

岩手看護学会誌

巻頭言

がんばろう，岩手の看護！ 石川みち子 1

研究報告

妊婦および育児中の母親の防災に関する意識と災害への備えの実態
西里真澄，川村真由美，鈴木智佳子，長崎由紀，中村靖子，吉田真弓，蛭崎奈津子 3

第3回岩手看護学会学術集会

会長講演

「“あるべき”から“ありのまま”への転換 -患者の家族支援をひもとく中で-」 三浦まゆみ 15

特別講演

「人のつながり，場のつながりで成り立つ家族支援 一家族全体の健康を支える実際の取り組み一」
藤野 崇 19

交流集会1「リレートーク・それぞれの場と看護を語ろう！一脳卒中の方への支援を例にして一」 29

交流集会2「養護教諭の行う研究とは」 34

学会記事

会告 岩手看護学会第4回学術集会開催 35

平成23年度第1回岩手看護学会理事会議事録 36

岩手看護学会会則 39

岩手看護学会役員名簿 42

岩手看護学会入会手続きご案内 43

入会申込書 44

岩手看護学会誌投稿規則 45

Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines 49

岩手看護学会員関心領域 53

岩手県内で開催される学会・研修会のご案内 55

岩手県立大学看護実践研究センターのご紹介 57

論文投稿支援のご案内 58

編集後記 59

第5巻第1号 2011年6月

岩手看護学会

Iwate Society of Nursing Science

巻頭言

がんばろう、岩手の看護！

未曾有の大震災と大津波から2か月が過ぎ、辛さと悲しみにうちひしがれている間にも、桜の季節を迎えまた今は新緑が輝く季節になりました。胸がつぶれるような光景が繰り返し放映されると同時に、国内各地と世界各国から支援と励ましが寄せられ、勇気づけられています。私自身もあの日、大きなゆれに驚いて校舎の外に飛び出し、交通の遮断や停電、建物の被害などのため1週間近く大学にて、学生や教員、近隣の住民とともに避難生活を経験しました。大きな余震もすこしずつ少なくなってきたこの頃ですが、福島原発事故の影響が周辺の住民を苦しめ、日本中に大きな影を落としています。多くの医療従事者がボランティアとして現地に入り、人々の支えになっていることを感謝しています。

本学会は岩手における臨床看護の質の向上を目指して研究、報告、意見交換の場として重要な役割を果たしています。岩手県は我が国において北海道に次ぐ広い面積をもち、震災以前から医療過疎の問題や医療施設の偏在、高齢化と医師・看護師等の医療従事者不足等の問題を抱えていました。これらの諸問題の中でどのように県民の健康を支えていくかが大きな課題でした。さらに震災によって、沿岸の医療施設は壊滅状態となり、人々の心身の健康問題は即刻の支援を必要としています。このような状況の中では、ナイチンゲールの言う環境を整えることが何よりも重要で、看護の基本を実践してゆくことから始めることが必要ではないでしょうか。

今こそ岩手の看護はこれまでの研究・経験を駆使して人々の健康回復、維持のために活動する時だと思えます。そしてこの未経験の事象の中での健康問題とその解決についての経験知をお互いに共有しながら蓄積してゆき、全国に発信してゆく必要があると思えます。県内の医療施設、保健施設、福祉施設が力を合わせて東北全体の保健・医療・福祉の質を維持し、向上させていかなければならないと思えます。

日本の状況を案じて少しでも休息をとるようにと招待して下さった友人宅に、連休を利用して10日ほど滞在してきました。そこで見た5月8日付ワシントン・ポストにはアメリカ看護協会による「看護週間の歴史」がナイチンゲールの生誕記念日を中心どのようにアメリカ合衆国と世界で発展してきたかについての記事が大きく掲載されていました。またその次の頁でアメリカにおける医療と看護の大きな変革について2分の1頁を使ってPR記事が載っていました。医療改革により看護の役割が一層大きくなり自律性がさらに高くなることからヘルスケアに対する考え方の“change”が必要であるというものでした。

私たち看護職はこの大災害を看護実践の変革の機会とすることができるとは思いません。県内の大学・研究機関と実践の場である保健医療施設が協働して看護の質を高める機会としたいと考えます。

看護の日に因んで開催された National Children's Medical Center, Washington DC のポスター・プレゼンテーションに参加する機会もありました。センターの看護研究部主催で、研究部のスタッフと臨床スタッフの共同研究や、臨床からの実践報告、他施設との共同研究など31題のポスターが公開展示され、参加者との質疑が熱心に行われていました。

病院の中に看護研究部があり、数名の優秀なスタッフと5件以上のファンドをもって活動していること、臨床ナースが研究に対して熱心であること、病院がスタッフの卒後教育（修士・博士課程への進学や専門領域の資格取得）を支援していることなど、これからの私たちの目指すべき方向であると感じました。

学会でお会いできることを楽しみに、震災からの一日も早い復興と会員の皆様のますますのご活躍を祈念しております。

平成23年6月

岩手県立大学看護学部名誉教授
石川みち子

〈研究報告〉

妊婦および育児中の母親の防災に関する意識と 災害への備えの実態

西里真澄¹⁾ 川村真由美¹⁾ 鈴木智佳子¹⁾ 長崎由紀¹⁾ 中村靖子¹⁾ 吉田真弓¹⁾ 蛭崎奈津子²⁾

1)あそび ma・senka 2)岩手県立大学看護学部

要旨

妊婦および育児中の母親の防災に関する意識や災害への備えの実態を把握し、防災教育、ならびに被災時の支援につなげることを目的とし、盛岡市、気仙地域に在住の妊婦および育児中の母親269名を対象に、これまでの被災体験と心配事、日頃の災害への準備状況、被災時の支援者や地域情報の把握状況の調査を実施した。

その結果、妊婦および育児中の母親は、防災の必要性は感じていても対策を講じている者は少数であり、被災時のリスクを把握していないことから被災予測ができず、具体的な減災行動につながらない事が把握された。防災について公的サービスに期待することとして、「非常持ち出し品等の各家庭への配布」、「子育て世帯に対する被災時のリスクや対応への情報提供および防災教育」への要望が多かったが、すでに周知されている緊急避難場所の把握率も低いことから、周知方法の工夫が必要と思われた。また、妊婦および育児中の母親、ことに就学前の子どものみを擁する母親は、地域との交流が少なく、防災に関する情報も乏しいため、母子に関わる専門職および子育てサポーターの役割が重要であり、支援者の資質向上と地域に根ざしたネットワーク強化の必要性が明らかになった。

キーワード：防災，妊婦，母親，備え

はじめに

阪神淡路大震災以降、災害弱者の支援のあり方が見直され、災害看護¹⁾や防災と福祉の連携、復旧期における保健活動の体制づくりなどが構築されている^{2)~4)}ものの、そのほとんどは、高齢者や慢性疾患患者を中心とした要支援者を対象としたものである。

このような状況の中、平成20年6月に起こった岩手・宮城内陸地震により盛岡近郊でも震度4の地震を体験。妊婦や育児中の母親から寄せられる不安や疑問に対応する中で、災害時は健康を害するリスク⁵⁾が高く災害弱者とされる妊婦や育児中の母親が、自らのリスクの知識に乏しく災害への備えを講じていないことへ危機感を持った。

妊婦や育児中の母親の支援においては、社団法人助産師会より「災害時マニュアル」⁶⁾が発行されているが、内容は入院中や避難する母子を中心としたものであり妊婦や育児中の母親に特化した被災予測や災害への備えに関する情報は得難い。また、東京都は平成18年

に自治体を対象とした「妊産婦・乳幼児を守る災害対策ガイドライン」⁷⁾を作成、母子の特性をとらえた詳細な支援策をまとめているが、他府県への普及や母子への啓発にはつながっていない。

国崎⁸⁾は母親の視点での子どもの危機管理の重要性を述べる一方で、母親や保育・教育機関など、子どもに関わる大人の危機意識の低さが、妊婦や母子に対する防災対策の遅れをまねいていることを指摘している。実際、岩手県内の子育て支援に関わる者自身も、災害の報道があるたびに防災対策の必要性を感じながらも、根拠のない楽観や行政への依存から災害への備えを講じていない現状を見受けることが、著者自身も含め多々あり、対象への啓発も出来なかったものと思われた。

そこで、妊婦および育児中の母親の防災に関する意識や災害への備えの実態を把握した上で、母子保健に関わるサポーターが担うべき役割の検討を深め、防災教育、ならびに被災時の支援につなげたいと考え調査を実施した。

研究目的

妊婦および育児中の母親の防災に関する意識や災害への備えの実態を把握し、子育て中の世帯の防災教育、ならびに被災時の支援の示唆を得る。

倫理的配慮

研究の協力にあたっては、文書で研究の趣旨、方法、倫理的配慮を説明した。特に研究協力は自由意思に基づくこと、匿名性は守られること、得られたデータは目的以外に使用しないことを文書にて説明し、質問紙の返送をもって研究協力の了承が得られたこととした。

方法

1. 用語の定義

- ・妊婦とは、調査時点で妊娠中の者とする。
- ・初妊婦とは、調査時点で第1子を妊娠中の者とする。
- ・育児中の母親とは、末子年齢が、0～6歳の子どもを育児中の母親であり、調査時点で第2子以降を妊娠中の者を含む。

2. 調査対象

盛岡市、気仙（大船渡市・陸前高田市）地域に居住の初妊婦および育児中の母親429名。なお、2地域を選定した理由は、地理的条件・コミュニティーの特徴・自然災害の発生頻度を考慮し、その相違による比較検討を行うためである。

3. 調査内容

先行調査^{9) 10)}を参考に独自に作成した自記式質問紙調査。内容は属性の他、これまでの被災経験と心配事、日頃の災害への準備状況、被災時の支援者や地域情報の把握状況である。

4. 分析方法

統計ソフトSPSS 17.0J for Windowsを用いて、単純集計および χ^2 検定、t検定を行った。

5. 調査時期

2009年9月～12月

結果

岩手県内のうち盛岡ならびに気仙地域に居住する妊婦および育児中の母親の計429名に配布し、280名より回答を得た（回収率65.2%）。このうち回答に不備の

あった11名を除く、269名を分析対象とした（有効回答率62.7%）。

1. 対象の属性（表1、表2）

対象269名のうち、「盛岡地域」に居住している者は149名（55.4%）、「気仙地域」が120名（44.6%）であった。対象者の平均年齢は32.5±5.1歳（19～46歳）であり、最も低年齢の子どもの平均年齢は1.8±1.5歳（0～6歳）であった。なお、第3子までの子どもの年齢の平均は3.5±3.4歳（0～20歳）であった。そのうち第1子の年齢の平均は1.8±1.5歳であった。その家族形態は「核家族」が206名（76.6%）であり、「複合家族」が63名（23.4%）であった。現在の住居の居住年数は平均5.3±7.5年であり、「マンションやアパートなどの賃貸住宅」に居住している者が114名（42.4%）と最も多く、「一戸建ての持ち家」が104名（38.7%）、「一戸建ての貸家」が38名（14.1%）と続いた。両親や親戚等との距離では132名（49.1%）が「夫の両親と同居または近くにいる」と回答し、次いで「自分の両親が同居または近くにいる」者は116名（43.1%）であった。「両親も親戚も近くにいらない」者は61名（22.7%）であった。

対象者の仕事については、「会社員・公務員」の者は127名（47.2%）と最多であり、次いで、「無職」が83名（30.9%）と続いた。勤務形態では「規則的で昼間勤務」である者が7～8割と最も多く、被災時の出勤の可能性では約5割が「場合によってはある」という状況であった。被災時に夫との連絡について「すぐに連絡がつく」と答えた者は81名（30.1%）、「すぐに連絡がつくか心配」と回答した者は160名（59.5%）であった。

269名の対象者のうち「妊婦」は全体の18.2%にあたる49名であり、そのうち34名（69.4%）がまだ子どもがいない「初妊婦」であった。「育児中の母親」235名の子どもの保育状況については、「保育園・幼稚園に預けている」が168名（71.5%）と最も多く、次いで「預けてはいない」59名（25.1%）、「子育て支援センターを利用している」18名（7.7%）、「祖父母等、家族に預けている」15名（6.4%）と続いた。

これらの属性を地域別にみたところ、盛岡地域に比べ気仙地域の方が、「複合家族」（ $p<0.01$ ）、「夫の両親と同居または近くの居住」（ $p<0.001$ ）、「住居が「一戸建ての持ち家」（ $p<0.001$ ）、「居住年数」の長さ（ $p<0.01$ ）、「子どもがいる」者の割合（ $p<0.001$ ）、「保育

状況について「子育て支援センターを利用している」ならびに「祖父母等、家族に預けている」(共に $p<0.01$)者の割合が有意に高かった。

子どもの有無別では、育児中の母親に比べ初妊婦の

方が「年齢」の低さ ($p<0.001$), 「どちらの両親も近くにいない」 ($p<0.05$), 住居については「アパート・マンションで賃貸」 ($p<0.001$), 「居住年数」の短さ ($p<0.05$) においてその割合が有意に高かった。

表 1. 対象の属性

	全体 n(%) (n=269)	居住地域		有意差	子どもの有無		有意差
		盛岡地域 (n=149)	気仙地域 (n=120)		初妊婦 (n=34)	母親 (n=235)	
対象者の属性 (n=269)							
居住地域							
盛岡	149(55.4)				34(22.8)	115(77.2)	***
気仙	120(44.6)				0(0)	120(100)	
年齢(平均±SD)	32.5±5.1	32.2±5.0	32.8±5.2		29.8±4.6	32.9±5.0	***
子どもの年齢: 第3子まで	3.5±3.4	3.4±3.6	3.5±3.4			3.5±3.4	
末子年齢	1.8±1.5	1.8±1.6	1.8±1.5			1.8±1.5	
家族形態							
核家族	206(76.6)	124(83.2)	82(68.3)		29(85.3)	177(75.3)	
複合家族	63(23.4)	25(16.8)	38(31.7)	**	5(14.7)	58(24.7)	
住居							
持ち家: 一戸建て	104(38.7)	42(28.2)	62(51.7)	***	4(11.8)	100(42.6)	***
持ち家: マンション	9(3.3)	9(6.0)	0(0.0)		4(11.8)	5(2.1)	
賃貸: 一戸建て	38(14.1)	16(10.7)	22(18.3)		3(8.8)	35(14.9)	
賃貸: マンション, アパート	114(42.4)	81(54.4)	33(27.5)	***	23(67.6)	91(38.7)	***
居住年数(平均±SD)	5.3±7.5	4.0±5.3	6.9±9.4	***	2.5±2.5	5.7±7.9	*
父母との距離							
夫の両親: 同居・近い	132(49.1)	57(38.3)	74(61.7)	***	9(26.5)	122(51.9)	**
自分の両親: 同居・近い	116(43.1)	62(41.6)	54(45.0)		13(38.2)	103(43.8)	
親戚のみ: 近い	19(7.1)	14(9.4)	5(4.2)		2(5.9)	17(7.2)	
両親・親戚近くにいない	61(22.7)	38(25.5)	23(19.2)		13(38.2)	48(20.4)	*
妊婦・乳幼児の母親別							
初妊婦	34(12.6)	34(22.8)	0(0.0)	***			
乳幼児の母親	235(87.4)	115(77.2)	120(100.0)				
子どもの保育状況 (n=235)							
保育園・幼稚園で保育	168(71.5)	85(73.9)	83(72.2)			83(72.2)	
子育て支援センターを利用	18(7.7)	3(2.6)	15(12.5)	**		15(12.5)	
祖父母等家族が保育	15(6.4)	2(1.7)	13(10.8)	**		13(10.8)	
預けていない	59(25.1)	29(25.2)	30(25.0)			30(25.0)	

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

2. これまでの被災体験と心配事

1) 被災経験と心配な災害の種類 (表3)

対象者269名について、これまでの被災経験をたずねたところ、「ある」と回答した者は全体の約2割にあたる63名(23.4%)であった。その被災回数は平均 1.5 ± 2.6 回であり、最近の被災時期は平均 7.2 ± 7.3 年前であった。実際に受けた災害の種類は「地震」が48名(76.2%)と最も多く、次いで「台風」12名(19.0%), 「水害」9名(14.3%)であった。被災状況では「家財道具の破壊」が37名(58.7%)と最多を占め、「自宅の損壊」15名(23.8%)と続いた。

これを地域別にみたところ、盛岡地域に比べ気仙地域の方が「被災経験がある」($p<0.01$), 被災状況に

おいて「家財道具の破壊」ならびに「自宅の損壊」(共に $p<0.01$), 日頃心配な災害として「津波」($p<0.01$)と回答した者の割合が有意に高かった。

2) 避難や避難生活についての心配 (表4)

避難や避難生活についての心配を「全く心配していない」1点から「かなり心配している」4点の4件法で回答を求め、心配度を得点として把握した。最も心配度が高かったのは「避難生活での家族の健康」で3.51, 次いで「避難生活でのトイレ」3.48, 「家屋や財産を失ってしまうこと」3.42, 「避難生活での子どもの生活」3.42, 「避難生活中の授乳などの子育て」3.41と続いた。

表2. 対象者の仕事に関する属性

	全体 (n=269)	居住地域		有意差	子どもの有無	
		盛岡 (n=149)	気仙 (n=120)		初妊婦 (n=34)	母親 (n=120)
対象者の仕事の属性						
職業						
・ 自営・会社経営	9 (3.3)	5 (0.3)	4 (3.3)		0 (0.0)	9 (3.8)
・ 公務員・会社員	127 (47.2)	77 (51.7)	50 (41.7)		12 (35.3)	115 (48.9)
・ 農林水産業	2 (0.7)	0 (0.0)	2 (1.7)		0 (0.0)	2 (0.9)
・ その他	44 (16.4)	23 (15.4)	21 (17.5)		0 (0.0)	38 (16.2)
・ 無職	83 (30.9)	42 (28.2)	41 (34.2)		16 (47.1)	67 (28.5)
勤務形態						
・ 規則的で主に昼間	146 (80.2)	88 (59.1)	58 (48.3)		15 (44.1)	131 (55.7)
・ 規則的で主に夜勤	3 (1.6)	0 (0.0)	3 (2.5)		0 (0.0)	3 (1.3)
・ 不規則で夜勤あり	12 (6.6)	7 (4.7)	5 (4.2)		1 (2.9)	11 (4.7)
・ 不規則で夜勤なし	14 (7.7)	7 (4.7)	7 (5.8)		0 (0.0)	14 (6.0)
・ その他	4 (2.2)	2 (1.3)	2 (1.7)		2 (5.9)	2 (0.9)
被災時の出勤 (n=186)						
・ ない	53 (29.1)	38 (25.5)	15 (12.5)		6 (17.6)	47 (20.0)
・ 必ずある	21 (11.5)	9 (6.0)	12 (10.0)		1 (2.9)	20 (8.5)
・ 場合によってある	98 (53.8)	53 (35.6)	45 (37.5)		10 (29.4)	88 (37.4)
・ その他	6 (3.3)	4 (2.7)	2 (1.7)		1 (2.9)	5 (2.1)
夫の属性						
被災時の出勤 (n=253)						
・ ない	53 (20.9)	35 (23.5)	18 (15.0)		10 (29.4)	43 (18.3)
・ 必ずある	71 (28.1)	38 (25.5)	33 (27.5)		8 (23.5)	63 (26.8)
・ 場合によってある	118 (46.6)	62 (41.6)	56 (46.7)		15 (44.1)	103 (43.8)
・ その他	10 (4.0)	6 (4.0)	4 (3.3)		1 (2.9)	9 (3.8)
被災時の夫との連絡						
・ すぐ連絡がつく	81 (30.1)	43 (28.9)	38 (31.7)		12 (35.3)	69 (29.4)
・ すぐに連絡がつくか心配	160 (59.5)	91 (61.1)	69 (57.5)		20 (58.8)	140 (59.6)
・ すぐに連絡はつかない	13 (4.8)	8 (5.4)	5 (4.2)		2 (5.9)	11 (4.7)

表3. これまでの被災体験と心配な災害

	全体 (n=269)	居住地区		有意差
		盛岡 (n=149)	気仙 (n=120)	
被災経験				
・ なし	206 (76.6)	123 (82.6)	83 (69.1)	**
・ あり	63 (23.4)	26 (17.4)	37 (30.8)	
被災回数 (平均±SD)	1.5±2.6	2.2±2.1	1.2±2.8	
最近の被災時期 (平均±SD)	7.2±7.3	9.1±8.9	5.6±5.3	
災害の種類 (n=63)				
・ 地震	48 (76.2)	18 (69.2)	30 (81.1)	
・ 台風	12 (19.0)	6 (23.1)	6 (16.2)	
・ 水害	9 (14.3)	6 (23.1)	3 (8.1)	
・ 津波	3 (4.8)	2 (7.7)	1 (2.7)	
被災状況 (n=63)				
・ 家財道具の破壊	37 (58.7)	13 (50.0)	24 (64.9)	**
・ 自宅の損壊	15 (23.8)	3 (11.5)	12 (32.4)	**
・ 避難	3 (2.0)	1 (3.8)	2 (5.4)	
・ 田畑の被害	3 (2.0)	1 (3.8)	2 (5.4)	
・ 自分や家族のけが	3 (2.0)	2 (7.7)	1 (2.7)	
・ その他	11 (4.1)	8 (30.8)	3 (8.1)	
日頃心配な災害の種類				
・ 地震	260 (96.7)	145 (97.3)	115 (95.8)	
・ 台風	77 (28.6)	46 (30.9)	31 (25.8)	
・ 津波	76 (28.3)	0 (0.0)	76 (63.3)	***
・ 水害	53 (19.7)	29 (19.5)	24 (20.0)	
・ 火山	31 (11.5)	19 (12.8)	12 (10.0)	
・ テロ	27 (10.0)	18 (12.1)	9 (7.5)	
・ その他	8 (3.0)	6 (4.0)	2 (1.7)	

p<0.01, *p<0.001

表 4. 属性別 避難や避難生活についての心配度

	居住地区			子どもの有無			就学児の有無		
	盛岡 (n=149)	気仙 (n=120)	有意差	初妊婦 (n=34)	母親 (n=235)	有意差	いる (n=41)	いない (n=228)	有意差
災害時の家族との連絡	3.40	3.38		3.32	3.40		3.51	3.37	
災害時の職場との連絡	2.45	2.54		2.28	2.52		2.80	2.42	**
災害時の保育施設等との連絡	3.17	3.11		2.86	3.17		3.30	3.11	
災害時の自分の避難方法	2.93	2.84		2.97	2.88		2.73	2.92	
災害時の家族の避難方法	3.42	3.28		3.18	3.38		3.34	3.36	
家族の避難と職場の出勤との両立	2.76	2.84		2.79	2.79		2.92	2.77	
避難生活での自分の健康	2.79	2.66		3.00	2.70	*	2.75	2.73	
避難生活での家族の健康	3.50	3.51		3.35	3.53		3.44	3.52	
家族や自分の病気の治療継続	2.75	2.81		2.90	2.76		2.95	2.75	
避難生活での自分のストレス	2.85	2.84		3.00	2.82		2.83	2.85	
避難生活での家族のストレス	3.38	3.42		3.21	3.42		3.44	3.39	
避難生活での他者との人間関係	2.89	2.93		2.79	2.93		3.00	2.89	
避難生活での食事	3.35	3.34		3.18	3.37		3.46	3.32	
避難生活での入浴	3.34	3.35		3.44	3.33		3.32	3.35	
避難生活でのトイレ	3.52	3.43		3.53	3.47		3.51	3.47	
避難生活中の睡眠	3.38	3.38		3.24	3.40		3.39	3.38	
避難生活中の仕事	2.78	3.05	*	2.65	2.93		3.24	2.82	**
避難生活中の授乳や子育て	3.43	3.37		3.58	3.38		3.26	3.43	
避難生活中の子どもの学習	2.67	2.65		2.76	2.65		3.17	2.56	***
避難生活中の子どもの生活	3.39	3.45		3.27	3.43		3.39	3.42	
家屋や財産を失ってしまうこと	3.48	3.36		3.53	3.41		3.46	3.42	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

これを地域別にみたところ、盛岡地域では「避難生活でのトイレ」3.52、「避難生活での家族の健康」3.50、「家屋や財産を失ってしまうこと」3.48、気仙地域では「避難生活での家族の健康」3.51、「避難生活中の子どもの生活」3.45、「避難生活でのトイレ」3.43の順で心配度が高かった。また、「避難生活中の仕事」の項目において気仙地域の方が盛岡地域に比べ心配度が有意に高かった (p<0.05)。

また、初妊婦と育児中の母親別に心配度を把握してみたところ、初妊婦では「避難生活でのトイレ」3.53、「家屋や財産を失ってしまうこと」3.53、「避難生活での入浴」3.44、育児中の母親では「避難生活でのトイレ」3.47、「避難生活中の子どもの生活」3.43、「避難生活での家族のストレス」3.42の順で心配度が高かった。「避難生活での自分の健康」の項目において、育児中の母親に比べ初妊婦の心配度が有意に高値を示した (p<0.05)。

このほか就学児の有無で比較したところ、就学児がいない者に比べ、就学児がいる者では「災害時の職場との連絡」(p<0.01)、「避難生活中の仕事」(p<0.01)ならびに「避難生活中の子どもの学習」(p<0.001)の項目において心配度が有意に高かった。

3. 日頃の災害への準備状況

1) 家庭における日頃の災害への準備状況 (表 5)

災害に備えて家族で対策等の話し合いの状況については、「話し合っている」者は9名 (3.3%) と少数であり、「話し合っているが不十分」な者は103名 (38.3%) であった。約6割の157名 (58.4%) は「まだ話し合っていない」と回答した。災害時の避難場所の確認については、「避難経路の確認のため実際に行ったことがある」と回答した者は全体の12.3%にあたる33名のみで、大半は「場所は知っているが避難経路の確認としては行ったことはない」137名 (50.9%)、「避難場所がどこかわからない」99名 (36.8%) であった。災害時の連絡方法について、約半数の134名 (49.8%) が「まだ話し合っていない」と回答し、すでに家庭内で「話し合っている」者は43名 (16.0%) にとどまっていた。災害時に備えて非常持ち出し品の準備を行っているかについては、「必要を感じているがまだ準備をしていない」120名 (44.6%)、「まだ準備していない」84名 (31.2%) を合わせた7割以上の者がまだ準備をしていないと回答した。家庭内で災害に備えていることについては、「寝室は安全なスペースを確保している」147名 (54.6%)、「家具や大型電気製品は倒れないよう固定している」58名 (21.6%)、「火気

器具は定期点検の整備を行っている」48名 (17.8%), 「家具の上に物を置かないようにしている」40名 (14.9%), 「避難訓練に参加している」30名 (11.2%) の順で多かった。一方で「特に災害に備えて行っていることはない」と回答した者は80名 (29.7%) であった。これを地域別, 初妊婦と子育て中の母親の別でみたところ, 各群において有意な差はみられなかった。

2) 保育施設等との関係における日頃の災害への準備状況 (表6)

育児中の母親235名を対象に保育施設等との関係における日頃の災害への準備状況について把握した。保育園や子育て支援センター等を利用しているときの災

害に備え, 保育士等との話し合いの状況については, 「まだ話し合っていない」者が187名 (79.6%) と高率を占めた。災害時の避難場所についても約8割にあたる181名 (77.0%) が「知らない」と回答した。災害時の連絡方法についても「まだ話し合っていない」者が158名 (67.2%) と最も多く, 「話し合っているが不十分」は54名 (23.0%), 「話し合っている」20名 (8.5%) と続いた。これを地域別にみたところ, 災害時の避難場所の確認状況において, 「知っている」と回答した者の割合が, 盛岡地域に比べ気仙地域の方が有意に高かった ($p < 0.01$)。

表5. 家庭における日頃の災害への準備状況

	全体 (n=269)	居住地区		子どもの有無	
		盛岡 (n=149)	気仙 (n=120)	初妊婦 (n=34)	母親 (n=235)
災害に備えての話し合い					
話し合っている	9 (3.3)	3 (2.0)	6 (5.0)	1 (2.9)	8 (3.4)
話し合っているが不十分	103 (38.3)	55 (36.9)	48 (40.0)	12 (35.3)	91 (38.8)
まだ話し合っていない	157 (58.4)	91 (61.1)	66 (55.0)	21 (61.8)	136 (57.9)
災害時の避難場所の確認					
確認し, 行ったこともある	33 (12.3)	16 (10.7)	17 (14.2)	4 (11.8)	29 (12.3)
知っているが行ったことはない	137 (50.9)	72 (48.3)	65 (54.2)	14 (41.2)	123 (52.3)
どこかわからない	99 (36.8)	61 (40.9)	38 (31.7)	16 (47.1)	83 (35.3)
災害時の連絡方法の話し合い					
話し合っている	43 (16.0)	24 (16.1)	19 (15.8)	6 (17.6)	37 (15.7)
話し合っているが不十分	92 (34.2)	44 (29.5)	48 (40.0)	10 (29.4)	82 (34.9)
まだ話し合っていない	134 (49.8)	81 (54.4)	53 (44.2)	18 (52.9)	116 (49.4)
非常持ち出し品の準備					
準備している	11 (4.1)	4 (2.7)	7 (5.8)	1 (2.9)	10 (4.3)
準備しているが不十分	54 (20.1)	31 (20.8)	23 (19.2)	8 (23.5)	46 (19.6)
必要を感じているが準備していない	120 (44.6)	59 (39.6)	61 (50.8)	9 (26.5)	111 (47.2)
準備していない	84 (31.2)	55 (36.9)	29 (24.2)	16 (47.1)	68 (28.9)
災害に備えての対策					
寝室は安全なスペースを確保	147 (54.6)	85 (57.0)	62 (51.7)	18 (52.9)	129 (54.9)
家具等の固定	58 (21.6)	28 (18.8)	30 (25.0)	7 (20.6)	51 (21.7)
火気器具の定期点検	48 (17.8)	26 (17.4)	22 (18.3)	5 (14.7)	43 (18.3)
家具の上に物を置かない	40 (14.9)	24 (16.1)	16 (13.3)	3 (8.8)	37 (15.7)
避難訓練への参加	30 (11.2)	14 (9.4)	16 (13.3)	2 (5.9)	28 (11.9)
子ども同伴の被災生活への備え	7 (2.6)	3 (2.0)	4 (3.3)	0 (0.0)	7 (3.0)
特に行っていることはない	80 (29.7)	47 (31.5)	33 (27.5)	12 (35.3)	68 (28.9)

表6. 保育施設等との関係における日頃の災害への準備状況：子どもがいる者

	全体 (n=235)	居住地区		有意差
		盛岡 (n=115)	気仙 (n=120)	
災害に備えての話し合い				
話し合っている	10 (4.3)	3 (2.6)	7 (5.8)	
話し合っているが不十分	35 (15.0)	16 (13.9)	19 (15.8)	
まだ話し合っていない	187 (79.6)	94 (81.7)	93 (77.5)	
災害時の避難場所の確認				
知っている	51 (21.7)	15 (13.0)	36 (30.0)	**
知らない	181 (77.0)	98 (85.2)	83 (69.2)	
災害時の連絡方法についての話し合い				
話し合っている	20 (8.5)	12 (10.4)	8 (6.7)	
話し合っているが不十分	54 (23.0)	24 (20.9)	30 (25.0)	
まだ話し合っていない	158 (67.2)	77 (67.0)	81 (67.5)	

** $p < 0.01$

4. 被災時の支援者や地域情報の把握状況

(表7, 表8, 表9, 図1)

被災時の支援者や地域情報の把握状況についてたずねた。被災時に助けとなる人や組織については、「親戚」148名(55.0%),「となり近所の人々」67名(24.9%),「消防団」43名(16.0%),「町内会・自治会・子ども会」37名(13.8%)の順で回答が多かった。一方全体の4分の1にあたる67名(24.9%)は「特にいない」と回答した。地域の人々との日頃の交流の程度については、「ほとんどない」が約6割の151名(56.1%)であり、「時々ある」者は99名(36.8%)であった。「ひんぱんにある」者は15名(5.6%)と少数であった。地域の防災情報の把握については、約半数の者が「全く把握していない」139名(51.7%)と回答し、「把握しているが不十分」111名(41.3%),「よく把握している」17名(6.3%)と続いた。防災に関して期待する公的サービスについて複数回答でたずねたところ、

「非常持ち出し品等の各家庭への配布」164名(70.0%),「災害時の連絡・通信手段についての情報提供」148名(55.0%),「子育て世帯に対する防災教育の実施や情報発信」131名(48.7%),「避難所内の子育て支援窓口の充実」123名(45.7%),「子どもに対する防災教育の実施」96名(35.7%)の順で回答が多かった。被災時に頼りたい専門職についても複数回答で回答を求めたところ、「小児科医」234名(87.0%)が最も多く、「看護師」154名(57.2%),「保育士」130名(48.3%),「保健師」109名(40.5%),「助産師」39名(14.5%)と続いた。これを地域別にみたところ、被災時に頼りになる人や組織について「消防団」(p<0.001),「町内会・自治会・子ども会」(p<0.01),地域の人々との交流が「ある」(p<0.001)および地域の防災情報を「把握している」(p<0.01)者の割合が、盛岡地域に比べ気仙地域で有意に高かった。

表7. 被災時の支援者や地域情報の把握状況

	全体 (n=269)	居住地区			子どもの有無			就学児の有無		
		盛岡 (n=149)	気仙 (n=120)	有意差	初妊婦 (n=34)	母親 (n=235)	有意差	いる (n=41)	いない (n=228)	有意差
被災時の支援者										
なし	67 (24.9)	44 (29.5)	23 (19.2)		14 (41.2)	53 (22.6)	*	6 (14.6)	61 (26.8)	
あり										
親戚	148 (55.0)	77 (51.7)	70 (58.3)		13 (38.2)	134 (57.0)	*	23 (56.1)	124 (54.4)	
近所の人々	67 (24.9)	32 (21.5)	35 (29.2)		6 (17.6)	61 (26.0)		15 (36.6)	52 (22.8)	
消防団	43 (16.0)	12 (8.1)	30 (25.0)		2 (5.9)	40 (17.0)		10 (24.4)	32 (14.0)	
町内会・自治会・子ども会	37 (13.8)	12 (8.1)	25 (20.8)		2 (5.9)	35 (14.9)		8 (19.5)	29 (12.7)	
保育施設等	34 (12.6)	18 (12.1)	16 (13.3)		0 (0.0)	34 (14.5)		6 (14.6)	28 (12.3)	
育児中の母親仲間	23 (8.6)	15 (10.1)	8 (6.7)		2 (5.9)	21 (8.9)		3 (7.3)	20 (8.8)	
民生委員	3 (1.1)	1 (0.7)	2 (1.7)		0 (0.0)	3 (1.3)		1 (2.4)	2 (0.9)	
地域の人々との交流										
ある	114 (42.4)	48 (32.2)	68 (56.7)		10 (29.4)	104 (44.3)		33 (80.5)	81 (35.5)	
ない	151 (56.1)	98 (65.8)	53 (44.2)	***	23 (67.6)	128 (54.5)		8 (19.5)	143 (62.7)	***
地域の防災情報の把握										
把握している	128 (47.6)	59 (39.6)	69 (57.5)	**	6 (17.6)	122 (51.9)		32 (78.0)	96 (42.1)	
把握していない	139 (51.7)	89 (59.7)	50 (41.6)		28 (82.4)	111 (47.2)	***	9 (22.0)	130 (57.0)	***

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

また初妊婦，子育て中の母親別にみたところ，育児中の母親に比べ初妊婦の方が，被災時に助けとなる人や組織が「ない」(p<0.05)，地域の防災情報を「まったく把握していない」(p<0.05)，被災時に頼りにしたい専門職において「助産師」(p<0.001)，ならびに「産科医」(p<0.001)と回答した者の割合が有意に高かった。一方，育児中の母親の方が，助けとなる人として「親戚」(p<0.05)と回答した者，被災時に頼りにしたい専門職として「小児科医」(p<0.01)，「保育士」(p<0.001)と回答した者の割合が有意に高かった。

このほか就学児の有無で比較したところ，就学児がない者は，いる者に比べ，日ごろ地域の人々との交流が「ない」者，および地域の防災情報を「まったく把握していない」者の割合が有意に高かった(両項目ともp<0.001)。

5. その他

自由記載欄を設けたところ30名(20%)より34件の回答が得られた。内容は、「アンケートによって，子どもがいる中で災害に対する備えが，もっと必要だと気づかされた」など，意識改革につながったとした回答が15件(44%)でもっとも多く，次いで，「子育て家庭に必要なもののリストが欲しい」「アンケートを元に様々な形で情報発信をして欲しい」などの要望が13件(38%)。他に「犬も飼っているので心配」「毎日の生活に精一杯で何も考えていない」「紙オムツなどはサイズも変わるので確保できない」「災害時，オムツや子どもの食べ物などは手に入りにくいのでしょうか？」などの記載がみられた。

表8. 地域，子どもの有無別 防災に関して期待する公的サービス

	居住地区			子どもの有無		
	盛岡 (n=149)	気仙 (n=120)	有意差	初妊婦 (n=34)	母親 (n=235)	有意差
非常持ち出し品等の配布	85(57.0)	78(65.0)		18(52.9)	145(61.7)	
災害時の連絡・通信手段の情報提供	82(55.0)	65(54.2)		13(38.2)	134(57.0)	*
子育て世帯への防災教育・情報発信	80(53.7)	51(42.5)		18(52.9)	113(48.1)	
避難所内の子育て支援窓口の充実	70(47.0)	59(49.2)		15(44.1)	114(48.5)	
子どもに対する防災教育の実施	55(37.0)	41(34.2)		7(20.6)	89(37.9)	*
医療相談窓口の事前の情報提供	51(34.2)	41(34.2)		10(29.4)	82(34.9)	
独居等の普段からの把握	48(32.2)	28(23.3)		12(35.3)	64(27.2)	
河川等の防災を意識した環境整備	40(26.8)	23(19.2)		12(35.3)	51(21.7)	
地域での避難訓練の実施	31(20.8)	7(5.8)		7(20.6)	31(13.2)	
専門職やボランティアの教育の充実	17(11.4)	19(15.8)		5(14.7)	31(13.2)	
防災についての啓発活動	16(10.7)	12(10.0)		6(17.6)	22(9.4)	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

表9. 地域，子どもの有無別 被災時に頼りたい専門職

	居住地区			子どもの有無		
	盛岡(n=149)	気仙(n=120)	有意差	初妊婦(n=34)	母親(n=235)	有意差
小児科医	132(88.6)	102(85.0)		25(73.5)	209(88.9)	**
看護師	83(55.7)	71(59.2)		15(44.1)	139(59.1)	
保育士	67(45.0)	63(52.5)		7(20.6)	123(52.3)	***
保健師	56(37.6)	53(44.2)		13(38.2)	96(40.9)	
助産師	25(16.8)	14(11.7)		17(50.0)	22(9.4)	***
産科医	26(17.4)	12(10.0)		19(55.9)	19(8.1)	***

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

考察

1. 被災体験と災害への備えについて

岩手県の沿岸地域は，過去に何度も大規模な津波災害にみまわれており¹¹⁾，調査結果でも，「家財道具の破壊」「自宅の損壊」などを伴う被災体験が気仙地域で

有意であった。しかし，「災害への備え」や「被災時の連絡方法」「避難場所の把握」において盛岡との有意差はなく，今回の結果からは被災体験と防災に対する意識や対策の万全性は関連していないことが明らかとなった。

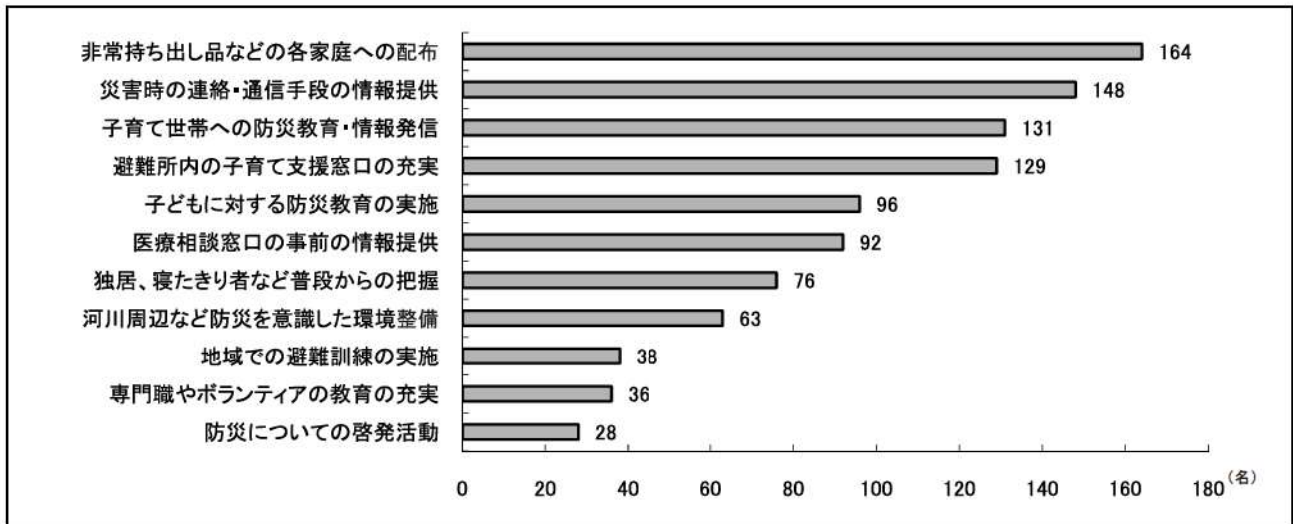


図1. 防災に関して期待する公的サービス

この理由として、気仙地域では、属性として「複合家族」もしくは「近隣に夫婦いずれかの実家がある」また「地域の人々との交流がある」および「地域の防災情報を把握している」さらに「被災時に頼りになる人や組織は『消防団』『自治会・子ども会』である」と回答した者が有意に高いことに影響があるのではないかと考えた。これらは、メリットであることは間違いないのだが、「被災時でも支援が得られる」という安心感が、災害予測の楽観につながり、個人レベルでの防災がおろそかになるというデメリットも生じているのではないかと考えた。

大規模な災害が発生した場合は、通信やライフラインの遮断により各所で混乱が生ずる事から他者の支援を受け難く¹²⁾、妊婦や小さな子どもがいる家庭では避難が遅れ孤立する可能性が高いと思われる。さらに、各家庭で防災対策がなされていない事が原因で火災などの被害の拡大を招く恐れもある。以上のことより、いかにコミュニティーの防災が万全であっても、各家庭での取り組みに向けた関わりが重要であり、ことに妊婦や育児中の家庭における備えが必須であることが示唆された。

2. 災害時の備えの現状と心配事から明らかになった、防災意識と課題について

災害への備えとして「非常持ち出し品の準備」の有無を問う設問では、7割以上が「まだ準備をしていない」と回答し、「防災に関して期待する公的サービス」として「非常持ち出し品等の各家庭への配布」を希望している。本来、非常持ち出し品は、救命に関する基

本的な物品以外は、家族構成や背景・避難状況の予測によって内容が異なり、妊婦や乳幼児の家庭においては、その特徴が明確で個々の家庭で準備したものではないと意味を成さない¹³⁾が、自由記載において「オムツなどはサイズが変わるので確保できない」との記述があったように、無駄や入れ替えの煩わしさと同時に、「必要なものがわからない」ということも行動に至らない一因と考えた。「災害時は、自治体からの配給があり、量販店でも容易に購入できるであろう」という楽観もあるかと思うが、ライフライン停止に伴う混乱の中、子どもを連れて行動する事の困難さを思えば、備えは必須であると考えた。

また、避難や避難所生活における心配事として、初妊婦では「避難生活での自分の健康」の項目が有意に高値であり、育児中の母親においては「家族の生活」に関する項目が高値であったが、調査の中で「非常持ち出し品を準備している」と回答した者の、持ち出し品の内容は、被災予測や心配事に基づいたものとは考え難い内容であり、必要性はわかっているにもかかわらず具体的なイメージができていないものと思われた。

国崎¹⁴⁾は、「防災は被害をイメージすることから始める」とし、現時点の対策の状況から想定しうる、できるだけ「最悪のシナリオ」をイメージする事で、初めてリアリティのある実践的な対策を練ることができると述べている。「自分や家族の危険を想像する」。まして、「家族を失うかもしれないシナリオ」は、誰もが考えたく事であるが、現実のリスクを明確にするには不可欠である。

そして、「リスクを明確にする」為には、過去の災害に基づく体験の中から、正しい情報を伝えることも必要である。日本国内の災害に限らず、過去に起こった大規模な災害において、沢山の女性が、災害そのものの被害に加え、避難生活中のレイプや不当な解雇など^{15) 16)} 報道では伝えられなかった被害に苦しめられた。いたずらに不安をあおる事があってはならないが、リスクを知っている事で避けられる被害であるなら、知識として持つておくべきであり、その被害が子どもにも及ぶ内容であるなら、母親として当然知っておきたい情報ではないだろうか。その為にも、伝える立場にある者の役割は大きく、伝え方の技術も含んだ資質の向上が必要だと考える。

3. 被災時の支援者や地域情報の把握状況について

妊婦のうち初妊婦において「被災時に助けとなる人や組織が無い」また「地域情報の防災情報をまったく把握していない」と回答した者が有意であり、就学児の有無での比較では、就学児がいない者の方が、「日ごろ地域との交流がない者」および「地域の防災情報をまったく把握していない」者の割合が有意に高いという結果が得られた。子どもの就学以降は、子ども会活動などで地域活動への参加の機会があり、地域の情報も得られ易いが、妊婦や就学前の子どもの家庭においては、居住地の移転や集合住宅居住などから、地域コミュニティとの関係が希薄であることが考えられる。さらに、調査結果では、夫の属性において「被災時でも夫の出勤の可能性が高い」また「被災時、夫との連絡がとれるか心配である」という回答が多く、被災時に母子のみで孤立することも予測された。

市町村では「地域防災計画」を立案、ハザードマップの戸別配布や地域単位での避難訓練が行われているが、調査の結果からも対象者に認知されていないのが現状である。「情報を発信しているのに把握していないのが悪い」「訓練を開催しているのに参加しないのが問題」との考えもあるが、対象者が必要性を感じて行動を起こすためには、当事者の現状を把握し声を生かす必要があり、今回の調査は有用であったと思われる。

4. 子育てサポーターとしての防災支援のあり方

調査の結果より、「被災時に頼りにしたい専門職」として「助産師」や「保育士」があげられたが、助産師の多くは、病院や施設内で勤務しており、日ごろ「防

災」に関連する部署や地域の支援者との交流が乏しい者もあり、災害時に期待される役割を担えるかという不安がある¹⁷⁾。

また、本調査の「保育施設等との関係における日頃の災害への準備状況」において、「保育中の災害時の避難場所は把握しておらず、連絡方法についても保育士との話し合いはしていない」という回答が高率を占めたことから、保育施設においても対策は万全ではないと考える。いずれの職種においても、組織や体制による問題から、これまで具体的な対策を講じてこなかったと思われる。

山本¹⁸⁾は、災害時の子ども支援活動についての指針を述べる中で、支援活動拠点を核とした支援者の連携の重要性を説いているが、岩手県では、社会福祉協議会が中心となり、「岩手県災害ボランティアネットワーク」を発足し、「顔の見える人間関係」と「組織間の連携」に向けた活動がなされている。母子に関わる支援者は、これまで地域の防災活動に参画してこなかったことが母子の防災教育を遅らせる一因であったということ認識し、母子の防災に関する知識を深め、地域ネットワークとの関係構築に向けた取り組みを行う必要があると考える。

結論

1. 妊婦および育児中の母親は、身体的な特徴や子どものいのちを守る役割から、災害への備えや減災行動をとる必要があるが、必要性を感じながらも具体的な行動には至っていない。
2. 被災体験と防災に対する意識や対策の万全性は必ずしも一致せず、個々のリスクによる被災のイメージと減災行動への啓発が必要である。
3. 妊婦や子育て中の家庭、ことに就学前の子どもの家庭は、地域コミュニティとの関係が希薄である。さらに、災害時に夫が帰宅できない可能性もあり母子のみで孤立することも予測される。
4. 妊婦や育児中の母親が、自らのリスクを把握し防災への取り組みの必要性を自覚、行動するには、正しい知識の提供と周知のためのツールの工夫が必要である。
5. 母子に関わる専門職およびサポーターは、「学び」「備え」「広く啓発する」と共に、地域や関連団体とのネットワークを強化し、システムを構築する必要がある。

おわりに

本調査は、2地域に居住している世帯に限られたものであり、結果の一般化には限界がある。今後は、地域の地理的環境や住居の環境によって起こりうる災害や被災予測をふまえた防災対策を検討すると共に、支援者となる助産師やサポーターの役割を見つめなおし、防災の知識普及や災害に備えたネットワークの構築を図りながら、具体的な支援につなげていきたい。

謝辞

本研究を行うにあたり、調査にご協力くださいましたお母様方と関係各所の皆様に心より感謝いたします。また、ご指導いただきました防災教育チャレンジプラン実行委員会の諸先生方に感謝いたします。

本調査は、(財)河川環境管理財団の河川整備基金の助成による、2009年度防災教育チャレンジプランの実践として行った取り組みの一部である。

引用文献

- 1) 山本保博. 三浦規監修. 災害と母子保健. 国際災害看護マニュアル, 2000 ; 141-152.
- 2) 江原勝幸. 災害弱者援助における地域ネットワークの活用. 静岡県立大学短期大学部研究紀要, 2004 ; 18-W号-4.
- 3) 江原勝幸. 震災避難期の災害弱者援助支援に関する考察. 静岡県立大学短期大学部研究紀要, 2005 ; 19-W号-3.
- 4) 立木茂雄. 災害時における要援助者対応の今後のあり方. 国民生活—(特集:災害への備えと地域社会にもとめられるもの) 2006-1.
- 5) 渡邊聡子. 災害時の母子支援を考える 被災体験が母子の心身に与える影響. 助産雑誌, 2009 ; 63 (3) : 198-203.
- 6) (社)日本助産師会. 助産師が行う災害時支援マニュアル. 2006.
- 7) 東京都保健福祉局少子社会対策部子ども医療課: 妊婦・乳幼児を守る災害対策ガイドライン.
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/shussan/nyuyoji> (2010. 05. 10現在)
- 8) 国崎信江. 地震から子どもを守る50の方法. (株)ブロンズ新社 ; 2005.
- 9) 平野昭彦ほか. 岩手県住民調査「災害への備えに対する調査」. 岩手県の地域防災力向上のための災害エキスパートナース育成研修カリキュラム開

発の研究 平成17~19年度 岩手県立大学地域課題研究 研究成果報告書 ; 2008.

- 10) 内閣府. 防災に関するアンケート調査~アンケート最終結果~: 災害を軽減する国民運動のページ.
<http://www.bousai.go.jp/km/skk/> (2010. 05. 10現在)
- 11) 盛岡気象台. 岩手県の地震解説料.
http://www.jma-net.go.jp/morioka/eq_kaisetu.htm (2010. 05. 10現在)
- 12) 内閣府. 阪神・淡路大震災教訓情報資料集. 内閣府.
<http://www.bousai.go.jp/linfo/kyoukun> (2010. 05. 10現在)
- 13) 青山恭子. 災害時の母子支援を考える 妊産婦・家庭に向けて, 災害への備えをどう伝えるか. 助産雑誌, 2009 ; 63 (3) : 218-222.
- 14) 国崎信江. 災害時の母子支援を考える被災予測から, 防災対策を考える. 助産雑誌, 2009 ; 63 (3) : 212-217.
- 15) ウィメンズネット・こうべ. 「災害と女性」情報ネットワーク.
<http://homepage2.nifty.com/bousai> (2010. 05. 10現在)
- 16) ウィメンズネット・こうべ. 女たちが語る阪神大震災: 株式会社木馬書館 ; 1996.
- 17) 西村明子. 飯尾祐加. 勝田真由美. 末原紀美代: 災害時の母子支援を考える 災害に対して助産師ができること. 助産雑誌, 2009 ; 63 (3) : 204-211.
- 18) 山本克彦. 災害時における子ども支援の現状と課題. 岩手県立社会福祉学部紀要, 2006 ; 第8巻第2号 : 19-28.

(2010年10月25日受付, 2010年12月28日受理)

<Research Report>

Thoughts about Disaster Prevention and the Present State of Preparation among Pregnant Women and Mothers Caring for Children

Masumi Nishizato¹⁾, Mayumi Kawamura¹⁾, Chikako Suzuki¹⁾, Yuki Nagasaki¹⁾,
Yasuko Nakamura¹⁾, Mayumi Yoshida¹⁾, Natsuko Kakizaki²⁾

1) asobi-ma-senka 2) Iwate Prefectural University

Keywords: disaster prevention, pregnant women, mothers caring for children, preparation

本調査にご協力いただきましたお母様方，ならびに関係各所の皆様の多くがこのたびの東北地方太平洋沖地震災害において被災されました。心よりお見舞い申し上げます。また，亡くなられた方々のご冥福を重ねてお祈り申し上げます。今回得た知見を妊婦や育児中のご家庭への防災行動の支援に十分に活かす努力を続けてまいりたいと思います。

第3回岩手看護学会学術集会

〈会長講演〉

“あるべき”から“ありのまま”への転換 —患者の家族支援をひもとく中で—

第3回岩手看護学会学術集会会長

三浦まゆみ

はじめに

日本家族看護学会が1994年に発足し、1995年には機関誌『家族看護学研究』が刊行されて以来、家族全体を視野に入れて看護を行う家族看護が今日まで急速に発展してきている。

国際看護師協会（ICN）の看護の定義においても看護の対象の1つに家族と明記されている。

しかし、日本の看護がそれ以前長く家族は患者の環境（背景）としてしか意識してこなかった歴史があり、私自身もそのように家族を捉えていた。その私が家族看護を意識し始めたのは、自分の家族の一人が入院し、最も身近な家族員が揺れ動いているさまを肌で感じたときである。この課題をもって研究科に進み、以後家族看護とは・・・？を課題として取り組んだことを振り返り、整理し、今後につなげたいと思う。

家族看護とは・・・？ これまでの取り組み

1. 臨床看護師の家族看護の現状をみる

家族を環境として捉えない家族看護のイメージがなかなかつかめずにいた。そこで臨床実習指導者講習会に参加していた看護師の協力を得て質問紙調査を先ず行った。自分が家族に働きかけそれにより患者にとって望ましい方向へ変化した事例の分析を試み、家族に対して多彩な援助が展開されていることが確認された。（三浦・横田、2000）

私のこの問いは、患者にいい影響を与えてほしいための家族へのかかわり、という患者にとっての環境因子という視点でとらえていたのではなかったか、と講演内容を吟味する過程で気づかされた。

2. 日常的な家族へのかかわりの認識—家族との比較を通して

援助が必要と捉えた患者の家族に対しては、アプローチを試みていることが確認できたが、日常のケアの

中で、家族にどうかかわっているのか、また家族は看護師をどうみているのかを明らかにするために、看護師と面会に訪れた家族に質問紙調査を行った。日ごろ家族に対して行っているであろう、行うべきであろう対応についての質問項目を作成し、同じ内容を両者に問うたものである。両者とも評価が高かったのはかかわりの態度や質問への対応であり、逆に低かったのは、深刻そうな家族への看護師からのアプローチや福祉サービスの説明であった。さらに説明すること（情報提供）で緊張を解きほぐそうとしていた（情緒的にかわり）看護師の対応は、家族には気にかけてくれたと受けとめる傾向があることが示唆され、臨床での家族への対応の課題が見出された。（三浦他2008）

3. 看護教員・看護師の家族・家族ケアの認識

医療法改正による医療機関の機能分化の促進、在宅日数の短縮化、在宅療養患者の増加など医療現場を取り巻く環境が大きく変化し、退院支援など患者の家族に対する支援がより重要な社会的ニーズとなっている。それにより複雑な家族の問題に対応できる巧みな看護介入方法の実践能力を有する退院調整看護師や家族支援専門看護師などが求められ、家族看護学の研究も目覚ましい進歩を遂げているといっても過言ではない。

一方で現場の看護師は、なお戸惑いを感じ十分なかかわりができていないという思いをもっている。看護師を育成する看護基礎教育でも家族看護が専門科目と位置づけられたのは最近のことである。私自身も家族ケア論を担当しているが、家族看護とは何か、それをどう具体化すれば学生がわかるのか、概念と実際のつながりのところで教授内容に確信がもてないのが正直なところである。

看護師や看護教員の家族・家族ケアの認識の調査で見いだされたことは、看護師は家族の概念が『支援を期待される家族』と『まとまりとしての家族』に、看護

教員は『支援を期待される家族』と『ケアの対象としての家族』に分類できたことである。看護師は『まとまりの家族』という概念となり、『支援を求めている家族』として具体化されていないことがわかった。(三浦他2009)

看護教員は概念の一つである『支援を求めている家族』が、文化・地域性、ストレス対処状況、家族が困っていること、に関連が見られた。これらの内容を糸口として家族・家族ケアの概念の具体化を進めることが出来るのではないかと、思われる。(三浦他2010)

家族看護へのアプローチ

そもそも家族看護学には、どのようなアプローチがあるのだろうか。ハンソン(2001)は、4つの異なった視点のアプローチをあげている。すなわち①個人の発達の背景としての家族、②クライアントとしての家族、③システムとしての家族、④社会の構成要素としての家族である。

①は、家族は患者の背景として捉えており、家族は個人にとって資源でもあり、ストレスラーでもあるというどちらにも作用する背景とする伝統的なアプローチとされている。この看護アプローチは多くは母性または小児のヘルスケア場面での考え方は基盤になっているとされている。

②は、すべての個々の家族メンバーがアセスメントの対象で、焦点は個々の家族のメンバーに当てられている。それによって助けを求めている人へのケアが提供できるだろう。

③は、個人と家族の両方に焦点が当てられ、家族をシステムとして捉えている。システムの一部に何かが起こったとき、システムの他の部分もまた影響を受ける。家族メンバー間の相互作用が看護の焦点になるだろう。この相互作用モデルは精神看護学に源を発している。

④は、社会の中にある多くの組織の1つと考える。全体としての家族は、コミュニケーションやサービスを受けたり、交換したりしながら他の組織との相互作用をしている、という捉え方である。家族と地域社会との接点に焦点を当てている地域看護ではこのアプローチからその基盤の多くを取り入れてきた。

私は、ずっと①の背景としての家族のアプローチが家族看護のすべてと思っていた。他のアプローチもあるのだ、と気づき始めたころ、カナダのカルガリ大学で家族カルガリモデルを学ぶ研修に参加する機会を得

た。家族カルガリモデルは、家族システムというこの③のアプローチを用いた考え方で、家族全員を集め、さまざまな家族療法の手法を取り入れ、家族にインタビューを行いながら変化を促していくものだった。実際のアプローチ場面を見学し、驚きでいっぱいだった。

①のアプローチから③のアプローチへの考え方の転換は、容易ではなく、混乱する日々が続いた。そのような中で、まずは患者さんの家族を知ることから始めようと、先ほど述べたような研究を共同研究者と共に進めてきたのである。

このような経過を経て思うことは、アプローチの仕方が4つのうちのどれが優れている、ということではなく、4つの視点から家族をアセスメントし、その家族に適したアプローチをすることが大事なのだということである。

生活者としての家族

このように考えをすすめていく中で改めて家族について考えた。家族は地域社会の一組織と考えたとき、普通にその地域社会の中で慣れ親しみ、溶け込んで生活している人たちである。

その中で病気になり入院生活をせざるを得なくなった患者は、一般には治療というシステムの中で元の自分にできるだけ近づこうと努力する。でもそのほかの家族はこれまでどおり、地域社会の中で生活を営む生活者なのである。

医療モデルと生活モデルがある。(谷中1996)

この医学モデルの中にいる患者に私たちは看護モデルをもってケアにあたるが、そもそも患者と地域で生活している家族に同じ見方で接すること自体無理があると思った。

表 医療モデルと生活モデル

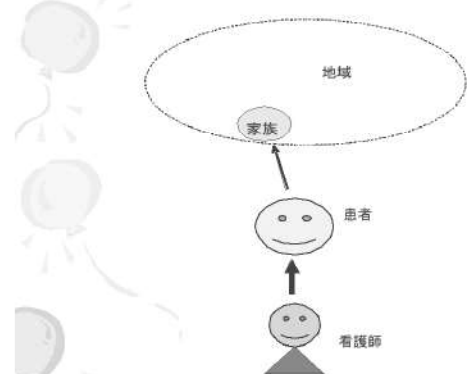
項目	医療モデル	生活モデル
主体	援助者	生活者
責任性	健康管理をする側	本人の自己決定による
関わり	規則正しい生活へと援助	本人の主体性への促し
捉え方	疾患・症状を中心に	生活のしづらさとして
関係性	治療・援助関係	ともに歩む・支え手として
問題性	個人の病理・問題性に重点	環境・生活を整えることに重点
取り組み	教育的・訓練的	相互援助、補完的

出典：谷中輝雄：生活支援 - 精神障害者生活支援の理念と方法、178、やどかり出版、1996

家族の捉え方の図式化

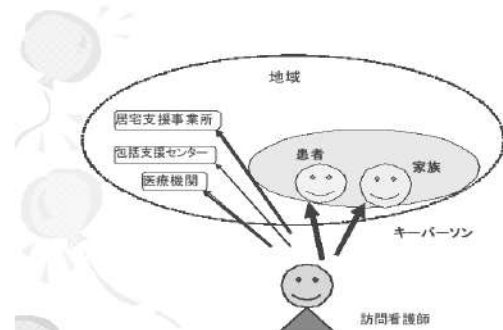
臨床看護師，訪問看護師，保健師それぞれの立場で家族にどうかかわるのかの図式化を試みた。

1. 臨床看護師



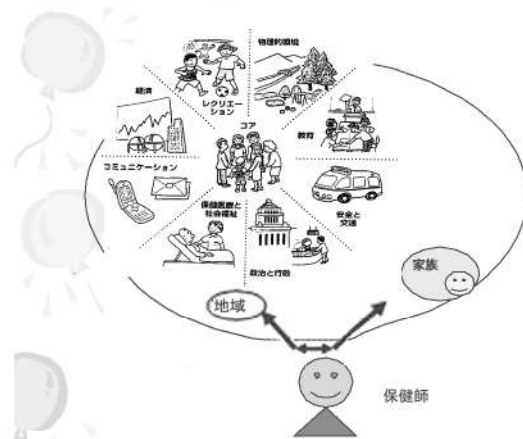
病院での看護は，まずは患者へのケアに全力を注ぐ。その患者さんからの情報，あるいは患者との面会ときなどを通して看護師たちはどのような家族かを捉える。そしてその家族を支援してくれる資源は何だろう・・・と地域へと広げていく。

2. 訪問看護師



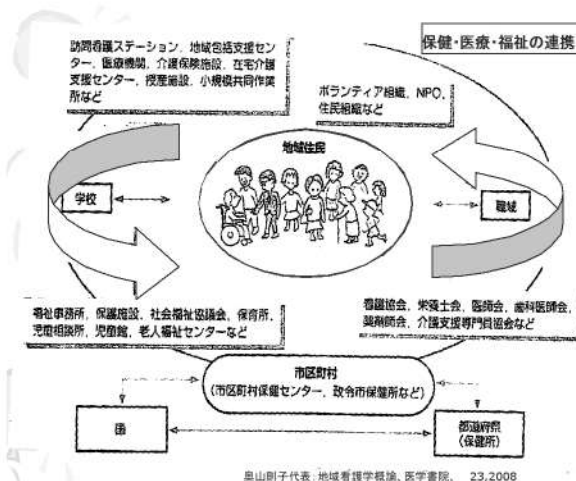
訪問看護ステーションなどの訪問看護師は，在宅という場で看護を展開すると同時に，家で主に介護している家族員にも支援する。介護を受けている人の病状の変化や家族の状況・要望などを受けて医療機関や居宅支援事業所等とのつながりをもって活躍している。

3. 保健師（主に行政）



保健師は，地域アセスメントをしている。その地域に住んで暮らしているその家族にどのような支援が可能か・・・，“つなぐ”をキーワードに活躍している。

具体的に医療・保健・福祉の連携について奥山（2008）の図を示す。



奥山則子代表：地域看護学概論、医学書院、23,2008

看護職でも立場によって家族を見るといっても違いがあるのがわかる。自分とは違う立場の看護職がどういふふうに家族をみているのか，ケアを考えているのか，がわかれば，ある場合には安心して託すことができるし，補い合うことができると思う。

これまでのプロセスを振り返って

日本家族看護学会では，家族看護の支援の対象は主として家族集団と方向づけられた。

私としては，まずは目の前にいる家族の方から・・・と思っている。家族看護の学習会を開催していく中で，改めて家族とは，家族員の健康問題により，家族が直面しているさまざまな困難・問題について理解し，家族と共に考え，気づきを促し，患者・家族の気持ちに

沿った解決ができるように支援する。その結果、家族の機能が高まり、自ら意思決定し、問題解決ができるようになる。家族のパートナーとして、家族が問題を解決するのを助ける。

このパートナーという位置に自らをおくことが、“あるべき”から“ありのまま”への転換といえるのではないかと思う。

とはいえ、なかなかそう簡単にできるものではない。どうしても、自分が育った家族の原風景をそれぞれ持ち、家族とはこうあるもの、という概念が身体にしみついているのを自分自身が一番実感している。そこからなかなか脱却できないことに苛立ちを感じつつ、家族看護の書物や家族看護学研究の動向や家族看護を実践している方々との交流の中で、自分の考える家族看護を見出したいと思っている。

家族の文化・地域性、ストレス対処状況、家族が困っていることなどを理解し、家族の目線で支援のあり方を考えていくことが、支援を求めている家族への看護につながっていくことの示唆をさらに発展させることが1つの課題である。

また、より適切な家族アセスメントが不可欠であるが、アセスメントに必要な情報を収集するには、まずは、家族の方々の実像に迫ることからはじまると思う。それにはかかわりの基本を確認する必要がある。第1回岩手家族看護研究会（平成15年）基調講演を名誉教授横田碧氏にお願いしたが、その講演の中にヒントがあった。その内容を下記に示し、かかわりの基本を大事にしていきたい。

家族の捉え方の誤解⇒理解へ

- A 今までの常識⇒新しい常識へ（パラダイム転換）
 - 1. 家族はわかりあえるはず⇒分かり合えないこともあるへ
 - 2. 理想の当てはめ⇒現実の受けとめへ
- B 思い込みのとらわれ⇒あるがままに
 - 3. 以心伝心との思い込み⇒起こったことの語り合いへ
 - 4. 私の“普通”の主張⇒あなたの“普通”の問いかけを
- C 批判・反発・不満⇒受容・共感・共有へ
 - 5. どうして違うの？⇒みんな違っていい へ
 - 6. こうあるべきだ、非協力的だ
 - ⇒ありがたい心の共通性の結び合わせ
- D 思いの飲み込み、秘めた思い⇒確かめあいへ
 - 7. 思い違い、思い込み⇒確かめ合いで共通理解へ
 - 8. わかったつもり⇒どこがちがうの？へ
- E 目指すもの⇒今あるものを認め合う
 - 9. こうあるべき⇒こうあったらうれしいな へ
 - 10. 家族のために⇒それぞれのありようで

文献

- ・三浦まゆみ、横田碧、病院における看護婦の患者の家族に対するかかわり—看護婦が効果的であったと考える家族援助の事例から、岩手県立大学看護学部紀要2000；2：111-120.
- ・三浦まゆみ、中村令子、久保よう子、入院患者家族の看護師の対応についての家族と看護師の認識の比較、家族看護学研究2005；13(3)：124-131.
- ・三浦まゆみ、兼松百合子、高橋有里、小山奈都子、平野昭彦、看護実践者が捉える「家族・家族ケアの概念」「必要な情報」「かかわりの実際」とその関連、岩手看護学会2009；2(2)：3-12.
- ・三浦まゆみ、鈴木聖子、兼松百合子、平野昭彦他4名、看護基礎教育に携わる看護教員と介護教員の家族・家族ケアに関する認識、岩手県立大学看護学部紀要 2010；12:1-16.
- ・Shirley May Harmon Hanson, Sheryl Thalman Boyd、家族看護学 理論・実践・研究、村田恵子、荒川靖子、津田紀子監訳、医学書院；2001.21-23.
- ・谷中輝雄、生活支援—精神障害者生活支援の理念と法、やどかり出版；1996.178.
- ・奥山則子監修、標準保健師講座1 地域看護学概論、第2版、医学書院；2008.23および55.

第3回岩手看護学会学術集会

〈特別講演〉

人のつながり，場の手がかりで成り立つ家族支援 — 家族全体の健康を支える実際の取り組み —

藤野 崇

近畿大学医学部附属病院

1. はじめに

私は現在、家族支援専門看護師として、三つの柱の活動をしています。一つ目は、緩和ケアにおける家族支援です。治療を受ける時、そして最期を迎える時に、家族自身が力を発揮しやすいようにするために、自分に何ができるのかを日々考えているところです。家族は、「最期どのような過ごし方をするのが自分たちらしい人生なのか」「患者本人の苦痛は少なくしてほしい。治療はもういい。だけど、もっと頑張してほしい」などの思いの中で、これからの歩み方を見出せず、困難に陥っていることも少なくありません。その中で家族の思いを叶え、自分たちの一番いい人生を決めていけるように、家族看護の意志決定支援という枠組みなどを活用して、家族自身が力を出せるようにお手伝いをしています。

二つ目は、緩和ケア以外の領域での家族支援、例えば、先天性の障がいを持つお子さんなどの家族支援を行っています。

三つ目は、メディエーターという任務です。本来メディエーターには、医療紛争の解決、調停者としての役割があります。本来のメディエーターの役割とは異なりますが、私自身が院内でしておりますのは、医療事故に遭われた家族が困難を乗り越えていけるようにする家族支援です。例えば、大切な家族員が医療の中で傷つき、家族が不条理さを感じてしまうと、医療者に怒りを向けてしまうことがあります。そうすると医療者も、援助を必要とする家族であっても、関わりにくくなることもあるため、その体験がなぜ生じるのかを医療者と一緒に考え、家族と本人が大事にしていることは何かを伝え、もう一度立ち直って一緒にパートナーとして歩むことを支える、人と人をつなぐ役割を果たしています。もっと広く言えば、医療事故だけでなく、うまく思いを伝えられず、受け止めてもらうこともできず、辛い思いをしている家族と、現場で日々

ケアや治療に当たっている医療者のコミュニケーションを支援し、もう一度パートナーとして歩めるようにする支援も行っています。

現在、上記のような活動を行っていますが、その日々の活動の中で感じていること、つまり「家族支援は、本当の主演である人たちがつながり、場をこえて皆で作っていくものである」ということを、今日はお話させていただきます。

2. 家族全体の健康を考えることの難しさ

家族全体の健康を考えることが難しいという声を、臨床現場でもよく聞くことがあります。診療報酬の評価は患者さん中心であって、資源の投入もこれに沿って行われていることは、皆さんのご存じのことと思います。

特に急性期病院では、入院期間の短縮に伴い、入院は「患者」とされる家族員の身体的健康の回復が中心となり、時間もなかなかない中で、家族全体の健康を支えることは難しいところがあるのも当然なのかも知れません。

ただ、「患者」中心の視点が強調された場合、家族が「患者」の健康を支える単なる「資源」と見られてしまう場合があります。家族全体が健康課題の影響を受ける中で、限られた家族の資源を「患者」とされる家族員に投入した結果、家族全体の健康バランスが崩れることがあります。

また複数の家族員が、同時に複数の健康課題を持っている場合もあります。例えば介護の場面では、老老介護と言われるものがあります。また、がんの方が増え、がんの患者さん同士が家族としてお互いに支え合っている、がん・がん介護も珍しいことではなくなっています。このような場合に、健康課題を目の前の一人を中心に一面的にしか捉えず、家族の一部にしか焦点をあてないと、良かれと思った関わりも、家族

全体に新しいひずみを生んでしまうことがあります。家族の中のこの人に、これ位のケアを集中してくださいということが、別の家族員のケアに不足をもたらす可能性があります。今の医療においては、同じ一つの家族の中に起こっていること、つまり家族全体の健康がどうなっているのかが捉えにくいという現状があるのではないかと考えます。

ケース1：【肺がんの家族員の病状が悪化してエンドオブライフの状況になり、せん妄が出現しました。患者（肺がんの家族員）は、しきりに「家に帰る」と繰り返していたために、医療者から家族に対して、「これだけ家に帰りたいと言っている。落ち着いた環境に行ったらせん妄もよくなるかもしれない。外泊などして、家に帰してあげて下さい」という提案がなされました】

医療者と家族の関係において、家族の人が弱い場合も結構多いので、こう言われると連れて帰ってあげなければと思って連れて帰るわけです。しかし、せん妄に対応する手段が無いまま自宅に連れて帰り、夜になるとやはり症状が強まり活動型のせん妄になり、家族は一睡もできなかったということもあります。本当にこれがいいのかどうかというのは難しいところです。悪いというわけではないですが、吟味できる部分もあるかもしれないということです。

絵で描いてみるとこんな感じです（図1）。ケース1の医療者の関わりの中心は、せん妄の改善、本人の希望の実現です。しかし、ここで同時に家族の身体的、精神的負担を予測できたかもしれません。家族には、同時に抱える健康課題があることも少なくありません。その時に、本人・家族を含めた全体にとっての健康課題は何かを考える必要があるのではないのでしょうか。

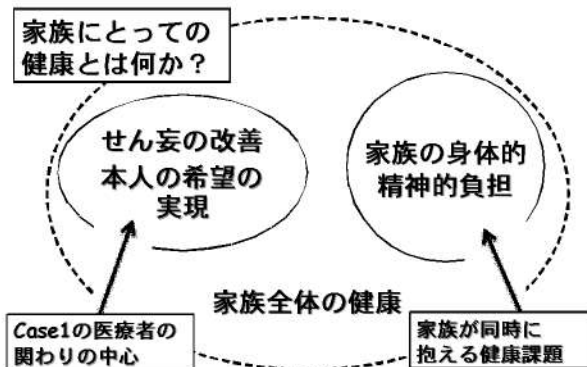


図1. Case 1

せん妄がコントロールできずに家に帰る時に、「もしかしたら家族も寝られないかもしれない」「今のコントロールで本当にいいのか」「本人の希望を叶えて、落ち着いた環境に帰るというメリットを最大にするにはどうすればいいか」「外泊するという体験がベストなものにするために考えられることは一体何なのか」などの疑問を持つことが大切なのでしょう。

ケース2：【両親に知的障がいがあり、育児困難と評価される事例で「子どもの保護の手順をどう組み立てるか」について、関係機関で話し合われていました。保健師、児童相談所、病院の看護師やソーシャルワーカーも入っていました。その手順の中に、「両親自身に育児が困難なことに関して気付いてもらう」というものがありました。】

しかし、障がいを持ちながら家族として生きていくことを支える視点は、そこでは話し合われず、障がい者福祉の関係者も参加しているわけではありませんでした】

図を描くとこんな感じです（図2）。医療関係者の関わりの中心は、子どもの安全確保です。それに対して、障がいを持ちつつ生きることなど、家族が同時に抱える健康課題はもっと他にもあると思います。ここでも「家族にとって健康とは何ですか」という問いが大切になります。子どもの安全を確保する、保護することとは確かに大事な健康課題への対応の一つです。しかし、保護することと、親の「それでも大事にしたい」という気持ちが、どう折り合うかのバランスを考えることも必要です。知的障がいを持ちながら親として生きていく、そして再び子どもを迎えようとする力をどう育てていくのかを抜きにし、保護することだけの話し合いになってしまうのでは、やはり家族全体が生きていくことを支えるのは難しいというわけです。

その話し合いの場では、こんなことも話されていました。「あのお父さんとお母さん、面会に1週間来ない。他のお母さんは1日空いただけでも、『ああ心配だった』と言うんです」。そんな比較をしているわけです。だけど、それが一体何の意味があるのか、比較することの意味がどういふところにあるのか吟味されてはいませんでした。

この両親にとっては、1週間に1回来ることも一生懸命に取り組んだ結果かも知れません。他のお母さんたちと比べて、この人たちはこれだけ関わりが薄く、

異常であると、要するにラベリング・評価をしているわけです。でも、そんなことを言っても家族が変わるわけではありません。

1週間に1回しか来ていないというのは事実であって、そこに対して評価しているのは医療者だったりするわけです。評価をすることが、家族がどう生きていくのかということと結びつかないわけです。ですので、その場でソーシャルワーカーと私で、「この家族は、同時に抱える健康課題がある。障がいを持ちながら生きること」に焦点をあてないと、この家族が家族として生きていくことを守ることはできない。どうやってこれから生きていくか、例えば療育という視点でどう関わるかを同時に考えてもらえますか」とお話しています。

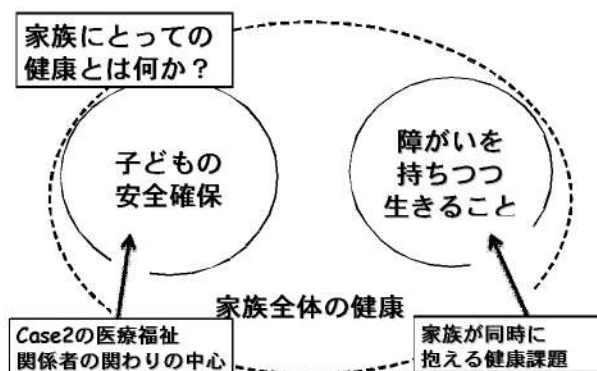


図2. Case 2

これらの健康課題はすべて、同じ家族の中で起こっていることです。子どもがいなくなることも、自分たちが知的障がいを持ちながら生きていくことも、全部同じ家族の中に起こっていることなのです。しかし、それが制度の中で、ばらばらに話し合われて、一方で方向性が決められて、他の方に光が当てられないこともあるというわけです。こういうことに少なからず出会う現状があります。家族全体を考えるとということが難しくなっているのかもしれない。

3. 家族支援の視点とは

家族支援領域では、家族支援専門看護師（以下、家族支援CNS）の特徴は、次のように定義されます。

「患者の回復を促進するために家族を支援する。患者を含む家族本来のセルフケア機能を高めて、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、水準の高い看護を提供する」。これは日本看護協会のホームページの専門看護師の特徴の引用です。家族支援CNSは、看護学および関連領域の知見を基に

体系化された家族看護学を、看護実践上の基盤・枠組みとしています。

例えば、家族セルフケア理論など看護学をベースにした理論、家族システム理論など関連領域の知見をベースにした理論を活用することで、家族全体に起こる健康課題の解決を図ることが、家族支援領域の専門性の中核となります。

家族全体に起こる健康課題の解決を図るための家族支援には、特徴的なことが二つあります。

一つ目は家族全体の健康を常に視野の中心に置くことです。家族全体の抱える健康課題の解決のために、必要に応じて、家族員一人一人、サブシステム、つまり夫婦や親子などのつながりのレベル、家族全体、そして地域社会の中の家族、という様々なレベルに働きかけます。

例えば、先ほどのケース2であれば、「子どもを健康・安全を守ること」「知的障がいを持ちながら生きること」に関連した家族全体の健康課題があります。他には家族コミュニケーションの障がい、家族全体の力を使ってストレス対処することが難しい、ストレス対処の課題なども家族全体の健康課題の例として挙げることができます。

家族はいくつもの健康課題を抱えますが、その中で家族員個人、夫婦などサブシステムのレベル、そして全体などの各レベルを見て、「どの家族レベルが力を発揮する必要があるのか」「どの家族レベルが力を発揮しやすい状況にあるのか」「力の発揮が家族の健康課題の解決にどうつながるのか」などを常に考えることが、家族支援の視点となります。

もう一つは、健康課題を抱える家族員の疾患の種類、がんだろうが、あるいは心筋梗塞、糖尿病だろうが、疾患の種類を問わず、そして急性期、慢性期などステージ（病期）も問いません。そして、施設、在宅など場所も問わず、家族の健康課題に対応していく力自体を育てるということを大切にすることです。

一つの家族の中に複数の健康課題を持つ家族員がいて、ある人は外来通院して抗がん剤治療を受け、そして同時に病院に心筋梗塞で入院しながら治療を受けている人がいる場合もあります。それぞれの疾患の回復のために、それぞれの現場のプロが力を発揮して下さっており、家族員個人の健康課題の改善を通して、家族全体の困難の緩和に努めてくれているわけです。

この時に、家族は地域と病院を行き来しながら、説明を聞いて意思決定したり、生活や役割を調整したり、

様々な対応をしなくてはなりません。家族が、どのように生活を調整していけばよいのか、重複した課題のある危機的状況にどう対応していけばよいのかなど、疾患そのものではなく、家族が健康課題に対応していく力を高めていくのが家族支援ということになります。だから、別に病気の種類も問わないし、病気のステージも問わないし、そしてどこにいるかも問わず、家族が力を発揮してもらえるよう支援することが特徴というわけです。

一つ目の特徴としてお話ししたことは、絵で描くとこんな感じです(図3)。家族全体の健康の実現を考えて、家族員個人、サブシステム、家族全体、社会の中の家族への働きかけがどうつながるのかを常に頭の中で考えています。

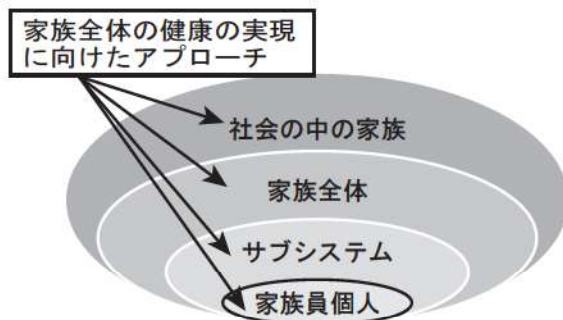


図3. 家族支援の働きかけ

4. エンパワーメントの視点での取り組み

「家族全体の健康とは何か」ということは、いろいろな定義があります。アセスメント・介入の視点によっても、「家族全体の健康」が具体化された形は異なりますが、どのアプローチでも、次のことが大事だと考えています。それは「家族の健康的な人生が家族自身のものであることを保証すること」「家族自身の力が発揮できるように支えること」です。

家族の健康的な人生が家族自身のものであることを保証する

家族が、家族らしい人生の主人公であることは言うまでもありませんが、実際に家族らしい人生が大事にされることを保証するためには、次のことが実践において大事にされる必要があります。一つ目は『今、家族に起こっていること、そして今の状況が将来に与える影響』を家族と一緒に整理し、家族の健康課題を見定めることです。二つ目は「ケアが『家族らしい人生にとって、どのような意味を持つのか』を伝え、

家族自身が意思決定できるように支援すること」です。

家族看護学の中には、意志決定の理論があります。意志決定プロセスでは、まず家族が状況や生じている問題を認識できていること、そして家族が自分たちのことを知ること、が最初のステップになります。ですから、その部分を一緒に家族と共有するわけです。その上で、ケアが家族らしい人生にとってどんな意味を持つのかを伝えて、家族の意志決定を支えていきます。家族自身が「自分の人生をどう考えるのか」「健康という視点で見てどう考えるのか」「自分たちの目標は何なのか」を一緒に共有していくことも必要です。家族が自分で意思決定して、自分たちの人生を歩んでいることを体験してもらいながら、健康的な生活を作っていくわけです。こういう一つ一つの積み重ねが、家族が、自分たちが主体であることを認識していくことの布石にもなるわけです。「健康的な人生の主人公は皆さんたちですよ」というメッセージが込められていることにもなります。

家族自身の力が発揮できるように支える

家族自身が力を発揮できるように支えるためには、主体者としての家族の参加、その他の力の育成などが必要です。具体的には「これまでの健康課題への取り組み、成果を共有する」「今後の取り組み、見通しを共有する」「家族の潜在的な力への気づきを促す」「健康課題の解決に必要な力を家族と共に査定する」「成長を共に評価し、課題の再設定やサポートの必要性を再検討する」ということを行います。

これまでの健康課題への取り組み、成果を共有する

家族は、今までの歴史の中で健康課題を乗り越えるために、いろいろな取り組みをしてきています。だからこそ、今の家族があるわけです。「これまで健康課題にどう取り組んで来たのですか」「取り組みの成果としてどんなことが得られたのですか」ということを聞いていくのは大事なことです。家族が自分たちの力を知ることにもつながっていきます。

今後の取り組み、見通しを共有する

「過去の経験を踏まえた上で、現在の課題に対して、どんな取り組みをしようとしていますか」「それはどんな結果に結びつくと考えていますか(どのような見通しを持っていますか)」と質問することで把握できます。これらを共有することで、家族自身の展望を知り、

その妥当性を検討することも可能になります。これを聞くことは、もちろんアセスメントの意味もありますが、エンパワーメントの力の部分を、私たちが見逃すことを防ぐ意味でも大事です。

家族の潜在的な力への気づきを促す

家族への潜在的な力の気づきを促すという点では、家族が力を発揮しているが、いまだ気づいていない力への気づきを促進することで、家族自身が新たな対処の可能性を見出すことも可能にします。例えば、「～の力を持っているのですね」と直接的に指摘する方法、「どうやって今の状況を作り上げたのですか」と間接的に家族自身に洞察してもらう方法などがあります。「ああ、みんなで話し合ったからかな」などという反応が出てきたとしたら、「話し合ったということは、今回の状況ではどういうふうに活かそうですか」と聞けば、さらに発展的な力として位置づけることができます。このように、家族自身が語って洞察を深めていくことを支援します。

健康課題の解決に必要な力を家族と共に査定する

家族の健康課題への取り組みやその見通しと、専門的視点からみた健康課題の解決に必要な力についての査定をすり合わせることで、健康課題の解決における家族の力を確認することができます。同時に、解決に必要なサポートの内容や量を整理することもできます。家族自身の見通しと、専門家の目から見た健康課題の解決に必要な資源や量にずれがあれば、どういうサポートを導入していくことでこれを乗り越えていけるかを話し合い、考えていきます。そして、皆さんにとって大事にしたいものを一緒に抱えるサポーターとして私たちがいるということ、常にメッセージの中に込めていくことも同時にしています。「家族自身の力と取り組みの意味を認めること」をケアとして行うこともあります。自分たちが発揮している力が、健康課題の解決にどうつながっているのかを、家族自身で気付くことができれば、それが一番望ましいと思います。

成長を共に評価し、課題の再設定やサポートの必要性を再検討する

家族自身の主体的な努力とサポートの二人三脚で、健康課題に取り組んだ結果を評価することで、その取り組みの中で家族が得た力や成果を新たな基盤として、新たに取り組むべき課題を再設定することができます。

もちろん力を消耗することがありますので、その時には「資源の量を少し増やしてみましようか」と提案することもあります。

家族が得た力は得た力として評価し、活用していきませんが、家族がさらに資源を動員して、消耗していくことを防ぐことも大切です。長期的、短期的な目で見ても、家族の力の活用と消耗の防止のバランスをとりながら、新しく課題を再設定することになります。

これは繰り返すサイクルであり、時間の経過の中では、健康問題や家族の力も変化しますが、常に家族自身が主体として、力が発揮できるようにする視点を持ち続けることが非常に大事だと思います。家族自身が、自分たちの人生のかじ取りをしていて、私たちはそれをサポートする役目であるという立場で常にかかわっています。

5. 「人のつながり」と「場のつながり」で成り立つ家族支援

家族員が様々な場で健康生活を営む以上、家族支援本来の目的、要するに家族全体の健康を実現するためには、入院している家族員だけに焦点をあてるだけでは不十分です。同時に地域にいる健康課題を抱えている家族員を含めた、全体を見ることが大事です。このことから家族支援は、医療機関などの一つの場を超えて、地域との「場のつながり」の中で実践されることが前提になります。

ケース3：【先天性疾患を持ち、残された時間があまりない児は、高度医療や生活上の援助が必要でした。しかし、「親子で過ごす時間が必要」という医療者の意見の下に退院が勧められることになりました。しかし、この家族には要介護の高齢者がいるため、児と要介護高齢者の介護を毎日しながら、どうやって家族としての健康生活を営むのかが課題になりました】

医療機関の中では児の健康管理の問題が扱われていて、要介護高齢者の健康管理は、どちらかと言えば、「家族の中に、もしかしたらあるかもしれない課題」という感じで捉えられています。地域では、要介護高齢者の健康管理や介護にいろいろな支援が提供されていますが、児の健康管理には、直接関与はしていません。

しかし、家族全員の健康課題は、医療機関も地域もまたがって存在するわけです。だから本当であれば、児の健康管理に中心に関わっている医療機関の方に

は「今のケアが、要介護高齢者の健康管理も含めた、家族の健康生活にどうつながるのか」ということを考えて頂き、そして要介護高齢者の健康管理や介護に関わっている地域の方には「今のケアが、児の健康管理も含めた家族の健康生活にどうつながるのか」を一緒に考えてもらえたらと思います。

実際のカンファレンスでは、保健師の方がいらっしゃっていて、話し合われている内容が家族の方あるいは、保健師の方から、ケアマネジャー、訪問看護師、介護ヘルパーの方に情報提供して頂くことになると思います。ただ、病院で決定された内容が、相手にとって不都合で、要介護高齢者の介護へのしわ寄せになってしまうこともあります。そのような意味では、要介護高齢者に関わる方たちとも一同に会して、家族全体の健康課題の対応をするために「私たちは何をすべきか」を皆で導き出せたら、一番いいのかもしれませんが、少なくとも連絡という形で調整をしていって、家族全体の健康課題の中で自分の果たす役割を考えられたら、それだけでも違うのかもしれませんが、家族全体の健康課題は、場を超えて存在するため、今までは別々の制度でつながりが少なかったとしても、積極的につながることが必要と考えます。

また、場を超えて存在する家族の健康課題の解決を図るためには、それぞれの場で家族の健康を支えている人々との連携、協働を欠くことはできません。家族支援は「場のつながり」と共に、家族全体の健康を守ろうと努力している人々の間の、「人のつながり」がなければ実現できないのです。

ケース3の場合では、医療機関の中では看護師、医師、ソーシャルワーカー、地域ではケアマネジャー、訪問看護師やかかりつけの先生などがいて、このような人のつながりを実現していくことが大事ではないかと考えます(図4)。

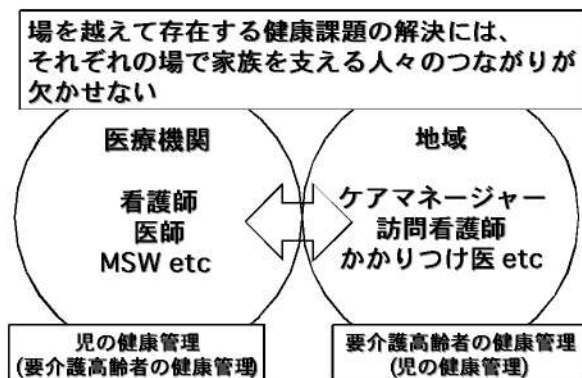


図4. Case 3

それでは、「人のつながり」をどうやって活かしていったらいいのかをお話しします。それぞれの専門職者が以下のことを共有して協働できることが、人のつながりをより生かしたものにする上で大切だと考えます。

家族全体の健康課題を把握する

各専門職者には、それぞれ焦点をあてて介入している領域がありますが、同時に家族全体の健康課題を把握することも重要です。

例えば、こんなことを問いかけとしてできるかもしれません。「今、ご家族の皆さんが対応している健康課題は、他にどんなものがありますか」、一人一人、血圧の調子を聞くのもそうです。その中で、家族にとっての優先性、重大性、緊急性を整理していき、実際にそれにどう対応し、その結果どんな影響があるのかを確認し、一緒に評価していくことができると思います。

現在の関わりやケアの影響を理解する

「今、私たちがケアを通して関わっている健康課題が解決するあるいは落ち着くことで、家族全体が抱えている課題がどう変わりますか」と聞きます。あるいは自分たちでも考えていくということです。そして、同時に「今の関わりやケアに家族の力を注ぐことで、他の健康課題や家族自身にどんな影響が及ぶのか」を理解します。こうやって、今の健康課題が解決できて、その人が役割機能を発揮できるようになれば、家族の中の力がどれだけ増すのかを知ると共に、今の関わりに投入している資源のこと、あるいは家族が課題に対応することで、消耗し、危機に陥ることをどう防ぐのか、そういうことを考えていくわけです。

誰とどのように協働すべきなのかを検討する

それぞれの関わりやケアだけではサポートできない、他の健康課題を家族が乗り越えていくためには、誰とどのように協働し、もう一度組織化していけばいいのかを見いだすことも大事です。ですので「他の健康課題をサポートしてくれる人にはどのような人がいるのか」「どのようにサポートしてくれているのか」を聞いてみます。

家族自身が困難を乗り越えやすくするために、どう連携すればいいかを考えていくことが、大事になってくると思います。

ケース3の要介護高齢者がいながら、医療依存度の高い子どもさんが退院する時には、例えば病院の退院

カンファレンスに病院の看護師，地域の保健師，訪問看護師が参加することはありますが，要介護高齢者のケアマネジャーの方が参加することはなかなかないかもしれません。

しかし，実際に連絡を取り合って，「私たちはこういうことをご家族に退院指導しています。それがどのように要介護高齢者のケアに影響を与えますか」とケアマネジャーの方と連絡を取るのには，決して損はないことだと思います。家族全体に起こっていることを共に考えることは，これからも一緒に協働していくきっかけにもなるでしょう。こういうことを一つずつ整理して問いかけて，一緒に話し合っていくことはすごく大事なことだと思います。

もしかしら，今後，緊急入院をする子どもさんがいる場合には，その時に要介護高齢者のケアにどう影響を及ぼすのかを考えることも必要かもしれません。付き添いを求められた場合に，家族にしわ寄せが来る場合もあるわけです。だから，家族全体の健康を考えた時に，子どもさんのこと，要介護高齢者のこと，他の子どもさんのことなど，バランスを一緒に考えていきます。

「家族全体の健康を考える」という価値・文化を作る

「場のつながり」の中で，「人のつながり」を活かしていくためには，保健医療福祉に携わる私たちの中に「家族全体の健康を考える，大事にする」という価値・文化を作り，そして根付かせていくことが大切だと思います。

ケース2の場合です。参加者は，子どもの保護に関連する人たちだけで，保護は検討されていますが，家族が障がいと共に生きることは検討されていませんでした。全体の健康を考えるという価値・文化が根付いていないのが現状でした。全てがそうではありません。その中で努力している方たちもいっぱいいらっしゃいます。ですが，改めて家族全体の健康を考える視点で，ケアを組織化することが必要なのではないかと考えます。

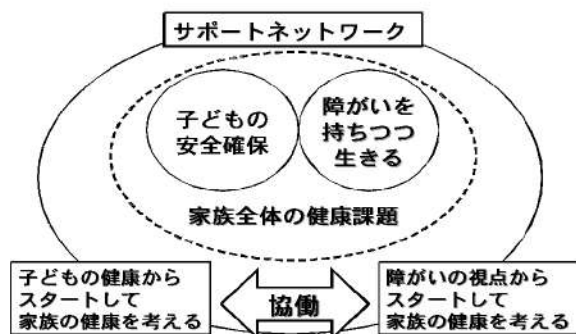


図5. Case 2の再組織化

先ほどのケース2では，子どもの安全確保，障がいを持ちつつ生きるという家族全体の健康課題に対して，子どもの健康からスタートして家族の健康を考える人たちと，障がいの視点からスタートして家族の健康を考える人たちが，共に同じ問題に対してアプローチし，そして一緒に話し合っ作っていくというケア体制の再組織化が必要なのでしょう（図5）。

6. 家族全体の健康を守るための協働

家族全体の健康を守るためには，「人のつながり」と「場のつながり」を，一人一人が実践の中の大切な価値とし，地道に取り組んでいくことが必要です。各専門職者が「家族をエンパワーメントする」と共に，それぞれが関わりの枠を超えて，「関わりが家族全体の健康にどうつながるのか」「誰と協働することが必要なのか」を模索することが協働の始まりです。

家族全体の健康課題とケアのマッピング

マッピングという方法を用いることで，健康問題とケアのつながりなどを視覚化することができます。「家族全体が抱える健康課題の内容」「それぞれの専門職者とケアの内容」を記載することで，「家族全体の健康課題」と「誰がどのようなケアを提供しているか」を一望することができます。更には，「未対応の健康課題」「新たな協働者の必要性」も見出すことができます。

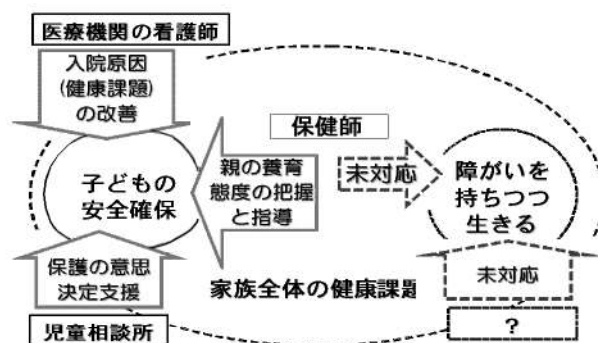


図6. Case 2のマッピング例

ケース2のマッピング例です（図6）。子どもが保護されることが家族として生きていく上でどんな体験になり，そこから立ち直って，もう一度知的障がいと折り合いながら，子どもの安全を守ることを，どうやって身につけていけるかを考えることも大事ですと伝え，みんなで話し合い，この家族に最適な選択肢を提示できるように提案します。今回の入院期間が限

られているので家に帰るところまで準備することは難しい状況でした。だから今は保護がやむを得ないとしても、その時に「両親に『あなたたちはできませんよね』と伝えることはどういう意味があるのか」「認知能力上の制限なども考え、知的障がいへのサポートをしている人の意見を聞きながら考えていきましょう」と提案するわけです。図にお示しするように、児童相談所の方は、保護についての意志決定を支援する形でも取り組んで下さっています。保健師は、親の養育態度の把握と指導などを行って下さっています。「子どもは特に面会に行きあげてね」とか、声を掛けてくれるわけです。ただ、その話し合いの場では子どもの方が中心となっていて、障がいを持ちつつ生きるという健康課題自体は、うまく捉えられていなかったわけです。こうやって図式化していくと、知的障がい・療育の支援など未対応な部分、まだ参加していない人があるのではないかと、いう点も見えてくることになります。

マッピングの発展としては、必要性の見出された協働者の参加を得た上で、改めて「それぞれの専門職者とケアの内容」の情報を追加・更新していき、どんどんアップデートしていき、更には次のような視点を加えて、検討したりもします。

一つ目は「現在の関わりが他の健康課題に与える影響」です。例えばさっきの図では、入院医療機関の看護師が「入院原因（健康課題）の改善が、障がいを持ちつつ生きることにどういう影響を与えているのか」と考えてみることで、あるいは「保護の意志決定支援という児童相談所の働きが、障がいを持ちつつ生きることにどういう影響を与えているのか」を書いてみることもできます。それを考えた時に、もう一度修正をすることもできるわけです。

二つ目は「家族自身の健康課題への対応」です。もしかしたら家族の力の発揮を妨げているところもあるかもしれないところが見えて、ケアを修正できるかもしれません。

最後に、お互いの健康課題との関連やバランスから見た上で、より適切と考えるアプローチへの修正を行っていきます。もし保健師が、障がいを持ちつつ生きるということや療育という視点から新しいアプローチをすると、子どもの安全確保に関わっている医療機関の看護師、保健師、児童相談所の方が行っているケアの内容が修正されていくことになります。このようにして、このマッピング内容が変わっていきます。また「将来どんな人と協働した方がいいのか」など、時間を見越

したマップを作ってもいいと思います。

この辺については定式が何もあるわけではなく、自分が実践の中で提示し、使っていくものなので、皆さんのやりやすい形で整理をされるので構わないと思います。

このように図にしてみることで、それぞれの人がどんな力を発揮できているのかを見ていくことができます。家族支援CNS自体は、直接身体的介入はできません。そういう教育も受けていないし、そういう技術も持っているわけではありません。あくまで焦点を当てるのは家族全体の健康課題への対応なので、それぞれの現場で頑張ってくださっている方たちが、本当に宝物のように大切な存在なのです。病院で子どもの身体的健康を管理してくれるスタッフは、家族の健康課題における支援の大事な部分を担ってくれる人たちです。そして地域の保健師は、家族全体のことにとも関わる大事な地域のリソースです。児童相談所の人たちも、子どもの安全を守るエキスパートですごく大事な存在です。

家族全体の健康を守るための協働というのは、特別なものではなく、「自分が今、目の前にいる人に関わることが家族全体にどうつながっているのか」、そして、「つながってくれている人たちを知って、その人たちとつながっていかうとする」だけでできることです。そういう意味では、一言声を掛けるだけでも始めることができます。具体的には、「今、同時に抱えている健康課題はありますか？」「それぞれの健康課題をサポートしてくれる人はいますか？」「サポートしてくれる人と連絡をとりたいのですが、連絡方法はありますか？」などという声掛けです。自分たちのケアが相手にどういう影響を与えているのかを知る、知った上で家族とどうバランスをとっていいかわからないと悩んでいるのであれば、電話することもできます。今まで、小児科の病棟からその地域の高齢者をサポートしている訪問看護ステーションに連絡することはないかもしれないので、慣れないかもしれませんが、私たち一人一人が、「同じ家族の中に起こっていることだから、別にそういう電話があってもおかしくないよね、電話してくれてありがたいよね」と言えるようになり、根付いていけば、電話を待っていましたとお互いに返せるようになり、全然違うかもしれません。

一声でできることがいっぱいありますし、それだけでケアが回り始めて、最終的には家族自身が力を発揮して、自分らしい人生を歩んでいくことができると思います。

7. おわりに

一つの家族の中に起こっている健康課題でも、そこに目を向けられなかったら、それぞれ別個にしか対応されないこともあります。

先天性の染色体異常があるお子さんがいました。その子は小さな赤ちゃんでしたが、水頭症になることが分かっていました。水頭症で頭が大きくなったわが子が、「人間」と思えず、歩くこともできなかつたら自分がずっと介護していかなければいけないと、母親はうつ状態になっていました。また、子どもに必要な処置をすることについては、「この子が生きることにつながるから嫌だ。生きるのが怖い、死んでほしい。それに向き合うのが嫌だ。」という思いを持っていました。しかし、お母さんのうつ状態ではありますが、この病院では、子どもさんがかかっている診療科とお母さんがかかっている診療科が違っていると、連絡や調整があまり行われておらず、一つの家族全体を支える体制にはありませんでした。

この家族は「子どもの水頭症を防ぐ」、「お母さんがうつの治療を受けながら、辛さに向き合う」という家族員レベルでの健康課題を持ち、また「子どもとお母さんの健康ニーズを同時に満たすような、意思決定する」などの家族全体レベルでの健康課題も同時に抱えていたわけです。これらの健康課題を解決するためには、それぞれ子どもとお母さんに関わって下さっている方々が、ひとつの家族の力の発揮のためにつながる必要性があったのです。

そこで新生児集中治療室NICUのスタッフと医師には、子どもさんの手術の必要なタイミングを見計らって頂き、お母さんの準備と子どもさんの手術の必要性が合わない場合は、子どもさんの健康を守る手術を行ってもらうこととなりますが、お母さんが意志決定をできる時まで、健康を守っていくように力をお借りしました。肺炎を起こしてしまうと、手術ができなくなりますので、チューブ管理に気を使ったり、肺炎を防ぐために吸引したり、水頭症のコントロールのために利尿剤を使用することも、何事も全力で頑張っておりました。

そして、その一方でお母さんの辛さ、うつに対する治療が進むのに合わせて、お母さんが、障がいに向き合うことをサポートしました。お母さんが抗うつ薬を飲み始めて1週間ぐらい経った時に、子どもに会いに行くことができました。さらに2～3日経ったところで「子どもと一緒に生きていこうと言ってくれている

ように思えた」と話すようになりました。当初ご主人は、お母さんと子どもどっちをとった方がいいか分からない状態でした。お母さんを優先したら子どもの障がいが起こる、子どもの手術をしたらお母さんの気持ちの辛さが増し、精神的健康が得られなくなるとジレンマに陥り、力が発揮できない状態でした。その状況で、お母さんからこういう発言があったので、お母さんとお父さんの間で話し合いを支援したわけです。その結果「辛さはあるかもしれないが、精神科の治療と看護師・家族支援がいてサポートが受けられる」「辛い気持ちが強い時にどう接していいかも含めて、家族としての力の発揮の仕方を学べるようサポートが受けられる」ことを知り、「子どもの手術をする。そして気持ちの揺らぎも一緒に引き受けながら生きていこう」という意志決定をすることができました。手術後、水頭症のコントロールもできるようになりました。ゆっくりゆっくり歩みながら、自分の子どもであることを引き受けて、親として生きていくことを選ぶことができるようになったわけです。

一つの家族といえども、全然別の科にかかっている、別のカルテができてしまうと、一つの家族の中に起こっていることとして見てもらえないことがあります。もし、一つの家族の中に起こっていること、同時に困難を抱えていることに目を向けられなかったら、もしかしたら子どもの手術をしたが、親はもうこの子はいなくなってほしいという思いがもっと強くなり、うつが強くなったかもしれないし、お母さんの治療だけが優先されていたら、子どもさんの肺炎や水頭症のコントロールが上手くできなかったかもしれないわけです。

一つの家族の中に起きているということを忘れて、いつの間にか家族に負担が背負わされていたり、力の発揮も妨げられる関わりであったりします。

改めて、家族全体の健康という視点でケアを見直すことが必要であり、それは一人一人の実践者、誰からでも始められることです。一人一人が自分の関わりが家族全体の健康にどうつながっているかを意識していくことで、ケアは変えられるものだと信じています。

3rd ISNS Conference

< Special Lecture >

Family Nursing Centered on Human Networks and Locations - Report of Activities Aimed at Supporting Holistic Family Health -

Takashi Fujino

Kinki University Hospital, Faculty of Medicine

第3回岩手看護学会学術集会
〈交流集会1〉

リレートーク・それぞれの場と看護を語ろう！ —脳卒中の方への支援を例にして—

司会進行：松本知子（岩手医科大学附属病院），松川久美子（岩手県環境保健研究センター）
話題提供：箱石恵子（岩手県立中央病院），山名泰子（盛岡繁温泉病院），
千葉澄子（滝沢村役場），高橋栄子（訪問看護ステーションゆとりが丘）

はじめに

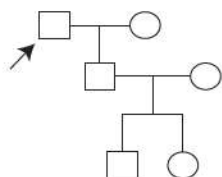
私たち看護職は、患者の人生のターニングポイントとなる重要なライフイベントにかかわっている。その出来事は良くも悪くも患者本人だけでなく、家族をはじめ周囲の方々にも大きな影響を与えている。そうした重要な出来事の一つにかかわっているときに、私たちは自分たちが行っている支援以外の部分を、どのくらい知っているだろうか？

看護師をはじめ保健師・助産師といった看護職はそれぞれの専門性によって捉えるところが違う。今回、脳卒中の事例を想定し、脳卒中の発症から退院までの支援について、4名の方から一般的な取り組みを紹介していただいた。それをもとに、それぞれの場における看護と連携について理解し、今後のケアについて考えたい。

事例

Aさん 75歳 男性

妻と息子夫婦、孫の6人暮らし。農作業中に畑で倒れていたところを家族が発見し、救急車で救急救命センターに搬送。脳梗塞と診断され、治療を受けた。急性期を経てリハビリ期に移行。現在は自宅におり、外来通院している。片側麻痺があり、杖歩行をしている。飲み込みがうまくいかず、言葉もはっきり出ない。家族は農作業が忙しく介護ができない状況であり、訪問看護を利用している。



話題提供 1

「急性期の支援」

箱石恵子（岩手県立中央病院）

脳卒中は脳出血・脳梗塞・くも膜下出血の総称であり、その発症の危険因子のひとつに高血圧がある。Aさんも発症以前から血圧の治療を行っていたことが予想される。

来院されたときには病状とともにこれまでの治療歴をご家族に聞き、バイタルサインや神経学的所見の評価を行い、医師に報告し、指示を受ける。

2005年10月にrt-PA療法が保険適用されたが、使用は講習を受けた医師など、条件を満たした医療機関に限られている。また、発症後3時間以内に治療を行うという原則がある。

この事例は発症時間が不明であるが、盛岡近郊の農村で、比較的早期に医療機関に搬送されたと仮定し、発症後3時間以内であった場合は、rt-PA療法が適応される。

rt-PA療法においては、八戸市でドクターヘリでの患者輸送を行い、同療法を行ったところ、3時間で麻痺が改善、10日で退院できたとの事例報告があった。この療法により、1/3の患者は4～5日で歩いて退院できるほどの改善につながるが、残りの2/3はこれまでどおりの経過を経ての退院となる。岩手県内の適応状況を見ると、盛岡市内の病院では50～70例、沿岸部で10例、県南部で10例と地域によって差がある。

rt-PA療法開始後1時間は神経学的評価を15分ごとに実施する。家族がいるところで氏名や場所などを患者に聞くこともあるが、患者が応えられない場合、家族の不安も大きくなるので、家族への配慮と看護師が行う行為の説明が必要である。

A氏への看護は表1のとおりである。

看護目標の1つは、CL（意識レベル）や麻痺が悪化することなく経過することで、そのためにはバイタルサインや神経学的兆候、自覚症状の把握によるアセスメントを十分に行うことが重要である。また循環動態管理や内服管理なども、家族へ情報提供を行う。医師からの病状説明後、どのように受け止めたかという確認は、直後だけでなく、時間をおいてからの確認も必要である。

もう1つの看護目標は、患者が必要に応じてADLの援助が受けられることで、そのためにはADLの評価やリハビリ情報の把握が必要である。食事や清潔行動などの介助や見守りを行い、血圧の変動に注意しながら可動域訓練など早期よりリハビリを実施する。

脳梗塞の地域連携パスは盛岡地域では11施設で連携している。75歳以上、独居又は高齢世帯、病院・施設からの転入、介護保険申請者、認知症、終末期、退院後の医療が必要な項目のうち、4項目該当した場合退院調整を行い、連携を図っている。

退院後に褥瘡や胃瘻、HOTなどで引き続き治療が必要な患者も多く、悪化の早期発見・治療のほか、家族への精神的、社会的支援が必要である。

表1 急性期におけるAさんへの看護

<p>【看護問題1】 急性期における再梗塞、頭蓋内圧亢進によるCLダウンのリスクが高い</p> <p>【看護目標】 ・CL、麻痺ダウンなく経過する ・症状が進んだ時に早期に対処が受けられる</p> <p>【看護計画】 ・バイタルサイン、神経学的兆候、自覚症状 ・循環動態管理、呼吸管理、輸液管理、内服管理、指示範囲内で良肢位の保持、深部血栓予防、血糖コントロール、家族への情報提供、退院調整 ・治療開始時の説明・共有、病状説明後の受け止め方を確認</p>
--

<p>【看護問題2】 病気により日常生活に制限がある</p> <p>【看護目標】 ・必要に応じてADLの援助が受けられる患者・家族の希望・要望を記入</p> <p>【看護計画】 ・ADL状況・評価、リハビリ情報 ・安静度に応じて介助、見守りを行う ・食事：麻痺側に注意して体勢を整える。健側から介助する。嚥下訓練食 ・内服：自己管理に向けてすすめる ・清潔：清拭、シャワー浴介助、特浴、入浴、歯磨き、爪切り、洗髪、手浴、足浴 ・排泄：ベッド上、車椅子トイレ、尿留置カテーテル ・リハビリ ・環境整備</p>
--

話題提供2

「リハビリ期の支援-回復期リハ病棟の役割」

山名泰子（盛岡繁温泉病院）

高齢者は、入院という環境変化にともない生活機能が低下し入院期間も長期化、寝たきりにつながるなど高齢者特有の問題があり、高齢者医療におけるリハビリテーションは必要条件となっている。

回復期リハ病棟という制度は、平成12年4月に誕生し、入院条件や入院期間などが疾患ごとに定められており、多職種によるチームアプローチが求められている（表2）。また、医療機関相互の情報の交換のツールとして、地域連携パスが活用されており、脳卒中も平成20年の診療報酬改定から適用されている。盛岡医療圏では地域連携パスを使用し、急性期から回復期を経て維持期のかかりつけ医に連携するようになっている。

回復期リハ病棟は県内に11施設あり、急性期と維持期をつなぐ重要な役割を担っている。

回復期リハ病棟における入院目的はADLの向上、寝たきり防止、家庭復帰である。全国回復期リハ病棟連絡協議会では「回復期リハ病棟のケア10項目」を宣言しており取り組みを推進している（表3）。

Aさんと同様の事例では、リハビリ総合実施計画書を多職種で作成・情報を共有し、退院に向けてADL訓練室を利用し、生活や入浴、段差への対応訓練などを行っている。陸上・水中の多角的アプローチによって、リハビリで高めた歩行能力を病棟でも反映して取り入れ、自立歩行が可能となり早期退院が実現できている。

退院前サービス担当者会議では、本人・家族、看護師、理学療法士、作業療法士、医療相談員、ケアマネジャー、住宅改修業者が集まり、退院に向けて検討するとともに、家屋調査を行い、住宅の整備をしている。

表2 回復期リハ病棟の対象者と入院期間

疾患	最大入院期間
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷の発症または手術2ヶ月以内	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷	180日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節の骨折の発症または手術から2ヶ月以内	90日
手術や安静により生じた廃用症候群で、その手術後または発症後2ヶ月以内	90日
股関節・膝関節の置換術後（損傷後1ヶ月以内）	90日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節の神経、筋または靭帯損傷から1ヶ月以内	60日

退院時はFIMを使用してADL評価を行い、写真入の報告書を作成し急性期病院、維持期かかりつけ医へ報告している。

回復期リハ病棟の役割は、急性期病院から適応患者を可能な限り早期に受け入れ、医師・看護師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療相談員、薬剤師、栄養士などチームアプローチを実践すること、また、ADL改善への働きかけを行い疾病や障害をもちながらも再び地域生活に戻ることができるように、退院後の生活を視野に入れた支援をすることである。

表3 回復期リハ病棟のケア10項目宣言

<ol style="list-style-type: none"> 1. 食事は食堂やデイルームに誘導し、経口摂取への取り組みを推進しよう。 2. 洗面は洗面所で朝夕、口腔ケアは毎食後実施しよう。 3. 排泄はトイレへ誘導し、オムツは極力使用しないようにしよう。 4. 入浴は週2回以上、必ず浴槽に入れよう。 5. 日中は普段着で過ごし、更衣は朝夕実施しよう。 6. 二次的合併症を予防し、安全対策を徹底し、可能な限り抑制は止めよう。 7. 他職種と情報の共有化を推進しよう。 8. リハ技術を習得し看護・介護ケアに生かそう。 9. 家族へのケアと介護指導を徹底しよう。 10. 看護計画を頻回に見直しリハ計画に反映しよう。

話題提供3

「地域包括支援センターでのかかわり」

千葉澄子（滝沢村役場）

保健師は県や市町村などの行政機関や産業保健師として企業などにおいて「公衆衛生活動」を行っている。しかしその認知度は低い。医療が個人水準で健康を扱うのに対し、公衆衛生活動は、社会水準で健康を扱い、予防的視点と生活者の視点が強く求められる。

Aさんが介護保険制度を利用すると仮定して、地域包括支援センターのかかわりについて述べる。

平成12年度に介護保険法が施行され、在宅介護支援センターが設置された。平成18年度からは地域包括支援センターへと名称が変更され、機能も強化されている。

地域包括ケアとは、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を送れるよう支援することで、以下の3つの視点がある。

- ①総合性：高齢者の多様なニーズや相談を総合的に受け止め、支援すること
- ②包括性：介護保険のサービスだけでなく、地域の

多様な社会資源を結びつけること

- ③継続性：高齢者の心身の状態の変化に応じて、継続的にサービスが提供されること

予防重視型システムは一貫性・連続性のある支援が提供されることをさす。

地域包括支援センターの基本業務は、保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャーの3職種のチームアプローチによる次の4つの業務がある（図1）。

- ①総合相談支援業務
- ②権利擁護業務
- ③地域ケア会議の開催など多職種による情報交換を支援する包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
- ④特定高齢者へのケアプラン作成などの介護予防ケアマネジメント業務。

介護保険サービスには、要支援1・2の方への介護予防に重点をおいたサービスと要介護1～5の方へのサービスの大きく2種類があるが、前者は、在宅サービスが中心であり、後者は、在宅の他、施設サービスも大きな割合を占めている。

利用者は1割の自己負担がある。

サービスの利用にあたっては、要支援1・2の方は地域包括支援センターがケアプランを作成することとなっている。滝沢村の場合は村内7ヶ所の居宅介護予防支援事業所にも一部委託をしている。要介護1～5の方は指定居宅介護支援事業所がケアプランを作成するもので、地域包括支援センターはケアマネジャーになることはできない。このケアマネジャーは患者本人が選ぶものである。

最後に、医療機関に協力してほしいこととしては、

①市町村窓口への申請の支援である。入院中でも、病状が安定し、在宅の目処が立てば申請は可能だが、「念のため」の申請ではなく、利用したい・必要なサービスがある場合に申請していただきたい。急に利用したい時に手続きが間に合わなかったら…との心配もあると思うが、暫定でのサービス利用も可能なので、まずは市町村の介護保険担当の窓口で相談してほしい。

②ケアマネジャーの決定は迷うこともあると思うので、その場合は地域包括支援センターへ相談してほしい。介護度により、ケアマネジャーを依頼できない事業所もある。

③支援困難が予想される場合は早めに情報提供をお願いしたい。必要時には退院時担当者会議などに出席することも可能なので、声をかけて欲しい。

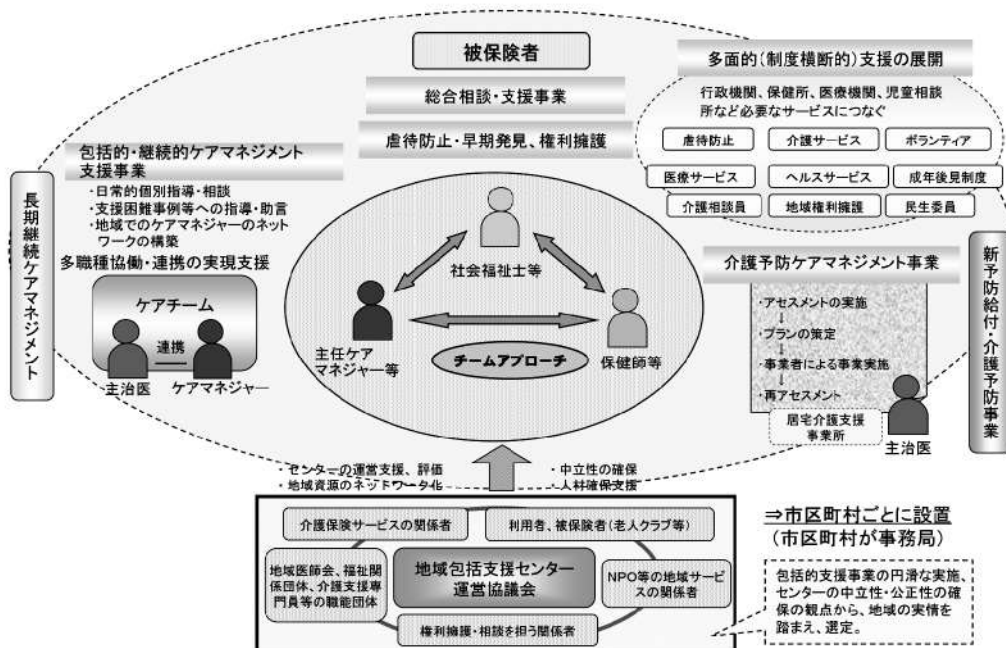


図1 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ図

話題提供 4

「在宅でのかかわり」

高橋栄子（訪問看護ステーションゆとりが丘）

現在、当ステーションでは60名の方へ訪問している。年齢構成は30代から最高齢98歳までである。疾患はがんが25%を占め、その他のさまざまな疾患の中にはうつやALSの方がいる。介護保険での利用が83%，医療保険での利用が17%である。

開設から現在までの患者総数は350名であったが、このうち看取りを行った方は128名で、97名（76%）は在宅で、31名（24%）は医療機関で看取りを行った。年々、在宅での看取りが増えており、1ヶ月平均3.3名である。看取りまでの平均期間は約2ヶ月であり、最短では退院当日、最長では1年3ヶ月であった。

入院中からかかわるようにしており、家族とのかかわりでは経済状況や最後の看取りの場所をどうするか、主治医は誰にするかなどに着目している。他のステーションとの連携や他職種との連携も行っている。入院中の様子を見ることで、在宅でどのような生活が可能かアセスメントをはじめ、患者と同等に、家族支援や指導のために家族の様子も見るようにしている。

この事例の場合でも、退院前よりカンファレンスに参加する。ご自宅に帰られた後は、定期的な訪問看護により、療養生活の観察や助言・指導などを行う。家族の指導・支援もあわせて行う。本人と家族の心身の

変化に応じた適切な支援のために、生活を観察し続ける視点を大切にする（表4）。

そのほかにも地域にはさまざまなニーズを持った方が生活しているが、在宅の関係機関は、各々の役割を果たしながら連携し、患者が普通の生活を送れるよう支援することが重要と考える。

表4 訪問看護におけるAさんへの看護

<ul style="list-style-type: none"> ・退院前のカンファレンス参加 ・定期的な訪問看護により、療養生活の観察や療養生活の助言・支援 ・家族の指導・支援 ・介護相談 ・精神・心理的支援 ・生活を観察し続ける
--

意見交換

参加者から以下の感想・意見が述べられた。

「rt-PA療法を実施している病棟にいたことがあるが、県内全体より患者が搬送され、20日間という短い入院期間のために主治医もおらず、回復期や在宅のことまで考えるのが難しい状況だったと思う。独居の方は地域の方が病院に連れてきて、その後突然、社会的なつながりなどそれまでその人が培ってきたことを知らない家族が現れることもあった。この事例のようにスムーズにかかわれて行くことが望まれる。」

発表からの気づきや感想について各話題提供者から、次のように述べられた。

箱石「パジャマの姿しか見ないので、私服姿や在宅の様子などのスライドを見て、自分のかかわり以外の部分をイメージすることができた。回復を促すケアへとつなげたい。」

山名「リハビリはすばらしい。リハ病棟の存在を広めて行きたい。」

千葉「困難事例の増加により、地域包括支援センターの創設へつながったと思う。最新の医療保情報を聞くことができ、勉強になった。」

高橋「午前の特別講演でも触れられていたが、ある一部分だけに着目すると無理なことでも、全体として眺めて評価していくことが大事だと思う。看護全体を捉えてケアへとつなげたい。」

最後に特別講演を行った藤野氏から総評をいただいた。

「患者を支えられている安心感があって、家族自身が支えられる。つないでいく中で見えてくる家族状況や解決方法のサイクルがあると思う。一緒につないでいく視点を持つことが大事だと思う。」

おわりに

働く場によって、提供するケアも違っている。その中で家族全体の健康を守るよう支援するのが看護職ではないかと思う。

いろいろな形の家族があり、いろいろな課題を持った家族がいる。各々が解決に向けて動くことで、その先の解決へとつながっていくと感じられた。

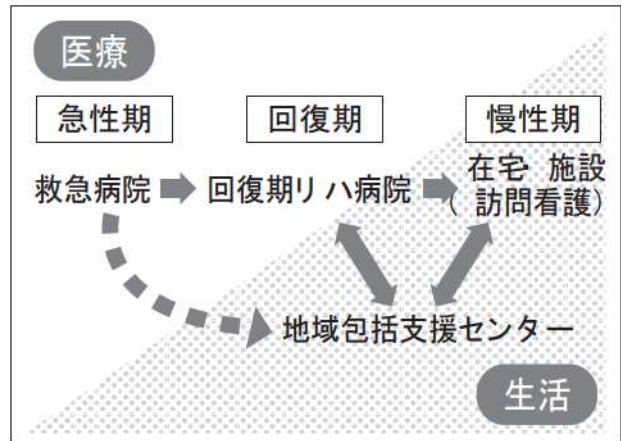


図2 『家族全体の健康を守る連携』のイメージ図

第3回岩手看護学会学術集会

〈交流集会2〉

「養護教諭の行う研究とは」

元岩手県立大学看護学部教授 竹崎登喜江

この交流集會を企画した段階では、どのぐらいの参加者に来ていただけるかという不安があったが、いざ当日になると、現職及び退職をされた養護教諭の方、教育委員会や大学関係の方々のご出席をいただき、充実した交流集會を開くことができた。当日の話題提供者及び進行役は、県立大学看護学部学校保健看護領域の竹崎が担当させていただいた。

現行の養護教諭養成は、教育系大学と一般大学、短期大学においてさまざまなコースがあり、日本養護教諭養成大学協議会に加盟している大学は、現在100大学（85大学、15短期大学）で、85大学の約半数が看護学科、看護医療学科というような看護系大学である。また、学校教育における課題の複雑・多様化に伴い、教員の質の充実が求められてきていることから、養成段階では4年次に「教育実践演習」の導入、また、現職教員には免許更新講習への参加が義務付けられるなど、さまざまな対策がとられているところである。養護教諭においても、平成9年の保健体育審議会答申、平成20年の中教審答申において、養護教諭は学校保健の中核を担う教育職員として、心の問題やいじめや虐待の早期発見・早期対応ができるよう保健室における健康相談活動の充実、関係諸機関や関係者との連携の重要性から養護教諭がコーディネータ役を担うなど、学校保健における専門職としての期待が高まってきているところである。

このような状況を受け、当日の話題は、看護学部において養護教諭の養成はどうあるべきか、また、看護学部で養護教諭を養成することはどのような意味を持つのかを研究の視点でとらえた場合、どのような方法をもってそれが検証ができるかという点であった。その一つの方法として、参加者から、養護教諭一種免許を取得した卒業生の中には、現在看護師・保健師として活躍しているものも多いことから、教職科目や養護教諭の専門科目の履修、養護実習の経験などが、その後のそれぞれの臨床にどのような影響を与えているかを研究することは意義があるのではないかというご意見などをいただいた。1回生から9回生まですでに養護教諭1種免許状を取得した卒業生は144名にのぼっている。この卒業生を対象として、アンケートを送付回答してもらい、質的研究の中から、看護学部で養護教諭養成で学んだこと、経験したことが、学校現場だけでなく、広く看護臨床の中でも発揮されていることを検証することは意義があることとの合意を得た。

さらに当日参加された方々にも協力を得ながら、交流集會での成果を生かし研究に結びつけることができるよう努力していきたいと考えている。

会 告 (1)

第 4 回岩手看護学会学術集会のご案内

第 4 回岩手看護学会学術集会を下記の通り開催します。会員の皆様をはじめ多数のご参加をお待ちしています。

期 日：平成23年10月15日(土)

会 場：岩手県立大学 講堂・共通講義棟

会 長：菊池和子(岩手県立大学看護学部)

テ ー マ：現場における気づきの共有・集積を確かな知見へ ―明日の元気のために―

会長講演：看護の現場における気づきの共有・集積を確かな知見へ

菊池和子(岩手県立大学看護学部)

特別講演：看護研究が医療を動かす―トランスレーショナルリサーチに基づいた褥瘡研究―

真田弘美(東京大学大学院医学系研究科)

めんこいセミナー：臨床でのリサーチクエスチョンから介入研究を進める過程

箱石恵子(岩手県立中央病院)

交流集会：最新の創傷ケアを現場で活かそう！

―まだ残る神話<消毒, ガーゼ, 傷は乾かして>からの脱却―

私のワーク・ライフ・マネジメント―だって、一度しかない人生だもの―

演題募集期間：平成23年6月13日(月)～7月29日(金) 必着

2011年6月

第4回岩手看護学会学術集会

会長 菊池和子(岩手県立大学看護学部)

会 告 (2)

平成23年度岩手看護学会総会の開催について

平成23年度岩手看護学会総会を下記の通り開催します。

日 時：平成23年10月15日(土) 12:00～12:30

会 場：岩手県立大学 講堂・共通講義棟

2010年6月

岩手看護学会 理事長 武田利明

平成23年度 第1回理事会 議事録

日 時：平成23年4月16日(土) 10:00~12:45

場 所：アイーナ7階 学習室4

出席者：武田，畠山，安藤，兼松，菊池(和)，菊池(田)，工藤，平野，三浦(奈)，三浦(ま)

委任状提出：木内，白畑

- 配布資料：1. 平成22年度 事業活動報告
2. 平成22年度 収支決算報告書(案)および平成22年度会計監査報告
3. 第3回学術集会報告
1) 第3回岩手看護学会学術集会報告
2) 第3回岩手看護学会学術集会参加者アンケート
3) 企画委員からの意見，次回学術集会への引継事項
4) 第3回岩手看護学会学術集会収支決算報告
4. 庶務担当報告
1) 会員状況
2) 岩手看護学会誌 閲覧制限のためのumin利用に関して
5. 岩手看護学会 HP管理状況についてのご報告
6. 平成23年度 事業計画
7. 平成23年度 岩手看護学会修正予算(案)
8. 入会希望者・退会希望者名簿

1. 開会

平野理事より出席10名，委任状提出2名であり，理事会の成立が確認された。

2. 理事長挨拶

3月11日に起こった震災で被災された方に心からお見舞いを申し上げたい。学術集会開催の可否について菊池第4回学術集会会長と検討したが，開催することとした。看護が求められている状況で，学会としても力を合わせていきたい。

3. 議事

1) 審議事項

(1) 会員入退会について

三浦(奈)理事より，8名の会員より退会届が提出された旨，報告があった。8名の退会は承認された。平成21~22年度会費が未納である会員は，11名であり，会則に従って退会とすることが確認された。対象となる11名には，文書にてお知らせすることとした。

2) 報告事項

(1) 平成22年度事業活動報告

平野理事より資料に基づき報告された。

(2) 平成22年度収支決算報告(案)および平成22年度会計監査報告

菊池理事より資料に基づき報告された。安藤監事より適正に処理されていた旨，報告された。

(3) 第3回学術集会の報告

三浦まゆみ第3回学術集会会長より報告があった。参加者212名であり，そのうち学生98名であった。学術集会に関するアンケートは92名(学生が50%)から回答が得られた。それぞれの企画運営に関する満足度について，

9割以上が「非常に良い」から「普通」と回答していたため、有意義であり満足していただけたと思う。リレートークの参加者が少なかったが、交流集会やめんこいセミナーと時間が重複していたためであり、専門分野を聞きたいという思いがあったのではないか。今回の学術集会は、初めてアイーナを会場としたが、システムは業者の協力を得て、運営上特に困難なことはなかった。また、今回初めて、演題発表者が論文投稿に向けて準備している。

(4) 庶務担当より

会員状況について三浦(奈)理事より説明があった。学会誌の閲覧制限について平野理事より説明があった。閲覧を制限するためには会員にUmin ID取得のための説明を行い、すでに取得済みであるかの確認およびIDの管理についての説明が必要である。

(5) 編集委員会より

兼松編集委員長より説明があった。編集委員会は2回行い、学会誌は2巻発刊した。投稿論文が少ないため、増やすためには関心領域別の名簿を作成するなど工夫をしていかないとならない。

(6) 広報担当より

白畑理事に代わり平野理事より資料に基づき説明があった。学会HPシステムは個人アカウントの使用が原則となるため、検討が必要である。

3) 審議事項

(1) 理事の辞任の承認とその補充について

平野理事より、浅沼理事の退会が承認されたことにより理事が1名少なくなったことが報告された。理事は、会則に10数名と規定されており、追加はしないこととした。

(2) 平成23年度事業計画と活動方針について

平野理事より説明があり、昨年度の総会にて承認された事業計画に変更はないことが確認された。めんこいセミナー講師は、箱石恵子氏(岩手県立中央病院)が引き受けてくださった。

(3) 平成23年度収支修正予算(案)について

菊池理事より説明があった。繰越金が確定したため、会費の収入を会員数150名と概算し、修正予算を作成した。編集委員会より、学会誌発行代は約20万円、テープ起こし代は約5万円の実績である。英文などの特別な査読に対して謝金を追加していただきたいとの要望があり、備考欄に付け加えることになった。また、備考欄の記入方法を担当委員会と打合せ、整理することとした。

(4) 平成23年度～平成24年度編集委員について

兼松編集委員長より、「中下編集委員は平成22年度で満期退任、3期目となる委員のうち、退任を希望するものはいない。前回の理事会で了承された三浦まゆみ理事のほか、鈴木美代子会員が推薦されている。学外委員1名の補充をお願いしたい」との説明があり了承された。学外の委員については、岩手医大から1名を推薦していただくことになり、畠山副理事長が交渉を担当することになった。

(5) 投稿規則改訂について

別添資料に基づいて兼松編集委員長より説明があった。現行では「論文は編集委員会の指示に従って提出する」とあるが、投稿者にとっては2度手間となるため「岩手看護学会ホームページよりオンライン投稿する」と修正した。また、これまで投稿テンプレートに沿って投稿していただいていたが、図表の修正の際に体裁を整えることが困難なため、執筆要領を改訂しており、誤字なども修正しているとの報告があり、了承された。

論文数を増やすために、臨床現場でのよい取り組みを投稿していただけるよう、さらに働きかけていくこととした。研究方法についての研修が院内研修と連携できればよいと畠山副理事長より提案があった。岩手県立大学看護学部看護実践研究センターと連携していくこととした。

(6) 学会ホームページについて

現在のHPを構築するために個人のアカウントを用いてソフトを購入しているが、管理者を変更するたびに新たなソフトを購入しなければならない。使用しているOffice Live (Microsoft社)は、団体名で契約することは

可能であるが、負担を考慮し、業者に委託してはどうかと編集委員会より提案があった。すでに遠藤編集委員が数社より見積もりを取っているが、10数万円で管理可能であることから、HP作成管理を業者に委託することとなった。委託先については今後検討し、遠藤編集委員に業者との交渉を依頼することとした。

(7) 学会誌web版の閲覧について

前回のメールでの理事会にて、uminシステムの使用について合意されていたが、前述の通り煩雑な手続きが必要であるため、学会誌を一般にも公開することについて検討した。しかし、やはり学会員の利益のために学会誌web版閲覧を制限することとし、そのシステムもHPを作成管理する業者に委託することとなった。HPが構築されるまでの間、学会誌Web版を一般公開することとした。

(8) 第6回学術集会（平成25年度）の会長の候補について

土屋会員に依頼することとした。

(9) 関心領域別の会員名簿について

会員の交流と情報共有のために、関心領域別の名簿を作成することとした。会員の交流と情報交換促進については、平成23年度事業計画に加えることとし、費用は通信費から支出することとした。三浦まゆみ理事、三浦(奈)が担当とした。

(10) その他

菊池第4回学術集会长より、企画運営の進捗状況について報告があった。養護教諭の会員が関心のある創傷の手当てについてWOCが相談窓口を設けること、ワークライフマネジメントについて岩手県立中央病院の助産師が内容を検討している。一般演題の締切りは、震災の影響も考慮し、余裕をもって6月中旬より7月下旬まで（8月上旬を延長期間）としている。広報は5月に郵送予定である。

4) その他

畠山なを子第5回学術集会长を中心として今後、平成24年度の開催日、場所を検討していく。

4. 閉会

(文責：三浦(奈))

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巢子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う。
- (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會会長

- 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 役員を選出は、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は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分の2以上の賛成を必要とする。

第九章 雑則

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(2011年4月現在)

理事長	武田 利明	岩手県立大学
副理事長	畠山なを子	岩手県立磐井病院
理事	兼松百合子 (編集委員長)	前岩手県立大学
	菊池 和子 (会計)	岩手県立大学
	木内 千晶 (会計)	日本保健医療大学
	工藤 朋子 (副編集委員長)	岩手県立大学
	白畑 範子 (ホームページ)	岩手県立大学
	平野 昭彦 (庶務)	岩手県立大学
	三浦奈都子 (庶務)	岩手県立大学
	三浦まゆみ (副編集委員長)	岩手県立大学
監事	安藤 広子	岩手県立大学
	菊池田鶴子	岩手県立江刺病院
評議員	田中 千尋	岩手県立高田高等学校
	箱石 恵子 (編集委員)	岩手県立中央病院
	林本 郁子	岩手県立中央病院
	三浦 幸枝	岩手医科大学附属病院
	村上 繁子	岩手県立南光病院

(五十音順, 敬称略)

岩手看護学会入会手続き

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ください。
2. 入会申込書は楷書ではっ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、「掲載してよい項目」欄には記載してよい項目にレ印をお書きください。会員名簿記載が可の場合、レ印のある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。
 - (1)年会費5,000円です。会員の種類は正会員のみです。
 - (2)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。

<p>・口座番号： 02210-6-89932</p> <p>・加入者名： 岩手看護学会</p>
--

《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。

- (3)振込手数料は入会希望者をご負担ください。
- (4)「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。
- (5)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、随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
HP:<http://hensyu1.web.officelive.com/default.aspx/>

岩手看護学会誌投稿規則

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

- 1) 筆頭執筆者は本学会の会員とする。
- 2) 本学会が依頼した場合には前項の限りではない。
- 3) 日本以外の国から投稿する者については会員以外でも投稿資格を有するものとする。
- 4) その他の投稿者については編集委員会が決定する。

(2) 著作権

本誌掲載論文の著作権は本学会に帰属する。

投稿者は、著作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、考察、結論の5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、考察、結論の5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、考察、結論の5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、岩手看護学会ホームページよりオンライン投稿する。

(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在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か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ことは、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受けていること。

- ・ 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

- 1) 論文の投稿は、岩手看護学会ホームページの学会誌論文投稿用アドレスより行う。投稿の際は、①筆頭著者の氏名、②会員番号、③所属、④連絡先住所および郵便番号、⑤電子メールアドレス、⑥論文タイトル、⑦論文の種類を明記し、論文と投稿チェックリストを添付して送信する。
- 2) 編集委員会が、投稿論文が投稿規則に従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。
- 3) 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。
- 4) 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サイズのパージ設定を用い、Microsoft Word書類とする。
- 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つけ、原著については250語程度のAbstract(英文)もつける。原著以外の論文にAbstractをつけてもよい。
 - 6) 欧文(英文Abstractを含む)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。
 - ・ 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段組みとする。
 - ・ 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。
- (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」(‘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にする。
 - ・ 雑誌の場合……著者名. 表題名. 雑誌名 年次;巻(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. 発行地: 発行所; 年次. または、著者名. 書名. 版. 編集者名. 発行地: 発行所; 年次. 頁.
なお、頁は数字のみ。
 - ・ 訳本の場合……著者名. 書名. 版. 翻訳者名. 発行地: 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(地域版の場合にはその名称, 版, 朝夕刊の別). 掲載年月日; 欄:位置(段). 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……著者名. タイトル: サブタイトル[インターネット]. 発行元: 発行者; 発行年月日[更新年月日]. URL. (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上にあ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。

(4) 英文投稿は本規則のほかJournal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelinesを参照すること。

附則 1. 著作権について

(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)の著作権は，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使用する際には，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(電子メールでの申請は受け付けない)。

(3) 前項の許諾申請は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を明記し，自著署名を付して申請すること。

(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。

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。

附則 4. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成21年10月17日から施行する。

附則 5. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成23年4月16日から施行する。

Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines

1. General Guidelines

- (1) The Journal of Iwate Society of Nursing Science is published by the Society two times a year for the purpose of sharing research results in nursing.
- (2) The editorial committee is established by the Society to carry out publishing responsibilities.
- (3) The journal is published online and on paper.

2. Submission Rules

(1) Qualifications for Submission

- 1) The first author listed must be a member of the Society.
- 2) Authors requested by the Society are exempt from the preceding qualification.
- 3) Authors residing outside Japan are not required to be members of the Society.
- 4) Other authors may be qualified by the editorial committee.

(2) Article Categories

Articles published in the Journal must be review articles, original articles, case reports, research reports, brief reports and others, which are unpublished. In the review process, the editorial committee may suggest a change in categories.

- Review Article

A comprehensive evaluation and discussion based on a critical review of literature concerning a specific theme in nursing.

- Original Article

A research article in nursing with originality, including new knowledge and systematically describing research results. It should contain clear significance for knowledge in nursing science. It must be presented systematically consisting of purpose, method, results, discussion and conclusion.

- Case Report

A report of a valuable clinical example of nursing. It will provide beneficial information for nursing practice and nursing science.

- Research Report

A research article in nursing with a significant research conclusion, which will be recognized as contributing to the development of nursing science. The article must consist of purpose, method, results, discussion and conclusion.

- Brief Report

A short research article in nursing containing new knowledge, expected to contribute to the development of nursing science. The article must consist of purpose, method, results, discussion and conclusion.

- Other articles

Articles in nursing, such as concerning nursing issues.

(3) Article Submission

Articles should be submitted online.

(4) Review Process

The decision on submitted articles concerning acceptance for publication is carried out by the editorial committee, based on the evaluation of two anonymous reviewers at the request of the committee. If there are differences of opinion between the reviewers, an additional reviewer will be requested. The review is conducted in accordance with the reviewing standards and guidelines. If the author does not respond to the editorial committee's comments on modifications for more than three months, the article will automatically be rejected.

(5) Editing

The publication sequence of articles and other editorial issues are performed by the editorial committee.

(6) Proofs

The first proofreading will be conducted by the author. Corrections by the author will be limited to the correction of words and phrases. Further proofreading will be performed by the editorial committee.

(7) Reprints

The author may ask for reprints in blocks of 50 copies during the proofreading process. The cost will be the responsibility of the author.

(8) Ethical Considerations

Research on human subjects or animals must include a statement of ethical consideration. The ethical standards written below must be fulfilled. The research protocol must be approved by the Ethical Committee of the institution.

- Research on the human body must follow the “Helsinki Declaration”.
- Research on animals must meet the ethical standards of the “Iwate Prefectural University Ethical Provisions for Animal Experiments” or other similar standards.
- Investigative research studies must meet the ethical standards of the “Ethical Guidelines on Epidemiologic Study” or similar standards.
- Research on the human genome and genetic analysis must meet the ethical standards of the “Ethical Guidelines for Human Genome and Genetic Analysis” and “Guidelines for Clinical Research on Gene Therapy” or similar standards.

(9) Submission Procedures

- 1) Articles should be submitted through the Iwate Society of Nursing Science web site by attaching the file of article. The submitter also should write ①Name of the first author, ②Membership number, ③Affiliation, ④Postal address including postal code, ⑤E-mail address, ⑥Title of the article, ⑦Category of the article.
- 2) Once the editorial committee has confirmed that the submitted article conforms to the submission rules, the submission procedures are completed and this date is considered the date of receipt. The date when the editorial committee accepts the article for publication, based on the reviewers’ evaluation, is considered the date of acceptance.
- 3) The author of an article accepted for publication for which a joint research agreement and ethical screening report are necessary must supply those documents to the editorial committee within two weeks of notification of acceptance of the article.
- 4) The author may request a proof of publication for the article after the date of acceptance.

(10) Publication Costs

The costs for publication are free. However, publication costs of color photographs are the responsibility of the author.

3. Writing Guidelines

(1) Description of the Article

- 1) The submitted article is to be in Japanese or English, using A4 page settings and written in MS Word.
- 2) The length of the article, including the title, abstract, text and references must be composed within the page limits described below.
 - Review Article: 12 pages, about 6000 words including text, references, figures and tables.
 - Original Article: 12 pages, about 6000 words including text, references, figures and tables.
 - Case Report: 6 pages, about 3000 words including text, references, figures and tables.
 - Research Report: 12 pages, about 6000 words including text, references, figures and tables.
 - Brief Report: 4 pages, about 2000 words including text, references, figures and tables.
 - Other articles: The editorial committee will decide on the length of the article according to content.
- 3) Measurements and measurement symbols should conform to System International (SI) units.
- 4) The article should be presented in the following order: title, name of the author, affiliation, abstract, text, references.

- 5) An abstract of 250 words should be attached to articles except those categorized as Other articles.
- 6) 5 or fewer keywords should be included in all articles.
- 7) The format of the article should be as follows:
 - The text and references should be two-columned, 44 lines in 10 point font and everything else should be in one column.
 - The top and bottom margins should be set at 25mm and the left and right margins should be set at 20mm. Margins will be used by the editorial committee to display page numbers, the name, volume and number of the journal and the dates of receipt and acceptance.
 - The typeset for English text should be Times New Roman.
 - The abstract should be indented by 15mm.
- 8) Numbers enclosed in circles, roman numerals and similar machine-dependent characters should not be used.
- 9) If the author is Japanese, the Japanese title of the article, the name of the author in Japanese, the name of the affiliation in Japanese and an abstract in Japanese should be attached.

(2) Insertion of Diagrams

- 1) Figures and tables should be sized at 1 column (width 7.5cm) or 2 columns (width 16.5cm) and be inserted into the text.
- 2) The letters of the title and the explanation of figures and tables should be in 6 or 8 point font.
- 3) Figures should be created using jpg, gif or png formats. This also applies to photographs. Direct copying and pasting from Microsoft Excel or PowerPoint is also acceptable.
- 4) Tables should be created using Microsoft Excel and inserted into the text.
- 5) Sequential numbers should be added to each figure in the article and e.g. "Fig 1." and the title of the figure should be centered directly below each figure.
- 6) Sequential numbers should be added to each table in the article and e.g. "Table 1." and the title of the table should be written directly above the table to the left.

(3) Description of References

Descriptions of references should be based on the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (i.e. 'Vancouver style').

- 1) When references are cited, superscript expressed as 1), 2) etc. should be added in the citation area and the citations should be listed in order at the end of the article.
- 2) The description style should be as follows:
 - Articles in journals: The name of the author. the title of the article. the title of the journal year; volume (number) :pages. Pages should be in numbers.
 - Books: The name of the author. the title of the book. version. the name of the editor. place of publication: publisher; year. pages.
 - Newspaper articles: The name of the author. the title of the article. the title of the newspaper (edition). date:section:location (column number). If the name of the author was not stated, it may be omitted.
 - Web sites: The name of the author. the title: the subtitle. place of publication: publisher; date of publication [updated date; cited date]. URL.
- 3) Names of authors in references should be as follows:

If there are 5 or fewer authors, the last names and initials of the authors should be written. If there are 6 or more authors, the last names and initials of the first five authors and "et al." should be written.
- 4) Typeset for references is the same as for the main text.

4. Copyrights

- (1) The copyrights of all articles and content of the Journal (including the online version on the web site) are reserved by the Society.

- (2) Before using diagrams and highly original items published in the Journal, users must apply for permission from the editorial committee of the Journal. (E-mail applications will not be accepted.)
- (3) An application for permission should include:
 1. The volume, number, pages, year, title of the article, the name of the first author listed and the page number or number of the diagram for which permission is sought.
 2. The purpose of use.
 3. The full name, address, telephone and fax number, e-mail address and signature of the applicant.
- (4) Diagrams and other items for which permission for use is granted must be stated as citation from the original article in footnotes or references.

April 16, 2011

岩手看護学会 関心領域別名簿

岩手看護学会発足5年目を迎えようとしております。本学会は、主に学術集会開催と学会誌発刊の事業を展開し、看護学の発展と会員相互の学術的研鑽を図ってまいりました。この学会がさらに発展していくために、会員相互の交流を充実していくことが必要ではないかと思っております。同じ領域に関心を持つ会員相互の交流を図ることができれば、より身近な学会となるのではないかと考えました。その第一歩として会員の関心領域を把握し、それを会員間で共有したいと思います。

名簿をご覧になり、会員間で連絡を取りたい場合がありましたら、学会事務局までご連絡ください。

1. 看護理論・看護歴史

兼松 百合子 菊池 和子 田辺 有理子

2. 看護倫理

安藤 広子 伊藤 奈央 菊池 田鶴子 三浦 幸枝 工藤 一子

3. 看護技術

大久保 暢子 菊池 和子 熊谷 真澄 鈴木 美代子 高橋 有里 武田 利明
 武田 知子 中村 令子 平野 昭彦 三浦 奈都子 室岡 陽子

4. 看護管理・政策

門脇 豊子 門屋 久美子 菊池 英理子 菊池 田鶴子 工藤 一子 佐藤 奈美枝
 菖蒲澤 幸子 畠山 なを子 村田 千代

5. 看護教育

佐藤 奈美枝 鈴木 美代子 高橋 有里 畠山 なを子 晴山 明美 平野 昭彦

6. 感染看護

7. リスクマネジメント

菊池 英理子 門屋 久美子

8. 皮膚・排泄ケア

武田 利明 三浦 奈都子 室岡 陽子

9. 母性看護

安藤 広子 伊藤 あさみ 大谷 良子 蛸崎 奈津子 笹野 佳奈 高橋 司寿子
 西里 真澄 晴山 明美 福島 裕子

10. 小児看護

石川 正子 柴田 周子 原 瑞恵 三上 千佳子 吉崎 純子

11. 遺伝看護

安藤 広子

12. 新生児集中ケア

伊藤 あさみ 吉崎 純子

13. 学校保健看護

遠藤 巴子 小山 ゆかり 柴田 周子 平 栄子 田中 千尋 田村 美穂子
 原 瑞恵

14. 慢性看護

齋藤 貴子 三浦 幸枝

15. クリティカルケア

齋藤 貴子 吉田 利留子

16. 周手術期看護

齋藤 貴子

17. 糖尿病看護

兼松 百合子

18. リハビリテーション看護

岩渕 枝里香 佐々木 幸栄 武田 知子 中村 令子 原 瑞恵 室岡 陽子
吉田 利留子

19. 高齢者看護

上女鹿 縁 木内 千晶 小嶋 美沙子 佐々木 敬 佐々木 文子 菅野 智美
藤川 君江 室岡 陽子 渡辺 幸枝

20. 精神看護

稲葉 文香 小笠原智恵子 佐藤 史教 田辺 有理子 藤川 君江
藤澤 くみ子 松浦 真里子

21. 地域看護

岩渕 枝里香 岩渕 光子 佐々木 敬 佐々木 文子 鈴木 喜美子 平 栄子
松川 久美子

22. 在宅看護

上女鹿 縁 工藤 朋子 小嶋 美沙子 澤内 イツ 原 瑞恵 三上 千佳子

23. 家族看護

石川 正子 佐々木 幸栄 原 瑞恵 藤田 由紀子 松浦 真里子 三浦 まゆみ
横田 碧

24. 災害看護

澤内 イツ 鈴木 喜美子 平野 昭彦 三浦 まゆみ

25. 看護情報

26. がん看護

伊藤 奈央 門脇 豊子 工藤 朋子 熊谷 真澄 菅野 智美 武田 利明
晝澤 征子

27. 緩和ケア

菊池 和子 笹野 佳奈 菖蒲澤 幸子 藤田 由紀子

28. カウンセリング

遠藤 巴子 横田 碧 渡辺 幸枝

29. その他

大久保 暢子 意識障害, 脳神経外科看護
佐藤 稲子 職場のメンタルヘルスケア
高橋 司寿子 不妊看護
館山 純
福島 裕子 リプロダクティブヘルス

*名簿作成にご賛同頂き、「1. 看護理論・看護歴史」「24. 災害看護」の関心領域に印をつけていただいた会員で、お名前と会員番号の記載がないため、名簿に記載できない方が1名いらっしゃいます。お心当たりの方は学会事務局までご連絡ください。

*名簿への掲載をご希望する方は事務局まで申し出てください。

平成23年 5月

岩手県内で開催予定の学会・研修会・勉強会のご案内 ～2011年7月から12月～

7月

- 30日(土) 看護技術に関する相談・支援事業
テーマ1 「グリセリン浣腸・吸引・筋肉内注射」
テーマ2 「感染症Topics」
場所：いわて県民情報交流センターアイーナ7階アイーナキャンパス学習室1
時間：10:00～16:00 主催：岩手県立大学看護学部基礎看護学講座
問合せ先：s-miyoko@iwate-pu.ac.jp Tel・FAX：019-694-2292 (担当鈴木)
- 31日(日) 第5回北東北がん看護フォーラム 場所：いわて県民情報交流センターアイーナ
◇第1部 10:00～12:00 会場：7階アイーナキャンパス学習室1
講演「サイコオンコロジーにおける看護師の役割」
講師：馬場華奈己(岡山大学病院リエゾン精神看護専門看護師)
定員：50名 参加費：500円
事前申し込み要(メール g-forum@ml.iwate-pu.ac.jp または FAX 019-694-2256)
- ◇第2部 13:00～16:20 会場：7階アイーナホール
講演「看護師の本当の意味での『役割』とは～がん患者のリンパ浮腫ケアを通して～」
講師：奥朋子(千葉大学医学部附属病院 がん看護専門看護師)
シンポジウム「岩手のがん看護の充実に向けて」 他
参加費：無料 事前申し込み不要
- 31日(日) いわて口腔ケア研究会実技研修会 場所：いわて県民情報交流センターアイーナ
問合せ先：いわてリハビリテーションセンター看護部内いわて口腔ケア研究 FAX 019-692-5807

8月

- 23日(火) 認定看護師・医療安全管理者支援事業
場所：岩手県民情報交流センターアイーナ7階アイーナキャンパス学習室2
時間：18:00～20:00 主催：岩手県立大学看護学部看護教育・管理学講座
問合せ先：y-endo@iwate-pu.ac.jp Tel:019-694-2246 (担当遠藤)
- 28日(日) 日本看護倫理学会第4回年次大会 場所：岩手県立大学
「チーム医療における協働的意思決定の展望」大会長：安藤広子(岩手県立大学看護学部)
◇会長講演「出生前診断の倫理的課題と看護」演者：安藤広子(岩手県立大学看護学部)
◇基調講演「受け手と担い手との共同行為が成立するために」
演者：石垣靖子(北海道医療大学大学院看護保健福祉学研究科)
◇シンポジウム「協働的意思決定の実践における看護の役割」
参加費：会員¥6000 非会員¥7000 学生¥1000
事務局：岩手県立大学看護学部 019-694-2242 (担当土屋) jnea4@ml.iwate-pu.ac.jp

9月

- 3日(土) 災害看護研修会 場所：岩手県立大学共通講義棟201
主催：岩手県災害看護ネットワーク協議会
問合せ先：019-694-2238 ahirano@iwate-pu.ac.jp (担当平野)

10月

- 15日(土) 第4回岩手看護学会学術集会 場所:岩手県立大学 講堂・共通講義棟
「現場における気づきの共有・集積を確かな知見へー明日の元気のためにー」
大会長:菊池和子(岩手県立大学看護学部)
- 23日(日) いわて口腔ケア研究会実技研修会 場所:いわて県民情報交流センターアイーナ
問合せ先:いわてリハビリテーションセンター看護部内いわて口腔ケア研究 FAX 019-692-5807

11月

- 12日(土) 災害看護研修会 場所:岩手県立大学共通講義棟201
主催:岩手県災害看護ネットワーク協議会
問合せ先:019-694-2238 ahirano@iwate-pu.ac.jp (担当平野)
- 15日(火) 岩手県看護研究学会 場所:岩手県民会館 時間:10:00~16:00
問合せ先:岩手県看護協会

12月

- 10日(土) 看護技術に関する相談・支援事業
テーマ3「がん患者における緩和ケア・浮腫の基本ケア」
テーマ4「ME機器管理のポイントー心電図読み方・レスピレーター管理ー」
場所:いわて県民情報交流センターアイーナ7階アイーナキャンパス学習室1
時間:10:00~16:00 主催:岩手県立大学看護学部基礎看護学講座
問合せ先: s-miyoko@iwate-pu.ac.jp Tel・FAX:019-694-2292 (担当鈴木)

なお、会期、場所等は変更が生じることもございます。

最新情報につきましては、各問合せ先にご確認いただきますようお願いいたします。

✿ 岩手県立大学看護実践研究センター ✿

岩手県民の健康増進とQOLおよび看護の質の向上をめざして「岩手県立大学看護実践研究センター」を平成22年に設立しました。看護職の継続教育支援や研究活動の支援および臨床や地域行政・教育現場の方々との共同研究などを行ってまいります。そしてそれらの成果をもとに、看護職自らが、医療・保健・福祉事業に積極的に参画できることを目指しています。

平成23年度は、岩手県や市町村等からの委託事業を行うとともに

① 医療・保健・福祉施設等の施設内教育支援 と、本学看護学部では、以下の ② 10件のプログラム を企画し、研修会の開催や研究支援活動を行います。

実践で活躍する皆様と手を取り合っ一緒に歩む、地域に貢献できるセンターでありたいと思っております。どうぞお気軽にご利用ください。

① 看護研究支援（通称：看護研究お助け隊）

施設等のご要望に応じて、研究方法の研修や研究発表に向けた支援を行います。

② がん看護ブラッシュアップ研修

がん看護の継続研修プログラムの実施と県内各施設のニーズに応じたがん看護の研修や事例検討会や研究活動支援を行います。

③ 糖尿病看護スキルアップ研修

糖尿病患者教育・療養指導に関する研修会を開催および糖尿病看護に関する研究支援を行います。

④ 助産師実践能力強化研修

助産師が主体的に妊婦健診、分娩介助を実施している施設での実習助産師の専門性を活かした助産ケアを実践している助産師による講演も行います。

⑤ コーチングスキルアッププログラム

教育・指導的立場にある看護職を対象に、コーチング、コンサルテーション、情報マネジメント等の研修会を行います。インターネットによる個別学習のプログラムも導入します。

⑥ 保健師スキルアップ研修

保健師を対象に、地域診断、個人・家族支援のためのコミュニケーションスキル、事例検討等の研修会を行います。

⑦ 看護管理者の情報能力向上セミナー

認定看護管理者ファーストクラスを目指す看護中間管理者向けに、基礎的な情報能力を扱う「基礎コース」、セカンドレベル修了者向けの「継続教育コース」を実施します。

⑧ 助産師等を対象とした被災地における女性支援のためのセミナー

被災地で女性とかかわる機会の多い助産師、保健師、看護師などを対象に、被災地における女性支援のための基本的知識や情報を提供するセミナーを行います。

⑨ 災害看護スキルアップ研修

東日本大震災での体験や情報を共有しあいながら、防災・災害支援に対する正しい知識と技術の修得をめざした研修会を行います。

⑩ 看護技術スキルアップLearning Strategies

研究から得られた看護技術に関する知見を中心にした講義とディスカッション等により看護技術のブラッシュアップ研修を行います。



施設内教育・研究支援のご相談 ご依頼や研修会の詳細やお問い合わせについては次のホームページをご覧ください。

URL : <http://ipu-npre.health.officelive.com>

岩手看護学会誌 論文投稿支援のご案内

岩手看護学会では、岩手看護学会誌を年2回発行しております。冊子体としての発刊のほかに、インターネットに対応した電子体でも発刊しております。また、「医学中央雑誌」に掲載されております。

論文には、「総説」「原著」「事例報告」「研究報告」「短報」「その他」と種類があります。院内でとりくまれている看護研究や日々のかかわりをまとめた事例研究、普段から取り組んでいる業務の改善などを、論文としてまとめてみてはいかがでしょうか。

岩手看護学会誌は、みなさまからの投稿で成り立っております。岩手看護学会では、みなさまの論文投稿の支援を、論文投稿支援窓口と編集委員会が行っております。

みなさまからの論文の投稿をお待ちしています。

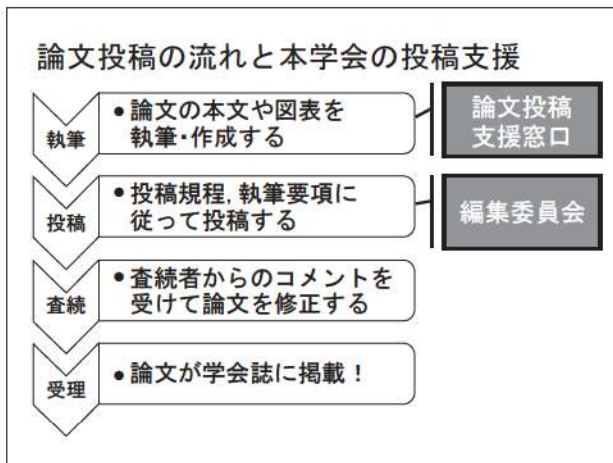
支援窓口、支援内容、問い合わせ先

● 論文投稿支援窓口

- 論文の執筆に関する相談をお受けします
- 担当者：武田利明，菊池和子
- 連絡先：shientanto@iwatekangogakkai.res.iwate-pu.ac.jp

● 編集委員会

- 投稿から校正までをお手伝いします
- 担当：岩手看護学会編集委員会
- 連絡先：hensyu@jisns.jp（論文投稿のメールアドレスと同じ）



岩手看護学会誌 第5巻第1号

発行日 2011年6月30日

編集 岩手看護学会編集委員会

代表者 兼松百合子

発行 岩手看護学会

代表者 武田利明

〒020-0193

岩手県岩手郡滝沢村滝沢字巢子 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 hensyu@jisans.jp

URL <http://hensyu1.web.officelive.com/default.aspx>

印刷 有限会社 松陰堂印刷所

Journal of Iwate Society of Nursing Science

Foreword

Nursing in Iwate, We Shall Overcome!

Michiko Ishikawa

1

Research Report

Thoughts about disaster prevention and the present state of preparation among pregnant women and mothers caring for children

Masumi Nishizato, Mayumi Kawamura, Chikako Suzuki, Yuki Nagasaki, Yasuko Nakamura, Mayumi Yoshida, Natsuko Kakizaki

3

3rd ISNS Conference

Chairperson's Address

Evolution of "It must be" to "Let it be" - Discovery of Family Nursing Centered Around Patients

Mayumi Miura

15

Special Lecture

Family Nursing Centered on Human Networks and Locations

-Report of Activities Aimed at Supporting Holistic Family Health-

Takashi Fujino

19

Information Exchange 1

29

Information Exchange 2

34

Iwate Society of Nursing Science Meeting Reports

Information on 4th Conference

35

Minutes of 1st Board of Directors Meeting 2011

36

Constitution of the ISNS

39

Board of Directors and Councilors

42

Membership Application Information

43

Membership Application Form

44

Journal of Iwate Society of Nursing Submission Guidelines

49

List ISNS members' specialty

53

Information about the Conference and Workshop with Lectures in Iwate in 2011

55

Information about the IPU Nursing Practice and Research Center

57

Information of Support for Submission of Articles

58

Editorial Postscript

59

Volume 5 Number 1 June 2011