

看護ケアサイエンス学会誌

Journal of Nursing Care Science Society

2025.3
第23巻1号

CONTENT

総説 —

乳幼児を育てる母親の育児ヘルスリテラシーの概念分析

茂野由貴, 岡田麻代, 松井弘美 …… 1

原著 —

看護学生における職業的アイデンティティとスピリチュアリティおよび
パーソナリティの関連性

牧野かおる, 比嘉勇人 …… 13

総説 —

日本における認知症高齢者の疼痛評価に関する文献検討

久田智未, 山崎智可, 堀悦郎 …… 27

原著 —

在宅難病療養者における災害時難病患者個別避難計画作成に関するスコーピングレビュー

高橋明日香, 佐伯和子 …… 41

短報 —

地域包括支援センター保健師のコロナ禍における認知症高齢者支援プロセス
— その影響と対処の視点から —

上保緩奈, 阿部真由子, 藤田桃杏, 松井遥香, 越田美穂子, 中堀伸枝 …… 59

総説 —

不妊治療と夫婦・カップルの関係性に関する文献検討

木町紗邑, 福島莉乃, 二川香里 …… 71

短報 —

30代の生活行動と腹囲・血圧・脂質・血糖の関連
— 富山県国保若年健診データ分析 —

澤武美穂, 佐伯和子, 中堀伸枝, 中橋香織 …… 81

原著 —

急性期病院の病棟看護師による在宅訪問後の認識と退院支援の行動の変化

北林正子, 久田智未, 山崎智可, 河野由美子 …… 91

看護ケアサイエンス学会

乳幼児を育てる母親の育児ヘルスリテラシーの概念分析

茂野 由貴¹⁾, 岡田 麻代²⁾, 松井 弘美²⁾

1) 富山大学総合医薬学研究科

2) 富山県立大学看護学部

はじめに

現代の日本は、少子化や核家族化の進行に伴う、地域コミュニティとの希薄化¹⁾や晩婚化、高齢出産により育児に関する孤立化²⁾が問題となっている。このような状況の中、育児に関する情報や相談は、従来、自身の母親や友人など身近な育児経験者が行ってきた³⁾が、パーソナル・コンピュータを日常的に利用してきた現代の母親は、インターネットが母親や友人の代替となり育児の情報源として利用されるようになってきている^{4,5)}。その一方、インターネットにあふれている情報に触れることは、情報の選択や活用が上手くできず、かえって育児に対する不安や苛立ち、困難を増加させる要因にもなっていることも報告されている^{6,7)}。

育児を行う母親への支援に関する国の施策としては、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供する体制の構築を目的に、2017年には子育て世代包括支援センターが創設され、妊娠・出産・子育てに関する相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導が行われてきた。こうした中、2022年子育て世代包括支援センターと子ども家庭総合支援拠点の設立の意義と機能を維持した上での組織の見直しにより、全ての妊産婦、子育て世帯、子どもへ一体的に相談支援を行う機能を有する新たな機関として、こども家庭センターを設置することとなり、2024年度から設置に向けた準備が進められ、母親に寄り添った支援体制が整えられつつある⁸⁾。

一方、母親の育児の情報源に関する先行研究から、行政の育児相談や助産師による育児相談、電話訪問、電話相談など専門職の指導は、満足や信頼はあるものの活用頻度が低い状況が明らかと

なっている^{9,10)}。それに比べ、インターネットの利用率は80%から90%以上^{11,12)}と高い状況にある。しかし、インターネットを利用する母親の実態をみると、育児の実体的サポートがない場合や配偶者の協力が得られにくい場合¹³⁾、育児の悩みが多い場合¹⁴⁾や育児不安が強い場合¹⁵⁾に多く利用しているという状況があり、育児に関する支援を求めている母親程インターネットを利用していることが推察される。

このように、育児をする上で母親がインターネットを利用することが定着している状況において、専門職としての育児支援のあり方を考えるには、まず当事者である現代の母親が、どのように情報にアクセスし、その情報をどのように理解し、活用することを決定しているのか、すなわちヘルスリテラシーを明らかにすることが重要であるといえる。そこで本研究では、現代の乳幼児をもつ母親のヘルスリテラシーの概念を明らかにすることを目的とした。

研究対象と方法

1. 用語の定義

育児ヘルスリテラシー：乳幼児を育てている母親の育児に関するヘルスリテラシーのこと。

2. 対象

2024年2月16日に、①医中誌 Web、②CHINAL Database、をデータベースとして使用し、①では（育児 and 乳児 and ヘルスリテラシー）、（育児 and 幼児 and ヘルスリテラシー）、②では（Child learning AND Infant AND Health Literacy）、（Child learning AND Child AND Health Literacy）のキーワードで文献検索を行った。検索条件は「会議録

除く」とし、検索期間は、WHO（世界保健機関）がヘルスプロモーション用語集¹⁶⁾の中でヘルスリテラシーを初めて掲げた1998年を基準とし、1998年以降とした。文献の適格基準は、対象が母親であり、ヘルスリテラシーもしくはリテラシーに言及しているものとした。文献の除外基準は、母親を対象としていないもの、児が学童期以降であるもの、入手不可のものとした。除外基準に従い検索結果のタイトルとアブストラクトを確認して一次スクリーニングを行い、文献の内容を精読して二次スクリーニングを行った。研究テーマに沿った論文を選定し、育児ヘルスリテラシーの概念の分析を行った。

3. 分析方法

分析には概念の特性と属性を明確化することを目的とする概念分析を用いた。本研究の対象概念は「育児のヘルスリテラシー」であり、広く抽象的な概念の特徴をわかりやすく把握するために、Rodgers¹⁷⁾の概念分析方法を用いた。これは概念を時間や状況に応じて変化するものと捉え、言葉の性質や使われ方に焦点を当て、その概念が文献の中でどのように用いられているかを読み取り、その概念を構成する要素を抽出することで、さらなる概念の特性を明らかにしようとするものである。具体的には、概念の「属性」「先行要件」「帰結」が示され、その際に「属性」は概念の性質とし、「先行要件」は概念に先立って生じる出来事や例であり、「帰結」は、概念が発生した結果として生じる出来事とされている。文脈に着目し、該当する記述をコーディングシートに抽出した。抽出した各記述をコード化し、内容の共通性・類似性、相違性に従いカテゴリー化した。そしてそれらをもとに概念を定義づけた。

分析の過程において、概念分析の研究、指導経験のある母性看護学を専門とする研究者からスーパーバイズを受け、妥当性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

概念分析は文献を対象とした研究手法であることより、文献レビューにおける剽窃の倫理問題に關しては出版倫理を遵守した。

結 果

文献検索の結果、医中誌 Web で（育児 and 乳児 and ヘルスリテラシー）で4件、（育児 and 幼児 and ヘルスリテラシー）で8件の12件、② CHINAL Database で（Child learning AND Infant AND Health Literacy）で2件、（Child learning AND Child AND Health Literacy）で14件を抽出した。医中誌 Web では重複文献と除外基準にかかる文献13件を除外し、4件を抽出した。CHINAL Database では重複文献と除外基準にかかる文献を7件除外し、9件を抽出した。医中誌 Web と CHINAL Database では重複文献はなかった。さらに Pubmed データベースを使用しハンドサーチを行い10件抽出し、23件の論文を分析対象とした。

全て2009年以降の文献でありメディア技術が進化を続ける中での育児をしている母親の状況を反映していると考えられた。

1. 属性

育児ヘルスリテラシーが有する特性は【専門家からの一般的な子育て情報の収集】【インターネットやSNS等による我が子や母親の育児観に特化した即時的な情報収集】【収集した情報の理解と信頼性の見極め】【我が子の状況や自分の育児観との整合性の判断と意思決定】【育児への取り入れ】【行った育児の振り返りと調整及び他者への共有】の6カテゴリーが抽出された。以下【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、[]はコードを示す。

1) 【専門家からの一般的な子育て情報の収集】

【専門家からの一般的な子育て情報の収集】には、[行政機関や保育施設などで開催されるイベントへ積極的に参加する]^{18,19)}や、[夫も共に参加できる教室を探し参加する]²⁰⁾などといった《専門家から情報を得られる機会を探し利用する》、[知りたい育児情報や悩みを専門職に相談する]¹⁹⁻²²⁾や[わからないことはそのままにせず質問する]¹⁸⁾などといった《育児情報を得るために専門家とコミュニケーションをとる》が含ま

表1 育児ヘルスリテラシーの属性

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
【専門家からの一般的な子育て情報の収集】	≪専門家から情報を得られる機会を探し利用する≫	[行政機関や保育施設などで開催されるイベントに積極的に参加する] 18),19) [夫も共に参加できる教室を探し参加する] 20) [日頃から育児情報にアンテナを張っておく] 19) [育児情報を得るための公的な窓口を知る] 18) [行政機関などから配布される情報を受け取る] 18),19),21) [我が子の疾患に関して本、テレビ、講演会などを視聴する] 22)
	≪育児情報を得るために専門家とコミュニケーションをとる≫	[知りたい育児情報や悩みを専門職に相談する] 19),20),21),22) [わからないことはそのままにせず質問する] 18) [我が子のニーズを自覚し自ら相談する] 25) [相談したい内容をうまく言葉にできない] 21) [専門職に積極的に相談できていない] 21)
【インターネットやSNS等による我が子や母親の育児観に特化した即時的な情報収集】	≪インターネットやSNS等から自分の得たい納得できる情報を収集する≫	[インターネットやSNSで膨大な情報の中から時間をかけてでも育児情報を収集する] 11),21),23) [得たい情報を自分からSNSに発信することで情報を収集する] 24) [育児情報を発信しているインターネットを利用する] 19) [SNSを参考にする] 11)
	≪一般的な子どもの成長発達を見据えて情報収集する≫	[成長と育児を予測できる情報を検索し、不安を軽減したい] 25) [まだ先のことだと思っていたが、少しずつ勉強したい] 26) [子どもの発達などの細かい情報が得られない] 11)
	≪我が子と近い状況や自分と同じ悩みに対応する親の情報を求めて収集する≫	[身近な育児経験者や母親同士で相談したり知恵を聞いたりしている] 19),20),21),23) [自分と同様の悩みを持つ母親の他の母親からの書き込みが参考になる] 11) [先輩ママの口コミが役に立つ] 11) [同年齢や同じ月齢の子どもの成長を調べる] 11),24) [自分と似た状況で育児をしている母親と情報交換する] 19) [同年齢の子どもの持つ母親の体験談をふまえた具体的、実践的なアドバイスを求める] 24) [自分と似た体験談が参考になる/共感できる] 11)
	≪個体差や疾患を持つ我が子にとって必要な情報を求めて収集する≫	[一般的な育児情報ではない我が子にあった情報を専門家に質問する] 27) [小さく生まれた他児の存在に触れて成長イメージを持つ機会を探す] 27) [医療者のような知識がなくても、おいてきばりにしないでほしいと専門家に何度も質問する] 27)
【収集した情報の理解と信頼性の見極め】	≪育児情報を理解する≫	[行政機関から得られた育児情報やその他の育児情報の内容や必要性を理解する] 18),19),21),25) [育児情報にはその時々での流行があることを理解する] 18) [一般的な乳児の特徴を理解する] 25) [選択肢の内容を理解する] 25)
	≪正しい情報か、時流に合った情報かで信頼性を検討し、判断する≫	[複数の情報源を利用し信頼できる情報かを検討、判断する] 19),21) [知人からの情報と専門家からのパンフレットの情報を見比べて判断する] 26) [インターネットからの情報では、宣伝が含まれていると正確かどうか怪しいと判断する] 11) [情報をすぐに肯定せず批判的に見る] 19) [情報が断片的であれば参考にしない] 11) [祖父母世代の時と育児の方法が変わっていないかを確認し判断する] 19),21) [情報の正確さを検討し判断するために、自分の言葉でその情報の根拠を説明する] 19)
【我が子の状況や自分の育児観との整合性の判断と意思決定】	≪我が子の状況とマニュアルを比較し判断する≫	[マニュアルよりも普段から我が子をよく知ってくれている人のアドバイスを選択する] 18) [マニュアルよりも我が子の成長発達に合わせた育児情報を選択する] 18) [成長発達よりもマニュアルを優先している] 21) [我が子の状況に合っているかを検討し、判断する] 18),19) [マニュアルを探して答えがない育児に向き合っている] 21) [乳児の特徴と選択肢を理解し意思決定をする] 25)
	≪得られた情報が自分の育児観に合っているかを検討し、判断する≫	[自分の価値観と合っているかを検討し、判断する] 18),19),21) [これまでの育児経験と一致しているかを検討し、判断する] 18) [自分の育児観に合う育児の意思決定をする] 18),25)
【育児への取り入れ】	≪情報を活用し自分の育児に取り入れる≫	[指導に沿って育児を実践する] 25) [情報をもとに考案したトラブルの予防策、対応策を実践する] 22),23) [我が子と照らし合わせて育児を実践する] 25) [成長発達を見据えて育児を実践する] 18),25)
	≪共に育児を行う家族や関係者に情報共有や依頼をする≫	[家族外で我が子に関わる大人に理解を得るため働きかける] 22) [祖父母への支援を専門家に依頼する] 20) [育児教室に参加できなかった父親に話題や資料を共有する] 20)
	≪我が子の自分の身体への理解を促す≫	[我が子にアレルギーの原因となる食物摂取を回避するためのルールを教える] 22) [我が子にアレルゲンになる食物を教える] 22) [我が子にアレルギーについて教える] 22)
	≪行った育児の振り返りと調整及び他者への共有≫	[得られた知識や状況を頼りに取り組み、その育児が自分と我が子にとって必要であったと認める] 25) [我が子の成長や反応を感じ取り、育児を振り返り調整する] 25)
	≪自分の育児での経験を他の母親へ伝承する≫	[イベントに参加し自分の育児経験を伝承する] 20)

れていた。一方、[相談したい内容をうまく言葉にできない]²¹⁾といった困難を有している面も含まれていた。

2) 【インターネットやSNS等による、我が子の状況や母親の育児観に特化した即時的な情報収集】

【インターネットやSNS等による我が子や母親の育児観に特化した即時的な情報収集】には、[インターネットやSNSで膨大な情報の中から時間をかけてでも育児情報を収集する]^{11,21,23)}や[得たい情報を自分からSNSに発信することで情報を収集する]²⁴⁾などといった「インターネットやSNS等から自分の得たい納得できる情報を収集する」が含まれていた。そして、情報収集する上での意識として[成長と育児を予測できる情報を検索し、不安を軽減したい]²⁵⁾や[まだ先のことだと思っていたが、少しずつ勉強したい]²⁶⁾などといった「一般的な子どもの成長発達を見据えて情報収集する」が含まれていた。また、[身近な育児経験者や母親同士で相談したり知恵を聞いたりしている]^{19-21,23)}や、SNS上などで[自分と同様の悩みを持つ母親の他の母親からの書き込みが参考になる]¹¹⁾、[先輩ママの口コミが役に立つ]¹¹⁾などといった「我が子と近い状況や自分と同じ悩みに対応する親の情報を求めて収集する」が含まれていた。

そして、[一般的な育児情報ではない我が子にあった情報を専門家に質問する]²⁷⁾や[小さく生まれた他児の存在に触れて成長イメージを持つ機会を探す]²⁷⁾といった「個体差や疾患を持つ我が子にとって必要な情報を求めて収集する」が含まれていた。

3) 【収集した情報の理解と信頼性を見極め】

【収集した情報の理解と信頼性を見極め】には、[行政機関から得られた育児情報やその他の育児情報の内容や必要性を理解する]^{18,19,21,25)}[育児情報にはその時々の流行があることを理解する]¹⁸⁾などといった「育児情報を理解する」が含まれていた。そして[複数の情報源を利用し信頼できる情報かを検討し、判断する]^{19,21)}や[知人からの情報と専門家からのパンフレットの情報を見比べ

て判断する]²⁶⁾、[インターネットからの情報では、宣伝が含まれていると正確かどうか怪しいと判断する]¹¹⁾や[情報をすぐに肯定せず批判的に見る]¹⁹⁾などといった「正しい情報か、時流に合った情報かで信頼性を検討し、判断する」が含まれていた。

4) 【我が子の状況や自分の育児観との整合性の判断と意思決定】

【我が子の状況や自分の育児観との整合性の判断と意思決定】には、[マニュアルよりも普段から我が子をよく知ってくれている人のアドバイスを選択する]¹⁸⁾や[マニュアルよりも我が子の成長発達に合わせた育児情報を選択する]¹⁸⁾、そして反対の意味合いを持つ[成長発達よりもマニュアルを優先している]²¹⁾や[マニュアルを探して答えがない育児に向き合っている]²¹⁾などといった「我が子の状況とマニュアルを比較し判断する」が含まれていた。

また、[自分の価値観と合っているかを検討し、判断する]^{18,19,21)}や[これまでの育児経験と一致しているかを検討し、判断する]¹⁸⁾などといった「得られた情報が自分の育児観に合っているかを検討し、判断する」が含まれていた。

5) 【育児への取り入れ】

【育児への取り入れ】には、[指導に沿って育児を実践する]²⁵⁾や[情報をもとに考案したトラブルの予防策、対応策を実践する]^{22,23)}などといった「情報を活用し自分の育児に取り入れる」、[家族外で我が子に関わる大人に理解を得るため働きかける]²²⁾や[祖父母への支援を専門家に依頼する]²⁰⁾といった「共に育児を行う家族や関係者に情報共有や依頼をする」が含まれていた。また、[我が子にアレルギーの原因となる食物摂取を回避するためのルールを教える]²²⁾といった「我が子の自分の身体への理解を促す」が含まれていた。

6) 【行った育児の振り返りと調整及び他者への共有】

【行った育児の振り返りと調整及び他者への共

有】には、[得られた知識や状況を頼りに取り組み、その育児が自分と我が子にとって必要であったと認める]²⁵⁾や[我が子の成長や反応を感じ取り、育児を振り返り調整する]²⁵⁾といった《行った育児を振り返り、自分と我が子に合った育児をさらに調整する》が含まれていた。そして[イベントに参加し自分の育児経験を伝承する]²⁰⁾といった《自分の育児での経験を他の母親へ伝承する》も含まれていた。

2. 先行要件

育児ヘルスリテラシーに関連する要因として、【個人的要因】【育児を共に行う家族への支援ニーズ】【育児に関連する知識】【公的支援の利用の容易さ】の4カテゴリーが抽出された。

1) 【個人的要因】

【個人的要因】には、[10代の母親は情報選択能力が低く育児知識が不足していた]³⁰⁾や[親の年齢が高いとヘルスリテラシーが高い]³¹⁾といった《親の年齢》、[居住している国の言語が

母国語である親はそうでない親に比べてヘルスリテラシーが高い]^{28,32)}などといった《人種、使用言語》、[高等教育を受けているとヘルスリテラシーは高い]^{28,29,32)}といった《教育》、[ヘルスリテラシーの高い親は識字・計算スキルが高い]²⁹⁾といった《識字・計算スキル》が含まれていた。また、[両親子育てはひとり親、祖父母育児に比べヘルスリテラシーが高かった]³⁴⁾といった《主の育児者》、[低いヘルスリテラシーは親のうつと関連していた]³⁵⁾といった《精神状態》が含まれていた。[低所得の母親のほぼ4分の3(72%)が低いヘルスリテラシーであった]²⁸⁾や[親のヘルスリテラシーは収入、親の雇用状況に有意な相関がある]^{29,36)}といった《収入》が含まれていた。そして[ヘルスリテラシーと子どもの数に負の相関があった]²⁸⁾といった《子どもの人数》、や[個体差や疾患の有無]^{22,27,36)}といった《子どもの状況》も含まれていた。

2) 【育児を共に行う家族への支援ニーズ】

【育児を共に行う家族への支援ニーズ】には、

表2 概念の先行要件

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
【個人的要因】	《親の年齢》	[10代の母親は情報選択能力が低く育児知識が不足していた] 30) [親の年齢が高いとヘルスリテラシーが高い] 31)
	《人種、使用言語》	[居住している国の言語が母国語である親はそうでない親に比べてヘルスリテラシーが高い] 28)32) [白人は黒人やヒスパニックよりヘルスリテラシーが高い] 29)
	《教育》	[高等教育を受けているとヘルスリテラシーは高い] 28),29),32)
	《識字・計算スキル》	[ヘルスリテラシーの高い親は識字・計算スキルが高い] 28),29)
	《主の育児者》	[両親子育てはひとり親、祖父母育児に比べヘルスリテラシーが高かった] 34)
	《精神状態》	[低いヘルスリテラシーは親のうつと関連していた] 35)
	《収入》	[低所得の母親のほぼ4分の3(72%)が低いヘルスリテラシーであった] 28) [親のヘルスリテラシーは収入、親の雇用状況に有意な相関がある] 29),36)
	《子どもの人数》	[ヘルスリテラシーと子供の数に負の相関があった] 28)
	《子どもの状況》	[個体差や疾患の有無] 22),27)36)
	【育児を共に行う家族への支援ニーズ】	[父親への支援ニーズ] 20) [祖父母への支援ニーズ] 20)
【育児に関連する知識】	《育児知識》	[新生児の生活サイクルを知らない] 23) [どういふことで乳児の熱が上がるのか全然知らない] 30) [食事や寝かしつけ等の育児知識が少ない] 30)
	《産褥の心身変化の知識》	[産褥の心身変化を知らない] 30)
【公的支援の利用の容易さ】	《制度のわかりやすさ》	[母子保健制度・システムの知識不足] 30) [予防接種の方法がわからない] 29)
	《支援者との関係性》	[助産師との良好/希薄な関係性] 23)

〔父親への支援ニーズ〕²⁰⁾、〔祖父母への支援ニーズ〕²⁰⁾が含まれていた。

3) 【育児に関連する知識】

【育児に関連する知識】には、〔新生児の生活サイクルを知らない〕²³⁾や〔どういふことで乳児の熱が上がるのか全然知らない〕³⁰⁾といった《育児知識》と〔産褥の心身変化を知らない〕³⁰⁾といった《産褥の心身変化の知識》が含まれていた。

4) 【公的支援の利用の容易さ】

【公的支援の利用の容易さ】には、〔母子保健制度・システムの知識不足〕³⁰⁾や〔予防接種の方法がわからない〕²⁹⁾といった《制度の分かりやすさ》と、〔助産師との良好／希薄な関係性〕²³⁾といった《支援者との関係性》が含まれていた。

3. 帰結

育児のヘルスリテラシーの成果として【親の育児に関する自己効力感】【親の精神状態、生活状

況】【子どもの生活習慣】【子どもの疾患管理】の4カテゴリーを抽出した。

1) 【親の育児に関する自己効力感】

【親の育児に関する自己効力感】には、〔ヘルスリテラシーが高い親は育児の自己効力感が高かった〕^{28,32)}が含まれていた。

2) 【親の精神状態、生活状況】

【親の精神状態、生活状況】において、〔親のヘルスリテラシーが高いと自発的に不安の解消を行う〕²³⁾や〔育児には完全な答えはないと気づく〕²⁵⁾、反対に、〔親のヘルスリテラシーが低いと児の喘息による心の負担が大きかった〕³⁶⁾などといった《親の精神的安定》が含まれていた。また、〔親のヘルスリテラシーは親のQOLテストと正の関連があった〕^{35,36)}といった《親のQOL》が含まれていた。さらに〔他者の意見を知り励まし合い、自分を支える他者との関係性を築く〕²⁵⁾といった《他者との関係性の構築》が

表3 概念の帰結

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
【親の育児に関する自己効力感】	【親の精神状態、生活状況】	〔ヘルスリテラシーが高い親は育児の自己効力感が高かった〕 28),32)
	《親の精神的安定》	〔親のヘルスリテラシーが高いと自発的に不安の解消を行う〕 23) 〔育児には完全な答えはないと気付く〕 25) 〔親のヘルスリテラシーが低いと児の喘息による心の負担が大きかった〕 36)
【子どもの生活習慣】	《親のQOL》	〔親のヘルスリテラシーは親のQOLテストと正の関連があった〕 35),36)
	《他者との関係性の構築》	〔他者の意見を知り励まし合い、自分を支える他者との関係性を築く〕 25)
	《健康的な栄養摂取》	〔親のヘルスリテラシーが高いと子どもの野菜や果物の摂取が多かった〕 33) 〔親のヘルスリテラシーが低いと母乳よりも粉ミルクを多く与え、子どもが泣いたらすぐに授乳し、哺乳瓶を使用する〕 31) 〔親のヘルスリテラシーが低いと子どもの痩せ、肥満傾向がある〕 34)
	《歯磨き習慣の確立》	〔親のヘルスリテラシーが高いと子どもは定期的な歯磨きを行う〕 33)
	《身体活動》	〔親のヘルスリテラシーが高いと子どもの身体活動時間が多かった〕 33) 〔親のヘルスリテラシーが低いと乳児の腹ばいの練習時間が少なかった〕 31)
	《テレビの視聴時間》	〔親のヘルスリテラシーが低いと子どものテレビの視聴時間が2時間以上と長時間であった〕 34),35),37)
	《夜間の睡眠への影響》	〔親のヘルスリテラシーが低いと子どもの睡眠時間が短かった〕 37)
	《病気の重症度の評価》	〔親のヘルスリテラシーが低いと子どもの疾患の重症度を過大に評価し、救急外来を受診する〕 38) 〔親のヘルスリテラシーが低いと子どもの疾患のコントロールが悪いと判断する〕 36) 〔親のヘルスリテラシーが低いと子どもの過去2週間の疾病リスクが高かった〕 34) 〔親のヘルスリテラシーが低いと子どもの食物アレルギーの予防管理が不十分〕 22)
	《医療、応急処置の知識》	〔ヘルスリテラシーが高い親は風邪薬の投与推奨年齢を正しく解釈した〕 29) 〔親のヘルスリテラシーが低いと子どもの窒息および火傷に関する応急処置の知識が不十分であった〕 35)
	《ワクチン接種》	〔高いヘルスリテラシーを持つ親は子どものワクチン接種を忌避する傾向がある〕 39)
【子どもの疾患管理】	《医療従事者との関係性》	〔高いヘルスリテラシーを持つ親は医師との緊密な関係を重視する〕 38) 〔低いヘルスリテラシーを持つ親は医療者との関わりが少なく、薬への信頼が高い〕 36)

含まれていた。

3) 【子どもの生活習慣】

【子どもの生活習慣】において、[親のヘルスリテラシーが高いと子どもの野菜や果物の摂取が多かった]³³⁾、反対に[親のヘルスリテラシーが低いと母乳よりも粉ミルクを多く与え、子どもが泣いたらすぐに授乳し、哺乳瓶を使用する]³¹⁾や[親のヘルスリテラシーが低いと子どもの痩せ、肥満傾向がある]³⁴⁾といった《健康的な栄養摂取》が含まれていた。また、[親のヘルスリテラシーが高いと子どもは定期的な歯磨きを行う]³³⁾といった《歯磨き習慣の確立》が含まれていた。そして、[親のヘルスリテラシーが高いと子どもの身体活動時間が多かった]³³⁾や、反対に[親のヘルスリテラシーが低いと乳児の腹ばいの練習時間が少なかった]³¹⁾といった《身体活動》が含まれていた。さらに、[親のヘルスリテラシーが低いと子どものテレビの視聴時間が2時間以上と長時間であった]^{34,35,37)}といった《テレビの視

聴時間》が含まれ、[親のヘルスリテラシーが低いと子どもの睡眠時間が短かった]³⁷⁾といった《夜間の睡眠への影響》が含まれていた。

4) 【子どもの疾患管理】

【子どもの疾患管理】において、[親のヘルスリテラシーが低いと子どもの疾患の重症度を過大に評価し、救急外来を受診する]³⁸⁾や[親のヘルスリテラシーが低いと子どもの疾患のコントロールが悪いと判断する]³⁶⁾などといった《病気の重症度の評価》が含まれていた。[ヘルスリテラシーが高い親は風邪薬の投与推奨年齢を正しく解釈した]²⁹⁾や反対に[親のヘルスリテラシーが低いと子どもの窒息および火傷に関する応急処置の知識が不十分であった]³⁵⁾などといった《医療、応急処置の知識》が含まれていた。

一方、[高いヘルスリテラシーを持つ親は子どものワクチン接種を忌避する傾向がある]³⁹⁾といった《ワクチン接種》への関連が含まれていた。

そして、[高いヘルスリテラシーを持つ親は医

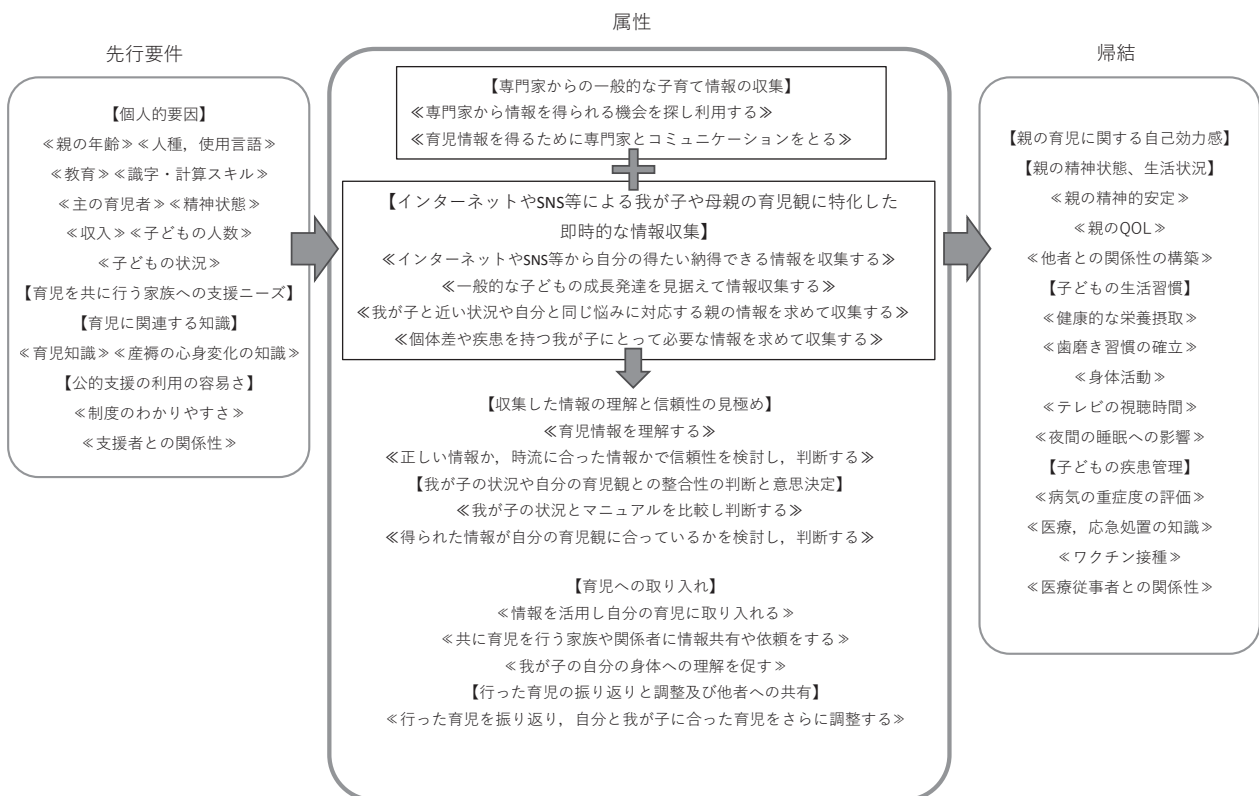


図1 「育児ヘルスリテラシー」の概念モデル

師との緊密な関係を重視する]³⁸⁾、[低いヘルスリテラシーを持つ親は医療者との関わりが少なく、薬への信頼が高い]³⁶⁾といった「医療従事者との関係性」が含まれていた。

考 察

1. 乳幼児を育てる母親の育児ヘルスリテラシーの特徴

本研究の結果より、乳幼児を育てる母親の育児ヘルスリテラシーを「専門家からの一般的な子育て情報とインターネット検索やSNS等による即時的な情報の両方を収集し、収集した情報の理解と信頼性を見極め、我が子の状況や自分の育児観との整合性から意思決定し、自分の育児へ取り入れ、さらに行った育児の振り返りと調整及び他者への共有を行う能力」と定義する。

これまで母親は育児に関する情報源として育児書、育児雑誌などの書籍やテレビ、ラジオ、実母などの家族、友人から情報を得てきた^{40,41)}。また、子どもの健康や成長、予防接種に関する情報などは母子手帳を活用するなど⁴²⁾ 公的機関からの情報を受け入れてきた。現代、乳幼児を育てる母親においては、日ごろから育児情報にアンテナを張り、行政機関や保育施設などのイベントに積極的に参加する、知りたい育児情報や悩みを専門職に相談する等【専門家からの一般的な子育て情報の収集】を積極的に行っている。さらに、【インターネットやSNS等による、我が子の状況や母親の育児観に特化した即時的な情報収集】を行っており、我が子や母親自身の状況に似た情報の探索や自分が求める情報を得るために自ら発信するなど即時的に情報収集を行っていた。母親は子どもの特性に合った正しい情報を簡単に入手したい思いがあり⁴⁴⁾、育児に追われる中で簡便なインターネット等から情報収集しようと努めている。さらに、我が子の状況に合わせて、自分と同じ状況の母親の体験談や経験談を求めており、情報を収集するだけでなく、意見を求めるなど相談する仲間としての役割も求めている^{13,44)}。育児に関する悩みを解消するために、我が子と同じ状況の子どもを持つ母親からの情報や自分の状況と合致する情

報を求めて²⁴⁾、即時に情報収集を行い、自ら発信し相互に情報交換を行うことが現代の乳幼児を育てる母親の情報収集の特徴であると考ええる。

母親は積極的に収集した情報を、情報の内容や必要性を理解し、複数の情報との比較や批判的に情報を見るなど【収集した情報の理解と信頼性を見極め】【我が子の状況や自分の育児観との整合性を判断し、意思決定】を行っている。そして、情報の正確性や信頼性を見極めて、我が子の状況や自分の育児観と情報が合っているか判断しながら、意思決定し育児に取り入れている。リテラシーには「機能的リテラシー」、「相互作用的反リテラシー」、「批判的反リテラシー」の3つのレベル⁴³⁾があり、母親が、SNS等で情報収集を行い、批判的に分析し、発言することには、育児情報を扱う上で最も高度なレベルである批判的反リテラシーが求められる。母親は妊娠期から育児に向けた知識の蓄積を行っており、妊娠期のヘルスリテラシーが向上することで子どもの健康の維持増進につながる⁴⁴⁾ ことから女性は妊娠を通してヘルスリテラシーを向上させ、母親としてその後の育児においてリテラシーをさらに向上させていると考える。

以上より、乳幼児を育てる母親のヘルスリテラシーは、専門家からの一般的な子育て情報とインターネット等による即時的な情報の両方を収集し、収集した情報を我が子の状況や自分の育児観との整合性を見極め、育児に取り入れる能力と考えられる。

2. 現代の母親への専門職としての支援のあり方

今回明らかとなった育児ヘルスリテラシーは現代の母親において必要な能力である。情報収集においては専門家からの情報とインターネット等を利用した情報のどちらも併用していく必要があるが、今回の結果にもあるように専門職に積極的に相談できない母親や相談内容を言葉にできない場合があり、インターネット等の情報のみとなる。消極的な母親の場合は人間関係がストレスにつながる場合があるものの、情報が得られずに育児ストレスが増大することがある³⁾。このような状況の母親に対しては専門家が正しい育児情報を時流

に合わせてインターネット上に更新していくこと、現代の母親が興味をもって情報収集できるよう YouTube や SNS 等の媒体に正しい育児情報を提供するなどの支援が有効であると考ええる。

また、現代の母親は即時的な解決のために、簡便なインターネット等を活用し、自分の価値観に沿う内容を取り入れている状況であった。人間には直観的に、自分に合うものを取り入れようとする思考と、分析的、論理的に考える思考があるが⁴⁵⁾、インターネット等を活用する場合には、直観的な思考が優先していると推察される。しかし、子どもの成長発達などに関しては、発達状況の経過を見て判断していくことが重要であり、簡単に解決しようとした場合、認知に偏りが生じることがある。そのため健診などで関わる際には、母親の理解の程度を確認した上で、成長発達に関する情報を提供し、母親の思考に沿って、こどもの成長発達を判断できるような関わりが重要であると考ええる。

本研究の限界と今後の課題

今回、Rogers の概念分析法を用いたことで時間の経過とともに変化する母親の育児リテラシーの概念を構成する要素を抽出することができ、現代の母親の育児リテラシーを捉えることができたと考ええる。しかし、本研究は文献を分析対象としているため、この結果を踏まえ調査研究を行うことで育児ヘルスリテラシーの向上のプロセスや影響要因を明らかにすることで支援の在り方を明らかにしていくことができると考えられる。

結 語

本研究により、乳幼児を持つ母親の育児に関するヘルスリテラシーの概念モデルを提示した。現代の母親の育児に関するヘルスリテラシーは【専門家からの一般的な子育て情報の収集】と【インターネットや SNS 等による、我が子の状況や母親の育児観に特化した即時的な情報収集】を行い、収集した情報を我が子の状況や自分の育児観との整合性を見極め、育児に取り入れる能力で

あった。情報収集の際には、即時に収集を行い、自ら発信し相互に情報交換を行うことが現代の乳幼児を育てる母親の情報収集の特徴であることが明らかとなった。これにより、インターネットを利用することが定着している母親の状況における、専門職としての育児支援のあり方の示唆が得られた。

引用・参考文献

- 1) 遠山景広：大都市における子育て家族の社会的孤立要因：SSP2015 を用いた地域信頼度の分析より。北海道大学大学院文学研究科研究論集 16：209-230, 2016.
- 2) 厚生労働省：令和 4 年版 厚生労働白書。 <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/21/dl/zentai.pdf> (令和 6 年 5 月 10 日閲覧)
- 3) 小林真：インターネットの利用が母親のストレスに及ぼす緩和効果。富山大学教育学部紀要 58：85-92, 2004.
- 4) 山田隆：子育てにおけるインターネット利用。東海女子大学紀要 25：151-162, 2005.
- 5) Lupton D, Pedersen S, Thomas GM：Parenting and digital media：From the early web to contemporary digital society. Sociology Compass 10 (8)：730-743, 2016.
- 6) 國分真佐代、藤邊久美、田中千登世：母親の育児情報の活用に関する研究。聖隷クリストファー大学紀要 26：53-59, 2003.
- 7) 武市久美：子育てにおける SNS 利用について―「ママ友」コミュニケーションに着目して―。東海学園大学研究紀要 人文科学研究編 19：79-89, 2014.
- 8) こども家庭庁成育局母子保健課：2023 年 最近の母子保健を取り巻く状況。 <https://www.jfpa.or.jp/boshi.pdf> (令和 6 年 5 月 10 日閲覧)
- 9) 井梅由美子：乳幼児を持つ母親の育児不安と子育て支援資源の利用について―第 1 子の属性、所属等状況要因に着目して―。東京未来大学研究紀要 12：1-12, 2017.
- 10) 飯田直美、萩野哲也：育児期女性の日常生活

- における時間の使い方・育児支援活用と育児ストレスの関係. 岡山県立大学保健福祉学部紀要 26 (1) : 11-19, 2019.
- 11) 井田歩美, 合田典子, 片岡久美恵 : 子育て情報に関する母親のインターネット利用についての実態調査—市町村子育て支援事業に参加した乳児の母親へのアンケート結果より—. 母性衛生 53 (4) : 427-436, 2013.
- 12) 中島千英子, 永井由美子 : 母親の育児情報源としての SNS 利用に関する調査. 大阪教育大学紀要 人文社会学・自然科学 68 : 41-49, 2020.
- 13) 外山紀子, 小舘亮之, 菊地京子 : 母親における育児サポートとしてのインターネット利用. 人間工学 46 (1) : 53-60, 2010.
- 14) 藤谷智子 : 乳幼児をもつ母親のインターネット利用と子育て不安. 武庫川女子大学情報教育研究センター紀要 22 : 25-28, 2022.
- 15) 山崎さやか, 篠原亮次, 秋山有佳ほか : 乳幼児を持つ母親の育児不安と日常の育児相談相手との関連 : 健やか親子 21 最終評価の全国調査より. 日本公衆衛生学会誌 65 (7) : 334-346, 2018.
- 16) WHO : ヘルスプロモーション用語集. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>. (2024 年 5 月 10 日閲覧)
- 17) Rodgers BL : Concepts analysis and the development of nursing Knowledge : the evolutionary cycle. Journal of Advanced Nursing 14 (4) : 330-335, 1989.
- 18) Tada Miyuki, Okahisa Reiko : Development of Childcare Literacy Scale for Mothers with Infants and Children. The Journal of Medical Investigation 70 (1-2) : 171-179, 2023.
- 19) 多田美由貴, 岡久玲子, 岩本里織他 : 乳幼児をもつ母親の育児に関するヘルスリテラシーの明確化. 日本地域看護学会誌 24 (3) : 13-22, 2021.
- 20) 三里久美子, ケニヨン充子, 岸田泰子 : 地域の専門職者から提供される妊娠期および育児期の支援に関する両親のニーズと父親支援の検討. 共立女子大学看護学雑誌 8 : 23-32, 2021.
- 21) 多田美由貴, 岡久玲子, 松下恭子他 : 保健師が捉える乳幼児をもつ母親の育児に関するヘルスリテラシーの現状. The Journal of Nursing Investigation 21 (1) : 1-9, 2023.
- 22) 西田紀子, 植木慎吾, 藤田優一 : 母親が認識した携帯用アドレナリン自己注射役を所持する重症食物アレルギー児の幼児期における心理社会的問題と実施した対応策. 武庫川女子大学看護学ジャーナル 6 : 11-21, 2020.
- 23) 高司未由希, 赤星琴美, 梅野貴恵 : 助産師による離島の母親への出産・子育て支援のあり方 出産時から産後 1 ヶ月までの語りから. 母性衛生 59 (4) : 906-913, 2019.
- 24) 井田歩美, 猪下光 : 2, 3 歳児をもつ母親の育児情報ニーズ ソーシャルメディアにおける発言の分析. ヒューマンケア研究学会誌 8 (1) : 71-77, 2016.
- 25) 坂井文乃, 石丸美奈, 宮崎美砂子 : 初めて育児に取り組む母親の育児に対するヘルスリテラシーの発展 産後半年間に焦点をあてて. 千葉看護学会会誌 26 (1) : 29-38, 2020.
- 26) 山崎澄恵 : 小児科外来クリニックにおける乳幼児健診での離乳食支援. 医療と保育 20 (1) : 68-76, 2022.
- 27) 永井智子 : 低出生体重児を出産した母親が生活を再構築していく過程で支援に望む思い. 聖路加看護学会誌 26 : 11-19, 2022.
- 28) Lee JY, Murry N, Ko J, et al : Exploring the Relationship between Maternal Health Literacy, Parenting Self-Efficacy, and Early Parenting Practices among Low-Income Mothers with Infants. Journal of Health Care Poor Underserved 29 (4) : 1455-1471, 2018.
- 29) Kumar D, Sanders L, MD, Perrin EM, et al : Parental Understanding of Infant Health Information: Health Literacy, Numeracy and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). Academic Pediatrics 10 (5) : 309-316, 2010.
- 30) 林知里, 横山美江, 根岸浄子他 : 10 代の母親の育児状況とニーズ. 大阪市立大学看護学雑誌 11 : 21-28, 2015.

- 31) Yin HS, Sanders LM, Rothman RL, et al : Parent Health Literacy and “Obesogenic” Feeding and Physical Activity-related Infant Care Behaviors. *Journal of Pediatrics* 164 (3) : 577-583, 2014.
- 32) Fong HF, MD, Rothman EF, Garner A, et al : Association Between Health Literacy and Parental Self-Efficacy among. *The Journal of Pediatrics* 202 : 265-271, 2018.
- 33) Buhr E, Tannen A : Parental health literacy and health knowledge, behaviors and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 20 (1) : 1096, 2020.
- 34) Mo X, Xu L, Luo H : Do different parenting patterns impact the health and physical growth of ‘left-behind’ preschool-aged children? A cross-sectional study in rural China. *European Journal of Public Health* 26 (1) : 18-23, 2015.
- 35) Cheng ER, Bauer NS, Downs SM, et al : Parent Health Literacy, Depression, and Risk for Pediatric Injury. *Pediatrics* 138 (1) : 1-9, 2016.
- 36) Shone LP, Conn KM, Sanders L, et al : The Role of Parent Health Literacy Among Urban Children with Persistent Asthma. *Patient Education and Counseling* 75 (3) : 368-375, 2009.
- 37) Bathory E, Tomopoulos S, Rothman R, et al : Infant Sleep and Parent Health Literacy. *Academic Pediatrics* 16 (6) : 550-557, 2016.
- 38) May M, Brousseau BC, Nelson DA, et al : Why Parents Seek Care for Acute Illness in the Clinic or the ED: The Role of Health Literacy. *Academic Pediatrics* 18 (3) : 289-296, 2018.
- 39) Aharona AA, Nehamaa H, Rishpon S, et al : Parents with high levels of communicative and critical health literacy are less likely to vaccinate their children. *Patient Education and Counseling* 100 (4) : 768-775, 2017.
- 40) 上田玲子, 高橋悦二郎 : 母親における離乳食の情報源に関する研究—第2報事例調査を中心に—. *小児保健研究* 56 (3) : 401-41, 1997
- 41) 外間登美子, 永木真季子, 堀内真由美他 : 離乳食に関する調査成績. *小児保健研究* 57 (1) : 100-103, 1998.
- 42) 外間登美子, 浜本いそえ, 大嶺ふじ子他 : 母子手帳の活用状況について—第2報, 3～5ヵ月児の母親のアンケート調査成績より—. *母性衛生* 41 (2) : 336-339, 2000.
- 43) Nutbeam D: Health Promotion Glossary, *Health Promotion International* 13 (4) : 349-364, 1998.
- 44) 戸津有美子 : 妊娠期にある女性のヘルスリテラシーの概念分析. *日本母子護学会誌* 15 (2) : 11-20, 2022.
- 45) Norman G : Dual processing and diagnostic errors. *Advances in Health Sciences Education* 14 : 37-49, 2009.

Conceptual analysis of parental health literacy of mothers raising infants and toddlers

Yuki SHIGENO¹⁾, Asayo OKADA²⁾, Hiromi MATSUI²⁾

1) Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences

2) Faculty of Nursing, Toyama Prefectural University

看護学生における職業的アイデンティティとスピリチュアリティ およびパーソナリティの関連性

牧野かおる¹⁾, 比嘉 勇人²⁾

1) 富山医療福祉専門学校看護学科

2) 富山大学学術研究部医学系精神看護学講座

要 旨

本研究の目的は、看護学生の職業的アイデンティティとスピリチュアリティおよびパーソナリティとの関連性を明らかにし、職業的アイデンティティ確立促進のための教育支援への示唆を得ることである。A県内の看護学生 567 人を対象に無記名自記式質問紙調査を行い、450 部の有効回答を得た。その回答データを用いて共分散構造分析を実施した結果、概ね良好な適合度を示す因果仮説モデルが採用された。また、採用された因果仮説モデルの標準化係数において、「パーソナリティから職業的アイデンティティへの直接効果 0.27」と「パーソナリティからスピリチュアリティを介した職業的アイデンティティへの間接効果 0.34」が確認された。以上より、看護学生のパーソナリティを構成する「基本的信頼感」「同一性」「自律性」を高める教育支援（受容、承認、保証・激励）が職業的アイデンティティ確立促進に効果的であることが示唆された。

キーワード

職業的アイデンティティ, スピリチュアリティ, パーソナリティ, 人格的活力

はじめに

多くの看護学生は青年期の発達段階にある。Erikson が提唱したライフサイクル論によると、青年期の心理社会的危機である急性のアイデンティティ拡散状態が顕在化するのとは決定的な職業選択に迫られていることに若者自身が気づいた時である¹⁾。実際に中谷ら²⁾の研究はアイデンティティ拡散状態が実在することを示唆している。つまり、看護職に就くという進路決定を目前に控える看護学生はアイデンティティ拡散の危機に曝されているといえる。看護学生がアイデンティティ拡散状態に陥ると、卒業延期、看護職に就くことの断念、学業生活への不適応（講義・臨地実習への不適応や意欲の低下）などが危惧され、更に程度によっては神経症様症状を呈することさえもあ

ることを中谷²⁾らの研究は示唆している。千葉の調査³⁾によると、在学中に約半数の看護学生が看護師になることを断念しようと考えたことがあり、その理由で最も多いのが自分は看護師に向いていないと感じたことであった。そして、高畑ら⁴⁾は看護学生の職業的アイデンティティの脆弱性について言及し、高瀬ら⁵⁾は看護基礎教育において職業的アイデンティティ形成のプロセスに注目した教育支援の現状を把握する必要性について言及している。

このように、看護学生の学業に対する不適応行動の背景にアイデンティティ拡散の顕在化が疑われることから、職業的アイデンティティ確立に向けた教育支援への示唆を得ることで、学業への不適応を起こしている看護学生への教育的一助となることが期待できる。

「職業的アイデンティティを決められないことが、何よりも若い人々を混乱させる」¹⁾と Erikson は述べている。Erikson は職業的アイデンティティについて明確に定義づけてはいないが、心理・社会的モラトリアムの期間に「個人は、自由な役割実験を通して、社会のある特定の場所に適所を見つける」¹⁾と述べ、同時に「〈一人の人間としての機能と地位が与えられる〉」ということが、若者たちのアイデンティティ形成にとって重要なのである」¹⁾とも述べている。また、1980年代に青年期において職業がアイデンティティ確立の主要な因子であると考えられるようになった⁶⁾。そして、藤井ら⁷⁾も青年期の職業的アイデンティティのアイデンティティ確立に果たす役割の大きさに言及している。

日本国内においては1990年以降、学生の職業的アイデンティティに関する研究が散見されるようになった。内容は、職業的アイデンティティの性質に関すること、職業的アイデンティティ確立に影響を及ぼす要因を明らかにしたもの、職業的アイデンティティの確立を促すための支援について検討したもの等がある。職業的アイデンティティの確立のための支援については、講義内容の工夫・実習前指導の効果を明らかにするものなどがあつた⁸⁻¹⁰⁾。

看護学生の職業的アイデンティティへの関心は低くなく、確立を促す要因については一定の知見が蓄積されているといえる。しかし、看護学生の職業的アイデンティティ確立に向けた継続的支援への方策に関する学術的研究は決して多くない。

浜多ら¹¹⁾は、看護学生の私的スピリチュアリティ（つながり性）が高まると看護学生としてのアイデンティティが確立傾向に向かうことを見出している。「看護学生としてのアイデンティティ」を看護師を目指す一貫した自己意識と定義づけており¹¹⁾、本研究で扱う「看護学生の職業的アイデンティティ」とは厳密には同義ではない。しかし、いずれも青年期の心理社会的発達課題のアイデンティティ確立との関連性が推察される。

また、上村はスピリチュアリティと「意味(meaning)」との関連性について言及し¹²⁾、この「意味」には「意図・目的・価値」が付帯されて

いることを指摘している。加えて、スピリチュアリティには「危機状態の出来事に意味を付与し、危機状況から回復させる機能がある」¹²⁾と述べている。ここで述べられた「意味の付与」は「意味のつながり」と同義であり、「つながり」はスピリチュアリティを定義づける重要語でもある¹³⁾。したがって、アイデンティティ拡散の危機に看護学生が陥った時、看護学生のスピリチュアリティの機能向上が危機解決の一要件なりうることが予測される。

Erikson は、人生の危機体験を順次積み重ねながら漸成的(epigenetic)に獲得していく「基本的信頼感(basic trust)」「自律性(autonomy)」「自主性(initiative)」「生産性(industry)」「同一性(identity)」などの自我感の有り様をパーソナリティと呼び¹⁴⁾、併せて健康なパーソナリティに必要な性質(spirited quality)である「希望(hope)」「意志(will)」「目的(purpose)」「有能感(competence)」「忠誠(fidelity)」などを人格的活力(virtue)と総称した¹⁵⁾。人格的活力は、次の段階の心理社会的危機を解決する力となり、それぞれの人格的活力は前段階の人格的活力を前提としながら、順次のその上に積み重ねられていく機能的統一体である¹⁵⁾。そして、人格的活力は人に生得的に備わる生きるための強さ(自我を支える力)¹⁶⁾であり、「希望」「意志」「目的」「有能感」「忠誠(信じきる尽くすところ)」はスピリチュアリティの構成内容「何かを求めそれに関係しようとするところのモチようであり(意気)、自分自身やある事柄に対する感じまたは思い(観念)」¹⁷⁾に包摂されていると考えられる。

また、人格的活力の涵養により成熟したパーソナリティは「自－他の相互性(社会化)」に寄与すると Erikson が述べていることから¹⁸⁾、人格的活力は「自－他の結びつきを志向するつながり性」を有していると推察される。

以上のことより、スピリチュアリティと人格的活力には重なる部分があり、パーソナリティの成熟、すなわち同一性の感覚の獲得、あるいは職業的アイデンティティの確立にスピリチュアリティが関与していることが推察される。

そこで、本研究では看護学生の職業的アイデン

ティティとスピリチュアリティおよびパーソナリティの関連性を明らかにすることを目的とし、確認された結果から職業的アイデンティティの確立に向けた教育支援への示唆を得たいと考えた。

1. 本研究の概念枠組み

因果仮説モデル（図1）として、スピリチュアリティには人格的活力の機能を包摂すると想定し、Eriksonのライフサイクル論に基づき「看護学生の職業的アイデンティティ（看護職一体意識）は、パーソナリティ（漸成的自我感）からスピリチュアリティ（人格的活力）を介して間接効果を受け、またパーソナリティから直接効果を受ける」と仮定した。

2. 用語の定義

1) 職業的アイデンティティ

「自分なりの看護観を内在化させ、自分の能力を信じ、自分自身が独自の存在であると認め、看護職を目指すことが自分に合っているという看護学生の自己意識の感覚」とする¹⁹⁾。

2) スピリチュアリティ

「自分自身および自分以外との非物質的な結びつきを志向する内発的つながり性」とする²⁰⁾。

3) パーソナリティ

「基本的信頼感・自律性・自主性・生産性・同一性で構成される自我感」とする¹⁴⁾。

研究対象と方法

1. 研究デザイン

関係探索研究（質問紙調査法）

2. 研究対象者

A県内の看護専門学校および専門学校看護学科に在籍する1～3年生の専門学校生

3. 調査期間

2020年11月～12月

4. 調査方法

研究対象である専門学校生に研究協力依頼書兼研究説明書と質問票を配布して、文書および口頭で本研究について説明し、質問票への記入と1週間後に回収される留め置き法による回収箱への投函を依頼した。

5. 調査項目

1) 基本属性

学年（1～3学年）

2) 看護学生の職業的アイデンティティ

藤井ら^{7, 21, 22)}が開発した医療系大学生用職業的アイデンティティ尺度の質問項目を看護学生向けに変更した上で使用した。この尺度は、「医療職の選択と成長への自信（選択自信）」・「医療職観の確立（職業観確立）」・「医療職として必要とさ

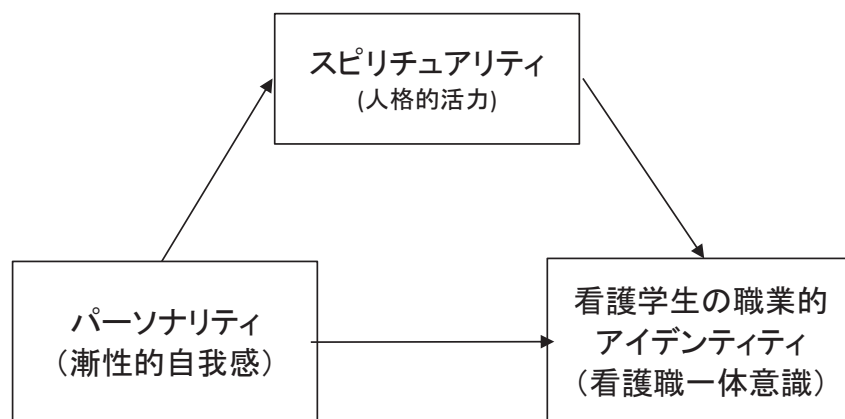


図1 因果仮説モデル

れることへの自負（必要自負）」「社会への貢献の志向（社会貢献志向）」の4下位尺度で構成される。下位尺度ごとの質問項目数はそれぞれ10項目、8項目、8項目、6項目であり、合計32項目の質問で構成される。本研究では、先行研究⁴⁾に倣い主因子分析の結果から、各因子負荷量の高い上位5つの質問項目（計20項目）を採用し、「全くあてはまらない」～「非常にあてはまる」の5段階評定で得点化した（各得点レンジ：5～25）。総得点が高いほど職業的アイデンティティの確立が高いことを示す。

3) スピリチュアリティ

比嘉¹⁷⁾が開発したスピリチュアリティ評定尺度A（SRS-A）を使用した。この尺度は「意気」6項目と「観念」9項目の2下位尺度で構成される尺度である。「全く思わない」～「非常によく思う」までの5段階評定で得点化した。「意気」（得点レンジ：6～30）と「観念」（得点レンジ：9～45）の総得点が高いほどスピリチュアリティ（personal spirituality）が高いことを示す。

4) パーソナリティ

Erikson のパーソナリティ構成要素の測定尺度を使用した。この尺度は、藤村^{14, 23)}によって作成された Erikson の提唱した人生周期のうち乳児期～前成人期の心理社会的危機の解決をとおして内在化された自我感に特徴づけられる人格構成要素の状態を測定できる尺度である。本尺度は、「基本的信頼感」「自律性」「自主性」「生産性」「同一性」「親密性」各7項目6下位尺度で構成される。本研究では、看護学生に適用できる「基本的信頼感」から「同一性」までの5つの下位尺度を使用し、「全くあてはまらない」～「非常にあてはまる」までの5段階評定で得点化（各得点レンジ：1～5）した。各得点の高さは各自我感の高さを示す。

5) 目指す看護師像

調査票の最終ページで、「どのような看護職を目指したいですか」を尋ね、自由記述による回答を求めた。

6. 分析方法

1) 基本統計量と一元配置分散分析

各学年の度数と各変数の基本統計量を SPSS Ver.28 を使い算出した。

2) 職業的アイデンティティとスピリチュアリティおよびパーソナリティとの相関分析

使用した尺度開発者らの分析方法を踏襲し、Pearson 積率相関係数を SPSS Ver.28 を使い算出した。相関係数 r の効果量については、0.20～0.40 の場合「Small」、0.40～0.70 の場合「Medium」、0.70 以上の場合「Large」と判断した。

3) 因果仮説モデルの共分散構造分析

本研究で仮定した因果仮説モデルのパス係数および適合度を Amos Ver.28 を使い算出した。算出過程において有意（ $p < 0.05$ ）なパス係数のみを用い、最終的な適合度については GFI（Goodness of Fit Index）、AGIF（Adjusted Goodness of Fit Index）、CFI（Comparative of Fit Index）、RMSEA（Root Mean Square Error of Approximation）の各指標を用いて総合的に判断した。

4) 目指す看護職像（自由記述）の内容分析

まず、人格的活力を表すスピリチュアリティ評定尺度A総合得点の平均値と標準偏差をから高群（平均値＋標準偏差以上）と低群（平均値－標準偏差以下）に分けた。次に、目指す看護師像を表現した箇所を抽出して抽象化し数量的に表示することで、両群の特徴を比較分析した。

倫理的配慮

研究対象者の所属する看護専門学校を訪れ、本研究について口頭および文章で説明するとともに、研究への協力は自由意思であり協力しなくても不利益は全くないこと、本研究以外に得られたデータを使用しないことを説明した。記入済みの質問紙の提出をもって本研究への協力に同意したと見做すこと、無記名自記式アンケートを使用しているため提出後の対応が不可能であること、学校名を含む個人情報を取得しないこと、研究対象

者の自由記述により得られたデータに個人が特定できる可能性のある情報が含まれていないことを研究成果公表時には充分に確認することを併せて説明した。

なお、本研究の対象校は全学年が在籍している必要があり、一部の学年が欠けている看護専門学校は対象外とした。筆者はこの対象外であった看護専門学校に調査時期に在籍していた。そのため、研究対象者と筆者は利害関係にはない。

本研究は「富山大学人間を対象とし医療を目的としない研究倫理審査委員会」の承認を得て実施した。（整理番号 J2019021, 承認月日 2020 年 5 月 8 日）

結 果

調査協力への承諾を得られた A 県内に所在する 3 年課程の看護専門学校 3 校の在校生 567 人を対象とした。うち 503 件（回答率 88.71%）の回答を得て、自由記述回答未記入以外の質問項目への回答に不備のない 450 件（有効回答率 79.37%）を分析対象とした。

1. 基本統計量と一元配置分散分析

各学年の度数は、1 年生 151 人（33.56%）、2 年生 150 人（33.33%）、3 年生 149 人（33.11%）であった。

使用した 3 尺度 11 下位尺度の Cronbach の α 係数を算出した結果は表 1 に示したとおりであり、全ての α 係数が 0.7 以上であった。

他の変数の基本統計量および学年別の職業的アイデンティティ尺度総得点の一元配置分散分析については表 2 に示した。学年別の職業的アイデンティティ尺度総得点には有意差（ $p = 0.001$ ）が認められた。

rmsea0=.05, rmseaA=.01, 自由度 =34, α エラー =0.05, 検出力 =0.8 と設定し、共分散構造分析に必要な最小データ数を後追いで算出したところ 339 件であり、本研究で確保できたデータ数は 450 件であることから、全体での共分散構造分析に必要なデータ数は確保できた。

しかし、学年別に分けて共分散構造分析を実施できるほどにはデータ数が確保できなかった。そこで、剰余変数としての学年の効果量を検討するために、効果量 η^2 値を算出した。剰余変数としての学年の効果量が Small（ $\eta^2 = 0.03$ ）であったため、以下では学年別ではなく学年全体（ $N=450$ ）の分析を行った。

表 1 各尺度の Cronbach の α 係数表

N=450		
尺度	α 係数	項目の数
看護学生の職業的アイデンティティ尺度	0.91	20
職業選択自信	0.86	5
職業観確立	0.88	5
必要自負	0.90	5
社会貢献	0.92	5
SRS-A	0.90	15
意気	0.77	6
観念	0.89	9
エリクソンのパーソナリティ構成要素の評定尺度		
基本的信頼感	0.88	7
自律性	0.82	7
自主性	0.83	7
生産性	0.82	7
同一性	0.85	7

表2 各尺度の基本統計量

N=450

尺 度	下位尺度	度数	得点範囲	平均値±標準偏差		
職業的アイデンティティ尺度合計得点		450	31-100	78.65±11.42		
基本属性属性					p	η^2
学年	1年生	151	31-100	80.15±11.67	0.001	0.03
	2年生	150	34-100	75.80±11.42		
	3年生	149	38-98	80.01±10.66		
選択自信尺度			5-25	18.23±3.99	一元配置分析による	
職業観確立尺度			5-25	17.60±4.02		
必要自負尺度			5-25	21.06±4.04		
社会貢献志向尺度			5-25	21.76±3.48		
スピリチュアリティ評定尺度A総合得点		450	23-75	47.19±9.88		
意気尺度			8-30	20.24±4.33		
観念尺度			9-45	26.95±6.68		
エリクソンのパーソナリティ構成要素の評定尺度						
基本的信頼感尺度		450	1-5	2.99±0.73		
自律性尺度		450	1-5	2.70±0.72		
自主性尺度		450	1-5	2.98±0.75		
生産性尺度		450	1-5	3.35±0.68		
同一性尺度		450	1-5	2.79±0.81		

2. 各変数間の相関分析

職業的アイデンティティとスピリチュアリティおよびパーソナリティとの相関係数については表3に示した。職業的アイデンティティ尺度総得点とスピリチュアリティ評定尺度A総得点の効果量はMedium ($r = 0.57$)であった。また、職業的アイデンティティ尺度総得点とパーソナリティ構成要素の測定尺度の下位尺度の効果量は、「基本的信頼感」がMedium ($r = 0.41$)、「自律性」($r = 0.10$)と「自主性」($r = 0.19$)に有意性のあ

る効果量は認められず、「生産性」がSmall ($r = 0.30$)、「同一性」がSmall ($r = 0.23$)であった。スピリチュアリティ評定尺度A総得点とパーソナリティ構成要素の測定尺度の下位尺度の効果量は、「基本的信頼感」がMedium ($r = 0.67$)、「自律性」がSmall ($r = 0.34$)、「自主性」がSmall ($r = 0.27$)、「生産性」がSmall ($r = 0.35$)、「同一性」がMedium ($r = 0.43$)であった。この結果より、前提要件を満たしていると判断し、共分散構造分析を実施した。

表3 職業的アイデンティティとスピリチュアルティ、パーソナリティの相関係数

N=450

	下位尺度	看護学生の職業的アイデンティティ尺度					SRS-A			エリクソンの パーソナリティ構成要素の評定尺度			
		総得点	選択自信	職業観 確立	必要自負	社会貢献 志向	総得点	意気	観念	基本的 信頼感	自律性	自主性	生産性
職業的 アイデンティティ 尺度	選択自信	0.79***											
	職業観確立	0.77***	0.58**										
	必要自負	0.60**	0.18	0.20*									
	社会貢献志向	0.80***	0.55**	0.48**	0.37*								
SRS-A	総得点	0.57**	0.51**	0.55**	0.22*	0.41**							
	意気	0.55**	0.47**	0.50**	0.23*	0.42**	0.84***						
	観念	0.49**	0.45**	0.49**	0.17	0.33*	0.94***	0.59**					
エリクソンの パーソナリティ 構成要素の 評定尺度	基本的信頼感	0.41**	0.38*	0.40**	0.14	0.27*	0.67**	0.45**	0.70***				
	自律性	0.10	0.13	0.24*	-0.07	-0.03	0.34*	0.21*	0.37*	0.35*			
	自主性	0.19	0.18	0.28*	-0.01	0.11	0.27*	0.18	0.28*	0.34*	0.34*		
	生産性	0.30*	0.29*	0.23*	0.13	0.24*	0.35*	0.26*	0.35*	0.26*	0.16	0.33*	
	同一性	0.23*	0.25*	0.29*	0.01	0.14	0.43**	0.25*	0.48**	0.54**	0.46**	0.42**	0.29*

ピアソン積率相関係数による 効果量 r : * = Small: $0.20 \leq |r| \leq 0.39$ ** = Medium: $0.40 \leq |r| \leq 0.69$ *** = Large: $0.70 \leq |r| \leq 1.00$

3. 共分散構造分析による因果仮説モデルの検討

共分散構造分析の結果を図2に示した（推定されたパス係数は標準化解）。適合度は概ね良好であった（GFI = 0.97, AGFI = 0.93, CFI = 0.97, RMSEA = 0.06）。

また、パーソナリティから職業的アイデンティティへの直接効果は $r = 0.27$ 、パーソナリティからスピリチュアリティへのパス係数 0.84 とスピリチュアリティから職業的アイデンティティへのパス係数 0.40 から、スピリチュアリティを介したパーソナリティの職業的アイデンティティへの間接効果は $r = 0.34$ であった。したがって、本研究の因果仮説モデルの総合効果は $r = 0.61$ であった。

4. スピリチュアリティ評価尺度A総得点の高低別の自由回答記述内容の比較

共分散構造分析により確認された因果仮説モデル図より、スピリチュアリティは職業的アイデンティティ確立促進において媒介的な役割を果たすことが示唆された。

スピリチュアリティ評価尺度A 総得点の平均値と標準偏差が 47.19 ± 9.88 であったため、総得点が 58 ($47.19+9.88$) 以上を高群、総得点が 37 ($47.19-9.88$) 以下を低群とした。高群は 72 件、

低群は 76 件であった。そのうち記述回答のあった高群 52 件、低群 54 件の内容を分析対象とした。分析結果を表4と5に示す。

1) スピリチュアリティ評価尺度A 総得点高群および低群共通傾向

いずれの群においても、「信頼される」「必要とされる」「安心できる」「寄り添える」「患者を慮る」「優しい」「成長する」のサブカテゴリーが確認された。

2) スピリチュアリティ評価尺度A 総合得点高群記述内容の傾向

「頼られる」「ニーズにあった看護ができる」「自信のある」等肯定的なサブカテゴリーが確認された。また、「看護に一生懸命」と、より良い看護職を目指すための努力を志向したものが確認された。

3) スピリチュアリティ評価尺度A 総得点低群記述内容の傾向

記述内容は「役に立つ」等の肯定的な傾向の内容が少なくなったが、カテゴリー化できなかった回答内容の中には、目指す看護職像が「分からない」「看護師になりたくない」と否定的な傾向の

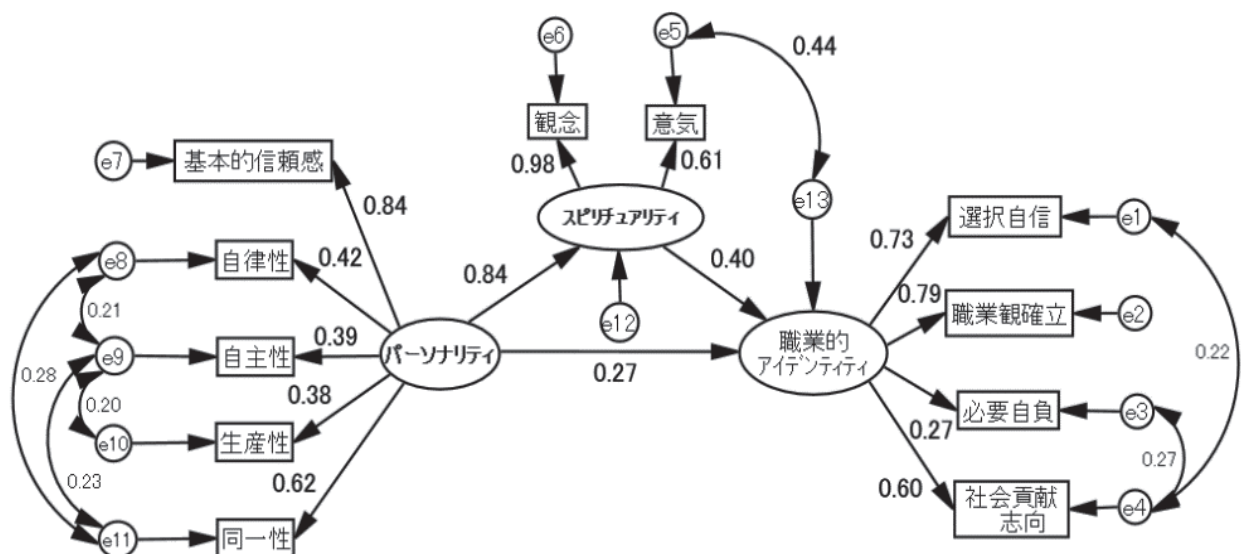


図2 共分散構造分析結果

(GFI = 0.97, AGFI = 0.93, CFI = 0.97, RMSEA = 0.06, パス係数は標準化解, 係数は全て $p < 0.05$) N = 450

表4 スピリチュアリティ高群の自由回答記述内容

			N＝52
カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容等	数
患者等に受け入れられる	信頼される	信頼される	4
		患者に信頼される	1
		他の医療従事者に信頼される	2
		誰からも信頼される	2
	頼られる	頼られる	5
		患者に頼られる	2
		患者だけでなく患者の家族にも頼られる	1
	必要とされる	必要とされる	2
		患者さんに必要とされる	1
	安心できる	ありがたいと言いたくなる看護師	1
患者の気持ちがわかる	寄り添える	患者が安心できる	2
		安心・安全な看護ができる	3
		患者に寄り添える	3
		患者の不安に寄り添える	1
	患者を慮る	よりそえる看護師	2
		患者とその家族に寄り添える	2
		患者さんの立場になって考えられる	1
		相手を思いやる	1
	優しい	患者さんのことを第一に考えられる	1
		患者さんの1番の味方	1
心と体を支えることが出来る		1	
人に優しくしたい		1	
自己研鑽できる	成長する	だれにでもやさしく接することができる	1
		やさしい	1
		思いやりのある	1
		あたたかい心で看護を行う	1
	看護に一生懸命	心のよりどころになれる存在	1
		患者の要望を叶えてあげられるような看護師	1
		患者のニーズにあった看護	1
		その人に合った看護ができる	1
	広い視野を持つ	患者の希望によりそえる看護職	1
		患者、家族を笑顔にしたい	1
自分の力をずっと伸ばし続けたい		1	
これからも学び続ける		1	
自信のある	目標をもっていろいろなことにチャレンジしていきたい	1	
	看護に個性が出るようになりたい	1	
	何事にも迅速に行動できる看護師になりたい	1	
	どんな仕事にも一生懸命に全力で取り組める	1	
その他	責任感を持って仕事をしたい	1	
	患者さんにとって善いことは何かと常に考えられる	1	
	看護師としてできることは何か考え続ける	1	
	根拠をもって技術や看護を行う	1	

内容,「自身を大切にする」「尊重される」というように自己に焦点を当てたものが確認された。

考 察

1. 共分散構造分析により確認されたスピリチュアリティと職業的アイデンティティの関連について

図1の因果仮説モデルの適合度が概ね良好であったことより,スピリチュアリティは職業的ア

イデンティティ確立促進において媒介的な役割を果たすことが示唆された。Erikson は,「それぞれの人生段階の心理社会的危機を解決していくことによって出現する『人格的活力』は,次の段階の心理社会的危機を解決する力になりうる」²⁴⁾と述べている。人格的活力の機能を包摂するスピリチュアリティに職業的アイデンティティ確立促進の媒介因子としての機能があることが示唆されたことは,確認された因果仮説モデルが妥当であ

表5 スピリチュアリティ低群の自由回答記述内容

N=54

カテゴリー	サブカテゴリー	記述内容等	
患者等に受け入れられる	信頼される	信頼される	5
		患者に信頼される	3
		患者・家族から信頼される	1
		患者・他の医療従事者に信頼される	1
	必要とされる	必要とされる	1
		必要とされ長く仕事を続けられる看護師	1
		人にもとめられる看護職	1
	役に立つ	人の助けになれる	1
		人の役に立つ	2
		患者さんの力になれる	1
		人の役に立ち、「ありがとう」と感謝される	1
患者の気持ちがわかる	安心できる	安心、癒しを与えられる	1
		安全な看護の実施ができる	1
	寄り添える	患者さんに寄り添える	5
		患者とその家族の思いに寄り添える	1
	患者を慮る	相手の立場に立って考えることができる	2
		患者の気持ちを考えて行動できる	1
		患者と家族、両方と向き合える	1
		個別性を大事にしながら看護ができる	1
		丁寧に扱われるナース	1
		“その人らしさ”を尊重できる	1
		精神的面もケアできる	1
	優しい	優しい	2
		やさしい	2
		思いやりのある	1
		気遣いができる	1
		周りの環境に気を配れる	1
自己研鑽できる	成長する	確かな知識と技術を持つ	2
		自己研鑽を怠らない	1
	広い視野を持つ	視野の広い看護師	1
		自分の人生に満足いくナース	1
	自身を大切にする	自分の意思をもてるような世の中にしたい	1
		自分も含めて、心が傷つけられず、人として尊重される	1
		分からない	2
	目指す看護師象を見いだせていない	定まっていない	1
		看護職に就きたくない	1
	その他	患者の人生をいい意味で変えられる	1

ることを示していると考え、同時にスピリチュアリティの機能向上を図るという観点が教育支援に必要であることを意味していると考え。

2. 共分散構造分析により確認された自我感とスピリチュアリティとの関連について

パーソナリティからスピリチュアリティへのパス係数は0.84であり、パーソナリティから「基本的信頼感」へのパス係数は0.84、「自律性」へのパス係数は0.42、「同一性」へのパス係数は0.62であった。このことは、スピリチュアリティの機能に「基本的信頼感」「自律性」「同一性」の状態が関与していることを示唆していると考え。

Erikson¹⁾は「同一性」の自我感の獲得には「希望」と自己決定できることの確信が必要であるこ

とに言及している。「希望」は「基本的信頼感」の、自己決定できるとは即ち「意志」であり、これは「自律性」の自我感の獲得により得られる人格的活力である。これらの人格的活力は、スピリチュアリティの構成内容である「何かを求めそれに関係しようとするところのもちよう（意気）」の機能向上に関与していると考え。

荒井が「自分を含む社会的集団、社会的現実の中で自己投入を行うということを抜きにしては、自我同一性の確立というのはいり得ない」²⁵⁾と述べていることが示しているとおりに、職業的アイデンティティを含む「同一性」の自我感の獲得においては、自分自身の考え方や生き方について問い直したり試行錯誤したりするなど自己探求的な模索である自己投入が不可欠である。そして、天

貝²⁶⁾は「信頼感」の「自我同一性」への自己投入の側面への影響に言及し、安定した自分と他人に対する信頼感が自己を探求する際の資源になると述べている。

なぜ、「基本的信頼感」の自我感が自己投入のための資源となりうるのだろうか。銅直²⁷⁾は、自分と他人に対する信頼感（すなわち「基本的信頼感」）があると、自分が直面する苦痛な出来事であったとしても、良い方向に意味づけし理解していく土壌がつくられやすいことを指摘し、「同一性」と有意味感には正の相関関係があることも見出している。

看護学生の場合、看護職を志す自己を確認することが自己投入であるが、教育課程の過密さや1年近くにわたる臨地実習など、その道程は決して平坦ではなく辛いことも少なくない。しかし、看護学生に内在化された「基本的信頼感」の自我感が高い状態であると、「希望」「意志」「目的」の「人格的活力」を包摂する「何かを求めそれに関係しようとするところの持ちようである（意気）」の機能が向上しやすく、それは自己投入を続けようとする力になると考える。そして、同時に「観念の高まりにより青年期の心理社会的危機の解決の成果である「忠誠」という「人格的活力」を出現させる。この「忠誠」を「価値の体系について、避けることのできない矛盾があっても、自分で自由に選んだものに尽くすところをもち続ける能力」¹⁵⁾と Erikson は定義づけている。看護学生の「忠誠」はすなわち看護という職業への更なる自己投入において大きな力となり、看護職アイデンティティの確立に繋がると考えられる。

以上のことより、「基本的信頼感」は「同一性」の自我感とスピリチュアリティの機能を高める上での重要な自我感であると考えられる。

看護学生がその学業生活の中で看護職を目指す過程で行う自己投入は自身と置かれている環境（クラスメイト、患者、臨地実習指導者、看護教員、看護学等）の双方向に向けられている。自己投入をとおして、「何かを求めそれに関係しようとするところの持ちようである（意気）」と「自分自身やあること柄に対する感じまたは思い（観念）」を含むスピリチュアリティの機能が向上す

る。その結果、職業的アイデンティティの下位因子である「選択自信」「職業観確立」「社会貢献志向」が高まるのであるが、この状態は Erikson の提唱する自分自身の価値を信じそれに対して貢献し応えようとする「忠誠」という人格的活力の出現にも該当すると考える。

3. 自由記述回答内容から確認されたサブカテゴリーについて

スピリチュアリティ評定尺度総A得点の高低に関わらず両群に確認されたサブカテゴリーは、「信頼される」「必要とされる」「安心できる」「寄り添える」「患者を慮る」「優しい」と、患者等から受け入れられる看護師象をイメージしたものであった。低群においては、更にサブカテゴリー「自身を大切にする」および、サブカテゴリー化されなかったが「尊重される」と自己に焦点を当てた内容が確認された。これらは看護学生の承認欲求の表れであると考ええる。

この結果は、Erikson が「若者が周囲の人々から『承認される』ことを必要としている」¹⁾と述べていることと矛盾しない。記述内容の傾向は、看護学生の職業的アイデンティティを確立するには、看護学生にとって重要である大人、この場合は、臨地実習指導者や患者、そして看護教員等からの「承認」が大きな意味を持つことを示唆していると考ええる。

また、スピリチュアリティ評定尺度A総得点高群の内容には、患者等から受け入れられるような看護職になるための努力志向を示すものが確認された。このことは、自己投入する力が高まっていることを示唆していると考えられる。

4. 職業的アイデンティティ確立を促進する教育支援について

先述したとおり、スピリチュアリティの機能向上を図るという観点が教育支援に必要であることが示唆された。そこで、はじめにスピリチュアリティの機能向上のための教育支援について検討したい。

伊藤ら²⁸⁾は臨地実習中に危機状態に陥りスピリチュアリティに揺らぎのある看護学生のスピリ

チュアリティの覚醒（高まり）に影響する要因として、「教員の後方支援」「仲間の励まし」「自分を認めてくれる人の存在」「どうすれば良いか考え続ける」を抽出している。一方で、比嘉らが提唱した対象の内的成長を促進させる言語的・非言語的コミュニケーションのスキル（技能）である援助的コミュニケーションスキル²⁹⁾は、その性質から対象のスピリチュアリティに影響を及ぼすと想定される。そのスキル（技能）には「共感的確認」「保証・激励」「支持的話題」「受容的話題」等がある²⁹⁾。伊藤らがスピリチュアリティの覚醒（高まり）に影響する要因として挙げた「教員の後方支援」と「仲間の励まし」は、これら援助的コミュニケーションスキル（技能）に該当すると考えられる。特に「保証・激励」は「安心させる、または励ます、または勇気づける」スキル（技能）であり、これは伊藤ら²⁸⁾の述べる「教員の後方支援」の一部であり、「仲間の励まし」も含まれると考える。

そして、「自分を認めてくれる人の存在」は誰かから「承認」されることを、「どうすれば良いか考え続ける」については看護への「自己投入」を意味していると考ええる。

ところで、職業的アイデンティティの確立には、特に「基本的信頼感」の自我感の高まりとスピリチュアリティの機能向上が寄与することが、共分散構造分析の結果により示唆された。故に、「基本的信頼感」の自我感を高める支援が職業的アイデンティティ確立のための支援の方策の一つになりうると考える。

そこで、次に看護学生の「基本的信頼感」の自我感を高める支援について検討したい。Eriksonは「基本的信頼感」は乳児期に獲得されるものとしている¹⁾。しかし、天貝は青年期において再獲得（成熟）期を迎える可能性があることを指摘している²⁶⁾。このことは、「基本的信頼感」の自我感が低いままで青年期の発達段階を迎えた学生であっても、何らかの支援を受けることにより「基本的信頼感」の再獲得あるいは高めることが可能であることを示していると考ええる。

天貝は高校生を対象とした信頼感の発達を促す研究を行い、その結果、信頼感の発達に影響を及

ぼす要因として「受容経験」「承認経験」「親との密接な関わり経験」「対人的傷つき経験（これのみ負の相関関係）」を挙げている²⁶⁾。先述したとおり、伊藤らは臨地実習中に危機状態に陥った学生のスピリチュアリティの覚醒（高まり）に影響する要因として、「教員の後方支援」「仲間の励まし」「自分を認めてくれる人の存在」「どうすれば良いか考え続ける」などを抽出しているが、「教員の後方支援」「自分を認めてくれる人の存在」はまさしく「受容経験」「承認経験」である。看護学生は、「受容」と「承認」を経験しながら、自身と置かれている環境（クラスメイト、患者、臨地実習指導者、看護教員、看護学等）へ自己投入し、「同一性」の自我感を高めていく。すなわち、「同一性対同一性の拡散」という心理社会的危機の最中にあっても、周囲の重要な大人たちの「承認」「受容」そして、「保証・激励」といった教員の後方支援と「仲間の励まし」を受けることで、学生はより一層安心して自己投入に没頭することができ、それはスピリチュアリティの機能向上および人格的活力である「忠誠」の出現に繋がる。その「忠誠」は更なる自己投入のための力となり、職業的アイデンティティの下位因子である「職業選択自信」「職業観確立」「社会貢献志向」を高め、職業的アイデンティティの確立のための原資となると考える。

以上のことより、共分散構造分析により得られた結果は職業的アイデンティティ状態の確立のためには、「承認」「受容」「保証・激励」の教育支援が効果的であることを示唆していると考ええる。

結 語

看護学生の職業的アイデンティティとスピリチュアリティおよびパーソナリティの関連性を明らかにするために、看護学生450人を対象に質問紙調査を実施し共分散構造分析を行った結果は以下のとおりであった。

1. 職業的アイデンティティの確立促進にはパーソナリティの様相が関連し、スピリチュアリティが媒介的な役割を果たすことが示唆された。

2. 看護学生の職業的アイデンティティの確立促進には、パーソナリティの「基本的信頼感」「同一性」「自律性」の自我感を高め、スピリチュアリティの機能を高める教育支援としての「受容」「承認」「保証・激励」が有効である可能性が示唆された。

本研究の限界と今後の課題

本研究は横断研究である。確認されたパーソナリティ、スピリチュアリティおよび職業的アイデンティティ3つの潜在変数の関係性にに基づき得られた因果仮説モデルおよび教育支援への方策は推論に留まる。今後、得られた教育支援への示唆を積極的に活用し、その効果を検証していく必要がある。

謝 辞

A県看護教育機関連絡協議会所属校の関係者様、そして調査を実施した時期に看護専門学校に在籍しておられました学生および教員の皆様、各尺度の使用許可および助言をくださった諸先生方、本研究に関わっていただいた全ての方に感謝いたします。

本研究はJSPS科研費JP19K10924の助成を受けたものです。

利益相反の開示

本研究における利益相反はない。

引用文献

- 1) エリク・H・エリクソン：アイデンティティとライフサイクル（西平直，中島由恵訳）。誠信書房，東京，2011。
- 2) 中谷陽輔，友野隆成，佐藤豪：現代青年においてアイデンティティ（自我同一性）の危機は顕在化するのか。パーソナリティ研究，20（2），63-72，2011。
- 3) 千葉朝子：看護学校在学中の看護師志望意志

の変化と影響因子および職業的アイデンティティとの関連。国立病院看護研究学会誌 9（1），2-12，2013。

- 4) 高畑正子，大川明子，梅田徳男：看護大学生の特性的自己効力感が職業的アイデンティティに与える影響－学年間の比較－。中京学院大学看護学部紀要 5（1），27-39，2015。
- 5) 高瀬園子，佐藤美佳，西沢義子：看護学生における職業的アイデンティティの文献レビュー。保健科学研究 9（1），1-10，2018。
- 6) 柴田久美子：職業的アイデンティティ理論に関する考察－理論の系譜と研究の課題－。明星大学社会学研究紀要，24，23-29，2004。
- 7) 藤井恭子，野々村典子，鈴木純恵ほか：医療系学生における職業的アイデンティティの分析。茨城県立医療大学紀要 7，131-142，2002。
- 8) 落合幸子，紙屋克子，マイマイティ パリダほか：エキスパート・モデルが看護学生の職業的アイデンティティに及ぼす影響－自己効力感・評価懸念との関連からみた効果－。茨城県立医療大学紀要，11，71-78，2006。
- 9) マイマイティ パリダ，落合幸子，池田幸恭ほか：職業的アイデンティティを高める実習直前指導が看護学実習での学びに及ぼす効果。茨城県立医療大学紀要，14，77-86，2009。
- 10) 片岡祥：講義を用いた看護学生の職業的アイデンティティを高める取り組み－臨床場面を想定したロールプレイの効果の検討－。応用心理学研究，40（1），56-62，2014。
- 11) 浜多美奈子，比嘉勇人，田中いずみほか：看護学生としてのアイデンティティと私的スピリチュアリティの関連および看護学生アイデンティティ確立に向けた方策の検討。富山大学看護学会誌 16（2），107-124，2017。
- 12) 上村建二郎：スピリチュアリティと意味（meaning）。先端倫理研究 6，64-82，2012。
- 13) 樫尾直樹：スピリチュアリティ革命－現代霊性文化と開かれた宗教の可能性－。春秋社，東京，2010。
- 14) 藤村和久：エリクソンのパーソナリティ構成要素の測定尺度（EPCS）の構成－人生周期における基本的信頼感から親密性－。大阪樟蔭女

- 子大学人間科学研究紀要 7, 149-161, 2008.
- 15) エリク・H・エリクソン：洞察と責任 [改訳版] - 精神分析の臨床と倫理. (鑑幹八郎訳), 誠信書房, 東京, 2011.
 - 16) 西平直：E・H・エリクソンの virtue 概念 - 発達の視点と規範性の問題 - . 教育学研究 52 (2), 214-223, 1985.
 - 17) 比嘉勇人：神気性 (スピリチュアリティ) とは. 看護診断 13 (1), 78-83, 2008.
 - 18) 片瀬和夫：E・H・エリクソンにおける二次的社会科への視点 - ライフ・サイクル論の意義をめぐって - . 社会学評論 34 (3), 254-269, 1983.
 - 19) 新見明子, 黒田裕子, 合田友美ほか：看護学生の職業的アイデンティティ形成に関する研究 (第一報) - 看護学生の対人援助能力 - . 川崎医療短期大学紀要 26, 16, 2006.
 - 20) 比嘉勇人：精神看護学における「精」「神」論考：心理性 (メンタリティ) と神気性 (私的スピリチュアリティ). 富山大学看護学会誌, 16 (2), 97-106, 2017.
 - 21) 岩井浩一, 澤田雄二, 野々村典子他：看護職の職業的アイデンティティ尺度の作成. 茨城県立医療大学紀要, 6, 57-66, 2000.
 - 22) 落合幸子, 本多陽子, 落合良行ほか：医療系大学への進路決定プロセスと入学後の職業的アイデンティティとの関連. 医学教育, 37 (3), 141-149, 2006.
 - 23) 藤村和久：グループ主軸法による相関性の高い行動特性の測定尺度の構成 - Erikson のパーソナリティ構成要素の測定尺度の構成 - . 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要 3, 107-117, 2004.
 - 24) エリク・H・エリクソン：幼児期と社会 I (仁科弥生訳). みすず書房, 東京, 1993.
 - 25) 荒井真太郎：「自己投入」について - 自尊感情, 発達段階との関連 - . 関西国際大学研究紀要 6, 111-122, 2005.
 - 26) 天貝由美子：信頼感の発達心理学 - 思春期から老年期に至るまで - . 新曜社, 東京, 2001.
 - 27) 銅直優子：アイデンティティと信頼感が首尾一貫感覚の形成に及ぼす影響. 流通科学大学論集 - 人間・社会・自然編 - 31 (1), 37-48, 2018.
 - 28) 伊藤祐紀子, 天谷美紀：臨地実習において看護学生が体験したスピリチュアリティの揺らぎ. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 17 (1), 67-76, 2021.
 - 29) 杉山由香里, 比嘉勇人：看護師の基礎的コミュニケーションスキルと援助的コミュニケーションスキルの関連性. 日本精神保健看護学会誌, 28 (1), 12-20, 2019.

Association between nursing students' professional identity, personal spirituality, and personality

Kaoru MAKINO¹⁾, Hayato HIGA²⁾

1) Toyama Medical Welfare College Department of Nursing

2) Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences,
University of Toyama

Abstract

This study aimed to determine the association between professional identity, personal spirituality, and personality of nursing students, and to obtain suggestions on educational support to promote the establishment of professional identity. An anonymous, self-administered survey was conducted in 567 nursing students within Prefecture A, and 450 valid responses were obtained. Using the response data, covariance structure analysis was conducted, and a causal hypothesis model that showed a generally good goodness of fit was utilized. Moreover, from the standardized coefficient of the utilized causal hypothesis model, “a direct effect from personality to professional identity of 0.27” and “an indirect effect from personality to professional identity through personal spirituality of 0.34” were found. Based on these results, it was suggested that educational support (acceptance, recognition, assurance, encouragement) that increases the “fundamental sense of trust,” “identity,” and “autonomy” that comprise a nursing student’s personality is effective in promoting the establishment of professional identity.

Keywords

Professional identity, Personal spirituality, Personality, Virtue

日本における認知症高齢者の疼痛評価に関する文献検討

久田 智未¹⁾, 山崎 智可²⁾, 堀 悦郎³⁾

1) 元富山大学附属病院

2) 富山県立大学看護学部

3) 富山大学学術研究部医学系行動科学

要 旨

本研究は、先行研究から認知症高齢者への疼痛評価について検討し、今後の研究課題を明らかにすることを目的とした。医中誌 Web を使用し「認知症」、「疼痛」、「評価」に関連するキーワードにて検索を行い、11 件の文献を分析対象とした。

分析の結果、認知症高齢者に対して、自己報告や観察及び家族・多職種からの情報に基づいた疼痛評価が実施されていた。自己報告に基づく評価と観察に基づく評価は併用し、対象の認知機能を見極めたうえで適した方法を用いる必要がある。また、認知症高齢者に関わる多職種が専門性を活かし、それぞれ疼痛評価を行うことが求められる。加えて、疼痛評価スケールの使用により、背景の異なる多職種の評価指標を統一することが望ましいであろう。

今後は、看護師以外の職種が実施する疼痛評価の実態の調査や、疼痛評価に評価スケールが使用されない原因の調査及び疼痛評価者への教育が必要となると考えられた。

キーワード

認知症、高齢者、疼痛評価、文献レビュー

はじめに

わが国では、高齢化が進み、2070 年には 65 歳以上の者の割合は 38.7% となると推計されている¹⁾。それに伴い、認知症の有病者数も増加を認めており²⁾ 大きな社会問題となっている。

加齢により運動器疾患やがんの有症率は上昇し、疼痛を有する高齢者は増加する³⁾。慢性的な疼痛は、高齢者の Activities of daily living (ADL) や Quality of life (QOL) の低下に直結し、日常生活に障害をもたらす³⁾。加えて、認知症では、行動・心理症状 (Behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) が介護者の負担となることから、その対策が喫緊の課題とされる⁴⁾。BPSD の誘因は様々であるが、その一つに疼痛があげられている⁴⁾。

国際疼痛学会では痛みについて、実際の組織損傷もしくは組織損傷が起こりうる状態に付随する、あるいはそれに似た感覚かつ情動の不快な体験である⁵⁾ と定義されている。加えて、痛みは個人的な経験であり生物学的、心理的、社会的要因に影響を受ける⁵⁾ とされた。つまり、疼痛は主観的体験でありその評価には自己報告が重要となる。自己報告を基に疼痛の強さを評価する方法として、Visual analogue scale (VAS) や Numerical rating scale (NRS) 及びフェイススケールとも呼ばれる Face rating scale (FRS)⁶⁾ 等が用いられている。一方、2002 年に米国老年医学会 (American geriatrics society : AGS) より、高齢者や認知症患者では自己報告に加え客観的に疼痛を捉える必要があると提言された⁷⁾。その後、欧米では認知症高齢者の疼痛を客観的に評価する方法として、

Abbey pain scale や DOLOPLUS-2 等の行動観察スケールが開発されてきた⁸⁾。わが国では、欧米で開発されたスケールを基にした日本語版 Abbey pain scale (APS-J)^{9,10)} や日本語版 DOLOPLUS-2 の作成¹¹⁾ 及び独自の疼痛評価スケールの開発¹²⁾ が進んでいる。

国外では、高齢者や認知症患者に実施される疼痛評価の視点や使用される疼痛評価スケール等について文献レビューにより明らかになっている⁸⁾。わが国では、認知症ケアにあたる看護師が抱える困難の一つとして、対象者の症状の自覚や訴えが少なく状態悪化が掴みにくいことが報告されている¹³⁾。加えて、認知症高齢者の疼痛緩和は不十分であるとされており¹⁴⁾、認知症高齢者では疼痛の把握が困難なためにその緩和が十分に図れていない可能性がある。また、わが国において認知症高齢者の疼痛評価に関する研究動向を調査した文献はなく、認知症高齢者の疼痛評価に関する検討は十分ではないと考える。認知症高齢者の疼痛を正しく評価しコントロールすることにより、ADL や QOL の維持及び BPSD の出現予防に繋がると考えられ、認知症高齢者への疼痛評価について検討することは重要といえるだろう。

そこで本研究では、先行研究からわが国で実施されている認知症高齢者への疼痛評価の実態や課題及び異なる疼痛評価方法の比較結果について整理することで、認知症高齢者に対する疼痛評価について検討し、今後の研究課題を明らかにすることを目的とした。

用語の定義

疼痛：疾患の有無に関わらず、一定期間繰り返すまたは持続する痛み及び体動に伴い出現する痛みとする。

疼痛評価：疼痛に関する情報収集を行い、疼痛の状況を判断することであり、疼痛の把握やそのコントロールを目的に実施されるものとする。

文献の収集方法と分析方法

本研究では、国内の動向を探る目的から国内文

献を対象とし、データベースは「医中誌 Web」を使用した。検索は「認知症 or 認知機能低下」and「疼痛 or 痛み」and「評価 or 調査 or アセスメント or マネジメント or 把握」のキーワードを組み合わせて実施した。2002 年に AGS より高齢者や認知症患者の疼痛を客観的に捉えることが推奨され⁷⁾、様々な評価が行われるようになった。そのため、検索の期間は 2002 年 1 月 1 日から 2024 年 3 月 31 日とし、原著論文を条件に加えて検索を実施した。また、文献の採択基準を「認知症（または認知機能低下がある）高齢者に対する疼痛評価の方法や視点及び評価の比較に関する記載がある」と設定した。除外基準は、総説及び症例研究、疼痛評価の詳細について記載がない文献、新たな疼痛評価方法の開発や有用性の検証が目的の文献、穿刺時の疼痛を評価した文献、国外文献の 5 つとした。検索の後タイトルと抄録を確認し、採択基準に適さない論文を除外した（一次スクリーニング）。その後文献の内容を精読し、除外基準に基づき二次スクリーニングを行った（図 1）。文献選定の過程においては、2 名の研究者が独立して実施し、文献スクリーニングの過程で意見が分かれた場合には、討議をした後に文献を決定した。

分析では、まず対象文献の発行年や研究デザイン、研究目的、研究対象者、疼痛評価者、疼痛評価の場所、疼痛の概要、文献中に記載があった疼痛評価スケールの概要についてまとめた。次に、疼痛評価の実態と課題を整理するために、対象文献から疼痛評価の方法や視点及び疼痛評価の課題に関する記述を抽出した。疼痛評価の実態では、抽出された疼痛評価の方法や視点について内容の類似性に基づき分類した。疼痛評価の課題についても同様に、抽出された記述内容の類似性に基づき分類した。最後に、異なる疼痛評価方法を比較した文献からその結果と考察を抽出し、これらを整理した。

結 果

検索の結果 610 件の文献が該当した。重複している文献を除外し 279 件とした後、採択基準に基

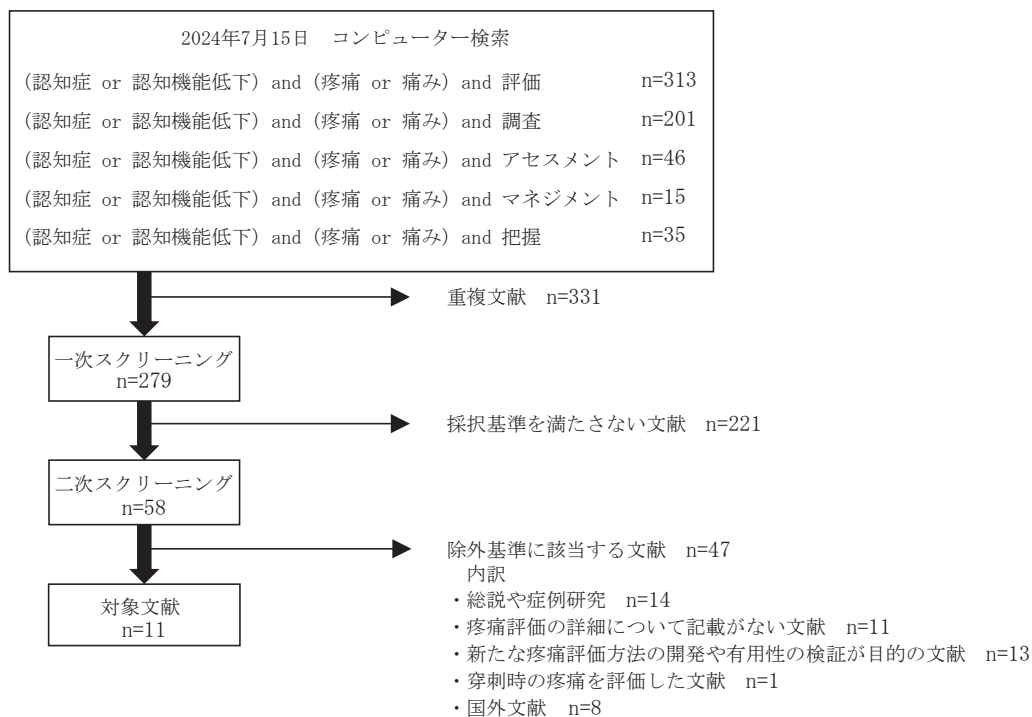


図1 文献の選定過程

づきタイトルと抄録を確認し、文献を58件に絞り込んだ。これらの内容を精読し、除外基準に基づき11件の論文を対象文献とした(図1)。

1. 分析対象とした文献の概要(表1)

分析対象とした文献の発行年は、2010年代が7件¹⁵⁻²¹⁾、2020年代が4件²²⁻²⁵⁾であり、2000年代のものはなかった。研究デザインは、質的研究4件¹⁸⁻²¹⁾、実態調査研究4件^{15, 16, 22, 23)}、横断研究2件^{17, 24)}、非ランダム化比較試験1件²⁵⁾であった。疼痛評価者は、医師が1件¹⁶⁾、看護師が6件^{15, 17-20, 25)}、訪問看護師が1件²¹⁾、理学療法士を含むリハビリ職が2件^{23, 24)}であった。また、看護職・介護職・リハビリ職の3職種を対象とした文献が1件²²⁾あった。疼痛評価を実施した場所は、病院6件^{15, 18-20, 24, 25)}、在宅2件^{16, 21)}、介護老人保健施設1件²²⁾であった。また、病院及び介護老人保健施設で疼痛評価を実施した文献が1件²³⁾、病院、老人ホーム及びグループホームで疼痛評価を実施した文献が1件¹⁷⁾であった。

2. 分析対象とした文献中に記載があった疼痛評価スケール

分析対象とした文献では、フェイススケール^{21, 23)}やFRS²²⁾、VAS^{22, 23)}、NRS^{22, 23, 25)}、Verbal descriptor scale(VDS)¹⁷⁾、Verbal rating scale(VRS)²⁴⁾及びAPS-J^{17, 22-25)}についての記載があった。それぞれの疼痛評価スケールと評価の概要について表2に示す。

3. 認知症高齢者に対する疼痛評価の実態(表3)

本研究では、疼痛を有する認知症高齢者に実施された評価の特徴から疼痛評価を、1)自己報告に基づく評価、2)観察に基づく評価、3)家族・多職種からの情報に基づく評価の3つに分類した。自己報告に基づく評価及び観察に基づく評価では、スケールを使用した評価とスケールを使用しない評価について記述されていた。以下にそれぞれの疼痛評価の概要やその視点及び方法について述べる。なお質的研究から得られたデータは、サブカテゴリー/中カテゴリーを〈〉、コード/

表 1 分析対象とした文献の概要

文献 No	著者 (発行年)	研究デザイン	目的	対象者 (調査の範囲)	疼痛評価者	疼痛評価の場所	疼痛の概要
15)	北川 (2012)	実態調査研究	認知機能低下のある高齢患者の疼痛の実際と把握時に看護師が着目した患者の行動や反応の特徴を明らかにする	病院の看護師 (A地方, 19病院)	看護師	病院	持続する身体的疼痛 繰り返す身体的疼痛
16)	村上ら (2012)	実態調査研究	高齢のがん患者の疼痛評価や治療薬の選択を明らかにし, 在宅医療における傾向を把握する	在宅医療に従事する医師 (全国からランダム抽出)	医師	在宅	がん性疼痛
17)	鈴木ら (2014)	横断研究	観察法による評価と自己報告による疼痛の有症率と疼痛がBPSDに及ぼす影響を明らかにする	認知症と診断された高齢者 (研究協力施設にて実施, 詳細の記載なし)	看護師	病院 老人ホーム グループホーム	運動器疾患による疼痛 がん性疼痛
18)	久米ら (2015)	質的研究	認知症高齢者のがん性疼痛の緩和に関して感じる困難と観察の工夫を明らかにする	・緩和ケアの研修を受講 ・5年以上緩和ケア病棟に勤務 ・がんに罹患した認知症高齢者3名以上のケアを経験 上記3条件に該当する看護師(5箇所)	看護師	病院	がん性疼痛
19)	櫻庭 (2018)	質的研究	認知機能低下を伴う患者へのがん疼痛アセスメントの内容を明らかにする	・管理者や他看護師からがん疼痛緩和の実践に優れていると推薦がある ・臨床経験が5年以上かつ当該病棟経験が1年以上 ・認知機能低下を伴う高齢がん患者の疼痛を緩和した経験を有する 上記3条件に該当する看護師 (研究協力病棟にて実施, 詳細の記載なし)	看護師	病院	がん性疼痛
20)	港ら (2018)	質的研究	認知症高齢者の疼痛に対するアセスメントの内容を明らかにする	一般病棟看護師 (1病院)	看護師	病院	持続する身体的疼痛 繰り返す身体的疼痛
21)	安藤ら (2019)	質的研究	在宅で生活する認知症高齢者に対する疼痛マネジメントの内容を明らかにする	・訪問看護師の経験年数が5年以上 ・在宅認知症高齢者の疼痛マネジメントを3例以上経験し, 関心がある 上記2条件に該当する看護師(5箇所)	訪問看護師	在宅	持続する疼痛 (身体・精神・社会的疼痛含む)
22)	山本ら (2022)	実態調査研究	認知症高齢者に対する疼痛評価の実態を明らかにする	介護老人保健施設に勤務する専門職 (A市, 4施設)	看護職 介護職 リハビリ職	介護老人保健施設	持続する身体的疼痛 繰り返す身体的疼痛
23)	若月ら (2023)	実態調査研究	認知症患者への疼痛評価の現状把握と問題点の抽出を行う	病院や介護老人保健施設に勤務する理学療法士(A県内, 323施設)	理学療法士	病院 介護老人保健施設	詳細の記載なし
24)	中田ら (2023)	横断研究	自己報告と行動観察を用いた疼痛評価を行い, 認知機能低下の程度による疼痛行動の特徴について検討する	運動器疾患を有し認知機能低下のある高齢者(1病院)	リハビリ職	病院	運動器疾患による疼痛
25)	立原ら (2024)	非ランダム化比較試験	APS-Jを用いて疼痛の程度を評価し, 薬剤による除痛を行ったことによる効果を明らかにする	大腿骨骨折が主病名かつ認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ・Ⅳ・Ⅴランクの患者(1病院)	看護師	病院	大腿骨骨折による疼痛

表 2 対象文献中に記載があった疼痛評価スケールと評価の概要

評価スケール	正式名称	評価の概要
フェイススケール FRS	Face rating scale または Face pain rating scale	笑顔から徐々に苦しそうになる顔の表情を示し, 最も合致する痛みの程度を表す顔を対象者が選択する ^{7,8)}
VAS	Visual analogue scale	10cmの線を用意し, 痛みがない状態を0cm, 想像しうる最も強い痛みを10cmとし, 対象者が疼痛の程度を目盛り上に示す ^{5,8)}
NRS	Numerical rating scale	「0: 痛みのない状態」～「10: 想像しうる最も強い疼痛」の11段階から対象者が疼痛の程度を選択する ^{8, 22)}
VDS	Verbal descriptor scale	「0: 痛みなし」～「6: 想像できる最も強い痛み」の7段階から対象者が疼痛の程度を選択する ^{6, 17)}
VRS	Verbal rating scale	0: 痛みなし, 1: 少し痛い, 2: 痛い, 3: かなり痛い, 4: 耐えられないほど痛いから, 対象者が疼痛の程度を選択する ²⁴⁾
APS-J	日本語版 Abbey pain scale	言語的な訴えができない認知症高齢者の疼痛を観察によって評価する尺度であり, 声をあげる, 表情, ボディラングージの変化, 行動の変化, 生理学的変化, 身体学的変化の6項目について, それぞれ4段階で疼痛評価者が評価を行い, 総合得点から疼痛を評価する (総合得点: 0-2点 痛みなし, 3-7点 軽度, 8-13点 中等度, 14-18点 重度) ^{17, 24)}

小カテゴリーを「」にて示し、意味を損なわず一部改変して表記する。

1) 自己報告に基づく評価

この評価は、対象者からの言語的訴えや VAS, NRS 等に基づき行う疼痛評価である。

久米ら¹⁸⁾は、看護師が行う疼痛評価について、〈症状の判断には本人に聞く〉とした。北川¹⁵⁾は、看護師の 88.9%は痛みについて対象者自身が言うことに着目すると述べた。また、訪問看護師は、〈言語を用いた疼痛アセスメント〉を実施し、認知機能の程度に合わせてフェイススケールを使用した²¹⁾。

表3 認知症高齢者に対する疼痛評価の実態

評価の種類	評価者	評価の詳細	文献No
自己報告に基づく評価	看護師	○ 〈症状の判断には本人に聞く〉	18)
		◎ 疼痛評価時に着目する言動：痛いなど痛みについて言う (88. 9%)	15)
	訪問看護師	○ 疼痛の訴えが明確でない場合も〈言語を用いた疼痛アセスメント〉を実施した	21)
		○ 軽度認知症高齢者に対しては、フェイススケールを使用する	
	理学療法士	◎ 最も実施された疼痛評価は自覚的強度評価 (76. 6%)	23)
		◎ 自覚的強度評価に用いたことのあるスケール：NRS (78. 4%)、フェイススケール (57. 5%)、VAS (52. 2%)	
観察に基づく評価	看護職 介護職 リハビリ職	◎ 使用されていた疼痛評価スケール ・ VAS (看護3名、介護3名、リハビリ12名にて使用) ・ FRS (看護10名、介護4名、リハビリ1名にて使用) ・ NRS (看護1名、介護1名、リハビリ9名にて使用)	22)
		○ 〈痛みがあることを前提に行動、表情をいつもと比較〉し、「行動をみて痛みを判断する」	18)
	看護師	○ 「検査データは重要」であり、〈薬を使ってみて表情・夜間の睡眠〉等で評価する	
		○ 「急いで帰ろうとする」、「病院に行かなきゃいけないって言う」という一見〈痛みに関連のない言葉〉も痛みのサインではないかと考えていた	
		○ 患者は「取り繕って笑顔見せて」いるが、看護師は患者の痛みとは判断しきれない不快さを察知する	19)
		○ 「なんかこう…ちよっと手が動いてみたり、顔しかめたり」という小さな変化を、疼痛に伴う行動学的徴候と捉えていた	
	観察に 基づく評価	○ 「腹水もたまってるんでやっぱり辛いのはある」というように〈観察可能な生理学的変化に注目する〉	
		○ 〈苦悶表情〉、〈怒りの表出〉、〈意欲低下〉等の表情や言動について把握し、〈普段の発言〉や〈普段の行動〉との変化を検討する	20)
		○ 〈発熱〉、〈頻脈〉、〈血圧上昇〉、〈炎症所見〉、〈検査データの変動〉等の身体状況の変化を把握する	
		◎ 疼痛評価時に着目する言動：しかめっ面 (64. 3%)、眉間にしわを寄せる (55. 6%)	15)
家族・多職種からの情報に基づく評価	訪問看護師	○ 〈フィジカルアセスメント〉を行う	
		○ 重症者には、表情、動きで疼痛アセスメントを行う	21)
		○ 〈表情〉、〈BPSDの出現の有無〉、〈ジェスチャー〉を観察	
	医師	○ 〈臨床症状と照らし合わせて客観的指標で評価する〉	
		◎ 患者の訴え以外に疼痛評価時に重視する言動：表情 (83. 6%)、患部をさする・かばう (76. 5%)	16)
		○ 「痛みに関する行動の観察はチームで情報共有」し、「普段を知っている家族の情報」も参考にする等、複数の目で判断する	18)
	看護師	○ 「私たちから見た目と、ご家族が最近感じている様子の違い」という異なる視点からの情報を確認していた	19)
		○ 「家族から普段の様子」等の情報を得たり、「信頼している人に協力してもらうこと」により痛みの軽減等があるかを評価する	20)
		○ 〈看護記録や看護師〉及び前の「病院のサマリー」からの情報により痛みを評価する	
	訪問看護師	○ 家族、ホームヘルパー、主治医、デイサービス職員等からの情報を統合し、日常生活全体を想像したうえで疼痛アセスメントを実施した	21)
家族・多職種からの情報に基づく評価	医師	◎ 患者の訴え以外に疼痛評価時に重視する言動：家族・介護者の意見 (87. 3%)	16)
		◎ 疼痛評価場面について	
	看護職 介護職 リハビリ職	・ 看護職・介護職では、リハビリ職と比較し、食事・入浴場面に着目した割合が有意に高い (食事：看護68. 0% 介護65. 5% リハビリ34. 8%、入浴：看護95. 5% 介護93. 3% リハビリ60. 9%、 $p<0.05$)	22)
		・ リハビリ職では、看護職・介護職と比較し、階段昇降場面に着目した割合が有意に高い (看護75. 0% 介護61. 6% リハビリ96. 0%、 $p<0.05$)	

○：質的研究から得られたデータ、◎：実態調査研究から得られたデータを示す

理学療法士では、他の評価と比較し自覚的強度評価を実施した割合が76.6%と最も高く、使用されたスケールは、NRSが78.4%と最も多く、フェイススケールが57.5%、VASが52.2%であった²³⁾。看護職・介護職・リハビリ職では、VAS、FRS及びNRSが使用されており、看護職・介護職ではFRSが最も使用され、リハビリ職ではVASが最も使用されていた²²⁾。

2) 観察に基づく評価

この評価は、対象者の行動や表情、反応、日常生活、身体症状、検査データ及びそれらの変化の観察を基に行う疼痛評価である。

看護師は、〈痛みがあることを前提に行動、表情をいつもと比較〉する、「検査データは重要」であり、〈薬を使ってみて表情・夜間の睡眠〉等で評価していた¹⁸⁾。また、〈痛みに関連のない言葉〉も痛みのサインではないかと考える、小さな変化を疼痛に伴う行動学的徴候と捉える、〈観察可能な生理学的変化に注目する〉ことで評価が行われた¹⁹⁾。加えて〈苦悶表情〉、〈怒りの表出〉等の表情や言動及び〈発熱〉、〈血圧上昇〉、〈炎症所見〉等の身体状況の変化の把握により評価が行われていた²⁰⁾。北川¹⁵⁾は、疼痛評価にあたり看護師の64.3%がしかめっ面、55.6%が眉間にしわを寄せるという表情に着目したと述べた。訪問看護師では、〈フィジカルアセスメント〉の実施、〈表情〉や〈BPSDの出現の有無〉及び〈ジェスチャー〉の観察、臨床症状と照らし合わせた評価が行われた²¹⁾。また、患者の訴え以外に疼痛評価時に重視する言動として、医師の83.6%が表情、76.5%が患部をさする・かばうという行動をあげた¹⁶⁾。

3) 家族・多職種からの情報に基づく評価

この評価は、家族や他の看護師及び多職種からの情報を基に行う疼痛評価である。

看護師は、チームで情報共有し「普段を知っている家族の情報」も参考にすると等、複数の目で判断する¹⁸⁾、看護師だけでなく家族が持つ異なる視点からの情報の確認を行う¹⁹⁾、「家族から普段の様子」等の情報を得たり、患者が「信頼している人に協力してもらうこと」により評価する²⁰⁾

と述べられた。訪問看護師では、家族やホームヘルパー及び主治医等からの情報を統合し、疼痛アセスメントを実施する²¹⁾とされた。患者の訴え以外に疼痛評価時に重視する言動として、医師の87.3%が家族・介護者の意見を選択しており、患部をさする・かばうという患者の行動よりも家族や介護者の意見が重視される結果であった¹⁶⁾。疼痛評価の場面について、看護職・介護職ではリハビリ職と比較し食事や入浴の場面に着目する割合が有意に高く、リハビリ職では看護職・介護職と比較し階段昇降の場面に着目する割合が有意に高い結果であり、職種により着目する場面が異なっていた²²⁾。

4. 認知症高齢者に対する疼痛評価の課題 (表4)

認知症高齢者に対する疼痛評価の課題として、

1) 評価者が感じる困難、2) 評価スケールの使用、3) 生理学的指標の使用があげられた。

1) 評価者が感じる困難について

久米ら¹⁸⁾は、〈痛みをストレートに表現せず言葉や行動が多様な表現になるので難しい〉、「痛みの訴えが少なく表情や行動でも分かりにくい」と述べた。北川¹⁵⁾は、痛みの強さ、種類、部位について把握可能と評価した患者と把握困難と評価した患者を比較した際、把握困難とした患者において改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の平均得点が有意に低かったと報告した。これは認知機能が低い患者では、評価者による疼痛把握が困難であることを意味する結果であった。医師では、認知機能低下なし群と比較し認知機能低下あり群にて、がんの痛みを適切に表現できると回答した割合は有意に低く、オピオイドの鎮痛効果の評価が困難であると回答した割合は有意に高かった¹⁶⁾。つまり、医師は、認知機能低下のある患者ではがんの痛みを適切に表現できず、鎮痛剤の効果判定も困難と感じていた¹⁶⁾。また、疼痛評価が難しいと回答した割合は、看護職53.6%、介護職45.2%、リハビリ職69.2%であり、看護職・リハビリ職の半数以上が疼痛評価に困難を感じていた²²⁾。理学療法士では、疼痛評価に困ったことがある割合は98.3%と高く、その内容とし

て、87.8%が評価の信頼性について困ったと回答した²³⁾。

2) 評価スケールの使用について

山本ら²²⁾は、疼痛評価時に評価スケールの必要性があるとした割合は、看護職 53.6%、介護職 48.4%、リハビリ職 73.1%であり、評価スケールを使用していた割合は、看護職 35.7%、介護職 16.1%、リハビリ職 53.8%であったと述べた。各職種にて評価スケールの必要性があるとした割合よりも実際に使用している割合が低く、評価者は評価スケールの必要性を感じている一方で使用していないことを意味する結果であった。また、APS-Jは看護職2名でのみ使用されており、介護職・リハビリ職では使用されていなかった。若月ら²³⁾は、理学療法士にて、認知症患者に特化した痛み評価指標を知っている割合は4.3%と低値であったと述べた。

3) 生理学的指標の使用について

生理反応（冷や汗、脈や血圧の上昇等）のなかで、看護師が疼痛評価時に着目すると選択した割合が20%以上となった項目はなかった¹⁵⁾。医師では、疼痛評価時に重要視する項目として67.5%が血圧・脈拍、64.1%が呼吸数を選択したが、家族・介護者の意見や患者の表情等の項目を選択した割合と比較し少なかった¹⁶⁾。加えて、理学療法士では、生理学的評価（心拍数等）の実施割合は15.4%であり、他の評価と比較し最も低かった²³⁾。

5. 自己報告に基づく評価とAPS-Jを用いた評価の結果を比較した文献の概要（表5）

認知症高齢者に対して自己報告に基づく評価（VDS、VRS及びNRS）と観察に基づく評価（APS-J）の2種類の評価を実施した文献では、疼痛評価の結果や認知症高齢者に与える影響についての比較が行われていた。

表4 認知症高齢者に対する疼痛評価の課題

課題	評価者	課題の詳細	文献No
評価者が感じる困難	看護師	○ 〈痛みをストレートに表現せず言葉や行動が多様な表現になるので難しい〉	
		○ 「痛みの訴えが少なく表情や行動でも分かりにくい」	18)
		○ 「薬の使い方、痛みの判断、行動の判断が難しくこれでもいいのかと悩む」	
		◎ 痛み(強さ、種類、部位)を把握可能と評価した患者と把握困難と評価した患者を比較 →把握困難とした患者にてHDS-Rの平均得点が有意に低い (強さ:把握可能12.1点 把握困難9.8点、種類:把握可能13.6点 把握困難7.5点、 部位:把握可能11.0点 把握困難4.2点, $p<0.05$)	15)
	医師	◎ 認知機能低下なし群と認知機能低下あり群を比較 →認知機能低下あり群にてがんの痛みを適切に表現できると思うとした割合が有意に低い (認知機能低下なし20.7% 認知機能低下あり12.4%, $p<0.05$)	16)
		→認知機能低下あり群にてオピオイドの鎮痛効果の評価が困難とした割合が有意に高い (認知機能低下なし34.4% 認知機能低下あり63.5%, $p<0.0001$)	
	看護職 介護職 リハビリ職	◎ 疼痛評価が難しいと回答した割合:看護53.6%,介護45.2%,リハビリ69.2%	22)
	理学療法士	◎ 評価した際に困ったことがあると回答した割合は98.3%	
		◎ 評価の信頼性について困ったと回答した割合は87.8%	23)
評価スケールの使用	看護職 介護職 リハビリ職	◎ 評価スケールの必要性ありと回答した割合:看護53.6%,介護48.4%,リハビリ73.1% ◎ 評価スケールを使用していると回答した割合:看護35.7%,介護16.1%,リハビリ53.8% ◎ APS-Jはほぼ使用されていない(看護2名のみ使用)	22)
	理学療法士	◎ 認知症患者に特化した痛み評価指標を知っている割合が低い(4.3%)	23)
生理学的指標の使用	看護師	◎ 生理反応(冷や汗、脈や血圧の上昇等)のなかで着目すると選択された割合が20%以上となった項目はない	15)
	医師	◎ 血圧・脈拍、呼吸数を重視する割合は他の項目と比較し少ない(血圧・脈拍67.5%,呼吸数64.1%)	16)
	理学療法士	◎ 生理学的評価(心拍数等)の実施割合は他の評価と比較し最も低い(15.4%)	23)

○:質的研究から得られたデータ, ◎:実態調査研究から得られたデータを示す

鈴木ら¹⁷⁾は、VDSとAPS-Jにて認知症高齢者の疼痛を評価し、VDSの評価から対象者を疼痛なし/疼痛不明/疼痛ありの3群に分け、疼痛なし群と疼痛不明群のAPS-J得点を比較した。その結果、疼痛不明群のAPS-J合計得点が有意に高かったと報告し、VDSにて疼痛が判断できない場合も、疼痛が存在している可能性があることが示された。中田ら²⁴⁾は、VRSとAPS-Jを用いて認知症群と軽度認知機能障害群の疼痛を評価し、評価結果を比較した。その結果、両群においてVRSとAPS-J評価の一致率は低値であり、評価結果に乖離があったことから、多面的な評価の必要性があると述べた。立原ら²⁵⁾は、介入群をAPS-Jにて評価した患者、対照群をNRSにて評価した患者とし、両群の鎮痛剤定期内服患者の割合や機能的自立度評価法（Functional independence measure：FIM）得点及び合併症の発症有無を比較した。その結果、対照群と比較し介入群では、有意差はないが鎮痛剤定期内服患者の割合が高かった。また、介入群では、心不全や尿路感染症を引き起こす割合が有意に低く、退院時のFIM得点が有意に上昇しており、APS-J評価に基づく鎮痛剤の効果的な使用は、合併症予防やFIM得点の上昇に繋がる可能性を示す結果であった。

考 察

11件の文献を検討した結果から、認知症高齢者に対する疼痛評価や今後の研究課題について以下に考察する。

1. 多職種に求められる認知症高齢者の疼痛評価

本研究において認知症高齢者の疼痛評価は、病院だけでなく在宅^{16, 21)}、介護老人保健施設^{22, 23)}、老人ホーム及びグループホーム¹⁷⁾で実施されていた。加えて、疼痛評価は、看護師^{15, 17-20, 22, 25)}、訪問看護師²¹⁾、在宅医療に従事する医師¹⁶⁾、リハビリ職²²⁻²⁴⁾及び介護職²²⁾と認知症高齢者に関わる様々な職種にて実施された。

高齢化に伴い、2025年を目途とした地域包括ケアシステムの構築が推進されている。2022年には要介護認定を受けた高齢者のうち、約8割が在宅やグループホーム及びサービス付き高齢者住宅で生活し、約2割が施設で生活している²⁶⁾と報告された。本研究結果から、疼痛を有する認知症高齢者も病院、在宅、グループホーム及び施設等の地域の様々な場所で生活していることが予想される。また、認知症高齢者には複数の職種が関わっており、各職種が疼痛評価を実施していた。疼痛評価において、看護職・介護職では食事や入浴場面に着目し、リハビリ職では階段昇降場面に着目する²²⁾とされ、認知症高齢者に関わる各職種の視点は異なることが示唆された。加えて、疼痛評価はひとりで行うのではなく、家族や多職種からの情報に基づき総合的に実施されていた^{16, 18-22)}。各職種が専門性を活かし異なる視点から疼痛評価を行うことで、対象者の生活全体を踏まえて疼痛を把握できると考える。そのため、認知症高齢者に関わる多職種がそれぞれ疼痛評価を行うことが望ましいであろう。しかしながら本研究において、看護師以外が実施する疼痛評価の実態について述

表5 自己報告に基づく評価とAPS-Jを用いた評価の結果を比較した文献の概要

文献No	実施した評価	比較の概要	結果及び考察
17)	VDS/APS-J	VDSでの疼痛評価を基に群分け (疼痛なし群/疼痛不明群/疼痛あり群) →疼痛なし群と疼痛不明群のAPS-J得点を比較	①疼痛不明群のAPS-J合計得点が有意に高い (疼痛なし群1.37点, 疼痛不明群2.96点, $p<0.05$) ⇒VDSにて疼痛の有無が判断できない場合も、疼痛がある可能性がある
24)	VRS/APS-J	認知症群と軽度認知機能障害(MCI)群に VRS/APS-J評価を実施 →両群の評価結果を比較	①両群におけるVRSとAPS-J評価の一致率は低値 (Kappa係数: 認知症群0.282, MCI群0.109) ⇒多面的な評価の必要性がある
25)	NRS/APS-J	介入群: APS-J評価/対照群: NRS評価を実施 →両群の鎮痛剤定期内服患者の割合, FIM得点, 合併症発症有無を比較	①介入群の鎮痛剤定期内服患者の割合が高い(有意差なし) (介入群79.5%, 対照群69.2%) ②介入群では心不全や尿路感染症を引き起こす割合が有意に低い (心不全: 介入群36.4%, 対照群61.5%, $p<0.05$, 尿路感染症: 介入群15.9%, 対照群42.3%, $p<0.05$) ③介入群では退院時のFIM得点が有意に高い (介入群48.4点, 対照群39.0点, $p<0.05$) ⇒APS-J評価に基づく鎮痛剤の効果的な使用により、合併症予防、FIM得点の上昇に繋がる

①～③は結果を示し、⇒は考察を示す

べた文献は少なく、3件^{16, 22, 23)}のみであった。医師を対象とした文献は1件であり全国調査が実施されたが、対象者は在宅医療に携わる医師のみとなっていた¹⁶⁾。他2件はリハビリ職や介護職を対象としたが、全国を対象にした調査は実施されていなかった^{22, 23)}。そのため、看護師以外の医師やリハビリ職及び介護職等の疼痛評価に関する実態が明らかになっているとは言い難く、それらの職種が行う認知症高齢者への疼痛評価の実態や課題等を明らかにするために研究の蓄積が必要である。

2. 自己報告に基づく評価と観察に基づく評価を併せて行う重要性

本研究にて、疼痛評価者の多くが認知症高齢者は疼痛を適切に表現できないと思う¹⁶⁾、疼痛評価が難しい²²⁾、評価の信頼性に困った²³⁾としていたことから、評価者は評価自体及び評価の正確性の担保に困難を感じていることが改めて浮き彫りとなった。

Achterbergら²⁷⁾は、疼痛評価のゴールドスタンダードは自己報告に基づいた評価であり、認知機能低下のある高齢者に対しても自己報告による疼痛評価を行う必要があると述べている。しかし、認知症高齢者に対し自己報告に基づく評価を実施する場合いくつかの問題点がある。村上ら²⁸⁾は、重症認知症患者では疼痛に関して言語表現が少なくと述べている。また、認知機能低下のある高齢者では、表情認知を誤る、表情認知に時間がかかる²⁹⁾とされ、表情の変化を読み取るFRSの問題点といえる。加えて、VASでは対象者がその方法を完全に理解することが重要であり³⁰⁾、認知症高齢者への使用時には注意が必要である。以上より、本研究にて疼痛評価者が困難を感じた要因として対象者の認知機能低下の程度が関係したと考える。そのため、疼痛評価者は対象者の認知機能を見極め適した評価スケールを用いることが重要である。また、対象によっては、評価スケールを使用せずにより簡便な言葉で疼痛を尋ねることが有効となるかもしれない。一方、認知症高齢者では〈痛みをストレートに表現せず…難しい〉¹⁸⁾とされており、言語からの疼痛の判断が困難な場

合や、言語のみに頼ることで疼痛のある患者を見落とす可能性も考えられる。加えて、自己報告に基づく評価と観察に基づく評価の結果には乖離があり多面的な評価が必要であること²⁴⁾や観察に基づく評価の有用性²⁵⁾が示されており、認知症高齢者の疼痛評価は単純ではない。このように、認知症高齢者の疼痛は自己報告に基づく評価のみで正しく捉えることができない可能性があり、表情や言動及び活動等から観察に基づく評価を併せて実施する必要がある。

対象者に適した自己報告に基づく評価及び観察に基づく評価の実施に向け、疼痛評価者には、対象者の性格や日常生活の把握に加え認知症や疼痛についての理解が求められる。特に医療的知識が乏しい疼痛評価者に対しては、これらの知識に関する教育も必要となるであろう。

観察に基づく評価の一つとして、生理学的指標を用いた評価があげられ、本研究においても質的研究にて、看護師は身体症状やバイタルサイン及び検査データ等を把握し疼痛評価を行うとされた¹⁸⁻²¹⁾。しかし、実態調査研究では、血圧や脈拍及び呼吸数という生理学的指標を用いた評価の実施割合は低かった^{15, 16, 23)}。

対象者を認知症高齢者に限定しない生理学的指標を用いた疼痛評価について、サーモグラフィによる評価や血液データから評価を行う試み³¹⁾が報告されている。また、認知症高齢者の急性疼痛に対してアミラーゼ値による評価の有用性が報告されている³²⁾。一方、重度アルツハイマー型認知症では、急性疼痛に対する自律神経の反応が低下すること³³⁾やがん性疼痛では、交感神経系の亢進を伴わない場合もあること¹⁶⁾が述べられている。そのため、疼痛や認知症の種類及び重症度によっては疼痛に伴う自律神経系の変化が現れにくい可能性があるといえる。本研究結果からは、認知症高齢者の疼痛評価時に自律神経系の反応を活用することについて一致した見解は得られておらず、それぞれの生理学的指標の信頼性についてさらなる検討が望まれる。

3. 統一された疼痛評価スケールの使用の重要性

山本ら²²⁾の報告から、看護職・介護職・リハ

ビリ職は、評価スケールの必要性を感じている一方で、実際には評価スケールを使用していないことが明らかとなった。質的研究や実態調査研究にて述べられた自己報告に基づく評価では、VASやNRS、フェイススケール及びFRSは比較的使用されていた²¹⁻²³⁾。観察に基づく評価については、これまで複数の評価スケールの開発や有用性の検証⁹⁻¹¹⁾が行われているが、評価スケールはほとんど使用されていなかった²²⁾。

一柳³⁴⁾は、熟練看護師は、直感的な気づきと鋭い観察力を駆使し、支援が必要な患者を見極めると述べた。本研究においても同様に、看護師はこれまでの豊富な経験や知識を基にした直感的な気づきや観察を活かし、評価スケールを使用せずに疼痛評価を実施したと考える。しかし、経験や知識の乏しい新人看護師や福祉職では、経験豊富な看護師のように評価を行うことは困難である。評価スケールの使用により背景が異なる評価者の評価指標が統一され、異なる側面や場面からでも同様の指標を用いた疼痛評価が可能となる。それぞれの職種からの疼痛評価について情報共有や統合を行うためにも、多職種が同一の評価スケールを使用し、統一された指標を基に認知症高齢者の疼痛評価を行うことは重要であると考えられる。

観察に基づく評価に評価スケールが使用されない要因について、理学療法士においては認知症患者に特化した痛み評価指標を知っている割合は低い²³⁾とされており、評価スケールの認知度が低いために使用されていない可能性が考えられる。しかし、本研究では、理学療法士以外の他の職種における疼痛評価スケールの認知度については明らかになっていない。そのため、疼痛評価スケールの認知度が低く使用されていないのか、認知度はあるものの疼痛評価スケールの使用に関する課題があるのかは不明であった。今後は、疼痛評価スケールが使用されない原因を明らかにし、多職種が疼痛評価スケールを使用できるよう検討していくことが重要となるであろう。

研究の限界

本研究では、疼痛や認知症の種類及び重症度に

よる疼痛評価の違いについて、詳細な調査はしておらず言及できない。また、文献の選定にあたり使用した検索ツールは医中誌Webのみであった。そのため、対象となった文献は限られている可能性があり、今後は国外雑誌に投稿された国内の研究に関する調査も実施する必要がある。

結 論

本研究では、認知症高齢者の疼痛評価について述べた先行研究から、認知症高齢者への疼痛評価及び今後の研究課題について検討した。対象とした文献では、自己報告に基づく評価、観察に基づく評価及び家族・多職種からの情報に基づく評価が行われていた。疼痛評価者は対象者の認知機能を見極め、自己報告に基づく評価を実施し、併せて観察に基づく評価を実施する必要がある。また、疼痛評価は認知症高齢者に関わる多職種にて実施されることが望ましく、多職種が同一の疼痛評価スケールを使用することで情報を統合し、対象者の生活全体を踏まえた評価を行うことが重要となるであろう。

今後は、看護師以外の職種が実施している疼痛評価の実態に関する研究の蓄積や生理学的指標を用いた疼痛評価の有効性の検討、疼痛評価スケールが使用されていない原因の調査を実施する必要がある。加えて、疼痛評価者への教育が必要であると考えられた。

利益相反自己申告

申告すべきものなし。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省, 令和5年度版 厚生労働白書. p3, 2023 (2024.8.26 閲覧), <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22/dl/1-01.pdf>
- 2) 厚生労働省, 令和5年度版 厚生労働白書. p105, 2023 (2024.8.26 閲覧), <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22/dl/1-03.pdf>
- 3) 堀田晴美: 高齢者における疼痛コントロール:

- 感覚情報伝達調節と老化. 基礎老化研究 42(1): 37-41, 2018.
- 4) 大谷明弘, 林典生: 認知症に伴う介護施設利用者の行動・心理症状 (BPSD) の背景因子の推定に関する文献検討. 最新社会福祉学研究 13: 15-28, 2018.
- 5) 野口光一, 加藤総夫, 矢吹省司ほか: 改定版「痛みの定義: IASP」の意義とその日本語訳について. 日本疼痛学会理事会, 2020.
- 6) 鈴木みずえ, 高井ゆかり編: 認知症の人の「痛み」をケアする: 「痛み」が引き起こす BPSD・せん妄の予防: 「認知症の人」を支えるすべての人に. pp64-71, 日本看護協会出版会, 東京, 2018.
- 7) Elvy Ickowicz: The Management of Persistent Pain in Older Persons AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. Journal of the American Geriatrics Society 50 (6): 205-224, 2002.
- 8) Kim YS, Park JM, Moon YS, et al: Assessment of pain in the elderly: A literature review. The National Medical Journal of India 30 (4): 203-207, 2017.
- 9) Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Chiba Y, et al: Abbey Pain Scale: Development and Validation of the Japanese version. Geriatrics Gerontology 10 (2): 145-153, 2010.
- 10) Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Chiba Y, et al: Feasibility and Clinical Utility of the Japanese Version of the Abbey Pain Scale in Japanese Aged Care. Pain Management Nursing 15 (2): 439-448, 2014.
- 11) Ando C, Hishinuma M: Development of the Japanese DOLOPLUS-2: A pain assessment scale for the elderly with Alzheimer's disease. Psychogeriatrics 10 (3): 131-137, 2010.
- 12) 北岡哲子, 岸太一, 工藤千秋: 臨床的顔表情評価法 C-Face (Clinical Facial Expression Scale) の開発～認知症患者における検証～. 日本早期認知症学会誌 6 (1): 84-89, 2013.
- 13) 吉武亜紀, 福岡欣治: 一般病院において認知症高齢者をケアする看護師の困難感に関する文献検討. 川崎医療福祉学会誌 26 (2): 274-283, 2017.
- 14) Nakanishi M, Nakashima T, Shindo Y, et al: Japanese care location and medical procedures for people with dementia in the last month of life. Journal of Alzheimer's Disease 51 (3): 747-755, 2016.
- 15) 北川公子: 認知機能低下のある高齢患者の痛みの評価－患者の痛み行動・反応に対する看護師の着目点－. 老年精神医学雑誌 23 (8): 967-977, 2012.
- 16) 村上敏史, 岩瀬哲, 西川満則ほか: 在宅医療におけるがん疼痛治療の評価と治療の実態について. Palliative Care Research 8 (1): 158-167, 2012.
- 17) 鈴木みずえ, 古田良江, 高井ゆかりほか: 認知症高齢者における疼痛の有症率と疼痛が認知症の行動・心理症状 (BPSD) に及ぼす影響. 老年看護学 19 (1): 25-33, 2014.
- 18) 久米真代, 高山成子, 小河育恵ほか: がんに罹患した認知症高齢者に対する疼痛の観察・判断に関する看護師の困難と工夫. 石川看護雑誌 12: 45-52, 2015.
- 19) 櫻庭奈美: 認知機能低下を伴う高齢がん患者に対するがん疼痛アセスメント. 日本がん看護学会誌 32: 109-117, 2018.
- 20) 港美由紀, 小松美砂: 一般病棟の看護師が実施している認知症高齢者の痛みのアセスメント. 老年看護学 23 (1): 85-93, 2018.
- 21) 安藤千晶, 菅野雄介, 鈴木晶子ほか: 訪問看護師が実施している在宅認知症高齢者の疼痛マネジメント. Palliative Care Research 14 (2): 151-157, 2019.
- 22) 山本道代, 宮本真由香, 尾崎香麟ほか: 介護老人保健施設における看護職, 介護職, リハ職の認知症高齢者に対する疼痛評価の実態. 日本健康学会誌 88 (3): 109-116, 2022.
- 23) 若月勇輝, 肥田朋子, 平井達也ほか: 認知症患者への痛み評価に関するアンケート調査. 愛知県理学療法学会誌 35 (2): 72-81, 2023.
- 24) 中田健太, 下和弘, 大賀智史ほか: 疼痛行動は認知機能低下の程度に影響を受けるか?－疼

- 痛行動観察評価を用いた MCI と認知症における疼痛行動の特徴の検討－. PAIN RESEARCH 38 : 20-29, 2023.
- 25) 立原怜, 吉井あかり : 島根県立中央病院に大腿骨骨折で入院した認知機能低下のある高齢者の疼痛評価に対してアビー痛みスケールを活用したことによる効果. 島根県立中央病院医学雑誌 48 : 7-11, 2024.
- 26) 国土交通省, 第 6 回サービス付き高齢者向け住宅に関する懇談会資料. 2022(2024.8.26 閲覧), <https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/content/001464799.pdf>
- 27) Achterberg W, Lautenbacher S, Husebo B, et al : Pain in dementia. PAIN Reports 5 (1) : e803, 2020.
- 28) 村上真基, 山本直樹, 佐藤裕信ほか : 高齢者のがん疼痛表出に認知症が及ぼす影響に関する検討. 緩和ケア 22 (3) : 290-294, 2012.
- 29) 小海宏之, 岸川雄介, 園田薫ほか : 軽度アルツハイマー型認知症者の表情認知に関する研究. 藍野学院紀要 20 : 9-23, 2006.
- 30) 長谷川守, 服部卓 : リハにおけるアウトカム評価尺度 第 14 回 Visual Analogue Scale(VAS), McGill Pain Questionnaire(MPQ). JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 15 (2) : 160-167, 2006.
- 31) 濱田真輔 : 痛みの評価法. 日本臨床麻酔学会誌 31 (4) : 560-569, 2011.
- 32) 森田聖子, 中村美穂, 落合庸子ほか : 認知症高齢者における急性疼痛に対する唾液アミラーゼ活性値の反応～大腿骨転子部骨接合術後の移乗動作前後での比較～. 石川看護雑誌 13 : 67-73, 2016.
- 33) Beach PA, Huck JT, Miranda MM, et al : Autonomic, Behavioral, and Subjective Pain Responses in Alzheimer's Disease. Pain Medicine 16 (10) : 1930-1942, 2015.
- 34) 一柳聡子, 中山栄純 : 一般外来で熟練看護師が行う患者へのセルフケア支援. 日本看護技術学会誌 23 : 75-84, 2024.

Pain Assessment in Older People with Dementia in Japan: A Literature Review

Tomomi KYUDA¹⁾, Chika YAMAZAKI²⁾, Etsuro HORI³⁾

1) Former Toyama University Hospital

2) Faculty of Nursing, Toyama Prefectural University

3) Behavioral Science, Graduate School of Medicine, University of Toyama

Abstract

The purpose of this study was to review previously published studies to examine the pain assessment for older people with dementia in Japan, and to highlight directions for future research. A paper search via Ichushi-Web was carried out with keywords such as “dementia,” “pain,” and “assessment,” and 11 studies were selected for analysis.

The results indicated that current pain assessment in older people with dementia are based on self-reporting, observation, and collecting information from family members and multiple professionals (doctors, nurses, rehabilitation staff, and caregivers). Self-reporting and observation should be conducted in conjunction for pain assessment, and appropriate methods should be used after assessing cognitive function. Additionally, each professional who supports older people with dementia needs to assess pain on the basis of their own expertise. It may be beneficial to unify assessment indices across multiple professionals using common pain assessment scales.

In the future, it was considered necessary to survey the state of pain assessment conducted by multiple professionals other than nurses, to clarify the reasons for not using assessment scales, and to provide education for pain assessors.

Keywords

dementia, older people, pain assessment, literature review

在宅難病療養者における災害時難病患者個別避難計画 作成に関するスコーピングレビュー

高橋明日香¹⁾, 佐伯 和子²⁾

1) 富山県立大学大学院看護学研究科

2) 富山県立大学看護学部

要 旨

在宅難病療養者の災害時難病患者個別避難計画に関して、どのような研究がされてきたかを概観して整理することを目的に、スコーピングレビューを実施した。その結果、23件の文献が抽出された。文献は個々の事例報告が多く、災害時に在宅難病療養者の安全を確保するための方法の1つである災害時難病患者個別避難計画に内在する課題が明らかになっていることが分かった。しかし、個別避難計画が法的に努力義務になって以降、災害時難病患者個別避難計画作成段階での課題や、計画に対する効果は検証されていない。今後、どこまで災害時難病患者個別避難計画が推進されているか、作成時の課題の原因や計画の効果など明らかにする必要がある。

キーワード

在宅難病療養者, 災害, 個別避難計画, スコーピングレビュー

はじめに

地域で暮らす在宅難病療養者は、医療依存度や介護依存度が高く、災害時の「トリアージ」の現場では、本来最も配慮を必要とされる弱者でありながら、逆にやむなく後回しとされる可能性が、指摘されている¹⁾。平成23年の東日本大震災においては、被災地全体の死者数のうち65歳以上の高齢者の死者数が6割、障害者の死亡率が被災住民全体の死亡率の約2倍で、多数の支援者も犠牲²⁾となった。在宅難病療養者らは災害時の安全対策や健康対策から取り残されやすい集団であり、実際に、東日本大震災の際に、在宅難病療養者が取り残された現状が報告されている³⁾。よって、在宅難病療養者の安全の確保のために、医療依存度や介護依存度の高さ、療養者や家族の心理状況、社会資源等の特性を踏まえた早急な対応を求められている。

令和3年の災害対策基本法改正では、避難行動要支援者ごとの個別避難計画の作成を市町村の努力義務とし、難病患者が避難行動要支援者名簿への掲載から外れることのないように指針内²⁾で記載された。しかし、消防庁⁴⁾によると、令和5年1月1日時点で、難病患者を地域防災計画に定める名簿掲載者の範囲に含んでいる自治体は63.0%に留まっている。また、同年3月に日本難病・疾病団体協議会が内閣府特命担当大臣へ、難病患者等への災害対策に関する要望⁵⁾を提出し、難病の患者等の名簿への記載が「門前払い」になっている現状を指摘した。安全が取り残されがちな在宅難病療養者の安全確保のためには、その背景を探究し、災害時難病患者個別避難計画作成を進めていく必要がある。

災害対策においては、自助・共助が重要であるが、在宅難病療養者の医療依存度の高さや、心理面、発災後の生命や生活の維持等の特性によって

は、自助・共助を促すために行政の介入が必要な場合もある。平成 20 年に西澤らは災害時難病患者支援計画を策定するための指針⁶⁾（平成 29 年に改訂版¹⁾、令和 4 年に追補版⁷⁾）で、在宅難病療養者の特性に配慮した個別避難計画の作成を求めている。災害時に包括的な支援活動を行えるよう、平時より多機関連携による準備が必要としている。

現在行われている対策について、古山ら⁸⁾は、個別避難計画の記載事項は自治体により異なり、取り組みの進捗状況には差がみられたこと、自治体は個別避難計画作成や避難支援等関係者の連携に積極的役割を果たしていなかったこと等を明らかにした。長瀬ら⁹⁾は、医療的ケア児の災害対策について、医療的ケア児の災害時避難行動要支援者への位置づけ、個別避難計画作成のノウハウや人材確保が今後の課題と結論づけた。上岡ら¹⁰⁾は、避難訓練と個別避難計画の実態と有効性を報告している。また、令和 6 年能登半島地震では、災害時難病患者個別避難計画は書面的には完成していたが、発災時の有効性を保証しなかったと指摘されている¹¹⁾。以上より、個別避難計画における課題は、計画そのものが立案できていないこと、計画の記載内容や実効性が不十分であることが考えられ対策が必要である。

難病患者の災害対策については長年取り組まれており、医学中央雑誌 Web 版（以下、医中誌）内で「難病 and 災害」（2024.6.5 会議録除く）では 281 件の結果を確認することができる。しかし、各医療福祉機関の立場における対応の個別事例報告や総説が多く、在宅難病療養者の安全を確保するための方法論の 1 つである災害時難病患者個別避難計画に関する研究は少ない。災害時難病患者個別避難計画に重点を置いた研究が、初期の段階であり、現状が不明である。よって、本研究では、在宅難病療養者の災害時の安全の確保のために、災害時難病患者個別避難計画に関して、制度の変遷と共に、その背景と位置づけ、どのような研究がされてきたかを概観して整理することを目的とし、スコーピングレビューを実施する。

研究対象と方法

1. 研究デザイン

本研究では、Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews¹²⁾、スコーピングレビューのための報告ガイドライン日本語版：PRISMA-ScR¹³⁾ および JBI Manual For Evidence Synthesis Scoping Reviews2020 スコーピングレビューのための最新版ガイドライン（日本語訳）¹⁴⁾を参照した。

スコーピングレビューは、幅広い文献を概観（マッピング）することで、現在行われている研究を網羅的に調査し、研究が行われていない範囲（リサーチギャップ）を明らかにすることを目的¹⁴⁾としている。災害時難病患者個別避難計画に重点をおいた研究がどのようにされているかは十分に把握されていないと推測したため、今回、当方法を採用した。研究疑問は「災害時難病患者個別避難計画について、文献で分かっていることは何か」である。本研究における PCC フレームワークは、Patient: 難病患者、Concept: 個別避難計画、Context: 日本における計画とした。

2. 研究対象

日本語論文の検索は医中誌、CiNii Research（以下、CiNii）を使用（検索日：2024.6.5）し、会議録やケーススタディは除外した。検索式は、「個別避難計画」「難病 and 個別避難計画」、「難病 and 個別支援計画」、「難病 and 個別計画」、「難病 and 避難行動要支援者」を採用した。

個別避難計画は日本の制度であるが、英語で発表されているものを確認するため、英語論文も検索した。英語論文は、PubMed, CINAHL, Web of Science, CiNii Research を使用した。英語の検索式は、法務省運営の日本法令外国語訳データベースシステムを参考にし、「“intractable diseases” and “individual evacuation plan”」「“intractable diseases”and”residents in need of assistance in evacuation”」を採用した。

いずれも検索対象期間の設定や、言語の制限は設けなかった。

3. 文献の選定方法

対象文献の包含基準は、在宅難病療養者に関する個別避難計画についての内容が記載されているものとした。

1次スクリーニングではタイトルと抄録の確認を行った。2次スクリーニングでは全文を確認し、対象文献を選定した。文献のスクリーニングは、公衆衛生看護学を専門とする研究者2名でディスカッションを行い、合意を得た。

日本語検索で得た文献は172件（医中誌94件 + CiNii 78件）であった。英語検索で得た文献は2件（CiNii 2件）で、英語の論文はなく、抄録が英語である日本語論文であった。計174件（図1）

のうち、医中誌の会議録39件を対象外とすると135件となった。その後、重複している50件を除外した結果、1次スクリーニングの対象となった文献は85件となった。85件についてタイトルと抄録を確認した結果、会議録、小児の医療的ケア児を対象にしているもの、難病に関する内容ではなかったもの計60件を削除し、2次スクリーニング対象文献は25件となった。25件について内容を精査した結果、小児に関するものと災害時難病患者個別避難計画の内容に乏しい2件を削除し、本研究では23件¹⁵⁻³⁷⁾を対象文献とすることにした。

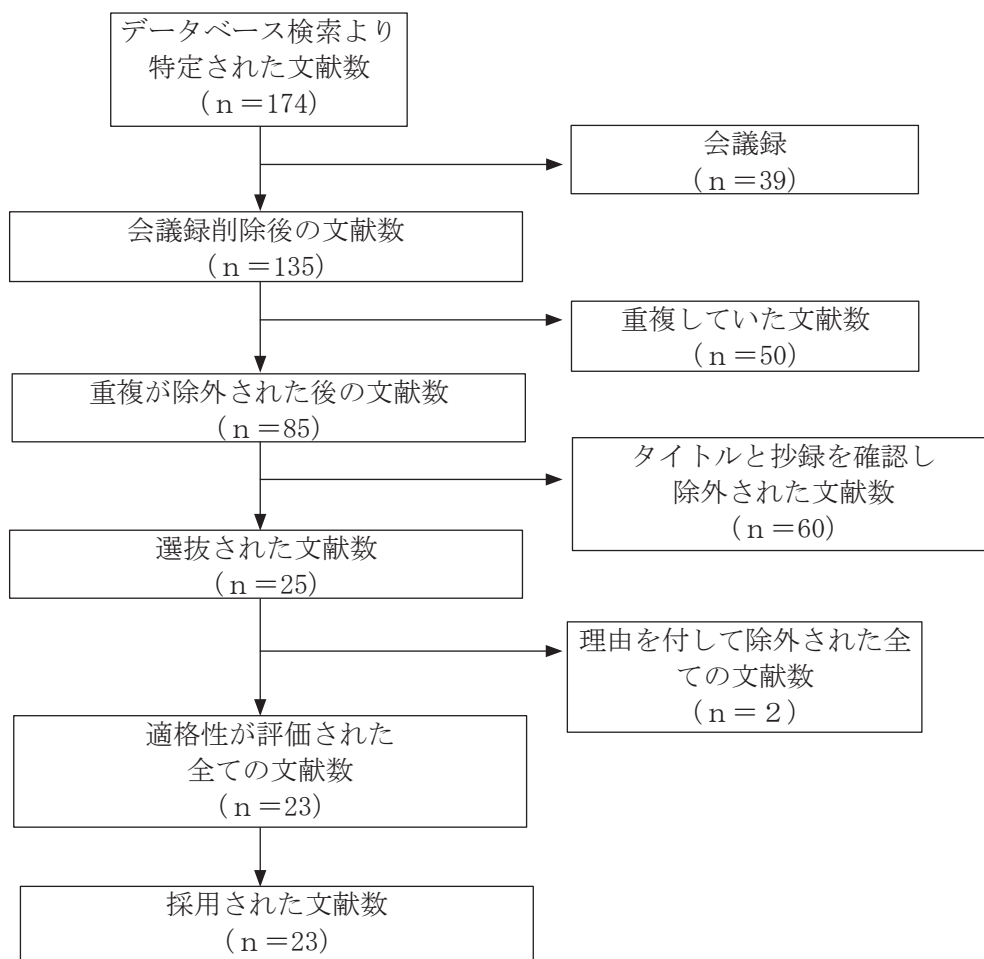


図1 文献選定のフローチャート

4. データの抽出

抽出する項目は、ガイドラインを参考に「タイトル」「筆頭著者」「文献種類」「発行媒体」「方法」「目的」「研究対象」「個別避難計画事例対象」「結果」とした。データの抽出に関して、公衆衛生看護学を専門とする研究者の2名が独立して実施した。

5. 分析方法

本研究では、災害対策基本法に基づき、3つの期間に分けて内容の検討を行った。災害対策基本法は、平成25年度改正で避難行動要支援者名簿作成を市町村義務とし、令和3年度改正で個別避難計画を努力義務とし転換期を迎えた。よって、改正年度に基づき、対象文献の公表日を参考に、対象文献をⅠ期（～平成25年）、Ⅱ期（平成25年～令和3年）、Ⅲ期（令和3年～）に分けた。

6. 倫理的配慮

検討した文献の出典を明記して実施した。

結 果

分析対象になったのは23件であり、いずれも日本語論文であった。出版年は平成19年が最も古かった。制度説明は6件で、取組報告は8件であった。

1. Ⅰ期（～平成25年）

対象となった論文は6件で、表1に示すように公表年は平成19～25年、文献の種類は実践報告が多かった。

内容は、災害訓練の報告、災害時難病患者個別避難計画の作成への取り組み報告、災害時難病患者個別避難計画作成状況や患者の災害準備状況の実態の3つに大別された。

災害訓練の報告がされた論文は2件（d, f）で、対象は人工呼吸器装着のALS患者3事例であった。訓練により、安否確認方法の確立、定期的な外出支援の必要性、平時からの避難先の確保、近隣との交流が重要であるとされた。在宅療養の開始早期に災害時要援護者登録制度届の勧奨をすること、状況にあった計画作成と日常の訓練の必要

性が示され、そのために、日常の連携が大切なこと、訪問看護ステーションが医療機器装着患者の災害支援についてリーダー的役割を担うことが報告された。

災害時難病患者個別避難計画の作成への取り組み報告がされた論文は3件（a～c）で、対象は人工呼吸器装着のALS患者2事例、医療機器を利用している在宅難病療養者、高齢世帯または日中独居となる移動困難な在宅難病療養者であった。災害時難病患者個別避難計画のメリットとして、作成により自主的な防災意識が芽生え役割分担ができたこと、実際の災害で役に立ったこと、そのためには通常時から災害に備えた支援ネットワークづくりが必要なことの記載があった。課題として、ニーズの把握が不十分、情報集約の問題、避難時は近隣住民や自主防災組織に頼らざるを得ない現状、治療継続の意欲の維持とこころのケア方法の検討などが示された。

災害時難病患者個別避難計画作成状況や患者の災害準備状況の実態の論文は1件（e）で、自治体と患者への質問紙調査から自治体での難病患者の個別避難計画は進んでいないこと、情報の共有に同意しない患者が約1/4いる実態が明らかになった。

2. Ⅱ期（平成25年～令和3年）

対象となった論文は12件で、表2に示すように令和以降増加傾向にあり、原著論文は4件であった。

内容は、災害時難病患者個別避難計画の作成への取り組み報告、災害時難病患者個別避難計画作成状況や患者の災害準備状況の実態、災害時難病患者個別避難計画の概要整理、災害時難病患者個別避難計画と保健師との関連の4つに大別された。

災害時難病患者個別避難計画の作成への取り組み報告がされた論文は2件（j, k）で、対象は人工呼吸器装着者、神経難病患者であった。庁内や庁外で顔の見える関係をつくること、作成期間は2か月以上を要することが多いことが報告された。

災害時難病患者個別避難計画作成状況や患者の

表1 文献の概要Ⅰ期（～平成25年）

	タイトル	筆頭著者	文献種類	発行媒体	方法	目的	研究対象	計画事例対象	結果
a	【難病患者の災害時対策】中越地震の災害を踏まえた取り組み 災害時個別支援計画の策定 ¹⁵⁾	浅井 (2007) 行政機関	解説/特集→実践報告	商業誌・機関誌	取組報告	災害対策のために行った取り組みを報告する	難病患者	難病患者	過去の災害により、安否確認が必要な人やニーズの把握が不十分、停電で医療機器が使用できない、避難勧告後も自宅待機が多いという課題があった。そのため、安否確認事項等一覧表を作成し、個別支援計画を作成した。計画作成により、自主的な防災意識が芽生え、役割分担ができた。
b	シンポジウム6-3 神経難病および医療ネットワーク 災害に備えた難病医療ネットワークと災害時の対応-2回の地震を経験して ¹⁶⁾	中島 (2009) 保健医療機関	不明→実践報告	学会誌	取組報告	中越沖地震で得られた知見を報告する	難病患者	在宅人工呼吸器装着難病患者	通常時から災害に備えた支援ネットワークづくりが必要であり、そのためには、災害時の関係者間の連絡方法と患者の安否確認方法の確立、安否確認対象者の名簿作成、治療継続の意欲の維持とこころのケアの方法の検討が必要である。中越地震後は保健所と合同で災害時在宅難病患者支援ネットワーク会議を年1回実施し、名簿作成と個別支援計画を作った。この取組が、中越沖地震では役に立った。
c	在宅人工呼吸器装着患者における災害時対応の試み ¹⁷⁾	畠中 (2009) 行政機関	原著論文→実践報告	商業誌・機関誌	取組報告	在宅人工呼吸器装着患者における災害時対応の試みについて報告し、安否確認の具体的方法を検討すること、避難所などへの安全な搬送方法を具体化しネットワークを構築すること、これらを災害時の要援護者支援計画へ課題を提供すること	ALS患者 (人工呼吸器装着) 2事例	ALS患者 (人工呼吸器装着)	安否確認については一部の訪問介護事業所では積極的に活動できることが判明したが、市町のレベルでは情報の集約などに問題点が存在した。避難時の移動手段については原則的に救急車の対応は困難で、近隣住民や自主防災組織に頼らざるを得ない現状であった。
d	在宅人工呼吸器装着患者における災害時支援訓練の実施 ¹⁸⁾	畠中 (2010) 行政機関	原著論文→実践報告	商業誌・機関誌	取組報告	災害時支援訓練を実施し、安全な搬送方法を確認すること、さらに問題点や課題を要援護者支援計画へ反映すること	ALS患者 (人工呼吸器装着) 2事例	ALS患者 (人工呼吸器装着)	今回の訓練により、以下の点が重要であると判明した。(1)在宅療養の開始早期に、市町村が策定している災害時要援護者登録制度届の提出を勧奨する。(2)近隣者と普段からできるだけ交流をもつようにする。(3)定期的にサービス提供事業者による外出支援を行う。(4)訪問看護ステーションが医療機器装着患者の災害時支援について、チームリーダー的役割を担う。

e	難病患者の災害時の個別支援計画における現状と課題 ¹⁹⁾	和田 (2013) 保健医療機関	原著論文	商業誌・機関誌	量的研究 (質問紙調査)	難病患者に対する災害時の個別支援計画の現状を把握する	①10県426自治体の自治体 (分析対象315自治体) ②秋田県内ALS患者115名 (分析対象55名)	①難病患者 ②ALS患者	災害時要支援者支援計画 (全体計画) は、71%の自治体で「策定済み」、10%の自治体で「策定中」であったが、個別支援計画の策定状況については、64%の自治体が「50%未満」と回答しており、82%の自治体が個別支援計画の策定に難病患者を「分けていない」と回答した。その理由として、「要支援者の条件を満たしている難病患者は、要支援者として個別計画を作成しているため、あえて難病としては分類していない」(38%)、「難病患者の個人情報取得するのが困難 (保健所から個人情報の提供がない)」(21%)などが多く挙げられた。
f	災害医療人工呼吸器使用者災害時個別支援計画による在宅人工呼吸器使用ALS患者の搬送訓練 ²⁰⁾	大木 (2013) 行政機関	解説→実践報告	商業誌・機関誌	取組報告	訓練によって得た課題や訓練の重要性について報告する	ALS患者 (人工呼吸器装着者) 1事例	ALS患者 (人工呼吸器装着者)	安否を知らせる手段は複数必要なこと、日頃の外出がカギであること、平時に避難先を確保することが課題として明らかになった。また、一人ひとりの状況にあった個別支援計画作成と、日常の練習 (訓練) が必要である。そのためには、日常の連携が大切である。

災害準備状況の実態の論文は3件 (l, n, q) で、調査対象は人工呼吸器装着患者2件、行政1件、外来通院の神経難病受給者1件、外来付き添いの施設職員1件、スモン患者1件であった (重複あり)。調査方法は、質問紙調査、インタビュー、記録の後方視的データ収集によって行われた。災害時難病患者個別避難計画の作成には地域差が大きいこと、災害対策を自ら行っている在宅難病療養者が少ないこと、人工呼吸器装着患者の調査では災害時難病患者個別避難計画作成の有無自体が不明という回答が過半数を超えたことが明らかになった。

災害時難病患者個別避難計画の概要整理がされた論文は5件 (i, m, o, p, r) で、制度説明が4件、文献検討が1件であった。災害対策では避難のための災害時難病患者個別避難計画を作成することの重要性、庁内の平常時からの密な連携による災害時難病患者個別避難計画作成の必要性の共通認識、担当者が一同に会しての課題共有と対応方針や役割分担の重要性、神経難病リエゾン患者の災害時難病患者個別避難計画作成推進の行政への

要請役割があることが示された。作成時の課題としては、同意をためらう在宅難病療養者、市町村の課題、日頃からの関係機関の連携、支援者への教育等が報告された。

災害時難病患者個別避難計画と保健師との関連の論文は2件 (g, h) で、1件は取組報告、1件は保健師へのインタビューであった。災害時難病患者計画作成を通して顔の見える関係を作ることの大事さ、平常時から保健師が旗振り役になってネットワークづくりを進めることで、地域の特性に合わせた災害対策を構築することの重要性が示された。

3. Ⅲ期 (令和3年～)

対象となった論文は表3に示すように5件で、うち原著論文は3件であった。

内容は、災害時難病患者個別避難計画作成状況や患者の災害準備状況の実態、災害時難病患者個別避難計画の概要整理、災害時難病患者個別避難計画と保健師との関連の3つに大別された。

災害時難病患者個別避難計画作成状況や患者の

表2 文献の概要Ⅱ期（平成25年～令和3年）

	タイトル	筆頭 著者	文献 種類	発行 媒体	方法	目的	研究対象	計画事例 対象	結果
g	【平時からの災害時 要援護者支援】難病 療養者への平時から の支援 長野県の災 害時個別支援計画作 成の取り組みから見 えてきた保健所保健 師の変化と課題 ²¹⁾	高橋 (2014) 教育・ 研究 機関	解説/ 特集	商業 誌・機 関誌	質的研 究（イン タビュー ）	災害時個別支援 計画作成に取り 組んだ難病担当 保健師の気持ち や思い、課題を 明らかにし、難 病療養者への災 害対策における 保健師の役割を 探る	2010～2012 年度に県内 保健所で難 病担当を経 験した保健 師14名	難病患者	準備を進めていくうえでは【本人・家族の 意識や関心が必要】であるが、これから関 わりを深めようとする地域では、【関わっ ている個別ケースが少ない】ことで病気の 受容や介護負担などの【ケースの個別背景 があり進めづらい】状況や、『サービスが 入っていると足が遠のく』ことで支援者と 関わる機会が少ないという状況があった。 このことから【支援者との関係づくりと協 働には気合いと時間が必要】となり、【保 健師の役割が不明確で進め方がわからない 】など具体的な進め方に戸惑いを抱えて いた。 すでに日常的に関わっている地域では、保 健師のほうからケアマネジャーや訪問看護 師に積極的に関わることで、【支援者の関 心と集まることで進む確認と意識づけ】 【日頃の関わりの中での具体的確認が体制 強化になる】ことが体感できていた。
h	【看護管理者がもっ と保健師を知れば地 域包括ケアは一步前 に!】（報告3）難病支 援 在宅人工呼吸器 使用者の災害時個別 支援計画作成を通し て地域連携を深化 ²²⁾	飯田 (2017) 行政 機関	解説/ 特集 →実 践報 告	商業 誌・機 関誌	取組報 告	災害時個別支援 計画における保 健師の関わりや 役割について報 告を行う	人工呼吸器 装着者	人工呼吸 器装着者	難病は、緊急性もなく、本人からの声もあ がらないため、優先度が下がってしまい がちである。支援の網から零れ落ちそうな ところを把握し、支援していくのも保健師の 重要な役割である。北区では訪問看護ス テーションに計画作成を委託している。 計画作成をきっかけに、別ケースでの相談 もしやすくなった。顔が見える関係が一番 大事である。
i	難病ケア 災害時個 別支援計画 ²³⁾	西澤 (2018) 教育・ 研究 機関	解説	学会誌	制度説 明	災害時個別支援 計画の解説を行 う		難病患者	市町村内で防災を担当する部門と在宅の難 病患者さんに関する情報を持つ部門とが、 平常時から連携を密にし、情報を共有し、 個別支援計画を事前に策定しておく必要が あるという共通認識を持つことが重要。県 からも保健所の担当保健師が参画し、保健 所が会議を主導できる体制が求められる。
j	災害医療 在宅難病 患者の災害時個別支 援計画の作成 医療 的ケアや介護を要す る神経難病患者8例 から ²⁴⁾	岡崎 (2019) 行政 機関	解説 →実 践報 告	商業 誌・機 関誌	取組報 告	災害時個別支援 計画の作成を 行った実際と課 題の報告を行 う。	神経難病患 者8例	神経難病 患者	記載者は保健師が多く、作成期間は多くが2 か月以上を要した。全事例において市町村 と連携、患者家族との計画の共有ができた。 計画は各々が保管した。見直し時期 は、サービス担当者会議等の既存の会議と 同時期にしたケースが多い。取組結果よ り、作成手順及び様式の改良を行った。
k	【災害時に配慮を要 する在宅療養者への 支援 難病等で医療 的ケアが必要な人を 中心に】関係機関と 連携した個別支援計 画の策定に向けて 茅ヶ崎市保健所の取 り組み ²⁵⁾	井上 (2019) 行政 機関	解説/ 特集 →実 践報 告	商業 誌・機 関誌	取組報 告	関係機関と連携 した個別支援計 画の策定に向け た取り組みの報 告を行う	人工呼吸器 装着者	人工呼吸 器装着者	防災対策課の職員との同行訪問、福祉政策 課や障害福祉課と話し合う場の設置、人工 呼吸器患者の全体像の把握、介護保険関係 の事業者向けに計画の研修会開催、ケアマ ネと同行訪問、病院への避難訓練を行っ た。
l	在宅人工呼吸器患者 の災害時の備え 訪 問看護ステーション へのアンケート調査 から見えてきたもの 26)	檜垣 (2020) 保健 医療 機関	原著 論文	学会誌	量的調 査（質問 紙調 査）	在宅人工呼吸器 装着者の詳細な 実態を明らかに する。	4県の訪問 看護ステー ション672事 業所（分析 対象394事業 所から得た 439名の患 者）	在宅人工 呼吸器装 着者	災害発生時訪問看護師には避難体制を構築 し、避難支援者と共にシミュレーションや 避難訓練を行い安全で効率的な避難方法を 見出すためリーダシップを発揮する事を 求められるが、個別支援計画作成の有無自 体が「わからない」との回答が6割を超えた 事は、計画作成の上で考慮すべき課題であ る。

災害時難病患者個別避難計画の文献検討

m	文献検討から考えられる難病療養者の災害時個別支援計画に関する課題 ²⁷⁾	野口 (2020) 教育・研究機関	原著論文	学会誌	文献検討	文献から難病療養者の災害時個別支援計画に関する課題を整理する。	文献 9 件	ALS (人工呼吸器装着患者), ALS, ALS を含む神経難病療養者, 難病を含む人工呼吸器使用者	4つのカテゴリー【避難行動要支援者としての同意をためらう難病療養者】、【個別支援計画を作成する市町村の課題】、【日頃からの関係機関の連携が必要】、【支援者への教育の必要性】が抽出された。シミュレーション後に考えられる課題として、4つのカテゴリー【災害時の備えとして計画と訓練が必要】、【複数の連絡手段の確保】、【呼吸器管理中の人の避難では医療者との協働が必要】、【日頃からの関係機関の連携が必要】が抽出された。
n	災害医療 神経筋難病・スモン患者における災害対策に関する行政と患者の現状調査 ²⁸⁾	高田 (2020) 保健医療機関	原著論文	商業誌・機関誌	量的調査 (質問紙調査) 質的調査 (インタビュー)	青森県における行政の取り組みの現状と、患者自身の災害対策の現状を明らかにする	①行政: 40市町村 (分析対象27施設) ②患者, 家族: 外来通院の神経難病受給者 (106名) ③上記外来付き添いの施設職員 (15施設) ④スモン検診にきたスモン患者 (5名)	神経筋難病, スモン患者	①対策の進んでいるところでは、すでに作成された個別計画の利用に入っている市町村がある一方、避難行動支援の取り組みが全く進んでいない地域があるなど、地域差が激しいことが明らかになった。行政の対策の計画が進んでいない理由としては、「多忙」や「詳しい専門者不在」が挙げられていた。 ②難病患者への調査では、災害対策を自ら行っている割合が19%と低いことが示された。
o	日本神経学会による災害対策 神経難病リエゾンの役割について ²⁹⁾	中根 (2020) 保健医療機関	解説	学会誌	制度説明	災害対策における難病の位置づけ、難病の災害対策の経緯を述べる。災害時の難病患者の医療調整支援のありかたを紹介する。神経難病リエゾンに求められる活動を概況する。		人工呼吸器装着患者	神経難病リエゾンの役割は「被災地の情報収集・発信」、「医療支援調整」、「保健活動」であり、平時時と災害時の活動が期待される。リエゾンがまず取り組むべきミッションとして、平時時は各都道府県における在宅人工呼吸器装着患者リストのチェックと、リストアップされた患者の個別計画策定推進の行政への要請がある。
p	筋ジストロフィー患者の災害対策 ³⁰⁾	溝口 (2021) 保健医療機関	総説	商業誌・機関誌	制度説明	①多職種が協働して、個別の避難計画を立案する際の留意点を示す。 ②「風水害に備えた人工呼吸器装着患者の避難入院-医療機関への提言-」について概要を示す	②12県の医療機関	①人工呼吸器装着筋ジストロフィー患者 ②筋ジストロフィー患者を含む神経筋難病患者	①災害対策では避難のための計画を作成しておく必要があり、市町村が行っている災害時避難行動要支援者名簿への掲載と個別計画を作成することが重要である。避難計画作成は訪問看護など支援者と一緒に作成するとともに、居住地で発生しやすい災害を知ること、避難時期・避難方法・避難先の設定、支援者との連絡方法の確認、非常用電源の確保などが必要である。 ②避難入院は9県32医療機関で行われていた。避難入院した神経難病患者総数は128名で、人工呼吸器装着患者数は79名 (61.7%) だった。
q	【オンライン機能等の看護支援】[第4部]当院における在宅人工呼吸器装着患者の非常電源確保状況の調査 ³¹⁾	染谷 (2021) 保健医療機関	原著論文/特集	商業誌・機関誌	量的研究 (診療録, 「災害時個別支援計画」「あんしん手帳」を用いた後方視的にデータ)	停電災害時の電源確保の現状を調査・把握し、今後必要な災害対策支援について検討する	H30.7~R2.6に在宅訪問診療を行った人工呼吸器装着患者50例。	在宅人工呼吸器装着患者	TPPV患者では12時間以上24時間未満の予備バッテリーを含めた電源確保ができていた患者は28例、24時間以上36時間未満が2例、12時間未満4例、36時間以上48時間が1例であった。NPPV患者では24時間未満10例、36時間以上48時間未満5例などであった。外来通院者の24%は外部電源の確保を何もしていなかった。訪問診療者では44%が外部電源を確保していた。バッテリー以外の電源確保の方法で最も多かったのはシガーソケットケーブルの10例であった。

r	【難病患者と家族の尊厳を保持した共生社会の探求】在宅難病療養者とその家族の災害対策 ³²⁾	奥田 (2021) 教育・研究機関	総説/特集	商業誌・機関誌	制度説明	災害時に配慮を必要とする者に関する国の対策の変遷と、在宅難病療養者とその家族の尊厳を保持し、地域で安心して生活を営む観点から、在宅難病療養者の災害対策上の課題を整理する。		人工呼吸器を装着する在宅難病療養者	個別避難計画の作成済み市町村は約1割にとどまる。さらに、避難行動要支援者名簿への難病患者の掲載割合は約6割であり、支援を要する対象者が掲載されていない可能性がある。作成にあたっては、担当者が一同に会し、災害時に想定される課題を共有し、対応方針や役割分担など具体的な検討を図ることが望まれる。
---	--	-------------------	-------	---------	------	---	--	-------------------	---

災害準備状況の実態の論文は1件（s）で、訪問看護ステーションを通じて在宅人工呼吸器使用患者の実態を質問紙調査で行った。その結果、災害時難病患者個別避難計画の作成率が過去調査と比べて向上したが、自治体間での差が拡大したことが明らかになった。

災害時難病患者個別避難計画の概要整理の論文は1件（t）で、COVID-19等を鑑み複合的な災害時難病患者個別避難計画を作成する必要性が記された。

災害時難病患者個別避難計画と保健師との関連の論文は3件（u, v, w）あり、インタビュー、解説、質問紙調査が行われた。保健師の個別避難計画の作成意思に関連する項目、保健師が個別支援の経験を地域の災害支援体制の構築につなげていたこと、計画の推進には従来からの難病保健の役割を継続し基礎自治体との協働や連携による難病者の特性を加味した施策づくりをすすめること、地域課題の解決に向けた取組においても十分に役割を発揮することが求められることが明らかになった。

考 察

まず、年代ごとの考察を行い、その後、全体を通しての考察を行った。

1. I 期（～平成 25 年）

この時期の研究は行政機関や、保健医療機関からの実践報告が多く、公表媒体も商業誌や機関誌が多かった。研究は、初期段階であれば事実を記述しただけでも学術的な価値がある³⁸⁾とされて

いる。よって、この時期は、災害時難病患者個別避難計画のテーマは研究の初期段階にあったと考えられる。また、商業誌や機関誌は出版社が発行しており、学会誌に比べより多くの人の目に触れる機会がある。よって、先駆的に取り組んでいる機関が、実践内容の共有を目的に記載したと考えられる。

内容は、災害時難病患者個別避難計画作成や訓練の重要性や課題、作成が進んでいない現状を示し、作成を推進するための勧奨的な内容が多かった。また、論文公表時期は平成 19 年以降が多かった。これらは、平成 18 年に災害時要援護者避難支援ガイドライン³⁹⁾が公表され避難支援プランや個別計画の作成についての方向性が示されたこと、平成 20 年に災害時難病患者支援計画を策定するための指針⁶⁾が示された背景があり、計画作成に取り掛かり始めた時期であったと考えられる。

2. II 期（平成 25 年～令和 3 年）

この時期の研究は、実践内容の報告や現状に加え、保健師との関連性や災害時難病患者個別避難計画作成の概要を整理したものが増え、1 年あたりの公表論文数も I 期に比べて 1.5 倍になった。背景には、平成 25 年の災害対策基本法改正により、避難行動要支援者名簿が義務化、個別避難計画はさらに取り組むべき事項として市町村に位置付けられたこと、平成 29 年に災害時難病患者個別支援計画を策定するための指針¹⁾が公表されたことなどがあり、新たな制度の創設に伴った制度の説明に関する論文が多くなったと考えられる。また、この時期は、平成 23 年の東日本大震災、

表3 文献の概要Ⅲ期（令和3年～）

	タイトル	筆頭著者	文献種類	発行媒体	方法	目的	研究対象	計画事例対象	結果
s	在宅人工呼吸器使用患者の災害時の備えの現状 訪問看護ステーションへの質問紙調査より ³³⁾	板垣 (2022) 教育・研究機関	原著論文	学会誌	量的研究 (質問紙調査)	災害の備えの進捗状況を明らかにする	在宅人工呼吸器使用患者支援事業の利用があり、2018年に厚労省に報告のあった19都道府県の訪問ステーション 7,382か所	在宅人工呼吸器使用患者	人工呼吸器のバッテリーや非常用電源等の停電用物品の準備率、災害時個別支援計画の作成率は、過去調査と比べ向上し、重症度の高いTPPV使用患者の準備率が高かったが、個別計画作成等における自治体間の差が拡大している実態が明らかになった。
t	新時代を迎える神経難病の災害対策 COVID-19パンデミックと災害対策基本法改正を経て ³⁴⁾	中根 (2022) 保健医療機関	解説	商業誌・機関誌	制度説明	新時代を迎えた神経難病患者・家族の災害対策について概況する。		難病患者	自然災害の増加やCOVID-19の継続を考えると、複合的な災害避難計画を策定する必要がある。難病患者の診療に携わる医療従事者は、防災意識を高め、他職種と十分な連携を図る必要がある。
u	保健師の医療的ケアを要する災害時避難行動要支援者の個別避難計画作成意思に関連する要因 ³⁵⁾	松本 (2023) 行政機関	原著論文 / 比較研究	商業誌・機関誌	量的研究 (質問紙調査)	保健師の医療的ケアを要する避難行動要支援者に対する個別避難計画の作成意思と、その関連要因を明らかにする	全国の指定都市及び中核市で医療的ケアを要する避難行動要支援者を担当する保健師（分析対象256件）	医療的ケアを要する者	作成意思と有意に関連していた項目は、個別避難計画に対する避難行動要支援者の生命を守る意義感の高さ、保健師役割としての認識の高さ、作成手順に関する知識の低さ、様式に関する知識の低さ、および作成時間の無さに対する認識の低さであった。
v	都道府県保健所・保健所設置市(含む特別区)における難病保健活動 役割と展望 ³⁶⁾	小倉 (2023) 教育・研究機関	解説	学会誌	制度説明	個別避難計画作成の施策と難病保健活動について解説し、難病保健の現状や展望を述べる。		在宅人工呼吸器使用等難病療養者	「災害時個別避難計画作成」の施策推進においては、従来からの難病保健の役割を継続し、基礎自治体との協働あるいは連携による難病者の特性を加味した施策づくりをすすめること、また地域課題の解決にむけた取り組みにおいても十分に役割を発揮することが求められる。
w	災害時個別支援計画作成に関わる保健師が人工呼吸器使用者の療養生活を支えるために行っている実践内容 ³⁷⁾	角川 (2024) 教育・研究機関	原著論文	学会誌	質的研究 (インタビュー)	個別支援計画作成に関わる保健師が行う、人工呼吸器使用者の平常時の療養生活を支える実践の内容を明らかにする	難病保健業務または個別支援計画作成に携わっている保健師8名	人工呼吸器使用者	27のサブカテゴリ、「地区の人工呼吸器使用者を可能な限り把握するため工夫を凝らす」「平常時の関わり」のなかで『自分ごと』としての災害準備を促す」「命を守るスタンバイ状態を維持する」「災害時に当事者/介護者を支える支援ネットワークの実働を準備する」などの6カテゴリが抽出された。

平成 28 年の熊本地震、令和元年台風第 19 号など、様々な災害が発生した時期であり、対策に取り組む必要性が共有され、公表論文数が多かったと推測される。

内容は、Ⅰ期から指摘されている市町村と県との連携、多機関連携に加え、庁内の連携や保健師の役割にも言及された。背景として、法改正により個別避難計画は市町村が取り組むべき事項であるとの認識が高まり、市町村内部にも目を向けられたためと考えられる。また、Ⅱ期は全体的に連携を重視した内容が多い。地域における保健師の保健活動について⁴⁰⁾では、連携という言葉が 25 回引用され、保健師の保健活動として部署横断的な保健活動の連携及び協働が記されている。よって、連携は保健師に期待された役割であり、連携により、より実効性のある在宅難病療養者の災害時個別避難計画作成が期待されていたと考えられる。

3. Ⅲ期（令和3年以降）

この時期の研究は、教育・研究機関からの報告が増え、実際に研究手法をとったものが多い。研究手法としては、関連要因を明らかにする仮説生成研究や、質的研究手法がとられており、Ⅰ期やⅡ期の事例研究と比較すると、当テーマにおける研究が進んだ。その背景として、令和3年に災害対策基本法が改正され、個別避難計画が市町村の努力義務になったこと、令和4年に災害時難病患者個別避難計画を策定するための指針（追補版）⁷⁾が公表されたことが考えられる。努力義務化が契機となり、当テーマが研究対象として広がったと推察される。

内容は、実際に計画を作成するための意思や、実践内容に焦点をあて、計画作成をさらに推進するための具体的な方向性が示されていた。背景には、個別避難計画の作成件数が公表された⁴¹⁾ことにより、作成そのものを進めるための研究が重要視されてきたと考えられる。また、5件中3件は保健師を対象とした研究であり、災害時難病患者個別避難計画の作成に保健師の役割が期待されていると考えられる。

4. 全体を通して現在明らかになっている現状と課題

Ⅲ期以降に研究手法を用いた論文が散見されるが、各研究者の視点で研究されており、災害時難病患者個別避難計画は研究分野として発展途中であるといえる。

すべての期において、表4に示すように共通して日頃からの連携の重要性が記載されている一方で、連携が依然として進まない状況がある。在宅難病療養者は医療処置を有する場合が多く医療機関との連携、介護保険等の利用など福祉専門職との連携も重要になる。保健師は、調整技術として本人・家族と関係機関・関係者に働きかけ、準備性を高めたうえで両者をつなぐ役割⁴²⁾を有している。災害時難病患者個別避難計画作成においても、地域福祉専門職との連携、医療機関連携、庁内連携など、具体的に連携を深める方法を明らかにする必要がある。

災害時難病患者個別避難計画が持つ特性として、プライバシーの観点から、対象者の同意を得ることが難しい課題であることが明らかになった^{19, 27)}。同意を得ることが難しいがゆえに、同意を大前提とする本計画作成も難しいと推測される。しかし、同意のもと計画作成と避難訓練がされた事例¹⁸⁾では、より実効性の高い計画が作成されたと示唆された。檜橋ら⁴²⁾によると、保健師は、患者・家族のニーズを顕在化させると同時に、関係機関の支援の準備性を高め、支援ネットワーク形成の素地をつくる調整技術を有している。災害時難病患者個別避難計画作成に同意のない在宅難病療養者など、潜在化している課題を顕在化して対応するには、様々な制度を熟知し、関係機関とのネットワークがあり、様々な職種が揃っている行政の力が必要であると考えられる。よって、今後は、行政が、療養者との共通ツールとして災害時難病患者個別避難計画作成の勧奨を継続していく必要があると考えられ、その過程における現状と課題を明らかにする必要がある。

今回の対象文献の検討により、災害時難病患者個別避難計画がもたらす効果は、単純な避難行動だけでなく、自助や共助を育むなど災害対策を考えるきっかけになること、連携を図るツールにな

表 4 時期別論文の内容

内容（テーマ）	～平成25年	平成25年～令和3年	令和3年～
災害訓練の報告	・災害時要援護者登録を推進することによりかなりのエネルギーが必要だが在宅療養早期の勧奨、近隣者との普段の交流、定期的な外出支援が重要。また、医療機器装着患者の災害時支援は訪問看護ステーションがチームリーダー的役割を期待される。（d） ・個別支援計画作成は、自助・共助・公助のそれぞれの役割の確認と、実践行動につながる。計画作成は、日常の連携の充実を図る1つのツールである。（f）		
災害時難病患者個別避難計画の作成への取り組み報告	・あらかじめ話し合っておくことは被害を最小限にするために重要である。（a） ・難病対策として重要な点は、地域で災害に備えたネットワーク会議を開催し、在宅難病患者から安否確認対象者名簿を作成し、個別支援計画を作成することである。そのために国、地域の防災計画に難病患者支援を位置づけ、保健所と医療機関が協力し災害に備える必要がある。（b） ・安否確認については実施者と情報集約の問題。移動手段については近隣住民等に頼らざるを得ない現状がある。今後は安否確認を含めた避難訓練を実施するとともに、市町の協力も得て災害時要援護者対策を推進していく必要がある。（c）	・日頃から患者家族と支援者が、災害対策を話題にし、考えておくことが必要。また、市町村が中心となって検討したケースは効率よく計画が作成でき、市町村との協働は非常に重要である。（j） ・防災対策課、福祉政策課、障害福祉課等、庁内で顔の見える関係が連携を図りやすかった。また、ケアマネジャーとの同行訪問や研修を実施など、地域の資源を把握し、関係機関と連携をとることが大事。（k）	
災害時難病患者個別避難計画策定状況や患者の災害準備状況の実態	・医療依存度の高い難病患者に対する支援計画を保健所が主体となって作成し、自治体に提示する必要がある。一方で、情報の共有に同意しない患者があり、難病患者の情報共有の仕組み作りも今後の重要課題の1つである。（e）	・避難行動要支援者個別支援計画作成の有無自体が「わからない」との回答が6割を超えた事は、計画作成の上で考慮すべき課題である。訪問看護師はリーダーシップを発揮し、今後、災害時にどう対応するか地域住民、在宅ケアチーム等と協働し災害対策について普段からの話し合いが必要である。（l） ・計画作成は地域差が激しく、患者の調査では自ら災害対策を行っている割合が低い。単なる災害対策に留まらず、関係各所多方面からの関わりが必要の場合があると考えられた。（n） ・個別支援計画書を定期的に見直すことが防災に対する意識を高めた。平素から支援体制を整えることが大事。（q）	・災害時個別支援計画の作成率は、過去調査と比べて向上したが、自治体間での差が拡大したことが明らかになった。既存のマニュアルや指針が活用されるような啓発、普段からの話し合いが重要である。（s）
災害時難病患者個別避難計画の概要整理		・市町村内で防災を担当する部門と在宅の難病患者さんに関する情報を持つ部門とが、平常時から連携を密にし、情報を共有し、個別支援計画を事前に策定しておく必要があるという共通認識を持つことが重要。県からも保健所の担当保健師が参画し、保健所が会議を主導できる体制が求められる。（i） ・難病療養者の災害時個別支援計画の課題に対し、その課題解決をはかりながら、すべての難病療養者の災害時個別支援計画が立案され訓練につなげていくことが期待される。（m） ・熊本地震で平常時の難病患者リスト作成、個別支援計画策定の重要性を認識し、避難所等における難病患者のサポートのあり方を検討した。神経難病リエゾンの役割は、在宅人工呼吸器装着患者リストのチェック、患者の個別計画策定推進の行政への要請であり、平常時と災害時の活動が期待される。（o） ・災害対策では避難のための計画を作成しておくことが重要。患者・家族と多職種が連携すること、行政などの協力のもと地域で神経難病ネットワークを構築しておくことが大事（p） ・避難行動要支援者名簿に在宅難病療養者などが正確に反映されていない可能性がある。計画作成においては、避難計画と訓練の強化が求められる。担当者が一同に会し、課題を共有し、対応方針や役割分担の具体的な検討を図ることが望ましい。近隣住民等を含んだ計画の検討は、療養生活に対する理解の促進や、交流の契機をもたらすなどの効果が期待できる。（r）	自然災害の増加やCOVID-19の継続を考えると、複合的な災害避難計画を策定する必要がある。難病患者の診療に携わる医療従事者は、防災意識を高め、他職種と十分な連携を図る必要がある。（t）

災害時難病患者個別避難計画と保健師との関連		・計画作成にはケアマネジャーや訪問看護師と協力することが重要で、平常時から、対象者を取り巻く関係者と顔の見える関係を築き、全国各地の先駆的な取組を参考にしつつ、各保健所管内での支援者向けの研修会や勉強会を活用すること、保健師が旗振り役になってネットワークづくりを進め、地域の特性に合わせた災害対策の構築に踏み出すことが重要。(g) ・保健師は、支援の網からこぼれ落ちそうなところ把握し、支援していく役割。個別避難計画作成を通して、顔の見える関係を作ることが1番大事。(h)	・個別避難計画の作成推進に向けて、保健師が避難行動要支援者に対する個別避難計画の意義を理解すること、医療的ケアを要する対象者への計画作成は保健師役割であると認識すること、業務中の計画作成の優先度を高めること、作成手順や様式に対する知識を深めることが大事。(u) ・計画作成は、これまでのネットワークに、あらたな施策の手が加わるものと整理でき、難病者の自助・共助力を向上し、難病者が地域の公助のしくみにくみこまれることで、療養の安全や安心をたかめることが期待できる。従来からの難病保健の役割を継続し、基礎自治体との協働あるいは連携による難病者の特性を加味した施策づくりをすすめること、また地域課題の解決にむけた取り組みにおいても十分に役割を発揮することが求められる。(v) ・保健師は、支援すべきケースを可能な限り把握するよう努めていたほか、平常時の関わりの中での当事者/家族の災害準備を促し、命を守るスタンバイ状態を維持するとともに、個別支援の経験を地域の災害支援体制の構築につなげていた。漏れのない対象者把握を可能とするシステム構築や、人工呼吸器使用者への個別支援に関する技術を保健師が共有できる仕組みづくりは今後の課題である。(w)
-----------------------	--	--	--

りうること^{20, 22)}が明らかにされた。共通のツールやきっかけがあることで、連携が促進されると考えられる。現在、自治会等の加入率の平均は低下し、地域社会におけるつながりの希薄化への危機感は一層高まっている⁴³⁾。個別避難計画作成が契機となり、地域内の共助をサポートするツールになると考えられる。また、対象論文の災害時難病患者個別避難計画作成対象者の患者は人工呼吸器装着者が多いが、避難行動を考慮すると医療行為がなくても災害時難病患者個別避難計画を必要とする在宅難病療養者は多い。難病患者に限らないが、令和6年4月1日時点で避難行動要支援者は全国に7,170,812人と多く⁴⁴⁾、在宅難病療養者は災害時のトリアージの現場同様、計画作成が後回しになる可能性もある。行政が作成する災害時難病患者個別避難計画外の在宅難病療養者については、自助と共助で対応するほかなく、自助・共助の体制づくりの在り方とともに効果的な災害時難病患者個別避難計画の在り方の検討が必要である。誰一人取り残すことなく災害の準備ができる方法を明らかにする必要がある。

なお、英語文献を検索した結果、該当した2件は、いずれも日本人著者によるものであった。これは、災害時個別避難計画が日本の災害対策基本法に基づく特有の制度であるためと考えられる。

以上、災害時に在宅難病療養者の安全を確保するための方法の1つである災害時難病患者個別避

難計画の課題を明らかにした。課題は、計画の作成自体が進んでいないことや作成状況に地域差があること、計画策定過程において情報の共有に同意しない療養者への説明、支援者への教育などがあった。さらに、個別避難計画が法的に努力義務になって以降、災害時難病患者個別避難計画作成の詳細な実態は明らかになっておらず、組織としての災害時難病患者個別避難計画作成着手に向けた課題や、作成された計画に対する効果は検証されていない。今後、どこまで災害時難病患者個別避難計画が推進されているか、作成時の課題の原因や計画の効果など明らかにする必要がある。

本文献レビューの限界として、会議録やケーススタディ等は除外したため、実際に現場で実践された活動報告等は分析に含まれていない。また今回、医療保健分野や、現場の立場から内容を抽出したが、当計画は災害対策基本法に基づくものであるため、より事務的な視点や行政的な視点からの抽出も必要である。今回は難病患者に絞って検索を行ったが、個別避難計画そのものの課題性を検討するためには、対象を絞らない段階での研究が必要である。これらの限界はあるものの、本レビューでは、災害時難病患者個別避難計画について先行文献で示されているものを明らかにし、研究の動向の把握と、リサーチギャップの特定ができたと考えられる。

結 語

在宅難病療養者の災害時難病患者個別避難計画に関してスコーピングレビューをし、どのような研究がされてきたかを災害対策基本法の改正により3期に分けて概観して整理した。その結果、Ⅰ期は個々の実践報告が多く、Ⅱ期の法改正後、Ⅲ期の個別避難計画が法的に努力義務になって以降、研究的な取り組みは増加し、計画作成の進展や作成過程での課題が示された。しかし、災害時難病患者個別避難計画作成の詳細な実態、組織的課題、作成された計画に対する効果は検証の課題があり、今後、これらの課題に対して研究的な取り組みが必要である。

利益相反自己申告

申告すべきものはありません。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただきました方々に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 西澤正豊, 災害時難病患者個別支援計画を策定するための指針(改訂版), 2017, https://www.nanbyou.or.jp/wp-content/uploads/upload_files/saigai.kaitei.pdf (2024年9月22日アクセス可能)
- 2) 内閣府(防災担当), 避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針, 平成25年8月(令和3年5月改定), <https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/youengosya/r3/pdf/shishin0304.pdf> (2024年9月22日アクセス可能)
- 3) 厚生科学審議会疾病対策本部会 第16回難病対策委員会 資料1の参考資料, 2011, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ut3k.html> (2024年9月22日アクセス可能)
- 4) 消防庁, 避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の作成等に係る取組状況の調査結果, 2023, https://www.fdma.go.jp/pressrelease/houdou/items/230630_bousai_1.pdf (2024年9月22日アクセス可能)
- 5) 吉川祐一, 難病患者等への災害対策に関する要望, 2023, <https://nanbyou.jp/appeal/230327yobo4.pdf> (2024年9月22日アクセス可能)
- 6) 西澤正豊, 災害時難病患者支援計画を策定するための指針, 2008, <https://www.nanbyou.or.jp/wp-content/uploads/pdf/saigai.pdf> (2024年9月22日アクセス可能)
- 7) 小森哲夫, 災害時難病患者個別避難計画を策定するための指針(追補版), 2022, https://plaza.umin.ac.jp/nanbyo-kenkyu/asset/cont/uploads/2022/04/doctorMizoguchi_add.pdf (2024年9月22日アクセス可能)
- 8) 古山周太郎: 避難行動要支援者対策における個別計画への地方自治体の関わりの実態と課題ー東北地方の地方自治体を対象とした実態調査からー, 日本の地域福祉 31: 75-87, 2018
- 9) 長瀬有紀: 長野圏域に居住する医療的ケア児の災害対策及び自治体の支援体制の現状と課題の検討, 保健医療科学 72: 164-166, 2023
- 10) 上岡裕美子, 伊藤文香, 松田智行ほか: 災害時要援護者に対する地震を想定した避難訓練の評価: 移動に障害のある人を対象として, リハビリテーション連携科学 15: 114-125, 2014
- 11) 日本ALS協会会報, 122: 19-20, 2024
- 12) Micah D.J.Peters, Casey Marnie, Andrea C. Tricco, et al: Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews, JBI Evidence Synthesis 18: 2119-2126, 2020
- 13) 友利幸之介, 澤田辰徳, 大野勘太ほか: スコーピングレビューのための報告ガイドライン日本語版: PRISMA-ScR, 日本臨床作業療法研究 7: 70-76, 2020
- 14) 沖田勇帆, 廣瀬卓哉, 長志保ほか: JBI Manual For Evidence Synthesis Scoping Reviews 2020 スコーピングレビューのための最新版ガイドライン(日本語訳), 日本臨床作業療法研究 8: 37-42, 2021

- 15) 浅井正子, 榎田健:【難病患者の災害時対策】
中越地震の災害を踏まえた取り組み 災害時個別支援計画の策定, 難病と在宅ケア 12:16-19, 2007
- 16) 中島孝:シンポジウム6-3 神経難病および医療ネットワーク 災害に備えた難病医療ネットワークと災害時の対応-2回の地震を経験して, 臨床神経学 49:872-876, 2009
- 17) 畠中晴美, 三木そとみ, 秋山克徳:在宅人工呼吸器装着患者における災害時対応の試み, 癌と化学療法 36:144-146, 2009
- 18) 畠中晴美, 三木そとみ, 湯浅直樹ほか:在宅人工呼吸器装着患者における災害時支援訓練の実施, 癌と化学療法 37:201-201, 2010
- 19) 和田千鶴, 溝口功一, 豊島至:難病患者の災害時の個別支援計画における現状と課題, あきた病院医学雑誌 1:17-23, 2013
- 20) 大木裕子:災害医療 人工呼吸器使用者災害時個別支援計画による在宅人工呼吸器使用 ALS 患者の搬送訓練, 難病と在宅ケア 18:29-32, 2013
- 21) 高橋宏子, 奥野ひろみ:【平時からの災害時要援護者支援】 難病療養者への平時からの支援 長野県の災害時個別支援計画作成の取り組みから見てきた保健所保健師の変化と課題, 保健師ジャーナル 70:782-786, 2014
- 22) 飯田光:【看護管理者がもっと保健師を知れば地域包括ケアは一步前に!】(報告3) 難病支援 在宅人工呼吸器使用者の災害時個別支援計画作成を通して地域連携を深化, 看護 69:050-053, 2017
- 23) 西澤正豊:難病ケア 災害時個別支援計画, 日本難病看護学会誌 23:113-116, 2018
- 24) 岡崎奈穂美:災害医療 在宅難病患者の災害時個別支援計画の作成 医療的ケアや介護を要する神経難病患者8例から, 難病と在宅ケア 25:41-45, 2019
- 25) 井上郁子:【災害時に配慮を要する在宅療養者への支援 難病等で医療的ケアが必要な人を中心に】 関係機関と連携した個別支援計画の策定に向けて 茅ヶ崎市保健所の取り組み, 地域保健 50:48-53, 2019
- 26) 檜垣綾, 和田千鶴, 溝口功一ほか:在宅人工呼吸器患者の災害時の備え 訪問看護ステーションへのアンケート調査から見てきたもの, 日本難病医療ネットワーク学会機関誌 6:30-35, 2020
- 27) 野口裕子, 川野英子, 平澤則子ほか:文献検討から考えられる難病療養者の災害時個別支援計画に関する課題, 日本難病看護学会誌 24:271-279, 2020
- 28) 高田博仁, 大平香織, 赤坂麻美:災害医療 神経筋難病・スモン患者における災害対策に関する行政と患者の現状調査, 難病と在宅ケア 26:43-46, 2020
- 29) 中根俊成, 溝口功一, 阿部康二ほか:日本神経学会災害対策委員会, 日本神経学会による災害対策 神経難病リエゾンの役割について, 臨床神経学 60:643-652, 2020
- 30) 溝口功一:筋ジストロフィー患者の災害対策, MD Frontier 1:19-23, 2021
- 31) 染谷智代:【オンライン機能等の看護支援】[第4部] 当院における在宅人工呼吸器装着患者の非常電源確保状況の調査, 難病と在宅ケア 27:34-38, 2021
- 32) 奥田博子:【難病患者と家族の尊厳を保持した共生社会の探求】 在宅難病療養者とその家族の災害対策, 保健医療科学 70:488-494, 2021
- 33) 板垣ゆみ, 中山優季, 原口道子ほか:在宅人工呼吸器使用患者の災害時の備えの現状 訪問看護ステーションへの質問紙調査より, 日本難病医療ネットワーク学会機関誌 8:42-50, 2022
- 34) 中根俊成:新時代を迎える神経難病の災害対策 COVID-19 パンデミックと災害対策基本法改正を経て, 日本医科大学医学会雑誌 18:371-378, 2022
- 35) 松本珠実:保健師の医療的ケアを要する災害時避難行動要支援者の個別避難計画作成意思に関連する要因, 大阪公立大学看護学雑誌 1:11-20, 2023
- 36) 小倉朗子:都道府県保健所・保健所設置市(含む特別区)における難病保健活動役割と展望, 日本難病医療ネットワーク学会機関誌 10:25-

- 33, 2023
- 37) 角川由香, 大谷温子, 本田千可子ほか: 災害時個別支援計画作成に関わる保健師が人工呼吸器使用者の療養生活を支えるために行っている実践内容, 日本健康学会誌 90: 17-25, 2024
- 38) 近藤克則: 研究の育て方ーゴールとプロセスの「見える化」. 医学書院, 東京, 2021
- 39) 災害時要援護者の避難対策に関する検討会, 災害時要援護者の避難支援ガイドライン, 2006, <https://www.bousai.go.jp/taisaku/youengo/060328/pdf/hinanguide.pdf> (2024 年 9 月 22 日アクセス可能)
- 40) 健発 0419 第 1 号: 地域における保健師の保健活動について, 2013, https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1 (2024 年 9 月 22 日アクセス可能)
- 41) 消防庁, 避難行動要支援者の避難支援対策の調査結果, 2023, <https://www.fdma.go.jp/mission/prepare/assistant/assistant002.html> (2024 年 9 月 22 日アクセス可能)
- 42) 檜橋明子, 尾形由起子, 山下清香ら: 神経難病患者の在宅療養のために保健師が行った関係機関調整技術, 日本地域看護学会誌 18: 33-40, 2015
- 43) 総務省 地域コミュニティに関する研究会: 地域コミュニティに関する研究会報告書, 2022, https://www.soumu.go.jp/main_content/000819371.pdf (2024 年 9 月 22 日アクセス可能)
- 44) 消防庁, 避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の作成等に係る取組状況の調査結果, 2024, https://www.soumu.go.jp/main_content/000955408.pdf (2024 年 9 月 22 日アクセス可能)

Formulation of individual disaster evacuation plans for community-dwelling individuals with intractable diseases: a scoping review

Asuka TAKAHASHI¹⁾, Kazuko SAEKI²⁾

1) Toyama Prefectural University, Graduate School of Nursing

2) Toyama Prefectural University, Faculty of Nursing

Abstract

This scoping review aimed to review and organize a research on individual disaster evacuation plans for community-dwelling individuals with intractable diseases. Consequently, 23 references were extracted, and most were individual case reports. It was found that disaster evacuation planning for patients with intractable diseases to ensure the safety of patients. However, as individual evacuation plans have become legal obligations to exert effort, the issues involved in formulating individual evacuation plans for patients with intractable diseases in case of disasters and effectiveness of such plans remain unclear. Eventually, the extent to which disaster individual evacuation plans for patients with intractable diseases are promoted, causes of problems during preparation, and effectiveness of these plans should be clarified.

Keywords

community-dwelling individuals with intractable diseases,
disaster, individual disaster evacuation plans, scoping review

地域包括支援センター保健師のコロナ禍における認知症高齢者 支援プロセス－その影響と対処の視点から－

上保 緩奈¹⁾, 阿部眞由子¹⁾, 藤田 桃杏¹⁾
松井 遥香¹⁾, 越田美穂子²⁾, 中堀 伸枝³⁾

1) 富山県立大学看護学専攻科公衆衛生看護学専攻

2) 富山県立大学看護学部

3) 富山大学学術研究部医学系

要 旨

研究目的は、地域包括支援センター保健師の、コロナ禍における認知症高齢者支援プロセスでの経験を、その影響と対処の視点から明らかにすることである。勤続4年以上の保健師7名に半構造化面接を行い、分析はM-GTAを参考に実施した。その結果、23概念、8サブカテゴリー、7カテゴリーが生成された。

コロナ禍の影響として、《感染症の流行初期の対応》、《コロナに対する認識の違いの出現》、《他者との交流の減少》、《コロナ感染状況に伴う認知症相談の変化》、《コロナによる高齢者の機能低下の認知》の5カテゴリーが生成された。

またそれらに対し、《施設内外の多職種や関係機関との連携による認識の違いへの対処》、《実施方法の工夫による交流減少への対処》の2カテゴリーが生成された。

今後同様の感染症が発生した際には、交流を減少させないために、住民へのICT活用や組織との連携強化の必要性が示唆された。

キーワード

新型コロナウイルス感染症、地域包括支援センター、保健師、認知症高齢者

はじめに

我が国では2023年の総人口に占める高齢者の割合は29.1%¹⁾であり、2025年には「団塊の世代」がすべて後期高齢者²⁾となる。また、65歳以上の高齢者の認知症患者数と有病率の将来推計についてみると、2012年は認知症患者数が462万人と、65歳以上の高齢者の7人に1人（有病率15.0%）であったが、2025年には約700万人、5人に1人になると見込まれており³⁾、高齢化の進行とともに、認知症患者数も増加傾向にある。年々増加する認知症患者を支えているサービスは多く存在するが、そのひとつに地域包括支援センター（以下、

包括とする）がある。これは新たなサービス体系の確立を目指し、2005年の介護保険法改正時に創立されたものである。包括は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、身近な総合相談窓口として生活に関する様々な相談・対応を行っており、地域包括ケアシステムにおいて機能を発揮することが期待されている⁴⁾。

包括の専門職（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）を対象としたコロナ禍以前の先行研究では、認知症対応に何らかの困難を感じている人は97.5%であり、専門職の困難の内容は、医療に関しては「受診拒否や中断」、家族に関しては「家族の認知症理解の不足や否認」、権利擁護に関し

ては「財産管理不能」など多岐にわたるほか、「権利擁護の意味の普及不足」など専門職や関係者側の課題も明らかとなっている⁵⁾。

包括の3職種のうち、保健師の専門性として、住民の生活に入り込み医療的知識を活用しながら予防的に関わり、包括的に保健指導を行うことが述べられている⁶⁾。先行研究におけるコロナ禍以前の包括での保健師活動では、認知症高齢者の室内の状態や日常生活用品の使用状況から生活行為の実態を推察するなどの対面の関わりを通して、認知症症状が生活に及ぼす影響をアセスメントしていた⁷⁾。しかし、2020年初頭からの新型コロナウイルス感染症（以下、コロナとする）の流行が、認知症高齢者支援のような保健師の専門性を発揮する活動に影響したことが推察される。訪問看護ステーションを対象とした先行研究においても、回答を得られたステーションの半数以上で利用者の利用休止があったと述べており⁸⁾、先に述べた保健師活動にも訪問ができないなどの困難が生じた可能性がある。

そこで、本研究では、包括保健師の、コロナ禍における認知症高齢者支援プロセスでの経験を、その影響と対処の視点から明らかにすることを目的とする。

この研究を行うことにより、将来新しい感染症が発生し、従来の包括での認知症高齢者支援に対する保健師活動が困難になった時の対処方法についての基礎資料となることが期待できる。

なお、この研究においては、認知症高齢者支援プロセスの定義を「コロナ禍における地域包括支援センター保健師が経験した認知症高齢者支援のプロセス」とする。

研究対象と方法

1. 研究デザイン

本研究は、修正版グラウンデッドセオリーアプローチ（modified grounded theory approach:M-GTA）¹¹⁾を参考に分析した質的記述的研究である。M-GTAはデータに密着した分析から独自の説明概念を生成し、理論としてまとめることができる手法である。本研究では、コロナが流行し始めた

時期から感染拡大が収束に向かうそのプロセスに着目して分析していくことからM-GTAを採用した。

2. 研究対象

本研究の参加者は、コンビニエンス・サンプリングを基盤にA県内の包括に4年以上勤務する認知症高齢者支援経験のある保健師7名とした。A県内の包括には、自治体直営と委託型の両方の運営があるが、今回は、委託型で包括を運営している2市6か所の包括に勤める保健師を対象とした。また、コロナ禍以前から従事していない場合、コロナ禍以前と流行時の変化を見ることができないと考えられるため、当該施設に4年以上勤務している保健師とし、所属の管理者から推薦を受けた保健師を対象とした。

3. データの収集方法

データの収集期間は、2023年8~9月であった。

データは、半構造化面接を行い、4人の研究者で分担し面接を実施した。

面接については原則、研究者2名と研究参加者1名で行った。1事例のみ、研究参加者の意向により研究者2名と研究参加者2名で行った。研究参加者の勤務に支障のない時間帯に実施し、時間は20分~1時間程度、実施日時や場所は研究参加者の都合に合わせ、プライバシーの保護が確保される個室でマスク着用等感染予防に配慮したうえで実施した。

面接内容は、インタビューガイドに基づき、研究参加者の概要として「保健師としての活動年数」「これまでの経歴」について聞き取り、その後、包括での認知症高齢者支援に関する活動として「コロナ禍以前に従事していた認知症高齢者支援の内容」「コロナ流行による認知症高齢者支援活動への影響やそこに生じた困難」「影響や困難をどのように対処したか」について聞き取りを実施した。

4. データの分析方法

面接内容は同意を得て録音を実施した。録音した音声データから研究参加者ごとに逐語録を作成

表1 対象者の属性

対象者	包括保健師としての 経験年数	インタビュー時間
A	4 年	22 分
B	7 年	22 分
C	5 年	26 分
D	11 年	26 分
E	14 年	56 分
F	10 年	56 分
G	6 年	28 分

し、これらをデータとして使用した。一文節ごとにコード化し、コードにはコード番号を付けることで、いつでもインタビュー内容に戻れるようにした。M-GTAの手順に沿って、逐語録が完成したものから分析シートに沿って解釈と概念の生成を行った。分析シートは、「概念名」、概念生成のもととなる具体例、分析過程における思考を自由に書き込むメモの3項目で構成した。次に、コードを分類し、生成された概念間の同質性や異質性からサブカテゴリー・カテゴリーを検討した。どの程度の抽象度にすればよいのか、何段階にするのがよいのか、試行錯誤しながら繰り返しカテゴリー化・サブカテゴリー化を行い、より適切なカテゴリー・サブカテゴリーを検討し生成した。その後その関係性を検討しながら整理した。分析のプロセスの中で再度研究目的に戻り、分析結果が研究目的を達成するものになっているかを確認し、何度か分析を見直した。その後これ以上カテゴリーが生成されないと判断した段階で分析を終了し、結果となる図を完成した。

分析に関しては、真実性を確保するために、その過程においてM-GTAによる研究経験をもつ研究者1名と保健師現任教育に関する有識者1名にスーパーバイズを受けた。

倫理的配慮

研究の趣旨、方法、秘密の保持、研究参加者の自由意思で決定され、研究に不参加でも不利益を被らないこと、同意をした後でもいつでも撤回できること、得られた情報は研究以外で使用しないこと、公表の際の匿名性の保持について個別に所属の管理者と本人に書面と口頭において説明し、同意を得た。

研究参加への強制力がかからない配慮として、管理者と参加者への研究説明と依頼は、それぞれ別に行った。また、管理者へは収集したデータ内容の開示は行わないことの同意を得たうえで、参加者へもそのことを文章と口頭で説明し、参加者の自由意思を尊重したうえで同意を得た。

本研究は、富山県立大学「人を対象とする研究」倫理審査部会において承認を得て実施した（受付番号：看護第 R5-19 号）。

結 果

データ分析の結果、その結果、23 概念、8 サブカテゴリー、7 カテゴリーが生成された。そのうち、包括保健師が経験した認知症高齢者支援におけるコロナ禍での影響として、15 概念、4 サブカテゴリー、5 カテゴリー（表 2-1）、包括保健師が経験した認知症高齢者支援におけるコロナ禍での対処として、8 概念、4 サブカテゴリー、2 カテゴリーが生成された（表 2-2）。生成した概念やカテゴリーの関連を矢印で表し、相互の関係性や変化のプロセスを図で示した。以下、概念名を【】、カテゴリーを《》，サブカテゴリーを〈〉、対象者の具体例を「」で示す。

1. 全体のストーリーライン

各包括保健師の認知症高齢者支援におけるコロナ禍での経験については、コロナ禍の《感染症の流行初期の対応》として【上位機関からの情報確認による方針の決定】があり、それがすべてのプロセスに関連していた。

まず【住民と保健師間での感染リスクへの認識の違い】【住民間での感染リスクへの認識の違い】

【職員間での対応の考え方の違い】の3概念から《コロナに対する認識の違いの出現》が生じ、それが〈住民と保健師間の交流の減少〉〈住民同士の交流の減少〉〈住民の恐怖感による交流の減少〉〈多職種・多機関との交流の減少〉から構成される《他者との交流の減少》に関連していた。また《他者との交流の減少》は、【活動制限に関連した高齢者の身体機能低下】【認知症の重症化】で構成される《コロナによる高齢者の機能低下の認知》に関連していた。さらに、コロナにより【来所相談の休止】が【初回相談の遅れ】に関連し、それが結果として【感染縮小に伴う相談の増加】を招くという《コロナ感染状況に伴う認知症相談の変化》があり、それも《コロナによる高齢者の機能低下の認知》に関連していた。

一方、《コロナに対する認識の違い》に対して【施設内の多職種や関係機関との連携強化】【施設外の多職種や関係機関との連携強化】による《施設内外の多職種や関係機関との連携による認識の違いへの対処》をしていた。また、《他者との交流の減少》と《コロナによる高齢者の機能低下の認知》に対し、〈訪問継続のための工夫〉〈通う場

の継続のための工夫〉〈多職種・多機関との交流継続のための工夫〉〈感染対策の工夫による認知症来所相談の継続〉といった《実施方法の工夫による交流減少への対処》を行っていた（図1）。

2. 包括保健師が経験した認知症高齢者支援におけるコロナ禍での影響

1) 《感染症の流行初期の対応》

1つの概念から《感染症の流行初期の対応》というカテゴリーが生成された。

保健師は、「自粛を求められる中で遂行しなければならない使命や職務については…包括センターの監督機関である自治体の担当課に問い合わせたり」や「感染症流行時は、行政機関から包括に対して指導などがあった」のように、コロナ流行時の包括における活動について、自治体の担当課や行政機関からの情報をもとに方針を決定していた。よって、概念名を【上位機関からの情報確認による方針の決定】とし、全てのプロセスに関連するカテゴリーとして《感染症の流行初期の対応》を生成した。

表2-1 包括保健師が経験した認知症高齢者支援におけるコロナ禍での影響

カテゴリー(5)	サブカテゴリー(4)	概念(15)
1. 感染症の流行初期の対応		上位機関からの情報確認による方針の決定
2. コロナに対する認識の違いの出現		・住民と保健師間での感染リスクへの認識の違い ・住民間での感染リスクへの認識の違い ・職員間での対応の考え方の違い
3. 他者との交流の減少	住民と保健師間の交流の減少	・活動自粛による訪問数の減少 ・高齢者の通う場の活動休止
	住民同士の交流の減少	・高齢者の通う場の活動休止
	住民の恐怖感による交流の減少	・感染の恐怖による交流の減少 ・非難への怖さによる活動の自粛
	多職種・多機関との交流の減少	・デイサービス等協力機関の活動休止 ・対面会議の開催中止
4. コロナ感染状況に伴う認知症相談の変化		・来所相談の休止 ・初回相談の遅れ ・感染縮小に伴う相談の増加
5. コロナによる高齢者の機能低下の認知		・活動制限に関連した高齢者の身体機能低下 ・認知症の重症化

表2-2 包括保健師が経験した認知症高齢者支援におけるコロナ禍での対処

カテゴリー(2)	サブカテゴリー(4)	概念(8)
1. 施設内外の多職種や関係機関との連携による認識の違いへの対処		・施設内の多職種や関係機関との連携強化 ・施設外の多職種や関係機関との連携強化
2. 実施方法の工夫による交流減少への対処	訪問継続のための工夫	・感染対策を実施しながらの訪問の継続 ・訪問の代替手段として電話での健康状態の把握
	通う場の継続のための工夫	・感染対策を実施しながらの教室の継続 ・書面での認知症に関する情報提供
	多職種・多機関との交流継続のための工夫	・研修や会議のオンライン開催
	感染対策の工夫による認知症来所相談の継続	・感染対策を実施しながらの来所相談の継続

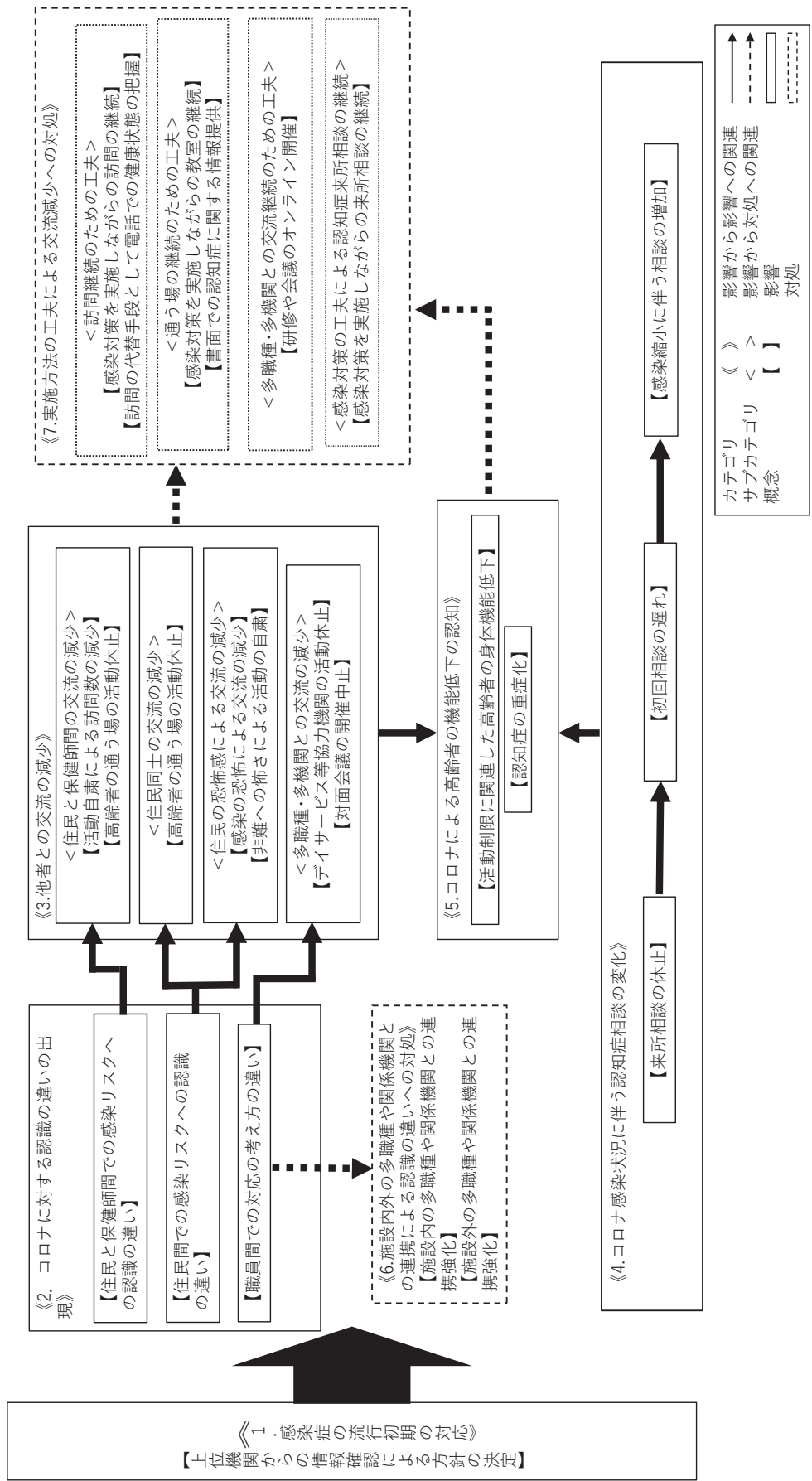


図 1 地域包括支援センター保健師のコロナ禍における認知症高齢者支援プロセスでの経験

2) 《コロナに対する認識の違いの出現》

3つの概念から《コロナに対する認識の違いの出現》というカテゴリーが生成された。

保健師は、「例えば、コロナに感染するリスク、ある程度予防していればサービスに行かないことよりも行った方が今後の生活を維持していくためにはいいんだろうなと思えることも、やっぱりそこは地域だったり、個々人の感じ方かな」のように感染リスクと認知機能や身体機能の維持・向上に関するサービス等の活動への参加を天秤にかけ、住民と保健師との間で感染リスクに関する認識の違いを感じていた。よって、概念名を【住民と保健師間での感染リスクへの認識の違い】とした。

また、「みんながみんな戻ってもいいよねっていう風潮になっても、そこに戻りきれない方々がやっぱりおられたりとかね」や「その人によってやっぱりコロナに対する思いも違うので…」のように住民がもつ感染リスクに対する認識は1人ひとり異なる。よって、概念名を【住民間での感染リスクへの認識の違い】とした。

さらに、「包括の中で意見が割れまして、上の方のね、指示では行かないことになってるから、電話だけっていう人もおられたんですけど」のように保健師は施設内の職員間でも対応方法に関する意見が異なり、考え方に違いがあったと感じていた。よって、概念名を【職員間での対応の考え方の違い】とした。

以上のことから、住民と保健師間や住民間、職員間とさまざまな立場の違いや場面で考えが異なっていたため、《コロナに対する認識の違いの出現》というカテゴリーを生成した。

3) 《他者との交流の減少》

《他者との交流の減少》は、＜住民と保健師間の交流の減少＞＜住民同士の交流の減少＞＜住民の恐怖感による交流の減少＞＜多職種・多機関との交流の減少＞の4つのサブカテゴリーで構成されていた。

保健師は、「無駄な訪問ていうか、今までだったらどうしてますかって行けたような訪問は一切中止してた」「訪問の数は減りましたね」のように、コロナ禍で必要最低限の訪問になり、従来

のように気軽に訪問に行くことができず、訪問数が減少していたことを実感していたことから、概念名を【活動自粛による訪問数の減少】とした。

また、保健師は、「長寿会の皆さんとか介護予防のサークルで、今まで活動しとった人たちがやっぱり集まれなくなった」や「地域の公民館での活動自体が止まっていることが多くて」のように、住民が通い、活動できる場自体が減少、休止していたと語っていたことから、概念名を【高齢者の通う場の活動休止】とした。訪問の自粛や高齢者の通う場の活動が休止したことにより、住民と保健師が交流する機会が減少したことから、＜住民と保健師間の交流の減少＞というサブカテゴリーが生成された。

加えて、【高齢者の通う場の活動休止】により、長寿会や介護予防サークルなど住民同士の交流の機会となっていた場も減少したことから、この概念からは＜住民同士の交流の減少＞というサブカテゴリーも生成された。

さらに、保健師は、「デイサービスに本当はいいかげんいんだけど、うつってしまうかもしれないからいかないっていう方がいた」「こんな時期に年寄りが集まったら非難されるとか、住民自身に様々な風評被害があった」のように、住民は感染することを恐れて交流を自粛したり、集まることによって人々から非難されることを恐れて交流を控えていたことを保健師は語っていた。よって、これらの概念名を【感染の恐怖による交流の減少】【非難への怖さによる活動の自粛】とし、住民は、感染や非難への恐怖感によって交流が減少していたことから、＜住民の恐怖感による交流の減少＞というサブカテゴリーが生成された。

このほか、保健師は、「デイサービスが一時中断した」「予定していた認知症の事例検討会が開催できず、次年度に延期になったり…」などと語り、感染リスクを抑えるためにデイサービスなどの対面での関わりがあるサービスを行う協力機関が活動を休止したり、事例検討会など対面で行っていた会議を延期せざるを得なくなったことが明らかになった。よって、これらの概念名を【デイサービス等協力機関の活動休止】【対面会議の開催中止】とし、多職種や多機関の活動休止や対面

の機会の減少があったことから、＜多職種・多機関との交流の減少＞というサブカテゴリーとした。

以上のことから、住民と保健師との間や住民間、多職種・多機関と多岐にわたり《他者との交流の減少》がみられたことから、このカテゴリーを生成した。

4) 《コロナ感染状況に伴う認知症相談の変化》

3つの概念から《コロナ感染状況に伴う認知症相談の変化》というカテゴリーが生成された。

保健師は、「**基本的には来所での相談を受け付けないという方針があり、相談の対応はコロナ中かなり変わった**」のように来所相談が休止したことを語っていた。よって、概念名を【来所相談の休止】とした。

また、「ご家族さんからの相談で、かなり進行している認知症の方や、1人暮らしの認知症の方で、1人生活が継続できなくなっているような状態…」や「結局相談につながったのが遅れている」のように、認知症症状がかなり進行してからの相談が多く、相談につながるのが遅れていたと語っていた。よって、概念名を【初回相談の遅れ】とした。

さらに、「**コロナがちょっと落ち着いてから認知症が進んで相談に来る人がすごく増えた**」や「**今年度認知症の相談が多く、結構進んでしまっている方が多い**」のようにコロナ感染のピーク時を超え、落ち着くにつれて相談が増加しており、認知症が重症化してからの相談が多いと語っていた。よって、概念名を【感染縮小に伴う相談の増加】とした。

以上のことから、認知症相談はコロナの感染状況に伴って変化するというプロセス性が明らかとなり、これらの概念から《コロナ感染状況に伴う認知症相談の変化》というカテゴリーを生成した。

5) 《コロナによる高齢者の機能低下の認知》

2つの概念から《コロナによる高齢者の機能低下の認知》というカテゴリーが生成された。

保健師は、「**フレイルや高齢者の方が不健康な生活につながったところがいまだに元に戻せなくなっている**」「**フレイルの進行が心配されるよう**

な健康課題がみられてきていて」のように、感染症の流行によって、従来の生活を送ることが難しくなった高齢者がフレイルの状態にあったことを語っていた。よって、概念名を【活動制限に関連した高齢者の身体機能低下】とした。

さらに、保健師は、「**通うことを楽しみにしていた高齢者の方は、自分の趣味や生きがいのひとつを失う時期があってその期間に認知力の低下が進んでしまったり**」「**もともと認知症の症状は軽くあったけど、コロナがきっかけでガクガクとレベルダウンしてしまっというご相談があった**」というように、感染症による生活様式が変化したことから、コロナ禍で認知症の進行があったことが語られていた。よって、概念名を【認知症の重症化】とした。

以上のことから、コロナによる行動制限などによって、身体機能・認知機能の低下が生じていたことから、保健師の《コロナによる高齢者の機能低下の認知》というカテゴリーが生成された。

また、このカテゴリーは、「**コロナがきっかけでサークルに行かなくなったら、足腰一気に弱ったとか、そういう相談も受けるようになって**」のように、従来の交流ができなくなることで、《他者との交流の減少》から関連する位置づけであることが明らかになった。

3. 包括保健師が経験した認知症高齢者支援におけるコロナ禍での対処

1) 《施設内外の多職種や関係機関との連携による認識の違いへの対処》

2つの概念から《施設内外の多職種や関係機関との連携による認識の違いへの対処》というカテゴリーが生成された。保健師は、「**コロナを機に新しく地域の精神科病院の先生とも連携をとらせてもらおうということで対処してまして**」や「**包括は保健師だけで動くのではなくて、他の職種ともね一緒に動いたりとか、…医療プラス福祉の面っていう2人体制で動くことも最近はずいぶん増えている**」のようにコロナ禍をきっかけに医療機関の精神科医や福祉職と連携して活動する機会が増加したと語っていた。よって、概念名を【施設内の多職種や関係機関との連携強化】【施設外

の多職種や関係機関との連携強化】とした。

以上のことから、医師や福祉職など施設内外の多職種との連携体制を整備することで、《施設内外の多職種や関係機関との連携による認識の違いへの対処》を行っていたことが明らかとなった。

2) 《実施方法の工夫による交流減少への対処》

《実施方法の工夫による交流減少への対処》は、＜訪問継続のための工夫＞＜通う場の継続のための工夫＞＜多職種・多機関との交流継続のための工夫＞＜感染対策の工夫による認知症来所相談の継続＞の4つのサブカテゴリーで構成されていた。

保健師は、「私たちの方でもマスクとか、スマートフォン越しに状態を確認してから、訪問活動を行っている感じで活動は継続していました」や「命の危険とか緊急性がなければ、お電話でお話聞いたりとか」などと感染対策を実施したうえでの訪問や訪問の代わりに電話を活用していた。よって、これらの概念名を【感染対策を実施しながらの訪問の継続】【訪問の代替手段として電話での健康状態の把握】とし、コロナ禍でも訪問活動を継続するための工夫がみられ、＜訪問継続のための工夫＞というサブカテゴリーを生成した。

さらに、保健師は、「エアコンをつけながらでも窓を大きく開けるとか距離をとって座ってもらう」や「書面で認知症関連の事業を行った」など、感染対策を実施し、介護予防教室を続けたり対面での事業が実施できないときにはパンフレットを配布したりしていた。よって、概念名を【感染対策を実施しながらの教室の継続】【書面での認知症に関する情報提供】とし、実施方法を工夫して通う場を続けていたことから、＜通う場の継続のための工夫＞というサブカテゴリーを生成した。

また、専門職側では、「研修関係とかが集合ではなくて…zoomであつたりとか」のように研修や会議をオンライン形式で実施していた。よって、概念名を【研修や会議のオンライン開催】とし、対面での実施が難しくてもオンライン開催にすることで、多職種・多機関との関わりを継続していたことから、＜多職種・多機関との交流継続のための工夫＞というサブカテゴリーを生成した。

保健師は、「こういった相談に関しては、透明なアクリル板を立てたり」や「来られた時の体温管理、体調のチェックの記録表を見ていたり」、「お部屋の方では窓を開けたり机の配置を少し距離を置くというふうに配慮しながら…」のように相談する場所の環境を調整して来所相談を受け付けていた。よって、概念名を【感染対策を実施しながらの来所相談の継続】とし、来所相談を継続するために感染対策の工夫がみられたことから、＜感染対策の工夫による認知症来所相談の継続＞というサブカテゴリーを生成した。

以上のことから、コロナ禍での交流の機会の減少に対して訪問や住民の通う場、研修や会議の実施方法を検討し工夫を重ねて実行していたことが明らかとなり、《実施方法の工夫による交流減少への対処》というカテゴリーを生成した。

考 察

本研究結果による、包括保健師が経験した認知症高齢者支援におけるコロナ禍での影響は、《コロナに対する認識の違いの出現》、《他者との交流の減少》、《コロナ感染状況に伴う認知症相談の変化》、《コロナによる高齢者の機能低下の認知》であり、認知症高齢者支援におけるコロナ禍での対処は、《施設内外の多職種や関係機関との連携による認識の違いへの対処》、《実施方法の工夫による交流減少への対処》であることが示された。

そのカテゴリーの関連についての検討および包括保健師への示唆と今後の課題について順に述べる。

1. 包括保健師が経験した認知症高齢者支援におけるコロナ禍での影響と対処の関連

本研究の結果から、包括保健師が経験した認知症高齢者支援におけるコロナ禍での影響において最も重要なカテゴリーは、《他者との交流の減少》であると考えられた。《コロナに対する認識の違いの出現》における【住民と保健師間での感染リスクへの認識の違い】は、＜住民と保健師間の交流の減少＞に関連していた。また、【住民間での感染リスクへの認識の違い】は、＜住民同士の交

流の減少」と感染や非難への「住民の恐怖感による交流の減少」に関連していた。【職員間での対応の考え方の違い】は、＜多職種・多機関との交流の減少＞に関連しており、それぞれの立場での認識の違いが、《他者との交流の減少》にあらわれていたことが推察される。先行研究では、コロナ禍における高齢者の外出自粛は、活動量の低下のみならず、近隣や親族・知人との社会的交流をも激減させたことが述べられている¹²⁾。また、平時の包括保健師の活動では、認知症高齢者に会うために訪問を繰り返す、認知症高齢者の状態にあわせた対応協力を関係機関に依頼するなど認知症高齢者支援のコーディネート役割を担っていた¹³⁾ことから、《他者との交流の減少》はコロナ禍での認知症高齢者支援という保健師活動に大きな影響を与えていたと考えられる。

本研究では、このような《他者との交流の減少》に対し、【訪問の代替手段として電話での健康状態の把握】や【書面での認知症に関する情報提供】を行っていた。先行研究により、オンラインや電話・手紙等の非集合型の交流は、感染流行による活動制限により、直接会えない中でも交流が持てる重要な方法であると述べられている¹⁴⁾。データからは、感染対策を実施しながら訪問や教室を継続していたが、感染状況に合わせた非集合型の交流を取り入れることも効果的であると考えられる。

本結果から、認識の違いが生じて早期から＜訪問継続のための工夫＞や＜通う場の継続のための工夫＞等、《実施方法の工夫による交流減少への対処》を実践し、人と人とのつながりを維持して《他者との交流の減少》を回避することが重要だと考える。

また、本結果より、《他者との交流の減少》は感染拡大による活動制限によって生じたものであった。先行研究においても、コロナ流行下において、感染予防の取り組みや介護保険サービス縮小による日常生活上の制限によって、認知症者に認知機能の低下や身体活動量の低下を含めた悪影響が広範囲にみられた¹⁵⁾と述べており、本研究においても《他者との交流の減少》が《コロナによる高齢者の機能低下の認知》に関連したと推察される。田近らは、通いの場への参加は生活機能

を高めるというよりも維持する運動強度¹⁶⁾と述べており、通いの場や公民館等で展開される身体活動は機能を維持することに主眼を置いた活動であるため、【高齢者の通う場の活動休止】等の《他者との交流の減少》により、《コロナによる高齢者の機能低下の認知》が発生しやすい状況であると考えられる。

次に、感染拡大前の包括においては、認知症に対する個別的な相談支援はよく行われており¹⁷⁾、今までも相談業務が包括保健師の業務の多くを占めていたことから、《コロナ感染状況に伴う認知症相談の変化》のプロセスが、保健師の《コロナによる高齢者の機能低下の認知》に関連したと考える。高齢者の機能低下を早期発見・早期対応するためにも包括での相談業務の重要性が改めて示唆された。

加えて、感染が縮小すると相談が増加していたことから、感染状況の変化に伴い、相談状況も変化していたことが明らかになった。今後同様の状況になったときは対策を工夫しながら来所相談を継続できるような体制づくりが包括には求められると考える。

2. 結果から見えた包括保健師への示唆

本研究では、《施設内外の多職種や関係機関との連携による認識の違いへの対処》《実施方法の工夫による交流減少への対処》という2つの対処をしていたことが明らかとなった。特に《他者との交流の減少》への対処では、＜訪問継続のための工夫＞や＜通う場の継続のための工夫＞などが行われていたが、コロナにより【活動制限に関連した高齢者の身体機能低下】や【認知症の重症化】が生じており、《コロナによる高齢者の機能低下の認知》に十分対処できていない面もみられた。木村らの先行研究¹⁸⁾では、社会的行動制限は感染リスクを抑えるために必要なことではあるものの、健康を損なうデメリットもあるため、感染リスクを抑えつつ、人との交流、社会参加の機会を設ける必要があると述べていることから、コロナのような感染症が流行した時でも、できるだけ交流を継続していくことが重要である。結果では、＜多職種・多機関との交流継続のための工夫＞と

して、【研修や会議のオンライン開催】など、ICTが活用されていたが、本研究では住民へのICT活用例はみられなかった。交流減少を防ぎ、機能低下を防止するためには、感染対策をしながらの対面での交流だけでなく、住民もICTを活用しながら、通いの場や介護予防教室の実施ができる非集合型の仕組みを整えていくことも必要である¹⁴⁾と考えられた。

また、《実施方法の工夫による交流の減少への対処》のなかでも＜感染対策の工夫による認知症来所相談の継続＞という対処が多く、多くの包括で実践されていた。感染対策の工夫による事業の継続は地域包括ケア病棟でも実践され、サージカルマスクやフェイスシールド、手袋、エプロンの着用にて理学療法を継続した結果、在宅復帰可能な状態まで改善し退院・社会復帰に至った症例が報告されている¹⁹⁾。病院や包括といった地域包括ケアシステムにおいて、今回のコロナのような健康危機が発生した際には事業を継続するために、感染対策を工夫しながらの活動の方針など事業継続計画を策定しておくことが求められると考える。

さらに、本研究においては【職員間での対応の考え方の違い】という影響があったが、事業の継続には職員間で共通の認識をもつことが必要不可欠である。先行研究では、訪問看護ステーションにおいても、様々なスタッフ間での情報共有が難しい状況であったと述べられており²⁰⁾、リスクコミュニケーションの取り方に課題が生じていた。【職員間での対応の考え方の違い】に対して、本研究では《施設内外での多職種や関係機関との連携による認識の違いへの対処》が行われていた。包括では、潜在する認知症が疑われる高齢者を早期発見し、多様なニーズに柔軟に対応するためには、日頃から協働のためのネットワークを構築していることが望ましいとされており²¹⁾、コロナ禍では事業の継続にはさらなる連携強化というリスクコミュニケーションの工夫が有効であることが示唆された。

3. 本研究における限界と課題

本研究結果は7名の委託機関の包括保健師の限定的な経験にすぎず、一般化は難しい。また、直

営の包括保健師にも対応しうる結果であるかについては、調査対象を変えて検証していくことが必要であり、今後の課題である。

結 語

本研究において、包括の保健師が経験した認知症高齢者支援に関する影響と対処においては23概念と8サブカテゴリー、7カテゴリーが生成された。

包括保健師の認知症高齢者支援におけるコロナ禍での経験については、コロナ禍の《感染症の流行初期の対応》がすべてのプロセスに関連していた。

まず《コロナに対する認識の違いの出現》が生じ、それが《他者との交流の減少》に関連していた。また《他者との交流の減少》は、《コロナによる高齢者の機能低下の認知》に関連していた。さらに、《コロナ感染状況に伴う認知症相談の変化》があり、それも《コロナによる高齢者の機能低下の認知》に関連していた。

一方、《コロナに対する認識の違い》に対して《施設内外の多職種や関係機関との連携による認識の違いへの対処》をしていた。また、《他者との交流の減少》と《コロナによる高齢者の機能低下の認知》に対し、《実施方法の工夫による交流減少への対処》を行っていた。

今後の包括保健師における課題として、1. 感染症流行時の交流減少を防ぐための住民に対するICTの活用を促進すること、2. 感染症流行時における事業継続のためにさらなる多職種・多機関との連携を強化することが示唆された。

利益相反自己申告

申告すべきものなし。

謝 辞

本研究にご協力いただいた富山県内の包括支援センター保健師の皆さまに心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) 総務省, 統計トピックス No.138 統計からみた我が国の高齢者. <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1380.html> (2024 年 5 月 3 日閲覧)
- 2) 厚生労働省, 戦後世代の高齢者の増加と高齢者像の変化. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0619-6q.pdf> (2023 年 12 月 15 日閲覧)
- 3) 内閣府, 高齢者の健康・福祉 平成 28 年度版高齢社会白書 (概要版). https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/gaiyou/s1_2_3.html (2023 年 12 月 5 日閲覧)
- 4) 両羽美穂子, 橋本麻由里, 宗宮真理子ほか: 地域包括ケアシステムにおける包括保健師のマネジメント機能, 岐阜県立看護大学紀要, 18(1): 89-100, 2018
- 5) 依田純子, 佐藤悦子, 泉宗美恵ほか: A 県内の包括に所属する専門職の認知症支援における困難とその対処, 山梨県立大学看護学部・看護学研究科研究ジャーナル, 6 (1): 9-19, 2020
- 6) 古賀佳代子, 木村裕美, 西尾美登里ほか: 包括の専門性に関する研究－テキストマイニング分析を用いた内容分析から－, 日本農村医学界雑誌, 68 (5): 634-642, 2020
- 7) 岡野明美: 認知症高齢者の生活支援に向けた包括保健師のコーディネーションの現状と課題, 日本地域看護学会誌, 25 (1): 40-47, 2022
- 8) 吉川美桜, 吉田麻美, 平塚淳子ほか: コロナ拡大下における訪問看護ステーションの困難と対応, 福岡県立大学看護学部紀要, 19: 44-45, 2022
- 9) 石井伸弥: コロナ流行が介護事業所の認知症ケアに及ぼした影響, 老年精神医学雑誌, 32(4): 397-403, 2021
- 10) 鶴若麻理: コロナが家族ケアに与えた影響に関する一考察－患者・家族に何をもたらしたか－, 32 (2): 127-143, 2022
- 11) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践, 弘文堂, 東京, 2003
- 12) 大沢愛子, 前島伸一郎, 荒井秀典ほか: コロナ禍における高齢者の健康維持に向けた取り組み～NCGG-HEPOP 2020 の開発, 日本老年医学会雑誌, 58: 13-23, 2021
- 13) 岡野明美: 保健師を対象とした認知症高齢者の生活支援に向けた地域包括支援センターのコーディネーション尺度の 3 職種への適用可能性の検討, 日本公衆衛生看護学会誌, 12 (2): 109-118, 2023
- 14) 石上愛夏, 榊原文: 新聞記事から捉えた新型コロナウイルス感染症流行下における地域のつながりを維持する工夫, 日本公衆衛生看護学会誌, 12 (2): 89-98, 2023
- 15) 石井伸弥: 【コロナ禍における認知症の診療・介護の問題点と対処方法】 コロナ禍が認知症患者とその家族に及ぼす影響, 認知症の最新医療, 11 (2): 66-70, 2021
- 16) 田近敦子, 飯塚玄明, 辻大士ほか: 「通いの場」への参加は要支援・要介護リスクの悪化を抑制するのか, 日本公衆衛生雑誌, 69 (2): 136-145, 2022
- 17) 水上然, 黒田研二, 佐瀬美恵子ほか: 地域包括支援センター職員の認知症支援業務の実施状況と認知症に関連する知識との関係, 日本認知症ケア学会誌, 14 (3): 667-678, 2015
- 18) 木村美也子, 尾島俊之, 近藤克則: 新型コロナウイルス感染症流行下での高齢者の生活への示唆: JAGES 研究の知見から, 日本健康開発雑誌, 41: 3-13, 2020
- 19) 福田吉辰, 佐々木昭彦, 田中新一朗ほか: COVID-19 重症患者の急性期と地域包括ケア病棟を活用した回復期の理学療法継続の経験, Therapeutic Research, 42 (4): 283-290, 2021
- 20) 上田泉, 村川奨ほか: 在宅看護分野から考える新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行下における訪問看護師のリスクコミュニケーション 国内文献の検討, 北海道生命倫理研究, 10: 20-28, 2022
- 21) 杉山京, 竹本与志人: 地域包括支援センターの専門職を対象とした認知症が疑われる高齢者へのアウトリーチのためのネットワークの特徴, 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 29 (1): 95-102, 2022

Process of supporting elderly people with dementia during the coronavirus pandemic by Public Health Nurses at community comprehensive support centers

– From the perspective of impact and coping –

Kanna JOHO¹⁾, Mayuko ABE¹⁾, Momoka FUJITA¹⁾
Haruka MATSUI¹⁾, Mihoko KOSHIDA²⁾, Nobue NAKAHORI³⁾

1) Major of Public Health Nursing, Toyama Prefectural University

2) Faculty of Nursing, Toyama Prefectural University

3) Faculty of Nursing, Toyama University

Abstract

The purpose of this study was to clarify the experiences of public health nurses at community comprehensive support centers in the process of supporting elderly people with dementia during the coronavirus pandemic, from the perspectives of its impact and coping. Semi-structured interviews were conducted with seven public health nurses who had been working for more than four years, and the analysis was conducted with reference to M-GTA. As a result, 23 concepts, 8 subcategories, and 7 categories were generated.

As a result of the impact of the coronavirus pandemic, five categories were generated: “Initial response to the spread of infectious diseases,” “Appearance of differences in perceptions of the coronavirus,” “Decrease in interaction with others,” “Changes in dementia consultations due to the coronavirus infection situation,” and “Recognition of functional decline in the elderly due to the coronavirus.”

In addition, two categories were generated in response to these: “Dealing with differences in perceptions through collaboration with multiple professions and related organizations inside and outside the facility” and “Dealing with a decrease in interaction through the implementation of creative methods.”

Keywords

novel coronavirus infection, community comprehensive support center,
public health nurse, elderly with dementia

不妊治療と夫婦・カップルの関係性に関する文献検討

木町 紗邑¹⁾, 福島 莉乃²⁾, 二川 香里³⁾

1) 富山県済生会高岡病院

2) 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科助産学部門

3) 富山大学学術研究部医学系母性看護学

要 旨

不妊治療と夫婦・カップルの関係性に着目して文献検討し、不妊治療を行う夫婦・カップルに対する看護支援検討のための基礎資料とすることを目的とした。医学中央雑誌 Web 版を使用し、キーワードを「不妊症」「配偶者」「夫婦」「カップル」「パートナー」として検索した。抽出された 128 件のうち、目的に合致した論文 14 件を分析対象とした。分析の結果、文献数は 1999 年から 2023 年まで各年 0～2 件で推移し、不妊治療と夫婦の関係性に焦点を当てた研究は少ないことが分かった。不妊夫婦・カップルにおいては妻と夫で抱える思いやストレスが異なり、それに対する対処行動も異なっていたこと、夫婦間のコミュニケーションを促す介入により妻の精神的苦痛が軽減されていたことから、夫婦間のコミュニケーションを促し、夫婦・カップルで互いの思いを理解する関係性を構築できるような看護援助の必要性が示唆された。

キーワード

不妊治療, 夫婦, 関係性, 文献検討

はじめに

本邦において生殖補助医療技術の発展は著しく、世界で最も生殖補助医療技術の実施数が多い国であり、実施数は現在も増加している。令和 3 年度では、治療周期総数が 498,140 件に対し、69,797 人の児¹⁾が生殖補助医療技術により誕生しており、これは全出生児 811,622 人の 7.9% に当たる²⁾。そして、令和 3 年度での不妊の検査または治療経験がある夫婦の割合は 22.7% であり、結婚 5 年未満の夫婦の 6.7% が現在不妊に関する検査や治療を受けている³⁾。

これらの背景には、女性の社会進出やライフスタイルの多様化などによる初婚年齢や出産年齢の上昇が考えられる。実際、夫の平均初婚年齢は平成 7 年の 28.5 歳に比べて、令和 4 年は 31.1 歳と

上昇しており、また妻の平均初婚年齢も平成 7 年の 26.3 歳に比べて、令和 4 年は 29.7 歳と上昇している⁴⁾。しかし、女性の妊娠しやすさは、およそ 32 歳位までは緩徐に下降するが、卵子数の減少と同じくして 37 歳を過ぎると急激に下降していく⁵⁾。上記のような背景により、生殖補助医療技術の実施数が増加していると考えられる。さらに、令和 4 年 4 月から人工授精などの「一般不妊治療」、体外受精・顕微鏡受精などの「生殖補助医療」について保険適用が開始された⁶⁾ことも加わり、今後の生殖補助医療技術の実施数はさらに増加すると考えられる。

不妊治療に関する女性を対象にした先行研究は多く、不妊女性に対する支援は様々な研究で考察されているが、夫婦を対象にした研究は未だに少ない。近年、生殖に関する支援の対象は、不妊治

療を受ける女性のみならず夫婦・カップルと考えて取り組むべきである⁷⁾とされている。そこで本研究では、不妊治療と夫婦・カップルの関係性に着目し、国内文献検討により、研究動向と不妊夫婦・カップルの関係性についてどのようなことが明らかにされているのかを確認し、不妊治療を行う夫婦・カップルに対する看護支援検討のための基礎資料とすることを目的とする。

用語の定義

夫婦・カップルの関係性：結婚状態にある男女、あるいはそれと同等の状態にある男女間に存在するつながりや関連を指し、それぞれに影響を与え合っている状況のこと。

研究方法

1. 分析対象論文の選定

対象文献選定のプロセスを図1に示す。文献検索は医学中央雑誌Web版を用いた。本邦では婚姻関係にある男女を「夫婦」というが、近年、婚

姻関係にあっても「夫婦」ではなく「カップル」と記載する研究もあり、夫や妻という単語を使用せず配偶者やパートナーと表現する研究もあることから、検索キーワードを「配偶者」「夫婦」「カップル」「パートナー」とし、「不妊症」and「配偶者」or「夫婦」,「不妊症」and「カップル」,「不妊症」and「パートナー」で検索した。文献の条件を原著論文、会議録除く、抄録あり、看護（分類）とし、検索（検索日：2023年3月13日）の結果、128件の文献を抽出した。その内、重複している文献を除外し、タイトルと抄録および本文を確認し、不妊夫婦・カップルを対象としていない文献、不妊夫婦・カップルの関係性に言及されていない文献を除外し、本研究の目的に合致する文献14件を抽出した。また、抽出した文献14件を表1に示す。

2. 分析方法

抽出した文献について、雑誌掲載年の年次推移、研究対象者、研究デザイン、研究目的と記述内容について検討した。また尺度を使用した文献では、使用されている尺度を抽出した。研究目的と記述

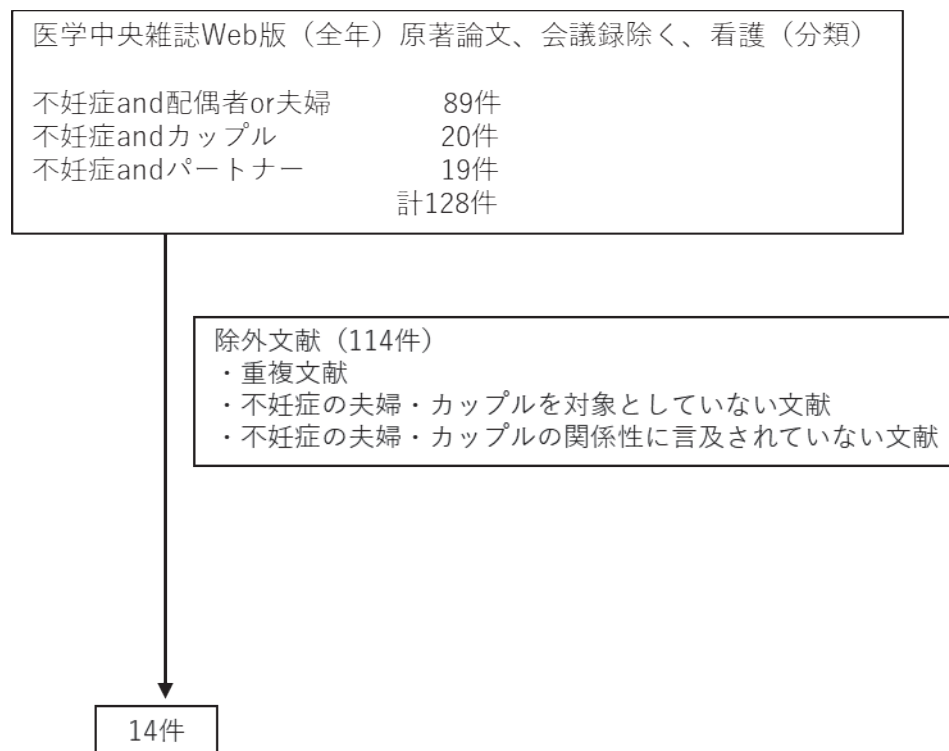


図1 対象文献選定のプロセス

内容については、文献を精読し、不妊夫婦・カップルの関係性について何を明らかにしようとしているのか、加えて、結果として記述されている部分を抽出した。抽出した部分の類似点や相違点に着目し、比較検討した上で、抽象度を上げて統合しカテゴリーとした。研究目的が複数ある文献においては、それぞれの目的にそって記述部分を抽出し分類した。

結 果

1. 掲載年次および研究対象者について

掲載年は1999年から2018年で、1999年に1件、2004年に2件、2005年に1件、2011年から2018年で毎年1～2件の発表があった。

研究対象者の分析を表2に示す。研究対象者は「不妊治療を受けた経験あり」と「不妊治療中」

表1 対象文献一覧

No.	文献
①	野内香純,氷見桂子:不妊治療後第一子の育児期にある夫婦の関係性変容の様相,母性衛生,58(4),557-566,2018
②	中島久美子,荒井洋子,岡崎友香:不妊治療中の夫婦におけるパートナーシップの認識と夫婦関係満足度および妻の精神的健康の関連性,日本生殖看護学会誌,14(1),51-60,2017
③	林はるみ:卵子提供で妊娠した日本人夫婦の経験,日本生殖看護学会誌,13(1),13-20,2016
④	Asazawa Kyoko: Effects of a partnership support program for couples undergoing fertility treatment, Japan Journal of Nursing Science, 12(4), 354-366, 2015
⑤	Asazawa Kyoko, Mori Akiko: Development of a partnership causal model for couples undergoing fertility treatment, Japan Journal of Nursing Science, 12(3), 208-221, 2015
⑥	朝澤恭子:不妊治療を受けるカップルへのパートナーシップ支援プログラムの開発と評価,日本助産学会誌,28(2),154-163,2014
⑦	朝澤恭子:不妊治療を受けるカップルのパートナーシップ尺度の開発 信頼性と妥当性の検討,日本看護科学会誌,33(3),14-22,2013
⑧	本田万里子,上田公代:不妊治療中におけるカップルの親密さと精神健康の関連,日本生殖看護学会誌,9(1),15-22,2012
⑨	野澤美江子:不妊治療を受けているカップルの親密さを高める介入プログラムの開発,日本生殖看護学会誌,8(1),13-21,2011
⑩	林谷啓美,鈴井江三子:不妊治療を受けた就労夫婦の経験と心理 4組の夫婦へのインタビュー調査を基に,園田学園女子大学論文集,45,121-139,2011
⑪	陳東,森恵美:不妊治療を受けている夫婦の対処行動と夫婦関係との関連,日本不妊看護学会誌,2(1),4-11,2005
⑫	野澤美江子:不妊治療を受けているカップルの親密さを測定する尺度の開発 質問項目選択のためのプレテスト,日本母性看護学会誌,4(1),38-45,2004
⑬	森恵美,陳東,遠藤恵子:不妊治療を受けている夫婦の対処と適応状態,日本母性看護学会誌,4(1),23-29,2004
⑭	森恵美,折口恵子,遠藤恵子,三隅順子:日本において不妊治療中の夫婦の夫婦関係 妊婦とその夫の夫婦関係との比較から,母性衛生,40(1),168-175,1999

に区別することができ、それぞれの文献数は3件、11件であった。「不妊治療を受けた経験あり」の内訳は、「不妊治療後に初めて出産した夫婦・カップル」が1件、「卵子提供で子供を得た夫婦・カップル」が1件、「不妊治療の経験がある就労夫婦・カップル」が1件であった。「不妊治療中」は、「不妊治療中の夫婦・カップル」が11件であった。

2. 研究デザインの分析

研究デザインの分析および使用された尺度を表3および表4に示す。研究デザインは質的研究が3件であり、全てが半構造化面接を用いていた。量的研究は9件であり、介入研究が2件であった。

3. 研究目的および記述内容の分析

対象文献の研究目的と記述内容をカテゴリーに分類したものを表5に示す。不妊夫婦・カップルの関係性について明らかになっていることは8カテゴリーに分類された。

1) 不妊夫婦・カップルに対する介入プログラムの開発

不妊夫婦・カップルに対する介入プログラムの開発に関する文献は3件であった。生殖補助医療を予定している不妊夫婦・カップルのパートナーシップ向上を目指して、パートナーシップ支援プログラム（不妊治療中の男女の心理状態に関する情報提供、夫婦間での具体的な協力内容の情報提供、夫婦間でのコミュニケーションを促進する演習）を不妊夫婦・カップルに対して介入として実施し、介入群と比較群で効果を検証していた。支援プログラムを受けた方が、女性の精神的身体的苦痛が軽減していた（文献④）。文献⑥では文献④とは異なる不妊夫婦・カップルを対象とし、同様のパートナーシップ支援プログラムを実施してその効果を検証していた。男女間の比較では、男性群に顕著な介入効果はなかったが、女性群で精神的苦悩が緩和されていた。不妊治療中の夫婦・カップルの親密さを高めることを目指した介入プ

表2 研究対象者の分析

	対象者	文献件数(件)	文献番号
不妊治療を受けた経験あり	不妊治療後に初めて出産した夫婦・カップル	1	①
	卵子提供で子どもを得た夫婦・カップル	1	②
	不妊治療の経験がある就労夫婦・カップル	1	⑩
不妊治療中	不妊治療中の夫婦・カップル	11	②④⑤⑥⑦⑧⑨⑪⑫⑬⑭

表3 研究デザインの分析

研究デザイン	データ収集方法	文献件数(件)	文献番号
質的研究	半構造化面接	3	①③⑩
量的研究	無記名質問紙調査	9	②⑤⑥⑦⑧⑪⑫⑬⑭
介入研究	無記名質問紙調査	2	④⑨

表4 対象文献で使用された尺度

尺度	文献件数(件)	文献番号
不妊治療を受けるカップルのパートナーシップ尺度	5	②④⑤⑥⑦
Quality marriage index(QMI)	2	②④
日本版 GHQ 精神健康調査票 12 項目版(GHQ12)	1	②
FertiQoL 尺度	4	④⑤⑥⑦
苦痛尺度 (著者自作)	4	④⑤⑥⑦
Distress 尺度	1	⑥
医療従事者によるサポート尺度 (著者自作)	1	⑤
パートナー関係に対する満足度 (著者自作)	3	⑤⑥⑦
プロセス評価 (著者自作)	1	⑥
不妊治療中のカップルの親密さを測定する尺度 37 項目版	2	⑧⑨
日本版 GHQ 精神健康調査票 30 項目版	1	⑧
Self-Esteem 尺度	1	⑪
Marital Adjustment Test(MAT)日本語版である夫婦間調整テスト	3	⑪⑬⑭
Jalowiec Coping Scale(JCS)日本語版	2	⑪⑬
親密さ尺度 (著者自作)	1	⑫
日本語版 STAI 状態不安尺度	1	⑬
自尊感情尺度	1	⑬

表5 研究目的の分析

目的	文献件数(件)	文献番号
不妊夫婦・カップルに対する介入プログラムの開発	3	④⑥⑨
パートナーシップ尺度・モデル開発	3	⑤⑦⑫
不妊治療中の夫婦・カップルのパートナーシップの認識の差異	1	③
不妊治療中の夫婦・カップルの精神健康と夫婦関係	1	⑧
不妊治療中の夫婦・カップルの対処行動と夫婦関係	2	⑪⑬
不妊治療を受けずに子供を授かった夫婦・カップルとの比較からみた不妊治療中の夫婦関係	1	⑭
不妊治療後の夫婦関係の変容	1	①
不妊夫婦・カップルの不妊治療の経験や治療中の心理	2	③⑩

プログラムの開発では、親密さ自己診断プログラムと3か月間の親密さを高めるエクササイズ（夫婦間での感情の共有、ボディタッチを促す等）を実施し、介入前後で夫婦・カップルの親密さを比較していた。介入前後での夫婦・カップルの親密さに変化はなかった（文献⑨）。

2) パートナーシップ尺度・モデル開発

パートナーシップ尺度・モデル開発に関する文献は3件であった。不妊治療中の夫婦・カップルに関するパートナーシップ因果モデルの開発を目的とし、その適合性を検証していた。不妊治療中の夫婦・カップルのパートナーシップは、夫婦・カップルの関係満足度とQOLに影響を及ぼしていた。またパートナーシップには、医療者からのサポートが影響し、サポートがあるとパートナーシップが強化されていた（文献⑤）。不妊治療中の夫婦・カップルのパートナーシップ尺度の開発を目的とし、「精神的サポート」「負担の理解」「治療上の協力」の3因子を下位尺度とした18項目の尺度を作成していた。信頼性および妥当性が検証され、不妊治療中夫婦・カップルのパートナーシップを評価できるとされていた（文献⑦）。不妊治療中の夫婦・カップルの親密さ尺度の開発を目的とし、「接近した関係」「自己表出」「分ち合い」「共に取り組むこと」「大切にされている感覚」「安心」「信頼」「性的満足感」の8因子を下位尺度とした72項目の尺度を作成していた。信頼性と妥当性の検証は今後の課題とされ、臨床での使用が可能な段階までには至っていなかった（文献⑫）。

3) 不妊治療中の夫婦・カップルのパートナーシップの認識の差異

不妊治療中の夫婦・カップルのパートナーシップの認識の差異に関する文献は1件であった。不妊治療中の夫婦・カップルにおけるパートナーシップの認識の差異、パートナーシップの認識と夫婦関係満足度および妻の精神健康との関連を明らかにすることを目的とし、質問紙調査が実施されていた。パートナーシップの認識は夫婦間で差異があり、夫は妻をサポートしていると自己評価しているが、妻は夫のサポートを低く評価してい

た。パートナーシップの認識と夫婦関係満足度では関連があり、夫婦関係満足度が高い妻と夫では良好なパートナーシップであると認識していた。また妻のパートナーシップの認識と精神健康では関連があり、精神健康が良好な妻では良好なパートナーシップであると認識していた（文献②）。

4) 不妊治療中の夫婦・カップルの精神健康と夫婦関係

不妊治療中の夫婦・カップルの精神健康と夫婦関係に関する文献は1件であった。不妊治療中の夫婦・カップルの親密さと精神健康との関連を明らかにすることを目的に、質問紙調査が実施されていた。不妊治療1年目の夫婦・カップルの親密さが高ければ、妻の精神健康は良かった（文献⑧）。

5) 不妊治療中の夫婦・カップルの対処行動と夫婦関係

不妊治療中の夫婦・カップルの対処行動と夫婦関係に関する文献は2件であった。不妊治療を受けている夫婦・カップルの対処行動と夫婦関係の関連を明らかにすることを目的とし、質問紙調査が実施されていた。夫と比較して、妻の方が治療中のストレスに対して多くの対処行動をとっていた。夫婦共通して「問題の解決を他の人に任せる」、「かっとなったり、恨んだり、ののしったりする」、「他の人に、または他の物事に、やつあたる」、「一人になりたいと思う」といった対処行動と夫婦間調整テスト得点には負の相関関係があり、逃避的、感情的対処は夫婦関係に否定的な影響を及ぼす可能性があることが明らかにされていた（文献⑪）。不妊治療中の夫婦・カップルの対処とその適応状態としての不安・自尊感情・夫婦関係の関連を明らかにすることを目的とし、質問紙調査が実施されていた。妻は夫よりもストレスへの対処行動を多くとり、妻の方が不安は強く、自尊感情は低かった。対処行動のうち、感情的対処（心配する、やけ食いや喫煙、飲酒をする）を多く行うと夫婦関係を悪く認知しやすかった（文献⑬）。

6) 不妊治療を受けずに子供を授かった夫婦・カップルとの比較から見た不妊治療中の夫婦関係

不妊治療を受けずに子供を授かった夫婦・カップルとの比較から見た不妊治療中の夫婦関係に関する文献は1件であった。不妊でない夫婦・カップルの夫婦関係と不妊治療中の夫婦・カップルの夫婦関係を比較することを目的とし、質問紙調査が実施されていた。結婚4年未満の不妊夫婦・カップルでは、不妊ではない夫婦・カップルより、自分たちの夫婦関係を悪く認知していた。また不妊治療が3年以上になると夫婦関係が悪化する傾向にあった。不妊夫婦・カップルの妻は不妊ではない妻よりも、今の結婚について後悔を示していた(文献⑭)。

7) 不妊治療後の夫婦関係の変容

不妊治療後の夫婦関係の変容に関する文献は1件であった。不妊治療後第1子の育児期にある夫婦・カップルの関係性変容の様相を明らかにすることを目的とし、質的研究が実施されていた。不妊治療後の夫婦・カップルの関係性変容の様相は、「関係発達型」「関係好転型」「関係変化期待型」「関係温存型」の4つに分けられた(文献①)。

8) 不妊夫婦・カップルの不妊治療の経験や治療中の心理

不妊夫婦・カップルの不妊治療の経験や治療中の心理に関する文献は2件であった。卵子提供で子どもを得た日本人夫婦・カップルの妊娠期の経験を明らかにすることを目的とし、質的研究が実施されていた。夫の経験は「チャンス逃さない決断」「意思決定は妻に任せる」「胎児に関心がない素振り」「子供を可愛がってくれるか分からない不安」「腫れ物に触れるような関わり」「卵子提供を受けた倫理性への迷い」「秘密は墓場まで持っていく」の7カテゴリであった。妻の経験は「最後の治療にするための決断」「子供を可愛がることができるか分からない不安」「流産できない重圧」「胎動のたびに感じる寂しさ」「子供を大切に育てる決心」「倫理性への迷いと支援ニーズ」「秘密は墓場まで持っていく」の7カテゴリであった(文献③)。不妊治療中の就労夫婦・カップルの経験と心理を明らかにすることを目的とし、質的研究が実施されていた。妻の経験

と心理は「職場におけるプライバシーの保持困難」「上司の不妊治療を受ける女性に対する無理解」「上司への気兼ね」「同僚の妊娠出産に対する気持ちの揺れ」「パートタイム労働という選択」などの11カテゴリがあった。夫の経験と心理は「上司の理解」「受診しやすい環境」「休暇取得しやすい環境へ向けての整備」「職場への気兼ね」「夫婦での仕事の調整困難」などの11カテゴリがあった(文献⑩)。

考 察

1. 不妊治療と夫婦・カップルの関係性に関する研究の動向

我が国では、女性の社会進出やライフスタイルの多様化などにより、晩婚化や第1子出産年齢の高齢化が進んでいるため、不妊治療の実施数は年々増加している。それに伴い、不妊治療を行う夫婦・カップルに対する関心は高まり、不妊治療の保険適用などの支援の幅は広がっているものの、文献数は各年0～2件で推移しており、1999年～2022年の24年間で大きな変化はみられなかった。今回の対象文献の中でも不妊治療中は夫よりも妻の方がストレスを抱えやすいとしていた文献が多く、不妊に関する看護研究は夫婦・カップル単位ではなく、女性を対象とした看護援助を検討する研究が多くなる要因のひとつであると考えられる。

研究デザインは質的研究と比較して量的研究が多く、データの収集方法としては無記名質問紙調査が最も多かった。これは簡易的かつ広範囲に実施できるものであるため、より多くのデータを収集することができる。また数値で把握するため、得られたデータの関連を把握しやすい。さらに、不妊治療や夫婦関係といったセンシティブな問題を取り扱うため、無記名質問紙調査にすることでプライバシーへの配慮がなされ、心理的に回答しやすく、多くのデータを集めることが可能であったと考えられる。一方、量的研究と比較して質的研究は3件と少なかったが、不妊夫婦・カップルの関係性や不妊治療における経験および心理の本質を明らかにするために用いられていると考えら

れる。量的研究は一般的法則をつくることを目的としているが、質的研究は個別事例において観察された事象から物事の本質をとらえることを目的としている⁸⁾。不妊夫婦・カップルの関係性や親密さ、ニーズなどは個性が高い一面もあり、それらの本質を明らかにして対象の理解を目的とする際には、質的研究は有用であり、種々の研究方法を用いた研究が必要であると考ええる。

対象文献における研究目的は、不妊夫婦・カップルに対する介入プログラムの開発についての文献が3件であった。これらの文献は夫婦・カップルのパートナーシップ向上を目指した介入の開発を目指しており、全てにおいて介入の中に夫婦・カップル間でのコミュニケーションを促すための講義や演習を取り入れていた。このことから、不妊夫婦・カップルの夫婦関係を良好に維持するためには、夫婦・カップル間で治療中の互いの思いを理解し共有し合うことができる関係性の構築が必要であると言える。また、パートナーシップ尺度・モデル開発についての文献も3件であった。不妊夫婦・カップルに限らず夫婦の関係性は個性が大きく一般化するのは難しいと考えるが、不妊夫婦・カップルの関係性の特徴を客観的に評価するツールを使用することで、夫婦関係の一面を捉え援助に活用できる可能性があると考ええる。

2. 不妊夫婦・カップルの関係性における問題点と看護援助について

不妊治療を受けずに子供を授かった夫婦・カップルとの比較から見た不妊治療中の夫婦・カップルの関係の文献では、不妊治療中の夫婦・カップルの夫婦関係調整テストの平均点が有意に低かった(文献⑭)。このことから不妊でない夫婦・カップルよりも不妊治療中の夫婦・カップルの関係は悪化しやすいと考えられる。

不妊夫婦・カップルの不妊治療の経験や治療中の心理に関する文献では、不妊治療中の夫の経験や心理として「腫れ物のような妻への関わり」(文献③)や「職場への気兼ね」、「妻を支えるプレッシャー」、「経済的不安」(文献⑩)など、また妻の経験や心理としては「流産できない重圧」(文献③)、「上司への気兼ね」、「同僚の妊娠出産に対

する気持ちの揺れ」、「経済的不安」(文献⑩)などが挙げられた。不妊治療という経験は夫婦それぞれの治療や治療結果に対する思いがあり、仕事と治療の両立や経済面など様々な面で不安やプレッシャーなどの精神的負担を抱えていると推察できる。また、不妊治療中の妻の精神健康(GHQ)と夫婦関係に関する文献を見ると、GHQの下位尺度の「希死念慮とうつ傾向」、「身体症状」で男性と女性間では女性の得点が高く(文献⑧)、女性の方が精神健康は悪い傾向にあった。女性ではGHQと治療年数の間には有意差があり、治療1年目の女性は2年目以上の女性と比較してGHQ総得点が高く(文献⑧)、不妊治療開始から1年以内の女性たちは不妊や治療に対して悩みや不安が多いことが考えられる。加えて、不妊治療は不妊原因に関係なく女性が頻回に通院し身体的苦痛を伴う治療を行う必要があること、不妊という問題は「女性の問題」と見なされる傾向が社会通念としてあること⁹⁾から不妊治療は身体的・精神的・社会的に女性に負担が大きいものであり、GHQ得点にもその結果が反映されていると考える。不妊治療1年目の女性のGHQと夫婦の親密さには有意な負の相関がみられた(文献⑧)ことより、不妊治療1年目の女性の精神健康をより良くするためには夫婦・カップルの親密さを高める看護ケアが必要であると考えられる。また、親密さ尺度の「自己表出」では、女性より男性の方が低かった。男性の中でも自己表出が高いほど親密さも高く正の相関があった(文献⑧)。このことから男性は女性に比べ自己表出が少なく、心に秘めた気持ちを十分に妻に伝えることが出来ておらず、妻が治療に対する男性の思いを知ることが難しい状況にあると考えられる。このことから、夫婦・カップルの親密さを高めるためには、男性の自己表出を促すコミュニケーションスキルの獲得と男性が自己表出しやすくなるような女性のコミュニケーションスキルの獲得に対する看護支援の必要性があると考ええる。

不妊夫婦・カップルに対する介入プログラムの開発に関する文献からは、レクチャーや参加型演習などによる介入プログラムの実施が夫婦・カップルにとって、パートナーへの〈理解の深まり〉

や〈安心感〉,〈コミュニケーションに役立つ〉,〈情報獲得〉などニーズの充足に繋がっていた(文献⑥)。介入プログラムでの情報提供はパートナーの理解に繋がり,さらに医療者の適切な支援は夫婦間のコミュニケーションを円滑に進める一助となっていると考えられる。これらのことから,夫婦間でのコミュニケーションやその両者が自己表出を十分に行えるような医療者の看護援助が必要であると考ええる。

結 語

対象文献は14件であり,文献数は1999年から2023年まで各年0~2件で推移し,不妊治療と夫婦関係の関連に焦点を当てた研究は少ないことが分かった。研究デザインは質的研究が3件,量的研究が11件であった。研究目的は8つのカテゴリーに分類された。不妊夫婦・カップルにおいては妻と夫で抱える思いやストレスが異なり,それに対する対処行動も異なっていたこと,夫婦・カップル間のコミュニケーションを促す介入により妻の精神的苦痛が軽減されていたことから,夫婦・カップル間のコミュニケーションを促し,夫婦・カップルで互いの思いを理解する関係性を構築できるような看護援助の必要性が示唆された。

利益相反

利益相反自己申告:申告すべきものなし。

引用・参考文献

- 1) 公益社団法人日本産婦人科学会:登録・調査小委員会ARTデータブック2021年体外受精・胚移植等の臨床実施成績, https://www.jsog.or.jp/activity/art/2021_JSOG-ART.pdf (参照2023-9-25)
- 2) 厚生労働省:令和4年(2022)人口動態統計月報年計(確定数)の概況, https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei22/dl/15_all.pdf, (参照2023-9-25)
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所:第16回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)現代日本の結婚と出産-第16回出生動向基本調査(独身者調査ならびに夫婦調査)報告書-, https://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou16/JNFS16_ReportALL.pdf, (参照2023-9-25)
- 4) 厚生労働省:令和4年(2022)人口動態統計月報年計(概数)の概況, <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai22/index.html>, (参照2023-9-25)
- 5) 公益社団法人日本産婦人科医会:1.妊娠適齢年令, <https://www.jaog.or.jp/lecture/1%E5%A6%8A%E5%A8%A0%E9%81%A9%E9%BD%A2%E5%B9%B4%E4%BB%A4/>, (参照2023-10-02)
- 6) 厚生労働省:不妊治療に関する取組, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/funin-01.html, (参照2021-9-25)
- 7) 阿部正子:体外受精の受療にかかわる夫婦の意思決定状況-妻の認識している夫のかかりとそれに対する妻の思いに焦点をあてて-, 周産期医学 35 (10): 1389-1393, 2005.
- 8) 横山美江:看護研究の基礎知識. よくわかる質的研究の進め方・まとめ方看護研究のエキスパートをめざして, グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江編著, pp3, 医歯薬出版, 東京, 2007.
- 9) 盛岡由起子, 千葉ヒロ子, 森恵美:不妊症女性患者の心理と対応. ペリネイタル・ケア新春増刊 2001: 70-83, 2001.

Literature review on infertility treatment and marital relationships

Sayu KIMACHI¹⁾, Rino FUKUSHIMA²⁾, Kaori FUTAKAWA³⁾

1) Social Welfare Organization Saiseikai Imperial Gift Foundation inc Saiseikai Takaoka Hospital

2) Midwifery, Graduate School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

2) Maternity Nursing, Faculty of Medicine, Academic Assembly, University of Toyama

Abstract

The purpose of this study is to review the literature on the relationship between infertility treatment and the relationship between couples, and to provide basic information for considering nursing support for couples undergoing infertility treatment. The Ichushi-web was used to search for the keywords "infertility", "couple" and "partner" of the 128 articles extracted, 14 articles that met the purpose were analyzed. The analysis showed that the number of articles varied between 0 and 2 articles per year from 1999 to 2023, and there were few studies that focused on the relationship between infertility treatment and marital relationships. In infertile couples, the thoughts and stress of the wife and the husband were different, the coping behavior of stress differed between the husband and wife, and the wife's mental distress was reduced by interventions that promoted communication between the husband and wife. It was suggested that there is a need for nursing support that promotes communication between husband and wife and builds a relationship in which couples can understand each other's thoughts.

Keywords

infertility treatment, couple, relationship, literature review

30代の生活行動と腹囲・血圧・脂質・血糖の関連 －富山県国保若年健診データ分析－

澤武 美穂¹⁾，佐伯 和子¹⁾，中堀 伸枝²⁾，中橋 香織^{3,4)}

1) 富山県立大学看護学部

2) 富山大学学術研究部医学系

3) 富山県高岡厚生センター

4) 前富山県厚生部厚生企画課

要 旨

30代の生活行動と腹囲・血圧・脂質・血糖の関連を明らかにするため、富山県国保の若年健康診査データを分析した。分析対象は、30代の男女581人分の生活行動12項目と腹囲・血圧・脂質・血糖のデータを用いた。結果として、男女ともに「20歳以降の体重増加」と「睡眠による休養不十分」、男性では「食べる速度が速い」、女性では「喫煙習慣あり」と「運動習慣なし」が腹囲・血圧・脂質・血糖と有意に関連していた。特に男性ではメタボリックシンドロームに該当する者が約4人に1人、予備群が約5人に1人存在しており、国は特定健診で40歳以上を対象にしているが、30代でも生活習慣病予防のための早期介入の必要性が示唆された。

キーワード

30代，生活行動，腹囲，血圧，脂質，血糖

はじめに

生活習慣病対策として、国は高齢者の医療確保に関する法律に基づき2008年から40歳以上75歳未満の医療保険の被保険者と被扶養者に対して特定健診・特定保健指導を実施してきた¹⁾。特定健診は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病、いわゆるメタボリックシンドロームに焦点を当てている。メタボリックシンドロームの割合は特定健診対象の40～74歳では、男性29.8%、女性9.5%であり、予備群を含めるとその割合は、男性54.5%、女性16.7%となり、年齢階級が高くなるほど増加している²⁾。健診の結果を受け、特定保健指導は腹囲と血圧・脂質・血糖と喫煙歴に基づく判定基準により積極的支援または動機づけ支援を行っている。労働者においてもこれに準じた健康診査が行

われている。

メタボリックシンドロームは、日々の生活習慣の積み重ねが大きく影響しており、その発症は特定健診実施対象である40歳以前にその要因があり、30代に対しても健診や保健指導の機会を設定し、早期の介入と支援が必要であると言われて^{3,4)}いる。

富山県の国民健康保険の被保険者は199,309人(2020年9月)で、30代は11,384人(5.7%)であった。県民のうち国保加入率は30～34歳10.3%、35～39歳12.2%で、30代の約1割が国民健康保険での健康管理の対象となる。特定健診の対象となる前の青年期・壮年前期者に対しては、学校、職場等で健康診査の機会はあるが、生活習慣病対策としての取り組みは少ない。特に、国民健康保険の対象者における対策の制度は未整備の状態である。富山県内での若年健康診査の実態は15市

町村のうち12市町村(80%)で実施されているが、実施時期や健診の対象者の設定および方法は市町村によって様々であり、富山県内の30代の生活行動と腹囲・血圧・脂質・血糖の実態は明らかにされていない。本研究の目的は、今後富山県における30代のメタボリックシンドローム対策を検討するために、市町村が実施した健康診査を通して、30代の生活行動と腹囲・血圧・脂質・血糖の関連を明らかにすることである。

研究対象と方法

富山県は30代の健康の実態を把握し分析を行うため、令和3年度40歳未満の若年層の健康診査を行っている8市町村よりデータ分析の同意を得た。富山県立大学看護学部地域看護学講座はデータ分析の受託により、個人情報を含まない加工された個人単位のデータ分析を行った。分析にあたり、データの未記入値および外れ値を除外した。

分析対象は、富山県内の8市町村で令和3年度に行われた30歳以上40歳未満の若年層の健康診査データである。分析項目は、標準的な健診・保健指導プログラム(平成30年度版)¹⁾の標準的な質問表のうち、質問項目8から18および20の12項目の生活行動に関する項目(以下、生活行動とする)及び腹囲測定、血圧測定、脂質検査(空腹時中性脂肪、HDLコレステロール)、血糖検査(HbA1c検査)の結果を用いた。ただし、30代の健康診査の目的や方法は各市町村の考え方により異なり、用いている質問項目・検査項目が一律ではないため、項目により対象数は異なる。

生活行動12項目のうち9項目は回答が2択になっており、30代の健康状態のリスクを把握するため、「望ましい状態」「望ましくない状態」の2値に分けた。回答が3択であった咀嚼状況、間食の頻度、飲酒習慣の3項目については、何でも噛むことができるを「望ましい状態」としそれ以外を「望ましくない状態」、間食を毎日する、飲酒を毎日するを「望ましくない状態」としそれ以外を「望ましくない状態」の2値に分けた。

腹囲測定、血圧測定、脂質検査(空腹時中性脂

肪、HDLコレステロール)、血糖検査(HbA1c検査)のカットオフ値は、特定保健指導の「保健指導判定値」¹⁾とした。30代に関してはカットオフ値を変更するほうがよいとの意見もあるが、確定した値がないので特定保健指導の判定値を用いた。特定保健指導の「具体的な階層化の方法」¹⁾によるメタボリックシンドロームの判定においては、腹囲は男性85cm以上・女性90cm以上で、かつ血圧は収縮期130mmHg以上または拡張期85mmHg以上、脂質は中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満、血糖はHbA1c5.6%以上が指導基準とされている。これら血圧・脂質・血糖の3つのうち2つ以上が基準値から外れた場合を「メタボリックシンドローム」、1つ以上が基準値から外れた場合を「予備群」とされている。

生活行動12項目および腹囲・血圧・脂質・血糖において、性・年齢区分別(30-34歳、35-39歳)で差があるかを調べるため、 χ^2 検定およびFisherの正確確率検定、メタボリックシンドロームの判定での差はMann-WhitneyのU検定を行った。さらに、生活行動12項目のうち、「望ましくない状態」のデータ数が検定に耐えうる項目、および先行文献⁵⁻⁸⁾を参考に、「喫煙習慣」、「20歳から10kg以上の体重増加」、「運動習慣なし」、「食べる速度速い」、「就寝前2時間以内の夕食」、「睡眠による休養不十分」の6項目について、腹囲・血圧・脂質・血糖との関連を調べるため、 χ^2 検定を行った。解析には統計ソフトSPSS ver.27を使用し、有意確率を5%とした。

本研究は富山県立大学「人を対象とする研究」倫理審査部会(看護学部)に研究計画書を提出して審査の過程を経た。審査結果は、富山県から提供されたデータは個人情報を含まない加工情報であったため審査は不要と判断された。また、自治体の匿名性を保障するため自治体別のデータは示していない。

結 果

分析対象は581人分のデータであり、男性199人(30-34歳57人、35-39歳142人)、女性382

人（30-34 歳 132 人，35-39 歳 250 人），男性は全体の 34.3%，女性は 65.7%であった。年齢区分別では，30-34 歳 189 人（32.5%），35-39 歳が 392 人（67.5%）であった。以下，30-34 歳を 30 代前半，35-39 歳を 30 代後半とする。なお，結果の記載は 30-34 歳を前半，35-39 歳を後半とした。

結果は「望ましくない状態」を中心に記載した。その理由は，本分析の目的が 30 代への介入や支援を検討するための資料となるデータの提供であることから，問題点を明確に記述できると考えたからである。

生活行動 12 項目を年齢区分別・性別に比較した（表 1）。年齢区分別比較では，男性では「飲酒習慣あり（毎日）」（ $p = 0.015$ ）のみ前半より後半が有意に多かった。女性では「身体活動なし」（ $p = 0.015$ ），「咀嚼状況不良」（ $p = 0.036$ ）の 2 項目で後半の方が前半より有意に多かった。年齢区分別でほとんどの項目に有意差が見られなかったため，性別比較は全体で行ったところ，男性に有意に多かったのは「喫煙習慣あり」（ $p < 0.001$ ），「20 歳から 10kg 以上の体重増加」（ $p < 0.001$ ），「食べる速度速い」（ $p = 0.003$ ），「飲酒習慣あり（毎

表 1 生活行動（性別・年齢区分別割合）の比較

項目	年齢区分	男性				女性			
		全体	30-34歳	35-39歳	p値	全体	30-34歳	35-39歳	p値
		n=78	n=35	n=43		n=166	n=68	n=98	
喫煙習慣※1	あり	20.2	10.8	27.7	0.099 ^a	6.2	4.9	7.1	0.528
	なし	79.8	89.2	72.3		93.8	95.1	92.9	
20歳の時から10kg以上の体重増加	あり	39.7	40.0	39.5	0.967 ^a	18.7	17.6	19.4	0.777
	なし	60.3	60.0	60.5		81.3	82.4	80.6	
運動習慣	あり	30.8	28.6	32.6	0.704	10.8	10.3	11.2	0.850
	なし	69.2	71.4	67.4		89.2	89.7	88.8	
身体活動	あり	50.0	48.6	51.2	0.820	30.7	41.2	23.5	0.015
	なし	50.0	51.4	48.8		69.3	58.8	76.5	
歩行速度	速い	37.2	42.9	32.6	0.349	15.1	19.1	12.2	0.223
	遅い	62.8	57.1	67.4		84.9	80.9	87.8	
咀嚼状況	良好	96.2	97.1	95.3	1.000 ^a	98.2	95.6	100.0	0.036
	不良	3.8	2.9	4.7		1.8	4.4	0.0	
食べる速度	速い	43.6	42.9	44.2	0.906	24.7	26.5	23.5	0.659
	普通・遅い	56.4	57.1	55.8		75.3	73.5	76.5	
就寝前2時間以内の夕食	あり	21.8	17.1	25.6	0.369	13.3	13.2	13.3	0.996
	なし	78.2	82.9	74.4		86.7	86.8	86.7	
毎日の間食	あり	15.4	14.3	16.3	0.808	35.9	33.8	36.7	0.700
	なし	84.6	85.7	83.7		64.5	60.3	56.1	
週3回以上の朝食欠食	あり	17.9	17.1	18.6	0.867	11.4	5.9	15.3	0.061
	なし	82.1	82.9	81.4		88.6	94.1	84.7	
毎日の飲酒習慣※1	あり	20.2	8.1	29.8	0.015 ^a	6.2	7.3	5.3	0.565
	なし	79.8	91.9	70.2		93.8	92.7	94.7	
睡眠による休養	十分	64.1	74.3	55.8	0.091	49.4	51.5	48.0	0.656
	不十分	35.9	25.7	44.2		50.6	48.5	52.0	

X²検定、a：Fisher の正確確率検定

※1 喫煙習慣、毎日の飲酒習慣のみnが異なる。男（全体84、30-34歳：37、35-39歳：47）、女（全体195、30-34歳：82、35-39歳：113）

日)」(p = 0.001)の4項目,女性に有意に多かったのは「運動習慣なし」(p<0.001),「身体活動なし」(p = 0.04),「歩行速度遅い」(p<0.001),「間食の頻度:毎日」(p = 0.001),「睡眠による休養不十分」(p = 0.032)の5項目であった。

腹囲の年齢区分別・性別割合を比較した(表2)。男女ともに年齢区分別では有意差が見られず,基準値以上の割合は男性全体では約5割,女性では約1割で,男性の方が有意に多かった(p<0.001)。

血圧・脂質・血糖について,年齢区分別・性別割合を比較した(表3)。年齢区分別では,男性では血圧・脂質では有意差は認められなかったが,血糖は「HbA1c5.6%以上」(p=0.008)であり,前半より後半の方が多かった。女性では血圧の拡張期,脂質では年齢区分別では有意差は認められな

かったが,「収縮期血圧130mmHg以上」(p=0.018),血糖「HbA1c5.6%以上」(p=0.007)の2項目で,前半より後半の方が多かった。男女差を比較すると「収縮期血圧130mmHg以上」(p<0.001),「拡張期血圧85mmHg以上」(p<0.001),「中性脂肪150mg/dl以上」(p<0.001),「HbA1c5.6%以上」(p=0.002)の4項目で男性の方が有意に多かった。

メタボリックシンドローム判定で,メタボリックシンドローム・予備群・非該当の割合を年齢区分別・性別に比較した(表4)。男性は前半ではメタボリックシンドローム22.2%,予備群18.5%,後半ではメタボリックシンドローム24.8%,予備群14.2%であった。女性ではメタボリックシンドローム3.1%,予備群0.8%,

表2 腹囲(性別・年齢区分別割合)の比較

(%)										
項目	男性					女性				
	年齢区分	全体	30-34歳	35-39歳	p値	全体	30-34歳	35-39歳	p値	
		n=167	n=54	n=113			n=364	n=129		n=235
腹囲	85cm以上	45.5	50.0	43.4	0.420	90cm以上	9.6	6.2	11.5	0.102
	85cm未満	54.5	50.0	56.6		90cm未満	90.4	93.8	88.5	
X ² 検定										

X²検定

表3 血圧, 脂質, 血糖の検査結果(性別・年齢区分別割合)の比較

										(%)
項目	年齢区分	男性				女性				p値
		全体	30-34歳	35-39歳	p値	全体	30-34歳	35-39歳	p値	
		n=199	n=57	n=142		n=382	n=132	n=250		
収縮期血圧	130mmHg以上	36.2	38.6	35.2	0.653	9.4	4.5	12.0	0.018	
	130mmHg未満	63.8	61.4	64.8		90.6	95.5	88.0		
拡張期血圧	85mmHg以上	26.6	29.8	25.4	0.519	8.4	5.3	10.0	0.115	
	85mmHg未満	73.4	70.2	74.6		91.6	94.7	90.0		
中性脂肪	150mg/dl以上	32.7	35.1	31.7	0.644	7.6	6.1	8.4	0.412	
	150mg/dl未満	67.3	64.9	68.3		92.4	93.9	91.6		
HDL	40mg/dl以上	6.0	7.0	5.6	0.745	2.1	1.5	2.4	0.720	
	40mg/dl未満	94.0	93.0	94.4		97.9	98.5	97.6		
HbA1c	5.6%以上	37.2	22.8	43.0	0.008	24.9	16.7	29.2	0.007	
	5.6%未満	62.8	77.2	57.0		75.1	83.3	70.8		

X²検定

表4 メタボリックシンドロームの判定（性別・年齢区分別割合）の比較

(%)

項目		男性				女性			
		全体	30-34歳	35-39歳	p値	全体	30-34歳	35-39歳	p値
		n=167	n=54	n=113		n=364	n=129	n=235	
メタボリックシンドローム	該当	24.0	22.2	24.8	0.966	3.0	3.1	3.0	0.170
判定結果	予備群	15.6	18.5	14.2		3.3	0.8	4.7	
	非該当	60.5	59.3	61.1		93.7	96.1	92.3	

Mann-WhitneyのU検定

表5-1 メタボリックシンドローム基準値と生活行動との関連（男性）

項目		喫煙習慣				体重増加				運動習慣		
		計	あり	なし	p値	計	あり	なし	p値	あり	なし	P値
		n=84	n=17	n=67		n=78	n=31	n=47		n=24	n=54	
腹囲	85cm以上	41.7	23.5	46.3	0.106 ^a	42.3	77.4	19.1	<0.001	29.2	48.1	0.117
収縮期血圧	130mmHg以上	39.3	29.4	41.8	0.351	39.7	61.3	25.5	0.002	33.3	42.6	0.441
拡張期血圧	85mmHg以上	25.0	17.6	26.9	0.433	26.9	41.9	17.0	0.015	16.7	31.5	0.173
中性脂肪	150mg/dl以上	22.6	17.6	23.9	0.583	23.1	38.7	12.8	0.008	12.5	27.8	0.139
HDL	40mg/dl未満	6.0	5.9	6.0	0.989	6.4	16.1	0.0	0.004	8.3	5.6	0.644
HbA1c	5.6%以上	31.0	29.4	31.3	0.878	30.8	45.2	21.3	0.025	29.2	31.5	0.838

(%)

項目		食べる速度			就寝前2時間以内の夕食			睡眠による休養		
		速い	遅い	p値	あり	なし	p値	十分	不十分	p値
		n=34	n=44		n=17	n=61		n=50	n=28	
腹囲	85cm以上	55.9	31.8	0.033	23.5	47.5	0.099 ^a	42.0	42.9	0.941
収縮期血圧	130mmHg以上	50.0	31.8	0.104	35.3	41.0	0.672	30.0	57.1	0.019
拡張期血圧	85mmHg以上	35.3	20.5	0.143	29.4	26.2	0.794	20.0	39.3	0.065
中性脂肪	150mg/dl以上	35.3	13.6	0.024	23.5	23.0	0.960	20.0	28.6	0.389
HDL	40mg/dl未満	8.8	4.5	0.444	5.9	6.6	0.920	4.0	10.7	0.245
HbA1c	5.6%以上	35.3	27.3	0.447	35.3	29.5	0.648	28.0	35.7	0.479

※ 体重増加、運動習慣、食べる速度、就寝2時間以内の夕食、睡眠による休養の人数計は同数

X²検定、a:Fisherの正確確率検定

後半ではメタボリックシンドローム 3.0%，予備群 4.7%であった。男女ともに年齢区分では有意な差はみられなかった。性別比較では、男性が女性より有意にメタボリックシンドローム・予備群が多かった ($p<0.001$)。

腹囲・血圧・脂質・血糖と生活行動6項目「喫煙習慣」，「20歳から10kg以上の体重増加」，「運動習慣なし」，「食べる速度速い」，「就寝前2時間以内の夕食」，「睡眠による休養不十分」との関連をみた（表5）。腹囲と有意差がみられたのは、

男女ともに「20歳から10kg以上の体重増加」（男性 $p<0.001$ ，女性 $p = 0.012$ ），男性のみ「食べる速度速い」（ $p = 0.033$ ），女性のみ「喫煙習慣」（ $p = 0.004$ ），「睡眠による休養不十分」（ $p=0.024$ ）であった。収縮期血圧と有意差がみられたのは、男女ともに「20歳から10kg以上の体重増加」（男性 $p = 0.002$ ，女性 $p = 0.031$ ），男性のみ「睡眠による休養不十分」（ $p = 0.019$ ），女性のみ「運動習慣なし」（ $p = 0.021$ ）であった。拡張期血圧と有意差がみられたのは、男女ともに「20歳か

表5-2 メタボリックシンドローム基準値と生活行動との関連（女性）

項目		喫煙習慣				体重増加				運動習慣		
		計 n=195	あり n=12	なし n=183	p値	計 n=166	あり n=31	なし n=135	p値	あり n=18	なし n=148	p値
腹囲	90cm以上	9.7	33.3	8.2	0.004	10.2	22.6	7.4	0.012	11.1	10.1	0.897
収縮期血圧	130mmHg以上	9.7	16.7	9.3	0.404	11.4	22.6	8.9	0.031	27.8	9.5	0.021
拡張期血圧	85mmHg以上	9.2	33.3	7.7	0.003	10.2	22.6	7.4	0.012	27.8	8.1	0.009
中性脂肪	150mg/dl以上	7.2	25.0	6.0	0.014	7.2	16.1	5.2	0.034	16.7	6.1	0.102
HDL	40mg/dl未満	2.1	8.3	1.6	0.113	2.4	6.5	1.5	0.104	0.0	2.7	0.480
HbA1c	5.6%以上	25.1	33.3	24.6	0.499	22.9	29.0	21.5	0.367	27.8	22.3	0.601

(%)										
項目		食べる速度			就寝前2時間以内の夕食			睡眠による休養		
		速い n=41	遅い n=125	p値	あり n=22	なし n=144	p値	十分 n=82	不十分 n=84	p値
腹囲	90cm以上	14.6	8.8	0.285	0.0	11.8	0.089	4.9	15.5	0.024
収縮期血圧	130mmHg以上	12.2	11.2	0.862	9.1	11.8	0.710	11.0	11.9	0.851
拡張期血圧	85mmHg以上	14.6	8.8	0.285	0.0	11.8	0.089	7.3	13.1	0.220
中性脂肪	150mg/dl以上	9.8	6.4	0.471	4.5	7.6	0.602	3.7	10.7	0.079
HDL	40mg/dl未満	0.0	3.2	0.246	4.5	2.1	0.483	0.0	4.8	0.045
HbA1c	5.6%以上	22.0	23.2	0.869	18.2	23.6	0.572	15.9	29.8	0.033

※ 体重増加、運動習慣、食べる速度、就寝2時間以内の夕食、睡眠による休養の人数計は同数
 χ^2 検定

ら10kg以上の体重増加」（男性 $p = 0.015$, 女性 $p = 0.012$ ）, 女性のみ「喫煙習慣」（ $p = 0.003$ ）, 「運動習慣なし」（ $p = 0.009$ ）であった。中性脂肪と有意差がみられたのは、男女ともに「20歳から10kg以上の体重増加」（男性 $p = 0.008$, 女性 $p = 0.034$ ）, 男性のみ「食べる速度速い」（ $p = 0.024$ ）, 女性のみ「喫煙習慣」（ $p = 0.014$ ）であった。HDL コレステロールと有意差がみられたのは、男性のみ「20歳から10kg以上の体重増加」（ $p = 0.004$ ）, 女性のみ「睡眠による休養不十分」（ $p = 0.045$ ）であった。血糖と有意差がみられたのは、男性のみ「20歳から10kg以上の体重増加」（ $p = 0.025$ ）, 女性のみ「睡眠による休養不十分」（ $p = 0.033$ ）であった。

考 察

主な生活行動について、本研究の結果と全国調査²⁾および富山県国保（40～74歳）⁹⁾を比較した。「喫煙習慣あり」は、男性で20.2%, 女性で6.2%であり、全国では男性30代33.2%, 女性30代7.3%

であり、男性はやや少なく、女性は大きな差はなかった。富山県国保（40～74歳）では、「喫煙習慣あり」は男性23.2%, 女性4.3%であり、大きな差はなかった。たばこは多くの有害物質を含むため、虚血性心疾患などいろいろな病気の危険因子であり¹⁰⁾、相対的な喫煙割合の比較よりも、喫煙ゼロを目指すことが大切である。

「運動習慣なし」は、男性では69.2%, 女性では89.2%であり、全国の男性30代74.1%, 女性30代90.6%と比較すると男女とも同程度であった。富山県国保（40～74歳）と比較すると、「運動習慣なし」は男性62.1%, 女性66.0%であり、男性は同程度、女性はやや多かった。身体活動・運動の効果は、生活習慣病などの疾病予防だけでなく、メンタルヘルス不調の一次予防になる¹⁰⁾ことから、仕事や家事育児に追われる年代であるが、運動の推奨が必要といえる。

「食べる速度速い」は、男性43.6%, 女性では24.7%であり、全国調査では¹⁰⁾男性30代65.4%, 女性30代45.6%であり、比較すると男女ともやや少なかった。富山県国保（40～74歳）

と比較すると、男性 30.2%、女性 26.2%であり、男性がやや多く、女性は同程度であった。「朝食週3回以上欠食あり」は、男性では 17.9%、女性では 11.4%であり、全国調査では¹²⁾ 男性 30代 25.6%、女性 30代 14.4%であり、比較すると男女とも大きな差はなかった。富山県国保（40～74歳）と比較すると、男性 10.1%、女性 5.7%であり、男女ともに大きな差はなかった。早食いや欠食によるまとめ食いは過食・肥満につながりやすい¹⁰⁾。

「睡眠による休養不十分」な割合は、男性 35.9%、女性 50.6%であり、全国調査²⁾の睡眠の質に問題ありと回答した男性 30代 66.5%、女性 30代 74.5%と比較すると、男女ともに少ない傾向にあった。富山県国保（40～74歳）では、「睡眠による休養不十分」は男性 25.9%、女性 27.4%であり、比較すると男女ともやや多かった。睡眠は疲労から回復させ、心身の安定を保つために欠くことができない¹⁰⁾。

腹囲・血圧・脂質・血糖について、本研究の結果と全国の調査²⁾とを比較した。腹囲（男性 85cm 以上、女性 90cm 以上）の割合は男性 45.5%、女性 9.6%であり、全国の男性 30代 45.5%、女性 30代 9.9%と比較すると、男女ともほぼ同程度であった。「収縮期血圧 130mmHg 以上」は男性 36.2%、女性 9.4%であり、全国の男性 10.9%、女性 5.0%より男性は多く、女性は大きな差はなかった。「拡張期血圧 85mmHg 以上」は男性 26.6%、女性 8.4%であり、全国では男性 12.5%、女性 5.0%であり、男性は全国よりも多く、女性は大きな差がなかった。脂質「中性脂肪 150mg/dl 以上」は男性 32.7%、女性 7.6%であり、全国の男性 42.2%、女性 14.8%と比べ、男女とも大きな差がなかった。「HDL コレステロール 40mg/dl 未満」は男性 6.0%、女性 2.1%であり、全国の男性 17.2%、女性 0.0%と比べ、男性はやや少なく、女性は大きな差がなかった。血糖「HbA1c 5.6% 以上」は男性 37.2%、女性 24.9%であり、全国の男性 18.8%、女性 24.4%と比べ、男性は多く、女性は同程度であった。高コレステロール血症、高血圧症、喫煙、糖尿病は虚血性心疾患の 4 大危険因子とされており、欧米では虚血性心

疾患を中心とする心臓病が死因の第 1 位を占めている国が多く、わが国でも食生活など生活習慣の変化によって虚血性心疾患が増加すると予想されている¹⁰⁾。

生活行動と腹囲・血圧・脂質・血糖の関連を見ると、男女ともに有意な関連がみられたのは、「20歳から 10kg 以上の体重増加」、「睡眠による休養不十分」であった。男性のみに有意な関連がみられたのは「食べる速度速い」、女性のみに有意な関連がみられたのは「喫煙習慣あり」、「運動習慣なし」であった。先行研究では、30代男性のメタボリックシンドロームのリスクとして食べる速度と関連しているとの調査報告^{5,6)}や、30代女性において喫煙、朝食抜き、遅い夕食がメタボリックシンドロームと関連しているとの調査結果⁶⁾があり、本研究でも同様の結果であった。富山県民は真面目で勤勉な県民性であると言われており、仕事や育児で多忙になる 30代においては、自己の運動や食事、休養などの健康管理がなおざりにされやすい傾向があることが背景要因と考えられる。

メタボリックシンドローム該当は男性の前半で 22.2%、男性の後半 24.8%、女性の前半 3.1%、女性の後半 3.0%であった。予備群は男性の前半で 18.5%、男性の後半 14.2%、女性の前半 0.8%、女性の後半 4.7%であった。メタボリックシンドローム該当および予備群は、全国調査²⁾の 30代男性 24.2%、女性 2.7%と比較するとほぼ同程度であった。

30代は現時点では特定健診の対象外であるが、特定健診対象となる以前の 30代男性に、約 4 人に 1 人のメタボリックシンドローム該当者と約 5 人に 1 人の予備群が存在することが、本研究でも明らかになった。女性では、30代では望ましくない生活行動はあるものの、メタボリックシンドロームに関しては該当・予備群ともに 5%未満であり、大きな問題には至っていないと推察される。

30代にメタボリックシンドロームの該当・予備群であることは、将来的な心臓病、糖尿病、高血圧といった循環器疾患のリスクを高める。これらの疾患は、早期に治療や管理をしない場合、心筋梗塞や脳卒中など、重大な健康問題を引き起こ

す可能性がある。慢性疾患の増加は、長期的に医療費の増大を意味し、国の医療財政に負担をかける。30代は働き盛りであり、この時期に生じる健康問題は、治療に時間も費用もかかりまた後遺症が残ることもあり、長期にわたって職場や家庭、社会にとって大きな損失となる。しかし現在、若年者に対する健康管理は40歳以上の中高年を対象とした健康管理に比べなおざりにされている¹³⁾。

このような状況に対処するためには、生活改善を個人の努力に委ねることなく、国や市町村、地域社会全体での健康促進策が重要である。生活習慣や健康行動を促進する一次予防、生活習慣病を早期発見・早期治療に結び、生活改善の提案を行い将来的に重大な健康問題の影響を小さくする仕組み、すなわち二次予防としての若年健診の整備の検討が必要である。さらには個人の努力や意思に関係なく、健康を意識しなくても健康的行動や生活習慣が実行できるような環境を社会まるごと整えていくゼロ次予防¹⁴⁾が期待される。

なお、本研究は横断調査であるため、あくまで統計上の関連を示している。国保加入率が30代の約1割であり¹⁵⁾、さらに国保に若年健診が位置付けられておらず希望者のみの検査データを用いていることから、30代全体を推察するには限界がある。

以上のような限界はあるが、30代のメタボリックシンドローム予防のための生活習慣として、男女ともに、20歳からの体重増加を10Kg以内に抑えることや睡眠で十分な休養をとること、男性においてはゆっくり食べること、女性においては禁煙し、週2回以上の運動習慣を身につけることが重要であると示唆された。

結 語

本研究の結果において、30代のメタボリックシンドローム該当者は男性では前半で22.2%、後半24.8%、女性では前半3.1%、後半3.0%であった。予備群は男性前半で18.5%、男性後半14.2%、女性前半0.8%、女性後半4.7%であった。

生活行動と腹囲・血圧・脂質・血糖の関連をみ

ると、男女ともに有意な関連がみられたのは、「20歳から10kg以上の体重増加」、「睡眠による休養不十分」であった。男性のみに有意な関連がみられたのは「食べる速度速い」、女性のみに有意な関連がみられたのは「喫煙習慣」、「運動習慣なし」であった。

文 献

- 1) 厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム。平成30年度版。
- 2) 厚生労働省健康局：令和元年国民健康・栄養調査報告。2019。
- 3) 杉浦徹太郎：メタボリックシンドローム予防対策 若年層への保健指導の重要性。松仁会医学誌 48：150-155, 2009。
- 4) 神崎匠世, 木村裕美：労働者における健康診断結果と行動変容ステージおよび生活習慣とこの関連 30歳代 40歳代の比較による検討。日本農村医学会雑誌 61：55-66, 2012。
- 5) 石田芳, 江場巖子, 小神恵子, 他：30歳代ドックを受診した30代男性のメタボリックシンドロームに係わるリスクの保有率及び保有の有無と生活習慣に関する検討。近畿中央病院医学雑誌 36：3-7, 2016。
- 6) 曾我洋二, 白井千香, 伊地智昭浩：成人若年期の生活習慣とメタボリックシンドロームに係わるリスクの保有との関連 神戸市若年期健康診査のデータを用いて。日本公衆衛生雑誌 60：98-106, 2013。
- 7) 田甫久美子, 稲垣美智子：若年男性労働者が就職以降に体重増加・肥満に繋がる要因とその背景－特徴的な思考・行動パターンによる若年男性肥満労働者の類型化－日本看護研究学会雑誌 32：2009。
- 8) 津下一代：女性の肥満 特定健診データから見た女性の肥満。肥満研究 23：6-14, 2017。
- 9) 富山県国民健康保険団体連合会：目で見るとやまの国保。2024。
- 10) 社会保険出版社：2023生活習慣病のしおり。東京, 2023。
- 11) 厚生労働省健康局：平成21年国民健康・栄

- 養調査報告. 2010.
- 12) 厚生労働省健康局：平成 27 年国民健康・栄養調査報告. 2015.
- 13) 田甫久美子，稲垣美智子，釜谷友紀ほか：肥満となった若年男性労働者の就職以降に体重増加に繋がった要因の背景. 金沢大学つるま保健学会誌. 32：69-76, 2008.
- 14) 近藤克則：健康格差の縮小に向けたゼロ次予防. 生協総研レポート No.95, 2021.
- 15) 富山県厚生部厚生企画課：令和 2 年度国民健康保険事業状況. 2, 2022.

Association between lifestyle behavior and abdominal circumference, blood pressure, lipids, and blood glucose in their 30s: Analysis of Toyama prefecture national health insurance youth health check-up data

Miho SAWABU¹⁾, Kazuko SAEKI¹⁾, Nobue NAKAHORI²⁾, Kaori NAKAHASHI^{3, 4)}

1) Faculty of Nursing, Toyama Prefectural University

2) Academic Assembly, Faculty of Medicine, University of Toyama

3) Toyama Prefectural Takaoka Public Health Center

4) Former Welfare Planning Division, Ministry of Health, Labour and Welfare of Toyama prefecture

Abstract

To clarify the relationship between lifestyle behaviors and abdominal circumference, blood pressure, lipids, and blood glucose in individuals in their 30s, data from the Toyama Prefectural National Health Insurance System health examination for young people were analyzed. Data on 12 lifestyle behaviors, abdominal circumference, blood pressure, lipids, and blood glucose of 581 men and women in their 30s were analyzed. The results showed that "weight gain after age 20" and "insufficient rest due to poor sleep" were significantly associated with abdominal circumference, blood pressure, lipids, and blood glucose in both men and women, "fast eating speed" in men, and "smoking " and "lack of exercise " in women. Among men, approximately one in four were diagnosed with metabolic syndrome, and one in five were in the pre-metabolic syndrome stage. This study suggests the need for early intervention to prevent lifestyle-related diseases, even among those in their 30s, even though the government is targeting those aged 40 years and older for specific health checkups.

Keywords

30s, lifestyle behaviors, abdominal circumference, blood pressure, lipids, and blood glucose

急性期病院の病棟看護師による在宅訪問後の 認識と退院支援の行動の変化

北林 正子¹⁾, 久田 智未²⁾, 山崎 智可¹⁾, 河野由美子¹⁾

1) 富山県立大学看護学部在宅看護学講座

2) 元富山大学附属病院

要 旨

目的は、急性期病院病棟看護師による在宅訪問後の認識と退院支援の行動の変化を明確にすることである。急性期病院病棟看護師 12 名に半構成的面接を行い質的記述的に分析した。結果、在宅訪問に対し【訪問時のスキルが未熟である】【在宅訪問が安心感を与える】【受け持ち看護師による在宅訪問が有効である】【住み慣れた家での充実した療養生活が見える】【患者と家族の関係や家族からの支援状況がわかる】【文化や言葉の違いによる家族の行動がわかる】【訪問看護師の視点と指導方法がわかる】等と認識していた。在宅訪問後の退院支援では【個別性に配慮した具体的な指導ができる】【退院後の生活を継続的に捉え退院指導に活かす】【患者・家族の思いを尊重した支援を行う】【地域のスタッフと情報共有し積極的に連携を行う】等としていた。在宅訪問のあり方には課題があるが、学びもありその経験は次の退院支援に繋ぐ行動変化をもたらすことが示唆された。

キーワード

急性期病院病棟看護師, 在宅訪問, 退院支援

はじめに

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年問題に対応し「効率的かつ質の高い医療体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題である¹⁾。そのようななかで、医療機関では病院の機能分化と入院期間の適正化がより一層明確に打ち出され、退院支援が評価され、診療報酬の改定ごとに重視されるようになった^{2,3)}。それに伴い、退院調整加算から退院支援加算となり、2018 年からは入退院支援加算に名称が変更されている²⁾。その入退院支援加算 1 (一般病棟) の算定件数は、2018 年では 162,604 件、2020 年では 209,185 件となっており年々増加している⁴⁾。急性期病院においては、患者の変化しやすい病態を考慮した上で退院後の生活に向けた支援を行う必要があり、よ

り高度な能力や経験を要すると言われている⁵⁾。

また、在院日数が短縮され多忙な業務のなか、病棟看護師には短期間で情報収集やアセスメントを行い退院支援に繋げる能力が求められる⁶⁾。

円滑な退院支援を実施するための方法の一つとして退院前訪問・退院後訪問 (以下、在宅訪問とする) があり、診療報酬が加算されている。この在宅訪問によって、病棟看護師は患者の退院後の生活についてイメージや理解を深め⁷⁾、地域で生活する療養者という視点で捉えることができる。

在宅訪問を対象とした先行研究では、精神科病院に入院する患者の退院前訪問を通して、退院後の生活を見据えた視点で患者の理解を深めることができる⁸⁾と報告されている。またリハビリテーション病院からの実践報告では、在宅訪問により、患者の再入院の抑制および身体機能の維持をもた

らす可能性が示唆されている⁹⁾。

急性期病院からの在宅訪問に関する先行研究では、詳細な生活環境の情報を得ることや退院後の生活を見据えたアセスメントの学びを得ること¹⁰⁾、訪問看護師との同行訪問では、同行訪問後の認識の変化によって、患者の在宅生活に関わる多職種への相互理解を深め、連携強化に繋げる可能性¹¹⁾、患者や家族が在宅において安全に安心して生活できる環境を整えるための円滑な退院支援に繋がることが明らかになっている¹²⁾。

このように、在宅訪問の有用性を示した研究^{10)~12)}はあるものの、在宅訪問後の看護師の認識について記述した研究や、在宅訪問の経験がどのように退院支援に活かされたのか示した研究は少ない。

本研究の目的は、急性期病院の病棟看護師による在宅訪問後の認識と退院支援の行動の変化を明確にすることである。それにより急性期病院の病棟看護師が行う在宅訪問の課題が明らかとなり、退院支援の教育に繋がると考える。その教育の効果として、急性期病院の看護師の退院支援能力が向上し、急性期病院の病棟看護師と地域のスタッフとの連携の強化が期待される。そして、充実した患者・家族の在宅生活の継続に繋がると考える。

本研究における用語の定義

1. 急性期病院

疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的とし、一定程度の改善までの医療、また、緊急度や重症度などを含め、より高度な医療を提供する病院であり、急性期加算の算定を取得している病院とする。

2. 在宅訪問

本研究では、病棟看護師が退院調整部門の看護師および訪問看護師とともに患者の退院前に訪問、あるいは退院後に訪問することとする。退院前訪問は、退院後の在宅療養に向けて、患者の自宅の家屋構造を実際に見て、実生活の場で患者や家族に対して生活指導を行い、不安の軽減に努める目的で行うものである。退院後訪問は、医療ニ-

ズが高い患者が、安心・安全に在宅療養に移行し在宅療養を継続できるようにする目的で行うものである。この、退院前訪問と退院後訪問の総称を在宅訪問とする。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 対象者

対象者は、A県内の急性期病院に勤務し、各部署に所属していた期間に在宅訪問の経験がある看護師とした。

3. 研究対象者の募集

A県内の急性期病院8ヶ所の管理者に郵送にて研究協力依頼を行い、研究協力の可否、対象となる看護師の有無について確認を取った。研究協力が可能と郵送で返信があった6ヶ所の急性期病院の看護部長並びに看護部の教育担当者に、改めて対面で口頭と文書で研究の概要を説明し、研究対象の候補者の選定を依頼した。教育担当者から研究対象の候補者に本研究の概要を説明してもらった後、改めて研究対象の候補者に対面で口頭と文書で研究の説明を行い、同意を得られた者を研究対象者とした。

4. 方法

1) データ収集期間

2020年7月～12月

2) データ収集方法

研究対象者に、インタビューガイドに基づいて約30分の半構成的面接を行った。インタビューの内容は、看護師経験年数、在宅訪問時に所属していた部署、在宅訪問経験時の部署での所属年数、在宅訪問を行った事例の年代および事例における医療的ケアの有無、在宅訪問を行っての振り返りと感じたこと、在宅訪問後の退院支援に対する思いや行動の変化である。

インタビュー時の会話は、本人の承諾を得た者

には、ICレコーダーで録音した。面接場所は、急性期病院内の本人のプライバシーの保持ができる個室、または、研究者が所属する大学の研究室で行った。感染予防対策として、適時換気を行い、マスクを着用しソーシャルディスタンスを保ち実施した。

録音した内容やフィールドメモから逐語録を作成した後、対象者にメンバーチェックを依頼し必要時修正した。

3) 分析方法

作成した逐語録を熟読し、在宅訪問に対しての認識や退院支援に対する認識と行動の変化を取り出し、文脈のまとまりを1文とし、その意味を損なわないようにコード化した。次に類似性の意味のあるものを組み合わせサブカテゴリー化し、そのサブカテゴリーの意味が共通しているものを合わせ、抽象度を上げ、カテゴリーを生成した。質的研究者のスーパーバイズを受け、妥当性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した（看護第 R2-3 号）。急性期病院の看護部長や看護部の教育担当者、および研究対象

者へは、研究の目的、意義、研究方法、面接内容をメモすることや録音することなどを対面にて文書と口頭で説明し、署名による同意を得た。インタビュー時には、想起事例が特定されないよう、匿名性に注意をしてもらい語ってもらった。研究目的以外に本研究で得られたデータは使用しないことを説明した。

結 果

1. 研究対象者および事例の概要（表1）

研究対象者は12名であった。看護師の経験年数は3年～24年であった。看護師が在宅訪問経験時に所属していた部署は、新生児回復治療室、内科（内分泌、呼吸器、腎臓、循環器）、外科（消化器）、緩和ケアであった。

在宅訪問を行った事例は、0歳代の小児、50歳代～80歳代の成人・老年期の事例であった。医療的ケアが必要な事例は11名であった。

2. インタビュー内容

インタビューの結果より、病棟看護師が行った在宅訪問のあり方とそこからの学び、および在宅訪問後の病棟看護師の退院支援に対する認識と行動の変化を抽出し内容を表2～4にまとめた。病

表1 研究対象者および事例の概要

NO	看護師 経験年数	在宅訪問経験時の 所属していた部署	在宅訪問経験時の 部署での所属年数	事例 年代	事例における 医療的ケアの有無
1	3年	新生児回復治療室	2年	0歳代	あり
2	22年	新生児回復治療室	2年	0歳代	あり
3	6年	新生児回復治療室	1年	0歳代	あり
4	21年	内科（内分泌内科）	3年	80歳代	あり
5	20年	内科（内分泌内科）	4年	50歳代	あり
6	19年	外科（消化器外科）	4年	60歳代	あり
7	15年	内科（呼吸器内科）	1年	70歳代	あり
8	6年	緩和ケア	4年	80歳代	あり
9	16年	内科（腎臓内科）	6年	80歳代	あり
10	6年	内科（循環器内科）	1年	80歳代	なし
11	22年	緩和ケア	5年	70歳代	あり
12	24年	内科（循環器内科）	2年	80歳代	あり

棟看護師による在宅訪問のあり方に対する認識（表2）では、4つのカテゴリー、8つのサブカテゴリー、16のコードが導き出された。病棟看護師による在宅訪問での学びに対する認識（表3）では、5つのカテゴリー、19のサブカテゴリー、66のコードが導き出された。在宅訪問後の病棟看護師の退院支援に対する認識と行動の変化（表4）では、5つのカテゴリー、10のサブカテゴリー、31のコードが導き出された。以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを< >、抜粋し主要な内容をまとめたコードを「」で示し、カテゴリーごとにその概要を説明する。

1) 病棟看護師による在宅訪問のあり方に対する認識（表2）

(1) 【訪問時のスキルが未熟である】

病棟看護師は在宅訪問の際には「退院調整部門の看護師がメインで話を進めてもらっていた」ため「退院調整部門の看護師のコミュニケーション技術が欲しい」と感じ< 同行した病院の退院調整部門の看護師に頼っている >。訪問時には< 聞き

足りない部分があり十分な情報が得られない >、さらに< 家での様子を時間をかけゆっくり話せなかった >とした3つのサブカテゴリーで構成された。

(2) 【在宅訪問の受け入れは良好である】

在宅訪問時には「好意的に家に入れてもらえ」、「受け入れは良好」であることから、< 患者・家族は在宅訪問を好意的に捉えている >。また、「患者・家族は、病棟看護師のことを覚えており」、< 患者・家族は在宅訪問を喜んでいた >とした2つのサブカテゴリーで構成された。

(3) 【在宅訪問が安心感を与える】

在宅訪問により、家族の「不安を取り除くことができ」、「訪問看護師も家族も安心できる」ことから、< 家族や訪問看護師の不安を取り除く >とした1つのサブカテゴリーで構成された。

(4) 【受け持ち看護師による在宅訪問が有効である】

< 受け持ち看護師の在宅訪問は具体的な退院調

表2 病棟看護師による在宅訪問のあり方に対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	
(1)訪問時のスキルが未熟である	同行した病院の退院調整部門の看護師に頼っている	在宅訪問を行った時はただ付いて行き、どうしようもない感じであり、退院調整部門の看護師に頼っていた	1・2
		退院調整部門の看護師が家族に質問しているのを見てそういうことを聞けばよいのかと理解した	1
		退院調整部門の看護師はコミュニケーションの取り方がうまい。自分から話すというタイプではない。家族も質問の返答以上に話され、家族が言いたいことを言えるように引き出す。退院調整部門の看護師のコミュニケーション技術が欲しい	1
		家族は病棟看護師のことを覚えており話はできたが、退院調整部門の看護師がメインで話を進めてもらっていた	3
	聞き足りない部分があり十分な情報が得られない	事前に確認したい要点はまとめていたが、聞き足りない部分もあった	10
(2)在宅訪問の受け入れは良好である	患者・家族は在宅訪問を好意的に捉えている	家での様子を時間をかけゆっくり話せなかった	3
		在宅訪問に関して説明した際、ぜひ来てほしいとの反応があり、実際に好意的に家に入れてもらえ、自営業の様子や仕事の様子も全部見せてもらった	4
		本人や家族の受け入れは良好であった	7・12
		患者・家族から「どうぞ、どうぞ」と受け入れてもらった	12
	患者・家族は在宅訪問を喜んでいた	自分は患者の受け持ち看護師で、入院中から関係も悪くなく、患者は受け入れており、在宅訪問時には聞きにくさや言いにくさはなかったと思う	5
(3)在宅訪問が安心感を与える	家族や訪問看護師の不安を取り除く	患者・家族は、病棟看護師のことを覚えており「あの時の看護師さん」と言われ喜んでもらえ嬉しかった	8
		退院調整部門の看護師が、在宅訪問時に、不安なところを電話で主治医に確認することで、訪問看護師も家族も安心できる	1・3
(4)受け持ち看護師による在宅訪問が有効である	受け持ち看護師の在宅訪問は具体的な退院調整に繋がる	家族から、病院の看護師が来てくれたことで不安はなくなったと言われ、不安を取り除くことができてよかった	7
	関係性ができている受け持ち看護師による在宅訪問は自分の看護師が行く方が良い	受け持ち看護師が在宅訪問に行くことで、退院後の生活を見据えながら今後の生活指導やサービスの調整に繋がる	5
	振り返りになり病棟看護師と患者のためになる	患者との関係性ができることにより家に入れてくれるので、受け持ちでもない看護師が訪問に行くより、受け持ち看護師が行く方が良い	5
		受け持ち看護師が在宅訪問を行うことで、自分たちの看護の振り返りができ、次にも活かせるので、患者のためにも看護師のためになる	12

整に繋がる>。また、「患者との関係性ができることにより家に入れてくれる」ことに加え、在宅訪問により「看護の振り返りができ、次にも活かせる」ため、<関係性ができている受け持ち看護師による在宅訪問は自分の看護の振り返りになり病棟看護師と患者のためになる>とした2つのサブカテゴリーで構成された。

2) 病棟看護師による在宅訪問での学びに対する認識 (表3)

(1) 【住み慣れた家での充実した療養生活が見える】

在宅療養を行っている患者は、「問題のない環境で住んで」おり<過ごしやすように生活環境を整えている>。そして「入院中には全然見たことのないような顔で」あり<入院中の表情と家で過ごしている時の表情が全く違い穏やかである>。家族もまた「表情がさらに明るくなって」おり<家族の表情が明るく穏やかである>。さらに<ペットと生活を共にしている>。患者は自宅で<好きな趣味や仕事をして生活をしている>。入院中の患者ではなく<家族の一員として患者自身の役割を果たしている>。医療ケアが必要な場合でも<医療機器の取り扱いを間違えず行っている>。看護師は「実際に家での様子を見られてよかった」としくどのように生活しているかその人が見えるようになる>とした8つのサブカテゴリーで構成された。

(2) 【患者と家族の関係や家族からの支援状況がわかる】

在宅訪問を経験した看護師は、家族が「患者と共に悩んだり、互いに思い合ったりしている」様子や「患者が家族から大切にされている」様子を見て<患者と家族の関係性がわかる>。また、「家族の協力はすごく大事」であることや「患者・家族互いの時間を持ちながら生活できている」ことが見え、<家族の協力や支援があり生活できている>とした2つのサブカテゴリーで構成された。

(3) 【文化や言葉の違いによる家族の行動がわかる】

入院中に面会に来ない外国の家族があったが、在宅訪問することで「病院を信用し預けておけば

大丈夫というお国柄」であることがわかり<外国の方にはお国柄がありそれなりの育児方法で生活している>。また、「医療的なことを指導する時はニュアンスも伝わらないこと」があり、<外国の方に指導する際には言葉の壁があり注意が必要である>とした2つのサブカテゴリーで構成された。

(4) 【訪問看護師の視点と指導方法がわかる】

訪問看護師の「五感で観察している」様子や「いろいろな案」を出す様子など「訪問看護師が行っていたケアを視くことができた」ことより<訪問看護師は患者の状態に合わせてケア方法を提案している>。そのようななか<家族と訪問看護師の人間関係ができている>。「入院中の場合は、昨日と変わらないという視点になりがち」だが<訪問看護師は先の生活を予測し生活環境を考える視点がある>。さらに<訪問看護師は経済的な側面も考慮している>とした4つのサブカテゴリーで構成された。

(5) 【入院中の看護の振り返りができる】

在宅訪問をすることで看護師は「入院中から何か調整できたのではないか」、「生活環境を考えると自分が自分たちには不足していた」と気づき<入院中の看護を見直す機会となる>。また患者の「インスリンの手技に問題もなく」、「家族のペースに合わせケア指導において肯定的に関わることを実践していたこと」が、家族支援に繋がっており<入院中の退院指導が活かされていることを確認できる>。一方で入院中は「もう少しゆっくりに余裕を持って練習でたらよかった」と家族から言われ<退院後の生活状況から退院指導が不十分だったことがわかる>とした3つのサブカテゴリーで構成された。

3) 在宅訪問後の病棟看護師の退院支援に対する認識と行動の変化 (表4)

(1) 【個別性に配慮した具体的な指導ができる】

病棟看護師は在宅訪問後、他の患者に胃管カテーテルを止めるテープに関して「家族に町の薬局で売っている物を購入してもらい入院中から試

した」,「在宅療養においてサービスに繋げられるように、インスリンの4回打ちや混合型の2回打ちをしている患者に、1回打ちに移行」し、〈医

療処置が必要な患者に対して在宅生活を考慮し、指導できるようになった〉、患者が「家でどう過ごすかというのを想像しやすく」なり〈在宅生活

表3 病棟看護師による在宅訪問での学びに対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
(1)住み慣れた家での充実した療養生活が見える	過ごしやすいように生活環境を整えている	居住が2階と聞いており心配していたが、昇降機もついており、その空間ですべて済ませることができ、問題のない環境で住んでいるとわかった
		ベッドや家族写真、お風呂の位置、トイレの工夫・空調の整備など、患者が過ごしやすくなっていると思った
		病院のように器具がそろっていない在宅の環境の中で、どのように日常生活を送っているのかと思っていたが、ベッドや布団、枕やクッションなどを自分に合うもので準備したり、テレビを見やすいようにしたりと生活環境を整えていることがわかった
	入院中の表情と家で過ごしている時の表情が全く違い穏やかである	家族を見ているときの患者の表情が、入院中には全然見たことのないような顔で、本当に良かったと思えた
		患者の表情が入院中とは全然違っており、すぐ近くに家族がいるから過ごしやすいのだろうというのがすごくわかる
		表情のほぐれ方だと思えた
		患者は病院で見る顔とは全く違う表情をしており、これは実際に行ってみないとわからない
		本当に表情がすごくよく、それが全てを物語っているなど思えた
	家族の表情が明るく穏やかである	病院に居たら何かあればすぐに対応してもらえらるけど、そんなことには代えられないほど、家で過ごすことはいいもののなのだろう、表情が全然違う
		患者は穏やかな表情をしていた
		他の家族のサポートも得られ入院中から前向きに患児と向き合っていたが、家族(母)は家に帰ってからの方が、表情がさらに明るくなっていたという印象があり、すごくよかったと思う
	家族の表情も入院中とは全然違う	家族も穏やかな表情をしており安心した
		家族も一緒にいて穏やかな生活をしていた
	好きな趣味や仕事をして生活している	患者は自営業と聞いてはいたが、具体的にどのような仕事か知らなかった。実際に家に行ったら盆栽とか花とかの仕事をしており思い入れが強いということがわかり、入院中の物とられ妄想が起きていたことと結びつき理解できた
		車の中に道具が積んであったことから、退院後に趣味の釣りにも行ったと思った
(2)患者と家族の関係や家族からの支援状況がわかる	家族の一員として患者自身の役割を果たしている	患者は家に帰ると、その家の主人でありおじいちゃんであり旦那様という役割を果たしており、入院中何か月もできなかったことをやっとならできるようになったのだろうと思うとほっとした
		患者は家族の一員として生活しており、「患者」とは違うと感じた
	医療機器の取り扱いを間違えず行っている	車の中に携帯用酸素ボンベを入れており、夏場でもあり爆発するのではないかと心配で携帯用酸素ボンベを車から降ろすように伝えたが、車庫の中は涼しく患者は大丈夫と言っていた。実際に車庫の中は涼しく、患者の行動を何でも否定したらいけないと思った
		酸素濃縮器の操作が間違っていないか確認ができ、カニューレの付け替えも患者自身で行いできていたとわかった
	どのように生活しているかその人が見えるようになる	在宅訪問は患者がどう生活していくか、退院していけば良いか見える
		在宅訪問は、その人が見えてくるので大事だと思う
		退院後、患児は直接母乳で飲んでいるのか不安に思ったりするところもあったので、実際に家での様子を見られてよかった
	患者と家族の関係性がわかる	患者が入院中は、家族との関係をよく見ていなかったが、在宅訪問をしてみてもすごく良い関係だと思えた
		入院中からも感じてはいたが、家族は患者に何か言われたら言い返せないという親子関係があることを改めてわかった
		入院中から優しい家族だと思っていたが、患者と共に悩んだり、互いに思い合ったりしていると感じた
		終末期の患者が家に帰ることを了解される家族は、家族関係が良好な家庭であると感じた
		入院中に会ったことがなかった他の家族にも会うことができ、患者が家族から大切にされていることがわかった
	家族の協力や支援があり生活できている	患者が自宅へ帰ることは難しいと医療者が思っても、家族が連れて帰りたいと言ったらその気持ちを支援すべきで、家族が頑張れるうちは家に帰るのが一番いいかなと思う
		副介護者による支援体制の話を聞くことができ、何とか出来ているのがわかった
		家族は、患児のことをしっかり見ながら生活をしているという印象を受けた
		家族の協力もあり本人の病態も安定していたこともあり、いろいろな状況が重なりいい生活に戻れたと思った
		副介護者がいて、家族力と言うか介護力がどどんついでいくのを感じた
		家族から、家で一人でできなかったことをメモに次でできるようにしているという話を聞き、このような家族だから今まで半年間の入院生活を支えてこられたのだとずとんと腑に落ちた
		病院食だと食欲のない患者は残すこともあるが、家族が作ったものなら食べることができ、家族も患者のことを考えて作っており、家族の協力はすごく大事だと思う
(3)文化や言葉の違いによる家族の行動がわかる	外国の方にはお国柄がありそれなりの育児方法で生活している	家のレイアウトや育児している姿、哺乳の様子や沐浴の様子を見て、毎日頑張っているのだろうというのを感じた
		介護する家族が患者に合わせて大変だろうと思っていたが、患者・家族互いの時間を持ちながら生活できていると感じた
	外国の方に指導する際には言葉の壁があり注意が必要である	入院中面会に来ないことが多かったが、愛情がないからではなく、病院を信用し預けておけば大丈夫というお国柄なのだと感じた
		外国の方でお国柄もあり入院中はあまり来られなかったが、訪問時には慣れた手つきでやっておられるなど思った
		育児が心配だと思える家族でも、それなりの育児方法で生活していくのだと思った

(4)訪問看護師の視点と指導方法がわかる	訪問看護師は患者の状態に合わせてケア方法を提案している	訪問看護師が患者の様子を見ながら、ミルクを少しずつ増量していくことを指導していた	1
		自分はわからなかったが、訪問看護師は訪問時に家からたばこのにおいに気付き、心疾患を持っている患児のため、家族には外で吸うか電子タバコに変えるようにと提案していた	1
		訪問看護師は五感で観察していることがわかり、本当にすごいと思った	1
		経口哺乳ができるようになってきた患者だったが、薬はまだ口から飲めない状況だったため、訪問看護師は練った薬を口の中に貼るということを試してみようかなどいろいろな案を出していた	1
		訪問看護師が行っていたケアを覗くことができた	8
		患児の胃管カテーテルのテープかぶれを見て、患児に合うテープを訪問看護ステーションに取りに行ってくれた	1
	家族と訪問看護師の人間関係ができている	家族と訪問看護師がある程度顔見知りとなっており、家族は訪問看護師の方を向いて話していた	6
		訪問看護師と家族との人間関係ができしており、家族は訪問看護師からアドバイスをもらっていることを見て取れた	2
	訪問看護師は先の生活を予測し生活環境を考える視点がある	訪問看護師は訪問に行かない日の生活を予測して、次に行ったときに伝えることや行わなければならないことを考えており、1回1回の関りがすごく重要になるが、今までそのような視点で考えていなかった	2
		入院中の場合は、昨日と変わらないという視点になりがちである	10
(5)入院中の看護の振り返りができる	入院中の看護を見直す機会となる	訪問看護師は、胃管カテーテルのテープを薬局で売っている普通のキズ絆みたいなので代用し工夫しており、テープを選択するにあたって経済的な面にも気にかけていた	6
		経済的な面も考慮し、生活に密着したケアをしていくのは大切であり、病院で退院指導する時もそれができると良い	10
		患者の今までの経緯から、できれば薬剤師が入り薬の管理ができれば良いのではないかと思った	5
		食事量が少ないことから、往診してくれていた医師が点滴することを決め、訪問看護師が入ってくれることになってしたが、入院中から何か調整できたのではないかと反省した	9
	入院中の退院指導が活かされていることを確認できる	在宅訪問は、自分たちが行ってきた看護を内省する機会となった	5
		生活環境を考えるということが自分たちには不足していたと思う	2・6
		インスリンの特技に問題もなく、インスリンボールができないように打つ場所もちゃんと変えていた	4
		入院中に、家族に慌てないように伝え、家族のペースに合わせケア指導において肯定的に関わることを実践していたことが、在宅療養における家族への支援に繋がっていたと思えた	6
	退院後の生活状況から退院指導が不十分だったことがわかる	朝昼晩での内服状況がわかるように、表にして薬を貼り付けて使用できるものを退院前に渡していたが、それを使って薬の管理をしており、指導したことが活かされていたことがわかった	8
		入院中から誤嚥の防止のためギャジアップ60度で食事を摂るように患者や家族に指導しており、家でも何とか出来ているのが確認できた	9
(6)退院後の生活状況を把握し、必要なケアを提供できる	退院後の生活状況から退院指導が不十分だったことがわかる	入院中は経管栄養を行っており、その時に指導した摂取量や回数を経口で飲むようになってからも頑なに守っていたため、哺乳量が不足していて患児はずっと泣いていたことがわかった	2
		経管栄養の注入の練習が急に始まり、退院間近で詰め込んだような感じでどんどん練習が進んで行ったので、もう少しゆっくり余裕を持って練習できたらよかったと家族に言われた	3
		食欲が落ち気味だったこともあり、インスリンを打たなければならないという認識があり、菓子パンで補っていたことがわかった	4
		入院中には、入浴中も酸素を使用するように伝えチューブも長くしてあったが、家では入浴後にリビングに戻ってから酸素を吸うという生活をしていた	7
	退院後の生活状況を把握し、必要なケアを提供できる	酸素を労作時に付けるように指導していたが、「動いてひどくなってから使う」と言っており、自宅でもそのように使用しており、やっぱり変えられないままだったことがわかった	7
	退院後の生活状況を把握し、必要なケアを提供できる		

が想像でき、患者・家族に対し何をすべきか明確になり、具体的な指導ができるようになった＞。また、トイレの位置や介護用品など自宅の環境について「家族に確認できるようになって」おり＜家庭環境に合わせた支援ができるようになった＞とした3つのサブカテゴリーで構成された。

(2)【退院後の生活を継続的に捉え退院指導に活かす】

病棟看護師は、在宅訪問の経験から、「元気な時から訪問看護に入ってもらおう」、「その後使用するかもしれない医療機器を患者に紹介しておく」など＜先を見越し予測しての指導を行う＞。加えて、入院中の患者に対して「入院前の生活やこれから考えられることを一連で考え」たり、「入院中の状態から退院後の状態を継続的な視点で捉え」支援を行うようになっており、＜退院指導を

行う上での視点が変化する＞とした2つのサブカテゴリーで構成された。

(3)【患者・家族の思いを尊重した支援を行う】

病棟看護師は、「患者・家族の思いも大事に」し、在宅療養の希望があれば「その気持ちを支援すべき」であり、＜患者・家族の気持ちを支援し、確認して進める＞とした1つのサブカテゴリーで構成された。

(4)【地域のスタッフと情報共有し積極的に連携を行う】

在宅訪問を行ったことで「訪問看護師から学んだ視点を退院サマリーに追記する」ようになり＜退院に向け充実した情報を提供できるようになった＞。さらに「地域と繋げるアクションを起こさないといけない」と感じ＜地域のスタッフに繋い

表4 在宅訪問後の病棟看護師の退院支援に対する認識と行動の変化

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
(1)個別性に配慮した具体的な指導ができる	医療処置が必要な患者に対して在宅生活を考慮し、指導できるようになった	胃管カテーテルを止めるテープに関して、今までは医療用のものを紹介し病院の売店で購入するよう伝えていたが、家族に町の薬局で売っている物を購入してもらい入院中から試したりした 1
		在宅療養においてサービスに繋がれるように、インスリンの4回打ちや混合型の2回打ちをしている患者に、1回打ちに移行させることができた 11
		退院日が決まっていなくても、経管栄養が必要と予想された場合は、家族に見学からしてもらい、ゆっくり慣れてもらうようにしていこうと改善された 1
	在宅生活が想像でき、患者・家族に対し何をすべきか明確になり、具体的な指導ができるようになった	人工呼吸器・経管栄養・吸痰などの医療的ケアが必要な患者に、具体的に退院までに何をすべきか明確になり退院指導がしやすくなった 1
		実際にどのように生活しているか見ることで、次の患者に具体的に指導ができる 2
		在宅に帰る患者さんが家でどう過ごすかというのを想像しやすく退院指導や支援がしやすくなった 3
		家でハンガーを利用して経管栄養を行っている様子を写真にとり、次に経管栄養が必要となった患者の家族に見せて紹介した 6
		退院支援を行う時には、訪問看護師に相談するなど、退院が患者・家族の負担とならないようにと考えるようになった 8
		病院で行っていたケアを家で同じようにしなくてもよく、気負わず在宅療養生活を楽しめるようにして欲しいと伝えるようになった 2
	家庭環境に合わせた支援ができるようになった	いろいろな家庭環境があることを踏まえて、トイレの位置や介護用品はそろっているかなど家族に確認できるようにになっている 11
		時間に多少ルーズであったり、面会に来ない外人さんに会っても、こんなものなのかなと思えるようになった 1
(2)退院後の生活を継続的に捉え退院指導に活かす	先を見越し予測しての指導を行う	在宅療養を行うにあたり少し心配だと思う人には、訪問看護を導入しなくても、とりあえず訪問看護の説明をしておく 10
		元気な時から訪問看護に入ってもらう事で、状態が悪くなっていくというのを気づいてもらえるのではないかなと思った 5
		現在の使用している医療機器に加え、その後使用するかもしれない医療機器を患者に紹介しておくのも一つの手だったかなと思う 8
		介護力があると云う家族を見てきた体験から、これからの患者さんも、今はこのように家族は考えているけど、もしかしたら今後はこうなっていくと予測もできる 2
	退院指導を行う上での視点が変化する	病院の医療従事者はここまでできないと決めつけているが、きちんと病棟で指導し、フォローアップ体制があれば、在宅できちっとやっていける能力を患者は持っている 6
		病院の医療従事者は視点をえて、できるところをもっと引きだせるような関り方が必要である 6
		緊急入院する患者さんを今のその部分しか見られないが、入院前の生活やこれから考えられることを一連で考えるようにしている 12
		入院中の状態から退院後の状態を継続的な視点で捉えどう関わっていくかが大切である 12
(3)患者・家族の思いを尊重した支援を行う	患者・家族の気持ちを支援し、確認して進める	在宅療養を行うには、患者がしたいようにするのが良い 2
		医療者が自宅に帰れないと判断しても、家族が連れて帰りたいと言ったら、その気持ちを支援すべきで、家族が頑張れる場合は短い間でも自宅退院が一番良い 6
		人それぞれに生活をしてきた環境があるので、地域で支えてくれる人の意見も聞き情報を提供しあって、患者・家族の思いも大事にして確認し進めていくのが良い 7
		家に帰ったら元気になるかもしれないと、自宅への退院を後押ししてあげることができる 9
		訪問看護師から学んだ視点を退院サマリーに追記するようになった 4
(4)地域のスタッフと情報共有し積極的に連携を行う	退院に向け充実した情報を提供できるようになった	退院調整カンファレンスの場で、テンプレートに沿った内容にプラスして情報を提供できるようになった 1
		在宅訪問は退院調整カンファレンスを行う前に行っており、そのカンファレンスの場で訪問時の情報提供を行い役立った 5
	地域のスタッフに繋いで連携していく視点を持つ	退院に向け心配のある場合は、地域と繋げるアクションを起こさないといけない 12
		家族関係がなかなかうまくいかない方もあるので事実を見詰め、危機的なところに手をさしのべる方法を考えるとき地域の方と連携して行くことが課題である 10
(5)在宅訪問の経験を退院支援に活かす	在宅訪問での学びは次に活かせる	在宅訪問に行く時は、どのようなポイントで見てくるかを明確にし、次の患者に活かせるものを見てくる必要がある 12
		在宅訪問を行う事で、「不安があるから学習し次のケアに活かすことができる」という研修で学んだ事を再認識することができた 5
	在宅訪問の経験が退院指導に役立つ	実際の家で家族がどのように看護しているのかを見た経験がある看護師のほうが、退院支援において具体的に話ができると思うので、これから退院していく患者を指導していく上でそういう経験があったほうが良い 11

で連携していく視点を持つ」とした2つのサブカテゴリーで構成された。

(5)【在宅訪問の経験を退院支援に活かす】

在宅訪問に行く際には「どのようなポイントで見てくるかを明確にし、次の患者に活かせるものを見てくる」ことで＜在宅訪問での学びは次に活かせる＞。在宅訪問の「経験がある看護師のほう

が、退院支援において具体的に話ができ」、＜在宅訪問の経験が退院指導に役立つ」とした2つのサブカテゴリーで構成された。

考 察

急性期病院の病棟看護師が在宅訪問を行った後に捉えた、在宅訪問のあり方や学びに対する認識

と退院支援に対する認識と行動の変化を分析した。その結果、病棟看護師による在宅訪問のあり方に対する認識については【訪問時のスキルが未熟である】、【在宅訪問の受け入れは良好である】、【在宅訪問が安心感を与える】、【受け持ち看護師による在宅訪問が有効である】という計4つのカテゴリーが明らかとなった。また、病棟看護師による在宅訪問の学びに対する認識については、【住み慣れた家での充実した療養生活が見える】、【患者と家族の関係や家族からの支援状況がわかる】、【文化や言葉の違いによる家族の行動がわかる】、【訪問看護師の視点と指導方法がわかる】、【入院中の看護の振り返りができる】という計5のカテゴリーが明らかとなった。さらに、在宅訪問後の病棟看護師の退院支援に対する認識と行動の変化については【個別性に配慮した具体的な指導ができる】、【退院後の生活を継続的に捉え退院指導に活かす】、【患者・家族の思いを尊重した支援を行う】、【地域のスタッフと情報共有し積極的に連携を行う】、【在宅訪問の経験を退院支援に活かす】という計5のカテゴリーが明らかとなった。これらのカテゴリーからは在宅訪問のあり方についての課題、入院中の看護実践では捉えてこなかった視点、退院支援に及ぼす効果などが見えてきた。

1. 在宅訪問のあり方についての課題

病棟看護師が在宅訪問を行い、＜同行した病院の退院調整部門の看護師に頼っている＞や訪問時には＜聞き足りない部分があり十分な情報が得られない＞ことをあげ、【訪問時のスキルが未熟である】と自己評価を行っていた。この結果は、研究者らが先に訪問看護師を対象に行った先行研究¹³⁾の結果と同様である。病棟看護師の在宅訪問に同行した訪問看護師は、在宅訪問技術の未熟さを指摘し、そのため診療報酬に繋げるレベルに達しておらず、今の在宅訪問では質の担保ができていないと評価していた。本研究において、実際に在宅訪問を行った病棟看護師自身も、退院調整部門の看護師の様子を見て、何を質問すればよいのか理解したと語っていた。また、看護師が在宅において環境も雰囲気も違う状況を受け入れ、応用力を活かして適切な指導を行うことは至難の業

であり、患者の状態を熟知していたはずの病棟看護師も戸惑うことも多いと報告されている¹⁴⁾。先行研究¹³⁾で訪問看護師が同行を行った病院の看護師と同様に、本研究の対象とした病棟看護師も在宅療養生活の場に慣れておらず、緊張や躊躇のため在宅環境を配慮しながら良好なコミュニケーションをとることができなかったと考える。

一方、宇都宮¹⁵⁾が入院していた病院の看護師が自宅に訪問することは、患者にとっても安心であると述べているように、本研究においても、家族から「病院の看護師が来てくれたことで不安はなくなった」と発言があったことから【在宅訪問が安心感を与える】といえる。さらに、在宅訪問を行う時は、関係性ができている【受け持ち看護師による在宅訪問が有効である】ことが明らかとなった。入院中から十分に良好な関係を構築できていた受け持ち看護師であれば、より在宅訪問の受け入れも良好となると考える。受け持ち看護師や見慣れた看護師が在宅訪問をすることで、利用者・家族への安心感をもたらす¹³⁾、病院で直接関わっていた病院の看護師の存在は大きく、患者や家族は病院の看護師から大切にされていると感じる¹⁶⁾、とした先行研究と類似している。本研究の結果から、在宅訪問は、【在宅訪問が安心感を与える】効果が考えられるが、療養者と家族に受け入れてもらわなければ実施できない。そのため、入院中から受け持ち看護師は、患者・家族の思いや不安を表出できるように働きかけ、本音を語ってもらえるよう丁寧なコミュニケーションをはかり、受容的な態度で受け入れる姿勢が大切である。それに加え、在宅移行を進めるにあたり、退院指導の中で、自宅に帰った場合の＜先を見越し予測しての指導を行う＞、患者・家族の個別性や理解度に合わせ、一緒に考え＜患者・家族の気持ちを支援し、確認して進める＞。そして、抱えている不安を軽減できるように援助しながら信頼関係を構築していく。そうすることで、患者・家族から家に来てもらえると嬉しいと思ってもらえると考ええる。

しかし、急性期病院の病棟から受け持ち看護師が在宅訪問を行うことは、勤務体制の問題もあり現状としては難しい側面がある。先行研究では、

本研究結果と同様に、訪問を行うスタッフ選定において受け持ち看護師が実施するという工夫により効果がある¹⁶⁾と報告されている。受け持ち看護師の訪問が困難でも、より患者のことを把握している同じチームの看護師を選定するなど体制を整える必要があると考える。

2. 入院中の看護実践では捉えてこなかった視点

病棟看護師は、在宅訪問の経験から、在宅訪問を肯定的に受け取っていた。【住み慣れた家での充実した療養生活が見える】、【患者と家族の関係や家族からの支援状況がわかる】など、今まで入院中では捉えてこなかった患者の退院後の療養生活や家族からの支援体制などを理解することができるようになっていた。在院日数が短いなか、患者の治療を行いつつ安全性を重視し、患者を管理するという視点で看護を行っている病棟看護師は、在宅で療養することをイメージすることが難しい。在宅訪問は、このような病棟看護師に、在宅療養をイメージすることへの一助となったと考える。退院前訪問により病棟看護師は、患者の理解を深め、患者なりに地域で生活できる人として捉えなおすとした先行研究⁷⁾と類似している。篠田¹⁸⁾は、在宅訪問することで在宅生活のイメージがより具体的になると述べており、利用者の詳細な生活環境や自宅の様子を実際に見ることで、入院中から退院後の生活を見据えたアセスメントを可能とし¹³⁾、充実した退院支援に繋がると考える。

また、【文化や言葉の違いによる家族の行動がわかる】としていた。看護師は、外国人患者への関わりの際に、介護に対する考え方や姿勢の違いに苦慮する¹⁹⁾と報告されている。このような状況のなか、看護師には、母国語の異なる患者・家族とコミュニケーションを図り、文化や生活習慣の違いを理解・考慮したケアを提供する能力が必要とされる²⁰⁾。本研究においては、病棟看護師は、入院中の外国人患者の家族の言動に対して疑問を感じたり、退院後の生活について不安を抱えたりしていた。しかし、在宅訪問を行うことで、その家族に合った方法で生活をしている様子を確認でき、異なる文化を持つ家族のあり方を受け入れる

ことができたと考える。今後、外国人患者の背景を理解して、退院支援を行っていく必要があるといえる。

さらに、在宅訪問を行うことで、病棟看護師は自分たちが行ってきた【入院中の看護の振り返りができる】と捉えていた。病棟看護師にとり、在宅訪問を行うことでどのような退院支援・退院指導が適切かを学ぶ場になる^{15, 21)}と報告されているように、本研究においても入院中に行った退院指導が活かされている場面を確認できたり、不十分であったと感じたりと入院中の看護を見直す機会となることが明らかとなった。このことは、自分たちが行った退院前の支援・指導の評価ができるとした先行研究¹²⁾と類似している。実際に病棟で実践した看護が自宅で活かされていることを実感することで、看護師にプラスのフィードバックがなされ、退院後の生活を見据えた関わり的重要性を感じ、今後の関わりのモチベーションになると考えられる。そして、十分に指導ができていなかった内容を振り返り、的確にアセスメントすることで、次の退院支援に繋いでいくことになる。

また、訪問看護師と同行し在宅訪問を行った場合においては、【訪問看護師の視点と指導方法がわかる】と捉えていた。訪問看護師は、患者・家族の生き方や生活・健康に対する価値観や主体性を尊重しながらその人の力を引き出す支援を行う²²⁾スペシャリストである。このような訪問看護師の横で提供している看護の実際を見学することで、在宅療養における視点や指導方法だけでなく、訪問技術も学ぶことができたのではないかと考える。在宅訪問技術が未熟な病棟看護師にとっては、OJT (On The Job Trainig) としての効果もあると考える。

3. 在宅訪問が退院支援に及ぼす効果

在宅訪問を行うことで、【在宅訪問の経験を退院支援に活かす】と捉え、実際に【個別性に配慮した具体的な指導ができる】、【退院後の生活を継続的に捉え退院指導に活かす】、【患者・家族の思いを尊重した支援を行う】ようになり【地域のスタッフと情報共有し積極的に連携を行う】という行動の変化がみられた。

退院前後に患者の自宅に訪問を行うことにより、退院支援の重要性の認識が高まり、退院支援能力に影響を及ぼす²³⁾とされており、本研究においても、在宅訪問を行った後に関わった患者・家族に対し、指導方法を考慮できるようになり、患者・家族の思いを尊重しつつ、家庭環境に合わせた支援や、先を見越し予測して指導を行うことができるようになっており、退院支援における病棟看護師の役割を確実に実施できるようになってきたと考える。さらには、サマリーの内容や退院調整カンファレンスでの情報の充実を図るようになり、地域との連携強化を意識するようになってきている。在宅療養を安心して継続していくには、地域で関わるスタッフチームの協働が不可欠であり、多職種連携を進めていく上でも在宅訪問は有効であるとする。

このようなことから、在宅訪問を行うことは、入院中から療養者の退院後の生活を見据えた看護を患者・家族へ提供し、地域で関わるスタッフと積極的に連携して行うといった退院支援の向上に繋がっているとする。但し、在宅訪問そのものの質は充分とは言えず、病棟看護師に対する教育の課題が明らかとなった。

結 語

急性期病院の病棟看護師を対象にインタビューを行い、病棟看護師の在宅訪問後の認識と退院支援の行動の変化を抽出し分析した結果、以下のことが明らかとなった。

病棟看護師は、在宅訪問を行い訪問時のスキルが未熟であるとし、また、在宅訪問を行うなかで、住み慣れた家での充実した療養生活が見え患者と家族との関係や支援状況がわかる等と認識していた。在宅訪問の経験により、退院後の生活を見据えた支援の実践や地域のスタッフと情報共有を行い積極的に連携するといった変化をもたらした。

研究の限界

本研究においては、対象をA県内と限定したことから、これを一般化するには限界がある。また、

在宅訪問を実践した病棟看護師側から捉えたものであり、偏りがあるともいえる。受け手側である患者・家族からの視点でも検討する必要がある。

謝 辞

本研究を行うにあたり、調査を快諾いただいた急性期病院の看護部長様、調査にご協力くださった病棟看護師の皆様へ深く感謝いたします。なお、本研究は第1回看護ケアサイエンス学会で発表したものを加筆修正したものである。

助 成

本研究は、富山県立大学令和2年度奨励研究(地域的研究課題)の助成を受けている。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

- 1) 餅田敬司：地域医療構想の動向とこれからの入退院支援のありかた。ナースングビジネス 17 (7) : 6-10, 2023.
- 2) 新鞍真理子, 北林正子：急性期病棟における退院支援。高齢者と成人の周手術期看護第3版。竹内登美子編, pp1-16, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2019.
- 3) 武藤正樹監修：そこが知りたい！入退院支援まるわかりガイド これからの医療のキーワード“PFM”。pp2-15, 株式会社 照林社, 東京, 2024.
- 4) 厚生労働省, 社会医療診療行為別統計の概況 社会 医療診療行為別統計の統計表。(2024.11.27 閲覧), <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa20/>
- 5) 原裕子, 辻あさみ：急性期病院看護師の患者の退院後の生活を見据えた看護実践に関する認識の現状と課題。日本慢性看護学会誌 16 : 35-44, 2022.

- 6) 鈴木智子, 宮本瑳季: 急性期病院における看護師の退院支援についての文献検討. 四国大学紀要(B) 52: 1-10, 2021.
- 7) 瀧めぐみ, 岩瀬信夫, 小松万喜子: 精神科退院前訪問による病棟看護師が捉える患者の生活像の変化. 高知女子大学看護学会誌 45 (2): 109-119, 2020.
- 8) 池間功一: 精神科病院に入院する患者の退院前訪問における着眼点. 日本看護学会誌 18(2): 240-248, 2023.
- 9) 今岡信介, 工藤元輝, 柳原滉太ほか: 糖尿病潰瘍に起因する足部の部分切断患者に対する退院後訪問指導の効果. 理学療法学 49 (1): 63-70, 2022.
- 10) 永瀬美沙, 田邊久美子, 古志知春ほか: 退院支援に必要な患者情報と看護実践急性期病院病棟看護師による退院後訪問の学びから. 日本看護学会論文集 看護管理 49: 231-234, 2019.
- 11) 松原みゆき, 森山薫: 訪問看護の同行訪問を経験した病棟看護師の退院支援に対する認識の変化. 日本赤十字広島看護大学紀要 15: 11-19, 2015.
- 12) 北林正子, 池田志をり, 土田悦子ほか: 特定機能病院の GCU 退院患児に対する切れ目のない継続看護を目指した退院後訪問の実践報告. 日本看護学会論文集 在宅看護 48: 90-93, 2018.
- 13) 北林正子, 山崎智可, 河野由美子: 訪問看護師からみた急性期病院における在宅訪問の課題 - 病院看護師と利用者・家族との関わりの中で訪問看護師が捉えた認識 -. 看護ケアサイエンス学会誌 22 (1): 67-75, 2024.
- 14) 新町智恵: 患者サポートのための病棟看護師による退院後訪問. 日本看護協会機関誌 70 (10): 66-70, 2018.
- 15) 宇都宮宏子: 退院調整から退院支援の時代. 看護管理 26 (7): 577-584, 2016.
- 16) 曾我武史, 北村真弓, 三吉友美子: 在宅療養を移行するための病院が行う「退院訪問指導」の課題 - 訪問看護師へのインタビュー調査より -. 日本在宅看護学雑誌 11 (1): 62-71, 2022.
- 17) 望月輝, 後藤優子: 病棟看護師が退院前・退院後訪問を継続して行うことによる患者の思い. 日本精神科看護学会誌 61 (1): 524-525, 2018.
- 18) 篠田道子編集: ナースのための退院調整 院内チームと地域連携のシステムづくり(第2版). p85, 一般社団法人全国訪問看護協会, 東京, 2012.
- 19) 伊藤裕子, 古田加代子, 山本理絵: 外国人高齢者および家族を支援する地域包括支援センター職員の困難と対処. 愛知県立大学看護学部紀要 29: 21-30, 2023.
- 20) 原明子, 柳澤理子: 日本人看護師が外国人患者をケアする上で必要な能力: 文献レビュー. 愛知県立大学看護学部紀要 26: 17-28, 2020.
- 21) 北澤彰浩: 退院直後に心配な時こそ訪問看護の利用を - 活用できる制度と在宅移行のコツ -. 看護管理 27 (2): 111-114, 2017.
- 22) 公益社団法人日本訪問看護財団編集: はじめての訪問看護. pp2-7, 中央法規, 東京, 2019.
- 23) 宮本由香里, 京田薫, 塚崎恵子: 病棟看護師と訪問看護師による退院患者の事例検討会が退院支援能力に及ぼす影響. 日本プライマリ・ケア連合学会 4 (1): 11-17, 2020.

Changes in Perceptions and Discharge Support Behavior of Ward Nurses in Acute Care Hospitals after Home Visits

Masako KITABAYASHI¹⁾, Tomomi KYUDA²⁾
Chika YAMAZAKI¹⁾, Yumiko KONO¹⁾

1) Toyama Prefectural University Faculty of Nursing Home Care Nursing

2) Former Toyama University Hospital

Abstract

We aimed to clarify changes in perceptions and discharge support behavior by ward nurses in acute care hospital after home visits. Semi-structured interviews were conducted with 12 nurses in an acute care hospital ward, and they were analyzed qualitatively and descriptively. The results showed that the nurses recognized the following in response to home visits: [being inexperienced in the skills needed for home visits], [home visits providing reassurance], [the effectiveness of home visits conducted by the primary nurse], [gaining insight into the patient's fulfilling life in their familiar home environment], [understanding the relationship between patients and their families and the support provided by families], [understanding the behavior of families influenced by cultural and linguistic differences], and [gaining a perspective on home care nurses' views and teaching methods]. After the home visits, the nurses changed their behavior as follows: [providing individualized and specific guidance], [considering the patient's life after discharge and apply it to discharge guidance], [supporting patients and families by respecting their wishes], and [sharing information proactively and collaborating with community staff]. Although there are challenges in the approach to home visits, it was suggested that the experience promotes behavioral changes that will lead to the future discharge support.

Keywords

ward nurses in acute care hospitals, home visits, discharge support

看護ケアサイエンス学会会則

第1章 総 則

(名 称)

第1条

- 1) 本会は看護ケアサイエンス学会と称する。
- 2) 本会は平成9年11月5日に発足した富山医科薬科大学看護学会から平成17年10月15日に富山大学看護学会へと改称し、令和2年12月19日から更に改組したものである。

(事 務 局)

第2条 本会の事務局は、富山県富山市杉谷2630 富山大学杉谷キャンパスに置く。

第2章 目的および事業

(目 的)

第3条 本会は看護学についての学理およびその研究を推進し、関連領域との知見の交流ならびに相互の理解を深めることで、広く学術の発展に寄与することを目的とする。

(事 業)

第4条 本会は第3条の目的を遂行するために、次の事業を行う。

- 1) 学術集会の開催
- 2) 運営会議（理事会、評議員会、総会）の開催
- 3) 学会誌「看護ケアサイエンス学会誌」の発行
- 4) その他本会の目的達成に必要と認める事業

第3章 会 員

(種 別)

第5条 本会の会員は本会の目的達成に協力する者をもって構成し、一般会員、学生会員、名誉会員、賛助会員よりなる。

第6条 会員の種別について、次のとおりとする。

- 1) 一般会員は本会の趣旨に賛同し、第8条に定める年会費を納める者
- 2) 学生会員は本会の趣旨に賛同する学生（大学院生は除く）とし、第8条に定める年会費を納める者
 - (1) 学生会員は総会における議決権を有しない。
 - (2) 学生会員は卒業と同時に、一般会員へ自動的に移行できるものとする。
- 3) 名誉会員は本会の発展に寄与した65歳以上の者で、理事長が推薦し理事会、評議員会の決議を経て、総会で承認された者
 - (1) 名誉会員は、総会に出席し意見を述べることができる。
 - (2) 名誉会員は、会費の納入を必要としない。
- 4) 賛助会員は本会の活動を支援する個人または団体で、理事会で承認された者
 - (1) 賛助会員は総会における議決権を有しない。
 - (2) 賛助会員は細則に定める寄付行為を行った者を対象とする。

(入 会)

第7条 本会に入会を希望する者は、所定の用紙を記入し、本会事務局に申し込むものとする。

(年 会 費)

第 8 条 一般会員、学生会員は規定の年会費を納入する。

- 1) 一般会員（大学院生を含む）の年会費は 5,000 円とする。学生会員の年会費は無料とする。名誉会員の会費は免除する。

(資格の喪失)

第 9 条 会員は次の事由によってその資格を喪失する。

- 1) 本人により退会の申し出（会費納入時の意思表示、退会届の提出）があったとき
- 2) 死亡または失踪宣言
- 3) 3 年間に亘って意思表示がなく会費未納であったとき
- 4) 本会の名誉を傷つけ、本会の目的に反する行為があったとき

第 4 章 役員および評議員

(役員の種別、職務および定数)

第 10 条 本会に次の役員を置く。

- 1) 理事長 1 名
- 2) 副理事長 1 名
- 3) 理事 10 名程度（理事長、副理事長、庶務、会計、編集委員長を含む）
- 4) 監事 2 名

第 11 条 理事長は本会の会長を務める。

第 12 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、理事長による職務進行に支障が生じた時はこれを代行する。
- 3) 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。会務は庶務、会計、会誌の編集発行を含む。
- 4) 監事は、会務の実行状況および会計を監査し、その結果を理事会、評議員会ならびに総会に報告する。

(役員の選出)

第 13 条 役員の選出は次のとおりとする。

- 1) 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。
- 2) 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。
- 3) 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。
- 4) 理事長は、指名理事 2 名以内を会員の中から指名することができ、総会の承認を得る。

(役員の任期)

第 14 条 役員の任期は 2 年とし、再任を妨げない。

(役員の解任)

第 15 条 本会は当会の役員たるに反する行為があったとき、または特別の事情があるときは、評議員会の議決により当該役員を解任できる。

(評議員の職務および定数)

第 16 条 本会に評議員を置く。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 17 条 評議員は一般会員の中から選出し、定数は 25 名程度とする。

(評議員の選出)

第 18 条 評議員の選出は理事会での推薦によるものとし、評議員会の議を経て総会の承認を得る。

(評議員の任期)

第 19 条 評議員の任期は 2 年とし、再任を妨げない。

(評議員の解任)

第 20 条 本会は当会の評議員たるに反する行為があったとき、または特別の事情があるときは、評議員会の議決により当該評議員を解任できる。

第 5 章 運営会議

第 21 条 本会に次の運営会議を置く。

- 1) 理事会
- 2) 評議員会
- 3) 総会
- 4) その他本会の運営に必要と認められる会議

(理事会の構成、招集と開催)

第 22 条 理事会は次のとおりとする。

- 1) 理事長が召集し、その議長となる。
- 2) 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) 理事の過半数の出席をもって成立とする。
- 4) 監事は、理事会に出席し、必要があると認めるときは、意見を述べなければならない。但し、議決権は有しない。

(評議員会の構成、招集と開催)

第 23 条 評議員会は次のとおりとする。

- 1) 理事長が召集し、その議長となる。
- 2) 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) 評議員の過半数の出席をもって成立とする。

(総会の構成、招集と開催)

第 24 条 総会は次のとおりとする。

- 1) 理事長が召集し、理事長は議長を指名する。
- 2) 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) 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。
- 4) 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

(運営会議における議決)

第 25 条 運営会議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。ただし会則の変更については第 32 条による。

第6章 学術集会

第26条 学会は学術集会を開催する。

(学術集会長)

第27条 学術集会長は次のとおりとする。

- 1) 評議員会で会員の中から選出し総会の承認を得る。
- 2) 学術集会を主宰する。

(学術集会企画委員)

第28条 学術集会長は、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7章 委員会

(各委員会の構成、招集と開催)

第29条 本会は、本会の事業を推進するために、各種委員会を設置する。各種委員会規定については、理事会で別に定める。

第8章 会 計

(会計年度)

第30条 本会の会計年度は毎年12月1日より翌年11月30日までとする。

(収 入)

第31条 本会の収入は会費、寄付金ならびに印税等をもって充てる。

第9章 会則の変更

(会則変更の決議)

第32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。承認には各会の出席会員の3分の2以上の賛成を必要とする。

第10章 雑 則

第33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。

細 則

第6条4) 賛助会員の寄付行為は30,000円以上とする。

第8条2) 前年度の年会費未納者には入金が確認されるまで学会誌は送付しない。

第18条 評議員は理事2名の推薦を必要とする。

附則 本会則は、令和2年12月19日制定し、即日これを適用する。

本会則は、令和4年11月26日改正し、即日これを適用する。

本会則は、令和5年11月18日改正し、即日これを適用する。

看護ケアサイエンス学会誌投稿規定

令和6年7月9日改正

1. 掲載対象論文

看護学とその関連領域に関する未発表論文（総説・原著・短報・症例報告・特別寄稿）および記事（海外活動報告・国際学会報告）を対象とする。

2. 論文著者の資格

全ての著者は看護ケアサイエンス学会会員であることが必要である（学会加入手続きは本誌掲載看護ケアサイエンス学会会則第3章を参照のこと。会員においては、論文投稿時に当該年度の会費を納入済であること。）

3. 学会誌の発刊は原則年1回とする。

4. 投稿から掲載に至る過程：

1) 投稿の際に必要なもの

①初投稿の際（総説・原著・短報・症例報告）

- ・原稿（表紙・要旨・本文（文献・図表を含む）をそれぞれ別のファイルに分けて投稿する）
- ・著者全員の著作権譲渡承諾書（所定の様式）

②査読後再投稿の際

- ・修正原稿（表紙・要旨・本文の変更箇所にアンダーラインをつけて示す）
- ・査読者に対する回答

③掲載確定後の際

- ・最終原稿（表紙・要旨・本文）
- ・図表データ（Microsoft Word, Excel, Power Point 等で作成し編集可能なもの）

2) 査読：原則として編集委員会が指名した2名の査読者によりなされる。

3) 掲載の可否：査読結果およびそれに対する対応をもとに、最終的には編集委員会が決定する。

4) 掲載号、掲載順位、掲載様式など：編集委員会が決定する。

5) 校正：著者校正は1校までとし、その際、印刷上の誤りによるもののみにとどめ、内容の訂正や新たな内容の加筆は認めない。

5. 倫理的配慮に関して

本誌に投稿される論文（原著・短報・症例報告）における臨床研究は、ヘルシンキ宣言を遵守したものであることとする。患者の名前、イニシャル、病院での患者番号など患者の同定を可能にするような情報を記載してはならない。投稿に際して所属する施設から同意を得ているものとみなす。ヒトを対象とした研究を扱う論文では、原則として「研究対象と方法」のセクションに所属する倫理審査委員会から許可を受けたこと（施設名と承認番号を記載のこと）、および対象者からインフォームド・コンセントを得たことを記載する。ただし倫理審査委員会申請の対象とならない研究を除く。

6. 掲載料の負担

- ・依頼原稿以外、原則として著者負担とする。
- ・掲載料は原稿刷り上がりで10頁（42文字×22行原稿用紙20枚が目安〔図表含む〕）までは20,000円とする。図表の目安は、小1/6～1/3頁、中1/2頁、大1頁とする。
- ・10頁を超過した場合は、1頁5,000円とする。

7. 原稿スタイル

1) 原稿はMicrosoft Wordで作成したものをA4用紙に印字したものとする。

上下左右の余白は2cm以上をとり、下余白中央に頁番号を印字する。

①和文原稿：

- ・平仮名まじり楷書体により平易な文章でかつ推敲を重ねたものとする。
- ・句読点には、「,」および「.」を用い、文節段落のはじめ（含改行後）は、1字あける。
- ・原則として、横書き12ポイント42文字×22行を1頁とし、すべての原稿は20頁以内とする。

②英文原稿：

- ・英語を母国語とする人による英文校正証明書及びそれに代わるものを添付すること。
- ・原則として、横書き12ポイントダブルスペースで作成し、すべての原稿は20頁以内とする。
- ・特に指定のないかぎり、論文タイトル、表・図タイトルを含む全ての論文構成要素において、最初の文字のみ大文字とする。但し、著者名のうち性はすべて大文字で記す。

2) 原稿構成は、表紙、要旨（含キーワード）、本文（含む文献・図表）とする。本文には頁番号及び頁毎に行番号を記す。

(1) 表紙の構成：①論文の種類、②表題（日本語・英語）、③著者名（日本語・英語）、④著者所属機関名（日本語・英語）、⑤ランニング・タイトル（和字20文字以内）、⑥掲載料請求著者名・住所・電話番号、メールアドレス、⑦利益相反、⑧謝辞。

- ・著者が複数の所属機関にまたがる場合のみ、肩文字番号（サイズは9ポイント程度）で区別する。
- ・英文標題は、最初の文字のみ大文字とする。
- ・要旨（Abstract）：表題（日本語・英語）、和文要旨及び英文要旨を記す。和文要旨では400文字、英文要旨では200語以内で記す。要旨の最後には、1行あけて5語以内のキーワード（日本語・英語）を付す。各語間は「,」で区切る。英語では、すべて小文字を用いる。英語を母国語とする人による英文校正証明書及びそれに代わるものを添付すること。

(2) 本文

- ・原著：はじめに（Introduction）、研究対象と方法（Materials and methods）、結果（Results）、考察（Discussion）、結語（Conclusion）、文献（References）の項目順に記す。各項目には番号は付けず、項目間に1行のスペースを挿入する。
- ・短報：原著に準拠する。総説：はじめに・謝辞・文献は原著に準拠し、それ以外の構成は特に問わない。

(3) 文献：関連あるもののうち、引用は必要最小限度にとどめる。

- ・本文引用箇所の記載方法：右肩に、引用順に番号と右片括弧を付す（字体は9ポイント程度）。同一箇所に複数文献を引用する場合、番号間を「,」で区切り、最後の番号に右片括弧を付す。3つ以上の連続した番号が続く場合、最初と最後の番号の間を「-」で結ぶ。
- ・同一文献は一回のみ記載することとし、「前掲～」とは記載しない。

・文末文献一覧の記載法：論文に引用した順に番号を付し，以下の様式に従い記載する。

○著者名は筆頭以下 3 名以内とし，3 名をこえる場合は「ほか」または「,et al」を記載する。英文文献では，family name に続き initial をピリオド無しで記載し，最後の著者名の前に and は付けない。

○雑誌の場合

著者名：論文タイトル，雑誌名 巻：初頁-終頁，発行年（西暦）。の順に記す。

雑誌名の略記法は，和文誌では医学中央雑誌，英文誌では index medicus のそれに準ずる。

例：

- 1) 近田敬子，木戸上八重子，飯塚愛子ほか：日常生活行動に関する研究。看護研究 15：59-67, 1962.
- 2) Enders JR, Weller TH, Robbins FC, et al : Cultivation of the poliovirus strain in cultures of various tissues. J Virol 58 : 85-89, 1962.

○単行本の場合

- ・全引用：著者名：単行本表題（2 版以上では版数）。発行所，その所在地，西暦発行年。
- ・一部引用：表題（2 版以上では版数）。単行本表題，編集者，初頁-終頁，発行所，その所在地，西暦発行年。

例：

- 1) 砂原茂一：医者と患者と病院と（第 3 版）。岩波書店，東京，1993.
- 2) 岩井重富，矢越美智子：外科領域の消毒。消毒剤（第 2 版），高杉益充編，pp76-85，医薬ジャーナル社，東京，1990.
- 3) Horkenes G, Pattison JR : Viruses and diseases. In "A practical guide to clinical virology (2nded), Hauknes G, Haaheim JE eds, pp5-9, John Wiley and Sons, New York, 1989.

○印刷中の論文の場合：これらの引用に関する全責任は著者が追うものとする。

- 1) 立山太郎：看護学の発展に及ぼした法的制度の研究。富山大学看護学会誌（印刷中）。

(4) 表および図（とその説明文）：用紙 1 枚に 1 表（または図）程度にとどめる。和文原稿においては，図表の標題あるいは説明文は英文で記してもよい。肩文字のサイズは 9 ポイント程度とする。

- ・表：表題は，上段に表番号（表 1. あるいは Table1.）に続き記載する。
- ・脚注を必要とする表中記載事項は，その右肩に表上左から表下右にかけて出現順に小文字アルファベット（または番号）を付す。有意差表示は右肩 * による。表下欄外の脚注には，表中の全ての肩印字に対応させ簡易な説明文を記載する。
- ・図説明文：下段に図番号（図 1. または Fig.1.）に次いで図標題。説明文を記載する。写真（原則としてモノクロ）は鮮明なコントラストを有するものに限定する。

(5) その他の記載法

- ・学名：イタリック体で記す。
- ・略語の使用：要旨および本文のそれぞれにおいて，最初の記載箇所においては全記し，続くカッコ内に以後使用する略語を記す。

例：後天性免疫不全症候群（エイズ），mental health problem (MHP)。

但し，図表中においては number の略語としての n または N を直接使用してよい。

- ・度量衡・時間表示：国際単位（kg, g, mg, mm, g/dl）を用い，温度は摂氏（℃），気圧はヘクトパスカル（hpa）表示とする。英字時間表示には，sec, min, h をピリオド無しで用いる。

- (6) 記事（海外活動報告・国際学会報告）は1,200字程度とし、写真1～2枚をつける。投稿料・掲載料は不要であり、掲載の可否は編集委員会が決定する。

8. 論文の受付

原稿は随時受け付けているが、下記条件を満たすことを編集委員会が確認した日付を論文受付日とする。

- 1) 論文が投稿規定に示す書式、体裁を遵守していること。
- 2) 投稿に必要な諸書面に不備がないこと。
- 3) 著者全員が本学会員であること。

9. 利益相反について

- 1) 自己申告すべき内容がない場合は、論文の末尾に、「利益相反自己申告：申告すべきものなし」と記載する。

- 2) 自己申告すべき内容がある場合は、論文の末尾に以下の記載例の如く記載する。

（記載例）著者Aは〇〇株式会社から資金援助を受けている。

著者Bは△△株式会社の社員である。

著者Cは□株式会社の顧問である。

10. 著作権について

掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。

「投稿先」

看護ケアサイエンス学会 HP 上の投稿フォームより投稿する。

看護ケアサイエンス学会 HP URL： <https://www.jsnecs.jp>

「問い合わせ先」

看護ケアサイエンス学会編集委員会

メールアドレス： journal@jsnecs.jp

附則

この規定の改正は、令和6年7月9日から施行する。

■入会の手続き

入会の手続きは、入会申込書の提出ならびに会費納入の確認をもって会員登録といたします。なお、入会は年間通していつでも可能です。

①入会申込書に必要事項を記入の上、学会事務局に郵送またはメールでお送りください。

なお、入会申込書は学会ホームページからもダウンロードできます。

学生会員（大学院生を除く）での入会を希望される方は、入会申込書と学生証のコピーを郵送してください。会費は無料のため、年会費の納入は不要です。

②郵便局、ゆうちょ銀行から年会費を納入ください。郵便局・ゆうちょ銀行に設置されている払込取扱票に必要事項を記入し、年会費（一般会員 5,000 円）を納入ください。

※振込時の手数料は各自ご負担ください。

※年会費納入証明のため、受領証は大切に保管してください。

※事務の手続きの関係上、振込用紙は 1 人 1 枚をお願いします。

※公費でお支払いになる場合、払込者が特定できないため、必ず振込日、所属先、氏名を事務局にお知らせください。

【振込先】

口座番号：00710 - 1 - 41658

加入者名：看護ケアサイエンス学会

金額：5,000 円

ご依頼人・通信欄：住所、氏名、電話番号、新規入会の方は「新規入会」と明記

■会員登録事項変更届および退会届の手続き

会員登録時から、氏名、自宅住所、配信先、送付先に変更がある場合には「会員登録事項変更届」を、退会を希望される場合には「退会届」に必要事項を記入のうえ、事務局に郵送またはメールでの提出をお願いします。なお、用紙は学会ホームページからもダウンロードできます。注意事項として、退会希望年度末 3 月 31 日までに退会届の提出がない場合には、継続会員として会費を請求させていただきます。

■入会申込書、会員登録変更届、退会届の送付先

看護ケアサイエンス学会

〒930-0975 富山県富山市西長江 2-2-78

富山県立大学看護学部

庶務担当者：木谷 尚美（富山県立大学）、鷺塚 寛子（富山県立大学）

E-mail： ncs-office@umin.ac.jp

看護ケアサイエンス学会ホームページ： <https://square.umin.ac.jp/~ncs/index.html>

看護ケアサイエンス学会入会申込書

フリガナ			生年月日（西暦）（必須）
氏 名 （ 必 須 ）			年 月 日
自 宅 （ 必 須 ）	〒 _____		
	TEL : _____ FAX : _____		
所 属 施 設 （ 必 須 ）	施設名・所属先		職位
	〒 _____		
TEL : _____ FAX : _____			
配信先（必須）：連絡先のメールアドレス ※アルファベットと数字の区分を明確に記載してください。 _____ @ _____			
雑誌・請求郵送先（必須） ※いずれかに☑をお願いします。 ☐ 自宅 ☐ 所属施設			
☐ に会員種別の 選択（必須）	☐ 一般会員		
	☐ 学生会員 （大学院生は除く）	卒業予定年月 _____ 年 月 卒業予定 （入会申込と同時に、学生証の写しを事務局へご提示ください。）	
【申込者署名欄】 貴学会が会則第3条に掲げている目的に賛同するとともに、会員として入会を申し込みます。 _____ 年 月 日 申込者氏名			

（注意事項）会員は、本会の趣旨に賛同し、一般会員は、年会費（5,000円）を納め、総会による議決権を有する者を対象とします。また、学生会員は、大学院生を除く者で、会費は無料ですが、総会による議決権を有さず、卒業と同時に一般会員に自動的に移行します。賛助会員に関するお問い合わせは、学会庶務までお願い申し上げます。

※入会に際して提供された個人情報は、本学会が適正に管理し、学会運営に係る目的以外には使用しません。

事務局記載欄

入会申込日：	年	月	日	担当者：
--------	---	---	---	------

看護ケアサイエンス学会 会員登録事項変更届および退会届

会員登録内容に変更がある場合には、Ⅰ. 会員登録事項変更届、退会を希望される場合には、Ⅱ. 退会届をご利用ください。

Ⅰ. 会員登録事項変更届

氏名（前回登録時）： _____ （自署） 記載日：（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

該当する項目のみに☑のうえ、変更後の内容を記入してください。

☐	フリガナ	
氏名変更	氏 名	
☐	〒	
自宅住所変更	TEL : _____ FAX : _____	
☐	〒	
所属施設変更	TEL : _____ FAX : _____	
☐	_____ @ _____	
配信先変更		
☐	☐ 自宅 ☐ 所属施設	
送付先変更		

Ⅱ. 学会退会届

【退会希望者署名欄】

次のとおり、看護ケアサイエンス学会を退会致します。また、未納分の年会費がある場合にはお支払い致します。

退会希望者氏名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（注意事項）退会希望年度末3月31日までに退会届の提出がない場合には、翌年度の退会となる場合がありますのでご注意ください。

※会員登録事項変更届および退会届に際して提供された個人情報、本学会が適正に管理し、学会運営に係る目的以外には使用しません。

事務局記載欄

受領日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当者： _____

令和5年度
看護ケアサイエンス学会役員一覧

理事長 佐伯 和子（富山県立大学）

副理事長 松井 弘美（富山県立大学）

編集 河野由美子（富山県立大学），安田 智美（富山大学）

庶務 木谷 尚美（富山県立大学），鷺塚 寛子（富山県立大学）

会計 越田美穂子（富山県立大学），山崎 智可（富山県立大学）

監事 岡本 恵里（富山県立大学），二川 香里（富山大学）

看護ケアサイエンス学会誌 第23巻1号

発行日 2025年3月発行

編集発行 看護ケアサイエンス学会
編集委員会／河野由美子（編集委員長）
安田 智美，吉井 美穂，浦井 珠恵，
川口 寛介
〒930-0975 富山県富山市西長江2-2-78

印刷 中央印刷株式会社
〒930-0817 富山市下奥井1-4-5
TEL (076) 432-6572 FAX (076) 432-2329

Journal of Nursing Care Science Society

Vol.23 No. 1 March 2025

CONTENTS

Review Article —

- Conceptual analysis of parental health literacy of mothers raising infants and toddlers
Yuki SHIGENO, Asayo OKADA, Hiromi MATSUI 1

Original Article —

- Association between nursing students' professional identity, personal spirituality,
and personality
Kaoru MAKINO, Hayato HIGA 13

Review Article —

- Pain Assessment in Older People with Dementia in Japan: A Literature Review
Tomomi KYUDA, Chika YAMAZAKI, Etsuro HORI 27

Original Article —

- Formulation of individual disaster evacuation plans for community-dwelling individuals
with intractable diseases: a scoping review
Asuka TAKAHASHI, Kazuko SAEKI 41

Short Communication —

- Process of supporting elderly people with dementia during the coronavirus pandemic by
Public Health Nurses at community comprehensive support centers
— From the perspective of impact and coping —
Kanna JOHO, Mayuko ABE, Momoka FUJITA, Haruka MATSUI
Mihoko KOSHIDA, Nobue NAKAHORI 95

Review Article —

- Literature review on infertility treatment and marital relationships
Sayu KIMACHI, Rino FUKUSHIMA, Kaori FUTAKAWA 71

Short Communication —

- Association between lifestyle behavior and abdominal circumference, blood pressure,
lipids, and blood glucose in their 30s: Analysis of Toyama prefecture national health
insurance youth health check-up data
Miho SAWABU, Kazuko SAEKI, Nobue NAKAHORI, Kaori NAKAHASHI 81

Original Article —

- Changes in Perceptions and Discharge Support Behavior of Ward Nurses in Acute Care
Hospitals after Home Visits
Masako KITABAYASHI, Tomomi KYUDA, Chika YAMAZAKI, Yumiko KONO 91

Nursing Care Science Society