

日本地域共生ヘルスケア学会 第1回 学術集会抄録集

The First Conference of Society for healthcare and community involvement



健康・医療・介護の未来エンドオブライフケアの向上をめざして



2022.3.12[sat]

HYOGO UNIVERSITY, Kakogawa, Japan

表紙とロゴマークに込めた想い 満田知美(兵庫大学 生涯福祉学部 こども福祉学科)

[表紙]

空間性・中心性など曼荼羅の特徴があげられるお花を中心としたデザインにした。
曼荼羅の特徴としての「空間＝共生」「領域＝健康・生と死」「場＝地域」をあてはめた。
一つの点や線ではなく広がりを持った空間で、デザインに複数性、中心焦点、調和性、動的な流れを感じながら固定化された存在ではなく、光の方向や流れを示しダイナミズムなイメージにした。

[ロゴマーク]

平面空間の中には様々な形がある。
特に正方形・半円形・三角形は重要要素を全て具備しており、発展・展開・安定を意味する。
今回は半円形を組み合わせたお花をモチーフとし、不完全さを象徴すると同時に更なる展開の余地を残しているイメージで作成した。
半円は動きを表現する事ができる地・水・火・風・空の五種の存在要素のうちで、水に映る鏡像を表現した。
配色は、白(安定と静寂)、ピンク(愛情と受容)、緑(成長、安らぎ)を意味する。



The First Conference of Society for healthcare and community involvement

日本地域共生ヘルスケア学会 第1回学術集会 抄録集

健康・医療・介護の未来、エンドオブライフケアの
向上をめざして

会期：令和4年3月12日（土曜日）

会場：兵庫大学（兵庫県加古川市平岡町新在家 2301）

大会長：田端和彦（兵庫大学 副学長）

事務局：兵庫大学

〒675-0195 兵庫県加古川市新在家 2301 兵庫大学内

TEL:079-427-9827 E-mail:health-c@hyogo-dai.ac.jp

第1回学術集会の開催にあたって



日本地域共生ヘルスケア学会
第1回学術集会大会長

田端 和彦

兵庫大学で、第1回の日本地域共生ヘルスケア学会の学術集会を開催することができますこと、感謝と喜びをもってまずはご報告申し上げます。

日本地域共生ヘルスケア学会は令和3年5月に設立をされたばかりの、まだまだ新しい学会ですが、従来の学問の壁を越え、また実践と研究とが融合して、新たな知見を拓くことに対し、会員の皆様のお気持ちが強いことと思います。

超高齢社会を迎える我が国は、ヘルスケア分野に関わる内外の多くの研究成果を集め、複雑化する課題に対応する必要があります。例えば、令和2年初頭からのCOVID-19の感染者の拡大では、当初、超高齢社会ゆえに死者の拡大が懸念されたものの、医療、福祉の両面での充実した支援制度と、国民の自発的な自粛や感染予防によって切り抜けました。とはいえ、長期化するに依り、感染者の隔離と追跡だけでは、医療資源、社会資源の負担が大きく、その限界も表面化しています。またこれまでにはない早さでのワクチンや治療薬の認可を見て、政治や法制度への影響が明らかになるなど、改めて社会との関わりを考える重要性を示しました。一方、COVID-19は、高齢者の、自立して、自分の生活圏で人生を送るとの夢を奪い、家族には心身の面で大きな傷を残すことになりました。

以上のように、社会とヘルスケアの関わりがCOVID-19により明らかになりましたが、同時に、研究者、実践者には、その観点について、いかに研究し、社会に還元をするのか、という点が求められます。そして私たちの一つの考えが地域共生にあると思います。世界的なパンデミックの中にあつて、しかし人々の健康を守り、社会を維持するためには、地域に基盤があり、また共生の意識が不可欠である、と考えるからです。

やがて、パンデミックも収まり、私たちは次のヘルスケアの課題に直面することになると思います。地域共生はそうした事態にも効果を発揮することでしょう。もちろん、健康管理や自立に向けての支援、家族との関わりなど、地域を基盤とした日々の活動にも役立つことでしょう。それらは広く世界へも影響を与えると確信をしています。

本日の学術集会が、そうした研究と実践の成果を共有するとともに、新たな知見を得るための切磋琢磨の場となることを願ってやみません。

最後になりましたが、学術集会のご準備にあたられました多くの会員各位に深く感謝を致します。

目次

	ページ
概要	4
会場案内	5
参加される方へのご案内	6
大会プログラム	7
抄録	
会長講演	8
特別講演	9
シンポジウム1	10
シンポジウム2	12
一般演題（口演）	16

広告



概要

1. 開催日 2022年3月12日(土曜日)
午前 開会式、学会長講演、理事会、一般演題(口演)
午後 特別講演、シンポジウム1、シンポジウム2

2. 会場 兵庫大学(兵庫県加古川市平岡町新在家2301)
11号館101教室 会長講演・演題発表・特別講演・シンポジウム2
11号館102教室 シンポジウム1
11号館103教室 受付、講師待機・スタッフルーム
11号館201教室 休憩・昼食

3. 学会メインテーマ
健康・医療・介護の未来、エンドオブライフケアの向上を目指して

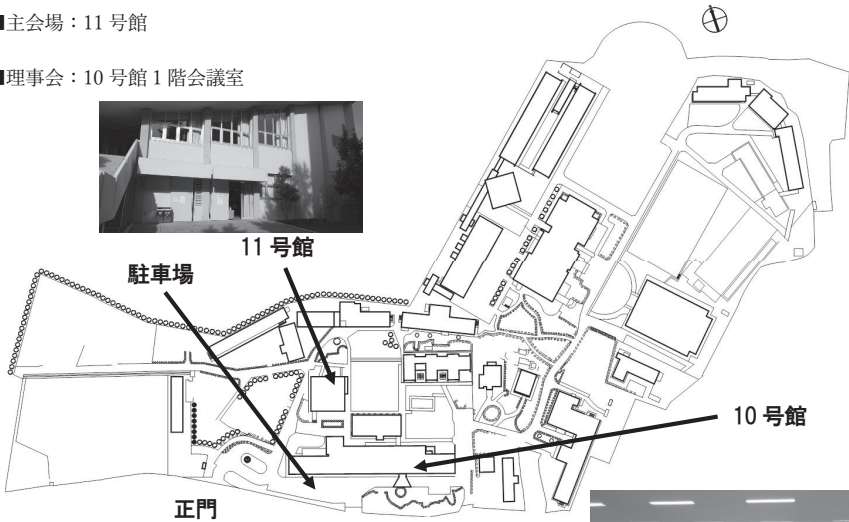
4. 学会HP <https://healthcare-c.com/about/>

5. 事務局 第1回地域共生ヘルスケア学会 実行委員会
三徳和子(兵庫大学看護学研究科教授) 篠原ひとみ(兵庫大学看護学研究科教授)
白神佐知子(兵庫大学看護学部看護学科教授) 山本純子(大手前大学国際看護学部教授)
西村直子(大手前大学国際看護学部教授) 大植由佳(兵庫大学看護学部看護学科准教授)
大植崇(兵庫大学看護学部看護学科准教授) 高見千恵(兵庫大学看護学部看護学科教授)
長弘千恵(兵庫大学看護学部看護学科教授) 森田恵子(兵庫大学看護学部看護学科教授)
小倉毅(兵庫大学生涯福祉学部社会福祉学科教授) 上田泰雅(兵庫大学学長室課長代理)

会場案内

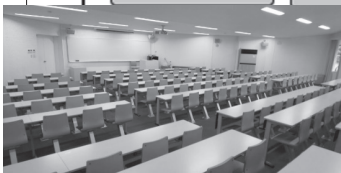
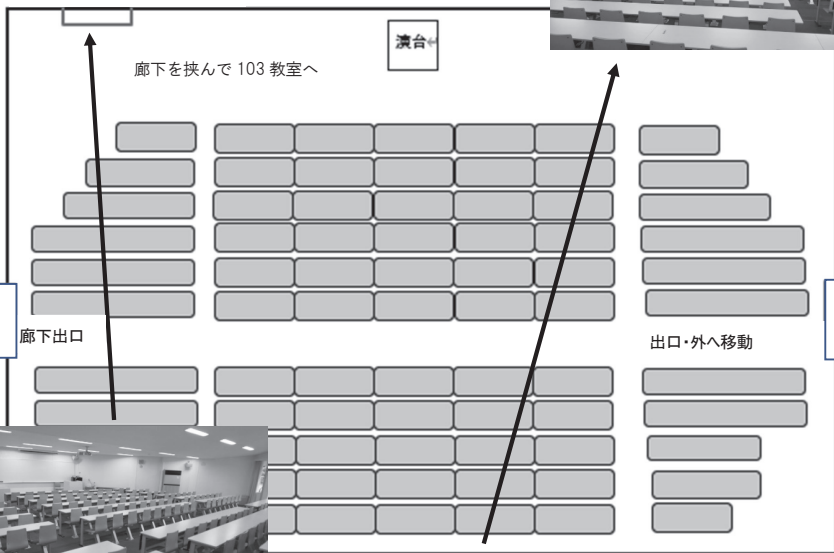
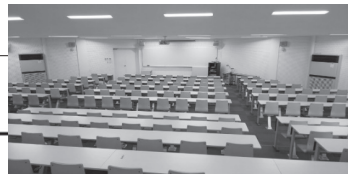
■主会場：11号館

■理事会：10号館1階会議室



写真は“⇒”から見た様子

11号館 101教室（座席固定式）



参加される方へのご案内

【総合受付】11号館 103教室
・午前の部:9:30～受付
・午後の部:12:30～受付

◆新型コロナウイルス等感染症予防および拡散防止対策について

- ・参加受付前にサーモグラフィーでの検温を実施いたします。37.0度以上の方は、別途接触型の体温計で再検致します。
- ・受付は、飛沫感染防止用のアクリル板を設置いたします。

◆事前参加申し込みの方

- ・講演集とネームカードを、受付でお渡しします。
- ・ネームカードはネームホルダーに入れて、首からおさげください。

◆当日参加の方

- ・当日参加受付にて「当日参加申込書」に必要事項をご記入の上、参加費をお支払いください。
参加費：2,000円(会員全日) 1,000円(会員半日:午後から参加) 1,500円(一般半日)

★一般演題座長受付

- ご担当開始時間の30分前までにお越しください。

【クローク】11号館 103教室 参加受付隣
・受付時間:9:30～

【お弁当のお渡し】事前申込者の方のみ

【食事に関して】

◆昼食会場について 11号館 201教室にてお召上がりください。

- *感染防止対策のため、会場ドアや窓は開放しております。お食事後は速やかにマスクのご着用をお願い申し上げます。
- また、お食事中的会話は、お控えくださいますようお願い申し上げます。

【会場内の感染防止対策について】

- ・会場出入口に消毒用アルコールを設置いたします。
- ・各会場内の座席間隔を前後左右全て1.5m以上確保し、最大収容人数の30%未満に設定した会場設営をしております。
- ・演台/司会者席には、飛沫感染防止用のアクリル板を設置いたします。
- ・講演時に使用したマイク等は、使用ごとに除菌シートで消毒いたします。
- ・会場内は換気システムにより定期的に、あるいは状況に応じて内気と外気を入れ替えています。

【会場内の困りごとに関して】

1. 会場内での呼び出しはいたしません。
2. 会場内では、携帯電話等の電源はお切りいただくか、マナーモードに設定してください。
3. 館内は全館禁煙です。ご協力ください。
4. 遺失物、拾得物は、総合受付でお預かりいたします。
5. 緊急時は、会場スタッフの指示に従ってください。

【ご参加・ご発表における倫理的配慮について】

- ・学会の許可なく講演スクリーンやポスター等の写真撮影、および録音については、著作権の侵害になりますので、ご遠慮くださいますようお願いいたします。
- ・個人情報ならびに個人の特定につながる情報が含まれていないか、発表スライド、発表原稿等を再度ご確認ください。
◀記載できない例▶
氏名、生年月日、調査施設、場所の名称、詳細な治療経過、本人や家族の同意を得ていない情報等



大会プログラム

2022年3月12日

9:55～ 開会宣言、会場案内

総司会：山本純子（大手前大学 国際看護学部教授）

【午前の部】会員限定（※入会手続き中の方も含む）		11号館
10:00～	開会あいさつ	101教室
10:05～	会長講演 地域共生の意義について 会長 田端和彦（兵庫大学 副学長） 座長 西村直子（大手前大学 国際看護学部教授）	101教室
10:50～	演題発表 座長 花岡澄代（加古川中央市民病院 副院長・看護部長） COVID-19 感染症患者と関わる看護師の心理社会的要因とメンタルヘルスの関連 大植崇（兵庫大学 看護学部看護学科）	101教室
11:05～	看護学生を対象とした脳波に及ぼすマインドフルネスの経時的影響 藤後栄一（兵庫大学 看護学部看護学科）	
11:20～	地域高齢者を対象とした健康教室に関する国内文献の検討 高見千恵（兵庫大学 看護学部看護学科）	

12:10～13:00【休憩・昼食】 11号館 201教室

12:55～ 感染対策等の説明

総司会：西村直子（大手前大学 国際看護学部教授）

【午後の部】会員・一般公開		11号館
13:00 ～ 13:50	特別講演 最後まで豊かな人生を過ごせる地域ケア～在宅緩和とケア看取り～ 西村正二（医療法人社団 西村医院院長） 座長 田端和彦（兵庫大学 副学長）	101教室
14:00 ～ 14:50	シンポジウム1 地域共生としてのスピリチュアルケア ～それぞれの立場から考えるスピリチュアルケアと多職種連携～ 座長：窪寺俊之（兵庫大学大学院看護学研究科） 大植由佳（兵庫大学大学院看護学研究科） ◇多職種協働に参画する宗教者の可能性 大河内大博（浄土宗願生寺住職） ◇看護管理の立場から 小幡紀子（高砂市民病院副院長兼看護部局長） ◇医師の立場から 若原鉄平（高砂市民病院 緩和ケア病棟内科部長）	102教室
15:00 ～ 16:30	シンポジウム2 アジア諸国のグローバル・エイジングから考えるエンドオブライフケア 座長：大植崇（兵庫大学大学院看護学研究科） 阿曾沼克弘（介護老人保健施設ニューライフガラシア） ◇高齢者のエンドオブライフケアの課題（日本） 小笠原知枝（兵庫大学大学院看護学研究科） ◇タイにおける高齢者のエンドオブライフケア スパトラ・プアティー（マハサラカム大学看護学部） ◇マレーシアにおけるエンドオブライフケア ハミダ・ハサン（トウンク・アブドゥル・ラーマン大学医学健康科学部） ◇アジア諸国のグローバルエイジングから考えるエンドオブライフケア - インド ヘブシバ・S・シャルミ（プリンシパルチエティネイト看護大学）	101教室
16:30	閉会あいさつ	

地域共生の意味

田端 和彦
(兵庫大学 副学長)

共生に関する概念は、生態学においては異なる種が、相互に関係を持ちながら、同一のエリアで生活をしている様子である。相互に利益を得る相利共生により、それぞれの種が生き延びることができた。この共生の概念を、社会学に導入し、多様性を重視する地域のあり方、すなわち地域共生との考えが定着するに至った。地域共生はジェンダーや障がいの有無、年齢、国籍などを問わず、誰もが地域で自立し生活することを目指す地域を基盤とする社会福祉、すなわち地域福祉の拠り所である。

さて、社会福祉の歴史を振り返ると、20世紀、理想とされた福祉国家を確立する試みは、しかし極めて短い期間に終了した。「ゆりかごから墓場まで」を唱えた連合王国は、第二次世界大戦の勝利の後、いち早く福祉国家の実現に舵を切り、ヨーロッパ諸国や日本がこれに追随した。

連合王国が唱えた福祉国家の原点には、シティズンシップがある。T.H. マーシャルによる近代的なシティズンシップの定義は、ある共同社会(a community)の完全な成員である人びとに与えられた地位身分(status)であり、この地位身分を持っているすべての人びとはその地位身分に付与された権利と義務において平等、とされる。共同社会の範囲は国家であり、階級社会の残存する連合王国にあって、労働者階級を含む国民を統合する概念としてシティズンシップは重要なものであった。シティズンシップの及ぶ範囲に対し、国家は国民としての権利、すなわち社会権を平等に保証した。

先述のように福祉国家の時代は短期間で終了したが、それは1970年代の、先進国におけるフォーディズムの危機、すなわち工業の生産性の上昇が限界を迎え、資源制約によるインフレ懸念の常態化で、福祉を支える国家財政の維持が困難になったからに他ならない。さらなる生産性の上昇には、生産力の他国への分散と安価な労働力の流入に頼るしかなく、資本と労働力のグローバル化を進めた。その動きは減速することなく、フォーディズムの危機を乗り越えることができなかつたソ連邦の崩壊という帰結を経て、グローバル化として加速した。その間、福祉の分野ではノーマライゼーションの思想の普及、ジェンダー平等も広がり、多様な人々の集う地域社会が出現していた。もちろん、シティズンシップとそれに基づいて、国民とそれ以外とを区分することも依然として残った。

国民による国家の枠組みは健在、だがそれが保証する福祉国家の維持が困難となり、多様な人々が集う地域社会を基盤とする地域福祉、つまり福祉社会への期待となっている。そして福祉国家がシティズンシップを基盤とするように、福祉社会は多様な人々の共生を可能にする概念、すなわち社会的包摂(ソーシャルインクルージョン)を基盤とする。これはシティズンシップのように確立された資格ではない。しかし、国連が定めたSDGsが誓った“Leave no one behind(誰もおきざりにしない)”に示されるように、人間が社会を形成する限り、約束されたものと考えなければならない。

シティズンシップは成員としての権利のため平等に義務を負うが、ソーシャルインクルージョンでは包摂の約束を果たすため、多様な人々が、相互に利益をもたらす共生を成り立たせなければならない。地域社会という比較的狭いエリアではなおさらである。地域共生とは、福祉社会の確立に不可欠な存在であり、国家を超えた人間の安全保障のための概念であり、当面の間、国民国家と並列しつつ地域において果たす大きな役割といえるだろう。

最後まで豊かな人生を過ごせる地域ケア

一在宅緩和とケア看取り一

西村正二

（医療法人社団 西村医院院長）

診療所で、高齢の診察をしている時の会話から、若い人だけでなく、慢性疾患で通院している高齢者でも、自分が、将来重い病気や、介護を必要とする状態になることを考えるのが、苦手なようだと感じている。「自分は大丈夫だ」「介護を受たり、衰えて死ぬことなど縁起でもないことを考えたくない」ということだろう。

特別な突然死以外、人は100%、間違いなく、介護を受けて、死んでいく。緩和ケアに関わってきた経験から、人は皆、この現実を見つめる必要を感じている。

前期高齢者（65歳以上）になると、がん患者が増えてくる。私と殆ど同じ年齢の患者・家族が、がんの終末期で、死を免れない状態になっても、何とか生き続ける道を探すことと、死を受け入れることの葛藤を繰り返す人達を診てきた。その人達との対話から、私達にとって、人生の最期に際して、死の受け止め方、その際のふるまい、それでも希望を持つことについて伝えたい。

がん末期の患者だけでなく、老化や病気が進行し、終末期を歩む人々も、かけがえのない固有「意味の世界」に住んでいる。したがって終末期医療に携わる医療者は、そのかけがえのない意味の世界が何かを推察し、その意味を尊重する必要がある。

人生の最後をどこで迎えたいかについての数多くの調査では、常に7～8割の人が自宅を望んでいる。これは、がんや老化、死のプロセスを歩む人にとり、長年生活してきた場所がもっとも落ち着く「世界」だということを示唆している。

この事実は、家族にとり負担が重くとも、人の本心は、在宅の看取りは自然な行為だという意識があることを意味している。

人の祖先は、病者・死者に対し古来、つよい「つながり」の感情を抱いていた。私が在宅の看取りを勧めているのは、ヒトの情動・感情には、過去の人類の看取りの経験により植え込まれた記憶が、終末期の「意味ある世界」を形成しているからだという思いがある。

在宅での看取りの評価は、ただ患者本人が穏やかに亡くなったかどうかだけではなく、介護を行う家族の看取りの満足度がある。介護する家族の感じ方は、看取りの経験の有無、年齢・性格、患者との人間関係、経済力など種々の要因に応じて変わる。

今回の講演では、人生の終末期を迎える高齢者にこれから迎える死について、緩和ケアで経験した、心の支えになる、スピリチュアルケアの重要性について伝えたい。

高齢者にとって、老化には、機能の喪失に伴う悲哀の情が伴う。しかし、それぞれの終末期を迎える高齢者が住む「意味の世界」では、喪失の悲哀を感じながら、別の「生きがい」（スピリチュアルケア）を通じて「つながり」の感覚が生じれば、心のバランスが取れるかもしれないと考えている。

地域共生としてのスピリチュアルケア

～それぞれの立場から考えるスピリチュアルケアと多職種連携～

座長:

窪寺俊之(兵庫大学大学院看護学研究科)
大植由佳(兵庫大学大学院看護学研究科)

シンポジウム1-1

多職種協働に参画する宗教者の可能性

大河内 大博(浄土宗願生寺住職)

【はじめに】

地域共生社会を目指す本学会「地域共生ヘルスケア学会」の第1回学術集会において、「地域共生としてのスピリチュアルケアを考える」をテーマに、シンポジウムを実施いたします。

“いのち”に向き合う方々は、身体的、心理的、社会的な痛みだけでなく、スピリチュアルな痛みを伴っています。その痛みを少しでも和らげ、その人として満足感を持ち尊厳ある人生を送れるよう、また、人々のQOLを高めるため、様々な専門家がスピリチュアルケアを実践し研究されています。また、多職種協働や地域住民の参加、行政との協力も求められています。

【シンポジウム概要】

さまざまな場や専門家がスピリチュアルケアを実践する中で、研究や実践の領域、職種(保健、医療、福祉など)の枠を超えた、多角的かつ横断的な取り組みが必要とされています。その枠を超えた多角的かつ横断的取り組みによる新たな知の創造をめざす本学会の趣旨に基づき、今回は、地域共生として多角的に「スピリチュアルケア」を考えるということをテーマにシンポジウムを企画いたしました。それぞれの専門的立場から、スピリチュアルケアとその連携について議論し示唆を得ることを目的とします。

【概要】

地域共生社会にむけた地域包括ケアシステム構築が進むなか、多様な人々が地域で暮らし、老病死とともに生き抜くためには、一人ひとりのスピリチュアリティへの配慮が不可欠となる。

2010年代以降、宗教者も含めたスピリチュアルケアの専門職養成(スピリチュアルケア師、臨床仏教師、臨床宗教師など)が興隆し、有資格者が増加した一方、その役割認識と活躍の場は十分とは言い難い課題に直面している。スピリチュアルケア専門職の働きが、特に地域共生社会づくりにおいて欠かせない在宅医療・看護・福祉の領域において展開しない主なボトルネックは2つあると考えられる。一つ目は、そもそもわが国にはカウンセリング文化が欧米に比べて醸成されていないという点にある。こころの悩み、解決しえない苦悩について第三者に聴いてもらいたい、というニーズが当事者より想起しづらい文化にある。加えて、スピリチュアルという表現への共通認識も十分ではない。二つ目に、医療・看護・福祉従事者は、利用者のスピリチュアルな痛みに気づき、対応する専門職との連携があればと望む場面を経験しながら、スピリチュアルケア専門職を雇用するシステムがわが国には構築されていない。もし、雇用するとなると、保険適用外となるため、経営を圧迫するか、利用者の自己負担となるため、現実的ではない。

以上のように、スピリチュアルケアの必要性は認識され、且つスピリチュアルケア専門職養成も展開しているにもかかわらず、当事者につながることがデザインできていない課題が浮かび上がる。

そこで、本発表では、発表者が2020年5月に、寺院と訪問看護が協働する「訪問看護ステーションさっとさんが願生寺」を立ち上げ、同時期に、在宅へスピリチュアルケア専門職を派遣する「一般社団法人スピリチュアル在宅臨床センター」を創設した事例を紹介する。コロナの影響で、センターの取り組みが予定どおり進んでいないが、センター構想と事例紹介を通して、これからの地域共生社会における多職種連携に参画しうる宗教者の可能性、また、スピリチュアルケアの標準化に向けた取り組みについて検討してみたい。

シンポジウム1-2

看護管理者の立場から
小幡 紀子 (高砂市民病院副院長兼看護部局長)

【概要】

看護管理者としてスピリチュアルケアを考えたときに課題となるのが、スピリチュアルケアを実践できる人材育成である。医療が病院完結型から地域完結型へと向かう中、エンド・オブ・ライフを支える多様な施設ができ、在宅利用できる多様なサービスも整って来ているが病院や施設での見取りはまだ多い。

そしてコロナ禍で、尊厳を大切にしたいその人らしい終末期を看護師として支援することが難しい現状もある。全人的なケアが求められる中で、悲嘆を抱えた患者や家族はスピリチュアルな痛みも抱えている。そのような人々に、心を寄せて、寄り添い、ありのままに受け入れて支援することがスピリチュアルケアに繋がると考える。

しかし、一般病棟ではどうしても疾患中心の問題解決型看護となってしまう。緩和ケア病棟と一般病棟では求められるものが違うが、看護の本質は同じである。十分な心のケアが大切であることは看護師として全員が認識していると思うが、具体的なスピリチュアルケアを実践できる看護師はまだ少ない。

緩和ケア病棟スタッフは病棟理念である「患者さんやご家族が家庭的な環境の中でその人らしく生きることを尊重し、大切な日々を支え、優しさを持ったケアを提供します」を軸にスピリチュアルケアを意識した看護を心掛けている。部署カンファレンスで「スピリチュアル」がテーマになるのは緩和ケア病棟だけである。

これからは多死社会、超高齢社会となり一般病棟でもスピリチュアルケアは必須と考える。緩和ケア病棟スタッフが中心となり、スピリチュアルケアを院内で検討できるようにしたい。

シンポジウム1-3

医師の立場から
若原 鉄平 (高砂市民病院 緩和ケア病棟内科部長)

【概要】

スピリチュアルペインは、終末期がん患者の約半数が有しており、実際に表出していないものを含めるとさらに多くの患者が経験する苦痛である。スピリチュアルケアは緩和ケア病棟に従事する医療者にとって重要なケアであるが最も難渋する課題の一つである。スピリチュアルペインは通常の医療やケアでは和らげることはできないのだろうかなどと苦しむ患者を前に自らの無力を感じることは非常に多い。このシンポジウムではこれまでの緩和ケア病棟での経験でスピリチュアルケアにつながったいくつかの事例をもとにその実践について考察し、我々医療者はどのようにあることが良かったのかを考えたい。

アジア諸国のグローバル・エイジングから考えるエンドオブライフケア

座長:

大植 崇(兵庫大学大学院看護学研究所)
阿曾沼 克弘
(介護老人保健施設ニューライフガラシア)

シンポジウム2-1

テーマ: 高齢者のエンドオブライフケアの課題
小笠原 知枝(兵庫大学大学院看護学研究所)

【概要】

令和2年の日本の死亡数は137万2648人であり、75歳以上の高齢者の死亡数は、昭和50年代後半から増加しており、平成24年からは全死亡数の7割を超えている(厚生労働省, 2020)。今後、高齢者が増加することを考えると「日本の多死社会化」の到来が懸念される。それらのことを踏まえ、我が国では、団塊世代が後期高齢者となる2025年をめぐりに、地域包括ケア体制の構築に取り組み始めた。また、厚生労働省が中心となり「人生会議」、いわゆる、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning)の充実が提言されるようになった。わが国は少子高齢化の加速的進展と多様化する社会状況において多死社会を迎えようとしており、エンドオブライフケアの確立は重要課題である。しかしながら、高齢化が進行しているのは、日本だけではない。世界でもグローバル・エイジングが進んでおり、高齢化は地球規模の喫緊課題である。特に、アジア地域には世界人口の60.7%が住んでおり、今後、アジア諸国のグローバル・エイジングが、世界的な問題となり得る可能性が考えられる。さらに、グローバル・エイジングに伴い、「世界の多死社会化」の問題も考えられる課題である。つまり、エンドオブライフケアは、世界中で実践されるべきケアであると言える。

世界における高齢化社会における諸課題に挑戦するには、世界の国々の経験をまず共有することが重要である。また、医療、介護、社会保障から、家族のあり方や死生観まで多岐にわたる社会、文化的背景の尊重が必須であり、包括的な取り組みが求められる。

加えて、グローバル化に伴い、急増する人の国際移動が盛んになり、他国で終末期を迎える人も増加していることが予想される。

以上のことを踏まえて、本シンポジウムでは、アジア諸国のうち、日本、タイ、マレーシア、インドから看護学者を招聘し、それぞれの国での高齢化の問題とエンドオブライフケアについて話題提供し、アジア諸国での「世界の多死社会化」に対応するための示唆を与えるため、参加者とともに議論をしたい。

【発表概要】

わが国では、増加し続ける少子化・高齢化に伴い、認知症やフレイルの増加が問題になっている。ここでは高齢者のエンドオブライフケア(以下EOLC)において対処すべき喫緊の課題を提起し、だが、どこで、何を担うのかについて考えたい。

80歳までの高齢者の死因は、順に、がん、心疾患、脳血管疾患、肺炎、不慮の事故であるが、90歳以上では、心疾患、フレイル、がん、肺炎、脳血管疾患となっている。

高齢者の上昇続ける医療費を抑えるために、国の施策は、医療機関から在宅ケアに変換され、地域包括ケアシステム、新オレンジプラン(認知症施策推進総合戦略)が公表された。しかし、これらは期待されたほど機能せず、在宅ケアは進んでいない。特に終末期を生きる認知症やフレイル高齢者のEOLCは十分とは言えない現状である。

最期を迎える場合は、病院・診療所75.6%、老人施設5.3%、自宅12.9%である(2019年, 厚生労働省)。このデータは、多くの高齢者が希望した在宅での看取りではなく、医療施設でされていることを示している。しかも緩和ケア・ホスピス病棟の対象はがん患者だけで、多くの非がん高齢者は一般病棟で最期を迎えているのが現状である。

わが国では伝統的に家族が最期の看取りを担ってきた。しかし、急速な少子化、核家族化などにより、もはや高齢者のEOLCを、家族に期待することはできない段階まで来ている。

在宅ケアの現場では人材不足が深刻である。在宅EOLCの担い手として期待される訪問看護師の充足だけでなく、peaceful end-of-life careを提供するための知識や技術などの習得も課題である。具体的なEOLCを担うスペシャリストの養成が急務であろう。

最後の課題は、個々の高齢者がEOLCをどう捉えているかである。高齢者のエンドオブライフは、個々の病態、生活の状態、生や死をどう考えているかによって異なる。最期までその人らしく生きるためには、病苦からの解放、生活行動の維持、一人一人の価値観の重視、そして高齢者自身がセルフケア遂行を自覚することが重要である。

Symposium 2-2

End of life care for older persons in Thailand
Supatra Buatee, PhD, RN
Faculty of Nursing, Mahasarakham University

The focus of this article was to describe on issues related to end of life experiences among older persons and their care givers and existing of palliative care in Thailand. The purpose was to inform end-of- life care for responding to the “multi-death society in the world” according to aging and end of life care in Thailand.

In Thailand, most of older persons and care givers accepted death a natural part of life and cultural care of older persons with end of life included being in good condition, having a good cure, having a good death. Care givers’ experience of end of life care consist of doing for the respect of the older persons, confront of the fear, valuing the living with the older at terminal stage and accept the lost.

According to experiences of patients and care givers and the needs of end of life care for the older persons. Thai health care system for the end of life care which integrate to all level of health care service (tertiary, secondary and primary). The care focus on providing good care for good condition and let the patients to have the most comfort. There are several strategies to ensure good care. Firstly, Collaboration of health care professionals, volunteer, older persons and family care givers. Secondly, using consulting system to support all care providers. Thirdly, providing education for end of life care practice at all level of health care service. Fourthly, providers were trained for developing pain and other unpleasant symptoms. Finally, increasing access to tangible support for the care by storing essential medical supplied at all level of health care services, and also bereavement services.

シンポジウム2-2

テーマ:タイにおける高齢者のエンドオブライフ・ケア
スバトラ・ブアティー (PhD, RN)
マハサラカム大学看護学部

この論文の目的は、タイにおける高齢者、ケア提供者、そして具体的ケアの問題点を明らかにすることである。タイにおける高齢者とエンドオブライフについて述べて、それをもとにして「世界の死の多様化した社会」でのエンドオブライフを考える。

タイではほとんどの高齢者もケア提供者も、死を自然の出来事を受けとめている。高齢者に対する文化があり、健康で過ごし、良い治療を受け、良い死を迎えることを考える。エンドオブライフ・ケアをするケア提供者は、高齢者を尊敬し、恐れを持つ高齢者に適切に対応し、その家族を援助することに心を使う。

患者さんやケア提供者がどんな気持ちでいるのか、また高齢者のケアでは何をすればよいのか、タイのエンドオブライフの医療制度は、レベル（一次、二次、三次）を統合化したものになっている。ケアの中心は、健康維持のためのケアの提供をして、患者さんが最善の安心を得られるようになる。この目的のために施策が作られている。第一は専門家、ボランティア、高齢者、その家族が協力する。第二は、すべてのケア提供者をサポートするための相談窓口を用意していることである。第三は、全てのレベルのエンドオブケアに携わる人への教育の提供があることである。第四は、患者さんたちのペイン（苦痛）や不快感に対応する訓練が提供されていることである。最後は、どのレベルの支援にも必要な医療の準備がととのえられていて手近にケアの手段を得られるようになっている。遺族ケアも提供される。

Symposium 2-3

Title: End of life Care in Malaysia
Presenter: Prof. Dr. Hamidah Hassan
University Tunku Abdul Rahman (UTAR)
Faculty of Medicine and Health Sciences

【Abstract】

The World Population Prospects 2019 (United Nations, 2019), by 2050, 1 in 6 people in the world will be over the age of 65, up from 1 in 11 in 2019. All societies in the world are in the midst of this longevity revolution of living healthier. While the benefits of living longer are increasing, at the same time, within the elderly population the loss of health and life is also largely associated with diseases especially the chronic and non-communicable. Studies indicate that the use of multiple and intensive services at the end of the life has little clinical benefit and bring unnecessary pain. Many researches are now focusing on the “quality of death” instead of improving quality of life for the elderly population. Thus, quality end-of-life care they called it, should be seen as a global public health and health problem, because of the number of people it affects directly and indirectly, the wellbeing of loved ones, population-based nature of some possible interventions. Various initiatives around the world have started focusing on health care providers, local communities, and family caregivers on improving the end-of life care ingenuities. In Malaysia however, culture is the main contributor to differences in attitudes, preferences, behaviors, perceptions and experiences related to end-of-life care. Judgments about what constitutes quality of life or even what suffering means are very personal and often influenced by one’s culture. The Malay society especially is very much concerned with matters pertaining to custom and religion in everyday life. Therefore, developing an understanding of knowledge about end-of-life care for the elderly population requires a mind-opener that needs to be done prudently so as it can accepted well

シンポジウム2-3

テーマ: マレーシアにおけるエンドオブライフケア
教授 ハミダ・ハサン
トウルク・アブドゥル・ラーマン大学
医学健康科学部

【抄録】

「世界人口展望 2019」では 65 歳以上の人が 2019 年には 11 人に一人だったものが、2050 年には 6 人に一人になると予測されている。世界の国々で、より健康で長生きできる方法が模索されている。長生きすることは多くの人にメリットがあるが、同時に高齢者の中には慢性疾患や生活習慣病などを抱えて、健康や生活に影響が出ている。また、終末期患者に延命のための集中治療をすることで、患者にはほとんどメリットがなく不必要な苦痛を与えるだけだという研究も出ている。現在、高齢者の生活の質の向上を考えるのではなく、死の質に焦点を合わせた研究が多くなされている。そのような研究を老いの生活の質の研究と呼んでいるが、このような研究は愛する人の健康を考える上で、どのような治療法を選択するかを考える上でも直接的にも間接的にも関わることである。世界中で今、老いや終末期を迎えた人により良いケアを提供するために、人材の問題、地域でできること、家族への援助者の問題などに焦点を合わせた研究がなされている。マレーシアでは、エンドオブライフ・ケアを考える場合、死への態度、死への考え方、どんな選択をするか、どんな認識するか、どんな老後を送りたいのかなどに文化が大きく影響する。どんな生活を望むのか、何を苦痛と感じるかの判断は、その人とその人の文化が大きく影響する。そこで高齢者のエンドオブライフ・ケアの理解を深め発展させるには、丁寧に視野を広げる必要がある。そうすることで良いケアに繋がると考える。

Symposium 2-4

Theme: End-of-Life Care from the Global Ageing of Asian Countries - INDIA

Hepsibah S Sharmi (Chettinad College of Nursing, CARE)

India is a secular nation and it is multicultural. The quality of life and end of life support varies with the religious denomination and psychosocial belief of the person. The main religion in India is Hinduism, death in this religion is seen as reincarnation into another life by transition of life into heaven, which is the ultimate truth. The notion of good and bad death prevails and suffering in present life is considered as karma (ie' like fate) of past. Spiritually advanced people follow Sanyas, they get detach self from other people emotionally and materialistically, and prepare themselves for death by reading scripture, meditate and pray. Suicide for any reason is considered morally incorrect and it leads to hell. It is believed that good death is considered as a model, on how death can be faced with no apprehension. Bushism believes in after life and the ultimate goal is to receive nirvanam ie' freedom, which means liberty from the chain of pain, suffering and rebirth. Intake of medication that affect state of mind is accepted in this religion as it's believed to affect one's transition of life to death to rebirth. In Christianity, it's believed that the soul enters to after life after the Christ judgement. In end-of-life death anxiety is profuse as none knows for sure if they would enter heaven or hell. The individual while dying is prayed over and the body is blessed with anointed oils and they pray for forgiveness of sins or guilt. The dying person is also given communion which means holy water or grape juice and minute bread representing blood and body of Christ and the ritual completes with a prayer. In Islamic religion, bounding to suffer is to bounding to God. This religion does not accept narcotic to accelerate death. Symphonic management is balanced on the patient's capability to take part in rituals in last moment to life. For Jainism the concept of self-willed death to attain freedom by self-sacrifice and spiritual need consist of 3 factors such as distinction of purpose and meaning, forgiveness and the basis of relationship and love. There remains as a concept of willful death. Whatever the beliefs prevail in the end-of-life care of a person. It could be stressful when one face death. Whatever caste, creed, community or belief the person belongs to reducing the fear of dying and preparing the family for bereavement is imperative. To heal is more important than to cure.

シンポジウム2-4

テーマ:アジア諸国のグローバルエイジングから考える
エンドオブライフ・ケアインド

ヘプシバ・S・シャルミ

(Chettinad College of Nursing, CARE, India)

インドは世俗的国家で、かつ多文化国家である。QOLや終末期ケアは宗教や心理的社会的に何を信じているかによって異なる。インドの主な宗教はヒンズー教ですが死は、究極の真理である天国に生命が移されること、つまり、別の人生に生まれ変わると考えられる。死には良い死と悪い死があり、現世での苦しみは過去のカルマ(運命のようなもの)の結果と考えられる。スピリチュアルに高度な人々はサンヤス(Sanyas)に従い、精神的にも実際上も他の人と自分達を切り離して生活している。経典を読み、瞑想や祈りをして死に備える。いかなる理由であれ、自殺は道徳的に悪であり、地獄に落ちると考える。良い死とは、不安なく死を迎えることと考えている。仏教はこの世の生の後に死後の生を信じており、究極の目標は涅槃(ニルバーナ)、つまり、自由を得ることである。仏教では精神に影響を与える薬物を摂ることで生から死に移る時の精神を和らげ、生の再生を信じさせやすくする。キリスト教では、キリストの審判の後、魂は来世に入ると信じられている。終末期の死は、天国か地獄に行くかがわからないため、不安が高い傾向がある。死期が迫ってくると祈りが捧げられ油を体に塗って祝福し、罪や罪状の赦しを祈る。また聖餐式を行い聖水や葡萄酒とパンが配られる。それはキリストの血と体である。最後に祈りが捧げられて儀式が終わる。イスラム教では、苦しむことは神に縛られているからと考えられる。イスラム教では死を加速させるような薬をとることはしない。音楽が流されるが、人生の最後の瞬間に儀式に参加することで、患者の心のバランスが保たれる。ジャイナ教では自から犠牲にしたり精神を高めるために自からの生命を断つことで、真の自由を得ようとすることがある。そこには三つの要因があり一つは、目的と意味を分離すること、赦しということ、関係性と愛を基盤にしていることである。ジャイナ教には自から死を望むという考え方が今でも残っている。終末期医療ではどのような信念を持っていようとも、死に直面したとき、それは誰にとってもストレスとなり得る。カーストのどの階層にいても、どのような信条を持っていても、またどの集団に属していても、また何を信じていても、死への恐怖を軽減し、死の別れの準備をすることは、必ずしなければならないことである。治療よりも、ケアがもっと重要である。

COVID-19 感染症患者と関わる看護師の心理社会的要因とメンタルヘルスの関連

キーワード: COVID-19, 看護師, メンタルヘルス

○大植 崇 藤後栄一 大植由佳 三徳和子
兵庫大学看護学部看護学科

<目的>

本研究の目的は、A 県内で COVID-19 感染症患者の対応にあたっている病棟で勤務する看護師を対象に、メンタルヘルスが心理社会的要因(離職、風評被害、労働環境の変化)への影響を検討することを目的とした。

<方法>

研究対象者は、A 県で COVID-19 感染症患者の対応にあたっている部署で勤務する看護師を対象とした。調査期間は 2020 年 8 月 4 日～10 月 26 日であった。41 病院の看護部長宛に説明文を郵送し、同意の得られた 5 病院を対象とした。アンケートを 120 部郵送し、56 人(男性 7 名、女性 49 名)から回収した(回収率 46.6%)。

- ・基本属性(性別、年齢、経験年数 等)
- ・メンタルヘルス 要因: 抑うつ: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9 日本語版)、不安障害: Generalized Anxiety Disorder -7(GAD-7 日本語版)、トラウマ体験: Impact of Event Scale-Revised (IES-R 改訂出来事インパクト尺度日本語版)、バーンアウトの測定: Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)

・心理社会的要因: 離職の意思: 「看護師を辞めたい」「病院・部署を変えたい」「看護師を続けたい」を「いつもある」から「ない」の 5 件法で問うた。風評被害の知覚について、「全く感じない」「あまり感じない」「まあまあ感じる」「かなり感じる」の 5 件法で問うた。労働環境の変化は、「大幅に変わった」「少し変わった」「変わらない」を問うた。

倫理的配慮: 研究対象者には、倫理的配慮に関する内容を説明し自由意思による同意を得た。なお、H 大学の研究倫理委員会の審査を受けた(No.2004)。

<結果>

対象者の個人属性は、性別では男性 7 人(12.5%)、女性 49 人(87.5%)であった。年齢では、20-29 歳 25 人(44.6%)、30-39 歳 15 人(26.8%)が多かった。経験年数は、1 年～5 年 18 人(32.1%)、6 年～10 年 14 人(25.0%)が多かった。

メンタルヘルスと離職の意思の関連性

メンタルヘルス(PTSD、うつ、不安障害、バーンアウト)と離職の意思の関連性を確認するため、重回帰分析を行った。離職の意思の「看護師を辞めたい」では、バーンアウトの「シニシズム」($\beta = 0.37, p < 0.01$)と「職務効力感の低下」($\beta = -0.31, p < 0.01$)で有意な関連性が確認できた。「病院・部署を変えたい」では、バーンアウトの「シニシズム」($\beta = 0.42, p < 0.01$)で有意な関連性が確認できた。「看護

師を続けたい」では「抑うつ」($\beta = -0.27, p < 0.05$)「不安障害」($\beta = -0.27, p < 0.05$)、バーンアウトの「疲弊感」($\beta = -0.41, p < 0.01$)、「シニシズム」($\beta = -0.35, p < 0.01$)「職務効力感の低下」($\beta = 0.49, p < 0.01$)で有意な関連性が確認できた。

風評被害がメンタルヘルスに及ぼす影響

風評被害の知覚とメンタルヘルスの関連性を検討するため、一要因の分散分析を算出した。また、多重比較に Tukey 法を用いた。「PTSD」($p < 0.05$)、PTSD の症状の「侵入症状」($p < 0.05$)「回避症状」($p < 0.05$)「過覚醒症状」($p < 0.05$)「抑うつ」($p < 0.05$)「不安障害」($p < 0.05$)、バーンアウトの「シニシズム」($p < 0.05$)で、有意差が確認された。多重比較の結果、「かなり感じる」と「全く感じない」で有意であり、「かなり感じる」が「全く感じない」に比べて有意に高かった。

労働環境の変化がメンタルヘルスに及ぼす影響

労働環境の変化がメンタルヘルスに及ぼす影響を検討するため、一要因の分散分析を算出した。また、多重比較に Tukey 法を用いた。労働環境の変化について、「大幅に変わった(N=35、62.5%)」「少し変わった(N=15、26.8%)」「変わらない(N=6、10.7%)」であり、「大幅に変わった」の回答が多かった。「PTSD」($p < 0.05$)、PTSD の症状の「侵入症状」($p < 0.05$)「回避症状」($p < 0.05$)「過覚醒症状」($p < 0.05$)「抑うつ」($p < 0.05$)有意差が確認された。多重比較の結果、「大幅に変わった」と「変わらない」で有意であり、「大幅に変わった」が「変わらない」に比べて有意に高かった。

<考察>

COVID-19 感染症患者に関わる看護のメンタルヘルスと心理社会的要因について検討した。メンタルヘルスと離職の意思の関連性では、「看護師を辞めたい」は「シニシズム」「職務効力感」が影響し、「病院・部署を変えたい」は「シニシズム」が影響、「抑うつ」「不安障害」「バーンアウト」は「看護師を続けたい」という意思に影響した。風評被害は、各精神症状を高めることが分かった。COVID19 のようなパンデミック時には日ごろの心理支援システムや風評被害を防ぐための地域支援システムの構築が必要である。労働環境の変化について、「PTSD」、PTSD の症状の「侵入症状」「回避症状」「過覚醒症状」「抑うつ」の得点において、「大幅に変わった」と感じる人が高い結果となった。環境の変化への適応をサポートする仕組みが必要である。

看護学生を対象とした脳波に及ぼすマインドフルネスの経時的影響

キーワード:マインドフルネス, 看護学生, 脳波, α 波
 藤後栄一¹⁾²⁾・山本祐輔²⁾・村松歩²⁾・水野(松本)由子²⁾³⁾
 所属¹⁾兵庫大学 看護学部 看護学科
 所属²⁾兵庫県立大学大学院応用情報科学研究科
 所属³⁾兵庫県立大学大学院情報科学研究科

【目的】

本研究では、看護学生を対象にマインドフルネス呼吸法を適用した群を対象として、看護学生における、課題遂行時の脳波に及ぼすマインドフルネスの経時の変化を評価した。

【方法】

(1) 対象:被験者は、A大学の学生10名、年齢21-22歳とした。全ての被験者に本研究の目的と方法を文書と口頭で説明し、書面により研究の同意を得て研究を開始した。本研究は兵庫大学倫理委員会の承認(承認番号19001)を得た。

(2) 脳波測定:本研究では、被験者の装着時のストレスを減らすため、簡易脳波測定機(MUSE BRAIN SYSTEM®)を用いた。

(3) 実験プロトコル:安静閉眼1(CE1)を180秒間、次に暗算課題(AC)を180秒間、最後に安静閉眼2(CE2)を180秒間行う3つのタスクを1セッションとし、計2セッション実施した(Before)。この2セッション中、連続して脳波測定を行った。2セッション終了後に、マインドフルネス呼吸法を実施し、引き続いて3つのタスクを2セッション(After)実施してもらい実験を終了とした(図1)。

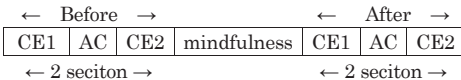


図1 実験プロトコル

(4) 解析方法:本研究では、FFT後にデータを10秒毎で集計し、 α 波帯域の含有率を算出した。

統計解析は、正規性を検定するために、Shapiro-Wilk検定とQ-Qプロットでの検証を行った。マインドフルネス実施時の経時的影響を検証するために、分散拡大係数を評価し、回帰分析を行った。

【結果】

回帰分析にて、最も有意差がみられた3次曲線の曲線回帰を分析対象とした。表1に各タスクの回帰分析の結果を示す。

表1 α 波の含有率と時間の影響

		task	R^2	P
Before	CE1		0.017	<i>N.S.</i>
	CE2		0.047	$66 \times 10^{-4}***$
After	CE1		0.045	0.001**
	CE2		0.048	$58 \times 10^{-4}***$

R^2 は決定係数, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

AfterのCE1では、 α 波帯域の含有率が開始45%程度であったが、10秒間かけて減少した。その後100秒間かけて46%付近まで増加し、終了36%程度に減少した。AfterのCE2では、 α 波帯域の含有率が開始43%程度であったが、90秒かけて増加し、終了40%付近まで減少した(図2)。

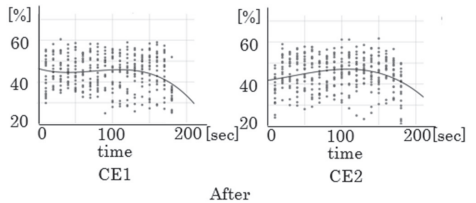


図2 α 波帯域の含有率の回帰分析

【考察】

AfterのCE1において α 波帯域の含有率が、終了時には減少した。しかし、暗算課題後であるAfterのCE2の開始時 α 波帯域の含有率が、AfterのCE1終了時と比較して増加していた。 α 波は閉眼時や暗算時に減衰することが明らかになっており¹⁾、健康成人の安静覚醒閉眼時では、通常 α 帯域の後頭部優位律動が出現する²⁾。このことから、マインドフルネスを実施することで、暗算課題後の脳において、経時的に安静効果をもたらしたと考えられる。

【参考文献】

- 1) Sainsbury RS. Hippocampal theta: a sensory-inhibition theory of function. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 22:2: 237-241, 1998.
- 2) 水野(松本)由子, 他. 情動ストレス刺激による脳波の時空間的变化. *臨床神経生理学* 40:2: 61-72, 2

地域高齢者を対象とした健康教室に関する国内文献の検討

キーワード: 地域高齢者, 健康教室

○高見千恵¹⁾, 水子 学²⁾, 長尾 光城¹⁾

1) 兵庫大学看護学部看護学科, 2) 川崎医療福祉大学医療福祉学部臨床心理学科

【目的】

我が国の65歳以上人口は3,619万人となり、総人口に占める割合(高齢化率)も28.8%と上昇を続け、2036年には33.3%に達すると推計され、平均寿命は男性81.41年、女性87.45年で男女とも伸びている。しかしながら、平均寿命と健康寿命との差は、男性8.84年、女性12.35年となっており、多くの高齢者が日常生活や健康面で何らかの支障を抱えながら過ごしている現状である。

国民の健康づくりの方針を定めた「健康日本21(第二次)」では、高齢期の目標として、健康づくり・介護予防の推進が掲げられており、健康寿命の延伸を実現するための方策を検討することは喫緊の課題である。

そこで、本稿では、地域高齢者の健康維持・増進を目的に専門職が介入した健康教室のプログラム内容および効果を過去10年間の先行研究より検討し、今後の課題を明らかにすることを目的とした。

本研究においては、地域住民の健康を支援している保健・医療・福祉職を専門職と操作的に定義した。

【研究方法】

データベースとして「医学中央雑誌 web 版」を用い、「地域高齢者」「健康教室」をキーワードとし、2011年から2021年までの原著論文を検索した。そのうち、研究目的と合致した20件を分析対象とし、健康教室で実施されているプログラム内容および効果を概観した。

【倫理的配慮】

文献を取り扱う際には、著作権を侵害することがないように配慮した。

【結果】

医学中央雑誌を検索した結果、49本の論文が抽出され、専門職が介入した健康教室に関する文献は20件であった。

1. 地域高齢者を対象とした健康教室に関する文献の推移

2012～2016年では6件、2017～2021年では14件であり、10年間で20件であった。

2. 健康教室のプログラム内容・効果

健康教室のプログラムでは、身体機能維持・向上を目的とした運動プログラムが最も多く12件であった。その内容としては、健康講話およびストレッチ、筋力トレーニング、体操などを組み合わせたプログラムがほとんどであったが、運動だけではなく口腔体操、脳トレを追加した複合的プログラムを用いた文献も1件あった。他のプログラムでは、呼吸法、筋弛緩法、体操を実施した睡眠障害改善プログラム2件、認知行動療法の睡眠障害改善プログラム1件、嚥下・バタカラ口腔体操の摂食機能向上プログラム1件、栄養講話、筋力トレーニング、ストレッチ体操の栄養改善プログラム1件、フレイルの概要や参加者自身のフレイルのタイプなどを学習するフレイル予防活動支援プログラム1件、栄養に関する講義、認知課題と身体運動を同時に行う二重課題トレーニング、学習療法などの認知トレーニングの認知症予防プログラム1件、立位・床位・座位の3つのパターンを組み合わせた体操を行う転倒予防体操教育プログラム1件であった。20件の文献のうち、地域住民が主体的に実施できるプログラムを使用した介入は1件あった。また、健康教室の全プログラムにおいて、身体・嚥下・認知機能の向上および睡眠障害の改善などの効果が認められた。

【考察】

地域高齢者を対象とした健康教室に関する報告では、10年間で20件と少なく、一部の地域高齢者に対して、単発的な教室を開催している研究が多い傾向であった。しかしながら、地域高齢者の健康寿命を延伸するための支援を行うためには、継続的に健康教室を実施できる体制が必要不可欠である。また、専門職が地域高齢者に指導を行うプログラムが多いため、介入が終了した時点で、健康づくりや介護予防などの行動が継続できていないことも課題として挙げられる。そのため、地域高齢者が健康行動を継続できるよう、アクションリサーチによる健康教室や地域高齢者が主体的に実施できるプログラムの開発が望まれる。さらに、健康づくりおよび介護予防の支援体制を構築するためのデータは、未だ十分に蓄積されておらず、今後さらに研究を重ねていくことが必要であると考えられる。

MEMO



A series of horizontal dashed lines for writing, spanning the width of the page.



兵庫大学 HYOGO UNIVERSITY EXTENSION COLLEGE エクステンション・カレッジ

大学での学びをいつでも 自分が求める時に、社会が求める時に。

兵庫大学エクステンション・カレッジは、大学開放の理念のもと、兵庫大学での教育機会を公開し、知識基盤社会において高まる生涯学習のニーズに応える機関です。そして、「シティズンシップ教育」を学習の基盤としています。シティズンシップとは市民権と認識され、社会の一員としての権利を持つと同時に、社会に関わり支える義務を伴うものです。シティズンシップ教育では、知識や技術を学び自分自身の価値を高めるだけでなく、社会に参加・貢献することを目指します。兵庫大学 エクステンション・カレッジでは、市民社会の形成に向けて、教養から実践まで幅広く充実した講座を展開いたします。



平成26年度に41講座開講したことから始まり、現在は「人文・教養」「播磨学・地域学」「現代社会」「生活・ウェルネス」「キャリア支援」の5つの分野、それぞれの専門性の高い講座を年間150講座以上開講しています。

【講座分野、開講講座】

- ◆人文・教養 韓国語講座、日本書紀、万葉集の世界、宮澤賢治作品 他
- ◆播磨学・地域学 身近な建築鑑賞入門、播磨国風土記、明石西国街道 他
- ◆現代社会 SDGと企業力向上、日本経済の近未来、失敗学シリーズ 他
- ◆生活・ウェルネス おうちカフェ、フォトレッスン、油絵、水墨画、塗り絵 他
- ◆キャリア支援 パソコン講座、資格取得対策講座、MOS講座、FP 他

お問い合わせ先

＜兵庫大学エクステンション・カレッジ事務室＞

〒675-0195

兵庫県加古川市平岡町新家2301

TEL. 079-427-9966

FAX. 079-427-9897

<http://www.hyogo-dai.ac.jp/research/extension/>

スマホからでも
お申込みできます！



