ気分)(生きた感じがしない)(静かで寂しい夜)(心が碎かれる)(家族の一員になれない)の7つのコードで構成される。高齢者は、病気や障害を実感して、嫌悪感を抱き、これ以上どうすることもできずに失望し、消極的な思いに移行していく中で、さらに脳卒中高齢者から、〈身動きがとれない〉というコンセプトを浮上させることができた。〈身動きがとれない〉は、(言われるがまま逆らえない)(監視されている生活)(欠陥住宅)(板挟み)(抑制された生活)(まな板の上の鯉)(追い詰められる)の7つのコードによって構成されている。脳卒中高齢者は、自分がしたいことができない、思い通りにならないという体験を通し、もどかしさと苛立ちを感じる状態でもあった。

〈運命に任せるしかない〉のコンセプトは、(家族を巻き込む大変な病気)(どうにもならない運命)(未知なる世界への不安)(自分にとっての転院の意味)(おとなしく医師の指示に従う)(決められた道が正しいのかわからない)(反省だらけの人生)の7つのコードによって構成されている。脳卒中高齢者は、「家族」、「医療者」と関係をとる中で、例えば、医療者同士の意見の食い違いによって、脳卒中高齢者は「自分がどのように動いたらいいのかわからず悩んだ」のような二者間に立ち苦しむことが多く、〈身動きがとれず〉、他者に従う以外に方法がないと選択したり、〈運命に任せるしかない〉ことをトリガーとしてプロセスアウトして、自身のライフスタイル再編成に向けて、マイナスや後ろ向きな思考であったり、無意識もしくは意識的に次の段階である[新たな価値観を得て、自己実現を目指す段階]へと移行する。

## 2) 新たな価値観を得て自己実現を目指す段階

[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階]は、症状の改善を実感し、将来の見通しが見えてくると自らの意志がみられる段階になり、〈障害と共に生きていく〉〈希望を探究する〉の2つのコンセプトによって構成されている。いずれのコンセプトも脳卒中高齢者における自由の選択によって、今後の生活への心構えを持ったり、模索しながらライフスタイルの再編成の方向性を表したものであった。

[障害と共に生きていく]は、(障害と共に生きていくための闘い)(野菜を作るどころか麻痺を作る)(外泊での喜び)(鳥籠から旅立つ)(リハビリテーションを継続する源)(生活の全てがリハビリテーション)の6つのコードで構成されている。障害をもつことで自分はもうこれまでの自分ではないと考えたり、また障害をもって生活しなければならない状況への苦しみや不安、迷いを抱き、否定的になったり消極的な思いを抱いていた。しかし、さまざまな不安を抱えながらも、自己を信じ前向きに現状を捉え、[障害と共に生きていく]覚悟を決める段階でもあった。

[希望を探究する]は、(一人で歩いている自分)(一番の願いごと)(希望に向けて一歩前進)(夢を叶うための要素)(家族の負担を軽減したい)(家族の思いに応えたい)の6つのコードで構成されている。病気に負けず、乗り越えて頑張っていかなければならないという強い意志を持ち、〈希望を探究〉し始める段階でもあった。

また脳卒中高齢者において、[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階]は、脳卒中高齢者にとって何かができるようになるという成功体験が、喜びや満足感を得て、自信へとつながり、[障害とともに生きていく]ことをトリガーとして、次の段階の自分らしさを取り戻したり、[自分らしさを獲得していく段階]に移行していく。

## 3) 自分らしさを獲得していく段階

[自分らしさを獲得していく段階]は、障害を持ちながらも、自分らしく生きるための意志や今後の方向性を見出そうとする段階であった。これは、〈自分らしさを取り戻す〉〈自分の生きる道を自分で決める〉の2つのコンセプトで段階が構成されている。〈自分らしさを取り戻す〉は、(白紙に戻してスタートする)(リハビリテーションで生まれ変わる)(健康な自分を取り戻したい)(目標が定まったことでの気持ちの変化)(人は成長する)(頑張るための見本)の6つのコードで構成された。脳卒中高齢者は、再び危機に戻ることに不安を抱きながらも、元気な頃の自分への願望をもち、新たな〈自分らしさを取り戻そう〉としていた。自分はこうなりたいという願望を常に持ち、日々の生活の中でその願望を意識しながら療養生活に取り込もうとしていた。(頑張るための見本)では、同じ障害を持つ患者と出会い、この患者から自分の現状をさまざまな角度から客観視してもらい、今の自分を振り返ることで前進し、前向きな思考への変化につながり、一方で「あの患者のように動けない」のような消極的な感情を抱く段階でもあった。

〈自分の生きる道を自分で決める〉は、(決心の外泊)(これが自分の運命)(病院から解散する)(つまずいても前に進む)(自分の将来は自分で決めたい)(覚悟を高める)(諦めない決心)の7つのコードで構成されている。病気や障害の回復を期待しながら、病気であることから逃れられないと察知し、障害を持ちながらも自分らしく自己実現を目指し、〈自分の生きる道を自分で決め〉ようと変化する段階であった。

#### 4) 他者との関係性を構成すること

[他者との関係性を構成すること]は、脳卒中高齢者にとっての他者の支援は生きていく上で不可欠な条件であり、〈支えられて生きていく〉〈人のお世話になる〉〈ナース・コーリング〉の3つのコンセプトで構成している。[他者との関係性を構成すること]は、[疾患や障害をもったことを確認する段階][新たな価値観を得て自己実現を目指す段階][自分らしさを獲得していく段階]の3つのカテゴリーすべてに関係し、他者との関係性が各段階において重要な条件となっていた。

〈支えられて生きていく〉は、(病院は安全な居場所)(仲間がここにいる)(看護学生の支えで頑張れる)(理学療法士(以下,PT)・作業療法士(以下,OT)は一番の理解者)(看護師の存在に安堵)(家族に支えられる)(人との関係で生きていく)の7つのコードによって構成される。〈支えられて生きていく〉は、他者によって支えられている自分を感じたり、他者の支援を受けながら、〈支えられて生きていく〉感覚を実感していた。特に、脳卒中高齢者は自己の現状や感情を理解しているのはリハビリテーション従事者であると判断し、この関係性により安心感や信頼感が芽生え、支えられている感覚を抱いていた。この支えられている感覚には、他者との関係が必要な条件であった。

〈人のお世話になる〉は、(大切な家族の存在)(障害を後遺した自分と家族の関係)(家族に甘える)(すべて医師に任せる)(退院後、寝たきりになる)の5つのコードによってカテゴリーが構成されている。〈人のお世話になる〉とは、周囲への迷惑を恐れ、消極的な自由の選択をし、また自分への支援者を自分にとっての安全な対象として選択し、心身共にその対象に寄せ安全を確保する前向きな思いの段階があった。(すべて医者に任せる)では、医師の存在は絶対的存在であった。しかし、医師からの説明が脳卒中高齢者にとっては難しく、自分の今後の方針がわからず見通しがつかないこともあった。また、脳卒中高齢者は、疾患や障害を持つことで(自分には家族しかいない)のように、家族の存在が高齢者にとって偉大であることを再確認し、[他者との関係性を構成する]上での重要な条件でもあった。

〈ナース・コーリング〉は、(使えないナース・コーリング)(患者の思いをつなぐナース・コーリング)(看護師に気持ちが伝えられないストレス)(誰かとつながっていたい)(自分の情報が知りたい)(説明なしの退院への戸惑い)(家族と関わりたい)の7つのコードによって構成されている。脳卒中高齢者は、(誰かとつながっていたい)と願っているが、その反面、(使えないナースコール)(看護師に気持ちが伝えられないストレス)のように、消極的な思いを抱いていた。このことから、〈ナース・コーリング〉とは、脳卒中高齢者による思いや願いをナースコールなど何らかの形で、脳卒中高齢者が自身を取り巻く人々に発信していることであった。脳卒中高齢者は思いや願いを発信し、他者に受け止めてもらい、希望が叶えられた時に(患者の思いがつながるナース・コーリング)に変化していた。

このように、ライフスタイル再編成に向かう3つの段階の関連性では、[疾患や障害をもったことを確認する段階]で、リハビリテーションへの拒否という自由の選択をする脳卒中高齢者が、次に[他者との関係性を構成する段階]の中で、リハビリテーションへの意欲を示し続行したいという自由の選択や希望を示す自由の選択のような[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階][自分らしさを獲得していく段階]へと移行していた。これらの段階に対して、[他者との関係性を構成すること]はより深く関わりを持ちながら再編成に向かい、これらは順番に経過したり、ある一定方向のみに向かうものではなく行きつ戻りつのように、さまざまな段階

で【絶望と希望の去来における自由の選択】を繰り返しながら、ライフスタイル再編成にむけて、各場面やカテゴリー、コンセプト間を行き来していた。

#### 第4項 考察

本研究の結果、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成には、【絶望と希望の去来における自由の選択】をコアカテゴリーとし、[疾患や障害をもったことを確認する段階][新たな価値観を得て未来を目指す段階][自分らしさを獲得していく段階]の3つの段階を含有している。また、ライフスタイル再編成の条件として、[他者との関係性を構成する]ことが必要な条件であった。脳卒中高齢者のその時々におこる心理的变化は、ある一定方向のみに向かうものではなく、さまざまな場面で前向きな自由の選択や消極的な自由の選択を繰り返しながらライフスタイル再編成に向けて、発症初期より、各カテゴリーやコンセプト、各場面を行き来する関連性が認められた。

従来の障害受容は、衝撃から始まり適応に至る段階を辿るとされる。南雲(2003)や梶原ら(1995)は、段階というよりも過程として捉えることの重要性を述べている。このことから筆者は、脳卒中高齢者の主観的体験から得られる感情は、段階的な変化を辿らず、さまざまな段階で去来すると推測した。本研究結果において、各段階は時間的経過により変化するものだけではないといった、従来の理論と異なる新たな知見が得られたと考える。さらに各場面で明らかになった主観的体験には、いずれも自由の選択が関与していた。自己の感情を抑え、十分に自由の選択できていない場合は「消極的(マイナス)な自由の選択」、高齢者自身が満足した自由の選択のできている場合には「主体的(プラス)な自由の選択」と判断した。

脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に関する【絶望と希望の去来における自由の選択】とは、『自由』は本来、自分自身で選び、行動する能力と特権を示す(大辞林)が、絶望と希望の過程における自由の選択は、自分との葛藤の末、勝ち取るもので、何かから逃れて得る権利ではなく、絶望の中でも、希望を目指していく中でも、自ら選んで選択していくことと捉えた。また、自由とは決して楽しいものだけではなく、また、幸福、安心、平和を意味するものではない(大辞林)。脳卒中高齢者のライフスタイル再編成では、絶望と希望の中で自由の選択は、3つの段階と1つの条件の中で行きつ戻りつ、流動するものであり、また3つの段階と1つの条件を統合するものでもあった(Figure 2.1, 2.2)。さらに、【絶望と希望の去来における自由の選択】は、脳卒中高齢者のライフスタイルをどのように変える力があるのかが重要な課題であり、このような観点からも脳卒中高齢者にとって、自由の選択は責任ある選択であることでもあった。

このことから、脳卒中高齢者における『障害をもつということ』、『他者との関係性』、『自己実現』と【絶望と希望の去来における自由の選択】との関連性について概説する。

##### 1 障害をもつということと自由の選択

障害をもつ患者は、治療や療養生活の中で、〈まな板の上の鯉〉のように身動きできず、自分の裁量ではどうにもならない受動的な身体を見せつけられていた(百田, 西亀, 2002)。障害をもった身体を他者の援助から再確認することで、否定的な考えや控えめな態度になり、「今は耐えるしかない」と自分の思いを抑え(細田, 2006)、〈運命に任せるしかない〉のような消極

的な自由の選択をしていたといえる。エリクソンの心理社会発達理論<sup>19</sup>(2001)の心理課題で、現状を認めつつも、疾患や障害をもったことに対する絶望を抱いていたと考える。幼少期より自在に動かしていた身体機能を失ったことで、麻痺の手を「役立たず」「腐っている」のように無いものに等しい感覚に陥っていたと考える。そして、「麻痺は治らない」と闘病意欲を失う心理的ダメージや落胆体験の状況にある反面、「受け止めるしかない」心理に移行していた。百田ら(2002)は高齢者の主観的体験において、落胆体験を経験した際、その落胆体験について回復を妨げるのではなく、次の段階に移行するための必要な契機であったと述べている。心理的ダメージや落胆体験による消極的な思いを抱いた反面、前向きな思いに移行した場合、高齢者の主観的体験において、自分のできないことを認めたり、自分がどうありたいのか主体的な自由の選択への支援的環境が必要になる(川口他, 1994)と考える。自分のありたい姿を意識していくことで、自分の新たな可能性を引出し、その可能性を信じて挑戦しながら、障害と共存していく覚悟を持つ自由の選択へとつながっていくと考える。

このように、脳卒中急性期より高齢者は、消極的な自由の選択や前向きな自由の選択をさまざまな段階で繰り返し、各カテゴリーやコンセプト間で去来しながら、ライフスタイル再編成に向かうための準備段階からライフスタイル再編成への終結を目指して変化していたことが示唆された。脳卒中高齢者の前向きな自由の選択や、消極的な自由の選択の形に対して、支援者は素早く察知し、その時々状況に応じた対応していくことが重要であった。そのためには、脳卒中高齢者は障害をもって今後も生活していかなければならないことや、前向きな段階だけでなく消極的な自由の選択をしている脳卒中高齢者の心理面を正確に、そして瞬時に捉えることのできる人材が必要になると考える。

## 2 他者との関係性と自由の選択

脳卒中高齢者の残存能力、潜在能力を最大限に引き出し、自分らしく生活する方法が身に付くリハビリテーションは、目標課題の設定の機会であり、脳卒中高齢者が主体性を持ちやすい。この特性に併せて、脳卒中急性期からのリハビリテーション従事者の支持的な関わりが、脳卒中高齢者が強く感じた(一番のよき理解者)であったと考える。

また脳卒中高齢者は、「医者様」のように医師を絶対的な存在としたり、その反面、脳卒中高齢者やその家族が、医師の説明に理解できずに悩んだ結果、「すべて医者に任せる」のようなプラスとマイナスの両側面をもった自由の選択をしていた。磯部(2011)は、医師と患者の価値観が大きく異なり、その隔たりは違う世界に生きているかのようにも思える関係性と述べている。また、医師の務めには、疾病の治療だけではなく、心を和らげることを援助することがあると述べている(磯部, 2011)。医師の言葉には人の心を癒す特別な力があり、医師に話すことで、解決がつかめなくても気持ちが楽になる心理がある、一方で、医師の話す言葉で傷

---

<sup>19</sup> Eriksonは、人生を8段階に区分して、それぞれに発達課題と心理社会的危機、重要な対人関係、心理社会的様式を設定した。これは、必ずしも成功のみが賞賛されているわけではなく、不成功もそれに経験する必要性もあるとされている。両者の統合したものが正常な成長に寄与する。また、前段階の発達課題は次段階の発達段階の基礎となり、エリクソンの発達課題からなるライフサイクルはピラミッド型でよく表されている。(http://web.cortland.edu/andersmd/ERIK/welcome.HTML 2014年12月閲覧)



つくこともあり、このようなことを念頭においた医師と患者との間の信頼に基づいたコミュニケーション能力は重要であり、ライフスタイル再編成にむけた最初の自由の選択は治療やケアの部分から始まっていくものと考える。

また、看護師の対応では、脳卒中高齢者の要望に応じた行動やニーズに合った知識の提供は、安心感や信頼感、満足感を与え、（支えられて生きていく）感覚であったと考える。しかし、その反面、脳卒中高齢者の（思いをつなぐナースコール）が使えず、自分の意思が伝わらずに、看護師に対してマイナスなイメージを持ち、（使えないナースコール）のような思いを抱えている脳卒中高齢者もいた。この脳卒中高齢者の思いが伝わらず、使えないナースコールに注目し、脳卒中高齢者の思いや願いをつなぐためのコンセプトが十分に機能するためにも、〈ナース・コーリング〉が生成された。この〈ナース・コーリング〉は、脳卒中高齢者の心理面における重要なキーワードである。〈ナース・コーリング〉の『コーリング(calling)』とは、呼ぶこと、呼び声、叫び、呼び出しという意味を持ち（大辞泉）、脳卒中高齢者が何らかの介助を要するためのサインを『ナースコール』を使って送り、看護師がそれをキャッチし対応することが理想と考える。この『ナースコール』の原理を基に、脳卒中高齢者は思いや願いをナースコールで伝えることを〈ナース・コーリング〉と新たな用語を命名し用いた。また、脳卒中高齢者が発信しているサインをキャッチし、支持していくのは看護師のみならず、脳卒中高齢者を取り巻くフォーマル（医師・看護師・理学療法士・作業療法士などの医療者、福祉や保健の関係者等）もしくはインフォーマル（家族、同病者、知人等）な関係の他者であるともいえる。脳卒中高齢者の思いや願いを叶えるためには、脳卒中高齢者個々によつての目的に合わせた支持ならびに保護することにより、脳卒中高齢者が必要とする他者とつながると（ナース・コーリング）での発信が届き有効な状態になったと判断した。

脳卒中高齢者がプラスの自由の選択が可能にするためには、医療者は高齢者が真に望む方向や、その時々プラスとマイナスの両側面の自由の選択を素早く察知し、支持していくことの必要性が示唆された。また脳卒中高齢者は家族に対し、（家族を巻き込む大変な病気）（夫の思いを受け止められない板挟み）のような感覚を持ち、「家族に迷惑かける」ことで自己の希望を表現することを控え、「黙って寝ている」のような消極的な自由の選択をしていたと考える。脳卒中高齢者の自尊心の維持・向上を目指すためにも、生活全体のバランスやペースを守り、方向性を脳卒中高齢者や家族と共に見出す（正木治恵, 1994）ことは、重要なケアの1つであるといえる。この対応が可能となり、次に進む意志を脳卒中高齢者自身がもてることで、ライフスタイルの再編成に近づいていくものではないかと考える。

脳卒中高齢者は、さまざまな葛藤や不安を抱きながらも一歩ずつでも前向きに療養生活を送っていくために、他者との関係性を築くことが、ライフスタイル再編成に大きな影響力となっていたといえる。そのためにも脳卒中高齢者が療養生活の場において、〈ナース・コーリング〉を受けられる状態にあるということは、医療者に対して信頼感を抱きやすいのではないかと考える。さらに脳卒中高齢者は、人との関係性の中で生きている感覚をもつことで、疾患や障害、引いては周囲にも関心がもてる状況へと変化できる可能性があると考ええる。例えば脳卒中高齢者は、（自分の情報が知りたい）（看護師に気持ちを伝えられないストレス）のような思いを抱いた。このことから、〈ナース・コーリング〉が可能な状況になった場合、脳卒中高齢者は他者に身体機能障害を持ったことでの思いやその後の生活などに対する不安や苦しい思いを伝えやすくなると考える。そこから情緒的安定の獲得の第一歩へとつながり、〈自分の生



きる道を自分で決める〉を背景に、今後のライフスタイルを再編成していこうとする強い意志へと変化していたと考える。看護師が脳卒中高齢者にとって重要な支持者であり、脳卒中高齢者の回復力を最大限に引き出す看護としてサポートがうまく機能しているか否かによって、脳卒中高齢者が要望する〈ナース・コーリング〉への影響力は非常に大きいと考えられる。

このことから、〈ナース・コーリング〉がうまく機能しているかの判断では、脳卒中高齢者の回復力のみならず、思いや願いを最大限に引き出すことが可能なサポートが行われているかによっても、脳卒中高齢者への影響は非常に大きく、機能の現状が把握できると考える。例えば脳卒中高齢者やその家族から、「病気や今後のことについて情報を知りたい」という願いは多かったが、「医師に治らないと言われ絶句」「医師から再発するとと言われて怖い」のような現実的ではあるが、説明された言葉に傷つき、目標を見失う患者も多く(細田, 2008)。(針のむしろ)におかれた気持ち、つまり心理的ダメージにつながり、mental health 不全へと陥ってしまうと考えられた。しかし、脳卒中高齢者の多くは、後遺症が残るような状況であり、治療による完治は望めない今後において、病気や障害とうまくつきあっていかなざるを得ない。このことから脳卒中高齢者は、(地に足がついていない)のように疾患や療養生活に付随して生じたさまざまな思いを抱き、(針のむしろの気分)の中で生きるマイナスと思われる自由の選択をしていたといえる。この時、看護師が、このような脳卒中高齢者の抱く思いに関心を向け、マイナスの自由の選択に対する配慮も可能になることで、心理的ダメージの回避、緩和となり、プラスの自由の選択にもつながっていくのではないかと考える。例えば、このような場合の看護師の態度や言動、意識、コミュニケーション能力等を高める教育として、脳卒中高齢者から良き理解者と認識されている専門職が主体となり、他の専門職と共に学んでいくことも1つの方法ではないかと考える。その専門職がなぜ良き理解者と言われるのかを考え、各専門職の中で取り入れる部分ができるものに対しては取り入れ、共通認識をもつという場面を設定したり、さらに必要な介入を提案し合える場も理想にある。このような教育の場を積極的に行い、心理的ダメージの防止の手がかりにしていくことも必要ではないかと考える。

一方、脳卒中高齢者は、リハビリテーション室での同病者に関心を示し、自分の将来を想像し可能性や新たな展望を見出していた。同病者同士には横断的・縦断的な交流があり、入院生活の中で自然にピア・サポート<sup>20</sup>になっていたといえる。ピア・サポーターは、脳卒中高齢者の複雑な心理状況を理解し、心の支えとなりうる(小野他, 2007)。ピア・サポートの特徴として、日高や水月ら(2009)は、以下の3つを述べている。第1に、ピア・サポートの形をとることで個別性に対応した「包括的サポート」が実現される。第2に、「共感的な理解」によって、サポート対象である患者の身になったサポートがなされる。第3に、「包括的サポート」を可能としている「共感的な理解」の背景には、「ピア目線の交流」が重要な意味を持っていることである。ピア・サポートを受けることで脳卒中高齢者は、時には主体的に活動したり、時には自信を喪失することも考えられる。しかし、日高や水月ら(2009)の述べるピア・サポートの特徴を機能させることで、脳卒中高齢者への影響も大きいと考える。さらにこの時の脳卒中高

---

<sup>20</sup> ピアサポート: アメリカのVriendによって、1969年に高校で実践的に研究されたプログラムで、生徒と彼らが持つ「他の生徒を援助する能力」を教育活動に活用するものであった。学校現場での教科教育活動と生徒間の交流活動に活用された。このピア・サポートのピアとは「仲間」という意味である(日本医療コーディネーター協会)。また、ピア・サポートを行う人を、「ピア・サポーター」と呼んでいる。

高齢者の支持者やピア・サポーターには、医療者のみならず、家族や地域・同病者などでもある。脳卒中高齢者同士の交流の場を医療者側より提供することで、新たな自由の選択の立脚点になり得る。脳卒中急性期からの脳卒中高齢者の主観的体験には、他者との関係性が重要課題であった。他者との関係性の中で、前向きや消極的、もしくはマイナスな自由の選択を行いながら、自分らしいライフスタイルを獲得していくことが示唆された。その他には、福祉や保健も含め、総合的に関わっていくことで、脳卒中高齢者は自分らしい【自由の選択】ができる環境への支援により、一層自ら自分らしいライフスタイルへと変化させていくものと期待できる。

### 3 自己実現と自由の選択

脳卒中高齢者は、病気や障害をもつ自分と現実を認知し、〈自分らしさを取り戻〉し、〈障害と共に生きていく〉意志を固め、自己の限界と障害を受け入れようとする自由の選択をしていた。エリクソンの心理社会発達理論(E.H. Ericsson, J.M. Ericsson, 村瀬 他, 2001)の心理課題による統合性に近づき、自己を形成していくための人生として受け入れ、自己を肯定できる心に変化していくと考える。脳卒中発症前のライフスタイルを取り戻していく中で、過去に築いていた自分らしさの影響を受け、さまざまな感情を抱きながら揺れ動いていた。この心理的变化は、ある一定の方向のみに向かうのではなく、前向きや消極的な自由の選択を繰り返しながら、抽出されたカテゴリー間や段階の中で去来し、流動的に移行し、種々の体験を通して、自分らしいライフスタイルを獲得していくものと考えられた。

Travelbee .J(2003)は、希望の特徴として『選択に関連をもっている』『願望に関連している』と述べている。脳卒中高齢者は、〈諦めない決心〉〈自分の意志を貫く〉〈自分の将来は自分で決める〉希望や目標を抱いていた。自分らしい生活を組み立てるためにも、〈障害と共に生きていく〉意志を固めていたといえる。希望や目標達成の期待が大きいほど脳卒中高齢者は、その対象に関心を払い、考え、決定、行動を起こしていた。また自己実現の体験により、脳卒中高齢者はさらにさまざまな場面で自由の選択をしていた。脳卒中高齢者の価値観や独自性に反映した〈希望を探究する〉生活が送れるように、各専門職者が脳卒中高齢者の心理を共通認識のもとで捉えることは、自由の選択を尊重した保健医療福祉の礎となると考える。さらに脳卒中高齢者は、今後の生活に対して決心や覚悟を高め、新たな自分らしさや可能性を見出し、主体的な自由の選択をしながら生きる道を選択していた。脳卒中高齢者の満足のいく生活や信条に合った自由の選択は、〈自分の生きる道を自分で決める〉ことを基盤とするライフスタイル再編成につながると考える。このような脳卒中高齢者の心理過程を理解し、自己実現を支援できる人材育成が肝要であると考え(三毛, 2003)。

### 4 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に向かう【自由の選択理論】の生成

他者からの支援や関係性を構築していく中で、脳卒中高齢者は〈自分の生きる道は自分で決める〉ことができると、〈支えられて生きていく〉感覚が持て、〈自分らしさを取り戻す〉作業を行い、ライフスタイルの再編成を目指す準備段階であったと考える。しかし、脳卒中高齢者自身の思いはあっても、〈ナース・コーリング〉や〈支えられて生きていく〉支援を受けることができなかった場合、〈身動きが取れない〉〈針のむしろ気分〉になり、マイナスな自由の選択に陥りやすいと考えた。その反面、〈ナース・コーリング〉や〈支えられて生きていく〉支援は受けられるが、自分の思いを伝えられない場合は〈人のお世話になる〉〈運命に任

せるしかない」というような後ろ向きな自由の選択になるとも考えた。さらには、〈ナース・コーリング〉や〈支えられて生きていく〉支援を受けることもできず、自由の選択もできない、のような両方の側面が機能していない場合には〈生きた心地がしない〉〈身動きがとれない〉という感情を抱きやすく、マイナスな思考が強まっていくことにより、心理的ダメージへとつながっていくことがマトリックス (Figure. 2. 2) によって確認できた。消極的もしくは後ろ向きな自由の選択の場合の支援方法について、確立していくこと (三毛, 2003) も重要だと考えられた。

脳卒中高齢者のライフスタイル再編成における【絶望と希望の去来における自由の選択】理論の生成を知るために、Glaser 版 GTA に準じた分析を行った結果、療養生活の場における脳卒中高齢者と、脳卒中高齢者を取り巻く人々との関係性を必須条件として、[疾患や障害をもったことを確認する段階]、[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階]、[自分らしさを獲得していく段階]を含有していた。この[疾患や障害をもったことを確認する段階]、[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階]、[自分らしさを獲得していく段階]の3つの段階は、コアカテゴリーを成立させるカテゴリーであった。

これらによって、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成には、〈自分の生きる道は自分で決める〉ことを背景においた自由の選択理論が生成されたと考えられる。脳卒中発症後からのその後の生活を整える作業を支援していくことで心の安寧にもつながっていくと推測する。安定した状態を土台にし、脳卒中高齢者は自由の選択が明確になり、新たな自分らしさや可能性を見出し、主体的な自由の選択をしながら生きる道を選択できるように、各専門職は安全を保障し支えていくことが重要である (Figure. 2. 3) 。また、脳卒中高齢者における自由の選択理論を念頭においた支援ができる人材育成を目指していくことが示唆された。

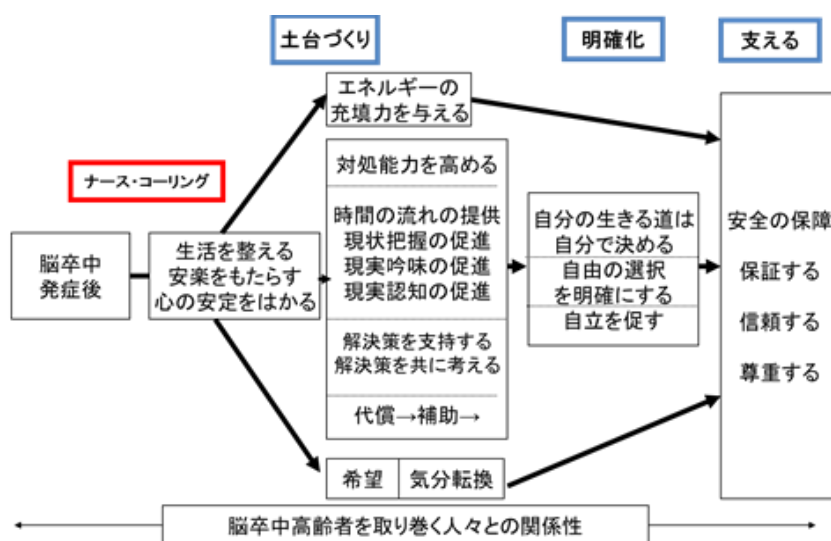


Figure2.3 脳卒中高齢者の自由の選択を促す方策

(出典：筆者作成)

## 第5項 小括

脳卒中発症初期からの高齢者へのインタビューから、ライフスタイル再編成に向かう高齢者の主観的体験について、Glaser の GTA を用いた分析を行い、以下の3点が結果として得られた。

1. 脳卒中急性期による運動機能障害のある高齢者のライフスタイル再編成は、【絶望と希望の去来における自由の選択】であり、それは、[疾患や障害をもったことを確認する段階]、[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階]、[自分らしさを獲得していく段階]と[他者との関係性を構成する]の1つの条件を含有している。このうち、[疾患や障害をもったことを確認する段階]、[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階]、[自分らしさを獲得していく段階]の3つの段階は、コアカテゴリーを成立させる段階としてのカテゴリーである。

ライフスタイル再編成に向かう脳卒中高齢者において【絶望と希望の去来における自由の選択】は、さまざまな人や事象に影響されながら存在していることが明らかになり、これは脳卒中ケアの契機となるものと考ええる。

2. 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の特徴には、急性期の極めて早い時期からの心理的变化は、ある一定方向のみに向かうものではなく、さまざまな段階で前向きな自由の選択や消極的もしくは後ろ向きな自由の選択を繰り返しながら、ライフスタイル再編成に向けて、抽出された各カテゴリーやコンセプト間を流動的に去来することが示唆された。

3. 脳卒中高齢者の主体性、自立性を引き延ばすためには、本人らが〈生きた心地がしない〉〈身動きがとれない〉〈運命に任せるしかない〉のような絶望的状况にあり、思いや願いをナース・コーリングで発信しても気付かれていない、もしくは発信できずにいる脳卒中高齢者の思いや願いを早期に気づき、判断し、発症初期からの心理面のケアを充実していく能力を各専門職者がもち、早期に対処していくことが重要であると示唆された。

本研究は、この第2章を根底におき、脳卒中高齢者が自分らしいライフスタイルを築き上げていくための支援者育成の計画を発意する。これらの自由の選択では、いずれも他者の存在が確認できた。特に消極的もしくはマイナスな自由の選択の場合では、どのような対応が必要なのか、心理的ダメージがそれ以上進行・増悪しない方向へと導き、心理的ダメージを阻止できるか等を考え実践できる人材が肝要だと考える。

そのためには、まずは第1節で明らかになった脳卒中高齢者の自由の選択を身近に支えることのできる看護師に対して、インタビュー調査を実施し、看護師の主観的体験から得られた現状や事象を整理し、第1節との整合性、関連性を導き出していく。さらに他の専門職の現状把握等にも進めていく。脳卒中高齢者がライフスタイル再編成において、自分らしく、自分の望む自由の選択ができる環境や他者との良好な関係性を育みながら、ライフスタイルが確立できるような施策を検討していく。

調査を開始する前に、「福祉」「社会福祉」に関する意義と本研究との関連について述べる。『福祉』とは、生活の安定や充足、また人々の幸福で安定した生活を公的に達成しようとすることである。「社会福祉」とは、高齢者や障害者で生活上何らかの支援や介助を必要とする人

等に対し、生活の質を維持・向上させるためのサービスを社会的に提供すること、あるいはそのための制度や設備を整備することである。狭義には、障害者など社会的ハンディキャップがあると考えられる。国民に対して公的な支援を行う制度を指している。社会福祉については、社会保障と公衆衛生の政策を含んで理解や定義され、「公共の福祉（日本国憲法第 12 条、第 13 条、第 22 条、第 29 条に規定された人権の制約原理）」と説明されることがある。社会福祉の供給主体は、「家族」「政府」「市場」がある。政府以外の担い手として、生活協同組合、社会福祉法人、医療法人、宗教団体、ボランティア団体、NPO 等があった。

このことから、筆者は「福祉」に対して、豊かさ、幸せと感じられる生活の安定や充足を概念とし、社会福祉では高齢者や障害者の生活の質を維持・向上を目指すサービスを提供する理念を持ち、公的機関、生活協同組合、医療法人、社会法人等が支援を行うものである。ここに医療法人も社会福祉の支援の担い手として医療法で取り扱われていることから、筆者は看護師としての勤務の経験や、看護教育に携わっている経験から、本題の切り口として医療、特に看護師を出発点として、本題に取り組むことにした。

## **第 2 節 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える看護師の主観的体験による現状と課題**

### **第 1 項 はじめに**

脳卒中に起因する運動麻痺を代表とする機能障害により、ライフスタイルに大きな変化をもたらす。さらに発症初期から機能障害に戸惑い、混乱や葛藤、落胆などを来しやすいが(2008)、このような状態が内面にあり表出できずにいることで、悪化し血管性うつ病やアパシー等の心理的ダメージのリスクを高めるとある。本項は、脳卒中高齢者が発症当初から抱えている不安や恐怖、思い等が内面にあり、表出できずにいることで悪化すると血管性うつ病やアパシーのリスクを高める要因になるという点に注目している。この状況に関連する絶望と希望の去来における自由の選択を常に体験している脳卒中高齢者に一番近いと考えた看護師に対してインタビューを行い、主観的体験を明らかにすることを目的にした。看護師の主観的体験から脳卒中高齢者および看護に関する実態や特性を把握すると共に、保健、医療、福祉における脳卒中ケアの機能と役割意識が理解できると考える。撫養と勝山ら(2011)の研究では、患者の満足度や期待度等の調査研究が多く、看護師の主観的体験から高齢者や脳卒中看護への思いの捉え方についての研究は見当たらない。このことから、研究の意義は深いといえる。また、第 1 節で構成されたコアカテゴリーである【絶望と希望の去来における自由の選択】と、各カテゴリーとの関連についても検討する。

### **第 2 項 研究方法**

#### **1. 分析方法**

本研究は、半構造的面接によるインタビュー内容の内容分析から脳卒中医療に従事する看護師（以下、脳卒中看護師）の主観的体験による現状や課題を明らかにするために質的帰納的研究を行った。

#### **2. データの収集期間：2009 年 6 月 1 日～2009 年 9 月 30 日**

### 3. データの収集方法

脳卒中医療を展開する全国 60 施設の管理者に対し、文書もしくは口頭で研究の主旨等について説明し、調査への協力及び対象の選定を依頼した。この手続き後、研究者が直接、対象者に文書と口頭で説明した。インタビュー時間は1人30分程、対象の承諾を得てICレコーダーに録音した。録音当日中に逐語録を作成後、速やかに消去した。インタビューは対象が語った内容を確認しながら行い、訂正や補足を受けることでデータの信頼性を確保した。データの分析結果の妥当性・信頼性の確保のために、生データを繰り返し読み、期間をおいて再度分析した。教育研究者のスーパーバイズを受け、分析内容の信頼性と妥当性を保持するよう努めた。Glaser 版 GTA(Glaser, B. G, 1978, 1992, 2002)ではインタビューガイドは基本的に用いず、ありのままの思いを脳卒中看護師に語って頂くが、脳卒中高齢者の絶望と希望の去来における自由の選択の状況についての理解度、脳卒中看護師がどの程度理解できているか、脳卒中看護の中での働きがい、脳卒中高齢者への援助での強みや信念、脳卒中高齢者への援助の中でのストレスの経験と対処法、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に向けた支援の現状、の5つの視点を持って臨んだが、あくまでも看護師の文脈に添ってインタビューした。

### 4. 分析プロセス

脳卒中医療に従事する看護師（以下、脳卒中看護師）に対し、半構造的面接から得られたデータを、Glaser の確立されているプロセス (Glaser, B. G, 1978, 1992, 2002; 志村, 2008) に準じて分析した。この分析方法については、第1章で詳述した。

### 5. 分析の信頼性と妥当性

インタビュー中は、脳卒中看護師の語りを確認しながら、訂正や補足を受けることでデータの信頼性を確保した。データの分析過程は、教育研究者に、コアカテゴリーの生成方法から分析結果の取りまとめに至るまで、スーパーバイズを受けた。データ分析結果の信頼性と妥当性の確保のために、複数の研究協力者と共にインタビューのデータを繰り返し読み、再度分析に努め検証した。

### 6. 倫理的配慮

病院関係者に文書と口頭で研究の主旨と方法を説明し、対象者の紹介を受けた。対象者に研究の主旨と方法、研究への参加は自由意思であり、同意書への署名後でも辞退でき不利益は被らないこと、インタビューはプライバシーの守られる個室での実施、データの厳重な保管、研究結果の公表とその際の個人情報の保護について、文書と口頭で説明した。インタビューの逐語録やメモは、個人を特定できないように ID で記載した。スーパーバイザーへのデータの一部開示について、守秘義務を履行した。インタビューは勤務外の実施のため、対象の希望の時間を選び、配慮しながら実施した。なお、本研究は、東洋大学大学院倫理審査委員会で承認された（2013年3月13日承認）。

### 第3項 脳卒中看護師の基本属性

インタビュー協力者は、男性2名、女性17名の合計19名であった。臨床経験年数は5～10年が最も多かった。約63%が看護学校卒業であった。勤務先は、73.7%が総合病院であった。

看護師以外の取得している認定資格では、脳卒中リハビリテーション認定看護師や認知症認定看護師等であった。インタビュー所要時間 1 回 30～120 分(平均約 45 分)、インタビュー回数 1 名 2～8 回(平均 3.5 回)、録音許可は全員から得られた。

Table2.3 脳卒中看護師の基本属性

平均年齢	43.33歳	
性別	男性 2名	女性 17名
臨床経験	1年未満	1名 (5.26%)
	1年～5年未満	3名 (15.79%)
	5年～10年未満	8名 (42.11%)
	10年～15年未満	5名 (26.32%)
	15年以上	2名 (10.52%)
最終学歴	看護学校	12名 (63.16%)
	大学	4名 (21.05%)
	大学院	2名 (10.53%)
	短大	1名 (5.26%)
勤務先	総合病院	14名(急性期, 周手術期に所属する14名)
	脳卒中専門施設	5名(急性期に所属している5名)
取得している認定資格		
	脳卒中リハビリテーション看護師	5名
	認知症認定看護師	2名
	認定心理士	1名
	ケアマネージャー	2名
	認知症ケア専門士	2名

## 第4項 結果

### 1. 分析結果

初期のインタビューからコーディングを開始し、カテゴリーの積み上げ、カテゴリー同士の関係を分析するために、インタビューを入退院の状況とすり合わせながら継続した。

以下、コアカテゴリー【 】，カテゴリー[ ]，コンセプト〈 〉，コード（ ），各場面に意味関連ある対象のことは「 」と記載した。

継続的比較分析法によって創発されたコアカテゴリーは【 】であり、その特性として【肯定的関心】は、[願いと負担のアンバランス]の1つの要因と、[対人折衝力のめざめ]の【肯定的関心】への必須条件、[意志決定による能力向上]の【肯定的関心】への段階を踏むための条件を含有している。これらのカテゴリーは、コアカテゴリーを成立させる要因と条件である。また、【肯定的関心】には、2つのニードがある。一方は、脳卒中看護師が他専門職者からの【肯定的関心】を受けたいというニードであり、もう一方は、脳卒中高齢者が専門職者に【肯定的関心】を持って関わってもらいたいというニードである。

[願いと負担のアンバランス]は、〈脳卒中現場での対人関係の葛藤〉〈resilience<sup>21</sup>の低下〉〈脳卒中医療へのゆらぎ〉の3つの要因によって構成されている。この要因は、脳卒中看護師の葛藤やゆらぎ等を解決させるために、[対人折衝力のめざめ]は必要な条件である。[対

<sup>21</sup> resilience とは、一般的に「精神回復力」「抵抗力」「復元力」等とも訳される。この resilience が破綻しやすいとされるのは、例えば、災害や事故事件などの発生や、これらに起因する被害を自身の身の上に起きた時、resilience の復元や回復に時間を要したり、欠如してしまったことにより、何かのイベントの時に、フラッシュバックしてしまい、混乱や衝撃に陥ることになる（心理学辞典. 平凡社）。

人折衝力<sup>22</sup>のめざめ]は、〈サポーターによって立ち上がる〉〈脳卒中現場の職務満足〉〈脳卒中専門職としての自律性〉の3つの条件によって構成される。この〈サポーターによって立ち上がる〉ことは必須条件であり、これを機に、脳卒中看護師と脳卒中患者の両者において〈脳卒中現場の職務満足〉が上がり、サティスファクション・ミラーによる効果（以下、satisfaction mirror）<sup>23</sup>がみられている。〈脳卒中現場の職務満足〉の相乗効果として、〈脳卒中専門職としての自律性〉が高まることで、【肯定的関心】におけるトリガーとして、プロセスアウトし、次の条件である[意志決定による能力向上]へ移行する。[意志決定による能力向上]は、〈ナース・コーリングを受け止める〉〈脳卒中高齢者を各専門職で支える覚悟をもつ〉の2つの条件を含有している。[意志決定による能力向上]によって、脳卒中看護師はライフスタイル再編成への支援が可能になる最終段階として、重要な条件であった (Table2. 4)。概念図 (Figure2. 4) でこれらの関係性を構造化した。

Table2. 4 脳卒中看護師による主観的体験の分析

【コアカテゴリー】	【カテゴリー】	〈コンセプト〉	（コード）
肯定的関心	願いと負担のアンバランス 〔肯定的関心の疎外要因〕	脳卒中現場での対人関係の葛藤	チームワーク不全 職務上の葛藤 他専門職との関係の難しさ 医師への不信感 患者との衝突 家族との関係不全 専門職としての役割の矛盾 他病棟、他施設との空気間の違い
		脳卒中医療へのゆらぎ	マイナスイメージの看護師 恐怖の急患係 脳卒中高齢者への理解の難しさ 多専門職との連携の難しさ SCUの盲点
		resilienceの低下	責任に重圧 ストレスの蓄積 毎日が反省会 自信喪失 試行錯誤の私
	対人折衝力のめざめ 〔肯定的関心の必須条件〕	サポーターによって立ち上がる	先輩看護師がお手本 ストレス解消法 地域に戻る高齢者の笑顔 看護師にとって家族はサポーター リハビリで頑張る脳卒中高齢者の姿 先輩看護師に支えてもらっている感覚
		脳卒中現場の職務満足	働く環境の大切さ 質の高い職場環境 positive spiralで変化していく 肯定的評価への喜び 楽しく前向きに育みあう組織
		脳卒中専門職としての自律性	看護師としての信念を貫く 急性期現場での熱い思い 看護することの喜び 脳卒中看護師としての自己実現 変化していく看護師の自分 脳卒中看護師の強い使命感 依存し合わない環境
	向上 意志決定による能力 〔肯定的関心への段階を踏む〕	ナース・コーリングを受け止める	脳卒中高齢者の思いが気になる 脳卒中高齢者にとってのナースコールの意味 患者や家族を大切にしたい 人に興味をもつ 保健医療福祉で応えていく
		脳卒中高齢者を各専門職で支える覚悟をもつ	チームの関係修復 チームで寄り添う覚悟を持つ 多角的な視点をもつ 多専門職でその人らしい生活に向けた支援 チーム医療は大前提 各専門職で手を携える 保健、医療、福祉で支えていく

<sup>22</sup> 対人折衝力とは、さまざまな人との出会いや折り合い、交渉等を行いながら、自身が目指す方向へと進める能力である。この能力は、さまざまな人間関係の中で、その対象がどのような関係の場合でも、相手を敬いつつ、自分の意見や姿勢を自然な方法で指し示す能力を発揮することが必要である。

<sup>23</sup> satisfaction mirror とは、特にサービス業において、顧客満足が顧客との接点にいる従業員の満足を高め、満足した従業員がさらに魅力的なサービス提供をすることで、顧客満足を高めるという好循環サイクルのことである。従業員満足が上がる結果、生産性も高まる。これは、Harvard Business School のジェームズ・L・ヘスケット教授らが提唱した（バリュー・プロフィット・チェーン—顧客・従業員満足を「利益」と連鎖させる。日本経済新聞社、2004。）。



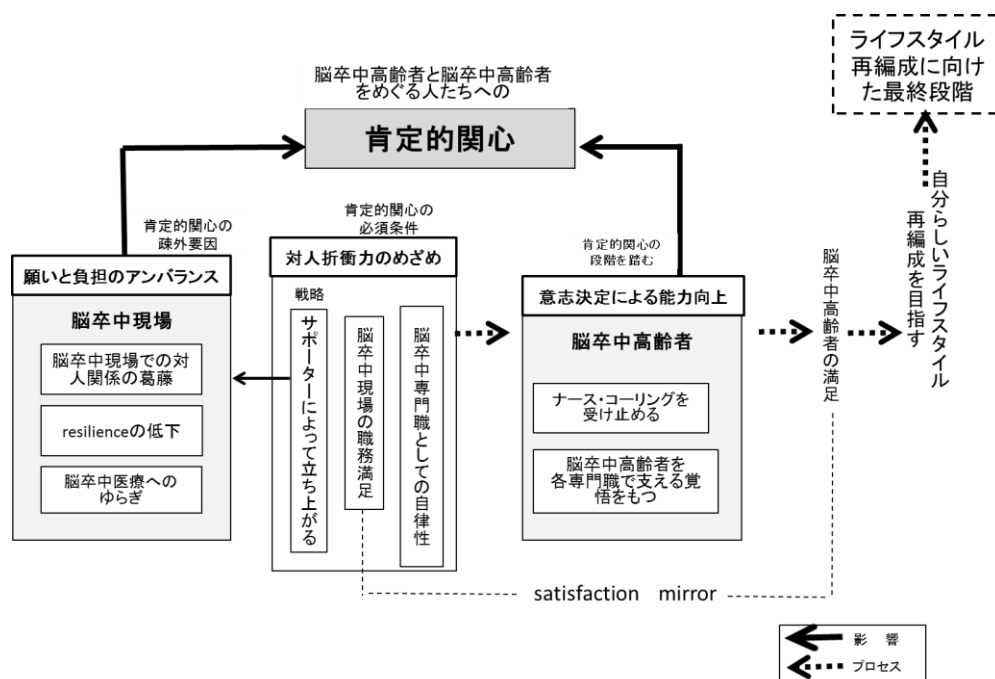


Figure2.4 脳卒中高齢者に携わる看護師の特性についての概念図

### 1) 願いと負担のアンバランス

脳卒中高齢者が自分らしいライフスタイルの再編成を実現するためには、【肯定的関心】のもてる関わりが必要であるが、【肯定的関心】の疎外要因である「願いと負担のアンバランス」は、看護師が脳卒中医療の中で、前に進むための疎外要因となって道を阻むものであり、〈脳卒中現場での対人関係の葛藤〉〈resilienceの低下〉〈脳卒中医療へのゆらぎ〉の3つの要因によって構成されている。いずれのコンセプトも【肯定的関心】を揺るがす、脳卒中看護師自身の心理面への影響を表したものであった。〈脳卒中現場での対人関係の葛藤〉は、（チームワーク不全）（患者との衝突）（職務上の葛藤）（家族との関係不全）（他専門職との関係の難しさ）（専門職としての役割の矛盾）（医師への不信感）（他病棟、他施設との空気間の違い）の8つのコードで構成されている。（チームワーク不全）は他者との関係性が不全状態にあると、脳卒中看護師はストレスフルな状況に陥り、脳卒中高齢者によるナース・コーリングに気付かず、脳卒中看護師の mental health 不全が悪化する側面にあった。また、上司との関係性や専門職の縦社会、同僚や専門職のような横社会の中においても、（チームワーク不全）に陥っていた。さらに脳卒中看護師は、自分の力量で対応できるのか不安や緊張感を抱え、（職務上の葛藤）や、（他病棟、他施設との空気間の違い）からストレスフルな状況にあった。このように脳卒中医療の中のストレスフルな小集団という壁により、他者との関係不全が生じ、他者の心を理解することへの弊害になっていた。これによって、脳卒中看護師の内面における〈resilienceの低下〉となり、負の影響へとつながる要因へと退化しやすい。

〈脳卒中医療へのゆらぎ〉は、〈マイナスイメージの看護師〉（多専門職との連携の難しさ）（恐怖の急患係）（SCU<sup>24</sup>の盲点）（脳卒中高齢者への理解の難しさ）の5つのコードで構成されている。他医療者との関係性を保ち、一つのチームとして脳卒中高齢者を支えるために乗り越えなければならない重要な要因である。脳卒中看護師は、〈脳卒中現場での対人関係の葛藤〉や〈resilienceの低下〉によって〈マイナスイメージの看護師〉という認識を持つようになっていた。さらに脳卒中看護師は、〈多専門職との連携の難しさ〉や〈SCUの盲点〉のように、慣れない環境や日々変わる脳卒中高齢者の容態への不安や緊張が強かった。また、「苦しんでいる脳卒中高齢者にどうやって声をかけたらいいのだろう」「この麻痺は治るよね」と聞かれて言葉に詰まった」のように、疾患そのものの難しさだけでなく、脳卒中高齢者の心理面への対応の難しさを感じ、〈脳卒中高齢者への理解の難しさ〉のような負の因子を抱えていた。そして、〈脳卒中医療へのゆらぎ〉の要因は、解決の兆しが見えてくると、〈resilienceの低下〉の改善へと移行していく。〈resilienceの低下〉では、〈責任に重圧〉（自信喪失）（ストレスの蓄積）（試行錯誤の私）（毎日が反省会）の5つのコードで構成される。resilienceが破綻しやすい状況にある時、resilienceの復元や回復に時間を要したり、再びフラッシュバックをおこし、〈自信喪失〉から、一層〈ストレスの蓄積〉となっていく。また脳卒中看護師は、「こんな難しい部署に配置され、毎日が勉強だけど、私で大丈夫なのか」等のように、〈責任に重圧〉を感じていた。さらに看護師は、自ら語る言葉やしぐさが、脳卒中高齢者にとってどのような影響を及ぼすのか、また生命とも直結する脳卒中医療の現場にいる看護師としての自分に違和感を感じ、〈試行錯誤の私〉が存在していた。一方で脳卒中看護師は、〈毎日が反省会〉を行うことで【肯定的関心】の疎外要因の〔願いと負担のアンバランス〕を、新たに一步踏み出す要因へと切り替えていく。この切り替えが脳卒中看護師のresilienceの回復になり、前向きな思考へと徐々に変化する。脳卒中看護師は、自身のキャリアを健康で生き生きと務めようとし、折れないところを形成するresilienceが再生していくことは、【肯定的関心】の必須条件である〔対人折衝力のめざめ〕を得るための重要な要因であった。

## 2) 対人折衝力のめざめ

【肯定的関心】の必須条件である〔対人折衝力のめざめ〕は、〈サポーターによって立ち上がる〉〈脳卒中現場の職務満足〉〈脳卒中専門職としての自律性〉の3つの条件によって構成されている。〈サポーターによって立ち上がる〉は、〈先輩看護師がお手本〉（看護師にとって家族はサポーター）（ストレス解消法）（リハビリで頑張る脳卒中高齢者の姿）（地域に戻る高齢者の笑顔）（先輩看護師に支えてもらっている感覚）の6つのコードで構成される。【肯定的関心】の疎外要因である〔願いと負担のアンバランス〕によって専門職者の心は揺れ動き、

---

<sup>24</sup> SCU（脳卒中ケアユニット）とは、発症直後から脳卒中急性期の患者に対し、適切な治療とリハビリテーションを組織的・計画的に行う脳卒中専用の治療病棟である。2007年1月にSCUを開設し、脳卒中専門医を含む脳神経外科・神経内科の経験ある医師が24時間常駐し、開業ドクターや救急隊から発症直後の患者を受け入れて迅速な診断・治療を始める。脳卒中治療ガイドライン(2009)では、SCUで治療することで脳卒中患者の死亡率の減少、在院期間の短縮、自宅退院率の増加、長期的な日常生活動作(ADL)と生活の質(QOL)の改善をはかることができるという検証結果を示した。

自身の心を保持することに懸命で、他者への配慮や関心までには至らない状況にあった。この時に支えてくれるのが、サポーターの存在であり、〈サポーターによって立ち上がる〉ことができていた。またストレス調整するためには、他者からの【肯定的関心】を受けることで、自身の心に変化が起こり、共に前に進もうという【肯定的関心】をもつための重要な要因であり、[対人折衝力のめざめ]がみられる。ライフスタイル再編成という最終段階へと進むためには、〈脳卒中現場の職務満足〉の必須条件であり、〈働く環境の大切さ〉（肯定的評価への喜び）（質の高い職場環境）（楽しく前向きに育みあう組織）の条件が、回りながら拡大して良循環を示し、（positive spiral で変化していく）、の5つのコードで構成されている。これらの条件は、proactive<sup>25</sup>に前進していくためには、（positive spiral に変化していく）が必要な要因となる。この意欲が高まってくことで、さらにはスキルアップと共に自信にもつながり、positive spiral は回りながら大きく拡大していくことになる。そして、専門職者は脳卒中現場で承認される感覚を持つことによって、職務満足へと変化していく。専門職者の中で職務満足が向上していくことにより、〈脳卒中専門職としての自律性〉にも反映し、脳卒中高齢者の発信する（ナース・コーリングを受けとめる）や（脳卒中高齢者を各専門職で支える覚悟をもつ）ことが可能になる。この積み重ねにより、脳卒中高齢者に向かう姿勢として【肯定的関心】が可能になってくると推測し、【肯定的関心】の必須条件として重要な因子である。これに反映して、脳卒中高齢者の満足度も上昇していく。脳卒中看護師の職務満足と脳卒中高齢者の満足の関連は、satisfaction mirror が自然に起きていた。

〈脳卒中専門職としての自律性〉は、〈看護師としての信念を貫く〉（変化していく看護師の自分）（急性期現場での熱い思い）（脳卒中看護師の強い使命感）（脳卒中看護師としての自己実現）（看護することの喜び）（依存し合わない環境）の7つのコードで構成されている。〈脳卒中現場の職務満足〉の相乗効果として、〈脳卒中専門職としての自律性〉が高まり〈看護することの喜び〉がもてることで、【肯定的関心】におけるトリガーとして、プロセスアウトし、次の因子である[意志決定による能力向上]へ移行する。

### 3) 意志決定による能力向上

脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の最終段階を支える脳卒中看護師は、肯定的関心への段階を踏むために[意志決定による能力向上]が重要な条件になり、〈ナース・コーリングを受け止める〉〈脳卒中高齢者を各専門職で支える覚悟をもつ〉ことができる2つの条件を含有している。〈ナース・コーリングを受け止める〉は、〈脳卒中高齢者の思いが気になる〉（人に興味をもつ）（脳卒中高齢者にとってのナースコールの意味）（患者や家族を大切にしたい）（保健医療福祉で応えていく）の5つのコードで構成されている。「患者を観察するには、まずは相手に関心をもつこと」「相手に興味をもつことで、色々な思いをきくことができた」等のように（人に興味をもつ）ことは重要であった。また、看護師は、「どれだけ患者の思いに寄り添っているのか」等と感じ、〈脳卒中高齢者の思いが気になる〉と関心を寄せることができていた。しかしナースコールについては、「頻繁に鳴らすナースコールに不満」「夜になるとナースコールが多発」「ナースコールに振り回されている」と脳卒中看護師は感じる一方で、

---

<sup>25</sup> proactive は、直訳すると「率先した」「順向性の」のような心理学用語でもある。大辞泉では、積極的に促すさまであったり、また事前に対策を講じるさまという意味をもつ。

「ナースコールをなぜ鳴らすのか」「寂しいからナースコールを押す」のような（脳卒中高齢者にとってのナースコールの意味）について考えていた。ナースコールは本来、医療者に思いを伝える手段であり、この思いが伝わらないと「医療者への不満や不信感が増大し、ライフスタイル再編成にも影響をきたす」といった事態により、ナースコールは重要な役割を持っていると認識していた。また、脳卒中高齢者に関心を持ち、脳卒中高齢者の心理を考え、「ナースコールがなる前に対応できれば」「優しい言葉で労わろう」と自らの行動を正し、（人に興味をもつ）ことの重要性や（患者や家族を大切にしたい）という思いを動かしていた。しかし、脳卒中高齢者から、「退院後に一人で暮らしたいがどうやって暮らしていけばいいのか」「家の改築はどのぐらいの費用がかかるのかと聞かれた」「施設への入所ではなく家には戻れないのか」「あの施設の人は優しいだろうか」と聞かれても、知識や技術の未熟さや看護師だけでは対応できない質問の場合があり、その対応に困惑し、医療だけでは支えきれないこともある。（保健、医療、福祉によって応えていく）ことは、脳卒中高齢者がその時々で自由の選択ができ、ライフスタイル再編成に向けて重要な因子でもある。

（脳卒中高齢者を各専門職で支える覚悟をもつ）は、（チームの関係修復）（チーム医療は大前提）（チームで寄り添う覚悟を持つ）（多専門職でその人らしい生活に向けた支援）（多角的な視点をもつ）（保健、医療、福祉で支えていく）の7つのコードで構成されている。

円滑なチーム医療の運営には、（チームの関係修復）が重要なカギとなるコードである。「脳卒中ケアは一人では難しい」「自分の思いだけを相手にぶつけず、相手の思いも受け止めなければならない」「皆の心が一つだと安心感がもてる」「患者への説明は皆で統一したものでなければならない」のような思いを抱き、理解や共通認識がもてた時に、専門職の関係性が保たれ、脳卒中チームが機能されたことを示す。このように（チームの関係修復）は、（チーム医療は大前提）とつながるトリガーとなり、最終段階へと向かう条件になる。

「対象が希望すること、苦悩していることは何か」を（多角的な視点をもつ）ことで、早期に理解し、同じ目的を持つ仲間意識をもつことで「意識を一つにして、歩んでいくためには相手を理解しようと思う気持ちが必要」であり、「共に同じ方向性をもって進む意識を持つ」とは、（保健、医療、福祉で支えていく）コードにつながる。

脳卒中高齢者の思いや願いを理解しながら、ライフスタイル再編成に向けて支援していくためには、脳卒中看護師や他専門職者自身の[意志決定による能力向上]を目指すことが必須の条件であり、共に前進していく【肯定的関心】の能力にもつながっていく。

## 第5項 考察

説明理論である【肯定的関心】を実践、涵養するための理論を述べる。【肯定的関心】の実践は〈脳卒中現場の職務満足〉という条件を整備し、【肯定的関心】を涵養するために〈脳卒中専門職としての自律性〉の能力を身に付けていくことが必要だと考える。

各専門職がメンバー同士や個々で自らを内省し、相手を理解し共に前進する能力を養うためにはどのような方法があるのか、〈ナース・コーリングを受け止める〉ことや〈脳卒中高齢者を各専門職で支える覚悟をもつ〉にはどのような方法があるのか、について組織や個々の問題として取り上げ、解決に向けて対策を考えていく必要がある。

このことから、肯定的関心理論について、【肯定的関心】が本課題において示す意味、【肯定的関心】と類似する概念との比較、について概説し、脳卒中現場で働く専門職としての【肯定的関心】の重要性について考えていく。

## 1. 肯定的関心理論

【肯定的関心】とは、各専門職が脳卒中高齢者のこのような思いや願いをありのまま受け止め、共に歩んでいくこととした。この概念の根底にある心理学用語として使われる「無条件の肯定的関心」は、セラピストがクライアントを一人の独立した人間として無条件に認め、positive な側面と negative な側面の両方を受容することである。クライアントが不適応にあるということは、つまりクライアント自身が自分を受容できていない状態にあることを示す。そこでセラピストは、クライアントが自己を見つめ直し自分自身を受容できるように、無条件にクライアントを受容することで、クライアントにも変化が起こっていく。これが、無条件の肯定的受容の意義 (C. R. Rogers, 2005a, 2005b) であり、肯定的関心理論に依拠する。

脳卒中高齢者に関わる看護師は、他専門職との関係性をうまく調整できず、〈脳卒中現場での対人関係の葛藤〉〈resilience の低下〉〈脳卒中医療へのゆらぎ〉から悩みや不安を抱え、患者が発信するナース・コーリング (第2章第4項2) のように、ナース・コーリング的方法で発信していた。彼らは、「心をつなげたい」「関係職種だけでなく、高齢者や家族の本心を知りたい」「みんなと心をひとつにしたい」「離れていた心を捕まえたい」等の願いを抱いていた。各専門職が互いの離れていた心を察知でき、同じ目標をもって進んで行くことが可能になることで、脳卒中看護師や各専門職にとって【肯定的関心】は重要な意味をもつ。各専門職が他者との関係性の調和と【肯定的関心】の姿勢を持つことができると、互いの関係が保持できるだけでなく、脳卒中高齢者の思いや願いが叶う先駆になる。そのためには、【肯定的関心】をどのように実現していくかが重要視される。脳卒中高齢者に対応できる専門職としての能力を満たすためには、専門職者自身の自己実現<sup>26</sup>が求められる。このことから、肯定的関心理論は、他者との関係性の中で、その意味を発揮していくことに意義がある。

また、C. R. Rogers が創始した来談者中心療法<sup>27</sup>の考え方の中で、無条件の肯定的関心、共感的理解、自己一致がある。カウンセラーの態度条件の一つとし、共感的理解は脳卒中高齢者の立場になって思いやり、気持ちを共に感じ理解することである。同情や同感と異なり、また共感とは他者と感情を共にすることであることから、共感的理解とは異なる意味をもつ。つまり、脳卒中高齢者が今どんな感情、欲求、期待、意図をもっているかを内面から理解することである。この共感的理解により、脳卒中高齢者と脳卒中看護師に信頼関係が生まれ、脳卒中

---

<sup>26</sup> 自己実現 (Self actualization) とは、もともとは心理学の用語で、ゲシュタルト心理学者で脳病理学者でもあった Kurt Goldstein が初めて使った概念とされる。アメリカの心理学者アブラハム・マズローが、「人間は自己実現に向かって絶えず成長する生きものである」と仮定し、人間の欲求を5段階の階層で理論化したものである。またこれは、「マズローの欲求段階説」とも称される (心理学辞典、誠信書房)。

<sup>27</sup> 一般的なカウンセリング技法として用いられている来談者中心療法 (client-centered therapy) は、1950～1960 年代にカウンセリングの神と呼称された C. R. Rogers によって創始された非指示的な技法である (村瀬, 村瀬, 2004; Rogers, 2005a, 2005b)。

看護師は脳卒中高齢者の話を素直に自分のこととして受け入れられるようになることが期待される。このことを Rogers (2005a, 2005b) は、「人間は受容され、評価されるときに自己自身を大切にすることで成長するからなのです。共感的に聴いてもらうとき、自己の内面で動く体験に耳を傾けることができるようになるのです」と説明している。実際には、脳卒中高齢者を共感的理解に基づいた対応をすることは、決して容易なことではない。脳卒中高齢者は、発症初期から絶望と希望の去来における自由の選択を行いながら、不安や恐怖、思いや願いをナース・コーリングによって発信していた。しかし脳卒中看護師は、脳卒中高齢者を支援しなければならない、指導しなければならない等と考え、視野が狭くなり、専門職者が一方的に価値を押し付けてしまうリスクにより、脳卒中高齢者の不安等が誘発されてしまうと考える。さらに、同じものを見ても人によって感じ方や価値観が異なり、これは、幼児期の主に親の養育・生活態度・言動等を通して身についた生き方や出来事を通しての獲得<sup>28</sup>によるものであるといわれる。各専門職者の脳卒中高齢者に対する共感的理解の基盤もまたそこに求められ、各専門職者によってその差が生じると考えられる。同様に脳卒中高齢者もまた、人によって感じ方が違い、同じことをさまざまな専門職に言われても感じ方が異なるのは当然のことでもあると考える。このように、脳卒中高齢者と脳卒中看護師との間に認識のずれがあるため、共感的理解は容易ではないと考える。

以上のことから、筆者は本研究において共感的理解ではなく、【肯定的関心】が合致すると考え、これに注目した。【肯定的関心】は、共感的理解と同様に Rogers (2005a, 2005b) のカウンセラーの要件の一つでもある。これは、対象がこうありたいと思う自分の姿、すなわち自己実現へと向かうための要件でもある。各専門職者は、対象が示す negative な言動、発言、感情等を、ありのままに肯定的に受け入れ、共に前に進んでいくことで、対象も自分自身の全てをありのまま受け入れられる感覚がもてるようになり、自己実現にむけて一歩近づくことができるのではないかと考える。このような過程が脳卒中高齢者との関わりには、第一に重要であったと考える。脳卒中看護師は脳卒中高齢者を批判や評価をせずに、ありのままに受け止めていくことが、ケアや関わりの根本的な姿勢になると考える。また、互いに影響し合い、positive な思考へと変化することで、脳卒中看護師側と脳卒中高齢者に満足感が芽生え、これは satisfaction mirror による効果とも考える。脳卒中看護師による【肯定的関心】の能力が発揮できる理論的根拠は、Rogers (2005a, 2005b) のいう「クライアントに対して対等な誠実な人間として出会う立場」としての専門職者の存在意義の肯定的関心理論に依拠する。

## 2. 肯定的関心が示す意味

医療や社会のニーズは日々変化し、それにあわせて看護の質の向上も期待されている(三毛, 2003)。脳卒中ケアに関しても、熟練した看護技術と知識を用いて、質の高い看護実践ができる人材を期待している。先行研究では職務満足尺度 IWS(1978; 撫養, 勝山, 2011) や MMSS(1990; 志自岐, 1997) 研究があり、撫養と勝山の研究(2011)では、職務満足の向上には、仕事の充実と併せ、特に上司との良好な人間関係を築くことが示唆されていた。本研究において

---

<sup>28</sup> 高松は、明治以前の日本と現在の状況を比較しながら、現代日本におけるコミュニケーションへの影響要因とそれによる影響が、社会の場におけるコミュニケーションの困難さを際立たせる社会状況の変化へとつながっていることを論述している(高松, 2006)。

も、〈脳卒中医療のストレスフルな小集団〉で上司や看護師間、他職種間での関係性がアンバランスのため、看護師はストレスを抱えていた。他者との関係におけるジレンマについての先行研究で、ジレンマには外部的なジレンマと内部的なジレンマがあった。外部的なジレンマは、病院における管理、社会のシステムにおける状況下によるもの、内部的なジレンマでは、看護師個人の業務環境や価値観によるものであった(山本, 2008)。内部的なジレンマに対しては、上司や先輩看護師、医師との意見対立、患者からの暴力や理不尽なクレームといった外部的なジレンマとの対峙があり(山本, 2008)、特に上司や先輩看護師、医師との関係が本研究との関連性が深いと考えた。この外部的なジレンマへの対応は、組織や上司によるマネジメントが必要であり、脳卒中高齢者もジレンマに苦悩していたが、この時にサポートをしてくれる対象がない場合、〈脳卒中医療へのゆらぎ〉が起こり、解決されずにいるとストレスが蓄積し、〈resilience が低下〉していく。この状態は、【肯定的関心】が伴う2つのニードのうちの『脳卒中看護師が他専門職者からの肯定的関心を受けたい』というニードであり、〈resilience の低下〉を回避するためにも、組織や上司からの【肯定的関心】を受けることが必要であると考えた。「共にケアを立案しこれからの方向性を決める」のように、脳卒中高齢者をケアする専門職者が互いに同じ目標に向かって協働していることが窺われた。(チームの関係修復)を願い、脳卒中看護師自らアクションを示し、他専門職とつながる意識を持つことで関係性を取り戻そうとする[対人折衝力のめざめ]がみられていたと考える。また(ストレス解消法)により脳卒中看護師が自身の情緒を安定させることで、(看護することの喜び)や(急性期現場での熱い思い)を持ち、[意思決定による能力向上]となって脳卒中高齢者と向き合うことにもつながっていくと考える。脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支えるためには、【肯定的関心】をもってチームが一体になり、脳卒中高齢者と同じ目標に向かって共に歩むことが必須条件であると考えた。

また、脳卒中高齢者や家族は、「尋ねやすい雰囲気をつくってほしい」「忙しそうで聞きづらい」「自宅に戻ったら誰に相談すればいいのか」のように、専門職者のわかりやすい説明を期待する反面、医療者に遠慮する気持ちがあった(山本, 2008)。この不安や悩みをナース・コーリングとして医療者に発信していたが、この思いや願いが届かないと脳卒中高齢者は医療者に対し、不信感や不安を一層増大させ、信頼感がもてない対象と認識してしまうことも考えられる。脳卒中高齢者が発信するナース・コーリングに瞬時に対応できる人材は、脳卒中高齢者にとって自身の思いや願いを【肯定的関心】をもって受け止められた感覚をもつことができ、心理的ダメージの予防、症状緩和になり得ると考える。【肯定的関心】に伴うもう一つのニードの『脳卒中高齢者が専門職者に肯定的関心を持って関わってもらいたい』が、これに当てはまる。看護師をはじめとするチーム一人ひとりが【肯定的関心】をもって、相手の思いや願いに早期に気づき対応することで、外的ジレンマや内的ジレンマの解消にもつながっていくのではないかと考える。この積み重ねによって、看護師自身の対人折衝力が身に付き、脳卒中高齢者に対しても安心して自分らしいライフスタイルの再編成にむかうための支援へとつながっていくものと考えた。脳卒中高齢者の望むライフスタイルを再編成できるように、【肯定的関心】の意義を保健医療福祉学において明らかにしていくことは、新たな学問の創造になると考える。

疾患や障害をもったことによる心理的ダメージは、脳卒中高齢者の発症後のライフスタイル再編成に影響を及ぼす。脳卒中高齢者が自分らしいライフスタイルを再編成する上で、脳卒中高齢者の心理面が満たされることが重要な要素であり、そのためには、保健、医療、福祉の専

門職との関係や、人的な資源、相談相手や家族との関係が脳卒中高齢者の心理面に影響すると考えた。脳卒中高齢者を支えていくための条件には、Rogers がいう「人ががかわるためには自分を受け入れなければならない。つまり、変化するためには【肯定的関心】をもたなければならない」、また「潜在する成長力を満たすには、基本的な有機体的な体験を受けなければならない」のような近い条件があると考え、脳卒中高齢者に関わる人々がもたなければならない能力には、脳卒中高齢者の心理的ダメージを理解する能力と合わせ、脳卒中高齢者の思いや願いを察知し、寄り添いながら共に歩いていく【肯定的関心】の能力が必要であると考え。そして、脳卒中高齢者に関わる人同士も、互いに【肯定的関心】をもって支えあうことが必要であり、これによって統合された力が、脳卒中高齢者の心理的ダメージの発症や悪化防止のみならず、脳卒中高齢者の目指すライフスタイルの再編成に大きく関与していくと考え、【肯定的関心】は重要な概念である。その関係性を『脳卒中高齢者と肯定的関心の要素のトライアングル』(Figure2.5)で示した。

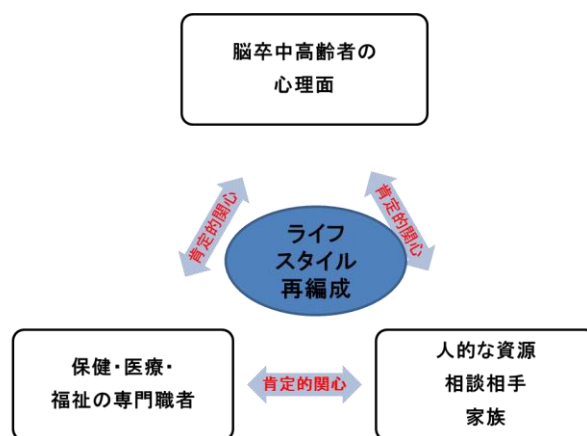


Figure2.5 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成と肯定的関心のトライアングル

(出典：筆者作成)

さらに、本研究で抽出された〈脳卒中現場での対人関係の葛藤〉〈脳卒中現場の職務満足〉〈サポーターによって立ち上がる〉のカテゴリーは、看護師の mental health に影響を与え、脳卒中看護に必要とする〈resilience の低下〉〈脳卒中医療へのゆらぎ〉が起こり、脳卒中看護師にとっても心理的ダメージに陥る場面であった。脳卒中看護を継続していくためには、他専門職や他の脳卒中看護師と良好な関係性を取戻し、【肯定的関心】をもってかかわることで、脳卒中看護師自身の mental health 不全の解消にもなるといえる。また、脳卒中看護師の mental health 不全について、組織が中心になり、脳卒中看護師の mental health を細めにチェックし、一方で脳卒中看護師が思いや願いを表出しやすい場を設けることで、他者からの【肯定的関心】を受けることが可能になるといえる。働きやすい労働環境下で、さらに他者からの肯定的評価やサポーターからの支持により、脳卒中高齢者の満足感や労働意欲の向上につながることを期待される。さらに、看護師の mental health が整うことで、脳卒中高齢者とつながり最良のケアが提供できると考える。



### 3. 肯定的関心に類似する概念との比較検討

近年、『連携』や『協働』という用語が保健，医療，福祉において広く活用されている（山本，苗代他，2013）．これらの用語の意味は，互いに連絡を取り合って一緒に物事を行うことや，同じ目的のために協力して働くこと（大辞林）であった．本研究で抽出した【肯定的関心】は，連携や協働の意味とは異なり，インタビューより各医療者同士，医療者と脳卒中高齢者の心が離れていて，関係性がとれていない現状から，離れていた心をどうにかして近くに取り戻すための手段として，相手の心の声を素早くキャッチし，相手の思いを大切にする【肯定的関心】ということと重点をおいた概念である．【肯定的関心】と関連した概念についての先行研究では，大学を拠点とした連携教育が多く（山本，苗代他，2013），看護師へのインタビューで特に高齢者の思いの捉え方や【肯定的関心】に関連する研究は，見当たらなかった．類似の概念として，「decision making」，「assisted decision」，「エンパワーメント」，「パートナーシップ」，「傾聴」をとりあげ，医学中央雑誌で検索したところ，Table2.5 のようになった．

Table2.5 研究の分類 医学中央雑誌 2009 年～2014 年（検索 2015 年 1 月）

キーワード 研究方法	総数	治療・診断・ 副作用以外の 研究数	原著 論文	症例 報告	解説・ 総説	内容
「decision making」 「ライフスタイル」	1	0	0	0	0	高齢者の歯科治療に対する評価と臨床意思決定
「decision making」 「高齢者」	58	12	16	2	26	治療法の意味決定における関節リウマチ日本人患者の選択、意思決定における歯科患者の選択と選択、在宅ホスピスに関する意思決定、乳がん女性の意思決定役割等
「assisted decision making」 「ライフスタイル」	0	0	0	0	0	
「assisted decision making」 「高齢者」	0	0	0	0	0	
「エンパワーメント」 「ライフスタイル」	61	0	14	3	29	高齢期ひとり暮らし時永住希望とコミュニティ・エンパワーメントの関連、精神科リハビリテーション介入におけるエンパワーメント効果、認知症高齢者と家族介護者への支援方法等
「エンパワーメント」 「高齢者」	115	114	52	4	36	回想法を活用した地域づくり、地域づくりにおけるコミュニティ・エンパワーメント、エンパワーメントを促すグループディスカッションの活用、家族ピア教育プログラムの普及等
「パートナーシップ」 「ライフスタイル」	2	0	0	0	2	地域における学生主導型育メン活動推進への取り組み、患者さんの服薬コンプライアンスをサポート
「パートナーシップ」 「高齢者」	35	34	23	0	23	初老男性患者とのケアリングパートナーシップ、がん患者の家族が抱える苦しみの検討、マネジメント行為の特徴、民生委員の高齢者支援パワーに関連する要因等
「傾聴」「ライフスタイル」	49	43	17	4	16	生活習慣改善を促す保健師の支援、不安を抱えた高齢者との関わり、患者の自己決定支援、患者が現実に向き合うことの支援、高齢の生活習慣病者への生き方変容支援
「傾聴」「高齢者」	346	306	204	70	146	透析導入期にある患者さんとの関わり、死に直面した患者への関わり、がん告知の患者への関わり、患者家族のニーズと心理、不安要因と不安軽減への効果的な援助等

Table. 2.5 の結果をふまえ，この研究の分類から，肯定的関心を比較と検討すべき用語として，「エンパワーメント」，「傾聴」，「パートナーシップ」を取り上げ，【肯定的関心】との相違について考察する．

#### 1) エンパワーメント

エンパワーメントは，近年，我が国の福祉，医療，教育等の幅広い分野で取り上げられている．1976 年，Solomon, B. B. は，自身の著書の『ブラック・エンパワーメント：抑圧地域での

ソーシャルワーク』(Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities)において、アフリカ系アメリカ人のクライアントへの効果的なソーシャルワーク実践がエンパワーメントであることを記した。また、Segals ら(1995)は、エンパワーメントは一般には無力な人達が彼らの生活への調整能力を獲得し、彼らの生活する範囲内での組織的、社会的構造に影響を与える過程を意味するとしている。その後、さまざまな側面からエンパワーメントという語が用いられ、昨今、ソーシャルワークが専門職の一つの中心的な価値として位置付けられるまでに至る(古寺, 2007)。本稿では、エンパワーメントについての意味、社会福祉分野、教育、保健医療分野等の各領域での概念定義、研究の現状を検討した。

### (1) エンパワーメントの意味

エンパワーメントは、大辞林において、①力をつけること。また、女性が力をつけ、連帯して行動することによって自分たちの置かれた不利な状況を変えて意向とする考え方。②権限の委譲。企業において従業員の能力を伸ばすためや、開発援助において被援助国の自立を促進するために行われる」とある。森田(2011)は、エンパワーメントとは「力をつけること」ではないと述べている。それは人と人との関係のあり方であり、人と人との生き生きとした出会いの持ち方とし、互いの内在する力にどう働きかけるかという課題をもちながら、各々の内面に持つ力をいかに発揮し得るかという関係性だと述べている。エンパワーメントとは、個々人の誰でもが潜在的にもつ力や個性を再び生き生きとさせることであった。

一方、「empowerment」の「empower」は「〈人〉〈…する〉権限〔権能〕を与える」とし、また、広辞苑で、エンパワーメントは、社会的に差別や搾取を受けたり、組織の中で自らコントロールしていく力を奪われた人々が、そのコントロールを取り戻すプロセスであり(久木田、渡辺編, 1998)、エンパワーメントが成立する条件は、本来能力があるのに能力をはく奪された状況下であり、能力を取り戻すプロセスである。エンパワーメントが用いられる前提として、パワーレス<sup>29</sup>な状態とみなされる者がいると客観的に外側から俯瞰している視点がある。久木田と渡辺(1988)は、社会的な問題に接し、多くは危機感を持って、それらの問題の解決とその解決を可能にする構造的な社会変革を起こそうとしている人々が俯瞰者と述べている。個々人の潜在的に持っている能力を取り戻す過程は、構造的な社会変革をしなければならない状況といえ、そこにおけるものの捉え方、状況を変え、パラダイムシフト<sup>30</sup>が生じていた。看護学大辞典にある看護のエンパワーメントは、「自分の生活や置かれている状況を自らコントロールしていくプロセス」とあり、また、あるコンテキストの中で無力だと思われる人やグループの潜在能力を認め、意思決定や参画の機会を提供することで、その人やグループがパワーを

---

<sup>29</sup> 効果がない、無能な、力のない、無力な、の意味をもつ。「エンパワーメント」のパワーとは、権力や暴力的な力、人を支配するための力ではなく、自分の人生において自己決定をし、自分の人生を生きる力である。このパワーのない状態をパワーレスの状態という。個人や集団の資質や能力のせいではなく、社会的、経済的に抑圧され、自己決定のための資源を手に入れられず、自己決定の機会を奪われ続け、そのパワーをないものとみなされた結果、パワーのない状態に陥ることである(研究社。新英和中辞典、JSTk 学技術用語図英対話辞典)(参考; [www.5a.biglobe.ne.jp/~with3/femico/enpowaer.htm](http://www.5a.biglobe.ne.jp/~with3/femico/enpowaer.htm))

<sup>30</sup> パラダイムシフト(paradigm shift)とは、その時代や分野において当然のことと考えられた⑦認識や思想、社会全体の価値観等が、革命的にもしくは劇的に変化することをいう。パラダイムチェンジともいう。

自覚し、発揮していく過程である。患者が自らの問題を自分で解決できるようにするために、患者に本来備わっている能力を引き出すよう働きかけることを意味していた。

## （２）各分野におけるエンパワーメント

社会福祉分野においてエンパワーメントが用いられたのは、公民権運動であり、この社会的背景をきっかけとして、ソーシャルワークの支援方法にエンパワーメントが導入された。ソロモンは、「エンパワーメントは、スティグマ化された集団に属することにもとづいてもたらされる否定的な評価が生み出している無力化された状態を軽減する目的で、ソーシャルワーカーがクライアントやクライアントシステムとともに一連の活動に携わる過程」と定義し、黒人のソーシャルワーク実践方法を模索した(古寺, 2007; 川橋, 1998; 久木田, 渡辺編, 1998)。その後、エンパワーメントは、女性や障害者、少数民族、AIDS 患者など社会的弱者として差別される人々へのソーシャルワーク実践方法として発展し、現在までにさまざまな定義づけが行われた。例えば、Staples, L. H は、エンパワーメントの力を得る過程やパワーを発達させ獲得する過程、パワーを促進し効果的にする過程、力を与え認める過程と定義している。また、Lee, J. A. B は、Simmons, B. L (1993) の「エンパワーメントは、内相的活動であり、力や自己決定を求める人々によってのみ開始され、持続されることのできる過程である。このエンパワーメントの過程において他人は、支援し促進することしかできない」という定義を引用し、エンパワーメントの過程が支援者ではなく、利用者主体で行われることを強調している(國信, 2002)。

教育分野では、Freire, P. の著作をもとに、Wallerstein, N (1988) が 1988 年に個人や集団や構造の変化を目的とするエンパワーメント教育を提唱したことが、エンパワーメントの歴史的起源となっている(村松, 村松, 1995)。久木田ら(1998)は、Freire, P の教育学は抑圧の構造とし、意識化し、実践によって次の段階への変容を可能とし、自らが文化の作り手になって行動する持続的な開放のプロセスであるとしている。また入江(2006)は、より人間的な社会秩序をつくるために行動する可能性を認識し、そのために互いに力を作り出すような方法で他者と関係することができるようになることをエンパワーメントであるとし、教師の知識と経験は、学習者とともにすべての者の力を増大させるために使われると述べ、学習者と教師の相互作用によって力が増していく状況をエンパワーメントとして捉えている(野島, 1996)。

保健・医療分野では、野嶋(1996)がケア対象者の権利や自己決定を尊重しながらその人が持っている力が発揮されるには、ケアを受ける者とケアを提供する者がパートナーシップを形成し、協働して問題解決に取り組むというパラダイム変換を促す概念としてエンパワーメントを紹介し、2000 年以降にエンパワーメントが広く取り上げられた(村松, 村松, 1995)。鈴木(1997)は、看護におけるエンパワーメントとは、看護の対象が潜在的に持っている力やあらゆる健康障害に対処していく力を開発する看護援助のあり方を意味すると述べている。

久保(1995)は、エンパワーメントについて、社会的存在であるクライアントが社会関係の中で正当な社会的役割を遂行し、自己決定権を行使していくべく力(個人的、社会的、政治的、経済的)を獲得することを目的とした援助の実際の過程であり、個人レベル、社会レベルの変化をもたらすことになる。そして、エンパワーメントの実践は、ワーカーとクライアントとの協働作業であると定義づけている。専門家による援助実践のパラダイムの変換として、クライアントの自己決定の支援、潜在能力の獲得に向けた専門家のアプローチの視点から整理されていた。

社会福祉分野のみならず、各分野で多様に扱われている現状があることも、多数の研究者によって報告されている。Table2.6 にその詳細の一部を示す。

Table2.6 エンパワメントの概念定義

研究者	概念定義
野嶋佐由美 (1996)	ケアを受ける者とケアを提供する者がパートナーシップを形成し、協働して問題解決に取り組むというパラダイム変換を促す概念
Zimmerman MA ら (1988)	個人が自分自身の生活全般にわたってコントロールを獲得するだけでなく、コミュニティの民主的な参加にも同様にコントロールを獲得する一つのプロセス
Wallerstein N ら (1988)	コミュニティやより広い社会において、自分達の生活をコントロールしていくために、人々や組織やコミュニティの参加を促進していくソーシャル・アクションのプロセス
Gutierrez L (1990)	個人がそれぞれの生活状況を改善するための行動を起こすことができるよう、個人的、対人的、政治的なパワーを強めていくプロセス
GibsonCH (1991)	自分の生活に影響する要因のコントロールを人々が主張することを支援するプロセス
Segal SP ら (1995)	一般にパワーレスな人々が自分達の生活の制御感を獲得し、自分たちが生活する範囲内での組織的、社会的構造に影響を与えるプロセス
久保美紀 (1995)	社会的存在であるクライアントが社会関係の中で正当な社会的役割を遂行し、自己決定権を行使していくべく力（個人的、社会的、政治的、経済的）を獲得することを目的とした援助の実際の過程であり、個人レベル、社会レベルの変化をもたらすことになる。そして、エンパワメント実践は、ワーカーとクライアントとの協働作業である
RodwellCM (1996)	自己と他者を尊重するパートナーシップ、対等の意思決定、選択や責任を受け入れる自由などを支援するプロセス
久木田純 (1998)	Freire, P の教育学は抑圧の構造とし、意識化し、実践によって次の段階への変容を可能とし、自らが文化の作り手になって行動する持続的な開放のプロセスである
GlenMay L (2000)	自分の生活の真実を自分自身の言葉で語ること、そのような可能性をすべての者に創り出すために共同して取り組むこと
久保美紀 (2000)	ワーカーもクライアントも相互に影響を与えあい、成長するとする相互援助関係に基づくパートナーシップを構築するためには、人間の主体性、潜在性への絶対的信頼に基づくクライアント観が要求される。
森田ゆり (2001)	「力をつけること」ではないと述べている。それは人と人との関係のあり方であり、人と人との生き生きとした出会いの持ち方としている。互いの内在する力にどう働きかけるかという課題をもちながら、各々の内面に持つ力をいかに発揮し得るかという関係性
入江直子 (2006)	より人間的な社会秩序をつくるために行動する可能性を認識し、そのために互いに力を作り出すような方法で他者と関係することができるようになる

このようにエンパワメントは、コミュニティ心理学分野、社会福祉学分野、公衆衛生・地域保健学分野などの研究領域や研究対象によってさまざまな形で定義され、使われてきた概念であったといえる。

### (3) エンパワメントの構造とプロセス

エンパワメントの対象、方法、プロセスは、個人または心理的エンパワメント・組織（集団）のエンパワメント・コミュニティのエンパワメントの三階層で論じられる。

#### ①個人のエンパワメント

野嶋(1996)は、Gibson のエンパワメントが発生する前提要件を紹介している。これは、a. 人間は、自分自身の健康に根元的に責任を負い、すなわち健康はその個人のものであること、b. 個人の成長する力、自由の選択する力は尊重されなければならないこと、c. 人間は自らをエンパワーするのであって、保健医療従事者が人をエンパワーすることはできないこと、d. 保健医療従事者は、患者、クライアントをコントロールしようとする欲求を放棄し、患者、クライアントとの協力関係を形成し、患者等のニーズを優先していく必要があること、e. エンパワメントが生じる条件は、ヘルスケア提供者とクライアントに相互

尊敬の念が存在していること、医療者も患者等も共に参加する関係、協働関係であること、f. エンパワーメント過程の必要条件は信頼であることが示されている。

清水(1997)は、Israel や Schulz(1994)らの論文を引用して、エンパワーメントとは、各個人が個々の生活に対し意思決定、統御できるようになる、またはできていると感じられるようになることと個人レベルでみた定義をしている。

久木田(1998)は、エンパワーメントのプロセスとして、第一段階は「基本的ニーズ・レベル」で、基本的ニーズを満たすために行動し、その結果、労働量や労働時間の軽減とそれに伴う自由な時間の確保ができる。第二段階は「アクセスレベル」で、パワーを生み出すさまざまなリソースへのアクセスが可能となることによって、社会的、経済的エンパワーメントが進む。第三段階は「意識化レベル」で、自己のおかれている状況についての意識化が進み、自分の果たしている役割や変革に向かつて自分の果たせる役割について意識化される。第四段階は「参加レベル」で、意識化された価値や目標に向けての積極的な参加や、自由の選択にも参加する。第五段階は「コントロール・レベル」で、全ての側面でのエンパワーメントが進むことにより、新しい関係性が生まれ、他の人々にも働きかける活動が見られる、という5段階のモデルである。

麻原(2000)は、エンパワーのプロセスについて、a. 個人のもつ潜在能力と一貫性への希求、b. 自分自身の客体化と問題の意識化、c. 新しい価値観の獲得、d. 問題解決方法の習得と実践、問題解決能力の獲得、e. 個人の変化に関連する集団の力（働き）の5点について説明している。さらに、個人は他者との交流の中で認められ、感情を受け止められ、逆に他者を支える経験をする等という集団の力の中で、個人の安心感を得、自己効力感、有能感、自尊感情、意欲等が高められ、エンパワーのプロセスが漸進していくと述べている。

このことから、エンパワーメントの概念にはプロセスが重要視され、エンパワーメントには個々人の意志や自由の選択、価値観が強く影響の関係にあること、集団との相互作用により各々が力をつけることができるものと考えられたといえる。

## ②集団（組織）・コミュニティのエンパワーメント

清水(1997)は、組織の中で個人が意思決定の役割を担うことで自らの統御感を高め、組織がコミュニティレベルでの決定や資源の再配分に影響力を及ぼすことができるようになることを指し、個人レベルのエンパワーメントとコミュニティレベルのエンパワーメントの相互作用が生じる部分を取り出したものと述べている。コミュニティレベルのエンパワーメントとは、コミュニティが個人やグループの必要に応じて行っている努力に対して、社会的、政治的、経済的資源をより大きな社会から獲得し、このような資源をより使いやすい形にして提供していくことであった。個人的、心理的なエンパワーメントが獲得されると、直接コミュニティレベルでの決定や資源の再配分に影響を及ぼし、一方、コミュニティレベルでの決定や資源の再配分は、個人レベルのエンパワーメントに影響力を及ぼす可能性を清水(1997)のエンパワーメントの3つのレベルとその関係を本稿に合致するよう一部改変してFigure2.6に示した。麻原(2000)は、集団およびコミュニティのエンパワーメントとは、集団および地域のメンバーが共通の問題を解決するよう力を結集し、生活をコントロールできる力をつけることにより、メンバーが個々人の生活上の問題を地域住民の共通の問題として認識することを示している。久木田(1998)は、エンパワーメントはQOLと強く関連して相乗

効果を生み、その結果、これまでパワーを持たなかった者がパワーを持つようになるだけでなく、これまでパワーを持っていたものも含めた社会に、構造的な変化を生じさせることを示している。以上のことから、エンパワーメントは、他者との相互作用を通して発生し、多重構造をもっているといえる。またエンパワーメントは、人々が自ら最適な状況を主体的に選び、その成果に基づくさらなる力量を獲得していくプロセスであるといえる。このことは個人、集団、地域に共通していることが示唆された。

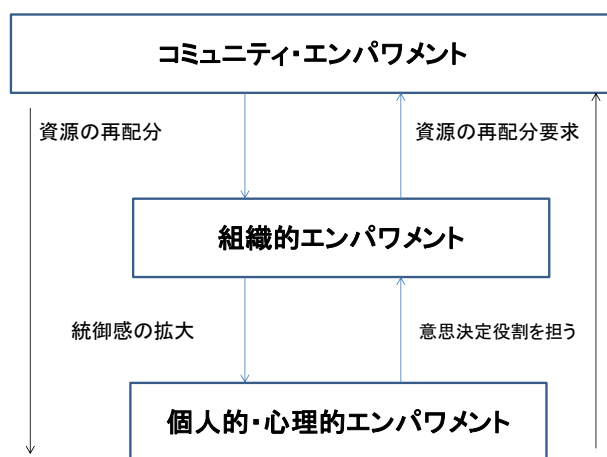


Figure2.6 エンパワーメントの3つのレベルとその関係

清水(1997)を一部改変

#### (4) 日本におけるエンパワーメントに関する研究の現状

エンパワーメントをキーワードにした医学中央雑誌の検索結果では、会議録を除いたエンパワーメントに関する論文は、エンパワーメントが用いられ始めてきた1986年から2014年までとすると1,629件報告されている。その内訳は、原著論文1628件、総説22件、解説1613件であった。そのうち2009年から2014年の5年間では701件報告され、原著論文は701件であった。このエンパワーメントへの関心の高まりは、日本における社会構造・疾病構造の変化、権利意識の変化、ノーマライゼーションの理念の発展、ヘルスプロモーションという世界の健康戦略の潮流による影響等が考えられていた。

一方、「エンパワーメント」と「地域」をキーワードにした原著論文は2014年までに148件と少ない傾向にあると考えられた。この理由には、エンパワーメントの概念が社会運動や人権、一人ひとりの価値観に深く根ざしているという点と、家父長制度等の日本特有の文化には馴染みにくいことが考えられた(Table2.8)。

職種毎でエンパワーメントの研究の動向を見てみると、社会福祉分野では、医学中央雑誌においてエンパワーメントに関する原著論文数31篇(2009年ー2014年)であった。研究対象別に分類すると、クライアント(高齢、障害者、児童・家庭)を対象とする研究は13篇、地域住民に関する研究は4篇、ソーシャルワーク実践者に関する研究は10篇、その他3篇、に大別される。保健医療分野では、医学中央雑誌において、保健医療分野に関するエンパワーメントに関する文献計121篇(2009年ー2014年)について分析する。さらに研究対象別に分類す

ると、患者・家族を対象とする研究は 74 篇、看護者を対象とする研究が 16 篇、他医療専門職 12 篇、スクールカウンセラー・保育職等 7 篇、地域住民 11 篇、その他 3 篇に大別される。

Table2.8 地域のエンパワメントに関する原著論文の一部（医学中央雑誌 2014 年 12 月閲覧）

研究者	研究目的	研究対象	研究方法	研究結果
柳澤尚代 (1999)	栄養不良の要因分析	地域の人びと	ベトナムにおける NGO (非政府組織) 活動	地域的人身のイニシアチブを生かしたアプローチが、人々のエンパワメントに寄与
山根 (2001)	健康実態の把握	都市近郊農村、農山村、 農漁村中高年 女性住民	2 年間の追跡調査	健康増進政策の推進を提起
坂根ら (2001)	糖尿病対策	糖尿病患者	ブリスード・ブロン ドモデルを用いて健康 教育を実施	個別指導のポイントが把握しやすい・参加者からのエン パワメントが得られた等の成果から、MIDORI モデルは有用
門間 (2001)	保健師のエンパワメント	保健師(婦)	質問紙調査、エンパ ワメントの上位概念で ある主体性、コミュニ ティ影響力について、 保健師の経験年数によ って分析	保健師(婦)の主体性、コミュニティ影響力を高めるには、 事例検討、相談が行いやすく、働きがい度が高められるよ うな職場環境が必要
佐伯ら (2001)	住民参加型の地域保健福祉活動におけ る参加スタッフのエンパワメント	援チームのスタ ッフ全員	自由記載による調査、 面接、既存資料、参加 観察法	行政スタッフは住民への信頼を学び活動に方向性と希望を 見出す
下山田ら (2002)	エンパワメントに関する理論やそれ を活用した実践活動および研究の動向 について概観		エンパワメントに関 する文献研究	実践活動から知見の集積、理論化、更なる実践 活動への 貢献
成木ら (2002)	B リハ事業と保健師・保健師の役割を 検討	B リハ事業の 主催者	グループインタビュー	「友の会」の活動を通じ、地域住民は身体障害者における 課題解決だけでなく、精神障害者における課題解決にも発 展
野嶋， 中野ら (2006)	家族看護として、患者や家族がもって いる力をいかに発揮できるように、ケ アの提供の仕方、対象の捉え方等の変 容が行われているのか	対象と家族	エンパワメントに関 する文献研究と現状把 握	家族看護における家族の捉え方において、家族もケアを実 践できるように家族エンパワメントとし、家族の視点の パラダイムシフトが行われるように看護者側の教育も行わ れている。また、認知症や精神疾患患者の介護者において も自らの力を発揮できるように勉強会が開催されているこ とがあげられている。看護において、対象者のエンパワ メントを引き出すことができるかどうかは、看護者自らが どのようにエンパワメントしているかに関与していると 指摘されている
亀田 (2008)	妊婦のエンパワメント	妊婦	妊婦へのインタビュー	妊婦のエンパワメントとは、他者や環境との相互作用を 通じて、自分が望むような妊婦生活や出産ができるよう に、内発的な心理エネルギーが増大することとし、「Self- Efficacy」「Self-Esteem」等を含む因子で構成されると示 された。
末永カ ツ子 (2010)	公共的活動の目標、行政・専門家の公 共的責任、価値理念及び姿勢・態度を 明らかにし、公共的活動における協働 の推進要件について検討	6 例の専門家	専門家の語り	公共的活動の目標は、地域エンパワメント、住民自治 で、住民と行政・専門家をつなぐ共通言語は生活モデルで あった。公共的活動を担う者は、以下の公共的責任と共通 言語をもち、住民の公共的責任は、助け合い・支え合いの 共同体づくりであった。行政・専門家側の公共的責任は、地域の マネジメント・コーディネーションであった。行政・専門家の価値・ 理念及び姿勢・態度では、価値・理念として当事者・住民主体とパート ナーシップが見出され、姿勢・態度として裁量性と総合性、公正・ 公平性と開放性があげられた。協働の推進要件は、当事者・住民主体 の理念の共有とパートナーシップの構築であった
伊藤智子 (2011)	看護基礎教育の老年看護領域におい て、地域包括ケアを学ぶことを目的に 中山間地域に滞在し、家庭訪問、診療所 実習、保健師活動への参加を行う学習 プログラムを試行した、効果の検証	学生	課題レポートの質的 分析	地域の特性と暮らしの関連、暮らしと健康の関連、実践内容、 基本的な態度について学ぶことができた。高齢者の健康や医 療を暮らしの視点で捉えることができたこと、プライマリケ アに必要な基本的な態度が学べたことが示唆された。
渡辺裕一 (2012)	限界集落で暮らす住民自身の高齢者を 支援するパワーと、生活継続にとって 不安な状況のひとつである高齢期ひと り暮らし時(「元気な時」、「他者の 世話が必要になった時」)の永住希望 との関連を明らかにする	限界集落 A 県 B 市 C 町で生 活する 20 歳 以上の住民す べて	配票留置法によるアン ケート調査	「地域の高齢者福祉への影響力意識」が高い地域住民の場 合、その地域住民は永住希望を持ちやすくなり、地域住民 の高齢者を支援するパワーを高めるアプローチは、限界集 落への永住を選択できる可能性を高めることが示唆された
久乗エミ (2013)	高齢者のセルフ・ネグレクト(高齢者 が自己の生活において当然行うべき行 為を行わない、あるいは行う能力がな いことから、自己の心身の安全や健康 が脅かされる状態に陥ること)に関す る理解を促す教育プログラムを実施 し、その効果の検証	M 市内の A 地 区で高齢者見 守り活動を行 う地域住民 23 名	介入前後のアンケート 調査の対照群(M 市 B 地区の住民 27 名。平 均年齢 63.3±10.9 歳) との比較	介入群では、介入後にセルフ・ネグレクトの高齢者に対す る受け入れ意識、地域社会に対する積極性や協同志向の意 識が向上し、高齢者見守り滑動のエンパワメントが上昇 した
津田理恵 子 (2014)	A 市において 2010 年度から直営型の 地域包括支援センターと協力して、高 齢者のエンパワメントを活用し、回 想法の技法を取り入れた地域づくりの ためのボランティアに参加した効果 と、現状における課題を整理する	回想法ボラン ティアに参加 している地域 住民	アンケート調査	生きがい感が低いと評価された者は 1 名もおらず、比較的 高い生きがい感が維持されていた。さらに、回想法を活用 したボランティア活動を良いイメージとして捉え、全員が ボランティア活動に充実感や満足感を感じていた。そし て、ボランティア活動を通して昔の思い出話で話が弾み中 で、ボランティア活動中に楽しみや喜びを感じていること が明らかになった

(出典：医中誌を参考にし、筆者が作成)

### (5) エンパワーメントと肯定的関心との関連

人と人とのつながりや生活環境は、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に影響を与えるのかを捉え、生きる力でもある「活生力」、絆を育む「絆育力」をエンパワーメントする科学が求められている。エンパワーメントはもともと、権限や権利の獲得を意味しているが、現在では、すべての人、集団社会の潜在能力や可能性を引き出し、絆を育む過程を意味しているといえる。このエンパワーメントの理論では、「参加、対話、問題意識と仲間意識の高揚行動」という過程があり(清水, 1997)、対象を「元気にする」や対象の「力を引き出す」ための過程において要するものと考え、この過程において、対象を理解し、方向性を示しながらも暖かく見守り、対象が自ら考えることができるように働きかけることがエンパワーメントの過程を促進する上で重要であった(工藤, 石川, 2001)。

このことから、パワーレスとみなされる脳卒中高齢者のエンパワーメントを引き出すことができるように、彼らを取り巻く社会、医療者や介護者への啓発が重要であると考え、各専門職者は、脳卒中高齢者のエンパワーメントの力をつける面に着目しつつ、力を発揮できるように状況を変えていくことが契機となり、脳卒中高齢者が自ら望むライフスタイルへと再編成していくといえる。

一方、【肯定的関心】は対象をありのまま受け止め、共に進んでいく能力であり、エンパワーメントは本来備わっている力を取り戻していく過程として示している点に違いがある。このことから、脳卒中高齢者はその時々で【肯定的関心】をもった関わりを受けることで、脳卒中高齢者が自由の選択をしながらも自ら望むライフスタイルを再編成していくことへとつながっていくと考える。この脳卒中高齢者が主体的に変化していく過程をエンパワーメントと概念づけている。エンパワーメントと【肯定的関心】は、このように深いつながりや関係があるといえる。

### (6) まとめ

本項では、エンパワーメントの概念、日本での研究現状、評価指標について概観し、エンパワーメントを支援する方法等について文献レビューをふまえて相違を考察してきた。エンパワーメントは、人々が他者との相互作用を通して、自ら最適な状況を主体的に選び、その成果に基づくさらなる力量を獲得していく過程であると定義することができた。これは個人、集団のいずれにおいても共通し、エンパワーメントの実現された状況は結果であると考えた。このことから、対象の思いや願いをしっかりと聴き、しっかりと受け止め、どうかかわれば主体的な行動へと導けるのかを他専門職とアセスメントし、脳卒中高齢者が自由の選択をしながら前進できるように共に歩む関わりをもつことで、エンパワーメントがより実現に近づいていくものと考えた。すなわち、エンパワーメントは、【肯定的関心】の能力により変化していくものであり、エンパワーメント自体はあくまでも過程と判断した。このことからコアカテゴリーには用いなかったが、脳卒中高齢者が主体的にライフスタイルを再編成していく上では重要な概念と考えられる。



## 2) 傾聴 (Table2.9)

言葉は、人と人をつなぐ有力な手段である。直接的なコミュニケーションの主要な成分である発話行為という手段の重要性は、言う、話す、語る、喋る、告げる、述べる、説く等、その様相を表現する言葉が他のコミュニケーションに比べ、豊富にある。教育、福祉、看護、医療、社会心理学等、人と人との関わるあらゆる分野において、このコミュニケーションの果たす役割について研究が進められている。どの分野でもコミュニケーションの基本は、人の話をよく聴くこと、すなわち「傾聴」とし、この傾聴に関する研究もなされている。また、2005年、「傾聴」と「聞き沿う」という行為が看護として用語分類された（日本看護科学学会2005）。この分類では、「傾聴」を「情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと」を目標にした看護行為として「相手の感情や思考に沿って相手の話に耳を傾けること」と定義している。「傾聴」という行為は本来、Carl Ransom Rogers の患者中心療法（person centered approach: PCA）を代表とする「聴く姿勢」であった。村山(2003)は、「傾聴」を Rogers の面接を行うセラピストの態度の三条件を基盤に持つ心理的援助論の中核とした。この条件は、「真実性（純粋性、自己一致）」、「受容性（無条件の積極的関心）」、「共感性（共感的理解）」がある。受容、共感、自己一致という三つの聴く姿勢によって行われる聴き手の行為の総称を「傾聴」というと考えられてきた。この聴く姿勢について、PCA のセラピストのライドに三つの条件で併せて考えると、真実性については聴き手の純粋性や自己一致であり、例えば看護師自身の行動にもあたるといえる。看護者が自己の客観的思考に基づく行為として自己分析へとつながっていく。無条件で積極的関心を持つ受容性や共感的理解を示す共感性は、患者の思いや考えを各専門職者が想像するところから始まっていく。つまり、専門職者の主観的判断で患者の言葉の意味を受け止めていく。一方、「積極的傾聴法」（三島, 1999）における聴き手の自己評価では、「温かく聴く」という表現を用いている。つまり、受容する、共感することは、ケア提供者側の感覚と主観によって行われる行為にあり、身体を客観的に捉えようとする傾向のある医療において、違和感があると吉村(2009)は述べている。

また、PCA は治療的な面接であり、看護や介護の場面においても十分な時間があれば実施可能ではないかとも考えた。一方、日々のケアの中において、言葉を交わす会話は、短時間なことが多い。しかし、短時間であっても、傾聴することは可能でないとはいえない。Anderson(1997)は、会話の持つ変化を促す性質は、その対話性の中にあると述べる。特別な時間と場所を準備するのではなく、たとえ短くても継続した会話を交わす毎日のケアの場の対話において、相手の話に耳を傾け、言葉を返すことで、患者の変化を期待できるのは専門職者の対応力によるものといえる。

Table2.9 傾聴の概念定義

研究者	概念定義
日本看護科学学会 (2005)	「情動や認知に働きかけてその安定や変容を図り、行動の習慣化を促すこと」を目標にした看護行為として「相手の感情や思考に沿って相手の話に耳を傾けること」と定義している
Carl Ransom Rogers (1902-1987)	傾聴について、受容、無条件の肯定的理解、自己一致という三つの聴く姿勢によって行われる聴き手の行為の総称としている。傾聴は、クライアントが自己の姿を描き出し、それを理解し、成長していくためのキャンパスのような役割を果たしている。クライアントのそうした作業を可能にするためには、あらかじめキャンパスに線が引いてはあったり図が描かれたりしてはいけいない。傾聴は、真っ白なキャンパスをクライアントに提供するための条件である
Rosalinda Alfaro-LeFevre (2012)	相手を理解するには、共感的に、すなわち、相手の世界観や考えのなかに入りこもうとする気持ちを持って耳を傾けることが前提になる。共感的に傾聴するには、自分自身の世界観を脇において、相手の苦しみ、挫折や願望と自分を重ね合わせて、相手の見方を理解することが必要である、
Anderson(野村他訳) (1997)	たとえ短くても継続した会話を交わす毎日のケアの場の対話において、相手の話に耳を傾け、言葉を帰すことで患者の変化を期待できる
ボブ・アンダーソン(2001)	傾聴とは耳を傾け十分に目と心を開いて熱心に聴くこと (糖尿病エンパワーメント：愛すること、おそれること、成長すること、石井均翻訳、東京、医歯薬出版、2001)
三島徳雄 (2002)	傾聴には「積極的傾聴法」と「共感的理解」がある。積極的傾聴法は、管理監督者の「ラインによるケア」でのみ重要なわけではなく、人間関係全般において重要性がある
川野雅資 (2004)	傾聴とはまさに聞く力で、相手の言葉に耳を傾け、相手の感じているまま、思っているままを受け入れ、理解するように努める。相手の話すことをそのまま受け入れるためには、看護師自身の考えや期待、想像を待たずに聴くことが必要になる。あるいは看護師自身の思考や感情を一時的に脇におく。そして患者や家族の考えや気持ちを理解することに努める。
井上、岡本、橋本、井上(2009)	傾聴の目的は、あくまで人間関係を作ることにあります。傾聴して話を聴くのはそのための手段です(メンタルサポートかけこみ寺 相談 其ノ式井上誠、岡本千秋、橋本真治、井上セツ子、スマートナース 11(2):*214-215, 2009.)

この聴く姿勢を含め、傾聴について考察し、【肯定的関心】をもった関わりの有能性を発揮できるようにするため、以下の通り概説していく。

## (1) 高齢者と傾聴的な関わりについて

現代では高齢者の QOL やサクセスフル・エイジングなど、老年期をどのように幸せに生きるかについて関心が高まり、心理学、医学、社会学、福祉学等の領域で研究が盛んに行われている(川野, 2004)。このような中、高齢者の「人生の統合」や「死の受容」のような Erik Hamburger Erikson 等の発達課題の克服する助長や楽しみを見出す一つの手段として、回想法など傾聴的関わりが注目された(野村, 1998)。回想法やライフレビューは、その方法によって区別され、期待される効果も異なる。野崎(2003)によると、大家族が主であった時代は、傾聴的関わりをもつ可能性のある子や孫、親類は、高齢者を取り巻く環境の中に自然に存在していた。これらの存在が、高齢者の楽しみや有用感をもたらし、心理的な支えになっていたともいえる。しかし、少子化核家族化の現代では、会話による楽しみについての不満足さを高齢者は感じ、そのため、高齢者が人生物語を物語ることができる、高齢者側へのサポーティブな効果を期待する傾聴が試みられている(吉村, 2009)。

## (2) 各領域における「傾聴」との関連

### ①医療分野における「傾聴」

医療の分野においても、「傾聴」を始めとするコミュニケーション・スキルの学習指導が盛んに行われ始めた。これは、Bendapudi ら(2006)や久米(2005)、向原と伴(2001)によると、医療面接という対話の場において、患者と医療者との間に良好な信頼関係が築き上げることができれば、その後の治療効果に大きく貢献することが示唆されていた。今日の医学教育の

基礎を築いた William Osler<sup>31</sup>は、「患者の話をよく聞きなさい。そうすれば患者が病気の診断をしてくれるはず」という名言を残している(平田, 1991)。これは、信頼関係は、医療者が患者に「自分を信頼せよ」と言ってできるものではなく、医療者の接し方を通して患者は医療者を信頼するのである。患者の話をよく聞こうという姿勢が医療者にはまず必要であり、この人なら何でも話せそうだのように、患者がひとたび心を開けば、自分の体調の変化とそれに伴う不安感、さらには日頃の生活習慣や、本人が抱え込んでいる家庭や職場環境の問題等をありのまま打ち明け、それが的確な診断へつながるのだということを後世に訴えた。石川(2007)や糸(2007)によると、日本では明治の初めから 1990 年代半ばまで、「医学の知識のない患者の判断よりも医師の判断のほうが上で、患者の利益にもなる」という思想、いわゆるパターンリズムが主流にあった。その後、医療過誤訴訟や薬害事件をきっかけに患者と医療者との力関係は激変し、現在でも患者とのコミュニケーションを積極的に図ろうとせず、一方的な医療を行う医療者は決して少なくないと述べている。

Osler, W の提言からほぼ 100 年を経て、ようやく医学教育の分野でもコミュニケーション・スキル学習への本格的な取り組みが始まっている。1990 年代から徐々に医療面接におけるコミュニケーション・スキル教育が広まり、2006 年には第 1 回「臨床実習開始前の学生評価のための共用試験システム」に含まれる客観的臨床技能試験(objective structured clinical examination; OSCE)の評価・学習項目として、「医療面接」が正式に採択され、患者とのコミュニケーションの取り方が実技試験に取り入れられた。OSCE は、国公立全 80 医科大学・大学医学部等、28 歯科大学・大学歯学部が参加し、臨床実習開始前の学生の能力を全国的に一定水準に確保するための実技試験である。学生に必要とされる技能や態度には、アイコンタクトや姿勢・態度、言葉がけ、うなずき、相槌が適切であるか、話しやすい聴き方をしているか、共感していることを言葉と態度で患者に伝えているか等のようなコミュニケーション・スキルの評価基準が設けられている。このコミュニケーション・スキルとは、社会福祉学、心理学、教育学、看護学、ビジネス等、人と人との関係性を重視する領域で広く用いられる概念や用語である。

しかし、医療現場で語られるコミュニケーション・スキルは、限界があるといわれている。その理由としては 3 点があげられた。1 点目は、医療者の行うべきコミュニケーションのレベルは、日常会話とは質的にまったく別の「制度的会話」であり(橋本, 2009)、この認識が医療者には乏しい点である。これは、医療面接を想定した教育訓練の必要性を理解していなかったと考えられる(加藤ら, 2005)。2 点目は、「医師のコミュニケーション」＝「問診、あるいは病歴聴取」であり、医療者が一方的に診断に必要な情報を患者から聞き出せば十分であるという考え方が根強く、払拭されていない点である(加藤ら, 2005)。3 点目は、コミ

---

<sup>31</sup> William Osler (1849 年 7 月 12 日-1919 年 12 月 29 日) は、カナダ、オンタリオ州生まれの医学者、内科医である。Osler は初め、トロント大学で聖職者を目指したが、のちに自然科学に対して強い関心を抱き、医学へ転向した。トロント大学医学部に入学後マギル大学医学部に転学し、卒業後、英国・ドイツ・オーストリア等への留学中にきわめて広範な研究を行い、後の経歴の基礎を築いた。マギル大学、ペンシルベニア大学、ジョンズ・ホプキンス大学、オックスフォード大学の教授を務め、カナダ、米国、英国の医学の発展に多大な貢献をした。また、医学教育にも熱意を傾け、今日の医学教育の基礎を築いた(平静の心—オスラー博士講演集, 2003)。

コミュニケーション・スキルの実効性について経験的には明らかであるが、客観的な評価による裏打ちがあまり行われていなかった点がある。コミュニケーション・スキルとは、言葉という言語的なスキルや、声の調子、視線、表情、身体の向き、相手との距離、服装、室内の家具・照明という非言語的スキルに至るまで多様な要素があり、個々のコミュニケーション・スキルの効果を実証することは容易なことではない。実証するにあたり、例えば視線を合わせるようなスキルの場合、対象はどの程度話しやすそうだったのかを対象の特定の動作に着目し、その回数や持続時間の変化を通して判断するという調査が、藤崎や橋本(2009)、久米(2005)により行われてはいるが、多種多様なスキルの効果を実証する測定法が確立しているとは言い難い。

一方で、加藤ら(2005)によると、これまで日本で行われていた医学生の面接技術教育は、水泳の練習に例えると、何の訓練もないまま突然海の真ん中にヨットで連れて行って、そこから海に放り込むようなものであったと指摘している。初めはわかりやすく簡単な方法ではあるが、支援者側が見本を施し、上手にできれば誉め、少しずつ難しい目標を設定し、見本を示しながら、上手にできれば直ちに誉めるような方法が必要であることを提唱している。これは、武田(2007)によると、行動の強化とフィードバックを適切なタイミングで繰り返せば上達するというコーチング手法<sup>32</sup>を取り入れていることを示していたと述べている。コミュニケーション・スキルの上達には、誉めるという手段を要することには疑問が残るが、成功体験は次へのステップにもなり得ると考え、この学習方法を否定はできない。また、津田(2004)は、患者中心の医療の方法について臨床での実践を教育と研究によって進化させ続けていかななくてはならないという危機感を募らせる医療者がいないわけではないと述べている。カリキュラムに余裕の少ない医学教育現場では、容易に導入に踏み切れない状況であり、傾聴のスキルを上達するためには教育現場のみに依拠せずに、幼児期からの発達過程や日常生活上で磨き上げていくものではないかと考える。

## ②社会福祉分野における「傾聴」

社会福祉は、生活課題を抱えた人々の生き方についての関心によって成立している。特に、社会福祉の対人援助を考えるにあたり、人間をどのような存在として捉えるのか、人と人との関わりをどのように捉えるべきなのかということが重要となる。この時に、必要な手技としての傾聴とは、例えば脳卒中高齢者にとっての最大の関心事にしっかりと焦点を当て、その言語的・非言語的メッセージを理解することである。単に黙って耳を傾けるのではなく、積極的に関心を示す態度や表情で、適切な相槌や質問を用いて、脳卒中高齢者が十分な考えや感情を表現できるように促すことにある。特に、脳卒中高齢者と支援者の関係が確立されていない援助の初期段階では、このような支援者の聴く姿勢が脳卒中高齢者との良好な関係

---

<sup>32</sup> 「コーチング」とは、上司・先輩が部下・後輩の可能性・資質を認め、その信頼関係のもとに目標を設定し、その目標達成のために問題解決を図ると共に、互いに学び合い、サポートすることで、目標の実現を目指すコミュニケーション・スキルである。コーチングの手法には、例えばGROWモデルがある。このコーチングの手法は、「GOAL（目標の明確化）」「REALITY（現実把握）」「RESOURCE（資源の発見）」「OPTIONS（選択肢の創造）」「WILL（目標達成の意思）」という5つの要素の考え方がある。（<http://www.gshift.com/bgToolGROW.htm>）

の基礎になると考える。また、同様の意味を持つ「active listening」とは、積極的かつ能動的に相手の話を聞くことを指す。対象が自らの目標に向かい、自らの力で問題解決できるような側面で、active listening を行うことも効果的な技法であると考ええる。また効果的な援助の方法は、ケースワーク（個別援助技術）、グループワーク（集団援助技術）、コミュニティワーク（地域援助技術）と三つに分類される(Felix P.Biestek, 尾崎, 原田, 福田, 2006)。個人を対象にしたケースワークには、面接という援助の方法が確立されており、対人関係を深めていく上で有効な手段となっていた。この面接に用いられる重要な対人技法の中に、コミュニケーション・スキルがある。脳卒中高齢者との信頼関係を築く上でこのスキルの位置づけは重要であった。Felix P.Biestek(2006)は、対象がことばによって感情を表現しない場合でも、目に見える、あるいは耳に聴こえる、さまざまな形で感情を表出しているものであると述べている。支援者が一生懸命に聴こうとすればするほど、相手を対象化するだけでなく、お互いに主体的な関係になり、統合性が育まれていく(Felix P. Biestek, 2006)。稀に両者が両者の思いに気づき、自分自身の思いにも気づくことができると考える。稲森(2010)は支援者が一方的に聴くのではなく、その時には対象も支援者のことばを自然に聞けるようになっていくことが、傾聴における関係性の重視であると述べている。このような関係性に導いていくことができる傾聴の技法は、人と非常に密着した社会福祉に従事する専門職者にとって重要なスキルであると考ええる。

### ③心理臨床領域における「傾聴」

Rogers. C. R(1957)は、カウンセラーの三つの態度条件として、関係の中におけるカウンセラーの純粋性、無条件の積極的関心、共感的理解とその伝達をあげ、それらに加えるべき成長促進的関係のもう一つの特徴として、それは存在していること（presence）と述べている。Brian Thorne(1994)は〈presence〉は、＜存在すること＞を3条件に加えるべき第4の態度条件であると結論している。これは元来、Rogers 自身が言及していることに基づいた論議であった。Rogers. C. R(1957)は、グループのファシリテーターやセラピストとしてベストの状態にある時、「私は私の中に別の特徴があることを発見する。私が自分の内面の直観的自己に最も近いところにいる時、あるいは、何かしら私の中の未知に触れている時、あるいはまた、おそらく軽い変性意識状態（slightly altered state of consciousness）にある時、そんな時には、私が何をしてもそれが十分な癒しになっているように思われる。そんな時には、私が存在している（presence）というだけで、人にとって開放的で援助的になる」とし、この〈存在していること〉は援助者にとって何よりも重要な条件とも考えられる。

保坂と岡村(2003)は、この Rogers の記述について触れ、それが意味するところを Gertrud Schwing, F. Fromm-Reichmann, Gendlin の臨床実践と照らし合わせて検討し、〈存在すること〉は、Gendlin. E. T(1964)が述べるように、カウンセラーの第四の態度の条件というよりもむしろ三条件より理念としてはより上位にある、と位置づけている。この際、〈存在すること〉の実態とは、「相手に対して余計なことや邪魔をしないで存在すること、じっと静かにいる」ことであった。人はさまざまな体験をするが、心理療法において重要な要因となるのは、体験の内容よりも、どうそれを体験するかという体験様式とする指摘がさまざまな論者からなされていた。

例えば、Gendlin. E. T(1964)は体験過程の様式 (manner of experiencing) が心理療法における人格変化を明らかにする上で重要であることを示している。また、成瀬(1988)は、自己コントロール法における主体の体験の仕方の意義を説き、田嶋(1992)はイメージ療法における治癒原理を考える際、どのようにイメージが体験されているか「イメージの体験様式」の視点の重要性を指摘している。「ここにいるけどいない」「今・ここに・いる」という体験の仕方は、極自然なものであるとし、人は自分が「今・ここに・いる」ことは自明なことであるという了解のもとに生活していると考え。一方、このことが必ずしも自明なことではあるが体験されない病理的な問題が関わっている場合である。「私は今・ここにいる」というのは、身体の所在、ありかたを含めた状況全体の構えはあるが、病者にとって「私は今・ここにいる」という経験はたて続けに崩壊し消滅していく。その一方で、「身体が今ここにある」ということは強く実感されていると思われる。〈自分がここにいる〉とは、渡辺(1982)によると、身体の所在、ありかを含めた状況、身体の構えがあるということであった。一方、「ボクはここにいますけど、ここにはいない」という訴えは、持続的な〈ここ〉を欠いた身体自我のあり方である、と説明している。

また、香山(2006)の述べる「生きづらさ」の実質は喪失感であり、喪失体験である。その喪失感には二つあり、一つは自分を受け止めていてくれると感じていた存在を失う、〈いない〉という絶対的喪失感である。もう一つは〈いるのにいない〉というように表される喪失体験であり、幼い頃から自分の受けとめ手、すなわち母に関して〈いるのにいない〉という喪失体験に繰返し見舞われてきた人は、自分の存在を同じように〈いるのにいない〉という自己喪失という体験に陥ってしまうと述べている。

奥村(1998)は、他者と一緒にいることは、そこから広がるすばらしい可能性と、それをするために生じる苦しみを、ほとんど常に同時に内包すると考え、社会学の立場から「他者といる技法」がこの可能性と苦しみの両者を与える様子を考察し、「わからない他者」と「いっしょにいる」技法を丁寧に考えることを結論づけた。この「わからない他者」と「いっしょにいる」ということは、まさに心理臨床の中心的な課題のひとつである。Rogers のいう存在していることについては、そのためのマニュアルはなく、心理臨床家の数だけ工夫があるともいわれている。「援助的人間関係<sup>33)</sup>」が成り立つ前提条件ともいえる。一人の人として、相手と向き合い、相手の存在をしっかりと受け取りつつ、自分もしっかりその場に〈いる〉ことが大切である。同時に、具体的な援助も重要であり、ただ〈一緒にいる〉だけでは不十分である。Rogers の後継者の一人であり、体験過程療法を発展させた Gendlin<sup>34)</sup>は、特

<sup>33)</sup> 援助的人間関係とは、人間の内的成長の過程（自己探索－自己理解－行動化）を促進、助けることである。つまり、対象者自身の目標を明確にすることを助け、自分らしさを見だし獲得していくという、人間としての成長を促す関わりがもてる人間関係のことである (Eugene T. Gendlin, ナーシング・グラフィカ 基礎看護学③基礎看護技術)。

<sup>34)</sup> アメリカの心理学者 Eugene T. Gendlin(1926)が開発した focusing の技法は、身体感覚の変化や内的体験の知覚に注目してセラピーを進行する。Gendlin は、Rogers の来談者中心療法の流れを汲んでいるセラピストで、Rogers の有機体的経験の概念を体験過程の概念によって臨床的・技法的に拡張することに成功させた。Gendlin はクライアントの発言や態度から、カウンセラーは何を共感的に理解するのかに着目し、『感覚的な体験過程』を考案した。クライアントの内的体験・身体感覚・感情経験のプロセス』に焦点を当て、内面にある『何か気になる感じ(感覚)』を言語化する技法である。

に 1990 年代に入ってから「人がそこにいること」という表現を頻繁に使っている(池見, 2000). 池見(2000)は, Gendlin のこの「人がそこにいること (human presence)」とは, ただ漠然とクライアントの傍らに居たらいい, というものではなく, 「人が存在し, 応答することによって, 以前には機能していなかった体験の暗在的側面が機能し始める (=「再構成化」reconstituting)」, また体験過程の推進 (yingfoward) を可能にする, つまり, 「人がそこにいること」が体験過程を推進していると述べている.

Gendlin が開発した focusing は, 身体で感じられる feltsense を重視してセラピーを進めていく. feltsense とは, 「クライアントのクライアント」といわれるように, クライアント自身がその時に感じている自分の身体を感じを手がかりにセラピーを展開していくことである. この時, 付き添う人 (therapeutes) としてのセラピストにとって重要な点は, クライアントの語りに耳を傾けるだけでなく, そのセラピーの場でセラピスト自身が感じる feltsense にも注意を向けることである. そのことが相手への援助につながる. そこに《いながら》少し距離をとる《からだ》を備え, 臨床という場に《いる》セラピストにとって, 相手の言動やその場の雰囲気には振り回されずに, その場に《いる》ことができるかどうかは大切な課題であった. 神田橋(1994)のいう患者の身になる技法の応用ともいえる. 濱野(2006)は, 気功の実践を心理臨床に生かすという方法論を提起している. クライアントの話聴く時の心理臨床家自身の体に焦点をあてることには意味があり, クライアントの話に共感しながら耳を傾けることと, もう一方で, 話の内容に振り回されないで, 自分の足場をしっかり保っていることが大切であった. また, 気功の最中によく体験されることのひとつとして, 自と他の境界がゆるみ自分の身体がスーッと大きくなった感覚を持ち, 「自分はここにいるが, その自分の境界はぼやけ, 天ともつながり, 大地ともつながって, 自然な気の流れの一部」に気づき, 「そこで自分自身が溶解して消え去るのではなく, そこに自分が確かにいるということを実感した体験として感じている自分に気づく」と述べている. さらに, このような状態の時には, クライアントに向けて自由で捕らわれない関心を向けることが必要であるとしている. 心理臨床の実践の中に, このような視点や工夫を取り入れることは, 今後重要になってくると考える.

また, ワールドワーク<sup>35</sup>による行動変容への展開について, Arnold Mindell(2001)は, 次の 9 点をあげている.

- 1) ワールドワークはその炎の熱をコミュニティ創造のために使う.
- 2) 自分を理解してくれる人, 不安や悩みを分かち合える人がいるという安心感から, 信頼関係が構築されていく.
- 3) いつも温かいまなざしでそばにいてくれる人を感じられる話し手は, もっと丁寧に, 深く自分を見つめるようになる.
- 4) 安心感の下で話すことが促進され, 胸の内に溜め, 今まで誰にも話したことのなかったことを話すことでスッキリするカタルシス (浄化) 効果が得られていく.
- 5) 聴き手の応答により, 話し手は自分の話したことを客観的に捉えられるようになり, 気持ちや考えをもっと正しく伝えようという気持ちが高まっていく.

---

<sup>35</sup> ワールドワークは, プロセス指向心理学をグループダイナミクス, 葛藤解決, 組織開発へと応用したものである. その場で起きている出来事, プロセスに寄り添うことである(Arnold Mindell, 2001).

- 6) 自己洞察がさらに進み、今まで気づきえなかった新しい自分と出会う。
- 7) 自己理解が進むと周囲に対する新しい見方ができて、他人や今起きている事柄を受け入れられるようになる。
- 8) 自己受容が進むにつれて、自分の経験を素直に見つめ直し、話すことになる。
- 9) 自己防衛的態度ではなく、今抱える問題を解決すべき自分の問題をしっかりと捉えることが必要になっていく。

以上のようなワールドワークによる行動変容への展開について、脳卒中高齢者への心理面と向き合う専門職者には、自己理解、他者理解を始めとする心理学的な要素を含む手技は重要な要素であると考え、十分に参考にできる。

#### (4) まとめ

傾聴は、人との対話の中で、あくまでも一つ的手段的な役割を持っていると考えた。傾聴は、対象は自分の話をじっくりと聞いてくれる存在が確保できると、安心してその思いを信頼できる他者に伝えることが可能になったと判断する。しかし、言葉を発することができないことで、対象の思いや願いを察知することが難しいとする場合、「心の声を傾聴する」ことは、聴き手の力量や真摯に向き合う姿勢、対象の状況の熟知度なしでは聞き取れない。このような状況も含め、脳卒中高齢者がさまざまな形で訴え続けている思いや願いをいかにして察知し、読み取り、次につなげていくかは傾聴で発揮される能力のみでは発揮されないと考えた。

脳卒中高齢者との関わりには、さまざまな要素を含めながら、能力が発揮されることは、ケアを受け入れる側も、ケアを行う側においても、自ら望むライフスタイルへと導かれるのではないかと期待する。しかし、一方で、本項でのコアカテゴリーに導き出されるものとしては、傾聴のみでは語れない要素があり、【肯定的関心】をもって関わる上での1つの技術や技法として実践には有効な能力であると判断した。

### 3) パートナリーシップ

パートナーシップとは、単独では実現困難ではあるが、関係者もしくは関係機関が連携・協力し、創造され相乗効果を通し事業目的を効果的に達成する仕組みまたは連合体のことであり、その関係者や関係機関はパートナーと呼ばれる(Naomi E. Sargant, 1998)。ある目的や使命や参加するパートナー間の協力や連帯において、各パートナーはそれぞれのアイデンティティを保持し、相互に対等な権限関係にあることを前提としている。これがパートナーシップという枠組における共同や協力、協働という用語にも置き換えられる(Naomi E. Sargant, 1998) (Table 2. 10)。

共同や協力はパートナー間以外でも可能であるが、協働はパートナーシップの枠組なしには実施できないともされ、往々にしてパートナーシップは相互交換的に使用される。しかし、概念では、共同や協力は全体を指し、協働は部分を指すものとして厳密には区別され、特に協働に力点をおく場合に「コラボラティブ・パートナーシップ」(Sandra Kerka, 1997)という用語が使用されている。



国の内外における関係文献を概観し、共同、協力、協働、連携、提携、協調、連合、共用、共有、ネットワーク、クラスター（集合体、集まり）、コンソーシアム<sup>36</sup>等と重ね合わせて使用されている。これらの思いには主題に関する説明を補足し、強調点を明示するために使われ、ネットワークやクラスター及びコンソーシアムの用語は政策概念上の混乱を避けるために、パートナーシップの用語とは区別する。ネットワークは、学習都市ネットワークのように、考え方や経験を共有する同じようなタイプの緩やかな組織を指し、クラスターは知的クラスター創成事業のように、一定地域の同じ目的を持つ関連機関の「集積」を特徴とし、またコンソーシアムは異業種や異なる組織間の横断的な共同事業体を意味しており、これらとパートナーシップはプロジェクトを異にするものである（今西, 2003）。

また、パートナーシップには、パートナーシップ・ナーシング・システム（PNS）（福井大学医学部附属病院, 2015）、環境パートナーシップ<sup>37[98]</sup>、国立科学博物館大学パートナーシップ<sup>38[99]</sup>、官民パートナーシップ（public-private partnership : PPP）<sup>39</sup>（外務省, online1）、産学人材育成パートナーシップ<sup>40</sup>（経済産業省, online1）、アジア森林パートナーシップ<sup>41</sup>（外務省, online1）等がある。さまざまな分野において、パートナーシップは用いられ、連携や協働を意図する活動であった。

---

<sup>36</sup>コンソーシアムとは、共同で何らかの目的に沿った活動を行い、共通の目標に向かってリソース（目的を達するために役立つ、または必要となる要素）をプールすることである。

<sup>37</sup>環境パートナーシップは、複数の民間団体が主体となり、相互の環境コミュニケーションを深めつつ、事業者や行政と密接な連携を図りながら、地域の環境を改善・創造していくことである。一般社団法人環境パートナーシップ会議が1992年の「地球サミット」を経て、「持続可能な開発」「パートナーシップ」「多くの主体の参加」というキーワードを元に、地球環境保全活動が推進された。また、課題を導く新しい力を生み出すことを活動している組織である。場づくり、仕組みづくり、事例づくり、人材育成、情報共有のデザインなど、縁の下を支える活動がされる。

<sup>38</sup>国立科学博物館大学パートナーシップは、平成17年度から学生の科学リテラシー向上やサイエンスコミュニケーション能力向上を目的に、大学等と連携してさまざまな活動を展開していく事業である。文系・理系を問わずすべての学生の科学リテラシー向上やサイエンスコミュニケーション能力向上を目的とした講座等が行われる。この事業の取り組みに入学している大学や専門学校、高校は約80校（2012年）であった。

<sup>39</sup>PPPとは、小さな政府を志向し、「民間にできることは民間に委ねる」という方針により、民間事業者の資金やノウハウを活用して社会資本を整備し、公共サービスの充実を進めていくことである。例えば民間受託や民営化、指定管理者制度などがそれに当たる。民間に事業が委託されてはいるが、国からの助成や支援や指導等が行われている。

<sup>40</sup>経済のグローバル化の進展と人口減少社会への移行という変化の中で、人材の育成・活用のために産学の連携・協力が求められるが、これまで人材育成に係る産学の相互の関心が薄れ、コミュニケーションが希薄化している。そこで、人材育成に係る産学双方の横断的課題や業種・分野的課題等について幅広く対話を行い、共通認識を醸成し、その後の産学双方の具体的な行動につなげるため、「産学人材育成パートナーシップ」が創設（平成19年10月）された。

<sup>41</sup>アジア大洋州地域における持続可能な森林経営を達成するため、政府、市民社会、民間企業間の協力と相乗的な活動を推進することを目的に自発的なパートナーシップとし、2002年に発足された（外務省）。

Table2.10 パートナーシップの概念定義

研究者	概念定義
Naomi E. Sargent(1998)	パートナーシップとは、単独では実現困難ではあるが、関係者もしくは関係機関が連携・協力し、創造され相乗効果を通し事業目的を効果的に達成する仕組みまたは連合体のことである
池田秀男(2005)	パートナーシップとは、関係者または関係機関が連携・協力し、これによって創出される相乗効果を通して単独では実現困難な事業目的を効果的に達成する仕組みまたは連合体のことであり、その各参加者や参加機関はパートナーと呼ばれる。すなわち、それは関係パートナーの共同事業の管理・運営の連合体のことで、その目的や使命や参加するパートナー間の協力や連帯において、各パートナーはそれぞれのアイデンティティを保持し、相互に対等な権限関係にあることを前提としている。これがパートナーシップという新しい枠組における共同や協力の特徴であり、従来の関係と区別して一般に「コラボレーション」と呼ばれ、その訳語として「協働」というコトバが当てられている。(パートナーシップとコラボレーションの意味, 生涯学習研究 e 辞典)
Berlin & Fowks (1983)	LEARN の法則 (1) 患者の現状をよく聞く : Listen (2) 患者の理解に必要な情報を提供して教育する = Educate (3) お互いの問題点を認識する : Acknowledgement (4) 医療者側が理想的な治療を勧める : Recommend (5) 最終的な治療は患者と交渉して決定する : Negotiate
藤井達也(2004)	Bentley の「パートナーシップ・モデル」では、クライアントは、学ぶこと、成長すること、適応することや対処することの、自分自身の“生きられた経験”の専門家と見られ、ワーカーは、個人や共同体や組織の人間行動や人間行動変化についての知識を持つと見られる。したがって、両者の専門技術が共有されるために、クライアントの積極的参加やリーダーシップや、交渉しての決定が求められる(精神障害者生活支援研究—生活支援モデルにおける関係性の意義, 学文社, 170-174)

### (1) パートナーシップの必要性と期待される効果

パートナーシップのアプローチの背景としては、一方で過去 20 年間における行政施策の硬直化や縦割りに起因する対応能力の低下があり、他方で生活や労働に付随する教育力の衰退、不満をもつ青少年や犯罪の増加、少子高齢化対策、男女共同参画社会への移行、家庭や地域再生の問題、環境問題等、いずれも、「単独」施策では効果的に取り組むことが困難であり、各関係者や関係機関の連携や協力を必要不可欠としている(今西, 2003)。

一方、人の出生から死亡までの生涯各段階の間の学習の接続と、他方で家庭、学校、地域、職場及び社会において、生涯学習の推進は、もともと各関係者や関係機関の橋渡しや密接な結びつきを通しての一貫性のある総合的なアプローチを必要不可欠としている。最近の地域生涯学習推進計画では、地域ベースのパートナーシップとコラボレーションはその計画の鍵を握るものとして重視されるようになってきている(Sandra Kerka, 1997)。

パートナーシップにおける成果の第一に、パートナーシップは関係機関の協働によって大きな新規投資を必ずしも必要とせず、有限の資源の不必要な重複を回避し、その最適化と有効な活用を実現することである。第二に、パートナーの協働による学習機会の拡大と、相乗効果としての学習支援サービスのレベルアップ及び学習の質の保証に貢献することである。第三は、これらのパートナーシップ効果を通して、それが学習支援サービスの最大化や最適化、学習スケジュールの提供を助成する。また同時に、公正で平等な学習機会を万人が身近に利用できる可能性の実現への道を開くことである。第四に、パートナーシップの管理運営における各関係者間の地位の対等性と開放的なコミュニケーションにより、関係者の幅広いアイディアの発現と諸問題やアイデンティファイを可能にし、関係者同士の信頼関係や協同精神及び創造的学習文化の育成に助成することである。さらに第五に、このような特性と可能性を秘めたパートナーシップの充実と発展は、個々の学習者や学習組織だけでなく、地域における組織及び地域全体の学習コミュニティ形成への戦略的方策として期待されることである(大北, 川端他, 2014)。

## (2) パートナリシップ・ナーシング・システム (PNS)

福井大学医学部附属病院(2015)では、PNS について検証を重ね、研究や実践され、最初に関発し、質の高いPNS 看護が実践されている。このPNS とは、2人の看護師が安全で質の高い看護を共に提供することを目的に、良きパートナーとして対等な立場で互いの特性を活かし、相互に補完し協力し合って、毎日の看護ケアをはじめ委員会活動・病棟内の係の仕事に至るまで1年を通じて活動し、その成果と責任を共有する看護体制である。このシステムは看護の現場から出た問題を基に、看護師の自発性を基盤に生み出されたものである。従来の看護は、看護師が1人で行う「自己完結型」であった。そのため看護師の経験によって患者の観察・状況判断等に差がみられた。また体位変換をはじめ、1人では困難なケアをする際、応援を呼びに行く等、時間を要していた。PNS は、看護師2人が協働してケアを行う「二人三脚型」である福井大学医学部附属病院, 2015;岡山大学病院, 2015)。

パートナーの技術や知識を実践的に学びながら、処置をよりスムーズに効率よく行うことができる。PNS の導入により、看護師や患者にとってさまざまな環境改善が図れていく。また各パートナーの日々の業務を部署、病棟でも補完し、看護の質を維持・管理することができる。PNS のメリットには、①問題に気付き、自らの資源を活用して開始できる、②患者個々のニーズに適合的なサービスを迅速かつ確実に提供できる、③日々の看護業務を補完し、看護の質を維持・管理できる、④看護師の勤務環境の改善を図り、健康で生きがいを持って看護師としての能力を発揮できる、があげられる。

一方、PNS のデメリットには、①単純計算で固定チームナーシングの倍の人員が必要になる、②“対等”という言葉による誤解が生じやすい(先輩・後輩、年齢・キャリア、上下関係等は尊重する)、③休日・休暇の調整が難しい、④パートナー次第では、相手に気を使い逆にストレスが溜まる、⑤パートナー選び(ペアリング)が難しい(相性、年齢、経験年数等のバランス)、⑥パートナーに選ばれない人が出る可能性がある(みじめな思いをする)、⑦良くも悪くもパートナー同士で意見がぶつかりPNS が崩壊する場合がある、⑧パートナーが退職した場合の補充が難しい、⑨管理者がしっかり勉強しないと、PNS をコントロールできない、⑩新人や経験の浅い看護師と組むと、出来る看護師の負担・責任が大きくなる(新人教育が難しい)、があげられる。

パートナーシップの形成には、最初に公の場で、スタッフが揃っているところで経験知の違いを活かしてスタッフ同士がパートナーを決めていた。パートナーシップを補完するチーム作りでは、パートナーとなった者同士を、副看護師長を中心にチームに振り分け、補充体制を作っていた(Figure2.7)。力量・経験年数・役割などを踏まえて振り分けられ、活動範囲は、パー

トナー2人ずつにより作られたチームが委員会活動をはじめ、病棟内の係の仕事、受け持ち患者、日々の看護ケアに至るまでの全ての業務を補完していた。個人プレイからチームプレイになることで看護師間のコミュニケーションが増し、看護技術面でのオカレンスの減少、情報共有により、一人が急変時に即対応していてももう一人の看護師がいることで、途切れることなく受け持ち患者の対応ができ、急変患者の対応にも集中できる効果がみられた。一方で、お互いに見

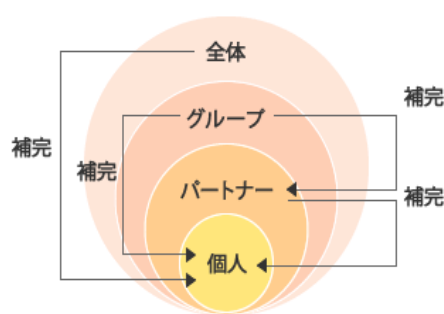


Figure2.7 補完の四重構造

(出典：福井大学看護部作成)

られていることが確実な看護技術の提につながり、PNS は協働であり看護技術をサポートしながら互いの知識・技術のレベルアップが図れる（OJT）、若年看護師は従来の一人持ちでは重症患者等を受け持つことができなかったが、先輩とペアになることで、重症患者を受け持つことができ先輩の技術を学ぶことができる（OJT）、患者の要望・サービスがタイムリーにできる、昼休憩が確実に取れる、超過勤務が少ない、等の効果(岡山大学病院,online1)もあげられている。

以上のことから、看護におけるパートナーシップの有能性は、他専門職に応用できるものではないかと考え、教育内容にも取り入れていくべき概念と考えた。

### （３）パートナーシップに関連する検索キーワード

パートナーシップをキーワードにした医学中央雑誌の検索結果では、会議録を除いたパートナーシップに関する論文は、2008 年から 2014 年までに 415 件報告されている（2014 年 1 月閲覧）。その内訳は、原著論文 85 篇、総説 9 編、解説 298 篇であった。このパートナーシップは、看護師同士、または看護師と家族のような場合に多く用いられている。「パートナーシップ」「看護師」をキーワードにすると 135 篇、うち原著論文 34 篇であった。

パートナーシップの導入により、パートナーとして対等な立場で協力し合って業務を行っていること、看護師同士がお互いを支え補完し合うことで個々の負担感が減り、看護にゆとりが生まれていること等が示唆されていた(大北,川端他,2014)。一方で、「協働と調和」や「依存と連携不足」は、看護経験年数との関連が示され、経験年数に応じた支援体制の整備が必要であると述べられている(大北,川端他,2014)。

「パートナーシップ」「親（保護者）」のキーワードで 30 篇、うち原著論文 11 篇であり、よきパートナーシップを築きながら子どもの教育効果が高められるように、子どもと保護者の両者を支援することが必要であることが示唆されていた(大脇,内田他,2009)。

「パートナーシップ」「家族」では 96 篇で、原著論文は 30 編で、がん患者に対して、看護師は早期から家族とのパートナーシップを形成し、十分な傾聴によって苦しみを癒すことの必要性が示唆された(瀬山,武居,神田,2013)。また、パートナーシップを促進するためには、患者の悲観、家族成員の心理的負担感に対する「ありのままを受け止める支持的共感的介入」と「コミュニケーションをつなぐ洞察力」を磨き、「家族成員のサポート体制の構築」が必要である看護師同士のパートナーシップによるアプローチでは、「傾聴」、「理解」、「情報提供」、「支持的な関わり」が有効であった(安永,渡邊,2012)。家族においては「家族」としての成長を遂げていくことができるようにするための看護支援の方向性について、家族をケアの対象として位置づけ、自ら変化を起こし、家族全体で問題解決を進めて行くことができるように支援していくことが必要であった。

### （４）パートナーシップの効果を高めるための留意点

国や自治体や地域の基幹的事業としてこのパートナーシップという用語を用いた策略や、パートナーシップの促進と支援のための助成制度や基金制度が設けられているものもある。このような現状として、パートナーシップ構想や計画が戦略的に策定・推進され、一方で、優れたガイドブックやマニュアルが開発され、他方でその事業実績や計画評価を含む種々の実施報告書なども公表されている。同じパートナーシップ・プロジェクトといっても多様な内容と領域

とタイプがあり、それによって新しいアプローチの成功に向けて留意すべき事項も簡単に要約できないところがある。しかし単独の組織や機関に閉ざされた「自己完結型」のアプローチから地域社会の複数の機関や施設の連携協力による「地域完結型」の生涯学習支援体制への転換を目指す新しいアプローチは重要であった(星川, 野嶋, 長戸, 2009)。

これらを含め、本研究に置き換えてのパートナーシップのアプローチについて、より充実・改善し、相乗効果を高めるには、次のような点が考えられた。

- ①パートナーシップは他律的のみではなく、新しいアプローチとしてパートナーシップの方針の根拠及び達成目的の明確化を共有し、実践可能なものとする
- ②各パートナーの役割と責任と相互の自律性を尊重した関係性を明確化にし、パートナー間の協定事項を共有化すること
- ③パートナー間の情報の共有と意思疎通、信頼性の確立と相互補完性を図ること
- ④パートナーシップの持続性と発展性へのフィードバック、点検・評価、適切な管理体制を調整すること
- ⑤関係専門職者の専門的知識や技能の開発、総括責任者の適切な位置付け

## (5) まとめ

パートナーシップとは、共同や協力、協働という用語にも置き換えられこともあり、相互作用を通して、看護では、RNS という新たな用語を取り入れ、2人の看護師が安全で質の高い看護を共に提供することを目的に、良きパートナーとして対等な立場で互いの特性を活かし、相互に補完し協力し合って、毎日の看護ケアをはじめ委員会活動・病棟内の係の仕事に至るまで1年を通じて活動し、その成果と責任を共有する看護体制である。いずれも互いに自らの力量のみならず他者とパートナーになることで、相乗効果が得られ最適な状況を共に創りだしていくことと定義することができた。

これは個人、集団のいずれにおいても共通し、パートナーシップは有効な活用が可能であると考えた。このパートナーは、患者同士であったり、患者と医療者や介護者、患者と家族、家族と医療者・介護者等といった多様な組み合わせが可能である。そしてこのパートナー同士の力量やモチベーション等、さまざまな因子が加わり影響しながら、互いの成長の糧になっていくものだと考えた。

また、パートナーシップで取り上げられている概念についても、本研究において学ばなければならない点も多く見受けられた。しかし、パートナーシップは本テーマにおいて重要ではあるが、本節でのコアカテゴリーにおいては、パートナーシップは1つの要因であると捉え、コアカテゴリーとしては用いないことにした。一方で、自律性についても述べられているパートナーシップもあり、【肯定的関心】を考察する上で参考にしていく。

## 4) 各概念と肯定的関心との比較から導き出されること

脳卒中高齢者は発症から地域に戻り生活していく過程の中で、障害を持ったことにより辛く苦しい思いを抱きながら生活を送り、ナース・コーリングを発信していたことが明らかになった。本研究で明らかになった【肯定的関心】とは、この脳卒中高齢者の思いや願いを素早く察知しありのまま受け止め、対象が望む自分らしいライフスタイルへと共に導くことができる能力として力点をおいている。この【肯定的関心】には2つのコードが存在し、一方は、脳卒中

看護師が他専門職者からの【肯定的関心】を受けたいというニーズであり、もう一方は、脳卒中高齢者が専門職者に【肯定的関心】をもって関わってもらいたいというニーズである。脳卒中高齢者に対して最適な支援を行っていくためには、各専門職者は【肯定的関心】における同等のサポート力を持ち、心をひとつにして、援助を必要とする脳卒中高齢者に対して支援できるように専心していくことが理想になると考える。そのためにも各専門職者同士がお互いを多面的な視点でケアをサポートすることに【肯定的関心】の強い意味があり、この過程を乗り越えながら互いに成長し続けることが肝要になっていくものと考ええる。

本稿では、脳卒中高齢者の思いや願いをありのまま受け止め、脳卒中高齢者の望むライフスタイルへと共に目指し進んでいくことにより、主体的に対象が再編成に向けて前進して行くことが可能になる【肯定的関心】と関連する概念について論説した。「エンパワーメント」、「傾聴」、「パートナーシップ」は、【肯定的関心】と類似する点も持ちながら、一方で【肯定的関心】を支えていく概念として捉えることも可能であると考えた。

「エンパワーメント」は、自ら主体的な力量が発揮できるにいたる過程として捉えた。脳卒中高齢者が、自分が望むライフスタイルを自由の選択をしながら再編成していく上で、エンパワーメントは主体的に発揮されていく過程に主眼をおいている。脳卒中高齢者の思いや願いをありのまま素早く察知し、共に歩んでいく意味をもつ【肯定的関心】をもって関わるができる能力として捉えている概念とは異なる意味をもつ。しかし、脳卒中高齢者が主体的に自ら望むライフスタイルを再編成していく過程であるエンパワーメントと、これに導くための専門職者に必要な能力としての【肯定的関心】は重要であり、いずれの概念も深い関連があると考えられる。

「傾聴」は、人との対話の中でのあくまでも一つの手段的な役割と捉えた。傾聴することで対象は、自分の話をじっくりと聞いてくれる存在が確保できると、安心してその思いを信頼できる他者に伝えることが可能になっていくものと考えた。これは、【肯定的関心】をもって関わる上でのコミュニケーション・スキルの一つであるとし、この技術の到達度によって対象の満足度や守られているといった感覚等、効果や影響はさまざまであると考える。対象がpositiveな思考で前進していくためには、この傾聴スキルを向上させ、【肯定的関心】をもって関わる際に取り入れるべき技術だといえる。

「パートナーシップ」は、パートナー同士の力量を合わせ持って発揮していくことで、例えば目標が定まり、希望がかなう等の相乗効果が得られ、最適な状況にもなり得る利点をもつ。脳卒中高齢者を支える看護師がナース・コーリングの方法で苦しみや辛さを発信した際に、パートナーとなる存在から【肯定的関心】をもってサポートされることで、その苦しみや悲しみから開放されることが可能にもなる。パートナーシップを早期に確立させることは、脳卒中高齢者への心の問題への支援にも早期に介入することができ、【肯定的関心】の能力を発揮する上での一つの手段であると考える。

「エンパワーメント」や「傾聴」、「パートナーシップ」は、脳卒中高齢者や各専門職者同士が時には「傾聴」したり、「パートナーシップ」を形成し、また各専門職者が「エンパワーメント」を発揮させたり、脳卒中高齢者が「エンパワーメント」を発揮させながら自ら望むライフスタイルを主体的に再編成に向けて進んでいくことを通じて、これらの概念は、【肯定的関心】をもって関わるための重要な要素になる概念と捉えることができた。

### 3. 肯定的関心を育てるアクション計画

脳卒中高齢者や各専門職者との関係性については、「エンパワーメント」「傾聴」「パートナーシップ」を取り入れた【肯定的関心】という形で補い合うことで、脳卒中高齢者のライフスタイルの再編成を支えていくことが可能になると推測する。そのためには、各専門職者の現状を理解した上での教育が必要になってくる。

そこで、脳卒中高齢者に関わる専門職者に応じた【肯定的関心】を育てるためのアクション計画は、以下の通りである。

- 1) 脳卒中高齢者に関わる専門職者の肯定的関心の現状の把握
- 2) 脳卒中高齢者に関わる専門職者の肯定的関心を養うための方略
  - (1) 脳卒中現場の職務満足の上昇への支援
  - (2) 脳卒中専門職としての自律性を高めるための支援
- 3) 脳卒中の専門職者としての肯定的関心を高めるための学習の場の提供
- 4) 脳卒中の専門職者としての肯定的関心の実践
- 5) 肯定的関心の実践に対する評価、検証

### 第6項 小括

脳卒中医療を展開している施設に勤務する看護師 19 名から、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支援する看護師の特性を明らかにすることを目的に、継続的比較分析を行った結果、以下の2点が示唆された。

1. 継続的比較分析法によって創発されたコアカテゴリーは【肯定的関心】であり、その特性として【肯定的関心】は、[願いと負担のアンバランス]の1つの【肯定的関心】の疎外要因と、[対人折衝力のめざめ][意志決定による能力向上]の2つの条件を含有し、これらの因子は、コアカテゴリーを成立させる要因と条件でもある。また、【肯定的関心】には、2つのニーズがある。一方は、脳卒中看護師が他専門職者からの【肯定的関心】を受けたいというニーズであり、もう一方は、脳卒中高齢者が専門職に【肯定的関心】を持ってもらいたいというニーズである。

[願いと負担のアンバランス]は、〈脳卒中現場での対人関係の葛藤〉(resilienceの低下)〈脳卒中医療へのゆらぎ〉の3つの要因によって構成されている。この要因は、脳卒中看護師の葛藤やゆらぎ等を解決させるために、[対人折衝力のめざめ]は【肯定的関心】の必須条件である。[対人折衝力のめざめ]は、〈サポーターによって立ち上がる〉〈脳卒中現場の職務満足〉〈脳卒中専門職としての自律性〉の3つの条件によって構成される。この〈サポーターによって立ち上がる〉ことは必須条件であり、これを機に、脳卒中看護師と脳卒中患者の両者において〈脳卒中現場の職務満足〉が上がり、satisfaction mirrorの効果がみられている。〈脳卒中現場の職務満足〉の相乗効果として、〈脳卒中専門職としての自律性〉が高まることで、【肯定的関心】におけるトリガーとして、プロセスアウトし、次の因子である[肯定的関心への段階を踏む]へ移行する。【肯定的関心】への段階である[意志決定による能力向上]は、〈ナース・コーリングを受け止める〉〈脳卒中高齢者を各専門職で支える覚悟をもつ〉の2つの条件を含有している。[意志決定による能力向上]によって、脳卒中看護師はライフスタイル再編成への支援が可能になる最終段階として、重要な条件であることが明らかになった。

2. 【肯定的関心】は、脳卒中高齢者の思いや願いを素早く察知しありのまま受け止め、対象が望む自分らしいライフスタイルへと共に導くことができる能力として力点をおいている。脳卒中高齢者の思いや願いをありのまま受け止め、脳卒中高齢者の望むライフスタイルへと共に目指し進んでいくことにより、主体的に対象が再編成に向けて前進して行くことが可能になる概念として、「エンパワーメント」、「傾聴」、「パートナーシップ」は、【肯定的関心】と類似する点を持ちながら、一方で【肯定的関心】を支えていく概念として捉えることも可能であると考えた。

「エンパワーメント」は、自ら主体的な力量が発揮できるにいたる過程として捉えた。脳卒中高齢者が、自分が望むライフスタイルを自由の選択をしながら再編成していく上で、エンパワーメントは主体的に発揮されていく過程に主眼をおいている。脳卒中高齢者の思いや願いをありのまま素早く察知し、共に歩んでいく意味をもつ【肯定的関心】をもって関わるができる能力として捉えた概念とは異なる意味をもつ。しかし、脳卒中高齢者が主体的に自ら望むライフスタイルを再編成していく過程であるエンパワーメントと、これに導くための専門職者に必要な能力としての【肯定的関心】は重要であり、いずれの概念も深い関連があると考えられる。

「傾聴」は、人との対話の中でのあくまでも一つの手段的な役割と捉えた。傾聴することで対象は、自分の話をじっくりと聞いてくれる存在が確保できると、安心してその思いを信頼できる他者に伝えることが可能になっていくものと考えた。これは、【肯定的関心】をもって関わる上でのコミュニケーション・スキルの一つであるとし、この技術の到達度によって対象の満足度や守られているといった感覚等、効果や影響はさまざまであると考ええる。対象が positive な思考で前進していくためには、この傾聴スキルを向上させ、【肯定的関心】をもって関わる際に取り入れるべき技術だといえる。

「パートナーシップ」は、パートナー同士の力量を合わせ持って発揮していくことで、例えば目標が定まり、希望がかなう等の相乗効果が得られ、最適な状況にもなり得る利点をもつ。脳卒中高齢者を支える看護師がナース・コーリングの方法で苦しみや辛さを発信した際に、パートナーとなる存在から【肯定的関心】をもってサポートされることで、その苦しみや悲しみから開放されることが可能にもなる。パートナーシップを早期に確立させることは、脳卒中高齢者への心の問題への支援にも早期に介入することができ、【肯定的関心】の能力を発揮する上での一つの手段であると考えた。

「エンパワーメント」や「傾聴」、「パートナーシップ」は、脳卒中高齢者や各専門職者同士が時には「傾聴」したり、「パートナーシップ」を形成し、また各専門職者が「エンパワーメント」を発揮させたり、脳卒中高齢者が「エンパワーメント」を発揮させながら自ら望むライフスタイルを主体的に再編成に向けて進んでいくことを通じて、これらの概念は、【肯定的関心】をもって関わるための重要な要素になる概念と捉えることができた。

本章では、看護師の脳卒中高齢者に対する姿勢や支援活動の実際から、脳卒中看護の機能と役割意識が明確になり、看護の専門性が導き出されていくことが示された。脳卒中高齢者や各専門職者との関係性を【肯定的関心】という能力で補い合い、または保つことで、脳卒中高齢者のライフスタイルの再編成を支えていくことが可能になっていくことが示唆された。



一方で、看護師以外の各専門職者における【肯定的関心】の現状や【肯定的関心】の適応について、明らかにはなっていない。このことから、この現状を明らかにする一助として、【肯定的関心】の因子構造を次章より把握していく。そのために量的調査を行い、各専門職の【肯定的関心】の現状を因子分析することで、量的把握の可能となるのではないかと考えた。

次章では、はじめに、脳卒中高齢者と最も関わりの深いと考える看護師を例にとりて、量的調査を実施し、因子分析する。その後、他専門職においても量的調査を行い、【肯定的関心】について分析していく。

## 第3章 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える専門職の現況と 人材育成に向けた課題

### 第1節 研究の背景と目的

高齢者が脳卒中を発症すると、病院への搬送後からその後の回復過程で、その時々やその状況に応じてさまざまな専門職者が、共に脳卒中高齢者の回復や社会復帰を目指し関わる。この極めて早い時期から社会生活に戻るまでの回復過程で、最も多く関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、福祉・介護に従事する専門職者に対して、第3章第1節の脳卒中高齢者からのインタビューにより、脳卒中高齢者は思いや願いをナース・コーリングとして示していることを明らかにした。各専門職者の認識や支援状況、かかわりの現状について、明らかにすることが必要となると考えた。そこで、脳卒中高齢者の発信するナース・コーリングに気づき、必要とするケアの実現につなげていくために、本章では、肯定的関心を量的に反映する尺度を用いて、各専門職者の状況を相互に比較することを試みたい。

まずは、本章で用いる「専門」の概念について論説し、看護師における専門性や看護専門職の意義を考察し、本題につなげていく。

### 第2節 「専門」にかかわる概念の検討

#### 第1項 専門と専門性について

はじめに、本章で用いる「専門」とは、大辞林では、「限られた分野の学問や職業にもっぱら研究したり従事することや、その学問や職業のこと」、「一つのことだけで押し通すことの一本やり」と説明している。また「専門とする」とは、英語表記で「profess」であり、「職業として熟練する、あるいは何かにそれについての知識があると主張する」という意味をもつことになる。本主題に関連させて考えると、例えば、看護師という資格を得るためには、看護師に必要な学習や技術を得ることになる。これにより、看護師として得た知識や技術を生かして脳卒中高齢者やその家族にとって必要な情報や知識等を伝える、指導することがこれにあたるといえる。一方、専門性とは、秋山(2006)は「学問・研究レベル」での概念と位置づけ、抽象度の高い課題を持つ項目と述べている。

専門性とは、特定の領域に関する高度な知識と経験のことであり、それは権威を意味する側面と職務遂行に必要とされる職能を意味する側面がある。これは、高度な知識や経験を要求されること、または、その度合いを示すことでもある(実用語辞典)。脳卒中高齢者が病院や家庭、地域での生活のしづらさ等を少なくし、円滑に過ごせるように、かつQOLの向上を目指した支援が必要だと考える。脳卒中高齢者にとっての的確な支援ができるようにするための高度な専門性とも考える。

#### 第2項 一般的な専門職(profession)の定義

専門職(profession)とは、学識(科学または高度の知識)に裏付けられ、それ自身一定の基礎的理論をもった特殊な技能を、特殊な教育または訓練にて修得し、それに基づいて、不特定多数の市民の中から任意に呈示された個々の依頼者の具体的奉仕活動を行い、よって社会全体のために尽くす職業である(橋本, 2013)。I. Kant は、『諸学部之争い』(2002)の中で、professionについて国家と結びつく社会的に強い影響力をもつ医学、法学、神学、哲学と対

置させている。また、profession になるためには、大学での学問の重要性についても述べている。

Libermann. M. (佐藤訳, 1995) は、profession の定義として

- 1) 高度な知的技術を行行使する,
- 2) 範囲が明確で、社会的に不可欠な仕事に独占的に従事する,
- 3) 長期の専門的教育を必要とする,
- 4) 施業者は、個人的にも集団的にも広範な自律性が与えられる,
- 5) 自律性の範囲内で行った判断や行為については直接に責任を負う,
- 6) 営利ではなく、サービスを動機とする,
- 7) 適用の仕方が具体化されている倫理要領をもっている,

の 7 項目を指摘している。

この他にも多く研究者 (Greenwood. E., 1957 ; Millerson. G, 1964, Wilensky. H. L, 1964) の定義づけはあるが、海外では多くの場合、

- 1) 高度な知識・技能に基づく資格制度と業務の独占,
- 2) 広範な業務の自律性と自己決定権,
- 3) 決定に対する自己責任,
- 4) 職能的団体による自治 (独自の倫理領域) がある,

の 4 点はあげられている。

日本では、現代における profession をめぐる概念について石村 (1969) は、学識 (科学または高度の知識) に裏付けられ、それ自身一定基礎理論をもった特殊な技能を、教育または訓練によって習得し、それに基づいて不特定多数の市民から任意に呈示され、個々の依頼者の具体的な要求に応じて、具体的奉仕活動を行い、よって社会全体の利益のために尽くす職業であると述べている。その特徴として、技術的、経済的、社会的の三側面から profession を論じた。技術的側面は、skill, technique, method, process, art のような側面であり、「客観的な法則だけでなく、技術の中には主観的な技能が含まれる」「科学それ自体から独立した独自の存在」としてあげている。この側面は、profession の活動の内容、職域、性質、教育訓練の側面から professionalization と表現できる。経済的側面では、「業務的側面」とも呼び、特殊技能に対して与えられる対価という職業的活動の具体的構造の側面である。この側面により具体的、経済的に profession が支えられている。社会的側面では、団体としての活動、資格の付与と専門技能の維持向上及び訓練教育という機能も持つ。そして、倫理的自己規制がある。専門職団体の組織化、また profession の活動を奉仕活動として位置づけることにある。この奉仕活動は自己の利益を第一義的に求めるものでない利他主義と解するという論議も併せて述べている (石村, 1983)。profession の profess には、「宣言する」という意味があり、かつて医師、法律家、聖職者が職業に就く時に、公衆の前で「私は終生学び、職を通して社会に奉仕する」と宣言していた。この「終生学ぶ」「社会に奉仕する」「宣言する」は、profession の本質を表していることから、profession とは、その職業が果たす社会的な役割と、その職業に従事する者の資質に関わる概念と考える。

さらに前信 (2003) は、専門職意識について技術的側面としては、公益奉仕を目的とする継続的活動、科学や高度な学識に裏付けられた技術、技術の使用を支える一般論があること、経済的側面では、特定の依頼者の具体的な要求に対して行われるものであること。社会的側面では、

団体としての活動、資格の付与と専門技能の維持向上及び訓練教育という機能も持ち、倫理的自己規制があることをあげている。

このように、profession は単なるスペシャリストとは異なる概念であるといえる。専門技能を身に付けているというだけでなく、その技能が高度な学識によって裏付けられている点が profession の特徴であり、さらに、profession にはその職業が果たす社会的な役割があることも、その資質に関わる概念と考え、専門職性という用語が該当すると判断した。

### 第3項 専門職の規範と義務

専門職が遵守しなければならない規範について、デービスと太田(1999)は、6つの規範をあげている。

- 1) その職業のメンバーは、基礎となる一般教養のうえに専門的な教育を受ける
- 2) 特定の技術、能力、規範にかかわる学問基盤をもっている
- 3) 特定のサービスを提供する
- 4) 自律性をもって自由の選択をして実践する
- 5) 専門職組織をもっている
- 6) 倫理綱領を示す

これらの基準のすべてを満たすことで、専門職のキャリアを築き上げていくことが可能になる。先述したようにこの規範を満たすためには、理論的知識に基づいた技術を必要とし、その獲得のために専門化された長期間にわたる教育訓練が必要とされる。さらに、その職業に従事するためには、国家もしくはこれにかかわる団体によって厳格な資格試験に合格することが必須となる。また、同資格者の集団としての職能団体を集結し、その組織としての統一性を保持するため、一定の行動規範を形成し、営利を目的とせず、公共の利益を根本規範として行われる。さらに、職務上の自律性 (autonomy) をもち、職業団体としての成員の養成・免許就業などについて一定の自己規制力をもつ(日本看護協会, online1) が必要だといえる。

### 第4項 日本における専門職としての看護

看護専門職として要請される専門職性について、看護の規範と専門職性の関係、看護の専門職業団体(専門職能団体)と専門看護師・認定看護師の役割という3つ視点から整理していく。

#### 1. 看護の規範と専門職性の関係

「Nurse」とは、ラテン語に由来し「nourish(育む)」という意味をもつ。「育む」とは、人びとの世話をし、健康、成長、生命の維持に必要なものを与えることを意味する。看護は、人を育み、人の世話をする仕事であり、ひとつの専門職でもある。看護は前項の専門職としての基準は満たしているといえる。看護職の規範は、以下の6点にまとめられる(日本看護協会, online1)。

- 1) 科学的基盤をもつこと。これは、看護には、看護活動及び実践に結びつけるための研究に基づく知識を備えていることを示す。
- 2) サービス指向である。これは、看護の主たる目的は、患者や社会等、他者に何かを与え奉仕することにある。
- 3) 倫理規定があることである。看護は、看護師がどのように行動すれば倫理的にも問題なく進めることができるかを文書化された倫理原則のことである。

4) 専門職業団体の存在がある。これは、看護には、専門職としての基準を定め、看護師に対して必要な教育を提供する専門職組織があることを示す。

5) 研究を実施する。これは、看護師は知識を提供し、看護実践に影響を与える研究を進めていくことにある。

6) 自律性を有することにある。看護師は、専門職としての看護に関するさまざまな決定事項の多くを自ら決定することにある。

専門職としての看護という業務は、6点の基準を満たしていると判断した。

専門職業であるという考え方が成立し(日本看護協会, online1)、看護専門職である者は保健医療従事者として、保健医療分野における重要な役割の担い手の位置を占めている。医学の器官別の専門分化とは異なり、看護は、看護の対象である成人・母子・老年・精神という対象の違いと、救急・地域・家族等のように看護が機能している場の違いによって専門分化していく傾向にある。わが国は、保健師助産師看護師法の制定によって、看護は独自の機能を有する。従って、看護の専門家として社会的評価を得て、職業的地位を高め、社会的貢献度の高い活動をするために、さらなる看護教育が必要であるといえる。

看護師の役割は、対象を全人的に捉えケアしていくことであり、そのためには看護師は高度の専門教育を受け、国家資格をもち、看護の独自性と専門職性を意識する必要がある。自らの行動を律する職業倫理規定を有することは、これまで述べてきた専門職の条件の一つでもある。日本看護協会が1988年「看護師の倫理規定」(日本看護協会, online1)を示し、医療の高度化・複雑化、国民の医療に対する権利意識の高まりなどに伴い、看護専門職を取り巻く状況は大きく変化し、多くの複雑かつ困難な倫理的問題に直面するようになったといえる。2003年には新しい「看護者の倫理綱領」(日本看護協会, online1)を公表している。

## 2. 看護の専門職能団体

看護の専門性として要請される専門職性について、看護の規範と専門職性の関係、看護の専門職業団体(専門職能団体)と専門看護師・認定看護師の役割という3つ視点から整理していく。

### 1) 専門職能団体とは

看護における専門職能団体とは、看護師の職業を専門職業として確立し、看護師の職業的地位を高めるための活動、専門的能力があることによる互いを認め合った上で、個々では実践できない社会的行為を果たすために集結した、専門職者の組織である(日本看護協会, online2)。

わが国の看護系の専門職業団体では、日本看護協会、日本看護連盟、日本助産師会、国際看護師協会等がある。

### 2) 専門職能団体の役割

公正取引委員会は専門職能団体を資格者団体と呼び、法律や医療などの専門的資格を持つ専門職従事者らが、自己の専門職性の維持・向上や、専門職としての待遇や利益を保持・改善するための組織である。同時に、研究発表会、講演会、親睦会の開催や、会報、広報誌などの発行を通して、会員同士の交流などの役目も果たす機関でもある。

また、専門職業団体の役割について、R. K. Merton(1961)によると、次の3点の役割をあげている。

### **(1) 個々の従事者に対する役割**

個人が専門職従事者として、役割を遂行することを助け、社会的・精神的な支えを与える。もう一つは、従事者がより有効的な専門的役割の遂行に備えるのを助けることである。

### **(2) 専門職業に対する役割**

職業についての厳密な基準を定め、実施を助けることで、そこでは未来を予見していこうとする努力がなされる。例えば、看護師としての資質についての基準や訓練や教育の基準を定め、研究の機会の拡大、専門雑誌の刊行、その職業の社会的地位の向上のために、公衆に対してPRすることが含まれる。

### **(3) 社会に対する役割**

専門職従事者あるいは職業と社会提起環境の間に立って、調整する。看護師という職業のため、正当にそして権威をもって発言できるだけの意見の一致を作り出し、法律制定のための政策に発言を行ったり、その職業の義務や目標に関係ある提案・立法を監督したりする。

以上のような専門職能団体の役割には、自分自身の専門職性の維持・向上、専門職としての待遇や利益を保持・改善するための組織であり、研究発表、学会等に積極的に参加すること、学会誌等への投稿等が、専門職者としての果たす役割でもあると考える。

## **3. 専門看護師・認定看護師の役割**

Abdellah ら(1963)は、「看護教育の分野では、患者によって提出された看護問題の顕在的・潜在的両面を区別したうえで、看護の診断を下すように看護師を教育しなければならない」、「専門職看護師の能力とは、問題分析の能力、必要資料の収集、論理的帰結による決定、原理または論理を理解する能力など、各種の能力を絶えず向上させるための基礎である」と述べている。また Abdellah ら(1963)は、専門職看護を発展させるためには、看護師が看護の問題を顕在的、潜在的の両面から理解し、解決する実行力をもつことが必須であると考え、それを証明する研究が行われた。その中で、専門職看護師の機能と責任において、考え方の方向性を2つに分けている。第一に、看護を「技術的な実務中心の職業」とし、「半専門職業的グループとしての活動で、‘仕事を片付ける’という責任を果たし、かつそのようであればよいということである。疾病中心、手順中心のレベルの看護基礎教育でよい」であった。第二に、患者に対して直接の看護サービスを深く掘り下げなければならないとし、看護の目標は、患者のニーズに基礎をおいた患者中心のものでなければならないことであった。「看護師は独立した機能を持ち、看護上の診断をし、科学的知識に基づいて看護を計画、実施、評価することができる。看護基礎教育は、学生に対して、患者の問題を規定する能力、問題进行处理する適切な処置を合理的な考え方で選択する能力、看護の原理を実務に適用できる能力の向上に役立つものでなければならない」と考えられた。

### **1) 専門看護師**

複雑で解決困難な問題を持つ個人・家族に対して水準の高い看護ケアを提供するために、大学院修士課程において特定の専門分野の知識・技術を高めた者を専門看護師という(日本看護

協会, 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者). 各分野での実践・教育・相談・調整・研究という役割を果たすことにより, 保健, 医療, 福祉や看護学の発展に貢献する(日本看護協会, online3). 日本看護系大学協議会と連携し, 専門看護分野の特定, 認定審査・認定更新審査等を行っている. 本研究で関連する認定看護師には, 高齢者が入院・入所・利用する施設において, 認知症や嚥下障害などをはじめとする複雑な健康問題を持つ高齢者の QOL を向上させるために水準の高い看護を提供する老年看護の分野, 緊急度や重症度の高い患者に対して集中的な看護を提供し, 患者とその家族への支援, 医療スタッフ間の調整等を行い, 最善の医療が提供されるよう支援する役割がある.

また, 急性・重症患者看護の分野, 産業保健, 学校保健, 保健行政, 在宅ケアの場面においても, 質の高い看護を提供し, 地域の保健, 医療, 福祉の発展に貢献する地域看護の分野, 患者の回復を促進するために患者を含む家族本来のセルフケア機能を高め, 主体的に問題解決できるよう身体的, 精神的, 社会的に支援し, 質の高い看護を提供する家族支援の分野, 在宅で療養する対象者やその家族が, 各々の生活の場で日常生活を送りながら在宅療養を続けることを支援する, 在宅看護における新たなケアシステムの構築や既存のケアサービスの連携促進を図り, 水準の高い看護を提供する在宅看護の分野が関連する(日本看護協会, online3).

以上のように, 専門看護師は, 変化する看護ニーズに対して, 独立した専門分野として知識及び技術に広がりと深さを求められている.

## 2) 認定看護師

認定看護師とは, 特定の分野において熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践のできる者をいう(日本看護協会, online3). 6ヵ月の所定の教育を受け, 看護現場において実践・指導・相談といった役割を果たすことにより, 看護ケアの広がりや質の向上を図ることに貢献する役割がある. 看護を取り巻く環境が大きく変化していく中で, 看護の専門職者が専門能力を発揮し, 社会に期待される役割を果たすには, 常に自己研鑽し, 自己の能力の維持・開発・向上に努めなければならない. そのためにも看護の専門職化は必要不可欠なものである. そしてその要因は看護師の意識の中に強く投影されていると考えられる.

本研究と関連する認定看護師には, 脳卒中患者の重篤化を予防するためのモニタリングとケアや活動性維持・促進のための早期リハビリテーション, 急性期・回復期・維持期における生活再構築のための機能回復支援を行う「脳卒中リハビリテーション認定看護師」, 認知症の各期に応じた療養環境の調整およびケア体制の構築や行動心理症状の緩和・予防を行う「認知症認定看護師」, 高度医療・救命医療の発展に伴って看護師の中にも専門家が必要という声により誕生した「集中ケア認定看護師」, 緊急性の高い症状がある患者を扱う救急看護において特にその場での対応力が求められる「救急看護認定看護師」, 自宅で介護を家族が行わなくてはならずその際に生じる不安や悩みのケアを行うための存在である「訪問看護認定看護師」, 手術による侵襲を最小限にとどめ, 二次的な合併症を予防する「手術看護認定看護師」, 摂食・嚥下機能の評価および誤嚥性肺炎, 窒息, 栄養低下, 脱水の予防, 適切かつ安全な摂食・嚥下訓練の選択および実施の「摂食・嚥下障害認定看護師」がある.

以上のように, 認定看護師は, 患者やその家族に対して実践, 指導, 相談の3つの役割を行い, 常に専門職性を発揮し, 高い水準のケアを目指している.

## 第5項 看護における倫理

専門職としての基準の中に、専門職組織に関する項をあげている。その専門職組織である、日本看護協会であげている看護婦の倫理規定(日本看護協会. online1)では、15の規定を述べている。この中でも、本章に関連するものとして(Table3.1)、一つ目の「看護師は、人間の生命を尊重し、人間としての尊厳および権利を尊重する」、四つ目の「看護師は、人々の知る権利及び自由の選択の権利を尊重し、その権利を擁護する」、である(日本看護協会, online1)。

また、ICNで発表された看護師の規律の中では、「看護婦は、看護を提供するに際し、各個人の価値観、習慣、精神的信念が尊重されるような環境を助成する」が本章に妥当とする。個人の権利が強調されている文章であり、個人には、倫理的な問題を処理する際に考慮されるべき重要な権利であることを示しているものと判断できる。

Table3.1 看護師の倫理規定(条文)

1. 看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する
2. 看護者は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状态、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する
3. 看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する
4. 看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する
5. 看護者は、守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う
6. 看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する
7. 看護者は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ
8. 看護者は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める
9. 看護者は、他の看護者及び保健医療福祉関係者とともに協働して看護を提供する
10. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する
11. 看護者は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する
12. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める
13. 看護者は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する
14. 看護者は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。
15. 看護者は、専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する

出典：日本看護協会, online1

## 第6項 小括

医療は、疾病や後遺症、外傷等と闘う患者に対して、治療や支援を行う行為であり、看護は全人的に関わりを持つことができる。看護師は、対象の個別性や時代背景等に合わせ、その人がより健康的な生活を作り出すためにはどのような支援を提供できるか、生活背景から現在、その後の生活にいたるまで、対象をより広く捉え、看護計画を立案し、実践している。看護師が行う職務内容には、医師の指示よるものが多いが、一方で、例えば闘病中に起こる患者の心因反応に対して、対象の思いに寄り添いながら、患者が納得できる人生を歩んでいくことをサポートしていく等、看護師としての専門職性や独自性を発揮できるものとする。以上より、看護は、看護の独自の教育を受け、単なる知識と技術が優れているだけではなく、人間の営みに対するケアとして幅広く捉え、人間の尊厳を支えるケアを行う専門職性や独自性をもつ職種という意味で、看護師が専門職であることは明らかである。



### 第3節 医療、福祉職の専門職的自律性と肯定的関心

はじめに、専門職的自律性<sup>1</sup>とは、専門職業人としての価値観に基づき、自らの責任で目標設定が行なえ、それを達成するための手段の選択は自由であり、意思決定、選択を行い、その行為に責任を持つことができるという特性をもつ。

この専門職的自律性と第2章で抽出された肯定的関心が、どのような関係にあるのかを検証していく。

#### 第1項 医療職における専門職的自律性

米国の社会学分野では、1960年代後半において、さまざまな領域の専門職が共通して備えるべき資質の一つに自律性が検討されてきた(Freidson E, 1970: 遠藤・室月, 1992)。さらに、Freidson E (1970)は、「医療サービスは厳格で機械的で権威主義的であり、有機的な連携を欠いているといわれるが、これらの現象の過半は、官僚制的な原理によりも、専門職を中心に組織化されていることによって引き起こされている」「管理者に対する責任、個々の患者自身に対する責任、そして医師と競合しうる職種の計画的育成によって、医療者による支配とその自律性とを制限する方法なのである」等、医療者と専門職的自律性との関連について指摘している。医療者においてこの専門職的自律性を持つということは、高度な専門技術に裏づけられた自主的・主体的な判断と適切な実践を行うことでもある。

脳卒中高齢者では、突然の発症により血管性うつ病やアパシーを引き起こしやすく(木村, 2012)、そのため治療やリハビリテーションを提供していく際には、医療者自身が専門的な知識と技術に裏付けされた専門職的自律性の発揮が求められると考える。脳卒中医療は、医師、看護師などの職種が関わるが、脳卒中医療に従事する医療者が専門職的自律性をもって、脳卒中高齢者への良質なケアやライフスタイル再編成への支援を提供する際には、各医療者が対等な立場で医療チームの一員となる必要がある。さらに、脳卒中高齢者の意向を尊重し、尊厳を守る医療チームのスペシャリストであることが求められる(厚生労働統計協会, 2013)。加えて、専門職的自律性を磨いていくためには、一人ひとりが専門的な知識・技術に裏付けられた実践に取り組む必要がある(厚生労働統計協会, 2013)。

医師の専門職的自律性に関する文献は、2007年より2014年までに刊行された国内の学術研究として、ワーク・ライフ・バランス<sup>2</sup>とキャリアの両立では「キャリア意識」「ワーク・ライフ・バランス」「離職願望」と各因子について検討されていた(大越, 江田邊, 久本, 2014)。家庭医が行うコミュニティアプローチや小児がんに関する医師の認識に関する研究では、子どもの自立性を高める関わりの重要性に関して明らかにされた(厚生労働省, 小児がん専門委員会報告書, 2014)が、医師そのものの専門職的自律性との関連については述べられていなかった。

<sup>1</sup> 奥田のり美と桶河華代の研究で『看護師の専門職的自律性と基本属性との関係』の中で、専門職的自律性について説明している。(聖泉看護学研究 Vol1, pp63-72. 2012)

<sup>2</sup> ワーク・ライフ・バランス(work-life balance)とは、「仕事と生活の調和」とし、国民一人ひとりがやりがいや充実感を持ちながら働き、仕事上の責任を果たすと共に、家庭や地域生活などにおいても、子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な生き方が選択・実現できることを示している。これは、内閣府における仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章として、政府でも取り組まれている。

看護師の専門職的自律性に関する文献は、64 件と最も多く、看護師の職務満足度尺度を用い、職場復帰した看護師に対しての自律性をもって働きやすい環境が検討されていた。緩和ケア認定看護師の倫理的問題に関する研究(日本看護協会, online4)では、半構成的面接を行い、修正版 Grounded Theory Approach を用いて分析していたが、専門職的自律性に対しては述べられていなかった。精神科看護師に対するキャリアアップ支援では、看護に対するやりがいや自律性ももてるキャリアアップ支援について述べられていた(東中須, 2007)。助産師の専門職的自律性を育む要因では、助産師としての専門的な臨床実践と経験の蓄積が明らかにされた(野口, 1996)。産科医師との協働関係を促進する要因では、組織のリーダーとしての資質の育成と、熟練した助産技術の習得、助産師が専門職としてより専門職的自律性を強化する必要性が明らかにされた(石引, 加納, 長岡, 2013)。児童精神科看護師の職業的アイデンティティへの影響因子は、職務満足度尺度の下位尺度の職業的地位と自律性測定尺度の下位尺度である実践能力であり、職業的地位が最も影響を与えていたことが明らかにされた(関根, 竹渕, 2013)。このように看護師の専門職的自律性については、多岐にわたっていたが脳卒中関連の看護師に関する職業的自律性の研究は見当たらなかった。

理学療法士の専門職的自律性に関する文献では、理学療法士におけるバーンアウトに関する研究が挙げられ、経験を積んだ中堅にバーンアウトが発現しやすく、その背景には理学療法技術に関する学問的要因や医師、他職種とのコミュニケーション不足といった職場環境要因など、複合的な問題が存在することが示唆されていた(江平, 伊藤他, 1996)。

なお、作業療法士の専門職的自律性及び言語聴覚士の専門職的自律性に関する文献は、筆者の調べ得た範囲で認められなかった。

専門職の専門職的自律性形成は、専門的な知識、技術に裏づけられた実践経験に依拠しつつも、処遇やサポート体制の確立等のような職場環境や卒後教育、継続教育等の組織的な影響もあるのではないかと推測する。各専門職の専門職的自律性は自らの職業に主体的に取り組み、成長していく過程で高められていくものと考ええる。

## 第2項 介護職、福祉職における専門職的自律性

介護保険制度においては、介護を要する状態となっても、できる限り居宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること、介護が必要な状態となることを予防するための健康保持増進、介護が必要な状態となった場合にも介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持・向上を求めること、が掲げられている(介護保険法, 平成9年12月17日法律)。介護保険制度の基本理念は、「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」である。介護保険法第4条第1項の条文(社団法人シルバーサービス振興会, 2008)においても、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」といった国民の努力及び義務が掲げられている。介護予防という重度化防止の考え方を組み込んで設計された制度であることがわかる。

また、介護予防ケアマネジメントは、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように、要介護状態になることをできる限り予防することが重要であり、そのためには、本人ができることはできる限り本人が行うことができるよう支援することを念頭に置き、

いかに行動変容へ誘導するかという視点と裁量が求められる。生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるようにする。それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にし、セルフケアや地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画の検討、達成状況の評価、必要に応じて計画の修正を行う、という一連のサイクルが重要となる(厚生労働省, online1)。介護保険制度の初期の頃のケアマネジメントは、できないことをサービスで補うという補完的な考えが広まっていること、またそのため利用者の主体的な取組みが重視されていないことや、自立に向けての具体的な目標が明確でないことなどが指摘された(厚生労働省, online2)。2006年の制度見直しにおいて、補完的な介護予防ケアマネジメントではなく、生活機能の低下の背景や原因を分析し、課題を明らかにして目標を定めたうえで、利用者と計画作成者がともに目標へ向けて取り組む目標志向の考え方を強調している(厚生労働省, online2)。ケアマネジメントは、介護サービスを利用者の要介護状態や生活状況を把握したうえで、利用者が望む生活を送れるよう、さまざまな介護サービスを組み合わせるケアプランを作成し、そのプランに従ってサービスが提供できるよう事業者との調整を行い、実際にサービスが提供された結果を確認するという一連の業務がされる(厚生労働省, online2)。これは高齢者の状態を適切に把握し、自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものと考えられる。

## 1. 介護・福祉現場の現状と専門職的自律性との関連性

本項においては、脳卒中高齢者が病院退院後にリハビリテーションを要するため、通所介護(以下、デイサービス)(厚生労働省, online3)の利用や、自宅での生活は現状では厳しいことから介護老人保健施設(以下、老健施設)への入所により、自立した生活を目指しリハビリテーションを受けているという点から、老健施設とデイサービスに焦点を当て、介護・福祉現場の現状と専門職的自律性との関連性について論述する。

### 1) 介護老人保健施設に従事する専門職の特性

はじめに、老健施設について概説する。老健施設とは、介護を必要とする高齢者の自立を支援し、家庭への復帰を目指すために、医師による医学的管理の下、看護や介護といったケアはもとより、作業療法士や理学療法士等によるリハビリテーション、また、栄養管理、食事、入浴などの日常サービスまで併せて提供する施設である。利用者一人ひとりの状態や目標に合わせたケアサービスを、医師をはじめとする専門職が行い、夜間でも安心できる体制が整えられている。老健施設を利用できる対象は、介護保険法による被保険者で要介護認定を受けた者のうち、病状が安定し入院治療の必要がない要介護度1～5の者で、リハビリテーションを必要としている。老健施設は、常に利用者主体の質の高い介護サービスの提供を心がけ、地域に開かれた施設として、利用者のニーズにきめ細かく応える施設である。介護予防を含めた教育・啓発活動など幅広い活動を通じ、在宅ケア支援の拠点となることを目指し、利用者や家族が、快適に自分らしい日常生活を送れるように支援している(厚生労働省, online4)。

デイサービスでは、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送ることができるように、心身機能の維持回復だけでなく、利用者の孤立感の解消、家族の介護の負担軽減等を目的としている。利用者がデイサービス等の施設に通い、施設では、食事や入浴などの日常生活上の支

援、生活機能向上のための機能訓練や口腔機能向上サービスなどを日帰りで受けることができる。生活機能向上グループ活動などの高齢者同士の交流もあり、施設は利用者の自宅から施設までの送迎も行われている。

このように施設運営における特性はみられるものの、各専門職者による脳卒中高齢者のナース・コーリングへの対応は明確にされていない。ケアする側が脳卒中高齢者の心理状態を判断するアセスメントが十分できていない場合、適切で効果的なサービス提供が行われない場合も考えられる。例えば東京都国民健康保険団体連合会へ寄せられる苦情・相談の受付件数をみると、合計 1,439 件の介護サービスの苦情等があった。2013 年度においては相談苦情件数で介護サービス居宅合計 841 件、居宅介護支援 207 件、訪問介護 205 件、通所介護 128 件、特定施設入居者生活介護（短期利用以外）113 件であった。施設においては介護老人福祉施設 157 件、老健施設 92 件であった。相談や苦情内容はサービス提供・給付が最も多く、例えば利用者・家族の意向や要望の把握や情報共有が不足していたことが原因で、適切なサービスが行われていない事例では、「入浴しなくてよいと伝えていたのに入浴させたため状態が悪化した」「毎回のよう介護員が代わるが、引継ぎが十分でないため家族が伝えなければならなかった」等、さまざまなものがあげられた。サービスの質を高め、脳卒中高齢者や家族が安心できるサービスとするためにも、各専門職者の資質の向上、人材育成が大きな課題だと考える。介護サービスの質の確保と向上について、課題を整理し、その対策を講じていくことが必要であった。

## 2) 老健施設における専門職者の課題

老健施設への入所の現状は、医療機関から直接入所するケースが多く、必然的に医療依存度が高い傾向にある。このような場に就業する専門職には、介護保険法 第 97 条 第 2 章の人員に関する基準（厚生労働省,online3）において、老健施設に置くべき医師、看護師、介護支援専門員及び介護その他の業務に従事する従業者の員数は、医師は常勤換算方法で、入所者の数を百で除して得た数以上、薬剤師は老健施設の実情に応じた適当数、看護師若しくは准看護師（以下、看護職員）又は介護職員（以下、看護・介護職員）は常勤換算方法で、入所者の数が三又はその端数を増すごとに一以上（看護職員の員数は看護・介護職員の総数の七分の二程度を、介護職員の員数は看護・介護職員の総数の七分の五程度をそれぞれ標準とする）、支援相談員は一以上（入所者の数が百を超える場合にあっては、常勤の支援相談員一名に加え、常勤換算方法で、百を超える部分を百で除して得た数以上）、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は常勤換算方法で、入所者の数を百で除して得た数以上、栄養士は入所定員百以上の老健施設にあっては一以上、介護支援専門員は一以上（入所者の数が百又はその端数を増すごとに一を標準とする）、調理員、事務員その他の従業者は、老健施設の実情に応じた適当数と記されている。

急性期を脱し、地域社会に戻ってからの生活の中で、脳卒中高齢者に最も関わる専門職としての看護職と介護職、社会福祉士および介護福祉士についての専門職的自律性を述べる。

### （1）老健施設に従事する看護職の専門職的自律性と課題

看護職の役割には、より積極的に生活支援をしている職種である介護職に対して、活動を保障するための健康管理の視点を伝える必要がある。看護師が勤務している時に健康管理ができるのは当然だが、ユニットケアの場合、ユニット内の看護師不在の際、情報のない介護職が健

健康管理(田沼, 松山, 日向野, 2011)をしなければ利用者の生活や活動の保障ができないと考える。看護職の不在時に、介護職においても健康管理が機能し、利用者が安全に安心して生活できる環境を作ることが重要であるといえる。この関係を保つには、互いの専門業務の役割等を理解し、専門職性を認める関係にあることだと考える。縦割り業務で分化すると、自身の役割ではないという認識になり、つながりがなくなり、利用者の安全を保障できない危険性も考えられる。利用者の生活背景等、利用者自身に関することや、食事・入浴・排泄は当然、日常の業務内容に至るまで各専門職者で業務内容を共有すれば、各専門職者の専門職的自律性を発揮しながら不足分を補い合い、共有できるものと考えられる。しかし、その役割機能が果たせておらず、介護職との関係性がうまくいかないケースも存在する(吉岡, 2011)。また、各専門職の機能分化により、つながりを持ちにくく、互いの肯定的関心が機能せずに、統一した脳卒中高齢者への援助に導けないケースも見受けられる(吉岡, 2011)。

## (2) 老健施設に従事する介護職の専門職的自律性と課題

介護職は、利用者の生活の営みすべてに最も身近にかかわる職種であり、生活支援を必要としている方の人の営みとして欠くことができない、三大介護といわれる食事・排泄・入浴は、専門職性を発揮できる場であるといえる(社会福祉振興・試験センター, online1)。

第4章で調査した一部として、A県B施設での「排泄」に関する例をあげる。A施設においてのオムツを使用者は9割を超えていた。各利用者が入所の際、その方にとってのオムツの用途について、声をかけるタイミング、排尿感覚や水分摂取量等の生理学的な尿量のメカニズム、生体動作として移乗動作、座位姿勢等を各専門職種者と話しあいながら判断して決めている。利用者に対し声がけしながら、トイレ誘導を行うことで、オムツへの失禁が予防できるという判断ができる場合、利用者の尊厳を守るためにもオムツを使用しなくてもよい環境を提供している。また、在宅でオムツを使用している利用者の場合、経過に合わせ、オムツの種類や用途もその時々に合わせて変化させている。このように、ケアは「排泄」においても、介護職は無限大に想像力や知識・技術を存分に働かせることができる。介護職は利用者各々の生活を見ることができ、“その人らしい生活”に導くことができるともいえる。

介護職の専門職的自律性とは、対象に対してじっくりと生活を見ること、考えることであり、そこから得られる気づきや情報を肯定的関心をもって、他職種へと的確につなぎ、そのフィードバックを生活に還元することにあるといえる。ひとりひとりに適切に必要なケアを提供し、その結果として、利用者にとっての尊厳が守られ、その人らしさが証明されていくものと考えられる。介護職の専門的自律性(日本介護福祉士会, online1)を追及することは、利用者や他専門職者に良い循環をもたらすことになり、専門職的自律性の成長にもつながると考える。介護職の専門職的自律性を「専門分化した単なる専門職性ではなく、諸科学を応用、総合する中で、直接、生命と生活にかかわる能力」とする。このような中で、介護職の専門的自律性の発揮については、介護職のマンパワー不足、労働負担や満足度に関する内容の問題は浮彫になっているが、老健施設やデイサービス等に従事する介護職の専門的自律性に関する研究は知る限りない。本研究において、介護職の専門職的自律性を明らかにすることは、介護職自身の職に対する専門職的自律性を認識でき、発揮することにつながるものと考えられる。また衰退している部分に関しては他者と共に補い合い、介護職の専門職的自律性を意識した労働へと導き、一層の高齢者ケアにつながっていくことを期待する。

### (3) 社会福祉士及び介護福祉士の専門職的自律性と課題

社会福祉士は、社会福祉及び介護福祉法に基づく国家資格であり、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があること、または環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者、または医師、その他の保健医療サービスを提供する者、その他の関係者との連絡及び調整、その他の援助を行うことを業とする者をいう(厚生労働省,online5)。2014年現在、登録者は177,896名となっている。介護福祉士においては、同法に基づく名称独占の国家資格であり、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者をいう(厚生労働省,online5)。2013年度における登録者数は、1,183,979名であった。いずれの職種も増加の傾向にある。

1987年の社会福祉士及び介護福祉士の制定は、介護職の専門性の確立や、これに対する社会的評価を高める契機になることが期待された。第13期、第14期において日本学術会議、社会福祉・社会保障研究連絡委員会(第14期,online2)で、「ソーシャルワークの教育・研究について、とくに保健・医療領域におけるソーシャルワーカーの資格・教育等を中心にした研究」が進まれている。日本学術会議(第21期,online2)では福祉職・介護職の専門職的自律性の向上と社会的待遇の改善に向けて、「高齢者の健やかな生活を実現するために一基盤づくりと人材養成」、「一人暮らしの高齢者が自分らしく生きることを支えるために」のようなテーマをあげ、専門職を目指す大学生に対して自律性を高めていく教育を推進していた。

このような中で、社会福祉振興・試験センターの平成24年度社会福祉士・介護福祉士就業状況調査(online1)において勤務上で問題と考えられるものは、「働きぶりや能力が賃金や配置に反映される」、「教育研修や資格取得支援等が充実している」、「子育て支援が充実している」の項目であり、これらは最も低く評価されていた。社会福祉士や介護福祉士を有効に活用していく上で、教育、任用、キャリアアップのあり方等についての課題があげられる。この課題においては、保健、医療、福祉全体からみても、重要な課題であり、早急の解決が必要だと考える。

### 第3項 本研究における肯定的関心と専門職的自律性

前項で抽出された肯定的関心は、脳卒中高齢者の嘆き、辛さや悲しみ等、誰かに伝えたいとナース・コーリングによって発信しているが、なかなかその気持ちが届かない等、そのような思いを、例えば看護師個人で受け止めようとするものだけではなく、脳卒中の専門職であったり、脳卒中高齢者の家族ともつながり、チーム、さらには保健、医療、福祉という広い関係性の中で、互いに脳卒中高齢者を支えていく上での必須要件であった。これは、脳卒中高齢者などを思いやる心を持って、心の手を差し伸べていこうとする意志にもつながっていると考えられる。そこには、エンパワーメントや傾聴、パートナーシップ等の概念を要素として持つものと規定することによって、個々の技術等を総合的、複合的に発揮することで初めて肯定的関心が可能になるとし、この能力が発揮されることが「専門的感受性能力」の発露であると考えられる。関わる各専門職が同等の能力を持っているとは限らない。肯定的関心の発露が可能かどうかは、その個人個人によって、各専門職としてのこれまでの経験に由来する背景によって異なる。ま

た、重視すべき態度や姿勢等によっても異なるが、これらはそれぞれ重視すべき点であり、肯定的関心という概念は、そのどれか一つには還元できないという特性があるものと考えられるべきである。

また、肯定的関心は、単に態度や姿勢を表す概念と捉えるものではなく、能力を表す概念でもある。この能力は、自律性を表している。自律性とは、言われたことをその通りに行うことではなく、自分で考え、自分を管理しながら、自分の務めを進めていくことである。職業における自分の務めとは、職業人としての自律性、つまり専門職的自律性を表している。この能力が発揮できるように肯定的関心の態度や姿勢、能力をも高めていくことも必要だと考える。

#### **第4項 保健、医療、福祉と肯定的関心に関連する文献レビュー**

##### **1) 医師の専門職的自律性と肯定的関心に関する文献レビュー**

医師では、学歴、就業場所、性別において、負の相関が多くみられた。下位尺度でみると、認知能力が全ての項目と要因との相関が最も多かった(100%)。

医学中央雑誌で、最近の研究の動向について調査した(過去5年)。「専門職的自律性(自律性)」「医師」をキーワードにすると、0篇であった。「アパシー」「医師」では原著論文2篇、解説2篇、会議1篇では、脳卒中後うつ病患者に対する支援方法(臼田, 片山, 2007)や精神科医以外でうつ病への治療を実施する現状についての研究(爲近, 2009)等であり、肯定的関心につながる患者の思いや願いに関する論文は見当たらなかった。

##### **2) 理学療法士の専門職的自律性と肯定的関心に関する文献レビュー**

医学中央雑誌で、最近の研究の動向について調査した(過去5年)。「専門職的自律性」「理学療法士」では原著論文で3篇、解説8篇、会議録6篇であった。さらに「専門職的自律性」と「ライフスタイル」との関連を検索したが、見当たらなかったため、「自律性」と「ライフスタイル」で検索し1篇あり、理学療法士のキャリア開発に重要な役割を果たす自律性の測定(木村, 岩月, 2009)、理学療法士500名に専門職としての仕事と自立についてのアンケート調査を行い、現在の自立と専門的役割について調査した結果、専門職としての明確さに欠けていると述べられていた。また、生活習慣改善に関する研究も多かったが、これらは患者に焦点が当てられていたことから対象外とした。専門職的自律性尺度を用いた論文や、肯定的関心につながる患者の思いや願いを中心に行われた論文は見当たらなかった。

##### **3) 作業療法士の専門職的自律性と肯定的関心に関する文献レビュー**

医学中央雑誌で、最近の研究の動向について調査した(過去5年)。「専門職的自律性」「作業療法士」では原著論文で1篇、解説7篇、会議録2篇であった。リハビリテーション関連職種を対象とした職場内卒後教育プログラムによる脳卒中患者診療への自主性の変化に関する研究(小林, 2005)や、作業療法と作業療法士その使命を果たす等の研究であった。さらに「専門職的自律性」と「ライフスタイル」との関連を検索したが、見当たらなかったため、「自律性」と「ライフスタイル」で検索し1篇あり、要介護高齢者における一人暮らしの工夫として、家事に焦点を当ててはいるが、他者への協力を求め、自己決定権をもつこと等の高齢者の自律性について述べられていた(猪股, 小林, 2014)。専門職的自律性尺度を用いた論文や、肯定的関心につながる患者の思いや願いを中心に行われた論文は見当たらなかった。

#### 4) 言語聴覚士の専門職的自律性と肯定的関心に関する文献レビュー

医学中央雑誌で、最近の研究の動向について調査した(過去5年)。「専門職的自律性」「言語聴覚士」では原著論文で1篇、解説1篇、会議録1篇であった。リハビリテーション関連職種を対象とした職場内卒後教育プログラムによる脳卒中患者診療への自主性の変化に関する研究や理学療法士・作業療法士の開業に関する内容(西尾, 前島, 2014)であった。さらに「専門職的自律性」と「ライフスタイル」との関連を検索したが、見当たらなかったため、「自律性」と「ライフスタイル」で検索し原著論文としては見当たらなかった。専門職的自律性尺度を用いた論文や、肯定的関心につながる患者の思いや願いを中心に行われた論文は見当たらなかった。

#### 5) 介護・福祉における専門職の専門職的自律性と肯定的関心に関する文献レビュー

医学中央雑誌で、最近の研究の動向について調査した(過去5年)。本研究と関連する研究で、「専門職的自律性」「介護」をキーワードにして検索し、総数58篇、総説・解説34篇、原著論文10篇であった。認知症ケアマッピングに関する研究、介護者の専門性に関する考察、在宅要介護高齢者の援助プロセスに関する研究等であった。また、「専門職的自律性」と「福祉」をキーワードにした研究では、総数92篇、総説・解説34篇、原著論文41篇であり、保健師や助産師の専門職としての自律性の研究、専門看護師(CNS)における職務上の自律性測定尺度の開発等があった。「自律性」と「ライフスタイル」をキーワードにして検索し、総数52篇、総説・解説16篇、原著論文28篇、症例報告3編であった。独居高齢者の地域を基盤とした自立支援プログラムの開発、看護師の離職に関する研究、ウイメンズヘルスに活用できるライフスキル測定尺度の開発等、さまざまであった。

CiNiiでは、「自律性」「福祉士」をキーワードにして検索すると、総数6篇で、養成課程の教育に関するもの(竹村, 2014)介護専門職の自律性尺度を作成し、介護福祉士資格の有無と介護職としての経験年数による差異を比較することを目的に研究されたもの(橋本, 2010)、であった。この研究は、本研究で参考にした尺度を含めた尺度項目を用いて、介護職員116名に実施し、介護専門職自律性尺度は「介護実践力」「職業倫理観」「介護専門知識」「個人の自律性」「自立的判断力」という5つのカテゴリーが抽出され、介護福祉士教育を土台にした介護専門職の養成と、経験年数に応じた継続教育の必要性が示唆されたが、標本数が少ないことから一般化は難しいと考察されていた。

「自律性」「介護士」をキーワードにして検索すると総数4篇で、介護老人保健施設に勤務する介護職員に対するインタビュー調査にもとづき、職務の専門職性の認識と評価の認識の詳細を明らかにされた研究(安田, 岩月, 岩月, 2012)や、「特定施設入居者生活介護」に従事する職員を対象に、一定の論証を得るために、職務価値に関しての聞き取り調査を実施した結果、特定施設入居者生活介護に従事する職員は、日々複数の職務不満足を体感し、他職には見られない特有の職務価値や悪循環を形成していることが明らかになった研究であった。

「ライフスタイル」「介護」では総数2篇で、医療と福祉サービス機関における社会的支援のあり方として、医療機関との連携による適切な抑うつ治療に加えて、患者会などの対人交流の場づくりや自立支援に向けた介護保険サービス等の利用を通じて、知的能動性の向上や社会的役割の維持を図っていくことが重要であることが示唆された研究(安田, 岩月, 岩月, 2012)や、



ADL 能力・ライフスタイル別分類は理学療法士が訪問リハビリテーションを行うにあたり、ケア内容を決定するための指標が示唆された研究であった(武田, 波多野, 2008)。

「ライフスタイル」「福祉」では総数2篇で、利用者や家族介護者、他の社会資源との関係構築後に介護支援専門員が行うアセスメントにおける情報把握の構造において、因子分析の結果、「生活観とライフスタイルの考え方」「人的経済的状況」「家族介護者の状況」「意思疎通および理解の状況」「個別的家事支援の状況」情報の5因子が抽出された研究(吉良, 伊藤, 近澤, 2001)であった。専門的感受性能力や肯定的関心につながる利用者の思いや願いを中心に行われた論文は見当たらなかった。

## (6) まとめ

以上の文献レビューにより、各専門職からみた全体的な特徴としては、「自律性」や「ライフスタイル」に関する研究、肯定的関心につながる脳卒中高齢者の思いや願いを中心に行われた研究は少なく、本研究における専門職における専門職的自律性と肯定的関心に関する着目は意義あるものといえる。

## 第5項 専門職の専門職的自律性と肯定的関心における方向性と仮説

多くの脳卒中高齢者は、住み慣れた自宅で最期まで生活を続けたいと考えている(人生を豊かにする幸せの学問 Gerontology, 2014)。このような脳卒中高齢者を社会で支えていくためには、脳卒中発症初期から出現しやすい血管性うつ病やアパシーの予防、心理的ダメージによる悪化防止に努め、尊厳を守りながら、脳卒中高齢者が自分らしいライフスタイルを送れるよう、自宅や施設において支援が受けられることが重要だと考える。一方で脳卒中による要介護度が重度化し、医療サービスや介護サービスを要する脳卒中高齢者も少なくない。このような脳卒中高齢者に対する尊厳や、価値観を尊重し、ナース・コーリングに耳を傾けながらライフスタイル再編成への支援を行っていく必要があると考える。また、脳卒中高齢者が心身の健康の維持・増進を図っていくための方策について、脳卒中高齢者の健やかな生活を実現するための基盤づくりと人材育成が重要となってくると考える。地域においては、家族や親族をはじめ、近隣・友人等のインフォーマルな支援とともに、さまざまな公的な支援を含めて成り立っている。これらの情報を専門職が共有することは、連携した支援にもつながるとも考える。そして、情報の理解のためには、これらの生活状態についての基本的知識をそれぞれの専門職が持つことが必要になるといえる。

これらの広範な領域の中で、どの専門職がどのような役割を担っているのかを相互に理解しておく必要がある。フォーマルな専門職には、医師、歯科医師・歯科衛生士、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、管理栄養士等の保健・医療専門職。また、社会福祉士等のソーシャルワーカーや介護福祉士等の介護・福祉現場の専門職、さらには臨床心理士、介護保険制度では介護支援専門員や福祉用具専門相談員が脳卒中高齢者とその家族と深く関わっている。脳卒中発症初期から出現しやすい血管性うつ病やアパシーの予防、心理的ダメージの悪化防止を目指すためには、脳卒中高齢者の気分や感情、不安といった心理的状況を各専門職が早期に察知し、その思いや願いを支えるために各専門職同士が補いつつ協働しながら援助方法を組み立てていく力が重要である。各専門職がこの力を持ち合わせて脳卒中高齢者を支援していくことで、脳卒中高齢者のナース・コーリングを素早く察知し、その思いに対して肯定的

関心をもってありのまま受け止めていく。さらに肯定的関心は、自分らしいライフスタイルを再編成していく一助にもつながると考える。

脳卒中高齢者の心理的状況を早期に察知し、支援に導くための力量を判断するための尺度として、菊池と原田(1997)により開発された看護専門職における「専門職的自律性尺度」が適当と考えた。菊池と原田(1997)の抽出した下位尺度にある「抽象的判断能力」が、脳卒中高齢者の心理面やナース・コーリングを把握する態度であり、能力に相当するものと考えたためである。本調査により、専門職的自律性を把握できることは、専門職と自律性との関連性や評価の特長等から、専門職者の不足している自律性に対して他の専門職者が補い、支え合うこと、肯定的関心をもった関わりが各専門職の間においても可能になること、またさらなる専門職的自律性の向上を期待するものである。

この専門職に必要な能力において、最も必要とする専門職的自律性と肯定的関心がもてる能力との関係を仮説的に次の3点として捉えると、

1. 肯定的関心をもって関わることを可能とするものに、専門職的自律性が関与している
2. 患者—看護師間で抽出された肯定的関心が、保健、医療、福祉の各領域においても臨床的有用性をもつ
3. 肯定的関心の向上が各専門職において、専門職的自律性をより確実なものにしていく

にある。

以下、この仮説の妥当性を検証し、肯定的関心をもって関わる実践が可能とするための方策を明らかにしていく。

#### 第4節 保健、医療、福祉における専門職的自律性に関する調査（その1）

菊池や原田(1997)の研究においては、職務遂行に関する能力の程度などの観点からの研究や看護師の専門職的自律性を増大するための研究活動と専門職的自律性との関連についての研究がなされていた。これらの結果は、看護師が臨床で生じる問題への解決策を見出し、さらに研究を通して理論的基盤を身に付けていくことが示唆されている。このような看護を科学的に検証し、問題の本質や原理を追及するプロセスが、看護師の問題解決能力や論理的思考の形成に役立ち、職務遂行能力の発達に重要な意味をもつものと考えられていた。菊池や原田(1997)は、臨床で働く看護師の経験年数、研究経験、意欲が、専門職的自律性に影響を及ぼすのか実証的に研究した。看護師が専門職性をもつことの重要性については、前節まで述べてきたが、看護職の専門職的自律性について菊池と原田(1997)は、「看護の専門的知識・技術を基盤として、看護職自らが看護の必要性を判断し、主体的・自主的に看護を実践するための特性」と述べている。菊池と原田(1997)が開発した「専門職的自律性尺度」は、看護活動における看護職の状況認知・判断能力・実践能力を看護職がどの程度身につけているかという観点から、看護職の専門職的自律性を測定することを可能にする。この「専門職的自律性尺度」は、病院に勤務する看護職を対象に尺度が作成され、設問は病院の患者を対象にした看護に関する内容で構成さ

れているが、その内容は本研究にも当てはまり、その他の専門職の専門職的自律性を測定し得るものと考えた。

一方、菊池と原田の研究(1997)は、特に診療科を限定した看護師を対象とはせず、職務経験に注目し、1年以下、1年目の看護師は、専門職的自律性が低く、新人看護師が熟達するために卒後教育のどの段階にどのような能力を身に付けさせていくかという、組織的な企画や運営が必要であるとの結果を得た。また、5年以下の経験者では看護上の判断能力を伸ばしていたことから、卒後2年目、3年目には看護師の論理的思考の形成が重要であったとされる。一方、職務経験10年以上の場合、看護上の判断能力や的確に看護を成し遂げる能力が高かった。専門職とは、体系的な理論を持ち(専門性)、専門職的判断および措置について職務上の自律性をもち(自律性)、その活動は利益ではなく公共の奉仕に力点が置かれ、職業的態度、役割分担における規範を身に付けている(職業倫理)者といわれている。従って、看護師が専門職として成長するためには、常に最新の専門的知識・技術を身に付けながら、看護上の判断や実践を自主的・主体的に行うことを通して、看護の専門職的自律性を発揮していくプロセスがあることが示唆された。さらに、菊池と原田(1997)の専門職的自律性には、キャリア意識等の内的特性や職場の人間関係、環境要因、研究活動等の経験が関与していることが示唆されている。以上、菊池と原田(1997)の研究結果をふまえ、筆者は看護職の中の脳卒中医療に携わっている看護職を特に対象とし、下位尺度にある専門職的自律性の中の抽象的判断能力に着目した。菊池と原田(1997)の研究で、下位尺度の項目が、本研究の脳卒中高齢者の心理面へのケアの充実性において実用可能ではないかと考えたためである。

## 第1項 脳卒中看護師における専門職的自律性

近年、脳卒中患者の高齢化や長期にわたる治療など、脳卒中高齢者への心や体への負担が高まり、専門職者への課題も大きい。職務上の自律性とは、専門職の要件の一つとして挙げられ、そこには職務上の自由な行動を基礎づける主体性や責任、さらには高度の専門職的自律性が要求される。このことは看護師をはじめ、脳卒中高齢者に関わる専門職にとって職務上の自律性を持つということは、根拠付いた高度な専門技術を自主的に身につけ、主体的に判断や適切な支援を実践できる、専門的な能力の発揮を意味するといえる。関口と小峰、佐藤の研究(2012)では、看護援助に対する不安と看護師の自律性との関連について、看護援助に対する不安がある者は自律性が低いと述べている。

また、中村と岩栄(2012)は看護師の専門職的自律性と自己効力感に正の相関を示唆した。脳卒中看護の需要が高まる一方で、看護師への負担やリスクが高まり、看護に迷いを生じる新人看護師も少なくない。脳卒中看護の質と看護師への支援を達成するためには、先行研究にある自律性への支援が重要な課題ではないかと考えた。

そこで、専門職的自律性を一般化させた菊池と原田(1997)の専門職的自律性尺度を参考にし、この尺度が本研究の脳卒中看護師の専門職上の自律性の特性と合致するかを調査し、今後の研究の足がかりにしていく。

## 第2項 菊池と原田の研究(1997)以降の研究による専門職的自律性に関する各尺度

菊池と原田の研究(1997)以降の先行研究として、医学中央雑誌で最近の研究の動向について調査した(過去5年)。「脳卒中」「看護師」「患者の心理面(内面)」をキーワードにして

みると、原著論文4篇、解説1篇が見出された。回復期のリハビリテーションや見守りが必要な患者の内心について、聞き取り調査等が行われていた。「看護師」「専門職的自律性」で検索すると、原著論文は281篇、解説133篇であった。原著論文の中で、「専門職的自律性」という語を用いた論文は、2篇のみであった。この論文の対象は高度医療専門機関に勤務する看護師や専門看護師（CNS）（柏木, 2012）であった。その他の論文では、役割意識、職務満足度、自律等に関する内容であった（関口, 小峰, 佐藤, 2012; 中村, 岩栄, 2012; 柏木, 2012; 倉屋, 成瀬他, 2012）。また、原著論文と看護文献に絞り、菊池と原田（1997）の専門職的自律性尺度を研究に用いた論文は、5篇であった。さらに「ライフスタイル」との関連を検索し、見出された4篇はいずれも看護師自身のライフスタイルであり、脳卒中高齢者に関するものはなかった。

看護職の自律的な行動には、状況の文脈における看護職としての役割認知が深く関与しているとして、患者の擁護、患者の権利の尊重、伝統的な役割限定の拒絶という3つの下位項目から構成されるスケール、Pankratz Nursing Questionnaire (PNQ) が Pankratz ら（1974）により開発されている。46項目5段階リッカート法を香春（1990）が日本語訳し（1974/1984）、志自岐（1995）が修正した尺度があり、その報告によると、PNQの信頼性係数はそれぞれ0.93, 0.81, 0.81で妥当性が検証されているとしている。下位尺度は「看護婦の自律と患者擁護」26項目、「患者の権利」14項目、「伝統的役割の拒否」12項目（重複項目あり）の3つである。志自岐（1995）による尺度の一部修正後の信頼性係数は、尺度全体では0.81、下位尺度はそれぞれ0.67, 0.75, 0.68とされ、因子分析による構成概念の妥当性は不十分と報告している。Pinesは、バーンアウト尺度を開発し、稲岡（1984）が日本語訳（1980/1982）し、21項目7段階リッカート法からなるバーンアウト尺度がある。身体的疲弊、心理的疲弊、精神的疲弊の観点から作成されたもので、Pinesの報告による信頼性係数は0.91~0.93で再テスト法による安定性が検証されている。稲岡（1984）は、因子分析による構成概念妥当性、仕事の満足（ $r = -0.62$ ,  $p < 0.001$ ）、自己満足（ $r = 0.65$ ,  $p < 0.001$ ）との併存妥当性を報告している。

一方、GreggとMagilgy（2001）の研究で、看護職のアイデンティティ確立のプロセスには自尊感情が重要な位置を占めることが示され、岩井ら（2001）による39項目7段階リッカート尺度の「看護職の職業アイデンティティ尺度」がある。この尺度は「看護職の職業選択と誇り」（16項目）、「看護技術への自負」（10項目）、「患者に貢献する職業としての連帯感」（4項目）、「学問に貢献する職業としての認知」（5項目）、「患者に必要とされる存在の認知」（4項目）の5つの下位尺度を持つ。尺度全体の信頼性係数0.94、下位尺度の信頼性係数は0.78から0.89を示した。妥当性は既知グループ法で検討されている。また、Alexanderら（1982）は、看護職の自律性の認知が職務活動の独立性、あるいはそれに対する統制力を持つことの自覚にあることから、職務上の意思決定（decision-making）に関する能力の程度と職場の組織的要因との関係を分析し、個人の力量への認知と看護師および師長との関係が自律性に関する二大決定要素であることを見出した。木内（1995）は、開発したリッカート式の独立・相互依存的自己理解尺度により個人の自律性を測定できるとした。この尺度の測定概念である相互独立的自己観は、自らの判断や価値観に基づいて選択決定し行動できるという個人の自律性を表し、尺度は、独立的自己理解と相互依存的自己理解のうち、どちらが活性化されやすいかを測定する16項目から構成され、4段階評定法で16~64の範囲を示している。分析では、得点が高くなるほど「個人の自律性」が強くなるように点数を反転させていた。さらに、看護活動における意思決定過程の研究の多くは、看護上の課題遂行に関与する行為の分

析を通して、看護職の診断（決定）能力を高め専門職的自律性の向上を図ろうとしてきた（小谷野, 2001; 平井, 2003）。

これらの看護職の専門職的自律性に関連する概念を取り扱った研究は、職務上の役割や統制力の認知という観点からアプローチしてはいるが、専門職としての専門職的自律性を看護職の専門職的自律性の発揮という力量形成の視点から明らかにした研究は見当たらない。菊池と原田(1997)は、看護師の看護活動上の意思決定過程や看護を実践する際の行動を手がかりとして、看護職の専門職的自律性を測定する尺度を開発している。その結果、看護師の専門職的自律性は、患者の状況を正確に知覚し理解する“認知能力”，そして訴えや症状など具体的な手がかりを基に対処方法を的確に判断する“具体的判断能力”，患者の内面の心理的状況を察知し、それに応じた看護方法を組み立てる“抽象的判断能力”，他の看護職に依存することなく自ら独自に必要な看護方法を考察する“自立的判断能力”，判断した看護方法を主体的に実行し、的確に成し遂げる“実践能力”が示唆されている。さらに菊池と原田(1997)の専門職的自律性には、キャリア意識等の内的特性や職場の人間関係、処遇などの環境要因、さらに学生指導や研究活動参加の経験が関与していることが示唆されている。また、菊池と原田(1997)は、看護場面における状況を、認知、判断、実践の3領域に大別して、独自の看護専門職の自律性尺度を開発している。下位尺度に抽出された項目が、本研究の脳卒中高齢者の心理面へのケアの充実性において実用可能ではないかと考え以上を勘案し、菊池と原田(1997)の尺度を選び使用することにした。

まず、はじめに、脳卒中高齢者が発症してから地域にいたるまでの過程で、最も関係が多いと考えた看護師に焦点をあて、脳卒中高齢者へのケアには専門職的自律性が重要であるとの仮説を検証し、どのような因子がどのような関係性があるのか、どのような対象が最も能力が高いのか等について考察し、得られた知見をもとに、他の関連職種においても同様の調査を実施することとしたい。

### 第3項 研究方法

#### 1. 調査対象

全国の脳卒中学会に所属している脳卒中に関する施設に勤務する看護師（以下、脳卒中看護師とする、但し、脳卒中の認定看護師と同義ではない）1,100部の質問紙調査票を郵送で配布し、返信用封筒にて返却されたものを分析対象とした。

#### 2. 調査期間：2013年5月1日～8月30日

#### 3. 測定尺度

1) 第3章第4節で概説した菊池と原田(1997)の質問紙調査票を参考にし、患者を「脳卒中高齢者」と修正して用いた。

#### 2) 専門職的自律性の諸要因について

本研究で使用している看護師の自律性尺度では、脳卒中看護師における自律性を測定するために、先行研究文献(菊池, 原田, 1997)で作成された尺度の他、先行文献(菊池, 原田, 1997; 菊

池, 1999)から勤務先, 経験年数, 性別, 学歴, 脳卒中高齢者に携わった期間, 本資格以外で認定されている資格の7項目を基本属性として追加した。

3) 脳卒中医療における経験年数の区分は, Sovie のキャリア発達モデル(1983)を参考に, 対象者を, 脳卒中看護経験1年未満(1群), 1～3年未満(2群), 3～5年未満(3群), 5～7年未満(4群), 7～9年未満(5群), 9～11年未満(6群), 11年以上(7群), 7群に分類した。

#### 4. 分析方法

看護師の背景は記述統計量を算出した。菊池と原田(1997)の看護師の自律性尺度は, 各項目の記述統計量を算出した。天井効果や床効果を認めた項目は除外して, 因子構造を確認するために, 探索的因子分析を行った。菊池と原田(1997)と同様の因子構造が得られなかった場合は, 分析結果に基づいて因子の命名を行い, Cronbach の  $\alpha$  係数を算出し, 各因子の内的整合性を検討した。また看護師の背景のうち, 脳卒中看護の経験年数を独立変数, 専門職的自律性を従属変数とした2要因の分散分析を行い, 看護師の専門職的自律性を検討した。有意水準は5%とし, 分析には統計解析ソフト SPSS22 を用いた。

また, 看護師の脳卒中高齢者の心理面への配慮, そして, 下位尺度項目の抽出後, 相関分析を行う。‘かなりそう思う’から‘全くそう思わない’までの5段階評定(5～1点)を求め, 脳卒中高齢者の心理面, 肯定的関心に関連した項目に対して得点が高いほど, 脳卒中高齢者の心理面への意識が高いことを示している。これらの項目を用いるにあたり, 項目分析を行い, Cronbach の  $\alpha$  係数を求めたところ 0.83 であった。これらの結果, いずれも内的整合性があると判断し, これらの16項目を用いることにした。

さらに, 下位尺度項目と専門職的自律性に影響すると仮定した属性や脳卒中ケアの経験等を含む4つの因子との関連をみるために, 下位尺度項目を従属変数, 4つの因子を説明変数とし, 重回帰分析を行った。統計学的有意水準は5%とした。

#### 5. 倫理的配慮

質問紙調査票に, 調査の主旨及び厳重にデータを保管すること, 研究目的以外に使用しないこと等を記載した。質問紙は匿名で記入し, 得られたデータは統計的に処理し, 個人が特定されないように ID とし, 取得情報のデータ化および解析は, 個人が特定できないように行うことにした。また, データはパソコンには保存せず, 研究用の外付けハードディスクに保存し, 鍵付きのロッカーで厳重に管理した。データは研究以外に使用することはなく, 調査結果に関する学内や学会発表, 論文作成に関しても, 個人名ならびに個人が特定できるような特徴は一切, 公表しない。本研究の終了時に回答用紙は速やかにシュレッダー処理を行い, 研究終了後すべて消去すること, 本調査に協力しないことによる不利益はないこと, 調査用紙の返送をもって同意とみなす旨を研究協力依頼文書に明記した。

本研究の実施に先立ち, 各協力施設ならびに東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科倫理委員会の審査を受け, 承認を得た(2014年4月22日承認)。

## 6 結果

回収された質問紙調査票は、653 部（回収率:59.36%）、有効回答数 651 部（有効回答率 99.69%）であった。

### 1) 分析対象者の背景

分析対象者の背景を Table3.1 に示した。対象者の年齢は、平均年齢が 36.50 歳、性別では男性は 6.91%、女性は 93.09%であった。免許取得後の看護職としての臨床経験年数は、平均 12.36 年であった。その中で、脳卒中医療の経験年数の平均は 10.7 年、さらに脳卒中急性期医療では平均 5.3 年であった。勤務場所としては、9 割が総合病院であった。最終学歴の主たるものは、9 割が専門学校であった。他に取得している認定資格は、脳卒中リハビリテーション認定看護師、認知症ケア専門士、ケアマネージャー、呼吸療法士であった。

Table3.1 脳卒中看護師の基本属性 n=651

年代	(平均 36.50歳)		
20歳代	25.50%		
30歳代	39.78%		
40歳代	25.19%		
50歳代	7.98%		
60歳以上	0%		
性別	男性	6.91%	女性 93.09%
	臨床経験年数	脳卒中看護経験年数	脳卒中急性期看護経験
第1群 (～1年未満)	1.84%	0.32%	9.99%
第2群 (1～3年未満)	16.43%	8.44%	27.04%
第3群 (3～5年未満)	20.74%	11.06%	6.45%
第4群 (5～7年未満)	19.81%	8.14%	19.66%
第5群 (7～9年未満)	16.44%	11.98%	20.58%
第6群 (9～11年未満)	15.98%	10.29%	5.07%
第7群 (11年以上)	8.76%	49.77%	11.21%
最終学歴	専門学校	93.24%	大学院 0.31%
	短期大学	2.61%	その他 0.31%
	大学	3.53%	
勤務場所	総合病院	96.01%	救急施設 1.99%
	脳卒中専門病院	1.21%	その他 0.48%
	脳卒中リハビリテーション施設	0.31%	
取得資格	脳卒中リハビリテーション看護師	2名	認知症ケア専門士 5名
	ケアマネージャー	2名	呼吸療法認定士 2名

### 2) 脳卒中看護師の自律性尺度について

各項目の記述統計量を算出したところ、天井効果や床効果はみられなかった。全 47 項目について、主因子法、Promax rotation による探索的因子分析を行った。因子数は、先行研究文献(菊池, 原田, 1997)と同様に 5 因子を仮定した。分析の結果、複数の因子に高い因子負荷量をもつ項目が見受けられたが、概ね安定した因子構造が得られたため、項目の削除は行っていない (Table3.2)。なお、回転前の 5 因子で 47 項目の全分散を説明する割合は 57%であった。看護師の専門職的自律性について、第Ⅰ因子の Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.97、第Ⅱ因子の Cronbach の  $\alpha$  係数では 0.98、第Ⅲ因子の Cronbach の  $\alpha$  係数では 0.98、第Ⅳ因子の Cronbach の  $\alpha$  係数では 0.98、第Ⅴ因子の Cronbach の  $\alpha$  係数では 0.78 で、得られた 5 因子の項目の平均値は 0.94 であった。

因子負荷量が 0.36 以上であることを目安として新たに因子名を解釈していった。第Ⅰ因子は、先行研究(菊池, 原田, 1997)で患者の不安や危機を推測し、必要とされる適切な看護方法を選択・決定する能力を示す項目から構成され、「基本的臨床能力」16 項目であった。次に第Ⅱ

因子は、脳卒中高齢者の急激な生理的变化など緊急時の対応、知識を活用し総合的に判断や対処する能力から構成され、「実践的対応能力」11項目であった。第Ⅲ因子は、脳卒中高齢者が発信しているナース・コーリングや必要と感じている支援を早期に見つけキャッチし、それに対しての適切な説明や指導、ケアの準備や工夫による基本的看護の実施につながっていく項目で構成され、「専門的感受性能力」7項目であった。『感受性』は「相手に対して、共感したり、感情移入したり、相手の感情を想像できる能力」を意味する。脳卒中高齢者の思いや願いに対して、肯定的関心が可能な状態であるか否かで脳卒中高齢者の心理面への影響を及ぼしていく重要な能力であると判断し、これが肯定的関心を客観的に反映する指標として考えた。第Ⅳ因子は、先行研究(菊池, 原田, 1997)の‘抽象的判断能力’に1項目‘具体的判断能力’が混じっていたが、内容を確認すると、先行研究(菊池, 原田, 1997)の「自立的判断能力」の説明内容と類似した「他の専門職に依存することなく自ら独自に必要な支援方法を考察する力量」の項目が集合したことから、この項目名を「自立的判断能力」に変更した。一方、第Ⅴ因子は、脳卒中高齢者の気分や感情、不安等のような心理的状況を察知し、それに応じた看護方法を組み立てる力量の要素があるものの否定的な表現の項目でもある。検定時は、この5項目を逆転項目として取り扱う。この項目名を「能力の不足」とした。なお、これらの因子の累積寄与率は62.79%であった。



Table. 3.2 看護師の専門職的自律性の因子分析の結果（主因子法、プロマックス回転）

項目番号・項目内容	因 子					
	I	II	III	IV	V	
3 0 高齢者の心理的变化（不安、怒り、焦りなど）に応じて援助方法を選択することができる	.86	-.08	.08	-.10	-.03	基本的臨床能力
2 8 高齢者の社会生活に配慮した援助ができる	.83	-.21	.08	.10	.03	
2 5 高齢者の情動の変化（怒り、悲しみなど）に対処することができる	.78	-.08	.09	.02	.01	
2 9 高齢者の多くの情報から必要な援助を選択することができる	.74	.10	-.03	-.01	-.07	
2 6 高齢者の医療に対する不信感や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる	.74	-.02	.11	-.00	-.05	
3 1 高齢者のニーズに一致した援助を選択することができる	.72	.03	.01	.00	.00	
2 7 援助を常に創意工夫することができる援助の優先順位を立てて計画的に1日を過ごすことができる	.66	-.06	.04	.09	.05	
2 0 高齢者の社会的適応を促進するための指導ができる	.66	.08	.02	.05	.01	
1 9 私は高齢者の突然の求めにも躊躇せずに応じることができる	.61	.12	.04	.12	-.01	
1 1 高齢者の言動に共感的理解を示すことができる	.58	.10	.34	-.26	-.02	
1 8 高齢者が落ち着いて援助が受けられるよう常に配慮ができる	.54	.27	.04	-.01	-.02	
2 3 高齢者の個別性を考慮した援助を実践することができる	.53	.28	-.04	.02	.05	
2 4 援助の際に必要な物品を過不足なく準備できる	.52	.40	-.12	-.01	.06	
2 2 ケアの優先順位を立てて計画的に1日を過ごすことができる	.47	.46	-.10	.02	-.04	
3 5 カンファレンスで高齢者の問題を主体的に提供することができる	.35	.35	-.09	.20	-.01	
1 0 高齢者の言動と患者の不一致を理解することができる	.32	-.19	.28	-.11	.02	
1 3 高齢者の検査結果と症状との関連を理解することができる	.09	.62	.22	-.05	-.01	実践的対応能力
1 6 高齢者の急激な生理的变化（嘔吐、意識喪失など）に対応することができる	.14	.64	-.05	.00	.07	
1 4 ケアに必要な情報を直ぐに集めることができる	.19	.63	-.05	.03	.11	
2 高齢者が将来起こるであろう危機を予測することができる	-.22	.61	.49	-.05	-.03	
3 2 緊急時にも落ち着いて援助を行うことができる	.28	.58	.01	-.03	-.08	
3 治療が高齢者に及ぼす身体的影響を予測することができる	-.19	.58	.50	-.00	-.02	
1 5 緊急時にも落ち着いて援助を行うことができる	.34	.58	-.16	.02	.03	
1 2 高齢者の意識レベルの変化を正確に把握することができる	-.09	.53	-.11	-.14	-.03	
1 7 手際よく援助ができる	.34	.47	-.12	.15	.06	
3 3 高齢者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる	.29	.45	.02	.10	-.01	
2 1 他職種と連携を上手に取ることができる	.34	.37	-.01	.10	-.04	
5 高齢者の価値観を十分に理解することができる	-.06	-.19	.72	.26	.07	専門的感性能力
6 高齢者の言動から性格や生活習慣を読み取ることができる	.16	-.10	.70	.03	-.02	
1 治療が高齢者に及ぼす心理的影響を予測することができる	-.18	.26	.69	-.07	.02	
4 高齢者が内心抱いている不安を状況から推測できる	.09	.07	.67	-.03	-.04	
7 高齢者の心理問題を高齢者から直接聞きだすことができる	.32	-.11	.59	.00	.04	
9 高齢者にニーズに直ぐ気づくことができる	.32	-.23	.57	.00	.01	
8 これまでの経過から高齢者の今後の行動を予測することができる	.12	.11	.50	.09	-.01	
3 7 研究の結果など最新の情報を活用し援助を決定できる	.11	-.31	-.03	.90	.07	自立的判断能力
3 6 介護のひもとき等や医療モデルを用いて援助方法を決定することができる	.06	-.21	.04	.84	-.02	
4 1 立案した計画はいつもスタッフの承認が得られる	-.19	.21	.05	.71	-.05	
3 8 将来起こるであろう問題に向けて援助方法を選択できる	.12	.03	.01	.70	-.00	
4 0 十分な情報がなくても現在の状況から適切な援助方法を推測できる	.03	.11	-.02	.65	-.04	
3 9 高齢者の変化（結果）を予想して援助を選択することができる	.04	.19	.09	.55	-.01	
4 2 高齢者の症状や検査結果を統合して適切な援助方法選択できる	-.09	.37	.08	.44	-.05	
3 4 援助方法を自分ひとりで選択できる	.17	.26	-.02	.36	-.01	
4 6 高齢者の意志を尊重せずに援助方法を選択してしまう	.02	.06	.07	-.05	.81	能力の不足
4 7 高齢者の訴えがないと何を援助すべきかわからない	-.10	.33	-.01	-.10	.81	
4 5 他者の助言を受けなければ援助方法を選択することができない	-.09	-.17	.04	.17	.77	
4 4 高齢者の言動に惑わされて適切な援助方法を選択できない	.07	-.07	-.01	-.05	.73	
4 3 高齢者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない	.06	-.12	-.04	-.02	.68	

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス回転法。a. 10 回の反復で回転が収束。

**Table3.3 専門職的自律性測定尺度の信頼性 N=48**

専門的自律性項目	Cronbach の $\alpha$ 係数	平均値 (標準偏差)
第Ⅰ因子 基本的臨床能力	0.98	3.44 (SD0.45)
第Ⅱ因子 実践的対応能力	0.97	3.44 (SD0.49)
第Ⅲ因子 専門的感受性能力	0.98	3.45 (SD0.50)
第Ⅳ因子 自立的判断能力	0.98	3.17 (SD0.52)
第Ⅴ因子 能力の不足	0.78	3.81 (SD0.59)
専門職的自律性全体	0.95	3.36 (SD0.60)

### 3) 専門職的自律性を構成する各能力の説明

#### (1) 基本的臨床能力

基本的臨床能力は、客観的な臨床能力の実力を把握することにより、対象の今後力を入れるべき態度や姿勢、学力的には分野や領域を把握でき、総合的な臨床能力のスキルアップにつながるものとする。脳卒中高齢者が、脳卒中を発症して間もなくから地域に戻っていく中で、さまざまな症状やそれに付随する合併症、そしてさまざまな思いや願いを抱いて生活を送っている等、多岐多様にわたる現状に、専門職者はその時々、対象個々に応じたケアの実践を、瞬時に考え判断し実践できる能力が必要となってくる。

#### (2) 実践的対応能力

脳卒中高齢者への支援においては、必要な知識、技術、態度を統合した実践的能力を、脳卒中高齢者を複数受け持ちながら、優先度を考慮し発揮することが求められる。そのため、この実践能力の構造には、厚生労働省の「新人看護職員研修のガイドライン 2011」において、基本姿勢と態度、技術的側面、管理的側面への学習アプローチが考えられている。これらの要素は、それぞれ独立したものではなく、患者への看護を通して臨床実践の場で統合されるべきものであるとしている。また、看護基礎教育で学んだことを土台にし、新人看護職員研修で臨床実践能力を積み上げていく。このような能力は看護職だけではなく、さまざまな専門職がどのような場面においても自ら考え、実践、評価のような一連の行動がとれるようにすることが重要であるとする。この実践能力を高めていくひとつとして、脳卒中高齢者の急激な生理的変化など緊急時の対応、知識を活用し総合的に判断や対処する能力を養っていくことである。このような要素を合わせもったものとして、「実践的対応能力」と命名した。

#### (3) 専門的感受性能力

認知とは、一般に心理学等で、人間が外界にある対象を知覚した上で、それが何であるか判断したり、解釈したりする過程のことである。脳卒中高齢者が感じ取っていることや考えていることを、各専門職者がこれまでの自身の体験や学習した内容・経験から、予測・推測し、援助に結びつけていく能力が必要となる。

例えば、第2章第1節のインタビュー調査の際のAさんについて、例をあげる。リハビリテーションが開始されて間もなく、Aさんは麻痺の改善を実感し、「麻痺が治るかもしれない」と考え、リハビリテーションを一生懸命頑張っていた。しかしリハビリテーション開始してから2週間目が経過した頃から、その改善を感じられず、不信感を抱くようになってきた。そして、「夜になり、病室の灯りが消えると涙が止まらない」「麻痺になってしまっただけで死ぬことも

できない」「何でこんなに頑張っているのに、神様はいないのか」等と思うようになったと話していた。しかし、この辛い経験をしても、その思いを誰にも伝えることができず、医療に対する不信感だけが積み重なり、リハビリテーションへの意欲が減退していったと話している。このような状況は、例えばある看護の専門書の脳卒中患者のリハビリテーションの際には励まさないことや「共にがんばりましょう」等の言葉をかけることを推奨している。この対応が正しいのかどうかは疑問が残るが、Aさんがこの時に希望している支援は、じっくりと話を聞いてくれる存在がそばにいてほしかったのではないかと考える。また、リハビリテーションの経過とAさん自身の体調や症状がどのように変化し、停滞するなどの情報を予め伝えてほしかったのではないかと推測する。脳卒中高齢者が抱きやすい心理面に関する内容を予測し、例えば正しい情報の提供やその活用等、その状況に応じた支援を行うことは、満足のいくAさんらしいライフスタイルへと導くことにもつながっていくのではないかと考える。

このように脳卒中高齢者が必要と感じている支援を早期に見つけありのまま受け止め、それに対しての適切な説明や指導、ケアの準備や工夫による基本的看護の実施につながっていく能力を「専門的感受性能力」と定義づけた。脳卒中高齢者が発信しているナース・コーリングや必要と感じている支援を早期に見つけありのまま受け止め、それに対しての適切な説明や指導、ケアの準備や工夫による基本的看護の実施につながっていく項目で構成され、まさにここに肯定的関心があるといえる。専門職的自律性を発揮しながら、同時に脳卒中高齢者への感受性をも働かせていくことが重要となる。この感受性は「相手に対して、共感したり、感情移入したり、相手の感情を想像できる能力」を意味する。脳卒中高齢者の思いや願いに対して、肯定的関心が可能な状態であるか否かで脳卒中高齢者の心理面への影響を及ぼしていく重要な能力と判断した。

さらに、自己の感情を他者に伝え、表面化できている場合は、素早くありのまま受け止めることで対象と共に前向きになり前進し、状況に応じた支援が可能である。しかし、表面化できていない場合、他者に理解されず、また気づかれないことも起こり得る。このような状況が続く、悪化していくことで、血管性うつ病やアパシーなどを含む心理的ダメージに陥ることも考えられる。このことから、脳卒中高齢者に携わる専門職者においても、肯定的関心や心理面への援助が可能な能力が必要になるといえる。

自己の感情が強く表面化している場合には、自己中心的、頑固、猜疑的、非協調的、怒りやすい等の特徴がみられる。また、他者との口論や喧嘩が多くみられ、逆に無言、無表情等の特徴がみられることがある。介護者や施設や病院の同居者等からも避けられ、共同生活が難しくなる場合もある。一方で、強い不安感や周囲への不信感、恐怖心により、自問的になる等やアパシーを伴う場合がある。以上のような状況を支援するには、自尊心を失わせないような配慮の仕方や刺激を与えず、精神面の安寧が保てるような環境の提供、脳卒中高齢者の思いを親身になって聞く等の支援が必要である。脳卒中高齢者の不安や危機を推測し、必要とされる適切な援助方法を選択・決定する心理的能力として、この「専門的感受性能力」が当てはまると考える。

#### (4) 自立的判断能力

目の前の問題を解決していくには、いくつかの段階があり、それに応じた能力を要する。自立的判断では、過去の事実から現在を判断し、過去を知ることにより現在を知ることができ、

現在を知ることにより過去を知ることができ、時間的認識において判断することができる。この「自立」とは、他への従属から離れて、独り立ちすること、独立、他からの支配や助力を受けずに存在することを示す。類語には「自律」があるが、他からの支配や制約を受けずに、自分自身で立てた規範に従い、行動することにある。両者を英語にすると、「自立」は‘self-standing’，「自力で立つことのできる」という意味をもつ。例えば、他者に依存せず自分で実践できる、技能的自立をいう。一方、「自律」は、‘self-directing’，「自分で方向付けできる」という意味をもつ。自力で立った後は、自分が決める方向に進んでいけるということであり、「律」には規範やルールを示していることから、自らの価値観をもって目的と手段を作り出すこととなる。第4因子「自立的判断能力」は脳卒中高齢者の現状を把握し、そこからどのようなケアの提供が妥当か、実践したケアはどのような影響を与えたのか、修正点はあるのか、ケアに導くための自己研鑽はどうなのか等を考え、行動化していくための項目と考えると、ここでは「自立」を用いることが妥当だと考えた。

これはあくまでも、他者の支援を受けなくても適切なケアを計画し、独立して実行する能力の項目が集合し、また、他の専門職に依存することなく自ら独自に必要な支援方法を考察する学問的計画能力であり、このことを「自立的判断能力」と命名した。

#### （5）能力の不足

能力とは、物事を成し遂げることのできる力である。特に脳卒中高齢者の内面に焦点をあて、例えばその内面を知り得ないことで、脳卒中高齢者に必要な援助に支障をきたすのかどうか問われる。ケア提供者（専門職者）自身が、脳卒中高齢者の普段の状況や現在の状況から自ら考え予測し、援助方法を組み立て、提供することができることが理想ではあるが、さまざまな側面で自信のなさや、壁に当たり、挫折感に直面することもある。また困難に直面した際へのマイナスな反応が、態度や言動、自身を否定的な表現で表したり、一方で自己評価が高く、教育者の指示がなかなか入らず、自己中心的な活動を行う者もいた。このような各専門職の現状を把握することは、今後の教育において重要な要素になると考える。脳卒中高齢者の気分や感情、不安等のような心理的状況を察知し、それに応じた看護方法を組み立てる力量への否定的な表現の項目でもある。このことから、この項目は能力という表現で表さず、Promax rotation後に集合した項目内容から判断し、「能力の不足」と定義づけた。

以上より、第Ⅰ因子「基本的臨床能力」16項目は根本的な専門職における基本的対応能力に関する項目であり、基盤とすべき能力である。また、第Ⅲ因子「専門的感受性能力」7項目は高齢者の心理面を支えるケアに関する項目と第Ⅳ因子「自立的判断能力」8項目の認知や知識に関わる項目は、この第Ⅰ因子に立つ柱のような能力でもあり、それらの能力が身について第Ⅱ因子「実践的対応能力」9項目の緊急時における支援内容に関する項目が養われていくものと考えた。第Ⅴ因子「能力の不足」の5項目は逆転項目ではあるが、心理面に関する内容に触れている項目もあり、各能力の項目中の意味を逆転した言葉で記載していることから、本研究では深く取り上げないこととする。

本研究では、各項目内に心理面を捉えることのできる項目もあるが、特に第Ⅲ因子の「専門的感受性能力」の項目が脳卒中高齢者の思いや願いを感じ取ることと関係が深いと判断し、第Ⅲ因子の「専門的感受性能力」に特に注目する。この第Ⅲ因子の「専門的感受性能力」について

て客観的に数値化していくことで、肯定的関心も具体化し、脳卒中高齢者ケアに関する主要な概念形成が可能になると考えた。一方で、第Ⅰ因子「基本的臨床能力」や第Ⅱ因子「実践的対応能力」、第Ⅳ因子「自立的判断能力」における心理的要素も含めて、脳卒中・高齢者の思いや願いへの【肯定的関心】をもって関わることに関与していると判断した。このことから、【肯定的関心】をもって脳卒中高齢者に関わっていく上で、第Ⅰ因子「基本的臨床能力」、第Ⅱ因子「実践的対応能力」、第Ⅲ因子「専門的感受性能力」、第Ⅳ因子「自立的判断能力」は重要な因子であり、これらの因子における構成要素にもなる。また、【肯定的関心】は、エンパワメントや傾聴、パートナーシップ等の概念を要素として持つものと規定することによって、個々の技術等を総合的、複合的に発揮することで、初めて【肯定的関心】が得られ、さまざまな能力が影響し合い、脳卒中高齢者の自分らしいライフスタイルの再編成に向けて支援が可能になっていくと考えた。

#### 4) 看護師の専門職としての自律性と脳卒中看護経験との関連

次に、就業年数のみだけではなく、脳卒中看護経験や脳卒中急性期看護経験年数等を独立変数、自律性を従属変数として分散分析を行った。

Table3.4 は、脳卒中看護師の自律性と専門的自律性との関連を Pearson 積率相関によって分析した結果を示した。特に「専門的感受性能力」と関連する項目のうち、強い相関を得られた項目を抜粋した( $r=0.30$  以上,  $p<0.01$ )。「専門的感受性能力」は年齢( $r=0.17$ ,  $p<0.01$ )、就業年数( $r=0.21$ ,  $p<0.01$ )、脳卒中経験年数・脳卒中急性期経験年数( $r=0.24$ ,  $p<0.01$ )、「基本的臨床能力」( $r=0.72$ ,  $p<0.01$ )、「実践的対応能力」( $r=0.71$ ,  $p<0.01$ )、「自立的判断能力」( $r=0.54$ ,  $p<0.01$ )、と低い有意な関連がみられた。

Table3.4 看護師の専門職的自律性とファクターとの相関関係 n=651

	就業年数	脳卒中経験年数	脳卒中急性期経験年数	基本的臨床能力	実践的対応能力	専門的感受性能力	自立的判断能力	能力の不足
年齢	0.88**	0.51**	0.42**	0.13**	0.15**	0.14**	0.17**	0.20**
就業年数		0.56**	0.47**	0.20**	0.24**	0.16**	0.20**	0.22**
脳卒中経験年数			0.89**	0.20**	0.19**	0.18**	0.24**	0.23**
脳卒中急性期経験年数				0.25**	0.34**	0.20**	0.26**	0.19**
基本的臨床能力					0.76**	0.65**	0.71**	0.09*
実践的対応能力						0.59**	0.65**	0.10**
専門的感受性能力							0.54**	0.01
自立的判断能力								0.12**

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

#### 5) 脳卒中看護の経験と看護師の専門的感受性との比較

菊池と原田(1997)の自律性尺度を用いた先行研究では、中川の研究(2004)では、『看護職の自律性測定尺度』(菊池, 原田, 1997)と Stamps らの『看護婦の職務満足度尺度』(1997)による調査を行い、相互の関連について看護師経験年数別に検討していた。結果、自律性スコアと職務満足度尺度全体のスコアとの間に弱い有意な関連が認められていた。今回の調査では、看

護師の専門職的自律性は、職務経験年数より脳卒中看護の経験年数や急性期看護の経験年数の効果が有意となり、脳卒中看護の経験の長い者ほど、専門職的自律性と、相関関係がみられた。

## 7. 考察

### 1) 脳卒中看護師の専門職的自律性の構造特性

本研究では、菊池と原田(1997)の看護師の自律性尺度を用い、彼らと同様の自律性の構造が得られるかを確認したところ、「基本的臨床能力」「実践的対応能力」「専門的感受性能力」「自立的判断能力」「能力の不足」の5因子が抽出された。Cronbachの $\alpha$ 係数はいずれも0.95以上であり、十分な内的整合性がとれた。看護職の自律性の形成に影響を及ぼす要因を明らかにするために、年齢や看護の経験等との検討をした。

その結果、脳卒中看護の経験のある看護師は、他の看護師に比べ、また経験の長さ等も併せて、心理面における認知能力や実践能力は高い傾向を示した。脳卒中看護師は、これは脳卒中高齢者が疾病を発症し、最初に出会う看護師等であり、脳卒中高齢者が最初に悲嘆や苦しみ等を感じることから、このような思いを脳卒中急性期看護の経験のあるものは経験の少ない看護師に比較し、有意に感じる能力が高まることが示唆された。

菊池と原田(1997)の研究では、看護職が勤務している、病棟、外来、ICU・CCU・手術室・透析室という所属別にみて、専門職的自律性が充分に発揮され则认为られる経験10年以上の看護職においては、外来に比べて病棟やICUや手術室等に勤務する看護職の方が訴えや症状など具体的な手がかりに基づいて対処方法を的確に判断する能力が高いことが示唆された。菊池の研究(1999)においては、臨床経験に影響を受けないという特徴を示していた。これは、他の看護師に依存することなく自律性は、自らの力で看護方法を考察する能力を、新人の時期から備え、経験年数を増してもその能力に変化はほとんどないということであった。今回の調査では、脳卒中高齢者の心理的面を把握することの難しさを看護師等は実感し、日々模索しながら対応することで自律性が高まってきたことが推測される。また、実践的対応能力においては、「項目15；緊急時にも落ち着いて援助を行うことができる」「項目16；高齢者の急激な生理的变化（嘔吐、意識喪失など）に対応することができる」のように、緊急な対応を余儀なくされる脳卒中急性期現場では、ここであげられた内容が行動化、実践できることが必須であり、脳卒中看護の経験の浅い看護師にとっては、大きな課題であると考えられる。

このような脳卒中高齢者の思いや願いを常に意識し、素早く察知することが必要である。さらには、脳卒中高齢者が望む支援に対して肯定的関心をもって、状況に応じて提供していくことが必要だと考える。

以上のような構造特性は、本研究にも十分活用できる特性であった。

### 2) 看護師における専門職的自律性の意義

職務上の自律性を構成する各下位尺度と看護師の年齢、就業経験年数、脳卒中経験年数、脳卒中急性期経験年数のような基本属性との関連を検討した。その結果、職務上の自律性を構成する各下位項目と年齢や経験との間で、相関係数の絶対値の大きさが0.2以下を示し、ほとんど相関がないと判断できる。看護の経験の豊富さ、脳卒中現場での看護経験が長いからといっても、専門職的自律性が形成されていくとはいいきれず、専門職的自律性と関係するファ

クターが経験以外にもあったとも考えられる。これは、菊池と原田の研究結果(1997)にある経験年数との相関がみられていた現象と異なる結果であった。

2010年から、新人看護職員研修や卒後継続教育が努力義務化されたことで(日本看護協会, 2012)、看護師が職務上の自律性を持つことは、高度な専門技術に基づけられた自主的・主体的判断と適切な看護実践が可能な専門職的自律性をもつ専門職であると考え、看護の専門職的自律性は、看護活動における専門的な能力を発揮し(菊池, 1999)、看護師の独自の判断と責任の基になされるもので、基本的には、患者の日常生活行動への援助である(中嶋, 1991)。本研究結果において、各評価の低さは、保健、医療、福祉を取り巻く社会状況の変化、複雑な疾病や高齢患者の増加、高度最先端医療などにより、質の高い看護の提供が、社会的責任として求められるようになってきていることも、誘因ではないかと考えた。このことから、質の高いケアを脳卒中高齢者に提供するためにも、他専門職との協働・連携を行うことで看護としての専門職的自律性が発揮でき、脳卒中高齢者が自由の選択をできる支援に結びついていくのではないかと考える。

看護師と専門職的自律性や、ライフスタイルとの関連性については、先行研究からも職務の満足度などに注目が寄せられ、専門職的自律性は十分とりあげられてはいない。また、研究対象としてはCNSやICUの看護師が注目され、脳卒中の疾患に限定した調査は見当たらない。

本項では、認定資格のある者だけに限局していないことが明らかになったといえる。このことから、脳卒中高齢者や脳卒中看護師に対する支援や教育のためにも、有効な調査であったといえる。また、教育の方向性を導き出すための一助にもなると考える。

### 3) 脳卒中看護の経験と看護師の専門的感受性能力との関連について

脳卒中高齢者が発症して間もなく、自身の身体の異変に気付くことになる。そして、リハビリテーションによって一層これまでの自分ではないことを強く実感し、生きることへの不安や恐怖を感じる。健常者にはこのような思いを理解することは難しく、看護師には重要な任務が課せられているのだといえる。

山口の研究(2009)によると、菊池と原田(1997)の「看護職の自律性測定尺度」の結果から、自己の自律性形成は、看護体験の積み重ねや看護力などあくまで個人の資質によるものであるとし、看護専門職の自律性の形成、向上のために、看護職は自己啓発や教育の機会を獲得すべき努力をすると同時に、看護管理者は教育的介入方法の検討が必要であることが示された。

看護師の脳卒中高齢者の心理面への配慮は、職務経験年数より脳卒中看護の経験年数や急性期看護の経験年数の効果が多少ではあるが有意ではある。しかし、脳卒中看護の経験の長い者ほど、脳卒中高齢者の心理面への意識が高くなるとは言い難い。脳卒中に関連する経験がある看護師程、脳卒中高齢者の心理面にも意識が向き、ナース・コーリングに早期に気付くとも言えない。脳卒中看護師は、脳卒中高齢者のライフスタイルの再編成を目指し、日々活躍されていると思うが、経験に頼る脳卒中高齢者への支援にとどまらず、さまざまな角度から「専門的感受性能力」を向上させることで、肯定的関心が可能になるのではないかと考えた。

### 4) 脳卒中高齢者の心理面へのケアと専門的感受性能力について

笹山ら(1998)は、卒後2年目の看護師が研究に取り組むことで自信や充実感、達成感の高揚、グループの活性化につながることを示唆している。本項では、脳卒中看護経験や急性期看護経

験のある看護師だからといって、専門職的自律性が高くなるとは必ずしもいえなかった。脳卒中看護の経験があることで、脳卒中高齢者の思いや願いなどのナース・コーリングに早期に気づくことができたり、脳卒中高齢者が望む支援を素早く察知し、実践できるとは必ずしも言い切れない。脳卒中高齢者の心理面を把握し、理解することの難しさの表れではないかと推測する。脳卒中高齢者の心理面へのケアや身体面への合併に関して、脳卒中高齢者の不安や恐怖を素早く把握し、肯定的関心が可能となる看護者への教育が重要である所似である。この心理面に関する自律性下位尺度の項目は、今回の因子分析等の結果から、「専門的感受性能力」が中心であると考えられる。しかし、他の下位項目には何らかの形や表現で、心理面へのケアを表現する項目がある。例えば基本的臨床能力の項目にある「項目 30：高齢者の心理的变化（不安、怒り、焦りなど）に応じて援助方法を選択することができる」について考えてみる。基本的臨床能力は、訴えや症状など脳卒中高齢者が示す具体的な手がかりに基づいて対処方法を的確に判断できる力量としている。項目 30 にいう脳卒中高齢者の心理的变化とは、具体的な手がかりと筆者は捉えた。この具体的な手がかりに対して、肯定的関心をもちながら見つけ出し、脳卒中高齢者が望むようなライフスタイルへ導き出せることが目標になる。負の思いや願いが脳卒中高齢者にあった場合、心と体は一体でもあり、心が痛んでしまうと食欲不振や、不眠に陥り何らかの体に変調をきたし、血圧への影響からの脳卒中再発のリスクも高まることも考えられる。このように体も心も一体であるとするならば、この下位項目を達成するためには、心理的变化を具体的な手がかりによって見つけ出した後、肯定的関心をもって関わることで、対象に応じた援助方法を選択していくことができるようになると考えられる。このことから、各下位尺度に心理面に関する項目があることでケアの有能性にもつながっていくと理解した。

しかし、「専門的感受性能力」を成長させるためには、就業期間やその専門領域の経験として脳卒中看護の経験年数が長いことや、救急の現場での勤務経験があることで一層「専門的感受性能力」が高まるとは言い難く、結果としては高い相関は得られなかった。「専門的感受性能力」を高めるファクターが他に存在していると考えられる。一方で、この調査はあくまでも看護師の自己評価であり、他者評価によっても同様の結論が得られるかどうかは、この設問からは読み取れない。自信のある評価をしている者に対しては心理面へのケアが可能であるのかについて他者評価で確認し、一層成長できるような支援が必要だと考えた。一方実践できるが自信のない者に対しては、自尊感情を高めるような支援を行うこと、自己評価や他者評価がともに低い評価の場合には、対象の状況に応じてわかりやすく実践可能な支援を行う等の教育支援が必要になっていくと考えた。

## 第5項 小括

看護師の専門職的自律性について、先行研究における尺度を見直し、調査した結果、「基本的臨床能力」「実践的対応能力」「専門的感受性能力」「自立的判断能力」「能力の不足」の形成が、脳卒中看護師の専門職的自律性を構成することが示唆された。特に「専門的感受性能力」には、脳卒中高齢者の心理面や肯定的関心に関する項目が集合し、これが「肯定的関心」と最も関連深い項目と考えた。効果的な肯定的関心を可能にする「専門的感受性能力」を高めるためには、疾患自体の知識だけではなく、疾患や障害をもつことによる心の影響を十分理解すること、脳卒中高齢者が発信するナース・コーリングに敏感に反応し対応していく能力が必要となると考えた。他の項目でも心理面に関する指標が含まれていたことから、肯定的関



心の能力を発揮するためには、「専門的感受性能力」を磨くことは勿論、今回抽出した5つの能力の1つも欠けてはならないものであり、脳卒中看護師としての専門職的自律性を保持していくためにも、この5つの能力の形成が重要であることが示唆された。これは、professional, 専門職としての看護師になるために必要な能力でもあるといえる。この専門職的自律性は、看護師としての就業年数や脳卒中看護の経験があるだけでは成長できず、このような現状を念頭におき、看護師の専門職的自律性をより確立していくためには、教育的介入の方法を検討し、脳卒中看護の実践に反映できる人材育成の重要性が示唆された。

今回、専門職的自律性の新たな尺度が脳卒中に関係する他専門職に対しても、どの程度妥当するものか、次の節で考察していく。また、専門的自律性を「基本的臨床能力」「実践的対応能力」「専門的感受性能力」「自立的判断能力」「能力の不足」の5因子に分けたが、この得点と比較して、他の職種の平均値がどのようになっているかを確認していく。これにより、看護師より高い因子、低い因子があらわれてくると推測する。そのような各専門職の専門職的自律性の特性について、次節で検証していく。

## 第5節 保健、医療、福祉における専門職的自律性に関する調査（その2）

看護師の専門職的自律性について、改めて5つの下位尺度として「基本的臨床能力」「実践的対応能力」「専門的感受性能力」「自立的判断能力」「能力の不足」が抽出され、これらの形成が、脳卒中看護師の専門職的自律性を構成することが示唆された。特に「専門的感受性能力」には肯定的関心と最も関連深い項目と考えた。「専門的感受性能力」は、脳卒中高齢者に関わる専門職者にどのような影響力があるのかを確認し、どのような対応や教育が必要なのかを考えていく機会になると考え、進めていく。

### 第1項 目的

前節で明らかになった看護師における事象等が、脳卒中発症から地域に戻るまでの過程で関わるその他の専門職者においては、どのような形でみられるだろうか。他専門職における、肯定的関心と専門職的自律性の関連について検証していく中で、肯定的関心がもてる専門職者像とはどういうものか等、各専門職毎に比較してみたい。各専門職について把握することにより、ある専門職においてマイナスと考えられる側面への育成、プラスの側面に対して更に成長できるよう両側面へのアプローチを考えていくことが可能になると考える。

### 第2項 方法

#### 1. 研究対象

調査対象は、全国の保健医療、介護福祉士・社会福祉士等における専門職者とした。

保健医療の面に関しては、脳卒中学会に登録されていた、脳卒中医療を展開している施設から無作為に抽出した全国280施設について、インターネット等で各施設の医療者の人数を把握し、質問紙調査票の発送数を決定した。厚生労働省衛生行政報告例(厚生労働統計協会, online6)において、2010年末全国に届出されている医療者の人数の現状は、看護師が最も多く、言語聴覚士は少ない傾向である。本研究においても、医師は420部、理学療法士は575部、

作業療法士は 540 部、言語聴覚士は 395 部、合計 1,930 部の質問紙調査票を郵送で配布し、返信用封筒にて返却されたものを分析対象とした。

介護福祉士・社会福祉士等としては、全国の老健施設もしくはデイサービスを行っている施設で、無作為に抽出した全国 30 施設について電話や依頼文書で質問紙調査票の発送数を勘案の上、発送した。ケアワーカーをはじめとする、社会福祉士、介護支援専門員、医療専門職等、合計 150 部の質問紙調査票を郵送で配布し、返信用封筒で返却されたものを分析対象とした。

## 2. 調査期間：調査は、医療職と介護や福祉の従事者で別の時期に実施した。

1) 医療職：2013 年 5 月 1 日～8 月 30 日

2) 介護福祉士・社会福祉士等：2014 年 12 月 1 日～31 日

## 3. 測定尺度

1) 第 2 節で概説した質問紙調査票を用いた。この質問紙調査票の原本は看護師の専門職的自律性を把握するために作成されたものではあったが、その後、助産師、保健福祉職の中で、菊池と原田(1997)の質問項目を改良し研究されたものである。本研究においては、各専門職が所属する施設 6 施設の施設長、所属長、関係職種に対し、内容的妥当性確保のために質問項目を確認してもらい、助言を受け、「看護師」を「専門職者」、「患者」を「脳卒中高齢者」として修正後、プレテストを実施した。

プレテストは、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士・社会福祉士の各 5 名、合計 25 名に対し、各所属長に助言をいただいた質問紙調査票を依頼し、回収率 100%、有効回答率 100%であった。各専門職における専門職的自律性について、「基本的臨床能力」の Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.91, 「実践的対応能力」の Cronbach の  $\alpha$  係数では 0.93, 「専門的感受性能力」の Cronbach の  $\alpha$  係数では 0.86, 「自立的判断能力」の Cronbach の  $\alpha$  係数では 0.80, 「能力の不足」の Cronbach の  $\alpha$  係数では 0.22 で、特に今回注目すべき能力 4 因子として、「基本的臨床能力」と「実践的対応能力」、「専門的感受性能力」、「自立的判断能力」の平均値は 0.87 であったことから、本調査票は妥当性のあるものと確認できた。以上の結果をもとに、各専門職に実施した。

## 2) その他の項目について

先行文献(菊池, 原田, 1997; 菊池, 1999)から勤務先、経験年数、性別、学歴に併せ、職種、脳卒中高齢者に携わった期間、本資格以外で認定されている資格を追加した 7 項目とした。

## 4. 分析方法

医療者の自律性測定尺度は、第 1 項において、菊池と原田(1997)の考案した専門職的自律性尺度を脳卒中看護師にも有効なのかを因子分析した結果、新たな尺度があげられ、Cronbach の  $\alpha$  係数も 0.95 と高い値が得られ、信頼性が確保されたと判断し、新たに得られた尺度項目で測定する。脳卒中医療者の専門職的自律性を「第Ⅰ因子：基本的臨床能力」「第Ⅱ因子：実践的対応能力」「第Ⅲ因子：専門的感受性能力」「第Ⅳ因子：自立的判断能力」「第Ⅴ因子：能力の不足」の 5 つの側面から捉えようとするものであることから、5 因子に分け集計を行い、分析は単純集計、一元配置分散分析を行った。統計解析には IBM SPSS Statistics ver. 21 を

用いた。なお、統計学的有意水準を5%とした。KMO指数(Kaiser - Meyer - Olkin)を算出した。この指数は1に近いほど因子分析を行う妥当性があるとされている。

各因子のデータが正規分布するか否かを客観的に判断するために、shapiro-wilkの検定を実施したところ、有意( $p < 0.05$ )であったことから正規分布に従うと判断できた。次に等分散性の検定として、Levene検定を実施し、有意( $p < 0.05$ )であった。単純集計、Pearsonの相関係数についても把握した。

また、脳卒中高齢者にかかわる専門職的自律性の下位尺度の中で、特に肯定的関心と関連すると思われる「専門的感受性能力」に焦点を絞り、「専門的感受性能力」に影響すると考えられる属性を含む4つの因子(年齢、就業年数、脳卒中経験年数、脳卒中急性期経験年数)との関連を明らかにする。各専門職の「専門的感受性能力」の平均点を従属変数とし、4つの関連因子を説明変数とし、重回帰分析を行い、「専門的感受性能力」と因子との関係について明らかにした。統計学的有意水準は5%とした。

## 5. 倫理的配慮

質問紙調査票に、調査の主旨及び厳重にデータを保管すること、研究目的以外に使用しないこと等を質問紙にも記載した。質問紙は匿名で記入し、得られたデータは統計的に処理し、取得情報のデータ化および解析は、個人が特定できないようにIDにし実施した。また、データはパソコンには保存せず、研究用の外付けハードディスクに保存し、鍵付きのロッカーで厳重に管理した。データは研究以外に使用することはないと、調査結果に関する学内や学会発表、論文作成に関しても、個人名ならびに個人が特定できるような情報は一切、公表しないことを記した。本研究の終了時に回答用紙は速やかにシュレッダー処理を行い、研究終了後すべて消去すること、本調査に協力しないことによる不利益はないこと、回答用紙の返送をもって同意とみなす旨を研究協力依頼文書に明記した。

老健施設やデイサービスセンター等の各施設長に電話や依頼文書を用いて依頼し、各施設の倫理審査を受け、許可を得ることができた施設に発送した。

本研究の実施に先立ち、各協力施設ならびに東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科倫理委員会の審査を受け、承認を得た(2014年4月22日承認)。

## 第3項 結果

回収された質問紙調査票は、医療面では、医師が221部、理学療法士が314部、作業療法士が283部、言語聴覚士が268部であり、合計は1,088部(回収率:57.4%,有効回答率100%)であった。介護福祉士・社会福祉士等では、合計145部を回収した(回収率:96.67%,有効回答率96%)。

### 1. 対象者の基本属性

#### 1) 医療者における属性

対象者の基本属性を、Table3.5に示した。脳卒中医療の経験年数の平均は、全職種平均8.72年であった。さらに脳卒中急性期医療の経験年数の平均では、全職種平均6.24年であった。勤務場所としては、医療施設が9割以上であった。また医療者全体で、5.3%のその他の資格取得者がいた。

Table3.5 脳卒中医療に従事する医療者の基本属性 n=1,088

年代	医師(219名)	理学療法士(312名)	作業療法士(282名)	言語聴覚士(266名)
20歳代	9.50%	22.61%	40.99%	20.52%
30歳代	38.47%	51.27%	37.10%	55.22%
40歳代	38.91%	21.03%	18.37%	16.41%
50歳代	13.12%	5.09%	3.54%	7.85%
60歳以上	0.9%	0%	0%	0%
平均	39.59歳	34.84歳	33.61歳	35.36歳
性別 男性	73.52%	74.36%	58.01%	10.53%
女性	26.48%	25.64%	41.99%	89.47%
臨床経年数 (平均)	14.03年	10.28年	9.01年	10.16年
脳卒中経年数 (平均)	9.81年	8.71年	8.49年	10.16年
脳卒中急性期年数(平均)	8.56年	6.29年	4.86年	6.22年
勤務場所	総合病院 91.49%	脳卒中リハビリテーション施設 1.27%		
	脳卒中専門病院 4.95%	その他 0.92%		
	救急施設 1.38%			
取得資格				
医師	JATECプロバイダー1名,ICLS認定士1名,脳卒中学会専門医1名,脳神経外科専門医7名,日本認知症専門医1名,呼吸療法認定士1名			12名(5.48%)
理学療法士	呼吸療法認定士15名,福祉環境コーディネータ5名,ケアマネージャー3名,糖尿病療養指導士1名,専門理学療法士1名,認定理学療法士2名			23名(7.37%)
作業療法士	認定作業療法士1名,福祉環境コーディネータ1名			2名(0.71%)
言語聴覚士	臨床心理士1名,認定言語療法士1名			2名(0.75%)

## 2. 対象の属性

対象者の属性を Table3.6 に示す。対象者は全国の老健施設、デイサービスに勤務する専門職者 144 名であった。平均年齢 40 歳、職務経験年数の平均は 14 年、脳卒中経験年数の平均は 11 年であった。勤務先では老健施設 87.15%、デイサービス 12.85%であった。性別では男性 24.28%、女性 75.72%であった。学歴では、大学以上 19.29%、専門学校 57.14%であった。介護福祉士や社会福祉士等以外の認定資格の取得者は、25.71%で、認知症ケア専門士、福祉住環境コーディネーター、介護支援専門員、生活習慣予防士など、さまざまだった。

質問紙調査票は 144 部回収できたが、本研究においては、介護福祉士、社会福祉士等の 84 名の質問紙調査票を分析対象とした。

Table3.6 介護や福祉の現場に従事する専門職者の基本属性 n=144

職種	介護福祉士 71名 社会福祉士 3名 ヘルパー2級 3名 介護支援専門員 15名 言語聴覚士 2名	本研究では 84名を対象 とした (8名は他職業と専業)	看護職 32名 医師 3名 理学療法士 8名 作業療法士 16名 事務職 2名
年代	20歳代 22名(15.38%) 30歳代 53名(37.06%) 40歳代 32名(22.38%) 50歳代 32名(22.38%) 60歳以上 4名(2.80%)		
性別	男性 32名(22.38%) 女性 111名(77.62%)	75%	
経験	臨床経験年数(平均) 14年 脳卒中経験年数(平均) 11年		
勤務場所	老健施設 122名(85.32%) デイサービス 21名(14.68%)		
最終学歴	高校 31名(21.68%) 専門学校 85名(14.68%)	大学 26名(18.18%) 大学院 1名(0.70%)	
その他の資格保持者	ケアマネージャー 6名 福祉住環境コーディネータ 5名 助産師 1名	保育士 1名 認知症ケア専門士 3名 心理カウンセラー 1名	衛生管理者 1名 健康運動指導士 1名 生活改良普及員 1名 等

### 3. 看護師と比較した際の他の医療福祉職の専門職的自律性

#### 1) 脳卒中医療に従事する医療職者と専門職的自律性の関連 (Table 3.7)

脳卒中医療に従事する医療者の専門職的自律性の尺度の全項目および各下位尺度の構成項目の合計得点について、各尺度の項目数が異なるため、得点を指数で表し検定した。第 I 項で抽出された 5 つの新たな下位尺度項目を用いることにした。この尺度項目は、Cronbach の  $\alpha$  係数が 0.95% 以上により、各因子の内的整合性が示されたことから信頼できるものと判断して用いた。因子数は、菊池と原田 (1997) と同様に 5 因子とし、全 47 項目で行った。

各医療職における専門職的自律性の平均をみると、「基本的臨床能力」「実践的対応能力」「専門的感受性能力」「自立的判断能力」の 4 つの能力全てにおいて、次いで理学療法士は、看護師、作業療法士、言語聴覚士と比べ優位となっていた。「能力の低下」は、作業療法士が他専門職よりも優位であり、最も低かった専門職は医師だった。

Table 3.7 各医療職における専門職的自律性の平均

n=1088 (Dr=219, Ns=651, PT=312, OT=282, ST=266)

	a. 医師	b. 看護師	c. 理学療法士	d. 作業療法士	e. 言語聴覚士	多重比較
基本的臨床能力	3.71 (SD0.43)	3.44 (SD0.46)	3.59 (SD0.44)	3.28 (SD0.40)	3.28 (SD0.40)	a>b,c,d,e** b<c** c>d,e**
実践対応能力	3.94 (SD0.43)	3.44 (SD0.51)	3.62 (SD0.40)	3.30 (SD0.41)	3.31 (SD0.41)	a>b,c,d,e** c**>b,d,e** b>d,e**
専門的感受性能力	3.73 (SD0.52)	3.45 (SD0.43)	3.53 (SD0.43)	3.42 (SD0.48)	3.38 (SD0.43)	a>b,c**,d**,e** c**>b,d**,e** e<a,b,c**,d**
自立的判断能力	3.35 (SD0.54)	3.17 (SD0.49)	3.20 (SD0.43)	3.03 (SD0.50)	3.03 (SD0.50)	a>b,c**,d,e** c**>b,d**,e** d<b,c**
能力の低下	3.28 (SD0.79)	3.31 (SD0.70)	3.38 (SD0.53)	3.86 (SD0.51)	3.85 (SD0.51)	a<b,c,d,e** d>a,b,c**,e** e<b

\*\* $p<0.01$

次に各専門職に関する専門職的自律性と経験年数等の相関関係にも注目することにした。医師の専門職的自律性と経験年数等の関連を Pearson 積率相関によって分析した結果を、Table 3.8 示した。特に「専門的感受性能力」に関連する項目のうち、強い相関を得られた項目を抜粋した ( $r=0.30$  以上,  $p<0.01$ )。「専門的感受性能力」では「基本的臨床能力」( $r=0.74$ ,  $p<0.001$ )、「実践的対応能力」( $r=0.59$ ,  $p<0.01$ )、「自立的判断能力」( $r=0.37$ ,  $p<0.01$ )、と有意な関連がみられた。「専門的感受性能力」と年齢や経験では、 $t$  値が 0.2 以下を示しており、有意な相関がないと判断できる。

Table3.8 医師の専門職的自律性の Pearson 相関関係 n=312

	就業年数	脳卒中経験年数	脳卒中急性期経験年数	基本的臨床能力	実践的対応能力	専門的感受性能力	自立的判断能力	能力の不足
年齢	0.30**	0.74**	-0.04	-0.01	0.11	0.01	0	-0.02
就業年数		0.74**	-0.07	0	0.12	-0.02	0.04	0.01
脳卒中経験年数			-0.12	-0.06	0.78*	-0.04	-0.08	0
脳卒中急性期経験年数				0.14*	0.06	0.27**	0.06	-0.17
基本的臨床能力					0.72**	0.74**	0.61**	-0.15
実践的対応能力						0.59**	0.43**	-0.16*
専門的感受性能力							0.37**	-0.20**
自立的判断能力								-0.16*

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ 

理学療法士の専門職的自律性と経験年数等の関連を Pearson 積率相関によって分析した結果を、Table3.9 に示した。「専門的感受性能力」は「基本的臨床能力」( $r=0.62, p<0.01$ )、「実践的対応能力」( $r=0.55, p<0.01$ )、「自立的判断能力」( $r=0.54, p<0.01$ )、と有意な関連がみられた。専門的感受性能力と年齢や経験では、 $t$  値は 0.16 から 0.18 を示しており、低い有意な相関があると判断できる。

Table3.9 理学療法士の専門職的自律性の Pearson 相関関係 n=282

	就業年数	脳卒中経験年数	脳卒中急性期経験年数	基本的臨床能力	実践的対応能力	専門的感受性能力	自立的判断能力	能力の不足
年齢	0.89**	0.15**	0.50**	0.13**	0.16**	0.14**	0.17**	0.01
就業年数		0.56**	0.16**	0.20**	0.25**	0.16**	0.21**	-0.04
脳卒中経験年数			0.92**	0.22**	0.23**	0.18**	0.24**	0.02
脳卒中急性期経験年数				0.22**	0.22**	0.17**	0.24**	0.04
基本的臨床能力					0.22**	0.62**	0.72**	-0.05
実践的対応能力						0.57**	0.71**	-0.07
専門的感受性能力							0.54**	0.06
自立的判断能力								-0.01

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ 

作業療法士の専門職的自律性と経験年数等の関連を Pearson 積率相関によって分析した結果を、Table3.10 に示した。「専門的感受性能力」は、基本的臨床能力( $r=0.65, p<0.01$ )、「実践的対応能力」( $r=0.64, p<0.01$ )、「自立的判断能力」( $r=0.43, p<0.01$ )と有意な関連がみられ

た．一方，専門的感受性能力と年齢や経験では， $t$  値が 0.2 以下を示しており，有意な相関がないと判断できる．

Table3.10 作業療法士の専門職的自律性の Pearson 相関関係  $n=266$

	就業年数	脳卒中経験年数	脳卒中急性期経験年数	基本的臨床能力	実践的対応能力	専門的感受性能力	自立的判断能力	能力の不足
年齢	0.94**	0.92**	0.73**	0.17**	0.18**	0.09	0.17**	0.09
就業年数		0.98**	0.75**	0.11	0.14*	0.09	0.13*	0.08
脳卒中経験年数			0.74**	0.11	0.16*	0.13*	0.13*	0.06
脳卒中急性期経験年数				0.15*	0.13*	-0.03	0.45*	0.09
基本的臨床能力					0.78**	0.65**	0.59**	0.24**
実践的対応能力						0.64**	0.49**	0.19**
専門的感受性能力							0.43**	0.19**
自立的判断能力								-0.04

\* $P<0.05$ , \*\* $P<0.01$

言語聴覚士の専門職的自律性と経験年数等の関連を Pearson 積率相関によって分析した結果を，Table3.11 に示した．「専門的感受性能力」では，「基本的臨床能力」( $r=0.71$ ,  $p<0.01$ )，「実践的対応能力」( $r=0.75$ ,  $p<0.01$ )，「自立的判断能力」( $r=0.50$ ,  $p<0.01$ )，と有意な関連がみられた．一方，専門的感受性能力と年齢や経験では， $t$  値が 0.13 から 0.16 を示しており，低い有意な相関がみられていると判断できる．

Table3.11 言語聴覚士の専門職的自律性の Pearson 相関関係  $n=260$

	就業年数	脳卒中経験年数	脳卒中急性期経験年数	基本的臨床能力	実践的対応能力	専門的感受性能力	自立的判断能力	能力の不足
年齢	0.95**	0.92**	0.73**	0.17**	0.17**	0.13*	0.17**	0.09
就業年数		0.98**	0.75**	0.10	0.13*	0.13*	0.13*	0.08
脳卒中経験年数			0.74**	0.10	0.14*	0.16**	0.13*	0.06
脳卒中急性期経験年数				0.13*	0.13*	0.04	0.00	0.09
基本的臨床能力					0.77**	0.71**	0.57**	0.25**
実践的対応能力						0.75**	0.50**	0.12**
専門的感受性能力							0.50**	0.20**
自立的判断能力								-0.04

\* $P<0.05$ , \*\* $P<0.01$

## 2) 介護福祉士・社会福祉士等の専門職と専門職的自律性の関連

介護福祉士・社会福祉士等の専門職の専門職的自律性と経験年数等の関連を Pearson 積率相関によって分析した結果を、Table3.12 に示した。「専門的感受性能力」は、「基本的臨床能力」( $r=0.77, p<0.01$ )、「自立的判断能力」( $r=0.85, p<0.05$ )、と有意な関連がみられた。一方、専門的感受性能力と年齢や経験では、 $t$  値が 0.26 から 0.28 を示しており、低い有意な相関がみられていると判断できる。

Table3.12 介護福祉士・社会福祉士等の専門職の専門職的自律性の比較  $n=84$

	就業年数	脳卒中経験年数	基本的臨床能力	実践的対応能力	専門的感受性能力	自立的判断能力	能力の不足
年齢	0.47**	0.34**	0.09	0.19	0.11	0.07	-0.03
就業年数		0.83**	0.04	0.03	0.26*	0.21	0.01
脳卒中経験年数			0.03	-0.05	0.28*	0.28*	0.02
基本的臨床能力				0.17	0.77**	0.74**	0.42**
実践的対応能力					0.17	0.09	0.01
専門的感受性能力						0.85**	0.38**
自立的判断能力							0.36**

\* $P<0.05$ , \*\* $P<0.01$

## 2) 各専門職の専門的感受性能力とファクターとの関連

各専門職において、専門的感受性能力と各ファクターについて、関係性を検討した (Table. 3.13, 3.14)。各専門職は、専門的感受性能力と年齢や経験では、 $t$  値が 0.2 以下を示しており、有意な相関がないと判断できる。

Table3.13 各専門職の専門的感受性能力とファクターとの関係

(Dr=312, Ns=651, PT=282, OT266, ST=266, 介護・福祉=84)

	医師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	介護・福祉専門職者
年齢	0.01	0.14**	0.14**	0.09	0.13**	0.11
就業経験年数	-0.02	0.16**	0.16**	0.09	0.13**	0.26*
脳卒中経験	-0.04	0.18**	0.18**	0.13*	0.16**	0.28*
脳卒中急性期	0.27**	0.20**	0.17**	0.03	0.04	

\* $P<0.05$ , \*\* $P<0.01$



Table3.15 各専門職者と専門職的自律性との比較

(Dr=312, Ns=651, PT=282, OT266, ST=266, 介護・福祉=84)

	基本的臨床能力	実践的対応能力	専門的的感受性能力	自立的判断能力	能力の低下	因子得点
医師	3.71	3.94	3.73	3.35	3.39	1.80105
看護師	3.44	3.44	3.45	3.17	3.81	-0.06305
理学療法士	3.59	3.62	3.53	3.2	3.86	0.42863
作業療法士	3.28	3.3	3.42	3.03	3.85	-0.67509
言語聴覚士	3.28	3.31	3.38	3.03	3.85	-0.73151
介護福祉	3.33	3.28	3.33	2.89	3.6	-0.76004

#### 第4項 考察

##### 1. 各専門職者における専門職的自律性と経験年数等のファクターとの関連

本節は、各専門職の専門職的自律性の形成に及ぼす要因と患者の心理面に影響すると考えられる下位尺度の現状を明らかにするために、基本属性などの関連、各専門職における自律性について検討した。その結果、職務上の自律性を構成する各下位尺度項目は、「基本的臨床能力」「実践的対応能力」「専門的的感受性能力」「自立的判断能力」「能力の不足」の5つの項目が、看護職の場合と同様に特定できた。これらの下位尺度項目に影響を及ぼすと考えられた専門職者の年齢や経験年数との相関では、特に今回注目した肯定的関心と関連するであろう「専門的的感受性能力」において、相関が小さい、もしくはみられないことが明らかになった。

本研究の特徴は、さらに脳卒中という専門領域への関与にも注目し、このような経験が専門職者に影響を与えるものか、また下位尺度との関連があるのかを検討したことである。菊池と原田の研究(1997)とは異なり、この「専門的的感受性能力」は必ずしも年齢や就業経験年数が長いからといって、「専門的的感受性能力」が習得できるとはいえない。そのため「専門的的感受性能力」を高めるためには、「専門的的感受性能力」に影響を及ぼすファクターが他に存在することが考えられた。

##### 2. 医師における専門職的自律性の特性

医師における専門職的自律性を考える場合、WMA ジュネーブ宣言<sup>3</sup>(日本医師会・世界医師会, 2007)を参考にすることができる。医師として、奉仕の心や尊敬と感謝の念、良心と尊厳をもって専門職を実践すること、患者の健康を第一に考えること、患者の秘密の厳守などが掲げられている。また、臨床家と専門職としての自律性を持つことの重要性も述べられている。第3章の対象であった看護師において、専門職的自律性のファクターとして、年齢、就業経験年数、脳卒中経験年数、脳卒中急性期経験年数を挙げたが、結果としてはこれらのファクターとの相関はほとんどみられなかった。これは先行研究(菊池, 原田, 1997)の結果に表れているものとは異なる傾向であった。医師においても、同様の結果が得られ、年齢や経験と専門職的自律性との相関はみられなかった。医師の専門職的自律性は、年齢や経験年数にだけでなく、他のファクターによって成長していることが把握できた。また、山下(2011)は、医師が自律性を求めることは、他の職種への支配へとつながる。診療行為という場で、医師が自らの意思決定

<sup>3</sup> 1948年の第2回世界医師会総会で基底された医の倫理に関する規定であり、ヒポクラテスに誓いの倫理的精神を現代化、公式化したものである。2006年にも改定され、現代の版に至る。

権の確立を求めることにより、ほぼ不可避免的に他の医療職からの介入を退け、医師による支配が行われるという構造的な背景があると述べている。さらに、WMA ジュネーブ宣言(日本医師会・世界医師会, 2007)は、医師の自律性が医療機関の経営や、医療の質に影響を及ぼす要因である以上、その低下や変容が何をもたらすのかを考える必要があることを述べ、医師の専門職的自律性が時代の変遷で変化していることも考慮しながら、医師の専門職的自律性の負のイメージを払拭し、自律性の概念を考えることも重要であるとする。

また、他医療職と比較して全体的に評価が高く、これは本研究の対象が急性期医療で活躍する医師が主体であり、治療や延命を優先的に考えながらも、対象を早期にイメージしながら、自ら治療や今後の生活を組み立てる等の判断をしなければならない責任のある立場と認識した結果ではないかと考えた。特に脳卒中高齢者は、脳卒中発症初期から血管性うつ病やアパシー(木村, 2012)が起り易く、医師らは脳卒中のみならずこのような症状の出現も阻止するための治療計画を立案し対応していると推測できる。「実践的対応能力」「専門的感受性能力」「基本的臨床能力の評価が高かったことから、そのような推定が成り立つ。他の専門職と比べて高い評価が得られたと考える。一方、「自立的判断能力」「能力の不足」を低く評価している。「自立的判断能力」は他者の力を借りず自ら判断して、実践できる能力ではあるが、自らの力を過信せず他専門職と協働しながら急性期を乗り越える姿勢を反映しているとも考えられた。急性期という医療現場での生と死に向き合わなければならない、医師にとっては、医師という専門職的自律性を遂行し、他の部分に関しては然るべき専門職に任せ、機能分化<sup>4</sup>を図りながら疾病と向き合っていると推測した。また脳卒中高齢者の内面への理解も把握できたが、一方で脳卒中高齢者自身は医師の肯定的関心を実感できていない状況(第3章第1節)とは矛盾する部分があると考えた。

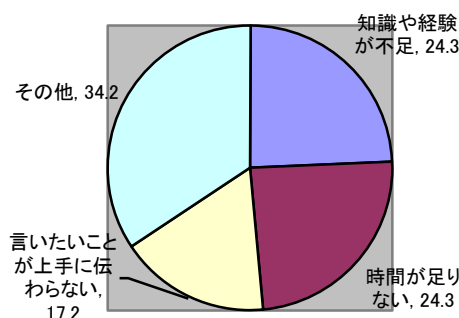


Figure3. 1 病状説明に自信がない医師

(出典：日経メディカル(2014)を参考にし、筆者作成)

<sup>4</sup> 機能分化とは、機能や役割の異なるユニットと分類して別々に管理するしくみであり、これにより、機能の効率化や専門性を発揮することが可能となる。例えば医療制度改革の中では、機能分化とは、地域の医療機関が救急医療の機能、回復期リハビリテーションの機能、在宅医療の機能等の専門医療を分担して提供できるよう、それぞれの専門性を高めることをいう(厚生労働省)。

日経メディカル(online1)において、医師の20歳代から80歳代の2,366名に聞き取り調査(2011年11月)が行われている。この中で、「病状説明に自信あり」と述べている医師が、61.6%みられている。自信がある医師の割合は、年齢と共に増す傾向にあり、20歳代では3人に1人(37%)、30歳代は2人に1人(53%)、50歳は3人に2人(69%)、60歳以上では8割を超え「自信あり」であった。病状説明に関して、卒後20年以上の医師からは、「経験を積むことで、自信が生まれた」という声が多く聞かれている。一方、「自信がない」と答えた医師は、知識や経験の不足や説明の時間不足、説明不十分さ、年齢により説得力がないことがあげられ(Figure3.1)、特に知識や経験不足を20歳代の医師では6割をあげ、「年齢により説得力がない」と20歳代では半数近く、30歳では15%の医師があげている。また、開業医と勤務医とでは、開業医の方が「自信あり」の比率が高い。開業医で66.7%、勤務医では60.7%であった。性別では、女性(50.6%)より男性(63%)の方が、「自信あり」が大きかった。「自信がある」と答えた医師では、「自分を信じるより他にない」「自信がないと思っていると余計に信じてもらえない」といった逆説的な表現がみられていた。「自信がない」と答えた医師のコメントでは、であった。Table3.16の通りであった。前向きな表現としては、Table3.16, 3.17であった。

Table3.16 「病状説明に自信なし」と述べる医師の理由

- 「知っていることも知らないことも患者と家族の理解度に沿って噛み砕いて説明する」
- 「説明の時は、自分は俳優だと思っている」
- 「おばあちゃんと説明する時には、あえて敬語は使わず、方言で世間話のように説明する。難しい医学用語は一切使わない。インテリジェンスの高いビジネスマンに話す時は、医学用語をうまく取り入れて質問を引き出しながらディスカッション形式で納得させていく」
- 「代表的な疾患はテーブルコーダーのように説明する」
- 「病状説明に自信がないから医師をやるべきでない」

Table3.17 「病状説明に自信なし」の前向きな医師の理由

- 「知っていることも知らないことも患者と家族の理解度に沿って噛み砕いて説明する」
- 「説明の時は、自分は俳優だと思っている」
- 「おばあちゃんと説明する時には、あえて敬語は使わず、方言で世間話のように説明する。難しい医学用語は一切使わない。インテリジェンスの高いビジネスマンに話す時は、医学用語をうまく取り入れて質問を引き出しながらディスカッション形式で納得させていく」
- 「代表的な疾患はテーブルコーダーのように説明する」
- 「病状説明に自信がないから医師をやるべきでない」

(出典：日経メディカル(2014)を参考にし、筆者作成)

以上のような医師の思いから判断すると、経験が自信へとつながっているとは言えるものの、4割の医師においては自信がない状況で患者と向き合っていることも容易に現像できた。第2章における脳卒中高齢者のインタビューの中で、脳卒中高齢者は医師の病状説明についての不満をあげており、医師の説明が不十分である場合があると考えられている。脳卒中高齢者が、障害をもってライフスタイルを編成しなければならない思いや願いについては、医師が十分に理解できていたとは考えにくい。病状説明は知識や経験が豊富だからこそできる技とは言いがたい。医師が、「自信がない」や「不安な思い」を表出でき、一人での解決が難しい場合は、勇気を出して他者の力を借りる(例えば脳卒中高齢者とのコミュニケーションや関係性をとることが上手な他者等)、他者を見本にする等の実践的な学習の場を設け、体験を繰り返すことが重要になって行くと考えられる。この学習の繰り返しにより、医師としての専門職的自律性が育ち、他専門職とも調和をとりながら同じ方向性を持って協働・連携していくことが重要になっていくと考える。しかし、医師における専門職的自律性、またライフスタイルとの関連性を示す研究は、非常に少ない。脳卒中高齢者のライフスタイル再編成への関心を高め、脳卒中高齢者に

としてのナース・コーリングや専門的的感受性能力を高めながら肯定的関心をもって関わっていくことの重要性を伝えていく必要があると考える。

### 3. 理学療法士における専門職的自律性の特性

第3章の対象であった看護師において、専門職的自律性のファクターとして、年齢、就業経験年数、脳卒中経験年数、脳卒中急性期経験年数を上げたが、結果としてはこれらのファクターとの相関はほとんどみられなかった。理学療法士においても、同様の結果が得られ、年齢や経験と専門職的自律性との相関はみられなかった。脳卒中高齢者の機能回復や自立したライフ

スタイル再編成に向けて、脳卒中高齢者の全体像を多角的に捉える(木村, 2012)ためにも、専門職的自律性は必要なものと判断したが、理学療法士の発症初期からのアプローチが、

脳卒中高齢者のライフスタイルに希望を見出すための過程の一助になっていると考えた。理学療法士は急性期の段階から脳卒中高齢者に関わる機会が多く、緊急時の事態に遭遇するリスクは高い。その際に、緊急時の対処法だけではなく、そばに家族がいた場合には心理面へのサポートが必要であり、また脳卒中高齢者本人もその事態に驚いたり、不安を抱きやすく、理学療法士が支援する場面に遭遇することにもなる。理学療法士には経験に頼らない緊急時の対処法と心理面へのサポートに関する学習のさらなる強化を考えていく必要があると考える。

また、リハビリテーションでは、病気や外傷が原因で心身の機能と構造の障害と生活上の支障が生じた時に、個人とその人が生活する環境を対象に、多種の専門職者が連携して問題の解決を支援する総合的アプローチが必要である(宮本, 2008)。脳卒中高齢者は麻痺している手足を目の当たりにし、その不自由を何度も再認識させられて

いる。このような身体性と心理的な側面からなる喪失体験を受けた脳卒中高齢者は、障害をもってその後も生きていかなければならぬ。新山と鈴木(2012)の調査によると、脳卒中高齢者は理学療法士や作業療法士を「よき理解者」と認識していた。理学療法士は、対象の特性を理解し、対象の気持ちを理解できる人間性を養うための教育を受けている。そのため、脳卒中高齢者においても、対象の特性を理解した上で一人ひとりに向き合う時間が多く、健康で張りのある生活を送るためのアドバイスやサポートも行われている。このような理学療法士の対象に向き合う姿勢をみると、脳卒中高齢者の「よき理解者」と考えてよいものと推測する。一方で、専門職的自律性尺度の結果をみると、遠慮や自信がないものか、評価としては低い傾向がみられた。岩寄らの調査(2008)によると、理学療法士になりたかった最も強かった志望動機では、医療系や人に興味がある等の回答が多かったが、理学療法士という職業そのものに関す

Table3. 18 理学療法士になりたかった最も強かった志望動機

自分のやっていることに確信がもてないで漠然とした不安を感じる	39.7%
担当している患者または対象者が良くならないので、知識・技術が不足している気がする	27.3%
ジャーナルや講習会で学ぶ知識・技術と自分の知識・技術のギャップが大きい	12.2%
知識や技術はあるが、最終的に良い結果を出しているかどうか自信がない	5.1%

関連項目一部抜粋

(出典：日経メディカル(2014)を参考にし、筆者作成)

Table3. 19 自己効力感が低い理由

医療系の仕事に興味があった	32.7%
患者の役に立ちたかった	16.6%
人相手の仕事がしたかった	16.4%
社会的に意義のある仕事だから	6.2%

関連項目一部抜粋

(出典：日経メディカル(2014)を参考にし、筆者作成)

る理由はみられなかった(Table3. 18). 自己効力感については、経験3～4年までは低く、経験5～9年から自己効力感が高まり、大抵のことは一人でできる自信が持てるようになり、年数を経る毎に、自己効力感が高まると考えられた。自己効力感が低い理由は、自分の能力に漠然と不安を感じているということであり、全体の67%を占めていた(Table3. 19)。これは、経験年数の少ない群で自己効力感が低いことも当然関係しているが、下位の項目と比較しても、理学療法士は周囲の環境よりも自分の能力そのものについて不安を感じるかどうかは自己効力感に影響していた(新山, 鈴木, 2012)。本調査においても「能力の不足」の項目で高い値を示し、この現象も岩岸(2008)の調査の結果と関連するものと推測する。

第2章の脳卒中高齢者からのインタビュー調査においても、理学療法士について脳卒中高齢者から受ける印象や評価は高いが、他専門職者と比較すると理学療法士自身の自己評価が低く、自身の内面を捉える能力が低い点については、自己理解<sup>5</sup>に欠ける点や、自身の力や能力の有り様を認めていない点もあげられる。このことから、保健医療福祉学において、対象理解に次いで、自己理解を強化できるプログラムを計画し、実施していくのがよいと考える。これは、自己理解の必要性について考え、自分自身を知るための視点や方法について理解でき、自己理解を深められるようにすることがねらいである。自分が何を大切にし、何を学んで来たのかなどについて、過去の自分と現在の自分を比較して、共通する部分は何か、また相違する部分は何かを明確にすることが必要である。そのことから、自分の行動パターンや自分が大切にしてきたこと、またこれまでの経験で成長してきたこと等が、具体的な事実として浮かび上がってくる。その結果、自己理解が深まり、今後の自分の成長にとって必要な考え方や行動を意識化できるようになることを期待する。このように自己理解を深めることは、自己の考え方や行動の判断基準を確立していくことにつながり、とても重要なことである。また、自己を理解することで対象をも細かな目で観察し、思いや願い、心理的ダメージの出現も素早く察知し、肯定的関心がもて、対処できる人材にもなりうると考える。

一方、理学療法士は入院初期から、脳卒中高齢者のライフスタイルを意識し、麻痺などの障害を残させないためにも積極的に関わっていたことが、「実践的対応能力」や「専門的感受性能力」に反映されたものと判断できた。専門職的自律性が高い評価であったことは、認定資格の取得者の割合が他医療者よりも多いこと等から、質の高いケアを提供したいという気持ちをもつ人が多くいたためと考えた。また、理学療法士が一人前に到達するまでの年数は、平均9.98±4.24年と示され(日本理学療法士協会. 専門・認定理学療法士制度)、「治療技術」と「学術」の重要度では、経験年数が低いほど「治療技術」の修得を必要と感じている者が多く、自身の達成度や組織の満足度に課題のあることが示された。理学療法士の「一人前」の条件としては、「教育力」「折衝力<sup>6</sup>」「マネジメント力」があげられる。臨床に従事するために必要なスキルは、「社会スキル」「臨床スキル」「研究スキル」「教育スキル」などである(小林, 2010)。このような能力やスキルに加え、患者と向き合うためのコミュニケーション技術が重要であると考えられる。これらのことから理学療法士は、脳卒中高齢者の現状や心理面を理解し、生活していくための技術を提供しなければならない役割の大きさを、自ら実感している

<sup>5</sup> ここでいう「自己理解」とは、いくつかの手段により自分の気質、性格、ある種のタイプ、価値観、考え方、態度・行動などを深く知り、それを自分自身が納得して受け止めている状態のことである。

<sup>6</sup> 有利に事を運ぶように、相手と駆け引きする能力のことである(大辞泉)。

のではないかと推測する。この思いを他専門職と分かち合い、脳卒中高齢者の望むライフスタイルを皆で支援することで、脳卒中高齢者は彼らを「よき理解者」として認識し、満足感を得ていくものとする。そのためには、研修等の機会を通して、医療者同士の専門職的自律性を高め合うことができる学習も必要だと考える。

#### 4. 作業療法士における専門職的自律性の特性

第3章の対象であった看護師において、専門職的自律性のファクターとして、年齢、就業経験年数、脳卒中経験年数、脳卒中急性期経験年数を取り上げたが、結果としてはこれらのファクターとの相関はほとんどみられなかった。作業療法士においても、同様の結果が得られ、年齢や経験と専門職的自律性との相関はみられなかった。緊急時には状況に応じた医療的な対応は必要ではあるが、その際に伴う脳卒中高齢者や家族の心理面にも十分配慮した対応が必要であることを関連付けた結果であったと読み取ることができた。作業療法中に、緊急事態に遭遇する場面は一般的に少ないとされているが、作業療法中や自宅や病床に課題を持ちかえる等の意欲的な脳卒中高齢者が、興奮状態にあり、血圧の上昇も加わり、再発することも考えていかなければならないと考える。このようなことを他専門職種その他、家族などにも指導・助言する場を設けていくことは大切である。

また、「専門的感受性能力」の「高齢者の価値観を十分に理解できる」や「基本的臨床能力」の「高齢者のニーズと一致した援助ができる」が、認定資格取得や就業場所、性別と相関がみられていた。この結果は、受傷後の脳卒中高齢者にとって、生活リズムや役割が変わることで、気持ちの切り替えには時間を要し、この時に感じる自分自身の思いや願いを理解してもらえると、いわゆる作業療法士の肯定的関心が可能な状態になっていたとも推測できる。作業療法士は、運動機能や精神機能といった基本能力や、トイレなどの生活で行われる活動である応用能力、地域活動への参加でもある社会生活適応能力などの能力を維持・改善することを目的に、脳卒中高齢者への支援を行っている(日本作業療法士協会, online1)。この点からも、脳卒中高齢者が期待する今後の社会生活や、家庭での生活を視野に入れた支援方法を具体的に一緒に考えながら実践していることが影響していると判断できた。作業療法士は、人間尊厳の回復、質を高めること、人生の幸福や個人が望む生活を行えるような作業を獲得し、対象がより豊かに生活できるように手伝いする気持ちで関わることで、生きる価値やその人なりの社会生活の確立できるように支援できること、等(日本作業療法士協会, online1)のためにも、作業療法士自身は専門職的自律性を保つことが重要であった。

また本節の結果において、作業療法士の専門職的自律性が低い評価を示していたことは、理学療法士と同様に、脳卒中高齢者からは「よき理解者」と認識されて(新山, 鈴木, 2012)はいるものの、作業療法士自身がそれを認識していない場合や遠慮・謙遜等があったともいえる。脳卒中高齢者は障害を持ったことで、これまでの動作と異なることでの多くの悩みや不安があり、自信がもてない状況に陥りやすい。このような脳卒中高齢者自身の心理面もふまえ、作業療法士によるリハビリテーションの実施は非常に困難を要する作業であることが多いのではないかと推測する。中島(2010)は、さまざまな体験や役割、仲間との交流を機に、脳卒中高齢者が自信を取り戻すきっかけを作る場の重要性を述べている。脳卒中高齢者自らが、日常生活につながる練習を自由の選択しながら展開することは、自信の回復にもなり重要であるとする。作業療法士は、脳卒中高齢者の主体性を引き延ばす支援を無意識に行っていたともいえる。また

作業療法士は、脳卒中高齢者が障害をもって生活していかなければならない苦痛や不安といった情緒面や、高齢者がこれから生きていく社会の現実と向き合うためのサポート(中島, 2010)を計画・実践していかなければならない。このことが、信頼関係を育むきっかけになり、脳卒中高齢者からは「よき理解者」に認識されたと考える。

作業療法士は、医療や回復を目的とする治療領域において専門職性を持ち、かつ医師の業務の一端を忠実に果たしている。病院リハビリテーション分野と地域リハビリテーション分野があり、地域リハビリテーション分野の作業療法士は、利用者を「患者さんとは呼ばないことにしている」とのことであった。この点については、肯定的意見が多く、地域リハビリテーション対象者が医学的管理下における治療の対象者というより、むしろ生活主体者として捉えられていることによるものと考えられる。このことを地域リハビリテーションの分野で長い就労経験者は当然のこととして受け止め実践しているが、病院勤務から地域勤務へと勤務地を変えたばかりの時はつい「患者さん」と呼んでしまい、戸惑うことがあると中島(2010)は述べている。「地域における作業療法は、治療ではなくサービスである」という認識が、地域よりむしろ病院勤務の作業療法士の方に強いという興味深い結果が示されている(中島, 2010)。地域に勤務する作業療法士は、病院の医療システムを意識しながら対象者へ対応しているが、病院に勤務している作業療法士にとって地域での作業療法は福祉的アプローチであり、治療というよりも環境整備に重点を置くサービスとして捉えていることが示唆されている。また、作業療法士が行政の中で理解されていないと認識し、病院と比較して地域では作業療法士の知名度、一般的理解が低く、作業療法士自身が努力をしている状況が明らかとなっている。地域における作業療法士の役割の明確化が今後の課題であるとされている(日本作業療法士協会, online1)。教育の中にも正式に「地域作業療法学」が取り入れられることになり、徐々に地域リハビリテーションの分野で働く作業療法士も増えてくるものと思われる。それと共に病院における作業療法士と地域リハビリテーション分野で働く作業療法士の役割の違いが明確になってきているが、いずれにしても脳卒中高齢者を主体においた今後のライフスタイルの立て直しを、共に目指している姿勢が伺えた。

以上のような作業療法士における現状から、作業療法士という専門職について同職者同士や他専門職が理解し合うことで、脳卒中高齢者の内面についても共通認識でき、関わり方も共通となっていくと考える。そのためにも、脳卒中高齢者を理解するための教育や技術等を計画する等し、専門職的自律性、特に肯定的関心につながる「専門的感受性能力」を高めていくことは重要な課題であると考え。作業療法士と専門職的自律性、ライフスタイルとの関連性については研究数が少なく、このようなキーワードに注目し、肯定的関心につながる「専門的感受性能力」を一層強化していくべきだと考える。

## 5. 言語聴覚士における専門職的自律性の特性

第3章の対象であった看護師において、専門職的自律性のファクターとして、年齢、就業経験年数、脳卒中経験年数、脳卒中急性期経験年数を取り上げたが、結果としてはこれらのファクターとの相関はほとんどみられなかった。言語聴覚士においても、同様の結果が得られ、年齢や経験と専門職的自律性との相関はみられなかった。脳卒中高齢者が失語症や構音障害を伴った際に、なかなか回復できない自分自身に苛立ちや戸惑いを感じ、さらに将来に対する不安を抱き、治療を継続することに戸惑いを感じる(日本言語聴覚士協会, online1)等のような危機



的な状況を言語聴覚士は察知していたと推測する。言語聴覚士は、「教育・心理・全人間的な性質を認めているが、あくまで医療の延長上にあるという姿勢を取る」こと、業務の多くは言語聴覚士自身の判断で行うものであり、基本的に医療行為ではないと考えられている(南雲, 2008)。症状では、頭に浮かんでいる言葉を発語することができない、そのもどかしさと苛立ちは並大抵の苦しみではない、人と関わるときにはそれを避けるわけにはいかない、代わるものを手にいれることはできない(南雲, 2008)、この時の脳卒中高齢者の心理面に対する支援が、十分ではないと考えていたものと推測する。

言語聴覚士は、言葉や食べ方に関する問題を抱えた人を助け、できるだけ能力の回復をはかる役割がある。脳卒中により、ある日突然にコミュニケーションや物を食べる能力が損なわれた状況を脳卒中高齢者自身が受け入れられることは容易ではない(日本健康・栄養システム学会, online1)。また、訓練による結果や効果がすぐに表れることが少なく、脳卒中高齢者が訓練を拒否することや消極的になることがある。そのため、信頼関係をつくることは簡単なことではない(日本健康・栄養システム学会, online1)。また、失語症や高次脳機能障害等では外面には現れないことがあるため、身近な家族でも脳卒中高齢者の状態を理解できない場合がある。家族に助言や指導をすることの役割もあるが、理解をしてもらえるまでに時間がかかることもある。日本言語聴覚士協会による言語聴覚士のインタビューでは、「日々、たくさんの患者と接する中で言語障害は単に言葉が不自由なだけではなく、人と言葉を交わす楽しみや人との触れあい、言葉によってもたらされる安らぎ、生きる自信、楽しいコミュニケーションの機会も奪われてしまうことに気付き、自分には患者や家族を上手くサポートできるのか不安の方が大きく、悩む日々も多い」「6年の経験はあるが、自信は正直まだまだない」等の結果が得られている。摂食・嚥下小委員会調査(2004)においては、言語聴覚士の訓練への不安要因についての調査も行われている。この調査では摂食・嚥下にかかわる言語聴覚士が7割であり、若い経験の浅い言語聴覚士が大半を占め、また40歳代以上の言語聴覚士は養成校で摂食・嚥下に関する教育を受けてきていないこともあり、摂食・嚥下訓練に関わることに不安を持つ者も多かった。また摂食訓練に関心を持つ医師が少ないこと、患者の過大な期待も言語聴覚士自身の不安要因になっていた。

言語聴覚士は治療中において、緊急時に遭遇する場面が一般的に少ないと言われているが、誤嚥や窒息等の緊急事態は頻繁に起こりやすいことから、他職種への指導・助言と共に、恐怖感や不安感を伴った患者や家族への心理面を念頭に、そのフォローの仕方について伝授していくことは非常に重要なことだと考える。

これらのことから、言語聴覚士は、医師・歯科医師や看護師などの医療分野、理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション分野、また介護や福祉、学校教育分野と連携しながらリハビリテーションを進めていくことで、徐々に患者との関係性を保っていくことを目指している(日本言語聴覚士協会, online1)。他専門職との連携を円滑にするためには、専門職者同士の理解が必要であり、共に学習する機会を設け、共通理解に努めていく必要がある。

例えば、喪失体験をしている脳卒中高齢者が、自分らしく生きていくための支援ができるように、一層、脳卒中高齢者の抱える思いを理解するための教育やカウンセリング技術等の訓練を行うことで、専門職的自律性が高まっていくのではないかと考える。保健医療福祉学における他者理解に向けた学習内容では、「喪失体験学習」が講義の課題にあてはまるといえる。相手の立場になるということは、言語聴覚士自身が脳疾患や障害を受けていないことから、障害



を持つことになった脳卒中高齢者の辛く悲しい思いを正しく理解できているかは判断し難い。痛みや辛さを共有できることは難しいと思うが、一歩でも近づくための体験学習として「喪失体験学習」を提案する。この体験学習は、障害を受けたことを受容するためのものだけではない。これまで何不自由なく日常生活を送ることができていたことが、脳卒中を発症したことで障害をもつことになってしまったことについて、我々には想像できないからである。今、ここで体験した学習から少しでも感じ取ったことがあるならば、その思いを自己分析し、また他者の意見を通して、この喪失体験学習から何を感じ取ることができたのかということを整理していくことに意義があると考ええる。

## 6. 介護福祉士や社会福祉士等における専門職的自律性の特性

介護は、家族により経験やその人独自の等方法で行われてきたが、一方、高齢化が進むにあたり、家族だけで担うことが難しくなり、介護福祉士という介護の専門職が誕生していた。介護福祉士はこれまで家族が担ってきた介護を専門職者として専門職性を発揮しながら、その人らしいライフスタイルにつなげていくことのための支援を行うことが必要になってくると考える。井上と柳側の研究(2008)で、介護支援専門員の意識や実践調査では、介護福祉士と看護師のケアマネジメントに対する考え方を比較したところ、有意差はみとめられなかった。社会福祉士は、危機介入のような援助実践が高く、プランニングが低いという結果がみられていた。1987年に「社会福祉士および介護福祉士法」によって社会福祉士と介護福祉士が法制度化された。社会福祉士は1800年代からのソーシャルワークの歴史があり、一方、介護福祉士は、介護という概念がいまだ新しい。介護の対象となる高齢者や障害者等は生活者であり、彼らの正しい知識を念頭におき、肯定的イメージを持つことによって、専門的自律性を高められ介護の質の向上につながる(井上, 柳側, 2008)ことから、介護専門知識の習得が必要であると考えられる。

介護福祉士や社会福祉士等の専門職者における専門職的自律性の特性では、他の専門職と同様に専門職的自律性と年齢や経験に影響されず、相関がみられなかったことがわかった。患者や家族の背景にあるものや心理面にも十分配慮した対応が必要であることを関連付けた結果であったと考えた。また、医療的処置の少ない、もしくはほとんどない施設で従事する場合、どのようなリスクが起り得るのかは実際に従事している方々へのインタビュー等で確認しなければならないと考えた。これは、突然に医療者がいない場での事故や緊急事態に陥いるリスクは高く、この時の対処法について、各々の専門職者が共通理解しなければならない。また、疾患や症状からケアの方向性を決定していくことは可能であるが、脳卒中高齢者の自由の選択を十分に生かしているのかは把握できていない。脳卒中高齢者が、「今どのような思いを持って治療しているのか」「どのようなライフスタイルを描いているのか」「不安な要素は何か」等について、直接本人や家族に確認作業をし、またその言葉の裏にはどのようなことが起こっているのか等も汲み取りながら、ケアプランと脳卒中高齢者の思いや願いを照らし合わせて、その人らしいものに作り上げていくことが、ライフスタイル再編成の第一歩になると考えた。

一方で、専門職的自律性の獲得に負の影響を及ぼす要因を明らかにした研究においては、依存性や離職(石橋, 松葉, 山根, 2009)が報告されている。先行研究においては、これらの要因が老健施設に従事する専門職者の専門的自律性に影響していたかは明確に記されていなかった。本調査においては、職歴や職種、学歴と依存性や離職との関連性については明確に判断できないが、負の相関関係で大きかった項目はいずれも生命に関するものであり、学習や経験を重ね

ないと学びが深まらず、実際に学べるのは勤務先であったり、学校や大学等であったりという関連性から考えると、そういう場所がなければ、資格を得ることができず、緊急時の対応等に対しても知識のみならず、技術の習得にもつながらないのではないかと判断できる。よって、この相関関係は意味あるものではないかと考える。悩み、不安、不満等では、「仕事内容のわりに賃金が低い」40.3%、「休憩がとりにくい」31.4%、「健康面の不安がある」30.1%の順で多かった。特に、施設系（入所型）では、「夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安がある」が44.8%、と他の介護保険サービス系型と比べて多い結果がみられていた。このような理由が、離職と最も関係性があると考えられる。緊急時の対応や利用者の不満や不安に対しても、カンファレンス等を行い解決していく姿や自ら予測し判断しながら実践していくことが老健施設で働く上では非常に重要であるといえる。脳卒中高齢者への正しい知識を持つことが質の高いケアにつながる要素の一つであり、このことから専門知識の習得が必要であると考えられる。先行研究(大島, 1999; 高間, 塚原, 1995; 介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて, 2014; 西尾, 前島他, 2014; 笠原, 2009)では、資格保有や経験年数と自律性を比較すると有意な相関がみられていたが、本研究でも表れた結果とも同様であった。

また、先行研究(才川, 2013; 菊地, 橋本, 三瓶, 2008)においては、介護は人々の生活の中に入り込み、他職種よりもっとも対象者に身近で広い範囲の時間を共有するといえる。生活を支援するということは、脳卒中高齢者のライフスタイルの中で、プラスやマイナスの両側面も専門職者が瞬時に判断、キャッチして関わっていくことが前提になると考える。そこに、看護の枠組みからの変遷を経て成長してきた介護の独自性が存在していくとともに、介護過程は生活者の強みやもっている力に焦点を当て可能性志向として展開されていくことを念頭におくことが肝要である。また、介護過程は生活者の強みやもっている力に焦点を当て可能性志向として展開されていくことが必要になってくる。

本来、自律性という概念は個人の基本的特性を表すが、経験によって知識や実践力が向上するばかりではなく、職業倫理としての専門職的態度に関してみると、個人の考えや意識、態度なども影響するものと考えられる。先行研究(菊池, 原田, 1997; 菊池, 1999)では、卒業後の新人教育や現任教育の実施によって、介護職員の職務満足感が向上するとしていた。専門職的自律性を高めるためには、生涯教育の実現、介護職員の職務遂行能力の程度に応じた権限や職務の譲与を推進することが必要だと考えられる。平成18年度大規模調査「介護労働者の就業実態と就業意識調査」(菊地, 橋本, 三瓶, 2008)の質問項目の「研修への参加」等についてみると、主として訪問介護員の過去1年間の業務指導、研修等受講割合においては、身体介護技術指導・研修51.4%、介護事例検討会50.3%、改正介護保険法の研修47.0%、ヒヤリハット事例報告会34.9%、調理実習22.3%、ロールプレイ研修21.9%、であった。理想としては、職員の研修への参加を目指しているものの、人員や難易度の高い入所者への対応等から研修等への参加は非常に難しい現状にあり、参加率が半数であったともいえる。

本調査において、全専門職者のうち、他の認定資格取得者は25.71%と存在し、この資格は老健施設内で活用でき、新しい情報の獲得や積極的に学びを深める機会にもなりうると思う。Mary Chiarella(1998)は自立性について他者に頼らず、信念をもって自分の意見や行為を貫くことを述べ、このことから、他者に頼ることなく自らの判断のもとで、援助方法を決定することは、介護福祉士や社会福祉士等にも必要な要素である。勤務先である老健施設やデイサービスでは医療的な処置やケアも必要ではあるが、少ない資源や人員の中で、例えば緊急時の対応

として、率先して自身で判断して対応していかなければならない場合もある。所有している資格以外の認定資格の取得は、本人の意思によるものかどうかは不明であるが、他の資格を得ることへの前向きな思考や利用者のために学習し対応していきたいという意欲や誠実性等がうかがえる。この点からも、各自が自ら資格取得に取り組むような意欲をもつことは、専門職としての能力開発に不可欠な要素だと考える。すなわち、老健施設での脳卒中高齢者のケアでは、経験年数に頼らず、各専門職者が専門職的自律性における判断能力を向上させていくための教育体制が重要であると考えられた。

## 第5項 保健、医療、福祉の専門職者における専門職的自律性の共通した特性と課題

全医療職において、各下位尺度項目においては、最も低く評価する傾向がみられた。原田や菊池(1997)の研究では、専門職的自律性のファクターに、経験が影響していると示されていた。本研究においては、原田や菊池(1997)の結果とは異なり、他のファクターが自律性の成長に影響していると考えられた。Milton Mayeroff(1987)は、ケアによってケアされる人が自己実現に向かうばかりではなく、ケアする人も変化し、成長を成し遂げると述べている。自立

(Autonomy)の概念は、個人の基本的特性を表し、経験によって知識や実践力が向上するばかりではなく、職業倫理としての専門職的態度においても成長がみられることはケアの実践が人間的態度の育成に寄与しているためであると考えられている(浦, 1999)。今回の研究では、専門職的自律性に影響するファクターの発見には至らなかったが、肯定的関心をもった人材育成を目指す上で、経験には頼らない学習プログラムを考案し実施していくことが肝要といえる。

各医療職における専門職的自律性について、山下(2011)が述べているように、社会全体にはまだ十分に伝わっておらず、専門職的自律性を意識した医療の実践には、必ずしもいたっているとは言い難い。しかし、この専門職的自律性は単に個人が獲得しただけでは、脳卒中高齢者の全体像を捉えたその人らしいライフスタイルを支える支援は難しいと考えた。関連する専門職者全体が意識し、行動変容を目指して活動していくための方策を考えていく必要があるといえる。この行動変容に向けては、医療者のみや脳卒中急性期医療施設から回復期・慢性期医療施設等のような横のつながりでは気付かず、脳卒中高齢者が望む、脳卒中高齢者の自分らしい生活に導くには難しいといえる。このことから保健や福祉とつながることも肝要であり、脳卒中高齢者を取り巻く関係者とのつながりを密にしていくことが地域全体で課題に取り組み、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に導くことができるといえる。また、脳卒中高齢者の生活を地域で支えていくためには、時間は要すると考えるが、多くの関係者の理解や協力が必要であり、脳卒中高齢者の全体像を理解した人材育成としての継続教育や、保健、医療、福祉がつながるための教育の計画・実施が今後の課題になるといえる。

多種多様な生活をしている脳卒中高齢者に対して、複雑化するニーズを尊重し、その人らしいライフスタイルを編成していこうとする自立性を支持していくためには、保健、医療、福祉の専門職同士が連携・協働して一体化したサービスを提供していくことが重要である(秋山, 2006)。脳卒中高齢者がその有する能力に応じて、尊厳をもてる自立した生活を営むことができるように、ライフスタイル再編成に向けた関係するさまざまな医療者、地域においては施設や事業所、ボランティア、民生委員等との連携を図り、情報を共有し、総合的かつ包括的に援助していく必要がある。脳卒中高齢者を取り巻く関係者が集結することで、顔の見える関係性で取り組むことができ、より具体的なケアシステムの構築が可能となると考える。その中で表

れた課題に対して、ライフスタイルの再編成に向けた目標を明確にし、課題解決に至る道筋と方向性を医療者が明らかにしていくことが重要である。新山と鈴木(2012)の研究では、脳卒中高齢者は医療者に対し、「できないことは知っている、でも諦めたくない」、「一度言ったら皆に伝わるといいのに」等と要望していた。医師では全体的に専門職的自律性が低く、看護師、言語聴覚士では全ての判断能力が低く、理学療法士においては抽象的判断能力が低い評価であった。各医療者は、脳卒中高齢者が障害をもって生活していく未来への不安等、想像を絶するものであることは認識しているが、脳卒中高齢者の望むライフスタイル再編成につながるものなのかの理解については、判断は難しい。

脳卒中高齢者に対するサポートを進めていく上で、浦(1999)は、サポートメンバーについて次の4点について述べている。第一に、メンバーが自分の仕事をどう遂行すればいいのかについてどれくらい自由の選択ができるか、あるいはどれくらいの職務権限を与えられているかの程度、第二に、メンバーが仕事についての情報をどれくらい利用できるかの程度。第三に、メンバーにとって仕事がいかに挑戦的であり、人間的成長にとって有効であるかの程度。第四にメンバーが仕事そのものにどれくらい満足しているかの程度、の4点である。これは菊池と原田(1997)の看護婦の自律性尺度に類似している内容ともいえる。職務に満足を持ち、良好な対人関係を築くことができれば、職務を責任をもって遂行しようとする意識が養われていく。そして、メンバーによるサポートティブな対人関係により、積極的な意見や提案するなど専門職的自律性ある行動がとれるようになると、脳卒中高齢者へ支援していく気持ちが強くなるのではないかと考えた。このように職業的自律性の変化がみられることで、脳卒中急性期から始め、在宅、地域へとスムーズな移行が臨まれ、さらに医療から保健福祉への切れ目のない橋渡しになるともいえる。

## 第6項. 専門職的自律性を高めるための継続教育と肯定的関心を高めるための戦略と教育

### 1. 脳卒中専門職の自律性と身体合併症や後遺症による心理的ダメージへのケアとの関連

身体合併症や後遺症への心理的ダメージと自律性の関連について、分析した結果、身体合併症や後遺症への心理的ダメージと自律性の各下位尺度には有意な負の相関がみられた。このことから、脳卒中専門職的自律性は身体合併症や後遺症への心理的ダメージを緩和、または発症・悪化しないための継続教育だけで、単に脳卒中ケアの経験を経るだけでは高まっていけないと考え、他の疾患や他科等の経験がないことを補填するような具体的な継続教育等が必要なのではないかと考える。脳卒中専門職や就業先の中には、普段からさまざまな学習計画を立案し実行しているところもあり、自ら学習に望んでいるようにうかがえるが、これは自主性でもあり、強制ではないため、知識や技術の個人差が表れてくるともいえる。学習意欲が持てると同時に、就業先や上司の理解と強力は、学習の継続には必須条件でもあると考える。また、不足している能力には、他専門職の協力や補填により、その専門職者が自信と信頼を持てるような自身の成長にもつながっていくものと推測する。このような機会を設けることは、脳卒中専門職者の専門職的自律性の向上や心理的ダメージへの軽減等にも有用であると考えられる。

### 2. 脳卒中専門職と専門的的感受性能力との関係の検討

高齢者にとってこれまで生きてきた背景を考え、生活習慣や価値観を把握することは、今後のライフスタイルを再編成していく中で重要な要素になりうると思われる。しかし、医師と脳卒

中高齢者との関係性は濃厚ではなく、自由に自身の現状を医師に伝えることができない脳卒中高齢者もインタビュー調査の際に語っている（第2章）。医師に対する捉え方を払拭し、脳卒中高齢者が語りやすい、環境や対応の方法について検討していくことが必要だと考える。これらが改善していくことで、医師の「専門的感受性能力」が一層高まり、肯定的関心の能力にも影響を及ぼすものと期待する。

理学療法士において、因子得点と経験年数等との比較では、強い相関がみられず、このことから、専門的感受性能力は、経験年数が長いからといっても、身に着くものではないことを確認した。このことから、脳卒中高齢者の心理面と専門的自律性の間には大きな関連性は見当たらず、必ずしも年齢や経験があるからと言っても、対象理解や肯定的関心が可能になるとはいえないことが明らかになった。専門的感受性能力を高め、脳卒中高齢者等への肯定的関心がもてる能力を養うための支援方法等を検討していく必要があると考える。

各専門職において専門職的自律性と年齢や経験年数との比較で共通していえることは、相関がみられず、このことから専門職的自律性は、年齢や経験年数が長いからといっても、身に着くものではないことを確認した。「専門的感受性能力」においても、各専門職は年齢や経験年数で相関はみられず、年齢、就業経験年数や脳卒中という専門領域の経験年数を積むことだけでは、脳卒中高齢者の心理的ダメージを含む心理面への理解にはいたらないことが示された。この点からも、各専門職者の「専門的感受性能力」を高め、脳卒中高齢者等への肯定的関心がもてるような支援方法等を検討していく必要があると考える。

### 3. 専門職的自律性と各専門職同士の関係性

「専門的感受性能力」では、脳卒中高齢者の不安や危機を推測し、必要とされる適切な方法を選択・決定する能力を示す下位尺度項目から構成され、脳卒中高齢者の思いや願いがこめられた肯定的関心につながる項目でもある。この項目においては、作業療法士、言語聴覚士、介護・福祉職では、他の職種よりも低い得点で密集しており、この三職に関して、基本的臨床能力を高める教育プログラムを企画することで、各々人の自律性が高まり、脳卒中高齢者の内面にある思いや願いを把握し、状況に応じた対応へと導くことができるといえる。

「実践的対応能力」では、脳卒中高齢者の急激な生理的変化など緊急時の対応、知識を活用し総合的に判断や対処する能力から構成され、急性期医療の現場からも医師の得点は他の専門職よりも非常に高い位置を示している。生命の最も重要な緊急性のある部署での勤務であるため、この得点は脳卒中高齢者の状況に応じた処置を素早く考え対応していることの表れともいえる。一方、急性期を脱してから関わりを多く持つ、作業療法士、言語聴覚士、介護・福祉の専門職にとっては、緊急時の対応については、援助中に異常があっても自ら判断した支援の難しさが伺える。しかし、脳卒中高齢者が通所や入所中、入院中に再発や症状出現することもあり得る。そのような場面にあっても、各専門職が自らできる範囲での対応を確実に実践できるような教育を提供することが必要である。これによって、「実践的対応能力」が高まっていくと考える。

「基本的臨床能力」では、特に基礎能力が培ってケアに活かされているのか、現実的な場面における適切な説明や指導、ケアの準備や工夫等、基本的ケアの実施に関する項目で構成されている。介護や福祉の専門職では、日々決められたケアを毎日行っており、その中で脳卒中高齢者の個別性に応じたケアの難しさから、「今までの援助が正しいのか迷うことがある」「利

用者にとって心地よいものになっているのか不安」のような思いを述べていた。このことから、基本的な各職種の専門的な知識の確認と共に、基本的なケアと脳卒中高齢者の思いや願いがその援助に含まれているか、各専門領域での意見効果等の演習を取り入れた学習を考えていく。これにより「基本的臨床能力」が一層高まり、脳卒中高齢者の心理面にも目を向け、自信のもてるケアへとつながっていくものと期待する。

「自立的判断能力」では、他の専門職に依存することなく自ら独自に必要な支援方法を考察する力量であり、ケアプランを立て、他専門職と脳卒中高齢者にとっての1つの目標に向かって共通認識のもとで、支援している現状や、一方、各専門職が個別での対応が多い職種でもあり、個人で判断し、それに伴った支援が要求される。時には指示を受けながら支援をする介護や福祉の専門職にとっては、この得点が他専門職よりも低値であり、また作業療法士や言語聴覚士も決して高い得点ではないことから、自発的・自主的な学習や意見が述べられるような教育を提供しながら「自立的判断能力」を高めていく。

専門職的自律性を高めていく支援は、各専門職を職種毎に分けて行うだけではなく、時には専門職的自律性の高い専門職が低い専門職にアプローチし互いに補い合いつつ、コミュニケーションできるような仕組みや、共同での演習や学習のプログラムを考案し、提供していくことで、一層、専門職的自律性が高まっていくものと期待する。

#### 4. 脳卒中専門職における継続教育の現状と課題

医師の卒後継続教育は、1968年に臨床研修制度が創設され、以降、医師法改正後も、ワーキンググループを設置するなど、時代と共に変遷し、2004年より2年間の臨床研修が必修化され、その基本理念が厚生労働省の医師臨床研修制度で次のように明示されている(日本医学協会,online1)。厚生労働省令に基づき、「臨床研修は、医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることができるものでなければならない」と掲げられている(日本医学協会,online1)。この省令から、より質の高い医師の養成のための臨床研修制度であることが伺える。

看護師では、厚生労働省は新人看護師に焦点をあて、『保健師助産師看護師法』と『看護師等の人材確保の促進に関する法律』の改正により、2010年から新人看護職員研修が努力義務化された。新人看護職員研修ガイドラインの理念(厚生労働統計協会,online7)では、看護実践の基礎を形成するものとして、新人看護職員研修は重要な意義を有し、さらに、新人看護職員を支えるためには、全職員が新人看護職員に関心を持ち、皆で育て、共に成長していくことが目指されていた。さらに、看護師の継続教育の基準は、専門職である看護職が、個々に能力を開発、維持・向上し、自らキャリアを形成するための指針とされていた。これは看護職が一定水準以上の継続教育を受けられるよう、組織の教育提供体制および教育内容を充実するための指針であった(厚生労働統計協会,2013)。2000年度からの5年以上の中堅看護師への研修の実施や、2003年度からはがんおよび心筋梗塞、脳卒中、認知症などについての専門的な看護ケアに関する研修が実施されていた(厚生労働統計協会,2013)。このような研修事業を通して、看護師の資質向上を推進してきたといえる。

理学療法士では、生涯にわたって質の高い理学療法を国民に提供するための義務と責任を担保するために、プロフェッショナルである理学療法士を支援する活動として障害学習システ

ム・プログラムが構築されていた。生涯学習の流れには、新人教育プログラムと、認定・専門理学療法士制度に大別されていた(日本理学療法士協会, online1)。本研究の対象者にも、認定・専門理学療法士の有資格者が多く見受けられた。継続教育に関しては、協会や厚生労働省等においても基準はみられなかった。

作業療法士では、日本作業療法士協会の生涯教育の中で研修プログラムがあり、認定・専門作業療法士の資格認定や、研修会などが運営されていた(日本作業療法士協会, online1)。これが継続教育に値するものかは明確に記されてはいなかった。この認定・専門作業療法士の有資格者が、本研究にも多数見受けられていた。

言語聴覚士では、2004年から言語聴覚士の資質向上と学習の継続を目的として開始された生涯学習プログラムがあった(日本言語聴覚士協会, online2)。このプログラムは、「基礎プログラム」と「専門プログラム」で構成されており、さらに研修受講によりポイントが取得でき、ポイント数と臨床経験6年で認定言語聴覚士講習会に参加できるといった仕組みがあった。

このように、各専門職が継続教育のシステム化に力を入れ、実践化に向け計画していることが示唆された。教育内容に関する詳細は把握できなかったが、継続教育の情報が各専門職者に伝わり、脳卒中高齢者の思いや願いが十分に理解できるように、学習への臨む姿勢や意欲の向上がみられるように支援していくために、どのような学習方法を選択するかが課題となった。

## 5. 脳卒中高齢者を取り巻く保健、医療、福祉の連携教育の現状と課題

近年、保健、医療、福祉の人材育成として専門職性を高めていくと共に、専門職連携教育(Inter Professional Education:IPE)(秋山, 2006;大塚, 大嶋, 2004)の重要性が指摘されている。複数の領域の専門職者が、連携およびケアの質を改善するために、同じ場所で共に学び、お互いから学びあい、お互いのことを学ぶという教育(秋山, 2006)である。脳卒中高齢者を支援する医療者は、個々の専門職性を高める専門分化した意識をもっているため、脳卒中高齢者がどのようなケアを受けたいのか、今何に困っているのか等の思いや願いへの理解が不十分であった(新山, 鈴木, 2012)と考えられる。また、共通理解のもとでケアが行われず、脳卒中高齢者が不信感や不安を抱くといった現象になることが予測される。このことから、脳卒中高齢者を取り巻く専門職が連携し、顔の見える関係性での取り組みを導入していく必要がある。各専門職が互いに理解し、脳卒中高齢者への心理面を理解する意識を持ち、実践していくことで、脳卒中高齢者の身体的、精神的、社会的面の情報交換が行えると考える。特に心理的ダメージの把握により、肯定的関心がもてることで、各専門職の専門職的自律性が高まっていくと思われる。IPEは、日本において、まだ十分に反映されておらず、単独のカリキュラムであり、連携教育の重要性は提言(日本学術会議, online1)に留まり、大学教育を中心に行われている(山本, 苗代, 2013)。現行教育において連携教育は、保健・医療・福祉ネットの整備となるが、継続的な課題でもあると考える。

## 第7項 小結

脳卒中高齢者に関わる専門職者の専門職的自律性の特性を明らかにするために、菊池・原田(1997)の考案した自律性尺度を脳卒中高齢者に関わる各専門職への使用が可能かを測定し(第1項)、新たな尺度を用い、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の1,088名、施設に

従事する介護福祉士、社会福祉士、介護士等の84名の質問紙調査表を分析した結果、以下の2点が示唆された。

1) 全専門職者においては、専門職的自律性におけるすべての下位尺度項目で低い、もしくは相関は認められなかった。特に専門職的自律性と年齢や経験年数との比較で共通していえることは、相関がみられず、このことから専門職的自律性は、年齢や経験年数が長いからといっても、身に着くものではないことを確認できた。このことは、看護と同様の能力構造が得られたことである。「専門的的感受性能力」においても、全専門職は年齢や経験年数で相関はみられず、年齢、就業経験年数や脳卒中という専門領域の経験年数を積むことだけでは、脳卒中高齢者の心理的ダメージを含む心理面への理解にはいたらないことが示された。この点からも、全専門職者の「専門的的感受性能力」を高め、脳卒中高齢者等への肯定的関心がもてるような支援方法等を検討していく必要があると考えられた。

2) 総合的な観点では、本研究において期待すべき「専門的的感受性能力」の評価は、各専門職において全体的に低かった。また、年齢や経験年数等との相関をみても、他の下位尺度項目と比較しても、これらは特に脳卒中高齢者のナース・コーリングへの気づきや対応に関して低く評価していることは、自らの中で自信や不満な思いを抱えず表出でき、自己で解決できない場合は勇気をもって他者の力を借り、他者を見本として実践的学習の場を設け、体験を繰り返すことで、専門的的感受性能力自律性が高まっていくものと考えられた。各専門職は、常に脳卒中高齢者に寄り添い支援していることから、脳卒中高齢者の思いを受けとめたいという肯定的関心に関する意思の表れに反映しているのではないかと考えられた。

専門職としての自律性や肯定的関心の能力を高めるためには、各々の専門職の専門的的感受性能力や肯定的関心がもてる研修や講習会を実施すること、また、その中で自身の専門職的自律性への意識を高めると共に、各専門職者同士の脳卒中ケアに向けての身体的、精神的、社会的面の情報交換を行い、脳卒中高齢者が望む支援を広げていくことが必要となる。このことから、保健医療福祉学における各専門職の専門職的自律性（特に専門的的感受性能力）や肯定的関心の重要性を再確認し、肯定的関心が有効になることでその人らしいライフスタイルに向けた支援に関する教育の必要性が示唆された。

また各専門職は、常に最新の専門的知識や技術を身に付けながら、脳卒中高齢者へのケア上の判断や実践を自主的、かつ主体的に行い、脳卒中高齢者の思いや願いについて肯定的関心をもつことを通し、各専門職の専門職的自律性を発揮していくことが必要であった。この肯定的関心が有効であるのか、Grounded Theory や Grounded action により、脳卒中高齢者への肯定的関心の効果について、理論的説明力を説明理論によって保持されることが十分に可能であることを示唆できるように進めていく。



## 第6節 仮説

脳卒中高齢者が病院から施設において関わる各専門職の専門的感受性能力や肯定的関心に関する人材育成には、各々の専門職の自律性を高める専門分化した教育だけでは不十分であること、各専門職者における経験年数等だけでは習得されない専門的感受性能力を高める場や教育の視点を導入していく必要がある。

脳卒中高齢者が地域で暮らしていくための支援では、専門職における専門的感受性能力を高め、肯定的関心が可能となる教育も含めて、以下の三点について仮説をあげると、次の通りである。

1) 発症後から地域に戻るまでの脳卒中高齢者の生活についての講義だけでなく、専門職が脳卒中高齢者の生活に直接かかわる上で、「高齢者が脳卒中に罹患することでの不安、悲しみ、辛さ等を伴いやすく、ひいては血管性うつ病やアパシー、心理的ダメージのリスクも高くなる」ことを理解できるような学習内容の構築

2) 脳卒中高齢者のライフスタイルを支援する各専門職の役割について、総合な理解

3) 年齢や就業年数、脳卒中ケアの経験だけでは習得できない専門的感受性能力を高めるためのファクターを把握する。それと共に、この専門的感受性能力を高めるための学習できる場づくり、特にその中でも肯定的関心の能力が養われるような学習内容から、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成への支援を行うための研修体制の整備

この仮説をもとに、第4章において、保健医療福祉学における肯定的関心の能力が養われる教育体制の構築、および実施について検討していく。

## 第4章 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉学的視点における人材育成のためのプログラム開発・実施および評価・検証

### 第1節 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成への実現に向けての検討

#### 第1項 研究の背景と目的

厚生労働省(online1)の脳卒中をはじめとする疾患の医療・福祉に関して、急性期から在宅療養にいたるまでの切れ目のない医療・介護サービスを目指し、2006年頃より制度の改革が行われてきた(厚生労働省, online2)。発症初期から家庭に戻るまで、多様な機関や多様な職種が関わりをもつ(厚生労働省, online2)。発症初期の救命率の向上や脳卒中後遺症の軽減、疾病予防から急性期、慢性期の治療やリハビリテーション、さらには在宅医療にいたるまで、切れ目のない医療を提供する体制の構築、地域連携クリニカルパス（以下、連携パス）の導入による、保健、医療、福祉の円滑な連携推進が目指されていた。連携パスは、対象疾病（脳卒中、心筋梗塞、がん、糖尿病）にすべてに連携パスを適用するものと一部を適用するものがある他、術前後の連携などさまざまなものがある。

連携パスの例えとして熊本市では、1995年に「脳血管疾患の障害を考える会」で脳卒中連携パスが運用開始されていた。また2001年には北海道砂川市立病院で脳外科ホットラインが開設され、24時間対応の運営がなされていた。愛知県豊田市では、2003年電子カルテが導入され、かかりつけ医の地図・診察時間・顔写真などが載っている紹介カードやポスターの掲示、診療所ガイドブックの配布など、地域に根差した取り組みがされていた。全国各地において、さまざまな連携パスが取り組まれており(厚生労働省, online3)、厚生労働省の本来の目的と合致する。連携パスの普及・推進の現状においては、基本的には厚生労働省の案を土台にし、各地域の特性に応じた取り組みが行われていることが把握できた。その取り組みの資料を見る限りでは、脳卒中後の血管性うつ病やアパシー等を含む心理的ダメージの発症や悪化防止策等は見当たらなかった。連携パスは、脳卒中高齢者が発症から地域に戻る中で、各専門職や施設、地域、行政等のさまざまな連携が必要であることから、重要な取り組みであると考え。しかし、切れ目のない体制や連携パスには、前章までに明らかになった脳卒中高齢者に関わる専門職の専門職的自律性や肯定的関心の能力との関係性は明確にはされていない。また、脳卒中高齢者に関わる専門職の専門職的自律性や肯定的関心の能力の必要性に関する研究や教育、実践については、取り組みがなされているのか把握できていない。他専門職や地域、行政等と連携する上でも、支援者の視点に立ったケアプラン等では、脳卒中高齢者は思いや願いを自分の内にしまいこんでしまうかもしれない。また、満足のいかないプランやケアの場合、積み重ねによって心理的ダメージにつながるリスクも考えられる。脳卒中高齢者の心理面に注目しながらケアを行っていくことは、重要な課題であると考え。このことから、心理的ダメージの発症や悪化防止のために、各専門職における専門職的自律性や肯定的関心の現状について把握することは、本研究の取り組みにおいても意義あるものと考え。

本項では、厚生労働省の見解と各地における取り組みの現状を踏まえ、脳卒中高齢者が自らのライフスタイルを自由に選択できるよう、心理的支援にむけて保健医療福祉学的視点からの研修を検討していく。これにより、脳卒中高齢者のニーズに対してより効果的に、かつ柔軟に援助が展開できるような手掛かりを見出していく。

## 第2項 厚生労働省の見解と本研究との関連性

2014 年 6 月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(厚生労働省, online4) が成立した。この法律は、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、必要な医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律の所要の整備等を行おうとするものである。その主な内容は、以下の通りである。第一に「都道府県が、医療及び介護の総合的な確保のための事業に要する経費を支弁するため、基金を設ける場合には、国は、その財源に充てるために必要な資金の三分の二を負担するものとする」とある。第二に、医療法の一部改正であり、「都道府県は、医療計画において、将来の医療提供体制に係る地域医療構想に関する事項、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項等を定めるものとする」とある。第三に、介護保険法の一部改正として、その中に「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等に係る給付対象を、厚生労働省令で定める要介護状態区分に該当する状態である者その他居宅において日常生活を営むことが困難な要介護者とする」「介護給付及び予防給付について、政令で定める額以上の所得を有する第一号被保険者に係る利用者負担の割合を、その費用の百分の二十とする」「介護予防サービスのうち介護予防訪問介護と介護予防通所介護を地域支援事業に移行し、平成 29 年 3 月 31 日までに、市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業を行うものとする」が挙げられた。国の方策においても、脳卒中高齢者が急性期を脱し、回復期、地域や施設に戻った際に、どのようなサービスを受けながら生活を営んでいくかが検討されていた(厚生労働省, online4)。

しかし、このような方策においても、年々の変更や新たな内容が打ち出される等、脳卒中高齢者やその家族、地域住民にとっては非常にわかりにくくなっていると考えられる。医療制度および介護、福祉制度について、矢継ぎ早の改正が打ち出されていると感じられる。実際には「医療崩壊」「介護崩壊」といわれるような現象が生まれ、介護保険制度の改正や、さらに「障害者自立支援法」「後期高齢者医療制度」の制定に対しても混乱を極めている(わが国の医療経営の現状, 2014; 真野, 2010)。そのためにも、保健、医療、福祉の業務を担う専門職が、各制度を十分に理解できていること、何より地域住民に正しい情報が行き届き、理解へとつながることが望まれる。これについては、第 2 章や第 3 章での脳卒中高齢者や地域住民へのインタビュー調査では、「情報が行き届かない」「説明がわかりにくい」等の言葉があり、新たな制度も含め、分かりやすく、納得のいく説明を提供していかなければならないと改めて考えさせられた。また、保健、医療、福祉の最先端を担う中心都市や機関のみならず、そこまで行き届かない地域にも手を差し延べて、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に向けて、ナース・コーリングを把握し、肯定的感情の姿勢をもって各ニーズに最も効果的、かつ効率的に支援できる方法論を導き出し、さらには脳卒中高齢者をこの支援を活用できる人材育成に務めていく必要があると考える。

また、厚生労働省は、急性期から在宅療養に到るまでの切れ目のない医療・介護サービスを目指し、2006 年頃より制度の改革を目指している(厚生労働省, 医政局, 2012)。例えば、地域の救急医療の機能を有する医療機関において、手術など集中的な治療及び急性期のリハビリテーションを行い、次に、回復期リハビリテーションの機能を有する医療機関において、集中的なリハビリテーションによる機能回復を図るということ等である。また、その後の生活では、在宅あるいはさまざまな居住の場において、生活目標型の断続的なリハビリテーションを継続

し、機能の維持を図ることも目指されていた。これらを地域で具体的に進めることに関して、各病院で必要に応じ、退院前に要介護認定を受ける指導や、退院後も適切な医療を受けられるように主治医およびケアマネジャーを含め、切れ目のない連携パスの活用も考えられていた（厚生労働省, 医政局, 2012）（Figure4.1）。Figure4.1 においては、発症からの各段階でどのような流れで回復していくのかが、わかりやすく図面化されているが、いずれにしても、具体的な支援や特に本題でもある心理面に関する事項には触れられていないことがわかった。また、連携パスの導入という視点では考えられてはいるが、これを導入するための専門職者の育成という点では、各専門職団体や各地域に委ねられているのが現状であった。

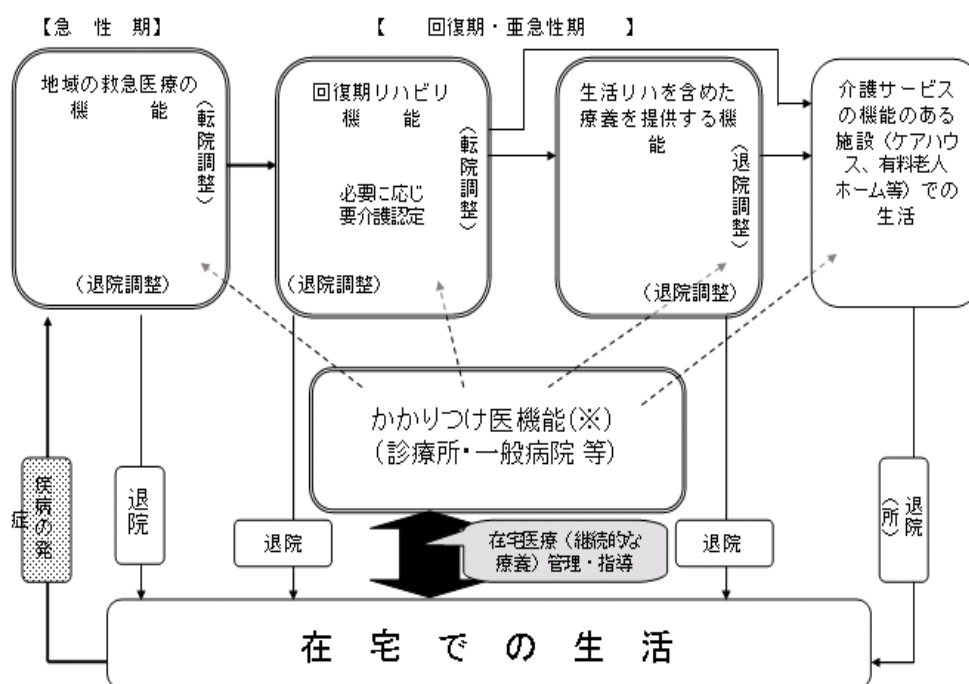


Figure4.1 地域連携クリニカルパスの考え方（出典：厚生労働省）

一方で、クリニカルパスについての現状調査(厚生労働省)について例として取り上げると、クリニカルパスの導入が進まない理由としては、「医師の参加が得られない」、「疾患自体がパスに向かない」、「医師間のコンセンサスが得られない」、等のような結果が得られていた。クリニカルパスが進んでいる診療科で、クリニカルパスの運用に関して困ったことや課題については、「バリエーション<sup>7</sup>分析・活用方法」、「医師間の合意のとりかた、協力体制に関して」等であった。専門職同士の連携の難しさが表れているといえる。また、医療連携体制では、急性期病院から回復期リハビリ病院への転院といった横のつながりはイメージできるが、行政や地域との関係性が見えていない。脳卒中の発症から高齢者が回復に向かって移行していく際に、誰の関わりが重要なのか、また、その時々脳卒中高齢者が感じる思いや願いは、どこで反映

<sup>7</sup>バリエーション (Variance) とは、クリニカルパスで予想されたプロセスと異なる経過や結果（アウトカム）のことである。バリエーションを収集・分析してパスを改善することで、一人ひとりの患者に合ったケアを提供でき、医療の評価・改善につながる。

されているのかがわかりにくい。また、クリニカルパスをもとに具体的なケアプランについては、各地域に委ねられていることから地域差や職種の状況等により、特に医療福祉系の大学や医療施設等が拠点にしている地域よりも、このようなサポートの少ない地域は技術の進歩だけでなく、本題の取り組みにおいても発展が遅れていくという格差の問題が無視できない。

### 第3項 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える支援者育成のためのプログラムについて—先行研究レビューと現状についての概説—

脳卒中高齢者を支えていくにあたり、発症から地域に戻るまでの一連をイメージしながら、各専門職者が連携・協働して支援していく必要があると考える。脳卒中高齢者の疾病や障害のみに焦点を当てるのではなく、疾病や障害に伴う心理的ダメージにも注目すべきではないかと考える。その支援方法は、機能分化だけでなく、各職種が共通認識の元で、その対象の特性に応じたケアを提供することは、対象の望むライフスタイル再編成を自ら自由の選択をしながら進んでいく契機になるのではないかと考えた。この取り組みを遂行していくためには、まずは、「クリニカルパス」や「チーム医療」によって他職種との連携を視野に入れておく必要があると考える。これらは、脳卒中高齢者やその家族にとっても、各専門職から安心・安全に統一した支援を受けることができるものと考えている。このことから、過去5年分の医学中央雑誌における研究の現況として、本題とキーワードの関連性についてレビューしていく。

#### 1. 専門職的自律性や肯定的関心とクリニカルパス・チーム医療との関連について

Table4.1の通り、クリニカルパスの使用状況や効果の検証の研究が多くみられた。また、パスを用いての連携に関する研究もみられた。キーワードに「クリニカルパス（パス）」「脳卒中」で調べると総数755篇あり、原著論文94篇、症例報告8篇、治療等に関する論文では156篇であった。これらのキーワードに「高齢者」を加えると、総数が110篇になり、原著論文33篇、症例報告7篇、治療等に関する論文52篇となった。本題に関連するものとして、「クリニカルパス（パス）」「専門職的自律性（自律性）」をキーワードにして調べると、総数5篇で、解説1編、原著論文2篇であった。パスを用いたことによる患者の自律性への影響を示す研究や法人への導入による影響に関する報告があった。「クリニカルパス」と「肯定的関心」をキーワードにした研究は見出されてはいなかった。このことから、連携パスや連携に関する研究は検証という形では進んでいるが、得られた結論から一般化にいたるものは、いまだ見当たらないと考えられた。また、連携パスの導入内容としては、支援者側の思いや決まったルール、作法等も入り込み、支援を受ける側の脳卒中高齢者の思いや願いが反映されたものとは言い難い。

チーム医療について、昨今強く求められているが、「チーム医療」と「脳卒中」をキーワードにして検索すると、総数777篇で、総説・解説は315篇、原著論文95篇、症例報告133篇、診断・治療・副作用に関する文献211篇となり、関心の高さが感じられた。他科とのチーム医療、かかりつけ医や専門医とのチーム医療、各専門職同士のチーム医療に関する研究が多かった。本論との関連として、「チーム医療」と「肯定的関心」をキーワードにした研究は見当たらなかった。「チーム医療」と「専門職的自律性（自律性）」については、キーワードにして調べると、総数83篇で、解説50編、原著論文17篇、診断・治療・副作用に関する文献は2篇であった。助産師や手術室看護師等の特殊性のある専門職であったり、各職種に関する

自律性の特性を研究しているものが多かった。「肯定的関心」と「脳卒中」、「肯定的関心」と「専門職的自律性（自律性）」をキーワードにした研究は見当たらなかった。「専門職的自律性（自律性）」と「脳卒中」をキーワードにした研究は、総数 30 篇で、総説・解説 5 篇、原著論文 6 篇、症例報告 3 篇、診断・治療・副作用に関する研究は 2 篇であった。リハビリテーション関連職種の卒後教育であったり、チームアプローチへの取り組み等、専門職側の研究が多かった。

Table4.1 肯定的関心と専門職的自律性と関連項目との文献レビュー

	「クリティカルパス」 「脳卒中」	「クリニカルパス」 「専門職的自律性／ 自律性」	「クリティカル パス」or「チー ム医療」 「肯定的関心」	「チーム医療」 「脳卒中」	「チーム医療」 「専門職的自律性 ／自律性」	「肯定的関心」 「専門職的自 律性／自律 性」	「肯定的 関心」 「脳卒中」	「専門職的自律性／ 自律性」「脳卒中」
総数	755篇	5篇	0篇	777篇	83篇	0篇	0篇	30篇
総説・ 解説	215篇 (28.49%)	1篇 (20%)	—	316篇 (40.66%)	50篇 (60.24%)	—		5篇 (16.6%)
原著 論文	94篇 (12.45%)	2篇 (40%)	—	95篇 (12.22%)	17篇 (20.48%)	—		6篇 (20%)
症例 報告	8篇 (1.06%)	—	—	133篇 (17.11%)	—	—		3篇 (10%)
診断・治 療・副作 用に関す る文献	156篇 (20.66%)	—	—	211篇 (27.15%)	2篇 (2.40%)	—		2篇 (6.66%)
内容	・他職種連携、 パス、地域連 携パス等の語 として研究し ている文献が最 も多かった ・在宅支援、リ ハビリ、退院、 早期離床、治 療効果を上げ るため等パス の活用に関 する現状と課 題についての 研究が多かつ た	・日本における DCMを用いた 研究の様相を 探り、研究活用 の意義とDCM を用いた研究 の今後の方向 性について考 察を行った ・コモンズとし てのがん診療連 携拠点病院の 役割(患者の自 律性の尊重) ・多くの法人が 事業計画制度 を導入しており、 財務関連事項 を中心に目標 管理され重視さ れているが、質 に関連する事 項も同時管理 している法人も 多くなっている ことを明らかに した		・内科・外科 混成の脳血 管内治療科 を開設し、神 経内科医、脳 神経外科医、 脳神経血管 内治療医で 脳卒中チー ムを組織する ことが、これ からの包括的 脳卒中セン ターには不可 欠の要件とな る ・かかりつけ 医、専門医、 患者の3者が 連携して triple-winを目 指す ・パワーリハ ビリテーショ ンの成果と チームアプ ローチの重要 性、在宅高齢 者への栄養 指導の実施	・手術室看護 師の専門職的 自律性の特徴 を主観的・客 観的に明らか にすることを 目的にしたア ンケート調査 の実施 ・訪問看護経 験年数が及ぼ すリハビリテ ーション看護実 施内容への影 響を質的調査 によって明ら かにしている ・助産師の専 門職的自律性 および助産師 の産科医師と の協働に関連 する要因を検 討した ・救急救命士 の専門職に必 要とされる自 主性と自立性 の研究			・再発予防のた めに生活習慣 の改善に取り組 んだラクナ梗塞 の症例報告 ・介護療養型老 人保健施設にお いて本人の自主 性を引き出し、 チームアプロ ーチに取り組む ・「チーム医療」 に関する考察 ・リハビリテ ーション関連職種 を対象とした職 場内卒後教育プ ログラムによる 脳卒中患者診 療への自主性 の変化 ・患者のセルフ モニタリングを 行わせることで 運動効果を可視 化して達成感 を与え、自己効 力を高めること が重要

(医中誌 2014 年 12 月閲覧に基づいて筆者作成)

## 2. 「専門職的自律性」や「肯定的関心」と「人材育成」「教育」との関連について

次に「人材育成」や「教育」をキーワードにして、本論との関連から教育の必要性を考え  
ていく (Table4.2)。

「人材育成」と「肯定的関心」や「連携」のキーワードとは研究はみとめられなかった。

「教育」と「肯定的関心」についても、総数として1篇（解説）ではあったが、本題に合致する文献であり、参考にできるものと判断した。

「専門職的自律性」と「人材育成」をキーワードに検索すると、総数 129 篇、原著論文 23 篇であった。いずれも卒後教育に関連するような取り組みが多かった。「専門職的自律性」と「教育」をキーワードに検索すると、総数 394 篇、原著論文 187 篇と多く、パス導入に関する内容やパスを用いたケア計画などがあげられていた。「クリニカルパス」と「人材育成」をキーワードにして検索すると、総数 84 篇、原著論文 4 篇で、糖尿病の連携パスや慢性肝炎患者の支援等の研究であった。「クリニカルパス」と「教育」をキーワードに検索すると、総数 1306 篇、原著論文 218 篇で、パスやケアマッピングの活用とその効果に関する研究がみられていた。「連携」「教育」をキーワード検索すると最も多く、総数は 19,192 篇、原著論文 20 編であった。特に対象や分析方法等を限定したものではなかったため、さまざまな分野で「連携」や「教育」に関して注目されていることがわかる。

Table4.2 専門職的自律性や「肯定的関心と人材育成・教育との関連に関する文献レビュー

	「肯定的関心」 「人材育成」	「肯定的関心」 「教育」	「専門職的自律性/自律性」 「人材育成」	「専門職的自律性/自律性」 「教育」	「クリニカルパス/パス」 「人材育成」	「クリニカルパス/パス」 「教育」	「連携」 「人材育成」	「連携」 「教育」
総 数	0篇	1篇	129篇	394篇	84篇	1306篇	0篇	19,192篇
総説・解説	—	1篇	95篇	187篇	41篇	430篇	—	9,078篇
原著論文	—	—	23篇	139篇	4篇	218篇	—	20篇
症例報告	—	—	—	—	—	3篇	—	284篇
内容		・看護場面の再構成による臨床指導者のあいだで自分の思いを見きわめること、肯定的関心を寄せ続けるための自己一致であった	・日本における健康づくりボランティアの自主性を促進するための、保健師からのサポート支援体制 ・退院支援に取り組むスタッフをサポートする病棟師長の組織的な取り組み ・中堅看護師のやる気に影響する要因等であった	・専門看護師(CNS)における自律性に影響を及ぼす要因の検討 ・看護実践能力の向上を目指した研修プログラムの効果 ・リハビリテーション関連職種を対象とした職場内卒後教育プログラム等であった	・糖尿病の地域連携クリティカルパス導入 ・ストーマセルフケア指導の統一に向けたクリニカルパスおよび学習会の効果 ・栄養と胃ろうの地域連携のIT化にむけた研究等であった	・クリティカルパス適応患者に対するケア標準時間の設定 ・認知症ケアマッピングに関する研究の動向 ・チーム医療を可視化した糖尿病教育入院パスの支援 ・保険薬局におけるC型慢性肝炎患者の服薬指導、等であった		・看護師の離職に関する文献検討 ・社会人経験のある看護学生についての文献レビュー ・学校保健の視点から捉えた摂食障害に関する文献検討 ・看護師の職務満足度に関する文献検討 ・特別支援学校における教員の医療的ケアに関する文献検討等であった

(医中誌 2015 年 10 月閲覧に基づいて筆者作成)

以上、全体的には支援者側に焦点を当てた研究が増えてきていることがわかった。脳卒中を発症し、超急性期病院から急性期病院、回復期病院、地域医療、在宅介護などのような機能別にケアを受けられるシステム案が構築されつつある(健康保険組合連合会, online)。ここには、各職種の業務を専門に特化させ、医学的視点のみならず、各職種の視点の評価、クリニカルパスの導入によるシステム化、等という意図がみられた。あるケアを誰が行っても、同じよ

うな効果が生じることは、ケアを受ける脳卒中高齢者にとっては、安心と安全性を保証するものと期待できる。しかし、脳卒中高齢者や家族は、自身がどのようなところで治療を受け、どのようなところで暮らしたいのか等、脳卒中高齢者が自由に選択できる環境について要求していることが新山と鈴木の研究(2008)で明らかになっている。このことから、各専門職が自己の専門職的自律性を個別に発揮する医療分化に併せ、一方で各専門職がより集まり、同じ目標をもってそれぞれの知恵や技術、専門職性を出し合うことの重要性は明らかである。これに加えるべき専門職者の能力として、脳卒中高齢者の思いや願いを素早く気づき、ありのままに受け入れ共に前進していく肯定的関心がもてるようになることが筆者の理想である。

このことから、専門職的自律性や肯定的関心の能力を高めるための保健医療福祉学における教育基盤や組織体制を築いていくことが肝要であると考えられる。脳卒中高齢者の思いや願いに対して肯定的関心をもって関わり、脳卒中高齢者が自分らしく、また自分が望むライフスタイルへと導くためには、保健、医療、福祉が一丸になって取り組んでいくことが重要である。そのためには、保健医療福祉学の考え方や手法をより充実させ、学習に取り入れていくことが肝要だと考える。

#### **第4項 保健、福祉の他職種や脳卒中高齢者の思いや願いへの肯定的関心を示すことができる専門職の特性**

これまでは医療に関連する職種について概説してきたことから、本項では、「保健」「福祉」「介護」も含め、関係職種に着目し概説する。

##### **1. 脳卒中高齢者と「保健」との関係の特性**

市町村保健センターや福祉事務所、保健福祉事務所等の保健師は、ケアプランの質やサービス内容を医療的に把握できる人材であり、市町村と一体になって事業を進めるための重要な窓口にもなる。また地域包括支援センターにおいても、保健師は医療と介護を結ぶ大きな役割を果たしている。介護保険サービスの利用者が医療機関への受診を考え、入退院の際には担当のケアマネージャーと共に地域包括支援センターの保健師が同行し、医療機関と調整を図っている。地域包括支援センターから病院の相談室やソーシャルワーカーへ連絡が行き、利用者の現状を確認し合うなど、保健師が医療と介護のつなぎ目になり、その機会に肯定的関心を向けることが可能となるといえる。

今日、保健、医療、福祉の橋渡しの役割を担う市町村保健師の活躍も期待されており、これらも含めて、保健師の協力を得て関係を築くことが、脳卒中高齢者に対して一層きめ細かいサービスへの提供になると考える。従って、保健、医療、福祉の専門職が他専門職や脳卒中高齢者の思いや願いをありのまま受け止め共に前進していく肯定的関心が払えることを目的として、保健医療福祉学における人材育成にむけた教育を実施するにあたっては、市町村役場や保健センター等で従事している保健師に協力を依頼することが妥当だと判断される。地域の特性や住民の特性を把握している保健師は地域の人々と顔なじみであり、信頼度が高いことが評価される(厚生労働省医政局・老健局・保険局, 2012)。そういった保健師からの情報提供は、他の専門職や地域に広まりやすく効果が得られると考えた。そして情報が地域全体に広まることで、研修への参加者が増え、取り組みにも好影響が期待できる。



## 2. 脳卒中高齢者と「福祉」との関係の特性

厚生労働省では、高齢者の介護が必要になっても、住み慣れた地域や住まいで尊厳ある自立した生活を送ることができるよう、質の高い保健、医療、福祉サービスの確保、将来にわたって安定した介護保険制度の確立などに取り組んでいる。そのような中での福祉の役割も大きいと考える。高齢者のみならず、障害者や子どもなど、何らかの障害がある場合に相談や指導を行い、生活の質を少しでも向上できるようにサポートする社会福祉士は、施設や病院との調整役にもなる。この場合、多専門職への肯定的関心を払う機会が生じ、各専門職とのつながりが良好であるほど、調整が円滑にいき、利用者やその家族も安心して援助が受けられることになる。また、社会福祉士本人や利用者が満足する支援は本人たちにとって自信となり、社会福祉士の一層活躍へとつながることが期待される。

また、介護現場に従事する者については、平成 17 年度の調査で約 328 万人(厚生労働省,online6)、そのうち、高齢者分野に従事する者は約 197 万人と約 6 割を占める。高齢社会を迎え、病院から施設へと入所せざるを得ない高齢者もあり、高齢者の介護度もあがり、介護職の負担は大きくなってきている。経済的問題等による介護職の離職率が問題になっている(厚生労働省,online6)。すなわち、介護職員やヘルパーの入職率が全労働者の 27.4%を占める一方、離職率も 21.6%となっている(厚生労働省,online6)。このような状況から、厚生労働省(online6)は、福祉・介護の人材が安定的に確保されるように、平成 5 年に策定された「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」を平成 19 年 8 月に見直し、学校や就職説明会などで若年層に対し魅力ある仕事であることを伝え、他職への流出防止や新たな参入・参画が促進できるように努めている。このような現状を他職種が理解し、介護職も他職種の思いについてありのまま受け止め共に前進していくことができるよう肯定的関心を高めていくことが必要だと考える。

また、共に活動するためには、共に学習できる場を設けるよう、管理者側の意識改革も必要になってくると考える。厚生労働省(福祉・介護 福祉人材確保対策,2014)においても、管理者に教育体制を確保するための会議が設けられている。介護職の学習の場があり、他職種との関係性が保たれることが、肯定的関心が可能にする上で重要である。

## 第 5 項 保健、医療、福祉における肯定的関心が可能となるための教育の意義

脳卒中高齢者や脳卒中高齢者を取り巻く人々の思いや願いが尊重され、肯定的関心が可能となる先行研究は、見つからなかった。このことから、筆者は研究によって抽出された肯定的関心をキーワードとし、脳卒中高齢者の思いや願いに対して肯定的関心をもって対応できる、保健医療福祉学における人材育成の重要性を痛感するものである。脳卒中高齢者の思いや願いに着目したプログラムを遂行することは、保健、医療、福祉と脳卒中高齢者とのつながりを一層強化できるものと考え。脳卒中ケアを充実にさせていくことは、脳卒中高齢者の思いを汲み取り、脳卒中高齢者を取り巻く人々や専門職者が同じ方向に歩んでいくべきものではないかと考える。

## 第 6 項 保健、医療、福祉の専門職者対象における教育組織の体制づくり

以上の考えをもとに、保健、医療、福祉の専門職者を対象とする組織のあり方について具体的に検討する。体制は施設により異なるが、どの施設でも、組織内においてそれぞれの役割を

担う者が誰なのかを互いに認識できるような体制を作り、役割や方向性を明確に示すことが必要になると考える。

まず、

「厚生労働省. 新人看護職員研修ガイドライン 2008」(online7)を参照し、教育体制におけるそれぞれの役割を明らかにする。

### **1. 保健、医療、福祉の専門職の研修対象者**

自立して個人の今後の目標を定め、主体的に研修に参加することが期待される。

### **2. 教育担当者**

教育担当者は、職員の教育方針に基づき、各部署で実施される研修の企画、運営を中心となって行う者であり、職員へ指導、評価を行う者とする。保健、医療、福祉の職員の模範となる臨床実践能力を持ち、チームリーダーとしての調整能力を有し、教育的役割を発揮できる者が望まれる。

### **3. 教育責任者**

教育責任者は、施設の教育方針に基づき、教育担当者、職員の研修プログラムの策定、企画及び運営に対する指導及び助言を行う者である。そして、教育責任者は、研修の企画・運営・実施・評価の全ての過程における責任者である。また、各部署の管理者や教育担当者と連携を図りつつ、教育担当者の支援を行い、部署間の調整も含め保健、医療、福祉の受講者や研修全体を把握する。他施設と連携し研修を実施する場合は、施設間連携の調整役となる。教育責任者は、研修計画、研修プログラムの策定において、さまざまな意見や課題を集約し、研修の結果を評価する能力や、研修の運営における問題解決及び施設の状況に合わせた新たな研修計画を策定していく能力が求められる。

### **4. プログラム企画・運営組織**

研修プログラムの策定、企画及び運営を行うための委員会などの組織であり、教育責任者の下に設置する。施設間や職種間の連携・調整を行い、最適な研修方法や研修内容について具体的に検討を行う。

保健、医療、福祉における教育の役割や方向性がぶれず、生活支援を構成できる支援者育成にむけた教育を行っていく。

## **第7項 保健、医療、福祉の専門職者を対象とする教育方法**

### **1. 教育方法**

#### **1) 方法の適切な組合せ**

保健、医療、福祉の専門職者の研修対象者に活用可能な教育方法の一例を、Table4.5 に示す。現場での教育、集合研修、自己学習を適切な形で組み合わせることで学習機能が向上するともいわれる。講義形式のものに関しては、通信教育やeラーニング研修などのITを活用した方法も取り入れることが望ましい。例えば、医療安全の研修では、eラーニングで自己学習

をした後に、シミュレーションに参加し訓練した後に、実際に臨床の場において実地指導者とともに手順に沿って実施する。そして、実施後にチェックリストを用いて、振り返るなどの方法が新人看護教育研修ガイドライン 2008 年で紹介されている (Table4. 3)。

Table4. 3 教育方法の例

名称	手法・適用など
講義	ルールを先に教える方法。抽象的な概念（例えば医療・看護倫理、脳卒中高齢者の権利・擁護等）や知識を教授する時に、初めて学習するような場合は、まず原理原則を説明する
映像を活用した指導法	時間や場所などの制約下において、臨床現場にできるだけ近い状態をイメージすることができる。技術学習(例えば脳卒中高齢者とのコミュニケーション、面接技法等)に適している
演習	脳卒中高齢者のアセスメント、状況に基づく判断、脳卒中高齢者の個別性を重視した対応等を学ぶ際に必要とされる技能の学習などに適している
ロールプレイ	参加型・体験型学習形態のひとつ。学習者がある人物になりきり、その役割・演技を通して、脳卒中高齢者や家族に起こった出来事など、状況を設定して自らが演じることによって、相手の理解を深めることができる。また、対応やコミュニケーション技術の修得に活用できる。
シミュレーション	模擬体験であり、現実想定される条件をとり入れて実際に近い状況を作り出し、その状況について学習する。例えば、緊急時の対応などの状況設定をしたトレーニングや侵襲的技術の学習に適している。この際の脳卒中高齢者の心理面についても学習する。
習熟度別指導	学習者の習熟度に合わせて行う指導法。情報リテラシー等、知識や経験の差が生じやすい内容に適している。

(厚生労働省.新人看護教育研修ガイドライン2008年を一部改変,筆者作成)

## 2) 研修の展開

(1) 肯定的関心を含む基本姿勢と態度に関する研修に早期に取り組む。そして、脳卒中高齢者の自由の選択やナース・コーリングに関する事例検討等を通して、保健、医療、福祉の専門職としての基本的な考え方を確認する。

(2) バイタルサインの観察等、援助の基本となる能力については、医療機器の数値にのみ頼って脳卒中高齢者の状態を判断するのではなく、実際に脳卒中高齢者に触れるなど、五感を用いながら脳卒中高齢者の望みや願いを尋ねることも含め、状態を把握し判断する能力を養う。

(3) 指導に当たり、単に新しい知識・技術を提供するにとどまらず、受講者自ら、脳卒中高齢者に必要なケアを考え判断する能力を養えるよう指導する。

(4) 保健、医療、福祉の専門職者は、複数の利用者を受け持ちながら、決められた時間内で優先度を判断し、安全にケアを提供する必要がある。そのため、研修や講義では個々の知識や技術の習得だけでなく、優先順位を考えながら実践するための能力を段階的に身につけられるように指導する。

(5) 研修責任者は、受講者の職場適応の状況を十分に把握すると同時に、受講者の精神的な支援のできる専門家によって、受講者や関連するスタッフの支援体制を整備することが望ましい。適宜、集合研修の後などに、保健、医療、福祉の専門職者同士が定期的に交流できる場を

設けるなど、研修の中にケア実践の振り返りや日常生活リズムの把握等の精神的支援（肯定的関心をもった関わり）の方策を含んでいることが望ましい。

### 3) 研修評価

#### (1) 評価の考え方

受講者の評価は、その場で振り返りの場面を作ると共に習得したことの確認をする。また、フィードバックを行い、各々の専門職者が不足している専門職的自律性や肯定的関心の能力が向上し、自信を持ってケアを行うものである。評価者は、受講者と一緒に考え、励ます姿勢で評価を行う。

#### (2) 評価時期

到達目標は、1年間で到達するものとするが、各部署の特性、優先度に応じて評価内容と到達時期を具体的に設定する。評価時期は、受講後1か月、3か月、6か月、1年を目安とする。本研究においては、本研究の研究協力者においては、当初の教育プログラムの効果は得られたが、初めの三回までの評価の調査は実施できたが、その後の状況把握には至っていない。このことから、研修の効果の継続が得られたのかは、判断しがたい。このことから、初回の1年目は、効果をきちんと把握することで翌年へとつなげていくことができると考える。

#### (3) 評価方法

- ①評価は、自己評価に加え、教育担当者による他者評価を取り入れる。
- ②評価には、到達目標に関するチェックリストなどの評価表(自己評価及び他者評価)を用いることとし、総合的な評価を行うに当たっては面談等も適宜取り入れる。
- ③評価は、その時にできない事を次にできるようにするためのものであり、例えば緊急時の実践判断能力の向上を目指したフィードバックを行う。これは、緊急時の対応の仕方ができたか、できなかったかのみを評価するのではなく、次の行為につながるようにできたことを褒め、強みを確認し励ますような評価を行う。
- ④総括的評価は、教育担当者又は各部署の所属長等が行う。また、受講者が研修修了時、所属部署や施設単位で修了証を発行する等の方法もある。

### 4) 研修ファイルの活用

保健、医療、福祉の専門職者が自らの目標を持ち、獲得した能力や成果を蓄積するために、ポートフォリオやパーソナルファイルと呼ばれる研修ファイルの利用が効果的であるとされることから、強制ではないが、受講者に紹介する。研修ファイルは、

- (1) 保健、医療、福祉の各専門職者の成長記録として利用できる
  - (2) 経験の蓄積を可視化することができる
  - (3) 研修ファイルを介して他者へ経験を伝える手段になる
- 等の特徴がある。

研修ファイルは、継続教育の記録としても利用でき、また所属部署や医療機関が変わっても利用できることを伝える。研修ファイルに記載する内容としては、例えば、初めのページに

「将来目指すもの」「今年度目指すもの」「そのためのプラン」等を記載し、目標を常に確認することができる。研修での資料や記録をはさみ込めるようにしておくことで、記載の負担なく経験を蓄積できる。一定期間後、「実施したこと・分かったこと・考えたこと・成長したこと」や「他者からのコメント」を記載してもらうことで、成長の振り返りを行うことができる。

## 5) 研修計画、研修体制等の評価

研修責任者等は、受講者、教育担当者の研修終了時の評価だけではなく、研修終了後、実践の場での事後評価を行い、その結果を踏まえて研修の内容や方法について見直し、研修計画の修正や翌年の研修計画の策定に役立てる。

### (1) 研修終了時の評価

研修終了時の評価は、研修の評価として研修プログラムの妥当性や適切性を確認し、研修プログラムの目標の達成度を判断するものである。基本的に評価は、研修に関わるすべての人が評価対象になる。

- ①研修における目標、内容、方法、研修体制、講師、教材の適切さ、研修の開催時期、時間、場所、評価時期、経費の適切さなどの研修の企画・運営の評価
- ②受講者の到達目標の達成度
- ③受講者の研修達成感や満足度の評価

### (2) 研修終了後、実践の場での事後評価

研修の成果として実務における役割遂行の状況进行评估する。

- ①研修内容について、その重要性及び実用性、さらに深めたかった内容、研修内容にはなかったが新たに持ち上げて欲しい内容など研修の企画・運営の評価
- ②自己評価・他者評価による成果の評価
- ③専門職者の事後評価と関連付けて、実地指導者または教育担当者の育成や施設の研修体制の評価

### (3) 評価の活用

保健、医療、福祉の専門職者の研修は、各医療機関の理念に基づき設計される。研修の評価を通じて、研修の理念、基本方針が適切であったか、各機関の目標達成に貢献しているかなどを評価し、組織運営にフィードバックすることにより活用する。

以上のように、保健医療福祉学の考え方に沿って教育体制や教育内容等の構築することを提案する。これにより、保健、医療、福祉の専門職者の自律性等の向上にもつながり、教育効果が一層、高まることを期待する。

## 第2節 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉学的視点をふまえた人材育成のためのプログラム開発

脳卒中高齢者の思いや願いが専門職者に届き、脳卒中高齢者に対して肯定的関心をもった関わりができるような人材育成を目指す。一方で、「脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支援したい」、「保健、医療、福祉のつながりがなかなか持てない」、「正しい情報がなかなか地域に浸透しない」、「教育を行いたい、手段や経済的な面で問題がある」等といった各専門職者同士の思いや願いが可能でないことに対し、保健、医療、福祉の各専門職の相互間における肯定的関心が可能な人材育成をめざすことを視野においた(Figure4.2)。

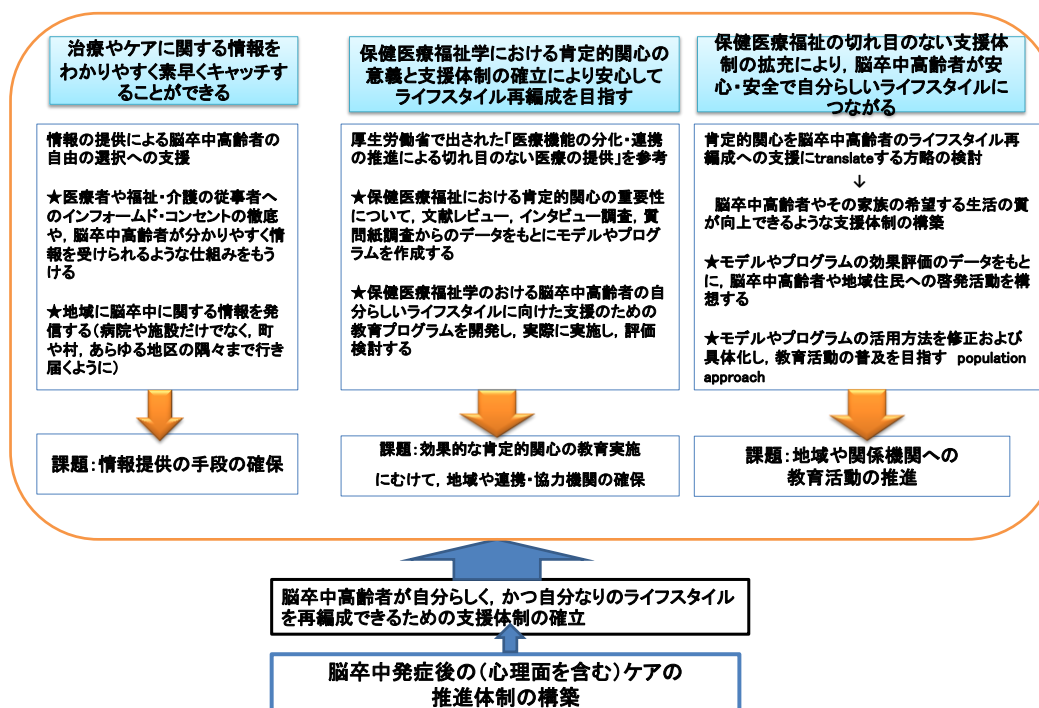


Figure4.2 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える支援者育成のための方向性 (出典：筆者作成)

### 第1項 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に向けて、保健、医療、福祉の肯定的関心を可能とするためのプログラム構築

脳卒中高齢者や家族は、大きく分けて「治療やケアに関する情報を分かりやすく受けることができる」、「安全で安心をもって自ら望むライフスタイル再編成を目指して療養できる」、「地域差なく、均一的な支援が受けられる」の3点を要望していた。このことから、「情報提供の手段の確保」、「地域連携の発信元や連携・協力機関の確保」、「地域や関係機関への教育活動の推進」を課題に取り入れ、手段的方法の核を肯定的関心に据えた、プログラムを作成していくこととした。

教育プログラムの実施前後、実施後1か月の参加者の自己評価表を基に、プログラム前後の連携教育の効果を検証することにした。本研究は、【肯定的関心】という用語を用いて、脳卒中高齢者の思いを受け止めることの重要性や意義をさまざまな職種に伝え、またそこから地域に発信することで、さらに脳卒中高齢者の心理的問題の解決の糸口を目指している。相手の

思いをありのまま受け止められる実感を持つことで、本人たちが次へのステップへと踏み出そうとする意欲を高め、自由の選択へとつながる。その結果、脳卒中高齢者や支援者側の専門職者に思いがけない化学反応が起こり、新しい物質ができあがることも期待できる。また、行き詰った時にも現状を打破し、変革することも可能であると考える。

### 第3節 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成にむけた人材育成における教育の検討

本研究のモデル地区として名乗りを上げていただいた B 町の特性を把握した上で、B 町の特性を活かした教育プログラムを作製し、実際に効果を確認することとしたい。

#### 第1項 モデル地区（B 町）の特性

##### 1. B 町の特性

B 町の町勢要覧資料編によると人口は、2014 年、人口 16,473 名（男性 7,905 名、女性 8,568 名）であった。高齢化率は、2013 年で 33.2%（15,902 名）と超高齢社会を示すデータであった。2014 年度高齢者支援のためのシステム構築事業として、「家族・地域との安心連絡体制整備のための宅内通信機器<sup>8</sup>の導入」が行われていた。高齢者にとっては初めてのことにある宅内通信機器については、繰り返しの説明でもうまく使いこなせず、家族も困惑してしまうことが多かった（本節第8項インタビュー結果より）。また、B 町では積極的に町の高齢化への取り組みに励んでおり、『A 県高齢化等集落対策協議会』や『はつらつ高齢者輝き県民会議』、『認知症対策に関する取組』等が行われていた。

##### 2. B 町で実施された高齢者福祉計画のためのアンケート調査の検討

この調査は、平成 24 年度から 26 年度を計画期間とする「B 町高齢者福祉計画・第 5 期介護保険事業計画」を策定するにあたり、「町民の日常生活の状況、身体状況、健康づくりに対する意識、福祉・介護保険事業に関する意見」というアンケート調査から、計画づくりの参考資料とし活用するために実施されていた。調査対象は、B 町に住む 65 歳以上の高齢者で、年齢、性別、居住地区、要支援・要介護認定状況等の構成比を考慮し、層化無作為抽出法により対象者を抽出し、有効回答数は 806 件であった。この調査結果のうち、本研究に関連する項目に関する内容に着目した。調査対象者の主観的健康観では、健康ではないと感じている者が 30.8%存在していた。治療中の病気として、最も多く挙げられていたのは高血圧が 38.3%で、その他の脳卒中と関連するものとして、心臓病、糖尿病、高脂血症があがった。また高血圧や骨粗鬆症、関節症、目の疾患などの治療を 78.4%の方が行っていた。

Table4.4 地域包括支援センターの認知度

自宅で家族介護を中心とした生活をしたい	22.8%
自宅で家族介護や在宅介護サービスを利用しながら、いずれは施設に入所して(入所させて)生活をしたい	21.7%
自宅で在宅介護サービスの利用を中心とした生活をしたい	10.5%

(B 町のアンケート調査に基づいて筆者作成)

<sup>8</sup>高齢者世帯、ひとり暮らし、障害のある方の自宅にネットワーク機器（宅内通信機器）を取り付けることで、緊急通報サービスや見守り（安否確認）等の対応がされる。B 町では、2013 年 9 月より、このシステムを取り入れ稼働開始となった。

地域包括支援センターの認知度については、7割以上の方が地域包括支援センターについて十分な理解には至ってなかった（Table4.4）。厚生労働省の調べ（2013）（厚生労働省,online3）でも、他の公的相談機関に比べ、地域包括支援センターの認知度が約3割弱と低い状況にあり、この地区のデータは、国との結果と全 Table4.5 障害を抱えた場合の生活の場について 体と同じデータを示していた。本来、地域包括支援センターは町の中核になって、コーディネートしていくべきところ、認知度が低いことから、地域住民が相談したい能性がことや施設・病院・役場などそれぞれの機能をまとめるといったことが滞ってしまっていた可ある。脳卒中高齢者が地域で安心して暮らせるための支援として、できれば他者にお世話になりたくないという理由で、自宅での療養を半数以上の高齢者が望んでいた（Table4.5）。脳卒中高齢者が住み慣れた自宅や環境で、その人らしく生きていくための支援を家族と共に希望していることが予想された。今後、在宅において、重度の要介護者、独居や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者がそれぞれ増加していくことを踏まえると、通常の訪問介護や通所介護等の普及に加え、利用者の日常生活全般を支えるため、毎日必要に応じて複数回利用者 と接することが可能なサービスや生活支援サービスの普及が必要だと考えられていた（厚生労働省、チーム医療推進方策ワーキンググループ,2011）。

どこにあるか知っており、実際に利用したことがある	13.0%
どこにあるか知ってはいるが利用したことがない	27.4%
聞いたことはあるが、どこにあるかなど具体的なことは知らない	24.4%
全く知らない	22.8%

（B 町のアンケート調査に基づいて筆者作成）

また、これを実現するための適切なケアマネジメントの普及が必要であった。在宅サービスに関しては、①個々の事業所単位だけではなく、広く事業所間で連携し事業運営できる仕組みの構築、②地域で不足している看護職員等の人材を柔軟に配置できるような連携体制の構築、③介護事業者が地域における生活支援サービスに積極的に取り組むことができる体制の構築、という方向で検討し、地域における人材の確保や包括的な支援体制の整備を進めていた。このような動きと、地域住民の願いには差はないが、早期解決にはまだ至っていない状況が把握できた。また、B 町の要支援認定者について、生活機能項目別のリスク該当者割合を国の「要支援認定者」の数値と比較すると、「閉じこもり」と「認知機能」の項目において、国の水準よりもリスク該当者割合が高くなっていた。B 町の要支援認定者については、日常生活動作（以下、ADL）の評価項目別の自立者の割合を国の「要支援認定者」の数値との比較では、10 項目中、「食事」「移動」「入浴」「歩行」「階段昇降」「着替え」の6項目では国の数値を上回り、「整容」「トイレ」「排便」「排尿」については、国の水準よりも低かった。B 町の要介護認定者について、ADL の評価項目別の自立者の割合を国の「要介護認定者」の数値と比較すると、すべての項目で国の数値を下回っていた。

ADL の中でも、比較的早い時期に排泄関連については低下することが分かる（国の値は厚生労働省老健局「日常生活圏域ニーズ調査モデル事業・結果報告書」（2010）を参考）。

本研究で求める専門職の人材像では、A 県の都心部のみならず、過疎地であったり、情報が行き届かなかったり、取り組みがなかなかできずにいる等のような地区においても、平等に脳卒中問題やその後のケア、引いてはライフスタイルを再編成していこうとする高齢者を温かく見守り、時には支援していくことが大切になってくると考える。そのためには国の動きと B 町 の特性を取り入れた教育プログラムを作製し、さらに、一般化、プログラム化することを目指すしていく。



## 第2項 効果的な教育プログラムの検討と実施

本教育プログラムは、資料7の授業案をB町の教育担当者に提示し、B町の特性に合い、かつ、脳卒中高齢者に必要だと判断したものを教育担当者と抜粋し、保健医療福祉学の講義として組み立てをした。プログラム内容はTable4.6の通りである。

講義1回目は、脳卒中高齢者の取り巻く物・人などさまざまな視点から解説し、さらに町の特性についても講義の中でふれるようにした。講義はパワーポイントを用い、同時に資料を渡し、短い研修時間を有効に使えるように、また講義の不足分を資料で補えるように配慮した。

Table4.6 教育プログラムの内容

(2014年5月16日, 23日実施)

### 実際に行った教育プログラムの一例

1) 講義時間: 1回目90分, 2回目120分  
2) 講義内容  
[1回目]  
〈講義1〉脳卒中とは、障害をもつということ、ライフスタイルとは、保健医療福祉がつながる(連携)ためには脳梗塞の事例紹介  
[2回目]  
〈講義1〉保健医療福祉がつながる(連携)ことの重要性の確認  
〈演習1〉自分の仕事の特殊性について他者に伝える。1名30秒。全員終了後、看護六法や正式に述べられている各専門職の職務義務等について配布し、自分の素人の特殊性を他者に伝えることができていたかシェアリングする  
〈演習2〉喪失体験学習。その後自己の抱いた感情をグループ討議、全体シェアリングする  
〈講義2〉脳卒中高齢者への肯定的関心を示す姿勢とは  
〈演習3〉脳梗塞の事例からみた、脳卒中高齢者の心理面をサポートしていくためにはどうすればよいか。保健医療福祉の観点から紙面ロールプレイを行う  
\* 演習は1グループ6〜7名で、様々な職種のメンバーとした  
\* 本講義の前後に、医師や各専門職においての脳卒中に関する講義やリハビリテーションについての講義を行った

## 1. 研修内容について（教育プログラム）

### 1) 初回研修1回目

{講義形式} (具体的内容は資料参照)

- (1) 脳卒中とは
- (2) 障害をもつということ（血管性うつ病、アパシー、心理的ダメージ）
- (3) ライフスタイルとは
- (4) ライフスタイル再編成を支えていくこと、ナース・コーリング、肯定的関心の説明
- (5) 脳梗塞の事例紹介

脳梗塞発症から退院するまでの脳梗塞高齢者のVTRを鑑賞する。これにより、どのような日常生活を送り、なぜ発症したのか、どういう気質の高齢者であり、入院後どういうことが起こり得るか等をイメージしたり、メモをしておいてもらう。実際にこの事例を使ってグループワークをしてもらうのは次回とする。そのため、次回の研修まで、この事例にはどのような専門職者がどのような時に関わるべきかをイメージできるように説明する。

[演習形式] 脳卒中高齢者が抱く10のカテゴリーの紹介、10のカテゴリーについてどのように考えたか、ナース・コーリングに気づける自分がいたのか、肯定的関心をもって関わる事ができたのか、グループで討議後、シェアリングする。

## 2) 研修2回目（具体的内容は資料8参照）

**{講義形式1}** 保健，医療，福祉の‘つながる(連携)’ことの重要性とは

脳卒中高齢者のナース・コーリングだけでなく，同僚，後輩，他職種等が発信している心の声をキャッチできる，肯定的関心の有能性について説明する．

**{講義形式2}** 脳卒中高齢者への肯定的関心を示す姿勢とは

**[演習形式1]**ここでの注目すべきところは，専門職間において肯定的関心をもつことの重要性を学ぶことにある．そのために自分の仕事の特殊性について他者に伝え理解し合う．全員終了後，看護六法や正式に述べられている各職種の職務義務について配布し，自分の仕事の特殊性を述べられていたのかをグループ討議する．

**[演習形式2]**喪失体験学習

この体験学習は，高齢者や障害をもつということはどういうことなのかを，看護学生が理解できるように筆者が考案したもので，15年以上前から老年看護教育の中で実施しているものである．入学して極めて早い段階で実施していることから，高齢者理解が深まり，授業評価においても高い評価を得ている．本講義においては，年齢の高い方，脳卒中ケアの経験が長い方もおり，これまでの経験の中で，患者との別れ，家族との別れ等，何らかの喪失体験を持っている方もいると仮定し，慎重に対応した．ここでは脳卒中高齢者の喪失することでの悲しみ，苦しみ，辛さ等の理解を深め，その思いに気づき，その思いを素早くありのまま肯定的関心をもって受け止める人材育成を目指している．

**[演習3]**紙上ロールプレイの演習：脳梗塞の事例からみた，脳卒中高齢者の心理面をサポートしていくためにはどうすればよいか．保健，医療，福祉の観点から取り組む．

専門職者が肯定的関心を深めるため，紙上ロールプレイを実際に体験する参加型形式が有効であると考えた．研修は，最初の段階で目的や言葉の説明などを行う「導入」と，紙上ロールプレイの進め方の説明を行った参加型の研修として，実際に紙上ロールプレイを体験する

「演習」を行った．小グループとなり，資料に沿って研修を進めた．事例の問題点の確認をし，最後に同じような場面がこれまでなかったか，事例が他にどんな場面で使えるか等をグループ内で話し合った．そこでの意見をグループ全体でシェアリングした．このことで，問題場面で専門職者同士の多様な経験や考えが分かり，肯定的関心を高めることに有効であったと考える．

紙上ロールプレイの演習資料は，次の通りである．

(1) 言葉の説明について講義の中で肯定的関心の意味について説明していることから，再度言葉で確認をした．次に，ロールプレイの意義や方法等の説明により，この演習の意義と有効性を理解してもらい，研修意欲が高まるように努めた．

(2) 問題点と改善の方向性について 問題場面で専門職者がどのような言動をとったらいいか困ってしまう背景には，脳卒中高齢者や周りの専門職者の対応のまずさや，専門職者自身に問題がある等，多様なものがあることを考えてもらった．講師はどのような問題場面で

も瞬時に想像力を働かせ、専門職の気持ちを理解することが必要であり、また問題場面では関わりが大切だということを認識できるように努めた。この瞬時の理解力を高めるためには、多様な問題点を考える力を研修会などで訓練する必要があると考えた。研修会資料の中に脳卒中高齢者、専門職者、脳卒中高齢者の周りの人々等の多様な問題点を考えてもらった。紙面上でのロールプレイをすることで、脳卒中高齢者の気持ちを疑似体験することができていた。それは脳卒中高齢者を始めとする登場人物の現状を批判や評価をせずにありのまま受け止めようとする意識をもち、そしてどんな対応をしたらよいのかを想像し、肯定的関心に基づいた対応を見出すことにつながっていたと感じた。しかし、グループによっては、肯定的関心に基づいた対応が考えつかない場合もあった。これに対し、研修会資料に改善の方向性と改善の例を示す必要も考えた。

(3) 紙上ロールプレイのシートについて 紙上ロールプレイのシートは模造紙とポストイット、登場人物の絵を切り抜いたものを用意し、紙上で自由にロールプレイができるようにした。登場人物の気持ちを考える場合に、声にならない声を考えることが重要であることを随時説明した。

(4) シートの系統性について ロールプレイシートに肯定的関心を示す言動や発話等を記してもらい、この中で脳卒中高齢者と専門職者の関係、専門職者同士の関係、うつや不安症状等を示す脳卒中高齢者、アパシーになりやすい脳卒中高齢者、突然問題場面に遭遇したものに分けて肯定絵的関心を考えてもらった。この5場面に難易度をつけ、どんな場面かを示すことで、どの場面にそのグループが焦点をあてた演習を行うかを選ぶ目安となると考えた。これにより、一層、肯定的関心の態度が養われると考えた。

### 第3項 効果の検証、評価の方法

#### 1. 研修参加に対する自己評価表による効果判定

人材育成のための研修開始前、1回目の講義後、2回目の講義後に、自己評価調査票を用いて、受講者の心の変化、参加者の意識や態度を評価した。評価内容は、次の6つの大項目、合計30項目とした。

- 1) 連携・協働の必要性の理解
- 2) 各自の専門的な知識・技術・態度の活用
- 3) 各自の専門職との共通性の理解
- 4) 肯定的関心の技術習得
- 5) 地域の特性や利用者のニーズの理解
- 6) 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に関する理解

これは、埼玉県立大学(2010)が考案した「多職種連携演習の自己評価項目」1)から3)、5)に、さらに4)を追加したものである。各項目は、「できる」「ややできる」「あまりできない」「できない」の4件法での評価とした。

## 2. 研修後の脳卒中に関わる地域住民に対するインタビュー調査による研修の効果の検証

脳卒中に関する地域住民に対する半構造的面接法によるインタビュー内容から、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える人材育成のための教育の効果を明らかにする質的帰納的研究を行った。

### 第4項 研修参加に対する自己評価表による検証

#### 1. 対象の属性

研修参加者は、町の中核である役場、C 病院から情報を発信してもらう形で公募した。これは、情報を必要な人員に配信できることを期待してのことであった。この効果として、病院、診療所、調剤薬局、施設、市町村役場などに勤務する 78 名の参加者が集まった (Table4.7)。

Table4.7 研修参加者の基本属性 n=78

年代	20歳代	20%			
	30歳代	30%			
	40歳代	30%			
	50歳代	20%			
	60歳以上	0%			
性別	男性	25%	女性	75%	
医師	1名	理学療法士 6名	看護補助者 10名	看護師39名	薬剤師3名
管理栄養士	1名	保健師 2名	ケースワーカー 1名	ケアマネージャー1名	
介護士	6名	訪問看護師 4名	事務系	2名	
勤務場所	病院	診療所	調剤薬局	老健施設	市町村役場
	ディサービスセンター	地域包括支援センター	グループホーム		
脳卒中経験 長期間の経験は全員なし(脳卒中関連は隣町の病院に搬送してもらい、現状では受け入れていない)					

## 2. 結果

研修の事前に文書と口頭で研究の主旨を説明し、評価表には職種、氏名等の記載がないことを条件に、100%の参加者に賛同してもらった。78 名の評価表のうち、有効な評価表は 49 部 (62.82%) であった。参加者はその道のプロで思い入れが強く、また成人であるため、参加者それぞれの尊厳を守りながら、学習の理解度や各職種の共通認識が高まる教育プログラムとした。参加者に応じた教育プログラムは、参加者が講義を真剣に受けるだけでなく、二回目の研修への参加にもつながり、更なる講義及び演習に対して真摯に取り組んでいた。

脳卒中高齢者のライフスタイルの再編成を支援するためには、保健、医療、福祉が共に脳卒中高齢者の心の声であるナース・コーリングを見つけ出していく。そして、専門職者が思いをありのまま受け止め、共に前進していく肯定的関心の技を身につける教育では、「他部門との連絡調整を以前に比べて、真剣に取り組むようになった」や「脳卒中高齢者に対して意識して関わるようになった」「脳卒中高齢者の心の声とつながることが大切だと日々感じる」等のように、受講者の思考に変化をもたらせ、意識付けできたと判断できる。

### 3. 研修終了前後の自己評価表による効果の比較

回収された自己評価表を用いて、教育プログラムが効果的であったのか、教育研究協力地区での教育プログラムとしての有効性について検証した。受講者 49 名の各 6 項目の変化を捉えたものが Table4.8, Table 4.9, Figure4.3～4.7にある。

これらの特徴としては、平均値 (Table4.7) では、各評価項目において、研修前後に変化はみられ、研修終了後には得点が上昇していた。

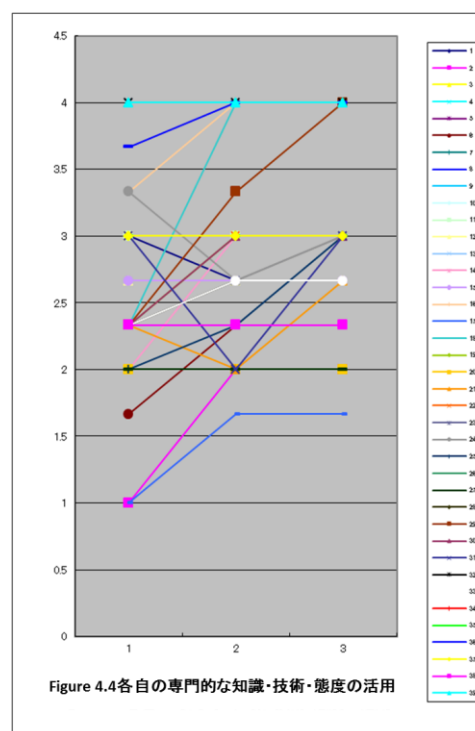
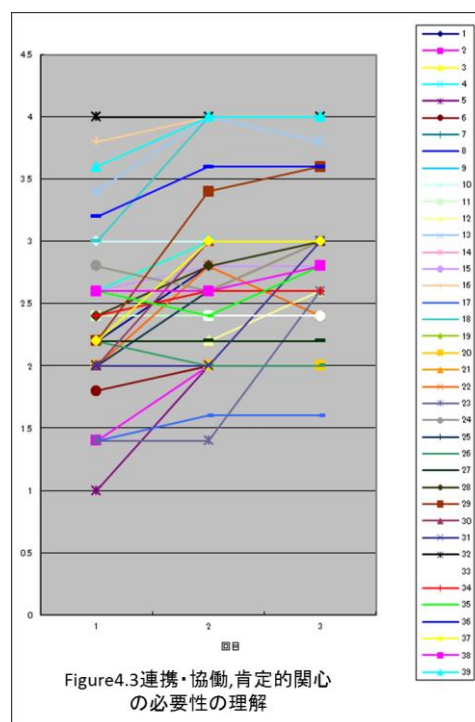
また、各評価項目をみた時 (Figure4.3～4.7) , 「専門的な知識・技術・態度の活用」「地域の特性や利用者のニーズの理解」「脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に関する理解」では、ばらつきがみられていたが、教育内容が右下がりの図ではなく、平行か右上がりであった。

#### 1) 各専門職種が連携・協働しながら肯定的関心をもって支援することの必要性の理解 (Figure4.3)

自己評価では、2～3に密集しており、研修を受け、「つながることの意義がわかった」「つながることは必要だとわかっていても、なかなか動かない難しい現状」のような、理解から行動に移るまでには時間や組織などの変化がないとつながっていかないとといった反応もみられていた。しかし「脳卒中高齢者の心を見つけるためには他専門職の見解も重要であり、それには連携、協働は重要であり、専門職者にアプローチしやすい気持ちになった」「脳卒中高齢者ともつながることは心も態度でも素直に示しやすいと感じた」のように、脳卒中高齢者の思いを知りたいという意識がもて、脳卒中高齢者の心理面への理解することの意義、肯定的関心の必要性を理解し、自身の行動や言動にも影響していったと考えられる例もあった。

#### 2) 各自の専門的な知識・技術・態度の活用 (Figure4.4)

受講者の自己評価としては、ばらつきがみられ、これは各々の取得している資格が異なることに合わせ、年齢、経験年数、役職等も異なり、専門職性や専門職的自律性の点からも Figure4.5 のような結果となった。本研修を参加し、「講義内容が理解できた」、「ライフスタイル、そのものを理解できていなかった」、「自分のライフスタイルを考えてみて、



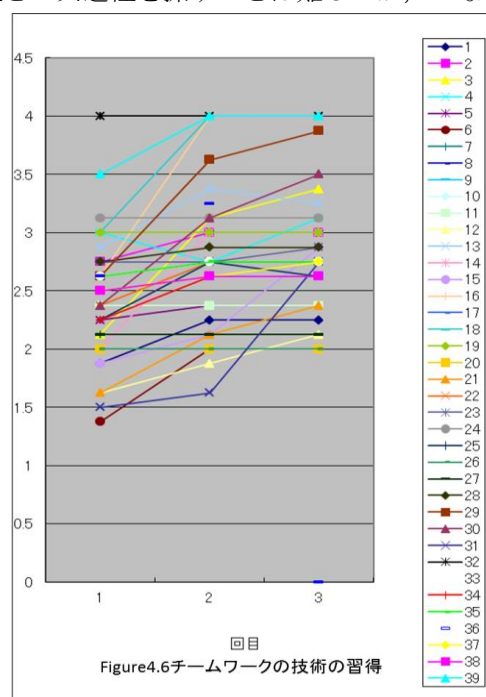
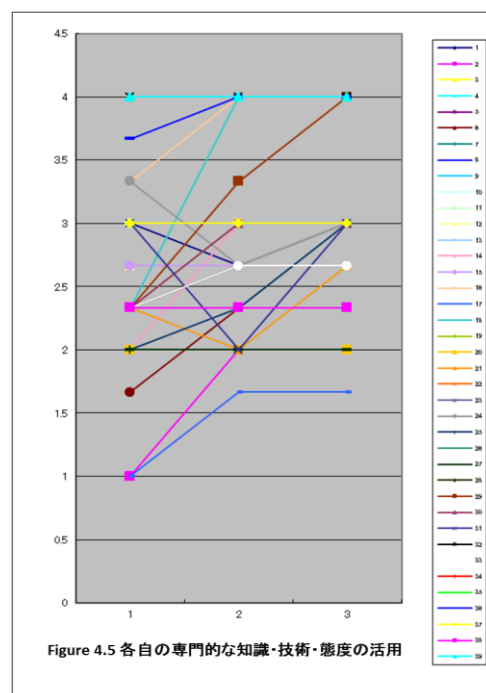
脳卒中の方が自分なりのライフスタイルを変えなければならないことへの意識がなかなか向いてなかった」, 「脳卒中高齢者のライフスタイルを支えていかなければならないと改めて考えさせられた」「肯定的関心の意図するものが分かったような気がする」「肯定的関心ができるように明日から頑張る」のような思いから, 研修後の知識・技術・態度の3面に対し, 向上を目指そうという意思がみられた。

### 3) 各自の専門性と他の専門職との共通性の理解 (Figure4. 5)

自己評価としては, 2~3の間に密集した得点であり, 研修終了後, 若干でも他職種の専門職性や専門職的自律性への理解, 他職種と共有することができていた。受講者は, 「他職種を意識した学習は体験したことがなかった」「他の職種の専門職性を初めて知って相手を理解しやすくなった」「自分の職種との共通性を探すことは難しいが, つながっていくためには必要なこと」のような意識の変化につながっていた。

### 4) チームワークの技術習得 (Figure4. 6)

自己評価としては, 1.5~3.5 に密集した得点ではあり, 研修前と比較すると右上がりの評価ではあるが, 数日間のみの研修では, 各々の理解力を深めるには不十分な結果であった。「チームワークは必要だと認識していたが, 看護の現場のみだった」「自分の勤めが全うできれば良いと思っていたのが恥ずかしい」という思いがみられていた。しかし, 「チームワークは心がつながっていたらできると思う」「チームワークはお互いを信頼しているとできる」のように, チーム形成の意義を理解したと捉えることのできる記述もあった。「職場に戻ったら, 職場の中だけにとどめず, 外の施設とのなかりを大切にし, チームワークを図っていきたい」「チームを意識した行動をとりたい」のような意気込みを表明する参加者もみられた。

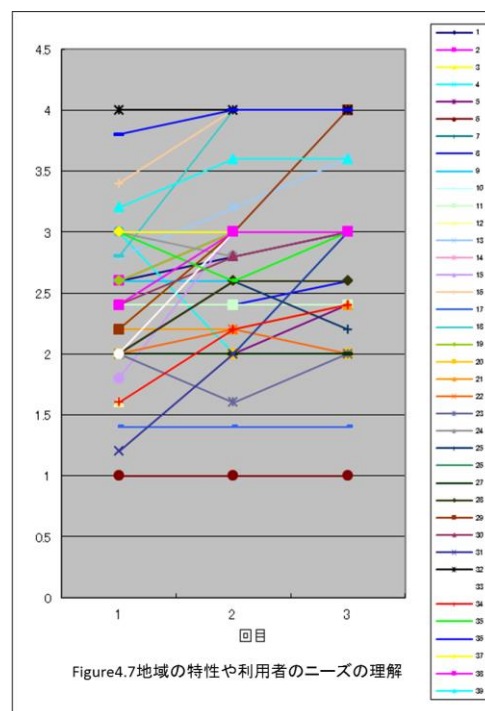


## 5) 地域の特性や利用者のニーズの理解 (Figure4. 7)

自己評価ではばらつきがみられるが、2～3で若干密集していた。地域の理解は研修前と比較し、大きな変化はみられなかった。受講者は「地元のことはわかっているつもり」「病院や町でもみんな顔見知り」「わからないことは年寄りに聴けば大概わかる」のように、町を理解している反応を示していた。しかし、モデル地区B町の調査された人口統計やアンケート調査結果を提示しながらの学習では、「町のことをわかっていたつもりだったが、本当は‘つもり’で終わっていた」、

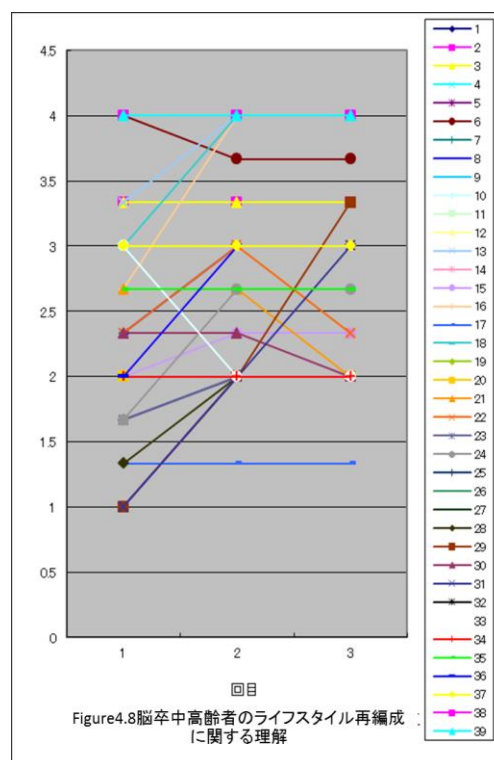
「意外に自分の生まれて住んでいる町のことは知らないもの」、

「脳卒中への取り組みが考えられていることを初めて知った」のような新たな発見に接し、自らを反省し、気持ちの変化がみられた。



## 6) 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に関する理解 (Figure4. 8)

自己評価にはばらつきがみられ、ライフスタイルの再編成に対し、講義前では「イメージでしかない」「どのような対応が妥当なのか」「それぞれによってライフスタイルは違うものだから同じ対応ではだめなのでは」といった記述がみられていた。脳卒中高齢者の思いや願いを理解してもらうため、第3章第1節で抽出された10のカテゴリーやコアカテゴリーを紹介し、それに対しての各メンバーの考え等をグループで討議してもらうことで、「指示されて動かなければならない脳卒中の方々は、苦渋の選択をしている」「もっと気づいてあげられたら、申し訳ないことをした」「敬いながら対応していたつもりで、私たちの自己満足だったのかもしれない」「心の叫びをナースコールで伝えていた」等の意見があがった。また受講者より、心のダメージがあると、その修復に時間を要し、自分らしいライフスタイルの編成にも時間を要してしまうことについての意見もみられた。これまで意識せずに用いていた用語に対し、その用語の意味について学習することで、当初は脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支えることの重圧感や不安、困惑などの思いを抱えていたが、学習の進度に合わせてそういった思いが緩和され、1か月後の評価では、「ライ





フスタイル再編成を意識した脳卒中の方のケアを心がけたい」「意識した関わりをしたい」「もっと深くライフスタイルを考えていきたい」とような心の変化がみられていた。

Table4.8 研修前中後の統計量 n=49

	平均値(標準偏差)		
	前	中	後
連携・協働の必要性の理解	2.42 (SD0.65)	2.70 (SD0.69)	2.84 (SD0.61)
専門的な知識・技術・態度の活用	2.64 (SD0.70)	2.81 (SD0.66)	2.95 (SD0.63)
専門職との共通性の理解	2.28 (SD0.58)	2.65 (SD0.71)	2.76 (SD0.67)
チームワークの技術習得	2.44 (SD0.55)	2.77 (SD0.63)	2.85 (SD0.75)
地域の特性や利用者のニーズの理解	2.35 (SD0.65)	2.71 (SD0.69)	2.77 (SD0.72)
脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に関する理解	2.38 (SD0.83)	2.65 (SD0.76)	2.63 (SD0.77)

Table4.9 研修の効果の前後の比較 n=49

	研修前と研修終了直後		研修終了直後と1か月後	
	平均値の差	P値	平均値の差	P値
連携・協働の必要性の理解	-1.385	0.001	-0.769	0.005
各自の専門的な知識・技術・態度の活用	-0.615	0.012	-0.308	0.012
各自の専門性との他の専門職との共通性の理解	-2.282	0.001	-0.769	0.009
チームワークの技術の習得	-2.718	0.001	-0.769	0.014
地域の特性や利用者のニーズの理解	-1.564	0.001	-0.692	0.006
脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に関する理解	-0.974	0.001	-0.051	0.736

#### 4. 考察

##### 1) 保健医療福祉学における脳卒中高齢者の心理面に関する研修（教育）の効果

保健医療福祉学は、保健、医療、福祉の共通の目的である Well Being を実現するため、各々の学問的立場からのアプローチにとどまらず、これらを統合させた形での取り組みの理論・方法論を科学として、さらにそれを具体化する手段・技法を実践として探求することを目的としている。一般的に用いられている専門職連携教育(Interprofessional Education, 以下 IPE)の定義(酒井, 2014)は、「2つ以上の専門職の学生が、効果的な協働を可能にし、医療効果を改善するためとともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」である。このことを参考にした研修内容とし、学習を進めていくことが必要であった。この研修成果が、各施設や病院内だけで反映されるだけでなく、地域にも還元できることが最大の目的となる。この研修が効果的に行われるためには、さまざまな専門職が集まり、共に学習していくことが前提になる。

地域の活性化のために保健、医療、福祉の連携は重要であることは言うまでもないが、本研究では町の中核となる役場に対してアプローチし、そこを拠点に地区全体に教育の必要性を発信してもらうことで、より多くの受講者が得られたと考えられる。受講生 78 名の評価表のうち、有効な評価表は 49 部 (62.82%) であった。受講者はその道のプロで思い入れが強く、また成人であるため、受講者それぞれの尊厳に配慮しつつ、理解度が深まる教育プログラムとした。



受講者に応じた教育内容は、受講者が講義を真剣に受けるだけでなく、二回目の講義の参加者も減らなかった。Table4.4, 4.5 より、保健医療福祉学的な視点からの学習プログラムの効果はあったといえる。脳卒中高齢者の心理面に関する研修（教育）の効果は直後はみられたが、研修後1か月の評価では変化がみられなかった。効果がうすれたものか、個人の自己評価が高かったため変化がみられなかったものなのか、等考えられる理由を明らかにし、生かしていかなければならないと考える。また、研修前後の平均の差の比較では、全ての項目に対して相関がみられ、研修1カ月後において、効果の持続がみられたことから、研修の効果はあったと考える。脳卒中高齢者のライフスタイルの再編成への支援については、一層強化していく必要がある。一方で、保健医療福祉学の視点から肯定的関心をもつ関わりを可能にするための教育の結果は、「他部門との連絡調整を以前に比べて、真剣に取り組むようになった」や「意識して関わるようになった」「じっくり相手と向き合う姿勢が持てるようになった」等のような意見が得られた。参加者の思考に変化をもたらし、保健、医療、福祉の一体的なかかわりの重要性が意識付けできたといえる。肯定的関心の能力の向上を目指した研修の効果が評価表の前後の比較からみられてはいるが、継続した評価表ではないため、本研修を受けた受講者の変化について、脳卒中高齢者や地域住民の方々から直接インタビューを行うことにより、効果の検証を行う必要がある。これらの検証を通じて効果的な教育プログラムが実証されれば、さらに他地域において活用する上でのエビデンスとなることが考えられる。

永井(2011)は、学習のフィードバックの効用として、1)自分がとっている行動や、自分の状態を客観視、把握できる、2)チームのなかでの自分の位置や他者に与えている影響を理解できる、3)望ましい行動をとり続けるための勇気づけ、または望ましくない行動の修正につながる、の3点を挙げている。これらを参考にし、二回目の研修では、自己を客観視できるような取り組みや他者との関係性を意識できるような言葉がけ等を行い、最終的には自己評価表で採点し、振り返りの場面を設けた。これにより、自身の研修に向かう姿勢や、学習の意義を理解できるようになった受講者もあり、効果的なフィードバックの方法であったといえる。演習では、関係性を深めることから始めた。これは、自己理解、他者理解を深め、他職種とのつながりを持つことにつながる。このような演習から、肯定的関心の意図するものについてイメージができ、「患者の声も、スタッフの声もキャッチしていきたい」とような前向きな思考が得られた。

## 2) 研修の効果の振り返りと学習効果

研修において、多職種が集合し、顔見知りではなく、初対面のメンバー同士で作業するように設定したのは、他の専門職者の特性を把握してもらうことを期待してのことであった。開始当初は、メンバー自身も不安をもった参加だったが、自己開示を自然と行うようなゲーム式自己紹介や自己の職種の特徴を相手に伝える技術を伝え、悩みや自慢等の共有などの場面から、関係性を深めていくことができたと考える。次に、作業の目的共有や個人目標の設定、講義などから考えさせられたこと等をめぐって対話を行いながら、脳卒中高齢者のライフスタイルへの支援の意味を共有した。更に、メンバー内で体験型学習やディスカッションを繰り返し、他者の思考や行動を取り入れモデル化し、実践で活用できるように自己啓発していこうとする段階になった。永井(2009)は、組織心理学のDavid Kolb博士の経験型学習を看護者や医療者に応用できるような表現を用いて体験サイクル (Figure4.9) を説明している。Figure4.9 のよ

うな体験をすることで、その意味を論理的に解釈し、根拠を持って自分の中に取り組み活用し、その活用が妥当であったかについて再び考えていくというような体験を2日間行った。他専門職の意見を取り入れることが、Figure4.9のようなサイクルで、新たな自分の意識・行動を内省しながら、メンバーに意図的に関わっていかうとする行動変容につながった。

酒井(2014)のIPEによる臨床と教育の相互作用では、プロジェクトに携わる教職員は学部を超えたコミュニケーションを発展させ、保健、医療、福祉の現場の職員との交流の機会も多くなったとしていた。本研究においても、受講者がさまざまな職種であり、グループワークの際に職種別でのメンバーで、コミュニケーションを取りながら作業を進めていき、次第に仲間意識が生まれメンバーシップが生まれ、脳卒中高齢者の思いや願いを意識した自分たちが納得できるプランを仕上げることでできていた。酒井(2014)や前野(2014)らによって、学生の頃からのIPEの普及活動の効果はすでに立証されてはいるが、卒後教育、もしくは卒業してから数十何年も月日が経っている各専門職の継続教育においては、このような多職種合同の研修はなかなかみられないのが現実であり、先行研究においても筆者の知る限りない。このことから、本研究は、意義ある研究であったといえる。

高齢者ケアに関する連携教育(平川, 2014)では、大都市型の多職種ネットワーク構築のためにワークショップが行なわれていた。このワークショップでは、学習効果のみならず、受講者同士の交流を促進する効果やストレスを軽減する効果があったことが示唆されている。本研究でも、実際に演習を取り入れた際、研修講師側の意図とは異なる行動をとる受講者や、グループ内の活発な参加者に依存し、自主的に行動を起こさない参加者もいた。その場合、演習に対するストレスや、メンバーとの相性の問題からくるストレス等、学習の中での成功過程に起こり得る葛藤(永井, 2009) (Figure4.10) や、平川(2014)が指摘するストレスが少ない正の効果が得られるかどうかは、他の受講者との相性などに依存している。場合によっては、期待外れの結果になることもあり得る点についても、人材育成のための教育プログラムを企画運営上、視野にいれなくてはならないと考えた。このことから、教育プログラムの企画・運営・ファシリテーションに携わる人材の育成や幅広い職種の参加が、今後の課題となった。

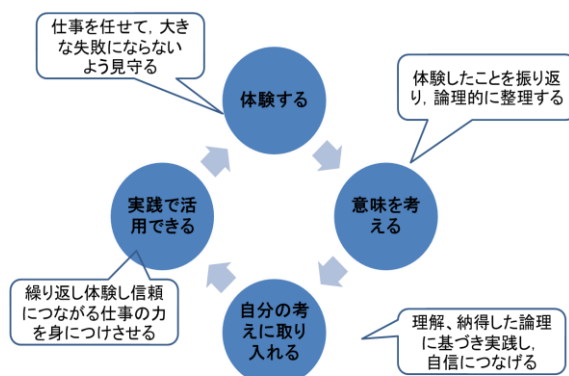


Figure4.9 体験学習サイクル

(出典:永井則子:プリセプターシップの理解と実践, 日本看護協会出版会, 2009, pp122)

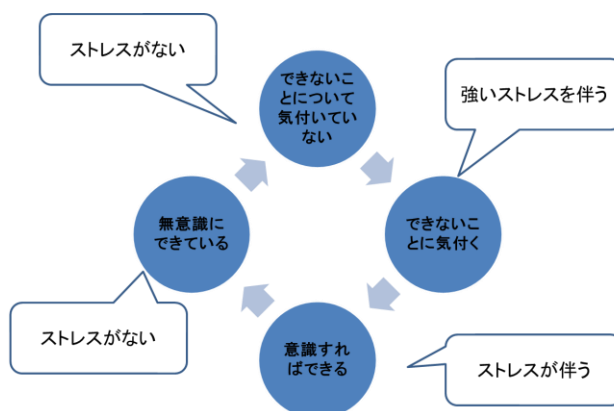


Figure4.10 成長変化と葛藤のメカニズム

(出典:永井則子:プリセプターシップの理解と実践, 日本看護協会出版会, 2009, pp121)

## 5. まとめ

先行研究(酒井, 2014; 前野, 2014)では, 学生の頃からの IPE の普及活動の効果は立証されているが, 卒後教育, 継続教育としては, 多職種合同の肯定的関心を含めた研修の実際は見られず, 先行研究においても見当たらなかった. このことから, 本研究は, 意義ある研究であったといえる.

受講者からのフィードバックを受けて明らかにされた改善点を修正し, より精度の高い研究プログラムにしていく必要があると考えた. 保健医療福祉学的視点からの研修プログラムが普遍的に行われるよう, マニュアル化を図る等して, 情報を発信していく. プログラムのマニュアル化の他, 指導要領やスライドを作成し, 共通の教育が可能なシステムづくりの構築も視野に入りたい. 地域住民や脳卒中高齢者からも, 関わりの評価を依頼し, 随時見直し, より良い支援が提供できるよう, 力を尽くしていく.

## 第5項 研修後の脳卒中に関わる地域住民に対するインタビュー調査による研修の効果の検証

### 1. 目的

脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉学的な視点における人材育成のためのプログラムについて, 前項で実施し, 参加者からは研修の効果が得られた. 一方, 研修の参加者からケアを受ける側の脳卒中高齢者や地域住民には, どのようにその効果が反映されているのかが把握できていなかった. そこで, 脳卒中に関わる地域住民に対するインタビュー調査を実施し, 研修プログラムの効果の検証を行うことを目的とした.

### 2. 分析方法

脳卒中に関する地域住民に対し, 半構造的面接から得られたデータを, Glaser の確立されているプロセス (Glaser, B. G, 1978, 1992, 2002; 志村, 2008)) に準じて分析した. この分析方法については, 第1章で詳述した.

### 3. 分析の信頼性と妥当性

インタビュー中は, 地域住民の語りを確認しながら, 訂正や補足を受けることでデータの信頼性を確保した. データの分析過程は, 教育研究者に, コアカテゴリーの生成方法から分析結果の取りまとめに至るまで, スーパーバイズを受けた. データ分析結果の信頼性と妥当性の確保のために, 複数の研究協力者と共にインタビューのデータを繰り返し読み, 再度分析に努め検証した.

### 4. データの収集期間: 平成 26 年 7 月 1 日～平成 26 年 8 月 30 日

### 5. データの収集方法

今回研修を行った地区の地域住民を対象とし, 研究対象者については, 市町村役場に対して選出を依頼した. その際, インタビューへの協力に関する文書を配布し, また改めて口頭で研究の趣旨等についての説明, 調査への協力及び対象の選定方法に関する説明を行って, 依頼

した。この手続き後、研究者が直接、対象者に文書と口頭で説明した。インタビュー時間は1人30分程、対象の承諾を得てICレコーダーに録音した。録音当日中に逐語録を作成し、その後、速やかに消去した。インタビューは対象が語った内容を確認しながら行い、訂正や補足を受けることでデータの信頼性を確保した。データの分析結果の妥当性・信頼性の確保のために、生データを繰り返し読み、期間をおいて再度分析した。あくまでも地域住民の文脈に添って面接した。

## 6. 倫理的配慮

役場等に文書と口頭で研究の趣旨と方法を説明し、対象者の紹介を受けた。対象者には研究の主旨と方法、研究への参加は自由意思であり、同意書への署名後でも辞退でき不利益は被らないこと、インタビューはプライバシーの守られる個室で実施すること、データの厳重な保管、研究結果の公表とその際の個人情報の保護について、文書と口頭で説明した。インタビューの逐語録やメモは、個人を特定できないようにIDで記載した。スーパーバイザーへのデータの一部開示について、守秘義務を履行した。

なお、本研究は、東洋大学大学院倫理審査委員会承認された（2013年8月26日承認）。

## 7. 対象の属性

対象者は9名、平均年齢は38歳。勤務状況は保健師1名、看護師3名、介護士1名、主婦2名、事務員1名、不明1名であった。性別は男性2名、女性7名であった。インタビュー所要時間1回30～80分(平均35分)、インタビュー回数1名1～4回(平均2.5回)、全員から録音許可を得た (Table4.10)。

Table4.10 研修効果の検証のための地域住民の属性 n=9

年代	20歳代	0人		
	30歳代	4名		
	40歳代	1名		
	50歳代	4名		
	60歳以上	0名		
性別	男性	2名	女性	7名
職種	保健師 1名	看護師 3名	介護士 1名	
	主婦 2名	事務関係1名	不明 1名	
インタビュー				
	インタビュー時間	1回 30～80分 (平均35分)		
	インタビュー回数	1名 1～4回 (平均2.5回)		
介護経験				
	0年	2名	3～5年	1名
	0～1年	1名	5年以上	4名
	1～3年	1名		

## 8. 結果

初期のインタビューからコーディングを開始し、カテゴリーの積み上げ、カテゴリー同士の関係性を分析するために、インタビューを入退院の状況とすり合わせながら継続した。

以下、コアカテゴリー【 】、カテゴリー[ ]、コンセプト〈 〉、コード( )、各場面に意味関連ある対象のことばは「 」と記載した。

継続的比較分析法によって創発されたコアカテゴリーは、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】であり、その特性としては、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】は、[かつて前の地域住民の反応]の状態や、[リフレクションによる準備段階]の条件、[研修（教育）のビフォー・アフター]の反応を含有し、これらのカテゴリーは、コアカテゴリーを成立させる条件でもある。

[かつて前の地域住民の反応]は、〈関心の欠如〉〈対処機制がない〉〈切実なニード〉の3つの状態で構成され、これは専門職者が研修を受けていなかった時の地域住民の状態でもある。[リフレクションによる準備段階]は、〈新たな町へと始動する〉〈‘大切な人’と想う気持ち〉の2つの条件によって構成され、[研修（教育）のビフォー・アフター]のための条件でもある。〈新たな町へと始動する〉というコンセプトをトリガーとしてプロセスアウトし、[研修（教育）のビフォー・アフター]に移行していく。[研修（教育）のビフォー・アフター]は、〈社会的支持が得られる〉〈ナース・コーリングが叶う〉の2つの反応によって構成されている（Table4. 11）。脳卒中高齢者が自分らしいライフスタイルを再編成できるように支援していくためには、支援者の肯定的関心が必要であると考えた。支援者となる専門職者に対し、教育を実施することで〈社会的支持が得られ〉、〈ナース・コーリングが叶う〉効果となり、脳卒中高齢者の望む自分らしいライフスタイル再編成の終結につながっていくものと考え（Table4. 11）、これらを概念図（Figure4. 11）で関係性を構造化した。

Table4. 11 人材育成のための教育の効果

【コアカテゴリー】	【カテゴリー】	〈コンセプト〉	（コード）
脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応	かつて前の地域住民の反応（状態）	関心の欠如	自分の住んでいる町を知らない 関わらないようにする 町を避けたひきこもりみたい 自分には関係ない 無頓着でも生活できる
		対処機制がない	高齢者が制度に振り回されている 変わる制度にてんてこ舞い 流れが変われない 高齢者の死で思う不信感 医師の威厳 余裕がなく回りが見えない看護師 動きが伝わらない モラル制御不能
		切実なニード	正しい情報を知りたい 素早く情報をキャッチしたい 関心がもてるまちづくり 地域での取り組みの明確化 理解できる説明
	段階（条件） リフレクションによる準備	‘大切な人’ と想う気持ち	家族を大切に思う風習 ほっとけない 自分の生活に置き換える 家族の思いを尊重する
		新たな町へ と始動する	保健・医療・福祉、そして地域がつながっていく 変わるための第一歩 研修によって意識変容 教育を受ける、受けない人の違い 研修とタイミングがバッチリ 町や病院を中核に始動
	研修（教育）のビフォー・アフター（反応）	社会的支持 が得られる	自分のペースで生きる 健康の秘訣 様々な職種が集まり、生活が成り立つ 脳卒中高齢者の自由の選択 生きる術が見つかった 生活を支えるサービス
		ナース・コー リングが叶う	看護師のおかげ様 顔見知りがそこにいる 優しい言葉かけが増えた 変化に心が救われた スタッフの笑顔と親切

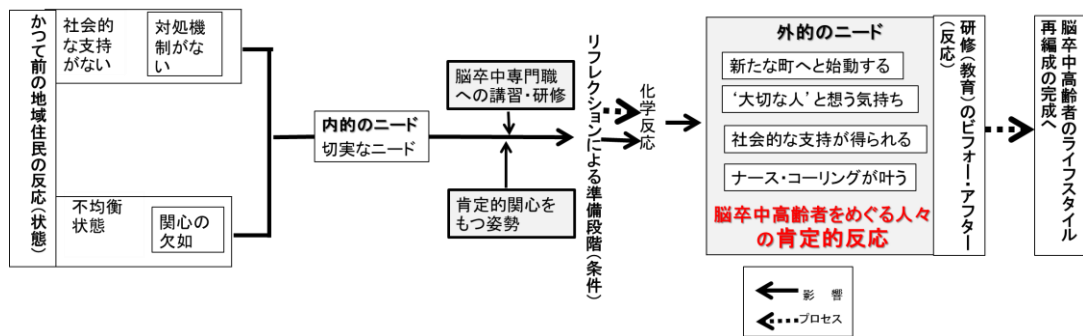


Figure4.11 地域住民、脳卒中高齢者へインタビューによる研修の効果の概念図

### 1) かつて前の地域住民の反応

[かつて前の地域住民の反応]では、必要とする情報において、自らアクションを示さないと十分な情報が入手できない状況や、情報が手に入らないと関心が薄れていく状況であった。

[かつて前の地域住民の反応]は、〈関心の欠如〉〈対処機制がない〉〈切実な二ード〉の3つのコンセプトで構成され、いずれのコンセプトも専門職者が研修を受けていなかった時の地域住民の状態でもある。

〈関心の欠如〉とは、〈自分の住んでいる町を知らない〉〈自分には関係ない〉〈関わらないようにする〉〈無頓着でも生活できる〉〈町を避けたひきこもりみたい〉の5つのコードで構成されている。研修を受けていない保健、医療、福祉の専門職で、脳卒中高齢者が家族にいる場合や、介護を受けている地域住民の場合、職場等や他者からの情報がない限り、町の取り組みに対する理解は不足していた。〈自分の住んでいる町を知らない〉のように、情報がないことにより、地域住民は町で何が起きているのかを理解できず、全く知らないままの状態になることにもなる。知らないことでの不利益はみられない。また、地域の取り組みには〈関わらないようにする〉と語る一方で、自身の町の取り組みを理解できていなかったことに対して、〈自分の住んでいる町を知らない〉のような思いがみられ、「町民失格」と感じていた。地域住民は町に〈町を避けたひきこもり〉の感覚を抱いていた。〈関心の欠如〉は、このような感情を地域住民が抱いている願いや思いを、地域住民が保健、医療、福祉の専門職に理解してもらいたい町の状態でもある。

〈対処機制がない〉は、〈高齢者が制度に振り回されている〉〈医師の威厳〉〈変わる制度にてんてこ舞い〉〈余裕がなく回りが見えない看護師〉〈流れが変われない〉〈動きが伝わらない〉〈高齢者の死で思う不信感〉〈モラル制御不能〉の8つのコードで構成されている。保健、医療、福祉の制度がたびたび変更になり、脳卒中高齢者や家族、介護者は、〈高齢者が制度に振り回されている〉感覚に陥り、制度への理解に困難を示し、対処機制がみられなかった。この状況で発生する理解不足への支援は行われておらず、地域住民の不安や不満は大きく、〈変わる制度にてんてこ舞い〉の感情を抱いていた。また医師に対して地域住民は、神様のように思い、〈医師の威厳〉を保つかのようでもあった。〈余裕がなく回りが見えない看護師〉に対しては、「看護師の対応にがっかり、一緒に教育を受けたら良かったのに」「教育をきちんと受けたら、脳卒中高齢者や家族の思いに近づくのではないか」のように批判的な視点で地域住民は捉えていた。地域住民は、取り組む姿勢がないと町に変化が表れず、〈流れが変われ

ない）（動きが伝わらない）感覚に陥っていた。また、看護師や医師の対応の不十分さに対して、地域住民は（モラル制御不能）の状態と感じていた。

〈切実なニーズ〉は、（正しい情報を知りたい）（地域での取り組みの明確化）（素早く情報をキャッチしたい）（理解できる説明）（関心がもてるまちづくり）の5つのコードで構成されている。脳卒中高齢者や家族、そして地域住民は（正しい情報を知りたい）（素早く情報をキャッチしたい）と感じていた。また、「医師の説明は難しい」「わからないとは言えない」「当たり前だと思っていることは、それはあなた方の常識であって私たちの常識ではない、分かってほしい」のように地域住民は、（理解できる説明）を望んでいた。地域住民の希望である正しい情報や説明がわかりやすく、地域住民に流れ化学反応が起こり、「私たちが望む町が作り出される」感覚から、（関心が持てるまちづくり）と移行していく。一方で、〈地域での取り組みの明確化〉について望んでいた。

[かつて前の地域住民の反応]から脳卒中関係職種の研修会によって、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】によって変化した専門職者のリフレクション<sup>9</sup>に期待し、[リフレクションによる準備段階]へと移行していく。

## 2) リフレクションによる準備段階

[リフレクションによる準備段階]は、〈‘大切な人’と想う気持ち〉〈新たな町へと始動する〉の2つの条件によって構成され、[研修（教育）のビフォー・アフター]のための条件でもある。〈リフレクションによる準備段階〉は、脳卒中専門職が講習や研修を受け、肯定的関心がもてる関わりの実践へとつながっていくことで、地域住民においても影響を与える段階である。このような講習や研修において、各専門職はリフレクションを体験し学ぶことで、実践へと導くことが可能となる。このリフレクションを繰り返しながら、専門職としての力と質が高まっていき、次への段階へとつながっていく。

〈‘大切な人’と想う気持ち〉は、（家族を大切に思う風習）（自分の生活に置き換える）（ほっとけない）（家族の思いを尊重する）の4つのコードで構成されている。介護者や地域住民は、脳卒中高齢者を看ていく時、疾患や症状、障害をただ見ていくだけでは脳卒中高齢者支援からの満足感は得られない。自分の家族のように大切に関わっていく姿勢をもつ訓練や教育を受けることで、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】を示し、肯定的関心をもった関わりを持つことにつながる。それにより生じる脳卒中高齢者自身の満足感は、最終段階に進むための必須要件である。

〈新たな町へと始動する〉は、（保健・医療・福祉、そして地域がつながっていく）（変わるための第一歩）（研修とタイミングがバッチリ）（研修によって意識変容）（町や病院を中核に始動）（教育を受ける、受けない人の違い）の6つのコードで構成されている。研修終了後の変化では、病院や施設に勤務している地域住民は、「職員みんなが共通に動けるように情報交換していく」「研修の成果がでてきて、みんながつながっていく感じがする」「施設でも病院や家庭での調整がうまくできるように、他者任せではなく頑張る」という意気込みから、（保健・医療・福祉、そして地域がつながっていく）感覚へと変化していく段階であった。ま

---

<sup>9</sup> リフレクションとは、自分の思考と行動を注意深く振り返り、過去や未来の意味づけ、捉え方、関係性をあらためて考え直し、再構築することである（大辞林）。

た、（変わるための第一歩）として、変えるために自ら行動化しようとしていた。さらに、（研修とタイミングがバッチリ）で、受講者の学習意欲を向上させるきっかけにもなり、（研修によって意識変容）し、（教育を受ける、受けない人の違い）を察知していた。[新たな町へと始動する] ためには、（保健、医療、福祉、そして地域がつながっていく）ことが肝要であり、その一つ的手段として、（町や病院が中核に始動）し発展を期待していた。

以上から、〈新たな町へと始動する〉とは、保健医療福祉学の視点をふまえた研修での体験や経験が実り、この体験や経験を実行したいと感じたり、学びを深めていきたい、気持ちを新たに持ちたいという心境の変化が大きく現れるなど、最終段階へ進むための必要条件でもあった。〈新たな町へと始動する〉として（研修によって意識変容）ができ、（保健・医療・福祉、そして地域がつながっていく）ことをトリガーとしてプロセスアウトし、次の[研修（教育）のビフォー・アフター]へと移行する。

### 3) 研修（教育）のビフォー・アフター

最終段階へ向かうために研修結果の反応として、[研修（教育）のビフォー・アフター<sup>10</sup>]が存在する。先の条件によって化学反応を示し、[研修（教育）のビフォー・アフター]は、〈社会的支援が得られる〉〈ナース・コーリングが叶う〉の2つの反応としてのカテゴリーによって構成されている。

〈社会的支援が得られる〉は、（自分のペースで生きる）（生きる術<sup>11</sup>が見つかった）（健康の秘訣）（生活を支えるサービス）（様々な職種が集まり、生活が成り立つ）（脳卒中高齢者の自由の選択）の6つのコードで構成されている。

脳卒中高齢者は、（自分のペースで生きる）といった希望を持っていた。脳卒中高齢者にとっての（健康の秘訣）を持ちながら、（生きる術が見つかった）と判断し、脳卒中高齢者が社会生活へと戻り、健常者と生活する中で、自分らしく生きていくためには、さまざまな人、物、方法などが力の源になり、生きていくための糧である。

〈ナース・コーリングが叶う〉は、（看護師のおかげ様）（変化に心が救われた）（顔見知りがある）（スタッフの笑顔と親切）（優しい言葉がけが増えた）の5つのコードで構成されている。ナース・コーリングは、脳卒中高齢者の思いや願い等のような心の叫びである。教育を受けたことによって専門職者は、ナース・コーリングに応えようと努力し、脳卒中高齢者の自由な選択ができるような支援により、〈ナース・コーリングが叶う〉ことができていた。例えば、C病院において、脳卒中外来は「テキパキと動いているから、診療が早く進む」と地域住民は話している。また、肺炎で施設から病院に転院するケースを体験した地域の介護士や家族からは、「病院から施設に移り、施設から病院に移る場合にも、看護師の申し送りがしっかり整ってきて、スムーズな転院ができるようになった」等と述べ、そして（看護師のおかげ様）と感じ、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】のように研修の効果への期待がみら

---

<sup>10</sup> ビフォー・アフター (before after) とは、美容用語における、使用前・使用後の写真図を意味する（ピクシブ百科事典）。ここでのビフォー・アフターは、保健、医療、福祉の専門職者に対して、研修（教育）を実施する前と実施した後を指し、この前後の比較による地域住民への影響について把握することができる。

<sup>11</sup> 『術（すべ）』とは、「わざ」「技能」「手段」「方法」として解説される（大辞林）。



れた。さらに、病院への通院や、デイサービスなど、脳卒中高齢者が行くということは、脳卒中高齢者にとっての「顔見知りがある」ことになる。「知っている人がいるから、会うのが楽しみ」「いつも以上の優しさで対応してくれるからありがたい」と述べるように、顔見知りがあることでの安堵感やその対応に【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】がみられていた。「脳卒中外来看護師はじっくり話を聞いてくれるようになった」「普段から親切だが、笑顔や言葉かけが柔らかくなった」「他の診療科では嫌な思いをしたが、ここに来ると癒される」のように、（スタッフの笑顔と親切）を実感していた。（優しい言葉かけが増えた）ことに対して喜び、安心感を抱くことで、（変化に心が救われた）段階にもなった。また「質問しても分かりやすい説明をしてくれるようになった」「笑顔がいい」「痛みが分かってくれているような気がする」のようなプラスの効果がみられ、（教育を受けた看護師は変わった）の反応が得られた。このような【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】が得られたのは、各専門職が肯定的関心をもてたことによるものであった。

## 9. 考察

肯定的反応の英訳には、「affirmative response」「positive feedback」「positive response」がある（英和辞典）。人間は、他者からの反応を必要とする。例えば、肯定的なアクションがあると人は喜び、自信の確保等につながっていく。この用語に類似しているものとして、肯定的フィードバックがある。このフィードバックは、例えば受講者が行ったり、書いたりしたことに対する教育者の対応が、肯定的な表現で受講者に表すと、受講者の中に認められた感覚や自信、意欲にもつながる。このように肯定的フィードバックは、受講者の思考を動かす力がある。さらに、肯定的フィードバックには、「是認」と「褒め」の2つの機能が存在する(David Nunan, 1992)。受講者の行動を認め伝える是認や、褒めることによって受講者の動機を高める機能がある(David Nunan, 1992)。教育者は受講者が成功する機会を確保し、結果だけでなくプロセスにも目を向け、肯定的にフィードバックすると同時に改善点や建設的な意見も伝えることで、更なる成長が期待できる(大矢, 中谷, 杉若, 2011)といえる。

以下、研修（教育）による効果が、地域住民にいかに関与していたのかについて検討し、さらに、保健医療福祉学的な視点における専門職の肯定的関心を育てる効果との関連や地域で取り組むための意識づけの方略を考えていく。

### 1) 地域住民の思考への影響

モデル地区では、高齢者支援や脳卒中を、町の施策として検討していた。一方で、地域住民は、地域包括支援センターの存在を始めとする、町での取り組みに関する情報を入手できず、研修前の地域住民の反応である〈関心の欠如〉が浮き彫りになった。脳卒中高齢者の介護体験の有無に関わらず、地域住民は自分自身に対して反省し、〈関心の欠如〉により罪悪感を示す結果になったと推測する。このような感情を持たないようにするために、地域で行われている取り組みについて、地域住民参加型やわかりやすい一般公開により、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】が得られるのではないかと考えた。

ちなみに島根県隠岐の島地区では、障害のある人が、地域社会の中で自立して生活するとともに、生きがいをもち、積極的に社会参加できるように、地域住民一人ひとりが正しい理解を深めるための啓発活動を推進し、福祉教育やふれあい活動を通じた理解の推進、保健・医療・

教育基盤の充実を図る目的で『健康おきのしま 21』(資料 14)という独自の施策が行われている。隠岐の島地区の高齢化率は 35.6%(2010 年 10 月)で、少子高齢化が進んでいるが、地域住民は、今、町で何が行われているのかの情報が入手しやすく、それによって行動化でき、認知度が高まってきているとのことであった。隠岐の島地区では、‘みんなで支えるやさしい福祉のまち’の基本方針のもと、『あんき<sup>12</sup>に暮らせるまちづくり』の実現に向けて施策を推進し、終のすみかとして住んでよかったと思える町づくりを目指していた。

制度の変化や理解は、高齢者にとっては容易なことではなかった(第 2 章)。しかし対処することや、対応していくことが難しい場合、高齢者に問題があると判断されてしまう。高齢者はさまざまな機能低下によって環境への対応が困難になることも多く、この状況がストレスを抱え、心理的不適応状態にもなり得る(内閣府平成 24 年版高齢社会白書)。このことから、制度をわかりやすく、住民に伝えていくこと等の支援を行うことが必要であり、それを志向する教育により、化学反応が起こり、住民の対処機制の能力が向上できると考える。脳卒中高齢者にとって、地域で生活していく上で、必要な情報について理解できる説明がほしいと願っており(第 2 章)、この願いが叶うことで町にも関心が持て、取り組みにも参加しやすくなり、その結果、脳卒中高齢者や地域住民のニーズが満たされ、『あんきに暮らす』ことにつながるのではないかと考えた。この要望を各専門職者の心に響くようにすることも、専門職者の学習意欲や教育の効果を得ることにつながると考えた。

本項のコアカテゴリーである【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】が大きいほど町全体での活動によっての地域住民の認知度を高めることで、〈対処機制がない〉のような反応を示すことのないような取り組みを行わなければならないと考える。この対処機制とは、コーピング<sup>13</sup>ともいい、〈対処機制がない〉ということはコーピング行動ができない状態といえる。また、〈切実なニーズ〉は、内的なニーズでもある。この 2 つのニーズとは、マズローの欲求の 5 段階説(Abraham Harold Maslow, 小口訳, 1987)に例えられる(Figure 4.12)。人間の欲求は、5 段階のピラミッドのように構成され、低階層の欲求が満たされるとより高い階層の欲求を欲するという。低階層に属するのは、「生理的欲求」「安全の欲求」「社会的欲求」の 3 つの外的なニーズである。高階層に属するのは、「尊厳の欲求」「自己実現の欲求」の 2 つの内的なニーズである。低階層にある「安全の欲求」とは、危機を回避したい、安全・安心な暮らしがしたいというニーズである。この欲求には(対処機制がない)が属し、これは第 2 章の脳卒中高齢者へのインタビュー結果に類似しているとも考えた。医療者の脳卒中高齢者についての理解度や対応によって、脳卒中高齢者は希望と絶望の去来における自由の選択をしていると考えた。これは、脳卒中高齢者が、ナース・コーリングとして思いや願いを発信し、安全の欲求を求めていると考える。

---

<sup>12</sup> 「あんき」とは、島根県の方言で、心に苦しみがなく、気楽でのんびりしていることや、気が安まるという意味であった(全国方言辞典, 2013)

<sup>13</sup> 対処機制とは、コーピング<sup>13</sup>ともいい、ストレス事態に対して、意図的にさまざまな方法でストレスを軽減しようとする行動である。

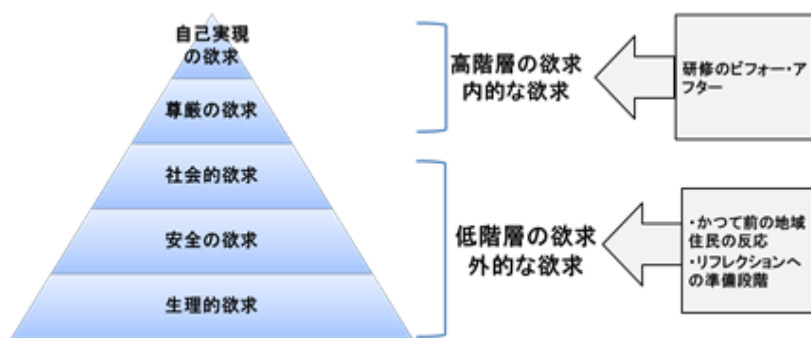


Figure4.12 マズローの欲求5段階説と肯定的反応の関連

(出典：マズローの欲求5段階説一部改変，筆者作成)

また，「かつて前の地域住民の反応」は，情報がなかったことでの地域住民の思いや願い等が，ニーズとして表れていたと考える．この安全の欲求を満たすと，集団に所属すること，仲間を作る等の「社会的欲求」を求めるようになる．脳卒中に罹患したことで心理的ダメージを負った高齢者が，各専門職者から肯定的関心を向けられたことで，自分のことしか見えていなかった現状に対する視野が広まり，例えば全国脳卒中友の会のような患者会・家族会に所属することや，共に前に進もうとする仲間づくりをする等のピアサポートを求める変化がみられるようになる．また，地域住民にも変化があり，〈新たな町へと始動する〉動きが実感できるようになると，高階層の段階に移行し，他者から認められたいという「尊厳の欲求」をもち，その結果，〈社会的支持が得られる〉実感がもてたのではないかと考える．そして，最終段階にある「自己実現の欲求」のニーズに到達する．このニーズは，自己の能力を引き出し，創造的な活動がしたいというニーズである．地域住民の変化だけではなく，その根底には，各専門職者の変化が必要であると考え．各専門職者の専門的感受性能力を高め，肯定的関心をもった関わりで，脳卒中と向きあうことができるような教育の実践に取り組み，地域住民や各専門職において，【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】がみられるように研修や教育を進めていくことが重要と考える．専門職者への教育は，Professional な意識を一層強くもてるようにすると共に，他専門職とつながりながら，脳卒中高齢者を擁護していく意識の変化へと導くことができることが肝要である．脳卒中の専門職者としての存在が地域住民の希望するニーズとつながっていくことで，〈対処機制がない〉町のような negative のイメージを払拭し，安全の欲求が満たされ，高階層のニーズ（内的なニーズ）へと移行し，【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】につながると考えた．

## 2) 保健，医療，福祉学における専門職の肯定的関心を育てる効果

本項における地域住民からのインタビューの際，地域住民より，専門職者の対応に苛立ちを感じた話があった．ある専門職は，その地域住民との会話の中で，自分の人生経験や常識感覚のスタンスで「自分だったらこうする」や「それはこう考える」，「一般的には・・・，常識的には・・・」のような方向に話の流れを変え，本質から何度もずれていたと話している．これに対して，地域住民は，「正しいと思って我々に支援や指導をしているだろうが，一方的すぎて，さらに上から目線で何も言いたいことが伝わらない」と反応していた．この専門職者の姿勢としては，「肯定的関心」というよりは，自己中心的な思考，もしくは，自己の専門職的

自律性を地域住民に一方的に押し付けている結果になっていたとも考えられる。この対応により、地域住民は（対処機制がない）や（切実なニーズ）のような安全の欲求や社会的な欲求をナース・コーリングとして発信していたともいえる。本事例では、地域住民の外的な欲求にもなり得る。

平木(1993)によれば、攻撃的な自己実現の傾向が強い者は、自己の視点ばかりを強調するあまり、他者から嫌われたり、敬遠されることが多く、後々の関係にも悪影響を及ぼしやすいとされる。このことから、脳卒中高齢者を含む地域住民に対応する際に、相手を知る（他者理解）前に、まずは、自分の特長を理解する（自己理解）ことで、他者の思いや願いに気づくことが可能になると考える。この自分の特長を知るということは、自己洞察でもあり、自分自身や現実について気づき、理解し直すことである。脳卒中高齢者や地域住民の語る悩み、症状、障害に関すること、または問題について、まずは、脳卒中高齢者や地域住民の話を十分に聞き、肯定的関心をもった関わりが相手に伝わるのが重要だと考える。新留(2014)は、介護職員の利用者に対する応対について、積極的に声をかける人や熱心な介護職員程、利用者にとって苛立ちが多く持つ場合があり、一方で、言葉や会話による交流が少ない場合も関係性がうまくとれないケースもあった。自らの視点を超えて、眺めてみることで、自己の行動を振り返ることができ、引いては、介護職員と利用者との関係作りになることをあげている。

また、肯定的関心を育てていくための手段の一つとして、内観も有効だといえる。内観は、自分自身の心の動き、状態を自分で観察することや、自己の内面を見つめ、そこにあるものを探求することである(大辞泉)。その意味の中には「気づき」があり、気づくためには、自分自身を知らなければ周りに気づけない。内観で自分自身を見つめることを重ねていくことで気づきが多くなり、他者の思いや願いにも気づく力が養われていくと考える。

さらに、第三者や他者にフィードバックや意見、感想を提示してもらうことによって、対象者の不安や葛藤から取り除かれ、アサーティブに振る舞うことへの自信や肯定的な考えが高まったと相川(2000)は述べている。このように、肯定的な反応を専門職者自身も多く持つことで、他者に対する関心へとつながり、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】へと結びつくものとする。

医療サービスや介護サービス等、社会のニーズが複雑化、多様化してきており、各専門職に課せられている役割は非常に大きいといえる。各専門領域の視点で機能分化した状態でのサービス提供は、専門化、合理化といった面では有効だと考えられるが、地域住民や脳卒中高齢者の自由の選択、思いや願いが反映されたライフスタイルの再編成に、十分に至ってないのではないかと危惧する。どのような時代の変化においても、脳卒中高齢者の尊厳を守り、自分らしいライフスタイルが望めるような確固たる信念、揺るぎない信念をもった保健医療福祉学を根底におく必要があると考える。脳卒中高齢者と保健、医療、福祉の専門職や地域における人々とのつながりをもちながら、脳卒中高齢者のナース・コーリングに気づき、肯定的関心をもって支援していくことは重要な課題でもある。國分ら(2005)は、人が関係の中で生きていくということは、人はかかわりの仕方やかかわりのあり方によって変化するものとし、さらにその人のかかわり方が、その人そのものでもあると述べている。ある事象に対して、脳卒中高齢者や地域住民がどのように考えたり行動したりするのは何故なのか、内面に何があるからなのか、何故そのような考えや行動がなされるようになったのか等、その個人を総合的に捉えながら、関わりを持つことで、良好な関係性の獲得につながっていくといえる(David Nunan, 1992)。稲

森(2010)は、信頼関係は、医療者が患者に「自分を信頼せよ」と言うことができるものではなく、医療者の接し方を通して患者は医療者を信頼すると述べている。また、患者の話をよく聞こうとする姿勢が医療者にはまず必要であり、「この人なら何でも話せそう」と患者がひとたび心を開けば、これまで言えなかった思いや願いについて、徐々にありのまま打ち明けてくれるようになる(稲森, 2010)効果が期待できる。脳卒中高齢者は、「大切な人」と認識されることで、より守られている感覚がもて、尊重されている感覚にもなり得る。人は誰もが「大切な人」と認識されたい、守りたいという関心をもち、脳卒中高齢者の思いや願いに応えていこうとしていた。この感覚がプラスとして捉えた時に、特に脳卒中高齢者には他者との関係性が活力になり、希望をもって前に向かって進もうとする意欲が持てる条件でもある。また、脳卒中高齢者やその家族は、互いの思いを大切にしていた。その人を「大切な人」と思うためには、自然に自分の身に置き換えるのではなく、自分の家族のように大切に関わっていく姿勢をもつ訓練や教育を受けることで、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】を示し、肯定的関心をもった関わりにつながる。それにより生じる脳卒中高齢者自身の満足感は、最終段階に進むための必須要件であると考えられた。

生きていく上で、わざや技能、手段、方法が必要であり、例えば食事をする動作では、スプーンや箸を本来日本人は食事の際に必要とする。しかし、その使い方を理解できていなかったり、箸そのものが何なのか、認知障害等により分からない場合、食事は一向に進まない。食事が摂れないまま放置してしまうと栄養状態に影響をきたす。栄養が不十分であると、脳血管や全身状態にも影響をきたし、脳卒中の再発の引き金にもなる。このように、生きていくためのわざや技能、生まれ持った習慣を身につけていることで、食事の時間や食べ物と認識し、食事を摂取することができる。この術を再試行させてくれるのはリハビリテーション従事者、介護職、看護職等(様々な職種が集まり、生活が成り立つ)が集まり、(生活を支えるサービス)を受けていることであると、脳卒中高齢者や地域住民は実感することになる。そして、その(生活を支えるサービスを受ける)で(脳卒中高齢者の自由の選択)をしながら、自ら望むライフスタイルを再編成していたと考えられる。

また、各専門職に対して、各々の状況を加味した教育が行われることで、脳卒中高齢者や地域住民は「私が望む支援」が受けられ、「私の声が届いているよう」で、ナース・コーリングが叶っている感覚が持てたと実感できる反応であった。このように、肯定的関心がもてる研修や教育の効果として、各専門職者は【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】のような評価を受けることができ、最終段階のライフスタイル再編成にむけた支援は終結に向かっていくといえる。

【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】では、刺激の少ない環境においては、地域住民自らが何かの行動を起こすというのは、相当な勇気や覚悟が必要である。しかし、地域住民は、少しでもきっかけがあれば、学びを深めていきたいという希望を持っている可能性もある。その可能性の芽を摘み取らないように、例えば、本事例でいうと、町の中核である町役場と病院が中心になって、専門職のみならず、地域住民等、さまざまな人々に教育等を企画運営し、学習の機会を提供することで、受講者の脳や心に化学反応を起こし、脳卒中高齢者と脳卒中高齢者をめぐる人々に良い影響が生まれ、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】が表れていく。中核で意識をもって教育を働きかける人たち、またその協力者の意識や心持ちがなければ、受け手(受講者や地域住民等)の思いが切断され、一方で心があれば生成され、変化していく。

このことから考えると、受講者の意識が変化し、行動変容を示した本事例は、効果的なプログラムであったと評価できると考える。この結果を受け、各専門職者や地域住民への【脳卒中高齢者を取り巻く人々の肯定的反応】が可能となるためには、各専門職に対する「専門的感受性能力」を高め、肯定的関心がもてる教育の実践と継続が重要であると考ええる。

さらに、本研究において実施した教育内容の整備と共に、地域住民が〈‘大切な人’と想う気持ち〉〈ナース・コーリングが叶う〉〈社会的支持が得られる〉のように、研修や教育による効果、質の向上を目指すための要因には大きく分け4つが考えられる(Figure4.13)。それは、効果的なプログラムの構築と普及、教育の目的・意義の理解、評価と継続に向けた改善、そして、保健、医療、福祉、地域で意識を一つにして取り組む姿勢の4つである。

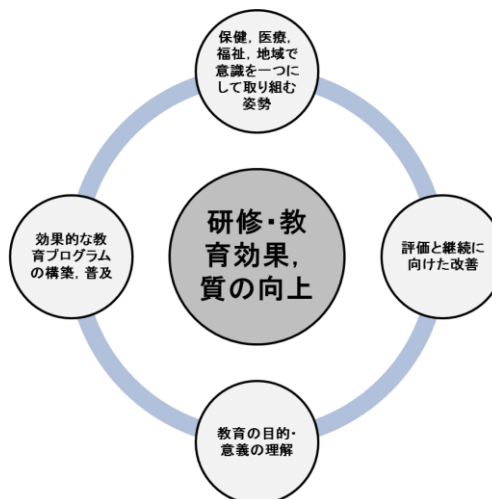


Figure4.13 研修, 教育の効果, 質の向上への要因

(出典：筆者作成)

そのためには優れた効果的なプログラムを考案し、肯定的関心の効果を最大限に発揮できる専門職としての人材育成として、保健、医療、福祉の専門職が一体になって、脳卒中高齢者が急性期から地域に戻ってからつな

ることが、両者、そして地域住民にとっても重要な課題であると考ええる。教育効果の高い教育プログラムの要件について、総合的に検証されたものは先行研究では見当たらなかった。そのためFigure4.14のような観点での検討が必要だと考えた。各専門職にはそれぞれの特性があり、その点をふまえ、質の高い教育効果を発揮するために必要なことを明確にする必要があるといえる。また、教育効果を高める要素が明確にされていないため、これまでの教育は各都道府県や各専門職での教育プログラムは異なり、またその効果にもばらつきが考えられる。さらに、保健、医療、福祉、地域住民との関係性が十分に構築されず、効果的な教育プログラムの実施にいたっていないのではないかと考えた。

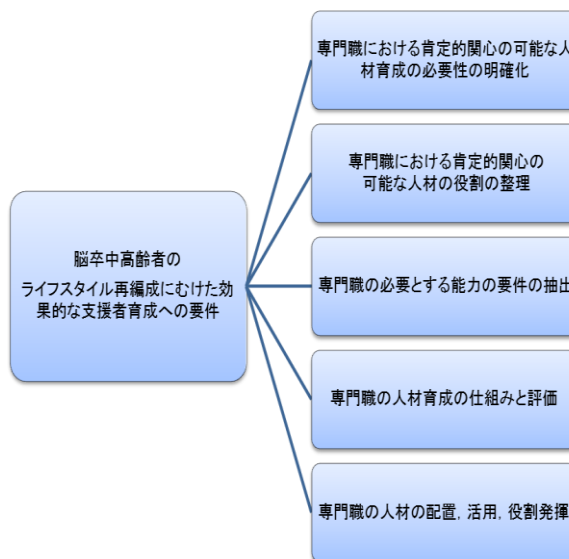


Figure4.14 教育プログラム要件への課題(出典：筆者作成)

保健医療福祉学的な視点からの研修や講習等の教育を行っていくためには、脳卒中高齢者を理解でき、脳卒中発症直後からの心理的ダメージを悪化や発生の予防にも念頭におき、肯定的関心にも注目した教育プログラムが必要だと考える。そのためには効果的な教育プログラムの

要件として、Figure4. 15 にあげる専門職としての5つの要件を考えた。専門職における肯定的関心の可能な人材育成の必要性の明確化，専門職における肯定的関心の可能な人材の役割の整理，専門職の必要とする能力の要件の抽出，専門職の人材育成の仕組みと評価，専門職の人材の配置，活用，役割発揮，の5つである。これらの要件を満たすことで，有効な町づくりにもなるのではないかと考える。

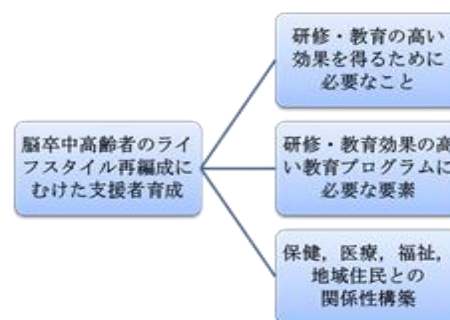


Figure4. 15 効果的な教育プログラムの要件 (出典：筆者作成)

また、Figure4. 16 に示した効果的な 教育プログラムのプロセスにより，脳卒中高齢者に対して肯定的関心をもって対応できる専門職者の人材育成を目指すきっかけにもなり得ると考える。そして，教育効果の表れとして，脳卒中高齢者や地域住民にも positive な影響をもたらすことができることを期待する。そして，何よりも，肯定的関心をもった関わりにより，脳卒中高齢者が心理的ダメージを起こさず，自らの望むライフスタイルを主体的に再編成できることが重要であるといえる。

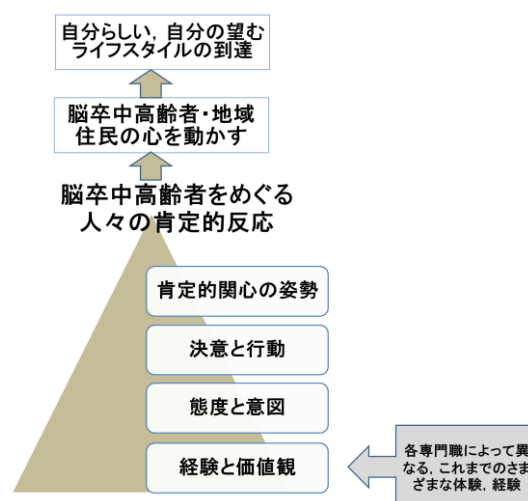


Figure4. 16 効果的な教育プログラムのプロセス

(参考, Scirener. 1994. 出典：筆者作成)

## 8. まとめ

1) 継続的比較分析法によって創発されたコアカテゴリーとして，【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】であり，その特性としては，【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】は，[かつて前の地域住民の反応]の状態や，[リフレクションによる準備段階]の条件，[研修（教育）のビフォー・アフター]の反応を含有し，これらのカテゴリーは，コアカテゴリーを成立させる条件でもある。



[かつて前の地域住民の反応]は、〈関心の欠如〉〈対処機制がない〉〈切実なニーズ〉の3つの状態で構成され、これは専門職者が研修を受けていなかった時の地域住民の状態でもある。[リフレクションによる準備段階]は、〈新たな町へと始動する〉〈‘大切な人’と想う気持ち〉の2つの条件によって構成され、[研修（教育）のビフォー・アフター]のための条件でもある。〈新たな町へと始動する〉というコンセプトをトリガーとしてプロセスアウトし、[研修（教育）のビフォー・アフター]に移行していく。[研修（教育）のビフォー・アフター]は、〈社会的支持が得られる〉〈ナース・コーリングが叶う〉の2つの反応によって構成されている。脳卒中高齢者が自分らしいライフスタイルを再編成できるように支援していくためには、支援者の肯定的関心が必要であると考えた。支援者となる専門職者に対し、教育を実施することで〈社会的支持が得られ〉、〈ナース・コーリングが叶う〉効果となり、脳卒中高齢者が自分らしい、自分の望むライフスタイル再編成の到達につながっていく。

## 2) 脳卒中高齢者—看護師間で抽出された肯定的関心

専門職同士が肯定的関心をもって関わることでできる教育プログラムは、脳卒中高齢者が自ら望むライフスタイルを自由の選択をしながら、再編成していくことが可能になる第1歩にもなるものとする。効果的な教育プログラムによって、保健、医療、福祉の専門職者に教育効果のみならず、脳卒中高齢者や地域住民にも positive な影響をもたらすことは理想であり、実現を目指していく。

## 第6項 小括

保健医療福祉学的視点をふまえた人材育成のためのプログラム開発し、実施した結果、および評価を行い、明らかになったのは次の3点である。

1. 脳卒中高齢者に関わる多種の専門職者に対し、肯定的関心がもてるよう配慮した研修を行った結果、47名の自己評価票を「連携、協働、肯定的関心の必要性の理解」「各自の専門職との共通理解」「各自の専門的な知識・技術・態度の活用」「チームワークの技術の習得」「地域の特性や利用者のニーズの理解」「脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に関する理解」の5つの視点で評価した。研修前、研修終了直後、研修1ヵ月後の3回の対象の変化をみると、全体的に右上がりの自己評価が多く、研修の効果は得られたといえる。しかし、調査は研修1ヵ月後までの評価であったことから、継続性についての効果の把握は難しかった。

2. 脳卒中高齢者や脳卒中高齢者に関連する地域住民に対してのインタビューから、肯定的関心がもてる研修の効果について、GlaserのGTAを用いた分析を行った結果、肯定的関心がもてる研修の効果の、脳卒中高齢者や脳卒中高齢者に関連する地域住民の反応には、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】であり、その特性として[かつて前の地域住民の反応]の状態や、[リフレクションへの準備段階]の条件、[研修（教育）のビフォー・アフター]の反応を含有し、これらはコアカテゴリーを成立させるカテゴリーである。研修前の[かつて前の地域住民の反応]から、各専門職者の研修による影響として脳卒中高齢者や地域住民が変化していく条件には[リフレクションへの準備段階]は重要であり、〈新たな町へと始動する〉というコンセプトをトリガーとしてプロセスアウトし、[研修のビフォー・アフター]に移行していく。このプロセスにより、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】が可能になることで、



脳卒中高齢者がライフスタイル再編成の最終段階の終結に向かっていく段階になると考えられる。

3. 医療サービスや介護サービス等、社会のニーズが複雑化、多様化してきており、各専門職に課せられている役割は非常に大きいといえる。そこで、脳卒中高齢者—看護師間で抽出された肯定的関心が、保健、医療、福祉の各領域において有用性があるのかを検討した。各専門領域の視点で機能分化した状態でのサービス提供を行うことは、専門化、合理化といった面では有効だと考えられるが、地域住民や脳卒中高齢者から、本人の自由の選択、思いや願いとして発信しているナース・コーリングが各専門職者に届いているのか等、個人の希望に反映されたライフスタイル再編成への支援が行われていたのかの判断は難しいと考える。今回の研修の実施は、受講者のみならず、一層地域で取り組んでいかなければならないという意識づけにもなったと考える。この点からは、専門職者にとっては肯定的関心を取り入れた研修の効果はみられた。2015 年、研修の継続性についてモデル地区に確認したところ、2015 年においても継続の意思を確認できたことから、モデル地区や各専門職者に対しては、脳卒中高齢者への肯定的関心を含む教育内容の有用性はあったと判断できる。地域住民においては、浸透されていない住民もいることが明らかになり、この点については、取り組みを理解できるように手段をさらに考え、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】に導いていくことが必要であった。

各専門職において、専門職的自律性を伸ばすための手段や方向性の確立については、本研究においては、厚生労働省の見解をふまえ、教育の主眼をどこに置くかを考え、教育方法を発案した。この教育プログラムは、研修担当者がどういう人が実施しても、最低レベルで実施可能なものとして位置づけた。具体的な内容には、脳卒中高齢者が自ら望むライフスタイルを再編成できるための支援として、肯定的関心が一層向上するような手続きを含むことが肝要である。

#### 第7項 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える人材育成のためのプログラムの提唱

脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支えるために、保健、医療、福祉の各視点をふまえ肯定的関心を養う学習内容を取り入れ、保健・医療・福祉活動の実践のための知識・技術としての専門能力や、保健・医療・福祉活動や地域包括クリニカルパスを行っていくための行政能力、そして職業人の基礎や専門職的自律性としての基本的能力を身につけることが必要である。持ち合わせ、脳卒中高齢者が自分らしいライフスタイルを再編成するためには、地域社会と保健、医療、福祉の専門職が肯定的関心の能力を発揮し、つながっていくことが重要な課題であると考え。本研究のモデル地区では、平成 27 年度も継続的学習を行う意思を施設担当者より確認でき、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える人材育成を目指すことの意義が、モデル地区には伝わったのではないかと判断している。この構造を図にまとめたものを Figure4.17 に示す。

このことから、本プロジェクトを一層強化させるために、保健、医療、福祉、そしてさらには行政の力も必要であり、これらが相互に肯定的関心を発揮しコミュニケーションを取ることによって、一層専門的的感受性能力が強まり、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成等が進むと考えられる。

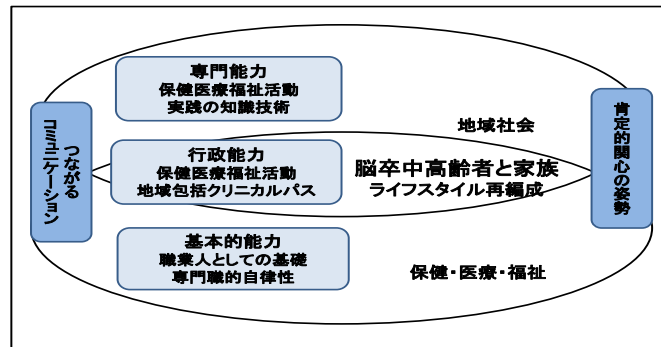


Figure4.17 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支えるための肯定的関心の構造 (出典：筆者作成)

## 終章 総合考察と今後の課題と展望

Grounded action は、各種の専門職にとって当該領域から入手されたデータに密着した介入やプログラム、モデルなどを計画するための、Grounded Theory の延長として位置づけられている。すなわち Grounded Theory を専門職の実践領域で使っていくための action が Grounded action であり、action は action plan の現実化、実施である。action は単に計画を動かすのみではなく、効果的な説明理論<sup>14</sup>と操作理論<sup>15</sup>の実証により構成されるものである。

本論文では、第1章から第3章にかけて明らかになった事象から、第4章では研修を計画し実施した。Simmons によると (Simmons & Gregory, 2003 ; 志村, 2007), これは、Grounded Theory における action の評価を行い、action の有効性を評価していくプロセスに相当する。action は換言すれば、新しく、時に予期していなかった結果を生みだすことにつながっていくため、理想的には発見、学習、再発見、再学習の連続的な過程が構成されるべきである (Simmons & Gregory, 2003 ; 志村, 2007)。このことから、本章では、これまでの取り組みの成果を総合的に考察し整理するとともに、今後検討していくべき事項を展望する。

### 第1節 総合考察

#### 第1項 脳卒中発症によるライフスタイル再編成への影響と支援者の現状と課題

序章では、脳卒中と脳卒中発症に伴い、起こりうる血管性うつ病とアパシーを含む心理的ダメージと本研究との関連性について述べた。脳卒中を発症することによって、麻痺等を後遺することになりそれまで不自由のなかった日常生活へ与える衝撃は大きく、非常に高い割合で心理的ダメージを発症しやすい。これらは身体機能や日常生活動作にはそれほど影響しないとされていたが、QOL との関連性は高く、脳卒中の回復に影響を与えることは明白であると考えられる。心理的ダメージは急性期から在宅や地域に戻ってから、持続・悪化するリスクも高い。これにより、新たな治療の開始やリハビリテーションの遅れから、ライフスタイル再編成へと導くことも難しくなることも予測される。このような現状から、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成と支える看護師の現状と課題を第3章で概説した。脳卒中高齢者を支える最も近い存在と考えた看護師へのインタビュー調査から、GTA による分析により明らかになったコアカテゴリーと、保健医療福祉学における支援体制の確立について発展できるように研究を進めた。

高齢者は脳卒中を発病したことにより、恐怖と不安の状況にあった。そこには誰かに自分の思いを伝えたい、叶えてほしい等のような願いを抱いていた。その思いや願いを発信するものとして筆者は、ナース・コーリングという語を導きだし、脳卒中高齢者はナース・コーリングによって、不安・恐怖・苦悩・辛さなどのシグナルを送っていると考えた。脳卒中高齢者は早く気付いてほしい、思いを伝えて楽になりたいという思いを抱きつつ、絶望と希望の中で選択の自由を行いながら、療養していた。このような脳卒中高齢者に関わる専門職者は、機能分化で専門職性を発揮するだけでなく、脳卒中高齢者のナース・コーリングにも気づける心、専門

<sup>14</sup> 説明理論とは、説明できるように筋道を立てて組み立てられた知識の体系であり、また、実践に対応する純粋な論理的知識の理論である。

<sup>15</sup> 操作理論とは、専門職の実践領域の問題や課題を適切に扱い、専門職として何をしなければならないかを指し示す理論である。

的自律性として特に専門的感受性能力や肯定的関心の能力を養わなければならないといえる。脳卒中高齢者の思いや願いを少しでも叶えられるように、その人らしいライフスタイルを再編成できるように、保健、医療、福祉が一体になって肯定的関心を持ちながら、ライフスタイル再編成を目指していくことが肝要であることが示唆された。

## 第2項 調査を通して得られた知見

第3章では、インタビュー調査から導き出された心理的ダメージを各専門職者が把握できているのか、併せて第2章で抽出された肯定的関心が、看護師以外の他専門職や他者にでも可能な概念であるのかを検証した。この肯定的関心を命名することになった根底にある、脳卒中発症による血管性うつ病やアパシーなどの心理的ダメージにつながる、脳卒中高齢者の内面的状況として、気分、感情、不安といった心理的状況を察知し、それに応じた方法を組み立てられる力量を測定できる自律性測定尺度を用いて、特に心理面に関するものとして専門的感受性能力に注目し、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える支援者の現状と課題を概説した。

研究対象として、急性期病院に従事している専門職、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に質問紙調査を実施した。脳卒中高齢者が地域へ退院となった際に、リハビリテーションがさらに必要な場合、老健施設に入所する場合、自宅から通所サービスを受ける場合等がある。このことから、また介護や福祉面としては、老健施設とデイサービスで従事する専門職者を対象に、質問紙調査を実施した。いずれも全国調査を実施し、医療面は1739部、福祉・介護面では144部で、合計1,883部の回答から新たな自律性測定尺度を用いて、各専門職の特性について分析した。各専門職者の評価の中で特に注目したのは、肯定的関心と関係すると仮定した「専門的感受性能力」についてである。「専門的感受性能力」と関係する要因として年齢、就業年数、経験年数等をあげて比較し、これらに対し、全専門職が弱いもしくは相関がほとんどみられないという傾向を示した。この結果を受け、「専門的感受性能力」は経験等とは異なるファクターが影響しているものと推定した。不足している「専門的感受性能力」に関しては、経験を積むだけでなく、また各々が専門分野の学習をするだけでは十分な能力を養うことは難しいとも考えられた。特に、「専門的感受性能力」は、全職種において「できない」から「どちらともいえない」の評価が多くみられたことから、脳卒中高齢者の発信するナース・コーリングに関心を寄せ、脳卒中高齢者の思いや願いをありのまま受け止め肯定的関心の意識づけが必要だと考えた。

さらに、新たに保健、医療、福祉が一体になって各々の学問的立場からアプローチしながらも、統合させた形での理論・方法論を科学として、さらにそれを具体化する手段・手技を実践として探求する点を保健医療福祉学に取り入れ深めていきたい。保健医療福祉学では、今回明らかになったナース・コーリングや、保健、医療、福祉の各専門職は脳卒中高齢者がさまざまな場面で自由の選択をしながら生活していることについて、気付く力を持ち、電波をはり巡らせる能力が持てるような教育のあり方について考えていく必要であるといえる。そして、脳卒中高齢者のナース・コーリングを早期にありのまま受け止め感じとり、肯定的関心の関わりが可能となる専門職者の人材育成を目指すことを期待する。

今後も脳卒中発症の歯止めと発症後の障害予防を目指した保健、医療、福祉の発展が、本学問において期待できる。このことから、脳卒中発症後の心理的ダメージを意識したライフスタイル再編成に向けた支援についての教育を実施し、教育効果が得られ、この教育内容を根底に

一般化できるような組み立てをしてきたことは、現代日本にとって意義ある研究であったといえる。

また、今回、第一歩として協力地域で保健医療福祉学を意識した学習内容を伝える研修会を実施したことは、町としての取り組みを考えていこうという意味と決意への変化という効果の実証にもつながったと考えられる。本研究で得られた知見を発展させ、一般化、マニュアル化により全国的に推進させていきたい。

本研究の目的は、下記の6つであった。

1. 脳卒中とその影響に関する言説について文献レビューを通して整理する
2. 医療、保健、福祉領域における質的研究としての Grounded Theory Approach に関する文献検討し、整理する
3. 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の現状と支える看護師の現状と課題を概説する
4. 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健、医療、福祉の専門職の自律性と現状と課題を概説する
5. 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える人材者育成のためのプログラム開発と実施、効果および評価を行い、検証する
6. 以上より得られた知見を総合的に捉え、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える人材育成に関する提言を行う

本稿における研究は、以下5つの研究から成り立ち、各研究の要旨については以下の通りである。

#### 【研究1】脳卒中についての概説

総合的に捉えるライフスタイル論は、標準化・平均化されたライフスタイルを基点にしながらも生活を広く捉え、全体的存在としての人間の総合性を重視したライフスタイルであり、生き方のライフスタイル論である。生活全体をよりよいものにしたいという内的な要求としての生き方の追求として、経済的豊かさを越え、福祉や介護においても、自分らしいライフスタイルの創造に向けて、個人の主体性や生活の主体化等が日々の生活の変化に影響をきたしていた。高齢者が脳卒中を罹患し、さらに障害を目の当たりにした場合、現実と向き合うことができず、自己否定や現実逃避、そして血管性うつやアパシー、心理的ダメージに陥るリスクが大きかった。障害をもつということは、これまで築き上げてきたライフスタイルを新たなものに変更していく必要が生じるということである。

このことから、ライフスタイル論において、脳卒中高齢者やその家族を取り巻く環境の変化に注目し、さらに生活の価値を重視したライフスタイルと併せ、脳卒中高齢者を含む全体を包括的、統合的に捉えることが重要性であると述べた。老年期において疾病の後遺症によって生

活を、自分らしいライフスタイルへと組み換え、再編成をしていく脳卒中高齢者に一変したライフスタイル論に関する研究が重要であることを示した。

## 【研究2】医療保健福祉学における質的研究としての Grounded Theory Approach に関する文献検討

研究から何をを目指したいのか、また結果と脳卒中高齢者、保健、医療、福祉との関係等も念頭においた研究方法の検討が重要な課題である。本研究では、保健医療福祉学的な視点をふまえた研究における GTA の有効性を検討した。研究者の捉え方によって異なる見解もあるが、本研究では、Glaser 版の GTA に準拠することにした。その理由として、第1に Glaser は、「データにおいて何が実際に起っているのか」を探求する重要性を述べていることである。これは、Glaser はコロンビア大学で Lazarsfeld, P.F. のもとで GTA が確立される基盤となる質的数学、コアカテゴリー、理論的コード、および仮説生成を目的として方法論を学んでいることによる。第二の理由は、コーディングの方法である。Glaser はコーディング初期のデータからコア・バリエブルが浮上することを念頭においているが、Strauss は初期過程で 5W1H に代表されるフェイスシート情報を収集している。そして次に、アクシアルコーディングの過程で状況、内容、連続性を利用しコーディングを行っている。しかし、Glaser は、すべてのデータがこの方法でコーディングできないため、GTA が避けるべき強制的分類であると述べ、理論的コードとしてコーディング・ファミリーの 24 項目を参考に、理論的コーディングを行うことができる。例えば筆者が取り扱う研究では、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の過程の理論生成を目的とし、脳卒中高齢者の言葉の意味の解釈を重視するため、脳卒中高齢者の再編成に向かう行動を分析対象とした。脳卒中高齢者が再編成に向かう行動とは、機能障害により引き起こされる心理的葛藤を乗り越え、障害をもちながらも生活様式を立て直していく行動である。Glaser 版 GTA では、特に患者にとっての意味を把握することに力点が置かれている。そのため、脳卒中高齢者の言動の背景にある内的な意志を捉えようとする研究に適切と判断し、本研究に採用した。第三の理由は、Glaser 版 GTA は、concept-indicators を用いて分析する等、文脈やプロセス性を重視した分析が可能な長所をもつことにある。筆者は、脳卒中高齢者が自由に意思を表現できることで、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に向かう行動形成の過程が明らかになりうることから、Glaser 版 GTA を用いた。Glaser 版 GTA は、面接型調査に有効性を発揮し、研究の手法に関しても妥当であると判断した。

このことから、対象に起きている実際の出来事や、経験等から、研究者の抱く直感や分析的な発想等にいたるまで、難しさも感じるが、データに根ざした理論生成を目指すことになる。GTA は、データから語りかけてくる言葉を基点に統合し、そして徹底した比較を行う重要性を述べる点においても、本研究に応用できると考える。

このことから、保健医療福祉学的な視点をふまえた本研究において、本研究の目的が仮説生成型の研究目的であるため、Glaser 版 GTA を適用することが適当であると考えた。サンプリングの方法は、理論的サンプリングであり、インタビューによってデータを収集し、継続的比較分析法によって分析することで、明確な方向性を見出すことができるのではないかと考えた。

### 【研究3】脳卒中高齢者のライフスタイル再編成について 脳卒中高齢者と支える看護師の現状と課題

1. 脳卒中発症初期からの高齢者へのインタビューから、ライフスタイル再編成に向かう高齢者の主観的体験について、Glaser の GTA を用いた分析を行い、以下の3点が結果として得られた。

1) 継続的比較分析法によって創発されたコアカテゴリーとして、【絶望と希望の去来における自由の選択】であり、その特性としては、【絶望と希望の去来における自由の選択】は、[疾患や障害をもったことを確認する段階][新たな価値観を得て自己実現を目指す段階][自分らしさを獲得していく段階]の3つの段階と[他者との関係性を構成すること]の1つの条件を含有している。このうち、[疾患や障害をもったことを確認する段階]、[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階]、[自分らしさを獲得していく段階]の3つの段階は、コアカテゴリーを成立させるプロセスである。[他者との関係性を構成すること]は、3つの段階を得ていく条件でもある。

[疾患や障害をもったことを確認する段階]は、〈生きた心地がしない〉〈身動きがとれない〉〈運命に任せるしかない〉の3つのコンセプトによって段階が構成されており、〈運命に任せるしかない〉というコンセプトをトリガーとして、プロセスアウトし、第二の段階である[新たな価値観を得て自己実現を目指す段階]として、〈障害と共に生きていく〉〈希望を探求する〉の2つのコンセプトに移行する。第三の段階である[自分らしさを獲得していく段階]である〈自分らしさを取り戻す〉〈自分の生きる道を自分で決める〉の2つのコンセプトによって構成する。これらは順番に経過したり、ある一定方向のみに向かうものではなく、さまざまな場面で【絶望と希望の去来における自由の選択】を繰り返しながら、ライフスタイル再編成にむけて、各段階や条件、コンセプト間を行き来するという関連性があった。これらの関係性は、脳卒中ケアの契機となるものと考えた。

2) 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の特徴として、急性期の極めて早い時期からの心理的变化は、ある一定方向のみに向かうものではなく、さまざまな段階で前向きな自由の選択や消極的もしくは後ろ向きな自由の選択を繰り返しながら、ライフスタイル再編成に向けて、抽出された各段階やカテゴリー間を流動的に去来することが示唆された。

3) 脳卒中高齢者の主体性、自立性を引き延ばすためには、〈生きた心地がしない〉〈身動きがとれない〉〈運命に任せるしかない〉のような絶望的状况にあり、ナース・コーリングでの発信に気付かれていない、もしくは発信できずにいる脳卒中高齢者の思いに早期に気づき、判断し、発症初期からの心理面のケアを実践できる能力を専門職者がもち、早期に対処していくことが示唆された。

2. 脳卒中高齢者の自由の選択を身近に支えることのできる看護師に対して、インタビュー調査を実施し、主観的体験から得られた現状や事象を整理し、脳卒中高齢者のインタビュー結果との整合性、関連性を導き出した。脳卒中医療を展開している施設に勤務する看護師 19 名から、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支援する看護師の特性を明らかにすることを目的

に、Glaser の GTA を用いた分析を行い、以下の3点が結果として得られた。継続的比較分析を行った結果、以下の3点が示唆された。

1) 継続的比較分析法によって創発されたコアカテゴリーは【肯定的関心】であり、その特性として、【肯定的関心】は、[願いと負担のアンバランス]の1つの疎外要因と、[対人折衝力のめざめ]の肯定的関心の必須条件、【肯定的関心】への段階を踏むための[意志決定による能力向上]の2つの条件を含有している。これらのカテゴリーは、コアカテゴリーを成立させる要因と条件である。また、【肯定的関心】には、2つのニードがある。一方は、脳卒中看護師が他専門職者からの【肯定的関心】を受けたいというニードであり、もう一方は、脳卒中高齢者が専門職者に【肯定的関心】を持って関わってもらいたいというニードである。

[願いと負担のアンバランス]は、〈脳卒中現場での対人関係の葛藤〉〈resilienceの低下〉〈脳卒中医療へのゆらぎ〉の3つの要因によって構成されている。この要因は、脳卒中看護師の葛藤やゆらぎ等を解決させるために、[対人折衝力のめざめ]は必要な条件である。[対人折衝力のめざめ]は、〈サポーターによって立ち上がる〉〈脳卒中現場の職務満足〉〈脳卒中専門職としての自律性〉の3つの条件によって構成される。この〈サポーターによって立ち上がる〉ことは必須条件であり、これを機に、脳卒中看護師と脳卒中患者の両者において〈脳卒中現場の職務満足〉が上がり、satisfaction mirrorの効果がみられている。〈脳卒中現場の職務満足〉の相乗効果として、〈脳卒中専門職としての自律性〉が高まることで、【肯定的関心】におけるトリガーとして、プロセスアウトし、次の因子である[肯定的関心への段階を踏む]へ移行する。[意志決定による能力向上]は、〈ナース・コーリングを受け止める〉〈脳卒中高齢者を各専門職で支える覚悟をもつ〉の2つの条件を含有している。[意志決定による能力向上]によって、脳卒中看護師はライフスタイル再編成への支援が可能になる最終段階として、重要な条件であった。

2) 菊池と原田(1997)の看護師の自律性尺度を用い、同様の自律性の構造が得られるかを確認するため、全47項目について、主因子法、Promax rotationによる探索的因子分析を行った。その結果、「基本的臨床能力」「実践的対応能力」「専門的感受性能力」「自立的判断能力」「能力の不足」の新たな因子が抽出された。各医療職における専門職的自律性の平均の比較では、各専門職における「自立的判断能力」の平均が全体的に低い因子得点であった。「基本的臨床能力」や「実践的対応能力」、「専門的感受性能力」はほぼ差の少ない因子得点であると判断できる。医師や理学療法士においては、「実践的対応能力」において他医療職と比較すると高く評価する傾向がみられた。作業療法士や言語聴覚士では、「自立的判断能力」を低く評価する傾向がみられていた。次に各専門職に関する専門職的自律性と経験年数等の相関関係にも注目することにした。医師の専門職的自律性と経験年数等の関連をPearson積率相関によって分析した結果、特に「専門的感受性能力」に関連する項目のうち、強い相関を得られた項目を抜粋した( $r=0.30$ 以上,  $p<0.01$ )。「専門的感受性能力」では「基本的臨床能力」( $r=0.74$ ,  $p<0.001$ )、「実践的対応能力」( $r=0.59$ ,  $p<0.01$ )、「自立的判断能力」( $r=0.37$ ,  $p<0.01$ )、と有意な関連がみられた。この新因子と看護職の自律性の形成に影響を及ぼす要因について調査した。本研究結果では、就業年数や脳卒中看護の経験年数等は専門的自律性、特に専門的感受性能力とは、相関が低かった。すなわち専門的感受性能力は経験年数等が単に長いということで、



身に着くものではないとも考えられ、専門的的感受性能力に影響するファクターが、他にある可能性が考えられた。このような現状をふまえ、他専門職におけるファクターについて分析した結果、脳卒中看護師と同様の結果を得ることができた。このことから、専門職的自律性は、脳卒中経験年数等に影響しないファクターの存在は明確である。脳卒中ケアの経験年数に依拠せずに、効果的な教育のプログラムを考えていくことの必要性を述べた。

3) 本調査では、特に第Ⅲ因子の項目が脳卒中高齢者の思いや願いを感じ取ることと関係が深いと判断し、この第Ⅲ因子を「専門的的感受性能力」と命名し、肯定的関心を量的に概念化することを試みた。一方で、第Ⅰ因子「基本的感受性能力」や第Ⅱ因子「実践的判断能力」、第Ⅳ因子「自立的判断能力」における心理的要素も含めて、脳卒中・高齢者の思いや願いへの肯定的関心をもって関わることに関与していると判断した。このことから、これらの因子の構成要素となり、さらにはエンパワーメントや傾聴、パートナーシップ等といわれる態度、技能と相まって、肯定的関心が臨床的有用性を発揮すると考えた。

本調査で、看護師の脳卒中高齢者に対する姿勢や支援活動の実際から、脳卒中看護の機能と役割意識が明確になり、看護の専門職的自律性が導き出されていくことが示された。脳卒中高齢者や各専門職者との関係性を肯定的関心という形で補い合い、または保つことで、脳卒中高齢者のライフスタイルの再編成を支えていくことが肝要であると示唆された。

この結果をもとにして、看護師以外の各専門職者における肯定的関心の現状についても調査を行った。肯定的関心の概要を量的に把握するため、菊池と原田(1997)の専門職的自律性尺度を用いた。その結果、全職種において、同様の能力構造が得られたことが示唆された。専門職的自律性の成長に関連するファクターとして、年齢や経験年数と相関関係をみると、全職種においてあまり相関がみられなかった。すなわち、専門職的自律性の成長には、他のファクターが関与していることが示唆され、専門職的自律性の成長を促す支援を行っていくことの重要性が示された。

#### 【研究4】脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健、医療、福祉の専門職と自律性との関係と課題

脳卒中高齢者に関わる専門職者の専門職的自律性の特性を明らかにするために、菊池と原田(1997)の考案した自律性尺度を脳卒中高齢者に関わる各専門職への使用が可能かを測定し、新たな尺度を用い、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の1,088名、施設に従事する介護福祉士、社会福祉士、介護士等の84名の質問紙調査表を分析した結果を総合的に捉えると、次の通りである。

本研究において期待すべき「専門的的感受性能力」の評価は、各専門職において全体的に低かった。また、年齢や経験年数等との相関をみても、他の下位尺度項目と比較しても、これらは特に脳卒中高齢者のナース・コーリングへの気づきや対応に関して低く評価していたが、このことから、自らの中で自信や不満な思いを抱えず表出でき、自己で解決できない場合は勇気をもって他者の力を借り、他者を見本として実践的学習の場を設け、体験を繰り返すことで、専門的的感受性能力自律性が高まっていくものと考えられた。各専門職は、常に脳卒中高齢者に寄

り添い支援していることから、脳卒中高齢者の思いを受けとめたいという肯定的関心に関する意思の表れに反映しているのではないかと考えられた。

以上のことから、脳卒中高齢者のライフスタイルを支える専門職において、肯定的関心の能力に反映すると考える専門職的自律性尺度の結果から、専門職としての自律性や肯定的関心の能力を高めるためには、各々の専門職の専門的感受性能力や肯定的関心がもてる研修や講習会を実現すること、また、その中で自身の専門職的自律性への意識を高めると共に、各専門職者同士の脳卒中ケアに向けての身体的、精神的、社会的面の情報交換を行い、脳卒中高齢者が望む支援を広げていくことが必要であるとの結論を得た。このことから、保健医療福祉学的な視点をふまえた各専門職の専門職的自律性（特に専門的感受性能力）や肯定的関心の重要性を再確認し、肯定的関心の中核に据え、その人らしいライフスタイルに向けた支援を行うことを可能にする教育の必要性についての示唆が得られた。

#### **【研究 5】脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える保健医療福祉学における人材育成のためのプログラム開発、実施および評価、検証**

【研究 4】までの結果をふまえて、保健医療福祉学における人材育成のためのプログラムを開発し、実施した。その結果、および評価から、明らかになったのは次の 3 点である。

1. 脳卒中高齢者に関わる多種の専門職者に対し、肯定的関心がもてるよう配慮した研修を行った結果、47 名の自己評価票を「連携、協働、肯定的関心の必要性の理解」「各自の専門職との共通理解」「各自の専門的な知識・技術・態度の活用」「チームワークの技術の習得」「地域の特性や利用者のニーズの理解」「脳卒中高齢者のライフスタイル再編成に関する理解」の 5 つの視点で評価した。研修前、研修終了直後、研修 1 カ月後の 3 回の対象の変化をみると、全体的に右上がりの自己評価が多く、研修の効果は得られたといえる。しかし、調査は研修 1 カ月後までの評価であったことから、継続性についての効果の把握は難しかった。

2. そこで、脳卒中高齢者や脳卒中高齢者に関連する地域住民に対してのインタビューから、肯定的関心がもてる研修の効果について、Glaser の GTA を用いた分析を行い、肯定的関心の中核に据えた研修に対する、脳卒中高齢者や脳卒中高齢者に関連する地域住民の反応を調べた。その結果、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】であり、その特性として[かつて前の地域住民の反応]の状態や、[リフレクションへの準備段階]の条件、[研修（教育）のビフォー・アフター]の反応を含有し、これらはコアカテゴリーを成立させるカテゴリーである。

研修前の[かつて前の地域住民の反応]から、各専門職者の研修による影響として脳卒中高齢者や地域住民が変化していく条件には[リフレクションへの準備段階]は重要であり、〈新たな町へと始動する〉というコンセプトをトリガーとしてプロセスアウトし、[研修のビフォー・アフター]に移行していく。このプロセスにより、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】が可能になることで、脳卒中高齢者がライフスタイル再編成の最終段階の終結に向かっていく段階になることが示唆された。

3. 医療サービスや介護サービス等、社会のニーズが複雑化、多様化してきており、各専門職に課せられている役割は非常に大きいといえる。そこで、脳卒中高齢者—看護師間で抽出された肯定的関心が、保健、医療、福祉の各領域において有用性があるのかを検討した。各専門領

域の視点で機能分化した状態でのサービス提供を行うことは、専門化、合理化といった面では有効だと考えられるが、地域住民や脳卒中高齢者から、本人の自由の選択、思いや願いとして発信しているナース・コーリングが各専門職者に届いているのか等、個人の希望に反映されたライフスタイル再編成への支援が行われていたのかの判断は難しいと考える。今回の研修の実施は、受講者のみならず、一層地域で取り組んでいかなければならないという意識づけにもなったと考える。この点からは、専門職者にとっては肯定的関心を取り入れた研修の効果はみられた。2015 年、研修の継続性についてモデル地区に確認したところ、2015 年においても継続の意思を確認できたことから、モデル地区や各専門職者に対しては、脳卒中高齢者への肯定的関心を含む教育内容の有用性はあったと判断できる。地域住民においては、浸透されていない住民もいることが明らかになり、この点については、取り組みを理解できるように手段をさらに考え、【脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応】に導いていくことが必要であった。各専門職において、専門職的自律性を伸ばすための手段や方向性の確立については、本研究においては、厚生労働省の見解をふまえ、教育の主眼をどこに置くかを考え、教育方法を発案した。この教育プログラムは、研修担当者がどのような人が実施しても、最低限レベルを保って実施可能なものとなるように工夫した。具体的な内容には、脳卒中高齢者が自ら望むライフスタイルを再編成できるための支援として、肯定的関心が一層向上するような手続きを含むことが肝要であることが示唆された。

これらの目的の検証を通し、疾患や障害に焦点を当て、脳卒中高齢者の望むライフスタイルの再編成に至るよう、本人の希望の実現を支援していくために、肯定的関心について伝えることを中核に据えた人材育成のための具体的なプログラムを提示した。保健、医療、福祉の専門職者には、単に知識・技術の向上のみならず、疾病や障害をもったことによる心理的ダメージのある脳卒中高齢者やその家族の思いに寄り添い、共に歩んでいこうとする姿勢やそこから生み出される対応が有効であることを結論づけた。

脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える人材育成のための研修プログラムが成熟し、脳卒中直後からの心理的ダメージの発生予防ができ、脳卒中高齢者個々のライフスタイル再編成へと向かうための支援の結果、主体的に自らの望むライフスタイルが見出せるようになるための変革の端緒として、本研究は意義あるものとする。

## 第2節 本研究の成果

### 第1項 調査結果

本論文において、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える支援者の人材育成のためのプログラム作成ならびに実行に向けた調査を実施した結果、明らかになったのは次の2点である。

1. 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成の現状と支援する専門職者の現状と課題  
(脳卒中高齢者のナース・コーリングに対する、専門職者による肯定的関心の重要性)

## 2. 保健医療福祉学における脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支援する人材育成のための教育のあり方

具体的には、次の結論を得た。

1) 脳卒中高齢者が、その人らしさや自ら望むライフスタイルをその時々で自由の選択をしながら、再編成に向かえるように支援していくことが重要である。

2) そのためには、発症直後から地域社会までにいたる過程で、保健、医療、福祉の専門職者が、脳卒中高齢者の血管性うつ病やアパシーなどを含む心理的ダメージを理解することが根底にある。この時に脳卒中高齢者によって発信されるナース・コーリングに瞬時に気付くことが重要である。その能力として、肯定的関心が掲げられ、脳卒中高齢者が自ら望むライフスタイルを主体的に再編成できるように、肯定的関心をもって関わって行くことを重視する。

3) また、保健、医療、福祉の専門職が共に学習し、互いの役割や専門職性を理解した上で、脳卒中高齢者がどのようにライフスタイルを自らの形に編成できるか、どの部分で各々の専門職的自律性を発揮し、介入するべきかを体験学習などを取り入れ、最終的には実際に活動できるような、肯定的関心がもてる効果的な学習プログラムを立案していく必要があることを明らかにした。

4) 試行プログラムの結果、各専門職においては、実施前～実施後1か月までの自己評価の変化を調査し、その結果、研修後から1か月後までの変化としては、研修直後からの維持、もしくは向上していたことから、学習効果を得ることができたといえる。また、研修を行ったモデル地区の反応は、脳卒中高齢者をめぐる人々の肯定的反応が得られ、脳卒中高齢者に関わる専門職者に肯定的関心がもてる研修は効果があったことがいえる。この結果から、保健医療福祉学的な視点をふまえた教育プログラムは、脳卒中高齢者が住みやすい社会となるように主体的に活動できる人材育成を目指し、地域の特性も取り入れつつ、各専門職者が肯定的関心をもてる研修として継続的に行っていくことが、重要であると結論づけた。

以上の結果をふまえ、疾患や障害に焦点をあてた予防的なかわりであった従来のアプローチから、脳卒中高齢者が望むライフスタイル再編成ができるように、本人の希望の実現を支援していくアプローチとするため、この支援が可能となるための具体的なプログラムを提示した。保健、医療、福祉の専門職者が単に知識や技術の向上を目指すだけではなく、疾病や障害をもったことにより心理的ダメージを受けた脳卒中高齢者やその家族の思いを肯定的関心をもった関わりで、共に歩んでいく姿勢とそこから生み出される対応が必要となることを論じた。

### 第3節 今後の課題

以上の成果を踏まえ、今後の研究課題として、次の2点があげられる。

1. 保健医療福祉学における人材育成のための教育プログラムの効果について、実施後、追跡調査を半年以上まで延長し、信頼性の高いプログラムへと成熟させていく。
2. 保健医療福祉学における人材育成のための教育プログラムを地域の特性も入れて作成し、脳卒中高齢者の心理的ダメージの予防や悪化防止の理解を広めるために教育・研修を実施し、を行い、その効果を立証していく。

急速な高齢化の中で、高齢者の脳卒中発症の増加は足止めできない。また、長い余生を夫婦のみや一人で暮らす高齢者が増加傾向にある。それに加えて、脳卒中高齢者を扶養する、家族の介護能力が失われつつある一方で、可能な限り自立して暮らしていこうとする高齢者もみられる。行政には、高齢者が住み慣れた地域で、質の高い生活が続けられるように生活環境の整備することが課せられている。脳卒中高齢者にどのようなライフスタイルが形成されつつあるのか問題とし、本研究を開始した。そのため、この脳卒中高齢者の発症から在宅や地域に戻る過程で、保健、医療、福祉の専門職としての個別的な役割にとどまらず、脳卒中高齢者の望むライフスタイルを実現するための普遍的な支援について、今後着目していきたい。

そして、いつでも専門職的自律性を発揮できる肯定的関心をもった人材を育成していく。そのためにも、保健医療福祉学を発展させるための研究を継続していきたいと考える。

さらに、本研究では限界のあった、看護師以外の専門職者における肯定的関心の有効性等に関するインタビュー調査について、さらに実証的に捉えるための研究を今後の課題とする。

### 第4節 総括

本研究は、対象を脳卒中の発症間もない高齢者から地域に戻り生活していく高齢者に焦点を当て、ライフスタイル再編成に至るプロセスについて、脳卒中高齢者に関係する専門職者が、十分対応できていないとの認識を出発点として行ったものである。これまで何不自由なく、生活していた人が、障害をもったことにより動けず、他者からの支援を受けて生活しなければならないことで、悲しみや苦しみ、後悔、さまざまなことが脳裏をよぎり、血管性うつ病やアパシーなどを含む心理的ダメージの発症、もしくは悪化へとつながっていく。これらのリスクは、脳卒中の発症と共に高くなると考えられ、脳卒中高齢者が抱える心理的問題は、現実には減少するとは言い難い。地域に戻ってからも、寝たきりや血管性うつ病、アパシー、外出拒否、引きこもり、等のような症状が出現する人もみられている。今後、このような状態においての在宅介護、家族の介護負担の増大が懸念される。この状況が悪循環になると、虐待、介護殺人、自殺などの最悪の事態を招くことにもなりかねない。要介護者となった脳卒中高齢者の人権が保障され、その家族も含めた擁護を行っていく必要があり、対応策の一つとして、保健医療福祉学的な視点での対応を発展させていくことが求められる。

また、脳卒中高齢者に関わる専門職者としては、肯定的関心に関連する専門職的自律性の新たな下位尺度項目に「基本的臨床能力」「実践的対応能力」「専門的感受性能力」「自立的判断能力」「能力の低下」が抽出され、これらの能力と年齢や就業年数、脳卒中ケアの経験年数

とは相関がみられなかったことから、経験等では身につかない能力として、研修で身に付ける必要があるとの考えに至った。特に本研究で明らかになった肯定的関心と「専門的感受性能力」は、脳卒中高齢者がその思いや願いをナース・コーリングとして発信していることに対して、各専門職者が素早く気づき、対応できる能力である。この能力を発揮させることで、血管性うつ病やアパシー、心理的ダメージの予防や悪化防止に努め、脳卒中高齢者が望むライフスタイルの再編成へと導くことへつながることが明らかになった。

以上、脳卒中高齢者に関わる専門職者に対する総合的な人材育成を目指した研究は、筆者の知る限り、これまでにない。新たに得られた知見は、脳卒中高齢者が自分らしいライフスタイルに再編成するための支援者育成に向けた教育プログラムとして提案できると確信する。

本論文において、脳卒中高齢者の思いや願いを肯定的関心をもって関わることのできる能力を培うことの重要性を再認識させられた。これは、歯止めのない高齢社会において、保健、医療、福祉にわたって非常に重要な問題であり、脳卒中高齢者の QOL の維持、向上のためにも重要な課題である。

脳卒中高齢者の人権を尊重し、かつ、ライフスタイル再編成のための支援となるように、私個人も同じ地域社会に属する者として、一層邁進し、研究に取り組んでいきたい。

## 謝 辞

本研究にあたり、大変多くの方々のご協力ならびにご指導をいただきましたことを心から感謝申し上げます。

調査協力者としてご理解をいただき、質問紙調査及びインタビュー調査にご協力をいただきました、患者、医療従事者、地域住民の皆様には心から御礼申し上げます。

また、防衛医科大学校、秋田大学大学院、秋田県立衛生看護学院、JA 厚生連平鹿総合病院、羽後町立病院、羽後町役場、各介護老人保健施設やデイサービスの職員の皆様、上司や同僚、そして学生の皆様には多くの励ましの言葉をいただき、私の研究のための時間の捻出、ならびに数多くのご助言とご支援をいただきました。心から御礼申し上げます。

そして、博士学位請求論文執筆にあたり、東洋大学大学院に在籍させていただき、折々の中間発表では、志村健一先生はじめ多くの先生方からご指導いただきましたことで本研究をまとめるにあたり、多くの示唆を得ることができました。心から感謝申し上げます。最後に、常に適切なお助言とご指導、励ましをし続けてくださいました指導教授の東洋大学大学院 白石弘巳先生に大変お世話になりました。感謝の気持ちを言葉で言い表すことができません。本当にありがとうございました。先生からの学びを今後の研究活動に邁進していく所存です。

## [引用文献・参考文献]

### 序章

- 相澤和美, 古屋龍太, 小林正義, 福田正人, 糊澤直美 (2014). 特集 ユーザーニーズ実現につながる人材育成各職種の現状から見えてくる人材育成の展望. 精リハ誌. 18(1). 21-41.
- 天野寛子, 森ますみ (1994). 生活時間と生活文化. 光生館. 109-127.
- アルネ・ネス, 斉藤他訳 (1997). ディープ・エコロジーとは何か. エコロジー・共同体・ライフスタイル. 文化書房. 博文社.
- 一般社団法人 日本言語聴覚士協会. online1.  
<<http://www.jaslht.or.jp/>>2015年1月1日閲覧.
- 一般社団法人 日本社会福祉学会. <<http://www.jssw.jp/>>2015年1月1日閲覧.
- 一般社団法人 日本生活習慣予防協会. online1.  
<[http://mhlab.jp/malab\\_calendar/2012/10/010409.php](http://mhlab.jp/malab_calendar/2012/10/010409.php)>2014年12月29日閲覧.
- 一般社団法人 日本脳卒中協会. 脳卒中を予防し後遺症を減らすために. online4.  
<<http://jsa-web.org/law/law.pdf>>2014年12月29日閲覧.
- 一般社団法人 日本脳卒中協会. <<http://jsa-web.org/>>2014年12月16日閲覧.
- 一般社団法人 日本脳卒中学会.  
<<http://www.jsts.gr.jp/jss57.html>>2014年12月16日閲覧.
- 今井光映. アメリカ家政学現代史Ⅱ. 光生館. 43-62. 1995. 43-62. 1995.
- 枝川義邦, 渡邊丈夫. 行動・学習・疾患の神経基盤とドパミンの役割. 早稲田大学高等研究所紀要. 第2号. 75-92.
- 大塚真理子 (2014). 医学部がない大学における IPE の取り組みー大学間連携による IP 演習の実現ー. 医学教育: 45(3). 145-152.
- 岡田和悟, 小林祥泰, 青木耕, 須山信夫, 他 (1998). やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価. 脳卒中. 20:318-323.
- 岡堂哲雄, 鈴木志津枝 (2006). 危機的患者の心理と看護. [シリーズ]患者・家族の心理と看護ケア. 中央法規出版.
- ギャーリー・キールホフナー, 山田孝訳, 石井良和, 竹原敦, 野藤弘幸, 村田和香, 山田孝 (2014). 作業療法実践の理論 原著第4版. 医学書院.
- クラックホーン, C, 外山滋比古, 金丸由雄訳 (1971). 文化人類学の世界 人間の鏡. 講談社現代新書.
- 公益社団法人日本医師会. 世界医師会. 患者の権利に関する WMA リスボン宣言. 2005. 「WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient」(WMA サイト)
- 厚生労働省. 精神科医療について. 中医協.  
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/>>2011. 2015年1月2日閲覧.
- 厚生労働省. 高齢社会白書. 国民生活基礎調査(平成22年). online2.  
<[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/sl\\_2\\_5.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/sl_2_5.html)>  
2015年1月1日閲覧
- 厚生労働省老健局振興課. 地域包括ケアシステムについて. 第99回市町村職員を対象とするセミナー. 2013. online1. <[http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoseminar/02\\_99.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoseminar/02_99.html)>

厚生労働省. 脳卒中ホームページへようこそ.

<<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/seikatu/nousottyu/>>

2014 年 9 月 10 日閲覧.

厚生労働省. 平成 22 年国民生活基礎調査の概況. 結果の概要. 要介護者等の状況. online4.

<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-2.html>>

2014 年 12 月 29 日閲覧.

厚生労働省. 平成 25 年人口動態統計表. 性別にみた死因順位(第 10 位まで)別死亡数・死亡率(人口 10 万対)構成割合. online3

<[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei13/dl/10\\_h6.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei13/dl/10_h6.pdf)>

2014 年 12 月 29 日閲覧.

厚生労働統計協会(2013). 国民衛生の動向・厚生指標 増刊:60(9). 通巻第 944 号. 第 3 編. 保健と医療の動向. 医療関係者. 医療関係者の現況.

小林利行, 諸藤絵美, 渡辺洋子(2011). 世論調査部(視聴者調査). 日本人の生活時間 2010～減少を続ける睡眠時間, 増える男性の家事～. 放送研究と調査.

嵯峨座晴夫(1999). 高齢者のライフスタイル. シリーズ・高齢社会とエイジング 5. 早稲田大学出版部.

佐藤登美(2013). 新体系看護学全書 看護学概論. 第 3 版. メヂカルフレンド社.

衆議院. 脳卒中对策基本法案提出 第 186 回議案本文. online1.

<[http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb\\_gian.nsf/html/gian/honbun/houan/g18602028.htm](http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/honbun/houan/g18602028.htm)>2014 年 12 月 29 日閲覧.

寿里茂, 北沢裕(1996). ライフスタイルと社会構造. 日本評論社. 1

社会福祉学. <<http://ja.wikipedia.org/wiki/>>2015 年 1 月 2 日閲覧

生命保険文化センター. 生活者の価値観に関する調査(平成 14 年 3 月発行)

<<http://www.jili.or.jp/press/archive/NWtx/h13/nw12.html>>2015 年 1 月 2 日閲覧

総務省統計局. 社会生活基本調査.

<<http://www.stat.go.jp/data/shakai/2011/>>2014 年 12 月 29 日閲覧.

高木亜希子(2011a). 質的研究デザインの方法. 第 41 回中部英語教育学会福井大会 英語教育法セミナー2. 1-12.

高木健志(2011b). 質的データを用いたソーシャルワーク研究に関する一考察(その 1). 山口県立大学学術情報. 第 4 号. 社会福祉学部紀要 通巻第 17 号.

高松道生(2014). 「地域医療」研修の課題と当院の取り組みーコアとしての医療・福祉連携ー. 日農医誌:62(5). 750-758.

高谷修(2014). ジョハリの窓理論 看護グループワークは楽しい, おもしろい. 金芳堂.

東京大学. 東大と電通総研. 世界価値観調査 2010 日本結果を発表. 2011 年 04 月 22 日発表.

<[http://www.u-tokyo.ac.jp/public/public01\\_230422\\_j.html](http://www.u-tokyo.ac.jp/public/public01_230422_j.html)>2012 年 2 月閲覧

図書文化. 保健学分野について.

<<http://www.toshobunka.jp/common/daigaku/hokengaku.htm>>2015 年 1 月 2 日閲覧.

奈良勲, 内山靖(2010). 標準理学療法学 専門分野 理学療法学概説. 医学書院.

日本医療福祉学会. online1. < <http://www.welfare-ac.or.jp/>>2015 年 1 月 2 日閲覧

日本保健福祉学会. 2015 年 1 月 2 日閲覧< <http://hwelfare.umin.jp/>>



- 日本保健福祉学会. 活動指針. 2015 年 1 月 2 日閲覧. online2.  
 <<http://hwelfare.umin.jp/outline/shishin.htm>>
- 春田淳志, 錦織宏 (2014). 医療専門職の多職種連携に関する理論について. 医学教育:45(3). 121-134.
- ヘンリック・スコリモフスキー, 間瀬他訳 (1999). エコブイロソフィ. 無蔵館.
- 藤田郁代 (2010). 標準言語聴覚障害学 言語聴覚障害学概論. 医学書院.
- 平井みどり (2014). 多職種連携教育について－神戸大学の場合－. 医学教育:45(3). 173-182.
- 保健医療学. 2015 年 1 月 2 日閲覧<<http://www.s-ahs.org/>>
- 細田満知子. 脳卒中を生きる意味. 青海社. 東京. 2006.
- 松下英夫, E. W. クランドル, I. H. グロスグロス (1970). 現代ホームマネジメントの原理. 家政教育社. 65.
- 百田武司, 西亀正之 (2002). 脳卒中患者の回復過程における主観的体験－急性期から回復期にかけて－. 広大保健学ジャーナル:2(1). 41-49.
- 村田昭明, 井関利明他編 (1979). ライフスタイル全書－理論・技法・応用. ダイヤモンド社. 3-4.
- 山口修平. 平成 21 年度研究報告書. 島根難病研究所老年医学研究部門. 島根大学医学部内科学講座.
- 山下英尚, 濱聖司, 村上太郎, 町野彰彦, 他 (2015). 血管障害とうつ病・アパシー, 老年精神医学雑誌. 26(1). 11-18.
- 山野則子 (2009). 子ども虐待を防ぐ市町村ネットワークとソーシャルワーク. グラウンデッド・セオリー・アプローチによるマネジメント実践理論の構築. 明石書店.
- Adler, Alfred, 岩見一郎 (2010). 人生の意味の心理学(上). アルテ.
- Adler, Alfred, (1998) :The Science of Living.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, KaKuma T, et al. (1997): Clinically defined vascular depression. Am J Psychiatry, 154: 562-565.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, et al. (1997):Vascular depression - hypothesis. arch Gen Psychiatry, 54: 915-922.
- American Psychiatric Association (2000):Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition, Text Revision, Washington, DC. (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 (訳) (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院.)
- Carson AJ, MacHale S, Allen K, et al (2000): Depression after stroke and lesion location: a systematic review. Lancet 356: 122-126.
- D am H, Pedersen HE, Ahlgren P (1998) : Depression among patients with stroke. Acta Psychiatr Scand 80: 118-124.
- Frane Adam, Social Capital across Europe - Findings, Trends and Methodological (pdf)
- Fujikawa T, Yamawaki S, Touhoda Y (1994): Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. Stroke , 24: 1631-1634.
- Herrmann M, Bartels C, Wallesch CW: Depression in acute and chronic aphasia: symptoms, eurol Neurosurg Psychiatry 56: 672-678, 1993. pathoanatomicalclinical correlations and functional implications.

- Helgason C, Wilbur A, Weiss A, Redmond KJ, et al (1988): Acute pseudobulbar mutism due to discrete bilateral capsular infarction in the territory of the anterior choroidal artery. *Brain* 111: 507-519.
- House A, dennis M, Warlow C, et al (1990): Mood disorders after stroke and their relation to lesion location. A CT scan study. *Brain* 113: 1113-1129.
- Krishnan KR, Goli V, Ellinwood EH, France RD, et al (1988) : Leukoencephalopathy in patients diagnosed as major depressive. *Biol Psychiatry*, 23 : 519-522.
- Krishnan KR, McDonald WM (1995): Arteriosclerotic depression. *Med Hypotheses*, 44: 111-115.
- Lavretsky H, Ballmaier M, Pham D, et al (2007): Neuroanatomical characteristics of geriatric apathy and depression: magnetic resonance imaging study. *Am J Geriatr Psychiatry* 15: 386-394.
- Lifestyle Design. 生活者向けサービス. 2014 年 12 月 29 日閲覧. online1.  
<<http://www.lifestyle-design.co.jp/service/>>
- Marin RS, Firinciogullari S, Biedrzycki RC (1994): Group differences in the relationship between apathy and depression. *J Nerv Ment Dis* 182: 235-239.
- Marin RS, Firinciogullari S, Biedrzycki RC (1994): Group differences in the relationship between apathy and depression. *J Nerv Ment Dis* 182: 235-239.
- Max Weber, 尾高邦雄 (2008). 職業としての学問. 岩波文庫.
- Max Weber, 清水幾太郎 (1997). 社会学の根本概念. 岩波文庫.
- Neuropsychiatry Clin Neurosci 3: 243-254.
- NHK 文化研究所 世論調査部 (2011). 2010 年国民生活時間調査報告書.  
“Nigeria tops happiness survey” . BBC News Online1. (2003,10) (quoting a New Scientist report); Robles, Alan (Feb. 20, 2005). “Happiness Viewpoint: It Doesn’t Take Much. Despite burdens like poverty and pollution, Filipinos tend to be happy. Why?” . Time Asia Magazine.
- Paul SL, Dewey HM, Sturm JW et al (2006): Prevalence of depression and use of antidepressant medication at 5-years poststroke in the North East Melbourne Stroke Incidence Study. *Stroke* 37: 2854-2855.
- Robinson RG (1998): *The Clinical Neuropsychiatry of Stroke*. Cambridge University Press, Cambridge (遠藤俊吉, 木村真人監訳 (2002). 脳卒中における臨床神経精神医学. 星和書店. 東京. 2002)
- Sinyor A Jacques P, Kaloupek DG, et al (1986): Poststroke depression and lesion location. An attempted replication. *Brain* 109: 537-546.
- Shimoda K, Robinson RG: The relationship between poststroke depression and lesion location in long-term.
- Starkstein SE, Robinson RG, Price TR (1987): Comparison of cortical and subcortical lesions in the production of poststroke mood disorders. *Brain* 110: 1045-1059.
- Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR (1993): Apathy following cerebrovascular lesions. *Stroke* 24: 1625-1630.

Steffens DC, Krishnan KR (1998):structural neuroimaging and mood disorders: Recent findings, implications for classification , and futurer directions. Biol Psychiatry ,43: 705-712.

## 第1章

木下康仁(2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践. 質的研究への誘い. 弘文堂.

木下康仁(2008). グラウンデッド・セオリー・アプローチー質的実証研究の再生. 弘文堂.

志村健一(2007). アクションとしてのグラウンデッド・セオリー. 聖隷クリストファー大学 社会福祉学部紀要.No. 6. 154-157.

志村健一(2008)a. グラウンデッド・セオリー[2]. ソーシャルワーク研究. 相川書房. 51-55.

志村健一(2008)b. グラウンデッド・セオリー[3]. ソーシャルワーク研究. 相川書房. 52-55.

A. L. Strauss , Juliet. Corbin. (1998): *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

A. L. Strauss , Juliet. Corbin. (1990): *Basic of Qualitative Research:Grounded Theory Procedures and Technique*, SAGE Publications, New York.

B. G. Glaser , A. L. Strauss (1967): *THE DISCOVERY OF GROUNDED THEORY :strategies for qualitative research*.

B. G. Glaser, A. L. Strauss, 後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳(2008). データ対話型理論の発見. 新曜社.

B. G. Glaser, A. L. Strauss, (1965). *The constant comparative method of qualitative analysis. Social problems* .12 (4), 436-445

B. G. Glaser, A. L. Strauss, (1967). *THE DISCOVERY OF GROUNDED THEORY:Strategies for qualitative research*.

Blumer. M. (1984). *The Chicago school of sociology: Lnstitutionalization , diversity and the rise of sociology*. Chicago: University of Chicago Press.

Charmaz, K. (2000): *Grounded theory: Objectivist and constructivist methods*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research (2nd ed., pp. 509-535)*. Thousand Oaks, CA: Sage

Charmaz, K. (2006): *Grounded theory*. In G .Ritzer (Ed.), *Encyclopedia of sociology*. Cambridge, MA: Blackwell.

Glaser, B. G. (1978), *Theoretical sensitivity* . Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B. G. (1992), *Basics of grounded theory analysis* . Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B. G. (1998): *Doing grounded theory: Issues and discussions*. Sociology Press. 254.

Glaser, B. G. (2001), *The grounded theory perspective: Conceptualization contrasted with description*. Sociology Press.

Glaser, B. G. (2002), *Grounded theory and gender relevance. Health Care for Women International* 23 (8), 786-793.

Rosen, A., Proctor, E. (Eds.) (2006): Developing practice guidelines for social work intervention: Issues, methods, and a research agenda. New York: Columbia University Press.  
Strauss, A. (1987): *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press.

## 第2章

- 麻原きよみ(2002). 高齢者のエンパワーメント 文化的見地からのアプローチ. 老年看護学. 5. 20-25.
- A・ミンデル(2007). 紛争の心理学. 矢沢哲監修. 青木聡訳. 講談社現代新書. 東京. 2001.
- 石川恭三. 医者と患者の「対話力」. 集英社文庫.
- 稲森里江子(2000). 医学教育におけるコミュニケーション・スキル学習に関する研究—対人援助技術の活用による実証的アプローチ—. 人間福祉学研究:3(1).
- 一般社団法人環境パートナーシップ会議. 2015年2月閲覧. <<http://www.epc.or.jp/>>
- 今西幸蔵(2003). 新たな公共を形成する『協働』概念に関する考察. 日本生涯教育学会年報 24号.
- 入江直子(2006). “女性の学習” 再考—“フェミニズム教育学” からの提起. 赤尾勝己編. 現代のエスプリ. 466. 57-67.
- 遠藤辰夫(1988). アイデンティティの心理学. ナカニシヤ出版.
- 大北美恵子, 川端宏枝, 大島未喜, 橘幸子, 大島暁, 大平雅雄(2014). パートナーシップ・ナーシング・システムによる日常業務のペア率と移動距離の実態. 日本医療情報学会看護学術大会論文集. 15. 118-121.
- 大脇百合子, 内田雅代, 竹内幸江, 白井史, 島玲子, 安田貴恵子, 足立美紀(2009). 慢性疾患や障がいをもつ子どもの家族とのパートナーシップ形成に向けた看護職者の関わりに関する研究 市町村および県・中核市保健所における保健師を対象とした調査. 日本小児看護学会誌. 18(3). 18-26.
- 岡山大学病院. <[http://nurse.hospital.okayama-u.ac.jp/2014\\_special1.html](http://nurse.hospital.okayama-u.ac.jp/2014_special1.html)> 2015年1月1日閲覧.
- 奥村隆(1998). 他者という技法. 日本評論社. 東京.
- 小野美穂, 高山智子, 草野恵美子他. 病者のピア・サポートの実態と精神的健康との関連—オストメイトを対象に—. 日本看護科学会誌. 27(4). 23-32. 2007.
- 外務省. 地域環境. <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kankyo/afp/afp.html>> 2015年1月1日閲覧.
- 外務省. アジア森林パートナーシップ.  
<<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kankyo/afp/afp.html>> 2015年2月14日閲覧.
- 梶原敏夫ほか. 脳卒中患者の障害受容. 総合リハビリテーション:22(10). 825-831. 1994.
- 香月富士日, 杉松智美, 児屋野仁美, 高岡光江(2013). 精神科看護師のストレスマネジメント・エンパワメントプログラムの効果に関する研究 無作為割り付け比較試験を用いた研究. 日本精神保健看護学会誌:22(2). 1-10.
- 加藤智美, 藤崎和彦, 高橋優三, 鈴木康之(2005). スケルトン病院—患者と医師との出会いから学ぶ—. 三重社.

- 香山リカ. 若者とパフォーマンス. はんらんする身体(2006). 専修大学出版局. 151 - 189.
- 川口孝泰(1994). 入院患者のストレス要因の検討. 日本看護研究学会誌:17(2). 21-29.
- 川橋幸子(1998). わかりやすい男女共同参画政策と女性のエンパワーメント. 労働教育センター. 31.
- 亀田幸枝(2008). 妊婦のエンパワーメントスケールの作成(Development of an empowerment scale for pregnant women) (英語). 金沢大学つるま保健学会誌. 32(1). 39-48. 5.
- 河崎俊博, 池見陽(2014). 非指示的心理療法の時代に観られる Carl Rogers の Reflection という応答 2000. 臨床心理専門職大学院紀要. 第4号. 21-30.
- 川野健治. サクセスフル・エイジング. 児童心理学の進歩 2004(2004). 第9章. 金子書房. 206-217.
- 神田橋條治(1994). 追補 精神科診断面接のコツ. 岩崎学術出版社.
- 久木田純, 渡辺文夫編(1988). 人間尊重社会の新しいパラダイム. 至文堂.
- 久乗エミ, 金谷志子, 河野あゆみ(2013). 高齢者のセルフ・ネグレクトに関する地域住民への教育プログラムの試みと有効性の評価 エンパワーメントを促すグループディスカッションの活用. 日本地域看護学会誌: 16(2). 32-38.
- 國信潤子(2002). “動き出したグローバルネットワーク”.
- 岩崎久美子, 中野洋恵編著(2002). 私らしい生き方を求めて—女性と生涯学習. 玉川大学出版部. 265.
- 糸和彦(2007). 医師・患者関係の変遷—医療における医学と倫理—.
- 高橋隆雄・浅井篤編(2007). 熊本大学生命倫理論集 1. 日本の生命倫理 回顧と展望. 九州大学出版会. 65-87.
- 久米弥寿子(2005). ロールプレイング演習における看護学生の言語的・非言語的コミュニケーション行動の特徴に基づく演習プログラムの検討—行動コーディングシステムによる内容と出現パターンの分析—. 日本看護研究学会雑誌. 28. 63-71.
- 桑原田真弓, 山下陽子, 竹川幸恵(2013). 死への不安が強い COPD 患者がエンパワーメントし退院を可能とした援助技術. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌. 23(3). 318-322.
- 経済産業省 産業人材育成パートナーシップ.  
 <[http://www.meti.go.jp/policy/economy/jinzai/san\\_gaku\\_ps/san\\_gaku\\_ps.htm](http://www.meti.go.jp/policy/economy/jinzai/san_gaku_ps/san_gaku_ps.htm)>  
 2015年1月1日閲覧.
- 公益社団法人日本看護科学学会(2005). 看護行為分類. 198-200.
- 公益社団法人日本看護協会. 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者.  
 <<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>>2014年12月16日閲覧.
- 国立科学博物館. <<http://www.kahaku.go.jp/learning/university/partnership/index.html>>  
 2015年1月閲覧.
- 小島操子(2008). 看護における危機理論・危機介入 フィンク/コーン/アグィレラ/ムース/家族の危機モデルから学ぶ. 金芳堂. 65-72.
- 小林祥泰編(2008). 脳疾患によるアパシー(意欲障害)の臨床. 新興医学出版社.
- 古寺久仁子(2007). 精神保健福祉分野のエンパワーメント・アプローチに関する考察. ルーテル学院研究紀要. 41. 81-96.
- 小林祥泰編(2008). 脳疾患によるアパシー(意欲障害)の臨床. 新興医学出版社.

- 酒井郁子(1988). 脳血管障害を持つ患者の障害受容およびその周辺領域—研究動向と実践上の課題. 臨床看護研究の進歩. 10. 10-21.
- 坂下恵美子, 東サトエ, 津田紀子(2012). 終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師のエンパワーメントの役割. 南九州看護研究誌. 10(1). 9-18.
- 作山美智子, 庄子弘子, 作山佳菜子, 他(2014). 仮設住宅活者への看護支援と女性たちのエンパワーメント. 東北文化学園大学看護学科紀要. 3(1). 35-44.
- 佐藤陽子, 山上佳子, 伊藤成美(2009). 入院を繰り返す糖尿病患者への PAID を活用したエンパワーメントアプローチの効果. 日本看護学会論文集 2(成人看護). 40. 39-41.
- 三毛美予子(2003). 生活再生にむけての支援と支援インフラ開発 グラウンデッド・セオリー・アプローチに基づく退院援助モデル化の試み. 相川書房. 66-171.
- 志自岐康子(1997). 日本語版 McCloskey and Mueller Satisfaction Scale の妥当性と信頼性の検討. 東京都立医療技術短期大学紀要: 10. 123-126.
- 清水準一(1997). ヘルスプロモーションにおける エンパワーメントの概念と実践. 看護研究. 30(6). 9-14.
- 志村健一(2007). アクションとしてのグラウンデッド・セオリー. 聖隷クリストファー大学 社会福祉学部紀要. No. 6. 154-157.
- 志村健一(2008a). グラウンデッド・セオリー[2]. ソーシャルワーク研究. 相川書房. 51-55.
- 志村健一(2008b). グラウンデッド・セオリー[3]. ソーシャルワーク研究. 相川書房. 52-55.
- 篠原純子, 児玉和紀, 迫田勝明他(2003). 脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因. 日本看護研究学会誌. 26(1). 111-122.
- 鈴木和子. ケアの対象としての家族—家族看護の立場から—こころの看護学 1(4):335-339. 1997.
- 瀬山留加, 武居明美, 神田清子(2013). 進行がん患者の家族が抱える苦しみの検討. 日本看護研究学会雑誌. 36(2). 79-86.
- 高橋靖子, 稲吉光子(2011). 初回化学療法を受ける肺がん患者のエンパワーメントの過程. 日本がん看護学会誌 25(1). 37-45.
- 高松正毅(2006). 現代のコミュニケーション環境とコミュニケーション論をめぐって. 高崎経済大学論集:49(2). 105-114.
- 高山成子(1997). 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究. 日本看護科学会誌. 17(1). 1-7.
- 武田健(2007). 武田健のコーチングの心理学. 創元社.
- 田嶋誠一(1992). イメージ体験の心理学. 講談社現代新書.
- 田村陽子, 松本周子, 井上千加, 岡伊津子, 西内聖子, 福井綾, 松本鈴子(2010). プリセプターのエンパワーを高めるチーム支援. 日本看護学会論文集(看護管理). 40. 273-275.
- 津田司(2004). 家庭医学ハンドブック. 中外医学社.
- 成瀬悟策(1988). 自己コントロール法. 誠信書房.
- 野崎瑞樹(2003). 高齢者の自己について: ライフストーリー研究からの考察. 日本文理大学紀要. 31. 82-87.
- 野島佐由美(1996). エンパワーメントに関する研究の動向と課題. 看護研究. 29(6). 3-14.
- 野島佐由美, 中野綾美(2006). 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. ヘルス出版.

- 撫養紀子, 勝山貴美子他(2011). 一般病院に勤務する看護師の職務満足を構成する概念. 日本看護管理学会誌. 15(1). 57-65. 2
- 橋本秀樹(2009). 「医療コミュニケーションの特徴」 藤崎和彦・橋本英樹(編著) 医療コミュニケーション研究会編集『医療コミュニケーション』 篠原出版新社. 15-18.
- 濱野清志(2006). 聴くことと身体—『気』の視点から. 朱鷺書房. 177-190.
- 日高友郎, 水月昭道, サトウタツヤ, 松原洋子(2009). ALS 患者の生活現場における技術や知識の検討: ピア・サポート事例のフィールドワークから. 立命館人間科学研究. 18. 33-47.
- 福井大学医学部附属病院. <<http://www.hosp.u-fukui.ac.jp/05kangobu/works/pns/>>  
2015 年 1 月 1 日閲覧.
- 福本久美子, 今泉直子, 石田妃加里, 他(2014). 健康な地域づくりにおけるコミュニティ・エンパワメントと保健師の役割 旧蘇陽町における健康むら長体験者の追跡から. 九州看護福祉大学紀要. 4(1). 27-37.
- 星川理恵, 野嶋佐由美, 長戸和子(2009). 家族の問題解決力を育成する際の看護者の姿勢. 高知女子大学紀要(看護学部編). 58 巻. 43-52.
- 保坂亨, 岡村達也(2003). パーソン中心カウンセリングにおける「治療的人格変化の「必要十分条件」の理論的展開—カウンセリングのもう 1 つの態度条件<存在すること>をめぐって—.
- 人間性心理学研究. 21. 2. 6-15.
- 細田満知子(2006). 脳卒中を生きる意味. 青梅社.
- 本田哲三(2000). リハビリテーション患者の心理とケア. 医学書院. 14-25.
- 平田幸正(1991). Listen to the patient. 東京女子医科大学雑誌. 61. 512-516.
- 南雲直二(2003). 障害受容の相互作用論—自己受容を促進する方法としての社会受容—. 総合リハビリテーション. 31(9). 811-814.
- 野村豊子(1998). 回想法とライフレビュー. 中央法規.
- 百田武司, 西亀正之(2002). 脳卒中患者の回復過程における主観的体験—急性期から回復期にかけて—. 広大保健学ジャーナル: 2(1). 41-49.
- 正木治恵(1994). 慢性疾患患者の看護援助の構造化の試み. 看護研究: 7(1). 49-74.
- 三島一郎(1999). 精神障害回復者クラブとそのメンバーの Empowerment に関する評定研究. 第 1 回日本コミュニティ心理学会.
- 向原圭, 伴信太郎(2001). 医療面接(1)『診療と治療』. 89(8). 1350-1354.
- 村瀬孝雄, 村瀬嘉代子(2004). Rogers-クライアント中心療法の現在. ころの科学セレクション.
- 村田梢, 佐々木美佳, 妹尾衣理, 他(2008). 既婚看護師の仕事と家庭生活の両立における必要なサポートとエンパワーメント. 看護・保健科学研究誌 8(1). 1-11.
- 村松安子, 村松泰子(1995). エンパワーメントの女性学. 有斐閣. 東京. 12.
- 村山正治(2003). PC アプローチの基本的特徴—私の個人的見解. 現代のエスプリ別冊ロジャーズ学派の現在. 志文堂. 53. 大阪.
- 森田ゆり(2011). エンパワーメントと人権. 解放出版社. 大阪.
- 門間晶子(2000). 保健婦のエンパワーメントの構造と規定要因の分析. 日本看護科学会誌. 20(2). 11-22.
- 安永浩子, 渡邊智子. (2012). がん患者と家族成員のパートナーシップと QOL との関連およびパートナーシップの影響要因. 日本がん看護学会誌: 26(3). 61-70.

- 山本武志, 苗代康可 (2013). 大学入学早期からの多職種連携教育 (IPE) の評価—地域基盤型医療実習の効果について—. 京都大学高等教育研究 : 19. 37-45.
- 山本美輪 (2008) 一般病棟勤務看護者の高齢者看護におけるジレンマの概要. 日本看護管理学会誌: 11 (2). 84-91.
- 吉川星美, 三森侑子, 水戸美紀 (2009). クリスマスカードを用いた糖尿病生活指導による HbA1c の安定化 - エンパワメントを高めた効果 -. 日本看護学会論文集 2 (成人看護) 40. 275-277.
- 吉村雅世 (2010). 看護者の“聴き取り”技能の開発に向けて一対話場面の意味生成過程と看護者の自己内対話による物語化一. 「ヘノレスケアの現在と未来—気づきと行動変容のために」日本保健医療行動科学学会年報. Vol. 25. 139-158.
- 吉村雅世 (2009). 看護の場における聴く姿勢に関する文献研究. 奈良県立医科大学医学部看護学科.
- 渡辺哲夫 (1982). 身体の変貌—分裂病的独我性の一側面—思想. 8. 139 - 159.
- American Nurses Association, Nursing's Social Policy Statement, America, 1995.
- Barian Torne. スピリチュアルな訓練法を開発する. D ヴァー・メアーズ (2000). 『パーソンセンタード・カウンセリングの実際—ロジャースのアプローチの新たな展開—J. 諸富祥彦監訳. コスモス・ライブラリー. 71-76.
- Bendapudi i, N. M. : Frey, K. A., Parish, J. T. & Rayburn, W. L. (2006) Patients' perspectives on ideal physician behaviors. Mayo Clinic Proceedings, 81, 338-344.
- Bob Anderson, Martha Funnell. 石井均訳 (2008). 糖尿病エンパワメント. 第2版. 医歯薬出版.
- Burton CR (2004) : Living with stroke, a phenomenological study. Journal of Advanced Nursing: 32 (2) : 301-309.
- C. R. Rogers (2005) a. クライアント中心療法 (ロジャーズ主要著作集). 岩崎学術出版社.
- C. R. Rogers (2005) b. ロジャーズが語る自己実現の道 (ロジャーズ主要著作集). 岩崎学術出版社.
- Doolittle ND. (1988), Stroke Recovery, Review of the Literature and Suggestions for
- E. H. エリクソン, J. M. エリクソン, 村瀬孝雄 他訳 (2001). ライフサイクル その完結. みすず書房.
- Felix P. Biestek, 尾崎新, 原田和幸, 福田俊子 (2006). ケースワークの原則—援助関係を形成する技法. 誠信書房; 新訳改訂版.
- Future Research. Journal of Neuroscience Nursing, 20 (3) : 169-173.
- G. Abdellah, 千野静香訳 (1963). 患者中心の看護. 医学書院.
- Gendlin, E. T. (1964) A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.) . Personality Change, John Wiley, 100-148 (村瀬孝雄. 体験過程と心理療法. ナツメ社. 39-157.)
- Glaser, B. G. (1978), *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G. (1992) a: *Basic of Grounded Theory Analysis*. California, Sociology Press, 22-38.
- Glaser, B. G. (1992) b: *The Grounded Theory Perspective*. 1-210, Sociology Press, United States.
- Israel B A, Checkoway B, Schulz A, et al (1994) : Health education and community empowerment : Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control, Health Educ. Q, 21, pp. 149-170
- Naomi E. Sargent, (1998), Effective Local and Regional Partnerships for Lifelong Learning (Working Paper), NAGCEL.



Rogers, C.R. (1951), A theory of personality and behavior, Client-centered Therapy, 481-533. (カール・ロジャーズ: パースナリティと行動についての一理論. 伊東博(訳), 1967. パースナリティ理論. 岩崎学術出版社. 89-162: カール・ロジャーズ, 1957)

Rogers, C.R. (1980): A way of being. Mariner Books.

Simmons & Pasons. (1993): Empowerment for role alternatives in adolescence. Adolescence, pp. 18-69, pp193-200.

Sandra Kerka, (1997): Develo Collaborative Partnerships: Practice Application Brief no. N/A. Steven P. Segal, Carol Silverman, Tnya Temkin(1995) Measuring Empowerment in Client-run Self-help Agencies. Community Mental Health Journal 31(3);215-227.

Travelbee J, 長谷川浩, 藤枝知子訳 (2003): トラベルビー人間対人間の看護. 医学書院. 25-180.

Wallerstein, N.; Bernstein, E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. Health Educ Q. 1988, vol.15, 379-394.

### 第3章

秋山智久(2006). 社会福祉実践論—方法原理・専門職・価値観. 改訂版. ミネルヴァ書房. 東京.

アン・J. デービス, 太田勝正(1999). 看護とは何か—看護の原点と看護倫理(コンサイス看護論). 照林社.

一般社団法人日本言語聴覚士協会. online1.  
<<https://www.jaslht.or.jp/forpatient.html>>2014年12月16日閲覧.

一般社団法人日本言語聴覚士協会. 生涯学習プログラム. online2.  
<[https://www.jaslht.or.jp/program\\_guide.html](https://www.jaslht.or.jp/program_guide.html)>2014年8月14日閲覧.

一般社団法人日本健康・栄養システム学会. 平成25年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金『施設入居者に対する栄養管理, 口腔管理のあり方に関する調査研究』介護保険施設における摂食・嚥下機能が低下した高齢者の「食べる こと」支援のための栄養ケアマネジメントのあり方に関する研究 報告書 2013 年. online1.  
<[www.j-ncm.com/pdf/H25mhlw\\_Repo20140410.pdf](http://www.j-ncm.com/pdf/H25mhlw_Repo20140410.pdf)>2014年12月28日閲覧.

一般社団法人日本作業療法士協会, 作業療法とは.  
<<http://www.jaot.or.jp/ryohoshi.html>>2014年8月14日閲覧.

一般社団法人日本作業療法士協会. 生涯教育. 研修運営委員会. online1.  
<[http://www.jaot.or.jp/tag/post\\_education](http://www.jaot.or.jp/tag/post_education)>2014年8月14日閲覧.

井上深幸, 柳側育子: 在宅介護支援センターにおけるケアマネジメントの実態—介護 支援専門員の意識及び実践の実態調査を通して—. 日本看護福祉学会誌. 13(2). 1-12. 2008.

石橋和美, 松葉夕佳, 山根理恵子(2009). 卒後2年目看護師の主体性をひき出す関わり 「経験」と「省察」を手がかりに. 福岡赤十字看護研究会集録 23 号. 60-63.

石引かずみ, 加納尚美, 長岡由紀子(2013). 助産師の産科医師との協働に関する研究:—助産師の専門職的自律性に焦点をあてて—. 日本助産学会誌. 27(1). 60-71.

石村善助(1983). 法社会学序説. 岩波書店. 東京.

稲岡文昭(1984). BURNOUT 現象と BURNOUT スケールについて. 看護研究. 21(2)27-35.

- 猪股英輔, 小林法一. 要介護高齢者における一人暮らしの工夫. 家事に焦点を当てて作業療法. 33(3). 230-240. 2014.
- 岩井浩一, 澤田雄二, 野々村典子, 他 (2001). 看護職の職業的アイデンティティ尺度の作成. 茨城県立医療大学紀要. 6. 57-67.
- 岩崎裕子 (2008). 理学療法士の仕事意識に関する実証研究. 文京学院大学保健医療技術学部紀要. 第 1 巻. 11-25.
- 臼田和弘, 片山泰朗 (2007). 脳循環代謝薬による脳卒中後うつ病の治療 (特集 注目されるべき脳卒中後肺炎と脳卒中後うつ病). 成人病と生活習慣病: 37(4). 472-476.
- 浦光博 (1999). セレクション社会心理学 8 支え合う人と人 ソーシャル・サポートの社会心理学. サイエンス社. 96-100.
- 江平知子, 伊藤清弘, 河野一郎, 荻谷康之, 高岡佐和子, 他 (1996). 理学療法士のストレスと Burnout に関する一考察: 京都理学療法士会におけるアンケート調査. 理学療法学 23 (Supplement No. 2). 346.
- 大越香, 江田邊智子, 久本憲夫 (2012). 勤務医のワーク・ライフ・バランスとキャリアの両立を考える 京大病院医師調査より. 日本医師会雑誌. 141(3). 585-590.
- 大島千佳 (1999). 看護職の専門職自律性に影響を及ぼす要因-キャリア形成過程からの検討. 看護教育研究集録 看護教育学科 (25). 322-329.
- 大塚真理子, 大嶋伸雄他 (2004). インタープロフェッショナル 教育の現状を展望-英国と日本の教育側を中心に-. Quality Nursing. 10(1). 6-12.
- 介護保険法. 省令. 指定介護予防サービス等の事業の人員, 設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準 (平成 18 年厚生労働省令第 35 号). 第 07 章 介護予防通所介護 (96 条-115 条). 第 2 節 人員に関する基準 (97 条・98 条).
- 介護保険法. 平成九年十二月十七日法律第百二十三号.
- <<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H09/H09H0123.html>> 2014 年 12 月 28 日閲覧.
- 介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて.
- <[http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei02\\_0001.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei02_0001.pdf)> 2014 年 12 月 25 日閲覧.
- 各務原市介護保険サービス事業者協議会. 倫理に関する研修会.
- <file:///C:/Users/mana/Downloads/h200613rinnri.pdf> 2014 年 12 月 28 日閲覧.
- 笠原幸子 (2009). ケアワーカーが行うアセスメントの特徴に関する一考察-ホリスティック概念を視野に入れて-. 四天王寺大学紀要. 第 48 号.
- 柏木弥生 (2012). 総合病院の成人病棟に勤務する看護師の専門職的自律性. 日本看護学会論文集: 看護管理. 42. 287-289.
- 香春知永 (1990). 看護教育プログラムの評価. 看護研究. 23(1). 77-88.
- 菊地一穂, 橋本美香, 三瓶典子 (2008). 新人介護福祉士のストレスと達成感の実態. 日本介護福祉学会. 16. 207.
- 菊池昭江 (1990). 看護専門職における自律性と職場環境および職務意識との関連経験年数ごとにみた比較. 看護研究. 32(2). 92-103.

菊池昭江, 原田唯司(1997). 看護専門職における自律性に関する研究 基本的属性・内的特性との関連. 看護研究. 30(4).

木内亜紀(1995). 独立・相互依存的自己理解尺度の作成および信頼性・妥当性の検討. 心理学研究. 第66巻. 第2号. 100-106.

木村直子, 岩月宏泰(2009). 理学療法士のキャリア開発に重要な役割を果たす自律性の測定. 理学療法学. 36(1). 612.

木村真人(2012). 脳卒中後のうつ病とアパシー. 日本神経救急学会雑誌:24. 71-77. 東京.

木村真人(2011). 脳卒中に伴う精神障害: うつとアパシーを中心に-. 総合病院精神医学 23(1). 2-10.

倉屋敷美紀, 成瀬早苗, 藤本ひとみ, 高間静子(2012). 看護師の組織貢献意識と職務満足度との関係. 日本看護学会論文集:看護総合 42 号. 327-330.

吉良健司, 伊藤隆夫(2001). 近澤美紀. 訪問リハビリテーションが高齢障害者の日常生活活動に与える影響について. 理学療法学. 28(5). 225-228.

公益社団法人日本医学協会. 臨床研修のあり方. online1.  
 <<http://www.igaku-kyokai.org/policy/lin-chuang-yan-xiunoari-fang>>  
 2014 年 12 月 25 日閲覧.

公益社団法人日本医師会. 世界医師会. 患者の権利に関する WMA リスボン宣言. 2005. 「WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient」(WMA サイト)

公益社団法人日本介護福祉士会. 介護福祉士とは. online1.  
 <<http://www.jaccw.or.jp/fukushishi/index.php>>2014 年 12 月 25 日閲覧.

公益社団法人日本看護協会. 看護者の倫理綱領. online1.  
 <<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>>  
 2014 年 12 月 16 日閲覧.

公益社団法人日本看護協会. 看護職が直面する倫理的問題を含む場面(例). online4.  
 <<https://www.nurse.or.jp/rinri/first/other.html>>2014 年 12 月 16 日閲覧.

公益社団法人日本看護協会. 事業案内. online2.  
 <<https://www.nurse.or.jp/home/about/jigyoku/>>2014 年 12 月 16 日閲覧.

公益社団法人日本看護協会. 生涯学習支援, 継続教育の基準. ver. 2. 2012.  
 <<http://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf>>10  
 2014 年 8 月 14 日閲覧.

公益社団法人日本看護協会. 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 online3. <  
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>>. 2014 年 12 月 16 日閲覧.

公益社団法人日本理学療法士協会. 専門・認定理学療法士制度. online1.  
 <<http://www.japanpt.or.jp/lifelonglearning/system/>>2014 年 12 月 25 日閲覧.

厚生労働省. 新たな看護のあり方に関する検討会.  
 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/06/s0624-2.html>>2014 年 12 月 16 日閲覧.

厚生労働省. 介護サービス施設・事業所調査.  
 <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html>>2014 年 9 月 10 日閲覧.

厚生労働省. 介護保険施設の人員, 施設及び運営に関する基準.  
 <<file:///C:/Users/mana/Downloads/h200613rinri.pdf>>2014 年 12 月 28 日閲覧.

厚生労働省. 介護保険制度改革の概要-介護保険法改正と介護報酬改定-.

<<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>>

2014 年 12 月 25 日閲覧.

厚生労働省. ケアマネジメントについて.

<[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000049258.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000049258.pdf)> 2014 年 12 月 25 日閲覧

厚生労働省. 厚生労働統計一覧. 衛生行政報告例.

<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19.html>> 2014 年 9 月 10 日閲覧.

厚生労働省. 小児がん専門委員会報告書.

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001nleo-att/2r9852000001n1mm.pdf>>

2014 年 12 月 25 日閲覧.

厚生労働省. 新人看護職員研修 ガイドライン 改訂版.

<[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf)>

2014 年 12 月 25 日閲覧.

厚生労働省. 新人看護職員研修について.

<<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya /0000050213.html>>

2014 年 12 月 25 日閲覧.

厚生労働省. 政策について. 社会福祉士・介護福祉士等.

<[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya /huhukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/shakai -kaigo-fukushil/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya /huhukushi_kaigo/seikatsuhogo/shakai -kaigo-fukushil/)> 2014 年 4 月 1 日閲覧.

厚生労働統計協会(2013). 国民衛生の動向・厚生指標 増刊. 60(9). 通巻第 944 号. 第 3 編. 保健と医療の動向. 医療関係者. 医療関係者の現況.

小谷野康子(2001). 看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の分析:急性期病院の看護婦を対象にして. 聖路加看護大学紀要 No27.

小林賢(2010). 新人3年目までに身につけたい実践!理学療法スキル 新人3年目までに身につけたい. 医歯薬出版.

小林毅(2005). 日本作業療法士協会「生涯教育制度」にみるプロフェッショナル・ディベロップメント-卒後教育の段階づけ(特集 エキスパート作業療法士への道). 作業療法ジャーナル. 39(4). 311-317.

才川茂子(2013). 【介護の専門性は何か】対人援助と権利擁護. 介護福祉. 89. 91-99.

笹山美代子, 平田雅子(1998). 看護実践にいかす研究の取り組み:2年目ナースの課題と成長. 看護管理. 8(8), 610-617.

佐藤直子(1995). 「専門看護制度」理論と実践. 医学書院.

志自岐康子(1995). 看護職の専門職的自律性:その意義と研究. インターナショナル・ナーシングレビュー. 18(1). 23-28.

社会福祉振興・試験センター. 資格登録. online1.

<<http://www.sssc.or.jp/touroku/tourokusya.html>> 2014 年 12 月 28 日閲覧.

社団法人シルバーサービス振興会. 介護サービス事業者の資質向上のための取り組み状況の実態に関する調査研究事業. 2008 年.

<[http://www.espa.or.jp/surveillance/pdf/surveillance/h18/h18\\_01report\\_all.pdf](http://www.espa.or.jp/surveillance/pdf/surveillance/h18/h18_01report_all.pdf)>

2014 年 12 月 28 日閲覧.

人生を豊かにする幸せの学問 Gerontology. 第 6 回 住み慣れた地域（自宅）で最期まで暮し続けられる社会の実現に向けて～在宅医療・ケアシステムの創造と定着・普及に向けた取り組み～<<http://www.nissay.co.jp/enjoy/gero/column/006.html>>. 2014 年 12 月 28 日閲覧.

関口和宏, 小峰幸子, 佐藤まゆみ (2012). 看護職職務満足度調査からみる A 病院の満足度傾向 満足度傾向からみる看護職確保定着案の考察. 日本看護学会論文集:看護管理 42. 413-415.

関根正, 竹渕由恵 (2013). 児童思春期病棟に勤務する看護師の職業的アイデンティティに関する研究. 群馬県立県民健康科学大学紀要 (8). 65-79.

高間静子, 塚原節子 (1995). 看護婦の専門的自律度と就業姿勢との関係. 日本看護科学会誌. 15(3).

滝下幸栄, 岩脇陽子, 松岡知子 (2011). 専門職としての看護の現状と課題. 京府医大誌. 120(6). 437-444.

武田知樹, 波多野義郎 (2008). 在宅脳卒中患者における QOL とライフスタイルおよび社会的支援との関係. 社会福祉学. 49(2). 176-190.

竹村明子 (2010). 実践教育の効果. 介護福祉士養成課程における実習体験と介護への自己決定性の関係. 教育心理学研究. 58(2). 176-185.

田沼瞬, 松山俊佑, 日向野則子 (2011). ユニットケアを実施している介護老人保健施設における認知症高齢者への安全なケア提供上の困難と工夫 ケアスタッフへのインタビュー調査より. 日本認知症ケア学会誌. 10(2). 437.

爲近岳夫 (2009). 脳卒中後うつ状態に対する作業療法. なじみの作業を用いて.

The Journal of Japanese Occupational Therapy Association 28(3). 309-316.

東京都国民健康保険団体連合会. 介護苦情対応関係. 介護サービス苦情窓口について.

<[http://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/nursing\\_office/complaints/consultation.html](http://www.tokyo-kokuhoren.or.jp/nursing_office/complaints/consultation.html)>

2014 年 11 月 28 日閲覧.

中嶋カツエ (1991). 「専門看護婦制度」の動きを受けて. 看護の専門性と看護の専門分化を考える. 久留米大学医学部附属看護専門学校紀要. 11. 47-52.

中島鈴美. 障害者・高齢者在宅リハビリテーションの課題 通所リハビリテーション(半日コース)における利用者への主体性の働きかけ. 13-18.

中村美香, 岩栄喜久子 (2012). 看護職の自律性と職務満足との関連. 日本看護学会論文集:看護管理 42 号. 409-412.

日経メディカル. online1. <[medical.nikkeibp.co.jp/](http://medical.nikkeibp.co.jp/)> 2014 年 12 月 24 日閲覧.

日本学術会議. 健康・生活科学委員会 高齢者の健康分科会 (2011). 第 21 期 提言 地域で暮らす高齢者を支援する専門職の連携教育に向けて. online1.

<<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/period-21.html>> 2014 年 12 月 24 日閲覧

- 日本学術会議. 第 18 期社会福祉・社会保障研究連絡委員会 (2003). 社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告. ソーシャルワークが展開できる社会システムづくりへの提案. online2.  
<<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-18-t995-65.pdf>>  
2014 年 12 月 24 日閲覧.
- 野口真弓 (1996). 助産婦の仕事における承認と仕事の満足度の関係. 日本看護科学会誌. 16 (3). 48-57.
- 中川典子, 林千冬 (2004). 日本における看護職者に関する職務満足度研究の成果と課題ー過去 15 年間の Stampsー尾崎翻訳修正版尺度を用いた研究のレビューー. 日本看護管理学会誌. 8 (1). 43-57.
- 新山真奈美, 鈴木圭子 (2012). 脳血管障害による身体機能障害のある高齢者のライフスタイル再編成の過程. 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要. 20 (2). 85-93.
- 西尾大祐, 前島伸一郎, 大沢愛子, 他 (2014). リハビリテーション関連職種を対象とした職場内卒後教育プログラムによる脳卒中患者診療への自主性の変化. 医学教育. 45 (2). 87-92.
- 橋本紘市 (2013). 日本の専門職の構造について. 日本図書館情報学会シンポジウム「日本の専門職からみた図書館専門職養成の検討」. 東京大学. online1.  
<[http://www.jslis.jp/events/130316/130316\\_hashimoto.pdf#search='%E5%B0%82%E9%96%80%E8%81%B7%E3%81%A8%E3%81%AF'](http://www.jslis.jp/events/130316/130316_hashimoto.pdf#search='%E5%B0%82%E9%96%80%E8%81%B7%E3%81%A8%E3%81%AF')> 2014 年 12 月 24 日閲覧.
- 橋本美香 (2010). 介護専門職自律性尺度作成 - 介護福祉士資格の有無と経験年数による比較 - . 山形短期大学紀要 第 42 集. 89-101.
- 東中須恵子 (2007). 精神科看護の質向上を求めてー臨床への実態調査から院内教育の現状を探るー. 弘前学院大学看護紀要. 第 2 巻. 31-39.
- 平井さよ子 (2003). 看護師のキャリア開発と求められる支援ー組織と個人の相互作用の中でー. 看護展望. 28 (8). 17-21.
- 堀内ふき (2008). 看護と介護の異同ー高齢者ケアにおける看護と介護を考察するー. 保健医療社会学論集 18 (2). 13-17.
- 前信由美, 長吉孝子 (2003). 看護師の専門職意識の把握ーアンケート用紙を作成してー. 看護学統合研究 5 (1). 9-16.
- 南雲直二 (2008). 障害受容と社会受容. 音声言語医学. 49. 日本音声言語医学会. 132-136.
- ミルトン・メイヤロフ, 田村真 (1987). ケアの本質ー生きることの意味. ゆみ出版.
- 宮本省三 (2008). リハビリテーション・ルネサンス 心と脳と体の回復 認知運動療法の挑戦. 春秋社.
- ロバート・K. マートン, 森東吾訳 (1961). 社会理論と社会構造. みすず書房.
- 山本武志, 苗代康可他 (2013). 大学入学早期からの多職種連携教育 (IPE) の評価ー地域基盤型医療実習の効果についてー. 京都大学高等教育研究. 19. 37-45.
- 吉岡なみ子 (2011). 介護職の「専門性」に対する認識と評価 - 介護老人保健施設の場合 - . 生活社会科学研究. 第 17 号. 71-83.
- 安田雅美, 岩月宏泰, 岩月順子 (2012). ヒューマンサービスを担う女性労働者における職場帰属意識と成功回避動機との関係. 日本理学療法学会.
- 山岸まなほ, 國江慶子 (2012). 米国ナースプラクティショナーの職域確立における実践と現状. 日本看護管理学会誌. 16 (1). 57-63.

- 山口佳子(2009). 看護専門職の自律性に関する要因の分析 一般属性、看護職自身および部下が評価する看護師長のリーダーシップとの関連. 日本赤十字看護学会誌. 10(1). 1-10.
- 山下智佳(2011). 日本における医師の自律性概念に関する一考察. 明治大学情報基盤本部. 74(2). 5-16.
- Alexander, Cheryl S. et al(1982): Determinants of Staff Nurses' Perceptions of Autonomy within Different Clinical Contexts, Nursing Research, 31(1), 48-52.
- Gregg F.M. & Magilky K.J(2001): Professional Identity of Japanese Nurses: Bonding into Nursing. Nursing Health Sciences, 3, 47-55.
- Prankrtz z, L., Pankratz, D. (1974): Nursing autonomy and patients' rights — Development of a nursing attitude scale, Journal of Health and Social Behavior, 15(3), 211-216.
- E(Friedson E), 遠藤雄三, 宝月誠訳(1992). 医療と専門家支配. 236. 恒星社厚生閣(原著). Freidson E, Professional Dominance(1970) The Social Structure of Medical Care. Anthert on Press (New York).
- Kant, Immanuel(2002). カント全集〈18〉諸学部の争い・遺稿集. 岩波書店.
- Mary Chiarella, (1998): Independent, Autonomous, or Equal: What Do We Really Want ?. Clinical Excellence for nurse Practitioners, 2(5), 293-299.
- Sovie, M. D. (1983): Fostering professional careers in hospitals: The role of staff development, part2, The Journal of Nursing Administration, 13(1), 30-33.
- Stamps, P. (1997): Nurses and work satisfaction: An index for measurement. 2nd ed., Chicago: Health Administration Press.
- Travelbee J, 長谷川浩, 藤枝知子訳(2003). トラベルビー人間対人間の看護. 医学書院. 25-180.

#### 第4章

- 稲森里江子(2010). 医学教育におけるコミュニケーション・スキル学習に関する研究—対人援助技術の活用による実習的アプローチ—. 人間福祉学研究. 3(1).
- 大矢優, 中谷陽輔, 杉若弘子(2011). アサーション・トレーニングにおける肯定的フィードバックの役割. Doshisha Clinical Psychology: qherapy and Resead. vol1. No1.
- 厚生労働省. 安心. 信頼の医療の確保と予防の重視. 2014年12月16日閲覧.
- <[www.mhlw.go.jp/bunya.pdf.taikou03](http://www.mhlw.go.jp/bunya.pdf.taikou03)>
- 厚生労働省. 医政局. 在宅医療. あんしん 2012. 2014年12月16日閲覧. online2.
- <[www.mhlw.go.jp/zaitgku2.anshin2012.pdf](http://www.mhlw.go.jp/zaitgku2.anshin2012.pdf)>
- 厚生労働省(2012). 医政局・老健局・保険局: 提言型政策仕分け 医療・介護の連携. 資料1.
- 厚生労働省. 介護・高齢者福祉. 2014年9月10日閲覧. online3.
- <[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/)>
- 厚生労働省. 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. 2008. 2014年12月16日閲覧. online7.
- <[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf)>
- 厚生労働省. 在宅医療. 介護の推進について. 在宅医療. 介護推進プロジェクトチーム. online1
- <[www.mhlw.go.jp/zaitgkuiryoku-all.pdf](http://www.mhlw.go.jp/zaitgkuiryoku-all.pdf)> 2014年12月16日閲覧.

厚生労働省, 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律, 平成元年 6 月 30 日法律第 64 号, 最終改正: 平成 26 年 6 月 25 日法律第 83 号 . online4.

<<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H01/H01H0064.html>> 12 月 16 日閲覧.

厚生労働省, 地域連携クリティカルパスとは. online5.

<<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1031-5e.pdf>> 2014 年 12 月 16 日閲覧

厚生労働省 (2011). チーム医療推進方策ワーキンググループ (チーム医療推進会議). チーム医療推進のための基本的な考え方と実践事例集.

厚生労働省. 平成 22 年度日常生活圏域ニーズ調査モデル事業全国担当者等会議.

<<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/needs/2010/>> 2014 年 9 月 10 日閲覧.

厚生労働省. 福祉・介護 福祉人材確保対策.

<[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/fukusijinzei/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/fukusijinzei/)> 2014 年 12 月 16 日閲覧.

國分康孝, 國分久子 (2005). 思いやりを育てる内観エクササイズ. 図書文化社.

急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査研究. 報告書.

<[www.kenporen.com/chosa22\\_03.pdf](http://www.kenporen.com/chosa22_03.pdf)> 2014 年 12 月 16 日閲覧.

健康保険組合連合会, 医療保障総合政策調査・研究基金事業 急性期医療の機能分化と急性期病院のあり方に関する調査研究 報告書. online1.

<[http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa22\\_03.pdf](http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa22_03.pdf)> 2014 年 12 月 16 日閲覧.

埼玉県立大学編集 (2010). IPW を学ぶー利用者中心の保健医療福祉連携ー. 中央法規出版.

酒井郁子 (2014). 専門職連携教育 (IPE) による臨床と教育の相互作用. 北日本看護学会誌. 16(2). 9.

志村健一 (2007). アクションとしてのグラウンデッド・セオリー. 聖隷クリストファー大学 社会福祉学部紀要. No. 6. 154-157.

志村健一 (2008a). グラウンデッド・セオリー [2]. ソーシャルワーク研究. 相川書房: 51-55. 2008.

志村健一 (2008b). グラウンデッド・セオリー [3]. ソーシャルワーク研究. 相川書房: 52-55. 2008.

新藤貴久, 細谷昌右, 他 (2012). 交通事故防止に有効なコミュニケーション 醸成方策に関する検証. 消防技術安全所報. 48 号. 84-91.

新留巨樹. 利用者への応対における介護職員の心理の差異. 2014 年 12 月閲覧. h21\_03.pdf

永井則子 (2011). 新人が感じる葛藤の原因 傾向と対策. ナーシングビジネス. 5(5). 404-408.

永井則子 (2014). 特集 2011 年の新人看護職員研修. 疲れているプリセプターさんへ発想を転換してみましょう. Nursing Today. 18-22.

新山真奈美, 鈴木圭子 (2012). 脳血管障害による身体機能障害のある高齢者のライフスタイル再編成の過程. 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要. 20(2). 85 - 93.

平川仁尚 (2014). 高齢者ケアに関する職種横断型ワークショップ活動報告. 日本農村医学会. 76-82.

平木典子 (2009). アサーション・トレーニング-さわやかに自己表現>のために-. 日本・精神技術研究所. 金子書房.

前野貴美 (2014). 筑波大学における専門職連携教育の取り組みー大学間連携により展開する専門職連携教育プログラムー. 医学教育: 45(3). 135-143.



- 真野俊樹. 医療を巡る文科系学問と医療政策. 共済総合研究第 62 号. 27-47.
- 野村秀和(2009). わが国の医療経営の現状. 立教経済学研究. 62(3).
- Abraham Harold Maslow, 小口忠彦(1987). 人間性の心理学 モチベーションとパーソナリティ.  
産能大出版部.
- David Nunan(1992): Research Methods in Language Learning. Cambridge University Press;  
New. 版
- Glaser, B. G(1998): Basic of Grounded Theory Analysis. California, Sociology Press, 22-38.
- Glaser, B. G(1992): The Grounded Theory Perspective. 1-210, Sociology Press, United States.

## 面接調査ご協力のお願い

私は、看護科教員として勤務する傍ら、  
学専攻修士課程で学んでおります新山真奈美と申します。このたび、脳血管性疾患によるリハビリテーションを受けておられます患者様を対象として実施いたします調査にご理解、ご協力を賜りたく、お願い申し上げます。

患者様におかれましては、様々な思いをもちながら、日々生活されているのではないかと存じます。私はこのような患者様の思いや持っているお力、患者様を支えている事柄に注目し、修士論文では脳血管性疾患によるリハビリテーションを受けておられる患者様の療養や生活の変化過程について研究したいと考えました。現在の文献は十分ではなく、患者様から直接お話を伺うことでこのことが分かってくると考え、あなた様を含め、10名の患者様に面接へのご協力をお願い申し上げる次第です。

面接で伺いたい内容は、あなた様がその時々で感じておられます率直な思いを中心とした生活の状況です。療養生活を送りながら思っていること・感じていることや、あなた様を支えている事柄や人などの状況についてご自由にお話頂ければありがたいと思います。

面接は、4～8月中を目途に、治療や体調などに支障のないご都合の良い時間に行います。面接は、病院内の会話が聞こえない場所で、1対1で30～45分程度、ご都合の良い日程で合計2～4回お願いできればありがたいと存じます。また、許可をいただきましたら、面接の内容をレコーダーで録音させていただきたくお願い申し上げます。録音させていただいた内容は書き起こし後、その日のうちに消去いたします。すべての情報や会話内容は研究の目的以外に用いることはなく、プライバシーは固く守られます。修士論文・学会等における結果の発表は個人・病院が特定されない形で行います。

面接調査への協力はご本人の自由意思によるものであり、協力しないことにより不利益を受けることはいっさいありません。また同意した場合であっても、ご本人の意思によりいつでも撤回できます。なお、研究計画は、秋田大学医学部倫理委員会およびJA秋田厚生連平鹿総合病院倫理委員会の審査を受けております。

患者様の思いやお知恵を知ることは、私たち看護者において大変貴重な情報になります。本調査の主旨をご理解の上、ご協力いただけますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

\*この調査につきまして、ご意見やご不明な点がございましたら、恐れ入りますが、下記へご連絡ください。

## インタビューガイド

1. 年齢、家族構成、身体状況
2. 病気になったことや後遺症をもつことに対して、今どのように感じていますか
3. 今一番辛いこと(心配事や悩み)はどんなことですか (一言でいうと…)
4. 3. の時に、一番頼りたい方は誰ですか
5. 3. の時に、あなたの心配事や悩みを聞いてくれる人はいますか(誰ですか)
6. あなたに気を配ったり思いやりったりしてくれる人はいますか(誰ですか)
7. あなたを元気づけてくれる人はいますか(誰ですか)
- 8.辛い時、苦しい時、あなたを心から安心させたり、くつろいだ気分になさせてくれる人はいますか(誰ですか)
9. 今のあなたを一番に支えているものは何または誰ですか
- (★10. 今後、どのような希望・夢がありますか)
- (★11. これからの先の人生をどのように生きたいですか)
- ★は回復期で安定期にあると判断できた際に問うこととする。

病院長 各位様

平成 25 年 6 月 10 日

## 書類送付についてのお願い

拝啓

突然のお手紙、ならびに質問紙調査票の発送で大変申し訳ありません。

私は、秋田県立衛生看護学院看護科教員として勤務する傍ら、東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科博士後期課程で学んでおります新山真奈美と申します。このたび、全国の脳卒中急性期医療に携わる医療者を対象として、「脳卒中急性期にある高齢者のライフスタイル再編成に向けての医療者の意識や関わりに関する実態調査」の研究をいたしております。調査にご理解、ご協力を賜りたく、お願い申し上げます。

本調査は、このような対象への医療やケアの現状を把握するということから、脳卒中急性期医療における医療者（医師、看護師、リハビリテーション従事者）の機能と役割意識を把握し、患者－医療者関係の特性を明らかにすることを目的としています。急性期にあり、かつ身体機能障害をもつ脳卒中高齢患者のライフスタイル再編成に向けたケアのあり方や、患者の QOL に寄与するものであると考えております。今後、脳卒中急性期に関わる医療者がどのような役割を担っていくべきなのかを検討し、今後の脳卒中急性期ケアの在り方を模索するものです。

この質問紙調査は無記名で行い、回答は全体として処理いたします。従って、個人が特定されることはありません。このアンケートは強制ではありませんので、調査への協力はご本人の自由意思によるものであり、協力しないことにより不利益を受けることはいっさいありません。また、得られた結果を目的以外に使用はいたしません。

ご多忙のところ誠に申し訳ございませんが、本調査の主旨をご理解の上、貴院の医師・看護師・リハビリテーション従事者のご協力いただけますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

早速ではございますが、質問紙調査票をお送りします。突然のお願いで恐縮ではございますが、ご査収の上、よろしくご手配を賜りますようお願い申し上げます。

なお、本研究計画は、東洋大学大学院倫理委員会の審査を受けております。

東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科  
新山 真奈美

資料 4

質問紙調査票

問 1. あなたの職種をあてはまるものに○をつけて下さい。

1. 看護師	4. 作業療法士
2. 看護学生	5. 言語聴覚療法士
3. 理学療法士	6. 医師

(取得した資格がございましたら教えて下さい。例：認定看護師 等) (            )

問 2. あなたが最後に卒業された学校は次のどれか、あてはまるものに○をつけて下さい。

1. 専門学校	2. 大学	3. 大学院
---------	-------	--------

問 3. あなたの性別をあてはまるものに○をつけて下さい。

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問 4. あなたの年齢を教えてください。 (            ) 歳

問 5. 就業している期間を教えてください。 (            ) 年

問 6. そのうち、脳卒中医療に携わっている期間を教えてください。 (            ) 年

脳卒中急性期医療に携わっている期間を教えてください。 (            ) 年

以下の問いは次に該当する項目より1つ選んでください。【かなりそう思う:5 少しはそう思う:4 どちらともいえない:3 あまりそう思わない:2 全くそう思わない:1】

問 7. 下記に、脳卒中による身体機能障害のある高齢者（以下、患者）のライフスタイル再編成に関する、あなたの現在の仕事についての意見や行動の記述があります。該当する数字を一つ選んで○をつけて下さい。

	5	4	3	2	1
1. 私は治療が患者に及ぼす心理的影響を予測することができる	5	4	3	2	1
2. 私は患者に将来起こるであろう危機を予測することができる	5	4	3	2	1
3. 私は治療が患者に及ぼす身体的影響を予測することができる	5	4	3	2	1
4. 私は患者が内心抱いている不安を状況から推測することができる	5	4	3	2	1
5. 私は患者の価値観を十分に理解することができる	5	4	3	2	1
6. 私は患者の言動から性格や生活習慣を読み取ることができる	5	4	3	2	1
7. 私は患者の心理的問題を患者から直接聞き出すことができる	5	4	3	2	1
8. 私はこれまでの経過から患者の今後の行動を予測することができる	5	4	3	2	1
9. 私は患者のニーズに直ぐにきづくことができる	5	4	3	2	1
10. 私は患者の言動と感情の不一致を理解することができる	5	4	3	2	1
11. 私は患者の言動に共感的理解を示すことができる	5	4	3	2	1
12. 私は患者の意識レベルの変化を正確に把握することができる	5	4	3	2	1
13. 私は患者の検査結果と症状との関連を理解することができる	5	4	3	2	1
14. 私は援助に必要な情報を直ぐに集めることができる	5	4	3	2	1
15. 私は緊急時にも落ち着いて援助を行うことができる	5	4	3	2	1
16. 私は患者の急激な生理的変化（嘔吐、意識喪失など）に対応することができる	5	4	3	2	1
17. 私は手際よく援助ができる	5	4	3	2	1
18. 私は患者が落ち着いて援助が受けられるよう常に配慮ができる	5	4	3	2	1
19. 私は患者の突然の求めにも躊躇せずに応じることができる	5	4	3	2	1
20. 私は患者の社会生活に配慮した援助ができる	5	4	3	2	1

問8. 脳卒中に罹患している患者のライフスタイル再編成に向けた支援を行ったと感じる場面があれば、その場面、あなたの関わり、患者の変化について教えて下さい。

1) 場面

2) あなたの関わり

3) 患者の変化

	絶対	多い	ある程度	少ない	全く
	5	4	3	2	1
21. 私は他職種と連携を上手に取ることができる	5	4	3	2	1
22. 私は援助の優先順位を立てて計画的に1日を過ごすことができる	5	4	3	2	1
23. 私は患者の個性を考慮した援助を実践することができる	5	4	3	2	1
24. 私は援助の際に必要な物品を過不足なく準備できる	5	4	3	2	1
25. 私は患者の情動の変化（怒り、悲しみなど）に対処することができる	5	4	3	2	1
26. 私は患者の医療に対する不信感や不安を十分な説明を行うことにより和らげられる	5	4	3	2	1
27. 私は援助を常に創意工夫することができる	5	4	3	2	1
28. 私は患者の社会的適応を促進するための指導ができる	5	4	3	2	1
29. 私は患者の多くの情報から必要な援助を選択することができる	5	4	3	2	1
30. 私は患者の心理的变化（不安、怒り、焦りなど）に応じて援助方法を選択することができる	5	4	3	2	1
31. 私は患者のニーズに一致した援助を選択することができる	5	4	3	2	1
32. 私は突然の患者の生理的变化（血圧低下、悪寒など）に応じて援助方法を変更できる	5	4	3	2	1
33. 私は患者の多くの問題の中から最も優先すべき問題を選択できる	5	4	3	2	1
34. 私は援助方法を自分ひとりで選択できる	5	4	3	2	1
35. 私はカンファレンスで患者の問題を主体的に提供することができる	5	4	3	2	1
36. 私は医療モデルを用いて援助方法を決定することができる	5	4	3	2	1
37. 私は研究の結果など最新の情報を活用し援助を決定できる	5	4	3	2	1
38. 私は将来起こるであろう問題に向けて援助方法を選択できる	5	4	3	2	1
39. 私は患者の変化（結果）を予想して援助を選択することができる	5	4	3	2	1
40. 私は十分な情報がなくても現在の状況から適切な援助を推測できる	5	4	3	2	1
41. 私は立案した計画はいつもスタッフの承認が得られる	5	4	3	2	1
42. 私は患者の症状や検査結果を統合して適切な援助方法を選択できる	5	4	3	2	1
43. 私は患者が心情を表現してこないと精神的援助を計画できない	5	4	3	2	1
44. 私は患者の言動に惑わされて適切な援助方法を選択できない	5	4	3	2	1
45. 私は他者の助言を受けなければ援助方法を選択することができない	5	4	3	2	1
46. 私は患者の意志を尊重せずに援助方法を選択してしまう	5	4	3	2	1
47. 私は患者の訴えがないと何を援助すべきかわからない	5	4	3	2	1

問 9. 脳卒中に罹患している患者にとっての自己決定に向けた支援を行ったと感じる場面があれば、その場面、あなたの関わり、患者の変化について教えてください。

- 1) 場面
- 2) あなたの関わり
- 3) 患者の変化

問 10. 次の言葉は患者の思いを挙げたものです。この言葉についてのあなたのイメージ、考えを教えてください。

- 1) 身動きが取れない：
- 2) 生きた心地がしない：
- 3) 運命に任せるしかない：
- 4) 支えられて生きていく：
- 5) 人のお世話になる：
- 6) 障害と共に生きていく：
- 7) 希望を探求する：
- 8) 自分らしさを取り戻す：
- 9) 自分の生きる道を自分で決める：

問 11. 脳卒中患者に対する医療やケアの提供の際の、あなたの信念や根底を一言で言うとなんかを教えてください。

質問は以上です。 ご協力ありがとうございました。

## 面接調査ご協力をお願い

私は、秋田県立衛生看護学院看護科教員として勤務する傍ら、東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科で学んでおります新山真奈美と申します。このたび、脳卒中急性期医療に携わる看護師を対象として実施いたします調査にご理解、ご協力を賜りたく、お願い申し上げます。

日本における脳卒中の発症数は、人口の高齢化に伴い増加傾向にあり、また脳卒中に罹患した患者のうち、高齢者の割合は非常に多く、高齢者の寝たきり誘因の約40%を占め、さらに介護が必要となる原因の1位にもあるといわれています。このように脳卒中は、人口の高齢化に伴い、高齢者の発症率が高く、医療の進歩により死亡率は年々減少しているものの後遺症が残り、日常生活の遂行に介助を必要とする現状にあります。特に脳卒中に起因する身体機能障害は、日常生活動作を突然阻害するため、ライフスタイルに大きな変化をもたら、高齢者にとって他者からの援助を受けることは自尊心の低下につながり、将来に対する不安を増加させると考えました。本調査は、このような対象への看護の現状を把握するということから、脳卒中急性期医療における看護師の機能と役割意識を把握し、患者―看護師関係の特性を明らかにすることを目的としています。急性期にあり、かつ身体機能障害をもつ脳卒中高齢患者のライフスタイル再編成に向けたケアのあり方や、患者のQOLに寄与するものであると考えております。今後、脳卒中急性期に関わる看護師がどのような役割を担っていくべきなのかを検討し、今後の脳卒中急性期ケアの在り方を模索するものです。

面接で伺いたい内容は、あなた様がその時々で感じておられます率直な思いを中心とした看護の状況です。急性期からの療養生活を支えながら思っていること・感じていることや、あなた様の考える脳卒中急性期医療の現状や問題などについてご自由にお話頂ければありがたいと思います。

面接は、4～6月中を目途に、勤務時間などに支障のないご都合の良い時間に行います。面接は、病院内の会話が聞こえない場所等で、1対1で30～45分程度、ご都合の良い日程で合計2～4回お願いできればありがたいと存じます。また、許可をいただきましたら、面接の内容をレコーダーで録音させていただきたくお願い申し上げます。録音させていただいた内容は書き起こし後、その日のうちに消去いたします。すべての情報や会話内容は研究の目的以外に用いることはなく、プライバシーは固く守られます。博士論文・学会等における結果の発表は個人・病院が特定されない形で行います。

面接調査への協力をご本人の自由意思によるものであり、協力しないことにより不利益を受けることはありません。また同意した場合であっても、ご本人の意思によりいつでも撤回できます。なお、研究計画は、東洋大学大学院倫理審査会の審査を受けております。

患者様の思いやお知恵を知る一番身近な看護師のお話を聞くということは、大変貴重な情報になります。本調査の主旨をご理解の上、ご協力いただけますよう、何卒宜しくお願い申し上げます。

新山 真奈美

\*この調査につきまして、ご意見やご不明な点がございましたら、恐れ入りますが、下記へご連絡ください。

問い合わせ先：新山 真奈美



## 資料 6 脳卒中医療に従事する看護師へのインタビューガイド

### 調査票

本研究は、半構造化面接法による面接結果の内容分析から、脳卒中医療にかかわる医療者の思いや患者への対応などの主観的体験を明らかにする質的帰納的研究法である。

I. 研究概要を説明し、対象者にインタビュー調査協力の同意書（末尾に添付）にサインを頂く。

II. Glaser 版 GTA のインタビューは、本来はインタビューガイドを用いず、会話は自由に対象者が語れるようにすすめるが、対象との語りに行き詰ったり、会話が成立しない際の橋渡しにするためのガイドを用意する。

III. 時間は約40分を想定している。

#### IV. インタビュー ガイド

- 1 あなたが働いておられる現場について説明してください。
- 2 その現場に働きはじめて何年になりますか。（対象者の基本属性）
- 3 あなたの現在のお仕事について説明してください。
- 4 脳卒中による障害を持った高齢者が、自己の障害や医療に対し、どのように感じているとあなたは理解していますか。
- 5 お仕事のうえで、あなたが脳卒中による障害を持った高齢者への援助の中で働きがいを感じたときの経験をお話ください。
- 6 お仕事のうえで、あなたが脳卒中による障害を持った高齢者への援助での強みや信念についてお話ください。
- 7 お仕事のうえで、あなたが脳卒中による障害を持った高齢者への援助の中でストレスを感じたときの経験をお話ください。
- 8 お仕事のうえでストレスを感じたとき、それに対してどのように対処されていますか。
- 9 あなたが、どんなサポートをすれば、脳卒中による障害を持った高齢者が自己決定できると思いますか。経験もお話ください。
- 10 あなたが、どんなサポートをすれば、障害を持った高齢者がライフスタイル再編成できると思いますか。経験もお話ください。

## 資料 7 授業案

### 【学習（研修）目的】

近代医療の進歩によりわが国の平均寿命は世界 1 位となり高齢障害者が増加し、今後、特に地域医療では多くの保健医療福祉の専門職者が多くの責任を担う。保健医療福祉学における本学習では、高齢者に多く発症され障害を残すとされる脳卒中の発症に関する基本的な医学知識（疫学、病態、診断、治療、リハビリテーション）の習得をめざす。さらに、脳卒中発症によって併発する心理的ダメージを理解でき、脳卒中高齢者のナース・コーリングに気づき、キャッチ・コーリングできる人材を目指していく。また、変革する医療において、医療と看護、リハビリテーション、介護などのかかわりや各専門職者が同じ目標をもってケアすることの意義についても学ぶ。保健医療福祉学における脳卒中と保健、医療や福祉の関係性についての理解が深まることで、脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える人材育成にむけた学習の効果を期待する。

### 【学習（研修）目標】

1. 地域で働く脳卒中高齢者にかかわる、保健医療福祉の専門職者が、脳卒中により突然ライフスタイルが変化してしまうことや再生していくためには脳卒中高齢者にとって相当な努力が必要であることを理解できる。
2. 保健医療福祉の専門職は、脳卒中高齢者の発症から地域に戻るまでの過程で、心理面の変化を捉え、様々な側面でキャッチ・コーリングしながら、脳卒中高齢者が望むライフスタイル再編成を支援する意味を理解できる。
3. 脳卒中高齢者にかかわる保健医療福祉の専門職者が、脳卒中により突然ライフスタイルが変化してしまうことや再生していく脳卒中高齢者に対して、学習したことを踏まえて、行動化でき、日々振り返りができる。
4. 自己の行動を振り返り、他者（他職種）と共有し、更なるケアの発展に向けて、保健医療福祉の専門職同士で話し合いができる。
5. 保健医療福祉学における教育（研修）の積み重ねから、脳卒中高齢者を主体としたケアの理解と実践可能になることで、リーダーとなり、今度は他者（次の世代や後輩、同僚等）へと教育することができる。

### 【指導案】

#### 1. 実態に応じて変更する

講習会参加のメンバーに応じて、研修内容を使いやすく変更していく。

各専門職のスキルを引出し、各講義内容を組み合わせて実施していく。時にはそのスキルを活用する。

#### 2. 指導者に必要な力量

全く同じ講義をおこなったとしても、講義者の指導力により、ねらいとする効果は大きく異なってくることが予想される。今回、取り上げた教育内容は、基本的に講義が行いやすいように共通のルールをもって行える内容とした。講義者自身が得手不得手を踏まえた上で、実施していく。

#### 3. 組織的な指導計画

講義の中で、いつ・どこで・だれが・どんな活動を通して・研修参加者にどのような能力をつけさせていくのか、という具体的な指導計画を研修担当者と打ち合わせしながら立案し、確実に実践していく。

#### 4. 研修の一貫性と系統性

社会性に関わるさまざまなスキルは、勤務先や社会生活、脳卒中高齢者の特性や関わりに関与するものである。

これまで培ってきた社会性を一層高めていくためのスキル教育も考慮する。

講師が代わっても、一貫性のある教育を受けることができるように授業案を活用していく。

#### 5. 人間関係の構築力と調整力を育てる

各専門職者、上司、部下、同僚等、必要に応じて意見交換やチームワーク形成等、コミュニケーションを核とした専門職的自律性を養っていく。特にキャッチ・コーリングに関連する内面的対応能力の育成を図る。

「広く、浅く、表面的な付き合い」では、他者（脳卒中高齢者、他専門職者等）との信頼性や人間関係構築力や調整力等の低下が考えられる。これらを防ぎ、関係性が深まるように演習を取り入れ、社会性を育てていく。

講義者には、このような問題意識をもって、スキル教育の実践や社会性を育てていくことによって、一層保健医療福祉学における自立、共生が可能になる。

### 【用語の定義】

本講義においての「社会性」とは、「社会生活を営んでいくために必要なコミュニケーション能力、実践能力、集団適応、社会適応、規範意識等の諸能力や資質の総体」と定義した。具体的には、勤務先などの社会生活での人間関係に必要とされる能力、脳卒中高齢者や患者、利用者などとの集団生活に適応していくための能力や資質全体を体系的に取り上げたものである。

	タイトル	身につけさせたいスキル	趣意
1	他己紹介をしよう	1) 自己紹介 2) 他己紹介	自己紹介, 他己紹介により他職種への関心を寄せ, 相手を知る, 理解できる思いの変化になる
2	自己理解を深める	1) 自己理解	自己理解の方法を学び, 自ら進んで自己理解を深め, 長所, 課題を見出す
3 1	他者理解を深める (喪失体験)	1) 共感性, 自尊心, 判断力, 思いやりを身につける	喪失体験により, 思いや悲し, 辛さを考え, 課題の明確化, 脳卒中ケアに役立てる
3 2	他者理解を深める (高齢者虐待)	1) 共感性, 自尊心, 判断力, 思いやりを身につける	高齢者虐待に対する思いや悲しみ, 辛さを考え, 課題の明確化, 脳卒中ケアに役立てる
4	質問の仕方を身につける	1) 対象に応じた質問の仕方 2) 思いやり	適切な質問の仕方を身につけ, 脳卒中高齢者が心地よい気持ちになれるように対応できる
5	マナーを身につけよう	1) 対象に応じた礼儀正しさ 2) 対象に応じた言葉遣い	脳卒中高齢者や他専門職者と接するときのマナーを身につける
6 1	適切な言葉遣いを学ぶ	1) 対象の把握 2) 言葉遣い	適切な言葉遣い (丁寧語, 謙譲語, 尊敬語) を対象や場に応じて使い分けができる
6 2	適切な言葉遣いを学ぶ	1) 対象の把握 2) 言葉遣い 3) 話し方 4) 対象に応じた敬語の使い方	高齢者に対する話し方の常識や敬語などの使い方の基本について学び, 正しいマナーを身につける
7	話の上手な聴き方	1) 対象の把握 2) 話の聴き方 3) 共感性 4) 思いやり 5) 肯定的関心の姿勢	脳卒中高齢者や脳卒中高齢者との関係性のある他者との会話の中で, 人の話に注意深く耳を傾けることの大切さに気づき, 「聴く」ことを意識的に行うことができる. また, 相手の思いをゆっくり聞き入れ共に前進していこうとする姿勢がもてる
8 1	頼み方の基本	1) 表現力 2) 人間関係調整能力 3) 礼儀	人に何かを頼む時, どのように自分の思いを伝えたいのかを考え依頼する (職場関係, 関係職種等のやりとり)
8 2	上手な頼み方—脳卒中高齢者の思いの理解—	1) 表現力 2) 人間関係調整能力 3) 礼儀 4) 肯定的関心の姿勢	脳卒中後遺症によりコミュニケーション能力のない高齢者が, 自分に何かを依頼した時, 受ける側の自分がどのように対応するのか, どうしても断らなければならない時にどのように対応するのか, やってはいけないこととは, 等を考えることで, 依頼の際の適切な人間関係を学ぶ
8 3	上手な頼み方—断られた時—	1) 表現力 2) 人間関係調整能力 3) 礼儀 4) 肯定的関心の姿勢	人に何かを頼む時, どのように自分の思いを伝えたいのかを考え依頼する. 脳卒中後遺症によりコミュニケーション能力のない高齢者が, 自分に依頼しようとした時にどのように対応するのか, 人間関係の「(何かを) 頼む」「(何かを) 頼まれる」というスキルを学ぶ
9	私の大事なもの	1) 会話力 2) 発表力 3) 協調性 4) 自己の価値観を発見する 5) 肯定的関心	自分が, 脳卒中高齢者とかかわりの中で, どのような価値観を大切にしながら対応していきたいかを考え, 他職種のメンバーの思いも知る
10	「20 の私」で探る「私は誰か」 自分を見つめる	1) 自己理解 2) 自己洞察	自己理解 (自己概念) の大切さを理解し, 5つの側面から自分の特徴を明確化させる

	タイトル	身につけさせたいスキル	趣意
11	老年学を学ぶ	1) 老年学と老年医学 2) 加齢と老化 3) 高齢者の機能評価 4) 老年症候群と廃用症候群	老年学とは、加齢に伴う心身の変化を研究し、高齢社会に起こるさまざまな問題を解決するための学問である。高齢者の心身、社会面等に引き起こる問題や特徴、また問題に対する解決策について理解できる
12	脳卒中を学ぶ	1) 脳卒中の分類 2) 脳梗塞とは (1) 主な脳動脈の閉塞とその症状 (2) 検査と治療 (3) ケアの方法 3) 脳出血とは (1) 主な脳出血とその症状 (2) 検査と治療 (3) ケアの方法 4) 障害受容過程と脳卒中や障害をもって生活すること 5) 脳卒中後うつ病、アパシー等の心理的ダメージ 6) 障害支援 7) 脳卒中に関連する施策、国の動き	脳卒中に対する正しい知識を深め、その人らしいライフスタイルへの支援につなげていくことができる * 基本医師、検査技師、薬剤師、リハビリスタッフ、栄養士等、機能分化を活かして講義をしてもらう
13	脳卒中リハビリテーションを学ぶ	1) リハビリテーション理解 (1) リハビリテーションの役割 (2) リハビリテーションの流れ (3) リハビリテーションの目標と内容 (4) リハビリテーションによる回復の見通し 2) リハビリテーションと高齢者 3) 病院・施設等のリハビリテーションと地域リハビリテーションの意味するもの	失われた機能の回復だけではなく、残された、あるいは隠された機能や能力を、いかに引き出し、活用するかということを探りながらその人らしい支援について学ぶ さらに、その機能や能力を次につなげていくための方策や、保健医療福祉がつながることへの重要性を再認識できる

	タイトル	身につけさせたいスキル	趣意
16	他者理解を深める（ライフスタイル）	1) 自分のライフスタイルを知る 2) 脳卒中高齢者のライフスタイルの理解	私のライフスタイルを考え、他者との話し合いの中で、新しい発見や取り入れたい出来事などが得られていく。さらにライフスタイルとは、多種多様であること、特に脳卒中高齢者にとってもこれまで築きあげられたライフスタイルがある。しかし、脳卒中や障害をもつことによって、一変してしまうことでの心理面や社会面などにも注目し、支援が可能となる
17	認知症高齢者の理解を深める	1. 脳卒中と高齢者理解 1) 認知症とは 2) 行動・心理症状(BPSD)出現原因 3) 認知症ケアのアセスメントの目的と視点 4) 認知症高齢者の観察のポイント（例：反応、顔・表情、身体、外見、食事、排泄等） 5) 認知症のレベルとコミュニケーションスキル 6) 認知症の人とのコミュニケーションの基本 (1) 言語コミュニケーション (2) 非言語コミュニケーション (3) 認知症の人に分かりやすい話し方をする (4) 備考：アプローチ	認知症に対する正しい知識を深め、認知症悪化や発症を予防し、その人らしいライフスタイルの支援につなげることができる
18	保健医療福祉学とは	1. 保健医療福祉学とは 2. 保健医療福祉学の現況 3. 保健医療福祉学からみた脳卒中の医療や福祉の問題と課題	本科目は保健医療福祉学を根底において進めている。このことから、保健医療福祉学とは何かを十分理解した上で、多方面から学びを深めていくことが必要である。ここでは、保健医療福祉学に関して整理し、脳卒中との問題や課題を明確にする

## 【授業案】

### 1 【他己紹介をしよう】

〈趣意〉自己紹介、他己紹介により他職種への関心を寄せ、相手を知ろう、理解できる思いの変化がみられる。  
 〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (5分)	1) 自己を理解するとは 2) 他者を理解するとは	発問する場合は2人くらい	
展開 (30分)	1) 自己を理解する 2) 自己の職種や職場での役割を、整理する 3) 自己の職種や職場での役割を、他者が理解できるように考え、まとめる 4) メンバーに自分を知ってもらえるように、発表する （1人2分以内） 5) 互いの自己紹介が終わったら、他グループとつながり、メンバーについての紹介をする。	自己理解の方法を学び、自ら進んで自己理解を深め、長所、課題を見出す。  1 グループ、2～3人  他者紹介をしている際に誤った内容を話されていても、紹介されている側は、話している最中に訂正せず、終了後に伝える。	ワーキングシート 資料
まとめ(5分)	振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉 1. 自己紹介、他己紹介により他職種への関心を寄せ、相手を知ろう、理解できる思いの変化がみられる（観察、振り返りシート）。

### 2 【自己理解を深める】

〈趣意〉自己理解の方法を学び、自ら進んで自己理解を深め、長所、課題を見出す。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入(5分)	1) 自己を理解する 2) 現在の職場や役職などにおける自分を想起する		
展開(30分)	1) 自己を理解する 2) 自己の職種や職場での役割を、整理する 3) 自己の職種や職場での役割を、他者が理解できるように考え、まとめる 4) メンバーに自分を知ってもらえるように、発表する	1) 自己理解の方法を学び、自ら進んで自己理解を深め、長所、課題を見出す。 2) 1 グループ 5～6 人、発表は 1 人 2 分以内	ワーキングシート 資料
まとめ(5分)	振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉

1. 自己理解の方法を学び、自ら進んで自己理解を深め、長所、課題を見出すことができる。（観察、振り返りシート）

### 3-1 【他者理解を深める（喪失体験）】

〈趣意〉 喪失体験により、思いや悲しみ、辛さを考え、課題の明確化、脳卒中ケアに役立てる。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 5分	1. 高齢者の喪失体験とは 身体的、社会的、心理的な喪失体験		
展 開 (30分)	1. 喪失体験学習 1) 受講生に5枚の白紙を渡し、各用紙に1個ずつの自分にとって、「大切なもの、事、人、何でもよい」のでよく考え記載する。メンバーには見せない。 2) 5枚の用紙が完成したら、その用紙に「本当にあなたは私にとって大切なものか」を問い、「私にとってあなたはとても大切なもの」と念を入れる。 3) 5枚の中から1枚をゴミ箱に捨てる。 4) 残った紙に「本当に自分にとって大切なものか」を問い、「私にとってあなたはとても大切なもの」と念を入れる。 5) 4枚の中から2枚をゴミ箱に捨てる。 6) 残った紙に「本当に自分にとって大切なものか」を問い、「私にとってあなたはとても大切なもの」と念を入れる。 7) 2枚の中から1枚をゴミ箱に捨てる。 8) 残った1枚の紙に「本当に自分にとって大切なものか」を問い、「私にとってあなたはとても大切なもの」と念を入れる。大切なものを大切に握っている等、指示する。 9) 他の講義などをして気を紛らわす。 10) 10～15分位してから、「最後の1枚を捨てよう」と指示する。この時捨てられない人は無理強いしない。 11) シェアリング（グループ、全体） 12) この体験は何を伝えたかったかを話し合う。	1) 受講生は5～6人のグループにはなっているが、体験は1人で行う 2) この体験学習を始める前に、最近身近な方が亡くなられたり、震災や災害、事故などの遺族がいないかどうかを確認し、必ずこの体験を受けなければならないというわけではないことを伝える 3) 体験中に気分不快などにより、取り辞めたいなどの希望があれば受けることを伝える。 4) どうしても捨てたくない場合、捨てなくても良いことを話す 5) 捨てた紙を後悔したり、辛い体験になってしまった受講者がいた場合、カウンセリングのできる指導者がいることを告げ、希望の場合、カウンセリングする（新山が有資格者、および経験者） 6) シェアリングはグループおよび全体で行う	用紙1人 5枚ずつ ゴミ箱
まとめ (5分)	1. 高齢者は多くの喪失したものがあ、さらに脳卒中を患ってしまふことで、一層の喪失感を抱く。このようなことで、自分達はどうするべきなのかを考えるための体験学習であった。 2. 自己課題は見つかったかを問う。 3. 振り返りシートへの記入	1) 喪失体験学習の意義について伝える。	振り返りシート

〈評価〉

1. 脳卒中高齢者の喪失体験について、共感性、自尊心、判断力、思いやりを心がけて関わることの重要性を理解できる（観察、振り返りシート）。
2. 喪失体験により、思いや悲しみ、辛さを考え、課題の明確化、脳卒中ケアにつなげることができる（観察、振り返りシート）。

\* 肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

### 3-2 【他者理解を深める（高齢者虐待）】

〈趣意〉高齢者虐待に対する思いや悲しみ、辛さを考え、課題の明確化、脳卒中ケアに役立てる。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (5分)	高齢者虐待に対して向き合う姿勢で学習できるように進める 1. 高齢者虐待で浮かぶことは何か 2. 高齢者虐待の現状はどうなっているか 説明「家庭内や施設内での高齢者 に対する虐待行為である」	1) 学習者に虐待を想起させる 2) 「高齢者への虐待」自身を理解できていない場合は、説明し、共通認識のもとで始める。	資料
展 開 (80分)	1. 理論 1) 虐待の定義                      10) 通報・連絡・相談 2) 虐待の種類                      11) 情報の収集、記録 3) 虐待の発生                      12) 初動支援（体制の構築・調査） 4) 被虐待者にみられる傾向    13) 事前評価・事後評価 5) 虐待者にみられる傾向    14) 危機の評価と介入 6) 虐待の発見の難しさ        15) 支援計画の立案 7) 虐待を発見できる人々    16) 支援の実施 8) 虐待のサイン                17) 早期発見・早期対応 9) 援助のネットワーク 2. 演習（グループワーク・討議） 1) 虐待？虐待じゃない？の判断 （1）事例提示し、虐待の種類の中での何にあたるのか 2) 発見が難しくなる理由を挙げる （1）被虐待者側の理由              （3）観客の存在 （2）虐待者の理由                  （4）傍観者の存在 3) 虐待を発見しやすい立場にある人々をあげる （1）援助可能な専門職とは      （3）地域で行うことの利点 （2）非専門職としては          （4）福祉や医療の現場で行う利点 4) 高齢者虐待の気づきの視点とサイン 5) 早期発見・早期対応〔事例〕 高齢者虐待を促す関連要因（条件）、予防策 （1）文化的な側面    （2）社会的な側面    （3）人間関係の側面 （4）健康上の側面    （5）社会資源の側面    （6）その他	1) 多職種が集合しているため、各自が理解できているかを確認しながら進める。 2) 高齢者の虐待の分野で活動されている学習者が受講している場合、意見を尋ねる。もしくは、事例を話してもらえようであれば、依頼する。 3) 4～5名のグループで意見交換を行い、各グループの意見をまとめ、発表する。	資料
まとめ (5分)	1. 高齢者虐待に対する思いや悲しみ、辛さを考え、課題の明確化、脳卒中ケアに役立てる。 2. 振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉高齢者虐待に対する学習により、脳卒中高齢者の抱く思いや悲しみ、辛さを考え、他者理解を深めることができる（観察、振り返りシート）。

＊肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。



#### 4【質問の仕方を身につける】

〈趣意〉脳卒中後遺症によりコミュニケーション能力のない高齢者が、自分に何かを依頼した時に、受ける側の自分がどのように対応するのか、どうしても断らなければならない時にどのように対応するのか、やってはいけないこととは、等を考えることで、依頼の際の適切な人間関係を学ぶ。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (5分)	1. 質問することの意義、重要性を認識する。 1) 質問ができると、不安を解消したり不利益を回避することができる。 2) 患者や脳卒中後遺症のある高齢者が何かを依頼する際に、遠慮なく円滑な支援が受けられる。	1) 対象に応じた質問の仕方 2) 思いやり	
展開 (30分)	1. 事例提供（グループワーク、演習） 1) 問題意識をもつ。 2) 気持ちよく質問できる雰囲気づくりとは 3) メンバーでの体験学習、自らの体験による話題提供 2. 全体の発表 3. どのような対応が必要なのか、自己課題を明確にしていく	1) 4～5名のメンバーで意見交換等を行う	ワークシート
まとめ (5分)	1. 対象の状況を把握し、どのような雰囲気や場が質問しやすい環境なのかを考え、支援する。 2. 円滑に支援を受けるためには、人間関係の構築も必要である。 3. 振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉適切な質問の仕方を身につけ、脳卒中高齢者が心地よい気持ちになれるように対応できる（観察、振り返りシート）。

\* 肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

## 5【マナーを身につけよう】

〈趣意〉脳卒中高齢者や他専門職者と接するときのマナーを身につける。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (5分)	1. マナーとはどういうことか 大辞泉：態度、礼儀、礼儀作法	1) 発問は2～3名 2) (大辞泉より) 用語の意味 <u>態度</u> ：(1)物事に対する時に感じたり考えたりしたことが、言葉・表情・動作などに現れたもの。(2)事に臨むときの構え方。その立場等に基づく心構えや身構え。 (3)心理学で、ある特定の対象または状況に対する行動の準備状態。また、ある対象に対する感情的傾向。 <u>礼儀</u> ：人間関係や社会生活の秩序を維持するために人が守るべき行動様式 <u>礼儀作法</u> ：人と接するときの態度の意では相通じて用いられる。	
展開 (30分)	1. 対象に応じた礼儀正しさとは 2. 対象に応じた言葉遣いとは 3. 一般的なマナーのポイント 1) 大きな声ではっきり言える 2) 相手をきちんとよく見る 3) 笑顔で話す 4. 事例（他職種と自分、脳卒中高齢者と自分、脳卒中高齢者の家族と自分）を提供し、1対1での実施 5. グループ内のシェアリング 6. 全体発表	1) 発問は2～3名  2) グループメンバーは5～6人。2人組みになり体験学習 3) 時間は講義者が指示する 4) 会話の話題は講義者が提供する 例) 次のような内容を自分以外の他者が話しかけてくる。 ①薬の管理方法について ②眠れないという脳卒中高齢者に関すること ③心配なことがある。 ④この病気はこのあとどうなるのか 等	資料 ワークシート
	傾聴時の心がけで注意すべきこと 1. 共依存関係 1) 医療者、介護者としての立場の認識 2) 患者、家族との距離の維持 3) 周囲のスタッフの気づき 4) チームケアの心がけ 2. 巻き込まれない	1) 医療者、介護者は傾聴することによって、患者や家族に同化してはならない 2) 批判してはならない 同情しない 教えようとししない 評価しない 励まさない	
まとめ (5分)	「ナース・コーリング」と「キャッチ・コーリング」につながる作業であったことを伝える 振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉

- 適切な質問の仕方を身につけ、脳卒中高齢者が心地よい気持ちになれるように対応する意義を理解できたか（観察、振り返りシート）。
- 脳卒中高齢者や他専門職者と接するときのマナーを身につけることができる（観察、振り返りシート）。

＊肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

### 6-1 【適切な言葉遣いを学ぶ】

〈趣意〉適切な言葉遣い（丁寧語、謙譲語、尊敬語）を対象や場に応じて使い分けができる。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導 入 (5分)	1. 脳卒中高齢者への対応で、注意しなければならないことは何か 2. 受講生の答えから本展開につなげていく。	1) 発問は2～3人	
展 開 (30分)	1. なぜマナーを学ぶのかを考えさせる。 1) 豊かな人間性を築くため 2) 人間関係を円滑にするため 3) 年齢相応の社会的資質を示すため・・・等 2. 若者の言葉について考える 1) 正しい言葉に言い換える 「っていうか」「～とか」「～的には」「～くない？」 3. あいまいな言い方をよい表現に言い換える。 1) ワークシートでセリフを考え、二人一組で実際に演じてみる。 4. 丁寧な表現を考えてみる 「少し」「いま」「こっち」「どこ」「さっき」 5. 丁寧で違和感のある表現の例をあげ、修正する 1) 間違いを探し、正しく直してみる	1) 公私のけじめをつけることの事例を、日常使っている何気ない言葉から考えさせる。 2) 時間があればその他の例に、「マジ」「うそ」「超～」「やっぱ」「～じゃん」「～死ぬ」「でもお」「わたしはあ」等 3) はっきりしない、あいまいな言い方は、どのような印象を与えるかを体験する。	資料 ワークシート
	1. 言葉以外のメッセージ 傾聴は「全身を耳にして聴く」形容とされることがある。言葉以外のメッセージである非言語メッセージにも注目を払い、的確にキャッチするよう心がける。そうすることによって、より丁寧な傾聴を行うことが可能となる		
まとめ (5分)	1) 振り返りシートへの記入 2) 日常生活の中での敬語の使い方を普段から意識し、脳卒中高齢者に対して、自然に敬語表現ができるようになることを目指す。		振り返りシート

〈評価〉話し方の常識の意義と意味を理解することができたか（観察、ワークシート、振り返りシート）

＊肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

〈趣意〉話し方の常識、敬語などの使い方の基本について学び、正しいマナーを身につける。  
 〈本時の講義〉

[illegible]

1. 話し方の常識の意義と意味を理解することができたか（観察、振り返りシート）。
2. 敬語などていねいと意味な言葉の使い方の基本について学ぶ（観察、振り返りシート）。

245

## 7【話の上手の聴き方】

〈趣意〉脳卒中高齢者との会話の中で、他者はどうしてそのような行為を示すのか等を考え、その人に応じた会話の方法を考える。また、相手の話に注意深く耳を傾けることの大切さに気づき、「聴く」ことを意識的に行うことができる。

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導 入 (10 分)	1. 「傾聴」とは 例) 聞くとはどういうことかを受講生に発問する 例) 「きく」という漢字は、どういうものがあるのか発問し、黒板に書いてもらう 例) なぜここでは「聴く」という漢字を用いるのか 例) 相槌にはどんなものがあるか書き出す (30 秒) 2. 「傾聴」することの意味 1) 医療者、介護者が患者や家族への理解を深めること (キャッチ・コーリング) 2) 患者や家族が本来もつ問題解決能力へのアプローチ	1) 発問は 2 ～ 3 名	ワークシート
展 開 (25 分)	1. 傾聴の訓練をする 1) 2 人組を作り、話し手と聴き手の役割を決める 2) 傾聴体験 PART1 (1) 自己紹介 (2) A が一方的に話し、B は全く反応せず沈黙で無視する (3) A が話し、B は話し掛けている内容と違う回答で答える (4) 椅子を両者にとって居心地の良い位置に設定する (5) 5 分間、休憩 3) 傾聴体験 PART2 (1) A は発声せずに、相手に口の動きのみで伝える。B は口の動きを読み取る (2) A が話し、B は声は発せず頷くのみで聞く (3) 全員に紙を配布。相槌となるような言葉を知る限り書く (4) A が話し、B は相槌や頷きを入れて聞く (5) 握手をして終了 4) シェアリング (2 人) 5) 全体の意見交換 6) 体験学習の解説を行う (1) A・B の役割は障害のある高齢者と看護者と仮定していたことを説明する。また他に考えられる症例はないか、学生に考えさせる 1) (2) → 聴力の低下・難聴・聴力障害・意識障害 1) (3) → 認知症・精神障がい・失語症 2) (1) (2) → 構音障害・失語症 2) (4) → 通常の会話 (2) 体験をもつてのコミュニケーションの難しさとスキルを磨く必要性を説明する 医療者、介護者は患者や家族が発する言葉に耳を傾ける。そして視覚や聴覚などを介した情報をも加味した上で、傾聴した言葉やメッセージから、彼らの心身の状態について理解を深め (ナース・コーリング)、一人ひとりにあったケアを提供する	1) 役割を交代しながら、両方の受講者が体験する 2) 会話のテーマをその都度与える 例) ・昨日見たテレビ番組 ・一番欲しいもの ・好きな食べ物 ・最近ハマっているものの・・・等 3) 聴き手のみ、対応を変える	ストップウォッチ

\* 肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

## 8-1【頼み方の基本】

〈趣意〉人に何かを頼む時、どのように自分の思いを伝えたいのか考え依頼する。脳卒中後遺症によりコミュニケーション能力のない高齢者が、自分に依頼しようとした時にどのように対応するのか、人間関係の「(何かを)頼む」「(何かを)頼まれる」というスキルを学ぶ。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (10分)	1. 「頼み方」を勉強する必要性について 1) 人は一人だけでは生きていけない。人間社会ではお互い助け合って生きているので、頼むというスキルは不可欠で重要なものである 2) 頼むということは、相手に動いてもらうことなので、どちらかというと会話の中では難しい方に入る 3) 頼むというスキルを身につけ、向上させ、助け合う人間関係をよりよいものにしていく		資料
展開 (80分)	1. 課題に対して自分ならどういう頼み方をするか考える 〈課題1〉 <u>検査室に患者を誘導しなければならなかったが、他の患者からナースコールが鳴ってしまい、一人では2件に対応できない。誰かの手を借りなければならない</u> 〈課題2〉 <u>左マヒの脳梗塞の私。ベッド上で昼寝をしていたら、トイレに行きたくなった。ナースコールを鳴らして誰かを呼びたいが、迷惑をかけてしまうのではないかと悩んでいる</u> 2. 頼むために必要なことと手順を知る 1) 信頼感                      3) 理由 2) あいさつ                  4) 内容                      5) あいさつ 3. 頼み方を考えて試してみる。(各グループで) 1) 進め方を確認する 2) 場面設定はあくまでも課題の通り 3) 頼み方の問題点や改善点をメンバーで話し合う 4) 課題2について、患者の思いはどういうものなのか。それに対して我々はどうすべきかについて話し合う 5) 全体でシェアリングする 4. 受容の姿勢 人は言葉を交わす際、自分が相手に受け入れられていると実感すると、話したいことや本心を自然と口にするようになる。一方、否定されるなど、自分が相手に受け入れられていないことを知覚すると、本音を語ることにためらいを覚え、言葉を発すること自体さえにも抵抗を感じる	1) 2分ほど考える 2) メンバーに、各課題について自分の意見を言う。左となりの人は、発表者の人に肯定的メッセージを渡す。終わったら、自分が次に応える最後の人は、一番先の発表者の人が肯定的メッセージを渡す 3) 1)の「信頼感」は、助け合っていく仲間という安心感があると頼みやすいこと、また人間は信頼に込めたい、役に立ちたいという気持ちがあること、頼むときにはこれらのことを心に留めておくことが大切だという話をする 2)からの意味についてメンバーと考える 4) 時間配分は、講師が指示する 5) 互いに行ってみてから行う	資料 ワーキングシート
まとめ (5分)	1. 今後の活用について話を聴く(フィードバック)。 2. 頼んでも断られてしまう時もあることを伝え、上手な頼み方につなげていく。 3. 振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉脳卒中によりコミュニケーション能力のない高齢者の思いを察し、自分に何かを依頼した際の対応の仕方を理解できる(観察、振り返りシート)。

\* 肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

\* 専門職的自律性について考える。

### 8-2 【上手な頼み方—脳卒中高齢者の思いの理解—】

〔趣意〕人に何かを頼む時、どのように自分の思いを伝えたいのか考え依頼する。脳卒中後遺症によりコミュニケーション能力のない高齢者が、自分に依頼しようとした時にどのように対応するのか、人間関係の「(何かを) 頼む」「(何かを) 頼まれる」というスキルを学ぶ。

### 〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (10分)	<p>1. 「頼み方」を勉強する必要性について</p> <p>1) 彼とは一人だけでは生きていけない。人間社会ではお互い助け合って生きているので、頼むというスキルは不可欠で重要なものである。</p> <p>2) 頼むということは、相手に動いてもらうことなので、どちらかということ会話の中では難しい方に入る。</p> <p>3) 頼むというスキルを身につけ、向上させ、助け合う人間関係をよりよいものにしていく。</p>		資料
展開 (80分)	<p>1. 課題に対して自分はどのような頼み方をするか考えてみる。 〈課題1〉 <u>検査室に患者を誘導しなければならなかったが、他の患者からナースコールが鳴ってしまい、一人では2件を対応できない。誰かの手を借りなければならない。</u> 〈課題2〉 <u>左マヒの脳梗塞の私。ベッド上で昼寝をしていたら、トイレに行きたくなった。ナースコールを鳴らして誰かを呼びたいが、迷惑をかけてしまうのではないかと悩んでいる。</u></p> <p>2. 頼むために必要なことと手順を知る。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1)信頼感</span> <span>4)内容</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>2)あいさつ</span> <span>5)あいさつ</span> </div> <p>3)理由</p> <p>3. 頼み方を考えて試してみる。(各グループで)</p> <p>1)進め方を確認する</p> <p>2)場面設定はあくまでも課題の通り</p> <p>3)頼み方の問題点や改善点をメンバーで話し合う</p> <p>4)課題2について、患者の思いはどういうものなのか。それに対して我々はどうするべきかについて話し合う。</p> <p>5)全体でシェアリングする</p>	<p>1) 2分ほど考える。</p> <p>2) メンバーに、各課題について自分の意見を言う。左となりの人は、発表者の人に肯定的メッセージを渡す。終わったら、自分が次に応える最後の人は、一番先の発表者の人が肯定的メッセージを渡す。</p> <p>3) 1)の「信賴感」は、助け合っていく仲間という安心感があると頼みやすいこと、また人間は信賴に応えたい、役に立ちたいという気持ちがあること、頼むときにはこれらのことを心に留めておくことが大切だという話をする。</p> <p>2)からの意味についてメンバーと考える。</p> <p>4)時間配分は、講師が指示する。</p> <p>5)互いに行ってみてから労う。</p>	資料 ワーキングシート
まとめ (5分)	<p>1. 今後の活用について話を聴く（フィードバック）。</p> <p>2. 頼んでも断られてしまう時もあることを伝え、上手な頼み方につなげていく。</p> <p>3. 振り返りシートへの記入</p>		振り返りシート

《評価》脳卒中によりコミュニケーション能力のない高齢者の思いを察し、自分に何かを依頼した際の対応の仕方を理解できる（観察、振り返りシート）。

\* 肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

\* 専門職的自律性について考える。

## 9【私の大事なもの】

〈趣意〉自分が、脳卒中高齢者とかかわりの中で、どのような価値観を大切にしながら対応していきたいかを考えさせ、他職種のメンバーの思いも知る。

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (5分)	1. 「あなたが脳卒中高齢者と関わるようになった時、どのようなことを大切にしていきたいのか、今の気持ちでいくつかあげ、順位をつけてみましょう」	4～5人のグループではあるが、導入は個人作業とする。ポストイットに記載する。	ワークシート、ポストイット3枚ずつ配布
展開 (40分)	1. 自分のあげた価値観とその順位について、メンバーに紹介できる（2分ずつ） 2. 個々の発表に対して、コメント（感想）を1分程度右隣の人が行う。コメントをしたあと、自分の発表を行う。 最後の人の発表後は、最初の発表者がコメントする。 3. グループとして、脳卒中高齢者とかかわりの中で、大切だと判断した価値を3つ選ぶ。 4. 全体の発表：各グループの代表者が、自分のグループの価値観について話し、その説明も行う。メンバーで補足があれば追加してもよい（各グループ3分ずつ）。 5. 他のグループの意見を聞いての感想を発問する。	1) 自分の価値観とその理由について、自分の言葉で他者に説明できるようにする。 2) ワークシートに記入した内容をグループメンバーに伝えるために、考える時間を2分程度確保する。 3) 計時は教師が行い、その都度合図をして知らせるようにする。 4) 他者の意見を受け止め、他者に傷つけないように、受容できる態度を示す。必要時、講師が介入する。 5) 3つの選択は、単純な多数決にならないよう、時間内に全員が十分に自分の考えを発言し、まとめる。司会は、発言しない者にも、その機会を与える工夫を行う。 6) 全体の発表の際の代表者を決める。 7) 発問は2～3名とする。	ワークシート ポストイット
		共感と同情は異なる。一般に同情は不幸な状況をあわれむことには上下関係が内在している。ケアにおいては共感に欠かすことはできないが、過度の感情移入はケアのプロフェッショナルとしてどうかを考える	
まとめ (5分)	1. 振り返りを行う 1) 体験談や事例から、今後の課題を明確にできるようにする 2. 振り返りシートへの記入	1) 体験談や事例から今後、何が必要かを考えさせる。 2) 適切な資料を準備してもよい。	振り返りシート

〈評価〉

1. 脳卒中高齢者とかかわりの中で、自分自身の大切にしたい価値が発見できたか（ワークシート）。
2. 自分の価値観について理由を添えて、他者が理解できるように発表できたか（観察、振り返りシート）。
3. メンバーや他者の意見を聞き、他者が考える価値観について、受容し、意見交換ができるか（観察、振り返りシート）。

＊肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。



# 10【「20 の私」で探る「私は誰か」～自分を見つめてみよう～】

〈趣意〉自己理解（自己概念）の大切さを理解させ、5つの側面から自分の特徴を明確化させる。

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (10分)	1. リラックスできるような話題を話す。	1) 受講者が活動しやすい雰囲気をつくる。 2) 可能なら BGM などを通して、自分でできるツボ押しやすいストレッチなどもできる雰囲気づくりをする。	
展開 (30分)	1. 社会性チェックリストに記入する (10分)。 2. ワークシートの集計をする (5分)。 3. 社会性の分類と説明を行い、自分の社会性について知る (15分)。 4. 「20 の私」で探る「私はだれか」、ワークシートに記載する (20分)。 5. 「20 の私」で探る「私はだれか」、ワークシートによって分析する (20分)。	1) ワークシートは基本回収しない。 2) 自分自身を把握するものであり、善悪を示すものではないことを説明する。 3) 社会性：コミュニケーション能力 (1, 10, 19, 28, 37) 共感性 (3, 12, 21, 30, 39) 将来展望性 (4, 13, 22, 31, 40) 自尊感情 (5, 14, 23, 32, 41) 集団参加能力 6, 15, 24, 33, 42) 実践力 (7, 16, 25, 34, 43) 規範意識 (8, 17, 26, 35, 44) 基本的な生活集団 (9, 18, 27, 36, 45) 〈評価〉 4) 5つの側面から自分の特徴を明確化させる。 ①②自分を表すのに自分のどのような側面（事実か感じ方か）から見ているか。外面的事実と内面とどちらを重視しているか。 ③自己開示の程度（他人に知られたくないこと、隠しておきたいこと） ④⑤自分のどのようなところに気付き、どのように受け止めているか。 ⑥⑦自分の現実の姿で表現する人と理想追求の姿勢で表したい人 ⑧自分が大切にしていること、自分らしさの指標	社会性チェックリスト ワークシート
まとめ (5分)	振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉

1. 自己理解の大切さを理解できたか（観察、ワークシート）。
2. 自己洞察力や自己肯定感を高めることができたか（観察）。
3. 他者理解の力を高めることができたか（観察）。

＊肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

## 11【老年学を学ぶ】

〈趣意〉老年学とは、加齢に伴う心身の変化を研究し、高齢社会に起こるさまざまな問題を解決するための学問である。高齢者の心身、社会面等に引き起こる問題や特徴、また問題に対する解決策について理解できる。

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (10分)	1. 老年学とは 2. 他国と日本の「老年学」に関する比較研究		資料
展開 (75分)	1. 加齢変化の科学（サクセスフルエイジング） 2. 中高年の抱える問題について（アイデンティティ） 3. 高齢者特有の疾患の診断、治療システムの整備 4. 在宅医療・チーム医療・チーム介護の推進 5. 社会的な問題状況、福祉課題について（グループワーク、意見交換） 6. 高齢者福祉を含む学際的研究の視点や方法、知見から老年学や高齢者福祉制度・政策論	1) 多職種が集まっていることから、理解の差が広がる可能性がある。講義者は、受講者の状況をみながら、進めていく。 2) できるだけ、理解できるように、図・写真等で、記憶に残る講義とする。 3) グループワークでは、社会的な問題状況、福祉課題について、各メンバーが抱える問題を話し合い、その問題解決のための施策などを考え発表する。 4) 全体発表は各グループ 3 分程度、その後、意見交換	資料 ワークシート
まとめ (5分)	1. よりよい高齢社会の実現を目指して、高齢者の心身の特性を十分に理解した専門職の育成重要性について 2. 振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉

1. 老年学について理解できる（振り返りシート）。
2. 高齢者の心身、社会面等に引き起こる問題や特徴、また問題に対する解決策について理解できる。また自分の意見をまとめ、討議できる（観察、ワークシート）。

＊専門職的自律性について考える。

### 13【脳卒中リハビリテーションを学ぶ】

〈趣意〉脳卒中により失われた機能の回復だけではなく、残された、あるいは隠された機能や能力を、いかに引き出し、活用するかということを探りながらその人らしい支援について学ぶ。さらに、その機能や能力を次につなげていくための方策や、保健・医療・福祉がつながることへの重要性を再認識できる。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入(5分)	1. リハビリテーションとは		資料
展開 (80分)	1) リハビリテーション理解 (1) リハビリテーションの役割 (2) リハビリテーションの流れ (3) リハビリテーションの目標と内容 (4) リハビリテーションによる回復の見通し 2) リハビリテーションと高齢者理解 3) リハビリテーションと脳卒中理解 4) 病院・施設等のリハビリテーションと、地域リハビリテーションの意味するもの 5) 回復期リハビリテーションにおける質の評価 6) リハビリテーション関連のみならず、保健医療福祉がつながることへの重要性や方策	1) 多職種が集まっていることから、理解の差が広がる可能性がある。講義者は、受講者の状況をみながら、進めていく 2) できるだけ、理解できるように、図・写真等で、記憶に残る講義とする 3) 実際に映像やリハビリテーションの体験があると望ましい 4) 【ナース・コーリング】【キャッチ・コーリング】について皆で考えてみる	資料 パワーポイント
まとめ (5分)	1. 脳卒中高齢者におけるリハビリテーションの今後の役割についてのまとめ 2. 振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉

1. 脳卒中によって障害された機能の回復を目指したリハビリテーションの意義について理解できる（振り返りシート）
2. 脳卒中高齢者が自分らしくライフスタイルを再編成するためには、リハビリテーションのみならず、保健・医療・福祉がつながることへの重要性について理解できる（振り返りシート）

\* 専門職的自律性について考える。

#### 14【保健医療福祉の役割と協働を学ぶ】

〈趣意〉事例から、専門領域を超えて、さまざまな側面から脳卒中高齢者に応じた支援を考え、つながる保健・医療・福祉を目指していく。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (5分)	1. 「保健」「医療」「福祉」とは ＊グループワーク (2分)	自分の考えをまとめ、隣りの人と話し合う	ワークシート
展開 (80分)	1) 保健医療福祉のそれぞれの専門職についての理解 (グループワーク・発表) 2) つながることの重要性の理解: 【ナース・コーリング】 【肯定的関心】についての重要性の理解 (グループワーク・発表) 3) 脳卒中高齢者の急性期から在宅にいたるまでの過程の事例への、保健医療福祉がつながるには (グループワーク・発表) 4) 事例 (まとまりのない、つながらないことでの弊害等) を用いて、保健医療福祉のつながることの重要性や国の動きや方策をあげ、提言する	1) 多職種が集まっていることから、理解の差が広がる可能性がある。講義者は、受講者の状況をみながら、進めていく 2) できるだけ、理解できるように、図・写真等で、記憶に残る講義とする 3) グループワークでは、講師の指示において、各テーマについてについて、各メンバーが抱える問題も含めて話し合い、意見や問題解決などを考える。 4) 全体発表は各グループ 3 分程度、その後、意見交換	資料 ワークシート
まとめ (5分)	1. 脳卒中高齢者を支えるために、保健医療福祉がつながることの重要性について再確認する (まとめる) 2. 振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉

1. 専門領域を超えて、さまざまな側面から脳卒中高齢者に応じた支援を考えることができたか (観察、ワークシート、振り返りシート)
2. つながる保健医療福祉を目指し、意見交換ができたか (観察、ワークシート、振り返りシート)
3. 保健医療福祉がつながることの重要性を理解し、自分の考えを述べることができたか (観察、ワークシート、振り返りシート)

＊肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

＊専門職的自律性について考える。

肯定的関心

15【脳卒中高齢者を支える家族を理解する】

〈ねらい〉脳卒中高齢者を支える家族の心情や社会問題を理解し、対応の方法や支援の方法を考える。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (5分)	1. 家族とは 1) 「家族とは」と発問し、グループワーク (2分)	自分の考えをまとめ、隣の席の人と話し合う	ワークシート
展開 (30分)	1. 家族とは何か 2. 家族の変化・発達 3. 家族をめぐる諸問題 (少子高齢化問題等) 4. 脳卒中高齢者を支える家族の心情や社会問題等の理解 5. 脳卒中高齢者の家族の現状を踏まえ、国際比較を交え、考察していく 6. 脳卒中高齢者を支える家族への対応 1) 労い、思いやり、傾聴、敬う姿勢を養う 2) グループワーク、発表 7. 脳卒中高齢者を支える家族が負担なく支援を受けられるための課題を考察していく (グループワーク、発表)	1) 多職種が集まっていることから、理解の差が広がる可能性がある。講義者は、受講者の状況をみながら、進めていく。 2) できるだけ、理解できるように、図・写真等で、記憶に残る講義とする。 3) グループワークでは、講師の指示において、各テーマについて、各メンバーが抱える問題も含めて話し合い、意見や問題解決などを考える。4) 全体発表は各グループ3分程度、その後、意見交換 5) 【ナース・コーリング】【肯定的・関心】について関連職種同士で互いを理解することとの関連から皆で考えてみる。	資料 ワークシート
まとめ (5分)	1. 脳卒中高齢者を支える家族の抱える諸問題に気づき、労う気持ちで関わっていくことを振り返る 2. 振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉

1. 脳卒中高齢者を支える家族の心情や社会問題を理解することができたか (観察、ワークシート、振り返りシート)

2. 脳卒中高齢者を支える家族への対応の方法や支援の方法について、自分の意見を述べるすることができたか (観察、ワークシート、振り返りシート)

\* 肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

\* 専門職的自律性について考える。

## 16【他者理解を深める（ライフスタイル）】

〈趣意〉私のライフスタイルを考え、他者との話し合いの中で、新しい発見や取り入れたい出来事などが得られていく。さらにライフスタイルとは、多種多様であること、特に脳卒中高齢者にとってもこれまで築きあげられたライフスタイルがある。しかし、脳卒中や障害をもつことによって、一変してしまうことでの心理面や社会面などにも注目し、支援が可能となる。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (10分)	1. ライフスタイルを理解し、自分のライフスタイルはどうか、高齢者が脳卒中に罹患し、さらに障害をもって生活していなければならない場合のライフスタイルとはどういうことなのかを想起させる。 1) ライフスタイルとはどういうことか考えてみる。 一般的な意味：生活の様式・営み方。また、人生観・価値観・習慣などを含めた個人の生き方（大辞泉）。	・学習者自身のライフスタイルはどうなのかを想起させる ・「ライフスタイル」とはということかを理解できていない場合、説明し、共通認識のもとで始める。ここでは、「人生観・価値観・習慣などを含めた個人の生き方」として捉える。	資料
展開 (30分)	1. ライフスタイルを構成する4つの要素 a 志向：何に関心があるのか。 b 嗜好：何に喜びを感じるのか。 c 環境：社会的条件・制約 d 行動：実際に何を消費し、どのように暮らすのか 2. ライフスタイルにおける様々なギャップ a さまざまなライフスタイルと『自分』とのギャップ b 家庭生活におけるギャップ c 食におけるギャップ d 職におけるギャップ e 住におけるギャップ f 学びにおけるギャップ 3. 環境づくりとの適切な連携 4. 地域社会それぞれの環境や歴史、文化に根付いた地域再生 5. 高齢者にとってのライフスタイル、脳卒中高齢者のライフスタイルを考えてみよう（個人ワーク、グループワーク） 6. 再編成するとはどういうことかを考えてみる。 7. ライフスタイルを再編成しなければならない個人に対しての支援の仕方について考える	1) 多職種が集まっていることから、理解の差が広がる可能性がある。講義者は、受講者の状況をみながら、進めていく。 2) できるだけ、理解できるように、図・写真等で、記憶に残る講義とする。 3) グループワークでは、講師の指示において、「高齢者にとってのライフスタイル、脳卒中高齢者のライフスタイル」について、各メンバーで話し合い、意見や問題解決などを考える。 4) 全体発表は各グループ3分程度、その後、意見交換	資料 ワークシート
まとめ (5分)	1. 脳卒中や障害をもつことによって、一変してしまうことでの心理面や社会面などにも注目し、その人らしいライフスタイル再編成ができるように支援していくための提言 2. 振り返りシートへの記入		振り返りシート

〈評価〉

1. ライフスタイルとはどういうことなのか理解し、自分のライフスタイルについて考えることができたか（観察、ワークシート、振り返りシート）

2. 「高齢者、脳卒中高齢者におけるライフスタイル」を考え、自分の意見を他者に伝えることができたか（観察、ワークシート、振り返りシート）

\* 肯定的関心をもった関わりの意義について考えながら、実施していく。

\* 専門職的自律性について考える。

## 17【認知症高齢者の理解を深める】

〈ねらい〉 認知症に対する正しい知識を深め、認知症悪化や発症を予防し、その人らしいライフスタイルの支援につなげることができる。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入 (5分)	1. 物忘れと認知症との違い 事例を見せ、発問する。	1) 発問は全員にする場合は 挙手。当てる場合は2～3人	資料、パワ ーポイント
展開 (80分)	<p>1. 認知症とは</p> <p>脳は、私たちのほとんどあらゆる活動をコントロールしている司令塔です。それがうまく働かなければ、精神活動も身体活動もスムーズに運ばなくなる。</p> <p>認知症とは、いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまったり、働きが悪くなったためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態（およそ6ヵ月以上継続）を指す。認知症を引き起こす病気のうち、もっとも多いのは、脳の神経細胞がゆっくりと死んでいく「変性疾患」と呼ばれる病気：アルツハイマー病、前頭・側頭型認知症、レビー小体病など。続いて多いのが、脳梗塞、脳出血、脳動脈硬化などのために、神経の細胞に栄養や酸素が行き渡らなくなり、その結果、その部分の神経細胞が死んだり、神経のネットワークが壊れてしまう脳血管性認知症</p> <p>2. 認知症の中核症状、行動・心理症状（BPSD）出現原因</p> <p>認知症の症状に、最初に気づくのは本人。もの忘れによる失敗や、今まで苦もなくやっていた家事や仕事がかたくなくなる等々のことが徐々に多くなり、何となくおかしいと感じ始める。</p> <p>とくに、認知症特有の言われても思い出せないもの忘れが重なると、多くの人は何かが起こっているという不安を感じ始める。しかし、ここから先は人それぞれ。認知症を心配して抑うつになる人、そんなことは絶対にないと思うあまり、自分が忘れているのではなく、周囲の人が自分を陥れようとしているのだと妄想的になる人など。</p> <p>認知症になったのではないか、という不安は健康な人の想像を絶するものでしょう。認知症の人は何もわからないのではなく、誰よりも一番心配なもの、苦しいもの、悲しいもの本人。</p> <p>3. 認知症ケアのアセスメントの目的と視点</p> <p>4. 認知症高齢者の観察のポイント</p> <p>（例：反応、顔・表情、身体、外見、食事、排泄等）</p> <p>5. 認知症のレベルとコミュニケーションスキル</p> <p>6. 認知症の人とのコミュニケーションの基本</p> <p>1) 言語コミュニケーション</p> <p>2) 非言語コミュニケーション</p> <p>3) 認知症の人に分かりやすい話し方をする（事例提供）</p>	<p>1) 認知症の説明内容は認知症サポーター養成講座標準教材（特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク 全国キャラバンメイト連絡協議会作成）より抜粋</p> <p>2) 認知症の症状をVTRで示す。</p> <p>3) 説明：認知症サポーター養成講座標準教材（特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク 全国キャラバンメイト連絡協議会作成）より抜粋</p> <p>4) 備考：アプローチ（映像等で示す）</p> <p>・回想法・ドールセラピー・音楽セラピー・アニマルセラピー・園芸セラピー</p> <p>5) 【ナース・コーリング】【キャッチ・コーリング】について脳卒中高齢者との関連性を皆で考えてみる。</p>	<p>資料 パワーポイント VTR</p>
まとめ (5分)	<p>1. 下肢の不自由な人は、杖や車いすなどの道具を使って自分の力で動こうとします。駅にはエレベーターの設置などバリアフリー化が進み、乗り降りがしやすくなってきています。また手助けのいるときには援助を頼みます。しかし、認知症の人は自分の障害を補う「杖」の使い方を覚えることができません。「杖」のつもりでメモを書いてもうまく思い出せず、なんのこともわからなくなります。認知症の人への援助には障害を理解し、さりげなく援助できる「人間杖」が必要です。交通機関や店など、まちのあらゆるところに、温かく見守り適切な援助をしてくれる人がいれば外出もでき、自分でやれることもずいぶん増えるでしょう。こころのバリアフリーの地域社会をつくりましょう。</p> <p>3. 振り返りシートへの記入</p>	<p>1) 認知症高齢者の状況を把握し、どのような雰囲気や場がその人にとっての居心地のよい環境なのかを考え、支援する。</p> <p>2) 円滑に支援を受けるためには、人間関係の構築も必要である。</p>	振り返りシート

〈評価〉 脳卒中と認知症との関連を理解し、脳卒中高齢者がその人らしいライフスタイルを送れるように支援する意義を理解できる（振り返りシート）。

## 18【保健医療福祉学を学ぶ】

〈趣意〉保健医療福祉学という新たな学問を理解し、保健医療福祉が結びつくことの意義について理解することができる。

〈本時の講義〉

展開

	学習活動の内容	指導上の留意点	資料等
導入(5分)	1. 保健医療福祉学とは（発問）	1) 発問は2～3名	資料
展開 (35分)	1. 保健医療福祉学の現況 2. 類似する学問について（保健学, 福祉学, 保健福祉学, 医療福祉学, 社会福祉学, 理学療法学, 作業療法学, 言語聴覚障害学, 看護学等） 2. 保健医療福祉学からみた高齢者特有の疾患と医療や福祉の関係性 1) 脳卒中罹患者の事例を用いて考えてみる（グループワーク） 2) 問題と課題の抽出 3) 国の政策や方針との比較 3. 保健医療福祉が結びつくことの意義	1) 多職種が集まっているため、理解の差がある可能性がある。講義者は、受講者の状況をみながら進める 2) 理解が深まるように、図・写真等で、記憶に残る講義とする。	資料 パワーポイント
まとめ (5分)	1. 保健医療福祉が一体になって社会全体に向けて支援していくための学問を新たに設けたのは、入院から退院、地域にいたるまでの生活者に対して、個々に応じた支援やかかわりが重要であり、機能分化に至らず保健医療福祉が結びついていくことが肝要である。 2. 振り返りシートへの記入		振り返りシート

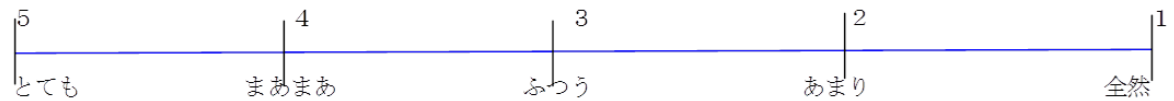
〈評価〉保健医療福祉学について理解できる（振り返りシート）

\* 専門職的自律性について考える。

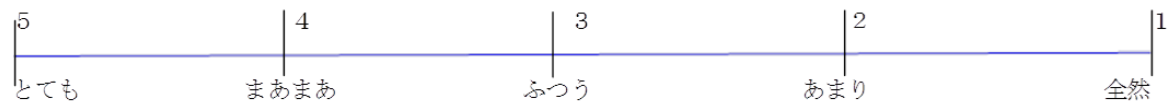


## 振り返りシート

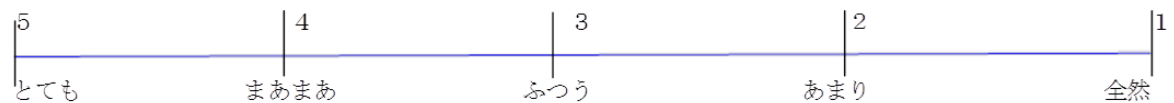
1 今日の研修内容は自分にとって充実したものでしたか。



2 今日の研修を通して何かためになりましたか。



3 新しい発見はありましたか。



4 本日の研修の感想（発見したこと、気づいたことなど）

--

5 本日の研修を終えて、どのような行動変容をおこしたい、自己課題が明確になったかなど明らかになったことはありますか

--

## ワークシート（例）

### ●場面

あなたが病院のエスカレーターを上がろうとすると、あなたの前で高齢者が困った様子でエスカレーター前で、もじもじしていた。朝の診察希望の患者がたくさん回りにいます。さて、あなたはどうしますか？



### ●たぶんこうするであろう、あなたの行動

### ●どのような声のかけ方をしますか

### ●あなた役を演じてみて・・・

- ・声のかけ方でよかった点は

- ・そのときの気持ちは

### ●おばあさん役を演じてみて・・・

- ・かけられた声のよかった点

- ・その時の気持ちは

## ワークシート（例）

### ●場面

脳卒中後遺症のある高齢者が、質問しやすいようにするにはあなたならどうしますか？



### ●たぶんこうするであろう、あなたの行動

--

### ●どのような声のかけ方をしますか

--

### ●あなた役を演じてみて・・・

- ・声のかけ方でよかった点は

--

- ・そのときの気持ちは

--

### ●おばあさん役を演じてみて・・・

- ・かけられた声のよかった点

--

- ・その時の気持ちは

--

## インタビューメモ（例）

	相手にする質問	その答えを短くメモ	リフレーミング
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

\*リフレーミング（reframing）とは、ある枠組み（フレーム）で捉えられている物事を枠組み をはずして、違う枠組みで見ることを指す。（Wikipedia 調べ）

## 自己理解を深める（例）

### ●ジョハリの窓

<b>明るい窓</b> ＊自分もわかっており、他人も知っている自分	<b>盲目の窓</b> ＊自分は気づいていないが、他人が知っている自分
<b>隠された窓</b> ＊自分にはわかっているが、他人にはわかっていない自分	<b>未知の窓</b> ＊自分も他人も気づいていない自分

### ●ワーク

- ・自分で気づいている自分自身の特徴をあげてください。

- ・メンバーが気付いた本人の特徴について、あげてください。

- ・ジョハリの窓を完成させましょう。

	【自分自身】知っている	知らない
【班】 知っている		
知らない		

## 喪失体験の演習方法

- ①メンバーは4～5名とする。白紙を1人5枚ずつ渡す。
- ②紙1枚につき、あなたにとっての大切な物・人・事、何でもいいので1個記載する。
- ③それぞれの紙に書き終えたら、1枚1枚命の息を吹きかけ、この紙に記載した内容は私にとって大切なものなのかを問いかける。
- ④研究者が用意したゴミ箱を持って、受講者に5枚のうち1枚をゴミ箱に捨てるように指示を出す。
- ⑤残った4枚の紙に記載した内容は私にとって大切なものなのかを問いかける。
- ⑥研究者が用意したゴミ箱を持って、受講者に4枚のうち1枚をゴミ箱に捨てるように指示を出す。
- ⑦残った3枚の紙に記載した内容は私にとって大切なものなのかを問いかける。
- ⑧研究者が用意したゴミ箱を持って、受講者に3枚のうち2枚をゴミ箱に捨てるように指示を出す。
- ⑨残った1枚の紙に記載した内容は私にとって大切なものなのかを問いかける。そして、大切なものだ確認したら、次の講義中、ぎっしり握って逃げないように持っていてもらう。
- ⑩20分位経過後、握っていた紙をゴミ箱に捨ててもらう。
- ⑪この「捨てる」ということが、自分にとってどのような心理状態になっていくのか、等グループ討議する。
- ⑫シェアリング、終了

### [注意事項]

- ・実施前に、最近、喪失体験をされた方、親近者で災害等により亡くなられた経験のある方の確認を行う。本人確認をし、参加は自由意思とする。
- ・実施中、体調が優れない場合は中止し、悪化するようであれば受診を勧める。筆者はカウンセラーの資格をもっており、カウンセリングの経験も多いことから、筆者でのカウンセリングを希望する場合は伝えてほしいことを説明する。サポートに臨床心理士、精神科医があり、本人の希望があれば依頼できることを伝える。
- ・無理に紙を捨てなくても良い。また、取り返すこともできることを説明する

### 《教育プログラム》

1) 講義時間：1回目 90分、2回目 120分

2) 講義内容

〔1回目〕

〈講義〉脳卒中とは、障害をもつということ、ライフスタイルとは、保健・医療・福祉が‘つながる（連携）’とは、脳梗塞の事例紹介

〔2回目〕

〈講義1〉保健・医療・福祉の‘つながる（連携）’ことの重要性とは

〈演習1〉自分の仕事の特殊性について他者に伝える。1名30秒。全員終了後、看護六法や正式に述べられている各職種の職務義務等について配布し、自分の仕事の特殊性が述べられていたかをグループ討議する

〈演習2〉喪失体験学習。その後自己の抱いた感情をグループ討議する

〈演習3〉脳梗塞の事例からみた保健・医療・福祉の連携の糸口として、グループ討議する

〈講義2〉保健・医療・福祉が‘つながる（連携）’には

\*演習は1グループ6～7名で、さまざまな職種のメンバーとした

\*本講義の前後に、医師からの脳卒中の講義、理学療法士からの脳卒中のリハビリテーションについての講義、を実施する

問題解決ワークシート

年 月 日

<p>①何が問題なのかをはっきりさせよう</p> <p>*困っている問題、抱えている問題を書き出してみよう</p>	
<p>②取り組む課題を決めよう</p> <p>*結果をどうしたいかを考えて、課題を設定しよう</p>	
<p>③ブレインストーミング</p> <p>*考えられる解決策を書き出してみよう</p> <p>*ブレインストーミング3法則</p> <p>1) 数の法則</p> <p>2) 判断延期の法則</p> <p>3) 戦略と戦術</p> <p>④解決策を検討しよう</p> <p>*解決策の長所と短所を書き出そう</p>	
<p>⑤取り組む解決策を決めよう</p> <p>*長所と短所を検討しながら取り組む解決策を1つ選ぼう</p>	
<p>⑥具体的なプランを考えよう</p> <p>*解決策をできるだけ具体的なプランにしよう</p> <p>*うまくいかなかったときの対処法を検討しよう</p>	
<p>具体的プランを実施しよう</p>	
<p>⑦やってどうだったかを振り返ろう</p>	

参考：認知行動療法研修開発センター

## 資料9 配布資料

### 脳卒中高齢者のライフスタイル再編成を支える支援者育成のための学習会

みなさま

お忙しい中

私の昨年度までの研究成果において、保健医療福祉学における‘**肯定的関心**’という概念が抽出されており、これを基に、脳卒中高齢者の主体的な治療・療養生活への取り組みをサポートするという視点から、ライフスタイル再編成を支える専門職者の**保健医療福祉学における人材育成のための教育プログラム**が重要であるといえます。このような教育プログラムを開発することは、脳卒中高齢者の多様なニーズを理解し、協働する人々との連携や協調性に富み、問題解決能力、科学的思考力が高まる人材育成の機会になり、保健医療福祉の発展に寄与できると考えております。

脳卒中高齢者個々に応じたライフスタイルを見出すためには、保健医療福祉が一体になってつながり、患者の**肯定的関心の姿勢**が可能になることが重要です。まさに、脳卒中高齢者の well-being を目指した生活の再編成に対する、よき支援者となることを期待しております。

5月16日（金）と5月23日（金）の短い期間ではありますが、この機会をもって、他職種との交流を深め、一層の連携を図っていただければ幸いです。また、講義を受け、みなさまの意識や行動の変化についての調査にご協力をいただきたく、何卒ご理解の程よろしくお願い申し上げます。

東洋大学院 福祉社会デザイン研究科博士後期新山真奈美

---

## メニュー

- I 脳卒中の理解
  - II 障害をもつということ
  - III 血管性うつ病・アパシー・心理的ダメージ
  - IV ライフスタイルの再編成
  - V 保健医療福祉学における‘**肯定的関心**’の意義
-



## I. 脳卒中の理解

### 1 脳の解剖

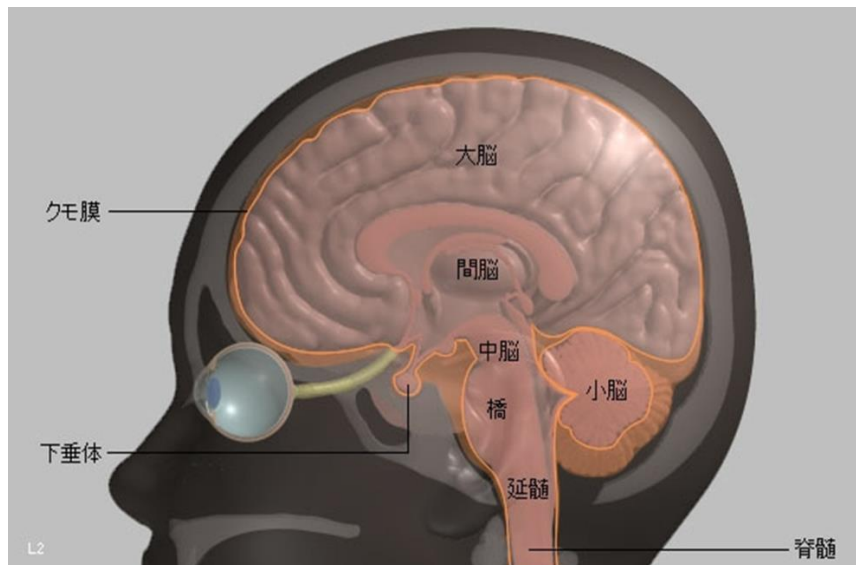


図1 脳の断面図

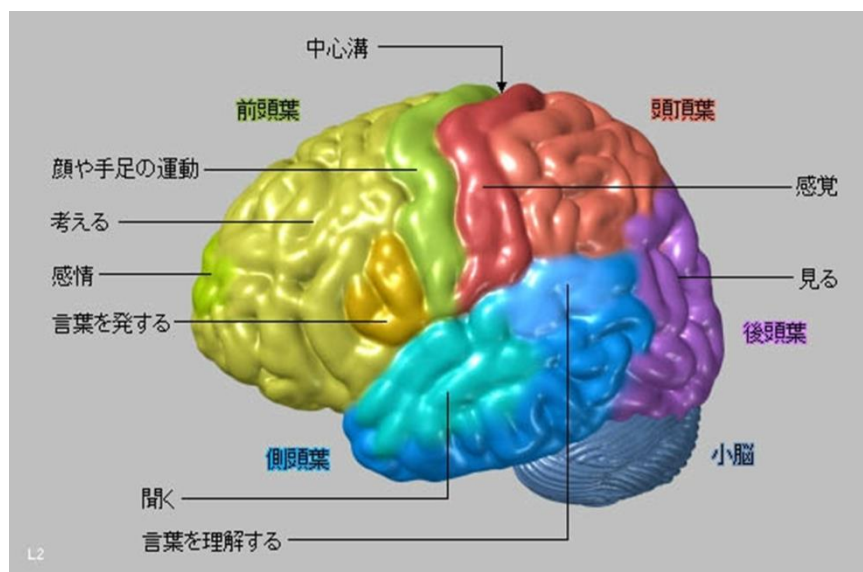


図2 脳の各部位の働き

P2

## 2 脳卒中の病理

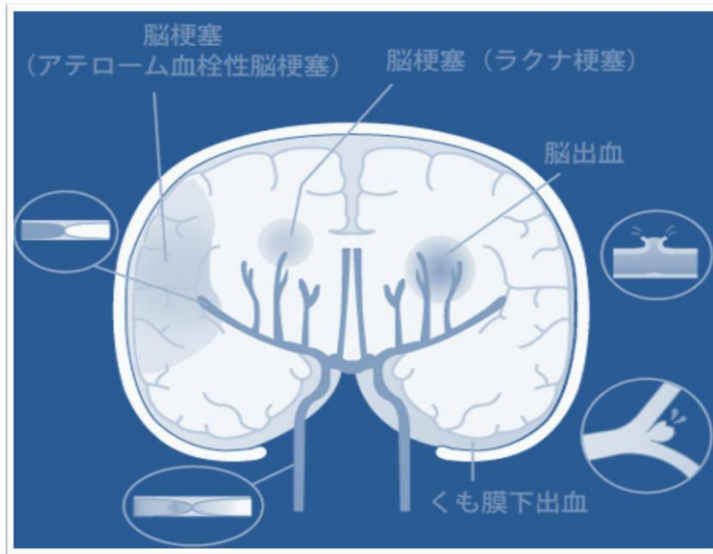


図3 脳の病理 参考 <http://arakihp.jp>

### 2) 脳梗塞

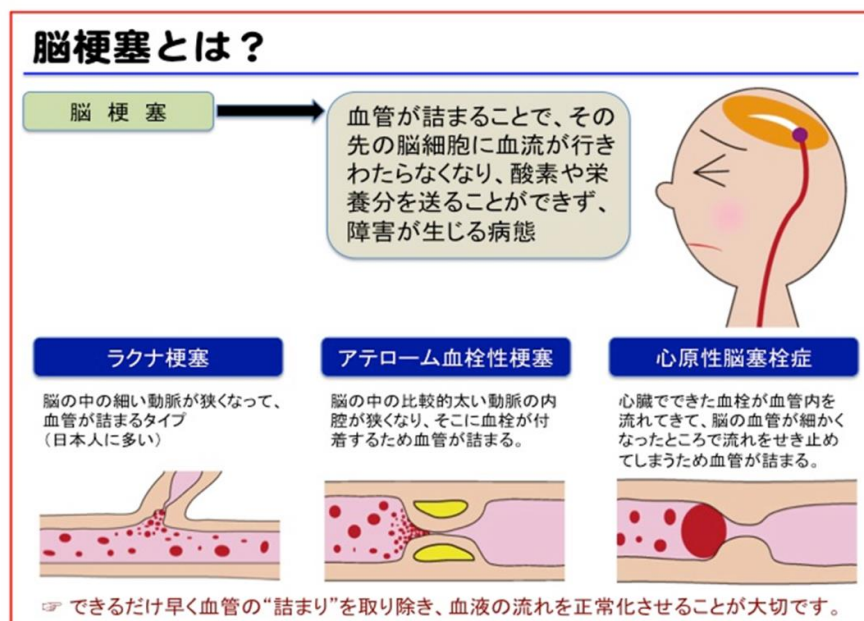


図4 脳梗塞とは

## 我が国の死因の推移

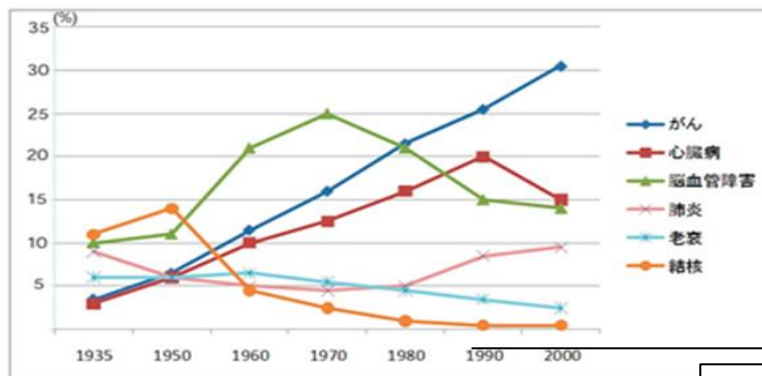


図5 厚生労働省:主な  
死因別にみた死亡率

### 1) 脳卒中の特徴

#### (1) 血管の変化

とくに栄養過多や糖尿病、高脂血症、高血圧症などによる動脈硬化・アテローム硬化など、脳梗塞や脳出血の要因、その他心原性の脳塞栓などもある。

#### (2) 血液の変化

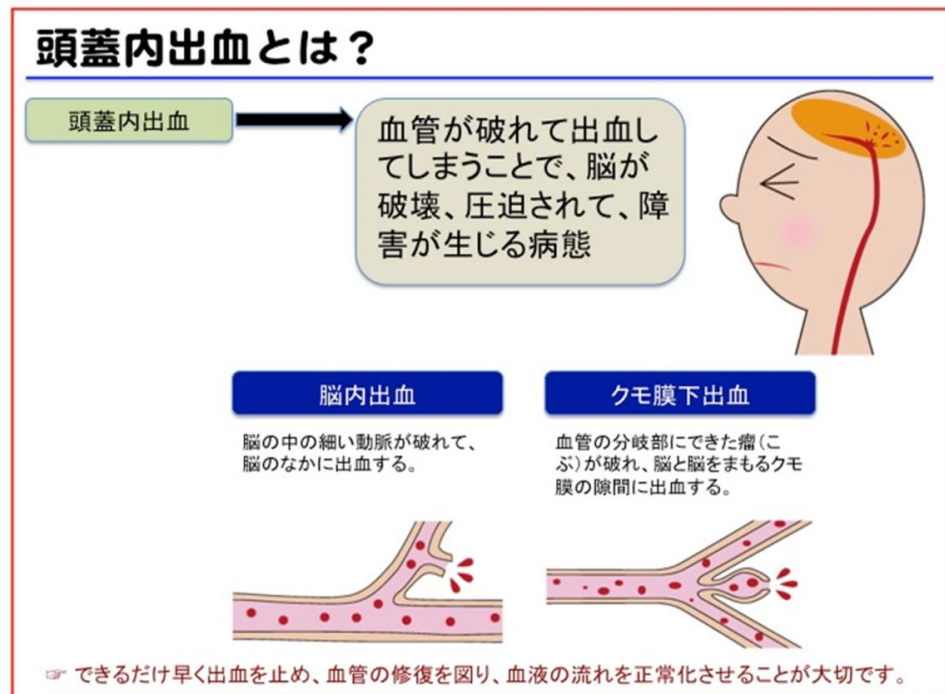
とくに血液サラサラ度（ヘマクリット値）の上昇、高齢者の明け方に脱水傾向で発症する中年（40代～50代）でも脳梗塞を起こす場合がある。

#### (3) 血圧の変化

肥満、食塩の取りすぎなどからの高血圧症、その他急激な一過性の血圧上昇や血圧低下など（高血圧性脳出血や脳梗塞の要因）

#### (4) 脳動脈瘤などのその他血管病変など

### 3) 脳出血



#### (1) 脳出血の場所と出血の原因

図6 循環器病情報サービス

- ① **視床出血**：大脳の最も深い部分の出血で、高血圧によるものが多い出血。出血した場所と反対側の手足の痺れや麻痺を起こす
- ② **被殻出血**：大脳の深い部分の出血で、高血圧によるものが多い出血。出血した場所と反対側の麻痺を起こす。左側の出血の場合は言語障害を伴うことが多い
- ③ **小脳出血**：小脳の出血で、高血圧によるものが多い出血。発症すると四肢のふらつきを起こす。出血が大きくなると脳幹を圧迫する危険がある
- ④ **脳幹出血**：生命の中枢である脳幹部の出血で、高血圧によるものが多い出血。出血の量が少なくても意識障害をきたすことが多い
- ⑤ **皮質下出血**：大脳の表面の出血で、脳動静脈奇形などの血管病変が原因の場合がある。出血の場所により様々な症状をきたす

#### 4) TIA（一過性脳虚血発作）

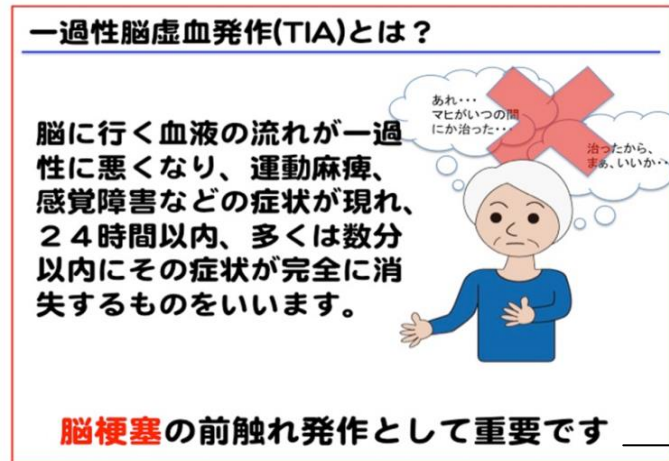


図 7 循環器病情報サービス

#### 5) 脳卒中の予防が重要な理由

- 1 脳卒中は日本人の死因の**第3位**を占める
- 2 生存者にも、しばしば**重篤な後遺症**が残る
- 3 寝たきり等、要介護者の原因の**4割以上**を占める
- 4 高齢化とともに、**患者数の増加**が予測されている
- 5 国民医療費の**1割**を占めている ⇒脳卒中は社会的負荷の最も重い疾患





図 8 平成 22 年循環器病研究開発,新しい脳卒中医療の開拓と均てん化のためのシステム構築に関する研究

## Ⅱ 障害をもつということ

### 1. 脳卒中の後遺症

#### 1) 運動機能障害

脳の運動に関わる場所に障害が起こったためにあらわれる症状。体が思うように動かせない、麻痺する、力が入らないなどの症状がみられる

##### (1) 片麻痺

脳卒中による身体機能の障害で、最も多くあらわれる。障害を受けた部分の反対側の手足に麻痺が起こる。足の麻痺が原因で歩きにくくなったり、転倒しやすくなったり、手指の麻痺が原因で食事がとれないなどがある。た、まひ側の腕は支えないとだらりと下がってしまい、その重みで肩の関節が軽く脱臼（亜脱臼）を起こしてしまうことがある。

### （１） 痙縮

筋肉が緊張しすぎてしまう状態で、手の指が握りこまれて、開きにくい、肘が曲がる、足先が足の裏側の方に曲がってしまうなどの症状がみられる。片麻痺と同じ側の手足にあらわれることがほとんどである。痙縮による姿勢異常が長く続くと、筋肉が固まって関節の運動が制限され（拘縮）、日常生活に支障が生じてしまう。また、痙縮がリハビリテーションの障害となることもあるので、痙縮に対する治療が必要となる。



### 2) 言語障害

口やのどの筋肉にまひが起こると、呂律が回らず、言葉がうまく話せなくなる（構音障害）。

脳の障害

のため、話そうとしても言葉が出てこなかったり（運動性失語症、ブローカ失語症）、発語は流暢だが読んだり聞いたりした言葉が理解できなくなる（感覚性失語症、ウェル

脳卒中による身体機能の障害で、最も多くあらわれる。障害を受けた部分の反対側の手足に麻痺が起こる。足の麻痺が原因で歩きにくくなったり、転倒しやすくなったり、手指の麻痺が原因で食事がとれないなどがある。た、まひ側の腕は支えないとだらりと下がってしまい、その重みで肩の関節が軽く脱臼（亜脱臼）を起こしてしまうことがある。

## （２） 痙縮

筋肉が緊張しすぎてしまう状態で、手の指が握りこまれて、開きにくい、肘が曲がる、足先が足の裏側の方に曲がってしまうなどの症状がみられる。片麻痺と同じ側の手足にあらわれることがほとんどである。痙縮による姿勢異常が長く続くと、筋肉が固まって関節の運動が制限され（拘縮）、日常生活に支障が生じてしまう。また、痙縮がリハビリテーションの障害となることもあるので、痙縮に対する治療が必要となる。

## ２）言語障害

口やのどの筋肉にまひが起こると、呂律が回らず、言葉がうまく話せなくなる（構音障害）。

## 脳の障害

のため、話そうとしても言葉が出てこなかったり（運動性失語症、ブローカ失語症）、発語は流暢だが読んだり聞いたりした言葉が理解できなくなる（感覚性失語症、ウエル



ニック失語症）。失語症になった人の気持は、まるで外国に放り出されたようなものである。失語症になると、相手の言葉は理解できず、自分の言いたいことも伝えられぬ。また、読むこともできない。非常にもどかしい状態である。さらに、脳卒中高齢者にとって住み慣れた空間が、突然外国のように変わってしまったように感じ、そのショックやストレスは大きい。一番つらいのは患者だということを忘れないでいてください。

### 3) 感覚障害

脳卒中による感覚障害とは、体の半身の感覚が鈍くなったり、しびれや痛みなど、感覚に関する症状が突然起こる。しびれや痛みは、なかなか治りにくい後遺症である。半身の感覚が麻痺したり、しびれたり、痛み、熱さや冷たさ、圧迫感などを感じにくくなる。

### 4) 視野障害

脳卒中による視野障害とは、視野が狭くなる、視野の半分が見えない「半盲」、などの状態である。

「半盲」という症状は脳梗塞が発症するとよく見られる。半盲とは、片目、もしくは両目で見ても視野の左右どちらかの半分（または4分の1）しか見えなくなってしまう。さらに、視力の低下や、物が二重に見える「複視」などが起こることもある。

### 5) 排泄障害

脳卒中により排尿をコントロールしている脳の部分（**大脳・脳幹**）が損傷を受けると起こることがある。

り、すぐに尿意を感じるようになるもので、脳梗塞にはよくみられる症状である。また、頻尿になることで、トイレまで我慢できずもらしてしまう「尿失禁」が起こることもある。

## 6) 嚥下障害

嚥下障害とは、食べ物や飲み物を上手くの飲み込めなくなる状態のことである。唾もうまく飲み込めない

ので、よだれがたれたりする。脳卒中の後遺症としての嚥下障害は、飲み込むなどの運動を支配している神経に障害が起こると発症する。急性期脳卒中の半分以上の患者に見られると言われている。意識が正常に回復してくると嚥下障害の回復がみられたり、後遺症としても残ることもある。嚥下障害は脳梗塞によりよく見られる症状・後遺症である。また、食べ物や飲み物が気管に入りやすくなってしまうことで、唾液や胃液と共に細菌が肺に流れ込んで生じる「誤嚥性肺炎」が起こりやすくなる。誤嚥性肺炎は、高齢者の**脳卒中での死亡原因の1位**となる危険なものなので、注意が必要である。

このほかにも意欲の低下や抑うつ症状などいろいろな症状があらわれる。

[http://btx-a.jp/keisyuku/about\\_apoplexy/functiona\\_lesion.html](http://btx-a.jp/keisyuku/about_apoplexy/functiona_lesion.html)

●病いを持つ人は、一命をとりとめてよかったと思うと同時に、身体の痛みや不具合をなんとかしてでも除去してほしいと思ったりもする。痛みや不具合にうまく付き合っていこうとさまざまな試みをしたりする一方で、生命体として生きているのに死んだ方がましと考えたりする。病いのせいで食事や排泄や移動などの活動が制限されて「絶望」を感じたとしても、何とかそれらを行おうと思い、生活を成り立たせようよしたりもする。病いや障害があることによって、社会との隔たりを感じると共に、社会とのつながりを求めたりする。

●言葉が出なくても、手足が動かなくても、それも自分の姿であると思い返し、自分として認めることである。「治りたい」と思いながら訓練を続けたり、訓練を続けてもなかなか治らないと思ったり、「治った」という感覚を得たりする。

### Ⅲ ライフスタイル再編成

#### 1. ライフスタイルとは



図 9 LIFE STYLE

●脳卒中の発症によって痛みや苦しみを背負い、死を考えるほどの「絶望」に陥った人が、そこから〈生きる〉という方向に向かうようになるまでの局面

#### ライフスタイルに対する満足感・達成感



図 10

#### 老いと脳卒中後遺症の体験における三者関係

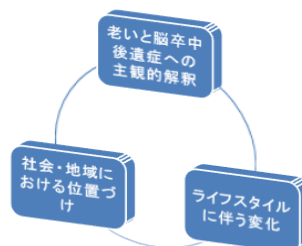


図 11

●今まで生きてきた日常生活が崩壊した後、まったく異なる自分となり、新しい世界に《生きる》場を見出す。

(●細田満和子：脳卒中を生きる意味, 青海社, 2006)

表1 血管性うつ病，アパシー，心理的ダメージとは

臨床特徴	機能性の高齢うつ病	血管性うつ病	アパシー
発症年齢	限定されないが、より若年	より高齢(65歳以上が多い)	脳卒中発症好発年齢、特に限局しない
症状	不安・焦燥感が目立つ。時に希死念慮	精神運動抑制やアパシーが目立つ。易刺激性や罪業感乏しい	興味、関心の低下、運動抑制、易疲労性、日中の過眠、悲哀感、罪責感、自責感、不眠、自殺念慮
精神病像	心気・貧困・罪業妄想などが目立つ	妄想症状はない	妄想症状はない
病識	比較的保たれる	より乏しい	乏しい
認知機能	重症例では仮性認知症	比較的軽症例でも課題遂行能力の障害に限局しない認知障害	不明
身体機能障害	目立たない	比較的目立つ	比較的目立つ
精神障がいの家族歴	多い	少ない	少ない

## 2. 脳卒中後うつ病(post-stroke depression : PSD)

### 1) PSD の診断および統計学的視点

PSD の診断は、多くの研究者がアメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル(diagnostic and statistical manual of mental disorders;DSM-IV)<sup>[24]</sup>を用いる。DSM-IVでは、PSDは「一般身体疾患による気分障害」に該当し、「大うつ病様エピソードを伴うこと」、この中で、「うつ病性の特徴を伴うもの」は軽症のPSDと考えられるが、実際にどの程度の臨床症状を呈するものが曖昧であるため、DSM-IVの研究用カテゴリーにある「小うつ病」の診断基準が用いられることが多い。この診断基準を用いて、1983-1995年にかけて、欧米の医療機関で実施されたPSDの有病率の調査では、脳卒中後の大うつ病が11~40%で平均約20%、小うつ病が8-44%で、平均約20%、両者を併せると約40%に及ぶことが報告されている<sup>[25]</sup>。脳卒中有病者数から試算すると、我が国の脳卒中患者のうち、100万人以上がPSDに罹患するリスクが高い。PSDは、脳卒中後の認知障害、運動麻痺、失語、構音障害などさまざまな症状が出現しやすく、うつ病が見つからない場合がある。リハビリテーションについては重度のPSDの場合には、無理をさせずに休養し、軽い負荷の他動的運動療法を考慮する。軽度から中等度の場合には、ある程度の有酸素運動が有効と思われるが、常に患者への共感と支持が必要である。抑うつ心性を伴わないアパシーでは、うつ病とは異なり、休養ではなく、むしろレクリエーションを含めた行動療法的・活動療法的なアプローチが必要になる。また、PSDの早期発見のためには、①急性期でも慢性期でも発症することを認識する、②高齢者の表情や態度をよく観察する、③リハビリテーションが進まない状況や悲観的な言動には注意が必要、④元気がないと感じたら、患者の置かれた状況を共感した上で、うつ症状を確認する、⑤可能なら、うつ病のスクリーニングを実施する、の5つのように早期発見として用いられている<sup>[26]</sup>。

## 2) PSD の病変部位と発症メカニズム

1981 年以降, Robinson らが, 脳卒中患者において脳病変が左半球の前頭極に近いほどうつ状態の頻度も重症度も高いという左前頭葉障害仮説を発表し, PSD と病変部位の議論が活発になった. Starkstein らは病変部位を細分類して, 皮質および皮質下の局在にかかわらず左半球病変をもつ患者で有意にうつ病の頻度が高いこと, 皮質下病変では左基底核病変で脳卒中後の大うつ病の頻度が高いことなどを報告し, Robinson らの左前頭葉障害仮説を発展させている. その他多くの研究者が PSD と病変部位の検討を行っているが, Robinson グループの仮説を支持する報告がある一方で, 右前頭葉, 左右前頭葉, 右後頭葉と PSD の関連を示唆する報告などさまざまである. Carson らは, これまでの PSD 研究の主要な報告をメタ解析し, 特定の病変部位と PSD との関連は見えなかったと報告しているが, その背景にはそれぞれの研究報告の sample size が小さいことや病変の重症度の評価が十分になされていないことなども指摘されている. Shimoda と Robinson は, このような研究者間の不一致に対する一つの解答として, それぞれの研究の観察時期の違いに注目し, 脳卒中後 2 年間にわたる追跡調査を行っている. それによるとうつ病の重症度との相関において, 脳卒中後の急性期は左半球病変と前頭極からの近さと関連し, 脳卒中後 3～6 ヶ月の短期追跡では, 左および右半球病変の患者の両者が病変の前頭極からの近さと関連し, 12～24 ヶ月の長期追跡時では右半球病変と後頭極からの近さと関連することを示し, このような脳卒中からの期間を考慮することで, 研究者間の不一致は説明できるとしている. さらに, 脳卒中後の急性期に発症するうつ病は, より生物学的要因が強く, 脳卒中後 1-2 年に発症するうつ病では, 社会機能障害や日常生活動作障害との関連があり, 心理社会的要因が強くなるという新しく修正した仮説を提唱している. 彼らは, 急性期の生物学的要因について, 脳損傷ラットの研究によって生体アミン含有細胞の障害による生体アミン合成の低下に対して, 左半球よりも右半球で代償機能が優位であること, また後方の障害より前頭極に近いほど生体アミン経路を遮断する可能性が高いことなどが示されていることから, 脳卒中患者においても左半球とくに前部病変で大うつ病がより高頻度で発症し, とくに背外側前頭前野, 眼窩前頭野, 基底側頭極, 尾状核, 扁桃核, 視床背内側核を含む腹外側辺縁系回路が PSD の発症メカニズムとして重要な役割を果たしていると推測している. 一方, 慢性期のうつ病では, 右半球後部の機能障害が関連し, 例として相貌認識, 空間認識, 非言語性記憶などの障害が, 二次的に社会的関係を阻害し, うつ病を発症させる要因となっている可能性を指摘している<sup>[35]</sup>.

血管性うつ病患者との出会いから考えたこと, 学んだこと

### 3. アパシーとは

血管性うつ病と間違いやすい病態に、脳卒中後には自発性の低下を主体としたアパシーがある。Marin は、アパシーを目的指向性の行動、認知、情動の減退であり、意識障害、認知障害、情動障害によらない一次的な動機の欠如で、感情、情動、興味、関心が欠如した状態であると定義し、18 項目の apathy evaluation scale (AES) を作成した。彼らは、AES と 17 項目のハミルトンうつ病評価尺度 (HAM-D) を用いて、アルツハイマー病では AES が高得点で HAM-D は低得点を示し、大うつ病と左半球障害の脳卒中では HAM-D が高得点で AES が低得点を示し、右半球障害の脳卒中では 2 つの評価尺度が同程度であったが、いずれの病態においてもアパシーと抑うつとの間に相関はなく互いに独立した症候群であることを主張した。Starkstein らは、14 項目からなる AES の修正版を作成し、急性期脳卒中患者 80 例を検討し、うつ病 23%、アパシー 11%、うつ病とアパシーの併発 11% に出現し、大うつ病では、小うつ病や非うつ病に比べてアパシーの併発が有意に多いこと、アパシー併発例は、より高齢で、認知機能や身体機能もより障害されていることを示した。さらに内包後脚を含む病変がある場合に有意に頻度が高く、これは内方後脚と淡蒼球周辺を含む前脈絡叢荘脈領域の病変でアパシーの頻度が高いとする Hergason と Wilbur らの所見と一致し、目的指向性行動に重要な役割を担っている淡蒼球からレンズ核ワナを通り脚橋被蓋核に投射する経路の障害を反映し、ドパミン性黒質線状体系回路の断裂による生体アミン機能障害とも関連していると述べている。彼らは抑うつとアパシーは、互いに独立して存在するものの、大うつ病とアパシーにおいては皮質下生体アミン経路の阻害といったある種の病態生理学的メカニズムを共有しているのではないかと推測している。

岡田、小林らが、Sterkstein の修正版 AES の日本語版「やる気スコア」を作成し、245 例の慢性期脳卒中患者を検討し、うつ病 12%、アパシー 21%、うつ病とアパシーの併発 24% を認めたとして、脳卒中後には抑うつよりもアパシーの要素が大きいこと、アパシー症例では両側前頭前野の血流が低下し、認知機能も抑うつではなくアパシーの程度と相関を示し、脳卒中後のアパシーは血管性認知症の前段階としても注目する必要があると指摘している。岡田と小林らは、アパシーと抑うつは混同されやすいが、抑うつは感情障害因子であり、アパシーは身体行動因子であり異なった病態であるとする見解を支持している。また、Lavretsky らは高齢者のうつ病とアパシーについて MRI による詳細な検討を行った。Lavretsky は、高齢うつ病者は高齢健常者に比較して眼窩前頭皮質の灰白質体積が減少していることを示し、アパシーの重症度が、右側の前帯状回の灰白質体積の減少と関連を示していたことから、うつ病とアパシーは情動と認知機能を制御している前頭前野の異なった神経解剖学的特徴があることを示している。血管性うつ病のうつ症状が強いとやる気スコアも高得点になるが、うつ病の意欲低下は、やりたくてもできないのに対して、本来のアパシーはやりたいという意欲そのものが起こらない状態と考えられる。また、うつ病は、自己の状態に対して悩むが、アパシーは無関心で悩まない。また、うつ病に対しては SSRI などのセロトニン作動薬が効果を示し、アパシーに対してはセロトニン作動薬の効果は乏しく、ドパ

ミン作動薬やアセチルコリン作動薬の効果が指摘されている。これらのことからアパシーを検討するには抑うつ心性を伴うアパシー（depressed apathy）と抑うつ心性を伴わないアパシー（non-depressed apathy）を区別して検討する必要がある。

アパシー患者との出会いから考えたこと、学んだこと

#### 4. 心理的ダメージとは

心理的ダメージとは、心理的に驚き動揺する、動揺を隠せない、衝撃を受けるなどの影響を与えるものとされる（大辞林, 大辞泉）。心のダメージは、時間の経過だけでは解決できず、また、放置したままでは、状況は悪化していく。心に苦しさを抱えている時、その原因として真っ先に意識が向くのか、トラウマになっていくのかは、個々によって異なる。現在の人間関係や、現役の第一線で活躍してきた高齢者が、脳卒中に罹患し障害を後遺することで、心理的ダメージが非常に大きくなりやすく、悪化することで社会復帰にも影響していくものと危惧する。

心理的ダメージの患者との出会いから学んだこと、感じたこと

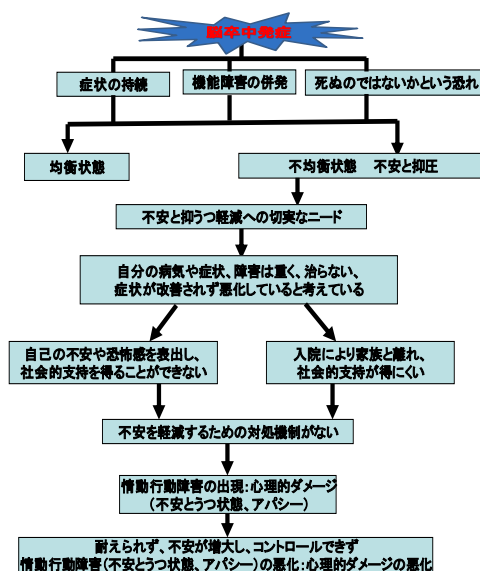


図7 心理的ダメージとは

#### IV 専門とは 専門職性とは

##### 1. 一般的な専門職 (profession) の定義

専門職 (profession) とは、学識 (科学または高度の知識) に裏付けられ、それ自身一定の基礎的理論をもった特殊な技能を、特殊な教育または訓練にて修得し、それに基づいて、不特定多数の市民の中から任意に呈示された個々の依頼者の具体的奉仕活動を行い、よって社会全体のために尽くす職業である (橋本, 2013)。

##### 2. 専門職の規範と義務

専門職が遵守しなければならない規範について、デービスと太田 (1999) は、6 つの規範をあげている。

- 1) その職業のメンバーは、基礎となる一般教養のうえに専門的な教育を受ける
- 2) 特定の技術、能力、規範にかかわる学問基盤をもっている
- 3) 特定のサービスを提供する
- 4) 自律性をもって自由の選択をして実践する
- 5) 専門職組織をもっている
- 6) 倫理綱領を示す

##### 3. 医療職における専門職的自律性

米国の社会学分野では、1960 年台後半において、さまざまな領域の専門職が共通して備えるべき資質の一つに自律性が検討されてきた (Freidson E, 1970 : 遠藤・室月, 1992)。

Freidson E (1970) は、

「医療サービスは厳格で機械的で権威主義的であり、有機的な連携を欠いているといわれるが、これらの現象の過半は、官僚制的な原理によりも、専門職を中心に組織化されていることによって引き起こされている」「管理者に対する責任、個々の患者自身に対する責任、そして医師と競合しうる職種の計画的育成によって、医療者による支配とその自律性とを制限する方法なのである」等・・・、

医療者と専門職的自律性との関連について指摘している。医療者においてこの専門職的自律性を持つということは、高度な専門技術に裏づけられた自主的・主体的な判断と適切な実践を行うことでもある。

##### 4. 介護職、福祉職における専門職的自律性

介護保険制度においては、介護を要する状態となっても、できる限り居宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること、介護が必要な状態となることを予防するための健康保持増進、介護が必要な状態となった場合にも介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持・向上を求めること、が掲げられている (介護保険法, 平成 9 年 12 月 17 日法律)。



## 5. 肯定的関心と専門職的自律性

肯定的関心は、脳卒中高齢者の嘆き、辛さや悲しみ等、誰かに伝えたいとナース・コーリングによって発信しているが、なかなかその気持ちが届かない等、そのような思いを、例えば看護師個人で受け止めようとするものだけではなく、脳卒中の専門職であったり、脳卒中高齢者の家族ともつながり、チーム、さらには保健、医療、福祉という広い関係性の中で、互いに脳卒中高齢者を支えていく上での必須要件であった。これは、脳卒中高齢者などを思いやる心を持って、心の手を差し伸べていこうとする意志にもつながっていると考える。そこには、エンパワーメントや傾聴、パートナーシップ等の概念を要素として持つものと規定することによって、個々の技術等を総合的、複合的に発揮することで初めて肯定的関心が可能になるとし、この能力が発揮されることが「専門的感受性能力」の発露であると考え。関わる各専門職が同等の能力を持っているとは限らない。肯定的関心の発露が可能かどうかは、その個人個人によって、各専門職としてのこれまでの経験に由来する背景によって異なる。また、重視すべき態度や姿勢等によっても異なるが、これらはそれぞれ重視すべき点であり、肯定的関心という概念は、そのどれか一つには還元できないという特性があるものと考えべきである。

肯定的関心は、単に態度や姿勢を表す概念と捉えるものではなく、能力を表す概念でもある。この能力は、自律性を表している。自律性とは、言われたことをその通りに行うことではなく、自分で考え、自分を管理しながら、自分の務めを進めていくことである。職業における自分の務めとは、職業人としての自律性、つまり専門職的自律性を表している。この能力が発揮できるように肯定的関心の態度や姿勢、能力をも高めていくことも必要だと考える。

## V 保健医療福祉学における，保健・医療・福祉が一つになることの意義

### 1 ケア・キュア・ヒューマンケア

#### 1) ケア・キュア・ヒューマンケアの概念

##### (1) ケアとは

- ・ care : 「心配」「気がかり」「気遣い」など

◎保健医療福祉分野の care は、「人が人に対して人間らしい細やかな気遣いをするこ  
と」

##### (2) キュアとは

- ・ cure : 「治す」「直す」「治療する」「矯正する」など

○従来 治療者→患者という関係性ではなく、対等性、双方向性が重要視されるよう  
になった

##### (3) ヒューマンケアとは

- ・ ヒューマンケアは、英語の「human」「care」を組み合わせた造語
- ・ human : 「人間の」「人間的な」「人間味あふれる」など

◎キュアとケアは二項対立的な概念設定ではなくなっている

◎ケアとキュアを包含しつつ、その出発点の視点の違いを認識しながら、援助の対象とな  
る人びとに向かう包

含的な働きかけをヒューマンケアとして捉えることができる。

### 2) ケアがもつ可能性(Ambroise Pare)

- (1) ときに治療させることができる
- (2) しばしば症状をやわらげることができる
- (3) だが、いつもなぐさめを与えることができる

出典 ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編『ホームヘルパー養成研修テキスト  
2 級課程 第 1 巻 援助の基本視点と保健福祉の制度』長寿社会開発センター,11,2001

## 2 協働と連携

### 1) 協働・共同・共働・協同

#### (1) 協働とは

- ・複数の主体が何らかの目標を共有し、ともに力を合わせて活動することをいう。コラボレーション、パートナーシップともいう（Wikipedia より）
- ・同じ目的のために、対等な立場で協力して働くこと（デジタル大辞泉より）

#### (2) 共同とは

複数の人や団体が、同じ目的のために一緒に事を行ったり、同じ条件、資格でかかわったりすること（デジタル大辞泉より）

- (3) 共働とは 複数の人または団体が、力をあわせて物事を行うこと（デジタル大辞泉より）

- (4) 協同とは 複数の人または団体が、力をあわせて物事を行うこと（デジタル大辞泉より）

### 2) 協働の原則

(1) 協働の必要性の認識 我が国全体や、自分が実践を行っている地域のこれまでの保健医療福祉の連携の実践について知り、また課題を考えることを通じて、協働することの意味や意義を認識する。

- (2) 明確で現実的な目標
- (3) 参画と主体性の促進
- (4) 信頼関係の発展と維持
- (5) 明確で強固な協働体制の確立
- (6) モニタリングや評価と組織的な学習

### 3) IPW と IPE

#### (1) *IPW : Interprofessional Work*

専門職連携実践 (IPW) は、日本では 1990 年代頃から紹介されるようになった

「複数の領域の専門職者が各々の技術と役割をもとに、共通の目標を目指す協働」と定義している (吉本, 2001)

#### (2) *IPE: Interprofessional Education*

専門職連携教育 (IPE) とは、

「複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所でともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと」 (CAIPE, 2002) (埼玉県立大学 2005 年 IPW/IPE 国際セミナーによる)

## 他職種チームの利点と問題点

	利点	問題点
利用者	①より適切で効果的な援助計画の作成 ②多様な視点による多くの選択肢の提示 ③多様な立場の要望・意見を踏まえた総合的な検討 ④恣意的なアセスメントやパートナーシップ的な援助の相互規制	①利用者の意向を無視した専門家の結託のおそれ ②選択性の低下 ③援助計画作成の遅延 ④情報漏れの危険性によるプライバシー侵害のおそれ
スタッフ	①多様な視点・知識の相互理解 ②専門家としての判断・意見を求められることによる専門性の向上 ③バーンアウトの予防	①役割・責任の押し付け合い ②保守的傾向に陥り新規の試みに抵抗 ③非生産的な論議
政策主体・サービス機関	①一貫したサービスの提供 ②サービスの二重提供等を抑え資源活用の効率性の向上 ③サービス内容を標準化 ④専門性向上の動機付けによるサービスの質の向上	①費用効果があがるとは限らない ②メンバーの活動時間を制約 ③機関の政策・手順・規制等の変更を迫られる可能性

出典：黒田あけみ：在宅介護支援センターのケアマネジメント中央研修会報、東京1997より一編改定

[備考]

### SBAR（エスバー）

緊急時のコミュニケーション法。患者の状態について伝えるとき、次の4点に留意することで情報が明確になる

1. Situation(状況)患者に何が起きているのか
2. Background(背景)その病態の背景や経緯はどうか
3. Assessment(評価)問題は何か
4. Recommendation(提案と依頼)問題を解決するためには、どうしたらよいか、どうしてほしいか

お互いの『当たり前』に疑いを向ける

- 1 あらゆる信念(考え方・感じ方)には自分の関心、志向が色濃く反映されている

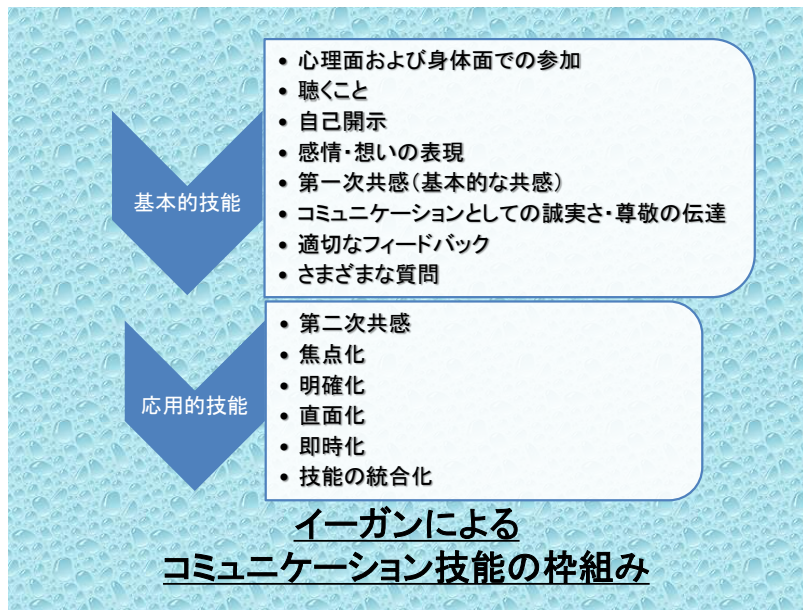


図 10

関わりを示す5つの基本動作

[SOLER]

<i>S (Squarely)</i>	対象とまっすぐに向かい合う
<i>O (Open)</i>	開いた姿勢
<i>L (Learn)</i>	相手へ少し身体を傾ける
<i>E (Eye Contact)</i>	適切に視線を合わせる
<i>R (Relaxed)</i>	リラックスして話を聴く

効果的なケア会議・スタッフミーティングの進め方

- ①会議の目的の設定と会議内容の精査
- ②会議で話し合う内容で重要な内容とそうでない内容との区別と話し合う順序
- ③会議の話し合いで決議を伴う内容とそうでない内容との区別と話し合う順序
- ④会議の話し合いに使う時間設定
- ⑤時間内に話し合いが終わらない場合の時間設定
- ⑥会議内容の説明に関する簡単なメモ

表3 研修配布資料（第1回目講義で使用）

定章（看護6法に記載文）・法的根拠	第一編基本法及び通知 第1章基本法令 保健師助産師看護師法			医師法 H19改正	歯科医師法第1章総則H19改正	歯科衛生士法 S23年施行H21改正
	保健師	看護師	准看護師			
	第二条この法律において「保健師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、保健指導に従事することを業とする者をいう	第五条この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の目免許を受けて、傷病者若しくは、病婦に対する療養上の世話または診療の補助を行うことを業とする者をいう	第六条この法律において、「准看護師」とは（都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師、または看護師の指示を受けて、前条に規定することを業とする者をいう）	第二章医師の任務（医師は、医療及び保健指導を掌ることにより、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする）	「歯科医師の任務（第一条） 歯科医師は、医療及び保健指導を掌ることにより、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする	この法律において、「歯科衛生士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、歯科医師の直接の指導の下に、歯牙及び口腔の疾患の予防処置として、次に掲げる行為を行うことを業とする者をいう 一 歯牙露出面及び正常な歯茎の隔離 二 歯牙の付着物及び沈着物を機械的操作によって除去すること 三 歯科及び口腔に対して薬物を塗布すること 四 歯科衛生士は、保健師助産師看護師法 第三十一条第一項及び第三十二条の規定に關わらず、歯科診療の補助をなすことを業とすることができる 五 歯科衛生士の名称を用いて歯科保健指導をなすことを業とすることができ 六 歯科衛生士法で規定、歯科衛生士の業務は法第2条において、「歯科医師の直接の指導の下に、歯牙及び口腔の疾患の予防処置」「歯科診療の補助（保助看護法の除外規定）」「歯科衛生士の名称を用いて歯科保健指導をする」と規定している。
就業内容	保健師国家試験及び看護師国家試験に合格した者	看護師国家試験に合格した者	准看護師試験に合格した者	受験資格は、学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づき大学において医学の正科の課程を修めて卒業したものである。国家試験合格後、住所地の保健所を通して医師免許を申請した後、厚生省の医務課の医籍簿に登録される	受験資格は、学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づき大学において医学の正科の課程を修めて卒業したものである。国家試験合格後、住所地の保健所を通して医師免許を申請した後、厚生省の医務課の医籍簿に登録される	国家試験（厚生省）の受験を必要とする。歯科衛生士試験の受験資格は、①文部科学大臣の指定した歯科衛生士学校を卒業した者、②厚生労働大臣の指定した歯科衛生士養成所を卒業した者、③外国の歯科衛生士学校を卒業し、または外国において歯科衛生士免許を得た者であって、厚生労働大臣が①または②に掲げる者と同等以上の知識および技能を有する者と認め、厚生省が指定した財団法人歯科医療研修振興財団が行う歯科衛生士試験に合格した者が免許取得できる。
現在の総数	平成18年保健師4万191人 就業場所（市町村）2万3455人（58.3%）、保健所7185人（17.9%）	平成18年看護師81万1149人、就業場所（病院）61万3027人（75.5%）、診療所9万6237人	平成18年38万2149人 就業場所（3病院）18万9228人（49.5%）、診療所9万6237人（11.8%）	平成18年の総数26万3540人、人口1000人当たり2.1人。勤務医約7割、開業医約3割	平成18年の総数26万3540人、人口1000人当たり2.1人。勤務医約7割、開業医約3割	歯科衛生士登録者人数（免許取得者数）、平成20年2月28日で、21万6277名。就業総数は平成18年12月末で8万6939名。就業先は、診療所7万8519名（90.3%）、病院4217名（4.9%）、市町村1751名（2.0%）、学校・養成所685名（0.8%）その他612名（0.7%）、事業所464名（0.5%）、老健173名（0.2%）（厚生省調べ）

資料 10 研修配布資料（第 2 回目演習で使用）

脳卒中高齢者や他専門職に対して肯定的関心をもって関わることの利点

	利点	問題点
利用者・家族		
私たち		
地域・サービス機関		



資料 10 自己評価表（研修前，終了直後，1 か月後に実施）

【多職種連携，演習前後の自己評価表】

資料：質問紙 1）

質問は以下の通りです。

あなたさまの今のお気持ちに一番近いものに対して、1 できない、2 あまりできない、3 ややできる、4 できる、の4つの中から、あてはまるものに○をつけてください。

質 問 項 目	1 できな ない	2 あまり できない	3 やや できる	4 できる
1 利用者（脳卒中高齢者）の立場に立って、利用者の理解を共有することができる	1	2	3	4
2 利用者中心の共通の支援目標を立てることができる	1	2	3	4
3 共通の支援目標を達成するために必要な支援内容を 列挙することができる	1	2	3	4
4 必要な支援内容を提供する、脳卒中に関連するさまざま な専門職や機関の役割を列挙することができる	1	2	3	4
5 連携・協働とヒューマンケアの関連を考察することができる	1	2	3	4
6 自分の専門領域の視点から情報収集の項目を挙げる ことができる	1	2	3	4
7 利用者の面談・観察を行い、自身の専門領域の情報を 集めることができる	1	2	3	4
8 支援計画立案のために自身の専門領域の視点から意 見を述べるができる	1	2	3	4

質 問 項 目	1できる ない	2あまり できない	3やや できる	4できる
9 自身の専門領域の特性を整理して述べるこ とができる	1	2	3	4
10 脳卒中に関連する、互いの専門領域に共通する支援 内容を整理して述べるこ とができる	1	2	3	4
11 脳卒中に関連する、互いの専門領域独自の支援内容 を整理して述べるこ とができる	1	2	3	4
12 チームメンバーでは網羅されない支援内容を整理し て述べるこ とができる	1	2	3	4
13 利用者を取り巻く人々（家族、地域住民、チームメ ンバー以外の職種など）の役割や関わりの可能性に ついて討議するこ とができる	1	2	3	4
14 パートナーシップを発揮するこ とができる	1	2	3	4
15 リーダーシップ・メンバーシップの役割をとること ができる	1	2	3	4
16 自分の考えを簡明かつ論理的に説明するこ とができる	1	2	3	4
17 自分の考えをメンバーに伝わりやすいように工夫す るこ とができる	1	2	3	4
18 チームメンバーの考えを理解しようと努めるこ とができる	1	2	3	4

質 問 項 目	1 できる ない	2 あまり できない	3 やや できる	4 できる
19 個々のメンバーが自分の考えを伝えられるよう配慮 することができる	1	2	3	4
20 ディスカッションに積極的に参加することができる	1	2	3	4
21 チームのルールを守ることができる	1	2	3	4
22 チームワークのプロセスをリフレクションすること ができる（今起きていることからいったん離れて、自分の積んだ経 験を「振り返る」ことをリフレクションと指す）	1	2	3	4
23 地域で暮らす脳卒中高齢者の特徴を述べることがで きる	1	2	3	4
24 地域の保健医療福祉環境の特徴を説明することがで きる	1	2	3	4
25 利用者の思い、ニーズ、願い、ゴール、ホープなど を討議することができる	1	2	3	4
26 利用者にそった目標を設定するために、利用者の置 かれている状況をアセスメントすることができる	1	2	3	4
27 支援目標を達成するために活用できる社会資源につ いて討議することができる	1	2	3	4

質 問 項 目	1 できる できる	2 やや できる	3 あまり できない	4 でき ない
28 脳卒中高齢者におけるライフスタイル再編成についてイメージできる	1	2	3	4
29 ライフスタイル再編成を支援するための手段を理解している	1	2	3	4
30 利用者の思いを取り入れ、ライフスタイル再編成にむけて支援している	1	2	3	4
<p>今のあなたにとって、保健医療福祉における‘つながる’のイメージを簡単に教えてください</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>				

ご協力まことにありがとうございました

資料 12 厚生労働省の各都道府県で行われ本論文との関連している連携に関する事業をまとめたもの

[illegible]

[illegible]



[illegible]



神奈川県横浜市長岡地区	21.30%	・市民の約7割が住み慣れた地域でできるかぎり暮らし続けたいという意向を持っており、その割合は第4期計画調査時点よりも大きくなくなっていることが明らかになった。 ・地域での24時間の生活を支える上で必要と見られた夜間訪問介護は利用が低かった。その背景には、夜間だけでなくサービス提供者の関係性が構築しにくい、利用者から見て月によって自己負担が大きく変化するという課題があった。 ・新たな地域密着型サービスとして「定時巡回・随時対応型訪問介護看護」の導入に向けた検討・検証が進みつつあり、地域密着型サービスの活用に向けて、事業者の理解と参入を促進する必要がある。 ・横浜市内では、以下のような市民の意向とそれを踏まえた第5期介護保険事業計画における地域密着型サービスの整備目標の策定に向け、事業者とのコミュニケーションに積極的に取り組んでいる。	横浜市 ・事業者連 合会 ・民間団 体 ・定時回 巡回・随 時対応 型訪問 介護サ ービス 事業者	横浜市内では、市民の意向とそれを踏まえた第5期介護保険事業計画における地域密着型サービスの整備目標の策定に向け、事業者とのコミュニケーションに積極的に取り組んでいる。 1. 事業者とコミュニケーションしやすい環境づくり ～サービス種別ごとの事業者連絡会の設置 2. 新たなサービスに関する情報の発信～事業者向け説明会の開催 3. 介護サービス事業者が連携しやすい環境整備 ～介護・医療連携推進会議の開催支援	地域に見られた変化 ・事業者連絡会を通じて、事業者どうし及び事業者と関係者がコミュニケーションしやすいになっている ・地域密着型サービスに対する理解が広まり、第5期介護保険事業計画が順調に推進されている	www.pref.kanagawa.jp
新潟県長岡市	26.40%	●平成14年社会福祉法人長岡福祉協会は、バリアフリーの住環境と、24時間連絡した看護・介護・入浴・食事等のサービスを「命までの暮らしの中」において小地域完結型で提供できる集合体をめざし、独自に「サポートセンター」を設立 ●平成18年自治法人以外の民間事業者との協働によるサポートセンターを設置 ●長岡市役所の支援による民間の高齢者向け住宅を併設し、多様なニーズに対応したサービス提供により、地域生活の継続を支援 ●以降、行政、医療機関、介護サービス事業者、民間事業者と連携し、一体的なサービス提供のための基盤整備を行い、13カ所のサポートセンターを設置 ●地元住民の理解を得るための創意工夫もなされている	長岡市、 （社）長岡福祉協会	○長岡市を中心とするエリアに、13カ所のサポートセンターを設置 ○サポートセンターごとに、住まい・医療・介護・予防・生活支援などのサービスを組み合わせて一体的に提供 市の委託による地域包括支援センター（2カ所）、地域包括型特養、小規模多機能型居宅介護、定時巡回・随時対応型訪問介護看護、高齢者向け住宅、配食サービス、地域交流スペースなどの保険外サービス等	子どもから大人まで、事業所に対する地域住民の理解が得られた。 ●町内会の役員会を交流拠点で開催するなど、町内会との関係ができた。 ●子どもたちが自然と遊びに立ち寄れる身近な場所となった。	http://www.wmhngo.jp/seisek/unitsuite/bunya/hu/kushi/kaigo/keigo/ko/ouraisa/chilki-houkatsu/d/jireidf
鳥取県米子市	25.10%	従来は、介護サービス施設が高齢者が住み慣れた地域にはなかったことから、高齢者もふくめた地域全体を包括した場面で取り組みが困難であった。また、地域における社会資源も不足していたことにより、地域にサービスを展開していく必要があった	果、小規模多機能型居宅介護、共生ホーム	1. 次世代育成一環にふれる授業、今自分たちに行えること 2. 地域力の強化ー地域の老人会や自治会を対象に地域講座開催 3. 住民活動の活性化ー絵手紙、押し花、布草履等、多岐に渡り、施設の高齢者だけでなく、地域の住民、保育園の父兄、地域の小学生の参加	・小学校と連携するなど住み慣れた地域に介護などの拠点を整備すること、地域住民と一体となった取り組みが可能になった。 ・地域住民がお互いに顔を含めず機会が増え、また「1つのこと」に集むことで住民同士で絆が生まれたように感じる。現在では施設の広域巡回も地域の住民が手伝ってくれるなど、地域で運営する施設へなりつつある。 ・高齢化の著しい地域において、住民同士が顔を含め、お互いの状況や地域の情報を交換できる場が提供ができたこと、地域力の強化によって、地域ニーズの顕在化と解決策の模索ができたこと、以上の2点により、地域ネットワークの確立と強化を行えたことは非常に大きな成果だと感じている。	http://www.wcity.yonago.lg.jp/1160.htm

事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成～できること探しの素材集～[37,637KB]（平成25年度老人保健推進等事業 地域包括ケアシステム事例分析に關

## 資料 13

### 健康おきのしま 2 1 計画 （一部紹介）

隠岐の島町では・・・

「健康日本 2 1」の基本理念に従い、「島根県保健医療計画～しまね健康プラン～」や「隠岐圏域健康長寿しまね推進計画」等を基礎として「健康おきのしま 2 1 計画」は、町民・関係機関・団体・行政による地域活動を推進するために、具体的な目標と展開方法を明らかにするものです。

#### 1) 一次予防の重視

健診等による疾病の早期発見や早期治療という二次予防の体制整備だけでなく、生活習慣を改善し、疾病を予防する「一次予防」の取り組みを重視し、一人ひとりの健康づくりを推進します。

#### 2) 小児期からの健康づくりの推進

妊娠期・乳幼児期・学童期・思春期を通じて、小児期からのこころと体の健康づくりを推進します。

#### 3) 介護予防・生きがい活動の推進

高齢期を迎えても、自立と尊厳をもって暮らしていくためには寝たきりを予防することが重要です。健やかに老いるために、介護予防の推進・生きがい活動を推進します。

#### 4) 健康づくりを支援する環境づくり

各ライフステージにおける健康的な生活の視点から、個人の健康づくりを支援する環境の整備を図ります。そのために各団体との連携を図り、それぞれの主体的な取り組みを推進します。

#### 5) 目標の設定と評価

『隠岐圏域健康長寿しまね推進計画』との整合性のもと、「健康目標」を設定し、さらにその目標を達成するための「対象分野別の目標」を設定するとともに「分野別行動目標」を設定し、これらをあわせて評価を行います。

#### 6) 計画の整合

『健康おきのしま 2 1』は『隠岐の島町まちづくり計画—新町建設計画—』を受けて、『隠岐の島町老人保健計画』及び『隠岐の島町障害者計画』、『隠岐の島町次世代育成支援行動計画』と整合性を持たせ、その具体的な健康目標・行動計画を示すものとして位置づけられます。

<[https://www.town.okinoshima.shimane.jp/files/fukushi\\_e4354e3675b843c6ad900123998984ed.pdf](https://www.town.okinoshima.shimane.jp/files/fukushi_e4354e3675b843c6ad900123998984ed.pdf)> 2014 年 10 月閲覧