

岩手看護学会誌

巻頭言

実践の中での追求を具体化する努力と環境

兼松百合子

1

原著論文

足浴中の下腿部温度変化に関する基礎的研究 - サーモグラフィを用いた部位別皮膚温度測定と経時的変化 -

中村礼子

3

在宅療養者を支える家族の役割に関する研究 - 家族の役割認識のプロセスと看護の方向性 -

半田 幸

10

研究報告

岩手県において精神病者監護法はどう取り扱われてきたか - 「精神病者監護法取扱手続」を読み解く -

田辺有理子

23

短報

総合病院におけるグリセリン浣腸の実施状況に関する実態調査

加賀谷奈穂子, 武田利明

31

学会記事

岩手看護学会第一回理事会議事録

40

岩手看護学会会則

42

岩手看護学会役員名簿

44

岩手看護学会入会手続きのご案内

45

入会申し込み書

46

岩手看護学会誌投稿規則

47

編集後記

50

第2巻第1号 2008年10月

岩手看護学会

Iwate Society of Nursing Science

卷頭言

実践の中での追究を具体化する努力と環境

本学会は、実践者と研究者の協働により、実践の中での研究を促進し、その成果を共有することを重視しています。特に、臨床現場で見られる素晴らしい技術や援助事例を、客観的に、あるいは分析的に記述することや、疑問を解決するための研究的アプローチ、よりよい援助方法を見出すための研究など、多くの会員が求めていることと思われます。

このようなことを可能にしていくためには、まず、実践者一人ひとりがよりよい実践を心掛けて毎日の実践に取り組み、多くの気づきや疑問を得ることが必要です。そのため多くの知識や経験、学会・論文等の刺激が役立ちますが、問題意識をもって取り組む姿勢や、周囲の人々との話し合いが非常に有意義であると思います。業務が過重な現場ではとてもそのようなことはできないという反論があると思いますが、過重な勤務体制自体が問題で、周囲の人々と話し合い、勤務環境を改善していく努力をみんなしていくことから、実践の中での研究は始まるのではないでしょうか。

気づきや疑問が見出されたら、それを身近な人々と共有し、研究的な取り組みを進めるために、まず、文献検索を行うことです。従来、看護の現場では文献に手が届きにくいと言われてきましたが、近年の情報システムの発展により、各自のパソコンから文献情報を得ることが容易にできるようになりましたので、効果的な文献検討ができるよう経験を重ねることが必要です。次に、研究目的やリサーチクエスチョンに対応するデータ収集方法の選定が必要ですが、ここで大学の研究者や本学会員の研究サポートを活用すると良いと思います。文献に基づき多様な研究方法を検討する過程で学びを深め、周囲の人々と共有して、サポートティブな関係で進めることができますが、実践の中での研究では、特に、周囲の人々と共有しながら行うこと、文献検索を効果的に行うこと、研究サポートを活用することを、強調したいと思います。

更に、研究活動の発展が目覚しく、研究発表や論文が急増している現在、ある課題についての文献レビューや、研究成果の統合により、新たな仮説を見出し、その検証を重ね、理論を構築していくことが強く求められていると思われます。このような課題を認識して、岩手看護学会の活動が一層確実なものになっていくようにと願っております。

平成20年6月

岩手看護学会誌編集委員長

兼松 百合子

〈原著〉

足浴中の下腿部温度変化に関する基礎的研究 -サーモグラフィを用いた部位別皮膚温測定と経時的変化-

中村令子

弘前学院大学 看護学部

要 旨

足浴によって遠隔部位である上肢前腕内側の血流量が増加すること、手指、大腿部、胸腹部でも皮膚温度上昇があることが示されており、足浴の効果は全身に波及することが知られている。温熱刺激は湯に直接浸漬する足部から下腿部へと伝達されることから、下腿部の皮膚温度変化は足浴の効果発現における特性を明らかにするために重要であるが、異なる条件下でさまざまな部位が測定されているため有用性についての比較検討が困難であり、足部に加えられた温熱刺激がどのような経路で伝達されるのかは明らかにされていない。そこで、本研究では下腿部全体の表面温度を同時に示すことができるサーモグラフィを用いて、下腿部5ヶ所の部位別について足浴中の経時的皮膚温度変化を明らかにした。

30～50歳代の健康な女性8名を対象とし、足浴方法は湯温40°Cで両足を足底より約10cmまで10分間浸漬した。サーモグラフィで足浴開始前より足部及び、左右の下腿部を撮影した。また、下腿前面内側上部と下部、後面腓腹部上部と下部、膝蓋内側部の5箇所で足浴前から開始後10分まで1分ごとに温度計測を行った。その結果、足浴開始後約2分から下腿前面内側下部の温度上昇が認められ、大伏在静脈の分布領域と一致した下腿前面内側及び膝蓋内側部において開始後4～5分まで有意な皮膚温度の上昇が認められた。

キーワード：足浴 皮膚温 サーモグラフィ

研究目的

足浴による皮膚温度変化については、遠隔部位である上肢の前腕内側の血流量が増加すること^{1,2)}が明らかにされている。また、手指や大腿部、胸腹部でも皮膚温度上昇があることが示され^{3)～7)}、足浴の効果は全身に波及することが知られている。このことから、足浴による温熱刺激は、足部から下肢へと伝達され、さらに体幹へと伝わっていくと考えられ、足部に続いて温熱刺激が伝達される下腿部の皮膚温度は、足浴の効果発現における特性を明らかにするための指標として有効と考える。しかし、下腿前面⁸⁾、腓腹部⁹⁾¹⁰⁾、膝窩部¹¹⁾で行われた下腿部の皮膚温度測定の結果は、有意な温度上昇があつたとするものと、なかつたとするものが混在している。また、それぞれの測定条件が異なることや、部位が明確に示されていないものもあるため、研究結果の比較検討が行えない現況にある。

本研究に先立ち、予備実験として4名の健康な対象者に湯温40°Cで10分間の足浴を行い、浸漬部位からすぐ上の下腿前面内側と下腿後面腓腹部中央で皮膚温を測定

したところ、両部位における測定温度結果に差異が認められた。しかし、皮膚温測定用プローブは、貼付部位の温度を点として捉えるものであることから、測定対象箇所としたプローブ貼付位置のずれが生じやすく、複数の対象者で測定部位を一定にすることは困難であった。また、下腿部全体の皮膚温度分布を知るための同時測定も難しいことから、体表面の広範な領域の温度を同時に示すことができる測定機器であるサーモグラフィを用いて、足浴中の下腿部全体の皮膚温を観察することが有効と考えた。

そこで本研究では、サーモグラフィを用いた足浴中の下腿部の撮影、及びこれまでの種々の研究において測定部位として用いられた下腿部5ヶ所^{8)～11)}の皮膚温度測定により、足浴中の経時的皮膚温度変化を明らかにすること目的とした。

研究方法

1. 被験者と実験環境

30～50歳代の健康な女性8名(平均年齢36.4±7.3歳)を対

象とした。実験は平成16年5月から7月に実施した。測定開始時間は14時前後とし、1日あたり1名の足浴実験を実施した。

2. 足浴方法

体位は坐位とし、足浴前に四つ折にしたバスタオルに足底を置いた状態で15分間の安静時間をとった。

足浴は両足を同時に同溶液に10分間浸漬することとし、足底より外踝上まで約10cmを足浴加温範囲とした。湯温は恒温槽(タイトック・サーモミンダーSM-05R・湯量6リットル)により、40°Cに保つこととした。

湯温を40°Cに、また浸漬時間を10分間とした根拠は、湯温40°Cは、糖尿病で末梢循環障害、神経障害がある場合の足浴に用いられている¹²⁾こと、事前に報告した基礎的研究の結果¹³⁾から、湯温40°Cで足背部皮膚温が最高温度に達するのは、足浴開始17分後であり、10分間の浸漬時の平均皮膚温は37°Cであったことから、足部の皮膚に与える刺激が少なく安全性が高いと判断されたことによる。同報告において、足背部皮膚温は、湯温42°Cでは足浴開始後5分までは40°C、41°Cと比べて低く経過し、以後上

昇することが示されている。さらに健常者を対象とした実験において、心拍変動解析から湯温40°Cでのリラクゼーション効果が検証されている¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾が、湯温42°Cでは覚醒度を高める効果があること¹⁷⁾¹⁸⁾、収縮期血圧と心負荷係数の有意な上昇があり、脳圧や交換神経機能の亢進が示唆されることが報告されている¹⁹⁾²⁰⁾。以上のことから、本研究では湯温40°Cを設定温として用いた。

3. 測定方法と測定項目

サーモグラフィ(日本アビオニクス・ネオサーモTVS-700)を用いて足部及び下腿部を撮影した。

被験者は下腿部の内側部と外側部が同時に撮影できる体位で足浴を行い、左右両足を撮影した。撮影時の下腿部の配置と温度計測部位を図1に示した。温度計測部位は、先行研究における測定部位として用いられることが多い^{8)~11)}、下腿前面内側上部と下部、後面腓腹部上部と下部、膝蓋内側部の5箇所とし、サーモグラフィの画像から、足浴開始1分前から開始後10分まで、1分毎に計測した。

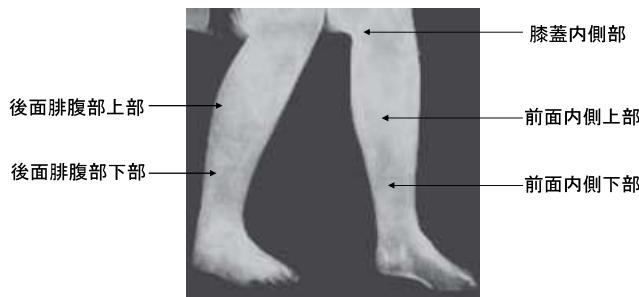


図1. 下腿部の配置と温度計測部位

4. データ分析方法

足浴前から終了後までの映像を観察し、2分後、5分後、10分後の映像を記録した。また、画像から得られた下腿前面内側上部と下部、後面腓腹部上部と下部、膝蓋内側部の5箇所での皮膚温度の測定値について、反復測定による一元配置分散分析を行なった。その後の多重比較にはDunnetの検定を用いた。PCを用いた統計解析ではSPSS12.0 for Windowsを用いた。

5. 倫理的配慮

事前に研究の目的、方法、データ処理の方法と結果の公開について、文書を用いて説明し、同意書の提出によって了解を得た。また、実験の開始にあたっては、研究へ

の参加は自由意志であり、承諾後、実験の途中であっても中止できることを説明した。

結果

室温は平均 $24.7 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$ 、また湿度は50~60%とほぼ一定であった。

サーモグラフィによる皮膚温度測定の結果を図2に示す。足浴前、2分後、5分後、10分後のサーモグラフィ測定画像においては、対象者8例全員の下腿部同一領域において、ほぼ同様の皮膚温度の変化が認められた。足浴開始後約2分から下腿前面内側下部に線状を示す皮膚温の変化が認められ、5分後には中枢側に向かって延長した。時間の経過とともに変化の範囲は拡大し、10分後には浸漬

部位の直上から中枢側に向かって、内側部全体に広範で、より明確な温度上昇が認められた。下腿外側部から後

面腓腹部にかけての範囲の皮膚温の変化はなく、足浴開始前と同様の状態であった。

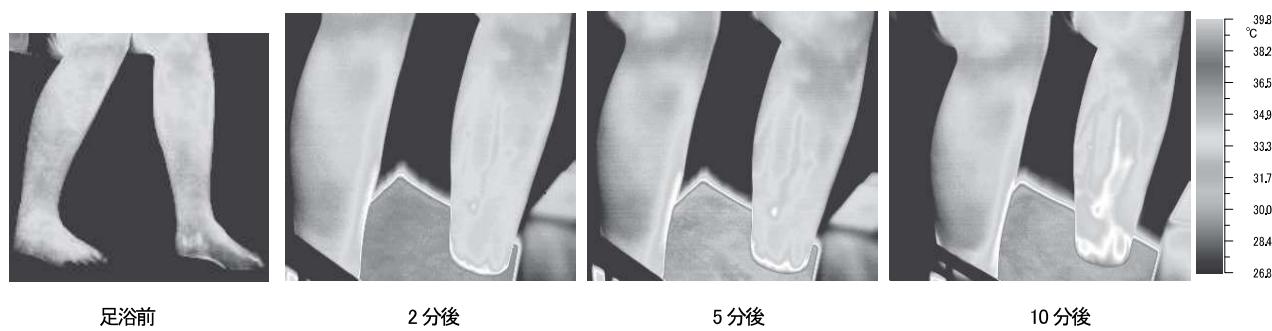


図2. 足浴前から足浴10分までの下腿部皮膚温度変化

サーモグラフィの画像から、5箇所の測定部位で1分毎に計測した皮膚温の経時的变化を図3に示した。足浴開始と比較すると下腿前面内側下部の温度上昇が最も大きく、これに次いで下腿前面内側上部、膝蓋内側部に温度上昇が認められた。分散分析の結果、下腿前面内側下部($F(10,60)=56.11, p=0.00$)、下腿前面内側上部($F(10,70)=14.66, p=0.000$)、膝蓋内側部($F(10,70)=10.45, p=0.000$)で有意な上昇があり、多重比較

の結果、足浴開始後10分と比較して、下腿前面内側下部と上部では、開始から5分まで、膝蓋内側部では開始から4分までに有意な上昇があった(表1)。下腿后面腓腹部下部は前 30.38 ± 0.84 (mean \pm SD) $^{\circ}\text{C}$ 、足浴開始後10分 $30.83 \pm 1.08^{\circ}\text{C}$ 、後面腓腹部上部は前 $30.78 \pm 0.60^{\circ}\text{C}$ 、足浴開始後10分 $30.88 \pm 0.76^{\circ}\text{C}$ であり、有意な温度上昇はなかった。

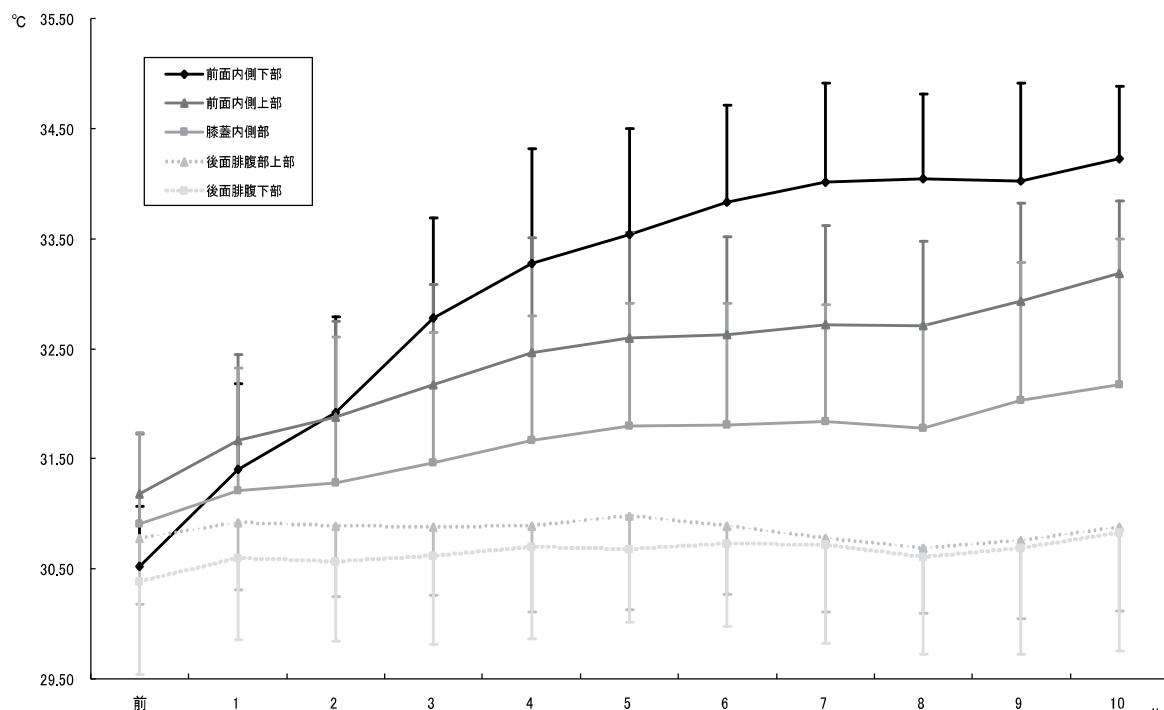


図3. 足浴による下腿部の皮膚温度変化

表1. 下腿前面内側と膝蓋内側部の1分ごとの測定値と10分後との比較

	下腿前面内側下部	下腿前面内側上部	膝蓋内側部
	平均値±標準偏差 (有意確率)	平均値±標準偏差 (有意確率)	平均値±標準偏差 (有意確率)
前	30.52±0.56	31.18±0.55	30.91±0.82
1分後	31.40±0.42 (p=0.000)	31.67±0.72 (p=0.000)	31.21±1.1 (p=0.000)
2分後	31.92±0.61 (p=0.000)	31.88±0.81 (p=0.000)	31.28±1.33 (p=0.000)
3分後	32.78±0.87 (p=0.000)	32.17±0.91 (p=0.000)	31.46±1.20 (p=0.001)
4分後	33.27±0.96 (p=0.000)	32.47±1.04 (p=0.007)	31.67±1.13 (p=0.035)
5分後	33.53±1.04 (p=0.004)	32.60±0.96 (p=0.043)	31.80±1.11
6分後	33.83±0.92	32.63±0.89	31.81±1.10
7分後	34.02±0.88	32.72±0.90	31.84±1.07
8分後	34.04±0.70	32.71±0.77	31.77±0.95
9分後	34.03±0.75	32.94±0.88	32.03±1.25
10分後	34.23±0.76	33.18±0.66	32.17±1.33

考察

サーモグラフィは、非接触、非侵襲的に皮膚温度を面で測定することができ、皮膚温度測定用プローブでの測定における貼付部位の差による誤差をなくすことが可能である²¹⁾。サーモグラフィでの撮影を行うことによってこれまで明らかにされていなかった足浴中の下腿部の広範囲な皮膚温度変化をとらえることが可能となり、下腿部の足浴による部位別温度変化の様子を明らかにすることができた。この結果から、足浴時の皮膚温度測定部位の選定及び足浴効果について考察した。

1. 足浴時の皮膚温度測定部位について

足浴による皮膚温度変化は、下腿部の下腿前面内側下部での温度上昇が最も大きく、それに続き下腿前面内側上部、膝窩部でも有意な温度上昇が認められた。その他の部位では有意な温度変化が認められなかった。本研究の結果から、足浴による下腿部の皮膚温度変化は一律ではなく、部位による差があることが明らかになった。これまでの研究において、村上と沼山⁸⁾は、湯温42°Cで20分間の足浴により、下腿前面で有意な温度上昇が認められたとした。この実験の測定が下腿の内側か外側かの詳細な記述はないが、今回は下腿前面内側部で有意な皮膚温度の上昇が認められた。荒川ら¹¹⁾は、40～41°Cでの20分間の足浴で、膝窩部に有意な皮膚温度の上昇があったとしている。本研究においては膝蓋内側部で有意な皮膚温度上昇が認められた。さらに、荒川ら¹¹⁾による実験で用いられた足浴方法と比較して、本研究ではより低温の40°Cの湯温で、さらに10分間という1/2の加温時間で有意な温度上昇がおこることが明

らかになった。腓腹部に関しては、杉浦ら⁹⁾と竹本ら¹⁰⁾の実験では皮膚温度の有意な上昇が得られなかつたとしているが、本研究においても同様に後面腓腹部上部、後面腓腹部下部とともに、有意な温度上昇は認められなかつた。これに対し、竹本ら¹⁰⁾は腓腹部の皮膚温度が足浴中に有意に低下したとしている。この実験においては、被験者の安静時の体位をベッド臥床とし、その後足浴時に座位としていることから、安静時にベッドに接していたことによって上昇した皮膚温が、座位となつたことにより低下したものと推測される。

サーモグラフィによる撮影からは、足部に加えられた温熱刺激が中枢側に向かって次第に伝達される様子が時間経過とともに描出された。下腿前面内側下部から膝蓋内側部に向かう領域で線状の皮膚温度の上昇が認められたが、この温度変化領域は皮静脈である大伏在静脈の分布領域と一致する。したがって、撮影された温度変化は、大伏在静脈周囲の組織温度の上昇を反映していると考えられる。足浴による下腿部の皮膚表面温度の変化は、表在的には大伏在静脈から大腿静脈へ向かう皮静脈の分布領域において最も明確に測定できることが明らかになった。

以上のことから、下腿前面内側から膝蓋内側部にかけての領域は、足浴による温熱刺激の効果としての皮膚温の変化をとらえられる測定部位として有効と考える。これらの部位は湯に浸漬しない部位でもあることから、湯温の直接的な影響を受けずに測定することが可能であり、今回使用した40°C以外の湯温についての検証、並びに遠隔部位である上肢の前腕内側の血流量¹²⁾や、手指、大腿部、胸腹部の皮膚温度測定^{3)～7)}の結果との関連の検証においても有効な測定部位であると考える。

2. 足浴効果について

下腿前面内側下部から膝蓋内側部に向かう皮膚温度上昇は足浴開始後約2分という早期から認められた。また、下腿前面内側下部と上部では開始から5分まで、膝蓋内側部では開始から4分までの皮膚温度上昇が大きいことが明らかになった。湯温40°Cの足浴では、足背部の皮膚温が最高温に達するには17分を要することが明らかにされている¹³⁾。本研究において、同様の足浴条件において開始後早期に下腿部の静脈の分布域に一致した皮膚温度の上昇が認められたことで、足背部の温度上昇とともに、温熱刺激が下腿部から、より中枢側に向けて伝達されていることが明らかになった。足浴の浸漬時間の設定に関して他の報告では、5～20分までと様々な時間設定が使用されているが、その根拠として足背部の皮膚温が充分に上昇するのに必要とされる時間が設定値として用いられことが多い¹³⁾。本研究において、下腿部の温度上昇の様子を明らかにしたことは、足浴の浸漬時間の検討に新しい視点からのデータを提供するものと考える。今後、より中枢側である体幹部や上肢での皮膚温度測定、対象者の主観的な感想の評価を行うことによって、さらなる検討を進めて行きたい。

結論

湯温40°Cで10分間の足浴によって、大伏在静脈の分布領域と一致した下腿前面内側及び膝蓋内側部においては、開始後4～5分までに有意な皮膚温度の上昇が認められた。足浴加温後、後面腓腹部上部、後面腓腹部下部での温度上昇は認められなかった。

謝辞

本稿をまとめるにあたり、終始あたたかいご指導をくださいました岩手県立大学武田利明教授に感謝申し上げます。

本論文は、岩手県立大学看護学研究科博士後期課程に提出した博士論文の一部である

引用文献

- 1) 稲見すま子, 井関典子, 篠崎ゆかり, 内海滉：皮膚血流量から見た足浴の温度と効果, 日本看護研究学会誌. 1989 ; 12(2) : 78-79
- 2) 稲見すま子, 内海滉：足浴の研究－刺激部位別にみた温湯による皮膚血流量－, 日本看護研究学会誌. 1989 ; 12(2) : 79
- 3) 香春知永：足浴ケアが生体に及ぼす影響, 小松浩子, 菱沼典子(編), 看護実践の根拠を問う(1), 南江堂, 2002, 1-11
- 4) 伊藤千代子：足浴面積および部位に関する研究, 三重看護. 1990 ; 11 : 33-36
- 5) 土江淳子：足浴が睡眠に及ぼす影響について—脳波と皮膚温から—, 日本看護研究学会雑誌. 1992 ; 15(2) : 90-91
- 6) 山本敬子, 川島みどり：温熱刺激を主とした足浴法の改善例(2)—末梢温・中枢温からみたリラクセーションとの関連—, 日本看護科学会誌. 1992 ; 12(3) : 108-109
- 7) 平松則子, 大吉三千代, 川島みどり, 菱沼典子, 香春知永, 操華子：入眠を促す援助としての足浴の効果について—足浴が及ぼす生理的変化—, 日本看護科学会誌. 1994 ; 14(3) : 208-209
- 8) 村上静子, 沼山史子：皮膚温から見た局所加温の影響, 京都市立看護短期大学紀要. 1986 ; 11 : 19-22
- 9) 杉浦浩子, 梶間和枝, 竹内淑子：足浴時の生理的・心理的变化にみられる個人差の検討, 岐阜大学医療短期大学部紀要. 1999 ; 5 : 135-142
- 10) 竹本由香里, 高橋方子, 佐々木裕子, 丸山良子, 山本真千子：足浴がもたらす生理学的効果について—自律神経活動からみた科学的評価—, 第23回日本看護科学学会学術集会講演集. 2003 ; 327
- 11) 荒川千登世, 豊田久美子, 越智早苗, 大隈節子：足浴の心理的効果と身体に及ぼす影響, 日本看護科学会誌. 1996 ; 16(3) : 136
- 12) 阿部邦子：糖尿病下肢血流障害のある患者の足浴効果, 臨床看護. 2003 ; 29(2), 201-206
- 13) 中村令子：足浴中の足背部の皮膚温度変化に関する基礎的研究—湯温の直接的影響を受けない実験条件下での検討—, 形態・機能. 2007 ; 5(2) : 61-67
- 14) 清水祐子, 佐藤みつ子, 永澤悦伸, 小森貞嘉：仰臥位足浴による心臓自律神経活動の変化—若年健康女性を対象に—, 山梨医科大学紀要. 2001 ; 18 : 31-34
- 15) 金壽子, 志自岐康子, 城生弘美, 水戸優子, 習田明裕, 斎藤宏：足浴による入眠効果の測定(3), 日本看護科学学会学術集会講演集. 2000 ; 20 : 245
- 16) 香春知永, 菱沼典子, 操華子, 橋山美樹, 平松則子, 川島みどり他：入眠を促す援助としての足浴の効果—自律神経の影響に焦点を当てて—, 日本看護科学会誌. 1995 ; 15(3) : 29
- 17) 豊田久美子：フットケア看護技術としての驚くべき効果, 看護技術. 2001 ; 47(6) : 659-663

- 18) 西田礼子, 楊箸隆哉 : 足浴が及ぼす生理・心理的影響, 日本看護研究学会雑誌. 1999 ; 22(3) : 410
- 19) 楊箸隆哉, 西田礼子, 石川千津, 坂口けさみ, 大平政美, 木村貞治他 : 足浴が及ぼす生理・心理的影響(2)－心拍変動解析の結果から－, 日本看護研究学会雑誌. 2000 ; 23(3) : 398
- 20) 許鳳浩, 上馬場和夫 : 足浴による温度依存性の循環系の変化－全身循環, 脳循環, 末梢循環の変化について－, 日本温泉気候物理医学会誌. 2003 ; 66(4) : 214-226
- 21) 中島節夫, 山城一郎 : サーモグラフィで見るリラクゼーション, 心身医療. 1990 ; 2(12), 5-11

(2008年4月11日受付, 2008年6月6日受理)

<Original Article>

A Basic Study of Changes in Lower Leg Temperature during a Warm Foot Bath : Thermographic Measurement of Region-specific Skin Temperatures and Their Temporal Changes

Reiko Nakamura

Faculty of Nursing Hirosaki Gakuin University

Abstract

It is known that the effect of a warm foot bath spreads throughout the entire body. Since thermal stimulation is transmitted to the lower leg from the foot, changes in skin temperature are important parameters for clarifying the characteristics of the effects of a warm foot bath. However the path of thermal stimulation applied to the foot region has yet to be clarified. This study describes temporal and region-specific changes in the skin temperatures of five regions within the lower leg region measured using a thermographic equipment.

The subjects comprised 8 healthy women, each of whom immersed both feet in hot water at 40° C for 10 min, during which temperatures at five regions were measured repeatedly at 1-min intervals. It was found that the temperature at the lower anterior medial surface of the lower leg began to rise 2 min after the start of the foot bath. At the anterior medial surface of the lower leg and the popliteal region, which corresponds to the distribution area of the large saphenous veins, a significant increase in skin temperature was observed 4-5 min after the start of the foot bath compared with the skin temperature at the end of the experiment.

Keywords: foot bath, skin temperature, thermography

〈原著〉

在宅療養者を支える家族の役割に関する研究

—家族の役割認識のプロセスと看護の方向性—

半田 幸

岩手県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

要 旨

2000年に介護保険制度が開始され、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護などの居宅サービスの利用者が年々増加している。しかし、現代の少子高齢社会は、老老介護、高齢者への虐待、介護殺人事件等の深刻で複雑な問題を抱えている。

医療技術の進歩に伴い、介護度の高い療養者を在宅で看ることになり、介護力としての家族の役割が求められ、家族の負担は大きい。家族の役割の重要性や役割調整の必要性を指摘する先行研究はみられるが、家族の役割の認識やその変化についての研究はみられない。そこで、本研究では、在宅療養者を支える家族がどのように役割を認識しているのかを記述し、そのプロセスを明らかにすることを、家族支援の方向性を検討した。

研究方法は、質的帰納法による半構成的面接技法と観察法を用いて調査した。研究協力者は、在宅サービスの利用者である介護者9名であった。

家族の役割認識のプロセスには、【私がやる役割の自覚】・【役割の苦悩】・【介護役割の広がり】・【役割の一時的な移行】・【役割を支えるものへの気づき】・【最後までみる覚悟】の6つの局面が明らかになった。家族の役割の認識は、介護する立場から親子や夫婦関係を再認識し、介護者が面倒を見る自覚により、私がやる役割を自覚する。介護者は、介護という役割と家族内関係の立場の役割に苦悩しながら、介護が生活の中心になるため、介護者自身の生活時間が縮小し、介護の役割が拡大していく。また、介護の代行や家族関係内の代役がみられ、役割の一部が一時的に移行していく。その過程から、社会資源や自然の力からの支えと他者からの協力、励ましにより役割を支えているものに気づく。さらに、療養者の世話をすることのありがたさや家族内関係の強さを再発見し、最期までみる覚悟という認識の変化がみられ、そのプロセスに即した支援内容が示唆された。

キーワード：質的研究、在宅療養者の家族を支える、家族の役割、役割認識のプロセス

はじめに

現代社会は、少子高齢時代となり、情報化、高度技術化など非常に多様で複雑な様相を呈している。そのような社会の中で、高齢者の社会問題は、老老介護、高齢者への虐待、介護疲れからとみられる介護殺人事件など深刻である。

医療面では、2000年の介護保険制度の導入により在宅医療への移行が推進された。平成18年度厚生労働省の介護保険事業状況報告¹⁾の概況によると、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問介護などの居宅サービスの年間実受給者数は年々増加している。また、2003年健康増進法が施行され、政策とともに、在宅療養生活の質を重視

したケアへの期待が高まった。

平成13年の高齢社会白書²⁾によると介護者の28.2%が70歳以上の高齢者であり、また、「同居している主な介護者が一日のうちで介護を要する時間」では、要介護度5の場合、「ほとんど終日」と答えた人は、59.4%とあり、介護度が高くなるほど、介護負担が高くなると予測できる。在宅医療は、高度医療の進歩に伴い、病院と同等の医療技術が受けられるようになったが、その管理についても、家族の果たす役割が大きい。したがって、介護度の高い療養者を在宅で看ることになり、家族の負担は非常に大きく、介護力としての役割が家族に求められている。

社会学の森岡清美・望月嵩が、家族の役割には、集団

的役割と関係的役割の二種類があり、集団的役割の内容について、家事役割・所得を支える役割・老幼弱者の介護役割・緊張緩和と情緒的統合役割・涉外的家族を代表する役割・先祖を祭る役割の6つがあるとし、家族という集団を維持するために欠くことができない活動³⁾と述べている。したがって、家族の役割の一つとして介護役割が位置づけられている。

家族の役割構造は、家族形態や家族構造の多様性が大きく影響している。それは、社会における価値体系の急激な変化によって、役割行動に対する評価も個別的になるという認識から、家族内役割の伝統的拘束力が弱められるという研究⁴⁾がある。

看護において、三宅貴夫は、家族の役割の重要性や役割調整の必要性⁵⁾について指摘している。また、田中ひろみ他は、家族の役割を引き出す闇の重要性⁶⁾を述べている。また、浅見澄江他は、終末期にある家族の支援について、家族の役割の変化⁷⁾に着目した。しかし、役割の変化に即した看護について、明らかにした研究はみられない。

フリードマンは、発達理論、システム理論、構造機能理論の3つの基盤的理論から家族看護理論⁸⁾を構築した。家族アセスメントするために、家族の構造の要素として、家族の役割構造、勢力構造、価値システム、コミュニケーションプロセスの4つの構造的側面を挙げている。さらに、「家族の役割を要約すると、家族員のニードを満たすことと家族が属する社会のニードを満たすことを担っている」⁹⁾と述べている。また、「家族の役割は、家族組織のなかで演じられる重要な事柄であるため、家族中心の看護者は、家族の役割関係を理解することが必須となる」¹⁰⁾と指摘している。したがって、家族の役割を理解したうえで家族看護を行う必要がある。そこで、本研究では在宅療養者を支える家族がどのように役割を認識しているのか、役割行動のありようの変化について記述し、そのプロセスを明らかにすることで、家族の役割認識に即した支援について示唆が得られると考えた。

用語の操作的定義

1. 家族

ライトラが、「家族とは、強固な情緒的きずな、帰属感、互いの生活にかかわりたいという欲求によって結びつけられた個人の集団である」¹¹⁾と述べている。家族とは、その人にとって心が落ちつく存在でもある。したがって、ライトラの定義の一部に、「個人が家族だと認めるものすべてを含む」を追加する。

2. 役割

社会学者の森岡清美他が、「役割とは、地位に結びついた期待される行動様式(あらわれ・目にみえる行動のほかに態度など表面に表れない覆われた行動も含む)」¹²⁾と定義しているので本研究でもそれを用いる。

3. 家族の役割

フリードマンは、「家族は一連の家族生活の流れにしたがって役割を変化させながら機能している。役割は頑在的ではっきりしており、手段的でありうるし、また、反対に潜在的でもありうる」¹³⁾と述べている。したがって、家族の頑在的・潜在的な両面の役割として捉える。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、在宅療養者と家族の相互作用の中で生じている家族の役割を明らかにすることを目的としている。そのため、質的帰納的デザインをとった。

2. 研究協力者

8事例の在宅で療養している家族9名で、概略を表1に示す。

表1 研究協力者の概要

研究協力者	介護者の年代	療養者の年代	療養者との関係	介護度	介護年数	家族構成員(協力者を含む)
1	50	50	妻	5	4年9月	2名
2	70	70	夫 内縁	5	2年	2名
3	50	80	息子	4	1年3月	2名
4	70	70	妻	5	5年7月	2名
5	60	70	妻	3	5年	2名
6	40	80	娘	5	10年	5名
7	70	80	妻	5	12年	3名
8	70	80	妻	5	4年	3名
9	50	80	娘	5	4年	3名

研究協力者の平均年齢は、64.3歳であり、女性7名、男性2名である。また、介護年数は、1年3ヶ月～12年と介護期間の幅が広い。療養者の介護度3は、1名、介護度4は、1名、介護度5は、7名である。療養者と二人暮らしの方は5名である。また、研究協力者の8と9は、同一家族である。

3. データ収集期間

2005年1月23日～2007年9月21日

4. データ収集方法

面接の前に、研究者が研究への協力依頼書を提示し、研究目的や内容について説明した。同意を得られた家族に、半構成的質問紙を用いて、面接法による聞き取り調査をおこなった。質問項目は「在宅療養の経過の中で、療養者に対する思いや他の家族への思いと介護についての思い」を自由に語ってもらった。

面接方法は、訪問看護師と同行しケアを行っている間に、別の部屋で実施した。面接は、1名の研究協力者に、1回～3回程度、1回の面接時間は、約30分から1時間30分であった。訪問看護ステーションや社会福祉協議会の訪問記録、ケア計画の閲覧に関して、在宅療養者及び家族の了承を得てデータとした。なお、1～5研究協力者の5名のデータを基礎にして、その後の4名のデータは追加したものである。

5. 分析方法

家族の語った内容について、家庭訪問後、直ちに、録音テープとフィールドノートから逐語録を作成した。その後、以下の手順で分析した。

- 1) 療養者の発病から、介護者がどのような介護をしてきたのか、その思いや家族の役割について話している箇所を、研究協力者のことばが損なわれないように文脈に注意しながら、1文脈単位で抽出し素データとした。
- 2) 素データから、コード化を行った。コード化の際には、文章の前後の関係やフィールドノートから観察した内容を照らして読み取った。データから同じ意味が述べられているものを類型化した。
- 3) 素データの意味内容に照らして、コード名をつけた。また、文脈の整合性を確認しながら進めた。
- 4) 類型化を繰り返し、サブカテゴリーを抽出し、さらに、類型化し、カテゴリー化を行った。
- 5) データ分析の視点は、介護者が療養者に対して、どのように役割を認識し、どのような役割行動のありようが変化したのかについて分析を行った。
- 6) データ分析は、質的研究の経験を有するスーパーバイザーからの指導を受けた。

6. 倫理的配慮

2005年、放送大学大学院環境システム群研究担当の仙波純一教授の研究倫理に関する指導のもとに行った。

研究の手続きにあたり、施設長に研究計画書及びデータ収集方法について説明し、文書にて訪問看護ステーションの所長及び社会福祉協議会会长の了解を得た。

研究協力者に対しては、研究の目的や方法について文章と口頭にて説明を行い、同意を得た。また、家庭訪問は、訪問看護ステーションの所長や訪問介護主任担当者から事前に電話で、研究者の同行する旨を伝え、了解を得て実施した。

家庭訪問時、話したことについては、秘密を厳守することを約束した。また、今回、知り得た内容については研究以外に使わないこと、個人情報は保護されること、録音テープやフィールドノートは研究終了後に破棄すること、さらに、協力が得られなくても、今後の訪問看護サービスを受けるにあたり不利益を受けないことや途中で中断する自由が保障されている事を説明し、署名をいただいた。

7. 信頼性の確保

本研究では、研究者が面接調査前に各研究協力協力者宅の訪問看護や訪問介護に5～6回程度事前に同行して、在宅療養者とその家族との信頼関係を高め、あるがままに語ってもらえるように努力した。また、より信用性を高めるため、解釈や意見の相違について、研究協力者や訪問看護師、介護福祉士、社会福祉士に本研究の結果を提示し検討をおこなった。

結果

家族の役割認識のプロセスについて、抽出した6つのカテゴリーの局面を表. 2に示した。

データの分析結果は、528個の素データから、101個のコードに集約され、そこから、抽象度を高め18サブカテゴリーとなった。さらに、最終的に6カテゴリーが導き出された。それらは【私がやる役割の自覚】に始まり、【役割の苦悩】から、【介護役割の広がり】が生じ、【役割の一時的な移行】が行われ、【役割を支えるものへの気づき】を認識し、【最後までみる覚悟】となった。

以下、文章の中の『　』は素データ、〔　〕はコード、〈　〉はサブカテゴリー、【　】はカテゴリーを示す。

次に、各局面の結果について概略を述べる。

1.【私がやる役割の自覚】

この局面は、在宅療養が開始されると同時に、介護者が果たさなければならない役割を自覚するプロセスである。表. 3は、【私がやる役割の自覚】の抽出過程を表したものである。

1)〈立場の変化〉

介護者は、[手をひかないトイレもいけない]、[大黒柱がいない]などの状況から、療養者に対して、[面倒を見る立場]に変化した。また、それまでの関係から、新たに介護をする関係が生まれ、〈面倒みてもらったからみる〉という認識になり、〈立場の変化〉がみられた。

2)〈親子関係の再認識〉

療養者と介護者との関係は、在宅療養が開始されても、親子だからこそ、以前と変わらぬ、[自然な振る舞いの関係]ができていた。また、介護していく中で、[一緒に寝たりする関係]もみられ、介護を通して親子関係の再認識が行われていた。

3)〈夫婦関係の再認識〉

介護者は、療養者との夫婦関係について、[頼って生きてきた関係]や[なんともない関係]であったことを認識していた。また、在宅で療養生活をしていても、[夫婦の役割達成]がみられた。さらに、夫婦でもわからないという思いもあり、あらためて夫婦の関係を再認識していた。

4)〈私が面倒みる自覚〉

介護という役割により、〈立場の変化〉が起り、親子関係や夫婦関係を再認識し、[面倒みる役割]や[面倒みるのが仕事]という状況から、[看病は私がする]という、[私がやる自覚]を生み〈私が面倒みる自覚〉となつた。

2.【役割の苦悩】

介護者は、【私がやる役割の自覚】を認識し、生活の中で起こる様々な問題やその対応に直面しながら、苦悩している状況にある。その苦悩には、日常生活の中からくる〈介護の苦悩〉と家族の関係性からくる〈立場の苦悩〉の2つがあつた。

1)〈介護の苦悩〉

介護の実際は、それまで病院で行われていた処置や生活援助を在宅で介護者が行わなければならぬ。介護生活が開始されると、『気管切開して、家で吸引するのはできないとおもっていましたよ。怖くてね』、[怖くてできないと思った処置]や『警察の世話をなった時は辛かつた。どうしてかってねえ。息子なのに親父と間違えるときもあるし、始めの頃はずいぶん辛かつたねえ]、[始めの頃のつらさ]があり、介護への[対応の戸惑い]がみられた。その戸惑いは、在宅療養を始めた頃の[病気がわからなかった時のイライラ]や[医療機器への不安]などであった。また、[とうてい一人ならできやしない]という思いを抱いていた一方で、介護者の世話を療養者がどのように感じているかを気遣い、[療養者の状況を思う

気持ちがみられた。

2)〈立場の苦悩〉

介護者の生活は、介護への不安や戸惑いを持ちながらも、変わらずに家族という関係性が持続していた。しかし、療養者の身体の変化に伴い、療養者と介護者の関係性の中で、『子供の結婚式に人工呼吸器をつけて出席したが、親として十分してあげられなかつた』、[親としての悔い]がみられ、[子どもには話ができない]や[子どもが心配だけといけない]などが起り、親としての〈立場の苦悩〉がみられた。また、姑や舅という立場から、[嫁に迷惑をかけたくない思い]もあった。さらに、介護をしている立場での苦悩は、介護者の兄弟関係にも及んで、『姉が長女なのに、せめて有難うとか、本当はお母さんの面倒見る人なのに、もうね』という状況がみられ、立場の苦悩の中に、[兄弟への不満]も生じていた。

3.【介護役割の広がり】

この局面は、介護が開始され、【役割の苦悩】の中特に、〈介護の苦悩〉から〈仕事量への減少〉と〈自分の余暇時間の縮小〉により、介護者の生活の時間や空間の制約が起る。さらに、介護が生活の中心となり、介護役割の広がりがみられた。

表.2 家族の役割認識のプロセス

カテゴリー	サブカテゴリー
私がやる役割の自覚	1) 立場の変化
	2) 親子関係の再認識
	3) 夫婦関係の再認識
	4) 私が面倒みる自覚
役割の苦悩	1) 介護の苦悩
	2) 立場の苦悩
介護役割の広がり	1) 仕事量への減少
	2) 自分の余暇時間の縮小
	3) 介護が生活の中心
役割の一時的な移行	1) 他者への信頼
	2) 介護の代行
	3) 家族内関係での代役
役割を支えるものへの気づき	1) 社会資源からの支え
	2) 自然の力からの支え
	3) 勵ましと協力の効果
最後までみる覚悟	1) 家族内関係の強さの再発見
	2) 世話をすることのありがたさ
	3) 最後まで面倒みる思い

表. 3 素データからの抽出過程の例示【私がやる役割の自覚】

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	素データ
私がやる役割の自覚	立場の変化	手をひかないとトイレもいけない	今じゃ、手を引いてあげないとトイレもいけないです
		作ったことがなかった食事	今まで、ご飯なんて作ったことがなかったから初めはどうしていいか
		大黒柱がいない	特定疾患の手続きも大変でしたが、大黒柱がいなくなったので、正直、経済的問題もありますね
		親父になつたり息子になる関係	とにかく、おふくろさんは自分の息子がわからないから、こっちは親父になつたり、息子になつたりして
		面倒みる立場	面倒みてもらったから、面倒みる立場になったし
		面倒みてもらったからみる	面倒みてもらったから、面倒みるのは当然だね
親子関係の再認識	自然な振る舞いの関係	お父さんは、若い頃から親らしいことは何もしないで○○の仕事はしていますね。何もないから、倒れたときも自然に振るまえたねえ	
	一緒に寝たりできる関係	夜中に何回もおきて、寝てないから、子守唄をうたつたり一緒に寝たりして、この歳でもできるんだよね	
	最低限のことしかしない関係	父のことも思いがあって、父以上のことをしようとおもっていません。だから、(母に) 最低限のことしかしません	
	子どもの訪問期待	世話で忙しいけど、彼女の子供たちがきてくれるといいんだけど	
夫婦関係の再認識	頼って生きてきた関係	病気一つしなかったのに、歩けなくなって、ゴルフしたり、元気だったから本人が一番つらいと思う。この人に頼って生きてきたからね	
	気持が通じていた関係	この人の気持は、瞬きで気持が通じていたからね	
	なんともない関係	長い間、そう、なんともなかつたね。本当のところは、どうかわからないけど	
	夫婦の役割達成	結婚式の写真みてください。病院から外出して、夫婦で出席できたんですよ	
	夫婦でもわからないという思い	こうなつても、いくつになつても、夫婦でもわからないことがあります	
私が面倒みる自覚	面倒みる役割	親の面倒をみるのは、娘の役割だから	
	面倒見るのが仕事	母親の面倒をみるのが仕事だよ	
	私がしないと始まらない	うちで、私がしないとはじまらないからね	
	私がいないとダメ	この人は、私がいないとダメだから	
	看病は私がする	母には苦労かけたから、父の看病は私がしますといいましたね	
	私がやる自覚	私がやらないと、私がなんとかしないと	

1)〈仕事量への減少〉

在宅療養者の介護をするには、[店を半分しか開けられない]や[午前のパートに仕事を変える]などの状況から介護者自身の仕事量を減らす必要がでてきた。さらに、自宅での介護者の[野菜畑の仕事ができない]状況もみられた。

2)〈自分の余暇時間の縮小〉

介護者自身の生活時間の縮小により、[趣味をすることができない]状況となり、介護が生活の中心となつた。しかし、一方、介護者は、そのような状況においても『老人会に、この衣装つけて、少しの時間やるんだよ。楽しみだね』という、[少しの時間の楽しみ]を見つけ出していた。

3)〈介護が生活の中心〉

介護者は、『お昼は、カップラーメンだったり、カレーをチンして、一日中目が離せませんから』、[一日中目が離せない]状況や[朝から夜までの忙しさ]、[薬の管理]、[時間で行う処置]を毎日の生活の中で行っていた。その介護生活は、24時間、365日繰り返され、[介護が生活の中心]の状況を招き、[介護生活の疲れ]を引き起こしていた。

4.【役割の一時的な移行】

次に、[介護役割の広がり]から、それに伴つて生じてくる局面である。介護が生活の中心になるため、介護者の心身の負担が増えてくる状況となる。介護者の生活の質を維持するために、〈他者への信頼〉を得ることで、介護の

一部を他にゆだねる〈介護の代行〉や〈家族内関係での代役〉がみられ、【役割の一時的な移行】が行われた。

1)〈他者への信頼〉

介護の一部を他にゆだねることができる存在は、家族である。『○○県に嫁にいった娘に来てもらつたんですよ。つい頼ってしまいますね』、〔子どもに対する依存〕と〔子供からの生活援助〕がみられた。また、〔訪問看護への信頼〕や〔医師への信頼〕という専門職種への信頼関係ができた。

2)〈介護の代行〉

最も身近な他者への信頼は、家族であり、『土曜日とか日曜日になると、お母さん代わるよって、体が大きいから、向きかえるのも、やってくれますよ』、〔介護の一時交代〕が行われていた。また、専門職種が在宅に訪問して行われる、〔訪問看護師による処置〕、〔ヘルパーによる訪問入浴〕などにより介護の代行もみられた。

3)〈家族内関係での代役〉

療養者の病状により、『おふくろさんが、認知症になって、息子の俺を親父だと思ったらしくて』、〔父親代わりになる息子〕という状況がみられ、介護者が代役を行っていた。また、核家族化の状況から〔子どもがわりになる愛犬〕として、家で飼われているペットが家族の一員としてみなされていた。ペットは、療養者及び介護者の生活時間や空間を共に過ごし、家族内関係における代役を務めていた。

5. 【役割を支えるものへの気づき】

この局面は、【役割の一時的な移行】を行った後に、介護者が、様々な〈社会資源からの支え〉や〈自然の力からの支え〉を認識し、〈励ましと協力の効果〉を得ることで、【役割を支えるものへの気づき】がみられ、在宅療養が継続されていた。

1)〈社会資源からの支え〉

地域にある介護サービスに対して『最初は嫌でしたね。もう、今じゃ毎日誰かがくるよ。皆さんに支えられているからね』、〔いろいろなサービスからの支え〕や『家でみるなんて、考えもしませんでした。でも、訪問看護婦さんが頑張りましょうって』、〔訪問看護師の励まし〕などを受け、介護者は、専門職種からの身体的・精神的な支えがあることに気づいた。また、定期的な訪問診療を受けたり、ヘルパー時間の延長もみられ、多くの社会資源を利用していた。

2)〈自然の力からの支え〉

介護者は、療養者に対して、〔自然を感じる力〕や

『桜を見に外に車椅子で行って、気持ち良かったよ』、〔自然を見る心地よさ〕などの状況から、自然という環境の刺激を支えとして感じていた。また、『お腹をさすつたり、薬草を取りに山にいったりして』、〔自然な手当での効果〕も認識していた。

3)〈励ましと協力の効果〉

介護者は、社会資源や自然の力の活用に伴い、〔親兄弟にもね、いえないことが友達には、言えるんですよ。近くに、幼友達もいて心配してきてくれます〕、〔友人の励まし〕や〔訪問看護師の励まし〕を受けていた。また、社会資源の利用は、〔笑わせるヘルパー〕という関係もあり、在宅療養の明るい面がみられた。在宅での介護者の孤立を防ぐ、〔勇気付けられる患者訪問〕という状況もあり、地域の人々に支えられていた。さらに、最も身近な子供や〔孫の協力〕が得られ、多くの励ましと協力により療養生活が支えられていることを介護者が気づいた。

6. 【最後までみる覚悟】

介護者は、【役割を支えるものへの気づき】から、〈家族内関係の強さの再発見〉がみられ、これまでの介護生活が続けられたことを再認識した。また、日々の介護に対しての療養者との相互作用の中で〈世話をすることのありがたさ〉を感じていた。さらに、今後の在宅療養に対する前向きな姿勢がみられ、【最後までみる覚悟】となった。

1)〈家族内関係の強さの再発見〉

介護者は、介護生活や家族関係を振り返り、『こんないい父、母は、ねえ、いませんよ。アハハ(笑う)。日本一だとおもって、宇宙一だとおもってねえ』〔両親は宇宙一〕や『大事な人だよね。子供には悪いけど』〔子どもには悪いが大事な人〕を感じたりしていた。また、毎日繰り返される介護生活の中で〔世話の楽しさ〕も見つけ出していた。しかし、病状の変化が見られても、療養者は、〔今も威張る親〕の姿を見せたり、〔親としての役割達成〕をすることで、家族内の関係を強めていた。また、生活の場である家に関する、〔先祖への願い〕、〔宗教からの支え〕、〔家訓の教え〕がみられ、家族内関係としての存在を強くしていた。さらに、介護体験を通して素直に〔親への愛情表現〕がみられた。

2)〈世話することのありがたさ〉

介護者は、新たな介護という関係を通して『有難うっていいますよ。色々なことを考えさせてくれたと、世話をして思うんですよ。ありがたいなあって』、〔世話をしてのありがたさ〕や『病気になるまでは、亭主関白で有

難うなんていったことなかったのに、主人は良く言いましたねえ』、[病気になって言えた事]も起きていた。一方、[ありがとうの言い合い]があり、療養者も同様に、お互いに気遣い合っていた。

3) <最後まで面倒みる思い>

介護者は、様々な介護を体験し、『病院では、先生や看護婦さんにみてもらったけど、今オムツ交換もプロですよ』、[介護のプロ]となった。また、介護者の負担が増え、施設サービスの利用も勧められた。しかし、介護者は、これまでの介護への自信とここまで頑張れたという思いの中で、『最後は、病院や施設ではなく、このまま、面倒みるのが一番と考えています』、[施設にいれたくない]や[最後まで面倒みる]から、最期までみる覚悟に至った。

7. 役割認識のプロセスについて

以上の6局面の家族の役割認識のプロセスについては、【私がやる役割の自覚】を(1)、【役割の苦悩】を(2)、【介護役割の広がり】を(3)、【役割の一時的な移行】を(4)、【役割を支えるものへの気づき】を(5)、【最後までみる覚悟】を(6)で表し、そのプロセスを図. 1に示す。また、本研究の研究協力者9名中、この6つの局面のプロセスをたどったのは、5名であった。

次に、6局面の変化をたどらなかつた4名の研究協力者が、どのような役割認識のプロセスを経ていたかについては、図. 2と図. 3に示し、以下概略を述べる。

図. 2のA事例の2名は、【私がやる役割の自覚】から、【役割を支えるものへの気づき】の認識のプロセスがみられた。また、図. 3のB事例の1)の1名は、【役割の苦悩】から始まり、【最期までみる覚悟】に至っていた。さらに、【役割の苦悩】から【役割を支えるものへの気づき】の認識のプロセスにとどまつたB事例2)は、1名であった。

考察

家族の役割は、社会や家族形態の変化と同様に多様で複雑な様相を呈している。フリードマンは、「家族役割の変化が生じるとそれに伴い負担が関与者にかかるのを認識しておく必要がある」¹⁴⁾と述べている。また、岡本吉生は、「家族に対する援助については、認識の変化からスタートすること」¹⁵⁾を指摘していることから、家族が役割を認識する段階から支援プログラムの具体的な開発が必要である。

在宅では、療養者の発病と共に、家族の生活にも変化が生じる。在宅療養者を支える家族が、どのように役割を

認識していくかのプロセスについて以下考察する。

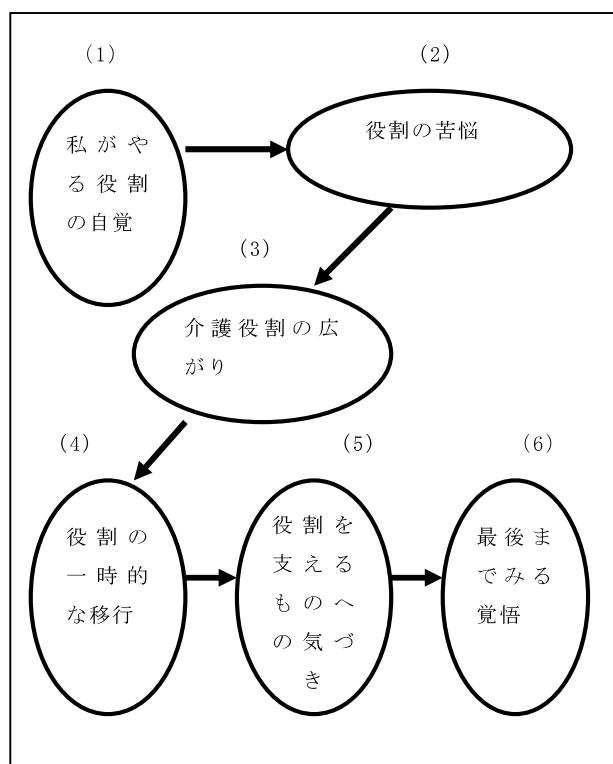


図. 1 家族の役割認識のプロセス

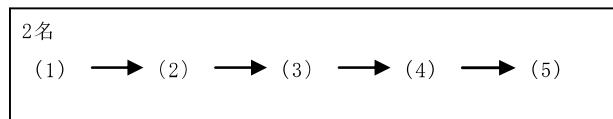


図. 2 A事例の役割認識のプロセス

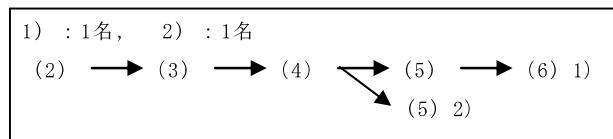


図. 3 B事例1)・2)の役割認識のプロセス

1. 【私がやる役割の自覚】

在宅療養者の生活は、入院生活の延長ではない。それまで築いてきた療養者と介護者の関係のバランスが崩れる。したがって、介護していく上での新たな課題について、両者が共に取り組まなければならない。

在宅療養者を支える家族は、新たな介護生活が始まるこにより、それまでの生活が一変する。

〔手をひかないとトイレもいけない〕状況の療養者の介護内容は、身体的変化や障害の程度により、具体的に決まる。また、[大黒柱がいない]、[面倒みてもらったか

らみる]状況では、それまでの家族内関係の〈立場の変化〉が生じ、新たな関係性が生まれた。

家族の集団的役割の一つである「緊張緩和と情緒的統合の役割が老幼弱者の介護役割に関与している」¹⁶⁾といわれている。したがって、介護の役割が情緒面に働き、[夫婦の役割達成]や[頼って生きてきた関係]、[一緒に寝たりできる関係]があることで、〈夫婦関係の再認識〉や〈親子関係の再認識〉が起こり、介護という役割の自覚をもたらすと考えられる。

介護者の自覚は、家族構成員の中の誰でもない、「私」であり、療養者の生活を共に歩むという意志を持ち、[面倒みるのが仕事]という認識にいたる。二川香里他の研究では、「妊娠を自分のものとして自覚」¹⁷⁾をもつことが主体的な妊娠・出産への取り組みに重要な要素であるとしていることから、在宅介護においても同様に【私がやる役割の自覚】は、主体的な在宅療養への取り組みにおいて重要と考えられる。

看護の方向性は、療養者の身体的变化からの介護の状況や経済面についての変化を把握する。親子や夫婦の関係性を再認識するためには、新たな関係性を擁立できるような関わりを行う。そのためには、まず、介護者が介護や関係性の〈立場の変化〉を受け入れられるように関わる。また、[看病は私がする]という発言を得ることができたり、〈私が面倒みる自覚〉の意志をもてるように、介護者のこころに寄り添いながら支援する。

2.【役割の苦悩】

在宅療養者を支える家族は、【私がやる役割の自覚】を認識し、生活の様々な問題やその対応に直面する。この局面は、介護者が日々の生活からくる、〈介護の苦悩〉と〈役割の苦悩〉を感じ、悩みながら介護する局面である。

〈介護の苦悩〉は、[初めの頃のつらさ]や[病気がわからなかったときのイライラ]など、療養者への接し方の戸惑いや辛さを感じていた。この苦悩は、療養者の病気やその症状などの知識と経験が少ないとによる苦悩と考える。特に、在宅療養の開始時は介護者の戸惑いが強くみられ、療養者の状況を同一視した感情が生まれた。したがって、介護生活の初期の段階で、介護者の思いを受け止め、療養者の立場に立てる介護者の姿勢に賞賛を与える関わりが有用である。

〈立場の苦悩〉では、夫婦の役割認識力が大きい場合に、親子関係の役割の達成が不十分になり、[親としての悔い]がみられた。また、[嫁に迷惑をかけたくない思い]、[兄弟への不満]などがあり、介護者を中心とした家

族内の上下関係やコミュニケーションのネットワーク¹⁸⁾問題を引き起す。したがって、〈立場の苦悩〉は、個々の家族構成員による苦悩の内容が変化するため、家族の勢力構造¹⁹⁾の理解が必要である。

家族の苦悩の理解についての渡邊敏子らの研究では、精神科病棟での切羽詰まつた家族の苦悩を知ることの重要性²⁰⁾を指摘している。したがって、介護者が家族内関係の中でどのような人間関係を築いていたのかを理解することが重要である。

本研究では、研究協力者のうち7名が、介護度Vであったため、療養者と家族のコミュニケーションが十分とれている状況ではない。しかし、介護者が、[病気がわからなかつた時のイライラ]という感情を表出できるように関わることや訪問看護の限られた時間帯であっても、介護者の休息の時間として保障することが必要と考える。

看護の方向性として、〈介護の苦悩〉に対しては、特に、在宅療養の開始の頃の介護の辛さを十分に聴き、戸惑いや不安に対する精神的な支援を行う。戸惑いを引き出すためには、介護についての良きパートナーとして、共に頑張ろうという姿勢で関わり、介護者の価値観を尊重した支援を行う。また、[対応の戸惑い]に対する支援は、療養者の病気に関する情報を提供し、予測される問題等に対する観察や日常生活の援助、[怖くてできないと思っていた処置]など、介護の技術について具体的な指導を行う。

嫁や兄弟などの〈立場の苦悩〉については、それまでの家族の歴史や家族内の勢力関係について把握し、リーダーシップを發揮している家族員と関わる機会を設ける。また、必要に応じて同じ立場や病気の家族会などを紹介する。療養者に対する危機的な状況が予測される場合は、社会資源の活用も検討しなければならない。

3.【介護役割の広がり】

この局面は、【役割の苦悩】の特に〈介護の苦悩〉を認識し、療養者の病状の進行や障害の変化により、役割行動への認識がみられる局面である。

介護者の生活は、介護を行うために、[店を半分しか開けられない]、[午前のパートに仕事を変える]などの状況が起こり、〈仕事量への減少〉がみられた。つまり、それまでの介護者の仕事に携わる時間の一部が介護の時間に割り当てられ、〈自分の余暇時間の縮小〉が起こる。また、〈介護が生活の中心〉となって、介護という役割が拡大し、【介護役割の広がり】を認識した。しかし、短くなった余暇時間を[少しの時間の楽しみ]として、介護者自身が、自分のために限られた時間を使う状況もみられた。このことは、介護者自

身が自己の楽しみを得ることで、その人らしい生活と介護という役割への達成に前向きな姿勢をもたらすと考えられる。

森岡清美他は、介護役割を集団的役割の活動の一つ²¹⁾と述べていることから、【介護役割の広がり】により、他の家族員の集団的役割として、例えば、家事や所得を支える役割などに影響を及ぼすと考えられる。また、介護役割が広がることで、介護者が、【介護生活の疲れ】を感じていた。したがって、介護者自身の生活の質に着目し、介護からくる負担や今後予測される介護について見通し、家族構成員が危機的な状況に陥らないように支援する必要がある。

看護の方向性は、介護が生活の中心となるため、[時間で行う処置]や[薬の管理]などの具体的な介護内容と介護負担の状況について理解する。また、〈仕事量への減少〉や〈自分の余暇時間の縮小〉については、介護者の仕事内容や余暇時間の持ち方についてアセスメントし、[少しの時間の楽しみ]を得られるように、介護者自身の生活の質の向上を目指す支援を行う。

今後の予測される介護状況の広がりについては、保健医療福祉等の関係機関と連絡を密に行い、介護者の心身両面の負担の軽減を図る。

4. 【役割の一時的な移行】

在宅療養者を支える家族は、介護が生活の中心になり【介護役割の広がり】を認識し、在宅療養者や介護者の生活の質を維持するために、介護の一部を他にゆだねる【役割の一時的な移行】の局面を迎える。

介護者が役割の一部をゆだねることができる最も身近な存在は家族である。したがって、様々な家族形態の中で、介護者が、〈他者への信頼〉を寄せることができる家族構成員の存在を把握する必要がある。また、介護者が一時的にでも介護から開放されることは、他者との信頼関係が前提にあることを理解しておかなければならない。したがって、社会資源の利用ができる専門職種への信頼が得られるように、他の機関と連携した関わりをする必要がある。

介護者は、関係的役割を一時的に引き受ける〈家族内関係での代役〉を行う人になる場合がある。したがって、それまでの家族の歴史の中で、どのような代役が療養者にとって必要であるかを理解することが重要である。また、在宅療養者の家で飼われている動物の存在は、在宅療養者や介護者にとって、日常生活の刺激であり、プラスの感情を呼ぶことになり、生活のゆとりとつながる。それは、【子供代わりの愛犬】の存在であり、本研究協力者の5家族が、自宅で犬を飼い、さらに、その1家族の犬は、療養者が寝ている部屋の中を自由に移動していた。現代社会が、家族関係の希薄さ

を指摘されている中で、家族の一員として、ペットをみる傾向にあり、本研究の家族の操作的定義に「個人が家族だと認めるものすべてが家族である」とした理由がここである。

看護の方向性は、介護者と〈他者への信頼〉を得るために良い人間関係を築くことである。特に、介護者が家族内における協力者との人間関係が良好でない場合、〈介護の代行〉を受け入れる社会資源等の調整を行う。具体的には、[ヘルパーによる訪問入浴]などの活用を勧める。家族内における介護者以外の家族に、一時的な〈介護の代行〉を検討する場合は、介護者の意志を尊重しなければならない。したがって、具体的に介護のどの部分をゆだねができるのかについて、介護者及び介護者以外の家族と一緒に関わり、家族内で話し合いを勧め、介護者の負担の軽減を図る。

〈家族内関係での代役〉については、療養者にとって家族の代役が必要であることを理解し、介護者に対して、その代役の役割を演じることが、療養者とより良い人間関係を築くことにつながることを気づけるように関わる。

5. 【役割を支えるものへの気づき】

介護者は、【役割の一時的な移行】である社会資源を生活の中に組みいれて、介護負担の軽減を図っている。次の【役割を支えるものへの気づき】は、介護者が在宅療養の継続のために、介護がさまざまなものに支えられていることを認識する局面である。

在宅療養者及び家族は、地域に住む生活者であり、今までの生活において、その土地の行事や風習に支えられて生活している。したがって、家族の役割を支えるものは、当然、居住する地域の社会資源の影響を受ける。また、その地域にある自然環境も資源として使う。

在宅療養者が住む身近な〈社会資源からの支え〉を活用するためには、地域の社会資源を十分把握し、個々の家族の経済力や介護力に応じた情報提供を行う必要がある。

介護者は、毎日の介護生活に、[自然な手当での効果]を工夫し、その土地の習慣や生活の知恵を生かし、療養者に対しての気遣いがみられた。このことは、医療にかかる前に、家庭で行われる看護であり、その地域の風習や文化の影響を受けるため、看護者の価値観のみで判断しないようにしなければならない。

[友人の励まし]、[訪問看護師の励まし]、[笑わせてくれるヘルパー]、[勇気付けられた患者訪問]などは、フリードマンの指摘している公的でない潜在的な役割として、勇気付ける人や調和者、仲間、調整者の役割²²⁾を担っている。したがって、それらの人々からの〈励ましと協力の効果〉

が，在宅療養に対する前向きな姿勢の原動力となり，家族の役割を支える重要な視点であると考えられる。

看護の方向性は，社会資源や自然の力を十分に活用し，介護者の生活の質を高め，介護に前向きになれるよう支援する。

〈自然の力からの支え〉の〔自然な手当ての効果〕に対しては，介護者の判断についての評価をせず，介護者の価値観を尊重し，さらに，地域の風習や文化について，受容した態度で関わる。

子供や孫などの家族の協力や専門職種の協力を得て，〈励ましと協力の効果〉がみられる場合は，地域の絆，家族内関係の存在について高く評価する。具体的には〔訪問看護師の励まし〕など，共に療養者を支える立場で励まし合うように支援する。

6. 【最後までみる覚悟】

介護者は，様々な資源や多くの支えを受けて，【最期までみる覚悟】を認識する。それまで，療養者の介護を行ってきた「私」が，これまでのように，あるいは，これまで以上に，在宅でより良い介護を行うために【最期までみる覚悟】という認識に至る局面である。

〔両親は宇宙一〕や〔親への愛情表現〕を伝えられる関係には，それまでの家族内の人間関係が影響している。介護者は，在宅療養を支えながら，〔親としての役割達成〕や〔世話の楽しさ〕を見つけ，新たな家族内関係の強さをもたらし，また，その土地の風習や代々伝わる家の習慣がみられた。

関係的役割²³⁾には，相手の欲求を充足させる役割があることから，その役割を受け継ぐことは，家族内の関係性を強める。したがって，介護者が何を一番大事に考えているのかを理解し，看護者の価値観にとらわれない支援が重要となる。岡本吉生は，「過去の世代から脈々と受け継いだ価値観や信念や期待などが，家族に重荷としてのしかかっている場合がある」²⁴⁾と指摘していることから，〔家訓の継承〕については，介護者が重荷になっている場合もあることを忘れずに，その家に伝わる事柄について確かめていかなければならない。

介護者は，24時間，365日の介護生活を通して，〔病気になって言えた事〕や〔世話することのありがたさ〕を感じていた。フリードマンは「家族の役割には，顕在的・手段的に機能したり，潜在的・感情的に機能する二つの役割がある」²⁵⁾と述べていることから，介護という役割自体に対する感謝の思いは，後者の感情的に機能するものであり，〔最期まで面倒みる思い〕という認識に影響を与えていると考えられる。

毎日繰り返される介護生活で，〔介護のプロ〕という状況にある介護者は，介護への自信を持っていた。したがって，【最期までみる覚悟】という局面には，そのような介護の自信と〔施設に入れたくない〕思いが強く働く。このことは，在宅で可能な限り「私」が最期まで介護をするという強い意志が反映されていると考える。

看護の方向性としては，〔家族内関係の強さの再発見〕をするために，毎日繰り返されている介護が家族内関係を深めていることに気づけるように関わる。

〔世話することのありがたさ〕への支援は，〔病気になって言えた事〕などが得られるように，介護者がどのような思いでいるのかを十分に聞き取り理解する。また，介護者の感情や〔親への愛情表現〕が療養者に伝わるように，まず，それまでの療養者との関係について気づいたことなどを語る場を作り，介護者の精神的支援を行う。さらに，多様な家族形態の中で，それぞれの家族の風習や宗教を尊重して，療養者及び家族の希望する在宅療養のあり方について，看護者も共有できるような信頼関係を築いていく。

〔最期まで面倒みる思い〕への支援については，介護者が，〔介護のプロ〕と感じられるように，生活援助の一つについて，自信をもてるように関わる。また，〔施設には入れたくない〕という介護者の思いを受け止め，介護者の意志を尊重し，在宅療養を継続できるように，介護者の心身のサポートを行う。

7. 役割認識のプロセスについて

以上の6局面をとどらなかったA，B事例の役割認識のプロセスについて以下考察する。

図.2のA事例の2名の役割認識のプロセスは，〔私がやる役割の自覚〕から〔役割を支えるものへの気づき〕の認識でとどまり，〔最後までみる覚悟〕までに至っていないかった。

A事例の1名の在宅療養者は，介護度5であり，週2回の訪問看護や訪問入浴とそれ以外の日にも訪問介護を毎日受けている状況であった。療養者と二人暮らしのため，〔私がやる役割の自覚〕は，大変強かった。しかし，〔社会資源からの支え〕が多いことや介護者の年齢も50歳代であり，まさに，〔役割を支えるものへの気づき〕のさなかにいて，将来の介護についてどう関わるかを考えること自体ができるない状況であったと考える。また，本研究の調査者の面接技術の影響もあり，介護者の思いを十分表出させる力が不足していたことも考えられる。

他の1名の在宅療養者は，介護度3であり，身体の一部に障害はみられたものの，自分でできることが多く，さらに，週に二回の訪問リハビリテーションを積極的に受け

いたことから〈社会資源からの支え〉の認識を強く感じていたと考える。介護者は、[私がやる自覚]をもっていたが、療養者の前向きで、積極的な姿勢を毎日みることにより、介護の負担感が軽減し、さらに、病気の回復への期待が強まり、将来の介護について考えられない状況であったのではないかだろうか。

A事例の介護者たちへは、介護や家族内役割の達成感が得られるように関わり、〈家族内関係の強さの再発見〉や〈世話をすることのありがたさ〉の発言が得られるよう関わっていくことが重要である。

次に、図. 3のB事例一1)の場合は、【役割の苦悩】の認識から、【最期までみる覚悟】に至っている。このプロセスをたどった介護者は、介護者自身の身体的な健康面において多くの問題を抱えていた。また、実際の介護状況としては、毎日の訪問介護(一回に30分)を朝夕に利用していた。さらに、日中の時間帯の介護は、同居していない次女の協力があり、役割を支えるものへの気づきはあったが、【私がやる役割の自覚】の認識が見られなかった。このことは、在宅療養を決意したとき、役割の自覚はあったものの「私が」という部分での認識が難しかったのではないだろうかと考える。また、介護者は、自らの介護力の低下について、他の家族の協力や社会資源の活用により、[一緒にいるありがたさ]や[宗教からの支え]を受け、【最期までみる覚悟】に至っていた。したがって、在宅療養が開始された早期に、介護者の身体的・精神的問題を十分理解し、在宅療養に取り組む意志を高く評価する関わりが必要である。

図. 3のB事例一2)の在宅療養者は、12年という長期の寝たきり状態であり〈社会資源からの支え〉が多く、まさに、[介護が生活の中心]で〈介護の苦悩〉に長く直面していた。役割認識のプロセスは、【役割の苦悩】の認識から【役割を支えるものへの気づき】に留まり、【最後までみる覚悟】までに至ることができなかつた。このことは、介護の苦悩が非常に強い状況にあり、役割を支えるものへの気づきはありながらも、毎日繰り返される介護に、奔走し、将来を見通す余裕がみられないからではないだろうか。関わりについては、B事例一1)の場合と同様に、介護者の意志を高く評価した関わりを行う。また、〈家族内関係の強さの再発見〉や〈世話をすることのありがたさ〉の発言が得られるように支援する必要がある。

在宅療養を継続するためには、介護者が図. 1の役割認識をするプロセスのどの段階にあるのかについて理解し、介護状況を前向きに捉えられるように、家族の役割認識のプロセスに即して、看護の力を發揮し、家族に対する支援を行うことが重要である。

結論

在宅療養者を支える家族の役割認識のプロセスは、介護者が【私がやる役割の自覚】を持ち、【役割の苦悩】を認識する。介護が生活の中心となり【介護役割の広がり】を生じ、介護者の生活の質を向上させるために【役割の一時的な移行】が起こり、【役割を支えるものへの気づき】がみられ、【最後までみる覚悟】に至った。

在宅で生活する療養者を支える家族の役割認識は、〈立場の変化〉から〈親子関係の再認識〉、〈夫婦関係の再認識〉し、【私がやる役割の自覚】を持つ。介護と家族内関係からくる【役割の苦悩】が起こり、〈介護が生活の中心〉になるため、〈自分の余暇時間の縮小〉により、【介護役割の広がり】を認識する。在宅療養を継続するためには、〈他者への信頼〉、〈介護の代行〉、〈家族内関係での代役〉による【役割の一時的な移行】が行われ、〈社会資源からの支え〉、〈自然の力からの支え〉、〈励ましと協力の効果〉から【役割を支えるものへの気づき】となり、また、〈世話をすることのありがたさ〉、〈家族内関係の強さの再発見〉、〈最後まで面倒みる思い〉から【最後までみる覚悟】という役割の認識に至るプロセスが明らかになった。

本研究は、9家族から得られたデータの分析ではあるが、家族機能を支える家族の役割に着目して、その意味づけを試みた点に意味がある。また、家族の役割の認識に即した看護の方向性が示唆された。

今後の課題は、在宅療養者とその家族が、毎日の生活の中で、相互作用しながら変化するものであるから、療養者の立場での家族の役割について調査を広げ、継続した研究に発展させたい。

謝辞

本研究にこころよく聞き取り調査にご協力をいただきました9名のご家族の皆様に、この場をお借りして、心より御礼申し上げます。また、研究過程に、ご指導をいただきました放送大学大学院仙波純一教授に感謝申し上げます。

なお、本稿は、2005年度放送大学大学院文化科学研究科修士課程、環境システム科学群に提出した学位論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

引用文献

- 1)<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/06/index1.html>厚生労働省「平成18年度 介護保険事業状況報告(年報)(参考1)年度別給付費の推移」
- 2)高齢社会白書:高齢化の状況「家族と介護」、厚生労働省平成13年国民生活基礎調査」、2004,3-8.

- 3)森岡清美・望月嵩:四訂版 新しい家族社会,培風館, 2003, 91.
- 4)石川実:現代家族の社会学, 有斐閣, 1997, 86.
- 5)三宅貴夫:痴呆性高齢者の介護家族会の現状と課題, 老年社会科学, 2003, 25, 360-366.
- 6)田中ひろみ,阿部弘美, 笹谷孝子,竹田奈央,高正麻紀,野村千春:在宅で看取りを可能にした支援について, 看取りを終えた介護者の「思い」から, 日本看護学会論文集, 成人看護Ⅱ, 2005, 24-26.
- 7)浅見澄枝, 三間真希子, 村山みゆき, 宮下一枝: 終末期にあるペイントコントロールが必要な患者と家族への支援, 家族の役割の変化に注目して, 新潟県がんセンター病院看護部看護研究, 2006, 106.
- 8)Marilyn M. Friedman:Family Nursing Theory and Assessment,california,1987,野嶋佐由美監訳:家族看護学, へるす出版, 1993,61-75.
- 9)同上, 8)5.
- 10)同上, 8)218.
- 11)ロレイン・M・ライト, ウェインディ・L・ワトソン, ジャニス・M・ベル:THE HEART OF HEALING IN FAMILIES AND ILLNESS,NewYork, 1996, 杉下知子監訳:ビリーフ, 家族看護実践の新たなパラダイム, 日本看護協会出版会, 2002,48.
- 12)同上, 3)90.
- 13)同上, 8)231.
- 14)同上, 8)231.
- 15)岡本吉生:家族ライフサイクルと家族ストレス, 埼玉県立大学紀要(2), 2000, 213.
- 16)同上, 3)91.
- 17)二川香里, 永山くに子:妊娠褥婦の主体的な取り組み, 助産院での総合的面接を通して, 母性衛生, 2005,46(2), 257-266.
- 18)同上, 8)206.
- 19)同上, 8)209.
- 20)渡邊敏子・片岡三佳・高橋香織・山内美代子:精神科病棟での家族援助の内容と気づきの検討, 岐阜県立看護大学紀要, 2005, 5(1), 19-25.
- 21)同上, 3)91.
- 22)同上, 8)231.
- 23)同上, 3)95.
- 24)同上, 15)214.
- 25)同上, 8)92.

(2008年4月17日受付, 2008年6月26日受理)

<Original Article>

A Study of the Role of Family Members Caring for People Receiving Medical Care while Living at Home: The Process of Role Recognition by the Family and the Procedure of Nursing Care

Miyuki Handa

Doctoral Program , Graduate School of Nursing , Iwate Prefectural University

Abstract

Introduction : The long-term care insurance system was launched in April 2000. The number of people making use of home service such as home-visit nursing care home help service and home-visit rehabilitation are increasing year by year. However , there still remains serious and complicated problems like collapse the relationship among family, murder caused by suffering from hard care and abuse for senior citizen . Accompanied with the development of medical technique, Family members are much more burdened with looking after a person who needs serious medical treatment ,and they are obliged to do various care works in those situations. There are some previous studies about the importance of family role and role allocation in family.

Aim : The purpose of this research is to classify the process that family care givers recognizes his/her own role, and also to consider what the family support is.

Methods: I observed and recorded the nine family care givers facing home care of the senile aged . I classified their process of recognition roles by the analytic induction.

Findings : I could classify the process into the six categories as below ; [The consciousness of a family care giver's own role] [The hardship accompanied with roles] [The expanse of the role in care nursing] [The temporary shift of the role] [The recognition of the things that supports the role] [The resolution to care for until the last moment at home].

Conclusion: The role of family members changes when the family face nursing senile aged person at home. Family care givers recognizes his / her position and relationship among a family care giver and a person who needs medical care ,and who are parents and a child or a couple. Furthermore, family care givers have to expand their roles, suffering from hard care and relationship, in the situation of the lack of his/her free time, because of the care becomes core in his/her life. I learned that family care givers recognizes the things that support his/her roles. The results suggested the supports suitable for the recognition of the roles in family.

Keywords: qualitative study, family care givers to support person at home,
the role of family members, a process of the role recognition

〈研究報告〉

岩手県において精神病者監護法はどう取り扱ってきたか —「精神病者監護法令取扱手続」を読み解く—

田辺 有理子

岩手県立大学 看護学部

要旨

1900(明治33)年に制定された精神病者監護法の下で、岩手県の精神障害者がどのような待遇を受けてきたのかを調べる中、岩手県の「精神病者監護法令取扱手続」が見つかった。この条文を現代文に訳し、精神病者監護法による岩手県の監置の実態と合わせて、精神障害者の待遇について検討した。

第1条から第10条までは、監置の手続き上の規定で、特に第2条には、監置の届け出があった際の調査項目が10項目に渡って詳細に示されていた。病状に関する項目のほか、家族親族に関する項目や監護義務者と診断医との関係に関する項目があり、家族の利害関係による不当な監置が行われないよう配慮されていた。また、一度監置されると一生監置を解かれなかつたという通説と異なり、岩手県の監置は、状態が改善すれば監置を廃止し、悪化すれば再び監置することを想定した規定であった。

第11条は、私宅監置室の構造に関する規定で、岩手県の私宅監置室は床面積が2坪半と広い基準になっていた。室内の採光、換気、衛生面への配慮がみられ、緊急時には避難できる出入り口の設置、逃亡自殺など危険がないようにと安全に配慮した規定であった。また、精神病者監護法制定時、岩手県には精神科病院がなく、病室に関する条文がなかつた。

第12条から第16条までは、警察の業務に関する規定であつた。警察の職位によって監置状況に関する視察の回数が定められ、1件の監置に対して一か月に少なくとも3回は警察による視察が行なわれていた。視察の内容は、規定に違背していないか、危険がないか、衛生面に問題はないかなど、監置された側への配慮がみられた。また、警察には監置に関して台帳が備えられ、加除修正されていた。

キーワード：精神病者監護法、監置、歴史、岩手県

1. はじめに

精神科領域の看護に携わる者にとって、日本の精神障害者の待遇に関する国の施策や法律の変遷は、重要かつ基本となる知識である。明治時代初期より、各都道府県では、精神障害者の待遇に関する規定が警察関連法規で管理されており、1900(明治33)年に精神病者監護法^①が制定されたことにより、精神障害者の待遇規定が一律に制度化された。しかし、同法制定後もその下位規定は各都道府県に委ねられていた。そのため、精神障害者の待遇に関する規定には都道府県レベルで違いがみられた。この地域ごとの違いに関して、これまで十分な検討は行われてこなかつた。精神病者監護法に関する各都道府県の規則を扱った先行研究として、橋本^{②③}が2003(平成15)年に全国の公立図書館あるいは公文書館に対して「精神病者監護法に関する施行・取扱手続」の有無を問い合わせ、16府県に監置室の

構造に関する規定があつたとされる。しかし、各都道府県の規則全体について言及したものはほとんど見当たらない。

著者は精神病者監護法が施行されていた時代の監置の状況を明らかにするため、岩手県に関する資料を調査してきた。そのプロセスの中で、監置の人数に関する統計資料と合わせて、精神病者監護法の具体的な細目を岩手県ではどのように取り扱ってきたのかを明らかにするための史料を探していたところ、岩手県の「精神病者監護法令取扱手続」^④を見つけることができた。岩手県は、この先行研究で検討された16府県には含まれていないが、今回見つかった「精神病者監護法令取扱手続」には、監置室の構造に関する規定が含まれていた。したがって、今回発見された文書は、先行研究において、取扱手続が無いと回答されたか無回答として、分析の対象とならなかつたと考えられるものである。

精神科医療の歴史に関する研究は、早期に精神科病院が開設された京都や東京など一部の地域に限定され、東北地方に関するものは少ない。特に岩手県の精神病者監護法の取り扱いに関するものは見当たらない。また、東京帝国大学の医師呉秀三が1918(大正7)年に著した『精神病者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察』⁵⁾は全国の私宅監置の状況調査として知られているが、岩手県はこの調査の対象にならなかった。このように、岩手県における精神障害者処遇の歴史に関して、調査研究がほとんど行われず、未確認の部分が多い。その中で、今回見つかった史料は精神病者監護法に関する岩手県の処遇規定を知る上で重要なものである。

本稿では、この「精神病者監護法令取扱手続」を読み解き、岩手県では精神病者監護法がどのように取り扱われてきたのかという視点を軸に、精神病者監護法による岩手県の監置の実態と合わせて、精神障害者の処遇について推察していく。なお、精神病者・瘋癲・白痴などの用語は現在用いられないが、資料から原文を明確に示すため、そのまま引用している。

2. 「精神病者監護法令取扱手続」全文^(史料)

岩手県の「精神病者監護法令取扱手続」(明治33年8月29日、訓令丁第38號)は、16条からなる。

「精神病者監護法令取扱手続」

第1条

施行規則第1条または第2条により届け出があったときは監護義務者順位の変更は真正の同意を経たものかどうか、親族会が選任した監護義務者は正当の手続きによるものかどうかを調査し意見を添えて進達すること。

第2条

施行規則第3条第1項及び第4条第2項の、願い出または届け出を受けたときは左の各号を調査し意見を添えて進達すること。

1. 発病の原因

2. 発病の年月日

3. 発作中の挙動

4. 病者と家族及び親族間の関係その他一家の事情

5. 発病後家族及び親族等の病者に対する待遇の状況

6. 診断医と看護義務者との関係

7. 以前に監置した者については当時の事情

8. 資産の状態

9. 監置方法及び場所の適否ならびに監置室の構造設備

10. その他必要と認める事項

第3条

施行規則第3条第2項の届け出を受けたときは前条に準じて調査を行ない、もし監置の必要がないものと認めるとときは意見を添えて急報すること。

第4条

施行規則第4条第1項の願い出を受けたときは第2条の各号を調査し許否すること。

第5条

法律第4条及び施行規則第7条により監置の方法又は場所変更の届け出を受けたときは、その適否を調査し意見を添えて進達すること。

第6条

法律第6条及び法律第8条第3項に該当し精神病者を市町村長に監置させる必要があると認めるときは、その状況を添えて報告すること。

第7条

勅令第2条により精神病者を市町村長に引き渡すよう命ぜられたとき、または急迫の事情により仮に市町村長に引き渡すときは、引き渡し書を調製し病者と共にこれを引き渡し交付録に証印を取り置くこと。

第8条

法律第7条及び施行規則第10条により監置の許可を取り消し監置の廃止を命令し、または監置の方法もしくは場所の変更を命令する必要があるときは事由を詳しく添えて報告すること。法律第7条第2項により直接監護を廃止する必要があるとき、もしくは法律第8条第1項により監護義務者を指定する必要があると認めるときもまた同様である。

法律第8条第1項但し書き勅令第2条但し書き及び施行規則第10条但し書きにより指揮を請うときは急迫を要する事情その他必要な事項を詳しく添えること。

法律第8条第4項の願い出を受けたときは意見を添えて進達すること。

第9条

勅令第1条第2項または同第3条第1項により市町村長に同意を与えもしくは通知を受けたときはその旨を報告すること。

第10条

市町村長に於いて監護する精神病者の監護義務者を発見したときは監護義務者その義務を履行し得るに至ったと認めるときは左の各号を調査し意見を添えて報告すること。

1. 監護義務者の住所氏名年齢

2. 監護義務者の順位

3. 精神病者及び監護義務者の資産、併せて生計の程度

4. その他必要と認める事項

第11条

私宅監置室は資力の程度及び精神病者の症状により自ら一定し難いが概ね左の各号を調査許否することを要する。

1. 家室内で可域2坪半以上の部屋であること
2. 光線の注射、空気の流通に支障がないこと
3. 床は地上1尺以上で板張りとし畳を敷くこと
4. 非常事変に際し容易に危難を避けることができる出入

り口を設けること

5. 逃亡自殺など危険の虞がある構造を避けること
6. 便所は衛生上適当な構造設備とすること

第12条

他府県に住所を有する精神病者で本県下の精神病院または普通病院の精神病室に監置したいと願い出または届け出があったときは、第2条各号の事実をその所轄警察署に照会すること。

第13条

警察署長警察分署長は1年に1回以上精神病者がいる家宅・病院または病室等を臨検し左の各号を視察し、尚警部または巡査部長は毎月1回以上、受け持ち巡査は毎月2回以上視察するべきである。

1. 患者待遇の状況
2. 拘束の程度を超えることがないかどうか
3. 法令の規定に違背していることがないかどうか
4. 構造設備等毀損朽廃して危険の虞がないかどうか
5. 室内及び寝具飲食品等は清潔を保ち衛生上支障がないかどうか

第14条

第2条第3条第5条第11条の調査は署長に於いて現場に臨検これを為すこと。

もし事故があったときは警部または巡査部長にこれを為させること。

第15条

警察署に於いては精神病者の台帳を備え置き出入りの都度加除修正を加えること。

台帳は病院病室または私宅監置室等各区分を設けること。

逃亡死亡その他精神病者の身上に異動を生じたときは備考欄に記入すること。

第16条

第6条の引き渡し書及び第14条の台帳は左記第1号乃至第3号様式に拠ること。

3. 「精神病者監護法令取扱手続」の位置付け

条文の中に、「法律」、「施行規則」、「勅令」という文言がある。ここで、これらの法令を整理しておく。「法律」は精神病者監護法のことで、明治33年3月9日、法律第38号として制定された。「施行規則」は、内務省令第35号精神病者監護法施行規則^⑥で、精神病者監護法制定後の明治33年6月28日に発布された。「勅令」は、勅令第282号「精神病者監護法第6条及第8条第3項に依れる監護に関する件」^⑦で、「施行規則」発布の翌日、明治33年6月29日に発布された。

精神病者監護法第9条第2項に「私宅監置室、公私立精神病院の精神病室の構造設備および管理方法に関する規定は命令を以てこれを定める」とされ、精神病院の設立および管理に関する各都道府県の規則が次第に定められていった^⑧。岩手県の「精神病者監護法令取扱手続」は、「勅令」発布からわずか2か月後の明治33年8月29日に訓令丁第38號として制定されており、全国的にみても早い段階で精神病者監護法の取扱いや手続きが整備されたといえる。

4. 岩手県における監置の人数

岩手県の「精神病者監護法令取扱手続」によって、どれだけの監置手続きが行なわれていたのだろうか。これまでの著者の調査^⑨で明らかになった岩手県における監置の実態の概観を示す。

1900(明治33)年の精神病者監護法制定によって、精神障害者の監置が合法的に認められ、1950(昭和25)年の精神衛生法制定によって私宅監置は廃止された。岩手県の監置の人数に関しては、『岩手県警察統計書』と『府県統計書岩手県』により、1903(明治36)年から1941(昭和16)年の39年間の各警察署別の統計が記録として残されていた。各年の年末数として、43人から170人までの監置が実数として明らかになった。今回見つかった岩手県の「精神病者監護法令取扱手続」によって、これらの監置の手続きや管理が行なわれたといえる。

5. 監置の手続き

第1条から第10条までは、監置の手続き上の規定であった。

第一條 施行規則第一條又ハ第二條ニ依リ届出タルトキハ
監護義務者順位ノ変更ハ真正ノ同意ヲ経タルモノ
ナルヤ親族會ノ撰任シタル監護義務者ハ正當ノ手
續ニ據リタルモノナルヤヲ調査シ意見ヲ具シ進達

スヘシ

第二條 施行規則第三條第一項及第四條第二項ノ願出又ハ届出ヲ受ケタルトキハ左ノ各號ヲ調査シ意見ヲ具シ進達スヘシ

- 一 発病ノ原因
- ニ 発病ノ年月日
- 三 発作中ノ挙動
- 四 病者ト家族及親族間ノ関係其他一家ノ事情
- 五 発病後家族及親族等ノ病者ニ對スル待遇ノ状況
- 六 診断医ト看護義務者トノ関係
- 七 曾テ監置ヲ為シタル者ニ就テハ當時ノ事情
- 八 資産ノ状態
- 九 監置方法及場所ノ適否並監置室ノ構造設備
- 十 其他必要ト認ムル事項

第八條 法律第七條及施行規則第十條ニ依リ監置ノ許可ヲ取消シ監置ノ廃止ヲ命シ又ハ監置ノ方法若クハ場所ノ変更ヲ命スヘキ必要アルトキハ事由ヲ詳具シ報告スヘシ

法律第七條第二項ニ依リ直接監置ヲ廃止スルノ必要アルトキ若クハ法律第八條第一項ニ依リ監護義務者ヲ指定スルノ必要アリト認ムルトキ亦同シ
法律第八條第一項但書勅令第二條但書及ヒ施行規則第十條但書ニヨリ指揮ヲ請フトキハ急迫ヲ要シタル事情其他必要ノ事項ヲ詳具スヘシ
法律第八條第四項ノ願出ヲ受ケタルトキハ意見ヲ具シ進達スヘシ

特に第2条には、監置の届け出があった際の調査項目が10項目に渡って詳細に示されていた。「1. 発病の原因」、「2. 発病の年月日」、「3. 発作中の挙動」の発病に関する項目のほか、「4. 病者と家族及び親族間の関係その他一家の事情」、「5. 発病後家族及び親族等の病者に対する待遇の状況」の項目からは、家族の利害関係による不当な監置が行われないように注意が払われていたことが読み取れる。さらに、「6. 診断医と看護義務者との関係」について、監置される患者が不当に診断されることがないように配慮されていたと考えられる。

また、「7. 以前に監置した者については当時の事情」とあり、監置されて一度監置を廃止したものが再び監置される場合についての調査項目が示されている。監置の廃止については、精神病者監護法第7条、「精神病者監護法施行規則」⁶⁾第10条および岩手県「精神病者監護法令取

扱手続」第8条に規定されている。呉¹⁰⁾が「病者は遂に終生幽囚の身と為りて再び天日を仰ぐに由なきは無期徒刑囚にも似て却って遙に之に劣るとも云ふべし。精神病者の私宅に監置せらるるものに至りては、實に囚人以下の冷遇を受くるものと謂ふべし。」と述べたように、一度監置されると一生監置が解かれなかつたというのが通説であつた。しかし、岩手県の監置に関する統計資料によると、1904(明治37)年から1927(昭和2)年の24年間に延べにして194人が治癒として監置を廃止されており、監置のまま死亡した191人を上回っていた。また、監置の開始を意味する「発病」が初発と再発に分けて記録されていた1913(大正2)年から1927(昭和2)年まで15年間の資料の中で、再発に21人の記載があり、一度監置を解かれても、その一部は再び監置され、「精神病者監護法令取扱手続」第2条に従つて手続きが行われていたことになる。岩手県の監置は、状態が改善すれば監置を廃止し、悪化すれば再び監置することを想定していたと推察される。

6. 監置室の構造

第11条は、監置室の構造に関する規定であった。

第十一條 私宅監置室ハ資力ノ程度及精神病者ノ症状ニ依リ自ラ一定シ難シト雖モ概ネ左ノ各號ヲ調査許否スルヲ要ス

- 一 家宅内ニシテ可域貳坪半以上ノ室タル事
- 二 光線ノ注射空氣ノ流通ニ支障ナキ事
- 三 床ハ地上壹尺以上ニシテ板張トシ畳ヲ敷ク事
- 四 非常事変ニ際シ容易ニ危難ヲ避ケシメ得ヘキ出入口ヲ設クル事
- 五 逃亡自殺等危険ノ虞アル構造ヲ避ケル事
- 六 廁園ハ衛生上適當ナル構造設備タル事

監置室の構造について、精神病者監護法第9条第2項に「私宅監置室、公私立精神病院の精神病室の構造設備および管理方法に関する規定は命令を以てこれを定める」とされ、各都道府県に任されていた。したがつて、監置室は各都道府県による差異があつた規定の一つといえる。

岩手県の私宅監置室の構造に関する規定において、特に他県と違う点は、監置室の広さである。岩手県では、私宅監置室は家宅内で2坪半以上即ち畳5枚分以上の部屋と定められていた。橋本²⁾⁻³⁾の全国調査では、監置室の構造に関する規定があつた16都道府県(秋田県、福島県、埼玉県、千葉県、東京都(都)、山梨県、富山県、石川県、愛知県、京都府、滋賀県、大阪府、島根県、香川県、

高知県、沖縄県)の床面積の基準は平均約1.4坪であり、岩手県の床面積は、他県に比べて広い基準だった。

その他の項目として、私宅監置室の採光、換気の配慮がみられ、便所は衛生的な構造設備とすることとされた。さらに、緊急時には避難できる出入り口の設置、逃亡自殺など危険がないようにと安全に配慮した規定があった。

岩手県の私宅監置室に関して、精神病者監護法制定以前の1886(明治19)年、県甲達第45號「瘋癲人取締規則」¹¹⁾にその一部が規定されていた。そこには監置室の面積や設備に関する項目はないが、「室内を換気し清潔に掃除すること」、「水火災の場合には速やかに解放すること」など「精神病者監護法令取扱手続」の規定に類似する規定があった。岩手県の監置室の規定は、精神病者監護法制定以前に都道府県ごとに決められていた規則の一つである岩手県の「瘋癲人取締規則」¹¹⁾を基に規定されていたことが推察される。

私宅監置室に関して、床面積、床下の高さ、畳などの敷物、出入り口、排泄設備、採光、換気は、多くの都道府県にそれぞれの規定があり、岩手県でも同様の視点から規定が検討されていたと推察される。これらの項目は、現代の精神科病院における隔離室・保護室にも共通して、採光、換気、排泄設備の衛生などは、隔離を要する患者を看護する上でも基本となる視点である。

また、精神病者監護法第9条第2項では、私宅監置室のほかに公私立精神病院及び公私立病院の精神病室についても規定することとされたが、岩手県の「精神病者監護法令取扱手続」は私宅監置室に関する規定のみで、公私立精神病院及び公私立病院の精神病室についての条文は見当たらない。それは、精神病者監護法が制定された1900(明治33)年時点で、岩手県にはまだ精神科病院がなく、また、病院開設の計画もなかったためと推察される。

岩手県で初めて開設された精神科病院は、財團法人岩手済世医会岩手保養院(岩手県盛岡市加賀野)である。初めての入院受け入れは1932(昭和7)年9月1日とされ¹²⁾、精神病者監護法および岩手県の「精神病者法令取扱手続」制定から32年後のことである。1950(昭和25)年の精神衛生法制定により、公立精神病院が設置されるまで、県内の精神科病院はこの一施設のみであり、岩手県の精神科医療の基礎となり、また北東北の初期の精神科医療に広く貢献したと考えられる。しかし、その病室の基準は「精神病者監護法令取扱手続」には規定されていなかったため、規則に照らして検討することはできない。

7. 警察の巡視

第12条から第16条は、警察に関する規定であった。

第十三條 警察署長警察分署長ハ壹ヶ年壹回以上精神病者アル家宅病院又ハ病室等ヲ臨検左ノ各號ヲ視察シ尚ホ警部又ハ巡査部長ヲシテ毎月壹回以上受持巡査ヲシテ毎月貳回以上視察セシムヘシ

- 一 患者待遇ノ状況
- 二 拘束ノ程度ヲ超ユルコトナキヤ否
- 三 法令ノ規定ニ違背セルコトナキヤ否
- 四 構造設備等毀損朽廢シテ危険ノ虞ナキヤ否
- 五 室内及臥具飲食品等ハ清潔ヲ保チ衛生上支障ナキヤ否

第13条は、監置の状況の視察に関することで、警察署長警察分署長は1年に1回以上、警部または巡査部長は毎月1回以上、受け持ち巡査は毎月2回以上と警察の職位によって視察の回数が決められていた。この規定が遵守されていたとすれば、ひと月に少なくとも延べ3回は監置に関する視察が行われていたことになる。

視察の内容は、「1. 患者待遇の状況」、「2. 拘束の程度を超えることがないかどうか」、「3. 法令の規定に違背していることがないかどうか」、「4. 構造設備等毀損朽廢して危険の虞がないかどうか」、「5. 室内及び寝具や飲食品等は清潔を保ち衛生上支障がないかどうか」であり、規定に違背していないか、危険がないか、衛生に問題はないかなど、監置された者への配慮が明文化されていた。また、監置の届け出があったとき、監置の方法場所を変更したときには、監置の場所へ出向いて検査することが規定されていた。

警察が関与する条文については、精神病者監護法では監置が警察の管理下に置かれていることや、同法制定以前の各都道府県による規則は警察関連のものだったことが影響していたと考えられる。同法制定以前の岩手県における規則としては、前述の県甲達第45號「瘋癲人取締規則」¹¹⁾と、その一週間後に発布された警坤第35號「瘋癲人取扱手續」¹³⁾が確認できている。

これらの条文の中に、「精神病者監護法令取扱手続」に類似した内容が含まれており、監置室の構造に関する規定と同様に、「精神病者監護法令取扱手続」の基となつたことが推察される。「瘋癲人取締規則」¹¹⁾の第四条に監置を解くか移転するときに警察への届出が必要であること、第五条に監置の様子を警察官が立ち入り検査することが

規定され、「瘋癲人取扱手続」¹³⁾の第2条に、取扱の様子をみて苛酷だと判断したら適宜指導すること、第3条に、健康を害する恐れのあるときは、適宜その場所を改造または掃除させることが規定されていた。

また、「精神病者監護法令取扱手続」の第15条に、警察署に精神病者の台帳を備え置き出入りの都度加除修正を加えること、逃亡死亡その他精神病者の身上に異動を生じたときは備考欄に記入することが規定されていた。この台帳について、岩手県では1887(明治20)年県訓令丁第72號「警ら及び巡回規定」¹⁴⁾に、巡査の受持簿に瘋癲白痴の姓名住所を記載することが定められていた。したがって、岩手県の「精神病者監護法令取扱手続」の警察に関する条文は、精神病者監護法制定以前から警察で行なわれていた業務が改めて規定されたといえる。また、この「警ら及び巡回規定」¹⁴⁾により、管轄地域ごとに監置のみならず、監置されていない者も掌握していたことがわかる。岩手県の精神科医師の白石¹⁵⁾は「各地域に監置・未監置で散在していた精神障害者は警察によって克明に把握されていて、宮様などが来県するときは患者を絶対に戸外に出してはならんときついおふれが回されて、ふだんは自由に戸外を遊び歩いていた患者たちまで家の中に閉じこめられ」と当時の様子を述べている。また、逃亡死亡について、岩手県の監置に関する統計資料⁹⁾より、1922(大正11)年と1925(大正14)年に各1人の行方不明者と、1904(明治37)年から1927(昭和2)年の24年間に毎年3人から19人、合計191人の死亡が、実数で確認されている。したがって、これらの規定が警察によって実際に遵守されていたことが推察される。

8. おわりに

岩手県の「精神病者監護法令取扱手続」は、全16条で構成され、監置の手続きに関する事、私宅監置室の構造に関する事、警察の業務に関する事について規定されていた。岩手県の精神科医療および精神障害者の処遇に関する歴史的研究は、これまでほとんど行なわれてこなかった。しかし、今回岩手県の「精神病者監護法令取扱手続」が見つかったことにより、精神病者監護法下の精神障害者の処遇について、監置の手続き、私宅監置室の構造による生活環境、警察の業務という視点から、監置に関する統計資料や警察資料と併せて検証することができた。

今後の課題として、これまで検討されてこなかった全国都道府県の施行細則や規則を比較検討していくこと

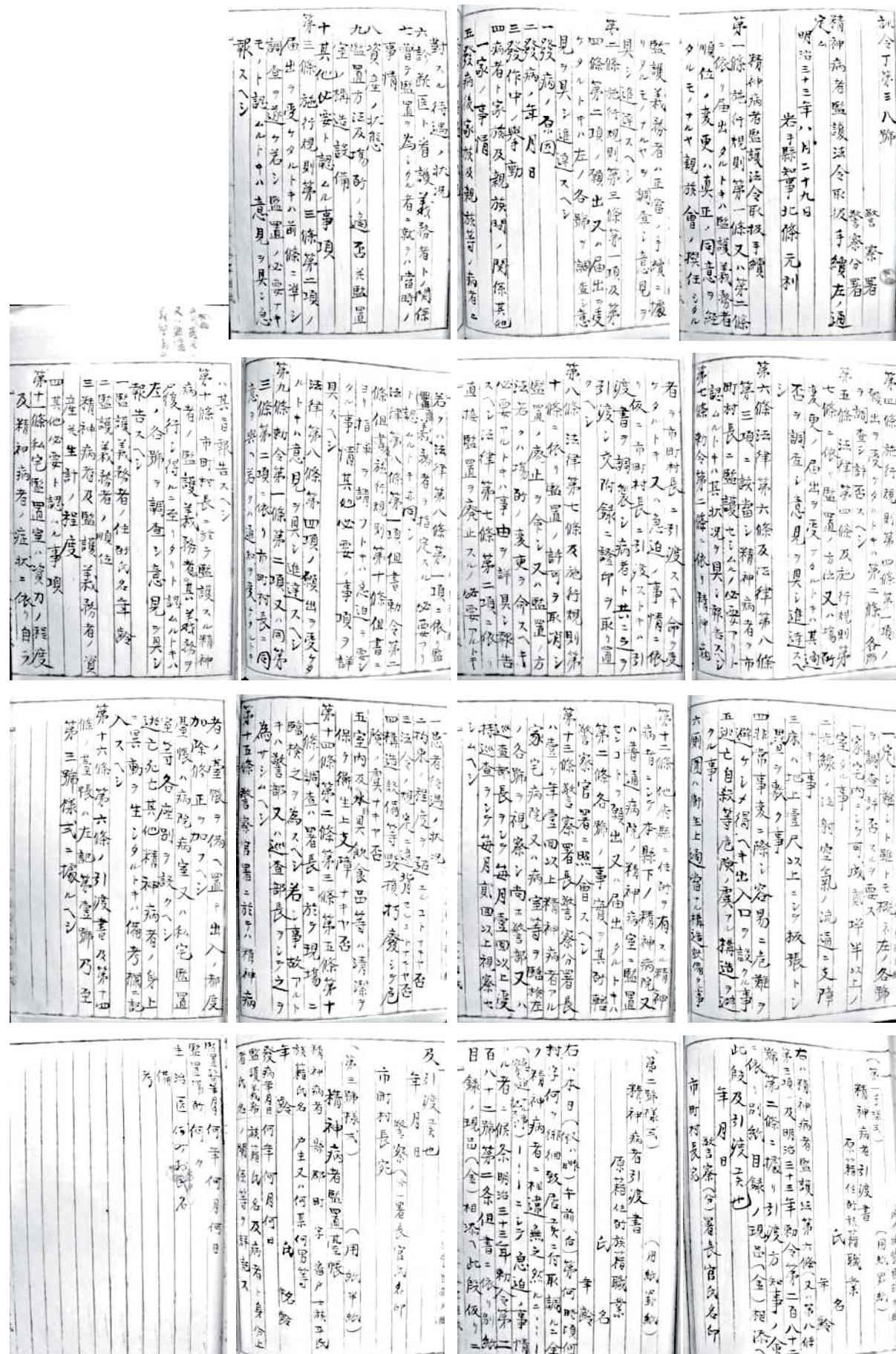
で、各地域の特徴を明らかにしていくことができると考えられる。また、他県との比較とあわせて岩手県の精神科医療の歴史について検証を続けていきたいと考える。

引用文献

- 1)法律第38号精神病者監護法:官報第5004号明治33年3月10日土曜日, 155-157, 印刷局, 1900.
- 2)橋本明:私宅監置室の実際—各府県における精神病者監護法取扱手続の比較ー, 日本医史学雑誌, 2004, 50(1), 160-161.
- 3)橋本明:精神病者私宅監置に関する研究—呉秀三・樺田五郎「精神病者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察」を読み解くー, 愛知県立大学文学部論集社会福祉学科編, 2004, 53, 149-168.
- 4)巣手縣:明治33年訓令丁號, 1900.
- 5)呉秀三, 樺田五郎:精神病者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察, 創造出版, 2007.
- 6)内務省令第35号精神病者監護法施行規則:官報第5095号明治33年6月28日木曜日, 401-402, 印刷局, 1900.
- 7)勅令第282号精神病者監護法第6条及第8条第3項ニ依レル監護ニ関スル件:官報第5097号明治33年6月30日土曜日, 433, 印刷局, 1900.
- 8)厚生省医務局:医制80年史, 391-398, 財団法人印刷局朝陽会, 1955.
- 9)田辺有理子:岩手県における精神病者監護法時代の精神障害者処遇の歴史, 岩手県立大学看護学部紀要, 2008, 10, 9-22.
- 10)呉秀三, 樺田五郎:精神病者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察, 131, 創造出版, 2007.
- 11)警察本部編纂:岩手縣警察要規全, 192-193, 1887.
- 12)財団法人岩手済生会:岩手保養院五十年史, 75-76, 1983.
- 13)巣手縣警察部:現行巣手縣警察要規中卷, 83, 1893.
- 14)岩手県:岩手県警察史, 205-210, 岩手県警察本部, 1957.
- 15)白石順吉:岩手の精神医療と精神病院, 病院, 1974, 33(3), 85-90.

(2008年5月8日受付, 2008年7月1日受理)

史料 岩手県「精神病者監護法令取扱手続」(明治33年8月29日,訓令丁第38号)



<Research Report>

How Has “The Law for the Custody of Insane Persons” Been Implemented in Iwate Prefecture? -An Analysis of “Seishinbyosha-Kangohou-Rei Toriatsukai Tetsuzuki”

Yuriko Tanabe

Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University

Abstract

Detailed rules of Iwate prefecture use of “The Law for the Custody of Insane Persons(Seishinbyosha-kangohou)” were found.

It consists of 16 texts.

The texts from 1 st to 10th are regulations of the procedure. The survey content when there was application was provided for by ten items. It was "Condition", "Family relationships", and "Relation between the family and the diagnostician". The purpose is to prevent an unjustified confinement.

The 11th text is regulations of the confinement room structure. The confinement room area was wider than other prefectures and was considered the lighting, ventilation, and hygiene. The exit was set up for the emergency, and confinement room had a structure to prevent escape and suicide.

The text from 12th to 16th is regulations related to the police. Police was ruled to patrol to check "Observance of the rule", "Safety", and "Hygiene" at least three times for the lawful confinement every month. Police entered lawful confinement in a ledger.

Key words: The Law for the Custody of Insane Persons, Lawful Confinement, History, Iwate Prefecture

〈短報〉

総合病院におけるグリセリン浣腸の実施状況に関する 実態調査

加賀谷奈穂子¹⁾, 武田利明²⁾

1)秋田大学医学部付属病院, 2)岩手県立大学看護学部

要旨

浣腸は術前や検査前処置、便秘の改善を目的として日常的に行われている看護技術の一つであり、その実施は多くの場合、看護職者に任せられている。近年、立位でのグリセリン浣腸実施による直腸穿孔などの有害事象が報告されおり、日本看護協会は緊急安全情報として「立位による浣腸実施の事故報告」を通達している。しかし、実際に臨床で行われている浣腸の実施状況については報告がなく、現状が把握できていない。そこで、浣腸技術の問題点や課題を明らかにするために、看護師が臨床現場で行っているグリセリン浣腸の実施状況を調査した。その結果、立位での浣腸実施が予想以上に多く行われており、立位のほか半座位、座位など様々な体位で行われている状況が明らかになった。実施する看護師の位置やカテーテル挿入手技も様々であり、視野の確保や安全な挿入ができるない状況であることが示された。また、日本看護協会による緊急安全情報を認識しているにもかかわらず、立位で実施している割合が58.4%と高く、浣腸前後には有害事象として報告されている症状に関して十分に観察しておらず、看護師の認識が低いことが示唆された。

キーワード: グリセリン浣腸、看護技術

はじめに

グリセリン浣腸(以下GEと略)は術前や検査前の処置、あるいは便秘の改善を目的として日常的に行われている看護技術の一つである。近年、GEによる直腸穿孔や血尿(暗赤色尿)、腎不全などの報告が増えしており¹⁻³⁾、浣腸技術の安全性が問題視されている。しかし、有害事象の報告は全て医師によるもので看護職者からの報告はなく、実施状況は明らかになっていない⁴⁾。

医療事故防止センターは2005年10月に「医療事故情報収集等事業第3回報告書」を公表し、報告された全例(4件)でトイレにおいて立位で浣腸を実施していたことを共通項目としてあげている。これを受け、日本看護協会は「立位による浣腸実施の事故報告」として緊急安全情報を通達した。日常的に行われている浣腸に関して再度技術を見直し、根拠に基づいた安全な浣腸技術を確立する必要がある。そこで本研究では、浣腸技術の問題点や課題を明らかにするために、総合病院におけるGEの実施状況に関する実態調査を実施したので報告する。

研究方法

1. 対象

A総合病院に勤務する看護職者434名

2. 調査内容

調査内容は基礎看護学専門書、有害事象論文や症例報告、東郷の研究⁵⁾から浣腸技術に関する23項目を抽出し、一次調査の結果⁶⁾から項目を検討し、7項目を追加して質問紙を作成した。調査期間中に研究対象者が実施したGE事例について前述の30項目の回答を求めた。調査期間中に複数回GE実施した場合は、全ての事例について回答を求めた。

3. データ収集法

A総合病院看護部長に研究目的を説明し、病棟看護師に研究への参加協力を依頼した。各対象者に自記式質問紙調査の回答を依頼し、記入した質問紙は所定の場所へ提出して頂いた。留め置き法にて研究者が2週間後に質問紙の回収を行った。調査期間は平成18年7月31日から8月11日であった。

4. 分析方法

各項目に関して単純集計を行い、記述内容については内容を分類した。

5. 倫理的配慮

岩手県立大学看護学部研究倫理委員会の承認を受け、以下の点に留意して実施した。

- 1) 研究目的、方法について書面および口頭にて説明を行い、同意を得て調査を行う。
- 2) 研究への参加は自由意思であり、対象者および対象施設に不利益をもたらさないよう配慮する。
- 3) 調査用紙は無記名とし、個人が特定されないよう統計処理を行う。
- 4) 研究の目的以外にはデータを使用せず、情報管理を厳重に行う。

結果

調査用紙の配布434名中、有効回答は163名(37.6%)であった。163名中側臥位のみ経験していたのは74名、側臥位と立位の両方を経験していたのは57名、立位のみ経験していたのは32名であった。調査期間に両方経験した場合について、今回は立位での実施状況の詳細を把握する目的から、立位での経験を集計結果に反映させた。調査用紙の内容をまとめた結果は以下のとおりである。

1. 対象者の属性(年齢、性別、経験年数、所属科)

対象者の年齢は21~57歳(平均33.8歳±10.2)、性別は男性4名(2.5%)、女性156名(95.7%)、不明3名(1.8%)であった。経験年数は、1~35年(平均11.8年±9.4)であり、内訳は、5年未満47名(28.8%)、5~10年未満34名(20.9%)、10~15年未満25名(15.4%)、15~20年未満8名(4.8%)、20~25年未満23名(14.1%)、25~30年未満12名(7.2%)、30~35年6名(3.6%)、35年以上2名(1.2%)、不明6名(3.7%)であった。所属科は、22科(内科系10、外科系11、外来)であった。

2. 浣腸適応者の属性(年齢、性別、ADLの状況)

浣腸適応者の年齢は、0~80歳(平均53.2歳±20.6)であった。内訳は、10歳未満11名(6.7%)、10~20歳未満1名(0.6%)、20~30歳未満5名(3.0%)、30~40歳未満8名(4.9%)、40~50歳未満8名(4.9%)、50~60歳未満35名(21.3%)、60~70歳未満37名(22.6%)、70~80歳未満31名(18.8%)、80歳以上3名(1.8%)であった。

性別は男性99名(60.7%)、女性58名(35.6%)、不明6名(3.7%)であった。ADLの状況は、自立105名(64.4%)、準寝たきり24名(14.7%)、寝たきり26名(16.0%)、不明8名(4.9%)であった。

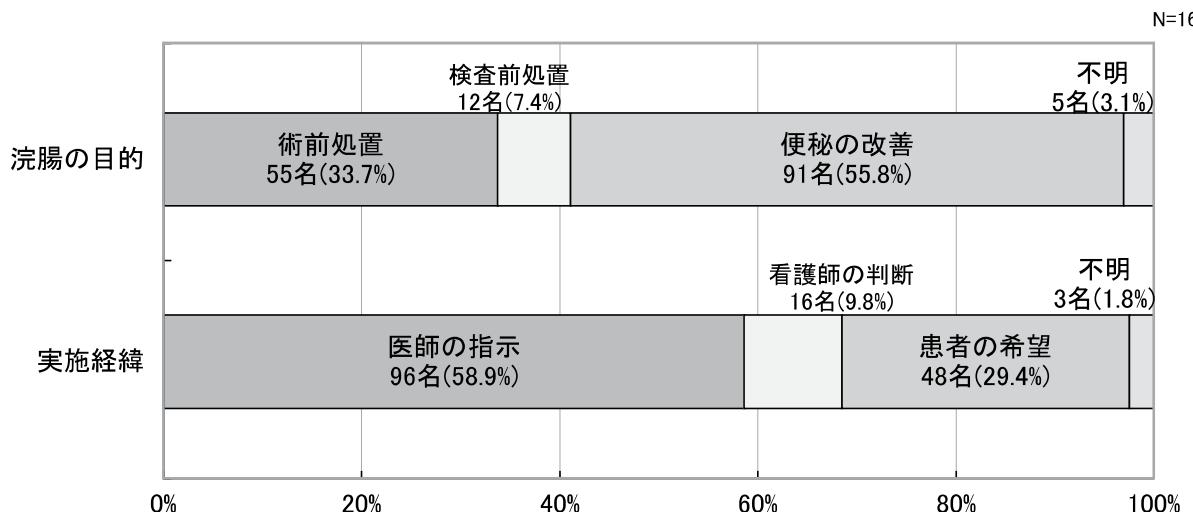


図1.浣腸の目的と実施に至った経緯

3. 浣腸の使用方法

1) 目的(図1)

浣腸の目的は、術前処置55名(33.7%)、検査前処置12名(7.4%)、便秘の改善91名(55.8%)、不明5名(3.1%)であった。

2) 浣腸実施に至った経緯(図1)

浣腸実施に至った経緯は、医師の指示96名(58.9%)、看護師の判断16名(9.8%)、患者の希望48名(29.4%)、不明3名(1.8%)であった。

3) 浣腸器具

使用した浣腸器具は、ディスポーザブル149名(91.4%)、ネラトンカテーテル8名(4.9%)、不明6名(3.7%)であった。

4) GE濃度

浣腸液の濃度は、25%グリセリン溶液が5名(3.1%), 30%グリセリン溶液が2名(1.2%), 50%グリセリン溶液が76名(46.6%), 60%グリセリン溶液が1名(0.6%), 100%グリセリン溶液が1名(0.6%), 不明85名(47.9%)であった.

5) GE注入量

浣腸液の注入量は、2ml, 2名(1.2%), 3ml, 1名(0.6%), 5ml, 1名(0.6%), 6ml, 1名(0.6%), 10ml, 2名(1.2%), 20ml, 3名(1.8%), 30ml, 6名(3.7%), 50ml, 1名(0.6%), 60ml, 47名(28.8%), 120ml, 95名(58.3%), 250ml, 1名(0.6%), 不明3名(1.8%)であった.

6) GE注入回数

浣腸液の注入回数は、1回144名(88.3%), 2回1名(0.6%), 3回1名(0.6%), 不明17名(10.4%)であった.

7) GE注入時間

浣腸液の注入時間は、10秒未満12名(7.3%), 10~20秒未満65名(39.8%), 20~30秒未満26名(16.0%), 30~40秒未満33名(20.2%), 40~50秒未満2名(1.2%), 50~60秒未満2名(1.2%), 60~90秒未満10名(6.1%), 90~120秒未満1名(0.6%), 120秒以上1名(0.6%), 不明11名(6.7%)であった.

4. 浣腸の実施体位

1) 実施体位と体位選択の理由

側臥位では、左側臥位57名、仰臥位9名、右側臥位4名、その他4名(腹臥位、四つんばい), トイレにおいて実施した体位では、立位12名、半座位65名、座位11名、不明1名であった.

体位選択の理由として、左側臥位では「腸の走行を考えて」が最も多く15名、次いで「解剖学的理由から」「浣腸液が流入しやすいから」各6名、「立位が禁止になったから」5名、「基本だから」4名、「看護学校で習ったから」「カテーテルを挿入しやすいから」各3名、「直腸粘膜を損傷しないように」2名、記入なし13名であった。仰臥位では、「新生児だから」5名、「直腸損傷のリスクが低いから」「仰臥位しかとれなかった」「本人の希望」各1名、記入なし1名であった。右側臥位では、「右側臥位しかとれなかった」3名、「本人の希望」1名であった。その他では、腹臥位3名、四つんばい1名であり、その理由はどちらとも「その体位しかとれなかった」であった。

立位を選択した理由は、「本人の希望」4名、「患者にとって安楽な姿勢だから」「トイレで行ったから」「浣腸液が漏れないから」「中腰を維持できないから」「すぐ座れる」「トイレまで間に合わない」各1名、記入なし1名であった。ま

た、半座位では、「カテーテルを挿入しやすい」13名、「本人の希望」7名、「肛門が見えやすい」6名、「トイレまで間に合わない」5名、「すぐ座れる」「半座位しかとれなかつた」各2名、「立位では腸壁に傷がつきやすいため」「浣腸液が漏れない」「ADLが自立しているから」「浣腸液を注入しやすいから」「意識していない」各1名、記入なし25名であった。座位では、「すでにポータブルトイレに座っていたため」4名、「座位しかできない」3名、「本人の希望」「患者にとつて安楽な姿勢だから」「立位や中腰だと便が出てしまう可能性があるから」各1名、記入なし1名であった。

2) 立位での実施状況

トイレにおいて立位あるいは半座位、座位等で実施した89名中、63名から実施状況についての回答を得た。看護師の位置は「後ろに立つ」が最も多く46名であり、「後ろにしゃがむ」3名、「左後ろに立つ」4名、「右後ろに立つ」1名、「左に立つ」2名、「横に立つ」4名、「前に位置する」1名、記載なし2名であった。看護師が後ろに立つ場合での患者の姿勢は、「前かがみで手すりにつかまる」33名、「前かがみ」4名、「前かがみで便座につかまる」「座る」「立つ」各2名、「前かがみで壁に手をつける」1名、「お尻を突き出す」1名、「前傾で膝を抱える」1名であった。また、後ろにしゃがむ場合は「前かがみで膝を抱える」「前かがみで手すりにつかまる」「前かがみで壁に手をつける」各1名、左後ろに立つ場合は「前かがみで手すりにつかまる」2名、「前かがみで手すりと/or/もう一人の看護師につかまる」「座る」各1名、右後ろに立つ場合は「前かがみで手すりにつかまる」1名、左に立つ場合は「前かがみで手すりにつかまる」「前かがみで手を伸ばして挿入する」各1名、横に立つ場合は「前かがみで手すりにつかまる」「お尻を突き出す」「座って横から挿入する」「立って挿入後座り注入する」各1名、前に位置する場合は「座って前から挿入する」1名であった。看護師の位置の記載がない場合は「前かがみ」2名であった。

5. カテーテル挿入方法

1) カテーテル挿入の長さとその理由(図2)

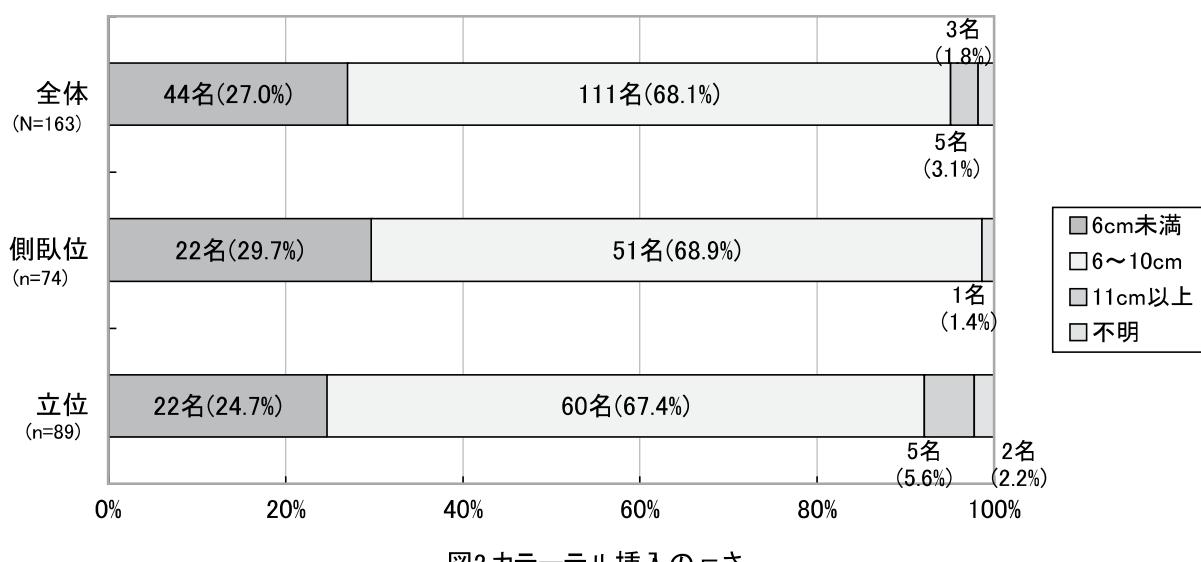
カテーテル挿入の長さについて、全体では2~15cmの幅で回答が得られた。6cm未満は44名(27.0%), 6~10cm111名(68.1%), 11cm以上5名(3.1%), 不明3名(1.8%)であった。

側臥位では2~10cmの幅で回答が得られており、6cm未満22名(29.7%), 6~10cm, 51名(68.9%), 不明1名(1.4%)であった。挿入したカテーテルの長さの理由として、6cm未満では「直腸粘膜を傷つけないように」「直腸の

長さを考えて」「便にあたつたから」「抵抗なく入るところまで入れた」各2名、「解剖学的理由から」「看護学校で習ったから」「浣腸液が漏れない」「新生児だから」「小児だから浅く挿入した」各1名, 記入なし9名であった。6~10cmでは「直腸の長さを考えて」11名, 「直腸粘膜を傷つけないように」8名, 「看護学校で習ったから」6名, 「基本だから」「S状結腸の長さを考えて」各3名, 「浣腸液が届くように」「解剖学的理由から」「看護学校で習ったから」各2名, 「便にあたつたから」「ガスブジーを兼ねて深めに入れた」各1名, 記入なし14名であった。また, 左側臥位でカテーテル挿入の長さの記載がないものは1名であった。

立位では4~15cmの幅で回答が得られており, 6cm未満22名(24.7%), 6~10cm, 60名(67.4%), 11cm以上5名(5.6%), 不明2名(2.2%)であった。挿入したカテーテ

ルの長さの理由として, 6cm未満では「直腸の長さを考えて」6名, 「意識していない」2名, 「抵抗なく入るところまで入れた」1名, 記入なし13名であった。6~10cmでは「直腸の長さを考えて」10名, 「直腸粘膜を傷つけないように」5名, 「意識していない」4名, 「解剖学的理由から」「看護学校で習った」各3名, 「浣腸液が漏れない」「ディスポの長さだから」各2名, 「抵抗なく入るところまで入れた」「肛門括約筋を越えるまで」「便が奥にありそうなので深めに入れた」「安全だから」「基本だから」「抜けてくることがあるので深めに入れた」各1名, 記入なし25名であった。また, 半座位, 座位でカテーテルの長さの記載がないものが各1名であった。11cm以上では、全例において理由の記載がみられなかった。



2)カテーテル挿入の向きとその理由

側臥位では、「平行」「垂直」「まっすぐ」各6名, 「上方」「下方」各4名, 「前方」「背側」各3名, 「腸の走行に沿わせる」「左側」各2名, 「チューブを回転させる」「肛門管の向き」各1名, 「覚えていない」6名, 「意識していない」3名, 記載なし27名であった。また, 挿入した向きの理由として, 「腸の走行を考えて」12名, 「直腸を損傷させないように」8名, 「解剖学的理由から」4名, 「抵抗なく入る」2名, 「経験上」「回転させることで不隨収縮を予防できる」「直腸の長さを考えて」各1名, 「意識していない」4名, 記載がないものは41名であった。

立位では, 「上方」16名, 「前方」「平行」「背側」「まっす

ぐ」各5名, 「抵抗のない向き」4名, 「腸の走行に沿わせる」「左側」各3名, 「垂直」「右側」各1名, 「覚えていない」3名, 「意識していない」1名, 「記入なし」37名であった。また, 挿入した向きの理由として, 「腸の走行を考えて」11名, 「直腸を損傷させないように」7名, 「その体位で挿入できる方向だった」「抵抗なく入る」「解剖学的理由から」「意識していない」各4名, 「直腸の長さを考えて」「便が出やすいように」「安全な向きだから」各1名, 記載がないものは52名であった。

3)カテーテル挿入時の固定(図3)

カテーテルの固定あり121名(74.2%), 固定なし38名(23.3%), 記載なし4名(2.5%)であった。側臥位では,

固定あり51名(68.9%), 固定なし22名(29.7%), 記入なし1名(1.4%)であった。また、立位では、固定あり70名(78.7%), 固定なし16名(18.0%), 記入なし3名(3.4%)であった。

4) カテーテル挿入時の深さの意識(図3)

カテーテル挿入時に、カテーテルの深さを意識してい

る156名(95.7%), 意識していない5名(3.1%), 記載なし2名(1.2%)であった。

5) カテーテル挿入時の向きの意識(図3)

カテーテル挿入時に、カテーテルの向きを意識している92名(56.4%), 意識していない63名(38.7%), 記載なし8名(4.9%)であった。

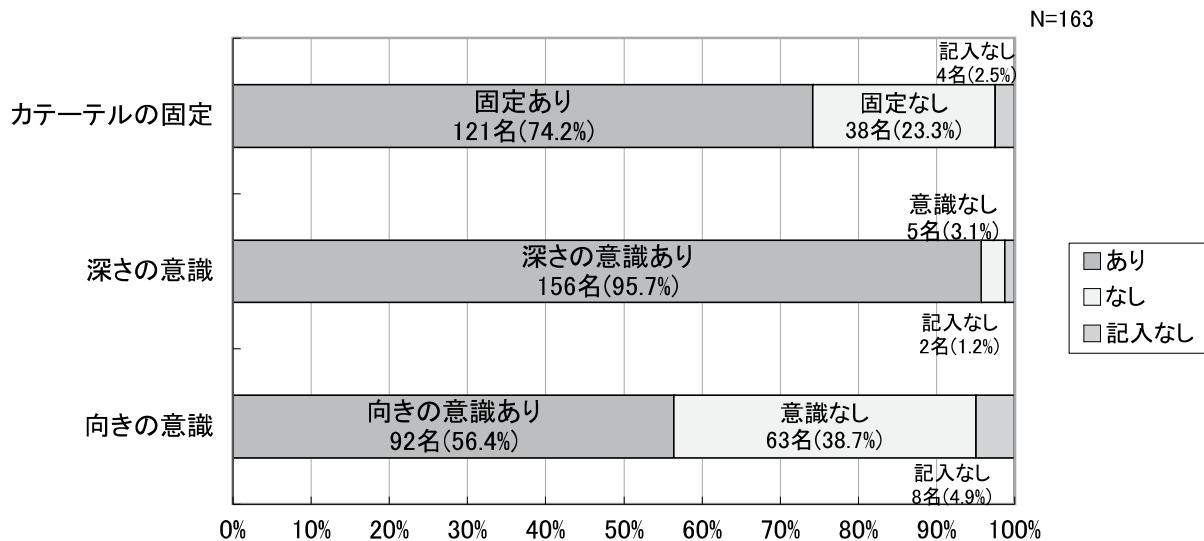


図3.カテーテルの固定,挿入時の意識

6.浣腸前後の観察項目(自由記載・複数回答)

1)浣腸実施前

浣腸実施前の観察項目(回答数260件)では、「血圧」が最も多く32名, 次いで「排便状況」29名, 「腹部症状(嘔気、腹痛、腹満感)」26名, 「バイタルサイン」19名, 「全身状態」18名, 「腹部状態(腹部の張り, グル音)」15名, 「以前の浣腸経験」11名, 「肛門部の観察」「気分不快の有無」「痔核の有無」「顔色、表情」各7名, 「特にない」5名, 「直腸診」「トイレまでの移動」「循環状態」「既往歴(直腸, 大腸疾患)」各3名, 「めまい」「ふらつき」「意識レベル」各2名, 「出血の有無」「脈圧」「下剤や座薬の使用」「意識していない」各1名, 記載なし55名であった。

2)浣腸実施後

浣腸実施後の観察項目(回答数300件)では、「反応便, 便性状」が最も多く54名, 次いで「腹部症状(嘔気, 腹痛, 腹満感)」44名, 「気分不快の有無」37名, 「血圧」28名, 「顔色, 表情」19名, 「バイタルサイン」18名, 「出血の有無」10名, 「全身状態」「冷や汗」各8名, 「ショック症状」7名, 「腹部の状態(腹部の張り, グル音)」「肛門部の観察」各6名, 「めまい」5名, 「意識」「ふらつき」「特になし」各2名, 「血

尿」「脈拍」「末梢冷感」「呼吸」「脱落」各1名, 記載なし39名であった。

7.摘便併用の有無

摘便の併用について, 併用あり25名(15.3%), 併用なし136名(83.4%), 記載なし2名(1.2%)であった。

8.痔核,宿便の確認

浣腸実施時の痔核の確認について, 確認している124名(76.1%), 確認していない25名(15.3%), 記載なし14名(8.6%)であった。

宿便の確認について, 確認している58名(35.6%), 確認していない90名(55.2%), 記載なし15名(9.2%)であった。

9.気をついていること、工夫していること(自由記載・複数回答)

気をついていること、工夫していることに関する項目(回答数224件)では、「口呼吸を促す」24件, 「GE温度」15件, 「注入速度」13件, 「安楽な体位の保持」「患者の状態変化の観察」各10件, 「カテーテル挿入の長さ」8件, 「直腸粘

膜を傷つけない」「特になし」各6件、「声をかけてリラックスさせる」「血圧変動」「視野の確保」各5件、「プライバシーへの配慮」「カテーテルを無理に挿入しない」「バイタルサイン」各4件、「気分不快の確認」「直腸診を行う」「カテーテルをゆっくり挿入する」「既往歴の確認」「潤滑剤の使用」「浣腸後我慢するように説明する」各3件、「カテーテル挿入時の抵抗感」「カテーテル挿入時の痛み」各2件、「肛門に力を入れないように説明する」「カテーテルの固定」「カテーテル挿入の向き」「深呼吸を促す」「腹圧をかけないように説明する」「摘便を試みる」「貧血」「ショック」「圧をかけながらカテーテルを抜く」「脈圧」「マッサージを行う」「トイレで行う」「ベッドで行う」「トイレまでの移動距離」「ADLに合わせて実施方法を変える」「便性状を聞く」「実施時間の工夫」各1件、記載のないものは66件であった。

10. 困ったこと、危険だと感じたこと(自由記載・複数回答)

困ったこと、危険だと感じたことに関する項目(回答数175件)では、「浣腸液が漏れる」22件、「患者が動いてしまうと深く挿入される」「浣腸後のショック」各6件、「肛門の確認ができない」5件、「直腸粘膜を損傷しないか不安」「トイレでの浣腸を希望される」各4件、「反応便がない」「浣腸後の気分不快」「カテーテルを挿入しにくい」「血圧低下」「左側臥位以外では肛門が確認しにくい」各3件、「肛門がゆるい」「トイレまでの移動」「患者の状態を観察しにくい」「血圧の変動」「痔核があると挿入しにくい」各2件、「安楽な姿勢がとれない」「どれくらい挿入したかわからない」「カテーテル挿入の向きがわからない」「気分不快時横になれない」「トイレでの摘便」「カテーテルの固定が難しい」「トイレが狭いので実施場所の確保ができない」「やりにくい」「便にあたってカテーテルが挿入できない」「患者が緊張してカテーテルが挿入できなかった」「注入途中で便意を催した」「体格のいい人は肛門が見えにくい」「脳出血のある患者への浣腸の指示」各1件、「特になし」12件、記載のないものは78件であった。

11. グリセリン浣腸の合併症(自由記載・複数回答)

「腸管損傷、穿孔」64名、「血圧低下」25名、「ショック症状」24名、「腸管損傷による出血」13名、「血圧変動」「血圧上昇」各9名、「腹痛」7名、「溶血、血尿」4名、「腹膜炎」「冷や汗」「わからない」各3名、「下痢」2名、「意識の低下」「アレルギー」「流産、早産」「腸管損傷による感染」「冷や汗」「ふらつき」「心負荷」「気分不快」「高圧注入による粘膜刺激」「GE高温による粘膜壊死」各1名、記載のないものは62名であった。

12. 緊急安全情報の認識

緊急安全情報について、認識している101名(62.0%)、認識していない43名(26.4%)、記載なし19名(11.6%)であった。側臥位では、認識している49名(66.2%)、認識していない19名(25.7%)、記載なし6名(8.1%)であった。立位では、認識している52名(58.4%)、認識していない24名(27.0%)、記載なし13名(14.6%)であった。

考察

1. 浣腸の対象と目的

GEはあらゆる年代に対して用いられており、なかでも高齢者を対象として多く使用されていることが明らかになった。また、浣腸の目的として便秘の改善に使用されている割合は55.8%と高いことが明らかになった。長期臥床や加齢の要因が加わると直腸粘膜の血流低下を来たし、消化管機能の低下、便秘が招来されて直腸潰瘍や炎症が発生しやすくなることが報告されている⁷⁾。また、便秘の場合、便による腸管壁の過伸展に伴う循環障害などのために腸管壁が脆弱化しており⁸⁾、物理的圧迫などの要因が加わった場合、直腸粘膜損傷の危険性が高くなることを再度認識しなければならない。平成20年度の法改正では、看護師による薬処方が検討されており、便秘薬も対象となっている。患者のアセスメントや合併症の予防、安全に実施するための知識や技術を明確にする必要がある。

2. カテーテル挿入手技

一次調査と同様にカテーテル挿入の長さは6~10cmが最も多く、テキストに記載されている範囲内であることが明らかになった。調査施設では、緊急安全情報を取り入れた看護手順の改正は行われておらず、テキストと同様の内容が記載されていた。

現在、カテーテル挿入の長さに関する検討が行われ始めており、X線透視下での直腸壁とチューブの角度を検証した結果から7cmを超えて挿入すべきではない⁹⁾、また、肛門直腸接合部を境界として肛門から奥へ行くほど物理的な刺激に対して弱い構造をしていることから挿入の長さは6cmまでにとどめるべきである¹⁰⁾などの見解が出されている。「看護実践教本(1953年)、系統看護学講座—看護総論(1967年)において、6~10cm以上の挿入による危険性」が指摘されており¹¹⁾、「6~10cm」の示す意味が理解されずに長さだけが現在まで記載されてきた状況が窺われ、テキストの記載内容

の見直しの必要性があると考えられた。また、カテーテル挿入の方向に関して、看護師個人によって様々であり、挿入の長さを意識している割合が95.7%であるのに対し、向きを意識している割合は56.4%と低いことが明らかになった。カテーテル挿入の長さは多くのテキストに記載されているが、方向に関する記載が少ないとことから、様々な回答が得られたものと考えられる。

3.浣腸実施体位

立位での実施について、立位のほか半座位、座位など様々な体位で行われている状況が明らかになった。立位で浣腸を実施した理由として、「本人の希望」「トイレまで間に合わない」という意見が多く、患者の希望に沿って看護師が判断している現状が窺われた。また、看護師の立つ位置や浣腸を受ける患者側の姿勢も一様ではなく、肛門の確認や挿入したカテーテルの長さの把握、カテーテルの固定が困難である状況が明らかになった。

GEの使用方法について、添付文書に「体は横向きにするか、かがんだ状態にし、注入管(チューブ)をゆっくり肛門内に挿入する」と明記されており(丸石製薬発行グリセリン浣腸「ムネ®」添付文書;2005年4月改訂),かがんだ状態とは「和式トイレでしゃがむような前屈姿勢である」という回答が得られている。浣腸技術の実施体位は原則として左側臥位と述べられているが¹²⁾,看護テキストに記載されていない実施方法が添付文書に記述されていることは憂慮すべき事実である。基本的に押さえなければならない手順を明確にし、様々な状況においても有害事象の発症を防ぐことができる技術を確立する必要があると考えられた。

4.観察項目

浣腸前の観察では「血圧」「排便状況」「腹部症状」など、バイタルサインや腹部症状に関する項目が多く、浣腸後は「反応便や便性状」「腹部症状」「気分不快の有無」など排便効果や患者の気分、症状に关心が向けられていた。有害事象論文で報告されている「肛門からの出血」「血尿」「肛門痛」などの症状は、観察項目としてほとんどあげられていなかった。GE後の観察としてこれらの項目が意識されなければ、有害事象を見逃す危険性が高い。看護師は、危険性を認識するだけではなく、観察する根拠を理解したうえでアセスメントや観察を行わなければならない。

まとめ

看護師が臨床現場で行っているGEの実施状況を調査した結果、立位での浣腸実施が予想以上に多く行われており、立位のほか半座位、座位など様々な体位で行われている状況が明らかになった。実施する看護師の位置やカテーテル挿入手技も様々であり、視野の確保や安全な挿入ができない状況であることが示された。また、日本看護協会による緊急安全情報を認識しているにもかかわらず、立位で実施している割合が58.4%と高く、浣腸前後には有害事象として報告されている症状に関して十分に観察しておらず、看護師の認識が低いことが示唆された。看護師の提供する看護技術が有害事象と関連することを意識していなければ、GEによる有害事象を防ぐことはできない。

引用文献

- 中島麻衣子,久米真,佐藤勤,萱場広之,浅沼義博,山本雄造:グリセリン浣腸によって溶血、血色素尿症を呈した1例,日本臨床外科学会誌.2007;68(7):1862-1867.
- 中澤幸久,加藤哲也,池田耕介,吉村章代:グリセリン浣腸により直腸穿孔と溶血を来たした1例,日本腹部救急医学会雑誌.2007;27(2):430.
- 村上晶子,櫛方哲也,橋本浩,坂井哲博,中村仁美,廣田和美:グリセリン浣腸による血色素尿の1症例,麻酔.2007;56(5):610.
- 武田利明,小板橋喜久代,香春知永,吉田みづ子,大久保暢子,鈴木美和:グリセリン浣腸による有害事象の現状と今後の課題,日本看護技術学会誌.2006;5(2):4-11.
- 東郷美香子:安全な浣腸の技術 浣腸に関するアンケート調査,ナーシング・トゥディ.1988;13(9):25-29.
- 加賀谷奈穂子,武田利明:グリセリン浣腸の実施状況に関する実態調査-1総合病院の産婦人科病棟における検討-,日本看護技術学会雑誌.2007;6(2):23-29.
- 藤井徹:長期臥床患者に於ける直腸粘膜血流動態について,久留米医学会雑誌.1989;52(11):1071-1078.
- 石川雅彦,稲葉雅史,山崎弘資,久保良彦,後藤幹雄:特発性大腸穿孔症例の検討,日本臨床外科学会誌.1992;53(8):181-184.
- 村上聰子,安井はるみ,堀喜久子:グリセリン浣腸に関する実態調査と安全な実施について,看護.2007;59(3):86-91.
- 下高原理恵,緒方重光:エビデンスに基づいた安全な浣腸の検討—腸穿孔を回避するためにー,看護技術.

- 2007;53(7):77-79.
- 11)香春知永,大久保暢子,小板橋喜久代,吉田みつ子,鈴木美和,武田利明:臨床及びテキストからみたグリセリン浣腸の実施方法の現状と課題,日本看護技術学会誌.
2007;6(2):34-44.
- 12)藤村悦子:基礎看護教育における看護技術の原理・原則の概念に関する検討 浣腸の技術に焦点を当てて,神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録.2005;30:39-44.

(2008年4月29日受付,2008年6月26日受理)

<Brief Report>

A Questionnaire-Based Analysis of Glycerin Enema Procedures in a General Hospital

Naoko Kagaya^①, Toshiaki Takeda^②

1)Akita University Hospital, 2)Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University

Abstract

Enemas are performed as a preparation for surgery and clinical examination, or removal of constipation, and are a routine procedure among nursing skills. Adverse effects of glycerin enema such as rectal perforation, induced while a patient is standing upright, have recently been reported, and have been urgently highlighted by the Japanese Nursing Association. However, there have been no clinical reports about the methods used for glycerin enema that are usually performed by clinical nurses. Therefore, we carried out a questionnaire-based analysis to investigate the problems associated with glycerin enema. The results revealed that a larger number of clinical nurses than expected were performing glycerin enema with the patient standing upright. In addition, the procedure was also being conducted with the patient in a sitting, or half sitting position. There was also a lack of a unified procedure for insertion of the enema catheter by nurses with the patient in a standing position. Despite urgent information provided by the Japanese Nursing Association, 58.4% of nurses was performing glycerin enema in this way. The results of this study suggest that nurses have little awareness of clinical findings in patients after glycerin enema, and little understanding of the potential adverse effects of this procedure.

Key words: glycerin enema, nursing skill

岩手看護学会 第1回理事会議事録(抄)

1. 日時:平成20年4月1日15:00～18:00
2. 場所:岩手県立大学看護学部
3. 出席者:浅沼優子, 稲葉文香, 井上都之, 小山奈都子, 菊池和子, 佐々木典子, 武田利明,
平野昭彦, 三浦まゆみ, 以上9名(五十音順, 敬称略)
欠席者:安藤広子, 兼松百合子(委任状あり), 小山ゆかり, 以上3名(五十音順, 敬称略)

4. 配布資料

- 資料1 平成19年度事業報告(案)
- 資料2 平成20年度事業計画(案)
- 資料3 第1回企画委員会議事録
- 資料4 第1回岩手看護学会学術集会のご案内
- 別資料 平成19年度岩手看護学会収支報告(案)
- 別資料 平成19年度岩手看護学会編集委員会の活動報告
- 別資料 第1回岩手看護学会学術集会ポスター

5. 理事長挨拶:武田利明

6. 議事

1) 平成19年度事業報告(案)

平野理事より資料1に基づき説明があり, 審議の結果異議なく承認された.

「編集委員会の開催数や活動内容の掲載が必要ではないか」という意見があり編集委員会の 活動報告を総会で報告するとともに学会誌に掲載することで合意した.

2) 平成19年度収支報告(案)

菊池理事より別資料に基づき報告された.

収入の部の会費は, 入金完了数に平成20年度年会費が含まれていたが, 平成20年度の収入とすることに変更が決定された.
「支出の部の“学会誌印刷製本費”は, “学会誌作製費”という名称の方が学会誌関係事項を含むことになり良いのではないか. 学会誌郵送料等費を通信費に含まない方が良いのではないか」という意見があった. これに対して, 現在学会誌は庶務が発送をしているため, 学会誌印刷製本費を学会誌作成費にすると編集委員会が発送をすることになる. 学会誌郵送料等費は通信費に含み, “学会誌印刷製本費”的名称は変更しないことに決定した.

3) 平成20年度事業計画(案)

平野理事より資料2に基づき説明があり, 審議の結果, 異議なく承認された. 小山理事より, 第1回学術集会ポスターおよび案内については4月4日発送作業予定であることが報告された.

4) 平成20年度予算(案)

菊池理事より別資料に基づき説明があり, 以下の点を修正することで合意された.

- ・収入の部の雑収入として学術集会残金を計上していたが, 残金を始めから予定しているのはおかしいので, 雜収入は0円に修正することで合意した.
- ・学会誌製本費について, その内容として編集委員会開催の内容が含まれているため「編集委員会活動費」の名称に変更して, 学会誌発行編集委員会にかかる予算を計上することとする.
- ・「編集委員会をアイーナキャンパスで開催するにあたり多くの委員が自動車で来ている. 駐車料金も必要経費として計上する必要があるのではないか」という意見があり, 「編集委員会活動費」に駐車場料金を必要経費として予算に計上することで合意した.

- ・事業として学術集会を開催することから、支出の費目に学術集会助成金を設け、予算に50,000円を計上する。
- ・「支出の部の学会誌発行備考欄に「英文タイトル校閲」とあるが、タイトルのみでよいのか」という質問があった。論文については著者の責任である。裏表紙の英文確認のため項目名をタイトルのみとした。論文内容については、今後ネイティブの校正者の証明証を添付してもらうことで合意した。

5) 評議員の辞退について

平野理事より、泉山紀子評議員から一身上の都合のため評議員の辞退の申し出があることが報告された。後任については、泉山評議員から推薦があったので、その方を総会に提案し承認を得ることに決定した。

6) 評議員選出に関する規定について

平野理事より、現評議員は平成22年3月31日で任期が終了となるため平成21年総会で新しい評議員の承認を得なければならず、そのために選出規程案を作成し今年度総会に諮る必要があることが説明された。そのため次回理事会に原案を諮り検討することが決まった。原案の作成者については、学会準備の会議において安藤理事が原案を作成することで決定していることを確認した。「会計や任期を年度締めにしているが、総会が10月にあるため空白期間が長期にわたる。発起の段階で年度締めとしたが、状況に応じて規約の改正をしてもよいのではないか」という意見があった。学術集会・総会の時期はその年によって異なることが考えられるので、早急に改正するのではなく検討事項とし、今後、情報収集を行うことに決定した。

7) 平成20年度入会の申し込み者について

6人の申し込みがあり、異議なく承認された。

8) 学会誌の購入希望者への対応について

- ・希望者には販売することと決定した。
- ・学会誌の価格は、編集費・校正費・製本費等を勘案し1,000円とし、支払方法は学会の口座へ振り込むことと決定した。

7. 報告

1) 第1回企画委員会の報告

平野理事より資料3, 4に基づき報告された。

第1回学術集会のリーフレットについて一部に修正箇所の指摘があり修正することになった。

2) 平成19年度岩手看護学会編集委員会の活動報告

浅沼理事より別資料に基づき活動報告がされた。併せて学会誌2巻1号について論文投稿の締切りを4月末日に延長したことが報告され、卒業研究や研究科の学生への呼び掛けの依頼があった。

学会誌の郵送先について編集委員より創刊号は公開講座の案内先・県内の医療機関等には発送済みであるが、残部数の関係で全国の全看護系大学に送ることは困難であるため希望箇所に郵送予定であることが報告された。これに対して、教育関係・助産関係・保健関係にも郵送することも必要ではないか、多数の個所に郵送すると会員のメリットがなくなるのではないか、学会の広報のためは内容の充実が必要、という意見があり、2巻1号までは1巻1号と同じところに学会・学術集会PRをふくめて郵送し、2巻2号以降の郵送は規模を縮小する方向に決定した。

8. 次回理事会について

日時は追って庶務担当より連絡することが決まった。

討議内容

- ・評議員の選出規定について
- ・平成19年度収支報告(案)及び予算計画(案)について
- ・平成21年度学術集会会長の候補について

岩手看護学会会則

第一章 総則

第1条 本会は、岩手看護学会(Iwate Society of Nursing Science)と称す。

第2条 本会の事務局を、岩手県立大学看護学部内
(〒020-0193岩手県滝沢村滝沢字巣子152-52)
に置く。

第3条 本会は、看護学の発展と会員相互の学術的研鑽をはかることを目的とする。

第4条 本会は、第3条の目的を達成するため次の事業を行ふ。

- (1) 学術集会の開催
- (2) 学会誌の発行
- (3) その他本会の目的達成に必要な事業

第二章 会員

第5条 本会の会員は、本会の目的に賛同し看護を実践・研究する者ならびに看護に関心のある者で、所定の年会費を納入し、理事会の承認を得た者をいう。

第6条 本会に入会を認められた者は、所定の年会費を納入しなければならない。

第7条 会員は、次の理由によりその資格を喪失する。

- (1) 退会
 - (2) 会費の滞納(2年間)
 - (3) 死亡または失踪宣告
 - (4) 除名
- 2 退会を希望する会員は、理事会へ退会届を提出しなければならない。
- 3 本会の名誉を傷つけ、または本会の目的に反する行為のあった会員は、評議員会の議を経て理事長が除名することができる。

第三章 役員・評議員および学術集会会長

第8条 本会に次の役員をおき、その任期は3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。

- (1) 理事長 1名
- (2) 副理事長 1名
- (3) 理事 10数名(理事長 副理事長を含む)
- (4) 監事 2名

第9条 役員の選出は、次のとおりとする。

(1) 理事長は、理事の互選により選出し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。

(2) 副理事長は、理事の中から理事長が指名し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。

(3) 理事および監事は、評議員会で評議員の中から選出し、総会の承認を得る。

第10条 役員は次の職務を行う。

- (1) 理事長は、本会を代表し、会務を統括する。
- (2) 副理事長は、理事長を補佐し、理事長に事故あるときはこれを代行する。
- (3) 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
- (4) 監事は、本会の事業および会計を監査する。

第11条 本会に、評議員を置く。評議員の定数及び選出方法は、別に定める。

第12条 評議員の任期は、3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。

第13条 評議員は、評議員会を組織し、この会則に定める事項のほかに理事長の諮問に応じ、本会の運営に関する重要事項を審議する。

第14条 本会に、学術集会会長を置く。

第15条 学術集会会長は、評議員会で会員の中から選出し、総会の承認を得る。

第16条 学術集会会長の任期は、1年とし再任は認めない。

第17条 学術集会会長は、学術集会を主宰する。

第四章 会議

第18条 本会に、次の会議を置く。

- (1) 理事会
- (2) 評議員会
- (3) 総会

第19条 理事会は、理事長が招集し、その議長となる。

2 理事会は、毎年1回以上開催する。但し、理事の3分の1以上から請求があったときは、理事長は、臨時に理事会を開催しなければならない。

3 理事会は、理事の過半数の出席をもって成立とする。

第20条 評議員会は、理事長が招集しその議長となる。

2 評議員会は、毎年1回開催する。但し、評議員の3分の1以上から請求があったときおよび理事会が必要と認めたとき、理事長は、臨時に評議員会を開催しなければならない。

3 評議員会は、評議員の過半数の出席をもって成立とする。

第21条 総会は、理事長が召集し、学術集会会長が議長となる。

2 総会は、毎年1回開催する。但し、会員の5分の1以上から請求があったときおよび理事会が必要と認めたとき、理事長は、臨時に総会を開催しなければならない。

3 総会は、会員の10分の1以上の出席または委任状をもって成立とする。

第22条 総会は、この会則に定める事項のほか次の事項を議決する。

- (1) 事業計画および収支予算
- (2) 事業報告および収支決算
- (3) その他理事会が必要と認めた事項

第23条 総会における議事は、出席会員の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

第五章 学術集会

第24条 学術集会は、毎年1回開催する。

第25条 学術集会会長は、学術集会の運営および演題の選定について審議するため、学術集会企画

委員を委嘱し、委員会を組織する。

第六章 会誌等

第26条 本会は、会誌等の発行を行うため編集委員会を置く。

第七章 会計

第27条 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり翌年3月31日で終わる。

第八章 会則の変更

第28条 本会の会則を変更する場合は、理事会および評議員会の議を経て総会の承認を必要とする。

2 前項の承認は、第23条の規定にかかわらず出席者の3分2以上の賛成を必要とする。

第九章 雜則

第29条 この会則に定めるもののほか、本会の運営に必要な事項は、別に定める。

附則

この会則は、平成19年6月23日から施行する。

岩手看護学会 役員名簿(2008年5月現在)

理 事 長	武田 利明	岩手県立大学
副理事長	佐々木 典子	岩手県看護協会
理 事	浅沼 優子 (編集委員) 安藤 広子 稻葉 文香 (庶務) 井上 都之 (編集委員) 小山 奈都子 (庶務) 小山 ゆかり (会計) 兼松 百合子 (編集委員長) 菊池 和子 (会計) 佐々木 典子 (副理事長) 武田 利明 (理事長) 平野 昭彦 (庶務) 三浦 まゆみ	岩手県立大学 岩手県立大学 岩手県立大学 岩手県立大学 岩手県立大学 一関市立山目中学校 前岩手県立大学 岩手県立大学 岩手県看護協会 岩手県立大学 岩手県立大学 岩手県立大学
監 事	稻葉 洋子 白畠 範子	岩手県保健福祉部 岩手県立大学
評 議 員	浅沼 優子 安藤 広子 稻葉 文香 稻葉 洋子 井上 都之 小山 奈都子 小山 ゆかり 兼松 百合子 菊池 和子 木村 怜 佐々木 典子 白畠 範子 角川 志穂 高野 直子 高橋 有里 武田 利明 千葉 澄子 中下 玲子 (編集委員) 箱石 恵子 (編集委員) 畠山 なを子 平野 昭彦 三浦 まゆみ	岩手県立大学 岩手県立大学 岩手県立大学 岩手県保健福祉部 岩手県立大学 岩手県立大学 一関市立山目中学校 前岩手県立大学 岩手県立大学 岩手県立南光病院 岩手県看護協会 岩手県立大学 岩手県立大学 岩手県立大学 前岩手県立大船渡病院 岩手県立大学 岩手県立大学 滝沢村 岩手県教育委員会 岩手県立中央病院 岩手県立久慈病院 岩手県立大学 岩手県立大学

(五十音順、敬称略)

岩手看護学会入会手続きのご案内

本学会への入会を希望される方は、以下の要領に従ってご記入の上、入会申込書を岩手看護学会事務局までご返送ください。

1. 入会申込書に必要事項をもれなくご記入ください。記入もれがある場合には、再提出をお願いすることがあります。提出された書類は返却いたしませんのでご注意下さい。
2. 入会申込書は楷書ではつきりとお書きください。
3. 「会員名簿記載の可否」欄では、どちらかに○をつけ、「項目掲載の可否」欄には記載不可の情報にレ印をお書きください。会員名簿記載が可の場合、レ印のない情報に関して会員名簿に記載いたします。
4. 入会申込書に年会費の払込金受領証(コピー)を添付し、下記事務局まで郵送してください。
 - (2) 年会費は 5000 円です。会員の種類は正会員のみです。
 - (3) 郵便局に備え付けてある郵便振替払込用紙、または当学会が作成した払込用紙にて年会費をお振り込みください。

口座番号：02210-6-89932

加入者名：岩手看護学会

《ご注意》「払込金受領証」を必ず受け取り、受領印があることをご確認ください。

- (4) 振込手数料は入会希望者がご負担ください。
- (5) 「払込金受領証」のコピーまたは原紙を入会申込書の裏に貼付してください。
- (6) 入会申込書を封書でお送りください。

《ご注意》振り込み手続きだけでは入会申し込みは完了いたしません。入会申込書を必ずお送りください。

5. 入会申込は、隨時受け付けています。

<事務局>〒020-0193 岩手県岩手郡滝沢村滝沢字巣子 152-52

岩手県立大学看護学部内 岩手県看護学会事務局 平野 昭彦

FAX:019-694-2239 E-Mail:iwatekango@ml.iwate-pu.ac.jp

No. (事務局記載欄)

岩手看護学会 入会申込書

岩手看護学会理事長 殿

貴会の趣旨に賛同し会員として入会いたします。

申込日	平成()年()月()日		
氏名	フリガナ	性別	
		1. 男	2. 女
勤務先名称	フリガナ		
現在の職種 (ひとつに○)	1. 保健師 4. 准看護師 7. その他()	2. 助産師 5. 義護教諭	3. 看護師 6. 看護教員
連絡先 (どちらかに○)	1. 勤務先 〒		2. 自宅
	TEL:		
	FAX:		
	E-mail:		
最終卒業校			
実践・関心領域			
会員名簿掲載の可否 (どちらかに○)	可	・	不可
項目掲載の可否 (記載不可にレ印)	<input type="checkbox"/> 勤務先名称 <input type="checkbox"/> 連絡先TEL	<input type="checkbox"/> 連絡先住所 <input type="checkbox"/> 連絡先FAX	<input type="checkbox"/> 連絡先E-mail

注1) 性別・郵送物送付先・職種については各欄のいずれかの番号に○をお付けください。

注2) 裏面に年会費振込領収書のコピーを必ず添付してください。

添付のない場合は入会申込が無効となります。

必要事項を記入し、郵送にて下記の事務局までお送りくださいますようよろしく
お願ひいたします。

<事務局> 〒020-0193 岩手県岩手郡滝沢村滝沢字巣子 152-52

岩手県立大学 看護学部内 岩手看護学会 事務局

FAX: 019-694-2239 E-mail: iwatekango@ml.iwate-pu.ac.jp

岩手看護学会誌投稿規則(2008年10月4日改訂)

1. 総 則

- 1) 本学会は、看護学における研究成果の発表を目的として、岩手看護学会誌/Journal of Iwate Society of Nursing Scienceを年2回発行する。
- 2) 刊行については、本学会が編集委員会を設置し、その任にあたる。
- 3) 本雑誌は、オンライン(Internet)および紙媒体にて出版する。

2. 投稿規定

- 1) 投稿資格については、次のように定める。

- (1) 筆頭執筆者は本学会の会員とする。
- (2) ただし、本学会が依頼した場合にはその限りでない。

- 2) 著作権は本学会に帰属する。

投稿者は、投稿内容が受理され学会誌に掲載された場合、学会誌掲載内容が学会ホームページ上で公開されることについて、投稿の時点では了解しているものとする。

投稿者は、版権の利用に当たって、本規則の附則に従う。

- 3) 論文の種類

本誌に掲載する論文は、総説、原著、事例報告、研究報告、短報、その他とし、論文として未発表のものとする。審査の段階で編集委員会が論文の種類の変更を指示することがある。

- ・総説

看護学に関わる特定のテーマについての知見を集め、文献等をレビューし、総合的に学問的状況を概説したもの。

- ・原著

看護学に関わる研究論文のうち、研究そのものに独創性があり、新しい知見を含めて体系的に研究成果が記述されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。原則として、目的、方法、結果、結論の4段の形式で記述されたものでなければならない。

- ・事例報告

臨床看護上貴重な臨床実践例の報告で、臨床看護実践または看護学上の有益な資料となるもの。

- ・研究報告

看護学に関わる研究論文のうち、研究成果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。原

則として、目的、方法、結果、結論の4段の形式で記述されたものでなければならない。

- ・短報

看護学に関わる研究論文のうち、新しい知識が含まれており、看護学の発展に寄与することが期待できるもの。原則として、目的、方法、結果、結論の4段の形式で記述されたものでなければならない。

- ・その他(論壇等)

看護学に関わる論文。

- 4) 論文の提出

論文は編集委員会の指示に従って提出する。

- 5) 論文の採否

投稿論文の採否の決定は、査読を経て編集委員会が行う。査読者は編集委員会が依頼する。原則として査読者は2名とする。査読者間の意見の相違がある場合は編集委員会が別の1名に査読を依頼することができる。査読は別途定める査読基準ならびに査読ガイドラインに従って行う。

投稿論文の審査過程において、編集委員会からの修正等の要望に対し3ヶ月以上著者からの回答がなかった場合には自動的に不採用とする。

- 6) 編集

論文の掲載順序その他編集に関する事項は、編集委員会が行う。

- 7) 校正

初校は著者校正とする。著者校正は原則として字句の訂正に留めるものとする。再校以後は編集委員会にて行う。

- 8) 別刷り

50部単位で著者校正時に申請する。別刷りにかかる費用は著者の負担とする。

- 9) 倫理的配慮

人及び動物が対象とされる研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。具体的には下記の倫理基準を満たしていること。また、原則として研究倫理審査委員会の審査をうけていること。

- ・人体を対象とした研究では、「ヘルシンキ宣言」に従うこと。

- ・動物を対象とした研究では、「岩手県立大学動物実験倫理規定」または同等水準の倫理基準を満たしていること。

- ・調査研究については、「疫学研究に関する倫理指針」または同等水準の倫理基準を満たしていること。
 - ・ヒトゲノム・遺伝子解析を対象とした研究は、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」および「遺伝子治療臨床研究に関する指針」または、これと同等水準の倫理基準を満たしていること。
- 10) 投稿手続き
- 投稿予約を岩手看護学会ホームページ投稿案内(<http://iwatekangogakkai.res.iwate-pu.ac.jp/gakkaishi/tokoannai.html>)より行う。(論文種類、論文題目(仮)、著者名、e-mailアドレス、会員番号、連絡先住所および郵便番号を記入)
- ・ホームページ中の投稿チェックリストに記載する。
 - ・編集委員会の指示に従ってe-mailに添付して論文を投稿する。
 - ・編集委員会が投稿論文が投稿規則にしたがっていることを確認した時点で投稿手続きが終了し、この日をもって受付日とする。また、査読を経て、編集委員会が雑誌掲載を許可した日をもって受理日とする。
 - ・採用された論文の掲載に研究倫理審査書、共同研究者同意書等が必要とされた場合には、論文受理通知後2週間以内に編集委員会宛てにそれらの書類を提出すること。
 - ・著者は受理日以降であれば、論文掲載証明を請求することが出来る。
- 11) 掲載料
- 掲載料は無料とする。ただし、カラー写真掲載に関する費用は実費負担とする。

3. 執筆要領

1) 論文の記述

- (1) 論文原稿は、和文または欧文(原則として英文)とし、A4サイズの頁設定を用い、Microsoft Word書類(原則として2007以降のバージョンで作成されたもの)とする。
- (2) 論文の分量は、表題、要旨、本文、引用文献等全てを含め、組み上がり頁数で以下の規定以内とする。
 - ・総説:12頁(本文と引用文献(図表含む)で20,000字相当)
 - ・原著:12頁(本文と引用文献(図表含む)で20,000字相当)
 - ・事例報告:6頁(本文と引用文献(図表含む)で10,000字相当)
 - ・研究報告:12頁(本文と引用文献(図表含む)で20,000

字相当)

- ・短報:4頁(本文と引用文献(図表含む)で7,000字相当)
 - ・その他(論壇等): 内容により編集委員会が決定する。
- (3) 和文原稿は、原則として現代かなづかい、JIS第2水準までの漢字を用いる。外国の人名、地名、術語は原語のまま表記する。学術的に斜字体で表記されている術語は斜字体で表記する。単位および単位記号は、原則としてSI単位系に従うものとする。和文原稿の句読点はピリオド及びカンマとする。
- (4) 論文は、表題、著者名、所属、要旨、本文、引用文献、表題(英文)、著者名(英文)、所属(英文)、Abstract(英文要旨)の順に作成する。本文が欧文である場合には、表題以下の英文部分から始め、和文の表題、著者名、所属、要旨を順に最後に記載する。
- (5) 論文(その他を除く)には400字程度の和文要旨を付け、原著については250語程度のAbstract(英文)も付ける。原著以外の論文にAbstractを付けることも可とする。
- (6) 欧文(英文抄録含む)は原則としてNative Checkを受けたものとする。
- (7) 5語以内のキーワード(和文および英文それぞれ)をつける。
- (8) 文書フォーマットは下記のものとする(編集委員会が指定する投稿論文テンプレートを用いる)。
- ・本文および引用文献は2段組み、24文字×44行、文字は10ポイント、その他は1段組み
 - ・文書余白は上下25mm、左右20mmとする。なお余白部分は編集委員会が頁数、書誌事項、受付日、受理日の表示のために利用する。
 - ・本文和文書体はMS-P明朝、見出しはMS-Pゴシック(11ポイント)を用いる。本文欧文書体はTimes New Romanを用いる。
 - ・上付き、下付き文字はMS-P明朝を用い、Microsoft Wordの機能を用いて作成する。
 - ・要旨及びAbstractは、左右15mmインデントする。
- (9) 丸付き数字、ローマ数字等の機種依存文字は使用しない。
- (10) その他、文書の形式、書式等は原則として投稿論文テンプレートに従う。
- 2) 図表の掲載
- (1) 図表は、1段(7.5cm幅)あるいは2段(16.5cm幅)のサイズで本文中に掲載する。
 - (2) 図表中の表題、説明文等の文字はMS-Pゴシック6ま

- たは8ポイントとする。
- (3) 図は原則としてjpg,gifあるいはpngフォーマットにより作成する。写真も同様とする。Microsoft ExcelまたはPowerPointから直接貼り付けることも認める。
 - (4) 表はMicrosoft Excelにより作成し、本文中に貼り付ける。
 - (5) 図には論文内でそれぞれ通し番号を付し、表題とともに、「図.1 表題」と図の直下に中央揃えにて記載する。
 - (6) 表には論文内でそれぞれ通し番号を付し、表題とともに、「表.1 表題」と表の直上に左寄せにて記載する。
- 3) 文献の記載

引用文献の記述形式は「生物医学雑誌に関する統一規定Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals」(いわゆる‘Vancouver’ style)に準ずる。

- (1) 文献を引用する場合は、本文の引用箇所の肩に上付き文字で1)-2)のように表し、最後に一括して引用順に掲げる。
- (2) 記載の様式は下記のようとする。
 - ・雑誌の場合……著者名:表題名, 雜誌名, 年次, 卷(号), 頁。
なお、頁は数字のみ。雑誌名は和雑誌は医学中央雑誌、洋雑誌はMEDLINEに従い省略形を用いる、それらに掲載されていないものは正式名称を用いる。
 - ・単行本の場合……著者名:書名(版), 頁, 発行所, 年次。または著者名:表題, 編集者名(編), 書名(版), 発行所, 年次, 頁。
なお、頁は数字のみ。
 - ・訳本の場合……著者名:書名, 発行所, 年次, 訳者名:書名, 発行所, 年次, 頁。
 - ・新聞記事の場合……著者名:”記事タイトル(コーナー名)”, 新聞名(年.月.日), 地域版の場合にはその名称, 版数, 朝夕刊の別:掲載頁。
なお、著者名のない場合は省略して良い。

- ・ホームページの場合……URLを記載(原則として、公的機関等のサイトにおいて情報が継続して同じURL上有ることが確実であるような場合のみ引用することが出来る。)
- (3) 著者名の記載については下記の例に従う。
 - ・和文の場合……5名以下のときは全員の姓名, 6名以上とのときは、筆頭から5名の姓名の後に「, 他」をつける。
 - ・欧文の場合……5名以下のときは姓, 名のイニシャル, 6名以上の時は5名までの姓, 名のイニシャルに「, et al.」をつける。
- (4) 書体は本文に準じる。

附則 1. 版権について

- 1) 学会誌掲載内容(学会ホームページ上で公開する電子媒体を含む)の版権は、全て学会に帰属する。
- 2) 学会誌内で掲載されている図表など原著性の高い内容を他の雑誌や書籍刊行物にて利用する際には、学会誌編集委員長に対して必ず書状にて許諾申請を行うものとする。許諾は編集委員会宛て郵送にて申請する(電子メールでの依頼は受け付けない)。
- 3) 学会誌誌面内容使用に関する許諾申請書には1. 引用する学会誌の論文の号・巻・頁・年度・タイトル・筆頭著者名・使用したい図表等の掲載頁とその図表番号, 2. 利用目的, 3. 依頼者住所・氏名・電話番号・FAX番号・電子メールアドレス・自署署名を付記して申し込むこと。
- 4) 使用許可のおりた図表等の利用に関しては脚注に(あるいは参考文献として)原著を引用文献として明示すること(謝辞等を文面で述べることが望ましい)。

附則 2. 本規則の適用期間

本規則は平成19年6月23日より発効する。

附則 3. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成20年10月4日から施行する。

編集後記

岩手看護学会誌第2巻第1号をお届けできることを心より嬉しく思っております。通算2号目の学会誌となります。が、本学会が目指すところの様々な分野・領域から研究論文を投稿していただきました。今後も臨床や地域はもとより、学校教育、看護教育など、看護専門職が活躍しているあらゆる現場からの実践報告や研究論文の投稿をお待ちしております。また、会員の皆様に論文作成や投稿をより身近なものとしていただき、本学会誌を通じて看護学の発展や看護実践の改善についての活発で建設的な議論が行われるよう、編集委員会として投稿をサポートするような企画も今後考えてまいりたいと思っております。

今回の発刊にあたりましては、動き始めたばかりの編集委員会のため、著者ならびに査読者の皆様に何かとご迷惑をお掛けした点もございました。発刊時期も予定より遅れてしましましたことも併せてお詫び申し上げます。関係者の皆様に温かいご配慮と多大なご協力をいただきましたことをあらためて感謝し御礼申し上げます。

(浅沼記)

第1回岩手看護学会学術集会のご案内

メインテーマ

いわてから新たな看護の発信

会長挨拶

岩手看護学会の第1回学術集会を開催することになりました。本学会の学術集会は，“ガッカイ”という従来の硬直化した堅苦しい雰囲気での学術交流ではなく、誰でも気軽に参加でき、自由な発想で誰とでも議論できる情報交換の場としたいと考えています。すなわち、日々の実践で経験した看護場面についての情報を共有する機会としても活用していただきたいと考えています。学術集会において、実践家と研究者が経験知を共有することによって、そこから新たな看護研究が生まれ、真に実践の場で必要とされる看護の研究を推進することが可能となります。今回は、そのような研究を常に実践され、ナインチングール記章を受章された川嶋みどり先生に特別講演をお願いしました。先生のご講演から研究に取り組む際のヒントを得ることができますと想っています。病院や地域、あるいは学校現場での課題を共有し、いわてから新たな看護の発信に繋げたいと考えています。

本学会では、いわてから看護学を発信するために学会誌とともに電子ジャーナルをすでに発行しています。発表した内容を詳細な記録物として残すために、学会誌に是非投稿していただきたいと願っています。そこで、投稿する論文の作成を支援するためにも、学術集会では論文作成についてのセミナーを継続して開催する予定です。その第1回の講師として本学の福島裕子先生にお願いしました。このセミナーは、会員の皆様に積極的に活用していただくことができるよう、親しみやすい名称とし『めんこいセミナー：一緒に学ぶ論文作成のイロハ』と呼ぶことにしました。多くの会員に参加していただき、今後の研究活動に役立てていただきたいと考えています。

第1回岩手看護学会学術集会 会長
武田利明(岩手県立大学)

- 会期:2008年10月4日(土)9:00開場
- 会場:岩手県立大学

- 会長講演:武田 利明(岩手県立大学) 9:30~10:15
「経験知に学び科学知を探究する新たな看護研究の取り組み」
- 特別講演:川嶋 みどり先生(日本赤十字看護大学) 10:30~12:00
「看護実践が語る看護の知－事例検討と集積から見えてきたこと－」
- めんこいセミナー:福島 裕子先生(岩手県立大学) 16:00~
「一緒に学ぶ論文作成のイロハ」

- 一般演題発表: 13:00~
- 総会: 12:00~12:30

1. 演題募集要項

1) 演題の種類

看護に係わる様々な職種の皆様から演題を募集します。

多種多様な演題(看護研究および事例報告, 実践報告, 業務改善報告など現場での取り組み全般)を通して, 活発な交流を図りましょう。

2) 演題発表の形式

口演:(発表10分, 質疑応答5分, 計15分)

3) 申し込み資格

演題を申し込みされる方は, 共同研究者も含めて本学会の会員, 又は手続き中の方であることとします。

演題申し込みに際し, 入会を希望される方は岩手看護学会ホームページの入会手続きをご参照ください。

入会申込書は, ホームページからダウンロードできます。

<http://iwatekangogakkai.res.iwate-pu.ac.jp/nyukai/index.html>

岩手看護学会 入会申込先・お問合せ

<事務局>〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字巣子 152-52

岩手県立大学看護学部内 岩手看護学会事務局

FAX : 019-694-2239 E-mail : iuatekango@ml.iwate-pu.ac.jp

4) 演題申し込み方法

(1) 申込期間

申し込み開始:2008年6月2日(月)～ 締切:2008年7月14日(月)

(2) 演題抄録原稿について

演題抄録は, A4用紙2枚(2,800字以内)としてください。

上部3.0cm, 下部3.0cm, 左側2.5cm, 右側2.5cmの余白を空けてください。

A4用紙2枚に本文, 図, 表を含めてお書きください。

演題タイトルは, 左から6文字分をあけ(抄録集では演題番号が入ります), 上2行になるべく文字が中央にくるように記入してください。

発表者氏名と所属機関は4行目から記入し, 氏名は右寄り, 所属機関は氏名の後に()で入れてください。

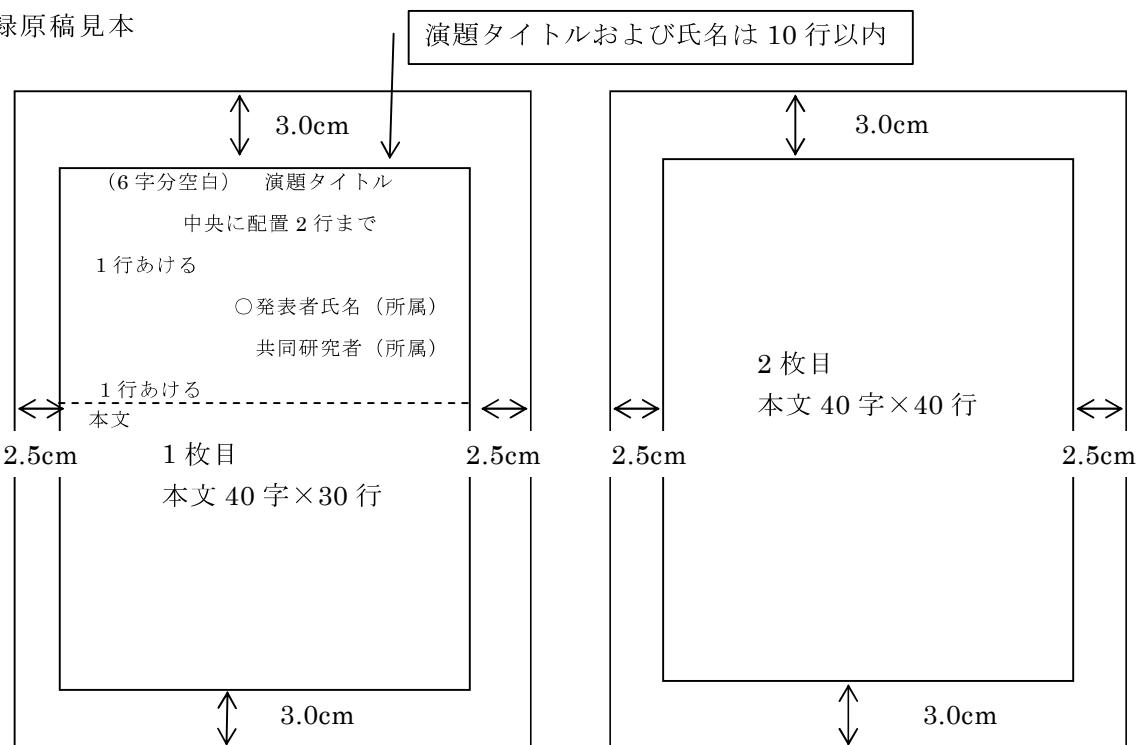
当日の発表者(演者)の氏名の前に○印を付けてください。

本文は, 発表者氏名・所属の後, 1行空けて書き始めてください。

行間は十分とり, 10.5ポイントの文字でお書きください。

原則としてダイレクト印刷(モノクロ)を行いますが, 事務局で体裁を整えることがありますのでご了承ください。

抄録原稿見本



(3) 申し込みの種類

①E-mailによる申し込み方法

岩手看護学会ホームページより抄録フォーマットをダウンロードできます。

第1回岩手看護学会学術集会事務局E-mail(natsuko@iwate-pu.ac.jp)宛にお送りください。

メールの件名を「第1回岩手看護学会学術集会演題抄録」とし、Windows Word 2003にて保存したファイルを添付してください。

メール本文には、発表者氏名、所属、連絡先メールアドレス、住所、電話番号を記載してください。

1演題につき、1メールとしてください。

②郵送による申し込み方法

以下の i ~ iv を角2封筒に同封の上、学術集会事務局までお送りください。

原稿送付時には、必ず厚紙等で原稿を保護してください。

封筒に「抄録集原稿在中」と朱書きして、お送りください。

i : 抄録原稿 オリジナル1部 コピー1部

上記の「(2) 演題抄録原稿について」を参照し、規定通りに作成してください。

ii : 抄録原稿を保存したフロッピーディスク 1枚

iii : 連絡用はがき2枚(抄録原稿受領書、演題採否通知書)

通常はがきの表面に演題申込者の郵便番号、連絡先住所、氏名を記入し、50円切手を貼ってください。

iv : 発表者氏名、所属、連絡先住所、電話番号、FAX番号を記入したもの1枚

郵送先 : 〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字巣子 152-52 岩手県立大学看護学部内
第1回岩手看護学会学術集会事務局

5) 演題発表について

本学術集会の口演発表は、すべてパソコンと液晶プロジェクターによる発表です。

下記事項にご留意いただき、ご準備をお願いいたします。

(1) パソコン(WindowsXP)を使用し、Power Point2003にて発表します。

ご自身でパソコン操作を行ってください。会場での資料配布はできません。

(2) データの作成・保存

事務局で用意するパソコンは『Windows XP』のみで、使用するアプリケーションは『PowerPoint2003』です。また、発表データ作成の際はWindows 標準フォント(MS 明朝, MSP 明朝, MS ゴシック, MSP ゴシック等)をご使用ください。

これ以外のフォントをご使用の場合は、正常に表示できないこともあります。

事務局で受付可能なメディアはUSB フラッシュメモリーのみです。

その他のメディアは受付できません。

念のために各自バックアップをお持ち頂くことをお勧めします。

発表用データを本学術集会で用意したパソコンに複写します。

ご持参いただいたメディアは動作確認終了後、その場で返却させていただきます。

パソコンに複写したデータは本学術集会終了後、削除致します。

(3) 発表受付

演者は各発表群開始時間の30 分前までに各会場で発表者受付を済ませて下さい。

各発表開始時間の10分前に次演者席にお着きください。

2. 学術集会参加について

1) 学術集会参加申し込み

学術集会参加費	会員	非会員	学生（事前・当日とも）
事前	3,000 円	4,000 円	1,000 円
当日	4,000 円	5,000 円	1,000 円

学会当日は受付の混雑が予想されますので、学術集会参加費の前納による事前受付にご協力ください。参加費の払い込みは、払込取扱票(1人1枚)を用いて、平成20年8月29日(金)までに済ませてください。それ以降の参加申し込みは、学術集会当日受付となり、参加費も1,000円増しとなりますのでご注意ください。

払込金受領証をもって領収書にかえさせていただきます。

払込みをされた方には、抄録集を郵送いたします。

郵便局に備え付けの払い込み用紙を使用する際は、通信欄に以下の項目をご記入ください。

会 員： 氏名、会員番号、連絡先住所、電話番号、勤務先名称

非会員： 氏名、連絡先住所、電話番号、勤務先名称

振替口座記号番号 : 02240-9-111008
加入者名 : 岩手看護学会学術集会

Journal of Iwate Society of Nursing Science

Foreword

The Endeavor to Conduct Investigative Research

Yuriko Kanematsu

1

Original Articles

A Basic Study of Changes in Lower Leg Temperature during a Warm Foot Bath: Thermographic Measurement of Region-Specific Skin Temperatures and Their Temporal Changes

Reiko Nakamura

3

A Study of the Role of Family Members Caring for People Receiving Medical Care while Living at Home: The Process of Role Recognition by the Family and the Procedure of Nursing Care

Miyuki Handa

10

Research Reports

How Has “The Law for the Custody of Insane Persons” Been Implemental in Iwate Prefecture?

- An Analysis of “Seishinbyosha-Kangogou-Rei Toriatsukai Testsuzuki”

Yuriko Tanabe

23

Brief Reports

A Questionnaire-Based Analysis of Glycerin Enema Procedures in a General Hospital

Naoko Kagaya, Toshiaki Takeda

31

ISNS meetion reports

Minutes of Executive Board Meeting

40

Constitution of the Iwate Society of Nursing Science

42

ISNS Regulations

44

Membership Application Information

45

Membership Application Form

46

Regulations for Submission of Articles

47

Editorial Postscript

50

Volume2 Number1 October 2008